

# 芽室町保育施設等 事故検証委員会報告書

令和4年3月

芽室町保育施設等事故検証委員会

## 目 次

1	はじめに	1
2	事故の概要	1
3	検証の目的、方法及び経過	1
	(1) 設置の経緯	
	(2) 目的	
	(3) 職務	
	(4) 検証委員の構成	
	(5) 検証委員会の開催経過	
	(6) 検証の基本的な考え方	
	(7) 検証方法	
4	当該園の状況	4
	(1) 当該園の概要	
	(2) 保育士の配置基準	
	(3) 職員研修	
	(4) 各種マニュアル	
5	当該児童の状況	5
	(1) 発達状況	
	(2) 入園までの経過	
	(3) 入園前の食事提供の取り決め	
	(4) 当該児童が食したパン提供の経過	
	(5) 食事提供に関する情報共有	
6	事故当日の状況	10
	(1) 施設の状況	
	(2) クラスの状況	
	(3) 当該児童の状況	
	(4) 職員の配置情報	
	(5) 事故当日対応した保育士の経歴等	
	(6) 当日の献立	

7	事故の経過（時系列）	14
8	検証委員からの意見	22
	（1）パンの提供方法	
	（2）食事提供に関する連携	
	（3）園マニュアル	
	（4）職員の連携	
	（5）配膳方法	
	（6）職員研修	
	（7）基礎疾患による影響の有無	
	（8）救命処置	
9	検証委員会において明らかとなった原因	25
	（1）基礎疾患との関連	
	（2）給食の提供について	
	（3）保護者との連携・職員間の情報共有	
	（4）危機管理意識・マニュアル・訓練等	
10	再発防止のための提言	27
	提言1 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	
	提言2 保護者・職員間の連携強化	
	提言3 マニュアルの見直しの徹底及び研修体制の強化	
	提言4 保育の質の向上につなげるための芽室町の支援強化等	
11	おわりに	30

## 参考資料

- 芽室町保育施設等事故検証委員会設置条例
- 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

## 1 はじめに

芽室町内の私立認可保育所（以下「当該園」という。）において、令和3年6月15日、1歳9か月の児童が給食誤嚥により窒息状態となる事故が発生した。

芽室町では、今回の事故を重く受け止め、事故の発生原因の分析及び再発防止策の検討を行うに当たり、広く専門的な意見を聴取するため、学識経験者、弁護士、医師、栄養士、保育関係者を検証委員に任命し、検証委員会を立ち上げた。

令和3年8月20日の第1回から計6回の芽室町保育施設等事故検証委員会（以下「検証委員会」という。）を開催し、国の示す「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」（平成28年3月31日付け府子本第191号等内閣府等通知）（以下「国の通知」という。）を参考に、発生原因の分析を行い、再発防止策を検討した。

## 2 事故の概要

令和3年6月15日（火曜日）に、当該園で発生した1歳9か月児（以下「当該児童」という。）の給食誤嚥による事故である。同日11時30分頃、当該児童がパンを2切れ口の中に入れ、えづいている様子に配膳中の保育士が気づき、背中を叩きパンを出そうとしたが、1切れは吐き出せたものの、まだ詰まっている状況であったため、もう1切れのパンを取り除く対応をしながら救急搬送を要請し、救急隊員の指示を受け、心臓マッサージに切り替えた。

当該児童は、その後救急車で病院に搬送され、半年間の入院を経て、現在は自宅療養中である。

## 3 検証の目的、方法及び経過

### （1）設置の経緯

当該事故の発生原因の分析及び再発防止策の検討を迅速に行う必要があったことから、今回の事案に特化した専門性や見識を有する者から意見を聴取するため、地方自治法第138条の4第3項に基づく附属機関として、芽室町保育施設等事故検証委員会設置条例（以下「設置条例」という。）を定め、専門委員として検証委員に任命した。

### （2）目的

設置条例の定めにより、当該園で発生した保育中の事故について、事実関係を把握し、事故の発生原因、対応等の分析を行うとともに、必要な再発防止策等に関する意見を述べる。

### (3) 職務

検証委員は、次の事項について意見を述べる。

- ・当該事故が発生した背景、対応方法、組織の体制、その他の問題点及び課題
- ・検証内容を踏まえた改善策及び再発防止策
- ・その他町長が必要と認める事項

### (4) 検証委員の構成（○：委員長）

区 分	名 前	所属団体
医師	板橋 立紀	帯広厚生病院
弁護士	岩崎 優子	釧路弁護士会
栄養士	木村 千恵里	北海道栄養士会十勝支部
○ 学識経験者	田中 厚一	帯広大谷短期大学
保育関係者	松山 久子	十勝管内保育所協議会

### (5) 検証委員会の開催経過

回 数	開催日	開催内容
第1回	令和3年8月20日(金)	・検証の目的の確認 ・検証方法、スケジュールの確認 ・事故の内容把握
第2回	令和3年10月22日(金)	・報告書の構成 ・収集済資料の確認 ・報告書素案の確認
第3回	令和3年11月19日(金)	・収集済資料の確認 ・報告書素案の確認
第4回	令和4年1月14日(金)	・保護者ヒアリングの実施
第5回	令和4年1月21日(金)	・当該園ヒアリングの実施
第6回	令和4年3月16日(水)	・報告書案の確認

### (6) 検証の基本的な考え方

検証は、国の通知に基づき、次の点に特に留意して行う。

- ・当該園における事実関係の把握を行い、事故に遭った児童やその保護者の視点に立って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。
- ・事故発生状況の把握、発生原因の分析等を行うものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。
- ・個人情報保護の観点から、検証委員会は原則非公開とした。

(7) 検証方法

検証委員会では、次の方法及び資料により検証を行った。

ア 当該園を運営する法人に対し行った指導監査における監査記録や、検証委員会で意見のあった事項について関係機関や保護者に対し資料提供依頼及びヒアリングを行い、事実関係を明らかにするとともに発生原因の分析等を行う。

イ 調査結果に基づき、事故発生前、発生時の状況や発生後の対応等にかかる問題点や課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討する。

ウ 報告書作成のために収集した資料

	資料一覧	資料提供依頼先
1	救急要請から病院搬送までの対応記録	とちがひ広域消防事務組合
2	医療録	帯広厚生病院 公立芽室病院 手稲溪仁会病院
3	救急搬送されたときに排出された異物	帯広厚生病院
4	当該園と当該保護者の面談記録	当該園
5	当該児童の情報	当該園
6	保育士の勤務経歴	当該園
7	保育士・調理員の勤務体制	当該園
8	給食提供に関する資料	当該園
9	危機管理マニュアル	当該園
10	食育計画	当該園
11	過去3年間の研修実績	当該園
12	事故当日の概要	当該園
13	保護者説明会資料	当該園
14	保護者から提供があった資料	保護者
15	事故発生・再発防止に資する指導監査における監査結果	当該園
16	連絡ノート	保護者
17	ヒアリング実施に向けて依頼した保護者文書	保護者
18	園作成の事故報告書	当該園
19	過去3年間の救命講習実績及び保育士の勤務実績	当該園

エ 保護者、当該園に対しヒアリングを実施

## 4 当該園の状況

### (1) 当該園の概要

施設・事業種別	認可保育所（私立）
認可年月日	平成 20 年 4 月 1 日
定員	200 人
開所時間	平 日：午前 7 時 30 分～午後 6 時 30 分 土曜日：午前 7 時 30 分～午後 6 時 延長保育（平日のみ）：午後 6 時 30 分～午後 7 時
保育室等の面積	保育室 526.16 m <sup>2</sup> （うち 1 歳児クラス 60.48 m <sup>2</sup> × 2 室） 遊戯室 255.42 m <sup>2</sup>
クラス編成	0 歳児 2 クラス、1 歳児 2 クラス、2 歳児 2 クラス、 3 歳児 2 クラス、4 歳児 2 クラス、5 歳児 2 クラス

### (2) 保育士の配置基準

当該園では、厚生労働省の「児童福祉施設の設備及び運営に関する基準を定める条例に規定する最低基準（第 33 条）」より 1 人増（プラスワン）での配置をしている。

また、クラスの状況や配慮が必要な児童に対して、必要に応じて別途保育士を加配している。

#### 【厚生労働省が定める保育士 1 人に対する児童数】

区分	0 歳	満 1・2 歳	満 3 歳	満 4・5 歳
児童数	3 人	6 人	20 人	30 人

### (3) 職員研修

当該園に勤務する職員に対して、次の研修を実施するほか、各種マニュアルを備え、職員及び保育士の質の向上に努めている。

#### ア 保育士

新任保育士や中堅保育士を対象とした各種研修の受講など、経験年数や保育内容、受け入れ児童の状況等に合わせた各種研修に参加しているほか、消防による救急講習を年に一度受講している。

管理職は、保育指導や施設運営、保護者支援など、管理者としての総合的な指導についての研修に毎年参加している。

## イ 栄養士・調理員

乳児保育や食育・アレルギー食、安全対策等の研修に参加しているほか、連携施設との合同研修を実施しており、食の提供方法についての調理実習や実技指導研修を定期的に開催している。

## (4) 各種マニュアル

国や道のガイドラインの他、救急車の呼び方や災害時の対応等について、園独自で具体的な内容を記した「危機管理マニュアル」及び「食育計画」を作成し使用している。

## 5 当該児童の状況

### (1) 発達状況（当該園に聞き取り）

- ・ 生後1歳8か月（R3.5.17 当該園で測定）
  - 体重 9.2kg
  - 身長 74.5 cm
- ・ 出生時の状況
  - 体重 2,468 g
  - 身長 47.5 cm
- ・ 首座り3か月、寝返り6か月、お座り7か月、歩行器使用経験あり。
- ・ 先天性上気道狭窄のため、生後4か月頃、主治医のいる病院に長期入院し、その後自宅での対処療法と共に月1回地元の病院にて定期受診。さらに半年ごとに主病院にて検査入院し、経過観察をしていた。
- ・ 歩行はゆっくり。言葉は出ていない。
- ・ 上気道狭窄により呼吸がしにくく、長く昼寝をすることがあまりない。
- ・ 歯の状態（R3.5.18 当該園で撮影、顔写真より確認できたもの）
  - 上顎 左右乳中切歯から乳犬歯 6本
  - 下顎 左右乳中切歯から第一乳臼歯 8本
- ・ アデノイド手術（R3.3.4 手術）

