

保育現場の事故予防に繋ぐ事例分析 (第1報)

佐々木 昌代・平井 孔仁子

Case Analysis for Accident Prevention in the Field of Child Care (I)

Masayo SASAKI and Kuniko HIRAI

1. はじめに

保育者は、常に「子どものかけがえのない命を預かっている」ということを肝に銘じて、何よりも「安全」であることを優先して保育を行うべきである。しかしながら、子どもに打撲傷、切り傷、擦り傷といった治癒可能なケガが伴うレベルの小さな事故を保育の中で体験することはあっても、子どもが亡くなってしまったり、後遺障害が残ってしまったり、重傷を負って長期間の入院治療をすることになってしまったりといった大きな事故を体験することは稀である。そのため、ややもすると子どもの命が脅かされるというレベルでの事故の発生に対する危機感が薄れ、安全への構えが緩んでしまうこともある。保育現場での事故はその大小にかかわらず発生しないことを願いたい、溺水や窒息などによって子どもが死亡する、重篤な障害が残るといった大きな事故を身近に目にすることも耳にすることもないと、保育者は自分や自分の園は子どもの生命にかかわる深刻な事故とは無縁であると思い込んで、「偽りの安心感」を抱くようになる^{*1}と言われる。

況してや、保育事故に遭遇した体験がない養成課程の学生が、どんなに安全に留意して保育を行っていても子どもの事故は起こりうるとの認識を持ち、万一の事故に備えて救急法などの事故対応を身につけておくとともに、事故予防を期した不断の徹底した取り組みが保育者には欠かせないことを切実に理解することは容易ではない。よって、『子どもの保健』、『保育内容演習(健康)』、教育・保育実習に向けた『実習指導』などの授業において、保育者の仕事は子どもの日々の成長を目の当たりにして幸せや喜びを感じられるやりがいのある仕事であるが、一歩間違えば、子どもの死を目の当たりにして、その責任を問われる仕事でもあるということをお口を酸っぱくして学生に伝え、事故予防への意識を醸成していかなければならない。さらに、これまでの授業においては、実際に保育現場で発生してしまった子どもの生命にかかわる深刻な事故事例を教材として取り上げることが、「子どものかけがえのない命を預かっている」保育者の責務について学生が実感として捉えていくことに有効であった。

事故に遭遇しないと事故予防に対する意識が希薄になってしまう、希薄であるという点では、養成校の教員も保育者や学生と同様の状況に陥りかねない。実際に起きた保育事故の事例を授業で取り上げる際、ヒヤリハットを含む小さな事故の事例を教材とすることに躊躇はないが、事故の結果が「死亡が確認された」「遷延性意識障害となった」というような深刻な事例を教材とすることには抵抗感を覚える。事故の当事者である保育者もしくは保育所・幼稚園に対する批判に終始してしまわないか、幼い子どもにかかわれる保育という楽しみに溢れた仕事に夢

を抱いて学んでいる学生の保育者となる意欲を削いでしまわないかということが危惧されるからである。

しかし、マスメディアの報道によって保育界だけでなく一般社会にも衝撃を与え、保育者にとっても、学生にとっても、世間一般の人々にとっても“想像もつかない”保育事故が起きたことを知ると、上述のような危惧などは吹き飛び、どんな保育内容よりも真っ先に事故予防について授業で訴えなければならぬとの思いが強くなる。例えば、認可保育所で起きた園庭で育てていたプチトマトを子どもが食べて窒息死した事故、廊下に置いてあった本棚の中で子どもが熱中症で死亡した事故^{*2}などである。プチトマトによる窒息事故、本棚の中での熱中症事故は、認可外保育所で起きた園外活動から帰園後の車内に置き去りにされていた子どもが熱中症で死亡した事故などとともに、厚生労働省から「保育施設における死亡事例について」の具体的な死亡事例として報道発表^{*3}された。報道後に実施された保育所実習では、実習園施設長より「これまでにない大きな衝撃を受けたプチトマトによる窒息事故や本棚の中での熱中症事故について学生が何も知らずに実習にやってくるというのは如何なものか」「事故予防や安全についての養成校での授業はどのように実施されているのか」といった厳しい指摘が相次ぎ、保育現場において“想像もつかない”事故の発生によって危機感が高まり、安全への構えが強化されたことがうかがえた。

