

CALOCUS

CHILD AND ADOLESCENT LEVEL OF CARE UTILIZATION SYSTEM

子供のためのケアレベル活用システム

2010年児童・思春期版

(日本語 Ver. 1.0)

AMERICAN ASSOCIATION
OF COMMUNITY PSYCHIATRISTS

2010年10月17日

編集: Charles Huffine, M.D. Steven Jewell, M.D. Charlotte Hutton, M.D.
Wesley Sowers, M.D.

日本語訳: 東尾張-肥前CALOCUS翻訳チーム 2013年12月1日

© 1996-2010 American Association of Community Psychiatrists

CALOCUSは米国連邦著作権法で保護されています。この文書をそのままの形でコピーしたり、使用したりすることは可能です。この文書を無修正で読み込み専用のPDFファイルとして電子的に利用または保存することだけが認められています。PDFファイルは、<http://www.communitypsychiatry.org> (日本語版: 東尾張病院ホームページ<http://eowari.jp/med-personnel/>) からダウンロードできます。CALOCUSの変更は、電子的なものを含めどのような形であれ認められていません。上記のインターネットサイトに掲示されているPDFをそのまま保存することを除き、CALOCUSの保存は認められていません。CALOCUSを表計算・データベース・文書・その他のファイル/プログラムに改変したり、保存したりすることはできません。CALOCUSの全ての電子的権利は、Deerfield Behavioral Health社が所有しています。CALOCUSの電子/ソフトウェア版のより詳しい情報については、Deerfield Behavioral Health社 (<http://www.dbhn.com/locus.html>) にお問い合わせ下さい。

CALOCUS
Version 2010

Child and Adolescent Level of Care Utilization System
American Association of Community Psychiatrists

子供のためのケアレベル活用システム 2010年版
米国地域精神科医師学会

謝辞

AACPは、多大なる時間と専門知識によって本マニュアルの作成に貢献していただいた以下の方に感謝いたします。

AMERICAN ASSOCIATION OF COMMUNITY PSYCHIATRISTS CHILD AND ADOLESCENT COMMITTEE

Charles Huffine, M.D.; Wes Sowers, M.D.; Andres Pumariega.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY WORK GROUP ON COMMUNITY SYSTEMS OF CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SERIOUS EMOTIONAL DISTURBANCES

Andres Pumariega, M.D., Chair; Mark Chenven, M.D.; Emilio Dominguez, M.D.; Ted Fallen, Jr., M.D.; Katherine Grimes, M.D.; Graeme Hanson, M.D.; William Heffron, M.D.; Robert Klaehn, M.D.; Lany Marx, M.D.; Tom Vaughan, Jr., M.D.; Nancy Winters, M.D.; Al Zachik, M.D.; Charles Huffine, M.D., Consultant; and Kristin Kroeger, AACAP Director of Clinical Affairs.

東尾張-肥前CALOCUS翻訳チーム

独立行政法人 国立病院機構 東尾張病院：小野寺美紀、金田昌子、木野徳磨、木村 卓（翻訳代表者）、葛谷太衣子、酒井崇、坂口豊代、東誠、藤部百代、古村健、宮川省吾、吉岡眞吾
豊橋創造技術大学：五十嵐 慎治、永井 邦芳
独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター：猪股晋作、太田泉、黒木俊秀、佐川陽子
中川伸明、橋本喜次郎、藤永友佳子

CALOCUS日本語版の著作権は東尾張-肥前CALOCUS翻訳チームに属しますが、商業的利用を伴わない臨床や研究での使用は自由に行うことができます。オリジナルと同様に、この文書のまま使用しPDFの形で保存することはできますが、それ以外の方法での保存や改変は認められません。CALOCUS日本語版に関する質問やご意見は locus@eowari.hosp.go.jp（東尾張病院 医局 木村 卓）までお寄せください。

PART I

HISTORICAL PERSPECTIVE

歴史的視点

子供のためのケアレベル活用システム (CALOCUS) の必要性は、児童思春期の精神保健における 2 つの趨勢に端を発しています。1 つは、各州で、精神保健サービスを含む保健サービスに必要な予算を投入できる限界に到達したため、米国の様々な保健システムにマネジドケア(managed care)が出現したことです。2 つ目は、ケアのシステムを構成する各要素間の連携をより良くする必要があるという認識が生じたことで、児童・思春期の精神保健と関連したサービスに前進がみられたことです。このことは、System of Care (SoC)改革という政策として知られている 1980 年代半ばの連邦政府の措置に帰結しています。子供の精神保健におけるこれら 2 つの流れによって、地域での治療に重点が置かれ、入院や施設居住型サービスの利用は制限される結果となりました。CALOCUS は、このような児童・思春期の子供たちのニーズを満たすために、サービスと資源の両方の適切な特性と密度を明確にするための枠組みを提供するものです。

