

いる (何科ですか _____ 科)

いない

- ・非常勤医師（嘱託医）がいますか？ 該当するものを○で囲んでください。

いる (何科ですか _____ 科)

いない

- ・非常勤医師（嘱託医）の場合、週に何日勤務していますか。

週 _____ 日もしくは月 _____ 日

- ②看護師について伺います？ 該当するものを○で囲んでください。

- ・常勤看護師がいる (_____ 名)

- ・非常勤看護師がいる (_____ 名) 週 _____ 日勤務

- ・どちらもいない

- ③心理士の配置についてお答えください。

- ・常勤心理士がいる (_____ 名)

- ・非常勤心理士がいる (_____ 名) 週 _____ 日勤務もしくは月 _____ 日勤務

- ・どちらもいない

- ④その他の職種の配置についてお答えください。

どのような職種ですか？ (_____)

III 児童相談所との関係（連携・措置など）についてうかがいます

児童相談所からの措置の際の心理学的及び精神医学的所見や判定などについてうかがいます。

- 1. 入所時に精神医学的所見あるいは判定が適切に示されていますか？

- (1) 心理判定について以下のものから○でお答えください。

- ①心理判定により、心の問題に対する判定が適切に示されている

- ②心理判定により、心の問題に対する判定がある程度示されている

- ③心理判定には心の問題に対する判定は示されていない

- (2) 医学判定に関しても同じようにお答えください

- ①医学判定により、心の問題を持つ児童については所見あるいは判定内容が示されている

- ②医学判定により、すべての措置児童に対する所見・判定は適切に示されている

- ③医学判定は示されない

- 2. 児童相談所の医学判定或いは心理判定についてのご意見がありましたらお書きください

IV その他

児童自立支援施設として、入所児童のケアを行う上で児童及び一般精神科医療に関してお持ちの考えをお書きください。



これですべての質問は終了です。記入漏れがないかお確かめください。
ご協力ありがとうございました。

最後になりましたが、
貴施設でおまとめの入所児童の現況など今回の調査に参考になりますような資料が
ございましたら、同封の上お送りいただければ幸いです。

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 宮城県子ども総合センター

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

研究要旨

さまざまな形の虐待を受けた子どもたちをはじめ多くの要保護児童の保護と援助を担う子ども家庭福祉の領域では、これらの子どもたちや家族が必要とする精神保健支援を効果的に提供できるシステムも求められている。昨年度の本研究では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「システム・オブ・ケア」の有用性と可能性を示し、適切な支援の強度と環境、すなわち「レベル・オブ・ケア」を判断する方法として児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度(CASII)の日本語版を作成した。

本年度の分担研究では、子ども家庭福祉領域に関わる児童精神科医およびその他の専門職を対象にして日本語版CASIIの信頼性の検証を行った。国内5地区の児童相談所および2カ所の児童精神科医療機関の協力を得て、CASII評定者研修を受講した参加者が標準症例を評定し、その評定データについて級内相関係数（ICC）を用いて検者間信頼性を評価した。児童精神科医のCASII各次元のICCは0.57から0.90、合計スコアとレベル・オブ・ケアについてはそれぞれ0.90と0.88を示し、良好な検者間信頼性があると考えられた。精神科医以外の専門職による各次元のICCは0.45から0.81、合計スコアとレベル・オブ・ケアについてはそれぞれ0.78と0.67とやや低かったが、実用的には十分な信頼性があるものと考えられた。また、検者間の評定にばらつきが大きいサブスケールについては、評定者研修やマニュアルの工夫により改善する必要性があると考えられた。

CASIIによるレベル・オブ・ケアの判定は子どもの措置レベルの判断に有用であることが実証されていることから、子ども家庭福祉領域においても子どもの援助計画の策定に有用な情報を提供できる可能性があり、ファミリーグループカンファレンスによる家族参画型家族支援においても有用な情報を提供することで、効果的な家族再統合と子どもの精神的健康に寄与することが期待される。

研究協力者（五十音順）

相原加苗（大阪市中央児童相談所）
市川佳世子（大阪府中央子ども家庭センター）
小杉 恵（大阪府立母子保健総合医療センター）
中西大介（三重県立小児心療センターあすなろ学園）
中山 浩（川崎市こども家庭センター）
花房昌美（大阪府立精神医療センター松心園）
山本 朗（和歌山県子ども・障害者相談センター）
吉田弘和（宮城県子ども総合センター）

A. 研究目的

さまざまな形の虐待を受けた子どもたちをはじめ多くの要保護児童の保護と援助を担う子ども家庭福祉の領域では、これらの子どもたちや家族が必要とする精神保健支援を効果的に提供できるようなシステムも求められている。平成19年度の本研究では、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、1980年代から米国で発展してきた「システム・オブ・ケア (System of Care)」の理念と方法論を調査し、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子どもの地域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ものであることを示した。

さらに、システム・オブ・ケアの理念に沿った精神保健支援では、子どもと家族の精神保健ニーズに基づいたより効果的な子ども家庭福祉サービスを提供する具体的な方法として、それぞれの子どもが必要とするレベル・オブ・ケア (Level of Care) を判断することが有用であることも示し、レベル・オブ・ケアを判断するツールとして米国児童青年精神医学会 American Association of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 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) の日本語への翻訳作業を行い、日本語版CASIIを作成した。

本年度の分担研究では、子ども家庭福祉および児童精神科医療に従事する専門職の人たちを対象として日本語版CASIIの心理測定特性を確認するための調査研究を実施した。また、昨年度に引き続き被虐待児を含めた子どもたちと家族への精神保健サービス提供システムについてさらに情報収集を進め、わが国の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のあり方について検討した。

最後に、ファミリーグループカンファレンス (Family Group Conference) における子どもの措置判断と精神保健支援の関連について検討を行った。

最後に、ファミリーグループカンファレンス (Family Group Conference) における子どもの措置判断と精神保健支援の関連について検討を行った。

B. 研究方法

1. 日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 (CASII) の心理測定特性に関する調査研究

