

大阪市教育・保育施設等における
重大事故検証報告書

令和3年1月

こども・子育て支援会議
教育・保育施設等事故検証部会

目次

はじめに..... 1

第1 検証の目的及び方法..... 2

1 検証の目的..... 2

2 検証の方法..... 2

第2 事例の概要..... 4

1 事故の概要..... 4

2 施設の概要..... 4

3 事故発生時の状況..... 4

4 当該児童について..... 9

5 給食管理等について..... 12

6 その他..... 13

第3 本事例から抽出された課題とその分析..... 15

1 課題の抽出..... 15

2 背景要因から見えてきた課題の分析..... 16

第4 再発防止策のための提言..... 23

1 提言1 一人一人の子どもの発達に応じた保育の重要性..... 23

2 提言2 給食管理体制の確保と子どもの発達に応じた食事の提供..... 24

3 提言3 職員一人一人の危機管理意識の向上..... 25

4 提言4 保育の質の向上に向けた組織的な取組の強化..... 26

5 提言5 保育の質の向上につなげるための大阪市の支援強化等..... 27

こども・子育て支援会議 教育・保育施設等事故検証部会委員名簿..... 29

【参考資料】

参考資料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..... 33

参考資料2 こども子育て支援会議 条例、施行規則、運営要綱、同会議教育保育施設等事故検証部会運営規程..... 45

参考資料3 応急処置について..... 51

参考資料4 食品ごとの留意点一覧表..... 53

参考資料5 食べ物による誤嚥窒息を防ぐための留意事項..... 57

参考資料6 離乳食についての調査票..... 59

はじめに

令和2年2月12日（水）11時30分ごろ、大阪市内の認可保育所において、1歳2か月の児童が亡くなるという、痛ましい事故が発生いたしました。お子様のご冥福を心からお祈りするとともに、保護者並びにご親族の皆様方に謹んでお悔やみを申し上げます。ご心痛が一日も早く癒されることを願ってやみません。

大阪市では、平成28年にも認可外保育施設において睡眠中の事故が発生しており、この事故の教訓を真摯に受け止め、全市の保育関係者に対し、保育における危機管理体制や保育業務の見直し、保育士等の危機管理意識の高揚とともに、子どもの育つ環境の安全確保に向けて事故防止の取り組みを強化してまいりました。しかしながら、今回このような痛ましい事故が発生してしまったことは慙愧に堪えません。どんな場であろうとも、子どもの死亡事故はあってはならず、保育は「子どもの命を預かる」という責任重大な職務であることを改めて痛感いたします。今回の事故への痛恨の思いと私たち大人に与えられた使命を心に深く刻み、再度、このような事態が起こらないように、事故防止と子どもの育つ環境の安全確保に万全を期さなければなりません。

今回の事故発生直後、保育、医学、法律、栄養学等を専門とする委員6名からなる「こども・子育て支援会議教育・保育施設等事故検証部会」を早急に開催し、事故の経過・詳細の把握に努め、課題を明らかにするとともに、事故防止に対する今後の在り方について審議してまいりました。この事故検証では、保護者の方、当該保育施設関係の方々へのヒアリング調査を実施いたしました。その過程で得られた、それぞれの立場からの事実認識や確認情報、意見陳述を整理し、慎重かつ丁寧に論議を進めてまいりました。さらに、提言にあたっては、子どもの命と人権の保障並びに保護者への説明責任を最優先に、法的義務はもとより行政として可能な再発防止策を講じるべく、審議をいたしました。

ヒアリング調査等では、どの立場の方にもつらいものがあったことと存じます。時には平常心では対応できないことも多々あったことと拝察いたします。それにもかかわらず、本検証のためにご協力くださり、貴重な情報や資料、忌憚のないご意見等を提供くださったことに心より感謝申し上げます。報告書がまとまりましたので、ここに謹んで報告させていただきます。

本報告書を通じて、各保育施設や関係諸機関、大阪市をはじめとする行政が、リスクマネジメントへの課題認識を高め、子どもの安全対策の強化と保育の質の向上に向けた長期的取り組みにつながることを期待しております。

こども・子育て支援会議 教育・保育施設等事故検証部会
部会長 寺見 陽子

第1 検証の目的及び方法

1 検証の目的

教育・保育施設等における子どもの死亡事故について、事実関係の把握を行い、事故の発生した背景、保育環境、要因等を調査し、子どもや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のものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。

2 検証の方法

(1) 検証の方法

- ①事例の内容把握のため、保護者及び施設関係者へのヒアリングや関係書類の確認を行う。
- ②疑問点や不明な点の整理を行う。
- ③問題点及び課題の抽出について、事故の発生原因、背景、応急処置方法、組織体制の観点から検討を行う。問題点等を抽出する過程で、さらに事実関係を明確化する必要がある場合、ヒアリングや現地調査を実施する。
- ④抽出された問題点及び課題を踏まえ、その解決に向けて実行可能性を勘案しつつ、再発防止策の提言を行う。

(2) 事故検証部会開催経過

回数	開催日	議事内容等
第1回	令和2年3月19日（木）	(1) 部会長の選出 (2) 運営規程について (3) 傍聴要領について (4) 事故概要について (5) 検証の進め方について
第2回	令和2年6月11日（木）	(1) 事実整理について (2) 保護者及び施設関係者へのヒアリング
第3回	令和2年6月25日（木）	(1) 事実整理・要因分析について (2) 問題点・課題の抽出について
第4回	令和2年8月7日（金）	(1) 事実整理の確認について (2) 再発防止策の検討について
第5回	令和2年10月29日（木）	(1) 事故検証報告書素案について (2) その他
第6回	令和3年1月14日（木）	(1) 事故検証報告書について

(3) 現場調査及び聴き取り等の実施状況

実施日	実施内容
令和2年2月12日（水）	事故現場の確認、施設関係者への聴き取り
令和2年2月13日（木）	施設関係者への聴き取り
令和2年2月14日（金）	食事の様子を確認、施設関係者への聴き取り
令和2年2月17日（月）	法人代表への聴き取り
令和2年2月25日（火）	施設関係者への聴き取り
令和2年3月9日（月）	施設関係書類の確認、施設関係者への聴き取り
令和2年3月12日（木）	保護者への聴き取り
令和2年3月25日（水）	施設関係者への聴き取り
令和2年3月30日（月）	検証部会の状況説明、園長への聴き取り
令和2年4月9日（木）	施設関係者への聴き取り
令和2年5月2日（土）	警察による現場検証の立ち合い
令和2年7月1日（水）	検証部会の状況説明、法人代表への聴き取り
令和2年7月8日（水）	職員全員を対象にヒアリングを実施

第2 事例の概要

1 事故の概要

令和2年2月12日（水）11時30分ごろ、認可保育所において、1歳2か月の男児が給食中に食べ物を喉に詰まらせたため、園における救命処置と並行して119番通報し、病院に搬送されるも、搬送先の病院で死亡が確認された。

司法解剖結果では死亡原因は食物誤嚥による窒息とされている。

2 施設の概要

（令和2年2月12日現在）

施設種別	認可保育所
設置者種別	社会福祉法人
認可年月日	平成19年4月1日
所在地	大阪市城東区
施設概要	鉄筋コンクリート造 3階建ての2階 保育室 227.5㎡、調理室、トイレ、事務所、屋外遊戯場
認可定員	98人 $\left(\begin{array}{l} 0歳児9人、1歳児16人、2歳児16人 \\ 3歳児19人、4歳児19人、5歳児19人 \end{array} \right)$
利用定員	88人 $\left(\begin{array}{l} 0歳児9人、1歳児15人、2歳児16人 \\ 3歳児16人、4歳児16人、5歳児16人 \end{array} \right)$
職員配置数	園長1人、保育士15人（うち常勤13人）、調理員2人、 保育補助者2人
開所時間	月曜日～金曜日 7:00～19:00 土曜日 7:30～18:00

3 事故発生時の状況

(1) 出席児童数と職員状況（令和2年2月12日時点）

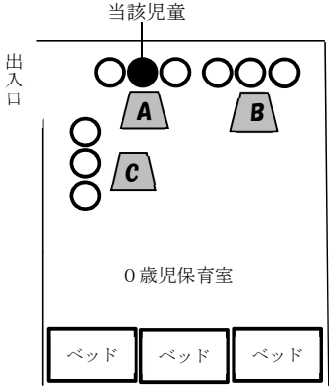
年齢	在籍児童数	当日出席数	当日の職員配置
0歳児	9人	9人	正規2人(A保育士・B保育士) 非常勤1人(C保育士) ※正規1人休み
1歳児	14人	14人	正規3人
2歳児	15人	15人	正規3人
3歳児	13人	12人	正規2人
4・5歳児	14・16人	13・14人	正規2人・非常勤1人
その他	園長・給食調理員2人・保育補助（朝タパート2人）		