Jane Knitter 氏の 1982 年の『Unclaimed Children: The Failure of Public Responsibility to Children and Adolescent In Need of Mental Health Services』（邦訳なし：要求しない子供たち：精神保健サービスを要する児童青年に対する公的責任の不履行）では、ケアの最も必要な子供たちに対するサービス提供に大きなギャップがあることを明らかにしました。彼女は、代わりとなる治療的資源がないために、多くの子供達が不適切に高度なレベルのケアを受けていることを報告しました。Knitter 氏は、“問題を抱える児童青年のためにサービスをバランス良く組み合わせること”と、“必要な時にだけ子供たちを入院させることを保証する... 処遇基準”を策定することを推奨しました。

これらの指摘された問題に対応するものとして、米国児童青年サービスシステムプログラム (CASSP : the federal Children and Adolescent Service Program) が 1984 年に作成されました。Beth Stroul M.Ed. (教育学修士)、Robert M. Friedman 博士による 1986 年の小冊子『A System of Care for Children and Youth With Serious Emotional Disturbances』（重度情緒障害の児童青年のためのケアシステム）は、多様で広範囲の地域中心のサービスを含んでいるバランス良く組み合わせられたケアの連続体が必要であることを明確に示しています。この小冊子は、地域のケアシステムを構築するための“主導的価値観と原理”も提供しています。

ケアシステム (SoC) 改革において鍵となった要素は、Wraparound Process の概念でした。これは、親が治療者や他のサービス提供者の効果的なパートナーとなるために、親の能力を引き出すことに焦点を当てています。そこでは、ケアをバランスよく統合して、子供とその家族のために高度に個別化されたサービスを提供することのできるチームを作ることに高い価値を置いた、クライアント中心でストレングスに基づくアプローチを大切にしています。児童や青年のための Wraparound Process は、既存のプログラムや既存の機関によるサービスや伝統的なケアのレベルだけに頼るわけではありません。これは包括的な計画であり、公式、非公式の支援の両方を利用し、満たされていないニーズを調整して実現させるものです。その子供と家族がすでに持っているストレングスの上に構築します。サービスの密度を明らかに増やすことになるかもしれない個別の計画を用いたものではありませんが、Wraparound Process を用いたケアシステム (SoC) のアプローチを実行すると、子供たちに対してその地域で安全かつ効果的にサービスを提供する機能を促進することが示されてきました。このプロセスの中心には、家族団体の活性化があり、そこでは、経験を積んだ親たちが能力を引き出された個人として、システムに不慣れな親たちにそのシステムの中を渡って行く方法を教えてきました。権利擁護や援助を提供している経験を積んだ親たちは、現在は消費者ピアサポート専門家の一翼と見なされていますし、多くの州で無資格の精神保健従事者として認められています。同様に、自身が回復し状態が安定している年長の若者は、ピアサポートサービスのためのトレーニングも受けることができるようになり、同じケアシス

テムの中の若者に対する正式な援助や権利擁護を始めています。CALOCUS は米国児童青年サービスシステムプログラム (CASSP) とケアシステム (SoC) の原理を統合し、これらの実現を促進するように作られています。

マネジドケアが 1990 年代に進化して 2000 年以降に成熟していくにつれ、費用対効果の高い治療を行うことにより重点が置かれるようになってきました。今日マネジドケアを利用することは、精神保健とその関連分野の限られた資源を効率的に活用するための有効な手段とみなされてきました。しかし、医療保険支払者とサービス提供者と消費者の間で最適なケアレベルに関しての意見の食い違いが、繰り返し起きてきました。1996 年の論文で VanDenBerg 氏と Grealish 氏は、“もし大人たちが合意しないならば、子供はだめになる”と指摘しています。CALOCUS は、緊急に必要とされるケアレベル決定に関する合意形成を促進するプロセスを提供します。

日本語版について

日本では2004年に厚生労働省が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提示して以降、精神科医療は「入院中心から地域生活中心へ」の転換が図られてきました。医療の高度化・多様化に伴い、根拠に基づく医療や多職種チーム医療が求められ、医療の効率化への社会的関心も高まっています。また、インフォームドコンセントは必須のものとなり、“リカバリー”概念に代表される当事者本人中心の医療・福祉にも注目が集まっています。このような状況は、ケアシステムが大きく異なる米国とも共通しており、日本の精神科臨床においても最良の医療をより多くの人に提供するために開発されたLOCUS・CALOCUSが役だつことと思われま

