

高森町立保育園において発生した
死亡事故の検証等に関する
追加報告書

令和3年7月28日

高森町 保育所事故検証委員会

I 事故発生から、追加事項の検証に至るまでの経過 概要

平成 30 (2018) 年 2 月 19 日	高森町立みつば保育園の園外活動に参加した年少児が墓石の下敷になり死亡する重大事故が発生
平成 30 (2018) 年 4 月 10 日	第 1 回 高森町 保育所事故検証委員会を開催
以後、令和元 (2019) 年 7 月 9 日の 第 15 回に至るまで委員会を開催	
令和元 (2019) 年 8 月 5 日	「高森町立保育園において発生した死亡事故の検証等に関する報告書」を同委員会より町長に提出、公表

令和 2 (2020) 年 2 月 19 日	飯田警察署が元園長と引率保育士計 5 名を、業務上過失致死の容疑で長野地方検察庁飯田支部に書類送検
令和 2 (2020) 年 4 月 1 日	警察からの情報を踏まえ、高森町は当事者 5 名に対する 2 月から 3 月までの聞き取り調査で、検証委員会の報告書と異なる事実があったことを認定し、これを公表
令和 2 (2020) 年 4 月 14 日	検証委員会の再結成による追加の検証を委員に依頼

II 検証委員会の再組織 ※2021.7.29 修正 (7月28日に報道機関等に公開した「勤務先等」の一部)

委員会は、前回と同じく以下の 6 名をもって構成 (五十音順・◎委員長 ○副委員長)

No.	氏名	勤務先等	備考
1	猪熊 弘子	一社) 子ども安全計画研究所 代表理事/ジャーナリスト/名寄市立大学特命教授	学識経験者
2	黒岩 長造	長野県臨床心理士会会長/飯田女子短期大学教授	臨床心理士
3	◎下平 秀弘	弁護士法人 下平法律事務所	弁護士
4	長沼 邦明	社会医療法人 栗山会 飯田病院 ※	医師
5	西田 佳史	国立大学法人 東京工業大学教授	学識経験者
6	○宮下 幸子	飯田女子短期大学 幼児教育学科 教授 ※	学識経験者

Ⅲ 追加の検証に係る検証委員会の開催状況とその内容

- 1) プライバシー保護の観点から、会議は非公開とした。
- 2) 当事者5名のうち、依頼に応じた4名からの聞き取り調査を元に検証を進めた。

第1回	令和2年6月29日	●追加すべき事項に係る検証の進め方について
第2回	令和2年8月11日	●追加すべき具体の事項の確認 ●当事者（当時の園長と保育士）への聞き取り事項の確認
第3回	令和2年9月16日	●委員会として、当事者2名個々から聞き取り
	令和2年9月28日	●委員長により、1名から聞き取り
	令和2年10月5日	●委員長により、1名から聞き取り
第4回	令和3年2月4日	●これまで4名の聞き取り結果を踏まえた検証
第5回	令和3年3月9日	●追加報告書としてまとめるべき事項の確認
第6回	令和3年4月23日	●追加報告書 原案の検討
第7回	令和3年5月27日	●同上
第8回	令和3年6月28日	●同上（最終）
	令和3年7月28日	●町長に報告書を提出（正副委員長）、報告書を公開

次頁から、追加報告の本文

高森町立保育園において発生した死亡事故の検証等に関する追加報告

はじめに

平成30年2月19日、高森町立みつば保育園の園外活動に参加した年少児が墓石の下敷きになり死亡した重大事故について、高森町保育所事故検証委員会は、事故防止の観点から問題点と防止策について報告書を作成し、令和元年8月5日に高森町に提出した。

しかし、その後の報道等により、報告書作成時点では委員会が把握できていなかった問題点があったことが明らかになった。

その問題点とは、担当保育者が事故当日の園外活動のための「下見をしていなかった」ことである。委員会のヒアリングにおいて、担任保育士は「下見をした」と証言しており、その証言を基に、委員会では「下見をしたが不十分であった」と判断して報告書を作成している。さらに、担任保育士が実際には下見をしていなかったことについて、事故当時の責任者である園長はもちろん、事件の当事者である保育士たちは知っていたにも関わらず、委員会の聞き取りにおいてそのことが知らされることはなかった。それらの事実は、検証委員会の報告書が出た後、警察の捜査で明らかになったという報道で知ったものである。