(2) 0歳児クラスの保育体制について（令和2年2月12日時点）

	勤務形態	年齢	保育経験年数	当園勤務年数
A保育士（担任）	常勤	20代	3年	1年
B保育士（担任）	常勤（主任）	40代	26年	26年
C保育士（応援）	非常勤	40代	3年	3年

(3) 0歳児クラスの保育の状況

時刻	主な活動	状 況
7:34	登園	・当該児童が母親と登園。A保育士が受け入れた。当該児童はいつもと変わらない様子であった。
9:20	おむつ交換	・1歳児室でおむつ交換を行った。
9:30	朝のおやつ	・1歳児室でヨーグルト1/2カップ（毎日の決まった量）を完食した。
9:40	ホールに移動	・0歳児9人と担当保育士（A、B、C）3人がホールに移動した。
9:45	生活発表会のリハーサル及び他クラスの見学	・当該児童は曲に合わせて楽しそうに体を動かしたり、マラカスを振ったりしていた。他のクラスの練習を見ている間は、保育士の膝の上で見たり、ホールを歩き回ったりしていた。
10:40	0歳児保育室に戻る	・おむつ交換後、おもちゃで保育士と一緒に遊んだ。
11:00	片づけ	・おもちゃを片付け、給食用のテーブル付き椅子（下写真）を9台準備し、保育士が児童を座らせた。 
11:05頃	給食準備	・0歳児担任が給食室へ給食を取りに行った。普通食8人分及びアレルギー対応食1人分の給食がトレイに盛り付けられていた。

11:10頃	食事開始	・3人ずつの児童に対し、保育士が1人ずつ対面して座り、食事介助及び見守りをしていた。当該児童は児童3人の真ん中に座り、目前にA保育士が座って食事介助していた。  ・当該児童の前には食べ物は何も置かず、給食は床に置いた状態でA保育士がスプーンで食べさせた。 ・B保育士から「りんごから食べさせて」と言われ、当該児童が苦手なりんごから食べさせた。 ・りんご、ハンバーグ、ミネストローネ、パンを順に食べさせた。 ・初めは時間をかけてゆっくりとりんごを食べ進めていた。口の中に何も入っていないのを確認し、何度かお汁を飲ませた。 ・途中で口からりんごを出してしまったため、おかずと一緒に食べさせた。
11:30頃	事故発生・応急処置	・パンとりんごを口に入れ、パンのみを飲みこんだため、口の端にたまっていたりんごを中央に持ってきて、ハンバーグを口に入れた。りんごとハンバーグを口に入れたときにぐずって泣き始め、体をのけぞらせるようにして嫌がる素振りをした直後に咳き込み詰まらせた。 ・A保育士が背中を叩いて吐き出させようとした。「〇くんがおかしい」と異変をまわりの保育士に伝えた。 ・A保育士の声に気づいたB保育士が応急処置を交代し、顔を下に向け、背中を叩き、口に指を入れようとしてみたが、口は開かなかった。 ・B保育士がA保育士に園長を呼ぶよう指示した。

11:38	救急車要請	・ C保育士もB保育士と一緒に背中を叩き、応急処置を行った。 ・ 背中を叩いたときに、りんごの欠片とパンが出た。 (口から出たものか、喉から出たものかは不明) ・ 当該児童の唇が紫色になり、ぐったりして反応がなかった。 ・ A保育士はトイレにいた園長に児童の異変を伝えた。 ・ 部屋に戻ってきたA保育士に、B・C保育士が救急車を要請するよう指示をした。A保育士は119番通報のため、電話のある1歳児室に行った。
11:43	救急車到着	・ A保育士が1歳児室にある電話で119番へ通報し、救急車を要請。1歳児担任も応急処置の応援に入った。 ・ 当該児童以外の8人の児童を他のクラスの保育士たちが1歳児室に移動させた。 ・ 園長は給食室にも応援を要請し、喉に詰まった物を取るために掃除機を持って0歳児室に向かった。掃除機は当該児童の口には入らなかったため使わず、AEDを事務所から持ってきた。 ・ 1歳児担任、C保育士、給食調理員がAEDのパッドを装着し作動ボタンを押すも「ショックの必要はありません」とのアナウンスがあり、心臓マッサージと人工呼吸を2～3セット行った。 ・ A保育士は子機で救急隊からの指示を聞きながら応急処置を伝達した。 ・ 人工呼吸時にドロットした吐物があった。
11:50	救急車出発	・ A保育士と園長が救急車に同乗した。 ・ 他の職員が保護者へ救急搬送されたことと搬送先を伝えた。
12:00	病院到着	・ 保護者が病院に到着した。
13:14	死亡確認	

(4) 当日の献立

献立は「①ハンバーグ ②コーンバター ③ミネストローネ ④コッペパン ⑤りんご」となっており、切り方等については、下に示した通りである。お茶の提供はなかった。(夏場は、お茶を提供していた。)



(5) 当該児童が事故発生時点で食べていた量 (A保育士の記憶によるもの)

ハンバーグ 2/6 切、コーンバター 少量、ミネストローネ 1/2 量、
コッペパン 1/2 量、りんご 1 + 1/3 切

4 当該児童について

(1) 事故当時の当該児童の状況

- ・生後1歳2か月、体重10.05 kg、身長74.5 cm
- ・既往症及びアレルギーはなし。
- ・生後4か月頃に首がすわり、7か月頃にはお座りが安定、12か月頃に歩行する。
- ・事故当時、一人で歩いて探索していた。
- ・令和2年1月29日の保育園で実施した歯科健診の記録では、上4本、下3本となっている。
- ・入園以降、発熱や咳症状等で欠席するも、大きな病気にかかることもなく順調に成長していた。
- ・0歳児担任保育士によると、成長に関して特に気になることはなかったとのことであった。

(2) 園での児童の様子と食事の様子（園の記録・担任からの聴き取りによる）

月 齢	児童のようす	食事のようす
0歳5か月 (R1.5月)	5/7入園。寝返りを繰り返して、移動しようとする。玩具を持つと、振ってまわり口に入れたりしている。動くものは目で追う。	ミルクのみで、1日に3回（朝・昼・夕）4時間おきに200ccずつ飲んでた。お腹が空くと泣いて訴える。ミルクを飲むときは、手を添えると自分で飲もうとする。
0歳6か月 (R1.6月)	腹ばいの状態からお尻をあげてハイハイの体勢になる。座ようになるが、不安定なため保育者の支えが必要である。	ミルクは一定量飲んでいるが、すぐにお腹が空き、他児の哺乳瓶を見つけると求める。
0歳7か月 (R1.7月)	ハイハイでの探索活動が盛んになる。気になるところへ積極的に移動する。一人座りが安定してきた。音に敏感で他児の泣き声で起きてしまうことがある。	
0歳8か月 (R1.8月)	保育士との触れ合いを喜び、手足をばたつかせる。つかまり立ちを頻繁にするようになる。思い通りにならないとよく泣く。	離乳食を少しずつ開始する。少量ずつで、触感や味を確かめるように食べている。味が気に入ると体を乗り出し催促する。
0歳9か月 (R1.9月)	歌に合わせて手を動かしたりリズムをとったりすることを喜んでいる。他児とのかわりが盛んになる。どこにでもつかまり立ちをし、他児を支えに立とうとする。	離乳食は、早く食べたくて催促して怒る。
0歳10か月 (R1.10月)	笑顔が増え、表情が豊かになってくる。動きが活発になり、物を引っ張りだしたり、椅子から乗り出したりする。	好きな食べ物になると、待ちきれずウーウーと訴え欲しがる。

月 齢	児童のようす	食事のようす
0歳11か月 (R1.11月)	何でも一度口に入れてから遊ぶ。一人で立ち上がる姿が頻繁に見られる。少しの間一人で立てるようになり、一歩が出るようになる。絵本を見て指さしをする。	お汁を口に運ぶと触感がないためか嫌がる。
1歳0か月 (R1.12月)	少しの間、一人で立ち上がりバランスをとれるようになる。一歩出るもののすぐにあきらめて座り込んでしまう。名前を呼ばれると手をあげる。	おろしりんごから一部スライスりんごに移行し、保育者が小さく割ったものを少しずつ触感を楽しみながら食べる。給食の汁物が苦手で嫌がる。
1歳1か月 (R2.1月)	不安定だがひとりで歩けるようになる。頬や手足等が乾燥から赤くなっていたので保湿クリームを塗る。	普通食になる。1月半ばからミルクをコップで飲む練習を少しずつすすめるがすぐにあきらめて顔を背ける。りんごは食べにくそうである。保育者が差し出すスプーンをよく観察するようになり、嫌いなものだと顔を背けたり体ごと横を向いたりする。

