

報告用紙 A 子どもの死亡通知

子どもの死因検証統括委員会事務局に通知してください。

メールアドレス: _____

電話番号: _____

Fax: _____

本報告用紙に記入された情報及び情報の転送に伴う安全管理については、管轄区のカルディコ
 ット保護審議会で検討され、了解を得なければなりません。

複数の関係機関が関与している場合には、調整役がどの機関が通知するか合意を取るよう
 してください。

子どもの死亡の詳細

氏名		
別名・通称名などあれば		
生年月日	____/____/____ 日齢/月齢/年齢: _____	マイナンバー
住所		
郵便番号		
学校・保育園など		
死亡日時・時刻	____/____/____	時間 ____:____
その他の重要な家族成員		

通知時の詳細

通知した日	____/____/____
通知者の氏名	
通知者の所属機関名	
住所	
電話番号	
メールアドレス	

注意：1 ページ目は匿名化のために取り除くことができます。2 ページ目は報告用紙 B ととも
 に子どもの死因検証統括委員会に提出しなければなりません。

死亡の詳細

死亡・致命的なイベントが発生した場所 (上記と違う場所で発生した場合はその住所も記載)		
死亡は予期できましたか？	<input type="checkbox"/> 予期できた	<input type="checkbox"/> 予期できなかった†
検視官への連絡	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 適応外	連絡した日時： ____/____/____ 検察医の名前： _____
戸籍係への連絡	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 適応外	連絡した日時： ____/____/____ 戸籍係の名前： _____
死因を記載した医学的な死亡診断書	<input type="checkbox"/> 発行された <input type="checkbox"/> 発行していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 適応外	発行した日時： ____/____/____
死体検案	<input type="checkbox"/> 実施された <input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 適応外 (NA)	実施した日時： ____/____/____ 実施場所： _____

† 予期できない死亡とは、死亡 24 時間前には、死亡に至る重大な可能性がある、死亡に至る急変が起こる、死亡に至るイベントが重なりつつあることが予期されなかった死亡と定義されます。

通知の詳細：通知に至った状況について概要を記載してください。もし他の検証会議（組織内検討会等）が開始されている場合は、本死亡によって何らかの対策が取られたかについても、記載してください。

報告用紙 A1 子どもの死亡通知：経過記録
 子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

関係機関への連絡（子どもの死因検証統括委員会連絡員が記入すること）

関係機関	名前、住所、電話番号	関係機関の報告書	
		依頼した日	提出された日
かかりつけ医		___/___/___	___/___/___
助産師・(保健師／訪問看護師)・養護教員		___/___/___	___/___/___
小児科医		___/___/___	___/___/___
警察		___/___/___	___/___/___
児童福祉（ソーシャル・ケア）		___/___/___	___/___/___
学校・養護教員		___/___/___	___/___/___
その他		___/___/___	___/___/___
		___/___/___	___/___/___
		___/___/___	___/___/___
		___/___/___	___/___/___

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

報告用紙B 関係機関報告用紙

本報告用紙記入後、子どもの死因検証統括委員会事務局までご返送ください。

メールアドレス：

住所：

Fax 番号：

本報告用紙に記入された情報及び情報の転送に伴う安全管理については、管轄区のカルディコット保護審議会で検討され、了解を得なければなりません。

本報告用紙は、当該機関で所有している情報に基づいて記載し、すみやかに子どもの死因検証統括委員会事務局に返送してください。記載すべき情報に関し不明な点があれば、子どもの死亡検証統括委員会事務局に問い合わせてください。

本報告用紙記載について： 本報告用紙は、子どもと家族に関わったすべての機関に送付されていますので、各機関がすべての項目に記載する必要はありません。ご自身が所属する機関に該当する項目にだけ、記載ください。データの照合や比較をすることを目的としたチェック方式やはい／いいえ方式の質問もありますが、子どもの死亡の本質を子どもの死亡検証統括委員会がより詳しく理解するために必要な情報があれば、各セクションには空欄がありますので、叙述的／質的に情報を記載ください。情報を持っていない質問については ○をつける、不明や該当なしにチェックするか、空白にしておくことができますが、可能な限り○をつけるか、不明などにチェックしてください。何か記載いただくと、子どもの死亡検証統括委員会は、「この質問項目を考慮していただいたが、貴機関には何も情報がなかった。」ということが分かります。

本報告用紙には、A～Fの6つのセクションがあります。また、死亡のタイプごとに異なる、B2～B12の追加用紙があります。

追加：新生児死亡の事例では、B2 報告用紙の記載から始めてください。

本報告の目的： 本報告用紙Bは一人ひとりの子どもの死に関する情報を集めるためにデザインされています。本報告用紙の第一義的目的は、各管轄区の子どもの死因検証統括委員会が、担当地域におけるすべての小児死亡事例を検証することで、死亡のパターンを理解し、子どもの死亡に関与する要因を抽出し、最終的には、予防可能な子どもの死亡の防止策を作っていくことです。

機密性： 本報告用紙で提供される情報は、「子ども保護のためのワーキングトゥギャザー」第7節に記載されているチャイルドデスレビューを行うために利用されます。すべての遺族はチャイルドデスレビューについて説明を受けています。集められた情報には、個人的で繊細に扱われる必要のある情報も含まれるため、情報を扱う際には、子どもの死因検証統括委員会は、1998年データ保護法に基づく各委員の果たすべき義務に留意しなければなりません。すべての事例は子どもの死亡検証統括委員会で議論される前に匿名化されます。集められた情報はすべて厳密に保管され、地域／国レベルで議論される際には、匿名化されたデータとしてのみ照合することができます。

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

本ページは、匿名化のために、子どもの死因検証統括委員会開催前に取り除かれることもあります。

A : 識別と報告のための詳細情報

子どもの氏名			生年月日	/	/
マイナンバー			死亡年月日	/	/
性別	男児	<input type="checkbox"/>			
	女児	<input type="checkbox"/>			
住所 (わかれば郵便番号も含めて)					

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

報告機関に関する情報

機関名	報告者名
住所	
郵便番号	
電話番号	メール アドレス

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

B: 事例及び死亡に至った状況の概要

本セクションは、子どもの死亡の本質と死亡の仕方についての情報に関するセクションです。本事例に関する情報をすべて記載してください。

「死亡の詳細」については、子どもが死亡した時に治療に関わった医師が記載してください。
 ー ほかの職種の方は、何か情報があれば記載してください。

死亡の詳細	
今回の死亡の原因を、どう考えていますか？（もし分かれば、「登録された死亡原因」項目に記載してください）	
どのような死亡でしたか？	<input type="checkbox"/> 計画的された緩和ケア <input type="checkbox"/> 生命維持装置の中止・限界 <input type="checkbox"/> 脳幹死 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生に反応しない <input type="checkbox"/> 目撃者のいる死亡 <input type="checkbox"/> 死亡した状態で発見された <input type="checkbox"/> 不明
予期された死亡 <input type="checkbox"/> 予期されなかった死亡 <input type="checkbox"/>	
死亡原因の記載のある死亡診断書が発行されていますか？	はい／いいえ／不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
この死亡は検視官に報告されましたか？	はい／いいえ／対象外／不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
死後検査は行われましたか？	はい／いいえ／対象外／不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> （分かれば）死後診察の日時 / / （分かれば）死後診察の場所
検視は行われましたか？	はい／いいえ／対象外／不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> （分かれば）死後診察の日時 / /
（わかれば）登録された死亡原因（新生児以外の場合）	Ia Ib Ic II
登録された死亡原因（新生児の場合）	(a) 新生児の主たる疾患や状態 (b) 新生児おける 他の疾患や状態 (c) 母体の主たる疾患や児に影響があったと考えられる状態 (d) 母体のそれ以外の疾患や児に影響があったと考えられる状態

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

	(e) 他に関連があることが考えられる状態
--	-----------------------

全事例が対象：可能な限り記載してください。

死亡に至る事象や状況が起きた時に、子どもはどこにいましたか？		急性期病院	<input type="checkbox"/>	救急外来
			<input type="checkbox"/>	小児病棟
			<input type="checkbox"/>	新生児集中治療室 (NICU)
			<input type="checkbox"/>	小児集中治療室 (PICU)
			<input type="checkbox"/>	成人集中治療室 (AICU)
			<input type="checkbox"/>	その他
	<input type="checkbox"/>	普段生活している家		
	<input type="checkbox"/>	他の居住地		
	<input type="checkbox"/>	里親宅		
	<input type="checkbox"/>	在宅ケア施設		
	<input type="checkbox"/>	公共スペース		
	<input type="checkbox"/>	学校		
	<input type="checkbox"/>	ホスピス		
	<input type="checkbox"/>	精神科病棟		
	<input type="checkbox"/>	海外		
	<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に)		
	<input type="checkbox"/>	不明		

