

2. 子ども家庭福祉領域のみならず子ども子育て支援対策においても精神保健活動が重要であることは衆目の一致するところであるが、この両者をテーマにした地域精神保健クリニックには予想を超える受診者が押し寄せ、如何に親や関係者が精神保健クリニックを必要としているかが明らかとなった。
3. 研究対象とした4カ所の地域精神保健クリニックは、先行した地域精神保健クリニックがモデルとなって、比較的スムーズに開設にこぎつけている。しかも、いずれのクリニックも設立後直ちに多くの利用者があり、幅広い精神保健クリニック活動が実践されている。今後このような精神保健クリニックが全国的に展開することが求められる。
4. 一般の精神科医療では対応が困難で、診療にも多くの時間やエネルギーを必要とする児童虐待ケースや子育て期の産後精神障害、そして精神的な問題を呈する発達障害の診療が求められ、そのような問題が診療の中心を占めているように思われる。この結果から、こうした子ども家庭福祉領域と子ども子育て支援対策にかかわる精神保健クリニックが期待されていることが明らかとなった。

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)  
**子ども家庭福祉分野における家庭支援のあり方に関する研究**  
(主任研究者 日本子ども家庭総合研究所 高橋重宏)

分担研究報告書

分担研究者 小野善郎 和歌山県子ども・障害者相談センター

子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援システムに関する研究

小野善郎 (和歌山県子ども・障害者相談センター)

**研究要旨**

被虐待児などの子ども家庭福祉領域で関わる子どもたちには多彩な情緒・行動上の問題が認められることが知られており、これらの子どもたちへの支援には適切な精神保健サービスを提供する体制を整備することが必要である。本研究は、子ども家庭福祉領域において合理的かつ効果的な精神保健支援システムのあり方を検討することを目的として行われた。

本年度の研究では、まず、子ども家庭福祉領域における地域精神保健システムの基本的枠組みとして、地域で子どもと家族に有効な精神保健サービスを提供する理論的枠組みである「システム・オブ・ケア system of care」の概念についての調査を行った。システム・オブ・ケアの中核的価値観と基本指針は、わが国の子ども家庭福祉領域で支援する子どもと家族にも有用であり、子ども家庭福祉はシステム・オブ・ケアを構成する一員として重要な役割を担うことで地域の子どもの精神保健に寄与するだけでなく、精神保健ニーズの高い子どもたちへの福祉サービスの向上にも大きな効果が期待できることから、システム・オブ・ケアの理念に沿って地域精神保健サービスが整備されていくことは非常に合理的なものと考えられた。また、システム・オブ・ケアの理念による子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援では、より適切な支援の強度と環境を判断する方法として、レベル・オブ・ケアの評価が有用であると考えられたことから、児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度(CASII)を利用することとし、本年度は日本語への翻訳作業作成を行い、CASII 日本語版を作成した。

**研究協力者(五十音順)**

中山 浩 (静岡県子ども家庭相談センター  
総合支援部)  
山本 朗 (三重県立小児心療センターあす  
なる学園)

家庭福祉領域のもっとも重要な役割になってきている。虐待相談などで子ども家庭福祉領域が関わる子どもと家族には多様なニーズが認められるが、中でも精神保健サービスに対するニーズは非常に高いにもかかわらず、精神保健の視点からの支援は現在までのところきわめて限られているのが実情である。これらの子どもと家族により効果的な支援を提供するためには、必要な精神保健サービスを提供する体制を整備することが喫緊の課題であると考えられる。

**A. 研究目的**

子ども虐待問題がますます深刻化し、より効果的な子ども虐待の予防、介入、治療・ケアは児童相談所を初めとした子ども

本研究は、子ども家庭福祉領域における家族支援のあり方に関する総合的研究の中の分担研究として、これらのニーズの高い子どもと家族に対して効果的な精神保健サービスを提供する地域における支援システムのあり方を検討することを目的として実施された。具体的には、地域で子どもと家族に有効な精神保健サービスを提供する理論的枠組みである「システム・オブ・ケア system of care」の概念を基軸に、わが国の社会制度や文化に適合したシステム・オブ・ケアのあり方を検討するとともに、より合理的な支援を提供する方法論としてサービス強度の評価方法を確立することを目標とする。

## B. 研究方法

初年度である平成 19 年度の研究では、研究全体の理論的基盤となるシステム・オブ・ケアの理論と米国における実践についての情報収集と、治療・介入の強度を評価する評価尺度の日本語版作成の基礎的研究を中心に行った。

### 1. システム・オブ・ケアに関する調査

被虐待児や非行少年などの複雑で多様な精神保健ニーズを持つ子どもとその家族に、地域において必要な精神保健サービスを提供する理論的枠組みとして米国で注目されているシステム・オブ・ケアの理論と海外での実践を理解し、本研究の理論的基盤を確立するために、文献調査および研究者との意見交換を通じて情報収集を行った。

### 2. 児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度日本語版作成

システム・オブ・ケアの理念による子どもと家族への精神保健サービスでは、不

要・不適切な施設入所や入院を減らし、できる限り地域での支援を提供できるようにするために、精神医学診断や心理アセスメントだけでなく、子どもの地域や学校での機能状態、家庭や地域のリスク因子や利用できる資源などを評価して、支援の強度(支援内容と支援環境)を判断する方法を採用している。

子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援システムにおいても、より適切な支援の強度を判断する方法が必要であると考えられるため、本研究では米国児童青年精神医学会が開発した児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)を使用することとし、本年度は日本語への翻訳作業作成を行った。

さらに、次年度以降に実施する CASII 日本語版の信頼性および妥当性を検証する研究プロトコールの検討も行った。

## C. 研究結果

### 1. システム・オブ・ケアに関する調査

#### 1) システム・オブ・ケアの概念

近代の子どもの福祉と精神保健は、19 世紀の終わりから 20 世紀の初めにかけての北米の都市部で始まった児童救済運動とそれに引き続く児童相談運動に起源を持つ。前者からは未成年の犯罪少年を成人とは異なるシステムで処遇する少年法を生み出し、後者からは児童相談クリニック Child Guidance Clinic が生まれ、それはやがて児童精神科医療を確立するひとつの基礎となった。どちらの活動もすぐに全米に普及し、さらにはヨーロッパや日本の社会システムにも大きな影響を与えた。

