

**LOCUS**  
**LEVEL OF CARE**  
**UTILIZATION SYSTEM**  
**FOR**  
**PSYCHIATRIC AND ADDICTION**  
**SERVICES**

**Adult Version 2000**

**精神疾患および依存症のための**  
**ケアレベル活用システム**  
**成人用 2000 年版**

**AMERICAN ASSOCIATION**  
**OF COMMUNITY PSYCHIATRISTS**

**米国地域精神科医師学会**

**2000 年 5 月 30 日**

日本語訳 政策医療ネットワークを基盤とした精神科救急のあり方に関する研究班  
2006 年 4 月

© 2000 American Association of Community Psychiatrists

## 目次

序文	2
LOCUS 使用法	5
サービス必要度判定のための評価項目	6
ケアレベルの定義および活用基準	13
付録 1：振り分けフローチャート（決定樹）	20
付録 2：振り分け表	22
付録 3：LOCUS 簡易評価シート（日本語版のみ）	23

## 成人用 2000 年版 序文

マネジドケアのプログラムや理論が米国の多くの地域に広がり、評価、ケアレベルの振り分け決定、入院継続基準や臨床的転帰を判定する定量的評価基準の使用がますます重要になっている。これまで、このような必要性に答え、広く受け入れられた基準はなかった。しかし LOCUS の開発により、そうした目的に使用できる具体的なツールが提供されることとなった。LOCUS は、上記のような判断や推奨事項のための共通言語と基準を提供するものである。臨床家はいまや、簡便で理解し易く使用が容易というだけでなく、有意義で、必要度を的確に区別し適したサービスを判断するのに十分な感度を備えたツールを手に入れたことになる。LOCUS は、明確で信頼性と一貫性のある評価基準を提供し、その評価基準は簡潔であるがケアの判断や質のモニタリングの判定をするのに十分なものである。

LOCUS には 3 つの主要な目的がある。第一は、成人患者のためのサービスの必要度を 6 つの評価項目に基づいて評価するシステムを提示することである。第二は、一連のサービスシステムを提示することである。このサービスシステムは、各ケアレベルで利用可能な資源の量や範囲に応じて 4 つのサービス領域の内容が変化する形になっている。第三は、サービスの必要性の評価を定量化する方法論を提示し、一連のサービスシステムの中で振り分けの際、信頼性の高い決定を可能にすることである。

LOCUS は、常に変化する動的なシステムであり、過去 4 年間にわたり進化してきた。2000 年版は語義上の変更を少々実施した以外、1998 年発行の第 2 版の内容を踏襲している。予備的に実施した信頼性および妥当性評価の結果は心強いものであり、この 2000 年版の発表に伴い、引き続きデータの収集を行っていく予定である。2000 年版の変更は、そうした信頼性や妥当性の結果には影響を与えないが、以前に使用されていたいくつかの用語をより明確にしている。

LOCUS は様々な使用法が考えられる:

- 現下のサービス必要度を評価するため（例えば危機にある患者に対して使用）
- ある特定の人口に必要なサービスを評価する際などに、長期的に必要な資源を予測し計画するため
- 態や振り分けの時間的変化をモニターするため

以前の版と同様に、本文書は 3 つの部分から成る。

第 1 部は、6 つの評価項目（次元ともいう）の定義をしている。その 6 項目とは、1) 自傷や他害の恐れ、2) 生活・社会機能、3) 併存している身体疾患、依存症および精神疾患、4) 回復環境、5) 治療・回復歴、6) 治療参加、である。各次元を 1-5 点で評価する評価尺度があり、各点数の詳しい評価基準を記載している。次元 IV では 2 つの下位尺度を設定したが、他の次元の尺度は 1 つのみである。

第 2 部では、一連のサービスシステムにおけるケアレベルを 6 段階で定義し、各ケアレベルで 4 つの領域（1 ケア環境、2 臨床サービス、3 支援サービス、4 危機安定化サービス・予防サービス）について基準を設定した。「レベル」という用語は簡潔にするために使用しているが、サービスの組み合わせが一定、または比例関係にあるという意味ではない。むしろ、各ケアレベルでは、さまざまなサービスの柔軟で変化に富んだ組み合わせを提示しており、より正確に言うならば、資源利用度のレベルを示していると言える。プログラムの詳細は、地域の状況や転帰の評価に基づいてサービスの提供者が決めることになる。各ケアレベルでは、危機介入、支援的介入、臨床介入や環境介入など、それぞれが独立に変化する多次元のサービスの組み合わせが示してある。その後、各ケアレベルにおける患者振り分け基準を詳細に記載している。なおこのシステムでは、時間の経過により 6 つの評価項目のどれかが変化し、それに伴いケアレベルが変化するため、入院、入院継続、および退院基準を別々に設定する必要がない。

第 3 部では、評価結果を解釈し、振り分けの決定、つまりケアレベルの決定を行う点数評価方法について説明している。また、この目的のために振り分け表と振り分けフローチャートの両方を用意した。

信頼性および妥当性の研究が続けられる中、この LOCUS2000 年版が多くの意見や議論、および試験を喚起することを期待している。この種のツールは動的なものでなければならず、地域の要求に合わせて、予期していない状況や未知の状況や欠陥に対応したりするために調整や補足をすることが必要となる可能性がある。この成人版では、子供や青少年、老人などの特定の集団において特に必要とされる事柄については十分に言及されていない。LOCUS は、臨床的判断の変更を促すものではなく、資源活用のための操作的指針としてのみ役割を果たすものであり、慎重な臨床的思考に基づいて適用する必要がある。LOCUS は、現在の様式でもかなり有用性の高いツールと言えるが、時間の経過とともに、また将来の研究結果をふまえて、発展させ改良していく必要がある。米国地域精神科医師学会 (AACPP) では、あらゆる意見・提案を歓迎している。あなたの意見を下記まで送って下さい。

Wesley Sowers, M.D., Medical Director, Allegheny County Office of Behavioral Health, 304 Wood Street, 5th Floor, Pittsburgh, PA, 15222, Phone 412-350-3716, Fax 412-622-350-3880, email: sowers@connecttime.net

## 謝辞

LOCUS は、米国地域精神科医師学会の健康ケアシステム委員会のケアレベル決定タスクフォースにより作成された。そしてピッツバーグの聖フランシス医学センターの協力と、米国中の多数のレビュアーからの助言によって作り上げられたものである。我々は、また、これまでに作成されている同様の課題を扱った複数のツールを見直すことにより、知的刺激を受けることができたことに感謝したい。LOCUS の概念形成において、特別に影響を受けたのは、米国依存症医学学会の患者振り分け基準 1、US ヘルスケアのケアレベル評価ツールとニード - ケアレベル評価(LONCA)方式である。

## AACP Task Force on Level of Care Determinations AACP ケアレベル決定タスクフォース

Wesley Sowers, MD, Chairperson

Cheryl S. Al-Mateen, MD  
Donald B. Brown, MD  
Gordon H. Clark, Jr., MD  
Benjamin Crocker, MD  
Robert M. Goisman, MD  
Steven Goldfinger, MD  
Linda Goldwater Gochfeld, MD  
Charles Huffine, MD  
Margaret Kitchell, MD

Richard C. Lippincott, MD  
Kenneth Minkoff, MD  
David Moltz, MD  
Fred C. Osher, MD  
David A. Pollack, MD  
Andres Pumariega, MD  
Michael A. Silver, MD  
Clifton R. Tennison, Jr., MD  
Kenneth Thompson, MD

### 訳者序文

「政策医療ネットワークを基盤にした精神科医療のあり方に関する研究」(厚生労働省委託研究)の分担研究「精神科救急のあり方に関する研究」の一環として精神科救急における入院基準の検討を行っていたところ、米国地域精神科医師学会が製作した LOCUS と出会った。LOCUS は、精神科医療必要度の評価において多次元の要因を網羅し、臨床での使用を念頭において製作されており、その内容は日本の精神科臨床にも適合すると思われ、このたび日本語版の製作をすることとなった。原著者に問い合わせた日本語への翻訳および使用の許可を得た上で、おもに八木と木村が翻訳を行い、専門業者による校閲を経て日本語訳を完成させた。LOCUS 2000 年版日本語訳の著作権は、政策医療ネットワークを基盤とした精神科救急のあり方に関する研究班に属するが、臨床や研究では自由に使用可能である。LOCUS 2000 年版日本語訳に関する質問、意見は、locus@eowari.hosp.go.jp、もしくは、東尾張病院 医局 木村卓までお送り下さい。

政策医療ネットワークを基盤とした精神科医療のあり方に関する研究：主任研究者 齋藤 治

分担研究：政策医療ネットワークを基盤とした精神科救急のあり方に関する研究

分担研究者 吉住 昭 1)

