

第6回 こども・子育て支援会議 教育・保育施設等事故検証部会

日時：令和3年1月14日（木）18時30分～19時50分

会場：大阪市役所 地下1階第11 共通会議室

出席者：《委員》

寺見委員、中村委員、藤原委員、堀委員、吉野委員（五十音順、敬称略）

《本市》

佐藤こども青少年局長、工藤保育施策部長、赤本保育企画課長、
今田指導担当課長、重松保育指導担当課長代理、牛尾施設指導担当課長代理、
松井施設指導担当課長代理、栗原担当係長、西口担当係長、臼井担当係長、
古瀬担当係長、岡田担当係長、松林担当係長、丸山担当係長

議 事：（1） 事故検証報告書について

議事録

○牛尾こども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理

お待たせいたしました。

ただいまから第6回こども・子育て支援会議教育・保育施設等事故検証部会を開催いたします。

委員の皆様方には、何かとお忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。

私は、こども青少年局保育施策部施設指導担当課長代理の牛尾でございます。どうぞよろしくお願いたします。

ご出席いただいております委員の皆様方でございますが、資料の1の委員名簿をご参照ください。

なお、舟本委員は、所用のためご欠席となっております。

本日は委員5名の皆様にご出席いただいております、委員の半数以上の出席がありましたので、こども・子育て支援会議条例第9条の規定により、会議は有効に成立しております。

本市出席者でございますが、こちらも資料の1の名簿をご参照ください。

それではまず、開会に当たりまして、こども青少年局長の佐藤からご挨拶申し上げます。

○佐藤こども青少年局長

大阪市こども青少年局長の佐藤でございます。

会議の開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

思い起こしますと、昨年2月12日、城東区の認可保育所におきまして、1歳2か月の男の子が給食中に食べ物を喉に詰まらせて救急搬送されるも、残念なことに窒息のため死亡されるという痛ましい事故の一報を受けたことを昨日のように思い出す次第でございます。

この事故検証部会におきまして、事故の事実関係、それから発生原因等の分析・検証と、それらを踏まえ再発防止策のご提言に至るまでご審議をお願いしてきたところでございます。この間、コロナ禍という非常に特殊な、そして厳しい状況下におきましても、委員の先生におかれましては、約10か月にわたり本日まで幾度も会議を重ねていただきまして熱心にご審議をいただきましたこと、改めてこの場を借りまして厚く御礼を申し上げます。ありがとうございます。

本日は、これまでの審議の最終的な取りまとめをいただくということで、報告書として後ほど大

阪市にご提出をいただく予定となっております。

今回の検証につきまして、第1回目の部会開催のときにも申し上げましたが、ぜひ正面からこの件に取り組んでいくためにも深い分析をお願いしたいと申し上げました。検証にあたりましては、直接的な要因だけではなくて間接的な要因あるいは背景に何があったかと、そういったことに至るまで多角的、構造的に分析をいただきました。その中から事故を防ぐためには日頃の保育の中にリスクはあるんだと、それをいかに見つけるかあるいは想像するか、そういったリスクを予見する力を高めること、及び対策を講じていくことを日々日々おこなうことが保育の質の向上につながるんだといったご意見をいただいているところでございます。

私ども大阪市といたしましては、この痛ましい事故を重く受け止め、本日の報告書の提言を受けまして今日を皮切りに、多くのお子様たちをお預かりしております市内の保育施設と共に、どうすれば再発の防止ができるのか、どう安全対策を強化すればいいのか、保育施設での安心・安全な保育を確保することは何よりも重要な責務であるということを肝に改めて銘じまして実現につなげてまいりたい、このように考えてございます。

本日は、最終の部会取りまとめということで、幅広くこの場を公開させていただいております。発信の一つになればと思っております。委員の皆様方には最後まで忌憚のないご意見をいただきますよう、お願いを申し上げまして開会のご挨拶とさせていただきます。本日は最後までどうぞよろしくお願いいたします。

○牛尾こども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

本日の資料は次の3点になります。

まず、資料の1、先ほどご確認いただいた教育・保育施設等事故検証部会委員名簿、資料の2としまして、大阪市教育・保育施設等における重大事故検証報告書（案）、参考資料といたしまして、大阪市教育・保育施設等における重大事故検証報告書【概要】になってございます。

不足している資料はございませんでしょうか。

これまでの会議は個人情報などを取り扱うことが多いことから非公開としておりましたが、本日は公開となっております。

それでは、これ以降の進行については寺見部会長をお願いいたします。

○寺見部会長

それでは、改めまして、どうぞ今日はよろしく願いいたします。

これから議事に入るわけですがけれども、昨年3月に第1回の事故検証部会を開催してから、これまで関係者の方々へのヒアリングを含めて5回の会議を開催してまいりました。私たち検証部会として議論を重ねて、今回このような形の報告書を取りまとめるところまで来たわけですがけれども、この事故の検証に伴いまして全ての保育施設を対象に再発防止の提言を検討してまいりました。本日は、この報告書の案につきまして、皆様方ももう一度検証し直しをして、大阪市へ提出できればと思っております。どうぞまた忌憚のないご意見をお願いいたしたいと思っております。

それでは、審議の経過と事故検証の報告（案）の内容につきまして、事務局から報告をお願いいたします。

○重松こども青少年局保育施策部保育企画課保育指導担当課長代理

こども青少年局保育施策部保育企画課保育指導担当課長代理の重松でございます。

それでは、資料2に沿いまして私から説明させていただきます。

これまでに部会を5回開催してきましたその経過と報告書(案)の内容について説明させていただきます。

令和2年2月12日に認可保育所で1歳2か月の男児が給食中に死亡した事故を受け、事故報告書(案)33ページにあります、参考資料1となっておりますが、国通知、「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」に基づき、条例に定めるこども・子育て支援会議に設置されている教育・保育施設等事故検証部会により、本件事故の検証を進めてまいりました。

