

# 新居浜市認可保育所における重大事故 の再発防止のための検証委員会報告書

令和6年3月

新居浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会

## 目 次

はじめに	1
<b>第1章 検証の目的及び方法</b>	
1 検証の目的	2
2 検証委員会の設置	2
3 検証の方法	2
4 検証委員会の開催状況	2
5 検証にあたり収集した資料等	3
<b>第2章 本件事故の概要と経緯</b>	
1 本件事故の概要	4
2 施設の概要	4
3 本件事故関連の時系列	5
4 本件事故発生時の保育体制	7
5 本件事故発生時の状況	8
6 本児の状況	14
7 本児の離乳食の経過	14
8 給食の体制	16
9 各種マニュアルや研修状況	17
10 本件事故以後に発生した本施設における食に関する事故	18
11 指導監査の結果と改善報告書	19
<b>第3章 本件事故の発生要因及び問題点の抽出</b>	
1 本件事故の発生要因	22
2 保育の現場における問題点及び課題	22
3 行政の対応に関する問題点及び課題	25
<b>第4章 再発防止のための提言</b>	
1 保育の現場における問題点に対する提言	27
2 行政の対応に関する問題点に対する提言	29
おわりに	31
<b>参考資料</b>	
1 検証委員会設置要綱	
2 検証委員会委員名簿	

## はじめに

本報告書は、令和5年5月16日に新居浜市内の認可保育所において発生した、当時0歳8か月の男児が、離乳食を喫食中に心肺停止となった重大事故について検証を行い、再発防止のための提言をとりまとめたものです。

本検証委員会においては、誤嚥した物の特定には至りませんでした。が、病院の報告書や当該保育施設の保育士等の証言などから刻みりんごの誤嚥による窒息の可能性が高いと判断し、検証を行っております。

乳幼児は咀嚼・嚥下機能が未発達であり、さらに現代の子育て環境においては、生活スタイルが多様化し、離乳のタイミングや離乳食の進め方にもかなりの個人差があります。また、低年齢で保育施設等に入所する児童が増えており、さらに令和6年度からは「こども誰でも通園制度」の試行的実施が始まり、低年齢児が慣れない環境において食事を行うという状況が増えてくると予想されます。保育士不足が危惧される昨今、園児一人一人に安全安心な食を提供するにはどのようにすればよいか、議論を重ね、その結果を提言として取りまとめました。

本検証による提言が、当該保育施設だけでなく、他の保育施設やご家庭などあらゆる保育の場における事故の再発防止と、安全安心な保育の実現を図るための一助となるよう、委員一同、強く願っております。

令和6年3月

新居浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会

# 第1章 検証の目的及び方法

## 1 検証の目的

令和5年5月16日（火）に市内の認可保育所（以下「本施設」という。）において発生した重大事故（以下「本件事故」という。）について、事実関係の把握や発生要因の考察、検証を行うことにより、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。

## 2 検証委員会の設置

本件事故の検証にあたり、国の通知「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」及び「新居浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会設置要綱」に基づき、第三者である学識経験者、医師、法律関係者、管理栄養士、教育・保育施設関係者から構成する検証委員会を設置した。

## 3 検証の方法

（1）愛媛県及び新居浜市が実施した指導監査の記録、本施設を運営する社会福祉法人（以下「法人」という。）から新居浜市に提出された事故検証報告書、本施設の職員や被害に遭われた児童（以下「本児」という。）の保護者に対して行ったヒアリング及び関係機関からの情報提供等をもとに、情報の収集及び整理を行った。

（2）これらの情報をもとに、本件事故発生の実事関係を把握し、本件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を抽出した。

（3）抽出された問題点及び課題を踏まえ、その解決に向けて、再発防止のために必要な改善策を検討した。

（4）プライバシー保護の観点から、検証委員会は非公開とした。

## 4 委員会の開催状況

開催回	日 程	内 容 等
第1回	令和5年7月5日（水）	1 検証委員会における確認事項 2 検証委員会の公開・非公開の決定 3 本件事故の概要と経緯の説明 4 検証の方法、スケジュールの確認
第2回	令和5年8月24日（木）	1 事実関係の確認 2 関係者（本児の保護者）ヒアリング 3 問題点及び課題の抽出

第3回	令和5年10月12日(木)	1 事実関係の確認 2 関係者(本施設)ヒアリング 3 問題点及び課題の抽出 4 問題点・課題に対する提言の検討
第4回	令和6年1月11日(木)	1 問題点・課題に対する提言の整理 2 報告書の内容の確認
第5回	令和6年2月21日(水)	1 問題点・課題に対する提言の整理 2 報告書の内容の確認
第6回	令和6年3月25日(月)	1 報告書の内容の確認 2 報告書の提出

## 5 検証にあたり収集した資料等

番号	資料名	提供元
1	入所面接時資料、家庭訪問記録	本施設
2	食事状況調査表	本施設
3	連絡帳、母子健康手帳	保護者
4	指導監査の結果通知書	愛媛県、新居浜市
5	指導監査時の聴取記録	愛媛県、新居浜市
6	指導監査に係る改善報告書	愛媛県、新居浜市
7	県・国へ提出した事故報告書	新居浜市
8	法人作成の事故検証報告書	本施設
9	危機管理マニュアル	本施設
10	安全対策マニュアル	本施設
11	救急報告書	新居浜市消防本部
12	救急要請時の受信記録	新居浜市消防本部
13	病院の診断書	保護者
14	入院時のカルテ、報告書	保護者

## 第2章 本件事故の概要と経緯

### 1 本件事故の概要

- (1) 日時 令和5年5月16日(火) 10時30分頃
- (2) 場所 新居浜市内認可保育所 保育室内
- (3) 対象児童 0歳8か月(事故当時) 男児  
入所日 : 令和5年5月1日(月)  
初登園日: 令和5年5月9日(火)(慣らし保育開始)
- (4) 概要 10時30分頃、離乳食を喫食中に窒息状態となり、救急搬送された。病院搬送時は、意識不明、心肺停止の状態であり、病院で心拍が回復したが、意識不明の状態である。

### 2 施設の概要

(令和5年5月16日現在)

施設種別	認可保育所
設置者種別	社会福祉法人
法人認可年月日	昭和52年7月14日
施設開所日	昭和53年4月1日 平成29年4月1日に、「乳児園」から「保育所」へ変更
施設所在地	愛媛県新居浜市内
施設概要	鉄筋コンクリート造 1階建 建築年 昭和52年 建物延床面積 558.6 m <sup>2</sup> (うち保育室 208 m <sup>2</sup> 、調理室 35 m <sup>2</sup> )
認可定員	60人
利用定員	2号認定(3~5歳) 20人 3号認定(0~2歳) 40人 合計60人
職員配置数	園長1名、保育士16名、看護師1名、栄養士1名、調理員2名 合計21名
開所時間	月曜日~金曜日 7:00~18:30 土曜日 7:00~18:00

### 3 本件事故関連の時系列

本件事故に関連する主な出来事は次のとおりである。

日付	本児及び本施設 に関すること	市（こども保育課） 行政ほか
令和5年 4月18日（火）	入所に向けて、母親と本児が本施設を見学	
4月26日（水）	母親と本児が本施設で入所面談を行う。	
5月9日（火）	初登園 8：53～10：08	
5月10日（水）	登園（2日目） 9：00～10：11	
5月11日（木）	登園（3日目） 9：00～10：40	
5月15日（月）	登園（4日目）給食1日目 8：56～12：34 午後家庭訪問	
5月16日（火）	登園（5日目）給食2日目 8：58～ <b>10：30頃本件事故発生</b> 市内の病院へ救急搬送後、市外の病院へ転院搬送され、入院	16：30頃 市 現場確認、聴取 17：30頃 警察署 現場検証
5月17日（水）	本児保護者自宅訪問① 事故報告書（第1報）提出	市 法人に聴取 市 自宅訪問同行
5月18日（木）	緊急理事会	市 理事会同席
5月19日（金）	在園児保護者説明会① ・事故の概要について	市 説明会同席
5月20日（土）	報道説明会①	市 説明会同席 市内保育所等に安全管理の徹底を通知
5月22日（月）	在園児保護者に対するアンケート実施	
5月23日（火）	本児保護者自宅訪問② 救命救急講習	
5月26日（金）	本児保護者自宅訪問③	
5月31日（水）		県・市合同指導監査（1回目）

