

事 故 調 査 報 告 書

平成24年11月26日

はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会

目 次

第1	はじめに	3
1	本報告書の位置づけ	
2	本報告書の基本的視点	
第2	事故原因の検討	
1	総論	4
(1)	市の状況	
(2)	本園の状況	
(3)	事故発生経緯	
ア	本件事故の発生経緯	
イ	本件事故当日の市内保育園における白玉団子の提供方法・提供状況	
ウ	各園の指示・判断状況	
(4)	本件事故の原因となった白玉団子の詳細	
(5)	本件事故の直接的原因と誤嚥後の救護可能性	
2	疑問点の整理	7
(1)	他園との違いはなぜ生じたのか	
(2)	真岡市の事故の情報が活かされなかったのはなぜか	
(3)	誰も危険性を指摘しなかったのはなぜか	
(4)	事故後の職員の救護活動に問題はなかったのか	
(5)	本件事故後、市が行った改善にはどのようなものがあるか	
3	事故原因の検討	8
(1)	総論	
(2)	情報共有の観点から	
ア	他園との情報共有	
イ	教育現場との情報共有	
ウ	食材提供者との間の情報共有	
(3)	危険性指摘体制の観点から	
ア	各職員の職務分担	
イ	職員相互の関係	
ウ	各職員の業務量	
(4)	救護活動の観点から	
第3	再発防止策の検討	
1	市が行った改善策	12
2	提言	17

(1) 情報共有の観点から		
ア 他園との情報共有		
イ 教育現場との情報共有		
ウ 食材提供者との情報共有		
(2) 危険性指摘の観点から		
ア 各職員の職務分担の明確化		
イ 職員相互の関係		
ウ 各職員の業務負担の見直し、効率の向上		
(3) 救護措置の観点から		
ア 吸引器具の設置		
イ その他		
(4) その他		
ア 看護師の常駐		
イ 保育園の規模の見直し		
ウ 民営化の検討		
エ 第三者による定期的な保育評価		
オ 園と児童のマッチング		
第4 終わりに	・・・・・・・・・・・・・・・・	23
資料1 はこのもり保育園の状況	・・・・・・・・・・・・・・・・	24
資料2 本件事故の経過	・・・・・・・・・・・・・・・・	25
資料3 各園の白玉団子の提供方法状況	・・・・・・・・・・・・・・・・	31
資料4 献立作成の流れ	・・・・・・・・・・・・・・・・	32
資料5 栃木市行政機構図	・・・・・・・・・・・・・・・・	33
資料6 国内での子どもの事故発生状況	・・・・・・・・・・・・・・・・	36
資料7 はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会委員名簿	・・・・・・・・	38
資料8 はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会設置要領	・・・・・・・・	39
資料9 はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会会議開催記録	・・・・・・・・	40

第1 はじめに

1 本報告書の位置づけ

平成24年7月17日、栃木市立はこのもり保育園（以下「本園」という。）で、2歳女兒（以下「本児」という。）がおやつに出された白玉団子をのどに詰まらせる事故（以下「本件事故」という。）が発生した。本児は、本件事故により窒息状態に陥って意識不明となり、栃木県内の病院に救急搬送されたものの、一度も意識を回復することなく、平成24年8月19日に死亡した。

栃木市（以下「市」ということがある。）は、事故後、本件事故の原因を究明し、同種事故の再発を防止するため、第三者により組織する事故調査委員会（以下「本委員会」という。）を設立した（資料7参照）。本報告書は、このような経緯により設立された本委員会の調査・検討結果をとりまとめたものである。

2 本報告書の基本的視点

本委員会は、本件事故の「事実関係を明らかにするとともに、今後の防止策を検討する」（資料8「はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会設置要領」第1参照）ことを目的として設置されたものであり、所掌事項は、同第2にあるとおり、本件事故の原因究明及び誤嚥事故防止策の調査・検討その他必要と認める事項である。

本委員会では、全7回の会議（各回の詳細については、資料9を参照されたい。）を行ったが、その中で、本児のご家族を代表してお父様からもお話をうかがうことができた。誠に酷なお願いであったと思うが、事故に対する思いと再発防止に向けた意見をいただいた。改めてご協力に感謝を述べたい。本委員会が、本児のご家族の気持ちに少しでもこたえられるとすれば、前記所掌事項を全力で遂行し、再発防止を図る以外ないであろう。

本件事故について、関係者を非難することはたやすい。また、本児のご家族の胸の内を思えば、そのようにしたい衝動にかられるのも事実である。しかし、本委員会の責務は、安易な結論に飛びつくことではなく、再発防止のための具体的かつ実現可能な提案を行うことである。そこで、本委員会は、本件事故のような悲惨な事態が再び生じないことを願い、本件事故の事実関係究明及び再発防止に重点を置いて協議を行った。したがって、個人又は市の責任如何については関係諸機関に委ね、本報告書は、この点に立ち入らないものとする。また、再発防止策の提言にあたっては、関係者の置かれた状況を蔑ろにし理想論を展開することのないよう関係者からの聴取を踏まえて、なお実現可能と思われるものに限定して提言を行うよう努め、大規模な変更を伴う提案については、今後の市の検討に委ねて基本的な視点のみを示すにとどめた。

第2 事故原因の検討

1 総論

(1) 市の状況

栃木市（とちぎし）は、栃木県の南部にある人口約14万7000人の市である。平成22年3月29日に近隣自治体との新設合併により発足し、翌平成23年10月1日には上都賀郡西方町を編入合併した。これら合併により、市全域の面積は、旧栃木市時代の2倍以上になっている。

(2) 本園の状況

本園は、栃木市箱森町所在の市立保育園である。

市内には、公立保育園が16園（なお、市内各園の給食・おやつについて、平成22年以降の合併により栃木市となった地域と、旧栃木市に属する地域との間で統一的な体制が整備されていない現状がある。そこで、以下では、藤岡地域所在の4園（三鴨、赤麻、部屋、藤岡保育園）及び西方なかよしこども園を除く11園をもって、「市内各園」という。）があるが、中でも本園は、定員数130人と最大の保育園である。

平成24年7月1日当時、定員130人に対し在籍園児数144人、職員数34人であり、事故当日は、0歳児5人、1歳児20人、2歳児から4歳児まで各27人ずつ、5歳児30人の計136人が登園していた。

その他詳細については、資料1記載のとおりである。

(3) 事故発生経緯

ア 本件事故の経緯

本件事故の概要は、以下のとおりである。

- ① 場 所 栃木市立はこのもり保育園（2歳児クラス：ちゅうりっぷ組）
（ちゅうりっぷ組はA～Fの6名の保育士が担当していた。）
- ② 発 生 日 平成24年7月17日火曜日（おやつの時間）
- ③ 主な経過 表1のとおりである。

表1

時 間	経 過
15:45 頃	保育士がおやつのメニュー紹介。団子があるので、よくかんで食べるよう園児たちに伝える。
15:46 頃	みんなで「いただきます」の挨拶をする。
15:49 頃	本児が咳き込むように牛乳を吐く。近くにいた保育士が気づく。
15:50 頃	白玉団子を詰まらせているらしいことが分かる。

	保育士が、本児の上半身を下に向け背中を強くたたく。さらに本児を逆さにして背中をたたく。
15:52 頃	園長が救急車出動依頼。
15:56 頃	救急車到着。保育士が本児を抱いた状態で乗り込む。
15:57 頃	救急隊員が接触確認（心肺停止確認）、胸骨圧迫開始。
	喉頭鏡で口腔内を確認、粘液等を吸引器にて吸引、異物の視認困難。
16:05 頃	胸骨圧迫をしているうちに白玉団子がとれる所まで出る。
	異物がとり除かれ、救急車出発。
16:20 頃	獨協医科大学病院に到着し処置を行う。
17:05 頃	本児が集中治療室（ICU）に入る。
7月21日	本児が一般病棟に移る。
8月19日	意識を回復することなく、午前9時38分に死亡

※詳細な経過は、資料2 本件事故の経過を参照

イ 本件事故当日の市内保育園における白玉団子の提供状況

本件事故当日の市内各園における白玉団子の提供状況は、表2のとおりであった。

表2

7月17日（火）献立名：白玉入フルーツポンチ		1/2切：調理で1個を1/2に切って提供					
	使用物	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
いまいずみ保育園	冷凍	入れない	1/6切	1/6切	1/2切	原形のまま	原形のまま
いりふね保育園	冷凍	—	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま
おおつか保育園	冷凍	入れない	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま
はこのもり保育園	冷凍	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま	原形のまま
そのべ保育園	献立変更（菓子）□（調理員欠席の為）						
ぬまわだ保育園	冷凍	—	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平西保育園	冷凍	—	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平南第1保育園	冷凍	※1 1/6切	※1 1/4切	※1 1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平南第2保育園	冷凍	入れない	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平東保育園	冷凍	入れない	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
都賀よつば保育園	冷凍	入れない	入れない	※2 原形のまま	原形のまま	原形のまま	原形のまま
※1 0～2歳児は、保育室で保育士がさらに小さく切って与えた。 ※2 2歳児のうち月齢の低い園児には、保育室で保育士が1/2～1/4に切って与えた。							

