

私立認可保育所における
幼児死亡事例に係る検証報告書

令和7年（2025年）8月

札幌市子ども・子育て会議児童福祉部会

目次

はじめに	1
第1章 検証の目的及び方法	2
(1) 検証の目的	2
(2) 検証組織	2
(3) 検証方法	2
(4) 検証経過	3
(5) 札幌市子ども・子育て会議児童福祉部会委員名簿（敬称略）	3
(6) 検証ワーキンググループ委員名簿（敬称略）	4
第2章 事例の概要・経緯	5
(1) 事例の概要	5
(2) 施設の概要	5
(3) 事故発生時の状況	5
(4) 当日本児に提供された食事	7
ア 献立及び調理状況	7
イ 写真	8
(5) 事故発生前後の指導監査の状況	9
(6) 特別指導監査における指導事項等	9
ア 監査実施方針	9
イ 監査結果	9
ウ その後の対応	10
第3章 本事例から明らかとなった問題点と課題	11
(1) 提供された離乳食の適切さについて	11
ア 本児の離乳食の段階と提供された食材の大きさ	11
イ 職員間の情報共有のあり方の問題	12
ウ 食事についての園と家庭の情報共有の問題	13
エ 食材の大きさの基準について	14
(2) 救命処置について	16
ア 救命処置マニュアルと本事故における対応	16
イ 本事故における対応の妥当性	17
ウ 事故対応の取組について	18
第4章 再発防止のための提言	20
参考資料	23

はじめに

本報告書は、令和6年10月23日に札幌市内の認可保育所において発生した、幼児死亡事故について検証を行うとともに、再発防止のための提言を取りまとめたものです。

この検証は、札幌市子ども・子育て会議に常設されている「児童福祉部会」の中に、保育・医学・栄養学等を専門とする臨時委員を追加した「検証ワーキンググループ」を設置して行いました。検証の過程では、ご遺族・保育施設関係者へのヒアリング調査を実施いたしました。給食提供中に児童が死亡するという非常に痛ましく、そしてあってはならない事故に際し、関係者の皆さまが深く心を痛めている中、本検証のために貴重な情報や資料・ご意見をご提供くださったことに心より感謝申し上げます。

低年齢の児童が保育施設に入所することが増加しているだけでなく、生活スタイルの多様化が進む現代において、全ての園の全ての児童の離乳の支援を安全に行うため、そして事故を二度と繰り返さないために必要なことについて、真摯に議論を重ね、提言を取りまとめました。

本報告書が、各保育施設や関係諸機関をはじめ、保育に関わる全ての人々の再発防止のための取り組み、さらには安全安心な保育のより一層の推進の一助となることを委員一同強く願っています。

令和7年8月

札幌市子ども・子育て会議児童福祉部会 検証ワーキンググループ

第1章 検証の目的及び方法

(1) 検証の目的

国の通知^[1]に基づき、特定教育・保育施設における子どもの死亡事故について、事実関係の把握、死亡し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。

(2) 検証組織

検証を実施する際の基本的な考え方、検証の進め方等について国が定めた「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」に基づき、札幌市においては、保育所等における重大事故の再発防止に知見のある有識者で組織する検証組織を設置することとした上で、札幌市子ども・子育て会議（札幌市子ども・子育て会議条例（平成25年条例第21号）^{【参考資料①】}）に基づき設置された附属機関）に常設している「児童福祉部会」をもって検証組織とした。

具体的な検証については、臨時委員を追加し、児童福祉部会の中に「検証ワーキンググループ」を設置して進めた。

(3) 検証方法

ご遺族等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、検証ワーキンググループによる保育施設関係者やご遺族へのヒアリングのほか、札幌市が実施した特別指導監査における情報を基に、事実関係の把握、事故発生原因の分析等を行った。

これらの情報は、当人の証言等に基づくものであるため、客観的な事実として確認されていない内容が含まれている。

本検証の目的は、本児の死因や事故との因果関係等の認定や客観的事実かどうかの判断を行うことではなく、集められた情報の中で一連の保育のプロセスを検証し考えられる再発防止策をまとめていくことであることから、上記下線部の内容が包含されていることを踏まえつつ、ヒアリング等により得られた情報を基に本報告書を作成している。

【1】 令和6年3月22日付けこ成案第37号・5教参学第40号こども家庭庁成育局安全対策課長ほか通知「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」。検証組織設置時点における最新通知。

(4) 検証経過

日付	内容
令和6年10月23日	検証対象死亡事故発生
令和6年12月20日	札幌市子ども・子育て会議児童福祉部会 ・検証組織の設置及び体制等
令和7年1月30日	第1回検証ワーキンググループ会議 ・座長選任、事案の内容把握、スケジュール等
令和7年3月7日	検証ワーキング委員によるご遺族訪問 ・ご遺族からの要望等聴取
令和7年3月13日	第2回検証ワーキンググループ会議 ・論点整理
令和7年5月9日	第3回検証ワーキンググループ会議 ・保育施設関係者へのヒアリング
令和7年6月5日	第4回検証ワーキンググループ会議 ・ご遺族へのヒアリング
令和7年7月1日	第5回検証ワーキンググループ会議 ・検証報告書案の検討
令和7年7月23日	第6回検証ワーキンググループ会議 ・検証報告書案の検討
令和7年8月20日	第7回検証ワーキンググループ会議 ・検証報告書案の策定
令和7年8月26日	札幌市子ども・子育て会議児童福祉部会 ・検証報告書案の承認

(5) 札幌市子ども・子育て会議児童福祉部会委員名簿（敬称略）

職名	氏名	所属等（委員就任時点）
部会長	加藤 弘通	北海道大学大学院教育学研究院准教授
委員	大場 信一	北海道児童養護施設協議会顧問
委員	北川 聡子	特定非営利活動法人札幌市里親会理事長
委員	桑原 俊二	札幌市中学校長会幹事
委員	斎藤 規和	札幌市自立支援協議会子ども部会部会長
委員	椎木 仁美	札幌弁護士会弁護士
委員	千島 孝洋 (令和6年度まで) 関 尚志 (令和7年度から)	北海道警察本部生活安全部少年課少年サポートセンター所長
委員	前田 尚美	札幌医科大学保健医療学部看護学科講師
委員	三好 琴音	公募委員
委員	箭原 恭子	公益社団法人札幌市母子寡婦福祉連合会理事長

(6) 検証ワーキンググループ委員名簿（敬称略）

職名	氏名	所属等（委員就任時点）
座長	星 信子	札幌大谷大学短期大学部保育科教授 子ども・子育て会議副会長
委員	加藤 弘通	北海道大学大学院教育学研究院准教授
委員	椎木 仁美	札幌弁護士会弁護士
臨時委員	阿波 美枝	北海道栄養士会福祉栄養士協議会役員
臨時委員	高橋 伸浩	札幌市乳幼児園医協議会会員 天使病院副院長・周産期母子センター小児部門部長
臨時委員	水岡 路代	札幌市私立保育連盟副会長

第2章 事例の概要・経緯

(1) 事例の概要

令和6年10月23日（水）午前11時ごろから、札幌市内の私立認可保育所（以下「本園」という。）において、保育士が1対1で児童（当時1歳1か月）に対し食事の介助をしていたところ、本児が食べ物を喉に詰まらせた様子を見せたため、本園において救命措置を行い119番通報した。その後、病院へ搬送されたが、搬送先で死亡が確認された。

(2) 施設の概要

本園の施設概要は次のとおりである。

施設種別	認可保育所
設置法人種別	株式会社
利用定員	60人
入所児童数	44人（令和6年10月時点）

(3) 事故発生時の状況

（本園関係者の証言や記憶に基づくものであるため、客観的な事実として確認されていない内容が含まれている。）

事故当日、本児はプラスチックの車やブロックで遊ぶ等して過ごしていた。

本児の食事の調理について、離乳食は栄養士が専任で調理を行っているが、献立に応じて幼児食とは別に調理する、幼児食から取り分けて再調理する等して、食べやすいよう軟らかくおおむね一辺1～2cm以下四方、手づかみすることを想定してスティック（棒）状に加工した。