平成19年度の本分担研究で翻訳を完了した日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 (CASII) の心理測定特性の調査のうち、検者間信頼性についての研究を実施した。調査は国内5地区の児童相談所および2カ所の児童精神科医療機関の協力を得て実施した。

各調査地区において調査参加者を対象にレベル・オブ・ケアの概念とCASIIの使用方法についての研修を開催し、すべての参加者がCASIIを適切に使用できるように指導を行った上で、以下の調査を行った。

各地域でCASIIについての研修を終了した児童精神科医とそれ以外の専門職 (児童福祉司、児童心理司、児童指導員、保健師、看護師など) があらかじめ用意された7例の標準症例 (standard case vignette) のCASII評定を行い、その評定データに基づいて検者間信頼性を評価した。具体的にはFallonら(2006)の方法に準拠し、児童精神科医は7症例のすべての評定を行い、精神科医以外の専門職はランダムに選んだ2症例を評定した。使用した標準症例はFallonらが使用した症例をもとに分担研究者が日本の文化に適合させたものを作成した。これらのCASII評定データを各次元のスコア

と合計スコア、最終的に判断されたレベル・オブ・ケアについて級内相関係数 (ICC) を求め、検者間信頼性を評価した。

上記の研究で得られた結果を、同じ方法を用いて行われた米国でのデータと比較し、CASII日本語版の信頼性を検討した。

2. 子ども家庭福祉領域における精神保健支援システムについての情報収集および検討

本研究の基本的な理論となるシステム・オブ・ケアの理論的枠組みについての文献調査、海外での実践状況についての情報を収集し、わが国の社会状況に適したシステム・オブ・ケアのあり方の検討を進めた。今年度は特に子ども家庭福祉領域での子どもの保護と援助へのCASIIの応用可能性、さらにはファミリーグループカンファレンスにおけるレベル・オブ・ケアの判断の有用性と活用方法について、子ども家庭福祉領域で臨床活動を行っている児童精神科医の研究協力者と討議し考察を行った。

C. 研究結果

1. 日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 (CASII) の心理測定特性に関する調査研究

1) CASII評定者研修の実施状況

2008年8月から12月にかけて国内5地区の児童相談所および2カ所の児童精神科医療機関において児童精神科医およびその他の専門職 (児童福祉司、児童心理司、児童指導員、保健師、看護師等) を対象としてCASII評定者研修を実施した。CASII評定にあたっては、評定者はシステム・オブ・ケアの基本とCASII使用方法について米国

児童青年精神医学会 (AACAP) が行う4時間の研修を受講することが義務づけられている。分担研究者は2005年10月にカナダのトロントで開催された第52回米国児童青年精神医学会総会の中で開催されたCASIIワークショップに参加し、CASII評定者としての認定を受けた。

日本語版CASIIのフィールド調査に際しては、AACAPが行っている研修内容に準拠し、日本の文化に適合させた研修プログラムを作成し、その内容についてAACAPの承認を受けたものを使用した (付録のスライドを参照)。分担研究者による4時間の研修を受け、その中で少なくとも2例の練習症例の評定を完了した人をCASII評定者と認定し、心理測定特性に関する調査研究への協力を依頼した。

国内で開催した7回のCASII研修会に合わせて児童精神科医23名とそれ以外の専門職106名が参加し、練習症例の評定を完了した。

2) 検者間信頼性

CASII評定者研修を受講した精神科医は7例の標準症例すべての評定を行い、23名から合計161の評定データが提出された。児童精神科医以外の専門職については、ランダムに選んだ2症例を各自が評定し、1症例について29評定、合計で203の評定データが提出された。

これらのデータから級内相関係数 *intraclass correlation coefficients* (ICC) を児童精神科医と精神科医以外の専門職のそれぞれについて求め、検者間信頼性を検討した。ICCはShroutとFleiss (1979)の方法に従い、SPSS ver.15.0を用いて解析した。

児童精神科医および精神科医以外の専門

職のICC (2,1) [絶対一致、単一測定] を表1にまとめた。また、今回のデータをオリジナルのCASIIのものと比較するために、表2に1999年から2000年にかけてCASIIの開発段階で精神保健領域の専門職を対象に行われた検者間信頼性の調査で得られたICC(Fallon et al., 2006)を示した(注: 米国のデータにはレベル・オブ・ケアのICCは記載されていない)。

児童精神科医によるCASIIの各次元の

ICCは0.57から0.90の範囲で、合計スコアと最終的に判断されたレベル・オブ・ケアについてのICCはそれぞれ0.90と0.88であった。いずれのICCについても $p < 0.01$ で、有意な相関があると判断された。次元II(生活機能の状態)のICCは0.57ともっとも低く、発達や精神医学的問題が子どもにも与えている影響についての評価にばらつきが高いことが示唆された。しかしながら、合計スコアとレベル・オブ・ケアのICCはかな

表1. CASIIの各次元と合計スコア、レベル・オブ・ケアの級内相関係数

	児童精神科医の評定	精神科医以外の専門職の評定
I. 危害のリスク	.80	.66
II. 生活機能の状態	.57	.45
III. 併存障害	.71	.61
IVA. 環境的ストレス	.70	.62
IVB. 環境的支援	.86	.81
V. 回復力	.70	.56
VIA. 親の受容度	.72	.61
VIB. 子どもの受容度	.75	.70
合計スコア	.90	.78
レベル・オブ・ケア	.88	.67

表2. 米国の精神保健領域でのCASIIの各次元と合計スコアの級内相関係数

	児童精神科医の評定	精神科医以外の臨床家の評定
I. 危害のリスク	.87	.95
II. 生活機能の状態	.77	.71
III. 併存障害	.86	.81
IVA. 環境的ストレス	.78	.57
IVB. 環境的支援	.93	.89
V. 回復力	.82	.85
VIA. 親の受容度	.81	.79
VIB. 子どもの受容度	.73	.58
合計スコア	.89	.93

