

## (6)学校と県教育委員会の対応

### ① 事故当日（9月15日）の対応

鶴見病院へと向かう母親の車に同乗した教頭2の発言「てんかんがあったんですね。」は郁香さんが救急搬送されている間の発言である。『学校事故対応に関する指針』（平成28年3月31日 文部科学省）では、被害児童生徒等の保護者への連絡に『事故の発生を可能な限り早く連絡する。なお、その際には、事故の状況、けがの程度など、最低限必要とする情報を整理した上で行なう』とある。

教頭2は「原因として考えたというよりも、てんかんがあったんですね、という風に言ってしまいました。」（第9回事故調査委員会）と話しているが、教頭2は事故発生時に現場にいなかったこと、原因が明確になっていない段階であること、教頭2の発言は郁香さんがてんかんで倒れたとも取れる発言であることから、不適切であった。特に、郁香さんが倒れて救急搬送されているということしかわかっていない母親にとっては、非常に不安な状態であったろうと考えられ、その心情を察し、教頭2が把握している郁香さんの状況の説明のみにとどめるべきであった。

咽頭と気管支の位置を示した図



【写真12：シャーレに入った異物  
（写真8、9の再掲）】

【図14：咽頭と気管支】

教頭1が病院関係者から見せられたシャーレに入った異物と気管支に入っていたと聞いた説明について、ご両親への2回目の説明時に、母親から「気管支というのは誰から聞いたんですか。」と問われ、教頭1は「医師からと思う。」「女性でした。」と答えた。しかし、母親からは「主治医が驚いたと言っている。」「誰が言ったのか調べてもらいたい。」と言われた。郁香さんの気管支に卵焼きらしきものが詰っていたという情報は、県教育委員会へと伝えられ、報道へと発表されたことから、ご両親は中傷とも受け取れる心ない言葉をネット等で掛けられた。事故調査委員会の聞き取りでは、鶴見病院医師は「口の中です。口の中にたくさんあって、見える範囲を全部取り出した後に挿管して、気管支鏡を入れて見える範囲を見ましたが、そこには食物は全くなかったです。ですから、全部口腔内にありました。気管には入っていない、全部手前です。」（第13回事故調査委員会）と話したように、気管支ではないと断言している。

このことは、後に「気管支ではない」とご両親からの抗議となり、入院時の医師の診断書では、「咽頭内異物による窒息」とされていることから、誤った情報である。

教頭1は「報道発表する前に医師から気管支と聞いていますが間違いないですかと聞くべきで

した。」(第 21 回事故調査委員会)と話し、校長は、知り得た事実を隠してはいけないと思っていた、直接医師から聞いたという思い込みがあったと答えた。その後、学校は保護者に訂正文書を配布し、県教育委員会は報道へと訂正内容を発表した。

ご家族を深く傷つけてしまったことは、謝罪をすべきことであり、郁香さんの倒れた原因に関わる重要な内容であり、慎重に対応をすべきであった。「誰から」「何を聞いた」など、複数の教職員で確認をしながら、メモを取るなどして対応すべきであった。

## ② 翌日(9月16日)の対応

郁香さんの容態を心配して、校長や担任、教頭らが、県教育委員会からは教育次長 a、特別支援教育課長が病院を訪れ、ICU 入り口や控え室で待機していた。父親、病院関係者から引き取ってほしいと言われ、校長、教頭、教育次長 a、特別支援教育課長が残り、その他の教職員は学校へと戻り、再度、父親から「帰ってほしい」と言われ、正午頃には校長や担任、教頭らのみが残った。郁香さんの容態が安定せず、PEA(心停止の一種)、心臓マッサージを繰り返す状況であったこと、ICU という特殊な環境であったことから、大人数の訪問は避けるべきで、校長ら最低限の関係者が対応すべきであった。

また、校長から「事故の経緯をお話したい」と父親に話しているが、郁香さんの容態を心配するご両親の気持ちを考えると配慮に欠けた発言であり、時期を選ぶべきであった。

この日から始まった県教育委員会による聞き取りは、『学校事故対応に関する指針』(平成28年3月31日 文部科学省)にあるように、原則は、学校がその時点で持っている情報を迅速(原則は3日以内)に整理する基本調査である。しかし、県教育委員会は、校長ら管理職も郁香さんの事故に関与し、聞き取られるべき当事者であること、基本調査後の詳細調査では県教育委員会が主体となることを考慮して調査の実施主体となって、聞き取り調査を開始した。事故直後の記憶が鮮明なうちに聞き取りを実施(原則は3日以内)したことは適切な対応であった。

