

上尾保育所事故調査委員会報告書

平成17年12月

上尾市立上尾保育所事故調査委員会

目 次

1 . はじめに	1
2 . 事故の状況等について	2
(1) 上尾保育所の概況等	2
(2) 本件事故以前の事故発生状況	3
(3) 安全対策の現況	6
(4) 本件事故の概要	7
(5) 事故当日の状況	7
(6) 事故翌日の状況	13
3 . 本件事故の問題点は何か	13
(1) 本件事故の問題点	13
(2) 本件事故の解明と死因をめぐって	14
(3) 本件本棚の位置と構造	15
(4) 本件事故の予見可能性	18
(5) 本件本棚を検証して	20
4 . 上尾保育所の職員の事故対応の問題点	22
(1) 子どもの成長と専門職の援助	22
(2) 子どもの動静の確認について	24
(3) 事故が発生したときの対応は十分であったか	24
5 . 本件事故は偶然に発生したのか	26
(1) はじめに	26
(2) 上尾保育所の保育の実情	27
(3) 職員同士の意思疎通をめぐる問題	29
(4) 事故防止についての職員の協議状況	29
(5) 被害児童不在判明後、何故発見に1時間もかかったのか	30
(6) 保育士から見た上尾保育所の実態	31
(7) 保護者から見た上尾保育所の実態	32
(8) 保育士の責務	33
(9) まとめ	33
6 . 事故の再発防止に向けての今後の課題	33
(1) 本件事故の教訓は何か	33
(2) 再発防止に向けての提言	36
7 . まとめ	40

別紙(1)	事故調査委員会検討経過	4 2
別紙(2)	事故調査委員会が実施した調査・事情聴取等 上尾保育所事故調査委員会委員名簿	4 3
別図(1)	上尾保育所見取り図	4 4
別図(2)	散歩から帰ってきたときの様子	4 5
別図(3)	散歩から帰り、室内で遊ぶ様子	4 6
資料 1	8月10日の時系列の参考図	4 7
資料 2	上尾保育所保護者への質問紙調査	5 7
資料 3	8月の給食室の温度	6 1

1 はじめに

本報告書は、平成17年8月10日上尾市立上尾保育所で発生した4歳児の死亡事故(以下、「本件事故」という。)について、事故の原因を究明するとともに、事故と上尾保育所の職員の保育の実態と管理体制との関係を明らかにし、本件のような重大事故を二度と上尾保育所で生ぜしめないために、今後、何をしたらよいかについて調査検討した報告書である。

本調査委員会では、本報告書を作成するにあたって、別紙(1)の一覧表にある日時に会議を開催し、別紙(2)の関係者に直接事情聴取をし、その他必要な調査を行った。また、本調査委員会の発足前に市が行った調査も一部参考にした。本調査委員会の事故原因の究明等は、刑事事件や民事事件のような厳密な事実や過失等の認定の方法をとっていない。それは、第1に、本件事故の原因が何であったのかを知りたいとの被害児童の両親の当然の要望に応えるために、最大限に必要な調査をし、事故原因を明確にする必要があったからである。第2に、本件で事故原因の究明とともに大切なのは、保育の専門集団の場である保育所で、本件のような事故を二度と生ぜしめないために、何をどうしたらよいかを上尾保育所の保育の実態との関係で明らかにし、再発防止策を明示し、保育所は安全なところだとの保護者の期待に、十分に応えるためである。

ところで、本報告書は、上尾市の保育行政や保育の実態等について、一般的に調査し検討したものではない。あくまでも、今回の重大事故を発生せしめた上尾保育所の平成17年8月10日前後の保育の実態等に限定して、諸々の調査・提言等をしていることに留意されたい。ただ、そうは言っても本報告書には保育に従事する者にとって看過できない提言が多々含まれているので、上尾市の保育関係者にとっても有益な示唆が多数あると思料する。

2 事故の状況等について

(1) 上尾保育所の概況等

保育所の規模等

- ・ 施設名 上尾市立上尾保育所
- ・ 所在地 上尾市本町四丁目13番1号
- ・ 開設年月日 昭和28年12月15日(平成4年に現在地に新築移転)
- ・ 施設概要 鉄筋コンクリート造2階建(保育所は1階部分のみ)
1階園舎面積 993.10㎡ 敷地面積 2,917.18㎡
- ・ 開所時間 平日 7時00分~19時00分
土曜 7時00分~18時00分

保育所のスタッフ・児童数等(平成17年8月1日現在)

(ア)職員

職員	氏名	上尾保育所の経験年数	職務経験年数
所長	A	1年 4ヶ月	31年 8ヶ月
主任保育士	B	1年 4ヶ月	32年 4ヶ月
	C	0年 4ヶ月	30年 4ヶ月
5歳児担当保育士	D	1年 4ヶ月	14年 4ヶ月
	E	3年 4ヶ月	3年 4ヶ月
4歳児担当保育士	F	3年 4ヶ月	30年 4ヶ月
	G	3年 4ヶ月	12年 4ヶ月
3歳児担当保育士	H	5年 4ヶ月	29年 4ヶ月
	I	3年 4ヶ月	11年 4ヶ月
2歳児担当保育士	J	3年 4ヶ月	31年 4ヶ月
	K	0年 4ヶ月	25年10ヶ月
	L	0年 4ヶ月	3年 4ヶ月
1歳児担当保育士	M	0年 4ヶ月	33年 4ヶ月
	N	5年 4ヶ月	23年10ヶ月
0歳児担当保育士	O	4年 4ヶ月	24年 7ヶ月
	P	3年 4ヶ月	11年 4ヶ月
看護師	Q	0年 4ヶ月	12年 4ヶ月
給食調理員	R	5年 4ヶ月	9年 4ヶ月
	S	1年 4ヶ月	11年 4ヶ月
	T	2年 4ヶ月	6年 4ヶ月
用務員(再任用)	U	0年 4ヶ月	0年 4ヶ月
用務員(非常勤)	V	1年 4ヶ月	1年 4ヶ月

(イ)臨時職員

職 種	氏 名	職 種	氏 名
産休代替等職員		時間外パート職員	イ
			ウ
			エ
			オ
短時間臨時職員	(1)		カ
	(2)		キ
時間外パート職員	ア		ク

(ウ)児童数(平成17年8月1日現在)

0歳児クラス(すみれ組)	9名(男児 3名、女児 6名)	保育士3名
1歳児クラス(たんぽぽ組)	15名(男児 6名、女児 9名)	保育士3名
2歳児クラス(ちゅうりっぷ組)	18名(男児 9名、女児 9名)	保育士3名
3歳児クラス(ばら組)	25名(男児12名、女児13名)	保育士2名
4歳児クラス(きく組)	25名(男児14名、女児11名)	保育士2名
5歳児クラス(ゆり組)	25名(男児13名、女児12名)	保育士2名
合 計	117名(男児57名、女児60名)	保育士15名

0歳児クラスの保育士3名のうち1名は看護師。

(2) 本件事故以前の事故発生状況

上尾市立保育所における事故の発生状況

平成15年度から17年度8月分までに上尾市立保育所16か所で発生した事故は合計316件で、保育所別では上尾西保育所39件、西上尾第二保育所、あたご保育所がそれぞれ24件、上尾保育所、西上尾第一保育所がそれぞれ23件の順になっており、この上位5か所のうち、西上尾第一保育所を除き、4か所は入所定員がいずれも100人を超えている大規模保育所である。発生場所別では、保育室105件、園庭84件、ホール37件、散歩中27件となっており、年齢別発生件数では5歳児69件、6歳児56件、4歳児56件、2歳児55件、3歳児52件、1歳児28件であった。これらは、年齢とともに行動が活発になるが、まだ状況判断が不十分であることなど、子どもの発達段階と関係していると思われる。また、曜日別発生件数では水曜日66件、火曜日62件、木、金曜日がそれぞれ60件、月曜日58件、土曜日10件となっており、土曜日は保育利用者が少ないことから、事故は少なくなっているものの曜日による差はあまりみられない。時間帯別発生件数では、事故の多い時間帯が10時台64件、16時台55件、9、12時台がそれぞれ49件、11時台39件の順になっており、事故の発生件数は保育所の生活に関連し、9～10時台及び16時台は自由遊びの時間帯で、ここで多く発生している

ものの、13～15時台は午睡の時間帯であり事故の頻度は低い。さらに、11～12時台は保育士が給食の準備、片付けに追われる時間帯である。保育所別の事故発生状況は以下のとおりである。

保育所別	定員(人)	平成15年度	平成16年度	平成17年度	計
上尾	100	7	12	4	23
原市	70	5	7	1	13
西上尾第一	80	8	10	5	23
原市団地	60	2	6	1	9
上尾西	120	6	22	11	39
西上尾第二	105	12	9	3	24
しらこぼと	80	4	10	6	20
あたご	125	11	9	4	24
かわらぶき	90	12	9	1	22
大谷	90	3	7	5	15
大石	60	10	3	3	16
小敷谷	90	7	3	4	14
原市南	70	4	12	4	20
緑丘	80	7	6	4	17
上平	80	10	8	4	22
畔吉	80	5	7	3	15
計	1,380	113	140	63	316

平成17年度は、4月1日～8月31日まで。

上尾保育所における事故の発生状況

平成15年度から17年度8月分までに上尾保育所で発生した事故は合計23件で、年度別では15年度7件、16年度12件、17年度4件となっており、発生場所別では、保育室9件、園庭6件、ホール5件、散歩中2件、廊下1件であり、年齢別発生件数は4歳児6件、3歳児5件、2歳児4件であった。また、曜日別発生件数は木曜日7件、水曜日5件、月、火曜日がそれぞれ4件、金曜日3件、土曜日0件で、時間帯別発生件数は、9、10、11時台がそれぞれ4件、17時台が3件、8、12時台がそれぞれ2件で、上尾保育所では他の保育所と同様に、児童の年齢別では4歳児に事故が最も多く、曜日別の事故発生では土曜日の保育利用者が少ないことから事故発生は無く、木曜日が7件と多くなっている。さらに、時間帯別では9～11時台が多く、これは自由遊びの時間帯であり、13、14時台に事故が無かったのは、午睡の時間帯であり、事故の頻度は低い状況であった。上尾市立の全保育所16か所(上尾保育所を含む)及び上尾保育所の事故の発生状況は、以下のとお

りである。

発生場所別	平成 15 年度		平成 16 年度		平成 17 年度		計	
	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所
保育室	40	3	51	6	14	0	105	9
園庭	40	3	27	1	17	2	84	6
ホール	7	0	25	4	5	1	37	5
散歩	10	1	10	1	7	0	27	2
廊下	1	0	6	0	5	1	12	1
ベランダ	6	0	4	0	6	0	16	0
プール	1	0	7	0	7	0	15	0
その他	8	0	10	0	2	0	20	0
計	113	7	140	12	63	4	316	23

年齢別	平成 15 年度		平成 16 年度		平成 17 年度		計	
	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所
0 歳	0	0	0	0	0	0	0	0
1 歳	14	1	9	2	5	0	28	3
2 歳	23	3	21	1	11	0	55	4
3 歳	10	1	26	4	16	0	52	5
4 歳	21	1	23	2	12	3	56	6
5 歳	21	0	33	2	15	1	69	3
6 歳	24	1	28	1	4	0	56	2
計	113	7	140	12	63	4	316	23

曜日別	平成 15 年度		平成 16 年度		平成 17 年度		計	
	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所
月曜日	19	1	26	3	13	0	58	4
火曜日	25	3	27	1	10	0	62	4
水曜日	18	1	34	1	14	3	66	5
木曜日	22	1	24	5	14	1	60	7
金曜日	26	1	24	2	10	0	60	3
土曜日	3	0	5	0	2	0	10	0
計	113	7	140	12	63	4	316	23

時間帯別	平成 15 年度		平成 16 年度		平成 17 年度		計	
	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所	16 保育所	上尾保育所
7 時台	1	1	0	0	0	0	1	1
8 時台	6	0	7	2	4	0	17	2
9 時台	17	1	20	2	12	1	49	4
10 時台	23	1	31	3	10	0	64	4
11 時台	12	0	16	2	11	2	39	4
12 時台	20	2	24	0	5	0	49	2
13 時台	2	0	1	0	1	0	4	0
14 時台	2	0	2	0	0	0	4	0
15 時台	3	0	8	1	4	0	15	1
16 時台	22	1	21	0	12	0	55	1
17 時台	3	0	7	2	4	1	14	3
18 時台	2	1	3	0	0	0	5	1
計	113	7	140	12	63	4	316	23

(3) 安全対策の現況

事故発生時の対応についての手引きの改訂

児童の事故が発生した場合、事故発生から処置に関する手順、事故の程度の判断基準を定めた「事故発生時の対応について」を平成 10 年 6 月 30 日に作成し、16 か所の公立保育所で運用を行ってきた。事故件数、事故に関するトラブルが増加してきたため、事故報告書兼記録簿の書式を改め、児童福祉課が事故の発生要因を検討できるようにし、事故発生時及び受診時のチェックリスト、トラブル防止のためのチェックリスト(医療機関未受診用、受診事故用)を新たに作成し、保護者への対応等をチェックできるよう、平成 16 年 11 月に同手引きを改訂した。

