

# 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

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

平成 26 年 6 月 20 日

消費者安全調査委員会

本報告書の調査は、消費者安全法第23条第1項に基づき、消費者安全調査委員会により、生命身体に係る消費者被害の発生又は拡大の防止を図るため事故の発生原因や被害の原因を究明することを目的に、消費者安全の確保の見地から調査したものである。

なお、消費者安全調査委員会による調査又は評価は、事故の責任を問うために行うものではない。

消費者安全調査委員会

委員長 畑村 洋太郎

## 消費者安全調査委員会による事故等原因調査等

消費者安全調査委員会<sup>1)</sup>（以下「調査委員会」という。）は、消費者安全法に基づき、生命又は身体の被害に係る消費者事故等の原因及びその事故による被害発生の原因を究明し、同種又は類似の事故等の再発・拡大防止や被害の軽減のため講ずべき施策又は措置について勧告又は意見具申することを任務としている。

調査委員会の調査対象とし得る事故等は、運輸安全委員会が調査対象とする事故等を除く生命又は身体の被害に係る消費者事故等である。ここでは、食品、製品、施設、役務といった広い範囲の消費者に身近な消費生活上の事故等が含まれるが、調査委員会はこれらの中から生命身体被害の発生又は拡大の防止を図るために当該事故等の原因を究明することが必要であると認めるものを選定して、原因究明を行う。

調査委員会は選定した事故等について、事故等原因調査（以下「自ら調査」という。）を行う。ただし、既に他の行政機関等が調査等を行っており、これらの調査等で必要な原因究明ができると考えられる場合には、調査委員会はその調査結果を活用することにより当該事故等の原因を究明する。これを、「他の行政機関等による調査等の結果の評価（以下「評価」という。）」という。

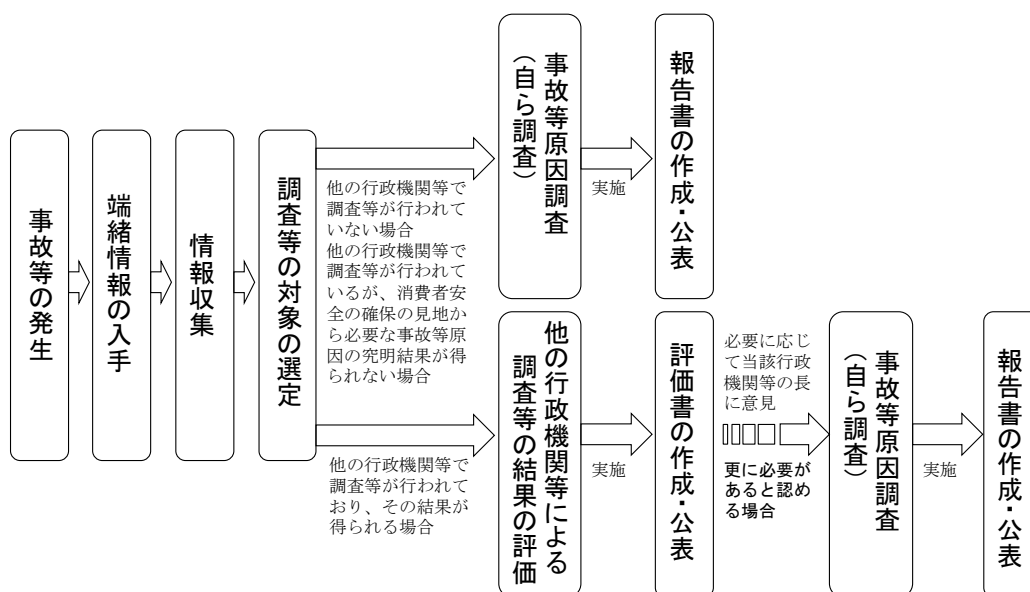
この評価は、調査委員会が消費者の安全を確保するという見地から行うものであり、他の行政機関等が行う調査等とは、目的や視点が異なる場合がある。このため、評価の結果、調査委員会が、消費者安全の確保の見地から当該事故等の原因を究明するために必要な事項について、更なる解明が必要であると判断する場合には、調査等に関する事務を担当する行政機関等に対し、原因の究明に関する意見を述べ、あるいは、調査委員会が、これら必要な事項を解明するため自ら調査を行う。

上記の自ら調査と評価を合わせて事故等原因調査等というが、その流れの概略は次のページの図のとおりである。

---

<sup>1)</sup> 消費者安全調査委員会：消費者安全法（平成 21 年法律第 50 号）の改正により平成 24 年 10 月 1 日、消費者庁に設置。

図 消費者安全調査委員会における事故等原因調査等の流れ



< 参照条文 >

○消費者安全法（平成 21 年法律第 50 号）〔抄〕

（事故等原因調査）

第 23 条 調査委員会は、生命身体事故等が発生した場合において、生命身体被害の発生又は拡大の防止（生命身体事故等による被害の拡大又は当該生命身体事故等と同種若しくは類似の生命身体事故等の発生の防止をいう。以下同じ。）を図るため当該生命身体事故等に係る事故等原因を究明することが必要であると認めるときは、事故等原因調査を行うものとする。ただし、当該生命身体事故等について、消費者安全の確保の見地から必要な事故等原因を究明することができると思料する他の行政機関等による調査等の結果を得た場合又は得ることが見込まれる場合においては、この限りでない。

2～5 （略）

（他の行政機関等による調査等の結果の評価等）

第 24 条 調査委員会は、生命身体事故等が発生した場合において、生命身体被害の発生又は拡大の防止を図るため当該生命身体事故等に係る事故等原因を究明することが必要であると認める場合において、前条第一項ただし書に規定する他の行政機関等による調査等の結果を得たときは、その評価を行うものとする。

- 2 調査委員会は、前項の評価の結果、消費者安全の確保の見地から必要があると認めるときは、当該他の行政機関等による調査等に関する事務を所掌する行政機関の長に対し、当該生命身体事故等に係る事故等原因の究明に関し意見を述べることができる。
- 3 調査委員会は、第一項の評価の結果、更に調査委員会が消費者安全の確保の見地から当該生命身体事故等に係る事故等原因を究明するために調査を行う必要があると認めるときは、事故等原因調査を行うものとする。
- 4 第一項の他の行政機関等による調査等に関する事務を所掌する行政機関の長は、当該他の行政機関等による調査等に関して調査委員会の意見を聴くことができる。

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調査報告書

消費者安全調査委員会

委員長	畑村 洋太郎
委員長代理	松岡 猛
委員	片山 登志子
委員	澁谷 いづみ
委員	中川 丈久
委員	細田 聡
委員	松永 佳世子

本報告書は、担当専門委員による調査、工学等事故調査部会、食品・化学・医学等事故調査部会における調査・審議を経て、消費者安全調査委員会で決定された。

#### 工 学 等 事 故 調 査 部 会

部 会 長	松 岡	猛
部会長代理	細 田	聡
臨 時 委 員	安 部	誠 治
臨 時 委 員	小 川	武 史
臨 時 委 員	小 林	美 智 子
臨 時 委 員	東 畠	弘 子
臨 時 委 員	淵 上	正 朗
臨 時 委 員	松 尾	亜 紀 子
臨 時 委 員	持 丸	正 明
専 門 委 員	河 村	真 紀 子

#### 食 品 ・ 化 学 ・ 医 学 等 事 故 調 査 部 会

部 会 長	松 永	佳 世 子
部会長代理	松 岡	猛
臨 時 委 員	安 部	誠 治
臨 時 委 員	伊 藤	純 子
臨 時 委 員	大 橋	真 由 美
臨 時 委 員	手 島	玲 子
臨 時 委 員	戸 部	依 子
臨 時 委 員	堀 口	逸 子
臨 時 委 員	森	文 子
臨 時 委 員	吉 岡	敏 治
専 門 委 員	河 村	真 紀 子

担当専門委員	井 上	枝 一 郎
担当専門委員	桶 田	ゆ かり
担当専門委員	藤 掛	和 広
担当専門委員	山 中	龍 宏

## 《参考》

### 本報告書本文中に用いる用語の取扱いについて

本報告書の本文中における記述に用いる用語の使い方は、次のとおりとする。

- ① 断定できる場合  
・・・「認められる」
- ② 断定できないが、ほぼ間違いない場合  
・・・「推定される」
- ③ 可能性が高い場合  
・・・「考えられる」
- ④ 可能性がある場合  
・・・「可能性が考えられる」  
・・・「可能性があると考えられる」