ウ 各園の指示・判断状況

表2の提供状況は、表3記載の指示・判断に基づくものであった。

表3

園	年齢	白玉団子 提供状況	指示または判断した人		内容
			誰が(いつ)	経験年数※H24年4月以前	
いまいずみ	0	入れない	園長 (会議)	保育士37年 園長3年	・毎月の給食会議で年齢別の子ども状況を話し合っており、3歳未満児には小さく切ることにした。
	1	1/6切			
	2	1/6切			
	3	1/2切			
	4・5	原形			
いりふね	1	入れない	園長(会議)	保育士34年、園長1年	・4月の職員会議時、全職員で3歳未満児に団子は食べさせないという決定をした。 ・当日、調理員が担任に「団子は出さない」と再確認をした。
	2	入れない	調理員	学校給食7年、保育園14年	
	3～5	原形	(会議、当日)		
おおつか	0	入れない	園長 (引継)	保育士37年、園長0年	・団子類は3歳未満児には入れないと前園長、前々園長、前3歳未満児担任、前調理員から引き継がれている。 ・園長が、当日の検食時に3歳未満児には適さないことを再確認した。
	1	入れない			
	2	入れない			
	3～5	原形			
はこのもり	0	入れない	調理員 (年度当初)	学校給食28年、保育園4年	・年度当初、調理員が1歳児担当保育士に、団子類を入れるかどうか確認をし、1歳児には入れないこととした。
	1	入れない			
	2	原形			
	3～5	原形			
そのべ	献立変更		—	—	・前日または当日の朝または配膳前(調理した実物をみて)に、調理員が担任と話し合いをし、個人に合った提供方法(提供する、小さく切るなど)を確認している。
ぬまわだ	1	1/4切	調理員 (引継)	学校給食12年、保育園6年	・調理員は、3歳未満児にはすべての食材において小さく切って提供するものと異動当時から引き継がれている。
	2	1/2切			
	3～5	原形			
大平西	1	1/4切	園長 (引継) (当日)	保育士35年、園長1年	・3歳未満児には、すべての食材を小さくして提供することになっている。 ・園長が、当日の検食時に大きさ等について確認をした。
	2	1/2切			
	3～5	原形			
大平南第1	0	1/6切※1	園長	保育士34年、園長2年	・3歳未満児には、すべての食材を小さくして提供することになっている。 ・園長が、当日の検食時、3歳未満児にはサイズが大きいと思ったため再確認をし、保育士が個人に合わせてさらに小さくした。
	1	1/4切※1	保育士 (引継) (当日)	・0歳児担当①11年②7年 ・1歳児担当①16年②幼稚園2年、小学校6ヶ月、保育園9年6ヶ月 ・2歳児担当①幼稚園2年11か月②保育園7年4か月	
	2	1/2切※1			
	3～5	原形			
大平南第2	0	入れない	園長 (引継) (当日)	保育士35年、園長1年	・3歳未満児には、すべての食材を小さくして提供することになっている。 ・園長が、当日の検食時に大きさ等について確認をした。
	1	1/4切			
	2	1/2切			
	3～5	原形			
大平東	0	入れない	主任 (引継) (当日)	保育士34年	・3歳未満児には、すべての食材を小さくして提供することになっている。 ・主任(当日園長不在)が、当日の検食時に大きさ等について確認をした。
	1	1/4切			
	2	1/2切			
	3～5	原形			
都賀よつば	0	入れない	保育士 (引継) (当日)	・2歳児担当①保育士19年②幼稚園1年未満、保育士10年③幼稚園3年、保育園3年④幼稚園8年、保育園7か月⑤保育園2年	・2才児の月齢の低い園児には、保育士が小さく切って与えるようにしている。
	1	入れない			
	2	原形※2			
	3～5	原形			

※1 0～2歳児は、保育室で保育士がさらに小さく切って与えた。
 ※2 2歳児のうち月齢の低い園児には、保育室で保育士が1/2～1/4に切って与えた。
 1/2切：調理で1個を1/2に切って提供

(4) 本件事故の原因となった白玉団子の詳細

本件事故の際提供された白玉団子は、直径2センチメートル程度のほぼ球状の形を有するもので、フルーツポンチの具として、スプーンで食べることを予定してフルーツと共にカップに入れて提供された。

市内保育園においては、過去、手作りの白玉団子を提供した例もあり、その際、乳幼児の咀嚼力を考え、上新粉を用いた例もあった。もっとも、本件事故当時に提供されたものは、このような手作りのものではなく、財団法人栃木県学校給食会から納入された、うるち米・もち米を原材料とする冷凍のものであった。

(5) 本件事故の直接的原因と誤嚥後の救護可能性

前記事故発生経緯からは、本件事故の直接的原因が、白玉団子が原形のまま提供された点にあることは明らかである。他方、本件事故発生後の経過及び本園の設備状況等に照らせば、仮に関係職員が最善の行動をとったとしても救護は相当程度困難であったように思われる。

したがって、以降は、本件事故発生の原因に主眼をおいて検討する。もっとも、未満児（満3歳未満の乳幼児をいう。以下同じ。）の咀嚼力には個人差があり、今後、同種事故が絶対に生じないと断言することはできないであろう。仮に誤嚥事故が発生した場合、気道異物をいかに早く除去するかが重要であることは、本件の経過を見るまでもなく明らかである。そこで、後述のように、各園に吸引器具を設置することを含め、救護の実効性を高める方法についても併せて検討・提言することとした。

2 疑問点の整理

本件事故の経緯を知り、多くの委員が以下のような疑問を抱いた。これは、本件事故後に本園で行われた保護者説明会で提示された疑問と多分に重なるものであり、事故原因の分析にあたっては、これら疑問点の解を探る形で進めた。

(1) 他園との違いはなぜ生じたのか

表2からも明らかなおおり、他園においては、2歳児に対し、白玉団子を除去するかあるいは2分の1程度に小さくして提供していた状況がある。このような状況下、本園においてなぜ、原形のままの白玉団子が提供されたのか。

この点については、3(2)ア「他園との情報共有」[P9参照]で述べるとおり、他園との情報共有・意思統一がなされていなかったことが主な原因であったと考えられる。

(2) 真岡市の事故の情報が活かされなかったのはなぜか

本件事故当時、本園において提供された白玉団子の詳細は前述のとおりである。当該白玉団子については、平成22年2月に真岡市内の小学校で同様の誤嚥事故が生じていた。それにも拘わらず、再び本件事故が発生したのはなぜか。

この点については、3(2)イ及びウで[P10 参照]述べており、教育現場との情報共有体制の不備が主な原因であったと考えられる。

(3) 誰も危険性を指摘しなかったのはなぜか

乳幼児とかかわった経験を持つ者にとって、2歳児に白玉団子を原形のまま提供するという行為は、程度の差こそあれ、一定の不安感を覚える行為であるように思われる。他方、園児におやつが提供される過程には、後述のように栄養士、調理員、保育士（園長を含む。）等多くの職員が携わっている。このような状況において、なぜ誰も危険性を指摘することなく、原形のままの白玉団子が実際に提供されるに至ったのか、誰も前記の不安感を覚えなかった場合と不安感を覚えた者がいたが言い出せなかった場合の2通りが考え得るがいずれであるか。

この点については、3(3)[P10 参照]で述べており、多くの背景的要因があるが、その主たる点を挙げれば、職員相互の職務分担が不明確であった点が原因と考えられる。

(4) 事故後の職員の救護活動に問題はなかったのか

前述のように、本件事故に限定すれば、本件の結果は、事故後の救護活動により軽減し得なかったように思われる。しかし、保育は種々の危険を有するものであり、職員の救護活動により結果を分ける事態も当然想定される。そのような観点からみて、実際に行われた救護活動、他機関との連携体制、職員に対する研修体制等に問題はなかったか。

この点については、3(4)[P12 参照]において検討する。

(5) 本件事故後、市が行った改善にはどのようなものがあるか

市は本件事故直後から内部調査を行い、当該調査にかかる中間報告を行っているが、これを受けて、どのような改善が行われたか。

この点は、再発防止にかかわる問題であるから、第3「再発防止策」[P12 参照]において検討する。

3 事故原因の検討

(1) 総論

前述のように、本件事故の原因が、本児に原形の白玉団子が提供された点

にあることは明らかであるが、この背景には、各職員の職務分担が不明確で、各職員が、「誰かが適切な対応をとる」あるいは「誰かが問題ないと判断したのであろう」と考え、危険性が指摘されなかったという問題がある。

このように危険性が指摘されなかった原因は種々考えられるが、要約すれば、職員間の連携の悪さといえるであろう。

また、本件事故に限定していえば、真岡市の同種事故の情報が周知されていれば防げたという面もある。以下、各点につき、詳述する。

(2) 情報共有の観点から

ア 他園との情報共有

(ア) 情報共有の機会の有無

前掲の表3及び資料3からもうかがわれるとおり、市内各園においては、原則的に同一の献立に基づく給食及びおやつが提供されていた。当該献立表作成の流れは、資料4記載のとおりである。

当該資料を概観すると、市内各園では、栄養士が献立表の案を作成して調理員会議において各園の調理員と打合せを行った上で確定し、各園において調理員が園長の決裁のもと材料発注、調理を行い、保育士が提供する流れとなっている。

このような体制において、食材に関する危険性を全園統一的に確認する機会があるとすれば、調理員会議のみである。

(イ) 情報共有が行われていたか

そこで、調理員会議の会議録を検討したが、平成24年6月の調理員会議（同年7月分の献立を検討）において、白玉団子について言及された記録は見られなかった。この点が、他園との違いを生じた一つの原因であると考えられる。

もっとも、平成23年12月の調理員会議（翌平成24年1月分の献立を検討）においては、白玉団子についての言及が見られ、「未満児には、小さく切るまたは白玉麩で代用」として全園統一的に扱うことを確認した記録がある。市内各園においては、この後、1月5日（以下いずれも平成24年である。）に雑煮の具として、4月17日にみたらし団子として、6月25日にきな粉団子として白玉団子が提供されている（資料3参照）。

本園における2歳児に対する提供方法は、1月5日分は保育士が小さく切って提供し、4月17日分は提供せず、6月25日分は原形のままであった。

本委員会としては、6月25日に提供された際に、特段の問題が生じず、また、白玉団子について言及のあった調理員会議から半年程度経過していたため、関係職員の危険意識が薄れ、原形の白玉団子が提供されたものと考えられる。

イ 教育現場との情報共有

保育行政を担う市内部の機関としては保健福祉部こども課がある。同課は、市長の統括のもと保育行政にかかわる事務を職務分担とする。他方、学校教育を担う教育委員会学校教育課は、教育長の統括のもと、学校教育にかかわる事務を職務分担としている。資料5の機構図からも明らかなおり、こども課と学校教育課は、元来、別組織としての色彩が強く、本件事故以前は、進学に関する情報交換が行われていた程度であった。

このような体制下においては、真岡市の事故情報を生かすことなど、不可能であったであろう。

本委員会が行った事情聴取に対し、聴取に応じた多くの職員が「真岡市の事故を知らなかった。」と回答しており、栄養士及び調理員は、「仮に当該情報を知っていれば、白玉団子は使わなかったであろう。」と回答している。このような事実からすれば、前述のような情報共有体制の不備が本件事故の原因となっていることは明らかである。

ウ 食材提供者との間の情報共有

(ア) 食材提供者の性質

前述のように、本件事故の原因となった白玉団子は、財団法人栃木県学校給食会から納入されたものである。栃木県学校給食会は、県内の学校給食用物資の適正円滑な供給と学校給食の普及充実に図り、もってその健全な発達に寄与することを目的とする公益法人である。

(イ) 情報共有の機会

市内の保育園においては、給食・おやつ等の原材料の多くが当該法人から納入されている。しかし、当該法人との間で、情報共有体制等は存在しない。前述の真岡市における事故は、当然に当該法人も情報を有していたものと考えられるが、同様の食品を発注した本園の職員に対してその旨の注意喚起があったとすれば、本件事故は生じていなかったであろう。この点は、前述の教育現場との情報共有体制の不備と併せて、本件事故の一つの原因となっていると考えられる。

