

北上市特定教育・保育施設における事故検証委員会
報告書

令和8年5月

北上市特定教育・保育施設における事故検証委員会

目次

1	はじめに	1
2	検証の目的・方法・経過	2
	(1) 検証の目的	
	(2) 検証組織	
	(3) 検証方法	
	(4) 委員会の開催状況	
3	本件事故の詳細	4
	(1) 事故の概要	
	(2) 当日の経過	
	(3) 給食時の配置図	
	(4) 当日の食事提供状況	
	(5) バナナの提供に関する詳細	
4	発生要因に関する考察	8
	(1) 発達状況について	
	(2) 基礎疾患の可能性について	
	(3) 食事の提供方法について	
	(4) 発生要因に関する結論	
5	本件事故から見えた課題	10
	課題1 認識の相違	
	課題2 救急通報時の対応不備	
	課題3 受診勧奨及び提供方法見直しに係る働きかけの抑制	
6	再発防止に向けた提言	12
	提言1 家庭と園の間で確実に情報が共有される連絡手段の構築	
	提言2 個別の確認事項に関するチェックリストの活用	
	提言3 迅速な救急通報の徹底	
	提言4 多角的な働きかけ及び関係機関の連携	
	提言5 配膳方法及び見守り位置の工夫	
	提言6 マニュアルの視覚化と定着度向上	
7	重大事故発生時の公表及び検証に関する方針	16
	(1) 本件事故に係る市側の対応に関する評価	
	(2) 今後の対応方針	
8	参考資料	18
	参考資料① 教育・保育施設等における誤嚥事故防止のための食材整理表	
	参考資料② 保育事故防止ハンドブック	
	参考資料③ 個別の確認事項に関するチェックリスト（参考様式）	

1 はじめに

令和5年6月1日、市内の特定教育・保育施設（以下「本園」という。）において、1歳2か月（当時）の園児（以下「本児」という。）が食事中に誤嚥し、救急搬送される事故が発生した。

事故後、医療機関において基礎疾患の可能性が示唆され、各種検査が実施されたが、結果として原因の特定には至らなかった。これを受けて市は、事故の状況を客観的に検証し、再発防止に資する提言を取りまとめるため、第三者で構成する「北上市特定教育・保育施設における事故検証委員会（以下「委員会」という。）」を設置した。

委員会は、学識経験者、医師、弁護士、管理栄養士、保育関係者で構成し、令和7年7月22日の第1回会合以降、関係資料の確認、関係者ヒアリングを通じて、多角的に検証を行った。検証の実施にあたっては、国が示す「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号等内閣府等通知）（以下「国の通知」という。）を参照し、再発防止を目的とした提言を行うことを基本方針としている。

本報告書は、事故の経過と検証で得られた知見を整理し、各教育・保育施設における実務の具体的な改善の方向性を提示するものである。ここに示す提言が、各施設における安全管理の一層の充実と同種事故の再発防止に寄与することを、委員一同、強く期待する。

令和8年5月

北上市特定教育・保育施設における事故検証委員会

2 検証の目的・方法・経過

(1) 検証の目的

令和5年6月1日に本園で発生した誤嚥事故について、事故の状況を客観的に検証し、再発防止に向けた提言を行うことを目的とする。

なお、本検証は、特定の団体または個人の責任の追及、関係者の処罰等を目的とするものではない。

(2) 検証組織

国の通知に基づき、事故の発生原因や背景、事故後の対応状況について多角的に検証するため、第三者である学識経験者、医師、弁護士、管理栄養士、保育関係者で構成する委員会を設置した。委員名簿は下表のとおりである。

職名	氏名	所属等
委員長	大塚 健樹	盛岡大学短期大学部
委員（委員長職務代理）	山本 智明	社会福祉法人岩手県社会福祉協議会・保育協議会
委員	片桐 克則	一般社団法人岩手県医師会
委員	沼 徳之	岩手弁護士会
委員	田村 千弘	公益社団法人岩手県栄養士会

