

日時 令和6年5月15日（水）14時
場所 始良公民館（大ホール）

始良市特定教育・保育施設等 集団指導

～「教育・保育施設等における重大事故再発防止のための
事故検証委員会報告書」を踏まえて～

始良市 福祉部 子どもみらい課

集団指導の目的

集団指導は、市町村が、特定教育・保育施設等に対して、内閣府令等の遵守に関して周知徹底を図る必要があると認める場合に、その内容に応じ、特定教育・保育施設等の設置者を一定に集めて講習等の方法により行う。

（子ども・子育て支援法に基づく「特定教育・保育施設等指導指針」より一部抜粋）

今回の集団指導は、昨年、市内保育施設で発生した事故後に、亡くなった乳児のことを忘れないために、そして、二度と同じような悲しい事故を起こさないために、「教育・保育施設等における重大事故再発防止のための事故検証委員会報告書」の内容を踏まえて行うものである。

保育施設で発生した事故の概要

令和5年4月18日（火）、当該施設内において、当時6か月の女児（以下「本児」という。）に保育士が午後のおやつであるリンゴを提供後に意識不明の状態になり、救急搬送され入院したが、意識が回復することなく同年5月28日（日）15時15分に死亡が確認された事故である。

本児は、病院に搬送された時点で、心肺停止の状態であり、その原因は「気管内異物による窒息である」と医師から保護者に説明があった。その異物については、現在も警察が捜査中のため確認ができていない。

2

| 本事例から抽出された 課題と分析

3

事故原因が判明しない中でも課題分析を実施

本事例は、検証結果報告書が提出された時点でも「気管内異物」が何であったのか判明していなかった。

それでも「二度と悲しい事故を起こしてはならない」という強い思いから次の2点を踏まえ「あくまでもリンゴを誤嚥して窒息状態になった」と仮定した上で、検証が進められた。

- ① 気管内異物による窒息に起因した多臓器不全という診断
- ② 容体急変に至る直前に摂取したリンゴが窒息の原因になった可能性が高い

4

1 离乳食に関する課題

(1) リンゴの調理方法・提供について

- ア リンゴを保育室ですりおろす作業は、給食の衛生的かつ安全な提供方法を遵守しているとは言えない。
- イ ダブルチェックが行われておらず、誤嚥防止のための管理体制が不十分であった。

(2) 离乳食の進め方について

本児は、生後6か月であり、月齢に比して食事回数が多く、離乳食完了期と同様のペースで、おやつ（補食）を提供していた。

5

1 離乳食に関する課題

(3) 保護者との協働・連携について

ア れんらくノートには、当該施設において、すりリンゴを提供した記載はあるが、「生のリンゴ」「加熱したリンゴ」といった調理方法の記載がなかった。

イ 離乳食の提供に関する情報に「新入園児面接事項」や「食材チェック表」などの定型文書に記載されている以外の情報が口頭での伝達のみになっていた。

ウ 「家庭や保育園での摂食状況」や「進行状況」「考え方」に関する情報共有は、口頭やれんらくノートの情報だけでは不十分であり、当該施設が実際に提供している離乳食を保護者が知る機会を設けるなどの対応を行っていれば、離乳食提供に関する双方の行き違いを早期に是正し、事故を未然に防ぐことができた可能性はあると考える。

6

2 危機管理及び安全対策に関する課題

(1) 国のガイドラインの共有・遵守について

当該施設においては、国が平成28年3月に示した「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」（以下「事故防止ガイドライン」という。）を把握していたが、職員間で情報共有を図っていなかった。

(2) 窒息事故への対応について

ア おやつ提供後、口の周囲を洗う際に、保育士が本児を後から抱きかかえた状態で片手で口の周囲を洗っていたため口腔内の目視や直接手で確認することをしていない。

イ 仰向けに寝かせる前に口腔内に食べ物が残っていなかったのかの確認や本児の表情観察が不十分であった可能性がある。

7

2 危機管理及び安全対策に関する課題

(2) 窒息事故への対応について

ウ 異変発見後、119番通報までの時間は、定かではないが、当該施設から提出された検証報告書(1)によると、8分程経過している。誤嚥事故については、事故防止ガイドラインの「窒息時の対応について」の中にも記載があるように、窒息を発見した時点で、大声で人を呼び、119番通報を行い、並行して異物除去の応急処置を行うべきである。

エ 保育の重大事故が発生した際の公表は、個人情報保護の観点から慎重な対応を求められるが、本児やご家族、他の保護者への早期対応は、非常に重要となり、対応を誤ると大きな不安や誤った憶測などが広がる可能性がある。

