

大山崎町立第3保育所園外保育中の 重大事故検証委員会報告書

令和2年10月

大山崎町立第3保育所園外保育中の重大事故検証委員会

大山崎町立第3保育所園外保育中の重大事故検証委員会報告書

目 次

はじめに

第1章	検証の目的と方法	2
1	検証の目的	2
2	検証委員会	2
第2章	事案の概要・経緯	4
1	事案の概要	4
2	事故当日から受傷判明までの経過（関係者ヒアリングに基づく）	6
3	事故現場と事故の状況	9
4	想定される滑落状況	11
第3章	検証	14
1	事故発生の要因及び課題	14
1.1	当日の園外保育実施状況について	14
1.2	第3保育所における園外保育の計画立案、実施過程に問題があること	15
1.3	上記の要因を招いた背景としての全般的課題	18
2	事故直後において事故の正確な状況が保護者等に共有されなかったことの問題点	19
2.1	受傷経過に影響を与えた可能性	19
2.2	事故発生後の経過	20
第4章	再発防止策ならびに、よりよい町立保育実現に向けての提言	25
1	事故発生防止に向けて	25
1.1	安全確保を意識した保育体制の再構築	25
1.2	園外保育実施時の実効的な安全性確保	29
2	事故発生後の適切な対応の確保に向けて	31
3	再発防止策、提言の実効性確保に向けて	33

おわりに

はじめに

令和元年10月21日、大山崎町立第3保育所の園外保育中に、3歳児クラスの児童が崖から滑落し、頭蓋骨陥没骨折・脳挫傷の重傷を負ったという事案が発生しました。

児童ご本人は、本日現在においても完治には至らず継続治療中のことであり、事故以来ご本人が経験された苦痛と日常生活における有形無形の不自由、保護者をはじめとするご家族の心労、物理的負担の大きさは相当なものであらうと思料いたします。

また、本事案は、特記すべき事項として、事故の正確な状況が保護者に速やかに伝わらず、結果として正確な診断が得られるまでに丸3日間を要したという経過をたどりました。この点について、保護者におかれては意図的な隠ぺいがあったのではないかと疑念や、保育所への不信感を感じられたものと推察します。

本報告書は、事故が発生した要因、背景等について公平の見地に基づき検証し報告することにより、再びこのような重大事故が起こらないようにするためにはどうすればよいか、その再発防止策を提言することを主眼としています。これにより、今後、大山崎町において安全で質の高い保育が実現されるだけでなく、本報告書が公開されることによって広く保育における安全意識の向上につながることを期待します。

また、本報告書では、事故後対応の適切性についてもあわせて検証を行い、一定の提言を行いました。これにより、大山崎町の町立保育に対する信頼回復が図られることを願っています。また、本件の経緯を保育に携わる全ての方が自分にも起こりうるものと捉え、適切な対応は何か、常に模索する姿勢をもつことにより、児童、保護者の方々との間で良好な信頼関係を維持していただきたいと思います。

大山崎町立第3保育所園外保育中の重大事故検証委員会

委員長 楠 文範

第 1 章 検証の目的と方法

1 検証の目的

本検証は、国の通知「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 日付府子本第 191 号内閣府子ども・子育て本部参事官ほか）に基づき、令和元年 10 月 21 日に大山崎町立第 3 保育所の園外保育中に発生した重大事故（以下「本件事故」という。）について、第三者である検証委員から構成される検証委員会が事実関係の把握を行い、本件事故に遭った児童やその保護者の視点に立って事故の発生原因の分析、検証等を行い、具体的な再発防止策の提言をも行うものである。なお、本検証は、特定の個人または団体の責任の追及、関係者の処罰等を目的とするものではない。

2 検証委員会

(1) 設置根拠

「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」ならびに大山崎町重大事故等検証委員会設置条例に基づき、大山崎町立第 3 保育所園外保育中の重大事故検証委員会（以下「検証委員会」という。）を設置する。

(2) 委員構成

委員は、保育施設等における重大事故の再発防止に関する専門的知見を有する次の 5 名をもって構成する。

備 考	区 分	氏 名	所 属
委員長	教育・保育関係者	楠 文範	一般社団法人 京都府保育協会会長 社会福祉法人 瑞光福祉会ルンビニ保育園理事長兼園長
委員長 職務代理	学識経験者	石田 裕子	神戸女子大学文学部教育学科准教授
	医師	安 炳文	京都第一赤十字病院 第二救急科部長
	弁護士	鈴木 百世	京都弁護士会 子どもの権利委員会委員
	学識経験者	松本 しのぶ	京都光華女子大学こども教育学部こども教育学科准教授

(3) 検証方法等

① 検証方法

検証に当たっては、施設や関係機関等から事故に関する情報の提供を求め、その情報を基に検証委員会が必要に応じてヒアリング、現地調査等を実施し、発生原因の分析及び再発防止のために必要な改善策を検討する。

② 提言の答申

町長は、検証委員会に本件事故の検証と再発防止策を諮問し、検証委員会は、再発防止策の提言を報告書という形でまとめ、町長に答申する。

③ 会議の公開・非公開

会議の公開・非公開は、プライバシーに十分配慮したうえで、つど検証委員会で協議して決定する。

④ 報告書の公表

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うえで、検証委員会から提出された報告書を公表することとする。

⑤ 検証委員会の開催状況

第1回	令和2年1月31日	・委員委嘱 ・検証委員の目的について ・町立保育所の概要、組織体制について ・事故の内容、状況等について ・事故現場確認
第2回	令和2年2月25日	・関係職員ヒアリング（所長、担任保育士、臨時職員 ¹ 、看護師）
第3回	令和2年3月26日	・事故状況の検証、関係職員ヒアリング（保育士長、大山崎町保育所長、第2保育所長）
第4回	令和2年5月22日	・報告書案について（オンライン会議）
第5回	令和2年6月16日	・第3保育所視察
第6回	令和2年8月25日	・報告書案について
答申	令和2年10月27日	・答申

¹ 地方公務員法の改正により、令和2年4月1日から大山崎町において従来の「臨時職員」は「会計年度任用職員」となったが、本報告書では、本件事故発生当時の職名「臨時職員」を用いる。

第2章 事案の概要・経緯

1 事案の概要

(1) 負傷した児童

○事故時の年齢 4歳4か月

○性別 女

(2) 事案概要

令和元年10月21日（月）午前10時25分頃、天王山山道（字円明寺小字林山地内）を園外保育中の大山崎町立第3保育所3歳児クラスの児童1名（以下「当該児童」という。）が、山道の崖斜面から滑落し、頭部に重傷を負った。

当日は、担任保育士1名及び加配の臨時職員1名の計2名により引率された14名の児童（3歳児）が山道に架けられた欄干のないコンクリート製の橋を一人ずつ順番に渡っている中、3番目に渡り終えて待機していた当該児童が、次に渡っていた児童を待ち構えていた担任保育士の背後から近づき、誤って急こう配の崖斜面（高低差約3.6m）を滑落、受傷した。

事故直後、当該児童の意識ははっきりしており自力歩行ができる状態であったため、救急要請をすることなく徒歩で帰園。保育所では、看護師や担任保育士が経過を観察するも特変を確認できなかったが、同日夕方に迎えに来た母親に当該児童が初めて頭の痛みを訴えたため医療施設を受診。しかし、担任保育士による滑落状況の説明が不十分であったことから、触診のみによる診察で24時間経過観察との診断結果が出され、翌22日（火・祝）にも当該児童が痛みを訴えたため保護者が別の医療施設を受診するも、同様に経過観察との診断結果であった。

10月23日（水）には当該児童は通常どおり登園。翌10月24日（木）も登園したが、顔面の腫れと左目下縁の発赤が懸念されたことから、あらためて近隣の総合病院を受診し、画像診断が実施された結果、「左前頭部頭蓋骨陥没骨折・脳挫傷」であることが判明した。

(3) 町立第3保育所の概要

○所在地

京都府乙訓郡大山崎町字円明寺小字松田45番地

○事業開始年月日

昭和51年4月1日

○施設の種類の等

施設の種類の	認可保育所
施設の設置者	大山崎町
施設の管理者	大山崎町

○開所時間

7：00～19：00（18：00から延長保育）（月曜日から土曜日）

○施設の状況

敷地面積	2146.2 m ²
建物面積（延べ床面積）	1044.57 m ²
部屋数	9 室（乳児室 3、保育室 5、遊戯室 1）

○職員配置 *令和元年 10 月 1 日現在

所長	1 名（正規職員）
保育士長	1 名（正規職員）
担任保育士	11 名（内訳は「クラス状況」のとおり）
フリー保育士	3 名（臨時職員）
その他（保育士・保育補助）	25 名（臨時職員）
看護師	原則、毎日配置（嘱託職員 ² または臨時職員が町立保育所 3 園を巡回。）

*給食調理業務は業者へ委託。保育所管理・用務業務は、町シルバー人材センターへ委託

○定員等

定員	90 人
保育年齢	0 歳児（生後 6 カ月）～就学前

○クラス状況 *令和元年 10 月 1 日現在

年 齢	児童数	担任保育士		加配職員（保育士・保育補助）※
		人数	内訳	人数
0 歳児	6 名	2 名	正規（再任用）：1 名 臨時：1 名	臨時：1 名
1 歳児	10 名	2 名	嘱託：1 名 臨時：1 名	
2 歳児	11 名	2 名	臨時：2 名	臨時：1 名
	12 名	2 名	正規：1 名 臨時：1 名	臨時：1 名
3 歳児	15 名	1 名	正規：1 名	臨時：1 名
4 歳児	23 名	1 名	正規：1 名	臨時：2 名
5 歳児	26 名	1 名	正規：1 名	臨時：1 名
計	103 名	11 名	正規：5 名 嘱託：1 名 臨時：5 名	

² 地方公務員法の改正により、令和 2 年 4 月 1 日から大山崎町において従来の「嘱託職員」は「会計年度任用職員」となったが、本報告書では、本件事故発生当時の職名「嘱託職員」を用いる。