午前11時00分頃から食事開始。食事時において機嫌が悪い、眠たいといった様子は見られず、ベビーチェアに座っていた。なお、ご遺族からの聞き取りによれば、本児は園では給食中も転倒時後頭部保護クッション付きリュックを背負っていたとのことである。

食事時は、ベビーフェンスで仕切られたスペースで、（普段と同じように）A保育士が1対1で、本児の咀嚼（そしゃく）のペースに合わせて対応しており、その間、A保育士が席を立つ場面や他の児童と関わることはなかった。

A保育士が、本児の口の近くにスプーンを運ぶと、本児自身が口を開くため、それ

に応じて食べさせ、飲み込んだことを確認した後、次の食べ物を食べさせていた。

具体的には、ご飯、野菜、肉、お茶、汁物の順に2口ずつ口へ運んでおり、スプーンは子ども用のスプーンを使用。1口の量はご飯すり切り1杯、野菜は半分以下程度。

何度か食べさせた後の午前11時08分～09分頃、献立の一つである焼肉風炒めのうち、2口目の豚肉（スプーンに乗せた豚肉は1切れ）を食べさせた際に、本児が嘔吐しようとするような苦しそうな様子を見せたため、（ぐったりした様子はなく姿勢は保たれており、椅子に座らせた状態で）A保育士が本児の背中を叩き、その際、前歯のところに肉が見えたため、指で取り出し、再度背中を叩くと、小さめの肉片が口から出てきた。

A保育士が本児を椅子から下ろし、救命措置（背部叩打法）を行ったが、本児の顔色が変わっていく様子がうかがえた。

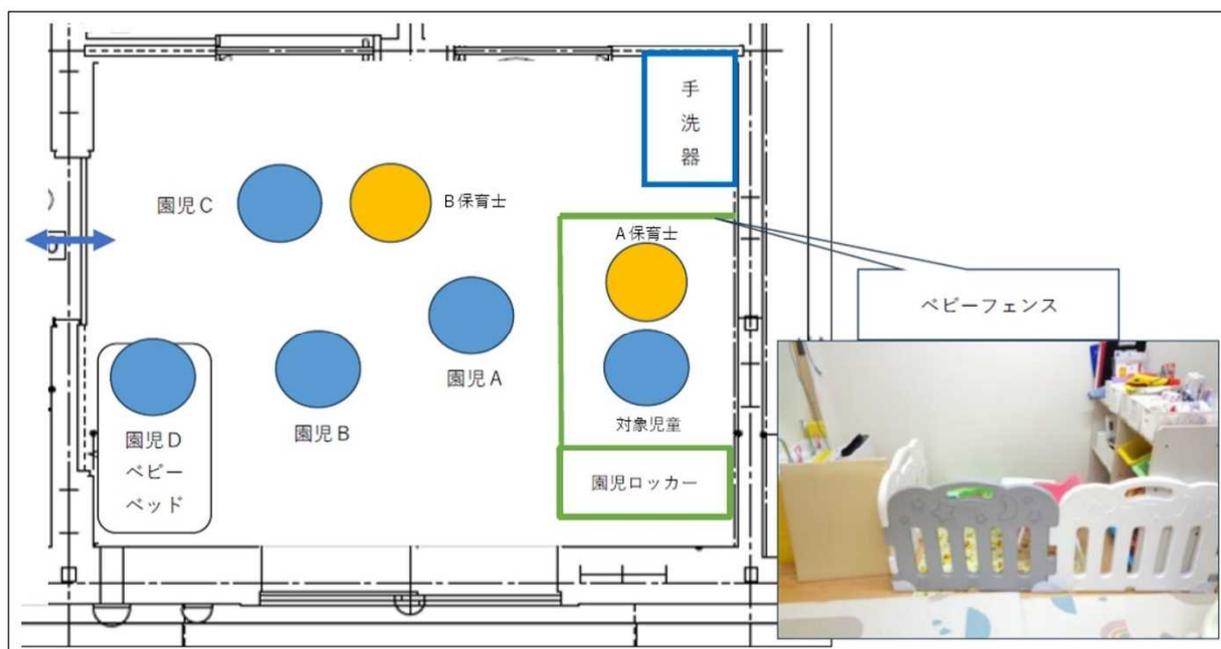
その後、乳児クラス担当のもう1人のB保育士に交代、救命措置を行いながら本児を職員室に連れていき、園長に報告、本児はこの時点でぐったりとしており、チアノーゼ状態であった。

園長の判断で119番通報（午前11時10分頃^[2]）、その後、A保育士が保護者へ連絡、B保育士とは別の保育士が（園長経由で）119番受付（消防指令センター）の指示を受けながら救命措置（胸骨圧迫及び人工呼吸）を実施すると本児の顔色が白くなり、口を開けてパクつとする瞬間があったが意識は戻らないまま、午前11時18分～19分頃^[3]救急隊到着。

なお、本児については、持病等があったとの情報はなく、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ということにはなかった。

【2】 119番通報の時刻について消防局の記録と相違なし

【3】 救急隊の到着時刻については消防局の記録では11時19分



(給食時における位置関係)

(4) 当日本児に提供された食事

ア 献立及び調理状況

献立	材料	調理状況
軟飯	米	水を多めにして軟らかく炊いたもの
豆乳味噌汁	えのきだけ	おおよそ2～3mmにカット
	白菜	おおよそ5mm×3cm、手づかみで食べられるサイズ、30分火にかけている。
	人参	短冊切り、おおよそ5mm×1.5cm
	豆乳	
	味噌	
焼肉風炒め	だし汁	
	豚もも肉	1～2cmの大きさ(食べやすい大きさに小さく切る)(購入した肉=国産豚ももスライス(2mmスライス2cmカット))
	にんにく	フードプロセッサーにかける
	醤油	
	酒	
	三温糖	
	ごま油	
	玉ねぎ	おおよそ5mm×5mm
	人参	千切り、マッチ棒くらいの太さのものをおおよそ1cmの長さにカット
	にら	おおよそ7～8mmの長さにカット
白いりごま		

	ごま油	
キャベツのお浸し	キャベツ	おおよそ1cmの角切り
	ゆかり	
ヨーグルト	ヨーグルト	

イ 写真



施設職員が給食提供前に撮影したもの。
 上段左から、ヨーグルト、焼肉風炒め、キャベツのお浸し。
 下段左から、軟飯、豆乳味噌汁。



札幌市が、調理から2日後の10月25日（金）に警察から返却されたものをそのまま撮影したもの。右の写真は、残っていた給食のうちの肉片が広げられた状態のもの。本児がのどに詰まらせたものとは異なる。

(5) 事故発生前後の指導監査の状況

令和6年6月11日	定期指導監査（児童福祉法第46条第1項 ^{【参考資料②】} に基づく立ち入り） ・給食運営に係る指導事項なし。
令和6年10月23日	検証対象死亡事故発生
令和6年10月31日	特別指導監査① ・職員の配置状況・給食時における保育の実施状況・給食調理の実施状況等
令和6年11月12日	特別指導監査② ・職員の配置状況・給食時における保育の実施状況・給食調理の実施状況等
令和6年11月19日	特別指導監査③（オンライン） ・給食調理の実施状況
令和6年11月20日	特別指導監査④（オンライン） ・給食時における保育の実施状況
令和6年11月22日	特別指導監査⑤ ・給食時における保育の実施状況
令和6年11月28日	特別指導監査⑥ ・総括

(6) 特別指導監査における指導事項等

特別指導監査は、「児童福祉行政指導監査の実施について」（平成12年4月25日児発第471号厚生省児童家庭局長通知）にて通知された「児童福祉行政指導監査実施要綱」^{【参考資料③】}により、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もの。

ア 監査実施方針

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を確認した。

イ 監査結果

特別指導監査における本園関係者からのヒアリング及び書面確認の範囲では、食事介助中の職員配置等について、法令等の基準に違反している事実は確認できなかった。

ウ その後の対応

- ・本園に対し、今一度、保育を実施する上の基本的な対応について、マニュアル類や、保護者、保育士、栄養士等で情報共有すべき事項についての記録の整備状況について再確認を行うほか、研修の実施を通じて必要な対応を確実に行えるようにする等、保育の実施水準をさらに向上させるべく、考えられる対応をとっていくよう助言した。
- ・本市としての再発防止策の検討は、専門的な知見を有する外部委員で構成される検証組織を設置の上、当該組織から提示される事故発生原因の分析や提言を踏まえて改めて実施することとした。

