

「学校事故対応に関する指針」に基づく
詳細調査報告書の横断整理

令和2年3月

文部科学省総合教育政策局

男女共同参画共生社会学習・安全課

安全教育推進室

目 次

はじめに.....	1
1. 詳細調査の概要.....	5
1.1 詳細調査報告書の記載項目.....	5
1.2 記載項目の特徴一覧.....	7
2. 各事件事例の概要.....	11
2.1 中学校ハンドボール部熱中症事故【事故①】.....	12
2.2 小学校プール飛び込み事故【事故②】.....	14
2.3 高校サッカー部活動中の熱中症事故【事故③】.....	16
2.4 中学校体育授業中の跳び箱からの落下事故【事故④】.....	18
2.5 高校ハンマー投げ事故【事故⑤】.....	20
2.6 高校春山安全登山講習会での雪崩事故【事故⑥】.....	22
2.7 中学校柔道部活動中における事故【事故⑦】.....	24
2.8 中学校駅伝練習中の熱中症事故【事故⑧】.....	26
2.9 小学校校外学習時の熱中症事故【事故⑨】.....	28
2.10 中学校プール飛び込み事故【事故⑩】.....	30
2.11 小学校清掃活動中の転倒事故【事故⑪】.....	32
2.12 小学校体育授業中のゴールポスト転倒事故【事故⑫】.....	34
2.13 小学校校地外における死亡事故【事故⑬】.....	36
3. 事故発生の要因と事後対応の的確性.....	38
3.1 事故発生の要因.....	38
3.1.1 研修の実施や事故防止のための各種マニュアルの作成状況(Software).....	38
3.1.2 授業や部活動で使用する施設や器具(Hardware).....	40
3.1.3 教員による状況把握(L ₁ (Liveware ₁)).....	41
3.1.4 事故被害児童生徒に関する要因(L ₂ (Liveware ₂)).....	43
3.1.5 学校の指導體制や安全管理に関する要因(management).....	44
3.2 事故発生後の対応の的確性.....	45
3.2.1 医療機関への救急要請.....	45
3.2.2 保護者への対応.....	48

3. 2. 3 他の児童生徒への対応	50
4. 調査委員会による事故の検証	51
4. 1 調査委員会構成員と開催数	51
4. 1. 1 調査委員会構成員	51
4. 1. 2 調査委員会開催回数と報告書提出までの期間	51
4. 2 検証前及び検証段階における保護者への対応	57
4. 2. 1 被害児童生徒が死亡した場合の保護者への対応	57
4. 2. 2 被害児童生徒に後遺症が残った場合の保護者への対応	57
5. 提言された対策	59
6. 詳細調査報告書の記載方法	62
6. 1 記載にあたっての留意点	62
6. 1. 1 公表資料としての記載の留意点	62
6. 1. 2 事実認定に関する記載の留意点	62
6. 2 記載項目とその内容	63
【参考】 詳細調査報告書の記載フォーム(例)	66

はじめに

本報告書は平成 28 年 3 月に公表された「学校事故対応に関する指針」(以下「指針」という。)に基づいて文部科学省に提出された学校事故に係る詳細調査報告書を横断的に整理したものである。

指針は、学校事故に関し、事故発生の防止及び事故後の適切な対応に取り組むためのガイドラインとして策定されたものである。指針において、文部科学省は、詳細調査報告書の概要をもとに事故情報を蓄積し、教訓とすべき点を整理した上で、学校現場にフィードバックすることで、類似事故の発生防止につなげていくこととされている。

一つ一つの事故については概ね丁寧に調査が行われており、これらの事故発生後の対応等について、つぶさに学校関係者に知っていただくことは、今後の学校安全に関する取り組みへの気づきを与えてくれるものであり、こうした事例について取りまとめて周知することは有用であると考えている。また、ほとんどの教員・学校設置者にとって重大事故への対応は初めて経験することになるが、本報告書を通じて重大事故の事例の一端を予め知っていただき、万一の場合の的確な対応に役立てていただければと考えている。

また、本報告書の作成過程において、文部科学省による教訓のフィードバックの質を高めるためには、様々な事件事例を横断的に比較することが必要であり、そのためには詳細調査報告書の記載事項や記載内容を標準化する必要性も認識された。このため、本報告書では、今後の詳細調査報告書の記載項目についても提言している。

報告書作成に係る調査、整理、執筆については株式会社政策研究所が文部科学省との協議を行いながら取りまとめた。

本報告書を、今後の学校事故防止に係る取り組みの更なる質の向上につながる一助としたい。

令和 2 年 3 月

文部科学省総合教育政策局

男女共同参画共生社会学習・安全課

安全教育推進室

<報告書の構成>

本報告書は、指針に基づいて平成28年4月から令和元年10月までに文部科学省に提出された詳細調査報告書について横断的に整理したものである¹。

「1.詳細調査の概要」では、文部科学省に提出された詳細調査報告書の記載項目及び内容について特徴を一覧に整理している。

「2.各事故事例の概要」では、詳細調査報告書に記載されている各事故事例の概要を整理している。個々の事例は事故の内容や事故が発生した際の状況、学校種等が様々に異なっていることから、これらの事例に共通する教訓を抽出することは困難である。むしろ、各事例の経過を理解し、学校事故が発生した場合の初動、事後の対応について知っていただくことで、学校安全に関する取り組みの見直しのきっかけとなることを期待している。

詳細調査報告書の中には、固有名詞の匿名化などが行われていないものがあつたため、本章においては、それらを匿名化し要約している。また、事故に関する記載は提出された詳細調査報告書の記載をそのまま整理しており、個々の事故についての認識・見解は当該報告書の作成者の認識・見解である。

各事故事例の概要については、詳細調査報告書をもとに、株式会社政策研究所において要約後、詳細調査報告書を提出した都道府県に照会し、都道府県から受けた修正の指摘を反映した。なお、都道府県に対して、提出を受けた詳細調査報告書に係る事故事例について本報告書に記載することの可否について確認したところ、3件の事例については、事故関係者への配慮等により記載することができないとの回答があつたため、本報告書には記載していない。

「3.事故発生の要因と事後対応の的確性」では、事故が発生した背景にどのような要因があつたかを、詳細調査報告書をもとに整理している。

「4.調査委員会による事故の検証」では、調査委員会の構成員と検証を、各段階での保護者への対応等について整理している。

「5.提言された対策」では、学校側の危機管理の面で今後に向けた教訓となると考えられる事項について整理している。

「6.詳細調査報告書の記載方法」では、今回の調査を通じて、学校事故に係る情報を横断的に整理分析するためには、様々な事例を比較しやすい形で収集することが必要であることが認識されたため、詳細調査報告書の標準的な記載項目を提言している。

¹ 本資料作成に当たり、改めて都道府県教育委員会等に対して、照会を行い(令和2年2月)、指針に基づく詳細調査報告書の文部科学省への提出の遺漏がないか確認を行っている。

1. 詳細調査の概要

1.1 詳細調査報告書の記載項目

これまでに報告された指針に基づく学校事故の詳細調査報告書に記載されている項目を以下の①～③の項目により整理し、各事故の横断的俯瞰を行った。

①事故に関する項目

事故発生時期、活動種別、事故発生場所、事故を受けた当事者の属性(学年、性別)、事故種別、事故発生の経緯、事故後の経緯、事故発生後の対応等。

②調査委員会に関する項目

委員会の構成員、委員会開催回数等

③事故発生の要因分析

学校管理下において生じる事故は、負傷事故や死亡事故を含めて様々な事故があり、事故が生じる際は、被害を受ける児童生徒や指導する側の学校関係者、場所や時間、周囲の環境など、様々な要因が影響しあうことになる。

事故が発生した原因を分析するためには、これらの様々な要因がどのように関係しあっているのかを明らかにすることが必要であり、本調査では、この要因を分析するために、事故が発生した時のヒューマンエラーの発生要因を分析する方法として用いられる、m-SHELL モデル²を参考とした(図1参照)。m-SHELL モデルは、東京電力ヒューマンファクターグループが提唱した、ある事故が発生した場合にそれに関わる人や周囲の環境を分析し、事故発生の背後にある要因を分析する手法である。

本調査では、m-SHELL モデルを学校事故に当てはめ、中心に事故に直接関係した教員やスタッフを置き、これを当事者 L_1 (Liveware₁)とした。当事者 L_1 の周囲に学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画としてS(Software)を設定し、さらに授業や部活動で使用する施設や器具をH(Hardware)、事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境や事故に影響を与えたと考えられる環境をE(Environment)、被害児童生徒やその家族、その他の児童生徒を L_2 (Liveware₂)、事故に結びついた活動に対する学校の指導體制や指導方法、安全管理をm(m

² m-SHELL モデル:河野龍太郎(東京電力)が提唱した、ヒューマンファクターズ概念を理解するためのモデルで、作業する人間とその周りの各要素(Software、Hardware、Environment、Liveware 等)の特性がうまくかみ合っていないと、ヒューマンエラーが引き起こされやすくなることを表す。

河野龍太郎、「ヒューマンエラー低減技法の発想手順:エラープルーブの考え方」,日本プラント・ヒューマンファクター学会誌, Vol.4 No.2 1999 p121~130

anagement)として設定し、m-SHELLの各要素を学校事故を想定した要素に読み替えた(表1.1参照)。読み替えた要素をもとに、詳細調査報告書の記載内容を、L₁と周囲のS、H、E、L₂、mについて整理している。事故の要因については、m-SHELLの要素の複数に該当するものや、判断が難しいものもあるが、その要因の主な内容に着眼しいずれかの要素に分類した。

図1 m-SHELLモデルの概念図

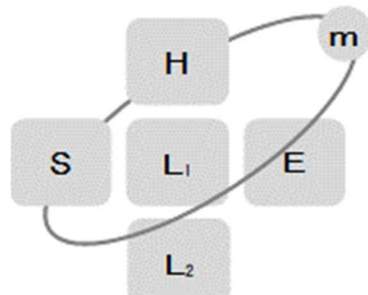


表1.1 m-SHELLモデルの各要素

m-SHELLモデル	m-SHELLモデルの各要素の意味	学校事故に読み替えた場合の各要素の意味
S(Software)	作業手順や作業指示書、作業指示の出し方、教育訓練などのソフトに関する要素。	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画など。
H(Hardware)	作業上の装置やシステムといったハードに関する要素。	授業や部活動で使用する施設や器具など。
E(Environment)	照明、騒音、温度、湿度といった作業環境に関する要素。	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境、その他の事故に影響を与えたと考えられる環境など。
L ₁ (Liveware ₁)	当事者本人に関する要素。	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフなど。
L ₂ (Liveware ₂)	当事者周囲の同僚や関係者、相手に関する要素。	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒。
m(management)	組織や体制、職場の雰囲気づくり、安全管理などの要素。	事故に対する学校側の指導体制、指導方法、安全管理。

1.2 記載項目の特徴一覧

これまでに文部科学省に提出された詳細調査報告書を横断的に表 1.2 に整理し、記載された項目やその概要を示した。

表 1.2 詳細調査記載項目の状況 ◎:詳細に記載している ○:必要項目を記載している △:記載内容が簡易である 空欄:記載無し *各事故は文部科学省に提出のあった順に配列している。

事故	事故に関する項目													委員会に関する項目			事故発生の要因分析						その他								
	事故発生時期	活動種別	事故発生場所	被害児童生徒	事故種別・被害程度	事故発生の経緯	事故の概要時系列的記載	事故後の経緯説明	事故発生後の保護者への対応	事故発生後の児童生徒への対応	関係者への対応・報告	調査検証方法	関係者への聴き取り	実地調査の有無	被害児童生徒への聞き取り	保護者等からの聞き取り	委員会メンバー	委員会開催回数	会議の公開非公開	Software 画育等の有無	Hardware 器具授業や部活で使用する施設や器	Environment をなると物理的考えられる環境や事故環境	L1: Liveware ₁ 指導していただいた被害児童やスタッフを直接	L2: Liveware ₂ 被害児童生徒及びその児童の家族、	management 事故に対する学校側の指導体制、安全管理	訴訟の有無	報告書のウェブサイトに掲載	報告書のウェブサイトのURL	詳細調査開始時期	期間	事故発生から報告書提出までの
【事故①】 中学校ハンドボール部熱中症事故	平成28年8月	部活動	同校運動場	中学1年生男子1名	・熱中症 ・死亡	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9	非公開	練習メニューなどを示したマニュアルや指導計画が不十分だった	体を冷却する機器や気象条件を測定する機器はなかった	天候はくもり時々晴れ、気温29.9℃、湿度71.3%で不快な状況だった	2人の顧問が指導していたが、生徒一人一人の運動能力の配慮や水分摂取状況を把握していなかった	被害児童生徒は他の部員よりも体力が低下していた	生徒が顧問に対し考えていることや、感じていることを自由に発言できる環境が構築されていなかったようであった	無し	○	https://www.city.ikoma.lg.jp/cmsfiles/content/0000009/9735/17042_4.pdf	平成28年11月	8か月		
【事故②】 小学校プール飛び込み事故	平成28年7月	課外活動	同校プール	小学6年生女子1名	・プール飛び込みによる右後頭部強打 ・後遺症	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	8	報告書に記載なし	指導計画、指導方法の事前確認は無く、指導にあたる教諭に一任していた			別の児童が危険を察知してフラフープの位置変更を申し出たが教諭は無視した		学校運営責任者、及びそれを管理すべき町教育委員会による二重の瑕疵によって事故対応に不適切な処置が助長された	無し	○	https://www.vurihama.jp/uploaded/attachment/6309.pdf	平成29年3月	11か月		
【事故③】 高校サッカー部活動中の熱中症事故	平成29年5月	部活動	学校外道路上	高校1年生男子1名	・部活動中の熱中症による多臓器不全 ・死亡	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	3	報告書に記載なし	事前の準備や注意喚起はあったがマニュアルは無く、1年生に配慮した練習計画も無かった		事故前日と事故当日の最高気温(28.8℃)と前週の最高気温を比較すると6℃程度気温が上昇していた	生徒個々への状況確認が不明だった	中学3年の夏以降、受験によりほぼ半年間のブランクがあり、4月にサッカー部入部後も事故までの間、大半は軽めの練習がほとんどであった	校外事故防止体制、給水体制が不十分だった	無し	×		平成29年12月	1年		○

