

シンポジウム 保育事故を繰り返さないために ～再発防止のための調査・検証の制度化に向けて～

日時：平成 25 年 9 月 15 日(日) 13:30～16:30(開場13:00)

場所：ソラシティ カンファレンスセンター 1階 Room B

議事次第

はじめに (13:30～)

第1部：事例報告 (13:35～)

1. 保育事故の現状

◇小山義夫さん、津久井利広さん、藤井真希さん(赤ちゃんの急死を考える会)

2. 保育所における事故防止の取組み

◇掛札逸美さん(NPO法人 保育の安全研究・教育センター)

◇久野順子さん(社会福祉法人つくしんぼ保育園園長《東京都日野市》)

【休憩】 (14:15～)

第2部：基調講演 (14:25～)

◇中山龍宏さん(緑園こどもクリニック院長)

◇住友剛さん(京都精華大学人文学部准教授)

◇寺町東子さん(弁護士)

◇栗並えみさん(碧南市認可保育園死亡事故 被害児童の母親)

【休憩】 (15:25～)

第3部：パネルディスカッション (15:35～)

パネリスト：中山龍宏さん、住友剛さん、掛札逸美さん、久野順子さん、寺町東子さん

進行：栗並えみさん

おわりに(～16:30)

保育施設での死亡事故を通して

小山 義夫（赤ちゃんの急死を考える会）

1. 死亡事故が調査検証されない理由とその弊害

- ① 保育施設における死亡事故の8割以上が、0歳～1歳児の午睡時の変死事例。その多くが認可外保育施設で生じていてうつぶせ寝の死体で発見されることが多い。厚労省が公表した2012年の1年間に生じた死亡事故18件の内、3件が一時預かりで初めて預けた数時間後の死亡、3件が夜間保育での死亡（別紙参照）。
- ② 周囲はしやべれない園児に囲まれた密室ともいえる環境で生じる死亡事故。当事者の虚偽説明が唯一の証拠として真実認定される現実。行政は認可外を理由に事故調査には消極的。
 - ・2001年3月15日、都内のベビーホテルでの死亡事例。
 - ・2002年2月29日、香川県内の認可外保育施設で園長が殺害していた事例。
 - ・2002年11月1日、福岡県内の認可外保育施設で虐待死が疑われる事例。
 - ・2010年2月1日、沖縄県内の認可外保育施設での死亡事例。
- ③ 死亡状況が不透明なため医学的な死因も「不詳」「SIDS（乳幼児突然死症候群）」とされやすいので、事故ではなく突然死（病死）扱いで不間にされる。しかし「突然死」という呼称は本来、窒息死など外因死も含む広い概念だが、ここでは子どもの自己責任の病死と処理されがち。よって、この言葉で事実解明が思考停止することが多く、この弊害は子どもが死に至る原因を究明し、再発防止につなげる教訓化を妨害することに。
- ④ 突然死とは何となく仕方のない不可抗力のような雰囲気を感じさせる叙述であるが、実際には多くの場合、乳児の死を招く何らかの保育環境と関係しており、防ぐ可能性を秘めた事故であることが多い。「死ぬ蓋然性のない子どもがなぜ保育施設で死亡するのか？」「子どもの死には必ず原因がある」の視点こそ重要。
- ⑤ 施設が加入する保険制度の差による違い。無過失責任主義の共済給付見舞金制度か、厳格な過失割合認定が求められる損害会社の賠償制度か。
- ⑥ 死亡事故を一件ごとに調査検証し、原因と教訓が社会的に共有されないため毎年同じ失敗、不注意で死亡事故が繰り返されている。何度も死亡事故を起こすリピーターが規制もなく保育運営できる温床に。

2. 乳幼児の死亡事故に多い保育行為 - 能動的な場合、余儀なくされた場合

- ① 泣きやまない乳幼児にてこずり、うつぶせ寝にしてそのまま目を離してしまう。
- ② 自宅で一度もうつぶせ寝にされなかつた乳児が、施設で初めてうつぶせ寝にされる。
- ③ 泣き声で隣の園児を起こしてしまうからと、うつぶせ寝の乳幼児の頭から布団や毛布をかぶせてしまう。
- ④ 午睡中が「唯一の休憩時間、会議時間」となっている保育現場では、午睡部屋が無人になりやすい。午睡中の吐乳（吐物）吸引での急変や痙攣発作→窒息死を見逃してしまう原因に。
- ⑤ 狹い部屋に乳幼児を午睡させたため、乳幼児同士が重なり合っての窒息死。また部屋に余裕がないため、年中・年長児が寝ている乳幼児を踏んでしまうことも。
- ⑥ 傾斜のついたベビーラックに寝返りできない乳児をうつぶせ寝に固定して放置。
- ⑦ 乳児の口に哺乳瓶をくわえさせたまま放置する。
- ⑧ 午睡中に保育者が外出する、別室でテレビを見る、ゲームをやる。

認可保育所での死亡事故 6 件の内訳 (20013 年 1 月に厚労省が公表分の事故報告書から抜粋)

発生年月日	自治体名	死 亡 事 故 の 概 要
1 2012/2/2	埼玉県熊谷市	●1歳7ヶ月児。発見時はうつぶせ寝(顔は横向き)。午前9時前に登園後、発熱したため園から両親にお迎えを求める連絡。13時35分、父親の迎えにあわせ保育士がベッドから抱き起こすと心肺停止状態だった。司法解剖の結果は不明。外傷もなく、事件性もないためプレス発表はしないとの警察の見解。
2 2012/2/15	東京都あきる野市	●1歳6ヶ月児。使用した体温計を所定の場所へ戻すため保育士が離れたときに、小さく切って与える予定だった直径3センチの平たい白玉団子を園児が自分で飲み込み詰まらせる。窒息状態から心肺停止になり、5日後に搬送先の病院で死亡。事故の半年後、東京都が市に事故報告書の提出を催促する。解剖の有無は不明。
3 2012/3/7	高知県南国市	●2歳児。発見時はうつぶせ寝(顔はやや横向き)。12時20分頃、うつぶせ寝で入眠 → 12時25分頃、体位変換したところ心肺停止状態で発見。行政解剖の結果は不明。
4 2012/3/19	埼玉県東松山市	●6歳児。分園から本園への移動中、マンション外壁タイル補修のための足場が倒壊し内臓損傷で死亡。解剖の有無は不明。
5 2012/4/26	長崎県雲仙市	●1歳児。発見時はうつぶせ寝。12時35分頃うつぶせ寝で午睡開始 → 13時頃「うつぶせ寝から顔を横向きに変えた」 → 13時06分頃、心肺停止状態で発見。司法解剖の結果は不明。
6 2012/7/17	栃木県栃木市	●2歳児。直径2センチ程度の球状の白玉団子を詰まらせ窒息状態から心肺停止。入院先の病院で1ヶ月後に死亡。栃木市内の他の公立園は2歳児に白玉団子は「入れない」か「1/2から1/6に切って」提供していた。「原形のまま」提供していたのは本園だけだった。解剖の有無は不明。

認可外保育施設での死亡事故 12 件の内訳 (2013 年 1 月に厚労省が公表分の事故報告書から抜粋)

発生年月日	自治体名	死 亡 事 故 の 概 要
1 2011/12/22	千葉県東金市	●0歳児(生後3ヶ月半)。うつぶせで寝かせ、あお向けて戻す。発見時の体位は不明。一時預かりで初めて預けた3時間後に心肺停止状態で発見。司法解剖の結果、死因は不詳。
2 2012/2/15	福岡県福岡市	●0歳児。発見時はあお向け寝。15時前にうつぶせで寝入るが、すぐにあお向け寝にした → 15時~15時30分まで、あお向けて寝ていて職員が時々見ていたが変わりなし → 15時30分頃、園長が起こしに行くと唇が紫色になった心肺停止状態で発見。司法解剖の結果は不明。警察は施設側の過失は認められないと説明。
3 2012/3/25	山梨県昭和町	●0歳児。発見時はあお向け寝。午睡中、15分毎に何回か様子を見に行った。一時預かりで初めて預けた3時間後に心肺停止状態で発見。警察は、施設側の過失はないとの判断。解剖の有無は不明。
4 2012/4/26	千葉県四街道市	●0歳児。発見時はあお向け寝。保育者が横向きになり園児をあお向けて添い寝。園児の頭の下を保育者の腕で支える。午睡中に異常発見。警察は病死、事件性なしと判断。解剖の有無は不明。
5 2012/5/11	愛媛県松山市	●0歳児。発見時はあお向け寝。20時に登園 → 0時30分、呼吸確認を15分おきにしており体を触って呼吸確認するが異常なし → 0時40分、あお向け寝で口が開いてぐったりしている心肺停止状態で発見。顔色も変化していた。司法解剖の結果は不明。警察は施設の管理上の問題はないと考えている。
6 2012/6/20	愛知県名古屋市	●0歳児(生後2ヶ月)。発見時はあお向け寝。13時、ベッドで入眠 → 13時30分、目覚めるが、保育士が1時間くらいついて寝かせる → 14時30分、再び入眠(約15分間隔で目視による確認) → 15時40分、心肺停止状態で発見。司法解剖の結果は不明。
7 2012/7/1	宮城県仙台市	●1歳児。発見時はうつぶせ寝。20時40分に登園 → 21時、あお向けて入眠 → 21時30分、寝返りをしてうつぶせ寝になる → 23時05分、保育士が目視確認 → 0時15分、保育士が園児の足が冷たくなっていることに気づき、あお向けると呼吸停止していた。一時預かりで初めて預けた3時間半後に心肺停止状態で発見。司法解剖の結果は不明。警察は事件性なしと判断。
8 2012/7/25	宮崎県延岡市	●0歳児(生後2ヶ月)。発見時はうつぶせ寝。19時30分に登園 → 21時頃、ぐずったためうつぶせで寝かせる → 0時50分、ミルクを飲ませるが排気はさせずうつぶせで寝かせた → 4時頃、オムツ交換の際、両腕の動きあり → 4時55分、迎えにきた両親がうつぶせ寝で心肺停止している我が子を発見。事故前から県の立入調査にて保育従事者の数が不足しているなどの不備が指摘されていた施設。司法解剖の結果、死因は不詳。
9 2012/8/23	茨城県五霞町	●3歳児。園児が1人で水深24センチの家庭用ビニールプールに入るのを確認した後、目を離してしまった。近くにいた学童(小学生)の声で、プールに浮いていた園児を発見。翌日、搬送先の病院で死亡。司法解剖の結果、死因は低酸素性脳症。
10 2012/11/5	東京都板橋区	●0歳児。発見時はあお向け寝。13時45分、午睡開始。以降15分おきに顔色と呼吸(胸の上下の動き)を確認し、午睡チェック表に記載 → 15時、園児の左足が見え、色が通常と異なっていることから異常に気づく。ぐったりしており反応がない。翌日死亡。解剖の有無は不明。
11 2012/11/9	沖縄県石垣市	●0歳児。発見時はうつぶせ寝。9時に登園 → 10時30分、寝かしつける → 10時50分、うつぶせで寝ていた → 11時40分、起こしに行つたところ呼吸停止で発見。約1ヵ月後、搬送先の病院で死亡。解剖はなし。
12 2012/12/12	静岡県焼津市	●0歳児。発見時は右横向き姿勢。8時30分に登園 → 9時、寝かしつける → 一度起きるが再度寝かしつける → 10時45分、顔に汗をかいていた → 11時、起こすと呼吸停止していた。3日後、死亡。司法解剖の結果は不明。

