

平成 30 年度厚生労働科学研究補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

「乳幼児突然死症候群(SIDS)を含む睡眠中の乳幼児死亡を
予防するための効果的な施策に関する研究」

分担研究報告書

分担研究課題名：保育管理下の睡眠中の突然死 - 重大事故検証報告書を読む

研究分担者：山中龍宏（緑園こどもクリニック、産業技術総合研究所）

研究要旨

乳児の睡眠中の突然死は、医学的には不明な点が多く、死因を特定することはたいへんむずかしい。2016 年 4 月から、保育管理下の死亡は検証することが義務付けられた。自治体に検証委員会が設置されて検証報告書が出されるようになり、その報告書はインターネット上で公開されるようになった。今回 4 例の睡眠中の突然死例の検証報告書について検討した。検証の問題点として、死因の検証法、リスク因子の周知、検証委員会メンバーなどを挙げて検討した。今後も、保育管理下の睡眠中の乳児の突然死は必ず発生する。詳細な情報の収集体制を確立し、専門家によって一例一例を検討していく体制の構築が不可欠である。

A. 研究目的

近年、教育・保育施設等における事故が社会的な問題となり、2014 年 6 月に開催された第 16 回子ども・子育て会議において、「行政による事故の再発防止に関する取り組みのあり方等について検討すべき」と指摘された。これを受け、2014 年 9 月に、内閣府、文部科学省、厚生労働省により「特定教育・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」が設置された。

2015 年 12 月に上記の検討会の最終とりまとめが出され、2016 年 3 月、「教育・保育施設等における重大事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」(1) が公表された。同時に、2016 年 3 月 31 日付で「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」(2) という通知が国から出され、死亡事故等の重大事故が発生した場合には、認可外保育施設は都道府県が、特定教育・保育施設や特定地域型保育事業等は区市町村が検証を行い、国は自治体からの検証報告を

踏まえて再発防止策を検討することとなった。

以前には、死亡事故の検証は義務付けられておらず、遺族が署名を集めて陳情したりしなければ検証は行われなかった。2016 年 4 月以降は、ほぼ自動的に検証委員会が設置されることになり、検証委員会から提出された報告書は公表され、自治体のホームページで誰でも見ることができるようになった。

また、30 日以上以上の医療機関の受診を必要とした事故についても報告することが義務付けられ、内閣府子ども・子育て本部のホームページに「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」(3) として公開されている。2018 年 9 月末までに 2,496 例が登録されている。

今回、保育管理下の睡眠中に死亡した事例について、公開されている検証報告書を読んでその内容を検討し、問題点を明らかにすることとした。

B. 研究方法

保育管理下の事故や死亡について、得られる資料を集めた。さらに、保育管理下の死亡例の中から睡眠中の死亡例を検索し、その報告書をインターネットから入手して分析した。分析した項目としては、1. 検証委員会の設置までの期間、2. 検証委員会の委員数、3. 事故の発生から報告書の公開までの期間、4. 報告書のページ数、5. 死亡原因の究明度の5点について検討した。

C. 研究結果

1. 保育管理下の事故・死亡の最近の統計値

保育管理下の事故統計として、日本スポーツ振興センターの災害共済給付データがある。保育所・こども園・幼稚園の加入者数（2017年度）は約328万人、加入率は約82%で、5,000円以上の医療費が発生した災害共済給付件数と発生率は、保育所が40,211件（2.22%）、こども園が9,240件（2.14%）、幼稚園が18,107件（1.78%）で、死亡は3件であった。

内閣府子ども・子育て本部からの報告では、2016年1月 - 12月の死亡は13件（0歳児が7件）、そのうち睡眠中が10件で、うつぶせ寝が4件であった。負傷は862件であった。2017年1月 - 12月の死亡は8件（0歳児が2件）、睡眠中が5件で、うつぶせ寝が1件であった。負傷は1,234件であった。

2. 検証報告書の検討

検証委員会の設置までの期間は、2か月半から10か月であった。2か月半後に検証が始まった例は、死亡例が発生してから検証委員会が設置されたのではなく、事前に委員会が設置されていた。検証委員会の委員数は5 - 7人、死亡事故発生から報告書の公開までの期間は1年から1年7カ月、報告書のページ数は29 - 46ページ、死亡原因の究明度については、すべて死因は不明で、予防につながるとされる提言はみられなかった（表）。今回取り上げた4つの保育所のうち、3つが廃園となっていた。

