

平成 23 年 7 月 11 日に神奈川県内の幼稚園で発生したプール事故
に係る事故等原因調査について（経過報告）

平成 25 年 10 月 18 日
消費者安全調査委員会

平成 23 年 7 月 11 日に神奈川県内の幼稚園で発生したプール事故について、鋭意事故等原因調査を進めてきたところであるが、事故の原因究明及び類似の事故の再発防止策の検討のため、これまでの調査で得られた情報を基に幅広い観点から更なる事実の確認や分析が必要である。このため、当該調査を開始した日（平成 24 年 11 月 6 日）から一年以内に事故等原因調査を完了することが困難であると見込まれる状況にあることから、消費者安全法（平成 21 年法律第 50 号）第 31 条第 3 項に基づき、以下のとおり当該調査の経過を報告¹する。

なお、消費者安全調査委員会（以下「調査委員会」という。）による調査は、事故の責任を問うために行うものではない。

1. 事故の概要²

平成 23 年 7 月 11 日午前 11 時 48 分頃、神奈川県内の幼稚園（以下「当該幼稚園」という。）で行われていたプール活動において、当該幼稚園の 3 歳の男児がうつぶせに浮いているのを、プールサイドで男児とは別のクラスの園児にシャワーを浴びさせていた当該クラスの担任教諭（以下「先輩 A 教諭」という。）が発見した。

すぐに男児の担任教諭（以下「担任 B 教諭」という。）が男児をプールから引き上げ、主任教諭が当該幼稚園に近接する園医（クリニック）に運んだ後、男児は救急搬送されたが、午後 2 時 02 分に死亡が確認された。

¹ 本経過報告の内容については、今後更に新しい情報や状況が判明した場合、変更することがある。

² 消費者安全法第 28 条第 1 項に基づく事故等原因調査等の申出の内容並びに当該事故関係者からの口述聴取及び提出資料等を基に調査委員会が要約した。

2. 調査の概要

本件事故が、幼稚園のプール活動中に発生したことに鑑み、当該幼稚園の教育環境を始めとする事故発生に係る背景・要因等の分析、医学的見地からの子どもの安全対策及び教育実施上の安全管理など複合的な観点から事故の原因を究明するとともに同種又は類似の事故の再発防止策の検討を行う必要があることから、調査委員会は、産業・組織心理学、人間環境学、小児医学及び幼児教育の分野の専門委員計4名を担当として指名した。

現時点までの主な調査事項は、次のとおりである。

(1) 事故関係者からの聴取

当該幼稚園関係者から、事故当時の状況等について、口述聴取を行った。

(2) 事故現場の調査

当該幼稚園のプールにおいて、プールの構造、周辺環境の調査・確認を行った。

(3) 医療関係者からの聴取

死因等に関して医療関係者からの口述聴取を行った。

なお、本件事故は、発生から時間が経過しているなか、事故当時、プール内に監視カメラが設置されていなかったことなど物理的な証拠が少なく、関係者の記憶に依存する部分が多い調査となっているため、事実関係の確認が難しいものになっている。

3. これまでの調査で把握した主な事実情報

3. 1 事故発生現場

当該幼稚園のプール

構造：コンクリート製

面積：直径 415 c m × 457 c m（円形状）

深さ：65 c m ～ 70 c m

3. 2 本件事故発生前のプール活動の状況等

事故関係者の口述及び提出資料によれば、次のとおりであった。

- (1) 当該幼稚園のプール活動は、学年単位で日程が決められていた。
- (2) 男児が在籍していたクラス（以下「Xクラス」という。）の担任には、平成23年4月に採用された新任教諭（担任B教諭）が配置されていた。
- (3) 当該幼稚園は、プール活動期に入る前に、新任教諭（担任B教諭を含む。）に対して2回プール活動の指導を行った。
- (4) プール活動期に入り、当該幼稚園は、担任B教諭の初めてのプール活動では同学年の先輩A教諭と一緒にプールに入らせ、指導を行わせた。
- (5) 担任B教諭の2回目のプール活動は、担任B教諭1名で行われた。別の教諭が、その活動の様子の一部を確認している。
なお、本件事故が発生したのは、担任B教諭の3回目のプール活動中であった。
- (6) 当該幼稚園においては、園児がけがをしたなどの場合には、当該幼稚園内の事務所（以下「事務所」という。）に園児を連れていくように指導を行っており、それが、当該幼稚園の共通認識となっていた。ただし、プール事故が発生した場合の緊急時の対応について文書で明示されているものはなかった。