(3) 危険性指摘体制の観点から

本委員会が行った関係者に対する聴取の結果、本件事故発生について、明

確に危険性を認識していたが言い出せなかったという者はいなかった。もっとも、危険性の認識は、有るか無いかという二者択一的なものではない。明らかに危険と感ずる場合から漠然とした不安を感ずる場合まで、程度は様々である。

他の職員に対し、自身の感ずた危険性を述べるかは、危険性の強弱により当然に異なりうる。加えて、ある事項について問題提起を行うにあつては、職務に対する責任感、職員相互の関係、職場の雰囲気及び職務の繁閑等諸般の事情が影響するところであろう。本件事故において、多少なりとも、そのような影響によって発言を控えることとなつていなかったか、以下検討する。

ア 各職員の職務分担

表3からは、本件事故当時、白玉団子の提供方法について判断した者が、各園においてまちまちであったことがわかる。このように、本件事故当時、誤嚥事故防止に関する職責をどの職員が担当するかが明確化されていなかったのである。

先に述べたように、園児に対し給食やおやつが提供される過程では、多くの職員が関わりをもつ。本来であれば、これら各職員が多段階のチェック機能を果たすことが予定されているところである。本件事故以前、市内で同種事故は生じていない。しかし、関係者からの聴取及び資料3の状況からすれば、本来予定されているチェック体制が十分に機能していたとはいいがたい。どうか事故が生じていない状態であったといえるだろう。

主体的に誤嚥防止に責任を負う者が不明確な状況で、このような多段階のチェック体制を利用すれば、「他の誰か（保育士あるいは調理員）が適切な対応をとるであろう」との意識が生じる危険がある。

本件事故は、まさにこのような意識が原因となつて発生したものと考えられる。

イ 職員相互の関係

本園はもとより、市内のほとんどの保育園では、園内に正規職員、嘱託職員、臨時職員などの雇用形態の異なる保育士が協働している。関係者からの聴取では、これら職員間の意思疎通は十分であったか、職責に対する意識の相違はなかったかといった点にも疑問が残った。ことに、本件事故当時、栄養士として献立を作成した嘱託職員は、経験豊富な調理員に対する遠慮が多少なりともあつた旨述べていた。

また、関係者からの聴取により、職員会議に出席する職員は、原則的に正規職員のみであることが明らかとなつた。

職員相互の意思疎通が不十分であれば、疑問を提起しにくい環境となる。この意味で、このような職員相互の関係も本件事故の遠因となったものと考えられる。

ウ 各職員の業務量

前述のとおり、市は、平成22年以降、大規模な合併を行った。これにより、市内保育園の施策は統一化が不十分な状況にあった。加えて、栄養士等多くの園にまたがって携わる者の業務負担は、合併により増大していた状況がある。

本件事故当時の栄養士は、本委員会の聴取に対し、合併により地域が広くなり、移動時間等の関係で調理員会議の時間が十分にとれない状況があった旨述べた。また、本園の調理員は、本委員会の聴取に対し、本園は大きな園である上、未満児の割合も比較的高く、業務負担が大きいと述べていた。このような状況もまた本件事故の原因の一であったものと考えられる。

(4) 救護活動の観点から

市では、緊急時対応マニュアルを整備していたが、本件事故以前、誤嚥事故を想定した研修や訓練をほとんど行っていなかった。

前述のように、本件事故後の職員らの行動について、特段、結果の拡大に寄与したような点は見られない。その意味で、前記の点は本件事故ないし本件事故による重大な結果の原因ではない。

しかし、保育施設における誤嚥事故は容易に想定しうるものであるし、実際にそのような事故の情報を耳にしたこともあったであろう。このような状況下、研修等がほとんど行われていなかったというのは、問題である。

第3 再発防止策

1 市が行った改善策

市では、本件事故発生直後からいくつかの再発防止対策に取り組んでいる。本委員会が提案している再発防止対策と並行してこれらの取組を強化していくことが必要であり、本委員会としてもその内容の確認を行った。市で実施した再発防止対策の主なものは以下のとおりであるが、特に検食簿並びにおやつ検食についての早期の対応及び検食簿の改善内容については、適切であり評価できるところであろう。

ア 各園で調理員と保育士の連携を強化

調理員と各クラス保育士で調理方法の打合せの実施を行うよう7月27日指示し、翌28日以降毎日実施している。

イ 調理員会議に保育園長の参加

8月8日に行われた園長会議において、調理員会議に園長が参加し、児童の年齢にあった食材、調理方法を議論するよう指示し、9月以降毎月実施している。

ウ おやつのおやつの検食の実施

8月8日の園長会議において、市内各園でおやつについても検食を行うよう指示し、翌週から実施している。

エ 市内保育園、幼稚園等の職員を対象とした救急講習会の開催

7月27日以降、市内保育園、幼稚園等の職員を対象とした救急講習会を順次実施（詳細は、以下の「事故後実施した救急講習会等の参加状況」参照）している。

オ 検食簿の見直し（15、16ページに掲載）

8月8日の園長会議において、児童の年齢にあった食材の調理方法欄を追加するよう指示し、翌週から実施している。

事故後実施した救急講習会等の参加状況

1 消防救急講習会(実技を含む)

対象：市内公立保育園職員 場所：栃木市消防署庁舎 講師：栃木消防署職員

	期 日	時 間	内 容	受講者
1	7月27日(金)	9時～12時	普通救命講習Ⅲ 応急手当の重要性 心肺蘇生法・止血法	17
2	8月2日(木)	9時～11時	普通救命講習Ⅲ 救急に必要な応急手当 心肺蘇生法・止血法	12
3	8月3日(金)	9時～11時	〃	11
4	8月6日(月)	9時～11時	〃	16
5	8月13日(月)	9時～11時	〃	19
6	8月14日(火)	9時～11時	〃	14
7	8月21日(火)	9時～11時	〃	19
8	8月23日(木)	9時～11時	〃	17

2 消防救急講習会(講話)

対象：市内保育園・幼稚園・認可外保育施設・学童・児童館・包括支援センター職員

場所：都賀文化会館ハートホール 講師：栃木消防署職員

期 日	時 間	内 容	受講者
8月19日(日)	9時30分～10時30分	乳幼児に対する応急手当(講話)	223

3 日本赤十字社「栃木県支部幼児安全ワンポイント講習会」

対象：市内保育園・幼稚園・認可外保育施設・学童・児童館・包括支援センター職員

講師：日赤社幼児安全法指導員

	期 日	時 間	場 所	受講者
1	8月26日(日)	10時～12時	足利赤十字病院	19
2	9月10日(金)	13時～15時	栃木保健福祉センター	36
3	9月20日(木)	13時～15時	栃木保健福祉センター	31
4	9月21日(金)	13時～15時	大平健康福祉センター	41
5	9月26日(水)	13時～15時	大平健康福祉センター	33
6	12月3日(月)	13時30分～15時30分	大平健康福祉センター	予定
7	12月8日(土)	9時30分～11時30分	大平地域福祉センター	予定

決裁	園長	調理員	栄養士

事故前の検食簿

検 食 簿

平成 年 月 日 ()	献立			検食者	検食時間	
					時 分	
	記入事項	味付け	濃い ・ ちょうど良い ・ 薄い		コメント	
		量	多い ・ ちょうど良い ・ 少ない			
		色彩	良い ・ ちょうど良い ・ 悪い			
		盛り付け	良い ・ ふつう ・ 悪い			
		異物混入	あり ・ なし			
異臭	あり ・ なし					
平成 年 月 日 ()	献立			検食者	検食時間	
					時 分	
	記入事項	味付け	濃い ・ ちょうど良い ・ 薄い		コメント	
		量	多い ・ ちょうど良い ・ 少ない			
		色彩	良い ・ ちょうど良い ・ 悪い			
		盛り付け	良い ・ ふつう ・ 悪い			
		異物混入	あり ・ なし			
異臭	あり ・ なし					
平成 年 月 日 ()	献立			検食者	検食時間	
					時 分	
	記入事項	味付け	濃い ・ ちょうど良い ・ 薄い		コメント	
		量	多い ・ ちょうど良い ・ 少ない			
		色彩	良い ・ ちょうど良い ・ 悪い			
		盛り付け	良い ・ ふつう ・ 悪い			
		異物混入	あり ・ なし			
異臭	あり ・ なし					
平成 年 月 日 ()	献立			検食者	検食時間	
					時 分	
	記入事項	味付け	濃い ・ ちょうど良い ・ 薄い		コメント	
		量	多い ・ ちょうど良い ・ 少ない			
		色彩	良い ・ ちょうど良い ・ 悪い			
		盛り付け	良い ・ ふつう ・ 悪い			
		異物混入	あり ・ なし			
異臭	あり ・ なし					
平成 年 月 日 ()	献立			検食者	検食時間	
					時 分	
	記入事項	味付け	濃い ・ ちょうど良い ・ 薄い		コメント	
		量	多い ・ ちょうど良い ・ 少ない			
		色彩	良い ・ ちょうど良い ・ 悪い			
		盛り付け	良い ・ ふつう ・ 悪い			
		異物混入	あり ・ なし			
異臭	あり ・ なし					

事故後改善された検食簿

検食簿				園長	検食者	
				平成 年 月 日 ()		
献立給食	味付け	ちょうど良い・濃い・薄い		検食者	検食時間	
	量	ちょうど良い・多い・少ない			時 分	
	色 彩	良い・普通・悪い		コメント		
	加熱・冷却	適切・不適切				
	異物混入	なし・あり				
	異味・異臭	なし・あり				
	食 器	良い・悪い				
	調理方法 大きさ かたさ かたち等	離乳食	変更なし			変更必要
		0歳児	変更なし			変更必要
		1歳児	変更なし			変更必要
2歳児		変更なし	変更必要			
3歳児		変更なし	変更必要			
4・5歳児	変更なし	変更必要				
おやつ (午前)	味付け	ちょうど良い・濃い・薄い		検食者	検食時間	
	量	ちょうど良い・多い・少ない			時 分	
	かたさ	ちょうど良い・硬い・やわらかい				
	大きさ	ちょうど良い・大きい・小さい				
	異物・異味・異臭	なし・あり				
おやつ (午後)	味付け	ちょうど良い・濃い・薄い		検食者	検食時間	
	量	ちょうど良い・多い・少ない			時 分	
	異物・異味・異臭	なし・あり				
	大きさ かたさ かたち等	0歳児	変更なし			変更必要
		1歳児	変更なし			変更必要
		2歳児	変更なし			変更必要
		3歳児	変更なし			変更必要
	4・5歳児	変更なし	変更必要	調理従事 者確認印		
※担当者が検食し、確認の上、提供する。						