(3) 検証方法

検証は以下の方法により実施した。

・資料収集、分析

本園の運営事業者から市へ提出された報告書、関係機関からの提供資料などの収集及び分析。

・ヒアリング

本園の職員、本児の保護者、市の地区担当保健師への聞き取り。

・課題抽出

上記情報に基づく事故の経過、背景、対応方法、組織体制などの検証及び課題の抽出。

・提言の検討

抽出された課題の解決に向けて、必要な改善策を検討。

(4) 委員会の開催状況

開催回	日 程	内容等
第1回	令和7年7月22日	・事故概要の説明 ・事故検証の進め方、スケジュールの確認
第2回	令和7年10月24日	・収集資料の確認及び分析 ・関係者ヒアリングに向けた検討
第3回	令和7年12月3日	・本園職員に対するヒアリング
第4回	令和8年1月30日	・本児保護者に対するヒアリング ・市保健師に対するヒアリング
第5回	令和8年3月12日	報告書案の確認
第6回	令和8年4月22日	報告書案の最終確認

3 本件事故の詳細

(1) 事故の概要

令和5年6月1日、本児が給食で提供されたバナナを詰ませた。

本児は救急車で病院に搬送されたが、脳のダメージが大きく、運動機能回復が難しい状態となった。その後、約8か月の入院を経て、現在は自宅療養中である。

(2) 当日の経過

本園からの報告に基づき、事故発生時の状況を下記のとおりまとめた。

10：50頃

本児、0歳児1人、1歳児1人の計3人が同じテーブルで給食を食べ始める。

職員Aは0歳児の食事介助をしながら、本児の食事摂取量や口に入れる様子や飲み込みを確認していた。いつもと同じように食べたいものを手でつまむようにして食べていた。つまんだものが口に上手く入らずこぼれることもあった。口に入れたら舌と口内の上で潰しながら食べている。たらの甘酢あんかけのたらと白菜のすまし汁の汁を進んで食べていた。0歳児の食事介助と同時に、本児の食べるペースを確認しながら、ごはんが進んでいなかったのでスプーンで少量ずつ介助して食べる。

11：15頃

アスパラサラダが手つかずだったので、介助で食べさせようとする皿を遠ざけて「もういない」という仕草をしたため、無理に食べさせることはせず終わりにし、バナナとお茶をあげる。自分のペースでバナナを食べ始める。

11：17頃

同テーブルの1歳児が給食を食べ終えたため、バナナをあげようと立ち上がり1歩踏み出してバナナを取って戻ると、本児の「あっ・・・あっ・・・」と苦しそうな声を確認する。

バナナが詰まったと思い、うつ伏せに抱き頭を下げて背中を叩き「様子が変わです」と声を出し、同部屋にいた職員B・Cも気づき、職員Cも背中を叩く。その直後に0歳児のミルクを届けに来た園長にも、職員Aが「様子が変わです」と声をかけ、園長も異変に気づき対応する。園長は頭を下げて背中を叩いたり、喉に指を入れたり、みぞおちを押す救命措置を行うが、手足に力がないと思い、職員Bが本児を抱き園長と二人で「救急車」と叫びながら事務室へ移動する。園長が事務室の職員に救急車と保護者に連絡するよう指示する。

