

図1. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム（病院用：詳細版）の全体図（上段：おもて面 下段：うら面）

図2. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォームの装丁
このように蛇腹折りでの使用を想定している。

Child Death Review Case Reporting System

病院用：詳細版

* 記入事項はStep1～Step7まであります。各ステップは必ずしも順番通り整列していませんので留意してください。
 死亡児主治医は書ける所だけで結構ですので、黒字の筆記具で最大限記載してください。不明箇所は埋めなくて結構です。
 死亡調査医療コーディネーターは、調査結果を赤字で記載してください。可能な範囲で調査を尽くしても不明な箇所は、不明と記録してください。

蘇生情報/救急搬送情報記入

Step 1

蘇生情報 すべての死亡児で記録

CPA発生場所 院内 院外 (自宅 自宅外)

自宅外の場合
 ● 外因の場合: 死亡診断書(死体検案書)の「外因死の追加事項」欄に場所を記載のこと)
 ● 内因死/不詳死の場合: 具体的に場所を記載()

CPA発知日時 _____年____月____日____時____分

病院で蘇生は行われたか?
 はい/いいえ (DNAR・その他の理由:具体的に)

● 蘇生開始時刻 _____年____月____日____時____分
 ● 自己心拍再開 なし あり (自己心拍再開までの時間: ____時間 ____分
 ● 蘇生内容
 心肺蘇生・気道確保・末梢静脈路確保・中心静脈路確保骨髄針・胃管挿入・AED・
 投薬(ボスミン・硫酸アトロピン・リドカイン2%・パンプレシン・アミオダロン・
 ニフェカラン・カルチコール・メイロン・イノパン・ドブトレックス/ハイドロコル
 チゾン・セルシン・ドルミカム・その他(薬剤名):)
 ● 蘇生チームのリーダーはいたか? はい いいえ
 はいの場合(リーダーの専科:)
 PALSプロバイダー資格 有 無 (無いが過去に資格取得歴あり)

救急搬送情報 外因死・不詳死・院外内因死の死亡児で記録

救急車の要請: あり

● 通報日時(発知) _____月____日____時____分 通報者名()
 ● 通報者と子どもとの関係
 (養育者・監督者・第三者/具体的な関係性は(例:叔父):)
 ● 現場到着日時 _____月____日____時____分
 ● 搬送先到着日時 _____月____日____時____分
 ● 受け入れできない病院があった? はい いいえ 不明
 ● 最初に受け入れ要請を行った病院と、受け入れ不可であった理由
 (病院名:)
 (理由:)
 ● 何件目の病院で受け入れが決定したか ____ 件目

救急車の要請: なし
 要請がなされなかった理由:
 具体的に()

* 記入後、右頁のStep2に進み、死亡診断書(死体検案書)を記入し、
 並行して死亡態別に詳細項目を記載してください。

問診

Step 3

救急隊への問診事項

救急搬送のあった、外因死・不詳死・院外の内因死の死亡児で記録

● 現場到着時だけ心肺蘇生をしていたか? はい いいえ
 はいの場合、子どもとの関係は
 (養育者・監督者・第三者/具体的な関係性は(例:叔父):)

● 現場での蘇生は?
 心肺蘇生・気道確保・末梢静脈路確保・中心静脈路確保骨髄針・胃管挿入・AED・
 投薬(ボスミン・硫酸アトロピン・リドカイン2%・パンプレシン・アミオダロン・
 ニフェカラン・カルチコール・メイロン・イノパン・ドブトレックス/ハイドロコ
 ルチゾン・セルシン・ドルミカム・その他(薬剤名):)

● 現場到着時、子どもはどこにいた?
 自宅(自宅内・玄関先などの戸外)
 自宅外(CPA発生場所と同じ場所・CPA発生場所とは違う場所
 具体的に()

● どのような状態であったか?
 ベッド/布団に覆かされていた
 床に覆かされていた
 養育者に抱かれていた
 その他:具体的に()

● 自宅内外を観察し得た場合、その状況は? 観察し得なかった

衛生状況
 生活感がないほど整っていた 整っていた
 乱雑/不衛生であった 生活が困難であろうほど乱雑 不衛生であった

室内環境温度
 異常に暑かった 暑かった 適温であった 寒かった 異常に寒かった

その他、現場の全般的な外観は?(危険な状態、人数が過密な状態等)

● 子どもを初めて確認した際の子どもの外観は?
 顔面/鼻/口が蒼白であった はい いいえ 未観察
 分泌物(泡を吹いていたか) はい いいえ 未観察
 皮膚変色(死斑) はい いいえ 未観察
 圧痕(脛白部位) はい いいえ 未観察
 発疹や点状出血(粘膜や結膜にも注意) はい いいえ 未観察
 体のマーク(擦過傷や挫傷) はい いいえ 未観察
 その他: 観察した事項を具体的に記載:

● 子どもを初めて確認した際の子どもの身体はどのような状態であったか?
 該当事項を全て にチェックしてください。
 発汗あり 体熱感あり 冷たかった 硬直していた 弛緩していた
 不明(含、覚えていない)
 その他:具体的に

● 軽微であれ、蘇生行為により生じた損傷があれば、記述してください

● 子ども死の際の養育者の反応につき、記述してください

● その他特記事項があれば、記述してください

* 記入後、裏側左端頁の「両親への問診項目」へ

図 3. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム(病院用: 詳細版)
(おもて面左端ページ)