※改善点

- ・記入項目を安全対策に配慮した内容とした。
- ・おやつの検食も一緒に記録できるようにした。
- ・1日分ごとに決裁印欄を設け、園長が毎日確認できるようにした。

2 提言

前述の市が行った改善策を前提に、以下に本委員会の再発防止のための提言を記す。提言については、前述の事故原因の検討同様、情報共有、危険性指摘体制、救護措置及びその他の観点から検討した。

(1) 情報共有の観点から

ア 他園との情報共有

(ア) 総論

本件事故当時、他園と同様の対応がとられていれば本件事故は生じなかったと思われる。他園においては必要な対応がとられていただけに、残念でならない。

多くのベテラン職員を有する組織としての強みを生かすためにも、他園との情報共有体制は極めて重要である。

(イ) 誤嚥防止のための提言

こと誤嚥防止に関していえば、調理員会議に各園の園長ないしそれに準ずるベテラン保育士を同席させる必要があるであろう。この点は、既に市において対応済みとのことであるから、今後、継続してそのような体制を維持することを望む。これにより、栄養士、保育士、調理員三者の知識を持ち寄ることが可能となるのである。

また、調理員会議の進行についていえば、当該会議の目的と議題を明確にした進行を心がける必要がある。当月の献立の反省・評価を行った後は、次月の献立について、安全性（アレルギー、衛生面、温度、誤嚥等）の点から問題提起をし合い、その後、食育（彩り・食べ合わせはどうか、和洋中のバランスはどうか、多様な食器を利用しているか）等の観点から検討を行うといったような進行が望まれる。これにより、チェック漏れを防ぐことができるであろう。

なお、公立保育園が組織として運営されるものである以上、人の入れ替わりは不可避である。個々の職員の能力には当然に差異がある。その意味で、資格により能力が担保された栄養士が献立における注意点、調理員会議で検討したい点を明示し、それを保育士、調理員が補助的にチェックする形で調理員会議が行われることが望ましい。

また、人の入れ替わりがあった場合にあっても円滑な進行、十分な問題提起が可能となるよう、進行のひな形を作り、食に潜む危険を探す目で調理員会議を行っていただきたい。

(ウ) 事故（誤嚥事故に限定しない。）防止のための提言

誤嚥事故に限らず、保育に潜む危険は多い（なお、国内での子どもの重大事故発生状況につき、参考のため、資料6を添付する。）。遊具の事故情報や不審者の情報など、市内各園において円滑な情報共有がなされることが望ましい。本委員会においては、このような情報共有体制の有無について検討する機会を持たなかったが、このような体制に不備があるのであれば、早急に整備されるよう求める。

イ 教育現場との情報共有

学校教育の現場と保育行政の現場の隔絶は、行政組織の設計に由来する面が多分にある。このことは、教育の中立性の要請によるものと考えられ、やむをえない面もある。しかし、現場レベルでの交流が教育の中立性を害することは考えがたい。子どもをとりまく危険については、保育の現場と教育現場との間で共通する部分は多いと考えられる。今後、教育現場との交流を活性化し、危険情報の共有を促進されるよう提言する。まずは既存の枠組みを利用して早期に情報共有を開始し、徐々に情報共有体制の整備を図ることが望ましい。

ウ 食材提供者との情報共有

食材提供者は外部機関であるため、情報共有は困難であると考えられる。しかしながら、学校給食会に関する限り、その公益法人としての性質に照らし、取扱食材にかかる危険情報の開示を求めることが可能であろう。本件事故に限定していえば、仮に学校給食会から真岡市の事故に関する情報が提供されていた場合、前述の教育現場との連携の不備が補完され、事故を未然に防げていた可能性もある。本件事故後の当該法人及び製造業者の対応はこの点の意識を欠くように見え、疑問を抱かせる点がある。学校給食会の利用は、衛生面、費用面等多くの点で有益性があるものと思われるが、今後の利用にあたっては、発注した食材にかかる危険情報の有無を開示するように市から積極的に求め、当該法人にそのような態勢を作らせることが望ましい。

(2) 危険性指摘の観点から

ア 職務分担の明確化

本来、組織の利点は、知識・経験の集積と相互の監視監督及び効率的な事務分配を可能とする点にある。しかし、職務分担が不明確であれば、これらの利点は発揮されず、むしろ、非効率的な事務処理と責任感の希薄化を招く。

本件事故の背景にこのような状況が存することは前述のとおりである。

再発防止にあっては、給食・おやつのおもちゃ防止に責任を負う者（万一再発した場合、関係者全員に責任があることは当然であるが、一次的に責任があるのは誰かという趣旨である。）が誰かを明確化することが必要である。具体的には、資格取得の過程も考慮すれば、おもちゃ防止に関しては栄養士が適任であろう。栄養士のこのような職責を明確化するとともに、他の職員は、これをチェックし、併せて、それぞれの基幹業務により得た知識・経験等を栄養士に還元して栄養士の前記職責を補助する責任を担うことが明確に意識される必要がある。

調理員会議や、検食簿等の情報共有手段は、このような職責意識を基礎として初めて本来の機能を発揮するものであることを銘記されたい。

イ 職員相互の関係

嘱託・臨時職員の責任感、モチベーションの低下を招かぬよう、どのような立場であろうと、子どもの安全を任される責任の重さは変わらないことを各職員に対し改めて意識させることが必要である。

また、自己研鑽や研修の機会の差は、職員相互の間でおのずと「違う立場」という意識を持たせてしまう危険がある上、議論の活発化を妨げるおそれがある。嘱託・臨時職員に対しても、随時必要な研修が行われるよう体制の整備を求める。

また、嘱託職員や臨時職員について、採用後すぐに現場に配置し業務を行わせている現状についても改善の必要がある。嘱託・臨時職員は、経験の面において各人各様であり、「幼稚園での勤務が長く未満児の保育はほとんど経験がない」などの場合も想定される。各人の能力と経験に見合った就業前の研修が求められるところである。

各職員が、十分な知識と技能を有し、自己の職責を強く自覚していたとすれば、おのずと意見交換も活発・円滑に行われるであろう。

ウ 各職員の業務負担の見直し、効率の向上

また、各職員の業務負担との関係では、日常的に使用する各種マニュアル、書式の見直しを提言する。検食簿にも見られるように、何のために当該書類を作成するのか、目的意識が不明確なまま書式、マニュアルが次々と作られ、いたずらに業務負担が増大している状況がうかがわれるためである。

また、人員配置についても、再検討を行うよう求める。行政の効率性の観点からすれば、人員配置は常に頭を悩ませる問題と思われるが、本件事故の背景に職員の過度な業務負担があったことは、多くの関係者から聞こ

えてきた声であり、再検討の必要があろう。

(3) 救護措置の観点から

ア 吸引器具の設置

仮に誤嚥事故が発生した場合、一刻も早く気道異物を除去することが重要である。各園に吸引器具の設置を検討することを要請する。

なお、このような器具を導入した場合であっても、ひとたび誤嚥が生じた際には、経過を慎重に観察し、状況によっては医師の判断を仰ぐ必要があることは言うまでもない。過去の例では、気道異物を一応除去したものの、その後の経過を十分に観察しなかったため、重大な結果が生じた例もみられるところであるから、この点は十分に意識されたい。

イ その他

前述のように、誤嚥事故が発生した場合、1秒を争う事態となる。

関係職員は、誤嚥事故の危険は常にあるという認識に立ち、対処方法を身につけておく必要がある。それを可能とするよう、既存のマニュアルを精査して完成度を高めると共に、当該マニュアルに基づく研修をくり返し行う必要があるであろう。

また、前述のように、仮に園内で一応の対処がなったとしても、最終的には、医師の判断を仰ぐことが望ましいし、早期の段階で医師の協力を得られるのであれば、それを超える対応はない。その意味で、近隣の総合医療機関との連携体制を強化されるよう求める。

(4) その他

ア 看護師の常駐

本園には看護師が在籍しているが、その勤務は午前中のみで、本件事故当時は不在であった。前述のように、本件事故の結果と事故後の対応との関連性は薄いと考えられるため、この点の改善が再発防止策となるものではない。

しかし、保育が提供される全時間を通じ、看護師が常駐していることの利点は少なくないであろう。各園に救急医療に精通した看護師を常駐させるよう順次改善がなされることが望ましい。

イ 保育園の規模の見直し

本件事故の遠因としては、本園の規模に由来する目の届きにくさも挙げられるであろう。危険防止の観点のみならず、質の高い保育という観点からも、大規模化は望ましくないと考えられる。効率性についての考慮も必要と思われるが、今後市が整備する保育園については、100人程度の定

員を目安とすべきである。仮にこれ以上の規模となる場合には、小クラス編成と十分な保育士の確保を行い、園全体として、余裕がある雰囲気保育園を整備することが望ましい。

ウ 民営化の検討

本件事故の原因はこれまで検討してきたとおりであるが、これら諸問題の根幹には、硬直化した公立保育所の姿があると考えられる。

本件事故については、従前どおりの保育を行っていただければ問題ないとする姿勢が明らかに一因となっており、このようなリスクマネジメントの重要性についての認識の甘さは、人員配置、予算の振り分けの問題と関連して、公立保育所の運営が硬直化している実情を表している。

今回のような重大事故は、民間法人にあつては、すなわち経営母体存続の危機を招く。民間法人は、このような危機意識から、日ごろよりリスクマネジメントについての研修・緊急対応の訓練を充分に行っている。このような姿勢から学ぶべき点は多いであろう。

また、地方交付金の一般財源化に伴い、保育行政の効率化が求められている今日、民営化の促進により、従前の保育予算とは違った予算分配が可能となることは大きな利点となる。具体的には、民営化により、自治体が持ち出している人件費差額・施設整備費等を保育関連補助金として振り分けることが可能になる点である。これにより、大規模保育所に重点的に保育士等の過員配置をすることができ、結果事故防止につながると考えられる。

エ 第三者による定期的な保育評価

また、問題点を早期に発見するため、外部による保育評価などの実効的なチェック機能の検討も必要であろう。

保育内容、人員配置、研修を含めた保育士の資質管理体制、園の設備及び安全管理について外部組織の評価を受ける方法を提案する。このような措置を行うとすれば、予算、評価委員の確保の点を考慮し、公立保育所を3つのグループに分け、3年に1度程度評価を受けるような方法となるか。また、このような措置を行う場合、評価結果は、保育所情報として、保護者の保育所選択の参考とすべく、原則公開とされることが望ましい。

