

小牧市特定教育・保育施設等における 重大事故検証委員会報告書

令和3年2月

小牧市特定教育・保育施設等における重大事故検証委員会

目次

はじめに	・ ・ ・	1
第1章 検証の目的、方法及び経過	・ ・ ・	2
1. 検証委員会の設置		
2. 検証の目的		
3. 検証の方法		
4. 検証の経過		
第2章 事故等の概要	・ ・ ・	4
1. 事故の概要		
2. 施設の概要		
3. 通常時の保育体制		
4. 事故発生時の保育体制等		
5. 本児の情報及び確認状況		
6. 給食の実施状況		
7. 当日の時系列に沿った事故発生時の状況		
8. その他、特に確認した事故発生時の状況		
9. 事故発生後の対応		
第3章 原因、問題点・課題の抽出及びその分析	・ ・ ・	22
1. 事故の原因について		
2. 問題点・課題の抽出及びその分析		
第4章 再発防止策	・ ・ ・	26
1. 事故の発生を未然に防ぐための体制整備（事前対応）		
2. 事故発生時の適切な対応のための重点項目（事後対応）		
提言	・ ・ ・	29

【資料】

- 小牧市特定教育・保育施設等における重大事故検証委員会条例
- 委員名簿

はじめに

令和2年7月9日、市内の特定教育・保育施設において、給食中に1歳の男児が救急搬送されるという事態が発生しました。保育士が気付いた時点では、真っ赤な顔で目を見開き、震えている様子であったことから、パンを喉に詰まらせたことが原因ではないかと推測されました。

命に別状はなく、事故後まもなく登園を再開することができたことは幸いですが、一時的に意識が朦朧とするなどの状況があり、苦しい思いをされたご本人と不安な思いを抱かれた保護者の方に深いご心痛を与える事態となったことや、安全・安心であるべき特定教育・保育施設にお子様を預けている全ての保護者の方々に不安を生じさせる結果となったことを踏まえ、本事態は重大事故であったと考えます。

我々、検証委員会ではこの重大事故について、事実関係の把握や、可能な限りの発生原因の分析及び検証を行うこととし、検証委員の専門的な分野である弁護士、医師、保育関係者、栄養士、学識経験者の立場から、再びこのような事故が発生しないよう必要な再発防止策を検討するとともに、早急に講ずべき改善策について提言をまとめました。

本報告書が特定教育・保育施設における事故の再発防止と安全・安心な保育の実現に繋がっていくよう、委員一同、強く願っております。

第1章 検証の目的、方法及び経過

1. 検証委員会の設置

令和2年7月9日に市内の特定教育・保育施設において発生した重大事故（以下、「事故」という。）の検証にあたり、国の通知^(※1)及び「小牧市特定教育・保育施設等における重大事故検証委員会条例（条例第37号）」に基づき、第三者である弁護士、医師、保育関係者、栄養士、学識経験者から構成される検証委員会を設置する。

（※1）「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、内閣府子ども・子育て本部参事官
（子ども・子育て支援担当）等通知）」

2. 検証の目的

第三者である検証委員により構成される検証委員会が、事故について事実関係の把握や発生原因の分析、検証等を行うことにより、必要な再発防止策を検討、提言するものである。

なお、本検証は、特定の個人または団体の責任の追及、関係者の処罰等を目的とするものではない。

3. 検証の方法

検証委員会の検証の方法は以下のとおり。

- （1）関係者から事故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。
- （2）現地調査その他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。
- （3）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。
- （4）事故が発生した背景、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の提言を行う。
- （5）会議の公開・非公開は、プライバシーに十分配慮した上で、その都度検証委員会で協議して決定する。

4. 検証の経過

(1) 検証委員会の経過は以下のとおり。

日時・場所	内容等	
令和2年10月21日(水) 午後2時 市役所本庁舎402会議室	第1回検証委員会	委員長・副委員長の選出、検証委員会の目的、事故の概要説明、確認すべき事項の抽出、検証の方法の検討、今後のスケジュール確認等
令和2年10月30日(金) 午後4時 東部市民センター視聴覚室 及び当該特定教育・保育施設	第2回検証委員会	現地調査、関係者ヒアリング、事故状況の検証、課題の整理
令和3年1月26日(火) 午前10時 市役所本庁舎301会議室	第3回検証委員会	再発防止策の検討、報告書の内容検討

(2) 第2回検証委員会における関係者からのヒアリング等の実施状況は以下のとおり。

日程	聞き取りの相手方	聞き取りの内容等
令和2年10月30日(金) 現地調査の折	園長	事故後の保護者とのやりとり、保育体制の見直し、保育士のケア等
	主任保育士	事故の状況、事故発生時、事故発生後の対応状況等
	保育士A～H	保育の実施状況、事故の状況、事故発生後の対応状況等
	事故発生時に給食を配膳した調理員	給食の実施内容、配膳状況、事故発生後の対応状況等

第2章 事故等の概要

1. 事故の概要

令和2年7月9日11時40分頃、市内の特定教育・保育施設の0歳児・1歳児の乳児室において、保育士が、給食中の1歳5ヵ月の男児（以下、「本児」という。）が真っ赤な顔で目を見開き震えている様子に気づいた。

保育士らは誤嚥と考え、背中をたたくなどの対処をしたが、本児は目を見開いた状態で意識が朦朧としていたため、11時44分頃、119番通報した。

救急車が到着するまでの間、電話口の救急隊員の指示のもと保育士が本児の心臓マッサージを実施した。

12時12分頃、搬送先の病院に到着し、病院において口腔内からパン（直径約2cm）が取り除かれた。

本児は、事故当日の検査は特に問題なかったが、経過を観察するため、1週間程度入院することになった。

本児は、再検査を繰り返し、健康状態に問題がないとされたため、7月14日に退院し、7月20日には登園を再開した。

2. 施設の概要

事故が発生した施設の概要は以下のとおり。

種 別	認可保育所
開 設 年 月 日	昭和56年4月1日
定 員	200人
保 育 室 等 の 面 積	乳児室：72㎡、保育室：372㎡、 遊戯室：129㎡
保 育 従 事 者 (令和2年7月時点)	保育士28人（育児休業5人を除き、保育補助者1人を含む。） ・園長1人 ・主任保育士1人 ・正規保育士7人（園長、主任保育士除く） ・会計年度任用職員19人（保育補助者1人含む） 用務員2人 ・会計年度任用職員2人 調理員4人 ・正規調理員1人 ・再任用調理員1人 ・会計年度任用職員2人

3. 通常時の保育体制

0歳児クラスと1歳児クラスは、ひとつの乳児室で保育している。他の年齢のクラスは、それぞれ別の保育室で保育している。

クラス	在籍数	保育士数
0歳児 (ひよこ組)	4人	保育士A：正規、担任、13年目 保育士B：会計年度任用職員、担任、17年目
1歳児 (りす組)	12人	保育士C：会計年度任用職員、担任、23年目 保育士D：正規、担任、1年目 保育士E：会計年度任用職員、担任、20年目
2歳児 (うさぎ組)	18人	正規：1人 会計年度任用職員：3人（うち1人は給食時間前から午睡までの配置）
3歳児 (こあら組)	20人	正規：1人 会計年度任用職員：1人
4歳児 (きりん組)	※13人 うち障がい児2人	保育士：正規、担任、13年目
5歳児 (ぞう組)	※26人 うち障がい児2人	保育士F：正規、担任、14年目 保育士：正規、担任、2年目
合計	93人	
職員室	—	主任保育士：23年目 保育士：会計年度任用職員、5歳児休憩対応、8年目

4. 事故発生時の保育体制等

(1) 職員の配置状況

ア 保育士の配置状況

当該特定教育・保育施設では、通常、1歳児クラスは3人の保育士が配置されているが、事故当日は、そのうちの1人（保育士E）が体調不良であり、1歳児を2人の保育士（保育士C、D）で保育していた。