本件事故に係る検証部会委員としましては、報告書(案)29ページにありますとおり、保育の学識経験者の寺見委員、弁護士の中村委員、栄養学の学識経験者の藤原委員、医師の舟本委員、保育の学識経験者の堀委員、医師の吉野委員の計6名で部会は構成されております。

次に、2ページの冒頭にありますように、検証の目的となっております「事実関係の把握を行い、事故の発生した背景、保育環境、要因等を調査し、発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものではない」という趣旨を踏まえ、これまで5回にわたり部会を開催し、検討を重ねてまいりました。

第1回の検証部会を3月19日に開催し、本件事故の概要を中心に事故当日の保育の状況や当該児童の生育歴など、その時点で事実確認できている事項を共有しました。

事故当時の状況を簡単に説明いたしますと、8ページにありますように、当日の給食メニューは、「ハンバーグ、コーンバター、ミネストローネ、コッペパン、リンゴ」となっておりました。

当日の保育の流れとしましては、報告書の5ページに時系列で記載されています。5ページにありますように、午前中の活動が終わり、6ページに移りますが、11時10分頃から給食を開始し、A保育士が当該児童の正面に座り、食事の介助をしていました。11時30分頃、給食を食べ進んでいた途中で当該児童が食べるのを少し嫌がり、泣き出した瞬間にせき込み、食べ物が詰まりました。発生後の対応としましては、そばにいた担任が背部叩打法で応急処置を試みつつ、119番通報し、救急隊を待つ間にAEDを装着しましたが、ショックの必要はないとのアナウンスが流れ、心臓マッサージと人工呼吸を2、3セットしたとなっております。その後、救急搬送先の病院で死亡が確認されました。後日、司法解剖の結果、死因は食物誤嚥による窒息とされました。

次に、第2回の部会では、保護者及び施設関係者からのヒアリングを行いました。保護者からは、当該児童の生育状況や家庭での離乳食の様子などをお伺いしました。施設関係者からは、保育方針や事故当日の詳しい状況などを伺いました。

引き続き第3回の部会では、第2回で行った保護者と施設関係者へのヒアリングの聴取内容を基に事実整理と意見交換を行いました。

報告書の9ページから14ページに、事実整理をされた状況として、当該児童の生育の状況、離乳食の経過、園の給食管理、マニュアルの整備状況など、その時点で整理された状況を記載しています。

本件事故は給食を食べている最中に偶発的に発生した食物誤嚥による窒息事故であるものの、事実を一つ一つ分析することにより、間接的な要因や背景にあった状況が少しずつ見えてきました。

さらに要因分析を進めていくためには、日常の保育の様子や職員の意識など、より多くの情報が必要であることから、事故当時在籍していた職員を対象にヒアリングを行うことになりました。7月8日に本市職員によって職員ヒアリングを実施し、その後8月7日に第4回部会を開催しました。ヒアリングで職員から収集した日常の保育の様子などから、背景にあった要因や課題の抽出を行いました。また、それらを基に再発防止に向けた意見交換を行いました。

具体的な議論の内容としましては、報告書の15ページにありますように、今回の誤嚥が起きた直接的な要因としては、「口に食べ物が入っている状態で泣き出したこと」と、「泣きながら体を斜めにのけぞらせたこと」が考えられますが、それらの背景にあった状況を整理していくと、「給食を残さずに食べ切るという暗黙のルールが園全体に定着していたこと」や、「離乳食を進めてきた経過などの記録が残っていなかったこと」、また、「事故当時、低年齢のクラスにはお茶が提供されていなかったこと」や、「マニュアルは整備されておりましたが、職員間で十分に活用されていなかったこと」、また、「組織の中で施設長のリーダーシップが十分には発揮されていなかったこと」などが職員ヒアリング等により、保育の実態として見えてきました。

これらの課題を報告書の16ページにありますように、「保育における食事に関する課題」、「給食調理・提供等に関する課題」、「危機管理意識・マニュアル・訓練に関する課題」、「園の組織運営・保育の質の向上に関する課題」、「大阪市の取組に関する課題」の5つの側面に分類し、背景にあったリスクの一つ一つについて再発防止策の検討を行いました。

10月29日に行われた第5回の部会では、これまでの議論を踏まえ、それぞれの委員の専門的見地から報告書に盛り込みたい意見を出し合い、要因を構造化して見えてきた5つの側面の課題に応じ、再発防止に向けた提言も5つの柱で取りまとめられることとなりました。

5回目までの検証部会の開催経過と審議の内容についての説明は以上となります。

○今田こども青少年局保育施策部指導担当課長

続きまして、再発防止策のための提言として、事故検証部会各委員よりいただきましたご意見・提言内容につきまして、私、こども青少年局保育施策部指導担当課長、今田よりご報告いたします。

資料の23ページとなります。

再発防止策のための提言。

本事例の検証により、誤嚥に至った状況を分析すると、誤嚥防止のための配慮が十分だったとは言えず、食事の援助や離乳食の進め方などが誤嚥のリスクとなったこと、また、園長をはじめとする職員全体が事故を予見しきれなかったことなど不十分さが重なって起きた事故であったことが分かりました。

乳幼児は嚥下機能が未発達であり、そしゃく力も弱いため、誤嚥を起こしやすいことを認識し、全ての施設において「起こるかもしれない」という危機意識の下、誤嚥事故防止に取り組んでいただきたいと思います。

また、このような事故が二度と起こらないよう本事例を教訓とし、全ての施設において自らの保育を振り返り、事故につながるリスクを自分たちの力で見つけ出すことが何より重要であります。日常にあるリスクを見つけること、また、子どもの主体性を大切に保育を維持しつつ、そのリスクへの対策に取り組むことそのものが保育の質であるという認識の下、日々の保育を進めていただきたいと思います。

提言 1 として、「一人一人の子どもの発達に応じた保育の重要性」が挙げられています。

1-①は、「子どもの発達に応じた適切な食事援助を行うこと」です。

心身の機能が未熟である乳児期の子どもの保育については、関係職員の緊密な連携の下で保健及び安全面に十分配慮することが必要です。また、食事にかかる時間は子どもによって違いがあるため、一人一人のペースを尊重し、発達過程に応じた援助及び配慮を行うことが必要です。

