CHILD DEATH REVIEWの為のプログラムマニュアル

子どもの死因の
より明確な究明ならびに
よりよい子どもの
死亡予防活動を目指して

NATIONAL CENTER FOR
CHILD DEATH REVIEW
KEEPING KIDS ALIVE

CHILD DEATH REVIEW
の為の
プログラムマニュアル

子どもの死因のより明確な同定
ならびに、
子どもの死亡を防ぐための取り組み
を進めていくための戦略

本マニュアルは、
The National Center for Child Death Review
ならびに、全米のChild Death Reviewのリーダーや支援者
の尽力により作成された
編集：Theresa M, Covington
Valodi Foster
Sara K, Rich

後援
The Maternal and Child Health Bureau
Health Resources and Services Administration
U.S. Department of Health and Human Services

本マニュアルを毎年米国において死亡する53,000の
子どもに捧げる。我々は、彼らの死の記憶を全米の子どもたちの
健康と安全の為に役立てることを改めて誓う

Copyright © September 2003
Copyright © October 2004
Copyright © September 2005

The National Center for Child Death Review
at the
Michigan Public Health Institute
2438 Woodlake Circle, Suite 240
Okemos, MI 48864
800-656-2434
www.childdeathreview.org

Permission is granted for replication of this manual for use
by local and state child death review programs, and citations should be provided.
For any other purposes, request permissions from the
National Center for Child Death Review. Suggested citation:
A Program Manual for Child Death Review. Ed. Theresa Covington, Valodi Foster,
Sara Rich. The National Center for Child Death Review, 2005.

This manual is supported in part by Grant No. 1 U93 MC 00225-01 from the
Maternal and Child Health Bureau (Title V, Social Security Act), Health Resources
and Services Administration, Department of Health and Human Services

謝辞

本マニュアルは、既に多くの州で使用されているマニュアルを、組み合わせたものである。アラバマ、アリゾナ、カリフォルニア、ミシガン、ミズーリー、モンタナ、ニューハンプシャー、ネバダ、テキサスの各州の、チーム形成のプロセスやプロトコール作成における先駆的な取り組みならびに、快くその資源の共有を許可いただいたことに深謝する。

The American Bar Association, Center on Children and the Lawにも感謝の意を表する。これらの施設は1995年からCDRのトレーニングカリキュラムを醸成する上で奔走いただいた。ABAにも快く、本マニュアルの為の資源の提供を無償でしていただいた。

本マニュアルは、CDRプログラムの標準化に向けたthe National Center for Child Death Review Work Group の一員として、多くの州より集まっていただいた方々の共同作業の上、出来上がったものである。下記に記した方々には多くの時間、能力、経験を、本マニュアルの記述や編集に割いていただいた。我々は、CDRの可能性を広げていただく助けをいただいけたことに感謝申し上げたい。またWork Groupの長をしていただいた、the California Department of Health ServicesのValodi Fosterに、特に感謝申し上げる。

氏名	州	章
Teri Covington	ミシガン	編集 ならびに 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18
Valodi Foster	カリフォルニア	編集 ならびに 5, 10, 13, 15, 17, 18
Sara Rich	ミシガン	編集 ならびに 15, 18
Gabriela Alcalde	ケンタッキー	3, 12
Nanette Elster	ケンタッキー	3, 12
Maurine Hill	ミズーリー	4, 5, 8
Nancy Dawson	ワイオミング	4
Marc Clement	ニューハンプシャー	6, 8, 11
Vick Zittle	ペンシルバニア	7, 10, 11, 18
Ann Rulseh	ウィスコンシン	9
Heidi Hilliard	ミシガン	9, 18
Kathy Graham	アラバマ	10
Karel Amaranth	ニューヨーク	12
Ann Worthington	ニューメキシコ	11
Danielle Malewski	ペンシルバニア	13
Tamar Saxe	カリフォルニア	15

目次

章		ページ
1	序論およびこのマニュアルの使い方	1
2	CDRの方針、趣旨および目的	2
3	CDRの中核的機能、モデルおよび権限	7
4	チームおよびコーディネーター業務の確立	11
5	チームメンバーシップ	17
6	ケース選定およびレビューに必要な記録	27
7	守秘義務について	34
8	死亡事例検討の実施	43
9	有効なチームプログラムおよびCDRプログラム	49
10	子どもの死亡防止のための行動	53
11	CDRのデータ処理ならびに活動報告書	60
12	CDRに関する法律および公共政策	64
13	CDRプログラムの評価	70
14	CDRチームの倫理的ジレンマ	76
15	メディアとの協力	80
16	他のレビューチームとの連携	84
17	用語集	90
18	チームのための参考ツール	105

CDRチームの為のツール

ツール	ページ
新規のCDRチームのプランニング	107
地域のCDRチームコーディネーターの職務規定	122
州のCDRチームコーディネーターの職務規定	123
初回の企画会合の議案	124
新規のチームメンバーへの招待状	125
地域の死亡事例検討チーム機関間協定書	126
検討チームでの守秘義務契約	128
守秘義務に関する誓約書	129
郡書記官への協力要請文書	130
医療診療録使用許可願	131
管轄を跨ぐ事例における協力要請文書	132
CDRチーム会合の議案書	134
会合のサマリーシート	135
CDRチーム会合の事例追跡表	136
諮問委員会の目的と機能	137
州諮問機関会合議案書	138
子ども死亡事例検討年次報告の概要	139
CDR 法制度のチェックリスト	141
防止に関する骨子	143
州のレビューチームのプロセスについて	144
効果的なCDRの為のガイド	146

第1章
序論および
このマニュアルの使い方

子どもは死ぬべき存在ではない。子どもの死は、家族や友人、そしてコミュニティにとって図り知れない損失であり、しばしば不当な苦痛や果たせなかった約束を象徴するものである。子どもの死を招いた原因を知ることは、その悲しみに意味を見出す一つの方法であり、新たな子どもの死を防ぐことにもつながりうる。一人の子どもの死がさきがけとなって、コミュニティの子どもたちの健康と安全の標識となるかもしれない。死亡に至る要素の全貌の理解に取り組むことで、ほかの子どもの死や、不健康、損傷や障害を防ぐことにつながるかもしれないのだ。

全小児死亡例に対する多機関連携での検討(CDR)は、他の子どもたちの被害を防止する目的で、子どもの死を理解するための作業手順である。これは州または地方レベルで多領域の人材を集め、その子どもの死に至る状況と、その死の影響に関する包括的な情報を共有し、検討する共同手順である。こうした検討が、地方、コミュニティ、または全米レベルで、新たな死亡例を防止することにつながるかもしれないのである。

過去10年間に、CDRプログラムは米国内に次々誕生した。これらのプログラムがどのようにして生まれたか、またその理由も、実に様々である。多くのプログラムは、致死的なマルトリートメントを正確に見極めようという努力から生まれた。

現在、大多数のプログラムは、より多くの予防可能な子どもの死の理解と対応にも焦点を当てたものに拡大している。

レビュープログラムやチームは、様々な名称で呼ばれている。本マニュアルは、Child Death Reviewと呼称する。これは、child fatality review、child mortality review等々と読み替えてもかまわない。

検討チームは州、地域、郡または市ごとに参集している。本書では、このいずれのレベルのチームも、”コミュニティ”または”管轄”と呼ぶ。特に区別が必要な場合には、検討のレベルを表す地域レベル検討、州レベル検討という用語を用いることとする。

本書では、州または地域レベルでCDRプログラムを開発・運営する方法を述べる。有効な検討のしかたに関する提案、ある子どもの死亡例から得たものを、新たな死の防止策に応用するための助言などが示されている。

本書は、読者に、有効な検討チームとチーム・ミーティングの設立、運営、および評価に必要な情報とツールを提供するために書かれたものである。本書がその基礎になれば幸いである。本書に書かれた情報を、読者自身のコミュニティ事情に合わせて活用していただきたい。

各章にはそれぞれの検討課程ごとの情報が掲載されている。最終章の*第18章、チームのための参考ツール*には、チーム設立および検討作業が簡便に行えるように、手順に必要な書類の書式例が納められている。本書から切り離し、読者の州またはコミュニティの実情に合わせ応用していただきたい。第18章には*Guides to Effective Child Death Reviews　効果的なCDRのための手引き*が掲載されている。この手引きは、死亡原因ごとに1ページずつの記載となっている。検討の際、検討に必要な情報、手引きを確認して引用しやすく、検討を防止策に応用する一助となると思われる。

本書の電子版PDFファイルはセンターのウェブサイトから入手可能である: www.childdeathreview.org　センターに連絡いただければ電子ファイルをCDで入手することも可能で、データは読者の州またはコミュニティに合わせて改変することも可能である。

本書中の赤い星印 ★ は、CDRを行う際のベスト・プラクティスを示す。ベスト・プラクティスは、本書著者の居住州でのCDR経験に基づいて選定されている。

The National Center for Child Death Review 米国CDRセンターも、資源を提供している存在である。同センターのスタッフは、補足情報、助言、他のCDRプログラムとの連携、研修等を提供している。

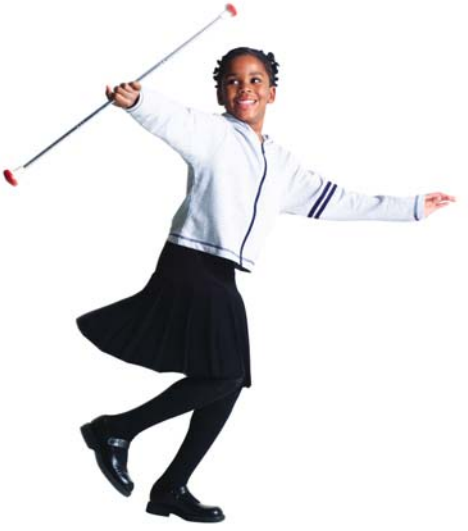
本書は、現在も、今後も改良を続ける予定である。ぜひ感想をお寄せいただき、本書を利用していただいた経験を、今後の改良に生かすことができれば幸いである。

本書を、毎年米国内で亡くなっている53,000人以上の子どもに捧げる。彼らの思い出を大切にし、我々の子どもたちの健康と安全に生かしていくことができれば光栄である。

本書の活用方法

- 子ども死亡検討チームの趣旨および機能を管理者により良く理解してもらうため
- 州またはコミュニティ機関による検討チーム設立または検討プログラム策定に役立てるため
- CDRチームコーディネーターが、より効率的に検討チームまたはプログラムを調整するため
- チーム内の個々のメンバーが、自分の役割を理解し、より積極的に検討に参加するため
- チーム内のメンバーに防止策を確認させ、新たな死を防止するため行動を起こさせるため

第2章
CDRの方針、意図および目的



Child Death Review (CDR)のプログラムは、その趣旨および目的は終始一貫しているものである。下記は読者の州または地域でも適応できる部分であろう。

Child Death Reviewの運営方針

- 子どもの死は、コミュニティの責任である
- ある子どもの死がさきがけとなり、病気や損傷でリスクに直面している他の子どもの同定を、コミュニティに促すものとなる場合がある
- 死亡レビューには、コミュニティ内の多機関の参加が求められる
- 死亡例情報のレビューは、包括的で広範にわたるものでなければならない
- レビューはリスク要因の理解に結びつくものでなければならない
- レビューは予防に焦点を当てたものであるべきで、したがって死亡を防止する有効策や活動に結びつくもので、子どもを健康で安全で保護された状況に保つものでなければならない。

趣旨

子どもの死を包括的に、多機関連携にてレビューを行う事を通じ、我々は子どもの死の様子や原因をよりよく理解し、我々の知見を新たな死の防止行動および、我々の子どもたちの健康と安全を高めることに活かすためにCDRは行われる。

目的

CDRという過程を行っていくことの目的は多面死亡的であり、死亡調査から予防までに関わる、多くの機関の要望に応えるものである。

1. すべての子どもの死因を正確に同定し、原因や状況に関して、統一的で一貫性のある報告が行われるようにする。
   - レビューによって、チームのメンバーが全ての死亡例についての情報を得られ、調査、サービス提供、予防に取り組みやすくなる場合がある。
   - より完全な情報によって、原因と状況が明らかになる場合がある。
   - レビューによって死亡診断書が修正される場合もある。

2. 地域および州の機関相互の意思疎通と連携を向上させ、協調的な取り組みを増進する。
   - 定期的に会合を持つことによって、機関相互の協力体制と協調性を向上させる
   - 情報を共有し、機関の責任分担を明確にすることは、CDR手順自体の価値を高める。
   - レビューにより、多領域にわたる学びという貴重な機会を得ることとなり、多機関戦略の実現に役立つ。
   - レビューにより､CDRの枠を越えて、機関相互の協調性を向上させる。

3. 子どもの死亡調査における機関からの反応を向上させる。
   - レビューによって子どもの死亡を早く有効に周知し、より迅速な調査が可能になる
   - 調査のタイプに応じた情報の共有によって、調査基準の向上につながる。
   - レビューによってより良い調査や支援機関の実施･運営、調整方法が確認できる
   - 多くのチームが、レビューによって死亡調査の新たな方針や手順が策定されたと報告している。

4. 死亡した子どもの家庭内で、同胞や他の子どもを保護する機関の対応を向上させる。
   - レビューが、他の子どもが被害を受けるリスクがあることを、ソーシャル･サービスなど他機関に対して警告する場合は多い。またレビューによって、これらの機関への早急な通知を妨げかねない、施策の抜け穴に気付くこともある。

5. 小児殺人の犯罪捜査と訴追の能力を向上させる。
   - レビューによって、子どもに対する意図的暴力行為の同定に資する、ケースにおける新しい情報を得る場合がある。
   - レビューによって立件に向けた、多領域からのアプローチを行うことができる場合がある。
   - 児童殺人の既知の知見および傾向についての、専門家による教育的公開討論の場を提供できる場合がある。

6. 子ども、家族、およびコミュニティの住民に対するサービス提供の改善を行う。
   - レビューによって、子どもの死後、家族やコミュニティの他の住民にどのようなサービスを提供する必要があるかを確認することができる。
   - レビューによって、サービスの提供を確実にするための、機関間の照会プロトコールが利用しやすくなる。

7. 子どもの死に関連する、特異的な障壁やシステム上の問題点を明らかにすることができる。
   - チームのメンバーは、子どもが何かしらの有害事象を被ることから守られる為の、各々の機関における方針や実務の改善点を明確にすることを支援することができる。

8. 子どもの死亡の重大なリスク要因や傾向を明らかにする。
   - レビューによって死に対する、より広義な生態学的(エコロジカルな)視点が持ち込まれ、医学、社会学、行動学、および環境学上のリスクが明らかになり、より柔軟に対応が可能になる。

9. 子どもの死亡を防止するため、子どもの健康および安全に関する法や施策、実務における必要な改正点を確認し、提唱するとともに、取り組みの拡大を促す。
   1. レビューはいずれも、将来同様の死を防止するにはどうすればよいかという議論で締めくくるべきである。
   2. レビューは、コミュニティが行動を起こすことを、促進させるものであるべきである。
   3. チームは必ずしも常時先導役を果たさなくとも良いが、提案がどこの誰に向けたものかを確認し、それらが実行されていることを追跡する必要がある。短期に解決するものもあれば、長期間を要するものもある。

10. 子どもの健康と安全に関する問題に対しての、公衆の関心と支援運動を促す。
    - 子どもの死に関わるリスクに関する知見が一般に公開された際には、啓発と権利擁護の機会を探っても良い。

Child Death Reviewの目的

1. 正確な同定と、子どもの死亡の原因と状況に関して、統一的で一貫性のある報告が行われるようにする。
2. 地方および州の機関相互の連絡と連携を増進し、協調的な取り組みを促進する。
3. 子どもの死亡調査における機関からの反応を向上させる。
4. 死亡した子どもの家庭内で同胞や他の子どもを保護する機関の対応を向上させる。
5. 小児殺人の犯罪捜査と訴追能力を向上させる。
6. 子ども、家族、およびコミュニティの住民に対するサービス提供の改善を行う。
7. 子どもの死に関する、障壁やシステム上の問題点を明らかにすることができる。
8. 子どもの死亡の重大なリスク要因や傾向を明らかにする。
9. 子どもの死亡を防止するため、子どもの健康および安全に関する法や施策、実務における必要な改正点を確認し、提唱するとともに、取り組みの拡大を促す。
10. 子どもの健康と安全に関する事案に対する公衆の関心と支援運動を促す。

チームの為のワークシート: 方針,意図 ならびに 目的

我々のCDRチームの運営方針:

我々のCDRチームの意図、ミッション

我々のCDRチームの目的:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

第3章
CDRの中核的機能、モデルおよび権限

CDRプログラムの3つの中核的機能

米国内のChild Death Reviewの趣旨および目的は一貫しているが、手順の進め方は州やコミュニティごとに異なっている。レビュープログラムには、下記の中核的機能のいずれか、または全てが含まれている。

1.個々の死亡例について個別にレビューを行うレビューチーム。

- 子どもの死亡状況について、複数の機関から包括的に情報を収集する。
- システム上の問題を明らかにし、検討する。
- 機関間の意思疎通を高める。
- 特に子どもの死亡調査および子どもの保護策に関する機関相互の協力体制を強化する。
- 特に子どもの死亡調査に関する、地域独自の傾向や問題を調査する。
- 調査プロトコールを改善する。
- 報告と検討手続きの改善のため、機関間の合意を形成する。
- 子どもの死亡調査のための情報収集を支援し、正確な報告を可能にする。
- 子どもの死に責任のある者には、必ずその責任を問う。
- 時期を逃さず死亡検討を行う。
- コミュニティの教育、啓発および保護方策を実行する

2. ケースレビュー所見および子どもの死亡に関する傾向を分析し、提言や行動を行う諮問チーム。

- ケースレビュー、小児死亡統計、傾向や問題点などからデータを調査する。
- システム上の問題を明らかにし、検討する。
- 子どもの健康と安全を推進するベスト・プラクティスを決定する。
- 指針、実務または保護プログラムの開発または改善について助言する。
- 保護プログラムを提唱する。
- 州または地方機関内、またはその相互の意思疎通を図る。
- 検討プロセスの増強を提唱する。

3. 死亡事例検討チームを管理および支援するプログラム管理組織。

- 地域のCDRチームの設立促進。
- CDRチームに研修および技術的支援を実施。
- チームのレビューのための死亡確認を支援。
- 死亡例検討報告や小児死亡データを収集し、年次報告書を準備する。
- 予防のための支援機関と、CDRチームの連携を図る。
- 諮問チームに人材を配置する。
- 多機関からの参加を促す。

CDRプログラムのモデル

それぞれのプログラムには、下記に述べる4つのモデルのいずれかには合致すると思われる。モデルは、中核的機能が何か、州レベルで実行されるか、地域レベルで実行されるか、検討する死亡のタイプ、そして権限によって異なる。

2005年時点で、米国では、1州を除いて全ての州の州当局に小児死亡事例検討の担当者が置かれていた。

しかし、これは全ての州が州レベルの検討プログラムを有していたことを意味するのではなく、また支援センターに前述した3つの中核機能が備わっていたわけでもなかった。

地域でのレビューは、様々な管轄ごとに行われる場合がある。米国で最も多い例は、郡レベルでの実施である。その他の管轄には、市区町村、2つまたは3つの郡にまたがる地域のチーム、司法管轄区および機関の所轄ごとに行われるレビューなどがある(例えばコミュニティの健康局の所轄など)。

州内および州ごとに、レビューされる死亡のタイプ、年齢、状況や原因、死亡場所および死亡後レビューを行うまでの間隔も大きく異なる。*第8章、死亡例検討方法* では、これらのバリエーションや、その他のありうる可能性につき、もう少し詳述している。

レビューされる死亡例の違いは、レビュープログラムの当初の目的の違いによって生じていることが多い。例えば、子どものマルトリートメントによる死亡の調査と解明に重点を置くチームは、子どもの死亡例の中でも特定のグループをレビューする場合がある。

CDRプログラムの4つのモデルは、以下の通りである:

1. 個々の死亡例は地域のみで検討し、地域でのレビュー所見に基づき、州レベルでの検討を行い、所見に対し州および地域で対応を行う。

州の機関は、地域のレビューチームのネットワークの監督および調整を行う。州は、権限の大きさに合わせ、地域レビューのためのプロトコールまたはガイドラインを提供する。州では通常、地域のチーム・メンバーに研修や技術支援を行い、州のCDRコーディネーターを配置する。

殆どの検討は地域レベルで実施され、地域の施策や実務を改善するための提言がなされる。保護のための取り組みも地域ごとに実行される。

地域レビューチームは、郡、市や地方管轄などで分けられており、地域のチームを調整する機関も様々である。これらのチームは、通常死亡例検討報告を、州の機関または州のCDRプログラム・オフィスに提出する。次いで、州の諮問チームが、地域チームが行った総括や個々の事例検証に対してのレビューを行い、州としての方針および実務的改善案を、提言する。この方式を採用している州の殆どは、小児死亡データやCDR所見、および提言の掲載された年次報告を作成している。この方法を利用している州は、子どもの虐待による死亡またはその他の予防しうる死亡に重点を置いている州である。

本マニュアルは、主に効果的なCDR会議に焦点を当てたものである。諮問チームの設立および維持にはさほど立ち入っていない。しかし、*第18章、チームのための参考ツール* には、諮問委員会の趣旨および機能、会議議題例、および州レベルのプログラム・コーディネーターの業務内容も掲載されている。地方のチームが受け取る資金にも州ごとに差があるが、わずかな例外を除き、CDRのための資金援助を行っていない州が多い。また、地域での検討が義務化されている州もあれば、自主性に任されている州もある。

チームによっては、個別に分科会が置かれ、特定の死亡原因を検討し、その所見を地域または州のCDRチームに報告している場合もある。

レビュー会議の殆どは、後方視的検討として行われている。これは、調査が概ね終了し、死亡例の情報が出揃った頃に開催されることが多い。

チームの中には*即時対応でのレビュー*を実施しているところもあり、通常は予期せぬ死、または死因が不明の死亡例で死後すぐに実施されることが多い。この方式では、チームは死亡例の情報について早急に議論することができ、それにより子ども死亡例の実際の調査活動の、過程や手順にも反映させることができる。
このタイプのレビューは、他の子どもが巻き込まれることを防ぐための保護活動にも役立つ場合がある。即時対応でのレビュー会議は、計画できるものではないため、チームのコーディネーターがチーム・メンバーに連絡を取ってこのような検討を行うことが一般的である。チームは、即時対応でのレビューを行うべき死亡事例の基準を、あらかじめ確立しておく必要がある。このタイプのレビューは、チームメンバー全員ではなく、メンバーの中で選ばれたサブグループにより、なされる事が多い。

チームが、ある事例に即時対応でのレビューを行う決定をなした場合で、同時に後方視的検討の日程が近々に設定されていた場合、その死亡例については双方の形式のレビューを行うことになる。

このような方法によってCDRのプロセスは、死亡調査を調整するためのツール的な役割を果たす事となり、同時に死亡のリスク要因を同定し、新たな死を予防するための情報源としての役割を果たす事となる。

2. 個々の死亡例に対し州と地域が各々レビューを行い、レビュー所見に基づき、州および地域各々で対応を行う。

州レベルの委員会は、特定の死亡事例、または死亡例の抽出サンプルに対してレビューを行い、地域チームは州のチームとは独立してレビューを行う。州と地域のレビュー同士には殆ど、または全く連携がないか、または州が地域のレビュー所見を検討する。地域のレビューチームは州から検討を義務付けられる事もなければ、州の推奨ガイドラインに従って検討を行うなうことはない。地域チームは、レビュー作業に対して州から資金援助を受ける事は稀である。その他のアプローチと同様に、関与する機関は管轄ごとに異なっている。

3.個々の死亡例に対し、州のみがレビューを行い、レビュー所見に基づき、州レベルで対応を行う。

州レベルのCDR委員会で子どもの死亡例をレビューし、州レベルの知見報告書を発行、コミュニティでの検討は行わない。これらのレビューパネルには、通常州機関の代表が参加する。州レベルレビューの殆どは、子ども虐待事例検討を出発点としているが、その他の予防可能な死因の検討にまで、対象を拡大しているものもある。多くの州で、レビューチームのために抄録を作成する担当者には、包括的に死亡例記録の閲覧をする事が、可能となっている。

関係機関が独自記録を、レビューチームに持ち込む州もある。レビューされる死亡例のタイプや数は、州内の全死亡例の一部で代表させることが多い。

この方式の変化形で、州機関が内部に機関内の代表者で構成されたレビューチームを持っている例もある。この形式でレビューされる死亡例は、通常、その機関で保育または保護を行っていた子ども、例えば里子制度が適用されていた子どもなどである。
州委員会も、州のChild Abuse Prevention and Treatment Act：児童虐待防止法(CAPTA) で義務付けられたCitizens Review Panel市民検討パネル(CRP)を務める場合もあり、死亡例検討、または地域で行われた子ども虐待による死亡例検討の検証を行うこともある。

4. 個々の死亡例に対し、地域のみがレビューを行い、レビュー所見に基づき、地域レベルで対応を行う。

これらのチームは、中には州レベルの担当者がチームを集めて研修を実施したり、技術的支援を行うこともあるが、州からは独立して運営される。レビューは市区町村ごとまたは郡ごとの管轄で行われる。所見をまとめて報告文書を発行している州もある。

2005年1月時点の米国内レビュープログラムの実態

20州
個々の死亡例は地域のみで検討し、地域でのレビュー所見に基づき、州レベルでの検討を行い、所見に対し州および地域で対応を行う。

13州
個々の死亡例に対し州と地域が各々レビューを行い、レビュー所見に基づき、州および地域各々で対応を行う。

15州
個々の死亡例に対し、州のみがレビューを行い、レビュー所見に基づき、州レベルで対応を行う。

2州
個々の死亡例に対し、地域のみがレビューを行い、レビュー所見に基づき、地域レベルで対応を行う。

レビューの為の権限

レビューを支援、運営、そして実施する権限を管理する中心は、米国内では多種多様となっている。どこがレビューの権限を有しているか、また自分の属する州がレビュー過程のどの部分を義務化し、推奨し、または禁止しているかを確認するには、現行法、機関の公布規定、および指針を検証しなければならない。*第12章、CDRに関する法律および公共政策*、および*第18章、チームのための参考ツール*では、CDRプログラムに全面的な州支援を提供できる法的要素を掲載している。

通常、一つの州機関がレビュープログラムの策定および運営の主導、または実際にCDRを実行する任務を担当している。法律がない場合は、CDR手続きやあらゆる死因の防止の取り組みに関心のある州または地方機関が、手続きを実行する事が最も望ましい。例えば、Maternal and Child Health Program 母子健康プログラム(タイトルV) または州健康局のInjury Prevention Program (損傷予防プログラム)が、理にかなった選択と思われる。

一機関が主導権をとる事が望ましいと思われるが、レビューの過程というものは多機関にまたがるものであるという性質上、レビューの過程における主導権や、レビューの過程で得た所見というものは、各機関間が共通して持つものでなければならない。

第4章
チームおよびコーディネーターの業務の確立

本章では、CDRチームを設立するステップと、チームの作業の有効性・有用性を確保するためのコーディネーターの役割について述べる。州レベルのCDRプログラム事務局や、州諮問チームの設立については、ここでは重点を置かない。

レビューチーム設立のステップ

レビューチームの設立には、多数の機関との計画および調整が必要である。通常はある機関の1人の代表者または複数の代表者がチームのリーダーとして計画を策定する。リード役となる機関が義務付けられている州も、そうでない州もある。

以下に示す行動は、実行されれば有効なCDRレビュープログラムにつながるものである。

レビューチームの設立

1. チーム・オーガナイザーを指名する。
2. 居住州のプログラム・コーディネーターに連絡する。
3. CDRプログラムの資料を検討する。
4. 小児の死亡例を評価し、チーム設立への準備性を分析する。
5. 既存のレビューチームと接触する。
6. チームを支援してくれる可能性のある地方中核機関に連絡を取る。
7. 死亡データを収集する。
8. 設立会議の日程を設定する。
9. 設立会議を開催する。
10. 初回のレビュー会議前に見直しを行う。

1. チーム・オーガナイザーを指名する

レビューチームは、個々人の努力と、子どもの死亡に関わる機関や専門家の自主的な協力があって初めて設立が可能となる。自分の法的管轄区域内に多分野、多機関連携によるCDRチームを設立するには、チームを形成するために必要な時間と努力を惜しまない人物が必要である。レビューチームの設立に関心のある個人であれば、どのような職業でも差し支えない。チームは、公衆衛生の専門家、検察医、検察官、警察の担当者、ソーシャルサービスおよび児童権利擁護者などによって設立されてきた。州によっては、主導者を法的に定めている場合もあるため、設立に関心があれば、この主導者または主導機関に連絡を取ると良い。

2. 居住州のプログラム・コーディネーターに連絡を取る

地域レビューチームのオーガナイザーは、州または地域のCDRプログラム・コーディネーターに連絡し、チームに関する情報やメンバー募集に関する資料などがあれば入手する。コミュニティにおける現地の政治的状況や、中核となる組織の長同士の関係性は、CDRチーム設立へへのアプローチに強力な影響力を持っている場合がある。コミュニティごとにその特徴にあわせた最良のアプローチを採用するべきである。

3. CDRチームに関する資料を検討する

チーム・オーガナイザーは、州のプログラムが発行している情報資料およびNational Center for Child Death Reviewなどの支援組織を通じて入手可能な資料を研究し、CDRチームの運営に関して熟知しておくべきである。その他の専門およびその機能、CDRにおける役割に関する補足的情報も、研究の必要がある。

4. 子どもの死亡例を評価し、チーム設立に関する準備性を分析する

最初の会合を開催する前に、現在のコミュニティにおける、CDRへの準備性やニューズに関しての評価を行う。評価ツールである、*新規のCDRチームの設立計画書* が*第18章、チームのための参考ツール* に掲載されている。

このツールを手引きとして利用し、コミュニティにおける死亡の詳細像を理解するために子どもの死亡データを編纂することで、コミュニティにおけるCDRへの適応性を高めることができる。このツールは、連携の必要性の確認や、参加に対する信念を固める意味でも役立つものである。

5. 既存のレビューチームとコンタクトをとる

チーム・オーガナイザーはチーム運営を成功させているCDRチームに接触し、レビュー会議の見学を要請する。既存のレビューチームの運営の様子を見学することで、多くの答えが得られ、有力なチーム・メンバーの採用についても方向性が見える場合がある。管轄区域内に自分のチームと共通点があるチームが見つかる場合は参考になる。CDRチームは複数見学したほうが良いであろう。

6. チームを支援してくれる可能性のある地域の中核機関に連絡を取る

チーム・オーガナイザーは地域の中核機関に連絡を取り、CDRチーム設立について協議しなければならない。チーム・オーガナイザーはその中核機関の役割と、チーム参加への要件を知っておかなければならない。チームメンバーの採用にあたっては、可能な限り、高位の機関のスタッフに、チームへの参加を要請する。彼らは、必要に応じて改善策を実施する権限があり、所属機関を各種の連携活動、プロジェクト、プロトコールなどに参加させることができる。機関の指導者の参加が困難な場合は、機関での決定権のあるスタッフ・メンバーを採用する。

この担当者は、子どもの健康、安全、予防に関する分野についての知識・経験があり、直接の責任がある人物でなければならない。例えば、主席検察官が参加できない場合には、指名された人物が小児および青少年の法的手続きにおいて責任を負う。チーム・コーディネーターは、チームによる最初の検討が行われる前に、個々の機関での委任作業が完了しているかどうかを確認する為に、コアメンバーとの接触を済ませておく必要がある。

CDRチームへの参加を要請する為の書式が、*第18章、チームのための参考ツール* に掲載されている。

7. 死亡データを収集する

レビュープログラムの範囲の策定に当たっては、死亡タイプや数を把握し、コミュニティ内で亡くなっている子どもの概略を知ることが必要である。州やコミュニティの公衆衛生当局に連絡し、特定機関内の死亡率、疾病率のデータ収集支援を要請すると良い。例えば、年齢、人種、性別および状況別の死亡関連データの収集を支援してくれる。居住州のCDRプログラムからも、管轄内の死亡データを入手できる。

8. 設立会議の日程を設定する

設立に関する問題の大部分は、最初のCDR会合の前に対応しておくべきものである。中核となる機関の全てに連絡を取り終わったら、チーム・オーガナイザーは設立会議の日程を決定する。会会は参加予定者の殆どが出席できる日とする。州CDRプログラム・コーディネーターが最初のミーティングに出席し、ガイダンスを行うようにする。

9. 設立会議を開催する

チームが実際に死亡事例のレビューを行う前に、複数回にわたる設立会議の開催が必要な場合がある。*第18章、チームのための参考ツール* に、設立会議の議題例を掲げている。これには、以下のものが含まれている。

- メンバーとなる予定の人物紹介
- 居住州のCDRの概略と沿革を紹介し、設立予定のレビューチームの運営方法を説明する。チーム運営における、現在の管理上のルールまたは指針について共有し、議論を行う。
- 管轄区域内の現在の子どもの死亡統計を発表する：州のCDRプログラム事務局や、地域の保健所、または自身で作成した設立計画書から得た、郡や地域の小児死亡統計を共有する。
- 現在の小児死亡例への対応について協議する。コミュニティ内の機関で行われている、救急に通報電話があった時点、または病院に子どもが到着した時点から子どもの死亡までの行動のロードマップを作成する。これは、メンバーとなっている機関に自分たちのそれぞれの役目と子どもの死亡に対応するシステムを理解させるさせる良い方法である。
- 死亡調査、サービス、および子どもの健康と安全に関して、コミュニティ内で現在利用できる支援機関について述べる。
- コミュニティまたは州内で行われている、他のレビューのプロセスについて述べる。
- CDRチームが機関に参加することによって得られる利益について述べる。参加者各位が、疑問点や問題点を表出する時間を与える。全員が質問の機会を与えられ、協議に参加できるようにする。質問に全て答えられなかった場合は、他のチームや機関の対応を調べて後日そのグループに回答する旨説明する。
- 即時対応レビューならびに後方視的レビューの、双方の利点について協議し、チームがどちらのやり方を採用するか決定する。
- 検討する死亡例のタイプを決定する。これについては*第6章、検討死亡例の選定と記録* で詳述する。
- 死亡事例をどのように認知するかを決定する：監察医・検視官および郡書記官事務局局双方を通じて、どのように死亡例を認知知するかを決定する。コーディネーターは、郡書記官および郡の監察医または検死官に連絡し、全小児の死亡事例を認知・対応する手続き、および郡から州戸籍局に死亡証明書が発行される前に、証明書を入手する方法を確立する。郡書記官宛ての記録開示要請書例は、*第18章、チームのための参考ツール* に掲載されている。

- 会議の日程を設定する。チームは、決定したレビュー方式に基づき、定例会議をどの間隔で設定するかや、即時対応するための召集手続きの策定を行っていく。定例会議の時間と場所があらかじめ指定されているほうが参加率は高まる。管轄区内の死亡数が非常に少ない場合は、チームは死亡事例が起きた都度、会合を持つこととしても良い。この場合は、必要に応じて会議を招集する担当者を一人指名する。補足的な設立会議を開催する必要がなければ、最初の会議で死亡検討も行ってよい。

- 追加メンバーを選定する。追加、または特別チーム・メンバーの候補を蓄積しておき、その登用計画を立てておく。

- チーム間同意および守秘義務契約について協議し、修正し、同意する：CDRを行う前に、正式な作業関係が確立し、チーム内での守秘義務について同意がなされている必要があり、レビューを行う前にこれらの文書は署名される必要がある。書式例が *第18章、チームのための参考ツール* に掲載されている。これらの契約の法的、制度的障壁となりうる問題を協議し、解決しておく。

- 最初のレビュー会議の場で、チーム・メンバーに配布すべき資料は、あらかじめファイルされ、配布されることについて同意を得ておく資料には、 CDRチームの基本情報と、権限について定めた法律、データ収集書式、および最初の会議で合意された仮契約が含まれる。このような取り組みは、新規メンバーに配布されるCDRチーム・マニュアル策定に生かされる。

- チームで使用するCDR事例報告書を共有する。通常、これらは居住州のプログラム事務局で入手可能である。*第11章、CDRデータおよび報告* に参考となる詳細を掲載している。

- チーム・コーディネーターと座長を選定する：法的に指定された人物がいない場合には、これらを選出する。チーム・コーディネーターおよび座長は、同じ人物でなくても良い。コーディネーターは必要に応じて死亡記録を入手し、会議を準備し、追跡調査を行える時間のある人物である必要がある。座長はリーダーシップに長け、コミュニティ内で尊敬を集める人物であるべきである。

10. 初回レビュー会議前の見直しを行う

チーム・コーディネーターは、メンバーに接触し、メンバーが自分の役割を理解し、最初の会議でケースレビューを行う準備が整っているかどうか確認する。

CDR座長またはチーム・コーディネーターの職責

座長およびチーム・コーディネーターは、指定される場合も、自主的に機関を代表する場合もある。

州によっては、CDRチーム・コーディネーター全員が、郡健康局ディレクターまたは主席検察官などの州機関出身者の場合もある。また、この職位が法律や指針によって定められておらず、機関の主導者がチームごとに異なる州もある。いずれにしろ、CDRチームのコーディネーターの職務は、別の職務の上に追加的に責務を負っている場合が多い。職務明細書にこの役割が明記されたコーディネーターは殆どいないが、CDRチームのコーディネーターは、手続き全体を繋ぐ接着剤のような存在である。

責任分担を非常にうまくこなしているチームもある。例えば、CDRチーム・コーディネーターは管理能力には非常に長けているが、会議運営には慣れていないとする。こうした人物は、会議の後方支援のみを担当し、リーダーシップのある人物が会議の議長を務めるなどである。

もう一つの例は、データ解析能力の高い人物が、ケースレビュー報告書を書き上げて提出する方法である。CDRチーム・コーディネーターの職務明細例は、*第18章、チームのための参考ツール*に収められている。下記のリストは、CDRの座長またはチーム・コーディネーターの、最も一般的な職務を示したものである。

- 会議日程を決定し、チーム・メンバーに通知を出す。
- レビューを行う子どもの死亡例の氏名および概略シートを蓄積し、会議の2～3週間前にチーム・メンバーに分配する。
- チームレビューのために子どもの死亡通知が閲覧可能にする。
- 新規メンバーにチーム・マニュアルを配布し、初回会議までにCDRチームにオリエンテーションを行うようにする。
- 新規CDRチーム・メンバーおよび特別メンバーは必ず守秘義務契約に署名するようにさせる。
- 効果的なケースレビューのために、情報の共有を心がける。
- チーム会議の議長を務め、機関間の紛争の解決を助ける。
- データ報告書を完成させ、州のCDRプログラム事務局に、定められたとおり提出する。
- チームが、チームの取り決めまたは法律に準じて運営されているよう保証する。
- CDRチームが、一貫して提言および予防の取り組みや活動を行えるよう、その成功を促進する。
- メディアとの接触を支援する。
- 州のCDRプログラム事務局との接触を維持する。

会議の議題の策定

1. 開会挨拶と紹介
2. CDRチームの趣旨および沿革の概略
3. チーム運営方法の説明
4. 小児死亡データの発表
5. 小児死亡事例に対するコミュニティの対応：子どもが死亡した場合の対応措置および期間の役割と責任は？
6. 検討チームの活動意義
7. 我々のチームはどのようなチームなのか？
   - どのタイプの死亡事例をレビューしていくのか？
   - 死亡例をどのように認知するか？
   - いつどこで会合を行うか？
   - どのようなメンバーを集めるか？
   - 死亡後どのくらいのタイムラインで検討を行うか？
   - 誰がチームをコーディネートするか？
   - 誰が会合を進行するか？
8. 参加のための守秘義務に関する規定、および機関間契約について協議する
9. 使用する死亡例報告書式について協議する
10. 次回会議の議題事項と材料
11. 次回会議の日程設定
12. 閉会

CDRチームの成功裏な発展に寄与する要因

要因	例	なぜこれが成功に寄与するのか
州の支援	母子保健局、司法省やその他の 州レベルの機関の、プログラム支援の同意がある。	**レビュー自体は**ボトムアップのプロセスとはいえ、参加**の**同意は通例トップダウンである。州が、**組織としてCDR**機能化に優先を置けば、将来**的な設置の制度化が、よ**り確かなものになろう。
立法化	CDRに関係する立法化、保護、および情報共有が州レベルで承認される。	検討、慎重に扱うべき情報の共有、および守秘義務に関して法的基準を設けておくと、ある程度手続きが正当化される。
資金支援	コミュニティ・コンサルタントの技術的援助および支援をカバーするための資金は、参加機関によって予算化される。	CDRの専門コンサルタントは、特にメンバーの交代時にはチームの編成、維持を助けるようにする。
プログラムの拠点施設	州のCDRプログラムおよびスタッフは、駐在機関をおいて、中間的な立地に拠点を置く。	**CDR活動が、**他分野を脅かすようなことは殆どない。以前から存在している場合は、縄張り争いのよう**な問題**は少ない。
機関のセミナー	地方チームが存在しないか少数の州では、CDR活動を知ってもらうため、地方の福祉担当代表者を招いて地域セミナーを開催する。	一度で多分野の聴衆にCDR活動の考え方を紹介するには、公開のディスカッションスタイルで妥当な質問に答えるのが良い。**あらゆる地域**の代表者に連携の機会**を与え、**地域チーム編成の可能性を持たせる。
機関会議	チームの最初の会議は、機関代表者のみで開催し、検討は行わない。	チームのメンバーに、お互いに知り合い、検討作業開始前に**ありよう**を決める機会を与える。
機関間契約	機関の長は、CDR活動に参加する共同契約に調印する。	多機関が熱意をもって参加し、活動の主体性を分かち合うことを明文化する。フィールドスタッフの参加を確約する。
守秘義務誓約書	全メンバーは情報閲覧前に、定期的に守秘義務誓約書に署名する。	CDRの信頼性を依然警戒する意見に対し、保証を請け負う。メンバー・機関に対し、安全な環境と、繊細な情報の共有を促す。
研修	地方および州レベルの新チームメンバーに、年1回州全体で研修を行う。	様々なタイプの死亡事例について、新たな研究内容をメンバーに伝達する。検討能力を身につけ、連携の機会を作り、体験を共有する。
後方視的検討	チームは、最初の検討セットとして、最近の過去の事例から、一定数を選択。	メンバーが活動しやすいよう快適度を上げ、現在進行中の調査について論議するなどのプレッシャーを与えない。
コア・メンバーの積極的な参加	法によってCDRへの参加を義務づけられた機関の代表者は全会議に参加する。	他のメンバーが従うような状況を設定。作業の重要性の認識を高める。適切な情報が入手・共有されやすくなる。
追加的メンバー	チームのコーディネーターが、各死亡例の関係者をその検討会議に招く。	チームにその出来事のより明確な様子を伝えることができ、報告書の情報の完成度を高められる。防止に関する論議もしやすくなる。
記録の入手	チームは、各死亡例について検討に十分な記録を入手できる。	集合的なCDRデータの有用性を高める。チームが、リスク要因を特定しやすくなり、所見から、行動提言に移ることができる。
知見の周知	所見と提言は、専門職、議員、機関、および一般市民に流布される。	検討手続きの影響を最大限にするには、メンバーの貢献を求め、生産的な感覚や達成感を強める。

第5章
チームの
メンバーシップ

CDRチームは、多機関にわたるメンバーを正しく有することで、効果的なチームになる。チームが成功の基礎を築けるかどうかは、下記のようなメンバーを有することができるかどうかにかかっている。

- 子どもの死亡に関する調査および予防の責任者として、コミュニティまたは州の機関から選ばれた人。
- 子どもの健康と福祉を担当するコミュニティまたは州の機関の、広範囲の代表者。
- 子どもの死によって最もリスクがあるか、影響の大きい群の、広範囲の代表者。
- 他者に対してオープンで、率直で協調性がある人。
- 子どもの死亡を予防するために積極的に変化を提唱したり、直接的な仕事を行う意思のある人。

本章では、CDRチームを設立しようとする際に、メンバーとして考慮すべき機関やコミュニティの代表者のタイプについて述べる。

CDRチームのメンバーを決定する

CDRチームを設立するには、まず、チームの代表者のタイプを明らかにしておく。最初に、下記について考慮する。

- 法や方針に沿うメンバーの要件とはなにか？
- 管轄内で、子どもの死に責任のある人物は誰か？
- 知識が豊富で、創造的で、子どもの健康、安全および予防の分野で仕事をしているのは誰か？
- コミュニティの中で、誰がチームの実践を支援し、適切な提言を行っていくべき職責を負っているか？
- 損傷、疾病、そして死のリスクに最も直面している子ども群を代表して発言してくれるのは誰か？

法的にチームが義務付けられている管轄区では、中核的なチーム・メンバーも法律で決定されているのが一般的である。

その他の管轄区では、法の規定のない状況で独自のCDRチームを設立しなければならない。しかし、法律の有無にかかわらず、CDRチーム・メンバーは次の3つのうちいずれかの形態をとる。

1. 通常、法または規定によって定められる中核メンバー。
2. 法によって参加を要求されていないが、チーム・メンバーとすることを考慮すべき者。
3. 特定の死亡例ごとに参加する特別メンバー。

州にCDR諮問チームがある場合は、地域チームの参加機関の多くが、州のチームにも参加しうるよう考慮する。また、州機関の主要なリーダー的職位にあるメンバーや、多くの子どもの健康および安全分野におけるNPOのリーダーにも、メンバーに入ってもらえるよう検討すべきである。さらに、例えば州のFetal and Infant Mortality Review Coordinator(胎児および乳児死亡率検討コーディネーター)など、タイプの異なる検討プログラムのコーディネーターにも委員会に参加してもらうよう考慮する。(*第16章、他のレビューチームとの連携* 参照)。

CDRチームの中核メンバーは、子どもの死亡例に対応する責任、または子どもの健康と安全を守る責任を負っている。CDRチームには、必ず下記の機関または職種の代表者を含めるものとする。

- 警察
- 児童相談所
- 検察官・地方検事
- 監察医・検視官
- 保健所
- 小児科医または家庭医
- 救急医療サービス

多機関からの追加的メンバーおよび特別メンバー、その他の子どもの安全および健康に関わる医師および専門家もCDRチーム・メンバーに加えることを考慮し、彼らの参加に対しては、当然死亡例ごとに適切に補助が支給される:

- 子ども保護分野の弁護士
- 保育資格制度の調査員
- DVの専門家
- 教育職
- 消防署
- 少年司法制度
- 地域の病院
- 母子健康分野
- 母性衛生分野
- 子ども虐待防止機関
- 民間の非営利コミュニティグループ
- 住宅管理局
- 家庭訪問/奉仕活動プログラム
- 裁判所任命による特別弁護人
- 障害者保護および権利擁護機関
- 障害者専門家
- 薬物乱用治療プログラム
- 乳幼児突然死(SIDS)プログラム
- (出生・死亡届等を扱う)バイタルレコード
- 防止活動パートナー
- その他、死亡例ごとに必要に応じて召集されるメンバー

メンバーシップを重視する場合、CDRチームにおけるそれぞれの専門家の役割を吟味した上で割り当てる必要があり、下記に留意する。

- その専門家がCDRチームに与えられる情報:その専門家の所属する機関が、子どもや家族に対して行った活動、または機関とその子どもや家族の間で行われた接触について、どんな情報をもたらすことができるか?
- その専門家がCDRチームに貢献できる専門知識:どのような特別な知識や専門的知見を持ち、チームが活動に応用できるか?
- その専門家がチームをどのように支援できるか:チームの目的遂行のために、その専門家は何かを支援してくれるか?
- その専門家がチームに参加することによって、どのような橋渡しが期待できるか:その専門家のチームへの参加によって、他機関または他の供給者との間にどのような関係性を築けるか?