認可外保育施設「東北ラサール幼稚園」での娘の死亡事故について

福島県郡山市 津久井 利広

1. 入園から2日後の死亡事故

2010年1月8日の1時過ぎ、職場にいる私に保育園から電話がかかってきました。「りのちゃんが息をしていません。今すぐ病院に向かってください」何が起きたのか分かりませんでしたが、祈りながら病院に向かいました。しかし手遅れでした。りのは、保育園を出てから一度も蘇生することなく、亡くなってしまいました。

病院で、理事長と寝かしつけた担当保育士から説明をうけました。うつぶせ寝にしてしまったとのことでした。しかし保育園側が、うつぶせ寝にさせたものの、「5分おきにキチンと見ていた」と証言していると警察から聞きました。うつぶせ寝以外問題ないとのことだったのです。

次の日に司法解剖が実施されました。また、寝かしつけの状況や発見時の状況を詳しく調べずに救急救命医から出された死体検案書は、「SIDSの疑い」とのことでした。この「SIDSの疑い」のために、警察は「事件性はない」と判断しました。

2. 保育園側の事故の隠ぺい

理事長、妻である園長、担当保育士の証言は信用できなかったので、私たち夫婦は、第一発見者である別の保育士から、事故後2週間たってから話を聞くことにしました。第一発見者の保育士の話は、以下のような、これまでの保育園側から聞いていたものと異なる許しがたい内容でした。

- ① 昼食の途中で泣きだしたりのは、うつぶせにされ、四つ折りにされた大人用の毛布を頭の上から足の先までかぶせられ、さらに円柱状の重し（直径30cm×長さ1m）を2つ乗せ、寝かしつけられ、その後約40分間放置された。
- ② 午後0時45分頃、第一発見者の保育士が子ども達の検温を始めた。りのは3人目に検温した。第一発見者の保育士がりのを検温をしようとしたところ、毛布から出でていたりの手が異常に白いことに気づき、頭からかけられていた毛布をめくった。りのの顔は完全に真下を向いており、鼻と口が布団に押しつけられた状態でぐったりしていた。口の周りに嘔吐物のようなものがついた状態だった。
- ③ りのが救急車で運ばれた後、園長から第一発見者の保育士に対し、「5分ごとに見ていたことにする」「毛布は肩のところまでかけていたことにする」と指示があり、さらに、りのの上に乗せられていた2つの重しが別の場所に移動していた。
- ④ 事故当夜行われたミーティングにおいて、園長から「今日あったことは、だれにも言わないように」とその場にいた保育士に指示があった。その後、私たちが状況を知るまで保育園は通常通り営業し、保護者への説明もありませんでした。
- ⑤ 第一発見者の保育士は、りのが亡くなった8日の警察による聴取では、園長の指示どおり「5分ごとに見ていた」と話したが、思い悩んだあげく、次の日に警察にてすべて真実を話した。

私たちは、このことを聞いて理事長夫妻と担当保育士に第一発見者の保育士が話したことが事実であるかどうかを確認しました。寝かしつけた保育士は、寝かしつけの状況について認め、次の日に警察に真実を話しにいったそうです。しかし、園長は、第一発見者の保育士に出したという隠ぺい指示について「記憶がない」と認めませんでした。

3. 「子供たちの命を守る会」の発足と劣悪な保育園の根絶にむけて

私たちは、真実を知って刑事告訴し、このことを知った市民の方が中心になり、「子供たちの命を守る会」が発足しました。皆さんに支えられて提訴することもできました。その後の調査や情報提供により、この保育園が過去に2度も死亡事故を起こしていることや、危険極まりないすんな保育を行ってきたことが明らかとなりました。また、郡山市の認可外保育園への依存率が非常に高く、認可外保育園において過去5年で3件の死亡事故（その内2件の保育経営者はそれぞれ3度の死亡事故を起こした「リピーター」）があること、さらにそれ以外の事故をいっさい把握していないことがわかりました。

認可外保育園での事故について、自治体は「責任はない」と主張し、事故後の対応は認可園とは雲泥の差があることを知りました。また、保育士の労働環境に差があることを知りました。保育園の経営者に意見を言えないような劣悪な環境で働く保育士も少なくはないのが現状で、保育事故の原因の一つになっていると考えています。

今後、安心して子供を預けることが出来るように、保育行政の改善と劣悪な保育園の根絶を要望しております。

4. 檢察審査会での「不起訴不当」

りのの死因は福島県立医大での鑑定では「不詳」となり、その後、検察からの依頼で東北大大学および東京慈恵医科大学で再鑑定が行われ「窒息」との鑑定も出ましたが、検察は、不起訴としました。私たちは、検察審査会に異議申し立てをし、市民の立場からの意見として「不起訴不当」の議決を頂き、現在に至っております。

りのちゃんうつぶせ寝死亡事件

「不起訴不当」

郡山検察審査会が議決

2010年（平成22年）1月、当時1歳0か月だった津久井りのちゃんが保育園でうつぶせ寝にされ、毛布を頭から被せられて重くて長い枕のようなものを載せられ40分間放置されて死亡した事件で、福島地方検察庁郡山支部は、2012年（平成24年）9月、保育園経営者や担当保育士の責任について、「嫌疑不十分」として不起訴処分にしました。

この処分に対し、両親の津久井夫妻は、「虐待的な扱いがはっきりしているのになぜ！ 全く納得できない」として「市民の良識に基づく審査」を求め、2013年（平成25年）2月、検察審査会に審査の申し立てを行いました。

この申し立てに対し、郡山検察審査会は、7月11日付で「本件不起訴処分は不当である」とし、検察に対し再捜査を求める議決をしました。

遺族の無念さ、心痛は計り知れない！ 園経営者や担当保育士の責任は大きい

検察審査会が厳しく指摘

検察審査会が「不起訴処分は不当」とした議決の要旨は次のとおりです。

- 1、健康状態や既往症からも「乳幼児突然死症候群」の可能性は低い。
- 2、園経営者夫妻は、うつぶせ寝が窒息死を誘発する危険性を認識し、過去運営していた保育施設で死亡事故が2件起きているにも関わらず、…窒息死等事故防止の指導に取り組まず、うつぶせ寝用の抱き枕（りのちゃんに載せたおもし）まで用意したことの責任は大きい。
- 3、担当保育士は、うつぶせ寝が窒息死等を誘発する危険性を認識していたにも関わらず、うつぶせ寝にしたほか、頭から毛布をすっぽりと被せ、背中に抱き枕2個を載せ、さらに危険性が増す状況に置いて、幼児の様子を確認することなく40分以上も放置したことの責任は大きい。
- 4、被疑者らは、うつぶせ寝させることで、窒息死等の重大事故発生の可能性があることを専門家として当然に予見承知できたのだから、安全管理の指導を徹底し、かつ、厚生労働省作成の認可外保育施設指導監督基準の注意義務を実施していれば、…少なくとも死亡は回避できた可能性があり、被疑者らの過失と本件幼児の死亡の間には因果関係がある。
- 5、遺族の無念さ、心痛は計り知れず、また、本件は、マスコミで報道され、特に乳幼児を抱える親たちの高い関心を引いており、社会的影響は大きい。…被疑者らに何のとがめもないのは納得できず、今後このような悲惨な事故が起きないためにも、再度十分捜査されるよう求める。



娘の事故からもうすぐ3年、未だに事故当日の状況すら解明されておらず、再発防止に向けて制度の改善もほとんどなされていません。現在も、厚生労働省と八尾市への働きかけを続けています。

【事故の概要】



公の制度なのに、事故があっても 全て「自己責任」 なんて・・・

2010年11月、私たちの娘・藤井さつき(当時5ヶ月)は、八尾市のファミリー・サポート・センターで紹介を受けた援助会員宅での一時間のあずかり中に、うつぶせの心肺停止状態になって発見されました。病院で奇跡的に心臓は蘇生されましたが、脳のダメージは大きく「脳死状態」となり、現在も意識や自発呼吸はありません。あずかっていた援助会員は当初、泣きだした娘をうつぶせに置いたことは認めていたものの、詳しい状況については充分説明しないまま現在は連絡が取れない状態になっています。ファミサポ事業を実施している八尾市は、「活動は個人間での契約」として、事故調査の要望を拒否し、事故は未だ解決されていません。

