

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

令和元年 8 月 5 日
高森町 保育所事故検証委員会

目次

○はじめに	・・・	1
第1章 検証の目的・方法	・・・	2
1. 検証の目的	・・・	2
2. 検証委員会の設置及び検証方法等	・・・	2
(1) 検証方法	・・・	2
(2) 検証委員の構成	・・・	3
(3) 検証委員会の開催状況とその内容	・・・	3
第2章 事案の概要・経緯	・・・	4
1. 事案の概要	・・・	4
(1) 死亡園児について	・・・	4
(2) 死因について	・・・	4
(3) 施設の概要と運営職員	・・・	4
(4) 発生時の保育状況	・・・	5
(5) 事故発生日時及び当時の気象状況等	・・・	6
2. 事故当日の状況	・・・	7
(1) 時系列表と経過	・・・	7
(2) 事故の詳細な経過	・・・	9
(3) 写真、地図などから把握できる事故現場の状況	・・・	12
図1：保育所から事故現場への経路	・・・	12
図2：事故現場全体の見取り図	・・・	13
図3：計画時に予定した活動範囲	・・・	14
図4：実際の活動範囲	・・・	15
図5：活動範囲における起伏	・・・	15
図6：木々で囲まれた事故現場	・・・	16
図7：事故原因となった墓石付近の別の墓石	・・・	17
図8：転倒した墓石（1）	・・・	18
図9：転倒した墓石（2）	・・・	19
図10：発見時の転倒した墓石と児童の状況	・・・	20
図11：現場での保育士の動き	・・・	21
図12：当日の「園外保育計画・実施記録」	・・・	23
3. 事故後の保育士等の行動や町の対応	・・・	24
(1) 死亡園児の搬送後の経過	・・・	24
(2) 保育園の対応状況	・・・	24
(3) 高森町及び高森町教育委員会事務局の対応状況	・・・	25
(4) 事故後の保育園及び高森町教育委員会事務局の対応状況	・・・	25

第3章 検証	29
1. 死因から推測する事故原因について	29
2. 「園外保育」の実施方法について	31
(1) 園外保育の「計画」について	32
(2) 下見について	33
(3) 園長の許可	34
3. 当日の園外保育の状況について	35
(1) 保育士と子供の人数	35
(2) 園外保育の場所としての適性	36
(3) 活動範囲	36
(4) 保育士の立ち位置	37
(5) 保育士間の連携	38
(6) 事故の瞬間の把握	38
4. 普段の保育の問題について	39
5. 町の保育行政のあり方	40
(1) 「園外活動における安全管理マニュアル」の遵守	40
(2) 保育園に関する責任の所在及び保育園の人事について	41
6. 墓地の管理	42
7. 事故後の対応	42
(1) 現場での対応	42
(2) 町の対応	43
8. 墓石に関する人間工学的観点からの検証	43
第4章 再発防止策及び今後への提言	45
1. 安全に視点を置いた保育計画の作成と実行について	46
2. 安全な保育のための環境改善について	47
3. 保育所で利用可能なマニュアルの整備について	47
(1) 園外活動安全マニュアル策定にあたっての提言	48
(2) マニュアルの定期的な点検と周知	49
(3) マニュアルの活用	49
4. 職員研修と安全教育	49
(1) 職員研修	49
(2) 園児への安全教育	51
5. 事故後の対応について	51
○おわりに	52
○Appendix (付録)	53
1. 野外環境のための事前準備チェックリスト	53
2. 遺族や他の子どもの心理に寄り添った対応について	55
○別冊資料	

〇はじめに

平成 30 年 2 月 19 日、高森町立みつば保育園の園外活動において、園外活動に参加していた年少児が墓石の下敷きになり、死亡する重大事故が発生しました。

高森町では園外保育における事故の再発防止を目的に「高森町保育所事故検証委員会」を設置し、この事故について 6 人の委員が 15 回にわたり調査・検討を行いました。

事故が起きることはそれまでの行為の積み重ねと複合的な原因が重なって発現するものと委員は考え、事故の検証が特定の注意義務の違反・責任を追及し、今後注意しましょうと言うことで終わるならば、個人の注意喚起だけで再発防止とはならないことを念頭に置いて議論を重ねました。

通常、被害者の死亡原因は「不詳」とされ、カルテや死亡解剖記録は検証委員会では入手できないまま判断することが多いものですが、今回は被害園児の両親の協力を得てカルテを閲覧することができ、その中で墓石の下敷きという直接原因だけでなく、事故直後に墓石の除去と救急活動を行っていたら助命できた可能性があったとの判断が出来ました。

お子様を亡くされた遺族にとって、直接原因のみならずこの結論は本当に胸が詰まる思いかと察しますが、カルテ開示というご協力により、他の検証委員会ではできなかった今後の再発防止の重要点を指摘することができたものと考えます。

当初昨年度末までには報告書を作成する予定でしたが、検討を重ねるうちに事故より一年以上過ぎてしまいました。

この検証が、園外活動を自粛するのではなく、このような事故を今後二度と起こさないこと、同時に事故回避のための予測行動により、保育の質を高め、より良い保育が行なえるよう、保育所設置の高森町、保育園、保育士は勿論の事、全国の保育所、幼稚園等においても園外保育の安全を担保するため活用して頂けるようお願いいたします。

高森町保育所事故検証委員会

委員長 下平秀弘

第1章 検証の目的と方法

1. 検証の目的

本検証は国からの通知「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 府子本第191号内閣府子ども・子育て本部参事官外）に基づき、高森町の公立保育園で起きた園児の死亡事故について、第三者である検証委員会が事実関係の把握を行い、事故に遭った園児やその保護者の視点に立ち、事故が発生するに至った要因の分析・検証を行い、必要な再発防止策を検討した上で、再発防止に関する提言を行うものである。なお、本検証は、特定の組織や個人の責任の追及、批判及び関係者の処罰を目的とするものではない。

2. 検証委員会の設置及び検証方法

(1) 検証方法

- ① 検証に当たっては、現地調査や現場測量を行うほか、保育園を運営する町の関係機関、事故が発生した当該保育園の職員、事故に遭った園児の保護者等の関係者にヒアリングを実施し、事故に関する事実を把握した上で、必要であればさらなる専門家等の意見をあおぎ、事故発生原因の分析を行う。加えて、当該保育園の保護者等の意見収集や、町内の当該園以外の保育に関する記録等の確認を行うことによって、当該保育園の事後発生前の保育状況の情報を収集し、事故との因果関係を探る。また事故発生時及び事故発生後の高森町・保育施設等の町民へ情報提供等の対応の課題にも言及し、再発防止策の検討を行う。
- ② プライバシー保護の観点から、原則として会議は非公開で行う。
- ③ 検証委員会は、検証結果と再発防止の提言をまとめ、町に報告する。
- ④ 町は、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、検証委員会から提出された報告書を公表する。

(2) 検証委員の構成

委員は保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある以下の6名（法律、心理、教育・保育、医学、工学、安全の専門家各1名）をもって構成する。

（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 小児科医師	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	飯田女子短期大学教授 幼児教育学科長	学識経験者

(3) 検証委員会の開催状況とその内容

第1回	平成30年 4月10日	<ul style="list-style-type: none"> ・検証委員会の目的の確認・共有 ・事故の状況について ・今後の進め方について
第2回	5月14日	<ul style="list-style-type: none"> ・事故現場確認 ・当日の状況聞き取り（保育士）
第3回	6月4日	<ul style="list-style-type: none"> ・当日の状況聞き取り（保育士）
第4回	7月3日	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者との意見交換
第5回	8月6日	<ul style="list-style-type: none"> ・みつば保育園の現状共有（委員より） ・今後の進め方について
第6回	9月25日	<ul style="list-style-type: none"> ・事故後の見直し、改善状況報告（教育委員会事務局）
第7回	10月22日	<ul style="list-style-type: none"> ・町立4園 園長との意見交換
第8回	11月29日	<ul style="list-style-type: none"> ・「野あそび保育 みっけ」園長との意見交換
第9回	12月17日	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書まとめの方針について意見交換
第10回	平成31年 1月15日	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書作成作業
第11回	2月15日	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書作成作業
第12回	3月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書作成作業
第13回	4月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書原案 内容検証
第14回	令和元年 5月13日	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書原案 内容検証
第15回	7月9日	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書原案 最終内容検証
	8月5日	<ul style="list-style-type: none"> ・町長報告、報告書公表

第2章 事故の概要・経緯

1. 事故の概要

(1) 死亡園児について

- ①年齢 4歳1ヶ月
- ②性別 男
- ③身長 92.1 cm 体重 13.9 kg (平成29年1月17日 発育測定の結果)
- ④入所年月日 平成29年4月1日(入所11カ月)
- ⑤当該園児の様子(保護者、クラス正副担任、園長談)

全体的な雰囲気は落ち着いている印象だった。少し頑固なところもあった。人見知りをすることもあり、自分の思い通りにいかないときには寝そべっているような光景もみられた。普段は一人遊びをしていることの方が多く、一つの遊びに熱中すると周りが見えなくなることもあった。クラスの男の子20人の中では、やや活発な方。特に配慮の必要な子どもではなかった。

(2) 死因について

死体検案書によれば直接死因は「不詳」である。司法解剖の結果は明かされないことから、正式な死因は「不詳」であるが、検証委員会が保護者から提供いただいた当該園児のCT写真等の情報により、推測出来る事象があったので、後述する(第3章)。

(3) 施設の概要と運営職員

- ①施設名 高森町立 みつば保育園
- ②所在地 長野県高森町牛牧2520番地
- ③建物の概要
 - ・建築年 昭和47年(昭和46年度)
 - ・木造平屋建て
 - ・床面積 490 m²
 - ・敷地面積 2,054 m²
- ④事業開始年月日 昭和47年4月7日
- ⑤施設の種類等
 - ・施設の種類 認可保育所
 - ・施設の設置者 高森町
 - ・施設の管理者 高森町
- ⑥開所時間 7:30～19:00

⑦定員 90人

⑧運営職員

- ・職員数 平成29年4月1日 18人（事故当時は17人）
- ・2月19日事故当時の職員配置と保育経験年数（副担任は高森町における保育年数。）

園長	(13年11ヵ月)	未満児つくし	担任(7年11ヵ月)
年長さくら組 (2人)	担任(4年11ヵ月)	2組(2人)	副担任(3年11ヵ月)
	副担任(8年11ヵ月)		担任(31年11ヵ月)
年中すみれ組 (2人)	担任(1年11ヵ月)	未満児つくし 1組(2人)	副担任(6年7ヵ月)
	副担任(6年11ヵ月)		副担任(2年11ヵ月)
年少もも組 (3人)	担任(19年8ヵ月)	延長保育	担当(1年11ヵ月)
	担任(8年11ヵ月)	給食 (3人)	調理員(4年11ヵ月)
	副担任(6年6ヵ月)		調理員(10年11ヵ月)
	調理員(1年8ヵ月)		

なお本報告書ではそれぞれの保育士を次のように示す。

- 保育士A（年少もも組担任）
- 保育士B（年長さくら組担任）
- 保育士C（年少もも組担任）
- 保育士D（年長さくら組副担任）

(4) 発生時の保育状況

① 園の状況

平成29年4月1日園児数 単位：人（カッコ内は平成30年2月19日時点所属園児数）

組	男	女	計
未満児つくし1組	4	4 (6)	8(10)
未満児つくし2組	3	8 (9)	11 (12)
年少もも組	20	6	26
年中すみれ組	12	10	22
年長さくら組	13	10	23
合計	52	38 (41)	90 (93)

② 死亡した園児が在籍していたクラスの状況（園長、クラス担任へのヒアリングによる）
男児 20 人、女児 6 人というかなりアンバランスなクラス。クラスの男児は活発で、手におえない時が多かった。そのため、入園当初は正担任 2 人と副担任の計 3 人を担当にして保育を開始したが、クラスが落ち着いてきてからは、副担任が他のクラスへ代替えとして入ることが多くなっていった。ダブル担任だった 2 人の保育士の役割としては、正規雇用の担任保育士が中心になって保育を行い、非正規雇用の担任保育士が、配慮を必要とする 4 人の子どもたちを主に担当する、という分担に変わっていった。

実際には傍目で見ているよりも大変な内情で、子どもたちは座っていれば静かだったが、年齢・季節に応じた保育は全くできていなかった。おもちゃは危険、はさみを使った製作は不可能、プール活動も積極的に行えないという状態であった。

（5）事故発生日時及び当時の気象状況

① 事故発生日時

平成 30 年 2 月 19 日（月） 午前 10 時 25 分頃

② 発生場所

高森町上市田 多目的広場下、東側墓地

（高森町上市田 223 番地 標高 594m みつば保育園から南東直線距離約 650m）

③ 気象状況

平成 30 年 2 月 19 日 午前 10 時 20 分

・天気 晴れ ・気温 0.1℃ ・湿度 49% ・風向風速 南西 0.7m/s

※飯田測候所データ（発生場所から南西直線距離約 5 k m 標高 516m）

2. 事故当日の状況

(1) 時系列表と経過

町による保育士からの聴き取り、検証委員による保育士へのヒアリング及び飯田広域消防署の記録から、検証委員会が再現した。

No.	時間	内容
1	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。
2	8:00 ~ 8:10	保育士出勤。8:05 頃保育室に入った保育士Cは、保育士Aから「年長さんと一緒にお散歩に行くのはどう？」と相談される。
3	8:20 頃	子どもたちの受け入れ。職員の朝礼報告と当日の活動確認。
4	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。年長児は 8:30 頃から登園順にその日予定されていた発育測定を行い、終わった子から室内遊びに移った。
5	~9:20 頃	年少児は室内遊びのあと、片付けを行ってから朝の会。
6	9:30 頃	子どもたちが園長に「行ってきます」と出発の挨拶。
7	9:45 頃	保育園を出発。年少児 23 人（欠席 3 人）、年長児 23 人（欠席無）、保育士はそれぞれの正副クラス担任、計 4 人。
8	10:00 頃	原町陣屋区民会館に到着。人数確認。子どもたちは座って、年長児は持ってきた水筒から水分補給を行う間、保育者 4 人は遊び場と立ち位置の確認。その後、子どもたちに注意事項を伝達。
9	10:05 頃	自由遊び開始。保育士Bは 15 人程（年少児 5 人含む）の子どもたちを引き連れて原町陣屋区民会館の周囲をまわる。保育士Dは原町陣屋区民会館と広場の道に立って子どもたちを見守る。保育士Cは配慮の必要な子どもたち 3~4 人と原町陣屋区民会館に後まで残っていた。保育士Aはすぐに広場の方へ子どもたちと向かうが、広場がぬかるんでいるのを見て、その場のとっさの判断で下の雑草地まで遊びの範囲を広げることを決定。
10	10:15 頃	原町陣屋区民会館の方から移動してきた保育士B、C、Dも子どもたちと共に次第に下の雑草地へ降りて行った。保育士Aは雑草地の辺りで全体を監視し、あとの3人はそれぞれに何人かの子どもたちを連れて移動しながら遊ぶ。範囲が広がった際に、子どもたちに改めて注意喚

		起を行うことや、保育者間で遊ぶ範囲や立ち位置の確認などの打ち合わせをすることはなく、保育士たちが連れてくる子どもたちも目まぐるしく変わっていた。この間、いずれの保育士も当該園児が監督下にいた自覚を持っていない。
11	10:20 頃	当該園児が雑草地を他の男の子達と駆け下りてくるところを保育士Aが目撃（確認できた最後の姿）。
12	10:25 頃	年少児 2、3 人があまり切羽詰まった様子もなく「ねえねえ、先生、寝ているよ」と保育士Cに伝えに来る。坂を上って行くと墓地があり、当該園児が仰向けで右腹部から右下肢にかけて墓石の下敷きになっていた。保育士Cは緊急の合図の笛を吹きながら、墓石を取り除こうとするが全く動かなかった。笛を聞きつけて来た保育士Bが墓石を撤去し、園児に呼びかけるが反応無し。
13	10:28	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。その間、墓地内には年少・年長の子どもたちが入り混じり、混乱していたが気に掛ける保育士はいなかった。
14	10:33	AEDが届き、保育士A、Bが交替で行う。同時に一次救命処置も継続するが、3 回行われた心電図解析ではショックの指示は出ず、心電図解析では心静止であった。
15	10:40	保育士Dは園長へ一報を入れるが、現場から離れた場所において状況を正確に捉えていなかったことや、聞き間違いをしたことから別の園児の名前を報告。園長は間違った園児の保護者に連絡を入れた後、現場に向かう。
16	10:42	救急車到着。
17	10:45	当該園児をAED装着のまま救急車両に運び入れ、保育士Aが同乗して病院に向かう。車内で園長と当該園児の保護者に電話連絡。また現場に残った保育士Cも当該園児の保護者に電話連絡し、搬送先と状況を伝えた。
18		救急車が出発後、残った保育士が園児を連れて来た時と同じコースで帰路につく。
19	11:00	園長より教育委員会事務局長へ事故の一報。園長はその後病院へ向かう。
20	12:15	教育委員会事務局長と総園長が病院へ。当該園児の様態を確認し、保護者と面会、謝罪。