チームメンバー採用の際には、メンバーにレビューチームの活動の趣旨を全て開示し、子どもの死亡例のレビューの際に、彼らが自分のどのような専門知識を生かせばよいか、気づくように仕向けるようにする。

中核的CDRチーム・メンバーの役割

1. 警察

警察当局は、おそらく最初に現場で対応し、公共の安全を確保し、死亡に関する捜査を担当し、犯罪が行われたかどうかを判断して逮捕する。

警察当局者は、下記のことが可能である。

チームに以下の情報を提供できる。

- 死亡例の手続き状況および死亡現場の調査について。
- 家族の犯罪歴および容疑者について。

チームに警察当局の業務上の専門知識等を提供する。

- 死亡現場の調査、証人およびその他の人物からの面談・取調べ内容。
- 収集した証拠。

特に他の捜査機関との連絡役として、以下について補助し、チームを支援する。

- 死亡が発生した管轄区で、他機関または他の管轄区の警察官にCDR チームへの参加を促す。
- 他の捜査機関からの情報入手の方法を提供する。
- 捜査分野の作業に関して、メンバー機関を補助する。

連携の仲介を行う。

- チームへの参加を通じて、他機関の指針や実務を知る。
- CDRチームと管轄内の他の捜査機関との仲介役となる。
- 捜査機関との連携を深める方法を伝授する。

問題提起のできる捜査機関の代表者を同定する。
多くの管轄区が、複数の捜査機関を有している。市または郡の警察、保安官事務所、ハイウェイ・パトロールまたは州警察が一管轄区内に存在する場合もある。どの機関がチームに対応してくれるのか？

この件に関しては、唯一最善のアプローチというものはない。各管轄で、それぞれ最善と思われるアプローチを作り上げる必要がある。可能なアプローチには、最大の警察組織または子どもの死亡例を最も多く扱っていると思われる警察から永続的なメンバーを選ぶか、または当該管轄内の警察に永続的メンバーを選択するよう依頼し、必要に応じて他の警察官の出席も求めることなどが含まれる。

管轄内で起きた子どもの死亡が永続メンバーの担当でない場合は、当該死亡調査に責任のある警察組織から特別メンバーを招集することを検討する。

一つの警察組織の中でも、子どもに関わる複数の部署がある場合がある。例えば、生活安全課では子どもの殺人よりも子どもを対象とした犯罪を捜査し、捜査一課は子ども殺人を捜査する等である。いずれの課もCDRチームに有用な情報を持っている。捜査当局とともに、誰が最もチームに貢献できるか、管轄の捜査当局に相談すると良い。

2. 児童相談所（CPS）

児童相談所は子ども虐待またはネグレクト嫌疑のある例を担当するとともに、虐待またはネグレクトが疑われる場合、または確定した場合に、子どもおよび家族にサービスの提案または提供を行う。さらに、CPSは広範囲の子ども福祉機関および多くのコミュニティ内の支援機関とのの仲介も行う。

児童相談所メンバーは、下記が可能である。

チームに以下の情報を提供する。
- CDRチームで検討中の死亡事例の手続き状況および調査概略。
- 家族および子どものヒストリーと、失業、離婚、過去の死亡事例、家庭内暴力歴、薬物乱用歴、および過去の子ども虐待歴など、家族動態に影響した可能性のある社会経済学的要素。
- 加害者と疑われる人物が養育していた家庭内の他の子ども、および過去のネグレクトまたは虐待報告、および当該報告の決定処分。

チームに専門知識を提供する。
- 専門知識を用いて、より良い介入方法および防止法の戦略を立て、その戦略をシステムに組み入れる方法を特定する。
- 地方および州の、予防可能な死に関する問題を特定する。

チームを支援する。
- 子ども保護問題および児童保護システムがどのように機能するかについて、チームを啓発する。
- 子どもの疑惑のある死亡事例に関して、福祉システムの対応性を高める。
- 他のチーム・メンバーに虐待およびネグレクトの警告サインについて啓発する。
- 生存している子どもの保護のため、必要に応じて少年裁判所制度との仲介を行う
- 家庭内の、潜在的危機に直面している同胞や、その他の子どもを保護する。
- 家族が利用できるサービスの提供または確認。

連携の仲介を行う。
- CDRチームへの参加を通じて他機関の方針や実践を知る。
- CDRチームに、ソーシャル・サービス機関との連携方法を伝授する。
- 子どものマルトリートメントに関する専門知識を通じ、犯罪捜査に協力する。
- 管轄内の他の児童相談所と他の地域または州の子ども福祉機関の間の仲介役を務める。

3. 検察・地方検事局

これらは犯罪的要素がある場合に、子どもの死亡事案を起訴する機関である。彼らは、裁判所に送る事例ごとに、コミュニティにおいて子どもの安全に関する受容可能な基準を決定することが多い。

検察・地方検事局には以下が可能である。

チームに以下の情報を提供する。
- チームで検討中の死亡事例の手続き状況。
- 家族の過去の刑事訴追歴、または疑いのある子ども死亡例。
- 起訴可能、不可能な場合それぞれの原因説明。
- 法律用語、概念および実務。

チームを援助する。
- 子どもの死亡および重大な損傷を予防するため、法的または刑事裁判制度における戦略の策定および実行を援助する。
- 子どもの死亡および重大な損傷の起訴率を高めるため、戦略の策定および実行を援助する。

連携の仲介を行う。
- CDRチームへの参加を通じて、他機関の指針や実務を知る。
- チームおよび検察・地方検事局の間の仲介を行う。
- 他機関の専門家に会い、子どもの殺人事案に関して、誰に頼ればよいかについて心得ておく。

4. 監察医または検視官

彼らは、疑惑のある、または原因不明、予測不能の状況での子どもの死の原因および死亡状況の特定を行う。通常検視官は公選で選出された役職者で、医師とは限らず、法医学の専門研修を受けていることが要件ではない。監察医は通常医師で、病理学および法医学の研修を受けたり、資格を有する場合もある。

監察医または検視官は、以下のことが可能である。

チームに以下の情報を提供する。
- 子どもの死亡事案に対する当局の調査状況や結果、および確認された死亡原因や方法の説明。
- 剖検報告および毒物学報告、現場捜査および医学的ヒストリー記録など、その他の調査記録。

チームに専門知識を提供する。
- 監察医または検視官による、子どもの死亡調査前に行われる各種要素や手続きについてチームを啓発。
- 調査補助のため、子どもの損傷の性質について個別情報を提供する。
- 子どもの死因についてチームを啓発する
- 子どもの損傷と死、医学用語、概念および医学実務を含む医学的問題についてチームを啓発する。

チームを援助する。
- 監察医または検視官が、検視の際に参照した、子どもの医療記録などをチームに提供する。
- 他の監察医または検視官への連絡、またはそれらからの連絡をつなぐ。

連携の仲介を行う。
- チームへの参加を通じ、他機関の指針や実務を知る。
- 監察医、検視官との連携を深める方法をチームに伝授する。

5. 保健所

この機関は、出生および死亡記録その他の健康に関する統計、および損傷や死亡の予防のため、公衆衛生戦略を策定し、実行している機関である。また、母子健康(MCH)においても主導的機関であり、妊婦、乳児および小児の健康と安全を増進するプログラムにおいても責任機関となっている。この機関には、胎児および乳児死亡率検討チーム(FIMR)が置かれている場合がある。

保健所は、近隣およびその家族の情報を提供してくれる事も多い。保健所の保健師は、家庭訪問で情報を得ている場合がある。
保健所の代理機関の中には、直接的な健康サービスを行っているところもある。多くは予防注射の記録を持っている。

保健所のメンバーは、以下のことが可能である。

チームに以下の情報を提供できる。
- 家族と保健所の間で行われた接触。
- 出生および予防注射記録、死亡記録。
- 疫学的データ、健康サーベイランス・データの入手。
- ハイ・リスク家庭のためのプログラム。

チームに専門知識を提供する。
- 公共衛生の予防活動および各種プログラムの策定、および実行に関する情報を提供する。
- データ収集および分析に関する情報提供および援助。

チームを援助する。
- 子どもおよび家族にサービスを提供した医療専門家からの情報入手ができる。
- 統計の入手およびデータ収集と分析を援助する疫学者への照会ができる。

連携の仲介を行う。
- チームへの参加によって他機関の指針や実務を知る。
- チームとコミュニティ内の他の医療提供者との連携を仲介する。.

6. 小児科医または家庭医

これらの専門家は、子どもに関する健康と医学的問題に専門的な知識を持っている。これらの専門家を選択する際には、子どもの診療数の多い者、あるいはコミュニティで積極的に活動している者を選ぶ。

小児科医または家庭医は下記のことが可能である。

チームに以下の情報を提供できる。
- 医療専門家からみた子どもまたは家族へ提供されたサービス。
- 発達、損傷および死、医学用語ならびに、概念および実務を含む一般的な医療関連事項。

チームに専門知識を提供する。
- 子どもの死亡事例における医学的エビデスに関して専門家としての意見を述べる。
- 生存している子ども数千例の診察経験からみた事例の説明および解釈を述べる。
- 損傷、SIDS、子ども虐待およびネグレクト、子どもの疾病に関する一般的知識を伝授する。

チームを援助する。
- 病院やその他の医療機関の医療記録を入手できる。
- 予防キャンペーン成功のために必要な医学的情報を提供できる。

連携の仲介を行う。
- チームへの参加を通じて他のメンバー機関の方針や実務を知る。
- チームと、管轄内の医学コミュニティとの仲介役を務める。
- コミュニティ内の医療提供者との関係性構築方法を伝授する。

7. 救急医療サービス

EMSの人員は、子どもが死亡した際や重大な損傷を追った際に最初に現場に到着することが多い。EMSは、通常、対応を記録し、検討の際には開示されている。

EMSメンバーには以下のことが可能である。

チームに以下の情報を提供できる。
- EMS搬送時報告書.
- 現場にいた人物を含む現場の詳細。
- 実行された救急措置に関する医学的情報。

チームに専門知識を提供する。
- EMS手続きおよびプロトコールの詳細な説明を行う。
- EMS訓練および経験に基づき、一般的な知識を共有する。
- 非常事態ストレス・デブリーフィングについての理解を助けたり、参加させたりする。

チームを援助する。
- EMSの手続きやプロとコールの理解。
- 現場保護手法に関する問題への対応。

連携の仲介を行う。
- 調査および起訴に不可欠の現場保護手法について学ぶ。
- チームと管轄内EMSコミュニティとの連携の仲介役となる。
- 捜査当局および地方検事と協調し、現場調査に関する問題を解決する。

補足メンバー

他にも、検討にあたって重要な事例情報を提供できる、またはシステムやプログラムに関する貴重な視点を有する者もいる。例えば、以下の人々である。

児童相談所嘱託弁護士:
児童相談所は、虐待またはネグレクトにより死亡した子どもの同胞を保護するために行動する責任がある。この行動の中に、家庭から生存している子どもを移動させるか、または親の権限を停止することが含まれる場合、児童相談所が嘱託契約している弁護士(CPS弁護士)が出席してじかに情報を聴取できれば手続きを短縮することができる。さらに、CPS弁護士は、特に子ども福祉裁判手続きにおける法的手続きなど、チームに法的情報を提供することができる。

保育資格制度の調査員:
多くの州が、ライセンス制度の一環として、保育施設および家庭での保育における損傷や死亡に関する調査を担当する専門スタッフを置いている。この担当者は、特定の死亡事例に関する情報を提供し、子どもに影響のあるシステムの問題の理解を援助している。

DVプログラムの専門家　　：
家庭内暴力のある家庭では、子どもは家庭内での損傷や死亡の高いリスクに曝されているかもしれない。DVプログラムの専門家がチームに参加することによって、DVと子ども虐待または損傷との関連性について理解が深まり、損傷のリスクにある子どもを同定し、DVと子ども福祉コミュニティ間の連絡を増進する事ができるかもしれない。

教育関係の代表者：
公的教育機関の代表者は、亡くなった子どもの学校、家族、同胞および同級生などに関する情報を提供することができる。教育関係の代表者は、チームが学校内または学齢期の子どもに関して展開する、予防プログラムへの道筋にもなるさらに、教育チームのメンバーは教育界と子ども福祉システム間の会話を増進する助けにもなる。どの教育システムおよび人員を参加させるかをチームで決定しなければならない。この中には、郡の学区スタッフ、学校運営者、ソーシャル・ワーカーまたは看護師も含まれる。

消防署スタッフ：
消防署は火災関連の死亡原因の調査と確定、およびそうした死亡の予防の取り組みに求められる専門知識を持っている。消防署は、煙探知機などの安全装置が設置されており、稼動しているかなどの情報を提供できる。

少年裁判所プログラム・スタッフ：
少年裁判所機関は、被害者プログラムを提供し、青少年加害者の過失への対応を行う。彼らは、チームに関連のある情報を持っている可能性のある裁判官、審判、弁護士、保護監察官、および保護観察司やソーシャル・ワーカーなどと連携している。

病院スタッフ：
地域の病院には、救急診療部、入院患者、または外来診療室での子どもの状態および治療に関する医療記録がある可能性がある。さらに病院の職員は記録が入手しやすく、病院実務に影響を与えようという取り組みを円滑化する上で、初期対応を始めとする病院職員への医学教育や病院実務の教育を行うことが出来る。

精神医療の専門家：
精神医療機関の代表者または精神医療の専門家は、チームのために心理テストの結果を解釈し、家族の精神治療歴に関する情報を提供したり、またはその情報入手を助け、家族が現在精神医療に求めているものの分析を援助する。精神医療の専門家は、グリーフ・カウンセリングおよびトラウマに関する情報も提供し、CDRチームの死後のデブリーフィングを援助する。

子ども虐待予防組織の代表：
子ども虐待およびネグレクトを防止するため、啓発、教育や支援団体の結集を行っている多くの組織が存在する。これらのグループからの参加者は、彼らの地域コミュニティの特定の情報や専門知識を持っており、予防に関する主要な協調先となる可能性がある。

民間/非営利のコミュニティ・グループ：
コミュニティには民間および非営利の子ども福祉プログラムがある場合があり、予防プログラムの策定および実行に効力を発揮している場合がある。これらの組織は、資金援助の増額要請などで、コミュニティの支援や関心を集めるためにも有効な場合がある。

裁判所任命による特別弁護人(CASA)::
彼らは、裁判において子どもの利益を法的に代理し、チームに適切な情報を持っている場合がある。しかし、彼らの、子どもとの独特の法的および個人的関係性のため、彼らが参加することは機密保持および開示の問題上、物議をかもす場合がある。

障害者保護および権利擁護機関：
保護および権利擁護機関は身体的、精神的、または発達上の障害のある人々の権利を擁護するために活動している。スタッフは、コミュニティ内のサービス提供者と懇意で、他の管轄区域の保護および権利擁護機関とも連携して活動することができる。

障害の専門家　：
障害問題の専門家は、障害を持つ子ども、親または養育者が関係する死亡事例の検証において助けになる。

薬物乱用治療プログラムのスタッフ：
チームが薬物乱用に関する機関から情報を入手するのは難しいと感じることが多々ある。この情報は、チームに薬物乱用プログラムの代表者がいれば入手しやすくなる可能性がある。プログラムの代表者は、チームの審議途中で浮上することがある薬物乱用に関する必要な専門知識も提供してくれる可能性がある

乳児突然死症候群（SIDS）支援機関スタッフ：
代表者はSIDSおよびその家族への影響に関する専門知識を提供することができる。代表者は、他メンバーのグリーフ・ケアの訓練受講や、SIDSに関する啓発、およびSIDSの可能性例に関する情報共有なども行う。

バイタルレコードのスタッフ：
バイタルレコード管理機関は出生および死亡証明書を収集、保存しており、人口統計学者、および疫学者を擁していることも多い。チームは彼らの専門知識およびバイタルレコード入手に関する援助に助けられることがある。このスタッフは郡書記官事務所の健康部局出身の場合もある。

予防活動のパートナー：
チームには、予防活動の有力なパートナーにチームの一員として参加してもらうことが望ましい。管轄区によっては、この中に議会員が含まれる例もあるが、損傷や暴力を防止する組織(SAFE KIDS連盟のメンバーなど)や専門家(喘息や遺伝学などの)を参加させても良い。予防活動のパートナーは、死亡事例の検討から離れて、その課題を子どもの安全に活かすために行動を起こそうとする時には、非常に頼りになる場合がある。州健康局の損傷防止ディレクターや州のSAFE KIDS連盟に連絡を取り、コミュニティの有力なメンバーを紹介してもらうと良い(www.stipda.orgおよびwww.safekids.org)。本章末尾には地域のSAFE KIDS連盟を参加させた場合の、チームにとっての利点一覧を掲載している。

特別メンバー

CDRチームは、定期的に、特別な専門知識を持つ人物に特定例の検討への参加を要請したり、彼らの専門分野の事項についてのメンバーへの説明などを求めることがある。慎重に選択され加入した特別メンバーは、チームを援助することができる。こうしたメンバーには、CDR手続きおよび守秘義務規定について十分説明するようにする。
特別メンバーには、その死に直接かかわった人物が選ばれる場合もある。これらの人物は、監督者や所属機関のチームの代表者とともに参加することを希望することもある。例えば、現場調査の指揮を取った人物を招聘することもあるし、またはその家族にサービスを提供していたケースワーカーを招くこともある。

チームの大きさ

時には検討に参加したいというメンバーが多すぎるという幸運に見舞われることもある。しかし、人数が多すぎるのも厄介な場合がある。何の情報も持たないメンバーや議論に参加しないメンバーも出て来るためである。また、グループがあまり大きすぎると情報を共有したがらないメンバーもいる可能性がある。メンバー相互の信頼を築く能力を持つことは、さらに難しい。一つの解決法は、検討から得た一般的な所見を共有する会議に一部のメンバーを召集し、予防計画を立てさせることである。または、関連性のある情報を提供できる会合に絞ってメンバーを招集することである。

SAFE KIDS連盟がCDRに参加すべき10の理由

1
州内またはコミュニティ内の子どもの死亡状況に関するより有力な情報を集め、サーベイランス・システムを改善する。

2
致死性でない損傷の予防に関するSAFE KIDSの追加情報を、CDRチームに提供する。

3
有効性が証明された予防戦略を、SAFE KIDS連盟および支部がコミュニティ内で実行する。

4
SAFE KIDS連盟のメンバーを、新組織の参加および既存パートナー機関からの新メンバー参加の両面から増強する。

5
予防プログラム開発の過程で、死亡の真の原因診断法を突き止める。

6
家庭内のほかの子どもを非意図的損傷から確実に保護する。

7
家族の一員を亡くした家族に、コミュニティ内の他の支援サービスを紹介する。

8
損傷のリスクが様々な郡やコミュニティで高いことを州関係者に啓発する。

9
CDRの手続きから得た指針を応用し、公共施策の優先事項にまで高める。

10
SAFE KIDS連盟のメンバーにプロフェッショナルとして成長する機会を提供する。

*SAFE KIDS連盟メンバーとCDRチーム・メンバーにより、2003年米国SAFEKIDSリーダーシップ会議において作成

チームの為のワークシート: チームメンバーシップ

チームコーディネータ:

チームの座長:

核となる機関:

補助的メンバー:

追加で参加する可能性のあるメンバー:

第6章
レビュー対象事例の選定および必要な記録

対象とするケースの選定

ある子どもの死亡事例は、損傷や疾病のリスクに曝されているほかの子どもを同定するための前哨事例になる場合がある。CDRチームの使命は死亡を防止することであり、死亡例を検討すればするほど、子どもにとってなにがリスクになり得るのかをより深く知り、理解できるようになる。

対象とするケースの選定に影響を与える要素がいくつかある。下記を考慮したうえで、どの死亡事例をレビューするかを決定しなければならない。

1. 管轄区内の総死亡数。
2. 子どもの年齢。
3. 死亡状況や原因。
4. 死亡事例情報の入手しやすさ。
5. 死亡場所。
6. 訴訟中の事例かどうか。
7. チームの構成員。
8. チーム会議の開催頻度。

1.管轄区域内の死亡数からの選定

どのようなタイプの死亡例を選定するかは、地理的条件や検討対象の死亡数に左右されることがある。

管轄区の規模が小さい場合は、全死亡例を検討することが可能で、それが推奨される場合もある。遠隔地では年に1～3件程度の死亡事例しかない場合もあるが、それでもリスクに直面している他の子どもを助けるためには死亡事例レビューはコミュニティにとって欠かせない作業である場合もある。死亡例が少ないチームは、会議が頻繁ではない中で、チームの有効性を維持するというジレンマを抱える場合がある。予防活動に重点をおいて参集し、重症損傷事例を検討したり、他のコミュニティと共同で地域チームを編成することも考えられる。

エリアが広い場合は、実行可能な限り多くの死亡事例がレビューできる手続きを策定しなければならない。大きいコミュニティのチームの多くは、全ての死亡事例を検討できるだけの資料や時間がないため、検討する死亡事例に優先順位をつける必要が生じる。全ての死亡事例を検討することが困難な場合は、最最低でも予防可能性があると思われる死亡例だけは検討するよう努めるべきである。

2. 年齢による選定

一般的に、州は18歳未満を小児と定めている。取扱予定件数によっても異なるが、18歳未満の全年齢層を検討対象とすることが望ましい。2005年1月現在、米国内で1州を除き全州が、レビュープログラムに対し17歳までを対照とすることを推奨している。

チームの中には、19歳から24歳までの青年期も検討対象としているところもある。こうした年長グループの死亡例の殆どは、予防可能な死で、自動車事故、殺人、そして自殺が大半である。

3. 状況や原因による選定

チームの中には、虐待およびネグレクトの検討から出発した所もあり、未だにこれらによる致死例のみを検討しているところもある。多くの州のCDRに関する法律では、最低限、子ども虐待による死亡は検討対象にすることを定めている。州法の中には、検討をこれらのみに限るものもある。多くの州では、どの死亡例を検討するかについて、チームに完全な柔軟性を認めている。

CDRプログラムの大半は、現在では様々な原因による死亡例を検討対象としている。どの死亡例を検討するかについて柔軟に決定できる場合は、管轄区内の死亡数のみが判断材料となる。

管轄区内で多数の死亡事例が発生する場合は、下記の基準を含む死亡事例選定基準を策定する必要がある。全殺人例、虐待性損傷、自殺、SIDS、監察医または検視官が扱った死亡事例、および児童相談所または警察当局が関わった全死亡事例は検討対象となる。

2005年、米国疾病予防管理センターは、米国ヘルシー・ピープル2010目標*に、CDR開発目標を追加した。この指針は2010年まで提示される。
全州およびコロンビア特別区の50州で、外的要因で死亡した17歳以下の小児死亡例の100%は小児死亡例検討チームにより検討するものとし、(A項) 全州およびコロンビア特別区の50州で、突然死および原因不明の死亡(1歳未満のICD-10コードR95-R99など)の100%は、小児死亡例検討チームにより検討するものとされた。

死亡事例が多数のチームは、詳細な検討を行う分科会を設定し、問題のある事例や将来の死亡を防ぐ意味で重要な情報を提供できる可能性のある事例を、チーム全体で共有していくことを考慮する。また、特定の対応の死亡事例を検討する分科会を考えることも可能で、例えば自動車事故に、より専門的な知識を持つグループは、自動車事故による死亡事例を全て検討し、そこで得た所見をチーム本体に渡すようにしても良い。また、代表的な死亡事例を選定し行うということを考慮しても良い。

米国内の多くのチームでは現在もSIDS以外の自然死は検討対象としていない。しかし、自然死の多くにも予防可能な要素はある。チームでそれらへのアプローチを行うこともぜひ考慮すべきであろう。例えば、未熟児出生や低出生時体重など周産期の状態に原因のある死は、胎児期の予防可能な要因と結びついている。

こうした死を検討することは、妊婦医療のシステム改善にもつながるかもしれない。喘息関連の死亡事例または感染症が原因の死亡事例の検討は、医療現場や学校、家庭におけるこれらの疾病管理に知見をもたらす可能性もある。

---

*U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health.* 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000. Volume II, Focus Area 15.6.
http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/15Injury.htm

さらに、癌または先天性奇形など、“予防不能”で“予期できた”自然死亡事例の検討まで行えば、例えば癌による死亡の地理的クラスターや、医療サービスが受けられる位置にあるか、適切であるかなどによって、何らかのパターンがあるのかを解明する手がかりになる可能性もある。

4. 情報の入手し易さによる選定

特定の原因による死亡例の適切な情報にどうしてもたどり着けず、そもそも有効な検討が全く行えないという場合も考えられる。例えば、出産前の医療記録が入手できない場合などである。この場合は出生後の状況を原因とする検討も限られてしまう。

5. 死亡場所による選定

管轄区内で死亡した場合、管轄区内の住民の死亡例を検討するのか、居住の如何にかかわらず全ての子どもについて検討するのかを決める必要がある。また、他州内で亡くなった管轄区内の住民の有効な検討を行うのかについても決定する必要があるがこれは、この場合有意義な情報の入手が煩雑だからである。*第18章、チームのための参考ツール*には、死亡例情報の入手に関して管轄区をまたぐ問題の、書状や書類の書式例を掲載している

管轄区域内で生じた全ての予防可能な死亡事例を検討することには、少なくとも利点はある。例えば、コミュニティによっては溺死のほとんどは夏季の訪問客という場合もある。予防可能性に関する問題は、コミュニティにおける直接的な結果に結びつく。しかし、コミュニティが大規模な外傷または新生児センターの機能を持っている場合は、死亡事例は大変多数であるが、出生後のケア・システムに原因があって死亡や問題が生じたとしても、コミュニティに直接応用できるものではない。このような状況では、これらの死は検討対象としないことも考えられる。

州外の死亡は、死亡証明書を含む情報入手が難しいため、問題が多い。

多くの州では、州間で登記機関同士が協定や同意書を交わし、州居住者の死亡証明書入手を限定したり、促進したりしている。州境に位置しているチームでは、特に州外の死亡例は重要である。当該州のCDRチーム、またはそのコミュニティの登記機関、監察医、または検視官と直接契約して、照会システムを設立しても良い。

全てのチームは、他管轄区域との間で協調関係を築くようにしなければならない。そのためには、必要に応じて当該管轄区域間で積極的に情報を共有すると良い。

6. 訴訟中の死亡事例の選定

州によっては、州の規定により、民法または刑法によって起訴された、または起訴される予定の死亡事例は、検討対象とすることが認められないところもある。また、訴訟中の死亡例を検討し、地方検事の死亡事例へのアプローチに知見を役立てる州もある。数州では、召喚の権限を持っており、これが検討する死亡事例のタイプに影響を与える場合もある。検察官または地方検事に意見や助言を求めると良いだろう。

7. チームの構成員による選定

CDRチームに参加している専門家が、効果的に検討できる死亡事例を選択しても良い。例えば管轄区によっては、検討死亡事例の選定について、チーム・メンバーの意図や関心、専門知識に沿ったものにするよう依頼しているところもある。

そのチームが知り得た死亡事例のみを検討しているチームもある。会議スケジュールを立て、検討できる予測可能な死亡事例数を最大限にすることが推奨される。

8. CDRチーム会議の開催頻度による選定

チームがどの程度の頻度またはどの程度の長さで会議を開催するかによって、検討できる死亡事例は限定される。

月一度の開催か、隔月開催か、“必要に応じて”の開催なのか？ 定期的に会議を開催するチームも、関心のある死亡事例（大々的に報じられた例など）が生じた場合のみ検討しているチームもある。また、死亡例がない場合でも参集し、重症の損傷を検討したり、予防活動について議論や計画を行っているチームもある。

人口の多い地域では、なるべく多くの死亡事例が検討できるように月1回の開催が必要であろう。人口の少ない地域では、隔月開催か、年4回または年2回など死亡事例に応じて決定する。
チームがいつ死亡事例の検討を行うかについては様々な決め方があるが、検討のタイミングは、管轄内で死亡事例が何件発生するかにも左右される。

要約

CDRチームの第一の目的は、システマティックかつ多機関参加による子どもの死亡事例検討を通じて、予防可能な子どもの死亡数を減少させることである。時間や資料の限界があり、全ての子どもの死亡について検討できない管轄区もある。従って、検討する死亡事例に優先順位をつける必要がある。管轄区には、ぜひとも検討するべきタイプの死亡事例がある。ほとんどの管轄区では、検討する死亡例について柔軟性があり、検討チームの関心、専門知識や、データから窺われる何らかのパターンをもとに決定することを容認している。

レビューの為に必要な情報

チーム・メンバーが、ある子どもの死亡状況に関連した、その事例に特異な情報を持ちこみ、直にその情報をレビューに提供した場合が、最も有効な検討ができる。
会議で検討される情報は、いくつかのカテゴリーに分けられる。下記に3つ挙げる。

1. その子ども、家族、調査、サービスの記録、および機関の反応を含む、その子どもの死亡に関する特異的な情報。報告書と調査資料という形で提供される場合が多い。
2. 検討中の死亡事例に類似した死亡または損傷事例のデータ。これらのデータは、傾向を示し、チームが州の指針や手続き（段階的運転免許取得制度、銃火器保管手続きまたはメディアによる自殺報道のあり方など）の変更を主張する際に有用な場合がある。
3. 地方および州のリソース、提供しているサービスやプログラム、および当該事例のタイプの死亡予防プログラム、およびサービス提供法に関する情報。

これらの情報を検証することによって、チームはその死亡事例が本当に避けられなかったのかどうかを問うことができる。その死を防ぐためにできたかもしれないことは何か、将来の死を予防するためにはどんな変化が必要なのか？ と。

少なくとも、完全なレビューを行うためには以下のようなタイプの情報が必要である。

- 現場検証報告、面談調書、過去の犯罪歴を含む死亡調査報告書。
- 剖検記録。
- 出生記録および既往歴を含む、その子どもの医療および健康情報。
- 家族または子どもに提供された、女性、新生児、子どもプログラム（WIC）を含むソーシャル・サービスに関する情報。
- 死亡に関連する裁判手続きまたはその他の法的情報。
- 同胞、生物学上の親および養父母、拡大家族、生活環境、近隣および過去の子どもの死を含む家族関連情報。
- 死亡時に監督していた人物に関する情報
- 子どもの教育経験に関する関連情報。

通常、全ての検討に必要な核となる一連の情報というものがあるが、下記には、完全なレビュー作成に役立つ、死因ごとに必要な記録のタイプを提示する。

乳児の自然死の場合
- 出生記録
- 健康時および罹患時の小児科記録
- 死亡証明書

- 妊娠時記録
- 病院での出生記録
- 保健所による予防注射歴
- 救急部署の記録
- WIC(母体、新生児、子ども栄養プログラム)およびファミリー・プランニングを含む、利用された支援サービス
- 警察の報告書
- 養育者の児童相談所との関与履歴
- 入手できる場合は、母親の家庭訪問時面談記録
- 家庭訪問報告書
- 特別支援サービスに関する記録

1歳から18歳の自然死の場合
- 出生記録
- 健康時および罹患時の小児科記録
- 死亡証明書
- 病院での出生記録
- 救急部署の記録
- 保健所による予防注射歴
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 警察の報告書
- 養育者および子どもの過去の児童相談所との関与履歴
- 家庭訪問報告書
- 学校での記録
- 特別支援サービスに関する記録

喘息の場合
- 死亡証明書
- 投薬、喘息管理計画情報を含む健康時および罹患時の小児科記録
- 救急部署・EMSの記録
- 学校での喘息管理プログラムなど、支援サービス
- 養育者および子どもの児童相談所との関与履歴

障害を持つ子どもの場合
- 剖検記録
- 1歳未満の場合は出席記録
- 救急部署の記録
- 警察の報告書
- 養育者の過去の児童相談所との関与履歴
- 利用した支援サービス
- 医療記録および投薬記録
- 学校での記録

乳幼児突然死症候群の場合
- 剖検記録
- 現場調査報告書および写真
- 妊娠中、出生記録および健康記録
- 家族との面談調書
- 育児資格調査報告書
- EMS搬送時報告書
- 救急部署の記録
- 乳児、養育者および死亡時の監督者の過去の児童相談所との関与履歴
- 死亡時の監督者の犯罪歴チェック
- 保健所またはその他のサービスによる家庭訪問報告書
- 家庭内の子どもの過去の死亡に関する全情報
- 該当する場合は、無呼吸モニタからのダウンロード情報

窒息の場合
- 剖検記録
- 現場調査報告書および写真
- 家族との面談調書
- 育児中に発生した場合は、育児資格調査報告書
- EMS搬送時報告書
- 救急部署の記録
- 子ども、養育者および死亡時の監督者の過去の児童相談所との関与履歴
- 子どもの既往歴
- 死亡時の監督者の犯罪歴チェック
- 保健所またはその他のサービスによる家庭訪問報告書
- 家庭内の子どもの過去の死亡に関する全情報
- 子どもに以前の呼吸困難歴報告がある場合はその情報
- 該当する場合は、無呼吸モニタからのダウンロード情報

火災および熱傷
- 剖検記録
- 現場調査報告書および写真
- 火災原因および火災報知器の有無を含む火災調査官報告
- EMS搬送時報告書
- 救急部署の記録
- ゾーニングまたはコード検査および違反に関する情報

- 子ども、養育者および死亡時の監督者の過去の児童相談所との関与履歴
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 死亡時の監督者の犯罪歴チェック
- 保健所またはその他のサービスによる家庭訪問報告書
- 家庭内の子どもの過去の死亡に関する全情報

溺死の場合
- 剖検記録
- 現場調査報告書
- EMS搬送時報告書
- 子ども、養育者および死亡時の監督者の過去の児童相談所との関与履歴
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- プールまたは池などに関するゾーニングまたはコード検査および違反に関する情報

自動車事故関連の場合
- 剖検記録
- 現場調査報告書および写真
- 目撃者との面談調書
- EMS搬送時報告書
- 事故時の道路状態および天候が記載された州統一自動車事故報告
- 救急部署の記録
- 運転手および被害者の血中アルコールおよび薬物濃度
- 酒気帯び運転やスピード違反などの過去の違反歴
- 州外での運転歴
- 段階的運転免許取得法および違反
- 同じ地点での自動車事故に関する情報
- シートベルト、チャイルドシート、ベビーシート、またはヘルメットなどの他の装置とダメージに関する検査結果

子ども虐待およびネグレクトの場合
- 剖検記録
- 現場調査報告書および写真
- 家族それぞれとの面談調書
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 育児資格調査報告書
- EMS搬送時報告書
- 救急部署の記録
- 子ども、養育者および死亡時の監督者の過去の児童相談所との関与履歴
- 子どもの既往歴
- 死亡時の監督者の犯罪歴チェック
- 保健所またはその他のサービスによる家庭訪問報告書
- 家庭内の子どもの過去の死亡に関する全情報
- 州外での関連のある履歴

十代の殺人の場合
- 現場調査報告書
- 警察および鑑識の報告書
- 家族、子どもおよび加害者の児童相談所との関与履歴
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 銃火器の弾道情報
- 近隣の過去の犯罪歴
- 十代の被害者と加害者の少年歴および犯罪歴
- 目撃者の面談調書
- 非行集団に関する情報

自殺の場合
- 毒物スクリーニングを含む剖検記録
- 現場調査報告書および写真
- 遺書
- 銃火器の弾道情報
- コンピュータ内部データのダウンロード情報
- 家族と友人との面談調書
- EMS搬送時報告書
- 過去の入院歴を含む救急部署の記録
- 子ども、養育者および死亡時の監督者の過去の児童相談所との関与履歴
- 入手可能な場合は子どもの精神健康歴
- 子どもの性的指向
- 学業成績および会議での学校代表者からの情報
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 過去の自殺未遂
- 薬物・アルコール乱用歴
- 法的または学校でのトラブルを含む最近の生活上の大きな出来事
- 銃火器を使用した自殺の場合は、銃火器の保管に関する情報

情報へのアクセス

CDRチームは、コミュニティの子どもの死亡へ対応する上で欠かせない情報を共有するため、討論の機会を設ける必要がある。この精神に則り、レビューチームには子どもの死亡事例に関する情報を公開し、レビュー中の死亡事例の予防可能性につき結論が導き出せるようにすべきである。

チーム・メンバーは、コーディネーターにレビュー前に情報を渡すか、または独自の記録をレビューに持ち込んでも良い。守秘義務に関するCDRの指針に従って、会議前に全ての関連データの要約を要求する場合もあれば、死亡事例の抄録を受け取る場合や、または会議開催を待って各メンバーの情報を聞く場合もある。チーム・メンバーに書面の記録が全く配布されず、口頭のみという場合もある。チームの各メンバーは、自分の記録のみを残す。いずれにしても、全てのメンバーは自分の機関情報の公表においては主導権を持つべきである。

CDRチームが有効に責務を果たすために必要な情報は何かを考えるとき、考慮すべき要素は多数ある。

- チームには具体的にどの情報が必要か？前章を参考にすれば、この問いには答が出るだろう。
- 関連情報を入手できる機関または個人は誰か？データの殆どは、チーム・メンバーから直接寄せられるか、チーム・メンバーが属している機関から入手できる。
  チームに参加していない機関には協力関係があるか？チーム外でありながら、関連情報が入手できるような支援者のリストを作成しておく。例えば、郡書記官は死亡診断書を入手する最適の情報源かもしれない。郡書記官に会ってプログラムについて説明し、CDRチームで検討すべき全ての死亡例を、いつでも通知してもらうシステムを確立すると良いかもしれない。*第18章、チームのための参考ツール* には郡書記官宛の書状の書式例が掲載されている。

★ 地方病院の医療記録ディレクターと協力関係を結ぶか、チーム内の医師にその役割を依頼しても良い。
チーム・メンバーには情報源の特定と情報入手のための関係者との協力関係醸成に協力してもらう。*第18章、チームのための参考ツール* には医療記録依頼状の書式例を掲載している。

- 情報の入手を制限するものがあるか？チームが具体的な情報を入手しようとする場合、それを困難にする法や指針があるか？精神疾患既往歴の場合などは、これらが当てはまる場合がある。*第7章、守秘義務* の中で、こうした問題への対応法が見つかるかもしれない。
- 情報入手に制限がある場合、チームが利用できる入手手段はあるか？例えば、その情報の取得に際し、法や契約の覚書などがあるか？

州または地方機関各所への情報提供依頼状の雛形を作成しておくことも可能である。こうした書状/書式は、そのつど提出する場合もあれば、一度出しておけば半永久的に効力がある場合もある。死亡証明書および医療情報の提供依頼書の書式は、*第18章、チームのための参考ツール* にも掲載されている。

チームは、会議の席上で公開された情報が秘匿されるよう、全メンバーに守秘義務声明に署名を求めておかなければならない。チーム・メンバーの立場ではなく、特別メンバーとして加わる人物も、守秘義務声明に署名する必要がある。★

チームでは、どの情報をチームメンバー以外の人間に公開しうるか、しえないか考慮し、会議や議事録を一般に公開するかどうかも決定しておく必要がある。また、その死に関わる訴訟で、会議議事録を提出するか否かも決めておかなければならない。どのような情報について会議で議論するか、また議事録に掲載するかについては、州の機密保持法を考慮に入れて決定するべきである。多くのチームが、議事録を具体的に記録しないことを選択している。これについては*第7章、守秘義務* の項でさらに検討する。

第7章
守秘義務について

CDRチームの作業について議論する場合、守秘義務は常に問題になる。この問題は、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法令(HIPAA)の施行以来、より表面化してきており、それについては本章の後半で詳述する。

CDRチームが扱うのは、繊細さが要求される情報である。チームはその活動を通じて、繊細な情報を収集し、蓄積する。そして、その情報に関心があるのはチーム・メンバーだけではない。子どもの死は人目につきやすく、議論を呼びやすい。チームが知りたいことは、一般市民も報道もが知りたいことなのである。

CDRの手続きに関して守秘義務という場合は、下記2つの、意味の異なる、しかし互いに関係のある概念を指す。

- チームが有効な死亡事例検討のために入手する包括的情報。
- CDRの過程で部外者が入手する、レビューにおける議論や所見。

守秘義務の双方の概念とも、重要な指針考察が行われるべきである。

- チームは当該の子ども、家族および死亡に関する情報を入手することなく作業をすることはできない。
- 機関も個人も、それが一般に公開される場合や訴訟に関わる場合は、情報の共有を行わず、その子どもの死亡に関する問題を自由に討議することもしない場合がある。
- 一般市民は、その子どもがなぜどのように死亡したか、そうした死を防ぐためにどうすべきかに関心がある。

守秘義務はCDRのプロセスにおいて極めて重要な事項であるが、死亡事例検討を行う上での障壁や障害になるべきではない。チーム運営を円滑にするために対応しておくべき正当な懸案事項もあるが、必ずしもこれらが検討手続きを妨げるものとは限らない。

時に、人は守秘義務を障壁と見なしがちだが、それは基本原則を知らないからであり、また時にはチームに参加したくない理由として守秘義務を持ち出すこともある。言い換えれば、そもそもそういう人々は自分が関わりたくない課程に関わることを避ける言い訳として守秘義務を利用しているのだ。個々人のモチベーションを見極め、戦略的解決を図ることを試みたほうが良いであろう。

チームにおける死亡事例情報へのアクセス

質の高いレビューを行うためにどのように情報を入手したらよいかについては、第4章および第6章末に記載している。本章の意図に照らし、ここでは、簡単に述べるのみとする。

死亡事例のレビューのための情報の入手方法は多数ある。チームによっては、入手が委任されている場合もあり、情報提供機関と契約を結んでいるチームもある。情報取得の法的権限のないチームでは、入手困難な貴重な情報を、裁判所の手続き、法務長官意見書、またはチーム・メンバーのうち提出命令書権限のあるものに頼るなどの方法で入手することも考えられる。

州法または地域条例に優先する連邦法で、情報入手が禁じられている場合もあることを、ここで断っておく。例えば、薬物乱用または教育に関するサービス機関に所属するチーム・メンバーは、親の書面による同意がなければ、その死亡事例に特異的な情報を他者に公開することはできない場合がある。そのような場合は、その代わりとして、所属機関のサービスに関する情報を公開したり、将来、連携や相互照会関係を深めるアイデアを提供しても良い。

チームでのレビュー結果への外部からのアクセス

外部の個人または団体が、CDRに関する情報を取得可能なことが、いくつかの管轄区でレビューを行う手続きがためらわれている理由にもなっている。

チーム情報へのアクセスとは、チームの書類に目を通すことも、チーム会議へ参加することも含まれている。

その中で、チームはどうやって手続き遂行に必要な機密性を保って行くのか？下記は、そのための3段階によるアプローチである。

1. CDRチームが有する情報:

外部の個人または団体が、チーム情報にアクセスする際に問題が生じるか否かを判断する出発点は、チームが持っている情報の種類を同定することである。通常、情報は2種類あるはずである。
すなわち、下記のいずれかである。

- 個人情報が特定されるもの:子ども、家族および児童相談所ケースワーカーなど、サービス提供者を同定する情報。
- 個人情報が特定されないもの:子ども、家族およびサービス提供者の特定に至るデータ要素を削除した情報。

チームによっては、報告書や調査票に掲載する際には個人情報特定不能にすることを義務付けられているところもあるが、多くのチームでは死亡事例に固有のIDが含まれた記録を作成している。チームは死亡事例の個人情報を含んだ情報を共有する場合と、個人情報が特定されない情報を共有する場合では対応が異なり、後者では制約も少ない。

2. 情報へのアクセス制限およびアクセス権付与

機関または個人にCDRの情報入手を制限または許可するか否かを決定するステップは、確認しておかなければならない。
アクセス資格があると考えられるのは、以下の4グループである。

- チーム・メンバー。
- 政府職員または政府機関。
- 報道機関。
- 一般人。

これらの可能性を考える場合は、州、地域および所属機関の法や規定、指針、判例法および協定書に準拠する。中には法令でレビュー情報の一般人への公開が許されている場合もあるので、この法令に従うべきでないかどうかを所属機関に確認しておく必要がある。

情報公開法FOIAは、州および連邦法で、政府事業体で保有する記録を閲覧する権利を一般人に与えるものである。CDRを法で定めている州の多くが、FOIAの特例免除規定を設けている。

会議公開法は政府機関の会議を一般人に公開させるものである。この法は、法の免除となる会議のリストを含んでいる場合が多く、この中にCDR会議も含まれる場合がある。また、CDRに関する法律にもレビュー会議に関して、これらの法からの免除規定が設けられている。

チームの情報を部外者が閲覧することを禁じる法もある。チームが情報を公開する相手を明記した法もあり、例えば州内の他の地域のCDRチーム(特に、他管轄区にまたがる問題がある場合)、子どもオンブズマン州事務局、または州のソーシャル・サービス機関、CDR手続きの出資機関、およびCDR支援スタッフがこれに該当する。

3. 情報へのアクセスを可能にする、または禁じるためのアプローチ

- 州法または規定:ある人物が、個人を特定したチームの情報を入手する、またはチームの個人情報を公開から保護することを可能にするため、所属州の法または規定を修正する必要があるかどうか考察する。
- 守秘義務契約:前述の通り、これはチームメンバーに、その情報をチーム外に出さず秘匿するよう注意を再喚起するものである
- 裁判所命令:これによって一般人が入手できる情報と、そうでない情報とが明確に区別される。
- 不特定化情報を提供することによって、一般人の入手を避ける:我々は、本章を、なぜ一般人がチームの情報を必要とするかの理由を明らかにすることから始めた。チームでは、死亡についての不特定化情報を一般人に公開し、一般人向けの提言や防止のための提案を伝えることを、ぜひ考慮してほしい。

チームのレビュー過程における守秘義務を確かなものにする。

守秘義務は時に、有効で包括的な死亡事例検討を行う上での障壁とみなされる。しかし、守秘義務を確かなものにするための様々な方法がある。

法制化

現在チームを設立中であれば、チームの活動について法的支援を得ることを考慮しておくと都合が良いかもしれない。*第12章、CDRに関する法律および公共政策* と、*第18章、チームのための参考ツール* の中に、法律制定チェックリストと法制例を掲載している。法制化によって、検討手続きに直接参加したり、またはチームに情報を提供することに慎重な人または事業体の問題に対応できる可能性がある。法の中には、レビュー会議やチーム記録を会議公開法やFOIAから除外することを盛り込める場合もある。さらに、レビュー実施の際に、ある種の記録を入手することをチームの法的権限者に付与する場合もある。さらに、チーム・メンバーの、チームに参加したことによる不法行為責任を免除できる場合もある。所属州にはある種の医療調査に関する記録入手についての特別保護法が既にあり、チームの活動がカバーされている可能性もあるので、どのようなものがあるのかを調査しておく。もしそのようなものがなく、チーム(または設立予定のチーム)が法制化によってチーム運営がやりやすいと判断する場合は、他州のCDRに関する法の規定がどのようになっているかを調査する。

同様の文言を用いている州が多数ある場合は、議員に法制化の検討を任せるという方法が、たいがいうまくいく。法制化に取り組む場合は、法案に機密性のある検討を許可するための全ての要件を盛り込み、チーム・メンバーを保護する。最初に最も包括的な法律を制定しておくほうが、何度も修正案を出すよりも簡単だからである。

守秘義務契約

CDRチーム・メンバーは、検討会議で情報に目を通す前に、守秘義務契約に署名しなければならない。守秘義務契約の書式例は、*第18章、チームのための参考ツール* に掲載されている。契約書には、以下の内容を含める。

- レビューを行うことの目的を明文化する。
- 特に守秘義務について書かれた、CDR関連法の参照。
- 守秘義務契約に違反した場合の帰結(チームからの除籍、チーム・メンバーの機関における懲戒処分、軽罪としての処罰ほか)。
- チーム情報の共有が許可される条件と、共有可能な情報の種類。

チームは、メンバーが一人一度ずつ署名した守秘義務契約を、そのメンバーのチームでの任期中保管する。または、年度ごとにこの書類を更新し、署名し直すことで、メンバーに秘密保持の責務について再度注意喚起する。チームは、毎回の会議ごとの出席票にこの文言を入れても良い。そうすれば、1件だけのために、または散発的に召集される特別メンバーを含む全員が、現行の契約に則って参加していることを確認することになる。CDRプログラムでも、支援スタッフに同様の書類への署名を求める場合がある。

書類保管およびセキュリティ保証

全ての情報と、CDR事例の記録および書類を、例えば鍵のかかる事務所の鍵付きファイルに保管するなど具体的にどのように保管されるかを書面で明記しておくと有用な場合がある。これは、出資機関がレビューチームの活動について治験審査委員会(IRB)の承認を受けている場合は、既に存在しているはずである。これらのファイルを見ることのできる人物に関する指針、およびチームの情報を広範囲に公開する場合、どのように集合的データにまとめるかについても明記されている。

CDRの過程で関わる他機関との連携

CDRに新規に参加する人物または事業体は、経験がなく、慎重な取り扱いが必要な情報を共有することで不利な立場になることのではないかと感じ、渋々参加している場合もある。この問題を解決するには、すでにCDRに関わっている特定の専門職の人物を紹介するのが最善である場合が多い。

例えば、気の進まない病院代表者も、他の医師、看護師、救急スタッフ、または運営管理者が手続きの進行の仕方を話したり、CDRチームの一員であることで、不利になることはないと説明すれば、気持ちが変わる可能性がある

もちろん、手続きの機密保持に関する規約情報を提供することも重要である。しかし、この種の不透明さを、とり除くべき専門職の人物が、それを保証してくれれば、最も早い解決に至ることが多い。

HIPAAの健康プライバシー規則*

医療保険の相互運用性と説明責任に関する法令 (HIPAA)の健康プライバシー規則は、2003年4月に施行された。

---

*本章の参考資料: Centers for Disease Control and Prevention. HIPAA Privacy Rule and Public Health: Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR Supplemental. May 2, 2003, Vol. 52 and The Fetal and Infant Mortality Review Process: The HIPAA Privacy Regulations, the National Fetal Infant Mortality Review Program, April 2003. Steven Pierce, Privacy Officer for the National Center for Child Death Review, assisted in authoring this section.