オ 園と児童のマッチング

なお、保護者の保育所選択の点から付言するに、本園は、毎年多くの申込みがあり、入園の競争率は非常に高いようである。しかし、本園の規模等に照らし、本児にとって本園が最適な園であったといえるであろうか。

あるいは、小規模の園であれば異なる結果となっていたかもしれない。栃木市のように広大な面積を有する自治体にあつては、公立保育園であつても、規模、地域性などに由来する特色がみられる。そのような諸条件に由来する園の特色と園児や保護者との相性によっては、保護者、職員のみならず子どもがストレスを抱えている事態も考えられる。

保護者面接等適宜の方法により、個々の状況を把握する機会を増やし、必要であれば転園も含めた機動的な対応を可能とする体制の構築も検討の余地があろう。

第4 終わりに

市民の価値観が多様化した今日において、行政は、困難な判断を強いられることが多い。ことに保育にあつては、待機児童問題の解消という喫緊の課題とあわせ、その困難はとりわけ大きなものとなっている。

さらに、我々が無意識に求めている安全で質の高い保育という要請は、ときに二律背反の様相を呈し、困難な判断を伴うことがある。本件事故については、実効的な施策によって十分に再発を防止しうると思われるが、保育に伴うあらゆる危険に対象を広げた場合、当該行為の危険性をどの程度と見積もるか、当該の危険を回避しつつ質の高い保育を可能にするためにどのような方法をとるか、困難な問題が生じうるのである。

前述のように、本委員会は、保育行政をとりまく諸般の事情に配慮しつつ、実現可能な再発防止策を提言するよう努めた。しかし、本件事故の背景には、前述のとおり多くの背景的・環境的要因が存在しており、必然、本委員会が提言する施策も多岐にわたるものとなった。このため、提言の中には今後の市の検討に委ねた部分も少なくない。

本委員会は、第三者機関であり、その能力・活動の連続性には、内在的ともいえる制約がある。残念ながら、本委員会がこれら検討課題を継続的に検討・監督することは困難である。この意味で、本報告書は完全なものではない。

もっとも、共働き世帯が増え、保育所を利用する市民が増加している今日、保育をとりまく問題は、むしろ市民全体で議論すべき事項であるともいえる。

そこで、本委員会としては、前述の不完全性を認識しつつ、あえて本報告書をもって答申とした。関係者を初め、市民全体で前述のような保育をとりまく困難な問題を共通認識として、保育行政のあり方についての議論が深まることを期待する。

ほこのもり保育園の状況

① 規模等の状況

ア 施設名 栃木市立ほこのもり保育園

イ 所在地 栃木市箱森町 36-31

ウ 開設日 平成 13 年 4 月 1 日

エ 床面積 1161.86 m²(内：乳児室・保育室：6 部屋 377.77 m²、遊戯室：1 部屋 160.49 m²)

オ 開所時間 平日 7 時 00 分～19 時 00 分

土曜 7 時 30 分～17 時 30 分

② 職員、児童の状況（平成 24 年 7 月 1 日現在）

ア 職員数 34 人

園長	保育士	嘱託 保育士	臨時 保育士	臨時 看護師	調理員	臨時 調理員	業務員
1 人	9 人	14 人	4 人	1 人	1 人	3 人	1 人

イ 児童数 全児童 144 人（定員 130 人）

年齢	0 歳児	1 歳児	2 歳児	3 歳児	4 歳児	5 歳児	計
児童数	5 人	23 人	28 人	30 人	28 人	30 人	144 人

ウ 保育士配置状況

年齢	0 歳児	1 歳児	2 歳児	3 歳児	4 歳児	5 歳児	計
児童数	5 人	23 人	28 人	30 人	28 人	30 人	144 人
国の配置基準	3 : 1	6 : 1	6 : 1	20 : 1	30 : 1	30 : 1	
国の基準による保	1.7 人	3.8 人	4.7 人	1.5 人	0.9 人	1.0 人	13.6 人
ほこのもり保育園 (うち正規職員)	4 人 (1 人)	7 人 (1 人)	6 人 (1 人)	3 人 (2 人)	3 人 (1 人)	3 人 (2 人)	26 人 (8 人)

エ 事故当日（平成 24 年 7 月 17 日）の保育状況

0 歳児	1 歳児	2 歳児	3 歳児	4 歳児	5 歳児	計
5 人	20 人	27 人	27 人	27 人	30 人	136 人

本件事故の経過

- 15:15 頃 職員分のおやつ（フルーツポンチ）が事務所に届く
- 15:30 頃 園長と主任保育士がおやつを食べる。
2 歳児クラスの保育士 6 名（A～F 保育士）は、午睡の片づけと園児の着替え、排せつの介助をし、おやつを食べる準備をする。
A 保育士（2 歳児クラス担任、前週のクラスリーダー）は、合わせて早退する園児の降園準備をする。
※クラスリーダー：1 週間交代で 6 名の保育士がクラスのリーダーを務める。
- 15:45 頃 A 保育士は、南側入り口で早退する園児を保護者へ引き渡す。
B 保育士（当週のクラスリーダー）が、おやつのメニュー紹介。団子があるので、よくかんで食べるよう園児たちに伝える。
B、C、D、E、F 保育士は立って保育室内全体を見ていた。
※事故発生時の保育士の位置：29 ページ、資料 2 「事故発生時の保育士の位置」参照
- 15:46 頃 みんなで「いただきます」の挨拶をする。
A 保育士は、早退する園児を送り出していたため本児を見ていない。
B 保育士は、「いただきます」のあいさつの後、支援児のいる①のテーブルの園児を見守る。
C 保育士は、本児の左隣に座り②のテーブルの園児全体の様子を見ていたが本児が白玉団子を口に入れる様子は直接見ていない。
D 保育士は、「いただきます」のあいさつをして③のテーブルで園児たちを見守る。
E 保育士は、「いただきます」のあいさつをして④のテーブルで園児たちを見守る。
F 保育士は、「いただきます」のあいさつをして⑤のテーブルで園児たちを見守る。
- 15:49 頃 本児が咳き込むように牛乳を吐く。
本児の近くにいた C 保育士が気づく。
A、B、D、E、F 保育士は、本児の異変には気付かなかった。
- 15:50 頃 C 保育士が、「大丈夫？」と声をかけ本児の様子をのぞきこむ。
果物を食べた様子があった。入っていたはずの白玉団子がカップに

なく、白玉団子を詰まらせているらしいことが分かる。

C 保育士は、本児の背中に手を添え、①テーブルの B 保育士に本児の状況を伝える。

B 保育士は、C 保育士から本児の状況を聞き、本児のそばに近寄りながら、A 保育士に状況を伝える。

C 保育士が、本児を A 保育士に渡す。

A 保育士が、本児の上半身を下に向け背中を強くたたく。さらに本児を逆さにして背中をたたく。

B 保育士は、A 保育士の様子を確認しながら本児のそばにつく。

C 保育士は、②のテーブルの園児のおやつを片付ける。

D 保育士は、②③テーブルといすを畳の方へ下げる。

E 保育士は、④のテーブルを畳の方へ下げる。

F 保育士は、⑤のテーブルを左側の出入り口の方へ移動する。

15:51 頃 A 保育士が、B 保育士に事務室にいる園長に本児がのどに白玉団子をつまらせたらしいことを知らせる様指示する。

B 保育士が事務室へ行き、本児が白玉団子をのどにつまらせたらしいことを園長に知らせる。

D 保育士は、他の園児の白玉団子を取り除き、おやつを片づける。

E 保育士は、④のテーブルの園児たちを F 保育士に頼み、①の支援児のところへいく。

F 保育士は、他の園児の白玉だんごを取り除き、おやつを片づける。園長と主任保育士が保育室に来て、状況を確認する。

A 保育士が、本児の背中をたたきながら、園長と主任に状況を見せ、本児の様子を伝える。

B 保育士は、保育室にもどり他の園児のおやつを片づけ、園児をホールへ移動させる準備をするため保育室北側入り口に行く。

C 保育士は、他の園児をホールへ移動させるため園児を集める。

D 保育士は、他の園児をホールへ移動させるため園児を集める。

E 保育士は、①のテーブルのおやつを片づける。

15:52 頃 園長が救急車出動依頼。

主任保育士が本児の自宅へ電話をする。祖母が出て母にかわる。

B 保育士が、園長の「掃除機持ってきて」の声を聞き、洗濯室にある掃除機を取りに保育室を出る。掃除機を持って保育室に戻ったが

既に他の1台があり、持ってきた掃除機を部屋の隅に置く。

C保育士は、園長の「掃除機持ってきて」の声を聞き、洗濯室にある掃除機を取りに保育室を出たB保育士の姿を見て、教材室にある掃除機を取りに保育室を出る。D保育士と一緒に掃除機を持って保育室へ戻る。コンセントに電源をさす。

D保育士は、園長の「掃除機持ってきて」の声を聞き、教材室にある掃除機を取りに保育室を出る。C保育士と一緒に掃除機を持って保育室へ戻る。

E、F保育士は、他の園児をホールへ移動させるため園児たちを集める。

本児の意識がなくなり顔色が青ざめていく。

A保育士は、苦しんでいた本児の力が抜けていくのがわかり、静かに横にした。

B、C、D、E、F保育士は、園児たちとホールに移動する。

園長が掃除機を持つ。園長がスイッチを入れるが使用せず。

15:55～58 頃 救急隊員がドクターヘリを要請（悪天候のため出動できない）
消防指令室と獨協ドクターヘリCS（運航管理担当者）とやり取りするが、悪天候で出動ができない。