子どもの死亡確認はどこで行われましたか？		急性期病院	<input type="checkbox"/>	救急外来
			<input type="checkbox"/>	小児病棟
			<input type="checkbox"/>	新生児集中治療室 (NICU)
			<input type="checkbox"/>	小児集中治療室 (PICU)
			<input type="checkbox"/>	成人集中治療室 (AICU)
			<input type="checkbox"/>	その他
	<input type="checkbox"/>	普段生活している家		
	<input type="checkbox"/>	他の居住地		
	<input type="checkbox"/>	里親宅		
	<input type="checkbox"/>	在宅ケア施設		
	<input type="checkbox"/>	公共スペース		
	<input type="checkbox"/>	学校		
	<input type="checkbox"/>	ホスピス		
	<input type="checkbox"/>	精神科病棟		
	<input type="checkbox"/>	海外		
	<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に)		
	<input type="checkbox"/>	不明		

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

以下のどれかのイベントで、起きたことが分かっているものがありますか？		
<input type="checkbox"/>	新生児死亡	B2報告用紙を作成 - 本報告用紙は、これ以上記載する必要がない可能性もあるため、先にB2報告用紙を完成してから 本報告用紙の以下の部分の記載を続けてください。
<input type="checkbox"/>	生命予後が不良とされる子どもの死亡（主治医か緩和ケアチームのメンバーが記載）	B3 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	予期せぬ乳児の突然死（予期せぬ乳児の突然死専門小児科医か指名された代理人が、各地域の症例検討会議中、もしくはその直後に記載する。各地域の症例検討会議が開催されないような稀な場合には、予期せぬ乳児の突然死専門小児科医か指名された代理人が調査終了時に記載する）	B4 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	交通事故／衝突	B5 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	溺死	B6 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	火事／熱傷	B7 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	毒物中毒	B8 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	そのほかの故意ではない損傷／事故／外傷	B9 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	違法薬物	B10 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	明らかな殺人	B11 報告用紙を作成
<input type="checkbox"/>	明らかな自殺	B12 報告用紙を作成

死亡状況：

死亡につながったと考えられる状況を叙述的に記述してください。これには重要な背景状況の時系列変化（例：関係機関のかかわり、家族環境の変化など）や重要な出来事の詳細も含まれます。

検討事項：死亡につながったと思われるイベント、本児出生前の家族状況、妊娠や出産状況、乳児期、幼児期、学童期、思春期の状況。

報告用紙 B – 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

C: 子ども

本セクションは、子どもに関する情報と子どもの死亡に関連した可能性が少しでもある状態や要素についての情報に関するセクションです。本事例について、あなたが持っている情報を記載してください。

出生体重	gms lbs	oz	出生時妊娠期間 (在胎週数)	
最終生前体重	gms lbs	oz	最終出生前身	cm ft
日付	/	/	日付	/
死亡時に、以前から分かっていた健康上の問題がありましたか？			はい/いいえ/不明	
「はい」であれば、以下に詳細を記載してください。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
児は予防接種をすべて接種していましたか？			はい/いいえ/不明	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			最終ワクチン接種日	/
死亡時に、以前から分かっていた機能障害や発達障害がありましたか？			はい/いいえ/不明	
「はい」であれば、以下に詳細を記載してください。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
死亡時に服用していた薬はありましたか？			はい/いいえ/不明	
「はい」であれば、以下に詳細を記載してください。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教育/職業	<input type="checkbox"/>	未就園・未就学		
	<input type="checkbox"/>	保育園・幼稚園		
	<input type="checkbox"/>	学校		
	<input type="checkbox"/>	大学		
	<input type="checkbox"/>	教育を受けていない		
	<input type="checkbox"/>	中退	<input type="checkbox"/>	就職
			<input type="checkbox"/>	無職
就職している場合にはその内容を記載してください。				
民族	<input type="checkbox"/>	白人	<input type="checkbox"/>	イギリス/ウェールズ/北アイルランド/ブリトン
			<input type="checkbox"/>	アイルランド人
			<input type="checkbox"/>	ジプシーやアイリッシュトラベラー
			<input type="checkbox"/>	それ以外の白人系背景 (具体的に)
	<input type="checkbox"/>	混合/複数民族	<input type="checkbox"/>	白人と黒色カリブ民族
			<input type="checkbox"/>	白人と黒色アフリカ民族
			<input type="checkbox"/>	白人とアジア民族
			<input type="checkbox"/>	それ以外の混合/複数民族背景(具体的に)

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

<input type="checkbox"/>	アジア人かアジア系ブリティッシュ民族	<input type="checkbox"/> インド民族 <input type="checkbox"/> パキスタン民族 <input type="checkbox"/> バングラデシュ民族 <input type="checkbox"/> 中国民族 <input type="checkbox"/> それ以外のアジア系民族背景（具体的に）
<input type="checkbox"/>	黒色民族／アフリカ民族／カリブ民族／黒色ブリティッシュ民族	<input type="checkbox"/> アフリカ民族 <input type="checkbox"/> カリブ民族 それ以外のブラック／アフリカン／カリビアン背景（具体的に）
<input type="checkbox"/>	それ以外の民族	<input type="checkbox"/> アラブ民族 <input type="checkbox"/> それ以外の民族グループ（具体的に）
<input type="checkbox"/>	不明／記載なし	
宗教（記載してください）		

子どもに起因する要因：

これまでに記載していない子どもに関連する要因について叙述的に記載してください。

検討事項： 分かっていた健康上の問題、健康に影響するような要因、成長パラメーターである発達／教育問題、発達行動の問題、社会性、アイデンティティや独立性、死につながった可能性がある子どもに関連する要因。悪い点だけでなく、良い点（強み）についても記載してください。

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

D: 家族や環境

本セクションは、子どもの家族や周囲の環境についての情報に関するセクションです。知っている内容に関して以下に記載してください。

○をつけるか、☑をつけてください。

	年齢/ 生年月日	性別	子どもか家族との 関係	職業	主たる家族として生 活していますか？ ¹
母		女性	母		はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
父		男性	父		はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
それ以外の関係者（例. 母のパートナー、重要な世話人など。番号をふり、わかっている情報で以下の表に記載成してください。それ以外の成人も、以下に追加してください。）					
1					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
同胞（番号をふり、以下に記載してください。 さらに同胞を追加することもできます。異父異母同胞や血縁関係のない同胞も記載してください。）					
1					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7					はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

その子ども/家族は難民申請をしていましたか？	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------	---

¹ もし子どもが複数の家庭で暮らしていた場合：例えば両親が別れている場合など、子どもがほとんどの時間を過ごす家庭を「主要家庭とするが、更なる詳細はナラティブセクションで記載してください。

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

更なる家族情報

(主たる家族あるいは子どもがある程度の時間を過ごす家庭に関する情報)

○か☑をつけてください。

	母	父	他の成人 1	他の成人 2
喫煙者	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
次のようなことが分かってい ますか？				
学習障害も含めて障 害がありますか？	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
健康状態に問題が ありますか？	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
精神状態に問題が ありますか？	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
薬物依存がありま すか？	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
過度なアルコール 摂取がありますか？	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
触法行為がありま したか？	はい/いいえ/不明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

両親は何らかの親戚 関係がありますか？ (婚姻関係以外に)	はい		い い え	詳細を記載してください
-------------------------------------	----	--	-------------	-------------

家庭内暴力がありましたか？ (詳しい情報を以下に記載) はい/いいえ/不明
--

<p>家族や周辺状況に関する要因： ここまでに記載していない内容で、関連していると考えられる要因について記載してください。</p> <p>検討事項： 家族関係や機能、広い意味での家族関係、居住状況、就職や経済状況、社会適応や支援、地域資源の活用状況。悪い点だけではなく、良い点(強み)についても記載してください。</p>
--

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

E : 子育て力

本セクションの目的は、子どもの死亡に何らかの形で関連を持った可能性がある子どものケアに関する要因と、子どものサポートや子育てに関連したと思われる要因を理解することです。知っていることをすべて記載してください。

死亡した時、あるいは死亡にいたる事象が起きたときに子どもはどこに住んでいましたか？	<input type="checkbox"/> 親の家 <input type="checkbox"/> 親以外の親戚の家 <input type="checkbox"/> 里親ケア（短期里親） <input type="checkbox"/> 里親宅 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 長期入院先 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> その他
子どもが死亡した時、あるいは死亡にいたる事象がおきたときに、直接子どもの面倒をみていたのはどなたですか？（該当する項目全てにチェックしてください。）	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父
	<input type="checkbox"/> 他の成人（リストを作成し、各成人と児の関係を記載してください）
	<input type="checkbox"/> 子ども／若い人（リストを作成し、それぞれの年齢と子どもとの関係を記載してください。）
	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他（以下にリストを作成してください。）

子どもは何らかの児童保護プランの対象でしたか？	<input type="checkbox"/> 死亡時に対象となった <input type="checkbox"/> 過去に対象であった <input type="checkbox"/> 対象になったことがない
最も直近の児童保護プランの分類	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 不明
その子どもは何らかの行政命令の対象でしたか？	<input type="checkbox"/> 死亡時に対象 <input type="checkbox"/> 過去に対象であった <input type="checkbox"/> 対象になったことがない
最も直近の行政命令の分類	<input type="checkbox"/> 警察権限による保護 <input type="checkbox"/> 緊急保護命令 <input type="checkbox"/> 暫定保護命令 <input type="checkbox"/> 保護命令 <input type="checkbox"/> 監督命令 <input type="checkbox"/> 在宅命令 <input type="checkbox"/> 1989年児童法20項 <input type="checkbox"/> 反社会的行動禁止命令 <input type="checkbox"/> その他の裁判命令、具体的に記載を