り高いことから、生活機能の状態についての評価に差があっても最終的なCASIIによるレベル・オブ・ケアの判断には大きな差異は生じておらず、臨床的な使用には支障は少ないと考えられた。

精神科医以外の専門職の評定データのICCは全般に児童精神科医のものよりも低く、検者間の評定にばらつきが大きいことが示唆されたが、これらのICCについてもすべて $P < 0.01$ で統計学的に有意であった。各次元のICCは0.45から0.81で、生活機能の状態がもっとも低く、環境的支援がもっとも高いことは、児童精神科医のICCと同様であり、生活機能の状態の評定について研修やマニュアルに工夫の余地が残されていることが示唆された。また、合計スコアとレベル・オブ・ケアのICCはそれぞれ0.78と0.67であり、最終的なレベル・オブ・ケアのICCが低かったことについては、生活機能の状態のばらつきが影響している可能性が考えられる。次元Ⅰ、Ⅱ、Ⅲについてはスコア4（重大）あるいはスコア5（極度）と判断されると、合計スコアに関係なくレベル5あるいはレベル6と判断される独立基準が適用されるため、これらの次元の評定のばらつきは、合計スコアにはあまり影響は与えなくても、最終的なレベル・オブ・ケアの判定に影響を及ぼす可能性が高い。したがって、これらのサブスケールのアンカーポイントを十分に理解できるようにCASII評定者研修を改善することで、レベル・オブ・ケアの判定の信頼性を高める努力が必要であると考えられる。

今回の評定データのICCと米国で行われた研究で示されたICCとを比較すると、全般に米国の方が良好な検者間信頼性を示し

ている。米国の児童精神科医のICCはいずれの次元においても高いが、この研究に参加した児童精神科医はCASIIの作成に関わった人々であったため、CASIIについての理解がもともと高かったという背景がある。また、米国の精神科医以外の専門職については精神保健領域で仕事をしているケースマネージャーで、子どもの精神症状などの評価に十分な臨床経験を持った検者が多く、それに対して日本での研究に参加したのは児童相談所のスタッフが多く、精神保健に関する評価にあまり馴染みがなかったことと比較的経験年数の少ない参加者が多かったことが、ICCの違いとして表されていると考えられた。また、米国の精神科医以外の専門職のICCは次元ⅣA（環境的ストレス）と次元ⅥB（子どもの受容度）で低く、日本のデータとは異なるパターンが認められた。児童精神科医以外の専門職では職種や文化的背景によって子どもと家族の評価に違いがある可能性があり、今後さらに解析する必要があるとともに、より安定的な評定が得られるような研修とマニュアルを改良する必要性があることが示唆された。

2. 子ども家庭福祉領域における精神保健支援システムについての情報収集および検討

1) 子ども家庭福祉領域におけるCASIIの有用性

子ども家庭福祉だけでなく保健、教育、少年司法などの子どもと関わるすべての社会サービスは子どもの精神保健と密接な関連がある。しかしながら、社会あるいは行政制度の枠組みのために、それぞれのサービス機関が別々に子どもへの支援を行って

いることも少なくなく、その結果、子どもへの支援が断片的になったり、逆に重複したりすることで、不十分、不適切、非効率な支援になる可能性が指摘されてきた。子どもの地域精神保健の領域で、これらの問題に対処するために提唱されたのがシステム・オブ・ケアの枠組みである（システム・オブ・ケアの背景と概念については昨年度の本分担研究で詳細に検討したので、平成19年度研究報告書を参照されたい）。

被虐待児などの要保護児童の保護と援助を担当する子ども家庭福祉は、子どもの精神保健とも関連が深く、システム・オブ・ケアにおいても重要な構成要素である。子ども家庭福祉が関わる要保護児童には、高率に情緒・行動上の問題が認められ、適切な保護だけでなく、子どもに必要な精神保健サービスも提供しなければならない。しかし、子ども家庭福祉の現場では子どもの安全の確保が最優先されるために、子どもの精神保健ニーズが援助計画に十分に反映されないことも懸念される。里親委託や児童福祉施設入所などの家庭外措置は、子どもにとっても重大な影響があるため、リスクマネジメントの観点だけでなく、被虐待体験によって傷ついた子どもの治療的観点からも、明確な目的と目標を含む合理的な判断がなされなければならない。

CASIIは子どもの精神保健サービスにおいて、治療の強度や治療環境を規定するレベル・オブ・ケアを臨床的に判断することを支援するツールであるが、子どもの発達的問題や精神症状による危害のリスクや生活機能の障害だけでなく、環境的要因や養育者の態度などの評価も含まれていることから、子ども家庭福祉における措置の判断

にも有用である可能性が期待されている。

CASIIは米国各地のシステム・オブ・ケアの実践の中で、治療計画の立案とサービス提供に重要な役割を果たしているが、とりわけハワイ州はCASIIの開発段階でのフィールドテストにも参画し、その後も州の児童青年精神保健制度の中で、精神保健サービスの適用基準の判断、治療計画の立案と治療のモニターにおいてCASIIによるレベル・オブ・ケア判定が制度化されている。

ハワイ州では精神保健サービスの適用を判断する時に、CASIIによるレベル・オブ・ケアの判定とともに、児童青年機能評価尺度 Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) (Hodges, 1995) による機能障害の程度の判定がケースマネージャーによって行われている。2000年7月から2003年6月までの3年間にハワイ州児童青年精神保健部 Child and Adolescent Mental Health Division のサービスを受けた3歳から21歳の3305人の子どもを対象にCASIIとCAFASの信頼性と妥当性がDeidelen(2003)によって調査された。その結果、どちらの尺度も十分な信頼性と妥当性が認められ、精神保健サービスの適用や治療計画の立案と実施に有用な情報を提供するものと考えられたが、CAFASはサービスの強度、すなわちサービスを提供した時間の総計との相関が強かったのに対し、CASIIはサービスの拘束性 restrictiveness、すなわち家庭外のサービス（施設や入院での治療）の割合と相関が強いという特徴が示された。このようなCASIIの特性は、子どもの治療の場の選択、すなわち措置の判断に適していることを示唆しており、しばしば家庭外措置の判断をしなければなら