- 20 -

死亡診断書(死体検案書)記載 死亡態様別詳細項目記載:A	Step 2
<p>死亡児情報</p> <p>●カルテ番号: _____</p> <p>●保険証</p> <p><input type="checkbox"/>協会けんぽ <input type="checkbox"/>組合健保 <input type="checkbox"/>船員保険 <input type="checkbox"/>共済組合 <input type="checkbox"/>自衛官診療証</p> <p><input type="checkbox"/>国民健康保険 <input type="checkbox"/>生活保護 <input type="checkbox"/>未保険</p> <p>●現住所: 〒□□□-□□□□</p> <p>●実際の居住地 <input type="checkbox"/>現住所と同じ <input type="checkbox"/>異なる</p> <p>現住所: 〒□□□-□□□□</p> <p>●居住のタイプ</p> <p><input type="checkbox"/>両親と同居 <input type="checkbox"/>親戚と同居 <input type="checkbox"/>養護施設 <input type="checkbox"/>一人暮らし</p> <p><input type="checkbox"/>その他、具体的に() <input type="checkbox"/>不明</p> <p>30日以内の引越しの有無 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</p> <p>ワクチン情報</p> <p>●ワクチンは標準的なスケジュール以内になされていたか?</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明(□母子手帳なし・その他)</p> <p>●実施済みのワクチンの□にチェック(及び○)してください。</p> <p>助産接種</p> <p><input type="checkbox"/>三種混合(1期/1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/>BCG</p> <p><input type="checkbox"/>ポリオ(1回目・2回目) <input type="checkbox"/>麻疹風疹</p> <p>任意接種</p> <p><input type="checkbox"/>ムンプス <input type="checkbox"/>水痘 <input type="checkbox"/>インフルエンザ</p> <p><input type="checkbox"/>インフルエンザ菌b型(1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p><input type="checkbox"/>結合型肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>●死亡の72時間以内にいずれかの予防接種を行っている</p> <p><input type="checkbox"/>はい(具体的に:) <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p>同時接種があれば、その種類(具体的に:)</p> <p>乳幼児検診情報</p> <p>●標準的なスケジュールで健診を受けていたか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p>受診していた健診の□にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>1ヶ月 <input type="checkbox"/>3-4ヶ月 <input type="checkbox"/>6-7ヶ月 <input type="checkbox"/>9-10ヶ月</p> <p><input type="checkbox"/>1歳 <input type="checkbox"/>1歳半 <input type="checkbox"/>2歳 <input type="checkbox"/>3歳 <input type="checkbox"/>就学前</p> <p>●検診で何らかの異常は指摘されていたか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p>はいの場合適切な受療行動がなされていたか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p>既往歴</p> <p>●基礎疾患/既往症 <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり(罹患時期:)</p> <p>病名はII欄記入の疾病・アレルギー(食物・薬物・その他())・</p> <p>成長障害(□低身長 □体重増加不良 □過体重)</p> <p><input type="checkbox"/>無呼吸 □チアノーゼ □痙攣 □心疾患 □ALTE</p> <p>その他(具体病名or具体症状:)</p> <p>手術歴(死亡診断書/死体検案書に記入した手術以外) <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり(病名:)に対し実施、実施時期()</p> <p>●障害の有無 <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり(身体的・精神的・発達・知的・その他)</p> <p>具体的な病名は()</p> <p>特定のヘルスケアサービスを受けていましたか? <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>具体的に()</p> <p>ADL <input type="checkbox"/>完全な自立 <input type="checkbox"/>不完全だが自立 <input type="checkbox"/>見守り/声かけ</p> <p><input type="checkbox"/>軽~中度の介助 <input type="checkbox"/>重度~全介助 <input type="checkbox"/>判断できない</p> <p>●在宅医療の有無 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(□気管切開 □在宅酸素 □胃瘻 □CLD)</p> <p>その他()</p> <p>●施設入所 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</p> <p>●DNARの有無 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</p> <p>不詳の死の場合、救急隊・養育親への問診が極めて重要です。救急外来主治医は、可能な限り項目を埋める努力を行なってください。</p>	<p style="text-align: right;">すべての死亡児</p> <p>内因死 病死・自然死の場合</p> <p>●下記のいずれに該当するかチェックしてください。</p> <p>*下記に該当する項目がない場合、異状死体として取り扱うこと。また、外因の後遺症(外因に関連して発症した肺炎、DIC、蘇生後脳症など)による死亡は、入院の有無、期間の長短は問わず、外因死として報告してください。</p> <p><input type="checkbox"/>診察中の患者の当該疾病による、院内死亡</p> <p><input type="checkbox"/>診察継続中の患者の、当該疾病による死亡であると確定できた、院外死亡</p> <p><input type="checkbox"/>新規患者の院内死亡(画像などの検査所見やその他の診療情報から、内因性の死因が確定できた症例)</p> <p>●疾病によって死亡する事が予期されていたか?</p> <p><input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>該当なし(死後診断) <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>はい(ただし、予期したより早期に死亡)</p> <p>●子どもは疾病に対し治療を受けていたか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p>はいの場合、死亡48時間前に受けていたか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p>●疾病は、流行感染と関連していた? <input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>(具体的に:)</p> <p>●指示されていた治療内容は疾病に適切なものであったか?</p> <p><input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>該当なし(死後診断) <input type="checkbox"/>はい</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ(具体的に:)</p> <p>●子ども/家族は指示された治療プランを遵守していたか?</p> <p><input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>該当なし(死後診断) <input type="checkbox"/>はい</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ(何か遵守されていなかったか具体的に</p> <p>()</p> <p>受診予定日・薬物療法(具体的に:)</p> <p>医療機器の使用(具体的に:)</p> <p>その他の治療(具体的に:)</p> <p>その他(具体的に:)</p> <p>●死に寄与した、受診行動や治療遵守上の問題を起こしていたものはあるか?</p> <p><input type="checkbox"/>不明 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(下記該当項目□にすべてチェック)</p> <p><input type="checkbox"/>治療のための金銭欠如 <input type="checkbox"/>移動手段の欠如 <input type="checkbox"/>連絡手段の欠如(電話がない)</p> <p><input type="checkbox"/>文化の違い <input type="checkbox"/>言葉の壁 <input type="checkbox"/>治療への宗教上の拒否</p> <p><input type="checkbox"/>専門医への紹介がされなかった <input type="checkbox"/>専門医の治療を要すも利用不可だった</p> <p><input type="checkbox"/>養育者の医療不信 <input type="checkbox"/>ドクターショッピング <input type="checkbox"/>養育者の看護能力不全</p> <p><input type="checkbox"/>養育者の看護怠慢 <input type="checkbox"/>養育者のパートナーが治療を認めず</p> <p><input type="checkbox"/>家族サポートやソーシャルサポートの欠如</p> <p>(具体的に:)</p> <p>その他(具体的に:)</p> <p style="text-align: right;">既往症のある死亡児</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>異状死ガイドライン(日本法医学会)</p> <p>① 外因による死亡(診療の有無、診療の期間を問わない)</p> <p>② 外因による傷害の続発症、あるいは後遺障害による死亡</p> <p>③ ①または②の疑いのあるもの</p> <p>外因と死亡との間に少しでも因果関係の疑いのあるもの。</p> <p>④ 診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの</p> <p>1) 診療行為中、あるいはその直後の予期しない死亡</p> <p>2) 診療行為自体が関与している可能性のある死亡</p> <p>3) 診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合</p> <p>4) 診療行為の過誤や過失の有無を問わない</p> <p>⑤ 死因が明らかでない死亡</p> <p>1) 死体として発見された場合</p> <p>2) 一見健康に生活していたばかりの予期しない急死</p> <p>3) 初診患者が、受診後ごく短時間で死因となる虚脱が診断できないまま死亡した場合</p> <p>4) 医療機関への受診歴があっても、その疾病により死亡したとは診断できない場合</p> <p>・最終診療後24時間以内の死亡であっても、当該疾病により死亡したとは診断できない場合</p> <p>5) その他、死因が不明な場合。</p> <p>・病死が外因死が不明の場合。</p> </div>
<p>乳幼児の死亡の場合で、特に院内出生し、退院することなく死亡し、かつ内因死であることが明らかな新生児疾患由来死亡児は、うら面のStep3への記載は部分のみで構いません。(ケースレビューの際には、①新生児管理(医療技術面、設備、管理体制等)②新生児搬送(搬送体制、送院時期等)③母体管理(医療技術面、設備、管理体制等)、④母体搬送(搬送体制、送院時期など)に関する改善点の検討、ならびに母体のソーシャルリスクへの介入に関する改善点の検討を主におこなってください)</p> <p>救急隊・両親への問診時に、点線より切り取り利用可</p>	

図 4. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム(病院用: 詳細版)(おもて面中央左側ページ)

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 年 月 日 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)	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	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				
(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 ◆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時30分、5時45分)		
			(イ) (ア)の原因			
			(ウ) (イ)の原因			
			(エ) (ウ)の原因			
		II	再発には死因に關係しないがI種の死因経過に影響を及ぼした病名等			
		手術	1 無 2 有 { 部位及び主要所見 }		手術年月日 平成 年 月 日	
		解剖	1 無 2 有 { 主要所見 }			
(15)	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、火災及び火焔による傷害 } 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				外因死の場合
(16)	外因死の追加事項	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 市区町村	
		◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したところの種別 1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他 ()			
		手段及び状況				
(17)	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	妊娠週数	
		1 単胎 2 多胎 (子中第 子)		清 週		
		妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	1 無 2 有 { }	3 不詳	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 人胎 (妊娠満22週以後に限る)				
(18)	その他特に付言すべきことがら					
(19)	上記のとおり診断(検案)する		診断(検案)年月日 平成 年 月 日			
	(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			
		(氏名) 医師	番 地 番 号 印			

▼ 全て記入後、step3へ

- * 救急搬送事例はおもて面・左ページへ
- * 非搬送事例はうら面右端頁へ

可能な限り、A4レポート用紙に詳記。(叙述的記録は、予防可能死の減少に極めて有用)

ここに死亡診断書(死体検案書)原本右辺を合わせ、カーボン紙などで、この用紙に転写できます。

図5. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム(病院用: 詳細版)
(おもて面中央右側ページ)

死亡診断書(死体検案書)記載 死亡態様別詳細項目記載: B Step 2

外因死(うら面あり)

● **交通事故**

● 交通事故の種別は?

