

A. 研究目的

子ども家庭福祉分野で援助を行う子どもたちには多様なニーズがあり、精神保健の視点からの援助も必要となることが少なくない。被虐待児などの要保護児童への援助では、子どもの保護や指導に重点が置かれることが多いが、より効果的な援助のためには、子どもと家族の精神保健ニーズを適切に評価し、そのニーズに応じた援助を提供することも求められている。

子ども家庭福祉分野と効果的に連動する地域精神保健システムの構築を目指して、本研究では 1980 年代から米国で提唱されてきたシステム・オブ・ケア (System of Care) の理論と方法論を参考にし、この考え方に沿った精神保健サービスを提供する具体的な方法として、それぞれの子どもに必要な精神保健サービスの強度、すなわち、レベル・オブ・ケア (Level of Care: LOC) の評価に基づく援助の可能性を検討してきた。

米国児童青年精神医学会 (American Academy 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) は、6 歳から 17 歳の子どもと青年の LOC の評価尺度で、米国では、児童青年精神科医療だけでなく、児童福祉や少年司法においても LOC の評定とそれに基づいた援助方針の決定に有効であることが確認されている。

そこで本研究では子ども家庭福祉分野における子どもの援助に CASII による LOC の評価を用いることとし、平成 19 年度に CASII 日本語版(付録 1 参照)を作成し、平成 20 年度から国内 5 地区の児童相談所および 2 か所の児童精神科医療機関で信頼性と妥当性を検証

するためのフィールドテストを行ってきた。

本年度の分担研究においては、主として妥当性の検証を行ったが、信頼性についても米国でオリジナルの CASII を開発した研究グループからのフィードバックを受けてプロトコルを修正し、再度解析を行った。これらの解析データに基づいて、CASII 日本語版の心理測定特性について検討を行った。

さらに、ファミリーグループ・カンファレンス (Family Group Conference) などの家族参画型支援における精神保健支援のあり方を検討するために、児童相談所の相談事例の援助方針と CASII 評定との関連を調査した。

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として、検者間信頼性および基準関連妥当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 か所の児童精神科医療機関の協力を得て実施した。

1-1. 検者間信頼性

各調査地区において調査参加者を対象に LOC の概念と CASII の使用方法についての研修会を開催し、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 (研修の詳細については平成 20 年度研究報告書を参照)。

各地域で CASII 評定者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。標準症例は Fallon ら(2006)がオリジナルの CASII の開発段階での検者間信頼性の調査で使用したものを日本の文化に適合させたものを使用した。

平成 20 年度に実施した検者間信頼性の調査では、精神科医以外の評定者については7症例の中からランダムに選んだ2症例の評定を解析対象としたが、統計解析上の理由から精神科医以外の評定者についても7症例すべての評定データを用いて解析することとした。

精神科医およびそれ以外の専門職による CASII 評定データについて、各次元のスコアと合計スコア、推奨された LOC について級内相関係数 (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) を求め、検者間信頼性を評価した。

1-2. 基準関連妥当性

CASII 評定者研修を実施した研究協力施設のうち、3地区の児童相談所と3か所の児童精神科医療機関で、評定者研修会で CASII の評定トレーニングを受けた精神科医または医師以外の専門職のスタッフが6歳から17歳の子どもの CASII 評定を行った。対象者の精神症状については、子どもの行動チェックリスト (CBCL) および/またはユースセルフレポート (YSR)、子どもの全般的評価尺度 (C-GAS) を用いて評価した。なお、11歳以上の対象者については YSR による評価を原則としたが、発達障害などのために自記式のスケールが使用できない場合は CBCL で評価した。

CASII の各次元のスコアと合計スコア、推奨された LOC と、CBCL/YSR の内向性ス

コア、外向性スコアおよび総スコア、C-GAS、実際の LOC との相関係数を求め、併存的妥当性を検討した。

実際の LOC については、小野 (2008) が日本の精神科医療、児童福祉、教育、少年司法の各領域における支援を CASII のマニュアルで定義された LOC に基づいて分類した表 (付録2参照) に従っているが、最終的には各地区の実情に応じて評定者が判断したものを採用した。

2. 児童相談所における援助方針と LOC 判定の関連に関する調査

子ども家庭福祉分野における相談援助活動における LOC 判定の活用の可能性を検討するために、児童相談所の相談事例の CASII による LOC 判定と実際の援助方針との関連を調査した。