い子ども家庭福祉の実践への応用も期待できる特性と考えられる。

CASIIの子ども家庭福祉領域での有用性についてはテネシー州で調査が行われている。CASIIの開発者の一人であるPumariegaら(2006)は、テネシー州の児童福祉サービスを受けている子どもたちの監査チームChild Program Outcome Review Team (CPORT)のメンバー(全員がソーシャルワーカー)によるCASII評定の信頼性と妥当性の検証を行った。CPORTの49人のメンバーがCASII評定者研修を受け、6歳から19歳までの437人の子どもを評定し、検者間信頼性、CAFASやCBCL/YSR/TRFによる評定との間の併存的妥当性が研究された。その結果、検者間信頼性については各次元のICCは環境的ストレス(0.034)以外は0.619から0.885と概ね良好で、合計スコアとレベル・オブ・ケア判定のICCもそれぞれ0.916、0.918と良好であった。また、CASII評定はCAFAS、CBCL/YSR/TRFの評定とも有意な相関を示し、実際の措置レベルとの相関も認められたことから、CASIIは精神保健領域だけでなく児童福祉領域でも十分な信頼性と妥当性があることが認められた。

これら2つのCASIIの研究は、わが国の子ども家庭福祉領域における子どもの措置に関する判断へのCASIIの有用性を示唆している。被虐待児の援助方針を策定する際に、CASII評定を併用することでリスクアセスメントだけでなく子どもの精神保健ニーズの視点からも子どもに必要な措置レベルを客観的に提示することが可能になると考えられる。通常、子どもの精神保健ニーズからの方針は児童精神科医による医学的

判定に依ることが一般的であるが、CASIIは所定の研修を終了すれば児童精神科医以外の専門職でも適切に使用することが実証されれば、児童精神科医が関与していないケースについても子ども側のニーズに基づく援助方針の提案が可能になると思われる。

CASIIは特に家庭外措置の判断に適したツールであることから、虐待のために保護された子どもたちの分離処遇の判断や措置する施設の選定に合理的な判断を提供することが期待される。また、いったん家庭外措置を行った後も、定期的にCASII評定を行うことで、措置のレベルを変更する際の参考資料として使用することも可能である。さらに、在宅支援を行う場合でも、CASIIによって判定されたレベル・オブ・ケアは、その後の援助の内容や強度(頻度)の枠組みを提示することで、より効果的な援助方針の策定に有用な情報を提供することができる。

以上より、CASIIは日本の子ども家庭福祉においても子どもの措置を判断するのに有用である可能性が高いと考えられた。

2) ファミリーグループカンファレンスにおけるレベル・オブ・ケアの判断の有用性と活用

ファミリーグループカンファレンスなどの家族参画型実践は、フォーマルな社会資源に加えて、家族、親族、地域などのインフォーマルな資源も積極的に活用することで、家族再統合に向けた援助を目指している。ファミリーグループカンファレンスの過程では子どもと家族のニーズを同定し、それに対する具体的な支援が検討されるが、この方法は子どもを対象とした地域精神保

健の方法と共通している。特に、本分担研究で検討しているシステム・オブ・ケアの理念に沿った地域精神保健サービスシステムでは、「子どもを中心とし家族に焦点を当てる」ことを中核的価値観の第一に掲げ、子どもの治療的援助において家族および拡大家族を重要な資源として活用するとともに、ケースマネージャーを中心とした治療計画の立案にも家族が積極的に参加することを推奨している。さらに、家族の参画にあたっては、専門家チームの中で家族が孤立したり萎縮したりすることがないように適切なアドボケート（家族支援者）を付けることで、家族参加が形式的ではなく実質的なものになるような配慮が求められている（Pumariega & Winters, 2007を参照）。したがって、システム・オブ・ケアの理念に沿った子どもの精神保健サービスシステムは、ファミリーグループカンファレンスによる子どもと家族の支援との親和性が高く、これらの方法による子どもと家族の支援は、子ども家庭福祉と精神保健の効果的な連携を約束するものと考えられる。

被虐待児には愛着の障害やトラウマ関連症状など多彩な精神症状の合併が高率に認められることが知られており、また、親の精神的な問題は子ども虐待の主要なリスク因子のひとつでもあることから、ファミリーグループカンファレンスにおいても子どもと親の精神保健上の問題に十分な関心を持つことは不可欠な要素である。言い換えれば、子どもと家族の精神保健の評価とそれに対する援助は被虐待児の保護と家族再統合における重要な課題であるといえる。

精神保健の評価は基本的には精神医学や心理学の専門家によって行われるが、より

正確な評価には子ども自身と家族の協力が欠かせない。つまり、専門家と家族との共同作業による評価は、現実的かつ効果的な治療計画に貢献するものである。本分担研究で取り上げているCASIIによるレベル・オブ・ケアの判定は、ケースマネージャーやソーシャルワーカーが子どもと家族の状況を総合的に評価して、必要な精神保健サービスの強度を判断するもので、単に精神科医によって診断を受けるだけよりも、子どもと家族の援助活動においては有用な情報を提供することができる。また、精神医学診断を中心とした議論では、どうしても専門家が優位になり、家族や地域の支援者などとの対等な話し合いが阻害されるおそれがあるが、CASIIの評定項目やレベル・オブ・ケアの概念は精神医学の専門家以外にも受け入れやすいものであり、ファミリーグループカンファレンスの中でも利用しやすいものである。