プチトマトによる窒息事故、本棚の中での熱中症事故が発生して報道され、実習先より知って実習に出るべきとの指摘があった以降は、学生が初めて臨む実習である第1回目の保育所実習の前に、これら二つの事例を含めた深刻な事故を引き合いに出して、子どもが亡くなってしまうような悲惨な事故の当事者に自分や自分の園がいつでもなり得るという危機感を持って事故予防に当たること、まずは実習園で事故予防がどのように取り組まれているか具体的に見て学ぶことを指導している。ただし、学生に深刻な事故事例を示す際には、事故の恐怖を煽る脅しではなく、事故予防を実証的に学習できる教材として提示できるような工夫が必要である。

そこで、本研究において、事故予防の学習材を得るために、保育中に発生した子どもの死亡事故に関する事故報告書を分析することにした。事故報告書とは、子どもが死亡してしまうという深刻な保育事故が発生したとき、事故を発生させた保育所を指導監督する市が調査委員会を設置して事故の背景、事故の状況と経過、事故の原因などを明らかにするとともに検証を行い、再発防止に向けた方策や改善すべき保育上の課題の提言までなされるが、それら事故の詳細と再発防止策がまとめられたものである。

2. 研究の目的・方法

(1) 目的

保育中に発生した溺水、熱中症、誤嚥窒息によって子どもが死亡してしまった事故について、インターネット経由で誰もが自由に自分のパソコンに取り込んで保存することが可能な事故報告書から分析を行い、教育・保育実習に向けた『実習指導』などの授業で事故予防に向けて具体的な行動・対策として学習できる教材を作成することを本研究の目的とする。

(2) 方法

①分析の対象とした事故報告書

A：『新町保育園園外保育事故調査委員会報告書』

平成16年12月 新町保育園園外保育事故調査委員会

http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/103/128/453/.../5883_3.pdf

アクセス日：2015/7/22

B：『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

<http://www.city.ageo.lg.jp/uploaded/attachment/736.pdf>

アクセス日：2015/7/22

C：『かしの木保育園における事故報告書』

平成23年12月 碧南市

<http://www.city.hekinan.aichi.jp/kodomoka/jikohoukoku.pdf>

アクセス日：2015/7/22

D：『碧南市「保育事故」第三者委員会報告書』

平成25年2月 かしの木保育園死亡事故第三者委員会

<http://www.city.hekinan.aichi.jp/kodomoka/houkoku.pdf>

アクセス日：2015/7/22

E：『事故調査報告書』

平成24年11月26日 はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会

<http://www.city.tochigi.lg.jp/ct/.../jikohoukokusho2.pdf>

アクセス日：2015/7/22

F：『京都市認可保育所「せいしん幼児園」に対する調査報告書（特別監査実施結果）』

平成26年10月20日 京都市

<http://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/.../tyousahoukokusyo.pdf>

アクセス日：2015/7/22

②分析の視点

- ・発生日時
- ・発生場所
- ・被害児童（年齢、性別など）
- ・事故内容（事故の発生状況及び発生直後の保育者の対応）
- ・学習内容（事故予防に向けて実践できる具体的な行動・対策）

