

消費者安全法第23条第1項に基づく事故等原因調査報告書

【概要】

—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—
(消費者安全調査委員会)

本件事故の概要

平成23年7月11日(月)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(以下「男児」という。)がうつぶせに浮いているのを、男児とは別のクラスの担任教諭が発見した。すぐに男児の担任教諭(以下「A教諭」という。)が男児をプールから引き上げた。その後、男児は当該幼稚園に近接するクリニック(園医)に運ばれ、そこから救急搬送されたが、同日午後2時2分に搬送先の病院で死亡が確認された。

事故等原因

(詳細は p.6)

本件事故については、映像記録など客観的な証拠がなく、また、関係者の口述からも、男児が何をきっかけに溺れたのかを断定することはできなかった。しかし、男児の溺水が死亡につながった原因として、(1)プール活動中の園児の監視体制に空白が生じたために発見が遅れたこと、(2)当該幼稚園において、一刻を争うような緊急事態への備えが十分ではなく必要な救命処置を迅速に行えなかったことが可能性として考えられる。

再発防止策

(詳細は p.7)

1. 監視や救命処置のための体制づくり

(1) 監視(監視する者と指導する者を別に配置、事故の未然防止に関する教育)

- ・監視体制に空白が生じないように、監視者とプール活動の指導等を行う者の業務分担を明確にし、監視者、指導者を各々別に配置
- ・幼児のプール活動等の監視を行う際に見落としがちなリスクや、監視を行う際に注意すべきポイントの事前教育を十分に行う

(2) 救命処置(救急法等に関する教育、緊急事態に対応できる体制の構築)

- ・心肺蘇生(そせい)技術を始めとした応急手当等、非常時の対応について教育の場を設ける
- ・119番通報を含めた緊急事態への対応について整理し、マニュアルや定期的な訓練等により共有しておく。その際、一刻を争う状況にも対応できるものにしておく。