調査は、妥当性の調査のために CASII の評定が行われた児童相談所の事例の中から、特徴的な事例を抽出し、ケーススタディとして行った。

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

1-1. 検者間信頼性

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、その際、児童精神科医 23名とそれ以外の専門職 106名が検者間信頼性を評価するための標準症例を評定した。23名

の児童精神科医は7例の標準症例を評定し、それ以外の専門職の参加者は7例からランダムに選んだ2症例を評定したが、より正確な検定を行うために、医師以外の参加者にも7例すべての評定を求めることとなり、2009年1月から3月にかけて前回評定しなかった5症例の評定を依頼し、最終的に70名が7症例の評定を完了した。

検者間信頼性は、Shrout と Fleiss (1979)の方法により級内相関係数 *intraclass correlation coefficients* (ICC)を用いて解析した。ICCはSPSS (Windows v.8 英語版)を用いて計算した。

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)を示している(注: 米国のデータにはLOC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、合計スコアと推奨されたLOCについてのICCはそれぞれ0.90と0.88であった。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LOCのICCはかなり高いことから、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LOC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、もっとも低い生活機能の状態の次元のICCでも0.42であり、中等度以上の信頼性があるものと考えられた。

しかし、生活機能の状態のICCが低いことは、推奨されたLOCの判定に影響する可能性があり、実際、精神科医以外の専門職の評定では、合計スコアのICCが0.73であるのに対し、推奨されたLOCでは0.62となっている。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LOCの判定に影響を及ぼす可能性がある。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、LOC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。

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 (N=23)	精神科医以外の専門職 (N=70)
I. 危害のリスク	.80	.63
II. 生活機能の状態	.57	.42
III. 併存障害	.71	.57
IVA. 環境的ストレス	.70	.57
IVB. 環境的支援	.86	.80
V. 回復力	.70	.59
VIA. 親の受容度	.72	.64
VIB. 子どもの受容度	.75	.65
合計スコア	.90	.73
レベル・オブ・ケア	.88	.62

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

表 3. 精神科医以外の専門職の学歴と経験年数による級内相関係数の比較

	学歴		経験年数	
	学士	修士	10 年以下	11 年以上
I. 危害のリスク	0.66	0.65	0.63	0.70
II. 生活機能の状態	0.44	0.43	0.41	0.48
III. 併存障害	0.58	0.63	0.56	0.65
IVA. 環境的ストレス	0.60	0.63	0.58	0.62
IVB. 環境的支援	0.80	0.83	0.79	0.84
V. 回復力	0.61	0.61	0.63	0.58
VIA. 親の受容度	0.65	0.68	0.63	0.70
VIB. 子どもの受容度	0.68	0.69	0.66	0.70
合計スコア	0.76	0.80	0.74	0.82
レベル・オブ・ケア	0.65	0.64	0.59	0.76

精神科医以外の専門職の評定のばらつきをさらに詳しく検討するために、評定者の学歴と経験年数による ICC の比較を行った。CASII 評定の ICC は、学歴の違いではほとんど差は認められなかったが、児童相談所での勤務経験が 10 年以下と 11 年以上の評定者で

の比較では、11 年以上の群で若干 ICC が高い傾向が認められ、実務経験が長い方が評定の信頼性が高いことが示唆された。しかし、10 年以下の群においても ICC は実用レベルの数値を示しており、CASII は比較的経験の少ない専門家にも十分な信頼性をもって使用でき

ると考えられた。

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が認められている。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の改良が必要であることが示唆された。

1-2. 基準関連妥当性

3 地区の児童相談所および 3 か所の児童精神科医療機関で 163 例の CASII の評定が CBCL/YSR、C-GAS、実際のレベル・オブ・ケア（LOC）と比較された。対象者の年齢、性別、居住状況、精神医学診断の有無は表 4 に示すとおりである。入院例については全例

が閉鎖病棟での入院であった。

表 4. 対象者の背景

総数	=163	
年齢	: 6-17 歳 (平均 11.8 歳、SD=2.84)	
性別	: 男 111、女 52	
居住状況		
在宅	86	
一時保護	15	
施設入所	15	
入院	47	
精神医学診断		
あり	145	
精神遅滞		4
学習障害、広汎性発達障害		57
注意欠如・多動性障害		15
反抗挑戦性障害、素行障害		13
愛着障害		13
気分障害		6
不安障害		18
その他		32
なし	18	