第3章 本事例から明らかとなった問題点と課題

(1) 提供された離乳食の適切さについて

ご遺族の代理人から提供された情報によれば、今回の事故の死亡原因は気道閉塞による窒息であり、提供された食事に含まれていた薄切り肉が気道内に詰まったことによる。この薄切り肉の大きさが本児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える。

ア 本児の離乳食の段階と提供された食材の大きさ

まず、本児の離乳食の段階であるが、本児に対応していた本園の関係者、ご遺族へのヒアリングで、「完了期ではあったが、後期の具材の大きさ等に合わせて進めている」「完了期には近かったとは思う」等の回答がほとんどであったこと、また、連絡帳の記述に、本事故が起きた同月の10月1日の時点で「今月様子をみて落ち着いたら来月から完了食になります。どうでしょうか」という記載があることから、離乳後期（以下後期）から離乳完了期（以下完了期）への移行期であったと考えられる。本児は離乳食が次々と進行していくタイプではなく、多少ゆっくりとした進行であったことから、本園としては進行を促す働きかけを行う必要性を認識していたところであった。

この後期から完了期への移行期の児童に提供する食材の大きさの目安として、札幌市保育所等給食管理運営指針^{【参考資料④】}を参照すると、後期であれば、煮物・焼き物は幼児食を利用し5～8mm角位に切る、完了期であれば、煮物の固い食材は1cm位に切るとされていることから、後期から完了期への移行期であれば、今回のメニューでの薄切り肉は、少なくとも1cm以下の大ききで提供することが適切であろう。

しかし、実際に提供された食事に入っていた薄切り肉は、当日本児に提供された残食を札幌市が測定したもので約2cm×1.5cm、またご遺族の代理人から提供された非公開の情報によると、本児の気道に残されていたものもこれよりは多少小さいがほぼ同様の大ききであった。さらに、薄切り肉以外の食材で、かなり大きき、ほぼ咀嚼されていないものが胃の内部にいくつも残されており、提供された食事が本児の咀嚼力に適合していないものであったと言える。ではなぜこのように不適切な大ききの食事が提供されることになったのであろうか。最も大きな要因は、本児の離乳の進行の把握に関する情報共有のあり方の問題であると考えられる。

イ 職員間の情報共有のあり方の問題

先に本児の離乳の段階は後期から完了期への移行期と考えられると述べたが、実際には本園の関係者、保護者の中でその認識に微妙なズレがあった。すなわち、保護者、保育士（園長含む）は完了期には近いものの後期という認識であった一方で、栄養士はヒアリングで「保護者の方と先生（筆者注：担当保育者）とお話した結果完了期となる」と回答しており、完了期と認識していた。

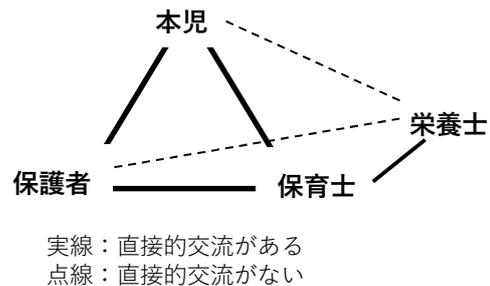
本児の食事に関して、入園当初、栄養士と保護者は面談する機会を得ているが、その後は基本的に保護者との連絡は担当保育士が担っていた。また、栄養士は、子どもたちが食べている様子を見るために、各クラスに行く機会を作るようにしていたものの、本児が属する0歳児については、「どうしても、離乳食を出した後、その後の給食等の配膳があり、なかなか見に行くことができなくて把握が難しかった」という配膳スケジュール上の困難があ

った。そのため、栄養士には、保護者からの情報、子どもの様子は、全て保育士を介して入る関係性にあった（図1）。

また、担当保育士と栄養士は、毎日のように食事の状況について情報交換を行っていたが、その際に、「美味しそうに食べていた」「問題なく完食していた」等の言葉で情報が伝えられていたようで、具体的な咀嚼・嚥下（えんげ）の状況について毎食きちんと情報共有するような形にはなっていなかった。加えて、ヒアリング時の園長の回答によれば、本児の乳歯の萌出に関しても、保育士は本数を把握していたようである。しかし、その進行について栄養士と共有をしておらず、栄養士は正確な把握ができていなかった。

さらに、担当保育士は、栄養士と日常的に話すことが多く、提供される食材についても「栄養士さんがすごく細かく気を遣ってくださって、すごく話し合いをしていたので、そこは小さく切ってくれていたのでは」と思っていた。その一方で栄養士は、本児の食事姿を直接見ることはできなかったが、完食している状況や保育士の話から、提供している食事に特に問題がないと判断していた。さらに管理職の園長も、ヒアリングの際の食材の大きさについて「誰がどのような形で判断している」のか、という問いに、「それはやはり専門職の栄養士が、この時期の子どもはこう

図1 本園での関係者の交流の在り方



いうふうにこのくらいのもものが食べられると思う、でも、○君（筆者注：本児）はまだ来たばかりなので、軟らかくして小さく刻みを入れて出しますというふうにいるいろいろ提案してくるので（中略）、そういうところで決まってくるかなと思います」と答えており、食材の大きさについては、基本的に栄養士の判断を専門職の判断として信頼していたと思われる。また本園では離乳が同時期の複数児童に食事を提供していたわけではなく、本児一人のために栄養士が調理した食事であった点も、担当保育士の食事の適切性の判断に影響したのではないかと考えられる。

このような状況から、担当保育士と栄養士の間にはある種の信頼関係が成立しており、その関係性ゆえに、栄養士が本児を見て確認するということが阻害され、担当保育士も栄養士が提供した食材の大きさに疑問を持つことが阻害された可能性がある。ここで一つ指摘しておきたいのは、給食の検食についてである。本園では園長が本児のために調理した離乳食を検食している。その際に、本児の離乳の段階から判断して適切であるかどうかについてさらに留意して検食していれば、不適切な食材の提供の見逃しを防ぐことができた可能性もあったと言わざるを得ず、残念である。

園の職員が互いに専門職として尊重し、信頼することは重要ではあるが、それゆえに明確に確認すべきことがなされない可能性もあることを認識する必要がある。互いに何となく了解しているだろうとするあうんの呼吸に任せるのではなく、明確に言葉や資料にして確認すべきである。特に離乳の段階の移行期においては、児童の咀嚼・嚥下機能をよく見極めるとともに、職員間で共有するための手続きを園ごとにしっかりと定め、遂行することが求められる。

ウ 食事についての園と家庭の情報共有の問題

次に、家庭と園との情報共有の困難さが、さらに状況を難しくした可能性がある。離乳の進め方については、目安として提示されている子どもの月齢ではなく、実際の子どもの発達の状況を把握して進めていくことが基本であり、その際に、園での食事の様子と家庭での対応について、両者が把握していくことが必要である。今回、本園の関係者とご遺族の両者にヒアリングを実施したが、両者の回答に非常に大きな齟齬があったことから、本園が行っている家庭との情報共有についてもいくつかの問題点があったと考える。

まず、離乳の進行にあたっては、家庭で食べているものを把握し、安全を確認してから進めることが必須である。例えば、今回の原因となった薄切り肉について、

担当保育士も栄養士も、家庭でも食べていることを確認するとともに、本園が提供する予定の大きさ等について説明し、承諾を得たと回答している。しかし、家庭では、豚肉を食べることができたと報告したのはアレルギーがないことについてであり、実際に、薄切り肉は基本的に家庭ではまだ使用しておらず、挽肉以外の肉を使用する際には数ミリ程度に刻んで使っていたと答えている。また、家庭で食べることができる食材を確認するために本園で使用していた「離乳食食材一覧表」では、豚肉に丸が付けられていたが、本園としてはそれを薄切り肉を食べることができるという意味で捉え（挽肉は別項目になっているため）、家庭では肉の形状ではなく、種別について報告したと考えていた、という回答もあった。さらにこの書式では、肉の形態に関して、挽肉・荒刻み・スライスから選択して記入する欄があるが、それが未記入であり、確認はしたものの記録していなかった点は自分の落ち度であると栄養士がヒアリングの際に答えていた。このように、本園は一定の手続きに則って家庭での食事についての情報を得ようとしたことは事実ではあるが、残念ながら確実な情報の確認、共有ができていなかったと考えられる。