③学生が主体的に事故予防について学ぶための教材作成の対象とする事故報告書

A：『新町保育園園外保育事故調査委員会報告書』

B：『上尾保育所事故調査委員会報告書』

3. 事故報告書の分析

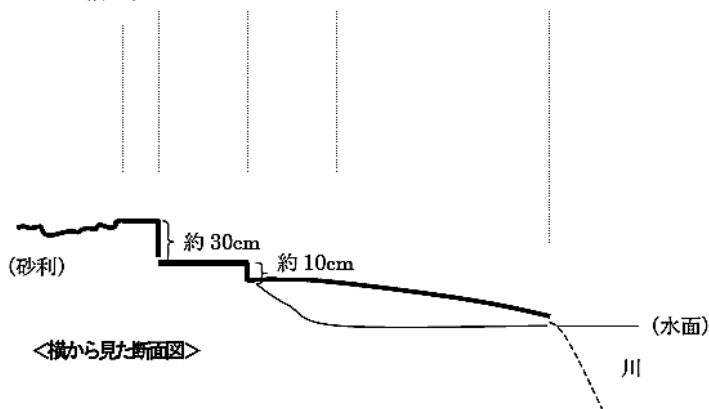
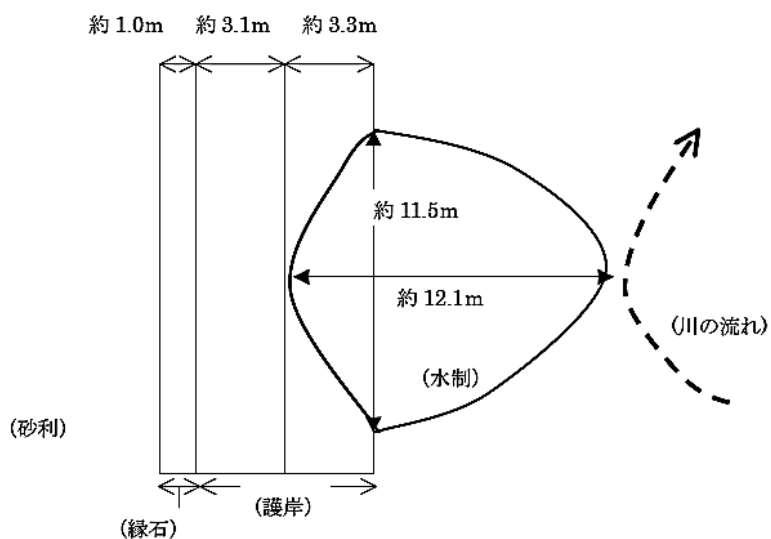
(1) A：『新町保育園園外保育事故調査委員会報告書』

発生日時	平成16年11月17日（水） 12時55分頃
発生場所	東京都 世田谷区立兵庫島公園付近の河川敷
被害児童	東京都世田谷区立新町保育園 5歳児クラス 女児 6歳

<p>事故内容</p>	<p>11月17日 (水) 12時55分頃、多摩川の中洲にある世田谷区立兵庫島公園付近の河川敷の水制 (河川の護岸が洗掘されないように水の勢いを流れの中心に押し返す構造物 以下概要図参照) において、保育活動の一環である園外保育中に、被害児童が多摩川に転落する。</p> <p>警視庁玉川署と東京消防庁が捜索し、15時頃、転落地点から約1.7km下流の第3京浜道路多摩川橋付近で被害児童を発見する。</p> <p>国立病院機構東京医療センターに搬送され、救命救急措置が施されるが、18時に死亡が確認される。</p>
-------------	---

＜上から見た平面図＞

※ 平成16年12月22日 14時現在



事故現場となった水制の概要図 (事故報告書9頁)

<p>学習内容</p>	<p>園外保育の計画、実施に当たっては園で定められているマニュアルを遵守すべきであったということに尽きる。</p> <p>2名ですべき園外保育の候補地の下見を1名で実施した、園外保育の活動計画が作成されなかった、2名の担任保育士間ですら活動計画の共通認識がなかった等々の行動の一つでもマニュアルに従っていたなら、事故は防げたのではないかと思われる。例えば、証言通りであるとして、水制の先端に立って子ども達が先端部に行くことを注意していた主任保育士がその場を離れなければ、被害児童は水制の先端から多摩川に転落することはなかったかもしれない。主任会議があることは事前に分かっていたことであるから、マニュアルを遵守して、会議に代理を出席させるか、園長も主任保育士も引率できないならば園外保育の計画を見直すべきであった。</p> <p>園長の「多摩川の本流に向けての石投げが園児に好評だった」とする3年前の他園との合同園外保育の体験によって活動場所を河川敷としたところから事故は始まっているが、保育所施設長に尋ねると、園外保育の活動場所として河川敷は積極的に選ばないと回答される。事故が発生した水制付近は、概要図を見る限り、子どもを遊ばせるべきではない危険な場所と判断される。まさに「偽りの安心感」が引き起こした事故である。</p>
-------------	--