事故	事故に関する項目													委員会に関する項目		事故発生の要因分析						その他													
	事故発生時期	活動種別	事故発生場所	被害児童生徒	事故種別・被害程度	事故発生の経緯	事故の概要時系列的記載	事故後の経緯説明	事故発生後の保護者への対応	関係者への対応・報告	調査検証方法	関係者への聞き取り	実地調査の有無	被害児童生徒への聞き取り	保護者等からの聞き取り	委員会メンバー	委員会開催回数	会議の公開非公開	Software	Hardware	Environment	L1: Liveware1	L2: Liveware2	management	訴訟の有無	報告書のウェブサイト掲載	報告書のウェブサイトURL	詳細調査開始時期	期間	事故発生から報告書提出までの	参考資料の有無				
																			画育等の有無	学校安全のための研修や安全計画	授業や部活で使用する施設や器具	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境や事故に与えられたと考えられる環境	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒								事故に対する学校側の指導体制、指導方法、安全管理			
【事故④】 中学校体育授業中の跳び箱からの落下事故	平成29年5月	体育授業	同校体育館	中学2年生男子1名	・授業中の跳び箱からの落下による首損傷 ・後遺症	○											△	4	報告書に記載なし	指導計画は作成されていたが、技の順番について徹底されていたか不明である				前の失敗時に適切な指導が行われなかったことで、生徒の次の行動に何らの修正が加えられなかった						無し	△		平成29年7月	1年	
【事故⑤】 高校ハンマー投げ事故	平成29年12月	部活動	同校グラウンド	高校2年生男子1名	・ハンマー投げによる事故 ・死亡	○	○	○	○	○	○	○	○	○				3	報告書に記載なし	投てき練習時の安全対策の徹底が不十分だった 男子が女子用ハンマーを使用することの危険性について、注意事項が徹底されていなかった			ハンマー投げケージ付近は、照明が届かず相当暗い状態であり、ケージ内や付近の様子がわかりづらい状況であった	ハンマー投げとサッカー練習場が近接していたが、監視役が不在だった	被害生徒は照明が暗く人影を確認できなかったことで、投てき練習が終了したと感じていたと思われる	サッカー部と陸上部間にグラウンド使用の明確なルールは定められておらず、顧問同士で練習内容の確認や情報共有をする体制も十分でなかった	無し	○	https://www.pref.gunma.jp/03/x50g_000/30.html	平成30年2月	8か月				
【事故⑥】 高校春山安全登山講習会での雪崩事故	平成29年3月	登山講習会	茶臼岳天狗岩斜面	高校男子7名及び男性教員1名	・春山登山訓練時の雪崩による事故 ・8名が死亡	○	○	○	○	○	○	○	○	○				7	原則公開	これまでの登山講習で事故事例やヒヤリハット事例が集積、共有されておらず、改善策の検討や引継ぎも行われていなかった	緊急時に備えた通信機器管理の不備のため、救助要請が大幅に遅延した	雪崩発生前に本州南岸を北東に進んだ低気圧によって強度の小さい雪の層が降雪により形成され、その後、さらに新雪の荷重が加わった	講師や引率教員の雪崩の危険(リスク)に関する知識や対処能力が不足していた	本件事故の根源的で最も重要な発生要因は、主催者である高体連・登山専門部の「計画全体のマネジメント及び危機管理意識の欠如」である	無し	○	http://www.pref.tokushima.jp/m01/kensvouiinkai.html	平成29年4月	7か月	○					

事故	事故に関する項目														委員会に関する項目		事故発生の要因分析						その他								
	事故発生時期	活動種別	事故発生場所	被害児童生徒	事故種別・被害程度	事故発生の経緯	事故の概要時系列的記載	事故後の経緯説明	事故発生後の保護者への対応	関係者への対応・報告	調査検証方法	関係者への聞き取り	実地調査の有無	被害児童生徒への聞き取り	保護者等からの聞き取り	委員会メンバー	委員会開催回数	会議の公開非公開	Software	Hardware	Environment	L1: Liveware ₁	L2: Liveware ₂	management	訴訟の有無	報告書のウェブサイト掲載	報告書のウェブサイトURL	詳細調査開始時期	期間	事故発生から報告書提出までの	参考資料の有無
																			画育、学校の安全のためのマニュアルや規則、指導計画の有無	具 授業や部活で使用する施設や器具	を などの物理的環境や事故に与えたと考えられる環境	指 当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	被 被害児童生徒及びその家族、児童生徒以外の児童生徒	制、指導方法、安全管理							
【事故⑪】 小学校清掃活動中の転倒事故	平成29年4月	清掃時	校内廊下	小学2年生男子1名	・清掃活動中の転倒、頭部打撲 外傷性硬膜外出血 ・後遺症	○	○	○	○	△	△	○	△		・大学教授(教育学) ・医師(整形外科) ・大学非常勤講師 ・弁護士 ・医師会常任理事	3	報告書に記載なし								無し	×		平成29年10月	1年9か月		
【事故⑫】 小学校体育授業中のゴールポスト転倒事故	平成29年1月	体育授業(サッカー)	同校運動場	小学4年生男子1名	・体育授業中(サッカー)にゴールポストが転倒し下敷き ・死亡	○	○	△	○	○	◎	○			・前市教育長 ・大学教授 ・大学准教授 ・医師 ・体育協会会長 ・PTA連合会役員2名 ・小学校長 ・中学校長 ・小学校体育担当教諭 ・中学校体育教諭	5	報告書に記載なし	教育指導計画の中に、安全管理に関する危機管理緊急対応のマニュアルや施設の安全点検マニュアルが無く、事故予防研修はされていなかった	ゴールは杭、ロープ等で固定されていなかった		ゴールが固定されていることを確認することなく、体育の授業(サッカー)を実施していた	味方がゴールを決めたことを喜び、自陣のゴールネットのロープにぶら下がったが、ポストが転倒することは予測できなかった		あり・係属中	○	http://www.city.okawa.lg.jp/s062/010/070/20190510193639.html	平成29年2月	2年2か月		○	
【事故⑬】 小学校校地外における死亡事故	平成26年10月	図工授業中	正門前(校地外)	小学6年生男子1名	・車による轢死 ・死亡	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・弁護士2名 ・他市教育委員会 ・大学教授 ・カウンセラー	26	報告書に記載なし	一般的な校外学習とは異なるため、マニュアルは無かった			担任が校地外における学習活動について、危険性を認識せず、児童たちに安易に許可した		事件当時の教頭等の自家用車が事件現場付近の校地外正門付近に駐車されていたことなど、交通環境に対する安全管理に問題があった	あり・確定	○	http://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/kvodo/page-c02148.html	平成29年9月	5年		○	

2. 各事故事例の概要

前掲の表 1.2 に示した各事故事例について、以下にその概要を示す。以下は詳細調査報告書の記載内容を株式会社政策研究所において要約したものであり、新たに調査を行って情報を追加したり、株式会社政策研究所が独自に見解を付け加えたものではない。なお、詳細調査報告書の中には、固有名詞の匿名化が行われていないものがあつたため、本章においては、それらを匿名化しつつ要約している。

また、各事故事例の概要については、詳細調査報告書をもとに、株式会社政策研究所において要約後、詳細調査報告書を提出した都道府県に照会し、都道府県から受けた修正の指摘を反映した。

なお、都道府県に対して、提出を受けた詳細調査報告書に係る事故事例について本報告書に記載することの可否について確認したところ、3件の事例については、事故関係者への配慮等により記載することができないとの回答があつたため、本報告書には記載していない。

事故の要因については、前掲の m-SHELL モデルの考えに基づき、それぞれの要素について整理しており、提言された対策についても、それぞれの対策が S (Software)、H (Hardware)、E (Environment)、L₁ (Liveware₁)、L₂ (Liveware₂)、m (management) のどの要素に該当するかを記号で示している。

2.1 中学校ハンドボール部熱中症事故【事故①】

基礎情報			
事故発生時期	平成 28 年8月	被害生徒及び事故種別・ 被害程度	中学 1 年生男子 1 名 熱中症、死亡
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	8か月
事故の概要			
活動種別	部活動		
事故発生の概要	平成 28 年8月、中学校運動場において、1年生男子生徒がハンドボール部の練習中(ランニング後)に意識を失って倒れ、救急搬送される事故が発生した。翌日に当該生徒は搬送先の病院において死亡した。当該生徒は同年4月に中学校に入学後ハンドボール部に入部し、少しずつ技術面、体力面で向上してきていた。事故当日の練習では、当該生徒は午前8時過ぎに登校し、他のハンドボール部員と一緒に練習に参加した。その後、当該生徒は給水することなく約 35 分間のランニングをした後に倒れた。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●練習メニューなどを示したマニュアルや指導計画が不十分だった。 ●熱中症対策の研修は無かった。 ●部活動運営に関する基本方針の策定が不十分だった。 	
H (Hardware)	授業や部活で使用する施設や器具	<ul style="list-style-type: none"> ●体を冷却する機器や気象条件を測定する機器は無かった。 	
E (Environment)	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ●天候はくもり時々晴れ、気温 29.9℃、湿度 71.3%で不快な状況だった。 ●グラウンドやグラウンド周囲に日陰は無かった。 	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●2人の顧問が指導していたが、生徒一人一人の運動能力の配慮や水分摂取状況を把握していなかった。 ●運動強度の個人への配慮が不十分であり、個々の給水状況の把握や指導が無かった。 ●部活動指導者と生徒との信頼関係の構築が不十分だった。 	
L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	<ul style="list-style-type: none"> ●被害児童生徒は他の部員よりも体力が低下していた。 	
m (management)	事故に対する学校側の指導体制、指導方法、安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ●生徒が顧問に対し考えていることや、感じていることを自由に発言できる環境が構築されていなかったようであった。 ●過度な運動強度にブレーキをかけることのできる指導体制の構築が不十分だった。 	

	<ul style="list-style-type: none"> ●部活動指導者と生徒との信頼関係構築が不十分であった。 ●学校体制として、生徒の安全に対する意識を高める取り組みが不十分であった。 ●情報共有体制の構築が不十分だった。
有識者による事故の検証	
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授2名(学校保健、熱中症) ・弁護士 ・県中学校体育連盟前会長 ・医科大学助教(小児科) <p>[5名]</p>
提言された対策	
S (Software)	●熱中症に関する通知やマニュアルを含む学校安全に関する通知や計画、「学校事故対応に関する指針」を教員が熟知して有効に活用するため、定期的に研修等を実施し、教員の安全に関する意識を高める必要がある。
H (Hardware)	●指導者は、事故が起こった場合に備えて、体全体をすばやく冷却できる物を準備しておく必要がある。
E (Environment)	●天気予報および WBGT(暑さ指数)を活用し、部活動に無理のない時間設定をする必要がある。
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●生徒一人一人の体格・体力に応じた運動強度を設定することが必要であり、そのためには個々の体力に負荷の可能な運動強度をしっかりと把握しておく必要がある。 ●部活動の指導にあたる者は、天気予報だけでなく、練習場所における WBGT(暑さ指数)を定期的に測定し、活動の中止や休憩、身体の冷却給水のタイミングを適切に判断する必要がある。 ●運動強度は生徒の自己管理ではなく、指導者が把握し適切に指導しなければならない。 ●指導者は、生徒の状況に応じ、長期、中期、短期の視点だけでなく、ウォーミングアップの意味、持久力養成方法等について科学的根拠に基づく練習計画を作成し、練習目的、練習効果等を生徒にも十分理解させた上で活動する必要がある。
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●定期的に校内部活動指導者による会議を開催し、お互いの部活動の活動状況、生徒の様子、保護者との連携方法等の情報交換を積極的に行い、他の部活動に対しても気軽に意見交換ができる環境を整える必要がある。 ●学校は、学校における部活動の意義を明確にし、部活動の運営に関する基本的な方針については全ての部活動の指導者が共有すべきである。 ●学校は、主体的・対話的で深い学びが実践できるグループワーキングやワークショップ形式の授業を行うことにより、児童生徒が安全に対する意識を自ら高め、行動できるための取り組みを推進する必要がある。

2.2 小学校プール飛び込み事故【事故②】

基礎情報			
事故発生時期	平成 28 年7月	被害児童及び事故種別・ 被害程度	小学6年生女子1名 プール飛び込み事故、後 遺症発生
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	11 か月
事故の概要			
活動種別	課外活動		
事故発生の概要	平成 28 年7月、地区の水泳大会へ向けた課外の練習中、飛び込みに抵抗のある児童のためにフラフープを用いた練習を行うこととなった。その児童が飛び込みに躊躇し、その様子を気付いた飛び込みの上手な被害児童がやってみたくて申し出て、飛び込み台近くの水面に浮かべられたフラフープをめがけて垂直に近い角度で飛び込み、プールの底に右後頭部を強打した。6日間の入院治療の後、約2か月後に手足のしびれなどの後遺症が現れるなど、その後も生活に支障を来している。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●指導計画、指導方法の事前確認は無く、指導にあたる教諭に一任していた。飛び込み指導研修を受けた教員もいなかった。 ●水泳指導において飛び込みによる事故の危険性が強く指摘されていることに鑑み、授業では指導されていない飛び込みスタートを実施する場合は、安全面に十分配慮した専門的な指導が可能な教諭によって限定的に行われるべきであった。 	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●指導教諭は以前の勤務校で水面に浮かべたフラフープを目標とした飛び込み指導を経験しており、有効な指導であると認識していたが、当該校での活用の実績は無かった。 ●当初、飛び込みに抵抗のある児童のために低い姿勢でまっすぐ入水させようと意図したものであったが、位置を調整しなかった。 ●別の児童が危険を察知してフラフープの位置変更を申し出たが教諭は無視した。 ●フラフープが飛び込む場所に近すぎたため、入水角度を大きくしており、配置位置について配慮が無かった。 ●教諭は、普段から飛び込みが苦手な児童を揶揄することばを繰り返しており、被害児童は失敗したら同じようなことを言われるのではないかと危惧していた。 	
m (management)	事故に対する学校側の指導体制、指導方法、安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ●この小学校においては、これまでも飛び込みによる事故が起きているにもかかわらず、事故の教訓化が図られず学校での安全意識の共有化を怠っていた。 	

