

保育・学校事故における教育者の責任論の構図

(平成29年11月6日 受理)

人文社会系 東野 充成
小幡 博基

Responsibility of Teachers in Childcare Accidents

(Received November 6, 2017)

Kyushu Institute of Technology HIGASHINO, Mitsunari
OBATA, Hiroki

The purpose of this paper is to clarify the composition of the teacher's responsibility when an accident has occurred at a nursery school or a kindergarten. For this purpose, I analyzed 10 trials in this research. As a result, I could make the following points clearly. 1. Judgments don't always regard the quality of the nurture as the direct cause of the accident. 2. Judgments often judge the cause of the accident based on a general developmental structure.

1. 問題と目的

本研究の目的は、保育や幼児教育の現場における事故（以下「保育事故」とする）の判決の分析を通して、事故の予防や発生において教育者の責任がどのように位置付けられているのか、法的世界における事故にかかわる教育者の責任論の構造を明らかにすることである。もって、保育・学校事故という不幸な事態を鏡として、保育・教育実践や養成教育の在り方を反省的に捉え直すことが本研究の目的である。

保育・幼児教育には子どもの健全な成長・発達を促す上で様々な役割が求められているが、それらは子どもの生命や身体に対する安全が十分に確保された中で行われなければならない。もちろん、保育や教育は人間同士の営みであり、とりわけリスクに対する察知能力や回避能力が低い乳幼児を相手にするという点で、ある程度事故が発生することはやむを得ない。しかしながら、教育者としては事故発生のリスクを十分に認識に、その予防に十全に取り組まなければならないことには変わりはない。そのためには、不幸にして発生してしまった事故の事例を十分に分析・学習することが必要である。

厚生労働省（2015）の発表によると、平成26年1年間で認可・認可外あわせて保育施設で起きた事故は177件、うち死亡事故は17件である。この数字をどう見るかは意見

の分かれるところかもしれないが、少なくとも17名の子どもが保育・教育現場で命を落としていることは重く考えるべきだろう。そして、毎年発生する事故の中には、裁判が提起されるものも数多くある。本研究は、このような裁判の記録を振り返ることで、保育・教育の在り方や教育者の責任がどのように論じられているのかを明らかにしようとするものである。

預かっている子どもの生命・身体を守ることは、むろん教育者の第一義的な責任であるが、保育・教育を実施している環境や事故が発生したときの状況等によって責任の所在やあり方はかわってくる。また、行政・法人や管理者、実際に保育・教育を実施している教育者、被害者である子どもや保護者など、同一の事故であっても、どの立場から見るとしても、その意味はかわってくる。

こうした事故の意味をめぐる対立がもっとも鮮明にあらわれたのが裁判である。保育・学校事故の裁判においては、事故発生時の環境や状況などの客観的条件を基礎に、誰にどの程度の責任が存するのか、その事故の意味をめぐる言説の闘いが展開される。したがって、保育・学校事故の裁判を分析するは、事故における教育者の責任がどのように位置付けられ、また総体として「教育者の責任論」という言説がいかなる構造をなしているのか、鮮明に描き出すことを可能にする。以上の観点から、本研究では上記のような目的を設定した。

2. 分析の枠組みと方法

本研究は社会学的な言説研究の枠組み・方法に依拠するものである。すなわち、山本(2009)が述べるように、判決文を多重な意味を放射するひとつのテキストとみなして、判決文というテキストを保育学の観点から読解しようと試みるものである。したがって、法学の世界で一般に行われている判例研究とは一線を画している。法学の判例研究においては一般に、類似の判例を参照しながらひとつの判例が深く追究され、またその際の視点・論点も当然のことながら法学の中で蓄積されてきた概念に基づいて行われる。こうした観点から実施されている保育事故研究も多い。たとえば、後で紹介する事例⑩を分析した古畑(2013)の研究などをあげることができる。

しかし、本研究は法学的な保育・学校事故研究の深化を目指すものではなく、社会学の立場から保育・学校事故について検証し、ひいては実践や養成教育への寄与を目指すものである。こうした立場からは、法学上の概念を駆使してひとつの判例を深く追究することよりも、類似の事例を多数渉猟し、そこから見いだされる言説の構造を見つけ出すことが有効である。その意味で本研究は、判決文というテキストを分析対象とした、保育・学校事故に関する言説研究と位置付けることができる。

そこで本研究では、近年の動向を見るため平成年間に入ってから下された判決のうち、代表的な公刊物である『判例時報』に掲載された保育事故に関する判決を分析対象とした(むろん、事故自体は昭和年間に発生したものもあるが、分析の便宜上平成年間に判決が下されたものとした)。ただし、本研究は法学的な保育・学校事故研究の深化を目指しているわけではないので、主に法的な争点について検討される高裁や最高裁の判決は除外した。その結果、【表1】記載の10件の判決を分析対象に選定した。なお、上記の選定基準では『判例時報』2204号57頁に掲載された、東日本大震災発生時の幼稚園の避難行動をめぐる争われた裁判も含まれるが、かかる事件は歴史的大災害の発生時というかなり特殊なものであり、本研究の分析対象からは除外した。