# 目次

要 旨	1
1 事故の概要	4
2 事故等原因調査の経過	5
2.1 選定理由	5
2.2 調査体制	5
2.3 調査の実施経過	5
2.4 原因関係者等からの意見聴取	7
3 事実情報	8
3.1 事故当日の状況	8
3.2 男児の情報(事故当時)	8
3.3 当該幼稚園の基本情報	8
3.3.1 当該幼稚園の基本情報	8
3.3.2 幼児数の推移	9
3.3.3 プール	9
3.4 事故の詳細(本件事故発生前、事故当日の状況)	12
3.4.1 事故発生前の当該幼稚園のプール活動の状況	13
3.4.2 事故当日のプール活動前の状況	14
3.4.3 事故当日のプール活動以降の状況	15
3.5 現行の幼稚園等のプールの安全に関する指針情報等	17
3.5.1 幼稚園等におけるプール活動・水遊びの位置付け	17
3.5.2 プールの安全管理に関する規程	17
3.5.3 幼稚園等で発生した事故情報の共有等	19
4 分 析	21
4.1 溺 水	21
4.1.1 溺水のメカニズム	21
4.1.2 本件事故における溺水の状況	24
4.2 監 視	24
4.2.1 幼稚園等のプール活動等の監視	24



4.2.2	本件事故における監視等	26
4.3	プール事故発生時の救命処置	29
4.3.1	救命・救護に関する統計情報	29
4.3.2	救命処置	31
4.3.3	本件事故における当該幼稚園の救命処置	32
5	結論	34
5.1	事故等原因	34
5.2	調査において判明したその他安全に関する事項	35
6	再発防止策	36
6.1	監視や救命処置のための体制作り	36
6.2	安全を優先する認識の共有	37
6.3	幼稚園等で発生したプール事故情報の共有	37
6.4	その他再発防止に資すると考えられる方策例	38
7	意見	40
	参考	42



## 要 旨

溺水事故は、その性質上、重篤な結果に結び付くことが多い<sup>2)</sup>。幼稚園プールにおける溺水<sup>3)</sup>は、幼児の身近に存在するリスクであり、また、幼児は自身でリスクを回避することは困難であると考えられる。こうしたことから、調査委員会は事故原因の究明と再発防止が必要であると判断し、調査を行った。

### <事故の概要>

神奈川県内の幼稚園（以下「当該幼稚園」という。）のプール活動中に、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が発見された。男児は担任教諭によってすぐにプールから引き上げられ、近接のクリニック（園医）に運ばれた後、そこから救急搬送されたがまもなく死亡が確認された。

### <原因>

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)監視体制に空白を生じさせた要因として、次の2点が考えられる。

- 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。

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、また、経験の少ない新任教諭に対する業務

---

<sup>2)</sup> 警察庁の統計「水難の概況について」によれば、過去10年間（平成15年～平成24年）の水難事故において、水難者に占める死者・行方不明者数の割合は約48%であり、水難事故は重篤な結果に結び付く割合が高い。

<sup>3)</sup> 体外から液体を吸引することにより、肺胞及び気管支末端の内腔（ないくう）が閉塞されて窒息状態に陥ること。また、溺水による死亡は溺死という。

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) 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、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でなかったと考えられる。

## <意見>

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（以下「幼稚園等」という。）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する。

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。

## 1 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、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。

## 2 事故等原因調査の経過

### 2.1 選定理由

調査委員会は、「事故等原因調査等の対象の選定指針」（平成 24 年 10 月 3 日消費者安全調査委員会決定）に基づき、次の理由を総合的に勘案し、本件事故を事故等原因調査の対象として選定した。

- ・ 本件は死亡事故であり、溺水事故は、その性質上、重篤な結果に結び付く可能性が高いこと（被害の程度）
- ・ 幼稚園プール等における溺水は、幼児の身近に存在するリスクであること（要配慮者への集中）
- ・ 幼児は自身でリスクを回避することは困難と考えられること（回避可能性）

### 2.2 調査体制

調査委員会は、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、医学的見地からの幼児の安全対策、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、産業・組織心理学及び人間環境学を専門とする井上枝一郎専門委員（関東学院大学人間環境学部教授）及び藤掛和広専門委員（公益財団法人労働科学研究所研究部システム安全研究グループ研究員）、小児医学を専門とする山中龍宏専門委員（緑園こどもクリニック院長）、幼児教育の分野を専門とする桶田ゆかり専門委員（文京区立第一幼稚園園長）の 4 人を指名し、工学等事故調査部会、食品・化学・医学等事故調査部会及び調査委員会で調査・審議を行った。

### 2.3 調査の実施経過

平成 24 年

10 月 15 日 本件事故について事故等原因調査等の申出を受付

11月6日	第2回調査委員会において事故等原因調査を行う事故として選定
平成25年	
1月18日	第4回調査委員会において調査の方向性を検討
1月24日	調査委員会第2回事故調査部会で事案説明
3月1日	調査委員会第3回事故調査部会で調査の方向性を審議
4月19日	調査委員会第5回事故調査部会で調査計画を審議
7月11日	調査委員会第8回工学等事故調査部会で調査経過を報告
7月19日	第10回調査委員会で調査経過を報告
8月23日	調査委員会第9回工学等事故調査部会で調査経過を報告
9月6日	調査委員会第10回工学等事故調査部会で調査経過を報告
9月20日	第12回調査委員会で調査経過を報告
10月4日	調査委員会第11回工学等事故調査部会で調査経過報告（案）を審議・決定
10月18日	第13回調査委員会で事故等原因調査の経過報告（案）を審議・決定
12月20日	第15回調査委員会で審議
平成26年	
1月16日	調査委員会第14回工学等事故調査部会で審議
1月24日	第16回調査委員会で審議
2月16日	調査委員会第6回食品・化学・医学等事故調査部会に経過報告
2月21日	第17回調査委員会で審議
3月14日	調査委員会第16回工学等事故調査部会で調査報告書（素案）の審議
4月3日	調査委員会第17回工学等事故調査部会で調査報告書（素案）の審議
4月10日	調査委員会第7回食品・化学・医学等事故調査部会で調査報告書（素案）の審議
4月18日	第19回調査委員会で調査報告書（素案）の審議
5月8日	調査委員会第8回食品・化学・医学等事故調査部会で調査報告書（素案）の審議
5月15日	調査委員会第18回工学等事故調査部会で調査報告書（素案）の審議
5月23日	第20回調査委員会で調査報告書（素案）の審議



- 6月5日 調査委員会第19回工学等事故調査部会で調査報告書(案)を  
審議・決定
- 6月12日 調査委員会第9回食品・化学・医学等事故調査部会で調査報  
告書(案)を審議・決定
- 6月20日 第21回調査委員会で調査報告書(案)を審議・決定

#### 2.4 原因関係者からの意見聴取

原因関係者から意見聴取を行った。

## 3 事実情報

### 3.1 事故当日の状況

気象庁のデータによると、事故当日の当該幼稚園の所在地の気象条件は次のとおりである。

天 気 : 晴れ  
気 温 : 31.5℃ (午前 11 時 40 分時点)

当該幼稚園関係者の口述及び調査委員会が当該幼稚園から入手した資料等によると、事故当時の当該幼稚園プールの水深、水温は次のとおりである。

水 深<sup>4)</sup> : 約 20cm  
水 温 : 約 24℃

### 3.2 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

### 3.3 当該幼稚園の基本情報

#### 3.3.1 当該幼稚園の基本情報

開 設 年 : 昭和 23(1948)年  
施 設 : 鉄筋コンクリート 2 階建て (保育室 12 室、事務所、ホール配膳室、図書室、室内プール)

---

<sup>4)</sup> 事故当日、プール活動開始時の水深。これは、当該幼稚園の 3 歳・4 歳児のプール活動の際の一般的な水深であった。

幼 児 数 : 309 人 (事故当時)

### 3.3.2 幼児数の推移

事故が発生した平成 23 年度の当該幼稚園の幼児数は 309 人 (1 クラス平均 23.8 人) である (表 1)。これは、全国的にみると比較的規模の大きな幼稚園といえるが、1 クラスの平均幼児数をみると平均的なクラス編成となっている<sup>5)</sup>。平成 23 年度は年少組の幼児数が多かったため、年少組のクラス数は例年より 1 クラス多い 5 クラス編成としていた。

男児が所属していた 3 歳児入園の学年 (以下「年少組」という。) は、5 クラス 86 人 (1 クラス平均 17.2 人) であった。年少組は、A 教諭を含む 2 人の新任教諭が担任することを考慮し、新任教諭 2 人の 2 クラスは 13 人編成、それ以外の 3 クラスは 20 人編成としていた。

表 1 当該幼稚園の過去 5 年の幼児数及び教職員数

	幼児数				教職員数		
	年少	年中	年長	合計	担任+補助	その他※	合計
平成 21 年度	58	110	117	285	15	6	21
平成 22 年度	54	113	104	271	13	5	18
<u>平成 23 年度</u>	<u>86</u>	<u>109</u>	<u>114</u>	<u>309</u>	17	6	23
平成 24 年度	65	107	106	278	15	7	22
平成 25 年度	53	98	108	259	18	8	26