従前の報告書に追加すべき箇所については別表のとおりであるが、これを踏まえて委員会の意見を下記のとおり追加する。

1 事実認定における報告書との相違点

以下の(1)～(3)は、報告書を作成した後、報道機関の報道により判明した、報告書との相違点である。

(1) 担任保育士は、事故当日の朝、下見をしていなかったこと。

委員会のヒアリングで、担任保育士は「7時50分か55分頃に現場に車で行って5分ほど下見をした」と述べていたが、実際は下見には行っていないことが判明した。

(2) 担任保育士は下見をしていないにも関わらず「園外活動計画書・実施記録」を書いて園長に提出し、園長もその内容について十分確認をしないまま承認した。

(3) 報道によると、担任保育士は事故後に「園外活動計画書・実施記録」の書き換えを行ったとされている。「園外活動報告書」に目的地と記載していた「伝承館」を、「原町陣屋会館」（本件の現場）に書き換えたということである。

(4) AEDは2名で探しに行ったとしてあったが、探しに行ったのは保育士1名のみであったとする保育士がいた。探す際には、現場にいた住民が協力してくれていた。

2 報告書との相違点のうち、問題となることについて

事故再発防止の観点からすれば、上記1のうち特に(1)(2)について、検討する必要がある。

(1) 全く下見をしていなかったのに、園外活動を計画したこと

当初、担任保育士が遊び場として念頭においていたのは消防詰所横の広場だったが、事故当時の気温は0度程度と推測され、実際に子どもと一緒に現地に行ってみるとぬかるんでい

て遊べなかったことから、急遽、遊ぶ場所を変更した。もし下見をしていれば、園外保育を行う日時の設定や目的地についての計画を変更することもあったであろうし、同時に現地へ行ってから遊ぶ場所を変更したり、遊ぶ範囲を無制限に広げたりすることは無かっただろうと考えられる。また、担任保育士が虚偽の証言をした通りに朝の通勤途中の時間に下見をしていたのであれば、現場の地面は凍っていたと想像できる。保育士として、気温の変化に応じて実際に活動時間には地面がぬかるんでいることを想定して、活動を決定できた可能性がある。しかし、もし下見をしていたとしても、「現場の環境が保育を実施する時間にどのように変化するか考えて計画を立てる」というような、具体的なマニュアル等がなかったため、本件現場での活動を中止または変更しなかった可能性もある。その意味では下見をしていなかったことは本件事故の大きな原因の一つであると言える。

- (2) 担任保育士は下見をしていないのに「園外活動計画書・実施記録」を作成し、園長は下見をしたことを前提に計画を承認している。

この計画書自体についての問題点は、報告書 23 頁に記載してあるが、新たに発覚した事実として、園長が計画の承認をした際、「(担任保育士が) 子どもを連れて来たので、あまり話は出来なかった」として、園長は内容について細かい追及をせずに承認したとしている。つまり園長は下見の重要性についてあまり認識していなかったとも考えられる。本来、子どもがいたとしても下見の内容についてのチェックを疎かにするべきではない。園長がその計画を妥当なものであると決裁するのだから園長にも相応の責任があり、内容についてしっかりチェックするべきであった。もし、園外保育を予定していた場所の状況について園長が詳しく質問していれば、担任保育士が下見をしていないことが発覚したかもしれないし、担任保育士が園外活動で注意を払うべきことについて認識させることが出来たかもしれない。

- (3) 当日同行した他の保育士も「下見はしていたと思っていた」といっているが、実際には園外活動の計画の内容を打ち合わせすることもなく出発していること。

- (4) 平成 30 年 2 月 20 日（事故発生の翌日）の保護者説明会で、園長は「下見をした」と答えている。しかしその前に、「下見をしていなかった」という話を聞いていた保育士がいる。

当委員会では担任保育士からの聞き取りが出来ないため、担任保育士が下見をしていなかった事実を、いつ、誰に話したかは明確ではないが、「園長から聞いた」と言う保育士もいる。園長は「下見をしていない」ことは、事故のすぐ後の時点で担任保育士の事故に関する説明があやふやなことから、下見をしていなかったのではないかと疑い、その後何度か担任保育士と話す中で「下見をしていなかった」ことを知った。しかし保護者説明会では、あくまでも「(当日の朝に) 下見をした」という報告書に基づいて、その前提で話した。園長や担任保育士らに、事件後の警察への供述等に対して多くの不安があったことは推定されるが、少なくとも園長はじめ、すでに保護者説明会の前に「下見をしていない」ことを知っていた複数の保育士がいたにもかかわらず、保護者に対してはもちろん、委員会のヒアリングにおいてもそのことを知らされることはなかった。園長は、担任保育士が下見をしていないことが判ったが、それについては本人が警察や第三者委員会等の調査に応えるべきことだとして、積極的に述べなかったとしている。