【表1】分析対象の判決

	裁判所	判決年月日	引用号頁	発生場所	発生時の月齢年齢	死因および裁判の結果
事例①	横浜地裁	H3.9.25	1411号98頁	保育園	6か月	窒息死 原告敗訴
事例②	千葉地裁	H4.3.23	1443号133頁	無認可託児所	9か月	窒息死 原告勝訴
事例③	東京地裁	H4.6.19	1444号85頁	無認可保育所	8か月	窒息死 原告敗訴
事例④	千葉地裁	H5.12.22	1516号105頁	無認可保育所	1歳2か月	窒息死 原告勝訴
事例⑤	京都地裁	H6.9.22	1537号149頁	無認可保育所	3か月	突然死 原告敗訴
事例⑥	神戸地裁	H7.6.9	1564号84頁	院内保育所	2か月	窒息死 原告敗訴
事例⑦	浦和地裁	H8.9.9	1605号81頁	私立幼稚園	3歳	感染死 原告一部勝訴
事例⑧	浦和地裁	H12.7.25	1733号61頁	私立幼稚園	3歳	窒息死(紐) 原告勝訴
事例⑨	福岡地裁	H15.1.30	1830号118頁	保育園	4か月	窒息死 原告勝訴
事例⑩	さいたま地裁	H21.12.16	2081号60頁	市立保育園	4歳	熱中症 原告勝訴

多くの事例で、「疑われる死因」が「窒息死」か「突然死」となっているが、これは

食べ物等の誤嚥や嘔吐による窒息死か乳幼児突然死症候群（以下「SIDS」とする）かが判然としないため、結果的に裁判となった事例が多くあるためである（遺族は施設の責任を追及するため「窒息死」と、施設は責任を免れるため「SIDS」と主張することが多い）。先述したように、ひとつの死や怪我であっても、見る者によってその意味は変化する。死因をめぐる争いは、こうした事故の意味の多重性をよくあらわしている。

このような基準によって収集された事例の分析を通して、裁判という言説世界において教育者の責任がどのように位置付けられているのかを明らかにすることが本研究の目的であるが、その際以下のような分析の枠組みを設定した。①保育・教育の質や内容・方法は保育・学校事故の原因とどのように関連付けられているのか。②子どもの発達の態様は保育・学校事故とどのように関連付けられているのか。③こうした関連付けを通して、最終的に保育・学校事故の発生はだれ（どこ）に帰責されているのか。

①②に着目するのは、これらがまさに保育・教育の在り方と密接に結びついているからである。教育学や保育学は子どもの発達段階を踏まえて、保育や教育の質の向上や内容・方法の発展を目指して展開される学問である。養成や実践への寄与を目指す本研究にとって、保育・教育の質や内容・方法、あるいは子どもの発達が事故とどのように関連付けられているのかを明らかにすることは、きわめて重要な分析枠組みのひとつとなる。これらの分析を踏まえた上で、本研究の最終的な目的である③に着目する。以上のような観点から、本研究の分析枠組みを設定した。

3. 事故の発生機序と対策・対応策

(1) 突然死

独立行政法人日本スポーツ振興センターに報告された1983年から2013年までの学校管理下における死亡事例数を分析した先行研究によると（鮎澤2016）、突然死が過半数以上を占め、その他に頭部外傷、溺水、熱中症、窒息、内蔵や脊髄損傷などが少数見られる。ここではこれらのうち、「突然死」、「頭部外傷および脊髄損傷」、「熱中症」について、発生機序、発生した際の対応、発生を未然に防ぐための対策について概要を述べる。

WHO（世界保健機構）の定義によれば、突然死とは“発症から24時間以内の予期せぬ内因性死亡”を指す。独立行政法人日本スポーツ振興センターの集計によれば、学校管理下における突然死の原因の多くは心疾患によって起こっている。突然死の原因となる心疾患が事前に判明していた事例には、先天性心疾患、心筋症、WPW症候群、QT延長症候群、大動脈解離などが報告されている（鮎澤2014）。一方、事前に何も診断されていなかった事例では、剖検によって、心筋症、心筋炎、冠動脈の先天異常、大動脈解離などが報告されている（鮎澤2014）。

心疾患を原因とした突然死において、事前に診断されていたものおよび事後の剖検によって発覚されたものに共通するのが心筋症である。心筋症は、心臓の筋肉の異常により、心機能に異常をきたす病気である。このうち、肥大型心筋症では、心肥大をおこす原因となる高血圧や弁膜症などの病気がないにもかかわらず、心筋の肥大（通常は左心室壁の異常な肥大）が起こり、心房から心室へ血液を受け入れるための心室の拡張機能に障害が生じる。

また、近年着目されている突然死を招く心疾患に心臓震盪がある。心臓震盪とは、ボールなどが心臓付近に当たった際に、心臓へ加えられた外力により心筋が痙攣（心室細動）することで起こる。心室細動が発生すると心ポンプ機能は停止し、これが4分以上続くと心臓や脳が酸素不足に陥り死に至る。