研究協力者 岩永英之 1) 八木 深 2) 木村 卓 2) 中林哲夫 3)

1) 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

2) 同 東尾張病院

3) 国立精神・神経センター 武蔵病院

### 注意事項

「自傷他害」は日本では措置入院に関連して用いられる用語であるが、LOCUS2000 年版日本語訳では、“Harm” の日本語訳として「自傷や他害」を採用し、自身もしくは他者の身体に直接的に危害を加えることを表している。したがって、日本の措置入院に関連して用いられる「自傷他害」の概念とは正確には一致しない。

付録 3 の LOCUS 簡易評価シートは、訳者が日本での臨床使用を念頭に作成したものであり、最低限これらの項目について情報を収集すれば、LOCUS の採点が可能になる。

## Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services 精神疾患および依存症のためのケアレベル活用システム

### LOCUS 使用法

各評価項目は、1 - 5 点の 5 段階で定義付けられている。各点数は、1 つ以上の評価基準で定義付けられており、それらの評価基準は a,b,c, といった文字で区切って示してある。ある点数を割り当てるには、評価基準のうちひとつでもあてはまっていればよい。評価者は、1 つ以上の評価基準が満たされている点数のうち最も高い点数を評点として選択するべきである。

時として、ある点数の評価基準にあてはまるかはっきりしない場合がある。これには、情報が不十分、もしくは情報に矛盾がある、あるいは単に使用可能な情報が評価基準にあてはまるか判定することが困難であるといった場合が考えられる。このような場合に決定をする際には、臨床経験を思慮深く生かして、実際の状況に最も近い評価基準を採用しなければならない。しかしながら、このような決定が困難な場合がどうしても出てくる。その場合は、通常、少なくともひとつの評価基準が満たされる可能性の高い点数のうち、最も高い点数を評点として採用するべきである。こうすることで、仮にその評価に誤りがあったとしても、慎重な安全策を取ったことになる。

LOCUS は常に変化する動的なツールとして作られており、点数は経時的に変化することが想定されている。点数は、通常、評価時点の臨床像を反映した、「今ここで」の状態 (here and now basis) に基づいて割り当てられる。評価項目の中には、過去の情報を考慮するものがあるが、定義された評価基準の一部であることが明示されていない限り、過去の情報を評価対象にするべきではない。なお危機状況では、介入により点数が急激に変化することがある。他の状況では、評価対象者がとても安定した状況下にある場合など、長期間点数が変化しない場合もある。どのくらいの頻度で再評価を行うべきかは、臨床的判断に基づいて決定するべきである。一般的には、病勢が激しいほど、またケアレベルや資源利用度が高いほど、より頻繁に再評価が必要となる。

6 つの評価項目全てで点数が決定されたら、ワークシートに記録し、合計点を計算する。LOCUS 振り分け表を参照すると、推奨される振り分けのおおよその予測が得られる。最も正確を期すためには、LOCUS ケアレベル決定樹を用いるべきで、ほとんどの例で決定樹を使用することが推奨される。

ケアレベルを割り当てる際、各ケアレベルの全ての人に対する包括的サービスをもっていないシステムもあるだろう。その場合、LOCUS の推奨するケアレベルが利用できない可能性があり、より高密度のサービスを提供するか、より低密度のサービスを提供するかを選択する必要がある。ほとんどの場合、より低密度のケアレベルを選択するための明解で説得力のある理論的根拠がない限り、より高密度のケアレベルを選択するべきである。こうすることで、先ほどと同様に、誤りがあったとしても、危険で不安定な策ではなく慎重な安全策を取ったことになる。

## LOCUS Instrument Version 2000 サービス必要度判定のための評価項目 定義

### 自傷や他害の恐れ (Risk of Harm)

この評価次元では、患者が自身または他者に明らかな危害を加える可能性を検討する。このような行動は、自殺や殺人の考えや意思に起因する場合が最も多いと思われるが、その一方で、現実の誤った解釈や、十分なセルフケアの実行不能、または精神作用物質の乱用による意識レベルの変化の結果として、非意図的な自傷や他害が起こる例も多い。この項目の評価では、セルフケア能力の不足を自傷や他害の可能性とのつながりにおいてのみ検討する。同様に、精神作用物質使用に関連した行動は、自傷や他害の恐れを評価するためにのみ使用し、精神作用物質使用それ自体は評価しない。危険をはらんだ行動の起こる可能性を判定するには、問診や観察から得られる直接的な証拠に加え、危険行為の既往、安全を守る約束ができるか、実行手段が入手できるか、などの他の因子も検討する。なお、過去の情報を検討する場合、遠い過去の行動パターンよりも最近の行動パターンの方を優先する必要がある。自傷や他害の恐れは以下の評価基準に従って評価する：

#### 1-自傷や他害の恐れが極めて低い

- a-自殺や殺人の考えや衝動の兆候がない、かつ過去に自殺や殺人の念慮をもったことがなく、かつ明らかな苦悩の兆候がない。
- b-過去および現在において、しっかりとセルフケアができています。

#### 2-自傷や他害の恐れが低い

- a-現在において、自殺や殺人の念慮、計画や意思はなく、かつ深刻な苦悩は見られないが、最近もしくは過去に一過性の、もしくは消極的な、自殺や殺人の考えを持ったことがある。
- b-精神作用物質を使用しているが、自傷や他害につながる可能性のある明らかなエピソードはない。
- c-過去にセルフネグレクト(セルフケアをしない状態)にあった時期があるが、現在そのような行為の兆候がない。

#### 3-自傷や他害の恐れが中等度

- a-現在、明らかに自殺や殺人の念慮を持っているが、実行の意思や計画はなく、かつ過去にそうした既往がない。
- b-現在、自殺/殺人の念慮はないが、現在著しい苦悩があり、かつ/または過去に自殺/殺人行為の既往がある。
- c-衝動的な自殺/殺人行為やその恐れが慢性的にあるが、以前と比べ現在の状態に明らかな変化はない。
- d-精神作用物質の大量摂取や過量摂取があり、自傷や他害行為を起こす可能性があるが、現在そのような行為は見られない。
- e-現在の環境において、セルフネグレクト(セルフケアをしない状態)やセルフケア能力の低下の兆候が見られる。

#### 4-自傷や他害の恐れが高い

- a-現在、自殺や殺人の念慮があり、実行の意思表示がある、かつ/または過去にそうした行為を実行した既往があるが、現在実行手段を持っていない、または実行などできない・したくないという意味を示す発言がある、あるいは安全を守る約束ができる。
- b-衝動的な自殺/殺人行為やその恐れが慢性的にあり、現在の発言や行動が以前より明らかに悪化している。
- c-最近、精神作用物質の過量摂取による脱抑制および明白な自傷や他害行為があり、精神作用物質の使用を中断する能力が見られない。
- d-セルフケアを適切に行う能力や周りの環境を適切に認識する能力が、明らかに低下している。

#### 5-自傷や他害の恐れが極めて高い

- a-現在、自殺や殺人行為またはそのような意思があり、実行する計画および手段を持っていて、さらに以下のいずれかに当てはまる：
  - 実行にためらいがない、または実行を阻止する確たる障壁がない。
  - 過去に慢性的でない、衝動的でない、または常同的でない、深刻な企図の既往がある。(訳者注：例えば、意図的に計画された自殺や殺人行為の既往のことである)
  - 通常の衝動コントロール能力を超える恐れのある命令性の幻覚や妄想がある。
- b-精神作用物質をほぼ連続的、無制限に使用しており、その影響下において自身や他者に対する暴力のエピソードを繰り返している、または、自傷や他害に至る行為を繰り返している。
- c-セルフケア能力や周りの環境に十分な注意を払う能力に著しい低下があり、それによって起こる身体状態の悪化または負傷が見られる。

## 生活・社会機能 ( Functional Status )

この評価次元では、セルフケア能力に加え、社会的責任の遂行能力、対人関係能力、および生理機能の維持がどの程度可能かを測定する。この能力は、その人の限界を考慮した理想的なレベルと比較する必要があり、場合によっては発病前の適切な時期の機能レベルを基準として比較する必要がある。唯一の例外は、急性変化がない慢性的な機能低下のある人であり、その場合は3点(中等度の機能障害)と評価する。もし、こういった機能低下が深刻で自傷や他害の危険があれば、それについては次元 I の評価時にその評価基準に沿って評価されることになる。LOCUS の目的に合わせて、機能障害の評価対象はその人の精神医学的問題や依存症の問題と直接関係しているものに限定するべきである。支援サービスの種類を決定する際に、他の種類の障害が重要となる場合があるが、通常一連の精神疾患および依存症治療システムにおける振り分けを決定する際に、他の種類の障害を考慮すべきではない。