しかし、1960年代から1970年代の米国での公的な子どもの精神保健サービスは成人と較べて非常に立ち後れ、ニーズのある子どもたちの多くが適切な支援を受けられない状態にあった。1982年にJane Knizerが発表した“Unclaimed Children”をきっかけに、新たな子どもの精神保健サービスシステムの模索が活発化し、1984年から始まった連邦政府の取り組みである児童青年サービスシステムプログラム Child and Adolescent Service System Program (CASSP)によって、今日のシステム・オブ・ケアの基盤が作り上げられてきた。

CASSPは、重大な情緒的問題を持つ子どもたちが地域を基盤とした、子ども中心の、家族を重視したサービスを受けられるような多機関合同アプローチを提唱し、連邦および民間の助成金によって各地でさまざまなサービスシステムが試行された。システム・オブ・ケアは、CASSPを根源とする子どもの地域精神保健サービスシステムの改革の中で生まれた理念で、特定の具体的なサービス提供システムやプログラムを指すものではない。

システム・オブ・ケアは Stroul と Frieman(1986)によって「重大な情緒障害を持つ児童青年とその家族の多様で変化するニーズを満たすために、調和のとれたネットワークとして組織された、包括的で幅広い範囲の精神保健とその他の関連サービス」と定義され、3つの中核的価値観とサービスの提供方法に関する10の基本指針によって説明されている(表1)。このうち、以下のポイントがシステム・オブ・ケアの理念では特に重要である。

- 幅広い個別化されたサービスと支援を

提供すること

- もっとも標準的でもっとも制限の少ない環境で子どもを支援すること
- 地域を基盤としたプログラムで子どもを支援し、絶対的な必要性がない限り施設入所をさせないこと
- ほとんどのケースでは、家族は子どもにとってもっとも重要で生涯にわたる資源であることから、家族を支援し子どものケアに関与するようにすること
- 支援機関とプログラムは互いに連携し、複数のニーズのある子どもを支援する時に相反しないようにすること
- 文化の違いを認識し適切に取り扱うこと

この定義では「幅広いサービス」と定義されているが、システム・オブ・ケアの概念は個々のサービスのネットワークを現しているのではなく、子どもと家族に対してどのようにサービスが提供されるべきかについての理念を表すものである。実際のシステム・オブ・ケアの構成要素や構成構造は州やコミュニティによってさまざまであるが、それらの中にはシステム・オブ・ケアの理念に沿ったサービス提供の特徴と質を規定する基本的価値観と運営理念が採用されている。

実際のシステム・オブ・ケアのモデルは、図1に示したような8つの主要なサービス要素からなる枠組みで構成される。それぞれの要素は、子どもと家族のニーズの領域と、それらのニーズを満たすような包括的なサービスを提供するために必要な機能を表す。この枠組みは、そのタイプの機関がどれか特定の機能を担当することを指定するものではない。それは個々のコミュニテ

イーによって決定されるものである。

ない。

システム・オブ・ケアの枠組みは、社会システムや政策立案のための指針として利用できるが、既存のサービスの評価やその改良のためにも利用できる。この枠組みは今後の方向性と目標を明確にしたサービスシステムの青写真として描かれてきたものである。しかし、あくまで効果的なシステムを築き始める出発点として作られたものであり、さらなる調査研究、経験、改革によって変化していく前のベースラインである。それぞれの地域はそれぞれのニーズ、環境、サービスシステムに応じて、この枠組みを適用していく努力をしなければなら

図1. システム・オブ・ケアの枠組み

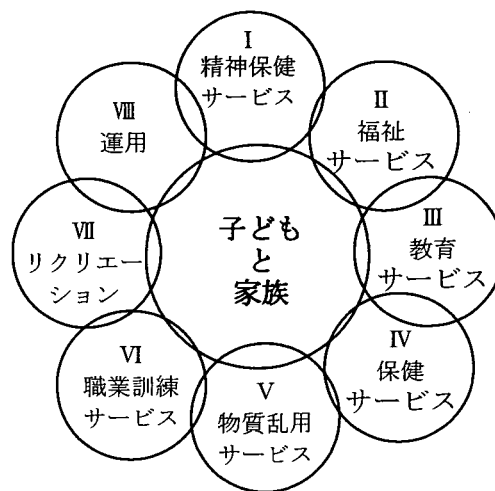


表1. システム・オブ・ケアの中核的価値観と基本指針

中核的価値観	
1.	システム・オブ・ケアは子どもを中心とし家族に焦点を当てたもので、子どもと家族のニーズによって提供されるサービスの種類と組み合わせが決定される。
2.	システム・オブ・ケアは地域を基盤としたもので、管理と意志決定の責任だけでなくサービスの中心はコミュニティーのレベルにある。
3.	システム・オブ・ケアは文化適合的なもので、サービス機関、プログラム、サービスはサービスを提供する集団の文化的、人種的、民族的な違いに対応しなければならない。
基本指針	
1.	情緒障害を持つ子どもたちは、その身体的、情緒的、社会的、教育的ニーズに対応した包括的なサービスが利用できなければならない
2.	情緒障害を持つ子どもたちは、個別的サービス計画に沿って、それぞれの子どもの独自のニーズと潜在能力に応じた個別化されたサービスを受けられなければならない。
3.	情緒障害を持つ子どもたちは、臨床的に適切な、もっとも制約が少なく、もっとも標準的な環境でサービスを受けられなければならない。
4.	情緒障害を持つ子どもの家族または代理家族は、サービスの立案と提供のすべての側面に参加しなければならない。
5.	情緒障害を持つ子どもたちは、サービス機関、プログラム、サービスの立案、整備、調整の機構との良好な連携の下に、よく統合されたサービスを受けられなければならない。
6.	情緒障害を持つ子どもたちには、複数のサービスがうまく調整され治療的な形で提供され、子どものニーズの変化に応じてシステム・オブ・ケアの中で柔軟な対応ができるようになるケースマネジメントやそれに類する機構が提供されなければならない。
7.	情緒障害を持つ子どもたちの早期発見と介入は、良好な結果の可能性を高めるために、システム・オブ・ケアの中で積極的に取り組まなければならない。
8.	情緒障害を持つ子どもたちは、成長と共に成人のサービスに円滑に移行できるようにされなければならない。
9.	情緒障害を持つ子どもたちの権利は保護され、情緒障害を持つ児童青年の権利擁護を推進しなければならない。
10.	情緒障害を持つ子どもたちは、人種、宗教、国籍、性別、身体障害、その他の特性に関係なくサービスを受けられ、そのサービスは文化的差異や特別なニーズに感受性を持ち、それらに対応したものでなければならない。