1-②として、「保護者との連携を密にし、子どもに関する情報を得るとともに、その情報を記録し、職員間で共有すること」です。

乳児保育においては、特に保護者との密接な連携が重要です。保護者との信頼関係を築き、家庭での様子を聞き取り、一人一人の子どもの理解を進めること、また、保護者から得た情報などは適宜記録し、職員間で共有することが重要です。

次のページにまいります。

提言 2 として、「給食管理体制の確保と子どもの発達に応じた食事の提供」が挙げられています。

2-①として、「給食管理体制の確保及び栄養管理の徹底に努めること」です。

保育所などにおいては、施設長、保育士、栄養士を含む調理員の役割を明確にし、給食管理体制を整えることが必要です。

2-②として、「一人一人の発達に応じた離乳食を提供すること」です。

乳児は発育の個人差が大きいので月齢や体重だけで一律に判断せず、一人一人の発達過程に応じた離乳食を提供しなければなりません。

また、職員が離乳食の進め方を共通して確認できるよう目安を示したものを用意することや、家庭での状況を十分に聞き取り、離乳の初期、中期、後期などの献立を作成し、保護者に分かりやすく示すことが重要です。

2-③として、「食物誤嚥のリスクを認識して食事の提供・援助を行うこと」です。

乳幼児は嚥下機能が未発達であり、特に食品による窒息事故の 8 割が 4 歳以下で起こっていることから、食事の場面では十分注意が必要です。食事前に水分を与え、喉の通りをよくするなど、具体的な誤嚥防止対策を知り、食事の援助方法や食材の切り方などに配慮することが重要です。

提言 3 として、「職員一人一人の危機管理意識の向上」が挙げられています。

3-①として、「マニュアルの作成と見直し及び事故防止対策の強化を図ること」です。

保育所などにおいては、事故防止マニュアルなどを作成し、実効性のあるマニュアルにしておくことが重要です。職員は事故やヒヤリハットの事例などに関する情報を積極的に収集・記録し、職員全体の危機管理意識、特に事故を予見する力を向上することや、重大事故が発生した場合の対応を適切に行うことが必要です。

3-②として、「実践的な訓練を定期的実施すること」です。

誤嚥事故を含む様々な事故を想定したシミュレーション訓練などを実施し、事故発生時の対応法や役割などの認識を深めること、少なくとも年に 1 回は心肺蘇生訓練を実施し、全ての職員が緊急時に対応する力を身につけることが必要です。

また、重大事故が発生した場合は、応急処置、状況の記録、現状保存、保護者対応、自治体への連絡などを確実にすることが重要です。

次のページにまいります。

提言 4 として、「保育の質の向上に向けた組織的な取組の強化」が挙げられています。

4-①として、「施設長の責務を果たし、自身の資質向上に努めること」です。

保育所などの運営は施設長のリーダーシップの下に行われるものであり、施設長としての役割、責務を認識し、保育所全体の保育の質の向上に努めることが必要です。また、新しい保育の情報を積極的に得るとともに、自己研鑽を積み、専門性の向上に取り組むことが重要です。

4-②として、「保育の質の向上に向けた組織的な取組を強化すること」です。

保育所などにおいては、法人のガバナンスの下、職員一人一人のスキルアップを図るとともに、職員全体の専門性の向上に取り組むなど組織的に保育の質の向上に努めることが必要です。

また、保育士などの自己評価、保育所の自己評価を積極的に行い、福祉サービス第三者評価などの外部評価を積極的に取り入れることも重要です。

4-③として、「風通しの良い職場風土づくりに努めること」です。

保育所などには様々な職種、年齢の職員がいますが、職員と年齢を超えたコミュニケーションが不可欠であります。施設長や主任などが中心となって、ふだんから情報交換ができる風通しのよい職場づくりに努めることが重要です。

提言5として、「保育の質の向上につなげるための大阪市の支援強化等」が挙げられています。

5-①として、「事故防止対策等を強化すること」として、誤嚥事故は家庭でも起こり得ることから、施設に限らず家庭向けにも誤嚥事故防止の普及・啓発を行うこと、事故防止巡回指導の体制を強化し、助言・指導項目が多数あった施設へは改善されているかの確認を行うこと、施設指導監査項目を拡充すること、給食に関する手引き等の改訂・配付を行うことが求められています。

5-②として、「保育の質の向上につなげるための仕組みづくり」として、研修を充実させること、保育の質の向上に向けて自己評価や福祉サービス第三者評価の受審を促進することが求められています。

次のページにまいります。

5-③として、「国に提案・要望する事項について」となっております。

安全・安心な保育環境が確保できるよう、低年齢児（0歳児、1歳児）の保育士配置基準を改善すること、また、様々な職種の専門性を生かし事故防止対策を強化するために、看護師、栄養士の配置を必須とすることを国へ要望します。

次に、福祉サービス第三者評価の受審は保育の質の確保・向上を図るために有効であり、受審の義務づけと、受審費用の全額措置を講じること、また、評価機関や評価調査者の養成についても国の責任において取り組むことを国へ要望します。

提言内容は以上となります。

○寺見部会長

ご報告を聞きながら、これまでのことを私も心の中で振り返りながら、本当に現場が真摯に受け止めていかなきゃいけないことだと思いました。

それで、今日の目的は、事故検証報告書の案に関しまして皆様方から再度ご意見なり修正事項等ございましたらいただきまして、最終的な提言内容にしていきたいと思っております。

それでは、委員の方々から、どなたからでも構いませんので、ご意見等ございましたらよろしくお願いたします。

○堀委員

私自身、保育士なので、この事例を聞いたときに、かわいそうにという子どもに対する思いと、その事故を起こしてしまった保育者に対して、しっかり見ることができなくて残念だったなど感じました。それと、この事件が起きたときに、ちょうど保育現場を回っていたのですが、保育の現場では既にその情報が入ってしまっていて、皆さん、うちでは起こしてはいけないから、職員を集めて、しっかりちゃんとしなさいと言おうと、そんな決意をされていたので、基本はそれぞれの園では危機管理意識を持って取り組んでおられると感じたところです。