す。CALOCUSは、LOCUS (成人版) の児童・思春期版として開発されました。2006年に厚生労働省委託研究「政策医療ネットワークを基盤にした精神科救急のあり方に関する研究」において精神科救急における入院基準として活用するためにLOCUSが日本語に翻訳されました。2007年から東尾張病院で、おもに自殺や他害行為や離院などのリスクアセスメントツールとしてLOCUSの活用が開始され、その後、同院では徐々に活用される場面が増え、今では全病棟での入院治療、デイケア、訪問看護などでチーム医療のための多職種共通評価尺度として活用されるようになりました。この間、2008年に肥前精神医療センター急性期病棟においてLOCUSの活用が始まり、その後、周辺病院との地域連携パスのコアツールとなり、同一施設内の多職種間のみならず複数の病院間での情報共有に役立てられるようになりました。

このような成果を受け、今回、日本の子供たちの精神保健の発展に少しでも寄与できればという思いを込めてCALOCUSの翻訳を行いました。CALOCUSは精神科医療必要度を判定する評価尺度であり、具体的には入院決定、退院/継続入院の判断、ニーズ評価 (どの部分に支援が必要か)、リスクアセスメントなどに活用することができます。CALOCUSを用いることで、子供のおかれた状況が包括的に把握できるようになり、漠然となりがちな議論がより明確で合理的となり、共通言語としてスタッフ間のコミュニケーションを促進することが期待できます。また、アウトカム指標や精神科専門教育の教材としての活用も可能です。また、米国の精神保健文化を垣間見て、新たな刺激を受けるとともに、その本質は日本と大きく変わらないと実感されることでしょう。

CALOCUSの日本語翻訳では、各担当者が翻訳したものを医学英語翻訳の専門業者による校閲を経て翻訳代表者が表現を統一しました。日本語での理解のしやすさを心がけましたが、原文の意味を逸脱しないようにしたため、もしくは、翻訳者の力不足のため、表現が分かりにくい箇所があると思われま

PART II

FOUNDATIONS AND PRINCIPLES

基礎と理論

臨床的評価を使って子供のケアの必要度を判定しようとする数多くの試みがこれまでになされてきました。しかしながら、臨床的評価を治療の必要度やその治療に見合った最善のケアレベルに結びつける明確な方法は確立されませんでした。これまでの評価ツールは、子供たちの気分、不安、思考過程やその他の関連領域における子供たちの臨床的な状態についていくらかの見立てを与えてくれましたが、必ずしもその子どもに必要な治療の全体像に結びつくものではありませんでした。

その他、子供の治療の振り分けのために適応基準の作成に焦点を当てたアプローチがありましたが、これは、ある特定の精神保健プログラムに特化したものでした。例えば、ある病院のデイケアプログラムには、適応基準があり、そこには、そのプログラムに最適と考えられる患者のタイプが定められているというようなものでした。こうした考え方は、同じ密度のサービスをひとまとめのものにしようとする「ケアレベル」の概念に発展してきました。標準化された具体的な適応基準が、ケアレベルの定義と共に開発されてきました。

こうした2つの考え方を組み合わせることで、最終的に「ケアレベル」を決定するための「多軸」評価システムが構築されました。このような過程を経て、今では、子供の臨床上のニーズや活動状態に関する評価と、明確に定義したケアレベルを組み合わせようになり、それに引き続いて臨床上のニーズと治療資源を適合させる方法論が開発されました。適切なケアレベルを決定するためのこのような仕組みは、米国地域精神科医学会がLOCUS作成時に初めて開発しました。

CALOCUSは、児童・思春期の3つの異なる患者集団の臨床的重症度やサービス必要度を定量化する方法論となっています。CALOCUSは、精神科疾患、物質使用障害、もしくは発達障害を持つ子供に対して使用することができ、しかも、これらの障害を臨床的に併存する問題として統合的に捉えるすべも備えています。成人版LOCUSには発達障害を持つ患者を組み入れていませんから、ここがCALOCUSとの違いとなっています。

CALOCUSは、多次元の評価軸の定義から始まっており、軸の数は限られていますが、各評価軸は子供たちが必要とするであろうサービスの種類に関係しています。用いられている評価尺度は、シンプルでありながらも具体的な内容であることを目指し、判定するときに複雑すぎたり混乱を招いたりしないようにしました。評価尺度は情報を簡便に伝えるために定量的であるだけでなく、各評価軸においてどのような子供にも当てはめることができるような評価範囲を提供するものにもなっています。したがって、このような定量的な評価尺度により、各評価軸の得点の相互作用の結果を表す合計点を求めることができます。多軸の評価を統合するこの特性がCALOCUSの本質であり、この特性によって使用者は適切なケアレベルの振り分けが可能になるのです。