※散歩加配は、別に各日2名配置（臨時職員）。原則10時～12時

(4) 気象状況

乙訓消防組合本部（長岡京市）の観測値。ただし、「天気」のみ京都観測所の観測値（気象庁ホームページより）

○令和元年10月21日（月）午前10時時点

天気 曇り

気温 19.2℃

湿度 80.0%

風向・風速 北北西 2.4m

○降水量 各日午前0時～翌午前0時。 10月21日（月）のみ午前0時～正午

令和元年10月14日（月）	3 mm	令和元年10月18日（金）	13.5mm
令和元年10月15日（火）	0 mm	令和元年10月19日（土）	12.0mm
令和元年10月16日（水）	0 mm	令和元年10月20日（日）	0 mm
令和元年10月17日（木）	0 mm	令和元年10月21日（月）	0 mm

2 事故当日から受傷判明までの経過（関係者ヒアリングに基づく）

時刻	内容
10月21日（月） 7時29分	当該児童、母の送りで登園。 朝の自由保育時間は普段通り過ごす。
9時	出勤してきた臨時職員に担任保育士が「今日はすぐに散歩に出発する」と伝える。
9時10分頃	担任保育士が園外保育届に記入。所長の事前承認を得ることなく、りす組14名と引率2名（担任保育士、臨時職員）が散歩に出発。
10時15分頃	事故現場の橋に到着。担任保育士がクラスの児童に「橋を一人ずつ順番に渡る」旨伝える。

10 時 20 分頃	3 人目が渡り終え、4 人目が渡っているときに、橋を渡り終えて待機していた 3 人目の当該児童が、橋を渡ったところで渡ってくる児童を待ち構えていた担任保育士のところに寄ってきて、担任保育士の左横の崖斜面から滑落。気づいた担任保育士がすぐに追いかけて滑り降りる。 担任保育士が谷底で仰向けに倒れている当該児童を抱き起こす。臨時職員も向かい側斜面から谷底に下りる。担任保育士らが当該児童の様子を確認。意識がある状態で、ほどなく泣き止み、さほど痛がる様子も確認できなかったことから体を確認し軽い擦り傷のみと判断し、救急要請することなく、園に連絡もすることなく、来た道を引き返し帰園することを判断。帰路に就く。
11 時頃	園に帰着。担任保育士が室内にいた保育士長に廊下越しに「今日ちょっとヒヤッとした」と報告。「後で聞かせてね」「大丈夫やった」とのやり取り。
11 時 05 分頃	保育室に戻った後、担任保育士が当該児童だけを連れて事務室に移動し、所長と看護師に状況を説明する。「トロルの橋で滑った」「これくらい（1 m くらい）の高さ」「追いついて一緒に滑り降りた」との報告。
11 時 10 分頃	保育士長が事務室に戻り、担任保育士の報告を所長らとともに聞く。「どうしたん」「トロルの橋で滑った」とのやり取り。ここでの担任保育士の説明は、「滑り台のように斜面に背中をつけて滑った」「頭は打っていない」というものの。
11 時 40 分頃	当該児童は担任保育士と手をつないで昼食を食べ、普通に過ごす。
12 時 30 分	当該児童に看護師が痛みの確認。特変確認できず。
12 時 30 分	担任保育士が町立 3 園の 3 歳児担当者会議に出席するため園を出発。
13 時	当該児童に看護師が痛みの確認。特変確認できず。
13 時過ぎ	当該児童午睡。いつもどおりすぐに眠る。
15 時	引率の臨時職員勤務終了。引継ぎの職員には、軽傷である旨を申し送り。帰り際に保育士長に「高かったよ。3 m はあった」と説明。
15 時頃	当該児童、おやつを普段どおりに食べる。
15 時	3 歳児担当者会議終了。担任保育士は引き続き年間指導計画見直し会議に出席。
15 時 30 分	当該児童に看護師が痛みの確認。特変確認できず。
16 時	担任保育士が会議を終えて帰園。当該児童はままごとで遊んでおり、特変を確認できず。
17 時 40 分	当該児童に担任保育士が痛みの確認。特変確認できず。
17 時 40 分頃	保護者への説明は保育士長が担うことになり、担任保育士は勤務を終了し、職員組合会議に出席。
18 時 30 分頃	迎えに来た母親に当該児童が「頭が痛い」と訴え。保育士長が確認したところ、左前頭部の傷を発見。受傷部位がぶよぶよしているように感じた。

19 時 25 分	町内の医院受診。担任保育士と保育士長が母親と当該児童に随行。担任保育士（会議を中座し、医院で合流）が診察室に同伴。担任保育士は「これくらい（約 1 m）の高さの山の斜面を、背中をついて滑った」と説明。 慎重な触診により、レントゲン撮影はされず、24 時間の経過観察を指示される。当該児童は触診時に痛がって泣く。
10 月 22 日（祝火） 11 時 25 分	担任保育士が保護者に電話で当該児童の様子を確認。保護者から「頭を痛がっている」との説明を受ける。
12 時 30 分頃	所長、保育士長、担任保育士、臨時職員の 4 名で現地確認。
12 時 54 分	担任保育士が保護者に電話。「頭を痛がっているため、総合病院を受診する」旨を聞き取り。同伴を申し出るが、「休日なので脳神経外科のある病院を探して受診し、結果を連絡する」との説明を受ける。 この電話においても、保護者に対して、相当な高さから滑落したことは伝えていない。
16 時 18 分	母から担任保育士に電話。「経過観察を指示された」との説明。
10 月 23 日（水） 7 時 30 分	この日、看護師（巡回制）は不在。 当該児童、登園。 保育所で経過観察。顔面の腫れがあったが、保育士長、担任保育士らの経験上、以前に似た症状の子があったこともあり、特変を確認できず。
18 時 30 分	所長、保育士長、担任保育士が迎えに来た母に謝罪。詳しい状況の説明を聞きたいとの申し出があり、26 日か 29 日の説明について打診を受ける。この際も、相当な高さから滑落したことは伝えていない。
10 月 24 日（木） 7 時 30 分	当該児童、登園。
10 時	児童の様子を確認し、顔面の腫れと左目下縁の発赤を懸念した看護師が、担任保育士に前日との比較を尋ねる。 看護師が頭部を触診し、受傷部位がジェル状になっているような異変を感じたため、所長が母に電話して受診を相談。母から提案のあった病院を受診。
11 時頃	看護師から福祉課に受診について報告する電話あり。
14 時頃	保育士長から福祉課に受診結果の連絡あり。

3 事故現場と事故の状況

(1) 事故現場

事故現場は、第3保育所から直線距離で約 1,250mの地点で、栄照寺の登山口から約 150m進んだ天王山の山中である。



令和元年 10 月 25 日撮影

(2) 事故の状況

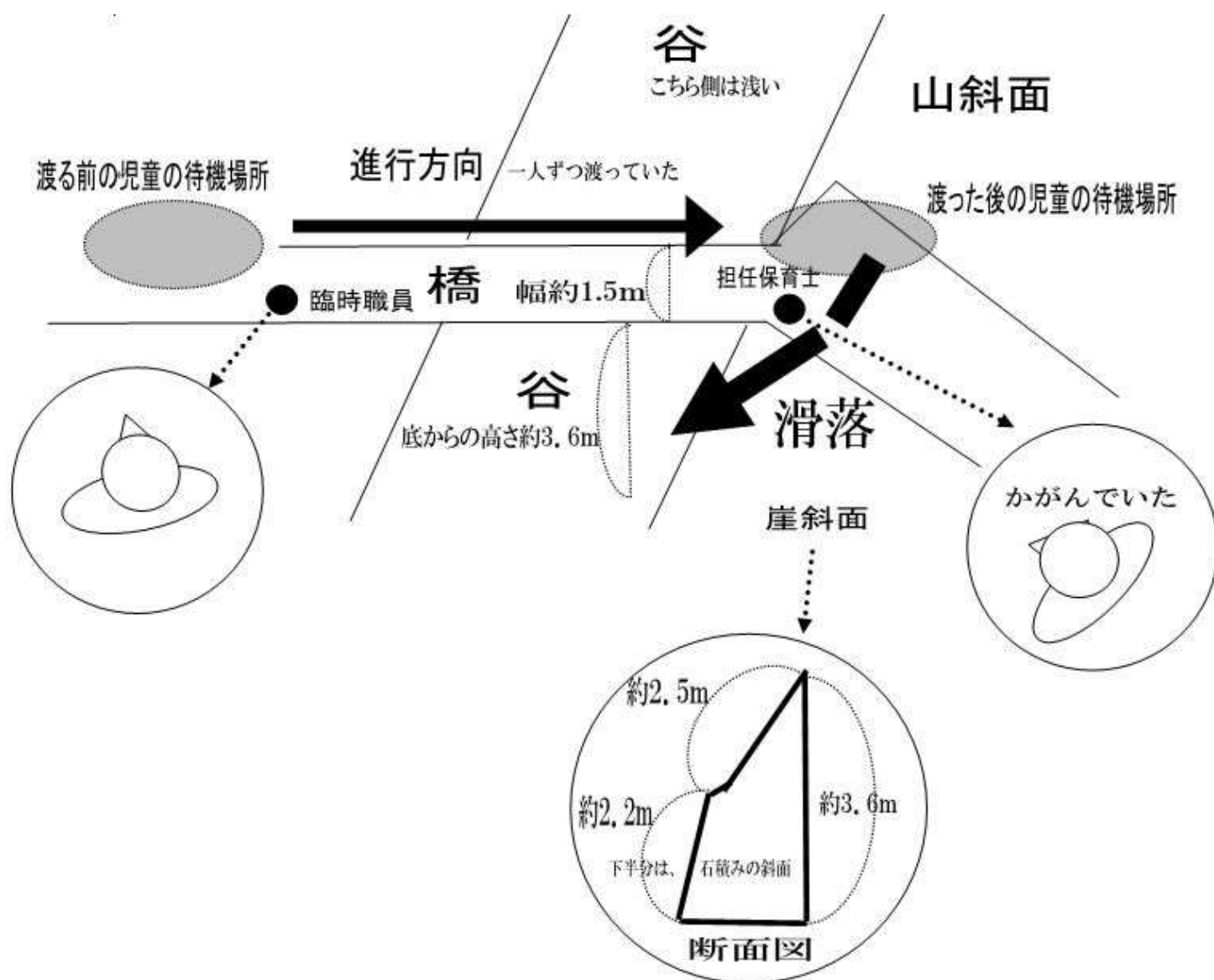
担任保育士 1 名及び加配の臨時職員 1 名の計 2 名により引率された 14 名の児童（3 歳児）が天王山中の山道の谷に架けられた欄干のないコンクリート製の橋（幅約 1.5m）を一人ずつ順番に渡っていた。