ただ、この事例を細かく見せてもらった中ですごく感じたのは、「みまもり」という、分厚いマニュアルを大阪市から各現場に配付していただいて、それをしっかり自分たちのものにしていくのはとても難しい。それをどうしていくかは、保育者同士の研修をすることとか、自分たちの危機管理意識を高めていくことがとても大事なんだと思いました。今、保育の質の向上のために同僚性を高めることが大変求められているので、そのことに力を入れていかないといけないと思いました。それで、私自身は今保育者をめざす学生たちにいろんなことを伝えていきますので、子どもたちに食事を与えるときも、ちょっと口の中を潤したほうがいいよとか、食べているときに驚かしたらいけないとか、そういう本当に誰でも分かっていることをしっかり伝えていくことが求められているのかなと思いました。そのことをみんなが知っていく、そして自分たちの力を高めていくことが保育の現場には求められていると感じました。

そして、今、0歳児、1歳児、2歳児の子どもたちが、たくさん保育現場に入所しています。これは私が現場にいたときにも少しずつ増えてきたんですけれども、今のようにたくさん入ってきている状況ではありませんでした。そういう小さい子どもを預かることは本当に専門性の高い仕事なんだと自覚しないと駄目だし、そのことを再度提言には、専門性が高いんだからもう少し保育士の配置を変えてくださいと言っているんですけれども、0歳児は3人に対して保育士1人なんですね。1歳児は6人に対して保育士1人なんですね。一人一人の子どもが何か「これ、嫌」と言ったときにどうしたらいいんだろうと現場で保育士が悩んでいるのを感じながら、でも、この事例を受け止めて、これからはこういうことが起きることを前提に考えながら保育を進めていただきたいと思います。だから、自分としてはそういうことを伝えていくことが自分の役割なのかなと思っています。

ありがとうございます。

○寺見部会長

本当に今の話は非常に重要な視点で、特に就労支援があって、0、1、2歳児の乳児の保育が今拡大されている現実もありますし、そういう意味では本当にもっと現場の体制づくりを、乳児保育の体制の在り方を考えないといけないことなんだろうと思います。

今、乳児保育の専門性を本当に考えなきゃいけない。というのは、乳児は、語れない、表現力が弱い。だから、どうしても見逃しがちになってしまいますね。非常に未熟で養護が必要だと考えると、それを読み取れる、予見できる力はちょっと並大抵ではないですね。専門性を要することになると思いますが、そういう面では、医療的な面も非常に重要だと思うんです。

吉野委員から何かございましたらお願いいたします。

○吉野委員

小児科医と救急医の立場として今回振り返って感じたことなんですけれども、食品による窒息がすごく最近注目されるようになってきていて、昨年 10 月 30 日にも小児科学会から食品による窒息という提言が出ているような状態で、窒息は一度起きてしまうとかなり重篤な経過をたどってしまうことが多いので、とにかく起こさない、予防することがすごく大事になってくるかなと思います。もちろん病院でできるような心肺蘇生とか応急処置を一般の方にも体得していただくことが大事ではあると思いますが、とにかく起きないようにどうすればいいのかを求められている時期に入ってきているのかなと思います。

小児科学会から提言を出したりとか、私も一小児科医として、食品による窒息に気をつけなければいけない、特に 4 歳以下の方には本当に十分な注意が必要だと啓蒙していきたいところもあります。啓蒙と同様に、それだけ言ってもやっぱり起きてしまうのは、現場でどうしたらいいのかとか、現場でいかに予防できるのかとか、実際保育士はどのように動けばいいのか、給食をどのように提供したらいいのか同時に考えていくことが大いに必要なのかなと思います。

今回はこの提言の中でそういったことも十分に私たちと、ほかの専門の先生方とも一緒に議論して、お話を進めていったのかなと思っていて、大阪市にもこういったことを風化させない意味で啓蒙を進めていただきたいことと、また巡回時の確認を十分に行っていただきたいと強く願います。

あとは、この検証部会の開始時にご家族から何が起きたのかを知りたいと言われていたのも個人的にはすごく記憶に残っていて、そういった何が起きたのかを再発防止という形でのお返事に今回つながったのであれば、個人的には尽力できたのかなと思っています。

以上です。

○寺見部会長

ありがとうございました。

そういう意味では、最後のところに看護師あるいは栄養士の常駐をお願いしたいと盛り込んでいるんですけれども、なかなか各園にというのが今まだ体制的には出来上がってないところがありますから、そのあたりを検討していただきたいことはちょっと声を大きくしてお伝えしておきたいと思っています。

その面から考えますと、何か事故があるとどうしても法的な問題が絡んでくるわけですが、中村委員、いかがでしょうか。

○中村委員

まず、この報告書(案)に関しましては、我々委員がいろんな角度から意見申し上げた点を十分反映していただいていますし、事前に何度も手直ししていただいたものに私どもも全て目を通させてもらって完成した形にいただいています、特に現時点で修正が必要な点はないと思っています。

私が弁護士としてこの検証に携わらせていただいて、どうしてこういう事故が起きたのかを改めて考えるにあたり、いろんな介護事故の判例分析などが書籍化されているようなものも改めて目を通したりして、各施設、成人も含めた施設の事故を見直してみますと、判例上は過失があるのかないのかが焦点となっています。要するに防げた事故なのかどうか問われるわけですが、やは

