

令和6年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書
乳幼児突然死(SUID/SIDS)の死因究明と予防対応策の探索

保育施設における就寝中の乳幼児の死亡事案に関する検証

分担研究者 小保内 俊雅 東京都立多摩北部医療センター小児科
研究協力者 斎藤 雄弥 東京都立多摩北部医療センター小児科
猪熊 弘子 駒沢女子短期大学
窪田 満 国立成育医療研究センター総合診療部

要旨

こども家庭庁が収集している保育園で発生した重大事案報告書のうち、睡眠中の死亡事案に関する報告書を2015年から2022年までの8年分を開示してもらい検証した。こども家庭庁が公表している死亡事故統計から、睡眠中の死亡事案の発生状況を調べた。特にこども家庭庁が2016年に自治体向けに発出したガイドラインの効果を検討した。死亡事案は2015年が14件で、2019年には5件まで減少したがその後は横ばいである。睡眠中の死亡事案は、調査期間内の全死亡の63%で最も多かった。いずれも3歳未満で認められた。抽出された危険因子は、入園初期、うつぶせ寝、独り寝、不適切な睡眠時呼吸チェック、体調不良であった。最も影響を及ぼす因子と考えられたのが、入園初期であった。登園開始から2週間は0歳児も1・2歳児も同様の危険性が認められた。登園初日と2日目に発生した事案の66.7%は一時預かりの児であった。体調不良を除き、危険度は成長発達に伴い解消すると考えられた。しかし、体調不良は年齢による差は認めず、体調不良時の受け入れには細心の注意が必要だと考えられた。

CDRは地域を基盤に検証を行うが、このような希な事案は全国で事例を集約し検証を行わないと対策の立案は困難である。症例を集約して検証を実施するシステムの確立も検討する必要がある。また、安全対策の立案には、報告書の書式や記載内容の改善が必須と思われた。CDRは死亡事案のみを検証するが、幸いにして死を免れた重大事案も併せて検証することで、より効果的な安全策立案に繋がると思われた。

A. 研究の背景と目的

家族形態の変容や女性の社会進出拡大に伴い、保育需要は急速に拡大した。90年代以降、「エンゼルプラン」「新エンゼルプラン」など少子化対策としての保育の拡大政策が推進された。2001年には「待機児童ゼロ作戦」が発表され、「待機児童」という言葉が一般化し¹、以降、待機児童数の増加が社会問題化した²。国は「待機児童ゼロ作戦」の後も次々と対策を打ち出し、2013年の「待機児童解消加速化プラン」まで緊急プロジェクトとして実施してきた³。2015年からは「こども・子育て支援新制度」が導入されたが、財源として予定していた消費税率が8%から10%にアップできなかったことを理由に、目標とされていた保育の「量の拡充」と「質の向上」のうち、待機児童解消

のための「量の拡充」のみを目指すこととなった。そのため、配置基準の改善などは先送りされることとなった。

一方で、2006年から毎年、保育・教育施設での死亡事故を含む重大事故の件数についてのデータが公表されるようになり、保育施設におけるこどもの死亡事案が明らかになってきた。以降、年に一度、詳細な事故報告が公表されるようになり、特に発生数の多い睡眠中の突然死の危険因子として「不慣れた環境」、「睡眠時の体位」や「軽微な感染症」などがあることが明らかにされた⁴。これを受けて国は2016年3月に、重大事故が発生しやすい場面ごとにおける注意事項や事故発生時の対応に関して、各施設、保育事業者、自治体へ向けて「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)を発売した⁵。その中で「仰向けに寝かせる」「安全な睡眠環境の整備」「一人寝を避ける」「窒息の原因となる口腔内食物等の除去」さらには「睡眠中の状態チェック」を教育・保育施設内での事故予防のために保育者が取り組むべき項目として提示した。

その後、保育施設における重大事案の発生状況に関しては、年に1度内閣府(現在はこども家庭庁)のサイトで公表される以外の詳細報告は認められていない。そこで本稿では、「ガイドライン」の効果および今後の課題を明らかにすることを目的に、「ガイドライン」発行前後の睡眠中の死亡を中心とした重大事案発生状況について調査を行った。

B. 研究方法

こども家庭庁がホームページ上で公開している「教育・保育施設等における事故報告集計」⁶から、2015年から2022年までの年ごとの事案別死亡者数と内容を集計した。また、総務省統計局「e-Stat」より、「社会福祉施設等調査」⁷のうち「第5表(基本票)保育所等数・地域型保育事業所数,都道府県,経営主体別」より、2015年から2022年までの保育者等の在籍者数及び年齢毎に抽出した。これらを用いて、事故発生件数と園児1000名に対する発生率の年次推移を調べた。