次に、園で提供している食事の内容や食事の状況に関する園からの情報提供についてである。本園では基本的に毎回の食事の写真をタブレットで保護者に提供しており、また連絡帳でも食事についてのやり取りがあった。そのため、本園では、提供した食事の内容や形態、食事の状況について家庭にきちんと情報を伝えており、家庭から特に問い合わせ等もなかったため、家庭でも本園での食事について理解し、納得していたと考えていたようである。しかし、実際には、保護者はお迎えの際に食事の写真は見るが、タブレットで見る、実物よりも小さい写真であり、大まかにどのような感じかは分かって、その中に含まれている食材の大きさまでを把握するのは難しかったとのことである。そして、園は専門家なので、このようなものを食べました、完食でした、と言われれば、そうなのかな、と思って特に疑問を持つこともなかったと話していた。

このような認識の不一致の責任は園側にある。家庭側が、質問されたことから園の意図していることを推測し、それに合わせて回答できるように努力する必要はない。逆に園は子どもを預かる専門機関として、様々な背景を持つ家庭に配慮し、家庭から適切に情報を得ることができるよう努力しなければならない。

エ 食材の大きさの基準について

最後に、実際に提供する食材の大きさの基準の難しさについても指摘したい。上

述の札幌市の保育所等給食管理運営指針では、離乳の時期毎に、調理方法によってある程度の大きさの目安が提示されているが、他の基準では大きさが明示されていないものも多い。例えば、国が2019年に提示し、様々な離乳食の基準として参照されていたとされる「授乳・離乳の支援ガイド」改定に関する研究会作成の「授乳・離乳の支援ガイド」^{【参考資料⑤】}でも、食材の固さについては記述されているものの大きさの基準は述べられておらず、本園の運営法人が作成した「離乳食対応マニュアル」「食事提供に関する計画」でも同様である。また、札幌市では、上述の運営指針の他に、札幌市保育所給食基準献立^{【参考資料⑥】}も提供しているが、その中で、例えば、すき焼き風煮という献立（5歳児までの幼児共通献立で、1～2歳児は80%量で使用）では、薄切り肉は1.5～2cm角と記載されており、当日栄養士が使用した焼き肉風炒めの献立（豚もも肉1～2cm）と類似の記載となっている。この数値は札幌市保育所等給食管理運営指針とは異なっているが、指針においてはこのようにして調理した幼児食を利用してさらにそれを細かく刻む等ともされており、解釈に幅が出る余地があることが、現場の判断を難しくしているのではないかと考えられる。

実際にヒアリングでも、食材の大きさについて栄養士は、「あまり明確に、絶対この大きさというもの（筆者注：基準のこと）はないのです。（中略）先生もう少しいけると思う、というふうなお話を（筆者加筆：担当保育者から）聞いた上で、じゃ、こうしていきましょうという、本当に感覚になってしまうと思うのですけれども、目視と感覚と先生たちのご意見で進めさせてもらいました」と述べており、感覚で進めている状況であった。

以上のことを総合すると、離乳の進行が比較的ゆっくりであった本児について、本園の担当者の認識が微妙にズレていたこと、またその認識を明確に確認することなく、それぞれが互いの立場を尊重・信頼し、食事を提供していたこと、加えて、家庭との情報共有の困難さ、食材の大きさの基準の曖昧さ等が重なったところで、本事故が発生したと推測される。施設の運営としては、どこで連絡や確認のズレが生じるのか、連絡システムのモニタリング、及び確実な確認・伝達のマネジメントが求められる。しかし、日々の業務に追われる当事者同士だけの努力で、このことを達成することは難しい。したがって、園長や主任をはじめとした管理的な立場にある者が、保育士—栄養士—園児—保護者の間に入り、積極的に連絡システムのモニタリ

ング、確実な確認・伝達のマネジメントを行う必要がある。

(2) 救命処置について

ア 救命処置マニュアルと本事故における対応

保育従事者は、児童が誤嚥を起こした際、その児童の状況を的確に把握し、対応に遅れが生じないようにする必要がある。本園の『安全管理マニュアル』^[4]では、事故発生時の対応として、「大声で人を呼ぶ」「119番に連絡」「意識の有無の確認」「救命処置」等の対応が書かれている。

具体的には、窒息発見時に大声で人を呼び、119番通報、AED、保護者への連絡を依頼する。並行して意識を確認し、意識がある場合は、背部叩打法（頭を下へ向け、肩甲骨の間を手のひらの下の部分で叩く）を行う。意識がない、途中で意識が失われた場合は、心肺蘇生を行い、「胸骨圧迫→人工呼吸→口の中に異物が見えたら取り除く」を繰り返す。それでも意識が戻らない場合は、心肺蘇生を継続しながらAEDをガイダンスの指示に従って行うとされている。

事故発生時の救命処置の状況について、特別指導監査、本検証ワーキンググループによる関係者へのヒアリング等から、本検証ワーキンググループが把握した当時の状況は以下のとおりである。なお、2ページに記載されているとおり、事故発生時の状況は、主として園側の関係者からの聞き取りであるため、客観的な事実として確認することができなかった内容が含まれる。外部機関の記録等と照合可能な箇所については、[] 内でその旨を記載した。

令和6年10月23日、午前11時08～09分頃。本児の食事介助をしていたA保育士が、本児が嘔吐（えず）き、苦しそうな表情をしたため、①テーブル付き椅子に座らせたまま、本児の背中を叩き、歯のところに肉が1切れ見えたため、指で取り出した。このとき、指は口の手前までで奥までは入れていない。

②再度、嘔吐いたため、本児をテーブル付き椅子に座らせたまま、本児の正面から本児の背中を叩いたところ、よだれと一緒に小さめの肉が出た。ここで同じ部屋にいたB保育士が、「抱き上げてトントンして」と指示を出し、A保育士は本児を椅子から下ろし、一度、立たせた後、立て膝で左手で本児の上半身を支え、右手で背中を叩いた（背部叩打法）。この時点で、本児はぐったりとして顔色が変わって

【4】マニュアルに掲載されている「事故発生時の対応」自体はこども家庭庁の「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」に準じるものであり、問題はない。

いたが、意識や呼吸があったかは不明。

③すぐにB保育士が交代し、背部叩打法でさらに強く背中を叩いたが、その時点で顔色は悪かった。B保育士は、本児の「力の抜け方とお顔の色の変化」から「間に合わない」と判断し、本児の背中を叩きながら、「助けてください」「救急車を呼んでください」と園長のいる事務室に駆け込んだ。

④応援に駆けつけた他クラスのC保育士が交代し、背部叩打法を続けたが、（喉に詰まったものが）「何回叩いても出てこない」上、ぐったりとして、血色もなくチアノーゼ状態であった。

⑤午前11時10分 [消防局の記録と相違なし]。119番通報した園長が119番受付から心肺蘇生の指示を受け、C保育士が胸部圧迫→人工呼吸を繰り返した。その後、一瞬、顔色が戻ってきたため、もう1回背中を叩いたが、何も出てこなかった。顔色が白くなり、口を開けてパクツとする瞬間があったが意識は戻らなかった。この間に、A保育士が保護者に連絡し、保護者も到着。