同日に校内緊急体制の見直しが行なわれ AED の設置場所、運搬が明記されたことは、傷病者の生存率を高めるために速やかに AED を運ぶことが意識できる見直しであり、必要な改善であった。

## ③ ご両親への説明と、学校保護者説明会に関する対応

### ア ご両親への1回目の説明

9月21日、前 PTA 会長(郁香さんと同じ学級の生徒の保護者)を通したご両親とのやり取りで、校長は、会って話したいこと、保護者会を開くためにご両親の許可をいただきたいことを伝え、ご両親は、みんなに郁香さんに起きたことを知ってもらいたい、弁護士と話をした後にしてほしいと答えた。

郁香さんの治療は懸命に続けられたが、10月2日に亡くなり、その5日後(10月7日)に学校はご両親への第1回目の説明を行なった。『学校事故対応に関する指針』(平成28年3月31日 文部科学省)では、被害児童生徒等の保護者との関わりとして、『事実関係の整理に時間を要することもあり得るが、必要に応じて適時適切な方法で経過説明があることが望ましく、最初の説明は、調査着手からできるだけ1週間以内を目安に行なう』とある。調査着手からではないが、5日後

に説明をしたことは、ご両親の状況も考慮した対応であった。内容の検証については、6検証(7)ご両親への説明に記載する。

#### イ 学校保護者説明会

『学校事故対応に関する指針』(平成 28 年 3 月 31 日 文部科学省)では、『保護者間に憶測に基づく誤った情報が広がることを防ぐために、被害児童生徒等以外の保護者に対しても、状況に応じて、学校から速やかに正確な情報を伝えることが必要』とされている。また、『この保護者説明会の開催等、被害児童生徒等以外の保護者への説明の際には、あらかじめ被害児童生徒等の保護者の意向を確認し、説明の内容について承諾を得た上で行なう』とされている。

ご両親の承諾を得て、ご両親への説明から 4 日後に学校保護者説明会をいたしたのは時期としては遅きに失しているとは言い難い。しかし、説明の内容については、気道確保をしたなどいいことばかり伝えた、心臓マッサージも AED もしていないのに聞かれなければ言わない、呼吸をパルスオキシメーターで確認したというのは間違いを言っているなどと、ご両親への2回目の説明(11月8日)で指摘されることとなり、ご両親にとっては、さらなる不信へとつながった。

学校保護者に対して、憶測に基づく誤った情報が広がることを防ぐという本来の目的を果たすために開かれた説明会ではあるが、郁香さんが倒れた直前には誰も郁香さんの見守りをしていなかったことや郁香さんの気管支に卵焼きらしきものが詰っていたという情報により動いていたため、発生事実の概要が不明確であったり、間違いがあったりした。また、対応経過が十分に整理されていなかったことから、郁香さんの事故に対する説明を十分に果たしたとは言えない。把握した情報を確かめるべきであり、対応経過は整理中であるがと前置きをして説明すべきであった。ただし、今後学校はどのような対応をするのかといった保護者からの質問に対して、事故調査委員会の結論を待つまでもなく、できることはやっという姿勢で動いている、AED 設置場所の検討、一人一人の食事についての確認、専門家による指導、緊急対応訓練等を改善し継続したいと校長が話したことは、具体的な対応策として示され、保護者の不安の軽減にはつながり、一定の意義があった。

#### ウ ご両親への2回目の説明

ご両親からの要望により、11月8日、2回目のご両親への説明が校長室で行なわれた。ご両親からの質問に、主に校長、養護教諭、臨時養護教諭、担任等が答える形で進められた。

ご両親の意向に沿って説明の会を開いたことは評価できるが、位置関係を説明するために使用した図に人物の位置が示されていないなかったことの説明がなされなかった、パルスオキシメーターの説明が間違っていたと話するなど、ご両親の不信が増すような事態となった。内容の検証については、6検証(7)ご両親への説明に記載する。

#### ④ 報道への対応

県教育委員会は、10月12日に郁香さんの事故について、校長、教育次長 b、特別支援教育課長で報道発表を行った。郁香さんのご冥福をお祈りするとともに、学校の管理下で事故が起きたことを謝罪した。この発表では、特別支援教育課長が卵焼きらしき物が郁香さんの気管支から見つかったこと、文部科学省からの給食指導に関する通知が徹底されていなかったことは問題であると発表し、校長が、生徒の見守りに対する連携体制が不十分であったと話した。