また、保護者説明会で園長が「下見をした」と発言したことで事実を言えなくなってしまった保育士、さらに担任保育士から「下見をしていなかったことについて、黙っていてほしい」と依頼され「下見をしていない」ことを知っていたにも関わらず、それ以降、口をつぐ

んでしまった保育士がいた。それらの事実は、保育士への今回の追加の聞き取りで初めて明らかになったことである。担任保育士が「下見をしていない」ことで「重大な責任を負う」と考え、その事実を隠そうとしたかもしれないという可能性も考えられる。

また、園長は下見をしていなかったことは良くないことであったという認識はあったものの、それよりもむしろ遊ぶ範囲を拡げてしまったことが問題だと考えており、下見をしていなかったことの重大性を認識していなかったとみられる。

- (5) 活動計画書の書き換えは、担任保育士により事故の後に行われている。その行為自体は非常に大きな問題であるが、書き換えをしたことと事故の発生には直接関係はない。

事故後に担任保育士が活動計画書の書き換えを行ったのは、自身への責任追及を逃れようとする意識が働いたためなのか、あるいは「活動計画書」という保育園での活動に関する書類への記載内容を軽視していたためなのか、その点については担任保育士本人からの聞き取りができていないことから判断がつかない。また、もし園長が書き換えについて知っていたのであれば、活動計画書の意味を軽く考えていることになり、園長という責任の重さを普段から認識していなかったこととなる。

3 再発防止策の提言

前回の報告書 45 頁第 4 章に、今後の提言について記載してある。この追加報告でも基本的には提言は前回のものと変わらない。しかし、今回、報道等によって委員会が把握した事態を受けて、さらに以下のことについて記しておきたい。

- (1) 下見の重要性について再度認識すべきである。

担任保育士が、現地の下見をせずに園外保育の計画をしたことは問題であるが、そのような行為を行ったことは、これまでの経緯から考えると担任保育士だけの問題であるとは考えられない。活動の前にどこまでの確認を行い、どのような事項をチェックするかを保育園の職員全員で、また公立であることから町のすべての保育園の職員全員で共有していなければならないはずであり、単純に「下見をする」という言葉を並べるだけでは防止策として不十分である。

行う活動が「散歩」なのか、それとも「園外活動」にあたるのかという、園外で行う活動に対する言葉の使い方によってその危険性に差をつけるのではなく、どの活動についても、それがどのようなねらいを持って行う活動なのかをはっきりさせ、その活動に伴ってどのような危険があるのか、その危険性を予測するという観点からマニュアルを作成し、確認すべきである。

マニュアルについては前報告書 48 頁に記載しているが、保育現場で用いるべきマニュアルは、ヒヤリハット等過去に起きた危険な出来事やそこから想定されるさまざまな危険性を予測して作られ、職員はそれをチェックして使うものである。その意味では、最低限、マニュアルに書かれていることに従わなければ予測される危険性を見逃すこともあるだろう。

- (2) 前回の報告書のとおり、本件においては危険を回避できる場面が次のように何回もあったことは事実であり、そのいずれかにおいて、園長や保育士たちが注意を払っていれば事故は回避できたと考えられる。

①園外活動の計画とその周知

②本来すべきだった事前の下見と、それに伴う計画の変更及び危険の除去

③活動計画を決裁した際の園長の確認・指導

- ④現地に到着した時の保育士同士の現地の状況に関する判断
 - ⑤園児を遊ばせる範囲の下見と立ち位置等、保育士同士による確認
 - ⑥遊べる範囲等、遊びのルールを園児と確認
 - ⑦保育士同士の役割の分担の徹底
 - ⑧園児の活動全体を見渡せる監視者の役割
- (3) 保育士同士の役割と責任分担を明確にすべきである。

高森町の公立保育園では、保育士の勤務条件がいわゆる正規雇用と臨時雇用に分かれており、臨時雇用の非正規職員であっても担任となることがあるが、年間計画・月案・週案などの作成や保育内容の決定については、正規雇用の正担任のみで行うことになっている。現場での保育の活動については分担しているが、本件については園外活動の計画や役割分担について非正規の職員を交えた話し合いもないままに活動を開始している。臨時雇用の職員は当日、その時になってその日の活動内容、行く場所を知ったものであった。

公立保育所への国からの運営費は一般財源化されていることから、高森町でも公立保育所の運営が厳しいことは理解でき、臨時雇用の保育士を雇うこと自体が悪いわけではないが、臨時雇用の保育士であっても子どもから見れば同じ保育士であり、子どもに関わる責任も同等である。町として、正規、臨時職員の待遇で責任感に差が出るのであれば、責任に見合う処遇を考えるべきである。