6月 1日 (木)		市内保育士等対象救急講習実施 (6月 1、6、8、13日) 207名受講
6月 5日 (月)	在園児保護者説明会② ・指導監査の状況 ・保護者アンケートへの回答 ・改善策について	市 説明会同席
6月 6日 (火)	報道説明会②	市 説明会同席 市内保育所等に食事中の事故防止徹底を通知
6月 7日 (水)		県・市合同指導監査 (2回目)
6月15日 (木)		検証委員会の設置
6月19日 (月)	事故報告書 (第2報) 提出	
6月26日 (月)		県・市合同指導監査結果の通知
6月29日 (木)	法人作成の事故検証報告書の提出 (1回目)	
7月 5日 (水)		第1回検証委員会の開催
7月12日 (水)	指導監査改善報告書の提出	
7月19日 (水)	本児、市内病院へ転院	
7月21日 (金)	在園児保護者説明会③ ・法人作成の事故検証報告書 ・指導監査に係る改善報告書	市 説明会同席
8月 8日 (火)		指導監査の改善報告書を受けて、県、市による実地確認
8月23日 (水)		指導監査改善報告書の受理
8月24日 (木)	本児保護者ヒアリング	第2回検証委員会の開催
9月 5日 (火)		市内保育士等対象救急講習実施 (9月 5、7、12、14、19、21、28日) 371名受講
9月15日 (金)	法人作成の事故検証報告書の提出 (2回目)	
10月10日 (火)		離乳食食事状況調査表 (聞き取り表) 標準様式を作成し、市内保育所等に通知
10月12日 (木)	本施設職員ヒアリング	第3回検証委員会の開催
12月25日 (月)	本児退院し、在宅へ	



令和6年 1月11日(木)		第4回検証委員会の開催
2月21日(水)		第5回検証委員会の開催
3月25日(月)		第6回検証委員会の開催

#### 4 本件事故発生時の保育体制

##### (1) 出席児童数と職員状況

クラス年齢	在籍児童数	当日児童数	当日の職員配置
0歳児	7	7	正規職員 3名 (保育士2名、看護師1名)
1歳児	12	10	正規職員 2名
2歳児	12	11	正規職員 2名
3歳児	12	12	正規職員 2名
4・5歳児	19	18	正規職員 2名
合計	62	58	

その他職員：園長1、栄養士1、給食調理員2、非常勤保育士4 合計19名  
職員の配置基準を満たしている。

##### (2) 本件事故発生時の職員

###### ① 0歳児クラスの職員体制

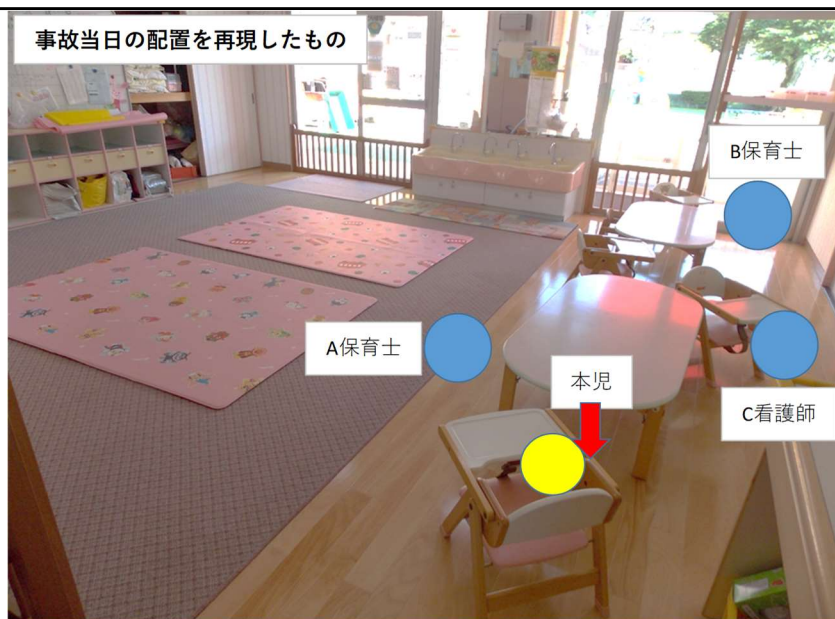
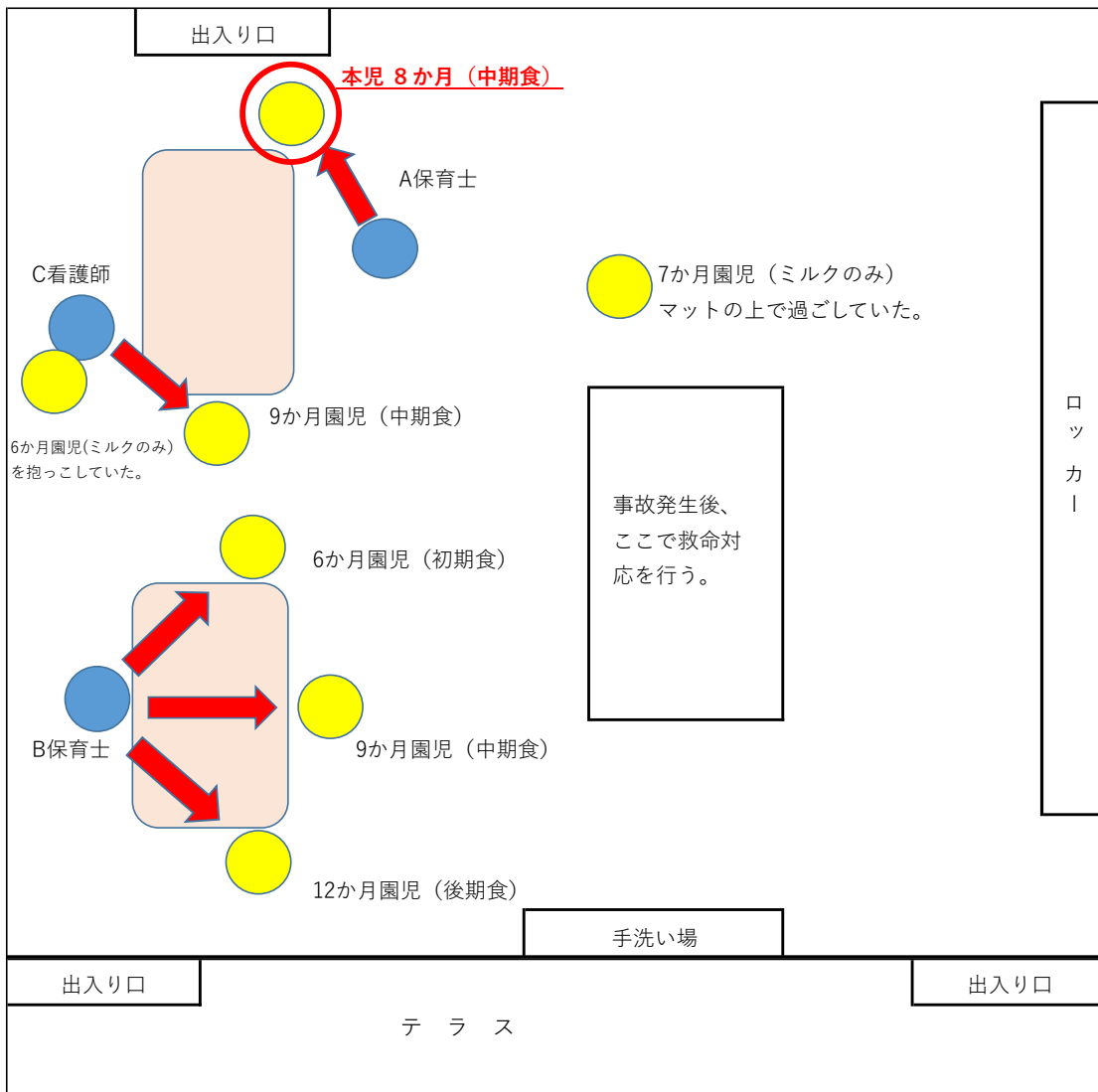
区分	勤務形態	年齢	保育経験	0歳児 担任歴 (採用年)	備考
A 保育士	正規常勤	20代	保育園6年	1年 (平成27年)	3人担当
B 保育士	〃	30代	幼稚園3年 保育園4年	1年 (令和3年)	2人担当
C 看護師	〃	20代	病院9か月 保育園1年	11か月 (令和4年)	2人担当

