

福山市立保育所で発生した保育中の
事故の検証等に関する報告書

2019年（平成31年）3月

福山市

目 次

1	はじめに	.....	1
2	事故の概要	.....	1
3	検証委員	.....	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	福山市の公立保育施設の状況	.....	4
	(1) 保育士の配置基準		
	(2) 職員研修		
	(3) 各種マニュアル		
5	当該児童の情報	.....	5
	(1) 事故当時の状況		
	(2) 出生時の状況		
	(3) 発達状況		
	(4) 最近の罹患		
	(5) 食事の状態		
	(6) 当日までの食事提供の経過		
6	事故当日の状況	.....	7
	(1) 施設の状況		
	(2) クラスの状況		
	(3) 当該児童の状況		
	(4) 当該クラスの担任保育士の状況		
7	事故の経過	.....	9
8	検証委員からの意見	.....	17

(1) 離乳食の食材		
(2) 食事提供に関する連携		
(3) 食事の介助・状況把握		
(4) 職員の連携		
(5) 職員研修		
(6) 基礎疾患による影響の有無		
(7) 救命処置		
(8) 救命処置に関するマニュアル		
(9) 事故後の心理的ケア		
9 検証委員会において明らかとなった原因	・・・・・・・・	23
(1) 食事内容		
(2) 食事の介助		
(3) 救命処置		
(4) 救命処置に関するマニュアル		
10 福山市における再発防止策	・・・・・・・・	25
(1) 適切な食事の提供		
(2) 救命講習		
(3) マニュアルの見直し		
(4) その他事故の再発防止に向けた取組		
11 おわりに	・・・・・・・・	29
別紙 離乳食を進める際の確認事項	・・・・・・・・	30

【資料】

- ・ 福山市保育事故検証委員設置要綱
- ・ 教育・保育施設等における重大事故の発生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)

1 はじめに

福山市立保育所（以下「当該保育所」という。）において、2018年（平成30年）10月11日、1歳0か月の児童が保育中に窒息状態となる事故が発生した。

福山市として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、保健師、栄養士、保育関係者を検証委員に選任した。

2018年（平成30年）12月21日の第1回から計5回の福山市保育事故検証委員会（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

2018年（平成30年）10月11日（木）11時35分頃、当該保育所の保育室において、1歳0か月の児童が、食事中に眠りかけたため、保育士が抱き上げたところ、当該児童が急に泣き出し、息を吸い込んだことで、食べ物が詰まり、窒息状態となった。

急いで当該児童の背中を叩き、詰まったものを取り除く対応をしながら救急車を要請し、通報後も背中を叩いたり、人工呼吸、心臓マッサージを行った。

当該児童は、救急車で病院へ搬送され、現在も入院中である。

3 検証委員

(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、福山市の「附属機関等の設置等に関する指針」に基づき、福山市保育事故検証委員設置要綱（以下「設置要綱」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

設置要綱の定めにより、当該保育所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
- ・その他市長が必要と認める事項

(4) 検証委員の構成 (◎：座長 ○：座長代理)

区分	名前	所属団体
◎ 学識経験者	中原 大介	福山平成大学
学識経験者	高橋 実	福山市立大学
○ 弁護士	坂本 智栄	広島弁護士会 福山地区会
医師	安原 伸吾	福山市医師会
保健師	坂本 慰子	広島県看護協会
栄養士	田中 陽子	広島県栄養士会
保育関係者	田和 由里子	福山市私立認可保育施設協会

(5) 検証委員会の開催経過

回数	開催日	内容
第1回	2018年12月21日(金)	・検証の目的の確認 ・検証の方法、スケジュールの確認 ・事故の内容把握
第2回	2019年 1月11日(金)	・委員から求めのあった資料の説明 ・抽出した問題点、課題の整理
第3回	2019年 2月 7日(木)	・問題点、課題のまとめ ・再発防止策、対処方法の検討

第4回	2019年 3月 8日(金)	・ 報告書素案の確認
第5回	2019年 3月22日(金)	・ 報告書の最終確認 ・ 再発防止策の周知方法の確認

(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。

- ・ 当該保育所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。
- ・ 事故発生の状況把握、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する。

(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 当該保育所を運営する保育課の専門職（指導保育士、保健師、管理栄養士）が当該保育所職員に実施したヒアリング

イ 検証委員の求めにより収集した資料

(ア) 救急要請から病院搬送までの対応記録（福山地区消防組合）

(イ) 医療録（救急搬送先の病院）

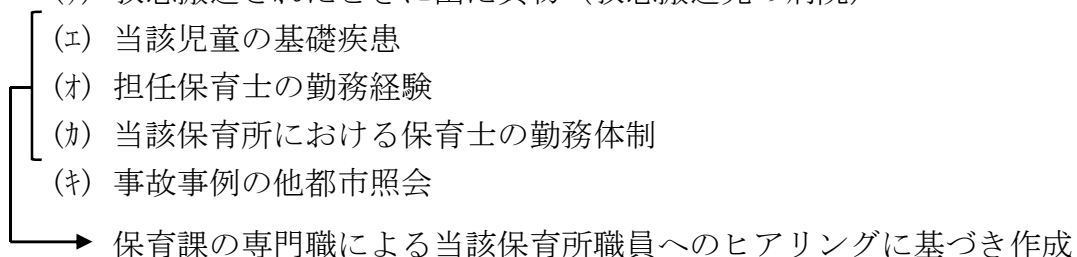
(ウ) 救急搬送されたときに出た異物（救急搬送先の病院）

(エ) 当該児童の基礎疾患

(オ) 担任保育士の勤務経験

(カ) 当該保育所における保育士の勤務体制

(キ) 事件事例の他都市照会



4 福山市の公立保育施設の状況

(1) 保育士の配置基準

福山市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に基づき、保育士を配置している。

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配置している。

【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

(2) 職員研修

保育施設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、職員及び保育の質の向上に努めている。

ア 保育士

採用前研修を始め、採用後5年を目処に中堅職員としての役割を担える保育士となることをめざし、採用1年目研修、採用5年目研修を行っている。

また、副所長等に対しては、職員の資質向上や保育の質の向上のための保育内容など、総合的な指導を担えるよう研修を行っている。更に、所長・副所長の就任に対しては、施設管理者としての保育指導や施設運営、保護者支援等の研修を行っている。

臨時保育士に対しては、毎年1月の終わりから2月の初めの期間に雇用前研修として、子どもの安全管理や保育内容、保護者対応等についての研修会を行っている。加えて、年1回人権保育に関する研修会を行っている。

イ 調理員

採用前研修を始め、毎年4月には独自の「衛生管理マニュアル」に沿った研修を実施し、その後、調理実習や現場での実技指導、研修会等をおおむね月に1回程度行っている。

また、採用1年目の調理員に対して、離乳食・幼児食についての講義及び調理実習を行い、採用5年目には、中堅職員としての役割を担えるよう研修を行っている。

臨時調理員に対しては、毎年1月の終わりから2月の初めの期間に雇

用前研修として、衛生管理や安全管理等についての研修会を行っている。加えて、年1回人権保育に関する研修会を行っている。

ウ その他

全体研修として、年1回、食物アレルギーや感染症・食中毒予防対策の研修会を行い、併せて岡山大学寄付講座として小児救急市民講座を行っている。当該研修には、各保育施設の代表が受講し、研修内容を施設に持ち帰り、各施設内で情報共有している。

