埼玉学園大学・川口短期大学　機関リポジトリ

A Study on the Environment of Kindergarten : Improvement of one Kindergarten and Clues to Countermeasures after the Accident

メタデータ	言語: jpn
	出版者:
	公開日: 2019-03-11
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 小川, 房子, OGAWA, Fusako
	メールアドレス:
	所属:
URL	https://saigaku.repo.nii.ac.jp/records/1206

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

幼稚園の園内環境づくりに関する一考察
── A 幼稚園の改善と事故後の対策を手掛かりに ──

小　川　房　子

は じ め に

平成 30 年 4 月から幼稚園，保育園，幼保連携型認定こども園で施行されている 3 法令において「安全面への配慮」「安全管理」が強調されている。保育者には子どもの発達の課題を明確に捉えつつ，自発的な活動としての遊びを生み出す環境を整える力が求められている。保育の場で求められている「安全面への配慮」「安全管理」は決して「撤去」や「規制」ではない。保育者には，危険を察知しそれを子どもにも察知できるように伝える力や安全面に配慮しつつ環境を構成する力も必要である。

Ⅰ　研究の目的

1. 子どもを取り巻く環境の変化と子どもの育ちの変化

子どもを取り巻く環境からの「3 間」喪失が取り上げられるようになって長い年月が経過した。しかし，子どもを取り巻く環境は改善されぬままである。平成 14 年，国土交通省が「都市公園における遊具の安全確保に関する指針」を発表したことを受け，約 140 の遊具製造業者が加盟する社団法人日本公園施設業協会が安全のための規準案を策定した。このことが事故予防の道筋となり，子どもたちが安心て遊べる「空間」の復活につながると期待したが，安全策としての遊具の「撤去」により，無機質な公園ばかり目にする現状である。他の要因とも相まった結果，公園で遊ぶ子どもの姿が見られなくなりつつある昨今である。

4 歳児クラスにおいて，幼稚園に 3 年保育で入園した進級児と 2 年保育で入園した新入園児とで固定遊具の到達度を比較すると，6 月には大きな差があるが 12 月になるとほとんど差が見られなくなる。このことは，入園前に固定遊具で遊ぶ経験が乏しく，入園後にその力をつけている証[(1)] であり，身近な公園で固定遊具で遊ぶ経験をしていないことが考えられる。保育の場での固定遊具の使い方の指導も必須事項となっている。

2. 子どもの育ちの変容の要因

現代社会を物語るものとして時間・距離の感覚の変容も挙げられる。テレビの普及とあいまって進行し，同時に電話の普及によって大きく変化させられている[(2)]。携帯電話・携帯テレビの普及によって，よりいっそう時間はデジタル化され，距離は無化される現状である。これは大人社会の問題ではなく，乳幼児のテレビ長時間視聴に対する懸念ともなり，日本小児科学会は，2004年「乳幼児のテレビ・ビデオ長時間視聴は危険」を発表した。加えて，生活全般がデジタル化され，ボタンひとつで居ながらにして思いのままとなる。地域・家庭での生活がデジタル化され，子どもが日常的にする動作も単純化されている。そのため，保育環境にアナログ的要素を敢えて残し，多種の動作ができるように工夫している幼稚園・保育園も多くある。

子どもの遊びも1983年にファミコンが発売され一変した。1990年代にかけては量的に限界まで縮小し，それとともに遊びが室内化，少人数化するなど質的な変化をしたと指摘されている[(3)]。遊び方の変化に伴い玩具も変化し，伝統的玩具も「操作性」という新しい要素を加えて現代に復活している。架空の世界観に入り込んで操作するのである。架空の世界観を広く厚く抱える玩具こそが現代の玩具である[(4)]。これらは，すべて豊かさ故の変化と言えよう。しかし，一方で子どもの生活のすべてである遊びは乏しく「遊べない子ども」と表現され，子どもの育ちに大きな影響を及ぼしている。

3. 子どもの「からだのおかしさ」から「育ちのおかしさ」への悪化

先行研究を挙げると，1979年に出版された『子どものからだは蝕まれている』[(5)] の中で，長年子どものからだについて研究してきた正木健雄氏は，自分の身体を自分で守るという基本的な防衛反応や，自分の足できちんと立つというような，人間にとってごく基礎的な能力に異常が目立っていることを明らかにしている。さらに研究を進め，調査対象として初めて幼稚園を加えた1990年の“実感”調査 の結果の中から，怪我との関係が深いと考えられる項目を挙げると，「つまずいて転ぶ」（41.3%）と「転んで手が出ない」（41.3%）がワースト10にランキングされている。

このように，遡れば手先が不器用で「手が虫歯」などと表現されている例（子どもの遊びと手の研究会：1979）[(5)] や「背中ぐにゃ」「転んで手が出ない」「つまずいてよく転ぶ」「なんでもないときに骨折」（正木：1979）[(6)] など，子どもの「からだのおかしさ」は，1980年頃から認識されていた。その後，平成17年2月2日，中央教育審議会の「子どもを取り巻く環境の変化を踏まえた今後の幼児教育の在り方について」の答申において「子どもの育ちがおかしい」との報告を受け，それまで以上に子どもの心身の異変が強調して語られるようになった。改善されぬまま，からだばかりではなく「育ちがおかしい」と言われるまでに悪化したことになる。平成28

年度の学校災害調査では，幼稚園・保育所等において最も多く怪我をする部位が顔面（表 1），最も多い部位と怪我の種類は前歯の脱臼（表 2）とういう調査報告となっている。これも「手が出ない」という現代の子どもの実態と捉えることができる。