3 人目が渡り終えて 4 人目が渡っているときに、橋を渡り終えて待機していた 3 人目の当該児童が、橋を渡った地点で渡ってくる児童をかかんだ体勢で待ち構えていた担任保育士の右側背後から近づいてきており、担任保育士の左側背後の、高さ約 3.6m の崖斜面から滑落した。これに気づいた担任保育士は、すぐに追いかけて滑り降り、谷底で仰向けに倒れている当該児童を抱き起こした。

臨時職員は、渡り途中であった児童と渡り終えた児童を、渡る前の児童の待機場所に連れ戻して絶対に動かないよう言い含め、滑落のあった向かい側斜面から谷底に下りた。担任保育士と臨時職員それぞれで当該児童の様子を確認したところ、当該児童は意識がある状態であった。

当該児童はほどなく泣き止み、さほど痛がる様子も確認できなかった。担任保育士が当該児童の体を確認したところ、右腰と右手が赤くなっていることを発見。担任保育士は、軽い擦り傷のみであったと判断し、救急要請することなく、また、園に連絡することもなく、来た道を引き返し帰園することを判断し、引率者2名と当該児童を含む14人の児童で帰路に就いた。

滑落の状況について、以下に図示する。



4 想定される滑落状況

(以下は、担任保育士及び臨時職員の証言ならびに衣服等の汚損状況、現場の客観的状況等により再現及び分析を試みたものである。)

(1) 担任保育士らが目撃した状況

担任保育士は、橋を渡ってくる児童を待ち受けるため、橋に正対した向きからやや背中を谷に向けた角度に体を向けてかがんでいた。渡り終えて待機していた当該児童は、担任保育士の右側背後から近寄ってきていた。そして、担任保育士の左肩背後から滑落。担任保育士は左回りに振り返った(写真1)



写真1

滑落直後は手を崖斜面につくことなく両足で踏ん張りながら、ずり落ちた(ただし「かなりの速度であった」との臨時職員の証言あり)。体の向きは左足を下にした横向きに近い形で、顔は担任保育士のほうを向いており、担任保育士と目があった。当該児童は悲壮な顔をしていた。

このとき、体(胴体)は斜面についてはいないが、ずり落ちた状態であるため、斜面に沿うような体勢であったと思われる。(写真2)



写真2

斜面中間地点でやや傾きが緩くなっている部分があり、担任保育士には、そこでいったん踏ん張ったように見えた。

その後、バランスを崩し、下半分の、より急な斜面(石積み状)を滑落した。下半分を落ちた瞬間は担任保育士には見えていない。その後担任保育士の目に入った時には、下半分の斜面に背中を付けて滑り台のような格好で滑り落ちていた(写真3-1、写真3-2)。なお、落下後に確認したところ、当該児童は右手と右腰に痛みを訴え、右手と右腰がうっすらと赤くなっていた。

谷底では、斜面から近い位置で、足を橋の方向にして仰向きに倒れていた。(写真4)



写真3-1



写真3-2



写真4

(2) 頭部受傷原因についての分析

目撃状況を再現した写真2から写真3-1、写真3-2にかけて、体の向きが変わっている。これが事実だとすると、このとき当該児童の体は左向きに約90度回転するようにねじれが生じたと思われる。

写真3-2では、このような急傾斜を背中をついて滑り落ちる形になりうるのか疑義もあるが、児童の衣服の背中部分には縦に筋状の泥汚れがついており、証言と合致している。斜面上半分を踏ん張りながら落ちたのであれば、中間地点で投げ出されることなく下半分も斜面に沿った形で滑落することもありうる

(ただし、上半分の滑落は「かなりの速度であった」との臨時職員の証言あり)。また、帽子についても、後ろ首の日よけ部分は汚れていたがそれ以外の部分に汚れはなかった。

斜面に背をつけて滑落した形だったとしても、谷底への着地時には、相当な勢いがついていたと思われることから、仮に両足でいったん着地したとしても、すぐに尻もちをついて後ろに倒れる、あるいは前につんのめる形になったことが想定される。

では、どこで頭を打ったのか。

頭部のCT画像からは、左前頭部の頭蓋骨骨折面は長径約36mm、短径約27mmの楕円形に近い陥没骨折であり、受傷部をひし形もしくは丸形に近い突起物で勢いよく打ったと想定される。

①谷底で打った可能性

いったん勢いよく谷底に両足から落ち、その勢いあまって左側につんのめる形で頭部左側を下にして倒れこみ、谷底で受傷部位を打ち付け(写真5-1、写真5-2)、その後寝返りのように回転して仰向けになって止まった可能性が考えられる。谷底には斜面から約20cm離れた場所に地面に埋め込まれるような形で固定された石があり、ややとがった部分もある。(写真6、図1)



写真5-1

写真5-2



写真6

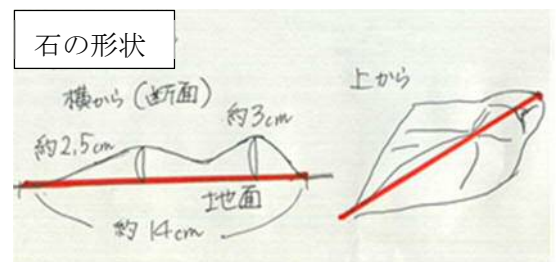


図1

②谷底から斜面に沿って高さ約 140 センチの部分の石積みの鋭利な出っ張りで打った可能性

斜面下半分の石積みの一部に鋭利な出っ張りがあり（写真 7）、落下途中にここに左前頭部をぶつけた可能性が考えられる。



写真 7

受傷部を打ち付けるためには、斜面中央部で体が左側に約 90 度回転した勢いでそのまま左側へのねじれの力がかかり続け、その状態で頭が下になったような恰好になったと思われる（写真 8）。担任保育士の目撃証言通りの状態であったのなら、写真 3－2 の姿勢をとった後、瞬時にこの格好にならないといけませんが、果たして一瞬の間にこのような体勢の変化が起こりうるのか、疑義がある。

また、帽子をかぶっていたとはいえ、かなり落下速度があったはずであるため、このようにして打ち付けたのであれば今回のような円形に近い形の陥没でなく、擦れるような受傷になった可能性がある。



写真 8

結論：

現場確認の際に左前頭部陥没骨折の原因となった可能性があるものとして発見された岩石は上記の写真 6 と写真 7 であるが、現場斜面の下半分は広範囲で石積み状となっており、また着地地点にも石が散見されることから、受傷原因となった可能性のある岩石が他に存在しないとの断定まではできなかった。

また、当該児童が頭部を打ち付けた際の担任保育士らの目撃証言はなく、上記のとおり、①または②のどちらかであるとすると、受傷部の形状からして②より①の可能性が高いとは思われるものの、受傷の直接的な原因及び状況を断定するまでには至らなかった。

第3章 検証

本委員会は、各種資料の精査及び関係者ヒアリング、現地調査等を経て、第一に、本件事故が発生した要因及びそこから明らかとなった課題を分析するとともに、第二に、事故発生直後において事故の正確な状況が保護者及び医療機関に共有されず、結果として正しい診断を把握するまでに3日間を要したとの点に着目し、そのことが当該児童の受傷状況に影響を与えた可能性の有無及びそのような事態を招いた背景等についても検証を行った。

以下に、これらの検証結果を示し、次章に示す再発防止策ならびに今後よりよい保育を実現するための提言の前提としたい。

1 事故発生の要因及び課題

1. 1 当日の園外保育実施状況について

(1) 安全柵のない急斜面の崖上の山道での散歩であったこと

本件事故に遭った当該児童は、天王山の山道の中の谷に架けられた橋を渡った先にある崖から滑落した。

第2章「3 事故現場と事故の状況」から明らかなように、滑落箇所の崖は、斜面で始まり中間地点より下は切り立った垂直に近い石積みの壁となっており、垂直に近い部分は約2mの高所であり、崖上から崖下の高さは約3.6mに及んでいる。崖上の通路と崖には柵などによる明確な区切りはなかった。

当日園外保育を行っていたのは3歳児クラス（年少児）の児童であるが、このような場所が時に思いもかけない行動をとることもある年少児童の散歩コースとして適切かは疑問がある。ヒアリング等では、こうした道を歩くに際し、児童らに崖際には決して近づかないよう指導徹底していた（そもそも現場の崖上山道は幅が狭く、崖際から大きく距離をとることが難しい箇所もある）という話も聞かれなかった。

たしかに、山道を歩くことについては、地域の豊かな自然に触れつつ足腰を鍛え、心身をはぐくむという良い側面があることは事実である。しかし、一方で安全確保の要請が犠牲にされることがあってはならない。この観点からすると、第3保育所の園外保育としての散歩は、山道を歩くことで得られる良い点のみに目が行き、危険な側面にスポットをあてることを怠っていたように感じられる。

第3保育所においては、日常的にこのような安全柵もない山道での散歩を実施しており、これまでこのような事故が発生したことはなかったとしているものの、そうした成功体験から安全確保の意識が薄れたまま漫然と山道での散歩を繰り返していたものと考えられる。その意味では、本件事故は起こるべくして起こった事故と言わざるを得ない。

本委員会は、現場が保育所児童の散歩コースとして安全性を欠き、不適切であったことが、

本件滑落事故の発生の最大の要因となったものであると考える。

(2) 発生現場周囲の状況確認及び児童への注意、監視が不十分であったこと

本件事故の直前、現場では谷にかけられた欄干のないコンクリート製の橋を児童が一人ずつ渡るといふ勇気だめしのようなチャレンジが行われていた。園外保育には、14名の年少児童に対し正規職員の担任保育士1名と臨時職員1名の計2名が引率していた。事故発生時、引率者の一人（臨時職員）は橋を渡る前の複数の児童とともに橋の手前に待機して一人ずつ児童を橋に送り出す役割をしていた。もう一人の引率者（担任保育士）は、橋を渡りきったところに待機し、渡り終わった児童を指定場所で待機させるとともに、新たに渡ってくる児童を迎え入れるという役割を分担していた。