さらに、こども家庭庁が収集している事故報告書のうち、2015年から2022年までに発生した就寝中の死亡事案に関わる報告書の開示を受け、詳細検証を行った。こども事故報告開示時には個人を特定可能な情報は削除されており、完全匿名化された状態で検証を行った。

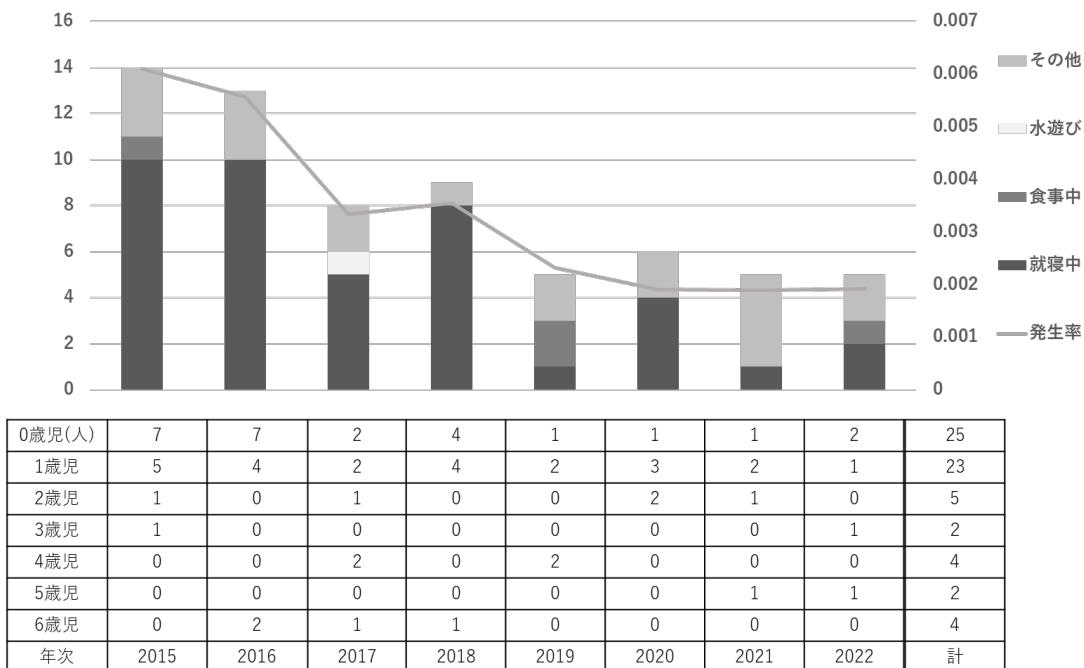
検証項目は「月齢と性別」「発見時の体位」「入園から発生までの期間」「就寝環境」「睡眠チェックの状況」であり、さらに記載の内容から新たな背景要因と考えられるものを抽出した。在園期間と事案発生リスクの関係は、0歳児と1・2歳児のグループに分けNelson-Aalen cumulative hazard estimationを用いて検討した。

検証の実施にあたり、都立多摩北部医療センター倫理委員会の承諾を得た(6-19)

C. 研究の結果

(1) 死亡事案の概況

まず、調査期間(2015~2022年)内の死亡発生名数と園児1000名に対する発生率の推移及び事案内容、さらに年次ごとの年齢別名数を図1に示す。2015年の発生名数は14名であり、発生率は0.0059と調査期間内の最高値であった。その後は減少傾向を示し2019年には発生名数が5名で発生率0.0023まで低下したが、それ以降は横ばいとなっている。



【図1】発生状況の年次推移：案件毎の件数・園児1000に対する発生率・年齢別発生数

次に年齢別発生状況であるが、0歳児および1歳児は毎年発生しており、死亡総数は48名（死亡数全体の73.8%、以下同）であった。2歳以上は散発的に発生し、2歳児が5名（7.7%）、3歳児が2名（3.1%）、4歳児が4名（6.2%）、5歳児が2名（3.1%）、6歳児が4名（6.2%）であった。

死亡発生場面では、睡眠中の死亡が最も多く41名で、全事案の63.0%を占めていた。睡眠中の死亡者数の年次推移では、2015年が10名で2017年に5名と半減し、その後は変動しながらも減少している。保育施設において重大事故が起こりやすいとされるのは「睡眠中」以外の「食事中」「プール・水遊び中」であるが、食事中の窒息が4名（6.2%）、水難事故は1名（1.5%）であった。

（2）開示された事故報告書の検証

こども家庭庁より開示された報告書41名のうち、硬膜下血腫、痙攣重積、敗血症、発熱後に抱っこして対応している間に発生した死亡の4名は睡眠関連突然死ではないと考えられることから検証から除外し、37名を対象とした。