卵焼きらしき物が郁香さんの気管支から見つかったことということは、教頭 1 からの情報に沿った発表で、県教育委員会はこの情報を鶴見病院医師に確認はしておらず、正確な情報の把握と発信いう点では不適切であった。把握した情報の裏付けをとり、正確な情報の把握をすべきであった。このことは、報道された結果、ご両親からの 21 の質問意見にある抗議となり、ご両親への配慮に欠けていたと言わざるを得ない。

⑤ 教職員への研修

ア 緊急特別支援学校長会議

県教育委員会は、郁香さんが救急搬送されて12日後の9月27日に、大分県内の17校(分校・附属特別支援学校を含む)の特別支援学校長を集め、緊急特別支援学校長会議を開催した。給食時間中に事故が発生したこと、誤った情報が流れることのないように注意を促し、給食指導を行なう点での配慮事項、緊急体制の確認とシミュレーションの実施について伝えた。

郁香さんの事故は重大な事故であり、他の学校でも起こる可能性のある事故である。また、給食はその後提供されていることを考えると、事故の詳細を話さずとも、速やかに注意喚起を行なうべきであり、12日後という開催時期は遅かった。

イ 報道後の特別支援学校長会、副校長・教頭会と給食チェック

県教育委員会は、10月12日には大分県内の特別支援学校長会を、10月13日には副校長・教頭会を開催し、内容について各学校の教職員に伝えるよう指示をした。郁香さんの事故の概要説明、『食に関する指導の手引き』(平成22年3月 文部科学省)の説明、食材の大きさや食べる速さ等を専門家、保護者と確認する、子どもが一人にならないよう教職員で声を掛け合う体制を日頃から徹底する、心肺蘇生法、救急対応時のシミュレーションを行うことについて話した。このことは、給食の指導、救急体制の確認、教職員間の連携等について全ての特別支援学校で取り組むことになったことから、一定の評価はできる。また、この会で伝えられ、平成28年10月から始めた『給食チェック』は、食事場면을観察指導し、改善、定着を目指す取組としては意義があった。

特別支援学校の給食指導チェック表	学校名( )	印 年度加 点
<p>1 給食や給食の準備作業の状況に関する説明や検査(事故現場の子どもの状況)</p> <p>給食係【科目】 【教頭、その給食係員】</p> <p>小給食係【科目】 【教頭、その給食係員】</p> <p>中給食係【科目】 【教頭、その給食係員】</p> <p>大給食係【科目】 【教頭、その給食係員】</p> <p>給食、給食係員が安全に給食を準備しているか(事故現場の子どもの状況)</p>		
<p>2 給食係員が給食の準備作業で十分な観察、①食を準備しているか(事故現場に給食の準備が完了しているか) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>3 給食係員が給食の準備作業で十分な観察、①食を準備しているか(事故現場に給食の準備が完了しているか) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>4 給食係員が給食の準備作業で十分な観察、①食を準備しているか(事故現場に給食の準備が完了しているか) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>5 給食係員が給食の準備作業で十分な観察、①食を準備しているか(事故現場に給食の準備が完了しているか) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>6 ランチルーム、教室等、給食中に緊急事態は発生する可能性があるか(給食係員が給食の準備が完了しているか) ①給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>7 ランチルーム、教室等、給食中に緊急事態は発生する可能性があるか(給食係員が給食の準備が完了しているか) ①給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>8 ランチルーム、教室等、給食中に緊急事態は発生する可能性があるか(給食係員が給食の準備が完了しているか) ①給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>9 ランチルーム、教室等、給食中に緊急事態は発生する可能性があるか(給食係員が給食の準備が完了しているか) ①給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>10 ランチルーム、教室等、給食中に緊急事態は発生する可能性があるか(給食係員が給食の準備が完了しているか) ①給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況) ②給食係員が給食の準備が完了しているか(事故現場の子どもの状況)</p> <p>【給食係】 【小給食係】 【中給食係】 【大給食係】</p>		
<p>チェック項目 年度 年 月 日 実施</p> <p>評価者 氏名</p>		

【表 8: 給食チェック表】

⑥ 事故調査委員会の立ち上げ

10月18日から始まった、事故調査委員会の立ち上げに対する県教育委員会の対応は、ご自宅をうかがっての面談、電話、文書のやり取りで、約2ヶ月、延べ13回に渡った。『学校事故対応