陸上交通事故 水上交通事故 宇宙/航空交通事故

● 子どもが乗っていた乗り物 該当項目のをチェックしてください。

なし(歩行者) 自転車 二輪車 乗用車 バス 鉄道 特殊車両
船舶 航空機 その他(車種など具体的に:)

● 主に関与した乗り物 該当項目のをチェックしてください。

なし(歩行者) 自転車 二輪車 乗用車 バス 鉄道 特殊車両
船舶 航空機 その他(車種など具体的に:)

● 子どもの乗車ポジション

運転者 同乗者(助手席 後部座席 その他
具体的に())

歩行者(歩いてた ローラースケート中 その他
具体的に())

● 衝突のタイプ

子どもが歩行中に乗り物にはねられた
子どもが乗車中に、他の乗り物にはねられた
子どもが乗車中に、他の乗り物へ衝突した
子どもが乗車中に、歩行者に衝突
その他の状況(具体的に:)

● 路面状況

正常 ぬかるんでいた 凍結/雪上 雨 霧
街灯/灯火不十分 暗化

● 事故原因として該当するものをすべてをチェックしてください。

速度制限超過 路面状況的に安全でない速度 無謀運転
無許可の公道レース 赤信号無視 一時停止無視 乗用物整備不良
タイヤ状態不良 道路整備不良 天候不良 視界不良
運転手の注意散漫 運転手持帯電話使用 運転手が未熟
飲酒/薬物使用下での運転 過労/居眠り運転 車線変更
運転手の急病 その他の道路交通違反行為
(具体的に:)

● 事故の場所

一般車道 自動車専用道 高速道路 住宅街 田舎道 交差点
路肩 歩道 駐車場 路側内 不明 その他
(具体的に:)

● 子どもの保護器具

下記状況項目の番号からひとつ選んでください。

エアバッグ <input type="checkbox"/>	1. 不要
着用シートベルト <input type="checkbox"/>	2. 必要であるが付けられていない
肩シートベルト <input type="checkbox"/>	3. 存在しており的確に利用
チャイルドシート <input type="checkbox"/>	4. 存在しているが不的確に利用
補助椅子用ベルト <input type="checkbox"/>	5. 存在しているが使用されていない
ヘルメット <input type="checkbox"/>	6. 不明
	7. チャイルドシート(前面向き)
	8. チャイルドシート(後面向き)
	9. チャイルドシート(不明)

その他、具体的に()

● **転落・転倒**

● 事故のタイプ 転倒 転落 転落した高さは()cm

● 子どもが落ちた表面は

コンクリート 芝生 土 カーペット フローリング タイル
その他(具体的に:)

● 子どもは押されたり、落とされたり、投げられたか?

不明 いいえ はい(具体的に状況:)

● どこから転落したか?

開いた窓 ベランダ バルコニー 自然の崖/高台 人工的な高台
橋 遊具 樹 屋根 階段 家具 ベッド 動物())
移動物体(具体的に:))
その他(具体的に:))

● その場所に転落防止として下記のものがあったか?

何もなし 不明 窓格子 フェンス 手すり 門 階段の踊り場
その他(具体的に:))

● **溺水**

*水上交通事故による溺水は、交通事故として届出を行なってください。
(本報告書では両欄に記載をしてください)

● 溺水前に最後に自撃された場所は?

水中 中 岸辺 波止場 プールサイド 庭 風呂場 家の中
その他(具体的に:))

● 溺水前に子どもは何をしていた?

走り回っていた ボート遊び 水泳 入浴 釣り サーフィン
ラフティング 水上スキー 寝ていた
その他(具体的に:))

● 溺水した場所は?

海 川 湖 池 入江 水路 プール 温泉 浴槽 桶
井戸 浄化槽/貯水槽
その他(具体的に:))

● プールの場合

地上置タイプ 地中掘タイプ プライベートプール 公共プール
設置後:<6ヶ月・<1年・>1年

● 浴槽の場合

入浴補助剤の中にいたか? 不明 いいえ はい

● 海・川・湖・池・入江・水路の場合

● ボートなどに乗っていたか? 不明 いいえ はい
はい(子どもが操縦していたか? 不明 いいえ はい)

● 浮き具の使用は? 不明 該当なし いいえ
はい(浮き輪 ライフジャケット その他(具体的に:))
サイズはあったか? 不明 いいえ はい

● 正しく使用していたか? 不明 いいえ はい

● ライフガードはいたか? 該当なし 不明 いいえ はい

● 適切な救助道具は備えられていたか? 該当なし 不明 いいえ はい

● 子どもは泳ぐことができたか? 不明 いいえ はい

● 水辺への立ち入りは禁止されていたか? 不明 いいえ はい

● 水辺へ行くことを防ぐ障壁は存在していたか? 不明 いいえ はい
はい(フェンス 門 扉 アラーム カバー))
はいの場合、各々はその機能を果たす状態にあったか?
不明 いいえ はい(具体的に:))

● 救助は試みられたか? 該当なし 不明 いいえ はい

● 誰が試みたか? 養育親 監督者 ライフガード ほかの子ども
目撃者 その他())

● 救助者も溺れたか? 該当なし 不明 いいえ はい

● 溺れたものの総数は()人:うち死者は()人:うち子どもは()人

● **窒息**

絞頸

洋服 ブラインドの紐 ベビーカー ハイチェア ベルト
ロープ 電気コード 車のパワーウィンドウ 車のサンルーフ
手(その他の外因死: 暴力による死亡へ)
その他:具体的に())

不明(絞頸であることは明らかなもの)

● **鼻閉塞**

物がかぶさった
睡眠関連: 寝具 毛布 ベッドの盛り込み 等
睡眠非関連: ビニール袋 土や砂 等
(具体的に記述:))

● 狭所への閉じ込め・押し込め

冷蔵庫 おもちゃ箱 自動車(トランク・他)
その他(具体的に:))

● 睡眠用具の非睡眠時の意図的使用(ブランケットに巻かれた等)

● ガスによる窒息(火災によるものは、「火災」の項目、他は「中毒」の項目へ)

その他())

● 不明(原因は不明であるが、窒息は明らかなもの)

* 窒息が不明なものは不詳死として扱う

● **脳際頭頸物**

食品: 具体的に())
おもちゃ: 具体的に())
その他: 具体的に())

● 不明: 異物であったことは明らか

● ハイムリック法等の異物対応をなされたか? いいえ はい 不明

● 窒息ゲーム・失神ゲームの結果起こった? いいえ はい 不明

● 無呼吸をきたした? いいえ はい 不明

● 痙攣をきたした? いいえ はい 不明

図 6. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム(病院用: 詳細版)
(おもて面左端ページ)

死亡診断書(死体検案書)記載 死亡態様別詳細項目記載：C Step 2

外因死(続き)

● **中 毒** 自殺・他殺を意図した中毒は、自殺・他殺として届出してください。
(本報告書では両欄を埋めてください)

●原因となった薬毒物は？

- 処方薬(薬剤名:)
- 市販薬(薬剤名:)
- 洗剤(製品名:)
- その他 ()
- (アルコール 農薬 不凍液 違法薬物(薬物名)
- 一酸化炭素 その他ガス)
- その他(具体的に) 不明

●薬物の保存状況

- すぐ見えるところ すぐ手の届く所 閉めた棚(無施錠)
- 閉めた棚(施錠) その他(具体的に) 不明

●発見時、薬物は元の棚の中にあった？

- 該当なし はい いいえ 不明

●処方薬の場合、子どもに処方された物であったか？

- はい いいえ 不明

●棚、薬には子ども用安全キャップがついていた？

- 該当なし はい いいえ 不明

●一酸化炭素中毒であれば、警報機はついていた？

- 不明 いいえ はい(正常に機能していた? 不明 いいえ はい)