### 1-極めて軽度の機能障害

- a-明確なストレス因子に暴露された後に起こる一時的な機能障害以上の障害は見られない。

### 2-軽度の機能障害

- a-対人関係能力の低下がいくらかあり、口論や敵意、または他者との衝突が見られるが、ある程度有意義で満足のかゆく人間関係を維持できる。
- b-最近、セルフケアや日常生活において小さな破綻があった。
- c-社会的役割や義務の遂行に、軽度ながらも持続的な困難があり、例えば親としての責任を遂行することや、仕事や学業上期待されるレベルの能力を発揮することが困難であるが、このような役割をある程度果たし継続する能力は保たれている。
- d-機能低下の時期を経過後、明らかな改善がみられた。

### 3-中等度の機能障害

- a-重要な人間関係の大半において、他者と衝突する、引きこもる、孤立する、もしくはそのほかの問題があるが、衝動行為や虐待行為を制御する能力は保持している。
- b-身なりや衛生状態がその人の通常の基準を下回ることが頻繁にある。
- c-睡眠、食生活、活動レベル、性欲といった生理機能に関わる活動に明らかな乱れがあるが、健康に対する重大な脅威にはなっていない。
- d-仕事や学業、自身や重要な他者に対する責任や義務を遂行する能力が明らかに低下しており、時々これらの義務を避けたり無視したりすることがある。
- e-対人関係能力、社会の建設的活動への参加能力および責任を果たす能力に、慢性的にもしくは変動的に深刻となる障害がある。
- f-構造化された状況かつ/または保護的な状況で治療を受け、最近機能レベルが回復して安定した。

### 4-重度の機能障害

- a-対人関係能力に深刻な低下があり、常に他者と衝突している、または他者との関係が破綻している。それらには、衝動行為または虐待行為が含まれる場合もある。
- b-ほとんど全ての社会的交流を明らかに避け、引きこもっている。
- c-その人の通常の基準に近い衛生状態や身なり、及びセルフケアの維持ができていない状態が持続している。
- d-体重変化、睡眠の乱れ、疲労感といった、生理機能における深刻な障害が見られ、身体的健康を脅かしている。
- e-学業や仕事、子育てやその他の義務を、その人の通常の基準を満たす程度に能力を発揮することが不可能で、こういった責任を全く無視することが頻繁にある、もしくは長期間続くことがある。

### 5-極めて重度の機能障害

- a-社会的交流能力に極めて深刻な障害があり、全く無秩序な意思疎通や、挑発がないもしくはほとんどない状況での威嚇行為、ほぼ抑制不能の衝動行為や虐待行為などがある。
- b-全ての社会的交流から完全にひきこもっている。
- c-自身の衛生状態や身なりに全くかまわず、また食物摂取や自身の安全確保といった最も基本的な欲求を満たすことができず、身体状態の悪化をもたらしている。
- d-生理機能の破綻が著しく、身体的及び精神的な健康に重大な障害を与えている。
- e-社会の一員としての、あるいは仕事・学業・子育て上の個人的責任を全く果たすことができない。



## 併存している身体疾患、依存症、精神疾患 (Medical, Addictive, and Psychiatric Co-Morbidity)

この次元では、最初に同定された症状、もしくはもっとも顕著な症状（以下、現在の疾患という）の他に併存している身体疾患、物質使用障害または精神疾患との関連で疾病経過中に起こる可能性のある合併症を判定する。併存疾患によって疾病経過が長引くことや、集中的な、もしくは頻繁なモニタリングを用いたサービスが必要となることもある。特に示されている場合を除き、この項目では過去に存在した相互作用を及ぼす可能性のある疾患を考慮するべきではなく、現在の状況がそれらの疾患を再発させる危険が高い場合のみ考慮する。現在、物質使用障害がある患者については、身体的離脱症状を身体医学的併存症として考慮し評点する。

### 1-併存症なし

- a-現在の疾患以外には身体疾患、物質使用障害、または精神医学的問題が存在しない。
- b-過去に発症したすべての疾病は現在安定しており、現在の状況に悪影響を与えない。

### 2-軽度の併存症

- a-身体医学的問題があるが、それ自体はただちに脅威となる、または身体を衰弱させることはなく、現在の疾患の経過に影響を与えない。
- b-時に精神作用物質不正使用のエピソードがあるが、最近では自身で制限できており、使用頻度は増悪しておらず、そうしたエピソードによって併存する精神医学的障害の経過が悪化する兆候は見られない。
- c-ストレスや身体疾患、または精神作用物質使用に関連した精神症状が時折見られるが、一過性のものであり、併存する物質使用障害に対し目に見える影響を与えない。

### 3-中等度の併存症

- a-しっかりとした身体医学的モニタリングが必要となるような、身体医学的問題（糖尿病や軽度身体離脱症候群など）が存在する、もしくはそのような状況に発展する可能性がある。
- b-現在の疾患の存在により経過が悪化する可能性のある身体医学的問題が存在する。
- c-現在の疾患の経過を悪化させる可能性のある身体医学的問題が存在する。
- d-併存する精神障害の経過を明らかに悪化させている、もしくは悪化させる可能性があるにもかかわらず、精神作用物質使用を継続する、または断続的使用を繰り返す。
- e-最近、現在の疾患を明らかに悪化させる精神作用物質使用が見られたが、高度に構造化された環境や保護的な環境の利用、もしくはその他の外部からの働きかけで一時的に抑止されている。
- f-明らかな精神症状やその兆候があり、身体をいくらか衰弱させ、併存する物質使用障害と相互に作用し、物質使用障害の経過と重症度に悪影響を及ぼす。

### 4-重度の併存症

- a-一時的だが集中的な医学的モニタリングが必要となるような、身体医学的問題（中等度で合併症のないアルコール・鎮静剤・オピウム離脱症候群、軽度肺炎、コントロール不良の高血圧など）が存在する、もしくはそのような状況に発展する可能性が極めて高い。
- b-現在の疾患により確実に悪化している身体医学的問題が存在する。
- c-現在の疾患の経過や転帰を確実に悪化させている身体医学的問題が存在する。
- d-精神作用物質の使用をコントロールできず、使用が減らなければ健康に重大な脅威となる、かつ/または併存する精神障害からの回復において重大な障害となる。
- e-精神症状が存在し、明らかに身体を衰弱させ、併存する物質使用障害と相互に作用して、物質使用障害からの回復能力を著しく損なっている。

### 5-極めて重度の併存症

- a-コントロールが不良である、かつ/または徹底した医学的管理がないと生命に関わる可能性のある重大な身体医学的問題（深刻な、もしくは合併症を伴うアルコール離脱、コントロール不良の糖尿病、合併症を伴う妊娠、深刻な肝臓疾患、身体衰弱を伴う循環器疾患など）が存在する。
- b-現在の疾患がコントロール不良のために、患者が身体医学的問題の合併症による切迫した危険にさらされる。
- c-コントロール不良の身体医学的問題により、現在の疾患が深刻に悪化し、疾患の経過が劇的に長引き、疾患からの回復能力が著しく損なわれる。
- d-深刻な物質依存があり、いかなる環境でも使用制御が不能で、重度の離脱症状を起こす、かつ/または、併存する精神医学的障害やその他の健康状態を明らかに悪化させるにもかかわらず物質使用を継続する。
- e-急性または深刻な精神症状が存在し、それによって患者の機能する力が著しく損なわれ、併存する物質使用障害からの回復が妨げられている、または物質使用障害が深刻に悪化している。

**回復環境(Recovery Environment)** この次元では、依存症や精神疾患の発症・経過に関与する環境因子と、患者が精神的健康の獲得・維持や依存物質の断薬達成に向けた努力を行う際の支援因子について考慮する。ストレスのある状況は、複数の要因から生じている場合が多く、対人関係における葛藤や苦痛、生活の変化、喪失体験、健康や安全に関する心配、自身の持つ役割における責任の遂行などが含まれる。環境の支援因子とは、ストレス状況に直面した際、個人が健康および自身の役割を果たす能力を維持することを可能にする資源(十分な物質的資源や良好な家族関係など)のことである。患者のケアに関心を示し、心の安らぎを与えてくれる友人、雇用主や教師、聖職者や専門家、および地域住民などの存在も支援の供給源となる。居住型の施設や病院で治療を受けている場合には、新たな環境への移動や通常の状態への復帰といった、個々の事情に最も適した環境への移動後に遭遇することになる状況を基準にして評点をつける必要がある。

