

松江市教育・保育施設等における
重大事故の再発防止のための事故検証部会

報告書

令和3年6月

目 次

はじめに	1
第1章 検証の目的	2
第2章 検証の方法	2
第3章 事故の概要及び経緯	
1. 事故の概要等	
(1) 事故の概要	3
(2) 施設の概要	3
(3) 施設の平面図	4
(4) 本児の情報	4
(5) 各職員の役職・当日の役割	5
2. 事故発生状況	
(1) 事故発生までの状況	6
節分行事計画書	7
(2) 事故発生当日の状況	9
(3) 事故発生当日の状況詳細	10
(4) 事故発生後の本施設及び市の対応状況	17
(5) 部会及び市からの質問と本施設からの回答について	21
第4章 問題点の検討	
1. 問題点の分析	
(1) 事故当日より前の節分行事計画書の立案や研修等について	27
(2) 事故当日の保育（節分行事の保育）について	29
(3) 事故発生後の本施設の対応について	31
(4) 事故発生後の市の対応について	32
2. 考察	
(1) 窒息死の原因となった炒り大豆の喫食について	35
(2) 本施設の節分行事に係る計画、保育の進め方及び事故への対応について	35
(3) 市の対応について	37

第5章 幼児教育・保育施設における「飲食を伴う教育・保育活動」に関する提言

＜教育・保育施設に対する提言＞

- 提言1 「食を伴う」保育には子どもの命に直結するリスクが潜んでいるという共通認識の下で行うこと 39
- 提言2 リスクの高い食材や喫食方法についての知識を職員全員が共有すること 40
- 提言3 事前に保育目標を明確にした指導計画を立て、複数の目でチェックし、全員が共有すること 40
- 提言4 飲食は、遊びや保育活動の後、一定の時間を置き、座って食べるなど落ち着いた雰囲気の中で行うこと 42
- 提言5 子どもの安全に意識を集中して見守る役割の職員を配置すること 42
- 提言6 活動終了後に参加職員全員で振り返りを行い、ヒヤリハットを次の活動に活かすこと 43
- 提言7 安全・安心な保育への意識を向上させ、保護者や地域とも意識や情報の共有を図ること 43
- 提言8 子どもの命を守ることのできる救急・救命等の知識・技能を身につけること 43
- 提言9 「飲食を伴う教育・保育活動に係るチェックシート」を活用すること 44
- ＜松江市に対する提言＞
- 提言10 子どもの命や安全に関わる通達等の周知の在り方を工夫・改善すること 44
- 提言11 子どもの命や安全に関わる教育・保育施設職員の意識・知識・技能の向上を図る研修を定期的に計画し実施すること 44
- 提言12 事故発生時の情報発信・共有について、状況に応じた対応を心がけること 44
- 提言13 事故発生時及びそれ以降の当該施設等との連携・協力について見直し改善を図ること 45
- 飲食を伴う教育・保育活動に係るチェックシート 46

第6章 再発防止に向けた松江市の取組

1. 節分行事に関するアンケートの実施（令和2年3月） 47
2. 令和2年12月実施の公立保育所・幼稚園・幼保園への節分行事における豆の使用の中止方針の伝達と、私立保育所・幼稚園・こども園等に対する注意喚起の連絡 47
3. 節分行事に関するアンケートの実施（令和2年12月） 47

4.	安全な保育を行うための市内保育所等に対する研修会の実施	48
5.	給食等での食材の取り扱いの変更	48
参考資料1	節分行事に関する調査結果（抜粋）	49
参考資料2	消費者庁「食品による子どもの窒息・誤嚥事故に注意！」（抜粋）	50
参考資料3	田草雄一医師 研修資料（抜粋）	52
	日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会「食品による窒息 子どもを守るためにできること」	60
参考資料4	公立保育所給食等に使用する食材・栽培活動について（通知）	67
参考資料5	会議の開催経過及び議事内容等	69
参考資料6	委員名簿	70
参考資料7	松江市社会福祉審議会条例	71
	松江市社会福祉審議会運営規定	74
おわりに		77

はじめに

令和2年2月3日、当時4歳4ヶ月の男児が、松江市内の保育所型認定こども園において、節分の豆まき行事の最中、炒り大豆による気道閉塞によって意識不明となり、同日、医療機関において死亡が確認されるという重大事故が発生しました。

折しも新型コロナウイルスの感染拡大により、緊急事態宣言も発出され、人の移動や会合が厳しく制限される中、第1回の事故検証部会が開かれたのは、事故後5ヶ月が経過した令和2年7月15日のことでした。

この第1回の会合の冒頭、亡くなられたお子様のご両親のご出席くださり、到底癒えるはずのない苦しいお気持ちであるはずの中、まして我が子のことを話すことが何よりもお辛いことであるのをおして、この事故についての思いをお話してくださいました。園での行事中に起きたこうした悲劇をどう防止すべきかについて、お気持ちを抑えながら懸命にお話しくださる姿に、私たち委員は深く心を打たれました。

この報告書は、こうしたご両親のお気持ちを出発点に置き、このような悲惨な事故が繰り返されることがけっしてないよう、事故原因の分析・検証を進め、飲食を伴う行事等の際の事故の再発防止に向けた議論を重ね、その結果を具体的な提言として取りまとめたものです。本報告書が松江市内の教育・保育施設等においてはもとより、全国の教育・保育施設等において活用され、安全・安心で質の高い幼児教育・保育につながる一助となることを心から願うものです。

令和3年6月

松江市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事故検証部会

部会長 肥 後 功 一

第1章 検証の目的

事故検証部会（以下「本部会」という。）は、豆まき行事における松江市内の認定こども園（以下「本施設」という。）の対応について、事実関係の把握、亡くなられたお子様やその保護者の視点を踏まえた発生原因の分析及び必要な再発防止策の検討を行い、本件のような事故が二度と発生しないよう、教育・保育施設に対して提言を行うことを目的とする。

また、市の対応について、同種の事故の予防の観点から事故発生後の公表の在り方や、国等が発出する安全管理に関する通知などの周知方法について検証を行うものである。

なお、本部会での検証は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ことを申し添える。

第2章 検証の方法

検証は、松江市（以下「市」という。）の特別監査の資料（※1）及び本施設から市に提出された事故報告書、市が行った節分行事に関する調査結果、本部会からの要請に基づき市が本施設や本児保護者に対して行ったヒアリング等をもとに行った。

その後、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した。

なお、警察からの情報提供は、捜査中のため得られなかった。

また、プライバシー保護の観点から、本部会は非公開とし、亡くなられたお子様の保護者の心情に十分配慮しながら進めた。

※1 特別監査の資料・・・・・・・・・・・・・・・・（掲載ページ）

- ・ 事故の概要等・・・・・・・・・・・・・・・・（3 ページ）
- ・ 施設の平面図・・・・・・・・・・・・・・・・（4 ページ）
- ・ 各職員の役割・当日の役割・・・・・・・・（5 ページ）
- ・ 行事計画書・・・・・・・・・・・・・・・・（7.8 ページ）
- ・ 行事位置図・・・・・・・・・・・・・・・・（11～16 ページ）
- ・ 行事写真・・・・・・・・・・・・・・・・（不掲載）
- ・ 研修実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・（不掲載）
- ・ 事故防止策・安全点検マニュアル・・・・（不掲載）

第3章 事故の概要及び経緯

1. 事故の概要等

(1) 事故の概要

令和2年2月3日、本施設において、当時4歳4か月の男児（以下「本児」という。）が節分の行事中に意識不明の状態になり、救急搬送された医療機関で、当日死亡が確認された事故である。

なお、令和2年2月4日に行われた司法解剖の結果は、警察から開示されていないが、死体検案書の直接死因は「窒息死」、原因は「気道閉塞」であり、気道下部に豆があったことを、本児保護者からの聞き取りにより確認した。

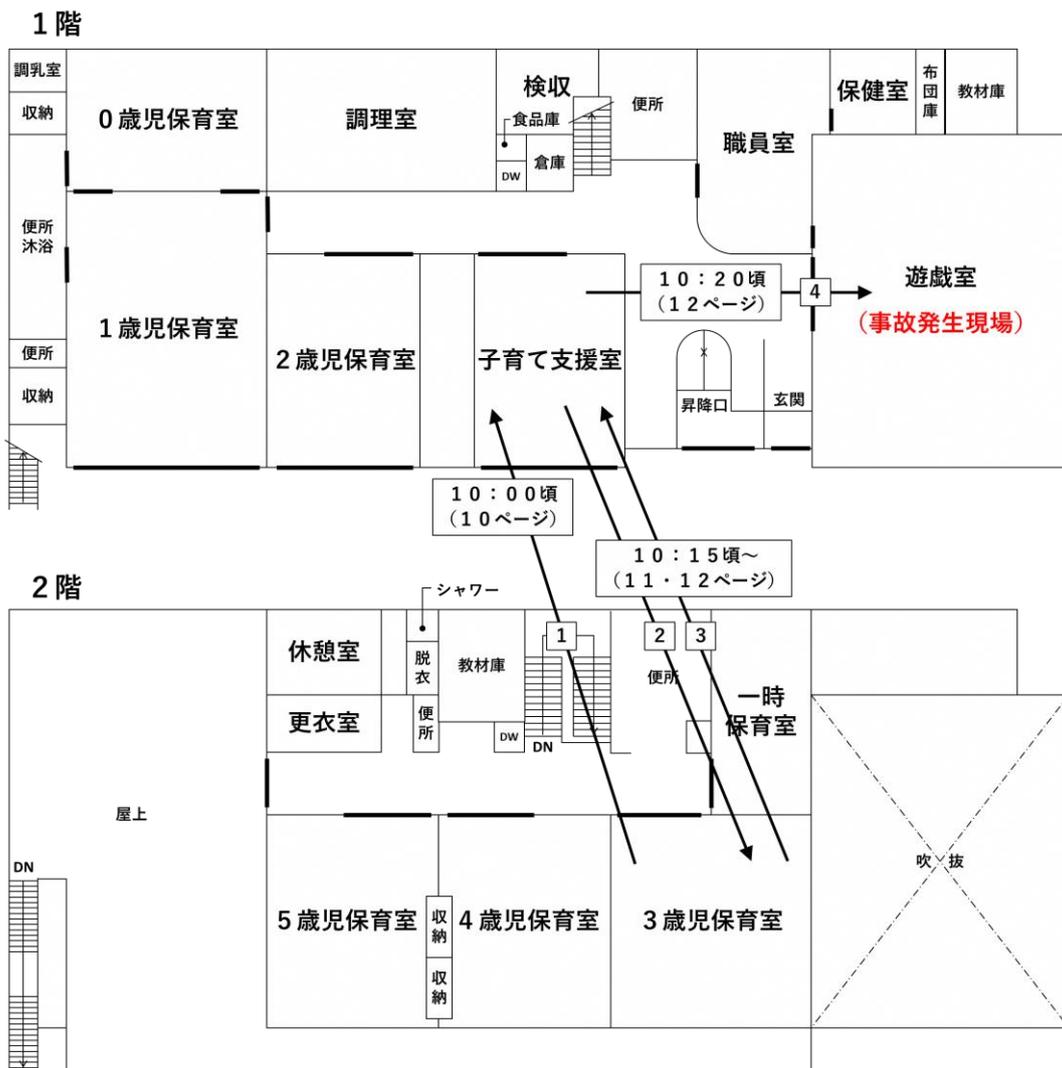
(2) 施設の概要

本施設は、昭和31年に保育所として開所した施設であり、平成31年に認定こども園（保育所型）に認定された施設である。詳細は以下のとおりである（令和2年2月3日時点）。

所在地	島根県松江市
開所年月日 (保育所)	昭和31年12月1日
認可年月日 (保育所)	昭和31年12月11日
認定年月日 (認定こども園)	平成31年2月21日
事業開始年月日 (認定こども園)	平成31年4月1日
認可定員	96人
利用定員	1号認定 6人 2号認定 55人 3号認定 35人
職員数	26人（うち休暇2名） ・園長1名 ・主任1名 ・主幹1名 ・保育士19名（うち休暇2名） ・栄養士1名 ・調理師1名 ・看護師1名 ・所員1名 ※当日の職員配置基準は満たしていた。
特別保育実施状況	・延長保育事業 ・一時預かり事業（一般型・幼稚園型）
施設の状況	鉄骨造2階建 延床面積 809.2 m ² 屋外遊戯場の面積 450.3 m ² 敷地面積 1264.11 m ²

(3) 施設の平面図

本施設の平面図である。事故が発生したのは、1階遊戯室内である。



(4) 本児の情報

入所日：平成30年4月1日（入所時点の年齢：2歳5か月）

年齢：4歳4か月（事故発生当時）

（平成31年4月時点では3歳児であったため、3歳児クラスに在籍）

性別：男

身長等：身長 105.5 cm 体重 16.6 kg（令和2年1月時点）

身体の状況：片側の視力低下（平成31年度途中に本児保護者から本施設に情報提供）のため眼鏡を着用していたが、事故当日の遊戯室での豆まき時は外していた。
舌小帯短縮症（平成30年度途中に本児保護者から本施設に情報提供）により経過観察中であった。

健康診断：異常なし

当日の健康状態：異常なし

最近の健康状況：事故発生前の 1 週間から 2 週間の間は調子が悪く、家庭で嘔吐があった。

(5) 各職員の役職・当日の役割

本施設において例年行っている節分行事は、3～5 歳児クラスの園児が、保育士が豆を炒る様子を見たのち、節分の話聞き、豆を食べた後、保育士が扮する鬼に豆まきを行うものである。

本施設の職員は 26 人(休暇 2 人含む。)である。以下の表は事故が発生した本行事の関係職員とその役職・役割を記載したものである。

なお、行事担当である F 保育士は行事計画書(7 ページ参考資料)を作成したほか、当日は子育て支援室で園児に節分について話をしながら豆を炒ったり、鬼を各保育室及び遊戯室に誘導した。また、A 保育士は赤鬼役、B 保育士は青鬼役として各保育室及び遊戯室をまわった。

職 員	役職又はクラス担任	当日の役割
園 長	園 長	
主 任	主 任	
A 保育士	主 幹	赤鬼役
B 保育士	2 歳児担任	青鬼役
C 保育士	3 歳児担任 (本児の担任)	
D 保育士	4 歳児担任	
E 保育士	5 歳児担任	
F 保育士	一時預かり	2 月の行事担当
G 保育士	フリー (チーフ)	行事のサポート
H 保育士	フリー	一時預かり (F 保育士が行事担当のため)
I 保育士	フリー	全体のサポート

上記表中「当日の役割」は、事故当日、通常の業務以外の役割を担った職員についてのみ記載

2. 事故発生の状況

(1) 事故発生までの状況

時期等	内容等
令和2年 1月初	<p>【当該節分行事に係る指導計画（以下「節分行事計画書」と記載）作成】</p> <p>○F 保育士（2月の行事担当）が、昨年度の節分行事計画書を参考にしながら豆まきの計画を立て始めた（7ページ、8ページ参考資料）。</p> <ul style="list-style-type: none">・節分行事計画書の立案について本施設全体での話し合いは行わなかったが、不明な点等は、昨年の担当であった保育士に聞きながら行った。・1月の職員会議の会議資料の1つである「2月の行事予定表」の「2月3日」の欄に、「豆まき」の記載があった。・各クラスの月案、週案に豆まきに関する記載があった。 <p>○本施設としては、昨年度の豆まきの評価、振り返り、反省は行っておらず、行事担当が、終了後に気づいた点等を節分行事計画書に赤字で書き込み、次年度の参考として残す形となっていた。</p> <ul style="list-style-type: none">・前年度の豆まき時に、鬼に驚き呼吸が苦しそうになった園児がいたこと（27ページ第4章1.(1)1)②に記載のヒヤリハット）について、本年度の各クラスにそのような子どもがいるかどうかの確認は行っていないが、その園児については、事前に、主任、主幹、本年度の当該園児担任で対応について確認を行った。
令和2年 1月末	<p>【節分行事計画書周知】</p> <p>○作成した節分行事計画書（7ページ参考資料）は、職員室のカウンターに置いて供覧するようにした（何名の職員が確認したかは分からない。）。</p>

参考資料【令和元年度(事故発生前)節分行事計画書】

節分の豆まきについて

令和2年 2月3日(月)

昨年同様、炒り豆を購入した。
 時間が押していたが、火炒り豆だったので、
 時間を短縮とほり、スニズで炒った◎

時間が押していたため、
 F保育士が最後までやった。

【豆を食べる】

9:00頃～
 9:20

豆を炒る(1.2kg)

(F保育士が主に炒りますが、途中で子どもたち(5歳児-4歳児クラス)や担任の先生に交代する予定です。)

ホットプレートでします!(ホットプレート1台)

9:30頃～
 10:00

3歳児、4歳児、5歳児クラスは、子育て支援室で炒った豆を食べます。子どもたちが食べて残った豆をまいてもらいます。

3つのバットに分けた。

【鬼登場】

10:00頃～
 10:20

5歳児のかわいい小鬼登場! 1歳児→2歳児→3歳児(遊戯室)→4歳児→5歳児クラス
 (この間に鬼の方は準備をお願いします。)

10:10頃～
 10:35

こわい鬼登場!!各部屋まわっていきます。
 (小鬼たちが二階に上がり次第鬼登場!)

～まわる順番～

1歳児→2歳児→3歳児→4歳児→5歳児クラス



- ※ 0歳児、一時保育室の部屋には入りません。
- ※ 1歳児、2歳児は豆はまかずに何か代替りの物(新聞紙)をまいてください。

【今年の赤鬼・青鬼は…】

A保育士 B保育士 です!!

鬼の方は例年通り、保健室で着替えをお願いします。

よろしくお願いします。

○赤字は、次年度の参考にするため、行事の後に結果及び気付いた点等加筆されたもの。

○なお、7ページ、8ページの年号、年、クラス名、保育士名等については、本報告書への掲載にあたって市で修正・削除した部分がある。

**参考資料【平成 30 年度(事故発生前年)
節分行事計画書】**

節分の豆まきについて

平成 31 年 2 月 1 日(金)

間違えて炒り豆で買入ってしまったので、炒る時間が早かった。
大豆から炒るとはもちろん美味いんですけど、メインが炒り豆
ことばたいいので、短い時間で炒れるなら炒り大豆でも良いのかなど。
そのための〇〇保育士 最後までできたので。

【豆を食べる】

9:00 頃～ 豆を炒る (1.2kg)

↓(〇〇保育士が最初は炒りますが、途中で^{とおひな}保育士や上 3 クラスの担任の先生に交代します。)

9:30 頃～ 3 歳児、4 歳児、5 歳児クラスは、子育て支援室で炒った豆を食べます。(ホットプレート)
子どもたちが食べて残った豆をまいてもらいます。↑3つにバットに入れて分けました。

【鬼登場】

10:00 頃～
9:50

炒る時間が早かったのと同じく
遊戯室 (0 歳児) → 1 歳児 → 2 歳児 → 3 歳児 → 一時預かり → この時に
5 歳児のかわいい子鬼登場 ↑
この間に鬼準備。余裕

10:30 頃～
10:10

こわい鬼登場!! 各部屋まわります。
(子鬼たちが二階に上がり次第鬼登場!)