### (2) 入園までの経過（町相談記録及び当該園に聞き取り）

当該児童は令和2年9月に当該園の0歳児クラスへの入園を予定していたが、保護者からの情報提供・相談により、先天性の上気道狭窄であることがわかった。当時は医療的ケアが必要な状況であったため、看護師が常駐している同一法人が運営する他の保育施設への入所についても協議したが、0歳児クラスの枠が定員であったため、当初の予定日である令和2年9月からの受け入れが叶わず、半年後の令和3年3月まで保護者の育児休暇を延長し、入園時期も延期した。

令和2年9月中旬頃、病院の診断の結果、日中に医療的ケアが不要になったと保護者から報告があり、令和3年3月の入園に向けて、令和3年1月26日に当該園と面談等事前協議を行い、令和3年2月15日の入園が決定した。

入園直前の受診の結果、当該児童のアデノイドの手術日が令和3年3月4日に決定したと保護者から連絡を受け、入園日を再度延期することになった。

保護者の仕事復帰に合わせ、当該児童の入園日は令和3年5月1日に決定したが、保護者から前回面談した際から当該児童の状況に変わりがないとの申告があり、入園前の面談はしていない。

### (3) 入園前の食事提供の取り決め（当該園面談記録及び当該園に聞き取り）

令和3年1月26日時点の面談記録では、離乳食後期食を提供することになっていたが（野菜みじん切り、魚ほぐし、肉細かく）、主食の提供方法の聞き取りはしていない。

令和3年2月（1歳5か月）に保護者が当該園に提出した児童生活調査票の食事欄には、「咀嚼が十分でない。何度か喉に詰まらせたことがある。舌でつぶせるような柔らかめのものや小さく切る。」旨の記載がある。

令和3年5月の入園前に、担任と保護者との口頭のやり取りの中で、保護者から普通食の提供を希望される一方、肉や固いものは噛み切れないとの申し出を受けたため、キッチンバサミで刻む対応をすることで保護者の了承を得ていたが、その際も、主食の提供方法の聞き取りはしていない。なお、アレルギー等特別な申し出がなかったため、栄養士は立ち会っていない。

### (4) 当該児童が食したパン提供の経過（当該園に聞き取り）

回数	年月日	経過	献立	当該児童への提供方法
①	令和3年5月11日	6日目	豆乳ブレッド	4つ切りを更にカット
②	令和3年5月14日	9日目	チーズパン	3つ切り（おやつ）
③	令和3年5月25日	20日目	コーントースト	サンドイッチ食パン 1/4切り（おやつ）
④	令和3年6月1日	27日目	まるパン	4つ切り
⑤	令和3年6月10日	36日目	ドックパン	2つ切り
⑥	令和3年6月15日	41日目	コッペパン	4つ切り

① R3. 5. 11 パン食 1 回目 (豆乳ブレッド 80 g)



長さ : 5.5~8 cm

幅 : 2 cm

高さ : 2 cm

※定量の半分の 2 切れをさらに 4 等分にカットするが、口に入れなかった。

② R3. 5. 14 パン食 2 回目 (チーズパン (おやつ))



定量 1 本

長さ : 4~5 cm

幅 : 4 cm

高さ : 1.5 cm

※保育士が手でちぎって提供し、少し食べた。

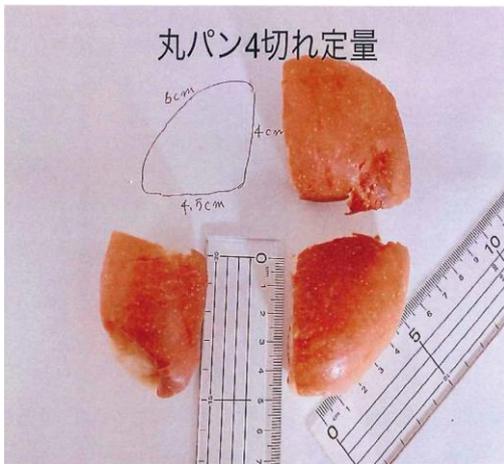
③ R3. 5. 25 パン食 3 回目 (コーントースト (おやつ))



定量 2 切れ  
縦横 : 4.5 cm  
高さ : 1 cm

※保育士が手でちぎって提供するが、食べない。

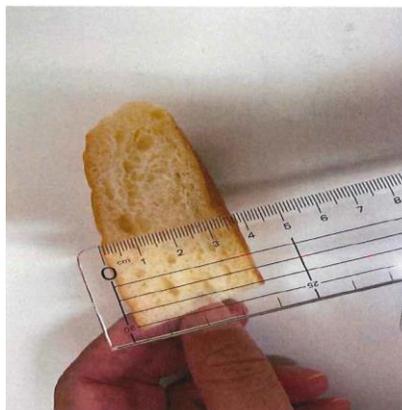
④ R3. 6. 1 パン食 4 回目 (まるパン 50 g)



定量 4 切れ  
縦 : 4 cm  
横 : 4.5 cm  
四半円周 : 6 cm  
高さ : 3 cm

※全量の 1/2 量のパンを食べたことに担当が喜び、連絡ノートにその旨記載した。

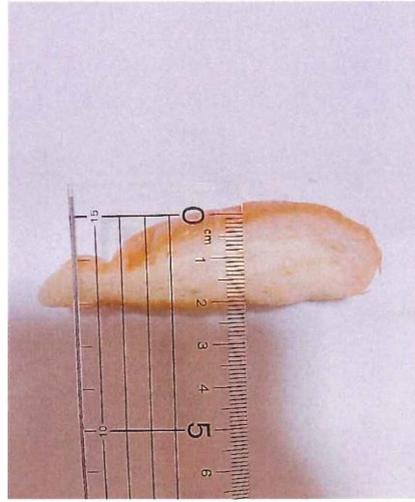
⑤ R3. 6. 10 パン食 5 回目 (ドックパン 60 g)



定量 2 切れ  
長さ : 7.5 cm  
横 : 1~3.5 cm  
高さ : 3.5 cm

※ホットドックのパンのみ自分でちぎって食べていた。

⑥ R3. 6. 15（事故当日）パン食6回目（コッペパン 60g）



定量4切れ  
長さ：5.5～7 cm  
幅：2 cm  
高さ：2～3 cm

※2回目以後は通常の切り方で保育士がちぎって渡すなど様子を見ていた。食が細く食べない日もあるが、自分で噛み切るなど上手に食べている様子もあった。

(1) 食事提供に関する情報共有（保護者及び当該園に聞き取り）

①面談について

- ・**保護者**：当初2月入所予定だったが、その時に細かく説明してきたため、その時の内容と変更がなく、入園直前の面談はしないこととしたが、立ち話の中で、食事提供については面談当初と変更がある部分について追加で伝えた。
- ・**当該園**：兄の迎えの際に、担任Aと保護者と立ち話にて面談の可否及び現在の食事提供方法について確認したところ、面談は不要で、肉や固いものは細かく刻むなど食事提供に関する話を聞いたが、パンなどの主食に関しては話が出なかった。メモはしていない。

②主食の提供方法について

- ・**保護者**：パンが好きなことや、口に入れ過ぎてしまうことがあるので、家では気を付けていることを送迎のたびに担任や他の先生にも伝えてきた。
- ・**当該園**：保育をしている中で、パンや味の濃いものをよく食べていたが、いつも少量で全体的にも食が細かったことから、パンが好きだとは認識しておらず、食べ物を詰め込むことも無いと思っていた。パンが好きだったこと、パンを食べる際に詰め込みをしないための家庭での配慮について、事故後に保護者から初めて聞いた。

### ③送り迎えの際の情報提供について

- ・保護者：迎えに行くたびに、「ご飯はどうだったか？お昼寝はどうだったか？どんな風に過ごしていたか？」など、鬱陶しいだろうなと思いつつも、毎回迎えに立ち会う先生に聞いていた。
- ・当該園：保育士Aは、その日あったことや食べたものをお迎えの際に保護者に伝えたり、連絡ノートに記載していた。他の保育士の証言では、保育士から話しかけることが多く、その日あったことを伝えていたが、保護者から聞かれることはあまりなかった。

※ヒアリングの結果、双方の主張には相違があったことから両論併記することとした。なお、検証委員会は、保護者及び当該園の両者とヒアリングを実施したが、事故当時保育室にいた保育士A、B、C及び送り迎えに立ち会った保育士全員からのヒアリングが実施不可能な状況であることから、当時いた保育士しか知り得ないことなど、事実確認が不十分な可能性を含む。

## 6 事故当日の状況（当該園に聞き取り）

### （1）施設の状況

事故当時、当該園では、園長1人、主任保育士2人、保育士24人、調理員5人体制で児童173人の保育を行っており、事故が発生した保育室の見取図は次のとおりである（図1）。左側点線で囲んだところが当該クラスの見取図である。  
※事故発生クラス（以下「当該クラス」とする。）

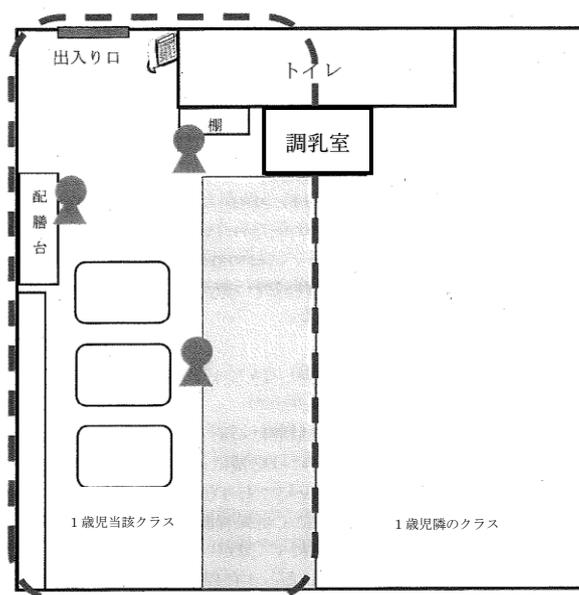


図1 当該クラス付近の図

## (2) クラスの状況

事故当日、当該クラスの保育室には児童が10人（1人欠席）おり、副担任は隣の1歳児クラスに配置されていたため、担任保育士と代替保育士の2人で保育をしていた。給食時は主任保育士が加わり、3人体制であった。