⑥午前11時18～19分 [消防局の記録では11時19分]。救急隊到着。AEDは未使用であった。

イ 本事故における対応の妥当性

前述のとおり、本園が定める「安全管理マニュアル」では、①大声で人を呼ぶ、②119番に連絡・意識の有無の確認、③救命処置という初動の対応が記されている。

これに照らし合わせると、事故発生後、A保育士が椅子に座ったままの状態で背中を叩き、歯のところに肉切れを取り出した。その際、手を口の奥までは入れなかった。これも「指で取ろうとすると逆に異物を押し込んでしまうので指を入れない」というマニュアルに準じた対応であると評価できる。「椅子に座ったままの背中を叩く」という処置は、マニュアルでは「意識がある場合」、「咳き込む」「苦しそうに泣く」「しゃべれる（苦しいよ等）」「呼吸が苦しそう、呼吸困難」な場合の対応であるが、この時点で、本児の意識状態の判断は難しく、この対応が適切であったのか、または早急に背部叩打法を行うべきだったかは評価しがたい。

またマニュアルでは、この時点で並行して、大声で人を呼び、119番に連絡することが記されているが、それがなされないまま、背部叩打法が行われた。これはマニュアルとは異なる対応である。園側の報告によれば、事故発生が午前11時08～09

分頃、119番通報が午前11時10分ということで、1～2分^{【5】}の遅れであるが、窒息時の場合、その1～2分の遅れが命に関わることも十分考えられる。したがって、この点については、マニュアルの確認を徹底し、強く改善を求めるものである。

その後、A保育士に代わり、B保育士が同様に背部叩打法を行ったが、改善がみられなかったことから、事務室の園長に援助を求め、A保育士が保護者へ連絡し、別の保育士が119番通報した。119番受付からの要請で心肺蘇生に移ったのはマニュアルどおりの処置である。さらにマニュアルでは、心肺蘇生からAEDの処置という対応が記されているが、その検討はなく（C保育士によれば、園長は電話口で「あと何ができますか」と繰り返し問い合わせていたことから、119番受付からの指示もなかったようである）、AEDは未使用であった。一般的に、窒息の場合、呼吸状態の回復なしにAEDを使用しても効果は少ないと考えられる。しかし、今回の事案では、救命処置中に、AEDの使用が検討された形跡がなかった。このことは、マニュアルに沿った本児の意識状態の把握が適切になされていなかった可能性も示唆しており、改めてマニュアルの確認を強く求めるものである。

また本検証ワーキンググループが実施したヒアリングにおいて、A保育士は「園に備え付けのマニュアルに目を通したことがない」、B保育士は「マニュアルの存在は知っているが、読み合わせはしていない」と述べており、一連の救命処置のフローについて、そもそも職員間で共通理解があったかどうかも疑問である。むしろB保育士が「(からだが)自然に動いているとしか思えない」と述べたとおり、マニュアルに基づいた行動というよりも、個々の保育士が、個人的に研修で身に付けていたスキルが、ばらばらに発揮されていたと考えるほうが妥当である。緊急時であるため、冷静な判断は難しいが、だからこそ、本来はマニュアルの読み合わせを定期的に行い、緊急時に備えるべきであった。この点についても、今後、同様の事態に備えるために、強く改善を求めるものである。

ウ 事故対応の取組について

次に、事故防止の取組としては、本園の運営法人が作成した「保育施設での安全管理研修」をWeb会議ツール（Zoom）で視聴。事故対応については、令和5年度の園内研修で「普通救命講習Ⅲ」を受け、心肺蘇生法、人工呼吸、気道内異物除去、

【5】 事故発生時刻は園側の報告であり、客観的に事実認定ができたものではない。一方、通報時刻は消防局の記録と相違ない。したがって、園側から報告された救命処置の内容を考えると、事故発生から通報まで1～2分以上の時間がかかっていた可能性も否定できない。

AED等の実技を行っていた。また令和6年度には園内研修として、再度「普通救命講習Ⅲ」を行い、令和5年度未受講者が参加していた。加えて、個々の保育士の中には個人的にさらに上級の救命講習も受けている者もいた（B保育士、C保育士等）。したがって、本園の職員、個々人は救命処置について、平均以上の高い能力を有していたと考えられる。

しかし、組織的な対応としては問題があったと思われる。例えば、本園の運営法人が「安全管理マニュアル」を作成しており、その中には「窒息時の対応について」等が明記されている。しかし、本マニュアルの定期的な職員への周知は実施されておらず、A保育士は目を通したことがなく、B保育士も存在は知っているが、職員間で読み合わせることもなく、緊急時の対応について共通理解は図られていなかった。実際、119番通報のタイミングや本児の意識状態の把握等、適切とは判断できない対応もあり、組織的な対応としては問題があったと言わざるを得ない。

また、本事故後の令和7年3月に刊行された『令和6年度子ども・子育て支援調査研究事業 教育・保育施設等における食事中の誤嚥事故防止対策に関する調査研究事業報告書』の啓発資料「教育・保育施設等における窒息事故発生時の対応フロー」^{【参考資料⑦】}では、背部叩打法に加え、新たに腹部突き上げ法が紹介され、これらの方法を交互に繰り返すことが明記されている。今回の事故において、背部叩打法が有効に機能しなかった理由の1つとして、気管の入り口、もしくは気管の中に、肉片が気道を塞ぐ形で張り付いてしまっていた可能性も考えられる。その場合、背部叩打法よりも、腹部突き上げ法によって、心窩部を圧迫することで横隔膜を上げ、それによって肺から息が出て、肉片が剥がれ、呼吸が可能になることも考えられる。

なお、背部叩打法は振動により口腔内の遺物を除去しようとする方法であり、腹部突き上げ法は体の内部からの圧力で口腔内の遺物を取り除こうとする方法である。したがって、生じた事故の状況によって、適応が違うことへの職員の理解も必要である。

以上のことをまとめると、常に新しい情報を取り入れ、マニュアルを更新していくとともに、施設の運営として、園は、職員個々人の努力に任せるのではなく、「安全管理マニュアル」の読み合わせ等、組織的に共通理解を持つ機会を設けることが強く求められる。

第4章 再発防止のための提言

提言1：家庭と園、園の職員間で児童の離乳に関する情報を確実に共有すること

担当保育士は、児童の家庭での食事の状況についての情報を得るとともに、一人一人の児童の咀嚼・嚥下の状態を正しく観察し、発達状況を正確に把握しなければならない。そして、その認識の内容について複数の担当者間で確認し合う必要がある。さらに、園長・主任保育士・担当保育士・栄養士・調理員等様々な職域の職員がその情報を共有するための具体的な手続きを園ごとに定め、特に離乳の移行期にあっては、進行状況を慎重に見極めながら進めなければならない。本園では給食会議は定期的に行われていたが、一人一人の児童について毎回離乳に関する情報共有が行われていたわけではない。給食会議に加えて離乳食会議等を活用することで、全員の児童の離乳の進行を把握する手続きを全ての園で実施することを推奨する。

また、対人サービスの現場においては、人間同士のやり取りが多くなるため、ヒューマン・エラーをどのように防止するかは、避けられない課題である。例えば、家庭から情報を得ても、それが必要な職員がいつでも確実に利用できるような形で保存されていなければ意味がない。そしてその情報は子どもの発達に応じて更新されていく必要がある。さらに、園も家庭も忙しい日常において、離乳の進行に際し必要な情報は多岐に渡り、また細かいチェックが必要となる。チェックリストがあっても記入されていない、正しい情報が反映されない等を起こさないために、収集する情報の内容・情報収集の手続き・得られた情報の記録の方法等を吟味し、各園の体制に応じ実行可能なものにしておく必要がある。

提言2：安全管理マニュアルの更新と確実な共有を行うこと

今回、事故が起きた園では、個々人は個人的に救命研修等を受けており、救命に関する知識は決して低くはなかった。ただし、園全体として、安全管理マニュアルが共有されておらず、マニュアルに沿った組織的・系統的な対応がなされていなかった。今後は、個々人の能力向上だけではなく、組織として事故対応がなされるために、園の安全管理マニュアルや国が定めるガイドライン^[6]の共有と役割分担を徹底させていただきたい。