また、保育所に常備する救急用の医療器具・材料、薬剤の点検リスト、使用薬剤リストの更新を行った。

保健マニュアル・子どもの病気とけが 保育所での応急手当て

平成 17 年 3 月に上尾市立保育所、つくし学園看護師による学習会で、保健マニュアル・子どもの病気とけが 保育所での応急手当て のマニュアルを改訂した。

児童の安全確保に対するマニュアル

平成 13 年 10 月 2 日付けで、大阪教育大学付属池田小学校で起きた児童死傷事件を契機に、児童の安全確保に係る取組みマニュアルを作成した。

職員の安全対策に関する研修

平成 13 年 3 月 1 日 普通救命講習 各保育所 1 名受講

平成14年3月14日 普通救命講習 各保育所1名受講
平成15年2月20日 普通救命講習 各保育所1名受講
平成16年11月8～9日 健康・安全保育研修 埼玉県社会福祉協議会主催
4保育所から各保育士1名受講

(4) 本件事故の概要

事故発生日時

平成17年8月10日(水) 11時25分頃(死体検案書による傷害発生推定時刻)

事故発生場所

上尾市本町四丁目13番1号 上尾市立上尾保育所内の別図(1)のb地点

天候

曇り、気温27.7度、湿度76.7%(午前11時現在上尾市消防本部データ)

被害児童

上尾保育所4歳児クラス 男子児童(健康上の特記事項なし)

事故の内容

上尾保育所において4歳児20名が散歩から帰ってきた後、10時30分頃から保育室、廊下、ホールで個々に遊んでいた。11時35分頃、給食のため人数確認を担当の保育士が行ったところ、被害児童がいないことに気付き、他の職員とともに保育所の内外を捜すが発見できなかった。12時10分頃、上尾警察署に捜索依頼をするとともに、引き続き捜していた。12時25分頃、別図(1)のb地点に設置してある木製スタンド型絵本棚(以下、「本件本棚」という。)の下の引き戸の中で所長が被害児童を発見するも、既に意識がなかったため、救急車で埼玉医科大学救命救急センターに搬送され救命措置が行われたが、13時50分に死亡が確認された。

事故の状況

本件事故の発生時間、事故の状況、態様などは関係者に聴取したが、不明な点が多い。本件事故で明確なことは、(ア)8月10日11時35分頃、被害児童の所在が不明であることを担任保育士が確認し、(イ)同日12時25分頃、本件本棚の中に被害児童が入っているのを所長が発見したこと、(ウ)被害児童が入っていた本棚の中は、被害児童の汗と思われる水分を含んでびしょりと濡れていたこと、(エ)救出時には被害児童は意識不明の状態にあったことである。それゆえ、被害児童が8月10日の10時30分頃以降、12時25分頃の発見までの間に、本件本棚にいつ入ったのか、一人で入ったのか、複数の人と遊んでいて入ったのか、それとも保育所内の児童とのトラブルのなかで押し込められたのか、さらに本件本棚の引き戸を自分で閉めたのか、第三者が閉めたのかは目撃者を確定できないため、正確には判明できない。

(5) 事故当日の状況

事故当日の保育の状況

(ア)期日 平成17年8月10日(水)

(イ)クラス 4歳児クラス(きく組)25名中20名登所

(ウ)天候 曇り、ただし10時頃は雨

(エ)4歳児クラスの保育体制

職員等	当日の勤務時間
担任F保育士	8時30分から17時
担任G保育士	7時から15時30分
短時間臨時職員(1)保育士	8時30分から13時 (8時30分から2歳児クラスに入り、11時15分頃から4歳児クラス)
学生ボランティア1名	8時30分から17時

(オ)所長 上尾市役所別館2階職員研修室で行われていた研修(9時~16時30分)に参加。

事故直前までの4歳児クラスの動き

- 8時00分頃 G保育士は、4歳児クラスの保育室内で、被害児童が母親とともに登所した様子を確認。健康面等、被害児童に特に変わった様子は見られなかった。
被害児童が飼育箱のカブトムシを触って母親に「見て」と言った。近くにいた児童が「これは のだから触っちゃ駄目」と言った。母親は「お願いします」と言って、保育室を後にした。
- 8時15分頃 G保育士は、被害児童が、保育室内でブロック遊びをしている姿を見た。
- 8時20分頃 F保育士が登所し、保育室内で被害児童に「おはよう」と声をかけた。「おはよう」という返事があった。F保育士は、「お母さんに会ったのよ」と話しかけた。
- 8時30分頃 F保育士は、時間外パート職員から引継ぎを受けた。
この頃、被害児童は、保育室内でブロック遊びをしていた。
- 8時35分頃 F保育士は、被害児童が2名の児童と保育室を出てホールの方へ行く姿を見た。
- 8時40分頃 G保育士は保育室内で、男児3名とお店屋さんごっこをしていた。
F保育士は園庭で、女児3名を遊ばせながら保育していた。
- 8時50分頃 学生ボランティアが登所し、園庭にいた4歳児クラスの児童と鬼ごっこ等をした。
- 9時10分頃 F保育士とG保育士で相談し、3歳児クラスと5歳児クラスが林の方に散歩に行くので、4歳児クラスは畑の方に散歩に行くことを決めた。

- 9時20分頃 G保育士が保育室内で、片付けをしていたとき、被害児童を含む3名の児童が、廊下から走ってきて保育室内に入り、くつ箱のほうへ出て行った。
その頃、F保育士のいる園庭の門の所に4歳児が集まり始めた。
- 9時25分頃～35分頃
F保育士とG保育士、散歩の準備。
G保育士は、「帽子を持ってきて。」などと4歳児クラスの児童に声をかけた。
F保育士は、児童を門の所で2列に並ばせた。
F、G保育士が人数を確認した。
- 9時35分～40分頃
4歳児クラス、近くの畑まで散歩に出発。
児童は2列で隣の児童と手をつなぎ、先頭にF保育士、最後尾にG保育士、列の中程に学生ボランティアという順序で歩いた。
- 9時50分頃 目的地の畑に到着した。虫が好きな児童は、虫探しなどの遊びをしていた。F保育士は、被害児童が友だちとともに畑の土手を上り下りしている様子を見たので、道路に出ると危ないと思い、被害児童らに「危ないよ」と畑に入るよう声をかけた。
- 10時00分過ぎ頃
雨が降ってきたので、保育所に帰ることとし、F、G保育士が人数を確認して出発した。行きと同じ隊列で、先頭をF保育士、最後尾G保育士、列の中程に学生ボランティアが歩いた。
- 事故発生時の状況1(所在不明が判明するまで)
- 10時20分頃 散歩から保育所の門の手前の植え込み(桜の木)まで帰ってきた。児童の列は崩れて固まりになっており、そこでF保育士とG保育士がそれぞれ人数確認をした。
4歳児クラスの児童は、セミやセミの抜け殻を見つけ、しばらくここで遊んだ。
- 10時25分頃 被害児童の祖母が通りかかったので、F保育士が被害児童に「おばあちゃんだよ」と声をかけた。被害児童は、「おばあちゃん、バイバイ」と言って、祖母を見送っていた。G保育士も、この様子を見届けた(両保育士が、被害児童をはっきり確認したのは、この時が最後である)。
- 10時25分過ぎ頃～30分頃
セミ取りに飽きた5名が園庭に入りたがっていたのでG保育士が4歳児5名を連れて先に門を通過して園庭に入り、門の近くの柿

の木のところでは他の4歳児を待っていた。すると、4歳児より遅れて散歩から帰ってきた3歳児と5歳児のクラスが、先に門を通過して園庭に入ってきた(別図(2)参照)。3歳児と5歳児の列の後ろから園庭に入った4歳児と、柿の木の所で待っていた4歳児が合流して、保育室の方へ歩いて行った。

F保育士は、最後に門を閉めてから園庭に入った(被害児童の後姿を見たと思うが、はっきりとは確認していない)。

10時30分過ぎ頃～40分頃

F保育士は4歳児の保育室内でリュックを降ろしケガをした児童に薬を付けるなどした。そしてF保育士は羽化したばかりのセミを見せにベランダを通過して3歳児の保育室の方へ行ったが、3歳児の中にケガをしてパニックになっている児童がいたので、3歳児の保育室には入らず、ベランダから2歳児の保育室を通りぬけ、本件本棚のある廊下を通過して、4歳児の保育室内に入った。G保育士は、園庭から4歳児の保育室前に行き、ベランダと保育室の間で、捕ってきた虫を籠に入れるなどしてから、保育室内に入って、粘土遊びの準備をした。

10時40分頃 F保育士は、保育室内の押入れ前で、ブロック遊びやサンドイッチ屋さんごっこをしている児童と遊び始めた。G保育士は、ボランティアと7名ぐらいの児童と粘土遊びを始めた(別図(3)参照)。なお、保育室内に入ったとき、人数確認をしていないことは両保育士とも認めている。

10時45分頃 B主任保育士が、0歳児をワゴンに乗せて、本件本棚の前の廊下を通過したが、本棚周辺には誰もいなかった。

11時00分頃 I保育士は、事務室から3歳児室に戻るとき、本件本棚の前の廊下を通過したが、静かだった。

11時00分頃～15分頃

F保育士は、2名の男児が廊下から保育室内に戻ってきたところを見た。F保育士は、6名ぐらいの児童と、三角倉庫手前の廊下で遠足ごっこをして遊んでから、児童らと保育室内に戻った。

11時15分頃 給食準備のため、F保育士、G保育士は保育室内の片付けを始めた。短時間臨時職員(1)の保育士が、早番のG保育士と交代するために2歳児クラスから4歳児クラスの保育室にきた。このとき短時間臨時職員(1)の保育士は、廊下の三角倉庫の扉付近で4歳児クラスの3名の男児を見かけた。

11時15分～25分頃

4歳児クラスの児童たちは、部屋の片付けを手伝ったり、手を洗いに行ったりしていた。短時間臨時職員(1)の保育士が、4歳児クラスの保育室を出て、ホールにゴザを敷くため廊下を通ったときも、調理室にお茶を取りに行くため廊下を通ったときも、三角倉庫の扉付近に先程の児童3名がまだいたので、「お昼ですよ」と声をかけたが、反応はなかった。

1 1時30分頃 F保育士が、調理室から配膳用のワゴンを持ってきて、給食の配膳を始めた。これを見て、早番のG保育士は休憩をとるため、保育室を出て休憩室へ向かった。このときG保育士は、三角倉庫の手前付近で、4歳児1名を見たので「ご飯だよ」と声をかけた。

1 1時30分頃～35分頃

給食を食べるために、4歳児クラスの児童が着席したが、食器が余っていることにF保育士と短時間臨時職員(1)の保育士が気付いた。F保育士が廊下に出ている児童を呼びに行った。すると、3人の子供が戻ってきたが、まだ食器が一人分余っていた。

1 1時35分頃 被害児童が所在不明であるということが判明した。

事故発生時の状況2(被害児童が発見されるまで)

1 1時35分過ぎ頃

短時間臨時職員(1)の保育士は廊下を捜したが発見できなかったため保育室に戻った。F保育士は、散歩から被害児童と手をつないで帰ってきた児童に聞いたが居場所はわからず、トイレ、倉庫、ホールなどを捜したが発見できなかった。

1 1時40分頃 F保育士は休憩室にいたG保育士に被害児童がいないことを伝え、B主任保育士にも伝えた。被害児童の靴はあるが、祖母に会ったから追いかけたかもしれないとの報告を受けたB主任保育士は、各クラスの保育士に捜索の依頼をして、自分は保育所内を捜した。

1 1時45分頃～50分頃

F保育士は、自転車で被害児童の祖父母宅、自宅、畑、林の方へ捜しに行ったが見つからなかった。一度保育所に戻ってから被害児童の祖父母宅に電話をしたが、連絡がつかなかった。

G保育士は、B主任保育士から連絡を受けた5歳児クラスのE保育士とともに、被害児童の自宅方向を捜しに行ったが、部屋まではわからなかったため、保育所に戻って、保育所内(トイレ、ホール、倉庫、靴置き場)等を捜したが、見つからなかった。

1 1時50分頃 G保育士は自転車を借りて、今度は川沿い、林、スーパー、コン

ビ二等を捜していたところ、F保育士と出会い、再度被害児童の自宅へ行きベルを鳴らすなどしたが応答はなかった。保育所内に残っていた保育士及び保育所の外を捜して戻ってきた保育士は、ホール、三角倉庫、トイレ、休憩室、カーテン、押入などをそれぞれ搜索したが見つからなかった。

- 1 1時50分頃 B主任保育士は、所長に電話をしたがつながらなかった。
- 1 2時05分頃 O保育士が上尾警察署に児童の搜索願を出すために向かっていたところ、警察署の通用口付近で、午前の研修を終えて保育所に向かっていた所長と出会い、事情を説明した。
- 1 2時10分頃 所長は、児童福祉課に電話連絡し、O保育士とともに警察署に届け出た。O保育士が警察署で説明している間、所長は先に保育所に戻ることにした。
- 1 2時15分頃 所長が保育所に到着したとき、既に児童福祉課の職員2名が駆けつけて搜索していた。所長は、自転車で川沿いを捜しに出たが、すぐに保育所に戻って、保育所内の搜索を開始した。
- 1 2時25分頃 所長が、三角倉庫などを捜してから、本件本棚の引き戸を開けたところ、本件本棚の中に入っている被害児童を発見した。所長の声を聞いた保育士らが駆けつけた。所長は、すぐに被害児童を本棚から出したが、被害児童は意識のない状態で、体はとても熱く、本件本棚の中及び被害児童の衣服はびしょりと濡れていた。