## A) ストレスレベル (Level of Stress)

### 1-ストレスが微少の環境

- a-基本的には、対人交流において明らかな、もしくは持続的な困難がなく、主要な生活環境は安定している。
- b-最近、特に影響を及ぼすような生活の変化はない。 / c-最近、対人関係や物質面での大きな喪失はない。
- d-物質的要求は満たされており、また近い将来にそうした物質的資源が減少してしまう懸念は特になく、健康や安全に対する明らかな脅威がない。 / e-生活環境に明らかな脅威や危険がない。
- f-社会的役割において能力以上のことを求められるようなプレッシャーがない。

### 2-弱いストレスがある環境

- a-いくらかの対人葛藤や孤立、または他の問題が持続的または断続的に存在する。
- b-家族構成員の変化や新しい仕事・学校など、適応に努力を要するような生活の変化がある。
- c-親友の転居、現在の住居内または近隣の葛藤、もしくは物質的充足の維持に関する懸念といった、ある程度の苦悩をもたらす状況がある。
- d-最近、一過性だが一時的に機能障害や身体の衰弱をもたらす病気や怪我があった。
- e-アルコールかつ/または薬物使用に暴露される可能性がある。 / f-学校や職場において成果を求めるプレッシャーがある、またはそのようなプレッシャーがあると感じ、それによる不安感がある。

### 3-中等度のストレスがある環境

- a-家庭内や他の重要な対人関係において明らかな不和や問題がある、または、社会的交流から孤立している。
- b-失業や法的問題、転居といった生活状況の断裂をきたすような明らかな生活変化がある。
- c-最近、対人関係や物質面での重大な喪失や悪化があった。 / d-健康状態の持続的な悪化に関連した懸念がある。
- e-住居内または近隣に危険要因がある。 / f-アルコールや薬物使用への暴露が起りやすく、入手も容易である。
- g-決められた期間で、もしくは適切な方法で義務を果たすこと以上の成果を求めるプレッシャーがあると感じている。

### 4-強いストレスがある環境

- a-病気や死別、離婚や親子分離、深刻な葛藤、著しい苦痛、かつ/または身体的・性的虐待などによる、家族や社会環境の深刻な混乱・崩壊がある。
- b-刑務所への入所が間近、定住できる住居の欠如、異文化への移住など、生活環境の深刻な断裂がある。
- c-身体的健康かつ/または物質的充足に対する要求を満たすことができない。
- d-深刻な機能障害や生命の危機をもたらす病気に最近罹患した。
- e-アルコールや薬物の積極的使用者との接触や、そうした物質を共に摂取することを求めるプレッシャーを回避することが困難である。 / f-現住居の周辺において暴力の被害や暴力の直接的脅威にあったことがある。
- g-ただちに義務を果たすように過大な要求をされていると感じている。

### 5-極めて強いストレスがある環境

- a-深刻な心的外傷を引き起こすほどのストレス、もしくは持続的かつ激しい心的混乱を生じさせるような状況があり、最低限の社会的要求にさえ対処する能力を失っている。そうした状況には以下のようなものがある：
  - 現在、家族や重要な他者からの暴力・虐待行為を受けている。 / - 悪意をもった人間による極度に暴力的な事件や激しい自然災害を目撃した、またはその被害にあった。 / - 社会の支配階級から迫害を受けた。 / - 愛する人の突然の、もしくは予期せぬ死を経験した。
- b-薬物使用への暴露が避けられず、共に使用するよう積極的に勧められている。
- c-刑務所へ入所している、または適切な避難場所すらない。 / d-病気や怪我に起因する深刻な苦痛や差し迫った生命の危険がある。
- e-身体的健康および物質的充足に対する基本的要求を満たすことができない状態が続いている。
- f-環境が混乱を極め常におびやかされている。

## **B) 支援レベル (Level of Support)**

### **1-高度な支援環境**

- a-あらゆる状況における物質的および心理的要求の両方に対して十分な時間と関心を提供できる豊富な支援供給源がある。
- b-包括型地域生活支援プログラムチーム (Assertive Community Treatment: ACT) または他の同様な極めて高度な支援資源を効果的に利用している。(この評価基準を満たせば、優先的にこの評点を選択し、以下の得点基準は考慮しない。)

### **2-中等度の支援環境**

- a-支援資源は豊富ではないが、必要時にしっかりとした援助を進んで提供することができる。
- b-支援システムの一部は、要望があれば進んで治療に参加することができ、必要な変化を実現させる能力がある。
- c-専門的支援が利用可能であり、効果的に関与している(すなわちインテンシブケースマネージャー-intensive case manager: ICM の関与がある場合)。(この評価基準を満たせば、優先的にこの評点を選択し、以下の得点基準は考慮しない。)

### **3-限定的な支援環境**

- a-現在の環境にいくらかの支援資源があり、必要ならばある程度の助けを提供できる可能性がある。
- b-通常支援供給源は、やや不確実である、物理的・心理的な距離がある、利用・連絡が困難、または資源に限りがあるが、必要ならば進んで支援提供する、または提供可能である。
- c-支援を提供できる可能性を持っている人がいるが、治療に参加し、必要な変化を実現させる能力が十分ではない。
- d-資源が利用可能であっても部分的にしか利用されない。
- e-利用可能な専門的支援供給源の有効な関与は限定的である。

### **4-最低限の支援環境**

- a-実際的にも潜在的にも利用可能な支援供給源がごくわずかしかない。
- b-通常支援資源は、援助を提供する熱意や意欲がほとんどない、機能不全に陥っている、または患者に敵意をもっている。
- c-現在ある支援は、物質的または心理的的要求を満たすだけの十分な資源を提供できない。
- d-患者が孤立し、利用可能な支援を有効に利用しようとしめない可能性がある。

### **5-支援環境なし**

- a-心理的にも物質的にも利用可能な支援資源が環境にない。

## 治療・回復歴 (Treatment and Recovery History)

この評価次元では、患者の過去の経験が、将来の同様な状況に対し患者がどのように反応するかについて、ある程度の指標となりえることを念頭においている。個人がある状況下でどのように反応するかを体系化したり予測したりすることは不可能であるが、この尺度では、過去の治療への反応傾向や回復管理の経験を主要指標として使用する。回復過程というのは複雑な概念であるが、この項目の評価では、症状が安定しよく制御されている時期を回復と定義する。患者の中にはある治療状況にはよく反応し別の状況では乏しい反応しか示さない場合があり、その反応の違いには、治療の密度とは関係なく、むしろ提供された治療の性質や魅力が関係している場合もあることを知っておく必要がある。しかし、過去の経験は将来の治療反応性を予測する一因子として有益であり、サービス必要度を決定する際に考慮しなくてはならない。また適切な評点をつけるためには、遠い過去の経験より一番最近の治療および回復経験を優先して考える必要がある。

### 1-治療および回復管理に完全に反応

- a-治療を受けた経験、もしくは回復した経験がこれまでにない。
- b-以前の経験では、これまでに受けた治療は全て、その時の問題を制御するのに役に立っていることが示されている。
- c-構造化されていない環境や頻回の治療がない状況においても、再燃はほとんどないかごく短期で、回復が長期に維持された。

### 2-治療および回復管理に良好に反応

- a-以前または現在の治療は成功し、ほとんどの症状は制御されたが、集中的な治療や反復治療が必要であった。
- b-限定的な支援や構造において、回復の維持がある程度の期間可能であった。

### 3-治療および回復管理にある程度反応、または反応がはっきりしない

- a-以前または現在の治療で、症状は完全寛解に至らなかった、もしくは症状の最適な制御はできなかった。
- b-以前の治療では、治療努力と意欲に乏しく明らかな成果は見られず、回復は達成されなかった。
- c-治療への反応がはっきりせず、明らかな回復を維持する能力があるか疑わしい。
- d-少なくとも部分寛解がある程度の期間維持できたが、強力な専門的支援、同病者支援、構造化された環境などを必要とした。

### 4-治療・回復管理への反応不良

- a-以前または現在の治療において、集中的な治療や反復治療にもかかわらず症状は完全寛解に至らず、症状の最適な制御はできなかった。
- b-短期間、または構造化された環境においてさえ、集中的な治療で得られた効果を維持することが十分にできなかった。

### 5-治療反応性がほとんどない

- a-高度に構造化された環境での長期間の集中的な医学的管理によっても、過去または現在の治療への反応性は極めてわずかであった。
- b-今回の治療を受けても症状は持続し、機能面で明らかな改善はなかった。

## 治療参加 (Engagement)

この評価次元では、患者の疾患および治療に対する理解や、治療・回復過程に参加する能力や意欲を考慮する。この次元の尺度の定義では、疾患受容、変化への意欲、他者を信頼する能力、治療機会との相互作用、回復に対して責任を負う能力といった因子を考慮する。これらの因子は、指定されたケアレベルで患者が成功する能力にも同様に影響を与えるものである。