(3) 当該児童の離乳食の経過

①家庭での離乳食の経過（保護者からの聴き取りによる）

- ・家で生後5～6か月の頃に始めてみたが、市販の離乳食を食べた後に下痢が続いたので一旦中断した。6～7か月の頃に、園から「離乳食を始めていきましょうか」と話があり、アレルギーの確認をしてほしいと言われたので、検査をし、「卵・乳」のアレルギーがないことを園へ伝えた。
- ・ペースト状のものから離乳食をスタートした。進んでくると、繊維質のものや口に残りやすいものは「ペツ」とすることがあり、ほうれんそうは味がついていたら食べるが、味がないと嫌がっていた。
- ・りんごは、すりおろして1～2回くらい食べたことがある。
- ・1歳の頃には、パンやバナナを手で持ち、よく食べていた。バナナは好きで、小さく切っていなくても大きいまま持って、かじって食べていた。
- ・最近ではスプーンにも興味を持ち、手に持って食べ物をすくおうとしていた。

②保育園での離乳食の経過（担任からの聴き取りによる）

- ・8月頃より、保護者と話し合いながら離乳食を少しずつ進めていった。体調があまりよくなかったこともあり、ゆっくり進めた。
- ・おかゆ、野菜（にんじん・じゃがいも等）のペースト状のものから始め、母からの送迎時の聴き取りと園での食べる様子を見て、B保育士が中心となって進めていた。
- ・おろしりんごからスライスに移行した際、小さく割って与えると食べるが、なかなか飲み込まず、口から出そうとしていた。前歯で噛みきる力が弱かったので、食材によっては担当保育士がスプーンで切ったり、つぶしたり、お汁と一緒に口に運ぶ等していた。
- ・児童への食事介助については、担当を決めておらず担任が交代で行っていた。

- ・1月に入り、コップでミルクを飲む練習を始めた。途中で嫌になって飲むのをやめることもあった。
- ・園においては、自分で食べることはなく、口に運んでもらうと食べていた。スプーンやりんご、バナナを手持たせようとしても手に持とうとしなかった。また、乳児用せんべいのような干菓子を手に持たせても噛むのではなく、ひきちぎるようにして食べていた。
- ・離乳食については、進め方の目安や献立の展開例など職員間で共有するものはなく、児童の月齢を元にB保育士の経験値で、毎朝献立を見て調理員に個別の配慮を伝えていた。

③保育園と保護者との連携（保護者及び担任からの聴き取りによる）

- ・送り迎えは主に母がしており、登園は朝早く降園が遅いため、担任の先生と話をすることはほとんどなかった。父が今まで保育園に行ったのは、2～3回程度だった。
- ・離乳食を始めるときには、「始めましょうか」と園から話はあったが、その後は、細かい情報のやりとりはしていない。事故の日に、「りんごが苦手だった」と保護者は初めて聞いたとのことであった。
- ・食事についての保護者からの聴き取りは、主にB保育士が行っており、聴き取った内容についての担任間の共有は、口頭で行っていた。
- ・保護者に配付している離乳食の献立表は、初期、中期、後期等の段階に分かれたものではなく、1種類のみとなっており、個人別の給食内容は、保護者と園との連絡ノートで伝えていたとのことであったが、連絡ノートの記載では、詳しい形状や食べた量の記載は確認できなかった。

④当該児童の離乳食の進み具合

- ・当該児童の離乳食の進み具合は次の通りである。（連絡ノートから抜粋）当該児童が食べた献立と保護者に配付されていた離乳食献立が一致していたのは、1歳0か月だけであり、その他の時期は、実際の食事内容と配付された献立が相違しているケースが多く見られた。

月 齢	連絡ノートに園が記載していた献立内容	参考（保護者に配付されていた離乳食献立名）
6 か月	ミルク2回	
7 か月	7/25（離乳食の開始） ミルク2回 おかゆ・人参・おろしりんご 7/29 おかゆ・人参・じゃがいも・豆腐	7/25 おかゆ・カレイの蒸し焼き・にんじんのグラッセ・ほうれん草のみそ汁・メロン 7/29 おかゆ・牛肉の蒸し焼き・やわらか野菜ソテー・豆腐とわかめのスープ・りんご
8 か月	8/3：午前のおやつ開始 8/23：午後のおやつ開始 8/30 おかゆ・ささみ・野菜スープ・おろしりんご	8/30 さつま芋がゆ・すき焼き風煮込み・豚汁・りんご

月 齢	連絡ノートに園が記載していた献立内容	参考（保護者に配付されていた離乳食献立名）
9 か月	9/25 おかゆ・カレイ・トマト・甘味みそ汁・おろしりんご	9/25 かやくごはん・ミートボール・きざみトマト・甘味みそ汁・りんご
10 か月	10/7 おかゆ・肉じゃが・そうめんすまし汁・おろしりんご	10/7 おじや・肉じゃが・そうめんすまし汁・りんご
11 か月	11/20 パンがゆ・豆腐の野菜あんかけ・おろしりんご	11/20 パンがゆ・牛肉入りマッシュポテト・豆腐の野菜あんかけ・みかん
1 歳 0 か月	12/9 カレー風味おじや・スパゲティサラダ・スライスりんご	12/9 カレー風味おじや・スパゲティサラダ・りんご
1 歳 1 か月	1/9（当月より普通食となる） ごはん・蒸し鶏・スイートキャロット・青菜のスープ・りんご	1/9：普通食献立 ごはん・チキンカツ・スイートキャロット・青菜のスープ・りんご

5 給食管理等について

(1) 職員体制

- ・調理従事者2人

(2) 提供食数

- ・0歳児は9人、1～2歳児は29人、3～5歳43人、合計81人
- ・職員食は2人分（4・5歳児クラスの担任）
- ・0歳児の9人は令和2年1月から全員に普通食を提供していた。

(3) 献立作成等

- ・通常の献立及び離乳食献立を同一法人が運営する保育園の栄養士が作成していた。
- ・給食会議を月1回開催しており、会議録には開催日・出席者・会議内容・記入者が記載されていた。参加者は各クラス担任5人（4・5歳児は合同保育のため担任は1人）、調理従事者1人、会議内容は、主に各クラスのアレルギー児の状況の確認と食材チェックであった。

(4) 離乳食

- ・離乳食の献立表は、離乳の各段階（初期・中期・後期等）別に作成されてはおらず、後期食程度の1種類の離乳食献立表を作成していた。
- ・離乳食の手引書等は活用しておらず、毎朝9時から10分程度、主任である0歳児クラスの担任から献立表をもとに使用する食品や切り方等の指示を受け、離乳食を提供していた。

(5) 発注

- ・調理従事者が担当している。
- ・発注量は、乳児は幼児の8割量、職員食の量は幼児の2倍量である。
- ・食材は基本的に業者による納品で調達していた。米、乾物、調味料、加工食品、お菓子は調理従事者が近隣のスーパーで購入していた。
- ・事故当日のハンバーグは2月5日に近隣のスーパーで調理従事者が購入した。

(6) 検食

- ・昼食と午後の間食については、所定の時間に調理室で園長が行う。離乳食については検食なし。
- ・検食の時間は、昼食10時45分～10時50分、午後の間食14時～14時30分である。
- ・事故当日の昼食の検食記録は、園長が10時50分に検食し、分量・味付け・盛付・異物混入の有無・適切な加熱状況・異味異臭の有無の項目にチェックはされていたが、園長に確認したところ「正直、味付けしか確認していなかった」とのことであった。

(7) 配膳方法

- ・調理室で調理従事者が、主食、主菜、副菜、汁物を料理ごとに食器に盛付け、各クラスの人数ごとにトレイにセットする。
- ・果物やチーズはクラスごとにボウルに人数分を入れて配膳する。
- ・セットされたトレイや果物のボウルを各クラスの保育士が、あらかじめ決められた時間（昼食は0歳児クラスの11時からスタート）に調理室に取りに行き、保育室で個人ごとに配膳する。

6 その他

(1) 園の運営及び保育の状況について

- ・当園から約600m離れたところに、同一法人が運営する保育園があり、毎月の職員会議を合同で開催しており、運動会、発表会、園外活動、プール活動などの行事もほぼ合同で行っている。また、マニュアル類や保育の全体的な計画なども共通のものとなっており、一体的に保育を進めている。
- ・日常の保育の実態や職員の危機管理意識等を把握するため、市担当者が職員全員へのヒアリングを行った。それにより、「給食を全量食べきる」「時間内に食べきる」といったルールが園全体に定着していたことや安全に関するマニュアルが活用されていなかったことなどが明らかになった。

(2) マニュアル整備状況について

- ・安全に関するマニュアルとして、「安全管理マニュアル」が事故当時整備されていた。内容としては、防災・防犯・事故対応等であった。
- ・平成30年6月に大阪市より全施設に「みまもり」※1（事故防止及び事故発生時対応マニュアル作成の手引き）等を配付し、重大事故が発生しやすい場面の対策を講ずる