研究のフィールドであるＡ幼稚園における，昭和 51 年から平成 17 年までの 30 年間の保育中の事故の原因を「自己の不注意による事故」「偶発的事故」「人為的事故」に分類し，5 年毎に集計し，事故総数に対するそれぞれの割合を算出した結果（図 1），事故原因として最も多いのは，「自己の不注意による事故」である[(7)]。それは他の事故原因と比較しても群を抜いていることに加え，一度は減少しているものの，近年増加傾向にある。幼児期には危険を予測する力が十分に育っていないが，それに加えて 2 次的要因により近年その傾向が顕著であることを示唆する結果と言えよう。子どもの発達的課題から事故が多発する遊具を撤去するなど，地域の「空間」と同様の傾向が保育の場でも行われている現状もある。「安全面への配慮」「安全管理」を重視する一方で子どもたちの主体的な遊びを確保できる保育環境・空間構成も必要であると強く感じる。

表 1　負傷部位別発生状況（平成 28 年度　幼稚園・保育園のみ抜粋）　（件）

種別	頭部	顔部	体幹部	上肢部	下肢部	その他	合計
保育所等	3,422	18,767	903	9,690	3,553	0	36,335
幼稚園	2,015	8,576	587	4,655	2,013	0	17,846

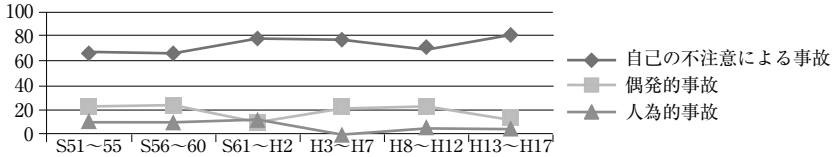
（出典：独立行政法人日本スポーツ振興センター『学校の管理下の災害――28』）

表 2　負傷部位別・種類別（平成 28 年度　幼稚園）

区分		負傷															
		骨折	捻挫	脱臼	挫傷・打撲	顔面挫傷・断裂	挫創	切創	刺創	裂創	裂創	脳震盪傷	熱傷・火傷	歯牙破折	その他	計
頭部		44	10	1	1,421	0	369	50	3	16	92	9	0	0	0	2,015
顔部	前頭部	8	2	0	466	0	645	122	10	30	152	34	0	0	0	1,469
	眼部	15	0	0	1,351	0	301	95	3	4	149	64	0	0	4	1,986
	鼻部	5	1	0	133	0	136	19	5	1	17	83	1	0	1	402
	耳部	4	0	0	67	0	71	31	2	2	19	4	0	0	0	200
	鼻部	107	1	0	193	0	52	3	2	1	3	23	1	0	0	386
	口部	24	1	72	132	0	261	49	4	1	326	8	0	5	0	883
	歯部	66	0	1,397	416	0	2	0	0	0	42	0	0	228	1	2,152
	顎部	47	5	6	185	0	556	109	0	38	137	15	0	0	0	1,098
	計	276	10	1,475	2,943	0	2,025	428	26	77	845	231	2	233	6	8,576
体幹部	頸部	9	76	6	33	0	9	3	3	0	1	6	1	0	0	147
	胸部	201	4	3	18	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	229
	腹部	20	2	0	33	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	60
	腰部	1	0	0	36	0	7	4	1	0	11	1	0	0	0	61
	背部	2	1	0	15	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	21
	臀部	2	9	0	28	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	43
	陰部	4	0	0	13	0	2	0	1	0	6	0	0	0	0	26
	計	239	92	9	176	0	24	7	7	0	18	12	3	0	0	587
上肢部	上肢部	666	0	3	20	0	8	2	4	0	0	2	0	0	0	705
	肘部	274	127	695	182	9	17	1	2	0	0	8	1	0	0	1,316
	前腕部	360	5	7	54	0	6	1	3	0	1	4	7	0	0	448
	手関節	161	59	10	39	0	3	2	2	0	6	6	1	0	0	278
	手・手指部	541	164	33	597	12	244	187	77	2	14	11	23	0	3	1,908
	計	2,002	355	748	892	21	278	193	89	2	15	25	32	0	3	4,655
下肢部	大腿部・股関節	23	5	0	29	0	6	3	3	0	3	5	9	0	0	86
	膝部	9	24	0	96	2	95	13	4	2	9	22	1	0	0	277
	下腿部	107	2	0	53	3	25	6	11	0	3	1	6	0	0	217
	足関節	177	403	0	45	47	8	2	0	0	1	1	2	0	0	686
	足・足指部	262	73	4	237	6	93	9	35	0	6	7	15	0	0	747
	計	578	507	4	460	58	227	33	53	2	22	36	33	0	0	2,013
その他		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計		3,139	974	2,237	5,892	79	2,902	711	178	97	992	313	70	233	9	17,846