児童10人の健康状態は良好で、特別な配慮が必要な児童（加配対象児童）はいなかった。

食事に関しては、7人はおおむね自分で食べることができる状態であり、3人（当該児童を含む）は保育士の介助が必要な状態であった。3人のうち当該児童を除く2人は、刻み食の提供はなく、食事マナー（食散乱、姿勢）での介助であった。

## (3) 当該児童の状況

時 間	内 容
午前7時40分	・保護者と登園する。
午前7時40分～9時頃	・0～2歳児クラスが合同で一時預かり室、午睡室で朝の自由遊びをする。
午前9時頃～	・保育室へ戻り排泄介助を受け、クラス自由遊びをした後に水分補給（牛乳）し、その後製作物を作成する。 ・箱椅子に座り笑顔を見せていた。
午前10時頃～	・保育士が抱っこをして午睡室へ異動し、1歳児2クラス合同でボール遊びやトンネルを使っでの自由遊びをする。 ・「いないいないばあ」遊びが好きで、保育士の背後の後方から左右交互に「いないいないばあ」を5～6回繰り返し行い、笑顔が多く見られた。 ・室内にいた職員の側を渡り歩くように移動し、機嫌が良かった。 ・午睡室中央で座っていた際には、声をかけた副担任保育士に抱っこをせがみ、その後、副担任が手を添えて窓側まで歩き、道路を見たり、走る車を眺めていた。
午前11時26分	・食事開始

※時刻の表記については、正確な時刻が判明しているもの以外は「頃」としている。

#### (4) 職員の配置状況

保育士の配置については、担任保育士、副担任保育士の2人で行い、給食時には保育士1人が応援に入り、3人体制で配膳・介助を行っている。

ただし、事故当時は、隣の1歳児クラスの保育士が1人休暇を取得していたため、当該クラスの副担任保育士は隣の1歳児クラスに応援に入っていた。

#### (5) 事故当時における事故対応保育士の経歴等

##### ① 園長 年齢：50歳代

・保育士資格 有

・事故当時、保育士経験は26年であり、当該園を運営する法人（以下「当該法人」とする。）の別施設（認可保育所：定員120人）において平成15年4月から平成20年3月まで勤務していた。平成20年4月の人事異動から当該園に勤務し、平成29年度から園長となる。

・保育協会等が主催する施設長研修を毎年受講している（令和2年度は新型コロナウイルス感染症により受講していない）。

##### ② 担任保育士（以下「保育士A」とする。）年齢：20歳代

・保育士資格 有

・事故当時、保育士経験は6年であり、当該法人に平成27年4月に採用され、同法人の別施設（認可保育所：定員120人）で勤務しており、令和2年4月の人事異動から当該園に勤務していた。

・採用時から毎年、経験5年以内の職員を対象とした新任保育士研修会及び当該園独自研修に参加している。また、年に一度、普通救命講習を受講している（令和2年度は新型コロナウイルス感染症により受講していない）。

##### ③ 主任保育士（以下「保育士B」とする。）年齢：50歳代

・保育士資格 有

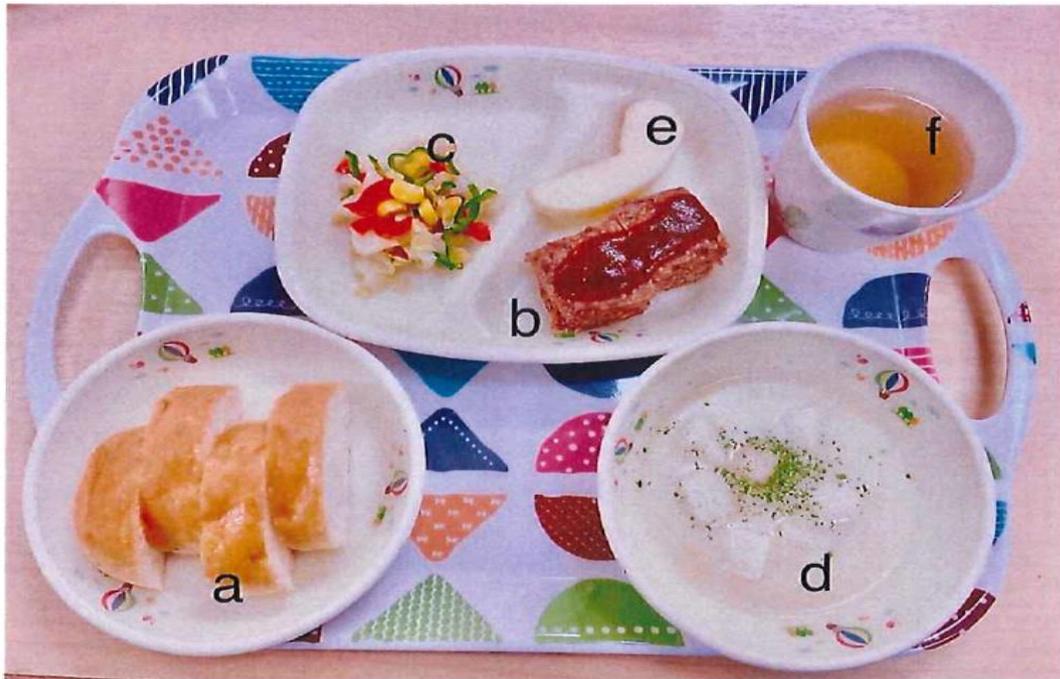
・事故当時、保育士経験は29年であり、当該法人に平成20年6月から勤務しており、平成26年4月の人事異動から当該園に勤務していた。

・令和3年度は未満児担当として、主にクラスの欠員時や給食配膳等の応援に入っている。

・過去3年間におけるキャリアアップ研修にて「障がい児保育、保護者子育て支援、マネジメント」を受講しており、主任保育士を対象とする各種研修に参加しているほか、年に一度、普通救命講習を受講している（令和2年度は新型コロナウイルス感染症により受講していない）。

- ④ 代替保育士（以下「保育士C」とする。） 年齢：40歳代
- ・保育士資格 有
  - ・保育士の休暇時に代わりに入る代替保育士
  - ・事故当時、保育士経験は17年であり、平成29年7月から代替保育士として当該園に勤務していた。当該園に勤務する前は7年のブランクがあったものの、当該園での代替保育士としての経験は3年11か月ある。
  - ・保育士欠員時の代替として短時間の勤務をしており、当該児童が入園してから当該クラスには6回担当していた。
  - ・短時間の代替保育士だったため、普通救命講習等の研修は受講していない。
- ⑤ 別クラス担任保育士（以下「保育士D」とする。） 年齢：30歳代
- ・保育士資格 有
  - ・事故当時の経験年数は18年、平成20年4月より当該法人に勤務している。令和3年1月の育休明けから当該園に勤務しており、過去には各分野のキャリアアップ研修を受講している。また、年に一度実施している普通救命講習を受講している（令和2年度は育休中により受講していない）。
  - ・別クラスの担任だが、事故当時は職員室で事務を行っていたところ、電話のやりとりで緊急事態に気付き、当該クラスに転送された電話を取り、消防隊員の指示を現場に伝えた。
- ⑥ 主任保育士（以下「保育士E」とする。） 年齢：30歳代
- ・保育士資格 有
  - ・事故当時の経験年数は19年、平成18年10月より当該法人に勤務し、平成22年4月の人事異動より当該園に勤務している。過去3年間では、各分野のキャリアアップ研修のほか、道内や全国研究大会に出席している。また、年に一度実施している普通救命講習を受講している（令和2年度は新型コロナウイルス感染症により受講していない）。
  - ・事故当時は、4、5歳クラスへ配布物を届けに廊下にいたところ、緊急事態に気付き、当該クラスへ駆け付け、当該児童の気道確保を行った。

(6) 当日の献立



- a : コッペパン 長さ 5.5 cm～7 cm、幅 2 cm、高さ 2～3 cm  
b : ハンバーグ 縦横 3 cm、高さ 2 cmを 2 切れ (当該児童には刻んで提供)  
c : キャベツとピーマンのソテー 野菜は 1.5 cm未満  
d : コーンポタージュ  
e : りんご 1/12 等分を 1 切れ 長さ 7.5 cm、厚み 1 cm  
f : 麦茶

7 事故の経過 (救急要請記録・医療録及び当該園に聞き取り)

※時刻の表記については、正確な時刻が判明しているもの以外は「頃」として  
いる。

※事故の経過については、当該園、とちぎ広域消防事務組合、医療機関から提  
供された資料により作成している。

【11 時 22 分頃】

保育士Aは、隣の1歳児クラスの保育士が給食を取りに行くのを確認し、  
手を洗い終えた児童たちに席に着くよう促し、絵本を読む準備をする。

【11時23分頃】(図2)

保育士Aは、絵本を読み聞かせ、手遊びをしながら給食の支度が整うまで待つ。

保育士Bは、棚でパン(コッペパン)を定量4切れの内2切れを皿に盛る。

保育士Cは、配膳台でおかず、スープ、お茶の準備をする。

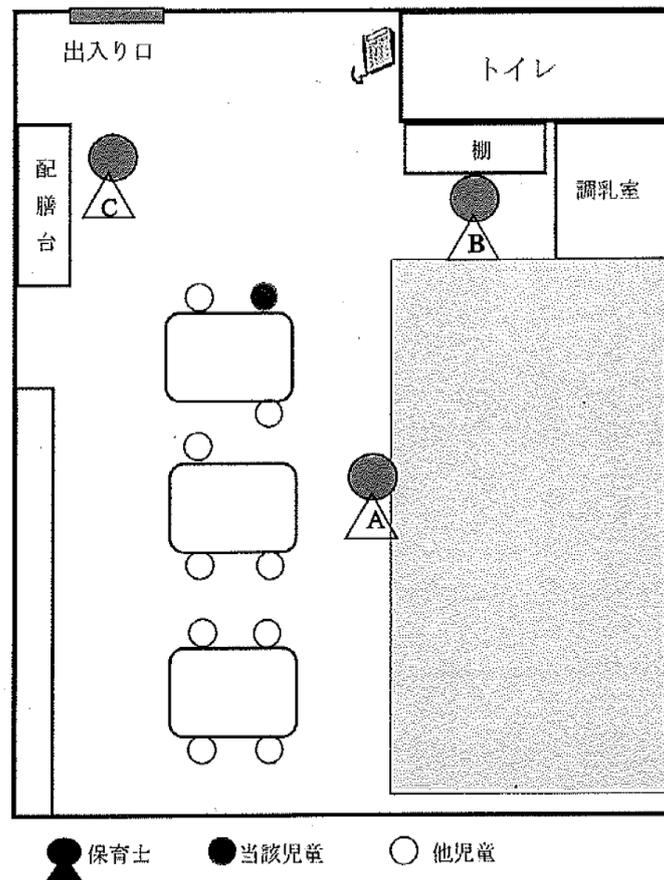


図2 食事開始前の様子

【11時26分頃】当該児童食事開始

保育士Aは、給食配膳の準備が整ったので、「いただきます」の挨拶後、棚のトレイに乗せたパンを取りに行くときに、当該児童のおかずを刻んでいなかったことに気づき、保育士Cに刻むのを依頼し、パンの配膳を始める。