この規則は、プライバシーと個人の健康データを保護するもので、説明責任と、個人の健康情報のプライバシー保護に関してこの規則に準拠しなかった場合の罰則を確立したものである。HIPAA健康プライバシー規則は、個人がHIPAAの免除を受けられず、公開が拒否されなかった場合は、CDRプログラムの健康データ入手および使用の能力にも影響する場合がある。

HIPAA健康プライバシー規則とは？

健康プライバシー規則は、2つの主たる目的の達成のために法制化されたものである。

1. 雇用を離れたあとも健康保険の適用を受けられること。
2. 医療関連電子取引の効率と有効性向上。

議会は、紙による記録からの移行を含む電子取引の拡充は、個人の医療情報を侵害する可能性があると認識していた。そこで彼らは、患者情報の取得、使用およびやり取りに関して、連邦のプライバシー保護法の適用を義務付けた。

保健福祉省(DHHS)では、HIPAAプライバシー規則として知られる個人特定可能医療情報のプライバシー基準を策定した。これは、個人の健康情報を保護する全米では初の基準である。

プライバシー規則は、適用される機関や業務提携者と規定されるグループや個人が、個人識別可能情報、PHIという略語で知られる個人を特定することが可能な健康情報を、どのように使用および公開できるかを規定している。プライバシー規則は、以下を規定している。

- 患者に自分自身の健康情報のより強い指揮権を与える。
- 健康記録の使用と公開に境界を設定する。
- 健康情報保護のため、多くの医療提供者が達成すべきセーフガードを確立する。
- 規則に違反した適用機関に課すべき民法および刑法上の罰則を認可する。
- 公衆衛生、安全および捜査目的のPHI公開を許可する。
- 患者がインフォームド・チョイスを行えるようにし、どのように、いつ、だれに自分のPHIが利用されるのかを伝える。
- PHIの公開目的の発表を必要最小限に限定する。

適用される機関とは何か？

DHHSは、適用される機関および業務提携者にプライバシー規則を適用する権限を持っている。これは、プライバシー規則第160.103条の拡大定義であるが、いくつか例を挙げればそれぞれのカテゴリーに当てはまる構成員が理解しやすいであろう。
適用される機関に含まれるのは以下のみである。

- 健康プラン: 診断、治癒、緩和、治療または疾病予防を含む医療費用を、提供または支払う個人またはグループ。健康プランには私立のものも、政府機関のものもある。MedicaidおよびMedicareはプライバシー規則で特に名づけられた健康プランであるが、その他の健康保険の大半も適用される機関に含まれる。例えば、Blue Cross/ Blue Shield および Delta Dental は全米の大半を網羅する健康プランを提供している2大機関である。

- 医療クリアリングハウス: 公立または私立の事業体で、別事業体の標準化されていないデータを、標準化した取引やデータ要素に合うように処理したり、その逆の業務を行う、請求業務、価格改定、または医療情報システムを扱う会社などを指す。最も普遍的な例は、小規模な診療所が利用する請求業務会社で、医師の電子請求を代行する。

- 医療サービス提供者: ある取引に関して電子形式の医療情報をやり取りし、その請求を行ったり、支払を受けたりする医療サービス提供者またはその他の人物。医療提供者とは、医師、歯科医、看護師およびその他の医療専門家を指す。

しかし、HIPAAによって標準化された電子取引を利用する場合のみ適用される機関の対象となる。取引例には、電子的請求および受領、患者の医療保険適用範囲の確認、患者の医療保険機関による照会承認請求などがある。医療機関の規模が大きくなればなるほど、電子的取引の利用率が上昇する。病院、大規模な診療所、地方の健康局およびコミュニティの精神健康サービス・プログラムが、適用される機関となる場合が多い。

- 業務提携者: 適用される機関との関係において、医療情報の保護が必要な非従業員。これには、会計士、請求会社、弁護士、およびその他の契約者が含まれる。業務提携者がプライバシー規則に準拠することを保証する書面を受領しておくことは、適用される機関の責務である。

保護される医療情報とは何か？

実用目的の場合、保護される医療情報とは、ある人物の下記に関する情報全てである。

- ある個人の過去、現在、未来の身体的または精神的状態。
- ある個人に提供される医療。
- ある個人に提供された医療に対する支払
- 電子メディアまたはその他全ての形式による伝達または保持。

HIPAAプライバシー規則が、死亡した人物のプライバシー権まで保護するのは、他の多くの法律とは異なるだけに驚かれるかもしれない。死亡した人物の代理人が、適用法の執行人、管理人または権利を行使する人物として死亡した人物の所有財産を取り扱う。ほとんどの場合、CDR死亡例では死亡した子どもの代理人は親またはその他の法的保護者となる。

プライバシー規則に規定された重要な原則の一つには、PHIを入手する必要のない者は、実際に必要な種類および量の情報のみを入手するようにするという記載がある。

必要最小限度基準は、第164.502(b)(1)に記載されており、適用される機関は、保護される医療情報の利用、公開または請求の所定の目的において、必要最小限にとどめるよう合理的努力を払うべきとしている
請求があった場合は、その種のデータが必要な理由を審議する責任、および適用される機関から請求されたものが、有効な検討のための必要最小限のPHIであるか否かを確認する責任はCDRプログラム側にあるとされる場合が多い。

非特定化医療情報 には、個人のプライバシー保護の必要はなく、識別子を削除していれば、プライバシー規則の適用を受けない。*

プライバシー規則に規定された適用される機関の要件

適用される機関は、

- 個人に対し、彼らのプライバシー権および自分のPHIがどのように利用または公開されるかを通知する。
- 内部のプライバシー指針および手続きを適用し、実施する。
- これらの指針および手続きを理解する従業員を指名する。
- 指針の実行に責任を持つ従業員を同定する。
- 業務提携者との取引要件を確立する。
- PHI保護のために必要な運営管理、技術、および物理的保護措置を備える。

CDRプログラムのほとんどは、本質的に適用される機関にあたる。しかし、CDRプログラムのほとんどは、子どもとその家族に関するPHIを入手して利用する意思があり、適用される機関からこの情報を入手する必要がある。

---

*識別子とは：氏名、州単位よりも詳細な地理的区域、生年月日および死亡年月日など、直接その個人に関わる日付を特定する要素(年を除く)、電話番号、社会保障番号、医療記録番号、ヘルスプラン受益者番号、顔写真およびそれに匹敵する画像、その他個人に固有の番号、特徴およびコードの全てを指す。

適用される機関の大多数は、CDRがプライバシー規則を破り、民法および刑法に抵触するのではないかと懸念し、進んでPHIをCDRに公開することには前向きでない。従って、適用される機関の多くが、プライバシー規則抵触の危険性を限定するため、他機関に対して情報を提供することを渋っている。

HIPAAは、威圧的で、チームが死亡例に関する良い情報を入手しようとする場合の困難な障壁にみえるかもしれない。適用される機関(通常は病院や医療機関およびEMS)がCDRプログラムにPHIを公開してくれるかどうか、またどのように公開するかを確認し、また、チーム自体が適用される機関にあたるか、業務提携先にあたるか、適法かを確認するのは、CDRプログラム側の負担する作業になりがちである。CDRのための死亡事例情報を提供してくれる医療提供者に、HIPAAによって禁じられたものではない情報を渡すように教育するのも、チームの責務となることがほとんどである。

> HIPAAは、保護される医療情報が公衆衛生、安全および捜査の目的のために公開することを許可している。

HIPAAと対立するのではなく、むしろHIPAAと協調して作業をするために利用できる方策が3つある。これは、次章で述べる。所属機関の弁護士に相談し、チームの方策が適法かどうか確認しておくようにする。

保護される医療情報入手の方策

議会では、個人のプライバシー権と、公衆衛生、捜査および公共の安全の維持などの公益とは、バランスをとるべきだと認識している。プライバシー規則は、ケアのための入手を妨げて適切な治療を受けさせなかったり、医療の質向上の取り組みを阻害したり、危険な状況にある人々を保護する能力を妨げたりすることを意図したものではない。医療情報の公開が、正当で、適切、かつ患者のプライバシーの権利を尊重したものであることを確実にすることを意図したものである。

プライバシー規則は、ある目的に沿って、患者の同意なくPHIを公開する方法と、この目的のためのPHI公開における適用される機関の責任を規定している。しかし、適用される機関は、プライバシー規則の中に明確に、利用または公開ごとに、先に患者に通知して患者から利用許可の署名を得る必要なく、PHIを利用することを許可、または要求する条項があることも指摘することができる。

これらの例外のほとんどは、プライバシー規則164.512に記載されている。これらの例外を、許可されていること、いないことという観点から理解しておくことは、様々な州でCDRを効果的に運用するための考え方を明らかにする上で、不可欠である。不安のある適用機関と連絡を取りあうことで、CDRが効果的な検討を継続していきやすくなる。

チーム・プロセスに適用できるアプローチ方法が、複数あるチームもあるかもしれない。その場合も、プライバシー規則に基づくPHI法の特定利用、または公開方法を決めるために必要な例外条項は、一つだけである。従って、少なくとも一つが当てはまるならば、CDRの作業は前進できる。そこで、一方では、ある方法が他の方法よりも厳格であるという事実を見極め、自分の状況に最も適したアプローチを選択すると良い。

下記は、新しいHIPAA規則に則った、質の高い検討のための死亡事例情報入手に役立つと思われる3つの方策である。

例1: 公衆衛生活動としてのCDR

CDRプログラムを公衆衛生機関で行っている場合は、PHIが公衆衛生の公的機関に提供されるため、公衆衛生に関する例外規定が適用される。下記は、プライバシー規則全文から引用した、規則の草案に対するパブリックコメントに対するDHHSの回答である。
“意見: コメンテーターの一人は、我々の提案が胎児・乳児の死亡および小児の死亡事例検討を妨げていると述べた。

DHHSの回答: 最終的な規則は、適用される機関に、第164.51.2(b)条に従って、その死亡または疾病に関するデータ収集を含む公衆衛生活動を行う目的で、保護される医療情報を法定の公衆衛生機関に公開することを許可している。このような活動は、“医療運営”の定義にも合致するものである。従って、我々は、この規則がこれらの活動を妨げているとは考えていない”

あなたのCDRチームは公衆衛生例外規定を利用できるだろうか?それを知るにはまず、CDRが公衆衛生機関に属しているかどうかを確認する必要がある。

HIPAAは、公衆衛生機関を、“米国、州、準州や、州または準州、インディアン居住区内の行政的小区域、個人または事業体で、それらの機関の認可を受け、またはそれらの公的機関との連携の下、その公的機関の従業員、代理人またはその契約者、または権限を委譲された個人または事業体を含む、公的委託業務の一環として公衆の健康に関する事項を扱う機関または官庁である“と規定している。

第二に、自分たちのCDRが公衆衛生活動にあたるかどうかを確認する。HIPAAは、“適用される機関は、保護される医療情報を、公衆衛生活動およびこの項に規定する目的のために、下記に公開することを許可する:疾病、損傷、出生または死亡などの生体事項を含み、それに限定しない疾病、損傷または傷害の予防または管理の目的でそのような情報を収集または受領し、公衆衛生サーベイランス、公衆衛生調査および公衆衛生介入を行う法定の公衆衛生機関。または、公衆衛生機関の指示に基づき、公衆衛生機関と連携する外国政府機関の職員、または公衆衛生機関またはその他の法定の、子ども虐待およびネグレクトに関する報告を受領するに適切な政府関係者。“と規定している。

公衆衛生活動の例外規定を利用するには、CDRチームが子どもの死亡および損傷に関する法定権利を有していることを示す必要がある。州によっては、CDRチームが公衆衛生に関して行政によって正式に任命されたタスクフォースまたはワーキング・グループであることを法に制定している州もある。従って、この法をもって、公衆衛生機関の基準に適合する場合もある。
公衆衛生活動の例外規定を行使する重要な基準は、データ公開の目的が、公衆衛生活動の一環であるということである。例えば、CDRチームの目的が、子どもの死亡の状況や原因理解、その必要性を示し、子どもの健康、安全、保護を促進するよう指針やプログラムに影響を与えること、また新たな子どもの死を予防することであれば、これを示すと良い。これは、CDRが、子どもの死亡を防ぐという公衆衛生上の目的を果たすために設立されていることを明確に示すものである。従って、その意図を表明 (または状況に合う、それに類するもの)によって、CDRがプライバシー規則の公衆衛生活動例外規定の第二基準を満たすという強力な根拠になる。

これは、既に適用される機関の対象であるチーム・メンバーは、保護される医療情報を、死亡した子どもの親の許可を取ることなく、検討の目的でCDRチームに公開することができるということを意味する。

例2: 公衆衛生活動としての、子ども虐待およびネグレクトに対するCDR。

CDR死亡例には、かなりの割合で虐待およびネグレクトの結果の死が含まれているため、この第2の例は、HIPAAのもとで、この場合、公衆衛生的アプローチをどのように利用するかを示すものである。

プライバシー規則前文で、DHHSは、子ども虐待およびネグレクトは公衆衛生の問題であるとのスタンスを取っており、公衆衛生活動の除外規定の第二基準は、自動的に、ある種のCDR例に当てはまることになる。つまり、公衆衛生除外規定は、上記例1に引用された第164.512(b)(1)(ii)条で、子ども虐待およびネグレクトに関する権限を付与された政府機関に虐待およびネグレクトを報告するためにPHIを公開することを、適用される機関に許可するものである。この場合も、CDRチームは政府機関の一部であることが要件であるが、権限を付与する法律では、子ども虐待およびネグレクトの事例に対して特定の権限を付与されるか、または、公衆衛生機関の広義の規定に合致すればよい。

この除外規定を行使するにはいずれか一つで十分である。従って、CDRチームがそのような機関の一部であれば、適用される機関に権限を示す法律およびプライバシー規則の本項を呈示すれば、必要な情報が入手でき、HIPAAがその公開を阻むという懸念を払拭することができる。

例3：捜査活動としてのCDR

何らかの理由で、CDRチームが子ども虐待およびネグレクト、または公衆衛生の権限を持つ政府機関の一部ではない場合を考えてみよう。伝統的な捜査官の職務などがこれに当たる場合があるかもしれない。この例では、CDRチームは捜査当局が運営しているか、密接に連携しているはずである。

第164.501条に規定されているとおり、捜査当局は米国、州、準州や、州または準州、インディアン居住区内の行政的小区域の捜査官または被雇用者で、下記の権限を法によって付与されているものである。

1. 潜在的法律違反に対して調査または公式審議を行う。または、
2. 法律違反の嫌疑による刑法、民法による起訴、または管理手続きを請求、または指揮する。

適用される機関が、子どもの死が犯罪によって生じたと疑う場合は、PHIを捜査当局に公開し、死亡の疑惑を警告する。 このような公開は、第164.512(f)(4)条で許可されており、死亡した子どもの親による許可は要件とされていない。適用される機関が、捜査当局からの直接要求に従い、被害者の追加情報を公開することも、第164.512(f)(3)(ii)条によって許可されている。捜査当局は、まず、犯罪が起こったかどうかを見極めるために情報が必要であること、個人の代表から許可を取れず、迅速な捜査が行えない場合の不利益、および、公開が被害者の最大の利益になるかどうかを確認する(調査と犯罪の起訴手続きはこの基準を満たすと考えられる)。

しかし、適用される機関は、加害容疑者に関するPHIの第164.512(f)(2)(i)条に規定する種類の情報公開については限定し、捜査当局が先に容疑者、逃亡犯、物的証拠および行方不明者の同定目的のために要求する場合に限り公開するものとする。

最後に、第164.512(f)(1)(ii)条は、適用される機関が、法定手続きに従って発行された裁判所命令、召喚礼状、または行政要求による情報公開を許可している。このような場合は、法定の捜査当局により特に要求されたものか、諮問に関するものに限り、また、非特定化された情報が合理的に利用できない場合に限るものとする。

総括すると、捜査当局によって構成されたCDRチームは、適用される機関への直接要求によって、いつ必要なPHIを入手するか、そして、いつ裁判所手続きおよび同様の適正手続きなどの正式な手続きに頼る必要があるかを知っておく必要がある。

結論：HIPAAはCDRを容認している

CDRチーム・メンバーは、HIPAAについては弁護士に相談すると良い。CDRチームが遵守すべきプライバシー規則は他にもある(CDRに公開された公開歴記録を保存するなど)が、CDRを行うチームには、プライバシー規則を破ることなく実行できる選択肢がいくつかある。CDRチーム自体が適用される機関によって構成されているにせよ、または適用される機関からの情報入手に頼っているだけにせよ、CDRの活動は継続できるし、すべきだと思われるが、州レベルの法によって、チームにどちらの方策が適用されるかが決まる。

第8章
死亡事例レビューの実施

本章では、CDRのプロセスについて記述する。レビューを完了させるまでを、段階を追って説明する。

レビュー会議開催前に、下記のことを確認しておく。

- 全ての死亡事例を同定したか。
- チーム・メンバーに、所属機関の記録から参考情報を探すのに十分な死亡例情報を送ったか。*第18章、チームのための参考ツール の会議議事録* を会議前にメンバーに送付しても良い。
- レビューに参加するのは適正なメンバーか。
- 自分の記録も見直しておいたか。
- 質の高いレビューを行うに十分な資料があるか。
- 地方検事または捜査当局の懸念に対応したか。.
- 類似した死亡事例や損傷事例を同定したか。

会議の第一の目的は死亡事例のレビューだが、会議のたびに対応しなければならない問題がいくつかある。CDR会議では過去の案件も検討しなければならない。以前の会議で、検討を完了できなかった死亡事例もあるであろうが、これらはその後の会議で必ず検討しなければならない。また、会議のつど時間を設けて過去の提言および予防のための活動について協議する。*第18章、チームのための参考ツール* には、*死亡事例追跡表* を掲載しており、これは検討や提言の追跡を行う際に役立つであろう。

レビュー会議のステップ

全米のチーム毎に、死亡事例検討のアプローチは異なる。しかしそこには、ここを踏まえておけば、子どもの死亡に関わる最大限の問題に対応する完全なレビューにつながるという、基本的なステップがある：

効果的なレビューのための6つのステップ

1. 全ての死亡事例情報を共有し、質問し、明確にする。
2. 調査について討議する。
3. サービスの提供方法について討議する
4. リスク要因を明らかにする。
5. システムの改善を提言する。
6. 予防のための提言を確認し、実行する

1. 全ての死亡事例情報を共有し、質問し、明確にする

このステップの目標は、その事例の死亡に至った、または関連する状況を理解することである。チーム・メンバーは、会議の前にどの死亡事例を検討するのかを知っておき、その死亡事例に関する情報を会議に持ち込めるようにする。*第18章、チームのための参考ツール* には、*会合のサマリーシート* が掲載されているのでチーム・コーディネーターはこれを会議数日または数週間前にチーム・メンバー全員に送付しても良い。

レビューにあたっては、機関の代表者が交代で、その子ども、家族、および死亡状況に関する情報を発表する。守秘義務のため、ほとんどのチームは書面での資料を共有したりせず、会議に閲覧資料を配布したとしても会議終了時に回収して廃棄したりしている。死亡事例検討は、チーム・メンバーが会議に出席して適切な情報を持ち寄って始めて成立する。*第9章の効果的なCDRの手引き*、および *第6章のレビュー対象事例の選定およびレビューに必要な記録* が、包括的なレビューのために必要な記録の確認に役立つツールを与えてくれるだろう。

情報を論理的な順序で共有するよう心がけることは重要である。推奨する情報共有の順序の一例は、以下の通りである。

- 監察医・検視官
- EMS・消防署
- 捜査当局
- 臨床医師
- ソーシャル・サービス
- 公衆衛生
- 検察官
- その他

順序を最も効果的にするためには、チーム・メンバーは死亡事例情報を発表している発表者に、チームの形式に合わせて発表中でも発表後でも気軽に質問することである。それによって情報を発表している側も、子ども、家族、死亡事案について、何がわかっているかを確認することができる。

メンバー全員が自分の死亡事例情報を発表し終えても、チームは死亡の何らかの側面について、それぞれの理解に溝があると感じることもあるだろうが、それは次回会議まで棚上げにしておいたほうが良い場合がある。その場に欠席したメンバーがいたためや、その他の理由で共有されなかった情報は、次回会議に持ち寄って、より完全な死亡事例検討とする。次回会議に有用な情報の入手を確かなものにする為、必要な情報の入手役を特定のチームメンバーに依頼してもよい。

情報量が十分な場合は、CDRチームも死亡事例検討を行ってよいが、より深く探求したい場合には、複雑な問題が出て来る。そのような問題は、数か月かけても全ての疑念が適切に処理されたとチームが感じるまで、何度でも議題に挙げて構わない。

2. 調査について討議する

死亡例の調査について質問すべき内容には以下のようなものがある。

- 調査機関のリーダーは誰か?
- 死亡現場の調査は行ったか?
- 死亡現場の写真による再現があるか (乳児の睡眠中の死亡の場合特に重要)?
- 他の調査も行われたか?
- 調査で発見された主なものは何か?
- チームの印象として、調査は十分か?
- 調査は完全か?

- 他に知らなければならないことはないか？
- 調査システム改善のため、チームから提案があるか?

この確認プロセスは、死亡調査を行っている個人や機関が、何かでミスを犯したかどうかを判断するためのものではない。チームが死亡状況について知りたい適切な質問の全てに回答がなされたかどうかをみるためのものである。調査報告書を読んで、なにがこの死を導いたかについて、チームは明確な実態がつかめたのか? もしつかめていないなら、主導機関に対し、さらに調査をすべきであると提案するか、将来の子どもの死亡調査が、できる限り完全なものになるよう、その機関の指針やプロトコール検討を示唆することが望ましい。

3. サービスの提供方法について討議する

サービスの提供について質問しておくべき事柄には以下のようなものがある。

- 死亡前に家族が利用したサービスがあったか?
- 家族に提供されたサービスは死亡の結果を受けたものか?
- 他の子ども(同級生など)にもサービスが提供されたか?
- 対応者、証人またはコミュニティ・メンバーに提供されたサービスがあるか?
- 誰かに追加すべきサービスがあるか?
- 提供されたサービスのフォローアップを主導するのは誰か?
- サービス提供システムについて、チームから提案があるか?

調査プロセスの確認に関するこれらの質問は、批判のためのものではなく、死に向き合った人が、必要な支援サービスを受けているかを確認するためのものである。
我々は、一連の同心円内には誰がいるのかを探る。同胞や、他の家族たちは中心に、そして亡くなった子どもの友達や同級生、死に関わる人々やその子どもの生死を扱う人々、そして最後により大きなコミュニティとなる。明らかに、より円が小さくなるほど、より集中的なサービスが必要になる。その子どもを知らないコミュニティ・メンバーは、死亡のタイプや予防方法を知らせるメディア・キャンペーンなどの情報が参考になる。親や同胞は、死と向き合っていくためには長期間の一対一のカウンセリングが必要である。

4. リスク要因を明らかにする。

レビューの中で、子どもの死に関わるリスク要因を明らかにすることは、他の子どもの同様のリスク要因を減らすことにつながり、従って将来の死を予防することができる。従って、このステップは非常に重要である。時には、リスク要因が関わる大きな全体像が見えにくいこともある。チームはその死に何らかの影響を与えたリスク要因の全てに触れるには、通常の枠を越えて考えることが必要になるかもしれない。リスク要因を、一般的なカテゴリーにグループ分けすると、議論が進めやすいかもしれない。

- 健康
- 社会
- 経済
- 行動
- 環境
- システム（機関の指針および手続き）
- 製品の安全性

このリストは精緻なものではなく、広義のグループ分けのためだけのものである。
チームは、なぜそのリスク要因がそのカテゴリーに当てはまるか、または当てはまらないかを議論することになるかもしれない。それこそが、この確認作業の主たる機能である。単に“行動”に印をつけて次の作業に移るのは簡単だが（“もしxがyをしなかったら、zはまだ生きているだろう”など）、チームはその行動に影響したかもしれないものをより深く見つめ、その状況を、すぐには気づきにくい別の角度から見ることに挑戦すべきである。チームは、できる限り、より広い、環境の視野からもみる必要がある。

それぞれの死に関わるリスク要因を明らかにすることは重要で、チームはその上に知見を組み立てていくのである。これらの知見は、今度は調査の改善、システム、地方条例、または州法またはコミュニティまたは州の予防の取り組みの変革を生み出すために利用されることになる。これらのシステム改善および予防プログラムは、CDR手続きの究極の目標であり、公衆衛生モデルを基礎に、子どもを安全で、健康で、保護された状態に保つためのものである。

5. システムの改善を提言する

死亡事例の事実が全て共有され、議論されたら、機関がとるべき対応に関わる問題が残る。一般的に、当該機関を代表するチーム・メンバーが、機関のプロトコールをチームに説明する。このようにして、チーム・メンバーは、他のメンバーの代表している機関の法的範囲を含む責任のパラメータをより深く知ることができる。次に、調査および提供サービスの明確化の項で述べたように、死亡に関する対応の指針や手続きにある溝が明らかになる場合もある。

この議論の結果、機関の代表が監督者に知見を持ち帰ることもある。非常に大規模な行政組織に関わる知見や、チームに正式な代表者のいない機関に関わる知見の場合は、該当する機関に提言を伝えるため接触することが、困難な場合もある。電話や次回会議への機関代表者の招待が、最善のアプローチかもしれない。もしこの最初の呼びかけではその機関からの応対が不十分な場合は、チームからその機関のディレクターまたは適切な監督者に、この件に関する書状を送る必要があるかもしれない。

これらの提言は、各機関がそれぞれの入手可能な資料の範囲でベストを尽くしていることに鑑み、外交的手法で扱う必要がある。将来その機関に面倒を引き起こすかもしれないような事項について“気づいてもらう”という希望を、うまく伝えるようにする。その問題に対処することで、彼らの目的そのものも達成されるかもしれないと提言する。

発見された溝や障壁についてのみ限定して述べるようにし、それについてどう対処したらいいかについてチームの考えをあまり指示しないようにする。その事項について機関がとった対応は、チームにフィードバックしてもらうよう機関に依頼する。

6. 予防のための提言を確認し、実行する

*第10章、子どもの死亡を予防するための行動*では、CDR手続きの予防の側面について述べている。本章の趣旨に鑑み、基本的なことのみ述べる。

チームの検討は、この重要な質問を抜きにしては完了しない。すなわち、”新たな死を予防するために何をすれば良いか”である。
検討チームは、最初から最後まで予防活動を見守るグループである必要はない。その代わり、変化の触媒や、予防キャンペーンに火をつける最初の火花という重要な役目を果たすこともできる。言い換えれば、チームの予防のための有効性は、どこに提言をすれば、最大のインパクトを与えることができるかを知っているということにかかっている。

提言先は多数あるが、チームは、地域内の下記の選択肢については知っておくべきである

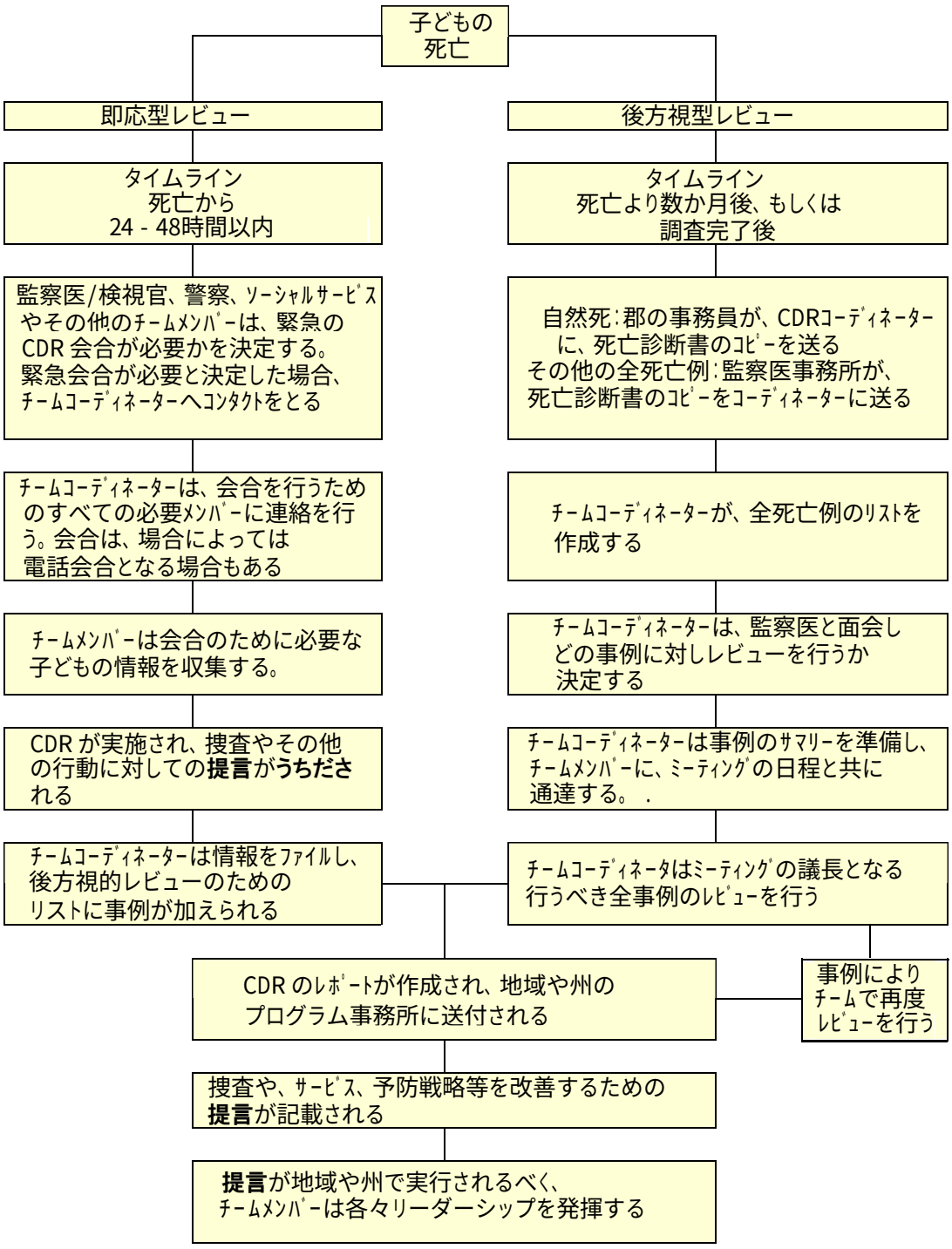
- キーパーソン
- 機関
- 新たな連携先
- 既存グループ

チームは、自分たちの提言について常にフォローアップを行うべきである。このフォローアップが、信頼性を高め、CDRからの提言を実行する人たちから認めてもらうことにつながるのである。

各死亡事例のレビューにおいて、メンバーが回答すべきこと:

1. 調査は完了したか、またはさらに調査することを提案すべきか? その場合、何を明らかにしなければならないか？調査活動を改善するためにどのような提言ができるか?
2. この死の結果、家族や他の子どもに提供すべきサービスがあるか? 我々のコミュニティに欠けているサービスは何か?
3. この死は予防できた死か、そうであるとすれば、この子どもの死にどのようなリスク要因が関わっていたか?
4. 行動、技術、機関のシステムおよび法律はこのリスク要因を最小限にし、新たな死を防げるか?
5. これらの変化を起こすためにできる最良の提言は何か?
6. 我々の提言を実行に移せる先導役は誰か?
7. 次回会議で、この死亡事例を検討する必要があるか?

レビューチームのプロセスの1例*



* 第18章：チームのためのツール、には他の州のレビュープロセスを例示している。

第9章
効果的なチームプログラムおよびCDRプログラム

CDRチームを設立したら、この時点までに、以下を確認する。

- 地域のチーム・メンバーが同定され、指名されていること。
- 主導機関の責任およびプログラム支援を定めたチームの運営手続き、会議の開催頻度および会議場所。
- 綱領草案、確立したチーム目標、同定したチーム・メンバーおよび確立されたレビュー対象基準。
- データ収集の手段についてコンセンサスを得ており、チームのレビュー過程が確立されている。.
- 守秘義務規定が確立され、どこで死亡例に関する情報を得られるかを知っていること。

大変な仕事をしてここまでやってきた。さあ、死亡事例レビューを始めよう！という具合に簡単であったらどんなに良いか。何時間も議論を重ね、同意、不同意を経てやっとコンセンサスを得てきたことだろうが、大変な仕事はまだ始まったばかりなのである。
有効なCDRチームを維持するには、創造性、献身、そして 忍耐力が必要である。管轄区の階層、指定された主導機関、関連州法、またはチームの個人の人柄に関係なく、成功するCDRとは複雑でダイナミックな過程を辿るものである。
さらに、時の経過がチームの機能に影響することも多いものである。定期的にチームがどう機能しているかを公式、非公式に確認することが、長期間効力を保つ上で役立つと思われる。

下記に掲げたのは、有効なCDRチーム維持の、最も普遍的な障壁に対する実用的な解決法の例である。しかし、チーム設立初期の段階で、積極的な交流を保つ基礎を築くために、利用できる方策もいくつかある。設立の最初の段階で、メンバー機関が新たに参加した組織で、個人の代表者をチームに任命した場合には、彼らには以下のことを認識してもらう。

- チームのメンバーになることは、長期間にわたる関与を意味する。

  レビューチームは、子どもの死亡事例に関するデータを指定期間のみ収集する特別委員会ではない。コミュニティ内の子どもの死亡原因を、より理解するために設立された、プロフェッショナルによる専門委員会である。予防可能な子どもの死を引き起こす、または死につながるパターンを発見することが、現在行われている過程なのである。コミュニティ内でも、パターンは時間の経過とともに変化する。チーム・メンバーの得た総合的な知識が、効果的な結果を得るための構造を構築する。

- チームのメンバーになることで、現在の専門的能力がより開発される。

CDRチームに参加する事によって、コミュニティの資源、または資源の欠如についての意識が高まり、定期的なチーム会議で専門的ネットワークや教育的発表を通じて学ぶ機会が生まれることで、専門的能力がより開発される。

- チームはコミュニティへのメッセージであり、コミュニティからのメッセージでもある

  CDRチームに参加することによって、コミュニティの子どもの保護、健康および安全に責任のある専門家たちは、子どもの死について、より理解することに同意している。チームへの参加は、子どもの死に対するコミュニティの統合的な対応を妨げるものを取り除き、他の子どもの死を予防する機会を創造するための献身を表したものである。

Developing Effective Coalitions, an Eight Step Guide“有効な連携の確立のための8ステップ”が、多機関連携での有効なチーム設立に役立つ資材になると思われる。これは、以下でダウンロードできる。
www.preventioninstitute.org.

次ページからの表は、ミシガン州の子どもの死亡検討チームが研修資料として使用しているものに、カリフォリニア健康サービス局の情報を加えたものである。

良好なCDRチームを維持するには		
問題のカテゴリー	事例	対応例
運営者・焦点	州機関が、CDRチームの焦点を子どもの虐待およびネグレクト死のみに絞る。	・ 代表者らに、過去の成功した公衆衛生防止プログラムを割り当てる。 ・ 他州や他地方の行った公衆衛生防止プログラムについて、州機関と成功体験を共有する。
資金手当て	中核的なチーム機能のためのスタッフ支援がないためにチームの志気が下がる。	・ 事務的負担とコストを、メンバー機関で分担する。 ・ 州や地方の基金から、少額補助金の形で資金を求める。
守秘義務	CDRチームのメンバーが検討会議で得た機密情報をメディアのレポーターに漏らす。	・ メディアに詳しく、チームによってあらかじめ合意されたプランに従うメディア対応担当者を1名指名する。 ・ チームメンバーは定期的に秘密保持契約に署名する。チームには秘密保持の重要性を現在進行形で認識させ、制裁も課す。
リーダーシップ	主導する機関がリーダーシップに欠ける議長を指名する。	・ 分科会を結成して特定の問題にあたるようにし、チームの所見に基づく提言を作成する。 ・ チームで、チームの課題において議長を助ける意思のある副議長を任命。
信頼感	過去に協力して仕事を行ったことのない（または過去に衝突の経緯のある）機関がお互いを信頼していない。	・ 機関の代表者にそれぞれの機関の方針と手続きに関する情報を共有させ、お互いの責務について知らせる。 ・ 双方の機関に影響のある小さい取り組みに共同で当たらせ、信頼感を醸成する。
報告	州のCDRチームが**地域**のCDRチームから一貫して報告（データ）を入手する能力がない。	・ **地域**のCDRコーディネーター1名が、州と**地域**のCDRチームの連絡係となる。 ・ 州全体レベルおよび**地域**レベルの集積データを共有し、**地域**の報告書の重要性を強調する。
	CDRチームが検討を行うが、報告書を完成・提出しない。	・ チーム専属の機関データの分析担当者を任命し、報告書の作成および提出のみを任務とする。
レビューを行動に反映する	CDRチームがチームの所見を持って具体的な提言の形にまとめることができない。	・ 州および**地域**の専門家を随時招待し、どのような手順や方向性が可能かについて助言を貰う。 ・ チームが提言を策定できるよう支援する。
	CDRチームに有効な防止策に関する知識がない。	・ 成功した取り組みに関する情報を提供・入手する。 ・ メンバー向け研修やセミナーを探す。
	CDRチームに、彼らの所見や提言を行動に移せるグループに関する知識がない。	・ 州**地域**レベルで利用可能な対策をチーム一丸で研究させる。 ・ これらの機関のメンバーを招いて、チームのために話してもらう。

良好なCDRチームを維持するには		
問題のカテゴリー	事例	対応例
過剰負担	**地域**のCDRチームがない場合、州のCDRチームが州内の全死亡**事**例**を**効果的に検討することができない。	・ ナショナルセンターが、**地域**レベルでの参加に関して州チームを支援してくれる。 ・ 州チーム**が**、同一原因の死亡**事**例の代表例を検討する。
参加の積極性	CDRチームのメンバーは監督者に任命されるが、CDR作業にあまり熱心でない。	・ チームメンバーを州または国のCDR研修に参加させる。 ・ 死因や防止策・活動に関する情報を含む、技術的補助や支援を行う。
人口	都市部のCDRチームは検討例数の多さに圧倒されている。	・ 1会議につき1種類の死因を集中的に検討する。 ・ チームのコーディネーターが検視官・**監察**医の権限のもと検討例をスクリーニングし、複雑、または困難な例を抽出する。
	地域のCDRチームは検討例数が少なく、あったとしても稀にしか検討例にあたらない。	・ チームで、重症例の検討も開始する。 ・ 死亡例がない場合は、参集して防止策を話し合う。
生産性/責任性	CDRチームは、主要メンバーが会議に参加しないという問題を継続的に抱えている。	・ メンバーに、欠席の場合は代理人を指名させる。 ・ 機関・メンバーの役割や責任の概略を示した機関間契約を結ぶ。
	CDRチームメンバーが会議に検討例を持ち込まない。	・ チームの議長が、会議召集状で各検討例のどの記録が重要かを強調する。 ・ チームの議長は、会議前に主要記録を入手する。
	メンバーが約定したとおりの活動を行わない。	・ 指名されたチームメンバーが、自主的な活動を申し出た者に、会議の1週間前に注意喚起のeメールを送る。 ・ チームは、所見に基づいて獲られる行動のランニング・アカウントをとっておき、その遂行がチーム手順の一環となるようにする。
	会議が焦点や生産性を失い始めた。	・ 各会議前に、検討作業の目的を繰り返す。 チームメンバーをCDR研修に送る。
調整	相互のコミュニケーションがないために、チームが州レベルのチームと連携していないと感じる。	・ **地域**の議長はチーム**の知**見を積み上げ、州のチームに**送**ってフィードバックを促す。 ・ 州チームの代表を招き、**地域**チームに会わせる。
質の担保	チームが、検討の質が州内のほかのチームと比べてどうか不安である。	・ 地域または州全体のチームコーディネーター会議に出席し、ネットワーク化を図る。 ・ チームメンバーが他のチームと接触し、彼らの検討に出席する。
情報の入手	チームは、郡・州の境を越えた検討例情報の共有に関して、問題にぶつかっている。	・ 標準的な記録共有プロトコールを作成し、関係の全郡に署名してもらう。
	チームは、郡外で起こった死亡例について、迅速な通知を受けられない。	・ 三次医療センターのある地域内のCDRチームに連絡を取り、子どもが運び込まれて彼らの郡内で亡くなった場合は、通知をくれるように依頼する。

第10章
子どもの死亡防止のために行動を起こす

子どもの死亡事例をレビューする最も重要な理由は、子どもたちの健康と安全を増進し、他の子どもたちを死から守ることである。

CDRチームのメンバーは、調査やサービスを進めることや、子どもの死の原因となったものを発見することに最も興味を抱いてテーブルについているかもしれない。

検討の焦点を予防に持っていくことは、多くのチーム・メンバーにとって土俵を変えることになり、大変な仕事かもしれない。予防に焦点を当てることは、長距離を走る意義と目標を見つけることになるかもしれない。会議の最初の年あたりは、他の領域に焦点が向けられていると感じ、次第に子どもの死亡例に対応しながらシステムが改善されるにつれ、CDRチーム・メンバーは自問し始める。では、この死を、どうすれば防げるのだろうか？

CDRは、コミュニティ中の人々を突き動かす素晴らしい機会である

例えば、鉄道の踏み切りに、改良した警告の看板を掲示することが重要であると発表した場合、このアイデアに重みを与え、迅速な行動を先導する可能性もある。

レビューの焦点を予防に当てるということは、チームで下記のような活動を行うということである。

その死が予防可能な死であったかどうか判定する

予防可能性の判定は、CDRプログラムごとに異なる可能性がある。アリゾナCDR プログラムは、現在多くのチームで用いられている判定基準を作成した。それによると、コミュニティまたは個人が、死に至る状況を変えるようなにかを、合理的に行うことが可能であった場合は、予防可能な死とされる。

我々は、ランダムな損傷の発生をランダムな“事故”と見なしがちである。しかし、子どもの損傷の大半は予測可能で、理解可能なものであるため、予防可能と言える。

ともすれば、予防の取り組みは、我々が通常予防可能と考える死に集中しがちである。すなわち、事故、殺人、そして自殺である。CDRチームでは、自然死を予防するために対応すべきリスク要因についても考慮する必要がある。例えば、周産期の死の約半数は、周産期の母体の健康に関連する要因に注意を払っていれば予防できると推測されている。現在では、睡眠時の姿勢、喫煙や暖房のし過ぎなどを含む、SIDSのリスクを減少させる要素もあることがわかっている。病気による死亡については、医療の利用しやすさや拠点の多さ、治療計画の遵守および質の高い医療を望む人が直面している障壁などについてチームで議論しておくと良い。

変えることのできるリスク要因を同定する

それぞれの死亡状況を検討することで、その死の原因やその子どもの被害感受性を高めた具体的な要因について集中して考察できるようになる。チームでこれらの要因を同定したら、チームが変えることができる、または影響を与えることができると思う要因を決定する。しかし、リスクを防ぐことは簡単なこともあれば複雑で長期を要する場合もある。

リスク要因がわかったら、その問題の及ぶ範囲と、それによって最も影響を受ける人物を分析することも重要である。影響を最大限にするために、特定の年令群の子どもに予防戦略の焦点を当てても良い。そのためには：

- どこで、どの程度の頻度で、そのような形態のの死および関連した損傷が生じているかの情報を収集する。その問題の全貌を理解するため、疾病率データも入手する。例えば、自殺1件について検討したとしても、その地方の病院の救急に自殺をはかって来院した十代の人数の分析ができれば、そのリスクの全貌を知るのに役立つ。
- そして、どの子どもが最もリスクに曝されており、それはなぜかを究明する。.

