

梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会報告書

本報告書は、梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会から墨田区長に報告があったものです。

区では、公表に際して、個人情報に該当する事項や個人を特定する可能性のある記述について、その旨を付した上で削除していますので、ご承知おきください。

平成 23 年 4 月

梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会

目 次

はじめに	3
------------	---

第一部 本件事故の状況等

1 梅若橋コミュニティ会館学童クラブの運営状況	4
(1) 梅若橋コミュニティ会館の運営等	
(2) 梅若橋コミュニティ会館学童クラブの運営等	
(3) 梅若橋コミュニティ会館の職員（平成22年12月1日現在）	
(4) 通常の運営と年間の活動	
2 学童クラブの安全対策と子どもの安全に関する研修等	7
(1) 学童クラブの研修の概要	
(2) 危機管理マニュアルの整備	
(3) ヒヤリハット事象の共有	
3 本件事故当日の状況	8
(1) 当日の児童出席状況等	
(2) 当日の職員の配置状況	
(3) 当日のスケジュール（当初計画と変更計画）	
(4) 事故発生前の状況（職員からの聞き取り）	
(5) 当日のおやつ	
4 本件事故時の状況	12
(1) 事故発生日時・場所	
(2) 事故の内容等	
(3) 事故時の職員の対応と行動	
(4) 救急隊への引き継ぎ	

第二部 本件事故についての考察

1 本件事故の医学的考察	15
(1) 事故発生と応急手当	
(2) 消防署の報告から	
(3) 考えられる死因	
(4) まとめ	
(5) 職員らの緊急時の対応	
2 本件事故の要因	20
(1) 食品の要因	
(2) おやつを食べ方、食べさせ方の要因	
(3) 食する人の要因（個人差）	

(4) 若干のまとめ	
3 緊急時の対応の問題点	24
(1) 職員の当初の対応と救急隊の到着	
(2) 緊急時の対応など	
(3) 本件での対応の問題点	
4 まとめ	26

第三部 再発防止の提言

1 再発防止の提言にあたって	27
(1) 再発防止の出発点は何か	
(2) 専門職としての研修の重要性	
(3) 食品の安全問題の研修	
2 過去の事例に学ぶことの大切さ	29
(1) 学童クラブでの過去の事例	
(2) 事故についての研修の重要性	
3 学童クラブにおける子どもの安全の考え方	31
(1) 学童クラブの職員の仕事内容	
(2) 学童クラブの職員が心がけること	
(3) 学童クラブの子どもにとっての安全	
(4) 学童クラブのおやつ	
4 改善の提言	33
(1) 梅若橋コミュニティ会館と学童クラブの運営と施設の改善	
(2) おやつ指導の改善	
(3) 学童クラブ間の情報交換と協力の促進	
(4) 研修内容の改善と充実	
おわりに	37

別紙	38
別紙1 梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会設置要綱	
別紙2 梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会名簿	
別紙3 梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会検討経過	

別図	43
別図① 梅若橋コミュニティ会館見取り図（1階平面図）（2階平面図）	
別図② 事故発生時の学童クラブ室内図	

本件事故に関する資料及び参考資料	（別紙）
------------------	------

はじめに

1 本報告書の趣旨

本報告書は、平成 22 年 12 月 14 日に墨田区梅若橋コミュニティ会館学童クラブで、小学校 3 年生（当時 9 歳）の男子児童（以下、「A 君」という）がおやつを食し、その後、都立墨東病院で同年同月 16 日に死亡した事件（以下、「本件事件」という）に関し、なぜ、本件事件が発生したかを究明することと再発防止策を検討することとを目的として作成されている。調査にあたっては、あらゆる視点からの調査を可能にし、真相を少しでも明らかにするために予め、調査対象の人に対し、特定個人の責任を追求するなどの刑事責任や民事責任の調査と本調査は全く異なることを告知して、調査への協力を得る方法をとっている。

本調査は別紙の一覧表にある日時に、本件に関与した職員全員及び男子児童の家族や他の子ども等から事情を聴取し、医療や消防などの関係機関やおやつの業者から必要な情報を入手する方法で行われた。調査の結果で明らかになったことをふまえて、事故の要因の検討等と再発防止に向けての提言を行っている。本報告書の提言は、大切な子どものいのちを守り身体を育成すべき立場にある学童クラブの職員の役割と学童クラブの社会的使命を明らかにし、二度と今回のような事件が発生しないようにとの願いを込めて作成されている。

墨田区ならび学童クラブの職員は本報告書をじっくりと検討し、大切な、そして、かけがえのない子どものいのちと身体を預かり、子どもの生活を豊かにするという学童クラブの設置の趣旨をしっかりと具体化して、専門職としてふさわしい業務に励むよう強く望むものである。

第一部 本件事故の状況等

1 梅若橋コミュニティ会館学童クラブの運営状況

(1) 梅若橋コミュニティ会館の運営等

① 設置の趣旨

梅若橋コミュニティ会館は、「地域住民のコミュニティの形成と発展及び教養と文化の向上並びに児童の健全な育成を図るため」、昭和 63 年 4 月 1 日に設置され、ア) 地域住民のコミュニティ活動の促進に関すること、イ) 図書その他必要な資料の収集、整理及び保存、館外貸出し並びに館内利用に関すること、ウ) 児童の健全育成並びに児童福祉に関する資料の収集及び調査に関すること、エ) その他必要な事業を行っている（墨田区コミュニティ会館条例〔平成 6 年 12 月 2 日条例第 33 号〕による）。

② 施設の規模等

ア、施設名

墨田区梅若橋コミュニティ会館

イ、所在地

墨田区堤通二丁目 9 番 1 号

ウ、開館日

昭和 63 年 4 月 1 日

エ、施設概要

鉄筋コンクリート造 2 階建

延床面積 1,897.30 m²

敷地面積 1,770.13 m²

オ、主な施設

1 階 集会室（和室）、図書室、児童室（体育室）

2 階 事務室、集会室（料理室、多目的室）、

児童室（グループ室兼図工室、遊戯室、音楽室）、学童クラブ室

カ、開館時間

(集会室) 全日 午前 9 時から午後 9 時まで

(図書室) 平日・土曜日 午前 9 時から午後 8 時まで

日曜日・祝日 午前 9 時から午後 5 時まで

(児童室) 平日・土曜日 午前 9 時から午後 5 時まで

(学童クラブ室) 学校授業日 授業の終了後から午後 6 時まで

学校休業日 午前 8 時 30 分から午後 6 時まで

* 育成時間 学校授業日 授業の終了後から午後 5 時まで

学校休業日 午前 9 時から午後 5 時まで

特例 午前 8 時 30 分から午後 6 時まで

キ、休館日

(集会室) 年末年始(12月29日から1月3日まで)

(図書室) 毎月第一月曜日、年末年始(12月29日から1月4日まで)、館内整理日(毎月第三木曜日 *休日にあたるときはその翌日)

(児童室) 日曜日、国民の祝日、年末年始(12月29日から1月4日まで)、館内整理日(毎月第三木曜日 *休日にあたるときはその翌日)

(学童クラブ室) 土曜日、日曜日、国民の祝日、年末年始(12月29日から1月3日まで)

(2) 梅若橋コミュニティ会館学童クラブの運営等

① 設置の趣旨

主として小学校1～3年(必要な場合は4～6年生も可)で放課後帰宅しても、保護者が働いていたり、病気になったりする等で家庭での保護が受けられない児童に対して、放課後などに専任の指導員による指導をとおして、適切な保護と健全な育成を図ることを目的に設置されている(墨田区学童クラブ条例〔平成11年9月30日条例第28号〕及び児童福祉法〔昭和22年法律第164号〕第6条の2第2項による)。なお、厚生労働省はこの事業の質の向上に資することを目的として、「放課後児童クラブガイドライン」(厚生労働省 平成19年10月 参考資料1)を策定している。

② 定員

60名

③ 児童数(平成22年12月1日現在)

1年生	13名	(男児8名(内障害児1名)	女児5名)
2年生	16名	(男児9名	女児7名)
3年生	15名	(男児6名(内障害児1名)	女児9名)
4年生	1名	(男児1名(内障害児1名)	女児0名)
5年生	1名	(男児1名(内障害児1名)	女児0名)
合計	46名	(男児25名(内障害児4名)	女児21名)

(3) 梅若橋コミュニティ会館の職員(平成22年12月1日現在)

職	当館の経験年数	役割分担(担当)
館長	1年8か月	会館管理運営等
児童室担当(事務)	1年8か月	事務・児童室
児童室担当	0年8か月	2階グループ室・フロア等
	0年8か月	1階体育室
学童クラブ職員	1年8か月	学童クラブ
	1年8か月	
	1か月14日	
児童室担当(再任用)	1年8か月	児童室全般(1・2階担当)

児童室職員（非常勤）	15年8か月	1階体育室
	15年8か月	2階音楽室・フロア等
	0年8か月	2階グループ室・フロア等
学童クラブ担当（非常勤）	2年8か月	学童クラブ
学童クラブ担当（臨時職員）	10年8か月	障害児の保護・指導及び在籍児童の指導・育成
	0年8か月	
	0年3か月	

(4) 通常の運営と年間の活動

① 通常の一日の流れ

学童クラブにおける通常の日（学校登校日）は、おおむね次のスケジュールで進められている（資料1参照）。

午前8時30分～ 準備、清掃、麦茶作り等

午後1時15分～ 学童クラブ担当打ち合わせ

2時00分～ 児童登館（出欠確認、連絡帳等チェック、おやつ準備等）

3時30分～ おやつ

4時00分～ 自由遊び

4時45分～ 帰宅準備

5時00分 5時帰り児童帰宅

6時00分 遅番児童帰宅

② 年間活動計画書（平成22年度）

年間の活動計画では、四半期ごとに目標を立て、学習・生活・遊びといった子どもの活動内容に即した行事（新入生歓迎会、保護者会、避難訓練、個人面談、七夕、梅若フレンドフェスティバル、ミニ縁日、合同ドッジボール大会、クリスマス会、お別れプレゼント作り、誕生会、昼食会、手作りおやつ、外遊び等）を開催している（資料2参照）。

2 学童クラブの安全対策と子どもの安全に関する研修等

(1) 学童クラブの研修の概要

- ① 墨田区の児童館等の学童クラブの職員は、一般的に、各指定管理者の研修の他、東京都公立児童厚生施設連絡協議会職員研修や、墨田区児童館館長会が開催している応急手当、危機管理、児童対応等の研修に参加している。
- ② 梅若橋コミュニティ会館の職員は、上記研修のほかに区職員としての職層研修、普通救命講習、関係団体等が主催する各種研修を受講している（資料3参照）。
- ③ 普通救命講習受講状況は、次のとおりである。

平成15年に1名（学童クラブ担当）、平成18年に1名（学童クラブ担当）、平成19年に3名（学童クラブ担当1名・児童室担当2名）、平成20年に1名（児童室担当）、平成21年に1名（児童室担当）が受講している。なお、事故後の平成23年1月には、14名の職員が講習を受講し、救命技能認定証を取得している。

(2) 危機管理マニュアルの整備

- ① 児童館等の学童クラブは、各指定管理者が作成する危機管理マニュアルに準拠し施設毎のマニュアルを整備している。
- ② 梅若橋コミュニティ会館においては、区の危機管理マニュアルに準拠しマニュアルを整備するとともに、救急救命については、（財）東京救急協会作成の「普通救命講習テキスト」をマニュアルとして活用している。