Stroul & Friedman (1986)

## 2) システム・オブ・ケアの方法論

システム・オブ・ケアの理念には、家族の参加、地域を基盤とした治療、他機関協働などの主要な方法論が含まれる。また、実際のサービスはエビデンスに基づいたものでなければならない。

### a) 家族の参加

家族を中心としたケアを提供することはシステム・オブ・ケアの中心概念のひとつである。家族を中心に置き、支援を受ける子どものニーズに焦点を当てたサービスを提供するためには、システム・オブ・ケアのすべての場面に家族が積極的に関わる必要がある。家族の参加は子どもの支援計画の策定と実施だけでなく、コミュニティのサービスプログラムの策定や評価に関する管理的な場面までを含んでいる。

子どもへの支援に家族が参画する方法として「子どもと家族のチーム」のモデルがある。このチームは、家族あるいは家族支援者のリーダーシップで機能し、近親者や隣人、その他必要な人たちによって構成され、子どもへの治療計画や支援の実施について専門家やサービス提供者と話し合う。家族を中心として家族が参加した支援を行うことで、子どもが地域の中でケアを受けていく可能性が高くなるだけでなく、子どもの情緒・行動の問題のために、ともしれば地域から孤立したり排除されるかもしれない家族をも支援することになる。

### b) 地域を基盤とした治療

システム・オブ・ケアの理念に基づく治療は、子どもが生活している地域を基盤として行うことを重視し、子どもが入院や施設入所などにより制限的なケアのレベルに進むことを予防しつつ、適切な治療を提供

することを目指している。このために、上述した家族の参加だけでなく、地域のあらゆる資源を有効に活用した支援を柔軟に行うことが求められ、その方法論はラップアラウンド wraparound サービスと呼ばれている (wraparound; 総合的、包括的の意)。ラップアラウンドサービスは単なるひとまとまりのサービスパッケージではなく、「個々の子どもと家族が良好な転帰を得られるように、その子どもと家族とともに地域サービスや自然的支援の計画を立案する理念」であり、以下のような要素を含んでいる。

- ラップアラウンドは地域を基盤としなければならない。
- サービスと支援は個別的で長所を活かしたものでなければならず、家庭、学校、地域において成功、安全、パーマネンシーを促進するために生活領域全般にわたって子どもと家族のニーズを満たす必要がある。
- その支援過程は文化的に適合したものでなければならない。
- 家族はラップアラウンドの家庭のすべてのレベルにおいて、完全かつ積極的なパートナーでなければならない。
- ラップアラウンドの方法は、個別化されたサービス計画を開発、実施、評価するために、家族、子ども、自然的支援、専門機関、地域サービスが加わったチームによって推進されるものでなければならない。
- ラップアラウンドチームは、適切かつ柔軟な財源により、柔軟な対応ができなければならない。
- ラップアラウンドの計画は、公式のサー

ビスと非公式の地域や家族の資源がバランス良く含まれるものでなければならない。

- 地域機関とチームは、子どもと家族に貢献するために、無条件に努力しなければならない。
- サービス支援計画は、多くの機関、地域と近隣が協力することを基盤として開発され実施されなければならない。
- プログラムとシステムに対して設定された目標同様に、子どもと家族に関して設定された目標についても、転帰が評価され判定されなければならない。

ラップアラウンドの方法は子どもと家族の独自のニーズに応えるために、通常の子精神保健や福祉サービスだけでなく、その地域にあるあらゆる資源を利用するものである。支援の過程で子どもと家庭のニーズが変化することもあるが、その場合には子どもと家族がサービスから排除されるのではなく、サービスが修正されなければならない。また、支援は子どもと家族のニーズがある限り続けられる必要もある。

#### c) 多機関協働

家族中心で、地域を基盤とし、子どもと家族のニーズに合わせた支援は、単一の機関やプログラムでは提供が困難であるため、必然的に多機関、他職種の協働が必要となる。しかし、これまでの子どもや家族に対する心理社会的サービスは縦割りの官僚的システムによって提供され、効果的な協働ができないことが多かった。システム・オブ・ケアの理念に基づいたサービスシステムでは、多彩な支援やサービスを活用するため、それぞれのケアをうまく調整することが極めて重要な要素となる。そのための

中核的な方法論がケースマネジメントである。

ケースマネジメントは単一の概念ではなく、さまざまな用語や定義が存在する。システム・オブ・ケアにおけるケースマネジメントの基本的要素としては、①アセスメント、②サービス計画、③サービスの実行（つなぎ、仲介〈調達〉、資源の開発、障壁の解決などを含む）、④サービスの調整（多様なサービスを確実に同じ目標に向けること）、⑤モニタリングと評価、⑥支援（家族を力づけ障壁を克服することを含む）が挙げられている。

ケースマネジメントは静的なものではなく、管理的なものからサービス機能までの範囲の連続体としての一連の機能と考えられる。もっとも管理的な機能は、サービス利用の審査、利用基準の管理、サービス認可などがあり、連続体の中間には、サービスの仲介（調達、実施）、クライアントの転帰のモニタリング、機関間の関係調整がある。連続体のサービス機能の極にはより援助的で直接的な治療サービスが含まれる。ケースマネージャーは子どもと家族のニーズによって、また治療の段階に応じて、これらの連続体の中で必要な機能を果たすことで、必要な支援が効果的に行われることを確かにする役割を担っている。