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

1989年児童保護法17項に定義されるような要保護と評価される対象でしたか	<input type="checkbox"/>	死亡時に対象
	<input type="checkbox"/>	過去に対象であった
	<input type="checkbox"/>	対象になったことがない
同胞が児童保護プランの対象であったことがありますか？	<input type="checkbox"/>	死亡時に対象
	<input type="checkbox"/>	過去に対象であった
	<input type="checkbox"/>	対象になったことがない
同胞が行政命令の対象となっていたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	死亡時に対象
	<input type="checkbox"/>	過去に対象であった
	<input type="checkbox"/>	対象になったことがない

子育て力に関する要因：

これまでに記載していない内容で、子育て力に関連することであなたが知ることがあれば、叙述的に記載してください。

検討事項： 基本的なケア、医療ケア（適切な妊婦健診など）、安全、心理的な暖かさ、刺激、指導や枠組みの設定、安定性を子どもに与えているかどうか。悪い点だけではなく、良い点（強み）についても記載してください。

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

F: サービスの供給

本セクションの目的は、子どもや家族に対して提供されているサービスに関する情報を集めて、子どもやその家族への支援の効果を検証し、家族のニーズと不一致/ギャップがあるサービスを見つけることです。所属する機関が所有している情報に基づいて、記載してください。

関係機関の詳細情報

以下に示したサービスが、子どもや新生児期か母に対して提供されたかどうかを記載してください。サービスが提供されていたのであれば、その詳細について、自由記載欄に記載してください。

○か☑をつけてください。

機関/専門職	死亡時や最後の病状との関連で関わった ²	それ以前に関わっていた
一次医療	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
二次/三次病院医療	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
二次/三次地域健康サービス	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ホスピスサービス	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
小児・思春期メンタルヘルス関連	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
警察	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
地方自治体児童サービス	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
教育	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
コネクションサービス	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
保護観察	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
それ以外 (具体的に記載)	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	はい/いいえ/不明/対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

死亡時に専門職が関わっていなかった場合、貴機関の専門職が最後に家族か子どもと接触したのは、いつでしたか?	専門職名 最終接触日 / / 接触の内容 <input type="checkbox"/> 当機関からの接触はなかった <input type="checkbox"/> 不明
--	---

ニーズと不一致/ギャップのあるサービスはあり	はい/いいえ/不明/対象外
------------------------	---------------

2. 死亡時あるいは、最後の病状との関連で提供されたサービスについては、もし亡くなる時に提供されていなかったとしても、そのサービスも記載してください。例えば、就学中、定期的な医療機関の通院、ソーシャルワークが関与していた事例、緩和ケアなどです。

報告用紙 B - 関係機関報告用紙

子どもの死因検証統括委員会 ID番号

ましたか？（「はい」であれば、以下に詳細を記載してください。）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
サービスへのつながりにくい家族でしたか？（「はい」であれば、以下に詳細を記載してください。）	はい／いいえ／不明／対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

サービス提供に関する要因

これまでに記載していない内容で、サービス提供に関連することであなたが知ることがあれば、記載してください。

必要だったサービスや提供されたサービスを明らかにして、サービスの内容や時期、サービスと子どもや家族のニーズとの間のギャップ、サービス提供や利用に関する問題、死別ケアに関連する前向き／ネガティブな関わりなどについて考えてください。

重大インシデント調査が行われましたか？ - 「はい」ならば、実施機関を具体的に記載してください。	はい／いいえ／不明／対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

それ以外の内部調査機関などがあつたら詳細を記載

この子どもの死は重症事例検証の対象ですか？	はい／いいえ／不明／対象外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----------------------	--

検討課題について

この子どもの死亡の結果として、あなたが前向きに検討するべきだと考える行動や学びがあれば記載してください。さらに広い多機関での検討する必要があると思われる内容について記載してください。

報告用紙 B2 新生児死亡

本報告用紙は、日齢 28 日未満で死亡した新生児全例に記載してください。この情報は英国-：
審査および機密調査による母子のリスク低減（以下 MBRRACE-UK）事業の安全性の高い電子データ収集システムの情報を補完します。母・新生児・乳児臨床転帰調査プログラムと地方児童保護安全理事会／子どもの死因検証統括委員会は、その機能を有効にする種に、MBRRACE-UK の情報を利用しています。

1 死亡は突然死、あるいは 予期せぬ死亡でしたか？（予期せぬ死亡の定義は子どもの保護のためのワーキングトゥギャザーを参照してください。）

はい—まだ、開始していないのであれば 速やかに地域の迅速対応の手順を開始してください。
その後 質問 2 に進んでください。

いいえ—質問 2 に進んでください

2 助産師か産科あるいは新生児科に係るスタッフの場合のみ：

- i) MBRRACE-UK システムによって情報提供をしてください。
- ii) MBRRACE-UK に提供した情報のコピーを安全に地域の子どもの死亡検証統括委員会事務局に送付してください

3 全ての専門職に：その児は病院を退院していましたか（あるいは病院での出生ではなかったのですか）？

はい—標準報告用紙 B を完成してください（当てはまる項目すべてに記載してください）

いいえ—以下の質問 4 – 1 2 に記載してください。

4 家族には、家庭内暴力（DV）（過去または現在）がありますか？

はい / いいえ / わからない

もし あれば、詳細を記載してください。

5 家族には、児童保護案件（過去または現在）がありますか？

はい / いいえ / わからない

もし あれば、詳細を記載してください。

6 家族には、薬物やアルコール依存の問題（過去または現在）がありますか？

はい / いいえ / わからない

もし あれば、詳細を記載してください。

7 その家族には、なにか気にかかる社会的要因（過去または現在）がありますか？

はい / いいえ / わからない

もし あれば、詳細を記載してください

8 父又は母は、亡命希望者ですか？

はい / いいえ / わからない

もし あれば、詳細を記載してください。

9 家族内に、メンタルヘルスの問題を抱えている人はいますか？

はい / いいえ / わからない

もし あれば、詳細を記載してください。

10 家族内に、精神発達障害者・児はいますか？

はい / いいえ / わからない

もし あれば、詳細を記載してください。

11 他の関係機関によるかかわりが（過去または現在）ありますか？

警察 はい / いいえ / わからない

社会福祉 はい / いいえ / わからない

保護観察 はい / いいえ / わからない

薬物/アルコール治療施設 はい / いいえ / わからない

その他（具体的に）

12 周産期・母子死亡報告書に記載していない追加情報や上記の質問項目以外に、関連性があると思われる情報や子どもの死因検証統括委員会に有益と思われるような情報を記載してください。

報告用紙 B3 - 生命予後が不良とされた子どもの死亡 (緩和ケアをうけていた事例も含みますが、緩和ケアサービスを受けていた子どもに限定していません。)

報告用紙 B3 は、必ず主治医か緩和ケアチームの担当者が記載してください。

主となる診断名：

生命予後が不良な状況とは 治癒する望みは考えられず、子どもや若年者が死亡することが予想される状況のことです。このような状況では 子どもは進行性に悪化していきますので、両親や世話人への依存性がますます強くなる場合があります。

このような状況は 以下の4つに分類されます (www.act.org.uk)。子どもの状況が最も近いものに してください。

- 生命予後が不良な状況であり、治療は可能であるが、うまくいかない可能性がある場合。治療がうまくいかない、あるいは急激な悪化がみられた場合には、緩和ケアへのアクセスが必要です。それは、致命的な状況の長さには関係しません。長期的な寛解が得られる、あるいは治癒的な治療が成功した場合には、緩和ケアは必要なくなります。例：がん、心臓・肝臓・腎臓などの不可逆的臓器不全状態。
- 早期死亡が不可避な場合。延命のため、あるいは日常生活への参加を目指して長期にわたる集中治療が行われた場合。例：嚢胞性線維症、デュシェンヌ型筋ジストロフィ。
- 進行性で治療的なかかわりが不可能な場合。治療は緩和ケアのみであり、その治療は数年にわたることが多い。例：バッテン病、ムコ多糖症
- 不可逆的だが、非進行性の状況で重篤な障害を引き起こす場合。健康状態が悪化しやすく、早期死亡となる可能性があります。例：重症な脳性まひ、脳神経や脊髄損傷に伴う多発障害、複雑な健康ケアのニーズ、予期せぬ生命を脅かす事象のハイリスク。
- その他、具体的に記載してください。
- 不明

