

## 6 検証

### (1) 事故に至る原因

事故調査委員会では、保護者のご承諾をいただき、社会福祉法人別府発達医療センター（以下、別府発達医療センターと示す）、大分県厚生連鶴見病院（以下、鶴見病院と示す）からカルテ等を取り寄せ、担当医から聞き取り調査を行い、発生にいたる原因を検証した。

別府発達医療センターは、郁香さんが、小児科、整形外科等の診療や、作業療法、言語聴覚療法等を受けていた病院で、郁香さんの「てんかん」の主治医であり、平成28年5月には膝の手術を受けていた。

また、鶴見病院は、郁香さんが事故後に緊急搬送され、入院をしていた病院である。

#### ① てんかんの可能性

事故調査委員会では、平成29年7月11日、鶴見病院理事院長（郁香さんの別府発達医療センターでのてんかん主治医 以下、鶴見病院理事と示す）に聞き取りを行い、事故時にてんかんの発作が起きた可能性について検討した。

#### ア 脳波所見等からの郁香さんの症状

平成28年9月5日に、郁香さんは別府発達医療センターで、脳波を測定していた。事故の日、9月15日は脳波の結果を母親と一緒に聞きに行く日になっていた。

そこで、鶴見病院理事から、この脳波の所見と意見を伺った。

<以下、鶴見病院理事への聞き取りから要約>

- ・平成27年3月、前担当医から引き継いだ。
- ・平成18年4月18日、全身性の強直性けいれん、60秒間。以後、発作はなし。
- ・引継ぎ時の所見は、右前頭葉に棘波を数回認め、軽度異常。
- ・カルテの記載からは改善してきた。
- ・正常か、異常かでは、明らかに異常であるが、判読では軽度異常。
- ・発作が頻発しているような状況ではない。
- ・2～3ヶ月ごとに処方。薬物血中濃度は有効域で、コントロールとしては良好な状態。
- ・一横指開口したことは、強直発作からは考えられない。
- ・強直けいれんであれば、後ろにそっくり返るように倒れるか、左右に倒れる。
- ・複雑部分発作、動作停止があったとしても、てんかん発作で呼吸が止まることはない。

また、母親からの聞き取りでは、当日の朝も定められた量を服薬し、この10年間発作は起きていないとのことであった。

#### イ 事故時に、てんかん発作が起きた可能性

鶴見病院理事や母親からの聞き取り、倒れたときの状況（倒れるような大きな音がしなかった、歯を食いしばっていなかった）から、事故調査委員会としては、てんかん発作が起きた可能性については、以下のように結論づけた。

てんかんの発作は、可能性として否定はできない。

しかし、服薬の状況、脳波所見、当日の状況から、発作が起きた可能性は非常に低く、発作により、事故に至ったとは考えにくい。

## ② CT画像、レントゲン等からの仮説

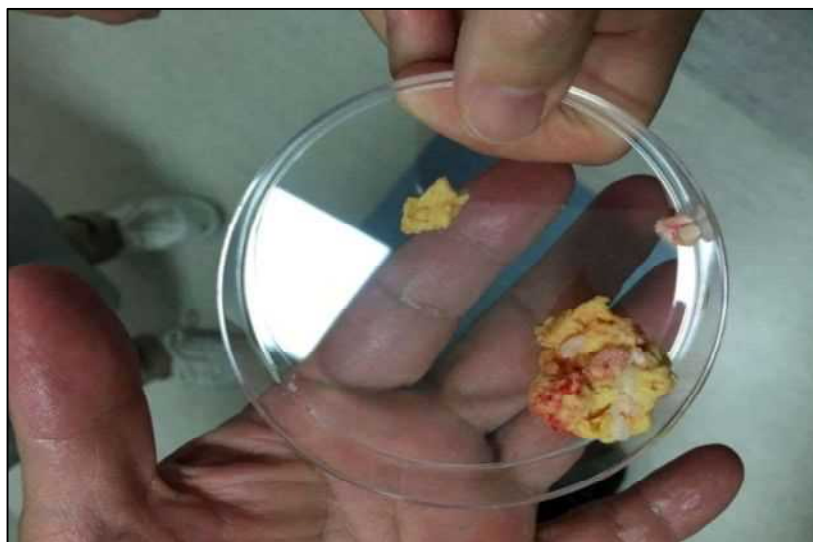
事故調査委員会では、平成29年7月11日、鶴見病院理事、鶴見病院ICU医師（事故後に郁香さんを担当していた医師 以下、鶴見病院医師と示す）に聞き取りを行い、入院時のCT画像、処置等について所見や状況を伺った。

### ア 搬送時の郁香さんの状況

救急車により搬送された郁香さんは、13時30分鶴見病院に到着し、ICUで処置がなされた。

<以下、鶴見病院理事、鶴見病院医師への聞き取りから要約>

- ・下顎部の裂傷は運ばれたときは、完全に止血していた。また、首から胸の辺りに大量に血が付いていたわけではない。
- ・9月15日17時37分の診療記録では、右下顎部に約3cmの挫創、出血は落ち着いていた。下顎骨露出あり。
- ・通常は鼻からでも口からでも気管支のカメラを入れると喉頭の部分が見えるが、食べ物が詰まっていて鼻から入れても口から入れてもカメラが先に進めなかった。
- ・口の中にあふれるほどではないが、食べ物がたくさんあったのは事実。写真のものが一番大きかった。