###### ② 0歳児クラス以外で本件事故対応を行った職員

区分	勤務形態	年齢	保育経験	備考・事故対応内容
園長	正規常勤	50代	36年	救命対応を行う。
D 保育士	〃	30代	15年	救急要請を行う。
E 保育士	〃	50代	16年5か月	主任保育士 救命対応を行う。
事務局長	〃	50代	—	法人勤務 当日病院へ

## 5 本件事故発生時の状況

### (1) 位置図



(2) 本件事故の経過（本施設の記録、救急報告書、病院の記録により作成）

時刻	活動	状況
8:58	登園	本児が母親と登園。C 看護師が受け入れた。体温 37.0 度（連絡帳より）。母親と離れ、泣いて鼻水が出ていた。
9:15	おむつ交換	
9:20	睡眠	本児は 9:20～9:55 まで寝ていた。
10:15	テラスに移動	A 保育士、B 保育士、C 看護師、園児 7 名
10:25	テラスから保育室へ移動	順番に保育室へ入り、B 保育士が、給食室から給食を運んで配膳した。
10:30 頃	離乳食開始 本件事故発生	A 保育士が、本児に離乳食を提供。本児は木製の椅子に着席していた。お茶を最初に飲まそうとしたが、嫌がって飲んでいない。一口目は、白身魚煮を 1 さじすくって口に入れると泣き出したので、背中をさすって落ち着かせた。前日オレンジを食べていたので、果物が良いと思い、りんごを 2 片スプーンにすくって、口に入れた。その途端泣き出し、息を吸ったと思うと泣かなくなった。
	救命対応	りんごが詰まったと思い、背中を叩いたが、顔面が蒼白になったため、C 看護師が近くにいたので交代し、事務室にいた園長を呼びに行った。C 看護師は後ろからおなかを突き上げる方法で物を出そうとした。園長が保育室に到着し、救命対応をしていた C 看護師と交代し、膝に乗せ逆さにして背中を叩いた。口から出たのは確認できていないが、床にりんごが 1 片落ちていたのを園長が見ている。
10:33	救急要請	園庭にいた D 保育士が、保育室に駆けつける園長の姿に異変を感じ、テラスから保育室に入り、園長に声をかけた後、119 番通報を

		行う。E 保育士が他の部屋から駆け付け、園長と合流し、素手で口の中を探ったが何も見つからなかった。通信指令員の電話の指示に従い、背部叩打法を続けた。
10:39	救急車到着	D 保育士が交通整理にあたり、救急隊を保育室まで誘導した。救急隊が心肺停止を確認。
10:43	救急車出発	市内総合病院へ搬送、園長が同乗した。搬送先が分かった時点で A 保育士から母親へ連絡した。
10:46	病院到着	市内総合病院に到着、心肺停止状態。
11:00頃	保護者到着	母親が病院へ到着。
11:10	心拍再開	処置により心拍再開。
14:10	市へ電話報告	法人から市こども保育課へ電話報告。
15:30頃	へりで搬送	母親が付き添い、市外の総合病院へ転院搬送。
15:40頃	本施設への病状説明	保護者の同意を得て、市内の総合病院の医師から、園長、事務局長が病状の説明を受けた。「心臓は動き出したが、自発呼吸ができない状態で意識が戻らないため、他の病院へ搬送した。吸引しても何も出てこなかった。鼻水と絡まって今回の事故を誘発したのでは。」という趣旨であったと本施設は記録している。
15:55	市へ直接報告	園長、事務局長が、市こども保育課へ出向き、直接報告。
16:30頃	市が本施設到着	市こども保育課 現場確認、聴取。
16:50	警察署へ連絡	法人から警察署へ電話連絡。

17:30頃	警察現場検証	新居浜警察署刑事課7名が現場検証を行う。
--------	--------	----------------------

(3) 5月16日(火) 事故当日の離乳食中期の内容

おかゆ、白身魚煮(メルルーサを醤油とみりんで味付けし柔らかく煮たものを細かく崩し、最後に片栗粉でとろみを付けたもの)、ポトフ(人参、ジャガイモ、キャベツ、玉ねぎをコンソメで味付けし、柔らかく煮たものを、ミキサーにかけたもの)、りんご(薄い塩水につけたりんごを2~3mmにスライスし、それを細かくみじん切りにしたもの)、お茶



(4) 本児が事故発生時点で食べていた量

- ・白身魚煮1さじ(スプーンの1/3程度)
- ・りんご2片(りんごの大きさは約7mm×2mm×厚さ3mm)

(5) 事故当日の給食を冷凍保存していたもの



(6) 当日使用していたスプーン



(7) 5月9日(火)の初登園から5月16日(火)までの園での本児の様子と家庭での様子

日 時	本児の様子 (保育士聴取)	園での食事の様子 (保育士聴取)	家庭での様子 (連絡帳より抜粋)
5月 9日(火) 8:53~10:08	泣かずに落ち着いていた。 興味津々でずり這いで遊ぶ。		鼻水が奥にたまりやすく、ゴロゴロ喉がなったり咳込むことが多い。痰切りと漢方を処方してもらう。
5月10日(水)	泣かずに落ち着いて		帰宅してからも少しグズ

9:00~10:11	いた。足つぼマットに興味を示したり声かけに笑顔で答える。		グズしていた。寝るタイミングを失っていたよう。
5月11日(木) 9:00~10:40	泣かずに落ち着いていた。ずり這いでテラスの気になるところに移動して遊ぶ。	ミルク 200ml 眠い時間のため、10~15分ほどかかった。	
5月12日(金)	休み		
5月13日(土)	休み		転んで右足首に小さな傷ができた。つかまり立ちがブームで目が離せない。
5月14日(日)	休み		
5月15日(月) 8:56~12:34  ※家庭訪問実施 13:30~13:50 (担当保育士)	母親を思って泣いていた。眠そうだが眠れずグズグズする。	園で初めての離乳食。泣いて椅子に座らなかったのを抱っこでオレンジを食べさせた。他のものは嫌がり食べなかった。食後、ミルクを170ml飲み、その後12時から30分間眠る。	午後から機嫌よく、離乳食も食べた。
			<p>15日の離乳食(中期食) 【献立】 豆腐団子のケチャップ煮 ポテトサラダ オレンジ お茶 ※オレンジのみ完食した。</p>
5月16日(火)	登園後、母親と離れ、泣いており鼻水が出ていた。	9時20分から9時55分まで眠り、10時30分頃から離乳食開始	少し鼻水はあったが、朝ミルクをしっかり飲んでいて、特段変わった様子はなかった。(保護者聴取)

## 6 本児の状況

### (1) 生まれた時の状況

令和4年8月末 新居浜市で出生

身長46.5cm、体重2826g

### (2) 本件事故当時の状況

- ・0歳8か月
- ・身長64.5cm、体重7.4kg（5月15日（月）記録）
- ・既往症及びアレルギーなし、平熱36.8度

## 7 本児の離乳食の経過

### (1) 家庭における離乳食の摂食状況

本施設が記録していた内容は次のとおりである。

- ・入所面談時の記録（令和5年4月26日（水）本施設記録）  
「離乳食初期 or 中期」「開始は7か月頃」
- ・母子健康手帳（令和5年4月28日（金）保護者記録）  
「離乳食3月からスタート。風邪などもありゆっくりペース。ドロドロだけど1回に60～80gくらい食べる。」
- ・家庭訪問記録（令和5年5月15日（月）実施、本施設記録）  
「離乳食は食べている食材は多いが、形状を嫌がることもあり、食材によっては食べてくれるものもあると話されていた。園のボードに貼ってある離乳食（中期）を確認してくれていた為、「形状大きいですか」と聞くと「大丈夫です」と言ってくれた。」