#### d) エビデンスに基づいた支援

精神保健サービスを必要とする子どもたちを治療する臨床家の目標は、彼らの苦痛を軽減するとともに、最適な機能レベルを回復するための適切な治療を提供することである。また、地域を基盤とする介入の目標は、情緒・行動の症状を可能な限り軽減するとともに、子どもが生活する状況にお

いて適切な機能状態にすることである。これらの目標を達成するために、システム・オブ・ケアでは治療効果についてのエビデンスがある治療や介入が積極的に取り入れられる。薬物療法や心理療法などの他に、いくつかの地域を基盤とした介入（たとえば、ケースマネージメント、デイトリートメント、マルチシステムックセラピー multisystemic therapy、治療的里親）にもエビデンスが報告されており、システム・オブ・ケアの中で実施されている。

エビデンスのある治療や介入を取り入れることは、症状、機能状態、心理社会的状況、転帰などのアセスメントや測定を適切に行うこととも関連する。子どもと家族のニーズに応じた治療の程度を判断するために開発されたレベル・オブ・ケアの評価尺度なども、システム・オブ・ケアにおけるエビデンスに基づいたサービス提供に貢献する方法である。

### 3) 子ども家庭福祉領域におけるシステム・オブ・ケアの有用性

子ども家庭福祉に関わる精神保健ニーズの高い子どもたちに対して必要なケアを提供していくためには、このシステム・オブ・ケアの概念はとりわけ有用な枠組みである。重篤な情緒・行動上の問題を持つ子どものケアでは、一機関がすべてを担って問題を解決するのは非常に困難で、たとえば単に入所施設に措置したり専門的な児童精神科医療機関に子どもを紹介することだけではなく、親を含めた家庭への支援、教育からの支援なども含めてさまざまな地域におけるサービスプログラムを効果的に組み合わせることで、より高い効果を期待することができる。また、システム・オブ・

ケアの概念では、ケアの中心は子どもと親であることから、たとえば被虐待児のケアの中で親へのケアも必要な場合でも、両者を一体的にケアすることを可能にするシステムでもある。さらに地域におけるシステムの中には成人の精神保健サービスの機関も含まれるため、青年期から成人期への移行を円滑にし、成人期にも継続的なケアを必要とする発達障害を持つ人たちなどへのサービスを向上させることも期待できる。

システム・オブ・ケアの具体的な介入方法の中核としてケースマネージメントとラップアラウンドの方法も、子ども家庭福祉領域のサービスに適した方法論と考えられる。このような方法論はもともとソーシャルワークに起源を持つものであり、子ども家庭福祉の方法論とも共通するものである。その意味において、システム・オブ・ケアの概念に沿った地域における子どもの精神保健システムは子ども家庭福祉にとっても受け入れやすい枠組みである。システム・オブ・ケアを構成する一員として子ども家庭福祉は重要な役割を担うことが期待されるが、それは地域の子どもの精神保健に寄与するだけでなく、精神保健ニーズの高い子どもたちへの児童福祉サービスの向上にも大きな効果が期待できるものであり、システム・オブ・ケアの理念に沿って地域精神保健サービスが整備されていくことは非常に合理的なものと考えられる。

## 2. 児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 日本語版作成

子ども家庭福祉領域において精神保健ニーズの高い子どもと家族を支援する際には、子どもの情緒・行動上の問題の性質や重症度だけでなく、親の態度や家庭環境、学校



や地域の支援の程度などの要因によって、子どもへの支援の程度と支援を行う環境の判断が必要になる。たとえば、子ども虐待のために子ども家庭福祉が介入する場合、子どもの情緒・行動上の問題が比較的軽度であっても、家族の機能不全が著しく、周囲からの支援がない状態であれば、子どもは家庭外で支援を受けることが適当と判断される。また、たとえ著しい問題行動や情緒的混乱を示す子どもであっても、子どものレジリエンスが高く、家族の理解と協力が良好であれば、家庭での支援で対応できることもある。

子ども家庭福祉では、被虐待児などの要保護児童の支援方針の判断では、主にリスク因子（たとえば、再虐待の可能性や子どもの問題行動の可能性）に重点が置かれ、子どもの精神保健ニーズに基づいて支援方針を決定する機会は少ない傾向がある。より効果的な子ども家庭福祉サービスを提供するためには、これらの子どもたちの精神保健ニーズを適切に評価した上で、そのニーズにあった支援の程度と支援環境を判断することが必要となる。そのような判断に有用な概念がレベル・オブ・ケア Level of Care で、本研究ではこの概念を子ども家庭

福祉領域における支援に応用することを目的として、米国児童青年精神医学会が開発した児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)を使用することとし、本年度は日本語への翻訳と次年度以降に行う標準化作業の準備を行った。

#### 1) レベル・オブ・ケアの概念

レベル・オブ・ケア Level of Care とは精神保健サービスの強度の連続体 continuum of intensity と定義され、治療環境 therapeutic milieu とサービス強度 service intensity の少なくとも2つの次元で規定される (Lyons & Abraham, 2001)。それぞれの精神保健サービスはこれら2つの次元の強度によって特徴付けることができる (表2)。

CASII におけるレベル・オブ・ケアは資源の強度に焦点が当てられ、それは子どもと青年のニーズに対応するためにより柔軟に定義されている。より伝統的なサービスを持つ地域では、より高いレベル・オブ・ケアは必然的に入所あるいは入院によって提供されるであろう。地域を基盤としたラップアラウンドの方法が積極的に活用されている地域では、より高いレベルのサービ

### 治療環境とサービス強度によるレベル・オブ・ケアの概念化と具体的なサービスの例

治療環境の強度	サービスの強度	サービスの例
高	高	精神病院の入院治療
高	中	入所施設での治療
高	低	Board and Care (泊まり込みのケア)
中	高	部分入院、assertive outreach (積極的訪問)
中	中	ラップアラウンドサービス、スキルトレーニング
中	低	グループホーム
低	高	デイトリートメント、心理社会的リハビリテーション
低	中	集中的外来サービス
低	低	伝統的外来治療、プライマリーケア