2. 安全を優先する認識の共有

幼稚園等においてプール活動を行う際は、幼児の安全を最優先するという認識を、管理者・職員が共有しておく

3. 幼稚園等で発生したプール事故情報の共有

幼稚園等で発生した重大なプール事故については、類似事故の再発防止のための知見として、各幼稚園等に事故情報が共有されることが重要

基本情報

<事故当日の状況>

天 気 : 晴れ
 気 温 : 31.5℃
 プールの水深 : 約20cm
 プールの水温 : 約24℃

<男児の情報（事故当時）>

年 齢 : 3歳
 身 長 : 約97cm
 事故当時の着衣 : 水着、水泳帽子（色：黒）
 体 温、体 調 : 36.8℃（当日の朝）、良好

図1 当該幼稚園のプール室



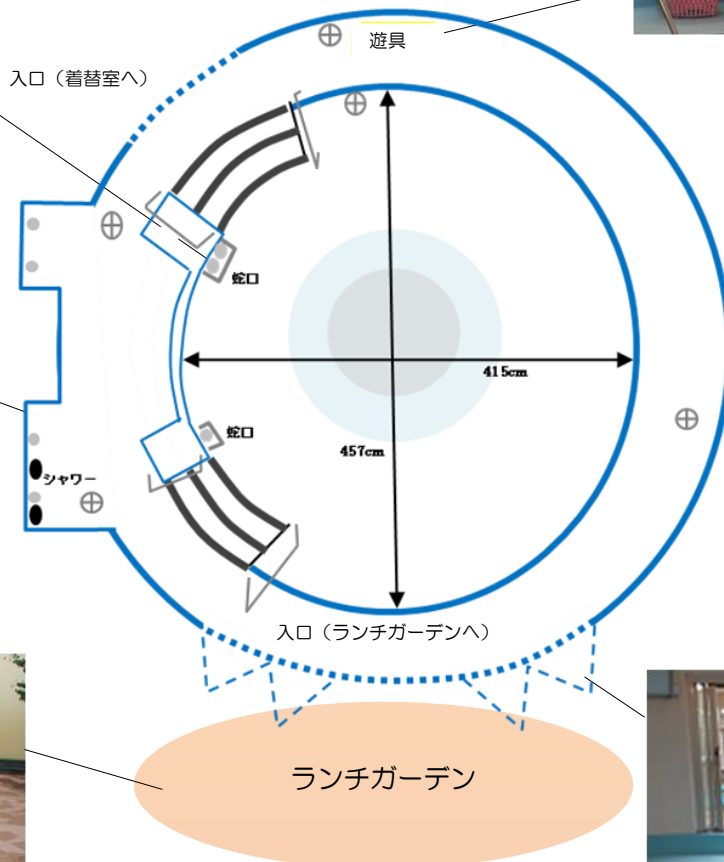
プールの蛇口



プールで使う遊具



シャワー設置場所付近



ランチガーデン（右手奥はプール室入口）



プール室から見たランチガーデン

本件事故における監視等

(1) 監視の状況

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のA教諭が配置されていた。A教諭にとっては、事故当日が3回目のプール活動であった。

後述のとおり事故当日はスケジュールの変更が生じ、XクラスはA教諭の先輩（以下「B教諭」という。）が担任する同学年の別のクラス（以下「Yクラス」という。）と同時に最後にプールに入ることとなった。Yクラスは先にプールに移動し、XクラスはYクラスから5分程度遅れてプールに入った。この時点で、プール内には、XクラスとYクラスの園児が入り、担任教諭2人でプール活動の監視・指導を行った。

Yクラスは先にプール活動を終えてプールから上がったため、途中からXクラスのみで活動することになった。このように、事故発生時、当該幼稚園プールでは、A教諭が監視と指導と片付けを一人で同時に行う状況になっていた。このような状況下で、園児の監視体制に空白が発生していたことが認められる。

先にプール活動を終えたYクラスの園児がプールから上がった後、A教諭は1人でXクラスのプール活動の監視と指導を行い、それらに加えて、活動中に使用した腕浮き輪とプール内に散乱していたビート板の片付けを行っており、これらの遊具を片付けている際に、園児に背を向けた時間が生じたと認められる。

A教諭の口述によれば、園児に背を向けていた時間は短時間であったとのことであるが、監視業務に専念できない状況下では、プールの側を向いていたとしても、溺水している男児を発見することが困難な状況であった可能性、つまり、「視野に入っていない見えていない」状況に陥っていた可能性が考えられる。

(2) 監視業務を優先することが妨げられた要因

園児の指導、監視、片付けの業務が混在する中で、本来優先されるはずの監視業務を優先することが妨げられたことについて、考え得るいくつかの要因の存在が明らかとなった。

① 監視業務と指導業務を兼任することの負担

当該幼稚園のプール活動においては、基本的業務は、監視業務と指導業務であった。監視業務とは、プール活動等における園児の安全確保を図るため、プール活動等に参加する園児全員を見守ることであり、指導業務とは、プール活動の進行や遊びの補助を行ったり、園児とコミュニケーションを取ったりする等の教育的な業務である。このように、多くの集中力を要する監視業務と指導業務を同時に一人の教諭が行うこととされていた。

② 担任教諭の負担感の増幅、監視へ向ける集中力の低下をもたらす要因

ア 当該幼稚園の教員に対する指導方針

当該幼稚園は教員に対し、整理整頓や礼儀正しい行動を強く求める指導方針をとっていたと考えられる。このこと自体否定されるべきものではない。しかし、指導を受ける者によっては、指導が厳しすぎると感じて負担感を増幅させてしまう可能性が考えられる。

イ スケジュールの変更と時間的な切迫

事故当日、プールの水の入れ直しに伴って業務の進行の遅れが発生し、2クラス合同のプール活動など、当日の朝時点では予期しなかったスケジュールの変更が生じた。

さらに、Xクラスがプールに入る際には、同時にプールに入る予定であったYクラスが先に入ってしまう、遅れたXクラスが最後に単独でプール活動をするようになった。A教諭にとっては一日の最後のプール活動の後片付けは経験したことがなく、「片付けもきっちりやらないと（いけない）と思った」と口述している。

新任教諭であるA教諭の業務遂行能力を考えると、予期しないスケジュールの変更、時間的な切迫やプールを最後に出ることになるなどの状況が、負担感を増幅させ、心理的に焦りを感じさせていた可能性が考えられる。