### (2) 慣らし保育と園における離乳食の経過

- ・保護者の希望に応じて、5月27日（土）に通常保育（1日）となるよう慣らし保育を進めていた。
- ・5月9日（火）に初登園し、1日1時間～1時間半の食事なしの慣らし保育を3日間行った後、5月12日（金）と5月15日（月）は12時30分までと希望があった。そのため、5月12日（金）から離乳食の対応をするため、家庭で食べたことのある食材に丸をつける一覧表「食事状況調査表」（次頁に掲載）を保護者に記入してもらうよう渡していた。5月12日（金）は欠席したため、「食事状況調査表」は、5月15日（月）朝に、担当保育士が受け取った。
- ・5月15日（月）から本施設での給食を開始し、月齢に応じ、他の8か月の園児と同様の中期食からスタートした。オレンジのみ完食し、他は嫌がって食べなかった。



＜ペースト・初期 食事状況調査表＞

氏名 \_\_\_\_\_ R5 年 5 月 14 日 作成

※食べたことのある物に○をつけて下さい。

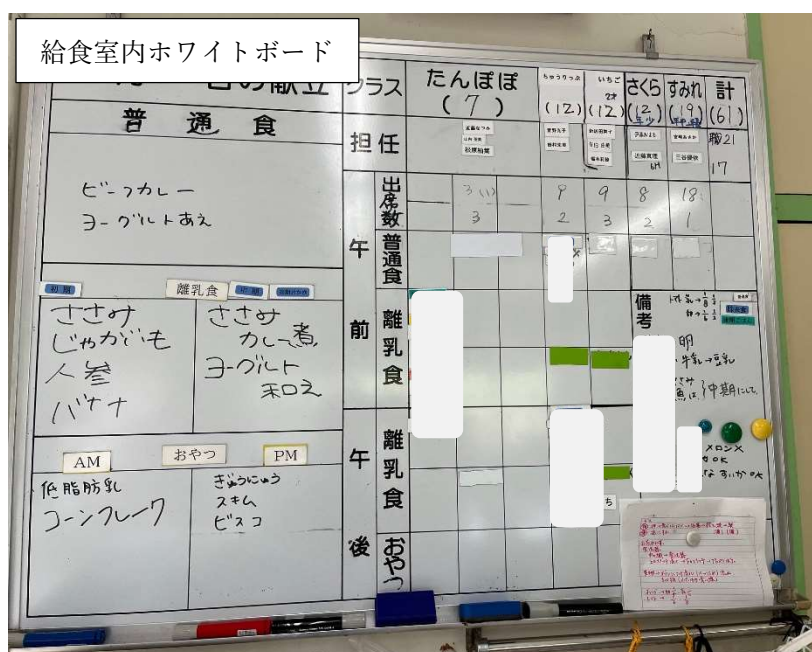
食品名	チェック欄	食品名	チェック欄	
穀物類	米	○	ささみ	○
	食パン	○	鶏レバー	○
	うどん	○		
	そうめん	○	しらす干し	○
	麩		鰯	○
芋類	じゃが芋	○	白身魚	○
	さつまい	○	ひらめ	○
	かたくり粉	○	かれい	○
			たら	○
大豆製品	豆腐	○		
			りんご	○
			オレンジ	○
			ぶどう	○
			いちご	○

(3) 離乳食の進め方

離乳食を始める際には、事前に保護者に「食事状況調査表」を記入してもらい、それに沿って、家庭で食べたことのない食材は提供しないこととしていた。

それぞれの園児の離乳食の進み具合は、給食室内のホワイトボードに記載し、それに従って、栄養士及び調理員は離乳食の調理を行っていた。離乳食に関する変更や進み具合について保護者から連絡があった場合は、保育士が聞き取り、その都度、栄養士へ連絡し対応していた。また、毎月1回行っていた給食検討委員会のなかで、離乳食の進み具合を確認していた。

本児についても、離乳食開始日の5月15日（月）に「食事状況調査表」を担当保育士が受け取り、給食室へ「中期食」と伝えていた。



## 8 給食の体制

### (1) 職員体制（本件事故当日）

区分	勤務形態	年齢	調理経験	本施設勤務経験等
F 栄養士	常勤	30代	保育園6年	平成29年4月～本施設 令和4年4月～同法人他施設 令和5年4月～本施設
G 調理員	常勤	60代	学校給食5年 保育園17年	令和4年4月～本施設
HF 調理員	非常勤 12:30まで	60代	学校給食4年 保育園18年	平成29年4月～本施設

### (2) 提供食数（本件事故当日）

- ・ 0、1、2歳児 28食
  - ・ 3歳以上 30食
  - ・ 職員 14食
- 合計72食

[ 離乳食5食（中期4食、後期1食）  
アレルギー対応食2食（卵除去1食、乳除去1食） ]

### (3) 離乳食の提供時間

- ・ 中期の離乳食は1回食（10時30分から）
- ・ 後期の離乳食は2回食（10時30分からと14時50分から）

### (4) 調理の分担

離乳食の調理については、1週間交替で、F 栄養士と G 調理員が行っていた。本件事故当日は、G 調理員が担当した。そのうち果物のカットについては、非常勤調理員の役割としていたため、本件事故当日も H 調理員が行った。

### (5) 検食

園長は幼児食の検食は行っていたが、離乳食の検食は行っていなかった。

### (6) 配膳

完成した離乳食は、調理員が1人ずつトレイに載せて、配膳台に置く。名前は書いておらず、「中期」と書いた札で区分し、保育士が保育室に運び、それぞれの園児に配膳する。

### (7) 栄養士及び調理員の業務について

#### ① 栄養士の主な業務

- ・給食の調理業務
- ・献立表の作成（新居浜市の統一献立を活用）
- ・給食だよりの作成
- ・調理員への指導
- ・給食検討委員会の開催（給食検討委員会を毎月1回実施。主に献立の反省と園児それぞれの離乳食の進み具合の確認を行っていた。参加者は、園長、栄養士、調理員、主任保育士、各クラスの保育士数名。）

## ②調理員の主な業務

- ・給食の調理業務
- ・食材の発注

## (8) 5月16日(火)の離乳食のりんごについて

- ・法人内の他の3園について、1園はすりおろしで加熱したもの、2園はすりおろした生のりんごであった。法人内で調理方法が統一されておらず、それぞれの園の栄養士や調理員に任せていた。
- ・本施設において、りんごを提供したのは1年間で42回あり、そのうち2回は刻みりんごを加熱したもので、残りの40回は本件事故当日と同様の生の刻みりんごであった。

## (9) 生のりんご以外の食材に対する誤嚥の可能性の認識について

- ・本施設において、ぶどうは、幼児食についても半分または4分の1に切って提供する、プチトマト、節分の豆は、誤嚥を引き起こす可能性が高いため提供しないなど、誤嚥リスクを認識し対応していた。

## 9 各種マニュアルや研修状況

### (1) 各種マニュアルの整備状況について

#### ①危機管理マニュアル

危機管理マニュアルを整備しており、それに基づき防災訓練等を行っていたが、内容は、地震や火災等の防災対応が主であり、誤嚥や保育事故対応への記載は限定的な内容となっていた。