		<p>●学校の事故調査は児童からの聴き取りや実地検証を行わず、教諭からの聴き取りのみで作成されていた。また、頭部を強打した事故であり、かつ救急搬送をしているという時点で基本調査を開始すべきであったが、そうした基本認識に至らなかった。学校運営責任者、及びそれを管理すべき町教育委員会による二重の瑕疵によって事故対応に不適切な処置が助長された。</p>
有識者による事故の検証		
調査委員会の構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・町立児童館館長 ・県教育委員会 ・他小学校教員 ・医師 ・大学教授2名(教育臨床心理学、スポーツ生理学) ・PTA副会長 ・救急救命士 <p>[8名]</p>	
提言された対策		
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●本事故は指導者である教諭が設定した場で、児童が飛び込みを行うことで起きた「指導事故」である。指導にあたる前に、その指導内容について理解を深める教材研究が必要であり、指導内容を吟味し、教諭が実際にやってみるなどしてより効果的な指導方法、使用教具等を検討することが必要である。 ●教職員が事故等の発生を未然に防ぎ、万が一事故が発生しても児童生徒等の安全を確保し、被害を最小限にとどめるためには、教職員一人一人に、状況に応じた的確な判断力や機敏な行動力が求められる。そのためには、教職員の危機管理に関する研修を実施するなど、対応能力を高めることが必要である。 ●「首を痛めている」判断が的確にできるように、消防署等の外部機関と学校が連携し、教員への応急手当の講習を充実していく必要がある。 	
H(Hardware)	<ul style="list-style-type: none"> ●個の実態を把握するとともに、個に応じた教材教具の選択、場の設定が必要である。 	
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●教職員の危機管理に関する研修を充実させるなど、教職員一人一人の対応能力を高めることが必要である。 ●児童生徒の指導にあたっては一人一人個人差があり、その児童生徒に応じた学習の場の設定が不可欠である。また、練習前には、児童生徒へ練習の意図及び練習方法について詳しく説明を行うことも大切である。事故防止につながるだけでなく、効果的な練習にしていくためにも必要なことである。 	
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●事故発生後の対応は、校長のリーダーシップのもと、チームとして対応することが必要である。そのためには、事故に関する情報、その後の対応について共通理解、共通認識を持つことが必須である。 	

2.3 高校サッカー部活動中の熱中症事故【事故③】

基礎情報			
事故発生時期	平成 29 年5月	被害生徒及び事故種別・被害程度	高校1年生男子1名 熱中症、死亡
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	1年
事故の概要			
活動種別	部活動		
事故発生の概要	平成 29 年5月、部活動顧問(サッカー部)の指導下で、ウォーミングアップ、基礎練習等で体を慣らした後、湖一周ランニング(約 9.5km、40～60 分コース)を行った。当該生徒は学校まで残り 200m の付近で意識を失い倒れた。 救急搬送後、重度の熱中症による急性腎不全や肝機能障害の可能性ありと診断された。その後、高度医療を受けるために転院をするが症状が回復することなく、多臓器不全により5か月後に死亡した。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●事前の準備や注意喚起はあったがマニュアルは無く、1年生に配慮した練習計画も無かった。 ●体力や技術が未熟な低学年では、体力を段階的に養うことが求められるが、そうした指導計画となっていなかった。 	
E (Environment)	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ●事故前日と事故当日の最高気温(28.8℃)と前週の最高気温を比較すると6℃程度気温が上昇していた。 	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●顧問2名、マネージャー2名が最後尾に配置していたが、生徒個々への状況確認が不明だった。 ●暑くなることが予見される中で運動を軽減しておらず、安全配慮が十分でなかった。 ●チームを3つにし、チームごとの順位の平均を出すことを指示しており、自分の成績がチーム順位に反映するため、生徒は途中で走ることをやめる判断が難しい状況であった。 ●給水、観察体制など安全確認や注意義務が不十分だった。 ●熱中症指数計を使用しておらず、熱中症リスクについて状況把握ができていなかった。 	
L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	<ul style="list-style-type: none"> ●当該生徒は中学3年の夏以降、受験によりほぼ半年間のブランクがあり、4月にサッカー部入部後も事故までの間、大半は軽めの練習がほとんどであった。 	

m (management)	事故に対する学校側の 指導体制、指導方法、 安全管理	●校外事故防止体制、給水体制が不十分だった。
有識者による事故の検証		
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育部長 ・教育委員会部内役職者7名 ・健康福祉部医師 [9名]	
提言された対策		
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●生徒の能力や体力に配慮し、段階的な練習を計画する必要がある。 ●「熱中症事故防止確認シート」(教育委員会作成)を活用するべきである。 ●校外走は原則禁止し、生徒及び教職員に対する熱中症予防講座を開催すべきである。 	
E (Environment)	●活動時に給水できる環境を整えなければならない。	
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●校外走を実施する場合は、顧問の観察のもと、集団走として互いの体調に留意しながら走らせるべきである。 ●全てのスポーツ活動に対して、活動前後の健康観察を丁寧に行わなければならない。 	
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●体調不良を気軽に相談できる雰囲気を作るべきである。 ●危機管理マニュアルに基づく安全管理、指導を徹底する必要がある。 	

2.4 中学校体育授業中の跳び箱からの落下事故【事故④】

基礎情報			
事故発生時期	平成 29 年5月	被害生徒及び事故種別・被害程度	中学2年生男子1名 跳び箱転落、後遺症発生
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	1年
事故の概要			
活動種別	保健体育科の授業中		
事故発生の概要	平成 29 年5月、当該生徒は開脚跳びで 5 段の跳び箱を跳ぼうとしたが、腰の位置が高くなり、体勢が崩れエバーマットに頭から落下し首を損傷した。意識はあったが足の感覚が無かったため、学校は救急車を要請し病院に搬送した。当該生徒は頸椎の脱臼と診断され手術を受けた。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	●指導計画は作成されていたが、技の順番について徹底されていたか不明である。	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	●前の失敗時に適切な指導が行われなかったことで、生徒の次の行動に何らの修正が加えられなかった。 ●体格の大きい子や器械運動の苦手な子の指導については、跳び方を見て、別の課題を与えるなどの指導上の配慮ができていなかった。	
有識者による事故の検証			
調査委員会の構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・医師(整形外科) ・大学非常勤講師(保健保育) ・弁護士 ・医師会常任理事 [5名]		
提言された対策			
S (Software)	●器械運動の実施については、種目の選択に配慮すべきである。		
H (Hardware)	●学校は跳び箱以外の種目も選択できるように、用具等の準備について配慮すべきである。		

L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none">●生徒一人一人の特性に配慮した指導を徹底するべきである。●個別に生徒を観察し、体格、身体能力、行動傾向、学習意欲を配慮しながら適切な指導を行う必要がある。●跳び箱の指導にあたっては、高い段数の指導だけに注力することなく、跳び箱が苦手な生徒の指導にも注意を注ぐべきである。●跳び箱の苦手な生徒への指導については、跳べたか跳べなかったかのみ注目するのではなく、失敗の質や運動のイメージが持っているか等を見極めて適切な言葉かけや指導を行うことが大切である。
--	--

2.5 高校ハンマー投げ事故【事故⑤】

基礎情報			
事故発生時期	平成 29 年 12 月	被害生徒及び事故種別・ 被害程度	高校2年生男子1名 ハンマー直撃、死亡
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	8か月
事故の概要			
活動種別	部活動		
事故発生の概要	平成 29 年 12 月、学校のナイター照明下のグラウンドにおいて、陸上部投てき練習中に、女子生徒を指導していた男子生徒が投げた女子用ハンマーが、サッカーグラウンドの南半面で練習していた男子生徒の頭部に直撃した。その場でAEDや心臓マッサージ等の処置を行い、その後救急搬送されたが死亡した。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●投てき練習時の安全対策の徹底が不十分だった。 ●男子が女子用ハンマーを使用することの危険性について、注意事項が徹底されていなかった。 	
E (Environment)	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ●ハンマー投げケージ付近は、照明が届かず相当暗い状態であり、ケージ内や付近の様子がわかりづらい状況であった。 	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●部活動は顧問立ち合いのもとで行われることが原則であるが、重大事故につながる恐れのあるハンマー投げの練習に顧問が立ち会っていないかった。 ●ハンマー投げとサッカー練習場が近接していたが、監視役が不在だった。 	
L ₂ (Liveware)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	<ul style="list-style-type: none"> ●被害生徒は照明が暗く人影を確認できなかったことで、投てき練習が終了したと感じていたと思われる。 ●陸上部員が投てき練習時に行う声掛けに、安全認識の意味合いが薄れていた可能性があった。 	
m (management)	事故に対する学校側の指導体制、指導方法、安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ●これまでもハンマー投げの練習による危険な場面があったが、そのことがサッカー一部顧問や管理職に伝わっていなかった。 ●サッカー部と陸上部間にグラウンド使用の明確なルールは定められておらず、顧問同士で練習内容の確認や情報共有をする体制も十分でなかった。 	

有識者による事故の検証	
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(養護教育) ・日本陸上競技連盟理事 ・高校体育連盟陸上競技専門部事務局長 ・医師会理事 ・弁護士 <p>[5名]</p>
提言された対策	
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●複数の部活動で同時にグラウンドを使用する場合は、使用に関するルールを明確に定め、周知徹底させる必要がある。 ●投てき練習を行う場合は、投てき動作前の声掛けや、複数で監視するなどのルールを徹底する必要がある。
E (Environment)	<ul style="list-style-type: none"> ●日没以後に、照明が十分に当たらないグラウンド周辺で活動する場合に備えて、新たに照明を設置するなど、照度を確保する必要がある。
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●ハンマー投げなどの重大事故につながる恐れのある練習には、顧問が立ち会い直接指導を行うべきである。 ●投てき練習の際に行う声掛けが形式的なものにならないように、周りの人が危険性を認識していることを確認してから投てき動作に入るよう指導を徹底する必要がある。また、監視員の役割や位置についても適時指導すべきである。
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●顧問同士が密に連携を図ることで、互いの活動内容を把握し、配慮事項を確認する必要がある。 ●投てき種目のように、人の生命や身体に大きな危険を及ぼす可能性のある競技種目においては、必ず顧問または他の教員がその場で立ち会い、確実に安全を確保した上で実施するよう徹底すべきである。

2.6 高校春山安全登山講習会での雪崩事故【事故⑥】

基礎情報			
事故発生時期	平成 29 年3月	被害生徒及び事故種別・ 被害程度	高校生及び教員 雪崩、8名死亡
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	7か月
事故の概要			
活動種別	部活動(毎年実施されてきた登山講習)		
事故発生の概要	平成 29 年3月に実施された高体連主催の春山安全登山講習会において、班別の登山行動中に雪崩が発生し、講習会参加者 55 名中、生徒7名、教員1名が亡くなり、重症4名、中等症3名、軽傷 33 名という事故が発生した。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●これまでの登山講習で事故事例やヒヤリハット事例が集積、共有されておらず、改善策の検討や引継ぎも行われていなかった。 ●伝統行事であることから生じる正常性バイアスにより、安全確保や緊急時対応の観点から見て、指導計画や緊急時マニュアルが未整備であった。 	
H (Hardware)	授業や部活で使用する施設や器具	<ul style="list-style-type: none"> ●緊急時に備えた通信機器管理の不備のため、救助要請が大幅に遅延した。 	
E (Environment)	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ●雪崩発生前に本州南岸を北東に進んだ低気圧によって強度の小さい雪の層が降雪により形成され、その後、さらに新雪の荷重が加わったことで、事故当日の乾雪表層雪崩が発生したと考えられている。 	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●講師や引率教員の雪崩の危険(リスク)に関する知識や対処能力が不足していた。 ●講師による引率する班の生徒のレベルや状況の確認が不十分であり、講師と生徒との信頼関係も薄かった。 ●事前確認を実施したが短時間であり、積雪状況による雪崩の危険予測や雪上訓練場所の安全確認も不十分だった。 	
m (management)	事故に対する学校側の指導體制、指導方法、安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ●本件事故の根源的で最も重要な発生要因は、主催者である高体連・登山専門部の「計画全体のマネジメント及び危機管理意識の欠如」である。 ●県教育委員会による講習会の計画運営に関する指導や、支援体制の整備もされていなかった。 	

有識者による事故の検証	
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・弁護士2名 ・大学教授2名 ・国立登山研修所専門調査委員3名 ・救命救急センター副センター長 ・消防本部副主幹 ・地方気象台観測予報管理官 <p>[10名]</p>
提言された対策	
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●登山部活動等における危機管理の徹底と関係機関等との連携が推進され、総合的な安全への対応力が向上するよう顧問等の研修の充実を図り、一層の支援を行うこと。
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●専門家の協力も得て、中核となる指導者の育成と全ての指導者の資質向上を目指す取組の充実を図ること。
L ₂ (Liveware ₂)	<ul style="list-style-type: none"> ●県教育委員会は、事故に遭遇した生徒や御遺族並びに関係教職員等の心を癒し、QOL(生活の質の向上)と安心感や部活動への意欲を醸成する心のケアの充実と継続を図ること。
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●高体連及び登山専門部は、参加者の能力や実態に応じて講習会や登山活動等の目標を適切に設定し、準備、計画、運営等を的確に管理(マネジメント)するとともに、危機管理の充実による事故防止に努めること。 ●県教育委員会は、高体連、登山専門部及び域内の学校において、登山活動等における危機管理の徹底と関係機関等との連携が推進され、安全確保が図られるよう支援するとともに、登山等の計画のチェックを厳しく行い、改善のための助言を行うこと。 ●国や関係機関による高校生の安全な登山活動を支え推進するための支援を行うよう要請する。 ●県教育委員会は、必要な施策を推進し、活動のフォローアップに努めるとともに、亡くなられた7名の生徒と1名の教員の御遺族やけがをされた方々及びそのご家族をはじめ多くの人々に向けて改善の進展状況を公表し、本検証で得られた教訓等の風化を避ける営みを継続すること。