### 1-最良の治療参加

- a-疾患および疾患が個人の機能に及ぼす影響について完全に理解し受け入れている。
- b-変化への強い意欲がある。
- c-治療に熱意を持ち、信頼関係が構築されており、使用可能な資源を利用する能力が高い。
- d-回復過程を理解し、回復計画で自身が果たすべき役割を理解している。

### 2-前向きな治療参加

- a-疾患をよく理解し受け入れ、疾患が個人の機能に及ぼす影響を理解しようとする。
- b-変化に前向きである。
- c-治療に積極的に参加し、信頼関係を築くことが可能であり、また必要時に使用可能な資源を自発的に利用できる。
- d-回復において自身が果たすべき役割をある程度理解し、回復のための責任をある程度引き受けられる。

### 3-限定的な治療参加

- a-疾患と機能障害の受け入れや理解は、変わりやすい、もしくはあいまいである。
- b-変化への意欲や決意は限定的である。
- c-治療関与にいくらか困難があり、信頼関係はあまり構築されない。
- d-使用可能な資源を自発的には使用しない、または、必要に迫られたときにしか利用しない。
- e-回復に対する責任を引き受ける能力が限られている。

### 4-最小限の治療参加

- a-疾患や疾患に伴う機能障害の現実を受け入れることは、あったとしてもまれである。
- b-現在の行動を変えようとする意欲がない。
- c-治療や治療提供者にほとんど関与せず、他人を信頼する能力は極めて限られている。
- d-自らの意思にゆだねられると、治療資源との接触や利用を避ける。
- e-回復に対するいかなる責任も受け入れない。

### 5-治療参加なし

- a-疾患と機能障害について自覚や理解が全くない。
- b-回復概念や自身の行動が疾患過程におよぼす影響を理解することができない。
- c-治療へ積極的に参加することが出来ず、他者と関わったり信頼を築いたりする能力が現在はない。
- d-極度に回避的である、おびえている、もしくは警戒的である。

## ケアレベル

### 定義

#### 基本サービス - 予防および健康維持 (BASIC SERVICES - Prevention and Health Maintenance)

##### 定義：

基本サービスは疾患予防やすでに発症した疾患の悪化を防ぐことを目的としている。これらのサービスは個人や地域の要請に対して適用が可能であり、一般的にはさまざまな地域の状況に応じて実行されている。これらのサービスは地域の全住民が利用可能であり、中でも子供に焦点を当てている。

##### 1. ケア環境 -

事務所や連絡手段の利用が容易であること。現場で提供されるサービスのための適切な場所が用意されていないと、中心となる事務所は利便性を考え、地域保健センター内かその近くに位置していることが多い。大部分のサービスは地域生活の場で提供されるが、学校や職場、コミュニティセンター、図書館、教会などでも提供され、移動手段も確保されている必要がある。

##### 2. 臨床サービス -

緊急評価、短期介入、アウトリーチ（訪問）サービスが可能な医師および看護師が 24 時間利用可能であるようにする。

##### 3. 支援サービス -

危機安定化が必要な場合に備え、地域資源を動員する能力を持ち、必要ならばより高いケアレベルを容易に選択できるような連携が必要である。

##### 4. 危機安定化および予防サービス -

既に記述した危機サービスに加えて、全地域構成員に対する予防プログラムを用意し、その利用促進を行う。このプログラムには、以下のものが含まれる：1) ホームレス、高齢者、子供、妊婦、崩壊した家庭、暴力の問題がある家族および犯罪者といった特別な集団に対する地域へのアウトリーチ（訪問）、2) 心的外傷や災害の被害者に対するデブリーフィング(debriefing)、3) 地域のハイリスク者を見つけるための頻回のスクリーニング、4) 健康維持教育（対処法、ストレス管理、レクリエーションなど）5) 暴力防止教育および地域の組織化、6) プライマリケア提供者および地域グループとの連帯、7) 相互支援ネットワーク(mutual support networks)およびエンパワーメントプログラム(empowerment programs)の促進、8) 精神的健康を脅かす精神作用物質を同定する環境評価プログラム、9) デイクアおよび子供の教養プログラム(child enrichment programs)の支援

##### 振り分け基準：

これらの基本サービスは評価項目の点数に関係なく、すべての地域構成員が利用可能でなければならない。

## I レベル1 回復維持と健康管理 (Recovery Maintenance and Health Management)

### 定義：

このケアレベルでは、過去の病的なエピソードから明らかに回復し、自立生活または最小限の支援で地域生活をしている患者を対象とした治療を提供する。このレベルの治療やサービスは、監督や頻回の接触を必要としない。回復維持プログラムには以下の内容が必要となる：

#### 1. ケア環境 -

治療に必要な活動を実施するための適切な場所が用意されていなければならない。その場所は、利用しやすくよく換気され照度が十分である必要がある。治療施設の利用をモニターし管理することは可能であるが、外出の権利は制限できない。地域生活の場や住居においてサービスが提供される場合もある。

#### 2. 臨床サービス -

治療プログラムは、1ヶ月2時間まで利用可能であるようにし、通常は3ヶ月に1時間を下回らない。精神科医または医師による評価や接触が約3-4ヶ月に一度必要である。このサービスにおいては、医薬品使用をモニターし管理することができる。またこのレベルでは、個人または集団の支持的療法を提供する必要がある。

#### 3. 支援サービス -

経済的支援、支援のある居住環境、システムマネジメント(systems management)、および移動手段の手配のための援助が必要となる場合がある。また患者の必要度に応じて、相互支援ネットワーク(mutual support networks)、個人権利擁護グループ、教育・就労プログラムとの連携の促進も必要となる場合がある。

#### 4. 危機安定化サービスおよび予防サービス -

緊急評価および休息環境の利用を含めた短期介入が、24時間利用可能でなければならない。教育と就労機会およびエンパワーメントプログラム(empowerment programs)を提供し、これらのサービスの利用を促進する。さらに全ての基本サービス(13ページ参照)が利用可能である。

### 振り分け基準：

1. **自傷や他害の恐れ** - 2点以下の患者はこのケアレベルに移行できる可能性がある。
2. **生活・社会機能** - 2点以下を維持できる患者がこのケアレベルにふさわしい。
3. **併存症** - 一般的にこのケアレベルには2点以下である必要がある。
4. **回復環境** - このケアレベルの治療には、**-A**と**-B**の合計が4点以下である必要がある。
5. **治療・回復歴** - このケアレベルの治療には2点以下である必要がある。
6. **治療参加** - このケアレベルに振り分けるには2点以下の水準に達する必要がある。
7. **合計点** - このケアレベルへの振り分けは、患者がより高密度のケアレベルでの治療を成功裏に終了したことを意味し、まず第一に、過去に達成した改善を維持するための支援が必要である。このサービスに適切とされるには、通常、合計11点から13点の水準に達する必要がある。

## II. レベル 2 低密度地域サービス (Low Intensity Community Based Services)

### 定義 :

このケアレベルでは、治療継続が必要だが、自立生活または最低限の支援で地域生活をしている患者を対象とした治療を提供する。このレベルの治療とサービスには、集中的な監督や非常に頻回の接触を必要としない。この種のプログラムは、従来のクリニックでの外来プログラムにあたるものであり、以下の内容を必要とする :

#### 1. ケア環境 -

治療に必要な活動を実施するための適切な場所が用意されていなければならない。その場所は、利用しやすくよく換気され照度が十分である必要がある。治療施設の利用をモニターし管理することは可能であるが、外出の権利は制限できない。地域の生活の場や住居においてサービスが提供される場合もある。

#### 2. 臨床サービス -

治療プログラムは、最高週 3 時間まで利用可能であるようにし、通常は 2 週に 1 時間を下回らない。精神科医または医師による評価や接触が約 8 週間に一度必要である。このサービスにおいては医薬品使用をモニターし管理することができる。また、個人、集団および家族療法を提供する必要がある。

#### 3. 支援サービス -

ケースマネジメントサービス(case management services)はこのケアレベルでは一般的に必要でないが、経済的支援、支援のある居住環境、システムマネジメント(systems management)、および移動手段の手配に援助が必要となることもある。また患者の必要度に応じて、相互支援ネットワーク(mutual support networks)や個人権利擁護グループとの連絡や、教育・就労プログラムとの連携が必要となることがある。

#### 4. 危機安定化サービスおよび予防サービス -

緊急評価および休息環境の利用を含めた短期介入が、24 時間利用可能でなければならない。教育と就労機会、およびエンパワーメントプログラム(empowerment programs)を提供し、これらのサービスの利用を促進する。さらに、他の全ての基本サービス(13 ページ参照)が利用可能である。