Lyons & Abraham, 2001

スを可能な限りもっとも制限の少ない環境で提供することができる。CASII で定義されているレベル0からレベル6までのレベル・オブ・ケアの定義を表3に示した。

表3. CASII における7つのレベル・オブ・ケア

<p>レベル0：<u>基本的サービス</u>：これは予防および健康維持のための基本的なサービスで、精神保健ケアの必要性の有無に関わらず、その地域のすべての人が利用できるものである。</p> <p>レベル1：<u>回復維持および健康管理</u>：このレベルのサービスはより高いレベル・オブ・ケアから下がり、現在の機能レベルを維持するためにシステムの最小限の関与を必要とする人や、以前の機能レベルに戻るために短期間の介入を必要とする人たちのためのものである。このレベルのサービスの例としては、慢性的な状態に対して継続的な薬物療法や短期的な危機カウンセリングだけが必要である児童青年などである。</p> <p>レベル2：<u>外来サービス</u>：このレベル・オブ・ケアは、従来からのクリニックでの診療に相当するもので、地域を基盤としたサービスの利用に限定される。</p> <p>レベル3：<u>集中的外来サービス</u>：サービスがより複雑で調整を必要とするものになるとこのレベルとなる。ケースマネジメントの利用はこのレベルからとなる。個別的サービス（ラップアラウンド）計画を作成するために子どもと家族のチームも利用され、教会、自助グループ、ビッグブラザー／シスターなど、もっぱら非公式な地域サポートも利用される。このレベルでは、症状の重症度が高くなるほど、ケア提供者と若者や家族との接触回数を増やす必要がある。</p> <p>レベル4：<u>24時間体制の精神医学的監視を伴わない集中的・統合的サービス</u>：このレベル・オブ・ケアは、より多くの提供者と機関の強力な協働が求められる「多システム、多問題」の児童青年に対する、さらに集中的なサービスを示している。多くの公式なサポートも利用したより複雑なラップアラウンド計画も必要となる。追加的なサポートとしては、レスパイト、家事サービス、有料のメンターが含まれる。より伝統的なシステムでは、このレベルのサービスは、デイトリートメントや部分入院の形で提供される。このレベル・オブ・ケアでは積極的なケースマネジメントが不可欠である。</p> <p>レベル5：<u>精神医学的監視を伴う、保護的でない24時間体制のサービス</u>：従来から、このレベル・オブ・ケアはグループホーム、その他の施設しない入所施設で提供されているが、地域のラップアラウンドサービスのレベルが特に高いところでは里親ケアや家庭でも提供されることがある。どちらの場合でも、多様なサービスが子どもに対して提供され、子どもの多数のニーズに対応するために高いレベルのケアの調整が必要である。</p> <p>レベル6：<u>精神医学的管理を伴う保護的で、24時間体制のサービス</u>：たいいていの場合、これらのサービスは精神科入院病棟または高度にプログラムされた入所施設で提供される。ラップアラウンドによるサービスで保護のニーズが満たされる場合は、このレベルの強度のサービスは地域の中でも提供される。子どもがこのレベル・オブ・ケアにいる期間がもっとも適切なケアを提供するために必要最低限になるようにし、速やかに低いレベル・オブ・ケアに移行できるようにするためには、ここでもケースマネジメントが不可欠である。</p>
---

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005)

## 2) 児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度の概要

児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 **Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)**は、児童青年の治療措置のレベル、入所の継続、治療転帰を判断するための共通の枠組みを求める臨床現場の要望に応じて作られた臨床評価尺度である。CASII は成人のために開発されたレベル・オブ・ケア評価尺度 **Level of Care Utilization System (LOCUS)** を基に作成され、発達の視点、家族への焦点、児童青年のサービスシステムの中での総合的なサービスの観点が加えられている。CASII は当初 **CALOCUS(Child and Adolescent Level of Care Utilization System)** という名称で米国児童青年精神医学会 **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)** の地域を基盤としたシステム・オブ・ケア小委員会が米国地域精神科医協会 **American Association of Community Psychiatrists** の協力を得て共同で開発した。商標上の問題から AACAP は 2004 年にこの評価尺度の名前を CALOCUS から CASII に変更した。このような経緯を踏まえ日本語版においては CASII をそのまま訳した名称ではなく、むしろ元来の CALOCUS の意味を反映させて児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度とすることとした。

CASII は 6 歳から 18 歳の子どもに適用され、もともとは重度情緒障害 [重度情緒障害 **serious emotional disorder** は DSM-IV や ICD-10 に記載されている正式な診断分類ではなく、米国の精神保健、教育、福祉の領域で用いられている重大な機能障害を伴う情緒・行動上の問

題を持つ児童青年を表す名称] を持つ子どもと青年のサービスのニーズを客観的に判断するために開発されたが、精神疾患、物質使用障害、発達障害など、子どもたちが示すすべての問題に対しても同等に適用できる。

CASII は児童青年に対して学際的で複数の情報源を利用する方法を採用し、さまざまな精神保健の専門家が使用するようにならされている。しかし、AACAP では CASII の評定にあたる臨床家には 4-6 時間のトレーニングコースを受講することを求めている。分担研究者は 2006 年 10 月にサンディエゴで 4 時間のトレーニングコースを受講し AACAP から評定者としての認定を受けている。

CASII の信頼性・妥当性については米国での 3 つの研究で実証されている。まず、米国の 4 カ所で 16 人の児童精神科医と 78 人のその他の精神保健専門家が参加して、両者の間での評定の妥当性、子どもの全般的評価尺度 **Children's Global Assessment Scale (CGAS)** あるいは児童青年機能評価尺度 **Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)** の評定や実際に行われた治療のレベル・オブ・ケアと比較され、CASII はさまざまな臨床家の使用に妥当性があり、CAFAS、CGAS、実際のレベル・オブ・ケアと比較して妥当性が認められた (Fallon et al., 2006)。