(3) 職員間の情報共有について

食事中の誤嚥による窒息事故を防止するためには、担当保育士だけに任せらず、組織として多職種で連携しながら安全な給食が提供されるようリスク管理をすることが求められる。

8

3 保育の質の向上に関する課題

(1) 年度当初の多忙化と保育の負担軽減について

ア 本児や保護者の環境変化への順応や保育士との信頼関係構築の初期段階であり、円滑かつ十分なコミュニケーションがとれるようになる中途の状態と推測される。

イ 年度初めは、保育施設にとって新体制を構築するため、業務量増加などで、保育士や栄養士の負担も重くなる時期であり、新たにことに取り組む場合（本事例では離乳食の進行）は、より慎重に行うよう施設全体で考慮すべきであった。

(2) 研修の取り組み・業務マニュアルについて

ア 各種研修の受講や調理実習等を定期的に開催しているが、職員間で事故防止ガイドラインが情報共有されておらず、周知徹底が不十分であった。

9

3 保育の質の向上に関する課題

(2) 研修の取り組み・業務マニュアルについて

- イ 業務に関するマニュアル作成が十分ではなく、口頭指導や経験に基づいた保育や保育士育成が実施されたことも推測される。
- ウ 保育士の質の確保や向上のためには、施設全体で各種ガイドラインを十分に把握・理解したうえで、各種ガイドラインに沿った業務マニュアルを作成し、実践できるように取り組む必要がある。
- エ 事故発生前まで当該施設は、離乳食の進め方は、口頭による確認・進行をしていた。事故後、離乳食の進め方は、文書（マニュアル）を作成しており、共有できるように変更していた。

10

II 保育施設・保護者アンケート結果について

11

1 市内保育施設における事故発生後の改善内容

- (1) 国の事故防止ガイドラインの再確認
- (2) 離乳食マニュアルの作成
- (3) 既存の離乳食確認票の見直し・チェック表の細分化
- (4) 栄養士による乳児の喫食状況の確認回数を増加
- (5) 栄養士が離乳食を食べている状況を確認し、担任とこまめに情報共有を行うようになった。
- (6) 提供する離乳食を、実際に保護者に確認してもらうようにした。
- (7) 毎月、離乳食連絡票に保護者の確認印をもらうようにした。
- (8) 食べる分量と形状を栄養士が子どもの様子に合わせて提供する
(保育士が、判断、調理をしない。)

12

2 保護者の意見

- (1) 実際に食べている給食を写真だけでなく、実際に見たり食べてみたい。
- (2) 今、どの位の大きさで食べているのか、どんな調理方法で食べているのか、おやつもどんな物を食べているのか、知ることができたら安心する。
- (3) 献立表はもらうが、実際どんな物を食べているのか、どれくらい摂取しているのかは、こちらから聞いたら教えてくれる。聞かないと分からない。
- (4) リンゴなどの果物は、保育士がすりおろしたりせず、調理師や栄養士が調理室です。
- (5) 栄養士の先生と話をする機会を設けてほしい。家での調理や味付けの参考になる。
- (6) 行政に対する意見
 - ア 気軽に離乳食等の育児相談ができる場があればいいと思う。
 - イ 離乳食教室は、口頭では分からぬ。姶良保健センターの指導では分からぬ。
 - ウ 0歳児に関しては、食材のチェックを園と保護者で共有していくける環境を姶良市全体で整えてほしい。

13

III 再発防止のための提言 と市の方針

14

1 再発防止のための提言

本検証委員会は、本事例を教訓とし、二度とこのような悲しい事故が起こらないよう教育・保育施設等における安全・安心な給食（離乳食）提供、そして、事故再発防止のための提言を行う。

現時点で、「捜査が継続中」という理由で警察からの一切の情報提供がない状況であり、事故原因を究明するための資料も十分ではなく、前述したとおり原因究明として不完全な状態にならざるを得ない。

しかしながら、検証委員会では、もう1つの重要課題である「事故の再発防止策を立案し実行へ繋げていく」ために、事故に至った経緯や背景、保育の現状等の課題を様々な角度から分析し、その検証結果を基に「二度と全ての子どもたちが悲しい事故に遭わないように」という強いメッセージと共に本提言を行う。