よう周知していたが、園のマニュアルの中に、食事中や睡眠中に関する事故防止対策の記載は確認できなかった。

(3) 職員の研修受講状況について

- ・外部研修の参加について、園長への聴き取りでは、職員の希望を受け、職員一人あたり1年に2回は受講できるよう、決定しているとのことであった。
- ・平成30年度に15人の職員のうち9人が計12回、令和元年度は、17人の職員のうち11人が計18回の外部研修を受講しており、一度も研修を受講していない職員もいた。
- ・受講者は、同法人が運営する保育園との定例会議の際に受講内容を報告するとのことであったが、職員会議の会議録には、研修の日程等のみが記載されており、研修内容についての記載はなかった。

(4) 心肺蘇生等訓練について

- ・令和元年6月15日に城東消防署と連携し、同一法人が運営する保育園にて合同で実技訓練を実施したが、それ以前に園で訓練は実施していない。（個人で消防署の救急救命講習を受講した職員が1人いる。）また、誤嚥事故に関しては、誤嚥防止の話し合いや応急処置の訓練を行ったことはないとのことであった。

※1「みまもり」

平成27年度に施行された子ども・子育て支援新制度において、「特定教育・保育施設等は、事故の発生又は再発を防止するための措置として、事故が発生した場合の対応等が記載された事故発生防止のための指針を整備すること」とされたこと及び、平成28年4月に認可外保育施設において、午睡中の児童の死亡事故が発生したことを受け、全施設に啓発用ポスター及び「みまもり」（事故防止及び事故発生時対応マニュアル基礎編・作成の手引き）を配付した。

（大阪市ホームページアドレス）

<https://www.city.osaka.lg.jp/kodomo/page/0000465371.html>

第3 本事例から抽出された課題とその分析

1 課題の抽出

今回の事故の死因は「食物誤嚥による窒息」とされており、食べ物が詰まったときの具体的な状況として、実際に食事を援助していた保育士によると、「りんごとハンバーグを口に入れたときにぐずって泣き始め、体をのけぞらせるようにして嫌がる素振りをした直後に咳き込み、その瞬間に詰まらせた」と言っている。この状況を整理すると、「口に食べ物がある状態で泣き出したこと」「泣きながら体をのけぞらせたこと」に誤嚥の原因があったと思われる。体をのけぞらせた瞬間に喉の近くに食べ物が落ち、泣いていたことや咳をする際の呼吸の引き込みより、気管に詰まったと推察される。

偶発的な要因の重なりが誤嚥の直接的な原因であるが、誤嚥が起きるまでの食事援助や事故当日に提供されていた食材を含めた当園の離乳食の状況等を鑑みると、事故につながると思われる問題点が見受けられ、様々な要因が重なったことで、誤嚥のリスクが高まったと考えられる。

誤嚥事故の再発防止策を考える上では、今回の事故につながったと考えられる問題点や課題を一つ一つ丁寧に探っていく必要があり、検証の中で明らかになった事実をもとに事故に関連する要因を抽出した。

I 直接的な要因

- ・口に食べ物が入っている状態で泣き出した
- ・泣きながら体を斜めにのけぞらせた

II Iにつながったと思われる要因

- ① りんごが苦手で食べるのを嫌がっていたが何とか食べてほしいと思い、口の中にりんごが残っている状態で次の食べ物を入れた

- ② りんごが約2センチの厚みのくし切りで提供されていた（子どもが食べやすいようにその場で小さくしながら、食べさせていた）

III IIにつながったと思われる要因

- ア 給食は「全量食べきる」「時間内に食べきる」ということが、0歳児を含むすべてのクラスで定着していた

- イ 事故当時、0歳児クラスにはお茶の提供がなかった

- ウ 離乳食から普通食に移行するプロセスに課題があった

上記のように事故につながった要因を構造的に抽出していくと、さまざまな角度から保育の実態とその背景が見えてきて、事故検証部会において、課題を次のように抽出した。

IV 背景要因から 見えてきた課題

〈保育における食事に関する課題〉

- ① 園全体の食事の食べさせ方について
- ② 乳児の食事援助について
- ③ 保護者との連携・職員間の情報共有について

〈給食調理・提供等に関する課題〉

- ① 給食管理体制について
- ② 離乳食の進め方について
- ③ 食物誤嚥防止について

〈危機管理意識・マニュアル・訓練等に関する課題〉

- ① 危機管理意識及びマニュアルの整備・活用について
- ② 事故当日の応急処置等対応と訓練について

〈園の組織運営・保育の質の向上に関する課題〉

- ① 園長の責務とリーダーシップについて
- ② 保育の質の向上に向けた組織的な取組について

〈大阪市の取組に関する課題〉

- ① 事故防止に向けた普及・啓発について

このように抽出された課題の一つ一つについて、再発防止策の検討に向けた分析を行った。

2 背景要因から見えてきた課題の分析

(1) 保育における食事に関する課題

①園全体の食事の食べさせ方について

職員ヒアリングにおいて、「誰から言われたというわけではないが、みんながそうしているから、そういうものだと思っていた」という旨の回答が複数の職員から聞かれ、暗黙のうちに職員の中に『給食は全量食べきる』といったルールが認識されていたということがわかった。

また、そのことに対して疑問を感じていた職員もいたようだが、「意見として言ったことはない」「クラスの先生には相談したことがある」などの回答があった。

このような実態から、長年にわたり、園での給食は、好き嫌いをせず、時間内に全

量食べることが園全体に定着し、一人一人のペース等への配慮よりも優先されていたと考えられる。

②乳児の食事援助について

0歳児クラスにおいても、園全体と同様に全量食べることと時間内に終わらせることを目標にして、食事の援助を行っていた。

事故の当日においても、当該児童には苦手なりんごから食べさせるようB保育士からの指示があり、A保育士はその指示に従いりんごから食べさせた。途中で嫌がって口の中にあったりんごをベツと吐き出したが、再び小さく切ったりんごを口に入れ、飲み込みやすいようにとハンバーグも口に入れたことがわかっている。A保育士に限らず、他の保育士もこのような食べさせ方をしていたとのことであった。日常的に保育士は、一人一人の食べるペースや量に合わせることで、決められた時間内に食べ終わらせることに意識が向いており、食事中は担当保育士の気持ちに焦りがあったと思われる。

また、当園の0歳児クラスは9人の子どもに対して、3人の担任保育士がいたが、食べさせる子どもの担当は決めておらず、その日その日で食べさせる子どもを決めていたとのことであった。0歳児の担任からは、職員ヒアリングの中で、「一度に3人の子どもの食事援助をし、時間内に食べ終わらせることに負担感を感じていた」との意見があった。

これらのことから、本来、一人一人の成長過程等に応じ、子どものペースに合わせた食事援助をしなければならないが、全量を時間内に食べさせようとする焦りにより、一人一人への配慮が十分に行われず、事故当日についても、食事途中から、飲み込む前に次の食べ物を詰め込んだ状況があったと推察される。

③保護者との連携・職員間の情報共有について

当該児童は登園が早く、降園が遅かったため、担任が保護者と直接会う機会は少なかったことがわかっている。送迎はほとんど母がしていた。当該児童の日々の園での様子は、連絡ノートで知らせていたとのことであった。

当該児童の食事に関する状況は、主に主任であるB保育士が母に聴き取っていたが、苦手なものや食べさせ方など、細かい内容までは聴き取っていなかったとのことであった。母からの聴き取りでも、「担任の先生とは離乳食を始める時に『始めましょうか』との話はあったが、細かい情報のやりとりはしていない」また、「事故当日に初めて、りんごが苦手だったことを園から聞いた」とのことであり、これらの事実から、当該児童の食事を含めたさまざまな状況について、園と保護者の間で情報共有や連携が十分にされていなかったと言える。

また、担任保育士、保護者の両者から令和元年10月に個人懇談を行い、日常の様子や食事について、意見を交わしたという話があった。懇談内容について、0歳児クラスの担任保育士間では、口頭により情報共有を行ったとのことであったが、個人懇談に関する記録は残されておらず、どのような意見が交わされたのか、検証の中では確

認できなかった。日頃の子どもの様子や気になったことなどについても、担任同士が口頭で伝えあっていたとのことであった。

0歳児クラスの担任によると、離乳食については、児童の月齢と主任であるB保育士の経験値で、食材や提供する形状等を決め、給食室とは毎朝、口頭で給食内容の確認が行われていたとのことであった。当該児童がいつの時点で離乳食の段階をどのように進めていったのかなどは、記録されているものがないため、検証の中では確認することができなかった。

(2) 給食調理・提供等に関する課題

①給食管理体制について

当園の給食については、同一法人の栄養士が献立を立案後、調理員及び保育士の代表者とで月1回の「給食会議」を開催していた。その会議には園長は参加しておらず、会議の内容としては、アレルギー児の状況の確認が主であったことが、職員からの聴き取りや会議録からわかっている。給食及び離乳食について、調理員、保育士、園長間で十分に検討、協議する場がなく、さらには、離乳食やアレルギーの対応等について、園長は、担任に任せていた。

また、調理員においては、保育室で給食の喫食状況を確認したことがほとんどなく、給食の摂取状況については、「残食量と保育士からの口頭連絡とで把握していた」とのことであったが、連絡を受けたときの記録は残されていなかった。