対象者は男性が女性の約 2 倍であったが、CASII により推奨された LOC には男女間で有意さはなかった ($\chi^2=7.204$, $df=5$)。また、12 歳以下(89 例)と 13 歳以上 (74 例) との間の LOC にも有意差は認められなかった ($\chi^2=5.350$, $df=5$)。

CASII の評定と CBCL/YSR、C-GAS、実際の LOC と間の相関は以下のとおりであった。

①CASII の総スコア、推奨された LOC、実際の LOC と CBCL/YSR および C-GAS との相関(表 5)

CBCL の外向性スコアは実際の LOC、CASII の総スコアおよび推奨された LOC と

有意な相関が認められ、CBCLの総スコアはCASIIの総スコアおよび推奨されたLOCと有意な相関が認められた。YSRもCBCLと同様に、外向性スコアは実際のLOC、CASIIの総スコアおよび推奨されたLOCと有意な相関が認められ、YSRの総スコアはCASIIの総スコアおよび推奨されたLOCと有意な相関が認められた。しかし、CBCLもYSRも内向性スコアは、実際のLOC、CASIIの総スコアおよび推奨されたLOCのいずれとも有意な相関が認められなかった。

一方、C-GASは実際のLOC、CASIIの総スコアおよび推奨されたLOCと有意な相関が認められた。

以上の結果からは、実際のLOCやCASIIによる評定は、全般的な問題や機能状態を良く反映していることを示している一方で、CBCL/YSRの内向性スコアとの相関が認められなかったことは、LOCは内向性の問題の強さとの関連が弱いことを示唆している。つまり、CBCL/YSRの内向性スコアと危害のリスクや機能障害などのサブスケールの評価との一貫性が低いことを示唆しており、CASII評定において内向性の問題をより適切に評価する工夫が求められる。

子ども家庭福祉だけでなく、児童精神科医療においても、より顕在的な外向性の問題に注目が集まりやすく、不安、抑うつなどの内向性の問題は他児や大人たちへの影響が少ないことからCASII評定において過小評価される可能性がある。実際、わが国の児童精神科医療においては欧米で一般的に診断されているうつ病の診断頻度が非常に低いことが知られている。今後の評定者研修において内向性の問題を適切に評価する視点を強化することでCBCL/YSRとの関連が明確になることが

期待される。

また、児童相談所や児童精神科医療では、内向性の問題を主とする子どもに対するより高いLOCのサービスが少なく、そのことが実際のLOCとCBCL/YSRの内向性スコアとの相関が低かった要因のひとつと考えられた。

②CASII評定と実際のLOCとの相関(表6)

CASIIの評定結果と実際のLOCとの相関を調べたところ、CASIIの各サブスケールスコア、総スコアおよび推奨されたLOCと実際のLOCとの間にはすべて有意な相関が認められた。このことから、CASIIの評定は、対象者の現在のLOCをよく反映しており、良好な基準関連妥当性があるものと考えられた。

③推奨されたLOCと実際のLOCとの差(表7)

CASII評定による推奨されたLOCと実際のLOCとの差の分布を表6に示した。差がマイナスの場合は、CASII評定による推奨されたLOCは実際のLOCよりも低いことを意味し、プラスの場合はCASII評定は実際のLOCよりも高いLOCを求めたことを意味している。

163例の対象者のうち、68例(41.7%)は差が0、すなわち、CASIIによる推奨されたLOCと実際のLOCが同じであり、139例(85.3%)は推奨されたLOCと実際のLOCとの差が±1の範囲内であった。

推奨されたLOCと実際のLOCとの差の平均は-0.1288(SD=0.9967)であり、t検定で有意差は認められなかった($t=-1.293$, $P=0.198$)。