D. 考察

保育の場で死亡事故が起こると大変な事態になる。検証委員会の設置、委員の選出、遺族への対応、保育園への聞き取り、検証委員会の

会議、報告書の作成など、膨大な時間、人員、経費がかかることになる。これだけの労力をかける以上、実効性のある予防策を提示することが強く求められる。

国からの通知には具体的な検証の進め方が細かく記載され、どのような情報を収集したらよいかの項目については下記のように挙げられている。

子どもの事故当日の健康状態など、体調に関すること等（事例によっては、家族の健康状態、事故発生の数日前の健康状態、施設や事業の利用開始時の健康状態の情報等）

死亡事故等の重大事故に至った経緯

都道府県又は市町村の指導監査の状況等

事故予防指針の整備、研修の実施、職員配置等に関すること（ソフト面）

設備、遊具の状況などに関すること（ハード面）

教育・保育等が行われていた状況に関すること（環境面）

担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関すること（人的面）

事故発生後の対応（各施設・事業者等及び行政の対応）

事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

これらの項目をすべて網羅するにはたいへんな作業量が必要となる。今回、報告書を4つ読んだが、ほぼ全ての項目について記載されていた。しかし、何が予防につながるポイントなのかがわかりにくかった。4つの報告書を読んで問題点を挙げてみた。

検証報告書の問題点

1. 死因の検証がされていない

これらの報告書の最大の問題点は、死因に関してほとんど検討されていないことである。ある報告書では「警察からは『個人情報のため情報開示には応じられない』との回答であった。そのため、本検証委員会では、直接の死因については把握することができない状況である」と記載されている。一件だけ、警察を訪問してヒアリングが行われていたが、直接死因は不明とのことであった。死因がわからなければ予防策を考えることはむずかしいが、睡眠中の乳児の

突然死は不詳である場合がほとんどである。

睡眠中の体位や呼吸状態の記録、最後の確認時間と発見時間、またモニタリングされている場合は、その記録などの情報が必要である。厚生労働省 SIDS 研究班が 2012 年度に作成した「乳幼児突然死症候群(SIDS)診断のための問診・チェックリスト」を使用して、その記録を報告書に入れる必要がある。そのためには、このチェックシートの存在を広く周知させる必要がある。

2 .保育現場に危険因子が周知されていない現実

就寝中の状況について検討された記載をみると、寝つきが悪くて午睡中に目覚めて泣くことがあるので、他の子どもとは別の部屋で寝かせ、1 時間後、1 時間 15 分後、1 時間 35 分後に保育士がそばを通った時に寝ている姿を見ただけで、寝始めてから 2 時間 15 分後に異常事態として発見された例(事例 1)、夜間保育の真っ暗な状況下で 1 時間おきのチェック例(事例 2)、30 分おきのチェックの例(事例 3)、死後硬直で発見された例(事例 4)であった。

現在、睡眠中の異常事態や突然死を早く発見するために、乳児では 5 分おき、幼児では 10 - 15 分おきに体位や呼吸状態を確認する必要があると指摘されている。2 時間以上もチェックされず、死後硬直となるまで気づかなかったことが現場では起こっている。

20 年以上前から、睡眠中の乳児の突然死の危険因子として「うつぶせ寝」が指摘されているが、それが現場には伝わっていないことが判明した。うつ伏せ寝は、1 歳になるまでの SIDS の危険因子とされているが、事例 1 からは、1 歳 2 か月児でも危険因子となり得るのかもしれない。

現在、全国の保育所で、乳幼児の睡眠中の体位チェックと呼吸の確認が行われているが、その効果についての検証は行われていない。これから 10 年以内に、このチェックシステムの効果について科学的に検討し、有効性について公表する必要がある。もし、効果がないと判明したら、この見守り体制を強制することは中止する必要がある。

3 . 具体的でない決意の言葉

今回検討した報告書では、「二度と同じ事故を繰り返さない」、「繰り返してはならない」という言葉が必ず、何度も使用されていた。これは「事故死」や「事故」に付与する慣用語といってもよいが、実際には同じ事故があちこちで起こり続けており、この言葉を使用するだけでは効果はない。また、「丁寧に温かく優しい保育を徹底」、「丁寧に丁寧に重ねて保育をしなければならない」という共通認識やリスクの意識の薄さ、「質の確保」、「保育所は、入所する子どもの最善の利益を考慮し、その福祉を積極的に増進することに最もふさわしい生活の場でなければならない」、「職員の資質向上」などの文章も記載されていた。理念は理解できるが、具体的に何をどのようにしたらよいかわからない。「わからないこと」や「できないこと」をいくら指摘しても意味がない。