なお、1歳児の在籍数は12人であるが、事故当日は11人が出席していた。

園長は病気休暇中のため、不在であった。

乳児室における当日の園児及び保育士の配置は以下のとおり。

クラス	在籍数	当日出席数	保育士数
0歳児 (ひよこ組)	4人	4人	保育士A：正規、担任、13年目 保育士B：会計年度任用職員、担任、17年目
1歳児 (りす組)	12人	11人	保育士C：会計年度任用職員、担任、23年目 保育士D：正規、担任、1年目

イ 調理員の配置状況

当該特定教育・保育施設には、保育士とは別に、4人の調理員が配置され、1日当たり3人が勤務し、給食時の配膳等を担当している。

事故当日も3人の調理員が勤務し、それぞれ、0歳児・1歳児の給食の配膳、調理後の片付けや2歳児クラスへの配膳、3歳児から5歳児クラスへの配膳の準備等をしていた。

ウ 0歳児・1歳児クラスの職員の状況

事故が発生した給食時において、今回事故があった0歳児・1歳児のクラスでは、保育士4人、調理員1人が勤務していた。保育士は園児の給食の介助をしており、調理員は給食の配膳やおかわりの対応、片付けを行いつつ園児の食べ具合等から提供する食材の大きさ等が適した状態となっているかを確認していた。

(2) 保育体制にかかる特筆すべき出来事

新型コロナウイルス感染症が全国的にまん延する事態となり、国は、令和2年4月7日に新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため緊急事態宣言を発出し、愛知県では、4月10日に県独自の緊急事態宣言を発出した。

市はこれらの宣言を受け、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、4月14日から5月24日までの間、保護者に対し保育園等の利用の中止を要請した。

5月25日、緊急事態宣言は解除され、同時に市の保育園等における通常保育が再開されたが、保育園等においては、国の要請に基づく「新しい生活様式」を日常生活に定着させ、持続することが求められていた。

(3) 給食時の机の配置の状況

「新しい生活様式」を受け、給食時の机の配置にも変更があった。通常であれば、図1のとおり、4人掛けの机に向かい合わせで3人ないし4人の園児を配置し、園児の間に保育士が着座する体制を取っているが、緊急事態宣言解除後は、飛沫感染の防止のため、図2のとおり、園児間の接近を避けるため机の間隔を空け、園児同士を対角に座らせる配置に変更された。(なお同配置についても、安全性についての配慮から何度かの変更を経ている。)

例年の給食時の机の配置状況（通常時）

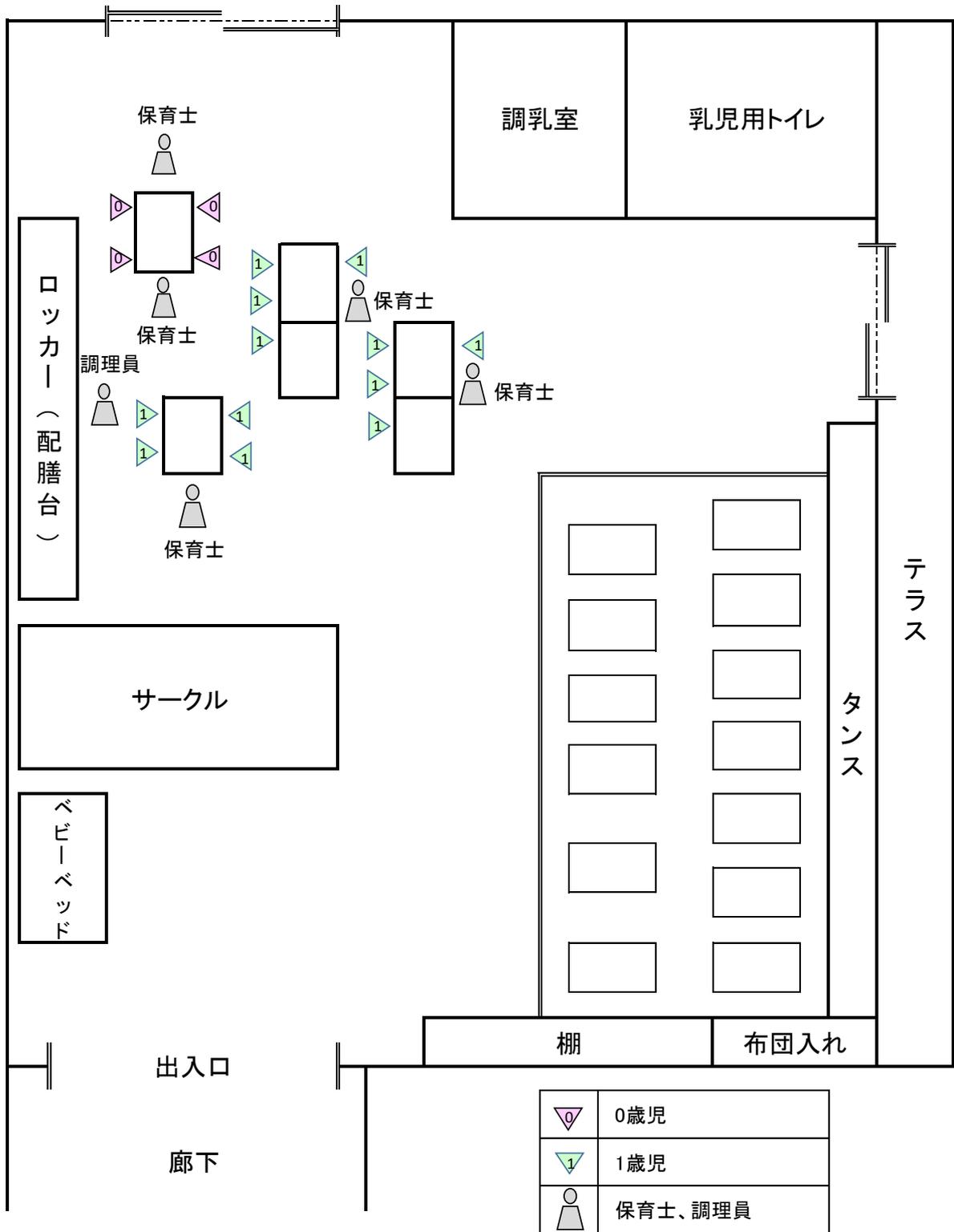
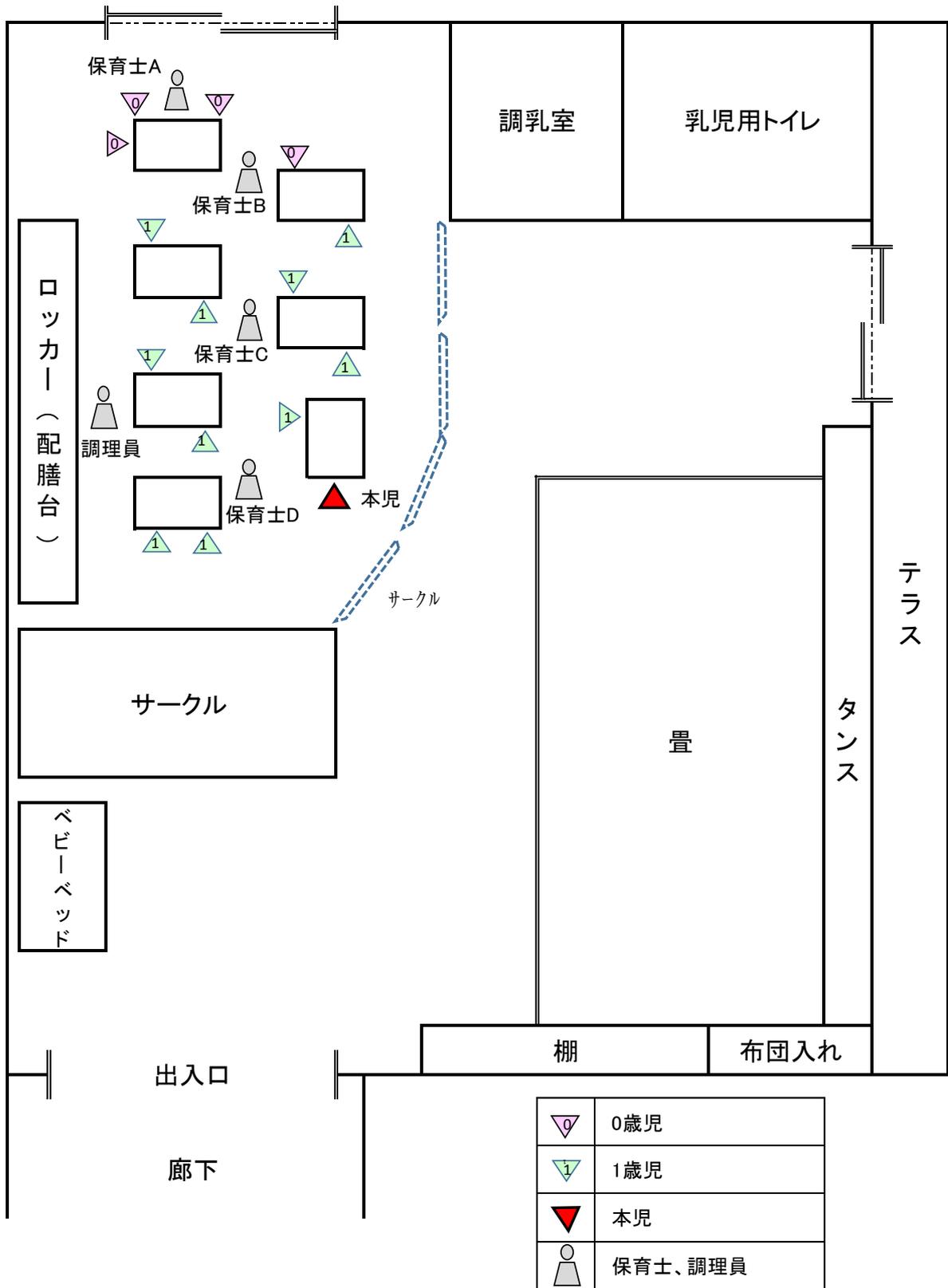