この他に、テネシー州では子ども福祉領域の大規模な集団で措置と転帰の評価に使用し、CAFAS や子どもの行動評価尺度 **Child Behavior Checklist (CBCL)** の評定との比較で妥当性があることが認められた (Pumariega et al., 2005)。また、ハワイ州のシステム・オブ・ケアにおいて CASII

は適切なレベル・オブ・ケアの判断に有効であることも実証されている (Deidelen, 2003)。

CASII は多次元評定システムを採用し、各次元は最小から最重度までの5段階で評定される。各次元の5段階の評定に対してアンカーポイントが与えられ、その評定に合うアンカーポイントがひとつだけ選ばれる。各次元においてもっとも高いアンカーポイントの評定が、その次元の評定となる。臨床家はこれらのアンカーポイントを利用して各次元の評定を判断するが、臨床家の判断で、患者と家族の文化的背景を考慮したり、臨床的状況に応じた判断をすることはできる。

6つの次元すべての評定ができれば、合計して合計スコアが算出され、CASII レベル・オブ・ケア判定表から推奨されるレベル・オブ・ケアが得られる。ただし、場合によっては、児童青年が自動的に特定のレベル・オブ・ケアに判定される独立した基準がある。この基準は他の次元のスコアに関係なく適用される。たとえば、ある青年が自殺あるいは危険な行動のスコアが非常に高く、保護的な環境の外では安全を守る能力がない場合、他の状況がどうであろうと、このスコアによって青年はレベル6の強度のサービス（通常は精神科閉鎖病棟で提供される）に処遇することが推奨される。

CASII の6つの次元は以下のとおりである。

危害のリスク：この次元は LOCUS の危害のリスクの次元に、被害に対する子どもの発達の脆弱性の観点を追加したものである。したがって、この次元は、さまざまな方法による児童青年の自傷および他害を測定し、

身体的、性的虐待、ネグレクトの被害を受ける可能性を評価している。

生活機能の状態：この次元では、児童青年の日常生活における基本的な状態を評価する。ここでは家族、友人、生徒など、子どもの年齢に応じたすべての役割を果たす能力を評価する。また、現在の問題が食事、睡眠、個人衛生などの日常生活に与えている影響についても評価する。

併存障害：この次元では、発達障害、身体疾患、物質乱用、精神疾患の4つの領域での併存障害を評価する。主訴が物質乱用の問題や発達障害である場合は、すべての精神医学的な問題は併存障害として考慮されなければならない。

回復環境：この次元は、環境的ストレスと環境的支援の2つのサブスケールに分けられる。この次元で正確な評定を選ぶためには、児童青年の家族の長所と弱点を理解することが不可欠である。ここでは、児童青年の状態を悪化させたり改善させたりする近隣の役割も評価される。したがって、両方のサブスケールの評定が高いことは（極度にストレスの高い環境と環境的支援の欠如）、合計スコアと実際のレベル・オブ・ケアの選択に大きな影響を与えるものである。

回復力と治療歴：回復力 *resiliency* とは、児童青年の生得的、あるいは持って生まれた情緒的な強さであり、適応が成功する能力のことを言う (Rutter, 1990)。回復力の概念は、もっとも重症の障害を持っていたり、もっとも強いトラウマに満ちた生活状況の中で生きてきているが、それでも高い機能を維持し成長している児童青年や、速やかに機能を取り戻そうと治療を受けている児童青年を治療している臨床家には馴染

みがあるものである。この次元では、児童青年とその家族がどの程度過去の治療で良い反応を示したかも測定する。この次元の評定は、自閉症スペクトル障害で見られる問題に特に敏感である。

受容と関与（スケール A—児童・青年、スケール B—親・主たる養育者）：この次元は児童または青年とその家族の受容度と関与の両方を測定できるように2つのサブスケールに分かれている。言うまでもなく、児童青年の治療は家族が前向きに積極的に関与したときに効果が認められ、その反対に、家族が治療に対して興味を持たず、邪魔したり、あからさまに敵対すれば、その効果は得られない。もっとも高いスコア（治療に対するもっとも重大な困難を示したサブスケール）だけが、合計スコアを算出するために用いられる。

### 3) CASII 日本語版の作成

CASII 日本語版を作成するために、本年度は CASII および CASII User's Manual の翻訳を行った。CASII 日本語版の作成は AACAP が実施する CASII 国際多地区研究 CASII International Multi-Site Study (主任研究者：Pumariega A.J. & Fallon T.) の日本サイトの研究 (分担研究者：小野善郎) として行われ、国際共通プロトコールに基づいて以下の手順で日本語への翻訳作業を行った。

- a) 英語と日本語に堪能な研究者により CASII を日本語に翻訳する。
- b) 同様に英語と日本語に堪能な翻訳家によって英語へのバックトランスレーションを行う。
- c) 研究者と翻訳家の合議によりオリジナルの英語版とバックトランスレートされた

ものとをチェックし、差異を確認し、言語的、文化的に融和するように訳語を修正する。

- d) すべての翻訳版のコピーと差異および修正箇所を AACAP に送付し、主任研究者と AACAP の地域を基盤としたシステム・オブ・ケア小委員会の審査を受ける。AACAP 側はさらなる修正を求めたり翻訳版を了承し、日本側の研究者とのコンセンサスを確立する。このコンセンサスが得られるまで翻訳版をフィールド調査に使うことはできない。

実際の翻訳作業では分担研究者がオリジナルの CASII を日本語に翻訳した後に、翻訳家にバックトランスレーションを依頼し、再英訳されたものについて、オリジナルとの差異を確認し修正を施して最終的な日本語版を作成した。この最終版について 2007 年 10 月に主任研究者 (Pumariega) と検討を行い、その後 AACAP より正式な日本語版としての承認を得た (完成した CASII 日本語版については付録を参照)。

CASII 日本語版の信頼性・妥当性については、来年度の本研究において研究する予定である。国内の複数の地域の児童相談所および子ども家庭福祉領域の臨床機関の協力を得て、各地区で児童精神科医、児童福祉司、児童心理司、精神科ソーシャルワーカー、保健師などを対象にトレーニングコースを行い、実際の症例の評定データを収集し解析する予定である。

