

高浜市一時的保育「アレルギー誤食事故」検証委員会
報告書

令和5年9月25日

高浜市保育所等事故検証委員会

目次

はじめに

第1章 検証の目的等

- 1 検証の目的
- 2 検証委員会の設置及び開催
- 3 検証の方法及び経過

第2章 事案の概要

- 1 事故の概要
- 2 施設の概要
- 3 事故発生時の保育体制
- 4 本児について
- 5 事故発生時の状況
- 6 事故発生後の対応

第3章 事故の原因及び課題とその分析

- 1 職員間の情報共有
- 2 職員の意識
- 3 保育環境
- 4 職員体制

第4章 再発防止のための提言

- 1 職員間の情報共有の徹底
- 2 職員の危機管理意識を高める
- 3 保育体制の見直し
- 4 市に求めること

資料

委員名簿

参考資料

はじめに

令和4年10月31日（月）市内の保育所で実施している一時的保育事業において、アレルギーのある児童に対し、おやつ提供時にアレルゲン物質を含むかぼちゃプリン風パンプキンケーキを与える誤食事故が発生しました。

気付いた保育士が園長に報告し、園長が救急車を要請しました。医療機関に救急搬送した後、搬送の病院先でアナフィラキシー症状が出たことから、一時ICUで治療されました。

児童に命の別状はなく、11月2日に退院され、現在は元気に過ごされていますが、苦しい思いをされたご本人と不安な思いを抱かれた保護者の方に深いご心痛を与える事態となったこと、安心・安全であるべき一時的保育事業において今後も発生してはならないことであることから、本委員会において重大事故として位置づけます。

我々、検証委員会ではこの重大事故について、事実関係の把握や、可能な限りの発生原因の分析及び検証を行い、検証委員の専門的な分野である弁護士、医師、保育関係者、栄養士、学識経験者の立場から、再びこのような事故が発生しないよう必要な再発防止策を検討し、早急に講ずべき改善策について提言をまとめました。

本報告書が特定教育・保育施設における事故の再発防止と安全・安心な保育の実現に繋がっていくよう、委員一同、強く願っております。

第1章 検証の目的等

1 検証の目的

第三者である検証委員により構成される検証委員会が、事故について事実関係の把握や発生原因の分析、検証等を行うことにより、必要な再発防止策を検討、提言するものであり、特定の個人または団体の責任の追及、関係者の処罰等を目的とするものではない。

2 検証委員会の設置及び開催

令和4年10月31日に市内の一時的保育事業において発生した重大事故（以下、「事故」という。）の検証にあたり、国の通知（※1）及び「高浜市保育所等事故検証委員会設置規則」に基づき、第三者である弁護士、医師、保育関係者、栄養士、学識経験者から構成される検証委員会を設置する。

（※1）「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について（平成28年3月31日付け府子本第191号等、閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）等通知）」

3 検証の方法及び経過

事故発生後、高浜市は施設関係者及び保護者へヒアリング及び現地調査を実施した。高浜市の収集した情報を基に、検証委員会は、関係者及び関係機関に対し、本事例の事実関係を把握するため、本事例に関する不足分の情報に対しての情報の提供を求めるとともに、収集した情報を整理し、検証を進めた。経過は以下のとおり。

(1) 高浜市が実施した関係者からのヒアリング等の実施状況

ア 施設関係者（主に園長、担当保育者）

日程	相手方	聴取内容等
令和4年10月31日 令和4年11月1日 令和4年11月4日	園長	事業実施の保育体制、事故当日の保育体制、事故発生時、事故発生後の対応状況、事故後の保護者とのやり取り、保育体制の見直し、保育者のケア等
令和4年11月4日	担当保育者A、B	保育の実施状況、事故の状況、事故発生後の対応状況等

イ 保護者（両親、主に母親）

日程	聴取内容等
令和4年11月2日	検証委員会開催にあたっての協力依頼 事故当日の状況

ウ 設置主体（高浜市役所こども育成グループリーダー、副主幹）

日程	内容等
令和4年11月1日	現地確認及び調査

(2) 検証委員会の開催

日程	内容等	
令和5年4月21日	第1回検証委員会	検証目的の確認 事例の内容把握 検証の方法、スケジュールの確認
令和5年7月21日	第2回検証委員会	検証委員会報告案の内容検討
令和5年9月25日	第3回検証委員会	検証委員会報告案の内容承認

第2章 事案の概要

1 事故の概要

令和4年10月31日15時05分頃、市内の一時的保育事業の保育室において、卵、小麦、大豆（※大豆は保護者が記載し園へ提出する個人票にのみ記載有）をアレルギーとする3歳児童にアレルギー物質である卵、小麦の入ったおやつかぼちゃプリン風パンプキンケーキを与えてしまったことに、担当保育者が気付いた。児童（以下、「本児」という。）に変化はなかったが、保護者へ連絡し、救急搬送した病院先でアナフィラキシーショック症状が出たため、ICUで治療を受け、2日間入院することになった。