保育士Aは、当該児童にパンを盛った皿を配膳し、当該児童がパン1切れを手を持つのを確認している。

当該児童が給食やおやつで配膳されたパン類を進んで食べることはなく、食べ始めに手を付けることもなかったため、先にパンを配膳していた。

【11時27分頃】

保育士Aは、パンの配膳を終え、保育士Cがおかずを配膳している途中だったので、配膳台に残っている他児童のおかずを配膳し、その後スープの配膳を始め、保育士Bは、お茶を配膳する。

保育士AとCは、エプロンを外す児童や椅子をずらして座る児童を介助しながら配膳を続け、保育士Aは、当該児童が口を動かす姿を確認する。

【11時28分頃】(図3)

保育士Bは、児童たちへの配膳状況が全体的に落ち着いてきたので、給食室に自分の給食を取りに行く(保育士Bは、保育室付きの保育士でないことから、調理室に給食を取りに行く必要があった)。

保育士AとCは、他児へ給食の配膳を続けている。保育士が手分けして同時に配膳することは、保育園開設以来行われている方法であった。

保育士Aは、保育士Bが戻った後に、当該児童の側につくように依頼する予定でいた。

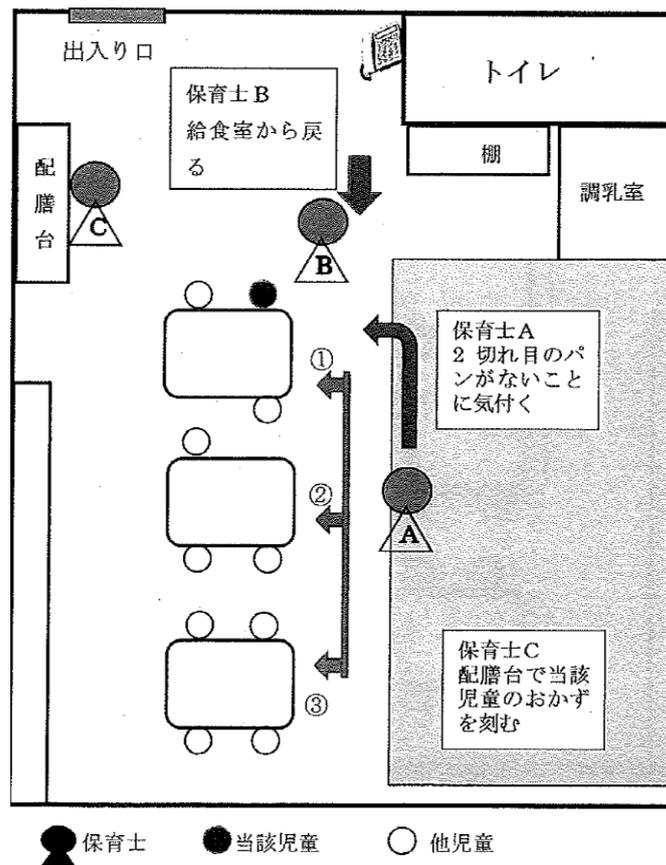


図3 配膳の様子 (①～③は配膳の順番を表す)

【11時29分】(図4)

保育士Bは、自分の給食調理に時間がかかることが分かったため、給食室から保育室に戻る。

保育士Aはスープを配膳している途中で、当該児童の皿に2切れ目のパンが無いことに気づき、「パンが無い」と声を出し、パンが下に落ちていないか確認するも見当たらず、保育士Bと当該児童の口内を見ると、パンが口内にいっぱいになっている様子を確認する。

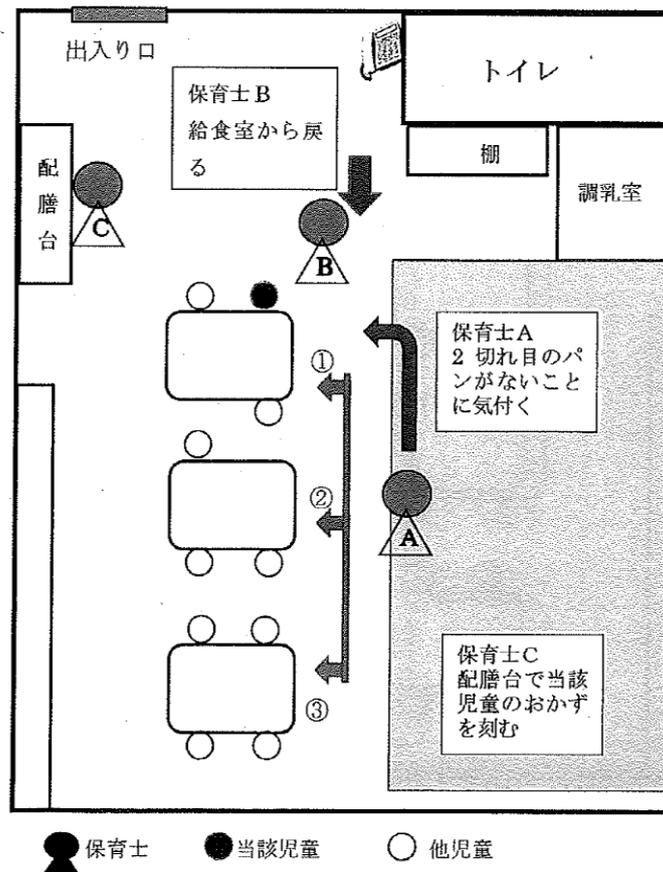


図4 当該児童に配膳したパンが無いことに気付いた様子

当該児童は、普段から自分から食べ進めることがほとんどなく、食べるスピードも遅かったこと、また、外観からは口の中にパンが入っていることがわからない状態であったことから、パンが落ちているのではないかと思い、周辺を探した。

声かけでは口を開けなかったため、保育士Bが余っているパンを1切れ棚に取りに行き、当該児童の口元に持っていくと、食べようと口を開けたところで口内を確認できた。口腔内上左右に隙間があり、びっしり詰まっている状態ではないと確認した。

保育士Aは、当該児童が苦しがる様子もなく、普段どおりの表情で口を動かしており、保育士Bが側に付いてくれたことから、他児へのスープの配膳を続ける。(図4、①～③の順で配膳)

保育士Bは、大丈夫だろうと判断したが当該児童の横に座り、口元を見ながら様子を見る。

保育士Cは、配膳台で当該児童に提供するおかずの刻みを聞こうとしたときに、保育士Aの「パンが無い」との声を聞くが、保育士AとBが当該児童を見ていたので、当該児童のおかずの刻みを確認し、再度刻み始めた。

### 【11時30分頃】事故発生時（図5）

保育士Bは、当該児童の嘔吐反射（えずく）姿が見られたため、背中を叩くも収まらないことから、椅子から降ろし（当該児童は泣く）、顔を下に向けお腹を押さえ、背中を叩いて口内のパンを出す応急手当（背部叩打法）をしたところ、パン1切れ分（唾液で塊になった直径3cm弱のパン）を吐き出す。

保育士Aは、他の児童たちの介助をしながらスープを配り終えたときに、保育士Bが視野に入り、声と背中を叩く動作で喉に詰まったと分かり、保育士Bの側に駆け寄る。

保育士Cは、配膳台で当該児童のおかずを刻んでいて、保育士Bには背中を向けていたが、保育士Bの声で異変に気づき、動けなくなった。

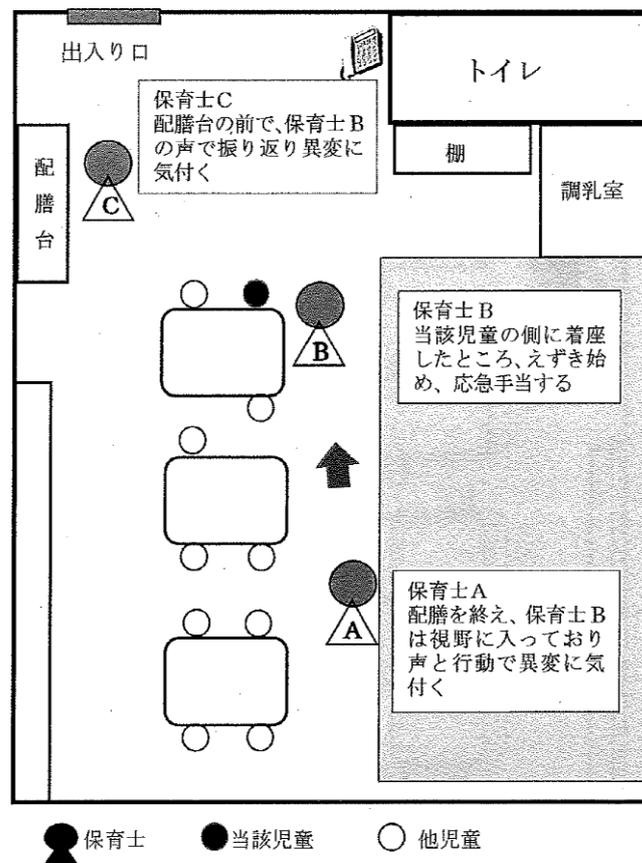


図5 事故発生直後の状況

**【11時31分頃】**

保育士Bは、パンがまだ詰まっている様子が見られたため、当該児童の背中を叩き続ける。当該児童は泣きながら手足をバタバタさせている。

**【11時32分頃】**

保育士Bが保育士Aに対し、園長を呼ぶよう指示する。

保育士Aは、職員室にいる園長のもとへ行き、園長と保育士Aが保育室内に到着する。

保育士Bは、当該児童は呼吸があるも、だんだん力が抜けていくのを確認する。

**【11時33分】**

園長は、入室時点で当該児童は泣いていないことを確認している。

園長は、当該児童の口の周りにパンの欠片が付着していることから、保育士Aに対しプラスチックグローブを持ってくるよう指示(保育室内トイレに常備)し、口内を確認するためプラスチックグローブを装着し、左手人差し指を口内に入れようとするも、当該児童の噛む力が強く、指を入れることができなかった。

