

## 子どもの事故検証・調査制度の現在地

### —この10年を振り返って—

小佐井 良太（福岡大学）

#### 1. はじめに

日本子ども安全学会第9回大会（2022年9月17日開催）のテーマ「子ども安全の到達点：2012年を起点とした10年を振り返る」に即して、本稿に与えられた目的は、次のようなものである。すなわち、2012年を起点として現在（2022年）に至る約10年間を振り返って見た場合、子どもの事故検証・調査制度のあり方はどのように変化してきたのか、そして現在、どのような状況にあると言えるのか、これらを概観的に確認することである。

以下では、この目的に沿って、最初に2012年当時の状況を簡単に確認した上で、2016年4月から導入された文科省「学校事故対応に関する指針」（以下「指針」）及び内閣府「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」（以下「ガイドライン」）制定に至る経緯とその意義を確認する。

次に、「指針」及び「ガイドライン」の下でのこれまでの子どもの事故検証・調査制度の運用に関する課題や問題点等を概観する。

これらの作業を通して、子どもの事故調査・検証制度の「現在地」を確かめることにしたい。

#### 2. 2012年当時の子どもの事故検証・調査制度の状況

2012年当時の状況を概略的に述べれば、子どもの死亡事故に関する事故検証・調査を行うための制度的枠組みは、狭い範囲でのごく限られた条件を満たした場合にのみ事故検証・調査が行われる可能性があったと言える程度の状況<sup>1)</sup>にとどまっており、制度的な枠組みとしては十分に整備されておらず、ほとんど機能していない状況にあったと言えることができる。子どもの死亡事故が起きたとしても、多くの場合、遺族が事故状況の詳細を知ることは極めて難しい状況にあり、事故の真相究明は、法的な責任追及を旨とする裁判手続（民事裁判、刑事裁判）に拠る以外にはほとんど選択肢がない状況であった。

このため、吉川慎之介くんが亡くなった愛媛県西条市加茂川でのお泊り保育中に起きた川の増水による幼

稚園児溺水死傷事故（2012年7月）でも、吉川さんたち遺族と保護者らが事故の原因究明と再発防止を目的に第三者委員会等を設置して事故の検証・調査を行うよう行政（愛媛県、西条市、消費者庁）に対し働きかけを行ったものの、これら行政が第三者委員会等を設置して行う形での事故の検証・調査は、結局のところ、実現に至らなかった経緯がある<sup>2)</sup>。

こうした状況を受けて、吉川さんたち遺族及び保護者たちは、事故の発生を契機に発足させていた任意団体「吉川慎之介君の悲劇を二度と起こさないための学校安全管理と再発防止を考える会」（以下「考える会」）を通じて、「考える会」から学校事故に詳しい研究者や弁護士らに事故の検証・調査を委嘱する形で第三者委員会を設置するに至る（2014年5月）。こうして設置された第三者委員会、通称「慎ちゃん委員会」は、その後約1年間の検証・調査活動を経て、2015年8月に事故調査報告書を公表するに至った<sup>3)</sup>。

他方、ほぼ同時期に起きた子どもの死亡事故では、第三者調査委員会が設置され事故の検証・調査が行われた事案（2012年7月の京都市・小学校プール事故<sup>4)</sup>、2011年3月の東日本大震災・津波被災による大川小学校事件<sup>5)</sup>等）や消費者庁による事故の原因検証が行われた事案（2011年7月の神奈川県大和市・幼稚園でのプール死亡事故）<sup>6)</sup>も存在するが、これらはごく例外的な扱いがなされた事案であったとみてよい。さらに2012年から10年ほど時間を遡ると、第三者による子どもの事故検証・調査が行われた先例として、川西市「子どもの人権オンブズパーソン」が扱った中学生の熱中症死亡事故の事案<sup>7)</sup>も挙げられるが、この事案も同様に例外的な位置づけであったと言えよう。

こうしたいくつかの事案で例外的な対応が行われたものを除けば、2012年頃までの子どもの死亡事故に関しては、ほとんどの事案で十分な事故検証・調査は行われなかった。一方で、例えば学校管理下での子どもの死亡事故事案では、遺族当事者による民事訴訟の提起が一定数見られ、本来であれば十分な事故検証・調査の実施を前提に作成されるはずの学校事故