CALOCUSを使う際に、文化的な問題による影響を受けることが少なくありません。CALOCUSを正しく使うためには、使用者はこのような要因に敏感でなければなりません。各軸に影響するかもしれない文化的な要素をしっかりと理解しておくことが重要です。治療の受け入れと参加の軸が、こうした要因の影響をもっとも受けるでしょう。文化的な側面がはっきりしない場合には、その文化の専門家にコンサルトするとよいでしょう。

幅広く様々な治療環境や子供のニーズに対応可能なツールを開発するためには、それぞれのケアレベルで必

要とされる治療資源の量を細かく定めた一連のケアレベルの定義を開発することが重要でした。このようなケアレベルの定義は、ケアが提供される様々な治療環境で幅広く利用できるように、柔軟で融通のきくことが求められます。サービス提供者が最も経済的かつ現実的な方法で、十分な臨床サービスと質の高いケアを提供できるようにするために、このような手法を採用しました。

実施や使い勝手の良さもまた重要でした。使い易さ、いつでもどこでもだれにでも使えることは、CALOCUS が広く受け入れられるための重要な要素になると想定していました。このことが、医療保険支払者とサービス提供者と消費者が、皆一体となって合意して子供のために使うことができる統一した基準を確立することにつながるのではないかと考えました。

CALOCUS は、子供に関する様々な専門分野や情報源からの視点を採用しており、様々なメンタルヘルスの専門家が使用できるようになっています。CALOCUS は、第一には治療開始時のケアレベルの振り分けのために使用されるものですが、治療のすべての段階で必要とされるサービスの量を評価するために使用できます。CALOCUS の重要な側面として、サービス資源の効率的な活用管理をしている保険支払いのために使用可能であるという点が挙げられます。これまでに作られた多くのツールは、入院、ケアの継続、退院計画、それぞれに個別の基準を設けていました。CALOCUS では、定量的な多軸評価が「動的な」性質を持っているので、それぞれに異なる基準は不要となりました。さらに CALOCUS は、治療の計画やアウトカムモニタリングやプログラムの開発などにも応用できるでしょう。

CALOCUS が持ち合わせていない幾つかの特徴があります。CALOCUS はプログラム自体を策定するのではなく、むしろそのプログラムで利用可能であるべき治療資源にはどのようなものがあるかによってどれくらい必要なのかということを決めてくれるのです。また CALOCUS は、どのような治療介入が必要かを明示するものではありませんし、臨床判断の重要性を否定するものでもありません。CALOCUS は、ある特定の集団や地域のニーズを満たす個別的な治療プログラムを開発する際に、臨床家の創造的な活動に制限をかけるものでもありません。これは、今後も専門的な臨床家の役割であり続けるでしょう。

次からのセクションでは、CALOCUS 本文や子供たちへの適切な使用方法について詳しく説明していきます。

PART III

CALOCUS DIMENSIONAL RATING SYSTEM

CALOCUS 多軸評価システム

CALOCUS の多軸評価システムは、児童・思春期の利用者へのサービスの必要度がどの程度かを決定するために使用します。臨床家が最も適切なサービスや必要なケアレベルを決定する際に考慮する多くの要因を操作的に定義しています。各軸には重症度の最小から最大まで 5 段階（1～5 点）の評価尺度があります。各軸の 5 段階評価のそれぞれに複数の評価基準が明確に定義されています。ある点数の複数の評価基準のうち 1 つでも当てはまっていれば、その点数を選ぶことができます。よって、それぞれの軸において、1 つ以上の評価基準を満たす最も高い点数が、選択されるべき点数となります。専門家と家族・養育者・理解力のある年長の利用者がお互いに協力すれば、採点のプロセスをよりよくすることができるでしょう。採点のプロセスは、親と治療者の共同作業、家族のグループワーク、または Wraparound のグループワークとして行うことが可能で、そのような中で評価基準の適合性について話し合いをすることは、臨床的にもケアコーディネートの際にも有益となるでしょう。

CALOCUS には 6 つの軸があります。

自傷・他害・被害の恐れ (Risk of Harm) : この軸は、被害を受けやすいという子供の発達上の特性を考慮して、LOCUS の同じ軸を拡張したものです。このように、この軸は児童・思春期の利用者の、あらゆる手段で自傷行為を行うリスクと身体的・性的虐待やネグレクトや暴力の被害者となる可能性を評価します。