り過失を認められた事案は「予見不足」が指摘されているものが判例の大きな共通点でした。事故回避のためには予見が全てであると判例分析の中でも明確に言われていまして、例えば転倒事故 1 つ取っても、職員が目を離してしまったとか、ちょっと手が離れたということだけではなくて、利用者の運動能力とか、その日の体調とか、施設の手すりがあるのか、足元に段差がなかったかとか、あるいは履物が適切だったのか、そういう当時の関係要因や環境面等が広く、事故発生の危険の予見すべき材料とされています。そういったいろんなことが多層的に重なり原因となって事故が起きているわけです。そういった多くの要素をトータルに見て事故が起きないようにすることを必死で考えることが各施設でも求められているんだなと思っています。

そういう観点からこの事故を見たときに、私は弁護士ですから、直接的な食べさせ方の課題があったのだらうとまず注目がいったわけですが、それ以外にも、いろいろ専門の先生方に教えていただくと、いろんな食事の環境設定の不十分さや、時間的な余裕があったのか、食材が月齢に合った大きさにされていたのか、お茶がちゃんと用意されていたのか、さらには施設職員全体の連携とか、トップの指導力とか、多層にわたる課題があつて事故が起きたこともはっきり見えてきたように思っています。

施設で人を預かるというのは本当に命を預かるということで、その中には危険がやっぱり潜んでいることを、改めて、しっかり事案を見させていただく中で私も分かりました。そういう重大なリスクと責任が常にあるんだというメッセージがこの報告書に反映されていれば幸いに思います。この検証の結果が当該の施設はもちろんのこと、全保育施設にも活かされていただければなと思っています。

親御さんのご心痛は容易に癒えるものではないと思ってお察しをいたします。特に救命措置で何とかできなかったのか、あるいは同じような喉詰めが起きたときに、また 100%助かる救命措置はないのかというお気持ちをお持ちだと伺いました。お気持ち、よくよく分かります。

今回も本当に直ちに救急車要請をしていただいたらどうなったんだろうかと私は非常に考えました。しかし、なかなかそれは仮定のことであつて答えが出ないし、先ほど吉野委員がおっしゃつたとおり、誤嚥事故というのは起きてしまうと 100%救命する方法はおそらくなくて、起きてしまうといかんともし難い結果に得てしてなりがちであろうと思います。119 番して何分でどのぐらいで救急車が来るのかも全く予想もできないことですし、今回の件では、園でもいろんな措置を試みられたとは思っています。一方では 119 番をもう少し早くしていただけたらという思いは、やはりいまだに私もあります。なので親御さんの気持ちもよく想像できるんですけども、救命措置は決定的な防止策にはならないという観点から、今回は、何より誤嚥を起こさないというところに重点を置いた報告にはなっていると思います。ただ、最善の救命措置が何であるかというあたりは、これからも大きな課題として大阪市あるいは全国の保育の現場でも追求していただけたらなと思っています。

私からは以上です。

○寺見部会長

本当に事故というのは起こるべくして起こるといいますか、いろんな条件が重なってしまったという意味では何がどうなのかを追求することもさることながら、今の中村委員の話の中で、複数の視点で保育現場が考えなければならない、1つの回答が出ないですね。こうしたら必ず命が助かるということであれば、私たちもある意味、簡単に取り組めるんですけども、そうではなくて、いろ

んな条件が重なって、その条件の1つ1つを解明していきますと、結局は保育の在り方、それから保育における意識の問題ですとか、そういったところにやっぱり行ってしまいうんですね。

私も先ほど保護者の方々の気持ちをお聞きしていたんですが、本当に、ある1つの形で出ることのほうが恐らく皆さんの気持ちが安定されるんじゃないかと想像するんですけども、なかなかいろんな側面のことが保育園では絡んでいるものですから、結局1つ1つの要因になるであろうと思われる事柄をいかに塗り潰していくことや、いかに1つ1つをそうならないような予防策を立てていくかを考えていくしかないと思います。1つの命がなくなるということは本当にそんなことではカバーできないことだと思いますけれども、結局はそういう形でしか私たちとしては提言が出せないといえますか、私たちも皆さんもそれでいいと、必ずしもそれで全てが解決すると思っているわけではありませんけれども、今後の方向性をつくっていく上で予見力、あるいは回避ができたのか、防ぐことができなかったのか、防ぐとしたら何が必要なのかという視点から今回の提言を考えさせていただいたということになるわけです。それを1つ1つ丁寧に私たちが考えていくしかない。そして、このことが二度と起こらないように、これから保育されている方にもきちんと伝えていかなきゃいけないし、研修でカバーできると思っているわけじゃありませんけれども、やはり丁寧に研修していただくことと、それから危機管理に向けての様々な仕組みづくりをしておかないといけない。マニュアルをつくったり体制づくりをしたり第三者評価を受けたり、そういったいろんな仕組みのところにカバーするものをつくることで何とか努力していきたいと思っていますが、それで、全てが解決できるかという、またこれもなかなか1つで解決できることではないと思います。

これから保育というものが、仕事をしながら、持続可能な社会を維持していくためには保育は非常に重要な仕事、モットーというか責任といえますか責務といえますか、とにかく非常に重要な役割を果たしていると思うんですね、社会の中で。ですから、そういう意味でその役割をどう遂行するかは様々な形でカバーできる仕組みを今後取り組んでいかなければならない、それが実現可能なものにならなければならないと思うんです。その意味で、先ほど提言の中に盛り込んだ研修をきちっとするとかあるいは意識を高めるとか、それからいろんなことを回避する、予見する能力をいかに保育現場が持つのかということに提言をしていった経緯がございます。

それで、またちょっと吉野委員に戻るんですが、今の医療の問題について何か今の中村委員がおっしゃったところの事柄、救命措置の問題について、電話は何分後にかけてほうがいいのか、そのあたりで何かご意見といえますか、カバーできることがあったら一言お願いしたいんですが。

○吉野委員

よく言われていることは、人は心臓が止まると1分で10%ずつ蘇生率が下がると言われていて、病院の中でも窒息の事故はたまに経験するんですけども、かなり蘇生が難しいものが病院以外で起きるとかなり蘇生が難しく、現場での処置をどれだけ行っても救命が難しいことは実際かなりあるのかなと思っています。