11：22頃

職員Dが119番通報し、職員Eが保護者へ連絡する。

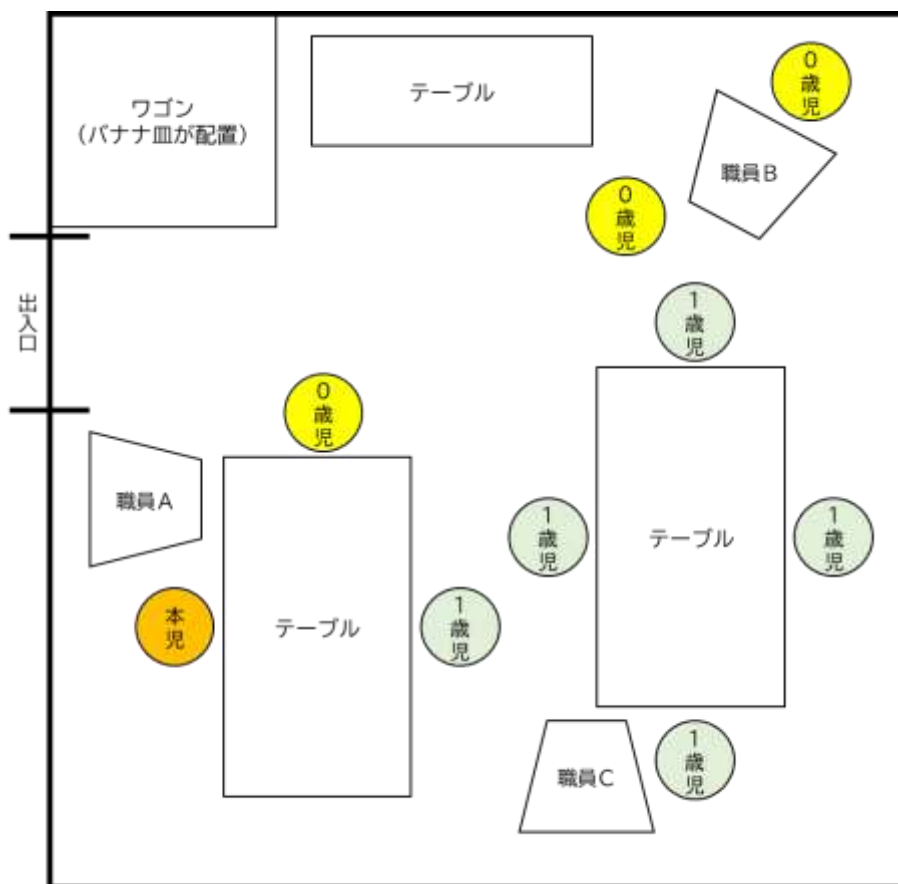
電話越しの救急隊の指示を職員Dが、園長・職員Bへ伝えて救命措置を行う。肩甲骨の間を叩き、指示通りの顎の角度を試してもバナナが出ないことを伝える。意識と呼吸の有無について確認があり、意識がなく顔色が悪いことを職員Bから伝える。指示に従って、本児を仰向けにして園長が心臓マッサージを行い、職員BがAEDの準備をする。胸が動いているか確認され、かすかに1回動いたがその後に動きがない。AEDが大人用であるため、パッドを胸と背中に貼ってアナウンスに従うよう指示があった。

11：33頃

園長が本児の服を脱がせ、職員Bがパッドを本児に装着したところに救急隊が到着し、救命措置を交代する。

救急隊に本児の疾患の有無を聞かれた際、5月13日に自宅でごはんを喉に詰まらせA病院へ救急搬送されたことを伝えると、搬送先が決定し、園からA病院へ出発する。

(3) 給食時の配置図



(4) 当日の食事提供状況

品名	形状等	本児の摂取状況
ごはん	加工なし	介助にて半分摂取
白菜のすまし汁	具は約1cm×1cmに刻み	・汁は自力でほぼ全量摂取 ・具は未摂取
たらの甘酢あんかけ	たらは約1cm×1cmに刻み	・たらは自力でほぼ全量摂取 ・具は未摂取 (介助で促すが食べない)
アスパラサラダ	アスパラは小口 (1cm×1cm程度) で配膳され、園長指示により、食ハサミでさらに細分化	未摂取 (介助で促すが食べない)
バナナ	輪切り (直径約2cm、厚さ約7mm) ※詳細は下記のとおり。	自力で4枚中2枚摂取 (2枚はエプロンにあった)
お茶	加工なし	未摂取

(5) バナナの提供に関する詳細

調理室での準備

- ① 1本のバナナの両端を2cm程度切る。
- ② ①状態から三等分に切る。
- ③ 三等分したバナナの1つを輪切りで4等分にする。
※均等にするため、中心を切り、さらに中心を切って4等分にする。
- ④ クラスの人数分を大きい皿に並べて配膳する。