予防のための最良の方策を究明する

最良の予防方法を究明するには、様々な枠組みがある。例えば、損傷部位によって4つのEが明らかなっている。つまり、教育(education)、工学(engineering)、法の制定(enactment)、そして実行(enforcement)への影響である。

予防スペクトラム*は、チームが長期の積極的な変化をコミュニティにもたらしたい場合にそのモデルとなるものである。予防スペクトラムには、予防活動の実施方法が7段階にわたって示されており、個別のサービスやコミュニティ教育の範囲を超えたものである。

---

*予防スペクトラム・モデルは、Larry Cohen, M.S.W.によって策定されたもので、Dr. Marshall Swiftの研究に基づいている。Cohen氏への連絡は、larry@preventioninstitute.orgまで。Cohen, L. and Swift, S. (1999). The Spectrum of Prevention: Developing a Comprehensive Approach to Injury Prevention. Injury Prevention; 5:203-207. Rattray, T., Brunner, W. and Freestone, J. (2002). The New Spectrum of Prevention: A Model for Public Health Practice. Contra Costa Health Services; 1-6

予防スペクトラムでは、創造的で効果的な予防プロジェクトの策定を推奨しており、また、コミュニティに既存の予防への取り組みを補完することで、より成功率が高いと思われる活動の策定にも役立つようになっている。

スペクトラムの7つの段階は、以下のとおりである。

1. 個人の知識やスキルを高める

   個人が知識や行動能力を高めることを援助し、行動の変化を促す。医療提供者やコミュニティ機関は、教育、カウンセリングおよびその他の個別サービスを通じてこの方策を適用し、個人が行動を改めるよう働きかけている。

2. コミュニティ教育を促進する

   集団に情報や資源を届けることで、より健全な行動やコミュニティ規範への支持を確立する。我々の社会ではメディアが支配的な力を有しているため、メディアへの巧みな配慮によってコミュニティの教育への取り組みが進捗する場合がある。

3. 研修提供者

   提供者は他者に影響を与える者である。専門家、専門助手、コミュニティでの活動家または同僚など、いろいろな提供者がありうる。研修提供者や、アドバイスやロール・モデルになる者は、情報、スキル、能力があり、若者、親、および政策立案者とともに有効に予防を推進していくモチベーションのある人物を選ぶようにしなければならない。

4. 連立やネットワーク作りを促す

   個人や組織が、特定の問題について共同で取り組む能力をつけたり、強化したりすることは、個人や機関だけの能力を超えた幅広い目標を達成するためには有用である。

   この目標とは、情報の共有から、サービスの調整、コミュニティ教育または主要な規則や法律の改革提言に至るまで様々である。

5. 組織活動を改善する

   内部業務および機関の指針、規則、活動および規範を変更する。捜査当局、健康局および学校など、主要グループの活動をみることは、健康、安全、および広義のコミュニティの満足につながる潜在能力を持っている。全ての組織が自らの活動の変更すべき点、強化すべき点がないかをみることも必要である。

6. 近隣やコミュニティを動かす

   変化を同定し、計画し、実行する課程にコミュニティ・メンバーを巻き込む。実現過程での技術的支援は近隣やコミュニティが変化を実現する触媒になる可能性もある。

7. 政策や立法に影響を与える

   地域、州、および国家レベルで、法律や規則を改定するために行動する。時には、予防活動の大きな進展や、極めて多数の人々に影響を与えるためには、政策や立法への対応が必要になる場合もある。

これらの各段階がどのように働くか

スペクトラムの各段階での活動は、互いに支えあっている。一つの段階での成功は、別の段階でのさらなる変化を促す活動につながる。例えば、"メディアを通じた権利主張"はコミュニティ教育のためのメディアの戦略的利用(第2段階)であるが、施策の変更(第7段階)を企図したものでもあるかもしれない。効果的な政策論議は、ある問題のメディア対応を通じた個人またはコミュニティ教育の促進 (第1段階および第2段階)につながる場合も多い。政策が変更されると、組織の活動も変更される場合があり(第5段階)、新たな施策の実行について、提供者を研修する必要性が生じる(第3段階)。

子どもの死は複雑なため、最良の解決方法は、通常包括的なものである。従って、最も有効な予防活動は、スペクトラムの7段階全てで対応することである。各レベルはそれぞれ密接に関わり、積み重なれば、大きな変化を生むことができる。プロジェクトによっては、スペクトラムの全段階に対処するために連立を組む場合もある。各組織は、1段階に取り組んでも複数段階に取り組んでも良い。コミュニティ、郡、州全体のいずれの連立でも、全段階の対応を行うことで最大の結果を生むであろう。

具体的な予防活動を決定する

どれを主要な戦略のモデルに使用するかに関わらず、次にすべきことは、実行する具体的な活動を決めることである。

具体的な予防活動を決定するには、チームの提案が有効であると証明するために、予防に関する文献を検討することである。つまり、その提案が既に実行され、評価され、そしてピア・レビューのある雑誌に掲載されていればより望ましい。有効性が示され、コミュニティに適した介入手法を選択するように心がける。

多くのウェブサイトでも、有効性が証明された戦略を探すことができる。例えば、損傷予防に効果があると証明された方策は、Harborview Injury Prevention Research Centerのウェブサイトで閲覧できる：http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index/html.

最善の予防戦略および活動を確認するには、チームで、以下を検討する。

- 有効性
- 実行の容易性
- 費用
- 持続可能性
- コミュニティでの受容性
- 政治的実情
- 意図しない結果

チームの予防のための提案を評価するためのマトリックスが、*第18章、チームのための参考ツール* に収められている。

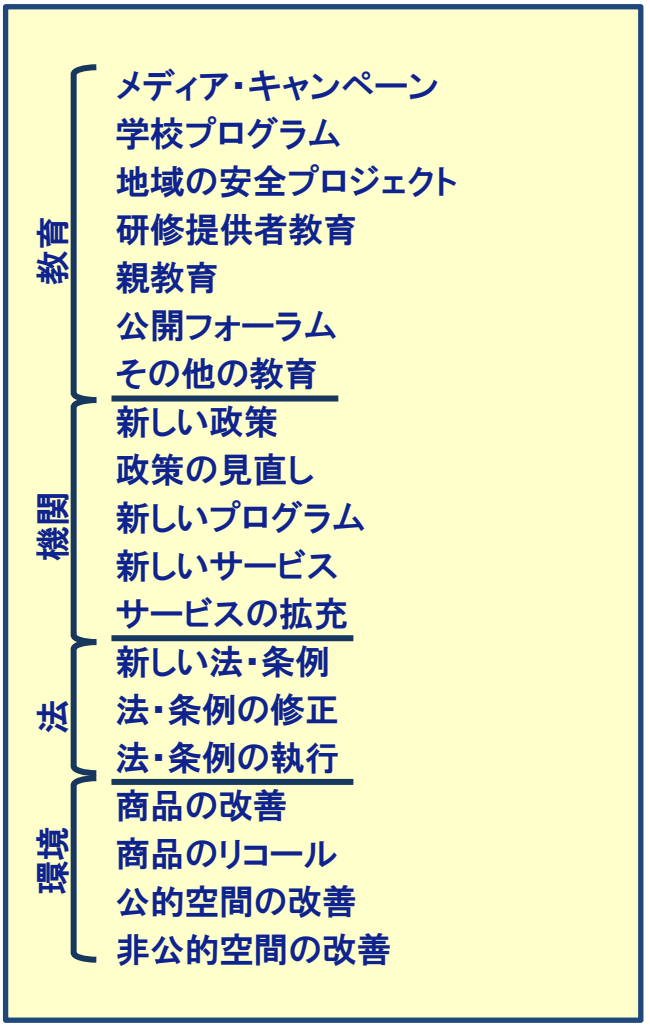
行動を起こしたい気持ちがあっても、予防計画を立てる際には他にも留意すべき点がある。

- 既にあるものを一からやり直そうとしないこと。予防プログラムは全国で開発され、実行されている。予防活動の結果を研究すれば、他チームの失敗から学び、各地の成功例を発展させることもできるはずである。

- 手っ取り早い方法も、長期の解決法も探そうとしないこと。子どもの死亡に至る状況は、複雑である。予防プログラムには時間がかかり、その策定および実行にも、子どもの声明に実際の影響を与えるには、さらにもっと多くの時間を要する。さらに、変化を起こすには、永続的にある程度の持続的な注視を必要とすることが多い。

- 予防の研究では、方策や活動を組み合わせれば、単独の実行よりも、有効性がより高まることが示されている。

次ページの、米国CDRセンターの死亡例報告システムの表には、教育、機関の改変、法改正及びび環境の改革の4つの分野にわたって、チームで検討すべき予防活動が示されている。最善の提言は、多くの場合これらを組み合わせたものである。



活動への取り組み、または活動のために所見を生かす

チーム自体が、提案した予防戦略や活動を実行する必要はないが、個人や機関が責務を果たしているかについては必ず見守るようにすべきである。チームは、説明責任を負うと同時に、コミュニティの取り組みを認め、報償するべきである。チームでは、以下のことを行うことが必要である。

- リーダーになる意思のある人物を同定する。
- リソースを確認する。
- チームのために追跡と報告をしてくれる人物を同定する。
- CDRの提言を実行している人物・団体を表彰する。

CDRは多機関連携の取り組みであるため、変化を起こせる強力な土台を備えている。前述のとおり、チームは説明責任を担い、コミュニティの取り組みを認め、報償しながら、有効な触媒となることができる。リソースが少なければ、知見や提言を共有し、戦略的になる必要がある。

チームの知見は、提言書とともに活動の実行に最適な地位にある機関または個人に公開する。チームが地域のチームであれば、地域向けの活動を地域機関に送付する。また、州に送付し、州レベルの予防活動提言に利用してもらってもよい。州のチームの多くは、報告書に立法機関、政府機関および一般向けの提言を記している。提言先となるのは、下記のような先である。

- 地域のCDRチーム・メンバー。
- 州のCDRチーム。
- 報道機関。
- 専門家。
- 学識者/教育者
- 州機関(AAP, ACOG, SAFE KIDS, その他
- 州機関(子どもの保護、公衆衛生、公衆安全その他の機関)
- コミュニティ・リーダー。
- 親/教師/生徒機関。
- 非営利団体。
- 慈善資金団体。
- 市民団体。

知見の共有にあたっては、下記のような適切な公開方法を選択する。

- 公式発表。
- 機関への公式書状。
- ラジオ、テレビ、新聞、ニューズレター。
- 地方公共団体発表。
- 年報または概略報告。

チームの提言提唱には、チーム・メンバー個人の地位を生かすようにする。例えば、地方検事なら正式に選出された地方議員と共に政治的影響力があったり、または選出検事として人気を得ており大衆からの指示を取り付けることもできる可能性がある。

予防活動の成功に優れたリーダーシップは欠かせない。リーダーは必ずしもCDR座長またはコーディネーターでなくともよく、予防活動ごとにリーダーが交代してもよい。リーダーは個人である必要もない。チーム全体、チームの分科会、またはチーム外の人物でも差支えない。

リーダーには共通する特性がある。すなわち、

- 他者に刺激を与え、情熱を持続させることができる。
- 調整力がある。
- データが入手でき、政策立案者にコネクションがある。
- 政治的実情に敏感である。
- 他者との協調性がある。

有効な提言書を作成する

チームの検討を最大限に生かした予防の為の提言も優れた提言書が作成できなければ水泡に帰す場合がある。チームに予防の必要性を確認させた所見や、リスク要因に対応する戦略や行動、提言実行を保証するための計画を、書面にしなければならない。提言書の核心は、簡単な声明になる可能性があるが、効果的な提言書には、3つの重要な要素が含まれているべきである。これらは、提言が理解され、受け入れられ、実行されることを保証するためのものである。

1. 予防対象とする死亡のタイプに関する分析。
2. 行動的観点からの提言。
3. 提言の追跡計画。

書面の作成によって、チームの提言がどのように実行されているかを観察および追跡することも容易になる。

提言書は、できるだけ具体的にする。例えば、“免許をとりたての十代のドライバーは、運転開始後1カ月は十代の同乗者を乗せない“ということは、重要な目標だが、有効な提言とは言えない。これは目標をどのように遂行するかが書かれておらず、行動に結びつかない提言である。

効果的な提言書の方向性を要約したものが、次ページの表である。

有効な提言を作成するためのガイドライン*

1. 防止しようとする死亡タイプについての分析	
問題	問題の定義、**地域**、州、全米のデータを含む。また、リスクおよび保護要因。
モデルケース	“最良”または”有望”な問題対応策の実例についての知識を示す。
キャパシティ	地方で現在行われている取り組み、**リソース**、キャパシティ、”政治的意思”に関する知識を示し、**今回の死から得られた教訓**を生かせる可**能性を**確認する。
2. アクションに基づく提言書	
誰が行動を起こすか（能動的行動者）	行動を起こす人物および機関を明らかにする。
その行動によって誰が利益を得るか（受益者）	意図した行動の受益者、すなわち、人物、コミュニティ・グループ、機関などを明らかにする。
具体的になにをすべきか	問題分析で明らかになった事項に見合うフォローアップができるように、十分に詳細に記述された行動計画について詳述する。行動は、能動者および受益者にとって適切なものでなければならない。行動の時間枠も確認されなければならない。プラン策定にあたっては、Spectrum of Prevention**（予防戦略）**を利用する。
3. 提言のフォローアップ計画	
説明責任	行動のフォローアップと進行状況の追跡に関する責任者（チームメンバーまたはその他の個人）を任命し、積極的な参加を取り付ける。
宣伝普及	潜在的能動者、受益者のみならず**、適切な政策立案者、資金提供者**および潜在的支援者**もが、具体的に提言を受け入れられるようにすべく、特記事項を記載する。**
結果・影響	チームの提言に基づく行動による影響と結果を記録する方法や手順を明らかにしておく。

* Injury Surveillance and Epidemiology Section, Epidemiology and Prevention for Injury Control (EPIC) Branch , California Department of Health Servicesのスタッフが行った研究より。

第11章 CDRのデータベースおよび報告書

個別の子ども死亡事例のレビューが、地域や州の、新たな死を予防するための活動を促す触媒となることは多い。しかし、時間をかけて体系的にデータを集め、レビューから得られた知見を収集することも重要である。また、チームレビューで得た知見を、バイタルレコードやその他の公式記録から得た子どもの死亡率と比較してみることも重要である。

長期にわたり、ある種の死亡群のレビューからデータを得ることで、子どもの損傷や安全における重要なリスク要因やパターンを明らかにすることができる。死亡事例検討結果から得た知見およびその結果の集積報告は、以下のように役立つ。

- 地域チームであれば、地域での介入に支援を得られる。
- 州のチームが、地域での所見をレビューすることにより、傾向やリスク要因を明らかにしたり、州の政策に行動プランを盛り込み、改善を図ることができる。
- 州のチームがレビュー所見とバイタルレコードおよびその他の死亡率の元となるデータを比較し、死亡報告の相違を確認することができる。
- 州および地域のチームが、知見を自らのレビュープロセスの質を証明するものとして利用できる。
- 地域のチームおよび州が、報告書を自らのレビューの有効性を示すものとして、また自分のCDRプログラムへの資金援助および支持への呼びかけに利用する。
- 国のグループが、州および地域のCDR知見を、国の政策や実務の改変に生かす。

2005年1月現在、米国内の44州の検討チームで何らかの報告ツールが使用されていたが、同じツールを使用している州はなかった。州では、これらの死亡事例報告を、州議会、政府、州機関および一般への年報作成に利用していた。39州では知見および提言を掲載した年報を発行していた。18州には、これらの報告を義務付ける法律があった。

個別死亡事例報告

チームがレビューしたすべての死亡事例について、個別死亡事例報告が作成される。これには子ども、養育者、監督者、死に至る出来事の状況、およびサービスや予防に関するチームの知見情報が含まれる。

死亡事例検討を終えて報告書が作成されたら死亡事例報告のデータ集計および分析から以下を読み取ることができる。

- 子ども、家族および監督者に関する包括的情報。
- この死によって行われた調査活動に関する記載。
- この死の結果提供された、または必要であったサービス、およびチームが提言する新たなサービスまたは照会先に関する記載。
- 新たな死を予防するためのチームからの提言および行動
- 死亡事例レビュー会議の質に影響する要素。

CDRプログラムを規定する法律または規則によって、死亡事例報告の収集が許可されていることを確認しておくようにする。州によっては、死亡事例が特定できるデータの収集または州レベルでの共有を許可していないため、これらのケースのIDを取り除く必要がある。

死亡事例報告を、死亡事例検討の前に部分的に作成しておくこともできる。チーム・コーディネーターはこの書式を会議前にチーム・メンバーに提供してもよいが、機密性を保持するための必要な段階を踏まえておく必要がある。

死亡事例報告は、検討中または検討直後に作成しなければならない。書式中のデータ要素は、議論を進める上でも役立つ。しかし、死亡事例報告のツールはレビューの中心ではなく、議論の流れを妨げるものであってはならない。

死亡事例報告の責任者は、報告書のデータを子どもの死亡事例検討のあらかじめ作成されたデータベースに入力する。これらのデータは、その後例えば年度ごとなどで集計、分析され、地域、または州のCDR配布物の報告に掲載される。

現在は、National Center for Child Death Review(米国CDRセンター)を通じて、統一された死亡例報告ツールが入手できる。18州を代表する30人以上から成るワーク・グループが2003年から2004年にかけて、データ要素の統一化およびデータ定義作りに参加した。

死亡事例報告はウェブ・ベース・アプリケーションのCDR報告システムの一部となっている。このシステムでは、地域および州のユーザによる死亡事例データ入力、アクセス、およびデータのダウンロード、そしてインターネット経由での統一規格化された報告のダウンロードができる。ユーザはデータ分析書を作成し、自分の報告書を作成することができる。州間でデータ使用契約があれば、ユーザは他州や国のデータと自分の州のデータを比較することもできる。この統一化されたCDR報告システムは、2005年から2006年にかけて19州でパイロット利用され、修正を経て拡大利用される。このシステムに関する詳細は、National Center for Child Death Review全米CDRセンター: www.childdeathreview.org 参照。またはEメール:info@childdeathreview.org まで

州または地域の年次報告書

CDR事例知見を編集し、報告書として公表することは、政策立案者や機関スタッフ、そして一般市民に、鍵となるリスク要因や予防機会について啓発する効果的な方法である。

多くの場合こうして編集されたものは、知見の年次報告書または2-3年間の概要の形で出される。報告書には、下記のような内容が記載される(*第18章、チームのための参考ツール*にも掲載)。

- 子どもの死亡データを含む要旨、CDR知見、予防のための提案、およびCDRのプロセスの概要。

- 全小児死亡数、死亡率を含む子どもの死亡データの概略。

- 死亡事例検討ツールで収集した主要インジケータによる、CDRチーム所見の概略。

- 発生数や率、および特定の状況や原因による死亡例検討所見を含む子どもの死亡に関するデータ。全てのセクションに、以下の記述を含める。

  - 年次ごとの死亡データおよび可能であれば10年ごとの傾向。
  - 死亡原因の一般的記載、全国データとの比較、主要リスク要因、死亡を予防するために有効性が証明された周知の介入方法、および詳細情報が入手できる提供元。
  - 年齢、人種、民族性、および性別による分析。
  - 検討過程で明らかになった主要リスク要因。
  - 地域または州レベルで、検討の結果とられた行動。
  - 州および地方の指導者に向けた提言。
  - 親および養育者に向けた提言。

- 付録には図のリストや表、チームによる検討対象および報告例数、州の住民の死亡総数、0-18歳の該当数、郡別の住民および年齢別数、死亡年および検討チーム・コーディネーターのリストを含めても良い。

CDR知見をもとに報告書を作成するのは、困難で時間のかかる作業であり、特にデータ分析システムに不慣れな担当者にとってはなおさらである。保健所には分析担当スタッフや疫学者がいることが多く、報告書の作成に力を貸してもらえる可能性がある。

バイタルレコードおよびCDRにより得たデータの双方から、死亡に関するデータを表示する際には、注意が必要である。これらのデータ・ソースは一対一で比較できるものではないからである。死亡年と検討年は違っていることもあり、子どもの死亡例がどちらか一方に掲載されたり、管轄区の住民のものではない死亡が、報告されたもう一方のデータにあったり、死亡データの入手が、CDRデータと比較して非常に遅れるといったこともよくある。

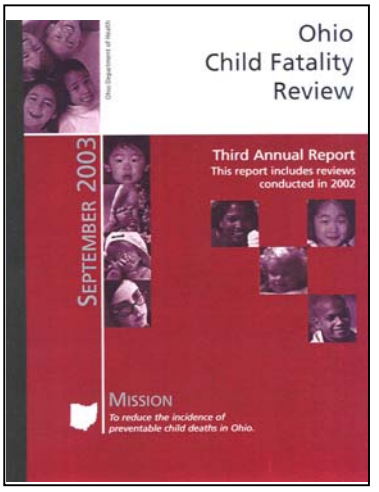
こうした問題はあるが、死亡データとCDRデータの双方を表示することは重要である。これによって、全小児死亡例に占めるレビュー割合が推測でき、バイタルレコードのコーディング・システムによって、報告数の少ない分野(子ども虐待による死亡などを確認することもでき、チームの報告分野の中で、子どもの死亡についてより完全な理解に近づくことができる。

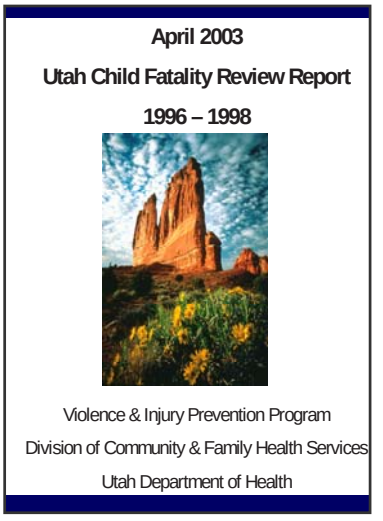
報告の普及および報告に記載した提言追跡方法については計画を立てておくことが重要である。

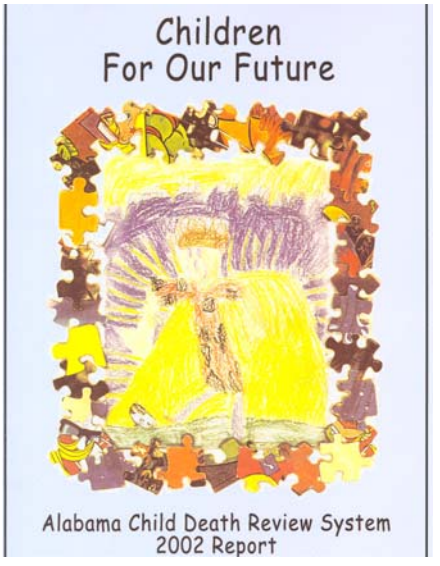
多くの州では、議員や州事務局、州機関の役員、州の子どもの権利擁護団体、報道機関および地方のCDRチーム・メンバーに配布して効果を上げている。州機関と連携して記者会見を開催したり、報告書の発行を宣伝するイベントを行っても良い。

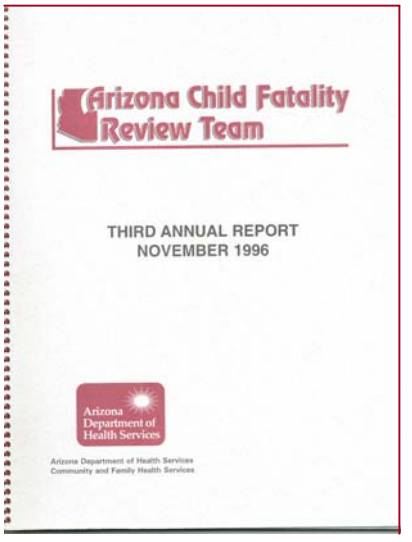
州の報告書例は、National Center for Child Death Review米国CDRセンターのウェブサイトで入手できる:
www.childdeathreview.org/state.htm

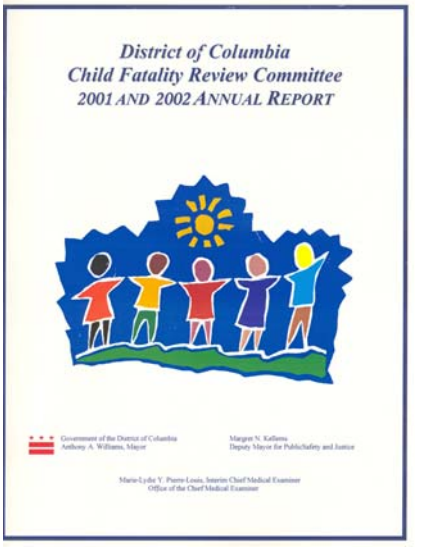
CDRの年次報告を行っている州（およびコロンビア特別区）の参考例











第12章
CDRに関する法律および公共政策

CDRは、法律および公共政策と、2つの重要な方法で相互に作用しあっている。まず、法律はCDRプロセスを確立し、支援する重要なツールになりうる。法律は、レビュープログラムを管轄する州機関を定めるなどを通じてレビューのパラメータを設定し、レビューの機密性を保証し、レビュープログラムの資金の流れさえ制定する場合がある。

第二に、法律や管理規定、地方条例およびその他の公共政策は、レビュー所見を実行に移す場合に利用する、重要なメカニズムである。最も有効な予防的介入は、法や公共政策に基づくものである。チームは政治的スキルを高め、議員や政策立案者と連携して提言を実行に移すようにすべきである。

CDRを支援する法律または管理規定

2005年1月現在、39州で、法律または管理規定によって子ども死亡事例検討手続きが委任または認可されている。

これらの法または管理規定の内容は、実に様々である。公衆衛生の法体系に含まれているものもあれば、州の子ども保護法に含まれているものもある。2州では独立したCDR事業体を制定した法律がある。ほとんどの法では検討における機密性を謳っているが、死亡事例情報の公開については全ての法が触れているわけではない。法律や規定では、通常検討すべき死亡タイプを子どもの年齢や死亡原因毎に規定している。またほとんどが、検討手続きの結果期待される報告のタイプを明らかにしている。*第18章、チームのための参考ツール* では、CDRに関する法律のチェックリストを掲載している。下表は、CDRに関して法が規定すべき項目を、簡単に示したものである。

包括的CDRプログラムに関する法律に含まれるべき要素

レビュープログラムの意図。

プログラムの資金源。

指導的機関の責任。

諮問チームの意図、任務、メンバー、議長の指定、および任期。

検討チームの意図、任務、メンバー、議長の指定、および任期。

研修および技術的支援など、諮問チームおよびレビューチームへの支援内容。

死亡事例に特異的な記録や、その他の事例に関する情報への、チームとしてのアクセス権限。

チーム会議およびケースレビュー記録の守秘義務規定。

個別の死亡事例検討報告規定。

諮問チームへの報告規定。

議員、知事、および州機関を含む行政への報告規定。

議員および政策立案者への影響

チームが作成する提言の多くには、公共政策や法律の改定も含まれる。機関の手続きの問題やロビー活動の禁止により、直接政策立案者と連携することができないチーム・メンバーもいるが、政策に関わる提言の支持活動をしてくれる人物を明らかにしておくことが重要である。

それは、独立した子どもの健康および権利擁護団体の場合もあれば、地方や州の行政機関の場合も、一般市民の場合もある。チームでは、政策立案者への主張を支持してくれる人物が、合法的にそのような活動が行える人物か、また効果的に提唱できるスキルがある人物かを確認すべきである。

立法者との連携作業では、以下のことに留意が必要である。

- 立法府にはプログラムを確立・改変する権限がある。
- 立法府の予算権限は様々である。
- 党の見解の相違から問題が発生する場合もある。
- 州や陣営によって議員の権限に差がある。

管轄州に期間の制限がある場合は、議員は以下のような問題に直面する。

- 習得の困難さ。
- 議会ごとの大規模な改編。
- 経験の浅い段階で議長やリーダーにならなければならない。
- 複雑な問題を、知識や組織的な経験や、それを学ぶ時間もないまま処理しなければならない。
- 議員の経験の浅さから、行政機関、利益団体、ロビー活動団体、立法府スタッフ、の影響力が高まる。

議員と連携して作業を行う場合は、下記に留意する。

- 様々な媒体を活用する。
- 知識尺度の妥協点を目指す。
- 略語や専門用語を避ける。
- 立法府スタッフのために別途技術的支援セッションを設ける。
- 議員には政治的多様性および財政的責任があり、議員は有権者に対して最も責任がある人物であることを忘れない。
- 知識レベルや関心に非常に個人差があることを覚えておく。
- 議員やそのスタッフに対する、事実に基づく主張および草の根のコミュニケーションを支援する。CDRチームの年次報告書は、非常に影響力がある場合がある。
- 議員には法案の根拠となる証拠を提供する。信頼性が最も重要である。
- どの議員、党とも分け隔てなく連携する。
- グループ間のコンセンサスを得る方向で協力する。
- 個人的なストーリーが非常に大きな影響力を持つことがあり、動機を同じくする経験を持つ議員も同様である。
- 同様の関心、必要性、利益を持つ他機関および利益団体と連携する。

アリゾナ州法の例

アリゾナ州令第36節の3501から第36節の3504 (1993年)

第36節の3501. 小児死亡検討チーム、メンバー、任務

A. 小児死亡事例検討チームは医療サービス機関内に設立する。チームには、以下の部、機関、審議会または連盟の長、またはその指名を受けたものを置く。

1. 法務長官。
2. 医療サービス局内の、女性と子どもの健康担当部。
3. 医療サービス局内の、家族計画と健康状態監視担当部。
4. 医療サービス局内の、行動保健学科。
5. 経済安全保障局内の、発育障害科。
6. 経済安全保障局内の、子どもと家族サービス担当。
7. 知事の子ども担当部。
8. 裁判関連の行政機関。
9. 最高裁判所の親の支援部。
10. 少年非行矯正局。
11. 米国小児科学会アリゾナ支部。

B. 医療サービス局のディレクターは、3年の任期で、以下のメンバーを任命する。

1. 法医学者の資格を持つ監察医。
2. アメリカ先住民の世話に当たる母子健康の専門家。
3. 州内の部族政府の私設非営利団体代表者。
4. ナバホ族代表者。
5. 米国軍人家族擁護プログラムの代表者。
6. アリゾナ乳児突然死諮問機関代表者。
7. 州検察官諮問機関代表者。
8. 子どもの殺人事件捜査の経験豊富な州捜査官諮問機関代表者。
9. 郡保健衛生官連盟代表者。
10. 州または州政府の行政的小区域の役職員以外の子どもの権利擁護者。
11. 一般メンバー。本条に従って結成された地方チームがあれば、医療サービス局のディレクターはこれらの地域チームからこのメンバーを選出する。

C. 遅くとも1994年1月1日までに、チームは以下を行う。

1. 小児死亡データ収集システムを構築する。
2. 協力機関、個人および地方の小児死亡検討チーム対象に、小児死亡データシステムに利用方法に関する研修を実施。
3. 過年度に州内で発生した小児死亡事象に関する統計報告を作成し、報告書の写しを提出。報告書には、知事、上院議長および下院議長への行動提案を含む。チームは、毎年11月15日もしくはそれ以前に提出するものとする。
4. 地方の小児死亡事例検討チームの結成を促進、支援する。
5. 地方小児死亡事例検討チームの基準およびプロトコールを策定し、これらのチームに研修および技術支援を行う。

6. 小児死亡調査のプロトコールを策定し、この中には捜査機関、検察官、監察医、医療機関、ソーシャル・サービス機関のプロトコールを含める。
7. 法や規則、研修およびサービスが十分であるか検討し、予防可能な子どもの死を減らし、必要に応じて改定を行う。
8. 要請があれば、個別死亡例について地方チームの死亡事例相談に応じる。
9. 一般市民向けに小児の死亡事例発生とその原因、一般市民が死の予防に果たす役にに関する啓発を行う。
10. チーム長を指名する。
11. チームの意図、機能、権限に関する小冊子を作成、配布する。小冊子は、医療サービス局でも入手可能とする。

D. チーム・メンバーは報酬を受け取ってはならないが、B款に従って任命されたメンバーは、第38章、第4節、第2条に規定された費用の償還を受けることができる。
E. 医療サービス局は、チームに専門家として、管理者としての支援を行う。
F. C款およびD款にかかわらず、本節は小児死亡事例検討資金の歳入を超過した支出にも当てはまるものと解釈してはならない。

第36節の3502 地域チーム、メンバー、任務

A. 地方の小児死亡事例検討チームが組織されている場合は、州チームが地方の小児死亡事例検討チーム向けに策定した基準およびプロトコールに従い、死亡事例検討を開始する前に州チームから権限付与を受けておく。地方チームは以下の局、機関の長またはその被任命者によって構成される。

1. 郡監察医。
2. 経済安全保障局内の子ども保護サービス。
3. 郡健康局。

B. 州小児死亡事例検討チームの長は、以下のメンバーを地域チームに任命する。

1. DVの専門家。
2. 州の免許を持つ精神科医または心理学者。
3. 米国小児科委員会認定小児科医または家庭医。小児科医または家庭医は州の免許も有していること。
4. 地方捜査機関の担当者。
5. 地方検察局の担当者。
6. 親の代表。

C. 地域小児死亡事例検討チームが権限付与された場合は、下記の任務を行う。

1. チームの管轄内で死亡した全小児死亡事例の死亡証明書を検討するチーム長を指名し、必要に応じてチームの会議を招集する。
2. 州のチームの小児死亡事例に関するデータ収集を補助する
3. 報告書を州チームの指示に応じて提出する。この報告書には、個別死亡事例の非特定化情報、および地域チームがサービスの調整および調査の改善を行うために必要な改変のステップを記載する。

第36節の3503. 情報取得、機密性、違反、分類

A. 州または地方チームの長の求めに従い、またチームの任務遂行のため、チーム長は週末または休日を除く5日以内に死亡が検討されている小児の情報または記録、または小児の家族の情報または記録を取得できるものとする。

1. 病院、歯科医院または精神科の提供者から。
2. チームの小児死亡事例検討を補助する州または州の行政的小区域から。

B. 検察の許可を得た捜査機関の担当官は、犯罪捜査または訴追によって妨害される恐れのある調査記録を保留することができる。
C. 医療サービス機関のディレクターまたはその被任命者は、必要に応じて最高裁判所に召喚礼状を申請し、書籍、記録、書類、その他の小児死亡事例調査に関する証拠物を開示させることができる。これにより発行された召喚状は、ディレクターまたはその被任命者の申請次第、その役務、執行にかかる法的効力を発揮する。捜査機関の担当官は、召喚された証拠物が保留された犯罪捜査または訴追に関するものである場合は、召喚状によって要求された情報を開示しなくとも良い。全ての記録は、検討終了とともに担当官または捜査機関に返却されるものとする。チームは特定化情報を含むいかなる書面報告または記録も保有してはならない。
D. 州チームまたは地方チームによって入手されたいかなる情報も機密情報であり、召喚状や、民事・刑事手続き上のいかなる証拠開示手続きまたは証拠への組み入れに関わらず、その情報、書類および記録が、召喚状、証拠開示手続き、証拠組み入れを免れない他の情報源から得られた場合を除き、チームに開示またはチームによって検討されたものであるという理由だけで、召喚を受けることはない。
E. チームのメンバー、チーム会議の参加者、チームに対する情報提供者は、いかなる民事・刑事手続きにおいても会議で発表された情報または会議の結果形成された意見に関して質問を受けることはない。本款は、独自に入手したチームの情報または一般に周知の情報に関する証言を阻止するものと解釈してはならない。
F. 州または地域の小児死亡事例検討チームのメンバーは、公務員または地方行政の被雇用者である州または地域の小児死亡事例検討チームのメンバーが、必要に応じて行政官または被雇用者の他の任務の一環として家族に接触、面接、または情報の入手する場合を除き、死亡した小児の家族の要請または召喚によって接触、面接、または情報入手を行ってはならない。
G. 州および地方の会議は一般非公開であり、チームが個別の小児死亡事例を検討する場合には第38章、第3節、第3.1条は適用されない。
H. 本節の機密保持規定に違反した者は、第二級軽犯罪に該当する。

第36節の3504. 小児死亡検討資金

A. 小児死亡事例検討資金は、第36節の342、E款に従って受領された歳出予算および現金、贈与、助成金および本節のB款の実現のために医療サービス局に寄せられた寄付から成る。医療サービス局はこの資金を管理する。同局は、第35節の146および第35節の147に従って、同資金の現金の全額を預金してはならない。
B. 医療サービス局は、州の小児死亡検討チームのスタッフ確保、および痴呆症に死亡検討チームの研究および支援のために資金を使用するものとする。
C. 本節B款に規定された目的のために使用される資金は、立法上の予算となる。年度ごとに100,000ドルを超える歳入は小児死亡事例検討資金から第8節の550.01、A款に従って設立された子ども虐待予防資金に充当され、健康なスタート・プログラムに利用されるものとする。

第13章
CDR プログラムの評価

American Journal of Preventive Medicineに2003年に発表されたCDRチームの研究は、CDRのような予防とサーベイランスのプログラムにおいては、評価が非常に重要な役割を持つことを明示していた。* 評価は、チームが目的に沿った活動をしているか、またいかに良くできているかをチームに知らしめる手段である。評価において提起される質問項目には、下記のようなものがある。

- どうすれば目標や目的を達成していると判断できるのか?
- CDRチームはどの程度有効に機能しているのか？
- 施策や手続きに与えるCDRの効果はどのようなものか？

具体的な目的に有用な3タイプの評価方法:

- プロセスを評価する事で、チーム手続きの有効性および機能、チームの代表者間のギャップやデータの質を分析する事ができる。
- 効果を評価する事で、チームが作成した情報（年次報告、記者発表資料など）が適切な読者に届いているか、その情報が施策、一般市民の啓発、または予防プログラムに影響を与えているかを確認することができる。それによって、チームの検討方法が施策、サービス提供、およびプログラムの変更につながっているかを確認することができる。
- 結果を評価する事で、CDRが子どもの死亡率改善など子どもの健康および安全の増進につながっているかを明らかにする事ができる。結果評価は、実施が最も困難で、CDRの有効性の直接・有力指標にならない場合もある。

---

*Webster, Romi et al. (2003) Child Death Review: State of the Nation. American Journal of Preventive Medicine, Vol. 25, Issue 1, July 2003, Pages 58-64.

子どもの健康と安全に関しては複雑な要素が非常に多く、CDRと子どもの死亡率減少の関連性に直接的な原因と結果をみることは難しい。それよりもCDRが子どもの死亡率減少を目指した政策にどれだけ影響を与えているかの中間結果を評価するほうがより有効である。

なぜ評価するのか？

CDRチームの機能評価は、チームの基幹機能としてCDRプログラムに組み込まれるべきである。評価はチーム・メンバー、外部機関、およびその他の利益団体に、その目標や目的およびコミュニティのニーズに照らして、いかにうまくチームが機能しているかに関する情報を提供するものである。

チームは、明確、簡潔、そして測定可能な目標や目的を設定すべきである。例えば、管轄内での全体の目標を、予防可能な子どもの死亡件数減少と設定するなどである。この到達点を念頭に、一連の測定可能な目標を立てる。例えばワシントン州では、包括目標を “ワシントン州内の予防可能な子ども死亡件数の減少”とし、以下の目標を掲げている。

- 原因不明の子どもの死亡例は全て明らかにし、統一基準によりレビューを行う。
- 機関間の連絡と情報共有を増進する。
- 子どもの死亡に対する連携対応を促進する。
- 法律、政策および実務の改善すべき点を明確にし、提言として報告する。

評価プランの策定に当たっては、下記について考慮する。

- 何を評価するか？
- 評価基準は何にするか？
- プログラムが成功したと判断するには、どのような業績上の達成基準を用いるか？
- その基準に照らして、業績の成功を示すエビデンスは何か？
- プログラムの結論には何を用いるか？

過程への評価

過程への評価は、チームがどのような仕事をし、その構成要素は何か、そしてチームが機能しているかを査定するものである。CDRチームはチームの最重要点に基づき、評価用の質問を作成しても良い。例えば、CDRの多分野、多機関構造は、異なる機関、分野をまたいで連絡や連携を行うためのものである。過程へ評価は、プログラムに、CDRの開始によって連絡や連携がどのように変化したかの情報を提供することができる。以下は、チームの構成要素ごとの評価用質問例である。

チーム構造

- チームの構造は？
- チームは効率的かつ有効に機能しているか？
- チームには監督または執行を行うための委員会があるか？
- CDRを裏づける、または支援する法律、委任、または規定があるか？
- それらの要素は、チーム機能やチームの意図を支援しているか？

チーム構成

- チームには有効な検討や情報収集にあたる適切な代表がいるか？
- チームにはチームを代表する適切な機関があるか？
- 機関の代表者は機関のプロトコールを熟知しているか？
- メンバーはチーム会議に必要な情報を持ち寄れるか？
- CDR手続きは機関間の連絡と連携を高めているか？

チーム機能

- チームはレビューを行う上で必要な情報を収集しているか？
- 会議は有効に運営されているか？
- チームではどのようなタイプのレビューを行っているか？

- チームはレビューを適切に行っているか？
- チームは有効な提言を行っているか？
- チームは提言を適切な機関や個人に伝達しているか？
- チームの情報拡散方法とその対象は？
- 情報の効果とその内容を知るフィードバックの道筋があるか？
- 信頼の土壌が形成されているか？関係者は誠実か？
- メンバーに一貫性はあるか？
- 参加は一貫しているか？参加者が欠席してよい会議数のプロトコールがあるか？

データ収集

- 収集されたデータの質は？
- CDRが全小児死亡事例を認知するために役立っているか？
- CDRに統一性はあるか？
- データ収集ツールを使用している場合、それは適切でユーザが使いやすいツールか？
- データは正確か？

データ分析

- データベースはチームの分析に適したものか？
- 分析に適したデータを収集しているか？
- 分析結果は対象者やチームにとって有益なものか？

守秘義務

- チームでは死亡例および参加者の守秘義務を保証する手続きを行っているか？

データの伝達方法

- データは適切な機関、コミュニティ、政策立案者に届いているか？
- 対象者や情報に適したフォーマットを使用しているか？

影響への評価

チームが改革に影響を与えているかどうかを知るにはどうすればよいか？　前述のとおり、CDRが直接的に、ほとんどのCDRチームの目標である、子どもの死亡率に影響を与えているかどうかを判断するのは、不可能と言わないまでも難しい。チームの大多数は、機関、プログラムまたは政策の変更を通じて、発見システムが改善されることを望んでレビューを行っている。例えば、CDRチームの有効性は、作成された提言、およびそれが政策や手続きに与えた影響力で計ることができる。したがって、影響力のある結果評価は、*第10章子どもの死亡防止のための行動* にあるとおり、チームが作成した提言の採用の進展度合いが基本になる。例えば、CDRチームが段階的運転免許取得制度法を支持した場合、CDRのその提言に関して一貫して追跡を行い評価することによって、その法の制定にCDRプログラムは影響を与えたか？という情報を得ることができる。

影響力評価の評価用質問には、下記のようなものが含まれる。

- CDRチームは適切な提言を行っているか？
- 提言は実行されているか？実行されていなければ、なぜか？されていれば、どのようにか？
- CDRチームによって提言された予防プログラムの数は増加しているか？
- CDRチームのデータおよび提言で法律が可決されたか？

結果への評価

健康面での結果、または長期的結果への評価は、通常医療または予防プログラムで行われる。これは、プログラムの目標にかかる発生率の増減の測定に用いられる。

例えば、CDRの目標はしばしば“子どもの死亡率の減少”と言われる。前述のとおり、CDRの有効性を健康面での結果評価を用いて測定することは不可能な場合があるが、これは、死亡例検討が目指すのは、ある種の死の原因と状況を知り、リスク要因、システムおよびサービスの不具合および予防戦略を特定することだからである。地域および州のチームでは、異なる機関間や多分野間の連絡や連携をはかり、システムおよび予防の改善を提言しているが、この成功も健康面での結果からは計ることはできない。

死亡事例検討およびチームの討議から収集したデータを含む情報を、チームは政策立案者、機関、提供者、コミュニティおよび一般市民に伝達する。子どもの死亡事案に対応する機関やプログラムが様々に存在する場合、子どもの死亡件数の増加または減少とCDRを結びつけることは難しい。チーム会議での機関間の連絡は、直接機関の指針に影響し、システムの改善問題に対応できるものであるが、CDRの提言は政策や手続きに影響を与える様に策定れているものである。

評価の方法および評価のための資料について

評価方法

- 書面作成：記録、議事録、年次報告書、データなどの書類を検討する。
- 観察：外部評価員またはオブザーバーがチームの手続きを観察し、書き留め、結果を分析する。
- アンケート調査：アンケートでは、回答者には同じ質問と回答の選択肢を与える。アンケートの回答者は、メンバー、スタッフおよび利害関係者などである。無記名でメンバーが回答する数問の選択式の簡易なものでよく、定期的に実施してチーム・メンバーがチームの機能や有効性をどのように見ているかのデータを収集する。方法は郵送、対面、電話などでよい。アンケートは計量的手法である。
- 面接：典型的な面接は、情報を引き出すためにあらかじめ用意した質問を行う。対面または電話による面接は、通常データ収集の質的手法である。
- フォーカス・グループ：CDRプログラムまたは年次報告の受領者による少人数のグループで、自由回答形式の質問に回答し、回答を分析し、結果を報告する。フォーカス・グループは対面で行い、性質的には質的手法である。

どのチームも評価に充当できる資源、特に時間、資金および専門知識を評価する必要がある。評価は、チーム・メンバーによる無記名の簡単なものでも、5つ全ての方法論を組み合わせたものでもよい。チームが外部評価者の専門知識に基づくデザイン・ツールや分析による徹底した評価を行う場合は、評価方法を策定し所見を報告する。利害関係者を評価デザインと結果の解釈に参加させることは重要である。評価範囲が広がって統計的に妥当な数の利害関係者、考案された手法および結果の解釈に必要な分析を全て含めると、複雑性は増す。どんな評価でも、データの全般的、具体的利用方法をあらかじめ明らかにしておく。

評価のステップ

2001年、ワシントン州のCDRプログラムで、プログラム評価を実施した。以下は、その際の、彼らの評価手順の概略である。

- 評価の目的を決める： この評価の包括的命題は何か？CDRは何を知りたいのか？例えば、チームがいかに機能しているか、どのように改善されたか、プログラムの影響力は？など。

- プログラムに関する記載： CDRがどのように働くかを記載する。目標と目的を確認する。

- 評価の焦点を定める: 論理モデルに基づき、測定可能な目標や行動のステップ、データソースおよび分析を含む具体的な質問を作成する。評価資源(時間、専門知識、資金)を分析する。評価質問に優先順位をつけ、必要性と資源に基づいて評価をデザインする。

- エビデンスを収集し、結論の妥当性を示す: 評価、結果分析を実施し、報告書を作成する。

- 結果の伝達、利用: 結果を利害関係者に示す。利害関係者の意見を入れて結果を解釈する。CDRプログラムの改善にこの結果を役立てる。

資料

評価例

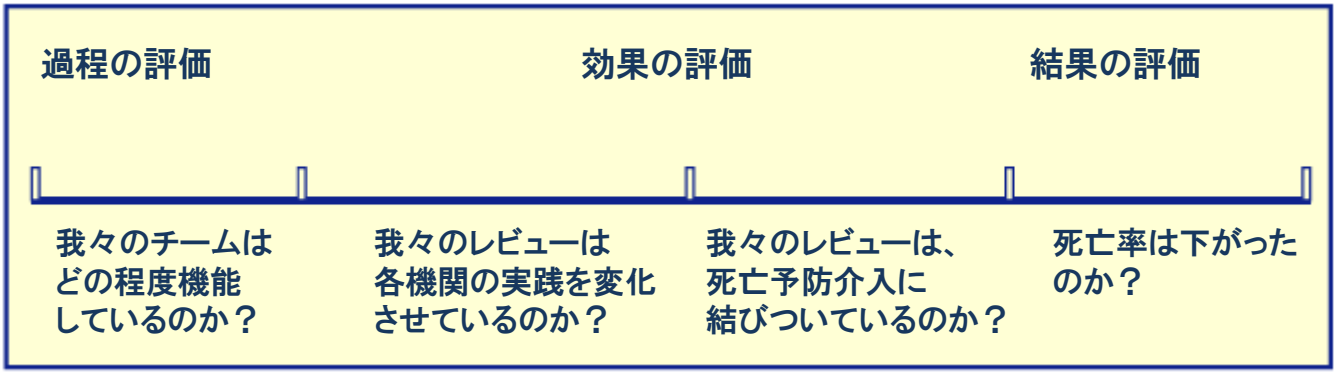
1. 全米胎児・乳児死亡例検討 Fetal and Infant Mortality Review (FIMR) プログラムの例
   www.med.jhu.edu/wchpc
   www.jhsph.edu/wphc./projects/fimr.ht html