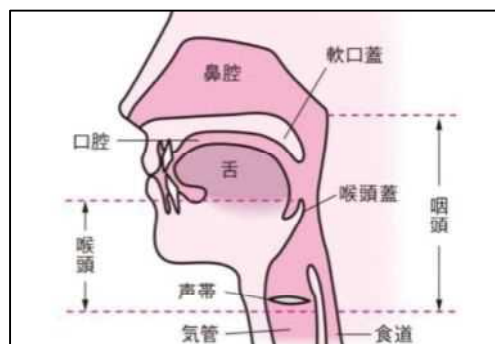
【写真9：郁香さんの口から取り出された異物（写真8の再掲）】

- ・見える範囲の異物を取り出した後、挿管し、気管支鏡で見える範囲を見たが、そこには食べ物はなかった。気管には異物が入っていない。
- ・大きい物があったので、それで呼吸できていない可能性はある。
- ・固形物ばかり、大きい物はほとんどが口の奥の方にあった。

- ・ ご飯粒とか似たような物がたくさんあった。
- ・ 吸引をかけたが、異物が大きすぎて吸引ができない状況だった。
- ・ 救急隊からは食べ物が詰まっている可能性がありますと言われた。
- ・ 誤嚥というよりは窒息である。
- ・ 最初は少し自発呼吸があったが、数時間のうちに自発呼吸ができなくなった。
- ・ 自発呼吸ができなくなったのは、脳の虚血によるものである。

救急隊の記録では、13時17分の接触時には、「口腔内を確認したところ、大量の食物残渣（ご飯粒様）を認めたため、喉頭展開し、吸引を行うも開口困難（約1横指のみ開口）であり、可能な範囲で異物を除去した」とあった。

※気管、咽頭、喉頭等の各部位は、右図を参照のこと。



【図9：気管、咽頭、喉頭の位置】

#### イ 郁香さんが倒れた直接の原因

鶴見病院理事や鶴見病院医師からの聞き取り、救急隊の記録（口の中に大量の食べ物があった、異物が大きすぎて吸引できなかった、気管には入っていなかった、など）、担任が聞いた「はあーはあー」というような音から、事故調査委員会としては、郁香さんが倒れた直接の原因については、

口の中いっぱい食べ物を入れたことで、咀嚼ができなくなり、食べ物が口腔、咽頭を塞ぎ、呼吸困難を生じたことによると結論づけた。

## （2）校外学習時の膝の脱臼への学校の対応

事故調査委員会では、平成28年3月15日、郁香さんが校外学習先の別府市鉄輪近辺のホテル内のトイレで左膝を脱臼した事故について、ご両親のご承諾をいただき、国家公務員共済組合連合会新別府病院、大分県厚生連鶴見病院（以下、鶴見病院と示す）から診療明細、受診歴証明書を取り寄せ、前校長、校長、教頭1、担任、引率責任者のN教諭、養護教諭から聞き取り調査を行い、給食時間中の事故との関係を検証した。

校外学習時の状況と学校の対応については、4 前提となる事実 （5）高等部2年生の校外学習時の怪我 に記載した。

#### ア 校外学習時の校内救急体制

当時の安全管理体制（4（4）に記載 南石垣支援学校では校内救急体制との表題）に則ると、事故が発生した場合には、大声で協力者を呼ぶ、管理職、養護教諭、学部主事・学級担任に連絡、管理職から事務室へと救急車要請などの連絡体制があった。また、管理職は正確な情報把握と教職員への指示など、学級担任は保護者への連絡、教頭への状況報告と事故発生報告書の記入など、養護教諭は医学的に見た緊急度の判断と応急処置などが役割として記載されていた。留意点には、医療機関にかかる必要のある事故が発生した場

合はタクシーで搬送することを原則とすること、担任や養護教諭は事故の発生状況などを詳細に記録しておく、医療機関名の欄外には、必ず事前に電話連絡し、医師の所在を確認するとあった。

安全管理体制として、完璧とは言えないものの体制が作られていた。

郁香さんが膝の怪我をしたことについては、学校側に以下のような対応が必要であった。

下見の時点では、細かな配慮点について（トイレの形状、広さ、トイレまでの距離など）確認していない。校外学習は、児童生徒にとって慣れていない場所での活動であるため、細かな点まで事前に確認し、より安全で活動しやすい場所の選択、配慮事項の打ち合わせが必要であった。特に、学校とトイレの向き、広さが違う場所であったことから、この昼食場所でよいか、この場所を使用する場合はどのような配慮をすべきかという細かな準備が必要であった。

当日は、郁香さんにリュックを背負ったままトイレに行かせ、郁香さんが利用しやすいような体勢を取る配慮ができていない。郁香さんのように配慮が必要な生徒であるからこそ、より普段の状況に近い体勢をとるべきで、狭いと感じたらリュックを下ろさせ、ゆとりのある環境を作るべきであった。

郁香さんの膝が外れた後の、出血していない、痛がっていないという理由で、救急車の要請をしていない。担任によると郁香さんは痛みの表現が少ない子どもであったことから、痛がっていないという判断をすべきではなかった。この判断により、教頭1のタクシーでの移動という指示がされたことから、救急通報し、郁香さんの状態を伝えて、専門家である消防隊の指示に従って行動すべきであった。

複数の病院を廻り、新別府病院での受診までに時間を要し、その間も、郁香さんの膝を冷やす、固定するなどの応急処置がなされていない。N教諭によると、郁香さんは移動中、立とうという意思表示、動くというのがあったことから、移動の負担を考慮し、診察可能な病院を確認して速やかに移動、受診すべきであった。また、校内救急体制図では、医療機関の欄外に、必ず事前に電話連絡し、医師の所在を確認すると記載されていた。校内救急体制を守って医師の所在を確認すべきであった。