### 振り分け基準

1. **自傷や他害の恐れ** - 2 点以下がこのケアレベルにもっとも適当である。合計点が基準以下ならなら、自傷他害の恐れが 3 点でも利用可能な場合がある。
2. **生活・社会機能** - 3 点以下ならこのレベルで管理可能である。
3. **併存症** - このレベルへの振り分けには 2 点以下である必要がある。
4. **回復環境** - このケアレベルの治療には、-A と -B の評点が各 3 点以下かつ合計 5 点以下である必要がある。
5. **治療・回復歴** - このケアレベルには、一般的に 2 点以下が最も適している。3 点であっても、より高密度なレベルからの移行であり -B が 2 点以下であれば、このケアレベルを試みる事が可能な場合がある。
6. **治療参加** - このケアレベルには、一般的に 2 点以下が最も適している。3 点であっても、より高密度なレベルの治療を受けることに意欲的でない場合には、このレベルへの振り分けが可能な場合がある。
7. **合計点** - このケアレベルへの振り分けは、一般的に多様な因子の相互作用で決定されるが、各次元のいずれかで 4 点以上の場合には適当でない。このレベルの治療には、合計点が 14 点以上かつ 16 点以下である必要がある。



### III. レベル 3 高密度地域サービス (High Intensity Community Based Services)

#### 定義：

このケアレベルでは、集中的な支援と治療が必要であるが、自立生活または最低限の支援で地域生活をしている患者を対象とした治療を提供する。サービスについては、毎日の監督は必要としないが、治療的接触が週に数回必要である。この種のプログラムは、従来のクリニックでの外来プログラムにあたるものであり、以下の内容を必要とする：

#### 1. ケア環境

治療に必要な活動を実施するための適切な場所が用意されていなければならない。その場所は、利用しやすくよく換気され照度が十分である必要がある。治療施設の利用をモニターし管理することは可能であるが、外出の権利は制限できない。

#### 2. 臨床サービス -

治療プログラム（集団、個人、家族療法を含む）が最低週 3 回、1 日当たり約 2 - 3 時間利用可能であるようにする。精神科医または医師による評価や接触が約 2 週間に一度必要で、必要時にはさらに頻回に利用可能であること。精神医学的または身体医学的なオンコール（待機対応）サービスは、通常 24 時間体制では利用できない。このレベルでは、専門的な看護ケアは通常必要とされず、医薬品使用についてはモニターはできるが、強制的な投与はできない。また、個人、集団、家族およびリハビリテーション療法を提供する必要がある。

#### 3. 支援サービス -

ケースマネジメント(case management)やアウトリーチ（訪問）サービスが必要で、治療チームの一環として提供する。経済的支援、支援のある居住環境、システムマネジメント(systems management)、および移動手段の提供や手配に援助が必要である。また患者の必要度に応じて、相互支援ネットワーク(mutual support networks)や個人権利擁護グループとの連絡、レクリエーションや社会活動の促進、教育・就労プログラムとの連携が必要となる。

#### 4. 危機安定化サービスおよび予防サービス -

緊急評価および休息環境の利用を含めた短期介入が、24 時間利用可能でなければならない。移動サービス、デイケア、子供の教養プログラム(child enrichment programs)、教育・就労機会、およびエンパワーメントプログラム(empowerment programs)を提供し、これらのサービスの利用を促進する。また他の全ての基本サービス（13 ページ参照）も提供する。

#### 振り分け基準

1. 自傷や他害の恐れ - 3 点以下ならばこのレベルで管理可能である。
2. 生活・社会機能 - このケアレベルには、3 点以下である必要がある。
3. 併存症 - 3 点以下ならばこのレベルで管理可能である。
4. 回復環境 - このケアレベルの治療には、-A と -B の評点が各 3 点以下かつ合計 5 点以下である必要がある。
5. 治療・回復歴 - このケアレベルでの管理には 2 点が最も適しているが、多くの場合、3 点でも利用可能である。
6. 治療参加 - このケアレベルには、3 点以下である必要がある。
7. 合計点 - このケアレベルへの振り分けは、一般的に多様な因子の相互作用で決定されるが、各次元のいずれかで 4 点以上の場合には適当でない。このレベルの治療では、合計 17 点以上かつ 19 点以下である必要がある。

## IV レベル 4 医学的観察付き非居住型サービス (Medically Monitored Non-Residential Services)

### 定義：

このレベルのサービスは、支援を受けて、もしくは単独で地域生活が可能であるが、多職種治療チームによる高密度な管理を必要とする患者への治療サービスを意味する。このケアレベルに含まれるサービスは、従来の部分病院(partial hospital)や包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment:ACT) にあたる。

### 1.ケア環境 -

サービスは、このレベルで利用可能なサービスに適した場所を持つクリニックの外来において、または患者への訪問サービスとして提供される。後者の場合はスタッフの移動手段が必要となる。

### 2.臨床サービス -

臨床サービスは 24 時間ほばいつでも、毎日利用可能でなくてはならない。精神医学的サービスは毎日利用できるようにし、適切な間隔で接触が必要になる。また精神医学的サービスは、遠隔連絡手段 (電話相談など) によっても 24 時間体制で利用可能であるようにする。看護サービスは週約 40 時間以上利用可能でなければならない。身体的評価は可能ならば現場で提供され、継続的な身体医学的プライマリケアが利用可能でなければならない。高密度な治療は最低週 5 日提供され、患者の必要度に応じて、個人、集団、家族療法を提供する必要がある。リハビリテーションサービスは、治療プログラムの重要な一部となる。医薬品の使用は注意深くモニターされるが、多くの場合、服用は自己管理となる。

### 3.支援サービス -

ケースマネジメントサービス(case management services)は、現場の治療チームか移動治療チームの一環として提供され、経済的支援、支援のある居住環境、システムマネジメント(systems management)、移動手段および ADL 維持の提供や手配の支援をする。また患者の必要度に応じて、相互支援ネットワーク (mutual support networks)や個人権利擁護グループとの連絡、レクリエーションや社会活動の促進、教育・就労プログラムとの連携が必要となることがある。

### 4.危機安定化サービスおよび予防サービス -

緊急評価および休息環境の利用を含めた短期介入が、24 時間利用可能でなければならない。移動サービス、デイケア、子供の教養プログラム(child enrichment programs)、教育・就労機会、およびエンパワーメントプログラム(empowerment programs)を提供し、その他の基本サービスも同様に提供する。

### 振り分け基準

- 1.自傷や他害の恐れ** - このレベルへの振り分けには、他項目の評点にかかわらず、3 点以下である必要があり、4 点以上の場合はこのレベルで管理してはならない。
- 2.生活・社会機能** - 他項目の評点にかかわらず、3 点の場合、このケアレベルがもっとも適切である。4 点であっても、-A と -B がともに 1 点ならばこのレベルで管理可能な場合がある。(包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment:ACT) が利用可能な場合は -B が 1 点に相当する。ACT が利用できれば、-A が 2 点であっても、通常は管理可能である。)
- 3.併存症** - 3 点以下が、このケアレベルにもっとも適している。4 点であっても、-A と -B がともに 1 点ならばこのレベルで管理可能な場合がある。(包括型地域生活支援プログラム ACT が利用可能な場合は -B が 1 点に相当する。その場合、-A の 2 点であっても通常は管理可能である。)
- 4.回復環境** - -A が 3 点以下の場合、このケアレベルにもっとも適している。4 点であっても、-B が 1 点ならばこのレベルで管理可能な場合がある。(包括的地域治療 ACT が利用可能な場合は -B が 1 点に相当する。)または、-B が 3 点以下ならば、一般的にこのレベルで管理可能である。
- 5.治療・回復歴** - 3 点以下が、このケアレベルにもっとも適している。4 点であっても、-A と -B がともに 1 点ならばこのレベルで管理可能な場合がある。(包括的地域治療 ACT が利用可能な場合は -B が 1 点に相当する。ACT が利用できれば、-A が 2 点でも通常は管理可能である。)
- 6.治療参加** - 3 点以下が、このケアレベルにもっとも適している。4 点であっても、-A と -B がともに 1 点ならばこのレベルで管理可能な場合がある。(包括型地域生活支援プログラム ACT が利用可能な場合は -B が 1 点に相当する。ACT が利用できれば、-A が 2 点でも通常は管理可能である。)
- 7.合計点** - 多くの場合、このケアレベルの利用は、多様な因子の相互作用で決定される。合計 20 点の場合、ACT 利用可能であってもなくても、このレベルの治療が必要である。(ACT が利用できれば次元の評点が減少し、他の次元で 4 点があってもこの基準に適合可能になる。)