事故当日、あづける直前のさつき

【事故から見えた問題点】 (これらは一部にすぎません。また、正しく調査検証されれば更にあるはずです)

■ 事故が起こってから、「個人間の契約」を強調

八尾市は事故を受けて2011年4月に会則を変更、ファミサポが会員間の準委任契約であり、事故の場合は個人間で解決すべしと明記しました。市は「制度の安全性を高めるため会則の変更をした」としていますが、これでは何の改善にもなりません。(事故以前はそのような表記はありませんでした)

■ 事故調査・事故解決の仕組みがなく、当事者が声をあげないと何も動かない

事故が起こっても、行政等が関与して円満に解決する仕組みが構築されていないため、当事者が努力しないとそのまま放置されてしまうのが実態です。実際に、事故調査の要請はじめこれまで様々な働きかけを行っていますが、市はその場しのぎのごまかしばかりで、事故調査を拒否し、対応を避け続けています。

■ 補償保険の内容に問題があり、一方当事者は守られないだけでなく、事実が隠されてしまう

ファミサポは補償保険があり万一の事態にも対応されるかのように言われていますが、今回のような重篤な事故のケースでは、保険が適用される(守られる)のは、過失の可能性のある援助会員と、ファミサポ側になっていることがわかりました。現状、援助会員の女性には事故後すぐ保険会社からの弁護士が用意されており、以降は事故状況の聞き取りも充分できないままに、一切の連絡が断たれてしまっています。

実際に・・・

当事者は一切出て来ず、保険会社の弁護士は当日の事実を説明しないまま”原因不明”として責任を認めていません。(市は、外向きにはあたかも保険で解決されるかのよう説明しています)このような状況では、円満な「当事者間解決」はどうい望めず、なぜ事故が起きたのかすらわかりません。

事故発生を受けて、まず第一にされるべき事故状況の解明すらできない現状では、娘の事故が放置されるだけではなく、今後も同様の事故・対応が繰り返される危険があります。

- 調査の必要性
- ①当事者（子どもと家族）救済 …家族はまず、何が起ったのかを詳しく知りたい
 - ②当事者（保育者、施設）救済 …適切に対処されることが、早期解決に繋がる
 - ③事故の再発防止 …同様の事故以外にも、気持ちを引き締めて保育を見直す機会に
 - ④保育・保育制度の改善 …事故の背景にあった問題を根底から見直す

【事故の調査・検証を求めて】 — 2011. 八尾市12月議会での請願（署名約8万筆）経過報告

「やおファミリー・サポート・センター事業の重篤事故に対して事故調査を求める請願書」

→議会では“趣旨採択”されるが、八尾市は第三者機関の設置は否定し、事故調査を拒否

「子育て支援施策の充実を求める請願書」項目「ファミサポ事業が安全で安心して活用できる制度となるよう改善してください」

→議会で“採択”される



市は、事故調査は拒否するが「庁内委員会」を設置し、あらためて事実の確認を行う、としていました。しかし、委員会の構成員は副市長と、こども未来部長のほかは総務部長、人事担当部長、財政部長など直接関わりのない部長級の市職員5名からなるもので、そこでどのような成果が得られるのか不明でした。
(うち数名は、2012年3月で定年退職)

その結果・・・

私達は、12月末に庁内委員会の設置について聞きましたが、以降その作業の進捗状況等は全く知られず、市からの連絡もないまま、一体どうなったのかと不安を感じつつ、娘の在宅医療準備を進めていました。そして4月25日、突然電話で「事実経過の報告書ができた」と知らされました。

私達を完全に蚊帳の外に出し、内容の確認もせずに一方的に発行した「報告書」は、実に問題だらけでした。私達はその内容について主な問題点を指摘し、何の確認もなく発行された報告書の撤回を求め要望書を作成し、市長に提出（6月1日）しましたが、ついに一ヶ月以上連絡ももらえず、放置されてしまいました。そしてその間の議会で、市は「撤回の要望には応じない」との表明。私達にとってはたいへん驚きでした。

議会での市長・副市長・部長の答弁内容があまりにも酷く、嘘や事実のすり替えともいえるものばかりだったため、答弁への抗議と報告書撤回の再要望を文書で申し入れました（7月4日）。

約一ヶ月後、「回答」として文書を受け取りましたが、こちらが要望書で指摘した問題点をほぼすべて無視し、あらためて、報告書の撤回要望には応じない、との態度が示されました。以降、進展がありません。事故から約3年、保育課の課長をはじめ担当職員も毎年入れ替わっており、情報の伝達も不十分です。

結局・・・

本件では、事故の事実に向き合わないことで、ファミリー・サポート制度のありかたや研修内容、当日のあすかり状況等にある問題が検証されず、ほぼ全く改善されないままになっています。

保育や子育て支援の制度が安全・安心に運営されるために、万が一の事故発生時には国もしくは自治体が関与し、事故調査・検証と解決に向けた調整を行う仕組みの確立を求めて、働きかけを続けています。

豊かな保育の基礎～子どもの命を守る

掛札逸美（博士・心理学／行動変容学）

NPO 法人 保育の安全研究・教育センター代表

★事故（※）は起こる。そして、軽い傷害（※）、「すり傷」「切り傷」「ひっかき」等は、子どもが集団で生活している以上、起きてあたりまえ。しかし、事故による深刻な結果（死亡、重傷／症、後遺障害など）は極力、防がなければならない。大半は予防できる。→ 子どものため、家族のため、そして、保育士のため。

★保育士は「子どもを育てるプロ／職人」。その大事な仕事をしている人の心と仕事を守るために、深刻な保育事故の予防が重要。→ 安全は「組織の文化」であり、誰よりもまず、組織の長が取り組まなければ構築できない（The Power of Habit で紹介されているアルミニウムのトップ企業 Alcoa 社の例がその典型）。

★「安全・安心を基礎として保育を…」 ⇒ 「安全・安心」と言うだけでは砂上の楼閣

- 1) 安全は、ハザード、リスクを見極めた上で、日々、具体的な対策をとることにより、徐々に「作られていくもの」。
- 2) 安心は、安全の取り組みを園内で共有し、その取り組みを具体的かつ伝わる形で保護者や地域に伝えることにより、徐々に「培われていくもの」（※※）。
- 3) 安全はある程度、計測できる（例：「子どもの頭が入らない幅」等）。一方、安心は受け取る側の主観。保護者 A さんにとっては「安心」な条件も、保護者 B さんにとっては、「とても不安」でありうる。安心は、ステイクホルダー相互の信頼関係の上に少しづつ築いていくもの。「安全・安心」と繰り返しても、安心は生まれない。

★事故による深刻な結果を防ぐためには、これまで起きた深刻な事例から学ぶことが必須。

深刻な結果につながりうるできごとは日常的に起きているが、たいていはヒヤリハットや軽傷／症で終わる（誤嚥、食物アレルギー、遊具からの転落等の場合を考えてみて下さい）。

しかし、過去に深刻な結果をもたらしたのと同じ危なさで、ヒヤリハットや軽傷／症事例が起き続けているなら、次、いつ、どこで、誰に、再び深刻な結果が起こるかわからない（わからないが、必ずどこかで起こりうる）。事例から学び、対策をとらない限り、深刻事例は繰り返される（保育園や学校で起こっている白玉による誤嚥窒息が典型例）。

「ありうることは起こりうる。ありえないと思うことも起こりうる」（畠村洋太郎 東大名誉教授、2013 年 7 月 13 日。福島原発事故調査・検証委員会委員長の記者会見）

子どもとおとなは異文化に生きており、「まさかしないだろう」「まさかできないだろう」とおとなが思うようなことも、子どもはしてしまう（または、なんの意図もなく、偶然にでけてしまう。例：布団などをつたってベランダの柵まで這いのぼり、転落）。つまり、「ありえない」とおとなが思うことも、子どもには起こりうる。

★すべきこと：日常起きているヒヤリハットや軽傷／症から、「起こりうる最悪」を予測し、起こりうる最悪が深刻（死亡、重傷、後遺障害等）であるならば、具体的な対策をとる。
ところが…

- 1) **ヒヤリハットは主観的判断。**明らかなニア・ミス^(*)であっても、ヒヤリもハッともしない人がいる。保育園でも養成校でも、ヒヤリハット・スキルや、最悪を予想するスキルを上げるためにトレーニングは行われていない。→ **スキルは全体的に低レベル**
- 2) 「自分には／自分が見ている子どもには／自分の園には、悪いことは起こらない」という**楽観バイアス (optimistic bias)**。前頭葉にはこのバイアスを司る場所があり、進化上、「楽観的である」ことが人類の生存にとって有利に働いてきたことは事実。しかし、安全の取り組みにおいては、これが大きな障害になる。
- 3) 「これまで大丈夫だったのだから、これからも大丈夫」という、もうひとつの認知バイアス (immunity fallacy)。見慣れた自園の危なさは「見えない」「気づきたくない」。
- 4) 「死亡事故なんて、めったに起きないでしょう？ うちの大丈夫」という、確率的リスクに対する認知バイアス（人間はそもそも、確率を合理的に解釈できない）。

※事故、ヒヤリハット／ニア・ミス、ケガ（傷害）：国際的な定義では、事故は「意図せずに（危害を起こすつもりがなく）起こってしまった（悪い）できごと」のプロセス全体を指す。「事故＝ケガ」ではない。ニア・ミスは「事故のプロセスが結果に至らなかつたもの」。ヒヤリハットは「ニア・ミスの中で、『ニア・ミスだった』と気づかれたもの」。傷害（ケガ）は、「事故によって起きたさまざまな結果」のうち、「外的要因によって身体に悪影響が及んだもの」。WHO（世界保健機関）を含め、世界の安全の専門家の視点は何十年も前から、「事故は起るもの。事故の結果が深刻にならないよう、対策をとる」（「事故予防」ではなく、「深刻な傷害の予防」）に移っている。