● **火災及び火災による障害**

●放火か失火か？ 不明 失火 放火(犯人は? 不明 判明)

- ▶放火の前歴 あり なし 不明

●火源は？ マッチ ライター タバコ ろうそく ストーブ

- ヒーター その他()

●火元は？ 絨毯 マットレス 衣服 カーテン その他()

●火事になった住居は？

- 木造 鉄筋コンクリート造 その他()
- 戸建て 集合住宅 その他()

●初期消火は試みられたか？ 不明 いいえ はい

●消防車の延着する要因はあったか？ 不明 いいえ はい

(具体的に)

●非常口への避難の妨げはあったか？ 不明 いいえ はい

- *はいの場合 ドアが開かず 障害物でドアがあかず
- その他()

●スプリンクラーの設置は？ 不明 いいえ はい

- *はいの場合、作動したか？ 不明 いいえ はい

●消火器は設置されていた？ 不明 いいえ はい

●煙探知機はあった？ 不明 いいえ はい

- *はいの場合作動した？ 不明 いいえ はい
- *いいえの場合 電源が入っていなかった その他()

● **他 殺**

●凶器には何が用いられたか？

- 銃火器(具体的に:)
- 鋸(具体的に:)
- 鈍器(具体的に:)
- 鈍器(具体的に:)
- 爆発物(具体的に:)
- ロープ等の紐類
- 人体パーツ その他(具体的に:) 不明
- 人体パーツの場合
- 殴打、キックやパンチ 突き落とす 突き飛ばす 噛む
- 揺さぶる 頸を絞める 投げる 溺れさせる やけどさせる
- その他(具体的に:)
- 不明

●死亡児には、犯罪歴があったり、犯罪集団の一員であったり、前科があるか？

- 不明 いいえ はい(具体的に:)

●家族のその他の一員に、犯罪歴や、犯罪集団の一員であったり、前科があるか？

- 不明 いいえ はい(具体的に:)

具体的な他殺の状況を詳述してください。

● **自 殺**

●遺書は残されていた？ はい いいえ 不明

●自殺をほのめかしていた？ はい いいえ 不明

●自殺の恐れはあった？ はい いいえ 不明

●自殺企図の既往は？ はい いいえ 不明

●自傷の既往は？ はい いいえ 不明

●家出の既往は？ はい いいえ 不明

●自殺の家族歴は？ はい いいえ 不明

●自殺は心中の一部であったか？ はい いいえ 不明

●自殺は群衆自殺の一部であったか？ はい いいえ 不明

子どもが落胆するに至る急性の、もしくは累積した私的な危機的な事象があったか？
該当するもの全てのにチェックしてください。

- 何も分からない 友人や親戚の自殺 身体的虐待・暴行
- ギャンブル問題 仕事上の問題 家庭不和
- 友人や親戚の自殺以外の死亡 レイプ・性虐待
- カルトの活動にはまっていた 金銭上の問題
- 両親の離婚/別離 いじめられていた 触法行為
- コンピューターやゲームにはまっていた うわさを流されていた
- 両親や養育者との口論 いじめをしていた ドラッグ/アルコール
- 妊娠した 恋人との口論 落第 性的嗜好性
- インターネット上のトラブル 恋人との別れ 転校
- 宗教的/文化的問題(具体的に)
- 友人との口論 その他の重大な学校での問題)
- その他(具体的に:)

具体的な他殺の状況を詳述せよ

● **その他**

●熱傷、電撃傷

- 火事による熱傷(届出は火災として行う) 液体熱傷
- その他の熱傷(具体的に) 電撃傷
- 熱源、電撃源は？ ストーブ ヒーター 熱湯(調理用) 熱湯(風呂)
- その他高温液体() 雷 送電線 コンセント
- その他電気器具()
- 液体熱傷の場合、給湯器の設定温度は？ ()℃であった 不明

●衝突

原因物は テレビ その他電化製品() 家具

- 動物 木 石 その他() 不明
- 子どもは 物の上に登っていた 物を引っ張っていた 物の裏に隠れていた
- 物から落ちた その他() 不明

●動物襲撃

動物の種類 飼い犬/猫 蛇 昆虫 野生動物(具体的に)

- その他() 不明
- 子どもと動物との接触
- 動物は繋がれて(囲われて)いた 動物は繋がれて(囲われて)いなかった

●遺棄致死

どのような状況？ 遺棄 車内放置 室内放置 屋内放置

- その他(具体的に)
- 衣服は適切だった？ はい いいえ 不明
- 放置されていた際の状況 高体温状況 低体温状況 不明
- 周辺環境温は()℃ 放置されていた時間 約()時間 不明

●その他 具体的な状況を詳述せよ

図 7. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム(病院用:詳細版)(うら面左端ページ)

身体所見記録

Step 5

死亡児身体所見 外因死・不詳死・院外内因死の児で記録 (可能であれば院内の内因死の児でも記録)

病院搬送時 or 緊急診察時の所見について記入してください。

●BT °C ●HR /min ●BP / ●RR /min ●BH cm (SD) ●BW kg (肥満度 %) ●頭頂 (<2歳) cm (SD)

病院到着時の状態

自発呼吸 なし あり

痛み刺激への反応 なし あり

顔面/鼻/口が蒼白であった なし あり 未観察

分泌物(泡を吹いていたか) なし あり 未観察

皮膚変色 なし あり 未観察

口鼻周囲の蒼白 なし あり 未観察

網膜出血 なし あり 未観察

皮膚点状出血 なし あり 未観察

挫傷やその他の皮膚損傷 なし あり 未観察

故意による機序が疑われる損傷 なし あり 未観察

栄養不良 なし あり 未観察

その他(具体的に _____)

系統診察所見

	異常あり	異常なし	未診察
全身状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
毛髪・頭皮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顔面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔・咽頭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸背部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部聴診所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部・腰部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外性器・肛門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神経学所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



● 所見のある部位に数記号を付けて、下記に表記してください。
 明らかなBite markを認めた場合、速やかに歯科法医学者に
 コンサルトするか、警察に連絡してください。

① _____ 写真撮影済

② _____ 写真撮影済

③ _____ 写真撮影済

④ _____ 写真撮影済

⑤ _____ 写真撮影済

* 記入後、step 6 (右隣頁)へ

作為不作為の有無の確認

Step 7

作為/不作為行為の有無 院内内因死亡児を除くすべての死亡児で記録

下記の項目に当てはまるものはあるか? (複数回答可)

- C (Care Delay) : 受療行動が極端に遅い
- H (History) : 医学ヒストリーの矛盾 (ヒストリーが変わる/人により異なる)
- I (Injury of Past) : 回復する外傷の既往
- L (Lack of Nursing) : 監督・保護・ニーズ (食事・住居・治療) の不作為・不衛生
- D (development) : 生じた損傷と発達段階の矛盾 (ハイハイ前の挫傷/骨折等)
- A (Attitude) : 養育者の態度 (児の重症度) に比し落ち着いている等
- B (Behavior) : 以前の児の行動から、養育上の問題が懸念される
- U (Unexplainable) : 児の状態の説明がない、できない
- S (Sibling) : 近いきょうだいによる加害との訴え、きょうだいの不審死
- E (Environment) : 環境上のリスクの存在 (孤立・貧困・複雑家庭等)
- 家庭内事故によると説明された頭蓋内出血、内臓損傷、骨折、多発挫傷/熱傷
- 2歳未満の急性・慢性硬膜下血腫
- 原因不明の成長障害/るい瘦
- 医学的に説明困難な症状を反復していた。
- 養育親の育児疲れ

● 死因となった、もしくは死亡に寄与した、作為/不作為行為を行なった最も責任を負うべき人物は?