(2) 事故の詳細な経過

①園外保育の計画について

みつば保育園での「園外活動」（散歩を含む、園に計画書を提出して行う園外での活動）は、季節により異なるが、月に概ね4回程度、主にクラスごとで行われていた。目的地は園より650mほど山寄り（西側）にある天白公園が多かった。本件園外活動についてはその前週に年少・年長の担任の間で日程を決定することはせず、天気を見て散歩か郊外遊びを行う予定がたてられた。平成30年2月19日（月）、朝、当日は天気が良かったことから、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。

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No4）。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No4）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。また園外活動の「ねらい」には「異年齢の友だちと一緒に楽しく歩く」と書かれていたことから、園長にも活動の内容が散歩であるという誤解を与えた。また、この計画書のフォーマットには「留意点」「危険箇所」の記入欄はあるが、本件の活動時には特に記載がなかった。

園外保育計画では園を出発するのが9時40分、現地到着10時、現地出発が10時30分、園帰着が11時であった。この日、年少クラスでは3人の欠席があり、参加者は年少児23人、年長児23人、あわせて子ども46人と、それぞれのクラスの正副担任4人、総勢50人であった。年少クラスには副担任が一人いるが、この日は未満児の職員に欠員があり代替え保育を担当していたため、この園外活動には参加しなかった。

年少クラスの園児と年長クラスの園児との間では園内での交流は少なく、それぞれのクラスの担任保育士がお互いのクラスの子どもたち全員の名前を把握しているわけではない、という関係であった。出発前に年長児が年少児を迎えに行き、年長児が年少児の手をつないで出発を待った。全員そろった所で、年少クラス正担任の保育士Aと年長クラス正担任保育士Bが全体の人数確認を行い、年少クラス副担任保育士Cは手をつなぐペアの確認や、配慮が必要な子どもの位置等を確認した。なお、前述したとおり、事故の当該園児は特に配慮が必要な子ではなかった。

9時45分頃、保育園を出発し、徒歩で目的地へ向かった。（時系列No7）先頭を保育士A、真ん中に保育士B、真ん中後方に保育士C、最後尾に年長クラス副担任の保育士Dが

付き添い、子どもたちは年少と年長のペアで手を繋ぎながら歩いた。

②現地での行動（全体はP13 図3 参照）

10 時頃、原町陣屋区民会館に到着（時系列 No8）。人数確認をした後、建物前のベンチに座り、休憩と、水筒を持ってきた年長児には水分補給を子どもたちに指示。あそび場の確認をした後保育士の立ち位置を決め、子どもたちに「約束」を伝えた。「約束」の内容は以下の通り。

■原町陣屋区民会館での「約束」

約束① 遊び場は、原町陣屋区民会館の周りと道路を挟んで向かい側の多目的広場

約束② 遊んではいけないところは、原町陣屋区民会館の周りの庭（砂利のあるところ）と道路

約束③ 常に先生達の見えるところで遊ぶ

自由遊びが展開された後すぐに、原町陣屋区民会館から多目的広場に移った子どもたちから、「地面がぬかるんでいて遊べない」という苦情が出たため、ぬかるんでいない多目的広場から下に広がる雑草地へと活動範囲を広げることを保育士Aが単独で決定（時系列 No9）。他の保育士には範囲を広げることのみを伝え、遊ぶ範囲や立ち位置などの確認は行わなかった。遊びを広げる際に雑草地の下見をして確認することも行わず、保育士4人にとっても初めてで未知であった場所での遊びを子どもたちに許可した（時系列 No10）。保育士A以外の他の保育士たちも、次第に原町陣屋区民会館から多目的広場、そして雑草地へと移動してきた。保育士たちはお互いの立ち位置を気にしながら、保育士Aは雑草地から全体を俯瞰し、他の保育士3人は子どもたちと直接に関わって遊んだり、見守ったりしていた。子どもたちの入れ替わりが激しく、保育士たちは自分の周りにいる子どもたちの把握が困難となり、かなり早い段階で4人の保育士の視野から外れている子どもがいる可能性があった。実際、遊び始めてから20分間に、当該園児の行動をはっきり確認している保育士は2人で、それぞれ当該園児が坂を下りる姿等、ほんの一瞬の確認に留まっている（時系列 No11）。10時25分頃、2、3人の年少児があまり切羽詰まった様子もなく「ねえねえ、先生、寝ているよ」と保育士Cに伝えに来る。年少児に案内されて坂を上り、木に囲まれた墓地の中に入ると、当該園児が仰向けで右腹部から右下肢にかけて墓石の下敷きになっていた。保育士Cは緊急の合図となる笛を吹きながら、自ら墓石を取り除こうと試みるが、墓石は重く、全く動かなかった。子どもたちに男性保育士である保育士Bを呼んできてほしいと伝えているうちに、笛を聞きつけた保育士Bが駆け付け、墓石を撤去して当該園児に呼びかけるが、反応はなかった（時系列 No12）。当該園児はぐったりして意識がなく、保育士Bは腕と首の脈に触れたが脈は確認できず、呼吸もしていなかった。そこで保育士Bは消防団で救急措置講習を受けていた経験から、すぐに一次救命処置（BLS）を開始した。当該園児は墓石の下敷きになった部分だけでなく、右顔面及び右首から右肩にかけて擦り傷と内出血が見られた。そこに駆け付けた保育士Aが救急車を要請、保育士C、DはAEDを取りに多目的広場の中に

ある無人の消防詰め所の建物へと向かう。この時保育士Aは、当該園児の顔色が青く、唇が白くなっていて、全く動かない状態であることを確認している。その間、墓地内には年少・年長の子どもたちが入り混じり混乱していたが、気に掛ける保育士はいなかった（時系列No13）。

保育士C、Dは無人の消防詰め所へ来たが、そこは施錠されて入れなかったため原町陣屋区民会館へと向かった。原町陣屋区民会館でもAEDは定位置に設置されておらず、そこに来ていた地域の住民と共に探し回り、段ボールの中にしまっていたAEDを発見して、事故現場の墓地へと戻った。その間5分と報告書に記載されていたが、あちこち探し回った経緯から、AEDの使用までにはもう少し時間がかかっていたのではないかと推察される。届いたAEDを使い、保育士A、Bが2～3分間隔で交替し処置を行う。同時に一次救命処置も継続するが、3回行われたAEDの心電図解析では電気ショックを行う指示は出ず、心電図解析では心静止であった（解析は14分39秒）（時系列No14）。

保育士Dは園長へ電話で事故の一報を入れるが、状況把握ができていないまま混乱し、聞き間違いをして、違う園児の名前を報告した（時系列No15）。園長はそれを受け、当該園児ではない別の園児の保護者に連絡を入れた後、現場に向かった。

救急車が到着し（時系列No16）、AED装着のまま当該園児を救急車両に運び入れ、保育士Aが同乗して飯田市立病院へ向かう。途中、ドクターカーが合流し、医師による処置を行いながら病院へ向かった（時系列No17）。保育士Aは車内で園長や、当該園児の保護者に電話連絡を入れる。現場に残った保育士Cも当該園児の保護者に電話し、搬送先と状況を伝えた。

③事故発生の瞬間

事故発生時に事故現場である墓地には保育士はおらず、また、木に囲まれて極めて見通しが悪い場所であったことから発生の瞬間を目撃していた保育士はいない。そのため、実際、どのような状態で事故が起きたのかは不明である。木に囲まれた墓地の中には、事故発生の瞬間、当該園児の他に少なくとも3人の年少児がいたと見られる。これは4カ月程後の新年度になって、事故当時年少児であった1人の男児が、「自分が先生を呼びに行ったこと、その際見張りとして男児1人女児1人が墓地に残ったこと」を語ったことから推察されることである（現みつば保育園園長談）。保育士Cを呼びに来た園児が2、3人であるとの発言（保育士C）より、それ以上の人数の園児が墓地にいた可能性も否めない。事故発生後、保育士はあえて子どもたちにどのような状況で事故が起きたかについて確認しなかったが、保育士Cは子どもたちの「石につかまっていたよ」「だっこしてたよ」等の発言を確認していることから、固定されていない墓石を抱きかかえるような形で、仰向けに倒れ、墓石の下敷きになるとともに隣の墓石の土台の部分に後頭部を強打した可能性が考えられた。また、時間としては、保育士Aが当該園児を最後に見かけた10時20分から子どもたちが保育士Cに異常を知らせに来た10時25分の間に発生したと考えられる。

(3) 写真、地図などから把握できる事故現場の状況



図1：保育所から事故現場への経路

園外保育の目的地は、みつば保育園から約 800m 離れており、途中、中央自動車道の下をくぐり、県道飯島飯田線を越えた位置にある。ここを候補地とした理由を、下見を行った保育士Aは「行き慣れた天白公園は保育園よりさらに山側にあり、時期的にかなり寒いので（当日 10 時時点、氷点下の気温だった）、標高が少しでも低いところへと考えた」と述べている。



図 2：事故現場全体の見取り図

敷地面積は原町陣屋区民会館が約 2,800 m²（地図を用いて推定）、多目的広場が 1,451 m²（3D スキャナーで計測）、雑草地は 6,172 m²の広さ（3D スキャナーで計測）であり多目的広場から傾斜した下側にあり多目的広場から一望できる部分と、木々に覆われ死角となっている部分が混在している。多目的広場から向かって左側は開けて田畑があり、墓地も存在する。東側は境目約 1mのコンクリート擁壁があり、その上にフェンスが張られている。南側は堀となっており、雑草地から斜めで掘割につながっており、掘割の南側端は約 3mの垂直な崖となっている。本件墓地の 13m 離れた場所には別の墓地があり、どちらの墓石も固定はされておらず、少しの力を加えただけで揺らぎ転倒の恐れがある墓石が多く見受けられた。

今回、事故現場を記録するために、事故調査委員会で最新の測量技術である 3D スキャナ

ーを用いたデータ取得を行った。3D スキャナーはレーザーを用いて、高精度に現場の形状を記録するための装置であり、地図では分からないような細かな起伏を含めて記録が可能となる。3D スキャナーによる計測を行ったのは、多目的広場及び、雑草地の部分である。

図 3、図 4 に、今回、計画時に予定した範囲、および、当日拡大した範囲を示した。当初予定していた活動範囲は、図 2 に示す多目的広場と原町陣屋区民会館であるが、図 3 には、多目的広場の部分のみ示す。多目的広場の部分の面積は、 $1,451 \text{ m}^2$ であり、原町陣屋区民会館の $2,800 \text{ m}^2$ と合わせると、 $4,251 \text{ m}^2$ （正方形に換算すると 65m 四方の面積である）にもなる広大な広さであった。そして、当日、多目的広場がぬかるんでいたという理由で、図 4 のように拡大した。これによって、さらに、 $6,172 \text{ m}^2$ 広がった（多目的広場と雑草地の合計で $7,623 \text{ m}^2$ ）。原町陣屋区民会館を含めると、 $10,423 \text{ m}^2$ となる。保育士が見守るべき範囲は、正方形換算で、実に、 102m 四方の大きさであった。