加えて、自治体・国レベルでも、事故対応については、分かりやすくスタンダードを定めて、その周知を徹底していただきたい。今回、本報告書で参照した『令和6年度子ど

[6] 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）

も・子育て支援調査研究事業 教育・保育施設等における食事中的誤嚥事故防止対策に関する調査研究事業報告書』の啓発資料では、誤嚥時の対応として腹部突き上げ法が明記されていたが、本園の『安全管理マニュアル』、及びそれが参照した国のガイドラインでは、その対応法は明記されていなかった。その一方で、本事故よりも以前に発生した誤嚥事故の報告書（例えば、東京都の報告書^[7]）を参照すると、その中の事故対応として、保育士により腹部突き上げ法が使用されている。つまり、自治体や個々の研修によって、この方法は一部の保育関係者には知られているということである。また、どれが最新のマニュアルであるかも、簡単には分かりづらく、現時点においても、保育現場がどのマニュアルに従うべきかが明確であるとは言いがたい。

したがって、国の最新の通知等に沿って各園のマニュアルが適正に更新されるよう、より迅速な各園への周知を徹底していただきたい。併せて、救命に関する最新の情報や処置方法を学ぶことができるよう、全市的な研修を実施するとともに、各園において実践的な研修を実施するよう啓発の強化を求めたい。

提言3：離乳食に使用する適切な食材の加工についての啓発に努めること

離乳食として提供する際に注意を要する食材についての啓発をしっかりと行い、全園で徹底することが必要である。例えば上述の、令和7年3月にこども家庭庁から出された、『令和6年度子ども・子育て支援調査研究事業 教育・保育施設等における食事中的誤嚥事故防止対策に関する調査研究事業報告書』の啓発資料には、教育・保育施設等における誤嚥事故防止のための食材整理表^{【参考資料⑧】}がある。その中で、薄切り肉は飲み込みにくいため調理を工夫する食材とされており、1歳6か月～3歳頃の段階で、1cm程度の大きさから口腔機能の発達状況に応じて段階的に調整するとされている。このような資料の周知に努め、各園で整備している離乳食のマニュアルに随時反映させていくような取り組みが求められる。また、例えば札幌市内の保育所においては札幌市保育所等給食管理運営指針等、該当する自治体で出されている基準を全園で再度確認し、食材の固さだけでなく、大きさについても一定の基準に則って調理するよう併せて周知すべきである。

提言4：咀嚼を確認するための指標づくり

本事案においては、提供された食材の大きさが本児の咀嚼・嚥下能力に適したものでは

[7]『東京都教育・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検証委員会報告書：認可外保育施設で給食中に発生した誤嚥による死亡事故について』（令和6年5月）

なかったことが最も大きな原因であると考えられる。すなわち、本児を担当していた保育者は新人ではなく事故発生時で十分な経験があり、しかも注意して児童の様子を見ながら1対1で食事の介助をしていたにもかかわらず、本児の咀嚼・嚥下能力に合った食材の大きさについての判断が難しかったことになる。また、調理を担当した栄養士も同様に十分な経験年数があったが、食材の大きさの判断は客観的な基準に基づくものではなく、担当保育者と相談しながら試行錯誤的に進めていた。これを担当者の資質の問題に帰してしまうだけでは、問題の解決に結び付かず、また次の事故を引き起こしかねない。通常、保育士は子どもの咀嚼状況を外から見て、食事が適切かどうか判断し、離乳の段階を進めていく。今回の事案においても、同様の判断がなされており、本園の保育士が他園と比較して著しく、異なる判断をしていたわけではない。保育施設での誤嚥の重大事故の発生を防ぐためには、現場の保育担当者や調理担当者の全員が、児童の咀嚼・嚥下能力やそれに適した食材の大きさについて正しい判断を行うことができるような明快な基準や指針が必要である。国や自治体には、各指針で示された目安の安全性を再度確認の上、咀嚼・嚥下の判断やそれに対応した食材の基準の再検討、及び明確化を望みたい。

提言5：園と家庭との信頼関係の形成に努めること

家庭と園との間に信頼関係を形成し、相互理解の下に子どもの発達を支えていくことは保育の最も基本的な姿勢の一つであるが、今一度その基本に立ち返り、園を利用する全ての家庭との連携がうまくできているかを振り返る必要がある。特に新入園児や初めての子育てを行っている家庭については、早急な信頼関係の醸成に努めることにより、家庭の養育環境等の情報を得るとともに、子どもの発達に関わる正しい情報を伝えることで、家庭の養育の助けとなるように努める必要がある。その際に園は、一方的に情報を発信するのではなく、意図したとおりに相手に伝わっているのかを常に確認しながら行わなければならない。

参考資料

参考資料① 札幌市子ども・子育て会議条例（平成25年条例第21号）

（設置等）

第1条 子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号。以下「支援法」という。）第72条第1項及び第3項の規定に基づき、札幌市子ども・子育て会議（以下「子ども・子育て会議」という。）を置く。

2 子ども・子育て会議は、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（平成18年法律第77号。以下「認定こども園法」という。）第25条及び児童福祉法（昭和22年法律第164号）第8条第3項に規定する合議制の機関とする。

（所掌事務）

第2条 子ども・子育て会議は、次に掲げる事務を行う。

- (1) 支援法第72条第1項各号に掲げる事務を処理すること。
- (2) 認定こども園法第3条第1項又は第3項の認定及び認定こども園法第7条第1項の規定による認定の取消しに関する事項並びに認定こども園法第25条に規定する事項を調査審議すること。
- (3) 児童福祉法第8条第1項本文及び第3項に規定する事項を調査審議すること。
- (4) いじめ防止対策推進法（平成25年法律第71号）第30条第2項の規定による調査に関すること。
- (5) 前各号に掲げるもののほか、支援法第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。）、子ども・若者育成支援推進法（平成21年法律第71号）第1条に規定する子ども・若者育成支援等に関すること。

（組織）

第3条 子ども・子育て会議は、委員31人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、市長が委嘱する。

- (1) 子どもの保護者
- (2) 事業主を代表する者
- (3) 労働者を代表する者
- (4) 子ども・子育て支援に関する事業に従事する者
- (5) 子ども・子育て支援に関し学識経験のある者
- (6) その他市長が適当と認める者

（委員の任期）

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(臨時委員)

第5条 特別の事項等を調査審議するため必要があるときは、子ども・子育て会議に臨時委員を置くことができる。

2 臨時委員は、第3条第2項各号に掲げる者のうちから、市長が委嘱する。

3 臨時委員は、その者の委嘱に係る特別の事項等に関する調査審議が終了したときは、委嘱を解かれたものとみなす。

(会長)

第6条 子ども・子育て会議に会長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、子ども・子育て会議を代表し、会務を総理する。

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

(会議)

第7条 子ども・子育て会議の会議（以下「会議」という。）は、会長が招集する。

2 会長は、会議の議長となる。

3 会議は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ、これを開くことができない。

4 会議の議事は、出席した委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(意見の聴取等)

第8条 子ども・子育て会議は、必要があると認めるときは、会議に関係者の出席を求めて意見若しくは説明を聴き、又はこれらの者から資料の提出を求めることができる。

(部会)

第9条 子ども・子育て会議に、必要に応じ、部会を置くことができる。

2 部会は、会長の指名する委員及び臨時委員をもって組織する。

3 部会に部会長を置き、会長がこれを指名する。

4 部会長は、部会を代表し、部会の事務を統括する。

5 部会長に事故があるとき、又は部会長が欠けたときは、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。

6 子ども・子育て会議は、その定めるところにより、部会の決議をもって子ども・子育て会議の決議とすることができる。

7 前2条の規定は、部会について準用する。

(庶務)

第10条 子ども・子育て会議の庶務は、子ども未来局において行う。

(委任)

第11条 この条例に定めるもののほか、子ども・子育て会議の運営に関し必要な事項は、会長が子ども・子育て会議に諮って定める。

参考資料② 児童福祉法（抄）

第46条 都道府県知事は、第45条第1項及び前条第1項の基準を維持するため、児童福祉施設の設置者、児童福祉施設の長及び里親に対して、必要な報告を求め、児童の福祉に関する事務に従事する職員に、関係者に対して質問させ、若しくはその施設に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