事故発生後の状況

- 1 2時26分 B主任保育士が、上尾消防署に救急車を要請する電話をかけた。救急車が到着するまでの間、保育士らが濡れタオル等で被害児童の股関節やわきの下を冷やし、人工呼吸を試みた。
- 1 2時31分 上尾保育所に救急車が到着した。
- 1 2時35分頃 B主任保育士が被害児童の母親の勤務先に電話したが、不在のため、折り返しの連絡を依頼した。折り返し被害児童の母親から連絡が入ったので、すぐに病院へ行ってもらうよう依頼した。母親から、父親が自宅にいると聞き、F保育士とG保育士は自宅に伺って、すぐに病院へ行ってもらうよう依頼した。
- 1 2時45分頃 児童福祉課長が健康福祉部長に連絡し、ともに病院に向かった。
- 1 2時46分 救急車が上尾保育所を出発した。所長とQ看護師が同行した。
- 1 2時59分 救急車が埼玉医科大学救命救急医療センターに到着した。
- 1 3時00分頃 児童福祉課にいる保育士が上尾保育所に応援に向かった。上尾保育所に、上尾警察署員がきた。
- 1 3時50分 搬送先の病院で被害児童の死亡が確認された。

その後の経過

- 1 4 時 1 0 分頃 児童福祉課長から児童福祉課に被害児童の死亡の連絡が入った。
- 1 4 時 3 0 分頃 被害児童の担任保育士 2 名が上尾警察署において事情聴取を受けた。
- 1 4 時 4 0 分頃 上尾警察署婦人警察官が上尾保育所に来て、児童 5 名から事情を聞いた。
- 1 6 時 0 5 分頃 児童福祉課から埼玉県子育て支援課に事故の連絡をした。
- 1 7 時 0 0 分頃 上尾警察署において所長が事情聴取を受けた。
- 1 7 時 1 0 分頃 上尾市長が謝罪のため、上尾警察署に被害児童の保護者を訪ねたが会えなかった。
- 1 7 時 3 0 分頃 上尾保育所職員は、被害児童の死亡を知った。
- 1 8 時 4 5 分頃 埼玉県子育て支援課職員が、上尾市役所に来庁し、上尾保育所に向かった。
- 1 9 時 3 0 分頃 事情聴取を終えて戻ってきた保育士を交え、児童福祉課長から残っていた保育所職員に被害児童の死亡の経緯が正式に伝えられた。
- 2 1 時 3 0 分頃 所長が、警察署での事情聴取を終えて児童福祉課に戻った。児童福祉課において今後の対応を協議した。

(6) 事故翌日の状況

- 8 時 4 5 分 臨時所長会議を開催して事故報告、危険個所の点検指示等を行った。
- 1 1 時 0 0 分 上尾市が事故報告のため記者会見をした。
- 1 8 時 0 0 分 上尾保育所において保護者への事故報告説明会を開催した。

3 本件事故の問題点は何か

(1) 本件事故の問題点

本件事故は、別図(1)の b 地点の本棚の中で発生したものであるが、(ア)何故、本件本棚が選定されたのか、その後前記 b 地点の場所に本件本棚が置かれるに至ったのか、(イ)本件本棚は子どもの事故との関係で危険が予測できたものなのか、(ウ)子どもの事故発生との関係で危険が予測できるとして保育所は児童らに対して事故回避のために、どのような措置を具体的にとったのか、(エ)一定の措置をとったにもかかわらず、何故本件事故が発生したのかが問題となる。

本調査委員会は、前記 の(ア)、(イ)、(ウ)、(エ)の問題点について、本件本棚の選定と移設経過や本件本棚の利用の実態、本件本棚に実際に 4 歳の子どもが入ったり、出たりすることができるか、本件本棚に過去、子どもが入ったり、遊んだりしているのを目撃した職員がいたか否か、いたとして、その後どのような対応を保育所はとったのか、本件本棚がその後も放置されていたことが本件事故に至ったこと、

そして上尾保育所の職員の保育業務の実態や管理体制と本件事故の発生、原因等がどう結びつくのかなどについて、多数の関係者に事情を聴取し、多面的に調査をした。その結果、以下のことが判明した。

(2) 本件事故の解明と死因をめぐって

本件事故が本件本棚内で発生したという意味では、本件本棚を別図(1)のb地点に、そもそも設置する必要があったのか、また利用の実態がどのようなものであったのかが根本的に問われる必要がある。本件本棚の設置場所は保育士からみても「死角」ともいえる場所で、児童の安全管理との関係でも適切な場所とは思えない。それにもかかわらず、何故、長期間、本件本棚が本件場所に放置されていたかである。このことの重要性については後記(3)、(4)、(5)並びに4で述べる。また、本件事故の発生状況については、前記の2(4)の事故の状況で述べたように、事故の態様等が不明であり、複数でいたのか、一人だったのか、本件本棚の引き戸を誰が閉めたのかなどの経過や事故状況は確定できない。しかし、本件本棚が前述したように「死角」に設置されていることと、上尾保育所の保育業務実態との関係が本件事故の発生と密接に結びついていると思料されるので、このことについては5以下で詳述する。

さて、本件事故のもう一つの問題は、被害児童がいつ本件本棚内で死亡したかである。この問題は8月10日の10時30分頃から12時25分頃までの約2時間の間に、早期に被害児童の所在が発見されていれば、あるいは死に至らなかったかもしれないという問題にも関係している。死体検案書によれば「死亡したとき」は12時25分頃(推定)となっており、傷害が発生したときは11時25分頃(推定)となっている。ちなみに被害児童の最終的死亡確認は埼玉医科大学での13時50分となっている。いずれにしても解剖所見が入手できないので、死亡推定時刻の医学的確定は現在のところは難しい。

本件事故ではっきりしているのは、2人の担任保育士は被害児童の所在を最終的に確認したのが8月10日10時30分頃であり、それ以降11時35分頃までは全く被害児童の所在、動静を含めて2人の保育士は勿論、上尾保育所の保育士らが正確には把握していないということである。

それゆえ、一般的にいえば、被害児童は10時30分頃から11時35分頃までの間に本件本棚に入っている可能性が高い。被害児童は、その過程で死に至るほどの重大な状況に置かれていたと推測することができる。いずれにしても、前記の11時25分頃は被害児童の所在が不明であることが確認される直前であり、12時25分頃の死亡推定は被害児童を所長が発見した時間であって、被害児童がいつ頃本件本棚内に入ったのかが不明であることとあいまって、正確な死亡推定時刻を確定できない。

ところで、本調査委員会が本年10月下旬に、本件本棚と同じ構造の本棚に被害児童と身長・体重がほぼ同じ4歳児(4歳10ヶ月男児)と5歳児(5歳4ヶ月女児)の各1人に入ってもらった形で「検証」したところによれば、5歳児が1人で本棚の中へ入ったり、本棚の引き戸を閉めたり、本棚から出たりするなどは比較的容易であった(検証についての詳細は後述のとおり)。しかし、子どもの成長や本棚の

中の状況によっては、いったん本棚に入れられるかまたは入ってしまうと、相当に大声などを出して脱出を試みないと本棚から4歳児は脱出できず、第三者の救出を得られないこともあり得ると考えられる。

以上の諸事情を総合すると、本件本棚の中に4歳児が入り、引き戸が閉まると、中の温度は高く、息苦しくなり、子どもの生命、身体にとって極めて危険な状況に短時間でなることが予測される。その意味で、本件本棚への子どもの出入りは子どもの生命にとって極めて危険であり、早急に是正措置を講じる必要があったといえよう。また、本件本棚の中に子どもが入り、引き戸を閉めてしまうと、本件本棚の設置場所の「死角」の関係から、第三者には被害児童の救出を求める声や音は容易に聞こえない可能性が大であり、その点でも多大な問題が本件本棚にはあったといえる。

(3) 本件本棚の位置と構造

本件本棚の購入経過

本件本棚は、平成15年5月22日に購入された絵本スタンド3台(絵本スタンド5段)のうちの1台である。

保育備品の購入については、各保育所の希望により予算の範囲内で物品を選定し、見積徴収・購入契約等は児童福祉課で課長決裁により行っていた。

当時、上尾保育所では、「子どもたちに良い本に出会ってほしい」、「倉庫の中に入っている本を活用したい」などの理由から、絵本スタンドの購入を希望し、児童福祉課を通じて本件本棚を含む3台の同じ型の絵本スタンドを合計145,530円で購入した。なお、当時の上尾保育所長(前保育所長)は、前任地でも、同じ型の絵本スタンド3台の購入を希望し、児童福祉課を通じて平成14年7月10日に購入していた。

本件本棚の移設をめぐる問題

(ア)上尾保育所における本件本棚を含む3台の本棚の設置場所は、当初、ホール内掲示ボード前(別図(1)のa地点)であった。

しかし、この場所では、リズム・誕生会等の行事を行う際、本棚が児童の視界に入り、本棚の本が気になりとなって保育活動の妨げになるとの指摘が保育士から出されるようになった。このため、所長は本棚にクロスをかけるなどして、ホールでの活動の妨げにならないよう対処してきたが、保育士から何度となく指摘を受けたため、本棚の設置場所の移動を検討することになった。

(イ)新たな本棚の設置場所として、各保育室内、北側トイレの横、玄関、ホール前の三角倉庫横等何か所か候補があがったが、所長及び主任保育士らが協議した結果、3台の本棚を分散しておくことは管理上問題があることから、3台を設置するスペースがあるホール前の三角倉庫横(別図(1)のb地点)に本棚を移動することにした。

(ウ)実際に本棚を移動してみたところ、ホール前の三角倉庫付近の廊下は暗く、ま

た他の場所から見えにくい場所ということがわかった。しかし、当時の所長は、設置した本棚の場所をあまり変えるものではないという認識であったため、暗ければ補助照明を設置して対応できると考えた。

そこで、上尾保育所は三角倉庫横の廊下に本棚用の補助照明を設置して欲しい旨、児童福祉課に依頼した。児童福祉課においては、三角倉庫横の廊下が暗くて本棚の設置場所として適していないことから、他の場所を再度検討して欲しい、照明器具を設置することはできない旨回答した。

しかるにその後、上尾保育所では、照明器具(15,000円程度)などを保育所配分の消耗品費で購入し、設置工事を行った。

本件本棚の管理をめぐる問題

当初3台の本棚は、従来から購入していた本や倉庫に入っていた図鑑や寄贈本、本棚購入後に保護者会から図書購入費を出してもらって購入した本等でどの棚もいっぱいになっていた。

別図(1)のb地点に移設後も、すべての棚に本が入っており、児童が入れるような空間はなかった。ところが、各保育室に持っていった本を担任が元に戻さなくなり、本棚の維持管理を担当する所長と絵本担当の主任保育士が、各保育室から元の場所に戻すようにしていたが、時間の経過とともに本棚から図書が減っていった。

また、所長が平成15年12月17日から平成16年2月29日まで病気休職したことに伴い、本棚の管理は少しずつ疎かになっていき、人事異動とともに、本棚及び図書の管理について、後任者に引き継がれなかった。

平成16年4月1日に現在の所長が着任したとき、本件本棚は別図(1)b地点にあった。

本件本棚の構造と子どもの遊び

- (ア)本件本棚の構造は、次ページの図1のとおり上部と下部で構造が異なっており下部には引き違いの引き戸がついた収納部分(戸棚部分)があり、収納部分の真ん中は板で仕切られている。本件事故当時、次ページの図2のように3台並べて置いてあった本棚のうち、一番右端の本棚については、下部の戸棚部分にも本が入っていて、本を取り出しやすいように引き戸がはずされていた。本件本棚を含む2台については、下部の戸棚部分には本が入っていなかったため、引き戸ははずされておらず閉じられていた。

図 1

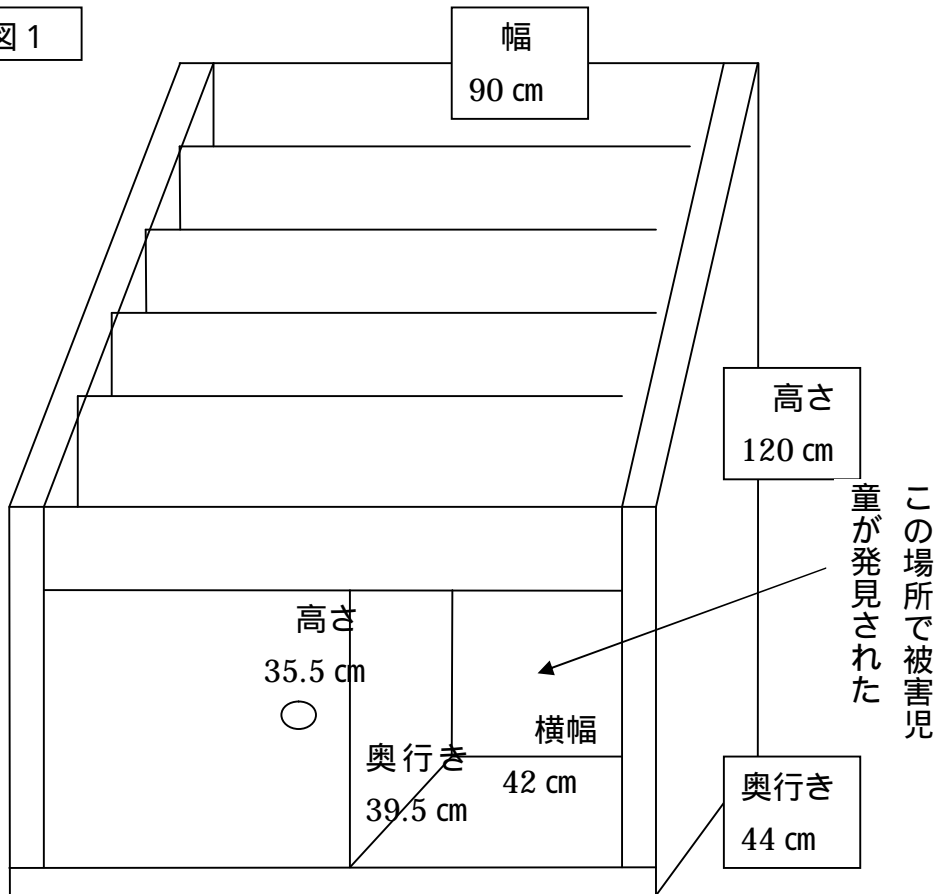
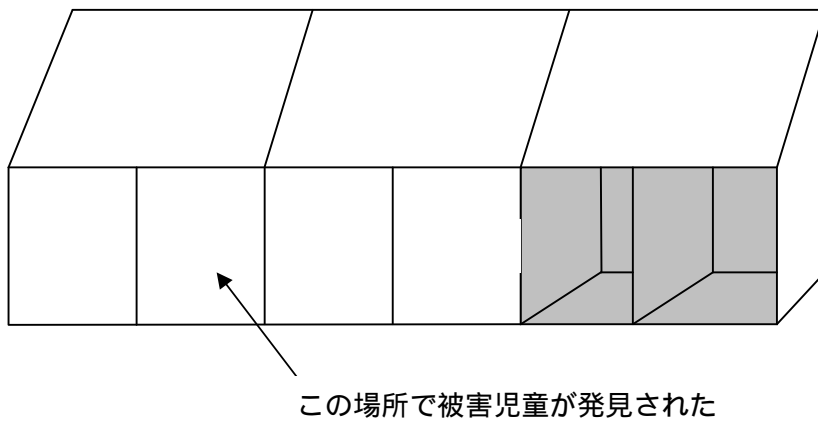