3. 3 事故当日のプールの状況

事故関係者の口述によれば、次のとおりであった。

事故当日の水深：約20cm（プール活動開始時の水深）

事故当日の水温：約24℃

3. 4 事故当日の状況

事故関係者の口述及び提出資料によれば、次のとおりであった。

- (1) 事故当日、プール活動の開始時間が遅れた。そのため、年少学年の5つのクラスが1クラスずつ順番に入る予定であったものを変更し、最初に2

つのクラス、次に1クラス、そして最後に2つのクラスが順番でプールに入ることとなった。

(2) Xクラス(参加者11名)は、最後にプールに入った2つのクラスのうちの1クラスであり、先輩A教諭のクラス(以下「Yクラス」という。参加者18名)と同時に入るはずであったが、Yクラスから5分程度遅れてプールに入った。

(3) Xクラスがプールに入った時点で、プール内には、2つのクラス(XクラスとYクラス)の園児29名が入っており、担任教諭2名でプールの管理指導を行った。

その後、先にプールに入ったYクラスの園児18名がプールから上がり、プール内の園児がXクラスの11名になった。

(4) 男児の異変を発見したのは、先に上がったYクラスの園児に、プールサイドに設置をされていたシャワーを浴びさせていた先輩A教諭であった。

(5) 担任B教諭は、Yクラスの担任の先輩A教諭から声をかけられ、すぐにプールから男児を引き上げ、園児がけがをしたなどの場合の共通認識に従い、男児を事務所へ運んだ。事務所には、園長(事故当時、以下同じ。)及び職員は不在であった。

(6) 園庭で作業を行っていた園長及び園内にいた他の教諭がかけつけ、男児は園長らに引き渡され、救護措置を受けた。

(7) その後、男児は、当該幼稚園の主任教諭によって、近接の園医(クリニック)へ運ばれた。

(8) 園医は措置を行う一方で、救急車を要請し、男児は病院へ搬送された。搬送先の病院で午後2時02分に男児の死亡が確認された。

3. 5 事故後に幼稚園が講じた再発防止策

当該幼稚園関係者の口述及び提出資料によれば、次のとおりである。

(1) 担任教諭以外に監視に当たる職員を配置

(2) 救急法(心肺蘇生法、AEDの操作研修)の訓練の実施

(3) AEDを設置

4. 今後の調査の観点

同種又は類似の事故の再発防止を考えるに当たっては、プールで発生するものに限らず、海や川での水遊びや家庭の風呂等も含めて、子どもの溺水事故は少なくないといった視点も重要である。1年間で、子どもの溺死事故は約80件発生³しており、このような身近に潜む危険に関する知識や情報については、広く共有されることが重要と考えられる。

また、重篤化を防ぐためには、一刻も早く救護措置を採ることができるかどうかも重要と考えられる。重篤化防止を考える視点としては、活動中の子どもたちの動きを注視すること、緊急時の対応が冷静かつ適切に採られるよう日頃から連絡の手順や救護の知識が共有されることなどが考えられる。

そして、これらのことが、1つの園にとどまらず広く共有されることも重要と考えられる。これらは、一見して当然のこととも思えるが、実際には、見落とされがちなことではないかと考えられる。

調査委員会は、今後、こうした視点を踏まえつつ、更に事実の確認や同種又は類似の事故の分析を進め、これまでの調査で得られた情報と合わせて本件事故の原因調査及び再発防止策等の検討を進める予定である。

³ 出所 厚生労働省「人口動態調査」の「不慮の溺死及び溺水」による死亡事故（0～12歳）