報告書の記載内容の不備やその情報開示をめぐる問題が一つの争点として扱われてきた。この点、学校管理下で起きた子どもの事故を対象に治療費や死亡見舞金の給付を行う災害共済給付制度が、事故の詳しい状況や原因、過失の有無等を問わない仕組みとして構築・運用されてきたことは、子どもの死亡事故等に関する事故検証・調査の必要性判断に一定の影響を及ぼしてきたのではないだろうか<sup>8)</sup>。この点に関しては、災害共済給付制度が創設・導入された歴史的経緯に遡る形で、今後、改めて検証が必要であるものと思われる。

### 3. 「指針」及び「ガイドライン」の策定と概要

#### (1) 「指針」及び「ガイドライン」策定に至る経緯

こうした2012年当時の子どもの死亡事故検証・調査制度をめぐる状況にも関係する形で、ちょうどこの頃から、それまで学校や保育・教育施設等での死亡事故により子どもを亡くした遺族らが、事故後の遺族への学校等による一連の対応のあり方を批判し、これを問題視する形でその改善を求める「声」を上げるようになった。一連の問題は「事後対応」の問題と位置づけられ、遺族らが文科省等へ「事後対応」問題の改善を求める申し入れや要望書の提出等を行っていった<sup>9)</sup>。

遺族らのこうした「声」や要望等を受けて、文科省と内閣府、厚生労働省では、所管する学校及び保育・教育施設での「事故発生時の対応のあり方」及び「重大事故の再発防止」について有識者等が検討を行う会議体（文科省「学校事故対応に関する調査研究」有識者会議、内閣府「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」）をそれぞれ設置して、その対応を検討することとなった。

当時は、「事後対応」問題にやや先立つ形で、いじめ事案の調査・検証を行う法的な枠組みの整備が進められていた時期でもあり（「いじめ防止対策推進法」の公布は2013年6月、施行は同年9月）、いじめ事案への対応の影響も一定程度受けながら、以降、事故の調査・検証を含む学校及び保育・教育施設での重大事故発生後の「事後対応」のあり方が検討されていった。

これら一連の検討の過程で文科省、内閣府に設置された有識者等による二つの会議体は、それぞれ学校事故遺族や東日本大震災・津波被災訴訟事件遺族、保育事故遺族らに対するヒアリング調査を実施した。こう

したヒアリング調査の結果等を踏まえ、これらを反映させる形で2016年3月末に文科省が「指針」を、内閣府が「ガイドライン」をそれぞれ策定・公表、同年4月以降、「指針」並びに「ガイドライン」に沿った「事後対応」を行うことが求められるようになった。

こうした経緯から、「指針」及び「ガイドライン」の下での第三者調査検証委員会等による事故検証・調査の実施は、「指針」及び「ガイドライン」が採用するに至った「望ましい事後対応＝遺族に寄り添った対応」枠組みの中に位置づけられ、直接的には、遺族のニーズや要望（「親の知る権利」等）に応えることをその目的としていたものと見ることができる。

以下、文科省「指針」及び内閣府「ガイドライン」の概要を概観的に確認する。

#### (2) 「指針」の下での事故検証・調査制度の概要

文科省「指針」は、「学校における事故の発生を未然に防ぐとともに、学校の管理下で発生した事故に対し、学校及び学校の設置者が適切な対応を図るため」に策定され、「学校設置者による死亡事故についての検証・分析を求める」枠組みとして構築されている。具体的には、学校が行う「基本調査」及び学校設置者による「詳細調査」の二段構えで構成され、このうち後者の「詳細調査」については、「基本調査」を踏まえて必要な場合に、学校設置者の判断に基づき移行を判断する。

「詳細調査」を担う調査委員会（外部の専門家等で構成）または学校の設置者は、調査結果を被害児童生徒等の保護者に説明するとともに、調査の経過についても適宜報告することが求められる。学校・学校の設置者等は、調査委員会が作成した報告書の提言を受けて、速やかに再発防止策を策定・実施する。さらに、講じた措置及び実施状況について適時適切に点検・評価を行うものとされている。また国は、報告書を基に情報を蓄積、教訓とすべき点を整理して全国の学校の設置者等に周知する役割を負う。