臨時雇用の保育士が当日の活動をその日の朝に知るような状況では、安全な保育が行えない可能性もある。安全で円滑な保育活動のためにも、日々の保育に必要な打ち合わせが出来るように職員同士の役割と連携を考えるべきである。

また、担任保育士が「下見をしていない」ことを他の保育士が知っていたことが今回明らかになったが、事故再発防止のための報告書作成においてその事実が伏せられていたことは重大な問題であると考えられる。保育士が真剣に事故再発防止を検討していたなら、担任保育士が「下見をしていない」事実は事故直後に問題点として提示されなければならない最も重大な事項である。それなのになぜ職員たちは口をつぐんでいたのか。たとえば、もし園長や、町の保育関係者、関係部署等への忖度によって話すことができなかつたのであれば、職場や町の組織に問題があると言わざるを得ず、自由に意見を言える職場環境であることを望むものである。

4 警察ほか行政等の関係機関による情報共有について

今回の事故検証を進めるにあたり、事故原因の理解が困難であった理由の一つが、警察から情報提供が得られなかった点にある。当初、この検証の過程で入手可能であった「死体検案書」によれば、直接の死因は「不詳」とされていた。司法解剖の結果は裁判以外に用いることができず、事故検証委員会はもちろんのこと、遺族にさえも明かされないことから、正確な死因は「不明」のままであることが多い。そのため、本委員会だけではなく、他の事故調査委員会でも、「死因」が分からない中で検証を進めなければならない深刻な現状にある。

警察は捜査権があり、最も正確な情報を持っている組織である。例えば、今回であれば、現場検証のデータ、関係した墓石のデータ、周辺環境のデータ、被害児の傷害に関するデータなどが

警察から提供され、事故検証委員会と共有されていれば、作業の二度手間を防ぐことや、早期に対策の検討が可能であったと思われる。今後、警察は調査した内容をすべて秘匿するのではなく、内容を精査し、提供可能な部分と困難な部分を整理し検証委員会に提供していただけるような仕組みを検討すべきである。

検証委員会による調査の目的は事故の再発防止であり、警察には国民の生命・身体・財産を守る義務があり、犯罪・事故の予防の責務がある（警察法第2条による）。犯罪・事故の予防という観点では、検証委員会の目的と同じである。事故再発防止の観点から、警察等の公共機関（病院等も含む）が相互に協力し合えるような体制づくりを模索していく必要があると考える。

欧米諸国ではすでに、事故等による子どもの不慮の死の再発を防ぐために「チャイルド・デス・レビュー」の制度が構築されている。そこでは様々な分野の専門家が集まって、なぜ子どもが死亡したのかについて話し合い、再発防止につなげる提言をするなどの取り組みが行われている。

また、司法解剖の結果は裁判になった場合のみに使われ、遺族にさえも明らかにされないということから、委員会にも公表されなかった。死因が委員会の判断を左右すると考えたことから、ご遺族を通して診察にあたった病院にカルテ開示を請求し、当該児の診断結果をいただくことができたのだが、診断結果がわかったことで委員会の意見はあきらかに当初の検証とは方向性が変わった事実がある。また警察は初期の捜査段階で、下見が行われていなかったことを把握していたはずであり、委員会にその事実が伝わっていればこのように追加の検証を行う必要もなかった。事故検証委員会が純粋に事故の再発を防ぐための組織である以上、欧米の「チャイルド・デス・レビュー」制度と同様、今後は警察や司法の協力を仰ぐことができるようにしていただきたい。

平成30年に成育基本法が成立し、自治体では、今後、子どもの死亡に関して、情報の収集、管理、活用やそのための体制やデータベースの整備を進める必要があり、日本版チャイルド・デス・レビュー（予防のための子どもの死亡検討制度）がそれを具現化する仕組みの一つとして、2020年からモデル事業が始まっている。多職種連携、具体的には、行政（子ども政策担当部署や児童相談所、保健所など）、医療従事者（小児科医、法医学者、医師会、精神医療関係者、消防・救急）、警察・教育関係者などによって進められることになっている。今後、各自治体で運用可能な体制が具体化される予定であるが、死因の理解は、対策の最も大事な作業であり、今後、医療データのみならず、警察で収集したデータも活用していく仕組みづくりを期待したい。

5 追記

前回の報告書では下見の重要性和回避策について指摘したものであるが、再調査の過程で感じたのは、関係者が報告書の意味やその内容を十分に理解していないと思われる。改めて関係者で報告書を検討しなおし、事故の再発防止に努めてほしい。