本レジメの内容は、『園と家庭をむすぶ げんき』誌 138・139 号（エイデル研究所）で詳細解説。

※※リスク・コミュニケーション：保育の利点・利益と同時に、保育に伴うリスクをきちんと保護者と社会に伝え、深刻な事象を防ぐために取り組んでいる対策についてもきちんと伝える（「事故は起きません」「事故を起こしません」と宣言するわけではない）。欧米では、行政や企業、あらゆる組織が当然取り組むべきこととなっている。

掛札 逸美（かけふだ いつみ）

1964 年生。心理学博士（社会／健康心理学）。安全と傷害予防の心理学、コミュニケーションの心理学。行動変容学（人間の行動を変えていくことをゴールとする分野）。

14 年以上、東京で健康関係の広報業務に携わった後、2003 年、コロラド州立大学大学院心理学部応用社会心理学科に留学。2008 年 2 月、心理学博士号取得。2008 年 6 月～2013 年 3 月、（独）産業技術総合研究所デジタルヒューマン工学研究センター傷害予防工学研究チームに勤務。2013 年 4 月、NPO 法人「保育の安全研究・教育センター」設立。

著書：「保護者のシグナル」観る・聞く・応える：保育者のためのコミュニケーション・スキル（加藤絵美さんと共著。ぎょうせい、2013）、人と組織の心理から読み解くリスク・コミュニケーション：対話で進めるリスク・マネジメント（エンカツ社の宇於崎裕美さんと共に著。日本規格協会、2012）、乳幼児の事故予防：保育者のためのリスク・マネジメント（ぎょうせい、2012）

ウェブサイト：<http://daycaresafety.org>

つくしんぼ保育園における、「深刻な事故」の予防の取り組み

久野順子

社会福祉法人つくしんぼ保育園
園長／理事長（東京都日野市）

●なぜ、保育園は深刻な事故の予防に取り組まなければいけないのか

- 1) 保育園は子どもも主体で設計されており、他の環境（家屋、戸外）と比べれば比較的、安全が保証されている。
- 2) 職員の目測、取り組みの甘さもあり、さらに環境や人に投資できる費用の縛りもあり、「完全に安全」な物理的・人的環境を作ることはできない。また、子どもが元気に、お互いに関わりあって遊ぶ場所である以上、ある程度のケガは日常的に起こりうる。
- 3) 保育園における事故予防の核心は、実は、「大きな事故など起こるわけがない」「今まで何（十）年も、そんな事故は起きていない」「私たちの園は大丈夫」と、根拠もなく思い込んでいること。その結果、大きな危なさをみつける目が曇ってしまっている。

「事故で不幸にも子どもが死んでしまった」と言うけれど、子どもたちはみんな、おとなのために作られた（子どもにとっては）危ない世界の中で、幸運にも生き残っていくもの。
→ 一人の子どもが亡くなったり（重傷を負った）のと同じ／似た危なさがあれば、同じことはどこでも、どの子どもにでも、いつでも起こりうる。

⇒ 「子どもが死なずにいてくれて、私たちおとな（園、保護者）は運が良かつただけなんだ」「幸運や、根拠のない自信に頼っていてはいけない」という気づき。

●実際の取り組みと変化

- 1) 他人の目を入れて、安全を見直す（見慣れてしまっている環境の危なさはみつけにくい）
→ 安全点検を繰り返すうちに、「こんな所で」「そんなケガが」「起こるわけがない」「大丈夫」と言い切る気持ちが徐々に消えていき、「危ないかな？」という話が出たら「じゃあ、どうしよう」と考えるようになった。
- 2) 保育士だけではなく、全職員で安全チェック。園の安全は職員と一緒に作るもの。

「保育園というものは、現場の職員一人一人があつてこそ。上に立つ者は責任さえしっかりとれば良い」（園の創設者、秋山とめよ名誉園長の言葉）

→ 同じ園で働いていても、一人ひとり、見ている部分、気づく部分が違う。そして、「前から危ないと思っていた」「見守っていれば大丈夫と思っていたが、やはり見直したい」「ルールを決めよう」といった声がたくさん出てきた。

3) 具体的な安全対策を決め、できるところから着手（環境面、保育行動面）。現在も継続。

4) 新園舎建築のため、この夏から来春まで仮園舎で保育中。

仮園舎も図面の段階から、動線や大きな備品の配置などをチェック。

「こんなに細かい指示を出されたのは初めて。勉強になった」（仮園舎を建てた業者の方）

渋谷区福祉事業団本町きらきらこども園を、園長、副園長、主任2人、看護師で見学。同こども園の松井園長先生自ら、建設時と建築後、安全に配慮した点、保育と安全に関するこだわりを話してください、私たちの新園舎づくりのためにたくさん勉強させていただいた。

5) 安全対策は職員間の「風通しの良さ」が不可欠：コミュニケーション研修

せっかく気づいたことも、職員の間の遠慮や気遣い、言いにくさ、思惑などのために伝えられないのでは、大きな事故につながってしまう。「コミュニケーション・スキルは身につけられる」、それならば取り組もう！と思って園内研修を開始、2年近く続けてきた。

すべての面のコミュニケーションがうまくいっているとは言えないものの、少なくともヒヤリハットや危なさに関しては、伝え合えるようになってきている。

ヒヤリハットや危なさに誰かが気づいたら、「偉い！ みつけてくれてありがとう」とほめる。ヒヤリハットや危なさの気づきは、隠すものではなく、共有し、活かすもの。

これからも、ちょっとしたことであっても、目の前の小さな気づきを危険に結びつけて考える力を育てながら、必要な対応を職員全員で検討していきたい。

つくしんぼ保育園の沿革

昭和20年10月 東京都中野区桃園町（旧名）に、現・児童福祉法に基づく助産院を開院。同時に乳児を預かる。

昭和32年5月 つくしんぼ会秋山乳児保育所を開園。

昭和44年4月、厚生大臣より認可を受ける。

昭和46年8月、日野市の現住所に社会福祉法人つくしんぼ保育園を開園（0～2歳児30名）。

昭和53年6月、園舎を鉄筋コンクリート二階建てに新設。0～5歳児定員80名とする。

平成26年4月、新園舎にて保育を開始する予定。

住所：東京都日野市南平5-8-2

ウェブサイト：<http://www.ans.co.jp/n/tsukushinbo/>

講師：住友剛（京都精華大学人文学部准教授）

学校事故・事件で我が子を亡くした遺族と関わってきた経験から言えること

—「二次被害」の問題を中心に—

住 友 剛（京都精華大学人文学部准教授）

1：簡単な自己紹介

- ① 専攻は教育学、子どもの人権論、子ども支援論。
- ② 1999年4月～2001年8月、兵庫県川西市の「子どもの人権オンブズパーソン」の調査相談専門員を務める。→地方自治体条例に基づく日本初の子どもの人権救済機関。ここで公立中学校ラグビー部の夏休みの早朝練習中に起きた熱中症死亡事故の検証作業等に従事。いじめ自殺などで設置される第三者調査委員会のモデル。（このときの経過は、宮脇勝哉・啓子『先生はぼくらを守らない』エピック、2004年を参照）
- ③ その後、全国学校事故・事件を語る会など、学校事故・事件で我が子を亡くした遺族たちと交流を続ける。→そのなかで生まれた『「指導死」』という本（大貫隆志編著、高文研、2013年）、「子どもの死亡事故・事件の遺族側から見た学校保健安全法」という論文（『京都精華大学紀要』第38号、2011年）

2：遺族は二度傷つく。一度は我が子を亡くしたこと、二度目は事後対応で。

- ① 「朝、元気よく出かけた我が子が、なぜ命を落としたのか？」→遺族は事実経過を知ることなしには、起きた事態をどのように受け止めていいのかわからない。
- ② 「事実を知りたい」というその願いだけで遺族は周囲の子どもや保護者、学校の教職員に接しているだけなのに、そこに加えられる数々の誹謗中傷。→地域社会での孤立化、なかなか癒されない我が子を失った痛み、等々（二次被害の発生）。
- ③ 学校事故・事件の場合、訴訟を提起したり、文科省や地方教育行政に要望を出したり、マスコミを通じて実情をアピールできる遺族は、ほんの一握り。

3：学校事故・事件の遺族の側に寄り添えば見えてくること

- ① 学校側「悲しい出来事が二度と起きないように、再発防止に全力を」→遺族側「その願いは同じ。だったら、まずは事実経過の検証が大事で、それをふまえた再発防止策をつくって、速やかに実施してほしい」。
- ② 学校側「遺族へ誠意ある対応を」→遺族側「だったらまず事実経過の説明を」。
- ③ 遺族側「訴訟を提起しなくても、悲しい事故・事件が起きたあと速やかに事実経過を検証し、遺族と周囲の人々にその結果を説明し、再発防止策を確実に実施してくれるシステムがあれば・・・」→それが第三者調査委員会への期待へ。

4：参考までに、学校保健安全法の規定から

- ① 2014（平成26）年の概算請求事項のなかに、文科省は学校事故対応に関する調査研究を盛り込んだ。→次年度予算が成立すれば、本格的に実施。（別紙も参照）
- ② 学校保健安全法上、国・地方自治体は学校安全に関して「最新の知見及び事例を踏まえつつ、財政上の措置その他必要な施策」を講じなければならない（第3条）。
- ③ 学校安全に関する学校・学校設置者の責務（同法第3章、26条～30条）。
- ④ しかし同法は、事実経過の検証作業に関する規定などを欠いている。→しかし、まずは事故という起きた悲しい出来事そのものと向き合わなければ、検証や再発防止策づくりのノウハウも得られないのでは？

以上

学校事故対応に關する調査研究

26年度基盤計画

【背景】

平成24年度に、通学路における児童生徒等の死亡事故や学校設備による死亡事故が発生している。また、全国で学校現場における重大事故が発生するなど、全国で学校事件・事故への学校及び設置者の対応に対して、情報公開や原因の検証に關する実態などをから厳しい目が向けられるケースがある。