本児に対する終末期/アドバンスケアプランは決定 はい いいえ 不明
していましたか？

<p>終末期ケアの場所について希望がありましたか？</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>はい、であれば 具体的にどこですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> 病院</p> <p><input type="checkbox"/> ホスピス</p> <p><input type="checkbox"/> それ以外 具体的に記載してください</p>
<p>子どもは 望んだ場所で 亡くなりましたか？</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>いいえ であれば、それはなぜか？</p>
<p>蘇生希望せず や 死亡時は自然に任せて という希望がありましたか？</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明</p>
<p>死亡する前に、ホスピスチームへの紹介、あるいはチームからの情報提供がありましたか？</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> サービスが提供されなかった <input type="checkbox"/> 不明</p> <p style="text-align: right;">紹介日 / /</p>
<p>死亡する前に、在宅緩和ケアサポート専門チームへの紹介、あるいはチームからの情報提供がありましたか？</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> サービスが提供されなかった <input type="checkbox"/> 不明</p> <p style="text-align: right;">紹介日 / /</p>
<p>明らかに終末期、あるいは病状の最終章になったという時期がありましたか？</p> <p>あったのであれば、それはどのくらいの期間続きましたか？</p> <p>それば どのような状況でしたか？（例：胸部の感染症、けいれん発作の悪化、病状の進行が徐々に悪化）</p>
<p>死亡した状況を 描写してください</p>
<p>死は次のいずれかによるものでしたか？（○をするか、☑をつけてください）</p> <p>a) 元々の病状の自然経過 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>b) 病状の合併症 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>c) 治療による合併症 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>

d) 元々の病状と関係のある急な病態の変化	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
e) 元々の病状とは無関係の急な病態の変化	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
f) それ以外の何らかの要因	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
g) それ以外に (具体的に)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
不明	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
誰が家族に対して死別に関するサポートをしているのか？						
<input type="checkbox"/>	地域コミュニティ					
<input type="checkbox"/>	ホスピス					
<input type="checkbox"/>	病院					
<input type="checkbox"/>	死別チャリティグループ					
<input type="checkbox"/>	上記の組み合わせ					
<input type="checkbox"/>	それ以外 具体的に記載をしてください					
<input type="checkbox"/>	まだわからない					
もしも、必要とされた場合には、地域に死別家族に対するサポートスペシャリストがいますか？						
a) 親に対して	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明
b) 同胞に対して	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明

報告用紙 B3 生命予後不良とされた子どもの死亡
 子どもの死因検証統括委員会 ID 番号_____

終末期、死亡前後、死別後におけるケアに関するコメント：例えば、うまくいったこと。
 改善すべきこと。受けにくかったサービス、あるいは調整が難しかったサービスなど。

	問題点	提言、教訓や今後に向けての改善点
ケアにかかわった機関やチーム		
子どもに起こった問題（例：症状のコントロール、感情面のコントロール、コミュニケーション、ケアの実践に関する問題点）		
家族に起こった問題（例：精神的サポート、コミュニケーション、経済面、備品、住居、レスパイト）		
サービス提供者に関する問題（例：調整、コミュニケーション、資金、責任）		
死亡時あるいは死亡後に起こった問題（例：サービスの情報提供や調整の実践に関する問題、死亡の通知、死亡診断書、ご遺体の移送）		

報告用紙 B4 - 予期せぬ乳幼児突然死

(生後から2歳未満の乳幼児の予期しない突然死)

報告用紙 B4 は予期せぬ乳幼児突然死専門小児科医、または指定された代理人が記載してください。さらに、地域の事例検討会議中か終了後直ちに記載してください。地域の事例検討会議が開催されないということは稀と思われませんが、その場合には、予期せぬ乳幼児突然死専門小児科医または指定代理人が調査した結果を元に、本報告用紙に記載してください。

すべての質問にお答えいただき、お答え頂けない項目は「不明」に○をつけるか、☑をつけてください。

A: 素因またはリスク因子

○をつけるか、☑をつけてください。

家族:

第一・第二等親の親戚に、過去に予期しない乳幼児の突然死が起こったことがありますか？

(例: 同胞、異父・異母兄弟、両親の同胞や異父・異母兄弟)

はい いいえ 不明

第一・第二等親の親戚に、乳幼児特発性危急事態が起こったことがありますか？

はい いいえ 不明

母親は喫煙者ですか？

はい いいえ 不明

父親は喫煙者ですか？

はい いいえ 不明

他に家庭内に喫煙者はいますか？

はい いいえ 不明

家庭内で違法薬物の使用がありますか？

はい いいえ 不明

本乳幼児:

在胎 37 週未満で出生しましたか？

はい いいえ 不明

出生体重が 2 5 0 0 g 未満でしたか？

はい いいえ 不明

双胎・品胎、またはそれ以上の多胎出生でしたか？

はい いいえ 不明

過去に乳幼児特発性危急事態が起きたことがありますか？

はい いいえ 不明

体重増加不良のために、医療者や家庭訪問専門職（看護師・保健師）が懸念していましたか？

はい いいえ 不明

母乳栄養でしたか？（1日以上）

はい いいえ 不明

スケジュール通りに予防接種を受けていましたか？

はい いいえ 不明

普段からおしゃぶりを使っていましたか？

はい いいえ 不明

B: 死亡状況

死亡前 24 時間以内に、家族・介護者または専門職によって、何らかの病気や症状が認められていましたか？

はい いいえ 不明

最後に子どもが生存しているのを見た・聞いたときから、死亡しているのが見つかるまでの時間

10 分未満

10 分 - 1 時間

1 - 2 時間

2 - 4 時間

4 - 6 時間

不明

子どもの死亡が発見された時間帯

24:00 - 6:00

6:00 - 12:00

12:00 - 18:00

18:00 - 24:00

不明

死亡が発見された直前、または倒れた直前の子どもの状態は、以下のどのような状態だと考えられましたか？

覚醒していた

眠っていた

不明

眠っていた場合、子どもが向いていた方向は、

- うつぶせ（腹臥位）
- あおむけ（仰臥位）
- 横向き
- その他
- 不明

死亡発見時の子どもの体位は、

- うつぶせ（腹臥位）
- あおむけ（仰臥位）
- 横向き
- その他
- 不明

眠っていたと考えられた場合、子どもが寝ていた場所は、

- ベビーベッド、持ち運び用ベビーベッド、バシネット（かご型ベッド）
- 車のチャイルドシート
- 大人のベッド（一人で寝ていた）
- 大人のベッド（誰かと一緒）
- ソファ（一人で寝ていた）
- ソファ（誰かと一緒）
- 床
- その他（特記してください）

- 不明

誰かと一緒に寝ていた場合、その人は誰でしたか？

- 母親
- 父親
- 両親
- 同胞
- その他（具体的に）

- 不明

誰かと一緒に寝ていた場合、その人は8時間以内に以下のものを摂取していたか？

- | | | | | | | |
|--------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| アルコール（2単位以上） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 大麻 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 鎮静剤（処方薬・市販薬） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| オピエイト | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| その他の処方薬 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |

（具体的に）：

- | | | | | | | |
|----------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| その他の違法薬物 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
|----------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|

（具体的に）：

最後に子どもが寝たとき、おしゃぶりをしていましたか？

- | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|

誰かと一緒に寝ていた場合、その人が子どもに覆いかぶさっていたという証拠はありますか？

- | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|

「はい」であれば、具体的にその証拠について記載してください。

現場検証を行なった結果、寝ていた場所は危険と考えられましたか？

- | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|

「はい」であれば、何が危険と考えられたか具体的に記載してください。

子どもが発見されたとき、蘇生行為は実施されましたか？

- | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|

自己心拍・自発呼吸は再開しましたか？

- | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|

医療行為開始から子どもの死亡が宣告されるまでどれくらい時間がかかりましたか？

1時間未満

1 - 2時間

2 - 6時間

6 - 24時間

24時間以上

不明

治療／蘇生中、死亡確認後など遺体安置場に搬送される前に、どんな検体採取／調査が行われましたか？

- | | | | | | | |
|------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| 血液培養 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
|------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|

脳脊髄液の検査	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明
代謝検査（血液検査）	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明
薬物検査（血液検査）	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明
繊維芽細胞培養のための皮膚生検	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明
全身骨 X線検査	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明
その他（具体的に）：						

死後 24 時間以内に、多機関による初期検討会（電話会議、または集まって実施）が開催されましたか？

はい いいえ 不明

その初期検討会には、どの関係機関が参加しましたか？

二次医療機関（病院）小児科医

はい いいえ 不明

かかりつけ医

はい いいえ 不明

家庭訪問専門職（看護師・保健師）

はい いいえ 不明

地域小児科医

はい いいえ 不明

その他の医療関係者

はい いいえ 不明

（具体的に）：

警察の児童虐待捜査チーム

はい いいえ 不明

その他の警察関係者

はい いいえ 不明

（具体的に）：

児童福祉（ソーシャル・ケア）

はい いいえ 不明

その他の福祉関係者

はい いいえ 不明

（具体的に）：

その他の専門職種

はい いいえ 不明

（具体的に）：

死後に、専門職による家庭・現場訪問が実施されましたか？

はい いいえ 不明

家庭・玄葉訪問を実施していた場合、子どもの死亡後から実施までの時間はどれくらいでしたか？

- 4 時間未満
- 4 - 12 時間
- 12 - 24 時間
- 24 - 48 時間
- 48 - 72 時間
- 72 時間以上
- 不明

もし家庭・現場訪問を実施していた場合、誰が参加しましたか？

- | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| 警察 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 小児科医 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 児童福祉（ソーシャル・ケア） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| かかりつけ医 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 家庭訪問専門職（看護師・保健師） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 子どもを担当していた家庭訪問専門職（看護師・保健師） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| その他の専門職
(具体的に) : | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |

死亡は検視官への届け出がなされましたか？

- はい いいえ 不明

「いいえ」であれば、その理由を具体的に記載してください。

死体検案は誰が行いましたか？

- | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| 小児病理専門医 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 成人病理専門医 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| 法医病理医 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |
| その他
(具体的に) : | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | 不明 |

病理医によって記述された死因は何でしたか？

1a:

1b:

1c:

2:

病理医が指摘した重要な追記すべき病理所見はありましたか？

はい いいえ 不明

ある場合、具体的に記載してください。

最終事例検証

子どもの死因検証統括委員会委員長が最終的に完成してください。

最終事例検討会が実施されましたか？

はい いいえ 不明

実施されたのであれば、最終事例検討会は、死後どれくらい経過してから開催されましたか？

2ヶ月以内

2 - 3ヶ月

3 - 4ヶ月

4 - 6ヶ月

6ヶ月以上

最終事例検討会に、参加したのは誰でしたか？

警察 はい いいえ 不明

小児科医 はい いいえ 不明

児童福祉（ソーシャル・ケア） はい いいえ 不明

病理医・解剖医 はい いいえ 不明

検視官 はい いいえ 不明

病理医・解剖医 はい いいえ 不明

かかりつけ医 はい いいえ 不明

家庭訪問専門職（看護師・保健師）
 はい いいえ 不明

子どもを担当していた家庭訪問専門職（看護師・保健師）
 はい いいえ 不明

その他の専門職
(具体的に) はい いいえ 不明

地域の事例検討会によって死因と考えられたものは、何でしたか？

1a:

1b:

1c:

2:

最終事例検討会によって、重要な寄与因子・原因因子が特定されましたか？

はい いいえ 不明

最終事例検討では、検視報告書が利用できましたか？

はい いいえ 不明

エイボン臨床病理分類図を使用しましたか？

はい いいえ 不明

使用した場合、最終的な死因分類を記載してください。

最終事例検討会の報告書を、以下の関係機関に提供しましたか？

警察 はい いいえ 不明

小児科医 はい いいえ 不明

児童福祉（ソーシャル・ケア） はい いいえ 不明

病理医・解剖医 はい いいえ 不明

検視官 はい いいえ 不明

病理医・解剖医 はい いいえ 不明

かかりつけ医 はい いいえ 不明

家庭訪問専門職（看護師・保健師）
 はい いいえ 不明

子どもを担当していた家庭訪問専門職（看護師・保健師）
 はい いいえ 不明

その他の専門職 はい いいえ 不明

（具体的に）：

他に追記しておくべき関連情報がある場合は、記載してください。

Form B5 交通事故

事故発生日	/ /	衝突時刻	:
原因分類	<input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車両・オートバイの同乗者 <input type="checkbox"/> 不明		
子どもが運転者・同乗者・歩行者の場合、子どもにぶつかった車両の種類			
<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ (50 cc 以下) <input type="checkbox"/> オートバイ (50 cc～125 cc 以下) <input type="checkbox"/> オートバイ (125cc～500cc 以下) <input type="checkbox"/> オートバイ (>500cc) <input type="checkbox"/> タクシー・レンタカー <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> ミニバス (8 - 16 座席) <input type="checkbox"/> バス (17 人以上座席)	<input type="checkbox"/> 他の車両 <input type="checkbox"/> 他の車両 (動力ではないもの) <input type="checkbox"/> 乗馬 <input type="checkbox"/> 農業車両 (掘削機など) <input type="checkbox"/> 路面電車 <input type="checkbox"/> 貨物車両 (最大総重量 3.5t 以下) <input type="checkbox"/> 貨物車両 (3.5t～7.5t 以下) <input type="checkbox"/> 貨物車両 (>7.5t) <input type="checkbox"/> 不明		
子どもにぶつかった車両の運転手の年齢 <input type="text"/>			
子どもが運転者・同乗者・歩行者の場合、子どもが乗車していた車両の種類			
<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ (50 cc 以下) <input type="checkbox"/> オートバイ (50 cc～125 cc 以下) <input type="checkbox"/> オートバイ (125cc～500cc 以下) <input type="checkbox"/> オートバイ (>500cc) <input type="checkbox"/> タクシー・レンタカー <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> ミニバス (8 - 16 座席) <input type="checkbox"/> バス (17 人以上座席)	<input type="checkbox"/> 他の車両 <input type="checkbox"/> 他の車両 (動力ではないもの) <input type="checkbox"/> 乗馬 <input type="checkbox"/> 農業車両 (掘削機など) <input type="checkbox"/> 路面電車 <input type="checkbox"/> 貨物車両 (最大総重量 3.5t 以下) <input type="checkbox"/> 貨物車両 (3.5t～7.5t 以下) <input type="checkbox"/> 貨物車両 (>7.5t) <input type="checkbox"/> 不明		
子どもにぶつかった車両の運転手の呼気検査			
<input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 検査を拒否 <input type="checkbox"/> 事故時に運転手に接触なし <input type="checkbox"/> (医学的理由で) 未提供		

<input type="checkbox"/> 検査未実施	<input type="checkbox"/> 不明
車両にはシートベルトがありましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明
シートベルトは使用されていましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明
車両にはエアバッグがありましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明
エアバッグは展開していましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明
エアバッグは電源が入っていましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明
子どもが同乗者の場合、	
子どもが乗っていた車両の運転手の年齢 	
同乗者の位置	
<input type="checkbox"/> 前の座席	<input type="checkbox"/> 後部座席
<input type="checkbox"/> その他	
子どもが歩行者の場合（歩行者の位置）	
<input type="checkbox"/> 自動車道で、横断歩道を横断している時	<input type="checkbox"/> 自動車道の中央で、中央避難場所や中央分離帯ではない場所
<input type="checkbox"/> 自動車道で、横断歩道の進入部にあるジグザグ線内を横断している時	<input type="checkbox"/> 自動車道で、横断はしていない
<input type="checkbox"/> 自動車道で、横断歩道の出口部にあるジグザグ線内を横断している時	<input type="checkbox"/> 歩道、または歩道の端
<input type="checkbox"/> 自動車道で、他の場所を横断している時	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 中央避難場所や中央分離帯で	<input type="checkbox"/> その他（具体的に）
自転車やオートバイのとき、ヘルメットは着用していましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明

報告用紙 B6 溺死

溺死の種類：		<input type="checkbox"/> お風呂	
	<input type="checkbox"/> 庭園の池		
	<input type="checkbox"/> 川・湖・運河		
	<input type="checkbox"/> プール	<input type="checkbox"/> 室内プール	
		<input type="checkbox"/> 個人所有のプール	
		<input type="checkbox"/> 自治体のプール	
		<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 不明		
	<input type="checkbox"/> その他	(具体的に記載してください)	

庭園の池、プールでの溺死の場合：	
庭園の池やプールは柵で囲まれていましたか？	<input type="checkbox"/> はい
	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 不明

報告用紙 B7 熱傷

熱傷の種類	<input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 化学物質 <input type="checkbox"/> 高温の液体 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
もし火事の場合、 出火場所	<input type="checkbox"/> 住宅地（具体的に） <input type="checkbox"/> 商業地、ビジネス街（具体的に） <input type="checkbox"/> 交通機関（具体的に） <input type="checkbox"/> その他（具体的に） <input type="checkbox"/> 不明
現場に、火災警報器・煙探知機がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
火災警報器・煙探知機は作動しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明

報告用紙 B9 その他の不慮の事故死

不慮の事故の特性を記載してください（例：転落、車両以外の衝突、スポーツ外傷、窒息、咬傷、刺傷、電気ショック）

事故事象の概要

- 事故の発生場所
- 普段居住している家や庭園
 - その他の家・庭
 - 公共の場（例：公園など）
 - 学校やその他の教育機関
 - 公共の建物
 - その他の建物
 - その他（具体的に）

 - 不明

転落の場合

- 転落の種類
- 同じ高さからの転倒・転落
 - ビルや建物からの転落
 - 階段に転落・階段からの転落
 - その他の違う高さからの転落
 - はしご・脚立に転落、はしご・脚立からの転落
 - 特定不明の転落

おおよその転落の高さ：

報告用紙 B10 薬物誤用による死亡

子どもは、薬物誤用対応サービス機関については知っていましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	
<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 不明	
子どもが今までに使用していたと分かっている薬物は、	
<input type="checkbox"/> ヘロイン	<input type="checkbox"/> エクスタシー
<input type="checkbox"/> メタドン	<input type="checkbox"/> 大麻
<input type="checkbox"/> その他のオピエイト	<input type="checkbox"/> アンフェタミン（エクスタシーを除く）
<input type="checkbox"/> 化学溶剤	<input type="checkbox"/> 抗精神病薬
<input type="checkbox"/> ベンゾジアゼピン	<input type="checkbox"/> コカイン（クラックを除く）
<input type="checkbox"/> バルビツール	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬
<input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> クラック
<input type="checkbox"/> 幻覚剤	<input type="checkbox"/> その他（具体的に）
<input type="checkbox"/> 不明	