2. 誠意を持って: ジョージア州CDRのプロセス評価
   http://www.sph.emory.edu/CIC/gafatality.html

評価の一助となる情報

1. CDCでの評価の枠組み
2. コミュニティ・ツールボックス: www.ctb.ku.edu
3. Chen, H. Y. (1990). Theory-Driven Evaluation. Newbury Park: Sage Publications.
4. Fetterman, D. (1996). Empowerment Evaluation, a chapter in Wandersman, A. (Ed.). Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability . Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
5. Goodman, R. (1998). Principles and Tools for Evaluating Community-Based Prevention and Health Promotion Programs. Journal of Health Management Practice, 4(2), 37-47.
6. Patton, M. (1997). Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
7. Patton, M. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
8. Weiss, C. (1998). Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies. (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

CDRに対し評価しうる範囲：
過程から結果まで



第14章
CDRチームの
倫理的ジレンマ

CDR は倫理的ジレンマを引き起こす。“倫理”とは通常、一連の道徳上の原則、または個人や集団を司る道徳的価値の構造を言う。CDRの過程は、ある死亡例を多面的に検討するようデザインされており、CDRの多分野にまたがる性格は、こうした多面的なレビューの機会を高めている。CDRが影響を与える分野には、以下のようなものが含まれる。

- 専門職の業務
- 機関の任務と機能
- チームのメンバーシップおよび参画
- コミュニティの責任と関与
- 個人、家族の、精神的または信仰的価値感

CDRチームのメンバーに代表される職業の多くでは、業務の中で直面する倫理的な問題や、職業上の倫理綱領に反映された基準を長年にわたって個々人で懸命に考えてきた。医師の大多数は、彼らの職業が個人やコミュニティの幸福を守るものだということに異論はないだろう。しかし、それは、解釈次第の問題であり、時には個人とコミュニティの幸福がお互いに対立することもありうると言うことである。

CDRチームの業務は実質的に社会施策に影響を与える。究極的には、チームが何をどのように行うかが、コミュニティ内に様々な形で影響していく。チームは政策、法律に影響し、地方、州、地域および国の各レベルで機関の業務を変えていく。社会施策は広範囲の影響力を持つため、チームの業務には思慮深く倫理的なプロフェッショナルの仕事が要求される。

CDRチームが検討を行う中で倫理的なジレンマを感じることは珍しくない。本章では、潜在的な倫理問題のいくつかを前もって考えておくことを勧めるものである。本章はその解決策を示すものではない。 むしろ、チーム自身で解決の可能性を探ることを希望して、いくつかのシナリオを提示するものである。

倫理　対　法律

時には、倫理と法の求めるものが同一でないことや、はっきり区別できないこともある。密接に関わり合うものでありながら、倫理的責任は一般的に法的義務を凌駕し、法的には正しいが必ずしも倫理的ではないと感じることも、あまりにも頻繁にある。さらに、倫理的行いには作為も不作為も含まれていることが、問題をより難しくしている。

倫理的ジレンマの例

チーム・メンバーが共同作業をする中で最初に発生する倫理的ジレンマは、情報の共有であろう。この問題は法的権限で対応され、この権限を確立または適用することによって個々の作業者およびチームは問題の解決を図れるようになるであろう。機密性およびHIPAA問題は、*第7章、守秘義務* で詳細に述べている。しかし、それでもまだ考慮すべき課題は多い。

チームおよびそのメンバーができること、できないことは常に明確ではない。チームの個人メンバーは、常に所属機関に相談し、当該機関の法的要求、および自らの職業の倫理綱領の双方を考慮する必要がある。以下の例はCDR手続きの中で、CDRチーム全体または個人のチーム・メンバーに倫理的ジレンマを引き起こす可能性のある領域である。

倫理的ジレンマ		
トピック	状況	ジレンマ
チームのメンバーシップ	あなたのチームは、酩酊状態の運転者によって殺害された10歳の歩行者の死亡事例検討を計画。この運転者はCDRチームメンバーのいとこである。	チームは彼に会議から外れるよう要請すべきか？
	あなたは小さな郡で、年4－5件の死亡例を検討している。次の会議ではSIDS例を検討しようとしている。あなたはこの乳児の父親から電話を受け、なぜ自分たちの子どもが死んだのかもっと知りたいので、妻と一緒に会議に出席したいと頼まれた。	親にはあなたが彼らの子どもの死亡例を検討することを知らせるべきか？依頼を受けたら、両親を会議に出席するよう招くべきか？検討の結果得られた所見は親に提供すべきか？
	あなたの管轄区では、人種的、民族的に少数グループの子どものほうが、殆どのカテゴリーの死亡事例で死亡率が非常に高い。あなたのチームでは知見を検討し、提言を作成している。しかし、あなたのチームにこの人種、民族グループのメンバーはいない。	あなたのチームで検討した、全ての死亡例について提言を行うべきか？それとも代表の範囲をより広げることを求めるべきか？
死亡例の選定	あなたは次の会議で火災による死亡例2例を検討しようとしている。あなたのチームには火災調査および火災予防に関する専門知識を持った者はいない。あなたは誰かをチームに加えるべきだと思っているが、他のメンバーは、せっかく苦労して作り上げたチームの活力が、新メンバーによって乱されると感じている。	専門知識を欠いたチームで死亡事例を検討すべきか？
情報の共有	あなたは子ども保護サービスの監督者で、郡のCDRチームに属している。来月、チームは子ども虐待による殺人を検討する。あなたは、管轄区のケースワーカーが以前、当該児の虐待告発調査の際に、機関の方針に従わなかったことを知っている。	あなたはこの被雇用者についての情報をチームに伝えるか？
	あなたは公衆衛生の代表として、まだ若い母親とその乳児の支援のため数多くの家庭訪問を行った看護師として、チームに参加している。その乳児は、10か月で、治療可能な感染症で死亡した。	あなたは、家庭訪問でその若い母親から聞いた情報を、検討の場で伝えるか？
	あなたは郡の検事で、子どものネグレクトによる可能性のある死亡事例の情報を待っている。あなたは、検討によって立件に有利な情報も、弁護人に伝えなければならない無罪を証明する情報も得られることを知っている。	検討に出席すべきか？
情報の利用	殺人例の検討中、この死亡事例の状況について、チームメンバーの意見の衝突が生じる。検事は参加していない。	情報の一部が法律によって弁護人に伝えるべきかもしれない(無罪証明)場合、チームの誰かが検事に情報を伝えるべきか？
	あなたは、胎児および乳児死亡事例検討（FIMR）チームのメンバーである。検討で閲覧された死亡事例情報は、非特定化されている。あなたはCDRで具体的な情報を得た。	あなたは子の情報をFIMRのコーディネーターにあるいはFIMR検討の場で伝えるか？
	あなたは郡検事局を代表して検討チームに参加している。あなたは検討で、製品の安全に関する情報を得、これによって家族が損害を民事和解できると確信した。	この情報は家族または家族の弁護士に伝えるべきか？
	あなたは非常に小さな郡に住んでいる。メディアは安全性を高める話を書きたいと言って、あなたのチームに一般的な所見を教えてほしいと依頼してきた。あなたは、コミュニティの誰もが、どの死亡例を検討しているのかわかってしまうと懸念している。	あなたはメディアに所見を伝えるか？

ワークシート：
我々のチームが経験した倫理的ジレンマ

ジレンマ	我々の解決方法

第15章
メディアとの協力

CDRの作業にはデリケートな内容が含まれ、その多くが、大いに一般市民やメディアの興味をそそる。さらに、チームは一般市民の意識を高めるために、メディアの注目を集める必要がある予防プログラムを推進していることが多い。しかし同時に、チームは法と政策による守秘義務の下に仕事をしており、メディアに対応する事が困難な場合もある。

チームがメディア戦略を持つことは重要である。その戦略の中には、以下の事項が含まれていなければならない。

- チームは、メディアからの情報提供要求にどのように対応するか。
- チームは、CDRの知見発表の際、メディアとどのように前向きに連携していくか、そして、メディアを予防活動にどう巻き込んでいくか。

メディアからの要求に応える

おそらくチームは、メディアからの情報の要求を受ける時が来るであろう。CDRチーム誕生から20年経っているが、多くの地域では、CDRはまだ知られた存在ではなく、比較的新しい概念である。チームがもっと一般市民や報道機関に知られれば、子どもの死や健康、安全、および死の予防に関する情報源として認知してもらえるようになるだろう。守秘義務の規定があるといっても、メディアの従事者は情報入手に関して粘り強いものである。メディアに予防という目標を推進してもらえるよう、メディアとは前向きな関係を築いておきたいものである。それでは、たとえメディアが求めるような対応ができない場合でも、どのように要求に応えていけばいいのか、そして、予防の取り組みを進めていくために、前向きな関係を維持するにはどうすればいいのか？

メディア・ポリシー

チームは、メディア対応の手続き・対応方針を書面で用意することが推奨される。この方針には、守秘義務の必要性を認め、メディアとの連携の前向きな見方や、報道機関や一般市民との誠実でオープンな対話の利点を掲げる。チームがメディアとの関係性を深めるために役立つと思われる原則には、下記のようなものがある。

- 子どもの死を未然に防ぐことがCDRチームの第一の目的であるが、それはコミュニティ全体の責務でもある。
- レビューチームは、チームが全般的にどのようなことを行っているのか、一般市民に知る権利があることを支持する。
- 守秘義務の懸念は、チーム・メンバー同士、およびコミュニティ内の専門職同士の情報交換を保護するために重要である。開かれた参加制度は推奨されるべきであるが、一般市民に関わりがない事は秘密を守ることが重要である。
- チームはメディアからの質問に常に誠実に回答し、必要な場合は、回答できない旨も告げる。ごまかし、もったいぶる、排除するなどの行為はメディアとの良好な関係を損ね、一般市民の啓発を妨げる。
- チーム・メンバーは、メディア対応の可能性のない者も含め全員、チームの秘密保持方針とチームの基礎となる法的義務を自覚する。
- チームの目標達成のためには、協力的なメディアと一般市民の支援が不可欠である。

チームの方針策定にあたっては、重要な要素がいくつかある。

- 情報公開の指揮命令系統は重要である。例えば、特定の機関またはメンバーに関する問合せがあった場合は、当該機関を通じて対応するべきか、そうだとすればどのように対応するのか？
- 最近の死亡事例に対する問合せであれば、捜査機関を通じて対応するのか、そうであるとすれば、誰が対応にあたるのか？問合せに政治的要素がある場合（例えば死刑に関する知事の立場を支持するかどうかなど）は、チームの意見をどう決定し、どのように回答するのか？チームで、誰が公開を承認するか、どのような状況で承認するかを含め、情報公開の詳細を決定しておくべきである。
- 情報が求められた際の対応の概略を明確にしておく。例えば、どのようにスポークスマンに情報が伝達されるか？情報の請求記録を残すか？　その場合はレポーターの名前、日付、要求の性質など、何を記録するのか？”万能”な手続きなど存在しないことを意識しておくべきである。チームでは、請求された情報の種類に応じて異なる手続きを用意することが必要である。
- 守秘義務の原則が、チームがメディアに提供できる情報の基本的な限界を決定する。適用される法律と、チームの守秘義務方針が組み合わさって、この限界を形成する。メディア・ポリシーはこの守秘義務方針と、チームの基礎となる法的義務を反映したものでなければならない。
- 守秘義務の要件とは別に、情報公開の規制も決定しておかなければならない。例えば、スポークスマン以外の誰も、CDRチームに関することをメディアに発表しないことなどである。どの情報を報道機関に明らかにするかを決めるには、機密性の先を見据え、具体的なガイドラインを策定する。レポーターの質問は、最初は定例的なものでも、すぐあとにより複雑な質問が来る場合があることを心しておく。誰かが答えはじめたら、途中でやめるのは難しい。

チームにはスポークスマンを1名置く。この人物は、メディアや一般市民への情報の一元的な伝達者である。指名するスポークスマンは、知識豊富で雄弁な人物であるべきである。

スポークスマンはCDR座長またはコーディネーター、チームの管理責任を持つ機関の代表者、メンバー機関の広報官、またはメディアへの説明に特に経験豊富なチーム・メンバーでもよい。

スポークスマンはそのほかにも、下記のような人物であるべきである。

- 子どもや家族の要求に敏感であること。
- チームの組織、プロトコールおよび守秘義務の要件を完全に把握していること。
- 考えを簡潔、迅速、正確に述べることができる。
- 難しい質問や困難な状況でも自信を持って堂々と落ち着いていられること。
- 社交的で温かく、ゆったりしていること。
- レポーターの締め切りのプレッシャーに敏感なこと。

CDRチームのスポークスマンの任務は、チームごとに異なるが、一般的には下記のようなものである。

- 情報を収集するか、またはチームからの情報をまとめて受け、メディアに伝達する。
- メディアと定期的な接触を図る。
- メディア機関のリストを更新し、その職員と接触する。
- 記者発表資料を作成し、配布する。
- 情報資材、例えばチームやその予防活動などに関するパンフレットのリストを保管する。
- メディアや一般市民からの質問を捌き、チーム・ポリシーやプロトコールに関する情報を提供できるようにしておく。

メディアからの問合せが多い場合は、例えば特定の原因や状況から発生した死亡例を検討する分科会の長などを、追加的なスポークスマンとして指名したいと考えるかもしれない。しかし、スポークスマンの人数は限定すべきである。レポーターは、誰がチームを代表して声明を出す権限のある人物かを知る必要があり、その声明の正確性に関して安心したいものである。また、チームも、独断的な情報が流出していないことを確信する必要がある。

予防活動推進のためのメディアとの連携

メディアはチームの提案を一般市民や議員に伝達する非常に有効な手段になりうる。多くのメンバー機関にも、連絡担当部署の職員など、メディアの専門家がいるはずである。これらの専門家と協力し、情報の公開方法や、予防キャンペーンの宣伝または策定を行うべきである。例えば、以下のようにメディアを利用できる。

- チームのデータ、所見および報告を一般市民に発表する。
- チームが検討の中で明らかにした特定のリスクについて一般市民の注意を喚起し、コミュニティに子どもの死亡予防に参加するよう呼びかけるための特別報告、ニュース、論説、または安全性速報等を行う。
- 印刷物、ラジオ、またはテレビを通じた一般市民の啓発キャンペーンを行う。
- CDR手続きに関する一般市民への発表を行う。

前向きな活動のためには、コミュニティ内のメディア機関を把握し、各媒体の主要な人物を同定しておく。公共テレビ、ラジオ局と日刊、週刊新聞社は必ず把握しておく。

情報の中心的対象者を同定しておくべきである。子どもの死の予防に関して、チームが最も啓発したいのは誰なのか？

対象者が違えば、必要とするメッセージも異なるため、対象者ごとにメッセージを作成する。メッセージは文化的要求に適ったものにすべきである。それぞれの対象者が受け取るメッセージは明らかにしておく。

対象者が異なると、必要とする報道機関と書式も異なるため、適切な報道機関と書式を選択する。対象者の必要とする情報を最もよくカバーする報道機関と書式を選択するようにする。

メディア・キャンペーンの時期は、対象者やキャンペーンのタイプに基づいて決定する。例えば、十代の自殺に対する意識高揚のキャンペーンなら、新学年が始まる春が考えられる。寒冷な州では、プールでの水死事故の予防キャンペーンは、プール開きが行われる5月の直前が良い。秋と冬は暖房器具の危険性のキャンペーンが重要な時期である。

チームの役割と責任を割り当てる。チームにはスポークスマンが一人しかいないので、前向きなメディアとの連携計画は、チーム全員の参加によって策定・企画する必要がある。さらに、チーム・メンバーの機関も計画の影響を受けるため、機関職員も計画を知っておき、必要に応じて計画の策定および企画に参加する。

報道機関と対象者を結び付ける

前述のとおり、異なるメッセージを発表するには、報道機関も変える必要がある。チームではどのようにして、どの報道機関を利用するかを決定するのか？まず、コミュニティ内のメディアを良く知ることである。

- 放送局ごとの特性を知る。例えば、「おしゃべり専門」か、「ニュース専門局」かなど。
- どの出版社が最も頻繁に、人間的な興味のある記事を出しているか。
- 公共広告（野外広告版、タクシーの車上広告、トランジット・チケットの裏面広告など）にはどのようなものがあり、対象は誰か。
- どの放送局に、チームの仕事と関連性のある既存の一般向けキャンペーンがあるか。

コミュニティ内の報道機関をつぶさに見ていくと、これらの答が見つかってくる。

- 子どものウェルビーイングについてレポートしているのは誰か？子どもの健康や安全についてて詳しいレポーターはいるか？子どもに関わる事件に特に関心のある警察担当記者のいる放送局はあるか？チームのメンバー機関の、最大の支援者、また批判者は誰か？
- チームがメッセージを託すのにふさわしくないメディアはどこか？チームが関わりたくない私的または政治的な課題を持ったメディアはどこか？偏向した対象者を持つメディアはどこか？
- チームのメッセージ伝達に最も適したメディアはどこか？特定のレポーターか、広報ディレクターか、ニュース・ディレクターか？
- チームはコミュニティのどこで対象者と接触できるのか？対象者は野球場で野外広告版を見るか？対象者は公共交通機関で通勤するか？特定の高速道路や一般道路が頻繁に利用されるか？対象者は映画を見に行くか？ラジオを聴くか？地区またはコミュニティ新聞はあるか？

第16章
他のレビューチームとの連携

CDR以外にも、死亡または疾病率に関するレビューを開始する州やコミュニティが増えてきた。これらのレビューの多くは同様の目的を持ち、CDRと同じ機関が関わっていることが多いため、CDRがどのようにこれらのレビューチームと連携していくかを明らかにしておくことは重要である。

現在米国内で稼動している主なレビュープログラムのタイプには、以下のようなものが含まれる。

- 胎児・乳児死亡事例検討(FIMR)
- 母親の死亡事例検討(MMR)
- 妊娠に関する死亡事例検討 (PAMR)
- DVに関連した死亡事例検討 (DVR)
- 子どものマルトリートメントによる死亡事例検討に関する市民検討パネル(CRP)

胎児・乳児死亡事例検討

FIMRは医学会で始まり、CDRプログラムが全米に広がる誕生の数十年前から存在するものである。乳児の死亡率は、コミュニティのウェルビーイングを示す敏感な指標である。FIMRはコミュニティのリーダーたちが連携し、個別の死亡例を体系的に評価することによって、胎児・乳児の死亡を引き起こす要素を確認し、検査する。FIMRの目的は、コミュニティや州のレベルで新たな乳児の死を予防する行動を起こすため、乳児がなぜ、どのように死亡するのかをより明らかにすることである。FIMRは非難の矛先を決め、咎めることが目的ではなく、コミュニティの要求、周産期医療システムやその他の福祉サービスシステムの短所や長所のパターンを知り、将来の出生率を改善する解決策を見出すことが目的である。FIMRはコュニティ単位の、行動を基本とする活動である。

FIMRの結果は医学的治療に帰する場合もあるが、ほとんどの場合、改善戦略の範囲には母子の健康的出産システム、公共政策やコミュニティ機能のパターンなども含まれる。例えば、FIMRの結果、母子支援サービスや総合的な十代の親の支援プログラムが増強されたり、両親のケアシステムが利用しやすくなったり、ヘルシー・スタート・プログラム、妊婦の禁煙プログラムの策定、ハイリスク家族への適切なプログラム提供における機関の業務改善、両親へのピア・サポート・サービスやSIDSのリスク低減プログラムの策定などが行われる。最も基礎的な機能としてFIMRは歴史から理解し、学ぶ材料を提供している。乳児の死亡を取り巻く過去の出来事から学ぶことによって、新たな乳児の死亡をも究極的には予防できることが期待されている。

FIMRモデルの主要構成要素のいくつかは、他のレビュー活動とは大きく異なっている。このレビューは、不特定化された、完全な母子医療ヒストリーのアブストラクトをレビュー用に作成して検討を行っており、それは母親への家庭での聴取が含まれるさらに、FIMRは二段階のレビューからなる技術的検討委員会と、コミュニティーアクションチームからなる。コミュニティ・アクションチームは、死亡事例検討の所見を聞き、システム改善策やその他の予防活動策を策定する。

米国産科婦人科学会と、HRSA-HHSの婦人科および母子健康局が連携する全米胎児・乳児死亡例検討(NFIMR)は、FIMRチームの支援を行っている。NFIMRへの問合せはEメール：nfimr@acog.org　　またはウェブサイト：www.acog.orgm 参照

母親の死亡事例検討(MMR) および妊娠に関する死亡事例検討 (PAMR)

これらのレビュー組織も、長い歴史があり、医学・医療サービスから発生したものである。これらは似ているが、母親の死亡事例検討の中には、妊娠に関わるものかどうかに限らず、出産1年後の女性の死亡までレビュー対象としているものもある。これらのレビューは、通常コミュニティ単位ではない。多くは州または病院単位で、レビューメンバーの殆どは医療コミュニティを代表している。レビューは、医療システムの過誤を明らかにし、妊娠中の女性の健康が保たれることを目的としている。

DVに関連した死亡事例検討(DVR)

このレビュー組織は1990年台半ばから存在している。1998年の国内サミット後、DVRは急速に米国内に広まった。DVRは、家庭内での争議が元で発生した、または現在も続いているDVに関連した殺人をレビューしている。レビューの大半は女性と子どもの例である。多くの殺人が、加害者の自殺に結びついている。

DVRの目的は、DVの発生を予防し、被害者の保護システムの欠陥を知り、全ての暴力に基づく死亡事例をより深く理解し、異なるシステム間の連携を深め、DVの被害者に、より早期の介入を行えるようにすることである。

これらのレビューチームはコミュニティ単位か州単位である。DVのレビューは殆どCDRの手続きと同じような段階を踏み、法的支援の確立、多領域からのチーム参加、記録の共有、守秘義務なども共通している。彼らのほうがCDRより捜査機関や裁判所、被害者擁護団体からの参加が多い。DVRでは、刑事司法制度の案件の宣誓供述との関係から、レビューの時期が大きな問題となる。

国からの支援は、DVに関連する死亡事例検討の情報クリアリングハウスおよび、情報センターである米国家庭内暴力死亡事例検討イニシアチブから提供されている。問合せは、ウェブサイト　www.ndvfri.org　または電話 1-866-738-7213 まで。

子どもマルトリートメント検討に関する市民検討パネル(CRP)

1996年、アメリカ連邦議会は児童虐待防止法(CAPTA)を修正し、CAPTA資金受領のためには、国が市民による検討パネルを設立することを要求した。このパネルは少なくとも四半期に一度参集し、一般市民が読むことのできる年次報告を作成し製作や手続きを検査するものとし、特定の死亡例は、必要に応じて州の地域の児童相談所によって取り扱われる。

CRPの目的は、州および地域の機関が子どもの保護に関する責任を果たし州の子ども保護システムへの改善提言を行っているかを判断することである。CRPは次の3分野それぞれに対応しなければならない。予防、里親・養子縁組、そして子どもマルトリートメントによる死亡である。CAPTAの要請の結果、殆どの州にCRPが確立され、その中には子どもマルトリートメントによる死亡をレビューする特別なCRPも含まれる。

米国内のパネルは、州または地域単位のレビューパネルが混じっている。多くは州のCDRプログラムの一部または兼務となっている。CDRチームは、州がCAPTAのCPRの要求に応える手助けをしている。例えば、ミシガン州では、マルトリートメントによる死亡事例を検討する州のCRPは、州CDR諮問チームである。このチームは、マルトリートメントによる死亡事例を検討する会議とを分けて開催し、別の報告書を発行している。

CPRはCPS機関の行動や、州のCAPTA、およびTitle IV-E里親・養子縁組扶助制度とその実践に重点を置いている点では、CDRとは異なっているかもしれない。その他にも組織的な本拠はあるかもしれない。CRPは連邦政府に要請を受けた組織で、死亡未遂例の検討も要求されている。

CRPは、レキシントンのケンタッキー大学のメーリングリストや情報センターの支援を受けている。問合せは、ウェブサイト、www.uky.edu/SocialWork/crp/　参照。

連携

前述した全てのレビュー過程には、CDRにも適合する構成要素がある。多くの州やコミュニティでは、既にレビュー過程を融合し、活動を調整したり、連絡を取り合うなどし始めている。州の多くで、これらのチームのメンバーが同一機関から参加したり、時には同一人物であることもある。

多くのレビュープログラムが、守秘義務の問題や、死亡事例の認知と選択、積極的なメンバー活動、報告と提言の作成など、同じ問題に直面している。プロセスをうまく調整する方法を見つけることは、多くの理由から重要である。まず、資金を合わせることで各レビュー過程が少ない資金を活用できる。第二に、各々のレビューメンバーは、それぞれのレビューに必要な同一人物や同一機関を含んでいる場合がある。第三に、そして最も重要なことは、こうした過程を経た結果出された所見を調整することができれば、ばらばらの意見がいくつかあるよりも、一つの強力な意見としてうちだす事ができ、子どもに関する改善と予防の機会が増強されるということである

以下は、レビュー過程の調整または連携にあたって考慮したほうが良いと思われる方法のリストである。各州およびコミュニティーはレビューの範囲も目的も手続きも異なっている。主要なリーダーに調整と連携の可能性を話し合ってもらうと良いだろう。

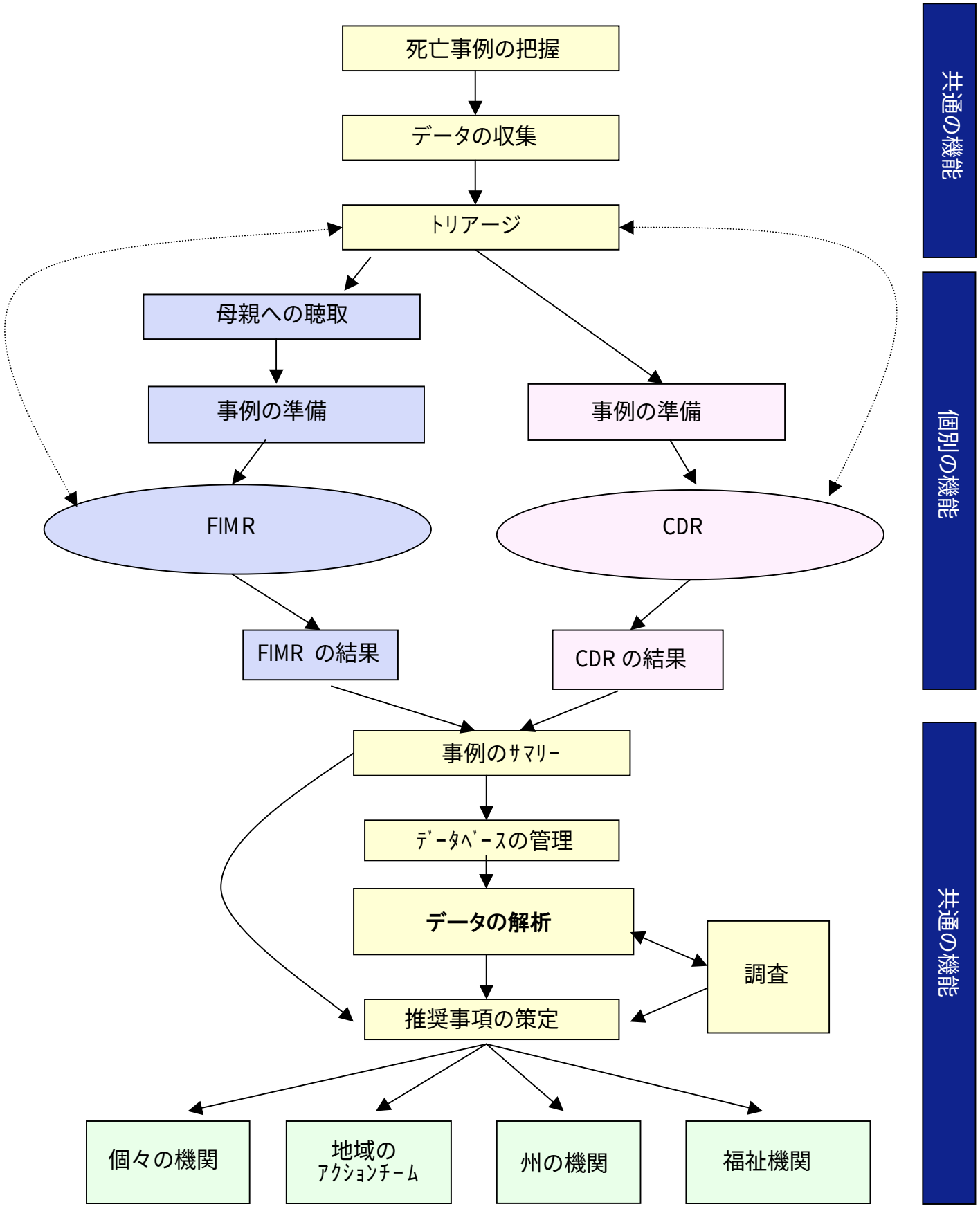
- レビューの目的: その殆どは予防とシステム改善に置かれている。
- チームのメンバー:複数のレビュー会議に同一人物が出席している場合がある。小規模のコミュニティでは、これはレビュー会議の有効性を薄めることになる。コミュニティの中には共同レビューを行っているところもある。例えば、あるCDRチームはDVレビューも行ってよいが、これらのレビューには人を追加的に参加させている。多くのコミュニティでは、FIMRおよびCDRのメンバーは同一である。多くのレビュー会議がある場合は、バランスを取ることが難しくなる。
- 死亡例の認知:レビューする全ての死亡事例の、死亡例認知の情報源が単一になるように、共同作業を考慮しても良い。そうすればより多くの死亡事例のレビューが可能になる。例えば、郡書記官はすべてのレビュー用の死亡事例を一度に収集したほうが良いだろう。書記官と共同で死亡事例の記録を一か所に集める連絡係を置いても良い。記録が見られる場所を一か所に定めるか、または公衆衛生官と連携して出生記録を集める作業を行っても良い。
- 死亡事例の優先順位:コミュニティの中には、FIMR、DVおよびCDRコーディネーターが定期的に集まり、重要な死亡事例について討議し、レビューの機会にどのようにその死亡事例を伝達するかを判断しているところもある。
- 死亡事例情報の共有:これには同意書が必要になり、守秘義務綱領にも慎重な配慮が必要だが、異なるレビューチーム間で、情報や知見を共有することもできる。これによって、死亡事例のより詳細な情報が入手できる場合もある。
- お互いのレビュー会議に出席しあう:チーム・コーディネーターは、特に死亡事例の知見調整にこれが役立つと感じるであろうし、予防と施策や実務上の改革を伴う場合はなおさらである。
- 研修と技術的援助:州全体またはコミュニティ全体で全レビューメンバー対象に一か所で研修が実施できれば、そしてレビューのプロセスの技術的援助についても責任を分担できれば、有用で費用節減になるであろう。
- 知見と提言:コミュニティに全てのレビュー組織から死亡事例情報を受け取る一つのアクション・チームを作り、、予防とシステム改善のためのコミュニティのアクション・プランを作成することを考慮しても良い。
- 報告:全てのレビュー知見をまとめて一つの報告書に統合しても良い。これは主要な政策決定者や政策リーダーに、より大きなインパクトを与えられる。特に州内またはコミュニティ内の、無名で資金も少ないレビューチームにとっては非常に有用である。

次ページのダイアグラムはFIMRとCDRチームの調整モデルを表したものである。

CDRとFIMRの連携モデル

機能	連携または個別作業	
死亡事例の同定	連携モデルでは、包括的な、コミュニティ全体に渡る調査システムを作り、コミュニティ内の、出生時から18歳までの全ての死亡事例を素早く認知する。これには、とりわけ病院、監察医、地方の健康局、警察などの協力が含まれる。FIMRのコーディネーターとCDRのコーディネーターは、合同調査システムのデザインと運用において協力し合う。	
データ収集	死亡事例の認知後は、適切な情報源からデータをもらい、各死亡例についてケースファイルを作成するため、データ収集と対応のメカニズムを策定する。データベースを作成して、認知後すぐに、各死亡事例について電子的ファイルを立ち上げられるようにしておくことを推奨する。	
選別	2人のコーディネーターは、当初は新規事例を各々検討し、どの検討メカニズムがその死亡事例に最も適切かを決める。選別が決定したら、その死亡事例はFIMRまたはCDRの手順に従って検討される。中には、双方の検討を予定される死亡例や、検討の結果、所見や他グループの専門知識などに応じて、その死亡例を他方の検討に渡す決定をする場合もある。	
死亡事例の準備	FIMRの死亡例では、母親との面談が試みられる場合がある。FIMRのコーディネーターはFIMRの形式に則って、非特定化を含む準備をする。	CDRの死亡事例では、CDRの標準的な形式で準備される。検討チームの全参加者に連絡が取られ、死亡事例が通知され、検討会議に関連情報を持ち寄るように指示される。
検討	FIMRチームが死亡事例を検討する。コミュニティによっては、FIMRとCDRの両方に所属するメンバーがいる場合もある。	CDRチームが死亡事例を検討する。この段階で、CDRチームのメンバーは、個別例についてさらにその先の行動やフォローアップを始めている場合もある。
検討結果	FIMRコーディネーターは、明らかになった問題点や提言を含む検討チームの検討結果を積み上げる。	CDRコーディネーターは、明らかになった問題点や提言を含む検討チームの検討結果を積み上げる。
死亡事例の要旨	どちらのシステムにも当てはまる標準的な死亡事例要旨を作成するとともに、お互いのシステムで双方向の検討を行う。	
データベース管理	双方の検討システムで単一のデータベースを持ち、その中に同様のデータも異なるデータも入れるようにする。検討作業に利用する形式は、データ入力がしやすいデータベースにあわせるべきである。	
データ分析	データ分析は、世界的な子どもおよび乳児の死亡事例分析および提言策定のために統合されたデータ・セットで行う。しかし、作業のクオリティ・コントロールや、州のFIMRまたはCDRプログラムに個別の報告書を提出するために、検討システムごとに自分たちの死亡事例について独自の分析を行ってもよい。	
研究	FIMRやCDRの検討からのデータに加え、検討システムを補完する研究プログラムがあると、コミュニティの便益は大きい。例えば、全出産例および未熟児、低出生体重、十代の妊娠などの問題が継続的に分析されていれば、検討すべき重要なデータが入手できる。また、出産を監視していれば、生児出生に基づく事で、統計の際の分母が判明する。	
提言の策定と実行	死亡事例要旨とデータ分析から、双方の検討システムの合同提言に優先順位がつけられる。所見は、コミュニティ・アクション・チーム（CAT）とも共有される。	
提言の発表と、行動への移し方	必要に応じて、CATから合同提言を記した単一書類が、適切な機関に送られる。場合によっては、状況に応じた特定の書類を検討システムごとに作成することになっている。	

胎児･乳児死亡例検討（FIMR）とCDRの連携



Peter Vasilenko, Ph.D., Michigan State University and Teri Covington, MPH, the National Center for Child Death Review. 作成

第17章
用語集

Abandonment – The act of a parent or caretaker leaving a child for an excessive period of time without adequate supervision or provision for the child's needs. State laws vary in defining adequacy of supervision and the length of time a child may be left alone or in the care of another before abandonment is determined. The age of the child is also an important factor in determining whether the child has been abandoned.

Abdominal Distention – Swelling of the abdomen (the area located between the chest and pelvis), which may be caused by internal injury, bowel blockage or malnutrition.

Abnormal – Deviating from the standard; not average; typical or usual.

Abrasion – A wound in which either skin or mucous membrane have been scraped off.

Accidental death – A manner of death indicating non-intentional trauma. See **Manner of death** and **Unintentional death.**

Accountability – The measurable extent to which an organization, individual or the general public keeps the promises made to the people served. Most often this involves providing assurance to someone or some organization that expected action occurred.

Accused – See **Defendant.**

Acute – In medicine, refers to a health effect that is brief, intense and short term (as compared to chronic).

Acute Pancreatitis – An acute inflammation of the pancreas (the organ in the body which produces and secretes the enzymes which aid digestion). Symptoms include serve abdominal pains, nausea and fever. In children, trauma should be considered as a possible cause.

Ad hoc members - Non-statutory members of a Child Death Review Team chosen to attend a specific review meeting for their expertise, experience and/or community or case involvement.

Addiction – Overdependence on the intake of certain substances (such as alcohol, nicotine and other drugs) or performing certain acts, such as smoking. Inability to overcome a habit or behavior pattern.

Adjudication (Adjudicatory Hearing) – In a child welfare case, the hearing in which the court determines whether a child has been maltreated or whether there is some other basis for the court to take jurisdiction (or authority) over the case. The grounds upon which the court may take jurisdiction vary from state to state. If the court finds that there is a basis for jurisdiction, the next stage of the process is the disposition hearing.

Adoption – A legal process that vests all legal rights and responsibilities of the parenthood in persons other than the child's biological or previously adoptive parents.

Anemia – Any condition in which the number of red blood cells (carriers of oxygen throughout the body) are less than normal.

Anorexia – Lack or loss of appetite for food.

Anorexia Nervosa – A personality disorder manifested by an extreme aversion to food. It usually, but not exclusively, occurs in young women. May include bingeing and purging (Bulimia).

Anterior – In human anatomy, the front surface of the body.

Apnea – The absence of breathing.

Appeal – In law, resort to a superior (appellate) court or administrative agency to review the decision of an inferior court (trial or lower appellate) or administrative agency.

Arraignment – One of the first steps in the criminal process in which a defendant is formally charged with an offense and informed of his/her constitutional rights.

Asphyxia – Death caused by being deprived of oxygen. Can be caused by strangulation, suffocation, choking or smothering.

Assault – The attempt to inflict bodily injury on another person, with unlawful force and the apparent ability to inflict the bodily injury unless stopped. Assault is both a crime and a tort (private/civil wrong).

Atrophy – Wasting away of flesh, tissue, cell or organ.

Autism – A syndrome appearing in childhood with symptoms of self-absorption, inaccessibility, aloneness, inability to relate to others, highly repetitive play and language disturbances. The cause is unknown.

Autopsy – The dissection of a dead body for the purpose of inquiring into the cause of death. Also, post mortem examination to determine the cause or nature of a disease. An autopsy is normally required by statute for violent, unexpected, sudden or unexplained deaths.

Avitaminosis – A condition caused by the lack of one or more essential vitamins, which may be caused by lack of vitamins in the diet or by the body's inability to use the vitamins because of disease.

Avulsion – A forcible separation or tearing away of a body part or tissue.

Baby Gram – (Slang) One or two x-rays taken in order to see all of a baby's body at one or two angles (often inadequate).

Battered Child Syndrome – A term describing a combination of physical and other indicators that a child's internal and external injuries result from acts committed by a parent or caretaker. In some states Battered Child Syndrome has been judicially recognized as an acceptable medical diagnosis.

Best Interest of the Child – A standard frequently used by child welfare agencies and child welfare courts in determining whether to undertake specific acts regarding a child.

Birth Parent – A parent to whom a child is born. Also called "biological" or "natural" parent.

Blunt Force Trauma – Injury caused by force from a blunt object (such objects may include hands and feet). Includes abrasions, bruises and contusions and lacerations.

Board Certified – A physician who has completed residency training and has passed an official medical board approved examination to be listed as a specialist in a particular field.

Bone Scan – A nuclear medicine study that can assist in diagnosis of early or minimal fractures, especially in children under two years of age where bones have not ossified.

Brain Stem – Portion of the brain connecting the cerebrum and the cerebellum to the spinal cord.

Bruise – An injury that does not break the skin but causes ruptures of the small underlying vessels with resultant discoloration of tissues. Organs can also be bruised, e.g., brain, kidneys. Synonymous with contusion and ecchymosis. See also **Hemorrhage.**

Petechiae – Very small bruises caused by broken capillaries.
Purpura – Petechiae occurring in groups or a small bruise up to one centimeter in diameter.
Ecchymosis – Bruise larger than one centimeter in diameter.

Burn – A wound resulting from the application of heat, cold, electricity or chemicals to the body. Burns are classified in terms of the degree of damage.

First Degree – Injury limited to the epidermis (outer skin layer).
Second Degree – Injury through the epidermis and dermis, typically causing the formation of blisters.
Third Degree – Destruction of the entire skin, including nerve fibers.

Calcification – Process in which organic tissue becomes hardened by the deposition of lime salts in the tissues, e.g., the formation of bone. Seen through x-rays, the amount of calcium deposited indicates the degree of healing of a broken bone or the location of previous healed fractures.

Callus – The hard bone-like substance that forms around the site of fractured bones and gradually fuses with underlying bone as the fracture heals. It is visible on x-ray about a week after the injury. See **Calcification.**

Calvaria (Calvarium) – The upper dome-like portion of the skull, composed of the superior portions of the frontal, parietal and occipital bones.

CAPTA – See **Child Abuse Prevention and Treatment Act.**

Caretaker – In child welfare, a person responsible for a child's health or welfare. This may be the child's parent or guardian, another person within the child's own home or relative in a relative's home, foster care home or residential institution.

Cartilage – Hard connective tissue that is not bone. In the fetus and growing child, cartilage may be the forerunner of bone before calcium is deposited to form bone.

Case – In child welfare, refers to both to the process of a child and family through the child welfare agency and to the process of the child and family through court.

Case Management – A systemic approach to social work in which an emphasis is placed on the system in which a client must function rather than on inner thought process. Case management requires identification and coordination of the multiple services required by the client.

Case Plan – In child welfare, a written document which contains at least: (1) a description of the home or institution in which the child is placed; (2) a plan for assuring that the child receives proper care and that services are provided which will reduce risk, promote healthy family functioning or facilitate the child's return home or to another permanent placement and (3) the child's health and education records.

Case Planning – The continuous process engaged in by a child welfare agency in developing and modifying a child or family's case plan.

Case Worker – The staff member of a child welfare agency who is responsible for working with a child or family.

C.A.T. Scan (Computerized Axial Tomography) – A radiological study using x-rays translated by computer to show body cross sections. See **M.R.I**.

Cause of Death – The effect or condition that brought about the cessation of life (e.g., trauma, asphyxia, cancer).

Cellulitus – Inflammation of cellular or connective tissue.

Central Registry – In child welfare, generally, a listing of names of persons found by a CPS agency to be perpetrators of child abuse or neglect. The existence and use of Central Registries varies from state to state.

Cerebral – Pertaining to the brain.

Cerebral Edema – Swelling of the brain due to accumulation of watery material.

Child – Person under 18 years of age. Synonymous with minor.

Child Abuse – (Common, legal) Intentional injury to a child. Each state has enacted its own definition of child abuse, generally based on the definition found in the federal Child Abuse Prevention and Treatment Act. According to the Child Abuse Prevention and Treatment Act (see **CAPTA**) is any recent act or failure to act on the part of a parent or caretaker which results in death, serious physical or emotional harm, sexual abuse or exploitation; or an act or failure to act which presents an imminent risk of serious harm.

Child Abuse Central Index – A state central index of reports of child abuse/neglect; it generally includes acts or omissions by caretakers that are held to be true and of significance after an investigation by law enforcement or **Child Protective Services (CPS**).

Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA) – An act introduced and promoted in Congress by U.S. Senator Walter Mondale and signed into law on January 31, 1974. The Act emphasized multidisciplinary approaches to child abuse and neglect. Codified at 42 USC § 101 *et seq.*

Child Death Review Case Report – A standardized form for collecting data on child fatalities meeting the criteria for review by the Child Death Review Teams as approved by the relevant jurisdiction.

Child Death Review Team (CDRT) – Representatives from the office of the coroner or medical examiner, county department of family and children services, public health department, juvenile court, office of the district attorney and law enforcement. May be formed at a city, county, regional or state-level.

Child Development – Pattern of sequential stages or interrelated physical, psychological and social development in the process of maturation from infancy and total dependence to adulthood and relative independence.

Child Maltreatment – See **Child Abuse**.

Child Neglect – (Common, legal) An injury to a child caused by the omission of necessary acts including failure to provide food, healthcare, shelter or safety. See **Child Abuse.**

Child Protective Services (CPS) – (Common) The welfare department/social service system designed to protect children. In most states, the entity that receives and investigates reports of suspected child maltreatment and provides services to children and families to ameliorate past maltreatment and prevent future maltreatment.

Child Sexual Abuse – The employment, use, persuasion, inducement, enticement or coercion of any child to engage in or assist any other person to engage in, any sexually explicit conduct or simulation of such conduct for the purpose of producing a visual depiction of such conduct; or the rape and in cases of caretaker or inter-familial relationships, statutory rape, molestation, prostitution or other form of sexual exploitation of children or incest with children. *Note: Each state is responsible for providing its own definition of child abuse and neglect.*

Child Welfare Agency – In most states, the public agency responsible for the provision of services such as Child Protective Services (CPS) and foster care.

Child Welfare and Adoption Assistance Act (Public Law 96-272) – A federal law passed in 1980 intended to prevent multiple foster care placements and increase effective permanency planning for children in foster care. Case plans, findings of reasonable effort, retrospective reviews and dispositional reviews are among its requirements for states wanting a share of money appropriated under the Act.

Child Welfare Court – The court that hears child welfare cases (emergency removal, adjudication, disposition, review and termination of parental rights). Sates have different names for this court, including family court, juvenile court and dependency court.

Choking – When the upper airway is blocked by a foreign object.

Chronic – In medicine, developing slowly and persisting for a long period of time.

Citizen Review Panel– In 1996, the United States Congress mandated that states that receive federal Child Abuse Prevention and Treatment Act funding (CAPTA) must establish a minimum of three Citizen Review Panels to develop recommendations for the improvements of a state's child protection system. At a minimum these panels must look at child fatalities, foster care and adoption and child abuse prevention services in order to improve policies and procedures.

Civil Court – Courts established for the adjudication or controversies between individual parties or the ascertainment, enforcement and redress of private rights. The court which hears child welfare cases is a civil court.

Clotting Factor – Material in blood that causes it to coagulate or clot. Deficiencies in clotting factors can cause profuse internal bleeding and bruising, as in the disease hemophilia. Bruises or bleeding caused by clotting factor deficiencies may be mistaken for abuse.

Coagulation – The process of clotting. The body's process of healing itself when blood is released from an injured vessel.

Coagulation Studies – Blood tests done to diagnose or rule out possible clotting factors diseases.

Coining – A Southeast Asian folk remedy in which the edge of a coin is repeatedly rubbed over the body, generally the upper torso, windpipe and inner arm. The result is a series of reddish to purple vertical bruises resembling strap marks, which vary in depth and severity. The bruises are believed to be an indicator of evil spirits of a disease exiting the body.

Colon – The part of the large intestine that connects the small bowel (ileum) with the rectum.

Colposcope – Optical instrument for low power magnification of the external genitalia as well as the vagina and cervix. Used for detection of sexual injuries. Also used for detection of ano-rectal injuries.

Commissioner – See **Master**.

Common Law – In the law, the system of jurisprudence (the form of law) which developed in England and came to American colonies during colonization. Common law is derived and developed from the decisions of judges.

Competent Intent – The desire to cause an event to happen by someone with the ability to form that intent (some say a child under the age of 8 does not have the ability to form competent intent).

Completed Review – Data entered and verified in a Child Death Review Case Reporting System.

Concussion – An injury to the brain caused by a violent jarring or shaking or a blow to the brain. After a mild concussion there may be a brief loss of consciousness with a headache on awakening. A severe concussion may cause lengthy unconsciousness and disruption of breathing or other vital functions of the brainstem.