※ 表中の教職員数の内訳のうちその他は、理事長、園長、主任及び事務員の合計。  
各学年のクラス数は 4 クラス (園全体で 12 クラス) であったが、平成 23 年度は、年少組のみ 5 クラス (園全体で 13 クラス)。各クラス、担任教諭は 1 人配置。

### 3.3.3 プール

#### (1) 構造

<sup>5)</sup> 文部科学省「平成 23 年度学校基本調査」によると、平成 23 年度の全国の幼稚園の平均幼児数は 120.0 人 (1 クラス平均 22.6 人) である。

事故が発生したプールは、当該幼稚園の園舎の施設内に建設された屋内型のプールである。(表 2、写真 1、図 1、2)

- 材質はコンクリート製、直径 415cm×457cm の円形状であり、プール底面からプールサイドまでの高さは 65cm から 70cm の範囲であった。
- プールは、防水効果の高い塗料であるエポキシ樹脂系 2 液型で下塗り、中塗りされ、アクリルウレタン樹脂系 2 液型で上塗りされていた。この方式は、コンクリート製のプールで施工される一般的な塗装方法である。
- 滑り止め処理は、プールサイドとプール内階段の踏面の上は、上塗り時にゴムチップを散布する方法で施工されていた。プールの底面に滑り止め処理はされていなかった。滑り止め処理をしなくてもコンクリート表面には一定程度の凹凸があり摩擦が生じること及び過剰な摩擦等によるけがを防止する目的から、コンクリート製プールでは底面に滑り止め処理を行わないのが一般的である。

表 2 プールの構造

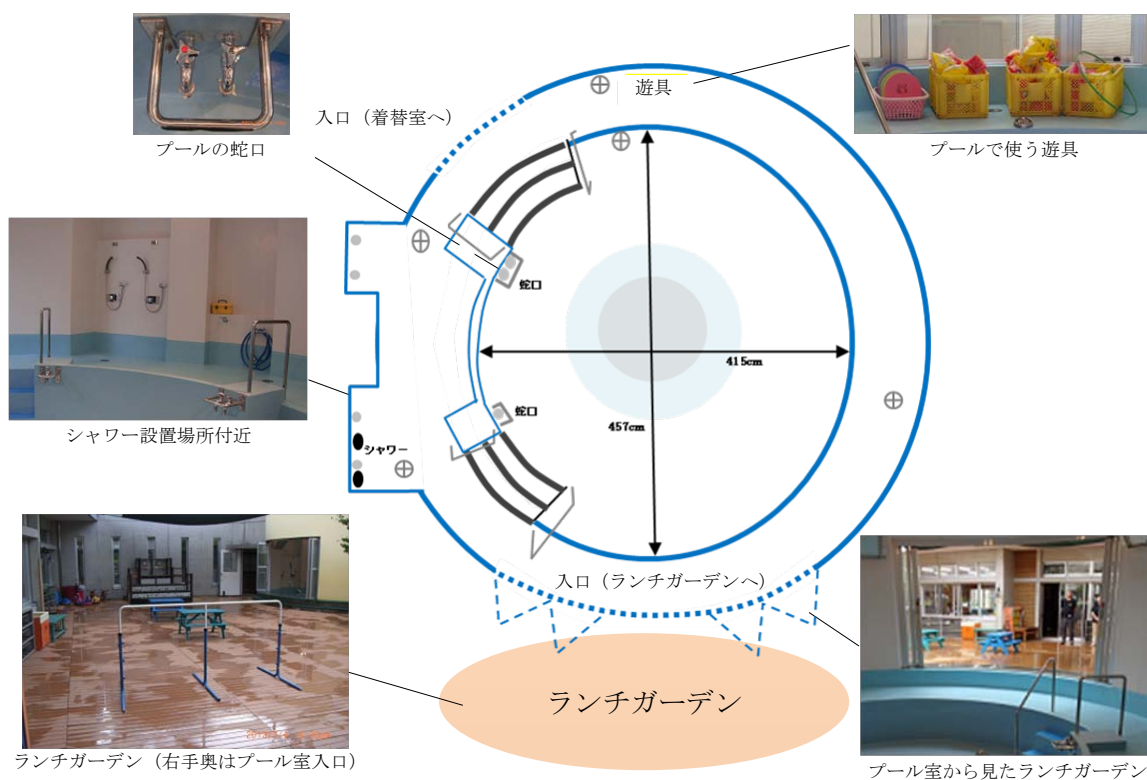
事故発生場所	屋内プール
材 質	コンクリート製
面 積	直径 415cm×457cm (円形状)
プール底からプールサイドまでの高さ	65cm～70cm
プール表面の処理	下塗り・中塗り：エポキシ樹脂系 2 液型 上 塗 り：アクリルウレタン樹脂系 2 液型
滑り止め処理	・プールサイドとプール内階段の踏面の上塗り時にゴムチップを散布 ・底面に滑り止め処理はなし

写真1 当該幼稚園のプール室



ランチガーデン（ウッドデッキの園庭）側から撮影。プール室正面奥に給湯器の室外機等が置かれているの見える。向かってその左手は着替室の出入口。

図1 当該幼稚園のプール室全景



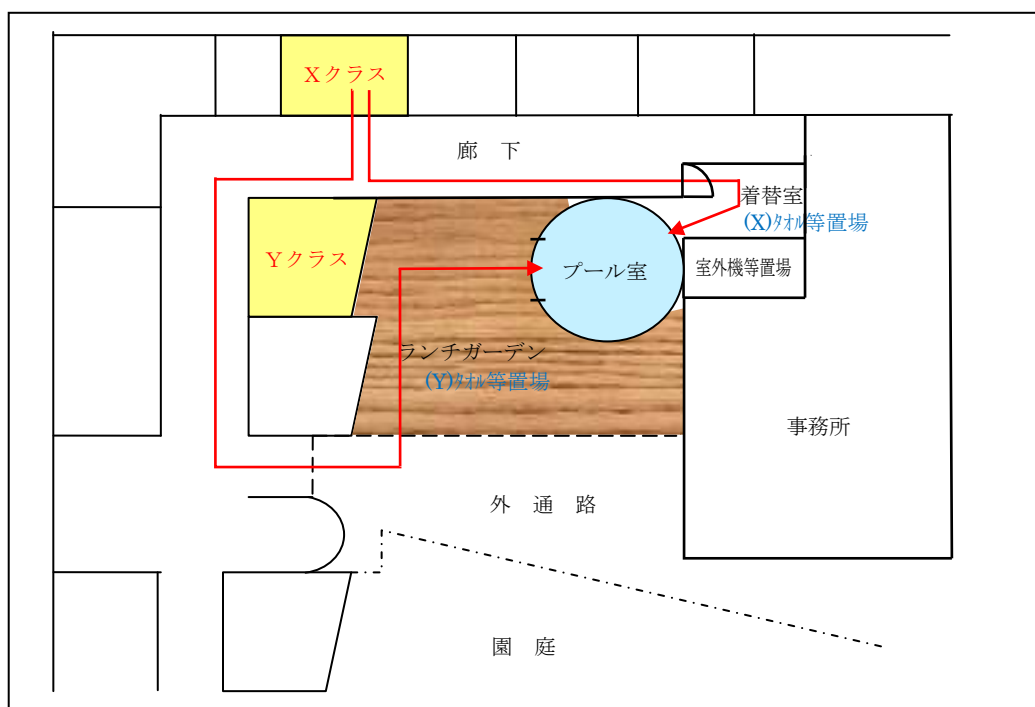
## (2) 視認性

プールサイドからのプール内の視界を遮るものではなく、プールの構造面の視認性に問題はなかった。

## (3) 教室からプールまでの移動経路

年少組の教室からプールに行くには、図 2 の赤線で示すとおり、園舎内の廊下を通り着替室を経由してプール室に入る方法と、ランチガーデン<sup>6)</sup>を通して入る方法とがある。