図 2

事故当日の給食時の机の配置状況（新型コロナウイルス感染症感染拡大防止対応型）



5. 本児の情報及び確認状況

本児は2,128gと比較的小さく出生した。事故当時は1歳5か月であったものの、体重10.3kg、身長75.2cmと比較的小さな体格であり、ハイハイでの移動が主で、歩行はまだ安定していない状態であった。本児に関する状況は以下のとおり。

(1) 出生時の状況

妊娠38週で出産 正常分娩

体重：2,128g

身長：44cm

(2) 発達状況

離乳開始 生後 5か月 首のすわり 生後3か月

寝返り 生後 5か月 お座り 生後6か月

はいはい 生後10か月 言葉の出始め 生後5か月

歯の生え始め 生後 8か月

健康状態：便秘症 疾患・持病：無 健診時異常：無

6. 給食の実施状況

(1) 給食室の調理の過程

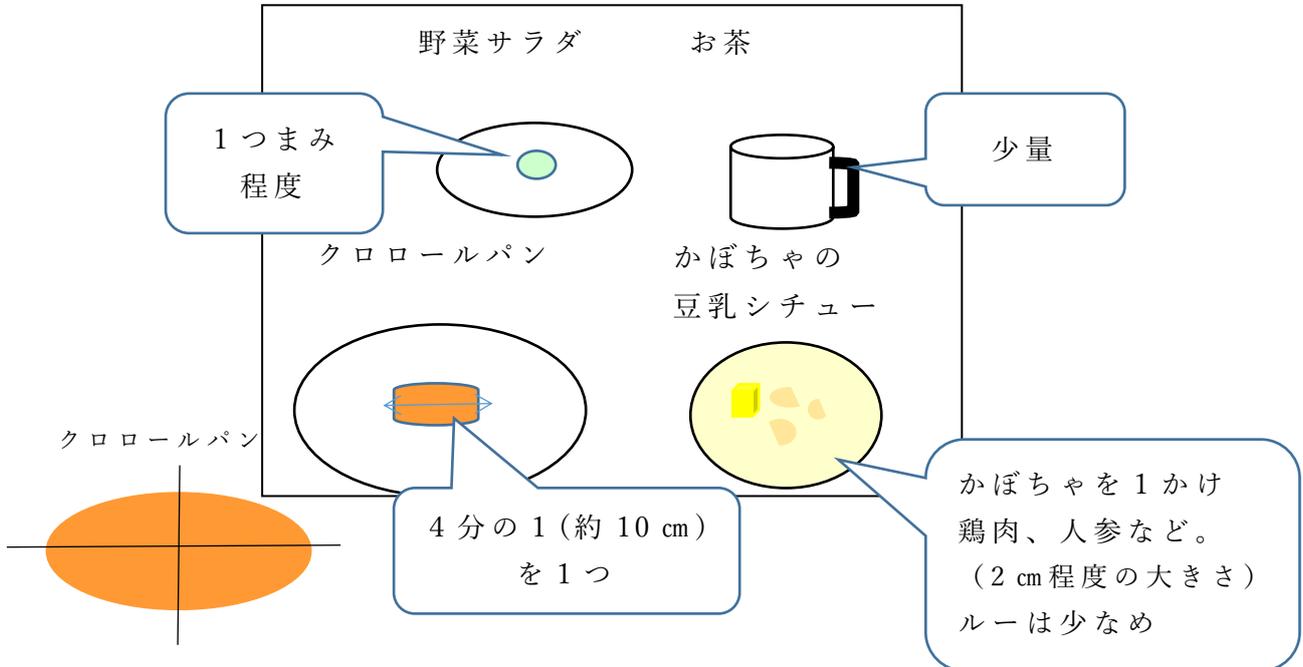
当日の献立は、「クロロールパン、かぼちやの豆乳シチュー、野菜サラダ」であった。

かぼちやの豆乳シチューには鶏もも肉（皮なし）・たまねぎ・かぼちや・にんじん・コーン・豆乳などの食材が使用され、①たまねぎ・にんじん・かぼちやを切る、②油を熱し、鶏肉を炒め、たまねぎを加え炒めた後、にんじん・かぼちや、コーンを加える、③スープのもとで調味する、④豆乳を加え塩で調味する、⑤水溶き片栗粉でとろみをつけるという過程で調理されていた。また、野菜サラダにはきゅうり・キャベツ・にんじん・ツナなどの食材が使用され、①きゅうり、キャベツ、にんじんを千切りにしてゆでる、②すべて冷却し10℃以下で保存する、③盛り付け直前に調味料、ツナを混ぜ、冷却した食材と和えるという過程で調理されていた。

本市における乳幼児の給食は、離乳食期を経て、概ね12か月を経過したころから3歳未満児と同じ給食献立を提供する方法がとられており、月齢に応じて、食材の大きさ・硬さなどを調整していたが、園児それぞれの発育状況に合わせた調整はされていなかった。

(2) 給食の配膳について

事故当日の配膳は以下とおり。なお、新型コロナウイルス感染症の対応により、今年度の給食提供が6月から開始となったこともあり、事故当日が、今年度初めてのパン食であった。