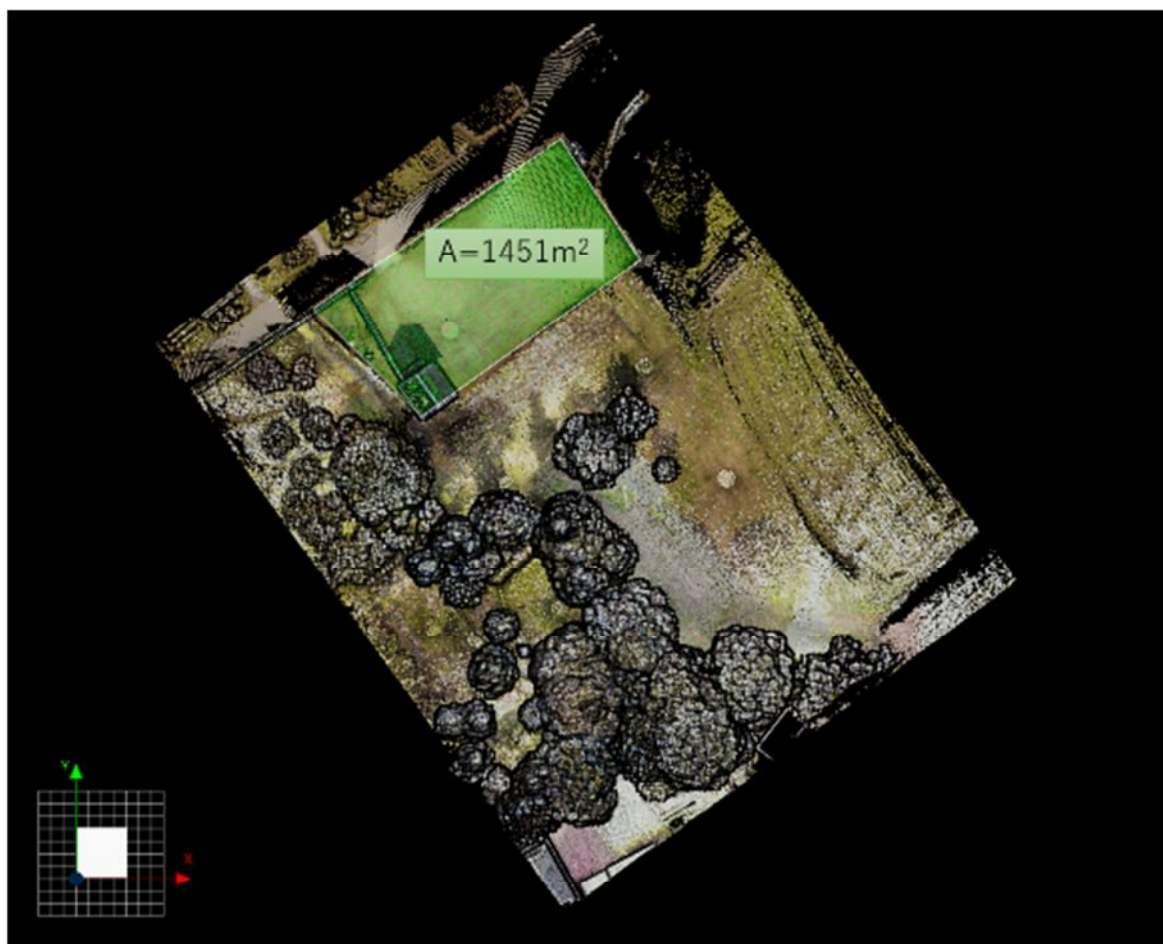


図 3：計画時に予定した活動範囲（多目的広場の部分）

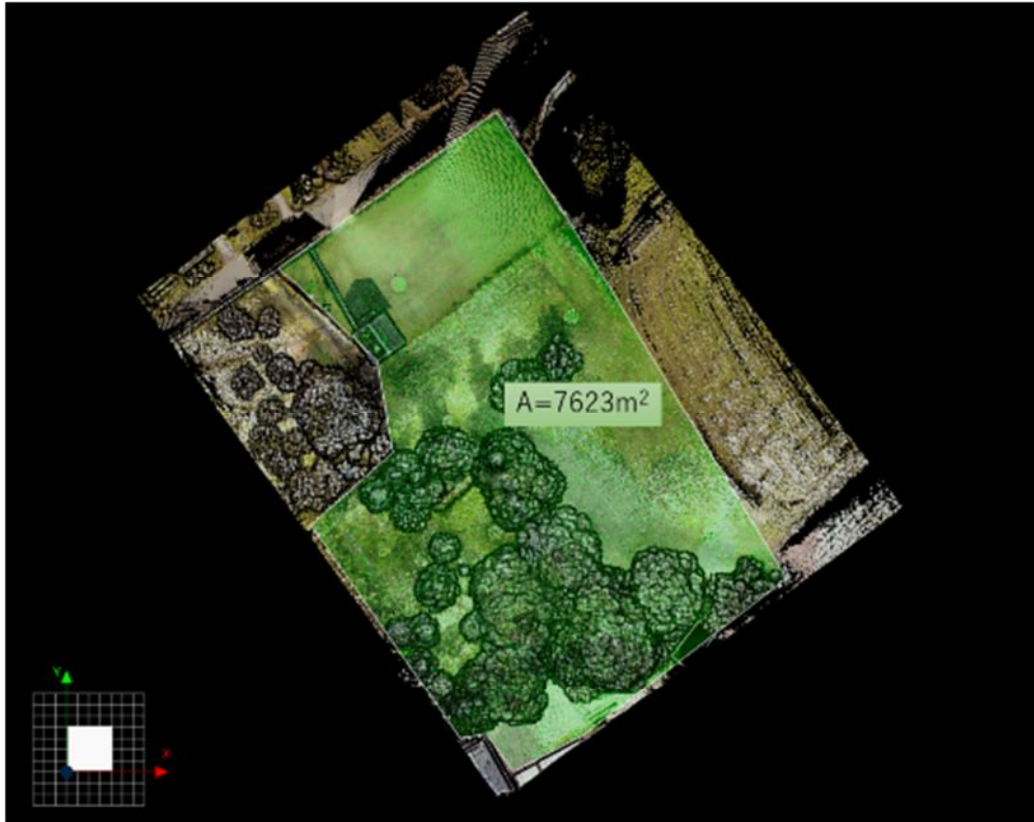


図 4：実際の活動範囲（多目的広場および雑草・雑木林エリア）

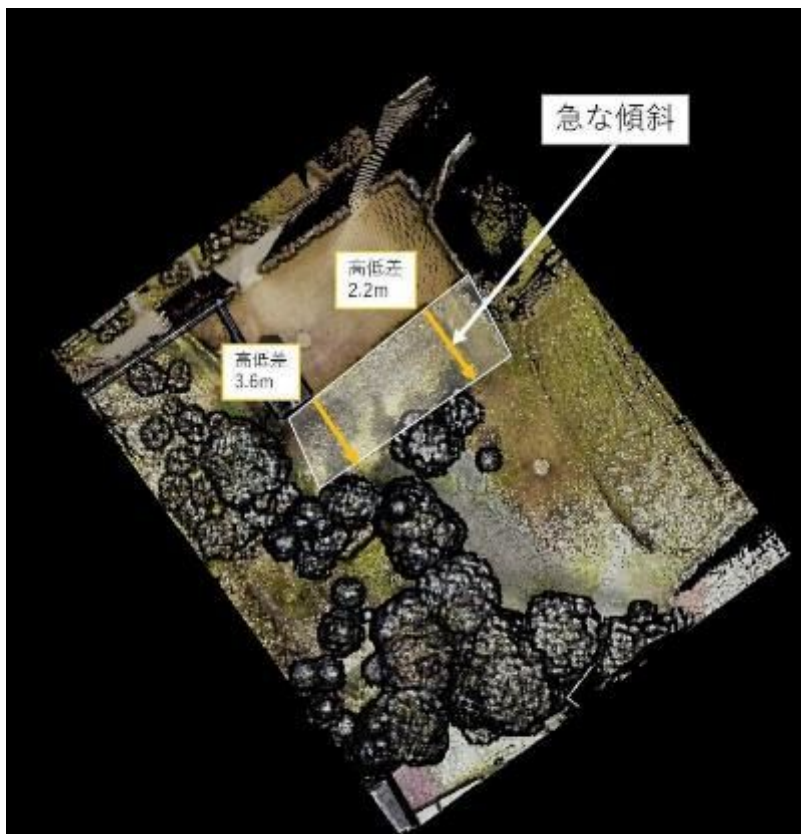


図 5： 活動範囲における起伏（高低差の例(m)）

起伏が激しく、3メートルを超える高低差が存在しており、起伏によっても死角が生まれやすい地面形状であった。また、図に示すように事故現場は木々で囲まれており、地面の起伏以外にも、こうした視界をさえぎる木々によっても、死角が生まれやすい環境であった。

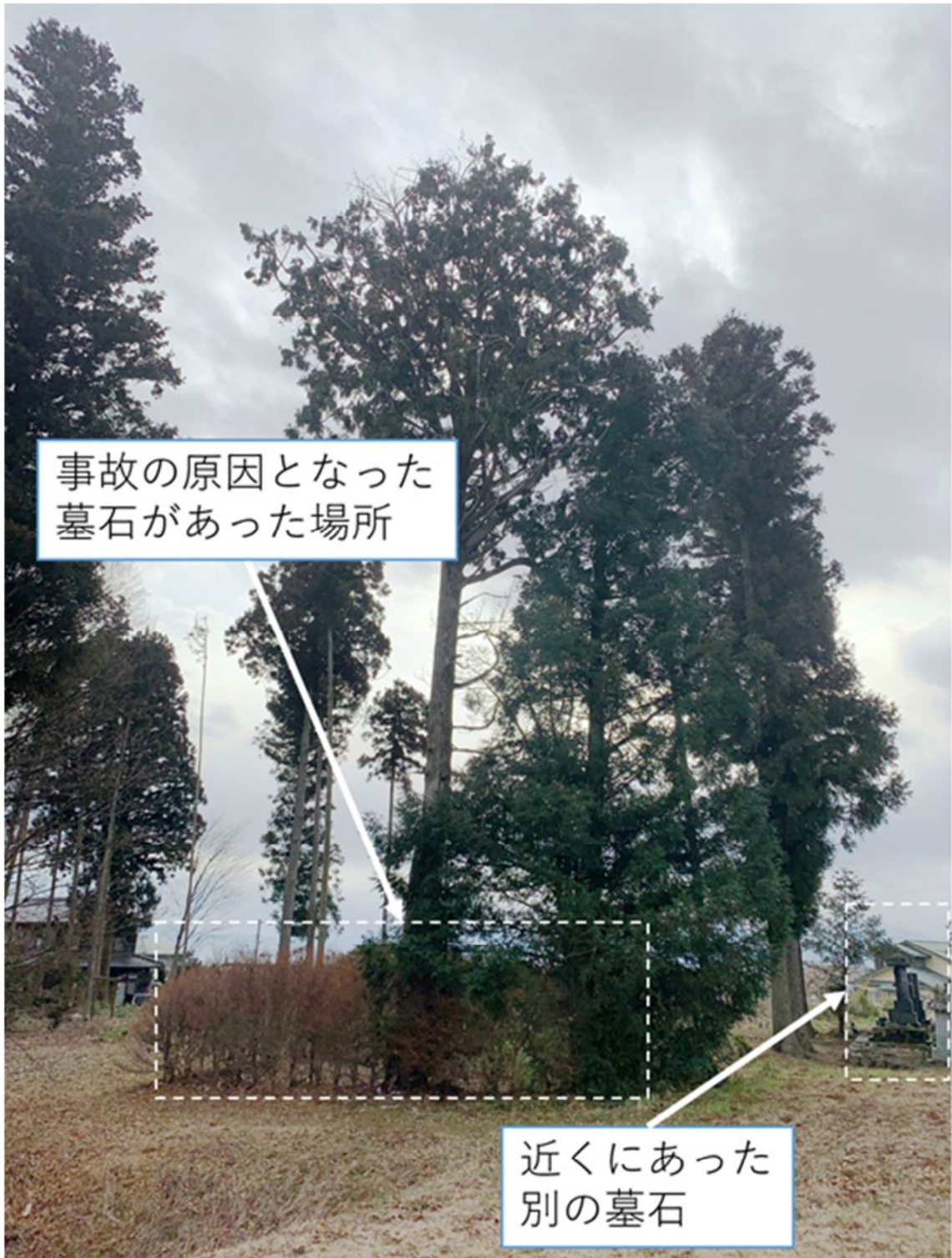


図6：木々で囲まれている事故現場



図 7：事故原因となった墓石付近の別の墓石



図8：転倒した墓石（1）（縦78.5cm x 横38cm x 奥行20cm 139kg）

本件墓地は 3m 程の広葉樹の生け垣で囲まれており、多目的広場から一見しただけでは墓石を確認することは難しい。転倒した墓石は縦 78.5 cm、横 38 cm、厚み 20 cm、重量 139 kg で、土台と固定されることなく、またその土台も斜めになっているため石を嚙ませてようやく立っているような不安定な状態であった。第3章の人間工学的観点からの検討で述べるように、幼児の力で容易に転倒可能な状態であったと考えられる。



図9：転倒した墓石（2）（斜めに傾いており、不安定な墓石）

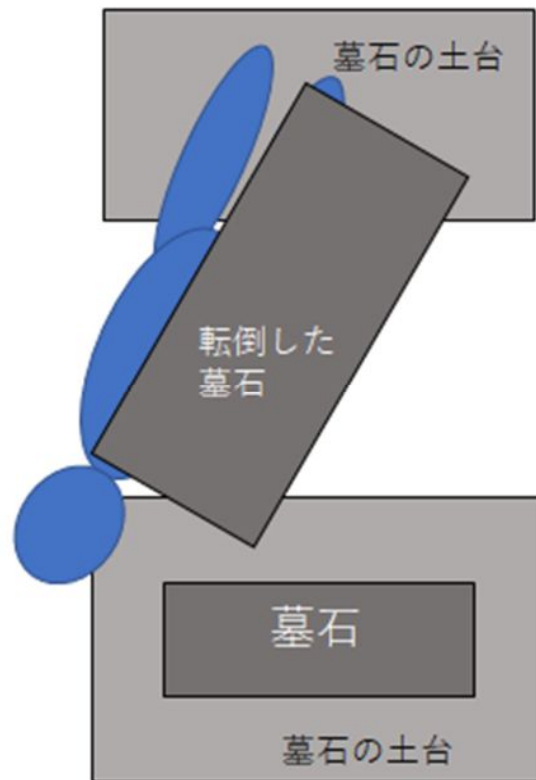


図 10：発見時の転倒した墓石と児童の状況

聞き取り調査の結果、発見時には、図に示すように、墓石が本児の右側に乗っており、墓石の下敷きとなった状態であった。

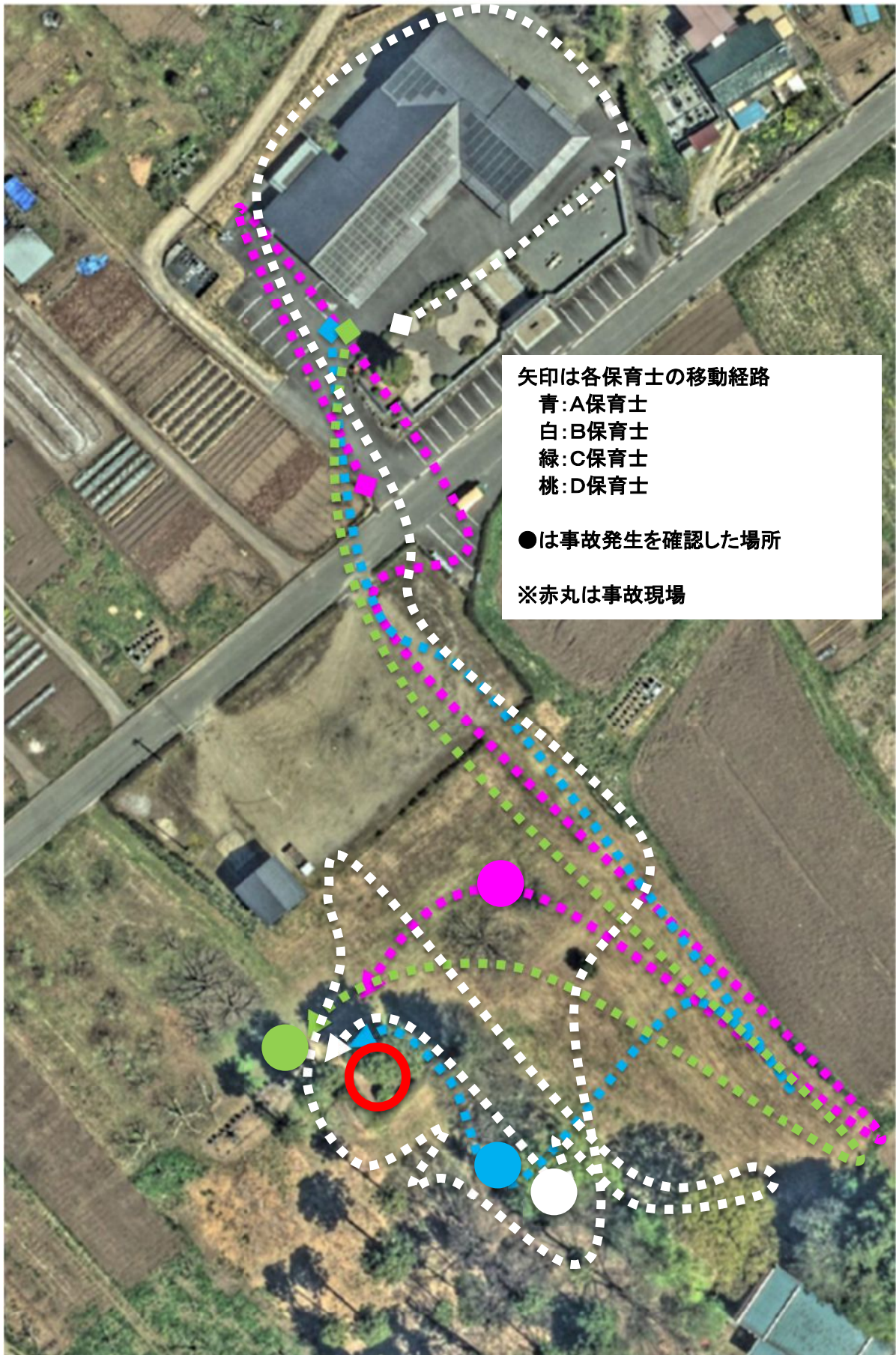


図 11：現場での保育士の動き

現場到着時点では4人の保育士の役割・立ち位置について確認が行われていたが、急遽、活動範囲を広げてからは遊びの範囲や立ち位置についての確認や打ち合わせはなく、保育士たちはお互いに位置を目視で確認し、手薄となりそうな位置へ移動するようにしていた。しかし、いずれもなんとなく行っていたことから、保育士Aは全体を俯瞰するようにしていたものの、他の3人の保育士は一緒にいる子どもたちと遊び込んで周りの見渡せない竹やぶに入っていたり、連れてくる子どもたちの世話をしていたりと、4人の保育士で広範囲に散らばる46人の園児全てを把握できていなかった。

園外保育計画・実施記録

		園長印		
実施日	H30 / 月 / 日 曜日 天気 (晴)			
ねらい	異年齢合作の経験、身に歩く			
目的地	神戸陽屋会館			
参加人数 と引率者	(モモ) 23 + 2			
欠席園児名	(アキ) 23 + 2			
下見日	1/19	下見者		
ディリー	出発	9:40	現地着	10:00
	現地発	10:30	園到着	11:00
地図 留意点 危険箇所 等				
様子及び 反省 考察 問題点				

図 12 : 当日の「園外保育計画・実施記録」

当日、園外保育を実施する前に提出した「園外保育計画・実施記録」には次のような問題点がある。

- ①実施日の日付が間違っている
- ②下見の実施日が間違っている
- ③地図上で、目的地と歩行ルートが実際の目的地やルートと異なっている
- ④留意点・危険箇所の欄があるが、全く記入されていない

これだけの問題点がありながら園長印が押されている。また、本来なら実施後に記録を書くべき「様子及び反省・考察・問題点」が空白のまま、事前の段階ですでに園長印が押されている。

3. 事故後の保育士等の行動や町の対応

現場に残った保育士 3 人は救急車が出発後、園児を連れて来た時と同じコースで帰路に就く（時系列 No18）。園長は教育委員会事務局長へ事故の一報を入れ搬送先の病院へ向かう（時系列 No19）。教育委員会事務局長と総園長が当該園児の搬送先の病院へ向かい、保護者と面会し謝罪する（時系列 No20）。みつば保育園で直接事故に関係しなかった保育士には、事故に関する詳細な説明は行われず、高森町内の他の保育所の保育士たちも事故については報道で知ること以外に情報を得ることはなかった。

2月20日、町内の公立保育園の園長による臨時園長会が開催され、事故経過について説明したほか、同日午後6時、みつば保育園において臨時保護者説明会を行った。

以下はその経緯について詳しくまとめたものである。

(1) 死亡園児の搬送後の経過

2月19日(月)	10:45 現場より救急車で飯田市立病院へ 10:50 飯田市立病院ドクターカーと合流し医師が治療を続けながら搬送 11:06 病院到着 到着時、心静止状態 11:15 心拍再開 14:58 ドクターヘリにて 長野県立こども病院へ搬送
2月23日(金)	死亡
2月26日(月)	信州大学にて司法解剖

(2) 保育園の対応状況

2月19日(月)	10:45 保育士 A 救急車に同乗して病院へ 11:00 園長、町の教育委員会へ連絡し、病院へ 13:15 保育園にて飯田警察署刑事3人が現場にいた保育士4人に状況確認 13:50 保育士4人、個々の事情聴取
2月20日(火)	18:00 みつば保育園臨時保護者説明会 参加者 73人 高森町関係者 11人(町長、教育長他)
2月21日(水)	町内他の保育所へ紙ベースで事故について連絡
2月22日(木)	当事者である5人の保育士が警察署での取り調べに備えて弁護士より注意事項を聞く
事故後平成29年度、当該園児の兄(当時年中)は休園し、平成30年4月から復園。保護者とは新園長体制になってから月1回のペースで面談。8月新盆には事故に関わった保育士の他、みつば保育園の園長、主任保育士等が訪問。	