心停止が起きたときは、一次救命措置を救急隊が到着するまで繰り返し行う。心停止の70%近くは心室細動によるもので、AEDによる電氣的除細動（電気ショック）をできるだけ早く行う必要がある。心臓マッサージは心室細動に対して効果がないとされるが、AEDや救急隊が到着するまでの心ポンプ機能の補助には効果があるため、積極的に行うことが推奨される。

突然死の事例がある先天性心疾患、心筋症、WPW症候群、QT延長症候群、大動脈解離などの心疾患を持つ生徒がいる場合は、責任者・監督者が疾患の発症に対する準備と心構えをし、許容される運動強度や量を把握したうえで運動を実施させることが重要である。一方、事前に予測ができない場合でも、過度な疲労や暑熱環境下での運動実施を避けるように注意する必要がある。また、AEDを携帯するなど発症時の救命措置を準備しておくことが重要である。

(2) 熱中症

熱中症とは暑熱環境における障害の総称であり、症状により熱失神、熱疲労、熱痙攣、熱射病に分類される。熱中症による死亡事故は、特に、屋外でのスポーツ活動時や運動時においてみられる。

熱中症発症の原因は、過度の体温上昇（高体温）と脱水である。温度や湿度が適切な環境下では運動等により体温が上昇すると、皮膚血流量の増加（皮膚と外気の熱伝導による冷却）と発汗（気化熱による冷却）の2つのメカニズムにより熱放散を行い体温の上昇を抑えている。しかしながら暑熱環境下では、外気の温度が高いため皮膚血流を介した熱伝導による冷却が行えず、湿度が高いため汗の蒸発による冷却もできないため効率的な熱放散が行えなくなり、体温が上昇した状態が続く。また、高体温と脱水は正の相関を示し、熱中症の発生を増加させる負の連鎖となる（Adolf1947）。

熱中症が疑われるときは、体温の冷却をできるだけ早く行う必要がある。対象者を動

かせる場合には、風通しの良い日陰やクーラーが効いている室内に避難させる。衣服を脱がし、露出した皮膚に水をかけてうちわや扇風機などで仰ぐことで熱放散を助ける。皮膚の直下を流れている血液を冷やすため、頸部や腋窩部（脇の下）、鼠径部（大腿の付け根）に氷嚢などを当てる。胃の表面から熱を奪い体温を冷却するため、水分を与える。この際、発汗による塩分を補うため、冷たい水よりも経口補水液やスポーツドリンクを与えるとより効果的である。ただし、意識がはっきりしていない場合や吐き気がある場合は気道が塞がる可能性があるため、経口による水分の摂取は行わない。また、意識障害などの脳症状の疑いがある場合は、体温の冷却処置を行いつつ、速やかに救急車を要請する。

責任者・監督者が環境省のホームページ等で公開されている環境温度（WBGT）をもとに、運動の可否を適切に判断することが重要である。暑熱環境下で運動を実施する場合は、責任者・監督者だけでなく生徒にも熱中症の予防策を十分に理解させたうえで運動に取り組ませるようにする。授業や部活動の練習では、活動前後に適切な水分補給を行うよう指示する。活動中は開始から時間を決めて水分および塩分の補給時間を設けるとともに、必要に応じて生徒がいつでも水分や塩分を補給できる環境を整えておくことが重要である（文部科学省2012）。

（3）頭部外傷および脊髄損傷

日本スポーツ振興センターの委員会報告によれば、ある一定以上の治療を要した重症頭部外傷のうち脳震盪が1/3程度を占め、次いで頭部打撲、急性硬膜下・外血腫となっている。ここでは、生死に関わりのある急性硬膜下血腫と頭部外傷と併発する可能性の高い頸椎・頸髄損傷について発生機序を説明し、授業や部活動中に頭部や頸部に強い外力が加わったときの対応と根本的な対策について述べる。

急性硬膜下血腫や頸椎・頸髄損傷は、コンタクトスポーツ（ラグビー、アメリカンフットボール、柔道、サッカー等）中の激しい接触や転倒により頭部および頸部に強い外力が働いたときに起こる。

急性硬膜下血腫は、頭部が激しく揺さぶられた際に、頭蓋骨と脳とに大きなずれが生じ、頭蓋骨と脳とをつなぐ架橋静脈が破断することで起こる。破断した部位から出血し、発生した血腫が硬膜の内側に広がり急性硬膜下血腫となる。

頸椎・頸髄損傷は、強い外力により頸部が過伸展・過屈曲したとき、頭頂部から垂直方向の外力が加わったとき、これらに捻りが加わったときに起こる。頸椎損傷とは、頭蓋骨と胸椎の間に存在する第1頸椎から第7頸椎が強い衝撃により変形、脱臼、骨折した状態を指す。頸髄損傷とは、頸椎損傷等により頸髄が損傷した状態を指す。頸髄損傷では頸髄が神経支配する上肢の運動・感覚だけでなく、頸髄以降の神経情報の伝達が遮

断されるため体幹や下肢の運動・感覚に麻痺が生じる。

活動中に頭部の打撲や身体の激しい衝突、転倒が起きたときには、対象者を平らな床に速やかに寝かせた後、意識の状態を確認する。その際、頸部を動かすことにより症状が悪化してしまう可能性があるため、軽く肩を叩きながら意識の確認を行い、決して体を強く揺すってはいけない。

