

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つ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的関係なく、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おう。

- ・ 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、カリフォル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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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ぬ。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。	<ul style="list-style-type: none"> 標準的な記録共有プロトコルを作成し、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。	<ul style="list-style-type: none"> 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、特定の年齢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が明らかになっている。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定めることである。

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、その提案が既に行われ、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ることができる。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

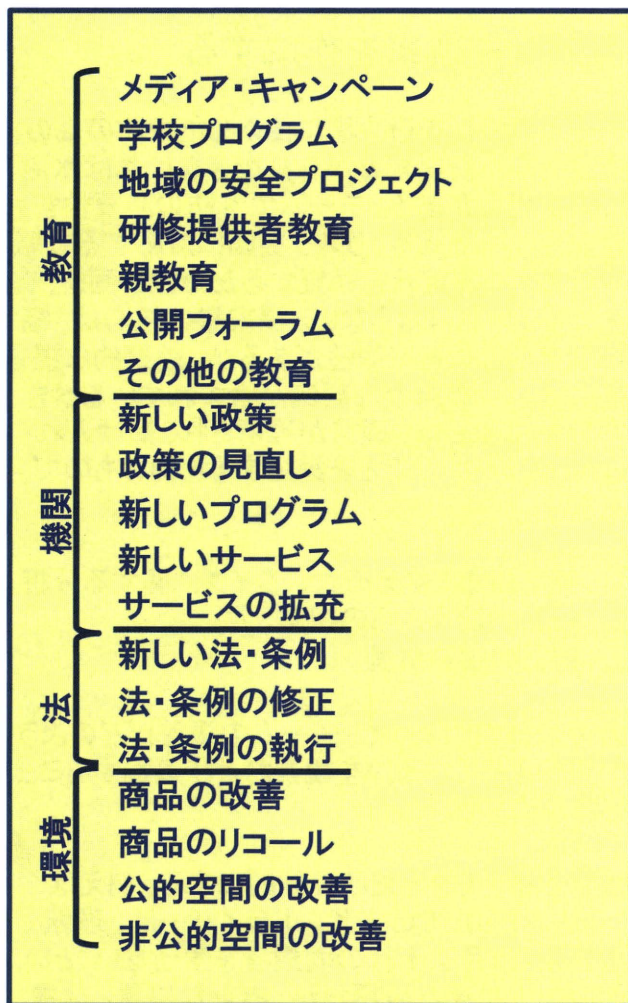
- ・ 持続可能性
- ・ コミュニティでの受容性
- ・ 政治的実情
- ・ 意図しない結果

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。



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。

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。

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、ニュースレター。
- ・ 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つたり、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。
具体的に何をすべきか	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態、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、統一された死亡事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らる可能性がある。

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・ソースは一對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。

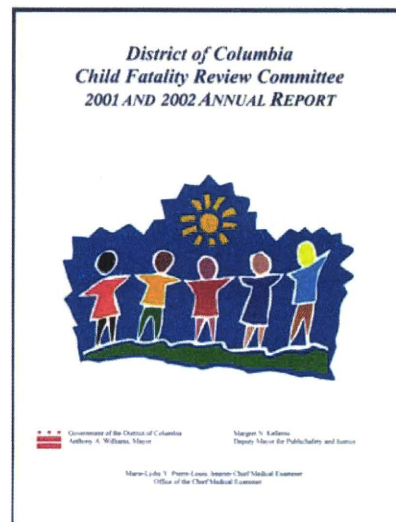
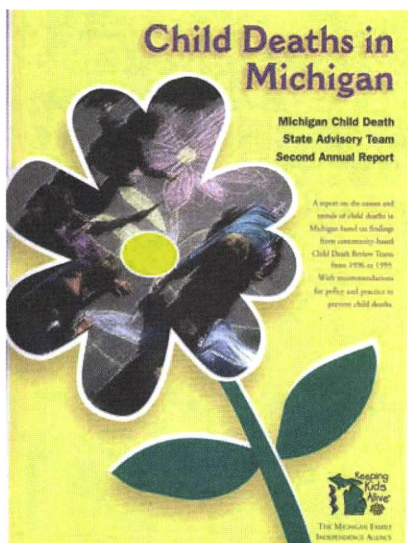
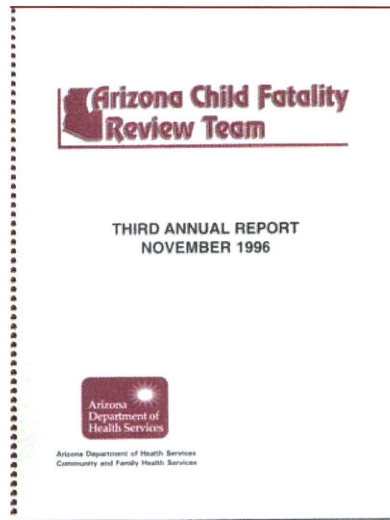
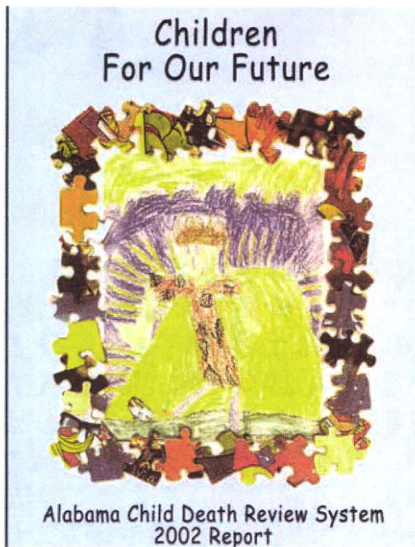
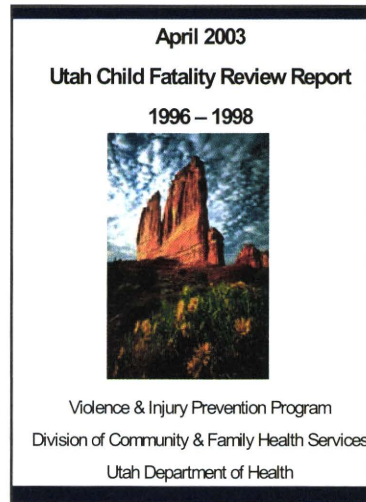
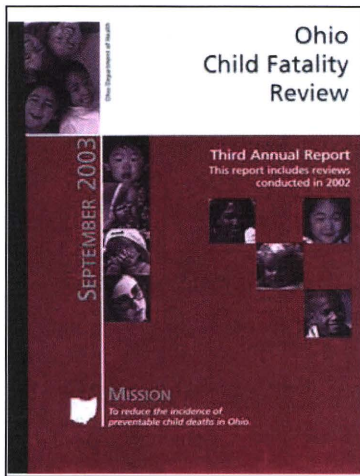
こうした問題はあるが、死亡データとCDRデータの双方を表示することは重要である。これによって、全小児死亡例に占めるレビュー割合が推測でき、バイタルレコードのコーディング・システムによって、報告数の少ない分野(子ども虐待による死亡などを確認することもでき、チームの報告分野の中で、子どもの死亡についてより完全な理解に近づくことができる。

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見ることができる：
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を当て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変更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。