また、年1回、外部講師を招き、乳児へのかかわり方や育ちについて学ぶ研修を行っており、乳児を担当する職員を中心に各施設1人以上の保育士が参加している。

(3) 各種マニュアル

各保育施設には、「乳幼児の保健・衛生・安全管理」マニュアルを備えている。マニュアルの主な内容は、健康に関すること、緊急時の対応、病気、水遊び、光化学オキシダントや微小粒子状物質（PM2.5）発令時の対応、熱中症対応等となっている。

また、国や県のガイドラインやマニュアル等については、ブロック所長会等を通じて各施設に配付し、福山市のマニュアルと併せて活用している。

更に、救急車の呼び方や災害時の対応等について、各施設に応じた具体的な内容を記した「保育所・こども園の危機管理<対応マニュアル>」を各施設で作成し使用している。

5 当該児童の情報

(1) 事故当時の状況

生後1歳0か月

搬送先の病院での測定記録

- ・体重：10.0kg
- ・身長：75.0cm

(2) 出生時の状況

妊娠40週で出産 正常分娩

- ・体重：3,622g
- ・身長：52.0cm

- ・胸囲：33.0cm
- ・頭囲：34.0cm

(3) 発達状況

- ・定頸生後4か月頃，寝返り生後7か月頃，つかまり立ち生後11か月頃
- ・生後9か月頃から事故当日まで，ずりばい（うつぶせの状態でお腹を床につけたまま，腕や足の力で体を引きずるように這って進むこと）での移動が主であった。
- ・事故当時，歯は上顎4本，下顎4本生えた状態であった。

(4) 最近の罹患

- ・2018年4月1日から4月3日まで急性気管支炎で入院
- ・2018年5月14日から5月16日まで中耳炎による発熱
- ・2018年7月9日から7月11日までRSウイルス感染症で入院
- ・2018年10月5日にじんましんを発症。小児科を受診したが，原因は不明。処方薬を服用。10月7日にじんましんが引き，すぐに服用をやめた。アレルギーの検査はしていない。

(5) 食事の状態

離乳の完了に向けた食事に徐々に移行する段階であった。

※離乳の完了に向けた食事とは，幼児食を軟らかめに煮たり，食べやすい大きさに切ったりしたもの

(6) 当日までの食事提供の経過

入所前の2018年（平成30年）3月17日に副所長が保護者と食事の面談を実施し，4月4日に離乳食の提供について，保護者から副所長と調理員が聞き取りを行い，離乳食の提供内容を決定していた。

当該児童は，生後10か月頃，家庭では幼児食の形状や形態の食事を摂っていたとの記録もあるが，当該保育所では，1歳の誕生日まで離乳の完了に向けた食事に移行せず，離乳食を提供することを保護者に伝えていた。

また，当該児童は，当該保育所では詰め込んで食べる傾向がみられたため，食事は小分けにして提供していた。

離乳食と離乳の完了に向けた食事を同時に提供したところ，離乳の完了に向けた食事は噛み切れず口から出すこともあった。

6 事故当日の状況

(1) 施設の状況

事故当時，当該保育所では，所長1人，副所長1人，保育士13人（早朝・延長担当除く。），調理員4人の体制で児童134人の保育を行っていた。

事故が発生した保育室（1階）の見取図は次のとおりである（図1）。右側の点線で囲んだところが，事故が発生した0歳児の保育室及び廊下である。



図1 当該クラス付近の図

(2) クラスの状況

事故当時，保育室内には児童が7人おり，0歳2人，1歳5人を保育士2人で保育していた。

7人全員の健康状態は良好で，特別な配慮が必要な児童はいなかった。

食事に関しては，3人は，概ね自分で食べることができる状況であり，当該児童を含む4人は保育士の介助が必要な状況であった。

(3) 当該児童の状況

時 間	内 容
起床から 登所まで	<ul style="list-style-type: none">・ 7時に朝食を食べる。 (納豆ごはん・味噌汁・キャベツの卵とじ)・ 便は出ていない。・ 健康状態は良かった。
7時56分	<ul style="list-style-type: none">・ 父親と登所する。・ 笑顔で手を振り機嫌よく別れた。
8時頃	<ul style="list-style-type: none">・ 玩具で遊び始める。・ 保育者のエプロンのポケットからハンカチを出すことを喜び、繰り返し楽しんだ。・ ずりばいをして動いたり、座って、音が鳴る玩具（がらがら、ボールなど）を持ち、音を鳴らして楽しんでいた。・ ぐずることはなかった。
9時30分	<ul style="list-style-type: none">・ おやつのジャムパイ、フォローアップミルク（80cc）を完食する。
9時45分	<ul style="list-style-type: none">・ おむつ替えをする。
10時頃	<ul style="list-style-type: none">・ 室内でお気に入りの玩具（がらがら、音が鳴るボールなど）で遊ぶ。
11時	<ul style="list-style-type: none">・ 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) 当該クラスの担任保育士の状況

ア 保育士A：年齢40歳代

事故当時、保育士経験は4年2か月であり、2018年（平成30年）1月から当該保育所に勤務していた（当該保育所に勤務するまでに約16年のブランクがある。）。雇用前研修を受講し、乳児の保育経験のある主査保育士から日常の指導を受けながら、0歳児クラスを担当していた。

また、2018年度（平成30年度）は、0歳児の保育内容研究会に参加していた。

更に、当該保育所内では毎月1回「福山市教育・保育カリキュラム」に基づく、低年齢の月案を基にした研修会において、子どもの理解や保育内容について学んでいた。

2016年（平成28年）12月に外部主催の普通救命講習を受講していた。

イ 保育士B：年齢40歳代

事故当時、保育士経験は4年2か月であり、2018年（平成30年）10月から当該保育所に勤務していた（約10年の幼稚園教諭の経験がある。）。

勤務に際し、事前に当該保育所を訪問して所長と面談し、0歳児保育についての説明の後、0歳児クラスの見学を行っていた。

10月からの勤務であるため、今年度の雇用前研修には参加していなかった。

7 事故の経過

※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。

※文中の写真は、当該保育所の職員へのヒアリングに基づき、場所及び人物を変えて再現したもの。

【10:30頃】離乳食の児童の食事開始

当該クラスには早めに離乳食を食べ始める児童が2人おり、そのうちの1人は眠っていたので、保育士Bは1人分の離乳食を調理室に取りに行き、食事の介助を行った。

【10:50頃】

離乳食を食べ終わった頃、眠っていた児童が目覚めた。

保育士Bは、食事を食べるための机と椅子を準備し、保育士Aと排泄の介助をした後、これから食事を摂る6人を着席させ、保育士Aが食事の前の手遊びをしている間に、保育士Bが6人分の食事を調理室に取りに行った。その際、調理員から「当該児童の食事は、離乳食と離乳の完了に向けた食事の2つを用意しているが、五目煮が少し硬いので食べにくいかもしれない。食べにくければ、スプーンの背でつぶしたり、離乳食に替えたりして、どちら