まわる順番

良かた

1 歳児 → 2 歳児 → 3 歳児 → 4 歳児 → 5 歳児クラス

- ※ 0 歳児、一時保育室の部屋には入りません。
- ※ 1 歳児、2 歳児は豆はまかずに何か代わりの物(新聞紙)をまいて(投げて)下さい。

【今年の赤鬼・青鬼 (*^^)v】

〇〇保育士 〇〇保育士

鬼はいつも通り保健室で着替えます。

☆ 〇〇ちゃん … 一時保育室(にい
てもらいます。 … 一緒に一時保育室で
〇〇ちゃん … 待機
よろしくお願ひします

(2) 事故発生日の状況 (詳細は、後記 (3) のとおり)

時間帯	内容等
10:00 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○3～5 歳児クラスの園児は、各保育室から子育て支援室に移動し、保育士から節分行事の話聞いた。 ○保育士は、3～5 歳児クラスの園児に食べる用の豆を歳の数だけ手渡した。本児には4粒渡した。 ○園児は豆を食べた後保育室に戻った。
10:15 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○園児は豆まき用の豆を入れるカップを持って、子育て支援室に移動した。 ○保育士がカップに豆まき用の豆を約10粒程度入れた。
10:20 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○遊戯室に移動し、歌を歌った。 ○豆まき用の豆を入れたカップを持って鬼を待った。
10:45 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○遊戯室へ赤鬼、青鬼、園長が入った。 ○3 歳児クラスの園児は、布団庫前にかたまるように集まっていた。 ○赤鬼、青鬼役の保育士は何人かの園児を連れ去ろうとする演出を行い、本児に対しても連れ去ろうとした。本児は、写真によるとこのとき泣きながら体を大きくよじるようにしていた。 ○本児は手を振り切って逃げた。 ○本児は布団庫の前にしゃがみ込み、他の子どもたちの集団から外れ前の方へ出て、床にうつぶせに倒れ、手で床をバンバンと5回程度たたき様子が見られた。「手足をバタバタさせていた」という保育士もいた。 ○その様子を見ていた保育士は何か機嫌を損ねているととらえ、本児に声をかけることはなかった。
10:49 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○本児は、その後仰向けになり、顔は青白く、唇は紫色で呼びかけにも答えなかった。 ○複数の保育士が異常に気づき、同じタイミングで A 保育士が遊戯室に戻り主任に知らせた。 ○主任が確認すると顔は青白く、唇は紫色で呼びかけにも答えなかった。 ○うつぶせの状態から仰向けになるまでの様子は、誰も見ていなかった。
10:50 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○主任が本児を職員室に運んだ。 ○意識も呼吸もないため看護師が心臓マッサージと人工呼吸を施した。
10:52 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○AED を装着したが除細動の適応とならなかった。 ○119 番通報した。 ○本児保護者へ連絡した。 ○遊戯室で実施予定だった4～5 歳児クラスの豆まき行事は、中止となった。
10:58 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○救急車が到着した。
11:15 頃	<ul style="list-style-type: none"> ○救急外来で救命措置を受けた。
12:03	<ul style="list-style-type: none"> ○死亡が確認された。

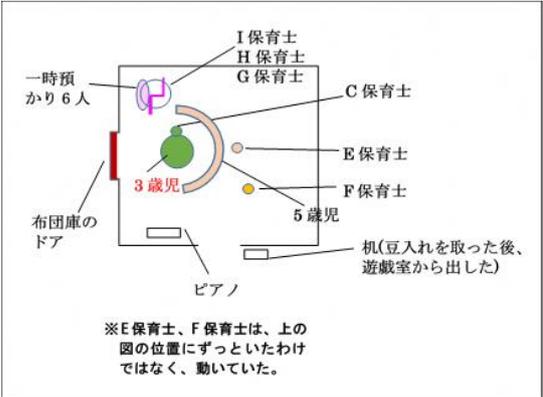
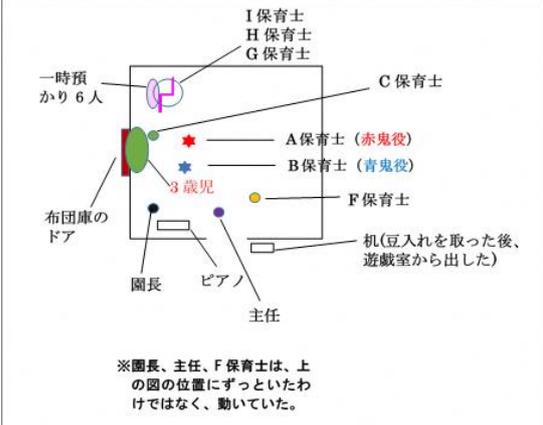
(3) 事故発生日の状況詳細

時間帯	全体の動き	本児の動き
7:00 頃	<p>【職員出勤】</p> <p>○職員がそれぞれの出勤時間に出勤した。</p> <p>○園長は、職員室にて事務作業をしていた。</p> <p>○C 保育士 (3 歳児担任)、D 保育士 (4 歳児担任)、E 保育士 (5 歳児担任) で相談し、3～5 歳児クラスの豆まきを例年行っている保育室ではなく、遊戯室で3～5 歳児クラスが順番に1クラスずつ行うよう変更することを決定した。</p>	
9:00 頃	<p>○3～5 歳児クラスの各担任は、遊戯室での合同保育の後、子どもたちと一緒に2階の各保育室へ上がった。</p> <p>○F 保育士が、9 時頃から子育て支援室で節分行事の準備をした (テーブルの移動、ホットプレートの準備等)。</p>	
9:20 頃	<p>○9 時 20 分頃から購入してあった市販の炒り大豆 1 袋 (120 g) を試し炒りした。</p> <p>(炒った時間は 10 分程度)</p> <p>(この行事のために購入した豆は、1.2 kg (120 g × 10 袋))</p> <p>○G 保育士は、炒る前と後の両方を試食した。F 保育士は、炒った後のみ試食した。</p> <p>○炒るところを子どもたちに見せる予定だったが、子どもたちが2階の保育室から子育て支援室に降りて来ないため、炒り続けた。節分行事計画書では9時半から子ど</p>	<p>【本児登園】</p> <p>○クラスの子どもたちが2階の保育室に上がった後に9時26分に本児が登園し2階の保育室に上がった。</p>

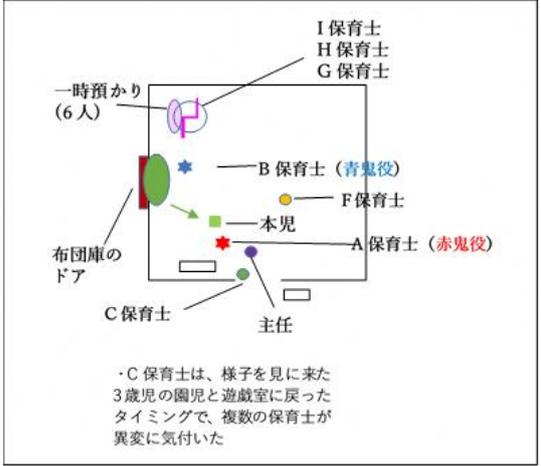
時間帯	全体の動き	本児の動き
	もたちが豆を食べる予定だった。	
10:00 頃	<p>【3～5 歳児クラスが各保育室より子育て支援室に移動し、そこで保育士が節分の話をした】</p> <p>○G 保育士が、F 保育士に頼まれ、2階の保育室の様子を見に行った。</p> <p>○3～5 歳児クラスでは、G 保育士の声掛けにより、担任、子どもとともに子育て支援室に降りた。</p> <p>○降りたのは 3 歳児クラスが一番最後であった。このとき子育て支援室にいたのは、3～5 歳児クラスの子どもと保育士 5 人 (3～5 歳児クラスの担任 3 人 (C、D、E 保育士)、F 保育士、G 保育士)。クラスごとに座った。前 (豆を炒るテーブル) から 4 歳児、5 歳児が横一列に並んで座り、3 歳児は入口付近に座った。</p> <p>○F 保育士が、節分の由来などを話した後、豆を子どもたちの前で炒った (炒った時間は 5 分程度)。</p> <p>○その後 F 保育士が、豆を落ちて置いて座って食べることを子どもたちに話し、その後、クラス毎に担任が、子どもの掌に豆を年の数だけ渡した。</p> <p>○園長は職員室にいた。主任も、職員室で電話対応等をしていた。</p> <p>○3～5 歳児クラスの担任からも改めて、落ち着いて座って食べること、ひとつずつ食べること、食べ</p>	<p>【3～5 歳児クラスが各保育室より子育て支援室に移動し、そこで保育士が節分の話をした】</p> <p>○本児も一緒に 2 階の保育室から 1 階の子育て支援室に降りた。</p> <div data-bbox="842 622 1396 750" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>以下の位置関係図は、聞き取りを基に位置関係をイメージしやすくするために図式化したもの。</p> </div> <p>節分の話の聞いたり、豆を炒るのを見たりするとき</p> <div data-bbox="842 817 1380 1400" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>●…主任：通りがかったときに部屋の外からちらっと見た。 ※子育て支援室にいたのは、F 保育士のほかに、3 歳児、4 歳児、5 歳児担任 (C 保育士、D 保育士、E 保育士)、G 保育士</p> </div> <p>○本児は 4 歳であるため、4 粒渡された。</p> <p>豆を食べるとき</p> <div data-bbox="842 1624 1380 2004" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>ここにテーブルを寄せていた (子どもが豆を食べているとき、ここにホットプレートを片付けた。)</p> </div>

時間帯	全体の動き	本児の動き
10:00 頃	<p>たくなければ、食べなくていいこと、落としたものは食べずに三角コーナーに捨てること等を伝え、食べた（各クラスそれぞれで食べ始めた。）。</p> <p>○3～5歳児クラスの担任は、検食のため、子どもたちより先に豆を食べた。</p> <p>○子どもたちは、豆をもらうときには立って移動もしたが、食べるときは床に座っていた（写真によると食べていると思われるときに立ち上がっている子どももいた。）。</p> <p>○子どもたちが、配られた豆を全て食べたかは確認していない。</p> <p>○園長、主任はこの段階では豆は食べていない（園長は、当日豆は全く食べていない。主任は、各クラスが保育室に上がった後、子育て支援室を通りかかった際に食べた。）。</p>	<p>○豆を食べるときは床に座っていた（写真によると食べていると思われるときに立ち上がっている子どももいたため、本児がずっと座って食べていたかどうかは分からない。）。</p> <p>○配られた豆を全て食べたかは確認していない。</p>
10:15 頃	<p>【2階保育室へ豆入れカップをとり、上に上がって1階子育て支援室に移動】</p> <p>○3歳児クラスは、鬼に豆を投げるときに使用する豆入れ（子どもたちが手作りしたカップ）を取りに保育室に上がり、その後、子育て支援室に戻った。</p> <p>○食べ終わりと各保育室への移動も、各クラスでそれぞれであった。</p> <p>○子どもたちは、投げるための豆をF保育士から、カップに10粒程度（目分量で3歳児クラスは10粒</p>	<p>【2階保育室へ豆入れカップをとり、上に上がって1階子育て支援室に移動】</p> <p>○本児もカップに10粒程度入れてもらった。</p>

時間帯	全体の動き	本児の動き
10:15 頃	より少なめ、4、5 歳児クラスは、10 粒より多め) 入れてもらった。各担任が子どもたちに、投げるための豆のため、食べないように伝えた。	
10:20 頃	<p>【1階遊戯室へ移動し鬼を待つ】</p> <p>○3 歳児クラスは担任とともに遊戯室に移動した。</p> <p>豆入れのカップを遊戯室内の机の上に置き、ピアノの周りで、担任の伴奏により 3 曲歌った。</p> <p>○当初の節分行事計画書にはなかったが、このころから H 保育士は一時預かりの子ども 3 人(3 歳児)に、3 歳児クラスの子どもたちが行事を行う様子を見学させるため、遊戯室にいた。さらに G 保育士は、2 階の一時保育室に上がり一時預かりの子ども 3 人(3 歳児)を連れて遊戯室に降りた。一時預かりの 6 人は、遊戯室内のままごとコーナーに G 保育士、H 保育士と一緒に座って豆まきを見た (豆まきはしていない)。</p> <p>○3 歳児クラスの子どもたちは、布団庫のところに集まり、豆を入れたカップを持ち、「鬼は外」と言いながら鬼を待った。</p> <p>○遊戯室内には I 保育士も来ており、室内にいた保育士は、3 歳児担任 (C 保育士)、G 保育士、H 保育士、I 保育士。主任は出入りしていた。</p> <p>○園長は、赤鬼、青鬼が 1 歳児クラス、2 歳児クラスの保育室をまわ</p>	<p>【1階遊戯室へ移動し鬼を待つ】</p> <p>○本児も遊戯室に移動し、他の子どもたちと同様活動に参加していた。</p> <div data-bbox="842 701 1385 1108" data-label="Diagram"> </div> <p>○本児も豆を入れたカップを持ち鬼を待った。</p>

時間帯	全体の動き	本児の動き
10:20 頃	<p>る頃から、赤鬼、青鬼と一緒についてまわっていた。主任も、同様に一緒にまわっていたが、時々次にまわるクラスの様子を見に行ったりしており、赤鬼、青鬼とずっと一緒に歩いていない。また遊戯室へ先に入り 3 歳児クラスが歌っている様子を見ている。遊戯室を出たり入ったりしていた。</p> <p>○5 歳児クラスが扮した小鬼が遊戯室に来る。3 歳児クラスの子どもたちは、5 歳児クラスであることがわかっているので怖がらないが、2、3 人泣く子どももいた。3 歳児クラスの子どもたちが小鬼に豆を投げたかどうかは分からない（写真では豆が床に散乱している様子がうかがえる。）。</p> <p>○その後、小鬼に扮した 5 歳児は退室した。</p>	 <p>※E 保育士、F 保育士は、上の図の位置にずっといたわけではなく、動いていた。</p>
10:45 頃	<p>【遊戯室へ赤鬼と青鬼入る】</p> <p>○F 保育士が遊戯室に入り、続いて、A 保育士（赤鬼）と B 保育士（青鬼）が遊戯室に登場。園長も遊戯室に入った。主任も遊戯室にいた。</p> <p>○3 歳児は布団庫前にかたまるように集まっており、泣き出したり叫び声をあげたりした。豆を投げるそぶりの子どもはいた。</p> <p>○一時預かりの子どもと G 保育士、H 保育士、I 保育士が座っているままごとコーナーの後ろの方に逃げてくる子どももあり、保育士が危ないと声掛けをするも、逃げ</p>	<p>【遊戯室へ赤鬼と青鬼入る】</p>  <p>※園長、主任、F 保育士は、上の図の位置にずっといたわけではなく、動いていた。</p>

時間帯	全体の動き	本児の動き
10:45 頃	<p>る子どもが多かった。</p> <p>○A 保育士（赤鬼）と B 保育士（青鬼）は、何人かの子どもを引っ張って連れて行くそぶりをした。</p> <p>○A 保育士（赤鬼）と B 保育士（青鬼）が、C 保育士（3 歳児担任）を引っ張って遊戯室から連れ出した。周りの保育士が、子どもたちに担任を助けるよう声掛けをするも、子どもたちは怖がって他児にくっつきながら泣いていた。</p> <p>○A 保育士（赤鬼）と C 保育士（3 歳児担任）は、遊戯室の外で数分待機。B 保育士（青鬼）は遊戯室に戻り、パフォーマンスの続きをした（例年 3～5 歳児クラスでは、鬼が担任を連れて行く演出がある。）。</p> <p>○園長は、C 保育士（3 歳児担任）が連れ出されたあたりからは、遊戯室内にはいなかった。</p>	<p>○写真によると、B 保育士（青鬼）と戦うような姿も見られた。</p> <p>○A 保育士（赤鬼）と B 保育士（青鬼）も本児を引っ張った。写真によるとこのとき体を大きくよじるようにして泣いていた。</p> <p>○本児は手を振り切って逃げた。</p> <div data-bbox="842 712 1359 1131" data-label="Diagram"> </div> <p>【本児がうつぶせに倒れ、床を叩くような様子を見せる】</p> <p>○布団庫の前でしゃがんでいた本児は、他の子どもたちの集団から前の方へ出て、床にうつぶせに倒れ、手で床をバンバンと 5 回程度叩くような様子が見られた。「手足をバタバタさせていた。」という保育士もいた。その様子を見ていた保育士は何か機嫌を損ねているととらえ、本児に声をかけることはなかった。</p> <div data-bbox="842 1579 1359 1998" data-label="Diagram"> </div>

時間帯	全体の動き	本児の動き
10:49 頃	<p>【保育士が本児の異常を発見】</p> <p>○複数の保育士が異常に気付き、同じタイミングで A 保育士が遊戯室に戻り主任に知らせた。</p> <p>○主任が確認すると顔は青白く、唇は紫色で呼びかけにも答えなかった。</p> <p>○うつぶせの状態から仰向けになるまでの様子は、誰も見ていなかった。</p>	<p>【保育士が本児の異常を発見】</p> <p>○本児は、その後仰向けになり、顔は青白く、唇は紫色で呼びかけにも答えなかった。</p> 
10:50 頃	<p>【本児を職員室で救命措置】</p>	<p>【本児を職員室で救命措置】</p> <p>○主任が本児を職員室へ運び込み、看護師が、意識、呼吸が無いことを確認し心臓マッサージと人工呼吸を施した。</p>
10:52 頃	<p>○園長が 119 番通報した（本施設の説明によると、通報時、豆まき中に倒れたこと、呼吸をしていないことを伝えた。）。</p> <p>○本施設より、本児保護者へ電話連絡をした。</p> <p>○この間、C 保育士、F 保育士は、当該児童の足の裏を叩いたり等の蘇生を行った。遊戯室にいた他の保育士は、それぞれ 3 歳児クラス、一時預かりの子どもたちの見守り、保育室への誘導、職員室での対応の見守り等を行った。</p>	<p>○看護師が AED を作動させるも、電気ショックは必要ない旨のアナウンスがあり、引き続き心臓マッサージと人工呼吸を施した。</p>
10:58 頃	<p>【救急車到着】</p> <p>○救急隊員に、当該児童が 10 時過ぎに豆を食べたこと、救急車到着までに行った措置を伝えた。</p>	<p>【救急車到着】</p> <p>○救急隊員が確認するも、呼吸が無く、救急車に備え付けの AED でも、電気ショックは必要ない旨のアナウンスがあり、救急隊員によるチューブ吸引、心臓マッサージを</p>

時間帯	全体の動き	本児の動き
10:58 頃		施した。チューブ吸引時、ストレッチャーに移った時に嘔吐があった。
11:09 頃	<p>【救急車が本施設を出発】</p> <p>○本施設より本児保護者へ搬送先を電話で伝えた。</p> <p>○救急車へは看護師、C保育士が同乗。園長、主任は車で搬送先の病院へ向かった。</p>	<p>【救急車が本施設を出発】</p> <p>○本児、救急車内でも嘔吐があった。</p>
11:15 頃	<p>【救急車が病院へ到着】</p> <p>○本施設から救急担当医及び小児科医それぞれに以下のことを伝えた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・持病がないこと ・豆まきをしたこと ・10時過ぎに豆を4粒食べたこと ・嘔吐したこと ・ここ1週間か2週間の間に調子が悪く家庭で嘔吐があったこと ・行った蘇生処置 	<p>【救急車が病院へ到着】</p> <p>○救急外来で約50分間救命措置を受けた。</p>
12:03		<p>【死亡確認】</p> <p>○医師による死亡宣告があった。</p>