郁香さんの膝の怪我については、校内に記録が残されていない。校内救急体制図では、留意点に担任や養護教諭は事故の発生状況などを詳細に記録しておくとされていた。校内救急体制を守って詳細な記録を残すべきであった。

翌日、郁香さんが登校した様子を、念のために包帯を巻いて車椅子で来ていると前校長は判断していた。また、救急車による搬送を行っていないという理由もあり、事故の記録を残したり、県への事故報告を行ってはいない。些細な事故でも、校内のヒヤリハット報告により改善策を講じること、県へ報告し再発防止について相談することが必要であった。

#### イ 校外学習時の膝の脱臼への学校の対応と給食中の窒息事故との関係

事故調査委員会では、郁香さんが高等部2年生の3月の校外学習時に起こった膝の脱臼に対する学校の対応と給食中の窒息事故の関係について検討を行なった。

先に述べたとおり、校外学習時の膝の事故の反省をもとに、校内救急体制に示された対応を徹底し、医師の所在確認、校外学習時の下見の体制など体制整備を行うことは必要であったと考えられ、学校としての対応は十分ではなかった。その一方、校外学習中の事故は膝の脱臼であり、給食中の窒息事故発生時になされるべきであった対応（給食中の郁香さんの見守り体制、緊急時の AED の運搬、心肺蘇生の実施法の確認等）の整備に直接つながったとまでは言い難い。郁香さんの給食中の窒息事故の検証に関わる詳細は、本章の〈(4) 事故当日の対応〉および〈(5) 郁香さんが倒れた以降の教職員の動き〉に述べられるとおりである。

これらの検証結果を基に、膝の脱臼後の学校の対応の不備と給食中の窒息事故に直接の関係はなかったと判断されるが、学校が膝の脱臼時、および脱臼後に行うべきであった対応が十分になされなかったことが、ご両親の不信につながった。

### (3) 事故への対応

ここでは、日頃の給食に関する体制について検証する。

#### ① ランチルームに入るまでの移動（給食開始時間）

高等部では12時25分から13時20分まで（55分間）を給食時間に設定し、担任は郁香さんが次の授業に間に合うようにと考えて、13時を過ぎたら給食を終了することを目安としていた。

事故当日は、4時間目の授業が終了したのは12時25分、郁香さんがランチルームに入ったのは12時49分頃（A教諭が自分の時計で時刻を確認）で、1階の調理実習室から3階の教室に行き、さらに1階のランチルームまでの移動に約24分間を要している。これは、無理に手を引くなどをせずに、自分から動いてもらおうと考えて、動こうとしなかったり、立ち止まったりしていた郁香さんの様子を見守った結果だと思われる。

4. 前提となる事実 で記載したように、中学部の頃には、ランチルームに早めに入って、トレイに牛乳を配る係りをして、郁香さんが食べ始めやすいようにと工夫したこともあった。E調理員によると、「中学生のときは先生と一緒に食べて一緒に食器を返して一緒に楽しく食べていました。高校生になって、先生と食器を返しにきたのは見たことない。」（第8回事故調査委員会）という状況になる。高等部1年時の個別の指導計画では、「準備をできるだけ早くし、ランチルームに遅れないように行き、給食をゆっくり食べる」と計画されていたが、『できるだけ早く準備』『ゆっくり食べる』が継続徹底されなかった。

また、ご両親はランチルームに遅く入っていたことに対して「知らなかったです。（知ったのは）事故が起こってからですね。（母親）」「（行っていたと思っていましたか）そうですね。動かなくなるということは聞いたことがあったんですが、知らなかったです。（母親）」「学校から聞いた中では、小学部、中学部、高等部、遅くても12時30分ぐらいには。（父親）」（第19回事故調査委員会）と話し、自分から動いてもらおうと考えて取っていた対応やその結果として食事の時間に遅れることをご両親と共通理解してはいなかった。この点では、ランチルームへの移動に関する配慮としては不十分である。

#### ② 食事の環境

##### ア 物的環境

郁香さんは、ランチルームの端の席で窓向きに、背もたれや肘掛のない丸椅子に座り、食事をとっていた。丸椅子は、大人が座っても安定しにくいものであり、身体障害者手帳を持っていて、母親が「別府発達医療センターで筋緊張が弱いと言われています」と話す郁香さんにとって、十分な環境とはいえない。背もたれ、肘掛がある椅子を準備し、安定した姿勢で食べられるよう配慮すべきであった。

##### イ 物的・人的環境

郁香さんは「ランチルームに入ると、いろいろなものを見たり、自分の方を見てほしいという気持ちや、誰かが気になるという様子でなかなか食べ始めない。」と担任が話すような理由から、気が散りにくいようにランチルームの端で窓向きに座っていた。

郁香さんは、膝の手術のために入院（平成28年5月13日入園）した別府発達医療セン

ターで、約2ヵ月半後（平成28年8月3日）には『食堂の雰囲気慣れて自力で食事摂取』と記載されている。母親は、このことに関して「整肢園（入院時の施設名）をお願いをして、カットして出していただきました。最初は食べなかったです。慣れて、最後の1ヶ月はみんなと一緒に食堂で、席があって食べていました。学校でどうしてもそれができなかったのかなという思いはあります。慣れるまでは時間がかかったが、最後はみんなと一緒に食べることができていました。」と入院中の郁香さんの様子と学校に対する思いを話した。