意識が無い場合は、速やかに救急車を要請し、救急隊の到着まで一次救命処置を行う。頭部や頸部の損傷では、頸髄損傷により呼吸筋の麻痺により呼吸に支障をきたす場合があるため、必ず呼吸を確認し、息をしていなければ人工呼吸を行う。意識がはっきりしない場合や頭痛、吐き気などの症状が出現している場合は脳震盪を起こした可能性が高いため、教員等が付き添い必ず医師の診察を受けさせる。意識がある場合は、運動能力（麻痺、筋力低下）、感覚異常（しびれ、異常感覚）を確認し、異常がある場合は頸椎・頸髄損傷が疑われるため動かさないで速やかに救急車を要請する。

設置物への衝突など不慮の事故は避けられない場合もあるが、設置物への衝突緩和措置など事前の配慮をし、事故の発生を極力減らす努力をする。

競技中に身体が強い力で接触するコンタクトスポーツでは、特に初心者者の練習において特別な配慮をする。頭部外傷や頸髄・頸髄損傷を起こしやすい技やプレーは、ルールによるプレーの禁止や厳罰化、練習プログラムからの削除など行われるのが望ましい(谷ほか2016)。集中力の低下による事故の拡大を防止するため、練習中や試合中は休憩をしっかりと挟み休憩と水分・塩分補給を行う。一度頭部打撃を受けた競技者については、復帰の時期を慎重に決定することが重要である。

4. 保育の質と事故の因果論

近年の政策や改革において、一種の公準として用いられる言葉に「保育の質」というものがある。たとえば、平成24年に施行された子ども・子育て支援法では、「保育の質向上」が努力義務として課されている。保育学においても、「保育の質の向上」を目指した研究が活発に展開されている。しかしながら、こうした動向に対しては、「保育の質」という概念が保育の市場化と表裏一体であることを懸念する声や¹⁾、秋田・箕輪・高櫻(2007)が指摘するように、保育者の専門性のあり方と密接に関連しながら保育の質の問題が論じられてきたという一般的傾向はあるものの、評価者や評価尺度いかんによって、保育の質の内実が定まっていないことなどの問題点も指摘されている。Dahlberg & Moss (2005)が述べているように、保育の質は私たちの時代の偉大な決まり文句となっているが、その内実が丁寧に検証されているとはいえない。林(2014)の言葉を借りるなら、「今あらためて保育の『質』の意味を丁寧に、実践に即して、明

らかにし、政策に反映させてゆくことが求められている」。

保育・学校事故の裁判においても、当然、「保育の質」が問題となる。むしろ、「保育の質」を「教育者の専門性のあり方」と位置付けるなら、ほとんどの保育・学校事故の裁判は、「保育の質」をめぐって展開されたものといえるだろう。後で検討するように、本研究で取り上げた事例に関してもこの点は当てはまる。したがって、保育・学校事故の裁判を検証することは、事故という不幸な事態を鏡として、法的世界における「保育の質」の意味を問い直す試みでもある。

たとえば、事例②では、事故発生時死亡した子どもを含む6名の幼児が大人用のベッドに横向きに寝かされており、他の幼児が死亡した子どもの頭部や顔面に覆いかぶさるようにして睡眠を続けたため窒息死したとされる。また、一人の保育士で事故発生時17人の子ども（うち3歳までの乳幼児は6人）を預かっていたとされる。このように、無認可であるとはいえ、明らかに保育所の設置基準等に違背する、劣悪な環境の中で保育が実施されていた。

こうした保育環境に対して、裁判所は次のように断罪している。

被告らによる「Cルーム」での保育の環境は、劣悪であったと認めざるを得ない。そして、被告らは、前記事故当日も、「Nちゃん」を含む0歳から3歳までの乳幼児6人を、1つの大人用ベッドで寝かせるという、それ自体極めて危険な保育を行っていたのであるから、乳幼児の保育に従事する者としては、(中略)不測の事故が発生しないように乳幼児らの動静を常時注視していなければならない注意義務があったというべきであるが、(中略)右注意義務を怠ったことは明らかであり、したがって、被告らには過失がある。

このように、明らかに劣悪な環境が認められる場合には、事故の原因論として環境の問題が明快に位置づけられている。

同じような例に、事例⑩がある。事例⑩においては、自由保育という保育方法の問題にまで言及されている。事例⑩は自由保育の時間中にひとりの子どもが行方不明となり、結果保育所内の棚の内部で発見されたときには、熱中症ですでに意識不明の状態であったという事故であるが、裁判所は次のように述べている。

本件における「A保育所」のように、いわゆる自由保育の時間を取り入れ、児童らが保育所内を自由に動き回って遊んでいるような状態の場合、子どもたちの動静を把握することは困難であるから、複数担任制であれば、担任保育士同士で声を掛け合ったり、保育内容が変わらない場合であっても少なくとも30分に1回は人数確