2.7 中学校柔道部活動中における事故【事故⑦】

基礎情報			
事故発生時期	平成 28 年5月	被害生徒及び事故種別・ 被害程度	中学3年生男子1名 急性硬膜下血腫、後遺症 発生
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	8か月
事故の概要			
活動種別	部活動		
事故発生の概要	平成 28 年5月、中学校での柔道部活動中に3年男子生徒が約束練習で投げ込みを行っていた時に、生徒の一人が頭痛を訴えた。しばらく休んでいた後、立ち上がり歩き出したところでその場に倒れ、意識を失いつつあったため、病院に救急搬送された。急性硬膜下血腫と診断され緊急手術を受けた。後遺症が残った。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	●直近で、他にも3年女子が右足甲のけがを負う事故が発生していたことを考えれば、投げる側の生徒への指導内容や練習計画全体について、より慎重に検討する必要がある。	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●正副指導者により練習メニューが作成されているが、投げ技による危険リスクの予測が不十分だった。 ●指導体制について、当日は副顧問が一人で指導しており、事故を起こした3年生が視界から外れることがあった。 ●他の生徒を指導するときも、事故を起こした生徒が常に見える位置に立つことが望ましかった。 ●二人の体重差が 69kg であり、約束練習ではかける技を限定したり、かけ方に制限を加えるなどの配慮が必要であったと思われる。 ●被害生徒は久しぶりの練習であったため、体力や身のこなしがやや薄れていたことが考えられるが、指導者としては、当日の生徒の健康状況だけでなく、直近1週間程度の練習状況や体力を考慮する必要もあったと思われる。 	
L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	<ul style="list-style-type: none"> ●久しぶりの練習となり、普段以上に感覚が薄れていた。 ●被害生徒の相手生徒は身長で 16cm、体重で 69kg 上回っていたが、当時、被害生徒は他の初心者と組むことはできなかった。 	

有識者による事故の検証	
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(保健体育) ・県柔道連盟指導者資格委員会委員長 ・市医師会医師 ・弁護士 ・県教育委員会保健体育課 <p>[5名]</p>
提言された対策	
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●技能や体格差・体重差に十分配慮した練習を行うべきである。 ●救急対応に関しては、意識障害の兆候が見られた場合は、直ちに救急車を要請すべきである。 ●学校は事故等発生時の危機管理マニュアルを作成し、万が一事故が発生した場合は、そのマニュアルに従って迅速かつ適切に対応する必要がある。
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●約束練習や投げ込み練習を指導する場合には、投げられる部員の頭部が受ける衝撃を考慮すべきである。 ●指導者は、部員の実態に応じた練習計画を作成するとともに、練習に伴う危険性を明確に示すことにより安全意識に努めるべきである。 ●指導者は、部員の健康状態等を踏まえ、練習内容や練習時間、水分の補給に十分配慮する必要がある。 ●指導者は、部員の技能や体格の差に十分配慮した練習内容と方法を工夫し、段階的・計画的な指導を行う必要がある。 ●練習前、練習中を問わず、体調が悪い時は躊躇せず、指導者に申し出るよう日頃から指導しておくべきである。
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●定期的に施設・設備・用具等の点検を行うなど、学校全体で安全意識を高める必要がある。

2.8 中学校駅伝練習中の熱中症事故【事故⑧】

基礎情報			
事故発生時期	平成 29 年8月	被害生徒及び事故種別・ 被害程度	中学1年生女子1名 熱中症、意識障害
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	6か月
事故の概要			
活動種別	部活動		
事故発生の概要	平成 29 年8月、当該女子生徒は駅伝練習時、練習課題となっていたランニング実施中に倒れ、その後意識を失い病院に救急搬送された。熱中症、心房細動、意識障害、呼吸不全と診断された。 駅伝部は学内の複数の運動部より選抜された生徒によって構成されるもので、当該生徒は卓球部に所属していた。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●熱中症の危険性について教員に周知されていたが、十分な理解がされていなかった。 ●駅伝の選手としての参加者、他の部から体力づくりのための参加者がおり、参加者の体力に応じた練習計画が必要であった。 	
H (Hardware)	授業や部活で使用する施設や器具	<ul style="list-style-type: none"> ●気象条件を測定する機器が設置されていなかった。 ●緊急時に備えた練習場所でのAEDの準備や日蔭用テントの準備等がされていなかった。 	
E (Environment)	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ●当日の気温は7時 29.4℃、8時 30.8℃であった。 	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●駅伝選手と体力づくりを目的とした生徒が混在していたため、練習方法は一律ではなく、気象条件や参加した生徒の体力や健康状態に応じた練習方法を採用する必要があった。 ●個々の生徒の健康チェックが不十分だった。 ●練習環境の課題として、当日の気温や湿度、暑さ指数などを十分に勘案せず練習を実施したことや、練習計画の課題として、十分な給水タイムをとらなかったことなどが挙げられる。 ●複数の教員が暑さによる不快感を感じていたが、練習の中止や内容の変更には及ばなかった。 	

L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその 家族、被害児童生徒以 外の児童生徒	● 駅伝練習には当初より消極的であった。事故当日、給水 が不十分だった。
m (management)	事故に対する学校側の 指導体制、指導方法、 安全管理	● 参加者に対して、事前の参加意思の確認が不十分であ り、一部の生徒は参加することを強制的と感じており、募 集方法に問題があった。 ● 駅伝参加が半ば強制的で、途中棄権がしづらい雰囲気 だった。 ● 事故発生の状況を把握していなかった教員が救急車に 同乗した。こうした対応は、病院側や保護者に対する状況 説明が不足する可能性が生じる。
有識者による事故の検証		
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・こども医院長 ・弁護士 ・教育委員(保護者代表) [4名]	
提言された対策		
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ● 気象条件を配慮した練習計画の実施、駅伝部への参加に対する強制意識の改善、 生徒の健康状態や能力に応じた練習計画の策定等に努める必要がある。 ● 教員の応急処置に関する研修の徹底、緊急対応マニュアルの活用と研修を徹底す べきである。 	
H (Hardware)	<ul style="list-style-type: none"> ● 気象条件や活動内容に応じて、WBGT測定器やAED、日蔭用テント等を準備する 配慮が必要である。 	
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ● 駅伝部には異なる能力の生徒が混在していることを認識し、体力に合った練習計画 の改善に努めなければならない。 ● 運動中は、生徒の表情や動作等を観察し、状況の把握に努めなければならない。 ● 夏季の運動による熱中症予防のための機器等の準備はもとより、暑さに不安を感じ た教員がいた場合には、教員間で協議・検討する意識や協働性も必要である。 	
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ● 安全や衛生に関する環境の確保について、教員が日常的に把握できるよう、常に危 機管理体制に万全を期すべきである。 ● 救急搬送に付き添う教員は、原則として、指導にあたっていた教員または、状況を十 分に把握している教員とし、正確な状況説明ができるよう努めるべきである。 	

2.9 小学校校外学習時の熱中症事故【事故⑨】

基礎情報			
事故発生時期	平成30年7月	被害児童及び事故種別・被害程度	小学1年生男子1名 校外学習(徒歩)、死亡
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	7か月
事故の概要			
活動種別	校外学習		
事故発生の概要	平成30年7月、学校から約1km離れた公園に校外学習に出発(徒歩)し、到着後、遊具等で遊んだ後学校にもどった(この間1時間30分)。当該児童は教室にもどった後体調が急変し、心肺停止の状態となった。すぐに救急搬送されたが死亡が確認された。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●熱中症に関する教員への校内研修を実施していなかった。また、熱中症に関する情報が提供されても活かされなかった。熱中症の研修がなされていれば、児童の言動が熱中症の可能性を示すものと認識できた。 ●小学校では暑さ指数が危険レベルにある場合は運動を中止、ないし見直すなどの危機管理マニュアルが、不足していた。 ●猛暑を考慮した年間行事計画の作成が必要だった。 	
E (Environment)	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境	●暑さ指数は32℃で危険レベル(31℃以上)にあり、子供の場合は運動を中止すべき状況にあった。	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●当該児童が給水したかどうか、また、体力の状況を確認していなかった。 ●熱中症、暑さ指数について教員の知識が不足していたため、体調不良が疑われる言動が児童にあったが、その日の体調が熱中症の発生に影響するということに考えが及ばなかった。 ●教員が児童の列の前後に配置されていたが、児童個々の状況確認が不十分だった。 	
L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	●被害児童は体力を消耗していた。	

有識者による事故の検証	
調査委員会 の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・弁護士 ・大学教授(スポーツ科学) ・大学教授(ヒューマンケア) ・小児科部長 <p>[4名]</p>
提言された対策	
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●小中学校の全教員に熱中症についての研修を義務研修として受講させる。 ●小中学生は語彙力が乏しいため、既に熱中症を起こしていても、それを表す言葉として「疲れた」の表現しか使わないこともあることを認識すべきとしている。 ●暑さ指数に応じて運動を中止、ないし見直しをする危機管理マニュアルを作成し、全ての小中学校が遵守し運用する体制を確立する。
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●教育委員会として問診票を作成し、小中学校では保護者の協力を得ながら登校した児童生徒の体調を把握する体制を確立する。 ●養護教諭について、複数配置の定数改善により増員すべきである。 ●学校をはじめとする公共施設に対し、暑さ指数を自動配信するシステムを構築する。 ●小中学校に対して、猛暑を考慮した年間行事計画の見直しをする。

2.10 中学校プール飛び込み事故【事故⑩】

基礎情報			
事故発生時期	平成 28 年9月	被害生徒及び事故種別・ 被害程度	中学3年生男子1名 骨折、後遺症発生
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	2年2か月
事故の概要			
活動種別	部活動		
事故発生の概要	平成 28 年9月、水泳部の式典後の自由時間に、男子が前回り飛び込みを行いプールの底に後頭部を強打した。 当該生徒がうつ伏せに浮いているところを他の部員が気づき、顧問2名と部員で引き揚げた。当該生徒は意識があったが、下半身の感覚は無かった。学校は救急車を要請し病院に搬送した。当該生徒は首の骨1本骨折、1本脱臼(骨折)と診断され、手術が行われた。		
事故の要因			
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●生徒が危険な飛び込みをしている場面を見た時、その場にいた生徒には注意したが、生徒全員に禁止を徹底する指導ができていなかった。 ●単に飛び込みは禁止と指導するだけでなく、それにより重大な事故が起こることの危険性を十分に生徒に認識させる指導ができていなかった。 ●水泳部の自由時間で、変則的な飛び込み禁止など、指導が行き届いていなかった。 ●前回り飛び込みは危険であり、水泳部であっても学校のプールで行うことは禁止事項であることを徹底できていなかった。 	
L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	<ul style="list-style-type: none"> ●当該生徒は変則的な飛び込みをしていた。 	

有識者による事故の検証	
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・医師(整形外科) ・大学非常勤講師(保健体育) ・弁護士 ・医師会常任理事 <p>[5名]</p>
提言された対策	
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●行事でプールを使う場合には、通常行っている授業や練習とは異なる想定外の突発的な事故が起こることもあり、行事の開催前に、危険性を認識させるための指導に力を注ぐべきである。 ●学校行事や部活動の行事における想定外の危険性を予想し、事故回避のための適切な指導が必要である。
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●行事中であっても、児童・生徒の行為から危険を感じた場合は、改めて参加者全員を集めて、注意事項の徹底をしなければならない。 ●プールへの飛び込みは重大事故事例も多いことから、繰り返し、注意喚起すべきである。 ●水泳の技能を十分に身につけている児童・生徒でも事故は起こりうる。習熟度に関係なく、十分に注意をすべきである。 ●部活動で事故の多い飛び込みによるスタートについては、指導にあたって、スタートの危険性に十分に配慮すべきである。

2. 11 小学校清掃活動中の転倒事故【事故⑪】

基礎情報			
事故発生時期	平成 29 年4月	被害児童及び事故種別・ 被害程度	小学2年生男子 1 名 頭部打撲、後遺症発生
訴訟の有無	無し	報告書作成までの期間	1 年9か月
事故の概要			
活動種別	清掃活動中		
事故発生の概要	平成 29 年4月、当該児童は清掃活動終了近くに隣のクラスの児童を追いかけ転倒して頭部を強く打った。担任教諭が頭部を確認し、出血や大きな腫れは無かった。当該児童に対して保健室に行くよう数度うながしたが当該児童が応じなかった。終業まで保健室に行きたがらず、担任教諭も保健室に連れていかなかった。当該児童は一人で下校した。この間、担任教諭は養護教諭や管理職に報告していなかった。 児童は帰宅後頭痛を訴え、さらに嘔吐もあったことから保護者が救急車で病院に搬送し、外傷性硬膜外出血と診断され緊急手術を受け、1週間入院した。		
事故の要因			
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●廊下を走ることによる事故リスクの指導が不十分だった。廊下には教員がおらず、目が行き届かなかった。 ●児童は頭痛を訴えていたが適切な対応ができなかった。 ●大きなけがではないと判断してしまった。 ●当該児童が保健室に行きにくい事情があったとしても、当該児童の症状から判断して、保健室に連れていくか、養護教諭に報告すべきであった。 ●事故発生の第一報を保護者や学年主任に連絡していない。 ●保護者への連絡も不十分で、事故後速やかに電話で直接連絡すべきであった。それによって、正しい情報が保護者に伝達され、保護者として児童に対してどのような対応が必要かを判断できた。 	
L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	<ul style="list-style-type: none"> ●当該児童が当日、廊下を走らないように他の児童に伝えていたが、自ら走ってしまったことで、保健室に行きにくい事情があったと考えられる。 	