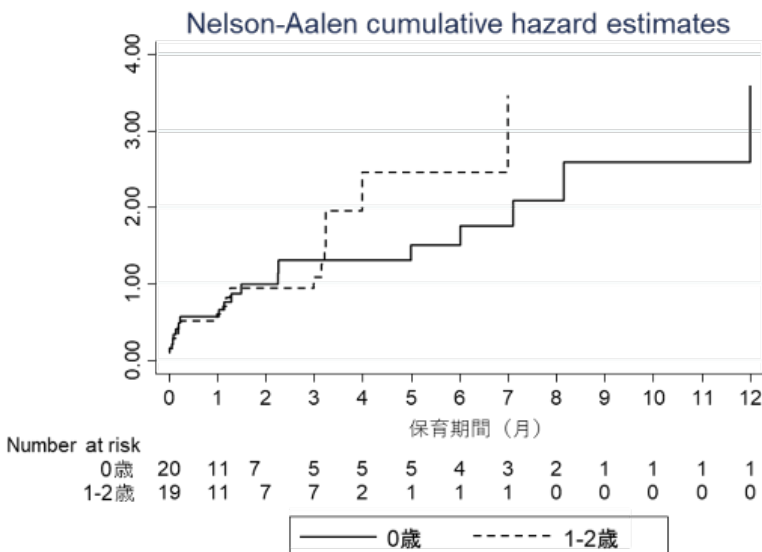
37名の概要は、男子が22名（59.5%）、女子13名（35.1%）であり、2名（5.4%）は性別について未記載であった。年齢別では0歳児が最も多く19名（51.4%）、1歳児は15名（40.5%）、2歳児は1名（2.7%）であった。3歳以上は認めなかった。2名（5.4%）は年齢不

記載だった。

① 在園期間

37名の事案発生までの在園期間に関する検証結果は以下の通りであった。発生までの在園期間が1か月未満であったのは16名（43.2%）で、0歳児と1歳児がともに7名おり、2歳児が1名、年齢不明が1名であった。在園1か月以上2か月未満に発生したのは全部で7名（18.9%）おり、内訳は0歳児が3名、1歳児が4名であった。在園2か月以上3か月未満に発生したのは2名（5.4%）で、年齢はすべて1歳児であった。在園3か月以上4か月未満に発生したのはすべて0歳児で5名（13.5%）であった。在園4か月から7か月までは毎月1名であり、在園8か月以降の発生は認めなかった。

逆に、在園期間が短い死亡案件について詳細に調べたところ、在園1か月以内の発生状況として、登園初日に死亡した事案が5名（31.3%）あり、内訳は0歳児・1歳児がともに2名、年齢不詳が1名であった。在園2日目に死亡した事案は1名（6.3%）であり、0歳児であった。さらに、在園7日目、在園9日目にはそれぞれ0歳児、1歳児が1名ずつ死亡しており、在園5日～10日以内は4名（25.0%）であった、それ以降は散発的に1名の発生を認めた。登園初日と2日目に死亡した6名のうち4名（66.7%）は、定期的な保育を受けている児ではなく、一時預かりの児であった。



【0歳児対1-2歳児の死亡割合】

	0歳	1-2歳	Total	exposed
Cases	21	17	38	0.5526
Controls	561679	2680464	3242143	0.1732
Total	561700	2680481	3242181	0.1732
Odds ratio	Point estimate 5.895113		[95% Conf. Interval] 2.962262	11.89714 (exact)
	P < 0.00001			

【0歳児対1-2歳児の登園開始2週以内の死亡割合】

	0歳	1-2歳	Total	exposed
Cases	8	12	20	0.4000
Controls	561679	2680464	3242143	0.1732
Total	561687	2680476	3242163	0.1732
Odds ratio	Point estimate 3.18149		[95% Conf. Interval] 1.128094	8.462698 (exact)
	P = 0.0074			

【0歳児対1-2歳児の登園開始3ヶ月の死亡割合】

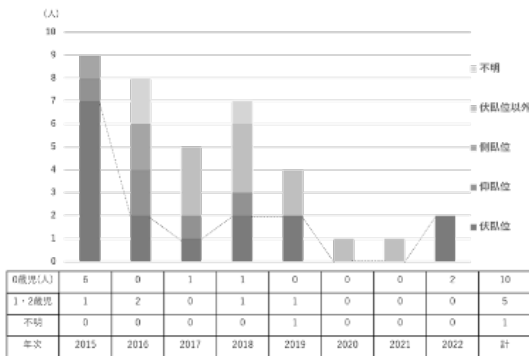
	0歳	1-2歳	Total	exposed
Cases	13	12	25	0.5200
Controls	561679	2680464	3242143	0.1732
Total	561692	2680476	3242168	0.1732
Odds ratio	Point estimate 5.169921		[95% Conf. Interval] 2.175113	12.39599 (exact)
	P < 0.00001			