認を行うなどして、子ども一人一人の気を配ることが求められているというべきであり、さらには、担任以外の保育士らにおいても、全ての児童の名前や顔を把握した上で、保育所全体で児童の動静把握と安全確保に努めることが求められている。

さらに本件においては、子どもたちの人間関係を把握し、それに基づいた配慮をすることまで求められている。

原告A2と原告A1（死亡児童の父母。筆者注）は、本件事故前から、K保育士とL保育士に対し、送迎時等に見聞きしていた「A保育所」でのB（死亡児童。筆者注）の様子及び自宅でのBの様子から、BがPやQ（保育所の同級生）らにいじめられているのではないかと心配していることを伝えていたのであり、（中略）両保育士としては、BがPらと遊んでいるのではないかと認識した時点で、その様子を確認することが求められてしかるべきであった…。

このように、事例②や事例⑩を概観すると、事故の防止において、「保育の質」を担保し、保育環境の向上に努めることがいかに大切であるかが改めて確認される。とりわけ事例⑩において、法的な判断の前提として、自由保育の在り方や子どもとの人間関係の把握に基づく指導の在り方にまで裁判所が言及していることは注目に値する。

しかしながら、法的言説の世界においては、必ずしも保育の質や保育環境が事故の原因と位置付けられるわけではない。たとえば、事例③では、教育者が救命措置を施しつつも、救急車を呼ばなかったことが義務違反になるかどうか争点のひとつとなったが、この点につき裁判所は次のように強い調子で論難している。

顧問医が不在であるとわかった右時点において、救急車を呼ばなかった被告の行為は、本件における対応として著しく適切さに欠き、かつ、常識では理解できないものであって、前期注意義務に違反するものといわざるをえない。

だが結論としては、救急車を呼んでも救命可能性がなかったと推認し、この注意義務違反を理由として、死亡による損害賠償を請求する理由はないとした。つまり、たとえ救急車を呼ぶという教育者の義務を果たしていたとしても、死という結果に変わりはないわけであるから、当該義務の違反は損害賠償の理由足り得ないということである。

また、事例⑤では事故発生時に保育士が迅速・適切な行動をしたのかどうか争われたが、その際判決では次のように述べ、保育者教育の在り方という「保育の質」に関わる一側面を論難している。

被告が「K保育士」(引用元では本名。以下も本名が引用中に出てくる場合は、イニシャルに変換する)に対し保母として必要な教育を行っていなかったことがその原因(事故発生時に迅速・適切な行動がとれなかったこと。筆者注)である可能性は否定できない。

一見、不適切な保育者教育が事故の原因として位置付けられているように思われるが、質の低い保育が事故の発生と必ずしも直接的に結び付けられるわけではない。同じ判決で裁判所は以下のように続ける。

被告(ないし「K保育士」もしくは同人と被告の母)の保育に問題点があったとしても、本件ではこれと「Yちゃん」の死亡との因果関係を肯定することができない。

つまり、たとえ質の低い状況があったとしても、死亡と直接的に結びつかない限り因果関係は肯定できないということである。結果的に事例⑤では、保育所の損害賠償責任は否定されている。

以上事例③および事例⑤で検討したように、たとえ「保育の質」が低く環境が劣悪だったとしても、必ずしも法的な因果関係と結び付けられるわけではない。いいかえれば、質の低い保育や劣悪な保育環境は、裁判において断罪・論難されることはあっても、それが死の直接的な原因と認められない限り、法的な責任を発生させる絶対的な要因とはならないということである。これは、不法行為法や安全配慮義務違反に基づく債務不履行論など厳密な過失論を展開してきた法的言説の特徴ともいえるだろう。因果関係論におけるこうした法的世界の認識を踏まえておくことは、教育学や保育学にとっても重要である。

5. 発達的一般性と個別性

「保育の質」や保育環境の向上と並んで、保育学や教育学、実践にとって重要な命題のひとつは、子どもの発達をどのように踏まえるかという点である。むしろ、いくら「保育の質」や環境の向上を目指したとしても、子どもの発達の段階や態様を踏まえないそれらは画餅にすぎない。日本とアメリカを中心に保育の質研究をレビューした藤川(2010)や林(2014)によると、保育の質言説においては発達心理学が大きな影響力を及ぼしていることが明らかにされている。保育事故の裁判においても、子どもの発達をどのように捉えるのかが重要な論点となることが多い。

小澤（2011）が述べるように、保育事故や学校事故に関する裁判では一般的に、子どもの年齢が低いほど、教育者や施設の責任が重く判断される傾向にある。これは、危険予知能力や危険回避能力が低い低年齢の子どもを相手にしているわけだから、ある種当然のことともいえる。したがって、乳幼児を相手にする保育者の責任は一般的に重い。それでもなお、子どもの発達の態様をめぐって裁判で争われることがある。それは、子どもの発達には一般性と個別性という両面が内包されているからである。

この問題が端的に争われたのが事例①である。事例①では、生後6か月の乳児の死亡が、うつぶせ寝による窒息死かSIDSかが争われた。結果的に、SIDSの疑いが強いとして、保育園の過失は否定されたが、裁判の中で原告は子どもの発達状況について次のように主張している。