（出典：独立行政法人日本スポーツ振興センター『学校の管理下の災害――28』）

図 1　保育中の事故の原因



4. 保育の場への期待と責任

現代の子育ては，心とからだの健康な育ちより，学力偏重への回帰傾向に拍車がかかっている[(8)]。このような子どもの生育環境を考えるとき，幼稚園，保育園は地域に根ざした最も身近な子育て拠点として，居場所がなくなった子どもたちをフォローアップできる施設として，今後，非常に重要な施設となるのではないだろうか[(9)]。しかし，期待の一方で重い責任も担っている。平成10年12月7日東京地裁八王子支判において，鬼ごっこをしている際，鬼の園児に背中を押されて転倒した4歳児が，タイル煉瓦製の玄関ポーチの角で前額部をぶつけて障害を負った事故について，園児が衝突しても負傷しない材質・形状のポーチにすべきであったとして保育園の責任を認める判決が出された（『保育事故における注意義務と責任』研修資料より）。1928年に米国の損害保険会社で技術調査副部長をしていた安全技術者ハーバート・ウィリアム・ハインリッヒが5,000件以上に及ぶ事故事例を根拠にして導き出した統計的な経験則によれば，1つの重大事故の背景には29の軽微な事故があり，さらにその背景には300のインシデントが存在するとされ，日本では「ヒヤリハットの法則」とも呼ばれ，保育の場でも用いられている。この法則を幼児の生活の場に当てはめるとすれば，軽微な事故もインシデントもより大きな数字になるのではないだろうか。園内すべてを負傷しない材質・形状にすることは不可能であることから，「撤去」や「規制」を繰り返しつつ，負傷しない保育を展開するという発想になるであろう。しかし，乳幼児の発達を保障することが保育施設の第一の機能と言える[(10)]ことを考えれば，負傷するような危険な場面を乳幼児が回避できる力を身につけることが必要であり，インシデント＝「事故には至らなかったが事故に至る可能性があった出来事」から事故防止策を講じる必要がある。つまり，子どもの発達的課題を的確に捉えて環境をつくる能力も，専門職である保育者に求められるということである。そして，その専門職に欠かせない〈指導計画の作成→実践・省察・反省→計画〉というエンドレスの営みは，多くの記録と切り離して存在し得ない[(11)]。それは，保育中の事故や怪我の記録も例外ではない。そこで，本稿では，保育者たちの事故に関する記録，その後の対応の記録をもとに，変容し続ける子どもの育ちと向き合い保育環境の改善に取り組むある幼稚園の実践に焦点を当て保育者が試みる安全対策を分析し，幼稚園の環境づくりを考察する。

Ⅱ　研究方法

子どもの心と体の育ちには「主体的な活動としての遊び」が重要であるという幼稚園全体の共通認識のもとで保育を実践しているＡ幼稚園における，安心安全の確保のための園内環境づくりに焦点を当てて，以下ふたつの調査を行い総合的に考察する。

1. A幼稚園の昭和60年度から平成17年度までの安心安全な環境づくりのための改善調査

園に残された記録に加え，A幼稚園での保育歴20年（取材当時）の保育者に聞き取り調査を行い，年度毎にまとめる。改善とその背景にある子どもの姿から，発達的課題と幼稚園の環境づくりを考察する。

2. A幼稚園の昭和60年度から平成17年度までの事故後の対策調査

園に残された事故に関する記録・事故報告書から子どもの育ちに関する課題が明確な7事例を取り上げ，各事例ごとに環境づくりに必要な情報となる子どもの発達的課題を考察する。

Ⅲ　調査結果とその分析

1. A幼稚園の昭和60年度から平成17年度までの安心安全な環境づくりのための改善調査

改善を一覧表にまとめた（表3）の中から，安心安全な環境づくりの視点で特筆すべき事項から優先して述べることにする。

⑴　表内①　通園バックを肩掛け型からリュック型に変更

ある幼稚園における死亡事故とその判決が（資料A），A幼稚園で話題となった。当時，A幼稚園では保護者が担任保育者から子どもを引き取った後に保護者同士で輪になって話し込むことから，死角ができる，遊んでいる子どもの動線が限られることを事故につながる恐れがあると問題視し，対策を検討していた。はじめは保護者同士の交流の場のひとつであることを考慮していたが，カバンを肩にかけたまま固定遊具などで遊ぶことは資料Aのような重大な事故につながる恐れがあることを保護者に理解してもらうために「引き取りの後も園庭に残って遊ぶ場合は，保護者の見守りのもと（肩掛け型の）通園バックを所定の場所に置いて遊ぶ」ルールを設け，保育者も根気強く理解を求めた。しかし，一向に改善されないことからリュック型の通園バックに変更される。変更に至る過程では，どのような形であれば，カバンの一部が引っ掛かったとしても窒息につながるリスクが少ないかを熟考しリュック型に決定した。

資料A　保育における事故事例と先例
　幼稚園のアーチ形の雲梯の上端部に結び付けられていた縄跳び用のロープが首に絡まり3歳児が死亡。園児の安全確保及び事故防止の注意義務を怠ったとして，幼稚園，教諭の責任を認めた。
　浦和地裁　平成12年7月25日　『保育事故における注意義務と責任』研修資料より

⑵　表内②　金属の淵のある重量テーブルからゴムの淵の軽量テーブルに変更

保育室の怪我の代表的要因として保育者が取り扱いや保育室での過ごし方に細心の注意をしていたものである。テーブルがある狭いところで押し合うなどの姿には，その都度指導的に向き合

う対応をしてきた。しかし，この頃から何もないところで躓く子が増えているという保育者たちの“実感”があった。実際に，転倒し淵にぶつける怪我も増加したことから，ゴム製の淵のテーブルに取り換えた。また，この何も無いところで躓き転倒するという保育者の“実感”は，表内の⑦に記される平成13年度のビニール性の床のクロスに張り替える改善につながる。

⑶　表内の③　約10 cm段差を緩やかな傾斜に改修

当時，事故が多発していた場所である。ここは，雨の日には，この段差とテラスまで約1 mの幅のコンクリート部分が地面の泥濘と分けてくれる必要な設備であり，昭和44年の開園当初からある。保育者たちにとっては無意識にも避けられる段差であるが，園児にとっては事故につながる可能性が高くなりつつあることを十分に理解し，注意を向けるよう取り組むも，この段差に躓き，転倒してテラスに上がる階段（2段）に頭をぶつける事故は減少しなかった。

そのため，角を取り傾斜にすることで躓きを減らす策をとった。

⑷　表内④　溝にふたを設置する

表内③の段差の直下にある幅約10 cmの溝である。この溝は，③の段差を乗り降りするために必要な歩幅・高さを考慮すると障害となるものではないが，段差に慣れない園児が増えたことから，この溝にはまって転倒することを“実感”していた。③の段差と同様に開園当初からあり，それまでの園児が難なく通過していたにもかかわらず事故原因として認識されるまでになり，ふたが設置された。