かを食べさせてください。」と申し送りがあった。

保育士Bは、保育室に食事を運び、保育士Aに調理員からの申し送りを伝えた。

【11:00頃】当該児童食事開始

机①の各辺に児童が1人ずつ椅子に座っており、保育士Aの右側に当該児童が座っていた（図2）。

当該児童は、離乳の完了に向けた食事で、机①の他の3人は幼児食であった。

机②には、保育士Bの両側に児童が1人ずつ椅子に座っており、保育士Bは食事介助と見守りをしており、2人とも離乳食であった。机②で離乳食を食べ終わった児童は、畳コーナーで遊んでいた。

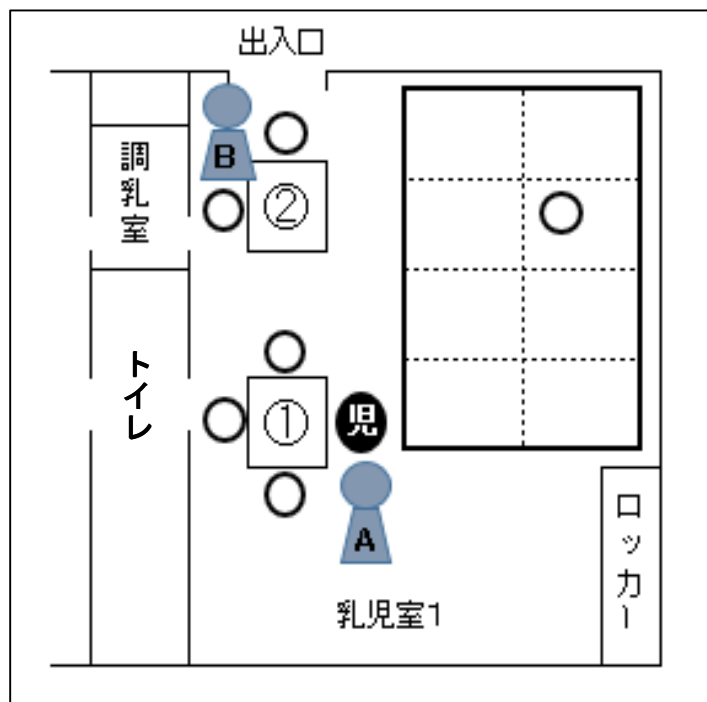


図2 食事開始時の様子

保育士Aは、机①にある食事を当該児童が座る椅子の付属のテーブルに、一品ずつ小分けにして提供していた。

<当日の献立>（図3）

当該児童は、離乳の完了に向けた食事に徐々に移行する段階であったため、当日の食事は離乳食と離乳の完了に向けた食事の両方を用意していた。



図3 当日の献立

<当該児童の喫食の流れ>

保育士Aは、初めに当該児童にお茶を二口飲ませた。五目煮とほうれん草の浸しが入った皿に保育士Aがおにぎりを1個のせた。

- ① おにぎり（離乳の完了に向けた食事）

手づかみで1個食べた。

- ② 五目煮（離乳の完了に向けた食事）

保育士Aがスプーンで一口に入れるも出した。

- ③ ほうれん草の浸し（離乳の完了に向けた食事）

当該児童が手で皿ごと払いのけたため、②と③は床に落ちた。保育士Aはすぐに片付け、離乳食に切り替えるため、テーブルに残りのおにぎりが2個入った茶碗をのせ、その中にスティックにんじん（5mm角程度、長さ5cm程度）を入れた。

- ④ スティックにんじん（離乳食）

手づかみで食べた。

- ⑤ 豆腐のおろし煮（離乳食）

当該児童は、離乳の完了に向けての移行期間であったため、大根はおろさず切り方を変化させ、「1 cm程度の角切」と「手づかみ食べができるよう④と同じスティック状」にして提供した。当該児童は、スティック状の大根のみ手づかみで食べた。残りの具材と煮汁は、保育士Aがスプーンで口に入れ食べさせた。

④と⑤を食べながら、おにぎり2個を手づかみで食べ、保育士Aが持ったコップからお茶を飲んだ。この時から、当該児童は少し眠そうに見えた。

⑥ りんごのスライス（離乳の完了に向けた食事）

当該児童は、眠そうにしていたが、目は開いていたので、保育士Aがりんごのスライスを皿に置くと、手づかみで一口（約縦8 cm，幅2.5 cm，厚さ3 mm程度の上1/3）かじり、モグモグした。嚥下の確認はしていない。

保育士Aが、同テーブルの他の3人を見ると、他の3人もりんごを手に持ち、眠そうにしていたため、食事を終了するよう声をかけた。

保育士Aは、他の児童の様子に視線を移した際、当該児童がりんごを嚙んだような「シャリ」という音を聞いた。

その後、当該児童を再び見ると、椅子に座った状態で、食べかけのりんごを左手に持ち、目を閉じて首を左横に傾けて眠っていることに気づいた（当該児童から目を離していたのは、他児に食事を終了するよう声をかけていた2～3秒位）。

当該児童は、普段であればおしぼりで手や口を拭くと眠気が覚めていたことから、保育士Aは、他の3人の対応をする前に、当該児童の左手に持っているりんごを外し、声をかけながら手と口をおしぼりで拭いたが、当該児童は動いたり、声を出すことなく、口を閉じて眠っていた。

【11:35】事故発生時

保育士Aは、当該児童を寝かせようと思い、当該児童の両脇に手を入れてゆっくりと抱き上げたところ、当該児童が一瞬ワッと泣き、ヒュッという呼吸音がして、泣き声が途中で止まった（図4）。

当該児童は、口を少し開けて動かし、発声はなく、手足をピンと伸ばしていた。保育士Aは、「何かを詰まらせた。」と感じた。

保育士Bは、与薬依頼書の記入のため時計を見たとき、保育士Aの「あっ」という声を聞き、保育士Aのところに向かった（図5）。



図4 児童を抱き上げた様子

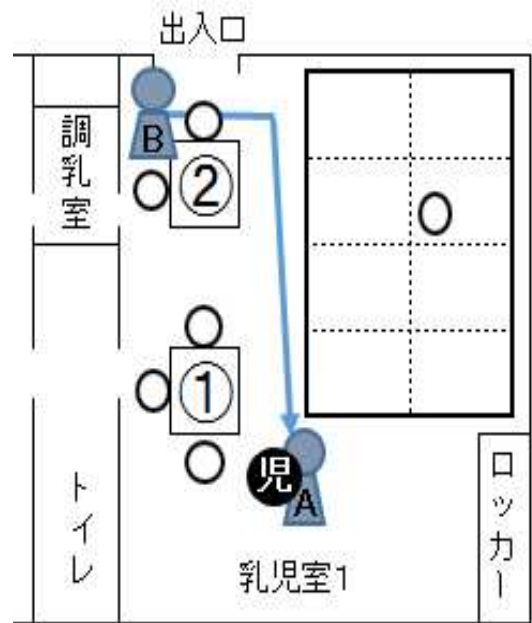


図5 事故発生時の保育士の動き

保育士Aは、左肩に当該児童をもたれかからせ、左手で臀部を支え、右手で背中を2・3回叩き（図6）、すぐに自分の左腕に当該児童をうつ伏せにさせ、右手で背中を数回強く叩いたが、何も出なかった（図7）。