有識者による事故の検証	
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・医師(整形外科) ・大学非常勤講師(保健体育) ・弁護士 ・医師会常任理事 <p>[5名]</p>
提言された対策	
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●頭部を打撲した場合、外傷の有無や、受傷児童・生徒本人による症状の自己申告の内容にかかわらず、学校管理職、養護教諭に連絡すべきである。 ●(清掃時間中は)清掃に集中することと、廊下を走らないことへの指導を続けていくことが必要である。
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●転倒して、頭部を強打したようなケースでは、事故発生後、速やかに保護者へ連絡し、情報共有と適切な判断ができるようにすることが必要である。 ●学校生活の中で、転倒の可能性のある行動をとらないよう、注意喚起等の指導を継続していくことが必要である。

2.12 小学校体育授業中のゴールポスト転倒事故【事故⑫】

基礎情報			
事故発生時期	平成 29 年 1 月	被害児童及び事故種別・ 被害程度	小学 4 年生男子 1 名 背部強打、死亡
訴訟の有無	あり(係属中)	報告書作成までの期間	2 年 2 か月
事故の概要			
活動種別	体育授業中(サッカー)		
事故発生の概要	平成 29 年 1 月、体育の授業(サッカー)中、キーパーをしていた児童が味方がゴールを決めたことを喜び、自陣のゴールネットのロープにぶら下がったところゴールが揺れ、児童は落下し、さらに倒れてきたポストの下敷きになった。担任と数名の児童が駆け寄りゴールポストを持ち上げ児童を移動させたが、児童は倒れたまま、唇から出血した状態であった。児童は病院に搬送され、その後、大学の高度救命救急センターへ移送されたが、死亡が確認された。		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	<ul style="list-style-type: none"> ●教育指導計画の中に、安全教育に関する危機管理緊急対応のマニュアルや施設の安全点検マニュアルが無く、事故予防研修はされていなかった。 ●日常的な安全点検マニュアルが明示されておらず、ゴールの固定状態が十分かどうかについて、使用前の確認や点検をすることなく体育の授業を実施していた。 	
H (Hardware)	授業や部活で使用する施設や器具	<ul style="list-style-type: none"> ●ゴールは杭、ロープ等で固定されていなかった。 	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●天候の影響により、単元途中から他の単元へ変更した。 ●ゴールが固定されていることを確認をすることなく、体育の授業(サッカー)を実施していた。 ●サッカー指導中でコート内にいたため、当該児童が倒れてきたポストの下敷きになった状況を直接確認していない。 ●養護教諭は携帯電話を持たずに、事故現場に向かった後、事故の具体的な様相を聞くことなく担架とAEDの要請するため職員室に戻っている。また、現場から消防署と連携することなく、保健室へ搬送している。事故発生時の緊急対応マニュアルについて、周知徹底されていなかった。 	
L ₂ (Liveware ₂)	被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒	<ul style="list-style-type: none"> ●味方がゴールを決めたことを喜び、自陣のゴールネットのロープにぶら下がったが、ポストが転倒することは予測できなかった。 	

有識者による事故の検証	
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・前市教育長 ・大学教授及び准教授 ・医師 ・体育協会会長 ・PTA連合会役員2名 ・小学校長及び中学校長 ・小学校体育担当教諭及び中学校体育教諭 <p>[11名]</p>
提言された対策	
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●学校事故における組織的な対応や養護教諭の任務について、緊急対応マニュアルを整備し、全教職員にその内容を周知徹底するとともに、訓練やシミュレーションを通じて検証を行い、改善を図るべきである。 ●年間計画が諸事情により変更される場合は、危険を伴うことも認識し、変更後の効果的な指導や事故防止のための計画を立てておくべきである。
H (Hardware)	<ul style="list-style-type: none"> ●スポーツ器具の取り扱いについて、学校備品として適切に管理し、サッカーゴール使用時には専用杭や砂袋等で確実に固定する必要がある。
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●体育の授業について、体育器具・用具の点検と授業者による授業前点検が必要である。 ●授業者は、事前指導や学習過程において、児童生徒に場や用具を安全に使用する態度が身につくよう指導していくべきである。 ●授業者は、常に活動全体を見渡せる位置で指導を行うよう心がけるべきである。
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●教育委員会は、学校が所有する不要なゴールの調査を行い、撤去・整理を行う。また、必要なゴールは、備品台帳に登録し、固定状況等、適切な管理が行われているかを定期的に調査し、指導するべきである。 ●教育委員会は、校長、教頭、主幹教諭に対する適切な研修の場を設け、全教職員に危機管理に関する校内研修を行うよう徹底すべきである。 ●教育委員会と校長は、被害児童生徒の保護者に対して、遺族の心情に配慮した対応と丁寧な説明を行う必要がある。 ●教育活動や緊急対応を行う際は、緊急時の連絡のために携帯電話の所持が必要であり、教育委員会は、校舎外での連絡手段を確保するための予算措置を行う必要がある。 ●学校は、安全管理について評価項目を設定し、評価結果を全教職員にフィードバックすることが必要である。 ●学校管理者は、安全管理・緊急対応マニュアルを、全職員がその重要性や内容・方法等を認識して実行できるよう、周知徹底する必要がある。

2. 13 小学校校地外における死亡事故【事故⑬】

基礎情報			
事故発生時期	平成 26 年 10 月	被害児童及び事故種別・ 被害程度	小学6年生男子1名 車に轢かれ、死亡
訴訟の有無	あり(確定)	報告書作成までの期間	5年
事故の概要			
活動種別	図画工作の授業中		
事故発生の概要	<p>小学校の図画工作の授業中に、小学6年生児童が正門の前で学習活動をしているところ、別の児童を迎えにきた保護者が被害児童の側に車を駐停車し、被害児童の存在を認知していたにもかかわらず、帰り際にそのことを忘れて車を発進させ、一切の非がなかった当該児童が轢かれ死亡した。</p> <p>事件発生後、学校及び市教育委員会の対応が被害児童の遺族に精神的苦痛を与えることとなり訴訟に至っている。</p>		
事故の要因			
S (Software)	学校事故を防止するための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画	●一般的な校外学習とは異なるため、マニュアルは無かった。	
L ₁ (Liveware ₁)	当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ●週案による指導計画の確認が不十分であったことや小規模校で単級であったため、担任教諭が独断で容易に単元時間数を延長できる状況があった。 ●校地内外の活動の中で、安全確認のための巡回数が少ないなど、担任教諭は安全管理に対する意識が不足していた。事件発生時、教室内で作業をしており、児童の状況確認のため巡回をしていなかった。 ●担任教諭が被害児童を含む児童たちの校地外における学習活動について、危険性を認識せず、児童たちに安易に許可したことが、事件発生の根本的な要因とされている。 ●事件現場は道路であるが、学校正門前で行き止まりとなっており、通行する車は基本的に学校関係者であることから、担任教諭を含む学校関係者に、事件現場の危険性についての意識が無かった。 ●校地外での学習活動に校長及び教頭が気づかなかつたことも、管理職としての教育課程の管理及び安全管理の意識を欠いていた。 	

		<ul style="list-style-type: none"> ●本来であれば、児童たちの危険及び危機に関する教諭の予見義務の内容及び結果回避義務の内容は、一般人を基準とする以上に厳格であると解する必要があるが、本事例においては、担任教諭は危機管理能力において、一般人を基準としても懈怠していた。
m (management)	事故に対する学校側の指導体制、指導方法、安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ●事件当時の教頭等の自家用車が事件現場付近の校地外正門付近に駐車されていたことで、保護者に駐停車してもよい場所という認識につながるなど、当該学校の交通環境に対する安全管理に問題があった。 ●週案による指導計画の確認はあったものの、詳細な記載がなく、管理職の確認も不十分であるなど教育課程の管理が不十分であった。
有識者による事故の検証		
調査委員会の 構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・弁護士2名 ・他市教育委員会 ・大学教授 ・カウンセラー [5名]	
提言された対策		
S (Software)	<ul style="list-style-type: none"> ●学校安全計画、危機管理マニュアルの作成と改善を図るとともに、教育委員会はこれらについて、点検と助言を行う。 	
L ₁ (Liveware ₁)	<ul style="list-style-type: none"> ●本事件をもとにした学校安全に関する研修を実施する。また、事件・事故等発生時は、当該関係者へ再発防止研修を実施する体制も整備する。 ●校外学習の手続きを再確認し、安全確保に向けた体制を整備する。 ●管理職の教育課程の管理に関する意識を向上させる。 	
m (management)	<ul style="list-style-type: none"> ●教育委員会は学校に対して、「学校事故対応に関する指針」を周知徹底し、理解を深める。 ●教育委員会及び学校において、学校安全担当を創設する。 ●交通環境の再確認と日常的な安全管理を実施する。 ●学校における交通環境の課題の把握と教育委員会へ報告する。 ●学校安全強化月間を設定し、全教職員をあげて校地内外の学校安全について再点検や確認を行う。 ●教室外の学習活動に関する安全管理を徹底し、情報共有を図る。 ●インターナショナルセーフスクール認証に向けた取り組みを推進する。 ●学校緊急支援マニュアルを作成し、被害児童生徒及びその保護者を中心にその他児童生徒等への事後対応や心理的支援の体制を整備、確認する。 	

3. 事故発生の要因と事後対応の的確性

3. 1 事故発生の要因

m-SHELL モデルで設定した各要素の中から、学校安全のための研修や安全教育、マニュアル等 (Software)、授業や部活動で使用する施設や器具 (Hardware)、事故に関係する教員 (Liveware₁)、被害児童生徒 (Liveware₂)、指導体制や指導方法、安全管理 (management) を取り上げ、詳細調査報告書の中でこれらの要素がどのように記載されているかを整理した。

3. 1. 1 研修の実施や事故防止のための各種マニュアルの作成状況 (Software)

取り上げた詳細調査では、研修の必要性は認識されていたにもかかわらず十分な対応ができなかったことが示されており、研修にあたっては危機意識を持って学び、事故防止のための事前指導、体制整備が必要であり、事故が発生した場合は、研修で得た知識や体験を十分に活用して対応する必要があったと報告されている (表 3.1 参照)。

研修については、事故発生後の対応策を学ぶだけではなく、どのような環境状況の時にどのような症状が発生するか危険を予測したり、それに対してどのように対応すべきかを学ぶことも必要であると報告されている。

表 3.1 詳細調査における研修に係る記載内容

事故名	詳細調査の記載内容
【事故②】	これまでに飛び込み指導研修を受けた実績がないのであれば児童が腹を打たないように輪の中に飛び込むことで、どのような危険が生じるかを予測して指導するべきであった。
【事故③】	暑さ指数に関する知識や熱中症の初期症状に関する知識が不足し、生徒が発している症状を発見できなかった。
【事故⑨】	熱中症対策のリーフレットが児童全員と教職員に配布されていたが、校内研修は実施されておらず、熱中症回避のための適切な措置をとることができず、重篤な事故につながっている。

指導計画や事故防止のためのマニュアル等が無いという事例は 13 事例中4事例(【事故③、事故⑪、事故⑫、事故⑬】)あり、作成していると回答した事故ケースでも、それを十分に理解していたかどうか不明なケースがある(表 3.2 参照)。

表 3.2 詳細調査における各種マニュアルの策定に係る記載内容

事故名	詳細調査の記載内容
【事故③】	事前の準備や注意喚起はあったがマニュアルは無く、1年生に配慮した練習計画も無かった。

3. 1. 2 授業や部活動で使用する施設や器具(Hardware)

施設や器具の不具合による事故は、ハンマー投げによる事故【事故⑤】とサッカーゴールの転倒事故【事故⑫】である。

ハンマー投げによる事故【事故⑤】については、ハンマーそのものに係る要因とは別の要因として、投てきをするケージ部分の夜間照明が暗く、サッカー部員たちはそこでハンマーの投てき練習をしていたことに気づけなかったことが調査により明らかにされている。グラウンド使用上の危険を回避するルールとして、声を掛け合うことはもちろん必要であるが、投てきケージ部分の照明が不十分であったことも、事故発生に影響を与えたと考えられる(表 3.3 参照)。

サッカーゴールポストの転倒による事故【事故⑫】では、ゴールが十分に固定されておらず、サッカー授業の使用前にもゴールポストの安全確認をしていなかったことが調査により明らかにされている(表 3.3 参照)。授業をする者は危険を予測し回避すること、環境を安全に整えることが求められるが、それが徹底されていなかった。それによって本来固定されているべきゴールポストが転倒したと考えられる。

表 3.3 詳細調査における施設や器具等に係る記載内容

事故名	詳細調査の記載内容
【事故⑤】	グラウンドの照明の明るさそのものは問題なかったが、グラウンドの北東角にあるハンマー投げケージの様子は暗くてわかりづらい状況であり、日没後の投てき練習を行うのであれば、ケージ付近を照らすことのできる照明の設備が必要であったと考えられる。
【事故⑫】	事故のあったゴールポストは、杭とポストをひもで固定するものであるが、ひもが外れ、固定されていない状態であった。また、毎月行う安全点検が11月以降行われておらず確認がなされていなかった。

3. 1. 3 教員による状況把握(L₁(Liveware₁))