(2) B：『上尾保育所事故調査委員会報告書』

<p>発生日時</p>	<p>平成17年8月10日（水） 10時30分頃～12時25分頃</p>
<p>発生場所</p>	<p>埼玉県上尾市 上尾市立上尾保育所</p>
<p>被害児童</p>	<p>埼玉県上尾市立上尾保育所 4歳児クラス 男児 4歳</p>
<p>事故内容</p>	<p>8月10日（水）10時20分頃、散歩から保育所の門の手前まで戻った際、通りかかった祖母を被害児童が見送る。このときが、保育士らが被害児童をはっきり確認した最後となる。</p> <p>11時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、一人分の食器が余っていて被害児童が所在不明であることが判明し、保育士らが保育所内外を搜索する。</p> <p>12時25分頃、研修から戻った所長が、本棚の中で意識がなく、体はとても熱く、衣服はびしょり濡れた被害児童を発見する。保育士らが濡れタオルで股関節や腋の下を冷やし、人工呼吸を試みる。</p> <p>埼玉医科大学救命救急医療センターに搬送されるが、13時50分に死亡が確認される。</p>
<p>学習内容</p>	<p>報告書のまとめに「起こるべくして発生したとみるのが相当」とある。本棚熱中症事故は“事件”だとも言われる*4。事故予防に向けた取り組みに問題があっただけでなく、保育所の日々の保育に事故発生の原因があったということである。</p> <p>被害児童が出られなくなって亡くなった本棚の危険性については所長をはじめ複数の保育士が気づいていたが、本棚を撤去、移動するなどの環境改善もなされず、職員間での危険性の情報共有も注意喚起もなされなかった。子どもを見守るところか、当然なされるべき活動の変わり目の人数確認すらできていなかった。</p>

	<p>被害児童が所在不明であることに気づくのが遅れたことも問題であるが、その後の捜索がやみくもに行われたことも不思議なことである。子どもの普段の遊びの状況や性格などを把握していれば、もっと目途を立てて被害児童を探せたはずである。このような所在不明となった場合の園としての捜索マニュアルや保護者への連絡についての取り決めもないようで、子どもを観てもいなければ、万一の際の危機管理も想定されていない。</p> <p>担任保育士が、いじめを心配した被害児童の保護者の訴えに対して月齢が低い被害児童本人の課題と応じたり、連絡帳に明らかに事実ではないと分かる活動の様子を書いたりしていたことも報告書に記載されている。保育士に期待される保護者との信頼関係の構築、連携といった意識が薄く、子どもへの愛情が感じられない。</p> <p>本棚熱中症事故は、保育者や保育組織としての保育所が子どもの最善の利益を保証する保育を行っているか否かについて点検、見直しを促す“事件”でもある。</p>
--	--

(3) C:『かしの木保育園における事故報告書』

D:『碧南市「保育事故」第三者委員会報告書』

発生日時	平成22年10月29日(金) 15時30分頃
発生場所	愛知県碧南市 社会福祉法人樫の木乳幼児福祉会かしの木保育園
被害児童	愛知県碧南市 かしの木保育園 1歳児クラス 男児 1歳4カ月
事故内容	<p>10月29日(金)14時40分頃、被害児童は他児より遅れて午睡から目覚める。15時30分頃、おやつのおもちゃカステラを詰まらせる。保育士らが口内からかき出したり、背部叩打法を行ったり、看護師がカテーテルで吸引したりしたが、異物の除去はできない。被害児童がぐったりしたところで胸骨圧迫を開始する。15時41分頃、救急隊が、心肺蘇生を行いながら、半田市立病院に搬送する。12月7日(火)、被害児童が意識不明のまま死亡する。</p>
学習内容	<p>保育者に、咀嚼や嚥下が未熟な子どもの食事支援、子どもが食物を詰まらせた場合の救急処置について徹底して学び、身につけておかなければならないことを突き付けている。</p> <p>おやつを選択、子どもが食物を口に入れている間の保育士の見守りに問題があったと報告書から読める。ラムネ菓子、おもちゃカステラ、スナック菓子をバイキング形式で1歳児に提供することは妥当とは思われない。しかし、子どもの口に食物が入っている間、保育者は目を離してはいけないことも当然であるが、1歳児の職員配置は6対1である。どんなに工夫を凝らしても、一人一人の子どもに徹底するのは至難と思われる。事故では、被害児童が午睡から遅れて起きたため、1対1の対応であったにもかかわらず、死亡事故となってしまった。子どもは窒息するものと考え、子どもは勿論、保育者も命がけて食事支援をするくらいの覚悟が必要ということであろう。</p>