「被告N」は、「Aちゃん」を預かると同女をうつ伏せに寝かせようとしたので、「原告K」は、「被告N」に「うちの子は、うつぶせに寝かせると上手に顔を上げられないので、うつぶせに寝かせないようにして下さい。」と注意した。

この主張を被告は裁判で否認している。また、判決においても次のような判断が示されている。

6か月の乳児は、うつ伏せ位で両腕を伸ばして顔を上げ、両手で体重を支えることができる旨、また、（中略）通常生後6か月の乳児は、うつ伏せになった場合も寝返りが可能であり、鼻口部圧迫により窒息死する確率は極めて低い旨、（中略）正常な乳児なら生後5か月以上経てば、うつ伏せになり寝具で鼻口が圧迫されても、それだけでは窒息することは考えられない旨それぞれ記載されており、（中略）県立こども医療センター医師も、健康な子どもならうつ伏せによって窒息することはない旨説明していることが認められる。

もちろん、ここで示された各医師の所見は小児科学上妥当なものだろう。しかしながら、特に乳幼児の発達には個人差が大きいこともまた確かである。原告が実際に被告に対してうつ伏せにしないよう注意を促したのかどうかは定かではないが、現実の実践においてはこうした個人差への配慮がきわめて重要になる。その点で、発達の一般性に基礎を置く小児科学や発達心理学の言説、そしてそれに基づいて展開される法的世界の言説と保育実践とは異なる位相に位置している²⁾。

ただし、こうした法的世界の判断方法は何も保育所にとってのみ有利というわけではない。そのことを示すのが事例④である。事例④では、無認可保育所に預けられていた

1歳2か月の幼児の死亡につき、保育所側の監視義務違反による嘔吐窒息死と認められた。この事件では保育所側が、死亡した幼児が1歳2か月だったことを取り上げ、次のように述べている。

児童福祉法上幼児とされる1歳以上の子どもが吐瀉物吸引により窒息死する可能性がほとんどないことからすれば、保育者は、特段の事情がない限り、一人の幼児を常時注視している必要はない。

このように、児童福祉法が定める乳児と幼児の区分に準拠して、幼児の発達的一般性に基つき自らの責任を否認した。

しかしながら、この主張に対して裁判所は次のように判示した。

児童福祉法による乳児と幼児の分類は人為的、便宜的なものであるし、「Hちゃん」は本件事故当時1歳2か月であり、同法上も幼児とは言っても乳児に近いのであるから、嘔吐の危険を予期して保育にあたるべきであることに変わりはなく、また、乳幼児が嘔吐するのは、体調の好不調にかかわらず、体の未発達、あるいは感情の起伏が原因になることがあり得るのであるから、「Hちゃん」の状態が普段と特に変わりなかったからといって、それにより被告の注意義務が軽減ないし免除されるものではない…。

このように述べて、被告の責任を認めた。ここでは、幼児の発達的一般性に基づく被告の主張が斥けられ、体の未発達、感情の起伏など個別の状況に応じて子どもに十分注意することが保育者に求められている。同様の例は事例⑨にもある。死亡した子どもが発達の一般的な枠組みからは少し遅れて、寝返りができなかったこと、それへの注意を怠ったことが死亡の原因と認められている。

先述したように、現実の実践においては、子どもの発達的一般性にかんがみつつも、個別の状況に配慮することが必須である。Dahlberg & Moss (2005) が述べるように、発達のマッピングには危険性が伴う。すなわち、発達の理論から導き出される抽象的な枠組みは、子どもや教育者の日常的な姿を見失わせるからである。その意味で、事例④や事例⑨判決は、実践に携わる者にとっても、斟酌すべき点の多いものといえるだろう。

6. 教育者の責任と管理者の責任

以上、実践や養成にかかわりの深い、「保育の質」、子どもの発達というふたつの観点

から、事故の判決という法的言説の検証を行った。これまでの議論を中間総括すると、「保育の質」という問題は必ずしも保育事故の原因に直接的に結び付けられるわけではないこと、医師の所見等に基づいて子どもの発達の状況が判断される以上、一般的な枠組みの中で発達の様相が捉えられやすいこと、などが明らかとなった。

問題は、こうした法的世界の判断枠組みを踏まえて、教育者にどこまでの責任が求められているのか、という点である。その際、教育者と管理者の関係を考慮することが不可欠である。たとえば、いくら教育者が万全の注意を払っていたとしても、建物の構造上死角や盲点が生じるといった場合、教育者に一元的に帰責することはあまりにも酷であるし、責任の転嫁ともいえる。教育者と管理者の責任の分配構造を分析することは、ひるがえって、教育者の責任の在り方を明らかにすることへとつながる。こうした点が論点となったのが事例⑦である。

事例⑦は幼稚園で飲用した井戸水から病原性大腸菌に感染して幼児が死亡した事故であるが、学校法人への損害賠償は認められたものの、埼玉県への損害賠償請求は指導上の過失がないとして棄却された。一般的に学校法人は現場の教育者から見れば管理者となるが、この事例の場合、学校法人をさらに管理するものとしての行政の責任も問われるという構図になっている。