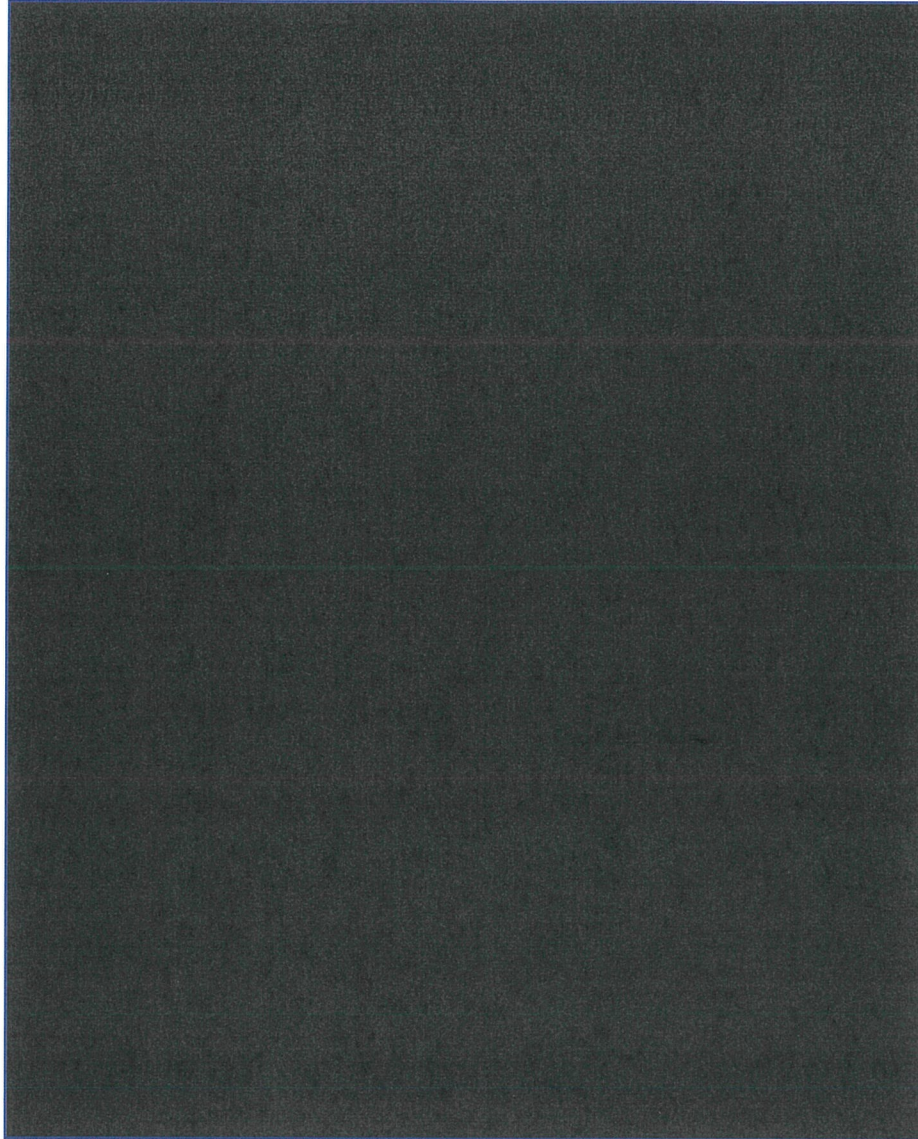
11月2日、健康状態に問題がないとされたため、退院し、現在は回復し、自宅で過ごしている。

2 施設の概要

事故が発生した施設の概要は以下のとおり。

種別	認可保育所
保育所利用定員	120名（弾力化実施のため140名まで受け入れ可能）
保育所実利用者数	135名
保育所の職員	園長 1名 主任 1名 常勤保育士 13名（一時的保育従事者含む） 非常勤保育士 30名（一時的保育従事者保育者A、フリー保育士B含む） 事務員 1名 用務員（雑務兼給食等（おやつ含む）運搬担当職員） 1名 調理員 7名
提供サービス	一時的保育事業
保育室状況	保育室の1室（一時預かり保育室）
保育室等の面積	一時保育室 40.95 m ²
一時的保育従事者	園長（保育士） 1名 保育従事者（保育士） 2名 （うち1名常勤保育士、1名非常勤保育士※） ※1名の非常勤保育士内訳（2名で1名として雇用している） 週3日勤務1名（月、木、金） 週2日勤務1名（火、水） ともに勤務時間は午前9時から午後16時まで