該当項目に (加害者が不明であれば可能性のある人物) 全てにチェックしてください。

- 実父 実母 養父 養母 里親 母親のパートナー 父親のパートナー
- 祖父 祖母 きょうだい その他の親族 友人 知人 見知らぬ人
- 医療者 コメディカル 保育者 その他(具体的に _____)

- その人物の犯罪歴 あり (加害・被害) なし 不明
- その人物の過去の虐待歴 あり (加害・被害) なし 不明
- その人物のDV歴 あり (加害・被害) なし 不明
- その人物には障害や慢性疾患があるか? 不明 なし あり (具体的に _____)

● 作為/不作為行為の可能性を確認した上で、本事例は
 児童相談所への通告 あり なし / 警察通報 あり なし

● 今回の子どもの死亡の結果に対し、その人物の帰結は
行為を自白 無罪主張 起訴猶予 起訴 無罪 有罪 執行猶予 実刑

● 左記でチェックした項目も踏まえ、死亡に寄与した、何らかの作為or不作為行為があったか、該当項目をチェックしてください。

ない あった可能性は低い あった可能性が高い あった 判断できない以外を選択した場合▼

その行為は 直接的死因となった 死亡に寄与する原因となった (意図的 非意図的 意図は判然としない)

具体的な行為の内容は(疑いを含め、該当項目に全て にチェックしてください)

- 虐待 (虐待のタイプ 性虐待 心理的虐待 身体的虐待)
 - 虐待による頭部外傷 慢性被殴打児症候群 殴打・蹴り
 - 故意による熱傷 代理によるミュンヒハウゼン症候群
- ネグレクト 監督・保護ネグレクト 医療ネグレクト ニーズ (食事・住居・心理) のネグレクト
- 虐待以外の暴力行為 成人による暴行 未成年による暴行
- 何らかの犯罪行為との関連はあるか▼
 - 窃盗/強盗 放火 DV 犯罪集団の抗争 売春 性的暴行
 - 恐喝 薬物取引 その他(具体的に _____)
- 医療事故
 - 市販品の不具合・製品は適切に使用されていた? はい いいえ 不明
 - リコール対象であった? はい いいえ 不明
 - 安全適合ラベルが貼られていた? はい いいえ 不明
 - 消費者庁に連絡したか? はい いいえ 連絡してください。
- 行為に至るきっかけで明らかになっているものは?
 該当項目にすべてにチェックしてください。
- 罪立 トイレトレーニング 反抗 摂食上の問題 口げんか
- 行為の頻度は 慢性的 散発的 単発 不明

上記の、作為/不作為行為該当項目の具体的状況につき、記載してください。

.....

.....

.....

* step 7で本報告書は終了です。お疲れ様でした。

図 8. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム (病院用: 詳細版) (うら面中央左側ページ)

施行した検査/剖検の記録 Step 6

死亡時検査/剖検情報

● **死亡時検査**

● 死亡原因精査のための諸検査

実施
未実施(理由:原疾患が明らか その他())

● 死亡宣告前に、診断・治療のために施行した検査は? 該当項目全てにチェック

血液ガス 検尿 血算 緊急生化学項目 血糖 アンモニア
乳酸・ビルヒン酸 ケトン体 (POCT) 薬物血中濃度 (POCT) トリエージ
ウイルス検査 (POCT) 髄液検査 脳波 心電図
エコー (部位:))
レントゲン検査 全身骨 その他())
CT 頭部 腹部 その他 (部位は:))
MRI (シーケンス: T1 T2 FLAIR DWI その他())
 部位: 頭部 脊髄 その他())

その他検査(上記検査での診断/治療に結びつく異常所見を具体的に:

● 死後診断のために行った画像・検査項目は? (上記の死亡前施行検査と重複している項目は省略可)
 (死亡前に診断のために行った、即日結果が出ない項目も含める)

アミ/酸分析 有機酸分析 ケトン体分析 ウイルス分析
薬物血中濃度 (POCT) トリエージ
培養検査 (咽頭 鼻腔 血液 尿 髄液 便 その他())
レントゲン検査 全身骨 その他())
死後CT 頭部 腹部 その他 (部位は:))
死後MRI (シーケンス: T1 T2 T2* FLAIR DWI その他())
 部位: 頭部 脊髄 その他())

● 保存を行った検体は?

血清 血漿 尿 ろ紙血 髄液 毛根付毛髪 爪
生検検体 (肝臓 皮膚 その他))
その他

上記検査での診断/治療に結びつく異常所見を具体的に:

監督者情報の記録 Step 4

養育者/監督者情報

● 死亡に結びついた出来事があった際に、子どもは監督を受けていたか?

はい
いいえ (監督が必要であった)
いいえ (監督が必要だったかはつきりしません)
いいえ、ただし発達年齢や状況より、監督される必要がなかった。

● 監督者 (もしくは監督が可能な状態であった人物) は? 該人物全てにチェックしてください。

実父 実母 養父 養母 里親 母親のパートナー 父親のパートナー
祖父 祖母 きょうだい その他の親族 医療者 コメディカル 保育者
その他 (具体的に:))

● 子どもが最後に、普段と変わらない状態であったのが確認されたのは?

日時 _____月 _____日 _____時 _____分

誰が 実父 実母 養父 養母 里親 母親のパートナー 父親のパートナー
祖父 祖母 きょうだい その他の親族 友人 知人 見知らぬ人
医療者 コメディカル 保育者 その他 (具体的に:))

どこで (具体的に:))
 何をしていた (具体的に:))

● 集団保育/学校現場での死亡の場合
 死亡の出来事の際に監督下にあった子どもの総数 () 人
 監督者の成人数 () 人
 監督者の成人のうち、体調不良者はいたか? はい いいえ 不明
 濃厚接触した子ども間で流行している疾病はあったか? あり なし 不明
 保育園/幼稚園であった場合、許可の有無は? あり なし 不明
 監督者の過去犯罪歴の有無 不明 なし あり (具体的に:))
 監督者の過去の虐待歴の有無 不明 なし あり
 (加害者として 被害者として その他 [])

*記入後、step5(左頁)へ

● わが国における死亡者取扱いの概略

医師が診察中の患者の死亡	異常あり	異常死体
異常なし	所轄警察署への届出	
遺族の承諾	非犯罪死体	犯罪死体・袋死体
病理解剖	行政検視	司法検視
死亡診断書の交付	監察医、一般医師による死体検案	医師による死体検案
遺族が役所へ持参	死体検案書の交付	
死亡届	死因が不明	鑑定処分許可状 (鑑別所) 鑑定嘱託書 (警察署・検検庁)
埋火葬許可証 戸籍の抹消	行政解剖 承諾解剖	司法解剖
死体の埋火葬		
	解剖報告書	鑑定書

● 血液試料・病理組織試料の専門的検査

① 血清: 採取血液を3,000rpm/min×10分間に遠心分離して、上清3mlを凍結の上、冷蔵・冷凍により搬送。
 ② 尿・髄液・硝子体液: 採取した試料3mlを凍結の上、冷蔵・冷凍により搬送。
 ③ 病理組織標本: 各臓器のHE染色標本・パラフィンブロック・ホルマリン固定標本等を送付

送付・問い合わせ先: 大阪府立母子保健総合医療センター 検査科 中山雅弘
 Tel.0725-56-1220 (代表) Fax.0725-56-1858 (医局)

引用: 乳幼児突然死症候群(SIDS)診断の手引き改訂第二版
<http://plaza.urin.ac.jp/sids/pdf/tebiki.pdf>

*記入後、step7(左頁)へ

救急隊・両親への問診時に、点線より切り取り利用可

図9. 試作したチャイルド・デス・レビューのための登録フォーム (病院用: 詳細版) (うら面中央右側ページ)

Child Death Review Case Reporting System

Step 1 レビュー会合についての記録

初回レビュー日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日 2回目レビュー： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 今回のレビューは： 初回 _____ 回目 3回目レビュー： _____ 年 _____ 月 _____ 日