⑸　表内⑤　窓柵

保育室2階の窓の柵を取り付けた改善である。それまでは柵はなかったが，子どもが窓手前にある棚に乗り2階の窓の外に落ちたものを拾おうとするなど，危険を予知せず予想外の行動に出る姿が見られるようになったため，大事故になることを恐れて，事前に対応したものである。

⑹　表内⑥　ピアノの蓋

弾いた後には保育者が蓋を閉めるルールになっており，子どもはピアノの蓋は開けない約束事があったが，ピアノの蓋を開け閉めして遊ぶ姿が年少クラスを中心に目立つようになったこと，またその際に他児の手があることに気付かず閉める危険性を感じていたことから，重い蓋が細く小さな指を挟んでしまわぬよう，タオルを貼り付けることで完全に閉まらないよう工夫をしたものである。

⑺　表内⑦　滑り止め効果の高いクロス

テラスに雨が吹き込むと滑るということを認識できずに，濡れたテラスでも日常と同じ行動をする姿が多くみられるようになったことが改善の背景にある。濡れたら滑ることを生活の中で知恵として身につけることとそれによってどのような行動をすべきか判断する力をつけることに取り組んできたが，滑って転倒する園児が目立つようになった。前年度には，大きな事故を未然に

防ぐために，雨の日にはアクリル板を立てテラスを分断する改善をしたが，有効な改善策にはならず，翌年度にシートの張り替え工事をするに至った。

⑻　表内⑧　木製大型積み木をウレタン製大型積み木に変更

本来の積み木遊びはもちろんのこと，長年園児たちが基地作りやごっこ遊びなどにも取り入れ，親しんで使ってきた木製大型積み木を，扱いきれずに落とす姿が目立つようになった。また，扱い難いために使用頻度が下がった。長年にわたり使い，破損も多くなり，棘が刺さる怪我も増加したことから取り替えるに至った。その後はウレタン製大型積み木にした。

表 3　安心安全な環境づくりのための改善

	M幼稚園の主な環境の改善
S60 年度	朽化したシーソーブランコ撤去。補充なし。
S61 年度	少保育室の乗用のミニカーを老朽化により撤去。年少児の人数増加に伴い補充せず。
H2 年度	⑤道具箱上の窓外壁に落下防止の柵をつける。
H4 年度	⑥この頃より，ピアノの蓋に積み木とタオルを付け完全に閉まらないようにする。
H9 年度	※保育室のガラス戸に飛散防止シートを貼る。
H10 年度	②淵にぶつけて切る事故が多かったテーブルを軽量でゴムの淵のものと換える。
H11 年度	⑧過去に事故が多かった木製の大型積み木をウレタンのものに変える。 ・木製のままごとセットを処分。　・老朽化のため，朝礼台を撤去。平型ベンチ（可動）が 3 台設置される。 ・雨の日は，事務室へのテラスを一部遮断する。
H12 年度	⑦保育室前のコンクリートテラスと階段を滑り止め防止効果のあるシートに貼り替える。 ③保育室前のテラスへ向かう，高さ 10 センチ程の段差を斜面に加工する。 ④幅，約 10 センチ，深さ約 10 センチの排水溝にプラスチック製の蓋をつける。 ・プラスチック製ままごとセットを補充。
H13 年度	⑧保育室床，板からクッション性の高いビニール製マットに替える。 ①肩掛けの通園バックからリュックサック型の通園バックに変更する。 ・老朽化した板ブランコからゴム製の柔らかいブランコに取り替える。
H14 年度	・和式便座から洋式便座中心のトイレにする。
H15 年度	・保育室をエアコン完備にする。　・応急処置講習会，職員研修として全職員受講。
H16 年度	・年少保育室用の滑り台を，一時撤去する。
H17 年度	・行事の日，ブランコ支柱にクッションを巻く

（A 幼稚園の事故報告書および聞き取り調査をもとに筆者が作成）

2.　A 幼稚園の昭和 60 年度から平成 17 年度までの事故後の対策調査

この調査は，A幼稚園に残された記録と事故報告書を元にして，事故後にM幼稚園の職員がどのような対策を取ったのかを明らかにするものである。昭和 60 年度から平成 17 年度までの事故の中から，その事故により推察される育ちの課題と事故後の対策が明確な 7 事例を挙げる。

⑴　事例①　昭和 60 年 3 月 19 日の事故から推察される育ちの課題と事後対策

事例 1 の事故が発生した頃から，雨の日のテラスで滑る子が増えてきたと“実感”するようになった。路面の状態を見て，どのような行動をすべきか判断することができない子が少しずつではあるが増加したということである。また，A幼稚園ではテラスには屋根があり，激しい横殴りの雨が降ってもテラスの全面が濡れることは稀である。雨→テラスが濡れている→滑る→濡れて

いない端を歩く，雨→テラスが濡れている→滑る→滑らないように慎重に歩くという一連のイメージをして自己の行動を判断したり，調整したりする力が十分に育っていないことが推察される。

子どもの中にすでに育っている判断力として捉えるのではなく，保育者が指導すべき内容として認識する必要がある。

保育者も子どもの状況と危険を認識し留意したことから，その後事故は多発しなかった。園児にも天候や状況を意識させるよう取り組み，保育者もそのような状況の際は注意を呼びかけた。その後数年は事故もなく経過したが，年々，怪我を負わないまでも滑る園児が目立つようになり，平成 11 年度の雨の日にはテラスを分断し，走らないための工夫をした。しかし，歩いていても滑る姿が多くみられるようになり，平成 12 年度に張り替えの改善工事をした（表 3 ⑦）。