そういった意味で、先ほど述べさせていただいたように、予防が大事というところを個人的には強く今回は訴えたいなとは思っているんですけども、あと、中村委員が言われたように、現場でできることとしては、そういう窒息のときに成人であればハイムリック法といたり、乳児であれば背部叩打、胸部突き上げというものがあるんですけども、そういう窒息の介助術を実際小児とか乳幼児に関わる保育士の方には学んでいただいたりとか、あとは窒息に気づくということも実際は

かなり難しかったりもするので、顔色が悪くなったりとか咳き込み出すことも窒息の合図であることとかは、今後保育の現場でもぜひ学んでいただきたいなと思うので、そういった意味では、今、先生が言われたように、研修会とか心肺蘇生の講習会をぜひ浸透させて、何か起きたときに実際すぐにできるように体得していただくことは大事なかなと思います。

そこに付け加えるなら、その蘇生処置に加えて二次災害というのも怖いので、蘇生処置をやっているときにほかの保育の園児の方が怪我しないように誘導とか、救急車をどう入れるとか、動線をどうするとか、そういうマニュアルづくりも保育の中では必要になってくるかなと思いますので、研修会、講習会を通して学んでいただきたい。繰り返しになりますけれども、とにかく起きてしまうと私たち医療者でも病院の中でも蘇生が難しいのが窒息というものになるので、とにかく起こさないというのが私としては強く訴えたいことかなと思います。

以上です。

○寺見部会長

先ほども中村委員も触れられたんですけれども、給食でどういう調理法が行われるかということと、それから給食の中での特に乳児の場合にはいろいろな離乳食の段階というのにも必要ですよ。そういうところにどれだけの配慮が行われているかは非常に重要だと思うんですが、そのあたり、栄養学の視点からいかがでしょうか。藤原委員、一言お願いいたします。

○藤原委員

食事と栄養管理の面から今回の事故につきまして少し述べさせていただきます。

まず、栄養あるいは食事の提供につきましては、本来は摂食者の栄養状態とか、あるいは成長状態とか個々は違いますので、まずその評価をしておくことが非常に大事なかなと思います。今回の場合は月齢で離乳食を進めたことが一つの課題になったわけなんですけれども、まさにそういうものが露呈したかなと思います。今回、献立につきましては少し十分な措置がされていなかった。離乳につきましては、生後4か月ぐらいから始める方もいますし、6か月ぐらいから始める方もおられます。それから、終わるのも親御さんが非常に早く終わりたい方がおられるんですけれども、そうではなく、1歳6か月ぐらい、大体それぐらいで終わっても問題ないとなっていますので、急がずにということも現場では考えておく必要があるんじゃないかなと思います。

それから、もう一つ、食事と栄養に携わる人の質的担保が十分されていたかという問題、すなわち研修とかあるいは実地訓練とかが定期的に行われていたかどうか。それから、食事の提供者自身が喫食者はどのように食べているかの現場を見なければいけないと思うんですね。出して終わりという感じで給食は終わっているわけなんですけれども、以前、保育所だけでなく医療現場でもやはり現場へ、ベッドサイドへ管理栄養士が行って、どう食べているかの喫食量調査をして、実際に喫食者の栄養状態を把握していくのは現実やっておりますので、そういうこともやはり保育の現場で今後行われればいいかなと思います。そうしますと、その子はどういう状態で、好き嫌いがどうかとか、どのように食べているのかが把握できて、よりよい食事、栄養のサービスができるんじゃないかなと思います。

それから、もう一つ大事なものは、食事担当者だけで終わらず、やはり保育者、それ以外の方たちの連絡調整が出来て、課題とか問題点を共有していくことが大事なかなと思います。今回の場合、給食委

員会はされているようでされていなかった指摘があろうと思いますので、そういうところを進めていけば、食事を与えるだけではなくて栄養管理をして、その子どもの成長をサポートする大きな意味を持っていますので、その辺を大事にさせていただければありがたいかなと思います。そのことにつきましては報告書にちゃんと載っておりますので、私の考え方になろうかなと思います。

以上でございます。

○寺見部会長

ありがとうございました。

先ほどから体制づくりをどうするかという話が出ていて、そのためにはマニュアルあるいはチェック項目をつくるとか、いろんな事柄が論議されたんですけども、やっぱり保育は人間仕事で、先ほど藤原委員がお話しされましたけれども、いろんなルールにのっとるといいますか共有された事柄を基に動いていくわけですけども、そこで保育者の職員の方々の連携がどのように行われているか、あるいは一番大きいのは子どもとの関わりがどう行われているかだと思うんですが、堀委員、いかがでしょうか、今の栄養の問題のところをお聞きになられて。

○堀委員

一人一人の子どもの状況について保育士は、この子はこれが嫌い、この子はこれが好きというのがよく分かるし、どう食べさせたらよく食べるかというのもよく分かりますよね。ちょうど1歳児というのは、保育所の中ではみんな思っていることなんですけれども、野菜嫌いになっていく、そういう段階なんですね。それをいかに上手に食べさせるかは本当に保育士の技で、飛行機がブーンと飛んできたよといって口の中に入れる、それがもしかしたら今の誤飲とか嚥下が十分にできない子はそこで詰めてしまうかもしれない。だからテクニックだけではできない。子どもをよく知っておかないとできないことなんだと思うので、今、藤原委員が言われたように、うちのクラスのこの子はこんな状態だから、こんなふうに柔らかくしてほしいとか、こういうふうに出してもらったらよく食べるんですと調理の現場と連携していくことがとても大事なんです。調理の現場の方が子どもの食べている様子を見て、「私が作ったの、おいしい」と聞いてくださることで、子どもたちは「いい匂いがしてきたのは、あの人のところからか」と思っておいしく給食をいただく、そのような状況が浮かびます。

それから、ちょっと残念だったのは、嫌いなリンゴがこの子の中にはあった、それがちょっと残念だった。嫌いなものを好きにするのにはどうしたらいいのかなと保育の中で考えていく、それが保育の仕事なのかなと思っているので、そういう工夫をもう少ししていきたいなと思いました。