橋の先で待機していた担任保育士は、橋を渡り切れた児童をできるだけ早く、近くで迎えてやりたいとの思いから、橋を渡り切ったすぐの場所で橋の方に向かいかかんで待機していた。そのため、橋を渡り切った児童の待機場所に対しては、自然と背を向ける形となっていた。

周囲が安全柵もない山道であることを前提とすれば、どちらかの引率者からは常に児童の動静が確認できる態勢をとっておくことが必要であったと言える。14名の年少児が一人ずつ欄干のない橋を渡るにはある程度の時間を要するのが通常であるが、先に渡り終わって待っている児童がじっとしていられず動き始める可能性があること、担任保育士のもとにやってくる可能性があることは想定しておくべきであったと言える。そのうえで、担任保育士としては、渡ってくる児童のみならず、渡り終わって待機している児童らの動静も把握できる位置に待機しておくべきであった。引率者2人へのヒアリングでは、当時、渡り切った児童らに対しその場を動かないよう厳重に指導していたとの話も聞かれなかった。

このように、当時現場は、担任保育士が橋を渡ってくる児童に気を取られ、背後で待機している児童らに対する注意、監視が届かず、背後から当該児童が近づいてきてもわからない状況となっていた。

加えて、担任保育士の待機場所は、かなり崖に近接した位置であったが、当時、周辺には草木が茂っていたため、横が崖となっていることはわかりづらい状況であった。当該児童は、担任保育士の右後ろから近づいてきたものの、すぐ横が崖となっていることに気づかないまま担任保育士の背後から左側面にまわり、足を滑らせて滑落したものと考えられる。周囲の状況からわかりづらかったとはいえ、自身の安全確保のためにも、担任保育士のかかんでいた場所は危険であり、もっと慎重に周囲の状況を確認して待機場所を選定すべきだった。

このように、担任保育士の待機場所が不適切だったこと、渡り終わった児童の動静にも十分注意を払うべきであったのにそれを怠ったことが、本件事故の一因となっていたと言える。

1. 2 第3保育所における園外保育の計画立案、実施過程に問題があること

本委員会による調査の結果、第3保育所においては比較的身体的負担の程度が高い園外保育が安全性の十分な検証がない状態で、かつ、定められたルールが守られない状態で実施されていた状況

が明らかとなった。以下、具体的な問題点ごとに指摘する。

- (1) 難易度の高い散歩コースであるにもかかわらず、十分な情報共有、打ち合わせがないまま、担任保育士の裁量に任せて実施されていたこと

大山崎町立保育所では、町立保育所散歩コース一覧表により、各保育所の年齢ごとに複数の散歩コースが定められている。この一覧表には目的地である行先のみが記載されており、そこに至る具体的なルートマップはなく、危険箇所等の記載もない。第3保育所の3歳児クラス向けとしては、往復の想定距離が4.2km～8.5kmとなる複数の行先が記載されている。散歩は、これらよりも短い距離で実施されることもあるが、一覧表記載のコースは他の町立保育所で同年齢クラス向けに設定されている散歩コースと比べても、比較的長い距離である。また、行先は「天王山」のように、山道を歩くことが前提となると思われる行先が複数記載されている。さらに、週当たりの回数として、各年齢ともに「5回」と記載されており、ほぼ毎日園外保育に出かけることが前提となっている。

このように、第3保育所の園外保育は、就学前の児童が歩く距離としては比較的長距離であることが多く、山道等勾配のあるルートを通ることが少なからず想定されていることから、体力作りに効果があると言える一方、幼い子どもらにとってはある程度の身体的負担を伴うものであったことがうかがえる。

そうであったにもかかわらず、ヒアリングで得られた話によれば、事故発生時の該当クラスの園外保育は当日の朝に初めて担任保育士が臨時職員に行き先を告げて出発する形で実施されていた。実施に先立ち、前日まで、あるいは、当日出発前に引率者間で具体的なルートの確認や安全性確保のための注意事項の確認、道中や到着後に何をするかを確認する打ち合わせ等はなされていなかった。行先やルート、途中の行動の決定は、ほぼ担任保育士の当日の裁量に任されていた。

子どもたちの安全を守るためには、「声かけ」では不十分であり、環境設定はもちろんのこと、複数名の保育者が相互に確認しあって連携して対応していくことが重要であることは保育におけるセオリーである。それは正規職員と臨時職員のペアであったとしても変わらない。

もっとも、第3保育所においては、臨時職員は担任保育士より立場が弱く、臨時職員から担任保育士には意見を出したり保育に対する確認をしにくい雰囲気一般的に醸成されていた。こうした状況は、該当クラスに限らず、第3保育所全体で常態化していたことが、関係者ヒアリングの結果明らかとなっている。

そして、当日、事故現場の橋を「勇気だめし」として一人ずつ渡らせることについても、臨時職員は現場で担任保育士が子どもたちに説明する内容を聞いて初めてその実施を知った状態であった。その際、引率者二人は役割分担については直接言葉を交わすこともなく、これまでの経験とその場の流れに任せる形で役割分担をし、児童らの渡る順番を相談することもなかったことが明らかとなっている。

事前に綿密な打ち合わせを行っていれば、そもそもコースとしての危険性や不適切さに気づき、児童の監視が十分でない状況にも思い至った可能性がある。

ところで、事故の3日前及び2日前の10月18日と10月19日には、それぞれ1日雨量13.5mm、12.0mmの降雨があった（長岡京市の乙訓消防組合本部の観測値）。担任保育士の証言によると、路面が濡れて滑りやすい状態ではなかったというものの、事前にこの点を考慮した形跡は見受けられなかった。山道を散歩するうえでは、当日のみならずその日以前の降雨状況についても注意を払う必要があるが、綿密な事前打ち合わせを行う中で、そのような点にも思い至ることができるのではないだろうか。

こういった意味では、ほぼ無計画とも言える状態で日常的に園外保育を実施していたことも、本件事故発生の一因と言うべきである。

(2) 散歩加配がつけられていなかったこと

第3保育所では、園外保育のための加配として各日2名の臨時職員が配置されていたが、当日の該当クラスにはコースが山道であったにも関わらず、割り当てられていなかった。仮にもう一人引率者がいれば、児童が橋を渡った待機場所から離れないよう注意を払うことができ、本件事故は起こらなかった可能性が高い。

当時、第3保育所においては、2名の散歩加配をどのクラスに割り振るかは、当日朝に保育士長が決定することとなっていたが、ほぼ全てのクラスが園外保育に出かけることが前提となっているため、散歩加配を全てのクラスに配置することは困難だった。そして、当日は3歳児クラスの山道への散歩であるにもかかわらず散歩加配はつけられておらず、結果として本件事故が発生した。散歩加配の必要性について十分検討され、行先等の調整の作業がなされていたかは疑問である。

このように、第3保育所における散歩加配配置の運用状況は計画性に乏しく、人員が適切に活用されているとはいえない状況であったことも、本件事故の一因をなしていたと考えられる。

(3) 園外保育の実施にあたり所定の届及び承認手続がなされず、園外保育確認事項の遵守もされていなかったこと

大山崎町立保育所では、園外保育時の各保育所に共通の「確認事項」として、引率者は園外保育届を提出して所長等の承認を受けることが定められていた。しかし、ヒアリングの結果、本件事故発生時の当該クラスについては、届の事前提出も所長等による承認もなされていなかったことが明らかとなっている。当該クラスだけでなく、第3保育所では、距離にかかわらず園外保育前には出発間際に園外保育届に行先を記載する方法が一般的にとられており、事前の承認という手続は守られていなかった。

本来の手続きを踏んでいれば本件事故を防げたとは言えないものの、事前に行先、コースの適切性を検証するという事前の承認の意義が職員間で意識されていれば、より慎重に行先、ルートの安全性を検証しようとする動きが生じた可能性はある。また、「確認事項」には、「常に子どもの安全を配慮して危険回避に努めること。」といった一般的な注意事項も定められて

いる。

こうした注意事項も含めたルールが職員間に十分浸透し、意識されているとはいいがたい状況があったことも、本件事故が発生した遠因の1つとして存在しているように思われる。

1. 3 上記の要因を招いた背景としての全般的課題

本委員会は、本件事故発生の直接的な要因となった上記1. 1及び1. 2の問題がいかに発生したか、その背景として、第3保育所における保育活動全般の計画、立案過程についても、保育の専門的知見に基づき、検証を行った。

1. 1で示した要因からは、保育士らの間に高低差のある崖上の山道を散歩するにもかかわらず、これまで事故が起こっていなかったという慣れから、危機意識を抱かず、安全確保の意識がおろそかとなっていた姿勢があったことがわかった。

1. 2で示した要因からも、第3保育所では山道の散歩のような園外保育を保育活動の中心としていたにもかかわらず、なぜそのような散歩をするのか、安全上問題がないのか、守るべき事項として定められたルールはないのか、について保育所として十分検討しないままに日常的に散歩を繰り返してきた過去からの経緯があったことがわかった。

そして、これらの背景を検証した結果、第3保育所の保育において、本件事故発生に間接的に影響を及ぼしたと考えられる以下の問題があることが明らかとなった。

(1) 保育所保育指針に準拠できていないこと

第3保育所では、厚生労働省が定める「保育所保育指針」（平成29年3月31日厚生労働省告示第117号）が定める保育の全体的な計画の作成がなかった。

同指針では、国連で採択され、我が国も批准する「子どもの権利条約」において締約国の行動理念として求められている「子どもの最善の利益」のために、子どもの健康や安全の確保、発達の保障等の観点から、一定の保育の水準を保ち、更なる向上の基点となるよう、全ての保育所が掲げるべき保育の基本的事項が定められている。その中で、保育所保育の基本となる考え方や保育のねらい及び内容など保育の実施にかかわる事項、運営に関する事項についても定められ、保育所はそれらを組織的に実現するために必要となる全体的な計画を作成することが義務付けられている。保育所保育指針は規範性を有する指針であり、定められた義務を遵守しないことはコンプライアンス違反ともなりうる。