生活・社会機能 (Functional Status) : この軸は、児童・思春期の利用者の精神保健上の主要問題が日常生活に与える影響について測定します。これは、子供の年齢相応のすべての役割（家族の一員、友人、学生としての役割）を果たす能力を評価する項目です。また、この評価項目は、精神保健上の主要問題が食事、睡眠、保清といった日常生活の基本動作に与える影響についても評価します。

併存症 (Co-Morbidity) : この軸は、4 つの領域（発達障害、身体医学的障害、物質乱用、精神科的障害）にわたる併存障害を評価します。発達障害は、ここでは、知的障害と自閉症スペクトラム障害のような広汎性発達障害の両方を含むものと定義しています。発達障害は、境界知能も含み、胎児性アルコール症候群、栄養の欠乏症や両側性の外傷性脳損傷による幼少期に好発する脳損傷症候群も含んでいます。以下のことを覚えておいてください、もし精神保健上の主要問題が物質乱用もしくは発達障害である場合は、精神科的障害があっても、それは併存症による問題とみなします。

回復環境 (Recovery Environment) : この軸は 2 つの下位尺度、ストレス環境と支援環境に分けられています。利用者の親のストレンクスや弱点を知ることは、この軸で的確な評価をするためには欠かすことができません。これはまた、近隣住民や地域環境が、子供の状況を悪化させたり、改善させたりする際に果たす役割を評価するものでもあります。よって、この両方の下位尺度の点数が高ければ（きわめてストレスの強い環境と全く支援のない環境）、合計点と実際に選ばれるケアレベルの両方に大きな影響を与えることとなります。

レジリエンスと治療歴 (Resiliency and treatment history) : レジリエンスとは、子供が環境に適応する能力だけでなく、生まれ持った情緒的な強さのことも含みます。(Rutter,1990)。レジリエンスの概念は、最重度の障害を持っていたり、激烈な心的外傷となるような生活状況を生き抜いてきたりしながらも、高い機能や良好な発達を維持している、もしくは治療を受けてこのような状態までに急速に回復したような子供の治療をしている臨床家には、なじみのあることです。また、この軸では子供とその家族が過去の治療に好ましい反応をどの程度示したかも評価します。

治療の受け入れと参加 (Scale A - 子供、Scale B - 保護者) (Treatment Acceptance and Engagement) : この軸は、児童・思春期の利用者とその家族の両方の治療の受け入れと参加を評価するために、2 つの下位尺度に分かれています。家族が率先して積極的に関わるときには、子供への治療は効果をもたらし、反対に家族が治療のプロセスに無関心で、阻害的もしくは、あからさまに敵対的であるときには、治療は上手くいかないということは明らかです。この下位尺度のうちより高い点数の方だけ（治療により大きな努力を要することを示す下位尺度）を合計点の算出に使用します。

評価軸の利用

それぞれの要素が何を測定しているのか理解するためには、13 ページから始まる各評価軸の定義の最初の解説を注意深く読むことが重要です。各軸では、少なくとも評価基準の一つを満たした最も高い点数を選ぶことを覚えておいてください。時には、実際の臨床像が、どの評価基準にもぴったりとは当てはまらない場合があるかもしれません。そのような時には、評価者は最も近いものを選ぶか、子供の状況を最もよく近似できる評価基準を選びます。

どの点数にするか迷ってしまうときや、最もよくあてはまるものがどれかはっきりしないときには、高い方の点数を選んで下さい。あらゆる状況を想定している、もしくはどのような状態にも適応できるような普遍的な評価尺度はありません。そのため、かなりの臨床的判断が必要になります。CALOCUS はある程度のガイドラインを提供していますが、臨床家は各軸のどの点数が最も適切かを決定しなければなりません。臨床家は、子供とのインタビューやその他に利用可能なすべての臨床的な情報をもとに判断をして下さい。情報源には学校の記録、他の機関の記録、精神状態の評価や家族の面接などが含まれます（これら以外の臨床記録も除外されません）。

子供の評価をする際には、多数の情報源や観察者からの、子供やその家族についての情報を統合する複数情報収集アプローチ（multi-informant approach）を用いるべきです。Wraparound プロセスの適応がある場合には、この評価のプロセスは、協同的な Wraparound プロセスの活動となりえます。CALOCUS の点数は、評価を実施する時点の子供の状態に基づいて決定されます。ある子供の点数は、状況によって変動することが考えられます。とりわけ、危機的な状況に瀕している場合や、介入が実施された場合には、点数が変動するでしょう。個人の生活環境が安定していたり、もしくは機能レベルがベースラインから大きく逸脱していなかったりする場合には、点数はそんなに変化しないでしょう。CALOCUS の再評価を治療経過中にどのぐらいの頻度で実施するかは、臨床家が判断しなければなりません。原則として治療を始める時、（ケアレベルが変化するような）大きな変化がある時、およびサービスの終了時に CALOCUS を実施するべきです。ほとんどの場合、ケアレベルが高いほどより頻回に CALOCUS を実施するべきでしょう。

