

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。

数日以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お願いしております。

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、状況を把握しかか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する再確認
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

本シートはレビュー会合の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バーに配布される必要がある。

Child Death Review チーム
レビュー対象事例一覧 _____ (会合の日付)

レビュー番号

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

レビュー番号

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 _____

レビュー番号

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 施行中のレビ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。各々のチームメンバ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、治療プロトコル、管理計画に関するデータのレビュー中である。
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デ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プロトコルを作成した。地域のリソースとの新しい関係性が構築された。新しいプロトコ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	安全な睡眠キャンペーンはまだ一般に広く知られていない。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ムチェ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。
- ・管轄区内の子どもの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 – 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 – 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 – 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 — 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—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 — 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 — 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 — 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探り上げるとともに、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。

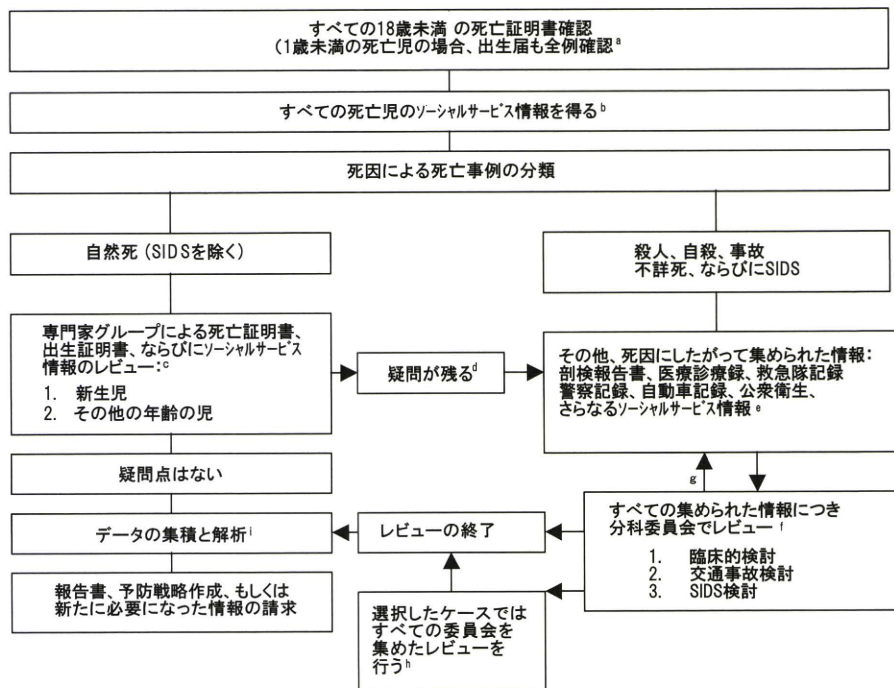
	活動 1	活動 2	活動 3
有効性			
実行のし易さ			
コスト			
持続可能性			
コミュニティの許容度			
政治的現実性			
非意図的結果			

- ・ 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、ソーシャルサービス情報)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

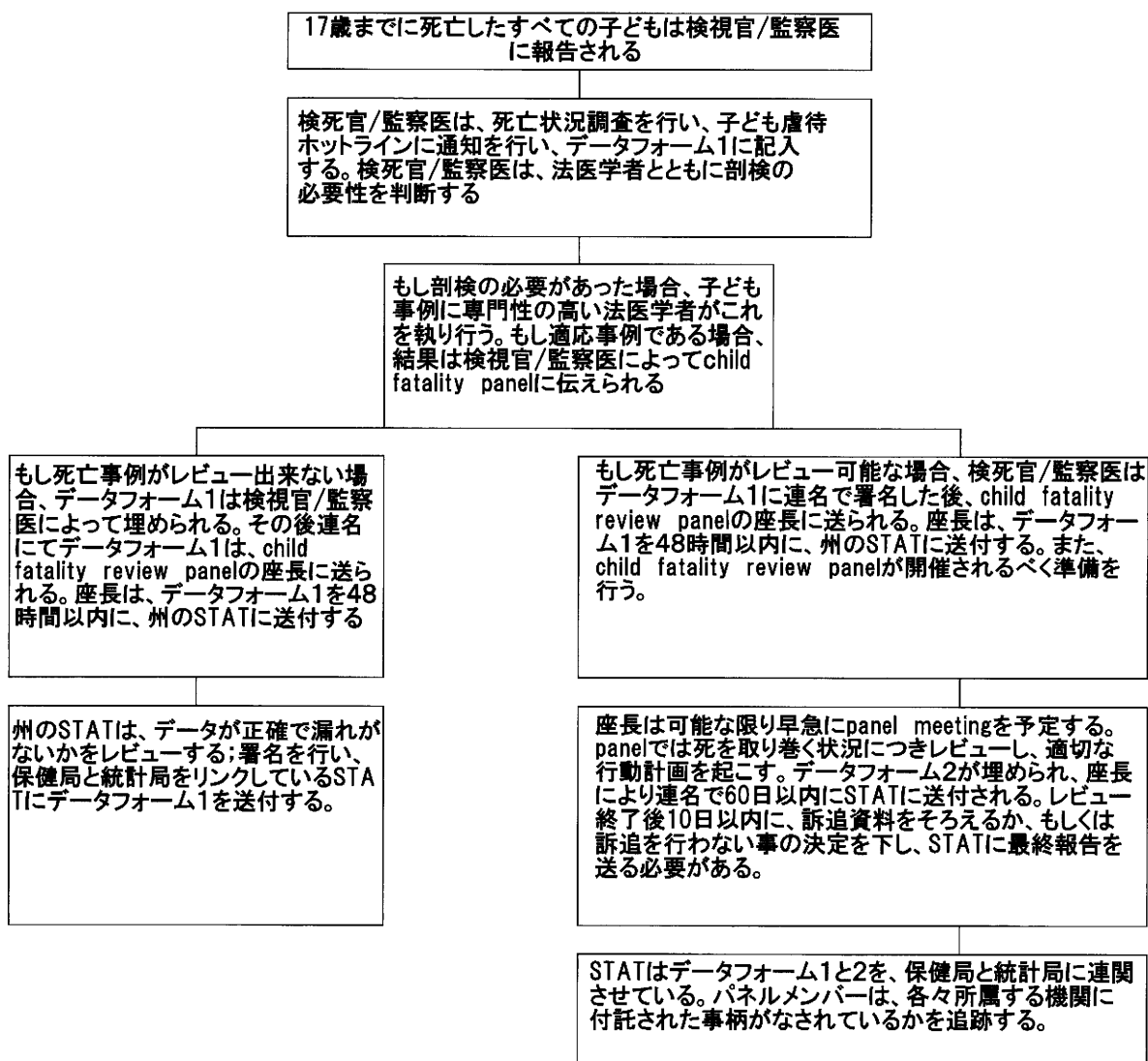
f. “臨床的”分科委員会は、すべての殺人、自殺、(乗り物による交通事故を除く)事故、ならびに不審死に関して、ならびに専門家集団や他の臨床グループから疑問の持たれた自然死、交通事故死、SIDS症例のレビューを行う。“交通事故”専門分科委員会はすべての交通事故症例を、“SIDS”専門分科委員会はすべてのSIDS症例に対し、レビューを行う。

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 Fatality Review委員会で提示される症例とはしては下記のものあげられる:
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、全委員会でも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。予防可能な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 — 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 Planning等の公的支援の利用記録
- ・ 警察調査
- ・ 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に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に教育を増進し、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

- ・ National Fetal and Infant Mortality Review(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
- ・ March of Dimes(マーチ・オブ・タイムス: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