また、精神保健サービスの立場からは、子どもと家族のニーズに合わせて個別的かつ柔軟にサービスを計画するシステム・オブ・ケアによる地域精神保健サービスの特性は、子どもの精神保健支援の中にファミリーグループカンファレンスの意向を最大限に採り入れる基盤と考えられる。この特性によって、子ども家庭福祉と精神保健の連携が推進され、より良好な転帰が得られることが期待される。

ファミリーグループカンファレンスによる家族参画型家族支援とシステム・オブ・ケアによる地域における精神保健支援とはそれぞれ別な過程であるが、子ども家庭福祉が関わる子どもたちについてCASIIを使用してレベル・オブ・ケアを評価すること

は、子ども家庭福祉の援助方針の判断にも有益な情報を提供できる可能性がある。既に述べたようにCASIIによるレベル・オブ・ケアは家庭外措置の判断に有用であり、児童相談所の担当者の援助方針策定のための補助ツールとしても使用可能である。ファミリーグループカンファレンスを行う場合は、子どもの措置については参加者の話し合いが重視されるので、児童相談所の方針だけで決定されるものではない。しかし、ファミリーグループカンファレンスの場でCASIIの各次元についての評価を話し合い、そこから得られる推奨される措置レベルは、子どものニーズを考慮した援助方針の策定に合理的な指標を示すことが期待される。ファミリーグループカンファレンスで結論が出た措置レベルがCASIIによる判定と異なる場合でも、レベル・オブ・ケアの判定は子どもに必要なケアの強度（ケアの内容、時間、頻度など）についての情報を提供することができるので、必要に応じて精神保健システムとの連携を援助方針に組み込むことを可能にすると思われる。

以上より、ファミリーグループカンファレンスによる家族参画型家族支援に対して、CASIIによるレベル・オブ・ケアの判定は子どもの精神保健ニーズを基盤とした援助方針の策定に寄与する可能性があり、より効果的な家族再統合と子どもの精神的健康の達成に寄与することが期待されると考えられた。

D. 結論

システム・オブ・ケアの枠組みを採り入れた子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援の方法として、レベル・オブ・ケ

アの評価を活用した援助方針の策定が有用であると考えられ、昨年度作成した日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度（CASII）のフィールドテストを行い、検者間信頼性を評価した。

児童精神科医のCASII各次元の級内相関係数（ICC）は0.57から0.90で、合計スコアとレベル・オブ・ケアについてはそれぞれ0.90と0.88であり、良好な検者間信頼性があると考えられた。また、精神科医以外の専門職による評定の各次元のICCは0.45から0.81、合計スコアとレベル・オブ・ケアについてはそれぞれ0.78と0.67とやや低かったが、実用的には十分な信頼性があるものと考えられた。また、検者間の判定にばらつきが大きいサブスケールについては、評定者研修やマニュアルの工夫により改善する必要があると考えられた。来年度はさらにフィールドテストを続け、併存的妥当性の検証を行ったうえで、日本語版CASIIを完成させる予定である。

これまでに米国で行われたCASIIの研究と実際の地域精神保健支援システムの中での利用実績から、CASIIによるレベル・オブ・ケアの判定は子どもの措置レベルの判断に有用であることが実証されており、子ども家庭福祉領域においても子どもの援助計画の策定に有用な情報を提供できる可能性があると考えられた。

また、システム・オブ・ケアの枠組みによる地域精神保健支援システムは家族の参加を基本としていることから、ファミリーグループカンファレンスによる家族参画型家族支援と親和性が高い。レベル・オブ・ケアの判断はファミリーグループカンファレンスの過程に子どもの精神保健ニーズに

関する有用な情報を提供することで、効果的な家族再統合と子どもの精神的健康に寄与することが期待される。

文献

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

Deidelen EL: Child Status Measurement: Operating characteristics of the CALOCUS and CAFAS. <http://hawaii.gov/health/mental-health/camhd/library/pdf/rpteval/mr/mr001.pdf>. 2003.

Department of Education & Department of Health, Child and Adolescent Mental Health Division, State of Hawaii: Interagency Performance Standards and Practice Guideline. 2006.

Fallon T, Pumariega AJ, Sowers W et al.: 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, 2006.

Hodges K: Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS). Ann Arbor, MI: Functional Assessment System, 1995.

小野善郎: 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. 厚生労働科学研究補助金(政策科学総合研究事業)「子ども家庭福祉分野における家族支援のあり方に関する総合的研究」(主任研究者:高橋重宏)平成19年度研究報告書, pp. 140-160, 2008.

Pumariega AJ, Wade P, Millsaps U, Moster M, & Clark T: Level of care determination in child welfare: evidence from the Child Program Outcome Review Team (CPORT) review. *Proceedings of the 18th Annual Research Conference: A system of care for children's mental health: expanding the research base*. Tampa, Florida, 2006.

Pumariega AJ & Winters NC (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

Shrout PE & Fleiss JL: Intra-class correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86: 420-428. 1979.

Stroul BA & Friedman RA: 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.

児童福祉領域における
児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度(CASII)
の活用

平成20年度厚生労働科学研究費補助金研究
分野研究費(小児科部) 筑城系子ども総合センター

子ども家庭福祉と精神保健

歴史的背景

- 児童救済運動(20世紀初頭)
 - 都市部の貧困家庭の子どもの救済
 - 少年裁判所の設立
- 児童相談運動(Child Guidance Movement)
 - 少年非行に対する科学的理解
 - 児童相談クリニックの確立と普及
 - 精神科医・心理学者・ソーシャルワーカーのチームによる児童相談モデル
- 児童相談から児童精神医学への展開
 - 非行だけでなく「ふつうの家庭のふつうの子どもの問題」への拡大
 - 治療への重点

Child Guidanceと児童精神医学

- Child Guidanceが子どもの情緒・行動の問題についての理解と治療を開拓した
- Child Guidance Movementは子どもの精神保健に関わる専門家を養成し、Child Guidanceという専門分野を確立した
- Child Guidanceは、今日の児童精神医学の基礎を築くことに貢献した