(3) 食器の実物写真

事故当日に使用した食器は以下のとおり。



7. 当日の時系列に沿った事故発生時の状況

時間	事故時の状況	
11:20	<p>【本児】</p> <p>【保育士 C】</p>	<p>■給食開始</p> <ul style="list-style-type: none"> 給食開始時には全員着席しており、落ち着かない様子の子はいなかった。 食事の介助等配慮が必要な園児を除いては、保育士により担当児を決めることはしていなかった。 <p>「いただきます」をして、最初にお茶を飲んだ。本児はスプーンを使えないため、手づかみで全種類のおかずを食べていた。本児が手づかみで食べているため、手を拭きながら介助していた。</p>
11:40	<p>【保育士 A】</p> <p>【保育士 B】</p> <p>【保育士 C】</p> <p>【保育士 D】</p> <p>【保育士 D】</p> <p>【保育士 C】</p> <p>【保育士 A】</p>	<p>0歳児の隣で食事の介助をしていた。食事を終えた0歳児を寝かしつけるため、畳の方へ移動した。</p> <p>1歳児2名の食事の様子を見守っていた。食事が済んだ園児をサークル内から畳の方へ誘導していた時に、本児の異変に気付いた。</p> <p>【本児の様子】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■顔が真っ赤で、目を見開き、震えている。 ■口「イー」という形で食いしばり、よだれ混じりで白っぽく、ドロツとした物を口の両端から少し垂らした。 ■手足は硬直していなかった。 <p>口を拭き、急いで背中をさする。保育士 D の声で、本児の異変に気付き、何度か口を開けようとしたが、強く食いしばっていたため断念。</p> <p>膝立ちで座り、本児を左手で抱き上げ、頭を下に向けて背中を右手で強めにたたく。本児の側で呼びかけて、一緒に背中をたたく。0歳児の食事の介助から離れ、主任保育士に内線かける。</p>
11:43	<p>【主任保育士】</p> <p>【保育士 A】</p>	<p>内線を受けすぐに本児の保育室へ向かう。保育士 C と代わり、本児をサークルの外へ抱えて出し、左手で抱き上げ、頭を下に向けて、背中を右手で強めにたたく。</p> <p>本児の口と鼻から血が出る。口からはよだれ混じりの血が少し垂れ、鼻からは鼻水混じりの血が両鼻から垂れており、数滴、床に落ちた。本児の口の中に2、3回指を入れようとしたが入らない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■本児は見開いていた目を閉じたり開けたりし、次第に目が閉じはじめ、顔色が悪くなってくる。

	<p>【保育士 C】</p> <p>【保育士 B】</p> <p>【保育士 A】</p> <p>【保育士 C・D】</p> <p>【主任保育士】</p> <p>【保育士 A】</p> <p>【主任保育士】</p> <p>【保育士 A】</p> <p>【保育士 C・D】</p>	<p>保育士 A と一緒に本児の背中を強めにたたいて、名前を呼ぶ。</p> <p>保育士 A が介助していた 0 歳児の側につく。</p> <p>本児の背中を強めにたたき続ける。</p> <p>本児の側で名前を呼ぶ。</p> <p>乳児室に着き、本児の表情を確認。</p> <p>本児の背中をたたきながら、「救急車を呼んでください」と指示。</p> <p>電話を取りに部屋を出る。</p> <p>本児を仰向けに寝かせ、肩をたたきながら名前を呼ぶ。</p> <p>保育士 A と一緒に名前を呼ぶ。</p>
1 1 : 4 4	<p>【保育士 F】</p> <p>【保育士 C】</p> <p>【主任保育士】</p> <p>【保育士 F】</p> <p>【救急隊員】</p> <p>【主任保育士】</p> <p>【主任保育士】</p> <p>【保育士 A】</p> <p>【保育士 C・D】</p> <p>【主任保育士】</p> <p>【保育士 C】</p>	<p>保育士 A と代わり、本児の背中を強くたたく。</p> <p>「血が出てくる。」床についた血を拭く。</p> <p>ポケットに子機があったことに気付き、1 1 9 番通報しながら乳児室に戻る。</p> <p>乳児室を出て、担任する幼児の部屋に戻り、保育士に状況を伝え、乳児室へ戻る。食事が終わって布団にいる園児の側に寄り添う。</p> <p>《電話口の救急隊員とのやりとり》</p> <p>「呼吸はしていますか？意識はありますか？」</p> <p>「呼吸…してないと思います。」</p> <p>「意識もない？」</p> <p>「分からない。目が見開いています。目が閉じたり開いたり、口と鼻から出血してきました。」</p> <p>「顔色はどうですか？」</p> <p>「顔色は悪いです。唇が紫です。」</p> <p>「仰向けにして、心臓マッサージを 10 回繰り返して。胸の真ん中、指 2 本、2 cm くらい沈むように押してください」</p> <p>保育士 A・C に伝える。</p> <p>仰向けに寝かせる。</p> <p>「1・2・3・4・5・・・」心臓マッサージを数回繰り返す。</p> <p>■本児の目が段々閉じて完全に目が閉じる。</p> <p>ひざの上に本児の頭を乗せて、少し高くする。</p> <p>側で名前を呼ぶ。</p> <p>■本児反応なし。</p> <p>電話の声が聞こえなくなったため、聞こえる場所（部屋の入口）へ移動する。</p> <p>心臓マッサージを代わる。</p>

	<p>【保育士 A】 【保育士 D】 【主任保育士】 【救急隊員】 【主任保育士】 【保育士 A】 【保育士 C・D】</p> <p>【主任保育士】 【救急隊員】</p> <p>【主任保育士】</p> <p>【保育士 A】 【主任保育士】 【保育士 A・C・D】</p> <p>【主任保育士】 【保育士 A・C・D】</p>	<p>本児の体をたたき、名前を呼び続ける。 名前を呼び続ける。 「仰向けに寝かせると、目が閉じます。」 「抱っこをしてください。普通に抱っこして。」 「抱っこして。」 本児を抱っこするが、目は閉じたまま。 名前を呼び続ける</p> <p>「抱っこしても目が閉じたままです。」 「危険な状態なのでもう 1 度仰向けにして、心臓マッサージをしてください。10 回を繰り返して。胸の真ん中 2 本の指で。2 cm くらい沈むように」 「心臓マッサージ！ 10 回を繰り返す。胸の真ん中、2 本の指で、2 cm くらい沈むように」 本児を仰向けに寝かせる 心臓マッサージを繰り返す。「1・2・3・4・5・・・」 「1・2・3・4・5・・・」</p> <p>■ 本児の目は閉じたまま。反応なし。</p> <p>「1・2・3・4・5・・・」繰り返す。 「1・2・3・4・5・・・」</p> <p>10 回ほど繰り返す。</p>
1 1 : 4 8	<p>【主任保育士】 【救急隊員】 【主任保育士】</p> <p>【救急隊員】</p> <p>【保育士 C】 【主任保育士】</p> <p>【救急隊員】</p> <p>【救急隊員】 【保育士 D】</p> <p>【救急隊員】 【救急隊員】</p>	<p>■ 救急車のサイレン音が聞こえる</p> <p>「救急車の音が聞こえます。」 「まだ続けてください。」 心臓マッサージを続ける。</p> <p>■ 救急隊員乳児室に到着</p> <p>すぐに装着器具を本児につけ、酸素濃度、呼吸などを確認。口と鼻からの出血を見て、「口の中に手を入れて、中の物をかき出した？」 「口をぐっとして、指が入らなかった。」 「口に力が入って開かず、指が入らなくて中の物は出していません。」 「分かりました。」</p> <p>「状況が分かる人、こちらに来てください。」 救急隊員の聞き取りに応じる。</p> <p>本児の様子を、装着器具を確認しながら、しばらく見守る。 「状況が分かる人が、救急車と一緒に乗ってもらっていいですか。」</p>

