

# 小児科診療 UP-to-DATE

2018年9月5日放送

## 保育施設での子どもの突然死とその予防

多摩北部医療センター 小児科  
部長 小保内 俊雅

近年女性の社会進出の拡大や、核家族化の進行などにより保育園の利用者数が急激に増えていきます。一方で、保育施設で亡くなる痛ましい事故も後を絶ちません。待機児童問題解消を目的とした様々な施策は社会全体の関心事として取り上げられますが、死亡事案は待機児童問題ほどには関心はなく、抜本的な安全策の検討など十分な対応はとられていないのが現状です。保育施設で痛ましい突然死が発生しないようにするための留意点と、もし突然死に遭遇した場合の対応などについて解説いたします。

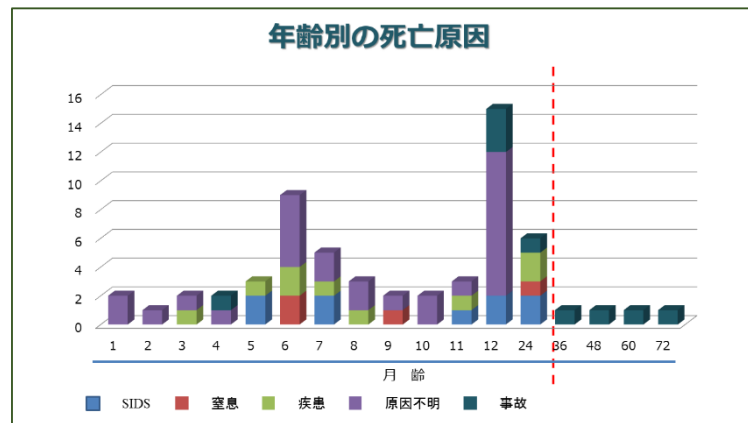
### 保育施設で発生する死亡事案

保育施設で発生する突然死の数は2009年以降年々増加傾向でしたが、2013年をピークに次第に減少しています。2009年からの死亡件数の増加は、園児数の急激な増加に伴う自然増であると考えられましたが発生率を算出してみると、2013年までは発生率も増加しています。このことから、保育受け入れ拡大が安全を置き去りにして急速に推進されてきたことが推察されます。



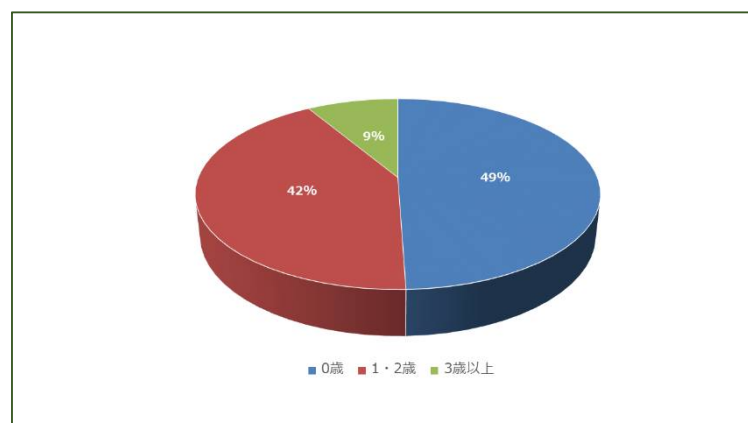
保育施設で発生する死亡事案は、就寝中の突然死と活動中の事故死に分類することができます。年齢別に死亡原因を調べてみると、3歳以上の児は活動中の事故死のみでしたが、3歳未満の児では大部分が就寝中の突然死でした。このことから、3歳を境に安全対策が全く異なってくるということが明らかになりました。

就寝中の突然死とは乳幼児突然死症候群（Sudden Infant Death Syndrome：SIDS）を連想されると思います。SIDSは1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群と定義されています。しかし、保育施設で発生する突然死は1歳を越えた