図 2 プールと園舎の位置関係



「Xクラス」：男児が在籍していたクラス。

「Yクラス」：事故当日、Xクラスと合同で水遊びを行ったクラス。教室から直接ランチガーデンに出てプール室に移動することができる。

### 3.4 事故の詳細（本件事故発生前、事故当日の状況）

当該幼稚園関係者の口述、本件事故に関わった医療関係者の口述及び調査

<sup>6)</sup> ウッドデッキの園庭。遊具やベンチ等が置いてあり、園児の活動の場となっている。

委員会が当該幼稚園から入手した資料によると、事故発生前及び事故当日の状況は、次のとおりであった。

### 3.4.1 事故発生前の当該幼稚園のプール活動の状況

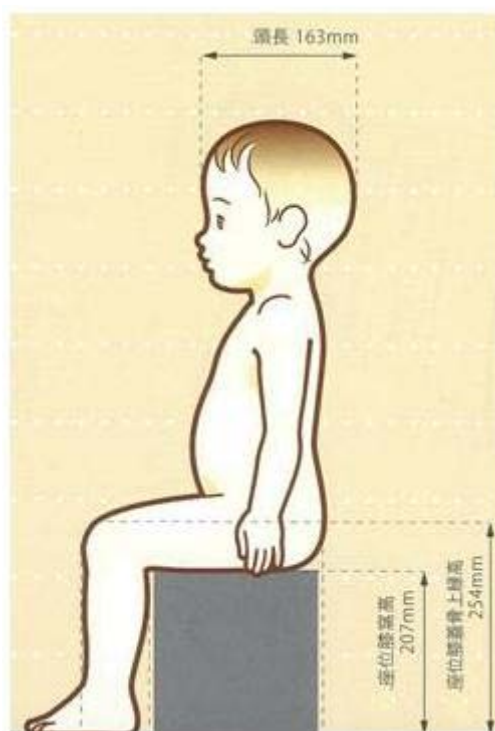
本件事故発生前の当該幼稚園のプール活動の実態等は、次のとおりであった。

- 当該幼稚園のプール活動は、学年単位で日程が決められ、同一学年の全クラス園児は同一日にプール活動をすることとされていた。事故当日、プール活動をするクラスの順番は、プール係の教諭と担任教諭たちが相談して決めた。
- 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。
- 当該幼稚園は、夏のプール活動期（6月から7月）に入る前に、新任教諭2人（A教諭を含む。）に対して2回、プール活動（教室での準備運動、着替え方、プールへの入り方や遊び方等）について指導を行った。
- プールの水深は、3歳児の平均的な膝下の高さにほぼ等しい20cm程度としていた（図3）。
- プール活動期に入り、A教諭の初めてのプール活動では、A教諭の先輩で同学年の別のクラス（事故当日、Xクラスと一緒にプール活動を行ったクラス。以下「Yクラス」という。）の担任教諭（以下「B教諭」という。）と一緒にプールに入ってA教諭を補助しつつ、指導方法をアドバイスした。
- Xクラスの2回目のプール活動は、A教諭1人で行われた。主任教諭<sup>7)</sup>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、A教諭の3回目のプール活動の指導中であった。
- 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、それが当該幼稚園内で共通認識となっていた。ただし、プールで溺水事故が発生した場合等の緊急時の対応について明

<sup>7)</sup> 勤続年数25年（事故当時）の教諭で、教員たちの指導を行う者。

示した文書はなかった。

図3 幼児の身体寸法 (3歳児)



[出所]独立行政法人産業技術総合研究所、公益財団法人日本インダストリアルデザイナー協会、特定非営利活動法人キッズデザイン協議会 企画・監修(2013)『子どものからだ図鑑 キッズデザイン実践のためのデータブック』ワークスコーポレーション、p. 27

#### 3.4.2 事故当日のプール活動前の状況

- プール活動では、5つのクラスが1クラスずつ順番に入るようになっていた。また、A教諭にとっては、3回目のプール活動であった。
- 当該幼稚園では、基本的にプール活動の前日までにプールにある程度の水をためることを慣例としていた。そのため、2日前の土曜日に園長がプールに水をためていた。しかし、事故当日の朝、プール系の教諭がプールを確認するとプールの水が抜けていたため、再度水をためることとなり、事故当日の年少組のその後の予定に遅れが生じた。
- プール活動の開始時間が遅れたため、プール系の教諭と年少組の担任教諭らが協議して予定を変更し、最初に2つのクラスが同時に、次に1クラスは単独で、そして最後に2つのクラスが同時にプールに入



ることとなった。

- Xクラス（当日のプール活動参加園児 11 人）は、Yクラス（同 18 人）と同時に最後にプールに入ることとなった。

### 3.4.3 事故当日のプール活動以降の状況

- A教諭は、XクラスとYクラスは教室からプールへの移動も同時に行うものと考えていた。Xクラスの園児を水着に着替えさせた後、A教諭がYクラスの教室を見ると、Yクラスが準備体操をしているのが見えた。
- A教諭は、Yクラスがプールに移動する際にはXクラスの教室前の廊下を通過するものと考え、それまでの時間調整を兼ねて、Xクラスの園児にプールの約束事の確認を行った。
- 約束事の確認を終えたA教諭が再度Yクラスの教室を見ると、Yクラスの教室は空になっていた。Yクラスは、Xクラスの教室の前の廊下を通らず、Yクラスの教室から直接ランチガーデンを歩いてプールに移動していた。A教諭は、Yクラスの教室が空になっていたので急いでプールに向かった。
- Xクラスが廊下を歩いて着替室に入ろうとすると、Xクラス・Yクラスの前にプールに入っていたZクラスの担任教諭（以下「C教諭」という。）がA教諭に対して、着替室はZクラスが使っていて空いていない場所がないので、「着替えを入れた籠を持ってランチガーデンに行くように。」と声を掛けた。しかし、A教諭がランチガーデンに行ってみると、ランチガーデンはYクラスが使っており、B教諭から「ここは使えない。」と言われた。
- A教諭は、ランチガーデンが使えないことをC教諭に伝えると、C教諭は、Zクラスの着替えがほぼ終わっていたことから、「もう出ていくから着替室を使っていよいよ。」と言った。Xクラスは着替室に園児の着替えを置いてプールに入った。結局、XクラスはYクラスから 5 分程度遅れてプールに入ることとなった。
- この時点で、プール内には、XクラスとYクラスの園児計 29 人が入り、担任教諭 2 人でプール活動の監視・指導を行った。  
その後、Yクラスは先にプール活動を終え、Yクラスの園児 18 人はプールから上がった。A教諭の口述によると、Xクラスも同時に上がりたいと思ったが、B教諭から、「先に出るから、5 分遊んでいい

よ。」と声を掛けられたため、引き続きXクラスの園児 11 人のみで活動することになった。

- プールに残ったXクラスの園児は、自由遊び<sup>8)</sup>やフープくぐり<sup>9)</sup>を行った。A教諭は男児がビート板で遊んでいるところを確認したと口述している。その後、A教諭は、プール活動で用いた腕浮き輪を片付けるため、プールサイドの遊具置場側に立ち、Xクラスの園児に声を掛けて腕浮き輪をA教諭のところまで運ばせた。A教諭は、集めた腕浮き輪を遊具置場にあった籠に体をひねって入れた。また、プール内にビート板が3、4枚浮いていたので、遊具置き場の腕浮き輪を入れた籠の横に重ねて置いた。その際、A教諭は籠の後ろにビート板が5、6枚散乱していることに気が付いた<sup>10)</sup>。A教諭は、それを片付けなければいけないと感じ、プール内の園児に対して背を向けて散乱しているビート板を片付け始めた。A教諭は、片付けを行っていたのは長くても3分程度と口述している。
- そのとき、先にプールから出た後プールサイドでYクラスの園児にシャワーを浴びさせていたB教諭が、プール内で動かずに浮いている男児に気づき、A教諭に声を掛けた。
- B教諭から声を掛けられたA教諭は、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と同様に男児を事務所へ運んだ。しかし、事務所には教職員は不在であった。
- 事故発生時園庭で作業を行っていた園長は、ランチガーデンにいた補助の職員<sup>11)</sup>に呼ばれて事務所に向かった。男児は事務所に駆けつけた園長と他の教諭に引き渡された。園長らは水を吐かせようと頭を下にしたほか、男児の体を温めようと水着から下着に着替えさせた。
- その後、男児は、当該幼稚園の別の教諭によって、近接のクリニックへ運ばれた。なお、この間、当該幼稚園では119番通報を行っていなかった。
- クリニックの医師はすぐに男児を心肺停止と判断し、人工呼吸と心肺蘇生<sup>そせい</sup>を施す一方で、クリニックの別の者が救急車を呼ぶため119番通報した。救急車がクリニックに到着し、男児を市内の救急病院に搬

<sup>8)</sup> 当該幼稚園のプール活動の中での、園児の自由な遊びの時間。事故当日の自由遊びでは、園児に腕浮き輪を用いて遊ばせるなどしていた。

<sup>9)</sup> 大人がプール内でフープをかざし、そのフープの輪を園児がわにさん歩き（両手をプール底面に突いて顔を上げ、足を後ろに伸ばした体勢をとり、両腕を使って前進する）などでくぐり抜ける遊び（写真2）。