保育室での準備

保育士がトングを使い、小皿に1人分（輪切り4枚）を盛り付ける。

当日のバナナの状況

- ・本園職員の記録から、バナナは少し熟している感じで柔らかかった。
- ・1枚の大きさはおよそ直径2cm、厚さ7mm程度であった。

写真（再現）



4 発生要因に関する考察

(1) 発達状況について

本児は令和5年1月の10か月健診で所見が指摘され、その後の医療機関受診の結果、療育が勧められていた。その上で、保護者と医師との協議により、令和5年9月に予定されていた1歳半健診までは様子を見るの方針となった。

本園においては、入園前面談を通じて本児の発達状況を把握し、市の地区担当保健師との情報共有を経て、前述の「1歳半健診まで様子を見る」方針を園内でも共有していた。日常の保育においては、動きの面で心配なところがあることから、0歳児寄りとして関わるなどの対応が行われていた。

(2) 基礎疾患の可能性について

本件事故の約3週間前、本児は自宅でご飯を詰まらせて救急搬送されている。このことを受けて、本件事故の直後に医師は基礎疾患の可能性を疑い、入院先において各種検査が実施された。

その後、令和6年8月には染色体検査で異常が見当たらなかったため、さらに詳しい遺伝子検査は行わない旨、医師から保護者へ説明がされた。

続いて、本園の運営事業者が検査の終了を確認し、令和7年3月に市へ事故報告書第3報（確定版）を提出している。

(3) 食事の提供方法について

自宅での誤嚥後において、職員が食事提供方法について確認したところ、保護者からは特に気を付けることはない旨の回答を得たと本園では認識（保護者の認識と相違あり。詳細は後述）していた。しかし、本園では懸念を踏まえ、保育士が必要と判断した場合はハサミで刻んで対応しており、具体的にはアスパラ、タケノコ、肉などを細かくしたとの説明があった。

バナナについては、こども家庭庁が公表した「令和6年度子ども・子育て支援調査研究事業 教育・保育施設等における食事中の誤嚥事故防止対策に関する調査研究事業報告書」の啓発資料「教育・保育施設等における誤嚥事故防止のための食材整理表（参考資料①）」によると、「使用を避ける食材」及び「調理を工夫する食材」としての指定はされていない。本件事故発生時

の提供方法である「およそ直径2cm、厚さ7mm程度の輪切り」に関して、本園では従前も同様のサイズで提供しており、本児はスムーズに摂取していた。なお、自宅では輪切りでなく、一本を半分に切ったものを与えていた状況であるが、バナナの提供方法に関しては一般的な定めがなく、切り方の適否を評価することは難しい部分であり、本児に対して過剰な大きさであったと言いつけるものではないと考える。

また、本児は前述のとおり身体面の発達に遅れが見られる部分があり、保育上の配慮はされていたが、食事に関しては意欲的でしっかり食べるとの認識が保護者、本園職員ともに共通していた。

(4) 発生要因に関する結論

委員会における総合的な検証の結果、食事提供を含む園側の対応と本件事故との間に、明確な因果関係は確認されなかった。また、短期間に2回の誤嚥が生じた事実及び身体発達面の課題が示唆されていた状況から、本児側に誤嚥が生じやすい何らかの基礎疾患が存在した可能性は推測されたものの、医学的に確定した診断は得られておらず、発生要因を一義的に特定することには至らなかった。

以上を前提として、後段に示す課題と提言は、本件事故を直接防げたか否かの評価を目的とするものではなく、同種事故の再発を抑止する上で有効と考えられる措置を示すものとなる。

5 本件事故から見えた課題

課題1 認識の相違

本園職員へのヒアリングから明らかになったこととして、自宅での誤嚥後に本児が登園した際、食事面で注意すべき点があるかを保護者へ確認したところ、「特に気を付けることはありません」との回答を得た、との認識が全ての園関係者に共有されていたことが挙げられる。

この保護者への確認は、送迎時に確認すべき事項として申し送りを受けた早番職員が口頭で確認したものである。その後、この内容は関係する職員間において共通認識として共有されていた。

一方、保護者へのヒアリングから明らかになったこととして、自宅での誤嚥以降は、家庭において離乳食パウチの対象月齢を下げたほか、食材を細かく刻むなど、実質的に1歳未満相当の食事内容へ戻して対応していたということである。加えて、その対応状況については園側へ口頭で伝達しており、園からは「分かりました。園でも合わせてやるようにします」といった趣旨の返答があったと保護者は認識している。