#### ②安全対策マニュアル

安全対策マニュアルには、園児の健康観察、園内外の事故防止対策及び事故後の救急処置等について記載されていた。

#### ③調理に関するマニュアル

本施設及び法人独自のマニュアルは整備していない。

## (2) 職員の研修の受講状況について

### ①救急救命講習

全職員が受講済みである。令和2年度、3年度は実地で受講し、令和4年度はコロナ感染症の影響のため、書面で受講していた。

### ②AED研修

AEDに関する研修については、令和3年6月に全職員が受講していた。

### ③調理に関する研修

新居浜市保育協議会が主催の調理員研修会（毎月1回開催）に、栄養士と調理員が交代で参加していた。主な内容は、毎月の献立の説明と反省、食育に関するもの、食品衛生に関するものであった。また、毎年4月には保育協議会主催の新任調理員向けの研修会が開催されるが、令和5年度は本施設に対象者がいなかったため参加していない。その他、調理に関する園外研修についても近年、「離乳食」をテーマにする研修会等には参加していなかった。

## 10 本件事故以後に発生した本施設における食に関する事故

### (1) 異物混入

令和5年5月17日（水）、0歳児クラスの離乳食にクッキングシートの切れ端が混入した。かぼちゃサラダを調理する際、まな板に敷いていたクッキングシートが混入したことが原因である。

### (2) アレルギー誤食

令和5年5月24日（水）、1歳児クラスのおやつの際に、卵アレルギーの園児に誤ってマドレーヌを食べさせた。調理現場では、卵アレルギーの園児のために代替品を別のトレイに用意していたが、周知が不十分であったため、保育士が代替品に気が付かなかったことが原因である。

## 1.1 指導監査の結果と改善報告書

本件事故を受け、令和5年5月31日（水）と令和5年6月7日（水）に、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づき、愛媛県と新居浜市が合同で指導監査を実施した。その結果、施設運営に関して問題点が確認されたため、再発防止に向けて、愛媛県が6項目、新居浜市が4項目について改善を行うよう通知を行った。

その後、本施設の設置法人から7月12日付けで改善報告書の提出があり、8月8日（火）の現地確認を経て、8月23日（水）に愛媛県及び新居浜市が受理している。

次の表は、それぞれの指摘事項及び改善報告の概要である。

愛媛県の指摘事項	法人の改善報告の内容
<p><u>1 事故の発生原因の解明及び再発防止策の徹底について</u></p> <p>法人及び園として当該事故の発生原因の解明に取り組むとともに、実効性のある再発防止策を講ずること。また、法人によるガバナンスを確立し、研修等を通じて全職員のリスク管理の意識と専門性を高めること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事故の事実関係を調査した結果と改善策を検証報告書にまとめ、市に提出した。</li> <li>・ 法人内4園合同で、栄養士会、調理員会等を毎月開催し、職員の専門性向上を図っている。</li> <li>・ 栄養士会を実施し、誤嚥リスクのある食材や離乳食の調理方法の再確認を行った。</li> <li>・ 理事会で改善状況を定期的にモニタリングすることとした。</li> </ul>
<p><u>2 職員の資質向上について</u></p> <p>園長及び栄養士は、給食部門と保育部門の協力体制を整備し、安全・安心な給食の提供を行うこと。また、職員一人ひとりがリスク管理の意識を高め、責任感と当事者意識を持って業務に取り組むこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全職員に食材の誤嚥リスクを周知徹底した。</li> <li>・ 6月から、0歳児クラスに保育経験の長い職員を配置するなど配置換えを行い事故防止に努めている。</li> <li>・ 調理経験のある主任保育士を一時的に、午前中給食室へ配置し、保育現場と調理現場の協力体制を強化した。</li> <li>・ 全職員が二度と起こしてはならないという決意を持ち保育に臨んでいる。</li> <li>・ 心肺蘇生法等の訓練を全職員が実施している。</li> </ul>
<p><u>3 職場環境の改善について</u></p> <p>職務分掌と指揮命令系統を明確化し、組織運営の健全化を図るとともに、園長等が中心となり、互いに助け合える風通しの良い職場づくりに取り組むこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全職員に職務分掌表を周知し、役割分担を明確化した。</li> <li>・ 園児の様子や保護者からの質問や疑問に関しては、上司への報告・連絡・相談と職員間の情報共有を徹底することとした。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・園長、主任保育士がクラスを回り、現場の保育士等の意見を聞き取るとともに、職員会等での意見交換や園長と各職員との相談の機会を設けるなど、働く環境の改善を図ることとした。</li> </ul>
<p><u>4 食事提供体制の改善について</u></p> <p>乳幼児の誤嚥・窒息事故の防止のため、「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」等に基づき、食物誤嚥のリスクを認識するとともに、乳幼児一人ひとりの発達過程に応じた食事の提供を徹底すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・給食時には栄養士や調理員もクラスを回り、園児の喫食状況を観察し、園児の発達や体調に応じた食事の提供を行うこととした。</li> <li>・毎日検食を実施し、提供物の大きさや固さ、異物混入等を、栄養士、主任保育士、園長が確認した後に配膳を行うこととした。</li> <li>・給食に関する注意点やその日の報告事項は朝礼で情報共有することを徹底した。</li> <li>・離乳食に関する家庭での摂食状況を一人一人聞き取り、写真付きの表にまとめ、情報を共有した。</li> <li>・栄養士の業務に「喫食状況の見守り」、「離乳食は責任をもって担当する」を追加し、食事提供時の見守りやチェック体制を強化した。</li> <li>・食事用ベビーチェア、離乳食用食器、足置きステップ等を購入し、姿勢よく食べることに集中できる環境を整えた。</li> </ul>
<p><u>5 保護者との連携強化について</u></p> <p>保護者との情報共有を確実に行うとともに、その情報を記録し、職員間の情報伝達を徹底すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食の事故や骨折等の怪我については、全保護者へ情報発信し、職員間の情報共有を徹底した。</li> <li>・家庭での喫食状況や保護者の意向について、保護者、保育士、栄養士の3者での面談を実施することとした。</li> <li>・個別懇談では食事の相談を随時受け付け、園児の状況を確認して記録に残すよう業務の見直しを行った。</li> </ul>
<p><u>6 安全管理体制の再構築について</u></p> <p>救急訓練や事故発生時の対処方法を身</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・危機管理委員会を毎月開催し、定期的なマニュアルの見直しやヒヤリハット事例</li> </ul>

<p>につける実践的な研修を通じて、事故防止に係る職員の資質を向上させること。</p>	<p>の共有、改善策等の検討を行うこととした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な事故を想定し、緊急時の役割分担を明確にしたうえで、救急対応訓練を毎週実施している。</li> <li>・7月末まで毎日、乳児と幼児の人形使った心肺蘇生等の訓練を実施した。</li> </ul>
<p>新居浜市の指摘事項</p>	<p>法人の改善報告の内容</p>
<p><u>1 栄養管理体制の整備について</u></p> <p>統一献立のメニューの変更に関しては、栄養士が責任をもって、栄養量の確認やアレルギー除去食の対応等を行い、最後に園長が確認するなど、業務分担を明確にし、栄養管理体制を整備すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・献立変更は、栄養士が責任をもって行い、園長が確認を行うなど業務分担を明確にした。</li> </ul>
<p><u>2 給食への異物混入の対応について</u></p> <p>異物混入については、「異物混入対応マニュアル」に従い、異物混入を未然に防ぐ対策を行うとともに、異物が発見された場合は、必要に応じて、適切に市や関係機関への報告を行うこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「異物混入対応マニュアル」に基づき、異物除去を徹底する。</li> <li>・異物が発見された場合にすみやかに対応する体制を確認した。</li> </ul>
<p><u>3 アレルギー除去食対応について</u></p> <p>アレルギー除去対応の園児の給食については、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」に基づき、園児の安全性を最優先として、組織的に取り組むこと。また、誤食があった場合は、すみやかに保護者及び市への報告を行うこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アレルギー疾患を有する園児の給食等に関しては、保護者、栄養士、保育士、嘱託医で連携を取り、その情報を全職員が共有することとした。</li> <li>・誤食を防ぐために、アレルギー対応の給食については、給食現場、園長及び主任保育士、保育現場の3か所で確認を行うチェック体制を整備した。</li> </ul>
<p><u>4 給食に関するヒヤリハット事例について</u></p> <p>ヒヤリハット事例は、重大な事故につながる恐れがあるという危機意識を持ち、それらの事例についても報告・分析を行い、職員全員で共有すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・細かい事例でもヒヤリハット事例にあげ、報告・分析を行うことは、園児の安全に繋がるという意識を全職員が持ち、危機管理意識の向上を図っている。</li> </ul>