## D. 結論

子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援システムについての検討として、米国で重度の情緒的問題を持つ子どもの地域

を基盤とした精神保健サービスを提供するためのシステム・オブ・ケアについて調査した。システム・オブ・ケアの基本的価値観と基本指針は、わが国の子ども家庭福祉領域で支援する子どもと家族にも有用と考えられた。子どもの地域精神保健システムの観点からは、子ども家庭福祉はシステム・オブ・ケアを構成する一員として重要な役割を担うことが期待されるが、それは地域の子どもの精神保健に寄与するだけでなく、精神保健ニーズの高い子どもたちへの児童福祉サービスの向上にも大きな効果が期待できるものであり、システム・オブ・ケアの理念に沿って地域精神保健サービスが整備されていくことは非常に合理的なものと考えられる。

システム・オブ・ケアの理念による子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援では、より適切な支援の強度を判断する方法として、レベル・オブ・ケアの評価が有用であると考えられたことから、本研究では米国児童青年精神医学会が開発した児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 *Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)* を利用することとし、本年度は日本語への翻訳作業作成を行い、CASII 日本語版を完成させた。この日本語版の信頼性・妥当性については来年度の本研究において検証する予定である。

#### 文献

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: CASII Use's Manual: Child and Adolescent Service Intensity Instrument. Washington, DC. Author, 2005.

Deidelen E.L. (2003). Child Status Measurement: Operating characteristics of the CALOCUS and CAFAS.

<http://hawaii.gov/health/mental-health/camhd/library/pdf/rp Eval/mr/mr001.pdf>.

Fallon T., Pumariega A.J., Sowers W. et al. (2006). A level of care instrument for children's systems of care: Construction, reliability and validity. *Journal of Child and Family Studies*, 15(2):140-152.

Lyons J.S. & Abraham M.E.: Designing Level of Care criteria. In Kiser L.J., Lefkowitz P.M. & Kennedy L.L.: *The integrated behavioral health continuum: Theory and practice*. pp.123-142. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2001.

小野善郎：子どもの福祉とメンタルヘルス—児童福祉領域における子どもの精神保健への取り組み。明石書店，東京，2006。

Pumariega A.J., Wade P., Millsaps U. et al. (2005). Level of care determination in child welfare: evidence from the CPORT review. 18th Annual Research Conference: A system of care for children's mental health: expanding the research base. University of South Florida Research and Training Center for Children's Mental Health, Tampa, Florida, March 8, 2005.

Pumariega A.J. & Winters N.C. (編)、小

野善郎（監訳）：児童青年の地域精神保健ハンドブック：米国におけるシステム・オブ・ケアの理論と実践。明石書店、東京、2007

Rutter M.: Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf J., Masten A.S., Cicchetti D., Neuchterlein K.H., & Weintraub S. (eds.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. pp. 181-214, Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Stroul B.A. & Friedman R.A.: A system of care for children and youth with severe emotional disturbances (Rev. ed). Washington, DC.: Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Child Mental Health. 1986.

**児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度(CASII)日本語版－抜粋－****次元Ⅰ．危害のリスク**

この次元では児童青年が他者から危害を加えられたり、自分自身または他者に対して危害を加える可能性を検討する。それぞれのカテゴリーには、児童青年が自己および他者に及ぼす危害のリスクを評価する項目が含まれている。危害のリスクは自殺または殺人行為として示されることが多いが、誤解による意図的ではない加害行為、適切な自己ケア能力や衝動を思慮分別によって制御する能力の欠如、アルコールや薬物による中毒症状としても存在する。さらに、危害のリスクは、児童青年が安全に対する脅威を受け止められないことや、安全を守るための適切な行動をとれないといった形でも示されることがある。この点に関しては、発達障害やその他の障害のある幼児や児童は、保護されていない限りもともと脆弱である。また、恵まれない環境の中で重篤または反復的な虐待を受けてきた子どもたちは、年齢に関係なく、脅威から自分を守ったり、安全を確保するために適切な手段を講ずることができないことがある。

面接や観察によって判明した、児童青年が危険な行動を起こす可能性やそれに対する脆弱性の直接的な証拠に加え、これらの行動の可能性の判断においては、危険な行動および／または虐待および／またはネグレクトの既往、安全を求める能力、利用できる支援を使う能力など、その他の要因も考慮しなければならない。また、臨床家が脅威あるいは危険な行動であると誤って解釈するような、人種的あるいは民族的なバイアスに注意することが重要である。

**1. 危害の低いリスク****2. 危害のいくらかのリスク****3. 危害の有意なリスク****4. 危害の重大なリスク**

注：危害の重大なリスクと評定された場合は、他の次元の評定に関係なくレベル5のケア（精神医学的監視を伴う、保護的でない24時間体制のサービス）を必要とする。



## 5. 危害の極度のリスク

注：危害のリスクが極めて高いと評定された場合は、他の次元の評定に関係なくレベル6のケア（精神医学的管理を伴う保護的で、24時間体制のサービス）を必要とする。

## 次元Ⅱ：生活機能の状態

この次元は、児童青年が責任を果たすことや他者との関わりの程度の変化、生理機能の変化（たとえば、睡眠、食事習慣、活動レベル、性的関心）、自己ケアの能力を測定する。生活機能の状態においては、その子どもの発達段階で期待される水準との比較、あるいはその子どものベースラインにおける生活機能の水準と比較する。この次元の評定のためには、発達の、精神医学的問題および物質使用の問題に直接関連する障害についての情報だけが考慮される。他のタイプの障害によって必要な援助サービスを決定する場合もあるが、行動療法の連続体におけるレベル・オブ・ケアの評価をする際には、一般的にそのような他のタイプの障害は考慮されない。たとえば、自閉症児が交通量の多い交差点を渡るときに安全に関するリスクを理解できないような、持続的で児童青年に危害のリスクをもたらす機能障害は次元Ⅰで評定される。臨床家はまた、社会経済状態の貧しい環境下にいる児童青年や異なる文化的背景を持ち、異なる生活機能への期待があるような状況では、心理社会的機能が過小評価される可能性があることに注意しなければならない。