12:05	<p>【保育士 A・D】</p> <p>【救急隊員】</p>	<p>救急車と一緒に乗車</p> <p>■病院に搬送</p> <p>《救急車内の様子》 酸素マスク、脈、呼吸の確認をする。「呼吸が安定してきたから大丈夫だよ。安心して。」 本児は酸素マスクをつけたまま、機械が装着され、“ピピピピ”と機械音がずっと鳴っていた。波を打つ機械の表示が見えた。</p>
12:10	【主任保育士】	<p>幼児教育・保育課の指導保育士に連絡を入れる。本児の母親の職場に連絡を入れ、本児の様子、事故の状況、搬送先の病院等をお伝えする。</p>
12:12	<p>【看護師】</p> <p>【保育士 A】</p>	<p>■救急車が病院に到着</p> <p>■本児は、処置室へ運ばれる時に目を開き、(ここはどこ?)というような表情でキョロキョロ辺りを見回していた。</p> <p>「何が詰まったか分かる？」 「パンだと思います。」</p>
12:40	<p>【本児の母親と母親の妹】</p> <p>【本児の母親】</p> <p>【看護師】</p> <p>【母親の妹】</p> <p>【本児の母親】</p> <p>【看護師】</p> <p>【保育士 A】</p> <p>【本児の母親】</p>	<p>■病院に到着</p> <p>《待合室の様子》</p> <p>看護師と一緒に処置室へ入り、本児の今の容態、今後の説明を受ける。入院手続きのため、看護師と待合室に戻ってくる。泣いていた。本児の母親に「落ち着いて。」と声をかけていた。母親の妹に本児の容態と今後の説明をして、処置室へ戻る。</p> <p>家族に連絡をするため、待合室から出る。 「会社に連絡をさせていただきます。」と待合室を出る。処置室から出てきて「ご家族の方は？」 「電話をしています。」本児の母親を呼びに行く。</p> <p>処置室へ入る。 その後、待合室に戻ってきて、入院手続きの書類を書く。</p>
12:50	<p>【指導保育士】</p> <p>【医師】</p>	<p>病院に到着し、書類を書き終えた本児の母親に声をかけ、お詫びをする。</p> <p>処置室から出てきて、「大丈夫だけど、しばらく呼吸ができていなかったの、肺と脳、血液の検査をして、慎重に経過を見ていきたい。1週間ほどの入院になります。」</p>

13:05	【指導保育士】	主任保育士に電話し、本児の様子、今後のことについて分かった内容を伝える。
	【本児の父親】	■ 病院に到着 医師と処置室へ入る。
	【看護師】	「今からCTの検査をします。新型コロナウイルス感染症の関係で、面会が難しいので、母と個々に連絡をとってほしい。先生方が帰ったことは伝えておきます。」
	【指導保育士、保育士A・D】	待合室にいる母親の妹に挨拶をして、病院を後にする。

なお、本児の事故当時のバイタル等は以下のとおり。

月齢：生後1歳5か月

体重：10.3 kg

身長：75.2 cm

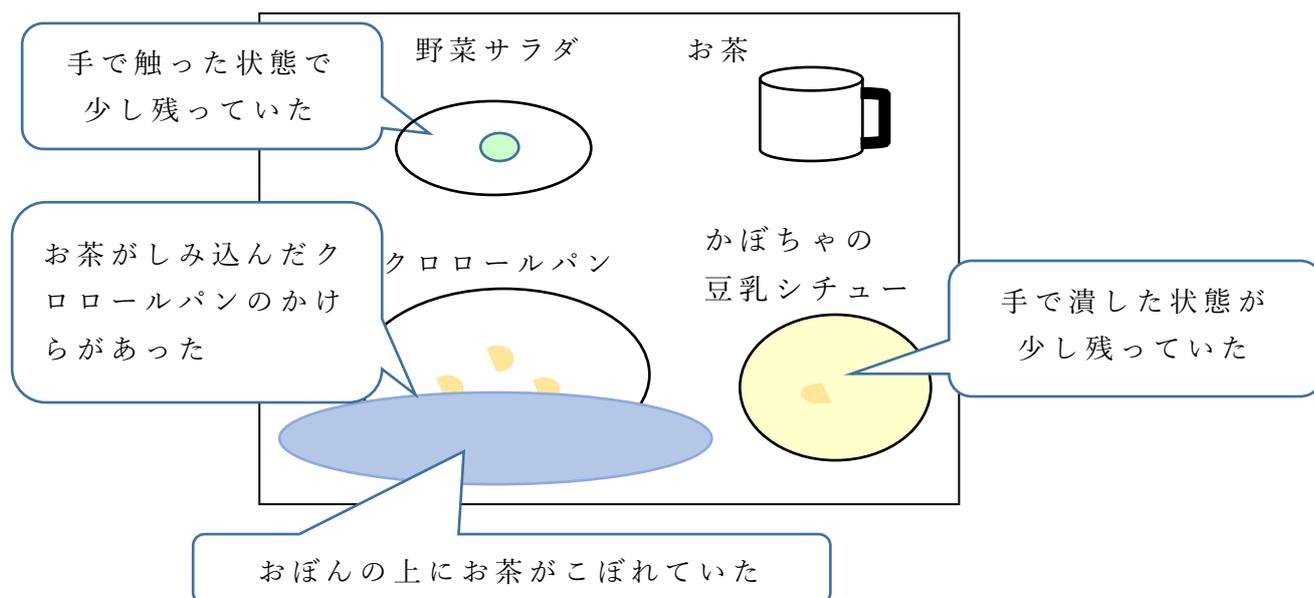
平熱 36.5℃

[バイタル]	登園時	救急搬送時	病院到着時
体温 (℃)	36.4	37.3	未測定
血圧 (mmHg)	未測定	150 / 81	138 / 85
脈拍 (回/分)	未測定	120	90
呼吸 (回/分)	未測定	30	30

8. その他、特に確認した事故発生時の状況

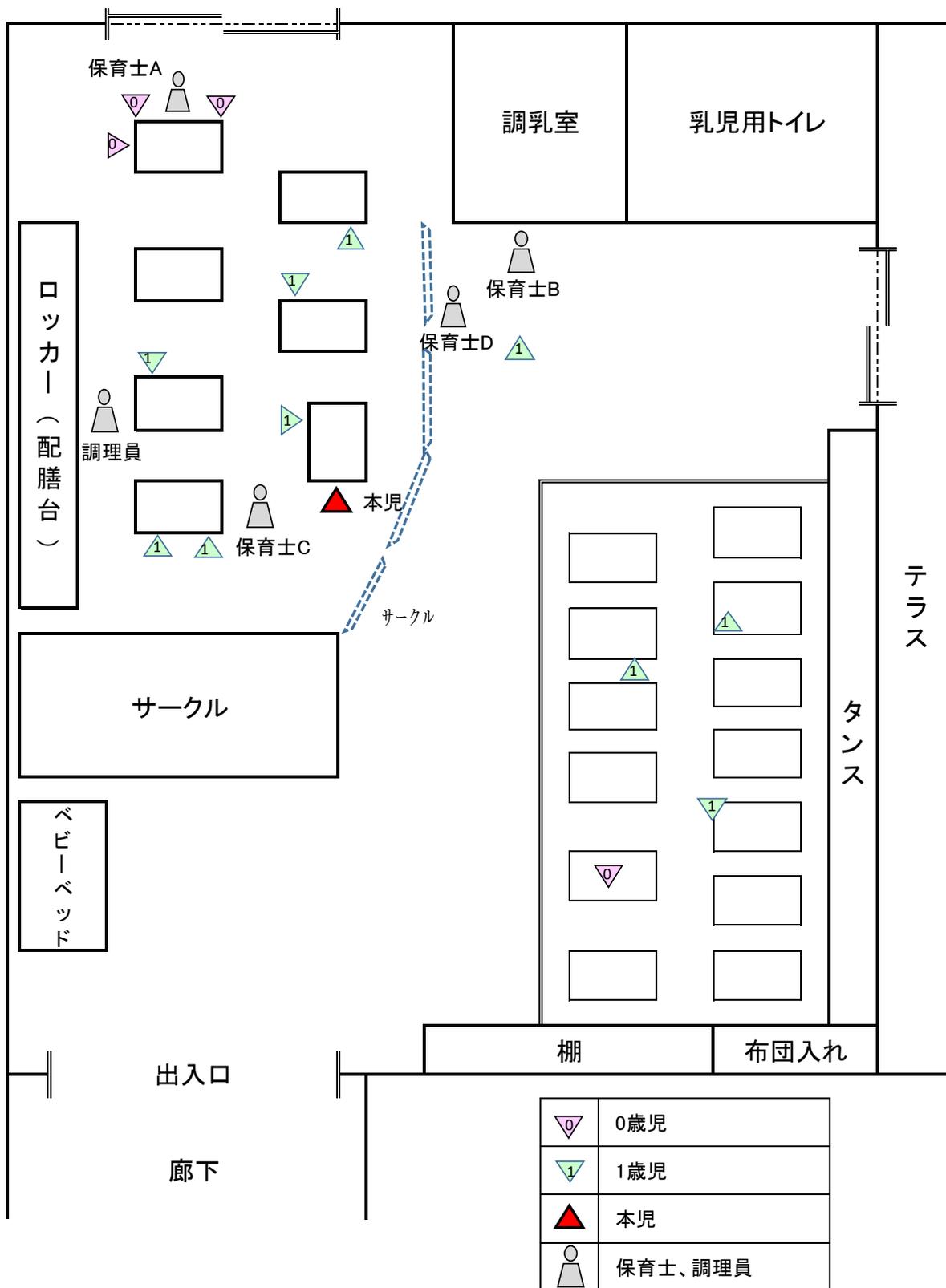
(1) 事故直後の本児の給食の様子

事故直後の本児のおぼんの状況は以下のとおり。野菜サラダ、かぼちゃの豆乳シチューについては少し残っているものの、クロロールパンについてはお茶がしみ込んだかけらがあつた。



