

教育・保育施設重大事故に係る検証報告書

令和8年7月

浜松市教育・保育施設等重大事故再発防止検証会議

目次

1	検証の目的及び方法	1
(1)	検証目的	1
(2)	検証方法	1
(3)	検証会議開催経過	1
(4)	検証会議委員名簿	2
2	本件事故の概要	2
(1)	本件事故の状況	2
(2)	保育教諭体制	4
(3)	日常的な対応状況	5
(4)	保育教諭及び児童の位置関係図と写真	6
	ア 食事提供時の位置関係図	6
	イ 写真	6
(5)	特別監査	8
	ア 実施経緯及び実施方針	8
	イ 実施記録	8
	ウ 監査結果	8
	エ 指導事項・是正又は改善の報告	10
3	明らかとなった問題点や課題	12
(1)	提供された離乳食（煮りんご）の適切さについて	12
	ア 本児 a の離乳食の段階と提供された煮りんごの形状と大きさ	12
	イ 中期食の形状や食材の大きさの基準	12
	ウ 離乳食に関する職員の情報共有及び検食の問題	13
	エ 食事についての本件施設と家庭の情報共有の問題	14
	オ 調理員や栄養士の役割	14
(2)	市への本件事故発生時の報告について	14
4	問題点や課題に対する提言	15

1 検証の目的及び方法

(1) 検証目的

本報告書は、令和7年9月26日に浜松市内の特定教育・保育施設¹である、幼保連携型認定こども園²（以下「本件施設」という。）において発生した、昼食時にデザート³の煮りんごを喉につまらせた重大事故（以下「本件事故」という。）について、国通知「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」（令和7年3月21日付けこ成安第45号・6教参学第52号。以下「国通知」という。）に基づき、事実関係を把握し、重大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。

(2) 検証方法

重大事故に遭った児童やその保護者の心情に十分配慮する必要があることから、検証作業を非公開とした上で、浜松市が実施した特別監査³、その他本件施設の関係職員から聴取した情報を基に、事実関係の把握、事故発生原因の分析等を行った。

(3) 検証会議開催経過

日付	内容
令和7年 9月26日	検証対象重大事故（国通知第1の3（2）意識不明事故）発生
令和8年 2月16日	第1回検証会議 ・議長互選、副議長指名 ・検証の目的の確認 ・検証の方法、スケジュールの確認 ・事案の内容把握
令和8年 3月 3日	検食に関するヒアリング
令和8年 3月26日	第2回検証会議 ・問題点・課題の抽出 ・問題点・課題に対する提言の検討
令和8年 5月19日	第3回検証会議 ・報告書案の作成 ・報告書の内容を検討
令和8年 7月 2日	第4回検証会議 ・報告書のとりまとめ
令和8年 7月22日	・報告書の公表（厚生保健委員会、市ホームページ） ・こども家庭庁への報告書の提出 ・提言を浜松市内就学前施設に周知し、提言に基づいた対応を求める。

¹ 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・保育施設をいう。

² 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）第2条第7項に規定する幼保連携型認定こども園をいう。

³ 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第19条第1項及び子ども・子育て支援法に第14条第1項、第38条及び第56条第1項に基づく報告徴収及び立入検査をいう。

(4) 検証会議委員名簿

職名	氏名	所属等
学識経験者	池谷 昌枝	常葉大学 健康プロデュース学部教授 (管理栄養士を兼任)
医師	三枝 弘和	JA 静岡厚生連 遠州病院 小児科診療部長
弁護士	栗田 芙友香	はままつ共同法律事務所
保育関係者	中村 勝彦	浜松民間保育園長会 会長

2 本件事故の概要

本件事故は、令和7年9月26日午前11時10分頃、浜松市内の幼保連携型認定こども園0歳児クラスに在籍する生後9か月の対象児童（以下「本児a」という。）が、昼食時にデザートの煮りんごを喉につまらせ、意識不明となった重大事故である。

本件事故当日の本件施設職員への聴取、特別監査（詳細は本報告書P8～11に記載）等により判明した状況は以下のとおりである。

(1) 本件事故の状況

【本児aについて】

本児aは離乳食の段階が中期食であり、上下の歯が生えてきている成長段階であった。

本件施設では初めて食べる食材・形状は家庭で食べてから提供することを基本としていたが、1/8形状の煮りんごを、家庭で食べたか確認できていなかった。事故当日の登園時、本児aの体調に異常等はなく、普段と変わった様子は見られなかった。また、本児aには持病等の情報はなく、これまで食事を含め保育の実施に際して特別な配慮を要する状況ではなかった。

【調理の状況】

本件事故当日の食事準備は、調理室において、離乳食は調理員が主に担当して、幼児食とは別に調理を行っていた。りんごは、1/8の大きさに切って、スチームで15分間加熱調理し、温度測定と固さを確認後、冷ましてクラスごとのトレーに取り分けた。