以上の結果から、CASII評定によって推奨されたLOCは実際のLOCとおおむね対応していると考えられた。

表5. CASII の総スコア、推奨された LOC、実際の LOC と CBCL/YSR および C-GAS との相関

	実際の LOC		CASII 評価				N
			CASII 総スコア		推奨された LOC		
	相関係数	P	相関係数	P	相関係数	P	
CBCL 内向性スコア	0.022	0.839	0.143	0.185	0.079	0.462	88
CBCL 外向性スコア	0.222	0.037 *	0.412	0.000 **	0.386	0.000 **	
CBCL 総スコア	0.061	0.572	0.322	0.002 **	0.283	0.008 **	
YSR 内向性スコア	0.100	0.365	0.157	0.154	0.174	0.114	84
YSR 外向性スコア	0.293	0.007* *	0.377	0.000* *	0.391	0.000 **	
YSR 総スコア	0.194	0.078	0.249	0.022*	0.271	0.013*	
CGAS	-0.372	0.000 **	-0.543	0.000 **	-0.607	0.000 **	163
実際の LOC	/		0.611	0.000 **	0.649	0.000 **	163

**P<0.01, *P<0.05 (two-tailed test)

2. 児童相談所における援助方針とレベル・オブ・ケア判定の関連に関する調査
 児童相談所の援助過程において CASII 評価を行った 3 事例を紹介し、事例の経過と CASII

評価者研修を修了した児童相談所スタッフの意見等も踏まえて、児童相談所の援助活動での CASII の有用性と課題を検討した。

なお、事例についてはプライバシー保護に配慮し、内容の修正を行っている。

2-1. 【事例】

①ネグレクトが消長する事例

A 10歳（小4） 男児

診断：#1 反応性愛着障害

#2 被虐待児（ネグレクト）

経過：A は一人っ子で、X-8年、DVを理由に父母が離婚し、母と2人暮らしとなった。母は気分変調性障害のため心療内科に通院中で、不調時には家事が殆どできずネグレクトが強くなる一方、調子が少し良くなると、頑張り過ぎ、再度、調子を崩すというパターンを繰り返していた。A は小学校入学後から不登校傾向で、X-2年（小2）、小学校より児童相談所に相談が入り、ケース受理となった。A は表情に乏しく、感情や言語の表出も少なかった。X-1年3月、母のレスパイトとA

のアセスメントを目的とし、2週間の一時保護を行った。入所中、A は入浴等の基本的な生活習慣で苦手さがあったが、職員の指導に従って努力していた。退所後、児童相談所への通所は続いた。X年8月、ネグレクトが強くなり、A の衛生ケアが悪化し、A はコンビニでおにぎりを買うなどして空腹をしのぐことが度々となったため、再度、一時保護となった。一時保護が2週間たち、母は子育てに自信をなくしながらも、ケースワーカーに家庭引取りの希望を話すようにもなった。ケースワーカーとしては、家庭復帰が妥当か否か判断に迷っていた。そこでCASII 評価が行われた。

<CASIIスコア>

- (I) 3 ネグレクトに対する深刻なリスクがある
- (II) 3 セルフケア・衛生が期待される標

表6. CASII 評価と実際のLOC との相関

	実際のLOC	
	相関係数	P
I. 危害のリスク	0.481	0.000 **
II. 生活機能の状態	0.453	0.000 **
III. 併存障害	0.288	0.000 **
IVA. 環境的ストレス	0.337	0.000 **
IVB. 環境的支援	0.439	0.000 **
V. 回復力	0.326	0.000 **
VIA. 親の受容度	0.237	0.002 **
VIB. 子どもの受容度	0.281	0.001 **
合計スコア	0.611	0.000 **
推奨されたLOC	0.649	0.000 **

**P< 0.01 level *P<0.05 (two-tailed test)

表7. 推奨されたLOC と実際のLOC との差

推奨されたLOC と実際のLOC の差	N	%
-5	1	0.6
-4	1	0.6
-3	7	4.3
-2	6	3.7
-1	37	22.7
0	68	41.7
1	34	20.9
2	3	1.8
3	6	3.7
合計	163	100.0

準よりも悪化している

(Ⅲ) 3 反応性愛着障害は不登校などの現状に有害な影響を及ぼしている

(ⅣA) 3 離婚による養育環境の変化

(ⅣB) 3 親は子どものニーズや問題に適切に答える能力が制約されている

(Ⅴ) 3 一定の期間、母の養育は安定化するが、児童相談所などの強力な支援が必要である

(Ⅵ [児童青年]) 2 ケア提供者と良好な関係を築くことができる

(Ⅶ [親・養育者]) 3 治療計画の立案に協力できない

(合計) 21

* 推奨されたレベル・オブ・ケア 4

* 実際のレベル・オブ・ケア (評定前) 2
(評定後) 4

評価と転帰：時期により母の精神状態と育児状況が変化するため、ケースワーカーの判断が難しかった。合計スコアから、レベル4が推奨され、児童養護施設への入所が妥当と判断された。施設入所について母とAに丁寧な説明を行い、同意を得て、児童養護施設に入所となった。