参考資料③ 児童福祉行政指導監査実施要綱（抄）

5 指導監査の方式及び回数

指導監査は、一般指導監査と特別指導監査に分けて次により実施すること。

(2) 特別指導監査は、問題を有する実施機関及び児童福祉施設を対象に必要な応じて特定の事項について実施すること。この他、保育所については、死亡事故等の重大事故（死亡事故、意識不明となる事態等の重大な事故をいう。以下同じ。）が発生した場合又は児童の生命・心身・財産に重大な被害が生じるおそれが認められる場合（こうしたおそれにつき通報・苦情・相談等により把握した場合や重大事故が発生する可能性が高いと判断した場合等も含む。以下同じ。）等には、特別指導監査を実施すること。

参考資料④ 札幌市保育所等給食管理運営指針（抄）

Ⅲ 離乳の進め方編

8 「離乳後期（生後9～11か月頃）」の進め方

(6) 離乳食の調理

ウ 副食

(ア) 揚げ物・幼児食をさっと熱湯に通し、5～8mm角位に切るか5mm程度の

厚さにスライスする。※ソース、ケチャップ等はかけない。

- (イ) 焼き物・・・幼児食を使用。5～8mm角位に切るか、ほぐす。※ソース、ケチャップ等はかけない。
- (ウ) 煮物・・・幼児食を使用。幼児食の調味料を控えて煮て取り分ける（幼児食は、離乳後期の分を取り分けてから規定の調味料量を入れる）か、熱湯に通す。5～8mm角位に切る。
- (エ) 和え物・・・幼児食の調味料を控えた時点で取り分け、刻む。
- (オ) トマト・・・5～8mm角位に切る。
- (カ) 果物・・・手で持ちやすい形に切る。柑橘類は小房に分けて薄皮を剥く。果肉の固いりんご、なし等は煮て軟らかくする。柿は離乳完了期まで使用しない。

9 「離乳完了期（生後12～18か月頃）」の進め方

(6) 離乳食の調理

ウ 副食

- (ア) 揚げ物・・・幼児食を使用。1cm角位に切るか、8mm程度の厚さにスライスする。
- (イ) 焼き物・・・幼児食を使用。2～3等分に切る、又はスティック状に切る。
- (ウ) 煮物・・・幼児食を使用。固い食材は1cm位に切る。
- (エ) 和え物・・・幼児食を使用。固い食材は刻む。
- (オ) トマト・・・1cm角位に切る。
- (カ) 果物・・・手で持ちやすい形に切る。果肉の固いりんご、なし等は煮て軟らかくする。柿は離乳完了期まで使用しない。

参考資料⑤ 授乳・離乳の支援ガイド（抄）

（6）離乳の進め方の目安

		離乳の開始 → 離乳の完了			
		以下に示す事項は、あくまでも目安であり、子どもの食欲や成長・発達の状況に応じて調整する。			
		離乳初期 生後5～6か月頃	離乳中期 生後7～8か月頃	離乳後期 生後9～11か月頃	離乳完了期 生後12～18か月頃
食べ方の目安		○子どもの様子をみながら1日1回1さじずつ始める。 ○母乳や育児用ミルクは飲みたいだけ与える。	○1日2回食で食事のリズムをつけていく。 ○いろいろな味や舌ざわりを楽しめるように食品の種類を増やしていく。	○食事リズムを大切に、1日3回食に進めていく。 ○共食を通じて食の楽しい体験を積み重ねる。	○1日3回の食事リズムを大切に、生活リズムを整える。 ○手づかみ食べにより、自分で食べる楽しみを増やす。
調理形態		なめらかにすりつぶした状態	舌でつぶせる固さ	歯ぐきでつぶせる固さ	歯ぐきで噛める固さ
1回当たりの目安量					
I	穀類（g）	つぶしがゆから始める。 すりつぶした野菜等も試してみる。 慣れてきたら、つぶした豆腐・白身魚・卵黄等を試してみる。	全がゆ 50～80	全がゆ 90～軟飯80	軟飯90～ ご飯80
II	野菜・果物（g）		20～30	30～40	40～50
III	魚（g）		10～15	15	15～20
	又は肉（g）		10～15	15	15～20
	又は豆腐（g）		30～40	45	50～55
	又は卵（個）	卵黄1～ 全卵1／3	全卵1／2	全卵1／2～ 2／3	
	又は乳製品（g）	50～70	80	100	
歯の萌出の目安			乳歯が生え始める。	1歳前後で前歯が8本生えそろう。 離乳完了期の後半頃に奥歯（第一乳臼歯）が生え始める。	
摂食機能の目安		口を閉じて取り込みや飲み込みが出来るようになる。 	舌と上あごで潰していくことが出来るようになる。 	歯ぐきで潰すことが出来るようになる。 	歯を使うようになる。

※衛生面に十分に配慮して食べやすく調理したものを与える

出典：厚生労働省が設置した「授乳・離乳の支援ガイド」改定に関する研究会（座長：五十嵐隆 国立成育医療研究センター理事長）により改定された「授乳・離乳の支援ガイド（2019年改定版）」