に関する指針』(平成 28 年 3 月 31 日 文部科学省)では、『「詳細調査」(基本調査をふまえた必要な場合に、学校事故対応の専門家など外部専門家が参画した調査委員会において行なわれる詳細な調査)の移行の判断に当たっては、学校の設置者は被害児童生徒の保護者の意向に十分配慮する』とある。郁香さんの事故の重さを考えると、事実関係の確認、事故に至る経緯、原因の解明、再発防止は速やかに行われるべきであったが、学校でのご両親への説明や『気管支』をめぐるやりとりなど、ご両親の不信へとつながる事柄が多く、2 ヶ月を要したと考えられる。この期間は速やかであったとは言い難いが、当時のご両親と県教育委員会の関係性を考えると、設置要綱や委員候補に対する保護者の質問や要望に応えるためには必要な期間であった。

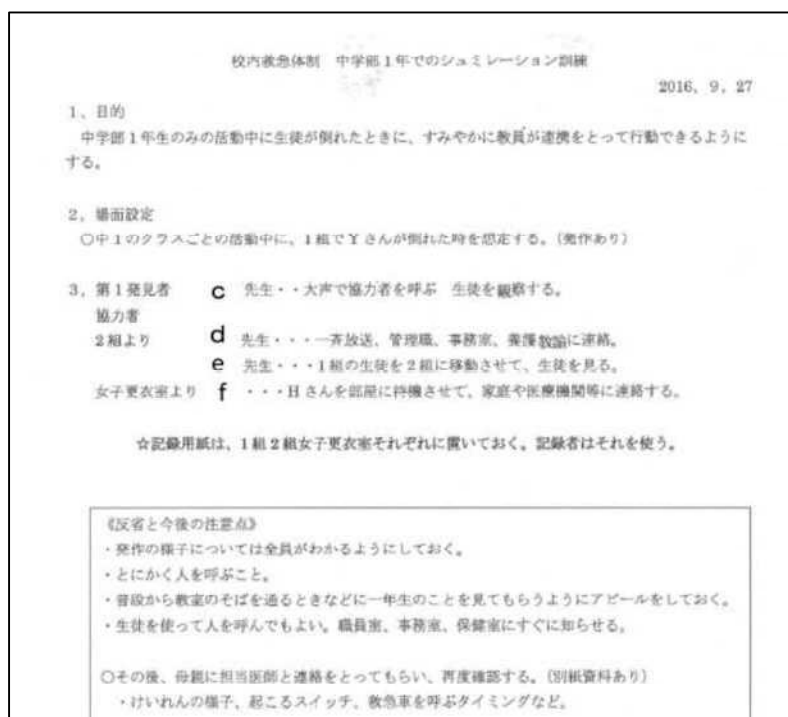
また、ご両親からの設置要綱に対する要望や事故調査委員の選定に対する意見などをやりとりし、要望に添う姿勢で事故調査委員会を立ち上げたことは望ましい形であった。

### ⑦ 南石垣支援学校での緊急対応訓練

平成 28 年 9 月 27 日に中学部で実施された発作の対応訓練は、校長によると郁香さんの事故前に計画が立てられ、訓練後にはその紙面に反省が書き加えられた。AED を持って行った、AED を使用したシミュレーションを実施したという記載はなく、その記録も残されていない。

事故直後の 9 月 16 日には校内緊急体制を見直し、AED を運ぶことを明記し、共通理解したのであれば、計画を修正す

る、反省と今後の注意点に書き加えるなどすべきであった。 【文書 4:平成 28 年 9 月 27 日中学部 訓練計画と反省】



平成 29 年 4 月 19 日(水)には、中学部生徒が喉に魚のフライの塊を詰らせ、教員が背中を叩いて吐き出させたヒヤリハットが報告された。丸呑みにする可能性があるとして生徒の食事の実態表にあったにも関わらず把握できていなかったことが原因であった。5 日後の 4 月 24 日には教頭が「4 月 19 日の中学部生徒の給食時のヒヤリハットを受けて(お願い)」の文書を全員に配布している。ヒヤリハット発生翌日も給食が提供されることを考慮すると、同日もしくは翌日朝にでも児童生徒の食事の実態表を確認するよう全体へと注意を促すべきであった。

また、ヒヤリハットが発生した 19 日は緊急対応訓練が予定されていたが、基本の手技の確認に主眼を置き、予定されていた救命救急の一連の流れと AED 講習が実施された。その訓練時間を利用して実態表の確認と窒息対応研修を行なうなど、学校の現状に応じて必要な研修を取り上げ