②父の死後、母子関係が増悪した事例

B 11歳 (小5) 男児

診断：#1 広汎性発達障害

#2 被虐待児 (身体的虐待、心理的虐待)

経過：Bは一人っ子で、幼少期よりこだわりが強く、自宅でかんしゃくや暴力を示すことがあった。パニック障害と不眠症を持つ母はBに対し過干渉で、しばしば過度の叱責を行ってきた。X-2年6月(小3)、母の育児相談で児童相談所がケース受理し、援助が開始

された。児童精神科医の診察も並行して始まった。X-1年3月には母のレスパイトとBのアセスメントを目的とし、3週間の一時保護を行った。退所後、一時状態は改善したが、同年7月の父の死後、再び状態が悪化した。元来不登校傾向のあったBは、完全に不登校となり、母に対しての過度の要求や暴力が増え、打撲症で母が救急病院を受診したこともあった。母はBの要求を一旦受け入れるものの、その要求がエスカレートすると混乱し、暴力で応える状況であった。面接場面でのBは殆どの質問に無言であった。在宅での支援は困難であったが、Bに適切な児童養護施設や情緒障害児短期治療施設等を地域で確保できず、ケースワーカーは対応に苦慮していた。そこでCASII評定が行われた。

<CASIIスコア>

(Ⅰ) 4 洞察力に乏しく衝動性が高いため他者に重大な危害をもたらす

(Ⅱ) 4 ほとんどの社会的つきあいからひきこもりとなっている

(Ⅲ) 5 広汎性発達障害によるこだわり等が現在の問題を悪化している

(ⅣA) 3 父の死による家族環境の破綻

(ⅣB) 3 母は治療の中で求められる変化の一部しか遂行する能力がない

(Ⅴ) 4 発達的な負担等で混乱し、一時保護や通所指導で効果は殆ど得られていない

(Ⅵ [児童青年]) 3 問題の存在は認めるが、問題による結果を年齢相応に受け入れられない

(Ⅶ [親・養育者]) 3 治療計画の立案に参加することは困難である

(合計) 26

* 推奨されたレベル・オブ・ケア 6

*実際のレベル・オブ・ケア(評定前)3 (評定後)6

評価と転帰：父の死後、在宅での支援は困難であったが、適切な児童養護施設や情緒障害児短期治療施設等を地域で確保できず、経過してきた。ケースワーカーも担当医も強度の高い治療が必要との感触を持っていたが、最終的判断を下すことが難しかった。今回、合計スコアはレベル・オブ・ケア5に相当していたが、Ⅲ(併存障害)が5を示し、レベル・オブ・ケア6が推奨され、スタッフが共通認識を持ち、他県の児童精神科病院での入院治療を前提とした援助を行うこととなった。各スタッフが連携してBと母へのアプローチを行い、児童精神科病院に入院となった。

③親の同意が困難な事例

C 11歳(小5) 男児

診断：#1 素行障害

#2 被虐待児(身体的虐待、心理的虐待、ネグレクト)

経過：Cは両親、3歳下の妹との4人暮らしである。幼少期に両親より激しい身体的・心理的虐待、ネグレクトを受けた経験がある。Cは多動・衝動性が高く、小学校での授業の取り組みは悪く、同級生とのトラブルも多い。睡眠時間のずれも著しい。X-1年11月(小4)、弟から母への告白で、妹に対するCの性加害(性器を触わる)が明らかになり、母よりの相談で、児童相談所がケース受理した。虐待を連想させる場面でCはパニックを示し、感覚の麻痺もみられ、PTSDの存在も疑われた。C自身の性被害は調査では明らかにならなかった。児童相談所の通所指導の中で、CASII評定が行われた。

<CASIIスコア>

(I) 4 洞察力に乏しく衝動性が高いため他者に重大な危害をもたらす

(II) 3 睡眠時間のずれが著しい。他者と社会的な活動をしようとする能力に乏しい

(III) 3 PTSDの兆候があり、現在呈している問題に有害な影響がある

(IVA) 5 家庭内での暴力の存在(両親間、子どもに対する暴力)