図6 児童の背中を叩く様子



図7 うつ伏せにし、児童の背中を叩く様子

保育士Bは、保育士Aが左腕に当該児童をうつ伏せにし、右手で背中を叩いているのを見た。

保育士Aが当該児童の顔を覗き込むと、唇が紫色になり顔面も青白く変わり手足は脱力していた。繰返し背中を叩くも、反応はなかった。保育士Bは、保育士Aの右側に立ち、うつ伏せになっている当該児童の口の中に、自身

の右手人差し指と中指を入れ、口腔内の異物の有無を確認したが、何も見つからなかった。

保育士Bの指が当該児童の口に入った状態で、保育士Aは当該児童の足を持ち、当該児童の頭が下になるようにして、左手で背中を強く叩いた（図8）。

当該児童が口を強く閉じ、保育士Bは自分で指を引き抜くことができなかったため、保育士Aの介助により、自分の指を引き抜いた（図9）。

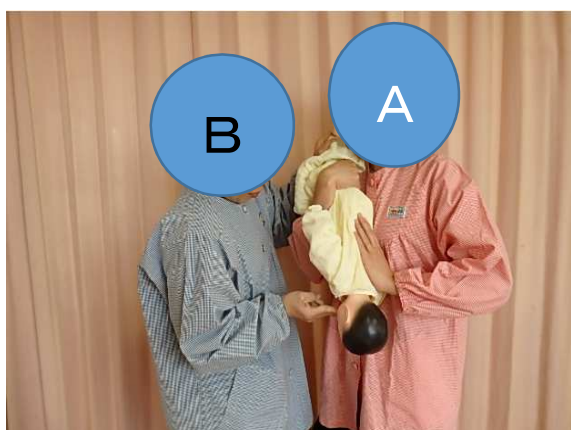


図8 頭を下にして児童の背中を叩く様子



図9 保育士Bが指を引き抜く様子

保育士Aは、当該児童を保育士Bに渡し、所長を呼びに行くため職員室に走った。この間、当該児童の傍には保育士Bのみとなった。保育士Bは当該児童をうつ伏せにさせ、自分の左腕に抱き、保育室を出て保育室前の廊下に移動した。

※この場面において、保育士Aと保育士Bの記憶には次のような齟齬がある。

- ・保育士Aの記憶では、保育士Bと一緒に廊下に出て保育士Bは指を抜き、保育士Aが所長を呼びに行った。
- ・保育士Bの記憶では、保育室で指を抜いた後、保育士Aが所長を呼びに行った。

保育士Bは、廊下に左膝をたてて座り、左足の上に、うつ伏せにさせ、左腕で体を抱え、左の掌で胸を下から支え、右手で背中を繰り返して叩いた（図10）。



図10 廊下で保育士Bが背中を叩く様子

【11:37頃】

保育士Aが所長を連れて廊下に戻った。

所長は、保育士Bが抱きかかえている当該児童の背中を一回叩いたが、救急要請の必要性を感じ、すぐ職員室に戻った。

当該児童の傍に戻った保育士Aは、保育士Bが抱きかかえている当該児童の背中を繰り返して叩いた。

保育士Bは、当該児童の背中を保育士Aが叩いていたときに、強く閉じている口を開け、再度口の中に自身の右手人差し指と中指を入れて、舌の奥を押すなどして異物を除去しようと試みた。

当該児童が口を強く閉じ、簡単に指を引き抜くことができなかつたため、自身の指は当該児童の口腔内に入れたままとなった。

保育士Bは、当該児童の胸を支えていた左の掌に、胸が膨らむのを1～2回感じた。

【11:38】

所長が職員室から消防署に架電し、救急車を要請した。到着までの間に隣接施設に設置のAEDで対応するよう指示を受けた。所長は子機電話で消防署の指示を受け、2階に移動し、2階にいた副所長に隣接施設でAEDを借りるよう指示した。

【11:39】

副所長が隣接施設に向かいAEDを依頼した。

【11:40】

所長から保育課に次の内容で第1報が入った。

「0歳児クラスの児童，りんごが喉につまり，呼吸が止まったので救急車を呼んだ。消防署からAEDを隣接施設から借りて使用する指示を受けているので対応する。」

【11:42頃】

隣接施設の職員2人がAEDを持って，走ってくるのが見えたため，保育士Bは自分の指をなんとか引き抜き，廊下に当該児童を仰向けに寝かせた。

隣接施設からAEDが到着した。隣接施設の職員の1人がAEDの装着準備をしている間，所長と保育士Bは児童のロンパースのスナップを外し，AEDの実施を傍で見守った（図11）。