【図2】 Nelson-Aalen cumulative hazard estimationによる0歳児及び1.2歳児の在園期間と発生リスクの推定

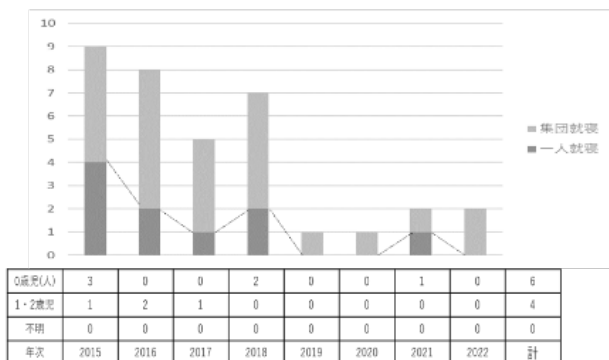
次に、37名を0歳児と1・2歳児のグループに分け、Nelson-Aalen cumulative hazard estimationを用いて、在園期間と発生リスクの推移を求めた(図2)。1・2歳児に対する0歳児の死亡割合のオッズ比は5.89(95%信頼区間: 2.96-11.8; P<0.001)であった。1・2歳児に対する0歳児の登園開始2週以内の死亡割合のオッズ比は3.18(95%信頼区間: 1.12-8.46; P=0.007)で、登園開始3か月以内の死亡割合のオッズ比は5.16(95%信頼区間: 2.17-12.3; P<0.001)であった。その結果、0歳児、1・2歳児ともに入園から14日までは死亡発生リスクが同等であることが確認された。3か月以降は0歳児の危険度が1・2歳児を上回っていた。

② 発見時の体位

次に、対象者37名の死亡発見時の体位に関する検証では、腹臥位で発見されたのは16名(43.3%)と最も多かった。年齢別では、0歳児は10名(55.6%)、1歳児は5名(31.3%)であった。1名は年齢不詳であった。腹臥位で発見された症例数の年次推移は(図3-1)、2015年は7名(77.8%)で、2016年には2名(25.0%)と顕著に減少した。その後も2名以下で推移している。在園期間との関連を見ると(図4-1)、0歳児は在園1か月未満が4名(40.0%)、在園1か月が3名(30.0%)おり、その後は在園4か月と7か



【図3-1】うつぶせ寝発症件数年次推移と年齢別件数。



【図3-3】一人寝による発症件数年次推移と年齢別件数。

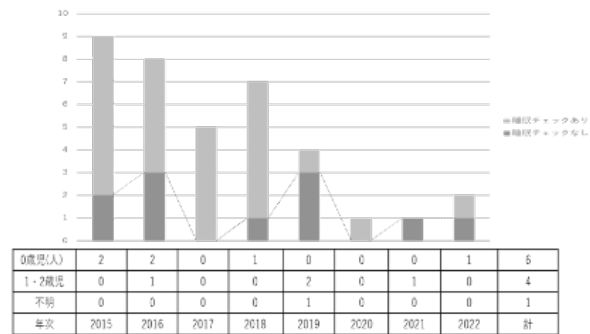
月に1名(10.0%)ずつ認められた。1名は不明であった。1・2歳児では在園1か月未満が4名(80.0%)、在園1か月が1名(20.0%)であり、その後は認めなかった。

③ 不適切な呼吸チェック

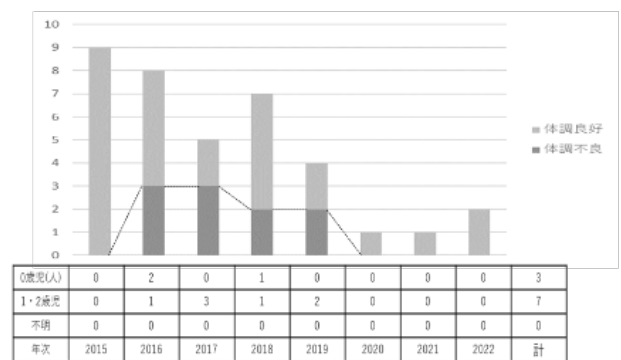
現在、保育施設では睡眠中に触知を含めて呼吸を含め児の状態を定期的に観察する睡眠中の呼吸チェックの実施が求められている。自治体ごとに規定は異なるが、0歳児では5分に1回、1・2歳児以上は10分に1回のチェックを行うのが一般的である。呼吸チェックは記録保存が決められており、自治体による指導監査では、これらの書類も必ずチェックされている。