この全体的な計画とそれに基づく指導計画が、いわば保育の「設計図」となるものであり、本来であればその設計図に基づき、計画的な保育が行われるべきであるが、第3保育所はじめ町立保育所では、年齢ごとの指導目標という形の計画は存在したものの、根幹となる全体的な計画が作成されていなかった。そして、そのことに起因して、ねらいが明確でない慣れや思いつきでの園外保育が常態化しており、安全確保の意識が低下していたと言わざるを得ない状況が生じていた。

(2) 保育の「ねらい」が明確になっていなかったこと

第3保育所をはじめ、大山崎町立保育所の保育は「散歩・描画・リズム体操」を柱としていたが、現状の指導目標では、何のためにそれらを行うのか、という保育のねらいが明確になっていない。本来であれば、全体的な計画に示すことで、誰もが町の保育の特色、理念、ねらいを認識できる形にしておくべきであったし、あわせて保育の危険性についても、指導計画の中に織り込んでおくべきであった。

そして、誰しもにとって明確に認識できる「ねらい」がないことから、第3保育所では、担任の保育士各々が、その裁量によって目的を定めて保育を行っている実態があった。保育士個人に委ねられる裁量の幅が大きい場合、同じ保育所の保育であっても内容に不適切な差異が生じてしまう恐れもあり、共通ルールが軽視される懸念も出てくる。さらに、後述するように、事故発生時の事故の矮小化への一定の動機付けにもなりうるものである。

(3) その他

上記の課題に加え、第3保育所の体制、保育全般のあり方をめぐっては、本件事故に及ぼした影響は限定的ではあるものの、全く無関係とは言えないいくつかの課題が存在することが明らかとなった。それは、保育所の組織としての管理体制の不十分性、いわばガバナンスの欠如とも評価すべき課題である。本委員会は、そうした課題についても改善が図られることが同様の事故の再発防止に向け有効と考えるが、それらの点については、次章で行う提言において、改めて指摘することとしたい。

2 事故直後において事故の正確な状況が保護者等に共有されなかったことの問題点

第2章「2 事故当日から受傷判明までの経過」からも明らかとおり、今回の事故では、園外保育中に高低差約 3.6mもある崖上から崖下への滑落事故が発生したという点にとどまらず、そうした事故の詳しい状況が事故発生直後または少なくとも当日中に保護者あるいは医療機関に正確に伝えられず、結果として正しい診断を得るのに3日間という時間を要したという点が大きな問題として認識されているところである。

本委員会は、集められた資料の範囲で可能な限り、この3日間がその後の受傷経過に影響を与えた可能性の有無を検証するとともに、なぜこのような事態となったのか、こうした状況自体が内包する危険性、発生要因についても検証を加えた。以下に検証結果を明らかにし、この点についても今後大山崎町の保育所で同様の事故が起こった場合に同じような状況に陥らないようにするための提言へとつなげたい。

2. 1 受傷経過に影響を与えた可能性

保護者より提出された診断書によると、当該児童は本件事故により「左前頭部頭蓋骨陥没骨折・脳挫傷」の傷害を負ったとされている。

一般に、正確な傷害の状態を可能な限り早期に把握し適切な治療を施すべきであることは、患者本人にとっての症状の緩和、病状悪化の防止、早期治癒の観点から必要であることは疑いようがない。

本件に関しては、診断時に撮影された頭部 CT・MRI 画像からは、当該児童に生じた脳損傷が骨折部位近傍における局所的な脳挫傷にとどまっていることが確認できるため、損傷の原因としては滑落時の衝撃で力学的かつ確定的に生じた損傷（一次性脳損傷）が主体で、一次性脳損傷の結果として続発する二次性脳損傷（例：急性硬膜下血腫に続発した頭蓋内圧上昇による脳損傷、頭部外傷後の低血圧・低酸素・けいれんなどによる脳損傷等）の影響は小さい。

そのような観点からは、正確な診断が得られるまでに3日を要したものの、診断の遅れそのものが当該児童のその後の病状に直接的、具体的な影響を与えた可能性は低いと考えられる。

2. 2 事故発生後の経過

上記のとおり、事故直後において事故の正確な状況が保護者等に共有されなかったことが今回の事案について当該児童の病状に具体的な影響を与えた可能性は低いとは言えるものの、頭部外傷の種類によっては、発見の遅れ、治療の遅れがその予後に重大な影響を与えうるものもある。

そういった意味では適切なアセスメントを実施し、早期診断、早期治療に結び付けていくことが重要と言える。今後同じような事故が発生した場合に、いかにそうしたアセスメントを確保していくべきか、本件で起きた事象を検証し、課題を明らかにしておく。

(1) 現場及び保育所帰園後の処置について

ヒアリングによれば、担任保育士は、当該児童の滑落開始後ただちに自らも追いかけて崖を滑り下り、当該児童が崖下で仰向けに倒れているところを見つけて抱き起こし、頭部及び身体の様子を確認したとのことである。また、臨時職員も向かいの斜面を下り、谷底に着いてから当該児童に声をかけ、手や指を動かすよう指示する等して意識レベルの確認を行っている。

そして、当該児童は、滑落によって受傷した直後にすぐに泣き出し、その後も応答はしっかりできていたこと、現場で発見した担任保育士が園児の頭部を含めて全身の観察をしっかりと行っていたことも認められ、その観察の結果として直後には頭部に明らかな腫れや外観上の外傷を認めなかったことから、受傷後の早い段階で今回の頭蓋骨の陥没骨折に担任保育士らが気づくことは極めて困難であったと思われる（夕方に児童が頭部を痛がり、その差し示す場所を保育士長が触ったところ「ぶよぶよしている」と感じたとのことから、おそらくは骨折に伴って時間とともに骨膜下、または帽状腱膜下にゆっくりと血種（血の溜まり）が生じ、それが頭皮の下でぶよぶよしたものとして触れたと思われる。）。

保育所に帰った後、すぐに看護師が園児の頭部を含む全身を観察しており、看護師の観察によっても頭部には明らかな腫れや外観上の外傷を認めなかったようであるが、その後も何度か痛みの部位を尋ねて本人から頭痛の訴えがないことを確認しており、保育所としては早期に頭部の受傷を発見できなかったことは、やむを得ないと言える。

(2) 職員間、保護者との間で事故の状況が共有できていなかったことについて

ア 経過と問題点

一方、ヒアリングの結果、第2章「2 事故当日から受傷判明までの経過」に記載のとおり、当日帰園後に、担任保育士と看護師、あるいは保育士長、所長との間で、散歩途中にどこで何が起こったのか、事故の正確な状況が報告・共有されなかったことが明らかとなっている。

関係者ヒアリング結果を総合すると、当日帰園後に担任保育士から看護師、所長、保育士長に伝えられた事故状況は、概ね以下の内容であった。

- ・ 1mぐらいの高さの斜面を滑った。
- ・ 自分（担任保育士）も追いかけて途中で追いつき、一緒に滑り降りた。
- ・ 当該児童は、背中を斜面につけて滑り、谷底にトンと足をついて尻もちをついた。

かかる内容は、その全てが事実と相違するとまでは言えないものの、やはり聞く者にとって本件事故が場合によっては命の危険が生じかねない危険な態様で発生したものであるとまでの認識を生じさせるような内容ではない。しかし、実際は、全体の高低差約 3.6m、中間地点以降のほぼ垂直に近い形となる急斜面部分から地面までの高さも約 2 mとなる崖上からの滑落であり、第2章でも述べたとおり、斜面中間地点以降地面まで当該児童が具体的にどのような体勢でどのような落ち方をしたのかは、担任保育士も臨時職員もその全過程を目撃しておらず、不明であった。

当日午後、保育士長は臨時職員から、現場は高かった、約 3 m程度の高さがあった、と聞かされたものの、担任保育士からの最初の説明で受けた事故の印象や怪我の程度は軽傷だと思いこんでいたことに引きずられ、発生した事故について具体的な危険性を想起できていなかった。そのため、当日の保護者のお迎え時にも、保育士長から保護者に対しては「斜面を軽く滑った」といった程度の説明がなされたのみであった。

当該児童が頭部の痛みを保護者に訴えたことで初めて左前頭部の傷が発見され、当日夜に医療機関を受診することとなり、担任保育士、保育士長が付き添い、担任保育士が医師に状況を説明したが、この際にも事故現場の客観的な状況、落ち方が一部不明である等の正確な情報が伝えられることはなかった。

さらに、事故の翌日、所長、保育士長も担任保育士、臨時職員とともに現場に赴いて事故現場の客観的な状況を確認し、担任保育士らに発生状況の聞き取りを行ったものの、その後も

現場の詳しい状況が保護者に伝えられることはなかった。

担任保育士としては、当初、全身観察の結果当該児童の外傷が擦過傷にとどまっていると判断されたこと、当該児童の意識がはっきりしており帰園後は普段と変わらない様子で過ごしたこと、看護師による頭の痛みの有無についての問いに対しても当該児童は痛みを訴えなかったこと等の事情から、幸いにも軽傷にとどまったと判断していたものであり、その判断自体には問題はない。

しかしながら、仮に、事実軽傷のみであったとしても、発生した状況が危険な態様のものであったならば、やはりそのことを職員間、保護者との間で共有すべきであったと言える。

なぜなら、子どもを預ける保護者の心情としては、良いことも悪いことも含め、保育所の中で起こったことをできる限り多く、正確に知りたいと思うのが純粋な気持ちと思われるところ、それが良くも悪くも日常よくあることから逸脱した出来事であれば、子どもの精神面や身体面をケアするという意味でも、当然知っておきたいし、知っておくべき権利があると思われる、反面、保育所側には児童の心身に一定の影響を及ぼすと考えられる出来事についての説明責任があると言えるからである。また、とりわけ頭部打撲の可能性が否定できない事案であれば、頭部打撲に伴う重篤な症状の中には時間的経過とともに発現するものがあることは保育士であれば当然認識している一般的な知識であり、正確な情報が関係者間で共有されることにより、看護師による専門的観察、家庭内での保護者による事後的な観察、医療機関受診の要否、医療機関で採るべき措置の選択に活かされる可能性があったのではないかと思われるからである。

この点について、どのくらいの「高所」であれば危険であるか、医療機関を受診しなければならないか、CT検査を実施すべきか、という医学上の明確な基準は存在しない。しかし、令和元年11月に日本小児神経学会、日本小児放射線学会、日本小児救急医学会、日本小児神経外科学会の委員で構成される共同ワーキンググループによって公表された「小児頭部外傷におけるCT撮像基準の指針・提言」が参考となる。