(3) 高森町及び高森町教育委員会事務局の対応状況

2月19日(月)	11:00 園長より事故について第一報、詳細は伝えられず 12:15 教育委員会事務局長と総園長が病院へ 16:00 事務局長が弁護士とともに保育園へ、事情聴取と打ち合わせ
2月20日(火)	8:30 臨時園長会を開催、総園長より事故の経過の説明と安全対策を指示し園外保育の自粛を確認 8:40 臨時課長会、事故の経過を報告
2月22日(水)	19:00 臨時保護者会連合会(町内5園の保護者会長)にて、総園長と事務局長が事故の経過と町の対応状況を報告
2月23日(金)	17:30 総園長と事務局長より正規保育士(当事者5人を除く)に向けて説明会
2月25日(日)	11:45 町長、教育長、事務局長の3人当該園児の自宅へ伺い謝罪 14:00 正規保育士・非正規保育士・調理員に向け説明会(出席者60人)。事故の説明の他、今後の対策についての理解と協力を仰ぐ

(4) 事故後の保育園及び高森町教育委員会事務局の対応状況

①みつば保育園及び他園の状況

○事故以降の平成29年度中(平成29年2月～3月)

- ・高森町内の保育所では園内の安全点検を行い、卒園式前に事故に対する対応等の説明会を行った。
- ・園外保育は全体的に自粛するという形をとったが、一方で園外保育を再開するための準備を進めていった。具体的には計画書の様式の見直し、保護者への事前の通知の徹底などが挙げられる。

○平成30年度

- ・事故に関わった保育士は他の保育所等に移動。みつば保育園では新園長を迎え、新しい体制で新年度をスタート。年中に進級した当該園児のいたクラスは、男女のアンバランスを是正するために2つのクラスに分けた。
- ・4月からみつば保育園では、「意見箱」が設置された。保護者会と園長が話をし、お便りにして回答をした。

○新園長が気になった、みつば保育園での保育

- ・園庭での遊び方…ブランコを始めとする遊具の危険のない使い方が徹底されていない
- ・園内の約束…部屋を勝手に出ていく子どもがいる。机などの移動のさせ方も指導されていない
- ・降園時の約束…保護者が話し込んでいて、カバンなどを身に付けたまま大人の目の届かないところで危険な遊びをしている子どもが目立った。
- ・園児同士の名前を知らない…異年齢の活動や交流がほとんどなかったため、園児同士が自分のクラス以外の子どもや先生の名前を知らない、給食の先生の名前も知らないという状態。
- ・保育士の朝礼は招集をかけないと集合できず、筆記用具も持参せずに参加する状態。
- ・正規以外の職員への連絡・報告がない。
- ・集会、行事の開始時間が守れず、余裕をもって集合する意識がない。
- ・園外を歩くための決まりごとが園児には指導されていない。
- ・散歩・園外保育の際、子どもに訊いて決めるようなこともあったくらい、計画性のないことが多かった。下見もしていない、計画書を提出せずに口答報告ということもあった。

以上の点について、平成30年度4月より少しずつ改善を試みた。

②研修会などの開催状況

■平成30年10月19日 第1回保育園の安全・安心に向けた研修会

- ・みつば保育園での事故についての共有
- ・みつば保育園の現状について
- ・今後の取組み
- ・アンケート記入

みつば保育園園長から、保育士等への聞き取りから見る事故当日の全体の動き、内容の確認、また事故に至るまでのみつば保育園の保育・保育士の様子をレポートとして報告を受ける。参加者は、保育士・調理員・教育委員会事務局。みつば保育園の現在の様子も聞き、全体で共有をした。その上で、全参加者にアンケートを記入してもらった。

■平成30年11月16日 園長会

園長会で全職員のアンケートを共有した。今後、どうやって研修会を進めて行くか話し合いを行う。みんなが真剣に書いてくれたアンケートから、課題や見えてくることを園

長会で話し合うことから始める。ただ、全職員がこのアンケートを読み考えることは必要だという意見から、名前は出さずに、全職員で共有し合うこととする。

■平成30年11月30日 園長会

各園長（4人）からまとめを発表してもらい、アンケートから考えられる課題、見えてくる現状について話し合う。「コミュニケーションが取れていない」「経験からくる油断・馴れ合い」「保育内容の検討、見直しの必要性」「当たり前のことを確認する」「環境整備」「事故対応」などが、あげられる。全員で、「全職員による日常的なコミュニケーションの充実」が必要であることが、一番の課題として挙げられる。

■平成30年12月12日 園長会

前回のまとめを行い、18日の研修会の進め方を確認した。

■平成30年12月18日 第2回 保育園の安全・安心に向けた研修会

■園長・主任・正規職員・事故当事者保育士への面談の実施（H30.12.19～H31.1.18）

教育委員会事務局長による保育士面談を実施。現在の保育への向き合い方の確認、事故に対する想い、悩み等を聞く。

■平成31年1月16日 園長会今後の進め方の確認を行う。

マニュアルの作成～①遊具の安全管理、正しい遊び方 ②園外保育 ③プール遊び ④苦情対応 ⑤衛生 ⑥室内での遊び ⑦事故対応（①、②、③については年度内に見直し・作成を行うこととする）

■各園の研修会実施

マニュアルについての意見交換を行う。また、安全会へ報告している事故の内容を溯り、どういった時に事故が起こっているか検証。保育内容についても検討を進める。

「今の子どもの姿をどう捉え、どう保育に繋げていくか」という観点を大切にし、従前の行事が本当にいいのかを話し合う。保護者へ「行事」で子どもの成長を伝えるのではなく、日々の活動の中での成長をどう伝えていくかが大切で、これからどう変わっていくか等を保護者総会で保護者へ文書と共に伝える。

■平成 31 年 3 月 保育園保護者連合会への資料より（安全対策の取組み 概要）

	内 容
H30. 3	保護者会・保育士合同危険箇所点検
H30. 4 入園式	保護者説明会（4園） 全保育士による職員会及び救急法講習会
H30. 4	保育所事故検証委員会の設置 園外保育実施計画書の見直しと運用開始 園内施設及び園外危険箇所の修繕・改修 保育専門指導員による保育状況の確認・指導（高野正延先生） 保育園用に加え持出し用の AED 設置（4園）
H30. 5 ～	保育園園内研修の実施（於：みつば保育園） ◆5月25日「保育の安全対策講座」 講師：飯田女子短期大学幼児教育学科准教授 田中住幸先生 ◆6月18日「こどもを預かる時の心構え」 講師：育良保育園 園長 金澤 ルミ子先生 ◆11月22日「保育の視点から捉える集団内での子ども間の関係性」 講師：飯田女子短期大学 幼児教育学科 准教授 隣谷 正範先生
H30. 7 ～	看護師の配置（下市田保育園を中心に4園で活動） 外部の専門家（猪熊先生）による保育指導 看護師によるプール監視講習会（於：下市田保育園ほか）
H30. 10. 19	保育園の安全・安心に向けた研修会（全体会） 聞き取りから考える事故の内容把握・全職員アンケート実施
H30. 11. 16	保育園の安全・安心に向けた研修会（園長会） 全職員アンケートから見える課題の洗い出し
H30. 11. 30	保育園の安全・安心に向けた研修会（園長会） 全職員アンケートから見える課題の洗い出し
H30. 12. 12	保育園の安全・安心に向けた研修会（園長会） 全体研修の進め方の確認
H30. 12. 18	保育園の安全・安心に向けた研修会（全体会） 全職員アンケートから考えられる課題と改善案
H31. 1. 15	保育園の安全・安心に向けた研修会（みつば保育園） 保育内容の見直し・保育士のあり方
H31. 1. 16	保育園の安全・安心に向けた研修会（園長会） 各園の進捗状況の確認・マニュアル作成について
H31. 1. 23	保育園の安全・安心に向けた研修会（山吹保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 1. 18	保育園の安全・安心に向けた研修会（下市田保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 2. 4	保育園の安全・安心に向けた研修会（吉田保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 2. 4	保育園の安全・安心に向けた研修会（みつば保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 2. 8	保育園の安全・安心に向けた研修会（下市田保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 2. 13	保育園の安全・安心に向けた研修会（園長会） 各園の状況確認
H31. 2. 19	保育園の安全・安心に向けた研修会（全園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 2. 20	保育園の安全・安心に向けた研修会（吉田保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 2. 20	保育園の安全・安心に向けた研修会（下市田保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 2. 28	保育園の安全・安心に向けた研修会（山吹保育園） 安全管理・保育内容の見直し
H31. 3. 6	保育園の安全・安心に向けた研修会（全体） ここまでの取組みのまとめと来年度の取組みの確認
H31. 3. 27	保育園の安全・安心に向けた研修会（園長・主任会） マニュアルの作成について

第3章 検証

1. 死因から推測する事故原因について

当該園児の死体検案書によれば、直接の死因は「不詳」とされている。わが国においては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。「死因」がわからない中で検証を進めなければならないことは、今後、同様の保育重大事故の検証を行う際に引き続き最大の課題となるであろう。平成30年に「成育基本法」が、令和元年には「死因究明推進法」が成立したことにより、わが国でも、他先進国ですでに実施されているCDR（Child Death Review＝将来の子どもの死亡を防ぐために、子どもの死亡原因について調査を行い、データベース化するシステム）を導入する足がかりができたが、わが国でCDRを導入する際、最も足かせとなっているのが司法解剖による死因が開示されないことである。CDRにおいては死因を明らかにすることが必要であり、保育事故に関する検証もCDRと同様の役割があることから、今後は警察や司法との協力体制を構築し、子どもの死因が開示される必要がある。

今回、ご遺族の協力により、当該園児が最初に搬送された病院で撮られたCTスキャンの画像等、死因に関する情報を入手することができたことで、死亡事故に至った最大の原因を考えることができた。これにより、当初、検証委員会で検討していた原因とは違う結論が導き出された。このような入手法があることが今回確認できた意義は大きいと考える。死因が不明ということは、他の検証委員会でもよく見られることであり、そのことが予防策の開発を阻害する一因となっている。今回の方法は、ご遺族の協力が必須となるが、他の検証委員会においても適用可能な方法である。確実な死因の把握とそれを踏まえた上での検証委員会であれば、意味がないと考えられる。

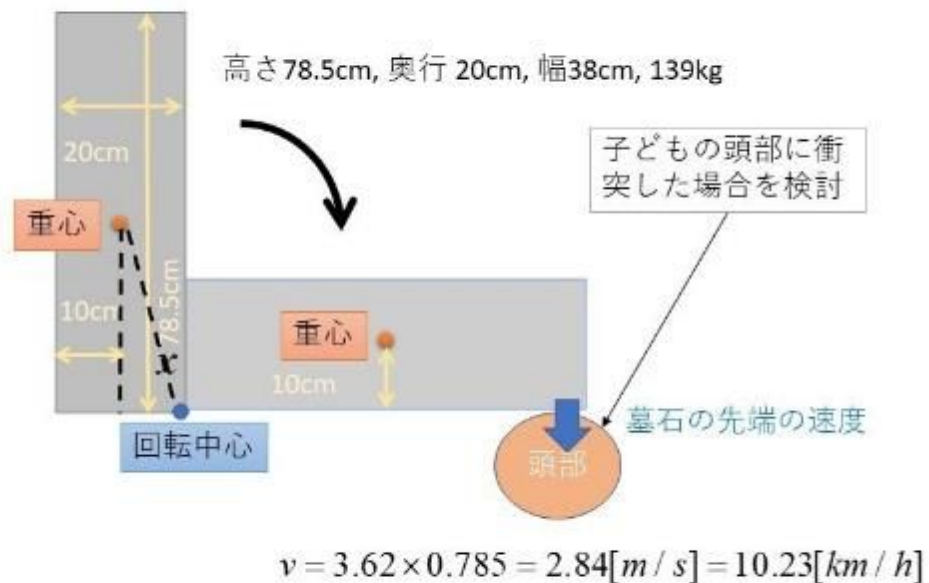
本事故においては、当該園児が墓石の下敷きになった瞬間を見ていた保育者はおらず、当該園児と一緒に遊んでいた子どもたちに対する聴き取りも行っていないことから、当該園児が墓石の下敷きになった際の具体的な状況については判明していない。当該園児は保育士Cによって発見された時、右腹部から右下肢にかけて墓石の下敷きになっていた（P20 図10参照）。墓石を取り除いた後のAEDの使用記録では最初から「除細動適用外」の表示が出ており、その段階で心静止状態であったことがわかっている。当該園児の直接の死亡原因となったものが、倒れてきた「墓石」であったことは疑いようのない事実であるものの、死因については胸部圧迫によるものか、他の墓石等に頭部をぶつけたことによるものかは不明であった。

しかし、検証委員会が、当該園児の遺族である保護者を通して収集したレントゲン写真などから、ある程度死因を推測した。頭部CTでは低酸素性虚血性脳症によると思われる脳浮

腫を認めるが、頭蓋骨骨折や頭蓋内出血は確認できない。また胸腹部CTでは両肺の肺水腫と思われる所見を認めるが、致命的な気胸や血胸・肺挫傷・血性心嚢液貯留は確認できない。腹部臓器は虚血性変化を認めるが致命的な損傷は確認できない。以上から死因の可能性として、当該園児の胸腹部が墓石の下敷きになったことから、呼吸不全や静脈還流低下が起りショック状態となり心肺停止に至った可能性が考えられる。また、打撲の衝撃や痛みから迷走神経反射が起りショック状態となったことも考えられる。可能性は低いが墓石による衝撃が心臓に加わり心臓震盪からショックになったことも否定できない。あるいはこれら推測される事象が複合的に起り、心肺停止に至ったかもしれない。

建築分野の研究（文献[1]）によれば、幼児の胸部に、幼児の体重の3倍以上の静的荷重が持続的にかかると、呼吸運動が阻害され、胸部圧迫死に至る危険性が高くなることが指摘されている。本児は4歳1か月であり、その体重を、この年齢の平均値である15.8kgと仮定し、また、139kgの当該墓石の荷重がすべて子どもの体にかかったと仮定すると、8.8倍もの静的荷重がかかった可能性がある。このように全部の荷重がかからず、仮に、半分だとしても、4倍を超える静的荷重がかかったことになり、胸部圧迫死に至る危険が極めて高かったことが推察される。文献[1]では、3倍以上（当該児の場合、47.4kg以上）の静的荷重により、60分以内で窒息死する可能性が高いこと、4倍以上（当該児の場合、63.2kg以上）により、10分以内で窒息死する可能性があることが示されている。したがって、今回、胸部圧迫による窒息死は、複数ある死因候補の一つであると考えられる。

また、レントゲン写真の情報から頭蓋骨折は発生していなかったことが分かっている。しかしながら、139kgの墓石が転倒し、それが頭部と衝突した場合は、頭蓋骨折の可能も考えられる。工学的考察によると、今回の墓石が転倒すると、3.62[rad/s]程度の回転速度が発生した可能性があり、墓石の先端で時速10.23km程度の速度が出ることに相当する。この速度で139kgの石材が衝突すると、頭蓋骨折する可能性は極めて高いことが分かった。したがって、今回、頭蓋骨折や脳の血腫等はなかったが、打ちどころによっては、頭蓋内出血や脳挫傷・びまん性軸索損傷などの致命的な頭部外傷を生じた可能性もあったことが分かった。



文献[1]:宮野 道雄、生田 英輔、長嶋 文雄、田中 裕、梶尾 浩一、奥野 倫子、地震時の人体被災度計測手法の開発-胸部圧迫実験用のダミーの作成-、地域安全学会論文集 No. 10, p p 49-54 2008

これらのことを踏まえ、直接の死亡原因となった「墓石」の危険を避ける方法があったはずであると考えられる。検証委員会では事故現場にいた保育士を含むみつば保育園の保育士や、保護者、当該園児の遺族、さらには野外活動の専門家など、多くの関係者にヒアリングを行った結果、当該園児が「墓石」の下敷きになるに至るまでには、いくつもの複合的な要因がからみあっていると考えられると結論付けた。そこで、検証委員会では、事故の原因として考えられるさまざまな要因について、できる限り取り上げ、一つずつ検証していくこととした。

2. 「園外保育」の実施方法について

まず、当該園児が「墓石」の下敷きとなった「園外保育」の実施方法についてである。

みつば保育園での園外活動（園の外に出る活動全て。散歩も含まれる）は、季節によって多少異なるものの、毎月概ね4回程度（週に1度程度）行われており、主としてクラスごとに実施されていた。担任が事前に活動計画を立て、実際に現地の下見を行った上で、計画書に記入して園長に提出し、園長がその計画書の内容を許可してから実施することとされていた。しかし、今回の事故から、みつば保育園での園外保育の実施方法に、数多の問題があったと考えられる。