### 1. きわめて軽度の機能障害

### 2. 軽度の機能障害

### 3. 中等度の機能障害

### 4. 重度の機能障害

注：重度機能障害と評定された場合は、他の次元の評定に関係なくレベル5のケア（精神医学的監視を伴う、保護的でない24時間体制のサービス）を必要とする。

### 5. きわめて重度の機能障害

注：最重度機能障害と評定された場合は、他の次元の評定に関係なくレベル6のケア（精神医学的管理を伴う保護的で、24時間体制のサービス）を必要とする。ただし、次元IVAとIVBの合計が2、つまり環境のストレスが最少で回復環境が非常に支持的である場合は、この規定の例外。

## **次元Ⅲ. 併存障害:発達障害、身体疾患、物質使用、精神の障害**

この次元は4つの領域（発達障害、身体疾患、物質使用、精神障害）をまたぐ併存障害を測定するが、各領域の中で起こる併存障害については考慮しない。各領域をまたぐ併存障害は、疾病期間を長引かせたり、より集中的または制限の多い、またはさらなるサービスを必要とするかもしれない。この次元の評価では、物質使用に関連した身体的な離脱状況は、身体的併存障害として考慮する。臨床家は、社会経済的状況が貧しい、または異なる文化的背景を持ち、サービスの行き届いていない子どもたちの併存障害は過小評価されることがあることに注意しなければならない。

注：児童青年が同じ領域に2つ以上の障害がある場合（つまり、2つの身体疾患、もしくは発達障害、物質使用、精神疾患）、2つ目の障害は「併存障害」の評価ではカウントしない。たとえば、糖尿病と気管支喘息という2つの身体疾患、あるいは注意欠陥多動性障害と大うつ病性障害という2つの精神疾患があるような場合、CASII の評価ではさらなる併存障害としてはカウントしない。

1. 併存障害なし
2. ごくわずかな併存障害
3. 中等度の併存障害
4. 重大な併存障害

注：重大な併存障害と評価された場合は、他の次元の評価に関係なくレベル5のケア（精神医学的監視を伴う、保護的でない24時間体制のサービス）を必要とする。ただし、次元IVA とIVB の合計が2、つまり環境のストレスが最少で回復環境が非常に支持的である場合は、この規定の例外。

5. 深刻な併存障害

注：最重度の併存障害と評価された場合は、他の次元の評価に関係なくレベル6のケア（精神医学的管理を伴う保護的で、24時間体制のサービス）を必要とする。

## **次元Ⅳ. 回復環境**

この次元は、主たる障害の発症と持続に寄与する環境の要因と、児童青年が回復を達成し、その状態を維持する努力を支援する要因について検討する。環境における支援的要因には、何よりもまず、安定的、支持的、継続的な家族（実父母または養父母）との関係の存在が含まれる。その他の重要な支援的要因には、適切な住居と物質的な資源、安定的で支持的な友人、雇用主あるいは教師、聖教者、専門家、その他の地域の人々との関係が含まれる。家族、文化、地域の力などが一見わかりにくかったり、うまく活用できていないことがあるので、臨床家は過小評価しないように注意しなければならない。ストレスの高い環境には、対人関係の葛藤やトラウマ、生活の変化、喪失体験、健康や安全に関する心配、役割責任の維持の困難などが含まれる。

児童青年は自分が置かれている環境に対してより依存的で、それほど自分の環境を制御することができないため、回復環境には、家庭環境、さらには学校、医療、福祉、少年司法、その他の児童青年がサービスを受けたり継続的に関与する機関が含まれる。この次元の評価には、環境的ストレスと環境的支援の2つのサブスケールが用いられる。これら2つのサブスケールは、これらの要因の相対的な影響のバランスをとるように作られている。

### 環境的ストレス

1. ストレスが最小限の環境
2. 軽度のストレス環境
3. 中等度のストレス環境
4. 高度のストレス環境
5. 極度のストレス環境

### 環境的支援

1. 高度に支援的な環境
2. 支援的環境
3. 限られた支援的環境

#### 4. 最小限の支援的環境

#### 5. 環境からの支援がない

### **次元V. 回復力**

この次元は、環境に混乱がある時に、児童青年が自らそれを修正する能力を記述する。ここには児童青年が自分自身の内的な資源だけでなく、環境を利用する能力も含まれる。これは児童青年が過去の治療にどの程度うまく反応したかを考慮することで判断することができるが、ストレス因子や生活の変化に対する反応も考慮しなければならない。

人生の大きな変化に直面し、それにうまく適応した反応をしている児童青年については、この次元のスコアは低くなるであろう。スケジュールの変更などの些細な変化に対して敏感な児童青年では、このスコアは高くなるであろう。自閉症スペクトラムの子どもたちのほとんどは、特殊な過敏性に苦しんでいるので、生活のちょっとした出来事に対応する柔軟性が極めて乏しい。

治療に関して、子どもはある治療方法には良く反応するが、他の治療には反応が乏しいことがある。ケースによっては、治療への反応は治療の強度には関係がないが、むしろ行われた治療の特徴、魅力、および／または文化適合性に関連していることもある。しかし、児童青年は回復力を評価できるほどの長期の治療歴を持っていることは稀で、したがって、ストレス因子や生活の変化に対する反応も専門家の介入がないケースであるとして考慮に入れなければならない。

このスコアの判定では、ずっと以前の経験よりも、ここ最近の治療やケアが優先されなければならない。内容の濃い治療を受けた経験のない年少の子どもについては、いままで専門家の援助なしで発達的な困難に直面したときにどのように反応したかが、回復力の指標になることがあり、治療歴として考慮される。

児童青年の回復は、安定している期間と問題のコントロールだけでなく、その児童青年の期待される発達レベルに向けた進歩の連続性あるいは再開としても定義される。

#### 1. 完全な回復力および治療への反応

#### 2. かなりの回復力および治療への反応