Confidentiality Statement – A standardized form, approved by the jurisdictional authority, which must be signed by all participants in the review process.

Congenital – Those mental or physical traits, malformations, disease, etc., that are present at birth. May be hereditary or due to some influence during gestation.

Contusion – See **Bruise.**

Coroner – A jurisdictional official, usually elected, whose duty it is to determine the cause and manner of sudden, suspicious or violent deaths. May or may not be a physician. Differs from a medical examiner, in that a **medical examiner** is by definition a physician.

Coroner's Investigator – An official investigator for the coroner, who may have varied backgrounds, levels of education and areas of specialty.

Corporal Punishment – Physical punishment inflicted directly upon the body.

Cortex – The outer layer of an organ.

Costal Cartilage – Cartilage that attaches the ribs to the sternum or to other cartilage.

Cranium – The skull.

Crime Scene – The physical site where a crime may have occurred. See **Death Scene**.

Criminal Court – A court designated to hear matters relating to criminal law, this court hears cases involving the crime of child abuse.

Crisis Intervention – In social work, the purposeful activities and involvement of helping a person at the point that another person or family is caught in acute, disabling distress due to situational events. The intervention includes rapid response to move the client from emotional disorganization to rational problem solving through time-limited counseling and other services.

Cupping – A folk remedy in which an alcohol-soaked material is ignited in a small cup or jar. After the flame is extinguished, the cup is placed over the skin and the resulting suction forces the tissue into the mouth of the cup. The cup is left in place for approximately twenty minutes. Cupping results in a 2-inch circular, unraised, ecchymotic burn. Wounds usually are produced in symmetrical, vertical rows, in clusters of two and four on the right and left side of the chest, abdomen and back or in smaller groupings on the forehead.

Custody – In law, the right to care and control of a child and the duty to provide that child's food, clothing, shelter, ordinary medical care, education and discipline. Parents are the natural custodians of their child. However, a court may grant temporary custody to someone other than a parent, pending further action or review by the court.

Cutaneous – Pertaining to the skin.

Cyanosis – Purplish or bluish discoloration of the skin and mucous membranes, caused by a lack of oxygen in the blood.

Death – The cessation of life, manifested in people by a loss of heart beat, absence of spontaneous breathing and the permanent loss of brain function; loss of life.

Death Certificate – Official document noting the cause and manner of death. See **Cause, Manner and Fetal Death Certificate.**

Death Scene Investigation – An attempt by a person functioning in an official capacity to gather information at the site where a fatal illness, injury or

event occurred, for the purpose of determining the cause and circumstance of the death.

Defendant – In civil proceedings, the party responding to the complaint brought by the plaintiff. In criminal proceedings, the person accused of a crime and synonymous with accused.

Dehydration – A large loss of fluid from the body tissues. It may occur after any condition in which there is a rapid loss of body fluids, including fever, diarrhea or vomiting. Dehydration is particularly dangerous in infants and young children.

Dependency Court – Specialized civil court designated to hear matters pertaining to child abuse/neglect. See **Criminal Court, Family Court** or **Child Welfare Court**.

Depression – In psychology, a mood disorder in which there are extreme feelings of helplessness, hopelessness, inadequacy or sadness.

Dermis – Inner layer of skin.

Diaper Rash – A skin irritation in the diaper area. Possible causes include yeast infections, bacterial infections, urinary tract infections, parasitic infestations, contact irritation from soaps or diaper wipes, infrequent diaper changes or poor hygiene.

Diaphysis – The shaft (long, thin part) of a long bone which is between two flared ends.

Differential Diagnosis – The determination of which two or more diseases with similar symptoms is the one from which the patient is suffering. For example, osteogenesis is a differential diagnosis for child abuse.

Discipline – Behavior that educates and corrects or punishes.

Disposition – In Child Protective Services, the finding of the validity of a report of child maltreatment that is made by the caseworker after investigation. Disposition categories vary from state to state.

Disposition Hearing – In child welfare court cases, a court hearing which determines whether a child needs or requires the court's assistance, guidance, treatment or rehabilitation and, if so, the nature of that assistance, guidance, treatment or rehabilitation.

Disposition Review – In a child welfare court case, a hearing in which the court reviews the child's case to ensure that a permanency plan is being implemented in the child's best interest.

Dissociation – In psychology, the separation of thought or feeling from consciousness, e.g., when a sexual abuse victim "pulls away" from the cognitive and emotional experience of the abuse. "Multiple Personality Disorder" is a severe and rare outcome of dissociation.

Distal – The parts of the body, limbs or organs, that are farthest from the trunk or point of origin.

Due Process of Law – The right of persons under the 5th and 14th Amendments to the U.S. Constitution to procedural and substantive fairness in situations in which the government would deprive the person of life, liberty or property.

Dura Mater – The tough fibrous membrane covering the brain and the spinal cord.

Ecchymosis – See **Bruise**.

Ecological – In the behavioral and social sciences, refers to the consideration of the interaction of personal, physical, behavioral, social, cultural, medical, economic, environmental and systemic determinants when analyzing the behavior of individuals, families, groups and systems.

Edema – Swelling caused by an excess of fluid in the body tissues.

Emergency Medical Services – The complete chain of human physical resources that provide patient care in cases of sudden illness or injury.

Emergency Medical Technician (EMT) – A professional provider of emergency care. An EMT receives formal training and certification. There are three levels of emergency medical technicians.

EMT Basic – Can administer oxygen and initiate defibrillation but is not allowed to perform any type of invasive care.

EMT Intermediate – Has passed specific training programs in order to provide some level of advanced life support, for example, the initiation of intravenous lines and administration of some medications. In some states, this level is currently being phased out.

EMT Paramedic – Has successfully completed paramedic training and has received appropriate certification. EMT paramedics can generally perform relatively invasive field care including insertion of endotracheal tubes, initiation of intravenous lines, administration of medications, interpretation of electrocardiograms and cardiac defibrillation.

Emergency Removal Hearing – An immediate hearing held by the child welfare court which determines whether to continue emergency out-of-home placement for an allegedly maltreated child. State laws vary on the time by which the hearing must be held after the child has been removed from the home in an emergency. Synonymous with shelter hearing.

Emotional Maltreatment – Passive or active patterned, non-nurturing behavior by a parent or caretaker that negatively affects or handicaps a child emotionally, psychologically, physically, intellectually, socially or developmentally. The definition can vary by state.

Encopresis – Uncontrolled or involuntary bowel movements.

Enuresis – Uncontrolled or involuntary passage of urine.

Environmental – Pertaining to all of the many factors that affect the life of a person, including physical and psychological.

Epidemiology – The study of the spread, prevention and control of disease in a community or a group of persons.

Epidermis – The outer most skin layer.

Epiphysis – The rounded ends of a long bone.

Evidence – In law, something that makes another thing evident or tends to prove that a fact at issue is true.

Circumstantial – Evidence of a fact from which another fact can reasonably be inferred.

Direct – Evidence which is presented in the testimony of a witness who has direct knowledge of the fact being proved.

Hearsay – An out of court statement intended to prove the truth of the matter being asserted. Hearsay evidence is usually excluded from court proceedings because it is considered unreliable and because the person making the original statement cannot be cross-examined.

Opinion – Witnesses are ordinarily not permitted to testify as to their personal beliefs or opinions, being restricted instead to reporting what they actually saw or heard. However, a witness can give an opinion if qualified as an expert. See **Expert Witness.**

Physical – Any tangible piece of proof. Physical evidence usually must be authenticated by a witness who testifies to the connection of the evidence (called an exhibit) with other facts of the case.

Prima Facie – Evidence that will suffice as proof of the fact in issue until its effect is overcome by other evidence.

Examination – In law, the questioning of a witness.

Expert Witness – Someone the court determines to have expertise on a subject (does not necessarily require any graduate degree). The witness may qualify as an expert through experience, training or education. Only an expert witness may testify in the form of opinion.

Expungement – Destruction of records. In law, expungement may be ordered by a court after a specified number of years or when the juvenile, parent or defendant applies for expungement and shows that his/her conduct has improved. In child welfare, expungement also means the removal from the Central Registry of certain reports of abuse or neglect.

Extremity – Portion of the body that is not a part of the trunk (e.g., arms, legs).

Failure to Thrive – A medical condition seen in young children where a child does not gain weight. It may be associated with a decrease in the rate of growth or in a growth rate that is significantly below norm. The cause may be organic (natural) or non-organic, such as poor nutrition, inadequate food intake or inappropriate formula preparation.

Family Court – Court designated to hear matters pertaining to family law (e.g., divorce and child custody). See **Child Welfare Court**.

Family Dynamics – Interrelationships between and among individual family members. The evaluation of family dynamics is an important factor in the identification, diagnosis and treatment of child abuse and neglect.

Family Dysfunction – Ineffective functioning of the family as a unit or of individual family members in their family roles because of the physical, mental or situational problems of one or more family members.

Family Preservation Services – Services provided which support the principle that a child should be maintained in the family if the child's safety can be ensured.

Family Reunification Services – Services which support the principle that the preferred permanency plan for a child in foster care is the return to the family if the child's safety can be ensured.

Fatality – Loss of life. See **Death**.

Felony – Generally, any criminal offence for which the penalty is imprisonment for more than one year. Murder, rape and armed robbery are crimes usually considered felonies.

Felony Murder – See **Homicide**.

Fetal Alcohol Syndrome – A congenital syndrome caused by intrauterine exposure to alcohol. Characteristics include growth retardation, microcephaly (small head) and mental retardation.

Fetal Death – (Common) Death of pregnancy after approximately 20 weeks.

Fetal Death Certificate – Official document noting the death of a fetus (note - does not include a space for manner of death.) See **Manner of death**.

Fetal Homicide – (Legal) The death of a viable fetus caused by competent intent. See **Viable Fetus**.

Fingering – See **Spooning**.

Fontanelle (Fontanel) – The two soft areas ("soft spots") on the head of an infant where the bones are not yet joined. One soft spot disappears at about two months and the other at about eighteen months of age. A "bulging fontanelle" may indicate increased pressure in the skull.

Forensic – Having to do with the study of criminal acts.

Forensic Pathologist – A pathologist with training in criminal pathology. See **Board Certified**.

Foster Care – Placement for children under dependency court jurisdiction (. Includes continuous 24-hour care and supportive services provided for a child while the child needs substitute care outside of the child's family.

Foster Care Review Board – A volunteer panel of citizens that reviews the cases of children who have been in foster care under public agency for at least six months. Boards generally seek to determine the efforts that have been made to achieve permanent and stable placements for foster children and to encourage and facilitate the implementation of permanency plans in their best interest.

Foster Care Services – In most states, the entity that provides services to children and families when a child is in foster care.

Foster Family Home – A type of foster care that is provided in a family setting.

Fracture – Any break or crack in bone or cartilage.
- **Basilar Skull –** A fracture to the base of the skull which will often result in spinal fluid leaking from the nose or ear.
- **Bucket Handle Tears –** Total fracture of a long bone so that it is floating loose.
- **Chip –** A small piece of bone is separated from the main body of the bone; avulsion fracture.
- **Comminuted –** A bone broken into a number of pieces.
- **Compound –** A broken bone that protrudes through the skin.
- **Egg Shell –** A fracture of the skull that looks like a broken egg on an x-ray.
- **Greenstick –** The bone is bent and there is an incomplete fracture in the convex side of the curve. Common among young children.
- **Incomplete –** The line of the fracture does not include the entire bone.
- **Occult –** A fracture that is not visible on x-ray.
- **Pathologic –** A fracture occurring at a site weakened by a preexisting disease, as seen in osteogenesis imperfecta, tumors or Gaucher's Disease.
- **Simple –** A break in a bone without displacement of the bone pieces.
- **Spiral –** A break in a long bone which is spiral shape, resulting from twisting of the extremity.

Gaucher's Disease – A rare, familial disease in infants, which may cause fractures. Gaucher's Disease is a differential diagnosis for child abuse.

Gluteal – Referring to the buttock.

Gross Examination – In medicine, a physical examination without the aid of radiologic instruments or surgical entry.

Group Home – A type of foster care in which care is provided in a small group setting.

Guardian – An adult who is legally responsible for a child. A guardian has almost all the rights and powers of a parent, but the legal relationship is subject to termination and change. A guardian may also have physical custody of the child.

Guardian *ad litem* – A lawyer or non-lawyer who represents the best interest of a child in a child welfare court proceeding.

Hematemesis – Vomiting of bright red blood, often resulting from internal injury.

Hematoma – Swelling caused by the accumulation of blood in the body tissues.

Hematuria – Blood in the urine.

Hemophilia – An inherited disorder of the blood in which there is a defect in its ability to clot, resulting in a tendency to hemorrhage.

Hemorrhage – Bleeding.
- **Intraabdominal –** Bleeding within the abdomen.
- **Intracerebral –** Bleeding within the brain.
- **Intracranial –** Bleeding within the skull.
- **Intradermal –** Bleeding within the skin. See **Bruise.**
- **Retinal –** Bleeding into the inner lining of the eye, hallmark of whiplash and Shaken Baby Syndrome.

Hemostaiss Screen – A laboratory study performed to determine whether or not a child has a bleeding or bruising tendency.

Hepatic – Pertaining to the liver.

Homicide (official) – Death caused by another with the intent to kill or severely injure.
- **Murder –** The unlawful killing of a human being with malice aforethought. Malice aforethought requires premeditated intent plus an element of hatred.
- **Felony Murder –** The unintentional killing of a human being during the commission of a felony.
- **Manslaughter –** An unlawful killing of a human being without malice aforethought.
- **Voluntary Manslaughter –** An intentional killing committed under circumstances which, although they do not justify the homicide, mitigate it.
- **Involuntary Manslaughter –** Criminally negligent homicide, such as a death resulting from the negligent operation of a motor vehicle.

Homicide (common but not official) – Death at the hands of another (without reference to intent).

Homicide Detective (Investigator) – A police or sheriff department investigator with an expertise in homicide investigations.

Hospital Shopping – The use by a person or family of different medical facilities so that each individual medical facility's sole contact with the person or family is a single presenting injury.

Hydrocephalus – "Water on the Brain," in infants, an accumulation of fluid in the subarachnoid or subdural spaces of the brain.

Hyperactive – More active than normal. The term becomes synonymous with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADDH or ADHD or ADD), that is characterized by inattention, impulsivity and hyperactivity.

Hyperemia – An excess of blood in a part of the body causing reddening of the skin; it disappears when pressure is applied.

Hyperpigmentation – Increased pigmentation of the skin.

Hyperthermia – High body temperature.

Hyphema – Hemorrhaging into the anterior chamber of the eye, often appearing as a bloodshot eye. Blows to the head or violent shaking are two possible causes. See **Hemorrhage - Retinal**.

Hypoactive – Less active than normal.

Hypothermia – Low body temperature.

Hypothalamus – The portion of the brain which controls and integrates functions such as general regulation of water balance, body temperature, sleep, food intake and the development of secondary sex characteristics.

Hypovitaminosis – A condition caused by a deficiency of one or more essential vitamins.

Idealization – In psychology, attributing exaggerated positive qualities to self or other, e.g., a child may idealize an absent or abusive parent.

Identification – In psychology, increasing feelings of worth by identifying oneself with a person or institution of illustrious standing.

Identification with the Aggressor – In psychology, a defense mechanism consisting of imitation of the aggressor.

Impassivity – A state of not feeling or showing emotion.

Incest – Sexual intercourse between persons who are closely related by blood. While incest between parent and child or siblings is almost universally forbidden, various cultures may extend the boundaries to prohibit intercourse with other relatives. In the U.S., the prohibition against incest is specified by state laws as well as by cultural tradition. States usually define incest as marriage or sexual relationships between relatives who are closer than second or sometimes even more distant, cousins. While incest and sexual abuse are often thought to be synonymous, incest is only one type of sexual abuse.

Incidence – In epidemiology, the extent to which a problem occurs in a given population.

Independent Living – A possible permanency plan for a child in foster care in which the goal is self-sufficiency after discharge from foster care.

Indian Child Welfare Act (ICWA) – A federal law which specifies the manner in which child welfare agencies and child welfare courts must handle cases involving Native American and Alaska Native Children.

Infant – Child under one year of age. See **Neonate.**

Infanticide – The killing of an infant or of many infants.

Injury – Refers to any force whether it be physical, chemical, thermal or electrical that results in harm or death.

Institutional Review Board – Under federal guidelines, the groups designated by an institution to review research and practice methodologies relevant to protections to prevent harm and protect confidentiality particularly as they relate to human subjects.

Intentional Injury Death – Public health term used to define death caused by another with the intent to cause harm. See **Competent Intent**.

Intent – Desire to cause to happen. See **Competent Intent.**

Intern – Student trainee, also refers to a physician's first year of work after medical school.

International Classification of Diseases – The ICD is designed to promote international comparability in the collection, processing, classification and presentation of mortality statistics. This includes providing a format for reporting causes of death on the death certificate. The reported conditions are then translated into medical codes through use of the classification structure and the selection and modification rules contained in the applicable revision of the ICD, published by the World Health Organization. These coding rules improve the usefulness of mortality statistics by giving preference to certain categories, by consolidating conditions and by systematically selecting a single cause of death from a reported sequence of conditions. The single selected cause for tabulation is called the underlying cause of death and the other reported causes are the non-underlying causes of death. The combination of underlying and non-underlying causes is the multiple causes of death. The ICD has been revised periodically to incorporate changes in the medical field. To date, there have been 10 revisions of the ICD.

Intraocular – Within the eye.

Intravenous – Within a vein.

Judgment – The court's final decision.

Jurisdiction – An agencies authority over an incident, investigation and/or prosecution.

Juvenile Court – See **Child Welfare Court**.

Kinship Care (Relative Placement) – Residential caregiving provided to children by nonparental relatives. Kinship care may be full-time or part-time, temporary or permanent and may be initiated by private family agreement or under the custodial supervision of a child welfare agency.

Laceration – A torn or jagged wound causing a splitting or tearing in the external skin surface in addition to the deep tissue.

Language Delay – A situation in which a child's language abilities are considerably poorer than the abilities of most children of the same age.

Late Effects – Refers to conditions or outcomes that may occur at any time after an acute injury, whether intentional or unintentional.

Lateral – Occurring on or pertaining to, the side.

Lesion – Any injury to any part of the body from any cause that results in damage or loss of structure or function of the body tissue involved. A lesion may be caused by poison, infection, dysfunction or violence and may be either intentional or unintentional.

Lethargy – A state marked by loss of energy, inactivity, sluggishness or excessive drowsiness.

Leukemia – A malignant disease of blood forming elements. Children suffering from leukemia may present petechiae or bleeding which should be considered in the differential diagnosis of children who bruise easily.

Listserv – Computerized one-to-many electronic mail system that allows individuals to share information with a group.

Local Child Death Review Team – A Child Death Review Team that operates within a specific area within a state, i.e., city, county, reservation or other geographical area. See **Multidisciplinary Team**.

Long Bones – Bones of the arms (ulna, radius, humerous) and legs (femur, tibia, fibula).

Malnutrition – A condition caused by inadequate nourishment.

Maltreatment – See **Child Abuse and Neglect**.

Mandated Agency – The agency designated by state law to receive and investigate reports of suspected child abuse and neglect. The specific agency varies from state to state.

Mandated Reporters – Persons designated by state law who are legally responsible for reporting suspected child abuse and neglect to the mandated agency within their state. Mandated reporters vary according to state law, but are primarily professionals, such as doctors, nurses, school personnel and social workers who have frequent contact with children and families.

Mandible – The bone of the lower jaw.

Manner of Death – The official, vital statistics classification, whether natural, suicide, homicide, accidental or undetermined. Also known as **Mode of Death.**

Manslaughter – See **Homicide.**

Master – A person appointed by a court in certain cases to hear testimony and make reports that, if approved by the court, become the decision of the court. In some states, masters may hear child welfare court cases. Also referred to as **referee** or **commissioner**.

Mechanism of Death – The physical reason for a death (e.g., head trauma caused brain swelling which caused decreased brain function which caused the heart and/or lungs to stop functioning).

Medial – Towards the middle or mid-line.

Medical Cause – Refers to death resulting from a natural cause other than SIDS.

Medical Examiner – An official whose duty it is to investigate sudden, suspicious or violent death to determine the cause. See **Coroner.**

Medical Neglect – Generally, the repeated failure of parents or caretakers to comply with recommendations from medical professionals for the treatment of a child's condition. Individual states may define the term differently.

Menkes Kinky Hair Syndrome – A rare, genetic disorder which blocks absorption of copper in the gastrointestinal system, causing brittle bones and eventual death. It is a differential diagnosis for child abuse.

Mesentery – Membranes which cover abdominal organs and attach the bowel to the abdominal wall. The mesentery may be injured in interabdominal trauma or inflames, as with peritonitis.

Metaphysis – The area of bone between the epiphyses (extremities) and diaphysis (shaft) which flares out at the end of long bones. It contains the growth zone of the bone.

Minor – See **Child.**

Misdemeanor – Criminal offenses that are less severe than felonies and generally punished by lesser fines or by jail terms which do not exceed a year.

Mode of Death - See **Manner of Death**

Mongolian Spot – A type of birthmark that appears most frequently on a child's lower back or buttocks. These dark pigmented areas usually fade by age five. They are sometimes confused with bruises.

Multidisciplinary Team –A group of professionals representing various disciplines who meet to coordinate their efforts in investigation, providing services and the prevention of child deaths and injury. See **Local Child Death Review Team**.

Munchausen Syndrome by Proxy – A pattern of abuse in which the perpetrator, usually a parent, will fabricate medical histories, inflict physical findings, alter laboratory specimens and induce disorders in a child to give the appearance that the child is ill.

Murder – See **Homicide.**

National Crime Information Center (NCIC) – Criminal justice information systems operated by the Federal Bureau of Investigation in Washington, D.C.

Natural Cause – Death resulting from inherent, existing conditions. Natural causes include congenital anomalies, disease, other medical causes and SIDS.

Neglect – See **Child Neglect**.

Negligence – In the law, doing something that a person of ordinary prudence would not do or the failure to do something that a person of ordinary prudence would do, under given circumstances.

Neonate – Infant under one month of age.

Neurologic Sequelae – A diseased condition of the nervous system resulting from previous disease. In abused children, the condition may result from previous abuse.

Occipital – Back of the head.

Ossification – The process during which immature or new bone or cartilage is converted into bone.

Osteogenesis Imperfecta – A genetic condition which causes bone to be brittle and prone to fracture. It is a differential diagnosis for child abuse.

Osteomyelitis – Inflammation of bone caused by a bacterial organism.

Paralysis – Complete or partial loss of functioning, usually involving motor function in a part of the body.

Paramedic – See **EMT-Paramedic**.

Parens Patriae – "Parent of the country." Refers to the role of the state as sovereign and the guardian of persons under legal disability. It is through parens patriae that the state investigates possible child abuse and neglect and places a child in foster care.

Passive – In psychology, not reacting visibly to something that might be expected to produce manifestations of an emotion or feeling.

Pathognomonic – Specifically distinctive or characteristic of a disease or pathologic condition; a sign or symptom on which a diagnosis can be made.

Pathologist - Physician with residency training in pathology. See **Forensic Pathologist** or **Pediatric Pathologist.**

Pediatrician – Physician who has completed residency training in pediatrics.

Pediatric Pathologist – Physician with special training in pediatrics and pathology. See **Board Certified.**

Perinatal – The period of time from around the twenty-eighth week of gestation through the first seven days after delivery.

Perineum – Region of the body between the anus and the genitals.

Periosteal Elevation (Hemorrhage) – The tearing away or lifting up of the bone's covering, from the hemorrhaging that occurs when a bone is broken or there has been bleeding under the periosteum. This is not necessarily indicative of child abuse as it can be due to leukemia or infiltrative disease such as tumors or inflammation. It may be present at birth from a difficult delivery.

Periosteum – The outer covering of bones that is essential for bone formation and healing.

Peritoneum – The lining of the abdomen.

Peritonitis – Inflammation of the membranous lining of the abdominal cavity.

Perjury – Knowingly and willfully giving false testimony under oath.

Permanency Plan – In child welfare, a plan for implementing the most permanent long-term living situation possible for a child, consistent with the child's best interest. This plan specifies where and with whom a foster care child shall live and the proposed legal relationship between the child and the permanent caretaker or caretakers.

Permanency Planning – The process by which a welfare agency with responsibility for the child in foster care develops a permanency plan for a child.

Perpetrator – In child welfare, a person(s) who committed an act that resulted in the death of a child.

Petechiae – See **Hemorrhage – Intradermal**.

Petition – In the law, a formal, written request to the court that it do something. The petition is a pleading

that begins a court case. It contains the facts and circumstances upon which a court is asked to provide certain relief as well as the relief being sought.

Physical Abuse – See **Child Abuse**.

Pia Mater – The fine vascular membrane that envelops the brain and spinal cord. It is located below the arachnoid and the dura mater.

Plaintiff – In a civil case, the person who files a lawsuit.

Pleadings – In the law, formal allegations of the claim and defenses raised by the parties to the court case.

Posterior – In human anatomy, the back surface of the body.

Postpartum Depression – Depression which may occur after childbirth.

Premature Infant – An infant born after thirty-seven weeks gestation but before full term and, arbitrarily, an infant weighing 2.2 - 2.5 pounds at birth. This definition varies.

Prenatal – Occurring before birth.

Preventable Death – A child's death is considered to be preventable if the community (through legislation, education, etc.) or an individual (through reasonable precaution, supervision or action) could have done that which could have changed the circumstances that led to the death.

Prevention – In public health, the keeping of something (such as an illness) from happening. There are three general levels of care designed for prevention:

Primary – The first level of care, designed to prevent the occurrence of disease or injury and promote health.

Secondary – The second level of care, based on the earliest possible identification of disease or injury so that it can be more readily treated or managed and adverse sequelae can be prevented.

Tertiary – The third level of care, concerned with promotion of independent function and prevention of further disease or injury-related deterioration.

Probable Cause – In the law, a requisite element of a valid search and seizure or of an arrest, which consists of the existence of facts and circumstances within one's knowledge that are sufficient to warrant the belief that a crime has been committed (in the context of an arrest) or that property subject to seizure is at a designated location (in the context of a search and seizure). Whether probable cause exists depends on the independent judgment of a "detached magistrate."

Prosecution – The act of pursuing a lawsuit or criminal trial; also, the party initiating a criminal suit.

Proximal – Those parts of the body or portions of the bone, that are closest to the trunk or to the point of origin.

Psychosis – In psychology, a mental disorder causing gross impairment of a person's mental capacity, affecting response and capacity to recognize reality.

Public Law 96-272 – See **Child Welfare and Adoption Assistance Act.**

Purpura – See **Hemorrhage – Intradermal.**

Radiolucent – In medicine, a part of a body or object which permits the passage of x-rays without leaving a shadow on the film. Soft tissues are radiolucent; bones are not.

Rarefaction – Loss of density; on an x-ray, an area of bone which appears lighter than normal is in a state of rarefaction indicating a loss of calcium.

Rationalization – In psychology, attempting to prove that one's behavior is "rational" and justifiable and thus worthy of self and social approval.

Reaction Formation – In psychology, the substitution of behavior, thoughts or feelings which are diametrically opposed to the person's own unacceptable ones. For example, a parent feels guilty about lack of bonding with the child and instead overindulges the child.

Reasonable Effort – In child welfare, the ordinary diligence and care by a child welfare agency to identify child protection problems and provide services to solve those problems so as to prevent out-of-home placement or promote family reunification.

Reconsideration – In child welfare, the process of periodically reassessing and redeveloping the permanency and case plans.

Records Request Form –Forms for requesting records on individual cases.

Recurrent Otitis Media – Repeated inflammation of the middle ear. It is the leading cause of hearing loss in children.

Referee – See **Master.**

Regression – In psychology, retreating to an earlier developmental level involving less mature responses and, usually, a lower level of aspiration.

Regulation – For a governmental agency, directions for the operation of the agency, developed by the agency to implement its statutory responsibilities. Regulations have the force and effect of law when issued following notice to the public and an opportunity for the public comment.

Relative Placement – See **Kinship Care**.

Repression – In psychology, a defense mechanism in which the person is unable to remember disturbing feelings, thoughts or experiences.

Resident – In medicine, a post-intern trainee in an official training program (e.g., pediatrics).

Retinal Hemorrhage – Bleeding in the retina of the eye.

Reviewable Death – Death which has been reported as having met criteria for review by a Child Death Review Team, whether or not the review has yet been completed and reported. Criteria vary by team.

Rickets – Condition of delaying maturation of the bones caused by a Vitamin D deficiency. May be seen with severe malnutrition, hypoparathyroidism and renal disease.

Risk Assessment – A structured gathering and evaluation of information related to factors in a child's family, home environment, temperament and conditions, to determine the presence, level and type of risk(s) to the child's current and future safety and welfare. As relevant factors change, risk assessment must therefore be conducted over the life of a case.

Risk Factors – Refers to a person, thing, event, etc., that put an individual at an increased likelihood of incurring injury, disability or death.

Rubella – An infectious viral disease with particular effects on fetuses (possibly causing abnormalities) or newborn infants. One of the early manifestations may be petechiae or easy bruising. There also may be associated bone lesions that may be confused with child abuse.

Rupture – The break of an organ or other soft part.

Sacral Area – Lower part of the back.

Scapula – The flat, triangular bone in the back of the shoulder; the shoulder blade.

Scar – The dense, fibrous tissue that is left behind by the healing of injured tissue.

Sclera – The rough white outer layer of the eyeball.

Search Warrant – An order issued by a judge and directing certain law enforcement officers to conduct a search of specified premises for specified things or persons and to bring them before the court. Use of a search warrant is required by the Fourth and Fourteenth Amendment to the U.S. Constitution.

Secondary Infection – Infection by a microorganism following an infection by another microorganism.

Seizure – Involuntary muscular contraction and relaxation originating from the "short circuit" of the central nervous system. Seizures vary in pattern, length and intensity. Causes include fever, tumors, injuries or epilepsy.

Sequelae – The aftereffects of an injury or disease process. In child abuse, this term usually refers to the psychological or physical outcomes which result from being abused or neglected.

Serology – The study of blood serum for evidence of infection.

Sexual Abuse – See **Child Sexual Abuse.**

Sexually Transmitted Disease (Infection) (STD or STI) – Disease transmitted by sexual contact, including chlamydia, trichomonas, gonorrhea, syphilis, hepatitis B and HIV. The presence of a STD in a child is an indicator of possible sexual abuse. However, some STDs are passed on to the fetus during pregnancy or at birth.

Shaken Baby Syndrome – Characterization of head injuries to a young child caused by shaking without impact. Injury to an infant or child resulting from violent, repetitive shaking. Pathognomonic findings include intracranial hemorrhaging, retinal hemorrhaging and no cutaneous manifestations of injury. Survivors are frequently left with profound neurologic sequelae, e.g., blindness, deafness, mental retardation, cerebral palsy and seizures.

Shaken Impact Syndrome – Characterization of head injuries to a young child occurring with both shaking and impact. Different from Shaken Baby Syndrome, which does not include impact.

Shelter Hearing – See **Emergency Removal Hearing**.

Skeletal Series of X-rays – Defined series of x-rays designed to find most fractures. See **Baby Gram**.

Skeletal Survey – A series of x-rays taken of all the bones of the body.

Smothering – Specifically refers to asphyxiation of the nose and mouth usually by a hand or soft object. Mechanical asphyxia resulting from external pressure on the body preventing chest movement and breathing.

Social Isolation – The limited interaction and contact of many abusing or neglecting parents with relatives, neighbors, friends or community resources. Social isolation can perpetuate a basic lack of trust, which hinders both the identification and the treatment of child abuse and neglect.

Somatization – In psychology, a pathology in which a person becomes preoccupied with physical symptoms disproportionate to any actual physical disturbance. May be seen in victims of sexual abuse.

Splitting – In psychology, a defense mechanism in which a person views self and others as all good or all bad, failing to integrate the positive and the negative qualities of self and others into cohesive images. Often the person alternately idealizes and devalues the same person.

Spooning (Fingering) – A folk remedy from Southeast Asia for pain relief. The middle knuckle of the index finger or a spoon is firmly rubbed along the surface of the skin in any area of an ill person's

body, especially along the spine, behind the knees, in the bend of both arms and on the chest from just above the nipple to mid-clavicle. If a raised line appears, no further treatment is necessary.

Standard of Proof – An amount of probability necessary for court to render a decision regarding the evidence presented to it. There are three different standards of proof.

Beyond a Reasonable Doubt – The amount of probability required to find a criminal defendant guilty. The proof must be so conclusive and complete that the ordinary person could not reasonably deny it.

Clear and Convincing Evidence – An amount of probability less than beyond a reasonable doubt but more than probable cause. It is used in some civil cases, including termination of parental rights cases. The proof must produce a firm belief of truth to the trier of the fact.

Preponderance of Evidence – The amount of proof required in most civil cases, including child welfare cases (except for termination of parental rights proceedings). The proof must be more likely than not.

State Child Death Review Team – An appointed body of representatives that oversees the local child death review process, reports to the governor annually on the incidence of child fatalities and recommends prevention measures based on the data. See **Child Death Review Teams**.

Statute – A law passed by a legislative body.

Sternum – The bone that runs down the front part of the chest; the breastbone.

Stillborn – Potentially viable fetus born dead.

Strangulation – Asphyxia caused by external pressure applied to the neck either by the use of hands or a ligature (rope).

Subarachnoid Bleeding – Bleeding that occurs between the pia and the arachnoid membrane of the central nervous system.

Subcutaneous – Beneath the skin.

Subdural Hematoma – Bleeding between the internal lining of the skull and the brain.

Subgaleal – The inner lining of the scalp. A site of hemorrhage frequently secondary to hair pulling.

Subpoena – In the law, a command to appear at a certain time and place, on a certain date and give testimony on a certain matter.

Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) – Sudden death of an infant that remains unexplained after a review of the medical history, a complete death scene investigation in which a thorough postmortem examination, including autopsy, fails to demonstrate an adequate cause. A diagnosis of exclusion can be made when no underlying cause of death can be identified. It is not caused by abuse or neglect.

Suffocation – Asphyxia caused by a general deprivation of oxygen either from obstruction of external airways or lack of breathable gas in the environment.

Suicide – Death of self-caused with intent. See **Intent.**

Summons – In the law, a document used to commence a civil action or special processing. A summons is issued by a court to the sheriff (or other designated official), requiring them to notify the person named that an action has been commenced against the person and that the person is required to appear on a day named and answer the complaint.

Syndrome – A group of signs and symptoms that occur together and are typical of a particular disorder or disease.

Termination of Parental Rights (TPR) – A legal process that severs the legal relationship between parents and the child and vests authority in the child welfare agency. The TPR order places the child in the guardianship of the child welfare agency and gives the agency the right to consent to adoption or long-term care short of adoption.

Testimony – Evidence given by a competent witness under oath or affirmation, as distinguished from evidence derived from written or other sources.

Thorax – Chest area, encompassing the heart, lungs and ribs.

Torsion – Twisting, as of a limb.

Traction – Drawing or pulling, as in setting a bone.

Trauma – An injury or wound brought about by an outside force. Trauma may be caused unintentionally or, as in physical abuse, intentionally. Trauma also refers to physiological discomfort or symptoms resulting from an emotional shock or painful experience.

Trend – In child death surveillance, refers to the changes occurring in the number and distribution of child deaths.

Undetermined Death – Death where the manner of death is not clear. See **Manner of death.**

Unsupervised Death – Death which data suggests that the decedent may not have had adequate supervision at the time of the fatal injury or death event. Defining variables include reports that the event was unwitnessed, that the caretaker was asleep at the time (except under normal sleeping hours) or that there was no adult caretaker present.

Unintentional Death – Refers to the act that resulted in death being one that was not deliberate, willful or planned.

Vascular – Pertaining to or containing blood vessels.

Venereal Disease – See **Sexually Transmitted Disease.**

Venue – Related to the locality of the court or courts which possess jurisdiction.

Vertical Team Prosecution – A prosecution in which every member of the prosecution team is the same throughout the trial.

Vesicle – Blisters containing fluid.

Viable Fetus – A fetus that would be able to live outside the uterus if born as defined by experts.

Victims of Crime Fund – Money available to serve crime victims through a federal and/or state program with local officials having responsibility for distribution of funds.

Visceral – Pertaining to the internal organs.

Vital Signs – Blood pressure, heart rate, respiratory rate and temperature.

Vitreous – The material that encloses the major portion of the eye, which is normally clear. With an eye injury there may be hemorrhaging and the area may turn red.

Welt – Minor damage to the skin or to the blood vessels directly underneath the skin caused by a blow or a cut. Does not involve bleeding.

Whiplash – See **Shaken Baby Syndrome.**

Witness – A person who has first-hand knowledge of the illness/injury/event leading to injury, disability or death. This excludes information obtained from other persons. A person inflicting injury on a child or identified as a perpetrator is not considered a witness. The witness may or may not be in charge or providing immediate care for the child and may or may not have custody of the child. First-hand knowledge usually includes seeing or hearing the illness/injury/event occur.

Wound Pattern – Wounds that are close together, similar size and shape and inflicted in the same area of the body.

Common Agency Acronyms

CPS	Child Protective Services
CDRT	Child Death Review Team
CFR	Child Fatality Review
CR	Central Registry
DHS	Department of Health Services
DOH	Department of Health
DOJ	Department of Justice
DPH	Department of Public Health
DSS	Department of Social Services
DSW	Department of Social Welfare
FIMR	Fetal and Infant Mortality Review

Common Legal Acronyms

CAPTA	Child Abuse Prevention and Treatment Act
CWAAA	Child Welfare and Adoption Assistance Act (Public Law 96-272)
ICWA	Indian Child Welfare Act
NCIC	National Crime Information Center
TPR	Termination of Parental Rights
VCF	Victims Crime Fund

第18章
チームのための
参考ツール

CDRチームの為のツール
目次

ツール	ページ
新規のCDRチームのプランニング	107
地域のCDRチームコーディネーターの職務規定	122
州のCDRチームコーディネーターの職務規定	123
初回の企画会合の議案	124
新規のチームメンバーへの招待状	125
地域の死亡事例検討チーム機関間協定書	126
検討チームでの守秘義務契約	128
守秘義務に関する誓約書	129
郡書記官への協力要請文書	130
医療診療録使用許可願	131
管轄を跨ぐ事例における協力要請文書	132
CDRチーム会合の議案書	134
会合のサマリーシート	135
CDRチーム会合の事例追跡表	136
諮問委員会の目的と機能	137
州諮問機関会合議案書	138
子ども死亡事例検討年次報告の概要	139
CDR 法制度のチェックリスト	141
防止に関する骨子	143
州のレビューチームのプロセスについて	144
効果的なCDRの為のガイド	146

新規のCDRチームのプランニング
や
新規チームの申請

パート1: Child Death Reviewチームを結成する為の準備
パート2: チームを結成し、レビューのプランニングをする

Developed by the National Center for Child Death Review
at the Michigan Public Health Institute
2438 Woodlake Circle, Suite 240
Okemos, MI 48864 800-656-2434
www.childdeathreview.org

パート1
Child Death Reviewチームを結成する為の準備性の評価

1. 地域がカバーする地理的な範囲(市町村・県等)を明確にする

_____

_____

2. カバーする地域の総人口は？ _____

カバーする地域の18歳未満人口は？ _____

カバーする地域の10歳未満人口は？ _____

カバーする地域の5歳未満人口は？ _____

3. カバーする地域の人種・民族構成は？

グループ	%
白色人種	
アフリカ系アメリカ人	
アメリカインディアン	
ヒスパニック	
ポリネシア人	
アジア人	
その他	

4. カバーする地域における、昨年度の0-18歳での全死亡数は？

年齢	数
<1	
1-4	
5-9	
10-14	
15-18	

5. 昨年度における子どもの死亡様態は？

死亡様態	数
病死	
事故死/不慮の死	
殺人	
自殺	
不詳	

6. 昨年度における子どもの死亡原因は？

死因	数
周産期要因	
SIDS	
その他の医学的要因	
交通事故	
火事	
溺水	
窒息	
銃火器	
毒物	
その他	
断定不能	

7. その他の子どもの死因としてあなたが持っている特記すべき情報は？

8. 子どもの死に際し、どの機関がデータ収集をしていますか？どのように情報にアクセスしていますか？

機関	データのタイプ
監察医/検視官	
公衆衛生機関	
ｿｰｼｬﾙｻｰﾋﾞｽ	
検察官	
警察官	
法廷	
地域の活動団体	
その他	

9. あなたの地域は、監察医制度ですか、検死官管轄域ですか？ _____

10. 監察医、もしくは検死官は誰ですか？ _____

11. 監察医、もしくは検死官が検死する際に、特に必要とする物や特別な過程はありますか？外表観察・解剖そのどちらの際のものでも構いません。プロトコールや過程表などがあれば添付してください

12. 管轄の警察はどこですか？
州警察 _____
郡保安官 _____
警察署 _____
キャンパスポリス _____
学校警察 _____

13. どの機関が、子どもの死亡の第一捜査権を有しているか？

14. 子どもの死亡を捜査するうえで、警察が（内部・もしくは外部に向けて）特別に要求すべき事項や過程ありますが？プロトコール・手続きなどあればすべて添付のこと。

15. 当区域を管轄する検察はどこか？

子どもの死亡に関して専任の検察官がいるか？名前は？

16. 子どもの死亡事案に対応するうえで、検察が（内部・もしくは外部に向けて）特別に要求すべき事項や過程ありますが？プロトコール・手続きなどあればすべて添付のこと。

17. 当区域を管轄し、子どもの死亡に対応する児童相談所はどこか？

18. 子どもの死亡事案に対応するうえで、児童相談所が（内部・もしくは外部に向けて）特別に要求すべき事項や過程ありますが？プロトコール・手続きなどあればすべて添付のこと。

19. そのほかに子どもの死亡の捜査にかかわる機関はありますか？ _____
はいの場合、どの機関ですか？

20. はいの場合、その機関が特別に要求される事項や過程ありますが？

21. 以下に示す中で、あなたの地域で施行されているﾚﾋﾞｭｰはありますか？

該当する者すべてにチェックし、ﾁｰﾑ管理者の名前と、内容につき略記せよ

胎児・乳児死亡例検討 □
管理者の名前：_____
略記：

DV事例検討 □
管理者の名前:_____
略記:

子ども保護チーム(CPT)による事例検討 □
管理者の名前:_____
略記:

市民による児童相談所調査委員会による検討 □
管理者の名前:_____
略記:

22. あなたの地域の機関間の連携の程度は0-10(乏しい－極めて優れている)でスケールをつけると何点ですか？理由を述べよ:

23. あなたの地域には現在、どのような機関間連携が存在していますか？

24. 子どもが死亡した際に監察医/検視官と児童相談所が、相互に連携(情報交換を含む)する過程がありますか？ はい_____ いいえ _____
はいの場合、その過程について略記せよ。プロトコール・手続きなどあればすべて添付。

25. 子どもが死亡した際に警察と児童相談所が、相互に連携(情報交換を含む)する過程がありますか？ はい_____ いいえ _____
はいの場合、その過程について略記せよ。プロトコール・手続きなどあればすべて添付。

26. チームを形成していくうえでの合意形成過程で、下記の中で困難が予想される項目はありますか？(はいの場合、詳記)

	はい	いいえ
すべてのコアﾁｰﾑﾒﾝﾊﾞｰをそろえる。	□	□
守秘義務に関する書面同意を得る	□	□
機関間で情報を共有する	□	□
2日間の研修に参加してもらう	□	□
州プログラムに報告書を提出する	□	□
年次会合に出席する	□	□

はいの場合、詳記:

パート2
チームの形成＆レビューのプランニング

1. チーム計画をリードする人物：_____
   機関：_____
   住所：_____
   _____
   電話番号_____Fax:_____
   E-Mail:_____
2. 協同する機関

機関	計画に参加する予定はあるか？	レビューを行う際に業務委託しているか？
a. 医師もしくは検視官 名前：_____ 所属機関：_____ 住所：_____ 電話/eメール：_____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
b. 保健師 名前：_____ 所属機関：_____ 住所：_____ 電話/eメール：_____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
c. 社会福祉司 名前：_____ 所属機関：_____ 住所：_____ 電話/eメール：_____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
d. 警察官 名前：_____ 所属機関：_____ 住所：_____ 電話/eメール：_____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
e. 検察官 名前：_____ 所属機関：_____ 住所：_____ 電話/eメール：_____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
f. 救急救命士 名前：_____ 所属機関：_____ 住所：_____ 電話/eメール：_____	□はい □いいえ	□はい □いいえ

機関	計画に参加する予定はあるか？	レビューを行う際に業務委託しているか？
g. その他 名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ
名前: _____ 所属機関: _____ 住所: _____ 電話/eメール: _____	□はい □いいえ	□はい □いいえ

3. チームをプランする上で、参加してほしい人物を知ることは、過程の苦労の約半分を占めます。残りは、それらの人々を計画のテーブルに乗せることである。プランの過程で各々の参加者に、参加を確約してもらうためには何が出来るでしょうか？誰がその仕事を行い、また、いつそれをすべきでしょうか？

氏名/機関	段階/日付	担当者サイン

プランニングのための会合：下記の質問の数々は、あなたが初回のCDRチームプランニング会合を行う上で、参考になるであろう。プランニングの会合のための活動を2つに分けて、質問は構成されている：1つは、会合に参加する者同士が互いを教育しあい、地域内の実践活動を知る事。そしてもう一つは、チームをどのように運営していくかをプランニングする為のものである。活用できる時間にもよるが、これらの活動をこなしていくためには1回以上の会合が必要になると思われる。

4. 初回ミーティングの日時はいつか？

5. 初回ミーティングの開催場所はどこか？

6. ミーティングを計画する際に誰がファシリテーターとなるか？

7. ミーティングを計画する際に誰が、管理者としてのサポートを行ってくれるか？

8. 初回ミーティングでは下記のいずれがとり行われるか？

活動	プレゼンター/ファシリテーター	資料
チームの目的と目標を明確にする		
CDRについて説明を行う		
地域の子どもの死亡に関するデータについて議論を行う		
現時点で参加者たちがどのように子どもの死亡事例に対応しているか議論する		
チームの到達点について議論する		
チームの人選について議論する		
レビューする対象について議論する		
ﾚﾋﾞｭｰの過程（どのように事例を認知するか、誰がコーディネートを行うか等）につき議論する		
守秘義務、ならびに情報へのアクセス方法につき議論する		
報告の方法につき議論する		
ﾚﾋﾞｭｰの予行を行う		
いつからチームを稼働させるのかのタイムラインを設定する		

チームの組織化：まずはじめに話し合う事は、チームの目的についてである。それ以外のもの、活動内容、メンバー、検討する死亡例などは、目的が定まれば、おのずと決まってくる。

9. チームにはどのような目的があるのか？ 該当のもの全て を選択せよ 。

死亡事例の検討	☐
データの収集･分析	☐
システムについての研究	☐
新たな死亡例を防ぐために必要な変更点の確認と実行	☐
その他 (具体的に)	☐

１０ チームはどのような活動を行っているか？該当のもの全てを選択せよ。

調査を補完する緊急検討チームとしての活動	☐
子どもの死亡例調査を補助し、協力する	☐
または個人の死亡例の評価	☐
システム変更点の確認および実行	☐
子どもの死亡例調査または対応策のためのプロトコール作成	☐
データ収集および分析	☐
提言およびフォローアップ活動	☐
法改正、政策、実務変更に関する政府当局への助言	☐
子どもの死をより深く理解する	☐
その他 (具体的に)	☐