(4) 事故発生後の本施設及び市の対応状況

日時	本施設	市
2/3(月) 13:20	○市へ第一報を入れた(救急搬送した園児が死亡。死亡原因不明)。	○園長から電話で第一報があった。
13:35		○副市長へ第一報を入れた。 ○島根県子ども・子育て支援課へ電話で第一報を入れた。
14:20	○時系列に基づき市へ電話で報告した。	○園長へ時系列の報告を求めた。
15:30		○市長、副市長へ報告した。
18:00		○島根県子ども・子育て支援課へ報告書をメールで提出した。
19:00	○本児保護者へ事故当時の状況を報告した。	

日時	本施設	市
2/4(火)		○本施設よりメールにて報告 (9:51 受信) のあった事故報告書を島根県子ども・子育て支援課へメールにて送信した。
2/5(水) 8:30 頃 18:00	○死亡原因について、本児保護者より電話連絡を受けた。 ○配慮事項を確認したうえで、本児保護者より本施設保護者説明会開催の了解を得た。	○死亡原因について園長より報告があった(保育中の事故であることを確認)。 ○本施設より本施設保護者説明会を2月6日～2月8日の3日間に分けて同内容で行う旨の報告を受けた。 ○本施設よりメールにて報告 (15:31 受信) のあった事故報告書を島根県子ども・子育て支援課へメールで送信した。
2/6(木) 19:00～	○本施設職員に法人本部のメンタルケア担当職員による面談を実施した (3名参加)。 ○本施設保護者説明会を実施した (事故の概要説明) (35名参加)。	
2/7(金) 19:00～	○本施設職員に法人本部のメンタルケア担当職員による面談を実施した (8名参加)。 ○本施設保護者説明会を実施した (事故の概要説明) (25名参加)。	○本施設よりメールにて報告 (10:25 受信) のあった事故報告書を島根県子ども・子育て支援課へメールで送信した。
2/8(土) 9:00 ～11:00 13:30～	○特別監査に対応した。 ○本施設保護者説明会を実施した (事故の概要説明) (20名参加)。	○本施設へ特別監査を実施した。 21 ページ参照 (※2)
2/10(月) 午前 14:30		○本児保護者に、保育施設へ事故概要の報告と安全対策の注意喚起を行うことについて説明し了解を得た。 ○「新年度事業(案)説明会」の場で、私立保育施設に対し、事故概要の報告と安全対策の注意喚起を行った。
2/12(水) 14:00	○本施設の運営法人のホームページで事故を公表した。	○「公立園長会」の場で、公立保育施設に対し、事故概要の報告と安全対策の注意喚起を行った。 ○認可外保育施設に対し、事故概要の報告と安全対策の注意喚起を電話で行った。

日時	本施設	市
2/13(木) 午前 13:30		○本施設保護者説明会（事故の概要説明）、市内保育施設への説明会（注意喚起）が終了したことから、本児保護者に報道発表を行うことについて説明し了解を得た。 ○報道発表を行った（注意喚起及び事故検証部会の設置）。
2/14(金) 18:00 ～18:50	○市に対して、臨床心理士の紹介を依頼した。 ○市からの訪問に対応した（園長・主任・本施設の運営法人の主事）。	○本施設の運営法人から臨床心理士の紹介依頼があった。 ○本施設へ訪問し、現状の確認を行った。
2/17(月) 13:30 ～15:15 17:00 ～20:50	○特別監査に対応した。 ○市からの訪問に対応した（園長、主任、本施設の運営法人の調査役・課長・支部長、臨床心理士3名）。	○本施設へ特別監査を実施した。 ○本施設へ訪問し、保護者や職員のメンタルケアについて打ち合わせを行った。
2/18(火) 13:30 ～15:15	○特別監査に対応した。	○本施設へ特別監査を実施した。
2/19(水) 13:30 ～14:00	○特別監査に対応した。	○本施設へ特別監査を実施した。
2/21(金)	○臨床心理士によるグループ面談を行った（本施設職員 6～7 名×2グループ）。	
2/22(土)	○臨床心理士によるグループ面談を行った（本施設職員 6～7 名×2グループ）。	
2/25(火)	○本施設保護者に向けて臨床心理士によるケア日程を文書で案内した。	
2/27(木)	○臨床心理士による本施設保護者へのケアを行った（17名参加）（4～5名個別相談）。	
2/28(金)	○臨床心理士による本施設保護者へのケアを行った（16名参加）。	
3/2(月) 13:30 ～14:30	○特別監査に対応した。	○本施設へ特別監査を実施した。

日時	本施設	市
3/5(木)	○園長が市に事故報告書を持参した。	○園長から事故報告書を受け取った。 ○市内の認可保育所・幼稚園等に対し節分行事に関するアンケートを実施した。
3/7(土)	○臨床心理士による本施設保護者へのケアを行った(5名参加)。 ○希望に応じて個別面談を実施した。	
3/9(月)	○市からの電話に対応した(園長)。	○本施設へ電話で状況確認を行った。
3/24(火)	○園長が市に状況と行事の見直しについて報告を行った。	○園長から報告を受けた。
4/15(水)	○園長が市に状況を報告した。	○園長から報告を受けた。
4/21(火)	○市からの訪問に対応した(園長、主任)。	○本施設へ訪問し、本年度の行事のあり方について助言を行った。
5/28(木)	○市からの電話に対応した(園長)。	○本施設へ電話で状況確認を行った。
6/22(月)		○本児保護者に相談機関を紹介した。
6/25(木)	○市からの訪問に対応した(園長、主任)。	○本施設へ特別監査結果を通知した(訪問し説明)。
7/15(水)		○令和2年度第1回「松江市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事故検証部会」を開催した。 (4月開催の予定であったが、新型コロナウイルス感染症の流行により、緊急事態宣言が発出されたため7月15日に第1回を開催した。)
12/10(木)		○「炒り大豆及び乾いた豆(袋入りのものも含む)は使用しない」ことを決定し、公立保育所・幼稚園・幼保園に対し通知した。
12/11(金)		○公立施設での取り扱いについて、私立保育所・幼稚園・こども園等に対し、注意喚起に併せて情報提供を行った。
12/15(火)		○市内の認可保育所・幼稚園等に対し節分行事に関するアンケートを実施した。
R3 1/13(水)		○市内幼稚園・保育所・認定こども園の職員を対象に、田草雄一医師による誤嚥や安全な保育に関する研修会を実施した。
1/21(木)		○消費者庁から発出された「食品による子どもの窒息・誤嚥に注意～硬い豆やナ

日時	本施設	市
		ッツ類は5歳以下の子どもには食べさせないで～」を市内保育施設に通知し、注意喚起を実施した。
3/5(金)		○「公立保育所給食等に使用する食材・栽培活動について」(67～68 ページ参考資料4)を公立保育所・幼稚園・幼保園に対し通知した。

※2 特別監査

児童福祉法第46条に基づき、問題を有する児童福祉施設を対象に必要なに応じて特定の事項について実施するもの。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、特別監査を実施することとなっている。

（「児童福祉行政指導監査の実施について（通知）」平成12年4月25日児発第471号別紙「児童福祉行政指導監査実施要綱」）

（5）部会及び市からの質問と本施設からの回答について

豆などの危険性の認識に関する質問	本施設からの回答
市から通知された平成30年1月31日付消費者庁発出の「豆やナッツ類は、3歳頃までは食べさせないようにしましょう！」を園で見たことがあるか。	ない（ヒアリングを行った11人の職員（園長、主任、A～Iまでの保育士）の回答）。
豆が危ないとの認識はあったか。	3歳未満児は危険との認識であった（ヒアリングを行った11人の職員（園長、主任、A～Iまでの保育士）の回答）。
喫食する行事へ調理担当者関わっているか。	給食担当者は餅つき、花餅、笹巻、柏餅、バイキング、親子クッキング、給食の試食会、0歳児離乳食教室、クリスマス、手巻き寿司といった行事は関わっている。節分行事にはおやつの提供で関わったが、企画には関わっていない。

豆などの危険性の認識に関する質問	本施設からの回答
<p>平成 28 年 4 月付厚生労働省発出の通知『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』を職員にどのように周知したか（上記ガイドラインは、市から各教育・保育施設に向けて平成 28 年 4 月、平成 28 年 10 月、平成 29 年 6 月、平成 29 年 11 月に周知した。）。</p>	<p>市から平成 29 年 11 月にあった通知の書面に基づき、職員に周知した。</p> <p>周知の方法については、会議等での周知はしておらず、当該のガイドラインをファイルに綴じ、就業規則や様々なマニュアルが並んでいる場所に備え付け、職員の誰もがいつでも閲覧できる状況にしていた。</p> <p>それ以前の通知については、当時の資料が保存されておらず、職員や当時の園長に尋ねたが、どの様に取り扱ったのか確認できなかった。</p>
<p>『平成 28 年 10 月 17 日付子政第 1033 号「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ついて」の周知徹底について（お願い）』に記載のある「ガイドラインにおいては、窒息リスクの除去の方法等について、Point として明記しており、こちらについては、切り取るなどして、教育・保育を行う部屋に掲示する等ができるよう作成しておりますので、御活用ください。これらの注意事項を周知徹底するため、ミニポスター（中略）及び周知啓発資料（中略）を御活用いただき、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員への配付 ・拡大コピーなどによる掲示 ・職員会議や朝礼などでの確認 <p>などにより、貴施設・事業所における事故発生の防止等に取り組んでいただきますようお願いいたします。」</p> <p>について、実施されたか。</p>	<p>「職員への配付」「拡大コピーなどによる掲示」「職員会議や朝礼などでの確認」は、主任及び当時から在籍している職員に確認したが、何れも覚えておらず、実施されていないと思う。</p>
<p>給食時にブドウやトマトといった誤嚥・窒息になりやすい食材は、どのように取り扱っていたか。</p>	<p>0～1 歳児にはふつうのトマトを茹で皮を剥いて一口大もしくはスライス状にし、2 歳児はミニトマトを半分に切って提供していた。</p>

豆などの危険性の認識に関する質問	本施設からの回答
	ブドウは大きさによるが、1/2 か 1/4 に切り取っていた。3 歳以上児にはミニトマトもブドウもそのまま提供していた。

事前準備・計画に関する質問	本施設からの回答
<p>行事計画案の、起案、立案、実行、反省はどのように行われていたか。</p>	<p>保護者や外部の方が参加する誕生会や大きな行事については、行事係が中心となり、各クラスの意見を聞きながら計画し、園長・主任に報告した上で実施し、行事終了後は職員全員で反省点等を話し合っていた。それ以外の定例行事については、前年度の資料等を参考にして、その月の行事担当が実行の中心的役割を担い、子どもたちと職員のみで行う豆まきと大半の誕生会については、打合せや反省会を行っていなかった。申し送り事項については行事担当が記録をしていた。</p>
<p>この注意喚起（平成 30 年 1 月 31 日付「豆やナッツ類は・・・(消費者庁)」) においてはとりわけ「3 歳ころまでは食べさせない」ことを求めているが、本施設における、この点の実施状況（認識）はどうか（写真を見ると、0～2 歳児保育室では新聞紙がまかれている様子が写っている。）。</p>	<p>本施設では、0～2 歳児クラスは咀嚼・嚥下が未発達なため、豆を食べさせない、保育室に豆をまかないという安全対策で豆まきに取り組んできた。3～5 歳児クラスについては、豆を歳の数だけ食べる、各保育室で豆まきをするという実施状況であった。0～2 歳児には豆は危ないという認識はあったが、3～5 歳児には注意して食べさせれば大丈夫だという認識のもと、食べるときには座って落ち着いて食べること、一粒ずつ食べること、落とすものは食べずに三角コーナーに捨てることなどの注意をして食べさせていた。</p> <p>3 歳児クラスの豆まきを遊戯室で行った際、H 保育士と G 保育士の 2 名が一時預かりの子ども 6 名（3～5 歳児）を、遊戯室に連れて行き、少し離れたところから見せていた。一時預かりの子ども 6 名（3～5 歳児）にも、豆まきの様子を見せてやりたいという思いから</p>

事前準備・計画に関する質問	本施設からの回答
	<p>だった。また、3～5 歳児クラスが豆まきの場を通常の保育室から遊戯室に変更したのは、例年とは違い保育室に発表会の小道具等があり、安全性を考え、当日の朝に急遽変更した。どちらの変更も、大きな変更という認識がなかったため、園長や主任への事前の報告には至っていなかった。</p>

行事に関する質問	本施設からの回答
<p>鬼が担任を連れ去る演出をした理由はいかがか。</p>	<p>鬼が担任を連れ去る演出は盛り上げるためと子どもたちが鬼に向かっていき、苦手を克服するというねらいで 3～5 歳児クラスに毎年行っている。</p>

振り返りに関する質問	本施設からの回答
<p>(鬼を怖がって不安定になった児童がいた) 前年の節分行事の反省会 (振り返り) は行われていたか。</p>	<p>平成 30 年度の豆まきの反省会は行っていない。昨年度、やや不安定になった園児については、当時の当該園児の担任と主幹 (行事担当) が認識しており、翌年度への申し送りとして行事係が記録を残していた。その記録に基づき、令和元年度の豆まき前に主幹 (前年度の行事担当) と当該園児の担任並びに主任の三者で共有し、注意を向けていた。</p>

責任の所在に関する質問	本施設からの回答
<p>変更となった内容は、園長、主任まで了解を得て行われていたか。</p>	<p>変更となった場合は、各保育士が園長・主任に報告し、了解を得ることとしていた。しかし、今回の豆まきにおける①一時預かりの子どもへの参加②鬼が各クラスへ行くことを取りやめ、遊戯室で行うという 2 点の変更点について、報告は受けていなかった。今回の変更は、大きな変更という認識ではなかった</p>

責任の所在に関する質問	本施設からの回答
	め、保育士同士で共有のうえ実施し、報告には至っていなかった。
なぜこのように変更されたか。誰かと相談して決めたのか。	①については、通常F保育士が一時預かりの保育士であったため、当日ベテランのH保育士が一時預かりの保育士を担当していた。この保育士の判断で変更した。「行事を見せてあげたい」という、保育を良いものにしたいという思いから変更したと思われる。②については、例年と違い、各クラスに発表会用の物品があったため、行事でバタバタすると危険だと考え、広い遊戯室での実施を決めた。3～5歳児クラスの担任が協議して決めた。

本児の心身状況の把握に関する質問	本施設からの回答
本児は豆が嫌いなことを先生方は知っていたか。	C保育士は、特に豆が嫌いという認識ではなかった。調理方法によっては（豆そのものの味がする味付けが薄いもの）、豆等を食べることを嫌がる時があった。
本児は嫌いな食べ物をよく噛まずに飲み込むことがあることを先生方は知っていたか。	C保育士は嫌いな食べ物をよく噛まずに飲み込むことは知らなかった。食べ物全般は勢いよく食べており、早食いの傾向があった。本児が食べようとしないうちに無理に食べさせることはなかった。
職員は一人一人の既往歴や体調、食物アレルギー等を日々の保育の中で、どの程度、配慮していたか。	子どもたちの既往症や食物アレルギー等配慮すべき点は、職員会議や献立会議、チーフ会議等で全体に伝えるようにしていた。日々の保育の中では、担任や関係職員を中心として状態に応じて調理担当者も対応し、気をつけていた。その日の不調については、担任から園長・主任・主幹に報告があり、複数の目で見て、安全に配慮するようにしていた。

本児の心身状況の把握に関する質問	本施設からの回答
(4 粒配った豆をみんなで食べた後) 子どもたちの口に豆が残っているかどうか確認をしたか。	クラス全体の咀嚼状況は見ていたが、一人一人の口の中の確認はしていない。

役割分担に関する質問	本施設からの回答
役割分担はしていたか	役割分担で決まっていたのは鬼役、豆を炒る役、カメラマンで、その他は役割が決まっていなかった。例年の流れで行っていた。主任とフリー1 名が全体を把握し、フリー3 名の役割分担はフリーの中で話し合われて決められていたと思う。主任は自発的に全体把握をしていた。
全体を通して主任が見ていたか。場面ごとに園長と交代したか。	特に決めていなかった。保育士が9名（内フリー3名）いて、全体を見ていた。
豆まきの間、鬼に担任が連れていかれていなくなった時に3歳児クラスをみている先生はいたか。	特に担当は決めていなかったが、主任を中心にG保育士、H保育士、I保育士の3名で3歳児クラスも含め全体の安全確認に努めていた。

救命活動に関する質問	本施設からの回答
誤嚥を疑っていたか。	誤嚥は疑っていなかった。炒り大豆を喫食してから40～50分が経っていたし、咳き込んだり苦しんだりする様子もなかった。特に変わった様子は見られなかった。鬼に驚いたあまりに心臓にきたのだと思った。
研修の状況（誤嚥に関する研修や保育中の事故に関する研修の受講状況）	心肺蘇生法や気道内異物除去、AEDといった救命講習は毎年プールを行う前に保護者会と共催で実施している。安全管理に関する内容はキャリアアップ研修の「保健、安全管理」や市が実施する研修で学んでいる。

第4章 問題点の検討

本検証部会では、第3章「事故の概要及び経緯」に基づき、以下のように問題点を整理・分析した上で考察を加え、事故の検証を行った。炒り大豆の誤嚥が直接の死因であるが、関連する要因は複数あり、それらが相互に関係し合っ、結果として不幸な事故に結びついたものと考えられた。以下、検討の詳細を示す。

1. 問題点の分析

(1) 事故当日より前の節分行事計画書の立案や研修等について

1) 節分行事計画書（指導計画等）について

①過去の実施経験を踏まえた検討や改善が行われていたか

- ・保育所や幼稚園等の多くの園では、福豆を食べて福を呼び込んだり、鬼に豆をぶつけて邪気を払い、無病息災を願うという伝統行事の豆まきを実際に体験するという形で子どもたちに伝えたいという考え方があり、本施設でも同様の考え方で節分行事の計画・実施が行われたと考えられる。

※令和2年3月に市が実施した市内保育・教育施設向けアンケート

(抜粋 詳細は49ページ「参考資料1」参照)

「節分行事では豆まきを実施するか」→はい96施設(98%)、いいえ2施設(2%)

「豆まきでは何を投げているか」→炒り大豆45施設(46%)

「節分行事の時に子どもが豆を食べているか」→はい79施設(81%)、いいえ19施設(19%)

「どのような豆を食べているか」→炒り大豆59施設(60%)

- ・前年度の節分行事の結果を踏まえ、前年度は、壁面に節分行事のかざりを作成し飾っていたが、これを怖がる園児がいたため職員間で話し合い見直しを行っている部分もあった。一方、行事担当が節分行事計画書(7~8ページ参考資料)に赤字で結果や気づいた点等を書き込んでいるが、振り返ることなく慣例的に行われていた。
- ・節分行事計画書は保育目的、必要な配慮、安全に関する役割分担といった指導計画としての最低の要件を満たす必要があるにも関わらず、スケジュールや実施内容、鬼の担当、鬼がまわるクラスの順といった行動のみを記載する計画となっていた。