以上を踏まえると、自宅での誤嚥後に求められる注意点に関し、園側と保護者との間で認識の相違が存在していたことが分かる。もっとも、園側では懸念を踏まえ、保育士の判断により一部食材をハサミで刻む等の配慮を行っていたが、バナナについては従前どおりの提供方法が継続されていた。

なお、自宅での誤嚥後から本件事故発生までの連絡帳記録を確認したところ、年齢相応と考えられるメニューや食材の記載が中心であり、「細かく刻む」などの具体的対応が継続して実施されていたことを示す内容は確認できなかった。この点については委員全員が同様に受け止めているところであり、連絡帳の記載内容が乏しいことから、園側及び保護者側の双方がそれぞれの対応状況を把握または推察することは困難であったと言える。

課題2 救急通報時の対応不備

本園が事故対応の参考としていた、独立行政法人日本スポーツ振興センター発行の「保育事故防止ハンドブック（参考資料②）」では、誤嚥・窒息が発生した際、気道閉塞は一刻を争う事態であるため、救助者が複数いる場合は、1名が窒息解除を行い、他の救助者が迅速に救急通報を行う旨が示されている。

本園へのヒアリングにおいて、園側としては、園長と担任による処置を行ってもバナナを除去できなかったため、迅速に救急通報したとの認識が示された。しかし、実際の経過を整理すると、11時17分頃に事故が発生し、同室の職員2名による処置、続いて駆け付けた園長による処置が行われ、その後、事務室へ移動してから11時22分頃に救急通報が行われた。

以上を踏まえると、同ハンドブックに示される内容と、本件における救急通報との間には、一定の相違があった。

課題3 受診勧奨及び提供方法見直しに係る働きかけの抑制

本園職員及び市の地区担当保健師などの関係者は、入園前の段階から面談や集団検診等を通じて保護者との関わりを継続していた。その上で、本児の発達面について、保護者の認識を上回る課題感を抱いていたが、医師との協議に基づく「1歳半健診までは様子を見る」との方針が示されていたこともあり、当該期間において受診勧奨の実施には至らなかった。

また、自宅での誤嚥を受け、園では食材を刻むなどの配慮を行っていたが、特に気を付けることはない旨の回答を得たという職員側の認識もあり、提供方法について改めて協議、確認する場は設けられなかった。

ヒアリングを通じて明らかになったのは、「1歳半健診までの様子見」及び「自宅での誤嚥後の食事提供方法」という2点について、関係者の一部には実態とのずれや違和感があったにも関わらず、既定の方針や保護者との関係性に配慮して、受診勧奨や提供方法の再調整を控える傾向が存在していたという点である。園と地区担当保健師との事前の情報共有においては、入園後も発達の進行が見られない場合には園から受診勧奨を行うという整理があったものの、上記の配慮が働きかけを抑制する要因として作用した可能性がある。

なお、発達面の遅れと本件事故との因果関係は本委員会の検証では特定されておらず、仮に受診勧奨が行われていたら事故を回避できたと結論付ける趣旨ではない。

6 再発防止に向けた提言

提言1 家庭と園の間で確実に情報が共有される連絡手段の構築

本件では、自宅での誤嚥後における食事対応という重大な情報が口頭で伝達されていたため、結果として園側と保護者との認識に相違が生じていたことが明らかとなった。また、口頭でのやり取りである以上、当時どのような内容がどの程度正確に伝わったかを後から確認することは困難である。

本来、家庭から寄せられた重要な情報は、園内の関係職員間で確実に共有される体制が必要である。しかし、口頭連絡の場合は、①保護者が伝える→②職員が聞き取る→③聞き取った内容を記録する→④関係職員間に展開する、といった複数の手順を経ることから、誤解や伝達漏れが生じやすい構造となっている。

したがって、特に子どもの健康や安全に関わる重要事項については、連絡帳、所定の報告様式、電子的連絡ツールなど、記録として残る媒体を必ず用いる運用を定着させ、園内での確認と共有の手順を標準化することが求められる。