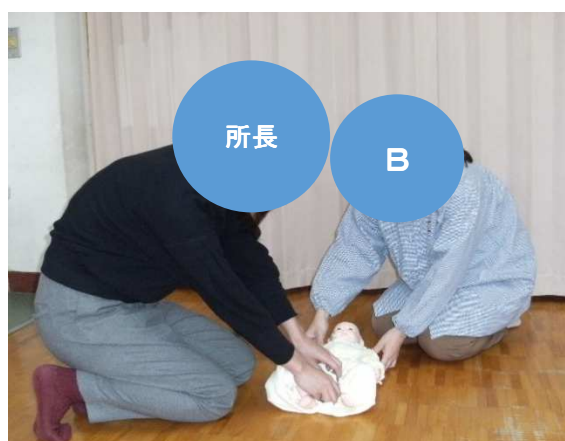


図11 ロンパースのスナップを外す様子

隣接施設の職員の1人が，当該児童へAEDを装着し，人工呼吸，心臓マッサージを行った。

隣の1歳児クラスの保育士が，0歳児クラスに職員がいないことに気づき，0歳児クラスと1歳児クラスのためのトイレを通過して0歳児クラスに移動した。

保育士Aは，隣接施設の職員がAEDを当該児童に装着したのを見届け，急いで0歳児クラスの保育に戻った。

AED装着時に「電気ショックは不要です。人工呼吸・心臓マッサージを続けてください。」というアナウンスがあった。

隣接施設の職員が2度目の人工呼吸を行っていた時に，消防車が到着した。

【11:46】消防隊到着

心臓マッサージを消防隊員に代わった。呼吸はなく心肺停止状態だった。口腔内の異物確認を試みるが，口が小さく確認できなかった。

心臓マッサージを開始したが、心電図はフラット、脈拍はなかった。

消防隊員に食べ残したりんごを見せるように言われて見せた。人工呼吸するも息が入りづらい状態であった。

消防隊員は心電図の表示が可能な消防隊所有のAEDに変更し、引き続き処置するが、電気ショックを与える指示は出なかった。救急隊と連絡を取り、救急車を待った。

※救急搬送から病院到着までは、福山地区消防組合の資料に基づき記載

【11:53】救急隊到着

救急車が到着し、消防隊員が当該児童を抱きかかえて救急車内に収容した。心肺停止、心電図波形（心静止）を確認し、心肺蘇生を継続した。

換気状態不良のため喉頭展開実施、声門付近まで異物確認できなかった。経口エアウェイを挿入するも換気不十分であった。

【11:56】救急車出発

搬送中は、15回（心臓マッサージ）対2回（人工呼吸）で心肺蘇生を継続するとともに喉頭展開、口腔内吸引を継続実施した。

りんご片及び粘液を除去するが換気不十分だった。

病院到着前に、心電図波形は無脈性電気活動（PEA）に変化した。

【12:04】救急車が病院に到着

後日、検証委員からの要求により、病院に対し当該児童が救急搬送されたときに出た異物の確認を行った結果、りんご片（5～8mm程度）の写真の提供があった。

8 検証委員からの意見

(1) 離乳食の食材

- ・りんごの硬さや大きさは適切であったのか。
- ・事故当日の食事は、福山市が作成した「離乳食のしおり」に基づき適切に提供されていた。
- ・離乳食の進み具合は個人差があり、皆一緒とはならないが個々に合った作り方をしていたか。当該児童は、まだ前歯しか生えていないので歯茎でつぶせるものが望ましいのではないか。

- ・他市のマニュアルには、「離乳の完了期まではりんごは加熱すること」と記載したものもある。加熱していれば防げていたのではないか。
- ・生のりんごは、かじると大きなかけらになりやすいという危険性はあるが、嚥下の確認をすることで安全が確保される。
- ・離乳の完了期の子どもは手で掴んで食べることを好むため、生のりんごのスライス形状として適当であり、必ず加熱しなければならないということはない。
- ・掴みやすいような形状にしてあるとは思いますが、量が多くて噛みきれなかったのではないか。
- ・1歳はまだ臼歯がないが、歯茎ですりつぶせたのか。
- ・生のりんごのスライスの形状自体は月齢的には問題ないが、当該児童の発達面などに応じて、食事においても何らかの配慮が必要だったのではないか。
- ・事故は、口の中に食べ物がある状態で抱き上げた時に起きたものであり、普通に座って食べている時に起きたものとは状況が異なるため、りんごの形状（スライス）が、事故に直接関係したとは言い難い。
- ・1歳で前歯が生えた子どもにとって、しっかり噛むことは、顎の形成、発育を促す意味では必要である。
- ・いつまでも離乳食を食べさせていると、歯茎を鍛えられず、顎の発育という観点から考えると、逆行することにもなる。
- ・歯が生え始めてもしばらくは離乳食を食べさせるとなると、いつから噛ませるのかという時期を決めるのが非常に難しい。
- ・現行のマニュアルが、個々の発達に合った離乳食の進め方を判断できる内容となっているのかを検討すべきではないか。
- ・事故当日、当該児童が食べた食材については、特に問題は見当たらない。
- ・他市等における過去の窒息事例等も参考に、詰まりやすい食材や注意点等も「乳幼児の保健・衛生・安全管理」マニュアルに加えると良いのではないか。
- ・過去にも他市において、りんごを詰ませたという事例があった。
1歳0か月頃には、できるだけ柔らかい物の方が良かったと言えるのではないか。
- ・生のりんごのスライス（厚さ2～3mm程度）は、形状、硬さとも1歳児に提供する食材として一般的である。

(2) 食事提供に関する連携

- ・離乳食を始める際には、保護者と当該保育所が連携して、保育所の面談票を基に面談を行っているが、その後の保護者との連携内容の記録がない。

- ・入所時のみではなく、離乳の初期、中期、後期、1歳頃という離乳食の節目ごとに記録を残してあれば良かった。今ある「離乳食面談票」をもっと活用すべきである。
- ・児童の食事をどのように進めていくかという計画を作ることは大切である。
- ・1つの方法として、Plan-Do-Seeの計画を立てる方法が良いのではないか。月齢ごとのマニュアルを作成（Plan）し、月齢に合った食べ物を提供（Do）し、食べ具合を観察（See）する。この結果を見ながらステップアップしていくような計画を立て、その中に保護者からの意見等も記入しながら経過を見ていくと良い。
- ・当該保育所では、家庭で食べられるようになったものを提供することを基本とし、アレルギー等も含め、保護者への聞き取り等で連携することが重要である。
- ・離乳の完了に向けては、保護者からの要望を聞きながらも、当該保育所での子どもの状況を把握し、1歳の誕生日までは移行しないとの考えを保護者に伝え、少しずつ進めているという点は、適切であった。
しかし、更に綿密な連携が取れるような仕組みが必要ではなかったか。

(3) 食事の介助・状況把握

- ・食事の提供時間及び保育士Aが離乳の完了に向かう移行期にあった当該児童を身近に座らせて食事の介助を行ったことは適切であった。
- ・保育士Aは、1人で4人の食事対応を行っていたが、食べた物の嚥下の確認等食事の介助は適切であったか。
- ・事故が起きた背景には、当該児童が離乳の完了への移行期であったことや、児童が眠ってしまったこと等様々な条件が重なったと思われるが、保育士Bの勤務経験が浅いことから、保育士Aへの負担が大きく、気持ちに余裕がなかったことも要因ではないか。
- ・当該児童は、9月中旬頃からは午前睡の時間・回数が徐々に減ってきていたが、事故当日以外にも食事中に眠くなったり、機嫌が悪くなったりすることがあったとの記録がある。このことから、まだ、いくらかは午前睡が必要だったのではないかと考える。
- ・食事中に当該児童がうとうととしている状況で食材を手渡しているが、眠い状態の子どもに食べ物を与えるというのは通常考えられない。眠い場合は口の中に物を入れないことが鉄則である。
- ・眠くなったら食事を一時中断し、散歩をするなど目覚めてから食事を始めるといった対応が必要である。それでも眠い子どもは食事を中断し口の中に何も残っていないか確認して、眠らせるという判断が必要であった。

- ・口の中に食べ物が入ったまま抱き上げたことが窒息を誘発したと推測されるため、食材よりも眠ってしまった時の対応についての課題が非常に大きいのではないかと思う。特に口の中の確認を徹底することは重要である。
- ・今回の事故のように、口の中に食べ物が入ったまま抱き上げたら、水以外ののであれば、離乳食や、りんごのすりおろしのような食べ物であっても詰まったのではないか。
- ・眠っている子どもに対して、声をかけたり、そっと体に触れたりして起こす等、窒息を防ぐ方法はあるのではないか。
- ・眠った児童への対応方法がマニュアルのどこにも記載されていないので記載する必要がある。