報告用紙 B11 明確な殺人

47 条に基づく審議、家庭裁判所や刑事訴訟の手続きが進行中であっても、すべての関係機関で開催時期を調整して、地域の事例検討会議を開催しなければなりません。47 条に基づく審議、家庭裁判所や刑事訴訟の手続きが検討されている、あるいは手続きが進行している場合には、地域の事例検討会議が得られる情報には制限がある可能性があります。しかし、地域の事例検討会議が、死亡によって影響を受けた家族やその他の人と情報を共有し、これからのケアの計画を立てる機会を提供することは重要であるため、この会議を開催すべきではないのは例外的な状況に限られます。

同様に、子どもの死因検証統括委員会は、全てのこのような死亡について検討すべきですが、上に記載した司法手続き等が完了するまでは、完全な情報は手に入らないかもしれません。そのような状況であっても、公衆衛生や公衆保護の意義を評価し、同様の死を予防し、サービス提供を改善するための教訓を得るために、法的手続きが終了する前に開示された情報だけを利用して、子どもの死因検証統括委員会による検討を開始することは可能です。予備的な会議の後に完全な検証を実施する必要があります。そして、早期の検討で得られた教訓は、法的手続きが終了した後に得られた新しい情報に基づいて再検証する必要があります。

殺人の方法	<input type="checkbox"/> 絞扼、窒息、溺死
	<input type="checkbox"/> 銃殺
	<input type="checkbox"/> 鋭器
	<input type="checkbox"/> 殴る、蹴る
	<input type="checkbox"/> 鈍器
	<input type="checkbox"/> 火事
	<input type="checkbox"/> 中毒（具体的に）
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に）
	<input type="checkbox"/> 不明
容疑者との関係	<input type="checkbox"/> 母親
	<input type="checkbox"/> 父親
	<input type="checkbox"/> 他の家族成員

<input type="checkbox"/> 親戚ではないが、子どもの知り合い <input type="checkbox"/> 見知らぬ人 <input type="checkbox"/> 加害者は特定されていない <input type="checkbox"/> 不明

容疑者の年齢	歳
他に被害者はいましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
該当する子どもとの関係性を記述してください	
刑事上の有罪判決でしたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
「はい」の場合、有罪判決の種類は何でしたか？	<input type="checkbox"/> 殺人罪 <input type="checkbox"/> 過失致死罪 <input type="checkbox"/> 幼児殺害 <input type="checkbox"/> 子どもの死亡の原因となった、または死亡が起きるのを放置した <input type="checkbox"/> その他
容疑者は警察に知られた人でしたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
容疑者の暴力行為が過去に知られていましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
ギャングの暴力行為と関係がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明

上記に含まれていないことで、事件と容疑者について知っていることを詳しく記載してください。 検討事項：事件の本質、前もって熟考されていたものか衝動的だったか、動機と思われること。

報告用紙 B12 明らかな自殺

47 条に基づく審議、家庭裁判所や刑事訴訟の手続きが進行中であっても、すべての関係機関で開催時期を調整して、地域の事例検討会議を開催しなければなりません。47 条に基づく審議、家庭裁判所や刑事訴訟の手続きが検討されている、あるいは手続きが進行している場合には、地域の事例検討会議が得られる情報には制限がある可能性があります。しかし、地域の事例検討会議が、死亡によって影響を受けた家族やその他の人と情報を共有し、これからのケアの計画を立てる機会を提供することは重要であるため、この会議を開催すべきではないのは例外的な状況に限られます。

同様に、子どもの死因検証統括委員会は、全てのこのような死亡について検討すべきですが、上に記載した司法手続き等が完了するまでは、完全な情報は手に入らないかもしれません。そのような状況であっても、公衆衛生や公衆保護の意義を評価し、同様の死を予防し、サービス提供を改善するための教訓を得るために、法的手続きが終了する前に開示された情報だけを利用して、子どもの死因検証統括委員会による検討を開始することは可能です。予備的な会議の後に完全な検証を実施する必要があります。そして、早期の検討で得られた教訓は、法的手続きが終了した後に得られた新しい情報に基づいて再検証する必要があります。

自殺の手段（複数ある場合は、直接死因を一つ選んでください）

- 一酸化炭素中毒死
- 窒息死
- 首吊り死／絞扼死
- 熱傷死
- 溺死
- 感電死
- 銃器による
- 切／刺創による
- 高所からの飛び降りによる
- 電車の前への飛び込み・線路に横たわる
- 道路への飛び込み・道路に横たわる
- その他（具体的に）

	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 中毒	<input type="checkbox"/> 家庭用品（具体的に）
	<input type="checkbox"/> 処方された医薬品（具体的に）
	<input type="checkbox"/> 処方されていない医薬品（具体的に）
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に）
	<input type="checkbox"/> 不明

遺書は残されていきましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
メンタルヘルスサービスが被害者を知っていましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
被害者は自殺傾向があると思われていましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
被害者は過去に自傷行為を行っていましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
以下の事項は、自殺となんらかの関係があると考えられましたか？	<input type="checkbox"/> 性虐待 <input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> 家族内の不和 <input type="checkbox"/> 人間関係の問題 <input type="checkbox"/> いじめ <input type="checkbox"/> 性同一性 <input type="checkbox"/> 学校での疎外 <input type="checkbox"/> その他の学校での問題 <input type="checkbox"/> 精神疾患

	<input type="checkbox"/> 身体的疾患 <input type="checkbox"/> 死別
--	---

上記に含まれていないことで、今回の事象について知っていることを詳細に記載してください。
検討事項：事件の本質、前もって熟考されていたものか衝動的だったか、動機と思われること。

--

報告用紙 B13 剖検所見概要

病理医の記録に基づいて、病理医または小児科医が記載してください。

剖検の許可権限	<input type="checkbox"/> 検視官
	<input type="checkbox"/> 家族成員の同意
剖検を実施した病理医	<input type="checkbox"/> 小児病理医
	<input type="checkbox"/> 総合（成人）病理医
	<input type="checkbox"/> 法医
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に）
病理医による臨床経過の概要	
以下の補助的な調査は実施されましたか	
<input type="checkbox"/>	現場／状況検証（検証の種類、日時、実施者、結果の概要を具体的に記載）
<input type="checkbox"/>	X線全身骨検査、（実施者、結果を具体的に記載）
<input type="checkbox"/>	微生物検査（検体の種類、日時、結果を具体的に記載）
<input type="checkbox"/>	ウイルス検査（検体の種類、日時、結果を具体的に記載）
<input type="checkbox"/>	薬・毒物検査（具体的に記載）
<input type="checkbox"/>	代謝検査（具体的に記載）
<input type="checkbox"/>	細胞遺伝学検査（染色体）
<input type="checkbox"/>	その他（具体的に記載）
全体的な病理所見（肉眼解剖所見）の概要	

病理組織所見の概要
病理医の結論に基づく直接死因と間接死因の概要
病理医による死因
<input type="checkbox"/> 1a _____
<input type="checkbox"/> 1b _____
<input type="checkbox"/> 1c _____
<input type="checkbox"/> 2 _____

剖検によって得られた上記以外の関連する情報

本報告書記載者 _____
役職 _____
日付 _____

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会は、この解析結果 (案) を、以下の目的に用います。

- 子どもの死亡に関する情報を評価
- 学ぶべき教訓を特定
- 全国における全ての子どもの死から学んだことを情報として提供

子どもの死因検証統括委員会前に、地域事例検討会を開催し、子どもの死因検証統括委員会で討議するために本報告用紙 C の原案を作成し、子どもの死因検証統括委員会に郵送し、地域での検証結果を報告してください。

会議に出席した機関	
プライマリー・ヘルス・ケア	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
小児科	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医療機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
メンタルヘルス・サービス	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
救急隊	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
警察	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
児童福祉機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
学校	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他 (具体的に)	

検討会で利用した文書のリスト
現時点で考えられている死因

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

事例の概要

2-3 段落以内で記載してください。背景と死亡に至るまでの事実の概要を記載してください。
できるだけ短く記載してください。

子どもの死因検証統括委員会は、以下の見出しに従って、子どもの死亡に寄与した可能性がある環境要因、外来性の要因、医学的要因、個人的要因があったかどうかを検討することになっていますので、次に挙げる 4 領域については、特定した要因ごとに影響レベル (0-3) を決定してください。

- 0 情報は得られなかった
- 1 特定された要因はなかった、またその要因は特定されたものの、その要因が死亡に貢献する可能性は低い
- 2 要因が特定され、その要因は脆弱性、疾患、または死亡に貢献した可能性がある
- 3 要因が特定され、その要因が十分な・完全な死亡理由となった。