レビューのために入手できた情報源は？
 入手できた項目に 存在していない確認が出来たものを として下さい。
 (2回目以降の会合で入手できた場合 のように数字を書き込んでください)

<input type="checkbox"/> 医療記録/診療録	<input type="checkbox"/> 出生時記録	<input type="checkbox"/> 警察の調書
<input type="checkbox"/> 死亡診断書	<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し	<input type="checkbox"/> 児童相談所の記録
<input type="checkbox"/> 剖検/病理の記録	<input type="checkbox"/> ワクチン接種記録	<input type="checkbox"/> その他のソーシャルサービスの記録
<input type="checkbox"/> 他の自治体からの死亡事例報告フォーム	<input type="checkbox"/> 健診受診記録	<input type="checkbox"/> 学校の記録
<input type="checkbox"/> 救急隊の出動記録	<input type="checkbox"/> 実母の産科・周産期病歴	<input type="checkbox"/> 薬物乱用の治療記録
<input type="checkbox"/> Child death Review case Report (簡易版)	<input type="checkbox"/> 新生児マススクリーニングの結果	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> Child death Review case Report (詳細版)	<input type="checkbox"/> 子どものメンタルヘルスの記録	
	<input type="checkbox"/> 養育者のメンタルヘルスの記録	

死亡現場検証、剖検、医療記録/診療録実施状況についての該当項目をチェック (2回目以降は変更事項があれば記録 のように数字を書き込んでください)

	終了している いいえ はい 不明	調査しつくしている いいえ はい 不明
死亡現場検証	_____	_____
剖 検	_____	_____
医療記録/診療録レビュー	_____	_____

初回レビュー時の参加機関とその専門性につきチェック

医療機関

医師

小児科医 (虐待専門医 小児神経 小児精神 その他の一般小児科医) 脳外科医 救急医

産婦人科医 整形外科医 画像診断医 法医学者 病理医 監察医 精神科医 その他 ()

その他の病院職員

看護師 MSW 事務職員 救急隊員 薬物治療機関 その他の医療関係者 ()

福祉・行政機関

児童相談所 (児童福祉司 児童心理士 スーパーバイザー)

保健師 その他の保健/福祉行政機関職員 ()

司法機関

警察官 検察官 子どもの権利擁護の弁護士

その他の機関


教育機関 NPOなどの子どもの権利擁護機関 犯罪被害者支援相談員 心理士 その他 ()

Step 2 家族/地域社会に提供済みのサービスの確認

死後に提供	提供した		提供しなかった		不明	レビューの結果 実施を推奨する
	提案したが拒否	承諾したが利用せず	必要性・適応なし	すべきだった 必要だが提供不能		
死別カウンセリング	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
きょうだいへの死別ケア	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
級友への死別ケア	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
経済的サポート	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
葬儀・埋葬手続き支援	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
メンタルヘルスカケア提供	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
被害者支援先紹介	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
家族会紹介	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
家族計画へのアドバイス	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
法的支援	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
その他サービス	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
具体的に記入してください	_____					_____

図 1 2. 試作したチャイルド・デス・レビューの際のレビュー用フォーム (おもて面左側ページ)

Child Death Review Case Reporting System

Step 3  レビュー会議の叙述的記録 (2)

本児の死亡を防ぎえた可能性がある変更しえたりリスク要因を列記/要約せよ

同様のケースや状況での死亡を予防するための推奨事項をすべて列記せよ

その他、本事例で特記すべき事項を自由記載せよ

図 1 4. 試作したチャイルド・デス・レビューの際のレビュー用フォーム
(うら面左側ページ)

Step 4

レビュー結果に基づく予防活動まとめ (該当項目をチェック, 2回目以降は変更時図のように数字を書き込む)

教育	不要・適用なし	現在の活動期間			活動の形式		活動のレベル		実施責任者記名
		提案中	計画中	実行中	短期的	長期的	地域	国	
メディアキャンペーン									
学校教育プログラム									
管理職対象									
児童・生徒対象									
一般向けフォーラム									
その他の教育プログラム									
機関別									
医療機関									
新規施策立案									
既存の施策の修正									
福祉機関									
新規施策立案									
既存の施策の修正									
司法機関									
新規施策立案									
既存の施策の修正									
その他機関									
新規施策立案									
既存の施策の修正									
法 律									
新規条例/法案提出									
既存条例/法案修正									
条例/法案の執行強化									
環 境									
商品の改善									
商品のリコール									
公的空間環境修正勧告									
私的空間環境修正勧告									
その他 (具体的に)									

Step 5

レビューまとめ
(該当項目をチェック, 2回目以降は変更時図のように数字を書き込んでください)

レビュー会合の結果、何がもたらされたか

特にもたらされたものはなかった

追加調査の必要性が示された

チームは死亡診断書の死亡態様に不同意である
チームが結論付けた死亡態様は _____ である

チームは、死亡診断書の死因に不同意である
チームが結論付けた死因は _____ である

レビューにより公式な死因が変更された

レビューにより対策が実施されるようになった (地域レベル 国家レベル)

レビューにより機関の施策や対応が変わった (地域レベル 国家レベル)

レビューにより予防活動が積極的に実施されるようになった (地域レベル 国家レベル)

効果的なレビューの障壁となった要因は存在したか

守秘義務の問題によりメンバー間で完全な情報の共有ができなかった

個人情報保護の規制により情報にアクセスしたり、情報交換をすることができなかった

調査が不十分でありレビューを行う上で障壁となった

チームメンバーが適切な情報を会合に持ってこなかった

必要とされるチームメンバーが欠席した

死後直後の会合であった

死後かなりの時間がたってからの会合であった

他の自治体からの情報や記録が必要であった

チームでの合意に至らない状況が存在した
(具体的に: _____)

その他の要因
(具体的に: _____)

本事例のレビューは完結したか (該当項目をチェック, 2回目以降は変更時図のように数字を書き込んでください)

いいえ

はい、ただし推奨事項の実施状況を定期的に追跡する必要があります

はい、ケースを終結させて構いません

レビュー責任者署名

図 15. 試作したチャイルド・デス・レビューの際のレビュー用フォーム (うら面右側ページ)