②子どもの特性を踏まえた個別の配慮や留意点の確認が行われていたか

- ・通常の保育の中では、園児の既往症や食物アレルギーといった配慮すべき事項については、職員会議や献立会議などの場で全体に伝えるようにされていた。
- ・平成30年度の節分行事計画書(8ページ参考資料)には、個別の配慮が記載されていたが、令和元年度には個別の配慮についての記載がなかった。
- ・平成30年度のヒヤリハットで鬼に驚き呼吸が苦しようになった園児について、令和元年度には3名の職員で口頭により配慮事項の確認がされているものの、節分行事計画書(7ページ参考資料)には記載が見られず、全体共有されていなかった。

- ・本児保護者は本児が豆が嫌いなこと、嫌いなものはよく噛まずに飲み込む傾向にあると捉えていた。本施設は豆そのものの味がする味付けが薄いものは嫌がる時があること、早食いの傾向があることを把握し、本児が食べようとしない時は、無理に食べさせることはしないと対応をしていた。
- ・節分行事において本児は特に配慮が必要と捉えられておらず、節分行事計画書（7ページ参考資料）にも本児への配慮の記載がなかった。

③食を伴う行事であることに鑑み、複数の職員・職種によるリスク評価が行われていたか

- ・節分行事について調理担当者は、おやつを提供を除いて関わっていなかった。一方で、節分行事以外の食を伴う行事（餅つき、花餅、笹巻、柏餅、バイキング、親子クッキング、給食の試食会、0歳児離乳食教室、クリスマス、手巻き寿司）では、調理担当者も携わっていた。なお、携わっていたのは「担任と提供するメニューを相談すること」「材料の調達・準備」「下準備」「仕上げ（焼く、蒸す）」といった内容であった。
- ・節分行事計画書（7ページ参考資料）の立案に際し、本施設全体での話し合いは行われていなかった。不明な点などは前年度の担当であった保育士に尋ねた。
- ・節分行事計画書（7ページ参考資料）は職員室のカウンターで供覧されていた。紙媒体の配付はされていなかった。回覧したことを確認するための回覧表はつけられていなかった。
- ・節分行事計画書（7ページ参考資料）に「0～2歳児には炒り大豆を食べさせない」「炒り大豆を使うから気をつけて」といった炒り大豆を使用することによるリスクに関する記載がなかった。また、職員会などの機会を通じて、炒り大豆に気を付けようといった共通認識を持つよう注意喚起等を行った事実は確認されなかった。

2) 食を伴う保育（遊びや行事等）に際しての危険の認識や安全対策について

①保育中の事故についての研修等が行われていたか

- ・本施設では、心肺蘇生法や気道内異物除去、AEDについて実践的な内容の救命講習が毎年実施されていた。

②食に係る誤嚥等の事故についての研修等が行われていたか

- ・市が実施する研修やキャリアアップ研修で、誤嚥や事故防止に係る研修を受講していた。また、研修の復命については、受講後に研修内容をまとめた文書回覧が職員会での伝達で共有を図っていた。なお、研修の復命や通知文など周知が必要なものは園長や主任が確認・押印した後に、記名欄に職員が確認の印を入れる回覧表を付け、職員室のカウンターで回覧されていた。

③誤嚥を起こしやすい食材についての知識は十分だったか

- ・国が示す「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（以下「ガイドライン」という。）」は様々なマニュアルが並んでいる場所に綴られ職員が閲覧できる環境はとられていたが、職員の閲覧状況を示す回覧表などが確認できなかったことから何名が閲覧したか、供覧されていたかどうかは不明である。本行事においては、ガイドラインで給食での使用を避ける食材としてあげられている炒り大豆（乾いたナッツ、豆類（節分の鬼打ち豆））を3～5歳児が喫食していた。
- ・消費者庁が発出した「豆やナッツ類は、3歳頃までは食べさせないようにしましょう！」の取扱いについては、当時の文書が保存されていなかった。また、文書を見た記憶のある保育士はいなかった。なお、0～2歳児に炒り大豆等を提供しないことについては研修や一般的な保育理論から知識を得ていた。
- ・平成29年6月より以前に市から発出した同様の通知の取扱いは、当時の文書が保存されておらず、不明である。
- ・0～1歳児にはふつうのトマトを茹で皮を剥いて一口大もしくはスライス状にし、2歳児はミニトマトを半分に切って提供するなど、一定の配慮は見られるが、3～5歳児にはミニトマトもブドウも、そのまま提供されていた。

④炒り大豆を使用することの危険について検討が行われていたか

- ・0～2歳児には炒り大豆を使用して豆まきを行わないという配慮がされていた。
- ・3～5歳児には座って食べることや一粒ずつ食べること、落としたものは食べずに三角コーナーに捨てることを注意したが、喉に詰まる可能性があるなど、そのリスクについて伝えたかどうかは分からない。
- ・3～5歳児は炒り大豆を歳の数だけ食べていることや、投げるために10個程度豆が渡されていることから、3歳以上児でも誤嚥事故が起きる可能性は想定されていなかったと考えられる。
- ・炒り大豆が誤嚥を引き起こす可能性がある食材であることについて、事前点検や明確な情報共有がされていなかった。

(2) 事故当日の保育（節分行事の保育）について

1) 保育の展開や内容について

①行事の場面転換や場所の移動は適切だったか

- ・節分行事で行われた豆まきについて、会場が変更されたり、一時預かり保育児が参加するなど変更が本施設全体で共有されていなかった。
- ・3歳児クラスは2階の保育室から1階の子育て支援室へ移動し、炒り大豆を喫食した後に豆入れを取りに2階にある保育室に戻った。その後、再び1階に降りて遊戯室で豆をまいた。

②年齢段階に応じた適切な行事内容だったか

- ・0～2歳児クラスは、咀嚼・嚥下が未発達なため、豆を食べさせない、保育室に豆をまかないという安全対策を講じていた。
- ・0～2歳児クラスは、3歳児クラスであったような担任を連れ出す演出は行われていなかった。

③行事中の「食べること」について適切な配慮がなされていたか

- ・豆を食べるときには座って落ち着いて食べること、一粒ずつ食べること、落としたものは食べずに三角コーナーに捨てることを注意したが、喉に詰まる可能性があるなど、そのリスクについて伝えたかどうかは確認できなかった。
- ・本施設での喫食は、通常は椅子に座り皿に乗せられたものを食べていたが、節分行事では床に座り、手のひらに年齢の数の豆をのせて、それを指でつまんで食べていた。いつもと違う方法での喫食に対し、事前に職員間で豆の危険性や喫食時の注意事項について協議されていなかった。
- ・年齢の数の豆を食べることは、本施設では毎年のこととして行われていた。
- ・炒り大豆の喫食後に、鬼の登場や担任の連れ出し等の園児を興奮させる演出が行われた。喫食後に興奮状態となることで吐き戻しなどを誘発するおそれがあった。
- ・投げるための炒り大豆を園児の豆入れに入れ、投げるための豆のため、食べないように各担任から園児に伝えて渡しているが、その豆を食べてしまう可能性があった。
- ・担任は園児の咀嚼状況は見ているものの、炒り大豆を嫌がっていないかなどの丁寧な確認は行われなかった。

④「保育士が鬼に扮する等の演出」は保育目的に沿った適切なものだったか

- ・保育士が鬼に扮したり、園児が集まっている遊戯室から鬼が担任や園児を連れ去ろうとする等の演出は鬼に向かっていき、子どもたちの苦手を克服することや行事を盛り上げることを目的として、3～5歳児クラスについて毎年行われていた。しかし、遊戯室で鬼が担任を連れ出すことで、園児の安全を守る体制が弱くなっていた。
- ・鬼の衣装や一瞬であっても園児の腕をつかむなどの演出により園児の興奮状態が過度に高まってしまった可能性がある。結果的にこうした演出の保育上の目的が曖昧になっていた。

⑤節分行事計画書の内容は安全面から適切であったか

- ・5歳児が小鬼に扮し、炒り大豆を投げられることで、その豆が思いがけず口の中に入ってしまう危険性があった。また、その危険は鬼が園児の腕をつかむといった演出の中でも起こりうる可能性があった。
- ・投げた炒り大豆が相当数、床に散乱することで、保育士の目が行き届かないところで

園児が拾って食べたり、滑って転倒する恐れがあった。

2) 保育の実施体制について

①子どもの安全確認を十分に行うことができる人数が配置されていたか

- ・3歳児クラスが豆まきを行った遊戯室では、担任や鬼役以外に3名の職員がいた。また、その他に一時預かり担当の保育士が3名いるなど計9名の職員がいた。
- ・遊戯室には常に誰かがいたものの、9名のうち3名は一時預かり担当であること、2名は鬼役であること、1名は担任であり鬼に連れ出されたこと、そのほかの3名は遊戯室と他の場所を頻繁に移動するなど、安全管理体制は十分にとられていなかった。

②行事の責任者や各場面での安全確認担当者など、役割分担が適切になされていたか

- ・行事担当者と鬼役の役割分担は事前にされていた。行事担当者の役割はスケジュール管理と豆を炒ることであった。しかし、安全確認の担当者は配置されず、主任1名とフリー保育士1名が例年の流れで全体を把握するなど役割分担が十分ではなかった。
- ・クラス担任が鬼に遊戯室から連れ出されることは、園児が鬼に立ち向かっていくことで苦手を克服するというねらいのもとに例年実施されているが、節分行事計画書には記載がなく、担任に代わって園児の安全を管理する役割が不明確となった。

(3) 事故発生後の本施設の対応について

1) 異変の察知について

①異変を察知し、迅速に救急救命活動を行っていたか

- ・10時49分頃、本児があおむけで、床に倒れており様子がおかしいことに、その場に居合わせた保育士（複数名）が気づいた。
- ・駆け寄って確認すると、顔は青白く、唇は紫色で、呼びかけにも答えない状況であったため、急いで看護師を呼んだ。
- ・本児を職員室に運んだ上、救命活動が開始された（10時50分頃）。
- ・意識・呼吸がないことを確認し、心臓マッサージと人工呼吸が施された。AEDを装着したが除細動の適応にならなかった。
- ・以上の救急救命活動は、本施設で定めたマニュアルに沿って実施されていた。

②本児の異変を、豆の誤嚥の疑いをもって捉えていたか

- ・本児が床にうつぶせに倒れ、手で床をバンバンと5回程度叩くような様子を見ていた保育士は何か機嫌を損ねているととらえ、本児に声をかけることはなかった。
- ・急に心肺停止の状態に陥ったと判断し、心肺蘇生が施された。後の聞き取りによると本児の異変は鬼に驚いたことによる心臓の異常と捉えられており、豆の誤嚥という疑いは持っていなかった。

2) 救急対応について

①救急車の手配、救急隊員への情報伝達等は適切に行われたか

- ・10時52分頃に119番通報を園長が行った。なお、通報時に豆まき中に倒れたこと、息をしていないことを伝えたとされている。10時58分頃に救急車が到着した際に、救急隊員には本児が10時過ぎに豆を食べたことと、救急車到着までに行った措置を伝えた。
- ・以上は、本施設で定めたマニュアルに沿って実施されていた。

②本児保護者への連絡は適切に行われたか

- ・10時52分～10時58分頃に本施設から本児保護者へ電話で連絡した。11時9分頃には本施設から本児保護者に搬送先を電話で伝えた。
- ・保護者への連絡は速やかに行われていた。

③病院到着後の対応（必要な事項の伝達等）は適切に行われたか

- ・救急車へは看護師とC保育士が同乗し、園長と主任は車で搬送先の病院へ向かった。救急車が病院に到着した後に、本施設から救急担当医及び小児科医それぞれに「持病がないこと」、「豆まきをしたこと」、「10時過ぎに豆を4粒食べたこと」、「嘔吐したこと」、「ここ1週間か2週間の間に調子が悪く、家庭で嘔吐があったこと」、「行った蘇生措置」を伝えた。

(4) 事故発生後の市の対応について

事故発生直後から当該年度末（令和2年3月）までの市の対応について、以下1)～3)に分けて検討した（令和2年度の市の動き等については第6章に述べた。）。加えて4)として、国等が発出する安全管理に関する通知などを、市が教育・保育施設等に周知する際の方法についても検討を行なった。

1) 事案の公表や報道機関等の外部への情報提供は適切であったか

- ・事故の報道発表が2月3日（月）の発生から10日後の2月13日（木）であった。
- ・本施設が2月6日（木）から8日（土）に行なった保護者説明会や市が2月13日（木）に行なった市内教育・保育施設への注意喚起のための説明を先行し、それらが終了したことをもって公表した。
- ・本施設の運営法人は、2月12日（水）にホームページで本件を公表した。報道機関への発表は、そのノウハウがなかったことから行わず、問い合わせがあった際、一件一件対応することとした。
- ・事故情報を発信することの意義として、他園や家庭での同種事故の予防につながる（自主的な事故回避）ことがあげられる。一方で、公表までの時間を短くすることは、情報の正確性などに十分な時間を確保することが難しくなることから、かえって混

- 乱を招く可能性があった。
- ・死亡事故など事故の結果が重大なものであればあるほど、同種事故の予防の要請（情報発信の必要性）は強まるが、当該情報の繊細さ（個人情報保護の要請）も高まり、慎重な対応が求められる。
 - ・「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【事故発生時の対応】」では「報道機関への対応」における「地方自治体」の役割として「断片的な情報を発信して誤解を与えることがないように施設・事業者に対し助言するとともに、地方自治体自らも留意する。」「報道機関への対応の内容について、事故に遭った子どもの保護者に丁寧に説明するよう施設・事業者に対し助言するとともに、公立の施設・事業の事故、指導監査等の実施状況の説明、施設・事業が廃止され連絡がとれなくなった場合等、地方自治体としての対応を説明することが適切な場合、必要に応じて地方自治体自らも説明に当たる。」とある。
 - ・事故当日に市と本施設において報道機関等への対応について窓口をそれぞれ一本化することを確認し、断片的な情報を発信しないようにした。
 - ・市は注意喚起を促すために公表するなど、概ねガイドラインに沿った対応を行っていた。

2) 保護者の心理的支援は適切に行われたか

- ・事故発生の翌日（2月4日（火））に市から本施設に対し保護者のメンタルケアの必要性について助言した。
- ・2月14日に本施設の運営法人から市に臨床心理士の紹介依頼があり、臨床心理士を確保した。
- ・事故発生から2週間後（2月17日（月））に本施設、法人、臨床心理士、市で本施設保護者に対する心理的支援について協議し、2月27日（木）、28日（金）、3月7日（土）の日程で臨床心理士による説明等を行うことを決定した。当該月に説明会は実施出来ているものの、有事を想定して、あらかじめ臨床心理士を確保するなど事前の体制づくりは出来ていなかった。
- ・2月6日（木）から8日（土）に本施設が行った保護者説明会の後に、本施設に励ましの声をかける保護者もいたり、臨床心理士からの説明後には、本施設に対して穏やかに声を掛けられるようになった保護者の姿も見られるなど、保護者の不安解消に一定の効果が見られた。
- ・本児保護者に市から相談機関を紹介したのは、事故から4カ月以上経過した6月22日（月）であった。
- ・「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【事故発生時の対応】」では「保護者等への対応」における「地方自治体」の役割として「事故の原因分析と再発防止の取組みとともに、特に死亡事故等の重大事故につい

ては、関係者（事故に遭った子どもの保護者、事故に遭った子ども以外の保護者、施設・事業者の職員、その他の子ども）の心のケアが必要な場合がある。このため、本項に示す点に留意の上、これらを一体的に行っていくことが望ましい。」などであり、概ねガイドラインに沿った対応をしているものの、臨床心理士の確保や本児保護者への相談機関の紹介に時間を要した。

3) 市内教育・保育施設等における同様の事故を防止するための適切な方策がとられたか。

- ・事故の1週間後、令和2年2月10日（月）に開催された「新年度事業（案）説明会」の場で、私立保育施設に対し、事故概要の報告と安全対策の注意喚起を行なった。
- ・同様に令和2年2月12日（水）に行われた「公立園長会」の場で、公立保育施設に対し、事故概要の報告と安全対策の注意喚起を行なった。
- ・認可外保育施設に対しても、同日、事故概要の報告と安全対策の注意喚起を電話で実施した。
- ・令和2年3月、松江市内の認可保育所・幼稚園等101施設を対象として、当該年度の節分行事についてアンケート調査を実施し、同行事についての市内施設の実態を把握した。回答があった98施設の全施設で節分行事が行われており、うち45施設において「炒り大豆を用いた豆まき」が行われたこと、59施設において炒り大豆の喫食が行われていたこと等が明らかになった（アンケート調査の詳細は49ページ「参考資料1」参照）。
- ・この資料は事故検証部会において報告され、同様の事故を防止するための方策等を提言する際の資料として活用した。

4) 国等が発出する安全管理に関する通知などの周知方法は適切であったか

- ・国や県、市からの通知など、教育・保育施設には年間を通じて多くの情報が提供されている（国や県などからあった通知を市から園に通知した数は、令和元年度が207件、令和2年度が212件）。これらの多くはメール（文書添付）やFAXによって伝達・周知が行われていた。
- ・通知の内容によって、特に注意を促す必要のあるものについては下線をつける、字体を変えるなどをしながら送信するほか、教育・保育施設へ訪問指導する際に施設の管理的地位にある職員や保育士、調理担当者などに対し、口頭で伝えていた。
- ・消費者庁「豆やナッツ類は、3歳ころまでは食べさせないようにしましょう！」（平成30年1月31日付）の資料については、平成30年2月2日付で市内の全教育・保育施設に対し、メールで伝達・周知を行なっていた。この際に、特に注意を促すものとして、留意するよう促す対応はしていなかった。
- ・国や県等からあった通知等は漏れなく教育・保育施設に提供しているが、子どもの命にとって、特に重要な通知等は特段の注意喚起を行う必要があった。

2. 考察

(1) 窒息死の原因となった炒り大豆の喫食について

本児が窒息死した原因については、「気道閉塞」と「気道下部に豆があったこと」以外は明らかになっておらず、節分行事のどのタイミングで豆が本児の気道に入ってしまったのかは分かっていない。しかし、一連の節分行事の活動の流れから考えられる原因は、

- ① 10時頃に食べた炒り大豆を本児がよく噛まずに飲み込んでいた場合、豆まき活動の中で何らかの拍子に本児の胃内にあった豆が気管に入り込んだ（例えば、本児が保育士の鬼と戦ったり対峙していた時、鬼に驚いたり、鬼から逃れようと体をよじったことにより、胃の中にあった炒り大豆が逆流し、口腔内に戻ってきた時に誤嚥し、気管に入り気道をふさいだ）可能性
- ② 10時頃に食べた炒り大豆の一部を飲み込まずに、口内にためていて、それが大声を出したり、体を大きくよじった際に誤嚥し、気管に入った可能性
- ③ 園児たちが保育士の鬼に対して豆をぶつけている時に偶然、豆が本児の口の中に入り、誤嚥した可能性
- ④ 園児たちが豆まきをしている中で、本児が保育士の鬼に驚いて、座ったり、床に対して低い姿勢のまま床を叩いたり動き回ったりしていた場合、床に多量にまかれていた豆が本児の口の中に入り、誤嚥した可能性
- ⑤ 保護者からの情報によると、本児は泣く時に口に手を入れようとするしぐさがあるとのことで、もし手に豆を持っていたら泣いた際に豆が口中に入った可能性