この情報は、地域レベルでの教訓として情報提供しなければなりません。

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

領域 子どものニーズ		
<p>子どもが持つ固有の要因</p> <p>本領域には、既知の健康上のニーズ、健康に影響を与える要因、発達・教育面の問題、行動の問題、社会性、自我同一性や独立心、薬物やアルコールの乱用が含まれます。強みや課題を考えてください。</p>		
<p>該当する情報を記載してください</p>		
<p>死亡に寄与した可能性がある要因に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> してください。</p>		<p>情報の妥当性 (0-3)</p>
<p>状況：</p>		
<p>急性・突然発症した病気</p> <p>具体的に：</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p>	
<p>慢性疾患</p>		
喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
てんかん	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
糖尿病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
その他 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
<p>障害</p>		
知的障害 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
運動障害 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
感覚障害 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
その他の障害 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
<p>心理的・行動面・精神医学的な問題が子どもにありましたか？</p> <p>(具体的に)</p>		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

アレルギー (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
子どもはアルコール・薬物誤用していましたか? (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

領域 家族と環境		
家族と環境面に関連する要因		
本領域には家族構成や家族機能、家族の薬物やアルコールの乱用、より広い家族関係、居住環境、雇用や収入、地域への統合と地域支援、地域のリソースが含まれます。強みや課題を考えてください。		
該当する情報を記載してください。		
以下の要因が存在したか、死亡に寄与した可能性がありましたか? 各項目に <input checked="" type="checkbox"/> □してください。		情報の妥当性 (0-3)
家族や世話人の心理的・精神的・行動面の問題 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
家族や世話人によるアルコール・薬物誤用 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
家族や世話人が家の中で喫煙 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
母が妊娠中に喫煙 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
居住環境の問題 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
家庭内暴力 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
添い寝 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
いじめ (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

非行・ナイフによる犯罪 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
ペット・動物虐待 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
血縁関係の問題 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

領域 養育能力

養育能力に関連する要因

本領域には、基本的なケアの提供に関連した問題、医療ケア（妊娠期のケアも必要に応じて含まれます）、安全性、心理的なあたたかさ、指導・境界線を教えること、安定性が含まれます。強みや課題を考えてください。

該当する情報を記載してください。

以下の要因が存在したか、死亡に寄与した可能性がありましたか？
各項目に してください。

情報の妥当性 (0-3)

状態：

養育能力の乏しさ、見守りの欠如
(具体的に)

あり なし 不明

児童虐待・ネグレクト
(具体的に)

あり なし 不明

領域 サービス供給

<サービス供給に関連する要因>

本領域には、特定されたサービス（要求されたもの、提供されたもの含む）、子ども・家族のニーズとサービス供給のギャップ、サービス供給や受け入れに関連する問題が含まれます。

該当する情報を記載してください。

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

以下の要因が存在したか、死亡に寄与した可能性がありましたか？ 各項目に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> してください。		情報の妥当性 (0-3)
医療ケアへのアクセス (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
過去の医療的な治療介入 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
過去の外科的な治療介入 (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

子どもの死因検証統括委員会は、下の表に沿って、死因／死因の可能性あり、に分類しなければなりません。

この分類は階層性になっています。一つ以上の分類が当てはまる場合には、最上位の分類が適応されます。

分類	分類名と詳細	
1	故意による外傷、虐待・ネグレクト 窒息死、揺さぶり損傷、刺殺、銃火器による死亡、毒殺、そのほかの手段による明らかな・可能性の高い殺人、戦争・テロ・集団暴力による他殺、重篤なネグレクトによる死亡	<input type="checkbox"/>
2	自殺、または故意による自傷 首吊り、銃火器による自殺、アセトアミノフェン服毒死、自絞死、化学溶媒吸入による自殺、アルコール／薬物中毒死、その他の自傷による死亡。通常は、年少児よりも思春期の児に該当することが多い。	<input type="checkbox"/>
3	外傷、その他の外的要因 孤発性の頭部外傷、その他の多発外傷、熱傷損傷、溺死、就学前の子どもの不慮の誤飲・中毒、アナフィラキシー、その他の外因。 除外：故意による外傷・虐待・ネグレクト（分類1）。	<input type="checkbox"/>
4	悪性腫瘍 固形腫瘍、白血病／リンパ腫、組織球症のような悪性の増殖性疾患など。死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても、基礎疾患として有していれば、このカテゴリーに分類する。	<input type="checkbox"/>
5	急性の内科・外科疾患 例えば、川崎病、急性腎炎、腸軸捻転、糖尿病性ケトアシドーシス、喘息発作、腸重積、虫垂炎など。てんかんに伴う予期せぬ突然死も含める。	<input type="checkbox"/>
6	慢性的な疾患 例えば、クローン病、肝疾患、免疫不全など。死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても、基礎疾患として有していれば、このカテゴリーに分類する。 包含：周産期以降の原因が明らかな脳性麻痺。	<input type="checkbox"/>
7	染色体異常、遺伝子異常、先天異常 トリソミーおよびその他の染色体異常、単一遺伝子病、神経変性疾患、嚢胞	<input type="checkbox"/>

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

	性線維症、心奇形を含むその他の先天異常	
8	<p>周産期・新生児期のイベント</p> <p>死亡時年齢的とは関係なく、最終的に周産期のイベントが関連する死亡。例えば未熟性の後遺症、分娩前または分娩中の低酸素症、気管支肺異形成症、出生後水頭症など。</p> <p>抱合：原因不明の脳性麻痺、先天性または新生児早期（生後1週間未満）の感染症。</p>	<input type="checkbox"/>
9	<p>感染症</p> <p>感染症が主因の死亡（すなわち、上記のカテゴリーに分類されない）で、生後1週間以降、または早産児が退院以降に発症したもの。敗血症、肺炎、髄膜炎、HIV 感染症などが含まれる。</p>	<input type="checkbox"/>
10	<p>予期せぬ突然の説明のできない死亡</p> <p>「SIDS（乳幼児突然死症候群）」または年齢に関係なく死因が確認できないものと病理学的診断に診断された死亡。</p> <p>除外：てんかんに伴う突然の予期しない死亡（分類5）。</p>	<input type="checkbox"/>

子どもの死因検証統括委員会は、死亡の「予防可能性」を分類しなければなりません。一つに してください。

予防可能な子どもの死亡は、子どもの保護のためのワーキングトゥギャザー（2015年）の第11節に定義されています。

修正可能な要因が特定された	委員会は、いずれかの領域において、一つまたは複数のこの子どもの死亡に寄与した可能性がある要因を特定した。地域または国レベルの介入によってその要因を修正することにより、将来の子どもの死亡リスクを下げる可能性がある。	<input type="checkbox"/>
修正可能な要因は特定されなかった	委員会は、この死亡に関連する修正可能要因を特定しなかった。	<input type="checkbox"/>
	上記の判断を行うには情報が不十分である。 注意事項：この分類はなるべく使わないでください。	<input type="checkbox"/>

検討会で特定された問題点

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

検討会で特定された問題を一覧表にして記載してください。ここには、重要な人物の検討会への欠席、重要な書類がなかったことなども含まれます。

教訓

見出された教訓を一覧表にして記載してください。問題点と提言は重複しても構いません。

提言

全ての提言を一覧表にして記載してください。問題点や教訓で前述したものも含まれます。

< 特定機関に対して >

< 地域の子ども保護委員会 >

< 地域 >

< 国 >

報告用紙 C 検証結果 (案)

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

子どもの死亡時年齢 _____

検証した日 _____

子どもの性別 _____

家族へのフォローアップのプラン (必要であれば)

可能性のある行動

この死亡は、追加調査のために、他の機関や行政（警察、検死官、安全衛生庁、重大事例検証委員会など）に連絡をするべきですか？

はい いいえ 既に連絡した

はいの場合、具体的に記載してください。

迅速対応のための調査項目

子どもの死因検証統括委員会 ID 番号 _____

迅速対応のための調査項目

予期せぬ子どもの死亡の場合、全事例で記入してください

1	死亡日時	/ /
	子どもの年齢	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 年齢不詳
2	迅速対応チームに連絡をしたのは誰でしたか？ (該当するもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> してください)	
	<input type="checkbox"/> 救急車・救急搬送 <input type="checkbox"/> 病院救急科 <input type="checkbox"/> 連絡せず <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
3	迅速対応チームへの連絡は、死亡発見後どれくらいの時間で行われましたか？	
	<input type="checkbox"/> 2時間以内 <input type="checkbox"/> 24時間以内 <input type="checkbox"/> 次の勤務日 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> さらに後で (具体的に)	
4	病院で最初に聞き取り (発生状況など) をしましたか？ その場合、誰が実施しましたか？ (該当するもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> してください)	
	<input type="checkbox"/> 小児科医 <input type="checkbox"/> 救急医 <input type="checkbox"/> 警察官 <input type="checkbox"/> 聞き取りなし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
5	病院で子どもの診察をしましたか？誰が実施したか？ その場合、誰が実施しましたか？ (該当するもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> してください)	
	<input type="checkbox"/> 小児科医 <input type="checkbox"/> 診察なし <input type="checkbox"/> 救急医 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 警察官 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
6	適切に臨床検査を実施しましたか？	
	<input type="checkbox"/> 地域のプロトコールに従って全ての検査が実施された <input type="checkbox"/> 検査がいくつか実施された <input type="checkbox"/> 検査は実施されたが適切ではなかった <input type="checkbox"/> 検査は全く実施しなかった	