	<p>誤嚥の救急処置についても考えさせられる。事故のように、詰まった食物を出そうとしても出なかった場合、如何に判断して胸骨圧迫（心肺蘇生）に切り替えるのか分からない。救急蘇生法の指針2010での乳児の気道異物への対応は以下の通りである。数回ずつ背部叩打法と胸部突き上げを交互に行い、異物が取れるか反応がなくなるまで続ける。反応がなくなったら、直ちに119番通報し、次に子どもを床や畳など硬いところに下し、心停止に対して行う心肺蘇生の手順を開始する。心肺蘇生を行っている途中で異物が見えた場合は取り除き、見えない場合にはやみくもに口の中に手を入れて探らない。また異物を探すために胸骨圧迫を長く中断しない*⁵。</p> <p>誤嚥の場合、異物除去の対応は背部叩打法ばかりでなく胸骨圧迫も有効であり、子どもの反応がなくなったら、直ちに開始すべきことを保育現場に周知するとともに、万一の際に保育者が確実に対応できるような救急法研修が実施されるべきである。</p>
--	--

（4）E：『事故調査報告書』

発生日時	平成24年7月17日（火） 15時49分頃
発生場所	栃木県栃木市 栃木市立はこのもり保育園
被害児童	栃木県栃木市立はこのもり保育園 2歳児クラス 女児 2歳
事故内容	<p>7月17日（火）15時49分頃、被害児童が咳き込むように牛乳を吐く。15時50分頃、おやつのお白玉団子を詰まらせているらしいことが分かり、保育士が背部叩打法を試みるが、異物の除去はできない。</p> <p>15時57分頃、救急隊が心肺停止を確認し、胸骨圧迫を開始する。16時5分頃、異物が除去される。16時20分頃、獨協医科大学病院に搬送され処置を受け、17時5分頃、ICUに入る。7月21日（土）、一般病棟に移るが、8月19日（日）、被害児童が意識を回復することなく死亡する。</p>
学習内容	<p>誤嚥の場合、おもちゃカステラ窒息事故と同様、背部叩打法による異物除去から如何に判断して胸骨圧迫を開始するかという課題が示されている。</p> <p>白玉団子を喉につまらせて子どもが亡くなる事故は、同じ栃木県の小学校で平成22年2月に発生している。意識不明のまま治療を受けていた小学生が亡くなったのは、はこのもり保育園で事故が発生する3日前の平成24年7月14日（土）である。小学校と保育所という違いはあれ、深刻な死亡事故についての貴重な情報が教育現場から保育現場へ提供されるルートがなかったことが残念である。</p> <p>他の栃木市立保育園では、被害児童と同じ2歳児に対しては白玉団子を1/2～1/6にカットして提供するか、提供が見送られていた。なぜ、はこのもり保育園だけが2歳児に対して原形のまま白玉団子を提供したのか、情報の共有という点から悔やまれる。</p> <p>情報を共有して他園の事故などから学ぶことが、たいへん大切であると同時に、簡単なことではないことが実感される事故である。</p>