(4) 職員の連携

- ・日頃から0歳児クラスと隣の1歳児クラスの保育士の連携はどうなっていたのか。緊急時には大声で助けを呼ぶことが重要である。例えば0歳児クラスの様子や、何かあった時に駆けつけられる体制や日頃から緊急時に隣のクラスの保育士を呼ぶ等の意識はあったのか。
- ・隣のクラスの保育士が所長を呼びに行けなかったのか。職員はどのような意識でいたのか。
- ・保育士の経験だけが問題でないが、職員配置を検討する等他の方法があったのではないか。
- ・0歳児クラスに経験のある保育士を置くことは重要であるが、施設によっては、それ以上に他のクラスに課題がある場合もあり、ベテランの職員を配置できない事情もあるのではないか。
- ・0歳児クラスの食事介助は必要に応じて担任外がフォローする必要があるのではないか。

(5) 職員研修

- ・保育士Aは、昨年度当該保育所に勤務する前に約16年のブランクがあったにも関わらず勤務経験の短い保育士Bの指導もしなければならなかった。
- ・ブランクのある職員は、研修を受けてから勤務することが必要ではないか。
- ・必要な知識を、職場に入った時に復習できるような仕組みが必要ではないか。
- ・保育士は勤務開始時に、どのような研修があり、また、教育を受けているのか。
- ・勤務開始後も福山市として段階的な研修計画はあるのか。
- ・福山市の救命研修のあり方を今後示す必要があるのではないか。保育士が

安心して働けるような取組が必要である。

- ・新人採用時やブランク明け等，現場に出る前に最低限の救命救急に関する短期の集中的な研修を行うことは現実的に可能か。
例えば，オンラインやDVD等で事前に確認してもらおう等の方法が可能ではないか。
- ・現場の保育士にどれぐらい小児救命救急の知識があるのか。
- ・救命講習を受けたから，実際に救命処置ができるというわけではないが，研修は行わなければいけないと思う。実際やっていないとできない。
- ・事故予防の研修等があればいいと思う。緊急事態に遭遇すれば，医師や看護師でも焦ることもある。

(6) 基礎疾患による影響の有無

- ・当該児童の既往歴などから見て，アナフィラキシーによる窒息ではないと思われる。

(7) 救命処置

- ・窒息時の対応として，背中を叩く等の処置は，「乳幼児の保健・衛生・安全管理」マニュアルどおりにできた処置もあるが，頭を上にして背中を叩いた記録もある。今回は窒息の直接の原因とは考えにくいですが，頭を上にして叩くと詰まったものが奥に入っていくこともあるので対応としてはどうか。
- ・窒息の時には口の中に手を入れてはいけませんが，何かを詰まらせた子どもを目の前にすると，何とかしたいと思い，反射的に手を入れてしまうことはある。入れるなど聞いていても入れてしまうのではないか。
- ・実際の現場では足も震えるだろうし，何もできない人の方が多いと思う。保育士Bはきちんと異物を出そうとしている。
- ・保育士Bが口の中に指を入れたことについては責められるものではない。押込むのは良くないが，口の中から異物を出そうとしたことは責められない。口の中の異物を出そうとする指の動きによって，異物を奥に押込むことは考えにくい。
- ・今回は救急車で喉頭展開しても異物は発見できていないことから，息を吸い込んだときにりんごが声帯の奥まで入った可能性が高い。指は声帯までは届かないことから，指でりんごを押込んだとは考えにくい。
- ・AED装着前に人工呼吸をしていない。また，背中を叩く時間が長すぎた。
- ・背中を叩いても出なかった時点で，人工呼吸，心臓マッサージをした方が良かった。救命処置がもっと早ければ結果は違ったかもしれない。

- ・事故の現場では、資格のある医師や看護師でも一瞬頭が真っ白になることもある。児童が呼吸をしていない状況であれば、人工呼吸や心臓マッサージをしなければいけない。また、マウストゥーマウスは感染症を起こすかもしれないため、マウスピースを持っていればそれを使用して人工呼吸をする。
- ・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点、難しいと思う。現場を経験しないと難しい。人形を使って講習を受けても、実際にできる人とできない人がいる。現場を経験した人は次からできるかもしれないが、経験していない人は難しいであろう。救命講習にも限度がある。

(8) 救命処置に関するマニュアル

- ・事故発生時は、国のガイドラインに沿って処置や救急要請等は適切にできていた。
- ・窒息や心肺蘇生の対応について、マニュアルに記載していたが、なぜ食事中の食べ方の留意点の記載はなかったのか。
- ・他市のマニュアルに窒息時の参考となるものがある。分かりやすい表等を目につきやすい場所に掲示し、マニュアルに沿って訓練を実施するのも良いのではないか。
- ・窒息した時の対応について、窒息時のマニュアルはあっても、詰まったものが出なかった場合の対応を記載しているものは見つけられなかった。
- ・既存のマニュアルは現場で活かされているのか。
- ・対応方法を現場の保育士が思い出せるようにすべきである。保育士がパニック状態になった時、複数名で当たれば対応も違ってくると思う。現場での役割分担等をマニュアルに取り入れることも大事である。

(9) 事故後の心理的ケア

- ・引き続き関係職員への心理的ケアを行っていくべきではないか。
- ・所長や担任の保育士を始め、当該保育所の職員への心理的なケアが必要である。
- ・保護者も含め関係者には相当のストレスがかかっている。継続的なケアが必要である。

9 検証委員会において明らかとなった原因

(1) 食事内容

事故当日、当該児童は離乳の完了に向けた移行期であり、離乳食と離乳の完了に向けた食事の両方を提供していた。窒息の直前に食べた生のりんごのスライスは、離乳の完了に向けた移行期の食事に含まれていた。

当該児童の食事内容は、保護者と保育士の間で行う離乳食面談の内容を踏まえ決められていたが、離乳食面談は主に家庭で食べた食材の確認に重点を置いたものであった。

また、入所時の離乳食面談以降は、保護者からの聞き取りにより提供する食事の検討を行っていたが、記録が残されていないため、検証ができなかった。

離乳期は、咀嚼・嚥下の発達の個人差が大きい時期であり、食事内容は単に月齢のみで判断されるものではない。たとえ家庭で食べていたものであっても、保育施設で離乳を進める際、特に食べ物の形態が変わる時期に、保育施設において咀嚼・嚥下状況の確認を行い、その情報を基に保護者と保育士及び調理員が連携を密に行う必要があった。

事故当時、当該児童の身長及び体重は1歳0か月相当であり、上顎4本下顎4本の歯が生えており、食欲も旺盛であったことから、保護者に確認したうえで離乳の完了に向けた食事への移行を進めていた。

しかし、検証の過程で改めて保育日誌や連絡帳等の記録を確認したところ、「はいはい」や「おすわり」の状態から、動作の発達に少し緩やかな面があることが分かった。

(2) 食事の介助

当該児童は午前11時から食事を食べ始めており、事故発生時の午前11時35分には概ね食事を終了していたことから、食事に要する時間は適当であった。

保育士Aは、離乳の完了に向けた移行期にある当該児童を右隣に座らせて丁寧に食事の介助を行っており、介助の位置についても問題なかったと考える。

当該児童は、本年9月中旬頃から、午前睡を行わない日もあり、食事時間までのリズムが整っていたとは言えない。活動内容や体調等により食事中に眠くなることもあったという記録から、午前睡が必要かどうかの見極めは非常に難しいが、睡眠時間や起床時間、体調等から判断し食事中に眠くならないような工夫が必要であった。