このような状況から、園長は給食に関する責任意識が希薄であったと推察され、保育士、調理員のそれぞれの役割分担が明確でなく、当園においては、給食管理体制が不十分であったと言える。

②離乳食の進め方について

施設指導監査において、当園へ「月齢に応じた段階的な離乳食の献立表を作成する」よう指導、助言を行っていたが、離乳食の献立表は、後期用と思われる1種類しか作成されていなかった。そして、この献立表が、児童の離乳食の段階にかかわらず、保護者に配付されていた。

離乳食の内容については、毎朝、0歳児担当のB保育士が調理室に行き、当日の献立をもとに、使用する食材や切り方、調理法などを調理員へ口頭で指示していたが、最終的にどのようなものが提供されたかの記録は残っていなかった。

また、離乳の進め方を保育士と調理員が共通理解するツールとして具体的に示した手引書等はなく、大阪市から配付した「教育・保育施設等における離乳の進め方」（平成28年4月配付）も活用していなかった。児童の月齢を基本にB保育士の経験値で離乳食を進めており、担任からの聴き取りによると、12月で1歳になった当該児童は、「1月から『普通食』の提供になっていた」とのことであった。ただし、園での離乳食の開始が7月25日（生後7か月）となっており、約5か月間の経過で『普通食』へ移行したことになり、離乳食の目安として手引書等で提示されている7か月間より早く進めていたことになる。

1 月には『普通食』になったとのことではあったが、実際には、通常の給食献立において、揚げ物は蒸し焼きに変更されていたり、サバなどの青魚は白身魚に変更されていたりしたことから、普通食への移行期間として、給食は提供されていたと考えられる。りんごについては、12 月にすりおろしからスライスに移行し、事故が発生した 2 月（生後 1 歳 2 か月）の時点では、0 歳児クラスの児童全員が同様の形状（12 等分のくし切りで厚みが約 2 センチ）で提供されていた。

当該児童にとっては、事故当時は普通食に向けての移行期間であり、咀嚼や嚥下機能等、当該児童の発達に応じた食材の大きさや固さに配慮されるべきであったが、検証の中では確認することができなかった。少なくとも、りんごについては、事故当日の状況において、援助していた A 保育士がスプーン等で小さくしながら食べさせていたことから、提供の段階で当該児童が噛み切れる厚みの配慮はされていなかったと言える。

③食物誤嚥防止について

事故当時、0 歳児クラスにはお茶が用意されていなかった。「冬場には水分補給の必要がない」との考えから、0・1・2 歳児クラスには給食時にお茶を出していなかったとのことであった。「誤嚥防止のために食事の前にお茶や汁物で喉を潤す」ということを事故当時はいずれのクラスでも実行されておらず、職員全体に食物誤嚥に関する認識不足があったと推察される。

また、事故当日において、0 歳児クラスには 12 等分にくし切りにした厚さ約 2 センチのりんごが提供されていたが、当該児童が苦手だったこともあり、「スプーン等で小さく割って口に入れていた」とのことであった。当該児童が普通食への移行期間であったことに加え、りんごについては、これまでも他都市で誤嚥事故が起きており、誤嚥のリスクがある食材との認識があれば、噛み切れる大きさや厚みで提供するなどの配慮がされるべきだったと言える。

(3) 危機管理意識・マニュアル・訓練等に関する課題

①危機管理意識及びマニュアルの整備・活用について

当園においては、安全に関するマニュアルとして、「安全管理マニュアル」が事故当時に整備されており、内容としては、防災・防犯・事故対応等であった。事故対応として書かれていたことは、救急車を要請する目安や事故が発生した場合の対応及びケガをしたときの対応フロー図等であった。誤嚥を含む食事中・睡眠中等における事故防止の具体的な対策などについては記載がなく、誤嚥事故発生時の対応についても記載はなかった。

職員ヒアリングで全職員に「園のマニュアルを見たことがあるか？」と聞いたところ、ほとんどの職員は「見たことがない」と回答し、「見たことがある」と回答した数名についても、「内容までは覚えていない」とのことであった。このことから、マニュアルは整備されていたが、内容的に不十分なものであったことや職員間で活用されていなかったことがわかった。また、大阪府が平成 30 年 6 月に配付した「みまもり」（事

故防止及び事故発生時対応マニュアル基礎編・作成の手引き）も活用されていなかった。

職員ヒアリングにおいて、「職員会議等で事故防止の話が出たことがあるか？」との問いに、「睡眠の話は記憶にある」との回答があったが、「誤嚥についての話は一度もしたことがない」とのことであった。

施設指導監査において、事故に関連する項目として、「マニュアルの整備が不十分」、「事故記録への再発防止策等の記載が不十分」、「ヒヤリハット記録がない」ことについて指導、助言を行なっている。

これらのことから、当園ではこれまでに大きな事故が起きていなかったこともあり、園長はじめ園全体の危機管理意識が薄かったと推察する。そのため、保育の中で十分に留意すべき重要な配慮や対応が不十分であり、それらが重なったことが今回の事故につながったことは否めない。

②事故当日の応急処置等対応と訓練について

事故当時、食べ物に詰まった後の処置としては、援助をしていた A 保育士も途中で対応を交代した B 保育士も背中を叩く背部叩打法を試みており、適切な応急処置だったと思われる。その後、救急要請及び事務所に設置されていた AED の使用を試み、AED のアナウンスに従って心臓マッサージと人工呼吸を行うなど、一連の応急処置は実施されていた。ただし、異変に気づいてからの記録がないため正確な時間はわからないが、職員の証言によると、食べ物を詰まらせてから、救急車要請までに数分はかかっていたことや掃除機を使おうとしたことなど、一部、判断に課題があった。誤嚥事故については、詰まったとわかった時点で、応援を呼び、すぐに救急車の要請を行い、並行して異物除去の応急処置をするべきであった。

また、事故当日、市担当者や警察が園へ訪れた際には、事故が発生した 0 歳児室はすでに片付けられており、現場保存がされていなかった。記録もなく、事故発生後の対応についても課題があった。

当園においては、令和元年 6 月に消防署と連携して心肺蘇生の訓練をしたとのことであったが、それ以前は園として心肺蘇生の訓練は行っていなかったことがわかっていいる。また、誤嚥事故発生時の応急処置の訓練は、これまで行われていなかった。

(4) 園の組織運営・保育の質の向上に関すること

①園長の責務とリーダーシップについて

職員ヒアリングによると、職員間のコミュニケーションはほぼ全員が、「コミュニケーションはよいほうだと思う」「相談できる人がいる」などの回答であったが、園長とのコミュニケーションは、「十分とは言えない」「必要なことを報告するのみ」などと回答した人が多かった。また、園長からの保育のアドバイスについても、「保育はクラスに任されている」「具体的なアドバイスは受けたことがない」との回答が多かった。

また、施設関係書類において、「必要な記録を残すよう、職員へ指示をしていなかった」「記録を確認していなかった」など、園長として、管理責任上の把握が十分でなか

ったことがわかった。

事故検証部会の中で行った施設関係者のヒアリングにおいて、事故発生時の対応や園としての課題などの質問に対し、明確な回答が得られなかった。

これらのことから、園の運営において、園長のマネジメント力、リーダーシップが十分に発揮されていなかったと推察される。

②保育の質の向上に向けた組織的な取組について

当園は同一法人が運営するもう一つの保育園と、会議や行事等を合同で行っており、2園の運営を一体的に行っていた。法人理事長がもう一つの園の園長であり、当園の園長と親族関係にあたる。職員ヒアリングにおいて、「トップダウンで下りてくことも多く、園運営において、職員の意見が十分に反映されていないと感じる」という意見があった。

また、保育の自己評価が未実施であり、福祉サービス第三者評価などによる外部の目も入っていなかった。

外部研修へは、平成30年度は年間に12回、令和元年度は年間に18回、参加をしていたことが、記録から確認できた。しかし、外部研修を受けた者による伝達研修や、自主的に行う園内研修については、記録では確認できなかったほか、新しい保育の情報収集、及び、PDCAサイクルによる保育の振り返りや改善が積極的に行われていたかについても、確認はできなかった。

これらのことから、保育の質の向上に向けた組織的な取組が十分でなかったと推察される。

(5) 大阪市の取組に関する課題

①事故防止対策の周知・啓発について

大阪市においては、平成28年4月に市内認可外保育施設で発生した睡眠中の死亡事故を受け、保育事故防止対策の強化を図ってきた。平成30年度には、啓発用ポスター及び「みまもり」（事故防止及び事故発生時対応マニュアル基礎編・作成の手引き）を作成、配付し、施設ごとにマニュアルを作成することを促してきた。