【別表】 事故報告書と、その後の調査で把握した相違点（対照表）

頁	報告書において、後に相違となる事項 記載事項	報告書の提出後に把握された 従前との相違（追記事項）
7	<p>2. 事故当日の状況 （1）時系列表と経過 No.1 時刻 7:55 頃 保育士A、原町陣屋区民会館の下見。5 分程の間、多目的広場の端に立ち、下の雑草地スペースまで見渡す。</p>	<p>担任保育士は当日朝下見をしていなかったこと。</p>
9	<p>（2）事故の詳細な経過 ①園外保育の計画について（中略） 平成 30 年 2 月 19 日（月）、朝、当日は天気良かったことから、年少クラス担任の保育士Aは園外活動を考え、出勤途中に事故の現場となった原町陣屋区民会館の下見を行った（P7 時系列 No. 1）。みつば保育園では、それまで原町陣屋区民会館での園外活動をほとんど行ったことはなかった。原町陣屋区民会館の建物の周りと道路を挟んで向かい側にある多目的広場で活動を行う予定を立て、保育士Aは車から降りて原町陣屋区民会館の建物の周り、多目的広場の端の雑草が少し残っているあたりから周囲を見渡したに留まった。多目的広場の地面の状態（ぬかるんでいるかどうか）も、このときには確認していない。保育士Aの出勤時刻（経過表 No. 2）から逆算すると、下見にかけた時間は 5 分程度であったと推察される。</p>	
7	<p>2. 事故当日の状況 （1）時系列表と経過 No.4 時刻 8:30～8:45 頃 年少の担任である保育士Aが、年長の担任である保育士Bのもとへ行き、「天気が良いから年少組と散歩に行きませんか？」と話す。話し合った後、9:40 出発予定で合同の散歩を決定。年少担任の保育士Aは園児 1 人を連れて園長のもとに行き、「園外活動計画書」を提出。園長は口頭で道順の確認を行った。（以下、略）</p>	<p>下見をしていないまま「園外保育計画・実施記録」を園長に提出し、園長は十分な聞き取りをしないまま承認した。</p>
9	<p>（2）事故の詳細な経過 ①園外保育の計画について（中略） 保育士Aは出勤後、年長クラス担任の保育士Bと相談し、合同での散歩を決定した（経過表 No.4）。計画書（P23 図 12 園外保育計画）に記載し園長の承認を得た（時系列 No.4）が、計画書は日付に誤りがある上、添付されていた地図にも予定の順路を正確に記入していなかった。</p>	

報告書において、後に相違となる事項	報告書の提出後に把握された従前との相違（追記事項）
-------------------	---------------------------

頁	記載事項	
23	<p>図 12：当日の「園外保育計画・実施記録」</p> <p>▼該当部分のみ抜粋</p>	<p>報道によると、事故後に担任保育士は、「園外保育計画・実施記録」の書き換えを行ったとされる。この内容は、目的地として記載していた「伝承館」を、「原町陣屋会館」（本件の現場）に書き換えたとのことである。</p>

園外保育計画・実施記録

実施日	H30 1月19日 曜日 天気 (16)			
ねらい	異年齢保育に親しみ、楽しく遊ぶ			
目的地	原町陣屋会館			
参加人数	(7名) 23 + 2			
と引率者	(2名) 23 + 2			
欠席園児名	(2名) [REDACTED]			
下見日	1/19	下見者	[REDACTED]	
ディレイ	出発	9:40	現地着	10:00
	現地発	10:20	園到着	11:00
地図 留意点 危険箇所等				

8	<p>2. 事故当日の状況</p> <p>(1) 時系列表と経過</p> <p>No.13 時刻 10:28</p> <p>(中略)</p> <p>保育士Bが腕と首の脈を確認するが、確認できず呼吸もしていなかったため一次救命処置(BLS)を開始する。駆け付けた保育士Aが救急車を要請、保育士C、DはAEDを取りに原町陣屋区民会館へ向かう。</p> <p>(以下、略)</p>	<p>AEDは保育士2名で探しに行っていたとされていたが、探しに行っていたのは1名のみであったとする保育士がいた。探す際には、現場にいた住民が協力してくれていた。</p>
---	---	---

高森町立保育園において発生した
死亡事故の検証等に関する
追加報告書

令和3(2021)年7月28日

高森町 保育所事故検証委員会

事務局 高森町総務課

長野県下伊那郡高森町下市田 2183 番 1

電話 0265-35-3111

F A X 0265-35-8294