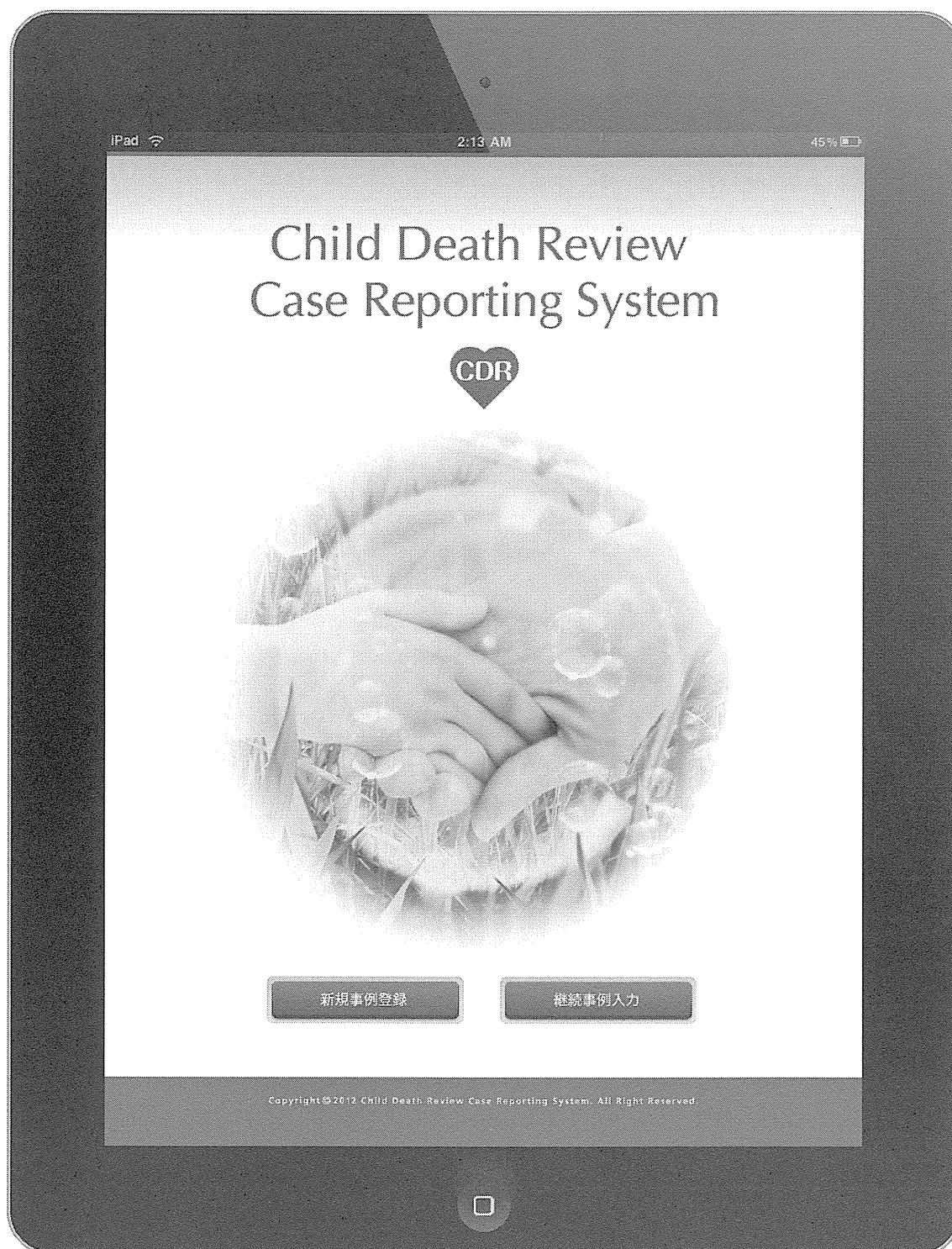


図 1 6 . コンピューター版の試作したチャイルド・デス・レビューの際の登録フォーム
(ポータル画面)

Child Death Review Case Reporting System

Immediate Form

Step1 蘇生状況 Step2 死亡診断書 Step3 問診 Step4 身体所見 Step5 死亡前検査 Step6 死亡後検査 Step7 作為不作為

子どもの基本情報

■ 症例番号 ■ 氏名 ■ 性別 男 女 不明

■ 生年月日 ■ 死亡生年月日 ■ 死亡時年齢 歳

▶Step 1: 蘇生時状況入力

- ▶ Step 2: 死亡診断書入力
- ▶ Step 3: 問診項目入力 (養育者・救急隊・目撃者)
- ▶ Step 4: 身体所見入力
- ▶ Step 5: 死亡前の診断治療のために実施した画像・検査と治療内容入力
- ▶ Step 6: 死後診断のために実施した画像・検査入力
- ▶ Step 7: 死亡に際する、作為と不作為の可能性評価

☑ 救急搬送について

■ 死亡に至るエピソード発生時の救急搬送の有無 あり なし 不明

■ 死亡から48時間以内の救急搬送 あり なし

■ 救急搬送時の状況はCPAであったか? はい いいえ

☑ CPA発生時状況について

■ CPA発生場所 院外 → 自宅 自宅外

院内

■ CPA発覚時間 年 月 日 時 分

☑ 蘇生について

■ 蘇生は行われたか? はい いいえ

■ 蘇生開始時刻 年 月 日 時 分

■ 自己心拍再開 あり なし

■ 自己心拍再開までの時間 時間 分

■ 蘇生チームのリーダーはいたか? はい いいえ

図 17. コンピューター版の試作したチャイルド・デス・レビューの際の登録フォーム (入力画面: 入力内容は紙版と同一である)

D. 考察

両者のフォーム共に、現段階では試作段階であり、“実際の臨床運用の前段階である臨床事例のトライアル記入/入力”のさらに前段階にある状態といえる。早期に救急科・小児科を中心とした臨床医家とピアレビューを行い、実際の意見を取り入れたうえで改善を加えていき、来年度早期には、トライアル記入/入力に移りたいと考えている。

どんなに記入/入力項目を再構成したとしても、意義のある CDR を行っていくためには、一定程度以上の情報量は必要となり、実地医家への負担は相当なものとなる。本邦で予防に有効な CDR を実施するためには、①負担を負ってでも、CDR を成していくことが、我が国の子どもの将来のために必要なものであり、医療者が一定程度の中心的役割を果たさなければいけないという意識を多くの医師が持つように、広く理解を求めていく必要がある。また②負担が社会貢献に繋がっているという認識を実地医家が感じられるような、登録情報の検証結果のフィードバック体制を構築する必要がある。そして③実地医家の記入/入力したフォームの虫食い部分の情報を可能な限り入手したり、地域でのレビューを効果的にするために追加の情報の入手（含、後方視的な主治医へのインタビュー等）をしたり、継続的に地域他機関へ情報提供や働きかけを行い、地域での CDR の質を担保し、システムの向上を図っていく、専門コーディネーターの設置などが現実的には必要であろうかと思われる。

E. 結論

今回、病院用の詳細版の CDR の紙版の試案を作成し、タブレット端末用のソフトウ

ェアを開発した。来年度に連結可能匿名化の上で実際の症例に使用し完成度を高めて、実際の運用に耐えうるものとしてきたいと考えている。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表

第 18 回日本 SIDS・乳幼児突然死予防学会 ワークショップ 「小児の死亡登録システムの構築に向けて」

W3. 小児の死亡登録・検証システム

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 なし

参考文献：

1. 山中龍宏、掛札逸美：傷害による死亡情報の収集内容についての検討。平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究」平成 20 年度総括・分担研究報告書、pp408-460、平成 21 年 3 月
2. Covington TM. The US National Child Death review case reporting system. Inj Prev. 2011;17 Suppl:i34-7

厚生労働科学研究費補助金 (平成 23 年度政策科学総合研究事業)
我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究

分担研究報告書

「チャイルド・デス・レビュー2012年東京都パイロットスタディ施行へ向けて」

研究分担者 森 臨太郎 国際母子保健研究所 所長
研究分担者 佐藤 喜宣 杏林大学医学部法医学教室
研究分担者 米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター
研究協力者 椎間 優子 東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室
研究協力者 森崎 菜緒 東京大学医学部小児科

研究要旨

東京都チャイルド・デス・レビューパイロットスタディの実施にむけ現在準備中である。パイロットスタディ施行にあたり日本の乳幼児死亡に関する論文を収集し、日本の状況を踏まえ、諸外国の事例を参考にして、研究計画書及び質問票の作成を行った。

A. 研究目的

2012年4月より東京都チャイルド・デス・レビューパイロットスタディを施行予定である。対象となる症例は2011年1月1日～12月31日に東京都内で死亡した0-4歳児(新生児に関しては未定)で、全死亡例の死亡に関する調査を後方視的に行う予定である。これを適切に施行するため、これまでの先行研究の結果、及び課題などを整理しておく必要がある。これまでの日本における研究で明らかにされていること、問題点などを把握し、日本の現状を踏まえた研究計画書及び質問票を作成する。

B. 研究方法

インターネット及び医学関連雑誌データベースの検索により文献検索を行った。また、チャイルド・デス・レビューがすでに導入されている諸外国の報告書および症例調査を参考にして、東京都パイロットスタディにおける調査項目を検討した。