参考資料⑥ 札幌市保育所給食基準献立（抄）

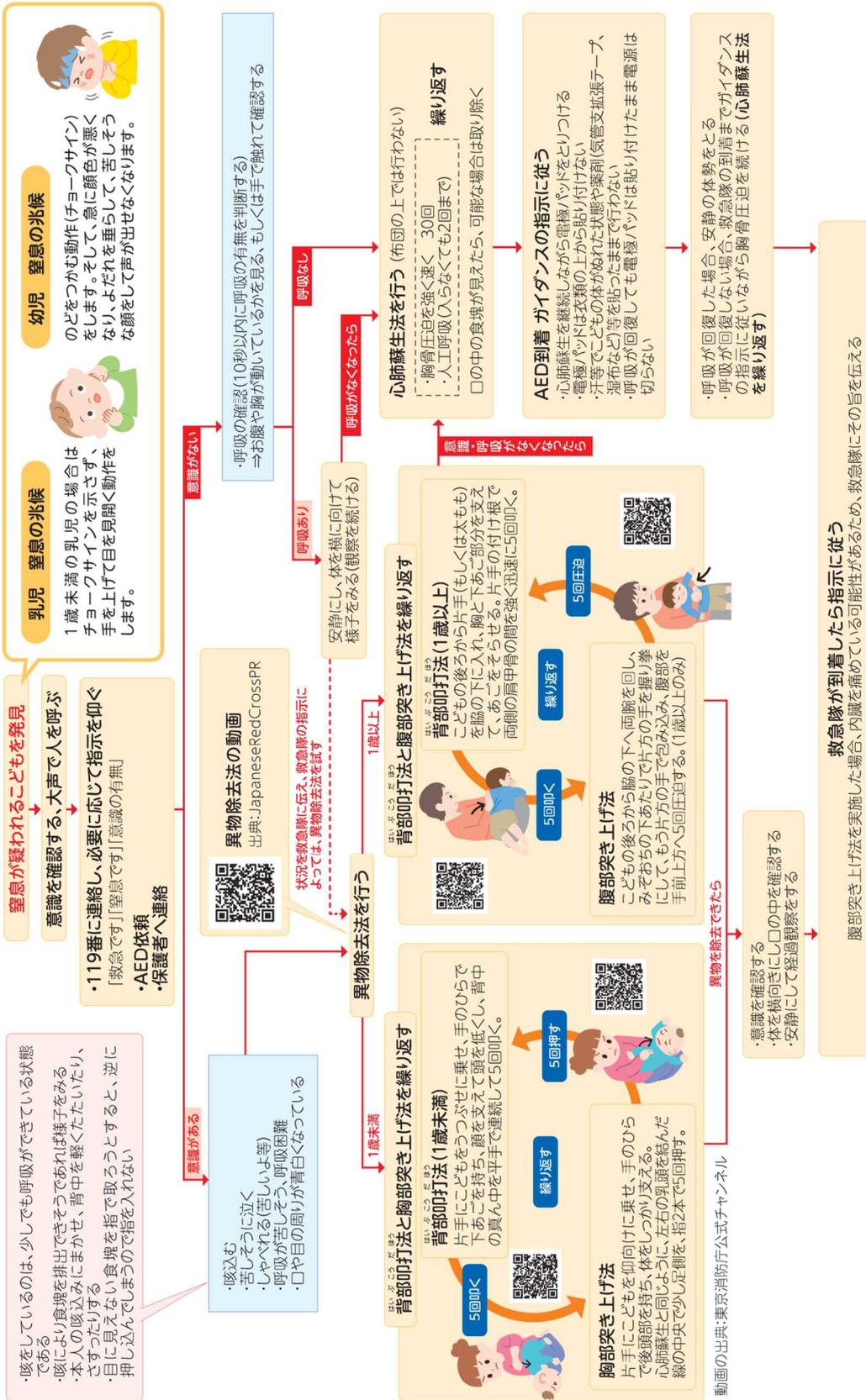
札幌市子ども未来局

令和 7年 7月 予定・実施献立表 (平日手作りおやつ献立)		実施日		30日(水)		離乳食予定人数(実施人数)	
				予定人数	(実施人数)	30日(水)	
		1～2歳児		人()	人()	初 人()	初 人()
		3～5歳児		人()	人()	中 人()	中 人()
献立名及び食品(分量は一人分)		可食量g	使用量g	総使用量	総使用量	作り方・中心温度等/備考	
午前 おやつ	1 牛乳					<牛乳> ※牛乳72gは70mlです。	
	2 牛乳	72	72				
1歳児	果物						
	果物()	30	30				
主食	1 ごはん						
	2 精白米	38	38				
共通 献立 1歳児 80%	味噌汁(南瓜)					<味噌汁(南瓜)> ①南瓜は1.5cm程度の角切りにする。 ②だし汁で①を煮、味噌を加える。 ※南瓜は煮崩れないように注意する。	
	南瓜(廃棄率16%)	40	48				
	鉄強化味噌	4.5	4.5				
	煮干(だし用)	2.5	2.5				
	水(煮干しだし)	120	120				
	すき焼き風煮					<すき焼き風煮> ①春雨は熱湯でやわらかくなるまで戻し1.5cm程度の長さ切る。 ②白菜・玉葱は、長さ2cm、幅1cm程度に切る。 ③人参は厚さ5mm、縦横1.5cm程度のいちよう切りにする。 ④焼き豆腐は、厚さ1cm、縦横2cm程度に切る。 ⑤油で1.5～2cm角のｽﾗｲｽ肉を炒め、色が変わったら人参を加え炒める。 ⑥⑤に玉葱を加え炒め、さらに白菜、焼き豆腐、砂糖、ミソ、醤油を加え、人参がやわらかくなるまで煮込む。 ⑦春雨を入れて、ひと煮立ちさせる。	
	豚ロース肉	20	20				
	焼き豆腐	20	20				
	はるさめ	5	5				
	白菜	20	22				
	玉葱	16	18				
	人参	9	10				
	サラダ油	1	1				
	砂糖	0.8	0.8				
みりん	0.7	0.7					
醤油	2.8	2.8					
胡瓜のおかか和え					<胡瓜のおかか和え> ①胡瓜は1.5cm程度の乱切り又は長さ2cm程度の太めの千切りにし、茹でて冷水にとり水を切る。 ②①を醤油と削りかおで和え、時々混ぜて味をなじませる。		
きゅうり	40	41					
醤油	1	1					
削りかつお	0.5	0.5					
果物							
果物()	30	30					
午後 おやつ	アイスクリーム					<アイスクリーム> ※容量は、gとmlは異なりますので確認して下さい。	
	アイス(1～2歳児80%)	50	50				
市販菓子	市販菓子	15	15			<市販菓子> 2～3種類を組み合わせてよい。	

参考資料⑦ 教育・保育施設等における窒息事故発生時の対応フロー

教育・保育施設等における窒息事故発生時の対応フロー

令和6年度子ども子育て支援調査研究事業「教育・保育施設等における食事中の誤嚥事故防止対策に関する調査研究」において、窒息事故発生時の対応フローについて、「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」等を基にとりまとめましたので、ご活用ください。



出典：子ども家庭庁が実施した「教育・保育施設等における食事中の誤嚥事故防止対策に関する調査研究事業」により作成された報告書（令和7年3月 MS&ADインターリスクリック研株式会社）

参考資料⑧ 教育・保育施設等における誤嚥事故防止のための食材整理表

教育・保育施設等における誤嚥事故防止のための食材整理表

令和6年度子ども子育て支援調査研究事業「教育・保育施設等における食事の誤嚥事故防止対策に関する調査研究」において、使用を避ける食材や調理を工夫する食材について「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」を基に整理しましたので、ご活用ください。なお、本整理表に掲載した食材以外でも、誤嚥事故が発生する可能性があることを念頭に置いて、食事の見守りを行いましょ。

使用を避ける食材

もち	白玉団子	乾いたナッツ、豆類	ミニトマト	ぶどう	さくらんぼ	個裁チーズ	うずらの卵	アメ類・ラムネ	いか	こんにやく
----	------	-----------	-------	-----	-------	-------	-------	---------	----	-------

● 粘着性が高く、飲み込みにくい
● 球形や大きさから、気道に入りやすく、つままりやすい
● 弾力性があり、噛み切りにくい
● 「糸こんにやく」で代用する

やむを得ず使用する場合の留意点▶

- 4等分して形や大きさを変える
- 4等分して形や大きさを変える
- 4等分して形や大きさを変えて、口内に残る皮も取り除く
- 加熱して形や大きさを変える

調理を工夫する食材

● 「年齢等」はあくまで目安です。こどもの口腔機能(咀嚼・嚥下)の発達状況や、当日の体調等に応じて調理を工夫しましょう。
● 離乳期においては、家庭で喫食経験がない食材の提供は避けましょう。

食材	年齢等
<ul style="list-style-type: none"> 弾力性がある又は繊維が残るため、飲み込みにくいもの 葉野菜、きのこ類、わかめ、ソーセージ、薄切り肉 唾液を吸収して、飲み込みにくいもの ゆでたまご、ひき肉 食塊の固さや切り方によってつままりやすいもの りんご、なし 固くて噛み切れない又は噛みちぎりにくいもの えび、貝類、おにぎりのり 	<p>離乳期</p> <ul style="list-style-type: none"> <離乳初期> (5~6か月頃) 歯はまだ生えていない子が多い。 <離乳中期> (7~8か月頃) 前歯が生え始める。 <離乳後期> (9~11か月頃) 徐々に前歯が生えそろうっていく。 <離乳完了期> (12~18か月頃) 前歯の本が生えそろうい、奥歯が生え始める。 <p>1歳6か月~3歳頃</p> <ul style="list-style-type: none"> 2歳頃 前から4番目の歯まで生えそろう。 3歳~3歳6か月頃 乳歯(20本)が生えそろう。

やわらかくすりつぶした状態にする
● 生の状態、すりおろしただけの状態では与えない。

歯ぐきで舌でつぶせる固さにする
● 具体的な加熱方法は?

歯ぐきでつぶせる固さにする

歯ぐきで噛める固さにする

個別食材のPOINT

- ソーセージ：縦半分に切る(大きさや長さも調整する)
- ひき肉：とろみをつける

離乳期に提供することは避ける

- 「おにぎりのり」は、「ぎざみのり」で代用する。

1歳6か月~3歳頃

- 大人よりはやわらかめの固さ
- 大きさは1cm程度から、口腔機能の発達状況に応じて段階的に調整していく

● 近年の誤嚥に関する重大事故は、離乳期のこどもが「りんご」、「パン」を食べた時に多く発生していますので、食材の調理や提供方法等に十分注意してください。

出典：こども家庭庁が実施した「教育・保育施設等における食事の誤嚥事故防止対策に関する調査研究事業」により作成された報告書（令和7年3月 MS&ADインターリスク総研株式会社）

私立認可保育所における
幼児死亡事例に係る検証報告書

札幌市子ども・子育て会議児童福祉部会

(問い合わせ先)

札幌市子ども未来局子育て支援部施設運営課

〒060-0051

札幌市中央区南1条東1丁目大通バスセンタービル1号館3階

電話：011-211-2986