図 2



右端の本棚には本が入っていたため、引き戸がはずされていた。左端の本棚の中で、被害児童が発見された。

(イ) 所長は、平成 16 年に 2 回程、本棚の戸棚部分に 3、4 歳の子どもが入って遊んでいるのを見たことがある。戸棚部分に入ることの危険性より、転倒の危険性を考えて注意した。所長以外の保育士についても、8 人の保育士が、子どもの出入りを見たことがあると述べているが、被害児童の担任保育士 2 名は、両

名とも見たことがないと述べている。ただ、担任のF保育士は、本棚に上った子どもを見たことはあり、危ないと言ったことはあるが、戸棚の引き戸を開けてみたことはないので、本件本棚の戸棚部分が空だったとは知らなかったと述べている。

本件事故以前に、職員が本件本棚下部に子どもが入っているのを見かけたときは、戸棚部分の引き戸は開いており、子どもが出入りしている状態であった。入っていた児童の年齢は、0歳児から4歳児ぐらいまでまちまちであり、小さい子どもが頭を突っ込んでいるのを見たと言う職員が比較的多かった。保護者への調査（3歳～5歳児クラス）の結果でも、自分の子どもが入ったことがあると聞いた、あるいは他の子どもが入ったことがあると聞いたと回答した保護者が11名おり、引き戸を閉めて遊んだ経験のある子どももいるという。

(4) 本件事故の予見可能性

本件事故現場の特徴

(ア)何故、本件事故現場に本棚を置いたのか

本件本棚は、別図(1)のとおり、L字形に曲がった廊下の内側の側面に設置されており、3、4、5歳児の保育室から廊下方向を見たとしても、本件事故現場を見ることはできない。

反対に、事務室や0、1、2歳児の保育室から廊下方向を見たとしても、容易に本件事故現場を見ることはできない。

ホールと本件事故現場は向き合っており、ホールと廊下との間には、透明なガラス窓があって本件事故現場方向が見えるようになっているが、下の写真のとおり窓の位置が高い位置にあるため、本件本棚の下部にある戸棚部分については、ホール内からは見えない状況である。



(写真はホール側から本件本棚の設置方向を撮影)

(イ)本件本棚で遊んでいるときの職員の対応

子どもが、本件本棚の戸棚部分に入って遊んでいるのを見たときの職員の対応

は、せいぜいその場で子どもに「危ないよ」と声をかける程度であった。

また、絵本を見るなど通常の本棚の利用についても、子どもは本棚付近で自由に絵本を見ることができ、必ず担任の保育士が本棚についていくとか、保育室に絵本を持ってきて見るなどの決まりもなかった。

すなわち、本件本棚が死角となる廊下に置かれていた関係上、職員がたまたまそこを通りかからなければ、子どもが本件本棚に入って遊んでいたとしても、誰も気が付かなかったことになる。

職員は、本件本棚で何に注意を払うべきだったのか

(ア)本が空になった本棚はいつから存在したか

本件本棚の管理をめぐる問題において前述したとおり、前所長が病気休職をしていた平成15年12月17日から16年2月29日までの間に絵本の管理が疎かになり、本棚の絵本が減っていった。

さらに、平成16年4月1日の人事異動で、本棚及び絵本の管理が引き継がれなかったこと、現所長が平成16年7月頃に、子どもが本棚の戸棚部分に入っているのを目撃していることからしても、遅くとも平成16年7月頃までには、戸棚部分の本が空になった本棚が存在していたものと考えられる。

(イ)本棚の戸棚部分に入って遊んでいることを知った保育士は何をすべきだったのか

本棚の戸棚部分に子どもが出たり入ったりして遊んでいるのを見かけた保育士は、まずその情報を、他の保育士と共有すべきであった。その上で、本件本棚の危険性について検討し、本棚3台全ての戸棚部分の引き戸をはずすとか、あるいは本棚そのものを撤去するなど何らかの措置をとるべきであったと考えられる。

本件事故当時、上尾保育所では、絵本・本棚の管理者が決まっておらず、絵本・本棚について指導や話し合いがなされた形跡もない。本件本棚の戸棚部分を開けたこともなかったため、その中が空かどうかも知らなかったという保育士がいたこと自体に問題があったと言わざるをえない。

児童福祉課の指導に反していること

本件本棚が、児童福祉課の指導に反した場所に置かれたことは前述したとおりである。当時の所長は、本棚を置いた廊下が暗いという問題は補助照明をつければ対処できると考えて、これを強行したものであるが、その場所が死角であるという問題は残されたままであった。

児童福祉課においても、廊下が暗いので本棚の設置場所としてふさわしくない、補助照明をつけることはできないと回答したにとどまり、その後上尾保育所が独自に補助照明をつけて本棚を廊下に置いていたことをそのまま放置し、両者で話し合ったり、是正指導を行ったことはなかった。

(5) 本件本棚を検証して

子どもの出入りの可能性

本件本棚の構造は、前述したとおりであり、戸棚部分には引き戸がついていること、戸棚部分の内部はとても狭いスペースであることから、ここに、実際に子どもが自由に出入りできるか、中に入った状態で自ら引き戸を閉めることができるか、本調査委員会においても当初疑問であった。

そこで、本件本棚と同じ構造の本棚2台を用意し、本件被害児童とほぼ同年齢で体型も大きく異ならないと思われる4歳児と5歳児の2名（男女児各1名）の協力を得て、本件本棚への出入りの可能性について検証を行った。

その結果、1名の児童は難なく引き戸を開けて戸棚部分に入り、中に入った状態で自ら引き戸を閉めていた。もう1名の児童は、初めは体全体をどのように丸めれば戸棚の中に入れるのか苦心していたようであるが、2、3回入ることを試みているうちにすっぽりと中に入ることができるようになり、中から自分で引き戸を閉めることも可能であった。

出たり入ったりすることは、面白いらしく、2名とも自ら中に入って引き戸を閉め、また自分で引き戸を開けて出てくるということを何回か繰り返していた。児童によれば戸棚の中は、真っ暗というわけではなく、引き戸の隙間から外部の光が少し見えるとのことであった。

ただし、2名とも、引き戸を閉めた状態の戸棚の中から「熱い」「熱い」と言って短時間で出てきており、通常、長時間戸棚の中に留まることは考えにくい状況であるということがわかった。

また、戸棚の中から引き戸を閉めた状態で児童に声を出してもらったところ、予想以上に声が外部に聞こえにくいということがわかった。

熱中症の可能性

(ア)本件事故の死因は、死体検案書によれば熱中症の疑いとされている。

今回の事故発生は、11時35分頃被害児童がいなことに気づき、保育所の内外を捜し、12時25分頃、当施設の廊下に設置してある本棚下部の引き戸が密閉された中で発見された。

被害児童発見時、心肺停止、意識障害が認められたため、12時26分救急車を要請し、埼玉医科大学救命救急センターに救急搬送され、救命処置が施されたが、

13時50分熱中症の疑いによる死亡が確認された。なお、児童には外傷痕は認められていない。熱中症についての一般的な症状、予防については、以下のとおりである。なお、本件事故の場合は、重症の熱射病に該当すると思われる。

(イ)熱中症について

a 熱中症のタイプ

重症度	種類	原因	症状
度	熱けいれん 熱失神	塩分不足 起立性低血圧の一種	足や腹部の筋肉が突っ張りけいれん、痛む 失神
度	熱疲労	水分・塩分不足	疲労感、吐き気、めまい、顔面そう白
度	熱射病	体温上昇による中枢神経障害	発汗停止、体温上昇、意識混濁、意識不明、呼吸停止

b 熱中症の予防

熱中症になりやすい条件を知り、対策をとることが大切である。

)気象条件

熱中症は、高温多湿で、風がなく、日ざしが強いときに起こりやすい。運動時や作業時に多いが、風通しの悪い室内でも注意が必要である。

)なりやすい人

暑さに慣れていない人、体調の悪い人、高齢者、子どもなどである。特に日ざしの強い日は、外出や運動を控えたり、体調の悪い時は、無理をせず休養を取るようにする。

)水分補給

体温調節は汗をかくことで熱を放出して調整されている。水分補給は、普通の水でもかまわないが、どうしても暑い日に運動、作業するときは、水分・塩分の含まれたものをこまめに補給するようにする。

)服装

帽子をかぶったり、速乾性、通気性の良い、また光を反射しやすい白っぽい色の素材の服を選んで着る。

c 熱中症の応急手当て

まず意識や呼吸の状態を確認し、重症の熱射病が疑われる場合は、大至急救急車を要請する。その間応急手当てを行う。

いずれのタイプも、風通しのよい日陰に連れて行き、循環を良くするため、足を高くして寝かせる。

熱けいれん、熱疲労の場合は塩分・水分をこまめに与える。

熱射病の場合は、意識があるかないかを確認する。意識のない場合は、水分補給は控える。誤飲をして水分が気管や肺に入る危険がある。まず、体を冷やして熱を逃すことが大切である。衣服を脱がせて全身に冷たい水をかけたり、太い血管が通っている首筋、わきの下、足の付け根に氷を当てて冷やし、体温を下げる。

本件死亡事故

本件本棚付近の温度・湿度については記録が存在しないが、本件事故当日及びその前後の上尾保育所給食室内の温度・湿度についての記録は、別表(別紙資料3参照)のとおりであり、そこから事故当時の本件本棚内部の温度がかなり高温であったことが推認される。

この点、どの位の時間、子どもが本棚の中に入っていれば熱中症になるのかについての実際の実証は不可能である。しかし、本件死亡事故が、死角に設置された本棚の中で発症した熱中症の疑いによる結果であることは否定できない。そして、前述した諸事実によれば、本件事故以前、本棚に出入りして遊ぶ児童が相当数いたのであるから、保育所においては何らかの事情で児童が引き戸を閉めた状態の中から出られなくなってしまう、熱中症等の事故が発生し得る危険は十分に予測できたところである。他方、危険に対する判断能力も未熟で体力のない4歳程度の児童が、一旦危険な状態に陥った場合には自力でそこから脱出することは不可能であるし、またもし傍らに他の児童がいたとしても、危険を認識してこれを救助することは著しく困難である。したがって、このような事情を考慮すれば、保育所においては、本棚の設置及び管理には十分注意すべきであり、本件のような事故が発生する前に、本件本棚を死角でない場所に移設する、あるいは戸棚部分の引き戸をはずす等の危険防止措置をとるべきであったのに、これを怠ったことが本件事故を招いたものと言わざるを得ない。

4 上尾保育所の職員の事故対応の問題点

(1) 子どもの成長と専門職の援助

乳幼児が事故にあったり、急病にみまわれたりすることは、それ程珍しいことではない。むしろ常に危険と隣り合わせにいると言える。乳幼児は、身体的にも、精神的にも未熟な発達過程にあるからである。したがって、乳幼児の保育にあたっては、年齢による身体的特徴、発達の違いを、また疾病についても、乳幼児の特有のものも少なくないので、それらの年齢による特性をよく知って対応することが必要である。

乳幼児の発達は、7ヶ月から8ヶ月頃には「人見知り」が始まり、母親と他人の区別ができるようになる。1歳半ぐらいまでの赤ちゃんは、泣くことによって母親がどんな反応をするかを確かめながら、自分と母親との関係を確立する。やがて2～3歳になると、活発に動き回るようになり、少しずつ母親から離れる範囲が大きくなっていく。その頃には、いたずらも多くなり、親に叱られながら、子どもは「してもいいこと」、「してはいけないこと」を学んでいく。また、3～4歳になると母親から離れて友だちと遊んだり、子ども同士のぶつかり合いを体験しながらだんだん人間関係を広げ、成長していく。

一般的にはこのような発達過程が見られるが、これらの行動は、生まれてからの親との心の結びつきによって発達が促されるのである。親の愛情をたっぷり受けて育つことが、健全な発達には必要不可欠と言われている。

また、小児疾患についても、年齢の特徴が見られるものがあるので、把握しておくことが必要である。小児に多く見られる症状は、発熱、鼻汁、咳、おう吐、下痢、けいれん、発疹、腹痛などであるが、原因となる疾患があり、急性の変化や重篤に陥ることもあるので、各々の症状を見逃さないことが肝要である。さらに大事なことは、いつもと違う、泣く、不機嫌など、全身状態を見極めることである。