(5) F:『京都市認可保育所「せいしん幼児園」に対する調査報告書(特別監査実施結果)』

発生日時	平成26年7月30日(水) 14時頃
発生場所	京都府京都市 社会福祉法人正親福祉会せいしん幼児園(認可保育所)
被害児童	京都府京都市 せいしん幼児園 4歳児クラス(ひまわり組)
事故内容	<p>7月30日(水)13時45分頃、被害児童のいるひまわり組がプールのある屋上へ上がる。準備体操、シャワー、消毒液に腰までつかった後、プールに入る。</p> <p>14時頃、たんぽぽ組(4歳児クラス)の担任保育士が、仰向けで水に沈んだ状態の被害児童に気づき、引き上げる。胸骨圧迫を続けるとともに、水を吐かせる必要があると背中を叩く。14時7分、救急隊が、被害児童は呼吸をし、脈もあり、血圧も大丈夫と確認し、病院に搬送する。</p> <p>低体温治療が施されたが、8月6日(水)、被害児童が低酸素脳症で死亡する。</p>
学習内容	<p>被害児童は、プールから引き上げられた直後から、保育士によって胸骨圧迫が施され、救急隊が病院へ搬送する際には呼吸も脈もあると確認されたにもかかわらず、低酸素脳症で亡くなったということは、プールからの引き上げが遅かったということが想像される。</p> <p>水に沈んだ状態の被害児童を逸早く発見できなかった理由として2つのことが考えられる。1つには、プール活動の際に、厚生労働省の通知(平成26年6月「児童福祉施設等においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について」)によって「専ら監視を行う者を指定する」必要があったが、保育士間の役割分担がなく、監視専任者が定まっていなかったことである。2つには、一度にプール内に入って活動する子どもの数が多すぎたということである。</p> <p>厚労省の通知に従うのは勿論であるが、プール内で遊ぶ子どもの数が多すぎて沈んでいる子どもに気づくのが遅れたという事故は、過去にも事例がある。平成23年7月に神奈川県大和市の幼稚園で発生し、事故予防に関する保育研修会で取り上げられている。</p> <p>4歳児クラスは3組あり、本来の日案ではプール活動は午前中に3クラス合同で行われることになっていたが、幼児音楽フェスティバルに向けたリズム活動を重視し、日案を変更してプール活動を昼食後とした。このため、3クラスのプール活動に時差が生じ、担任保育士間での役割分担が行えず、監視役も専任できなかったように思われる。</p> <p>プール活動においては、十分な職員配置のもとに、保育者間の役割分担を明確にし、必ず監視専任者を置き、プールと一緒にいる子どもの数は、監視役が把握できる範囲であることを徹底する。</p>

4. 学生が主体的に事故予防について学ぶための教材

A：『新町保育園園外保育事故調査委員会報告書』から

疑問点	保育所保育指針・解説書の指導内容	学生の学び
疑問1 : 起案前の話し合いは皆ではないのか	第5章健康と安全（指針） 2 環境及び衛生管理並びに安全管理 (2) 事故防止及び安全対策 ア 保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、 <u>保育所内外の安全対策に努め、安全対策のために職員の共通理解や体制作りを図るとともに、家庭や地域の諸機関の協力の下に安全指導を行うこと。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・安全対策のための保育士の共通理解や体制作りには、起案の時点から、全員での積極的な話し合いが必要です。
疑問2 : 指導案(細案)はないのか	第4章 保育の計画及び評価（解説書） 【子どもの主体性の尊重と計画性のある保育】 保育所で、子どもの主体性を尊重することは、子どものやりたいこと、やろうとしていることを好き放題、勝手気ままにさせることではありません。子どもの生きる力、伸びようとする力が発揮され、心身共に健やかに育つためには、一人一人の育ちを見通し、発達過程を押さえて保育を組み立てていくこと、すなわち <u>計画性のある保育が必要です。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所では、計画性のある保育が必要です。計画性のある保育とは、保育の指導案を作成することです。 ・園外保育の引率者となったら、過去の指導案を参考にして、細案を作成し、職員会議や終礼時に皆の意見を求め、質問をする。
疑問3 : 下見は一人の保育士でよいのか	第5章 健康と安全（解説書） 2 環境及び衛生管理並びに安全管理 (2) 事故防止及び安全対策 ③事故防止マニュアルの整備と事故予防 事故防止のために、日常どのような点に留意すべきかについて、 <u>事故防止マニュアルを作成し、その周知を図る必要があります。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・園外での保育は、園内以上にヒヤリハットする出来事が起こりやすい。保育士は、子どもが安全で楽しい体験ができるように、活動場所について細部に渡って知っておく必要があるため、可能な限り、下見は引率者全員で実施する。