が考えられる。4歳児の小児の気管の太さは約7mm程度であるが、炒り豆1粒でも小児の気管に入り、気道をふさぐことは十分に考えられ得ることである。そして、一旦気道異物による窒息を起こした場合、2、3分以内に救命措置に反応しないような致命的な事態を招くことがあり得る。

あくまで推測の域を出ないが、①②であれば、節分行事の最初に炒り大豆を食べたことが原因と考えられるため、誤嚥を起こしやすい食品を喫食したのちに激しい動きなどを行うことは、これが直接の死因であった場合、非常に危険であるといえる。また③④⑤であれば、節分行事に炒り大豆をまくことにより、何かの拍子に豆が子どもの口内に入り込んだりする可能性もあるため、その危険性を保育現場や保育士も十分認識した上で、豆の代わりに丸めた新聞紙をまくなど行事の進め方を計画・実施する必要があると思われる。

(2) 本施設の節分行事に係る計画、保育の進め方及び事故への対応について

1) 適切に行われていたと考えられる事項

この節分行事は本施設で初めて行われたものではなく、毎年、同じような形で節分行事が継続的に行われていたものである。このため基本的な進め方（事前の準備、保育士の役割分担など）について、本施設での一定の勤務年数のある保育士の間では共有されていたと考えられる。これに基づき、月案や週案において節分行事のことが記載され、合わせて

簡易的なものではあるが当日の略案のような計画が作成されており、保育士間で閲覧できるようにはなっていた。その中で、たとえば次のような点については適切な範囲で保育が計画され、安全面においても一定の配慮のもと実施されていたと考えられる。

- ・節分行事当日の保育士の人数不足はなく、人員的な職員体制は整えられていた。
- ・3歳未満児には、炒り大豆を喫食させず、豆まきも丸めた新聞紙で行われていたことから、3歳未満児の炒り大豆の喫食や使用について危険性が認識されていた。
- ・園生活の経験が少ない一時保育の子どもたちには3歳以上児も含まれていたが、炒り大豆を使った豆まきはせず、豆まきの様子を見学させるようにしていた。

こうしたことから、節分行事に係る保育について、一定の水準は守られて行事が行われていたといえる。

また保育の安全性に関する研修についても、誤嚥や事故防止の研修会などに保育士が出席し、研修の復命なども本施設内で供覧するなど、一定の安全に関する知識の共有を保育士間で図ろうとする体制はとられていた。

看護師による救急対応は本施設において予め定められたマニュアルの手順に従い、適切に行われていた。

2) 課題があったと考えられる事項

一方、課題があったと考えられる点、改善の余地があったと考えられる点も、以下のよう
に指摘することができる。

①節分行事に炒り大豆を使用することの危険に関する基本的な認識

上述のように3歳未満児について、誤嚥の危険が一定程度認識されていた一方、3歳以上児について同様の危険があることへの基本的な認識が欠けていた。このため、節分行事の実施にあたって、

- ・事前に炒り大豆の使用について、職員会議などを通じて、安全性の観点からの検討が行われていない。
- ・炒り大豆を喫食する際の保育士の指導上の留意点、誤嚥の危険性等についての子どもへの指導内容等が指導計画（節分行事計画書）に記載されていない。
- ・同様に炒り大豆を実際にまく際の安全性の確保や、子どもへの指導事項についても、指導計画（節分行事計画書）に記載されていない。

といった課題がみられた。

②節分行事の進め方についての、保育目的や安全性の観点からの検討

保育目的やねらいを設定し、かつ安全性について十分に配慮しながら節分行事を行うという点から以下のような課題がみられた。

- ・炒り大豆の喫食後に、豆を投げたり鬼から逃げたりといった動きのある活動を行うと誤嚥の危険性が高まることについて考慮されていない。
- ・炒り大豆を投げることの危険性（偶然子どもの口に入ったり、悪くすると気道まで入り

込んでしまう可能性もある等)、投げた豆が床に散乱していることの危険性（子どもがすべってケガをしたり、豆を拾って食べたり、吸い込んだりする可能性）などについて考慮されていない。

- ・リアルな鬼の扮装や、鬼が担任保育士や子どもを連れ去ろうとする演出が、子どもの発達やその個人差に配慮した保育上の目的に照らし、十分に検討されていない。
- ・仮に豆をまいていた場合、年長児を小鬼として登場させることの危険性（豆をまかれた際に口から吸いこんだり、当たってケガをしたりするなどの可能性）について検討されていない。

③行事進行を安全面から統括しサポートする体制

たとえば遊戯室における豆まきでは、鬼に扮した保育士が担任保育士を連れ出す演出を行ったため（たとえ一時的にであっても）子どもの安全を常に見守る体制や、子どもの状況を瞬時に察知する体制が手薄になっていた場面があったのではないかと考えられた。こうしたことから以下のような課題が指摘された。

- ・異変の察知をいち早く判断できる保育士の配置や、行事の個々の場面における安全確保のための保育士間の連携体制について、指導計画（節分行事計画書）に記載されていない。また事前の職員会議等でも確認・共有がされていない。
- ・前年度の節分行事におけるヒヤリハット（実際に危険を感じた場面、事故につながりかねないと感じた事柄など）を職員で出し合い、その記録を次年度の行事計画に活かすなどの取組みが行われていない。
- ・指導計画（節分行事計画書）について、園長や主任などの管理職による安全管理からの綿密な点検が行われていない。

④その他

本検証部会の初回にあたり、本児保護者からお話を伺った折、本児は豆が嫌いであったことや嫌いな食べ物をよく嘔まずに飲み込む傾向があったことが語られた。その後、こうした点について本施設側に確認したところ、本施設側ではこれらについて把握していなかったことがわかった。こうした認識のズレができるだけ生じないように、個々の子どもに対する理解、発達の実態に応じた指導や支援、いつも子どもの様子に目を配り、子どもの気持ちに寄り添おうとする姿勢、保護者の望んでいる関わりなどについて、より連携を深める必要があった。

(3) 市の対応について

事故発生後から報道発表が10日後になったことについては、誤った情報を出さないこと、本施設やその他の関連機関からの正確な情報収集のために必要な時間であったため、妥当な対応だと思われる。また本児の保護者に対する対応を行いながら、市が中心となり報道機関などに情報提供を行ったり、本施設に在籍する他の保護者へのメンタルケアなども含め、保護者説明会や保護者への心理的支援も市が中心となりきちんとしていた。

令和2年3月には、市内の公立・私立の認可保育所、幼稚園、幼保園、認定こども園、認可外保育施設に対し、令和2年2月の節分行事に関するアンケート調査を行い、豆を喫食しているか、豆をまいているどうかなどの実態調査をまとめている。また、次年度（令和3年2月）の豆まき行事に際しては、市子育て部子育て政策課より公立保育所・幼稚園・幼保園に対して、正月行事の餅の喫食を控える旨と節分行事における炒り大豆を使った行事の実施を中止する旨の通知文を出し、公立施設では餅や炒り大豆の喫食や使用を行わないことを園に対して指導した。また私立施設については餅や炒り大豆を喫食しない公立施設の通知文の方針を伝えたこと、炒り大豆をまくと回答した施設に対しては電話等で聞き取り調査を行い、私立施設に対しても注意喚起を促した。その結果、令和3年2月の節分行事では炒り大豆を食べる施設はゼロとなり、3歳未満児では炒り大豆はまかない、丸めた新聞紙やボールを投げる、3歳以上児では炒り大豆ではなく袋入り炒り大豆をまいたり家庭に持って帰ったりするという方法で節分行事を実施する結果となった。

さらに、保育現場に対する安全な保育の実施のための啓発として、令和3年2月の節分行事の前に、田草雄一医師による誤嚥や安全な保育に関する研修会を市子育て部子育て政策課主導で行い、保育や行事を安全に行うために保育士が認識しておかなければならない事項について保育士等が理解を深める研修会を実施した。

このように、事故発生後の本児の保護者への対応と、該当施設への監督・指導を適切に行い、次年度に向けては再発防止のための節分行事に関する方針を示したり、安全な保育を行うための研修会を実施したりしながら、同じような痛ましい事故が二度と起こらないようにするための対応を市も関与しながら実施していたといえる。

第5章 幼児教育・保育施設における「食を伴う教育・保育活動」に関する提言

本章では、第4章における検討に基づき、本件のような事故が二度と発生しないよう、幼児教育・保育施設における「食を伴う教育・保育活動」についての提言を行う。なお「食を伴う教育・保育活動」とは、通常の保育・教育や行事等の中に、その重要な一部として食を伴う場面を含むもののことを指し、具体的には次のような教育・保育活動のことである（以下、略して「食を伴う保育」と呼ぶ。）。

「食を伴う保育」の例

・ 普段の教育・保育活動の例

おやつクッキング、畑の野菜の収穫、親子クッキング 等

・ 年中（伝統）行事の例

餅つき、節分、花餅づくり、ひなまつり、柏餅づくり、笹巻き、七夕、お月見、ハロウィーン、クリスマス 等

・ その他の行事の例

遠足、誕生会、小学生や地域の方や高齢者との交流会、夏まつり、お泊まり会等

<教育・保育施設に対する提言>

提言1：「食を伴う保育」には子どもの命に直結するリスクが潜んでいるという 共通認識の下で行うこと

「食を伴う保育」は、行事等に含まれる活動（ゲームをする、踊るなど身体を動かしたり、歌を歌ったりするなど）と食が近接するため、給食など通常の飲食時に比べると、誤嚥や誤飲のリスクを高める可能性がある。本件事故のように、場合によってはそれが大切な子どもの命に直結する可能性があるということを共通の認識として持つ必要がある。

したがってまず、教育・保育施設の管理者・責任者は、現在、各施設等で行われている「食を伴う保育」全てについて、子どもの命に直結するようリスクが潜んでいないかどうかという観点から、直ちに見直し・点検を行っていただきたい。もちろん教育・保育活動の全てにわたって、あらゆる瞬間にそうしたリスクは存在するが、特に「食を伴う保育」については、事前にリスク評価を行うことで、これまで慣習的に行ってきたことを見直したり、喫食する食品を変えたり、行事の組み立てを変更したり、安全管理について人員を増強したりすることによって、より安全・安心に実施することが可能である。その際、内閣府・文部科学省・厚生労働省から発出された「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）」を資料として十分に活用していただきたい。

その上で、これまで実施してきた「食を伴う保育」のどのような場面にどのようなリスクがあるのかについて、施設内の全職員の共通認識を形成するため、園内研修を実施していただきたい。

提言 2 : リスクの高い食材や喫食方法についての知識を職員全員が共有すること

本件事故において、尊い命が失われることにつながった最大の原因と考えられるのは、炒り大豆(乾いたナッツ、豆類)の使用・喫食であった。伝統行事の中で用いられる食材・食品は、それぞれ文化的な背景や謂れに基づいている場合が多く、単に食を楽しむことよりも、それら文化や謂れの伝承という側面をもっている。このため地域の人々や保護者も含めて、当該食材・食品を用いるのがごく普通だと捉えられており、その変更をそもそも着想しにくいところがある。実際、本件事故が起きた令和 2 年度、松江市内の教育・保育施設において豆まき行事を実施した 98 施設(本件事故の起こった施設を含む。)において、実際の炒り大豆が使用された割合は(喫食の有無、まき方の違い等はあるが)「炒り大豆を投げた施設」が 46%、「炒り大豆を喫食した施設」が 60%であった。

一方、たとえ伝統行事等の中でこれまで当然のように喫食されてきた食材・食品であっても、子どもの命に関わる事故が実際に起きており、そうした事象に基づいて特定の食材・食品やそれらの食べ方について危険性を認識するよう、国からの注意喚起も行われている。消費者庁は平成 29 年 3 月 15 日付で『食品による子どもの窒息・誤嚥事故に注意! - 6 歳以下の子供の窒息死事故が多数発生しています -』とする注意喚起記事をホームページに掲載している。その中では、平成 22 年から平成 26 年までの 5 年間で起こった窒息事故 103 件の原因となった食品(ゼリー、ブドウ、餅など)やその他の事例が具体的に紹介されている。消費者庁はさらに令和 3 年 1 月 20 日付で『食品による子どもの窒息・誤嚥事故に注意!』(50~51 ページ参考資料 2)を改訂する形で新たに発出し、その副題を「気管支炎や肺炎を引き起こすおそれも、硬い豆やナッツ類等は 5 歳以下の子どもには食べさせないで!」とした。この改訂版は子どもの窒息・誤嚥の具体的な様子を人体の模式図で解説したり、子どもの窒息・誤嚥事故のシミュレーションを節分豆をモデルとして示したりしており、その 5 ページには事例 1 として本件事故と思われる事例が掲載されている。

各教育・保育施設では、上述消費者庁の資料や、その資料に掲載されている他のホームページ等を参考にして、リスクの高い食材・食品や喫食方法についての知識を職員みんなで共有するとともに、そのような食材・食品を安全への十分な検討を欠いたまま用いていないかどうか、行事等の活動の中で危険を伴う喫食方法になっていないかどうかなどについて、この際あらためて検討を行っていただきたい。

提言 3 : 事前に保育目標を明確にした指導計画を立て、複数の目でチェックし、全員が共有すること

本件事故において本検証部会が問題として取り上げたのは、当該活動に係る指導計画の立案・実施が不十分な内容だったのではないかとという点である。またその不十分な内容が十分にチェックされることなく、また広く共有されることなく、活動が進められたのではないかと懸念をもたざるをえなかった(7 ページ参考資料、8 ページ参考資料、第 4 章 1.)

(1) 参照)。たとえば遊戯室において保育士が扮する鬼が登場し、子どもを怖がらせる演出を行なった理由(保育上の目的)は何であったのか、その演出の程度は3歳児の発達や個人差を考慮した際に適切だったのか、子どもの腕を掴んで連れ出そうとする演出は保育の上でどのような意味があると考えたのか、年長児を「かわいい小鬼」として登場させる保育的な意図や意味は何であったのか、など多くの疑問が呈された。こうしたことについて、事前にきちんとした指導計画を立て複数の目でチェックしていれば、繰り返しによる惰性或、場を盛り上げる大人中心の演出を避けることはできたであろう。

日々の保育における指導計画(日案)は、通常、公開保育や園内研修における場合のような詳細なものではなく、月案や週案に基づき、1日の流れや主な活動を簡略に記したものである場合が多い。行事等についてもそのような1枚ものの略案で実施されることがあると思われるが、「食を伴う保育」においては、たとえ略案であっても、次の事項についてはできるだけ記載することが望ましい。

- ・ **保育目標やねらい**：その行事等が何を目標に行われるのか。行事等の場合、異年齢が同じ活動をすることが多いが、子どもの発達段階によって経験される内容は異なっているため、学年やクラスによって保育目標やねらいも異なるべきである。
- ・ **活動内容**：保育目標に沿った活動内容になっているか。上述のように保育目標が子どもの発達段階によって異なる以上、活動の内容(組み立てや順番等)もそれに応じて変わってくる。子どもの年齢・発達に合わせた保育方法を考慮すべきである。
- ・ **展開**：行事の時系列的な展開ではなく、保育として見た場合、子どもの心の動きや活動の具体を思い浮かべながら、子どもを主体として、その経験されるであろう内容に応じた展開を心がけるべきである。特に「食を伴う保育」の場合、遊びや活動(お遊戯、踊り、ゲーム、歌唱など)と飲食とを近接させることを避け、飲食は活動を終えた一定時間の後、静ひつな環境で落ち着いて行うよう計画すべきである(提言4参照)。
- ・ **保育者の支援(役割)**：展開に応じて、それぞれ活動に参加する保育者がどのような役割を果たすのかについて、あくまで子どもを主体として考えた際の保育者が行うべき支援という観点から、予め役割分担を構想しておくべきである。とりわけ活動を安全面から見守り、支援することに専従できる職員の配置について留意すべきである(提言5参照)。
- ・ **配慮の必要な子ども**：普段の保育状況(特に飲食における状況、苦手な食材や料理がある場合の喫食行動傾向など)に鑑みて、一人一人の子どもの当該活動におけるリスク評価を行い、配慮点や支援が必要な場面等がある場合は、それを全職員で共有すべきである。

またそのように作成された指導計画(行事等の活動計画)を複数の職員目でチェックしたり、特に「食を伴う保育」の場合には、子どもの食事や健康を担当する職員(栄養、給食、看護を専門とする職員)のチェックを受けたりし、その後に管理職を通じて、できるだけ全職員が当該活動の目的や実施内容・方法を事前に共有するよう努めることが重要である。

提言 4：飲食は、遊びや保育活動の後、一定の時間を置き、座って食べるなど落ち着いた雰囲気の中で行うこと

本件事故の検証においては、炒り大豆がどの時点で気道閉塞を引き起こしたかについて明確にすることができなかった。可能性としては、

- 1) 10 時頃、最初に子育て支援室で、歳の数だけ手渡され食べた炒り大豆が口に残っていた、あるいはその後、何らかの理由で口中に吐き戻される等して、それが気道に詰まった。
- 2) 10 時 20 分頃、豆まき用に手渡されたカップの豆が、なんらかの理由で口に入り、その後、鬼が登場し、豆まきを行う中で、それが気道に詰まった。
- 3) 10 時 45 分以降、鬼が登場し、豆まきを行っている最中に、なんらかの原因で豆が口の中に入り、それが気道に詰まった。

などが考えられた。いずれの場合も、炒り大豆という食材を実際に喫食したり、まいたりする限り、こうした事故を完全に防ぐことは難しい。何よりも炒り大豆を使用しないことが望ましいことは提言 2 で述べたとおりであるが、その他の「食を伴う保育」の場合に広げて防止策を考えるとすれば、用いる食材・食品への注意に加えて、遊びや活動（お遊戯、踊り、ゲーム、歌唱など）と飲食との近接をできるだけ避け、飲食は活動を終えた一定時間の後、静ひつな環境で落ち着いて行うことによって、少なくとも上述 1) のリスクは回避することができる。すなわち、喫食したものが口の中に残存していたり、それが吐き戻されたりすることによる誤嚥を防ぐためには、喫食は活動の後に行うよう計画することが望ましいと言える。

また、食を伴う保育を行う場合、例えば子どもに座って食べることを、しっかりかんで食べることを、動き回ったり立ち歩いたりしないように注意することは当然であるが、保育者が子どもたちに伝えたから大丈夫と考えたり、保育者の責任は果たしたとするのではなく、きちんと食べたり飲みこんだりしているかを保育者が確認することや活動経過中の安全確認を随時行うことを心がける必要がある。一般的に低年齢児や子どもはそもそも、自分の思うままに行動するのが当たり前で、いつも規律正しくふるまうものではないので、保育者が繰り返し食や安全面に配慮した保育を行うことが大切であると考えられる。

提言 5：子どもの安全に意識を集中して見守る役割の職員を配置すること

本件事故においては、実際に事故が発生した遊戯室における状況（15～16 ページ参照）の中で、保育者の人数は一定程度あったものの、子どもの安全を常に注視することに専心する職員がいなかったことを（それが実際にどの程度、事故発生の防止や早期発見につながったかは別として）一つの課題として指摘することができる。特に「食を伴う保育」においては、限られた人数で行事等を実施する困難さはあるにしても、だからこそ子どもの安全に常に目を光らせ、少しの異常でもいち早く発見し、対応する役割の職員を配置しておくことが望まれる。早期に子どもの異常に気づき、周囲に知らせたり救援を要請したりすることが、誤嚥等の一刻を争う事故の場合には、とりわけ重要となるからである。