事例①
昭和 60 年 3 月 19 日，雨が吹き込むテラスで年長女児が急ぎ目に歩いていて転倒し脳震盪を起こす事故が発生。検査も兼ねて，一日入院した。この事故の後，雨の日には雨が吹き込み危険度も増すことから，対応策を話し合った。結果，ワックスをかけることはより滑りやすくするため，園内美化の目的で各学期末にかけていたワックスがけを，年に 1 度，園児への影響が少ない夏休み前にかけることに変更された。また，後日，滑り止め用の黒いゴム製のシートを購入し雨の日にはテラスに敷くことにした。しかし，このシート自体につまずくなど，更なる危険が予想されたので，後にこのシートを敷くことは取り止めになった。

⑵ 昭和 62 年 6 月 4 日の事故から推察される育ちの課題と事後対策

シートで滑り，医師の診断を要する事故は初めて発生した。裸足で，しっかりと路面を捉えて歩くことができにくくなっていることが推察される。

この事故について担任保育者から全体へ報告され対策を話し合った。園児が遊んだものは，保育者と一緒に園児も片付けることを保育方針としてきたが，シートは滑る危険があり，片付けることの大切さ以上に園児の安全が最優先とされた。園児と一緒にシートは洗わず，その他のものを一緒に片付けることにした。また，水洗いの際には，滑る危険があるものに関して，十分注意して行うこと意識付けるようにした。

事例②
昭和 62 年 6 月 4 日，園庭の足洗い場において，年中女児が泥粘土の片付けをしている際に洗っていたシートの上で転倒し，流し場にぶつけ後頭部を切る事故が発生。

⑶ 平成 9 年 7 月 1 日の事故から推察される育ちの課題と事後対策

この事故は，Ａ幼稚園において子どもの育ちの課題を改めて考え直すきっかけとなった。事故報告書によると，ガラスに突っ込む直前には障害物を認知して止まろうとする様子は見られなかったようである。この記録から，目の前にある障害物を認知できない，障害物を認知しても静止することができない，ふたつの育ちの課題が推察される。

幼児の育ちの異変を思い知らされる事故となった。事故後，幼児の姿を保育者間でも話し合い再発防止に取り組むとともに，園児の異変を深刻に受け止めた。ワイヤーガラスに変更すること

も検討されたが，飛散防止シートに模様シートを重ね貼りし強化することに加え，ガラスがある目印としての役目を期待して模様シールを貼ることにした。保育室の明るく華やかな雰囲気を大切にしつつ改善する方法を話し合い工夫したのである。（表３※1）。

事例③
平成９年７月１日，年少の保育室にて年少男児が走って来た勢いのまま保育室のガラスに突っ込み，ガラスを突き破る事故が発生。事故は，食事の後で，保育室にはテーブルが出されていた。A幼稚園では遊んでいてガラスを割ることも数年に一度は起こるが，園児がガラス戸に突っ込んだのは初めであった。このときには，ガラスの厚さは，最大のものになっていた。事故後，全ての保育室をワイヤー入りの強化ガラスにすることが検討されたが，保育室のガラスであることから，マイナスの印象になること避けたいことと環境を配慮して見送られた。代わりに，飛散防止シートを貼り改善した。

⑷　平成 12 年 5 月 18 日の事故から推察される育ちの課題と事後対策

雨でぬれたテラスでの事故と同様に，雨→濡れている→滑る→拭く，雨→濡れている→やらない，など濡れているからどのようにするべきか状況を的確に捉え，その後の自己の状態をイメージし行動を決める力，判断力が十分に育っていないことが推察される。

雨上がりの園庭は，固定遊具が濡れていて滑る危険があることは，生活上の指導として大切であることを踏まえた上で，この事故の後，担任保育者が，保育助手と話をし，園児が園庭に出る前に保育助手が固定遊具を拭くことにした。また，職員室で事故の報告をし，雨上がりの園庭では，固定遊具の近くにいる保育者が，雨で固定遊具が濡れているため滑る可能性があることを伝え，様子を見ながら遊ぶことができるように働きかけようという意思統一がされた。この事故以降，雨が上がったら園児が園庭に出る前に保育助手が固定遊具を拭くことが代々引き継がれて，「濡れていると滑る」ことを伝えながら拭くことが保育助手（クラス担任以外の保育者）の大事な役割となっている。また，園児たちは，固定遊具を拭く姿を見ると「もうすぐ園庭に行かれる」と期待して注目するようになった。この姿が，雨上がりは固定遊具が濡れていたら滑ることを認識させる結果となり，園児も注意するようになった。

事例④
この日は，雨が降っていたが，雨が上がり園庭の状態も良かったので，降園バスを待つ間，戸外で遊ぶことにした。このとき，園児には固定遊具が雨で濡れていることを伝え，担任保育者が後から行くまで待つように声を掛けていた。しかし，外へ出られる嬉しさからか，保育者が雑巾を取りに行っている間に園庭に飛び出し，一目散に渡り鉄棒へ行き，落下した。男児は，しっかりと手が着けず，手の甲を着いてしまい骨折した。

⑸　平成 14 年 10 月 8 日の事故から推察される育ちの課題と事後対策

楽しさが優先され危険に気付かずに遊びがエスカレートする姿を不安視して，そのような姿を職員室でもよく話題にしていた頃であった。事例５の年長児の姿からも危険なことを判断するとともに他児へも注意を向けその存在にも配慮しつつその場に望ましい行動をするための自制心が十分に育っていないことが考えられる。危険だからやめさせるのではなく，危険だからやらないと自分たちで判断できる力をつけることが必要であることを認識し，保育者同士で話し合う場が設けられていた。そのような中，事例５の事故が発生したこともあり，この日のうちに，学年４

名の担任が集まり，該当クラスの担任より報告があった。トイレは，目が届かないことも多いことを問題視して，今後できる限り，激しいドアの音などを注意深く聞き，異変を感じた場合は，見に行くような意識をもつことを話し合った。また，他学年にも報告した改めて保育者の危険場面への意識を高める話し合いがもたれた。