(3) ヒヤリハット事象の共有

- ① 一般的に、児童館等において日常的に発生する軽傷事故（いわゆるヒヤリハット事象）については、職員会議等で報告するとともに、ヒヤリハットマニュアル等を作成し、事故情報の共有化を図っている。
- ② 梅若橋コミュニティ会館においては、ヒヤリハットマニュアルは作成していないが、「学童クラブ育成日誌」や「児童室トラブル等記録ノート」に事故状況、対応状況を記録するとともに、翌日の朝のミーティングで報告し検討することで、ヒヤリハット事象の共有化を図っている。

3 本件事故当日の状況

(1) 当日の児童出席状況等

在籍児童数 : 46名

当日出席児童数 : おやつ時 33名

児童登館時間 : 午後2時40分 堤小1年

2時45分 梅若小1年

3時30分 堤小3年〔児童数名が登館している防犯カメラ
画像あり : 3時25分及び26分〕

*その他は記録なし

当日の天候 : 午前6時から午後5時までの東京地方で、最高気温 13.4℃ (午後2時)、最低気温 8.2℃ (午前6時・7時)、降水量が午前6時・7時で1.5mm、午前11時で0.5mm、正午で1.0mm見られた。
〔日本気象協会ホームページより〕

(2) 当日の職員の配置状況

担当	職種等	当日の勤務時間
学童クラブ	常勤職員 (児童指導、サブリーダー、以下「B職員」という)	午前8時30分～午後5時15分
	常勤職員 (児童指導、リーダー、以下「C職員」という)	午前8時30分～午後5時15分
	臨時職員 (フリー : 児童指導、以下「E臨時職員」という)	午後1時15分～6時15分
	臨時職員 (フリー : 児童指導)	午後1時15分～5時15分
	臨時職員 (障害児担当 : 児童指導)	午後1時15分～6時15分
児童室	常勤職員 (事務)	午前8時30分～午後5時15分
	常勤職員 (児童指導、以下「D職員」という)	午前9時30分～午後6時15分
	常勤職員 (児童指導)	午前8時30分～午後5時15分
	非常勤職員 (児童指導)	午前10時15分～午後5時15分

*平成22年度の職員出勤状況 : 資料4

(3) 当日のスケジュール (当初計画と変更計画)

① 当初のスケジュール

午前10時30分～ おやつ買い

10時30分～11時30分

親子事業

午後 1 時 15 分～ 学童クラブ担当打ち合わせ
終了後 ⇒クリスマス会の飾りつけ
2 時 00 分～ 2 時 45 分
ビデオシアター (児童室事業)
3 時 30 分 おやつ
終了後 ⇒自由遊び
4 時 45 分 帰宅準備
5 時 00 分 5 時帰り児童帰宅

② 変更後のスケジュール

午前 10 時 30 分～ おやつ買い
10 時 30 分～ 11 時 30 分
親子事業
午後 1 時 15 分～ 学童クラブ担当打ち合わせ
終了後 ⇒クリスマス会の飾りつけ
3 時 00 分～ 3 時 45 分
ビデオシアター (児童室事業)
4 時 00 分 誕生会
終了後 ⇒おやつ
4 時 10 分前後 事故発生
4 時 45 分 帰宅準備
5 時 00 分 5 時帰り児童帰宅
* 下線箇所が変更したスケジュール

(4) 事故発生前の状況 (職員からの聞き取り)

*職員からの聞き取り時間は、推定のため、誤差があり得る。

午前中 当日の学童クラブの準備及び翌日の行事の準備、おやつの買い物などを行った。

午後 1 時 15 分頃～

学童クラブ担当による打ち合わせを行った。

当日の役割分担 (リーダー、おやつ担当、おやつ補助、障害児等担当) とスケジュールの確認を行った。

この時点では、おやつの時間変更は予定されていなかった。

2 時 00 分 ビデオシアター (児童室事業) の開始時刻になっても、親子連れや子どもは誰も来ないため、上映を見合わせた。

2 時 30 分頃 未だに誰もいないため、ビデオシアター担当が、学童クラブ室にいたリーダーの C 職員に、3 時からの上映に繰り下げても良いかどうか、尋ねた。

C 職員は、ビデオ終了後、おやつにする旨を答えた。

その後、C職員はB職員と相談し、2時40分に誕生会の対象児童（堤小1年生）が来たため、通常3時半からのおやつ時間を遅らせて、「4時から誕生会及びおやつにする」ことを決めた。

- 3時00分頃 ビデオシアターを開始した。
ほとんどが低学年の子どもで、10～15人が参加した。
- 3時30分頃 おやつ担当のB職員がおよつの準備を始めた。
- 3時50分頃 ビデオシアターが終了した。
- 3時55分頃 およつの放送が入った。
- 4時00分頃 学童クラブ室で誕生会及びおやつを開始した。

(5) 当日のおやつ

① 準備したおやつ

- ・ミニアメリカンドッグ
- ・袋菓子（「きのこの山」か「たけのこの里」のどちらか1個）
- ・ティラミスケーキ

* A君は、ミニアメリカンドッグだけを食べたものと推測される。

② おやつ選定の理由

ア ミニアメリカンドッグと袋菓子は、月間計画等であらかじめ選定されていた（資料5参照）。

イ ティラミスケーキは、誕生会の該当児童のリクエストで当日追加された。

③ 電子レンジの使用

おやつ担当のB職員が、ミニアメリカンドッグを1袋分（8本）まとめて皿に乗せてラップをかけ、商品の袋の指示（500Wで3本につき約1分）に従って電子レンジで温めた（なお、ラップをかける指示は商品袋にはない）。児童全員分で20～30分ほど準備に時間がかかった。

④ およつの配膳

ア B職員は、およつの準備（ミニアメリカンドッグを電子レンジで加熱する、袋菓子の小袋を分ける、麦茶を準備する）を行った。およつの配膳では、C職員が、準備ができているグループから声がけをした。C職員は、受け取りに来た代表の子どもに人数分をトレーに乗せて渡し、量を減らすことを希望する子どもへの対応も行った。

イ （B職員がミニアメリカンドッグの準備をしていたので）E職員は袋菓子をトレーに乗せて数を調整する作業を行った。およつが始まると、各テーブルごとに、子ども一人ひとりの希望を聞いてミニアメリカンドッグにケチャップを付けて回った。ケチャップはほとんどの子どもに付けた。

⑤ およつを食するときの職員から子どもへの注意、その他

C職員は、準備のできたグループから食べ始めて良いことを伝える声をかけたが、およつの食べ方について、注意や指導はしなかった（C職員は、「以前に何回もおよつとして提供しており、学童クラブの子どもは食べ方をわかっていたことと、当日、全員の子どもたちがきちんと座って食べ始めていたことから、特段、

指導は必要ないと考えていた」。B職員は、「走り回ったりしながら食べなければ、串が喉に刺さったり丸のみしたりしないと考えていた」）。

4 本件事故時の状況

(1) 事故発生日時・場所

平成22年12月14日(火) 午後4時10分前後

梅若橋コミュニティ会館学童クラブ室 (別図① 見取り図参照)

(2) 事故の内容等

梅若橋コミュニティ会館学童クラブに通うA君(当時9歳、小学校3年生)がおやつに出されたミニアメリカンドッグを喉に詰まらせ、救急車で東京都立墨東病院(墨田区江東橋四丁目)に搬送された。

(3) 事故時の職員の対応と行動

① 各職員の位置

事故当日は、5名の職員が学童クラブ室内で子どもの対応を行っていた。リーダーのC職員が子どもの正面で進行を行い、おやつ配膳テーブルに2人、障害児等の付き添いに2人が配置されていた(別図② 室内図参照)。

② 職員がA君に対してとった行動(図解:資料6参照)

(職員からの聞き取り、防犯カメラ画像による記録(資料7)、向島消防署からの回答(資料8)による)

*職員からの聞き取り時間は、推定のため、数分の誤差があり得る。

午後4時00分頃 学童クラブ室で誕生会を開始するため、C職員が、6人1テーブル(6テーブル設置)で座るよう声をかけた。

全員が席に座ったのを見て、誕生会を開始した(学童クラブ担当職員5人、子ども33人)。

誕生会終了後、おやつの配膳を開始するとともに、C職員が当日のおやつを紹介し、テーブルごとに代表1人がおやつを取りに来るよう声をかけた。

おやつが揃ったテーブルごとに「いただきます」をして、食べ始めた。

4時10分前後

B職員は、おやつのおかわりを子どもに見せるため、配膳テーブルから立ち上がり、子どもが食べているテーブルのほうへ行った。

そこでA君が立ち上がるのを目撃した。

B職員が駆けつけたところ、A君は手を喉に入れる態度を示した。

嘔吐または誤嚥を疑い、A君の席で背中を叩いた。

B職員は、背中を叩きながら、脇に抱えてA君を洗面所へ連れて行った。

A君は暴れ、顔にチアノーゼ(唇紫色)症状が出始めたので、

B職員はC職員に救急車を呼ぶように依頼した。

B職員は、後ろから抱えるように押さえてA君を励ましながら吐かせる対応（背中強打・ハイムリック法）を行った。

A君がまだ暴れていたため、洗面所にいると角にぶつけると思い、B職員が学童クラブ室入口付近に移動させた。

異物が出たとき、もどしてさらに喉に詰まらせないようにA君を横にし、背中を叩いた。

4時12分前後

A君にはチアノーゼ症状がみられ、名前の呼びかけに応じない状態となった。

B職員は、1階体育室にいる男性のD職員に応援してもらおうよう、他の職員に依頼した。

B職員が横向きにしたまま、口で異物を吸引しようと試みたが、唾液が少し出るものの異物は出なかった。

A君が少し咳き込むように口を動かしたため、人工呼吸（口対口）と心臓マッサージを繰り返した。

D職員が到着した。

〔D職員が2階へ向かう防犯カメラ画像：4時12分〕

4時15分前後

D職員が足を持ち、B職員が背中を叩いたが、異物は取り出せなかった。

A君を降ろして横向きに寝かせ、再び処置をした。

C職員が119番通報した。

〔東京消防庁覚知時間：4時15分〕

事務室の職員がAED（自動体外式除細動器）を1階から持ってきた。

〔事務室の職員がAEDを持って2階へ向かう防犯カメラ画像：4時16分〕

機器からの音声による指示に従い、D職員が操作パットを装着したが、電気ショックには移行しなかった。

B職員が胸部圧迫を続けた。

(4) 救急隊への引き継ぎ

午後4時20分以降

AEDの使用を継続していると消防隊が到着した。

〔向島消防署記録時間：4時20分に消防隊現場到着〕

〔隊員が2階へ向かう防犯カメラ画像：4時21分〕

30秒から1分ぐらいで救急隊も到着した。

〔向島消防署記録時間：4時23分に救急車現場到着〕

〔隊員が2階へ向かう防犯カメラ画像：4時23分〕

（救急隊の処置後）D職員は取り除いた異物を入れるビニールを取ってくるよう指示を受けたので、ビニールを持ってきて渡した。

隊員から「(AEDを) 打ったのか」と聞かれたので、D職員は「打っていない」と答えた。

その後、隊員はA君をストレッチャーに乗せた。

〔隊員がA君を運びながら外へ出る防犯カメラ画像あり：4時35分〕

救急車は、しばらくして出発した。

〔向島消防署記録時間：4時41分に救急車現場出発〕

救急車には、B職員が同乗した。

A君は、東京都立墨東病院へ搬送された。

〔向島消防署記録時間：4時52分に救急車病院到着〕

第二部 本件事故についての考察

1 本件事故の医学的考察

(1) 事故発生と応急手当

① 事故発生からの応急手当を受けたA君の状況

職員らの記憶によって事故発生からの応急手当などについては概ね次のようにまとめることができる（ここでの時刻については、職員らの記憶によるので、おおよその時系列であることを念頭に置く必要がある）。