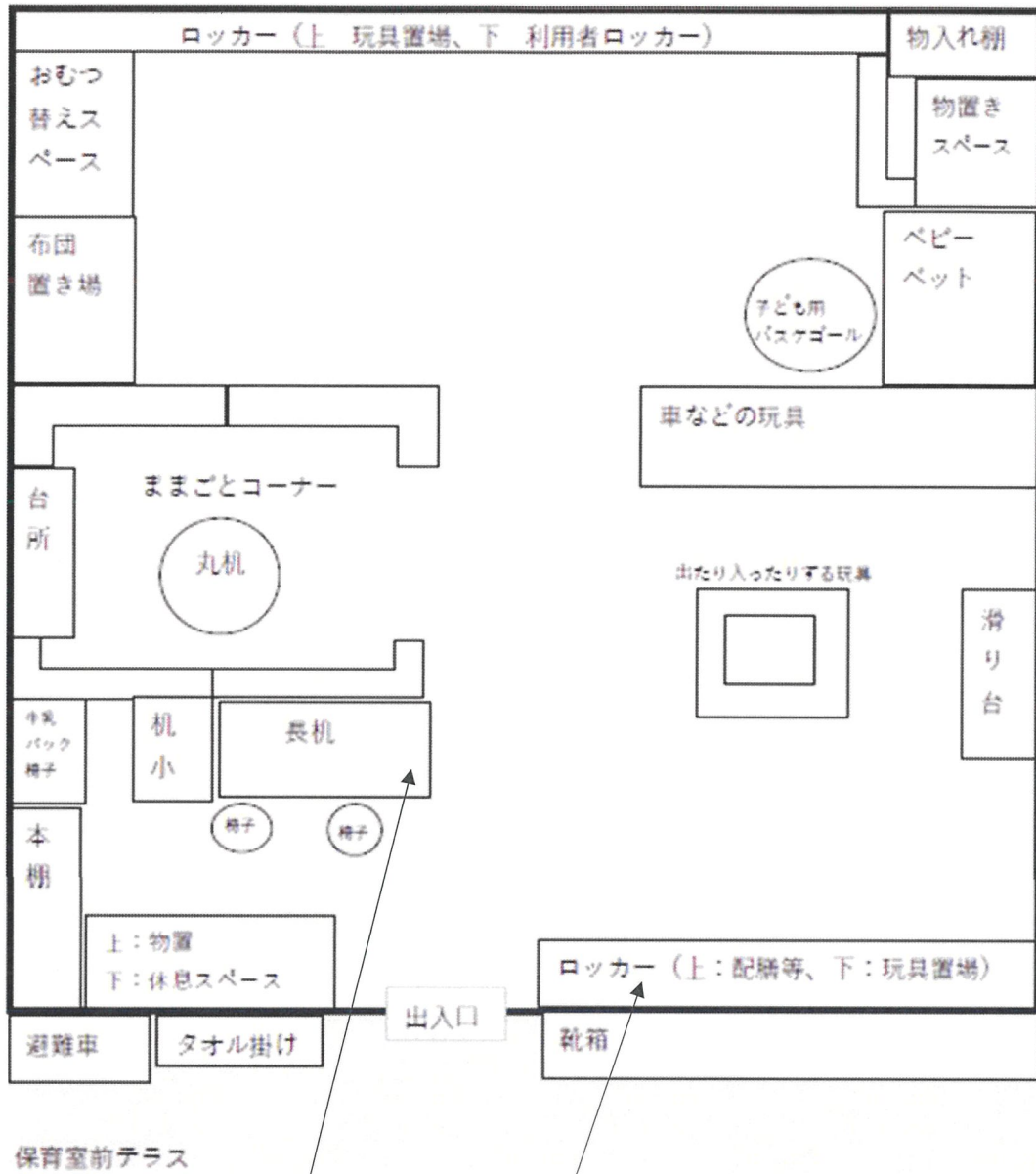
<施設図>
(抜粋)



3 事故発生時の保育体制

発生日の職員体制	園長（保育士） 1 名 一時的保育従事者（非常勤保育士） 1 名 （午前 9 時から午後 1 6 時まで勤務） ※通常は一時的保育従事者 2 名であるところ、事故発生日は常勤保育士 1 名が休暇取得をしており 1 名で保育していた。 ※一時的保育従事者が出勤するまでは、午前 7 時 4 5 分から園長が保育をしていた。 ※緊急的な対応を必要とする場合は、室内電話で職員室へ連絡することになっていた。
発生時の児童数	2 名（うち 1 歳児 1 名、3 歳児（本児） 1 名）
発生時の職員体制	保育従事者（保育士） 1 名

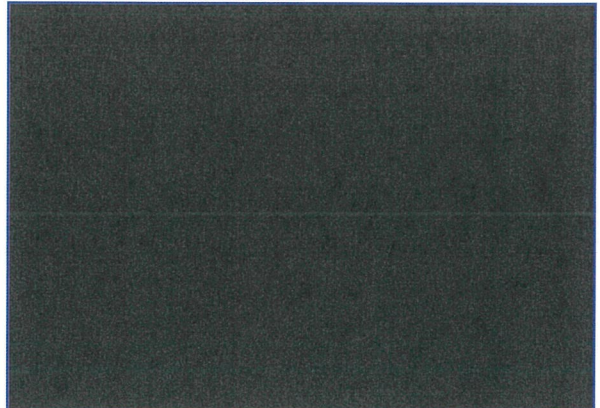
<一時的保育室 見取り図>



<事故時のおやつ配膳> (前から見た図)



<配膳されたおやつを置く場所>



4 本児について

園長から聴取した内容は、以下のとおり。

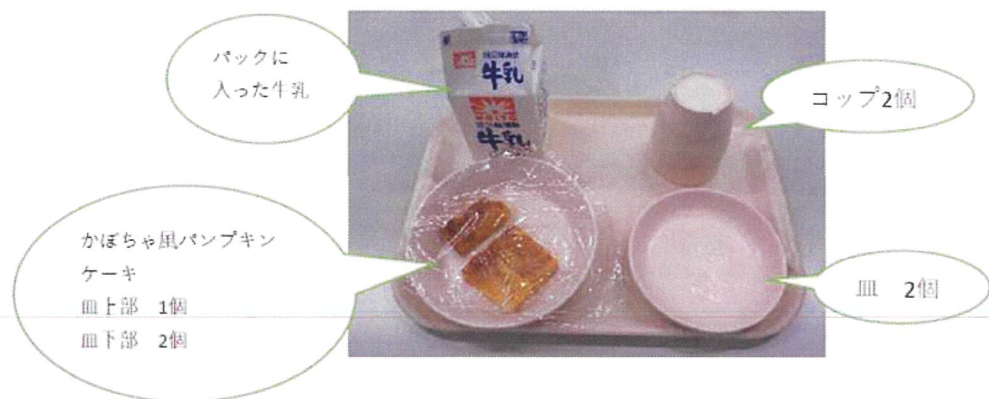
- ・令和4年10月24日から本施設の一時的保育事業の利用を開始した。この日は利用6日目（最終日）だった。
- ・利用時間は7時30分から17時30分まで。
- ・本施設利用前は、市内保育所に通所していた。（令和4年9月末退所）
- ・アレルギー児のため、施設の食事を提供せず、弁当持参で保育を受けていた。
- ・本児のアレルギーの情報は、保護者了承のもと、以前通所していた施設から「生活管理指導票」「アレルギー個人票」の写しをもらっていた。（卵、小麦、大豆（※大豆は保護者が記載し園へ提出する個人票にのみ記載有））
- ・薬については「園に預けるものはない」と、利用前に保護者が園長へ伝えていた。そのため、アレルギー症状が出た際に服用する薬は、園では保管していなかった。
- ・一時的保育従事者は直接園長から本児の情報を聞き、把握していた。また、本児のアレルギーについて、保育園の職員には職員会で伝達していた。ただし、職員会に参加していない職員への情報共有はなされていなかった。
- ・本施設で預かり始めた当初から事故当時日まで、行動や言動、体調面等、本児の様子について特に気になる点は園長、一時的保育従事者、保護者とも感じなかった。
- ・本児は、アレルギーがあるため、自分が他児と同じ食事をとれないことを理解していた。