１１． チームの地理的範囲はどこか？一つだけ選択せよ。

都市	☐
郡	☐
複数都市連携	☐
司法官管轄区	☐
行政区域	☐
州	☐
その他	☐

地理的エリア名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿

１２． 子どもの死亡検討チームのメンバーは、チームの目的を遂行し、チームの活動を完結させるために必要な人物でなければならない。該当のもの全てを選択せよ。

司法当局	☐	部局：＿＿＿＿＿＿＿＿
子ども保護サービス	☐	
検察官 /地方検事	☐	
検察医または 検視官	☐	
公共衛生機関	☐	
小児科医または小児ナースプラクティショナー	☐	
子ども保護サービス機関の法定代理人	☐	

子どもケア資格者	□	私立非営利団体	□
家庭内暴力専門家	□	裁判所任命特別調停人	□
教育	□	保護および権利擁護機関	□
救急医療サービス	□	障害専門家	□
消防局	□	薬物乱用治療プログラム	□
少年司法制度	□	乳児突然死症候群（SIDS）プログラム担当者	□
地方病院	□	バイタルレコード担当者	□
母子健康	□	防止活動協力機関	□
精神保健	□	その他(具体名)	□
子ども虐待防専門家	□		

13. チームではどのような死亡例を検討する**のか？これ**は、チーム計画についての議論で話された内容をもとに決定する。管轄地域内で何件の死亡例があるか、一会議で検討可能な死亡例は何件かについても考慮の必要がある。前死亡例を検討すると決定した場合は、スクリーニングの利用、チームがより多くの件数の検討を行えるようにする小委員会設置などの検討手続きが望ましいかもしれない。該当のものがあれば選択し、回答せよ。

A. 特定年齢以下の**全子ども死亡例か？**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
その年齢は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

B. 特定の原因による死亡**例か？**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
その原因**は？**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

C. 検察医・検視官が扱った**死亡例か？**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
それはどのような死亡例**か？**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

D. 特定の機関が承知していた子ども、または家族の**死亡例か？**＿＿＿＿＿＿
具体的**には？**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

14. チームの支援機関、または主導権限を持つ機関は

公衆衛生当局	□
司法当局	□
ソーシャルサービス/児童相談所	□
検察官・地方検事	□
検察医・検視官	□
子ども虐待防止センター	□
私設非営利団体	□
その他（機関名　　）	□

15. チームはどのようにして死亡事例を同定するのか？

検察医・検視官がリスト提供 ☐
バイタルレコードで死亡証明書発行 ☐
郡書記官がリスト提供 ☐
その他 ☐

16. チームにはどのように死亡例が通知されるか？

17. チームはどのように個々の死亡例を検討するか？

検察医その他が検討用の死亡例をスクリーニング ☐
チーム全体で全死亡例を検討 ☐
小委員会で特定の種類の死亡例を検討 ☐
具体的に :

その他 ☐
具体的に :

守秘義務**および情報へのアクセスについて**

18. チームに情報へのアクセス権を負託している法 (法規または一般法) の規定は？

19. **チームが死亡例情報にアクセスすることを禁ずる法(法規、または一般法、裁判所規定、裁判所命令、または機関規則)の規定または業務慣行は？**

20. 情報共有にあたって、チームは機関間契約を締結するか？

21. 記録へのアクセスを要求・確保するにあたって、チームではなんらかの書面資料を作成するか？

22. 事例における情報の評価に取り組むため、下記の表を埋めよ

情報	情報源	負託先	制限
子ども虐待/ネグレクト歴			
家庭の社会サービス利用歴			
現場検証			
剖検			
医療記録			
精神的健康状態			
薬物乱用歴			
公共衛生サービスの利用歴			
教育歴			
その他			

23. もし情報へのアクセスに何らかの制限がある場合、アクセスを担保するためどのようなアプローチが必要か？該当項目すべてにチェックし、方法について記載せよ

法の改正 ☐
守秘義務協定書 ☐
裁判所命令 ☐
法律家の一般的意見 ☐
HIPAAの知見 ☐
その他 _____ ☐

チームの情報への第三者からのアクセスについて

24. チームにより、形成する情報、そして保持すべき情報は異なる。どのような情報につき作成し、保持していくか？該当項目すべてにチェック。

メンバーの名簿 ☐
議事録 ☐
生データ ☐
統計データ ☐
CDR事例報告 ☐
その他 ☐ _____

25. 上記でチェックした情報に関し、チームメンバー外にその情報を共有したり、制限する為に必要な規定はありますか？

情報	規定	制限

24. ﾚﾋﾞｭｰにより得られた情報にアクセスする為にはチームとして下記のいずれかに規定されている事を必要とするか？該当する項目すべてにチェック

法の改正	□
守秘義務協定書	□
裁判所命令	□
法律家の一般的意見	□
HIPAAの知見	□
その他	□

27. 誰がﾚﾋﾞｭｰ情報のファイルを管理し、どこに保管しておくべきか？

28. ﾚﾋﾞｭｰ情報はどのように安全の担保がなされるべきか？

チームコーディネーターとチーム会合の座長について

すべてのチームが、ﾁｰﾑｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰとﾁｰﾑ責任者を置いているわけではないとはいえ、職務に対しての報酬を支払い、関係機関のメンバーの任命依頼を行う人が、ﾁｰﾑの管理者であるといえる。しかしﾁｰﾑｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰというのは存在意義の大きいものであり、そのような人物の参加を考慮すべきである。

ﾁｰﾑｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰは、CDRチームを運営していくうえで重要な職務を担っている。ﾘｰﾀﾞｰｼｯﾌﾟというものは、献身的でモチベーションの高いチームを、維持・発展させていく上でキーになるものである。ﾁｰﾑｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの職責には、新しいメンバーへのオリエンテーション、チームの発展、チーム会合への責任、予防活動、チームの継続が含まれる。

チーム責任者はﾚﾋﾞｭｰ会合の運営・座長を行うものであるが、レビューの管理責任をとるものではない。

29. チームにおいて、誰がその職責を担うか？

コーディネーター _____
チーム会合の座長 _____

地域CDRコーディネーターの職務規定

役職名: 地域子ども死亡事例検討ﾁｰﾑｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ

業務の目的: (チーム名　　) 子ども死亡事例検討チームのコーディネート; 地域の指導的立場の**人物**とともに検討チームを維持増強し、子どもの健康および安全に関連する機関との連携を深める; そして、子どもが死亡や重篤な状態に陥ることを予防するため、CDR チームから**提言**を打ち出す。

義務および責務:

- 死亡率および罹患率データを入手し更新する。
- 子どもの死亡例通知システムを策定し実行することで、 CDRチームは管轄内の全ての死亡**事**例または地域外を含む場所で発生した地域住民の死亡**事**例を知ることができる。
- チームのメンバー機関との連携をはかり、維持し、チーム内に有効に死亡**事**例検討を行えるメンバーが十分**確保**されるようにする。
- 全ての子ども死亡**事**例検討チームの会議の日程･企画を立て、会場確保、召集状をチームメンバーに発送する。
- 死亡例情報を収集し、チーム会議用に報告書を作成する。
- 新規メンバーの採用と、新規メンバーへのオリエンテーション**を行う**。
- チームメンバーの守秘義務に関する声明を策定し、保持する。
- 全会議の議長を指名するか、議長を務める。
- CDR活動に関する機関間紛争の解決に努める。
- CDR チームが、チームの策定したプロトコールに準じて 運営されるよう保証する。
- 予防計画において、多くのリスク要因が相互に関連していることを認識し、(チーム名　　) 子ども死亡事例検討チームの、子どもの健康および福利問題への包括的アプローチを助ける。
- CDRチームの提言、予防のための取り組み、 活動の円滑化を促進する。
- **子どもの死亡原因、死亡**リスク、**予防因子等に**関する情報を**流してくれる**メディアとの、接触を**促進する**。
- 死亡**事**例報告を完成させ、必要に応じて州の子ども死亡**事**例検討局に提出するとともに、検討死亡**事**例の記録を**保存**しておく。
- 必要に応じて州の子ども死亡例検討局やその他の機関との連絡窓口となる。
- 新チームに対するオリエンテーションを含む、(チーム名　　) 子ども死亡**事**例検討チームへの研修や教育の提供を行い、確立したチームに対しては、子どもの健康および安全に関する具体的な問題についての、高度研修を行う。
- 必要に応じてＣＤＲプログラムの沿革、説明、チームの活動ツールや、チームの些細な所見を含む年次報告などの発表資料や書類を作成する。
- CDR手続きや、死亡の具体的な原因に関するCDRの**知**見に関心のある団体に面会またはプレゼンテーションを行う。

教育: 該当分野における学士号取得が要件

経験: 福祉分野における 3年から5年の経験

重要なスキルおよび特長：コミュニティの子どもおよび青少年の健康に関わる健康プログラム開発および福祉システムについて熟知していること。コミュニティの福祉に関する公衆衛生方針に関する業務知識があること。様々な団体と機関の枠を越えて合意を形成しつつ、コミュニティレベルで協調する能力があること。優れたコミュニケーション能力、文章力、 組織力があること。自発的で協調性があり、かつ自立して業務ができること。

州CDRコーディネーターの職務規定

役職名:　　州子ども死亡例検討プログラムコーディネーター

業務の目的:　(州名　　) 子ども死亡事例検討プログラムの管理およびプロジェクト運営

義務および責務:

- CDRプログラム全体の策定、促進および実務を含む監督業務を行う。
- プロジェクトのニーズ分析、策定、業務計画およびスケジュールの監視を含むプロジェクト活動の調整。進捗状況および評価報告書を作成。
- 州全域の地域子ども死亡事例検討チームの監督、策定、維持。
- 子ども死亡事例検討における所見や提言の支持活動。
- 子どもの健康、安全および予防分野に関わるシステムの問題点を明らかにし、検証する。
- 予防プログラムの支援を提唱。
- 法策定、改正にあたる政策立案者を補助。求めに応じてデータを提出し、必要な際は政策趣意書を作成。
- 州レベルでの機関間、州と地域レベル間、そして地方の各管轄区間でののより良い対話を促す。
- 子どもの死亡の傾向および問題点を分析する。
- レビュー手続きの増強の提言を行う。
- 子どもの死亡事例検討の症例報告および死亡率データを収集する。
- 州の子ども死亡事例検討報告書を作成。
- 地域の子ども死亡事例検討チームと、予防に関する情報や戦略を結びつける。
- 州機関との優れた業務関係を維持し、連絡窓口となる。
- 技術的支援、研修、情報および教育資材、ガイドラインの企画、作成、およびその他の情報を開発、提供し、子どもの死亡事例検討プログラムを支援する。
- コミュニティおよび州全域の団体との新たな関係を構築し、協調して子どもの死亡例検討プログラムを増強する。
- (州名　　) 子ども死亡事例検討プログラムを、地方、州、および全米レベルの会合や研修で周知、または代表出席する。
- 州子ども死亡事例検討諮問委員会のプロジェクトに関する討議、会議や電話会議の組織運営、議事録や報告書などの書類作成を監督する。
- 州内の他の死亡事例検討プログラムと連携する。

教育:　保健または福祉分野での修士号を持ち、子ども、青少年および家族の健康に関する特定の研修および教育を受けていることがが望ましい。統計、疫学、コミュニティ医療サービスおよび子どもの安全、健康と保護についての知識が確立されていること。

経験:　最低3ないし5年の、責任のある立場での保健または福祉サービスでの経験があり、関連プログラムの開発、人事管理および監督、評価、プロジェクト開発、予算策定、補助金管理、資金調達および研修の経験もある。
最低1年の監督者経験と、最低1年のプログラム･マネジャーとしての経験。

重要なスキルおよび特長：文章力および話術に優れている。学術、公衆衛生、コミュニティなどの場で様々な人間関係において対人能力が高い。演説術が優れている。複数の競合する期日のある、高速度の業務環境で、生産的な業務を行う能力がある。

初回の企画会議の議題

州またはコミュニティ名
子ども死亡**事**例検討チーム組織会議
会議日時
会議場所

1. 開会の挨拶と紹介
2. 目的の概要と子ども死亡**事**例検討チームの沿革
3. 検討チーム運営方法の説明
4. 我々のコミュニティ内で子どもはどのように死亡しているのか？子ども死亡**事**例データの発表
5. 子どもの死へのコミュニティの対応：子どもが死ぬとどのような措置がとられるか？
   当局の役割と責任は？
6. 検討チーム活動のメリット
7. 我々のチームはどのような団体なのか？
   a. 検討システムは即時か定期的か？
   b. どのようなタイプの死亡例を検討するか？
   c. 子どもの死亡をどのように知るか？
   d. いつどのように会合を持つか？
   e. どのようなメンバーを招集するか？
   f. 誰がチームをまとめるか？
   g. 誰が検討会議を運営するか？
8. 参加にあたっての**守秘義務誓約書、機関間契約に関する討議**
9. 次回会議の議題および資料
10. 次回会議の日程設定
11. 閉会

新規チームメンバーへの招待状

(日付　　)

拝啓　(氏名　　)様:

子ども死亡**事**例検討は、我々のコミュニティ内でなぜ子どもが亡くなり、我々はどうやってその死を予防できるのかを明らかにするための、多分野にわたる作業です。〔州・コミュニティ〕の子ども死亡事例検討プログラムは、〔　　年〕から活動を行ってきました。我々のチームは、(会議の頻度　　)ごとに、〔死亡例のﾀｲﾌﾟ　　〕死亡**事**例で、〔対象年齢　　〕歳の**事**例を検討しています。チームメンバーは、新たな死を予防するため、コミュニティ内で生じた子どもの死亡**事**例に関する情報を共有しています。この作業の目的を果たすためには、子どもの安全、健康および保護に関わる全ての機関はチームに参加していただかなければなりません。そこで、子ども死亡**事**例検討チームへの参加をご検討いただきたく存じます。

チームの名簿、検討チームの所見に基づく昨年度の年次報告書要旨、およびチームの検討作業の全側面を網羅したプロトコール集を同封いたします。これらの資料をご覧いただければ、我々のコミュニティでの検討作業がお分かりいただけるものと存じます。

子どもの死は悲劇的な出来事です。それぞれの死にまつわる状況を検討することは、プロとしての我々の仕事です。そうすることで初めて、我々は自分たちの子どもを保護し、将来の死を防ぐことができるのです。

我々の次回会合は (次回会議の時間および会場)となっております。数日中にご連絡を差し上げ、検討作業についてお話しするとともに、ご質問があればお答えしたいと存じます。子ども死亡事例検討作業に関心**を寄せて**いただき、ありがとうございます。

敬具

チームコーディネーターの氏名および連絡先

地域死亡事例検討チーム機関間協定書

本協定は　　年　　月　　日に下記の機関によって締結された　:

監察医･検視官局代表

児童相談所代表

検察代表

保安局代表

州･地方警察署代表

郡･州健康局代表

必要に応じてその他の機関

当事者ら は、公共衛生および安全を推進し、保護し、子どもおよびその家族に福祉を提供し、推進する役割を担っている。

当事者らは、多機関、多数の専門家による子ども死亡例検討チームの設立が、相互に役立ち、検討結果は予防可能な子どもの死と、介入および防止戦略ための提言を明らかにするものであることを合意する。

子ども死亡**事**例検討チームの目的は、相互の合意により、以下のとおりである　:

1. 子どもの各死亡**事**例の原因および方法の正確な同定と統一的な報告。
2. 機関間の対話と連携強化および取り組みの協調促進。
3. 調査およびサービス提供時における子どもの死亡**事**例への対応改善。
4. 特定分野の子どもの死亡**事**例における調査の協力的、標準的プロトコールの策定と実行。
5. 法律、政策および実務において求められる変更点を明らかにし、子どもの死亡を防止するために子どもの健康および安全への取り組みを拡大する。

地域検討チーム機関間契約書　2ページ目

当事者らは、検討**を有意義に行う**ためにはこの契約に署名した全てのメンバーが不可欠であることに合意する。

当事者らは、検討作業には該当死亡**事**例の特有の記録の共有が必要である**るが**、 関係報告書の多くには守秘義務**が**付帯しており、そのため機密性保護のために明確な方策がとられるべきであり、全ての参加者が _____ (該当の法律名)に基づく守秘義務契約に従わない限り、死亡**事**例検討は行われないことに合意する。

チームメンバー全員および検討の全参加者が、検討作業の目的を逸脱して無許可で情報を伝達することを禁じた**守秘義務**契約に署名することに合意した。**レビュー**チームは、死亡**事**例に特異的**で**、同定可能なデータファイルを**作**成しない。死亡**事**例の同定は、調査において機関間の共同作業を行う場合、サービスの提供、および防止の取り組み策定の場合にのみ行われる 。さらに、特定の機関が、明らかに該当の問題に直結しているため、体系的な、またはケアの質の問題において個々の死亡**事**例で主導を求められる場合もあることを理解する。さらに、検察局**が**、犯罪が行われたと**み**られる場合は、検討中に入手した情報を、訴追のために利用する場合があることを理解する。また、チームの検討データを _____ **に提出し、州の子どもの死亡事例データの中央登録用に保存される**ことも理解する。集約データには死亡例の個別名は含まれない。登録には _____ (CDR の支援機関名)の権限によって、子どもの死亡**事**例検討チームの標準化されたデータを記録する。

検討チーム守秘義務契約

子ども死亡例検討チームの目的は、_____ 管轄区内の子どもの各死亡例について、
_____ 子ども死亡事例検討チームによる完全な調査を行うことである。

子どもの死亡をめぐる全ての体系的な問題点に対処するため、死亡した子どもおよびその家族のヒストリー情報を含む全ての関連情報は、チームの検討の際に閲覧されるものとする。これらの情報の大部分、特に医療及び子どもの虐待・ネグレクトに関する情報は、法律によって公開が禁じられている。したがって、チームの検討**内容**一般に公開されず、**非公開でなされ**なければ機密性のある情報を合法的に討議する事は出来ない。
いかなる場合も、チームメンバーまたは被指名者は、チームの機密性ガイドラインに従**って**、チームの**決定に関**するいかなる情報も**、チームの外部に**公開してはならない。この手続きに沿わない場合は、様々な**守秘義務**規律に反する恐れがあり、その場合には罰則が課される。どの機関メンバーも、特定の死亡例と同定されなければ、子どもの死亡例検討作業の目的や性格について、一般的な発言を公式に行ってもよい。

以下に署名する者は、この守秘義務契約の条項に従うものとする。

氏名	機関名

守秘義務に関する 誓約書

子ども死亡例検討チームの目的は、子どもがなぜ、どのように死亡するのかをより深く理解し、新たな死を防止するために行動を起こすために、_____(管轄区) 内の予防可能な子どもの死亡事例全例を完全に検討することである。

子どもの死を取り巻く全ての体系的な問題に、協調して対処するために、死亡した子ども、その家族のヒストリー情報、死亡をめぐる状況を含む全ての関連情報が開示されるものとする。これらの情報の大部分は、法によって一般への公開から保護されている。

_____(州名を挿入) は、いかなる場合も、どのチームメンバーも、委任機関が**0各々の**責任**の下になす場合を除き**、チームの討議の内容をチーム会議以外で公開しないことを求める。この条項に従わない場合は、様々な罰則を含む**守秘義務**規律に違反する恐れがある。子どもの死亡**事**例検討作業の一般的な目的に関する**、公的な**発言は、特定の死亡例と同定されない限り、行ってもよい。

以下に署名したものは本守秘義務に関する方針に従うことに同意するものである。

氏名を列記し、署名

郡書記官への協力要請文書

郡書記官殿

我々は _____ の後援のもと、子ども死亡例検討チームを立ち上げました。我々のチームには多機関が参加し、専門家集団が相互に連携しており、_____(管轄区名)内の子どもの死亡事例検討のため、定期的に会議を行っております。

検討の目的は、子どもの死亡原因および状況に関する我々の理解をより深め、子どもの死亡への対処を改善するための提言を策定し、子ども**の**安全**を担保する**ために防止策を講じることです。

我々は、_____郡内の子どもの全死亡例を同定するために、貴官のご協力が必要です。貴事務所は、州登録局に全ての死亡証明書を提出することを委任されておられる**こと**と存じます。そこで、州に証明書を送付する前に、子どもの死亡例全例のリスト、または死亡証明書の複写を取っていただけないでしょうか。
そうすれば我々は迅速に全ての子どもの死亡例を検討することができます。チームコーディネーターとして、私が定期的にご連絡を差し上げ、該当氏名の情報をいただきたく存じます。

数日内にご連絡を差し上げて、調整をさせていただきます。我々の子どもたちの健康、安全、保護への貢献が続けられるよう願っております。

敬具

チームコーディネーターの名前および連絡先

医療診療録使用許可願

チームの中には、レビューする子どもの医療情報の提供に関して、州法で規定されている所もあるであろう。下記の書式は医療情報を請求する際に役立つであろう。

メモ

日付: _____

_____ から

_____ へ

守秘義務対象文書

法(該当する州法を記入) には、医療ケアを提供する医療従事者はChildDeathReviewチームによりレビューされる死亡児に関する、医療情報を提供するよう規定しております。本規定に従い、_____ CDRチームは貴院で死亡したと思われる下記の子どもの医療情報を請求させていただきます。

名前	生年月日	死亡年月日	おおよそのレビュー予定日

疑問点等ございましたら、右記に連絡ください。_____

ご協力に感謝いたします。

管轄区をまたぐ事例における協力要請文書

子ども死亡事例検討コーディネーター(または調査員)殿

我々の子ども死亡事例検討チームでは、子どもの死亡例関連情報を入手してその便益をお互いに共有できるのではないかと感じております。以下のようにご協力いただければ、大変幸いです。

☐ 子どもが我々の郡内の住民で、貴管轄区で亡くなった場合、下記を含む情報をご提供いただければ幸いです。

____ **剖**検

____ 死亡現場調査

____ 救急車出動レポート

____ 事故･災害レポート

____ 火事報告

____ CDRチーム報告書

☐ 子どもが我々の管轄区内で亡くなり、貴管轄区の住民である場合、我々のチームが死亡検討を行います。

貴チームが我々の検討所見を利用される場合は、ご要望に応じて喜んでご提供申し上げます。

☐ 子どもが我々の管轄区内で亡くなり、貴地区の住民である場合。その場合**には**、_____州法に従って、貴チームが死亡検討を行う**事となります**。

我々のコミュニ**ティーも、状況を把握し**いかにして同様の死を防止できるかを**よりよく**理解するために、死亡**事例**例の検討を行いたいと考えます。貴CDRチームの**知**見をご提供いただければ幸いです。

我々の子ども死亡**事**例検討に関する情報を添付しました。お読みいただきありがとうございました。
私の連絡先は _____ です。

敬具

自分の氏名

守秘義務対象文書

子どもに関する情報：

死亡した郡 _____　　子どもの名前 _____

母親の名前 _____ 父親の名前_____

現住所 _____

郵便番号 _____

死亡日時_____ 死亡事年齢 _____歳 _____日 _____時間 _____分

生年月日 _____ 人種_____ 性別____ 剖検 _____施行 _____未施行

監察医/検視官 _____ 電話番号 _____

主たる捜査機関 _____ 電話番号_____

死因 _____

死亡状況に関する、その他の重要情報があれば、下記に詳記してください；

Child Death Reviewチーム会合のアジェンダ

（州もしくはコミュニティー名　　）
（CDRチーム会合のアジェンダ　　）
（会合の日付　　）
（会合の場所　　）

1. 御挨拶　ならびに　メンバーの自己紹介

2. 州/国のCDRチームプログラムの最新情報

3. チームの目的や守秘義務に関しての再確認

4. 前回のミーティングからの引き続いての事例レビュー

5. 新規の事例のレビュー
   a. 情報共有、質疑応答による情報の明確化
   b. 捜査についての議論
   c. 提供サービスに関する議論
   d. リスク要因の同定
   e. システム改善のための提言
   f. 予防の余地があったかを同定し、予防活動のプランニングを開始する

6. 今までのレビューよりなされた提言の、進捗状況

7. 次回会合の日時について

会合のサマリーシート

本シートはﾚﾋﾞｭｰ会合の2-3週前に用意し、該当する事例に関する適切な情報収集を行うべく、すべてのﾁｰﾑﾒﾝﾊﾞｰに配布される必要がある。

Child Death Review チーム
ﾚﾋﾞｭｰ対象事例一覧　_____(会合の日付)

ﾚﾋﾞｭｰ番号 ☐

子どもの氏名 _____

母親の氏名 _____ 父親の氏名_____

住所_____

_____

死亡日_____ 死亡時の年齢 ____歳 ____日齢 ____生後時間 _____ 分

生年月日 _____ 人種_____ 性別_____ 剖検 _____はい ____いいえ

医師氏名 _____ 死亡場所_____

死因_____

特記事項_____

守秘義務対象文書

ﾚﾋﾞｭｰ番号 ☐

子どもの氏名 _____

母親の氏名 _____ 父親の氏名_____

住所_____

_____

死亡日_____ 死亡時の年齢 ____歳 ____日齢 ____生後時間 _____ 分

生年月日 _____ 人種_____ 性別_____ 剖検 _____はい ____いいえ

医師氏名 _____ 死亡場所_____

死因_____

特記事項_____

ﾚﾋﾞｭｰ番号 ☐

子どもの氏名 _____

母親の氏名 _____ 父親の氏名_____

住所_____

_____

死亡日_____ 死亡時の年齢 ____歳 ____日齢 ____生後時間 _____ 分

生年月日 _____ 人種_____ 性別_____ 剖検 _____はい ____いいえ

医師氏名 _____ 死亡場所_____

死因_____

特記事項_____

CDRチーム会合の事例追跡表

（州名もしくは地域名　）
CDRチームにおける
2004年次　施行中のﾚﾋﾞｭｰ並びに提言の一覧

レビュー日時	子どもの氏名	年齢	死因	チームからの提言	追跡	実施された行動
2004年 1月16日	ジョン スミス	17歳	車の衝突事故	州は乗車中のシートベルト施行を義務化する法律を制定する	州議会議員と接触	チームは法案成立を支持する旨の書簡を提出した。各々のﾁｰﾑﾒﾝﾊﾞｰは各機関の代表として記載を行った。他のレビューチームに、法案支持を働きかけるため、州プログラム事務所と接触を持った。
2004年 1月16日	ジェーン ドゥー	12歳	気管支喘息	子どもと家族への喘息治療の教育と発作の重症度の認識を変えるための教育が必要である	親へ提供されている最近の情報提供の動向を調査する、調査班を立ち上げた。	調査班の会合がこれまで2回行われた。喘息死、治療プロトコール、管理計画に関してのデータをﾚﾋﾞｭｰ中である。
2004年 2月20日	ジル ドゥー	15歳	自殺	地域の学校に全く、危機にある子どもに対する対応計画やリソースがないことを指摘	学区内の、ﾁｰﾑの地区代表者が、学区内の学校に提供できるﾃﾞｰﾀやﾘｿｰｽの情報を収集した。	2つの学校が,助けを必要とする児童生徒を同定して、手を差しのべる為のﾌﾟﾛﾄｺｰﾙを作成した。地域のﾘｿｰｽとの新しい関係性が構築された。新しいﾌﾟﾛﾄｺｰﾙを援助する為に適切なｽﾀｯﾌがトレーニングに加わる必要がある。
2004年 3月19日	ジム ドゥー	4か月	窒息死	安全な睡眠ｷｬﾝﾍﾟｰﾝはまだ一般に広く知れわたっていない。リスクの最も高い集団にターゲットを絞って行う必要がある	地域の教会、収収容施設、保育所へ問題について、議論する為接触した。代表者が会合を持ち議論を行うことを計画した。	

諮問委員会の目的と機能

目的：法**の規定**（または機関**間協定**）に従って**あなたのチームが、子どもの死亡の原因や傾向を分析・理解し、子どもの死亡にシステマチックに対応する為の、指導・助言・コンサルテーションを行い**、管轄区内の子どもの死亡**を防止する為の、法律上・政策上および実務上の**提言**を行う。

機能：委員会は、下記のために集会する：

・知事、 議員、州機関および一般**市民**に対して、法律、**政策**および実務の改革を提言し、子どもの死を防止して、管轄区内の子どもの健康および安全を全般的に改善する。

・子どもの死の同定、調査、対応および防止に関する有効性向上のため、政策および実務のシステム改良を州および地方機関に提言する。

・**地域**のCDRチームに、支援と専門家による助言を提供する。

・（貴プログラム名　　）のプロトコールおよび**プロセス**の改善を提言する。

・管轄区内の子ども死亡**事**例データを検討し、子どもの死亡の原因、リスク要因および傾向を明らかにする。

・子どもの死亡**事**例に関する死亡率データ、州の諮問委員会による提言および（貴プログラム名）の概況を含む年次報告書を提供する。

チームの運営および支援：＿＿＿＿＿ 機関はチーム運営の責を負う。委員長は ＿＿＿＿＿のディレクター**より**指名され、チームの長となる。この人物は、子**ども**の健康、安全および保護の分野において州レベルで幅広い経験があり、リーダーとしての能力がある人物とする。＿＿＿＿＿はスタッフに支援を行い、プログラムの運営を管理する。

会議スケジュール：委員会は四半期に一度開催される。

委員会の構成：機関のディレクターが、下記**の機関**から代表を任命する。
(機関を列記　)

追加メンバーには次**の機関**からの代表を含む：（機関を列記）

州諮問機関　会合議題書

（　　）州　諮問機関　会合議題
（会合の日付　　）
（会合の場所　　）

1. 御挨拶　ならびに　メンバーの自己紹介

2. 州諮問機関の権限、目標、並びに目的のレビュー

3. プログラムの最新情報

    a. 郡チームについて
    b. 年次報告について
    c. 予算に関する情報
    d. CDRに関する新しい研究報告の情報
    e. 争議中である子どもの健康、安全、保護に関する法律について
    f. 他州のプログラムや、NCCDRレビューからの新情報

4. 10代の交通死亡事故
    a. 免許取得年月日別の交通死亡事故現況報告
    b. 自動車運転教習カリキュラムについてのプレゼンテーション
    c. 10代の交通死亡事故に関するCDRプログラムからの知見
    d. 今後の死亡を減らすための提言を行うための議論

5. 次回会合の日時について

CDR年次報告書の概要

1. 提言とCDRのプロセスを含む、行政機関による要約
   地方検討の実施について
   検討結果について
   州の支援について
   州子ども死亡事例諮問委員会について
   政策立案者へのCDR作業改善のための提言について

2. 全死亡数、および全死亡率を含む、子ども死亡データの要約

3. 全死亡事例における、CDRチームの知見
   キーとなった知見、年齢、性別、人種および民族性、収入、予防可能性、監督度合い、およびその他の福利的またはリスク的重要指標について

4. 死因別の死亡総数・死亡率を含むデータ要約
   ならびに死因別の、得られた知見の要約
   各セクションとも　：
   可能であれば過去10年間の年次別傾向別死亡データ
   死因についての一般的考察、全米データとの比較、主要リスク要因、
   死亡防止に有効とされる介入方法、詳細情報の入手可能なリソース
   年齢、人種、民族性および性別による内訳
   レビュー過程で明らかになった主要リスク要因、またレビューの結果として地域レベル、もしくは州レベルで採られた、各々の対策の実施数や実施率。
   州および地域の首長への提言
   一般の親、および養育者への提言

グループ分けは次の手順に従って行う　：
自然死
子どもの自然死の概況 、0-18歳
SIDS を含む乳児の自然死、0-1歳
乳児突然死症候群
子供の自然死全例、0-18歳
事故死(非意図的損傷)
子どもの事故死の概況、0-18歳
事故死 - 自動車事故
事故死 - 窒息および縊死
事故死 - 火災および熱傷
事故死 - 溺死
事故死 - 銃器による
事故死 - その他の原因による

殺人

子どもの**殺人による死**の概況 、0-18歳

殺人 - 銃火器による

殺人 - 子ども虐待、ネグレクトによる

殺人 - その他の原因による

自殺

子どもの**自殺**死の概況、0-18歳

自殺 - 銃火器による

自殺 - 窒息/絞頸による

自殺 - その他の原因による

不詳死

子どもの**不詳**死の概況、0-18歳

5. 補足事項

- **図表のリスト**
- **チームがレビューした事例数と、報告書を作成した事例数**
- **各郡別、年齢別に分類した、州に居住する0-18歳の子どもの全死亡事例数**
- **各郡別、年度別に分類した、州に居住する0-18歳の子どもの全死亡事例数**
- **地域CDRチームコーディネーターからの補足**

CDR法制度チェックリスト

現在CDRプログラム法の評価または法制化を検討中の方は、このリストをご利用下さい。**このリストによって、法制度に**含まれていない要素を確認することができます。

- 目的 ー チームの目的を設定する**上で**、法によってチーム設立が**義務化、**または許可され**ている**かどうかを考慮することが重要である。
  - ☐ 予防
  - ☐ 虐待およびネグレクトによる死亡の同定
  - ☐ 機関機能の改善
  - ☐ 一般および子どもに関わるプロフェッショナルの教育
  - ☐ その他
- 資金ーチーム設立または拡充に際して、最も難しい問題である。考慮すべき方策の一つは、アメリカ合衆国司法省が制定する 児童公正法である。 この資金は子ども死亡例検討チームの設立、支援にしばしば利用されている。
  - ☐ 州
  - ☐ 地方
  - ☐ 私的機関
  - ☐ CDRの人材確保と支援供給源
- メンバー ー チーム**を**運営する**上で、**コミュニティの人種、民族性、および文化を反映した人選を行う。
  - ☐ 専門家代表による構成には、下記のような方々が含まれます
    - 検視官 /**監**察医 (人選にあたっては、研修や経歴を考慮する)
    - 司法当局**(警察・検察)**
    - 公衆衛生/損傷防止
    - 精神衛生
    - ソーシャルサービス
    - 子どもの権利擁護 (非政府組織)
    - **教育関係者**
    - 子どもの医療**者** (例:小児科医)
    - 刑事司法
    - 必要に応じて、**部族または軍の代表者**
    - 救急医療**/通報受理者**
  - ☐ 任命制・指名制
  - ☐ 官公庁の役割 (例:州検事)
  - ☐ 委任 (例:代表的職業または団体)
  - ☐ メンバーへの研修実施 (地方または州)
  - ☐ 補償 (払い戻し、日当)
  - ☐ 構造 (例:階級性か、選挙制かなど)
  - ☐ 業務の任期

・ 死亡事例検討過程 ー 死亡**事**例検討の**各プロセス**は、州ごとに異なる。下記は、死亡例検討**プロセス**構成要素として考えられるものである。これらの要素**を必須項目として含めるべきかどうかについて**検討が必要で**あるが**、**これは**管轄区内の現行の**プロセス**または要望される**プロセス**にも左右される。

- ☐ 会議開催頻度 (四半期に一度、毎月、随時、その他)
- ☐ **臨時会議の開催要件** (検討基準、照会元、子どもの年齢、死亡原因、管轄区)
- ☐ 剖検の要件
- ☐ プロトコールの策定
- ☐ 標準の定義
- ☐ **義務**または許可による死亡**事**例検討
- ☐ 活動レベルー 州、地域、および地**域**
- ☐ チーム機能の評価
- ☐ 現場調査･保存基準

・ 権限･影響 ー チームは様々な機能を果たす場合があるが、チーム設立の裏づけとなる法律は、検討作業を通じてのチームの権限を明らかにする上でも役立つ。

- ☐ 法律 (法の評価、提言、施行)
- ☐ 公衆衛生 (防止プログラムの策定、実行を含む)
- ☐ 疫学的研究･データへの貢献
- ☐ 個々の死亡**事**例の影響力
- ☐ CDRの拠点をどこに置くか? これは重要な政治的予算的検討事項である。
- ☐ 機関機能の評価

・ データ収集および周知ー 包括的検討を行うためには、チームは死亡に関連している可能性がある記録および報告書を閲覧する必要がある。これは、地**域**チーム同士が州内で連携することを考えれば、一層重要なことである。

- ☐ 何を収集するか? (他機関のデータ、司法当局報告書医療記録、 面接内容)
- ☐ データの周知 (年次報告書報告頻度、メディア**露出**、 市民フォーラム)
- ☐ データベース
- ☐ 標準化された報告書式
- ☐ **各種機**関および**専門職**向け研修(他のCDRチーム向けではない)
- ☐ 欠けているデータ(フォローアップ作業)

・ データの共有 ー 法制化のためには、特に**境界を接する**州および機関内、機関間で様々な情報へのアク**セス**を容易にする方法を考える必要があり、一方、プライバシーや機密性を定めた現行の規制や規則にも従う必要がある。さらに、**各チーム間で自由に**情報**をやり取り**する**事を推奨し、進めていく**ためには、**メンバーへの免責や、チームの**書類**に関する保存、取り出し方法**についての問題を法の中に組み込むべきで、**同時に各チームでの審議や討議**における**守秘義務**の問題も、**法制化して**おくべきである。

- ☐ データの統一性、調整および共有(機関内、機関間、州、地域、地方チーム内、 地域･州間)
- ☐ 法的要件および禁止事項 (秘密暴露の制裁措置)
- ☐ プライバシーおよび機密性(識別子;オープン･クローズド 会議)
- ☐ 免責

防止に関する骨子

防止活動の選択は難しい**事も多い**。下記のモデルはあなたのCDRチームの、子どもの損傷や**死亡**を防ぐための様々なアプローチの戦略化に**おいて、**役立つものである。防止に向けての討議を進めるには、チームから示唆された各**々の**活動を**採り上げる**とともに、下記**に**リスト**した点につき**の比較検討**されたい。**チームには、できる限り多くの提案を**出すように促す事が肝要である**。

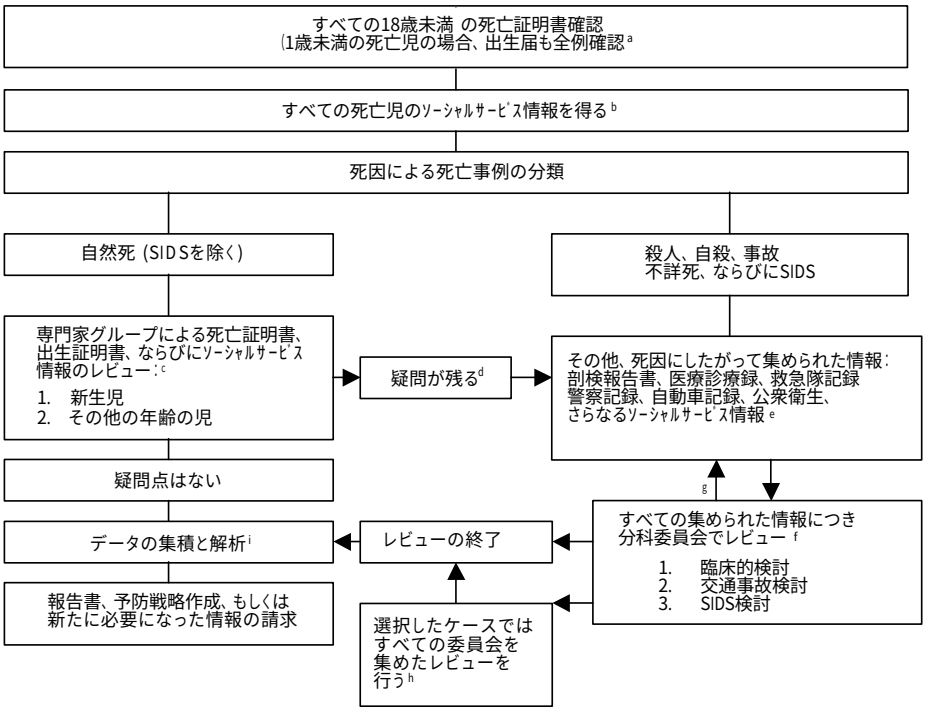
	活動 1	活動 2	活動 3
有効性			
実行のし易さ			
コスト			
持続可能性			
コミュニティの許容度			
政治的現実性			
非意図的結果			

- 有効効性: この活動は、子どもの損傷や死亡を減らす上で有効か? なぜ有効か、またなぜ有効でないか？
- 実行のし易さ:この活動は実行可能か？この活動を実行するためにどれだけ努力が必要か? どのような過程を踏まえる必要があるか？
- コスト: この活動にはどれだけのコストがかかり、**その**資金はどのように**充当**するか？ 高価過ぎないか？
- 持続可能性: この介入はどのくらい続けられるか? 誰が、長期にわたって介入を監督するか?
- コミュニティの許容度: この活動はコミュニティの**賛同**を得られるか？コミュニティはチームが対応しようとしている問題を理解しているか？もしそうでなければ、コミュニティに周知すべきか?
- 政治的現実性: この活動が直面する政治的問題はあるか？
- 非意図的結果: この活動を実行した場合、どんな結果・リスクが考えられるか？

各活動についてこの作業を行い、チームでどの活動が最も有効で、実行可能で、手ごろで、持続可能で政治的に受け入れられやすく、意図しない結果が最も少ないかを選択する。

州レビューチームのレビュー過程

コロラド州のChild Fatality Review過程



ノート:
コロラド州 Child Fatality Reviewの過程

a. 死亡ならびに出生証明書は、コロラド州環境･公衆衛生局の保健統計部門、ならびに生体記録部門から入手する

b. ソーシャルサービス情報は、2つの州全体にまたがるデータベースを検索する事により得ることができる。1つは子ども福祉サービス追跡 (CWEST)、2つ目は中央登録局で、ここにはすべての子ども虐待･ネグレクト認定事例情報が集約されている。これらは子どもの名前や、知られている別称、同胞の名前や両親の名前が登録されている。

c. “新生児 ”の専門家が、生後28日未満のすべての自然死症例をレビューする。 “その他の年齢の自然死” に関する専門家が、SIDSを除くすべての自然死のレビューを行う。

d. もし専門家集団が (SIDSを除く) 自然死と証明を受けたいかなる死においても、疑問を持った場合、より詳細なSレビューのために臨床分科委員会に引き継がれる。
疑問の例としては下記のようなものが挙げられる:
- 不十分、もしくは不適切な死亡証明書ではないか？
- 不適切な死因調査ではないか？
- 医療ケアを適切に求めていたか？
- 予防可能な死であったか？

e. 各種情報 (剖検情報、医療情報、救急隊情報、警察情報 自動車情報、公衆衛生情報、ｿｰｼｬﾙｻｰﾋﾞｽ情報) は、必要に応じて収集され、臨床的分科委員会やその他の分科委員会によってレビューに活用する事が出来る

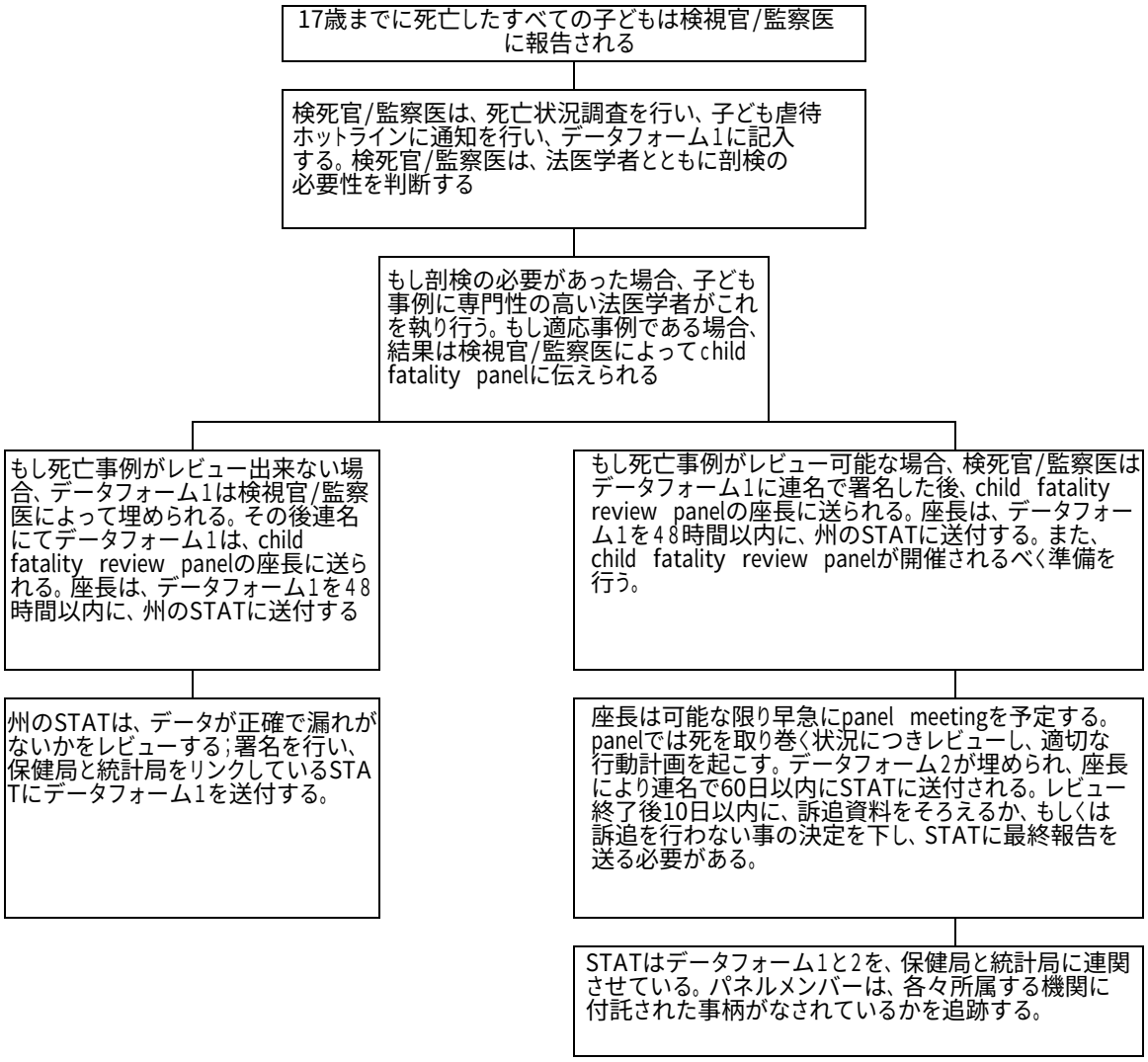
f. “臨床的 ”分科委員会は、すべての殺人、自殺、 (乗り物による交通事故を除く) 事故、ならびに不審死に関して、ならびに専門家集団や他の臨床グループから疑問の持たれた自然死、交通事故死、SIDS症例のレビューを行う。
“交通事故 ”専門分科委員会はすべての交通事故症例を、 “SIDS”専門分科委員会はすべてのSIDS症例に対し、レビューを行う。

g. 場合によっては、臨床分科委員会のレビューにより、さらなる疑問が生じ、より詳細な情報が必要とされる事もある

h. 全Child Firtality Review委員会で提示される症例とはしては下記のものがあげられる;
システム上の欠陥や政策上の問題により起こったと注目される事例 (委員会は将来の同様な事例を防ぐための提言を行う事になるであろう) ;新しい死亡のパターンと推定される事例;臨床分科委員会が、全委員会で多機関にわたる多面的な専門家の意見を必要と判断した場合。

i. データは集積され、データ解析分科委員会と、コロラド州環境･公衆衛生部門によって解析される。予防可能の死は早急に追加データとして集積される

ミズーリ州の地域レビューの過程



NATIONAL CENTER FOR CHILD DEATH REVIEW

KEEPING KIDS ALIVE

効果的なChild Death Review の為のガイド

チームが効果的な、子どもの死亡予防の為の行動を行う一助として

Developed by
The National MCH Center for Child Death Review

Supported in Part by Grant No. 1 93 MC 00225-01 from the Maternal and Child Health Bureau (Title V Social Security Act) Health Resources and Services Administration Department of Health and Human Services