A君は座位にておやつを食していたところ、急に立位となり、指を口に入れる仕草をした（午後4時10分頃）。嘔吐をするのではないかと思ったB職員がA君を洗面所に抱えながら連れて行った。背部への殴打（嘔吐を助ける、または窒息を疑う）あり。この間は、抱えられていても、自らの足で立つことができていたらしい。

A君は、暴れ、その後、チアノーゼの所見が出現した。ハイムリック法を行った（同10分頃）。A君は入り口付近にて側臥位とされ、背部の殴打を受け続けた。意識がなくなっているように見えた（同12分頃）。

その後、口対口による人工呼吸と心臓マッサージとを行う。下肢を持ち上げて「逆さづり」にて窒息の解除を試みたり（同15分頃）、AEDを装着したり（同16分頃）した。「逆さづり」に先立って、白い液状のものを吸引することはあったが、異物の排出はなく、また、AEDが作動すべき心電図波形でもなかった。心肺蘇生術が続けられ、その後に消防隊（同20分）及び救急隊（同23分）へ引き継がれた。

② 状況から推測されるA君の病態

急に立位となった時点をもって発症したとすると、約2分後にチアノーゼ、意識障害が出現し、4～5分後に心肺停止状態に陥っている。

食物を摂取するに当たって、食物によるアレルギー反応であるアナフィラキシーショックなども意識を消失するなどの原因として考える必要もあろうが、上記のように時間的推移が極めて速いことから、完全に気道を閉塞させるような窒息が生じたことがまず推測される。

窒息においては、しばしば第1指（母指）と第2指（人差し指）の股で喉をつかむ、または喉を指でかきむしるなどの動作が典型的であるとされるが、今回は嚥下反射とともに、食物が気道に押し入れられ、そしてその時に、ほぼ瞬間的に気道が完全に閉塞されたものと思われる。低酸素状態が急に生じて、外見的には顔にチアノーゼが生じ、脳への酸素供給が絶たれて意識障害に陥り、後者の症状としてA君では暴れる動作があったものと思われる。その後間もなく、呼吸運動が停止し、心拍も停止した。これらもまた、全身への酸素の供給が絶たれた結果である。

③ A君になされた応急手当

午後4時10分頃にはほぼ瞬間的に気道の閉塞される窒息が発症し、その直ぐ後にハイムリック法による窒息の解除が試みられている。また、意識障害を経て心拍、呼吸の消失に至った後は口対口による人工呼吸と心臓マッサージが開始されている。これらの窒息に対する処置、心肺停止に対する蘇生処置は、基本的な方法として職員によって行われている。

また、AEDの装着を行い、不整脈を起こした心臓への、いわゆる電気ショックを試みているが、一般的な心肺蘇生術の一環としては妥当な作業である。また、職員が下肢を持ち上げて「逆さづり」による異物の除去を試みている。これは小さな小児について行われることのある方法であるが、結果的に効果はなかったものの、方法そのものに非合理性を指摘するものではない。従って、事故発生からA君に行われた応急手当そのものはいずれも妥当であったと考える。

ただし、応急手当は、その後に救急隊による搬送を経て、より高度な医学的処置へと続く、一連の流れにおける“最初の部分”であるから、応急手当と119番通報とは連動すべきであり、その点での考察は別に行う必要がある。

(2) 消防署の報告から

① 救急隊による観察と処置

向島消防署による記録（資料8参照）などは次のようである。午後4時15分に119番通報あり、同20分に消防隊が現場に到着、同23分に救急隊が現場に到着、救急車内にA君を収容、同41分に救急車が現場を出発、同52分に救急車が病院に到着、医師への引継ぎを終了というものである。

救急隊がA君に接触した時点での観察によれば、心肺停止状態であり、心電図上も心拍動を認めなかった。心肺蘇生術を学童クラブの職員から引き継いだ。そして、現場において喉頭鏡を用いて喉頭展開を行い（つまり、気管に管を挿入する時に用いる道具を用いて、のどの奥をのぞき）ながら、マギール鉗子（かんし）（鉗子を持つ自らの手によって先端部分が“手暗がりにならない”ように、腰の途中が折れている。先は丸く鈍となっていて、ピンセットのように小さなものでなく大きなものを摘むのに適している）を用いて除去した。除去したものは「ウィンナー3cm×1.5cm大が2つ」と「アメリカンドッグの衣部分」であった。

心肺停止状態であったので、心臓マッサージとバッグマスク法（マスクを口鼻にあてがい、バッグを押すことにより空気・酸素を肺臓に押し込む方法）とによる心肺蘇生術を続けながら、東京都立墨東病院救命救急センターにA君を搬送した。

② 救急隊による観察と処置からの医学的考察

現場において救急隊は、喉頭展開を行ってマギール鉗子を用いて、つまり直視下で異物を除去した。A君の病態は、ミニアメリカンドッグによる窒息が生じ、そのために心肺停止状態に陥ったことがほぼ確実である。

救急隊がA君に接触した時点において心拍、呼吸は認められなかったので、心臓マッサージとバッグマスク法を行いながら病院に搬送した。気管に管を挿入する方

法による気道の確保方法も選択できたが、今回はそのために時間を割くより、バッグマスク法にて迅速に搬送（搬送時間は9分）する方が重要であると救急隊も判断したと思われる。

(3) 考えられる死因

一部、非公表とします。

③ 考えられる死因

以上の記録、ならびに考察によれば、A君は、窒息に伴って低酸素症となり、心停止状態となった。その後、A君においては、病院に到着して間もなく心拍が再開し、血圧も正常域に復すことができた。しかし、この時点までに傷害されてしまった脳においては、血液の再灌流（脳血流の再開）とともに著しい脳のむくみ（脳浮腫ないし脳腫脹）が生じ、各種の治療にもかかわらず、上記の最終的な病態に陥った。

(4) まとめ

一部、非公表とします。

以上に鑑みて、医学的な考察をまとめると次のようである。すなわち、12月14日午後4時過ぎ頃に、嚥下反射とともに口腔から奥に送り込まれたミニアメリカンドッグが喉の奥に嵌頓（かんとん：はまり込んで、はずれないこと）した。これによって上気道のほぼ完全な閉塞が生じ、その結果として低酸素症となり、窒息の約2分後にチアノーゼ、意識障害が出現し、窒息から4～5分後に心肺停止に陥った。

窒息の状態は、救急隊による異物の除去まで20分程度続いたと想像される。発症を窒息の時点とすると、病院における本格的な心肺蘇生術の開始と心拍再開は、発症から40分前後経ってからと推測される。以下、一部、非公表とします。

積極的に集中治療的な手法を用いた管理がなされたが、脳圧の著しい上昇と血圧の低下などを経て第3病日に死亡した。

A君の死亡は窒息という外因によるものであることから警察署への届け出があり、司法解剖となった。

(5) 職員らの緊急時の対応

① どんな時に119番を呼ぶか、いつ呼ぶかの合意はあったか

職員らの証言によると、B職員は、A君への救命行為を行った初期の段階（午後4時10分～12分頃）に救急車を呼ぶようC職員に依頼している。その後、C職員が4時15分頃、救急車を頼んでいる（東京消防庁覚知時間：4時15分）。

以上により、A君の窒息の発症とその直後においては、その混乱のなかで、現場に居合わせた職員らの役割、指示の系統などについて、特にどんな時にいつ119番

を呼ぶかについて、あらかじめの合意はなかったと推測することができる。

② 119番を呼ぶまでの対応

救急隊が到着するまでの応急手当については、前述のとおりである。これと同時に進行にて救急隊を要請することが求められる。確かに119番を呼んではいるが、その混乱のなかで、窒息の発症と同時に呼んでいない。従って、どんな時にいつ119番を呼ぶかについての合意についても、検討の余地が大いにあると思われる。

③ 本件において異物を吸引する方法はあり得たか

窒息に対する緊急時の対応については、背部の殴打やハイムリック法など胸腔内圧を瞬間的に上昇させて異物を排出させる方法が一般的である。

老人において餅が痞（つか）えたときに、掃除機の柄（ノズル）を口腔に突っ込んで吸引することが奏功した事例を聞くが、一定の大きさで吸引されることが、時にあるというもので、この方法を早速選択しなければならないわけではない。

一般的には、またA君の例でもそのようであるが、喉頭を展開してようやく異物を確認できる場合に、盲目的に掃除機の柄（ノズル）をいれることは口腔や気道に外傷を加えて、その後に行われる気管挿管などの気道確保の作業を阻害する可能性がある。特に小児においては、外傷などに伴う気道確保の困難さについては、大人の場合よりさらに厳しいことを常に念頭に置く必要がある。

以上により、A君について掃除機の柄（ノズル）を口腔に入れて吸引する方法はなかったと考える。

④ その他

緊急時の対応として、窒息への対処や心肺蘇生を行うことそのものは、職員らにもできていたということができる。ただし、119番通報については、窒息を疑ってその対処を開始すると同時に行うことが必要である。再発防止のためには、そのことを含めたマニュアルを作成したり、職員らの役割、指示命令系統などを確認する訓練を計画し実行したりすることが求められる。今後、区がこれらの対策を講じるにあたっては、指揮命令系統の明確化、組織的な対応のあり方などに留意することが望ましい。

2 本件事故の要因

本件事故は、A君がミニアメリカンドッグを食し、気道を閉塞させる窒息が生じた事案である。とすれば、なぜ、A君がアメリカンドッグを食して窒息するに至ったかが問題となる。一般に窒息の要因は食品の要因と、食する際の食べ方、食べさせ方の要因、そして、食する人の要因の3つがあると考えられている。そこで、この3つの要因について順次検討する（資料9・10・11参照）。

(1) 食品の要因

- ① 今回のミニアメリカンドッグに関していえば、当委員会が調査したところによると（資料12参照）、本件の梅若橋コミュニティ会館学童クラブや他の22区の学童クラブの相当数においても、「おやつ」として子どもに提供されている（ちなみに、A君はこれまでミニアメリカンドッグを本学童クラブで7回食している（資料13参照））ことからすれば、特に窒息しやすい食品とみることはできない。なお一般的には、餅、ご飯、団子、こんにやくゼリーなどが窒息しやすい食品の例としてあげられている。ただ、本件事故との因果関係があるとは思われないが、おやつ担当のB職員がミニアメリカンドッグを電子レンジで温めて子どもたちに提供する際に、ラップをかけたことが気になる。ミニアメリカンドッグの注意書では、ラップをかけて温める旨の記載はない。販売元のプリマハムからも、「ラップをせずに電子レンジで温めるほうが良いため、調理方法にラップをかけるとの表示はない」旨の回答を得ている。しかし担当のB職員は、ミニアメリカンドッグにラップをかけて電子レンジで温めた経過がある。
- ② ところで、ミニアメリカンドッグがおやつとして特段の問題がないとすれば、なぜ、A君がミニアメリカンドッグを食して窒息したかである。前記のミニアメリカンドッグの注意書として、「必要以上の加熱は衣が割れたり、硬くなったりします」とあるが、これが前述したラップをかけたこととどのように結びつき、そして窒息の要因になるかについて検討する余地はあろう。ただし、結論からいえば、ラップをかけたことと窒息との因果関係は不明であり、原因を一義的には確定できないといわなければならない。なぜならば、同じようにラップをかけたミニアメリカンドッグを後述するように、33名の子どもたちが食しており、それらの子どもたちは、誰も窒息などの症状を呈していないからである。以上の理由から、食品そのものに問題があったとみることはできない。