同指針・提言では、諸外国で行われた3つの研究をもとに、子どもが滑落・墜落による頭部外傷で医療機関を受診した際の頭部CT検査実施を検討する目安を示している。

研究①：2歳未満では3フィート（約0.9m）以上の高所からの墜落、2歳以上では5フィート（約1.5m）以上の高所からの墜落（18歳未満）

研究②：3フィート（約0.9m）以上、階段5段以上からの滑落（0～16歳）

研究③：3mより高い高所からの墜落（16歳未満）

研究ごとにCT検査検討基準にばらつきがあるが、上記よりも高い位置からの滑落・墜落によって頭部を打撲した場合（今回のように頭部打撲がないことが目撃されていない場合も含む）には、他に目立った症状がない場合であっても医療機関を受診し、高所からの滑落・墜落があったことを医師に伝え、医師による評価を受けることでリスクを低減できる（医師は頭部外傷のリスクの程度と放射線被曝によるデメリットを天秤にかけてCTを撮像するかどうか決定する）。

今回のケースは、全体の高低差約3.6m、中間地点からほぼ垂直となる地面までの高さでも約2mあり、このことが事故当日受診した医療機関に正確に伝えられていたならば、断定

はできないまでも CT 検査実施がより慎重に検討された可能性は否定できない。

また、上記に当てはまらないような低所からの滑落での頭部打撲であったとしても、今回保育所で行われたような観察を繰り返し行うことでより早期に異常に気づくことが可能となる。

よって「事故発生状況」と「事故後の本人の様子」の双方をふまえ、医療機関受診要否、あるいは CT 検査実施要否が判断される必要がある。

その意味で、「事故発生状況」についても保護者や医療機関に正確に伝えられることが重要であると言えるのである。

イ 要因及び背景

本委員会は、今回このような事態となった要因及び背景はどこにあるのか、についても検証を行った。

まず、第一の要因として指摘されるのは、取りも直さず、預かっている児童について起こった出来事を保護者に可能な限り正確に伝えるという保育専門職としての誠実さの醸成が、担任保育士をはじめ第3保育所職員間に十分でなかったと思われる点である。

後から検証すると、第2章「2 事故当日から受傷判明までの経過」に記載のとおり、事故発生から頭部 CT 検査の実施による正確な診断判明までの3日の間に、保育所側から保護者に高所からの滑落があったことを伝えるべきタイミングは複数あったことが明らかとなっている。

しかし、結局いずれの時点でも保育所側から自発的に事故現場の客観的状況等が保護者に伝えられることはなかった。また、町福祉課への第1報としての報告も事故発生から3日後に初めて行われている点も看過すべきでない。

たしかに、多数の未就学の児童を預かる保育所、保育士の精神的、身体的、物理的負担は多大であると思われ、とくに第3保育所では、個々の保育活動におけるマニュアル等がなく正規職員である保育士の裁量にゆだねられている幅が大きかった分、個人にふりかかる責任も重かったと思われる。そうした中で、結果が軽症であったにもかかわらず、ことさらに騒いで事を大きくしたくない、上司・保護者に余計な心配はかけたくない、との思いが一般に働くことは十分考えられる。

また、いったん不適切な対応をしてしまったことについて、事後に自ら、あるいはあえて他者が訂正するための行動を起こすことが容易でないことも理解できる。

しかし、事故は未然に防ぐことが第一であるが、万一起ってしまった場合は、管理者はもちろん保護者に対し可能な限り正確に報告するという意識を持つことがコンプライアンス上重要であり、これにより相互の信頼関係維持が図られる。

この点については、担任保育士のための責任とするのではなく、保育所全体の問題ととらえ、関係者全員が真摯に反省するべきである。

第二に、職員の間で「事故」の軽重の判断を、起こった結果で判断するのか、発生状況もふまえて判断するのか、一貫した考え方がなかったことも、正確な事故状況の報告の遅れに

影響したと考えられる。

なぜなら、ヒアリングの際、関係者からは繰り返し「自分の注意が足らず軽症だと思い込んでしまった」ことについて、後悔の念が聞かれた。そうした言葉からは、保育所職員にとって起こった事象が重大か否かは「結果（怪我等）の程度」で判断する、という姿勢があるように感じられた。

しかし、とくに頭部や胸部等の打撲の場合のように、目に見えない「結果」が発生しているリスクを適切に判断するためには、「発生状況」も踏まえた慎重な経過観察が必要である。また、事故の再発防止の観点からも「発生状況」の把握は欠かせない。

この点について、平成 29 年 3 月に大山崎町で策定された「町立保育所事故防止及び事故対応ガイドライン」には、重大事故の発生防止、予防のための組織的な取り組みとして、「職員は、重大事故（死亡事故、治療に要する期間が 30 日以上を負傷や重篤な事故等）が発生するリスクがあった場面に関わった場合には事故報告書を作成し、保育所長に提出する。」と記載され、報告対象となる事故を「重大事故が発生するリスクのあった場面」という観点からもとらえるべきであることが記載されていた。このガイドラインは、町立保育所における事故発生予防のための取り組みに加えて事故発生時にとるべき対応が詳細に定められたものであるが、これによれば「保護者への報告」として、けがの状況のみならず、「事故発生時の状況」も「保護者の心理を踏まえて」説明することとされており、「ごく軽症でも、口頭もしくは手紙などで帰宅時には必ず報告します。」とも規定されていた。このようなガイドラインの内容が第 3 保育所内で意識されていれば、ガイドラインに則った対応として、事故の正確な状況が保護者、医療機関との間で速やかに共有されていた可能性が高い。

しかしながら、かかるガイドラインの内容についての研修は第 3 保育所ではガイドライン作成直後の平成 29 年 4 月に一度だけ実施されたのみで、管理職の間でも十分浸透していなかったし、今回の担任保育士も内容については把握していなかった。

なお、ガイドラインの内容についても付言すると、事故発生予防のための取り組みとしては、主に保育所内での保育活動で発生する事故が想定されており、散歩を含む園外保育中に発生しうる事故をも想定した内容となっていない点で、不十分な点があった。

第三に、第 3 保育所のみならず大山崎町の町立保育所に共通する課題として、正規職員である保育士の裁量が大きく、看護師や臨時職員の意見が反映されにくい環境があったことも、職員間で正しい情報の共有が妨げられていた背景として存在していた。

当日最初の事務室での所長への報告も、担任保育士からのみなされており、引率に同行していた臨時職員は同席していなかった。そのため、現場の崖は高かった、との懸念を持っていた臨時職員の問題意識が反映されることはなかった。

本委員会は、以上の要因が重なった結果、保護者が事故状況を把握するのに 3 日間を要し、結果として正しい診断を得るまでも同様の期間を要した、という本来起こるべきではない事態が発生したと考える次第である。この点についてもあわせて、次章で再発防止策の提言を行いたい。

第4章 再発防止策ならびに、よりよい町立保育実現に向けての提言

本委員会は、検証を通じて明らかとなった事故の発生に影響を与えた要因及びそこから導かれる課題を踏まえ、保育中に再びこのような危険な事故を起こさないようにするための再発防止策ならびにいったん事故が起こってしまった後の適切な対応を確保するための具体策をまとめた。

あわせて、こうした要因の分析を通じて明らかとなった第3保育所をはじめ大山崎町の町立保育所における保育全体についての課題に対し、よりよい保育が実現されることを主眼として、ここに提言を行うものである。

1 事故発生防止に向けて

1. 1 安全確保を意識した保育体制の再構築

(1) 保育所保育指針への準拠

ア 計画的な保育の実施

まずは、全体的な計画を速やかに作成することが求められる。作成にあたっては、保育所保育指針の趣旨を十分理解したうえで、年齢、領域ごとに保育のねらいを立てることとなるが、保育活動全体の中での園外保育の位置づけ、意味づけについても再検討する必要がある。

町立保育所では、積極的に長距離を歩く園外保育を実施していたが、歩く距離が長くなると、歩くこと自体が目的になってしまう懸念もあるため、発育に応じたねらいを定めて、何のために園外保育を実施するのかを明確化する必要がある。そうすると、そのねらいの達成のためには、例えば余裕を持って歩くことができる無理のないコース設定をすべき、といった考えにも至るはずである。

また、園外保育以外の保育で育まないといけないものもあるはずで、第3保育所では、それがおざなりになっている懸念がある。決して第3保育所の園庭の広さが不十分なわけではない。保育全体のねらいを立て、園外保育で達成できるもの、それ以外の保育で達成できるものを整理したうえで、園庭や遊戯室も使って自由に遊べる環境を確保し、保育内容が園外保育に偏らないような配慮も必要であろう。

そして、具体の保育内容を定める年間指導案、月案、週案は、全体的な計画に基づき、記入者に保育のねらいを踏まえた計画・評価を意識させる書式になるよう、さらには園外保育届についても、ねらいと経験させたい内容を明確化するよう、町がフォーマットを整えて各園で作成していくことが求められる。

イ 子どもの自主性を尊重した保育の実現

保育所保育指針では、子どもの自主性を尊重した保育手法が示されている。最新の平成 30 年版では、養護の観点から、この点にも重きを置いた改正がなされた。

第 3 保育所の保育計画の様式は、子どもの姿、具体的な援助や配慮の欄が少なく、保育所保育指針で定められた理念が取り入れられていない。また、保育士の研修への参加実績もごく少ないことや、布おむつを強く推奨したり、未だに保母という呼称を使っている保育士がいたりすることなどからも、旧態依然とした保育現場であることが感じ取れる。

「町立保育所散歩コース一覧」の中には 1 歳児に 3.4 km、3 歳児に 5 km のコースが設定されているが、これは子どもの意思を尊重しない保育士主導型の保育の典型例である。子どもの体力には個人差があり、皆に一律の内容を求めるようだと、一人一人の個人差を見極めて尊重する養護の理念から外れた保育となってしまう。関係保育士への関係者ヒアリングでは確認できなかったものの、町福祉課に対しては、散歩において嫌がって泣く児童を無理やりに歩かせていた、という証言も寄せられていたとのことである。