5 事故発生時の状況

時間	対応者	内容
7:45	園長	父親と登園。園長が受け入れ。受入れ時の視診は体温体調共に異常なし。
7:48		異年齢児数名と室内で玩具で遊ぶ。
8:30	園長	通常保育時間となる為、一時保育室に移動し、園長が保育。
9:00	保育士A	一時保育従事者（以下保育士Aという）が出勤。受入からの様子と弁当が冷蔵庫に保存してあること、利用料を領収したことを情報共有。保育室内で保育士Aと遊ぶ。
9:30		園行事のハロウィンで、本児はお菓子を保育士Aと一緒に園児に配る。
11:45	保育士A	本児以外の児童の給食準備。他児が食事中本児は、食事スペースから離れた、遊びのスペースで過ごす。
11:50		本児の食事の準備。職員室の冷蔵庫に保管してある弁当を園長がとりに行き、電子レンジで温めた。本児、食事。他児が食べたスペースではなく、本児が遊んでいたスペースに、机（一人用）を運び食事をする。
12:45	保育士A	昼寝
14:40		本児は昼寝から起き、トイレを済ませ、保育室へ戻った。

14 : 40	保育士 A	保育士 A はトイレに行きたくなかったため、他クラスの保育士（以下保育士 B という）に一時交代を依頼。
14 : 45	保育士 B	<p>保育士 B は、保育所のすべてのクラスに入るフリーを担当。週 3 日（火、水、金）9 時から 16 時までの勤務をしていた。この日は一時的保育室の隣のクラスの保育を担当していた。</p> <p>そのため、保育士 B は自身のクラスの担任保育士に了承を得て一時交代した。保育士 B は保育士 A が休憩をとれていないことを察し、「トイレだけでなく、お茶でも飲んでください」と伝え、保育士 A と交代した。</p> <p>交代時には、アレルギーの申し送りはされなかった。保育士 B は、本児の対応は初めてであり本児の情報を把握していなかった。</p> <p>保育士 B が保育室に入り、氏名などを確認し、本児に声をかけた。</p>
14 : 55	用務員	<p>用務員がおやつを保育室のカウンターに届けた。</p> <p>届けられたおやつの内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 500ml パックに入った牛乳 ・ かぼちゃ風パンプキンケーキ 3 個 （1 個 = 1 歳児用（他児用）、2 個 = 保育士 A 用） ・ コップ 2 個（1 歳児用（他児用）、保育士 A 用） ・ 皿 2 枚（1 歳児用（他児用）、保育士 A 用）

<配達されたおやつ>



保育士 B	<p>届けられたおやつには、クラス名が表示されており、誰の分のおやつなのか、表示はなし。</p> <p>本児用の持参しているおやつの準備もなかった。</p> <p>保育士 B は以下のとおり、保育士分と一時的保育利用児 2 人分のおやつであると勘違いした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 牛乳は 3 人（1 歳児、本児、保育士 A）分 ・ コップが足りないのは調理員が配膳数を間違えた
-------	--

		<ul style="list-style-type: none"> ・かぼちゃ風パンプキンケーキは1人1個 ・皿はケーキが載っているものを含めて3人分
15:00	保育士B	保育士Bは、本児とおもちゃの片づけをし、手洗いをするなど、おやつを食べる準備をした。
15:02	保育士B	保育士Bは時計を確認し、15時を過ぎても保育士Aが戻ってこないことから、おやつの準備をした。準備された皿とコップの数が人数分より不足していたが、給食時にも不足することがたまにあることから、保育士Bは配膳の際に給食室が数を間違えたものと思い込んだため、確認することなく、おやつを準備した。
15:05	保育士B	<p>保育士Bは、本児におやつを提供した。</p> <p>保育士Bは、本児に先に牛乳を飲むことを促した。</p> <p>保育士Bは、他児のおやつを補助していたため、離れた席から、本児の様子を確認していた。</p> <p>本児が躊躇する様子を見せていたので、保育士Bはジェスチャーで本児を促した。</p> <p>本児は一口かじって「もういらない」と残りを皿に戻した。</p> <p>保育士Bは、本児の気持ちを尊重しごちそうさまを促した。</p>
	保育士A	<p>その直後に、保育士Aが部屋に戻り、アレルギーがあることを保育士Bに伝え、職員室に向かい園長に「●●さんがおやつを一口食べてしまいました」と報告した。</p> <p>園長に報告後、保育士Aは、すぐに保育室に戻り、本児にうがいさせたあと、体調の変化を確認した。保育士Aがかゆみや痛みがあるか本児に聞くと、首を振った。</p>
15:06	園長	<p>園長は急いで保育室に向かい、状況を確認した。</p> <p>園長は、保育士Bから皿にのった状態のおやつを見せられ、本児が喫食したことを確認した。</p> <p>本児の顔など見える部分を確認したが、アレルギー症状はまだ見られなかった。園長は職員室に戻り、保護者に電話連絡をした。謝罪をしたうえで、本児が園のおやつを1口食べてしまったこと、アレルギー症状は出ていない旨を伝え、対応について相談し、救急搬送することを決めた。保護者に搬送先の病院名と主治医名を確認したうえで、救急車を要請した。</p> <p>病院に持参する本児が食べたおやつの成分表と、保護者の緊急連絡先が書いてある書類を用意した。</p>