るなど臨機応変な研修の見直しを実施すべきであった。

#### ⑧ 県教育委員会による研修

全ての特別支援学校で行なわれた研修、翌年から始まった研修、摂食指導の専門家を派遣してのアドバイスは、郁香さんの事故を受けて開始された。それまでは、幼児児童生徒に対する摂食指導は、障がい重い、重複する場合に、学校によっては専門家や保護者と連携し、研修をしていた。郁香さんの事故後に開始された、研修、専門家の派遣、給食チェックは、特別支援学校における摂食指導に慎重に対応することなどを教職員が意識するためには有効な方策であった。また、今後は効果測定を行ない、より実践的な危機管理研修や摂食指導を工夫、改善をしていくことが望ましい。

#### ⑨ 聞き取り結果に関する申入書

県教育委員会が聞き取りをした主任学校栄養職員の聞き取られた内容と、聞き取り結果を記載して県教育委員会に提出した書面の内容が違う、自らが押印した記憶がないとされたことに対しては、聞き取られた主任学校栄養職員、特別支援教育課長、課長補佐、校長、教頭1、教頭2に慎重に聞き取りと文書の確認を行なったが、そのような事実関係を認定することはできなかった。

ところで、『学校事故対応に関する指針』（平成28年3月31日 文部科学省）では、聞き取りした供述を書面にして提出されるまでに、途中で作成された書面やメモがある場合は、これらもすべて保存しておくべきであるとしている。

しかし、今回はこれに従ってなされていなかったため、主任学校栄養職員の上記主張の検証が更なる聞き取りに頼らざるを得なかった。

関係者からの聞き取りの手順や取り決めは『学校事故対応に関する指針』に従って明文化し、遵守すべきであった。

#### ⑩ 事務局の発言

ご両親から、関係者からの聞き取りの際に、事務局の特別支援教育課長が関係者に対して質問をしたことについて、そのときの状況の説明と問題があるので改善を求めたことに対しては、平成29年9月25日の事故調査委員会での発言であり、聞き取られていた主任学校栄養職員に対して質問をしたことには違いないと、事故調査委員5名が確認をした。そこで、再度11月27日に特別支援教育課長が退席した状態で、主任学校栄養職員に聞き取りを行なった結果、特別支援教育課長の発言は主任学校栄養職員の聞き取り内容には影響を与えていないと判断したが、事務局に対して嚴重注意を行なった。平成29年11月30日に、県教育委員会教育長、特別支援教育課長あてにもご両親から申入書が届き、県教育委員会は質問をしたことを認めて不適切であったとお詫びし、また、今後、事故調査委員会の嚴重注意を重く受け止め業務に従事すると県教育委員会は回答した。

特別支援教育課長は事故調査委員会の委員ではなく、あくまでも事故調査委員会の事務局の一員であり、委員会においては質問する立場にはないので、この質問は不適切であった。

なお、事故調査委員会は、関係機関からの資料と関係者からの供述を中心として郁香さんの事故を検証しているが、学校関係者の発言のみが重要視されたり、そのことに影響を受けたり、またご両親のご意見によって影響を受けたりすることはないと、調査の中立性、公平性を再確認した。

## (7)ご両親への説明

ご両親への説明は、平成 28 年 10 月 7 日（金）、11 月 8 日（火）の 2 回、校長室にて行われ、ご両親と弁護士、学校側は校長、教頭 2 名、事務長（2 回目は担任、養護教諭、臨時養護教諭も同席）、県教育委員会職員が参加した。

1 回目の説明では、発生場所や鶴見病院に着くまでの経緯、給食のメニュー等を記した「報告」に沿ってご両親とのやり取りが進められた。学校側は主に校長、教頭 1 が答える形であった。

2 回目の説明では、主に校長、担任、養護教諭、臨時養護教諭等が保護者の確認したいことに答える形で進められた。

ここでは、ご両親からの 21 の疑問に関わる内容を検証する。

### ① ご両親への配付資料の作成過程と白紙だった見取り図のこと

校長は 1 回目の説明時にご両親に配布した文書について、2 回目の説明時にその作成過程を尋ねられて「学校で作成し、教育委員会にも見ていただいた」とご両親に説明した。文書は、当時把握している事実をできる限り報告しようと考え、学校側が準備したものであった。

聞き取り調査は県教育委員会職員が実施し、文書にした内容に間違いがないか確認する作業は、管理職を通して聞き取られた教職員とやりとりをし、最終的には聞き取られた本人が文書に認め印鑑を押して県教育委員会へ提出するという手順で行った。その過程で、管理職は聞き取り調査の内容を把握し、その内容にそって説明時の文書を作成し、県教育委員会が点検した。そのため、「学校で作成し」との文言となった。