(2) おやつを食べ方、食べさせ方の要因

- ① そこで、A君による普段のおやつを食べ方を検討する。A君の担任の言によれば、学校での給食は「普通よりやや遅いぐらい」で、「食べるスピードがゆっくりであった」。そして「飲み込むというタイプではなかった」旨述べている。そうであるとすれば、普通はゆっくり食べるA君が、後述するように相当大きな形のミニアメリカンドッグを喉に詰まらせる形でどうして食べたかである。

- ア 学校や学童クラブのような集団の場で食事をとることは、単に空腹を満たすだけが目的ではない。食事の食べ方を職員が教えることは、食品のもつ特徴を知る、よく噛んで食べる、慌てないで食べる、丸のみしないなどのことが窒息の防止となることはもちろん、栄養についての知識や食事のマナーにも連なるとされている。
- イ また食事のとり方はその国の食文化を知ることであり、ゆっくりと味わって食べることが大切である。それゆえ学童クラブなどの指導員は子どもたちに、食事中は「きちんと座って食事に集中するよう見守る」（馬場美年子他「小児の食物誤嚥による窒息事故死の現状と予防策について」日本職業・災害医学会会誌 第58巻第6号 平成22年11月 280ページ 参考資料2）ように指導する必要がある。
- ウ さらに、前述した餅などの食品が仮におやつとして出された場合には、職員は食品によっては窒息の危険性を回避するためゆっくりと食べる、よく噛んで食べるよう教えたり、細かく切って提供したりする必要がある。ちなみに文部科学省の「食に関する指導の手引」（平成22年3月 204ページ「児童生徒の窒息事故の防止」 参考資料3）によれば、「食べ物は食べやすい大きさにして、よく噛んで食べることを指導する。給食の際は、担任教諭等が注意して見る。嚥下障害のある児童生徒では食べ物による窒息が起こりやすいので、十分な注意をする」となっている。
- ② 本件学童クラブでは子どもたちがおやつを食する時に、食事やおやつの食べ方について、前述したように予め注意したり、職員が子どもたちのよく見える位置でおやつを食べるのを見守ったりすることが必ずしもなされていなかった。現に、A君がどのような食べ方をしたかは職員は誰も見ていない。ただ、A君が普段はゆっくり食べる性格の子どもであったとすれば、丸のみにしたとか、急いで食べたとの事実が判明しなければ、A君の食べ方や職員の指導の仕方に問題があったとすることもできない。後述のA君の近くにいた子どもたちの供述の信憑性に疑問があることと、A君がこれまでもミニアメリカンドッグを食した経験があることからすれば、本件のおやつに関して、A君の食べ方にことさら問題があったとする根拠は見出すことができない。
- ③ ところで、本件の学童クラブにおいては登録児童46名中33名の子どもがおやつとしてミニアメリカンドッグを食したものであるが、ミニアメリカンドッグを喉に詰まらせて窒息したのはA君のみである。A君のミニアメリカンドッグの食べ方についていえば、当委員会の委員等が調査した、周辺にいた他の子どもたちの言によると、A君が「ミニアメリカンドッグをひとくちで食べた」「丸のみした」「一気に口の中に入れた」「一口で食べようとして食べきれないから一度口から出そうとした。そのとき半分くらい指でちぎり出したと思う」などの供述がある（資料14参照）。しかし、注意しなければならないのは、前記の供述について、A君がミニアメリカンドッグを食べる瞬間をこれらの子どもたちが逐一見ていたかに疑問があるということである。それは、各自でおやつの時間にミニアメリカンドッグなどを食していたり、他の子と話をしていたりしたなどの事情がある等を総合的に考慮す

れば、A君が食べる瞬間を前記の子どもたちが逐一見ている正確な供述をしているとは必ずしも思われないからである。

- ④ しかし、その一方で、向島消防署からの回答（資料15）によれば、A君の喉から「マギール鉗子によりアメリカンドッグの衣部分及びウィンナー（約3cm×1.5cm）2個を除去した」とのことであるから、丸のみか否かはともかく、A君が相当大きな形のままミニアメリカンドッグを食し、そのことが窒息という今回の事故の要因の1つになったことは間違いないと思われる。ちなみに、ミニアメリカンドッグの内容物の大きさは、業者の報告によれば、可食部分は約58mm×径35mmである。

（3） 食する人の要因（個人差）

- ① 食事を喉に詰まらせて窒息する人の中には、既に述べたように食品の特性、食事の摂り方に加えて、ヒト側の咽頭腔の構造に由来するところがないわけではない。窒息について研究をしている向井美恵論文（主任研究者：向井美恵「食品による窒息の要因分析」平成20年度厚生労働科学特別研究事業 平成21年3月 参考資料4）によれば、「窒息を起こしうるヒト側のリスク度として、食物と空気の交差部位である中咽頭腔の成長変化の内容を明らかにでき、また、咽頭腔の形態を3つの型に分類できた。その中での咽頭腔の下端に向かって狭窄が強い形態に分類できた型は、その特徴から窒息リスクの高い形態と推察され、ヒト側の要因として更なる検討の必要性が示唆された」としている。A君の喉周辺の構造がどのようなものであったかは医学上の問題であり、専門医による慎重な判断が必要とされる。

一部、非公表とします。

（4） 若干のまとめ

- ① 以上のように検討してきたところによれば、本件事故はどれか1つの要因があつて発生したとみることはできない。そこで、なぜA君が向島消防署からの回答にあるように相当大きな形のままミニアメリカンドッグを食したかについて、当委員会では下記の(ア)、(イ)の視点などについて多方面にわたって検討した。(ア)食後、サッカーに直ちに参加したかったのか、(イ)他の子どもたちの前でパフォーマンスの意味で一気に食べたのかなどについてであるが、検討したその結果、(ア)、(イ)の理由は見出せなかった。いずれにしても普段は比較的ゆっくりと食べる子どもが、相当大きな形のままおやつを食べた理由が、最終的には不明であった。本件事故は、前記の食品の要因、食べ方、食べさせ方の要因、食する人の要因（個人差）などが複雑に重なり合つて事故に至ったと考えられる。ただし事実としては、前記向島消防署からの回答にあるように、A君の喉にミニアメリカンドッグ

が前記向島消防署の回答のような形状で喉に詰まっていたので、あえて言うならば、丸のみに近い形で食したと考えられる。

- ② ところで、窒息の要因として、ヒトの要因があることに加えて、食品や食べ方の要因があることに関し、学童クラブの職員は、「咀嚼を要する固形食品が破砕処理の不十分な状態で咽頭に進行すると、咽頭クリアランスが不良で運動の代償が不十分となり、窒息のリスクが高まる」（主任研究者：向井美恵「食品による窒息の現状把握と原因分析」平成19年度厚生労働科学特別研究事業 平成20年3月 参考資料5）との指摘があることに、今後は一定の配慮をする必要がある。本学童クラブの過去の事故例をみると、本件のような窒息事故はこれまで皆無であり、上記の咀嚼及び窒息のリスクに関する重大性について、職員の共通の認識とはなっていなかったと思われる。

なお、窒息は幼児などに比較的多いことからすれば、今後は小学生といえども、よく噛んで食べる、一気には食さない、食事に集中するなどの指導が職員から子どもに対して必要となる。

- ③ 以上が、A君がミニアメリカンドッグを食して窒息に至る経過の検討である。これらのことを前提にすると、本件学童クラブの職員が本件食品を子どもに提供したり、食させる場合に、A君が普段、ゆっくりと食事をするタイプであったこと **一部、非公表とします。**などを総合すると、今回のようにA君が窒息するような方法でミニアメリカンドッグを食するはずだと職員が予見することは、事実上、不可能であったとみることができる。そこで、次に問題となるのは、A君が窒息したことを発見した後の職員の応急処置や、119番を呼ぶ時の判断が適切であったかなどである。そこで、この事例の場合に、今回の方法・時期などが適切であったかについて検討する。

3 緊急時の対応の問題点

(1) 職員の当初の対応と救急隊の到着

- ① A君の異常に最初に気付いたのはB職員であった。B職員はA君がおやつをもどし、嘔吐したのではないかと考えて洗面所付近へA君を連れていき、A君の背中を強くたたいたり、人口呼吸をしたりして、喉につまった異物を取りだそうと懸命に試みた（詳細は、第一部の「本件事故時の状況」で述べられている）。
- ② しかし、B職員の努力にもかかわらず、A君の容体は改善せず、悪化の傾向をたどり、チアノーゼ、意識障害の症状を呈するに至った。そこで、階下にいたD職員の協力を得てAEDを用いた救命処置を講じたが、効果は見られなかった。前記のB職員らの動きを見て、あるいはB職員の要請から119番をし、救急車を呼ぶことになった。C職員が救急車を呼び、5分後に消防隊、8分後に救急隊が到着した。救急隊のA君への救急処置などについて、本学童クラブの職員にとって詳細は定かではない。向島消防署からの回答によれば、救急隊はA君に「咽頭鏡により咽頭展開、マギール鉗子によりアメリカンドッグの衣部分及びウィンナー（約3cm×1.5cm）2個を除去した」とのことである。その後、救急車は都立墨東病院へA君を搬送した。

(2) 緊急時の対応など

- ① 保育所や学童クラブなどのように、広い意味で子どもを保育・教育する場では子ども同士のトラブルや転倒、誤嚥などの予期せぬ事故が生ずることはままあることである。事故は起きないに越したことはないが、未だ幼い子どもたちの集団生活の場である以上、さまざまな事故の発生は避けられない。それゆえ、保育所や学童クラブの職員は、事故は生ずるものとの前提にたって、これまで発生したと想定される事故の種類ごとに詳しく研修を受け、事故を回避する力を身につけることが不可欠である。しかし、本学童クラブにあっては常勤職員はさまざまな研修を受けているものの、非常勤職員のなかには研修を受けていない職員もいた。この点で、職員が集団によるチームとして取り組むことが求められる学童クラブとしては問題がないわけではなかった。
- ② ところで、本件のような窒息事故に関していえば、窒息事故の報告義務が保育所や学童クラブには存しないため、全国の自治体でどれだけの件数の事故が発生しているかについての正確な把握は困難である。研究論文によれば、「食物による気道閉塞が原因で死亡する事例は、近年4,000例を超え」（前掲「食品による窒息の現状把握と原因分析」参考資料5）ているとのことである。前記の件数は乳幼児から高齢者まで含むものと思われ、子ども全体の統計はもちろん、学童クラブの事故件数も不明である。
- ③ いずれにしても、学童クラブに限らず、窒息事故は食事を提供する施設では往々にしてあり得ることであり、前記の施設の職員にあっては、これの防止と事故後の緊急時の対応に関する研修と、これに基づく適切な取組みは不可欠である。ちなみに窒息時の緊急対応に関していえば、「背中を叩く、詰まった食物を吸引器や掃除

機で吸い出す、指でかき出すなどの応急処置」(前掲「小児の食物誤嚥による窒息事故死の現状と予防策について」 参考資料2)が通例とされるとのことである。その意味で職員による応急処置は吸引器などは使用していない(なお本件で吸引器を使用しなかったことの是非については、医学的考察のところでも前述している)ものの、概ね適切な対応であったとみるべきである。