日本の子ども家庭福祉

- 児童相談所
 - Child Guidanceのモデルの影響
 - 精神医学・心理学・ソーシャルワークの協働
 - 子ども家庭福祉機関=精神保健機関
- 子ども家庭相談
 - 子どもに関するあらゆる相談
 - 児童精神医学に関連の深い相談内容が含まれる
 - 育成相談 行動行動相談 不登校相談
 - 非行相談
 - 障害相談
 - 養護相談

わが国独自の「児童相談所」
児童相談所≠Child Guidance Center

- 相談・判定・指導機能、一時保護機能、措置機能の3機能を一体的に運営するわが国独自の児童福祉システム
 - 世界に例を見ない児童福祉行政の専門機関(柏女、2006)
 - 精神科医がスタッフとして児童保護に関与
 - 子どもの精神保健サービスも担ってきた
 - De Facto Mental Health System

子どもの地域精神保健の担い手としての 児童相談所

- 地域における子どもの精神保健サービスを担ってきた実績と機能
 - 精神科医を有する公的機関
- 専門的な児童精神科医療の不足を補う役割
- 精神科医療に対する受診抵抗を緩和
- 精神保健のハイリスク児童に対するケア
 - 虐待児童、非行児童
- 予防的な活動
 - アウトリーチ型、介入型サービスが可能

日本の児童相談所は、公的機関として地域で、子どもの精神保健を担ってきた

見失われた子どもの精神保健 児童福祉 = Child and Adolescent Mental Health

- 児童相談所が行っている仕事
 - 児童福祉 Child Welfare
 - 児童保護 Child Protection
 - 児童青年精神保健 Mental health
 - 障害児福祉・療育 Education
- 専門性の異なる複数の業務が同時に行われ、それぞれで専門性が見失われる可能性
- わが国には子どもの地域精神保健を担う社会システムがない
 - 精神科医 = 精神保健

子どもの精神保健制度の整備が急務とした

子どもの精神保健サービスの課題

世界の子どもの精神保健の現状

- 最近の疫学的データによれば、18歳未満の子どもの5人に1人は何らかの精神保健上の問題を持っている
- この年齢の子どもたちの3~4%は治療を必要とする程度の重度情緒障害を持っている
- 精神疾患を持っている子どもたちのほんのわずかしが適切なケアを受けていない

• From the WFA Presidential Program

精神保健サービスへの障壁

- 精神保健ニーズへの認識不足
 - 「精神症状」と「問題行動」の混同
 - 「もの言わぬ子どもたち」
- 精神保健サービスの不足
 - 専門医療機関の不足
 - 専門医の不足
- 精神保健サービスへのアクセスの障壁
 - 受診への抵抗感
 - 精神科医療への差別・偏見の存在
 - 移動手段、時間の確保の困難

サービスの断片化

- 子どもに関わる機関の連携・コミュニケーションの不足
 - 医療・保健
 - 子ども家庭福祉
 - 教育
 - 司法・警察
- ↓
- 治療・支援の断片化、重複、中断
(治療効果の低下の可能性)

精神保健ニーズのある子どもへの対応のあり方

- ・ 医療モデル
 - 主訴-診察-評価-診断-治療
 - 子ども個人の精神病理を重視
- ・ 福祉モデル
 - 相談(通告)-受理-調査-援助方針-援助
 - 親や家庭環境の要因の影響が大きい
 - ↓
 - 子どものニーズと家族の要因とのバランスが重要

被虐待児の保護・治療・支援における児童福祉と精神保健の役割

- ・ 児童福祉法の中核的機能のみなとを重視する
 - 虐待被害の防止・被害の軽減・被害回復の促進を図り、精神保健に重要な役割を担う児童福祉と精神保健の連携を図り、子どもの権利をいかに保障するか (システムモデル) (白鳥)
- | | |
|---------|-------------------------------|
| 子どもの福祉 | 児童福祉システム・精神保健システム
協働・連携・対立 |
| 支援方針の決定 | 児童福祉システム・精神保健システム
対立・対峙・対話 |
| 治療・支援 | 児童福祉システム・精神保健システム
協働・連携・対立 |
- 児童福祉と精神保健の連携のあり方(白鳥)を踏まえ、虐待被害の防止・被害の軽減・被害回復の促進を図り、精神保健に重要な役割を担う児童福祉と精神保健の連携を図り、子どもの権利をいかに保障するか

児童福祉と精神保健を統合した分離保護後のアセスメントと支援・治療の枠組み



システム・オブ・ケアの理念

システム・オブ・ケアの「夜明け前」

- ・ 情緒障害の子どもと家族へのサービスの不足
 - ニーズのある子どものほとんどは精神保健サービスを受けられていない
 - サービスを受けている子どもたちは過度に制限された治療環境に置かれることが多い
 - 治療は、外来治療、入院治療、施設入所に限定されていて、中間的で地域を基盤とした選択肢が少ない
 - さまざまな機関が子どもの精神保健に関わっていたが、それらの連携はほとんどない
 - 家族はいつも月謝され、子どものケアを共に行うパートナーとして参加していない
 - サービス対象者の文化的差異を支援機関はほとんど考慮していない

「重度情緒障害」のケア

- ・ 重度情緒障害 Serious Emotional Disturbance
 - 重度情緒障害 "serious emotional disturbance" (SED)は、さまざまな連邦法において、社会的、学業的、情緒的機能を著しく損なうような診断可能な精神疾患を有する18歳未満の子どものことを指す用語。SEDはいかなる特定の診断も意味せず、むしろ、これらの子どもたちのニーズを満たすために多くの法定サービスを引き出すための法律用語。
- ・ SEDの子どもたちへの支援システム
 - 1984年児童青年サービスシステムプログラム(CASSPI)
 - 1986年重度情緒障害を持つ児童青年のためのシステム・オブ・ケア(Stroul & Friedman)

