

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、発達の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つては、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。