しかしながら、今回、事故が発生した当園においては、施設で作成されていたマニュアルの内容が不十分であり、市が配付したマニュアルが浸透していなかった。

また、前述の認可外保育施設での事故検証部会での提言により、平成30年度には事故防止巡回支援指導を新たに開始し、事前通告なしで認可外保育施設を含むすべての保育施設を巡回し、重大事故の起きやすい食事中、睡眠中、プール活動・水遊び中等の場面を確認し、状況に応じた助言・指導を行ってきた。当園へも平成30年、令和元年に年1回は巡回し、マニュアルに事故防止の具体策を記載することなどの助言は行っていた。

このような対策が取られている中で、今回、重大事故が発生したことは、大変残念である。今後は、巡回時に指摘した事項が改善されているかどうかを再訪して確認するなど、各施設において、事故防止対策が確実に実施されるよう、事故防止巡回指導

の体制強化が望まれる。施設指導監査についても、確認項目の拡充などにより、事故防止対策等の状況把握と効果的な助言・指導が望まれる。特に、当園へは個別的な指導を継続して実施し、行政の責任において改善に向けたサポートをしていただきたい。

さらに危機管理意識を高めるための研修へ施設長等の参加を促進するなど、施設長のリーダーシップのもと、各施設において事故防止対策等が強化されるよう働きかけが必要である。

第4 再発防止策のための提言

本事例の検証により、誤嚥に至った状況を分析すると、誤嚥防止のための配慮が十分だったとは言えず、食事の援助や離乳食の進め方等が誤嚥のリスクとなったこと、また、園長をはじめとする職員全体が事故を予見しきれなかったことなど、背景にあった課題が浮き彫りになり、そのような不十分さが重なって起きた事故であったことがわかった。

乳幼児は嚥下機能が未発達であり、咀嚼力も弱いため、誤嚥を起こしやすいことを認識し、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、誤嚥事故防止に取り組んでいただきたい。

また、このような事故が二度と起こらないよう、本事例を教訓とし、すべての施設において自らの保育を振り返り、事故につながるリスクを自分たちの力で見つけ出すことが何より重要である。日常にあるリスクを見つけること、また、子どもの主体性を大切にされた保育を維持しつつ、そのリスクへの対策に取り組むことそのものが「保育の質」であるという認識のもと、日々の保育を進めていただきたい。

提言1：一人一人の子どもの発達に応じた保育の重要性

1-① 子どもの発達に応じた適切な食事援助を行うこと

心身の機能が未熟である乳児期の子どもの保育については、関係職員の緊密な連携のもとで、保健及び安全面に十分配慮することが必要である。再度、保育所保育指針を熟読するなどし、乳児保育の重要性の認識を深めること。また、食事にかかる時間は、子どもによって違いがあり、ゆったりと落ち着いた雰囲気の中で急がされたり待たされたりせず、一人一人のペースが尊重されることが大切である。乳児保育については、担当制の実施も含めて、一人一人の発達過程に応じた援助及び配慮を行えるよう、園内で検討すること。

1-② 保護者との連携を密にし、子どもに関する情報を得るとともに、その情報を記録し、職員間で共有すること

乳児保育においては、特に保護者との密接な連携が重要である。保護者との信頼関係を築き、保護者への支援に努めるとともに、家庭における食事や排泄、睡眠等の様子を丁寧に聴き取り、一人一人の子どもの理解を進めること。また、保護者から得た情報や子どもの生育状況等は記録し、職員間で共有すること。

提言2：給食管理体制の確保と子どもの発達に応じた食事の提供

2-① 給食管理体制の確保及び栄養管理の徹底に努めること

保育所等においては、施設長、保育士、調理員（栄養士を含む）の役割を明確にし、献立作成、アレルギー食・離乳食対応方法等の検討、調理、盛り付け、配膳、さらに検食、喫食・残食調査を適切に実施できるよう、組織で取組む給食管理体制を整え、適切な栄養管理を行うこと。また、給食について、定期的に関係職員による情報共有を図るとともに、施設全体で評価を行い、食事提供にかかる業務の改善に努めること。

2-② 一人一人の発達に応じた離乳食を提供すること

- ・乳児は、発育の個人差が大きいため月齢や体重だけで一律に判断せず、乳児の咀嚼や嚥下機能等も含めた一人一人の発達過程に応じた離乳食を提供するとともに、食器・食具及び食品の種類、量、大きさ、固さ等を配慮すること。
- ・職員が離乳食の進め方を共通して確認できるよう、目安を示したものを用意し参考にする。
- ・離乳食を進めるにあたっては、家庭での状況を十分に聴き取り、未摂取の食材の確認等、保護者との連携を密にすること。また、離乳の初期、中期、後期等という具体的な時期の献立を作成し、保護者にわかりやすく示すこと。

2-③ 食物誤嚥のリスクを認識して食事の提供・援助を行うこと

- ・乳幼児は嚥下機能が未発達であり、咀嚼力も弱いため、食物誤嚥の危険性が高い。特に食品による窒息事故の8割が4歳以下で起こっていることから、4歳以下の子どもが食事をするときには十分注意すること。
- ・保育所等の職員は、一人一人の子どもに応じた食事援助を行うとともに、食材の切り方や調理方法を配慮すること。
- ・食事前に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、子どもの発達に合った食器・食具、机、椅子を準備すること、泣いたり、嫌がったり、眠たくなっている時に無理に食べさせないことなど、具体的な誤嚥防止対策を知り、実行することで食物誤嚥のリスクを下げる。

提言３：職員一人一人の危機管理意識の向上

３－① マニュアルの作成と見直し及び事故防止対策の強化を図ること

- ・保育所等においては、事故防止及び事故発生時の対応マニュアルを作成し、施設の状況に即した内容になっているか定期的に見直しを行い、実効性のあるマニュアルにしておくこと。
- ・事故防止に関するマニュアルについては、重大事故が起こりやすい睡眠中、プール・水遊び中、食事中の場面に応じた留意事項を必ず記載すること。
- ・園内研修等を通し、マニュアルの内容や事故防止の基礎知識についての理解を深め、一人一人が危機管理意識をもって事故防止対策に取り組むこと。
- ・職員は事故やヒヤリハットの事例などに関する情報を積極的に収集・記録し、分析を行い起こりうるリスクへの対応策を職場内で共有するなど、職員全体の危機管理意識、特に事故を予見する力を向上すること。
- ・重大事故が発生した場合の対応を適切に行うこと。（記録を残す・現場を現状保存するなど）

３－② 実践的な訓練を定期的実施すること

- ・誤嚥事故を含むさまざまな事故を想定したシミュレーション訓練(※)等を実施し、事故発生時の対応法や役割等の認識を深めること。またその際には、各施設で作成した事故防止及び事故発生時の対応マニュアルを必ず活用すること。
- ・少なくとも、年に１回は心肺蘇生訓練を実施し、すべての職員が緊急時に対応する力を身につけること。
- ・重大事故が発生した場合は、応急処置・状況の記録・現状保存・保護者対応・自治体への連絡等を確実に行うこと。

※シミュレーション訓練

具体例として、誤嚥事故が起きた場合の対応、食物アレルギーのある児童がアナフィラキシーショックを起こした場合の対応、アナフィラキシー補助治療薬（エピペン®補助注射薬）の使用、プールで溺れた時の対応、てんかん発作時の対応、熱性けいれんが起きた時の対応など

提言４：保育の質の向上に向けた組織的な取組の強化

４－① 施設長の責務を果たし、自身の資質向上に努めること

保育所等の運営は施設長のリーダーシップの下に行われるものである。施設長においては、施設長としての役割、責務を認識し、保育所運営等の課題を自覚したうえで保育所全体の保育の質の向上に努めること。また、保育の質への影響が大きいことを自覚し、新しい保育の情報を積極的に得るとともに、倫理性、指導力、的確な判断力等が備わるよう自己研鑽を積み、専門性の向上に取組むこと。

４－② 保育の質の向上に向けた組織的な取組を強化すること

- ・保育所等においては、法人のガバナンスのもと、外部研修等を活用し、施設長を含めた職員一人一人のスキルアップを図るとともに、効果的な園内研修等を実施し、職員全体の専門性の向上に取り組むなど、組織的に保育の質の向上に努めること。
- ・組織全体で計画的な保育の実践とその評価・改善に取り組む、PDCA サイクルのもと、常に保育の質の向上に努めること。そのために、会議等においては、職員が保育を振り返り、できるだけ一人一人が自分の意見を述べられるよう配慮すること。
- ・保育の振り返りの有効的手段として、保育士等の自己評価、保育所の自己評価を積極的に行うこと。
- ・福祉サービス第三者評価などの外部評価を積極的に取り入れ、保育の質の向上を図ること。

４－③ 風通しの良い職場風土づくりに努めること

保育所等には、保育士、看護師、調理員等さまざまな職種、さまざまな年齢の職員がいるが、職種や年齢を超えたコミュニケーションが不可欠である。「気付いたことを口に出せる」「意見を出し合える」関係性をつくるため、施設長や主任等が中心となって、普段から情報交換ができる風通しのよい職場づくりに努めること。