システム・オブ・ケア System of Care

- 重度情緒障害Serious Emotional Disturbance (SED)の子どもたちに必要な精神保健サービスを提供する理論的枠組み
- 概念
 - 情緒的問題を持つ子どもと家族の多様な支離するニーズに合うように精神保健やその他の必要なサービスがネットワークを作って包括的に支援する概念
 - 基本理念
 - 3つの中核的価値観
 - 10の基本指針

19

中核的価値観

1. システム・オブ・ケアは子どもを中心とし、家族に焦点を当てなければならない
2. システム・オブ・ケアは地域を基盤としなければならない
3. システム・オブ・ケアは文化的適合性がなければならない

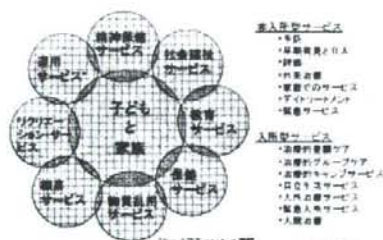
20

基本指針

1. 包括性Comprehensiveness
2. 個別化Individualization
3. もっとも制限の少ない環境Least restrictive setting
4. 家族指向性Family orientation
5. サービスの統合Service integration
6. ケースマネジメントCase management
7. 早期発見Early identification
8. 円滑な移行Smooth transition
9. 権利の保護と支援Rights protection and advocacy
10. 差別をしないことNondiscrimination

21

ケアのシステム



Shou 2001

22

システム・オブ・ケアの理念の核心

- 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かぎ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とき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

23

ラップアラウンド wraparound

- 複数の問題を持つ子どもと家族に複数の機関によりサービスを提供する方法
 - 単なるサービスのセットではなく、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
 - サービスは個々の子どもの特異的な問題に焦点を当て個別的にデザインされたもので、子どもが自宅や地域で過ごすことを可能にする支援サービスと治療サービスを含む
 - 適切な十分な資源により、柔軟な対応ができればならない
 - 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よく含まなければならない

24

レベル・オブ・ケアの概念

レベル・オブ・ケアとは？

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と定義され、治療環境とサービス強度の少なくとも2つの次元で規定される (Lyons & Abraham, 2001)

治療環境の次元	サービスの強度	サービスの例
低	低	精神科科トコロまで 大規模な治療
高	高	Board and Care、ホメ・ケア
中	低	親や人員、SUPPORTIVE THERAPY、精神科訪問
中	中	クリニックサービス、グループセラピー
中	高	デイケア、グループセラピー、心理療法
低	高	入院治療サービス
高	低	入院治療サービス、グループセラピー

ハワイ州の精神保健サービスのレベル・オブ・ケアによる分類

レベル	サービス
レベル 1	Outpatient Services (Outpatient Therapy, Supportive Therapy, Individual Therapy, Group Therapy, Family Therapy, Case Management, Crisis Intervention, etc.)
レベル 2	Partial Hospitalization (Day Treatment, Intensive Outpatient Therapy, etc.)
レベル 3	Residential Treatment (Residential Therapy, Residential Case Management, etc.)
レベル 4	Inpatient Services (Inpatient Hospitalization, Inpatient Therapy, etc.)
レベル 5	Emergency Services (Emergency Hospitalization, Crisis Intervention, etc.)

児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 (CASII) による治療・支援の分類

Level of Care	治療環境	サービス強度	サービス例
レベル 1	在宅	低	精神科科トコロまで、大規模な治療
レベル 2	在宅	中	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 3	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 4	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 5	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 6	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 7	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 8	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 9	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 10	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 11	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 12	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 13	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 14	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 15	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 16	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 17	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 18	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 19	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 20	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 21	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 22	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 23	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 24	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 25	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 26	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 27	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 28	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 29	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 30	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 31	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 32	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 33	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 34	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 35	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 36	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 37	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 38	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 39	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 40	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 41	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 42	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 43	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 44	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 45	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 46	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 47	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 48	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 49	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 50	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 51	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 52	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 53	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 54	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 55	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 56	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 57	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 58	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 59	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 60	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 61	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 62	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 63	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 64	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 65	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 66	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 67	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 68	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 69	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 70	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 71	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 72	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 73	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 74	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 75	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 76	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 77	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 78	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 79	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 80	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 81	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 82	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 83	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 84	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 85	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 86	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 87	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 88	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 89	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 90	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 91	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 92	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 93	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 94	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 95	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 96	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 97	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 98	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 99	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法
レベル 100	在宅	高	グループセラピー、心理療法、家族療法

児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 の使い方

児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)

- 成人を対象としたレベル・オブ・ケア評価尺度 LOCUSを元に、児童青年用に改変を加えて米国児童青年精神医学会(AACAP)のシステム・オブ・ケア小委員会が作成
- 特徴
 - 児童青年の治療措置のレベル、入所の継続、治療転移を客観的、定量的に示すことができる
 - 発達、家族、地域システムの視点を持っている
 - 児童青年の臨床に携わる人が使用する
 - 6-18歳の子どもが対象

児童福祉領域におけるCASIIの用途

- 子どもの精神保健ニーズを客観的に評価して必要な治療ケアを提供する判断ツール
- 子どものニーズに基づく支援方針の判断ツール
 - レベル・オブ・ケアに基づく支援方針
 - ・在宅支援
 - ・通所施設
 - ・入所施設
 - レベル・オブ・ケアの変化に伴う措置変更
- 子どものニーズに基づく地域の支援資源の効果的活用を促すツール

多次元評価システム

- I. 危害のリスク
- II. 生活機能の状態
- III. 併存障害
- IV. 回復環境
 - スケールA: 環境的ストレス
 - スケールB: 環境的支援
- V. 回復力と治療歴
- VI. 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