	保育士 A	保育士 A が本児に救急車で病院に行くことを伝えると、本児はそのまま歩いてテラスに行き、自分で靴を取り出して履いて、テラスで座って救急車を待った。
	園長	保育士 A と交代し、テラスで救急車の到着を待つ間、園長は逐次、本児の表情や症状に異常がないことを確認した。
15 : 20 頃	園長	救急車が到着し、救急隊員と本児が救急車に乗車し、園長も同乗した。 救急車の中でも、本児に特に異常は見られなかった。 園長から救急隊員に状況を報告すると、救急隊員からエビペンの有無を確認されたため、預かっていないこと、医療的な処置はしていないことを伝えた。 園長は保護者に搬送先の希望と主治医名を聞いていたため、救急隊員に報告した。 救急隊員は保護者に電話し、搬送先を確認し、救急搬送なので主治医がみるとは限らないことと、本児の現在の症状を保護者に知らせた。
15 : 30 頃	園長	救急車が出発した。

6 事故発生後の対応

(1) 市の対応

- ・ 11月8日に児童センター館長会、11月9日に幼稚園・保育園・認定こども園の園長会、11月28日に幼稚園・保育園・認定こども園の主任会、11月17日、11月18日に地域型保育事業の代表者会にて、本件の事故の状況の説明。その後、危機意識を高めるために、緊急時の対応、職員間での情報共有の重要性、高浜市幼稚園・保育園等の給食等における食物アレルギー対応マニュアルの見直しなど、再発防止策について意見交換した。
- ・ 12月7日、アレルギー対応説明会を実施し、会の中で出た意見を参考にして、再発防止に向けて、現場が実施できるような高浜市幼稚園・保育園等の給食等における食物アレルギー対応マニュアルの修正を行った。
- ・ 令和5年3月24日には、給食や配膳業務に関わる栄養士、調理員、用務員を対象に改定した高浜市幼稚園・保育園等の給食等における食物アレルギー対応マニュアルを基に、研修会を実施。

(2) 事故が発生した施設の対応

- ・ 10月31日 事故発生後、高浜市こども未来部こども育成グループに園長が事故を報告
- ・ 事故後より保護者（母親）に電話で本児の容態を確認している。
- ・ 11月1日から事故防止策の検討、実施。
 - ① 保育室にアレルギー等がある場合は掲示を行い職員がその都度確認できるようにする。
 - ② 早朝延長申し送りファイルの作成

- ③ 職員会議などで職員の共通理解が必要な場合は書面にして全職員に配布する。
また、もれなく全職員に配布と周知ができているかを確認するために、表に受取と確認の捺印をする。
- ④ 朝礼（８：２５～）やその他の申し送り事項の、不在の職員への周知は、口頭の伝言ではなく伝達事項を書面に書き出し、時差勤務の職員に直接周知する。
また、読んだ職員は捺印をして伝わったかどうか確認できるようにする
- ・ 11月2日 退院後、ご自宅に伺い、謝罪と事故の状況説明、事故再発防止策として行っていることを保護者へ伝える。
- ・ 臨時職員会議を開催して「保育園の危機管理を考える」をテーマに今回の事故の検証を全職員で行った。勤務体制等に合わせて11月4日、11月7日、11月8日の3日間同じ内容を開催し全職員が参加できるようにした。

第3章 事故の原因及び課題とその分析

この事故における原因は何点かのミスが重なって起こっている。一つ一つが確認、徹底されていれば防ぐことができた事故であった。今回の事故発生について、次の原因及び課題があったと考える。

1 職員間の情報共有

(1) 本児のアレルギー情報が全職員に共有なされていなかった

① 保育士

一時的保育利用児にアレルギー児がいるということを把握していたのは、園長、主任、一時的保育常勤保育士（当日休暇）、保育士Aほか職員会で情報を聞いていた保育所の職員であった。職員会に参加していない保育所職員（保育士Bのような非常勤職員や、用務員や、調理員含む）は、議事録を各自で読んで把握することになっていた。しかし、議事録を全職員が読んでいなかった。また、保育所の在園児のアレルギー児情報は職員室や保育室、調理室に掲示されていたが、一時的保育利用児のアレルギー児の情報は掲示されていなかった。

保育士Bは本アレルギー児の情報を把握していなかったことに加え、保育士Aからアレルギーについての申し送りがされなかったこと、一時的保育室にアレルギー児がいることが分かる掲示がなかったため、アレルギー児がいないと思っていなかった。

② 調理員

園児（一時的保育利用児も含む）のアレルギー情報は、調理員も把握することになっている。しかし、当年度の園児（一時的保育利用児も含む）にアレルギー児がいなかったため、園長から調理員へアレルギー情報を伝えることを忘れてしまっていた。

本児のアレルギー対応は完全除去のため昼食、おやつともに持参していたので調理室から食物を提供することがなかった。完全除去で、家庭から食物を持参している場合、持参したものは調理室に保管できないため、職員室の冷蔵庫で保管していた。そのため、調理室に「アレルギー対応」を依頼することがなく、調理室から運びだされるおやつには「アレルギー児がいることが分かる表示」がされていなかった。