ウ 追加業務の発生

自らの指導で使用した腕浮き輪の片付けに加えて、遊具を入れる籠の後ろに散乱するビート板の片付けという追加業務が発生したことが園児に背を向ける一因となった。

さらに、A教諭の口述によると、ビート板の片付けに要した時間は短いとのことであるが、切迫感を感じ、余裕が少なくなっていた中での追加業務の発生が、監視へ向ける集中力を更に低下させ、園児（プール）の方を向いていた時間についても、「視野に入ってはいても見えていない」状況であった可能性が考えられる。

また、A教諭の「遊具を散乱させておくと叱られると感じた」、「すごく迷ったが、やらなければいけないのかなと考えた」という口述から、当該幼稚園の教員に対する厳格な指導方針によって、本来であれば「片付けは後回しにしても園児の監視を優先させなければ」と考えるべきところ、そのような考えが妨げられた可能性が考えられる。

③ 教諭に対する教育・新任教諭への配慮の不足

ア 事前教育（危険予知、未然防止教育）の不足

プール監視のような人間の注意力に多くを依存する業務については、監視業務に従事する者に対して、監視を行う際に見落としがちなリスクや監視を行う際に注意すべきポイントを盛り込んだ事前教育が重要である。

当該幼稚園では、新任教諭に対して、2回のプール活動等に係る指導（教室での準備運動、着替え方、入り方や遊び方等）が行われていた。また、当該幼稚園によると、新任教諭に対してプール内の監視について一定の事前指導を行っていたとのことである。

しかしながら、プール監視を行う際に見落としがちなリスクや監視のポイントなどを具体的に伝えるという点で、十分なものではなかったと考えられる。特に、経験の少ない新任教諭にプール指導を担当させる場合には、十分な事前教育を施すことが求められる。事前教育については、救命処置のような事故発生時の対応に関する教育に併せて、危険予知や事故の未然防止という観点からの教育が重要である。

イ 新任教諭への配慮の不足

本件事故では、予期しない事態が重なる中、A教諭は、監視、指導と片付けを同時に行うこととなっていた。A教諭は、一連の事態により切迫感を強く感じ、余裕の少ない状況にあった可能性が考えられる。このような余裕のない状況下では、例えば、本来重要な監視業務よりも、目の前の片付け業務を優先してしまうといったように、適切な行動の選択に制約が掛かってしまうこともあったと考えられる。

当該幼稚園がこのような認識を持たないまま、プール活動を新任教諭一人に任せたことは、管理者としての配慮が十分でなかった可能性が考えられる。

本件事故における当該幼稚園の救命処置

本件事故では、A教諭は男児をプールから引き上げた後、園児がけがをしたなどの場合は事務所へ運ぶという、当該幼稚園の慣行に従って事務所に男児を運んだが、事務所には教職員は誰もいなかった。補助の職員に呼ばれて事務所に駆けつけた園長は、男児の頭を下にしたり、口に手を入れて水を吐かせようとしたりするなどの処置は行ったが、当該幼稚園からの119番通報は行われなかった。また胸骨圧迫といった必要な救命処置が行われなかったと考えられる。

その後、男児は近隣のクリニックに運び込まれ、医師による救命処置がなされている。クリニックの職員が119番通報を行い、市内の救急病院に搬送された。119番通報を行わずにクリニックに運んだ理由については、園長の口述によると、救急車の到着には時間を要すると思った、園医であるクリニックなら園児の状況を良く知っていると思ったとのことであった。

しかし、一般の診療所や小規模の病院は、専門性・規模・設備等の面から、溺水等の外因性の救急患者に対して、迅速かつ十分な処置を行うことができるとは限らない。したがって、重篤な患者を発見した場合は、直ちに119番通報を行い、救急医療に対応した病院に搬送する必要がある。

緊急事態に対応するための体制

プールで意識のない幼児を発見した場合は、直ちに119番通報をするとともに、呼吸の確認と脈拍の有無（脈拍の確認が困難な場合は呼び掛けに対する反応の有無）を確認し、状況に応じて適切な救命処置を行うことが重要である。