<sup>10)</sup> 当該幼稚園から提出された資料によると当該幼稚園のプールにあった事故当時のビート板の枚数は11枚であった。

<sup>11)</sup> 年少で園児が20人のYクラスにはパートタイムの職員が補助として付いていた。Yクラスは20人だったが、事故当日は欠席者と見学者がそれぞれ1人いたため、プール活動参加者数は18人だった。

送した。

- 搬送先の病院においても、男児は心肺停止の状態であり、心肺蘇生等の処置が施されたが、蘇生には至らず、男児の死亡が確認された。
- 事故の翌日、司法解剖が行われたが、男児の身体に外傷等は認められず、死因は溺死と診断された。

写真2 わにさん歩きでフープくぐりをしている様子



他の幼稚園のプール活動風景（4・5歳児）

### 3.5 現行の幼稚園等のプールの安全に関する指針情報等

#### 3.5.1 幼稚園等におけるプール活動・水遊びの位置付け

幼稚園等がプール活動・水遊び（以下「プール活動等」という。）を行うかどうかは、各幼稚園等の自主的な判断に委ねられている。

なお、小学校の水泳については、「体育」の教科の中で、授業において取り扱うべき内容として規定<sup>12)</sup>されている。

#### 3.5.2 プールの安全管理に関する規程

<sup>12)</sup> 各学年の体育の目標及び内容として、小学校学習指導要領第2章第9節において、小学校第1学年及び第2学年は「水遊び」、第3学年及び第4学年は「浮く・泳ぐ運動」、第5学年及び第6学年は「水泳」と規定されている。

平成 18 年に発生した埼玉県ふじみ野市のプール事故<sup>13)</sup>を契機として、プールの排（環）水口に関する安全確保の不備による事故を始めとしたプール事故を防止するため、プールの施設面、管理・運営面で配慮すべき基本的事項等について示した「プールの安全標準指針」（平成 19 年 3 月文部科学省・国土交通省。以下「安全標準指針」という。）が定められた。この安全標準指針は、プールにおける安全確保が図られるよう、プールの設置管理者に対し適切な管理運営を求めるものであり、法的拘束力はない<sup>14)</sup>。

教育機関に対しては、毎年度、文部科学省が、各都道府県教育委員会、各都道府県知事等宛てに「水泳等の事故防止について（通知）」（文部科学省スポーツ・青少年局長通知。以下「注意喚起通知」という。）を発出し、注意喚起を行っている<sup>15)</sup>。この注意喚起通知では、水泳等の事故防止のため、適切かつ円滑な安全管理を行うための管理体制を整えること、監視員の配置や救護員の確保を行うこと、安全管理に携わる者に対して緊急時の措置と救護等に関して就業前に十分な教育及び訓練を行うこと、安全標準指針を参考として安全管理の徹底を図ること等とされている。また、指導に当たっては、『学校における水泳事故防止必携（新訂二版）』（独立行政法人日本スポーツ振興センター、2006 年）及び『水泳指導の手引（三訂版）』（文部科学省、2014 年）<sup>16)</sup>が参考として示されており、その中で緊急時に採るべき処置について言及されている。

## (1) 安全標準指針の概要

安全標準指針は、「遊泳利用に供することを目的として新たに設置するプール施設及び既に設置されているプール施設のうち、第一義的には、学校施設及び社会体育施設としてのプール、都市公園内のプール」

<sup>13)</sup> 平成 18 年 7 月、埼玉県ふじみ野市の市営プールで、小学校 2 年生の女兒がプールの排水口に吸い込まれて死亡した事故。

<sup>14)</sup> 公立学校におけるプール等公共施設の管理運営に係る事務は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 2 条第 8 項に規定する自治事務（地方公共団体が処理する事務のうち、法定受託事務以外のもの）であり、安全標準指針は、同法第 245 条の 4 の技術的な助言として取りまとめられたものである。自治事務について、国は地方公共団体に対して技術的な助言、勧告、是正の要求等の関与を行うことはできるが、法定受託事務の場合に認められているような是正の指示等の強い関与は原則としてできない。

<sup>15)</sup> 公立幼稚園に対しては、各都道府県教育委員会から更に各市町村教育委員会を経由して周知される。また、私立幼稚園に対しては、各都道府県知事部局から周知される。

<sup>16)</sup> 『学校における水泳事故防止必携（新訂二版）』及び『水泳指導の手引（三訂版）』は、基本的に小学校以上の体育としての水泳実技のための資料であり、幼稚園等での利用を直接的には想定していないが、幼稚園等でも活用できる内容を含んでいる。内容は、水による事故の現状や事故の事例、安全のための管理・指導の組織、水泳の安全管理、救助方法と応急手当等について記載されており、水場での安全管理に関する項では、監視の徹底、救急方法や応急手当における心肺蘇生法などが示されている。

を対象としている。また、「水遊び用プールなど遊泳利用に供することを目的としていないプールにおいても、本指針の主旨を適宜踏まえた安全管理等を実施することが望ましい」とされており、幼稚園等に設置されたプールにおいても、参考として活用することが期待されている。

この安全標準指針では、プールでの事故を防ぐために

- ・プールの管理体制の整備
  - ・日常の点検・監視（監視員、救護員の配置）
  - ・緊急時への対応（人身事故等が発生した場合の傷病者の救助・救護）
  - ・監視員等の教育・訓練
- 等の事項が示されている。

## (2) 注意喚起通知の概要

注意喚起通知では、学校等での水泳等の事故を防ぐために、

- ・プールの利用期間前の排（環）水口の蓋の設置の有無の確認
  - ・プールを安全に利用できるよう、適切かつ円滑な安全管理を行うための管理体制を整えること
  - ・監視員については、プール全体がくまなく監視できるよう十分な数を配置し、救護員についても、緊急時に速やかな対応が可能となる数を確保すること
  - ・安全管理に携わる全ての従事者に対し、プールの構造設備及び維持管理、事故防止対策、事故発生等緊急時の処置と救護等に関し、就業前に十分な教育及び訓練を行うこと
- 等の事項が示されている。

### 3.5.3 幼稚園等で発生した事故情報の共有等

独立行政法人日本スポーツ振興センターは、全国の幼稚園等で発生した事故のうち、災害共済給付業務を通じて蓄積される死亡事故及び障害事故の概要をウェブサイトで公表している。

また、厚生労働省は、都道府県等を通じて報告<sup>17)</sup>された保育所等で発

<sup>17)</sup> 各都道府県、指定都市及び中核市児童福祉主管部（局）長宛てに「保育所及び認可外保育施設における事故の報告について」（平成 22 年 1 月 19 日厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知）を發出し、保育所及び認可外保育施設において重篤な事故等が発生した場合、厚生労働省に報告することとしている。

生じた事故の集計結果を公表している。

さらに、認定こども園において発生した事故については、内閣府に設置された子ども・子育て会議において、平成 27 年度に本格施行を予定している子ども・子育て支援新制度<sup>18)</sup>の枠組みの中で、事故が発生した場合の報告・公表等の在り方について検討されている。

---

<sup>18)</sup> 平成 24 年 8 月に成立した子ども・子育て関連 3 法（子ども・子育て支援法（平成 24 年法律第 65 号）、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律（平成 24 年法律 66 号）、子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成 24 年法律 67 号））に基づく制度。認定こども園、幼稚園、保育所に共通の給付である「施設型給付」を創設し、財政支援を一本化することや認定こども園の類型の一つである「幼保連携型認定こども園」の認可や指導監督等を一本化することが主なポイントである。

## 4 分析

### 4.1 溺水

#### 4.1.1 溺水のメカニズム

まず、溺水から窒息に至るメカニズムや幼児は溺れたときどのような動きをするのかについて医学的な見地から整理した。

##### (1) 溺水時の生理的变化と外見上の動き<sup>19)</sup>

- 医学上、溺水による窒息の経過は前駆期、抵抗期、呼吸困難期、<sup>けいれん</sup>痙攣期、無呼吸期、終末呼吸期を経て死に至るとされている（表3）。

表3 溺水のメカニズム<sup>20)</sup>

経過時間	5~10分					
経過	前駆期	抵抗期	呼吸困難期	痙攣期	無呼吸期	終末呼吸期
症状	無症状。 水中の場合、冷水による皮膚刺激で呼吸中枢が刺激され、反射的に1回深く息を吸い込む。	呼吸を止め、水を吸い込まないように抵抗する。次第に血中CO2が上昇して呼吸中枢を刺激し、呼吸が再開される。	激しい呼吸運動を繰り返す。水が気道内に吸引されるとともに、肺泡内に泡沫(ほうまつ)が形成される。喉頭粘膜が水で刺激され、咳嗽(がいそう)反射で咳(せき)がおこり、呼吸困難が進行する。	脳の酸素欠乏とともに痙攣が生じ、意識を消失する。瞳孔が散大する。	痙攣が終わると無呼吸状態になる。	浅くて長い感覚の終末呼吸に移り、やがて不可逆的な呼吸停止となる。なお、呼吸運動が停止しても弱い心臓拍動は数分間認められる。