調理室では、離乳食の調理工程として、調理室では、りんごは洗って皮を剥いて1/8にカットし、スチームで加熱し形態を変えずに保育室に提供しているが、調理室で細かく刻む等の工程はない。食材の最終的な加工は保育教諭が行っているため、調理員や栄養士は最後にどのような状態で児童に提供されているのか認識していない。

【検食について】

基本的に園長が検食を行っているが、離乳食の検食はなく幼児食の検食のみを行っている。検食の方法は、月曜日は1歳児、火曜日は2歳児といった形式で行っている。基本的には歳児が異なってもメニューは同じものであるが、0歳児と1歳児クラスは、細かく刻んだりフルーツが異なっていたりする。りんごの検食は通常生のりんごと煮りんごの両方を検食している。

【事故発生まで】

事故当日は、園長が1/8サイズの煮りんご（潰していないもの）、梨を検食していた。

食事が開始される前の時点において、0歳児保育室には、食事介助をする保育教諭A、B、遊

びのスペースで保育をする保育教諭C、食事をする本児 a、児童（b、c、d）、遊んでいる児童（e、f、g）がいた。

【保護者との情報共有】

保育教諭Bは、本児 a の母親から事故前日に本件施設では粥での提供だが、家庭では白米を提供し食べられていることや、ミルクも卒業していきたいという申し出（意向）を直接受けており、情報共有の為にメモを翌日に引き継いでいた。

通常、保護者と保育教諭とのやりとりは、児童の送迎時に直接話をするが、朝は忙しいこともあり、降園時に時間があれば保護者と詳しく話している。口頭で伝えることがほとんどであるが、連絡帳でのやり取りを週 1 回程度行っている。離乳食を移行する際は、本件施設での様子を伝え、保護者にも家庭での様子を聞き、保護者に食材表のチェックをつけてもらい移行していた。また、食材のチェック方法は、摂取した食材がある場合は○をつけてもらう方法であった。離乳食の移行は、児童の月齢によって保育教諭が変えているため、月ごとに離乳食が進んでいくわけではなく、月途中で移行することがある。

【職員間の情報共有】

離乳食の移行に関して、保育教諭同士で話し合いはしているが、勤務体制等の状況により情報共有体制が難しい場合がある。本件施設を運営する法人（以下「本件法人」という。）が作成した「保育給食部会ルールブック（食事提供時に関するマニュアル）」を管理職は把握していた。しかし、保育教諭の中には見たことがない職員がいた。その理由は、当該「保育給食部会ルールブック」について、入職時や年度当初等に定期的に配付・周知せず、更新した際のみに周知していたためである。また、保育教諭が参加する給食会議はなく、月に 1 回本件法人が運営する施設の調理員、栄養士及び園長が集まる保育給食部会にも、保育教諭が参加することはなかった。

【本件事故発生】

10 時 55 分頃から 0 歳児保育室において、本児 a、児童（b、c、d）に対して、食事が開始された。本児 a（離乳食の段階が中期食）ともう 1 人の児童 b（離乳食の段階が完了食）をテーブルの両サイドに座らせ、保育教諭 A がその間に座って食事の介助を行った。児童 b に対しては自分で食べているところを見守り、本児 a に対しては全介助で、保育教諭 A が汁物、ごはん、おかずを順にスプーンを使って食べさせた。隣のテーブルでは、保育教諭 B が児童 c と児童 d の食事介助を行っていた。

本児 a、児童 b の 2 人共にデザート以外の食事が終わったため、保育教諭 A は離席して調乳室のカウンターで、煮りんごをトレーから 1 個ずつ取り分けた。本児 a の分はビニール手袋をして全体的に指で押さえるようにつぶし、児童 b の分は手を加えずに、それぞれのお皿に載せて提供した。その際、保育教諭 A は本児 a が煮りんごを手を持ち、1/3 程度口に入れ、口を動かしていることを確認している。

保育教諭 A は、児童 b の食べ終わりを確認し、エプロンを外し、汚れたズボンを脱がせ、その場で、児童 b を遊びスペースに移動するよう促した。同じころ、保育教諭 B が食べ終わった児童 c を遊びのスペースへ連れて行った。

11 時 10 分頃、保育教諭 A は立ち上がり、次の食事の児童（e、f、g）を確認するため、食事ボードを見て考え事をしていた時、テーブルへ戻る途中の保育教諭 B が「窒息している。」と発した声を聞くのとほぼ同時に、本児 a の頭が揺れているのに気が付いた。

【本件事故発生後の対応】

保育教諭Aは直ちに本児aを抱きかかえて救命措置（背部叩打法）を行った。この時点で本児aはぐったりしていた。保育教諭Aの指示で保育教諭Bが事務室へ電話し、事故の報告及び応援を要請した。事務室には、保育教諭E、看護師、事務員がいた。連絡を受け、保育教諭E、看護師が0歳児保育室に向かった。事務員は、4歳児保育室で打合せ中の園長及び主幹教諭へ報告に向かった。