事故当時、当該幼稚園では、緊急時の対応として、園児がけがをしたなどの場合は事務所へ運ぶという共通認識はあったものの、文書で取りまとめたものは確認されなかった。また、本件事故のような重大事故が発生し園児への救命処置が必要とされるような状態になった際の具体的な対応や処置に関する教育や訓練は行われておらず、救命処置を行うことができる教職員はいなかった。このことの背景として、当該幼稚園は幼児のプール活動における溺水事故の発生リスクを低く評価していたものと考えられる。

日常的に発生するけがなどであれば、共通認識や教職員の経験に基づいて園児を事務所に運び、近隣のクリニックに運ぶといったことで、これまでは対応できてきたかもしれない。しかし、本件事故のような、日常的に経験することが少ない一刻を争う緊急事態に対応する備えとしては、十分な対応ではなかったと考えられる。

幼稚園等、幼児を預かる組織においては、日常的に発生する軽微な事故への対応だけでなく、プール活動等の最中に発生する事故のような重篤な事故に対しても、状況に応じて必要かつ適切な判断や処置を採ることができるよう、リスクを十分に認識し、連絡の手順等を明確にしておくとともに、教職員に対して十分な知識や技能の共有を図る必要がある。

本件事故については、映像記録など客観的な証拠がなく、また、関係者の口述からも、男児が何をきっかけに溺れたのかを断定することはできなかった。しかし、男児の溺水が死亡につながった原因として、(1)プール活動中の園児の監視体制に空白が生じたために発見が遅れたこと、(2)当該幼稚園において、一刻を争うような緊急事態への備えが十分ではなく必要な救命処置を迅速に行えなかったことが可能性として考えられる。

(1) 監視の空白

事故発生時、当該幼稚園のプールでは、園児の監視、指導、片付けの業務が混在する中で、本来優先されるべき監視業務を優先することが妨げられたことにより、園児の監視体制に空白が発生していたことが認められる。そうした事態を生じさせた要因として、次の可能性が考えられる。

- ① 当該幼稚園において、多くの集中力を要する監視業務と指導業務を、同時に一人の教諭が行うこととされていたこと。
- ② 事故当日のスケジュールの遅れや変更に伴う時間的な切迫及び遊具整理という追加業務の発生が、当該幼稚園の指導方針を日頃負担に感じていた担任教諭の焦りを増幅させたことが、監視へ向ける集中力の低下につながった可能性が考えられること。

また、上記①、②の背景要因としては、プール活動等を行う際は幼児の安全を最優先するという認識の共有がなされておらず、事故の未然防止に関する事前教育が十分なものではなかった可能性、経験の少ない新任教諭に対する業務の配分などの配慮が不足していた可能性が考えられる。

(2) 救命処置

本件事故においては、本来、事故発生直後に行われるべき119番通報や胸骨圧迫を始めとした必要な救命処置が行われなかったと考えられる。

当該幼稚園の緊急対応としては、園児がけがをしたなどの場合には事務所へ運ぶという共通認識があったものの、救命処置を適切に行うことができる教職員はおらず、プールで溺水事故が発生した場合等の緊急時の対応手順について文書で取りまとめたものはなかった。このように、必要な救命措置が行われなかった背景として、日常的に経験することが少ない一刻を争うような緊急事態に対する備えが十分になされていなかったことが考えられる。

1. 監視や救命処置のための体制づくり

(1) 監視

① 監視する者と指導する者を別に配置

監視者が監視に専念し、監視体制に空白が生じないように、幼児の安全を見守る監視者とプール活動の指導等を行う者の業務分担を明確にし、監視者、指導者を各々別に配置する。加えて、監視者を複数配置する際は、監視エリアに漏れがないように分担を決めることが重要である。

② 事故の未然防止に関する教育

事故を未然に防止するため、教職員に対して、浅いプールであっても溺れる可能性があること、動かず静かに溺れていることが多いといったリスクや、他のことに注意が向くと監視がおろそかになってしまうリスクなど、幼児のプール活動等の監視を行う際に見落としがちなリスクや、規則的に目線を動かしながら監視を行うといった監視を行う際に注意すべきポイントの事前教育を十分に行うことが重要である。