教育委員会等の事故対応について、国民の関心が高まっている。

学校及び教育委員会の事件・事故後の対応に関する信頼回復が重要！！

〔主要な検討事項〕

1. 学校で発生した事件・事故災害の調査
2. 学校や教育委員会における子供たちや家族・過誤に対するケア
3. 教員等周囲の関係者に対するメンタルヘルスや危機管理のあり方

Ⅰ 調査の問題

- (1) 再発防止に向けた学校事故調査の体系化、第三者委員会などの検証組織の必要性の検討
- (2) 学校事故後後の教育委員会等による被害者・遺族等への説明責任の明確化
- (3) 学校の危機管理の改善
- (4) 学校事故に関する情報共有のあり方 等

Ⅱ 調査の実施

- 学校及び教育委員会を対象に実施。
○ 教育委員会等による事故後の対応に關する実態など
(事故後の対応例も含む)

調査結果をファードバック

都道府県等へ普及啓発を図り、学校等の事故後対応の一層の充実に資する。

シンポジウム保育事故を繰り返さないために

～保育施設における死亡の報告・調査・検証制度の確立を～

2013年9月15日

弁護士・社会福祉士 寺町東子

1. 現状

- ・保育施設における子どもの死亡について、報告義務がない。
→ 「技術的助言」¹
- ・検死医や警察で「病死」と判断されると、闇に葬り去られる実態
- ・警察による死亡状況調査（D S I）の精度の低さ
→ SIDS学会のガイドライン添付の臨床医が記載すべきチェックリストも、異常死届けを出したことで警察任せの臨床現場
- ・施設設置者の言い分のみの報告 → 後日虚偽が判明しても修正なし
- ・「解剖の結果待ち」との報告についての後追い報告がない

2. 厚生労働省の「保育施設における事故報告集計」から見えるもの

(1) 死亡事故の発生率

施設種類	施設数(箇所)	利用児童数(人)	
認可保育所	23,711	2,176,802	(平成24年4月1日現在)
認可外保育施設 (事業所内保育 施設を除く)	7,579	186,107	(平成23年3月31日現在)

厚生労働省・平成25年1月18日「保育施設における事故報告集計」

	平成22年*1	平成23年	平成24年	合計
	5 0.24人／10万人	2 0.09人／10万人	6 0.28人／10万人	13 0.21人／10万人
認可外	7 3人／10万人	12 5.2人／10万人	12 6.4人／10万人	31 4.8人／10万人

*1 平成21年12月～平成22年12月まで

厚生労働省「保育施設における事故報告集計」をもとに作図

(2) 発生状況

死亡事故の年齢別

年度	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	合計
平成24年	10	4	2	1	0	0	1	18
平成23年	7	5	2	0	0	0	0	14
平成22年	6	5	0	0	0	1	0	12
合計	23	14	4	1	0	1	1	44

¹保育所及び認可外保育施設における事故の報告について(平成22年1月19日雇児保発0119第1号)(各都道府県・各指定都市・各中核市児童福祉主管部(局)長あて厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知)

平成22年～24年の発生状況の内訳

- ・睡眠中に異常を発見した事例（34件）
- ・おやつを喉に詰まらせた事例（3件）
- ・プールで溺れた事例（1件）

3. 保育事故に携わっていての実感と、厚生労働省の数字とのギャップ

（1）なぜ預けて数日以内の死亡が多いのか

考えられる要因は、

- ・分離不安でギヤーギヤー泣く → うつぶせにする
- ・なぜうつぶせにするのか？ → 保育士のスキルの問題？人員配置？
- ・うつぶせにしたときに、なぜ死ぬのか？
→ 寝具の二酸化炭素拡散性の問題？（敷布、掛け物）
→ 赤ちゃんが首を横に向ける動作を学習していない？

（2）なぜ認可外保育施設での死亡が多いのか～認可保育所と認可外保育施設との違いは

- ・預かる子どもの人数に対する保育士の配置基準を満たしていない施設があること
- ・保育士の資格を有する職員の比率に関する基準が緩やかで、無資格の者が保育に従事している割合が高いこと
- ・公的資金が入っていない、又は少ないとことなどにより、保育従事者の給与が低く、保育従事者の入れ代わりが激しいこと、すなわち、保育従事者の専門性が蓄積されにくいこと

など

（3）効果的な指導監督のあり方は

- ・リピーター施設を排除できないのか
- ・適正な緊張関係を維持するには～待機児童を抱える自治体は事業者依存

4. 全件報告義務・専門家による調査・オープンな検証

（1）全件報告の必要性

- ・全体像がわかって初めて、リソースの分配の優先順位が決められる
- ・闇に葬られるケースに虐待的ケースが含まれていること

（2）専門家による調査の必要性

- ・警察の捜査は国家刑罰権の行使に関するものであり、保育行政の必要性とは異なる
- ・何を改善すれば効果的なのか多角的な分析が必要

（3）オープンリソースとして検証されることの必要性

- ・厚生労働省への事故報告を情報公開請求しても黒塗りばかりで肝心の情報が不明
- ・オープンリソースとすることで、英知を結集し、効果的な改善に繋がる。

愛知県碧南市の認可保育園で発生した死亡事故について

栗並えみ

■事故の概要

日 時： 平成 22 年 10 月 29 日 午後 3 時半頃
 場 所： 愛知県碧南市 かしの木保育園（社会福祉法人立認可保育園）
 氏 名： 栗並 寛也（くりなみ ひろや）1歳4か月
 状 況： おやつ（ベビーカステラ）の食事中に窒息 ⇒ 意識不明となり、救急搬送される（40 日後に死亡）

■事故後の経緯

- H22.11 事故の 3 日後に市が事故現場を確認（事故原因の調査・検証は行われなかった）
→ 園が市に「適切に見守りを行っていた」と虚偽の報告を行い、市・県はこれを見過ごした
- H22.12～遺族による園への聞き取り調査により、重大な事実が明らかになる
 - ・事故当時、保育士が席を離れるなど食事の見守りを怠っていた
 - ・事故当時、0歳児クラスの人数が過去最多となり、当該児童は1～2歳児クラスに移され、懇切丁寧な状況下で保育されていた（国の面積基準を下回る詰め込み保育の状態にあった）
- H23. 5 事故について初の新聞報道 → 県の面積基準の解釈に問題があり、国の面積基準を下回っていたことが指摘される
- H23. 8 遺族が国に面積基準の明確化（引き上げ）を要望
- H23. 10 国が面積基準の明確化（引き上げ）を実施
- H23. 12 市が事故報告書を公表
- H24. 2 遺族が事故の調査・検証を求める署名を県知事に提出
- H24. 5 県と市が共同で運営する第三者委員会が設置される（5～12 月に計 7 回開催）
- H24. 12 県が面積基準を改善する条例を可決（0～1歳児の面積基準：1.65 m²/人 ⇒ 3.3 m²/人）
- H25. 2 第三者委員会が事故報告書を公表
 - ・事故の直接的原因の検証にとどまらず、事故の背景にある「面積基準」や「事故後の行政の対応」についても指摘・提言
 - ・重大な事故が発生した場合には、事故の原因究明や検証を行う組織を速やかに設置すべきとの提言
- H25. 3 遺族が国に保育事故の調査・検証の制度化を要望
 - 要望を受け、厚生労働大臣が「事故防止について子ども子育て会議で議論する」旨の発言
- H25. 6 県が「保育所事故対応指針」を策定

■事故の検証から見えたこと

- ・事故直後の事実確認が不十分だったため、検証に重大な支障をきたした
→ 事故直後の早急な対応が不可欠（事故状況の記録等）
 - ・事故の検証が、行政や保育現場に具体的な変化をもたらした
→ 行政が具体的な改善を行った（面積基準の改善、園の指導体制の強化、事故対応指針の策定等）
→ 事故報告書を保育現場で活用しているとの声も（職員研修のテキストとして活用等）
- ◎「事故直後の事実確認」→「早期の第三者による検証」→「事実・問題点と再発防止策の共有」→「具体的改善」というサイクルの実施が必要（全ての重大事故の報告義務化と調査・検証の制度化が必要）