このことから、郁香さんにとってどのような環境で食事をとるのか、郁香さんの実態に基づいて検討し、段階を踏んで物的・人的環境を検討する必要があった。

### ③食事のカットや小皿への取り分け

#### ア 食物のカット

郁香さんの食事は、他の生徒の7、8割の量を生徒が配膳し、その後、その日の給食指導の担当者がキッチンバサミで一口大にカットし、郁香さん用の小皿に、主食（ご飯）と副菜（おかずを二品）のそれぞれ3分の1の量を取り分けていた。キッチンバサミでカットすることやその大きさは、母親が「2センチぐらいです。あまり小さくすると掻き込むので、大きい方が噛んで食べていました。」「毎年、食事全てに関して、先生が代わる度に一から十まで伝えていました。」（第5回事故調査委員会）と話すように、ご両親から担任へと伝えられた内容通りに準備されていた。

#### イ 小皿への取り分け

郁香さん用の小皿に、全体の3分の1の量を取り分けることは、なかなか食べ始めない郁香さんに対して、担任が「本人が取りかかりで食べやすいようにしていました。」（第3回事故調査委員会）と話すように、食べやすくするための工夫であった。



【写真10：郁香さん用の小皿（写真1の再掲）】



【写真11：再現された給食 ○印が3分の1量の取り分け（写真2の再掲）】

日頃の郁香さんの食事に関して母親が「茶碗に入っている分だけ掻き込んでしまう、『速いよ』と声をかけると止まるので。」（第5回事故調査委員会）「一口量がわかっていない、お茶碗に入っているものを全部口に入れようとします。そこに入っているものを口に入れようとします。」（第7回事故調査委員会）と話すように、郁香さんは一口量がわからず、

小皿に取り分けられた全量を口に入れようとする傾向があった。

このことから、小・中学部で取り組んでいたように、小皿には郁香さんにとって適切で安全な一口分の量を入れて、嚥下を確認したら次の食物を入れるような配慮をし、また、その量などについてもご両親や専門家に相談し、了解やアドバイスを受けるべきであった。

#### ④指導担当（ローテーションを組んでいたこと）

『障害児者の摂食・嚥下・呼吸リハビリテーション その基礎と実践』（医歯薬出版株式会社 埼玉県立コロニー嵐山郷小児科 高木晶子著部分より抜粋）によると、『食事介助は食形態調整とともに重要な支援である。この技術の差が誤嚥の発生率を変えてしまう』『身体障害が軽度な知的障害者は、移動や食事を自力で行うことが多い。かき込み、詰め込み、手づかみで仰向いて食べる等の行動も生じる。このような状態は誤嚥、窒息の事故が発生しやすい。姿勢、食事速度、一口量などを部分介助で調整することで、安全性と食事環境の改善が得られる』のように、摂食指導には姿勢や食事を食べる速さ、一口量の調節など、細やかな技術が求められる。

本来は、郁香さんへの支援に違いが生じないように、担当は代わらず、定められた教員が支援すべきであった。

ところが、郁香さんは、生活のあらゆる場面で行動を中断することが多かった。給食では、食べ始めるまでに時間がかかり、給食を全く食べない日もあった。そのような郁香さんが、指導担当が入れ替わるとスムーズに食べ始めることがあったことから、指導担当教員を代えて対応し、4人の教員がローテーションを組み、日によって担当を決めて指導していた。また、食事中は人が見ていると食べないことがあるために、廊下にいたり柱の陰に隠れたりして離れて見守る体制をとっていた。この対応により、郁香さんがスムーズに食べ始めることがあったことから、ローテーションを組んだことは、気持ちを切り替えて次の行動に移るという点では一定の評価ができる。

しかし、ローテーションを組むのであれば、担当となる複数の教職員に同レベルの摂食指導に関する細やかな技術、知識が求められる。郁香さんの食機能を育て、食事の安全性を保つためには、指導する教職員が、郁香さんの食事のカット具合や姿勢、一口量、声をかけるタイミング等、細やかなマニュアルや記録により、何が郁香さんの行動にどのような影響を及ぼしたのか、評価をして共通理解を深め、同じ支援方法を取り、郁香さんの望ましい行動が定着するようすべきであった。

#### ⑤専門家からアドバイスを受けるシステム

郁香さんの指導についてはご両親から「一口大にカット」など、配慮すべきことが伝えられていた。そのことに対する教職員の共通理解はあるものの、食事のカットの仕方が適切か、椅子・テーブルの高さやその形状は郁香さんの実態に応じているかなど実際に給食の場面を見て、郁香さんの食事指導について摂食指導の専門家からアドバイスを受けるシステムはなかった。このことは、郁香さんだけでなく、全ての児童生徒に対する食事指導についても同様であった。



また、担任のような特別支援教育の経験の浅い教員に対する、支援の必要な児童生徒の食事に関する研修も設けられてはいなかった。そのため『食べることができている』郁香さんの状態が、より安全な食べ方であるかといったことや発達の過程としてどのような段階でどのような支援をすべきかといった育てるための支援にはならなかった。食べるための仕組みや機能の発達など基礎的な知識は特別支援学校の教員はもつべきである。

つまり、一人一人の実態に応じているか、安全であるか、『食に関する機能を育てる』といった視点で、専門家からアドバイスを受けるシステムが必要であった。

#### (4) 事故当日の対応

##### ① 郁香さんの見守り体制

###### ア 指導担当の交代

事故の発生した日は木曜日で、担任は、郁香さんの指導担当ではなく、A 教諭が指導担当であった。ところが、郁香さんがなかなか食べ始めないと判断したために、担任は、「この分だと時間が来て一口も食べない状態で終わってしまうなと思ったので、A 教諭に上でもう一人生徒が一人で待っていましたので『私が見ますので、上に上がってください』と伝えました。」(第 17 回事故調査委員会)と話すように、郁香さんの指導担当を交代することを申し出て、交代した。