(2) 救命処置

① 救急法等に関する教育

プール活動等を実施している際に発生する事故では、溺水により心肺停止から死に至ることが多い。幼稚園等においても、管理者は、教職員に対して、心肺蘇生(そせい)技術を始めとした応急手当等、非常時の対応について教育の場を設けることが重要である。

② 緊急事態に対応できる体制の構築

日常的に発生するけが等だけでなく、重大な事故が起こり得ることを念頭においた備えが必要である。幼稚園等においても、119番通報を含めた緊急事態への対応について整理し、マニュアルや定期的な訓練等により共有しておくべきである。その際、事態の進展が速く一刻を争う状況にも対応できるものにしておくことが重要である。

また、非常時においては想定のとおり事態が進まない場合も生じ得る。そうした場合でも、身に付けた知識や技術を活用し、適切かつ迅速な判断、対応ができるよう、日常において緊急時対応の訓練等を実施するとともに、マニュアルが実践的なものであるかを検証し、必要に応じて見直すことも重要である。

2. 安全を優先する認識の共有

幼稚園等においてプール活動等を行う際は、幼児の安全を最優先するという認識を、管理者・職員が共有することが重要である。どのような状況であっても、現場レベルで常に安全を優先した判断ができるよう、日頃から認識を共有しておくことが重要である。

更に進んだ取組としては、日頃のプール活動で危ないと感じたことを職員の間で共有すること、どのような危なさが潜んでいるかを予測し指摘し合うこと、また、こうしたことを躊躇(ちゅうちょ)なく自発的に話し合える風土を作るといったことも、安全意識の共有や事故の未然防止に有用である。

3. 幼稚園等で発生したプール事故情報の共有

幼稚園等で発生した重大なプール事故については、類似事故の再発防止のための知見として、各幼稚園等に事故情報が共有されることが重要である。事故情報の収集に当たっては、消費者安全法第12条に基づく消費者事故等の通知の仕組みを活用することができる。

幼児にとって、水に慣れ親しむことは大切な体験となる。調査委員会は、次の対策を求めるが、これは幼稚園、保育所及び認定こども園におけるプール活動や水遊びの活動が萎縮することを望んでいるものでは決してない。むしろ、幼児が安全に楽しくプール活動・水遊びを行うことができる環境作りが重要であると考える。

1. 文部科学省、厚生労働省及び内閣府は、幼稚園等でのプール活動・水遊びに関し、次の(1)及び(2)の措置を講じるよう地方公共団体及び関係団体に求めるべきである。
 - (1) プール活動・水遊びを行う場合は、適切な監視・指導体制の確保と緊急時への備えとして次のことを行うよう幼稚園等に対して周知徹底を図る。また、既にこれらの取組を行っている幼稚園等に対しては、再度、周知徹底を図る。
 - ① プール活動・水遊びを行う場合は、監視体制の空白が生じないように専ら監視を行う者とプール指導等を行う者を分けて配置し、また、その役割分担を明確にする。
 - ② 事故を未然に防止するため、プール活動に関わる教職員に対して、幼児のプール活動・水遊びの監視を行う際に見落としがちなリスクや注意すべきポイントについて事前教育を十分に行う。
 - ③ 教職員に対して、心肺蘇生(そせい)を始めとした応急手当等について教育の場を設ける。また、一刻を争う状況にも対処できるように119番通報を含め緊急事態への対応を整理し共有しておくとともに、緊急時にそれらの知識や技術を実践することができるように日常において訓練を行う。
 - (2) 幼稚園等への啓発を通じて、プール活動・水遊びを行う場合に、幼児の安全を最優先するという認識を管理者・職員が日頃から共有するなど、幼稚園等における自発的な安全への取組を促す。
2. 文部科学省、厚生労働省及び内閣府は、幼稚園等で発生したプール活動・水遊びにおける重大な事故について、類似事故の再発防止のために、幼稚園等に対して事故情報の共有を図るべきである。
3. 文部科学省は、幼稚園等における具体的な取組が推進されるよう、独立行政法人日本スポーツ振興センターの知見を活用することなどにより、幼児のプール活動・水遊びにおける事故防止のための具体的な手法について情報提供を行うべきである。
4. 文部科学省は、上記1.から3.の対策の趣旨を踏まえ、小学校低学年におけるプール活動・水遊びの安全確保に取り組むべきである。