教員に関する要因としては、2つの面から要因が考えられる。第1に、担当教員が直接指導していたケースであり、第2は、担当教員が活動の場に居なかったケースである。

第1のケースでは、事故発生時に被害者への目が行き届かなかったことで被害状況の重要度を判断できなかったことや、周囲の意見に耳を傾けなかったこと、個々の能力や体力、健康状態等を考慮せず同一の活動内容を課したことが事故につながっている。例えば、ハンドボール練習中の熱中症事故【**事故①**】では、顧問は被害生徒の状況を確認していない。跳び箱事故【**事故④**】では担当教諭は高い段数の跳び箱の指導にあたっており、事故の状況は直接見していない。教員は難しい技に目が向き易くなるが、事故は別の条件や場所で起きることが多いと報告されている。また、春山安全登山講習会での事故【**事故⑥**】のように、自分の引率する班の生徒のレベルや状況確認が不十分であり、信頼関係も薄かったことが事故につながっている(表 3.4 参照)。なお、被害状況の重要度を判断したり危険のリスクを予測したりする能力は、教員の経験の差にもよる。

第2のケースについて事例を見ると、本来部活動は顧問が立ち合い、その指導管理のもとで児童生徒は活動することがルールとなっているが、高校ハンマー投げ事故【**事故⑤**】は、重篤な事故につながるものが予想されたにもかかわらず顧問は立ち会っておらず、しかも男子生徒に対して、慣れていない女子用ハンマーを使用した場合にどのようなことが発生するかを男子生徒に認識させずに、女子生徒への指導をまかせていた(表 3.4 参照)。

廊下の清掃活動中の転倒事故【**事故⑩**】でも教員はその場におらず事故の状況を確認していない。それにもかかわらず教員は大きな怪我ではないと判断してしまっている(表 3.4 参照)。頭部への負傷が、たとえ表面上の傷は無くともどのような危険リスクを持っているか、知識不足であったことが事故につながっている。

表 3.4 詳細調査における教員による状況把握に係る記載内容

事故名	詳細調査の記載内容
【事故①】	顧問は給水については各自の判断で給水するよう指示していたが、一人一人の水分摂取状況について、具体的に把握していなかった。
【事故④】	<p>事実：調査で明らかになった事実として、担当教諭は主に高い段数の跳び箱の指導にあたっていた。</p> <p>考察：教諭の配慮は難しい技をやっている場所に目がいき易いが、実際に事故が起きるのは、体格のいい子や器械運動の苦手な子が多い。</p>
【事故⑤】	男子部員が女子用のハンマーを投げれば通常より飛距離が伸びたり、方向性が不安定になったりすることによる危険性の増大は陸上部主顧問の立場であれば十分に予見できると推定される。しかし、陸上部主顧問が女子用ハンマーを使用する際の注意事項の指導や相応の安全対策を施していなかった。
【事故⑥】	教員の能力も不十分であり、自分が引率する班の生徒のレベルや状況確認が不十分であり、教員と生徒との信頼関係も薄かった。
【事故⑩】	当該児童の頭部に触り、腫れが感じられず、顔色の変化もないと感じたことから、自ら「大きなけがではない」と判断し、結局、保健室に連れていかなかった。(中略)。転倒後、泣きながら頭が痛いと言い、授業中も頭を押さえ、伏せている当該児童について、(教員は)その状態の重さを認識できていなかった。

3. 1. 4 事故被害児童生徒に関する要因(L₂(Liveware₂))

事故被害の児童生徒に共通する要因は、体力的な不安や精神的な不安があっても我慢したり、頑張ってしまうという気持ちを持っていることである。また、指導する側がそうした雰囲気危険サインを感じ取れないことがある。

中学校柔道部活動中における事故【事故⑦】では、被害生徒が久しぶりの練習で感覚が薄れていたことを自覚する中での投げ技の練習事故である。

一方、廊下での転倒事故【事故⑩】は、児童が発している言葉から状況を的確に確認できなかった事故である(表 3.5 参照)【事故⑩】では、児童は日直として廊下を走らないように皆に伝えていたが、自ら走ってしまったことで保健室に行きにくい事情があったと考えられる。こうした児童生徒の不安を抱えながらの我慢や気負いを排除することは困難であるが、一方で、事故発生後に当該児童生徒が安静にしたり保健室等に行くことを拒むことへの対応については、十分に児童の心理を読み解きながらも、児童生徒等の言動に引きずられずに関係者や保護者に連絡する必要があると考えられる。

表 3.5 詳細調査における被害児童生徒に係る記載内容

事故名	詳細調査の記載内容
【事故⑦】	事故当日の練習は11日ぶりであり、副顧問が一人で指導していたため乱取り練習の前までで練習を終了する予定であった。久しぶりの練習となった当該生徒らは、普段以上に体力や身のこなしなどの感覚がやや薄れていたことも考えられる。
【事故⑩】	当該児童については、(中略)、事故の当日に、廊下を走らないことを皆に伝えた手前、自らが走ってしまったことを気にして、保健室に行きにくいという事情が考えられる。

3. 1. 5 学校の指導体制や安全管理に関する要因(management)

学校の指導体制や安全管理に関する要因として、教職員間の連携や情報共有、生徒の部活動への参加体制、指導者と児童生徒の信頼関係、活動のマネジメント、交通環境などの安全管理の体制の不備が考えられる。

高校ハンマー投げ事故【事故⑤】では、グラウンド使用の明確なルールがなく、部活動の顧問の間での情報共有の体制が不十分であった。中学校駅伝練習中の熱中症事故【事故⑧】では、被害生徒は駅伝練習に消極的で、その原因として、特設の駅伝部の募集方法に問題があった。小学校校地外における死亡事故【事故⑬】では、交通環境に対する安全管理の問題が、保護者に校地外の正門付近に駐停車してもよい場所という認識につながり事故の発生の要因となった。高校春山安全登山講習会での雪崩【事例⑥】では、高体連・登山専門部の計画全体のマネジメント及び危機管理意識の欠如が根源的で最も重要な要因であったとされている。

表 3.6 詳細調査における学校の指導体制や安全管理に係る記載内容

事故名	詳細調査の記載内容
【事故⑤】	サッカー部と陸上部間にグラウンド使用の明確なルールは定められておらず、顧問同士で練習内容の確認や情報共有をする体制も十分でなかった。
【事例⑥】	本件事故の根源的で最も重要な発生要因は、主催者である高体連・登山専門部の「計画全体のマネジメント及び危機管理意識の欠如」である。
【事故⑧】	参加者に対して、事前の参加意思の確認が不十分であり、一部の生徒は参加することを強制的と感じており、募集方法に問題があった。
【事故⑬】	事件当時の教頭等の自家用車が事件現場付近の校地外正門付近に駐車されていたことで、保護者に駐停車してもよい場所という認識につながるなど、当該学校の交通環境に対する安全管理に問題があった。

3.2 事故発生後の対応の的確性

指針では、事故発生直後の取り組みとして、応急手当の実施、被害児童生徒の保護者への連絡、現場に居合わせた児童生徒への対応が必要とされている。本調査では、事故後の被害拡大を防ぐために、どのタイミングで医療機関へ救急要請したか、被害者の保護者や他の児童生徒に対してどのような対応をしたかを整理した。

3.2.1 医療機関への救急要請

事故発生後、速やかに医療機関に救急要請している事例と速やかにされていない事例が見られる。後者では、教員の判断で児童生徒を休息させたりしているものの、医療機関への連絡が遅れたり無かったりし、これが早期対応の遅れにつながっている。これらは、危機管理に対する教員の知識の欠如が原因と報告されている。以下に事故後の救急要請までの時間を整理した(表 3.7 参照)。

【事故①、事故②、事故③、事故⑦、事故⑧、事故⑪】(***【事故⑥】**)は雪山での雪崩遭難事故であり、時系列的な対応が他の事故とは異なるためここでは除いた)では、受傷部位が頭部や首、また熱中症であり、被害児童生徒の意識があったことからしばらく安静を保ち、症状を観察しながら救急要請をしていることが共通している。この間、熱中症とみられた児童生徒には体を冷やすなどの対策は行っているものの、その他の処置はとっていない。

詳細調査では、頭部や首への受傷後の対応として、小学生プール飛び込み事故**【事故②】**や、中学校柔道部活動中における事故**【事故⑦】**は速やかに救急要請すべきであり、また、小学生廊下転倒事故**【事故⑪】**では養護教諭に診てもらわなければならないと報告されている。

表 3.7 事故後の対応

事故の事例		症状	救急要請	事故後の経過
①	中学校ハンドボール部 熱中症事故【事故①】	熱中症	事故後9分で救急 要請	重篤熱中症、翌日死亡
②	小学校プール飛び込み 事故【事故②】	右後頭部 強打	事故後 29 分で救 急要請(保護者が 学校に要請)	6日間の入院、後遺症発 症
③	高校サッカー部活動中の 熱中症事故【事故③】	熱中症	事故後8分で救急 要請	重度の熱中症、肝機能障 害 5か月後死亡
④	中学校体育授業中の跳び 箱からの落下事故 【事故④】	首を損傷	事故後7分で救急 要請	頸椎の脱臼、足の感覚無 し、手術
⑤	高校ハンマー投げ事故 【事故⑤】	頭部直撃	事故後1分で救急 要請	頭部損傷により死亡
⑦	中学校柔道部活動中にお ける事故【事故⑦】	頭部打撲	事故後 27 分で 救急要請	急性硬膜下血種で手術
⑧	中学校駅伝練習中の熱中 症事故【事故⑧】	熱中症	事故後9分で救急 要請	熱中症による心房細動、 意識障害、呼吸不全
⑨	小学校校外学習時の熱中 症事故【事故⑨】	熱中症	事故後7分で救急 要請	死亡
⑩	中学校プール飛び込み 事故【事故⑩】	首の骨 骨折	事故後3分で救急 要請	緊急手術、後遺症発症
⑪	小学校清掃活動中の転倒 事故【事故⑪】	頭部打撲	児童帰宅後に保護 者が要請、事故後3 時間 35 分	外傷性急性硬膜外出血、 緊急手術、入院

事故の事例		症状	事故後の対応	事故後の経過
⑫	小学校体育授業中の ゴールポスト転倒事故 【事故⑫】	背部強打 と圧迫	事故後4分で救急 要請	背部への強打による腹部 出血、死亡
⑬	小学校校地外における 死亡事故【事故⑬】	轢死	事故後3分で救急 要請	肝臓破裂による意識がある 中での死亡

3. 2. 2 保護者への対応

保護者への対応として、事故発生後の保護者への連絡や、保護者と学校側の関係について、各事例について整理した。

事故発生後の被害児童生徒の保護者への連絡は、直接電話により速やかに連絡したケースとそうでないケースが見られる。事故発生現場では学校側が知り得た事実は保護者に速やかに連絡されているものと思われるが、保護者への連絡が不明なものも見られる。

表 3.8 事故発生後の保護者への対応

事故の事例		事故発生後の保護者への 連絡時間と連絡方法	保護者と学校側の関係
①	中学校ハンドボール 部熱中症事故 【事故①】	事故発生後 12 分後に、直接 電話で連絡をとっている。	相互の信頼関係については、特に 触れていない。
②	小学校プール飛び込 み事故【事故②】	事故発生後5分後に、直接電 話で連絡をとっている。	保護者が学校に救急要請してお り、事故後の児童の状態につい ても、保護者と学校側との意識の差 が発生し、調査委員会が必要とさ れた。
③	高校サッカー部活動 中の熱中症事故 【事故③】	報告書に記載無し。	相互の信頼関係には特に触れて いない。
④	中学校体育授業中の 跳び箱からの落下事 故【事故④】	報告書に記載無し。	相互の信頼関係には特に触れて いない。
⑤	高校ハンマー投げ事 故【事故⑤】	報告書に記載無し。	相互の信頼関係には特に触れて いない。

事故の事例		事故発生後の保護者への 連絡時間と連絡方法	保護者と学校側の関係
⑥	高校春山安全登山講習会での雪崩事故 【事故⑥】	事故発生後、1時間以上経過後に参加校の保護者へ連絡。	相互の信頼関係には特に触れていない。
⑦	中学校柔道部活動中における事故 【事故⑦】	事故発生後 30 分後に、直接電話で連絡をとっている。	相互の信頼関係には特に触れていない。
⑧	中学校駅伝練習中の熱中症事故【事故⑧】	事故発生後 21 分後に、直接電話で連絡をとっている。	学校側は、病院側や保護者に対して、応急処置の状況を十分に説明できなかった。
⑨	小学校校外学習時の熱中症事故【事故⑨】	報告書に記載無し。	相互の信頼関係については、特に触れていない。
⑩	中学校プール飛び込み事故【事故⑩】	報告書に記載無し。	相互の信頼関係については、特に触れていない。
⑪	小学校清掃活動中の転倒事故【事故⑪】	保護者への連絡無し。 連絡帳に記載。	保護者から学校側の不適切な対応について指摘される。
⑫	小学校体育授業中のゴールポスト転倒事故 【事故⑫】	事故発生後5分後に、直接電話で連絡をとっている。	相互の信頼関係については、特に触れていない。
⑬	小学校校地外における死亡事故 【事故⑬】	「児童票」に緊急電話番号(母親)が示されていたにもかかわらず、自宅電話番号に連絡したため祖母が対応し、母親の携帯電話への連絡が二次的なものとなった。	事件発生現場にかけつけられなかったことが、両親にとって大きな後悔の一つとなっており、信頼感が低下。

3. 2. 3 他の児童生徒への対応

指針では事故現場に居合わせた児童生徒への対応にも触れており、学校管理下において事故が発生した場合、当事者以外の児童生徒に与える精神的な影響を抑え、心のケアを継続的に行うこととしている。事例では、事故後の児童生徒に対して事故現場から遠ざける対応はしていると思われるが、ほとんどの事例で具体的な記載はない。以下に、児童生徒への配慮が見られた事例及び配慮が見られなかった事例として、調査委員会から指摘された事例を紹介する。