保育士Bは、その間背中を叩き続ける。

**【11時34分】**

園長は、直ちに職員室に戻り、事務員に119番通報を指示するとともに、緊急連絡先である保護者(母)の勤務先に連絡するも電話口に母がなかなか出なく、その間受話器を持ったまま待機となる。

指示を受けた事務員は119番通報し、消防隊員から当該児童の様子の確認と指示が出たので、その電話を当該保育室に転送する。

職員室にいた保育士Dは園長の様子を見て当該保育室に駆け付けると、保育士Bが背中を叩き続けており、保育士Dも背中を叩くが口を開く様子が見られないことから、救急車の状況を聞きに事務室に行くと、事務員が電話で消防隊員の対応をしているので、転送される電話を受けるために保育室に戻る。

保育士Bは当該児童の唇、顔色が悪くなっていくのを確認する。

保育士Aは当該児童に声掛けしながら、他児童の行動を監視する。

【11時35分】(図6)

保育士Dは、保育室に転送された消防隊員の指示を保育士Bに伝える。その際、当該児童に対し、マスクが必要なことを消防隊員より伝えられるも、状況からマスクの装着はしなかった。

※マスクは、保育士Aが職員室に取りに行き、手元に確保していた。

保育士Bは、消防隊員からの指示を受け、心臓マッサージに切り替え、救急隊員が来るまで心臓マッサージを続ける。

保育士Eは、廊下で緊急事態を察知し、当該保育室に駆け込んだところ、保育士Aがプラスチックグローブをして口内のパンを取り出そうとするも口が開かないことから静止させた。

保育士Eは、当該児童の頭を後ろに反らせ、顎を持ち上げ気道を確保し、手をさすりながら声を掛け続ける。

保育士Cは、手をさすりながら声を掛け続ける。

保育士Aは、当該児童に声掛けしながら、他児童の行動を監視する。

保育士B及びEは、当該児童が時折口を開き、息を吐き、顔色が少し良くなっていくことを確認する。

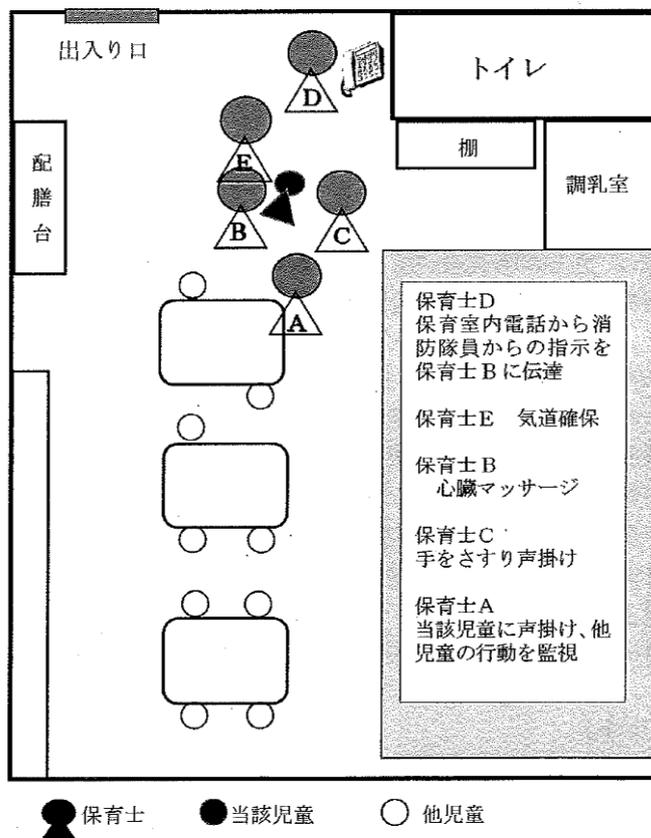


図6 心臓マッサージの状況

【11時36分】

保育士Bは、心臓マッサージを続ける。

保育士Eは、気道を確保し続ける。

保育士AとCは、当該児童に声を掛け続ける。

園長は保護者（母）と連絡が取れ、状況を伝えるとともに母に父の居場所を確認し、父に電話をする。

【11時38分】救急隊現場到着

救急隊4名到着

【11時39分】

救急隊員へ当該児童を引き継ぎ、処置開始。パンの一部を除去する。

【11時41分】

父が当該園に到着。

【11時44分】

車内収容。父同乗。

【11時45分】

搬送開始。

【11時55分】

病院到着。

【11時58分】

直径2.5cm大のパンを除去し、治療が始まった。

## 8 検証委員からの意見

### (1) パンの提供方法

- ・カットが大きかったのではないか。
- ・保育現場では、窒息だけを考慮して小さいものを食べさせるのではなく、ある程度の大きさがあっても、その子が自分の能力で食べられるような促しをしつつ、また、誤嚥を防ぎながら、より能力を高めていくという場であり、両輪を担っていかなければならない。
- ・パンを最初に提供したとのことだが、配膳順番や提供方法、見守りは、児童ひとりひとりの特性を見極め判断すべきである。
- ・児童の食の変化（パンを自分でちぎって食べている状況等）は一度の確認で今後を決め付けず、何度も確認したうえで保護者に伝え、慎重に変更していく必要がある。
- ・詰まりやすいメニューがあるときは、詰まりにくいものから食べさせるなど、提供に工夫が必要である。

### (2) 食事提供に関する連携

- ・食事の聞き取りの方法について、入所前の時点での食事の状況については口頭のやり取りのみで、記録されたものが無い。記録すべきだった。
- ・乳幼児は誤嚥を起こしやすいのに、園で食事提供の聞き取りに関することや、離乳食以外の食事提供に関するマニュアルがない。
- ・入園時期が延期になったときに、直近の問診票の再提出がされていない。当初の入所予定から半年経っており、乳幼児の半年間での成長変化は著しいので、問診票を再提出させるべきであった。
- ・普通食であっても、入園前面談では栄養士が関わるなど、しっかり聞き取りをし、また、記録すべきである。
- ・日常における給食の提供方法について、園で配慮していることや今こうしている、などを保護者に伝えるべきである。担任と給食担当と保護者とのコミュニケーション不足が考えられる。
- ・入園前の聞き取りや記録もちろん重要だが、入園してからの状況を観察しながら対応していくことも必要である。
- ・集団の中での食事は、家庭と状況が異なるので、保護者から聞いたことと同じとは限らない場合がある。そうした場合、園の状況と異なる部分を保護者に確認し、園ではこうしてみようと思うなど、都度保護者に伝える。コミュニケーションが日々大事になってくる。

- ・家庭及び園双方の食事の提供について、合意形成ができていなかった。
- ・パンなどの好きなものを詰め込みやすいという情報が保育士になかった。
- ・保育士は児童の食の様子・変化を捉え、保護者に伝えなければならない。

### (3) 園マニュアル

- ・ガイドラインが生かされていなかった。
- ・ひとりひとりに見合ったものを食べさせるという責務が保育園に求められている。国が示している「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドラインについて」（以下「ガイドライン」という。）では、先に水分を摂らせる、食べている状況をきちんと観察するなど、誤嚥を起こさないための注意ポイントについて記載されている。食事の提供、食べるまでの流れについてはガイドラインと違う部分があった。
- ・園マニュアルでは事故に関する部分が非常に少ない。
- ・園マニュアルの中に、ガイドラインの事故に関する部分について、ひとつひとつの項目を入れていくのも対策のひとつになる。
- ・命にかかわるような事故が起きた場合は、園長よりも119番を先にすべきであることを、具体的にマニュアル化したほうが良い。
- ・食事提供において、入所前の聞き取りに関するマニュアルを作成すべきである。記録及び共有することが事故防止につながる。

### (4) 職員の連携

- ・職員全員が事故対応出来るよう、定期的に勉強会をすべき。
- ・基礎疾患があること、誤嚥の可能性が考えられることについて、保育士間で共通認識が取られていない。
- ・職員間のコミュニケーションが少ない。
- ・担当保育士が欠員する際は、代替保育士等にクラスの状況及び対応等を事前に伝え、「知らなかった」ということが無いようにすべき。
- ・栄養士が日々の業務の中で、詰まりやすく難易度の高いものについて保育士に伝えることも必要である。

### (5) 配膳方法

- ・配膳をしている最中に児童がご飯を食べ始めているという状況を作り出してしまったことが、事故が発生した一要因にはなっていると思われる。
- ・すべての配膳が整ってから一斉に食事をすることで、見守る保育士が不足する事態を防げる。
- ・保育士と一緒に食事をしないことも見守り徹底につながる。

#### (6) 職員研修

- ・事故はいつ起きるかわからない。救命講習を始め、事故防止等の研修は年に1回、2回でも、常にやっておいた方が良い。
- ・食事の順番や成長に応じた食事の提供、誤嚥しやすい状況（泣くと吸い込みやすい）、難易度の高い食事など、保育士に教育させることも保育の一環である。
- ・園は、研修時間に受講できない短時間の代替保育士に対し、研修する機会を提供する責任がある。保育に携わる全員が共通理解を持たなければならない。
- ・誤嚥が起きたとき、アレルギー、アナフラキシーショックが起きたときに、園としてどう対応するかということについて、定期的に学ぶ機会を作り、職員全員が対応できる体制づくりが必要である。1人は何をして、2人目は何をして、3人目は何をしてという役割分担を決めておいて、それを園の職員に周知しておくということが事故防止、正しい事故対応につながる。

#### (7) 基礎疾患による影響の有無

- ・急いで食べる、詰め込みやすいなど、低年齢児における特性によるものが影響していると考えられる。
- ・口から出たパンの大きさから、基礎疾患に関係なく窒息を起こす大きさであった。