プールにおける幼児の特性とリスク

- 幼児は、
 - ・ 頭部が体の割に大きくて重いため高い位置に重心がある
 - ・ 目線の位置が低く、また視界が狭い
 - ・ 興味の対象に関心が集中するため、全体を見たりとっさの状況で判断する力や危険を予知する能力が乏しいなどの特徴があることから、大人よりも転倒しやすい。また、重心の位置が高いことに加え、自分の体重を支えるだけの腕力がないため、転倒してしまうと起き上がるのが困難である。
- 面積の小さいプールで幼児が密集した状態で行われることが多い幼稚園等のプール活動等においては、他の幼児との接触等による転倒のリスクがある。また、幼児が密集する中、水中で異常が発生すると発見しにくい。
- うつぶせに横たわった状態では、ごく僅かな水深であっても鼻と口が水没して溺れる。
- 人が液体を飲み込むときには、通常は反射によって喉頭蓋が気管を塞いで液体は食道に流れ込むが、幼児が何らかの原因によりプールで鼻と口まで水没した場合、姿勢によっては瞬間的に反射が働かない、あるいは反射が間に合わず、気管内に水を吸引してしまう。
- 気管内に水を吸引してしまっても足が着き上半身が出る程度の浅い水深であれば、すぐに立ち上がる等の対処ができるため溺れたりしないだろうと考えがちであるが、水難救助の専門家によると、幼児は、対処能力が未発達のため、気管に水が入ったときに体が動かない状態になってしまうことがあり、立ち上がるなど自力での対処は困難な可能性が考えられる。
- 人の溺水は、極めて短時間で事態が進行してしまう。また、溺れた瞬間にもがく場合とともがかない場合があり、水難救助の専門家によると、「ばたばた」ともがくことをしないで、動かず静かに溺れていることが多いと言われている。

プールの監視を行う際に注意すべきポイント

監視者は監視に専念する

プール活動等においては、監視者が監視に専念することが重要である。幼児の安全を見守る監視者とプール活動等の指導者は別に配置することで監視体制の空白の発生を防ぐことができる。

監視エリア全域をくまなく監視する

幼稚園のプールのように、浅いからといって安心することは禁物である。プールの監視はプール全域をくまなく監視する必要がある、特に危険性が高いと思われるところに、より多くの注意を集中させることが重要である。その際、監視場所付近や浅い場所等、一般に安全と思われる場所は監視がおろそかになりがちであり、注意が必要である。

動かない人や不自然な動きをしている者を見付ける

人が溺れているときには、もがいたり声を上げて助けを求めたりすると思いがちであるが、実際には静かに溺れることが多いと言われている。したがって、プールの監視においては、不規則な水音や大声を出したり不自然な動きをしている者だけでなく、動きの少ない人やこれまで活発に動いていたのに動かなくなった者を見付けることが重要なポイントである。

規則的に目線を動かしながら監視する

プールを監視するときは、監視エリアを規則的に目線を動かしながら監視することで効果的な監視を行うことができる。

視覚には、焦点を合わせてものの色や形を優位に認識する中心視野と、中心視野の外側のものの動きを優位に捉える周辺視野がある。周辺視野は動いていないものに対する認知能力と色に対する認知能力が低いため、監視者が周辺視野でプールを見ている場合、「視野に入ってはいても見えていない」エリアが生じてしまう。そのため、目線を動かして中心視野で監視することによって、効果的な監視を行うことができる。

緊急時に実施すべき救命処置の手順

- ① 傷病者を発見したら、直ちに反応の有無を確認し、反応がない場合は、大声で周囲の人に助けを求めるとともに、119番への通報及び自動体外式除細動機（AED）の確保を依頼する。
- ② 呼吸を確認し、呼吸がある場合は気道確保して応援・救急隊の到着を待つ。呼吸がない場合は迅速に心肺蘇生（そせい）を開始する。胸骨圧迫、気道確保、人工呼吸¹を実施しながら、応援・救急隊の到着を待つ。
- ③ AEDが到着したら、すぐにAEDを装着し、ガイドに従って傷病者の心電図解析等の手順を実施する。
- ④ 救急隊に引き継ぐまで、又は傷病者に呼吸や反応が認められるまで心肺蘇生（そせい）を続ける。