表 3.9 他の児童生徒への対応

他の児童生徒への対応の有無	事故の事例	対応の内容
配慮が見られた事例	高校ハンマー投げ事故 【事故⑤】	広く報道されたこともあり、2日後に県から派遣されたスクールカウンセラーとスーパーバイザーにより生徒及び教職員への心のケアが行われている。また、再発防止に向けた提言でも、スクールカウンセラーを活用し、心のケアを継続的かつ長期的に実施する体制を整えることとしている。
	小学校校外学習時の熱中症事故 【事故⑨】	事故発生翌日の全校集会で経緯を説明し、2日後にスクールカウンセラーが派遣(2日間)されている。また、児童に対して熱中症に対する知識と事故防止策の指導が徹底されるようになっている。
配慮が見られなかった事例	小学校校地外における死亡事故 【事故⑬】	事件発生や被害児童が病院へ搬送されたことを伝えた後に児童を下校させており、同級生の保護者には連絡していない。調査委員会からは、事件発生直後に被害児童の同級生に対して十分なケアをせずにそのまま下校させたこと、本事件を知り心理的な動揺があった児童の心理面に配慮が欠けていたことや、同級生の保護者に連絡し、児童たちの接し方についてお願いしたり、迎えに来たりしてもらおうなどの配慮が必要であったことが指摘されている。

4. 調査委員会による事故の検証

4. 1 調査委員会構成員と開催数

4. 1. 1 調査委員会構成員

調査委員会構成員として共通しているのは、大学教授、医師、弁護士、教育委員会職員等であり、これに、必要に応じて事故につながった運動種目に関する専門家、学校種や障害種に応じた専門家で構成されている(表 4.1 参照)。

4. 1. 2 調査委員会開催回数と報告書提出までの期間

(1)調査委員会開催回数

委員会の構成員、開催回数、報告書作成期間の関係を示したものが表 4.1 である。委員会の開催回数は3回～10回が多く、10回以上開催した事例も見られる。開催ペースは1か月あたり1回～2回が多くなっている。

10回以上開催した事例は、小学校校地外における死亡事故【事故⑬】であり、事件発生後の学校側の対応に対する不信や、調査開始後の保護者側に対する学校の対応への不信がうかがえる。

(2)報告書提出までの期間

事故発生後、報告書を提出するまでの期間は概ね1年以内が多くなっているが、1年より経過して提出されたものは、中学校プール飛び込み事故【事故⑩】、小学校清掃活動中の転倒事故【事故⑪】、小学校体育授業中のゴールポスト転倒事故【事故⑫】、小学校校地外における死亡事故【事故⑬】等である(表 4.1 参照)。

これらについて事故発生後に調査委員会が開催されるまでの期間を見ると、【事故⑩】が1年2か月、【事故⑪】が6か月、【事故⑫】が20日、【事故⑬】が3年となっている。

(3) 調査委員会が開催されるまでの期間

事故後、調査委員会が開催されるまでの期間について、事例の特徴を整理した。

【事故後、第1回委員会の開催までの期間が短い事例】

小学校清掃活動中の転倒事故【事故⑪】では、委員会が開催されるまでの期間が6か月であり、その後の委員会は3回開催されている。なぜ報告書提出までに長期間要したのか、その点に関しては報告書には記載されていない。

【事故後、第1回委員会の開催までの期間が長い事例】

中学校プール飛び込み事故【事故⑩】では、委員会が開催されるまでの期間が1年2か月かかり、委員会は3回開催されている。調査委員会開催までに、なぜこのような長期間を要したのかに関して報告書には記載されていない。

小学校校地外における死亡事故【事故⑬】では、委員会が開催されるまでの期間が3年かかっている。報告書では、遺族に対する学校及び教育委員会側の事件後の横柄な対応や、説明内容等に問題があったことが指摘されている。遺族から学校や教育委員会側に本事件の事実の究明と説明が求められたものの、それには誠実かつ慎重、丁寧な説明ができておらず、保護者説明会を遺族の心情に配慮せず学校の都合を優先し早期に実行しようとしたことや、「学校の責任は一部である」といった遺族の心情を害するような不適切な言葉を校長から直接告げられたこと、そうした学校側の不適切な対応や言動を受けて訴訟に至っている。調査委員会設置についても、遺族は平成27年1月に市教育委員会に設置要望を伝えているが難しい旨が伝えられ、その後も平成27年から平成28年にかけて数度にわたって設置要望を出している。平成28年に「学校事故対応に関する指針」(文部科学省)が示されたこともあり、平成28年9月の市議会での条例改正を経て調査委員会の設置に向けた検討が開始された。委員会が設置されたのは事件発生から3年後の平成29年9月である。

表 4.1 委員会の構成メンバー及び委員会開催数

事故名	構成メンバー	委員会の開催回数	事故発生から第1回委員会開催までの期間	委員会開催の期間	事故発生から報告書提出までの期間
① 中学校ハンドボール部熱中症事故 【事故①】	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授2名(学校保健、熱中症) ・弁護士 ・県中学校体育連盟前会長 ・医科大学助教(小児科) 	9回	3か月	5か月	8か月
② 小学校プール飛び込み事故 【事故②】	<ul style="list-style-type: none"> ・町立児童館館長 ・県教育委員会 ・他小学校教員 ・医師 ・大学教授2名(教育臨床心理学、スポーツ生理学) ・PTA副会長 ・救急救命士 	8回	8か月	3か月	11か月
③ 高校サッカー部活動中の熱中症事故 【事故③】	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育部長 ・教育委員会部内役職者7名 ・健康福祉部医師 	3回	7か月	5か月	1年

事故名	構成メンバー	委員会の開催回数	事故発生から第1回委員会開催までの期間	委員会開催の期間	事故発生から報告書提出までの期間
④ 中学校保健体育授業中跳び箱事故 【事故④】	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・医師(整形外科) ・大学非常勤講師(保健体育) ・弁護士 ・医師会常任理事 	4回	2か月	10か月	1年
⑤ 高校ハンマー投げ事故 【事故⑤】	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(養護教育) ・日本陸上競技連盟理事 ・高校体育連盟陸上競技専門部事務局長 ・医師会理事 ・弁護士 	3回	2か月	6か月	8か月
⑥ 高校春山安全登山講習会での雪崩事故 【事故⑥】	<ul style="list-style-type: none"> ・弁護士2名 ・大学教授2名 ・国立登山研修所専門調査委員3名 ・救命救急センター副センター長 ・消防本部副主幹 ・地方気象台観測予報管理官 	7回	1か月	6か月	7か月

事故名	構成メンバー	委員会の開催回数	事故発生から第1回委員会開催までの期間	委員会開催の期間	事故発生から報告書提出までの期間
⑦ 中学校柔道部活動中における事故 【事故⑦】	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授1名(保健体育) ・県柔道連盟指導者資格委員会委員長 ・市医師会(脳神経外科) ・弁護士 ・県教育委員会 	4回	4か月	4か月	8か月
⑧ 中学校駅伝練習時熱中症事故 【事故⑧】	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・こども医院長 ・弁護士 ・教育委員(保護者代表) 	4回	2か月	4か月	6か月
⑨ 小学校校外学習の熱中症事故 【事故⑨】	<ul style="list-style-type: none"> ・弁護士 ・大学教授(スポーツ科学) ・大学教授(ヒューマンケア) ・小児科医 	8回	0.5か月	6.5か月	7か月
⑩ 中学校プール飛び込み事故 【事故⑩】	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・医師(整形外科) ・大学非常勤講師(保健体育) ・弁護士 ・医師会常任理事 	3回	1年2か月	1年	2年2か月

事故名	構成メンバー	委員会の開催回数	事故発生から第1回委員会開催までの期間	委員会開催の期間	事故発生から報告書提出までの期間
⑪ 小学校清掃中の転倒事故 【事故⑪】	<ul style="list-style-type: none"> ・大学教授(教育学) ・医師(整形外科) ・大学非常勤講師(保健体育) ・弁護士 ・医師会常任理事 	3回	6か月	1年3か月	1年9か月
⑫ 小学校体育授業中のゴールポスト転倒事故 【事故⑫】	<ul style="list-style-type: none"> ・前市教育長 ・大学教授 ・大学准教授 ・医師 ・体育協会会長 ・PTA連合会役員2名 ・小学校長 ・中学校長 ・小学校体育担当教諭 ・中学校体育教諭 	5回	20日	2年1か月	2年2か月
⑬ 小学校校地外における死亡事故 【事故⑬】	<ul style="list-style-type: none"> ・弁護士2名 ・他市教育委員会 ・大学教授 ・カウンセラー 	26回	3年	2年	5年

4.2 検証前及び検証段階における保護者への対応

検証がはじまった段階で、検証期間中に保護者への情報連絡がどの程度の頻度で行われているかを分析し、保護者の不信感が生じた場合はどのような要因が影響したのかを整理した。

4.2.1 被害児童生徒が死亡した場合の保護者への対応

●保護者への説明状況

被害児童生徒が死亡した事例については、単独死亡事故として熱中症による死亡事故【事故①、事故③、事故⑨】、ハンマー投げ事故【事故⑤】、小学校体育授業中のゴールポスト転倒事故【事故⑫】、小学校校地外における死亡事故【事故⑬】があり、複数死亡事故としては、登山講習での雪崩事故【事故⑥】がある。このうち、小学校校地外における死亡事故【事故⑬】では、保護者に対して事件の経緯や学校側の対応が報告されている。その他の死亡事故については、検証委員会による保護者への説明について、報告書には記載はない。

ハンマー投げ事故【事故⑤】では、検証委員会開催の都度、結果概要を報告し、協議内容やその後の進め方について意見や要望を聞いているが、保護者からは検証をなるべく早く終了してほしいとの要望が出ている。この要望にどのように対応したのかは記載されていない。

【事故⑬】に関する報告書では、遺族に対する学校及び教育委員会側の事件後の横柄な対応や、説明内容等に問題があったことが指摘されている。遺族から学校や教育委員会側に本事件の事実の究明と説明が求められたものの、それには誠実かつ慎重、丁寧な説明ができておらず、保護者説明会を遺族の心情に配慮せず学校の都合を優先し早期に実行しようとしたことや、「学校の責任は一部である」といった遺族の心情を害するような不適切な言葉を校長から直接告げられたこと、そうした学校側の不適切な対応や言動を受けて訴訟に至っている。

4.2.2 被害児童生徒に後遺症が残った場合の保護者への対応

●保護者への説明状況

詳細調査では、後遺症が残ったこととその後の経緯について記載しているのは小学校プール飛び込み事故【事故②】であり、頭部や首の負傷による後遺症が報告されている。【事故②】では、学校及び教育委員会側の基本調査の対応に対して保護者側の不信感が報告されている。被害児童が復学した際、後遺症のために運動ができないことへの他の児童からの中傷があり、保護者は当該児童が事故により運動ができないであることを周知するよう学校側に要求している。こうした学校側への不信感が調査委員会の設置につながり、8回にわたる委員会の内容も保護者に説明されている。

その他にも、中学校体育授業中の跳び箱からの落下事故【事故④】、中学校柔道部活動中における事故【事故⑦】や中学校プール飛び込み事故【事故⑩】、小学校清掃活動中の転倒事故【事故⑪】は頭部や首の損傷であるが調査委員会における保護者への対応は報告書には記載されていない。

5. 提言された対策

詳細調査報告書で提言された対策について、主な点を前掲の m-SHELL モデルの要素別に整理した。

(1) 学校安全のための研修や安全教育、マニュアルや規則、指導計画 S(Software)

【マニュアルや規則、指導計画の策定について】

- 生徒の能力や体力に配慮し、段階的な練習を計画する。【事故③】
- 学校は事故発生時の危機管理マニュアルを作成し、万が一事故が発生した場合は、そのマニュアルに従って迅速かつ適切に対応する。【事故⑦】
- 技能や体格差・体重差に十分配慮した練習を行うべきである。【事故⑦】
- 気象条件を配慮した練習計画の実施、駅伝部への強制参加の改善、生徒の健康状態や能力に応じた練習計画を策定する必要がある。【事故⑧】
- 暑さ指数に応じて運動を中止、ないし見直しをする危機管理マニュアルを作成し、全ての小中学校が遵守し運用する体制を確立する。【事故⑨】

【研修の充実について】

- 首を痛めていることへの判断を的確に把握できるように、消防署等の外部機関と学校が連携し、教職員への応急手当の講習を充実させていく必要がある。【事故②】
- 校外走は原則禁止、生徒及び教職員に対する熱中症予防講座の開催。【事故③】
- 教員の応急処置に関する研修の徹底、緊急対応マニュアルの活用と研修を徹底する。【事故⑧】

(2) 授業や部活動で使用する施設や器具H(Hardware)

【施設の安全管理:遊具や施設の安全確認の徹底】

- 指導者は、事故が起こった場合に備えて、体全体をすばやく冷却できる物を準備しておく必要がある。【事故①】
- 個の実態を把握するとともに、個に応じた教材教具の選択、場の設定が必要である。【事故②】
- スポーツ器具の取り扱いについて、学校備品として適切に管理し、使用時には専用杭や砂袋で確実に固定する。【事故⑫】

(3) 事故に影響を与えたと考えられる環境E(Environment)

【環境への配慮について】

- 天気予報およびWBGT(暑さ指数)を活用し、部活動に無理のない時間設定をする。【事故①】
- 活動時に給水できる環境を整えること。【事故③】
- 頭部を打撲した場合、外傷の有無や、受傷児童・生徒本人による症状の自己申告の内容にかかわらず、学校管理職、養護教諭に連絡すべきである。【事故⑪】

(4) 事故に関係する教員やスタッフL₁(Liveware₁)

- 生徒一人一人の体格・体力に応じた運動強度を設定することが必要であり、そのためには個々の体力に負荷の可能な運動強度をしっかりと把握しておく必要がある。【事故①】
- 個別に生徒を観察し、体格、身体能力、行動傾向、学習意欲を配慮しながら適切な指導を行う必要がある。【事故④】
- 投てき種目のように、人の生命や身体に大きな危険を及ぼす可能性のある競技種目においては、必ず顧問が投てき時にはその場で立ち会い、安全を確保した上で実施する必要がある。【事故⑤】
- 駅伝部には異なる能力の生徒が混在していることを教員はしっかりと認識し、練習計画を策定する必要がある。【事故⑧】
- 水泳の技能を十分に身につけている児童・生徒でも事故は起きる。習熟度に関係なく、十分に注意をすべきである。【事故⑩】
- 行事中であっても、児童・生徒の行為から危険を感じた場合は、改めて参加者全員を集めて、注意事項の徹底をしなければならない。【事故⑩】