(3) 本件での対応の問題点

- ① 前述のように、職員による本件応急処置には特に批判されるべき要素はない。しかし、あえて学童クラブ職員たちの対応の問題点をあげるとすれば、A君の背中を叩くなどの応急処置の時間が少し長すぎたのではないかとの疑問があり得る。応急処置を講じても改善が見られない場合は直ちに119番をし、救急車を呼ぶべきであったとみることも可能である。職員がA君の異状に気付いて応急処置を始めてから119番をするまでの正確な時間は不明であるも、職員の供述などを総合すると、少なくとも5分前後の時間がかかったとみられる。ただし、窒息事故の相当数は家族や職員らの応急処置で救命していることからすれば、いつの時点で119番をすべきかの確定的なガイドラインなどが、本件事故当時、墨田区にはなかったこととあいまって、本件の学童クラブの職員らの119番通報をする時期が不適切であったと断定することもできない。
- ② また、本件事故で119番通報をいつするべきだったかの判断は別として、事故発生から119番をする時間が仮に5分前後かかったことがA君の救命・死亡の問題に影響を与えたかということについては、窒息に係る少なからずの事例ではB職員が今回行った方法等で窒息状態が解消し、救命することが経験上あり得ることや、前述した医学的考察で述べたように、「ほぼ瞬間的に気道が完全に閉塞され」心肺停止になったことからすれば、本件の場合には119番通報の時期とA君の死亡とは結びつきがあるとは思えない。ただ、学童クラブの職員が、窒息の症状が発生した子どもがいたとき、直ちに119番をし、救急車が来るまでの間に背中を叩くなどの応急処置をするとの研修を予め十分に受けていれば、職員らが今回とったような対応とは異なった対応があり得たと思われる。今後の改善点である。
- ③ 当委員会が事故当日の学童クラブの職員全員から状況を聴取したところ、それぞれの職員は極めて熱心で真面目であった。しかし、職員の専門性に関していえば、問題がないわけではない。本件のように、当初のスケジュールが30分遅れたときの連絡、その時の分担、子どもの食事への対応などが必ずしも組織的でないところがあった。子どもたちが大勢集まる場所では事故は避けられないものとして存在する。それゆえ職員は、特定の職員が休みなどをとったときでも誰がどんな対応をするかの分担を予め日々決めておき、緊急時にいつでも対応できるように準備をする必要がある。これは職員が常勤・非常勤かは関係ない。これが子どもの健康と安全に責任をもつ学童クラブの組織的な活動である。本件事故に関していえば、B職員が応急処置をしている間、他の職員はB職員の様子などを見たり、心配をしたりしている状況は理解できるが、直ちに119番通報をするような適切な対応があつて良かったように思われる。

4 まとめ

- (1) 本報告書では、本件事故発生からA君の死亡に至るまでの事故の状況、そして救急車や墨東病院での所見などをふまえての医学的考察を進めた。さらに本件事故の原因と思われる窒息が平成22年12月14日にA君に関して、なぜ、発生したのかなどについて、食品、食べ方、食べさせ方、ヒトの要因、緊急時の職員の対応など多面的な角度から検討をして、可能な限り事故の真相究明に努めてきた。その結果判明したことは、本件事故の発生には、いくつかの要因が複雑に関係し、1つの要因や、12月14日のおやつの直前・直後の職員の活動や緊急時の職員の対応が不十分であることによって生じたとは断定できず、事故の要因を明確に特定できなかった。
- (2) 子どもを広い意味で保育・教育する場である学童クラブにあっては、事故の種類、態様、事故の大小、規模などを問わなければ、事故は避けられないものとして存在する。現に、墨田区の児童館（指定管理者）学童クラブにおいて平成21年度から平成22年度（平成22年12月まで）に60件の事故が発生し、また、梅若橋コミュニティ会館学童クラブにあっては同期間に4件の事故が発生している（資料16参照）。これらの事故の大半は、運動中や子ども同士のケンカであり、大きな事故には至らなかったものであるが、それはあくまでも結果論である。それゆえ大切な生命を預かる学童クラブの職員にあっては、今後は子ども達の生命・身体の尊重を最大限に重視した事故の予防と回避に向けた適切な取り組みを日頃から実践すべきである。
- (3) 子どもの事故は、子ども同士、職員の指導、本人の行動や心身の特性など多様なものが関係する。その意味で、子どもの指導にあたる職員は、いろいろな事態を想定し、事故の予防、その拡大の防止、救急時の応急処置、119番通報、家族への連絡などを含めて、常に研修を組織的に行い、すべての職員がこれを身につける必要がある。これらの不十分さが今回の事故の背景にあるように思われる。
- (4) 本学童クラブでは、これまで重大な事故が発生したことがなかったこともあり、一般的な職員研修は多々行っているものの、本件のような食品を喉に詰まらせて窒息し、子どもが死亡に至るなどの研修はほとんど行っていなかった。それゆえ、事故前後の職員の対応は、専門的な職員の対応としては、いささか問題があるように見受けられるものがあつた点は否めない。今後、学童クラブの職員はいつそう専門性を磨くための研修と実践をすることが強く望まれる。

第三部 再発防止の提言

1 再発防止の提言にあたって

(1) 再発防止の出発点は何か

- ① 死亡事故はこの世から子どもが突然いなくなることである。事故の知らせを受けたA君の父母は、朝元気に家を出て学校に行ったのに、夕方に事故でA君が病院へ搬送されたとの報に接し、「何でうちの子どもが」との気持ちになったと思われる。そして何としても、A君に生きていてほしいとの気持ちで病院で待機していた。父母や家族は、いまでもA君の死を受容できないでいる。
- ② 父母は、子どもに多くの夢を抱き、子どもの成長をひたすら楽しみにするものである。今回の事故は、その父母の夢と希望を無残にも破った。父母の悲しみは察してあまりある。そしてA君の父母の苦しみは、今後、数十年にわたって継続するものと思われる。また、ひとりの子どもがこの世からいなくなる悲しみは、A君の祖母、同級生、友人などにも深い悲しみと傷を残すこととなる。
- ③ 墨田区と本件学童クラブの職員は、以上述べた被害者の家族と友人らのことをいつまでも忘れずに業務に精励することである。本報告書で例示した幾つかの点について、職員は十分に学び、研修をし、再発防止に努めることが期待される。

(2) 専門職としての研修の重要性

- ① 子どもは社会の未来を切り開く大切な存在である。このことの重要性を争う人は皆無と思われる。しかし、その大切な存在の子どもが保育所や学童クラブなどの事故でいのちが奪われることがあることを認識している人は多くはない。子どもを失った父母は悲しみのなかにある。そのように悲しむ人を二度と生じさせないことが、公の仕事をする人々の再発防止の出発点である。それには事故防止や事故後の研修をし、学習をし、専門職としての力をつけるしかない。しかし、保育所や学童保育の職員集団が事故防止に向けての取り組みを計画的に実践していることは実際のところ、それほど多くはないと思われる。それは、職員のなかに「事故を起こしてはならないが、自分の施設ではまさか重大事故は起こるはずはない」という気持ちがどこかにあることにも関係している。
- ② 人間のいのちと安全はすべてのことに優先する。この単純なテーマが日常の仕事の忙しさのなかで、ややもすると職員間では忘れがちとなる。専門の職員が日々、新たな気持ちで仕事に取り組むにはリズムや一定の緊張感が必要である。すなわち、服装、打合せ、予定変更の対応など専門性を発揮するためにも一定の緊張感は必要である。また、1日のまとめなどを通じて子どもの動静をよく知ることも重要である。くどいようであるが、事故は職員の過失の有無、過失の大小に関係なく、子どものいる施設では発生する。それゆえ、発生した事故を最小限にして子どものいのちと安全を守るのが、専門職の人々の重大な責務である。子どものいのちと健康を

大切にするには、前述した専門職としての自覚とそれに向けての連続的な研修に裏づけられた自己研鑽とが求められ、それらに加えて子どもへの適切な指導が不可欠である。特に、幼い子どもの場合は、その必要性は非常に大きいものである。

- ③ 本件の学童クラブにおいては資料3のとおり研修を行っていたようであるが、研修内容などを見ると、専門職としての研修としては未だ不十分の感がないわけではない。食事等に関する事故でも食中毒やアレルギー、そして今回の窒息などに至る多様な形態が考えられる。その場合の緊急対応、医師との連携などをすべての職員が身につけている必要がある。しかし、今回の職員の事情聴取の結果によれば、すべての職員が前記のことを身につけているとは思えない点が多々ある。

(3) 食品の安全問題の研修

- ① 食品の窒息による事故は子どもと高齢者に多いとされているところからすれば、子どもの保育などをし、食事を提供する施設にあっては日頃から食中毒、そして食品による窒息の問題やアレルギーなどについて研修を十分にしておける能力を身につけておく必要がある。それにはどんな時にどんな食品がどんな場合に食中毒になりやすいか、どんな食べ方が窒息となるかなどについて予め十分な知識を各職員が身につける必要がある。万が一、窒息の事故が発生したときは、直ちに119番通報をするなどの取り組みをすることである。そしてその間の応急手当に職員は習熟することである。ちなみに食品による窒息になる要因として、「食品の形や物性・温度などが大きく影響する可能性が高い」（前掲「食品による窒息の現状把握と要因分析」 参考資料5）とすれば、どのような食品がそれに該当するのか、食べ方を含めて学童クラブの職員は予め十分に研修しておく必要がある。
- ② 本件のおやつは、これまで多数回にわたり子どもたちに提供されてきているが、職員は子どもの安全のためには慣れに流されることなく、1回、1回、丁寧に食品の注意書などを讀んだうえで調理をし、配膳をする必要がある。既に述べたように、ミニアメリカンドッグを電子レンジで温めるには、ラップは不要であった。しかるに、ラップをして調理をしたことは、本件事故との因果関係はないと思われるが、おやつのおいしさや加熱した温度が商品全体にいきわたり、食べやすい状態になっていたかについて疑問なしとしない。昔から念には念をいれるという言い方があるが、専門職は慣れに流されてはいけなし、気を抜いてはいけなし。この初心を忘れずに仕事をするのが専門職として大切である。
- ③ さらに、学童クラブの職員は、子どもの日頃の食事の特徴や行動スタイル、興味などを把握し、おやつを子どもが食するとき、しっかり噛むこと、食事に集中することなどの注意事項を確認し、食べる際に子どもの様子などをしっかりと観察する必要がある。一気に食べようとしたり、丸ごと食したりしたならば、食品が喉につまって危険な状況になることを子どもたちに毎回のよう指導する必要がある。学童クラブのなかで、一人ひとりの職員が前記のことを身につけて子どもに個別・具体的に指導できることが事故防止のために不可欠である。

2 過去の事例に学ぶことの大切さ

(1) 学童クラブでの過去の事例

- ① 幼児や低学年の児童に関していえば、事故の規模を問わなければ、全国各地で毎日のように事故が発生している。そのなかには身体に後遺症が残る事故もあれば、死亡にまで発展する重大事故もある。これらの事故は一定の条件があれば、どこの施設で発生しても不思議ではない。子どもの安全等に関係する施設の職員は、他所で生じたことは自分の施設でも生じるとの考えのもとに研修を行う必要がある。そこで、本学童クラブでこれまでどんな事故が発生し、どんな対応をしたかについて、若干、紹介する。
- ② 墨田区の学童クラブでは、これまでドッジボールなどでの転倒、打撲、鉄棒から落ちての骨折、捻挫などの事故が少なからず発生している。またおやつ作りの時に包丁で指を切る、割れたコップで鼻を切るなどの事故も発生している。事故の多くは、職員や保護者が医師へ連れて行くなどして快方に向かっている。これらは、子ども同士のトラブル、本人の不注意、職員の指導の不十分さなどに起因するものが大半である。
- ③ 子どもが集まる場での子どもの事故の問題を考えるにあたって重要なことは、事故は規模の大小を問わず発生するとの前提にたつて事故発生後の対応策を考えることであり、その前提にたつて再発防止策を考えることである。事故の対応策をとるには、(ア)日頃から事故の態様などに備えて救急の対策や病院へ連れて行く、(イ)事故後、直ちに職員全体で検討会を開催して事故の原因を調査するなどが必要である。再発防止策は、前記(イ)の調査にもとづき、子どもの遊び、仲間集団、学童クラブの行事のあり方などと職員の関与・指導との関係について検討したうえで方策を考えることである。本学童クラブでは、前記(イ)の検討会と再発防止策の取り組みが不十分であり、そのため本件事故時の職員のチームワークの不十分さが生じたと思われる。