- 例えば、遊泳中に力尽きて、徐々に溺水する場合には、前駆期からの経過をたどり、また、水面で水音を立ててもがくような状況は前駆期から抵抗期で起こると考えられる。
- 一方、偶発的な溺水の場合は、水が気管から吸引された瞬間から窒息が始まる。すなわち、前駆期、抵抗期を経ずに呼吸困難期から

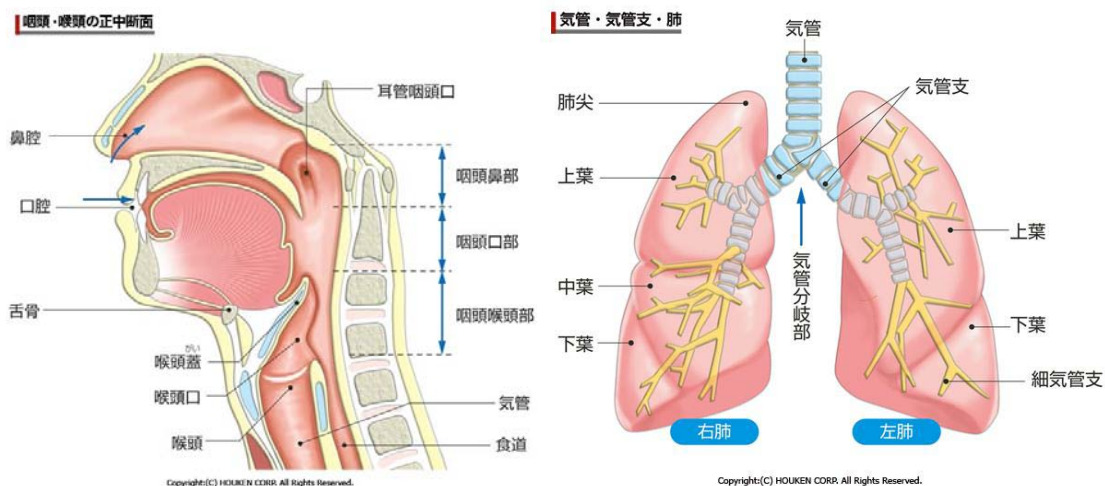
<sup>19)</sup> 石津日出雄・高津光洋編(2006)『標準法医学・医事法 第6版』医学書院、p. 181-p. 206。吉田 謙一(2010)『事例に学ぶ法医学・医事法 第3版』有斐閣、p. 175-p. 191。高久史麿、猿田享男、北村惣一郎、福井次矢総合監修(2010)『六訂版 家庭医学大百科』法研。日本赤十字社(1989)『水上安全法講習教本』日赤会館、p. 49-p. 55。

<sup>20)</sup> 経過時間については、溺水時の状況による違いや個体差があることに留意する必要がある。

始まる場合もある。

- 呼吸困難期には、溺水者は、状況の急変や強いパニックなどにより、体が動かなくなるとされている。
- 呼吸困難期には、周囲が水で満たされていたとしても、酸素への欲求から激しく呼吸しようとするため、肺の中の空気を吐き出し、体の外の水を吸ってしまう。また、喉が水で刺激されて咳込むため、更に気管内に水が吸引される。そのため、肺に水が取り込まれて体の浮力が失われ、プール等の底に沈んでいく。
- 呼吸困難になると、血液中の酸素が少なくなり、動悸や血圧が高まり、呼吸中枢が刺激されるので更に呼吸が激しくなる。
- 血液中の酸素が少なくなり、脳への酸素供給が減ると、脳の機能に障害が生じて、痙攣と意識の混濁・消失が起こる（痙攣期）。

図4 気道の仕組み



[出所] 高久史鷹、猿田享男、北村惣一郎、福井次矢総合監修(2010)『六訂版 家庭医学大全科』法研。日本赤十字社(1989)『水上安全法講習教本』日赤会館

## (2) プールにおける幼児の特性とリスク

幼稚園等でプール活動の監視を行う際に見落としがちなりリスクとして次のような点がある。

- 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。<sup>21)</sup>

- 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<sup>22)</sup>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。

こうした特性を踏まえると、幼稚園等でプール活動等を実施する際は、幼児は転倒しやすく、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もあること、また、幼児が密集する中、水

<sup>21)</sup> 独立行政法人国民生活センター「小児の頭部外傷の実態とその予防対策」

[http://www.kokusen.go.jp/news/data/a\\_W\\_NEWS\\_066.html](http://www.kokusen.go.jp/news/data/a_W_NEWS_066.html)、2014年5月8日参照。

危険学プロジェクトグループ(8)(2011)『子どものための危険学(増補改訂版)』畑村創造工学研究所、p.6-p.11。

<sup>22)</sup> 水深が浅い場所での水遊びにおいて、腹ばいで下半身が床についた状態の時に向かい波をかぶると、身体が弓なりの状態となり、解剖学的に気道に水を吸引しやすい状況(気道確保と同じような状況)が生じ得るという浅いプール特有のリスクが存在する。

中で異常が発生すると発見しにくいということに十分な注意が必要である。

#### 4.1.2 本件事故における溺水の状況

本件事故では、男児はプール内でうつぶせに浮いているところを発見された。その後行われた司法解剖の結果、肺の所見は溺死肺<sup>23)</sup>であり、死因は溺死と診断された。当該幼稚園のプール室には監視カメラは設置されておらず、また、得られた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。しかしながら、事故直前、当該クラスでは自由遊び、フープくぐり等のプール活動とその片付けが行われており、こうした一連の活動の中で男児の身体が腹ばいの状態になり、鼻と口が水面に近づいた際に何かの拍子に水を吸引してしまった可能性があると考えられる。

### 4.2 監視

4.1.1 を踏まえ、プールで幼児が溺れる瞬間や溺れている状態を見逃すことなく、迅速に幼児の元に駆けつけて救助するには、どのような監視体制や監視方法が適切であるかを検討する必要がある。

#### 4.2.1 幼稚園等のプール活動等の監視

プールの監視を行う際に注意すべきポイントを整理すると次のとおりである<sup>24)</sup>。

##### (1) 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

<sup>23)</sup> 溺れているときに多量の水を吸引したことにより大きく膨れて胸腔（きょうくう）内に充満した肺。肺気腫及び肺水腫等も見られる。

<sup>24)</sup> 日本赤十字社（1989）『水上安全法講習教本』日赤会館、p. 49-p. 55。

ることで監視体制の空白の発生を防ぐことができる。

(2) 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性があり、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。

(3) 動かない者や不自然な動きをしている者を見付ける

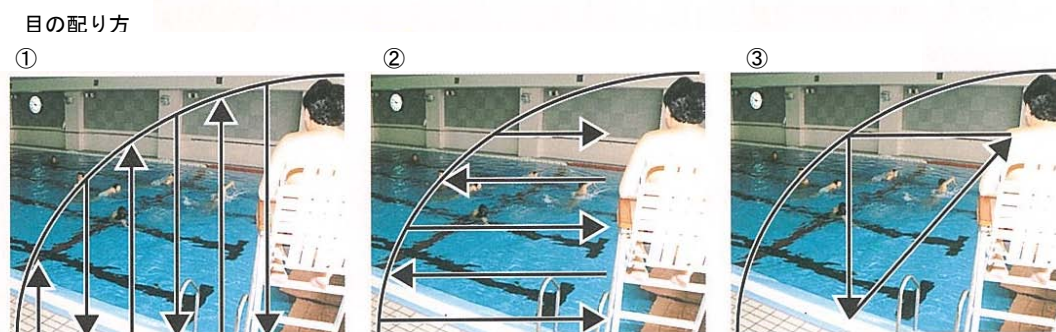
人が溺れているときには、もがいたり声を上げて助けを求めたりすると思いがちであるが、4.1.1 (1)及び(2)で述べたように、実際には静かに溺れることが多いと言われている。したがって、プールの監視においては、不規則な水音や大声を出したり不自然な動きをしている者だけでなく、動きの少ない者やこれまで活発に動いていたのに動かなくなった者を見付けることが重要なポイントである。

(4) 規則的に視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視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(図5)。

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、視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。

図 5 監視のポイント



[出所] 日本赤十字 (2010) 『水上安全法講習教本』 日赤会館、p. 54

#### 4.2.2 本件事故における監視等

##### (1) 監視の状況

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。

3.4.3 で述べたとおり、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。

また、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、4.2.1 (4) で述べたような「視野に入ってはいても見えていない」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。4.2.1に述べたように、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