保育教諭Eに続いて、看護師が到着し、看護師は、本児aがチアノーゼ状態で心肺停止であると判断し、救命措置（心臓マッサージ、人工呼吸）を行った。その後、園長が到着し、看護師を補助した。その後、4歳児保育室にいた保育教諭Dも、保育教諭Eの指示で0歳児保育室に向かい、本児a以外の児童の保育を補助した。AED（保育教諭Aが準備）、アンビュー（保育教諭Bが準備）が用意され、救命措置を継続した。

11時13分に、主幹教諭が119番通報した。救急隊からビデオ通話での指示を受けながら救命措置（心臓マッサージ）を継続した。その間、AEDを装着したが、解析の結果使用不要であることが判明し使用しなかった。アンビューの使用は救急隊の指示で中止した。

【救急搬送】

11時27分に救急隊が到着し、11時35分に園長及び保育教諭Aが救急車に同乗して、本児aは浜松医科大学医学部附属病院へ救急搬送された。搬送時に、口の中から小さな塊が取り出されたことを園長が確認している。12時頃に浜松医科大学医学部附属病院へ到着し、その後、本児aはドクターヘリにて静岡県立こども病院へ搬送された。

【本件事故発生後の動き】

この間、11時25分に本児aの母及び本児aの父へ連絡するも不在で、11時30分に母と連絡がとれ、浜松医科大学医学部附属病院へ向かうように伝えた。

救急搬送後の本件施設においては、13時20分頃に本児aの兄を迎えに来た本児aの祖母の対応を行った。

本件法人内への報告については、地区責任者（不在）及び保育施設責任者（本件法人内他施設施設長）に連絡し対応の指示を受けた。13時3分に本件法人本部地区本部へ第一報をメール送付した。その際、警察や浜松市への連絡は行っていない。

警察については、16時頃、ドクターヘリの看護師から所管警察署に事故の連絡があり、16時30分頃、所管警察署より本件施設へ聞き取りを実施する旨の連絡があった。17時45分頃、所管警察署職員6名が本件施設に到着し、22時30分頃まで園長、主幹教諭、関係保育教諭に対して聞き取りを実施し、調書を作成した。

15時40分頃、本児aの父より市へ事故の連絡があった。15時45分頃、市が本件施設へ連絡し、状況確認を行った。18時35分頃、市職員2名が本件施設に到着し、保育教諭A、Bに対する聞き取り及び警察の聞き取り内容を確認した。

本児aは、本件事故後、意識不明となった。

（２）保育教諭体制

令和7年4月以降（各月1日時点）における保育教諭の配置基準の遵守状況を確認したが、登園している児童の年齢・人数において、求められる人数以上の配置がされ、「幼保連携型認定こ

も園の学級の編制、職員設備及び運営に関する基準」(平成 26 年内閣府・文部科学省・厚生労働省第 1 号) 第 5 条第 3 項に違反するような運営実態は見受けられなかったことを確認した。事故発生時においても、0 歳児保育室にて 7 人の児童に対し、3 人の保育教諭が配置されていた。

(3) 日常的な対応状況

保護者と保育教諭とのやり取りは児童の送り迎えの時に直接話をするほか、連絡帳でのやり取りを週 1 回行っている。

離乳食に関しては、離乳の段階が進む際、本件施設での様子を伝え、保護者から家庭での様子を聞きとり、保護者に食材表のチェック(摂取した食材がある場合は○をつけてもらう)をしてもらい相談しながら移行している。移行は、園児の月齢によって保育教諭が変えているため、月ごとに離乳食が進んでいくわけではなく、月途中で移行することがある。保育教諭同士で話し合いはしているが、勤務体制等の状況により情報共有が難しい場合もある。

毎月 1 回、本件法人が運営する施設の栄養士、調理員及び園長が集まる保育給食部会にて、実施した献立の評価や予定の献立の調理上必要な情報等について共有しているが、離乳食の献立については、各園で作成している。

本件施設に勤務する保育教諭の中で、本件法人が作成した「保育給食部会ルールブック」を見たことがない職員がいた。また、保育教諭が給食会議に参加することはなく、離乳食の形態を変更する際は、保育教諭がその都度調理員や栄養士に伝えている。

なお、調理員や栄養士は、園児が離乳食を食べている様子を見ることがない。

このように、保護者対応は保育教諭が担い、保護者から確認した給食に関する情報は、保育教諭、調理員及び栄養士との間で情報共有していた。

また、離乳食の中期食・後期食・完了食の児童がそれぞれいる状況であり、給食室での調理は同じ大きさや柔らかさとし、加工はせずに保育室に提供している。その後、保育教諭が児童に合わせて形状を加工して食べさせている。なお、離乳食について、普段は食事提供前に園長等が検食を行うことはなく、食べ物の大きさや固さが適当であるかの確認は行われていないが、煮りんごは事故のリスクが懸念されるため、園長が検食を行っており、本件事故当日も行っていた。