(2) 事故についての研修の重要性

- ① ところで、既に述べたように少なからず学童クラブの職員は、事故の問題等の対応においては必ずしも専門的でないところがある。自己研鑽を含めての専門性を高めるためには、他の職員との経験交流や一定の研修のルールを作る必要がある。そこで、自治体は、子どもの生命・身体を大切にするために、初任者研修、3年目研修、5年目研修というように研修をルール化し、ベテランも参加して子どもを安全に育て、見守ることができるようにする。そして、研修した内容が職員に実際に理解されているか否かを各職場で点検したり、実習などをしたりして、事故防止に努力をすることである。
- ② しかし、全国で生じている子どもたちの悲惨な事故を見ると、過去の事件の教訓が十分に生かされていると思えないときがある。それは、職員が過去の事件を契機に、事故予防に向けて総合的に取り組んでいるとは思えないことと関係している。

墨田区は今回の悲しい事故を教訓に、すべての保育所、学童クラブで、専門性を高め、いのちを大切にするための各種の多様な研修を今後しっかりと行うべきである。

- ③ 本学童クラブにおいても、既に述べたように、これまで多くの事故が発生している。これらの事故は、偶発的なものであり、その場の対応で終わったものが多い。しかし、大切なことは、事故の発生は個人的な要因だけでなく、いじめ事件のように、社会の複雑さも関係していることがあり、事故が発生した直後、職員間で検討をし、どうして事故が発生したかを調査し、再発防止策を講じることである。その能力を身につけてこそ、専門職である。

3 学童クラブにおける子どもの安全の考え方

事故の再発を防止するためには、学童クラブにおける職員の仕事内容・子どもにとっての安全についての考え方とおやつとの与え方について、その基本を確認しておく必要がある。

(1) 学童クラブの職員の仕事内容

学童クラブの職員の仕事内容は、「放課後児童クラブガイドライン」（前掲 参考資料1）において、次のように規定されている。

- (1) 放課後児童指導員は、以下について、留意のうえ、(2)に掲げる活動を行うこと
- ① 子どもの人権の尊重と子どもの個人差への配慮
 - ② 体罰等、子どもに身体的・精神的苦痛を与える行為の禁止
 - ③ 保護者との対応・信頼関係の構築
 - ④ 個人情報の慎重な取扱いとプライバシーの保護
 - ⑤ 放課後児童指導員としての資質の向上
 - ⑥ 事業の公共性の維持
- (2) 放課後児童指導員は、次に掲げる活動を行うこと
- ① 子どもの健康管理、出席確認をはじめとした安全の確保、情緒の安定を図ること
 - ② 遊びを通しての自主性、社会性、創造性を培うこと
 - ③ 子どもが宿題・自習等の学習活動を自主的に行える環境を整え、必要な援助を行うこと
 - ④ 基本的な生活習慣についての援助、自立に向けた手助けを行うとともに、その力を身につけさせること
 - ⑤ 活動状況について家庭との日常的な連絡、情報交換を行うとともに、家庭や地域での遊びの環境づくりへの支援を行うこと
 - ⑥ 児童虐待の早期発見に努め、児童虐待等により福祉的介入が必要とされるケースについては、市町村等が設置する要保護児童対策地域協議会等を活用しながら、児童相談所や保健所等の関係機関と連携して対応を図ること
 - ⑦ その他放課後における子どもの健全育成上必要な活動を行うこと

(2) 学童クラブの職員が心がけること

学童クラブは「遊び及び生活の場」であるから、子どもたちが安心して遊べ、心地よく過ごせるようになっていくことが必要になる。特に放課後は、子どもにとっては課業から解き放たれた自由な時間なので、子どもたちがほっとでき、のびのびとした気持ちで過ごせる場となっていることが求められる。

小学校低学年期の子どもは、コミュニケーションや人間関係における社会性を培

い、自己の安全確保のための対応能力や時間に関する感覚と意識を身につけるなど、幼児期からの連続性を持ちながら思春期へと移行していく過渡期にあり、依存しつつ自立していく時期でもある。また、この年代の子どもは、多くのことを吸収していくので技術・操作的分野の発達に優位にあると思われがちだが、実際は欲求・動機的分野の発達の方が優勢な時期なので、好奇心に負けてしまったり、予想していないことに出会うと慌てたり、同じ失敗を繰り返すこともたくさんある。

学童クラブの職員は、子どもたちのこのような発達特性をふまえて子どもの様子を把握し、適切な保護や援助をすることが必要となる。

(3) 学童クラブの子どもにとっての安全

事故が起きると、子どもへの注意事項や緊急時対応の方策だけが強調されることがあるが、これは好ましいことではない。学童クラブにおける子どもの安全は、その機能・役割に即して、以下のように、子どもにとってどのようにあるべきかという総合的な観点で取り組むことが求められる。

- ① その場で過ごす際の場の使い方やそこで過ごす時のルールが子どもにわかるように説明されていて子どもに了解されていること
- ② その場にいる大人が、子どもから見て信頼でき、当てにできる存在（傍にいても安心して遊べ、困ったときに助けてくれる存在）になっていること
- ③ 子ども自身が見通しを持って遊びや物事に取り組めるようになっていること
- ④ 「子どもにとって予想できない危険（ハザード）」に晒される不安がなくすごせる場となっていること
- ⑤ 遊びや物事に取り組むことに伴って起きる可能性のある危険（リスク）について子ども自身が知り得て挑戦（判断）できるように、大人からの適切な援助があること
- ⑥ 万が一、事故に遭遇した場合に適切に対処してくれる大人がいること

(4) 学童クラブのおやつ

小学生の子どもたちは昼食から夕食までの時間が6～7時間ある。高学年になると必ずしもおやつを必要としなくなるが、10歳未満の学童クラブに通う子どもたちにとっては補食としてのおやつが必要である。また、友達と一緒に食べることは食や人間関係を学び取る場ともなる。職員は、子どもたちが楽しく落ち着いた雰囲気の中で食べることができるよう努めなければならない。

なお、子どもたちの身体は一人ひとり大きさや栄養必要量が異なり、食べ方についてもマナーだけでなく咀嚼・嚥下の力や水分補給のタイミングの習得などについても個人差がある。そのために、おやつの食材やおやつ時の指導は、発達や身体状況の進んでいる子どもに照準を合わせるのではなく、小さい子どもに基準をおくなど、年齢相応な状況を汲み取って行う必要がある。

4 改善の提言

(1) 梅若橋コミュニティ会館と学童クラブの運営と施設の改善

① 梅若橋コミュニティ会館の運営の改善

現在の「墨田区コミュニティ会館処務規程」(平成7年訓令第3号 参考資料6)では、館長不在のときの事務処理の代行(事案の代決)についての規定はあるが、館長の職責のひとつである「所属職員の指揮監督」に関する規定はない。また、各事業部門の主任(リーダー)についても明確な規定がない。

事故の当日は、館長が不在で職員は15人中9人の出勤と、通常よりも職員数が少ないなかで「ビデオシアターの開始時刻の変更」「学童クラブのおやつ時間の変更」があり、その結果、体育室で行われたサッカーとおやつの時間が重なった。「急遽、学童クラブの誕生会を設定した」などのことが行われている。また、サッカー指導については、過去の平均の参加者が「学童クラブの児童14名、一般児童4名」と、学童クラブの子どもの参加が多いにもかかわらず、当日の学童クラブの予定変更に伴う子どもへの対応について相互の担当者間の調整(話し合い)は行われていない。これらは事故と直接には関わりのない事柄ではあるが、事業内容の変更や部署間の調整に子どもの気持ちを考慮した統一性がみられなかった。

事故の再発を防止するためには、部署間の調整に統一性をもたせ、職員が子どもの気持ちや様子に気を配ることができるようにする必要がある。そのために今後、梅若橋コミュニティ会館は、事業運営における館長の代行者、各部門の責任者とその役割を明確にして相互の連携と調整が子ども本位に進むようにする必要がある。

② 事故が発生した場合には、まず初期対応(「状況の把握と応急処置、救急対応など」「事故の被害拡大と二次被害の防止」「被害(負傷)児童の保護者への連絡」)を迅速に行うことが求められる。特に、窒息が疑われる場合には、その対処を開始すると同時に119番通報を行うことが必要である。今後は、どのような場合に119番通報を行うのかということを含めた事故発生時の対応マニュアルを作成したり、職員らの役割、指示命令系統などを確認する訓練を計画し実行したりすることが求められる。

今回の事案の場合、A君への応急処置、救急通報とあわせて、その場にいた子どもの誘導(事故の現場から退避させる等により周りにいた子どもが精神的なダメージを受けることを避ける)が必要であったと思われるが、残念ながらそのような対応は見られなかった。初期対応を迅速に行えるようにするためには、学童クラブだけではなく、コミュニティ会館職員全体の協力のもとで事前に取り決めを明文化し、実際の事故を予想した演習を行って、万一の場合に即応できるように身につけておくことが望まれる。

なお、今回の事故の際に他の子どもの誘導が行われなかった要因のひとつに、学童クラブ室の非常口が入り口に近いところに設けられており、入り口付近で事故が発生した場合には誘導が困難な構造になっていることがあげられる。非常時に子どもたちの避難誘導を容易にするために、新たな非常階段や非常通路の設置を考える

ことが望まれる。

(2) おやつ指導の改善

- ① 今後の区における乳幼児期、学童期の保健指導、安全指導、生活指導などにおいては、次の点に留意することを期待する。学校（園）医あるいは学校（園）歯科医等が、学校（園）検診等に際して口腔内を見るとき、扁桃腺の腫大に留意し、これを認めた児童に対しては、食事のときに注意をするように児童、保護者に促すこと、あるいは、学校等から、児童、保護者に対して「(一般情報として) 扁桃腺が腫れている児童においては、特に食事に際して誤嚥の危険性があるので、日頃、よく噛み、ゆっくりのみ込むように」指導し周知することが望ましい。なお、学童クラブは、保護者に学校（園）からの指導や周知の有無を確認して、おやつの指導に当たるようにする必要がある。
- ② 今後おやつ時の事故をなくすためには、職員全体の食品の安全やおやつ指導に関する知識を向上させる必要がある。墨田区は平成23年2月に「安全に食べるための実施指針～幼少期の食べ物による窒息事故防止に向けて～」(参考資料7)を策定した。この指針は、今回の事故の反省を元にして作成されており、学童クラブでのおやつ指導に直接役立つ充実した内容になっている。今後は、各施設において、この指針を積極的に活用し、職員全員が、食物による窒息事故が起きる要因を理解し、安全に食べるための子どもたちへの具体的な支援や応急対応の方法に精通するよう、定期的な研修と訓練を実施することが必要である。
- ③ 子どもにおやつを落ち着いて安全に食べるようにさせるためには、食事のマナーや食べ方の指導と共に、子どもの気持ちについての職員の気づきと落ち着かせる援助も必要である。聴取した範囲では、どの職員からもA君がおやつの時にどのような気持ちでいたのかということについて言及されなかった。学童クラブの基本的な役割でもある「一人ひとりの子どもの状況とその気持ちを把握して安全の確保、情緒の安定を図る」ということは、おやつの際にも意識して取り組むべきことでもある。