以上のことから、乳幼児の保育や医療に従事する者は、日頃から研修を十分に行い、専門性を高めておかなければならない。保育や医療の現場で最も求められているものは、「安全、安心」であり、保護者の期待は大きいものがある。一方で従来には見られなかったような生活環境の変化に合わせて、一つひとつの問題を解決していかなければならない。氾濫する育児情報、核家族化によって失われた親世代からの育児援助など、若い保護者は、不安から混乱をきたしている面が見られる。

以上のような子どもの成長過程で子どもの保育の専門家集団である保育所、保育士の役割はことのほか大きいものがある。保育士は、子どもたちの成長、遊びなどを含めて動静を常に注意する必要がある。

他方、子どもは何が危険で何が自己の生命、身体を危うくする行為かを予測したり、回避したりする能力が不十分である。それゆえ、大人が予測できない行動を往々にしてとることがあるのが通例である。先の尖がった棒でチャンバラをして相手の顔や目の附近を突くなどの行為や浅い川ではあるも、流れが速く、滑りやすい川を横断しようとしたり、海の水を大量に飲み込むなどの行為などがそれである。前記の各行為は子ども自身の生活体験の不足と成長過程で、ある意味では避けがたく発生する事故ということも指摘できる。保育士は日常の保育業務のなかで一つひとつの事故の体験を通じて子どもに事故発生の危険や発生するであろう事故の重大性を予測しながら子どもたちを指導し、事故の回避をする責務がある。

子どもの成長と事故との関連が前述したような特徴をもっているとするれば、保育士はどのように子どもの安全の確保に向け行動すべきかである。

- (ア)まず第1に担任の保育士は一人ひとりの子どもの成長、行動の特色、遊び、友人関係などをしっかりと把握し、その長所を伸ばし、短所や不十分な点については、保護者と十分に協議しながら是正していく責務がある。
- (イ)次に保育士は子どもの成長や遊びなどで発生した事件や事故を保護者に連絡しながら、自分では対処できない、対応できないことであれば、同僚の保育士からの援助を受けながら、直ちに、適切に対応していく必要がある。
- (ウ)前述(イ)のことが可能になるためには、保育士は自己が担任する児童だけでなく、他のクラスなどの子どもの特色もよく知る必要がある。そのためには、すべての保育士は、保育所を利用している子どもの名前と顔などを早急に覚えて集団保育の長所を生かすように努力することが大切である。

いずれにしても、保育所は子どもが集団で遊びながら、その遊びを通して一人ひとりが成長していく場であるので、担任はもちろん、各保育士が朝礼、昼休み、夕方などの時間を利用するのはもちろん、少なくとも年に数日は子どもの成長や事故、子どもの動静把握についての保育所内での研修をしっかりと行い、各保育士が個人としての力量を高める必要がある。そのことを通じて、保育集団全体が、保育の専

門家として創造的な取り組みができる集団に変化し、保護者の信頼を得ることができるようになるのである。

(2) 子どもの動静の確認について

今回の事故の要因の一つに、子どもたちが外遊びから帰園してから、1時間にわたって子どもの動静を確認していないことがあげられる。本件の4歳児のクラスの当日登所していた子どもたちは20人であり、これを2人の保育士が指導にあたっていた。2人の保育士の間では子どもたちの動静を分担する約定は特にはないが、分担の有無にかかわらず、それぞれの保育士が前記10時30分頃から11時35分頃の間には児童の動静や人数を数回チェックすることはそんなに難しくないと云わねばならない。

2人の保育士にしてみると、子どもたちが園内に入ったのを確認したから安心したのかもしれないが、上尾保育所内には子どもたちが隠れることができる場所があったり、子どもたちが入ったりしてはいけない倉庫などが複数存在している。それゆえ、園内に子どもたちが入った後も、子どもたちは4歳児の保育室以外の場所や園外に容易に外出できる状況にあることに鑑みれば、子どもたちが園内に入った後といえども、子どもたちの動静や人数を少なくとも30分おきぐらいには相互に、あるいは独自に確認する必要があると言わねばならない。そのような任務を保育士に課したとしても、ことさら負担が重くなるわけではない。

他方、保護者にすれば、保育所は安全だと考えて子どもを預けている背景には、保育士ならびにその集団が一人ひとりの子どもの発達状況や特徴等を十分に把握し、子どもの成長、発達に適切にアドバイスし、危険な行為等については回避していく能力を身につけるよう指導してくれるとの期待や、子どもの動静や所在を常時確認して、保育所では死に至るような事故が発生するようなことはありえないという期待がある。いずれにしても、約1時間もの間、子どもの所在が不明であったり、安否がわからないということはあり得ないとの専門職及びその集団への信頼が前提になっている。保育所の職員は、子どもの生命・身体の安全確保のために常に注意を払う義務があり、保育士らは子どもの事故等の回避についての強い危機管理能力が要請されている。

(3) 事故が発生したときの対応は十分であったか

8月10日11時35分頃、被害児童の所在が不明であることが確認された後の上尾保育所の被害児童の捜索方法が適切であったかが問題となる。担任の保育士は、11時35分以降、他のクラスの保育士や主任保育士などへ連絡して、保育所内外を捜しても不明であったとしている。しかし、被害児童の靴が所定の場所に存在している以上、被害児童が保育所内に存在していることを想定して、本件本棚の中を含め、あらゆる箇所を捜すべきであったといえる。2人の担任保育士は、10時30分頃、外遊びから帰園して門のところから園内に入るときに、被害児童の祖母と会ったこと及び以前にも他児が自分で門をあけて園外へ出たことがあったこと、靴は2組園に持ってきている可能性があること、園外に他の靴で出たことも予想できたことから、外出の可能性を考えて、外も捜したとのことであるが、被害児童の日常の動静との関係で適切な捜索であったか疑問が残る。

ところで、上尾警察署へ向かった保育士から報告を受けた研修で外出中の所長が、保育所に戻って園内を捜したところ、本件本棚に被害児童が入っているところを、12時25分頃発見した。ちなみに、所長は本件本棚に子どもが入って遊んでいるところを過去に目撃したことがあるとのことである。また、本調査委員会で上尾保育所の保育士に本件本棚の中に入ったり、附近で遊んだりした子どもを目撃した人がいないかを尋ねたところ、少なくとも8人の保育士が目撃していた。そうであるとすれば、上尾保育所で本件本棚の位置及び構造を含め、危険性等について適切に協議がされていれば、本件本棚の撤去を含む適切な措置がとれ、事故は防止できたか、被害児童を早期に発見できていたことになる。仮に本件本棚を撤去していないにしても、被害児童の動静などに注目したり（例えば、過去、本棚周辺で遊んだことがあるか、過去、保育所から園外へ出ていったことがあるか等々）、あるいは他の保育士から日常的に子どもの遊び等についての情報を入手していれば、子どもをもっと早く捜したり、発見することが容易であった可能性が高いと言わねばならない。

本件事故は本棚の中で発生したものであるが、保育士が子どもの動静に日常的に注意をしていれば、本棚に子どもが出入りしていることやその危険性を予知することが可能である。過去に目撃したことのある職員らが、自らかまたは他の者を通じて本件本棚を捜索したりしていれば、早期発見に連なったといえよう。保育所の職員は、本棚と子どもの遊びの危険性の関係や場合によっては本棚の中に閉じこめられて不測の事故が発生する可能性があることを十分に認識し、適切な対応をとる責務があったといえよう。

しかるに、本棚の撤去その他を、上尾保育所では職員会議その他の場で誰一人として提案し、行動に移す者がいなかった。上尾保育所の職員の行為は、子どもの生命、身体の安全に関与する保育所の職員としてはあまりにも事故発生についての危機管理能力が不十分であったとのそしりを免れがたい。

また、被害児童が11時35分頃、所在不明であることが確認されて、12時25分頃、所長が本件本棚の中にいる被害児童を発見したということは所長と保育士の連絡の不十分性や本件本棚の危険性を含む上尾保育所の職員らの危機管理の認識の薄さを示すものである。

ところが、上尾保育所の職員の本件事故についての対応の不十分さは、事故の未然防止だけでなく、事故後の対応にも見られる。

- (ア)まず第1に、所在不明の子どもを捜す場合、誰がどこを捜すのか明確でないこと。
- (イ)第2に、被害児童が所在不明になったことをすべての職員に直ちに徹底されたか否か、かつ不明であること。
- (ウ)第3に、まさか本件本棚に被害児童が入っているとは思わなかったこともあるが、本棚に子どもが過去たびたび入って遊んでいたとの情報が、他の保育士から担任などに全く提供されていないことなどがある。

いずれにしても、4歳児になると常に1か所にとどまって遊んでいるわけではないし、子ども同士の遊びや組み合わせも日々変わる可能性があるのが常である。それにもかかわらず、子どもは保育士らに名前を覚えてもらっていれば、どこか

の時点か子どもの遊びをチェックできたであろうし、子どもの動静を確認することは容易であったと言えよう。

また、本件事故の原因究明を困難にしているのは、被害児童と一緒に遊んでいたと思われる子どもから、事故当日の10時30分頃から11時35分頃までの被害児童の動静について、事故直後に系統的に聴取していないことである。そのため、本件事故が子どもの遊び(例えば「かくれんぼ」や一部報道にあるような「セミごっこ」という遊び)の中で起きたものか、いじめの中で起きたものなのか、あるいは被害児童が自ら本件本棚に入って中から引き戸を閉めたのか、外から誰かに閉めてもらったのか、第三者に閉じ込められたのかということについて確定することができない。もちろん4歳児の記憶力、供述能力などを考慮すれば、仮に事故直後に聴取していたとしても、時系列的に正しい状況が復元できたと直ちに考えることは困難である。それにしても、前記のような事故直後に系統的に事情聴取がされていれば、被害児童の早期発見や事故原因の究明につながった可能性は否定できない。したがって、事故直後の保育所職員及び児童福祉課の対応の不十分さは責められるべきである。

以上のように考えると、本件事故の発生は担任の保育士が子どもたちが外出等から帰園したとき以降の人数確認とその後の動静把握の不十分性によるが、間接的には本件本棚の危険性についての保育士の共通認識の欠如や、保育士集団の情報の共有の不存在に起因するところが大きいと考えられる。さらに、上尾保育所の危険箇所や子どもたちの動静等についての職員集団の連絡、協議の不十分さ、所長の管理者としての責務の遂行へ向けての努力の不十分さ(もしくは所長の管理権限の不明確さ)などが複雑に関係して発生した事故が本件であるとみるべきである。

5 本件事故は偶然に発生したのか

(1) はじめに

前述のように、被害児童が長時間発見されなかった状況を調査していくと、死角の場所に本棚を置いていた環境上の不備の問題、並びに人数確認を怠ったというクラス運営上の問題に併せて、児童の動静を把握し切れなかったクラス担任を含む保育士集団の当日の保育行動の問題が挙げられる。

当日の保育をみると、前日の続きの保育であれば、プール遊びになる予定が、天候不順と予測し、プール遊びは不可能と判断し、4歳児クラスは園外へ散歩に行くことになった。どこに行くかは、朝の時点で事務室の外に掛けてある連絡用のホワイトボードを見て、他のクラスと重ならないところを選んでその場で決めている。しかも、散歩の途中で小雨が降ってきたので、保育所に引き返しており、その後、園内でどのような活動をするか、特に計画をもっていない。

こうした、突発的保育をそれぞれの担任の判断で以前から実施しており、保育所全体で互いの活動を連絡調整する場をもっていなかったという保育の状況があった。そこには、当日の保育の基盤となった上尾保育所が従来行ってきた保育方法の問題との

関連があると考えられる。

そこで、以下は、保育のあり方についての調査と分析結果について述べる。

(2) 上尾保育所の保育の実情

どのような保育か、どのような保育体制であったか

上尾保育所の保育理念や保育目標は、独自に設定されたものではなく上尾市内の公立保育所共通に設定されたものを導入している。理念を述べた各保育所共通の入所のしおりをみると、「乳幼児期は人間形成の基礎を築く大切な時期です。上尾市立保育所では、家庭や地域社会と連携を密にし、保護者と共に安全で情緒の安定した生活が出来る環境の中で、一人ひとりの人権を尊重し、心身共に健康で豊かな人間性を持った子どもに育てていきます。また、乳幼児などの保育に関する相談や助言など、地域に根ざした子育てに努めます。」となっている。さらに、保育目標は、(ア)心身ともに健康な子、(イ)自分を大切に友達も大切にできる子、(ウ)何事にも関心を持ち、意欲的に遊べる子、(エ)自己表現のできる子となっている。

従来、上尾市立の保育所では、子どもの自由な活動を尊重した保育が大切にされてきており、上尾保育所でもその方針を踏襲している。上記目標の(ウ)や(エ)にその精神が反映されていると思われる。

保育が「自由の原理」や、「自主性の原理」に基づいて行なわれることに関しては、理にかなったものと考えられ推奨される保育の方法の原理として広く保育界で尊重されている。また、理念の中に謳われている子どもの安全を保障し、子どもが様々な体験ができるような環境を整える「環境の原理」、集団として協力しあう「集団の原理」や個を大切にする「個別化の原理」も尊重される原理として広く認識されている。ただし、その原理について、それぞれの保育所の全職員が共通認識をもって、いかに運用しているかが問題となる。

この点、今までの上尾保育所の保育方法には問題がなかったか、検討する必要があった。そこで、本調査委員会では、3名の保育専門家(全国保育士養成協議会の第三者評価機関の調査委員の資格を持つ)に上尾保育所の保育評価を依頼し、保育観察を実際に行なった上で、評価をしてもらった。なお、保育観察は3歳児以上のクラスを中心に観察しているが、他のクラスの保育や保育所全体の環境の観察も含めて実施した。ただし、当日園外の保育は実施されていないので、その様子は観察していない。