(2) 事故発生時の乳児室の状況

事故発生時の0歳児・1歳児クラスの状況は以下のとおり。



(3) 救急車到着までの保育士の対応について

ヒアリングにおいて、対応した保育士らに背部叩打法の際の本児の体位や状況について確認したところ、以下のとおりであった。

- ◆座った状態で、左手で抱え上げ、下向きにして背中を叩いた。
- ◆顔を見ながら、本児の名前を呼んだ。
- ◆微量の出血もあったため、食べ物が詰まっていることを想定し、頭を下向きにして、背部を叩いた。



9. 事故発生後の対応

(1) 市における対応

市は、事故発生後の、7月15日に保育園、認定こども園、第一幼稚園、小規模保育園こすも及び児童センターの全園長（所長）を招集して臨時園長会を開催した。同会では、幼児教育・保育課による本件事故の状況の説明の後、危機意識を高めるために、緊急時の対応、給食時における園児の安全な配置の確認など、再発防止策について意見交換した。

また、7月16日には、副園長・主任会を、7月29日には小規模保育事業所の施設長会を開催し、危機意識を高めるため、同様の取り組みをした。

8月3日には、給食担当者会を開催し、食材の量や刻み方など、調理員の視点から考える事故防止策について意見交換した。具体的には、年齢や成長により工夫が必要であるため、園内での調理員と保育士の関係性を密にし、調理員と園長、調理員と担任がそれぞれ相談する機会を増やし、対応することを確認した。

9月10日には、給食検討委員会を開催した。園長、副園長、主任、保育士、調理員で構成される会議で、事故はどの年齢でも起こりうることを前提に、給食の提供の対応を再確認した。

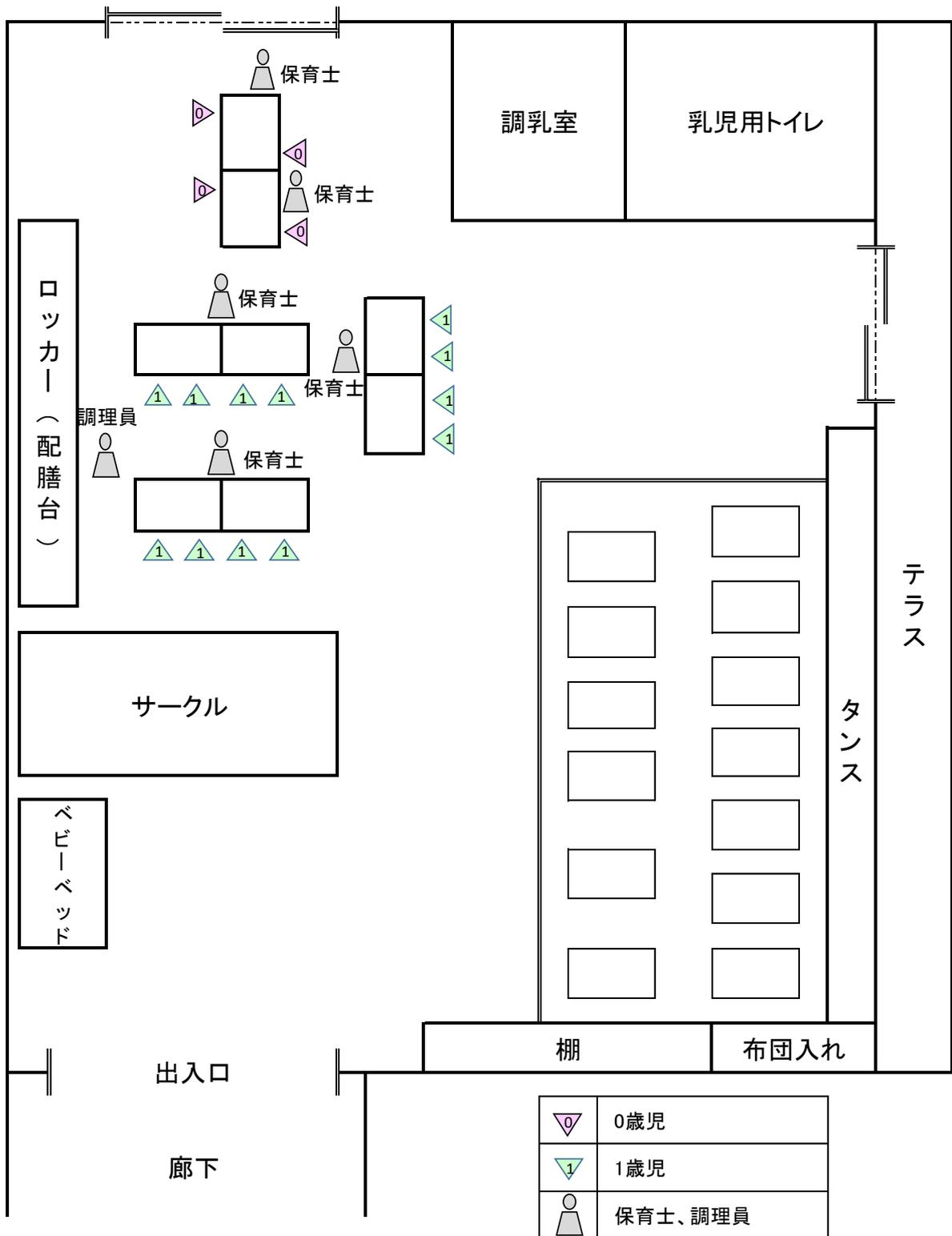
さらに、本件事故が発生した特定教育・保育施設だけでなく、全施設において、自園の給食（食事）の提供について振り返りと見直しを行い、保育士と調理員とが給食時の園児の座席を再確認し、園児の位置に対する保育士の配置を改善した。

加えて、園児一人ひとりの発達状況や家庭での生活状況などについても再確認し、園児それぞれに応じた対応を職員間で共有した。

(2) 事故が発生した特定教育・保育施設における対応

事故当時は、新型コロナウイルス感染症対策による給食時の机の配置変更により、給食時に保育士が園児らの表情を確認しにくい配置となっていたことから、再度、給食時の机の配置を以下のとおり見直した。

事故発生後の給食時の机の配置状況（事故再発防止及び新型コロナウイルス感染症感染拡大防止対応型）



第3章 原因、問題点・課題の抽出及びその分析

1. 事故の原因について

本検証委員会においては、医師である委員より、誤嚥が一時的要因ではなく、痙攣等何らかの意識障害が先行したことにより、二次的に窒息が引き起こされた可能性もあるとの指摘があった。その原因により事故時の初期対応が大きく異なるため、事故の一次的要因の精査が必要であるとの認識の下、現地調査や関係者ヒアリングと並行して、本件事故当時の本児の健康状態について確認調査を行った。具体的には、保護者が年度初めに提出した「健康の記録」、市消防本部作成の「救急活動報告書」、救急搬送先医療機関作成の「医療情報照会回答書」を入手し、その記載内容を検討したが、本児の持病や発作等の事実は確認できなかった。さらに、治療に当たった医師等にも照会をしたが、「誤嚥による窒息なのか、何らかの意識障害が先行した結果として二次的に誤嚥、窒息が引き起こされたのかについて断定はできない」とのことであった。