調理員が把握していなかったため、用務員に申し送りできていなかった。

③ 用務員（運搬担当職員）

用務員がアレルギー児情報を把握していなかったことに加え、調理室から運ばれるおやつに「アレルギー児がいることが分かる表示」がされていなかったため、おやつを配膳台に置く時、アレルギー対応児のおやつについて、保育士Bに申し送りできていなかった。

2 職員の意識

(1) アレルギー児に対する食物提供についての配慮すべき事項の意識の薄さ

当時、保育所にアレルギー児がいなかったため、アレルギー児受け入れ時の対応について園職員全体の意識が薄かった。

食物アレルギー対応マニュアルに明記してある「受け入れ時に受け取った食物の保管場所と方法の周知」「食物を保管場所から出して運ぶ担当の明確化」「受渡時の申し送り」「声出し確認」などの内容を、食事に携わる職員全員が未実施だった。

上記確認内容についてはマニュアルに明文化されているが、職員交代時のアレルギー対応の引継ぎは記載されていなかったため、交代時に情報を伝えるという意識がなかった。

- (2) 一時的保育でも、保育所と同様にマニュアルを徹底して保育する意識が薄かった

保育所とは保育の流れや受け入れ児の状況が異なることの多い一時的保育で、今までアレルギー児を受け入れたことがなかった。

また、一時的保育に合わせたアレルギー児受け入れ対応についても明確化されておらず、一時的保育に携わる職員が食物アレルギー対応マニュアルに沿った「献立表の掲示」「声出し確認」などを実施する意識がなかった。

3 保育環境

- (1) アレルギー児の情報がどの職員も一目見てわかる環境になっていなかった

職員室などの全職員の目につく場所にアレルギー児情報を掲示することになっているが、当年度、保育所にアレルギー児がいなかったため掲示されていなかった。また、この掲示に、一時的保育利用児の情報を加える欄はなかった。

保育室にアレルギー児がいることが分かるための掲示がないことから、保育士Bのように急遽交代した職員が「このクラスにはアレルギー児がいる」ということが分からない環境だった。

- (2) 配膳される食事に「このクラスにアレルギー児がいる」ことが分かるようになっていなかった

前述のとおり、調理員は一時的保育にアレルギー児がいることを把握していないため、調理室から保育室に運搬するおやつ用のトレイに「アレルギー児有」「完全除去」「アレルギー児以外のおやつ」ということが分かるような表示をすることができなかった。

4 職員体制

一時的保育の休憩は、一時的保育利用児の人数、利用時間など日によって違っている。常勤保育士と2名体制で実施できている日は、日中に交代で休憩する。また、利用時間が午前中のみだったり、早い降園だったりする場合は、利用児が帰ってから休憩をとる。このように、日によって対応が変わるため休憩取得時間や休憩対応職員が固定していなかった。

急に保育室を離れたい時の応援依頼の方法について明確化と徹底がされていなかった。今回のように1人体制で保育していることもよくあるため、急に保育室を離れたくなった時は、室内電話で職員室に連絡することになっていた。しかし、保育士Aはこの手段を取らずに、近くを通りかかった保育士Bに交代を依頼してしまった。

第4章 再発防止のための提言

今回のアレルギー誤食事故の発生には複数の要因が関与している。

そのため、これら一つ一つを改善していく必要がある。このような事故の再発を防止するために、本委員会として次のように提言を行う。

1 職員間の情報共有の徹底

保育所全体で、食物アレルギー対応マニュアルの内容を共通理解することと、食物アレルギー児について認識しておくことが必要である。

一時的保育を利用する子どものアレルギー情報を職員全員が事前に把握することは難しい。しかし、アレルギーについては、命に関わることであり、やはり保育所全体で共有ができる体制の確保が必要である。

その際、複雑な仕組み作りでは機能しないので、その点での工夫が求められる。

(1) 食物アレルギー対応マニュアルの周知、徹底

食物アレルギー対応マニュアルや、事故発生時の対応マニュアルについて整備はされていた。しかし、今回の事故で職員によってアレルギーに対する意識に違いがあることが浮き彫りになった。常勤保育士、非常勤保育士、用務員、調理員など保育所に勤務する職員全員がアレルギーへの対応や配慮事項などについて、共通理解することが必要である。

事故後に高浜市が修正した食物アレルギー対応マニュアルには、今回の事故を踏まえ詳細かつ具体的な対応策が記載されている。しかし、職員全員が理解し、徹底して取り組むためには、マニュアルや作業が理解しやすい必要がある。そのため、現存のマニュアルの見直しを行い、ポイントをフローチャート化するなど、保育士に極力負担をかけず、かつ、事故をおこさないための対策が必要である。

また、現在のマニュアルは、保育施設全般について作成されているが、それぞれの施設での対応は異なる。

そのため、施設種別ごとのマニュアルを作成するとよい。一時的保育は、保育所と違う部分が多いため、一時的保育で特に必要な対応や配慮の違いが分かるよう、保育所版のマニュアルに反映すべきである

(2) アレルギー児の情報共有

アレルギー児の情報は、保育所の全職員が共有する必要がある。保育所職員の勤務体制は早朝保育や延長保育などに対応するため多岐にわたる。全職員が同時に情報共有することは難しいことから、口頭での伝達は困難であることを前提に情報の共有方法を工夫しなければならない。