○寺見部会長

ありがとうございます。

それと同時に保護者の方との連携がここでは非常に重要だと思ったんですが、離乳食に関連する情報収集をどのぐらい園が保護者の方からしていたのかもちょっと気になるころがあったように思っております。

そのほかに何かご意見がございませんでしょうか。

今いろいろご意見を出していただいて、今日は出来上がったものに対する皆様方のご意見ですの

で、今、委員から出た事柄といたしますのはこの報告書の中にほぼほぼ反映されている事柄だとは思っています。ですから、改めてここを修正しようとかあるいは追加しようとかではないですが、もし現段階でお目通しいただいて修正の箇所がある、あるいは追加をしてほしいことがございましたら委員から出していただければと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいですか。出尽くしましたでしょうか。

分かりました。それでは、今日は残念ながら舟本委員がお仕事の関係で今日は急遽ご欠席なされたのですが、事務局にご意見が届いているとお聞きしております。よろしく願いいたします。

○牛尾こども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理

それでは、舟本委員からお預かりしておりますご意見について、私から読ませていただきます。

本日は、大切な会議を欠席してしまい誠に申し訳ございません。事務局から最後の発言の機会をいただきましたので、一言述べさせていただきます。

未来への夢を僅か1年余りの人生で絶たれてしまった当該児童、ご両親、ご家族にも大きな悲しみをもたらした事故からもうすぐ1年がたとうとしています。ところが、この間にも全国から保育施設での重大事故が報告され続けており、状況の改善が一筋縄では得られないことを改めて思い知らされます。こうした中、私は委員の1人として、本事例の事実確認、事故をもたらした要因、二度と同様の事故が起こらなくするには何が重要かという部会の共通視点の下で事例検証に関わってまいりました。その過程で強く感じたのは、当該児童を取り巻く施設の人的要因を含む管理体制、国の定める基準・制度などの保育環境の危うさです。心身ともに未熟で発達段階初期にあたる乳幼児の養護・教育といった保育の重要性が軽んじられているのではないかとの印象を拭い切れませんでした。保育の重要性を認識し、日常の業務に活かし続けようとする努力こそが悲惨な事故を防ぐための第一歩であろうと思います。

また、検証の中では施設の経営上の問題や管理体制、職員の意識・能力向上への取組や連携、それを支援すべき行政の関わりといった諸点での課題も改めて指摘されました。改善への方向性は5つの提言にまとめられており、関係者にはぜひともその実現と事故の再発防止に向けて努めていただきたいと思いますが、事故は一定の場面、条件で起こるわけではありません。過去の事故報告書においても様々な提言がなされているにもかかわらず事故を根絶するには至っていない現実が、そのことを物語っています。ぜひとも関係者の方々には、本事例のような重大事故防止には不断の努力が欠かせないことを、この事故並びに他の多くの報告書を通じて再確認してください。小児医療の現場に身を置く者として自らの戒めともしたいと思います。

最後に、亡くなられた当該児童のご冥福と、ご両親、ご家族の平穏な日常生活が訪れますようお願いしております。

以上でございます。

○寺見部会長

ありがとうございました。

医療関係の方だけでなく、私たち保育に関わる者も今回のことを心に留めていく必要があると思っております。

そのほかに本当に皆様方からご意見ありませんでしょうか。よろしゅうございますか。

特にないようでしたら、それでは、この事故検証報告書（案）を教育・保育施設等事故検証部会として大阪市にお示しする報告書として採択させていただきたく思います。
ありがとうございます。

○今田こども青少年局保育施策部指導担当課長

それでは、ただいま採択されました事故検証報告書を大阪市こども青少年局長の佐藤が受け取らせていただきます。

佐藤局長、部会長、よろしく願いいたします。

○寺見部会長

今、十分に検討してきたんですけれども、いろいろご意見も出ましたので、ぜひ市としてそのことを心に留めていただいて、二度とこういうことが起こらないように行政でも進めていただきたいと思います。

お渡しいたしますので、よろしく願いいたします。

○佐藤こども青少年局長

ただいま、先生方皆さんの本当に努力の結晶の報告書を重たく受け止めさせていただきました。今回のことを本当に繰り返すことがないように、そのための不断の努力がさらに一層求められるんだと改めて心に留めまして受け取らせていただきます。今日を皮切りに頑張ってまいりたいと思います。本当にありがとうございました。

○寺見部会長

予定しておりました議事はこれで一応終了なのですが、最後に私から一言申し上げて、お話しさせていただきます。本当に今回も2、3日前に大きな事故があつて、本当に言葉がないといいますか、起こってはならないことだと思うんです。また悲しいことに、こういうことは起こってから、後から分かることのほうが多くて、今、予見の問題が随分言われていましたけれども、予見しても、やっぱり起こるときには起こってしまうという人間社会の現実といいますか、そう思うと、できるだけ予見して事故が起こらないように回避できるような体制づくりと、それから、今、資質の向上の話もありましたけれども、それを担当する者の意識とそれから技量ですよ、技量をどの程度持つのかという問題があるだろうと思うんですね。ですからそれを高めていくのももちろんそうなんです、それだけじゃなくて、日々の保育をいかに振り返り、予見ですから、いかに計画し、いかに振り返るという、保育現場ではPDCAというんですけれども、そのところを保育士間、園の中で、保育士だけの問題じゃないんですよ、園そのものが1つの企業体、組織体としていかに運営できているか。そして、その運営を誰がリーダーになってされているか。そのリーダーを基に、園長先生だと思いますけれども、いかに社会的な責務を果たしつつ質のあるものにしていくのかというマネジメントを考えないといけないだろうと思うんですね。

しかも、今、保育が非常に重要な役割を果たす、ますますこれからそうなっていくだろうと思うんですね。しかも保育がどんどん低年齢化して行って、本当に6か月以前のお子さんも預かるような状況が起こってくるであろう、社会的な状況から考えると、ますます保育現場の責任は大きくなり