## レベル5 医学的観察付き居住型サービス (Medically Monitored Residential Services)

### 定義：

このケアレベルは、地域で提供される居住施設での治療を意味する。このケアレベルは、従来の、病院ではない地域での民間居住施設にあたる。従来からナーシングホーム等で提供されてきた、慢性で回復不能の障害をもつ人に対する長期ケアが、このレベルに該当する場合もある。レベル5のサービスでは、以下の内容を提供することが可能でなければならない：

#### 1. ケア環境 -

全ての居住者に対して適切な居住空間を提供し、個人の安全と所有物を十分に保護することが可能であるようにする。このレベルでは、物理的障壁により外出や地域へのアクセスを制限できるが、この種の施設では、通常、隔離拘束の使用は許可されない。食事サービスが利用可能であるか、または、居住者が食物を購入し調理するための適切な手段を提供しなければならない。

#### 2. 臨床サービス -

臨床的ケアが、常時利用可能でなければならない。精神医学的ケアは、その施設において、もしくは遠隔連絡手段により毎日 24 時間利用可能で、精神科医の接触は少なくとも毎週 1 回実施する必要があり、毎日の実施も可能であるようにする。緊急身体医学的サービスは、利用が容易で迅速な対応ができるようになっている必要がある。その施設での看護ケアは、医薬品が頻回に投与されているならば、週 40 時間程度利用可能でなければならない。その施設での治療は、個人・集団・家族療法を含み、週 7 日利用可能でなければならない。さらに、リハビリテーションおよび教育サービスは、その施設内、または施設外で利用可能でなければならない。このレベルでは医薬品の使用はモニターされるが、強制的な投与は必ずしも必要ではない。

#### 3. 支援サービス -

居住者は日常生活の監督を受け、また、このレベルの患者に対しては日常生活の介護が提供される可能性がある。職員はレクリエーションや社会活動を促進し、施設外の教育・リハビリテーションプログラムとの交流を図る。

#### 4. 危機安定化サービスおよび予防サービス -

居住施設の治療プログラムは、より拘束度の低い環境での地域復帰を促進するサービスを提供しなくてはならない。こういったサービスは、地域ケースマネージャー (community case managers) や家族との連携、地域資源の活用、地域に根ざした相互支援ネットワーク (mutual support networks) との連絡、支持的環境への移行計画の促進などを含む。

### 振り分け基準

1. 自傷や他害の恐れ - 4 点であれば、他項目の評点にかかわらず、このレベルのケアが必要とされる。
2. 生活・社会機能 - 4 点であれば、他項目の評点にかかわらず、このレベルのケアが必要とされる。ただし、-A と -B がともに 1 点の場合は例外である (レベル4の基準参照)
3. 併存症 - 4 点であれば、他項目の評点にかかわらず、このレベルのケアが必要とされる。ただし、-A と -B がともに 1 点の場合は例外である。(レベル4 基準参照)
4. 回復環境 - -A と -B が 4 点以上で、次元 ~ のうちひとつが 3 点以上の場合、このレベルのケアが必要とされる。
5. 治療・回復歴 - 3 点以上であり、次元 ~ のうちひとつが 3 点以上の場合、このレベルの治療が必要とされる。
6. 治療参加 - 3 点以上であり、次元 ~ のうちひとつが 3 点以上の場合、このレベルの治療が必要とされる。
7. 合計点 - 患者が上記の個々の評点基準を満たしていなくても、状況によっては、いくつかの要因が重なり、より構造化された環境設定が必要となる場合がある。通常、合計得点 24 点以上の患者においてこのような状況が起こる。

## レベル6 医学的管理付き居住型サービス (Medically Managed Residential Services)

### 定義：

これは、一連のサービスシステムの中で最も高密度なケアレベルである。レベル6のサービスは、従来から病院で提供されてきたが、民間の病院以外の施設でも提供可能な場合がある。いずれにしても、このような環境では以下の内容を提供できなくてはならない：

#### 1. ケア環境 -

施設は厳重な監視下でのケアが可能でなくてはならず、通常は、必要時に隔離拘束が可能な閉鎖環境に患者を収容することを意味する（しかし、解毒サービスなどではこれは必要でない可能性もある）。施設は指令を受けた場合に、非自発的なケアを提供可能でなければならない。また施設は適切な空間・照明・換気およびプライバシーを提供しなくてはならない。さらに食事サービスや他の個人的ケアに必要なものを適切に提供しなくてはならない。

#### 2. 臨床サービス -

臨床サービスは、1日24時間・週7日利用可能でなければならない。精神医学的サービス、看護サービスおよび身体医学的サービスが、その施設において、または迅速に対応できる距離内で常時利用可能でなければならない。精神医学的・身体医学的診察は通常毎日実施される。患者の必要度に応じて、薬物療法に加え、個人・集団・家族療法を含んだ治療が毎日提供される。

#### 3. 支援サービス -

この環境で治療を受ける患者に対して、生活や健康上必要なものを全てを提供しなくてはならない。患者が可能な範囲で、衛生状態を保ち、身だしなみを整え、周囲の環境を整備する、といった日常生活活動への参加を推奨し、支援を行う。

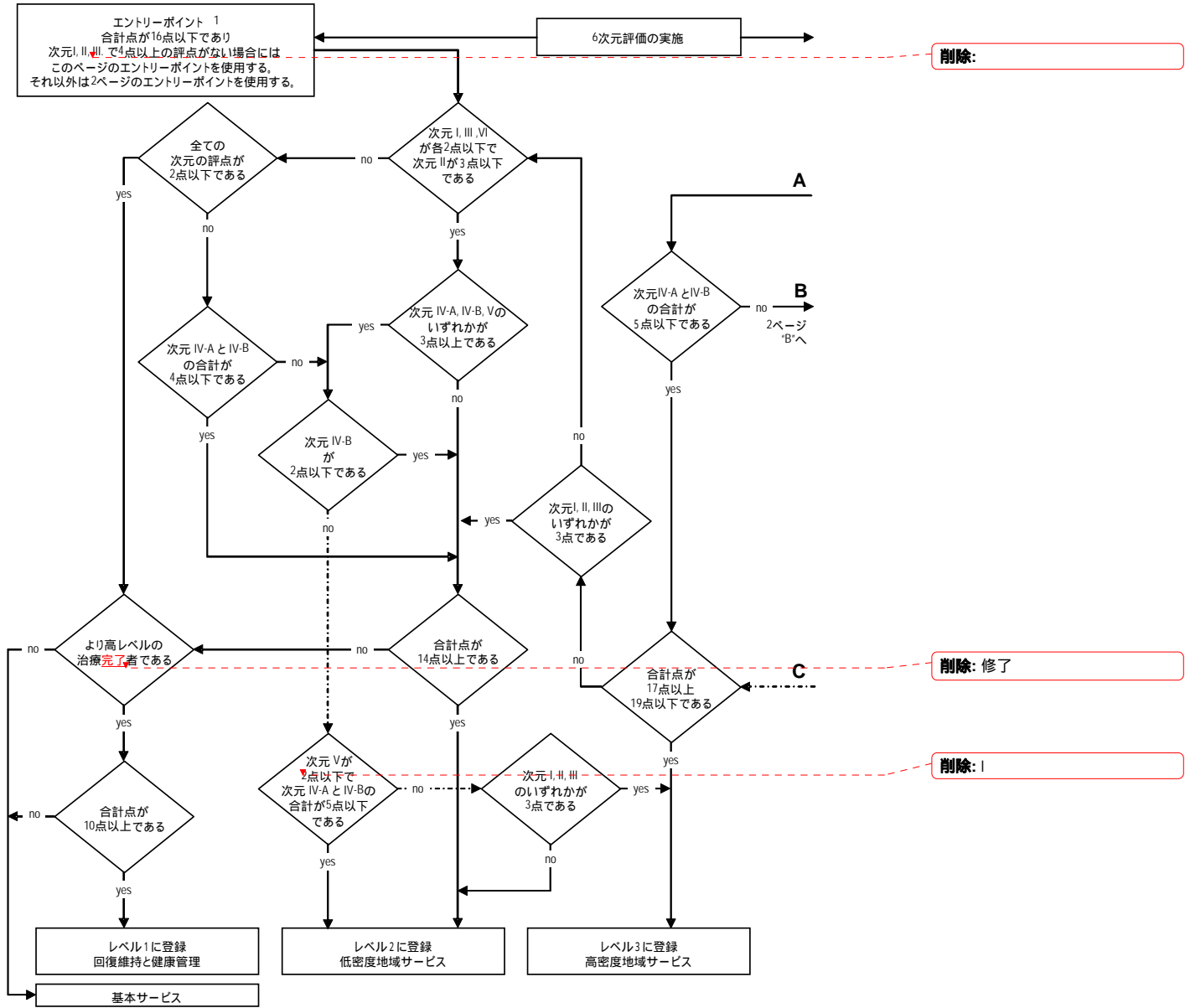
#### 4. 危機安定化サービスおよび予防サービス -

これらの居住環境では、地域における一般の生活を再開する際のストレスを減らすように計画されたサービスを提供する必要がある。こういったサービスには、地域ケースマネージャー (community case managers) や家族との連携、地域資源の活用、環境の評価、居住サービスとの連携や、より低密度なケアレベルとの連携・移行などが含まれる。