そこで、開示されたデータから、呼吸チェックの実施状況を検討した。適切に実施されていなかったと判定したのは11名(29.7%)おり、0歳児が6名(31.6%)、1・2歳児は4名(25.0%)、年齢不明が1名であった。年次別の発生状況には明らかな傾向は認めなかった(図3-2)。また、在園期間との関連(図4-2)は、在園1か月未満は5名(45.5%)おり、0歳児2名(33.3%)、1・2歳児2名(50.0%)、1名は年齢不詳であった。在園1か月では0歳児と1歳児ともに2名だった。1名は在園期間が不明であったが、在園4か月以降に不適切な呼吸チェックが要因と思われる事案は認めなかった。

④ 一人寝



【図3-2】不適切な睡眠チェックによる発症件数年次推移と年齢別件数。

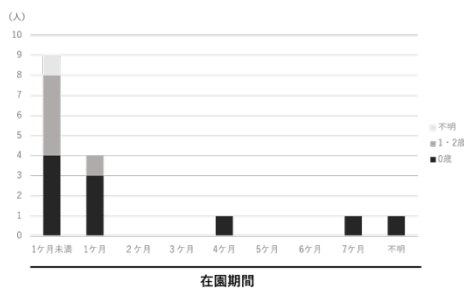


【図3-4】体調不良による発症件数年次推移と年齢別件数。

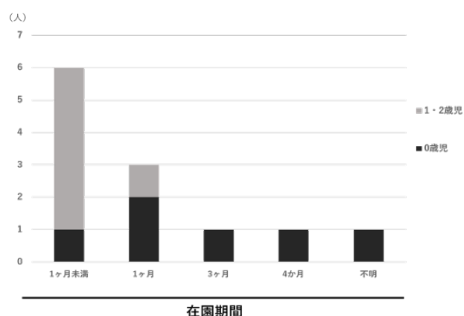
保育者はこどもの睡眠の様子を十分に注意して観察する必要があるが、他の児と離して別室などに一人で寝かせ、保育者が見ていない間に死亡する事例がある。37名のうち一人での就寝中に死亡したのが12名(32.4%)で、0歳児、1歳児ともに6名ずつであった。年次別の発生状況(図3-3)では、2015年には4名(33.3%)であったが、2016年には2名(16.7%)と半減し、2019年以降は1名を認めただけであった。在園期間との関連を見ると(図4-3)、在園1か月未満で発生しているのは0歳児が1名(16.7%)で、1・2歳児は5名(83.3%)であった。0歳児は在園1か月で2名(33.3%)、在園3か月および在園4か月以降でそれぞれ1名(16.7%)を認めた。なお1名は在園期間が不明であった。一方、1歳児では在園1か月以降に1名(16.7%)が認められたのみであった。一人寝をさせられていた上に、呼吸チェックが不適切だったと判定したのは7名(58.3%)であった。

⑤ 体調不良

対象37名のうち、感冒症状など体調不良が疑われたのは、0歳児3名(18.8%)で1歳・2歳児合わせて7名(43.8%)、年齢不詳1名の計11名(29.7%)であった(図3-4)。体調不良のある児には腹臥位で発見された者はいなかった。年次別の発生状況には明らかな傾向は認めなかった。在園期間については図4-4にまとめたが、在園1か月未満が3名(27.2%)、在園1か月が2名(18.2%)、在園2か月が2名(18.2%)、その後は在園3か月、在園6か月、在園8か月時に、



【図4-1】発見時体位が腹臥位だった例：年齢別及び在園期間との関連を示す



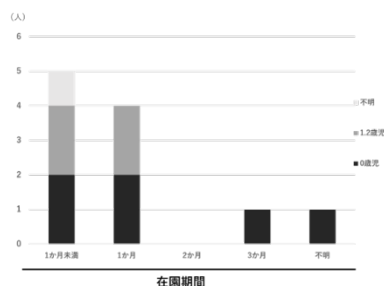
【図4-3】一人寝での発生状況：年齢別及び在園期間との関連を示す

それぞれ1名(9.1%)ずつ認められた。

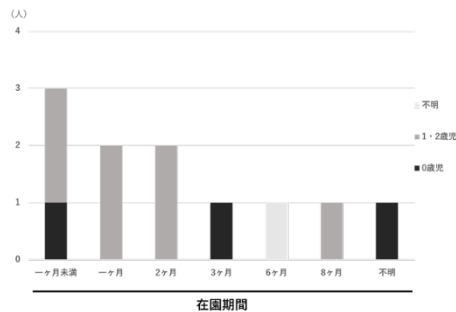
⑥ その他の要因

特記したいのは、検証対象とした37名のうち、夜間保育施設において0歳児4名(21.1%)、1歳児1名(6.3%)の計5名(14.3%)の死亡が確認されたことである。開示された報告書の詳細な内容から、保育士が不在であった施設や、0歳から4歳児まで計29名を3名の保育士が見ていた施設など、不十分な体制の施設が見られた。また、夜間保育施設5施設のうち3施設で睡眠中の呼吸チェックが実施されていなかった。