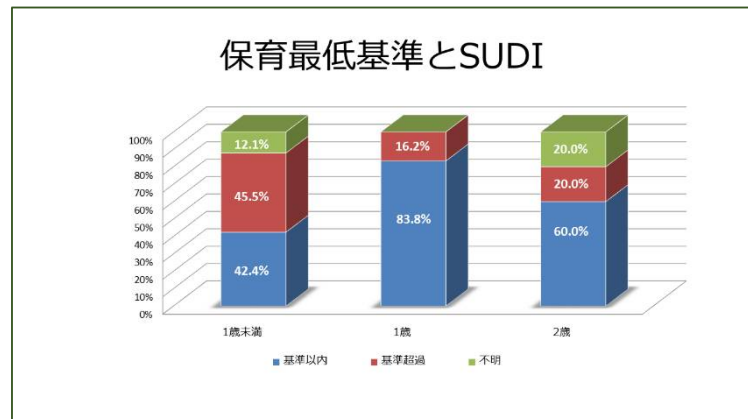
子供にも発生していることから、SIDSと捉えることは相応しくありません。また、保育施設で発生する突然死をSIDSと考えることで、1歳を越えた子供たちには起こらないとの間違った印象を与えてしまう危険もあります。とは言え、1歳を越えた幼児に発生する就寝中の突然死を適切に表現する診断名は国際的にも定まっていません。近年、乳幼児の予期せぬ突然死(Sudden Unexpected Death in Infant：SUDI)との概念が広く受け入れられています。これは診断名ではありません、あくまでも概念です。SUDIには明確な定義は在りませんが「それまでの健康状態や家族歴から予想できなかった、乳幼児に起こった突然の死亡」と考えられています。つまりここでは発症年齢の制限は学齢以下と幅が広く、また、死後検査によって原因が判明したものも含まれます。保育施設での突然死をSIDSではなくSUDIと捉えることで、多様な原因や幅広い年齢層の死に対する安全対策を策定することが可能になると考えられます。

保育施設で発生する死亡事案の年齢分布を2009年から2014年の統計を基に調べてみると、SIDSの好発年齢である0歳児が最も多く全体の49%を占めていますが、1・2歳児が42%で3歳以上の児は全体の9%でした。危険が去ったと思われる1・2歳児がことのほか多いのが特徴です。そこで保育園での年齢別SUDIの発生率と全国のそれを比較してみると、保育施設での0歳児のSUDI発生率は全国の50%程度ですが、1・2歳児の保育園での発生率は全国の発生率を上回り、低い時で1.1倍、最も高い



時では2.4倍にまで達しています。

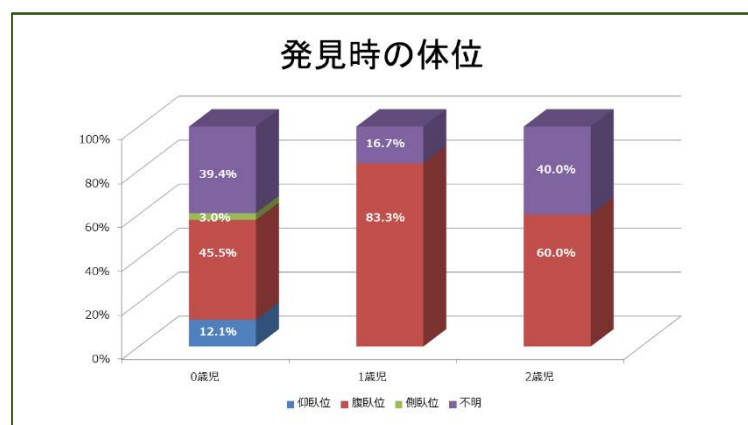
次に保育の安全に関する保育最低基準との関連を見てみました。保育最低基準では保育士1人に対して0歳児は3人まで、1・2歳児は6人までと決められています。そこで、0歳児の死亡が発生した施設の状況をみると42.4%が保育最低基準を順守していましたが、45.5%は規定を超過する児を見ていました。一方、1歳児では83.3%が2歳児では60%が基準を順守している施設で発生していました。このことから、基準を順守することで0歳児の死亡が抑制される可能性が示唆されると同時に、1・2歳児の基準が妥当でない可能性も明らかになりました。