当該児童は食事中眠そうであったが、目を開けており、保育士Aが机の上

の皿にりんごを入れると、当該児童はりんごを取り食べ始めた。しかし、その後眠ってしまったことを考えると、眠気があると感じたもっと早い段階で食事を終了すべきであった。

当該児童は、普段であればおしぼりで手や口を拭くと眠気が覚めることから、保育士Aは、眠った当該児童の手に持っているりんごを外し、声をかけながら手と口をおしぼりで拭いた。しかし、事故当時の当該児童は動いたり声を出したりすることなく、口を閉じて眠っていた。

保育士Aは、当該児童が眠る直前にりんごを噛んだような「シャリ」という音を聞いている。しかし、その後飲み込んだと思い込み、嚥下の確認を行わないまま、当該児童を寝させようとして椅子から抱き上げている。

これらの状況から、当該児童は、食事提供の終わる前に椅子に座ったまま眠ってしまい、移動させて寝かせようと保育士が抱き上げた際に、驚いて息を吸い込み、口の中に残っていた物が詰まり、窒息を起こしたものと判断される。

救命処置開始から蘇生までの間に、当該児童の口から出た物がりんご片のみであったことから、りんごによる窒息であると考ええる。

なお、当該児童はアナフィラキシーを発症するような既往症はなかった。

(3) 救命処置

呼吸が止まった場合は、心肺蘇生を早く始めるほど助かる可能性が高くなることから、背中を叩いても何も出なかったら異物除去を中止し、心肺蘇生に切り替えるべきであった。

事故現場で適切に救命処置を行うためには、繰り返し実技研修を受講することしか方法はない。特に、乳幼児は身体が小さく、心肺蘇生法も大人とは異なるため、保育施設に勤務する職員は、乳幼児に特化した講習を受講する必要がある。

福山市では、年に1回の救命研修を実施し、所長又は代表者が参加し、研修の内容を保育施設内で共有する方法をとっていた。しかし、実技を伴う救命講習は実施していなかった。

(4) 救命処置に関するマニュアル

今回の事故において、窒息時に背中を叩く処置は国が示すマニュアルどおりに行っていた。しかし、検証の過程で改めてマニュアルを確認したところ、福山市のマニュアルには、心肺蘇生の方法に関する内容と、窒息時の異物の除去方法に関する内容が別々の記載となっていた。

また、背中を叩いても何も出なかったときの方法はマニュアルに記載されていない。

10 福山市における再発防止策

(1) 適切な食事の提供

ア 発達に応じた食事

身体の発達が咀嚼等“食べること”に大きく影響することから、保育施設においては、児童の発達を的確に把握し、保護者と連携をした上で適切な食事を提供するために、次の仕組みを構築する。

(ア) 児童の発達の確認

児童の発達や咀嚼の状況を把握するために、5～6か月頃、7～8か月頃、9～11か月頃、12～18か月頃に分けて児童の発達を確認できるチェックシート「離乳食を進める際の確認事項」（別紙）を作成し、保護者、保育士、調理員で情報を共有し、このシートに基づき、食事を提供することとする。

このシートを使用することで、標準的な指標に沿って児童の発達を確認することができる。

また、このシートを保護者、保育士、調理員という複数の立場で確認することで、発達に最適な食事の提供につながり、事故防止に寄与する。

(イ) 離乳食面談の見直し

家庭での喫食状況や児童の発達を確認するため、離乳食の段階を次に移行する前に、それぞれの時期に応じた「離乳食面談票」を作成し、それを使用して保護者、保育士、調理員の3者で面談を実施し、面談内容については確実に記録し、保育施設で共有することとする。

3者面談とすることで、家庭での喫食状況や保護者の意向について、その場で話合うことができ、齟齬が生じにくく、伝達漏れや確認漏れを防ぐ事もできる。

また、食事時の事故の発生率が高い節目毎に面談を行うことで、その時期に特に注意が必要な事項を保護者と共有することができ、事故を未然に防ぐ効果が期待できる。

【面談の時期】

- ・面談1 離乳食開始前
- ・面談2 7～8か月頃への移行前 …ドロドロからきざみ
- ・面談3 9～10か月頃への移行前 …きざみのサイズの変更

- ・面談4 1 1 か月頃への移行前 ……おやつの開始
- ・面談5 1 2～1 8 か月頃 ……移行開始の確認
離乳の完了に向けた食事
の開始

(ウ) 検食表の変更

離乳食の異常の有無を記録する「連絡及び検食表」に、児童一人ひとりの喫食状況を加えて記録する様式として、新たに「離乳食日誌・検食簿」を作成し、児童への適切な食事提供の確認と、当日の食事における気づきや保護者からの情報等を記録し、職員間の連携を図ることで事故を防ぐ。

イ 適切な食事の介助

保育施設における活動の中で、食事中は窒息のリスクが高い時間帯であることを踏まえ、次の事項をマニュアル化し事故防止に努める。

- (ア) 保育士は、食材や調理方法が変わった日、食事の形態が変わる時期を意識し、児童の隣に座るなど、身近で介助を行う。
- (イ) 食事の後にはお茶を飲ませたり、口の中を確認する等して、児童が食べ物を確実に嚥下しているかを確認する。
- (ウ) 食事中に眠くなることで窒息の危険性が高まることを意識し、食事中は児童が眠くならないよう工夫する。
- (エ) 眠気があれば口の中を確認し、速やかに食事を終了する。
- (オ) 児童の口の中の確認及び万が一食事中に眠ってしまった場合の処置について、検証委員会で示された方法は次のとおり（図1 2）



図 1 2 口の中の確認方法

- 1 児童の顔が上を向かないように腕で頭を固定する。
 - 2 片手で前方から両頬を挟んで固定する。
 - 3 口を開けさせ、中を確認する。
- ※ 眠った児童に行う場合も、1の体勢をとり、声を掛けるなどして起こした上で、口の中を確認する。

【視点】

食べ物を食べる動作は、舌で口の奥に食べ物を送り、気管がふさがり、食道に食べ物が運ばれる。

首が反り返ると、顎と首が一直線になるため、誤って気管に食べ物が入りやすい状態となる。

(2) 救命講習

今回のような重大事故が発生した際には、誰しも不安な状況となる。

しかし、子どもの安心・安全を守るためには、継続的に受講し、対処方法を習得することが重要である。

特に、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、多くの職員が実習型の救命講習を受講し、一人ひとりのスキルを上げることが、事故発生時のリスク軽減に繋がると考える。

職員全員が講習に参加できるよう、福山市では、事故後直ちに救命講習を開始し、これまでに5回開催し、福山市職員を始め、市内の公私立保育施設116施設、231人が受講している。今後も毎年定期的に開催する。