(1) 園外活動の「計画」について

みつば保育園の園外活動では、園から 650m ほど離れ、山を上ったところ（西側）にある天白公園に行くことが多かった。しかし、事故当日の目的地は普段から行き慣れている天白公園ではなく、原町陣屋区民会館周辺の広場と多目的広場であった。ちょうど 2 月の寒い時期であり、園よりも標高の高い天白公園ではなく標高の低い原町陣屋区民会館の方が暖かく、活動もしやすいであろうという判断からであった。しかし、それまでのみつば保育園の園外活動では、原町陣屋区民会館周辺の広場と多目的広場まで行って遊んだことはあったものの、多目的広場の下に広がる雑草地の斜面の部分まで範囲を広げて遊んだことはなかった。初めて園外活動を行う場所であれば、保育士はその場所に危険がないかどうか、事前に下見を十分に行い、園児の活動に適している場所であると判断してから目的地に設定するべきである。しかし、「下見」は相当に不十分なものであり、その場所を園外活動の場として選んだ理由や、保育上のねらいもはっきりしていない。事故当日の園外保育の「ねらい」として、計画書には「異年齢の友だちと一緒に楽しく歩く」と記載されているだけであり、原町陣屋区民会館周辺に到着した後、子どもたちがどの場所で、どのように遊ぶかについて、具体的な計画は考えられていなかった。

園外活動を行った園児の年齢についても検討の余地があった。年齢が離れた 3 歳と 5 歳という異年齢同士の活動では、3 歳児と 5 歳児の発達状況がかなり違うことから、本来、安全に園外活動を行うためにはその子どもの発達の違いを念頭においた綿密な計画が必要であると考えられる。しかし、5 歳児が 3 歳児を助け、年長らしさが発揮されるというような感情的、感情的なメリットだけが重視され、異年齢同士の子どもの活動上のリスクについては考慮されていなかった。3 歳と 5 歳の担任同士は共に「年度末までに（子どもの年齢を超えて）一緒に散歩をしたかった」という希望を持っており、「この週のどこかで散歩に行こう」という相談を互いに行っていた。しかし実際には 3 歳児クラスと 5 歳児クラスの交流は普段から少なく、保育士たちは他のクラスの子ども全員の名前を把握していなかった。園児の顔と名前を一致させ、常に動静を把握することは、保育の中で安全を確保するために基本となる重要事項であるが、それができていない状況で園外活動を行うことに対して、保育士たちは何ら疑問を抱いていなかった。

事故当時の 3 歳児クラスと 5 歳児クラスの園児数は、当日は 3 人の欠席者がいたため 46 人だったが、欠席者がいなければ本来は 49 人の子どもがいたことになる。それだけ大勢の、しかも年齢の違う子どもたちをわずか 4 人の保育士で引率することについても、何ら疑問視されていなかった。さらに、当該園児のいた 3 歳児クラスは、男子が 20 人、女子が 6 人と男子が極端に多いクラスであり、普段から保育士らが手を焼いている感があった。そのため、3 歳児クラスの担任は正規 1 人、非正規 2 人の合計 3 人いたが、この日には非正規担任の 1 人は他のクラスの補助に入っており、この園外活動には参加していなかった。そしてその 3

歳児クラスのもう 1 人の担任が別のクラスの補助に入っていることについては、保護者には知らされていなかった。男子が極端に多く、手がかかるクラスであることについてもこの園外活動においては特段考慮されておらず、むしろ年長担任の男性保育士が加わることで、女性保育士たちの間には、「活発な男の子たちを遊んでもらって助かる」という意識があった。

当該園では、普段から、机に向かって子どもを座らせて行う保育が行われていたが、子どもたちがじっと座ってられないような時に、散歩などの園外活動を行うという意識があった。今回も、むしろ外に行く方が楽だという意識があったとも考えられる。

事故当日は、週初めの月曜日で、子どもの身体検査の予定もあるなど、スケジュールに余裕のある日ではなかった。一般的に、週明けの月曜日は子どもも落ち着かず、保育士も慌ただしいことから、園外活動など危険を伴いがちなイレギュラーな活動は避けることが多いが、みつば保育園では、月曜日に、急に園外活動を行うことに対して何ら警戒していなかった。

- ・かねてからさまざまな課題を抱えていたクラスの子どもたちを含む
- ・普段交流のない異年齢の子どもたちを
- ・子どもも落ち着かず慌ただしい月曜日に
- ・これまで遊んだことのない場所への園外活動を
- ・簡単な下見をただけで
- ・ほぼその場で決めたに近い状態で行おうとした

という、少なくとも 6 つの無謀で無計画な園外保育の在り方そのものが、事故の原因になっていると考えられる。

(2) 下見について

当日朝 7 時 55 分頃、年少もも組担任の保育士 A は、通勤途中に車で原町陣屋区民会館周辺の現地に行き、5 分間ほど「下見」を行った。5 分間という時間からわかるように、「下見」とは言っても、実際に子どもが遊んだ現地を歩いて回ったわけではなく、高台となっている原町陣屋区民会館前の多目的広場のあたりに車を止め、そこから眼下に広がる現地を見下ろしただけのものであった。異年齢同士と一緒に「歩く」という当初の園外保育のねらいにあわせてその散歩のルートを歩くことはなかった。当初の「歩く」というねらいを果たした後、子どもたちが多目的広場やその下の雑草地のスペース周辺でどのように遊ぶか、またどの範囲で遊ぶかといったことについては、保育士 A は下見の際には考慮していなかった。ただ場所を確認しただけの「下見」であった。また、「下見」のときに、多目的広場の地面の様子について確認していなかった。飯田測候所の気象記録によれば、事故当日は午前 10 時時点で気温はマイナス 0.9 度であった。当日の朝、「下見」をした時には凍っていた地面が、子どもたちを連れて現地に行ったときにはすでに多目的広場の地面は融けてぬかるんでいた。そのことが、子どもたちを連れて行って初めて、そこでは遊べないことがわかり、な

んとなしに遊びの範囲を広げてしまうことにつながった。保育士は気象条件の変化で、凍った地面がとけるといったことを予想していなかった。

多目的広場の下に広がる雑草地のスペースはなだらかな斜面であるが、横には江戸時代の水路の跡があり、起伏があつて木も生えていることから子どもが入り込むと死角になるような場所もある。しかし、雑草地一帯は非常に面積が広く、多目的広場の上からただ見下ろすだけでは、そういった死角になる場所や危険な場所には気付かなかつたと考えられる。また、実際に事故の現場となつた「墓石」のあつた場所は、雑草地よりも一段高い場所にあるが、樹木に囲まれており、保育士Aが「下見」を行つた多目的広場から見ただけでは「墓石」の存在を確認することは難しく、実際、保育士Aは「墓石」の存在には気付いていなかった。

みつば保育園では園外活動の下見をした後、計画書に記入して園長に提出することになっていたが、保育士Aが計画書に書いた場所、日付も間違つており、園外活動を安全に実施するために十分な下見を行つたとは言い難い。初めて行く場所であることも考えると、1人の保育士がただ行って見て場所の確認をするだけでなく、本来であれば、全員が下見を行い、周囲の危険を確認し、遊びの範囲を事前に定めておくべきであつた。

また計画書に示された活動目的や、保育者間で交わされた会話より、保育者の中に「散歩」と「園外活動」の境目がなく、計画書通り散歩が目的であつたとするならば、計画書に誤つた道順を描いた時点で、活動目的に即する下見は全く行われなかつたと言える。

(3) 園長の許可

園長は、事故のあつた多目的広場の下に広がるスペースには行つたことがなかつた。そして、年少もも組の担任保育士Aが記入して提出した園外保育計画書には、園外保育の「ねらい」として「異年齢の友だちと一緒に楽しく歩く」こととされていたことから、「歩くこと」がメインの活動であると理解していたと証言している。計画書には「留意点」、「危険箇所」等の記入欄もあるが、いずれも記載がなかつたことから、保育士Aに特段に問いかけることもなく、園長はこの園外活動に危険な要素があるという認識はなかつた。

保育士Aが提出した計画書に書かれた下見の日付、実施日の日付、地図上に記入された園外保育の目的地、園からの歩行ルートといった重要な点がすべて誤つて記入されている。園長はそのことに気づき、ルートが違うのではないかという指摘を口頭で行つたが、保育士Aに対して修正を依頼することはなかつた。また、「現地着 10:00、現地発 10:30」と記入されているが、園長はその30分間にどのような活動を行うのかについて、保育士Aに問うことはなかつた。

さらに園長は、計画書の上部の捺印欄と、本来であれば園外保育の活動終了後に担任保育士Aが書くべき「様子及び反省・考察・問題点」の欄に、園外活動を行う前の時点で白紙のまま印を押している。このことから、みつば保育園では、園外活動に対する園長の許可その

ものが形骸化していたといえる。当日の園外活動が初めて行く場所であったにも関わらず、園長は保育士Aが計画書に記入ミスをしていることにも気付かないほど、ほとんど詳細には留意せず、ただ形式的に園外活動の許可を出し、印を押していたと考えられる。計画書に書かれた内容についてきちんと精査し、保育士らに確認していれば、事故を防ぐことができたかもしれない。園長が、園の責任者として事故を防げなかった責任は大きい。

3. 当日の園外保育の状況について

(1) 保育士と子どもの人数

当日の子どもの人数は、年少児 23 人（26 人のうち、男児 2 人、女児 1 人の 3 人が当日欠席）、年長児 23 人（男児 13 人、女児 10 人、当日欠席無し）に、保育士が各クラス正規 1 人ずつ、非正規の副担任 1 人ずつの 4 人であった。年少クラスには本来もう 1 人担任がいたが、この日に欠員があった別のクラスの保育に入っており、園外保育の引率には加わらなかった。

国の保育士配置基準では 3 歳児は子どもおおむね 15～20 人に保育士 1 人、4・5 歳児では子どもおおむね 30 人に保育士 1 人となっており、当日の人員配置は国の配置基準の範囲ではある。しかし、事故当日、子どもたちが向かった場所は、起伏があり、非常に広く、しかも初めて遊ぶ場所であり、そこに普段から「活発な男児が多く手がかかる子」という意識があった年少児クラスと、年長児という、普段ほとんど関わりがなくお互いの名前等の把握も少なく、年齢が違う 2 つのクラスの 46 人の子どもを連れていくことは、散歩を含めて週に 1 度程度の園外活動しか行ってこなかった園にとっては、極めて難易度の高い活動であった。これは単なる園外活動を超えた「遠足」に近いレベルの活動であるとも考えられるが、保育士らを含め、そういった認識がなかった。年少児クラスでは活発な男児の人数が多いこと、特別な配慮が必要な子どもが複数名いるが、それらについてもこの日の引率保育士の人数として配慮されていなかった。本来はもう 1 人の担任がいるが、その日には別のクラスの保育に入っていた。本来、そのもう 1 人の担任を含め、他の保育士（フリー、園長など）がさらに加わり、見守りなどの補助を行う必要があったと考えられる。

室内の保育であれば、保育士配置基準を満たしていれば十分であったと考えられるが、これほど大規模で危険を伴う「遠足」に近い園外活動では、引率の保育士の人数は 4 人では不十分であった。また、検証委員会で「信州やまほいく」を実践している自然保育の専門家にもヒアリングを行なったところ、子どもの人数が 30 人を超えた活動は危険であり、非常に難しいという証言を得ている。野外活動においては、子どものグループは 20 人くらいが適当であるという。46 人の子どもに対して 4 人の保育士の引率では、そもそも自然を相手にした園外活動においては不十分であり、無理な計画であったといえる。

(2) 園外保育の場所としての適性

当初の園外活動の「ねらい」は年齢の違う子どもたち同士で「歩く」こととされていた。その「ねらい」であれば、事故が起こった場所で遊ぶ必要はなかったのではないかと考えられる。保育の「ねらい」を明確にして目的地を選ぶ、ということができていなかったと言える。

また、当初、園外保育の目的地と考えていた原町陣屋区民会館周辺と、多目的広場の間には、車の通りは少ないものの道路がある。また、建物があることから、見通しが良いとはいえない。両方の場所を使って子どもたちを遊ばせようとするなら、事前に保育士一人一人がどの範囲を見守るのかを明らかにし、それぞれの立ち位置を決めておくべきであった。また、そのような保育士同士の取り決めが無かったことから、子どもたちに対する安全のルールとしては「(原町陣屋区民会館の)砂利のところには入ってはいけない」という約束を伝えていただけであり、不十分であった。

事故の起きた墓地は、周囲を生け垣に囲まれ、高い針葉樹もあり、藪や雑草が生い茂っているような場所であった。事故当時は冬であり、藪や雑草は枯れていたものの、原町陣屋区民会館の前の多目的広場からは死角となっていて、墓地を目視するのは難しい。実際、その場所に墓地があることを、園外活動の前に知っていた保育士はいなかった。

高森町は、木曾山脈から天竜川にかけての河岸段丘にあり、町全体が斜面になっていることから、手を加えられていない土地は斜面であることが多い。事故の現場は、原町陣屋区民会館とその向かい側にある多目的広場は平地にならしてあるが、その下に広がる雑草地の広場は天竜川に向かって下がっていくゆるやかな斜面になっていた。また、南側は江戸時代の水路の跡でもあることから凹凸部分が多く、水路の端は約 3m の垂直な崖のようにになっている。雑草地の広場と水路跡の間であれば、多目的広場から容易に見下ろすことができるが、水路跡や崖、事故現場の墓地については安全を確保するのは難しいと判断するのが妥当だったのではないかと考えられる。特に普段からそのような場所で遊んでいない子どもにとっては危険を伴うことが容易に考えられる。敷地面積も、多目的広場が約 1,451 m²、雑草地スペースは 6,172 m²と極めて広く、ここで 46 人もの異年齢の子どもたちの動静を 4 人の保育士で把握するのは難しい。

これまで、原町陣屋区民会館と多目的広場には行ったことがあったものの、その下の雑草地の斜面は初めて行った場所でもあることから、子どもたちが園外活動を行う場所としては不適切だったといえる。

(3) 活動範囲

一般的に、園外で子どもが活動を行う場合には、子どもと保育士の「目があう」、お互いの「表情がわかる」、「姿が見える」、お互いの「声が聞こえる」など、一定の条件を満た

す範囲が安全な活動範囲であると考えられている。園外活動の際には、その場所によって保育士が事前に安全に遊べる活動範囲とそのルールを定め、子どもたちに伝えてから活動することが必要である。今回の事故では、当初、遊び場と決めていた原町陣屋区民会館と多目的広場だけであれば、「目があう」から「声が聞こえる」までの範囲で安全に遊べる範囲を確保できたと考えられるが、保育士全員で下見や確認を行うことをせず、子どもたちへのルールも定めないまま、なし崩し的に遊ぶ範囲を広げてしまった。あらかじめ、子どもたちが遊ぶ範囲を設定し、区切っておく、端の地点に保育士が立つなどの安全対策を取っておらず、さらには子どもたちに安全のルールを定めることなく、子どもたちの動静を把握できないような範囲に広がっていくのを止めず、そのまま放置してしまったことが、事故の原因の一つとなったといえる。

(4) 保育士の立ち位置

保育士の事故当日の立ち位置と動きについては（P21 図. 11 を参照）、現場周辺には4人の保育士がおり、保育士Aが全体を見渡せる場所に立っていたというが、死角があり、距離も遠かったことから、その場所からは、全体を見渡すことはできなかったと考えられる。

普段から、当該園ではその日の保育内容についても正規の担任が決め、非正規の担任は当日の活動が始まって初めて、その日の活動の内容について知ることもあった。遊びの範囲を広げることについても、普段の保育同様、正規の担任が他の保育士と話し合うこともなく決め、非正規の保育士はただ従うだけであった。保育士Aは当初の遊び場の予定であった多目的広場がぬかるんでいたことから、遊ぶ範囲を広げることを決め、その様子を見た保育士C、Dは、広がった場所に行ってAをフォローするような場所に立とうとしていた。一方、保育士Bは自分が「遊び担当」だと意識しており、見守りを行うのではなく、むしろ子どもたちを引き連れて、原町陣屋区民会館周辺から多目的広場、雑草地の斜面へと大きく移動しながら遊んでいた。保育士Dは保育士Cをフォローしながら原町陣屋区民会館に残っていた子どもたちを集め、全員を連れて多目的広場へ来ている。

4人の間には、事前にどの場所に立つ、どの範囲を見るといった約束はなく、お互いに相手の動きを見て、なんとなくそれぞれが移動しているような状態であった。前述したとおり、遊ぶ場所の範囲について子どもたちへの指示も行わなかった。保育士Bは、3歳児、5歳児を引き連れ、「冒険遊び」として、遊び場となった場所の中心からかなり離れた端のところにある2カ所のほこらのところに行くなどしていたが、その間、どの子どもが一緒にいるか、ほかの子どもたちがどこにいるかを把握していなかった。子どもたちが1人抜け、2人抜けというように脱落していく状態であった。保育士Bは遊んでいるうちに、木に囲まれた場所の中に墓地があることに気付いたというが、自分の周辺にいた子どもたちには「入らないように」と伝えたものの、他の保育士や子どもたちに、その墓地の存在を伝えることはなかつ

た。そのため、実際に事故が起こるまで、その生け垣や樹木に囲まれた中に「墓石」があることを、他の3人の保育士はいずれも気付いていなかった。少なくとも保育士Bは、「墓石」の存在に気付いた時点で、その危険性について予想し、他の保育士や子どもたちに伝えるべきであった。