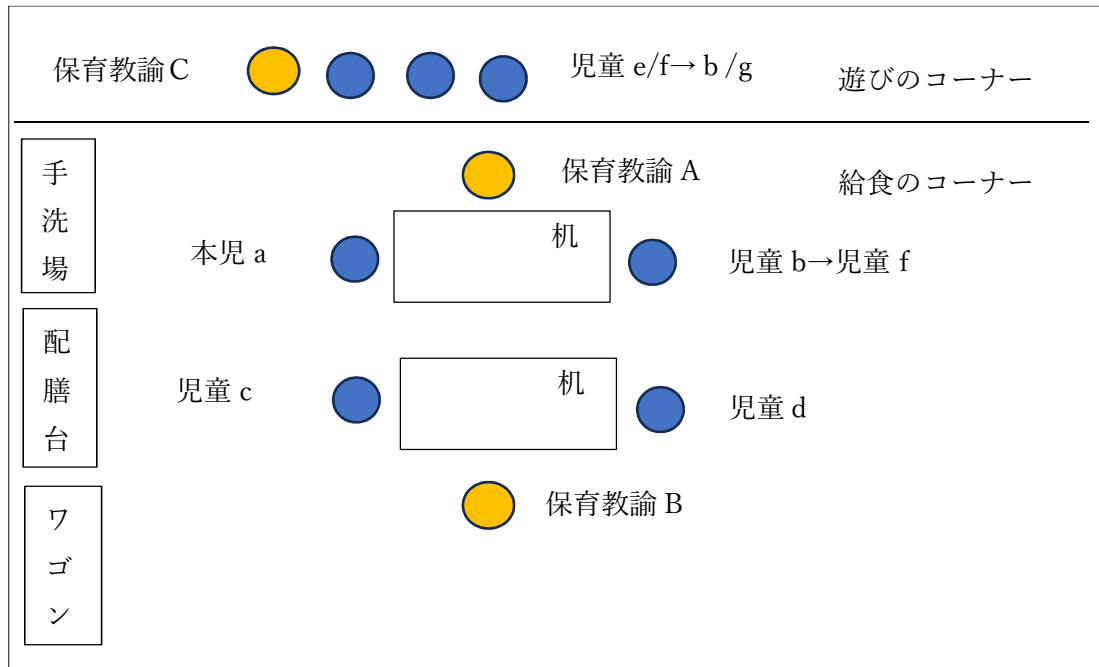
(4) 保育教諭及び児童の位置関係図と写真

ア 食事提供時の位置関係図

保育教諭A：本児 a と児童 b の計 2 名の食事介助

保育教諭B：児童 c と児童 d の計 2 名の食事介助

保育教諭C：遊んでいる児童 3 名の見守り



イ 写真

※撮影日：令和7年9月29日（月）園提供

(ア) 保育室写真



(イ) 煮りんご写真

※本児 a が喉に詰まらせたものとは異なる

※皿の直径は約 13 c m

あ 煮りんご（提供前 1/8 サイズ）



い つぶしている様子（手で持ち上げて指のはらでつぶす）



う つぶした結果（児童が手に持てる状態）



(5) 特別監査

ア 実施経緯及び実施方針

令和7年9月26日の事故直後から、事故発生時の状況確認等の調査を実施した。令和7年10月5日からは、浜松市特定教育・保育施設等指導監査実施要綱第5条第3項第5号に基づき、死亡事故等の重大事故が発生した場合に行うこととされている特別監査を実施した。

保育実施中（給食時）に発生したことから、給食時における保育の実施状況等に焦点を当てることとし、関連する施設運営状況が保育に係る法令や通知等に照らして問題がなかったか、以下（ア）～（エ）について確認した。

（ア）給食時における保育の実施状況

（イ）給食の実施状況

（ウ）保育教諭の配置状況を含めた保育・給食の実施体制

（エ）（ア）、（イ）及び（ウ）のほか、再発防止策の検討を念頭に置いた際に施設の適正運営の観点から確認すべき事項

イ 実施記録

	日程	対応方法	内容
1	令和7年10月5日	現地訪問	保育教諭A、B、Cへの聞き取り
2	令和7年10月7日	現地訪問	園長、主幹教諭、保育教諭E、看護師への聞き取り
3	令和7年10月24日	現地訪問	保育教諭B、C、D、調理員、栄養士への聞き取り
4	令和7年11月7日	電話	園長への聞き取り
5	令和7年11月10日	メール	園長への聞き取り
6	令和7年12月3日	メール	園長への聞き取り
7	令和7年12月9日	現地訪問	園長、本件法人への聞き取り

ウ 監査結果

（ア）保育教諭の配置、学校安全計画の策定、危険等発生時対処要領の作成等について

「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）及び「浜松市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施行条例」（平成26年浜松市条例第68号）にて定める幼保連携型認定こども園の設備及び運営の基準である、「幼保連携型認定こども園の学級の編制、職員設備及び運営に関する基準」（平成26年内閣府・文部科学省・厚生労働省第1号）等に定める、職員の配置、学校保健安全法を準用する、学校安全計画の策定、危険等発生時対処要領の作成等について法令に抵触する事実は確認されなかった。