#### (8) 救命処置

- ・窒息が起きたら、即119番ということを決めておくべき。消防隊員が来る前に窒息が改善されたとしても全く問題ない。
- ・救命講習を受けていたら適切な救命処置ができていたかということ、事故の現場では難しい。
- ・異物を取り除く工程は、急に噛まれたり、異物を奥に押し込んでしまう可能性があるため、その判断は難しい。
- ・救命講習内容について、AEDや心肺蘇生にとどまらず、窒息を想定してのハイムリック法、背部叩打法の訓練を取り入れるべき。

## 9 検証委員会において明らかとなった原因

本検証委員会では、当該児童の誤嚥事故における基礎疾患との関連や、給食の提供、保育士の共通認識等を含めた原因について検証し、以下の原因があるという結論に達した。

### (1) 基礎疾患との関連

当該児童は、先天性上気道狭窄によりサクション等の医療的ケアが必要な状態で入退院を繰り返していたが、令和3年3月にアデノイド切除の手術を受けたことで呼吸や痰などの症状が改善し、同年5月1日から入園した（実際の入園は連休明けの同年5月6日）。

保護者は入園前の面談記録（令和3年1月現在）では、「咀嚼が十分でなく、何度か喉に詰まらせたことがある。舌でつぶせるような柔らかめのものや小さく切る。」等家庭での状況について提出している。1歳児という年少児については、そもそも月齢だけでなく、個々人の発達状況により咀嚼の程度に差は大きく、これに加えて家庭内での様子を踏まえると咀嚼が十分ではない児童であったと推測される。

ただし、今回の誤嚥事故により排出されたパンが、基礎疾患のない児童でも詰まってしまう程度の大きさであったことから、基礎疾患が直接的な原因ではないと考えられる。

### (2) 給食の提供について

当該児童の給食の提供方法や、当該園の配膳の問題点について、詳しく聞き取り確認した。

担任保育士による入園直前の口頭での聞き取りにより、家庭では家族と同じものを食していること、肉や固いものは刻んでいる旨の確認をしていたため、保護者同意のうえ3歳未満児と同様の普通食を提供することとし、固いものは刻んで提供していた。

配膳中は、10人の児童に対し3人の保育士が付いていたが、保育士3人が同時に配膳を行う際に背中を向けていたなど、児童の見守りが手薄になる場面があったことや、汁ものを先に配膳するとこぼしてしまうことを理由に、パンから配膳していたことで、窒息を起こしやすい状態が作られていたことが分かった。

パンによる誤嚥リスクは高い。その原因として、乳幼児は咀嚼・嚥下機能が低いこと、パンの性質上大きな塊のまま喉に入ることによって、唾液などの水分を吸って膨張し、付着性の高い塊となりやすいことがあげられる。

当該児童は、入園してから3度のパン（おやつパンを除く）を食べており、1回目は保育士がさらに小さくカットして提供していたが、2回目からはちぎって食べる姿が見られたことから、パンの提供方法について十分に検討しないまま、その後も自分でちぎって食べられると判断し、通常サイズで提供していたことや、事故当時、当該児童に配膳したパン2切れが口に入っている状況であることを認識していたにもかかわらず、即座に吐き出させるなどの処置をせず、様子を見続ける判断をしたことも事故の原因と考えられる。

### (3) 保護者との連携・職員間の情報共有

当該児童の情報連携では、保護者と当該園との間において、食事提供に関する認識に相違が生じていたことが事故の原因と考えられる。

保護者が伝えていたとされる食事提供に関する事項の記録がないことや、事故後の保護者及び当該園との面談時に、当該児童はパンが好きだったこと、パンを提供する際の家庭での配慮について、当該園として初めて聞くなど、保護者との連携や職員間の情報共有が不十分であったと言える。

栄養士の関与について、当該園では、同一法人が運営する他の保育施設と兼務する栄養士が献立を立案し、月1回の「給食会議」を開催していたが、会議の内容としては、行事関係や離乳食及びアレルギー児の対応が主であり、乳幼児に対する給食の提供における注意事項等について、十分に検討・協議する場がなかった。

### (4) 危機管理意識・マニュアル・訓練等

当該園において、事故の未然防止のための取組として、危機管理マニュアルを策定しているが、職員全体に共通の理解が十分にされていないこと、誤嚥時の対応について明確でないことが分かった。

また、園の危機管理マニュアル等については、職員に配布するのみの対応となっていることから、職員全体がその内容を十分理解しているとはいえない。

事故当時、食べ物が詰まった後の処置としては、B保育士が背中を叩く背部叩打法を試みており、適切な応急処置だったと思われる。その後、園長を呼び判断を仰いだが、詰まらせてから救急要請までに数分かかっていることから、誤嚥事故については、詰まったとわかった時点で、応援を呼び、すぐに救急要請を行い、並行して異物除去の応急処置をすべきであった。

当該園においては、年に一度消防と連携して心肺蘇生の訓練をしてきたが（令和2年度は新型コロナウイルスの影響で実施していない）、誤嚥事故の訓練はこれまでに行われていなかった。

## 10 再発防止のための提言

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、配膳方法や情報連携不足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、背景にあった課題が浮き彫りになり、そのような不十分さが重なって起きた事故であったことがわかった。

乳幼児は嚥下機能が未発達であり、咀嚼力も弱いため、誤嚥を起こしやすいことを認識し、すべての施設において「起こるかもしれない」という危機意識のもと、以下の提言を活かし、誤嚥事故防止に取り組んでいただきたい。

また、このような事故が二度と起こらないよう、児童の教育・保育を行うすべての施設の管理者、教育・保育従事者をはじめ、関係者が事故発生の背景的要因を理解し、再発を防止するために必要な対策を共有し、実行していくことが重要である。

### 提言 1 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

#### 1-① 子どもの発達に応じた適切な食事援助を行うこと

乳幼児は、発達の個人差が大きいので、子どもの特性、咀嚼、嚥下機能等も含め、家庭での状況を十分に聞き取り、一人一人の発達過程に応じた食事を提供するとともに、食器・食具及び食品の種類、量、大きさ、固さ等に配慮すること。

#### 1-② 食物誤嚥のリスクを認識して食の提供・援助を行うこと

- ・保育士は、十分な食事援助ができるよう、机の配置や配膳方法を工夫し、子どもの様子がしっかりと観察できる体制にすること。
- ・栄養士から保育士に対し、各食材やメニューに関する注意事項等の情報提供を徹底するとともに、保育士は、初めて口にする食材や、食事の大きさなどの提供の可否を事前に保護者に確認すること。
- ・食事前に水分を与え喉の通りをよくすること、食事中にも適宜水分を与えること、子どもの発達に合った食器、食具、机、椅子を準備すること、泣いたり、嫌がっている時に無理やり食べさせないことなど、具体的な誤嚥防止対策を知り、実行することで食物誤嚥のリスクを下げること。

## 提言2 保護者・職員間の連携強化

### 2-① 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

- ・乳幼児の保育においては、特に保護者との密接な連携が重要である。保護者との信頼関係を築き、保護者への支援に努めるとともに、家庭における食事の様子を丁寧に聞き取り、一人一人の子どもの理解を進めること。
- ・保護者から得た情報や子どもの生育状況等は、送迎時の立ち話など、面談以外で得た情報でも記録し、職員（クラス担当）間で共有・連携のもと、安全面に十分に配慮することが必要である。
- ・保育所等には、保育士、看護師、栄養士等様々な職種、様々な年齢の職員がいるが、職種を超えたコミュニケーションが不可欠である。気づいたことを言いやすい関係性をつくり、園長や主任等が中心となって、普段から情報交換ができる職場づくりに努めること。
- ・欠勤する職員がクラスにいる場合は、代替保育士等クラスを担当する職員全員に児童の情報共有を行い、保育中に対応方法がわからないという事態が起きないように努めること。

### 2-② 定期的に面談を実施すること

- ・乳幼児期は、嚥下機能が未発達で誤嚥を起こしやすい時期であるため、入園前だけでなく、その後も定期的に面談を実施すること。
- ・保護者・保育士・栄養士の3者で面談することで、家庭での喫食状況や保護者の意向について、その場で話し合うため齟齬が生じにくく、伝達漏れや確認漏れを防ぐことが出来ることから、年齢ごとの面談票を作成するなどし、定期的に実施することが望ましい。

## 提言3 マニュアルの見直しの徹底及び研修体制の強化

### 3-① 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

- ・事故防止及び事故発生時の対応マニュアルを、「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」に沿った内容に見直し、施設の状況に即した内容になっているか定期的に点検を行い、フロー図で示すなど、分かりやすく実効性のあるマニュアルにしておくこと。
- ・事故防止に関するマニュアルについては、重大事故が起りやすい睡眠中、プールや水遊び中、食事中など、場面に応じた留意事項を記載すること。
- ・園内研修等を通し、マニュアルの内容や事故防止の基礎知識についての理解を深め、一人一人が危機管理意識をもって事故防止対策に取り組むこと。
- ・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、起こりうるリスクへの対応策を職場内で共有するなど、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。

### 3-② 実践的な訓練を定期的実施すること

- ・事故防止マニュアル等を活用し、誤嚥を含むさまざまな事故を想定した訓練を実施し、事故発生時の対応法や役割等の認識を深めるとともに正規雇用、非正規雇用、勤務歴の長短を問わず、すべての職員が緊急時に対応する力を身につけること。
- ・消防と連携を図りながら講習内容について毎年検討し、AEDや心肺蘇生にとどまらず、重大事故を想定した訓練を取り入れること。
- ・勤務形態により研修に参加しにくい保育士に対し、オンラインやDVDなどを活用するなど、受講できる方法や仕組みを整備すること。

## 提言4 保育の質の向上につなげるための芽室町の支援強化等

### 4-① 事故防止対策等を強化すること

- ・誤嚥事故は家庭でも起こりうることから、家庭向けにも事故防止の普及・啓発を行うこと。
- ・保育の実施主体である芽室町が毎年実施している合同研修会のテーマを、事故防止に関する内容など、保育現場のニーズに応じた研修になるよう充実を図り、積極的な参加を呼び掛けること。
- ・施設指導監査において、誤嚥防止対策等の確認項目を拡充することにより、効果的な助言、指導を行うこと。