そもそもの下見が不十分であったことにはじまり、遊び場を区切ることをせず、全体のどの位置に保育士が立てば安全を確保できるかという視点が欠けていた上、保育士たちが何の取り決めもないまま、なんとなく遊ぶ範囲を広げていったこと、その間、子どもたちの動静を把握していなかったこと、「墓石」の危険性について予想せず、他の保育士や子どもたちにその危険性を共有しなかったことが事故につながったと考えられる。

(5) 保育士間の連携

高森町では、園長と各年齢の担任1人が正規雇用であり、副担任などは非正規雇用の職員であった。今回の事故当時では、年少もも組担任、年長さくら組担任が正規雇用であり、年少組担任保育士、年長組副担任保育士は、非正規の職員であった。非正規の担任・副担任の仕事は、主に手のかかる子どもの世話など、補助的なものと考えられており、職員自身もそうとらえていた。保育についての責任を持ち、主導していくのは正規職員である担任の仕事と考えられていた。

事故当日の園外活動においても、園を出てから原町陣屋区民会館に到着し、そこで次第に遊びの範囲を広げていき、事故が起こるまでの間も保育士間の連携はよかったとはいえない。前述の保育士の立ち位置などを見ていくと、この園外活動においても、正職員の担任保育士が決めたことに非正規職員の担任・副担任保育士が従い、フォローに入る形であった。担任は副担任に相談はするが、十分な話し合いが出来ているとは言い難い状態であった。保育の多くの部分を負っている非正規職員であるにも関わらず、職員会議に出なくてもよいとされていたなど、連絡が十分に取れているとは言い難い点も多くあった。また、立場の違いが大きく、非正規職員が尊重されていると言えなかった。本来、立場にかかわらず、保育に必要なことがきちんと共有されていなかったことも、事故の遠因となっていると考えられる。

(6) 事故の瞬間の把握

検証委員会が当該園児の遺族から提供いただいた医療データから、当該園児は頭蓋骨や肺の損傷などもなく、墓石の直撃が原因で死亡したわけではないことがわかった。つまり、そばに保育士がいて、墓石をすぐにどかすことができれば、当該園児は助かった可能性があったといえる。しかし、当該園児が墓石の下敷きになっていることを保育士たちが知ったのは、子どもたちが教えてくれたからである。保育士たちの証言では、当該園児が墓石の下敷きになってから比較的すぐにその場に行って対処したように聞こえるが、実際には下敷きになっ

てからかなりの時間が経ってしまっていたと考えられる。

もし、保育士たちが事故の瞬間を見ていて、その場ですぐに墓石をどかすことができているならば、当該園児は死亡に至らなかった可能性もあると考えられることから、保育士たちが子どもたちの動静を全く把握しておらず、子どもたちから完全に目を離していたことが、死亡事故に至らせてしまったことの最大の要因ともいえる。

4. 普段の保育の問題について

事故当日の保育のあり方についてはここで検証する通り、問題が多々あったが、事故当日の保育だけが特に問題だったのではなく、普段の保育のあり方に問題があったといえる。事故後に町内の保育士たちに行ったアンケートでも、普段の保育を危惧する声が多くあがっていた。以下はその声の一部である。

- ・「以前、みつば保育園に在籍していた際、日々、危険を感じていた。このままだと絶対に誰か死ぬと感じていた」
- ・「起こるべくして起こった事故である」
- ・「100%防ぐことができた事故。日々の保育士同士のなれあい、無計画、下見不足等、さまざまなことの積み重ねの末の事故」
- ・「高森町の保育園全体に、子どもたちの姿をみとり、予測する力がないんだと思いました。もう一度、保育士とは、子ども主体の保育をしていくためには、私たち職員がどう動かなければいけないのか、考えてかないと、同じことが起こると思います」
- ・「高森町の保育の中に、この事故を起こす原因があったと思いました」
- ・「保育士本位の保育」「保育士の慢心」
- ・「保育士の気の緩み、なれあい、『今まで大丈夫だったから大丈夫だろう』という長年の積み重ねからくるものなどから起こったと思います」
- ・「託児所のような保育。代替の保育士に保育を任せて主担任は事務をしているクラスがある」 正規と非正規の職員の立場の違いによって、保育に関する共有ができていないことも多かった。
- ・その日、どのような活動をするかは正規の担任が決定して、非正規の担任は活動が始まってみてはじめて、今日はこの活動をするのか、とわかる状態だった。

給食についても多くの意見があった。

- ・「給食でも毎年事故が起きていた」
- ・「高森町の保育園では給食でもこれだけ遅れているのかという内容の仕事をしていたので、保育の面でも何かあったのだと思います」
- ・「子どもを預かる上で重要な『食』の部分では、危険を感じるが多すぎます。アレル

ギーを持つ子がいるのに、メニューが急に変わったり、トレイが用意されていなかったり、私が気をつけていても防げないことが多すぎます」

一方で、特に危機感を持っていなかったという意見もあった。保育士間の保育に対する温度差は非常に大きい。実際、何をもちて「高森町の保育」とするのか、その理念や方針が定まっていなかったのではないかと考えられる。当該事故で死亡した園児の保護者も、ヒアリングの中で「普段の保育の中から『あれ、おかしいな』と、変な違和感があった」と証言している。「朝、園児が遊んでいるのを全然みていない。普段からみていない」「連絡帳のやりとりも、必要なことがある時だけ書いてくださいとあらかじめ言われた。体調が悪いというやりとりでお迎えに行ったら、先生が他の子や親と話していればこちらは引き取ってくるしかない。子どもが言えばわかるという感じ」「年長さんから絵をもらってきたが、『誰からもらったの?』と聞いても子どもがわからなかった。普段からよほど関わりがなかったのではないか」等の疑問を感じていた。また、園外保育についても「園外保育にいつ出かけているかも保護者は知らない」「事後にも連絡はない」という状況だった。

5. 町の保育行政のあり方

(1) 「園外活動における安全管理マニュアル」の遵守

町では保育園の昭和 60 年頃に、近隣の他自治体で起きた川遊びでの事故を受け、「保育安全管理」のマニュアルを作り、平成 22 年に改定を行っていた。マニュアルと名が付くものは存在したが、表現が抽象的であり、実際に保育士がどのようにすればよいのかがわかりにくく、実態は十分なものとはいえない。このマニュアルの中には「園外活動における安全管理」の項目もあり、以下のことを定めていた。事故当日の活動に照らし合わせ、このマニュアルに従っていたかどうかを、○×△で示してみたところ、マニュアル違反があることがわかった。マニュアル自体が十分であったかどうかはまた別問題であるが、簡易なものであれマニュアル自体はきちんと用意されていたにも関わらず、それすら遵守されていなかったことが、事故を引き起こした原因のひとつであるといえる。

○ 園外活動における安全管理

1. 園外活動の計画・立案

- | | |
|------------------------------------|------------------|
| (1) ねらいを明確にして目的地を選択する | × |
| (2) 園児の年齢・心身の発達段階を配慮する | × |
| (3) 園児の状態を考えて実施時期を決める | × (月曜日、なんとなく決めた) |
| (4) 非常事態が発生した時の対応も考え、安全体制を含めた計画とする | × |

2. 事前の準備

(1) あらかじめ目的地の下見を十分に行う	×
(2) 当日、状況の変化が無いか確認をする。	△
(3) 職員の役割分担を明確にする。	×
(4) 園児への注意事項をしっかりと決めておく	×
(5) 日常的な徒歩については「散歩地図」を作成しておく。	×
(6) 救急用品、その他必要な物を準備する	×
× (3歳児は水筒を持っていない。救急用品は不明。AEDの位置なども確認していなかった)	
3. 実施に当たって	
(1) 園外保育に出る趣旨を園長に連絡する	△
(2) 引率職員は2人以上にする	○
(3) 園児の健康状態をチェックする	△
(4) 交通安全に留意し交通マナーを身につけるよう指導する	△
(5) 遊ぶ場所の範囲をしっかりと決め、危険箇所へ行かないように指導する	×
(6) 集合場所、集合の合図をあらかじめ徹底しておく	×
(7) 常に園児の所持を確認し、人数の掌握をする	×
4. 交通安全について (以下略)	

(2) 保育園に関する責任の所在及び保育園の人事について

前述したとおり、高森町では園長と各年齢の担任1人が正規雇用であり、副担任などは非正規職員であった。また、保育士不足が顕著な中では、町の保育士としてキャリアを続けてきて40代で園長になる人は少なく、多くの保育者が途中でキャリアを中断しながら、あるいは他市町の保育士、幼稚園教諭として働くなど、さまざまな道を経て、現在の保育職についている。園長職にある人であっても、特に園長になることを希望していたわけではなく、たまたま教育委員会の人事によって園長になった、という場合もあり、その役職を負担に感じたり、やりたくないという意識を持っていたりする人もあった。

園長自身の役割や責任についての範囲も明確でなく、自覚を持ってない園長もいる中で、園長としての研修や教育が行われていなかった。園長として育てられることがなく、サポート体制も少なく、自らの責任や役割を自覚できないまま職務についている人もいた。また、園長の中には日々の保育に関わることよりも、事務的な処理を行うことが多く、園の保育士を統括するマネージャー（指導者）というよりも、事務処理に忙殺されてしまうという人もいた。町内の保育の責任は教育委員会にあるが、教育長は事務職、総園長は元中学教師であり、教育委員会の責任者に保育の専門家がいなかった。0～5歳の就学前の子どもに対する保育は、学齢期以上の子どもに対する学校教育とは一線を画し、なによりも「養護」の精神が大切にされるが、そういった保育の特徴を理解している人が人事権を持っているトップにいたとは言い難い。

かつては町の嘱託の保育専門官による町内の保育園への定期的な巡回があり、保育士の教育、研修を行っていたが、事故当時はすでにそういった巡回指導は行われておらず、町の保育の質の向上のための取り組み、安全への配慮が十分であったとはいえなかった。また、保育専門官の指導によって「ヒヤリハット」の収集が行われ、危険可能性のあるものを排除するなど、保育士が自ら現場で安全について考えていくことができていた時期もあったが、専門官の訪問が無くなってからはそういった「ヒヤリハット」の収集が行われなくなり、安全に関する研修も行われていなかった。そのことも、現場の危機意識を弱め、事故の遠因になっていたと考えられる。

6. 墓地の管理

高森町では田畑の一角や路地の片隅などに、その家ごとの小さな墓地や石塔などが点在しており、毎日の生活の中で、主には宗教的な理由から、子どもたちにはそういった墓石などに近づかないことを教育していたという。現在の墓石は、地震のことなどを考え、中心に軸を通して、揺れても石が倒れないように工夫されているものもあるが、事故現場の墓地は江戸時代頃に建てられた墓石などもあるなど極めて古いものであり、現代的な安全管理がなされていないものであった。それらの危険な墓石や石塔が保育園の園児たちの生活圏に常に存在するものであるから、保育士は常にそれらの存在に気を配り、事前に予測して危険を避けるべきであった。

今回の事故では、この地域に当たり前に点在する「墓石」に対する危険意識が欠けていたと言えるかもしれないし、保育士が下見の際に墓石がある場所を確認することができていたり、遊びの途中で墓石の存在に気付いた保育士がその危険性を他の保育士と子どもに共有していれば、極めて古く安全対策が取られていない墓石であったとしても、保育士が事前にその危険を十分に予測して、その場所に行かないように子どもに指導するなどの安全回避策は可能だったと考えられる。私有地でもあり、現実的にすべての墓の安全対策を行うことは難しいが、日常的にアクセスできる場所に墓地があるような園では、石塔や墓石のある場所に子どもが立ち入らないように、あるいは石塔や墓石そのものが倒れないようにするなど、地域ぐるみで根本的な安全対策も必要であると考えられる。

7. 事故後の対応

(1) 現場での対応

当該事故が起きた際、保育士は園児のそばにおらず、事故の瞬間を見ていた保育士はいなかった。当該園児が墓石の下敷きになった様子を見た別の園児たちが保育士に伝えに来て初めて事故発生が発覚した次第であった。園児たちに連れられて現場を発見した保育士は、すぐに緊急の合図の笛を吹き、他の保育士を呼び、墓石をどかしてB S Lを実施することはで

きたが、事前にAEDの場所の確認をしていなかったことからAEDの調達に手間取った。また、園への連絡の際に、当該園児の名前を別の園児と間違えて伝えてしまい、保護者にも誤って伝えてしまった。予想していなかった事故に直面した保育士の焦りも一つの原因ではあったであろうが、そもそも普段から年少児と年長児の交流は少なく、互いのクラスの子どものフルネームを正副の担任が緊急時でも間違いなく子どもたちを認知できる状況になかったことも一つの要因なのではないかと考えられる。

(2) 町の対応

事故当日、みつば保育園で保育を行っていた他の保育士はもちろん、町内の他の保育園には事故についての連絡が一切行われなかった。多くの保育士が、当日のニュースなどで初めて事故のことを知った状態であった。町立の保育園であれば、町の責任ですべての保育士及び職員に対して、当日のうちに事故について伝えるべきであった。

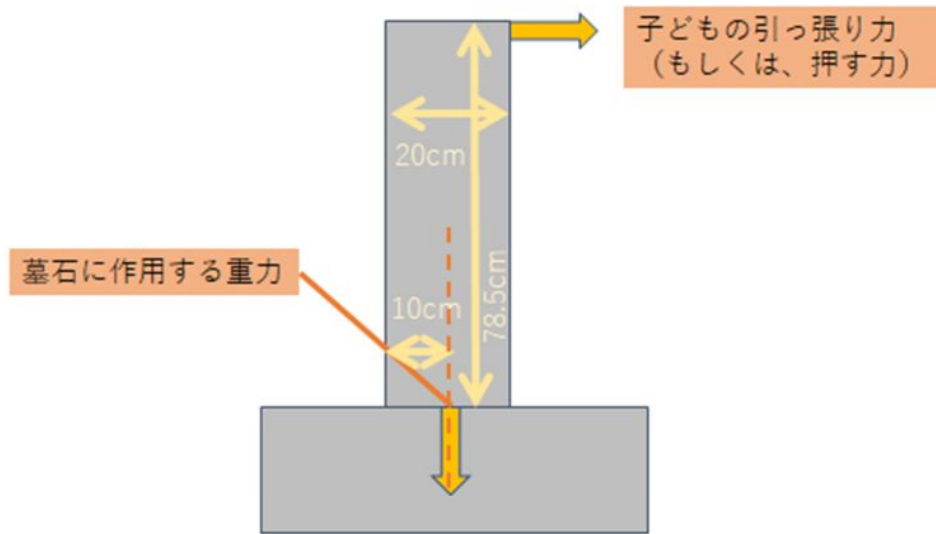
さらに、もっとも傷ついているのは事故で死亡した園児の保護者であり、深い悲しみにある中で、町から正式な情報がすみやかに出されなかったため、事故について様々な憶測や噂がなされ、さらに遺族を傷付けることとなってしまった。

8. 墓石に関する人間工学的観点からの検証

今回、直接の死因となった墓石の寸法は、縦 78.5 cm、横 38 cm、厚み 20 cmであり、墓石の重量 139 kgであった。本児が墓石の前に立ち、墓石の上部を引っ張った場合、もしくは押した場合、次の図に示すように、理論値では、 $139 \times 10 / 78.5 = 17.7 \text{kgf}$ の力があれば、転倒させることが可能である。ただし、今回の状況では、第2章で述べたように、墓石は傾いており、小さな石を土台と墓石の間に挿入させることで、バランスをとっていた状態であり、相当不安定で、ぐらぐらしていた状態であった。したがって、17.7kgf よりも、かなり小さな力で転倒可能であった可能性がある。

今回は、転倒した瞬間を見た者がおらず、また、近くにいた子どもの供述力には限界があることから、本児が引っ張って転倒させて可能性のほかにも、他児が押して墓石が転倒し、それに巻き込まれて下敷きになった可能性も否定できない。文献[2]によると、3歳児(36-48か月)が手で引っ張る力は、95%タイル(力が強い児童の場合)で $184 \text{N} = 18.7 \text{kgf}$ 、50%タイル(力が平均的な児童の場合)で 6.8kgf である。また、3歳児(36-48か月)が押す力に関しては、95%タイル(力が強い児童の場合)で $128 \text{N} = 13.1 \text{kgf}$ 、50%タイル(力が平均的な児童の場合)で 3.3kgf である。引っ張り力が強い児童であれば、傾いていない状態でも倒すことが可能であることが分かる。本件の場合、写真に示したように、墓石は傾いていたことから、幼児によって容易に転倒可能な状態であったこと推察される。

倒すのに必要な力(kgf)
=墓石にかかる重力(139kgf)x10cm/78.5cm
=17.7kgf



図：墓石を転倒させるのに要する力

「子どものからだ図鑑」(文献[3])によれば、6歳が引っ張る力の最大値は、192Nである。未就学児を対象として、未就学児がアクセス可能な環境にあって、圧死の可能性のある物体の転倒の危険を避けるためには、例えば、20kgfまでの力に耐えうる構造を必要とするなどの、新たな安全基準の策定も検討されるべきである。