ますし、その責任をまた務め上げるには、保育園の運営上のシステム、組織的にちゃんと責務を果たすようなことになっているのかどうかのチェック機構が必要だということ。それから今回私が個人的に思ったのは、乳児保育は本当に保護者の方、家庭の方との連携をしっかりと取られないと駄目だなと、お家で赤ちゃんが過ごしているのと同じような状態がいかに保育園でキープできるかが非常に重要なことなんじゃないかなと。またそういう意味では本当に保護者の方に何と申し上げていいか分からない気がいたします。それは多分今回の問題だけでなく、たまたま大きな問題になってないだけで、現場が抱えている課題があるのではないかと思うんです。

私自身も乳児の研究をしているんですけども、保護者の方と保育に関わられる方、担任の方だけじゃなくて保育の側がどれだけ、ここからは保育、ここからは家庭養育じゃなくて、そこをどう融合しながら保育園が保護者の方を支えていくか、それは就労支援の問題だけじゃなくて、乳児の健全な育ちのために考えていかなきゃいけない。その乳児の健全な育ちの中に、もちろん一番大きいのは環境、遊びの環境、生活環境がどうなのかということです。今回のことを教訓に思ったのは、やっぱり医療体制がどうなっているのかと、医療の中には子どもの栄養管理の問題があるわけで、一般的に見ていると保護者の方々も離乳食の作り方だとか進め方だとか意外にご存じなかったりするんです。ですから、そういう意味では、保護者との連携が必要といたしますか、そういうことを保護者と共に保育を進めていく。そのために保育者の方々も自信を持ってそれができるような資質づくりをする必要があるのではないかと。多分今回のことに関しましては、担当になったクラスの保護者の方々の心痛と、それから、こんなことが起こってしまって保育士の方もすごく心を痛めていると思うんですね、しようと思ってやったわけではないわけですから。そのことを考えると、本当に二度と起こしてはならない。本当に調査する私たちのほうもつらかったですね、目の前でお話をお伺いするのが。だから、やっぱりこういうことが二度と起こらないようにみんなが考えなくちゃいけない。ただ、本当にマニュアルをつくれればいいという問題でも実はなくて、体制づくりができていたら起こらないのかということでもなくて、やっぱりそれぞれの保育士の方々の意識と、それから複数の目で子どもを見守るという関係づくり、そういうことが必要なのではないかなと思いました。

ぜひ報告書を基に大阪市も心に留めた行政運営をお願いできればいいなと思っております。

これまでも大阪市もいろいろ取り組んでこられたことは私もよく存じ上げているんですけども、でもやっぱり起こってしまう。そこをどのようにカバーをしていくのか、行政の側も組織づくりをされる必要があるんじゃないかなと思いますし、その意味では、保育現場の人員体制をリスクを回避できるような、あるいは複数の目で子どもを見つめていられるような現場の組織体制づくりにぜひ行政がお力添えいただいて国へ要請していただければと非常に強く思いました。多ければいいわけじゃないんですけども、だけど、ないのは話にならないです。そのところをぜひお考えになっていただきたいなと思います。

これからますます安全対策の強化とそれから保育の質の向上に向けた取組を、行政もですが、保育現場の方々にもぜひお願いしたいと、私たちも微力ですけども、そこに貢献できるように取り組んでいきたいと思っております。

本当に皆さん、本日は、いろいろ今までご協力いただきましてありがとうございます。今後、私たちも心に留めてやっていきたいと思っております。ありがとうございます。

○佐藤こども青少年局長

最後に一言だけ申し上げたいと思います。

今、先生から、各委員の方々、本当にいろんな視点からのことを改めておっしゃっていただいて、1つ1つ本当に胸に刺さる思いでございます。

これまで大阪市として待機児童の解消ということで、就労したいというお気持ちの高まりとともに政府の施策もあって、量の確保に努めてまいりました。常に質の確保、質の向上、安全確保も両輪で我々進めるべく、これまで取り組んでまいりました。平成28年の認可外施設での事故があって、本当にあ那时候、大阪市としても何とかそれを教訓にやっていかなければと、本当に先生方に当時もご苦勞いただいて取組を進めました。マニュアルの整備、巡回体制強化、その中で非常に頑張って大阪市としてもやろうとしていましたし、さらにやろうとしていたところにこの事故が認可で起こったことに正直、大阪市として大きな衝撃を受けたところでございます。

これからの社会は常に保育は必要なんだよという先生からのご指摘でございましたけれども、本当にそう思います。コロナの間でも、預けられなくなった保護者の方から、いかに当たり前と思っていた保育が重要だったかが本当にお声として届いております。保育士の仕事の重要性が再認識されつつあるのではないかなと思いますし、そうあってほしいと思います。

一方で、仕事が多くなっていく中で気遣わなければならないことも多くて、離職が相次ぐような、本当に疲弊して辞めていかれるような保育士が多いような現場でございます。その中で何とかそれを防止しながら、保育に携わりたいと思う方々を増やしていくか。それからそれによってまた預けられる親御さんにとっても安心して預けられるということが続くようにやっていかなければならないなと思います。

マニュアルだけではないんだというお話もいただきまして、市長にも、今日、最終報告書を受け取るとは報告をさせていただいておりますし、市長自身も非常に胸を痛めております。そのためにできることは全てやろうと市長からも言われておりますし、これからいろんな仕組みづくり、新たな取組をやっていくつもりでございますが、最終的にはそれが保育現場の保育士一人一人にいかに届いていくかということまで我々はやらなければならないんだということを改めて今日は感じた次第でございます。

先生方のこれまでの本当に熱のこもったご審議に改めて感謝を申し上げたいと思いますし、しっかりと取り組んでまいりたいと思います。

本当にありがとうございました。

○牛尾こども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理

それでは、これもちまして教育・保育施設等事故検証部会を終了いたします。

委員の皆様におかれましては、昨年の3月より長期間にわたりご議論いただき本当にありがとうございました。