15:56 頃 救急車到着。
A保育士が、救急車が見えたので、本児を抱きテラスから東側門を出る。本児を抱いて救急車へ乗り込む。

15:57 頃 救急隊員が接触確認（心肺停止確認）、胸骨圧迫開始。
喉頭鏡で口腔内を確認、粘液等を吸引器にて吸引、異物の視認困難。

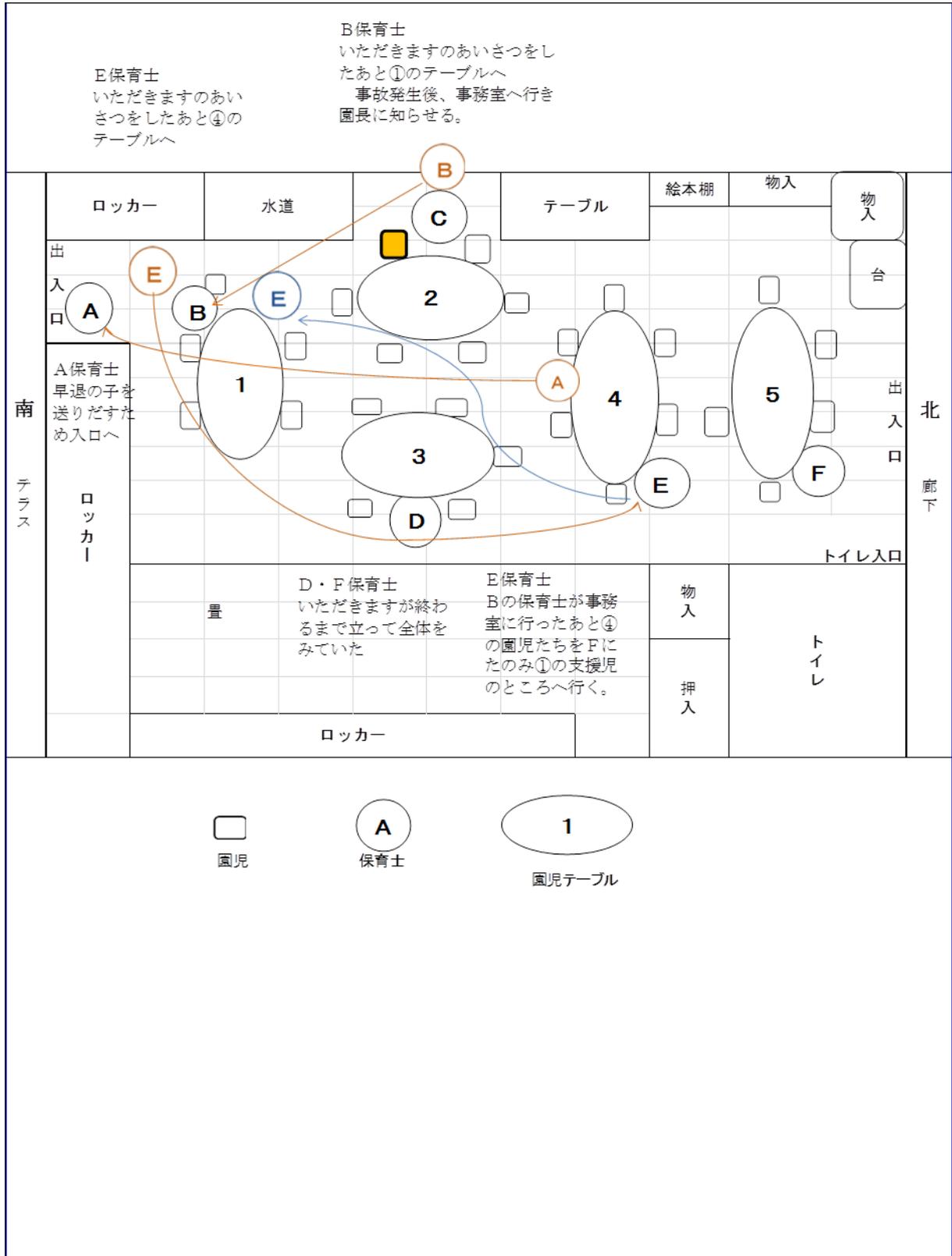
16:01 頃 主任保育士が母に電話をしたあと保育室にもどると本児がすでにいないため正面玄関から外に出る。
主任保育士が支援センター前で待機中の救急車に搬送先を聴くと、ドクターヘリは悪天候で飛ばないので行き先を確認中と言われる。本児の母が来て「まだとれない？」と聞かれた。主任保育士が「とれたと聞いていない」と言う。救急隊員に母が来たことを伝え、母が救急車の中に入る。

16:02～03 頃 下都賀総合病院に受入依頼、受入不能。

16:03 頃 胸骨圧迫しながら異物取除きの作業を続ける、AEDを装着する。

- 16:03～05 頃 獨協医科大学救命センターに受入依頼、受理される。
- 16:05 頃 胸骨圧迫をしているうちに白玉団子がとれる所まで出る。
異物がとり除かれた。救急車出発。
人工呼吸、胸骨圧迫併用で心肺蘇生法を行いながら病院に向う。
- 16:20 頃 獨協医科大学病院に到着し処置を行う。
- 16:34 頃 医師が家族に本児の心臓が動き出したことを説明する。
- 17:00 頃 C T 検査
- 17:05 頃 本児が集中治療室（ICU）に入る。
- 7 月 21 日 本児が一般病棟に移る。
- 8 月 19 日 意識を回復することなく、午前 9 時 38 分に死亡

事故発生時の保育士の位置



はこのもり保育園の2歳児クラス6名の保育士の経験等

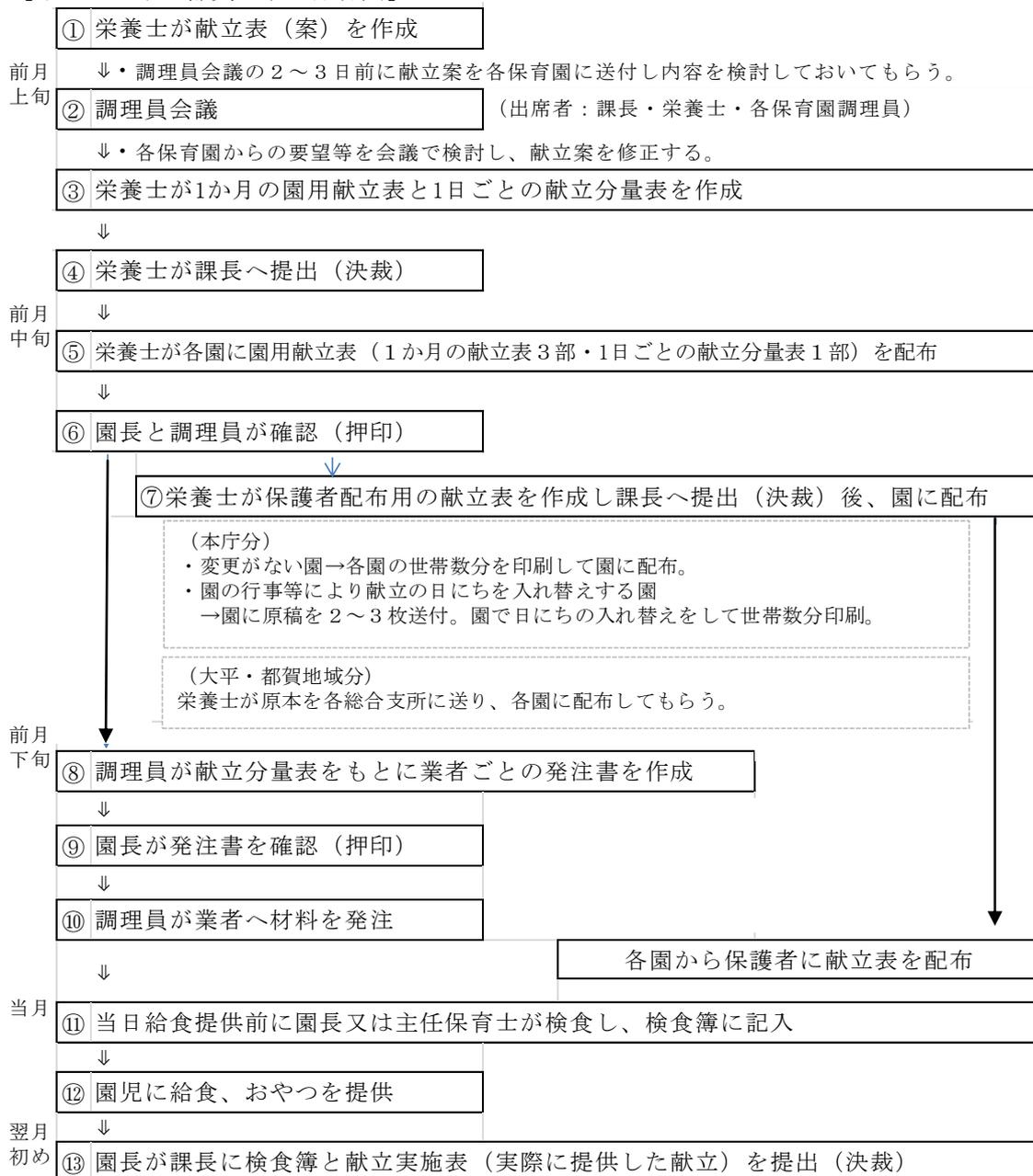
	A保育士		B保育士		C保育士		D保育士		E保育士		F保育士	
年齢	正職	43歳	嘱託	33歳	嘱託	22歳	臨時	29歳	嘱託	33歳	嘱託	32歳
経験年数	保育園	約10年	保育園	約4年	保育園	2年	保育園	6ヶ月	保育園	13年	保育園	11年
事務		5年	幼稚園	3年			幼稚園	3年				
	勤務先	担当	勤務先	担当	勤務先	担当	勤務先	担当	勤務先	担当	勤務先	担当
平成4年	いりふね	1歳児										
平成5年	いりふね	4歳児										
平成6年	いりふね	2歳児										
平成7年	いりふね	3歳児 9月～産休										
平成8年	いりふね	～8月育休 3歳児										
平成9年	いりふね	4歳児										
平成10年	しろのうち	2歳児										
平成11年	しろのうち	産休 育休							いまいずみ	3歳児		
平成12年	しろのうち	3歳児	幼稚園						いまいずみ	4歳児		
平成13年	しろのうち	4歳児	幼稚園						いまいずみ	0歳児	民間保育園	0歳児
平成14年	しろのうち	産休 育休	幼稚園						いまいずみ	5歳児	いまいずみ	1歳児
平成15年	しろのうち	育休							いまいずみ	1歳児	いまいずみ	1歳児
平成16年	保険年金課						幼稚園		いまいずみ	3歳児	いまいずみ	1歳児
平成17年	保険年金課						幼稚園		ぬまわだ	4歳児	いまいずみ	3歳児
平成18年	保険年金課						幼稚園		ぬまわだ	5歳児	いまいずみ	4歳児
平成19年	保険年金課								はこのもり	1歳児	いまいずみ	0歳児
平成20年	保険年金課		6月～ いまいずみ	3歳児					はこのもり	5歳児 →0歳児	いまいずみ	0歳児
平成21年	いりふね	3歳児	はこのもり	3歳児					はこのもり	5歳児	はこのもり	0歳児
平成22年	いりふね	5歳児	はこのもり	4歳児	民間保育園	1歳児			はこのもり	1歳児	はこのもり	1歳児
平成23年	いりふね	5歳児	はこのもり	5歳児	はこのもり	2歳児	10月～ はこのもり	2歳児	はこのもり	1歳児	はこのもり	0歳児
平成24年	はこのもり	2歳児	はこのもり	2歳児	はこのもり	2歳児	はこのもり	2歳児	はこのもり	2歳児	はこのもり	2歳児