文献[2]：英国規格 CEN/13387-1:2015 (Child use and care articles - General safety guidelines)

文献[3]：産業技術総合研究所，日本インダストリアルデザイナー協会，キッズデザイン協議会監修，子どものからだ図鑑—キッズデザイン実践のためのデータブック—，株式会社ワークスコーポレーション，2013

第4章 再発防止策および今後への提言

今回の事故では、園外で生じたものであるが、園外保育では、都市公園のように行政による管理がある程度なされている場所から、野山のようにほとんど整備されていない場所まで様々で、天候の影響を大きく受ける場所も存在している。事故を予防する対策の基本的な考え方として、しばしば環境整備（Environment）、教育（Education）、ルールやマニュアルの整備（Enforcement）からなる3つのEが取り上げられるが、園外、特に、今回のような野外では、園庭や園舎などの園内保育とは大きく異なり、ほぼ、環境整備（Environment）がなされていない不確定要素の多い環境であり、特別の配慮が不可欠である。

今回の事案では、具体的には、以下のような複数の要因が重なり起こっている。

- ①下見が不十分であり、環境の事前把握がなされておらず、直前の雨天の影響のため地面がぬかるんでいたこと
- ②3歳、5歳という年齢の離れた子どもの活動であったこと、曖昧な保育の計画、園外保育のマニュアルの未整備などのため、環境において配慮すべき項目、実施中止の判断基準、禁忌事項が不明確であり、当日、地面がぬかるんでいたことの対応として、下見を全く行っておらず、初めて行く場所へと安易に保育の範囲を広げてしまったこと
- ③保育士間で相談することも無く急きょ広げた保育活動の場所は、起伏が激しい場所や木々に囲まれている場所があり、死角を生みやすい環境であったこと
- ④急きょ広がった保育活動の場所には、保育士が事前に把握していない多数の墓石があり、幼児が容易にアクセスできる環境であったこと
- ⑤墓石には安全基準等はなく、転倒防止のための固定はされておらず、幼児の力で容易に転倒させうるものであったこと
- ⑥死角が多いため、墓石の転倒により下敷きになった本児の発見が遅れたため、救急対応によって救えたはずの命が失われたこと、
- ⑦これは、事故原因ではないが、事後対応のマニュアルが整備されておらず、事故後、遺族や関与した職員を不必要に苦しめたり、通常の保育活動を阻害する一因となった

本事案のような自然環境を利用した保育活動の場合は、環境整備に限界があり、以下の活動がより重要となる。以下、「安全に視点を置いた保育計画の作成と実行」「安全な保育のための環境改善」「保育所で利用可能なマニュアルの整備」「職員研修と安全教育」「事故後の対応」の観点から再発防止策と提言をまとめた。

1. 安全を視点においた保育計画の作成と実行について

保育所、幼稚園などの保育においては、日頃から安全を視点においた保育計画を作成し、実行する必要がある。

また、保育における安全の基本についても一度立ち返り、できているかどうかを各保育施設で確認すべきである。そもそも保育の基本中の基本は、活動している子どもの動静把握である。今回の事故では、下見も不十分なまま初めて行った広大な場所で、保育士が把握できないほど子どもたちがめまぐるしく変わるような遊びを行い、動静把握が全くできない中での保育であったことが、当該園児の発見を遅らせ、死亡に至らせたことは明らかである。

繰り返しになるが、子どもの動静を把握するのは、子どもの命を守るための保育の基本である。そしてその基本である子どもの動静把握は、園外でも同じように確実にを行うことが必要である。そのために保育士同士で普段から綿密な保育計画を立てて下見を行い、互いに活動の内容の共有はもちろん、子どもの様子や状況、分担についても話し合い、危険回避はもとより、子どもたちの成長・発達につながる保育を考えていくべきである。子ども一人一人に寄り添う保育を行わなければならないことは、保育所が遵守すべき法令である「保育所保育指針」にもきちんと記載があるが、事故当時、町の保育は保育所保育指針を遵守しているとは言えない状況にあったといえる。

かつて、高森町には保育に対して助言をするアドバイザーの巡回があった。アドバイザーが訪れていた時期には、少なくとも安全に対する配慮はもちろん、保育の内容そのものについても向上させていこうという機運があった。アドバイザー制度がどのようにして無くなったのか、その経緯についてはわからなかったが、仮に予算や効率といった点から廃止に至ったのであれば、子どもたちの成長・発達に貢献するものとはならず、「子育てに優しい町」を掲げる町の施策としては真逆の方向であったといえる。

可能であれば同様の制度を復活させ、事故のあったみつば保育園のみならず、町の中の全ての保育所において、「保育所保育指針」を遵守する保育を行うべく、保育士たちの学びの機会を作り、保育の振り返りや改善を行っていくべきである。「子どもたちがじっと座ってられないから外に行く」というような安易なやり方は、「保育」ではなくただの「託児」である。子ども一人ひとりに寄り添う保育になるよう、保育全体を変えていくべきである。

さらに、特に園外保育・野外保育を行う際には、野外活動の専門家との連携や、事前の研修が必須であると言える。長野県では「信州やまほいく」が展開され、県内の豊かな自然環境を存分に活用して、子どもたちの園外保育・野外保育を行うことがある。長野県ならではの非常に素晴らしい保育実践を行うチャンスであるが、保育者が何も準備せず、学ばないまま行ったのでは、子どもをただ大きな危険にさらすだけの保育になるともいえる。事前の研修、専門家との連携を確実に行うべきである。

野外保育では、いわゆる「想定外」の事故が起きる可能性もある。今回の事故のように子

どもが何かの下敷きになることも想定し、「何分以内に石などをどかせばよいのか」「実際に現場まで何分で駆けつけられるのか」「どれくらいの距離にいれば駆けつけられるのか」といった科学的な根拠に基づいた知識を、工学の分野と連携してきちんと把握しておくべきである。「想定外」とするのではなく、あらゆることを事前に想定して、備えておく必要がある。

2. 安全な保育のための環境改善について

今回、墓石の転倒による死亡事故であるが、墓石以外にも塀や灯籠でも同様の事故が生じている。これを防ぐには、容易に転倒しないように、固定する必要がある。少なくとも幼児がアクセスできる場所に関しては、幼児に対する教育や、保育士の監視には、限界があるため、以下のような環境改善によるアプローチが不可欠である。

①幼児がよじ登ろうとして転倒しないような固定を義務付ける。例えば、未就学児の6歳の力を基準に20kgfまでの力に耐えられるように固定するなど、具体的な安全基準の開発が求められる。

②そのような場所に立ち入れないようなフェンスを設置する。また、後述する野外環境のための事前準備チェックリストを活用して、事前に野外保育環境のリスクを把握し、適切な改善を講じることが必要である。

本事案と関連するものとして、より一般的には、園内保育の場でも存在するような、収納家具、TVなどの転倒による死亡事故は、国内外で多発しており、園庭・園舎においても、幼児のよじ登りに対して転倒が生じにくいように環境整備を行う必要がある。

3. 保育所で利用可能なマニュアルの整備について

マニュアルとは、「何かを確実に実施するために参照するもの」と、一般に理解されている。一方、ガイドラインとは、「何かを判断する際の指針となるもの」であり、マニュアルはガイドラインに沿って策定されるのが一般的である。

高森町の保育園には、昭和60年頃に策定された「保育安全管理」と題したマニュアルがあり、前述したように、平成22年に改訂されていた。本件に関係する「園外保育における安全管理」の項目もあり、記載されている内容を忠実に実践していれば、今回の事故は未然に防げたかもしれない。しかし、記載内容を確実に実施するためのマニュアルとしては不十分であった。また、国などが出す最新のガイドラインに準拠し、現行のマニュアルを見直していくための、仕組みは未整備であった。

平成28年、国から出された「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」については、県を通じて町に伝えられていたが、本件発生当時、町や町内の各保育園では具体的な対応はされておらず、本件の発生後、各保育園に配布され、職

員間の読み合わせなどによって職員全体に周知された。その後、新たなマニュアル策定に取り掛かっている。

これまで町として、最新の情報に基づく事故防止マニュアルの策定と改訂に関して、十分な組織立てができていたとは言えない。平成 28 年に国から出された「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」に沿い、また今回の事故の教訓も盛り込んだ、新マニュアルを早急に策定する必要がある。

ただし、この国のガイドラインには、園外保育についての項目はない。従って、このガイドラインが示す事故防止の基本的な考え方を取り入れつつ、独自に策定する必要がある。他自治体の園外保育ガイドラインとしては「世田谷区立保育園園外保育安全マニュアル」などが参考にはなるが、高森町の保育園では、自然豊かな公園や、山河・森林・野原などでの園外保育が行われており、地域特性を考慮した事故防止安全マニュアルの策定が必要である。

そのためにも、当委員会が参考意見を求めた野外保育の専門家である「野あそび保育みつけ」の内田幸一氏による「安全対策・安全管理マニュアル 2019 年度版」や、“信州やまほいく”（信州型自然保育）の「野外での体験活動における安全管理」などを参考にするとよい。さらに野外保育の専門家と連携をとり、研修を充実させていくことも必要と考える。

（１）園外活動安全マニュアル策定にあたっての提言

各保育所で実際に利用可能なマニュアルを作成し、職員で読み合わせを行い、常にマニュアルを実行可能な状態にしておく必要がある。今回は特に園外活動に重点をおき、そのために以下のことを提案する。一部「野あそび保育みつけ」の安全対策・安全管理マニュアル 2019 年度版を参考とした。

①全般的な事柄

- ・ 保育園での安全・事故防止を目的とした組織を作る
- ・ 関係者間で情報が遅滞なく共有される仕組みを作る
- ・ 事故防止安全マニュアルを定期的に見直す仕組みを作る
- ・ 野外活動の際は参加園児の行動を把握することが出来るのは 20～25 人であることを念頭に計画する
- ・ 保護者との連絡体制を整備しておく
- ・ 保護者に対し園外保育の内容を説明しておく

②園外活動の事故防止安全マニュアルに取り入れるべきこと

- ・ 保育の運営形態や園児数、構成年齢による違いを考慮した職員配置とする
- ・ 人数把握に留意し、把握しきれないときは園児を集合させる

- ・目的地は、事前に十分検討し登録しておき、その場所の中から選ぶ
- ・目的地での活動範囲を明確にしておく
- ・目的地の下見では、季節や天候などで変化がないかを確認する
- ・目的地への順路、園への帰りの順路はあらかじめ決め、危険個所を把握しておく
- ・順路の下見では季節や天候などで変化がないかを確認する
- ・園外保育計画書には、予想される危険を列記し対策を記載する
- ・それぞれの園外活動には、園長から指示を受けた引率責任者をおく
- ・目的地への隊列・帰りの隊列での、保育士の位置をあらかじめ決める
- ・目的地に到着したら、園児に対し年齢に応じた、活動内容の説明をする
- ・目的地に到着したら、引率職員全員で役割分担を確認する。
- ・活動全体を見渡すことのできる職員をおき、他の役割を兼務しない
- ・計画書通りに行動し、その場で計画の変更はしない
- ・活動範囲を変更する場合は改めて下見し、安全を確認した上で活動範囲をきめる
- ・事故などの不測の事態が発生した場合、そこに関係しない園児全体の安全確保を担当する職員を置く

(2) マニュアルの定期的な点検と周知

マニュアルの内容は定期的に見直されなければならない。以前から実践されているヒヤリハット報告を、マニュアル改善に十分活用するため、ヒヤリハット報告とその取扱いについて検討する必要がある。

マニュアルの周知については、その仕組みを作る必要がある。マニュアルは「何かを確実に実施するために参照するもの」であり、保育関係者一人一人がマニュアルに沿って行動する義務があると言える。

(3) マニュアルの活用

繰り返しになるが、マニュアルは活用した方がよいと捉えるのではなく、保育関係者一人一人がマニュアルに沿って行動する義務があると認識しなければならない。

そのための一手段として、可能なものはチェックリストを準備するとよい。ただし、チェックリスト方式は、形だけになる危険性があり、「責任をもってチェックする」という意識を、常に忘れてはならない。

4. 職員研修と安全教育

(1) 職員研修

今回の事故検証委員会では、子ども達の命を守るための安全管理について、専門家を招い

での安全管理講習と定期的な園内研修を行う必要性が認められた。

保育所保育指針の第3章3(2)事故防止及び安全対策では、ウ「事故の発生に備え、施設内外の危険個所の点検や訓練を実施する」と謳われ、マニュアルの作成とともに実践的な訓練や園内研修を行って全職員が緊急時の対応を的確に行えるように促されている。今回の様な園外活動における事故回避のためには以下のような研修を積むことが推奨される。

①危険予知・予測

- ・園外活動をする現場やそこに至るまでの道路などの行程を十分に下見し、予測される危険や危険箇所を可視化（あるいは文章化）する。
- ・子ども達の普段の様子・登園時の心身の状態を踏まえて、不安要素となるような危険な動きをする可能性のある子を把握し、対策を立てる。

②安全対策のための共通理解と体制作り

- ・一人の保育士の安全管理能力の限界（子どもの人数・現場の広さ等）を知り、複数の保育士による場合、効果的な分担方法を考える。
- ・基本的に、散歩や園外活動の行程や場所は常に同じものとなるよう固定化する。新たな活動場所を設定する場合には、複数の保育者による実地検証を行った後、園全体で危険個所等の検討を行った後での実施とする。
- ・現場での他の保育士同士の行動把握と意思疎通。園外活動計画についての計画書類の中に詳細な活動内容と保育者の立ち位置等を記入し、活動の直前に園長と共に確認をする。
- ・事故につながりそうなヒヤリハットを収集し、検討する場を設け、園全体で共有する。
- ・チェックリストを活用し、環境面での安全管理の確認を行う。

③安全に関する説明

安全に遊ぶために事前に子ども達に語る「おやくそく」を徹底する。出発前、現場に到着してから、子どもと一緒に指差しするなどしながら確認する（行動許容範囲、危険個所、進入禁止箇所などの提示、危険行為を具体的に説明等）。

④万が一、事故が起こった場合の被害を軽減する方法

- ・一次救命処置（BLS）の習得、緊急通報、病院への搬送手段の確保、救急用品の準備等を確認する。
- ・当該児以外の園児の安全確保をする。
- ・保育園、役場、地域、保護者への連絡方法や協力要請の系統化。

⑤以上全てについて、シミュレーショントレーニングをおこなう

緊急時の訓練として一次救命処置（BLS）の扱い、心臓マッサージ等が行われたとしても、事故の当事者となった人以外の保育者が何をすべきか、という総合的な訓練は行われることが少ないことが多い。実際、今回の事故でも、一次救命処置（BLS）を扱っていた保育者以外は、その場にいた子どもたち達に目を向けていなかった。大小問わず今まで起こ

ったヒヤリハットや事故を例にして、「その時」何をすべきか、どういう役割で行動するか
のシミュレーショントレーニングが必要となる。

(2) 園児への安全教育

子どもの行動を予測することは難しく、園内外を問わず、毎日、想定外のヒヤリハットが
起こっている。保育者は子どもの特性を承知した上で、日々の保育の中で危険行為を認識さ
せ、様々なシチュエーションにおいての「おやくそく」を共有する。

- ①保育室の中のから危険箇所チェックを子どもたち達と行う。その後、チェックの範囲を園
庭、保育園の周り等に順次広げていく。
- ②日常生活の中でも、子どもと保育者の間で安全についての取り決め（約束）を行い、実行
していく。
- ③園外保育の場合、散歩などを通してその土地特有の地形や、特徴的なものを確認し、そ
の危険性について子どもたちに認識させる。（たとえば、河岸段丘のため平地が少ない、
歩道やガードレールが整備された歩道が少ない、毒蛇やハチに遭遇する可能性がある、倒
れやすい石塔や墓石が多い etc…）
- ④常に保育者と自分の立ち位置を子どもたちに認識させる。例えば外遊びにおいては、遊び
に夢中になったとしても、子どもから保育者が見える範囲に留まることを意識させる。

5. 事故後の対応について

今後は同様の事故が起きないように、全国の保育園において、これらの事故報告書をふまえ、
十分な配慮の下で保育が行われることを願う。しかしそれでも、もし事故が起きてしまった
場合に備えて、事故後に町や園がそれぞれどのような対応をするかも含め、事前に取り決め
をしておくことが求められる。被害者の保護者や家族に対して、その他の子どもに対して、
その他の保育者に対して、さらには、それ以外の一般の人に対して、どのような対応を行う
のか、事前に検討しておくことが求められる。

今回、事故後の対応が十分ではなく、当該園に勤務している保育士すら、事故の状況につ
いて正確に知らされなかったことは、その後の混乱を招き、遺族を苦しめることになったこ
とは想像に難くない。その反省を踏まえ、迅速な対応ができるよう、対策組織を作って備え
ることも必要である。