カーラーの救命曲線

・救命救急の経験則を図示したものとして、救命現場では「カーラーの救命曲線」¹⁾が利用されている（図2）。

・この「カーラーの救命曲線」をみると、呼吸停止後5分では死亡に至る率（死亡率）は極めて低いが、呼吸停止後約10分では死亡率50%、約15分では80%以上と急速に上昇する。

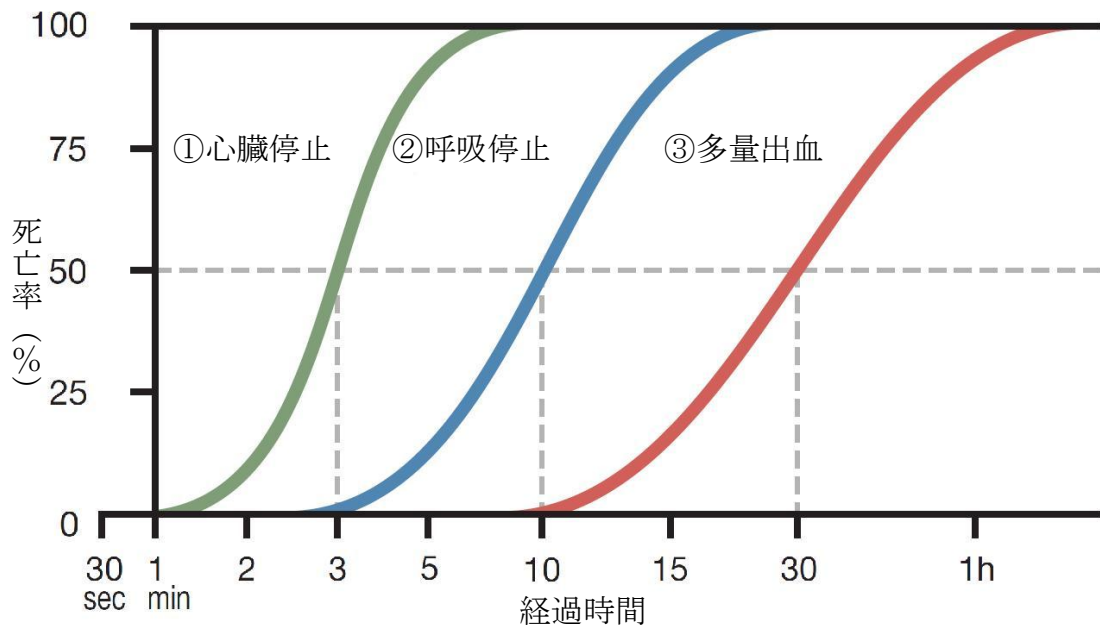
また、心停止では、心停止後1分過ぎから死亡率は上昇し始め、約3分で50%、約5分では100%近い死亡率となる。

・他方で119番通報があってから救急自動車が登場するまでの所要時間の全国平均は約8分（平成24年）²⁾である。本件事故のように呼吸停止から心停止へと進む事故の場合、救急隊の到着を待つ間、一刻も早く、現場に居合わせた者による適切な救命処置を行い、高度な救命スキルを持つ救急隊に引き継ぐことが、生存率を高める上で重要である。

¹⁾ 心臓停止、呼吸停止、大量出血の経過時間と死亡率の目安をグラフ化したもの。

²⁾ 総務省消防庁(2013)「平成25年度版 救急救助の現況」。

図2 カーラーの救命曲線



- ① 心臓停止後3分で死亡率約50%
- ② 呼吸停止後10分で死亡率約50%
- ③ 多量出血30分で死亡率約50%

〔出所〕総務省消防庁パンフレット「FDMA」http://www.fdma.go.jp/en/pdf/top/en_03.pdf