PART IV

LEVEL OF CARE SERVICES

ケアレベル

CALOCUSにおけるケアレベルは、特徴的な考え方に沿って構成されています。CALOCUSでは、資源密度のレベルに焦点を当てており、資源密度は子供のニーズに合うようにとても柔軟に定義づけられています。各ケアレベルは、物理的設備（ケア環境）、臨床サービス、支援サービス、危機安定化・予防サービスといった要素の組合せで定義づけられています。ケアレベルの中には、他のケアレベルと同じ資源を含む場合があります。ケアレベルが高くなるにしたがい、より多くの数や種類のサービスが活用されるようになっていきます。加えて、より高いケアレベルになるほど、各種のサービスを積極的にケースマネジメントする必要性が増加します。

ケアレベルは、それぞれの地域のケアシステム間の連携度合いに関わらず、有効に使用できるように定義づけられています。伝統的なサービス体系を持つ地域では、高いケアレベルは、施設や入院環境で提供されることになるでしょう。地域中心のケアシステムでWraparoundプロセスを積極的に活用している地域では、高いケアレベルのサービスを、可能な限り制限の少ない環境で提供することができます。

ケアレベルを理解する方法として、小児科のクリニック（低いケアレベル）と大規模な医療センター（高いケアレベル）で提供できるサービスを比較してみましましょう。乳児健診や児童・思春期のよくある疾患の大部分に対しては、小児科クリニックで対応可能です。さらに複雑な問題に対しては、とりわけ機能障害や生命危機の可能性がある場合には、各種のサービスが整い専門家が多いという理由から、大規模な医療センターで対応するのが適当となるでしょう。

CALOCUSには、7つのケアレベルがあります。

- レベル0：基本サービス Basic Services これはメンタルヘルスケアの必要性の有無に関わらず、対象地域に住む全ての人が利用することができる、予防および健康維持サービスの基本的な組合せです。
- レベル1：回復維持・健康管理 Recovery Maintenance and Health Management このレベルは、通常は上のケアレベルからステップダウンしてきた人に対して現在の機能レベルを維持する目的でケアシステムが最低限の関与をする、もしくは以前の機能状態や発達段階に戻る目的で短期介入をするためのものです。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薬物療法の継続のみが必要であったり、短期の危機や支援の相談のみが必要であったりする子供の場合や、長期にわたる最低限の治療的関与が成長や自己管理能力を促進できるような治療関係を維持する場合などがあげられます。
- レベル2：低密度地域サービス Low Intensity Community Based Services このケアレベルは、家族・地域の資源や自然発生的な支援に多くのことを頼っています。治療やモニタリングは、診療所での臨床において、もしくは学校や信仰に基づくプログラム・活動やレクリエーションセンターなどでの地域活動の中で実施されます。
- レベル3：高密度地域サービス High Intensity Community Based Services このケアレベルの子供には、精神保健サービス提供者と少なくとも一つのサービス提供機関による積極的な関与が必要になります。このケアレベルでは、サービスをうまく組み合わせることが重要になってきます。Wraparound プロセスの利用は望ましい選択肢の一つとなるでしょう。
- レベル4：医学的観察付き地域サービス Medically Monitored Community Based Services このケアレベルでは、子供は危機状態にあったり、既に多機関の関与がなされていたりします。より手厚いWraparoundプランが求められます。さらなる追加的な支援として、休息、家事サービス、有償の親へのサポートもしくは若者によるピアサポートなどが考えられます。
- レベル5：医学的観察付き居住型サービス Medically Monitored Residence Based Services 従来、このケアレベルはグループホームやほかの非施設型の施設で提供されてきました。しかし、Wraparound プロセスを通して安全で有効な支援が提供されるならば、里親制度や家庭であっても提供することができます。
- レベル6：医学的管理付き居住型サービス Medically Managed Residence Based Services 一般的には、このレベルでのサービスは、精神科的入院もしくは、充実したプログラムを備えた施設で提供されます。Wraparound プロセスによって安全確保ができる状況であれば、このレベルのサービスを地域において提供することが可能となる場合もあるでしょう。

これらの全てのケアレベルについてのより詳細な議論を27ページ以降で行います。

PART V

PLACEMENT METHODOLOGY

ケアレベル決定方法

先に述べたように、各評価軸は1-5点で評定され、点数ごとに一つ以上の評価基準が定められています。評価基準のうち、どれかひとつでもあてはまれば、その点数となります。評価をする際には、各軸において子供の状況を最も適切に表している評価基準のなかで、最も高い点数を選択してください。