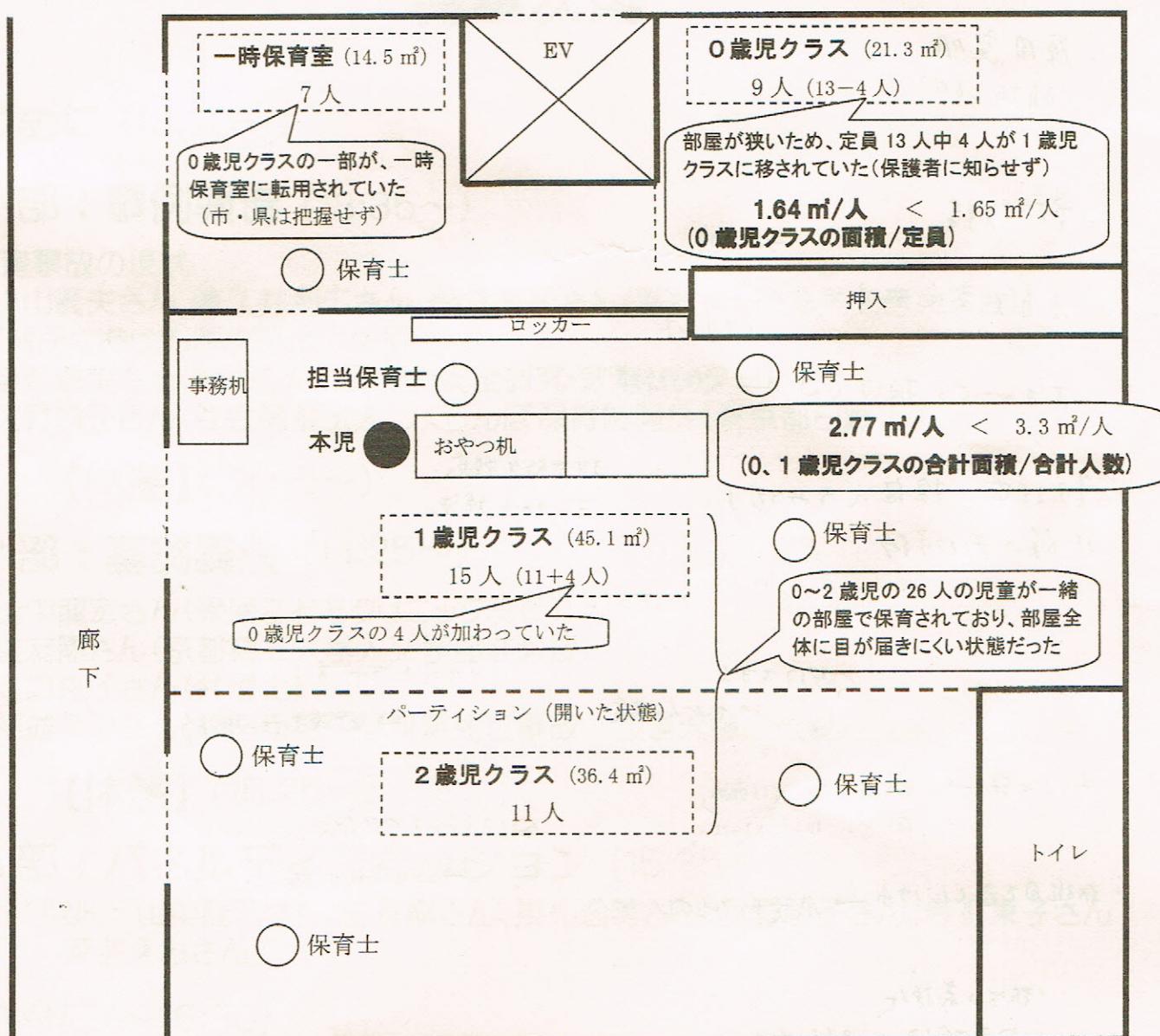
※事故の詳しい経緯や問題点についてはブログに掲載 → <http://hiroyasmile.blog.fc2.com>

※碧南市「保育事故」第三者委員会報告書 → <http://www.city.hekinan.aichi.jp/kodomoka/>

※保育所事故対応指針（愛知県） → <http://www.pref.aichi.jp/0000062804.html>

◇事故発生時の状況（平成 22 年 10 月 29 日）

- ・10 月より 0 歳児クラスの人数が急増（9→13 人）し、本児を含む 4 人が 1 歳児クラスに移されていた。
※国が定める「ほふくする 0~1 歳児に必要な面積基準」は $3.3 \text{ m}^2/\text{人}$ だが、愛知県は $1.65 \text{ m}^2/\text{人}$ でも良いとする独自解釈を行っており、その結果、多数の 0 歳児が受け入れられていた。（詰め込み保育）
- ※0 歳児クラスの一部が一時保育室に転用されており、本来の面積よりも著しく狭くなっていた。
- ・0~2 歳児の 26 人の児童が一緒に部屋で保育されており、部屋全体に目が届きにくい状態だった。
- ・本児は他児より遅れて昼寝より目覚め、おやつを食べ始める。他児は食べ終えて、「2 歳児クラス」の部屋で遊んでいた。「1 歳児クラス」の部屋は本児と保育士 3 人の計 4 人となっていた。
- ・ラムネやベビーカステラがそのままの大きさで与えられていた。食事の見守りが不十分だった。



子どもたちを 事故から守る

連載第17回

事故事例の分析とその予防策を考える

中山龍宏

子どもの事故予防情報センター
<http://www.jikoyobou.info>

事故が起ったあと、人々はどのように対応しているの でしょうか？

これまで、実際に起った重症の子どもの事故を取り上げ、その予防について述べてきた。いろいろな事故を取り上げているうちに、どの事故も1件ではなく必ず複数件起こっていること、またどのような事故でも事故が起ったあとの人々の対応のパターンは同じであることに気づいた。そこで、今回は事故が起ったあとの時間的な経過に沿ってそれぞれの対応とその問題点について述べてみたい。人々の分類は、社会的な役割によって分けてみた¹⁾。

1. 一般の人たち

子どもの事故死が報道されると、多くの人は「親は何をしていたのか」と思い、「保護者がちゃんと見ていれば、あるいは気をつけていれば事故は防げた」、「危険なところでは子どもの手を握っているべき」とコメントする。これらのコメントは、自分の子どもを守るのは親の責任であり、親の義務であるということが根拠となっているのであろう。また「子どもって何をするかわからないからこわい」、「本当に、子どもは大人が考えられないようなことをする」とも指摘される。

さらに、事故をひき起こしたものについて「そもそもこのような製品、器具は必要なのか」と述べ、「本来、子どもが行くところではない」、「子どもが使うものではない」という意見も出る。あるいは「本人の遊び方が悪い」、「われわれが遊んでいるころは、そんなことはなかった」とも指摘される。

なかには、「やっぱり、事故が起ったか。いつも危ないと思っていた」、「いつかは大きな事故が起るのではないかと思っていた」とコメントする人もいる。自分の子どものことを考えつつ

表 子どもの事故に関与する人たち

- | |
|-------------------------|
| A. 非職業人(個人として) |
| 1. 一般の人たち |
| 2. ボランティア団体 |
| 3. 事故に遭遇した子の保護者・親族 |
| B. 職業人(役割と責任をもっている人として) |
| 4. 学校および保育関係者 |
| 5. 医療従事者 |
| 6. 公的機関 |
| 7. 法規の制定者 |
| 8. 法を執行する専門職 |
| 9. 製品設計者、建築家、建設業者、エンジニア |
| 10. 製造業者、販売業者、管理会社 |
| 11. マスメディア |

「私だったら、子どもの手をつかんでいるからこんなことは起こらない」という保護者もいる。

事故が起きた状況を聞いて「そんなことは聞いたことがない」、「保育園の管理体制が信じられない」、「学校でそんなことをすることなどありえない」という非難の声もあがる。

これらのコメントや関心は、数分から数日で消えるのが一般的である。注目される事故として数週間マスメディアで報道されているあいだは、同じようなコメントがくり返し述べられる。

数か月から数年経ち、業務上過失致死罪で起訴されたり、裁判で責任が争われているという小さな新聞記事が出ることがあるが、その時点ではまったくといってよいほど関心は示されない。

すなわち、一般の人にとって、報道されるような子どもの事故はあくまでも他人事であり、自分や自分の子どもにはまったく関係のないこと、「まさかうちの子に限って」ということになる。

この内容に対して、ご意見あるいはご質問がある場合には、上記のサイトにご連絡ください。また教訓的な子どもの事故事例があれば、ぜひご紹介ください。

【コメント】

いくら気をつけて見ても、見ている目の前で起こるのが子どもの事故である。また、子どもの手をずっと握り続けていることも不可能である。製品の存在を全否定しても、それは現実的ではない。これらのコメントで次に起こる事故を予防することはできない。

事故は人々の健康を障害する重要な健康問題である。子どもに限らず、誰もが事故に遭遇する可能性がある。重症になる事故を防ぐために、できるかぎりの予防策をとる必要があるという社会教育が必要である。そのためには、事故の問題を直視し、科学的なアプローチが必要となる。

2. ボランティア団体

わが国では、事故予防の問題を中心として活動しているボランティア団体、NPOはない。事故予防活動もほとんど行われていない。子どもの死亡事故が起った場合、その保護者をサポートする組織もない。

【コメント】

事故は一定の頻度で起こっている。子どもの死亡事故のあと、保護者の苦悩は一生続く。それらをサポートする組織の設立が急務である。

3. 事故に遭遇した子の保護者・親族

子どもの事故は大人の管理責任と考える人が多く、製品に問題があったと考える人は少ない。したがって、事故について苦情の申し出は行われず、同じ事故が漫然と起り続けている。

事故時にそばにいた保護者は、子どもの事故死、重症の事故に対して「自分がみていたのに」、「自分が悪かった」と思い詰める。この負い目は一生続く。乳児を自動車に乗せていて自動車事故に遭遇し、チャイルドシートを装着していなかったために乳児が死亡、運転していた祖父は責任をとつて自殺した例がある。

祖母が家で子どもをみていて、1歳児が浴室で溺死した。子どもの両親と祖母は気まずい関係になり、それは祖母が死去するまで続いた。

気をつけていたにもかかわらず、子どもをやけどさせてしまった。救急車での搬送、ICUへの入院、その後の看病、そのあいだに家族員の間にいろいろな問題が起り、なかには離婚となる場合

もある。これらの例は枚挙にいとまがない。

事故後、訴訟に踏みきる保護者もいる。しかし、訴訟を起こそうとしても、わが国では被害者側が立証責任を負っており、立証に必要な証拠をメーカー側に開示させることはたいへんむずかしい。裁判には長い年月を必要とし、最ものぞんでいる「二度と同じような事故を起こさないように」という願いは確保されない。

【コメント】

いったん事故が起こると、事故による障害の問題だけにとどまらない。治療がむずかしい、後遺症が残るという場合にはいろいろな問題が生じる。保護者は、子どもの事故に対して生涯苦しむことになる。家族が崩壊することもある。保護者にとって事故の予防がなぜ必要かを理解してほしいし、事故を経験した保護者は積極的に事故予防活動を開拓してほしい。

4. 学校および保育関係者

学校管理下で起った事故であっても、自分が関わっている所以外の事故は一般の人の対応と同じである。すなわち他人事であり、まさか自分の学校で同じ事故が起ることは思っていない。