C. 結果

1. 日本の乳幼児死亡に関する研究について

2005年の田中らの報告により、日本は1980年、1990年、2000年～2001年共に1-4歳児死亡率が、他の先進国の平均に比べ高い¹⁾ことが明らかになった。その後楠田らは2005年の1-4歳児死亡率もOECD27カ国の中で17位と、先進国の中で下位であったと報告している²⁾。新生児・乳児の低い死亡率と相反する高い幼児死亡率は、他の先進諸国では見られず、その理由として、田中らは小児救急医療あるいは小児医療体制の整備の遅れが関与していると考えられると述べているが、なお要因の解明が待たれると結論している¹⁾。

その後2005年の1-4歳児死亡小票全国調査が行われ³⁾、半数以上の症例が、日本小児科学会指定の研修施設以外の施設で死亡し、全体の60%が死因発生後6時間以内に死亡していることから、特に小児重症患者の搬送および受け入れ態勢の整備が重要であることが再度示された。

さらにWHO, OECDの公表統計を用いた国際比較では⁴⁾、我が国の1-4歳の幼児死亡が高い原因の一つとして、外傷による死亡の割合が高いことが指摘された。また、新生児疾患との関連

では、新生児期に救命された重症児が幼児死亡となっている可能性が否定できず、0-4 歳児の死亡原因で新生児死亡の割合が低いほど幼児死亡率が高くなる傾向が認められた。

さらに 2005、2006 年の死亡個票を用いた 1-4 歳児の死亡場所と死亡原因についての分析が行われ⁵⁾、年間の小児死亡例が 5 人以下と非常に少ない小規模病院での死亡が 87%と多数を占め、事故死例も、病死例と比較して小規模病院で診療を受けて死亡した割合が優位に高いことが報告された。小規模な医療機関で対応している事実が明らかとなり、小児救命救急機能が貧乏な現状のため、重篤小児が小規模医療機関で診療を受けざるを得ないのが現状と結論されている。

渡辺らは WHO データベースによる 2000 年から 2005 年における 1-4 歳死亡率の先進 14 カ国の国際比較を行い⁶⁾、それによると日本の 1-4 歳平均死亡率は 14 カ国中高い方から 3 番目で、内因子と外因死で分けて比較すると、内因死では日本は 14 カ国中死亡率が最も高くなっていたが、外因死では日本は高いほうから 6 番目であった。このことから日本の 1-4 歳死亡率を先進国間比較で押し上げる要因となる疾患群があるとすれば、内因死の中に存在する可能性が高いと推測し、中でも肺炎の死亡率の高さが際立っていることから、これら肺炎による死亡症例の基礎疾患の有無等を含む死亡に至る背景の調査が有用と考えられると報告している。

以上のように、日本における 1-4 歳児の死亡率が高いことが指摘されて以降、関連する要因が様々な方向から検討されてきた。救急医療体制、新生児期に救命された重症児の関連、外傷による死亡、肺炎による死亡、と様々な要因の関連が示唆されるが明確な原因の特定には至っておらず、さらなる解明が必要な状況である。

2. 調査項目に関する検討

導入からすでに30年以上が経過しているアメリカでは、47%が米国National Center for

Child Death Review (NCCDR) が作成した症例報告書(Case Report Form)¹⁰⁾ を使用していると報告されている⁷⁾。

一方で山中ら⁹⁾は、NCCDRの調査項目を参考に情報入力ソフトウェアの開発し、医療機関の病歴から情報入力を試みたが、入力できない項目(空欄)が数多くみられ、情報収集には様々な機関が集まって情報を共有する多機関連携システムが必要であると報告している。

3 レビュー対象症例について

アメリカでは49のチャイルドデスレビュープログラムのうち、31%が全例レビューを行っている。残りの69%ではSIDSや不詳の死、虐待やネグレクト症例でレビューを行っている⁸⁾。イギリスのThe Centre for Maternal and Child Enquiries:CEMACHのパイロット研究では、無作為に選んだ症例でレビューが行なわれた¹¹⁾。

対象とするケースの選定は、組織により大きく異なっていた。

D. 考察

現在日本の1-4歳児の死亡率が高い原因として、明確な要因は明らかになっていないが、これまでの報告では救急医療体制、新生児期に救命された重症児の関連、外傷による死亡、肺炎による死亡、などが要因として挙げられている。

また、今回の東京都パイロットスタディでは、後方視的に主治医およびカルテから情報収集を行う予定で、他に、死亡の48時間以内に救急搬送がある場合には救急隊からも情報収集すること、聞き取りを行う必要があると判断された場合には看護師からも聞き取りを行う予定である。日常的に診療の中で取られた情報に限られ、新たに情報収集を行うことはできない。

これらを踏まえ、NCCDRの質問票などを参考にしながらも日本の問題点に焦点を当て、入力できない項目が少なくなるように日本のガイドラインや診断の手引きも参考にして調査項

目を検討した。

具体的には、患者基礎情報として、子どもの基本情報、死亡診断書に関する情報、出生歴、健診・予防接種等の養育歴、家族歴・家族構成、既往歴、救急搬送、蘇生、治療内容、終末期、剖検を含めた。現病歴は記述式とし、自由記載としたが、特に疾患群別にチェックリストを用い、収集する情報に漏れがないようにした。チェックリストとしては、疾病による死亡、乳幼児突然死症候群、窒息、火災と熱傷、溺死、虐待・ネグレクト、自動車事故による死亡、中毒、転落転倒でそれぞれの必要な情報項目を設けた。

さらにレビュー対象症例の選定に関しては、死亡診断書の「死因の種類」による分類から、明らかな病死および自然死、と判断されたもの以外はすべてレビューの対象となるようにした。乳幼児突然死症候群は全例レビューの対象とした。また、死亡診断書で虐待と診断されていない症例も、チェックリストを用いて被虐待児である可能性が否定できないと判断した場合は、レビューの対象とした。

今回のパイロットスタディでは基準をあまり厳密にしまうと、分析や検討する必要がある症例の見逃しにつながると考え、レビュー対象症例の選定基準としては、少しでも疑いのある症例が含まれるよう緩やかな基準とした。

E. 結論

日本の現状、問題点を踏まえて研究計画書および質問票を作成した。質問票に関しては、特に基礎疾患の有無とその詳細、救急搬送システム、や蘇生の状況について詳細な情報収集ができるように作成した。また、それぞれの疾患の詳細に関しては、情報収集が効率的に行えるようチェックリストを作成した。剖検率が低い我が国の現状を考慮して、乳幼児突然死症候群や被虐待児である可能性が否定できない症例などもレビューの対象となるようにした。

今後の実施に向けさらなる検討を行ってい

く予定である。

F. 研究発表

なし

(参考文献)

- 1) 田中哲郎, 内山有子, 石井博子.
わが国の全死因と不慮の事故の死亡率の国際比較. 日本小児救急医学会雑誌 2005 ; 4 : 127-134
- 2) 楠田聡, 藤村正哲, 渡辺博
新生児関連疾患が我が国の幼児死亡に与える影響. 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究 平成 20 年度分担研究報告書 2009 : 395-400
- 3) 楠田聡, 藤村正哲, 渡辺博
2005 年の幼児死亡例調査分析結果 厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究 分担研究報告書
- 4) 楠田聡
1-4 歳乳児死亡の国際比較に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)分担研究報告書
- 5) 藤村正哲, 楠田聡, 渡辺博, 他
幼児死亡個票調査からみた医療提供体制の課題. 小児科学会雑誌 2010 ; 114 : 454-462
- 6) 渡辺博, 山中龍宏, 藤村正哲
WHO データベースによる 2000 年から 2005 年における 1-4 歳死亡率の先進 14 カ国の国際比較. 日本小児科学会雑誌 2011 ; 115 : 1926-1931
- 7) Policy statement-Child Fatality Review
The committee on Child Abuse and Neglect.
The Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention, and the Council on Community Pediatrics
Pediatrics 2010;126:592-596