(IVB) 4 親は子どものニーズや問題に適切に応える能力が制約されている(施設入所は拒否しているが通所は受け入れている)

(V) 3 強力な支援の下では中程度の期間回復を維持できる。知的な遅れはないものの、助言の与え方は工夫が必要

(VI [児童青年]) 2 工夫次第でケア提供者と良好な関係を築くことが可能

(VI [親・養育者]) 5 Cの性加害とそれにより生じた妹の精神的苦痛、虐待や非行の事実について自覚がない

(合計) 27

*推奨されたレベル・オブ・ケア 5

*実際のレベル・オブ・ケア 2(ケースワーカーによる不定期の通所面接)

評価と転帰：危害のリスクの高さ、回復環境の乏しさなどから推奨されたレベル・オブ・ケアは5とされた。児童自立支援施設への入所や精神科医療機関の受診が考慮され、両親に説明がなされた。しかしながら、両親はCの性加害に対する問題意識が乏しく、施設入所の同意は取れず、精神科医療の導入にも至らなかった。現在はケースワーカーによる不定期の通所面接を行っているのみである。

3. 有用性と課題

3-1. 有用性

① 子どもの臨床的ニーズについてスタッフが見解を共有できる

CASII は、子どもの臨床的ニーズを客観的に示すことのできる尺度である。したがって CASII 評定を行うことで、臨床的ニーズについて児童相談所スタッフが見解を共有することが容易になる。その結果、臨床的ニーズを意識してスタッフが連携し、援助を行うことが期待できる。例えば事例 B では、レベル 6 の強度の高い治療環境の必要性がスタッフに共有されたことで、児童精神科病院入院に向けて、B と母へのアプローチ、医療機関との調整等がケースワーカー、心理士、担当医らが密に連携して行われた。

② 処遇・援助の方針決定の指標になる

「虐待対応会議などで処遇を考える際に有効だと思う」との意見があるように、臨床的ニーズと必要な治療資源を明確化する CASII は、処遇・援助の方針決定の指標となりうる。実際、事例 A、B、C で処遇・援助の方針決定に有用であった。もっとも事例 A、B のように CASII の推奨レベルに基づいた援助が実践される場合もあるが、事例 C のように、推奨されたレベルに比べ実際のレベルが低くなるざるをえない場合もある。この場合は、CASII のスコアを下げるべく、どのリスクを減らすことが特に重要なのか（子どもに対してアプローチすべきか、家庭環境を整えていくか）を理解するために、CASII を利用することが期待できる。

③ 過去の援助の妥当性が検証できる

マニュアルに記載されているように、CASII は治療開始時、重大な変化が起こった時、サービスの終了時に評定されることが理

想的である。子どもに対する児童相談所の援助は長期化することも少なくない。事例の CASII 評定を経時的に記録しておくことで、過去の援助の妥当性が検証できる。このような記録の蓄積は当該事例のみならず、児童相談所の援助活動全般にとっても貴重な資料になると思われる。

3-2. 課題

① 実施に時間がかかる

CASII に対しては肯定的評価がスタッフの意見として多かった。その一方、問題点として「評価項目が多すぎる」「時間的に実施が困難」との意見が複数のスタッフから得られ、実施に要する時間が検討課題と考えられた。評定を繰り返すことで各スタッフが CASII に慣れ、実施に要する時間が短縮化することも期待されるが、業務の中で無理のない時間で実施できるような工夫（簡易版のチェックシートの作成など）が必要と思われる。

② 業務の中で位置づけが必要

「他にもいろいろとアセスメントシートがあり、どれを使えばいいかわからない」「チェックリストなどが多く、消化不良になっている」との意見もみられた。特に、どのような事例に対してどのタイミングで CASII を実施すべきかを強調し、児童相談所の業務の中で CASII をはっきりと位置づける必要がある。

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・ケアの評価を活用するために、日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 (CASII) を作成し、

昨年度からフィールドテストを実施してきた。

児童精神科医と児童相談所の専門職を対象とした検者間信頼性の調査では、おおむね良好な結果が得られた。児童精神科医の級内相関係数（ICC）は高く、十分な検者間信頼性が認められた。また、児童精神科医以外の専門職の ICC は全体的に精神科医のそれよりも低かったものの、合計スコアと推奨された LOC の ICC は十分に高く、臨床的な使用には支障がないものと考えられた。