## 第3章 本件事故の発生要因及び問題点の抽出

第2章「本件事故の概要と経緯」に基づき、次のように事故の発生要因を考察し、保育の現場及び行政の対応について、それぞれの問題点及び課題を抽出した。

### 1 本件事故の発生要因

消防本部の救急報告書及び法人の報告書等の内容では、本児が離乳食喫食時に刻んだ生のりんごを2片口に入れた途端泣き出し、その直後に呼吸ができなくなり、意識不明となったとしている。

搬送された病院の医師の説明では、気管挿管時には分泌物や異物は吸引できず、胸部CT検査で肺の右気管支内に影が見られたとのことであった。また、転院先の市外の病院の診断書においても、気管支鏡検査において、右中葉気管支と右下葉気管支の入口付近に黄色調の半楕円形の異物を確認したとあった。なお、生育歴等の記録から、本児に食物アレルギーや既往症はなかった。

以上のことから、本検証委員会においては、異物は検出されていないが、離乳食の刻んだ生のりんごが、泣いて息を吸った瞬間に気道を閉塞し、窒息につながった可能性が高いと考え、検証を行ったところ、2以下で述べる、本施設の離乳食の提供方法や誤嚥リスクの認識不足等、複数の問題点が重なった結果、本件事故につながったと考える。

### 2 保育の現場における問題点及び課題

#### (1) 子どもの成長や発達に応じた離乳食の提供について

本児及び中期食対象の園児に、刻んだ生のりんごを提供しており、「授乳・離乳の支援ガイド」に示されている「中期食は舌でつぶせる固さ」や、「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」に示されている「りんご、梨等の果物は、完了期までは加熱して提供する。」という国のガイドラインに沿ったりんごの提供を行っていなかった。

本児の離乳食の提供段階を十分に検討しないまま、月齢から判断して中期食からスタートしており、上記ガイドラインで示す「子どもの年齢月齢によらず、普段食べている食材が窒息につながる可能性があることを認識して、食事の介助及び観察をする。」に沿った対応ができていなかった。

本施設では、上記ガイドラインが職員に浸透しておらず、誤嚥リスクのある食材や離乳食の提供方法について、職員が情報を共有し、協議を行う場で十分な協議が行われていなかった。そのため、生のりんごの提供が重大な誤嚥リスクにつながる可能性があるという認識が低く、本件事故以前も離乳食（中期）に生の刻みりんごを提供していた。



離乳食の調理方法については、調理現場任せとなっており、標準化されたマニュアルがなかったため、調理する人のそれまでの経験等に頼ることが多かった。また、離乳食の検食を実施しておらず、0歳児に生の刻みりんごが提供されていたことを、園長や主任保育士は把握していなかった。

## (2) 新入園児の離乳食に関する聞き取りとその情報共有について

離乳食に関する保護者への聞き取りについては、園が作成した「食事状況調査表」を、入園前までに保護者に記載して提出してもらうことで確認していた。食事状況調査表は、家庭で食べたことのあるものに丸をつける一覧表となっており、食材の固さや形状を記載する項目はなく、それらについては、担当保育士が聞き取り、メモを残す形をとっていた。そのため、聞き取りの内容が統一されておらず、聞き取る保育士によりばらつきがあり、詳細が把握できる仕組みにはなっていなかった。本児の食事状況調査表については、本件事故前日に提出してもらっており、施設内で情報を共有する十分な期間がとれていなかった。

本児の保護者とは、本件事故前日の家庭訪問においても離乳食に関して確認を行っており、担当保育士の記録には、「形状を嫌がることもある」と記載されていたが、保護者が話したという「家ではドロドロを食べている」との記載はなく、その情報は調理現場に伝えられていなかった。本施設は、それらの情報と月齢から判断し、本児の離乳食を中期食からスタートしていたが、園における離乳食の提供段階を決定する明確なプロセスが決まっていなかった。

本検証委員会が、本件事故後に行った保護者ヒアリングにおいては、保護者は本児の離乳食の段階を「歯も生えておらず遅かったので、ゆっくりめに進めていた。基本的には形状がドロドロを好んでいて、粒とかに切り替えていくタイミングであった。食べない時もあって一進一退しながら、豆腐を裏ごししていたのをやめて、粗つぶしをやっと食べられる感じだった。ベビーフードのペーストを味付けに使ったり、ごはん系のベビーフードも活用していた」と話していたが、本施設はそれらの情報の聴取及び情報共有ができていなかった。本児が家で通常食べている離乳食の形状はどのようなものであったのか、ドロドロとはどの程度だったのか、という確認がされていなかった。

## (3) 離乳食の提供の方法について

本児は、本件事故当日、離乳食を一口食べた時点で泣いており、泣き止むのを待って二口目を口に運んではいるが、慣らし保育5日目という慣れない環境において、朝から鼻水が出ていたと記録があることから、体調や機嫌が万全の状態での食事の提供ではなかった。無理に食べさせることはしていないが、食べ始めに水分を与えることや、園児のその日の体調や喫食状況をよく観察したうえで、ミルクのみの対応に切り替えたり、口に運ぶ前に食べやすい形状につぶすなどの細やかな配慮が必

要であったと考える。

#### (4) 事故発生時の対応について

本件事故発生時、離乳食の食事介助を行っていた担当保育士は、本児がりんごを喉に詰まらせたと思い、即座に背中を叩く、背部叩打法を行った。並行して他の保育士が119番通報を行っている。消防本部の救急報告書と本施設の報告に時間や対応等の相違はない。消防本部の通信指令員からの指示に基づき、救急車が到着するまで背中を叩く処置を続けたが、異物は出てきておらず、除去はできなかったと考えられる。

保育士が119番通報をした際の通信指令員とのやり取りから、次の問題点が確認できた。1点目は、0歳児が喉にりんごを詰まらせたという情報は伝えたが、詰まった物の大きさや形状については伝えていなかったこと、2点目は、ハンズフリー機能を活用していなかったため、通信指令員からの指示が通報した保育士以外の現場の保育士に直接聞こえていなかったこと、3点目は、保育室にいる他の園児らの泣き声が、電話越しに通信指令員に聞こえており、事故現場の状況等の情報が正確に伝わっていなかったこと、4点目は、通信指令員が胸骨圧迫をするよう指示を行ったが、現場の混乱や通報した保育士の動揺により、その内容と重要性が正確に伝わっていなかったことである。

現場の他の保育士も、胸骨圧迫が呼吸補助と異物除去に有効であるという認識がなく、呼吸の確認も行っていなかったため、胸骨圧迫を行うという行動に結びつかなかった。背部叩打法と並行して、意識と呼吸の確認を行う、窒息事故発生からの時間を計測し、意識がない場合は胸骨圧迫を行うという窒息事故発生時のマニュアル通りの対応ではなかった。

#### (5) 乳児の慣らし保育について

本件事故発生時、0歳児7名に対して、保育士2名、看護師1名が配置されており、職員配置基準は満たしていた。しかし、3人の職員は、0歳児の保育経験が1年程度という乳児保育の経験が少なめの職員で構成されていた。家庭での生活から初めての集団生活へ移行する、特にデリケートで丁寧な関わりが求められる0歳児の担当職員について、乳児保育の経験の有無や年数等を考慮した配置がされていなかった。

本児は、慣らし保育は5日目で、園での離乳食は2日目であり、前日も給食時に泣いていてほとんど食べなかったこともあり、本件事故当日は、担当保育士がマンツーマンで食事介助を行うなどの配慮がされていた。しかし、慣らし保育を数日経て、母親と離れたことを理解し始めた本児が、初日よりもぐずることが増えていたとの記録があり、そうした状況における保育については、子どもの様子をよく観察し、体調や喫食状況等に応じて、食事時間の変更やミルク対応を行うなど、子ども