関係保育士のヒアリングの中で、町立保育所では、昭和 40 年代、50 年代における保育の第一人者であった故斎藤公子氏が提唱した「さくら・さくらんぼ保育」を基本理念とし、町の伝統的な保育とうたって今も保育の柱としている、との話が聞かれた。決してこの理念自体を否定するものではないが、町立保育所では、その一部分のみを切り取り、保育士に都合の良い保育士主導型の画一的な保育が行われていた感が否めない。子どもの意思を軽んじることや、自主性の尊重と単なる放任とを混同するようなことがあると、当該理念との乖離はもとより、保育所保育指針にうたわれている「子どもの最善の利益」からもかけ離れた保育となってしまう。

なお、補足であるが、この観点より第 3 保育所を視察した際に、保育士が子どもに対して指示語を多用していたのが気になった。子どもたちがやり方をわかっているのであれば、つど指示を出すのではなく一歩引いて見守り、子どもの自由に取り組みせるといった技法も身につけていかれたい。また、視察の際には各保育室内が雑然としていた点も気になった。子どもの目線に立ち、子どもたちが興味を持つものが目に入るように大人が使うものは収納するといったことや、既製品のおもちゃばかりでなく、子どもの意欲を掻き立てるような材料を用意するといった環境設定についても、より意識していくことを期待する次第である。

時代の変化とともに、子ども自体の性質や子どもを取り巻く環境が変わっており、最新知見のもと改正を重ねられた保育所保育指針に沿った保育を行う必要性については、先に述べたとおりである。保育所保育指針に沿った全体的な計画を作成する中では、指針を保育士各自が読み込み、その趣旨を十分に咀嚼して理解することが望まれるし、現状の保育と照らし合わせて指針との乖離がある部分について自覚することが求められる。

(2) 保育中の安全意識及び組織力の向上を図るための方策

ア 「事故防止及び事故対応ガイドライン」の浸透、活用

町では事故予防・事故発生時のガイドラインを作成しているものの、作ること自体が目的

となっている感が否めず、その内容が保育士らに浸透していなかったし、ガイドラインには園外保育に関する内容も乏しいため、保育士らが、山道はもとより園外保育に関する危険性を認識することができていなかった。

そこで、定期的に安全会議を開き、保育士らがガイドラインについて確認する機会を設けて内容を浸透させるほか、令和元年6月に厚生労働省が策定した「保育所等における園外活動時の安全管理に関する留意事項」の内容も盛り込んでガイドラインに園外保育中の危険に対する対応について詳しい説明を加え、事故発生時の対応についても今般の事故を契機とした改良点を反映させることが求められる。

さらに、「事故」を重大な結果のみではなく、「態様」（一步間違えれば重大な結果が生じかねない事象の発生等）の点からもわかりやすく捉えられるよう、具体例（例：〇m以上の高さ、など）をガイドラインに明記すべきである。具体的な態様を例示することで、日々の保育の中で起こった事象と照らし合わせて保育士が事故対応についての認識を深められるようになればなお良い。そして、日ごろからヒヤリハット報告書を丁寧に作成し共有を重ねる中で、保育士全員の安全に対する認識が高まっていけば、再発防止につながるものと考えられる。

イ 管理職の職務権限の明確化及び職責に対する見識の醸成、選任基準の再検討

第3保育所においては、事務職である所長に保育あるいは保育行政に関する専門的知見や経験が十分でなく、所長が危ないと感じて指摘したことが保育士に聞き入れられない状況があるなど、指揮命令系統もあいまいだった。

第3保育所には、他の町立保育所と同様に、所長に次ぐ役職として保育士長が置かれているが、従来この両者の役割分担は必ずしも明確でなく、個人の力量やその時々々の所長と保育士長の二人の関係性によって、それぞれの職務が分担されていた。

そして、事故発生時の所長は、自己の役割を、主に園の事務的な業務を担う立場であると認識しており、本来、所長が職務として是正すべき園内における保育所保育指針の不徹底、ガイドラインの浸透不足等については、自身は専門外であるとの認識のもとで十分に理解をしておらず、保育士長ら職員に対しての指導もできていなかった。

こうした問題点を解消するために、所長及び保育士長の職務分掌、権限を明確化する必要があるが、まずは所長本人が職責を自覚し、職員も組織としての指揮命令系統を意識する必要がある。さらに、管理職人事において、保育または保育行政に関する知識及び経験の有無を確認項目とする選任基準を定めることも必要なことであると考えられる。

ウ 職員間での情報共有と臨時職員の意見が反映されやすい環境の形成

現状の町立保育所では、臨時職員の活用により体制が成り立っているため、園内での情報は、正規職員のみでなく臨時職員も含めて共有することが必要である。

したがって、安全会議やその他会議を臨時職員も参加したうえで定期的に開催し、話し合

ったことはその場に出席していなかった臨時職員を含めた全員で共有することが求められる。その会議においては、過去の事故事例やヒヤリハット事例などを活用することで、実態に即した対応が共有できる。

そして、散歩中に危険個所を発見した場合や、気になることがあった場合は、臨時職員も含めた全職員が、すぐにルートマップに書き込んで共有することとし、それを継続して定着させることで、日ごろから特に安全面においては、臨時職員も立場に関わらず主体的に保育に携わる職場環境が形成されるのではないかと考える次第である。

エ 看護師の活用、配置の検討

町立保育所には、正規職員ではないが、看護師が配置されている。しかしながら、看護師は職員会議に参加しておらず、その専門知見を十分に生かせていなかった。

また、現状、看護師は巡回制で各園に配置されているため、同一の看護師が子どもたちの様子を継続的に確認することができていない状態である。

しかし、看護師の専門的知見を保育に十分反映させることは安全確保のためにとりわけ有効であると思われる。そのため、園内の職員会議に看護師も出席し、日ごろから保育士と情報共有できる体制、関係性を構築することが必要である。

そして、看護師の職務権限を明確化し、医療職としての専門知見を園として尊重するよう心掛けることとし、他の職員との関係構築のためにもできるだけ各保育所固定となるような勤務体制の工夫を行うことが望ましい。

オ 各種研修の受講

町立保育所の保育士が受講できる研修は、京都府保育協会が主催するものをはじめ、各種用意されているが、町立保育所では、研修への参加実績が極めて乏しい。安全に関することはもとより、食育など保育全般に関する各種研修で学ぶことによる個々の保育士らの資質向上は、事故予防や事故対応をはじめとする保育所組織力の向上につながる基本的事項の一つである。

大山崎町の町立各保育所は、人員体制的には国基準を大幅に上回る職員が配置されており、人員面の理由で研修に参加できないという状況にある訳ではない。

子どもの性質、子どもを取り巻く状況は常に変化しており、毎年、継続的に最新の知見を学ぶことは保育士にとって必須であることから、できるだけ多くの職員が研修に参加できるように、あらかじめ長期的な研修計画を作成し、毎年の職務予定の中に組み込むべきである。

また、研修に参加した者は、園において伝達研修を行い、全員に内容が浸透し、園全体の底上げができるように努めることが望ましい。

カ 他園との交流、視察の実施

町立保育所は、保育所保育指針に沿わない部分が見受けられるとともに、最新知見も取り入れていない状況である。そのため、保育士らが他園を視察することで、良い面もそうでない面も浮き彫りとなって、自身の保育を客観的に見ることができ、保育の改善につながるものと考えられる。

平成 31 年に大山崎町内に新たに民間保育所が開設されたが、この民間保育所との交流を進めることも、有効な手法の一つと考える。

1. 2 園外保育実施時の実効的な安全性確保

(1) 散歩コースの確定及び危険ポイントを盛り込んだルートマップの作成

事故の発生した山道は、安全柵のない崖上の通路部分であるというだけでなく、竹藪もあり、スズメバチの巣や藪蚊、マダニ、そしてイノシシなどによる危険性も警戒しなければならない場所である。委員会で現場を視察した際には、イノシシが掘り起こしたと思しき跡も見受けられたが、関係者ヒアリングを通じて確認したところ、保育士らには、そういった危険性に対する認識が非常に希薄であった。

そこで、早急に散歩ルートごとの注意点を落とし込んだ散歩マニュアルの整備が求められる。ルート図には随時、日々の散歩で気づいた危険箇所を落とし込み、誰もが見える場所に掲げることで共有し、ルート外の散歩は認めない、新たなルートを散歩する場合は事前に散歩マニュアルの作成を行う、定期的の下見を実施する、といった基準を設けるべきである。

(2) 園外保育確認事項の徹底

職員間で日ごろから町が定めた園外保育確認事項の注意事項等を参照し、園外保育実施時には常に所長らの事前承認の手続きを徹底するという姿勢が求められる。

園外保育確認事項の注意事項には記載がないが、園外保育の実施にあたっては、当日の気象状況はもとより、前日までの降雨による路面状態などにも注意を払う必要があるし、さらには、例えば道路工事であったり、不審者や野生動物の出没など、安全な園外保育の実施に影響を及ぼす恐れのある事象の有無についても把握しておく必要がある。

職員それぞれが、こうした点に注意を及ぼすことで危機意識の低下を防ぐことが可能となると思われるし、所長ら承認者は、こうした安全に影響を及ぼす事象の把握を、より強く心掛けるべきである。

(3) 山道での散歩を継続する場合の安全性の確認、確保

本委員会で実施した職員へのヒアリングでは、保育士のみならず保護者からも山の散歩保育継続を望む声があったことをお聞きした。今後も大山崎町立保育所において、山道を含めた地

域の豊かな自然の中を散歩することを保育活動として採り入れるのであれば、以下の対応が必要と思料する。

- ① 重大な事故が発生する可能性がある特に危険な場所を散歩ルートに選ばない
- ② 危険であることが一目で分かり、かつ子どもが容易に乗り越えられないような柵などを設置し、物理的に滑落事故が起こらないようにすることでリスクそのものを低減させる

まず、①については散歩保育活動のねらい（保育活動を通じて子どもが獲得できること）と保育中の安全確保のバランスを考えて総合的に判断する必要があるが、安全性を考える上では重大な事故が起こりうる危険な場所を避けることが基本となる。今後様々な議論を通じ、それでも山道の散歩保育によって得られるものが大きいと判断したのであれば、その散歩活動を最大限安全にするための対策を次に考えるべきである。