さらに、児童相談所と児童精神科医医療機関からの対象児における基準関連妥当性の検討においても、CASII 評定は CBCL/YSR の外向性スコアと総スコア、C-GAS、実際の LOC と有意な相関を示し、さらに全体の 85.3% の対象者では推奨された LOC と実際の LOC との差が±1 の範囲内であったことから、CASII には適切な基準関連妥当性があることが認められた。

以上の結果より、日本語版 CASII は十分な信頼性と妥当性をもって子ども家庭福祉および児童青年精神科医療の場で利用が可能であると考えられた。さらに、CASII は評定者研修を修了すれば、児童精神科医以外の子ども家庭福祉に関わる専門職においても十分な信頼性をもって使用できることが示されたことから、わが国の子ども家庭福祉分野での活用が期待される。

実際の児童相談所における相談援助活動においても、CASII を用いたレベル・オブ・ケアの評定は子どもの臨床的ニーズに応じた援助計画の策定と実施に役立つことが示唆されており、合理的かつ効果的な援助を進めるために CASII を活用されることが期待される。CASII を用いた客観的なレベル・オブ・ケアの評価は、子どもと家族を支援する専門職の

間での情報と認識を共有することだけでなく、子どもと家族に対しても必要な治療や環境についての情報を提供することで、家族参画型家族支援においても重要な役割を果たすことが期待される。

文献

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: CASII Use's Manual: Child and Adolescent Service Intensity Instrument. Washington, DC. Author, 2005.
- 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.
- 小野善郎：虐待を受けた子どもと親への支援・治療に関する研究」厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究」（主任研究者：奥山眞紀子）平成19年度研究報告書、pp. 437-456, 2008.
- 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.
- 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20年度研究報告書、pp. 121-140, 2009.
- 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.

付録1. 日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度(CASII)の構成内容

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っとも脆弱である。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」の評定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 の評定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。ただし、次元IV

A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。この次元の評定には、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
3. 中程度あるいは曖昧な回復力および治療への反応
4. 乏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

次元VI. 治療、受容と関与

受容と関与の次元は、児童青年の、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する。この評価においては、治療とは、子ども、青年、親および／または主たる養育者のニーズに対応する幅広い治療的介入の事を指している。サブスケールは、治療の受理面接（インテーク）、計画、実行、維持の各段階に、親および主たる養育者が積極的に参加することに関するやる気と能力の重要性を反映したものである。また、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、それを解決するためのケアの選択にも影響することに注意することが重要である。若者と親との間、および／または主たる養育者と臨床家との間の文化的な違いに起因する、適切な評価と治療に対する障壁にも注意しなければならない。必要であれば、同じ文化背景を持つスタッフと相談したり、そのスタッフの治療への参加を求めることで、効果的な評価と治療への文化的な障壁を取り除くことができる。

ふたつのサブスケール（児童青年と親および主たる養育者）のうち、高いスコアだけが合計スコアに加えられる。さらに、児童青年の親および主たる養育者の親権が喪失している場合は、親お

よび主たる養育者のサブスケールは集計されない。

児童青年の受容と関与

児童青年サブスケールは、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係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する。

1. 最適
2. 建設的
3. 妨害的
4. 敵対的
5. 接触不可能

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のサブスケールは、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家とかかわりを持ち、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

合計スコアによるレベル・オブ・ケアの判定

レベル	説明	スコア
0	予防と健康維持のための基本サービス	7-9
1	回復維持と健康管理	10-13
2	外来サービス	14-16
3	集中的外来サービス	17-19
4	24時間の精神医学的監視を伴わない集中的・統合的サービス	20-22
5	保護的でない、24時間の精神医学的監視	23-27
6	保護的、24時間の精神医学的管理	28+