さらに、保育施設の安全対策に関する項目として、「安全マニュアル」の設置と「安全に関する研修」の実施の有無について調査した。マニュアルの設置に関しては37施設中の12施設(32.4%)が設置していたが、14施設(37.8%)が無回答であった。一方、安全研修に関しては7施設(18.9%)で実施しているのみであり、17施設(45.9%)が無回答であった。マニュアルの設置と安全研修の両方があると回答したのは5施設(13.5%)に過ぎなかった。



【図4-2】不適切な睡眠チェックによる発生状況：年齢別及び在園期間との関連を示す



【図4-4】体調不良に伴う発生状況：年齢別及び在園期間との関連を示す

D. 考察

こども家庭庁が保管している保育事故報告書のうち、2015年から2022年までの間に発生した睡眠中の死亡事案に関する報告書の開示を受け、それらを用いて死亡に関する詳細な検証を行った。

保育施設における重大事故発生時の対応に関しては「昭和46年7月31日児発第418号厚生省児童家庭局長通知」により、1971年の段階で、保育施設において事故が発生した場合には詳細を速やかに報告することが求められていた。しかし、厚生労働省が保管している事故報告書のうち、統一書式に記載された2008年から2012年までの報告書を用いた前回の調査では、報告書が未提出であったり、内容に欠落があったりするものが多く、統計的解析までに至らなかった⁴。今回、調査のために開示された報告書は41名分で、こども家庭庁が公開している保育施設における睡眠中の死亡名数と同数であり、報告漏れはないことがわかった。

しかし、基本情報が欠落しているものや、また、事故経過が詳細に記載されていないなど、再発防止を目的とした検証を行うためには不十分な報告書も認められた。こども家庭庁の規定では、事故報告は、事案発生当日もしくは翌日までに第一報を施設から自治体に送り、自治体を通してこども家庭庁に送った後、さらに1か月以内にさらに詳細報告を行うこととされている。第一報は、現場の混乱を反映して不十分な内容になりかねないが、その後の報告では正確かつ詳細な記載が求められる。受け付ける自治体は報告書の内容を精査し、修正を求めるなどの対応が必要である。また、最終診断の記載があったのは8名（21.6%）にとどまった。剖検実施後に最終診断が下されたため、保育施設が個別に警察等に問い合わせても開示は困難である。そのため、当該自治体が責任を持って記載する必要がある。

今回調査期間内の死亡事案発生状況の年次推移を見ると、2017年に顕著に抑制されており、2018年以降は多少の増減を認めるものの概ね減少傾向を認めた。2016年に発出したガイドラインの効果と考えられるが、2019年以降は横ばいであり、さらなる対策の充実が求められる。

年齢別の発生状況を見ると、0歳児が25人であり1歳児の23人とはほぼ同数であった。0歳児の発生は2017年以降顕著に減少しているが、1歳児は減少傾向ではあるものの横ばいであると

言える。1歳児に対する保育の安全対策を強化することの重要性が示唆された。「ガイドライン」のほか、2018年から改訂『保育所保育指針』『幼保連携型認定こども園教育保育要領』にも示された「睡眠中」「食事中」「プール・水遊び中」の三大危険場面のうち、睡眠関連死は41名（63.1%）と圧倒的に高率であり、睡眠中の安全確保が最重要課題であると考えられた。

前回の検証ですでに、預けはじめて間もない時期の死亡事故発生率が非常に高いことが明らかになっている³。労働環境は以前にも増して厳しく、育児休業明けに職場復帰を急ぐ保護者が増えたことから、慣れ保育を中止したり期間を縮小したりする傾向にあったが、この検証結果を基に、預けはじめの時期の危険が周知¹⁰され、慣れ保育を徹底する流れが出来た。今回の調査でも、預け始めから14日間は、0歳児、1・2歳児ともに同様に高い発生率を認めている。このことから、最低でも14日間は慣れ保育を行うことが必要不可欠な安全対策であると言える。