（イ）特定教育・保育施設の運営に関する基準について

浜松市子ども・子育て支援法施行条例（平成26年浜松市条例第67号）第2条において定める特定教育・保育施設の運営に関する基準である、「特定教育・保育施設及び特定地域型保育施設事業並びに特定子ども・子育て支援施設等の運営に関する基準」（平成26年内閣府令第39号。以下「特定教育・保育施設等運営基準」という。）に定める、緊急時の対応、勤務

体制の確保等、事故発生の防止のための指針の整備、事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する定期的な研修の実施について法令に抵触する事実は確認されなかった。

事故発生時には、「特定教育・保育施設等運営基準」及び危険等発生時対処要領として本件施設が作成した「危機管理マニュアル」に基づいて、救命措置、119 番通報、保護者への連絡は速やかに対応している。しかし、本件施設から市への報告はなく、本件事故発生から約 4 時間 30 分後に、保護者からの連絡を受けて市が本件事故を覚知しており、本件施設は速やかに市に連絡を行っているとは言えず、「特定教育・保育施設等運営基準」第 32 条第 2 項に抵触する。

(ウ) 運用面における安全への配慮について

「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）別添「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」に記載されている、食事の介助をする際に注意すべきポイントである、児童の口に合った量で与える点や、食べ物を飲み込んだことを確認することについて、今回、本件事故が発生した事実を踏まえると、対応が十分に果たされていない。また、煮りんごやパン等一部の食材において、離乳食の最終加工を保育室で保育教諭が実施しているため、管理者や調理員が食事の最終的な形状を把握できず、施設として安全な食事の提供体制がとれていなかった。

さらに、本件施設の運用として、離乳の移行にあたり、担当保育教諭と保護者が離乳食の段階や食事の形状等を決め、クラス内、給食室、乳児部会、職員会議での周知を経て離乳食の段階を移行するとしているが、食材の大きさや形状について、担当保育教諭以外の職員や会議等において明確に周知されておらず、会議等により確認していなかった。

本件法人が作成した「保育給食部会ルールブック」について、全職員に周知できておらず、情報共有及び教育体制が十分に機能していなかった。

また、「保育給食部会ルールブック」について、「特定教育・保育施設等運営基準」に基づき、事故発生の防止のための指針として、令和 2 年 9 月に作成、令和 7 年 2 月に改定しているが、令和 7 年 1 月 24 日付けこども家庭庁成育局安全対策課他事務連絡「教育・保育施設等における食品等の誤嚥による窒息事故の防止について」に示されている内容が十分に反映されていなかった。

エ 指摘事項・是正又は改善の報告

(令和7年12月26日指摘、令和8年1月29日報告)

(ア) 文書指摘事項

指摘事項 是正又は改善を要する事項	事故発生時の対応について、市へ速やかに連絡していないことが認められた。「浜松市子ども・子育て支援法施行条例」(平成26年浜松市条例第67号)にて定める運営基準、「特定教育・保育施設等運営基準」第32条第2項に基づき、教育・保育給付認定こどもに対する特定教育保育の提供により事故が発生した場合は、速やかに市に連絡すること。
報告 是正又は改善の具体的内容	教育・保育施設等事故報告を作成する情報を整理することを優先してしまった結果、園からの電話連絡の前に、浜松市より確認の電話連絡をいただく結果となってしまいました。 今後は、緊急搬送となった時点で浜松市への電話連絡をするように徹底いたします。合わせて「事故対応マニュアル」改訂をいたしました。 浜松市内のこども園・保育園の園にも同様の対応をするよう再度周知しました。

(イ) 口頭指摘事項

あ

指摘事項 是正又は改善を要する事項	食事介助時の注意点(適切な量の提供、嚥下の確認)及び離乳食の段階移行に関する職員間の情報共有の対応が不十分であることが認められた。「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」(平成28年3月)、「新年度における教育・保育施設等の事故防止に向けた取組の徹底について」(令和7年3月12日こども家庭庁成育局安全対策課ほか事務連絡)にならい、離乳食の食材、形状、調理・加工過程を含む食事の提供方法及び離乳食の段階移行に関する保護者や職員間の情報共有方法を改め、安全な食事提供体制を整備すること。
報告 是正又は改善の具体的内容	新たに「保育食事提供マニュアル」を作成しました。食事提供時の確認方法、段階に合わせた食事形態や安全な食べさせ方、クラス毎の食事提供時のテーブル、配膳台、子どもと保育者の配置を決めました。離乳食の開始・形態移行については、食材チェック表に加えて「食事の開始・形態移行のチェックシート」を新たに作成し、保護者と園で情報共有した内容を書面で確認できるようにいたしました。

	た。その際に保護者に園の食事を実際に見てもらう機会を設けました。職員への周知方法については、乳児部会、幼児部会、職員会議、コドモンによる園内連絡、職員共有の連絡ノートなど複数の方法を用いると共に、クラス毎に園児の食事形態がわかる一覧表を更新し、保育室内、給食室、事務所に掲示するようにしました。 離乳食の検食についても改めて法人内でルール化し、0歳児クラスの担当保育士が検食する機会を設けるようにいたしました。 離乳食におけるりんごの提供方法について改めて法人内でルール化をしました。
--	---