ケアサービスのレベル

- レベル0 基本的サービス
 - 学校、職業訓練の1人1人の基本的サービス
- レベル1 回復環境および保護環境
 - 継続的な薬物療法や治療プログラム
- レベル2 在宅サービス
 - フリニクでの治療
- レベル3 集中的在宅サービス
 - より回復でケースマネージメントを必要とするケア
- レベル4 24時間体制の精神医学的処置を伴わない集中的・統合的サービス
 - デイ・プログラム、部分入院など
- レベル5 精神医学的処置を伴う、自律的でない24時間体制のサービス
 - プルーフーム、隔離しない入所施設など
- レベル6 精神医学的処置を伴う自律的でない24時間体制のサービス
 - 精神科入院病棟、閉鎖または高度にプログラムされた入所施設

CASIIの評定方法

- 各次元の評定(1から5までの尺度)
 - アンカーポイントに沿って評定
 - 複数の情報源や観察者からの情報を統合して判断
 - 少なくともひとつの基準を満たす、もっとも高い評定を選択
 - 評定に迷った場合は高い方の評定を選択
- 6次元の評定を合計して合計スコアを算出
- 推奨されるレベル・オブ・ケアの判断
 - 合計スコア表(p. 55)または判定表(p. 56)を利用
 - 独立した基準の適用(次元I～III)
- レベル・オブ・ケアに応じた治療の選択
 - レベル・オブ・ケア別サービスリスト・クロスワーク
 - 最適なサービスが地域にない場合は、より高いレベル・オブ・ケアのサービスを選択する

I. 危害のリスク

- 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
 - 自殺・殺人行為
 - 断絶による意図的でない加害行為
 - 適切な自己ケア能力や報酬を認識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
 - 安全に対する覚悟を受け止められない
 - 安全を守るための適切な行動をとれない
 - 危険な行動、虐待・ネグレクト、安全を求めざる能力、利用できる支援を扱う能力などの要因も考慮する

I. 危害のリスク

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
 - 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のケアを必要とする
5. 危害の極度のリスク
 - 危害の極度の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6のケアを必要とする

II. 生活機能の状態

- 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。
 - 子どもの発達段階で期待される水準との比較、あるいはベースラインの生活機能水準との比較
 - 発達的、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
 - 社会経済状態の貧しい環境下や異なる文化的状況下では心理社会的機能が過小評価される可能性がある

II. 生活機能の状態

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
 - 重度機能障害と評価された場合は、他の次元の評価に關係なくレベル5のケアを必要とする。ただし、次元IVaとIVbの合計が2である場合(環境的ストレスが最小で回復環境が非常に支持的)は例外
5. きわめて重度の機能障害
 - 重度機能障害と評価された場合は、他の次元の評価に關係なくレベル5のケアを必要とする

III. 併存障害

- 発達障害、身体疾患、物質使用障害、精神障害にかかわる併存障害を測定する
 - 各領域の中で起こる併存障害については考慮しない
 - 各領域の併存障害は、疾病期間を長引かせたり、より集中的または制限の強い、またはさらなるサービスを必要とするかもしれない
 - 物質使用に関連した身体的な離脱状況は身体的合併症として考慮する
 - 社会経済的状況が貧しい、または異なる文化的状況では併存障害は過小評価されることがある
 - 同じ領域に2つ以上の障害がある場合、2つ目の障害は「併存障害」の評価ではカウントしない

III. 併存障害

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
 - 重大な併存障害と評定された場合は、他の次元の評定に關係なくレベル5のケアを必要とする。ただし、次元IVaとIVbの合計が2である場合(環境的ストレスが最小で回復環境が非常に支持的)は例外
5. 深刻な併存障害
 - 重大な併存障害と評定された場合は、他の次元の評定に關係なくレベル5のケアを必要とする

IV. 回復環境

- 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
 - 安定的、支持的、継続的な家族との関係の存在
 - 適切な住居と物質的な資源
 - 安定的な友人、雇用主、教師、聖職者、専門家、地域の人々との安定した関係
- ストレスの高い環境
 - 対人関係の葛藤、トラウマ、生活の変化、喪失体験
 - 健康や安全に関する心配
 - 役割や責任の維持の困難

IVa. 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

IVB. 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

V. 回復力(レジリエンシー)

- ・ 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。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。
- ・ ずっと以前の治療経験よりも、ここ最近の治療やケアが優先される。治療歴のない子どもでは、専門家の援助なしで発達的な困難に直面したときの反応も回復力の指標となる。
- ・ 子どもの回復は、安定している期間と問題のコントロールだけでなく、その子ども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。

V. 回復力

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
3. 中等度あるいは曖昧な回復力および治療への反応
4. 貧しい回復力および治療への反応
5. ごくわずかな回復力および治療への反応

VI. 治療、受容と関与

- ・ 児童青年および/または親および主たる養育者の治療に対する受容度と関与の度合いを測定
- ・ 親および主たる養育者の文化的背景が問題の理解や受容に影響するだけでなく、ケアの選択にも影響することに注意しなければならない
- ・ 子ども、親または主たる養育者、臨床家の間の文化的な違いにも注意が必要
- ・ 児童青年と親/主たる養育者のサブスケールのうち、高いスコアだけが合計スコアに加えられ、親/主たる養育者の親権が喪失している場合は親/養育者のサブスケールは集計されない

VIA. 児童青年の受容と関与

- ・ 児童青年が発達レベルの範囲で、治療を提供するシステムに関わる人々と良好な治療関係を形成し、現在の問題を明確にし、主たる問題が発生して持続している中での自身の役割を理解し、治療計画と治療過程における役割を理解し、治療に積極的に協力する能力を測定
1. 最適
 2. 建設的
 3. 妨害的
 4. 敵対的
 5. 接触不可能

VI.B. 親および主たる養育者の受容と関与

- ・ 親および主たる養育者が良好な治療関係を築き、現在呈している問題を明確にするために臨床かとかかわりを持ち、その問題に対する自分たちの役割を検討し、治療計画の立案とその過程に積極的な役割を果たす能力を測定する。
1. 最適
 2. 建設的
 3. 妨害的
 4. 敵対的
 5. 接触不可能