A教諭の「幼稚園は、園の注意事項は厳守させる体質」との口述から、当該幼稚園の教員に対する指導方針がA教諭の心理的負担感を増幅させていた可能性が考えられる。整理整頓や礼儀正しい行動を求めるといふ当該幼稚園の指導方針は否定されるものではない。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、3.4.3のとおり、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、「視野に入っただけで見えていない」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、4.1.1(2)に述べた監視を行う際に見落としがちなリスクや、4.2.1に述べた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。

3.4.1のとおり、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<sup>25)</sup>とのことである。しかしながら、前述の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

<sup>25)</sup> 当該幼稚園によると、入水直後に園児全員がプールの壁に背を付けることで活動開始前に担任教諭が園児全体を把握すること、園児に背を向けることなく、園児から目を離さないことなどを教示していたとしている。

関する教育に併せて、危険予知<sup>26)</sup>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教諭の「先輩<sup>27)</sup>のクラスと一緒にプールに入るものと認識していた。先輩のクラスは隣<sup>28)</sup>のクラスだったので、先輩のクラスがプールに行く際にXクラスの前の廊下か園庭<sup>29)</sup>を通るのを待っていたが、気付かないうちに先に行ってしまう、急いでプールに向かった」という口述にもあるように、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ると考えられる。

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。

以上の分析から、プール活動を行う上で、幼稚園等の管理者は、監視者の能力や経験を十分に考慮しつつ、監視者に対して必要な知識の教育を行い、監視業務に専念できる環境を整備することが重要であるといえる。

### 4.3 プール事故発生時の救命処置

#### 4.3.1 救命・救護に関する統計情報

(1) 総務省消防庁「平成25年度版 救急救助の現況」によると、一般市

<sup>26)</sup> 危険予知とは、事故や災害を防止するため、事前にどんな危険が潜んでいるかを話し合い、危険のポイントを共有する等の取組。作業に密着した具体的危険性の認識を求めるといふ点で、リスクの低減に有効な方策とされている（小木和孝、圓藤吟史編集（2013）『作業安全保健ハンドブック』公益財団法人労働科学研究所出版部、p. 394-p. 397）。

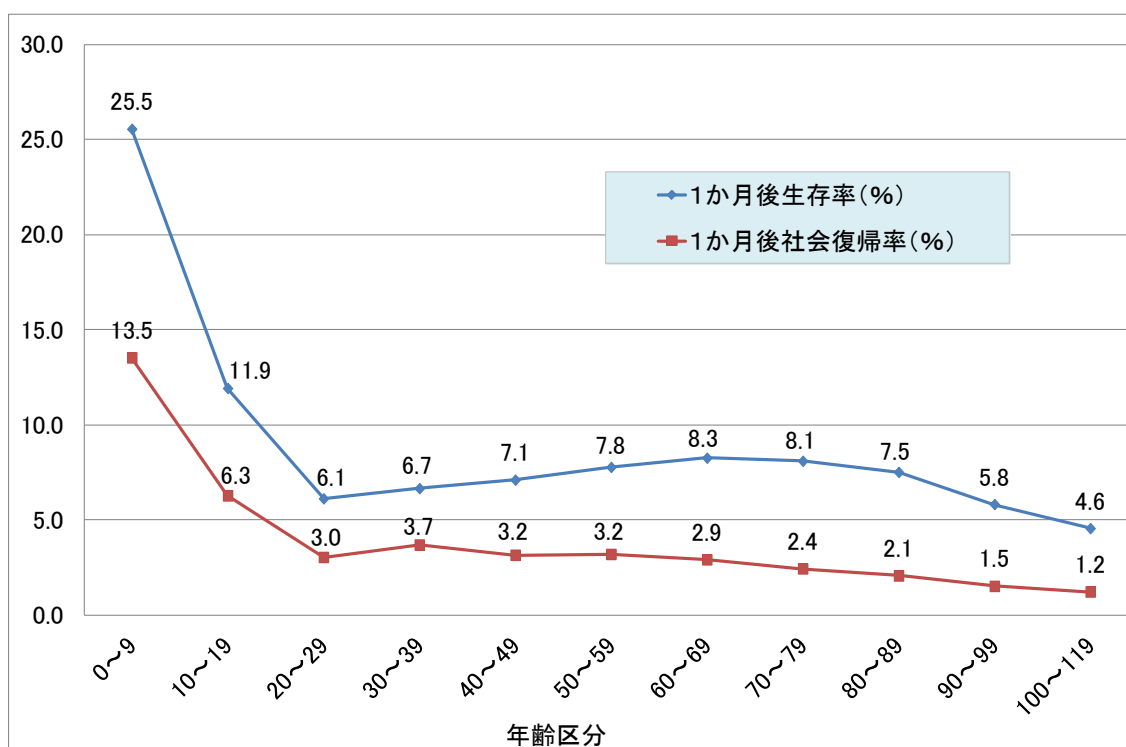
<sup>27)</sup> B教諭のこと。

<sup>28)</sup> XクラスとYクラスは廊下を挟んで向かい合っている（図2）。

<sup>29)</sup> ランチガーデンのこと。

民から119番通報があった非心原性の心肺機能停止<sup>30)</sup>の症例について、1か月後生存率と1か月後社会復帰率は、いずれも0歳から9歳が最も高い<sup>31)</sup>(図6)。したがって、溺水して意識のない幼児を発見した場合、迅速に119番通報するとともに適切な救命処置を施すことができれば、大人よりも助かる可能性が高いと考えられる。

図6 非心原性でかつ一般市民により心肺能停止の時点が目撃された症例の1か月後生存率及び1か月後社会復帰率(平成17年から平成24年合計)



(2) 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」<sup>32)</sup>が利用されている(図7)。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)は極めて低いですが、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

<sup>30)</sup> 心室細動など心臓に原因があるものは心原性の心肺機能停止、それ以外に原因があるもの(溺水や窒息等)は非心原性の心肺機能停止という。

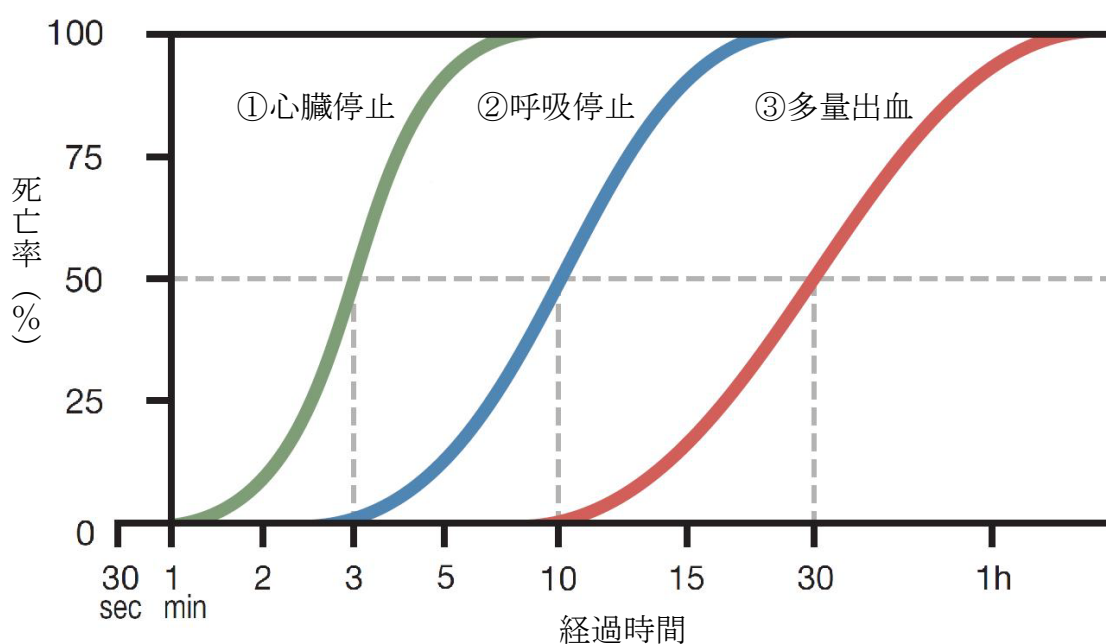
<sup>31)</sup> 総務省消防庁(2013)「平成25年度版 救急救助の現況」  
[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9\\_3.html](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html), 2014年4月14日参照。

<sup>32)</sup> 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。



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 番通報があつてから救急自動車現場到着までの所要時間の全国平均は約 8 分<sup>33)</sup> (平成 24 年) 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。

図 7 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](http://www.fdma.go.jp/en/pdf/top/en_03.pdf)