### 振り分け基準：

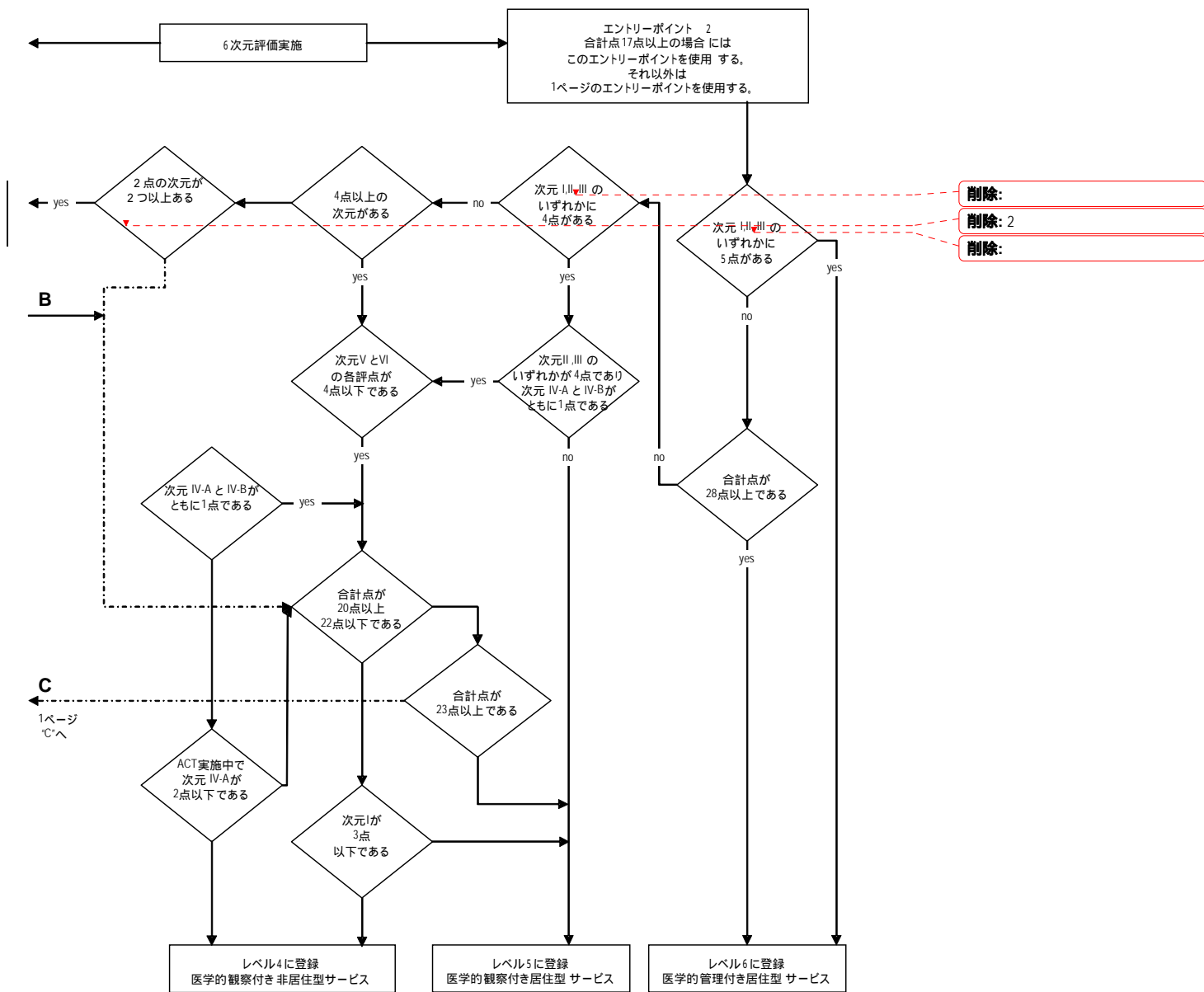
1. **自傷や他害の恐れ** - 5点の場合、他項目の評点にかかわらず、入院の必要がある。
2. **生活・社会機能** - 5点の場合、他項目の評点にかかわらず、このレベルへの振り分けが必要である。
3. **身体医学および精神科的併存症** - 5点の場合、他項目の評点にかかわらず、このレベルへの振り分けが必要である。
4. **回復環境** - 4点以上の場合、このレベルがもっとも適切であると思われるが、この項目の評点のみによって、このレベルへの振り分けを決定することではなく、また他で決定した振り分けを無効にすることはない。
5. **治療・回復歴** - 4点以上の場合、このレベルがもっとも適切であると思われるが、この項目の評点のみによって、このレベルへの振り分けを決定することではなく、また他で決定した振り分けを無効にすることはない。
6. **治療参加** - 4点以上の場合、このレベルがもっとも適切であると思われるが、この項目の評点のみによって、このレベルへの振り分けを決定・否定することはない。
7. **合計点** - 個々の評価基準のどれにも合致しない患者であっても、いくつかの評価項目の評点が高く、密度の低い環境では治療のリスクが高まる場合には、このレベルの治療を必要とすることがある。合計得点28点以上（各次元の評点平均が4点以上）の場合は、このレベルの治療が必要であることを示唆する。

## AACP ケアレベル決定樹



Decision Tree, Page 1

## AACP ケアレベル決定樹2



## ケアレベル決定表

ケアレベル	回復維持 健康管理 Level 1	低密度 地域サービス Level 2	高密度 地域サービス Level 3	医学的観察付 非居住型 サービス Level 4	医学的観察 付居住型 サービス Level 5	医学的管 理付居住 型サービ ス Level 6
次元						
I. 自傷や他害の恐れ	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3点 以下	④ 3	⑤ 4
II. 生活・社会機能	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3点 以下	④* 3	⑤ 4
III. 併存症	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3点 以下	④* 3	⑤ 4
IV A. 回復環境 “ ストレス ”	IV A + IV B の合計点 4点 以下	IV A + IV B の合計点 5点 以下	IV A + IV B の合計点 5点 以下	3 ~ 4点	4点以上	4点以上
IV B. 回復環境 “ 支援 ”				3点 以下	4点以上	4点以上
V. 治療・回復歴	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3 ~ 4点	3点以上	4点以上
VI. 治療参加	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3 ~ 4点	3点以上	4点以上
<b>合計点</b>	10 ~ 13点	14 ~ 16点	17 ~ 19点	20 ~ 22点	23 ~ 27点	28点以上

○ 他項目の評点の影響を受けない独立基準を示す

○ 合計点に関わらずケアレベルが決定

- \* IV A と IV B の合計が 2 点でない限り

LOCUS 簡易評価シート 患者氏名： 男・女 ID 生年月日

病名： 外来・入院（形態： ）

評価日時： 年 月 日 評価者：

**LOCUS 評価項目** [ ] おもな評価次元

現在の苦悩 [ ]  
( なし、 )  
現在の自殺/殺人行為・念慮 [ ] (計画・意思・ためらい・手段・障壁・安全契約・命令性幻聴、  
慢性的な衝動的な自殺/殺人行為やその恐れ)  
( なし、 )

過去の自殺/殺人行為 [ ]  
( なし、 )  
食事・健康管理能力 [ ] (問題なし、 あり )  
周りの環境の認識能力 [ ] (問題なし、 あり )

日常生活・身体管理 [ ]  
( 食事、体重： )  
( 保清・身なり： )  
( 睡眠： )  
対人関係 [ ] (他者との衝突・威嚇・無秩序な意思疎通)  
( )  
社会的役割・引きこもり [ ]  
( )

物質使用障害 [ , ] (程度・使用環境)  
( なし、 )  
併存身体疾患 [ ] (DM、離脱、肺炎など)  
( なし、 )

環境ストレス [ A ] (対人葛藤、生活変化、身体・物質の充足、虐待・災害、薬物への暴露、役割を果たすプレッシャー)  
( )  
支援体制 [ B ]  
( )

治療歴 [ ] (症状の最適の制御、回復の達成・維持)  
( )  
疾患理解・変化への意思・治療関与・服薬・信頼関係 [ ]  
( )

**LOCUS 採点** (点数と採用基準のアルファベットを記載)

A	B
合計点	ケアレベル