提言 6 : 活動終了後に参加職員全員で振り返りを行い、ヒヤリハットを次の活動に活かすこと

本件事故においては、毎年の豆まき行事について振り返りが行われていなかった。「食を伴う保育」だけではなく、行事等の活動や日々の保育で発生したヒヤリハット事案は、不確定な行動の多い子どもたちに係る事故を予測し未然に防止する上で決定的に重要であるばかりではなく、教育・保育活動の改善や質的向上を図る契機を与えてくれるものでもある。活動終了後に、できるだけ多くの職員で、ヒヤリハットの事案がなかったかどうかについて振り返りを行い、次の「食を伴う保育」に活かしていくことが重要である。また他施設との交流や保護者参加の行事などの際には、そうした外部の視点からのヒヤリハットの指摘を積極的に求めることが非常に重要である。普段の保育や園環境の中で見過ごされている潜在する危険が、外部の目から発見されることも少なくないからである。

提言 7 : 安全・安心な保育への意識を向上させ、保護者や地域とも意識や情報の共有を図ること

提言 1 でも述べたが、施設等の管理者が中心になって「食を伴う保育」のリスクについての園内研修を全職員を対象に実施していただきたい。また「食を伴う保育」だけでなく、保育全般に関わる安全・安心についての意識を向上させるため、たとえば、安全・安心に関する通知等が職員全体で共有を図ることができるよう、もう一度点検し、見直していただきたい。また、関連する研修を受けた職員の全体に対する復命の方法を工夫することや、事故防止の具体的なスキルを向上させるための園内研修を年間の研修に組み込んで定期的を実施する等、あらゆる方法で子どもの命を守る保育の基本的な在り方に関する研修を積んでいただきたい。

またそうした取組みの具体的な内容を、保護者に対しても頻繁に発信することを通じて、保育の安全に対する施設としての基本的な姿勢や考え方を保護者に理解してもらったり、また疑問のあるところや異なる意見を保護者からいただくことを通じて相互理解を図ったりすることが重要である。保育者と保護者とでは、知識や立場、保育する状況や時間の違いなどから、同じように子どものことを思っている、安全への視点について認識の違いが生じる場合もある。施設等の管理者・保育者は、こうした見方や意見の違いについて、まずは率直な相互交流を行い、その結果、両者が同じ思いで子どもの安全で健やかな成長をめざして協調し合えるよう、日頃から保護者とのコミュニケーションや情報共有を密にするよう努めてほしい。地域の人々との交流においても、安全についての教育・保育施設側の姿勢や考え方について、同様に相互理解を図っていくことが求められる。

提言 8 : 子どもの命を守ることでできる救急・救命等の知識・技能を身につけること

幼児教育・保育の安全性に関わる研修は、現状、主に知識や情報を身につけさせるものが

多い。こうした知識・情報は、科学の進歩に伴って年々更新されており、安全管理に関する最新の正しい知識・情報を得ることは必要かつ重要なことである。一方、教育・保育場面においては、その場に応じた咄嗟の判断や、実際に子どもの命を救うための身体の動き（反応・動作・行動）が求められる。頭でわかっているにもかかわらず、それが救急・救命行動につながらなければ役に立たない。知識や情報の伝達とともに、技能実習（実技）を取り入れた研修を行うことが重要である。

提言 9：「飲食を伴う教育・保育活動に係るチェックシート」を活用すること

提言 1～8の内容を網羅したチェックシートを46ページに掲載した。「食を伴う保育」を実施する際には、事前にこのチェックシートを活用し、安全について十分な配慮がなされた活動となるよう努めていただきたい。

<松江市に対する提言>

提言 10：子どもの命や安全に関わる通達等の周知の在り方を工夫・改善すること

施設・事業者には市から多くの文書が発出される。市においては、子どもの安全に関して特に重要なガイドライン等については、発出するのみにとどまらず、通知を受け取った施設・事業所内での情報共有について照会を行うなどにより確認を行っていただきたい。

提言 11：子どもの命や安全に関わる教育・保育施設職員の意識・知識・技能の向上を図る研修を定期的に計画し実施すること

教育・保育施設はリスクを最小限のものとしながら、子どもの成長に資するような安全な保育を行う必要があり、そのためにガイドラインをもとに、各園の状況に応じた事故防止の具体策を検討する必要がある。市は、ガイドラインや子どもの命に関わる通知等については研修等の場で啓発を図り、施設・事業者や保育者の危機管理意識を高める機会を提供いただきたい。また、本事案では当該活動に係る指導計画が不十分な内容だったと考えられた。指導計画に関する研修や管理職に向けたマネジメント研修を実施し、保育のPDCAに関する技能の向上を図るとともに、実施する際はオンラインを活用したり、時間帯を工夫することで受講しやすい環境に努めていただきたい。その他、再発防止を徹底し、継続的に取り組む仕組みを構築いただきたい。

提言 12：事故発生時の情報発信・共有について、状況に応じた対応を心がけること

基本的に市は「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【事故発生時の対応】」に沿いながら、当該の施設や事業者に対する助言・指導を行うべきものではあるものの、今回の事案のように当該法人が報道発表されないが、広く一般

市民に対して注意喚起が必要な場合においては、保護者の心情や正確な情報収集といった点に配慮しつつ、提供できる状況が整い次第、速やかに報道発表やホームページでの注意喚起をしていただきたい。

提言 13：事故発生時及びそれ以降の当該施設等との連携・協力について見直し改善を図ること

重大事故が発生することにより当該保護者はもとより、他の保護者に対しても多大なる心理的不安を与えることが考えられる。また、事故が発生した際、施設・事業者は大きく混乱することも想定される。市は有事の際、ガイドラインに基づき、当該施設に助言を行うなど十分に連携を図っていただきたい。また、当該保護者や他の保護者への心理的支援を迅速に行えるよう、臨床心理士等の専門家を施設・事業者に派遣できる体制を有事の際に備え、整えていただきたい。

飲食を伴う教育・保育活動に係るチェックシート

	チェック項目	チェック
食や食品の安全性	①その活動に伴って、誤嚥・誤飲といった「食の事故」が起きる可能性があることを、事前に参加する職員全員が念頭に置いていますか。	<input type="checkbox"/>
	②食材やその提供の仕方について、次のようなリスクを事前に評価しましたか。 <ul style="list-style-type: none"> ・乾いた豆やピーナッツ類が含まれていないか（小さく砕く等の形状に関わらず、原則として（給食として調理する場合以外では）提供しない。）。 ・ブチトマト、うずらの卵、ブドウ、さくらんぼなどの球状の食材、餅や白玉団子など粘着性が高い食材、いかやたこなど固くて噛みきれない食材、糸こんにゃくやわかめなど弾力性や繊維の固い食材など、誤嚥・窒息につながりやすい食材や調理・提供の方法（火の通し方や切り方など） ・食材の種類、形状に関わらず、年齢や発達に応じた調理・提供方法であるかどうか。 	<input type="checkbox"/>
	③参加する全ての子どもに対し、活動に含まれる「食」に関する以下のリスク要因を丁寧に評価していますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギー等の体質の問題 ・咀嚼、嚥下など口腔機能の問題 ・食材への苦手意識、抵抗感がある場合の行動特性の問題 など 	<input type="checkbox"/>
	④「食」で用いられる調理器具や食器、食べる環境（人的配置含む）についてリスク評価を行いましたか。	<input type="checkbox"/>
指導計画と保育の実施	⑤その活動は、全体的な計画や指導計画に基づいて計画されていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・活動の目的やねらい（何のためにその活動を行うのか）は明確ですか。 ・目的やねらいに照らして、意味づけの不確か・不必要な活動はありませんか。 	<input type="checkbox"/>
	⑥指導計画において、「食」の部分は行事や遊び等の活動と切り離され、その「後に」置かれていますか。	<input type="checkbox"/>
	⑦活動全体を通して、子どもが誤嚥やケガをしたり、危険にさらされることがないか、安全な保育方法がとられていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・昨年度の同様の活動における安全上の反省点やヒヤリハットを踏まえ、よりよい活動になるよう工夫・改善が行われていますか。 	<input type="checkbox"/>
	⑧活動を計画する際、子どもの発達や個人差を考慮しながら、保育方法や安全対策を決定していますか。	<input type="checkbox"/>
	⑨園と家庭や保護者との間で子どもに関する情報共有を行い、個別の配慮が必要な場合は指導計画や保育の実践にその情報が反映されていますか。	<input type="checkbox"/>
職員間連携	⑩指導計画は管理職の指導のもとに立案され、参加する全職員に、事前に周知・共有されていますか。	<input type="checkbox"/>
	⑪各場面における保育士間の役割分担は明確ですか。特に子どもの安全を常に確認する役割の職員は配置されていますか。	<input type="checkbox"/>
緊急対応	⑫万一、誤嚥・誤飲等の事故が起きた際の救急・救命体制を計画に位置づけ、職員間の役割分担（心肺蘇生・応急処置、通報等）が決められていますか。	<input type="checkbox"/>
	⑬看護師等の緊急時の心肺蘇生や応急処置を行う職員が配置されていたり、保育士等が緊急対応の知識・技能を持ち、事故発生直後の対応を行える体制になっていますか。	<input type="checkbox"/>

第6章 再発防止に向けた松江市の取組

1. 節分行事に関するアンケートの実施（令和2年3月）

令和元年度の節分行事の実施状況を把握するため、令和2年3月に市内認可保育所（園）・こども園・幼保園・幼稚園を対象に節分行事に関するアンケートを実施した。結果は以下のとおりであった（参考資料1参照）。

- ・回答があった98施設全てが節分行事を実施していた。
- ・節分行事で「豆まきを実施した」と回答したのは96施設（98%）であった。
- ・豆まきでは45施設（46%）が「炒り大豆を投げた」と回答した。その他、「新聞紙」が56施設（57%）、「ボール」が13施設（13%）を投げたと回答した。
- ・節分行事で「子どもが豆を食べる」と79施設（81%）が回答した。また、「どのような豆を食べるか」の質問に対し、59施設（60%）が「炒り大豆」と回答した。

2. 令和2年12月実施の公立保育所・幼稚園・幼保園への節分行事における豆の使用の中止方針の伝達と、私立保育所・幼稚園・こども園等に対する注意喚起の連絡

- ・市は令和2年12月に公立保育所・幼稚園・幼保園において節分行事を実施する際に「炒り大豆及び乾いた豆（袋入りのものも含む。）は使用しない」ことを決定し、令和2年12月10日に公立保育所・幼稚園・幼保園に対し通知した。
- ・市は令和2年12月11日に公立施設での取り扱いについて、私立保育所・幼稚園・こども園等に対し注意喚起に併せて情報提供した。

3. 節分行事に関するアンケートの実施（令和2年12月）

令和2年度の節分行事の実施状況を把握するため、市内認可保育所（園）・こども園・幼保園・幼稚園を対象に節分行事に関するアンケートを実施した。アンケートは令和2年3月に実施したものとはほぼ同じ内容とし、結果は以下のとおりであった（49ページ「参考資料1」参照）。

- ・日本の伝統行事の一つである節分行事自体を中止する施設はほとんどなく、各施設において、行事の在り方や実施方法を協議し、節分行事を実施する方向で進めている。
- ・実施内容としては、「豆まき」、「絵本を読む」、「ペーパーサート」等を実施する予定とし、「豆まき」に関しては、令和元年度まで炒り大豆を使用する施設が多かったが、令和2年度は炒り大豆を使用する施設は大きく減少し、代用として新聞紙やボール、紅白玉等を使用する施設が多くなった。
- ・「豆を食べる」に関して、令和元年度まで3歳以上児に炒り大豆を年齢の数（又は年齢+1）を豆まき後食べるといった施設が多かったが、令和2年度は炒り大豆を食べる施設は0となった。
- ・今年度からの変更点としては、炒り大豆をまかない・食べない、新聞紙・ボールを

投げるようにしたといった回答が多く、「炒り大豆を使わない節分行事」を実施する施設が大部分を占めた。

- ・炒り大豆ではなく袋入り炒り大豆をまく、袋入り炒り大豆を家庭に持って帰る（いずれも3歳児以上児向け）といった回答もあった。
- ・「炒り大豆をまく」と回答した3施設に対し、実施方法の聞き取りに併せアンケート結果やガイドラインの内容を伝え、注意喚起を促したところ、3施設とも「炒り大豆をまく」ことを取りやめた（49ページ表中※印）。

4. 安全な保育を行うための市内保育所等に対する研修会の実施

- ・節分行事を控えた令和3年1月13日（水）に市内幼稚園・保育所・認定こども園の職員を対象に、田草雄一医師による誤嚥や安全な保育に関する研修会を実施した（52～59ページ「参考資料3」参照）、その際、日本小児科学会 こどもの生活環境改善委員会「食品による窒息 子どもを守るためにできること」（資料：60～66ページ「参考資料3」参照）を基本に具体的事例を交えて学習する機会を持った。
- ・研修はオンラインと会場での受講のハイブリッド方式で行い、30施設90名が参加した。
- ・研修の感想の主なものは下記のとおりである。
 - 「様々な場所や食べ物に危険が潜んでいると知った。園の環境を見直したい。」
 - 「年齢が高いから安心はできないため、食事中や遊びの中で、しっかりと子ども一人一人を見ていかないといけないと感じた。」
 - 「子どもから目を離さず、口の中等、年齢に応じた確認が必要であることを職員と共有したい。起こりうることを予想し、予防する大切さとともに、子どもの思いや動きを理解し、事故防止を心掛けたい。」
 - 「お弁当に入っている食材、大きさについても今後、配慮（言葉がけ等）をしっかりしていかなければいけないと感じた。」
 - 「窒息を起こしやすい食品など、具体的に説明いただき、より理解できた。」

5. 給食等での食材の取り扱いの変更

- ・令和3年3月5日（金）に公立施設に向けて「公立保育所給食等に使用する食材・栽培活動について」を通知した（67～68ページ参考資料3参照）。この通知は、令和3年1月20日付で消費者庁より発出された『食品による子どもの窒息・誤嚥事故に注意！』（50～51ページ参考資料2）を受けて、給食等での食材の取り扱いを変更したもので、水煮大豆や枝豆、ミニトマト、ブドウ、団子といった食材についての提供方法やナッツ類を提供しないこと、伝統行事食（笹餅・餅等）の喫食の可否などを示した。

参考資料 1

節分行事に関する調査結果（抜粋）

令和元年度・2年度比較

	松江市認可保育所（園）・こども園・幼保園・幼稚園	
	アンケート：R2.3実施 節分行事：R2.2実施	アンケート：R2.12実施 節分行事：R3.2実施
施設数	101施設	103施設
回答数	98施設	103施設
回答率	97%	100%

【施設数】

【施設数】

1. 節分行事を実施しているか。	はい 98 (100%) いいえ 0 (100%)	はい 99 (96%) いいえ 3 (3%) 未定 1 (1%)
実施（予定）内容（重複回答あり）		
豆まき	86 (88%)	74 (72%)
歌をうたう	65 (66%)	77 (75%)
節分の話	28 (29%)	1 (1%)
劇	15 (15%)	19 (18%)
絵本	30 (31%)	48 (47%)
紙芝居	16 (16%)	0 (0%)
ペープサート	6 (6%)	14 (14%)
パネルシアター	5 (5%)	14 (14%)
踊り	3 (3%)	1 (1%)
行事食		61 (59%)
その他	22 (22%)	10 (10%)

1-1. 節分行事では豆まきしますか。	はい 96 (98%) いいえ 2 (2%)	はい 82 (80%) いいえ 21 (20%)
1-2. 豆まきでは何を投げていますか。 （重複回答あり）		
新聞紙	56 (57%)	75 (73%)
ボール	13 (13%)	17 (17%)
紙玉	1 (1%)	3 (3%)
紅白玉	2 (2%)	6 (6%)
炒り大豆	45 (46%)	※ 3 (3%)
袋入り炒り大豆	3 (3%)	2 (2%)
その他	2 (2%)	0 (0%)

※「炒り大豆をまく」と回答した3施設は注意喚起を行った結果、まくことを取りやめた

2-1. 節分行事の時に子どもが豆を食べていますか。	はい 79 (81%) いいえ 19 (19%)	はい 30 (29%) いいえ 73 (71%)
2-2. どのような豆を食べていますか。（重複回答あり）		
炒り大豆	59 (60%)	0 (0%)
豆料理	17 (17%)	27 (26%)
蒸し大豆	2 (2%)	1 (1%)
ソフト大豆	6 (6%)	0 (0%)
その他	2 (2%)	2 (2%)

参考資料 2

(消費者庁「食品による子どもの窒息・誤嚥事故に注意！」(抜粋))



News Release

令和3年1月20日

食品による子どもの窒息・誤嚥^{ごえん}事故に注意！

—気管支炎や肺炎を起こすおそれも、硬い豆やナッツ類等は
5歳以下の子どもには食べさせないで—

厚生労働省の人口動態調査によると、平成26年から令和元年までの6年間に、食品を誤嚥^{ごえん}して窒息したことにより、14歳以下の子どもが80名死亡していました。そのうち5歳以下が73名で9割を占めていました。特に注意が必要なのは、奥歯が生えそろわず、かみ砕く力や飲み込む力が十分ではない子どもが豆やナッツ類を食べると、のどや気管に詰まらせて窒息してしまったり、肺炎を起こしたりするリスクがあることです。嚥下^{えんげ}シミュレーターを使用し、豆類による窒息・誤嚥^{ごえん}について解析したところ、口の中に豆類が入ったまま走る、寝転がる等の運動を行ったり、リクライニングしながら食べたりすると咽頭に入り込みやすくなり、窒息・誤嚥^{ごえん}のリスクが高くなることや、豆類が小さかったり、呼吸中など気道が広がっていたりすると、喉頭や気管まで入り、窒息のリスクが更に高くなることが分かりました。

これらを踏まえ、窒息・誤嚥^{ごえん}事故防止のため、以下のことに注意しましょう。

(1) 豆やナッツ類など、硬くてかみ砕く必要のある食品は5歳以下の子どもには食べさせないでください。

喉頭や気管に詰まると窒息しやすく、大変危険です。小さく砕いた場合でも、気管に入りこんでしまうと肺炎や気管支炎になるリスクがあります。

(2) ミニトマトやブドウ等の球状の食品を丸ごと食べさせると、窒息するリスクがあります。乳幼児には、4等分する、調理して軟らかくするなどして、よくかんで食べさせましょう。