提言５：保育の質の向上につなげるための大阪市の支援強化等

５－① 事故防止対策等を強化すること

○誤嚥事故防止の普及・啓発

- ・誤嚥事故は家庭でも起こりうることから、施設に限らず家庭向けにも事故防止の普及・啓発を行うこと。
- ・適切な事故防止対策を周知・啓発するため、市が発行している「みまもり」（事故防止及び事故発生時対応マニュアル基礎編・作成の手引き）の活用促進を行うこと。

○事故防止巡回指導の体制強化

- ・年１回以上の巡回を継続し、状況に応じた食事援助の啓発・助言・指導を行うとともに、巡回指導の体制を強化し、助言・指導項目が多数あった施設へは、改善されているかの確認を行うこと。

○施設指導監査項目の拡充

- ・施設指導監査において、誤嚥防止対策等の確認項目を拡充することにより、効果的な助言、指導を行うこと。

○給食に関する手引き等の改訂・配付

- ・市が配付している既存の「乳幼児の保育施設における『食』のマニュアル」や「離乳の進め方」を、新たに本事例を踏まえた内容も追加し、改訂・配付すること。また、給食提供、栄養管理等に必要な諸様式についても更新すること。
- ・離乳食について、保護者との情報共有がしやすい聴き取り調査票等を作成・配付すること。

５－② 保育の質の向上につなげるための仕組みづくりに努めること

○研修の充実

- ・保育現場のニーズに応じた研修内容になるよう充実を図り、積極的な参加を呼び掛けること。

○保育の質の向上に向けた支援

- ・保育の質の確保・向上を図るため、保育士等の自己評価及び保育所の自己評価の重要性について、研修等を通して周知し、各施設での実施を推進すること。
- ・外部からの視点や情報は保育を見直す有効な手立てであり、保育の質の確保・向上に資することであり、財政的支援を継続し、福祉サービス第三者評価の受審を促進すること。

５－③ 国に提案・要望する事項について

大阪市ではこれまでも、保育の質の向上に向け、国への提案・要望が行われてきているが、今回の認可保育所での児童死亡事故を受け、あらためて保育所等において事故防止対策が適切に講じられるよう、次の通り、国への提案・要望を行うこと。

○配置基準の見直し等

- ・安全・安心な保育環境を確保できるよう、低年齢児（０歳児、１歳児）の保育士配置基準を改善すること。
- ・さまざまな職種の専門性を活かし、事故防止対策を強化するために、看護師、栄養士の配置を必須とすること。

○福祉サービス第三者評価受審の義務化

- ・福祉サービス第三者評価の受審は、保育の質の確保・向上を図るために有効であり、受審の義務付けと、受審費用の全額措置を講じること。
- ・福祉サービス第三者評価の受審促進及び義務化に向けて、評価機関や評価調査者の養成についても国の責任において取組むこと。

(五十音順、敬称略)

氏 名	役職・職業等	備 考
寺見 陽子	神戸松蔭女子学院大学教育学部教育学科教授	学識経験者 (保育)
中村 正彦	弁護士	弁護士
藤原 政嘉	大阪青山大学名誉教授 公益社団法人大阪府栄養士会会長	学識経験者 (栄養学)
舟本 仁一	医療法人弘善会 矢木クリニック院長	医師
堀 千代	常磐会短期大学幼児教育科兼任講師	学識経験者 (保育)
吉野 智美	大阪市立総合医療センター救命救急センター医師	医師

参考資料

- 参考資料 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
- 参考資料 2** こども子育て支援会議 条例、施行規則、運営要綱、同会議教育保育施設等事故検証部会運営規程
- 参考資料 3** 応急処置について
「みまもり」（事故防止及び事故発生時対応マニュアル作成の手引き）より誤嚥・誤飲の応急処置（P43）を抜粋 ―平成 30 年度大阪市こども青少年局作成―
- 参考資料 4** 食品ごとの留意点一覧表
「みまもり」（事故防止及び事故発生時対応マニュアル作成の手引き）より食事を提供する際の食品ごとの留意点（P40）を抜粋
―平成 30 年度大阪市こども青少年局作成―
- 参考資料 5** 食べ物による誤嚥窒息を防ぐための留意事項
本事例を受けて、令和 2 年度の事故防止巡回時に「事故防止啓発資料」として施設へ配付 ―令和 2 年度大阪市こども青少年局作成―
- 参考資料 6** 離乳食についての調査票（0・1 歳児クラス/入園時聴き取り用）
本事例を踏まえて、離乳食をすすめるにあたり保護者と連携し、家庭での食事の状況を把握するための調査票として令和 3 年 1 月に施設へ配付
―令和 2 年度大阪市こども青少年局作成―

参考資料 1

府子本第 1 9 1 号
2 7 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 2 8 年 3 月 3 1 日

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

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

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)

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。

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、事故発生の事実把握、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）

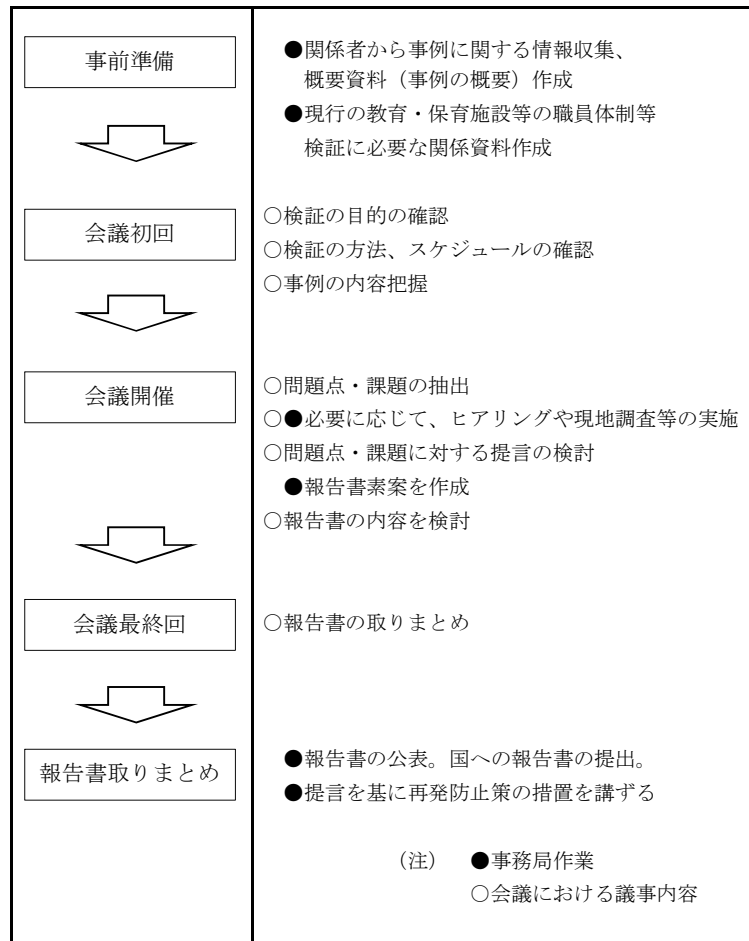
* なお、上記の表のうち、幼保連携型認定こども園及び保育所については、都道府県と市町村の双方が指導監査等を実施することになるが、この場合、都道府県と市町村は互いに連携して指導監査等を実施する。

（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。



こども・子育て支援会議条例 (平成25年大阪市条例第6号)

(設置)

第1条 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号。以下「法」という。)第77条第1項及び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25条の合議制の機関として、本市にこども・子育て支援会議(以下「支援会議」という。)を置く。

(組織)

第2条 支援会議は、委員25人以内で組織する。

2 支援会議の委員は、保護者(法第6条第2項に規定する保護者をいう。)、事業主を代表する者、労働者を代表する者、法第7条第1項に規定する子ども・子育て支援(以下「子ども・子育て支援」という。)に関する事業に従事する者、子ども・子育て支援に関し学識経験のある者その他市長が適当と認める者のうちから市長が委嘱する。

(任期)

第3条 支援会議の委員の任期は、3年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 支援会議の委員は、再任されることができる。

(会長)

第4条 支援会議に会長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、支援会議を代表し、議事その他の会務を総理する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめ会長の指名する委員がその職務を代理する。

(専門委員)

第5条 専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、支援会議に専門委員を置くことができる。

2 専門委員は、学識経験のある者その他市長が適当と認める者のうちから市長が委嘱する。

3 専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解嘱されるものとする。

(部会)

第6条 支援会議は、必要に応じて部会を置くことができる。

2 部会は、会長が指名する委員及び専門委員で組織する。

3 部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選によりこれを定める。

4 部会長は、部会を代表し、議事その他の会務を総理する。

5 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長の指名する委員がその職務を代理する。

(会議)

第7条 支援会議の会議は、会長が招集する。

2 支援会議は、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 支援会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(関係者の出席)

第8条 支援会議は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、その意見を聞くことができる。

(部会の運営)