事例⑤
年長男児がトイレのドアを勢いよく閉めて跳ね返ってくることが楽しくなり夢中で遊んでいて，一緒に遊んでいた友達が締めたドアに手を挟み爪をはがす事故が発生。

⑹ 平成 15 年 5 月 14 日の事故から推察される育ちの課題と事後対策

入園前に太鼓橋で遊ぶ経験が少ないことから，入園して間もなくは怖がってやらない子が目立つようになっていた。反対に経験が無い故に怖さを知らずに途中で立ち往生する，一番高い中央部分で体の向きを変えられずに進むことも戻ることもできないなどの新入園児も増え移動が検討されていた。しかし，適切な場がなく見送られた。保育者が援助して安全を確保しながら経験を積み固定遊具で自由に動けるしなやかな体をつくることが課題とされた。

そのような中で起きたこの事故は，保育者が誰も見ていなかったことが職員間で問題視されることとなった。園長が全職員を集め，太鼓橋の位置・保育者が見ていなかったという現実について議題とし，話合いの場がもたれた。結果，他の場所に移すにしても，他の固定遊具や保育室に出入りする動線などを考えると適切な移動先が見当たらず，場所は現状のままということに落ち着いた。しかし，太鼓橋が，死角になりがちな位置にあることを職員全員が認識し，太鼓橋に留意すると共に，近くの保育者がクラスの枠を越えて，対応するという意思統一がされた。

事例⑥
園庭の太鼓橋で，年中女児（新入園児）が落下し，鼻骨を骨折する重大な事故が発生。この事故が起こった時刻は，降園後の 14 時 30 分頃であった。園庭には，迎えに来た徒歩通園の保護者が多くいた。そのこともあり，プラタナスと滑り台の奥に位置する太鼓橋は死角となっていた（写真①・写真②参照）。

写真①滑り台の死角になっている太鼓橋

写真②プラタナス（左の大木）の死角にもなっている

⑺ 平成 16 年 9 月 15 日の事故から推察される育ちの課題と事後対策

事例 7 は年長児の事例である。年長児はそれまでの園生活で遊び込み，自身の限界を知ることにより危険を回避する力を身につけることを目指し経験を積み重ねてきた。その年長児が，小刻みに自分の限界を超える経験をしながら自分の力を向上させる遊び方ではなく，一気に限界を超える遊び方をしたことにより，自分の体を自分の手で支え切れずに落下した。つまり，限界を判断する力，安全と危険の境界線を見極める力が十分に育っていないことが推察される。

保育終了後，職員が集まったところで，園長からこの事故のことが話された。A幼稚園におい

ては，ブランコの立ち乗りや二人乗りなど禁止はしない保育方針であることを再確認した上で，ブランコの後ろがコンクリートになっていること，排水溝に金属製の蓋がされていることなどから，大事故になる危険性も指摘された。万が一，園児が落下した場合にもクッションの役割を果たす，緩衝シートを忘れずに敷いておくよう伝えられた。事故当時，このシートが敷かれており，シート上に落下したことにより衝撃を少なくしたことを示し，シートの必要性と定位置に置くことの意味を職員全体に認識させた。

その後，保育者が近くを通る際，必ずみどりのシートが定位置にあるか確認するように徹底された。園児にもこのシートは移動しないことを園庭での約束事に加えた。園児が活動的に遊ぶことで自然にずれることもあったが，その都度，定位置に戻す保育者の姿を見て，年長児を中心とし，みどりのシートの存在と定位置が浸透していった。

事例⑦
　年長男児がブランコで立ち乗りをして後ろに揺れる際に落下する事故が起こった。頭部を打ち，病院で検査を受け異常無しの診断であった。

Ⅳ　総合考察

1. 安心安全な環境づくりのための保育者の試みから環境づくりを考える

調査１の結果とその分析から考察する。通園バックを肩掛けからリュック型に変更した事例からは，自園の事故だけでなく，他園の事故や判例など広い視野で保育における事故や子どもの事故に関する情報を取り入れ，学んでいることがわかる。変更に至る過程では，事故発生の可能性をシミュレーションしていることからも，子どもをあずかるのではなくかけがえのない「子どもの命」をあずかる自覚が感じ取れる。

金属の淵の重量のテーブルをゴム製の淵の軽量のテーブルに変更した事例からは，保育者が日常の子どもたちの事故につながる恐れのある姿を蓄積し，“実感”として意識化しいることがわかる。些細な気になる姿も軽視せずに“実感”することにより，それを安心安全な環境づくりに生かしている。また，このような子どもの姿を保育者個人の中に蓄積することに留めておくのでは，“実感”として意識化することはできない。保育者同士が常に子どもの情報を提供し合い共通点を発見することにより“実感”として意識化できる。安心安全な環境づくりをするためには，物的環境のみならず，子どもの情報を話し合える園内の人的環境づくりも不可欠と言える。

約 10 センチの段差に傾斜をつける変更と約 10 センチの幅の溝にふたをつける改善は，“実感”を手掛かりとして要因や子どもの育ちの変容を推察することができる事例と言える。保育に子どもの育ちそのものを改善することが期待できる内容を新たに取り入れることは必要であるが，その猶予があるかどうかの検討も必要である。また，園内の事故ではあるが，子どもの生活基盤を

経年比較するなど園外にも目を向けて子どもの実態を捉えること，情報を記録として残しておくことも安心安全な環境づくりには必要である。日々の保育は「万全な状態」で行うことは当然のことであるが，その認識が常態化したときに子どもの育ちのわずかな変容，環境の小さな変化，インシデントを見逃す恐れが生じるのではないだろうか。「万全な状態」を維持しつつも常に「万全な状態か？」を検討できる人的環境づくりも必要と言える。