各軸の全体像はすでに示しましたので、ここで評価システムについて説明します。各評価項目の点数が決まれば、合計点を使って推奨ケアレベルを求めます。推奨ケアレベルは、利用者のニーズに最適な資源の密度のレベルを示します。児童・思春期の利用者や家族は、推奨されたサービスに従わなければならないわけではありませんし、これが受けることのできる唯一のサービスというわけではありません。自傷他害のおそれのためにやむを得ない場合をのぞき、利用者は推奨ケアレベルよりも低いケアレベルを選択することもできます。

6つの軸のすべての点数を決定したら、ワークシートに記録し、合計点を計算します。CALOCUSケアレベル決定表を使えば、おおよその推奨ケアレベルがわかります。他の軸の点数に関係なく自動的に特定のケアレベルに振り分けるような独立評価基準があることに注意してください。たとえば、ある思春期の利用者が、自傷・他害行為の項目での点数が高く、保護的な環境でないと安全を確保できないならば、他の状況がどうあろうとも、自動的にケアレベル6のサービス（通常は精神科の閉鎖環境で提供される）に振り分けられます。AAPCのケアレベル決定樹（39-40ページ参照）とAAPCケアレベル決定表（41ページ参照）では、このような独立評価基準に印がつけられています。最も正確に推奨ケアレベルを求めたい場合にはケアレベル決定表を使ってください。独立評価基準に該当して優先的に推奨ケアレベルが決まる場合であっても、各軸の評価を行って合計得点を算出してください。

ケアレベルを振り分けようとする際に、あらゆる人のためのすべてのケアレベルをそろえた包括的なサービスを持っていない治療システムもあると思われます。このような場合には、CALOCUSによる推奨ケアレベルが利用できないことがあり、その際には推奨ケアレベルよりも高密度か低密度のどちらのサービスを提供すべきかを選択しなければなりません。多くの場合、低密度のサービスを選択する明確で説得力のある理由がないならば、高密度のサービスを選ぶべきです。こうすれば、ここでもまた、リスクや不安定な状況にさらされることなく、安全策をとることができます。ケアレベル決定樹が、児童・思春期の利用者にとどのケアレベルを提供すべきかを決定するための最も正確な方法となります。最初は複雑に見えるかもしれませんが、使い慣れてくるとかなりシンプルなものだとわかるでしょう。ケアレベル決定樹は、ページの一番上に書かれている2つの「開始点」のどちらかを適切に選んでからスタートしてください。各軸の得点に関する質問に答えていけば、推奨ケアレベルにたどり着きます。決定樹を初めて使うときは、はいやいいえを決める前に「かつ・および」と「または」に注意しながら慎重に質問を読んでください。

ケアレベルの定義や評価軸の評定基準を記憶する必要はありません。繰り返し使っていくうちに評価するスピードは速くなるでしょう。実際に利用可能なサービスを、CALOCUSで示されているケアレベルに沿ってあらかじめ分類しておけば、決定表や決定表を使って推奨ケアレベルが決まった場合に、どのような選択肢があるかすぐに分かるようになるでしょう。また、こうすることによって、サービスシステムにとどのような要素を追加するべきかがわかるでしょう。実際のサービスは、地域や所属文化のニーズに合わせてカスタマイズされていくものです。

CALOCUSはそれほど厳格なシステムではありません。柔軟で融通のきくものであり、ケアレベルそれ自体を示すというよりも、サービスの組み合わせ方、サービスや資源の密度のレベルを示すものです。このような特性を持っているので、あなたの治療システムにもCALOCUSを容易に組み込むことができるでしょう。

PART VI

CALOCUS Instrument Version 2010

Evaluation Parameters for Assessment of Service Needs

Definitions

サービスニーズを評価するための評価項目 定義

I 軸：自傷・他害・被害のおそれ Risk of Harm

この評価軸では、児童・思春期の利用者が他者によって傷つけられる可能性や自身または他者に明らかな危害を加える可能性を検討します。それぞれのカテゴリーには、子供が自身または他者を傷つける危険性を評価する項目を含んでいます。自傷や他害のおそれは、自殺や他殺行為によって明らかになることが最も多いと思われませんが、現実を誤って解釈したり、適切にセルフケアすること、衝動を制御すること、良識を働かせること、またはアルコールや薬物の乱用を避けることができなかつたりして起こる非意図的な自傷や他害も含まれます。敵意のある環境において重篤な虐待や繰り返される虐待を経験した子供は、年齢に関係なく、脅威に気づくことができなかつたり、安全を確保するために十分な手段を取ることができなかつたりするでしょう。