〇おわりに

私たち事故検証委員会の検討結果は、報告書のとおりですが、本件事故が閉鎖された園舎内ではなく、園外の野外活動中に発生したものであり、野外活動は解放された自然の中で行われることから、危険性は常にあり、通常の保育活動とは全く違うことが前提で、それを認識することにより危険回避することが可能になります。

自然保育を活動の拠点としている園に比して、通常園内活動を主としている保育所の保育士は野外活動の経験も少なく、研修もほとんど行われていません。そのため野外保育における危険・事故の認識に対する予測は園内活動の延長では困難と考えます。

近年、自然保育の実践を行う保育園も増加し、長野県も「信州やまほいく」の認定と普及に努めており、園外保育は園児の多様な経験と危険回避能力の取得のため積極的に取り入れるべきであり、園外保育における実践活動をしている認定こども園『野あそびみつけ』の代表者内田幸一さんに野外活動における安全対策・安全管理について貴重な示唆を頂きました。

野外活動は危険だとして制限すべきではなく、より安全な野外活動を行うために実践者の経験を学び、交流を深めることにより保育活動を安全に豊かにするための注意をマニュアルとしてではなく理解し身に付けることにより実践に結び付けることが重要と考えます。

本件事故は園内活動においても基本的事項の確認がなされておらず、野外活動において基本的な計画、下見、把握できる園児数、監視保育士の配置と確認、園児の活動範囲の限定、保育士同士の役割の確認、園児の人数把握など、活動範囲から外れた園児の発見など野外活動の基本的事項が行われていなかったことにより、事故が発生し、発生直後に事故に気付かず蘇生措置が遅れたことなど、いずれかの時点で重大な結果を回避できた可能性のあったことを指摘しています。

自然保育において危険を避けるための基本的な注意事項実践を行っている方々にとって当然のマニュアルと言えることが、今回の事故は園外保育において重視されていなかったことであり、当委員会の検証結果は園内保育活動を基本としながら、野外保育を行う園にとっては改めて確認を行うと共に、自然保育の実践を行っている方々にとっても通常の確認の重要性の再認識の参考になれば幸いです。

本件事故は不安定な墓石が倒れたことが直接原因ですが、墓石や野仏・浮石・倒木など倒壊する恐れのある危険物は身近に存在していて、私たちはあまり注意を払っていませんでした。この事故により身近な危険物についてもその注意喚起とできるだけ危険を除去することを地域の問題として考えてほしいと思います。

事故後の対応について、事故状況の説明、亡くなった園児・遺族、関係する園児・保護者・保育者他関係者への対応と心的ケアは十分に行われていなかったとみられ、この対応は迅速に、丁寧に、全関係者に対して行うべきであり、それは長く続くものです。

対応として重視しなければならないのは、亡くなった当該園児、ご遺族など当事者の心情に思いを馳せ、慰謝を含めて事故の再発防止がその目的となります。

既に町内の保育所、町でも独自に事故を分析し検討して様々な対応を取られています、本事故検証委員会の報告を参考にしてお深い分析を行い、安全な野外活動につなげて頂ければ幸いです。

○Appendix (付録)

1. 野外環境のための事前準備チェックリスト

自然環境などを活用した野外保育に求められる事前準備として、参考文献[3]に記載されているチェックリストを示す。

■野外保育の事前準備 5つのステップ 【チェックリスト】

①ねらいや目的、活動内容の確認

- 園外保育のねらいや目的が明文化され、共有されていますか？
- 子どもの生命・身体を守ることが、ねらいや目的、活動内容に優先されることを、全ての職員・スタッフが共通認識していますか？
- 活動内容が、ねらいや目的と合致していますか？

②情報収集

- 活動内容に関する安全管理や事故予防策、運営方法、事故事例等をインターネットや書籍などを通じて調査しましたか？

③下見・トライアル・健康チェック

- 活動場所の下見を通じて、次のような箇所における危険源を確認しましたか？

活動フィールド	利用施設	移動経路
<input type="checkbox"/> フィールド特有のリスク（河川・海・山・都市公園など）	<input type="checkbox"/> 施設内の活動場所	<input type="checkbox"/> 宿舎から活動場所の経路
<input type="checkbox"/> 天候急変時の避難場所	<input type="checkbox"/> 非常口、トイレ	<input type="checkbox"/> 利用交通機関
<input type="checkbox"/> 危険生物・植物の存在	<input type="checkbox"/> 救護室	<input type="checkbox"/> 集合、点呼の場所
<input type="checkbox"/> 転倒しそうな物体の存在（とらうろ・墓石など）	<input type="checkbox"/> 居室、風呂場	<input type="checkbox"/> 天候急変時の避難経路
<input type="checkbox"/> 注意書きの看板	<input type="checkbox"/> その他、立ち入りが想定される場所	<input type="checkbox"/> 迷いそうな箇所
<input type="checkbox"/> トイレ、水道、その他		<input type="checkbox"/> その他

- 子どもたちが実施する予定の活動を、事前に指導者・保育者だけでトライアルしてみることにより、次の点を確認しましたか？

<p>装備のリスク</p> <p><input type="checkbox"/> 装備の不具合の確認・修理</p> <p><input type="checkbox"/> 不足した装備の確認・手配</p>	<p>動作のリスク</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的過負荷の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 危険な（無理な）動きの確認</p>	<p>心のリスク</p> <p><input type="checkbox"/> 活動のねらいの検証</p> <p><input type="checkbox"/> 心理的過負荷の確認</p>	<p>運営のリスク</p> <p><input type="checkbox"/> 指導者の動き・位置の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 話し方・伝え方の確認</p>
--	--	---	--

- 活動への参加可否を判断するため、次のような子どもの健康情報を収集し、確認しましたか？

<p>事前調査</p> <p><input type="checkbox"/> ふだんの体調・心理状態を把握するアンケートの実施（既往症、アレルギー、常用している薬、平熱、排便等）</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者からのヒアリング（説明会の実施）</p>	<p>当日の調査</p> <p><input type="checkbox"/> 体調・心理（顔色、表情、直前の病気やけが）の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 身だしなみ（服のデザイン・素材・頭髪・眼鏡・つめ等）</p> <p><input type="checkbox"/> 持ち物（忘れ物）の確認</p>
---	---

④安全基準・ルールづくり

- 活動範囲を確定し、安全確認を行いましたか？
- 活動中止の判断基準を決めましたか？
- 子どもたちのためのルールや事前の安全説明を検討・準備しましたか？

⑤共有・マニュアル化・研修

- ステップ2、と3、で洗い出した危険源やリスクを引率スタッフで共有し、対策を検討、マニュアル化しましたか？
- 事故発生時を想定した次の項目を確認・準備・研修等を実施しましたか？

<p>下見での確認</p> <p><input type="checkbox"/> 活動フィールドの住所と救急搬送計画</p> <p><input type="checkbox"/> 携帯電話の電波状況</p> <p><input type="checkbox"/> 最寄りの病院までの交通手段と経路</p> <p><input type="checkbox"/> 最寄りのAEDの設置場所とその営業日時</p>	<p>事前準備</p> <p><input type="checkbox"/> 事故発生時の役割分担と行動のフローチャート</p> <p><input type="checkbox"/> 病院・タクシー・本部・保護者等の連絡先リスト</p> <p><input type="checkbox"/> 大規模な自然災害発生時の避難計画</p> <p><input type="checkbox"/> 引率者の救命救急法研修（理想は小児用）</p>
---	--

文献[4]: 西田佳史、山中龍宏（編）、保育・教育施設における事故予防の実践 事故データベースを活かした環境改善, 中法法規出版, 2019

2. 遺族や他の子どもの心理に寄り添った対応について

(1) 喪失反応のプロセス

当該園児の兄弟とその保護者は、いわゆる「トラウマ反応」を体現していたと思われる。事故当日園外保育から帰園した年少児の「〇〇くん死んじゃった」という発言に対して、兄弟が「そんなことない」と険しい表情で言い返したという情報は、ショック状態を意味する。遺族である当該園児の母親が、新盆で新園長に「悲しみもあるけど、怒りが膨らんで、でも誰にも言えなくて」という発言をしているが(平成30年8月24日)、これは喪失反応のプロセスがまだ怒りの状態にあることを意味する。

遺族以外でも、当該園児と毎日一緒にいた児童、保育者、関係者の中にも、トラウマ反応、喪失反応を体現している人は多数存在すると推測できる。後日行われた研修会(平成30年10月19日)後の保育園関係者のアンケートからも、「園外保育を考えると昨夜から寝付けなかった」という文章等があり、上記の反応を示している。

事故後の喪失反応のプロセスは、その体験→ショック→無感覚状態→悲哀と進み、そんなはずはないという否認から、なぜ自分にこんなことが起こるのかという怒りに進み、やがて絶望し、抑鬱状態に陥る。その後喪の作業を経過し、受け入れの段階に進む。この一連のプロセスは、喪失に対する当たり前の反応であり、その段階に応じての対応が必要となる。

事故体験後の対応に関しては禁忌事項を三項目挙げている報告がある。一つは、継続して援助できない援助者は、直接関与してはならないということ。二つ目は恐怖の感情表現を促す(体験の絵を描かせる、作文を書かせる)ことは、安全感のない空間では二次被害を与えるので、実施してはならないということ。三つ目はトラウマのアンケートのみの実施は二次被害を与えるのではではない、必ずトラウマと喪失の心理教育、ストレスマネジメント体験を同時に行うこととされている。

更に、デブリーフィング(Debriefing)という面接手法があるが、事故体験後に実施してはならないとする報告もある。デブリーフィングとは、①導入(何故面接しようとしているか)②事実(あなたはその時何をしていましたか)③感情(今どんな感じですか)④反応(今どんな反応が起こっていますか)⑤症状(どんな症状がでていますか)⑥教育(自然な正常な反応ですよ)⑦再帰還(今後の対応を話し合う)という7つの手順で行われる。以上の内容を面接者、またはグループで話し合うことで、急性期の危機を脱すると以前は主張されたが、現在は逆にPTSD(post traumatic stress disorder)に進むとされている。子どもに体験を聴くことには慎重になる必要がある。警察が事故後早い段階で保育士を通して園児から様子を聴こうとしたという情報(平成30年3月16日保護者説明会)もあるが、デブリーフィングの知識を持たずにそういった面接を実施することは危険である。事故に遭遇した子どもから無理矢理話を聞き出そうとする行為は、厳に慎まねばならない。

上記と同日の保護者会(3月16日)において、子どもや親の苦悩、子どもの明らかに今ま

でとは異なる行動についての情報提供があり、適切な対応がされたか否か、危惧される。

一方、平成 30 年度の新体制になってから、当日当該園児の傍にいた園児が給食時にその時の様子を話し出したという報告があるが、子ども本人から話し出したときは、中断させず全て話してもらおうという対応をとるべきである。後述するが、トラウマ記憶は最初のうちはうまく表現できなくとも、時間の経過と共に、様々な方法で表現するようになっていくので、その時はストップさせずにはき出させるようにする。

また、喪失反応は当事者以外にも起こりうる。人は誰でも大きな事故を体験し、恐怖やショックを感じると、その感じたことによるストレス以外にも、実際には体験していない想像の恐怖やショックによるストレス、そしてその事故により大切な人やもの、場所、思い出等を失ったことによるストレス、その後の日常生活の変化、不自由な生活、将来への不安等が継続することによるストレスにさらされる。当然、（子どもたちはもちろん、遺族、現場にいた保育士らについては）その後の研修会や追悼式典にも注意を要する。

(2) P T S R (post traumatic stress reaction) と P T S D (post traumatic stress disorder)

この事故に関する当事者や関係者は、程度の差はあれ、全員 P T S R を体験する。

P T S R は、特殊な事態に対する当たり前の反応、である。一方 P T S D は、当たり前なら起こらない特殊な反応、である。様々な事件、事故についてのメディアからの情報発信の影響からか、P T S R と P T S D は混同されやすい。人は予測できない大きな事故に出逢うと心に変化がおり、いわゆる心に傷がつく。P T S R の状態で、誰にでも起こりうる。それに対して P T S D は当たり前ならば終息するはずのトラウマ反応がずっと継続する特殊な反応である。P T S R の状態の時に適切に対応すればその先には進まない。

トラウマ反応は、実際の体験に対する反応であり、身体的、かつ無意識的であり、また個人差も大きい。具体的には、再体験（フラッシュバック、夢、子どもの無意識的な模倣遊び）、過覚醒（恐怖につながる刺激に対する過敏、過剰な反応）、麻痺（何も感じない）、解離（現実感がなくなる、記憶が曖昧になる）、回避（できごとに関連することを避ける）等が出現する。

子どものトラウマ反応は、再体験、過覚醒、麻痺、解離、回避を背景として、退行（いつもよりお母さんに甘え、傍から離れない、一人でできていたことができなくなる）、行動化（とても高揚してはしゃぎ回る、イライラとして人や物にあたる）という現象で現れる。やはり個人差が大きく、認知発達段階によりさまざまな反応や行動を示す。上記のように何が起きたか理解できずただただ親や養育者にしがみつくと反応の段階から、年中クラスになると、親や養育者の（主たる愛着対象）反応を見て事実を推測するようになる。自己中心性思考を持ち、想像力を働かせてしまうため、悲惨なできごとを自分に関係していると考え、現

実はないことを言い出すこともある。

新園長より、みつば保育園では、その当時のことを話す児童、その後現場付近を通ると怒り出す児童、ぐずぐずと保育士にまとわりつく児童、などの園児の様子が見られるとの情報があったが、それぞれの姿は、トラウマリアクションそのものである。

以上のトラウマリアクションが固定化したものが、PTSDである。

(3) 喪失反応、トラウマ反応への対応

①PTSRからPTSDへの進行を阻止する。

PTSR対応の援助としては、安全感、安心感の保障、変わらない態度で寄り添う、共感的に聴く、という基本的に守らなければならない対応方法の基本がある。

「この保育園は安全なので、安心できる」

「この広場は安全なので、安心して遊べる」

「この保育士はいつも自分を気にしてしてくれる」

「この保育士はいつも自分の言うことを受け止めてくれる」

以上のような対応である。

時間の経過と共にトラウマは薄れていくが、保育園としての役割は、保護者、地域と一体となり安全、安心のための環境整備、個別の心のケアとしては、上記の安全、安心感の育成、子どもと保育士、子ども同士の絆作り、トラウマ表現への対応、事故後回避してきたことの再チャレンジへの応援等が挙げられる。具体的な言葉がけとしては「つらかったね、嫌だったね」「誰にでも起こることだよ」「避け続けると、長くかかるよ」「あなたは悪くない」「こうすればリラックスできるよ」等になる。

そして、少しずつ避けていることにチャレンジしていき、安心できる場で恐かったことを語り、毎日の生活に喜びを見いだしていく。

②喪の作業(mourning work)の重要性

喪失反応のプロセスにおいて、喪失を受け入れる前段階で重要なのが、「喪の作業」、である。それは、心の中の大切な対象を喪失した後、その穴を埋め合わせるために行われるものである。基本的にはそれぞれの心の中の作業であるが、追悼式典、故人を偲ぶアルバムや文集、その他のモニュメント（亡くなったその子のために花を生ける）等、全体的に目に見える形でその作業を行う。当該保育園で、黙祷の日が設けられていることは重要である。しかし、受け入れには個人差があるので、強制はできない。子どもにとっても大人にとっても大切な通過点である。援助の基本は、寄り添う姿勢である。それは感情の抑制（感情に巻き込まれず、つらいことも冷静に聴く）、具体的なメニューの提示、実際への協力、人、もの、場所だけでなく、信頼感、親密感、安心感等の構築である。

③継続するストレス反応

前述したように、人は特殊な事態には、程度の差はあるが全員PTSDに陥る。そしてほとんどの人は時間の経過と共に日常生活に復帰する。しかし、一部の人は復帰できずにPTSDに移行する。PTSDへの対応はいわゆる専門家に任せた方が無難である。今回の事故後の対応も同様である。問題は、事故後、状態が中途半端で、本人も周りもそれと気づかずに経過してしまう人の存在である。具体的には、どうも体調がすぐれない、気力がなくいろいろなことが手に付かない、自分は駄目人間だと思ふ、いらいらして人や物に当たりたくなる、どうしてもよいことに熱中してしまう、お酒の量が増える、気晴らし食いをする、不必要なものを買込む等の状態のことである。平成30年10月19日の保育士研修会後のアンケート（平成30年10月19日）からは、実に様々な意見が出されている。事故後半年以上経過してからの文章とはとても思えない内容を含め、さまざまな意見が出されている。事故後の対応の遅れが如実に表れているものではあるが、意見、感想と共に、上記のストレス反応のチェックも必要である。既に日常生活に復帰できている人、逆に深いダメージを受けた人等については、それなりの対応が可能であろうが、中途半端状態の人は、水面下に沈んでしまう。そして何となく変な状態になる。しかし、保育士は続けるので本人も周りも苦しくなる。継続するストレス反応も専門家と連携してチェックし対応する必要がある。

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

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