その結果、以下の点が指摘されている。

(環境面)

1. 施設面で、広さは十分確保されているが、園舎の構造上、廊下やトイレなどに死角が存在する。保育中にもかかわらず、電灯が消されていて園舎内が暗い。
2. 子どもの生活上の通り道に観賞用植物を置いているなど子どもの動線や遊びを考えた物の配置の不備が見受けられる。
3. 子どもが集って遊べる遊具の不足や好きな遊びを落ち着いてするコーナー、くつろげるような空間・コーナーもないなど、子どもの遊びを考えた遊具、場が不足している。
4. 死んだ虫の放置や、枯れた植物の放置などずさんな管理が見受けられる。

(保育の計画・保育内容)

- 1 . 子どもの発達、クラスの成長に応じて、定期的に指導計画の立案や結果の評価が行なわれ、次の計画に生かされたものになっていない。書式も現在の子どもの実態を踏まえた指導計画の書式になっていない。
- 2 . 観察時の保育内容は、子どもに難しすぎる課題を遂行させるなど発達段階に即したものとはいがたい。
- 3 . 子どもが友だち同士で責任をもってするグループ活動や、子どもの遊びが集中できる、あるいは発展できる活動への保育者側からの働きかけが見受けられない。

(保育者の保育配慮)

- 1 . 元気な子どもが多いことは良いが、子どもが勝手に動いている様子が見受けられ、園舎の隅やトイレの手洗い場等死角になっている安全とはいえない場所に行っても保育者が気付いていない。
- 2 . 保育者から誘った活動にもかかわらず、活動に集中していない子どもや、活動から外れている子どもに気付かないでいることがある。
- 3 . クラスに複数担任が配置されているが、役割分担が機能しているとは見られず、個別に援助はしているものの、全体に目が届いていない。子どもの動向が把握されていない。子どもから見ても保育者の位置がわかるような位置に保育士がいないことが多い。保育士同士の声の掛け合いも少ない。
- 4 . 子どもの目線の高さで関わっていない保育士が多い。また、子どもの目線に届かない位置に子どもが触れたいものを置いたりしている。
- 5 . 子どもからの呼びかけが届かず、子どもが無視されたり、後回しにされている場面が見受けられる。また、すねてしまったり、泣き出した子どもに丁寧に関わっていない。
- 6 . 保育士の表情が淡々としていて、必要なことは話すが、積極的に子どもに話しかけをする様子が見られないことが多い。

以上、保育所観察の経験の深い保育専門家から、多くの保育上の問題点を指摘された。今回の事故を招いた背景が保育そのものの問題点と関連していることを十分推察させる結果である。

保護者との関係

被害児童の保護者へのヒアリングを行なったところ、入所当初から保育士へ保育所での子どもの様子について情報がほしいと再三「連絡帳」や口頭で要求をしていたという。被害児童は3月生まれであること、3歳になって上尾保育所に入所しているため、既集団へ溶け込むのに時間と配慮が必要であると考えられたからである。また、成長とともにクラスの子どものたちの人間関係も変化し、保護者から見れば、被害児童は一部の子どものたちに追従的に行動しているように見られ、他児から不当な扱いを受けているのではないかと思われたからである。そのような保護者の心配は、「連絡帳」にも表現されているが、保護者から見ると、保育士から納得のいく回答が常々得られてこなかったと言う。

本調査委員会では、「連絡帳」の分析ならびに保育記録の分析、担任保育士への

ヒアリングを実施した結果、被害児童への日ごろの動静把握の不足、他の児童との関係及び被害児童の発達を理解に関して、保育士と保護者間の洞察の行き違いがあることが明らかになった。

保護者から、再三訴えがあり、注意を促されていたにもかかわらず、日常の様子をさほど気に留めていなかったことが、事故当日の被害児童の動静把握の甘さにもつながっていたと考えられた。また、仮に遊びの中の出来事であったとしても他児が被害児童を本件本棚に入るよう要求することがあったかどうかについても、保育士が日ごろの被害児童と他児との人間関係をさほど問題視していなかったために、当日の子どもたちの遊びの状況を把握しておらず、本件事故の他児の関与あるいは、目撃に関しても不明のままである。

上尾保育所の保護者を対象にした調査によれば、保護者への保育の説明や、子どもの保育所での様子についての伝達不足については、被害児童の保護者のみに留まらず、他の保護者からも不満が出ている。

(3) 職員同士の意思疎通をめぐる問題

容易に子どもを把握しやすい一斉保育と異なり、上尾保育所がモットーとしている、場や、時間、遊びの内容に制約を加えず、子どもの主体性に任せる自由な保育を展開していくためには、保育所全体で、児童の主体的な活動を保障するための環境の構成や、保育者の子どもへの配慮が必要となる。その場合、クラス内だけの配慮だけでは不十分なため、クラスの枠を超えた保育者間での保育方針や方法、内容に関する情報の共有化が求められる。保育士へのヒアリングや保育士と本調査委員会委員の懇談の結果からも、果たして、上尾保育所では保育士間の意思疎通が図れていたのか、甚だ疑問が残る。

例えば、職員会議の開催は、月1回が原則で、協議内容はほとんど行事の打ち合わせに終わっていた。また、昼休み時間での情報交換も十分実施されておらず、朝の打ち合わせによる当日の保育の確認等も実施されていなかった。さらに、クラス内の複数の担任間での方針の確認や申し送りも徹底できていなかった。上尾保育所では、複数担任制をとっているが、その日担任のうちの誰が主になって保育をするかは決めていない。これは、主従を作らないというメリットはあるものの、遠慮しあって保育に責任を持ちきれない責任意識の希薄さを招くおそれがある。

保育所は、早番、遅番等勤務体制の関係で職員が一同に会する機会をもつことの困難性はあるとしても、申し送りを徹底させること、所長への報告を徹底させ、所長が指導性を発揮して全体を把握しながら指示を出していくことも、職員集団をまとめ、保育所の保育全体の質をさらに上げていく上で必要なことである。

(4) 事故防止についての職員の協議状況

上尾保育所では、ケガにつながるような事故が過去にも発生している。

児童福祉課に報告があったケガに関するもので、平成15年度で7件、16年度で12件、17年度(8月末まで)で4件ある。こうしたケガの処置及び不審者侵入対策に関してはマニュアルが改訂される等安全対策が検討されてきた(前出)。

しかし、児童が保育中に行方不明になったことへの対応法や予防策についてのマニュアルは存在せず、全職員の間でも過去の事故の情報が保育所の経験として共有化さ

れていなかった。例えば児童が、大人の気が付かない間に自分の手で門を開けていなくなった事故が過去に発生していたが、当日の担任保育士以外の職員の中には、その事故を知らない者もいた。このような、過去の小さな事故と思われる事故であっても情報を全職員に周知し、安全対策を一同に会して検討することを怠ると事故の教訓が生きない。

上尾保育所では、今回の事故以前の安全管理に関する検討を過去の体験に照らして実施してきたと言えるか、また保育士の意識の中にも安全管理に関する意識が根づいていたと言えるか疑問を持たざるを得ない。

(5) 被害児童不在判明後、何故発見に1時間もかかったのか

被害児童の不在に気付いた後、職員らはどのように判断し、行動したか、日ごろの保育者の行動との関連で調査結果を分析したところ、次の点が明らかになっている。

F保育士及び短時間臨時職員(1)の保育士はクラスの部屋で給食準備を始めたときに、クラスに戻ってきていない子どもが何人かいることには配膳用の皿が余っていることで気付いている。この際も給食時に保育士に人数を数える、または、目で子どもたちの全員の姿を確認することを疎かにしていたため、不在人数を手早く把握することができていない。また、子どもたちが給食の時間になっても早急にクラスに戻り、着席するという習慣が形成されていないため、保育士が食器を配り始めても、子どもはクラスから特に用事もないのに廊下に出ていくこともあり、出入り自由の状態であった。これも保育士が子どもの数を把握しにくくしていることの一因になっている。

クラスにいないことに気付いた後、廊下や倉庫を短時間臨時職員(1)の保育士及びF保育士も捜したが見当たらず、クラスに戻っていないことに気付いてから5分ほどしてから主任保育士に伝えて、主任保育士が他の保育士に尋ねて歩くとともにF保育士の「外に出たかもしれない」との言葉をもとに各部屋の保育士に捜索の応援を要請した。この間、短時間臨時職員(1)の保育士はクラスの子どもの「被害児童が散歩から帰ってきたか」、「部屋で一緒に遊んでいた人はいないか」と被害児童の動向を尋ねている。散歩から帰ってきていること、廊下やホールで一緒に遊んだが遊んでいるうちに被害児童が見当たらなくなったことまでは、聞き出せたものの場所や時系列の詳細は尋ねておらず、園内に居る可能性を十分引き出せていない。

F保育士が外の捜索へと意識を向けた理由としては、(ア)散歩の終了時園門のそばで被害児童が通りがかりの祖母と会ったこと、(イ)以前に自分で園門を開けて児童が外に出ていった事故があったことを覚えていたことが「園外に出たかもしれない」という判断の誘因になったという。

職員たちの捜し方については、園外、園内いずれにしても保育士間で十分な打ち合わせをして出て行った訳ではなく、系統立った捜索ができていない。

そのため、保育士によっては、外と内を行ったり来たりしている。また、中には、配属されてから4ヶ月余りしかたっていない保育士ではあったが、被害児童の顔を知らない保育士が18名の職員中5名(1名を除いて保育士としての勤続年数はいずれも3年以上)おり、捜索に加われない者もいた。

結果的に被害児童が発見されたのは、研修で外出していた所長がたまたま、上尾警察署に捜索願を届けに来ていたO保育士に出会い、児童の行方不明の報告を受け、園

内に戻ってきて隈なく見渡しながら本件本棚も捜した結果であり、所長は園内で短時間のうちに被害児童を発見している。

こうしてみると、日ごろの保育のなかで、(ア)保育士に園内での人数確認や子どもの動静を把握する習慣が身につけていない、(イ)子どもも集まるべきときに迅速に集まる習慣がついていない、(ウ)緊急時に冷静な判断を系統立ててしていない、(エ)職員間の指揮系統が明確でない、(オ)子どもの仲間遊びの状態や関係の変化の把握ができていない、(カ)子どもから話を聞いて動静を把握するという保育士と児童との関係性が十分確立していないこと、(キ)職員全員で児童全員を見ようという取り組みができていないことが問題点として指摘できる。

(6) 保育士からみた上尾保育所の実態

今回の事故で学ぶことは、被害児童の所属するクラス担任の保育士の保育のあり方はもとより、保育所全体の保育のあり方の是非を見直していかないと事故の再発防止にはつながらないということである。第三者による保育評価は先に述べたが、上尾保育所で働く職員自身が上尾保育所の保育体制や保育環境さらには自分の保育についていかに考えているか、職員らとの話し合いを通して得た情報を分析した結果を以下に述べる。

保育体制・保育環境について

被害児童は散歩後約2時間動静が保育士によって把握されていないことは、前述しているが、散歩に行く前の約50分間、保育室から廊下へ出て行ったことは担任が見ているものの、その後の遊びの様子を誰も見ていないという。今回の事故では、担任が被害児童の把握をしていなかったことが、最も問われることではあるが、一斉保育のような形態で保育していない場合は、他の保育士も他のクラスの児童の動きにも気を配って自分のクラス附近に他のクラスの児童が居るとき、あるいは保育所内で共通に使用するホールや廊下、トイレ、園庭等に居るときには、目をかけていないと児童の安全は守れない。この点が上尾保育所では不十分であったことは、第三者から見た保育の評価の中で前述したが、上尾保育所の職員自身が保育体制や保育環境についてどう考えていたのであろうか。

保育士らとの懇談の結果によれば、保育体制については「児童数が多く、自分のクラスを見るのに精一杯」、「担任間での話し合いのときが十分もてない」、「担任間の意見の調整時間がかかる」、「複数担任ゆえに、他クラスの保育には遠慮して応援をしようという気持ちになりにくい」、「職員全体で気になる子どもの問題を話す時間がない」、「昔に比べ子どもの質が変わってきているので対応が追いつかない」と問題点を上げている。職員集団間の連携については「行事のときなどには職員集団がまとまる」、「所長の他の保育所への異動の期間が短く、職員間で上尾保育所独自の保育を作りあげていく気運が高まらない」とする者もいる。

保育環境については、大多数の保育士が園舎の構造上の不備に気が付いている。今回の事故現場となった「廊下の角は死角になっている」、「園舎がL字型の構造になっているため両極のクラスの行き来がしづらい」、「廊下が広く長いので子どもが走りまわりやすい」、クラスの中では「遊具等の収納場所がなく子どもの手の届く位置に置けない」、「整理整頓がしづらい」などである。

園舎の構造に関しては、本事故調査委員会委員が見ても、他の保育専門家が見ても明らかに欠陥がある。保育士自身も死角に気付いていたにもかかわらず、なぜそこに気配りがされなかったのか、安全意識の希薄さを伺わせる結果である。保育体制については、上尾保育所は規定上の保育士配置人数は満たしている。今後、更に保育士の人数を増やせば安全が確保でき、質の良い保育ができるという問題なのか、短絡的には考えにくい。

保護者への対応

保護者との連携に関しては「保育内容を説明しきれていない」、「話を十分聞いてもらえない保護者が増えた」と連携の希薄さを保育所全体の問題として認める保育士もいる。

保育士自身が以上のような問題点に気付いていながらもなぜ早期の改善に至っていなかったのか。所長をはじめ、職員の相互努力が不足していたと指摘されても仕方がない結果と言えるであろう。