(3) マニュアルの見直し

ア 「乳幼児の保健・衛生・安全管理」マニュアル

子どもの安全や危機管理については、「乳幼児の保健・衛生・安全管理」マニュアルを市内全保育施設に備えていた。窒息時の対応については、「食べ物による窒息事故を防ぐために」という国の通知を資料として添付していた。

今回の事故を機に、事故の再発防止に向けて、窒息時の対応、異物除去の方法、背部叩打等を行っても異物が出ないときの対応を始め、窒息を防ぐための安全な食べさせ方についても分かりやすく記載するなど、マニュアル全体の見直し行う。

また、食べ物には性質や形状によって窒息や誤嚥等の危険性が高くなる物があり、事故を防ぐために、原因となりやすい料理や食品の性質・形状を理解し、扱いや食べ方等に注意する必要がある。

そのため、食べ方等を注意する食品をマニュアルに加える。

今回の事故を機に、マニュアルをより分かりやすいものに再編し、研修や訓練を繰返し行うことで、より身近なものとしていくことが事故の再発防止に繋がると考える。

イ 「離乳のしおり」

離乳食については、月齢ごとの離乳食献立表の進め方や調理形態は1つの目安であり、児童の食べ具合や体調によって、進めたり戻したりする必要があることや、硬くて食べられない場合は、しっかり煮て軟らかくしたり、別の食材に変え献立を変更するなどの対応が必要であること等、今回の検証で明らかになった事項を明記する。

(4) その他事故の再発防止に向けた取組

事故防止のためには、職員一人ひとりが常に新しい情報を収集し、適切な技術を身につけ、更にそれを確認することが重要である。

保育課の専門職（指導保育士、保健師、管理栄養士）や指導監査担当職員が連携し、保育施設に対して助言や指導に努めることが事故防止に繋がると考える。

乳幼児保育については、年に数回実施している全体研修会の内容をより、充実させ、多くの保育士が乳幼児保育の知識を深めることで、質の向上を図る。

また、復職する保育士等については、現在行っている雇用前研修の内容を見直し、安心・安全な保育を行えるよう支援していく。

保育士は、勤務形態の特性から研修に参加しにくい現状がある。そのため例えばオンラインやDVDなどを活用し、研修を受講できる方法や仕組み等についても研究していく。

11 おわりに

保育施設は、入所する子どもにとって生活の場であり、一人ひとりの命が大切に守られ、安全で快適に過ごせる場でなければならない。

この度、福山市が運営する公立保育所で、このような重大事故が発生したことは、行政として重く受け止めなければならない。

検証委員会においては、委員の皆様の専門的な見地から、事故の発生原因、対応等を分析し、再発防止策等について御意見をいただいた。

行政の責任において、この再発防止策を公立保育施設はもとより、市内の教育・保育施設、子育て家庭に対して広く周知するとともに、この度の事故から得た教訓を風化させることのないよう継続的に取り組んでいく。

最後に、この度の事故により被害に遭われた児童と御家族に心よりお詫び申しあげるとともに、保育に携わる全ての職員が、子どもの生命と未来を預かるという責任を持ち、このような事故を二度と繰り返さないよう再発防止に全力を注ぐことを誓い、検証の報告とする。

2019年（平成31年）3月28日

離乳食を進める際の確認事項

別紙

5～6か月ごろ		7～8か月ごろ		9～11か月ごろ		12～18か月ごろ	
施設長	担当者	施設長	担当者	施設長	担当者	施設長	担当者

児童名 _____ (生年月日 _____)

5～6か月ごろ (なめらかにすりつぶした状態)			
確認事項		確認日・確認者	
首がすわっている (顔の向きを変えることができる)			
うつぶせにすると頭を45°以上持ちあげることができる			
支えると座ることができる			
食べ物に興味を示す			
スプーンを押し出さない (哺乳反射の減弱・消失)			
口唇を閉じて飲み込むことができる			
7～8か月ごろ (舌でつぶせる固さ)			
確認事項		確認日・確認者	
ずりばい (うつぶせ状態でお腹を床につけたまま腕や足の力で体を引きずるように這って進むこと) ができる			
座らせたなら座ることができる			
口唇を閉じて舌と上あごで食べ物を押しつぶし、飲み込むことができる			
食べ物をつぶすたびに左右の口角が伸び縮みし、閉口時は一文字になる (口角が左右にひかれる)			
9～11か月ごろ (歯ぐきでつぶせる固さ)			
確認事項		確認日・確認者	
よつばいができる			
ひとりすわりができる			
上下の前歯 (上2本, 下2本) が生えている			
喃語 (マママ, ダダダ, パパパ等) が出る			
指先で小さいものをつまむことができる			
手づかみ食べができる			
口を閉じてモグモグと食べ物を口腔内の左右どちらか一方に寄せ、唇が片方に伸び縮みしている (咀嚼している側の口角がひかれる)			
噛むときに、唇がよじれたように閉じている			
12～18か月ごろ (歯ぐきで噛める固さ)			
確認事項		確認日・確認者	
一人歩きができる			
意味のある言葉がでる			
歯が上4本, 下4本生えている			
前歯でかじりとり、歯ぐきで噛みつぶすことができる			

福山市保育事故検証委員設置要綱

(設置)

第1条 2018年(平成30年)10月11日に福山市立保育所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求めるため、福山市保育事故検証委員(以下「検証委員」という。)を設置する。

(職務)

第2条 検証委員は、次に掲げる事項について、意見を述べる。

- (1) 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
- (2) 検証内容を踏まえた改善策及び再発防止策
- (3) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める事項

(検証委員)

第3条 検証委員は、次に掲げる者のうちから市長が選任する。ただし、当該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な利害関係を有する者については、検証委員になることができない。

- (1) 学識経験者
- (2) 弁護士
- (3) 医師
- (4) 保健師
- (5) 栄養士
- (6) 保育関係者
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が特に必要と認める者

(任期)

第4条 検証委員の任期は、第2条の職務が終了するまでの期間とする。

2 検証委員は、非常勤とする。

3 検証委員が欠けた場合は、補欠の検証委員を選任することができる。

(会議)

第5条 市長は、検証委員が職務を行う場として、当該事故の検証委員会(以下「検証委員会」という。)を開催するものとする。

2 検証委員会は、市長が招集する。

3 市長は、必要があると認めるときは、検証委員以外の者を検証委員会に出席させて意見を聴き、又は説明若しくは資料の提出を求めることができる。

4 検証委員会に出席した検証委員には、報酬及び必要に応じて旅費を支払う。報酬の額は、10,500円とする。

(座長)

第6条 検証委員会には座長を置くものとし、検証委員のうちから市長が指名する。

2 座長は、検証委員会の進行を行う。

3 座長に事故があるときは、あらかじめ市長が指名する検証委員がその職務を代理する。

(会議の公開)

第7条 検証委員会は、個人情報保護の観点から、非公開とする。

(守秘義務)

第8条 検証委員は、正当な理由なく、その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。

(事務局)

第9条 検証委員会に関する庶務は、保健福祉局児童部庶務課及び保育課が行う。

(雑則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、2018年(平成30年)11月21日から施行する。

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、事故発生の実態把握、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日雇児発第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。