一件、自分の学校で重症の事故、あるいは死亡事故が起るとパニックになる。校長は「このようなことを起こし、たいへん申し訳ない」と謝るだけであり、直接の管理者は「教育委員会からの指導項目にあったと記憶にあるが、実際には行つていなかった。このような事態は想定していなかった」、「まったく予想できない事故が起つた」と述べる。市町村の教育委員会は遺憾の意を表明し、「二度とこのような事故が起らぬよう即刻対策を立てられたい」という通知を一枚出す。時には実態調査の指示があり、調べてみると同じような事故は以前から多発していたことが判明する。

1~2週間経つと、学校現場は少し落ち着くが、校長が責任をとつて自殺することもある。数か月して業務上過失致死罪が成立すれば起訴され、法的に責任が問われる。さらに民事訴訟となると数年から十数年にわたって係争が行われる。

【コメント】

現在、学校管理下の事故は日本体育・学校健康センターが収集し、年報として毎年冊子が出版されている。しかし、それは単なる事故の羅列であ

り、事故予防のための分析は行われていない。したがって、同じ事故が日本中の学校で同じように起こり続けているのである。

5. 医療従事者

医師法第21条は「医師は、死体または妊娠4か月以上の死産児を検査して異状があると認めた時は、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定しており、事故死の例は警察への届け出の義務がある。警察の検死が終わると、死体検査書を書いて、一件落着となる。

医療関係者は事故が起きた後の治療を行うのが仕事であるので、事故の責任を問われることはない。そのためか、子どもの事故に対する対応は一般の人とほぼ同じである。なかには、公然と親を叱る医師、不注意な親として白い目を向ける看護師もいる。しかし、事故のために受診した保護者を叱りつけたところで治療には何の関係もない。保護者は十分に自責の念にかられているので、それ以上の叱責は意味がない。

時には、自分が今まで経験したことのないような事故を診る機会がある。「へえー、こんなことが起きたんだ」とびっくりすることもある。しかし、それだけで終わってしまうと事故の予防にはつながらない。重症の事故例は学会発表、症例報告の形で投稿されることがあるが、治療経過が中心に述べられ、同じ事故が起こらないような予防活動にはほとんど関心はもたれない。

時には、裁判の鑑定人として事故の発生状況について医学的な面から意見を述べることもある。この場合にも予防の視点はない。

【コメント】

医療従事者は、医療事故が起る構造と子どもの事故が起る構造はまったく同じであると認識すべきである。重症の事故例に接する機会が最も多い職種であり、事故について最も知識がある職種として、事故予防活動に積極的に関わるべきである。

6. 公的機関

事故が起ると、まずははじめにそれを管理している担当部署はどこかが問題となる。多くの場合、「それはうちの担当ではない」とたらい回しになる。事故はいろいろな部署に関係があるため、一つの部署では担いきれないものが多い。事故が軽

症であれば取り上げられない。死亡事故が起ると対応せざるを得なくなり、事故後、数日経ってやっと担当部署が決まる。その担当者が最初にいう言葉は「これまで聞いたことがない」である。あるいは「以前から研修会などで細心の注意を払うよう指導していた」、「そのような事故が起きたのは遺憾である」と述べる。数日後に調査をしてみると、いままでにも同じ事故が多発していたことが判明する。そこで関係部署に対し「今後、二度と同じ事故が起こらないよう、関係各部は対策をとられたい」という通知を出す。しかし、これは口先だけで具体的には何も対策を打たない。

事故を起した装置の安全基準について調べてみると、比較的新しい装置であれば法的な安全基準はなく、また省庁ごとに安全基準やそのカバーする範囲が異なっていることが判明する。死亡事故であれば検討委員会が設置され、安全のためのガイドラインが検討され、1~2年の経過で製品の安全基準が法的に整備される。しかし、その頃にはまた新しい製品が子どもの生活環境に設置され、新しい事故が発生する。そして、このパターンがくり返されていく。

事故が起った当日か翌日には、施設の使用禁止、器具の使用禁止、器具の撤去、業務の停止などが指示される。1~2か月経つと、関係者の処分が関係機関のなかで行われることがある。2~3年が経過し、担当者が変わると、事故が起る前とまったく同じ状況、すなわち事故に対する対応をまったく考えていない状況になる。

事故後数か月経ち、警察の調べが終了し、管理責任が公的機関にあると判断され、業務上過失致死罪が成立すると製造業者などとともに起訴される。刑事事件の被告として数年、検察側と争うことになる。ほとんどの場合「事故は予測できなかった」、「子ども本人、あるいは保護者に管理責任がある」と無罪を主張する。あるいは被告間でお互いに責任をなすりつける。民事訴訟となつても同じ対応が行われ、結審するまでに数年から十数年を要する。

【コメント】

事故が起るとすぐに使用禁止にするが、それでは問題の解決にならない。その場逃れの責任放棄である。公的機関として安全を確保するためには、事故の事例を継続的に収集し、予防のために

分析し、実際に使用可能なマニュアルを整備、さらに定期点検などを義務づける必要がある。人々の安全を確保するためには、ある程度の権限をもった公的機関の設置が必要である。

7. 法規の制定者

事故が起きた場合、その製品、設備などを管轄している省庁がそれぞれの責任について表明する義務があるが、多くの場合「うちの課の担当ではない」という答えが聞かれる。同じ製品であっても、各省庁でそれぞれの法的規準を定めており、設置されている場所によって、同じ製品であっても「それはうちの管理」、「それはうちの管理ではない」ということになる。

社会的に問題になり、事故の被害者たちからの陳情が多いと、超党派で事故予防を考える議員の会が結成される。安全のための法律について検討し、法制化に向けた活動が行われる。しかし、選挙によって議員のメンバーが変化し、継続的に活動していくことはむずかしい。

【コメント】

人々の健康を守るために、安全のための規制は強化すべきである。新しい製品ができれば必ず新しい事故が発生する。それらに対応するためには、事故のサーベイランスを行い、分析して法的な規制を考える必要がある。

8. 法を執行する専門職

死亡事故であれば、真っ先に警察が関与し、業務上過失致死事件として捜査が開始される。時には捜査本部が設けられ、事故を起こした製品、装置の安全性、管理体制などが検討される。しかし、警察はその時に起こった事故についてのみ責任を追及する仕事なので、次の事故を予防するという概念がない。すなわち、事故をひき起こした責任が誰にあるかを法的に検討する仕事であり、逮捕、さらに起訴にいたるまでには長時間をする。

裁判でも、当事者の責任が追及される。刑事訴訟に数年の時間が費やされ、一部の保護者は、「二度とこのような事故を起こさないこと」を求めて民事訴訟を起こす。さらに、3～5年の長い係争の後、判決が出る。判決は原告と被告の責任についてのみ判断が示され、事故の予防について述べられることはない。最終的な責任は金額で示

され、原告の要求額どおりではなく、責任の一部は原告にもあつたとされて減額される。原告が要求した「二度とこのようない事故が起こらないように」という要求には何も回答は示されない。

【コメント】

事故の責任を個人のレベルで追求しても、次の事故が予防できることにはつながらない。事故の予防のためには事故の原因を究明することが必須である。

9. 製品設計者、建築家、建設業者、エンジニア

これらの職種の人が事故について直接の責任を問われることは少ない。問われたとしても「そのような使用法は想定していない」、「今までにそのような事故が起きたことはない」、「使用方法が正しくなかったのでは…」、「使用説明書に記載されている使用法以外の使用については責任はもてない」、「使用説明書に危険性が記載してある」、「製品の注意書きには保護者の監督の下使用のことと記載されている」、「法的には問題はない」などといい、逃げ腰である場合が多い。時には、「ノーコメント」という対応で終わってしまう。

【コメント】

法的な安全規準の順守だけでは事故は予防できない。想定していない使用法、正しくない使用法と指摘しても、現実にはそのように使用されている。使用されている現実を直視して対応を考えるべきである。また、事故の情報がこれらの職種の人にも入手できるようなシステムをつくる必要がある。

10. 製造業者、販売業者、管理会社

事故を起こした装置、製品を製作、販売した企業の本社での事故直後の会見は、「亡くなられた方に心よりお悔やみ申し上げます」ではじまり、メディアからの質問に対しては「まだ捜査段階」「はつきりした原因是不明」、「どのような状況で発生したのか把握に努めたい」といい、「製品の安全策については、これこれしかじかの対策を考えていた」と述べる。そして、「認識が甘かった」、「子ども、あるいは老人が○○したときの対応策はまったく考えていないかった」と報道される。

一方、装置の管理会社も、「原因は不明」とし「このような痛ましい事故が起きたことに対し心からお詫び申し上げるとともに、亡くなったお子

様の御冥福をお祈りします」と述べる。「現在、警察の捜査が続いている、道義的責任を痛感している」とし、以前にもその装置で子どものけがが2~3例発生していたと発表する。

事故が起った後、数日すると、実はその装置で事故は多発していたことが判明する。

事故の数日後、テレビの画面では製造会社の社員が後ろ姿で声を変え「この事故は起こるべくして起った」と述べる。

事故の1~2日後には、製品の使用禁止、撤去の指示が出される。時には、製品の回収が行われる。米国では、製品による事故の報告を受けた4時間後には、全米から製品の回収が指示されるなど素早い対応が行われるが、わが国の企業の対応は遅い、あるいは何も対応しないことが多い。

製品について安全装置が工夫され、鋭敏な装置となればなるだけ警報が発生しやすくなる。警報が頻回に作動すると日常業務に支障をきたすため、現場では警報をオフにする、あるいは感度を鈍くする操作が思いつき的に行われる。その操作によって事故の起こる確率が急上昇する。

企業は、利便性、省エネなど経済性を最優先し、安全基準については健康成人を対象として考えている。経済性の点から、安全装置を付けない製品もある。事故が起りやすい子どもと老人については、まったく考慮されないか、考慮しようとしてもそれに対応できる知識がなく、人材がない。そのため子どもと老人に事故が多発する。また、乳幼児が使用する商品を製造している会社は中小企業が多く、リスクマネジメントは十分に行われていない。