このことは、指導する生徒が二人(郁香さんと G さん)ではあるが、食事の状況に注意を払いながら指導することは可能であったと考えられ、出張の教職員がいた当日の対応としてはやむを得なかった。ただし、交代に際して、G さんの食事が終わったらどうするのかなど、細かな動きを打ち合わせていないことから、引き継ぎには配慮を欠いていたと言わざるを得ない。

曜日	指導担当者
月曜日	C教諭(3年3組担任)
火曜日	H臨時講師(副担任)
水曜日	担任
木曜日	A教諭(3年3組副担任) ※事故当日
金曜日	C教諭(3年3組担任)

【表 7 : 郁香さんの給食指導担当表  
(表 2、3 の再掲)】

###### イ 食事中の郁香さんの状況把握

担任は、郁香さんの食事の状況を把握していない。

郁香さんは担任の方を見ながら、スプーンで食器をかんかんと鳴らしたり、コップで乾杯の仕草をしたりした。担任は、この郁香さんの行動を「そういうふうにして私の注目を集めたいという感じのアピール」(第 17 回事故調査委員会)と話すように担任への注目行動と思い、同じく担任が話す「なくなるとスプーンでかんかんとアピールするので、小皿に注ぎ足します」(第 3 回事故調査委員会)とは考えなかった。

そのため、担任は、郁香さんは食べ始めていないと思い、予め決めていたように離れて見守っていた。近くへ行き、郁香さんの小皿の中を目視して食事の進み具合を確認し、安全に食べられるように配慮し、小皿の中の食べ物がなければ取り分けて小皿に食べ物を入れればよかったが、そのようなことはしていない。

また、郁香さんの側を通過して G さんと 3 階教室まで移動する際にも、食器の中を確認し

ていない。指導担当として、生徒の食事状況を把握することをせず、見守りとしては不十分であった。

ウ 郁香さんを見守る人がなくなったこと

担任は、Gさんの食事が終了すると、Gさんを連れて3階教室まで上がり、郁香さんを一人にすることになった。担任は、給食の指導担当をA教諭と交代した時点では、給食後の移動の対応を想定できなかった。また、Gさんとランチルームを離れるときには、「(食堂に2人の養護教諭がいることは認識していましたよね) 出るときに、この辺に誰かがいるなあと、でもそれが養護教諭が2人いるっていう状況よりは、誰かがいるなあって。」(第17回事故調査委員会)と話し、誰かがいるという認識はあった。しかし、「その時は誰も見ない方が食べてくれる」という思いの方が強く、誰も見ていないほうが郁香さんの食事が進むと考え、ランチルームにいた養護教諭や主任学校栄養職員には、声をかけなかった。そのため、郁香さんを見守る人はいない状況になった。

担任は、ランチルームを離れるので、郁香さんを見守ってほしいこと、視界に入らない方が郁香さんは食事が進むので、そのように配慮してほしいことを伝えるべきであった。

母親によると、「量よりは、茶碗に入っている分だけ掻き込んでしまう、『速いよ』と声をかけると止まるので。」(第5回事故調査委員会)のように、見守っていれば食べ方に注意を払い、掻き込む食べ方を止めることができた可能性も高い。

また、郁香さんは倒れる直前にはいつもと様子が違っていた。主任学校栄養職員によると、「(口をもぐもぐしていないですか) していません。手は下です。不思議だなと思いました。あの子がまっすぐ、じっと見ていることが、今日は何かあるかなと思っていた、同じ体勢をずっと取っていたので、今日は何かあるのかなと思いました。」(第18回事故調査委員会)のような状態で、いつもと違っていた。

見守っていれば、このような郁香さんの変化に気付いて、窒息を疑い、口の中の食べ物を掻き出す、背中を叩くなどの素早い対応を取ることができた。さらには、郁香さんのいつもと違う様子に気づいて倒れて怪我をするような事態も防げ、出血に気を取られるというようなことにもならず、郁香さんの状況を的確に救急隊へと伝えられた。郁香さんを一人にしたこと、見守る人がいなかったことは大きな問題である。

## (5) 郁香さんが倒れた以降の教職員の動き

ここでは、郁香さんが倒れた後の対応を検証する。

### ①呼吸や意識の確認をしなかったこと

臨時養護教諭、養護教諭、主任学校栄養職員は、郁香さんから流れ出た血に動揺し、一次救命処置の最初の手順(呼吸や意識の確認)がなされなかった。郁香さんは主任学校栄養職員によると「ぐたっとした状態」であったが、駆けつけた3人は、郁香さんに対して、意識や呼吸の有無を確認はしていない。

心肺蘇生法ガイドライン(※注釈)では、一次救命処置の最初の手順は以下のようになっている。

### 【反応の確認と救急通報】

- 周囲の安全を確認する。
- 肩を軽く叩きながら大声で呼びかける。（意識の有無の確認）
- 反応が無ければ、その場で大声で叫んで周囲の注意を喚起する。
- 周囲の人に救急通報と AED（自動体外式除細動器）の手配を依頼する。