また、保護者からの連絡を一方向で受け取るだけでなく、園側の認識や対応内容を保護者に返し、相互に確認する仕組みを設けることが望ましい。このようなフィードバックを含む運用により、認識の相違を早期に是正することができる。

提言2 個別の確認事項に関するチェックリストの活用

本件では、家庭での食事内容について連絡帳を通じた伝達は行われていたものの、1歳未満相当の食事内容へ戻していたことなどの具体的な対応状況は記録から確認できなかった。連絡帳は記録媒体として一定の有効性を有する一方、所定欄以外は自由記載であるため、必要な情報が必ずしも記載されるとは限らない。また、保護者が詳細内容を記載する時間的余裕がない場合には、必要最低限の内容に留まることも少なくないという現状がある。

そのため、入園後間もない時期や発達面で特別な配慮が必要な場合など、特に注意を要する状況においては、通常連絡帳による伝達に加え、園側が確認すべき事項をあらかじめ整理したチェックリスト（参考資料③）を活用し、保護者に回答を求める方法が有効と考えられる。チェック方式であれば、保護者側の負担を軽減しつつ、園側が必要とする情報を漏れなく把握し、園内で統一

的に共有することが可能となる。例えば、連絡帳に挟み込んで提出を求める方法、入園後のほか学期初めの一定期間ごとに確認する、体調変化があった際に随時使用するなど、複数の活用場面を想定した運用により、チェックリストの実効性を高めることが望ましい。

提言3 迅速な救急通報の徹底

誤嚥や窒息事故の発生した際の対応については、本園が参照していた「保育事故防止ハンドブック（独立行政法人日本スポーツ振興センター）」において、救助者が複数いる場合は、1名が窒息解除を行い、他の救助者が迅速に救急通報を行うことが示されている。また、こども家庭庁が公表した「令和6年度子ども・子育て支援調査研究事業 教育・保育施設等における食事時の誤嚥事故防止対策に関する調査研究事業報告書」の啓発資料でも、まず救急通報を行い、その後に異物除去法を行うというフローが示されている。これらの内容からも、誤嚥・窒息は気道閉塞が進行する前の初動が決定的に重要であり、事故を認知した段階で迅速に救急通報に着手する必要があることは明らかである。

一方、委員会での議論では、「まず詰まっている物を出そうと処置を優先してしまう」「保育士のみでは緊急時に上司の指示を仰がずに通報するという判断が難しい」など、現場の一般的な感覚として通報が後手に回る要因があるとの意見が示された。しかし、これらの対応は前述の資料等で示される「まず救急通報を行い、その後に異物除去を実施する」といった原則とは異なるものであり、事故対応として適切な初動を妨げる可能性がある。

したがって、各施設においては実際の事故場面を想定し、誰が、どの段階で、どのように通報するかをあらかじめ明確にした上で、迅速な救急通報を行う体制の再確認を徹底することが求められる。また、本件のように過去にも誤嚥が生じていたり、発達の遅れが認知されていたりする場合は、さらに通報の判断基準を低く設定し、より迅速な対応を取る意識を共有しておく。

提言4 多角的な働きかけ及び関係機関の連携

本件の検証においては、課題3のとおり、既定方針への配慮が先行し、受診勧奨や提供方法の見直しといった働きかけが抑制される構造が明らかとなった。一方で、専門的知見を有する関係機関が園児に違和感やリスク兆候を認めた場合は、未然防止の観点から、適時適切な助言や対応を行う体制が不可欠である。

委員会での議論では、保護者意向や医師の方針が示された局面において、園単独での追加的な働きかけを行うことが難しいという実態が指摘された。このため、園のみならず、自治体の保健師や管理栄養士などの関係機関が連携し、必要に応じて医療とも接続しながら、多角的な視点でリスク評価と働きかけを行える仕組みを整えることが重要である。また、同一の内容でも伝え手や場面の違いによって受け止めが変わる場合があることから、担任、園長、調理担当職員など、立場や専門の異なる関係者による複線的な働きかけを可能とする体制を整え、メッセージの整合と役割分担を事前に明確化しておくことが望ましい。