## 突然死の危険因子

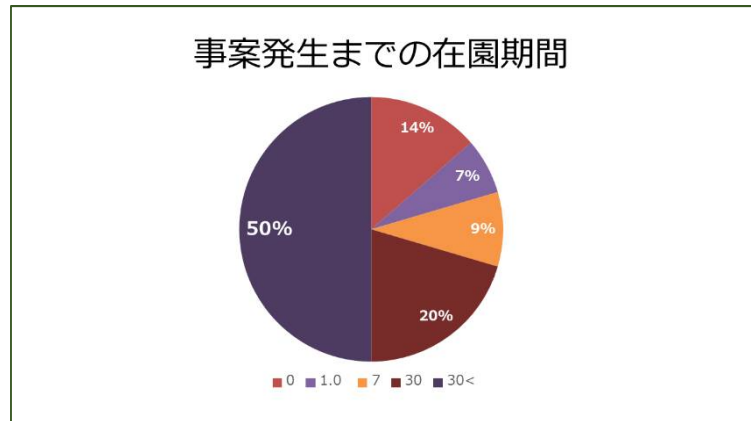
次に死亡状況を分析することで明らかになってきた危険因子についてお話をします。

うつぶせ寝が突然死の危険因子とされているのは周知のとおりです。世界的に Back to Sleep Campaign (BTS) が実施された後、SUDI の発生が顕著に抑制されました。しかし、厚生労働省 SIDS 科学研究班の提言を受けて、厚生労働省は1歳を超えた児に関してうつぶせ寝で問題はないと保育園むけに通達を出しています。しかし、実際に発見された時の体位を見ると、0歳児では45.5%がうつ伏せだったのに対し、1歳児は83.3%が2歳児では60%がうつ伏せで発見されています。1歳を超えてうつ伏せに問題がないとする提言は、アメリカ小児科学会の recommendation を根拠にしたものです。突然死の発症には環境因子と人種的要因が深くかかわっていることが解っています。ですから、諸外国のデータを参考に日本でも検証をしたうえでこのような提言はすべきです。今では1・2歳児でもうつ伏せで発見される子は減っています。このことも発生数が減少傾向になった要因ではないかと考えられます。



登園開始から死亡発生までの期間が重要であることが解っています。子供は新しい環境に適応するのが苦手です。夏のバカンスで訪れた初めての場所で一人寝にされると危険が高まることは

既に海外では報告されています。保育施設では発生事案の 14%が登園初日に、また、一週間以内に発生全体の 30%が発生しています。個々の事例で見ると、1歳の児が午睡中に泣き出したため、周りの子供の睡眠を妨げないようにといつもと異なる部屋で一人うつぶせ寝で寝かされて 30 分後に心肺停止で発見さ



れた事例があります。本児の登園からの期間は不明ですが、いつもと異なる環境に、一人でさらにうつ伏せで寝かされたことが事案発生の誘因になったと考えられます。保育施設では午睡中に 5 分ごとの呼吸チェックを行っています。この呼吸チェックの効果が不明であり、保育士の負担を増やすので意味がないとの意見を聞くことがあります。確かに、異変を早期に察知するにはモニターなどを用いた観察が有効のように思えます。しかし、午睡チェックの最大の目的は、子供たちに私たちが一緒にいるよ、一人にされていないよというメッセージを伝えることなのです。子供たちの不安を取り去ることで、発生を抑制できると思われま

す。以上のことから、うつぶせ寝、慣れない環境そして独りぼっちが現在わかっている危険因子と考えられます。さらに、感染症や熱性けいれんなども危険因子として考えられています。

### 突然死への対応

では、このような症例に遭遇した時にどのように対応するべきでしょうか。勿論全力で蘇生を試みることは当然ですが、蘇生がかなわなかったときの対応です。このような事案は異状死体となるので、医師法 21 条に従って警察に通報することが必須です。お伝えしたいのは、社会的対応ではありません。このような症例に遭遇した時には、何が起こったのか、何故起こったのかを明らかにする努力を惜しまないことです。全身解剖、家族歴を含む病歴調査、そして死亡状況調査の実施に全面的に協力することが必要です。遺族のみならず、児の保育に関わったものそして広くは社会がそれを必要としています。特に遺族はそこが明らかにならないと、死の受容が進みません。解剖を含む死後検査は、医師だからできること、医師にしかできないグリーンケアでもあるのです。そして、それら



から得られた貴重なデータを集約し、個々の事案にみられる共通性と個別性に分別することで、危険因子の抽出が可能になるのです。これらを基に、医師のみならず保育の専門家や、児童心理の専門家など多職種によって安全対策を検討しなくてはなりません。これがまさに子供の死亡検証制度、Child Death Review です。現在内閣府の主導で地域ごとに個別事案検討を行っていますが、効果は充分ではありません。Child Death Review は防げる死亡から子供を守り、明るい未来を創造するための大事な仕事でもあるのです。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>