い

指摘事項 是正又は改善を要する事項	事故発生防止のための指針（保育給食部会ルールブック）内容及び職員への周知が不十分であることが認められた。「教育・保育施設等における職員等の誤嚥による窒息事故の防止について」（令和7年1月24日 こども家庭庁成育局安全対策課ほか事務連絡）にならい指針を改め、職員への周知を徹底すること。
報告 是正又は改善の具体的内容	「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」（内閣府、文部科学省、厚生労働省）に基づき、事故防止対応指針を新たに制定し、「事故対応マニュアル（改訂版）」「保育食事の提供マニュアル」「保育給食部会ルールブック」をマニュアルとして位置づけました。 職員への周知については、両マニュアルを職員に配布し、周知しました。更に、毎月の幼児部会、乳児部会で変更箇所などについて職員間で読み合わせを実施しています。1/1 付けの施設間異動者には、配布しながら説明を実施しました。採用時も同様にする予定です。更に、年度末研修の際にも改めて確認する機会を設けます。 毎年6月に消防署に依頼し、心肺蘇生の訓練を実施しておりますが、改めて11/11、12に医師を講師に招き、おもちゃを誤嚥した設定で窒息時の対応の仕方について3、4人のチームで役割分担し救命措置の訓練を行いました。当日の欠席者には動画視聴してもらいました。

3 明らかとなった問題点や課題

(1) 提供された離乳食（煮りんご）の適切さについて

「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第3条第2項及び第4項の規定に基づき内閣総理大臣および文部科学大臣が定める施設の設備及び運営に関する基準」（平成26年7月31日内閣府・文部科学省・厚生労働省第2号）によると、子どもに食事を提供するときは、子どもの年齢及び発達の段階並びに健康状態に応じた食事を、提供することになっているが、本件事故の状況や本児aに対応していた本件施設関係者へのヒアリングから、提供された煮りんごの大きさや形状が、本児aの離乳食の進行状況に対して適切ではなかったことが、最も大きな問題点であると考えられる。

ア 本児aの離乳食の段階と提供された煮りんごの形状と大きさ

本件事故当時、本児aの離乳食の段階は「中期食」であり、本件施設では初めて食べる食材・形状は家庭で食べてから提供することを基本としていたが、1/8形状の煮りんごを、家庭で食べたか保育教諭が確認できていなかった。

保育教諭Aは、本児aが中期食であったが、上下の歯が生えてきていることや家庭では粥から白米に変わったこと、また、自食への意欲といった発達段階への考慮から、煮りんごは手で潰した1/8の大きさの形状の物を手づかみで食べられるよう提供したが、白米を基準として1/8の形状の煮りんごを提供したことや誤嚥の可能性を考慮することの視点が不十分であった。

煮りんごの提供方法は、クラス内で統一されていない。今回煮りんごを提供した保育教諭は、中期食の煮りんごを介助する経験が少なく、他の保育教諭の会話の中で「フォークで潰している」という会話の記憶により提供している。

これは、本件施設内で食材の調理及び提供方法の具体的な手順を、保育教諭に対して、的確に周知する体制がとれていなかったことによるものである。

イ 中期食の形状や食材の大きさの基準

法人が作成した「保育給食部会ルールブック」に記載された離乳食のルールは、以下のとおりである。

(ア) 離乳食の提供については、「授乳・離乳の支援ガイド」を参照に、一人ひとりの児童の発育・発達状況、咀嚼や嚥下機能の発達状況などを考慮して提供する。

(イ) 離乳食の進め方については、別紙「離乳食の進め方の目安」を参照し、家庭と連絡を密にして家での食事と園の提供内容に相違がないよう配慮する。

(ウ) 使用食品については、表を参考にアレルギー発症予防及び誤食リスク管理予防のため、家庭で予め食した食品を提供する。

(エ) 離乳食で使用できる食材が分かるよう資料を作成する。

また、誤嚥・窒息につながりやすい食べ物について、給食での使用を禁止するか若しくは配慮が必要な食材が記してある。りんごについても記載があり「【りんご・梨・柿】他県の保育施設にて、りんごを詰まらせる事故が相次いで報告され、提供方法を統一すること」としてあり、統一方法は以下のとおりとしている。

(オ) りんご・梨は、完了期（18 か月）までは加熱して提供する。

(カ) 柿は完了期までは、りんごで代用する。

(キ) 誤提供のリスク回避の為、基本、対応は個人でなくクラスごととする。

(ク) 0歳児クラスは、加熱対応する。

(ケ) りんごはサラダ等のおかずには入れない。

また、離乳食の進め方の目安として中期食は「舌でつぶせる固さ」とあり、穀類に関しては全粥となっている。「食育への取り組み」においても「授乳・離乳の支援ガイド（厚生労働省）」を参考にしていると記されており、その内容は以下のとおりである。