第9条 前2条の規定は、部会の会議及び議事について準用する。この場合において、これらの規定中「支援会議」とあるのは「部会」と、第7条第1項及び第3項中「会長」とあるのは「部会長」と、同条第2項中「委員」とあるのは「当該部会に属する委員」と読み替えるものとする。

(施行の細目)

第10条 この条例の施行に関し必要な事項は、市規則で定める。

附 則

この条例は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則 (平成26年9月22日条例第97号、平成27年4月1日施行、告示第136号)

- 1 この条例の施行期日は、市長が定める。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 こども・子育て支援会議は、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の一部を改正する法律(平成 24 年法律第 66 号。以下「改正法」という。)による改正後の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 25 条に規定する事項(改正法附則第 9 条の規定により改正法の施行の日前においても行うことができる行為に関する事項に限る。)について、この条例の施行の日前においても、この条例による改正後のこども・子育て支援会議条例の規定の例により、調査審議することができる。

こども・子育て支援会議条例施行規則 (平成25年大阪市規則第20号)

(趣旨)

第1条 この規則は、こども・子育て支援会議条例(平成25年大阪市条例第6号)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(庶務)

第2条 こども・子育て支援会議(以下「支援会議」という。)の庶務は、こども青少年局において処理する。

(委任)

第3条 前条に定めるもののほか、支援会議の運営に関し必要な事項は、支援会議の会長が定める。

附 則

この規則は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

(趣旨)

第1条 この要綱は、こども・子育て支援会議条例施行規則(平成25年大阪市規則第20号。以下「市規則」という。)第3条の規定に基づき、こども・子育て支援会議(以下「支援会議」という。)の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(部会の設置)

第2条 支援会議には、こども・子育て支援会議条例第6条第1項の規定により、別表に掲げる部会を置くものとする。

(雑則)

第3条 この要綱に定めるもののほか、支援会議の運営に必要な事項は、会長が定める。

附 則

この要綱は、平成26年1月27日から施行する。

この要綱は、平成26年9月22日から施行する。

この要綱は、平成27年6月5日から施行する。

この要綱は、平成28年3月28日から施行する。

この要綱は、平成28年5月27日から施行する。

この要綱は、平成28年12月1日から施行する。

この要綱は、平成29年7月1日から施行する。

この要綱は、平成29年9月1日から施行する。

この要綱は、平成30年4月20日から施行する。

この要綱は、平成31年4月24日から施行する。

別表

名 称	所 掌 事 項
教育・保育・子育て支援部会	子ども・子育て支援法に基づき策定する、本市の子ども・子育て支援事業計画に係る、教育・保育及び地域子ども・子育て支援事業の量の見込み並びに提供体制の確保などに関する事
放課後事業部会	本市における放課後事業の実施方針や運営基準などに関する事及び総合的な放課後における児童の学びの場、遊びの場などに関する事
認可・確認部会	① 子ども・子育て支援法に基づき本市が行う施設・事業の確認に関する事 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(改正認定こども園法)に基づき本市が行う幼保連携型認定こども園の認可及び幼保連携型認定こども園以外の認定こども園の認定に関する事
第1部会	上記①、及び②の所掌事務のうち幼保連携型認定こども園の認可に際しての意見聴取に関する事
第2部会	上記②の所掌事務のうち、幼保連携型認定こども園の認可及び幼保連携型認定こども園以外の認定こども園の認定前における設置・運営法人の選定に関する事
第3部会	上記②の所掌事務のうち、幼保連携型認定こども園の認可及び幼保連携型認定こども園以外の認定こども園の認定前における設置・運営法人の選定に関する事
ひとり親家庭等自立支援部会	母子及び父子並びに寡婦福祉法に基づき策定する、本市のひとり親家庭等自立促進計画に関する事、その他ひとり親家庭等施策に関する事
教育・保育施設等事故検証部会	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で発生した死亡事故等の重大な事故についての検証及び再発防止策に関する事
認可外保育施設教育費補助審査部会	認可外保育施設における幼児教育の無償化の実施にあたり、補助対象となる認可外保育施設の選定に関する事

1 総則

この運営規程は、こども・子育て支援会議条例（以下「条例」という。）、及びこども・子育て支援会議運営要綱にもとづき、こども・子育て支援会議に設置した教育・保育施設等事故検証部会（以下「部会」という。）の運営に関し必要な事項を定める。

2 委員構成

部会は、条例第6条第2項にもとづき、会長が指名する委員及び専門委員で組織する。

3 部会の会議

- （1）部会の会議は、条例第9条にもとづき、部会長が召集する。
- （2）部会の議決は、これをもってこども・子育て支援会議の議決とする。
- （3）部会長は、必要と認めるときは構成員以外の出席を求めることができる。

4 検証等事項

- （1）大阪市内にある又は大阪市内で実施される特定教育・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。）で発生した死亡事故等の重大な事故（以下「死亡事故等」という。）を検証の対象とする。
- （2）部会が死亡事故等について検証する内容は次のとおりとする。
 - ①事案の発生経過と問題点、課題の整理
 - ②取り組むべき課題と再発防止策
 - ③その他検証に必要と認められる事項

5 検証方法

- （1）部会における検証は、事例ごとに行う。なお検証にあたっては、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明確にする。
- （2）検証を行うにあたっては、関係者から事案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、情報の整理を行う。この情報をもとに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。

6 報告

部会は、市内で発生した死亡事故等について調査・検証し、その結果及び再発防止のための提言をまとめ、大阪市に報告するものとする。

7 部会の開催

- （1）教育・保育施設等で死亡事故が発生した場合は、事故発生後速やかに部会を開催するよう努める。
- （2）教育・保育施設等で死亡事故以外の重大事故が発生した場合は、部会を随時開催するものとする。ただし、随時開催することが困難な場合、複数事例を合わせて部会を開催することもできる。
- （3）部会は、個人情報保護等の観点から事例及び議題により非公開とすることができる。

8 守秘義務

部会委員は、正当な理由なく部会の職務に関して知り得た秘密を外部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。

9 部会の庶務は、こども青少年局が処理する。

附則

この規程は、制定の日から施行し、平成28年6月3日から施行する。

応急処置

(1) 窒息

気道に異物（食品など）が詰まったら…

チョークサイン

人が窒息した時にとっさに出る SOS のサイン。
低年齢児では明らかなサインがみられないことがある。



1 歳未満の場合

背部叩打法

- 1 椅子に座って、手で首・頭を固定しながら、両太ももの上にうつぶせにする。
- 2 頭を低くして、背中の肩甲骨の間あたりを手のひらの下の方で 5～6 回迅速に強くたたく。



胸部突き上げ法

- 1 こどもを落とさないように抱きかかえながら、すばやく仰向けにして、頭を低くする。
- 2 もう片方の手の指 2 本で、胸の真ん中を 5～6 回強く押す。

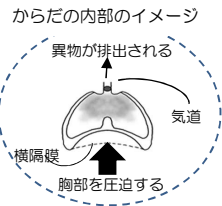


背部叩打法と胸部突き上げ法を繰り返す

1 歳以上の場合

腹部突き上げ法

- 1 こどもの脇の下から手を入れて、後ろから抱える。
- 2 みぞおち下（おへその上）あたりで手を重ねて一気に手前上側に強く 5～6 回突き上げる。



背部叩打法

こどもを座らせて、背中の肩甲骨の間あたりを手のひらの下の方で 5～6 回迅速に強くたたく。



こどもを横にして一方の手で肩を支えて、一方の手で上記と同様にたたく。



腹部突き上げ法と背部叩打法を繰り返す

異物が取れない

異物が取れない

続けながら
救急車を呼び

ぐったりとして
反応がなくなる

AED を手配
するとともに
心肺蘇生を開始

(2) 誤飲

誤って何かを飲んでしまったら…



☑ チェック

誤飲時の状況

- ☐ 意識がない（反応があっても鈍い）
- ☐ けいれんを起こしている
- ☐ 呼吸困難を起こしている

あてはまらない

周りにあるものを確認！
何をどれぐらいの量を飲んだかをできる限り特定しましょう。

1 つでもあてはまったら

すぐに
救急車を呼び

次のようなものを飲んだ場合

- ・ネズミ駆除剤 ・トイレ用洗剤
- ・業務用漂白剤
- ・とがったもの（ガラスの破片や釘など）

絶対に
吐かせない！

- ・殺虫剤 ・防虫剤 ・除草剤
- ・ボタン電池 ・たばこの浸かった水
- ・薬 薬品（種類によるので中毒 110 番に問い合わせて対応）

上記以外のもの

小児科や外科で受診

困ったら、中毒 110 に！

- ・大阪 072-727-2499
(365 日 24 時間対応)
- ・つくば 029-852-9999
(365 日 9 時～21 時対応)

＜ 注意 ＞

音の出る玩具などに使われているボタン電池や、単 4 サイズの小さな乾電池の誤飲に気を付けましょう。こどもが遊んでいるうちに電池を入れているフタがとれて、電池が出てしまう例があります。
手作り玩具を含めて、身近にあるものを点検しましょう。