【コメント】

小児に対しては、保護者に監視強化するよう口頭指示したり、シールを貼ったり、装置に近寄れないよう障害物を置いたりして事故を予防しようとする。しかし、保護者が見ている目の前で発生するのが事故であり、障害物を置けば、それによってまた新たな事故が発生する。いったん大きな事故を起こせば、企業として成り立たなくなることもあると考え、企業倫理として安全を最優先し順守する必要がある。

11. マスメディア

マスメディアは、起った事象を正しく迅速に広報する仕事であり、死亡事故、重症の事故はす

ぐに報道される。また、いろいろなところで取材が行われ、それらはコメントとして報道される。

新聞やテレビは、模式図やコンピュータグラフィックスで事故の状況を再現して紹介し、企業や省庁の責任を追及し、「日常的に使われている〇〇の安全対策の盲点を浮き彫りにした」と書く。上記1項の一般の人のコメントや、専門家のコメントを載せ、事故に対する問題意識を高めることに貢献するが、具体的な事故の予防には結びつきにくい。もちろん、マスメディアの仕事は広報があるので事故予防に直結する必要はないが、継続的に広報していく姿勢が必要である。一般に、マスメディアの話題はすぐに他に移り、事故の話題はあつという間に人々の興味から消え去る。

【コメント】

マスメディアに事故の記事が掲載されない日はない。事故の報道をするときは、事故の予防の観点も含めて記事にするべきである。「ボートから転落して溺死した」ではなく、「ライフジャケットを着用していなかつたため、ボートから転落して溺死した」であり、「自動車の外に投げ出され死亡した」ではなく、「チャイルドシートを着用していなかつたため、自動車外に投げ出され死亡した」と報道すべきである。

事故の原因の究明にマスメディアとして取り組み、事故予防の観点から記事を書く、あるいは放送で述べるという態度が必要である。

まとめ

人々の健康を障害する病気に対しては、いろいろな職種の人がいろいろな対策を立てて活動している。同じように健康が障害される事故に対して、上記のような対応をくり返していたのでは問題はまったく解決しない。誰でも「事故は未然に防ぐことが大切である」と思ってはいるが、効果のある事故予防活動を展開することはたいへんむずかしい。解決のために必要なことは何か？ それは事故を自分の問題、必ず遭遇する問題として捉えることから始まるのである。

文 献

- 1) ウィルソン MH 他著、今井博之訳：死ななくてもよい子どもたち、メディカ出版、大阪、1998

平成 25 年 6 月 7 日

厚生労働大臣 田村 憲久殿

内閣府特命担当大臣

(防災、死因究明等の推進) 古屋 圭司殿

総務大臣 新藤 義孝殿

法務大臣 谷垣 穎一殿

国家公安委員会委員長 古屋 圭司殿

チャイルド・デス・レビュー研究会会長 山中 龍宏

日本法学会理事長 平岩 幸一

要望書

死因究明制度の一環として、子どもの死亡登録・検証制度を法的に位置づけ、

地域ごとに本制度を行うシステムの構築を要望する。

小児の死亡登録・検証制度では、行政・司法解剖を行う、行わないにかかわらず、地域で発生した18歳未満のすべての子どもの死亡に関して、

- 1) 登録: 日本小児科学会地方会組織、医療機関、行政、地域医師会、法医学教室、監察医、消防庁などと連携して、把握・登録する。
- 2) 振り分け: 一定の形式でそれぞれの子どもの死亡の状況について、担当医師を中心に基礎情報を収集し、その情報をもとに、不慮の事故死の可能性がある症例、虐待死が疑われる症例、自殺の可能性がある症例、救急医療体制の不備の可能性がある症例、小児医療の診療の質の問題である可能性がある症例、などの形に振り分ける。
- 3) 検証: 上記のそれぞれのカテゴリーに分けられた後、適切な関係者集団とつなぎ、検証とともに、必ず予防可能な施策を提示し、公開する。

という制度が必須です。この制度開始のためには、個人情報保護法などの壁があり、法的な整備が不可欠であると考えられます。

背景

- 日本の乳児死亡率は主要国中最も低率であるが、1-4歳児死亡率は他の先進国と比較して高い。
- 死亡例の多くが小規模な医療機関で対応している事実が明らかとはなっているが、小児救命救急機能に課題があるのか、先天性異常に伴う死亡か確認できていない。
- 外傷の原因として多数を占める不慮の事故を予防するために環境整備が重要であることは言うまでもないが、日本においてはそれを組織的に検討し、実現していく方法論が発展途上である。
- 多職種有識者による虐待死事例検証は虐待死であることが確実な事例に限定されており、その上、実施率も実際には低率である。死亡事例の見逃しを防ぐ機能は働くはず、また疑い事例からの知見が還元されていない。
- 昨今、教育現場におけるいじめや体罰に関する自殺が社会問題化されつつある。
- 子どもの死因登録・検証制度は英国における NHS 法や米国の州法など、欧州や北米の先進諸国では制度化(法制化)され、施策の枠組みの中でより予防可能な死亡を減らすために役立てられてきた。
- 日本において、不慮の事故や虐待、自殺、そして医療体制の不備など、予防できる子どもの死亡を見つけ、施策に応用することで未来の子どもの予防できる死亡を減らすことは喫緊の課題である。
- 子どもの死亡に関しては、死後の画像診断や解剖の知見の蓄積は少ない。さらに、死後の画像診断や解剖がなされたとしても、上記の医療的・社会的な情報と連結してはじめて、死因の検証や究明につながる性質のものであるが、連結するシステムが存在しない。
- 日本小児科学会はすでに4地域で子どもの死因登録検証制度の試行を行っている。
- 厚生労働省政策推進研究により、本制度創設のためのガイドラインが平成 24 年度末に提言されている。
- 上記二つの検討を通じ、行政、監察医、小児医療界の連携が不可欠であることは、共通の認識となっている。

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。記入の注意

氏名		1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 (生まれてから30日以内に死亡したと きは生まれた時刻も書いてください)	年 月 日	午前・午後	時 分
死亡したとき	平成 年 月 日						
(12) (13) 死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他					
	死亡したところ	番地 番号					
	(死亡したところの種別1~5) 施設の名称						
(14) 死亡の原因	I (ア) 直接死因				発病（発症） 又は受傷から死亡までの期間		
	I (イ) (ア)の原因				◆年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例：1年3か月、5時間20分)		
	I (ウ) (ア)の原因						
	I (エ) (ウ)の原因						
(15) 死因の種類	II 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等						
	手術	1無 2有	部位及び主要所見		手術年月日	平成 昭和	年 月 日
(16) 外因死の追加事項	解剖	1無 2有	主要所見				
	傷害が発生したとき	平成・昭和 年 月 日	午前・午後	時 分	傷害が発生したところ	都道府県 市郡 区町村	
	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他()					
(17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項	手段及び状況						
	出生時体重 グラム	単胎・多胎の別 1単胎 2多胎(子中第子)			妊娠週数		
妊娠・分娩時における母体の病態又は異状 1無 2有	母の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日			前回までの妊娠の結果 出生児 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)			
その他特に付言すべきことがら							
(18)	上記のとおり診断（検案）する				診断（検案）年月日 平成 年 月 日		
(19) (病院、診療所若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所)	本診断書（検案書）発行年月日 平成 年 月 日				番地 番号		
(氏名)	医師				印		

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコ付けて書いてください。

夜の12時は「午前0時」、翌の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I欄では、各傷病について発病の型（例：急性）、病因（例：病原体名）、部位（例：胃噴門部がん）、性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。

産後12日未満の死亡の場合には「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコ付けて書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらずその事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういう状況で起きたかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月经、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。
母子健康手帳等を参考に書いてください。

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。記入の注意

氏名		1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 (生まれてから30以内に死亡したと きは生まれた時刻も書いてください)	年月日	午前・午後 時 分		
死亡したとき	平成 年 月 日	午前・午後 時 分						
(12) 死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他						
(13) 死亡したところ及びその種別	死亡したところ	番地 番号						
(死亡したところの種別1~5) 施設の名称								
死亡の原因 ◆Ⅰ欄、Ⅱ欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◆Ⅰ欄では、最も死亡に影響を与えた癌病名を医学的因果関係の順番で書いてください ◆Ⅰ欄の癌病名の記載は各欄一つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	I (ア)直接死因 (イ)(ア)の原因 (ウ)(イ)の原因 (エ)(ウ)の原因 II 直接には死因に關係しないがⅠ欄の癌病経過に影響を及ぼした癌病名等	発病(発症) 又は受傷から死亡までの期間 ◆年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例：1年3か月、5時間20分)						
		手術	1無 2有	部位及び主要所見		手術年月日	平成 昭和 年月日	
		解剖	1無 2有	主要所見				
		(14) 死因の種類	1病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火焰による傷害 } 6窒息 7中毒 8その他 その他及び不詳の外因死 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因 12不詳の死					
外因死の追加事項 ◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したとき	平成・昭和 年 月 日	午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県 市郡町村			
	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他()						
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重 グラム	単胎・多胎の別 1単胎 2多胎(子中第子)			妊娠週数 満週			
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状 1無 2有			母の生年月日 昭和 年 月 日 3不詳 平成	前回までの妊娠の結果 出生児人 死産児胎 (妊娠満22週以後に限る)			
その他特に付言すべきことがら								
(18) 上記のとおり診断(検案)する	診断(検案)年月日 平成 年 月 日 本診断書(検案書)発行年月日 平成 年 月 日							
(19) (病院、診療所若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所)	番地 番号							
(氏名)	医師 印							

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコをして書いてください。

夜の12時は「午前0時」、翌の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム及び料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I欄では、各傷病について発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」の分娩中と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に關係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコをして書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらずその事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういう状況で起きたかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月经、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。
母子健康手帳等を参考に書いてください。