また、2 回目の説明でご両親へ渡されたランチルーム見取り図は、入り口やテーブルなどを示しているのみの図だった。これは、2 回目の説明時に、急速、郁香さん、養護教諭や臨時養護教諭、担任のいた位置を示す必要が生じて、使用した図であった。ご両親が主張するように報道あてに配布された見取り図は、郁香さんの倒れた位置や臨時養護教諭らの位置が記号で示されていたが、ご両親への説明の見取り図は報道への説明資料の元となる見取り図で、それぞれの位置は記されてはいなかった。

ご両親への説明は、できる限り正確に行うべきであり、文書の作成過程や、見取り図は報道への資料の元となった見取り図でそれぞれの位置の記入がないことなどを丁寧に説明すべきであった。説明が不足していたと言わざるを得ない。

### ② 主任学校栄養職員についての説明が 1 回目にはなかったこと

校長は、主任学校栄養職員が緊急通報を副主幹に依頼したこと、2 回目の通報（第 3 報）をしたことをご両親への説明時には把握していた。郁香さんが倒れた時には、主任学校栄養職員はランチルームに背を向け、厨房へ入るところだったため、ランチルームにいた職員に含まずに「5 人（郁香さん、担任、養護教諭、臨時養護教諭、生徒 1）」とし、主任学校栄養職員の説明を 1 回目には行わなかったと事故調査委員会で供述した。

また、校長は、「最初に県教委の聞き取りの件でも、栄養士さんのことですが、最初の聞き取りでは、特に見ていないという答えだったので、教育委員会もそうかもしれませんし、我々も特に重要な鍵を握るという認識をしていませんでした。」（第 20 回事故調査委員会）

と供述した。郁香さんが倒れた後の対応については、主任学校栄養職員は見ていないという認識であったために、養護教諭らに依頼されて緊急通報を依頼したこと以外の主任学校栄養職員の行動を把握していなかった。

そのため、ご両親への説明時には主任学校栄養職員についての説明を詳しくせず、後に主任学校栄養職員の動き（郁香さんが倒れた時に郁香さんの元へ駆けつけ、団子を確認したり、郁香さんから血が流れ出た様子を目撃したりしたこと）が明白になるにつれ、ご両親の何か隠しているのではないかという不信へとつながった。

管理職として、その場に居合わせた教職員に対し、速やかに尋ね、行動を確認するなどし、郁香さんの状況や発生直後の教職員の対応や経過について可能な範囲で把握し、記録を残すこと、また、ご両親に把握した情報を正確に伝えることが必要であった。

### ③ 養護教諭らの給食時間中の役割の説明

1 回目の説明では、校長が「高等部生徒の食事指導が終わった後、悩み相談を受けていました。」と事故当日の養護教諭らの行動について説明した。2 回目の説明では、養護教諭が「基本は給食を食べるためです。もちろんできる範囲で見守りもしますが、そのためにランチルームで食べるということではありません。給食室から食べ物を持ち出すことはしませんので、私たちはランチルームで一緒に食べるようにしています。感染症の子どもがいるときなどは、保健室で一緒に食べます。」「体調面等に問題がなければ、安全に食べているかということを見守ることはしません。」と養護教諭の給食時間中の役割について説明した。

『食事指導』という言葉と事故当日の動きを1回目には説明をしたが、2 回目には『見守りをするためにいるのではない』と養護教諭の職としての役割の説明をしたこと、これらのずれが誤解を招き、不信へとつながった。特に、学校内で使う言葉はご両親にとって理解しにくい言葉が多かったこともあり、丁寧に説明をすべきであった。

### ④ 窒息を疑わなかったと説明したこと

喉に詰っていたかどうかについては、1 回目の説明では、教頭1が「(喉につかえたとは思わなかったのか) そうです。」、2 回目の説明では、臨時養護教諭が「最初は詰っているとは思わなかったです。」養護教諭が「はい。倒れて頭を打って出血と思いました。」と話した。

また、対応については、1 回目の説明では校長が「掻き出そうとはしたができなかった。」、2 回目の説明では臨時養護教諭が「口の中に入っているかもしれないと担任が言い、口を開けようとしていたので私は、頭を支えました。担任が『郁香さん』と声をかけ、私は背中をたたき上げるような動作をしたと思います。口の中の物の除去の体制を取りました。」「(背中を) さすりあげながら、反対の手で脈を取りました。」「2人で背中をさすっていました。こうして、頭越しにさすりました。」、担任が「背中の方からのぞき込むようにして、上の歯と下の歯を開けようとはしましたが、堅くて開けられませんでした。」「背中越しに左手で口を開けようとはしました。」と話した。