4 . 検証委員会のメンバーの問題

検証委員会のメンバーは、弁護士、医師、保健師、保育士、大学教員などとなっていた。事故が発生した直前から事故が発生して 15 分くらいまでのあいだの子どもの変化や死亡のメカニズムについては、医師あるいは生体工学の専門家しか検討することはできない。さらに、医師であれば誰でもいいわけではなく、睡眠中の突然死の場合は、SIDS に詳しい医師か、救急医が委員として適切である。内科医、あるいは公衆衛生関係の医師では十分検討することができない。また、保育を管轄する行政官の役割もあるが、行政官は委員に入っていない。指導監督の問題に関しては、行政官が委員として入っているとよい。

死亡例について、地域で検証委員会を設置して検討することはたいへんむずかしい。航空機や船舶の事故が発生すると、運輸安全委員会から即刻、専門家が現地に行って検証し、国レベルで検討する体制となっている。保育管理下の死亡例に対しても、国レベルで取り組む体制の構築が不可欠である。

5 . 指導監督の問題

検証委員会でも、指導監督基準が検討されている。「指導基準に適合していない事項」が数年

にわたって指摘されているにも関わらず、園側は対応せず、その状況下で死亡事故が起きている事例もあった。中には「乳幼児突然死症候群（SIDS）の予防への配慮が行われていない」と数年間、毎回指摘されているにも関わらず、死亡例が発生していた。行政が指導事項を指摘し、立ち入り調査まで行っても死亡事故が発生したという事実から、通告してからの立ち入り調査というやり方や、問題点が見つかったときの対応の仕方を再検討する必要がある。

6. 提言数が多い

提言が14個も述べられている報告書があった。提言とは、実行可能で、重要なものを3-5個くらい挙げるものであろう。また、一つの提言の文章が長く、一部は重複していて、何を言いたいのか、何が最も重要なかがわからない。検証報告書がニュースで取り上げられたときのタイトルは「丁寧な保育の徹底を」であったが、このような精神論は極力避け、具体的にできることを挙げるべきである。

E. 結論

乳児の睡眠中の突然死は、医学的には不明な点が多く、死因を特定することはたいへんむずかしい。しかし、一例一例の情報を詳しく記録しておくことは重要である。これまで、睡眠中の乳児の突然死例については、警察と法医学領域が関わるだけで、臨床医学領域の研究者が詳しい情報を得ることはむずかしかった。2016年4月から、保育管理下の死亡は検証することが義務付けられた。自治体に検証委員会が設置されて検証報告書が出されるようになり、その報告書はインターネット上で公開されるようになった。これはたいへん貴重な資料であり、その有用性を検討するために、今回4例の睡眠中の突然死例の検証報告書について検討し、検証報告の問題を具体的に指摘することができた。今後も、保育管理下の睡眠中の乳児の突然

死は必ず発生する。詳細な情報の収集体制を確立し、専門家によって一例一例を検討していく体制の構築が不可欠である。

参考資料

1. 教育・保育施設等における重大事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン
(<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/h280331/guideline-1.pdf>)
2. 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
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000125860.pdf>)
3. 保育事故情報データベース
(https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/h30-jiko_data2.pdf)

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 学会発表

山中龍宏: 保育管理下の突然死 - 重大事故検証報告書を読む。第25回日本SIDS・乳幼児突然死予防学会学術集会、2019年2月23日、岡山県岡山市岡山県医師会館、抄録集 p28

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表：保育管理下での睡眠中の突然死例

事例	月齢 年齢	検証委員会 設置までの 期間	委員会開催 回数	検証委員 会人数	死亡から 報告書の 公開まで	報告 ページ数	死亡原因の究明
1	1歳2か 月男児	2か月半	12回 (うちヒアリ ング8回)	7人	1年	29 P	警察からの情報 得られず。直接 死因は全く不明
2	6か月半 女児	10か月半	10回 (同4回)	7人	2年	33 P	なし。1年後廃 園。(保護者か らの警察情報： RS?)
3	11か月 男児	6か月半	9回 (同3回)	6人	1年7か月	46 P	なし。 警察ヒアリング 司法解剖あり。 廃園
4	7か月 女児	3か月	10回 (同3回)	5人	1年4か月	33 p	なし。警察から の情報得られ ず。廃園