本件において裁判所は、学校教育法、学校保健法、私立学校振興助成法、浄化槽法、埼玉県自家用水道条例など、幼稚園における飲料用水に関係する法令に違背があったかどうかを逐一検証し、「権限を行使しなかったことが、当該具体的事案の下において、右権限を定めた根拠法規の趣旨、目的等に照らし、著しく不合理であるかどうかによって決定すべきもの」（事例⑦判決より）という行政法上の原理に基づき、県に責任は認められないとの判断を示した。原告側としては、本件事故にかかわるあらゆる法令を駆使して、行政の違法性を追及したわけであるが、どの法令の検証によっても、県の違法性を裏付けるものは見いだせないというのが裁判所の結論であった。したがって、結果的に法人の責任のみが認められた。

同じく行政の責任が問われたのが、事例⑩熱中症による死亡事故である。事例⑩の事故状況に関しては先述したので割愛するが、事例⑩においては教育者の責任と同時に、市立保育所を管理する市の責任も問われている。すなわち、「担任保育士以外の各関係者がその職責を尽くさなかった」（事例⑩判決より）として、市長や児童福祉課等が危機管理のマニュアルを整備しなかったこと、市長をはじめとする管理職の職員が残業代を節約するため職員会議の回数・時間を制限していたこと、問題児が在籍しているにもかかわらず児童福祉課が職員の加配を解除していたこと、市の事故後の対応が不誠実だったことなどを挙げ、市の責任を追及している。

こうした原告の主張に対してももちろん市側は反論したわけであるが、裁判所は次のよ

うな判断を示した。

日ごろからJ所長やI課長が児童所在不明時の行動指針について指導していなかったことが両保育士の上記注意義務違反を招いた面も否定できないことに照らすと、この点については、K保育士とL保育士を強く非難するのは相当でなく、これを重過失とまで評価することはできないというべきである。

原告は保育士らの行為は重過失としてその責任を追及したわけであるが、裁判所は市の事前の対応の不十分さを認定し、それをもとに保育士らの責任を減じている。

しかしながら、こうした判断によって、遺族にとってみれば要求していた損害賠償が減額されたこともまた確かである。保育士らの注意義務違反が重過失と認定されていれば、当然受けるべき補償額も大きくなる。しかし、「行政の怠慢」が認定されたことで、結果的に損害賠償額も要求額よりも減らされている。この意味で、行政の責任を追及することが遺族にとってはむしろ逆機能ともなりうるということを事例⑩は示している。

一方、行政の責任を追及しないことには、そもそも遺族が十分な賠償を受け取れない危険性さえある。もちろん、遺族にとってはいくら大金を受け取ったとしてもその傷はなかなか癒されるものではない。しかしながら、民法が金銭による賠償を原則としている以上、損害賠償の有無やその金額の多寡が責任の所在や程度を明らかにするひとつの目安であることは仕方がない。管理者たる法人や行政の責任が認定されないことで、教育者個人や零細な法人に損害賠償義務が課された結果、遺族が十分な賠償を受け取ることができない危険性がある。

もちろん、国家賠償法や民法の使用者責任の法理は、一般的な過失による事故の場合には、公務員や従業員個人に賠償を支払わせるわけではなく、使用者たる行政や法人がかわって支払う旨規定している。しかしながら、たとえば国家賠償法でも、故意や重過失の場合には、公務員個人に損害賠償責任が課されることもある。この場合、公務員や従業員の重過失を追及するあまり、結果的に、個人が負担できる経済的規模を超えた賠償は受け取れない危険性が高い。

このように、行政の責任を追及することは、遺族にとって、両刃の剣の側面を有している。現在の法制度では、どちらにせよ、遺族の被る不利益がきわめて大きいといわざるを得ない。このようなジレンマを解消するためには、どのような法制度が望ましいのかについては次節で考察するが、少なくとも教育者個人に過重な責任を負わせるような構造は、遺族が十分な補償を受け取れない、実践を委縮させてしまう（極端な話、少しでも怪我のリスクがある活動はすべて中止してしまう）危険性を考慮すると、避けるべきだろう。

7. おわりにー保育事故の防止・解決へ向けてー

以上、10件の判例の分析を通して、保育事故にかかる法的言説の構造を概観した。紙幅の都合等から詳しく検討できなかった事例もあるが、総じて次のようにまとめることができる。

民法の過失責任論を中心に長い年月にわたって議論が蓄積されてきた法的世界の言説と、「保育の質」や子どもの健全な育成を目指して議論が蓄積されてきた保育・教育の言説とでは、同じ保育事故という対象であっても、「保育の質」や発達の態様などをめぐってどうしても乖離が生じてしまう。むしろこの乖離はどちらか一方にそろえるべきというたぐいのものではなく、互いが互いを参照しつつ、自領域の発展を目指して、言説の質・量の増加が図られるべきものである。

一方、現行の法制度には、保育者の責任論や遺族に対する補償という点で問題が内包されていることも明らかとなった。こうした点を踏まえて最後に、今後の課題を提示したい。その際、養成課程、保育現場、保育法制の3つのフェーズに分けて、それぞれの課題を提示したいと思う。