#### 4.3.2 救命処置<sup>34)</sup>

プール事故を含め、緊急時に実施すべき救命処置の手順は次のとおり

<sup>33)</sup> 総務省消防庁(2013)「平成 25 年度版 救急救助の現況」。

<sup>34)</sup> 一般財団法人日本救急医療財団『JRC(日本版)ガイドライン 2010 一時救命処置(BLS)』  
[http://www.qqzaidan.jp/pdf\\_5/guideline1\\_BLS\\_kakutei.pdf](http://www.qqzaidan.jp/pdf_5/guideline1_BLS_kakutei.pdf), 2014 年 4 月 14 日参照。日本赤十字社(1998)  
『水上安全法講習教本』日赤会館、p. 90-p. 116。

である。

- 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<sup>35)</sup>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を開始する。胸骨圧迫、気道確保、人工呼吸<sup>36)</sup>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<sup>37)</sup>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を続ける。

#### 4.3.3 本件事故における当該幼稚園の救命処置

本件事故では、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救命処置が行われなかった。この背景として、当該幼稚園の一刻を争うような緊急事態に対応するための体制が十分でなかったものと考えられる。

##### (1) 事故当時の当該幼稚園の対応

3.4.3のとおり、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、4.3.2にあるような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。

<sup>35)</sup> 呼び掛けに反応がない場合は、心肺が停止しているとみなし、②で胸骨圧迫を行う。

<sup>36)</sup> 水での事故（溺水）は気道確保と人工呼吸を優先する必要があるが、それ以外の傷病者に対しては人工呼吸は必須ではない。経験がない場合やうまく行えない場合は、胸骨圧迫のみで構わない。

<sup>37)</sup> 心肺停止している傷病者の心電図を自動的に解析し、心室細動を起こしている場合に電気ショックにより除細動を行う。心室細動とは、心筋細胞が不規則に細かく興奮し震えている状態で、心臓からの血液の拍出がなく、事実上、心臓が止まっている状態のこと。電気ショックを与えることにより、心臓に強い電流を流し、正常な状態に戻す。

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。

## (2) 緊急事態に対応するための体制

本件事故のように、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。

## 5 結 論

### 5.1 事故等原因

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。

## 5.2 調査において判明したその他安全に関する事項

調査の中で次の安全に関する事項が判明した。幼稚園等でプール活動等を行う際は、これらのことに留意して実施することが望ましい。

- 浅い水深であっても水の中に鼻と口が水没すると溺死するリスクを有している。
- 溺れるときには、溺れ始めの時点から、周囲に助けを求めたり、水音を立ててもがいたりすることなく静かに溺れることがある。
- 監視を行う場合、動いていないものは認知しにくい。したがって、静かに溺れる者を発見するためには、監視者は監視に専念すること、また、規則的に視線を動かしながら監視すること等が必要である。
- 意識を失っている者や重症を負った者等の救急患者を発見した場合、直ちに 119 番通報を行い、救急医療に対応した病院に運ぶべきである。一般の診療所や小規模の病院は、本件事故のような救命処置が必要な救急患者に対して、迅速かつ十分な処置を行うことができるとは限らない。

## 6 再発防止策

幼児にとって、水に慣れ親しむことは大切な経験であり、幼児が安全に楽しくプール活動等を行うことができる環境作りが重要である。本件のような事故を繰り返さないためにも、幼稚園等においてプール活動等を行う際は、安全標準指針や注意喚起通知も参考に、管理者は安全を十分に考えた体制を構築すべきである。

本調査委員会の調査・検討を基に、事故の再発防止に有効と考えられる対策を次のとおり整理した。

なお、本報告書は幼稚園等におけるプール活動等を対象として再発防止等を検討したが、これらの対策は幼稚園等に限らず様々な施設のプールにおける事故防止に有効であると考えられる。

### 6.1 監視や救命処置のための体制作り

#### (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、規則的に視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。

## 6.2 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。

## 6.3 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<sup>38)</sup>を活用することができる。

## 6.4 その他再発防止に資すると考えられる方策例

### (1) 映像記録の活用

プール活動にどのような危なさが潜んでいるかを見付けること、また、万が一事故が発生してしまった場合に、発生した事故を検証することが、事故の未然防止、再発防止には有効である。その際、映像記録があれば客観的かつ迅速な検証を行うことができる。

### (2) プール活動の現場段階で考えられる対策例

このほか、調査委員会で実施した調査過程において、比較的容易にプール活動の現場に導入できると思われる安全対策の知見を得た。その内容は次のとおりである。

#### ① 水着や水泳帽の色の工夫

園児が浸水した際にすぐに発見できるよう、水着や水泳帽は、プールの床面と同系色のものは避けて、目立つ色のものを選ぶ。

#### ② プールサイドへのパネル等の設置

プールサイドに救命処置（119番通報も含む。）の方法等を記載したパネルを設置することで、そこに危険が存在するというを日頃から意識することにつながる。

#### ③ 緊急時連絡機器の配置及び所持

プールで意識のない幼児を発見した場合など、緊急時にすぐに119番通報できるように、電話を設置又は所持しておく。

---

<sup>38)</sup> 消費者安全法に基づく通知件数のうち、学校における消費者事故等に関するものは数件（平成22年度）にとどまっており、内閣府消費者委員会の「消費者安全専門調査会報告書」（平成23年7月15日）では、教育機関等において消費者事故等が発生したとしても、消費者安全法に基づく通知が徹底されているとは言い難い状況であることが指摘されている。

同報告書を踏まえ、消費者委員会は、平成23年7月に、文部科学大臣等に対して、同報告書の内容のとおり建議し、報告書において記載された各種施策の実施に向けて、早急な対応を求めよう求めている。

なお、事故後、当該幼稚園によるとプール事故の再発防止のために次の対策が講じられている。

- 担任教諭以外に監視に当たる教職員を配置
- 消防署による救命講習（心肺蘇生法、A E Dの操作研修）の実施（年 1 回）
- 幼稚園の教職員を対象とした自主訓練（心肺蘇生法、A E Dの操作）の実施（月 1 回）
- 幼稚園の園舎の入口にA E Dを設置（1 台）
- 各教室に緊急時対応マニュアル<sup>39)</sup>を配備

---

<sup>39)</sup> けがや急病等の基本的な応急手当や「園児を事故・災害から守る安全対策の手引き」（全日本私立幼稚園連合会）等をまとめたもの。

## 7 意見

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（以下「幼稚園等」という。）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・指導體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。

## 幼稚園等及び小学校で発生した近年の溺水事故事例

プールに限らず、海や川での水遊びや家庭の風呂等で発生するものも含めて、年間約 80 人<sup>40)</sup>の子ども（0 歳から 12 歳）が溺水事故により死亡している。

調査委員会において、近年発生した溺水事故の事例について情報収集したところ、本件事故と類似した溺死事故や、迅速かつ適切な救命処置等によって一命を取りとめた事例が確認された。

発生日	発生場所	事故概要
H23. 7	甲市 小学校	甲市内の小学校プールの夏休みの一般開放に来ていた児童(7 歳)がプールで溺死した。事故発生時、監視員は管理人室に行っており、プールサイドに不在であった。
H24. 7	乙区 認可外 保育施設	乙区の認可外保育施設で、プール活動中に溺れてうつぶせの状態で見えている幼児(2 歳)が発見された。
H24. 7	丙市 小学校	夏休み中の丙市内小学校のプールで、遊泳開始の直後、うつぶせに浮いている児童(7 歳)が発見された。その後、救急搬送されたが、意識不明の重体となった。
H24. 7	丁市 小学校	丁市の夏季休業期間に行われた水泳指導中に、児童(6 歳)がうつぶせの状態で見えているのを教諭が発見した。その後、病院に搬送されたが、翌日死亡が確認された。
H24. 8	戊市 認可外 保育施設	戊市の認可外保育施設で、施設のベランダに置かれた家庭用プールで他の幼児とは別で遊んでいた幼児(3 歳)があおむけに浮いているのを、職員が発見した。救急車で病院に搬送されたが、まもなく死亡した。
H25. 7	己市 幼稚園	己市の私立幼稚園のプールで水泳学習をしていた幼児(4 歳)がプールでうつぶせの状態で見えているのを教諭が発見した。その後、救急搬送されたが、まもなく死亡した。
H25. 7	庚市 小学校	庚市の小学校プールで、体育の授業中、児童(11 歳)が溺れているのを他の児童が発見した。発見後、教諭 2 人がプールから児童を引き上げ、人工呼吸、AED を使用し救命処置を行い、その後、駆けつけた救急隊員に引き継いだ。児童は一時心肺停止状態に陥ったが、搬送先の病院で意識が回復した。

<sup>40)</sup> 厚生労働省「人口動態調査」を基に、消費者庁が、0 歳から 12 歳の「不慮の事故の種類別にみた年齢別死亡数」のうち「不慮の溺死及び溺水」による死亡者数の 3 か年平均（平成 22 年から平成 24 年まで）を推計。