	<input type="checkbox"/> 不明																				
	検査の実施が難しかった場合、その理由は何でしたか？																				
7	子どもの親は以下のケアやサポートを得られましたか？ (該当するもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> してください) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子どもを抱きしめることができた</td> <td><input type="checkbox"/> 書面での説明を提供された</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 写真や形見の品をもらった</td> <td><input type="checkbox"/> 相談先・連絡先をもらった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 死別のカウンセリングや宗教上のサポートなどが提供された</td> <td><input type="checkbox"/> 死後状況について情報提供をうけた</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 迅速対応チームについての説明を受けた</td> <td><input type="checkbox"/> 適切な対応はなし</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 子どもを抱きしめることができた	<input type="checkbox"/> 書面での説明を提供された	<input type="checkbox"/> 写真や形見の品をもらった	<input type="checkbox"/> 相談先・連絡先をもらった	<input type="checkbox"/> 死別のカウンセリングや宗教上のサポートなどが提供された	<input type="checkbox"/> 死後状況について情報提供をうけた	<input type="checkbox"/> 迅速対応チームについての説明を受けた	<input type="checkbox"/> 適切な対応はなし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> 子どもを抱きしめることができた	<input type="checkbox"/> 書面での説明を提供された																				
<input type="checkbox"/> 写真や形見の品をもらった	<input type="checkbox"/> 相談先・連絡先をもらった																				
<input type="checkbox"/> 死別のカウンセリングや宗教上のサポートなどが提供された	<input type="checkbox"/> 死後状況について情報提供をうけた																				
<input type="checkbox"/> 迅速対応チームについての説明を受けた	<input type="checkbox"/> 適切な対応はなし																				
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/>																				
8	早期に多機関での情報共有や検討会の計画が立てられましたか？それはいつ開催されましたか。(該当するもの全てに<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>してください) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> はい、電話で相談しました</td> <td><input type="checkbox"/> 死亡当日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> はい、集まって会議で実施</td> <td><input type="checkbox"/> 後日 (具体的に)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> いいえ</td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> はい、電話で相談しました	<input type="checkbox"/> 死亡当日	<input type="checkbox"/> はい、集まって会議で実施	<input type="checkbox"/> 後日 (具体的に)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明														
<input type="checkbox"/> はい、電話で相談しました	<input type="checkbox"/> 死亡当日																				
<input type="checkbox"/> はい、集まって会議で実施	<input type="checkbox"/> 後日 (具体的に)																				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明																				
9	多機関合同の家庭訪問は実施しましたか？ <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> はい</td> <td><input type="checkbox"/> 適応外</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> いいえ</td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> </table> <p>実施された場合、それはいつでしたか？</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 死亡当日</td> <td><input type="checkbox"/> 後日 (具体的に)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 翌勤務日</td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> </table> <p>実施された場合、家庭訪問に参加したのは誰でしたか？ (該当するもの全てに<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>してください)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小児科医</td> <td><input type="checkbox"/> かかりつけ医</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SUDI 専門小児科医</td> <td><input type="checkbox"/> 保健師、助産師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 警察 (児童虐待調査ユニット)</td> <td><input type="checkbox"/> 死別サポート・ワーカー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の警察</td> <td><input type="checkbox"/> ソーシャル・ワーカー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の犯罪・司法関係者</td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (具体的に)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 適応外	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 死亡当日	<input type="checkbox"/> 後日 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 翌勤務日	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 小児科医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> SUDI 専門小児科医	<input type="checkbox"/> 保健師、助産師	<input type="checkbox"/> 警察 (児童虐待調査ユニット)	<input type="checkbox"/> 死別サポート・ワーカー	<input type="checkbox"/> その他の警察	<input type="checkbox"/> ソーシャル・ワーカー	<input type="checkbox"/> その他の犯罪・司法関係者	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 適応外																				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明																				
<input type="checkbox"/> 死亡当日	<input type="checkbox"/> 後日 (具体的に)																				
<input type="checkbox"/> 翌勤務日	<input type="checkbox"/> 不明																				
<input type="checkbox"/> 小児科医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医																				
<input type="checkbox"/> SUDI 専門小児科医	<input type="checkbox"/> 保健師、助産師																				
<input type="checkbox"/> 警察 (児童虐待調査ユニット)	<input type="checkbox"/> 死別サポート・ワーカー																				
<input type="checkbox"/> その他の警察	<input type="checkbox"/> ソーシャル・ワーカー																				
<input type="checkbox"/> その他の犯罪・司法関係者	<input type="checkbox"/> 不明																				
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に)																					

	<p>多機関合同の家庭訪問が実施されなかった場合、その理由を記述してください。</p>
<p>10</p>	<p>剖検は実施されましたか、また誰が実施しましたか？ (該当するもの全てに☑☐してください)</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 総合病理医 <input type="checkbox"/> 小児病理医 <input type="checkbox"/> 法医病理学者 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)</p> <p>実施された場合、いつ実施されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡当日 <input type="checkbox"/> 後日 (具体的に) <input type="checkbox"/> 翌勤務日 <input type="checkbox"/> 不明</p>
<p>11</p>	<p>最終事例検討会は実施されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 計画中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>実施された場合、死亡後どれくらいの時間が経ってから実施されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2-4ヶ月で <input type="checkbox"/> さらに遅い時期 (具体的に) <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>検視が実施された・または計画された時、最終事例検討会は検視前に開催されましたか、それとも検視後に実施されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 検視前 <input type="checkbox"/> 検視後 <input type="checkbox"/> 検視は実施されなかった</p>

子どもの死因検証委員会のための調査項目

子どもの死因検証委員会用調査項目

1. 過去6ヶ月間に、管轄区内で、管轄区内に通常居住している子どもの死亡例は何例でしたか？

_____ 不明

2. 委員会に報告されたのは、何事例でしたか？

_____ 不明

3. 過去6ヶ月間に、管轄区内で、管轄区外に居住している子どもの死亡が委員会に報告されたのは何事例でしたか？

_____ 不明

そのうち、実際に委員会で積極的に関わった／関わっているのは何事例ですか？

_____ 不明

4. 過去6ヶ月の間に、何回委員会が開催されましたか？

_____ 不明

過去6ヶ月内に開催された会議毎に、以下を記載してください。

5. 会議に参加していた機関・専門職（該当するもの全てに してください）

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 警察 | <input type="checkbox"/> 児童福祉機関 |
| <input type="checkbox"/> 病院の小児科医 | <input type="checkbox"/> 地域の小児科医 |
| <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 助産師 |
| <input type="checkbox"/> 公衆衛生 | <input type="checkbox"/> プライマリー・ケア |
| <input type="checkbox"/> 教育・学校 | <input type="checkbox"/> 検視官 |
| <input type="checkbox"/> 死別サポート | <input type="checkbox"/> 一般市民 |
| <input type="checkbox"/> 不明 | |

その他（具体的に）

委員会のメンバーは何人いますか？

_____ 不明

子どもの死因検証委員会のための調査項目

6. 検証委員会では、何事例を議論しましたか？

_____ 不明

それぞれの会議で以下の分類に当てはまる死亡は何事例ありましたか？

内因による予期された死亡	件	殺人	件
内因による予期されない死亡	件	自殺	件
SIDS	件	死因は特定できず	件
事故	件	ニア・ミス事例	件
不明	<input type="checkbox"/>		

各年齢別に、何事例ありましたか？

新生児（生後4週未満）	件	乳児（4 - 52週）	件
1 - 4歳	件	5 - 9歳	件
10 - 14歳	件	15 - 18歳	件
不明	<input type="checkbox"/>		

予防可能と考えられた死亡は、何事例ありましたか？

予防可能	件	潜在的に予防可能	件
予防可能ではない	件	得られた情報では判断できない	<input type="checkbox"/>

7. 追加の調査のために連絡をとったケースはありましたか？その場合、どの関係機関に、何件連絡をしたか記載してください。

連絡した事例はなかった

検視官	_____件
警察・児童福祉機関	_____件
児童福祉機関（47条に基づいて、同胞児・他の子ども）	_____件
重賞事例検証のために地域の児童福祉局	_____件

不明

その他（具体的に）	_____件
-----------	--------

子どもの死因検証委員会のための調査項目

8. 以下の領域に関して、パネルは提言を作成しましたか？

(該当するもの全てに□してください)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 個々のケース・マネジメントに関する提言 | <input type="checkbox"/> 地域への教育・啓発活動 |
| <input type="checkbox"/> 委員やサービス提供者の教育 | <input type="checkbox"/> 国への教育・啓発活動 |
| <input type="checkbox"/> 地域組織の構造改革や実践の変更 | <input type="checkbox"/> アドボカシー、ヘルスプロモーション |
| <input type="checkbox"/> 地域の政策・実践の変更 | <input type="checkbox"/> 地域社会の動員・結集 |
| <input type="checkbox"/> 条例や国策への影響 | <input type="checkbox"/> 提言は作成されなかった |
| <input type="checkbox"/> 不明 | |