まず養成課程においては、本研究で取り上げたような事故について学生のときから十分に周知させることが重要である。いまだ十分な保育・教育の経験のない学生にとって、現場のどこにリスクが潜み、どのような場面で子どもが事故に遭い、最悪の場合死に至るのかを想像することは難しい。本研究でも事例⑧のように、雲梯に出しっぱなしにしておいた紐によって幼児が首吊りに至ったという事例もある。まずはあらゆるところに事故の危険性が潜んでいるということを知る上で、本研究で取り上げたような裁判例を十分に活用することが必要である。

現場においては、こうした諸事件を咀嚼して、日々の実践を顧みることが重要である。本研究で取り上げた判例の中には、事例②のように、一般的には考えられないような劣悪な保育環境下での事故もあれば、SIDSのように、教育者や管理者がいくら注意しようが、防ぎようのない死もある。しかし、事例⑧のように、出しっぱなしにされた紐を片付けるなど、教育者等がわずかな注意義務を果たせば防げたと考えられる事故も多い。現場で実際にどのような危機管理教育が行われ、安全管理体制が整えられているのか、それらにどういった問題があるのか、こうした諸点を明らかにしていくことは、今後の研究の課題といえるだろう。

最後に、保育法制の課題について述べる。先述したように、現行の民事法制の下では、行政の責任を追及してもしなくても、遺族の不利益になるところが大きい。また、事例⑦のように、多大な労力をもって関係するあらゆる法律を精査してみても、行政法の原理の壁に阻まれて行政の責任が認められない事例もある。しかしながら、保育事故は決

して教育者個人や施設にのみ責任が還元されるわけではない。裁判で認められるか否かは措くとしても、事例⑦や事例⑩のように、行政による事故対応の不備や管理体制が問題となる事故も多数ある。こうした事故に対しては、行政が一定程度責任を認め、遺族が迅速に損害賠償等を受け取れるよう、あらかじめ法制化するという立法措置も考えられる。また、不幸な事故を教訓とするために、行政間のネットワークにより事故情報をデータベース化、共有化できる仕組みを作ることも重要であろう。

以上、本研究から読み取れる範囲で、事故に対する今後の課題を提示した。むろん、ここで提示したこと以外にも、様々な点が課題として指摘しうる。いずれにせよ、不幸にして事故は起こってしまうし、これからも起こりうるものであるが、研究においても実践においても、そうした事故を絶えず教訓として吟味していくことがもっとも重要なことである。

注

- 1) 大宮 (1996)、林 (2014) など。
- 2) 事例⑥においても、発達の一般的な枠組みに基づく判断が示されている。事例⑥でも嘔吐を放置したことによる窒息死かSIDSかが争われたが、その際発達科学の教科書に出てくるような月齢ごとの運動機能の変化について詳細に紹介され、結果的に嘔吐による窒息死の可能性が捨象されている。

参考文献

- Adolf E.F. 1947 *Physiology of man in the desert*. New York Hafner Pub Co p.191
- 秋田喜代美・箕輪順子・高櫻綾子 2007 「保育の質研究の展望と課題」『東京大学大学院教育学研究科紀要』第47号 289-305頁
- 鮎澤衛 2014 「学校管理下における突然死の現状と対策」『小児保健研究』第73巻第2号 272-276頁
- 鮎澤衛 2016 「学校における突然死」『臨牀と研究』93巻11号 61-66頁
- Dahlberg, G. & Moss, P. (2005) *Ethics and Politics in Early Childhood Education*. Routledge.
- 藤川いづみ 2010 「保育の質をめぐる問われていること」『桜美林論考心理・教育学論考』第6号 49-65頁
- 古畑淳 2013 「熱中症による園児の死亡と保育士の児童動静把握義務違反の重過失 - 上尾市立保育所園児熱中症死亡事件の検討 - 」『山梨学院大学法学論叢』第70号 63-85頁
- 林悠子 2014 「保育の『質』として語られてきたこと」『佛教大学社会福祉学部論集』第10号 49-65頁
- 神奈川県教育委員会 2014 『中学校・高等学校生徒のスポーツ活動に関する調査報告書』
- 厚生労働省 2015 『保育施設における事故報告集計』
- 文部科学省 2012 『学校における体育活動中の事故防止について (報告書)』
- 日本スポーツ振興センター 2015 『学校の管理下の災害』

- 大宮勇雄 1996 「保育カリキュラムの『構造化』と子どもの生活経験の質 - 欧米における『保育の質』研究の到達点(1) - 」『福島大学教育学部論集』第60号 91-110頁
- 小澤文雄 2011 「保育活動にともなう事故と保育者の安全配慮義務 - 保育活動にともなう事故の判例の分析・検討を中心に - 」『東海学院大学研究紀要人文科学研究』第16号 83-104頁
- 谷諭、大橋洋輝、高尾洋之 2016 「成長期の頭部外傷の現状」『臨床スポーツ医学』Vol.33No.11 1032-1037頁
- 山本雄二 2009 「ドキュメントを読む - いじめ自殺訴訟判決を例に - 」『教育社会学研究』第84集 65-81頁