B：『上尾保育所事故調査委員会報告書』から

疑問点	保育所保育指針・解説書の指導内容	学生の学び
<p>疑問1 ：指導案(細案)はないのか</p>	<p>第4章 保育の計画及び評価 (解説書) 【子どもの主体性の尊重と計画性のある保育】 保育所で、子どもの主体性を尊重することは、子どものやりたいこと、やろうとしていることを好き放題、勝手気ままにさせることではありません。子どもの生きる力、伸びようとする力が発揮され、心身共に健やかに育つためには、一人一人の育ちを見通し、発達過程を押さえて保育を組み立てていくこと、すなわち<u>計画性のある保育が必要</u>です。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・天候不良のためにプール遊びが他の活動に変更されることは予想されることです。急遽、散歩に変更したとしても、計画に従って保育が行えるように、計画変更に備えて常に代案を準備しておきます。
<p>疑問2 ：個々の子どもについて把握していないのか</p> <p>疑問3 ：帰園したときの子どもの気持ちをつまっていたのか</p>	<p>第1章 総則 (解説書) 3 保育の原理 (2) 保育の方法 ①状況の把握と主体性の尊重 まず、<u>保育の方法として、子どもの状況や生活の実態を把握するとともに、生きる主体である子どもの思いや願いを受けとめることの重要性が記されています。</u> 子どもは保育所で生活するとともに家庭や地域社会の一員として生活しています。したがって保育士等は、その生活全体を把握するとともに、家庭での生活と保育所での生活の連続性に配慮して保育することが必要です。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・被害児童がいないことが分かり、搜索する際に、日常の子どもの言動を把握していれば、目途を持って計画的に探すことができます。 ・無事帰園すると、保育士は安心するが、子どもは園に戻った安堵感や解放感から予想外の行動をすることがあるので、帰園後も子どもの活動に十分に配慮します。
<p>疑問4 ：被害児童を探すとき、活用する危機管理マニュアルや実地訓練はなかったのか</p>	<p>第5章 健康及び安全 (解説書) 2 環境及び衛生管理並びに安全管理 (2) 事故防止及び安全対策 ③事故防止マニュアルの整備と事故予防 事故防止のために、日常どのような点に留意すべきかについて、<u>事故防止マニュアルを作成し、その周知を図る必要があります。</u> ④危機管理 不審者の侵入や火災、地震、重大事故や食中毒の発生等、<u>子どもに大きな影響を及ぼす恐れのある事態に至った際の危機管理についても、日常的に検討しておく必要があります。</u>保育所内で緊急事態が発生した際には、子どもの安全に留意し適切に対処します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの姿が見えなくなることは、万一の事故と同じく、日常なことではないですが、それに備えた危機管理マニュアルを作成するとともに、実際に訓練を行っておきます。

5. まとめ（5つの事故報告書の分析を通じた学習内容）

1つ目は、「いつもと違う」状況に留意するということ。分析対象とした事故報告書には、特別な園外保育であった上に引率体制などが本来とは違って（A）、天候不順のためにプール遊びを散歩に変更した（B）、子どもが午睡から遅れて目覚めた（C・D）、白玉団子の出し方が食材として提供される度に違って（E）、行事に向けたリズム活動を優先してプール遊びを午後に変更した（F）、といったいつもと違う状況が事故発生の背景に共通にみられる。しかも、急遽変更された活動に対応した代案の採用、保育者間の打ち合わせがあったようには見受けられない。

何よりも決められた保育計画を遵守し、いつもと違う状況をつくらないようにするが、やむを得ず変更する場合に備えて代案を作成しておく。当然ながら、代案に変更する場合は、保育者間の共通理解を徹底することが必須である。

2つ目は、「おもしろい」「楽しい」は「安全」の裏付けがあって成り立つことを意識すること。保育者でなくとも容易に危険性が想像できる河川敷での事故（A）では、同じ河川敷で3年前に行った園外活動が好評だったという園長の楽しい体験から始まっていたこと、水制での川へ石を投げる、川に足を浸すといった溺水に繋がる行為を事故発生の直前まで子ども達が保育士と一緒に楽しんでいた様子が事故報告書にある。本棚の事故（B）では、本棚に入って遊ぶ子ども個々に対してはその場で注意を促していたものの、保育士が情報を共有して子ども全体への対応を話し合う、本棚を撤去して環境を改善するといった園として対策を取るべきであったことが事故報告書で指摘されている。園として対策を取らず、個々の子どもへの言葉での注意に留まっていると、かえって本棚に入るというような危険な行為を誘発しかねない。「ダメだよ」「危ないよ」と制止されるほど、子どもにはおもしろい、楽しい遊びとして興味を湧かせることがあるからである。誤嚥事故（C・D、E）では、子どもの興味を引いて楽しく食べることに繋がると思われる、おもちゃカステラ、白玉団子といった食材が事故原因になっていた。白玉団子の提供については、小学校での事故の教訓が生かされなかったことが事故報告書では指摘されているが、子どもの発達過程に則して球体や円柱状の食材については切り口が喉に詰まりやすい円形にならないようにしている保育所などからみると、事故の情報共有がなくても提供の仕方には十分な配慮が必要であった。プールの事故（F）では、音楽フェスティバルに向けたリズム活動に昼食の開始が遅れるまで取り組んだ後、通常より短めの時間で昼食を摂り、食後に十分な時間を置かず、プールに入っている。夏の水遊びは、楽しく、子ども達が心待ちにする活動ではあるが、時間の無理なやり繰りをしてまで実施すべき活動とは思われない。子どもには、元気に遊ぶ活動と等しく、静かに休息することも欠かせない。