2. A 幼稚園における事故対策から環境づくりを考える

調査 2 において挙げた 7 件の事後対策に共通するのは，報告や相談・話し合い・意識統一が行われていることである。保育者がすべきでことを考え試みている点が挙げられる（事例内下線）。保育室の中で走っていて怪我をした後に保育室で走ることを禁止する，ブランコでの立ち乗りで落下事故が起きたから立ち乗りを禁止する，ドリフト運転が危険だからとこれを禁止するといった園児に対する禁止事項は一切見られない。事故対策はどれも，事故が起こったからといって，事故防止として園児に対する禁止や規制をするものではないことがわかる。園児への規制は行わず，保育方針としては一貫性を持ちながら，職員間での注意力や意識の向上を中心とした防止策が取られている。全職員で会議が行われるものもあれば，学年単位で行われる話し合いもある。いずれにしても，ひとつの事故が発生すると，その事故について詳細に報告し，再発しない体制をとるべく話し合いがされていることがわかる。ひとつの事故が起こるたびに，職員は学んでいると考えられる。ひとつの小さな事故が，後の大きな事故を防ぐための対策をするきっかけとなっている。実際に，太鼓橋を例に挙げてみても，太鼓橋の移動はしなかったが，調査期間内ではその後の太鼓橋での事故は起こっていない。事故の原因（図 1）から考えれば自己の不注意による事故の増加に伴い，太鼓橋からの落下など，太鼓橋での自己の不注意による事故が発生しても不思議ではない実態である。環境は変えていないにもかかわらず，事故が発生していないのは，保育者の意識の変化（事例内網掛け）によるものとそれによって生まれた子どもたちの安全への自覚と言える〈事例の事後の経過参照〉。保育者は人的環境である。環境の改善と同様に，保育者の意識もまた園内環境として重要な役割を果たしていると言える。また，自園の事故からだけでなく他園での重大事故からも危険性を感じ取って対策が行われている点は特筆すべき点である。

現代社会には隙間で遊ぶしかない現状がある中，遊ばない子どもたち，遊べない子どもたちを園内でのびのび遊ばせようとしても，園生活スタート時は慎重な行動が目立つ。その一方で，「怖さを知らず」に行動する子に対し「手をかける」必要がある。しかし，子どもたちが園生活に慣れる頃からは，配慮する対象が縛り切れない状況になる。そのため，状況を見極め事故を未然に防ぐには，状況から危険を察知し「目をかける」必要がある。

研究のフィールドとなった A 幼稚園のブランコには周りを囲む柵はない。しかし，落下事故は

起こってもブランコに激突する事故は起こっていない。危険だから排除する，怪我をするから遊ばせないというマイナスの思考からは質的発展は望めない。その昔，ロバート・フルガムは『人生にとって必要な知恵はすべて幼稚園の砂場で学んだ』（河出書房新社）という本を著して話題を読んだ。しかし，近年は砂場に砂さえ無い園もある。砂は水と一緒に使用することによって可塑性に富み，子どもにとってより魅力的な素材となるが，砂場で水を使うことを禁止している園もある。このような環境構成では，一生分の知恵を得る機会さえ与えられていないことになる。A幼稚園では，大規模な環境改善から保育者の意識改革に至るまで大小の改善が行われてきた。事後対策では，保育者の意識が高まることにより子どもたちが危険を認識し回避する好転も見られた。園内環境の改善調査だけをみると，保育環境から危険を排除することを優先としているようにも受け取れるが，ひとつの事故から保育者たちが学び，同じ事故を繰り返さないための取り組みが子どもたちに危険を認識させることにつながっている。保育者が保育アイデンティティを形成し，安全で開かれた環境づくりをし，子どもたちをのびのび遊ばせる。この取り組みこそ現代的に必要な保育の環境づくりであると考える。また，保育者の姿がモデルとなり子どもたちの環境への関心や危険を予知する力を生み出すことも，事故の事後対策の〈その後の経過〉で明らかになった。地域社会が崩壊し，異年齢集団の中で年長者から学ぶ機会が無い現代社会において，保育者がかつての年長者の代わりになって，子どもたちの潜在能力を引き出すことも必要である。人的環境としての保育者の現代的役割のひとつであり，現代の保育者として望ましい姿であると考える。また，この人的環境が園内環境づくりにプラスの働きをする。

3. 育ちの過程における幼児の課題について

A幼稚園の日常の生活の中で園児が難なく通過し，事故原因ではなかった10センチの段差が縫合処置を必要とする事故の原因として認識されるようになった背景には，段差を認知する力，その段差を越えるために確実に足を上げる力が育っていないことが推察された。幼稚園周辺の住環境が2階建ての一軒家から高層マンションに変わったことから，階段が無い生活をしている園児が増えたことが，一つの要因であると考えられる。

10センチの段差の角を取り，その段差と接続した溝にふたを設置した背景には，接地した段差と溝をひとつの障害物として認知することができず，より目立つ段差という障害物に注意を向けると，溝というものひとつの障害物に注意を向けることができないことが推察される。段差を越える場合は，それまでは一連の通常の歩行の流れの中で通過できたものが，近年の子どもたちは直前で段差に乗るためのギアチェンジが必要になり，段差から降りる場合は，直前で止まり真下に足を下ろすことが必要となったことにより溝に足を取られることも推察される。同じ10センチという段差が，近年，より大きな障害物になっていると言えよう。

ピアノの蓋が完全に締まらないように細工を施した背景としてふたつのことが挙げられる。ひとつは「自己の不注意による事故」の実態が質的に変化したことである。もうひとつは，「人為的事故」の発生率は横ばいであるが，けんかをして相手を怪我させるなどのような人とのかかわりの中で正しい判断をすることができずに生じる「人為的事故」から，周囲にいる子への注意が及ばずに生じる「他児の不注意による人為的事故」発生を懸念していたことである。