(3) 食べているときは、姿勢を良くし、食べることに集中させましょう。

物を口に入れたままで、走ったり、笑ったり、泣いたり、声を出したりすると、誤って吸引し、窒息・誤嚥^{ごえん}するリスクがあります。

(4) 節分の豆まきは個包装されたものを使用するなど工夫して行い、子どもが拾って口に入れないように、後片付けを徹底しましょう。

¹食べ物又は異物が気管に入ること。

食べ物はのどに詰まる場合と気管・気管支に詰まる場合があり、気道が閉塞して呼吸ができず、酸素不足になった状態が「窒息」です（図8、9）。

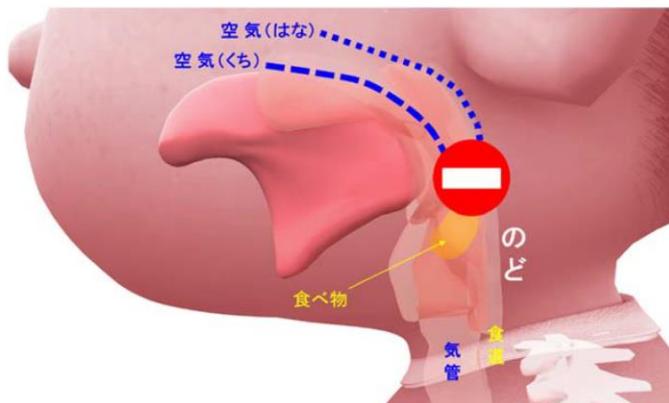


図8 食べ物が詰まる場所① -のど-



図9 食べ物が詰まる場所② -気管・気管支-

食べ物等がのどに詰まらずに声帯を越えて、気管に入ってしまうと「誤嚥^{ごえん}」です。気管内では、食品が水分を含み膨潤して気道を塞ぎ、窒息に至ることがあります。気管は枝分かれして気管支と呼ばれます。気管支内に食べ物が留まった場合、呼吸困難になりますが、もう一方の肺が機能している間は、窒息死には至りません。ただし、肺や気管支に炎症が起きます。

3. 豆やナッツ類、食品による窒息・誤嚥^{ごえん}事故事例と発生イメージ

【事例1：炒り豆】

保育施設において、幼児が炒り豆を食べた後、意識がない状態になっているのに気づき、病院に救急搬送したが死亡。

（重大事故として令和2年2月14日公表、令和2年2月発生、4歳、死亡）

【事例2：アーモンド】

アーモンドを子どもに食べさせていた。口内に残したまま歩行中、もっと欲しがって泣いたところ、むせてせき込んだ。その後もゼイゼイした感じがあり受診した。右気管支異物により入院6日間。

（医療機関ネットワーク、令和2年2月発生、2歳、中等症）



参考資料 3

< 田草雄一医師 研修資料（抜粋） >

①

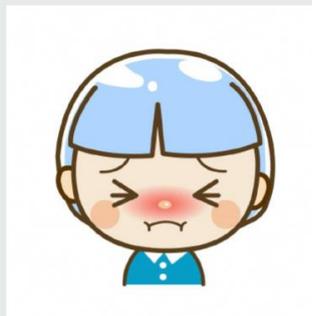


②

食品による窒息は珍しくない

窒息は、
空気の通り道である気道が
塞がれることです。

新鮮な空気を取り込むことが
できなくなり、
極めて短時間のうちに
致命的となります。



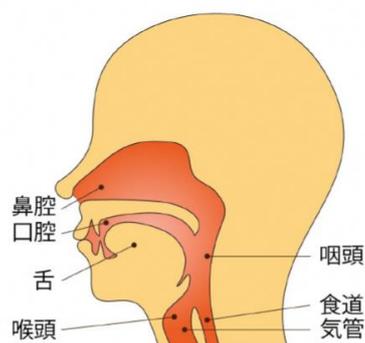
③

なぜ窒息が起きるのか？

のどの奥は、**空気と食品共通の通り道**です。

そのため、口の中にもものを入れる
(= 食べる) 行為は、
常に窒息の危険があります。

食品による子どもの窒息について
「子ども側の要因」と
「食品側の要因」について
考えてみたいと思います。



④

気管の太さは
当人の小指の太さ程度と
言われております。

自分の小指をじっくり太さをみてみましょう

4歳児であれば
直径6～8mm(平均7mm)程度。

⑤

子ども側の要因を知る

窒息がおきる子ども側の要因は大きく分けて2つあります。

それは、

「食べる（噛む、飲み込む）力」

と

「食事の時の行動」です。



⑥

（１）食べる（噛む、飲み込む）力

離乳初期（５～６か月頃）：

離乳食を飲み込むだけで、
噛んだりつぶしたりすることは不可

離乳中期（７～８か月頃）：

舌でつぶせる固さのもの

離乳後期（９～１１か月頃）：

歯ぐきでつぶせる固さのもの

離乳完了期（１２～１８か月頃）：

前歯で噛み切って

歯ぐきで噛める固さのもの



⑦

(1) 食べる(噛む、飲み込む)力

1歳半以降：

前歯が生えそろう、奥歯も生え、手づかみで盛んに食べるようになります。前歯での適量のかじり取りや奥歯でのすりつぶしができるようになります。



3歳頃：

乳歯が完成し、ものをすりつぶすことができるようになりますが、噛む力は大人と比べて弱いと言われています。

⑧

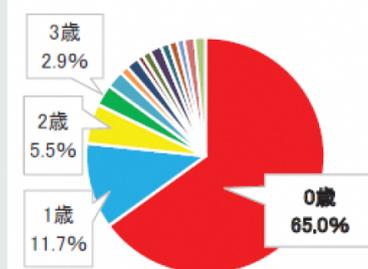
(1) 食べる(噛む、飲み込む)力

固いものはうまく噛むことができませんので、丸飲みすることにより、窒息につながる可能性があります。

また子どもは咳をする力が弱く、気管に入りそうになったものを咳で押し返すこと(咳反射)がうまくできないことも知っておきましょう。

子どもの食品による窒息死事故の8割が4歳以下でおこっています。4歳以下の子どもが食事をするときには特に注意が必要です。

1) 窒息死の年齢別比率 (N=623)



⑨

(2) 食事の時の行動 → 窒息しにくい食べ方を実践しましょう

- ☑ 食べることに集中させる
- ☑ 水分を摂ってのどを潤してから食べさせる
- ☑ よく噛んで食べる
- ☑ 一口の量を多くしない
- ☑ 口の中に食品があるときはしゃべらせない
- ☑ あおむけに寝た状態や、歩きながら、遊びながら、食品を食べさせない
- ☑ 食事中に乳幼児がびっくりするようなことをしない
- ☑ 年長の子どもが乳幼児に危険な食品を与えることがあるので注意する

⑩

食品側の要因（窒息を起こしやすい食品）を知る

- ① まるいもの、つるっとしているもの
- ② 粘着性が高く、唾液を吸収するため飲み込みづらいもの
- ③ 固くて噛み切りにくいもの

今から提示する食品を分けてみましょう！

⑪

食品側の要因（窒息を起こしやすい食品）を知る

1 丸いもの・つるっとしているもの



表面が滑らかなために口のなかに保持できず、ふとしたときに飲み込んでしまって喉につまり、窒息につながる可能性があります。

どれも窒息の危険性が非常に高い食品です。

⑫

食品による窒息ゼロをめざして

窒息ゼロを目指すには、窒息を起こしうる「子ども側の要因」と「食品側の要因」をできるだけ減らしていくしかありません。「子ども側の要因」「食品側の要因」の合わさった状況をつくらないようにしましょう。



⑬

食品による窒息ゼロをめざして

食品の形態・特性		食材	予防・注意点
丸いもの・つるつとしたもの	弾力あり	プチトマト、 <u>ブドウ</u> 、さくらんぼ、うずらの卵、球形のチーズ、カップゼリー、 <u>ソーセージ</u> 、こんにゃく	<ul style="list-style-type: none"> ・1/4カットにして小さくする ・カップゼリーは上向きに吸い込むため誤って気道に食べ物などが入りやすい。また、凍らせたり、こんにゃく入りゼリーになると、更に窒息の危険がある。 ・ソーセージは縦半分に切る ・こんにゃくは使用しない ・1cmに切った糸こんにゃくを使用
	粘着性が高い	白玉団子	つるつとしていて、嘔む前に誤嚥するので注意
	固い	あめ、 <u>ピーナッツ</u> などの豆類、ラムネ	4歳以上になってから

⑭

『炒り大豆は危険物！』

そして、

今後の長期方針としてどうすべきか？

「重大事故の報告書」を

各園で確認・検討していただき、

松江市内の保育施設が集まって

小児科医も交えて

どうすべきかを相談する！

⑮

もしも気道に食品が詰まってしまったら？

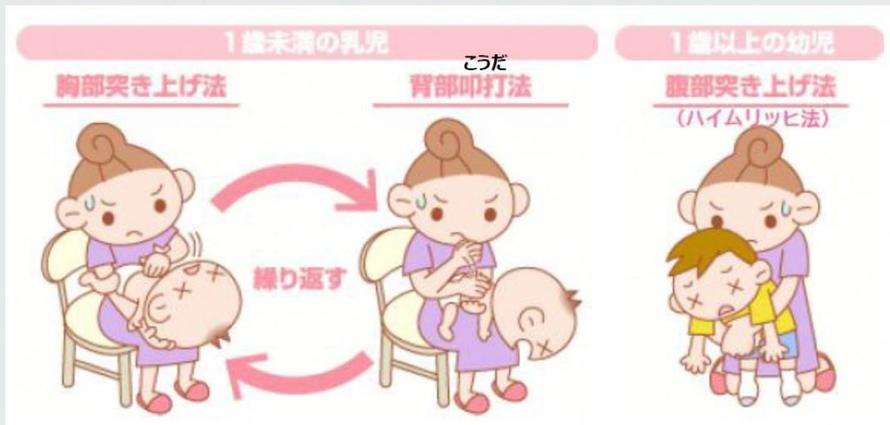


急に顔色が悪くなり、よだれを垂らして、苦しそうな顔をして声が出せなくなります。

たった数分で呼吸が止まり、心停止してしまう可能性があります。

⑯

もしも気道に食品が詰まってしまったら？



子どもの反応がなくなったら、周りの人に応援を呼び、直ちに心肺蘇生を開始して、救急隊が到着するまで続けます。

<日本小児科学会 こどもの生活環境改善委員会 「食品による窒息 子どもを守るために
できること」>

～食品による窒息 子どもを守るためにできること～

日本小児科学会 こどもの生活環境改善委員会

先日、ブドウを詰まらせて窒息死した男児のニュースが報道されました。それと同時期に定期的に発信している傷害速報でも、パンやドーナツによる窒息事例 ([No. 49 類似事例 3](#) [No. 49 類似事例 4](#)) が報告されました。このような食品による幼い子どもの窒息は度々起こっており、尊い命が失われています。食品による窒息から、子どもを守るためにできることをまとめました。

食品による窒息は珍しくない

窒息は、空気の通り道である気道が塞がれることです。新鮮な空気を取り込むことができなくなり、極めて短時間のうちに致命的となります。今回のように「食品」が原因の窒息は、決して珍しくありません。

消費者庁の調査によると、2010年から2014年の5年間で、14歳以下の子どもに起こった窒息死623例のうち、食品が原因だったのは103例(17%)でした。6人に1人は食品が原因で窒息死していたのです。

消費者庁 食品による子供の窒息事故に御注意ください！

https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/release/pdf/170315kouhyou_1.pdf

なぜ窒息が起きるのか？

口は、空気と食品共通の通り道です。そのため、口の中にもものを入れる(=食べる)行為は、常に窒息の危険があります。食品による子どもの窒息について、子ども側の要因と食品側の要因について考えてみたいと思います。

子ども側の要因を知る

窒息がおきる子ども側の要因は大きく分けて2つあります。それは、「食べる(嚙む、飲み込む)力」と「食事の時の行動」です。

(1) 食べる(嚙む、飲み込む)力

離乳食初期(生後5～6か月頃)は 離乳食を飲み込むだけで、舌や歯ぐきで嚙んだりつぶしたりすることはできません。離乳中期(生後7～8か月頃)からは、舌でつぶせる固さのもの、離乳後期(生後9～11か月頃)からは歯ぐきでつぶせる固さのものが食べられます。離乳完了期(生後12～18か月頃)になると、前歯で嚙み切って歯ぐきで嚙める固さのものが食べられるようになります。

市販の離乳食やおやつには、対象月齢が明記されている商品もありますが、表記に法的な根拠はなく、食品会社が自由に表記できます。表示されている対象月齢は、あくまでも目安と考えましょう。

No. 045 ベビーフード（大豆）の誤嚥による気道異物

1歳半以降になると、前歯が生えそろう、奥歯も生え、手づかみで盛んに食べるようになります。前歯での適量のかじり取りや奥歯でのすりつぶしができるようになります。3歳頃に乳歯が完成し、ものをすりつぶすことができるようになりますが、噛む力は大人と比べて弱いと言われています。固いものはうまく噛むことができませんので、丸飲みすることにより、窒息につながる可能性があります。また子どもは咳をする力が弱く、気管に入りそうなものでも咳で押し返すこと（咳反射）がうまくできないことも知っておきましょう。

子どもの食品による窒息死事故の8割が4歳以下でおこっています。4歳以下の子どもが食事をするときには特に注意が必要です。

No. 49 類似事例 1・2

- ・月齢に合わせた離乳食の固さを知り、子どもにあった食事を提供しましょう
- ・市販品の対象月齢はあくまで目安です。子どもが与える前にもう一度安全かどうか考えてから与えましょう
- ・丸飲みしてしまいそうな固いものは、窒息につながる可能性がありますので与えないようにしましょう

(2) 食事の時の行動

窒息につながる背景として、走り回って食べた、何個もほおぼってしまったなど、食事の時の行動が原因と考えられる事例もあります。

No. 052 円柱状の砂糖菓子の誤嚥による窒息

- ・窒息しにくい食べ方を実践しましょう
 - ◆ 食べることに集中させる
 - ◆ 水分を摂ってのどを潤してから食べさせる
 - ◆ よく噛んで食べる
 - ◆ 一口の量を多くしない
 - ◆ 口の中に食品があるときはしゃべらせない
 - ◆ あおむけに寝た状態や、歩きながら、遊びながら、食品を食べさせない
 - ◆ 食事中に乳幼児がびっくりするようなことをしない
 - ◆ 年長の子どもの乳幼児に危険な食品を与えることがあるので注意する

食品側の要因（窒息を起こしやすい食品）を知る

食品側の要因として、表面平滑性（つるっとしているかどうか）、粘着性、固さ、噛み切りにくさ、大きさ、形状があります。以下に危険な食品の例を挙げます。

（1）丸くつるっとしているもの

× あめ、ブドウ、プチトマト、さくらんぼ、ピーナッツ、球形の個装チーズ、うずらの卵、こんにゃく、ソーセージ、ラムネ、白玉団子など

表面が滑らかなために口のなかに保持できず、ふとしたときに飲み込んでしまって喉につまり、窒息につながる可能性があります。例はどれも窒息の危険性が非常に高い食品です。

[No. 049 ブドウの誤嚥による窒息（事例1）](#)

（2）粘着性が高く、唾液を吸収して飲み込みづらいもの

× 餅、ごはんやパン類

よく噛まずに詰め込んで食べてしまうと、大きな塊のまま喉に入って窒息します。一口の量を制限する必要があります。特に餅は強い噛む力が必要な食品で、かつ粘着性も高いので、口の中に張り付いて取れにくくなり、窒息の危険性が高い食品です。パンでは、中学生がパン食い競争で窒息死したこともあります。

[No. 49 類似事例3](#) [No. 49 類似事例4](#)

（3）固くて噛み切りにくいもの

× リンゴ、イカ、肉類、生のにんじん、棒状のセロリ

十分に小さくならないまま喉に送り込まれ、窒息します。

窒息を起こしやすい危険な食品

丸いもの・つるっとしているもの



粘着性が高く唾液を吸収するため
飲み込みづらいもの



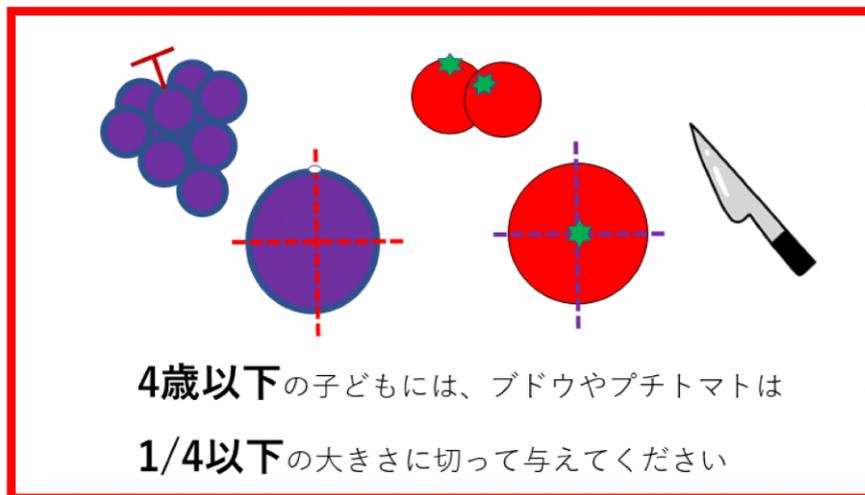
固くて噛み切りにくいもの



食品による窒息ゼロをめざして

窒息ゼロを目指すには、窒息を起こしうる「子ども側の要因」と「食品側の要因」をできるだけ減らしていくしかありません。「子ども側の要因」+「食品側の要因」の合わさった状況をつくらないようにしましょう。例えば、4歳以下の子どもに、ブドウをそのまま食べさせるのは非常に危険です。「4歳以下の子どもには、ブドウを1/4以下の大きさに切って与える」などの対策が重要です。

具体的な食べ方は、2016年に内閣府、文科省、厚労省から出された「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」に分かりやすくまとまっています。それを参考にして作成した表をご紹介します。



表：窒息につながりやすい食品.