#### (3) 「ガイドライン」の下での事故検証・調査制度の概要

内閣府「ガイドライン」は、「子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために」子どもの死亡事故等の重

大事故の調査・検証を行うことを定める。

検討対象となるのは、死亡事故及び一定の重大事故である。検証の実施主体は市町村または都道府県であり、外部委員で構成する検証委員会を設置して行う。検証組織の委員として「学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等」を例示する。

検証結果とともに再発防止のための提言をまとめた報告書は、都道府県または市町村に報告される。報告書は原則として公表され、国へも報告する仕組みとなっている。また、都道府県または市町村は、講じた措置及びその実施状況を自ら適時適切に点検・評価することが求められる。

#### 4. 「指針」及び「ガイドライン」の下での事故検証・調査制度の状況

##### （1）「指針」に基づく事故検証・調査の実施状況

「指針」に基づく事故検証・調査の実施状況に関して、文科省は『「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』（以下、「横断整理」）を実施している（令和元年度／令和2年3月）。その内容を概観する。

「横断整理」によれば、2016年4月から2019年10月までに文科省に提出された詳細調査報告書は全部で13件、うち死亡は7件、重度後遺症6件である。この他、「関係者等への配慮」を理由に未掲載となったものが3件ある。各事例について「文部科学省×学校安全」Webサイトにて事例の概要が公表されている（ただし、わずかな要約的記述と総論的な対策の提言のみ）。

「横断整理」での記述によれば、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ため、今後は、記載を標準化していく必要があるとされている。

##### （2）「ガイドライン」に基づく事故検証・調査の実施状況

内閣府「ガイドライン」に基づく事故検証・調査の実施状況については、「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議」が2016年4月以降、2022年10月まで計18回開催され、検討されている（非公開）。同会議では、検証報告を行った自治体からのヒアリングも併せて行っている。これらの検証結果

については、2018年以降、計4年度分の年次報告書を内閣府Webサイトにて公表している（2018年度のみ中間報告と年次報告が作成・公表されている）。

このうち、2023年2月現在、公表されている最新の年次報告（令和3年）によれば、2016年以降2020年までに計41件の死亡事故が報告されている。このうち、自治体により行われた検証報告は計35件（2017年2月～2021年7月末）であり、うち計23件で検証報告についてのヒアリングが実施されている。

この他、「教育・保育施設等における事故報告集計」及び「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」も併せて公表されている。

#### （3）「指針」及び「ガイドライン」の下での事故検証・調査制度の課題

このように、文科省「指針」及び内閣府「ガイドライン」に基づいて実施された実際の子どもの死亡事故ないし重大事故の事故検証・調査件数は、まださほど多くはない。加えて、制度の運用状況について本格的な検証を行うのに十分な情報が必ずしも公表されているとは言い難い状況にある（とりわけ文科省データ）。その意味で、その本格的な検証は、現時点では将来的な課題であると言わざるを得ない。

そうした限界がある中で、現状での文科省「指針」及び内閣府「ガイドライン」に基づく事故検証・調査制度の課題を総論的に検討すると、次のような課題を指摘することができるだろう。

まず、「指針」、「ガイドライン」のいずれも事故検証・調査を担う調査委員会には法的な調査権限が与えられていないことから、その調査能力、収集できる情報にはともに大きな制約が課せられており、限界がある。

また、調査委員会を構成する委員の人选（専門性の確保）の面でも課題がある。事故の検証・調査に際し必要となる専門性は事故の実情に応じて多様であり、必要な委員の確保が困難となる事態も想定される。

さらに、調査報告書の公表と収集、データベース化に伴う課題、再発防止策の周知・徹底に関する課題も見逃せない。調査報告書の公表を都道府県または市町村毎に行う現状のやり方は、必要な情報の収集と公開の方法として適当とは言い難い。再発防止策の周知・徹底も、送迎バス車内への子どもの置き去り事案を防止できなかったように、なおさまざまな課題を抱えている。