次に、②については「注意だけでは重大な事故は防げない」ということを認識しておく必要がある。本委員会で実施した関係者ヒアリングでは、職員同士で今回の事故を振り返った際に「注意が十分ではなかった」という声が多数あったと聞いた。しかし、子どもから一時たりとも目を離さないのは不可能であり、また、いくら歩き方の注意点を教え込んだとしても、なお大人の予測できない行動をとるのが子どもである。事故が起こるのは一瞬であり、周囲の大人が注意するだけでは事故は防げない。子どもにとってもそこが危険な場所、超えてはいけない場所であることが認識しやすいように、危険と思われる箇所に可能な限り物理的な安全性を確保したうえで散歩を実施することが必要である。今回の事故では、単純な転倒とは異なり、高所からの滑落により頭蓋骨陥没骨折という重大な事故に発展した。現場となった山道には、通路と崖に柵などによる明確な区切りはなかった。今後も同様の山道の散歩を継続するのであれば、通路そのものの安全性を向上させるための柵などを新たに設置する等の対策をとったうえで行うことが必要である。この点については行政間での協力を得ることも必要であろう。また、今回は保育中の事故であったが、仮に町内のこうした山道に保育現場以外で小さな子どもが出入りするような実態が日常的にあるならば、②の対策はより重要になるとと思われるし、重大事故を地域の安全対策に還元することにもなる。

平成 28 年 3 月に厚生労働省により公表された「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」では、地域の人など職員以外の力を借り、子どもの安全を守る必要が生じる場合もあること、保護者や地域住民、関係機関と常日頃からコミュニケーションを積極的にとり、いざという時の協力・援助を依頼しておくことを検討する、との記載がある。保育士が専門的視点をもって保育計画を立てることが第一であるが、保育所職員だけで安全について議論するのではなく、保護者らにも議論に加わってもらい、町もともに考えることで、より安全な保育を実施できるものと思われる。

(4) 危険な環境下での児童への監視を確実にすること

「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」では、

プール活動・水遊びにおける事故防止のために注意すべきポイントとして、監視に専念する監視者を置くこと、十分な監視体制の確保ができない場合についてはプール活動の中止も選択肢とする、としている。本件事故はプール活動での事故ではないが、同様に危険性を内包する保育活動を実施する場合にも同じ考え方にに基づき実施すべきである。

すなわち、例えば周囲に滑落防止策がとられていない崖等の危険が近くにある環境下で児童を待機させる、という状況が想定されるような場合は、十分な監視の目が行き届くように引率中の保育士の配置を工夫する、監視のための職員を増加するなど、十分な監視体制がとれるような配慮が必要である。あるいは、そのような園外保育はあえて実施しないということも選択肢の1つとして考慮すべきである。

(5) 散歩加配保育士の計画的な配置

事故時、第3保育所には2名の散歩加配用の臨時職員がいたが、本件事故時の当該クラスの散歩には配置されていなかった。散歩加配用の職員の配置は、低年齢の児童のクラスへ偏っていた実態があった。

そこで、今後は、散歩加配保育士が有効に配置されるよう、計画的な運用が必要である。

各保育士が園外活動届を1週間程度前までに提出し、所長もしくは保育士長が各クラスの1週間分の園外保育活動の内容を調整し、散歩加配保育士が効果的に配置されるよう決定する等の対応を行うことで、園外保育確認事項が定める事前承認の手続をも履践することが可能となる。

(6) 引率者間の事前情報共有

園外保育時の安全確保のためには、引率職員同士での十分な意思疎通、打ち合わせが不可欠である。それは、正規職員と臨時職員のペアであったとしても同様である。

今後は、正規職員と臨時職員のペアであったとしても、引率者同士が事前に打ち合わせを行い、相互の意見を調整しあって安全対策についても共通認識をもっておくことが可能となるような職場環境を作っていく必要がある。

2 事故発生後の適切な対応の確保に向けて

(1) 職員のコンプライアンス意識向上のための研修実施

検証の結果、今回、事故直後に正確な情報が関係者間で共有されなかったのは、軽傷と思い込んでしまったことに主たる原因があり、担任保育士をはじめ、事故直後の職員らの意識として責任逃れのため積極的な情報隠ぺいを行う、といったまでの意識はなかったように認めた。

しかしながら、前述のとおり、予期しない事故が万一起ってしまった場合は、保護者をは

じめとする関係者、関係各機関に対し迅速かつ可能な限り正確に、誠実に報告するという意識を持つことがコンプライアンス上重要であり、これにより相互の信頼関係維持が図られる。

また、適切な経過観察の確保、他の診断方法の選択の検討、関係各機関による適切な事後措置の実施の観点からも、迅速かつ正確な報告が重要となることも前述のとおりである。

この点については、今回の事故を1つの契機として、町立保育に関わる全ての者が決して他人事ではなく誰にも起こりうることととらえ、勇気をもって事実を事実として伝える意識をもつことが重要である。

こうした意識を職員間に醸成するためには、コンプライアンス、リスクマネジメント等に関する研修、教育を実施することもあると考える。

(2) 保育所組織内における適切な報告の確保、職員間や保護者との情報共有の確保

事故が全く起こらない職場はあり得ない。事故を減らす努力と、起こった事故に対する適切な対処こそが重要である。

同僚や上司への望ましくない報告については誰しも躊躇しがちではあるが、前述の迅速かつ正確な報告の重要性からは、いかにそれらを確保するか検討と工夫が必要である。そのような報告であってもなされやすく、また疑問に思ったことは職員間で何でも語り合える職場環境を構築することが重要である。

また、事故当事者となってしまった職員の証言が必ずしも正しいとは限らないという前提で、園で収集した情報を照らし合わせて客観的な状況把握ができるよう努める必要がある。例えば、状況を客観的に把握するために事故現場の写真撮影も有効であろう。

関係者ヒアリングでは確認できなかったが、もしヒヤリハットや失敗を責める雰囲気があったのなら、個人の責任でなく組織全体の問題として考えることができるような職場風土の形成が求められる。

なお、保育実施過程において保育士個人に委ねられる裁量の幅が大きい場合、それだけ保育士個人の判断に対する責任が重くなる。このことが事故の矮小化への一定の動機づけとなりうることを認識し、全体計画、ねらい、指導計画に基づいた保育を組織的に実現することも個人責任を軽減化させる働きがあると思われる点で有益である。

加えて、保育の透明化を図ることも、保育士個人の裁量の肥大化抑止につながるものである。例えばドキュメンテーションの手法を取り入れて、職員間ではもとより保護者との間で日頃の保育の姿を共有することも、意識して取り組んでいかれたい。

さらに、今回、事故当日に第3保育所に配置されていた看護師は医療専門職の立場から事故直後から児童が頭を打った可能性があるとの懸念を持っていたこと、臨時職員も高所からの滑落であることについて懸念をもっていたことが明らかになっていることを踏まえ、今後は看護師や関与した臨時職員からも十分情報共有できる組織作りも求められる。

3 再発防止策、提言の実効性確保に向けて

事故直後の時期においては、痛々しい記憶も新しく反省機運も高まっており、本提言書に挙げる安全確保策のうち、すぐに取り掛かれるものについては順次、保育所において取り組んでいるとの報告を受けている。しかしながら、提言の中には一朝一夕には実現困難なものもあるため、改善策を地道に継続的に実施し、本提言書を形骸化させないような手立てが必要であると強く感じるところである。

保育所及び町がまずもって心掛けるべきことは、事故で負傷された児童に細心の注意を払い、負傷による不利益をできるだけ軽減させるような保育を行うことであると思料する。そのために、児童の家族とは定期的な懇談を継続し、児童と家族の気持ちに寄り添い、丁寧な情報共有、意見交換のもとで園の安全対策の取り組みについても十分に説明し、理解を得ることが必要と考える次第である。

また、当事者以外の保護者にも事故を受けて改善した園の取組みを丁寧に説明し、信頼回復に努めることが、第3保育所をはじめ大山崎町立保育所の保育を維持発展させていくための第一歩となると思料する。さらに、そういった機会をもつことが園にとっての自己検証の場にもなり、本提言書の実効性確保にもつながることを付言し、本報告の結びとしたい。

おわりに

本検証を進めていく過程で、本委員会は、第3保育所の保育の現状を委員各自が実際の保育現場において自分の目で確認することが有効と判断しました。そこで、新型コロナウイルス感染症に関する緊急事態宣言が解除された後の令和2年6月16日開催の第5回検証委員会において、第3保育所の視察を委員全員で実施することとしました。

視察の際、各委員は、保育現場で保育士をはじめとする職員たちが職務にまい進する姿を目の当たりにすると同時に、本報告の中で提言した内容の他、個別に改善した方がよいと思われる事項もいくつかあることを発見しました。終了後の意見交換の場で、保育所側にはそうした事項を率直にお伝えしました。

その後、検証委員会開催の合間である令和2年8月4日、新型コロナウイルスが再度拡がりを見せかけたことから、委員長のみで再び第3保育所を訪問しました。

前回の訪問からは約8週間足らずしか経過しておりませんでした。その様子には目を見張るものがありました。指摘した事項のうち、すぐに改善できるものから順次改善がなされていて、検証委員会が指摘した内容を真摯に受け止め、1つ1つ改善に取り組んでいる様子が目に見えて実感できたのです。

こうした様子を見て、本報告書で提言した内容についても、大山崎町立保育所、第3保育所において子どもたちにとってより良い保育のために1つ1つ着実に実行されることと信じております。

本事案の経過において起こった出来事は、他の保育所、教育現場でも起こりうると思います。本報告の内容が、本件の関係者、関係機関に限らず、広く同様の事故の発生防止、適切な事後対応の確保に寄与し、我が国における保育、教育現場における安全、コンプライアンス、ガバナンスの確保に向けた糧となることを委員一同、願ってやみません。

大山崎町立第 3 保育所園外保育中の重大事故検証委員会報告書

大山崎町立第 3 保育所園外保育中の重大事故検証委員会

事務局 大山崎町健康福祉部福祉課

京都府乙訓郡大山崎町字円明寺小字夏目 3 番地

電 話 075-956-2101

メー ル jido@town.oyamazaki.lg.jp