(7) 保護者からみた上尾保育所の実態

上尾保育所の問題点について一般の保護者はどのように認識しているのだろうか。質問紙調査(有効回答数65)の結果、以下の点が挙がってきた。(別紙資料2参照)

- (ア) 保育の理念、方針について今までに説明を受けたことがない 22.7%
- (イ) 保育士からの日ごろの子どもの状態の説明不足 24.3%
- (ウ) 連絡帳の返事への不満 15.4%
- (エ) 保育者の子どもや保護者への姿勢・言動への不満 18.5%
- (オ) 職員のチームワーク、雰囲気への不満 21.9%
- (カ) 保育に取り入れている遊びの内容への不満 15.4%
- (キ) 生活面への配慮への不満 12.7%
- (ク) しつけの仕方への不満 15.4%
- (ケ) 施設設備の不備 21.5%
- (コ) 安全管理体制の不備 48.4%

上記の内容のコメントで留意すべき記述を上げてみると、保育方針について「以前はのびのびした保育の中にもメリハリがあったが、現在は放任といった感じがする」、子どもの状態の説明や連絡帳の返事については「忙しさを理由に書いてくれないときが多々ある」、「小さい子は自分で報告ができないので連絡帳に詳しく書いてほしい」、「時間外を利用しているので話ができない」、「こちらから聞いても話をしてくれない先生、あいさつすらしてくれない先生もいる」、「連絡帳に全体的な様子を書くのではなく、その子、その子のやりとりや出来事を書いてほしい」、保育士の言動や姿勢については「保育士が子どもを呼び捨てにする」、「クラスの児童を守ろうという意欲が感じられない」、「権威的姿勢が強すぎる先生がいる」、職員のチームワークについては「外傷や出来事に対応した先生が帰ってしまうと保護者に伝わらない」、「トラブルや困難を抱えている職員に対してのサポートが不十分である」、遊びに関しては「子どもの年齢に応じた集団形成が成立してない」、「外遊び、異年齢交流が減った。各クラスへの囲いこみが目立つ」、しつけ方に関しては「先生が頭ごなしに怒っていて、子どもは理解できないでいる」、施設設備および安全管理に関しては「門の施錠の仕方

が甘い」、「三角倉庫の前の廊下で走ってきた子ども同士がぶつかっている」、「各部屋にエアコンの設置をしてほしい」、「プールに入らない子どもを、子どもだけで長時間保育士が監督せずに遊ばせている」、「保育士の危機意識はどうなっているのか疑問」、「緊急時の連絡体制や、避難場所を知らされていない」、その他保育所の運営に関して「園全体としての変更事があるときに、保護者に十分説明なしで変更しないしてほしい」、「保護者と共に考えた保育にしてほしい」、「保育士を増員してほしい」、「クラスごとでなく、保育所全体の保育のことをもっと考えてほしい」などの不満や改善してほしい要望が出ている。

この結果を見ると、事故以前から安全管理や保育者の姿勢、保護者と保育所との関係が万全であったとは言いがたいことを物語っている。

もちろん、調査結果の中には、上尾保育所の保育に満足しているという声も聞かれ、上記した意見は数字の上では、多数とは言えない。しかし、少数とは言え、保護者の中からこうした意見が出ていることに真摯に対応していくことが、保育所の課題であろう。

(8) 保育士の責務

(6)の職員集団との懇談の結果では、入所児童の数が多いため目が行き届かない、手が廻らない、近年の入所児童および保護者の様態が昔に比べ変わってきたため対応しきれない、職員間で話し合う時間が十分ない、人事異動が多過ぎるなど職場環境が不備なために思うように保育ができない旨の発言が保育士から多く出ている。一方、保護者への質問紙調査では、保育士自身の姿勢や態度のまずさ、保育技術そのものの欠点が指摘されている。この保育士自身の認識と保護者の認識のズレをどう理解すべきであろうか。いかに、保護者との意思の疎通が図られていないか、また自己の保育の点検ができていないかという現われではないだろうか。保育士はここで、このような発言をする保護者が無自覚だと責任を転嫁するわけにはいかない。このような現実があることを真摯に受け止め、反省する必要がある。

職場改善の要求も必要だが、それを口にする前に、まず、子どもへの対応、そして保護者との対話、さらに保育所全体の運営について、いかに改善を図るべきかを考えるべきである。それをしていくことが、保育の専門家としての保育士の責務と考える。

(9) まとめ

以上、諸調査から上尾保育所の実態をみたところ、日ごろの保育のなかに本件事故を引き起こすような要因があり、今回の事故は8月10日にたまたま防ぎようもなく起こったとは言えないことが分かった。また、本件事故は、一部の保育士の過失に限定されるものでもなく、保育所全体の問題が絡んでいることに留意したい。

6 事故の再発防止に向けての今後の課題

(1) 本件事故の教訓は何か

尊い生命を奪ったこと

自分の息子がどうして死んだのか、なぜあの本棚に入り込んだのか、何があったのか。両親にしてみれば、子どもになかなか恵まれず、望んでやっと授かった子どもだった。父親は、今年から隔日勤務の仕事に転職し、1日おきだが親子3人で夕

食を食べられる生活になった。生活が子どもを中心に廻り始めたところだった。

両親にしてみれば「朝保育所に預けました」、「お昼には死んでいました」、「すみません」と言われているのと同じで、夫婦の時間が8月10日の朝から止まってしまったという。何を見ても聞いてもつらいばかりで、これからどうやって生きていけばいいのか分からなくなっていて、いったい何のために働いているのかそれさえも分からない、納得できないと言っている。

例え事故であれ、子どもを亡くした親の悲しみは例えようもないことだが、今回はどうして亡くなったのかその経緯も判らず、安心だと思っていた保育所で起こったということが、いっそう親を混乱させている。

周囲にいた関係者にとってはどうだったのだろうか。子どもの命が失われたという重さをどう受け止めたのだろうか。この事故をどのくらい自分たちの問題として受け止めたのだろうか。この事故に真剣に向き合い自分に出来ることをどのくらい考えたのだろうか。少なくとも、今のやり方を続けていると同じことが繰り返されるおそれが大きい、今のやり方を変えなければいけないと考えた人はいるだろうか。

親の悲しみと怒りへの配慮不足

親にしてみれば、様々な事情がある中で保育所に子どもを預けるということは、子どもを安心して安全なところに預かってもらうということになる。ところが、自分のいないところで事故に遭い、知らせを受けて病院に駆けつけてみると、その病院で、亡くなった子どもと対面するというあり得ないことが、親の身に降りかかってきた。親の身に起きた動転と混乱は想像の外である。そのまま警察署に行き事情を聞かれていたところへ、市長が謝罪に来たということだった。しかし、両親の気持ちはそれどころではなかった。朝まで生きていた子どもの命が奪われた、その一念であったと思う。亡くなってしまった子どもと、子どもを失ってしまった親の思いに勝るものはない。

市はその翌日にご自宅を訪問しているが、不在であったということで祖父母宅に謝罪に行き、帰ってきている。その後も両親から謝罪の受け入れを拒絶されていたとはいえ、両親への対応が消極的であったことは否めない。また、上尾保育所の保護者への説明会、子どもたちへの説明、他の市立保育所やその保護者及び民間保育所や家庭保育室への説明会等を進める一方で、事故調査を開始するなど、敏速な動きを進めていたにもかかわらず、なぜ、そのことを肝心の両親に報告しなかったのか。不測の事態で混乱していたとはいえ、両親の悲しみと怒りの気持ちへの配慮が不足していたことは否めない。

子どもに対する理解と動静把握についての保育士の責任

児童を3歳から保育所に預けた被害児童の両親は、0歳児保育を行っているこの保育所では、既に子どもたちに集団が出来ており、この子が溶け込めるかどうか心配をしていた様子が連絡帳の端々に読み取れる。加えて、児童は3月生まれの早生まれで、体も小さく、新参者であることで、配慮が必要である。3・4歳児では6ヶ月違ふと発達状況も変わってしまうことが多く、個人差も大きい時期に当たるために子どもに応じたきめ細かな個別対応が必要な時期であるといえる。実際にどうであったのか記録を見てみると、遊びに入りたくても「おまえは向こうへ行け」

と言われたり、「今日も泣いていたよ」と他の児童から言われたりしていた。休日に親が児童と遊ぶと家来になりたがるということも判った。保育士からは、「経験不足だから馬鹿にされる」、「基本的なことがきちんと出来ればみんなから馬鹿にされることはなくなる」という指導があり、児童に対しては「自分の気持ちは言葉で話そうね」というものであった。

4歳児の6月には、プールに入っていなかったのに入ったという記述が連絡帳にあった。保育士からは「4歳児になりますと、ノートも必要なときもありますが、お子さんからお母さんに口で伝えることも、とっても大事だと思いますので、君のお話を聞いてあげてくださいね。」という指導で、児童とのコミュニケーションをもたずその動静を判っているとはいえないものであった。

事故当日は、散歩から戻って1時間も経った後、食事の用意を始めてから初めて児童がいないことに気付いている。子どもを捜しはじめてから居場所が判らなかったことに気付いて、そこで初めて大がかりに捜している。捜し方も場当たりの、日常的な子どもの動静把握が欠けていたのではないかと考えられる。

保育士は保育の専門家として、大きくは保育理念に即して、個別的には子どもたち一人ひとりの発達状態を把握し、その発達状態に即した関わりをし、一人ひとりの子どもたちの成長を促進することが求められる。子どもたちは大人が想像もしないことをする。危険を予測する力はいまだ未熟である。きれい汚いという区別もない。うんちやおしっこをトイレでする、食事の前に手を洗う等ということは社会性が育っていく中で判っていくことである。特に対人関係の成長には配慮が必要である。最近はいさいうちから攻撃性が強く、暴力で支配したり攻撃的な言葉で支配しようとする子どもたちが増えている。社会の中で生きていく上ではそれだけでは不十分で、他人を思いやり気持ちを汲んだりしながら支え合っていく力も必要であるので、偏ったやり方だけを身につけないよう配慮が必要である。当然子どもとコミュニケーションをとりながら、その言動から子どもの発達の状態を知り、子どもの特徴を理解していくことが求められている。

これらから考えていくと、個別的な保育のあり方について、子どもの日常の状態や動静の把握に欠けており、日常的な保育実践の中で保育士がその責任を果たしたとは言いがたい状況であった。

何が問題だったか

保護者は、長時間子どもの安全な生活の場、教育の場と信じて、保育所に子どもを託している。その期待に反して、本件事故は保育所の園舎内で起きた。本調査委員会では、調査結果から、本件事故は誰にも予見できない偶然の事故とは言えないとの結論で一致した。事故につながった要因は、各所で述べたが、(ア)園舎の構造が死角を作り出していること、(イ)その死角に本棚を無造作に置いていたこと、(ウ)計画性のない保育をしていたこと、(エ)保育中の子どもの動静の把握が不十分であったこと、(オ)児童の人間関係や遊びの把握と発達及び子どもの心情への理解が不足していたこと、(カ)保育士の危機管理意識が希薄であったこと、(キ)危機場面への組織対応ができなかったこと、(ク)保護者との連携が十分できていなかったことがあったと考えられる。これらの要因は事故当日だけの問題ではなく、日ごろの上尾

保育所全体の保育と大いに関連していたことが調査から明らかになった。

本件事故の場合は、一保育士の過失で起きたという事故でもない。複数の問題が重なり、重大な事態を引き起こしたと言える。そういう意味では、保育所の職員全員、更に保育所を監督する市の関係者が被害児童の尊い生命を奪ったこと、子どもの「最善の利益」を守れなかったことの重大さを受け止めなくてはならない。さらに、突然に謂われなくわが子を亡くした被害児童の家族の悲しみと怒りを理解し、被害児童と家族に何をすべきだったか、またこれから何をすべきかを考える必要がある。事故以前の危機管理マニュアルが十分でなかったという反省も聞かれるが、紙に書いたマニュアルがたとえあっても、それを使う人間の意識が不十分であれば、行動に移せない。そこで、今後の事故再発防止策を考えるに当たっては、実際に保育のなかで保育を実践する者が、またそれを見守るものが、行動計画を考え、実行に移し、評価をして日々改善へと発展していくことが望まれる。

保育所は児童福祉施設のなかで最も事故の多い施設である。それは、保育所が0歳児から5歳児までの心身の未熟な子どもが多数利用している施設であるからに他ならない。現に上尾保育所でも、毎年のように事故が少なからず発生している。保育所が前記のような施設であることに鑑み、保育の専門家たる保育士は保育所では事故は避けられないものとして認識して、事故を未然に防止する努力をするとともに、発生した事故の被害を最小限にする責務がある。

また子どもは、集団の遊びを通じて成長する側面があり、そのなかでの子ども同士のトラブルは避けられないものとして存在する。さらに、子どもは小さな事故を上手に回避したり、事故に遭って自己及び他人の痛み、思いやりなどを知り、自分を成長させていく機会を与えられることが多い。それゆえ、保育士は子どもの事故のもつ多様な側面を見つめて、事故の対処方法に精通する必要がある。

いずれにしても、子どもにとって事故が前述のような意味を持っているとすれば、一人ひとりの保育士ならびに保育所は事故の防止及び発生した事故について全力を傾注する義務がある。そのためには保育士らは日々発生する事故を相互に報告し、それが自己の保育のあり方、保育の質もしくは保育所全体の子どもへの取り組みと、どのように関係しているのかを真摯に研修、検討する必要があるといわねばならない。