(3) 学童クラブ間の情報交換と協力の促進

- ① 平成22年度の梅若橋コミュニティ会館学童クラブでは、学童クラブの運営や事業内容について他の学童クラブと情報交換したりケース検討したりする機会がほとんどなく、実質的には手探りに近い状況であったことが推測される。学童クラブの運営や職員の仕事内容について、区内の学童クラブ全体の成果を共通認識していく必要がある。そのためには、各児童館や各学童クラブで発生した事故について全施設で情報の共有化ができるシステムを構築し、事故の要因等の検証をしながら、それぞれの施設において、事故の発生を未然に防止する取組みを徹底する必要がある。
- ② 学童クラブ部門とコミュニティ会館部門との連携のあり方については、区内の児童館学童クラブやコミュニティ会館学童クラブがそれぞれに多くの経験と教訓を持っているはずである。墨田区の学童クラブは複数の所管課が事業を実施して

いるが、所管課相互が協力して経験を交流できるシステムをつくり、学童クラブ全体の運営の改善を図ることが望まれる。

(4) 研修内容の改善と充実

① 専門職員の配置

学童クラブの職員体制について、墨田区は、保育士、教員免許取得者、児童福祉事業に2年以上従事経験のある者等、児童福祉施設最低基準第38号に規定された条件を有する者を配置し、配置人数については児童20人につき1人の職員を原則とした上で、他に、障害児等、個別の支援が必要な児童等が在籍している場合は、必要に応じて過員配置を行っている。今後も、この原則を遵守すると共に、研修や自己研鑽を通じ、資質の向上に努め、安全で質の高い事業運営に努めることが必要である。

② 非常勤職員を含めた事故予防と緊急時対応に関する研修の実施

調査結果からは、非常勤職員には事故予防と緊急時対応に関する研修を受講していないものが含まれていることが明らかになった。実際には常勤職員・非常勤職員の別なく事故予防の義務は生じるし、事故が発生した場合にはすべての職員の協力による迅速な行動が必要である。非常勤職員に対する学童クラブ事業の基本や、事故予防と緊急時対応に関する研修を実施する必要がある。

③ 事故の実際・ヒヤリハットの共有と検討

事故を未然に防ぐためには、過去に起きた事故やヒヤリハットを原因究明と再発防止に役立てる視点からの収集と分析を行い、すべての学童クラブと主管課で共有することが必要である。

墨田区では児童館等においてヒヤリハットマニュアル等を作成し、事故情報の共有化を図っていることが報告されているが、『梅若橋コミュニティ会館においては、ヒヤリハットマニュアルは作成していないが、「学童クラブ育成日誌」や「児童室トラブル等記録ノート」に事故状況、対応状況を記録するとともに、翌日の朝のミーティングで報告し検討することで、ヒヤリハット事象の共有化を図っている』（本報告書7ページ）とされている。事故の実際・ヒヤリハットの共有と検討については、ひとつの学童クラブだけでなく区内の学童クラブ全体の協力のもとで多角的に検討されることによって、予防と万一の場合の適切な対処に役立てることができる。今後は、事故の実際・ヒヤリハットの共有と検討を主管課が主導して定期的実施する必要がある。

④ 研修内容の改善

事故防止や事故発生時の対応に関する研修については、区職員の委員から「さまざまな事故に対応するため、広く浅くの内容になる傾向がある」ことが指摘されている。

また、本件事故からは、初任者だけではなくベテランも常に学び技量を向上させる必要があること、研修内容を職場全体で共有して実際に生かせるようにすることの必要性が明らかになった。経験年数の多い職員を含めて定期的研修を行うシステム設けると共に、職員が実際にどのような課題を持って研修に望んでい

るか、その研修をどのように活用したか等の調査を行って、テーマや内容の改善を図る必要がある。また、研修に職員のレポートによる実際の事故の事例を講師とともに検討するなどの工夫も行う必要がある。

おわりに

本委員会では、このたびの悲しい事故の状況や経過をできる限り明らかにし、事故の原因を分析した上で、再発防止策についても提言を行った。墨田区は、自らの責任を自覚した上で、この報告について関係機関へ周知徹底し、二度とこのような事故を発生させないように再発防止策について真摯に取り組んでいく必要がある。

まず第一に取り組むべきことは、関係職員一人ひとりのスキルアップ（資質向上）である。そのためには、職員としての研修を積極的に受講し、その能力向上に努めるとともに、全国的あるいは専門的に開催される各種の研修・研究会、公開保育等にも自らの意思で参加し、最新の知識やレベルを身につけられるよう自己研鑽に励んでいくことが望まれる。

第二は、レベルアップした職員同士が連携し、情報交換が十分図れるような職員間の情報共有体制の強化である。同一担当内はもとより、たとえ担当が異なっても、子どもや保護者の実態、施設の状況、事故防止につながる危険情報などの正確な情報が共有され、すべての職員が同じ環境の中で保育ができるようになっていなければならない。そのためのハード・ソフト両面における仕組みの構築に知恵を絞るよう望みたい。ひいては、その仕組みが保護者との連携強化にもつながると考えられる。

第三は、区による学童クラブなどへの指導・監督の徹底と各種システムの構築である。主管課に専門的なアドバイスや指揮命令ができる専門家（保育経験者や学識経験者等）を配置し、保育現場とのパイプ役を果たすとともに、保育環境の整備、危機管理システム・苦情処理システム・保育計画・評価システムの構築などを推進する必要がある。

墨田区では、事故後、専門家を招いて「誤嚥・窒息の予防」に関する研修会の開催（平成23年1月27日）、梅若橋コミュニティ会館全職員の救命救急講習の再受講（平成23年1月）、「安全に食べるための実施指針～幼少期の食べ物による窒息事故防止に向けて～」と題するマニュアルの作成（平成23年2月）、施設における危機管理マニュアルの整備（平成23年3月）、学童クラブ保護者へのアンケート調査の実施（平成23年3月）など、さまざまな取り組みを行ってきた。今後の取り組みにとって大切なことは、一過性の対応にとどまることなく、継続的に、かつ、実効性のあるものにしていかなければならないということである。

学童クラブの保育に携わるすべての関係者が、子どもの命の重さについて再確認し、何よりも安全で子どもの権利を守れる保育に向けて最大限の努力をすることを期待したい。

別 紙

別紙1 梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会設置要綱

平成23年1月17日

22 墨活区第1183号

(設置)

第1条 平成22年12月14日に、梅若橋コミュニティ会館学童クラブにおいて発生した児童の死亡事故（以下「本件事故」という。）に関して、その原因究明、再発防止策等を調査検討するため、梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について調査検討し、区長に対して報告するものとする。

- (1) 本件事故の事実関係の把握に関すること。
- (2) 本件事故の原因の調査に関すること。
- (3) 学童クラブにおける今後の事故防止策に関すること。
- (4) その他区長が必要と認める事項に関すること。

(構成)

第3条 委員会は、委員10人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、区長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 学識経験を有する者 5人以内
- (2) 区職員 5人以内

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、前条第2項の規定により区長が委嘱し、又は任命した日から、委員会が第2条の規定による報告を行った日までとする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長各1人を置く。

- 2 委員長は、委員の互選により定める。
- 3 委員長は、委員会を代表し、会務を統括する。
- 4 副委員長は、委員のうちから委員長が指名する。
- 5 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会は、委員長が招集する。

- 2 委員会は、過半数の委員の出席がなければ、会議を開くことができない。
- 3 委員会の議事は、出席した委員（委員長を除く。）の過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(関係者の出席等)

第7条 委員会は、必要があると認めるときは、関係者に対して資料を提出させ、又は会議への出席を求めて意見若しくは説明を聴くことができる。

(会議の公開及び非公開)

第8条 委員会は、委員の合議により会議を非公開とすることができる。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、区民活動推進部区民活動推進課において処理する。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、区民活動推進部長が別に定める。

付 則

- 1 この要綱は、平成23年1月17日から適用し、委員会が第2条の規定による報告を行う日をもって失効する。
- 2 第6条第1項の規定にかかわらず、この要綱の適用の日以後の最初の委員会は、区長が招集する。

別紙2 梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会名簿

(平成 23 年 1 月現在)

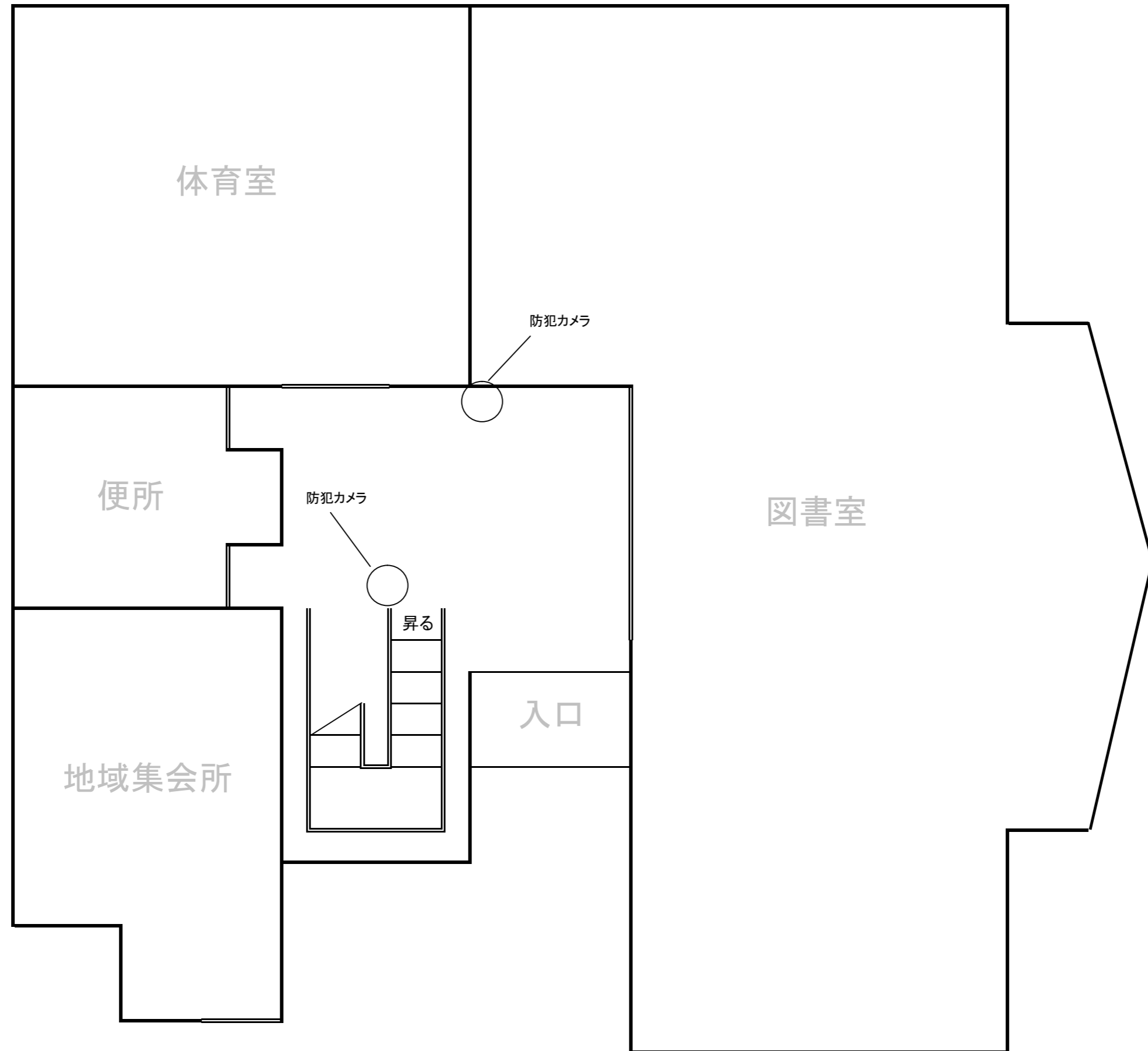
役職	選出区分	氏名	備考
委員長	学識経験を 有する者	高野 範城	高野法律会計事務所弁護士
副委員長		野中 賢治	(財)児童健全育成推進財団企画調査室長
委員		有賀 徹	昭和大学医学部教授 救急医学講座主任
委員	区職員	沖田 茂	墨田区総務部危機管理担当部長
委員		鈴木 陽子	墨田区福祉保健部子育て支援担当部長