### 4-② 国に提案・要望する事項について

今回の事故を踏まえ、特に発達に差がある低年齢児に対する保育士配置基準の見直しと、安定した保育運営に向けた公定価格への反映など、保育の質と安全性の確保について、国に対して要望すること。

## 11 おわりに

本報告書を終えるにあたり、私の思いを述べて参りたいと思います。

芽室町保育施設等事故検証委員会が作られ、手島 旭芽室町長から委員を拝命いたしました。以来、約半年にわたり会議に参加させていただきました。そして5名の委員からなる委員会で計6回の時間を要し、このような報告書がまとまったわけです。委員それぞれの専門分野からの適切なお意見を伺う中で、真摯にまとめ上げられたものと思っています。

そのうち、2度にわたって保護者様や当該園関係者の皆様からヒアリングを実施いたしました。ご両親のご心痛は察するに余りあるものがありました。我が子を思う切ない胸の内や、どのように願ってみたとところで時間を戻せるはずもない、そんなやるせない怒りがご両親から込み上げてくるのを感じるにつけ、このような事故を二度と起こしてはいけないと委員全員が思ったことでした。一方、当該園においても起こしてしまった事の重大さへの悔いや無念さが滲み出ておりました。

少子化の中、子供は地域や日本の未来を背負って立つ、私たちにとってまさに〈宝物〉であるべき存在です。だから、たとえ他人の子供であったとしても大切に育てていかなければいけない、と私は常々思っています。地域を豊かにするとは、単に経済的な繁栄だけでなく、例えば、他人の子供であったとしてもどれだけ自分の子供同様に関わってあげられるのか、それを地域住民が高い次元で意識し続けられるのか、そのような人々の心の豊かさが問われてくるのだろうと考えているのです。そんなことを改めてこの委員会での議論を通じて考えていました。

報告書の中でも当該園の職員間におけるコミュニケーション不足が大きな課題と指摘されています。これはもちろん、今回のように、子供たちに関わる仕事だけの問題ではないはずです。さまざまな職場においても、その質によって、職場は大きくプラスにもマイナスにも自在に変化するのだと思います。

(もちろん、今回問われたのはありきたりのコミュニケーションではなく、より深く関わる真の意味での良質なコミュニケーションだと思っています)。

そのほか、細かな〈負(マイナス)〉要素の積み重ねが今回の重大事故を巻き起こしたのだと感じました。一つ一つは小さいけれども、それが重なりあってしまった時の深刻な事態を私たちは常に考えてみる、そんな想像力が必要となってくるのだと思いました。

大人は、絶対に子供を守らねばなりません。それは私たち大人の最低限の義務です。そのためには力強い想像力を、今一度しっかりと研ぎ澄ましていく必要があると考えます。日常業務に追われ、ついおろそかになりがちの、当たり前の点検を私たちはもう一度確認していく必要があるのでしょう。

ご両親は涙まじりに「このような事故はもう二度と起こして欲しくない」と私たち委員に訴えられました。重く受け止めなければいけないと、強く感じました。

最後に、事故に遭われたお子様が、かつてのように笑顔いっぱい家庭の中や、あるいは地域社会で生活できる日が一刻も早く戻って来ますよう、委員一同、心から願っております。そして、本事故に関わられた皆様の辛いお気持ちがどこかで解消され、明るく笑顔で暮らせる日が来ることも、あわせてお祈りしたく存じます。

芽室町保育施設等事故検証委員会 委員長 田中 厚一

## 參考資料

## 芽室町保育施設等事故検証委員会設置条例

### (設置)

第1条 保育施設等において当該保育施設等を利用する子どもが死亡し、又は重篤な傷病を負う事故（以下「重大事故」という。）が発生した場合において、当該重大事故の原因の究明及び再発防止のための措置に関し必要な事項について調査審議させるため、重大事故ごとに、芽室町保育施設等事故検証委員会（以下「委員会」という。）を置く。

### (定義)

第2条 この条例において「保育施設等」とは、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第27条第1項に規定する特定教育・保育施設、同法第29条第3項第1号に規定する特定地域型保育事業所、同法第59条に規定する地域子ども・子育て支援事業（同条第2号、第10号及び第11号に掲げるものに限る。）を行う施設をいう。

### (所掌事務)

第3条 委員会は、町長の諮問に応じ、次に掲げる事項について調査審議する。

- (1) 重大事故の経過に関すること。
- (2) 重大事故の原因の究明及び再発防止に関すること。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、第1条に規定する設置目的を達成するために必要と認められること。

### (組織)

第4条 委員会は、委員5人以内をもって組織する。

### (委員)

第5条 委員は、法律、医療、保育等に関する専門的知識及び経験を有する者のうちから町長が委嘱する。

- 2 重大事故の関係者又はこれらの者と直接の人的関係若しくは特別の利害関係を有する者については、委員となることができない。

### (委員の任期)

第6条 委員の任期は、委嘱の日から委員会が第3条の諮問に対し最終的な答申を行う日までとする。

### (委員長)

第7条 委員会に、委員長及び副委員長を置き、委員のうちから町長が指名

する。

2 委員長は委員会の会務を総理し、委員会を代表する。

3 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、副委員長がその職務を代理する。

(会議)

第8条 委員会の会議は、委員長が招集し、その議長となる。

2 委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

4 委員会は、個人情報保護の観点から、非公開とすることができる。

(関係者の出席及び資料の提出)

第9条 委員会は、必要に応じ、関係者の出席を求めて、その意見を聴き、又は関係者に資料の提出を求めることができる。

(守秘義務)

第10条 委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

(報酬の額)

第11条 委員の報酬の額は、日額12,000円とする。

(費用弁償の額)

第12条 委員が招集に応じ又は職務のために出張したときは、順路によりその費用を弁償する。

2 費用弁償は、鉄道賃、航空賃、船賃、車賃、日当、宿泊料及び食卓料の7種とし、その額は、職員旅費支給条例(昭和26年条例第23号)に定める2級相当額とする。

(支払方法)

第13条 委員の報酬は、委員会の所掌する会議、調査などに出席した日の翌月10日までに支給する。

2 費用弁償の支払方法は、町職員旅費支給条例の例による。

(庶務)

第14条 委員会の庶務は、子育て支援課児童係が行う。

(その他)

第15条 この条例に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、

委員長が委員会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、公布の日から施行する。

(条例施行後最初に行われる委員会の会議の招集)

2 この条例の施行後最初に行われる委員会の会議は、第8条第1項の規定にかかわらず町長が招集する。

府子本第191号  
27文科初第1788号  
雇児総発0331第6号  
雇児職発0331第1号  
雇児福発0331第2号  
雇児保発0331第2号  
平成28年3月31日

各都道府県民生主管部（局）長  
各都道府県児童福祉主管部（局）長  
各都道府県私立学校主管部（局）長  
各都道府県教育委員会幼稚園関係事務主管部課長  
各都道府県認定こども園担当課長  
各都道府県子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）担当課長  
各指定都市・中核市民生主管部（局）長  
各指定都市・中核市児童福祉主管部（局）長  
各指定都市・中核市認定こども園担当課長  
各指定都市・中核市子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）担当課長

殿

内閣府子ども・子育て本部参事官  
(子ども・子育て支援担当)



(印影印刷)

内閣府子ども・子育て本部参事官  
(認定こども園担当)



(印影印刷)

文部科学省初等中等教育局幼児教育課長



(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長



(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課長



(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課長



(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長



(印影印刷)

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

子ども・子育て支援新制度において、特定教育・保育施設及び特定地域型保

育事業者は、事故の発生又は再発を防止するための措置及び事故が発生した場合に市町村、家族等に対する連絡等の措置を講ずることとされている。このことを踏まえ、第16回子ども・子育て会議（平成26年6月30日開催）において、行政による再発防止に関する取組の在り方等について検討すべきとされた。

これを受け、平成26年9月8日「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」が設置され、昨年12月に重大事故の発生防止のための今後の取組みについて最終取りまとめが行われたところである。

この取りまとめでは、死亡事故等の重大事故の発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおける子どもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、検証の結果を重大事故の再発防止に役立てていくことが極めて重要であることから、地方自治体において検証を実施するよう提言を受けた。

今般、この取りまとめを踏まえ、地方自治体が行う死亡事故等の重大事故の検証の参考となるよう、検証を実施する際の基本的な考え方、検証の進め方等を別紙のとおり定め、平成28年4月1日から取り扱うこととしたので通知する。

今後、地方自治体において、本通知に基づき教育・保育施設等における子どもの死亡事故等の重大事故の検証が行われることにより、重大事故の再発防止に関する取組の進展が期待されるものである。

については、管内の市町村（特別区を含む。）、関係機関及び施設・事業者等に周知いただくとともに、その運用に遺漏のないようお願いする。

なお、本通知は地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的助言として発出するものであることを申し添える。

## 別紙

# 地方自治体による教育・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

## 第1 基本的な考え方

### 1 目的

検証は、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業（以下「教育・保育施設等」という。）における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って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に行う。

### 2 実施主体

#### (1) 検証の実施主体

行政による児童福祉法（平成22年法律第164号）に基づく認可権限、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）に基づく確認権限等を踏まえ、死亡事故等の重大事故の検証の実施主体については、「認可外保育施設」及び「認可外の居宅訪問型保育事業」における事故に関しては都道府県（指定都市、中核市を含む。）とし、「特定教育・保育施設」、「特定地域型保育事業」、「地域子ども・子育て支援事業」における事故に関しては市町村とする。

#### (2) 都道府県と市町村の連携

市町村が検証を実施する場合には、都道府県が支援を行う。また、都道府県が検証を実施する場合、市町村は協力することとし、検証の実施は、都道府県と市町村が連携して行うものとする。

なお、都道府県が行う市町村に対する支援の例として、

- ① 認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業の検証を行うこととなる都道府県において、あらかじめ検証組織の委員候補者として適当な有識者（例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等）をリストアップしておき、市町村が実際に検証組織を設ける際に、必要に応じ、当該リストの有識者から都道府県が委員を紹介する。
- ② 都道府県内における検証事例の蓄積を行い、実際に検証を行う際に技術的援助を行う。
- ③ 定期的に行っている認可権に基づく指導監査の状況についての情報提供や、当該権限を根拠とした当該事故についての資料収集、事実確認への協力を行う。