各園の白玉団子の提供方法状況

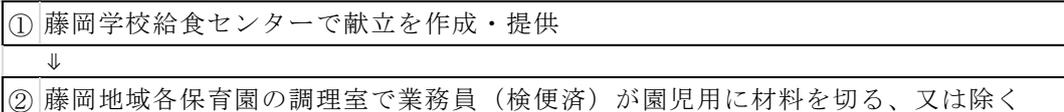
7月17日（火） 献立名：白玉入フルーツポンチ							
1/2切：調理で1個を1/2に切って提供							
	使用物	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
いまいずみ保育園	冷凍	入れない	1/6切	1/6切	1/2切	原形のまま	原形のまま
いりふね保育園	冷凍	—	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま
おおつか保育園	冷凍	入れない	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま
はこのもり保育園	冷凍	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま	原形のまま
そのべ保育園	献立変更（菓子）（調理員欠席の為）						
ぬまわだ保育園	冷凍	—	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平西保育園	冷凍	—	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平南第1保育園	冷凍	※1 1/6切	※1 1/4切	※1 1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平南第2保育園	冷凍	入れない	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平東保育園	冷凍	入れない	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
都賀よつば保育園	冷凍	入れない	入れない	※2 原形のまま	原形のまま	原形のまま	原形のまま
※1 0～2歳児は、保育室で保育士がさらに小さく切って与えた。 ※2 2歳児のうち月齢の低い園児には、保育室で保育士が1/2～1/4に切って与えた。							
6月25日（月） 献立名：白玉団子							
	使用物	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
いまいずみ保育園	手作り 白玉粉3kg	入れない	1/6切	1/3切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
いりふね保育園	冷凍	—	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま
おおつか保育園	手作り 白玉粉1.8kg	入れない	1/6切	1/6切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
はこのもり保育園	冷凍	入れない	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま	原形のまま
そのべ保育園	年長児による手作り 豆腐4丁白玉粉1.2kg	—	入れない	原形のまま	原形のまま	原形のまま	原形のまま
ぬまわだ保育園	手作り 白玉粉1.4kg	—	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平西保育園	冷凍	—	1/6切	1/4切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平南第1保育園	冷凍	入れない	1/6切	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま
大平南第2保育園	冷凍	—	1/8切	1/6切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
大平東保育園	冷凍	入れない	1/4切	1/2切	原形のまま	原形のまま	原形のまま
都賀よつば保育園	冷凍	入れない	入れない	※3 原形のまま	原形のまま	原形のまま	原形のまま
※3 2歳児のうち月齢の低い園児には、保育室で保育士が1/2～1/4に切って与えた。							

献立作成の流れ

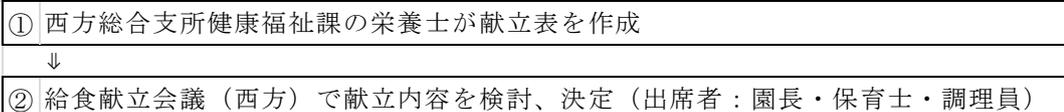
【本庁・大平・都賀地域の保育園】



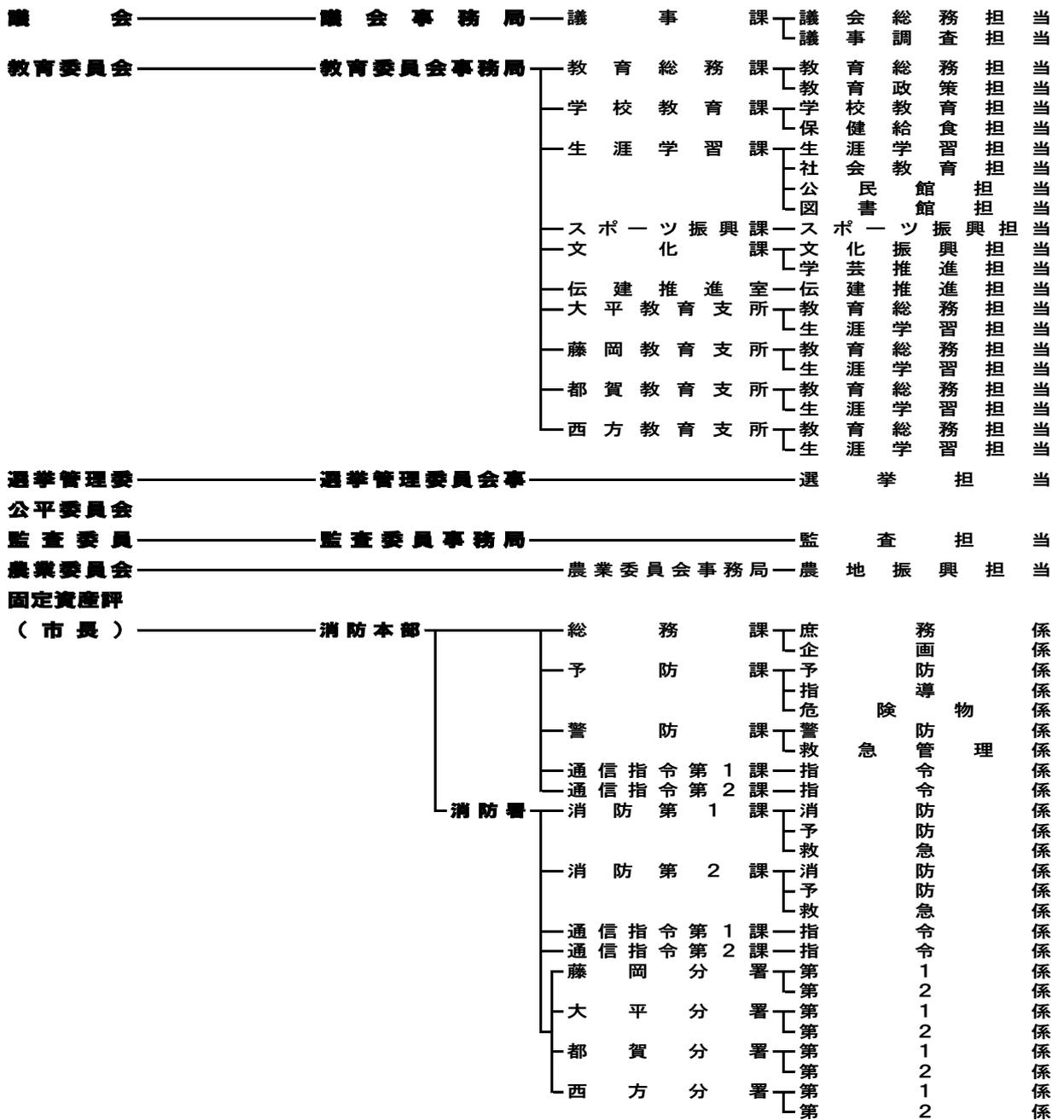
【藤岡地域の保育園】



【西方なかよしこども園】



大平総合支所	地域まちづくり課	地総	域	自	治	担	当
	税務課	理市	務	務	担	当	当
	生活環境課	資取	民	財	担	当	当
	健康福祉課	住保	産	税	担	当	当
	産業振興課	生女	税	民	担	当	当
	都市整備課	福介	医	境	担	当	当
	都市建設課	健こ	療	交	担	当	当
藤岡総合支所	地域まちづくり課	地総	域	自	治	担	当
	税務課	理市	務	務	担	当	当
	生活環境課	資取	民	財	担	当	当
	健康福祉課	住保	産	税	担	当	当
	産業振興課	生女	税	民	担	当	当
	都市建設課	福介	医	境	担	当	当
	都市建設課	健こ	療	交	担	当	当
都賀総合支所	地域まちづくり課	地総	域	自	治	担	当
	税務課	理市	務	務	担	当	当
	生活環境課	資取	民	財	担	当	当
	健康福祉課	住保	産	税	担	当	当
	産業振興課	生女	税	民	担	当	当
	都市建設課	福介	医	境	担	当	当
	都市建設課	健こ	療	交	担	当	当
西方総合支所	地域まちづくり課	地総	域	自	治	担	当
	生活環境課	理市	務	務	担	当	当
	健康福祉課	資取	民	財	担	当	当
	産業振興課	住保	産	税	担	当	当
	都市建設課	生女	税	民	担	当	当
	都市建設課	福介	医	境	担	当	当
	都市建設課	健こ	療	交	担	当	当
会計管理者	会計課	審出	査納	担	当	当	
	会計課	審出	査納	担	当	当	