(コ) 家庭と保育教諭、給食スタッフが連携し摂取状況を確認しながら、個々の発達に合わせて食材の大きさや固さの調節、とろみをつける工夫をしている。

(サ) 素材の味を大切にし、だしを基本に薄味にしている。

(シ) 手づかみ食べがしやすい大きさや形の献立を取り入れている。(手づかみ食べは、食べ物を触ることで食への関心がわき、自ら食べようとする行動につながる。)

(ス) 食材の味や舌ざわりの違いを楽しめるよう調理法を工夫している。

実際には、保育給食部会ルールブックが保育教諭の手に渡っていなかったこともあり、保育教諭が自食への意欲といった発達段階を考慮した。そして、中期食であるにも関わらず、手で潰した 1/8 の大きさの形状の煮りんごを、手づかみで食べられるよう提供している。

本件事故においては、「保育給食部会ルールブック」に記載された、(ア)、(イ) 及び (コ) のルールに沿った対応ができていなかった。

ウ 離乳食に関する職員の情報共有及び検食の問題

離乳食は、クラス担当保育教諭が保護者から聞き取り、保育教諭、調理員及び栄養士で確認をして進めている。

離乳食の移行に関しては、児童の月齢や本件施設での喫食の様子により変更しており、保育教諭が月の途中で変更することがある。しかし、実際に調理員や栄養士が0歳児の喫食状況を見ることはなく、具体的な摂食、咀嚼及び嚥下の状況について保育教諭、調理員及び栄養士による情報共有はなかった。

離乳食の調理工程として、調理室では、りんごは洗って皮を剥いて 1/8 にカットしスチームで加熱し形態を変えずに保育室に提供しているが、調理室で細かく刻む等の工程はない。食材の最終的な加工は保育教諭が行っているため、調理員や栄養士は最後にどのような状態で児童に提供されているのか認識していない。

保育教諭Bは、本児aの母親から、本件事故前日に本件施設では粥での提供だが、家庭では白米を提供し食べられていることや、ミルクも卒業していきたいという申し出（意向）を直接受けており、情報共有の為にメモを翌日に引き継いでいた。

本件事故当日、保育教諭Bは本児aが手で煮りんごを持っているのを見ていつもはスプーンで食べさせているが、今日は手で持っていると思った。しかし、保育教諭Bにとって保育教諭Aは経験豊かな先輩であり、前日の保護者の申し出や保育教諭Aの考えもあると思い、その行為を止めなかった。

検食は、基本的に園長が行っているが、離乳食の検食はなく幼児食の検食のみを行っている。検食の方法は、月曜日は1歳児、火曜日は2歳児といった形式で行っている。基本的には歳児

が異なっているメニューは同じものであるが、0歳児と1歳児クラスは、細かく刻んだりフルーツが異なっていたりする。りんごの検食は通常生のりんごと煮りんごの両方を検食している。

本件事故当日は、園長が1/8サイズの煮りんご（潰していないもの）、梨を検食している。

検食については、衛生面や味について問題がないか確認しているが、大きさや形状が適当であるかという視点が不十分であった。

エ 食事についての本件施設と家庭の情報共有の問題

保護者と保育教諭とのやりとりは、児童の送迎時に直接話をするが、朝は忙しいこともあり、降園時に時間があれば保護者と詳しく話している。口頭で伝えることがほとんどであるが、連絡帳でのやり取りを週1回程度行っている。離乳食を移行する際は、本件施設での様子を伝え、保護者にも家庭での様子を聞き、保護者に食材表のチェックをつけてもらい移行していた。また、食材のチェック方法は、摂取した食材がある場合は○をつけてもらう方法であった。離乳食の移行は、児童の月齢によって保育教諭が変えているため、月ごとに離乳食が進んでいくわけではなく、月途中で移行することがある。

その際、摂取した食材のチェックの中で、固さや形状について聞き取りが十分ではなかった。離乳食の移行に関して、保育教諭同士で話し合いはしているが、勤務体制を踏まえた確実な情報共有体制が構築されていない。本件法人が作成した「保育給食部会ルールブック（食事提供時に関するマニュアル）」を見たことがなく、入職時にも配付されていない保育教諭がいたことや、保育教諭が参加する給食会議はなく、月に1回本件法人が運営する施設の調理員、栄養士及び園長が集まる保育給食部会にも、保育教諭が参加することはなかった。

オ 調理員や栄養士の役割

前記ア、イにおいて触れている、提供した食事の適切さに加えて、食事時の児童の環境や、動作・仕草についての状況把握が不足していたと考えられる。今回のように、手づかみで食べさせる場合には、児童がどのように行動するか予測する必要がある、こういった判断は保育教諭のみでは難しかったと推察される。

食材の加工については、調理室で最終的な食材の加工を行うわけではなく、保育教諭が個々の判断で最終的な食材の加工を行っている。そのため、安全性を確保する判断が統一されていなかった。