すべり止め効果の高いクロスに張替えた背景には，その場所の状態を見極めてその状況下で望ましい行動をする判断力が身についていないという育ちの課題があるのではないだろうか。判断力を身に付けるためには，多様な状況を体験しその体験のひとつひとつを判断するための情報として内面化することが必要である。この点から言えば，園生活だけではなく，家庭や地域の生活においてもその力を付けるだけの経験が乏しいことになるのではないだろうか。安全な行動＝危険を回避する力と捉えて良いのかという点は十分に検討する必要はあるが，安全な行動ができるということは，この事例で言えばアクリル板のような行動を制限する策がとられていなくても，自ら行動を制限できる力ではないだろうか。アクリル板を立てるなどの策は，危険を回避するための目印を設置したに過ぎず，子どもの「力」の養成に有効であったかどうか検証が必要であろう。保育において策が有効に作用しているかどうか，常に自己点検することも必要である。

木製大型積み木をウレタン製大型積み木に変更したということは，それまで同年齢の園児が在園中に愛用してきたものを扱いきれなくなったということになる。その背景には，生活様式の変化に伴い，生活の中での基本的な動作が単純化したことにより，それを移動するための体の使い方ができないことが推察される。より扱いやすいものに変更し，積み上げる，左右に平行移動する，降ろすなどの動作を遊びの中で反復することの意味は大きい。このような基本的動作の習得がしなやかな体をつくり，怪我を減少させることにもつながるのではないだろうか。子どもたちの「できない」を「わかる・できる」に変えるには，環境を通して必要なことを繰り返し伝えることが必要であり，そのためには「撤去」や「規制」を繰り返すだけでなくその環境の中で何をどのように伝えるかを保育者集団が解決策を検討し➡実践し➡点検し➡新たな解決策を試みるという連続性の中で，環境づくりをする必要がある。

（誌面の都合上，調査１及び調査２に見られる子どもたちの具体的な姿と課題は以下にまとめる）

【子どもたちの具体的な姿と課題】

・何もないところで躓く・平らな床で転倒し怪我をする　・段差を越えるために確実に足を上げて上ることが苦手
・滑り転倒する園児が目立つ　・しっかりと路面を捉えて歩くことができにくく，転倒する
・段差に乗る場合は，一連の通常の歩行の流れの中で通過できない
・段差の手前で止まり，段差に乗るためのギアチェンジが必要
・段差から降りる場合は，直前で止まり真下に足を下ろす　・10 cm 程度の段差を認知して乗り降りすることができない
・10 cm という段差が，近年は大きな障害物になっているほど，段差への対応ができない

・接地した段差と溝をひとつの障害物として認知することができず，より目立つ段差という障害物に注意を向けると，溝というもうひとつの障害物に注意を向けることができない　・目の前にある障害物を認知できない
・障害物を認知しても静止することができない　・木製の大型積み木を，扱いきれずに落とす姿が目立つ
・2階の窓の外に落ちたものを拾おうとするなど，危険を予知せず予想外の行動に出る　・他児への注意が及ばない
・濡れていたら滑るなど，知恵が身についていない　・状況に応じてどのような行動をすべきか判断する力がついていない
・雨→テラスが濡れている→滑る→濡れていない端を歩く，雨→テラスが濡れている→滑る→滑らないように慎重に歩くという一連のイメージをして自己の行動を判断したり，調整したりする力が十分に育っていない
・状況を的確に捉え，その後の自己の状態をイメージし行動を決める力，判断力が十分に育っていない
・危険なことを判断し回避する力が十分に育っていない　・限界を判断する力が育っていない
・安全と危険の境界線を見極める力が十分に育っていない　・固定遊具で自由に遊べるようになる年齢が遅くなっている

おわりに

子どもが育つ環境として欠けていることの多い現代社会だからこそ，保育者の専門的視野と環境を生み出す力が必要であると再確認した。今後の保育者養成に生かしたい。また，本稿で取り挙げた保育中の事故については，子ども側の要因に加え，熟達度や保育体制など保育者側の要因と合わせて考慮すべきであると考える。しかし，研究対象園の園内環境は小さな改良はあったものの長年同じでありながら，「初めての事故」が発生するということは，その園舎を使う園児の育ちが少しずつ変容していることを示唆するものであると考える。調査期間以降の育ちの変容を明らかにすることが今後の課題として挙げられる。より新しい調査結果を加え，今を生きる子どもの健やかな育ちのため，今後も研究を重ねたい。

《注》

（1）　小川房子（2006）明星大学通信制大学院研究紀要 vol. 6　教育学研究 pp. 47～58
（2）　本田和子（1999）『変貌する子ども世界』中公新書 p. 95
（3）　井上寿著（2008）「元気な子どもを育む保育環境とは」塩野谷斉・木村歩美編，『子どもの育ちと環境』ひとなる書房 pp. 155～176
（4）　森下みさ子（1996）『おもちゃ革命』岩波書店 p. 63
（5）　子どもの遊びと手の労働研究会　代表・寺内定夫・森下一期（1979）『子どもの遊びと手の労働』あすなろ書房 p. 17
（6）　正木武雄（1979）『子どものからだは蝕まれている』柏樹社
（7）　小川房子（2007）日本保育学会第 60 回大会発表論文集 p. 333
（8）　保育問題研究 235 号（2009）新読書社 p. 6
（9）　井上寿著（2008）「元気な子どもを育む保育環境とは」塩野谷斉・木村歩美編，『子どもの育ちと環境』ひとなる書房 pp. 155～176
（10）　塩野谷斉著（2008）「子どもと環境」塩野谷斉・木村歩美編，『子どもの育ちと環境』ひとなる書房 pp. 13～28
（11）　諏訪きぬ編著（2009）『“子育て・子育ち”支援と課題』フレーベル館 p. 155

（提出日　2018 年 9 月 28 日）