15

提言1 納食管理体制の確保、リスク管理を徹底して行うこと

- 納食（離乳食）提供時に、普段食べている食材が、誤嚥・窒息に繋がる可能性があることを常に認識する。
- 事故に繋がりやすい食材を提供していないか、適時見直しを行う。
- 「調理方法」「調理に使用する器具」「食器等の劣化状況や調理環境の衛生管理」等の点検を実施して管理の徹底を図る。
- そのために、施設長・保育士・栄養士・調理員等の役割を明確化し、組織全体で納食管理体制に取り組む。
- この管理体制を徹底するために「姶良市教育・保育施設等における給食時に係るチェックシート」（p48~49参照）を活用し、市内の全ての保育施設で安全な給食の提供ができるようリスク管理を徹底する。

16

提言2 子どもの生活リズムを重視し、発達に応じた離乳食の進め方を行うこと

- 離乳食は、食育の観点から、食事を規則的に摂ることにより生活リズムを整え、食べる意欲を育み、食べる楽しさを体験させることを目標としており、園児の発達に応じ、離乳食を提供する適切な「時間」「食事回数」の検討を隨時行う。
- その際には、おやつ（補食）の位置づけや食材、大きさについても検討を行う。
- さらには、昨日降園してから翌日登園してくるまでの家庭での様子や離乳食の状況を把握して、24時間の生活の連続性を重視した離乳食の進め方を行う。
- 保育施設における離乳食の進め方は、月齢に応じ各種ガイドラインに示された形態と回数で行うことを基本とし、子どもの発達により変更が必要な場合は、必ず保護者と相談・確認し、保護者の同意を得てから行う。
- そのためには「姶良市離乳食確認事項」（p50~51参照）を活用し、離乳食の提供状況の「見える化（可視化）」に取り組む。

17

提言3 保護者との連携を密にし、保育情報を共有すること

- 園児の発達や個人差を考慮しながら、「食物アレルギー」「苦手な食べ物等」離乳食に関する保護者とのやり取りを施設側が文書化して、職員間と保護者との情報共有を図る。
- また、保護者が実際に保育施設で提供している離乳食を知る機会を設けるよう検討する。
- 保護者から得た情報や園児の発育・発達状況をもとに、離乳食・食行動についての情報収集を行い、園児の食事の状況や介助・見守りの留意すべき課題のアセスメントを行い、現状を評価し、配慮すべき事項を保護者と職員間で必ず共有する。

18

提言4 各種ガイドラインの共有・遵守すること

- 第4章 保育施設へのアンケートの結果から、国が発出する「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」（以下、「事故防止ガイドライン」という。）であるが、姶良市では事故防止ガイドラインに沿った取り組みを行っている施設が少ないことが判明した。
- この結果から事故防止ガイドラインが形骸化している可能性が懸念される。今後は、事故防止ガイドラインの意義を十分理解して、確実に実践できるよう各施設にあった事故対応マニュアルを作成し、再度、施設組織全体で共有・遵守されているか確認を行う。
- そのためには施設長などの管理責任者は、保育要領をはじめ、国や行政機関からの通知・通達などの文書や各種ガイドライン・マニュアル等の指針となる資料は、自ら精通し、常に最新の状態に更新する。
- 施設長自らが率先して意識を高く持ち最新の情報を職員と共有する。同時に、職員一人ひとりが各種ガイドライン・マニュアルを徹底して遵守した保育に取り組むよう指導すること。

19

提言5 保育の質の向上に向け、組織的な取り組みを行うこと

- 保育の仕事は、「保護者と共に未来を担う子どもたちを育てる」という高い志をもつ素晴らしい仕事である。
- 保育施設職員は多忙な業務の中においても、子どもたちへより良い保育を提供できるよう、保育の質の向上のために施設全体で取り組まなくてはならない。
- 保育士や栄養士等の個々の資質向上に努めるため、講習会等の参加に際して施設全体で協力する。また、講習会参加者は、他職員への伝達講習を行い、施設全体の保育の資質を担保し、質の向上を図ること。
- さらに保護者や職員間の連携には、コミュニケーション能力を養う必要がある。園児の様子を説明することや、保護者からの要望や意見等に対し正確かつ、誠実に対応すること等が保護者の安心感に繋がる。そのために連絡帳やメールなどの文字のみではなく、日頃から対面で会話を交わし、ノンバーバルコミュニケーション（※）も用いた豊かな伝達の機会を増やすことが、事故を防ぐために大切である。
(※表情や身振り手振りなどの仕草、話し方等によって意思や考え方を伝える、言語に依らないコミュニケーション手法のことをいう。)