（2）市への本件事故発生時の報告について

事故発生時には、「特定教育・保育施設等運営基準」及び危険等発生時対処要領として施設が作成した「事故対応マニュアル」に基づいて、救命措置、119番通報、保護者への連絡は速やかに対応している。しかし、本件施設から市への報告はなく、本件事故発生から約4時間30分後に、保護者からの連絡を受けて市が本件事故を覚知しており、本件施設は速やかに、市に連絡を行っているとは言えない。

本件事故発生時には、救命措置を最優先し、本児aが救急車で搬送後、在園児童への対応や保護者への連絡等の対応後の13時20分頃には、市への報告が可能であったと考えられる。連絡が

できなかった大きな理由として、本件法人本部職員を含めて、職員が市へ速やかに報告するという認識がなかったことが挙げられる。

4 問題点や課題に対する提言

提言 1 家庭と施設の確実な情報共有

担当保育教諭は、児童の家庭での食事の状況について情報を得ると共に、一人ひとりの児童の発育・発達の状況、咀嚼や嚥下機能の発達状態等を正確に把握する必要がある。

そのためには、家庭との情報共有が重要であり、食材の大きさや形状等について、施設での対応方法を保護者が確認する機会を作り、共有することが大切である。保護者が食事の様子を見学できる機会を作ることを推奨する。また、家庭の食事で危険だと思われる姿勢や、食べ方を教えてもらう等の情報交換を行えると良い。

その際、施設からの情報を各家庭が正しく認識できるように、確認ツールや面談の機会等を作り、情報の認識にずれや食い違いが起こらない体制づくりに努めること。

提言 2 施設の職員間の確実な情報共有

担当保育教諭が把握した家庭からの情報は、その内容について複数の担当者間で確認する必要がある。さらに、園長・主幹保育教諭・担当保育教諭・調理員・栄養士等様々な職員が、その情報を共有するための具体的な手続きを施設ごとに定め、特に離乳の移行期にあつては、進行状況を慎重に見極めなければならない。

施設の職員間での情報共有については、食事提供時に関するマニュアルや国通知の回覧及び職員会議での周知を、中途採用の職員等を含め徹底すると共に、実際に確認したか定期的に確かめることが必要である。

有効な手段として研修があるが、研修も実態に即した内容とすることが必要である。本件事故時における救命措置については適切に対応できているが、今後も即座に対応できるよう、救命措置フロー図を確認する研修に加えて、救命講習等実践的な研修を積極的に導入されたい。実際に迅速な対応ができるような研修内容を検討することが重要である。また、救命措置以外の研修についても、充実に努めること。

さらに、食材の形状や大きさについて、児童ごとに個別対応する際のルール作りも丁寧に進め、食事提供時に関するマニュアルに記載して周知すべきである。

提言 3 児童の安全性を考慮した検食の実施

本件事故があつた施設では、従前は、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い。国の通知でも離乳食の検食について記載がないため、必ず行わなければならないものではないが、適切な検食を行うことにより、離乳食の提供が安全かどうか判断でき、事故の発生を未然に防ぐことができると考えられる。

そうした中、本件施設では本件事故発生後に離乳食の検食を始めており、その中で検食をすることによる気づきがあり、リスク管理にも役立っているという回答を本件施設から得ていることから、離乳食の検食の実施を推奨する。

検食時に記載する検食簿については、中期、完了期等の離乳期ごとに様式を定め、主観による判断とならないように目安の食材の固さ等を示すことが望ましい。食事提供時に関するマニュアルについても、実際にある食材等を例に挙げて、誰にでも固さや柔らかさ等が理解できるように記載することで、児童の立場に立った安全性が確認できる検食を実施すること。

提言 4 安全な食事提供体制の整備

今回、調理を行っていた調理員や栄養士は、提供した食事の衛生面の安全性、栄養バランス等は確認しているが、実際に食事中の児童を観察する機会はなく、食材の最終的な加工が保育教諭に委ねられていたことが本件事故発生の要因の一つであると考えられる。

調理を行う調理員や栄養士が、食事中の児童の環境や動作、仕草についての状況を把握し、食材の加工について判断し、食事提供時に保育教諭が食材の加工をしない体制の構築が必要である。

また、食材の加工は調理室で全ての加工を完結することが望ましい。

食事の提供に関与する全ての職員の役割分担を明確化し、安全な食事提供体制を整備すること。

提言 5 事故発生時の報告の徹底と事故対応マニュアルの確実な共有

事故発生時には、救命措置を最優先で対応し、「特定教育・保育施設等運営基準」に沿って、保護者や市への速やかな報告を徹底すること。事故発生時には混乱も予想されることから、事故対応マニュアルに報告先や報告手順、報告すべき内容等を定めておくことも重要である。

事故対応マニュアルは、施設の運営に非常に重要なものであり、内容の見直しや変更があった場合だけでなく、定期的に研修等により周知し、確実に施設職員間の情報共有を図り、迅速な対応ができるようにすること。