## 5. むすびにかえて

### (1) CDRの法制化と子どもの事故検証・調査制度

現在、厚労省を中心にCDR(チャイルド・デス・レビュー: 予防のための子どもの死亡検証)の導入に向けた動きが進みつつある。関連して、将来的に子どもの死亡事故検証・調査制度をCDRとの関係でどのように位置づけるのか、制度の再定位が課題となる。

これまでの子どもの死亡事故検証・調査では法律上の制約から、警察等の捜査機関が情報収集・作成した「実況見分調書」等の捜査情報を十分活用することができなかった。今後は、死因究明の情報と併せ捜査情報の活用を可能とする法整備/法制化が求められる。

これと併せ、従来の「事後対応/遺族に寄り添った対応」の一部としての事故検証・調査制度から、公衆衛生ないし公益の観点に立ち「事故の再発予防」を目的とした事故検証・調査制度への変革が求められよう。同様に、亡くなった子ども及び周囲の子どもたち、将来の子どもたちの人権を核とした事故検証・調査制度へと再構築を図る必要がある。

### (2) 子どもの事故調査・検証制度とグリーフケア

石井美保は、子どもの死亡事故遺族には、わが子の死に関して「なぜ/Whyの問い」と「どのようにして/Howの問い」が存在することを指摘する(石井2022)。石井の指摘を踏まえるならば、子どもの死亡事故検証・調査制度は、後者の「どのようにして/Howの問い」に答え得る側面があると言える。その限りにおいて、子どもの死亡事故検証・調査制度は、遺族のグリーフケアに資する側面を有する。

しかし、遺族のグリーフケアそのものを子どもの事故検証・調査制度の目的と設定することは適当ではない。遺族のグリーフケアに対する制度的な手当ては、子どもの死亡事故検証・調査制度とは別個に整備される必要がある。今後は、事故検証・調査に基づく再発予防の意義と必要性を遺族のみの関心事とするのではなく、公共的な関心事として位置づけていくことが必要となるだろう。

#### 【注】

1) 「消費者事故」に該当すると判断されれば、消費者庁消費者安全調査委員会の下での事故の検証・調査(原因調査)を行う余地がわずかながらあったと言える。

2) 私立の学校園で死亡事故等の重大事故が発生した場合のいわゆる「私学の壁」と呼ばれる問題である。

3) 詳細は、事故調査報告書及び小佐井(2017)を参照。

4) 詳細については、石井(2022)が大変参考になる。

5) 遺族の手記等を含むものとして、飯(2023)を参照。

6) 事故等原因調査報告書が消費者庁Webサイト([https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report\\_003/](https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_003/))に掲載されている(2023年2月15日最終閲覧)。

7) 詳細は、宮脇(2004)及び住友(2017)を参照。

8) この点を含めた学校死亡事故事案の紛争事例研究の一例として、小佐井(2007,2008)を参照。

9) 詳細については、住友(2017)を参照。

#### 【主要参考文献・資料】

文部科学省「学校事故対応に関する指針」

内閣府「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」

「慎ちゃん委員会」事故調査報告書

宮脇克哉・宮脇啓子(2004)『先生はぼくらを守らない：

川西市立中学校熱中症死亡事件』エピック

住友剛(2017)『新しい学校事故・事件学』子どもの風出版会

小佐井良太(2007,2008)「学校死亡事故をめぐる『救済』と法(一)(二):ある訴訟事例を手がかりとして」  
九大法学95号、96号

小佐井良太(2017)『「慎ちゃん委員会」調査報告書の公表について：事後対応から事故の未然防止に向けて』子ども安全研究第2号

内閣府「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」

文科省『「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)」

内閣府「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議年次報告(令和3年)」

石井美保(2022)『遠い声を探して：学校事故をめぐる〈同行者〉たちの記録』岩波書店

飯考行[編著](2023)『子どもたちの命と生きる：大川小学校津波事故を見つめて』信山社

フロントラインプレス取材班[編著](2022)『チャイルド・デス・レビュー：子どもの命を守る「死亡検証」実現に挑む』旬報社