別紙3 梅若橋コミュニティ会館学童クラブ事故調査委員会検討経過

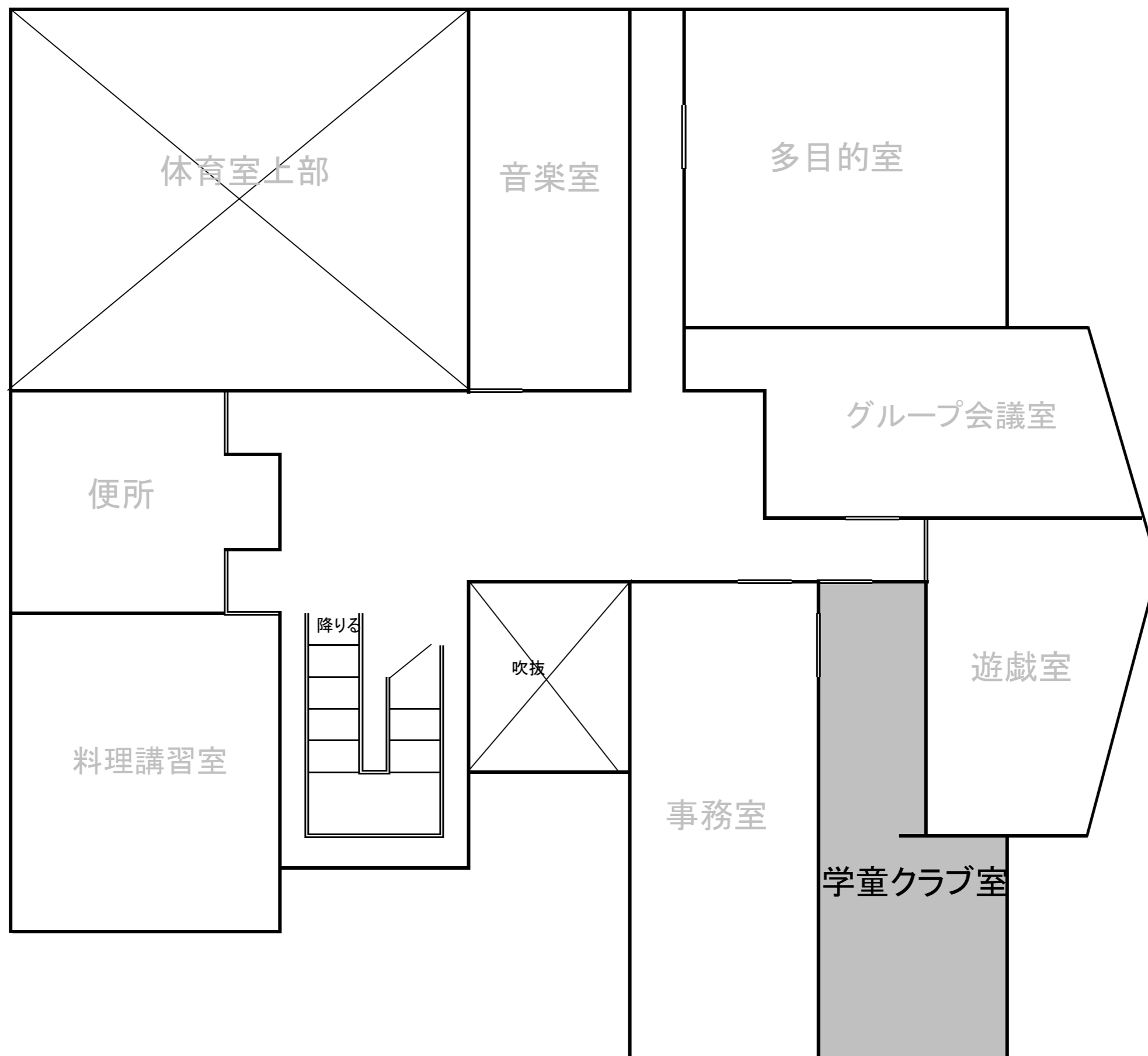
回	開催日時 (平成23年)	会場	主な内容
1	1月25日(火) 正午～午後2時	すみだりバーサイドホール ミニシアター	委員の委嘱等、委員会の趣旨及び目的の確認、事故の事実関係等の確認
2	2月10日(木) 午後5時30分～8時45分	梅若橋コミュニティ会館 多目的室	現場視察、職員からの聞き取り
3	2月24日(木) 正午～午後2時	すみだりバーサイドホール ミニシアター	職員からの聞き取り、資料の確認
4	3月10日(木) 午後5時～7時	すみだりバーサイドホール ミニシアター	担任教諭・職員・保護者からの聞き取り、意見交換
5	3月29日(火) 午前10時～正午	区庁舎 101会議室	調査報告書の内容検討
	4月6日(水) 午後3時25分～3時45分	梅若橋コミュニティ会館 多目的室	子どもからの聞き取り
6	4月13日(水) 午後1時30分～4時	区庁舎 82会議室	調査報告書の内容検討

別 図

別図① 梅若橋コミュニティ会館見取り図(1階平面図)

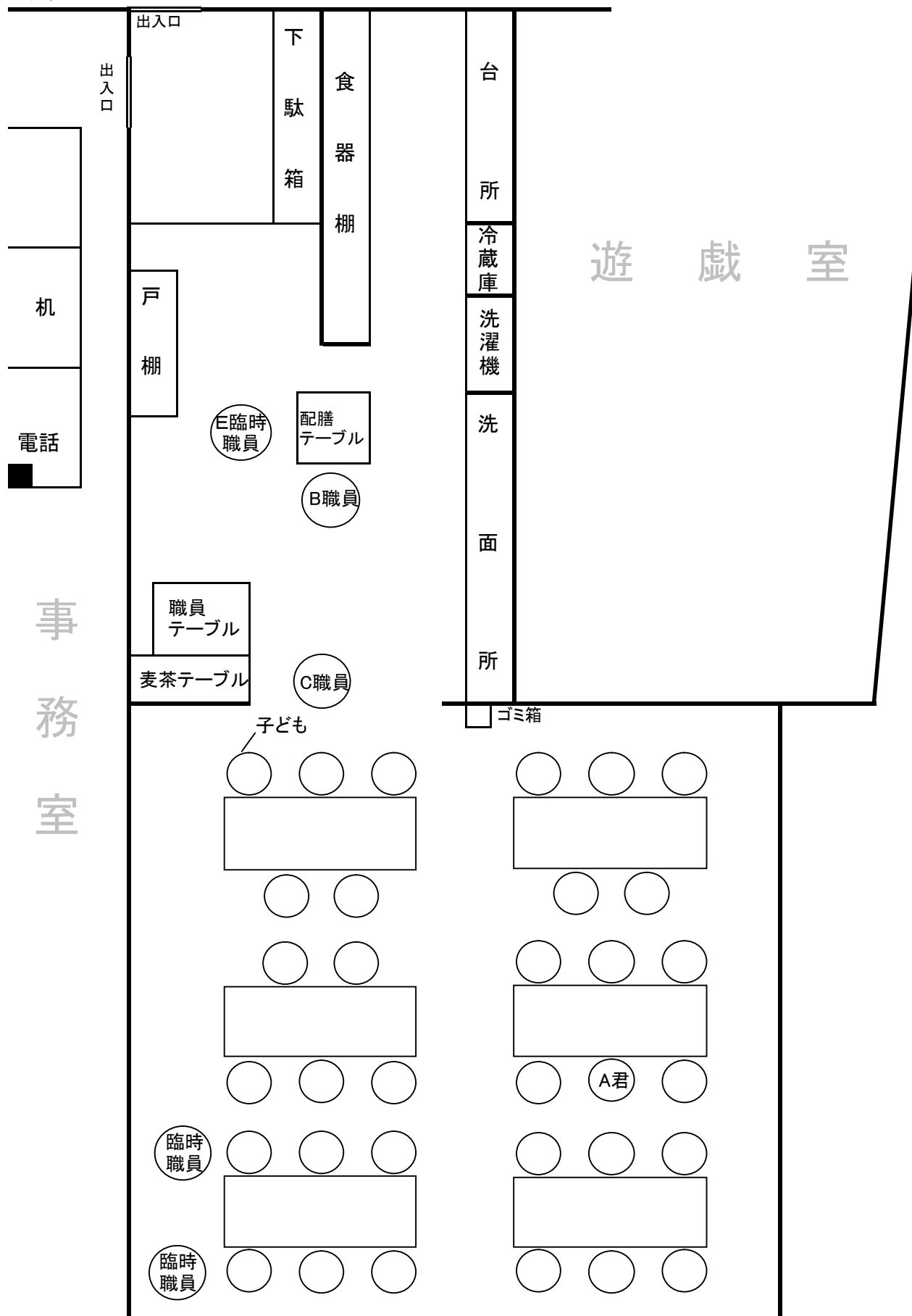


(2階平面図)



別図② 事故発生時の学童クラブ室内図

廊下



本件事故に関する資料及び参考資料

本件事故に関する資料及び参考資料 一覧

資料

- 1 日常のスケジュール
- 2 平成 22 年度年間活動計画書
- 3 職員の研修受講状況
- 4 職員の出勤状況
- 5 おやつ月間計画表・実績表
- 6 事象別の出来事の図解
- 7 防犯カメラ画像による経緯
- 8 保有個人情報の目的外利用・提供について（回答）〔東京消防庁〕
- 9 ミニアメリカンドッグについて（回答）〔プリマハム株式会社〕
- 10 ラップフィルムについて（回答）〔日立化成フィルテック株式会社〕
- 11 トマトケチャップについて（回答）〔カゴメ株式会社〕
- 12 都内 22 区の学童クラブにおけるおやつの提供について（調査結果）
- 13 ミニアメリカンドッグの提供回数
- 14 図面による子どもからの聞き取りの内容 非公表とします。
- 15 保有個人情報の目的外利用・提供について（回答）〔東京消防庁〕
- 16 墨田区学童クラブにおける事故発生件数一覧

参考資料

- 1 「放課後児童クラブガイドライン」厚生労働省 平成 19 年 10 月
- 2 馬場美年子他「小児の食物誤嚥による窒息事故死の現状と予防策について」（抜粋）
日本職業・災害医学会会誌 第 58 巻第 6 号 平成 22 年 11 月
- 3 「食に関する指導の手引」（抜粋）文部科学省 平成 22 年 3 月
- 4 主任研究者：向井美恵「食品による窒息の要因分析」（抜粋）平成 20 年度厚生労働
科学特別研究事業 平成 21 年 3 月
- 5 主任研究者：向井美恵「食品による窒息の現状把握と要因分析」（抜粋）平成 19 年
度厚生労働科学特別研究事業 平成 20 年 3 月
- 6 「墨田区コミュニティ会館処務規程」（平成 7 年訓令第 3 号）
- 7 「安全に食べるための実施指針～幼少期の食べ物による窒息事故防止に向けて～」
墨田区 平成 23 年 2 月