ガイドラインでは、傷病者を救命するためには救命の連鎖が必要であり、その早期認識として『突然倒れた人や反応のない人を見たら、ただちに心停止を疑うことで始まる』とある。さらには『大声で応援を呼び、救急通報を行って、AED（自動体外式除細動器）と蘇生器材を持った専門家や救急隊が少しでも早く到着するように努める』と続いている。

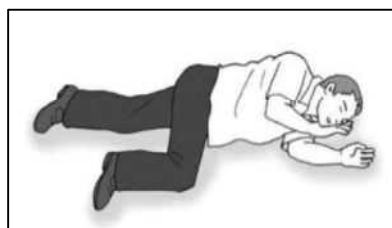
3人ともがこれまでに救急救命法の講習会を受けたことから考えると、呼吸や意識の確認をすべきであった。

※事故調査委員会注釈：心肺蘇生法ガイドライン 2010（『学校保健』会報にて平成 23 年 7 月に学校には配布済み、以下ガイドラインと言う。）とは、市民が行う救急蘇生法

### ②心肺蘇生が行われなかったこと

#### ア 郁香さんを仰臥位（仰向け）にしなかったこと

郁香さんはうつ伏せに倒れていた。臨時養護教諭は出血を見て「頭を打っているのかな。動かしていいのかな。どうなんやろ」と発言している。その問いに対する答えは誰からもなく、郁香さんはそのままの体勢となった。



【図 10：回復体位】

ガイドラインでは、『心肺蘇生法（以下、CPR と言う。）

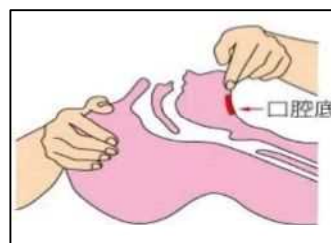
を行うために傷病者を仰臥位（仰向け）に寝かせる』とある。また、『呼吸が確認できた場合は回復体位を取り、注意深く呼吸を観察する』とある。

毎年、救急救命法の講習会を受講していた教職員ではあるが、講習会でうつ伏せの状態の傷病者を動かすことの講習や質疑応答がこれまでなされていなかったこともあり、うつ伏せの状態から仰臥位（仰向け）へと体位を変えることをためらい、郁香さんはそのままになっていた。また、そのことは、救急隊の経時救急活動概要で郁香さんと接触した時点での記録に『腹臥位で呼び掛けに反応せず、仰臥位に体位変換したところ、顔面にチアノーゼを認め、下顎に挫創を認めた』とあるように、郁香さんの出血部位の特定ができなかったということにも、つながっている。

うつ伏せの郁香さんを、仰臥位（仰向け）にすべきであった。

#### イ 正しい気道確保がなされなかったこと

郁香さんには、呼吸の確認や体位を変え仰臥位にするという対応はなされず、床にうつ伏せの状態であった。臨時養護教諭は気道確保として、郁香さんの顔を横向きにした。このことは、実際には酸素の通り道を確保するための気道確保にはなっていないことから不十分である。



【図 11：頭部後屈あご先挙上法】

ガイドラインでは、『反応のない成人や小児に対する気道確保法としては、頭部後屈あご先挙上法を用いる』とされている。

#### ウ 胸骨圧迫がされなかったこと

郁香さんは、呼吸や意識の確認がされず、うつ伏せの状態  
で顔を横向きにされていた。臨時養護教諭が「爪を見たとき  
にチアノーゼが出ていると思ったので『担任に) もう救急  
車を呼ぶよ』と言い、栄養士に『救急車』と言いました。」

(第6回事故調査委員会)、養護教諭が「顔を横にしたとき  
に唇のチアノーゼを。」(第20回事故調査委員会)と話す  
ように、郁香さんのチアノーゼを複数人が確認していた。



【図12：胸骨圧迫】

しかし、養護教諭は、人を集めたり、緊急物品を取りに  
行ったりするためにランチルームを離れ、担任と臨時養護教諭は、郁香さんのそばにはい  
たが、背中をさすり続けた。このことに対しては、臨時養護教諭は「(救急車が来るまで  
10分程度ありました。そばに居て、顔色が変わっていくような様子、チアノーゼがあり、  
それを把握していて、心臓マッサージ、人工呼吸の発想にはなりませんでしたが) パニッ  
クで、思いつきませんでした。」(第6回事故調査委員会)、校長は「AEDを使いません  
でした。心肺蘇生を行いませんでした。」(第6回事故調査委員会)と話すように、対応に  
当たっていた臨時養護教諭、担任、主任学校栄養職員、校長、教頭ら郁香さんのそばにい  
た者は、胸骨圧迫に思い至らず、実施されなかった。

郁香さんに心停止の可能性を疑い、脳や心臓に血液を送り続けるために胸骨圧迫を開始  
すべきであった。

#### エ AEDが使用されなかったこと

一次救命処置では、呼吸や意識がないと判断したら、救急通報、AEDを手配するという  
流れになっている。ウに記載したように臨時養護教諭は胸骨圧迫、人工呼吸には、パニッ  
クで思い至らず、養護教諭は「(AEDは浮かびませんでしたか) 浮かんでいません。」(第  
6回事故調査委員会)のように養護教諭らはAEDを持ってくるように周囲の人に伝えたり、  
使用したりすることには思い至らなかった。

また、教頭1によると「救急隊員が最初にしたのが人工心肺蘇生でした。ああ、それを  
今やるべきだった、やる場だったと思いました。」(第9回事故調査委員会)、事務長によ  
ると「(AEDを持って行こうとは思いませんでしたか) それは、申し訳ありませんが、思  
いませんでした。」(第20回事故調査委員会)のように誰もがAEDを使用することを思  
いづかなかった。また、校長は「AEDを使いませんでした。心肺蘇生を行いませんでした。  
養護教諭が処置をしているということ、訓練は使うことを前提に訓練をします。原因がわ  
からず、使うかどうかという状態でAEDを使うのかということの認識がなかったです。」