下線：頻度が高いもの ※特に4歳以下の子どもが食べるときは注意が必要です

食品の形態・特性		食材	予防・注意点
丸いもの・つるつとしたもの	弾力あり	プチトマト、 <u>ブドウ</u> 、さくらんぼ、うずらの卵、球形のチーズ、カップゼリー、 <u>ソーセージ</u> こんにゃく	<ul style="list-style-type: none"> ・1/4カットにして小さくする ・カップゼリーは上向きに吸い込むため誤って気道に食べ物などが入りやすい。また、凍らせたり、こんにゃく入りゼリーになると、更に窒息の危険がある。 ・ソーセージは縦半分に切る ・こんにゃくは使用しない ・1cmに切った糸こんにゃくを使用
	粘着性が高い	白玉団子	つるつとしていて、噛む前に誤嚥するので注意
	固い	<u>あめ</u> 、 <u>ピーナッツ</u> などの豆類、ラムネ	4歳以上になってから
粘着性が高く、唾液を吸収して飲み込みづらいもの		餅、ごはん、 <u>パン</u> 類、焼き芋、カステラ、せんべい	<ul style="list-style-type: none"> ・水分を摂ってのどを潤してから食べる ・一口量を守って詰め込まない ・良く噛む
固く噛み切りにくいもの		エビ、貝類	2歳以上になってから
		<u>リンゴ</u> 、イカ、 <u>肉</u> 類、生のにんじん、棒状のセロリ、水菜	<ul style="list-style-type: none"> ・小さくする ・水菜は1-1.5cmに切る ・イカは小さく切って加熱すると更に固くなるので注意
弾力があり噛み切りにくいもの		きのこ類（えのき、しめじ、まいたけ、エリンギなど）	1cm程度に切る
		グミ	<ul style="list-style-type: none"> ・4歳以上になってから ・口に入れるのは1個ずつにする
唾液を吸収して飲み込みづらいもの	噛みちぎりにくい	のり	刻みのりを、かける前にもみほぐしておく
		鶏ひき肉のそぼろ煮	豚肉との合いびき肉で使用する。または片栗粉でとろみをつける
		ゆで卵	細かくして、何かと混ぜる
		煮魚	味を染み込ませ、やわらかくしっかり煮込む

もしも気道に食品が詰まってしまったら？

窒息の時のチョークサインは世界共通です。そして、急に顔色が悪くなり、よだれを垂らして、苦しそうな顔をして声が出せなくなります。



子どもの事故と対策

窒息状態になると、たった数分で呼吸が止まり、心停止してしまう可能性があります。すぐに119番、そして応急処置を開始します。

まず、口の奥まで無理に指を入れ込まないでください。1歳未満の乳児の場合には、すぐに救護者が膝を曲げ（もしくは椅子に座り）、太ももの上に子どもをうつ伏せに抱きあげ、子どもの背中の中肩甲骨の間のあたりを手のひらで5～6回強く叩いて詰まった食品を吐き出させます（背部叩打法）。1歳以上の子どもに対しては、腹部突き上げ法（ハイムリッヒ法）を行ないます。子どもの背中側から救護者の両手を回し、みぞおちの前で両手を組んで勢い良く両手を絞ってぎゅっと押すことで、詰まっていた食品を吐き出させます。

それでも窒息が解除できない場合や意識がない場合には、子どもを仰向けに寝かせ、心肺蘇生と同じように、子どものみぞおちの部分の両手拳で上の方に押す方法を行います（胸部突き上げ法）。

1歳未満の乳児		1歳以上の幼児
<p>胸部突き上げ法</p> 	<p>背部叩打法</p> 	<p>腹部突き上げ法 (ハイムリッヒ法)</p> 
<p>繰り返す</p> 		
<p>子どもの事故と対策</p>		
<p>1歳未満の乳児では胸部突き上げ法と背部叩打法を組み合わせ、1歳以上の子どもでは腹部突き上げ法（ハイムリッヒ法）・胸部突き上げ法・背部叩打法を組み合わせ、それぞれ各5～6回を1サイクルとして繰り返します。窒息を解除することができず子どもの反応がなくなったら、直ちに心肺蘇生を開始し、救急隊が到着するまで続けます。周りの人に応援を頼むことも忘れてはなりません。家の前の通行人の腹部突き上げ法（ハイムリッヒ法）により窒息が解除され、子どもの命が助かった症例も報告されています。</p>		
<p>No. 049 ブドウの誤嚥による窒息（事例1）</p>		

参考資料 4

子政 第 1066 号
令和 3 年 3 月 5 日

各公立保育所（園）長 様
各公立幼稚（保）園長 様

松江市子育て部子育て政策課
課長 青木 佳子

公立保育所給食等に使用する食材・栽培活動について（通知）

令和 3 年 1 月 2 0 日付で消費者庁より発出された『食品による子どもの窒息・誤嚥事故に注意！－気管支炎や肺炎を起こすおそれも、硬い豆やナッツ類等は 5 歳以下の子どもには食べさせないで－』を受けて、以下のように給食等での食材の取り扱いを変更しますので、通知いたします。

なお、給食以外の食を伴う活動（クッキング・行事 等）につきましても同様な扱いとします。

1. 消費者庁より聞き取り

<豆の取り扱いについて>

『硬い豆（炒り大豆等）やナッツ類については 5 歳以下の子どもには絶対に食べさせないで』としているが、それ以外の豆については事故防止ガイドラインに基づいて提供をしてほしい、しかしながら、提供可としている豆でもシミュレーションにもあるように、大声で話しながら食べる、笑いながら食べる、悪い姿勢で食べる等の際には喉に詰まる可能性があるという認識をもってほしいとのこと。

2. 今後の食材の取り扱いについて

<今後も献立に取り入れる予定の食材>

使用食材	献立例	提供方法・注意事項
水煮大豆	ポークビーンズ、大豆サラダ、 大豆入り炊き込みご飯、 <u>十六穀米</u> <u>*磯ビーンズ 等</u> (*小魚(小平子)を素揚げ、水煮大豆に片栗粉を付け、油で揚げたものを、しょうゆ・砂糖・みりんを煮たてた中に入れてからめ、最後に青のりをふりかけたもの)	・磯ビーンズ以外の料理については、現行通り提供する ・ <u>十六穀米、磯ビーンズは、提供時期を 1 0 月以降とする（給食に慣れてきた頃）</u>
黒豆・金時豆・うずら豆	煮豆	現行通り提供する
枝豆	枝豆サラダ、枝豆ご飯 等	<u>茹で枝豆（さや付き）は提供しない</u>
★ミニトマト	生でそのまま食べる	旬の時期（7 月～8 月）に 1～2 回、 <u>*分割して提供する</u>
★ぶどう	生でそのまま食べる	旬の時期（8 月～9 月）に 1～2 回、 <u>*分割して提供する</u>
団子	きな粉・みたらし・磯風・あずき 白玉、フルーツ白玉 <u>白玉粉ではなく、白玉団子の粉を使用</u>	・月に 1～2 回程度提供する ・白玉団子の粉に <u>豆腐・かぼちゃ等</u> を入れ、やわらかい生地にする ・年齢に応じて、小さく切る等の配慮を行う ・ <u>土曜日は提供しない</u> （職員数も少なく、担任不在のことがあるため）

*消費者庁通知（R3.1.20）・事故防止ガイドライン等に基づき、分割して提供する

⇒分割して提供となると、作業に時間がかかるため、献立の組み合わせを配慮する

★ミニトマト・ぶどうについては、提案献立（実施 2 ヶ月前に各施設に送付）で確認・協議後、別紙 2 にて提供可能日をお知らせください

<今後は使用を中止する食材>

使用食材	献立例	提供方法・注意事項
ナッツ類 (アーモンド・クルミ等)	アーモンド田作り・ナッツクッキー・ チェルシートースト* (*アーモンド・干しぶどう・マーガリン・砂糖を混ぜ 合わせたものを食パンに塗り、オーブンで焼いた もの)	<u>消費者庁通知 (R3.1.20)・事故防止ガイド ラインに基づき、使用を中止する</u>

3. 伝統行事食の実施について *消費者庁通知 (R3.1.20)・事故防止ガイドライン等に基づく

料理名	喫食	注意事項
花餅 柏餅	△ (年長児のみ)	<ul style="list-style-type: none"> ・もち米のみを原料とした白玉粉は使用せず、うるち米も原料に含む団子粉を使用すること ・喫食に関しては年長児に限る ・子どもの発達(咀嚼・嚥下力)に応じて小さく切る等の配慮を行う ・食べる際は、必ず落ち着いた環境の中で食べさせること
笹巻き	×	餅の部分が多く、粘着性高いため
餅	×	粘着性が高いため

4. 栽培活動について *消費者庁通知 (R3.1.20)・事故防止ガイドライン等に基づく

食材名	栽培	喫食
ミニトマト	○	△ (食べる場合は、必ず落ち着いた環境の中で分割して食べさせる)
ピーナッツ	○	×
		(絶対に食べさせない)

参考資料 5

会議の開催経過及び議事内容等

開催日等	議 事 内 容 等
R2 7/15 第 1 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検証の目的、検証の方法、検証スケジュールの確認 ・ 事故概要の把握・保護者からの意見聴取
R2 8/26 第 2 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第 1 回事故検証部会に係る確認事項の報告及び確認 ・ 問題点の検討
R2 11/11 第 3 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故検証部会報告書（案）骨子の検討 <p>【骨子】 検証の目的、検証の方法、事故の概要及び経緯、問題点、問題点や課題に対する提言</p>
R2 12/16 第 4 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故検証部会報告書（案）の検討 <p>検証の目的、検証の方法、事故の概要及び経緯</p>
R3 1/27 第 5 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安全管理研修、国通知、アンケート調査の報告 ・ 事故検証部会報告書（案）の検討 <p>検証の目的、検証の方法、事故の概要及び経緯</p>
R3 2/17 第 6 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故検証部会報告書（案）の検討 <p>検証の目的、検証の方法、事故の概要及び経緯、問題点の抽出</p>
R3 3/10 第 7 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故検証部会報告書（案）の検討 <p>問題点の検討、「飲食を伴う教育・保育活動」に関する提言</p>
R3 3/25 第 8 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故検証部会報告書（案）の検討 <p>問題点の抽出、「飲食を伴う教育・保育活動」に関する提言</p>
R3 4/28 第 9 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故検証部会報告書（案）の検討 <p>問題点の抽出、「飲食を伴う教育・保育活動」に関する提言 再発防止に向けた松江市の取組</p>
R3 5/26 第 10 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故検証部会報告書（案）の検討 <p>問題点の抽出、「飲食を伴う教育・保育活動」に関する提言 再発防止に向けた松江市の取組 まとめ</p>

参考資料6

委員名簿

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をもって構成することから、専門性が高いため、松江市社会福祉審議会条例第9条の規定に基づき、児童福祉専門分科会の下に「事故検証部会」を設置した。なお、事故検証部会の委員は以下の5名で構成した。

役職	区分	所属等	名前
部会長	学識経験者	国立大学法人 島根大学 理事・副学長	肥後 功一
副部会長	弁護士	島根県弁護士会 弁護士	中川 修一
委員 (五十音順)	管理栄養士	公益社団法人 島根県栄養士会	伊藤 孝子
	教育・ 保育関係者	公立大学法人 島根県立大学人間文化学部 保育教育学科 准教授	小山 優子
	医師	一般社団法人 松江市医師会 理事	田草 雄一

参考資料 7

○松江市社会福祉審議会条例

平成 29 年 12 月 19 日

松江市条例第 87 号

(趣旨)

第 1 条 社会福祉法(昭和 26 年法律第 45 号。以下「法」という。)第 7 条第 1 項の規定に基づく審議会その他の合議制の機関として設置する松江市社会福祉審議会(以下「審議会」という。)の組織及び運営に関しては、法及び社会福祉法施行令(昭和 33 年政令第 185 号。以下「政令」という。)に定めるもののほか、この条例の定めるところによる。

(調査審議事項)

第 2 条 審議会は、次に掲げる事項について調査審議する。

- (1) 法第 7 条第 1 項に規定する社会福祉に関する事項
- (2) 法第 12 条第 1 項の規定による児童福祉及び精神障害者福祉に関する事項
- (3) 子ども・子育て支援法(平成 24 年法律第 66 号)第 77 条第 1 項各号に関する事項
- (4) 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 17 条第 3 項、第 21 条第 2 項及び第 22 条第 2 項に関する事項

(組織)

第 3 条 審議会は、委員 25 人以内で組織する。

(委員の任期)

第 4 条 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 委員は、再任されることができる。

(臨時委員の任期)

第 5 条 臨時委員の任期は、特別の事項の調査審議が終了するまでとする。

(委員長の職務を行う委員)

第 6 条 委員長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を行う。

(会議)

第 7 条 審議会の会議は、委員長(委員長が定められていない場合にあつては、市長)が招集し、委員長がその議長となる。

2 委員長は、委員の 4 分の 1 以上が審議すべき事項を示して招集を請求したときは、審議会の会議を招集しなければならない。

3 審議会の会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

4 審議会の会議の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

5 臨時委員は、特別の事項について会議を開き、議決を行う場合には、前 2 項の規定の適用については、委員とみなす。

(専門分科会)

第8条 審議会に、社会福祉における専門的な事項を調査審議するため、法第11条第1項に規定する民生委員審査専門分科会及び児童福祉専門分科会のほか、次に掲げる専門分科会を置く。

(1) 障がい者福祉専門分科会(法第11条第1項に規定する身体障害者福祉専門分科会の所掌事項を含む。)

(2) 高齢者福祉専門分科会

2 市長は、前項に掲げるもののほか、必要に応じ、審議会に専門分科会を置くことができる。

3 専門分科会(民生委員審査専門分科会を除く。)に属すべき委員及び臨時委員は、委員長が指名する。

4 専門分科会に専門分科会長を置き、その専門分科会に属する委員及び臨時委員の互選によってこれを定める。

5 専門分科会長は、その専門分科会の事務を掌理する。

6 専門分科会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員又は臨時委員が、その職務を行う。

7 審議会は、その定めるところにより、専門分科会(民生委員審査専門分科会を除く。)の決議をもって審議会の決議とすることができる。

(部会)

第9条 審議会は、政令第3条第1項の規定によるほか、専門分科会に部会を置くことができる。

2 部会(政令第3条第1項に定める審査部会を除く。)に属すべき委員及び臨時委員は、委員長が指名する。

3 前条第4項から第6項までの規定は、部会について準用する。この場合において、これらの規定中「専門分科会」とあるのは「部会」と、「専門分科会長」とあるのは「部会長」と読み替えるものとする。

4 審議会は、その定めるところにより、部会(政令第3条第1項に定める審査部会を除く。)の決議をもって審議会の決議とすることができる。

(関係者の出席)

第10条 委員長は、調査審議のため必要があると認めるときは、審議会において、関係者に出席を求め、意見若しくは説明を聴き、又は必要な資料の提出を求めることができる。

2 前項の規定は、専門分科会及び部会について準用する。この場合において、この規定中「委員長」とあるのは「専門分科会長」又は「部会長」と、「審議会」とあるのは「専門分科会」又は「部会」と読み替えるものとする。

(守秘義務)

第 11 条 委員及び臨時委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、また、同様とする。

(庶務)

第 12 条 審議会の庶務は、福祉部において処理する。

(委任)

第 13 条 この条例に定めるもののほか、審議会の組織及び運営に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

(松江市子ども・子育て会議条例の廃止)

2 松江市子ども・子育て会議条例(平成 25 年松江市条例第 46 号)は、廃止する。

○松江市社会福祉審議会運営規程

(趣旨)

第1条 この規程は、松江市社会福祉審議会条例（平成29年条例第87号。以下「条例」という。）第13条の規定に基づき、松江市社会福祉審議会（以下「審議会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(調査審議事項)

第2条 条例第2条に規定する調査審議事項については、次の事項を含むものとする。

- (1) 社会福祉法第55条の2第6項の規定により市に体制整備が義務付けられた「地域福祉協議会」の役割
- (2) 同法第107条に規定する市町村地域福祉計画の策定又は変更及び当該計画の実施状況に関する事項
- (3) 成年後見制度の利用の促進に関する法律第23条第2項に規定する成年後見制度の利用の促進に関する基本的な事項

(専門分科会の事務)

第3条 専門分科会の担任する事務は、次の表のとおりとする。

専門分科会	担任する事務
民生委員審査専門分科会	(1) 民生委員の適否の審査に関する事項の調査審議
児童福祉専門分科会	(1) 児童福祉に関する事項の調査審議 (2) 児童福祉施設の設備及び運営の向上のための勧告に関する意見具申 (3) 家庭的保育事業等の設備及び運営の向上のための勧告に関する意見具申 (4) 幼保連携型認定こども園の設置、事業の停止又は施設の閉鎖の命令及び認可の取消しに関する意見具申 (5) 特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用定員の設定に関する意見具申 (6) 市町村子ども・子育て支援事業計画の策定又は変更に関する意見具申及び当該計画の実施状況の調査審議 (7) 子ども・子育て支援に関する施策の総合的かつ計画的な推進に関し必要な事項及び当該施策の実施状況の調査審議
障がい者福祉専門分科会	(1) 障がい者福祉に関する事項の調査審議 (2) 市町村障害福祉計画の策定又は変更に関する意見具申 (3) 地域における障がい者等への支援体制に関する課題の情報共有、関係機関等の連携の緊密化及び地域の実情に応じた体制整備についての協議

高齢者福祉専門分科会	(1) 高齢者福祉に関する事項の調査審議 (2) 市町村老人福祉計画及び市町村介護保険事業計画の策定又は変更に関する意見具申及び当該計画の実施状況に関する事項の調査審議 (3) 地域包括支援センターの設置・運営及び事業内容に関する調査審議 (4) 地域包括ケア推進に向けた支援体制の整備についての意見具申
------------	---

(専門分科会の会議)

第4条 専門分科会の会議は、専門分科会長が招集し、専門分科会長がその議長となる。

2 専門分科会の会議は、専門分科会に属する委員及び臨時委員（以下「専門分科会構成員」という。）の過半数が出席しなければ開くことができない。ただし、専門分科会長がやむを得ない事由があると認めるときは書面をもって専門分科会構成員の意見を求め、これを会議に代えることができる。

3 専門分科会の会議の議事は、出席した専門分科会構成員の過半数で決し、可否同数のときは、専門分科会長の決するところによる。

4 第2項ただし書による決議は、専門分科会構成員の過半数で決し、可否同数のときは専門分科会長の決するところによる。

5 専門分科会長は、専門分科会に付託された事項について調査審議を終了したときは、その結果について審議会の委員長に報告するものとする。

(部会の事務)

第5条 部会の担任する事務は、次の表のとおりとする。

専門分科会	部会	担任する事務
障がい者福祉専門分科会	審査部会	(1) 身体障がい者手帳の交付に係る医師の指定に関する事項 (2) 更正医療担当医療機関の指定に関する事項 (3) 身体障がい者の障がい程度に関する事項
児童福祉専門分科会	事故検証部会	(1) 重大事故の問題点及び課題の抽出 (2) 事故の問題点及び課題を踏まえた再発防止のために必要な改善策の検討 (3) その他目的達成に必要な事項

(部会の会議)

第6条 部会の会議は、部会長が招集し、部会長がその議長となる。

2 部会の会議は、部会に属する委員及び臨時委員（以下「部会構成員」という。）の過半数が出席しなければ開くことができない。ただし、審査部会 においては、部会長が

やむを得ない事由があると認めるときは書面をもって部会構成員の意見を求め、これを会議に代えることができる。

- 3 部会の会議の議事は、出席した部会構成員の過半数で決し、可否同数のときは部会長の決するところによる。
- 4 第2項ただし書による決議は、部会構成員の過半数で決し、可否同数のときは部会長の決するところによる。
- 5 部会の決議は、審議会の決議とする。

(庶務)

第7条 審議会の庶務は、福祉総務課において処理する。

- 2 専門分科会又は部会の庶務は、専門分科会又は部会を所管する課において処理する。

(雑則)

第8条 この規程に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、審議会が別に定める。

附 則

この規程は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年3月2日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年4月6日から施行する。

おわりに

当部会は、「はじめに」でも述べたとおり亡くなられたお子様のご両親のお気持ちを出発点とし、このような悲惨な事故が繰り返されてはならない、誤嚥によって失われる命が絶対にあってはならないとの強い思いのもと議論を重ね、この報告書を作成するに至りました。

この報告書では、市への提言を含めて13の提言をしています。これらの提言はどれもごく当たり前のことではありますが、それゆえ忘れられたり軽んじられたりしてはならず、何度でも繰り返し述べ続けることが大切なのだと考えます。何事においても基本的な事柄をきちんと押さえていくことが王道です。それゆえ、この報告書で挙げた提言の一つ一つを丁寧に実践してもらえれば今回のような痛ましい事故は二度と起こることはないと確信しています。

さて、当部会の役目はここまでとなります。ここからは子どもたちの健やかな成長を願う大人たちの出番です。教育・保育施設等において子どもたちが安全・安心に活動できるよう切に願って、みなさんにこの提言を託します。

令和3年6月

松江市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事故検証部会

副部会長 中 川 修 一