以上のことから、本検証委員会としては、窒息が二次的に引き起こされた可能性は依然として残されるものの、事故の一次的要因を特定することは困難であるとの結論に達した。

よって、以下については、誤嚥、及び何らかの意識障害を契機とする窒息の両面の可能性を念頭に置きながら、検討を加えた。

2. 問題点・課題の抽出及びその分析

(1) 給食の提供について

特定教育・保育施設での乳幼児の給食は、離乳食期を経て、概ね12か月を経過したころから3歳未満児と同じ給食献立を提供することが一般的である。本市においても同様な提供方法がとられているとの報告から、本児の給食における喫食状況について詳しく聞き取り、確認した。

その結果、本児は食器具をうまく使えない、歯の生え方は月齢の発達と比較し遅れている、歯茎でつぶして咀嚼している、飲み込み方が不得手であるなどの状況を保育士は把握していたことが明らかになった。また、その一方で、食べることには意欲的であったことも本児の食行動として確認していたことが分かった。

本児の月齢であるこの時期の給食提供で留意すべきは、月齢で一括りにしないことである。発達状況は月齢によりどの園児も一様ではなく、特に「食べる」行動は食環境や食経験によってその発達は大きく異

なる。そのため離乳食完了の月齢は12か月から18か月と幅があり、この時期の食事の提供には園児の個の様子を十分捉えることが必要となっている。具体的には「食べる」行動の発達状況や離乳食の進捗状況を十分把握すること、食事を共に支援する担当者(保育士、調理員)全員が一人ひとりの園児の情報を確認・共有することなどである。

また、給食の献立立案の視点としては、日常的に家庭でも食べさせている食材なのか、食材の大きさ、硬さに食べ難さはないか等を把握する必要がある、市から食材に関する情報の提供を行うとともに、リスクを伴うと思われる食材については家庭での喫食状況を確認することが肝要である。

これらのことから、給食提供に関する本件事故の問題点として次のことがあげられる。

- ・本児の給食に関する発達はやや遅れていたことを確認しつつ、給食内容は3歳未満児食と同等のものを提供していた。
- ・3歳未満児食と同じ給食内容であることから、喫食中にその咀嚼状況について特別な注視が必要であることを本児を支援する全ての保育士及び調理員が共有できるような手立て(指示書等)を講じていなかった。

さらに、聞き取りでは、パンについて、保護者から、既に家庭でパンを食べたことがあり、好んで食べていたとの情報を得ていたことが分かった。

パンによる誤嚥リスクが高いことは全国の実態^(※2)から明らかである。その原因として咀嚼・嚥下機能が低いため、大きな塊のまま喉に入ることによって、口腔咽頭内の移送時間中に唾液などの水分を吸って膨張し、付着性の高い食塊となりやすいことがある。

このリスクについて考えてみると、本児が家庭で喫食しているパンの形態、硬さなどが給食で提供したクロロールパン(1/4カット)と同じであるかを十分に検討しないまま、家庭でパンを好んで食べていたとの情報のみをもって、パンのリスクを払拭したという前提でクロロールパンを提供したことも問題点としてあげられる。

これらの問題点から、給食提供の課題として、離乳食から3歳未満児食へ移行する判断をどのような指標で決定するかを明確にすることや園児の喫食状況について担当する者全てが共有できる手立ての構築があげられる。また、リスクがある食材について、給食献立立案者から保育士への情報提供をどのように進めていくかについても課題である。

(※2) 消費者庁 News Release「食品による子供の窒息死事故にご注意ください!」

平成 29 年 3 月 15 日

(2) 給食時の保育士の配置について

事故当時は、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のための措置として、例年とは異なる保育士の配置による給食を実施していた。

この配置について保育士に聞き取りをした結果、「試行錯誤を重ね決定したものであったものの、結果的には、保育士が園児を見守る範囲が広くなり、園児の行動を把握しがたい状況であった」との見解を得た。

本検証委員会においても現地調査や事故当日の配置図などをもとに検証をした。その結果、事故当日の配置は、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」^(※3)（以下、「ガイドライン」という。）に示されている「食事の介助をする際に注意すべきポイント」を踏まえると、園児それぞれを十分に観察できる配置ではなかったと判断せざるを得ないという結論に達した。

また、事故発生後、さらに園児及び保育士の配置について見直しがされ、現在は、新たな配置による給食時間を過ごしているとの説明があったものの、委員からは、給食スペース全体を抜本的に見直す必要があることや保育士が休んだ場合の対応策についても事前に作成しておくなど、給食時の保育士の配置の重要性について発言があった。これらは今後の課題である。

(※3)「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」(平成 28 年 3 月 31 日府子本第 192 号、27 文科初第 1789 号、雇児保発 0331 第 3 号)

(3) 緊急時の対応について

本検証委員会においては、事故の一次的原因が誤嚥ではなく、痙攣等何らかの意識障害であった可能性も否定できないこと、この場合、保育士らが行なった対応（本児を逆さにし、背中をたたく）では、吐しゃ物がのどに詰まる可能性があったこと、望ましい対応としては、体が弛緩したタイミングで口腔内の異物確認を行い、異物が確認でき

た場合には二次的な窒息を防止するため速やかに除去することであったこと等が指摘された。

幸いにして、本件事故は大事に至らず、また、最終的に、本検証委員会としては、窒息の直接的原因が何であったかを特定することは困難であったものの、その原因により求められる初期対応が大きく異なってくることを考えたとき、その場にいた誰も誤嚥以外の可能性を考えなかったことについては、問題であると指摘せざるを得ない。

(4) 保育士の確保と適切な人員配置について

本市においては、1歳児クラスについては、国の配置基準である園児6名あたり1人の保育士ではなく、5名あたり1人の保育士を配置すべきものだとしている。これは、園児一人ひとりに目が行き届く、手厚い保育が実施できるようにとの考えに基づく行政施策である。

しかし、事故当時は保育士の1人が体調不良で不在であり、それを補う他の保育士を配置できず、国の最低基準は満たしているものの、本市の基準は満たしていない状態で保育が行われていた。

本市において国より充実した配置基準が設定されているものの、現場における慢性的な保育士不足等の事情により、実際にはこれが実現できていない現状があることが、本件事故により明らかとなったと言える。現場において、市の考える手厚い保育を実施するための保育基準を常に充足するためには、マンパワーに大きな課題があると言わざるを得ない。

なお、本年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、年度当初から従来通りの保育の実施が困難な状況であり、保育現場に相当の負荷がかかっていたことも確認できた。

手厚い保育の実施のためには、保育現場における人的余裕が不可欠である。市の予算措置や採用計画等、今後の保育行政の課題であることを指摘しておきたい。

第4章 再発防止策

委員会としては、「事故の発生を未然に防ぐための対応（事前対応）」と、起きた事故を重篤な事故にさせないための「事故発生時の迅速、正確な対応（事後対応）」の2つの視点から、再発防止策を講じる必要があると考える。

1. 事故の発生を未然に防ぐための体制整備（事前対応）

事故の発生を未然に防ぐためには、ガイドライン「1 事故の発生防止（予防）のための取り組み」に記載された内容の徹底が求められる。したがって、まずは、市内特定教育・保育施設の全関係者が改めてガイドラインの内容を確認する機会（研修等）の設定や全職員へのガイドライン配布などを検討することが急務と考える。