なお、関係機関が一方向的に「支援」を提供するのみでは、当事者である保護者が懸念や困りごとを表明しにくくなるおそれがある。当事者と関係機関が相互に情報を共有し、率直に話し合える「連携」の関係性を基盤とすることが重要である。

提言5 配膳方法及び見守り位置の工夫

委員会の議論では、配膳方法としてワンプレートで提供することが有効であるとの意見が示された。ワンプレート化により、保育者が別皿の食材を取りに行くために席を離れる必要が減り、見守りの連続性を確保しやすくなる。本件においても、別皿のバナナを補充する動作の間に担当職員が一時的に離席した状況が確認されており、可能な範囲でのワンプレート化の導入は、見守りの質と安全確保に寄与し得る。

また、見守り位置の工夫として、誤嚥リスクが高い、または特段の配慮が必要と判断される園児については、保育者が正面に位置取ることが有効であるとの意見が出された。正面配置により、表情の変化、口元の動き、嚥下の様子などの異変を早期に把握しやすくなる。

提言6 マニュアルの視覚化と定着度向上

事故の初動時は、その場でマニュアルを開いて参照するのではなく、事前に読んだ内容を想起して行動することが前提となる。したがって、平時の学習段階で内容が十分に定着していない場合、緊急時に適切な手順を想起及び実行することが難しくなるという課題がある。

この点に関して、写真、イラスト、フローチャートなどの視覚的要素を取り入れたマニュアル構成は、平時の理解促進と記憶の定着、並びに緊急時の想起容易性を高める上で有効である。とりわけ、事故発生時の初動フローのような時間的猶予が少ない手順や、食材の切り方のように担当者によって違いが生じやすい工程については、統一した切り方になるよう文書のみ記載に依存しない視覚的な掲示が望ましい。

以上の内容により、平時の学習が行動に結びつきやすくなり、より確実な事故対応が可能になるものとする。

7 重大事故発生時の公表及び検証に関する方針

(1) 本件事故に係る市側の対応に関する評価

本件では、事故後に基礎疾患の可能性が示唆され、医療機関による検査が継続されていた。検査結果が示されない段階で第三者による事故検証を行うことは難しいとした市の判断は、検証の前提となる医学的所見が未確定であったという点から、一定程度の合理性があったものとする。仮に検査途中で検証委員会を先行開催した場合、その後に基礎疾患の所見が確定すると、検証の焦点が園の対応の妥当性よりも基礎疾患の影響評価に移り、議論の前提が変動するおそれがあるためである。

一方で、市が重大事故と判断した場合は、詳細が不明な段階であっても、まずは事故の発生事実を関係事業者へ周知し、注意喚起を行うことが望ましい。本件において市は、基礎疾患の疑いに関する個人情報への配慮や、詳細未確定の段階での公表が直ちに再発防止に資するとは限らないとの考えから、国及び県の所管庁へ確認の上で公表を保留したものである。しかしながら「事故が発生した」という事実の共有自体が、各園における当面の安全配慮を促す効果を持ち得ることから、重大事故に該当する場合の早期公表については、今後の検討課題としたい。

(2) 今後の対応方針

検証委員会の設置要否については、国の通知に沿って「①死亡事故、②意識不明事故（どんな刺激にも反応しない状態に陥ったもの）、③上記①②以外の重大事故で、都道府県又は市町村において検証が必要と判断した事故」を対象とするとの整理を基本とする。

合わせて、③の運用にあたっては、判断の透明性及び一貫性を確保するため、市として事前に具体的な判断基準を定めておくことが望ましい。なお、本件事故は、原因が未確定である状況に加え、運動機能の回復が困難な状態に至ったことを踏まえ、③に該当する事例として取り扱う整理がされている。

以上の基準に照らし、重大事故として取り扱う場合には、当該施設が公立か民間立かを問わず、まず速やかに発生事実を市内関係事業者へ周知し、注意喚起を行う。その上で、実施が可能な時点で検証委員会を開催することと

し、開催時期については、市内関係事業者及び当該園児の保護者へ周知することが望ましい。