- ④ 検証組織について、必要に応じ、オブザーバー参加や共同事務局となるなどの協力を検討する。
- ⑤ これらを円滑に進めるため、都道府県と市町村の間で、市町村が集まる会議や個別の市町村との連絡会議などにおいて、あらかじめ協議をすることなどが考えられる。

### 3 検証の対象範囲

死亡事故（注）の検証については、事例ごとに行う。

（注）SIDS（Sudden Infant Death Syndrome：乳幼児突然死症候群）や死因不明とされた事例も、事故発生時の状況等について検証を行う。

なお、死亡事故以外の重大事故として国への報告対象となる事例の中で、都道府県又は市町村において検証が必要と判断した事例（例えば、意識不明等）についても検証を実施する。（本通知において、地方自治体が検証を行うものを「死亡事故等の重大事故」という。）

都道府県又は市町村が検証を実施する死亡事故等の重大事故以外の事故やいわゆるヒヤリハット事例等については、各施設・事業者等において検証を実施する。

### 4 検証組織及び検証委員の構成

#### （1）検証組織

都道府県又は市町村における死亡事故等の重大事故の検証に当たっては、外部の委員で構成する検証委員会を設置して行う。

#### （2）検証委員の構成

検証組織の委員については、教育・保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある有識者とする。例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等が考えられる。

また、検証委員会における検証に当たっては、必要に応じて関係者の参加を求める。

### 5 検証委員会の開催

- （1）死亡事故については、事故発生後速やかに検証委員会を開催する。また、死亡事故以外の重大事故については、年間に複数例発生している地域等、随時開催することが困難な場合、複数例を合わせて検証委員会を開催することも考えられる。

なお、検証については、事故発生の事実把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するものであり、関係者の処罰を目的とするものではないことを明確にする。

- (2) 検証を行うに当たって、関係者から事例に関する情報の提供を求めるとともにヒアリング等を行い、情報の収集及び整理を行う。この情報を基に、関係機関ごとのヒアリング、現地調査その他の必要な調査を実施し、事実関係を明らかにするとともに発生原因の分析等を行う。あわせて、調査結果に基づき、事故発生前・発生時の状況や発生後の対応等に係る課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討する。

また、プライバシー保護の観点から、委員会は非公開とすることも考えられる。公開又は非公開の範囲については、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、個別事例ごとに関係者を含めて十分に協議する。関係者へのヒアリングのみ非公開とするなど、「一部非公開」等の取扱いも考えられる。

なお、調査や検証を行う立場にある者に対し、これらの業務に当たって知り得たことについて、業務終了後も含み守秘義務を課すことに留意する。

- (3) 検証を行うに当たっては、保護者や子どもの心情に十分配慮しながら行う。

## 6 報告等

- (1) 検証委員会は、検証結果とともに、再発防止のための提言をまとめ、都道府県又は市町村に報告する。

- (2) 都道府県又は市町村は、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、原則として、検証委員会から提出された報告書を公表することとし、国へも報告書を提出する。あわせて、速やかに報告書の提言を踏まえた具体的な措置を講じ、各施設・事業者等に対しても具体的な措置を講じることを求める。また、都道府県又は市町村は、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価し、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても適時適切に点検・評価する。

- (3) 都道府県又は市町村は、検証委員会の報告を踏まえ、必要に応じ、関係機関、関係者に対し指導を行う。

## 第2 具体的な検証の進め方

### 1 事前準備

#### (1) 情報収集

検証の対象事例について、事務局は都道府県又は市町村に提出された事故報告等を通じて、下記の①から⑨の事項に関する情報収集を行う。この場合、事務局は、必要に応じて施設や事業者等からヒアリングを行う。市町村が実施する場合は都道府県の協力を得て行う。

- ① 子どもの事故当日の健康状態など、体調に関すること等（事例によっては、家族の健康状態、事故発生の数日前の健康状態、施設や事業の利用開始時の健康状態の情報等）
- ② 死亡事故等の重大事故に至った経緯
- ③ 都道府県又は市町村の指導監査の状況等
- ④ 事故予防指針の整備、研修の実施、職員配置等に関すること（ソフト面）
- ⑤ 設備、遊具の状況などに関すること（ハード面）
- ⑥ 教育・保育等が行われていた状況に関すること（環境面）
- ⑦ 担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関すること（人的面）
- ⑧ 事故発生後の対応（各施設・事業者等及び行政の対応）
- ⑨ 事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

#### (2) 資料準備

- ① 「(1) 情報収集」で収集した情報に基づき、事実関係を時系列にまとめ、上記(1)の内容を含む「事例の概要」を作成する。「事例の概要」には、その後、明らかになった事実を随時追記していき、基礎資料とする。
- ② 当該施設・事業所等の体制等に関する以下のアからオの内容を含む資料を作成する。
  - ア 当該施設・事業所等の組織図
  - イ 職種別職員数
  - ウ 利用子ども数
  - エ クラス編成等の教育・保育体制等
  - オ その他必要な資料
- ③ 検証の方法、スケジュールについて計画を立て資料を作成する。
- ④ その他(検証委員会の設置要綱、委員名簿、報道記事等)の資料を準備する。

### 2 事例の内容把握

会議初回には、その目的が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ないことを検証委員全員で確認した上で、検証の対象となる事例の内容を以下の項目に留意し、把握する。

#### (1) 確認事項

- ① 検証の目的
- ② 検証方法（関係者ごとのヒアリング、現地調査等による事実関係の確認、問題点・課題の抽出、問題点・課題に関する提案事項の検討、報告書の作成等）
- ③ 検証スケジュール

#### (2) 事例の内容把握

- ① 事前に収集された情報から事例の概要を把握する。
- ② 疑問点や不明な点を整理する。

### 3 問題点・課題の抽出

事例の事実関係が明確になった段階で、それを基に、なぜ検証対象の死亡事故等の重大事故が発生したのか、本事例が発生した背景、対応方法、組織の体制、その他の問題点・課題を抽出し、再発防止につなげる。抽出の過程で、さらに事実関係を明確化する必要がある場合、事務局又は検証委員会によるヒアリングや現地調査等を実施する。

この作業を徹底して行うことが、その後の具体的な提言につながることから、特に時間をかけて検討を行うとともに、検討に当たっては、客観的な事実、データに基づき建設的な議論を行うことが期待される。

### 4 検証委員会における提言

事例が発生した背景、対応方法、組織上の問題等、抽出された問題点・課題を踏まえ、その解決に向けて実行可能性を勘案しつつ、具体的な対策を講ずべき主体ごとに提言を行う。

なお、各施設・事業者等の対応など早急に改善策を講じる必要がある場合、検証の経過において、まず早急に講ずべき改善策について提言を行うことを考える必要がある。

その際、提言を受けた都道府県、市町村及び各施設・事業者等は、検証の全体の終結を待たずにできるだけ早急に具体的な措置を講じることも考える必要がある。

### 5 報告書

#### (1) 報告書の作成

① 事務局は、報告書に盛り込むべき以下のアからケの内容例を参考に、それまでの検証組織における審議結果を踏まえ報告書の素案を作成する。

ア 検証の目的

イ 検証の方法

ウ 事例の概要

エ 明らかとなった問題点や課題

オ 問題点や課題に対する提案（提言）

カ 今後の課題

キ 会議開催経過

ク 検証組織の委員名簿

ケ 参考資料

② 報告書の内容を検討、精査する。

③ 検証組織は報告書を取りまとめ、都道府県又は市町村に提出する。

## (2) 公表

各施設・事業所等における死亡事故等の重大事故について検証を行うことは、その後の事故の再発防止に密接に関連するものであり、事故に遭った子どもや保護者の意向にも配慮しつつ、原則として検証結果は公表すべきである。公表に当たっては、個人が特定される情報は削除する等、プライバシーの保護について十分配慮する。なお、公表の際には国に報告書を提出する。

## (3) 提言を受けての具体的な措置等

都道府県又は市町村は、報告書の提言を受けて、速やかに具体的な措置を講じるとともに、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価する。また、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても、都道府県又は市町村が適時適切に点検・評価する。

## 第3 検証に係る指導監査等の実施について

### (1) 死亡事故等の重大事故が発生した場合の指導監査等について

死亡事故等の重大事故が発生した場合、必要に応じて事前通告なく、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成18年法律第77号。以下「認定こども園法」という。）に基づく指導監査、児童福祉法に基づく指導監査及び指導監督、子ども・子育て支援法に基づく指導監査（以下「指導監査等」という。）を実施する。また、指導監査等の実施については、以下の表を参照すること。

○指導監査等の対象となる施設・事業、実施主体、根拠法及び監査指針等

施設・事業	指導監査等の実施主体	根拠法	監査指針等
・特定教育・保育施設 ・特定地域型保育事業	市町村	子ども ・子育て 支援法	子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の指導監査について（平成27年12月7日府子本第390号、27文科初第1135号、雇児発1207第2号）
幼保連携型認定こども園（*）	都道府県 指定都市 中核市	認定 こども 園法	「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定こども園に対する指導監査について」（平成27年12月7日府子本第373号、27文科初第1136号、雇児発1207第1号）
保育所（*）	都道府県 指定都市 中核市	児童 福祉法	「児童福祉行政指導監査の実施について」（平成12年4月25日児発第471号）
地域型保育事業（*）	市町村	児童 福祉法	「児童福祉法に基づく家庭的保育事業等の指導監査について」（平成27年12月24日雇児発1224第2号）
・認可外保育施設 ・認可外の居宅訪問型保育事業	都道府県 指定都市 中核市	児童 福祉法	「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」（平成13年3月29日雇児発第177号）

\* なお、上記の表のうち、幼保連携型認定こども園及び保育所については、都道府県と市町村の双方が指導監査等を実施することになるが、この場合、都道府県と市町村は互いに連携して指導監査等を実施する。

- (2) 第2の1(1)の情報収集については、死亡事故等の重大事故の発生前までに実施した指導監査等の状況及び当該事故に係る指導監査等の結果を活用し、事実関係を整理する。
- (3) 死亡事故等の重大事故が発生した各施設・事業に対する当該事故後の指導監査等においては、当該事故と同様の事故の再発防止策がとられているか等、検証結果を踏まえた措置等についても確認すること。

(参考) 検証の進め方の例

検証は、下記の図のような流れで実施する。