の気持ちに寄り添った、より丁寧な対応が必要であったと考える。

#### **(6) 各種マニュアルの整備、施設内の情報共有、職員研修について**

本施設では、各種マニュアルやガイドライン、国からの通知等について、紙媒体で回覧されていたが、見たことを確認するチェック機能はなく、全職員が確実に目を通せる体制になっていなかった。

本施設で整備していた危機管理マニュアル等については、誤嚥や保育事故対応への記載が限定的な内容となっていた。本件事故後は、見直しを行い、危機管理委員会を毎月開催し、ヒヤリハット事例等について情報共有を行い、事故の再発防止を図っている。

また、調理に関するマニュアルについては、施設独自のマニュアルは整備されておらず、法人内でも統一されていなかった。また、調理員や栄養士、乳児担当の保育士が離乳食に関する研修を受講する機会がほとんどなかった。本件事故後は、法人内の4園合同の栄養士会と調理員会を開催し、献立や調理方法について協議・検討を行っている。

救急救命講習やAEDに関する研修については、それぞれ過去に受講済みであるが、事故を想定したシミュレーション訓練は行っていなかった。

### **3 行政の対応に関する問題点及び課題**

#### **(1) 各保育施設等への通知等の周知について**

国のガイドラインやマニュアルの周知方法については、県から市、市から各保育施設等へメールで伝達することがほとんどであった。膨大な量の連絡や通知が頻繁にあり、各保育施設等において、その内容が職員全員に浸透していなかった可能性がある。

#### **(2) 施設職員の研修について**

市内各施設の職員研修については、基本的に各施設の研修計画に委ねられている。新居浜市保育協議会が主催し、市の栄養士が中心となり、月に一度調理員研修会を実施していた。また、年度の初めには毎年、新任調理員向けの研修会を実施していたが、どちらも離乳食の提供に関して重点をおいたものは実施されていなかった。

#### **(3) 事故後の対応について**

本児の保護者、本施設の他の保護者及び保育士等に対する心理的支援については、事故後、速やかに面談や情報提供を行っていたが、その後のフォローアップが十分ではなかった。

#### (4) 救急通報を受けた際の対応について

本施設の職員が119番通報をした際に、通信指令員と施設職員のやりとりの中で、本児が喉に詰まらせたりんごの大きさや形状については伝えられておらず、双方の認識にずれが生じていた可能性がある。また、通信指令員から通報者へ胸骨圧迫の指示を行ったが、現場の混乱や通報した保育士の動揺により、その内容と重要性が正確に伝わっていなかった。

## 第4章 再発防止のための提言

第3章「本件事故の発生要因及び問題点の抽出」を踏まえ、本検証委員会として、次のように提言を行う。

乳幼児は、咀嚼・嚥下機能が十分に発達しておらず、誤嚥事故を起こしやすいこと及び環境への順応には時間がかかることを認識し、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、事故の再発防止に取り組んでいただきたい。

### 1 保育の現場における問題点に対する提言

#### 【提言1】

乳幼児は、咀嚼・嚥下機能が未発達であり、誤嚥・窒息のリスクが高いことを認識すること。

- ・国が発出している「授乳・離乳の支援ガイド」及び「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」等を職員全員に周知徹底し、乳幼児の誤嚥・窒息のリスクと離乳食の提供方法を正しく理解すること。
- ・調理従事者は、施設独自のマニュアルを整備するか、「大量調理施設衛生管理マニュアル」等に基づき、調理作業の標準化を行うこと。
- ・誤嚥リスクのある食材や離乳食の提供方法について、保育現場と調理現場の双方で情報を共有し、協議できる体制を整えること。
- ・子どもの咀嚼や嚥下機能は、月齢や体格に関係なく、一人一人の発達状況により程度に差があること、また体調や日によっても、ばらつきがあることを認識し、離乳食の提供を始める際には、月齢により判断せず、その子どもの発達や体調に応じた段階からスタートすること。特に新入園児については、保護者への聞き取りを行っていたとしても、初期もしくはひとつ前の段階の離乳食から慎重にスタートするなど、園における初めての給食自体に慣らしていく期間を設けること。離乳食をどの段階から進めていくかの判断は、保護者から聞き取った内容をもとに、栄養士、担当保育士等複数人で協議して決定するなど、施設におけるプロセスを明確にすること。
- ・離乳食についても検食を行い、園長または主任保育士は子どもが実際に口にする給食の形状等を把握し、安心・安全な食の提供に努めること。

#### 【提言2】

離乳食の提供に関して、保護者との情報連携を確実に行うこと。

- ・離乳食に関する家庭での摂食状況の聞き取りについては、施設側と保護者で認識

に相違が生じないように、形状等に関しては、写真や実物を示して合意を得るなどの改善を行うこと。聞き取りを行う人により、聞き取る内容にばらつきがあったり、その記録がされず情報が共有されない事態とならないよう、新居浜市が作成している離乳食食事状況調査表等を活用し、必要な情報に漏れがないよう統一した聞き取りを行い、その情報を確実に調理現場と共有すること。

・離乳食の開始にあたっては、保護者から聞き取った情報を施設側が十分理解したうえで開始できるよう、計画的に進めること。

### 【提言 3】

子どもの発達とその日の体調に合わせた離乳食の提供を行うこと。

・食事前には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、泣いていたり嫌がっているときは、無理に食べさせない等の基本的な誤嚥防止対策を守ること。

・子どもの咀嚼や嚥下機能は、体調や日によってばらつきがあること、子どもが新しい環境に順応するには時間がかかることを認識し、保育士は子どもの様子をよく観察し、無理に離乳食を進めず、ミルクで対応する、口に運ぶ直前にも食べやすい形状に変更する、食事時間を柔軟に変更するなど、一人一人の状況に応じた個別の対応を行うこと。

### 【提言 4】

様々な事故を想定したシミュレーション訓練等を継続して行い、子どもの命を守るための知識や技術を保育に携わる全職員が身につけること。

・事故やケガの緊急事態発生時に、全職員が各々責任をもって、迅速かつ的確な対応を行うことができるよう、救急通報をする者、事故にあった子ども以外の子どもを状況に応じ別の部屋で保育する者など、事前に職員の役割分担を明確にし、かつ柔軟に対応ができるよう繰り返し訓練を行うこと。訓練は、保育所等で発生するおそれのある様々な事故を想定した実践的なものとする。

・救急要請時には、必要な情報を正しく簡潔に消防本部へ伝えられるよう、対応手順を誰もが目にする場所に掲示し、施設の全職員が対応できるよう周知徹底しておくこと。通信指令員の指示内容が、現場にいる複数の保育士に正確に共有できるよう、ハンズフリー機能を活用すること。

・窒息事故等、心肺停止の場合には、胸骨圧迫が呼吸補助にも異物除去にも有効であること、また、心肺停止から時間が経過すると救命率が急激に下がるため、一刻も早い心肺蘇生法が重要であることを保育に携わる全職員が認識すること。

### 【提言 5】

慣らし保育期間中は、子どもの心身に負担がかかり、事故等のリスクが高い期間であることを認識し、より丁寧な保育を行うこと。

・保育士等は、新しい環境が子どもにとって大きなストレスになること、環境への順応には時間がかかることを認識し、子どもの様子をよく観察し、わずかな様子の異常や変化から子どもの気持ちを汲み取り、丁寧な慣らし保育を行うこと。入園の際には、施設と保護者は連携・協力して子どもの性格や生活リズム等情報を共有し、安心して集団生活が始められるよう努めること。

・特にデリケートで丁寧な関わりが求められる 0 歳児の担当職員については、乳児保育経験の有無や年数等を考慮して職員を配置すること。乳児保育経験者が複数人配置できない場合にも、保育経験の多寡を考慮して配置し、OJTを通じて乳児保育に必要な知識や技術を継続的に指導できる体制にしておくこと。