注：各次元のアンカーポイントには具体的な例示があるが、ここでは省略している。CASIIの使用にあたっては所定の評定者研修を終了することが義務づけられている。

付録2. 地域における精神保健サービスのレベル・オブ・ケアによる分類

レベル・オブ・ケア	サービス			
	精神科医療	児童福祉	教育	少年司法
レベル 0: 基本的サービス	精神保健相談 母子保健事業	児童家庭支援センター(0-1) (主任) 児童委員 発達障害者支援センター(0-3) 子育て電話相談	就学前検診 保健室 保健教育	家庭裁判所・少年鑑別所の相談事業
レベル 1: 回復維持および健康管理	精神科クリニック 小児科医療 保健所・保健センター デイケア	精密健康診査 児童福祉司による助言指導 児童ショートステイ(レスパイト)	スクールカウンセラー 特別支援教育コーディネーター 特別支援教育(1-4)	保護観察 家庭裁判所の保護的措置(1-3)
レベル 2: 外来サービス	児童精神科外来診療 心理カウンセリングサービス	児童相談所における精神科医・児童心理司によるカウンセリング 児童相談所の医学判定(診断)	スクールカウンセラーによる個別カウンセリング、心理療法	家庭裁判所医務室
レベル 3: 集中的外来サービス	専門外来 外来での集団療法、ソーシャルスキルトレーニング、親トレーニングなど	児童相談所における治療プログラム 児童養護施設における心理治療 専門里親	適応指導教室 学校内でのスキルトレーニング・ことばの教室など	試験観察
レベル 4: 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	デイホスピタル	児童自立支援施設 自立援助ホーム 児童相談所の一時保護		補導委託 初等・中等少年院
レベル 5: 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	児童精神科(開放病棟)での入院治療	情緒障害児短期治療施設		
レベル 6: 精神医学的管理を伴う保護的で24時間体制のサービス	児童精神科(閉鎖病棟)での入院治療	児童自立支援施設(強制的措置がある場合)		医療少年院

出典：小野善郎「虐待を受けた子どもと親への支援・治療に関する研究」厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究」(主任研究者:奥山真紀子)平成19年度研究報告書、pp. 437-456, 2008.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

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 日本子ども家庭総合研究所 高橋重宏）

分担研究報告書

性的虐待を受けた子どもと家族のケア及び援助枠組みに関する研究

分担研究者 岡本正子

研究要旨：

子ども家庭福祉分野における家庭内性的虐待の家族支援のあり方と援助枠組みをめぐる課題について調査検討した。

1年目は、アメリカとイギリスにおける性的虐待事例の子どもと家族への支援および援助枠組みに関する情報収集と、大阪府子ども家庭センターにおける「性的虐待の非加害親支援事業」の取り組み経過について整理した。2年目は、3府県（大阪府・静岡県・岡山県）の児童相談所が平成19年度に一定関わった性的虐待事例の実態調査と、虐待を行っていない保護者（非加害親）に対する介入初期のアセスメントに関する文献研究を行った。3年目は、児童養護施設および情緒障害児短期治療施設における性的虐待事例への取り組み状況についての実態調査と、海外における虐待事例へのFGCの適用状況、特に性的虐待事例への適用状況に関して聞き取り調査と資料調査を行い、調査結果からは、虐待事例へのFGCの適用に関しては、国や地域によって多様な状況が見られ、ことに家族内性的虐待事例への適用に関しては、除外しているところから条件つきで用いられているところまでであることが明らかになった。

これらの結果から、性的虐待を受けた子どもと家族へのケアおよび援助枠組みに関して、以下のようにまとめられた。①児童相談所における性的虐待事例への家族支援は、非虐待親を中心とした家族参画による家族支援が現実的で有効である。②児童養護施設等へ入所した性的虐待事例への家族対応・家族支援の課題は、家庭支援専門相談員の機能強化、施設と児童相談所との連携強化や機関間の役割分担、家族対応・家族支援に関する方法論の確立が必要である。③子どもへの支援は生活ケアと自立支援の更なる充実が重要であり、同時に心理療法が行われる際の条件整備と施設心理士の役割の明確化も行う必要がある。④また施設において、精神保健上の課題を有する子どもも少なくなく、児童精神科医療との連携を視野に入れた治療ネットワークの構築の推進が必要である。

研究協力者：

本間 博彰（宮城県子ども総合センター）

小野 善郎

（宮城県精神保健福祉センター）

桐野 由美子

（京都ノートルダム女子大学）

鵜飼 奈津子（大阪経済大学）

山本 恒雄（日本子ども家庭総合研究所）

増沢 高（子どもの虹情報研修センター）

平岡 篤武（静岡県立吉原林間学園）

薬師寺 真（岡山県福祉相談センター）

薬師寺 順子（大阪府福祉部）

渡辺 治子（大阪府子ども家庭センター）

堀 道子（大阪府子ども家庭センター）