国内での子どもの事故発生状況（主に2000年以降発生のもの。不明な事項は空欄）資料6

発生時期 場所	年齢・性別	容態	事故発生状況	市
2001年 幼稚園	4歳 男児	下敷き死亡	園庭の鉄製ブランコで遊んでいた本児が、ブランコの下敷きになり、頭を強く打ち、市内の病院に運ばれたが約40分後に死亡。	島根県 益田市
2001年 保育園	1歳 男児	窒息死	リンゴをのどに詰まらせて死亡。	千葉県 船橋市
2002年 保育園	3歳	車両事故死	保育園に迎えに来た男性が運転を誤り、屋上駐車場の鉄柵に2度衝突して、3.6m下の園庭に転落。整列していた本児が下敷きになって死亡。他の園児1名が負傷。	名古屋市 緑区
2002年 保育園	1歳11ヶ月 女児	窒息死	午睡中、現場を職員が離れ、30分後に戻ったところ、ベッド内で立ち上がった本児が柵に手をかけたままベビーベッドとベッドの上を覆っていた合板の間に首を挟まれてぐったりしていた。死因は頸部圧迫による窒息死。	新潟県 紫竹山市
2002年 保育園	1歳 男児	窒息死	ほふく室内にいた保育士が気づかない間に本児が押入れに入り込み、下段に置かれていた牛乳パック製の長椅子の上に倒れていた。保育士が気づいた時には呼吸停止状態で、救急車で病院に運ばれたが、翌月多臓器不全で死亡。	鳥取県 羽合町
2003年 保育園	2歳	誤飲	保育士が飲料水と洗剤の容器を間違え、本児が洗剤を誤飲。	
2003年 家庭	3歳 男児	窒息死	本児が口の中に直径3cmのゴムボールを入れて遊んでいた。母親が気づいた時には窒息しており、救急隊到着後は心肺停止状態で病院に搬送。異物を除去したが低酸素による植物状態が続き6か月後に死亡。	
2004年 保育園	6歳 女児	溺死	多摩川の中州にある河川敷において、園外保育中に本児が川に転落。付近を捜索したが2時間後に転落した地点から約1.7km下流に浮いているところを発見。消防庁の水難救助隊員らが救助し、国立病院機構東京医療センターに搬送後、救急救命措置されたが、死亡。	東京都 世田谷区
2004年 学童	8歳 男児	怪我死亡	放課後学童クラブで、本児が学校の廊下のガラス戸にぶつかり、割れたガラス破片が左胸部に刺さり、病院で手当てを受けたが約3時間後に出血多量で死亡。事故当時は清掃中で、本児はガラス戸に飛びつく遊びをしていた。	広島県 福山市
2004年 家庭	1歳 男児	窒息死	粉ミルク用小分け容器のキャップを外して飲み込み、のどに詰まった。自発呼吸なく意識戻らず。	
2005年 保育園	4歳 男児	熱中症	昼食を摂ろうとした午前11時30分ごろ、本児がいないことに所長が気づき、所内を探したところ、廊下の本棚（高さ1.2m、横9cm、奥行き43cm）の下段の物入れの中で、本児が座った状態でぐったりしているのを所長が見つけ119番通報。病院に運ばれたが、約1時間後に死亡。友人とかくれんぼをして遊んでいたらしい。	埼玉県 上尾市
2005年 スイミング スクール	3歳	溺死	25mプールで（水深1m）2保育園の園児約50人を対象とした水泳講習に参加中、本児がプールの底に沈んでいたのを発見。病院に運ばれたが3時間後に死亡。	福岡県 大牟田市
2006年 保育園	1歳 女児	窒息死	園庭で遊んでいた女児が急に苦しみだし、119番通報。ドクターヘリで病院に搬送したが間もなく死亡。女児の喉から直径2cmのミニトマトが見つかった。園庭ではミニトマトを栽培しており、本児が飲み込んだものと思われる。	静岡県 東伊豆町
2006年 保育園	6歳 男児		園庭で遊んでいた6歳と5歳の男児が屋根から落ちた雪に埋まった。2人は20分後に救出され病院に運ばれたが、6歳の男児は同日夜に死亡。5歳の男児は一時意識不明だったが回復し軽い怪我。また、2人の近くにいた男児も固まった雪が頭にぶつかり、頭を切る怪我をした。	福島県 下郷町
2007年 幼稚園		心臓系突然死	園外保育で幼稚園の裏山に出かけた。階段の途中、本児が疲れたと言って立ち止まったが、本人が最後まで登りたいというので保育士と手をつないで自力で階段をのぼった。目的地到着後、本児が倒れてけいれんを起こしたので、すぐに園に戻った。帰園後、直ちに保護者に連絡するとともに、本児を布団に寝かせ安静にした。暫くするとけいれんが治まり、落ち着いた状態になった。母親到着後容態が急変したため、救急車を要請した。救急車がドクターヘリを要請し病院に搬送したが、同日死亡。	

2007年 保育園		大血管系 突然死	乳児室で午睡中、15分おきに午睡の様子を確認していたが、保育士が本児の顔色の異常に気が付き救急車を呼び病院へ搬送したが、死亡。	
2007年 保育園		大血管系 突然死	午睡中に本児がいつもと寝ている様子が違っていたので、保育士が顔を覗き込み、声をかけ、身体をゆすってみるが反応が無く、呼吸が確認できないのですぐに心肺蘇生を始めた。別の保育士が健診にきていた園医と看護師を呼び、同時に119番通報した。保育士は人工呼吸を行い、園医は胸骨圧迫を行った。心肺停止を確認したが、心肺蘇生を続ける。救急車が到着し救急処置を受ける。病院へ搬送されたが死亡。	
2007年 保育園		大血管系 突然死	昼食後、午睡中に午睡状態を確認したところ、本児の顔色が蒼白くなっていることに気づき、すぐに呼吸を確認したところ、呼吸がなく、全身の力が抜けている状態であったため、背中をたたき本児の名前を呼んだが反応がなかった。直ちに救急車の要請と心肺蘇生を行い、救急車で病院へ搬送したが死亡。	
2007年 保育園		大血管系 突然死	午睡から目覚めた本児は同じクラスの児童と遊んでいた。長座布団の上うつ伏せになっている本児を保育士がを見つけ、声をかけ、抱きかかえられたが本児は眼を閉じており、顔は蒼白く唇は紫色になっていた。直ちに心肺蘇生などの救命措置を実施した。救急車が到着し、救急隊員が胸骨圧迫を実施。救急救命センターへ搬送されたが死亡。	
2007年 保育園	1歳	窒息	1歳1ヶ月の乳児がおやつリンゴ片（長さ5cm、幅3cm、厚さ0.5cm）を喉に詰まらせ、窒息状態となった。救急車で市立市民病院に搬送されたが、病院到着時には心肺停止状態で、意識は戻らず、08年1月に低酸素性脳症と四肢麻痺と診断。	青森県 八戸市
2007年	6歳	窒息死	こんにやくゼリーを詰まらせ窒息死。	三重県伊勢市
2008年 保育園	2歳	窒息	チーズキッスをおやつに食べ、何回か噛んでいるにもかかわらず、喉に詰まった。	
2008年 保育園	9ヶ月	窒息死	午睡をしていた9ヶ月の本児がうつ伏せで心肺停止状態で見つかり、間もなく死亡。	日光市
2010年 小学校	小学1年生 男児	窒息	給食の汁物に入っていた白玉団子を喉に詰まらせ意識不明。事故後、市は市議会に報告しただけで記者会見は行わなかった。	真岡市
2012年 保育園	1歳4ヶ月	窒息死	おやつのカステラを喉に詰まらせる。看護師が吸引器で吸い出すが症状悪化のため心臓マッサージをする。救急隊到着後、心肺蘇生を実施したが10日後に死亡。	愛知県 碧南市
保育園	1歳2ヶ月	嘔吐・窒息死	夜間保育中に4名の乳児にテレビを見せながら、保育士は隣の事務室で作業をしていた。25分後に様子を見ると本児がベッドで嘔吐物を気管支に詰まらせてぐったりとしていた。直ちに救急車を要請したが死亡。	
保育園	3歳 女児	誤飲	本児が事務室に入り、ジュースの残りが入った空き缶の中に（灰皿代わりに使用していた）吸殻が入っていたが、誤って飲んでしまい、救急車で搬送。	
学童保育	小学3年生 男児	窒息	パンの早食いをしようと自分で始め、喉にパンが詰まってしまった。指導員が背中を叩いて口の中に指を入れてパンを取り出した。	
保育園	8ヶ月	窒息死	隣の幼児室の保育士が、ぐずり声を聞き、午後1時30分、午後2時、午後2時30分に乳児室の様子を確認した。午後3時に嘔吐物を誤嚥し、窒息した状態で発見。発見当時、保育士はいなかった。保育園の連絡により、来園した保護者の依頼で救急車を呼ぶが、死亡。	
保育園	3歳 男児	窒息	家からカプセル（3cm）を持ってきて飲み込み、窒息状態になり、重大な障害が残った。	
子供会	9歳 男児	溺死	子供会のハイキングで川遊びをしていた時、川の深みに転落し死亡。	
病院	4歳 女児	窒息死	扁桃腺炎で入院中の食事でバナナを誤嚥し窒息状態。看護師が発見し、吸引しバナナを取り除いた。医師がかけつけて気管内挿管、トラヘルパー穿刺を試みたがうまくいかず心肺停止。その後気管内挿管し蘇生を試みたが死亡。 ・食事提供（看護師がバナナの皮をむきその場を離れる。） ・10分後、発見。吸引。 ・20分後、医師到着。47分後、心肺停止。	

はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会委員名簿

	区 分	氏 名	所属等	備 考
1	弁護士	砂 川 智 弘	梅澤・砂川法律事務所	
2	医 師	斉 藤 伸 夫	栃木市医師会長	副委員長
3	栄養士	大 塚 和 子	栃木県栄養士会県南支部 副支部長	
4	学 識	川 瀬 善 美	白鷗大学教育学部教授	委員長

はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会設置要領

(設置)

第1 平成24年7月17日にはこのもり保育園で発生した誤嚥事故について、事実関係を明らかにするとともに、今後の防止策を検討するため、はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2 委員会は、次の各号に掲げる事項を調査、検討する。

- (1) 誤嚥事故の原因究明に関すること。
- (2) 誤嚥事故の防止策に関すること。
- (3) その他必要と認める事項

(組織)

第3 委員会は、5人以内の委員をもって組織する。

2 委員会の委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 弁護士
- (2) 医師
- (3) 栄養士
- (4) 保育行政学識経験者
- (5) その他市長が必要と認める者

(委員長及び副委員長)

第4 委員会に、委員長及び副委員長1人を置く。

- 2 委員長は、委員の互選により定める。
- 3 副委員長は、委員長が指名する者をもって充てる。
- 4 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。
- 5 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(委員会)

第5 委員会は、必要に応じて委員長が招集し、その議長となる。

2 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、その意見を聴くことができる。

(庶務)

第6 委員会の庶務は、総務部総務課及び職員課並びに保健福祉部社会福祉課及びこども課において処理する。

(補則)

第7 この要領に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則 この要領は、平成24年7月27日から施行する。

はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会会議開催記録

	開催日時	開催時間 場 所	出席委員	内 容
第 1 回委員会	平成 24 年 8 月 28 日(火)	午後 7 時 市役所 第 2 委員会室	4 人 (全員)	全体討議
第 2 回委員会	平成 24 年 9 月 11 日(火)	午後 7 時 市役所 正庁	4 人 (全員)	全体討議
第 3 回委員会	平成 24 年 9 月 27 日(木)	午後 7 時 市役所 正庁	4 人 (全員)	事情聴取
第 4 回委員会	平成 24 年 10 月 2 日(火)	午後 6 時 50 分 市役所 正庁	4 人 (全員)	事情聴取
第 5 回委員会	平成 24 年 10 月 11 日(木)	午後 7 時 栃木中央小学校	4 人 (全員)	事情聴取
第 6 回委員会	平成 24 年 10 月 24 日(水)	午後 7 時 市役所 正庁	4 人 (全員)	事情聴取 全体討議
第 7 回委員会	平成 24 年 11 月 9 日(金)	午後 7 時 市役所 正庁	4 人 (全員)	全体討議 取り纏め