20

提言6 事故発生を想定した対応研修 及び訓練の実施を行うこと

- ヒヤリハット事例が発生した際は、職員全体で情報を共有し、施設内で事故防止のための具体的な対応を検討し、結果を職員に提示する。
- 日頃から事故発生時の職員間の役割分担を決めておく。重大事故が発生した場合は、「応急処置」「救急通報」「状況記録」「保護者連絡」「事故記録の整理」「自治体への連絡」等を確実に行う。その際に「姶良市教育・保育施設等における給食時に係るチェックシート」（p48~49参照）を活用し、定期的に自主点検する。
- また、定期的に乳児の怪我や事故に特化した対応研修や実践的な訓練を実施する。訓練内容としては、「AEDの訓練」に加え、「骨折、誤嚥、怪我、嘔吐」など様々なケースが想定されるため、消防署等の関係機関より講師を招くなどの研修も奨励する。看護師はもとより、保育士全員が専門機関と常時連携し、訓練を受けられる体制を整え実行する。
- 事故発生時は、保護者の気持ちに寄り添い、意向を確認しながら、誠意をもって対応し、必要な情報発信を行う。
- 今後は防犯はもちろん、事故発生時に保育の一連の流れ、動作などの確認を行い、原因究明に役立つことができるため、乳児室等に防犯カメラの設置を検討する。

21

提言7 行政と連携した事故防止への取り組みを行うこと

- 0歳児クラスにおいては、日々変化する園児の発育状況に十分な個別対応ができるよう、保育士の負担を軽減し、園児に向き合う時間を確保した保育環境が求められる。現場の多忙性と危険回避、保育の充実を図るため、「保育士2人体制」の実現を求めて、行政（国への提案）への働きかけを行う。
- また、保育施設に携わる職員の資質向上のため、市保育協議会と行政が連携し、事故防止に向けた研修会の開催を定期的に行うなど、職員個人、さらには施設全体の危機管理の強化を行う。その具体策として以下の3点を提案する。
 - ・給食（離乳食）時における対応の格差をなくすために、「姶良市教育・保育施設等における給食時に係るチェックシート」、「姶良市離乳食確認事項」を活用し、共通理解を図る。
 - ・「離乳食提供ガイドライン」の作成に取り組む。本事例の検証を基に、国のガイドラインを遵守した姶良市の実情に沿った「姶良モデル」を作成できるよう、姶良市保育協議会と協働でガイドラインの作成を行い、その実践に向けた講習会を行う。
 - ・市は、保育施設から事故報告やヒヤリハット事例の報告（「姶良市教育・保育施設等におけるヒヤリハット（事故）報告書」）（p52参照）を受けた際は、個人情報に配慮しつつ、事故防止のため市内保育施設等に対し、速やかに注意喚起を行う。

22

2 提言に基づく姶良市としての取り組み

(1) 重大事故発生時の公表のあり方について

重大事故発生時には、他の保育施設への注意喚起を促すために、重大事故が発生した保育施設に対し、提言6を踏まえ、必要な情報発信をするよう助言する。

併せて、市としての公表のあり方を早急に協議する。その際は、事故に遭った乳幼児の保護者の心情と意向に配慮することを優先する。

(2) ヒヤリハット事例の収集と市内保育施設等への周知

1件の重大事故の背景には、29件の軽微な事故が隠れており、さらにその背後には300件のヒヤリハットが隠れている（ハインリッヒの法則）と言われている。

各保育施設等で発生した様々なヒヤリハット事例についても、それぞれの施設の職員間で情報共有した上で、市への報告に協力をいただき、市は、報告があった事例を個人情報（法人情報）を守りながら、市ホームページやメールを活用し市内保育施設に注意喚起を促していく。

23

2 提言に基づく姶良市としての取り組み

- (3) 報告書にある「姶良市教育・保育施設等における給食時に係るチェックシート」及び「姶良市離乳食確認事項」を活用し姶良市内の保育施設等全てが、離乳食に対する共通理解が図れるようとする。
- (4) 特に「姶良市教育・保育施設等における給食時に係るチェックシート」については、各保育施設等で定期的に自己点検のために活用し、事故防止に努めてもらう。市の実地指導においても、自己点検の実施の有無を確認し、指導をしていく。
- (5) 本市内保育施設に共通する、姶良モデルとしての「離乳食提供ガイドライン」を作成する。
- (6) 姉良市内保育施設等全てを対象とした乳児保育研修、栄養士研修を姶良市保育協議会との協働により継続実施する。