そのうえで、本件事故を踏まえ、特に次の事項について指摘するものである。

- (1) 園児の成長と状況にあわせた安全な給食の提供と適切な食事の介助
 - (i) 園児の年齢月齢に応じた成長度合いを確認するとともに、それにとどまらず、個々の園児の発達、発育、食事に関する状況（咀嚼・嚥下機能や食行動の発達状況、喫食状況）を踏まえ、提供する給食内容について食材の切り方、大きさ、硬さなどを決定できる体制を整える。
 - (ii) 給食献立立案者から各園への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、特に特定教育・保育施設で初めて口にする食材の提供については、保護者に事前にその食材の喫食状況を確認する。
 - (iii) 保育士が十分な食事介助ができるよう、園児の様子がしっかりと観察できる配置につくことを徹底する。この点、委員からは、個々の園児の様子とともに、全体の安全確認が可能となるよう、保育室全体の配置を見直したうえで、広く全体を見渡すことができる配置を検討すべきとの指摘があった。
 - (iv) 特定教育・保育施設における活動の中で、食事中は様々な要因により窒息のリスクが高い時間であることを踏まえ、食事中だけでなく、個々の園児の咀嚼、嚥下の状況を給食終了時までしっかり確認するとともに、密な連携体制のもと給食を実施する。
 - (v) 園児の発達・発育状況・健康状態・生活状況を把握し、一人ひとり

に応じた対応ができるように、職員間で食事のねらいや思いの共有を行い、手厚い保育と安全な給食の提供に努める。

(2) マニュアルの見直しと徹底及び研修体制

- (i) ガイドラインを踏まえた事故対応マニュアルや誤嚥防止チェックリスト項目等を見直しを行う。
- (ii) 万一事故が起きた際の一次的要因の迅速な特定及び適切な対応のため、あらゆる要因を視野に、事故発生時の対処方法に関する研修の充実を図る。
- (iii) 研修内容は、知識面だけでなく、実際の事故を想定した「実技を伴う救命訓練」を組み入れ、実施する。
- (iv) 事故発生時の対処方法に関する研修は、正規、非正規を問わず、全ての職員を対象に行う。

(3) 職員体制の充実

- (i) O J T^(※4)の効果を十分に発揮させるため、経験値が異なる保育士同士の配置に努め、経験が継続して伝達できる仕組み作りを行う。
- (ii) 特に、誤嚥やその他による事故の危険性が高い3歳未満児クラスについては、可能な限り、毎日保育に携わり、定期的に研修を受講し、保育経験の蓄積が期待できる正規保育士の複数配置ができるよう、市において採用計画を検討する。なお、経験豊富な非正規保育士について、正規保育士としての任用のうえ、充実した研修を実施することも検討されたい。

(※4)「O n T h e J o b T r a i n i n g」の略。

職員を育成する手法で、経験豊富な職場の上司や先輩が、実際の業務を題材に助言することで、若手職員や後輩に知識や技術を伝える手法のこと。

(4) 本市全施設における情報共有

事故が発生した特定教育・保育施設以外の施設においても、本件事故の検証結果を踏まえ、各施設個別の改善策を講じる。そのうえで、その結果等について、保育にあたる市内全職員にフィードバックし、事故防止に関する保育の質の向上に努める。

2. 事故発生時の適切な対応のための重点項目（事後対応）

事故発生時の置いては初期対応が重要である。本件事故でみられた評価できる点、改善したい点の両方を踏まえ、事故発生時の職員の対応方法についてまとめた。事故発生時には次の事項について十分留意されたい。

（1）正確な事故原因の特定

事故発生時の園児の状態がどのような一次的要因によるものであるかについて、十分な知識の習得と実践的な訓練を経たうえで、その経験を生かし、様々な可能性を視野に入れて事故対応を行う。

（2）正確な情報伝達の実施

事故発生時には、発生状況や園児の様子などを正確に記録し、漏れなく医療機関等へ迅速に情報を提供する。プライバシーに配慮しながら、記録用として保育の様子を映像で残すことも有効である。

（3）複数人での事故対応の徹底

緊急時には、一人の力だけでは、対処できない状況となることから、できるだけ多くの職員で事故対応、救命活動を行う。そのためにも、日頃から多くの職員が実技を含む事故対応研修を受講し、自身のスキルアップを図ることが重要である。

（4）迅速な救命対応の実施

事前研修及び事故対応のマニュアルに基づき、救急隊等との連携を密に図りながら、迅速かつ適正な救命活動を実施する。

特に異物除去の対処方法については、背部叩打法やハイムリッヒ法等異なる対処法があることから、手法や効果の違いについて十分に理解をしたうえで、対象者の年齢や状況に応じて実施する。

提言

検証委員会においては、それぞれの専門的な見地から事故の発生原因、対応等を分析して、再発防止策の検討を行いました。

保育に携わる全ての職員には、子どもの命と未来を預かる責任があることを自覚し、事故の発生を未然に防ぐための体制整備をお願いするとともに、どれだけ事故防止の対策を講じても、事故発生の可能性を完全にゼロにすることはできないことを強く意識していただいたうえで、万一事故が発生した場合の適切な対応を実践していただきたいと思えます。

また、市に対しては、今回の事故で得た教訓を風化させることなく、重大な事故を二度と繰り返さないよう、行政として重く受け止めたうえで、再発防止に全力を注いでいただきたいと思えます。

新型コロナウイルス感染症対策の徹底が求められる昨今の状況下において、日常的に人手が不足している保育現場に更なる負担がかかることのないよう、正規職員を中心とした保育士配置の充足を図り、安全で安心な手厚い保育を実施していくことを強く望みます。

最後になりますが、この度の事故により被害に遭われた園児と御家族の心の傷が一日でも早く癒えることを心より願うとともに、今後の小牧市が、未来ある子どもたちの笑顔が溢れる温かみのある街となることを切に願い、検証委員会の報告といたします。

【資料】

小牧市特定教育・保育施設等における重大事故検証委員会条例

令和2年8月13日

条例第37号

(趣旨)

第1条 この条例は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第138条の4第3項の規定に基づき、小牧市特定教育・保育施設等における重大事故検証委員会の設置及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(設置)

第2条 市内の子ども・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及び同法第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5号、第6号及び第10号から第12号までに掲げる事業に限る。）を行う事業所（以下「特定教育・保育施設等」という。）において発生した重大事故（当該特定教育・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った事故をいう。以下同じ。）について検証を行うため、小牧市特定教育・保育施設等における重大事故検証委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(所掌事務)

第3条 委員会は、市長の諮問に応じ、重大事故の事実関係の把握、原因の分析等及び必要な再発防止策の検討を行い、その結果を市長に答申するものとする。

(組織)

第4条 委員会は、委員5人以内で組織する。

(委員)

第5条 委員は、必要の都度、法律、医療、保育等に関する専門的な知識及び経験を有する者のうちから、市長が任命する。

2 委員は、当該諮問に係る答申をしたときは、解任されるものとする。

3 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。

(委員長)

第6条 委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 委員長は、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は、委員長があらかじめ指名する委員が、その職務を代理する。

(会議)

第7条 委員会の会議は、委員長が招集する。

2 委員会は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 委員会の議事は、出席した委員の過半数で決する。

4 委員会は、会議において必要があると認める場合は、議事に関係のある者に対して出席を求め、その説明若しくは意見を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、こども未来部において処理する。

(読替規定)

第9条 特定教育・保育施設等のうち小牧市市立幼稚園において重大事故が発生した場合における第3条及び第5条第1項の規定の適用については、これらの規定中「市長」とあるのは、「小牧市教育委員会」とする。

(委任)

第10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。

(特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例の一部改正)

2 特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例（昭和31年小牧市条例第15号）の一部を次のように改正する。

[次のよう] 略

小牧市特定教育・保育施設等における重大事故検証委員会
委員名簿

(条例第5条の規定順)

分野（条例の規定）		氏名	所属団体等
法律	弁護士	福谷 朋子	愛知県弁護士会
医療	医師	徳見 哲司	小牧市医師会
保育等に関する専門的な知識及び経験を有する者	栄養士	上原 正子	愛知県栄養士会
	保育士	河野 輝敬	愛知県保育士会
	学識経験者	長江 美津子	名古屋経済大学