### 【提言 6】

事故対応マニュアルを実効性のあるものにするとともに、全職員に確実に浸透させること。研修の機会を確保し、職員の保育の質の向上に取り組むこと。

・事故対応マニュアルについては、保育所で想定される様々な事故のリスクとその対応についてまとめ、定期的に見直しを行い、実効性のあるものにする。

・国からの通知や園内のお知らせは、全職員に確実に浸透するよう改善すること。例えば、園児に関する毎日の情報共有は、朝礼ノート等を出勤時に確認するなどルーティン化すること。また、ICTを活用し、保育業務支援システム内で情報を共有するなど、情報共有の効率化を図ること。

・離乳食の作り方や食べさせ方に関する研修を積極的に実施し、乳児保育や離乳食に関する知識や技術の向上を図ること。栄養士、調理員の研修機会を確保すること。

・救急救命講習は定期的に行うとともに内容の見直しを適宜行い、様々な事故を想定したシミュレーション訓練を繰り返し行うこと。

## 2 行政の対応に関する問題点に係る提言

市には、保育施設等に対する必要な情報の提供や指導を通じて、市全体で保育の質と保育技術及び安全の向上を図ることが求められるため、以下の提言を行う。

### 【提言 1】

各保育施設等への通知は、確実に伝わるよう工夫を行うこと。

- ・行政からの通知は頻繁にあり、ガイドライン等は膨大な量があるため、それぞれの保育施設等が、施設職員に確実に周知できるよう、概要をまとめる、重要部分には下線をつける、抜粋して強調するなどの工夫を行うこと。また、定期的に園長会や研修会において啓発を行う、施設訪問時に直接通知をするなどの周知徹底を図ること。
- ・各保育施設等が情報の共有を効率的に行えるよう、ICT化の推進を支援する取り組みを行うこと。

#### **【提言 2】**

**保育施設等職員を対象にした研修の充実を図り、事故防止対策を強化すること。**

- ・新任調理員研修会では、離乳食に関する部分についても重点的に行うこと。また各保育施設等においても園内研修ができるよう情報提供を行うこと。
- ・本件事故後に市内全保育士を対象とした救急救命講習を市主導で実施しているが、新任職員を含めた全職員が緊急時に対応する力を身につけられるよう、今後も継続して実施すること。講習内容は、子どもの年齢に応じた応急処置や、様々な事故を想定した場合の救命方法等、子どもの命を守る実践的なものとする。

#### **【提言 3】**

**事故発生後の関係機関等との連絡・協力体制の充実を図ること。**

- ・重大事故が発生した場合に、当該保護者、当該施設の他の保護者及び保育士等への心理的支援を適切に行える実施体制を整えること。事故により、子どもやその保護者が生活支援等を必要とする場合に、相談先に関する情報提供を行うとともに、関係機関との連絡・調整が適切なタイミングで行われる支援体制の充実を図ること。

#### **【提言 4】**

**より迅速かつ正確な情報共有と適切な意思疎通ができる、救急通報システムの向上に努めること。**

- ・救急通報を受けた際、通報者が動揺していても正確に応答できる聴取ができるよう、様々な状況を想定した応答訓練を継続すること。
- ・通報者にハンズフリー機能への切り替えを促すことや、施設職員だけでなく一般市民向けにも正しい119番通報の啓発を行うこと等、より迅速で正確な救急通報システムの向上に努めること。



## おわりに

本検証委員会は、同じような事故を決して繰り返してはならないという強い意志のもと、議論を重ね、この報告書を作成するに至りました。

この報告書では、行政への提言を含めて10の提言をしています。これらの提言には保育施設等として当然あるべきことが含まれておりますが、本件事故を風化させることなく、継続して再発防止策に取り組んでいただくことが、未然に事故を防ぐことにつながるものと考えております。保育施設等は、子どもの最善の利益を考慮した生活の場であればなりません。行政も含め、保育に携わるすべての人が、子どもの最善の利益を第一に考えた保育を実施していくことを強く望んでおります。

私は、今回の事故をきっかけに、保育士養成に携わる者として、子どもを取り巻く環境の変化や、現代の子どもの発達に対応した保育の質の向上を目指していかなければならないと改めて肝に銘じました。

また、本件事故により、被害に遭われたお子様におかれましては、退院後在宅生活に移行するにあたり、支援を必要とする状況となりましたが、医療的ケアを必要とする子どもとその家族が地域において、より安心して生活していくための支援の拡充と、心身の状況等に応じた適切なサービス利用につながるよう、各関係機関との連携強化が図られますことを切に願っております。

本検証を行うにあたり、保護者様におかれましては、ご心痛の中ヒアリングにご協力いただきましたこと、また、施設関係者、病院、消防本部等の関係機関におかれましては、情報収集や資料提供にご対応いただきましたことを深く感謝申し上げます。

新居浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会

委員長 岡田 恵



## 参考資料

### 新居浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会設置要綱

#### (設置)

第1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、事実の把握、重大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い、必要な再発防止策を検討するために検証委員会（以下「委員会」という。）を置く。

#### (所掌事務)

第2条 委員会の所掌事務は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 新居浜市から報告を受けた特定教育・保育施設等における重大事故について、事実関係を明らかにし、問題点及び課題の抽出を行うこと。
- (2) 新居浜市から報告を受けた特定教育・保育施設等における重大事故の問題点及び課題を踏まえ、実行可能性を勘案しつつ、再発防止のための提言をまとめ、新居浜市に報告すること。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、前条に規定する目的の達成に必要な事項に関すること。

2 上記事項に関しては、「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3府省連名通知)」に基づき、実施する。

#### (組織)

第3条 委員会は、6人以内の委員をもって組織する。

#### (委員)

第4条 委員は、必要の都度、特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある者のうちから市長が委嘱する。

2 重大事故の検証については、事例ごとに行うこととし、委員の選定については、重大事故が発生した際に行うこととする。

3 委員の任期は、委嘱の日から第2条第2号の規定による報告を終える日までとする。

(委員会)

第5条 委員会には、委員長を置く。

2 委員長は委員の互選により決定する。

3 委員長は、会務を総理し、必要に応じて委員会を代表する。

4 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、委員のうちから委員長があらかじめ指名するものがその職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会の会議(以下「会議」という。)は、委員長が招集し、その議長となる。ただし、最初の会議については、市長が招集する。

2 会議は、委員の過半数が出席しなければ、開くことができない。

3 委員長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、意見又は説明を聴くことができる。

(書面等による会議)

第7条 委員長は、必要があると認めるときは、会議の招集を行わず会議を開催し、書面その他の方法により委員の意見を求めることができる。この場合において、委員長があらかじめ定めた期限までに意見を示した委員は、会議に出席したものとみなす。

2 前項の規定による求めに応じて委員から意見が示されたときは、当該示された意見をもって会議の議事を決定することができる。

3 前条第2項及び第3項の規定は、第1項の規定により会議を開催した場合に準用する。

(会議以外の情報収集等)

第8条 委員会は、必要と認めるときは、会議によらず、議事に関する情報を収集し、及び議事に関係ある者の意見又は説明を聴取することができる。

る。

(事務局)

第9条 委員会の事務は、新居浜市福祉部こども局こども保育課で処理する。

(秘密の保持)

第10条 委員は、正当な理由なくその職務に関して知ることのできた情報を他に漏らしてはならない。また、その職を退いた後も同様とする。

(補足)

第11条 この要綱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

この要綱は、令和 5年 5月30日から施行する。

#### 検証委員会委員名簿

番号	委員区分	団体名等	役職名	氏名
1	学識経験者	松山東雲短期大学	保育科 科長 准教授	岡田 恵
2	医師	愛媛県医師会	理事	大藤 佳子
3	法律関係者	東予総合法律事務所	弁護士	丑野 雅紀
4	管理栄養士	愛媛県今治保健所	健康増進課 主幹	山内 宏美
5	教育・保育施設 関係者	新居浜市保育協議会	副会長	井田 仁美