(2) 再発防止に向けての提言

本調査委員会では、本件事故を通して見えてきたほんの一部の指摘のみに限られるが、今後の事故再発防止に向けて、若干の提言を行いたい。

保育理念・方針の共有化

今回の事故は、本来であれば、日常当たり前に行われているべきはずの事柄が忘れ去られていたことから発した惨事とも言えよう。通常、事故の反省を踏まえて、その後なすべきことというとすぐ思い浮かぶのが、危機管理マニュアルを作成しようという話である。しかし、それもさることながら、保育の基本に立ち返ることから始めることが、根本的な再発防止策の第一歩ではないだろうか。その意味で、日々の保育のなかで遵守されていなくてはならない保育の基本方針を再確認して欲しい。「保育所における保育の基本は、家庭や地域社会と連携を図り、保護者の協力の下

に家庭養育の補完を行い、子どもが健康、安全で情緒の安定した生活ができる環境を用意し、自己を十分に発揮しながら活動できるようにすることにより、健全な心身の発達を図るところにある。そのために、養護と教育が一体となって、豊かな人間性を持った子どもを育成するところに保育所における保育の特性がある。」これは、保育所保育指針の総則に記述されている保育の理念である。この理念に基づいて、果たして保育が行われていたのだろうか。

保育所保育指針に基づいて上尾市内の各保育所では、独自の保育方針があるはずである。上尾保育所の理念・保育方針は何か、それが全職員に共有されているか、また、保護者に方針が十分説明できているか、まずは、それを再確認することから始めて欲しい。

保育の計画と評価のあり方の見直し

上尾市の保育所の保育は、子どもの自己活動を重視する「のびのび保育」をモットーとしているとされている。通常子どもの自己活動を尊重した自由な形態をとって保育しているところであっても、計画を全く立てていないことはあり得ない。子どもの発達の状況や地域の実情に即して、保育所全体で考えた保育計画から担任が考える日案まで、保育者は計画をもって保育に臨んでいるはずである。事故当日のような、天候不順な日にあっては、腹案を必ず考えて臨むことが求められる。そして保育の指導計画に対して実施結果はどのようであったか、記録を丹念に取り、保育評価をして次の保育に生かしていく。この一連の実践プロセスを重ねることで見直しをもった保育、さらには子どもの発達援助が保障されていく。

今回の事故の反省から、保育の計画と評価についても欠けていた点を保育所全体で見直す機会を設けてもらいたい。

環境整備

近年、保育界では、「環境を通して行う教育」が再検討されている。環境を通して行う教育はイコール保育者が何も手を出さない、加えない保育と勘違いされ、放任保育が広がってしまったからである。子どもの遊びや安全を守るためには、まず環境が整備されていることが必須条件である。そうでなければ、子どもに我慢させる保育をしたり、保育者は叱る保育を展開したりする結果になるであろう。例えば、子どもの目線の位置に、子どもが取りやすいように遊具や材料がある、子どものそばや通りみちに危険な物がない、安全な水が飲める、快適な室温で過ごせる、清潔な場所に居られる、明るい場所で過ごせる、安全な遊具が十分備えられている、子どもがくつろげる場がある、自然と触れ合う機会があるなどなど整備すべきことは山とある。整備はし過ぎて困ることはない。環境への細かい配慮ができていないか否かが、その保育所の優劣の決め手になると言われるぐらいである。予算がないことを理由に環境整備を怠ることがないように熟慮して欲しいものである。

一人ひとりの子どもの動静の把握の方法の検討

上尾保育所では、子どもの動静の把握が事故当日ばかりでなく、その後の保育観察に際しても十分とは言えなかった。これは、子どもの人数が多過ぎる、保育士の手が足りない、または自由な保育形態の保育の限界という問題に短絡的に原因を結びつけられれば済むものではない。園舎の構造上の死角を取り去るような物理的な限界

を改善することは必要だが、それとともに、保育の工夫をすることでかなり改善できていく。例えば、保育者の役割分担の明確化、人数確認の仕方の工夫、環境構成の工夫、子どもと保育士の動線や位置を考えた保育空間の使い方、子どもの遊びの集中のさせ方、子どもとの約束の仕方などなど工夫は多々ある。こうした方法は、子どもの自由を束縛することを意味するものではないので注意したい。保育所内で子どもや保育者の動きをシュミレーションしながら是非方法を再検討してもらいたい。

職員間の情報交換の強化

複数担任間の情報の共有、交代保育士との申し送りの徹底をはじめ、全保育所職員が、保育実施にあたっての子どもや保護者の実態、施設、危険についての情報の共有化を進めるべきである。忙しいとつい緊急性の高い情報は流すが、その他のことを十分検討しないで日々やり過ごしてしまいがちである。こうしたやり過ごしが保育者の子どもや保護者、または環境に関する認識不足を招き、危険につながる可能性があるのである。

こまめな職員会議や、朝や昼休みの話し合いの機会を利用して保育所全体で情報を共有し、保護者にも伝えられるようにすべきであろう。

危機管理体制の整備

乳幼児期の子どもの危険予知能力は大人と同等ではないことは、十分保育者は承知のはずである。あらゆる危険と事故や事件の最悪の事態を想定して発生予防策や回避方策と、発生してしまった場合の対策を常に立てておくべきである。災害対策や不審者対策ばかりでなく、今回のような保育そのものに潜む危険（リスク）についても常時点検しておく必要がある。また、園舎内、園舎の周辺などの安全点検も毎日することが望ましい。

本件事故では、事故が発生した後の処置にも不具合があった。市の担当部局との連携を含む、職員間の連携と指揮系統の的確さがなくして適切な処置はできない。これについても日常の職員の実地訓練が必要であろう。また、子ども自身にも危険を回避する方法や安全を確保する方法を学ぶ機会をもたせたい。

保護者との連携

保護者への質問紙調査の結果のなかに、「保護者ととも保育を考え、作り上げて欲しい」との声があった。「子どもを預けっぱなしにしている」、「家庭での教育がなっていない」、「親がだめ」と保育士は子どもが自分の保育に順応しないと家庭の責任や保護者の人柄のせいにするのがよくある。こうした考えは、専門家としての資質を疑われる。保護者ととも考える姿勢をもつこと、保護者に説明できる保育をしていくことが保育の専門家である保育士に課せられていることである。

保護者会、保育参観・参加、個人面談の開催の機会を増やし、充実させること、日々保育の報告や家庭からの情報の入手、相談をいつでも気軽に受けやすくするなど保護者との相互交流ができるようにしておくことが望まれる。

職員の資質向上

いくら対策を立てても、それを実践する職員が理解できなかつたり、行動化することができないようでは、絵に描いた餅になる。

職員が常に研修や体験の反省などを通して自己研鑽していくことが望まれる。上尾市の公立保育所の保育士の年齢は高い。保育士の経験年数も高いものが多い。これは、保育の熟達化ではなくマンネリ化であると批判を受けたくないよう高齢であったとしても自己研鑽を忘れないよう心がけて欲しい。公開保育を年に最低1回は実施して他の機関の保育関係者から意見をもらうことも良い研修の機会となると考えられるので、勧めたい。

市の児童福祉課の指導・監督

市内の公立保育所全体を掌握し、保育に関する指導を行うのが、上尾市では児童福祉課である。この部署に保育経験者や学識経験者等保育のコンサルテーションができる役職の存在が望まれる。児童福祉課と保育現場とのパイプ役が機能していることが肝要である。

また、危機管理システムの構築や、苦情処理のシステムの整備、保育所環境の整備など、システム上の整備や環境整備の推進を早急を実施されたい。

7 まとめ

公立の保育所に子どもを預ける保護者になると、保育所は、担任保育士は勿論、保育士集団が我が子は勿論、他所の子どもを含めてしっかりと子どもの成長にあわせて遊びなどを通して指導し、安全に保育してくれるから安心との気持ちがある。また、公立であるがゆえに、保育士の専門性も保障され、保育環境も整備されて、公平で安定したサービスがどの乳幼児とその保護者にも提供されるものと信じている。

それゆえ、朝、自宅を元気に出て保育所へ出向いた子どもが、夕方に遺体で自宅へ戻ることは、保護者になると想像すらできないことである。

また、保護者になると、本報告書で明らかになったように、我が子が1時間前後もその動静を担当の保育士を含めて、誰にも知られず、「放置」されていたことは、ショックなことである。のみならず、我ががいなくなったとわかってからも、1時間近くも保育所職員から子どもが発見されなかったことは、重ねてのショックなことである。

何故、本件のような、「あってはならない」事故が保育所内で発生したのかについては、保育に従事する者は、真剣に反省する必要がある。本件事故は、偶然に発生したかのように見えるが、本報告書で随所で指摘をし、明らかにしたように、そうではなく、起こるべくして発生したとみるのが相当である。本件事故に至る経過・事故の原因等を徹底的に究明するならば、仮に本件のような上尾保育所の保育の取り組みや実態が続けば、どこの保育所でも本件事故と似たような事故が発生したとしても不思議ではないことを理解することが大切である。

そうであるとすれば、大切な子どもの生命と引き換えに保育に従事する者は、子どもの生命・身体を最大限大切にすることをし、再発防止のために全力を尽くすしかない。これが公立の保育所は、安心して安全だと思って入所させた保護者への期待に応える所以でもある。

ところで、本件事故に至る経過、本件事故後の保育所のリスクに対する認識状況などに照らすと、一人ひとりの保育士の専門性、保育に取り組む基本的姿勢、保育士集団の情報の共有をめぐる問題等が本件事故の発生と深く関わっていることが判明する。それゆえ、本件のような悲劇的な事故を二度と保育所内外で生ぜしめないためには、保育の取り組みのカリキュラムの策定のあり方とそれを実現したかの点検や第三者によるチェック、本件本棚などの物品の購入と移動をめぐる問題についての行政の関与のあり方を抜本的に見直されるべきである。また、子どもの事故の防止のためには、子どもの成長・発達と事故との関係、とりわけ、大人の目からの事故の予見可能性と子どもの立場からの事故の回避可能性について、各保育所、各保育士による一人ひとりの子どもの成長、行動の特徴に応じた取り組みや、これまでの「ヒヤリ、ハット」などの実践例などにもとづいて、血のにじむような研修の積み重ねや自己点検などが、不可欠となる。これを上尾保育所を含む上尾市の保育士集団が、子どもや保護者の声に耳を傾けながら、今後、数ヶ月内にどのように作り上げていくか、どれだけ真剣かつ迫力をもって成し遂げ、新しい年度を迎えるかが、本件事故を保育に従事する職員集団が本当に反省しているかの分かれ目になるといえよう。

上尾保育所はもとより、上尾市の公立保育所全体、児童福祉課などが相互に協力をし、市が責任をもって全力をあげて本報告書に指摘していることに取り組むことを、心より

期待したい。

本調査委員会は、本報告書において、事故の状況や経過をできる限り明らかにし、事故原因を分析した上で、再発防止策を提言した。

これを受けて、上尾市は、自らの責任を自覚し、この内容について公立保育所等関係機関へ周知徹底し、再発防止策についての取り組み状況を検証していく必要がある。そして、保育に携わる全ての人々が、子どもの命の重さについて再確認し、何よりも安全で「子どもの最善の利益」を守れる保育に向けて最大限の努力をすることを期待するものである。

最後に本件調査にご協力いただいた、被害児童のご両親をはじめとする上尾保育所の保護者の皆様、関係者各位に御礼申し上げ、本件調査を終了する。

別紙(1)

事故調査委員会検討経過

開催日時		会議等	その他
9月27日	19:00～21:30	第1回事故調査委員会	
10月4日	10:00～12:00		保育現場観察(委員長)
10月6日	9:30～12:00	第2回事故調査委員会	
10月18日	9:30～11:30	第3回事故調査委員会	
10月25日	18:30～20:00		遺族ヒアリング
"	20:00～21:00	第4回事故調査委員会	
11月1日	10:00～12:00		保育現場観察(委員長+保育専門家)
11月8日	16:00～18:30	第5回事故調査委員会	
11月16日	19:30～22:00		遺族への経過報告
11月18日	9:30～12:00	第6回事故調査委員会	
11月29日	18:00～20:00	第7回事故調査委員会	
11月30日	10:00～13:00		保育現場観察(委員長+保育専門家)
12月9日	18:30～20:45	第8回事故調査委員会	
12月13日	18:30～21:00		遺族への経過報告
12月22日	12:50～15:20	第9回事故調査委員会	
12月26日	11:00～17:45	第10回事故調査委員会	

別紙(2)

事故調査委員会が実施した調査・事情聴取等

実施日時		事情聴取等	関係者
10月6日	9:30～	上尾保育所現地調査	
10月11日	10:00～12:50	所長・担任保育士ヒアリング	A所長・F保育士・G保育士
10月25日	16:00～17:30	本件本棚の検分	
11月1日	13:30～16:30	担任保育士追加ヒアリング	F保育士・G保育士・短時間臨時職員(1)
11月15日	10:30～12:00	担任保育士追加ヒアリング	G保育士
11月24日	18:30～20:30	上尾保育所職員との懇談会	A所長・F保育士・G保育士を除く常勤保育士全員
12月1～5日		上尾保育所保護者質問紙調査	対象保護者99世帯、回答65世帯

上尾市立上尾保育所事故調査委員会 委員名簿

	氏名	役職等
委員長	金谷 京子	聖学院大学教授
副委員長	高野 範城	弁護士
委員	深野 宏明	小児科医
委員	甲原 裕子	弁護士
委員	窪田 泰廣	埼玉県中央児童相談所相談援助担当部長
委員	長谷川 正三	上尾市健康福祉部長
委員	後藤 文男	上尾市総務部参事兼総務部次長
委員	庄田 幹夫	上尾市総務部職員課長