

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以下の大きさを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さであった。さらに、薄切り肉以外の食材で、かなり大きく、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さ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、保護者の間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

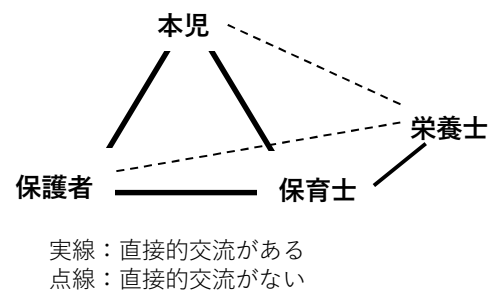
った。そのため、栄養士には、保護者からの情報、子どもの様子は、全て保育士を介して入る関係性にあった（図1）。

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だ」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お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「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、適応が違ふ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。