安全が確保されてこそ保育は成立するが、子どもにおもしろい、楽しい体験をしてもらいたいとの保育者の思いが強いと、安全への備えが疎かになる。子どものためであると考えているつもりでも、子どもの視点ではなく大人である保育者の視点から、おもしろさや楽しさ、安全を捉えているところに事故発生の危険が潜んでいることを保育者は十分に認識しなければならない。

6. 今後の課題

保育現場の事故予防を講義する際、何よりも「偽りの安心感」の払拭を意図して、事故事例を取り上げてきた。プチトマトによる窒息事故、本棚の中での熱中症事故、同じ栃木県内で続

発した白玉団子による窒息事故などは、保育者はいつでも深刻な保育事故の当事者になりうるという危機感を学生にもたらし、事故予防に取り組む意識を高めることには効果的であった。ただし、学生が事故予防の意識を高め、徹底しようとするのは子どもの見守りである。

見守りは大切な保育行為であるが、事故予防としてはミスが起こりやすい。プチトマトによる窒息事故では、事故発生場所であった園庭には実習生もいたため、大人（保育士と実習生）1人に対して子ども3人であったとされる。実習生は保育者としては未熟でも、大人の見守りの目が不足していたとは思われない。それでも事故は起きて、子どもは亡くなってしまった。つまり、被害児童がプチトマトを口にした瞬間は、大人は誰も見守りをしていなかったということが想像される。

想像で論じてはならないが、もし誰も事故が発生した瞬間の子どもを見ていなかったとするなら、なぜという疑問が湧く。なぜ目を離したのか、なぜ見守りを怠ったのかという疑問は、本研究で分析対象とした事故報告書にも湧いた。

その瞬間を見ていなかった理由があるはずである。実は、その理由がもっとも知りたいところであった。離してはならない見守りの目を離してしまった理由を捉え、学生に伝えることによって、見守りは大切だが危ういということに気づかせたいからである。

静岡県で、園庭にいたはずの子どもがプールに浮いているのを発見され、意識不明に陥ったという事故があった。幸いにも子どもは回復したそうだが、どうやって保育者らの目を逃れてプールまで行ったのかという疑問が湧く。聞くところによると、園庭で別の子どもがケガをして、そのことに保育者らが気を取られていたとのこと。

静岡県の事故のように、怠ったわけではないがミスしてしまった事例から、見守りミスを防ぐ手立てについても検討したかったが、本研究ではできなかった。これは、事故報告書という紙面から探るのは難しいと分かった。保育事故という性格上難しいことであるが、関係者への聞き取り調査を行って明らかにしていくしかないようである。第2報として、取り組んでいきたい。

注

*1 参考文献2. 48～49頁

*2 上尾市立上尾保育所で発生した事故

『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

*3 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課が平成16年4月から平成21年11月までに発生した保育施設（認可保育所、認可外保育施設）における死亡事例について、平成21年12月7日（月）に発表した。

*4 例えば、参考文献3. のタイトルである。

*5 参考文献5. 35頁

参考文献

1. 巷野悟朗編集 『子どもの保健』第4版 (株)診断と治療社 2014
2. 掛札逸美 『乳幼児の事故予防 ―保育者のためのリスク・マネジメント―』 (株)ぎょうせい 2012
3. 猪熊弘子 『死を招いた保育 ルポルタージュ 上尾保育所事件の真相』 (株)ひとなる書房 2011
4. 古笛恵子編著 『事例解説 保育事故における注意義務と責任』 (株)新日本法規出版 2010
5. 日本救急医療財団法人肺蘇生法委員会監修 『【改訂4版】救急蘇生法の指針2010 (市民用)』 (株)へるす出版 2011
6. 厚生労働省 『保育所保育指針解説書』 (株)フレーベル館 2008