さらに注視したいのは、今回の調査で明らかになった預け始めから1週間以内に発生した事案のうち約半数が一時保育であったことである。一時保育とは、自治体あるいは保育施設と契約して定期的にこどもを預ける保育ではなく、保護者が自宅で保育をすることができないときなどに、一時的にこどもを預けられるサービスのことである。認可保育施設だけでなく認可外保育施設でも行われているほか、自治体が一時的にこどもを預かってくれる人を紹介して契約を結ぶファミリーサポートや、地域の社会福祉協議会や子育て支援施設、「ひろば」などの子育て支援を行っている団体が行っているもの、ホテルの託児室などで行われているもの含むと、現在、相当数の一時保育が行われている。待機児童が多い地域では一時保育も保護者の就労のために使われていることが多いのが現状である。認可保育施設では通常の保育と同様に慣れ保育を行う施設も多いが、保護者の事情によっては急にこどもを預なくてはならない場合の一時保育では、慣れ保育は行われなないのが一般的である。

2025年度からは保護者の就労等の有無にかかわらず、保育所、幼稚園、認定こども園等を利用していない未就園児を定期的に預かり、理由を問わずに保育を利用することが可能な「こども誰でも通園制度」が開始される。東京都の

「多様な他者との関わりの機会の創出事業」のように、「子ども誰でも通園制度」と同様の制度をすでに自治体が行っているところもある。「子ども・子育て支援新制度」の給付を受けることができなかつた0～2歳の、家庭で育てている子どもに給付を付け、いずれかの保育施設と紐付けて一次的な保育を行うという点では意義があるが、安全面では不安もある。たとえば、園児数の減少が続いている幼稚園等、これまで0～2歳の乳児を預かっていたことがない保育施設で低年齢児を預かることが増えることが予想されている点である。慣れ保育等の徹底や、睡眠中の呼吸チェックの方法など安全のマニュアルの作成や職員の研修を実施することが必要である。さらに、保護者へのリスクの周知なども含め、危機管理の徹底が求められる。

睡眠中の低年齢児の突然死に関しては、「ガイドライン」には、うつぶせ寝を避ける、独りにしない、安全な寝具の利用を含む環境整備、口腔内の異物や吐物の確認、睡眠中の安全チェックに関して記されている。しかし、睡眠中の部屋の明るさや周囲の設備などの睡眠環境や寝具の状態については具体的な記載がないため、本研究では検証が出来なかつた。報告書に現場写真を載せるなど、再発予防のための事故後の検証可能な書式にすることも検討する必要がある。

また、既に示した危険因子に関する検証では、体調不良以外の3因子はいずれも発達に伴い解消するものであると考えられた。在園期間が8か月を過ぎれば0歳児の死亡もなくなるのは、子ども自身が発達したことと、保育施設の環境に慣れたためと考えられる。1・2歳児ではこれらの因子による死亡が入園初期に限定して確認されており、不慣れた環境での母子分離が各因子の増幅因子と考えられた。一方、体調不良がある場合は、在園期間や年齢に関わらず危険であることが示された。従って、入園から時間が経過した子どもに対して、睡眠時の呼吸チェックを簡略化してよい理由にはならないと言える。

腹臥位が就寝中の乳幼児の突然死の危険因子と報告されたことにより、わが国でも1995年からBack to Sleep Campaignが開始された。この結果、顕著に予期せぬ乳幼児の突然死

(Sudden Unexpected Death in Infant: SUDI) の発生が抑制された⁹。このことは現在では保育士など乳幼児に関わる仕事に就く人た

ちにとっては常識となっている。一般的には1歳を過ぎ寝返りが可能になった子どもは腹臥位になっても問題ないとされているが、前回の調査⁴においては1・2歳児であっても保育施設という家庭とは異なる環境の下では危険がある可能性を指摘したが、これが浸透したものと思われる。実際、前回の調査⁴では保育施設で死亡した1・2歳児のうち伏臥位で発見された児は76.5%であったが、今回は31.5%と半減している。一方、0歳児は前回の調査時が53.0%であり今回調査(52.6%)と大きな差はなかつた。腹臥位で発生した件数の年次推移は、2016年に顕著に低下した後は増加しておらず、「ガイドライン」の効果が認められるものと考えられる。

ただし、「ガイドライン」には子どもの異変の早期発見を目的に睡眠中の状態チェックの励行が記載されているものの、具体的な実施方法は詳細には記されていない。今回の検証では、在園1か月未満、在園1か月の0歳児および1・2歳児共に2名ずつ、不適切な睡眠時の呼吸チェックが死亡の要因として確認されている。その後の時期において1・2歳児は確認されていないが、0歳児は在園3か月でも確認されている。就寝中の突然死は3歳未満であれば発生するものであり、家庭とは異なる子どもに不慣れた環境下では1歳を越えても呼吸チェックが必要であることがあらためて明らかになったといえる。なお、子どもが保育施設の環境に慣れたと思われる在園2か月以降にも死亡事案が発生していることから、死亡の危険度は低下するが完全に解消しているわけではないことを認識する必要がある。