(5) 学校側の指導体制や指導方法、安全管理(m(management))

【安全点検について】

- 学校安全強化月間を設定し、全教職員をあげて校地内外の学校安全について再点検や確認を行う。【事故⑬】

【校地学習における安全管理について】

- 教室外の学習活動に関する安全管理を徹底し、情報共有を図る。【事故⑬】

【部活動における安全管理について】

- クラブ内に、体調不良を気軽に相談できる雰囲気を作る。【事故③】
- 複数の部活動がグラウンドを使用する場合は、グラウンドの使用に関するルールを明確に定める必要がある。ルールについて生徒に理解させた上で、遵守することを徹底させる指導を行わなければならない。【事故⑤】
- 登山部活動及び講習会の安全管理体制の整備と指導者の資質向上、登山における気象遭難事故防止のための危機管理(リスクマネジメント)の強化、気象遭難の登山事故防止のための連絡体制の構築、学校登山事故と安全配慮への措置の在り方を構築することが挙げられる。【事故⑥】
- 校長、教頭、主幹教諭をはじめ、全教職員に危機管理に関する校内研修を徹底すべきである。
【事故⑫】
- 教育委員会と校長は、被害児童生徒の保護者に対して、遺族の心情に配慮した対応と丁寧な説明が必要である。【事故⑫】

6. 詳細調査報告書の記載方法

今回、文部科学省に提出された詳細調査報告書の横断的な整理・分析を行ったが、これを通じて詳細調査報告書の記載事項、記載の詳細度にばらつきがあることが認識された。今後詳細調査報告書を横断的に整理・分析し、教訓を抽出していくためには、報告書の記載を標準化していく必要があると思われる。

以下では、今回の分析の経験を通して、望ましいと考えられる詳細調査報告書の記載方法等について提言する。併せて詳細調査報告書を作成するために必要な記載項目と記載内容を示す³。

6.1 記載にあたっての留意点

詳細調査報告書を記載する場合は以下の点に留意して記載する。

6.1.1 公表資料としての記載の留意点

- 被害児童生徒の個人名が特定されないよう注意すること。
- 事故の状況を記載する場合に、固有名詞が特定されないよう注意すること。

6.1.2 事実認定に関する記載の留意点

詳細調査報告書は、提供された資料や関係者からの聴き取りをもとに事実関係を認定し、分析することになる。したがって、詳細調査報告書の記述、特に文末について事実関係の確実性の程度に応じて表現を工夫する必要がある(表 6.1 参照)。

表 6.1 詳細調査報告書記載の留意点

事実関係確実性の程度	文末に用いる表現
●事実関係が特定されている場合	……である。
●事実関係が、調査委員会によって確実に間違いないと認められている場合	……と推察される。
●事実関係の可能性が高い場合	……と考えられる。
●事実関係の可能性があることを否定できない場合	……である可能性を否定できない。
●事実関係が明確にできなかった場合	……であることを明らかにすることはできなかった。

³ 「6事故発生の要因」について、m-SHELL モデルを参考にした要素(表 1.1)を一例として掲載している。事故の要因分析については様々な手法があるので、調査委員会で分析手法や要因の視点等を適宜設定して調査を行う。

また、詳細調査は、事故発生直後に実施される基本調査において認定された事実を基礎にしつつ、必要に応じて追加的調査を行うことにより、当該事故に係る事実関係を究明することになるが、基本調査において認定した事実と、詳細調査で新たに認定した事実は区別して記載することが必要である。

6.2 記載項目とその内容

詳細調査報告書に記載すべき項目と主な内容は、以下を参考にすることが望ましい。

表 6.2 詳細調査報告書の記載項目と記載内容(例)

記載すべき項目		記載内容
1	調査の目的及び方法	調査委員会としての、調査の目的と方法を記載する。
	(1) 目的	調査の目的を記載する。
	(2) 方法	調査の方法を記載する。
2	(1) 基本情報	事故の種別、被害状況、活動種別を記載する。
	(2) 事故の概要	以下の点について、事故の概要を時系列的に記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ・事故発生時期と発生場所 ・事故被害者と事故の内容(種別)、被害の程度 ・事故後の被害児童生徒の保護者への対応 例) いつ、どこで、どのような状況の中で、誰が、どのような事故に遭遇したかを明確にする。 保護者に対して、事故発生後、どの段階でどのような情報を提供したかを明確にする。 <ul style="list-style-type: none"> ・事故現場の図 事故が発生した現場とその周辺の位置関係を示す図を添付する。
3	調査委員会の紹介	
	(1) 名称	調査委員会の名称を記載する。 例) ○○○○検証委員会
	(2) 体制	調査委員会の構成メンバー(氏名と現在の所属名、役職等)を記載する。 例) 氏名、○○大学教授(専攻科目名) 氏名、○○教育委員会(所属課名) 氏名、弁護士 氏名、○○医師会(医療科名) 等
	(3) 委員会開催状況	開催日時、委員会での検討内容、参加者数を時系列的に記載する。 例) 第1回○年○月○日○時、検討内容、参加者数 第2回○年○月○日○時、検討内容、参加者数
	(4) 事務局	事務局が設置される場合、その機関名、代表者名を記載する。
	(5) 公開非公開	委員会開催の公開、非公開を記載する。

記載すべき項目		記載内容	
4	事故発生の経緯と対応	事故発生の経緯と事故後の対応を時系列的に記載する。	
	(1) 事故発生の経緯	事故が発生した日時の前後について、経緯を時系列的に記載する。 事後発生の状況を示すために、被害者や他の児童生徒、教員等の位置図を記載する。 例) ○月○日○時: 事故発生前にどのような状況だったか ○月○日○時: どのような状況で事故が発生したか ○月○日○時: 事故発生後、どのような対応をしたか	
	(2) 事故発生後の保護者への対応	事故発生後、保護者にどのような対応をしたかを、時系列的に記載する。 例) ○月○日○時: 事故発生後、担任が被害者の状況を保護者に説明。 ○月○日○時: 被害者の保護者が学校に到着。 ○月○日○時: 被害者の保護者が病院に到着。 ○月○日○時: 病院側より、保護者に対して障害の状況を説明。	
	(3) 事故発生後の児童生徒への対応	事故発生後、現場に居合わせた児童生徒に対してどのような対応をしたかを、時系列的に記載する。 例) ○月○日○時: 事故発生後、担任が状況を説明。 ○月○日○時: 担任が児童生徒を教室に誘導。 ○月○日○時: 担任が事故後の経過を児童生徒に説明。	
5	委員会による調査内容	調査委員会が実施した調査内容を記載する。	
	(1) 基本調査の扱い	基本調査の調査内容・調査手続きの確認。	
	(2) 調査方法	関係者への聞き取り、実地調査、アンケート調査、報告書の確認など、どのような方法で調査したかを記載する。	
	(3)	調査内容	学校関係者、教育委員会、教員、病院、警察等に聞き取りした内容を時系列的に記載する。
		関係者名①	例) ○月○日○時、場所、参加委員: 聞き取り内容
		関係者名②	例) ○月○日○時、場所、参加委員: 聞き取り内容
		関係者名③	例) ○月○日○時、場所、参加委員: 聞き取り内容
		実地調査	実地調査の場所、内容を、時系列的に記載する。
		調査実施時期	例) ○月○日○時、場所、調査内容
		保護者等からの聞き取り	保護者に聞き取りした場合は、保護者の属性、日時、聞き取りした内容を時系列的に記載する。
保護者の属性(父母)		例) ○月○日○時、場所、聞き取り内容	
保護者の属性(その他)	例) ○月○日○時、場所、聞き取り内容		

記載すべき項目		記載内容
6	事故発生の要因	調査結果をもとに、事故を引き起こした要因を記載する。
	(1) 研修の有無と内容	授業や課外活動を行うにあたって、事前に研修等が実施されたかを記載する。
	(2) マニュアルの整備の有無と内容	事故防止のためのマニュアルは整備されていたかを記載する。
	(3) 指導計画の有無と内容	授業や課外活動を行うにあたって、指導計画が策定されていたか、指導計画をもとに教員や職員が配置されていたかを記載する。
	(4) 施設や器具の安全管理	授業や課外活動を行うにあたって、扱う施設や器具について安全点検がされていたかを記載する。
	(5) 事故当時の環境	事故発生時の温度や湿度、照明などの物理的環境や事故に影響を与えたと考えられる環境を記載する。
	(6) 担当教員に関する要因	事故発生当時、指導する教員側が、被害児童生徒にどのように対応していたかを記載する。
	(7) 被害児童生徒に関する要因	事故発生当時、被害児童生徒に体調や精神面でどのような状況にあったかを記載する。
	(8) 学校側の管理体制	事故に結びついた活動に対する学校側の指導体制や指導方法、安全管理の実施方法を記載する。
(9) その他	特記事項があれば記載する。	
7	事故防止への提案(提言)	再発防止及び事故予防への提案(提言)を記載する。
8	調査の報告	調査結果を報告した経緯、報告書の公表状況を記載する。
	(1) 学校関係者への報告	調査結果を学校関係者(教育委員会、当該学校関係者)に報告した経緯を記載する。 例)〇月〇日〇時、場所、報告内容
	(2) 報告書の公表	報告書公表の有無を記載する。
(3) 報告書のウェブサイト掲載の有無	調査報告書について、自治体や学校等のウェブサイトに掲載の有無を記載する。	
9	参考資料	調査の過程で入手した図、写真、文献、基本調査等を添付する。

【参考】詳細調査報告書の記載フォーム(例)

1. 調査の目的及び方法

(1) 調査の目的

(調査の目的を記載する。)

(2) 調査の方法

(調査の方法を記載する。)

2. 事故の概要

(1) 基礎情報

(以下の点について事故に関する基礎的な情報を記載する。)

- ・ 事故の種別
- ・ 事故の被害状況 (障害の状況、死亡の有無)
- ・ 活動種別

(2) 概要

(以下の点について事故の概要を記載する。)

- ・ 事故発生時期と発生場所
- ・ 事故被害者の属性と事故の内容
- ・ 事故後の救急対応及び保護者への対応
- ・ 校内である場合、他の児童生徒への対応

事故現場の図

(事故が発生した現場とその周辺の位置関係を示す図を添付する。)

3. 調査委員会の紹介

(1) 名称

(2) 体制(委員氏名と現在の所属名や役職名を記載する)

氏名	所属名や役職名	専門領域
(文部 太郎)	(〇〇大学、教育学部教授)	(教育臨床心理学)

(3) 委員会開催状況

日時	検討内容	参加者数
第1回、(〇月〇日、 〇:〇)	(〇〇学校〇〇教員について、事故発生時の対応状況についてヒアリングを行う)	(5人参加)

(4) 事務局の有無と名称

(事務局の名称及び代表者名を記載する。)

(5) 委員会公開の有無

(委員会開催の公開、非公開を記載する。)

4. 事故発生の経緯と対応状況

(1) 事故発生の経緯

事故発生日時	内 容
(〇月〇日、〇:〇)	(全体練習が終了)

(2) 事故発生後の保護者への対応

事故発生日時	内 容
(○月○日、○:○)	(担任が保護者宅を訪問し、事故の状況を説明する)

(3) 事故発生後の児童生徒への対応

事故発生日時	内 容
(○月○日、○:○)	(事故発生後、担任が児童生徒を教室に集合させる)

5. 委員会による調査内容

(1) 基本調査の扱い

(詳細調査を実施するにあたって基本調査を確認した場合、その調査内容を記載する。)

(2) 調査方法

(関係者への聴き取り、実地調査、アンケート調査、報告書の確認など、どのような方法で調査したかを記載する。)

(3) 調査内容

調査方法	日時	調査内容
(関係者への聴き取り)	(○月○日、○:○)	(事故発生前に、どこで何をしていたか)
(実地調査)	(○月○日、○:○)	(事故発生現場で、被害者及びその他の位置関係を確認する)
(アンケート調査)	(○月○日、○:○)	(事故後の児童生徒への心理的影響について、アンケートを行う)

6. 事故発生の要因

(1) 研修の有無とその内容

(授業や課外活動を行うにあたって、事前に研修を実施したかどうか、また、実施した場合、どのような内容をどの程度実施したのかを記載する)

(2) マニュアルの有無とその内容

(事故防止のためのマニュアルの有無と、マニュアルの内容を記載する)

(3) 指導計画の有無とその内容

(指導計画の内容を記載する)

(4) 施設や器具の安全管理

(施設や器具の安全管理の内容を記載する)

(5) 事故当時の環境

(事故当時の環境を記載する)

(6) 担当教員に関する要因

(担当教員の指導内容を記載する)

(7) 被害児童生徒に関する要因

(被害児童生徒の状況を記載する)

(8) 学校側の管理体制

(学校側の管理体制の内容を記載する)

(9) その他

7. 事故防止への提案(提言)

(事故防止への提案(提言)の内容を記載する)

8. 調査結果の報告

(1) 学校関係者への報告

(報告した経緯を記載する)

(2) 報告書の公表

(報告書の公表、非公表を記載する。)

(3) 報告書のウェブサイト掲載の有無

(報告書のウェブサイト等への掲載の有無を記載する。)

9. 参考資料

(詳細調査で入手した図、写真、文献等の他に基本調査に関する資料を添付する。)

「学校事故対応に関する指針」に基づく詳細調査報告書の横断整理

発行者 文部科学省総合教育政策局
男女共同参画共生社会学習・安全課
安全教育推進室
〒100-8959 東京都千代田区霞が関 3-2-2

発行年 令和2年3月

製 作 株式会社政策研究所
〒107-0062 東京都港区南青山 2-7-19