例えば、以下のような対応が考えられる。

- ・職員室内において全職員が目にする出退勤記録のそばに児童情報を掲示する。
- ・アレルギー児がいる保育室にも「このクラスにはアレルギー児がいる」ということが分かるように献立表のそばにアレルギー児情報を掲示する。
- ・持参した食物を冷蔵庫に入れた時点で、どのクラスの、どの子の弁当か、あるいはおやつかを、誰が見ても一目で分かるような工夫をする。
- ・持参した食物ごとに「昼食用」「おやつ用」の表示を貼って保管する。

- ・上記表示をラミネートしてクリップをつけてすぐ挟めるようにする。
- ・冷蔵庫内で他児と混ざらないように氏名やアレルギーを明記した容器を用意する。
- ・冷蔵庫にアレルギー児の食物が入っていることがわかるように扉に表示したりする。

こうした、「誰が見ても一目でわかる」かつ煩雑化を防ぎ短時間で間違いないようにするための工夫をすることが必要である。

(3) 業務引継ぎの際の申し送りの徹底

業務を引き継ぐ際に行われるアレルギー児の正しい情報の申し送りが求められる。

アレルギー児とそれ以外の児童の給食・おやつの動線を分けるなどの誤食防止のための対応だけでなく、園児の健康状態や保持している疾患、体調や様子など、業務が人に引き継がれる際の申し送りは必須である。アレルギー児の有無を含めた情報について声に出す、ということは最低限必要である。声に出して申し送りをするためには、引継ぎ情報や重要情報が常に確認できるようにしておく必要がある。

常勤、非常勤にかかわらず、確認したいときに確認できる仕組みが必要である。

また、「給食やおやつの取り違い」という危険を常にはらんでいる。本件の場合、調理室から給食やおやつを運ぶ職員と、アレルギー児の食物を保育室に運ぶ職員は別の職員であった。誰が、どのように、どこに、誰に対して、どの食べ物を持って行くのかが整理されていないと、受け渡しが行われなかったり、他児の給食やおやつと取り違えて配膳してしまったりするおそれがある。給食やおやつの受け渡しの際にも、業務の引継ぎと同様に、声に出してアレルギー児の有無を含めた情報について声に出して申し送りをしていくことが最低限必要である。

(4) 非常勤職員へ必要な情報の周知、徹底、共有

保育現場の現状は、保育士確保が難しく、非常勤保育士に助けられている状況にある。今回の事故の場合も、保育士A、保育士Bともに非常勤職員で十分理解していない者同士が当事者であった。マニュアルを作ったり研修したりしても、非常勤職員へは周知、徹底、共有が行き届きにくい。だからからこそ、非常勤職員に対して必要な状況の周知、徹底、共有が必要である。

業務日誌を活用し、出勤時にはそれを読んでから必要なことを各自メモして保育にあたるなどの工夫をする。

(5) わかりやすい仕組みづくり

チェック体制や仕組みが細緻すぎると、職員のストレスにつながったり、保育業務にミスが起こったりする。シンプルかつ要点を抑えた仕組みづくりが求められる。

2 職員の危機管理意識を高める

(1) 「食べる」ということに潜む危険を意識する。

子どもが園で食事をするときには「楽しく食べる」ということを大切にしている。しかし、与える食材によって、命を落とすようなことにもつながりかねないという緊張感も必要である。アレルギー対応はもちろん、食事にあたる前にしっかり子どもの情報を確認し、嚥下機能が未発達な乳幼児については、その子の発達状態に応じた食べさせ方を追求することが必要である。

(2) 危機管理意識および緊急対応時の知識の取得と意識の維持

食物アレルギー児を預かる頻度の少ない施設では、職員の危機管理意識を維持していくことは容易ではない。そのためには、避難訓練と同程度のロールプレイなどの体験型訓練や、定期的な研修・講習会の継続が重要になる。しかし、研修や講習に全職員が参加できるわけではないので、研修に参加した職員が研修に参加できない職員に伝達し、共通理解と意識の維持を図っていく必要がある。

研修や講習についても、マニュアル等の共通理解はもちろんのこと、実際に緊急事態が起こったことを想定した体験的な研修や講習を実施することが大切になる。こうした研修や講習は、1度では身になりにくかったり忘れてしまったりしてしまうため、様々な想定の下、何度も積み重ねていくことが効果的である。

(3) 安全対策会議および園組織としての対応

園内で実施している安全対策会議において常に細かいことでもヒヤリハットを出し合い、保育者集団全体として、安全に対する意識を高め、情報交換しやすい環境を作り上げていくことが、事故防止の前提として求められる。声かけなどをスムーズにしていけるためにも、風通しの良い保育者集団を作り上げる必要がある。

3 保育体制の見直し

組織として決めておくべきことをしっかり決めて実行していくことが必要である。

個々の保育士のそのときの対応には限界があるので、組織として決めておくべきことをしっかり決めて実行することが必要である。

(1) 保育士の休憩時間確保

本件は、保育を交代した保育士Bが、「休憩取っていないよね、少し休んできたら良いよ」と善意で伝えた一言を受けて保育士Aが休憩した結果、アレルギー児に対する情報共有がされないままおやつ提供時間が到来し、喫食事故が発生している。

このことは、そもそも保育士Aが適切に休憩をとることができていれば、本件事故を回避することができたとも考えられる。

本件において、一時保育の保育士が休憩を取る際には、この日は園長が交代することとなっていたが、事前に定められた取り決めが守られておらず、場当たりの休憩と交代となったため、必要な情報伝達がおろそかになった。保育士の善意ややる気に依存せず左右されない、組織として保育士の休憩時間を確保する体制をあらかじめとっておく必要がある。