Additional copies may be downloaded at www.childdeathreview.org

効果的なChild Death Reviewの為のガイド

CDRの目的は子どもの死因をより正確に理解し、
将来の死亡を予防する為の行動を起こすことにある

ガイドラインの使用法

これらのガイドラインは子どもの死亡の特異的な原因をレビューする為に使用しうるものである。これらのガイドラインを使用することにより、会合の際にどの記録を持っていくべきか、どのようなリスク要因を評価すべきかや、チームがどのようなタイプのサービスをより明確にすべきかを決定する上での一助となり、チームで考慮すべきエビデンスに基づいた予防活動を決定する上でも有用と思われる。

効果的なレビューを行う為にチームメンバーに求められる事柄:

- レビューすべき死亡事例の情報につき、会合前にあらかじめ把握しておく
- 情報をオープンかつ正直に共有する
- 非難するのではなく、解決策を探ることに注力する

各々のケースレビューに際し、メンバーは結論を付ける努力をしなければならない

- 調査は終結したのか、継続調査をすべきなのか？もし継続するとしたら、より知るべき事項は何なのか？次回会合で協議する必要はあるか？
- 家族や、他の子ども、地域住民に、当該事例の死の結果に基づき、提供すべきサービスがあるか？
- 当該事例の死亡は避け得たものであったか？もしそうであれば、当該児の死亡におけるどのリスクファクターが原因となったと思われるか？
- そのようなリスク要因を最小限にし、今後の死亡を予防する為に、行動や技術、各機関のシステム、法律をどのように改善すべきであるか？
- それらの改善を成し得る為に我々の成し得る最善の提言は何であるのか？
- 我々の行った提言を実行する為に、誰がリーダーシップをとるべきか？
- 当該事例に対しての、我々のレビューは完結したのか？　次回会合で討論する必要があるのか？

効果的なレビューのために　ー　乳児における内因死

背景
- 乳児の内因死は、子どもの死亡の最大のグループを形成している。これらには、先天奇形による死亡、未熟児出生・低体重出生や呼吸器合併症、感染症やその他の医学的状態が含まれる。
- 乳児死亡率は、その他の子どもの死亡とは別に統計が取られる。それは、1000出生に対する死亡数という形で発表される。
- 最も多い内因死は、生後の最初の24-48時間以内の死亡例である。黒色人種の乳児は、白色人種の乳児に比し2倍以上の乳児死亡率である。
- 乳児死亡の多くは、妊娠前の妊婦の健康状態の改善により、予防しうる。
- 未熟児とは、在胎37週以前での出生児を、低出生体重児は5ポンド5オンス(約2400g)未満での出生児を指す。

必要となる記録
- 公式の出生記録
- 医療機関受診記録とワクチン接種記録
- 死亡証明書
- 出生前の医療記録
- 病院の出生時記録
- 救急外来の診療録
- WICやFamily Plannning等の公的支援の利用記録
- 警察調書
- 児童相談所の養育者に対する記録
- 入手可能であれば、母親の家庭でのインタビュー録画
- 家庭訪問記録

リスク要因
- 母親の以前の未熟児出生歴
- 以前の乳児死亡、流死産歴
- 不適切な妊娠期管理(受診の遅れ、未受診等)
- 母親の医学的状態
  - 年齢(<20歳、>35歳)
  - STIを含めた感染症
  - 高血圧
  - 糖尿病
  - 低栄養状態
  - 肥満
  - 短期での妊娠反復
- 貧困
- 薬物、アルコール、タバコの乱用
- ストレスの存在があるが、社会的サポートがない
- 中卒の学歴
- 望まない妊娠
- 未婚、もしくはパートナーが関与しない妊娠
- 母親への身体的・心理的虐待

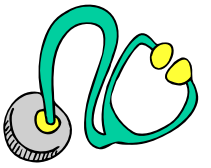
考慮すべきサービス
- グリーフケアサービス
- 死産児や胎児死亡に対しての特別埋葬サービス
- 乳児を失った家族に対しての家族計画への助言
- きょうだいに対しての専門的ケア
- ある種の先天奇形に関しては遺伝カウンセリング

機関の実践における改善点
- 多くの例で、妊婦への健康ケアサービスにおける機関での実践が、密接に予防と関わっている。多くの実践が、予防の為に考慮され、次年度に向けて表記されるべきである。

効果的な予防サービス/行動
- すべての女性が予定妊娠へのケアやカウンセリングを受けることを保証し、適切な出生前ケアを受診可能な圏内で、受診が可能となるように保証する。
- すべての女性が、避妊や次回の妊娠計画を含め、分娩後のオプションケアを受けられることを保証する。
- 地域の医師の、ヘルスケア問題としての計画妊娠に関する知識の改善を図る
- 救急対応や搬送システムの改善を図る
- リスク要因を持つ女性や家族の社会的/心理的環境の改善の為の母子支援サービスを育む
- 地域の医師により、可能であれば地域の分娩可能な病院における方針として、STIやアルコール・タバコの乱用、DV鬱、社会支援、住宅環境、雇用状況、移動手段の有無等のリスク要因の包括的な評価を積極的に行う。
- 患者側と医師側に、支援やサービスを受ける為に、どこに行けばよいかを示した地域の資源の要覧を作成し、配布する。
- 従前ある保健師やボランティア等による、準専門職を活用した、育児指導、支援、訪問、代行サービス等を提供する。
- 出生前ケアを求めている女性に対して、移動手段や育児サービスを提供できるシステムを開発する。
- 提供するプログラムとヘルスケアシステム間の、ケアに関する部分の調整を行う。
- 患者側、医師側ならびに乳児死亡に対する政策決定者の注意を喚起すべく、フォーラムを開催する
- 関与する人間の数を広げるべく、地域のコミュニティーや企業、保健サービスとの連携を行う。
- 地域における、計画外/望まない妊娠の予防や、10代での妊娠予防の為の教育を増進し、また分娩前の陣痛の徴候や所見を早期に認知できるよう教育を行う。

さらなる情報の入手
- NationalFatalandInfantMortalityReview(全米胎児・新生児死亡レビュープログラム)
  www.acog.comのサイトで入手可能
- MarchofDimes(マーチ・オブ・ダイムス:アメリカのボランティア団体。病気などの新生児を救う活動を行っている)
  www.modimes.org

効果的なﾚﾋﾞｭｰのために -自然死　年齢1-18歳



背景
- 自然死(病死)は、1歳超の子どもの死因としては不慮の事故に次ぎ、2番目に多いものである。
- 癌、先天性奇形および心臓病は自然死の上位3原因である。
- 喘息、感染症およびいくつかのスクリーニング可能な遺伝性疾患による死は、状況によっては、予防が可能である。
- 受療行動の過誤は、場合によっては命の危険がある。

必要となる記録
- 公式の出生記録
- 医療機関受診記録
- 死亡証明書
- 出生前の医療記録
- 病院の出生時記録
- 救急外来の診療録
- ワクチン接種記録
- 警察調書
- 児童相談所の養育者と子どもに対する記録
- 家庭訪問記録
- 必要に応じてISD記録

リスク要因
- 先天性疾患または先天性奇形の子ども
- 環境リスク(特に脆弱な子ども)
- 治療コンプライアンス不良
- 両親または養育者の、適切な医療上の注意の怠り

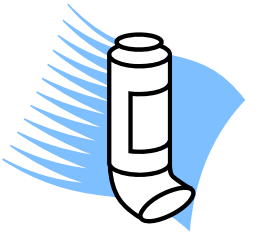
考慮すべきサービス
- グリーフケアサービス
- きょうだいに対しての専門的ケア
- 同級生を含む、死亡者の友人への危機対応

機関の実践における改善点
- 慢性疾患の子ども向けサービスはあったか？
- 照会や、健康診断その他の治療のためのフォローアップはなされていたか？
- 適応のある家族においては、公共サービスで利用できる補助金を全て受けられるよう手を尽くしたか？
- 調査にはCPSや他機関も協力していたか？

効果的な予防サービス/行動
- 慢性疾患の子どもに、組織的、包括的サービスを実施する。
- 喘息などの慢性疾患の子どもを取り巻くコミュニティへの啓発キャンペーンを策定する
- 慢性疾患の子どもに対する十分な情報や研修が学校向けに提供されていることを確認する。
- アセスメントを実施し、健康を阻害する環境リスク要因があれば除去を試みる。

さらなる情報の入手
- American Academy of Pediatrics(米国小児科学会)
  www.aap.org
- American Lung Association(米国呼吸器学会)
  www.lungusa.org
- Easter Seal Society(イースター・シール協会:米国の慈善団体で、障害児・者と その家族のため活動を行っている)
  www.easter-seals.org
- March of Dimes(マーチ・オブ・ダイムス)
  www.modimes.org

効果的なレビューのために – 喘息



背景
- 米国では、毎年約500万人の子どもが喘息を発症している。19歳未満の喘息による死亡率は、1980年から1993年の間に 78%増加し、環境条件によるものとの見方が多い。
- 喘息は、最も多い小児期の慢性疾患の一つである。
- 18歳未満の400万人の子どもが過去12か月以内に喘息発作を起こしたと推定される。
- 喘息による死は、通常予防することができる。
- 19歳未満の喘息による死亡率は、1980年から1993年の間に78%増加し、環境条件によるものとの見方が多い。
- 喘息の子どもに医療を受けさせないと死亡する場合がある。
- 喘息が治癒に至らない場合でも、常時コントロールすることは可能である。

必要となる記録
- 死亡証明書
- 処方薬、喘息管理計画、肺機能テスト、専門家への照会を含む、定期健診または病気診察時の小児科記録
- 救急診療部・EMS記録
- 学校喘息管理プログラムなどの支援サービス
- 児童相談所の、養育者と子どもに対する記録

リスク要因
- ステロイド吸入器またはピークフローメーターがない
- アフリカ系米国人および低収入家庭の子ども;アレルギーを持つ子ども)
- 清掃がなされていない状態で暮らしており、アレルゲンや感染症に暴露する機会が多い子ども
- 治療コンプライアンス不良
- 両親または養育者が発作の深刻さを理解せず、適切な医療を受けさせようとしない。

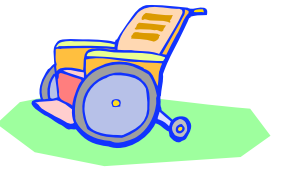
考慮すべきサービス
- 家族、友人への死別時サービス
- 同級生を含む、死亡者の友人への危機対応

機関の実践における改善点
- コントロール不良の子どもの受診状況に関して照会したり、フォローアップはなされていたか？
- 適応のある家族においては、公共サービスで利用できる補助金を全て受けられるよう手を尽くしていたか?
- 調査には児童相談所や他機関も協力していたか？
- 医療ネグレクトが疑われた場合、その死亡例を監察医に照会したか？
- 子どもが里親に養育されている場合、里親家庭に喘息の引き金となる要素はあったか？

効果的な予防サービス/行動
- 子どもの喘息に関するコミュニティー啓発キャンペーンを策定する
- 学校が生徒の喘息発作に対応できるよう十分な情報や研修が提供されているか確認する。
- アセスメントを実施し、健康を阻害する環境リスク要因があれば除去を試みる。
- 医療関係者に、副腎皮質ステロイドの処方、時機を得た専門医への紹介、急性発作時の発作改善薬の無分別な使用を制限すべきである事を医療者に教育する。
- 両親および子どもに喘息の深刻さと危険性を啓発する。
- 患者が気管支拡張剤を過剰使用している場合は、医師に知らせるような、薬局向けのシステムを構築する。

さらなる情報の入手
- American Academy of Pediatrics(米国小児科学会)
  www.aap.org
- American Lung Association (米国呼吸器学会)
  www.lungusa.org
- Centers for Disease Control and Prevention(CDC:疾病対策予防センター)
  www.cdc.gov
- Allergy/Asthma Network Mothers of Asthmatics
  (アレルギー・喘息児の親の会)
  www.aanma.org

効果的なレビューのために － 障害のある子ども



背景
- 根本的原因によるものに限っても、発達障害は1－14歳の子どもの非外傷性死の5番目に多い死因で、15－19歳では3番目に多い死因である。
- 全小児の9%が障害を持っている。
- 子どもの発達障害のうち約25%が虐待から生じたものである。
- 障害のある子どもは、熱傷に関連した死亡のリスク率が最も高い。
- 障害のある子どもは、障害のない子どものおよそ2倍虐待を受けている。
- 脳性まひの子どもに最も多い殺人の形態は餓死である。
- 障害のある子どもの最も多い死亡の単独予測因子は身体的不動状態で、それに次ぐのは摂食能力である。
- 診断区分よりも機能が、早期の死亡を最も予測しやすい。
- 誤嚥、便秘、脱水、およびてんかん発作が、発達障害のある患者の死亡を引き起こす可能性のある四大疾患である。
- 前者3つは、重症化または死に至るまで認識されない場合もある。
- 障害のある子どもは、不快感や体調の悪さを訴えられない場合がある。
- 障害と他の虐待の徴候を識別するのが難しいことがある。

必要となる記録
- 剖検報告
- 1歳未満の場合は出生記録
- 救急診療部・EMS記録
- 警察報告
- 児童相談所の養育者に対する記録
- 利用中の支援サービス
- 医療記録および投薬記録
- 学校記録

リスク要因
- 運動性の減少
- 摂食困難
- 栄養チューブ
- 拘束具の使用
- 監督の質
- 複数の監督者
- 監督者の障害管理能力
- 発作コントロールの不備
- 未熟児または超未熟児
- 複雑で稀な疾患

考慮すべきサービス
- 親およびその他の家族への死別時サービス
- 経済的支援を必要とする家庭に対する埋葬費用の支払

機関・学校の実践における改善点
- 職員は障害を適切に管理、対応する方法を知っているか？
- 両親は、医療器具の取扱方法を含め、障害や健康状態を安全にケアし管理できるよう、また苦悶時の徴候や、その際どんな対応が必要かなどについて、十分に教育されているか？
- 障害のある子どものリスク要因を明らかにし、対応するためのチームによるアプローチがあるか？
- 障害のある子どもに対する適切な剖検のプロトコールがあるか？
- 学校には障害に関する有用な情報や研修があるか？また、“積極的行動支援サービス”を利用する等、最善を尽くしているか？
- 退院する障害のある新生児に対してのケアプランや、サービスコーディネーターの利用計画、適切なフォローアップ計画等があるか？
- 障害のある子を持つ貧困家庭の親には、Medicaid、EPSDTなどの無料小児医療保険制度を紹介したか？
- 子どもには、障害のもつ複雑性に応じ、十分効果的な治療を受ける手段があるか？
- 両親には、一時介護サービスを含む十分な支援があったか？

効果的な予防サービス/行動
- 両親が安全で有効なケアを行えるよう十分な支援をする。
- 障害関連機関および被虐待児保護機関と協調する。
- 養育者、学校、その他のプロフェッショナルに健康上の危険な徴候を認識するよう教育する。
- 障害のある子どもたちに安全な火のつけ方や、生活スキルを教え、彼らのための緊急対策を策定しておく。
- 障害のある子どもの親に ネグレクトや性的虐待の問題を教える。
- 障害のある子どもへの学校、家族およびサービス機関における拘束具の使用を禁ずるか、厳密に規定する 。
- 最新の知識を維持し、また直接的な研修の需要について確認する。発達的に推奨されるものであれば、療育機関の対応方針を修正してもらう。レビューを通して得た知見に基づきシステム上の問題に関する施策を修正する。
- ケアモデルの調整ができる、障害児のための医療ホームを設立する。

さらなる情報の入手
- Easter Seal Society（イースター・シール協会）
  www.easterseals.com
- March of Dimes （マーチ・オブ・ダイムス）
  www.modimes.org

効果的なレビューのために – 乳幼児突然死症候群

背景
- 乳児突然死症候群 (SIDS) は1歳未満の乳児の突然死で、包括的な調査をしても原因が不明なものをいう。調査には、剖検、死亡現場の調査、乳児の健康状態に関するヒストリーの検討が含まれる。
- SIDS は除外診断で、他に考えられる死亡原因がない場合に限られる。 死亡現場に、窒息の可能性が示唆されている場合には、死亡原因としてSIDSを挙げるべきではない。
- 殆どのSIDSは2か月から4か月の間の乳児に、冬季に起こっている。アフリカ系米国人およびアメリカン・インディアンのSIDS発生率は、白人のSIDS発生率の2～3倍である。
- SIDS の機序は未だ不明であるが、脆弱な月齢の乳児が環境の危険因子に曝された場合に、酸素欠乏に反応するのを防げる神経の障害があるためにSIDSが起こると考えられている。
- 乳児を背中を下にして寝かせるとSIDSが減少する理由は判明していないが、全米の仰向け寝キャンペーンによって、1994年以来SIDSは 半分以上減少した。

必要となる記録
- 剖検報告
- 死亡現場調査報告および再現写真
- 出生前、出生時および健康記録
- 家族との面談
- Child Care Licensingの調査報告
- 救急隊出動記録
- 救急診療部・EMS記録
- 警察報告
- 児童相談所の乳児、養育者、および死亡時の乳児の監督者に対する記録
- 死亡時の乳児の監督者の犯罪履歴
- 公衆衛生またはその他のサービスによる家庭訪問報告
- 家族内での他の子どもの過去の死亡事例に関する情報
- 必要に応じ、無呼吸モニターからダウンロードした情報

リスク要因
- 腹を下にして寝ている乳児
- 寝床が柔らかく、布団が固定されていない
- 妊娠中の母親の喫煙
- タバコの副流煙への暴露
- 過暖房
- 未熟児または低出生体重
- 就寝中または遊んでいる時の場所や姿勢
- 布団、毛布、その他乳児の近くにある物体の種類
- ベビーベッドまたはベッドのデザインの欠陥
- 乳児に添い寝している人数や年齢
- 乳児を監督または添い寝している人物の肥満、疲れ、または薬物やアルコール使用
- 死亡時の監督の質
- 乳児に安全な寝場所や遊びの環境を提供することへの家族の能力

考慮すべきサービス
- 親およびその他家族への死別時サービス
- 専門家および患者の家族同士の支援のためのSIDS関連団体への紹介
- 家庭に残っている子ども用のベビーベッドまたはその他のベッドを預かり調査する。
- ネグレクトが疑われる場合児童相談所による安全性調査
- 経済的支援を必要とする家庭に対する埋葬費用の支払
- 家族計画などのサービスへの連携
- 現場対応者への緊急事態ストレス・デブリーフィングサービス

機関の実践における改善点
- 調査には監察医や司法当局、児童相談所も参加したか？
- 剖検のプロトコールがあり、それには現場調査資料を剖検を行う病理学者に送る方法も含まれているか？
- 包括的な死亡現場調査はできるだけ速やかに行われているか、また、再現と面談が含まれているか？
- 死別時サービスへの紹介は行なわれているか？
- 乳児および年少の幼児のいるハイリスク家庭には、防止サービスが提供されているか？
- 欠陥商品が死亡原因に関わっていると思われる場合は、消費製品安全委員会に照会する手順があるか？

効果的な予防サービス/行動
- 出産前後の両親に対する、出産教室や病院内での、安全な乳児の就寝環境に関する教育 。
- 退院時の、看護師と親が一体となった、乳児の就寝環境に関する院内安全アセスメント
- 家族向けのベビーベッド配布プログラム
- 妊娠中および育児中の女性またはその他の養育者を対象とした禁煙教育および支援
- 病院および医師と連携し、退院する乳児全員に一次ケア体制が整っているかを確認する 。
- “仰向け寝”キャンペーン
- 伝統的にうつぶせ寝を実践してきた家族や育児ケア供給者に向けた特別なメッセージ 。
- 親および養育者にSIDSリスク削減のための指導を行うよう、医療供給者に啓発を行う。
- 安全な就寝環境や乳児の就寝姿勢について育児ケア供給者に免許要件を課する。

さらなる情報の入手
- The National SIDS Resource Center
  http://www.sidscenter.org/
- The American Academy of Pediatrics
  http://www.aap.org/
- Consumer Product Safety Commission
  http://www.cpsc.gov/

効果的なレビューのために – 窒息

背景
- 窒息は、次のような場合に生じる:
  - ーかぶさり: 子どもに添い寝している人物が子どもの上に重なり非意図的に子どもを窒息させる。
  - ー体位性窒息: 子どもの顔が柔らかい布団にうずもれたり、押し込められたり、またはマットレスの間や壁やソファのクッションなどの狭い空間に挟まる。
  - ー顔面や胸の圧迫: ビニール袋、思い毛布、家具などの物体が子どもの顔面を覆ったり胸を圧迫する。
  - ー窒息: 子どもが食べ物のかけらや小さなおもちゃで窒息する。
  - ー閉じ込め: 子どもが、使われていない冷蔵庫やおもちゃの引き出しなど機密性の高い場所に閉じ込められる
  - ー絞首: ロープ、ひも、手、その他の物で子どもの首を絞める。
- 最も被害が多いのは乳児やトドラー期幼児である。
- 子どもの窒息の大部分は、安全でない環境での就寝時に起きている。
- SIDSによる非意図的窒息と、殺人を識別するのは年少児では難しい。剖検と現場調査は不可欠である。
- 調査員がSIDSによる窒息をより見分けられるようになったため、乳児の窒息死率は上昇している。

必要となる記録
- 剖検報告
- 死亡現場調査報告および再現写真
- 家族との面談
- 保育の現場で起こった場合はChild Care Licensingの調査報告
- 救急隊出動記録
- 救急診療部・EMS記録
- 警察報告
- 児童相談所の乳児、養育者、および死亡時の乳児の監督者に対する記録
- 子どもの健康のヒストリー
- 死亡時の乳児の監督者の犯罪履歴

リスク要因
- 子どもが就寝したり遊んでいた場所
- 発見時の子どもの姿勢
- 布団、毛布、その他子どもの近くにあった物体の種類
- ベビーベッド、ベッドまたは他の危険物のデザイン上の欠陥
- 子どもに添い寝していた人物の人数と年齢
- 子どもを監督または添い寝していた人物の肥満、疲労、または薬物やアルコールの使用
- 死亡時の監督の質
- 子どもに窒息または閉じ込めを起こす物体に近づく能力がある
- 子どもの発達年齢 が吊り下げられた場合に、絞首を生じる動きと一致する
- 子どもに安全な就寝や遊びの環境を提供できる家族の能力

考慮すべきサービス
- 家族および友人に対する死別時および危機対応サービス
- 家庭に残っている子ども用のベビーベッドまたはその他のベッドの 提供
- ネグレクトが疑われる場合児童相談所による安全性調査
- 経済的支援を必要とする家庭に対する埋葬費用の支払
- 現場対応者への緊急事態ストレス・デブリーフィング・サービス

機関の実践における改善点
- 調査には監察医や司法当局、児童相談所も参加したか？
- 剖検のプロトコールがあるか？
- 包括的な死亡現場調査はできるだけ速やかに行われているか、また、再現と面談が含まれているか？
- 死別時および危機対応サービスの紹介はしているか？
- 虐待疑いの事例の場合、児童相談所に通告されたか？
- 欠陥商品が死亡原因に関わっていると思われる場合は、消費製品安全委員会に照会する手順があるか？

効果的な予防サービス/行動
- 出産前後の両親に対する、出産教室や病院内での、安全な乳児の就寝環境に関する教育 。
- 退院時の、看護師と親が一体となった、乳児の就寝環境に関する院内安全アセスメント
- 文化的に効力のある一般向け啓発キャンペーンや、″仰向け寝″キャンペーンとの協力
- 貧困家族向けのベビーベッド配布プログラム
- 乳児の窒息リスクに関するプロフェッショナル向け教育
- CPSC への通知と、窒息と絞首の危険性に関する製品安全リコールの継続
- 安全な就寝環境や乳児の就寝姿勢について育児ケア供給者に免許要件を課する。

さらなる情報の入手
- The National SIDS Resource Center
  http://www.sidscenter.org/
- The American Academy of Pediatrics
  http://www.aap.org/
- Consumer Product Safety Commission
  http://www.cpsc.gov/

効果的なレビューのために － 火災と熱傷

背景
- 子どもの火災関連の死亡事例の殆どは家屋の火災で起きており最も多い死因は熱傷ではなく、煙を吸引したことによる窒息である。
- トドラー、特に、アフリカ系米国人やアメリカン・インディアンの男児の被害が多い。
- 火災による死亡の大多数は、低収入地域で起こっている。
- 子どもが亡くなる火災で最も多いのは、子どもがマッチやライターで遊んでいて起こした火事である。
- 年少の子どもは火事から身を隠そうとし、家族や消防隊員が居場所を特定するのが難しい場合がある。
- 煙探知機で殆どの場合火災による死亡例を防ぐことができる。
- 火災によって死亡するリスクは監督者である成人が酔っている場合は著明に上昇する。

必要となる記録
- 剖検報告
- 死亡現場調査報告および再現写真
- 火災元、および煙探知機の有無を含む消防保安官報告
- 救急隊出動記録
- 救急診療部・EMS記録
- ゾーニングおよびコード検査、違反行為に関する情報
- 子ども、養育者、および死亡時の子どもの監督者と、児童相談所との接触記録
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 死亡時の監督者の犯罪履歴
- 公衆衛生他のサービスによる家庭訪問報告
- 家族内で過去に亡くなった子どもの情報

リスク要因
- 家庭内に作動する煙探知機がない
- 死亡時の監督の質
- 督する成人の薬物またはアルコール使用
- 子どもがライター、マッチ、その他の発火装置を手にする能力がある。
- 家族が喫煙中または蝋燭を灯したまま就寝する
- 被害者が火の安全に関する教育を受ける機会がない
- 火災時の避難プランがない
- 代替暖房源の使用、標準以下の家電製品または古すぎる配線
- 条例による要件を維持すべき正式な所有者の不備
- 消防署の対応の迅速性

考慮すべきサービス
- 家族および友人に対する死別時および危機対応サービス
- 生存した家族に対する緊急シェルターの提供
- ネグレクトが疑われる場合、児童相談所による安全性調査
- 経済的支援を必要とする家庭に対する埋葬費用の支払
- 現場対応者への緊急事態ストレス・デブリーフィング・サービス

機関の実践における改善点
- 調査には監察医や司法当局、児童相談所も参加したか？
- 死別時および危機対応サービスの紹介はしているか？
- 虐待死疑い事例の場合は児童相談所に通告したか？
- 年少児のいるハイリスク家庭には防止サービスが提供されているか？
- 育児相談その他の通常の健康訪問には、煙探知機に関する情報が含まれているか？
- 欠陥製品が原因で死亡した場合は、消費製品安全委員会に連絡する手順があるか？
- 精神科の医師は、火をつけた子どもを定期的にスクリーニングし治療しているか？

効果的な予防サービス/行動
- 低所得地域を対象とした取り外し不可のリチウム電池式煙探知機の配布。
- 新築、中古住宅への法的義務による報知器の取り付け、特に多角的なコミュニティ教育や報知器の配布と組み合わせて実施 。
- 学校、幼稚園、保育現場などにおける、Risk Watch または同様の、火の安全や家庭火災時の避難について教育するプログラム 。
- 消防署がモバイル式“Smoke Houses”を利用して、火事がどうやって発生するかやいかに火が早く広がるか、そしてどうすれば一番うまく火から逃げられるのかを子どもに教える。
- 新築の家屋では、ハード・ワイヤー式探知機を義務づける規定。
- レンタルの火災安全ユニット(火災報知機)の設置調査に関し、条例化し実施する。

さらなる情報の入手
- Harborview Injury Prevention and Research Center
  http://depts.washington.edu/hiprc/
- United States Fire Administration
  http://www.usfa.fema.gov/safety/
- National Fire Protection Association
  http://www.nfpa.org/Education/index.asp
- Safe Kids Worldwide
  www.safekids.org

効果的なレビューのために – 溺死

背景
- 子どもの溺死の殆どは、成人の監督の欠落があった場合に生じている。
- トドラー期幼児の、特に男児が最も溺死のリスクが高い。
- 乳児はバスタブで溺れることが最も多く、トドラーはプールで、年長児と十代の子どもは開放水域が最も多い。
- 乳児は5インチ未満の水溜りで5分未満でも溺れる場合がある。
- 十分な監督があり、かつ認可された救命胴衣を着用している場合は、溺死の発生は稀である。
- 水溜りで溺れたトドラーの殆どは、水に入る際に他人に目撃されていない。

必要となる記録
- 剖検報告
- 死亡現場調査報告
- 救急隊出動記録
- 児童相談所の乳児、養育者、および死亡時の乳児の監督者に対する記録
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- プールまたは池に関するゾーニング、コード検査、違反事項に関する情報

リスク要因
- 成人による十分な監督の欠如
- 監督者である成人の薬物またはアルコール使用
- 子どもがプールに近づく能力がある
- 子どもが泳げるかどうか
- 救命胴衣が着用され、使用されていたか

考慮すべきサービス
- 家族および友人に対する死別時および危機対応サービス
- ネグレクトが疑われる場合は、児童相談所による安全性調査
- 経済的支援を必要とする家庭に対する埋葬費用の支払
- 現場対応者への緊急事態ストレス・デブリーフィング・サービス

機関・学校の実践における改善点
- 調査には監察医や司法当局、児童相談所も参加したか？
- 死別時および危機対応サービスの紹介はしているか？
- 年少児のいるハイリスク家庭には防止サービスが提供されているか？
- 育児相談その他の通常の健康訪問には、バスタブの安全性に関する情報が含まれているか？
- プールのフェンスに関する建築基準の地元の施行令があるか？
- 水難救助に関する十分な緊急対応と装備があるか？

効果的な予防サービス/行動
- 適切なプールおよび池の囲いに関する強い支援と地元の建築基準法の施行施行令の施行。
- 水域近くに激しい潮流や転落などの水難危険性を警告する看板を設置する。
- 幼児の親に対する一般市民啓発キャンペーンや水の安全に関する教室の開催で、成人が監視を持続することと、救命胴衣の着用を強調する。
- 特に4歳超の子どもを対象とした、子どもの水泳および水の安全教室。
- 出産教室や育児相談訪問での乳児のバスタブでの安全性に関する親向けの教育。

さらなる情報の入手
- The National Children's Center for Rural and Agricultural Health and Safety
  http://research.marshfieldclinic.org/children/Resources/Drowning/drowning.htm
- National Center for Injury Prevention and Control (Centers for Disease Control and Prevention)
  http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/drown.htm
- Harborview Injury Prevention and Research Center
  http://depts.washington.edu/hiprc/
- US Consumer Product Safety Commi
  http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/chdrown.html
- Safe Kids Worldwide
  www.safekids.org

効果的なレビューのために – 子ども虐待・ネグレクト

背景
- 虐待による頭部外傷: 虐待による死の殆どは乱暴な揺さぶりや殴打などによる頭部損傷の結果である。
- 腹部への鈍力による損傷: 虐待による死で2番目に多いのは腹部の殴打や蹴りによって内出血を起こすものである。
- その他の考えられる要因: 窒息、溺死、および熱湯への浸水。
- 一度だけの出来事: 身体的虐待で死亡することどもは何度も虐待を受けていることが多いが、一度だけの出来事が死を生じることが多い。
- よくみられる“トリガー”: 自分の子どもを虐待する養育者は、忍耐力を失った原因として、泣く、お漏らしをする、好き嫌いをする、言うことを聞かないなどを挙げている。
- 幼い子どもは最も弱い存在である: 6歳未満の子どもが、マルトリートメントによる死亡の5分の4を占めている。乳児はこのうち約半数である。
- 父親と母親のボーイフレンドが、虐待死の加害者として最も多い。
- ネグレクトによる死では、母親に責任がある場合が多い。
- 死に至る虐待は、貧困、家庭内暴力、そして薬物乱用と関連性がある。
- 子どもと加害者の大多数は、死亡時まで児童相談所との接触歴がない。
- 子どもの虐待死を調査、同定、そして訴訟することは大変困難である。

必要となる記録
- 剖検報告
- 死亡現場調査報告および写真
- 家族との面談
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- Child Care Licensing の調査報告
- 救急隊出動記録
- 救急診療部報告
- 子ども、養育者、および死亡時の子どもの監督者の児童相談所との接触記録
- 子どもの健康ヒストリー
- 死亡時の子どもの監督者に関する犯罪履歴
- 公衆衛生他のサービスによる家庭訪問記録
- 家族内の他の子どもの過去の死亡事例に関する情報
- 州外の適宜のヒストリー

リスク要因
- 年少児、特に5歳未満の子どもである。
- 低収入、片親の家庭は大変大きなストレスを経験している。
- 男親とともに残されて、子どもへの情緒的愛着に欠ける子ども。
- 精神、健康上の問題を抱える子ども
- 適切な育児の欠如
- 養育者の薬物乱用
- 子どもの発達や行動に関して、非現実的な期待を持つ親および養育者

考慮すべきサービス
- 家庭内に残された子どもの移転判断について、児童相談所を参加させる。
- 家族に対する死別時および危機対応サービス
- 経済的支援を必要とする家庭に対する埋葬費用の支払
- 現場対応者への緊急事態ストレス・デブリーフィング・サービス

機関・学校の実践における改善点
- 調査には監察医や司法当局、児童相談所も参加したか？
- 剖検プロトコールはあるか？
- 包括的な現場調査は死亡現場で、できるだけ速やかに実施されているか？また、現場の再現や面談も含まれているか？
- 死別時サービスへの紹介は行なわれているか？
- 新生児や年少児のいるハイリスク家庭には防止サービスが提供されているか？
- 委任を受けた報告者は子ども保護法の要件に準じているか？
- 過去に生じた損傷は同定され、報告されているか？
- 児童相談所は調査を尽くし、適切な照会や提言を行っているか？

効果的な予防サービス/行動
- 病院の救急スタッフに、子どもの虐待死を同定できる能力を高めるような研修を行い、適切な機関への報告も改善する。
- 地元の福祉機関、病院、医師に対し、報告義務のある子ども虐待、ネグレクトに関する報告書に関する助言を行う。
- 重大な健康上、発達上の問題を抱えて帰宅した子どもの症例管理、照会およびフォローアップ
- フラストレーションから子どもを乱暴に揺さぶるなど、死に至る可能性があることがよく知られた行動について、一般市民を啓発するよう、メディア・キャンペーンを行う。
- 親が子どもを一定期間無料で預けることができ、”がけっぷち”の親を救う安息の場となる危機対応保育施設。
- 高リスクの乳児やトドラー期幼児の親に対し集中家庭訪問
- Parent Effectiveness Training (P.E.T.)、the Parent Nurturing Program 、Systematic Training for Effective Parenting (S.T.E.P.). などの両親向け教育プログラム。

さらなる情報の入手
- American Professional Society on the Abuse of Children http://apsac.org
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect http://nccanch.acf.hhs.gov/
- Prevent Child Abuse http://preventchildabuse.com
- Prevent Child Abuse America http://www.preventchildabuse.org

効果的なﾚﾋﾞｭｰのために － 自動車事故による死亡

背景
- 自動車事故死の中には、車、トラック、SUV、自転車、 列車、スノーモービル、バイク、バス、トラクターおよび全地形万能車によるものが含まれる 。
- 被害者には運転者、同乗者、歩行者が含まれる。
- わが国では、15歳から20歳の若者が運転者全体の 6.7% を占めているが、死亡事故に関与しているのは事故全体の 14% である。事故の大多数は無謀なスピード超過また は不注意によるものである 。
- 1人の同乗者を乗せた16歳の運転者は、単独で運転している場合に比べて36% 事故死する率が高く、同乗者が2人の場合は86% 、3人以上の十代の同乗者の場合182%以上に上昇する。
- 研究によれば、乳児とトドラー期幼児の安全シートの80%以上が車内に正しく取り付けられていなかった。
- 体重40-80ポンド(4-9歳)の子どもは、ブースター安全シートに座らなければならないが、殆どはそうしていない 。
- ヘルメットは、自転車関連の死亡事故の大半を防止することができる。

必要となる記録
- 剖検報告
- 死亡現場調査報告および写真
- 目撃者との面談
- 救急隊出動記録
- 州の統一事故報告書と、事故時の道路および天候の状況
- 救急診療部報告
- 運転者および被疑者の血中アルコールおよび薬物濃度
- 酒気帯び運転やスピード違反など、過去の違反
- 州外のヒストリー
- 合格した免許法および違反
- 同現場での事故情報
- 安全ベルト、安全シート、ブースターシート、ヘルメットその他の装置のダメージに関する検査室の分析

リスク要因

16歳未満の子ども
- 車の前席に座る
- チャイルドシートやシートベルトの不使用または、使い方が不適切
- 十分な安全装備をしていない、特に自転車ヘルメット不着用
- ATV、スノーモービルなどのレクリエーション車の不慣れな運転者
- ピックアップトラックの荷台に乗る
- 自動車の車中やまわりで遊ぶ幼い子ども
- 監督なしの横断

16歳以上の子ども
- 運転に安全なスピードを超過する
- 運転し始めの運転者の車に同乗者として乗る
- 3人以上の同乗者を乗せて運転する
- 真夜中の12時から午前6時までの間に運転する
- 適切な拘束具を着用していない
- 運転者または同乗者のアルコール飲用
- ピックアップトラックの荷台に乗る

考慮すべきサービス
- 家族や友人に対する死別時および危機対応サービス
- 現場対応者への緊急事態ストレス・デブリーフィング・サービス

機関・学校の実践における改善点
- 調査には、監察医や警察も参加しているか？
- 包括的な現場調査は死亡現場で、できるだけ速やかに実施されているか、その中には使用されたシートベルトの有無や、種類も含まれているか？
- 事故の主因は特定されているか？

効果的な予防サービス/行動

16歳未満の子ども
- Lower Anchors and Tethers for Children (LATCH): USDOT は新型の子供用安全シートは、全て頭部保護基準を満たすこととしている。
- 20～40Kgの子どもへのブースター安全シート使用を増進すべく啓発する。
- チャイルドシート調査プログラム: DOT、DaimlerChrysler、Ford および General Motors の提供によるプログラムを創設し、ディーラーなどに販売現場での安全シート調査と研修を実施させる。
- 無料または低価格の安全シートの配布
- 自転車のヘルメット着用法制化や、無料または低価格の子ども向けヘルメットの支給。
- 子どもの荷台への搭乗を禁止するトラック荷台法と、KIDS AREN'T CARGO(子どもは荷物ではない)という啓発キャンペーンを行い、トラックの荷台への搭乗をやめさせる。
- 道路を再設計し、標識を改善する。

16歳以上の子ども
- 初心者免許法 ： 監督者の下での練習を含んでいるもの、最低6か月以上事故や違反がないことを要件とする、 十代の同乗者の人数を制限する、夜間運転の制限および乗車している全員にシートベルト着用義務付け 。
- 十代の運転者監視プログラム: Street Watch やSAV-TEEN は、十代の車に目印をつけることで未熟な運転習慣を見たものは誰でも司法当局に通知することができるようになる。司法当局は、その十代の若者の家庭を訪問するか、またはその事案を両親または車の所有者に報告する。
- 運転者教育: 地方のプログラムは、最もよくみられるリスク要因を強調するように改定する。すなわち、田舎の砂利道などでのオフロード・リカバリーなど。
- シートベルト: 青少年のシートベルト着用率を上げるよう教育し、シートベルト着用義務の法制化を優先施行する。
- 道路の再設計と標識の改善。

さらなる情報の入手
- U.S. Department of Transportation National Highway Traffic Safety Administration www.nhtsa.dot.gov
- Safe Kids Worldwide www.safekids.org
- Ford Motor Company －Boost America! www.boostamerica.org
- DaimlerChrysler － Fit for a Kid www.fit4akid.org

効果的なレビューのために – 自殺

背景
- 自殺は、自動車事故、銃器による殺人に次いで、青少年の死因として3番目に多いものである。自殺によって亡くなる若者は、癌や心臓病、AIDS、出生異常、脳卒中、肺炎、インフルエンザ、そして慢性肺疾患を合わせたよりも多い。
- 自殺完遂のための方法として利用されることが最も多いのは、銃器、絞首および毒物である。
- 自殺のリスクは、若い白人男性が最も高い。人種を問わず青少年の男性は、女性の4倍自殺完遂率が高い。
  青少年期の女性は、青少年期の男性の2倍自殺を試みている。12-14歳では率が上昇しているようである。
- 男性が自殺完遂率が高いのは、銃器が最も多く使用されるためである。
- 抑うつ状態と顕著に引き金になるような事象が組み合わさって、 自殺に至る若者が多い。引き金になる出来事の中には、大人の目からはさほど顕著に見えないが、傷つきやすい十代には深刻なリスクとなるものもある。
- 学校は、自殺の警告を認識するための重要な場所であり、第1次、第2次の予防策を実行すべき場所であることがわかっている。
- 友人の自殺を追って、他の友人たちが行う集団自殺は、稀ではない。十代の自殺があった場合は、他の傷つきやすい十代への注視を促す契機である。

必要となる記録
- 剖検報告、毒物スクリーニングを含む
- 死亡現場調査報告および写真
- 遺書
- 銃火器の弾道情報
- コンピュータのダウンロード記録
- 家族と友人との面談記録
- 救急隊出動記録
- 過去の入院歴を含む救急診療部報告
- 子ども、養育者および死亡時の子どもの監督者の過去の児童相談所介入歴
- 可能であれば、子どもの精神保健病歴
- 学校記録および学校の代表者の会議への参加記録
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 過去の自殺未遂歴
- 薬物・アルコール乱用歴
- 法に関わる問題や、学校での出来事などを含む、最近の顕著に大きな出来事に関する情報
- 自殺に銃火器が用いられた場合は、その銃火器の保管に関する情報

リスク要因
- 長期にわたる、または深刻な抑うつ状態
- 過去の自殺未遂
- 気分障害および精神疾患薬物乱用
- 小児期のマルトリートメント
- 両親の別居や離婚
- 銃火器の不適切な入手
- 人間関係の葛藤、または社会的支援のない喪失感
- 親戚や親しい友人の過去の自殺
- いじめや性に関する問題など、その他の顕著な葛藤

考慮すべきサービス
- 家族に対する死別時および危機対応サービス
- 経済的援助が必要な家庭への埋葬費用支払
- 現場対応者への緊急事態ストレス・デブリーフィング・サービス
- 学校の危機対応チーム

機関・学校の実践における改善点
- 調査には、監察医や警察、児童相談所も参加しているか？
- 自殺による死亡の場合の剖検プロトコールがあるか？
- 毒物スクリーニングは必ず行われているか？
- 包括的現場調査は死亡現場でできるだけ速やかに行われているか、面談は含まれているか？
- 死別時サービスへの紹介を行なっているか？
- 被疑者の友人たちは、学校で教師、事務員、用務員、バス運転手らによって自殺の警告サインがないか、しっかりと監視されているか？

効果的な予防サービス/行動

16歳未満の子ども
- The Yellow Ribbon Suicide Prevention Campaign は、若者たちに、自分や自分の友人に問題が起きたとき、どこに助けを求めればよいかを教えてくれる。
- 学校ゲートキーパー研修は、学校の職員が、リスクのある生徒に気づき、指摘し、学校での自殺やその他の危機に対応できるように教える。
- 十代との交流のあるコミュニティメンバー向けコミュニゲートキーパー・自殺リスク分析研修。
- 警告サインを理解し、支援組織を教える、十代対象の一般的な自殺に関する教育。
- 学校に通っている者を含む、自殺、抑うつ、直情的、攻撃的行動に関わる問題を抱える生徒を同定する、スクリーニング・プログラム。
- ハイリスクの青少年や若年成人の間で、友人間の積極的な関わりや社会的能力を高めるピア・サポート・プログラム。
- 危機対応センターとホットライン。
- ハイリスクの十代の家庭から銃器を撤去するなど、自殺の致命的手段に近づくことを制限する。
- 自殺した人物の友人や親戚に焦点を当てた自殺後介入で、集団自殺を防止または阻止し、青少年および若年成人に友人の突然の死に伴う喪失感を上手に処理できるよう支援する。
- 退学になったり、軽犯罪で逮捕された生徒の自殺リスクを判定するツールを作成する。

さらなる情報の入手
- Youth Suicide Prevention Program
  http://www.yspp.org/
- National Yellow Ribbon Program
  www.yellowribbon.org
- National Strategy for Suicide Prevention
  www.mentalhealth.org/suicideprevention
- Suicide Prevention Resource Center
  www.sprc.org

効果的なレビューのために – 10代の殺人

背景
- 若者の殺人は、銃火器による死亡全ての中で最も多い割合を示している。米国では、過去４年間に銃器で死亡した十代は35%減少しているが、それでも毎年銃火器によって平均10人の子どもとティーンズが死亡している。
- 2000年、 the Youth Risk Behavior Surveillance Surveyは、高校1年と高校3年のほぼ5分の1が最近30日間に自己防衛または紛争を収めるため銃火器を手にしたと報告している。
- 若者の殺人は大都市部で最も深刻な問題で、特に黒人男性間で多い。殺人は、黒人またはヒスパニックの十代で最も多い死因である。
- 社会経済的状態が安定している場合は、人種による殺人率の違いがさほど目立たない。
- 殺人は、通常同性、同人種、同年代間の偶然の出会いから発生しており、安価で入手しやすい拳銃が用いられることが多い。
- 殺人に至る紛争では、薬物の売買やギャングの関与が最も多い原因である。
- 殺人の大多数は、大都市の小さな死角で起こっている。

必要となる記録
- 現場調査報告
- 警察および鑑識報告
- 家族、子どもおよび犯人の児童相談所介入歴
- 家庭内の他の子どもの氏名、年齢、性別
- 銃火器の弾道情報
- 近隣での過去の犯罪記録
- その十代の子どもと犯人の少年期および犯罪記録
- 目撃者との面談
- ギャング団の情報

リスク要因
- 銃火器が簡単に入手、利用できる
- 貧困、社会的孤立、家庭内暴力が高率に見られる地域に住む若者
- 薬物およびギャング活動に積極的な若者
- 早期の学校不適応、不良行為および暴力
- 成人の監督がないか、殆どない若者
- 過去に暴力を目撃

考慮すべきサービス
- 死別時サービス
- 近隣地域ベースの危機介入サービス
- 証人保護サービス

機関・学校の実践における改善点
- 全ての若者の殺人に対して包括的な調査がなされているか？
- 犯罪調査は十代の暴力率が高い地域を対称にしているか？
- 学校は、生徒に脅威があった場合の対応方針を持っているか？
- 暴力の目撃者には適切なサービスが提供されているか？

効果的な予防サービス/行動
- ハイリスクの親への、集中的な、早期介入サービス
- 殺人発生率の高い地域下記を含む集中的な活動:
  - ー警察の存在感向上と犯罪多発地域での銃抑制
  - ー政治指導者の参加
  - ー近隣住民およびコミュニティメンバーの広範囲な機動性
  - ー下校後のレクリエーション・プログラム
  - ーNeighborhood Watch（自警団）
- 不法な銃の禁止および銃法違反者の 集中的な訴訟
- ドロップアウト防止プログラムと、代替教育の機会提供
- 指導、セラピーおよびいじめ防止支援プログラム
- 問題を抱える若者への包括的セラピー

さらなる情報の入手
- Johns Hopkins Center for Gun Policy and Research
  www.jhsph.edu/gunpolicy/
- Department of Justice
  http://www.usdoj.gov/youthviolence.htm