危険因子の1つである一人寝の危険については、保育施設内の環境について再考する必要がある。午睡の時間中に他の児の睡眠を妨げることを危惧し、別の部屋に一人で寝かせるなどの対応をしている間に、子どもが死亡した事案がある。こういった場合、一般的には、保育者が泣いている児を背負ったり抱っこしたりして別の部屋やスペースに行き、落ち着かせる必要があるが、対応可能な人員配置や子どもが落ち着ける別の部屋やスペースが必要になる。そういった対応が不可能な環境下では、子どもを一人で寝かせて睡眠中の呼吸チェックが不十分になるなど危険が増幅する可能性が推定される。

感染症がSUDIの原因となることはよく知られた事実である⁹。今回も記載されている内容を

手掛かりに感染症の疑いを抽出したところ、1・2歳児が7名認められたが、0歳児は3名と半数以下であった。統計解析でも唯一年齢による有意差を認めなかった。また、発生についても在園期間に偏りが見られず、まんべんなく散見されていた。このことより、体調不良は他の危険要因とは異なる性質のものであると考えられる。

最後に、前回の検証ではみられなかった要因として、夜間保育が挙げられる。今回の報告では死亡事案37名中5名に夜間保育を利用していたという報告が認められた。夜間保育に関しては、2000年3月30日に厚生労働省から夜間保育所の設置許可等¹¹について、経営主体、定員、職員配置などに関する基準が定められている。しかし、今回の検証では0歳から4歳までの9人のこどもを保育資格のない職員1人が対応していた中での死亡事案が報告されている。基準を満たしていない不適格な保育施設で質の低い保育が行われていることが明らかになった。監査や立入調査の実施など、行政の管理の厳格化などの徹底が望まれる。しかし、全国的にも認可外保育施設への立入調査は十分に行われておらず、実施率は東京都においても27.6%にとどまる¹²。監査を十分に行い、保育環境の整備や保育内容のチェックを行うほか、安全マニュアルの整備や安全研修さえ実施されていない施設も多数認められていることから、学会などが中心となって安全マニュアルを作成して提供し、e-learningなどで容易に研修が受講できる環境を整備することが必要であることが示唆された。

E. 結論

CDRは地域を基盤に検証を行うが、このような希な事案は全国で事例を集約し検証を行わないと対策の立案は困難である。症例を集約して検証を実施するシステムの確立も検討する必要がある。また、安全対策の立案には、報告書の書式や記載内容の改善が必須と思われた。さらに、CDRは死亡事案のみを検証するが、幸いにして死を免れた重大事案も併せて検証することで、より効果的な安全策の立案に繋がると思われた。

引用文献

1. 猪熊弘子 (2018) こども子育て支援新制度がもたらす保育の社会化と市場化：保育は誰のものなのか? 『大原社会問題研究所雑誌』722巻, pp. 33-57, 法政大学大原社会問題研究所
2. 大畑 陽平(2012) 『現代社会における保育所入所待機児童問題』
http://archive.kyotogakuen.ac.jp/~o_human/pdf/association/2012/m2012_01.pdf (2023年5月15日アクセス)
3. 厚生労働省 (2013) 「待機児童解消加速化プラン」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/taiki_jidokaisho_01.pdf (2023年5月15日アクセス)
4. 小保内俊雅, 五島弘樹, 遠藤郁夫, 帆足英一. 仁志田博司(2014) 「保育施設で発生した死亡事案」日児誌. 2014 ; 118 : 1628-1635
5. こども家庭庁 (2016) 「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」
<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/guideline> (2023年12月8日アクセス)
6. こども家庭庁 (2023) 「教育・保育施設等における事故報告集計」
<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/shukei>
7. 総務省統計局 (2025) e-Stat 政府統計の窓口 社会福祉施設等調査 H10 児童福祉施設等の在所者数, 年齢各歳、施設の種類・経営主体の公営-私営別
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&oukei>
8. 小保内 俊雅, 市川 光太郎, 山中 龍宏, 仁志田 博司. 「安全で安心な保育環境構築に向けて」日児誌. 2017; 12 : 1224-1229
9. 小保内俊雅, 五島弘樹, 仁志田博司. 我が国における乳幼児突然死症候群発生率の変遷. 日児誌. 2017 ; 121(8) : 1344-1348
10. 東京新聞(2018) 「保育園選びの基本の

キ！これだけは押さえない 14 のチェック
ポイント」 <https://sukusuku.tokyo-np.co.jp/hoiku/3610/> (2025/05/24 最終アクセス)

11. 厚生労働省 (2000) 夜間保育の設置許可等について
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?data

12. 東京都 (2024) 認可外保育施設の立入調査について
<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/R6ninkagaigaiyou>
[Id=00ta9201&dataType=1&pageNo=1](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/R6ninkagaigaiyou)