また、一時的保育も含めた保育所職員同士が連携をし、休暇や休憩取得時の人員配置をする必要がある。当日に欠席児が多ければ応援に出られる職員が生まれる。こうした状況の変化を把握し、職員間でどのように連携し保育にあたるかを判断、伝達、情報共有するための組織的マネジメントの強化を求める。

(2) 保育の体制

一時保育の子どもが少ない場合、保育士一人、ということになることはやむを得ないかもしれない。

今回の保育士Aにおいても昼食時も午睡時も一人で見守り続けていたと思われる。

保育者の確保は困難であり、人手には限界がある。常時二人体制にすることは難しいかもしれないが、せめて危険が高くなる食事時については、二人体制を確保することが求められる。

今回の事故原因のひとつとして、おやつ時間まで休憩できなかった保育体制がある。ノンコンタクトタイムの確保や人員配置の拡充など、保育体制に対する制度の見直しを期待する。

(3) 事故後の対応

児童がアレルギー物質を含む食物を喫食後、救急車を待つために、児童が歩いてテラスに行き自分で靴を履いた後、救急車が来るまでテラスに座って待機していた。

アレルギー物質を摂取した際は、できるだけ動かさずに安静にすること。また、アナフィラキシーを発症した可能性があれば、まず仰臥位にすることと、体位変換をきっかけに急変することがあるため、急に座ったり立ち上がったりにしないように留意する。移動が必要な場合は担架や横抱きにして運ぶことが望ましい。

4 市に求めること

(1) 食物アレルギー対応指針「ガイドライン」の策定

事故の再発防止のため、高浜市はマニュアルの見直しを行ったが、記載内容が複雑な印象を受ける。

保育士に負担を強いることでは新たな事故が発生するおそれがある。業務が複雑になることで、保育者の混乱を招くことにつながるということから、プロセスの中で省略できるものが無いか整理する必要がある。

市内の保育施設設置者が公立や民間であることや、受入れの園児数、施設の規模、職員の体制（職員数など）は、施設により異なる。

そのため、市が共通の統一マニュアルを示すのではなく、ポイントを押さえた対応指針「ガイドライン」を示すとよい。

そして、各保育施設が、マニュアルを作成するうえで参考となるように、マニュアルのひな型を合わせて作成する必要がある。

ガイドラインとマニュアルのひな型を示すことで、各保育施設も自らの施設ごとの状況に合わせた、必要部分を網羅したわかりやすく利用しやすい対応マニュアルを作成することができる。

(2) 当該職員に対する事後対応の必要性

今回のような事故が起こった場合には、当該職員のケアを考える必要がある。

関わった職員のその後の働き方や心のケアなどの重要性も認識することを望む。

5 まとめ

最後に、被害に遭われたお子さんとそのご家族にお見舞いを申し上げるとともに、本件事故を「不幸な事故」として終わらせることがないように、本委員会において、真摯に事故を検証し、今後同様な事故が発生しないように再発防止策を提言するものである。

今後は、当該報告書を全職員で確認し、見直しをした「高浜市幼稚園・保育園の給食等における食物アレルギー対応マニュアル」改め「高浜市食物アレルギー対応ガイドライン」及び再発防止策についてすべての職員が理解することを期待する。

そして、日々事故防止のための努力をすること、万が一事故が起こった場合には、適切かつ迅速な救急措置・救急通報を行うことができるよう日頃から備えることを提言する。

今後、このような事故が二度と起きることのないよう、安全安心な保育が実践されることを切に願う。

(設置)

第1条 認定こども園、幼稚園、保育所、家庭的保育事業を行う事業所及び小規模保育事業を行う事業所において発生した保育中の重篤な事故(以下「重篤事故」という。)について、経過の調査、原因の分析、再発防止策の協議等を行うため、高浜市保育所等事故検証委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事務を所掌する。

- (1) 重篤事故の経過の調査に関すること。
 - (2) 重篤事故の原因の分析及び再発防止策の協議に関すること。
 - (3) その他前条の設置目的の達成のため必要と認められること。
- 2 委員会は、前項各号の事務による重篤事故の検証結果について、報告書を作成し、市長に提出するものとする。

(組織)

第3条 委員会は、委員5人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者の中から市長が委嘱する。

- (1) 社会福祉事業に関し学識経験を有する者
- (2) 保健医療に関し専門的知識を有する者
- (3) その他市長が必要と認める者

3 委員の任期は、委嘱の日から前条第2項の規定による報告書の提出の日までとする。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に、委員長及び副委員長を置く。

2 委員長は、委員のうちから市長が指名する。

3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員のうちから委員長が指名する。

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。

(会議)

第5条 委員会は、委員長が招集する。

2 委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 委員会の議事は、出席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。

4 会議は、原則非公開とする。

(関係者の出席等)

第6条 委員会は、必要があると認めるときは、関係者を出席させ、意見等を求めることができる。

(守秘義務)

第7条 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同様とする。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、こども未来部こども育成グループにおいて処理する。

(委任)

第9条 この規則に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附則

この規則は、公布の日から施行する。

高浜市保育所等事故検証委員会委員名簿

(高浜市保育所等事故検証委員会設置規則第3条2項の規定順)

氏名	分野（規則の規定）		所属団体
江村 和彦	学識経験者	3-2-(1)	日本福祉大学 教育・心理学部 保育・幼児教育専修
小林 豊子	保育士	3-2-(1)	愛知県保育士会 幼保連携型認定こども園椙山女学園大学附属椙山こども園
辻 元基	医師	3-2-(2)	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更正病院 小児科
山村 浩二	栄養士	3-2-(2)	愛知県栄養士会 名古屋文理大学短期大学部 食物栄養学科
川口 創	弁護士	3-2-(3)	愛知県弁護士会 名古屋第一弁護士事務所