このことは、5 認定した事実 (3) 郁香さんに異変が発生した後の状況 に記載したように、詰りやすくだろうと思われる団子が全てあったことや、窒息を疑いつつも、養護教諭、



臨時養護教諭が流れ出た血に気を取られた結果の行動だった。

『口の中の物の除去の体制』、『口の中に入っているかもしれない』という言葉と背中をたたき上げるようにさする行動、『話しているとは思わなかった』という言葉が反する内容であり、ご両親が『矛盾している』と指摘することとなり、不信へとつながった。最初は郁香さんの状況を見て窒息を疑ったが、後に流れ出た血に気を取られたと、言葉を慎重に選んで説明をすべきであった。

#### ⑤ 校長の行動の説明

2回目のご両親への説明では、校長は「事務長が気づいて、校長、教頭が駆けつけました。教頭は2人駆けつけました。教頭2が先に行き、教頭1は、保護者連絡用の一覧表を持ってランチルームへ行きました。教頭2が臨時養護教諭からタオルを取りに行くよう言われていました。大量に必要で保健室に行っていたので、ドアを開けるなど手伝い、事務室で救急車要請の確認をして、ランチルームへ向かいました。」「13時12分には、管理職はみんないたと思います。」「12分にはいました。」「他の生徒をランチルームから出したり、保護者との連絡の指示をしたりしていました。養護教諭が対応していると思っていました。」と説明をした。

校長は時刻を確認する、記録を取るなどの行動をしていないため、時間の特定は非常に困難で13時12分にランチルームにいたとする根拠がない。事故調査委員会の供述でも、「(校長室を出るときは時間を見たんですか) 見ていないですね。そんなに何分も無かったと思うんですけど、行ったら教頭1、養護教諭2人、担任(はいました)。」「(第30回事故調査委員会)と供述した。1分1秒を争うような郁香さんの事態であったことから、根拠のない断言はすべきではなく、このことが、ご両親の『その場しのぎ』という受け止めへとつながった。見たままの状況を伝え、時刻についてはわからないと答えるべきであった。

#### ⑥ 郁香さんの当日の指導担当と引き継ぎの説明

事故当日の平成28年9月15日は、郁香さんの給食の指導担当にあたる4名の教職員のうち1名が出張であった。当日の郁香さんと行動した教職員についての質問に対して、1回目の説明では、校長は「A教諭はランチルームに連れてくる、担任は食材の準備をしていました。ここには明確な引継がありました。」「その日は1名出張していたので、A教諭がランチルームに連れてきました。打合せをした上で動くことになっていました。」と話し、出張の教職員がいるためにA教諭が郁香さんをランチルームへ連れてきて、担任に任せたと受け取れる説明をした。

2回目の説明では、担任は「1年生の時から食事の時は先生のローテーションを組んでおり、その日はA教諭でした。」と話し、日頃、郁香さんの給食の指導担当についての説明をした。

また、担任は、同じく2回目の説明で、「A教諭と郁香さんがランチルームに入ってきてしばらくはA教諭も見ていましたが、1時過ぎに教室へ行きました。他の高等部の先生はいませんでした。A教諭に私が一緒に見ますと言いました。」とA教諭がランチルームを離れた経緯を話した。

日頃の給食の指導担当にローテーションを組んでいたこと、当日は出張の教職員がいたり、郁香さんが遅れてランチルームへと移動したりしたことから入れ替わった経緯は、非常にわかりにくく、ご両親に対しては、丁寧に説明をすべきであった。このことが、違う説明をしていると受け取られることになり、不信へとつながった。

#### ⑦ 郁香さんが、膝の怪我でおったリスクについて

父親は「脚の怪我があり、入院していたので、9月からやっと登校できて2週間だった。脚の怪我について、そのリスクを全員の教員に周知していたんですか。」と、郁香さんの手術後の膝の状態や具体的な対応策について1回目の説明時に質問をした。この質問に対して、校長は「車椅子の時も注意点を共通理解し、治った後も学部・学年で会議やケース会議で体制を確認していた。しかし、いくら体制を作っていたといっても、保護者の方にこのような思いをいだかせてしまったことは大変申し訳ないと思っている。保護者とのコミュニケーションも足りなかった。」教頭1は「元々、足が出にくい、階段で立ち止まるなどあり、必ず見守ることは学部・学年で確認していた。」と話した。