(第6回事故調査委員会)と話したが、実際の場面で活用できてこそその訓練であり、訓練  
されたことが活かされなかったことは大きな問題である。

### ③心肺蘇生の手順や判断、対応が適切ではなかったこと

臨時養護教諭は郁香さんの顔を横向きにして気道確保とし、郁香さんから流れ出た血を見てパニックになり、その後の的確な判断や指示ができなかった。学校では、これまで緊急時対応訓練を行い、養護教諭らは研修時には主として運営する立場にもなってきたことから、第一発見者としての適切な行動ができなかったことは大きな問題である。保健室から緊急物品を持ち帰った養護教諭も胸骨圧迫や AED に思い至らなかった。このことは、郁香さんのそばにいた担任、主任学校栄養職員も同様ではあるが、緊急の事態に遭遇した時に、第一発見者や協力者として取るべき行動を取れなかったことは大きな問題である。

### ④管理職としての動きが十分ではなかったこと

②ウ、エに記載したように、校長からは養護教諭らへの指示がなされなかった。救護に当たっている者の行動をみて、冷静に判断する管理職としての役割がなされなかったと考える。

また、管理職のうち、一番速くランチルームに入った教頭 2 は、臨時養護教諭の「タオルを持ってきて。」という言葉聞き、保健室にタオルを取りに向かった。しかし、この時点では、ランチルームにいる管理職は教頭 2 だけであり、管理職としては自らが動くのではなく、校内緊急体制図にあるように、正確な情報把握と教職員への指示を行うべきであった。

さらに、指示をしなかったのはなぜかと問われた校長は「なぜしなかったかというのは、養護教諭に対する信頼、養護教諭が処置をしているから、横から言うなどには気が付きませんでした。」(第 6 回事故調査委員会)と話している。管理職としては救護に当たっている者の行動を把握し、不足を補えるよう指示等をすべきであった。

### ⑤救急への通報とやりとりが不十分だったこと

#### ア 通報が事務室からされたこと

主任学校栄養職員は、当時の緊急時連絡体制に沿って、管理職へとまず連絡をしようとした。教頭、事務長と連絡はつながらなかったが、このことは、当時の緊急時連絡体制に沿った行動であった。

救急通報は、郁香さんにチアノーゼを確認した後、主任学校栄養職員→事務室の副主幹→消防署という流れで行われた。学校では外線に通話できる電話機が限られており、ランチルームからは外線に電話できなかったため、主任学校栄養職員→事務室の副主幹→消防署という流れになった。また、呼吸や意識の有無の確認をしていなかった、声に出して郁香さんの状況を共有していなかったことから、郁香さんの詳しい状況が第 1 報で消防に伝わらず、又聞きのとおり通報と救急隊に判断され、救急隊からの口頭指導はなされなかった。外線につながる電話がランチルームにあれば、郁香さんの状況を養護教諭らから聞きながら通報できたと考えられる。もしくは教職員が持っている携帯電話から、速やかに通報をすべきであった。

通報に関しては、ご両親からの 21 の疑問にもあるように、平成 25 年度に実施された緊急対応のシミュレーションで、その場から通報すべきと反省がなされている。その反省も活かすべきであった。

イ 通報内容が不十分であったこと

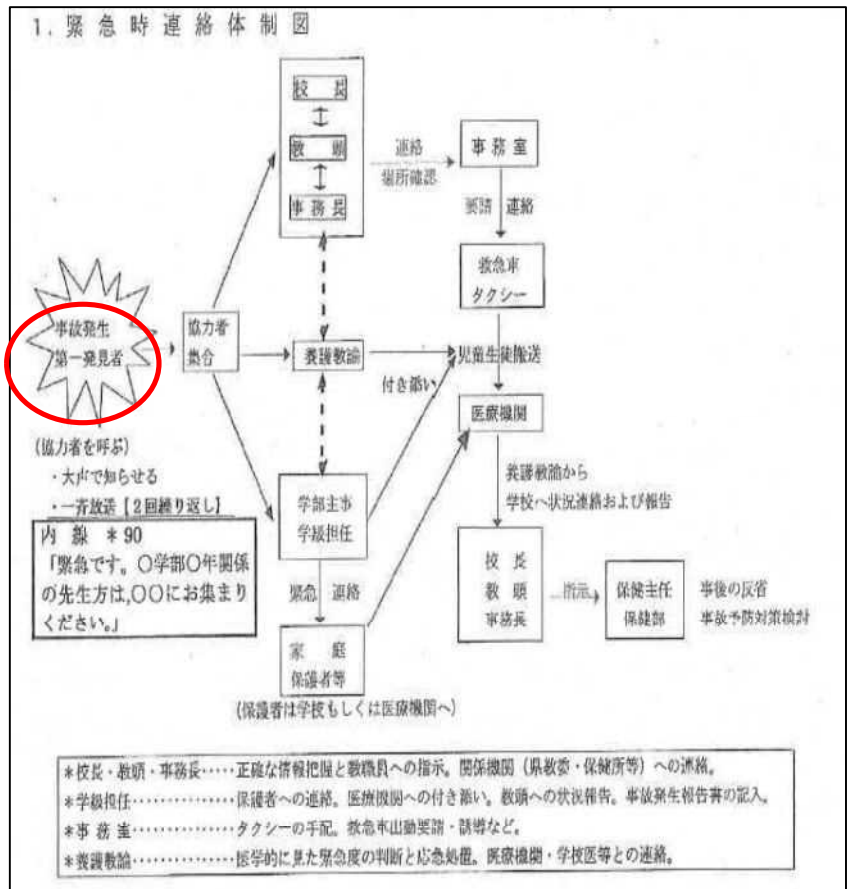
教頭1から消防署への通報は、郁香さんの表情がない、臨時養護教諭の「脈が取れない。」という発言を聞いて教頭1自身が判断したもので、速やかな通報と考えれば適切であった。別府市消防署記録によると、食事中に倒れたこと、出血をしていること、13時8分という時刻、倒れて横向きになっていることを伝えている。臨時養護教諭の発した「脈が取れない」こと、郁香さんの表情がないことなど必要な内容を伝え切れていない。救急車を呼んだ際の通報の内容としては不十分である。

ウ 的確なやりとりができなかったこと

教頭2は救急隊からの「傷病者は会話できているか。」の問いに、「普段から会話ができない生徒である。」と答えている。教頭2への問いは、意識の有無を問うものであった。しかし、教頭2は、「(意識がありますかでは通常の方にはわかりにくいので、会話できますかと聞いたんですね) そんなふうに私はとらえていなかったと思います。」(第21回事故調査委員会)と話すように、日頃の郁香さんの様子を尋ねられたと受け止め、郁香さんの会話の様子について答えた。このことは、救急車を呼んだ際の通報の仕方のポイントとなる『意識の有無』『呼吸の有無』についての理解が薄かった結果だと思われる。

⑥郁香さんの元へ駆けつけ、口の中に食塊があるか確認しようとしたができなかったこと

主任学校栄養職員が厨房へと向かったほんの2、3秒程度の間に、食器の割れる音がし、その音を聞いた臨時養護教諭、養護教諭、主任学校栄養職員の3名が郁香さんの元へ駆けつけた。臨時養護教諭は時刻を確認、また、臨時養護教諭が「団子は」と言い、主任学校栄養職員は団子が全部あることを確認した。事故当時の校内救急体制では、事故発生時に「協力者を呼ぶ」とあり、複数で対応することになっており、3名の教職員が駆けつけたことは体制に沿った行動であった。団子の数を確認したの給食中であったことから、食べ物が詰まった可能性を疑った対応であった。



【図 13: 事故時の校内緊急体制 (図 1 の再掲)】

しかし、その後、臨時養護教諭が「とにかく血に目をとられて、できていないまま。真っ赤な血が出てきたので。この血はどこから出ているのかと思い、その血に気を取られました。」（第6回事故調査委員会）と話すように、郁香さんから流れ出た血に気を取られた。さらには、担任が「口の中に食べ物が残っているかもしれない。」と発言したため、臨時養護教諭が、郁香さんの頭を支え、郁香さんの歯に指をかけて口を開けようとしたが、硬くて口が開かなかった。そのため、郁香さんの口の中を確認するまでには至らなかった。

給食中であったことから、口の中に食べ物が入っている可能性が高く、団子の数を確認した、郁香さんの口を開けようとした行動は、状況に応じていたと思われる。しかし、郁香さんから流れ出た血に気を取られて、口の中に食塊が詰っていないかを確認することができず、果たすべき行動が取られていなかった。

#### ⑦止血をしなかったこと

臨時養護教諭がうつ伏せの郁香さんの顔を横向きにし、養護教諭によると「(出血部位を探そうという行為は？二人が?) しています。しています。それぞれがどこかなということで、真上には上げなかったので、耳の辺り、この辺かなと言いながら見たんですが、傷口がわからなかったです。」（第20回事故調査委員会）のように、出血部位を探そうとは努力している。が、出血部位は特定されなかった。郁香さんはうつ伏せのまま、顔を横向きにされ、止血はされなかった。

ガイドラインでは、出血に対しては『怪我などで出血が多い場合は、迅速かつ適切に止血できないと命の危険がある。市民が行う止血の方法としては、出血部位にガーゼや布などを当て、直接圧迫する方法（直接圧迫止血法）が推奨されている。出血部位を確認し、ガーゼ、ハンカチやタオルなどを重ねて出血部位に当てて、その上から圧迫して止血を試みる』とある。耳の辺りと思われた郁香さんの出血部位をハンカチ等で圧迫すべきであった。

#### ⑧情報の共有が十分ではなかったこと

青白い顔色、唇のチアノーゼを複数人が確認し、担任は郁香さんからなにかしらの音を聞いている。このような場合、傷病者の状態や各自の動きを声に出して、コミュニケーションをとりながら、役割を明確にして複数でCPRを実施する。しかし、担任が聞いた音は、養護教諭は確認しておらず、郁香さんの状態を共有できていない。臨機応変に対応することが求められる緊急時であることから、気付いた郁香さんの状態を声に出して共有すべきであった。

郁香さんが13時10分に失禁をしたときには、郁香さんが失禁したことを、担任は声に出し、臨時養護教諭は「13時10分、失禁」と声に出して郁香さんの状況と時刻を確認している。この対応は、協力者と郁香さんの状況を共有するためには有効であった。

郁香さんの胸から上辺りが動いたことは担任のみが確認し、共有はされていない。対応している者が気付いた郁香さんの細かな変化について、声に出し、郁香さんの状態の変化を共有し、コミュニケーションをとりながら対応すべきであった。