平成28年3月の校外学習時は、前校長が勤務していたが、事故調査委員会で前校長は「(校長に申し送りはしましたか)特に、申し送りは、私自身が重大な案件とは考えていませんでしたので。」(第22回事故調査委員会)と供述し、郁香さんの膝の怪我は、前校長から校長には伝えられなかった。

郁香さんの膝の怪我は、平成28年4月に、教頭1から校外学習で起きたこととして校長へ伝えられた。また、校長は、入院するまでの郁香さんの状態を「前年度の事故のことは聞いておりましたし、車椅子で動く把握していましたので、避難訓練のときは林さんをどう避難させるのかという話もしましたので、管理職は把握していました。」(第21回事故調査委員会)、退院後の郁香さんの状態には「手術前は車椅子、歩けるようになったところがありますので、ただ、転んだりがあるので、気をつけなきゃねと話していました。」(第20回事故調査委員会)と供述し、要注意の状態と認識していた。

1回目の説明での校長と教頭1の回答は具体的な答えではないとご両親に受け取られ、より不信へとつながっていった。特に、母親の「支援が必要であるからこの学校にお願いしました。本当に安全が軽視されている。足の怪我もあった。半年間で2回も大きな事故に遭われた。もう少し注意してもらいたかった。手術も受けた。安全への配慮がない。残念です。」との思いに対して、安全管理体制や見守りについて、郁香さんのために考えていた対応策を具体的に説明すべきで、コミュニケーションが不足していたと言わざるを得ない。

#### ⑧ 止血をしなかったことの説明

1回目の説明では、父親から出血箇所を問われて校長が「顔付近からです。」、2回目の説明では、臨時養護教諭が「気道確保で、顔を横にしたとき、ほっぺの横あたりにばーっと出血がありました。」、養護教諭が「顔を横にしたときに出血を確認しました。」と出血を二人で確認したと話し、その後、母親から止血について問われて、臨時養護教諭は「どこから出血しているか確認できていなかったです。」と答えた。

また、この時の対応について、事故調査委員会で、父親は「普通なら顔を持ち上げたり、

必死に生徒さん、娘を助けようとすると思うんです。記憶が正しくないかもしれないし、あわててたし、私が連絡を受けてから到着するまで1時間かからなかったと思うんですが、到着した時には、先生たちが病院で待っていたのにも関わらず、きれいな服装でした。要するに血がついていない、処置をしていない、そのような必死感がないイメージがあります。」(第19回事故調査委員会)と事故当日の記憶を話した。

出血を確認していながら止血しようとしなかったことは、まず真摯に詫げるべきであった。「わかりません。医者ではありませんから。」の発言は、非常に不適切である。

#### ⑨ 緊急通報が重なったことへの説明

2回目の説明で、母親から、事故当日に2報と3報が重なったことについて2人同時に救急車に通報していることはどういうことなのかと質問をされ、校長は、救急車要請はダブルでもよい、いちいち管理職の指示を仰がなくともよいと答えた。

校長が「4月当初にも救急車を、校長教頭に確認せず、すぐ呼んで下さい、危機管理マニュアル配布のおり、4月の職員会議でそういうふうに指示しています。一回一回どうしましようかと管理職にあげるのではなく、第一発見者が判断するしかない、責任は重たいことですが、救急車を要請すべきだと判断したらすぐに呼びましようと言っています。」

(第9回事故調査委員会)と話したように、教頭1が自分の携帯電話からかけた2報は、教頭1の判断によるもので速やかな通報と考えた結果の通報、3報は救急隊からの1報の指示によるものであり、重なっているが特に問題ではない。

しかしながら、ご両親には、教頭1が速やかにと考えたこと、3報は救急隊からの指示であったことを丁寧に説明すべきであった。

ご両親の当日の経過及び発生状況を知りたいという思いに答えるべく行なった2回の説明であった。校長が言うように知り得たことを隠してはならないという考えから、ご両親の質問に答えたが、この2回の説明は、例えば郁香さんの給食の指導担当について事故当日と日常の担当をご両親にわかるように説明できなかったことなど、説明が不足していたと言わざるを得ない。特に、学校内で使う言葉は、ご両親にとってわかりにくいものが多く、慎重に言葉を選びながら説明をすべきであった。

この2回の説明が、ご両親の質問となり、また、学校への不信を招くことにもつながった。説明に当たっては、正確な情報を責任を持って説明することが最も重要である。断定的な説明は避け、不明確な内容は事故調査委員会の結論に委ねると伝えるなど、責任ある対応をすべきであった。