危険をはらんだ行動が起こる可能性を判定する際には、面接や観察から得られる危険になりうる行動や脆弱性の直接的な根拠に加えて、他の要因として、危険行為や虐待とネグレクトの既往、安全を約束する能力がないこと、利用できる支援を使う能力がないことなどを検討します。臨床家は、人種的、民族的偏見によって行動を脅威や危険として誤って解釈しないように注意することも大切です。

1 - 自傷・他害・被害のおそれが低い (Low Risk of Harm)

- a- 現在自殺や殺人の考えや衝動の兆候がなく、著しい苦悩がなく、過去に自殺や殺人の念慮を持ったことがない。
- b- 身体的または性的に攻撃的な衝動の兆候や報告がない。
- c- 身体的な安全を維持することや安全確保のために環境を利用することにおいて、発達段階にふさわしい適切な能力がある。
- d- 被害、虐待、もしくはネグレクトを受ける危険性が低い。

2 - 自傷・他害・被害のおそれが少しある (Some Risk of Harm)

- a- 現在は、自殺や殺人の念慮や計画や意志はなく、かつ深刻な苦悩もみられないが、過去に一過性の自殺や殺人の考えを持ったことがある。
- b- 自殺の意思や意識的な計画がなく、過去にもそのような既往はないが、軽度の自殺念慮がある。
- c- 時々衝動性や身体的もしくは性的に攻撃的な衝動の徴候や報告があるが、自身や他者に対して最小限の影響を与える程度のものである。
- d- 精神作用物質を使用しているが、自身や他者を明らかに危険にさらすことはない。
- e- まれにセルフケア能力や安全確保のための環境を利用する能力が短期間低下することがある。
- f- 被害、虐待、もしくはネグレクトを受ける危険性がある。

3 - 自傷・他害・被害のおそれが中等度(Significant Risk of Harm)

- a- 現在、実行の意志や計画を伴った自殺や殺人の念慮があるが、子供とその家族は、安全の約束ができ、安全確保のための計画を実行する能力がある。子供はそのような行動を実行しないためのなんらかの理由を表明している。
- b- 積極的な自殺や殺人の考えはないが、著しい苦悩や自殺・殺人行為の既往がある。
- c- 自身や他者を危険にさらすような短絡的な行動や身体的もしくは性的に攻撃的な行動、法を犯すこと、自傷、逃走、放火、動物虐待などの兆候や報告がある。
- d- 危険になりうる行動を引き起こすようなアルコールやその他の精神作用物質の大量もしくは過量使用がある。
- e- セルフケアができない状態や発達段階にふさわしい方法で身体的な安全を維持することができないことが時々ある。
- f- 被害、虐待もしくはネグレクトをうける危険性が明らかである。

4 - 自傷・他害・被害のおそれが高い(Serious Risk of Harm)

- a- 現在、自殺や殺人の念慮があり、明確な意志表明を伴っている、もしくは過去にそうした行為を実行した既往がある。子供は、安全確保の計画を実行することについて両価的である、または、その家族は、安全確保の計画を実行する能力に危うさがある。
- b- 著しい衝動性や身体的もしくは性的な攻撃性があるという兆候や報告があり、判断や洞察する能力が乏しく、それらのことが自身や他者を明らかに危険にさらしている（器物破損、繰り返される放火、動物虐待）
- c- セルフケア能力や安全確保のための環境を利用する能力が持続的に低下している兆候がある。
- d- 最近、明白な危険行為を引き起こす精神作用物質の過量摂取があり、子供や家族にその使用をや制限する能力がない。
- e- 身体的な安全を維持する、もしくは安全確保のための環境を利用する発達段階にふさわしい能力が、明らかに持続的に障害されている。
- f- 深刻な被害、虐待もしくはネグレクトを受ける危険性が切迫している。

5 - 自傷・他害・被害のおそれが極めて高い (Extreme Risk of Harm)

- a- 現在、自殺や殺人行為またはその意思があり、実行するための計画と現実的な手段を持っている。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、もしくは
 - 過去に慢性的でない、衝動的でない、または常同的ではない深刻な企図の既往がある、もしくは
 - 通常の衝動コントロールを超えるおそれのある命令性の幻聴や妄想がある。
- b- 身体的もしくは性的な攻撃性を含んだ、確実に自身または他者に傷害をもたらすような行動(例えば、器物損壊や自身や他者に害を与えることを意図した放火、計画された暴力、または他の犯行者との集団暴行)を繰り返している兆候や報告がある。これらには、既往、計画もしくは意志があり、洞察や判断が伴っていない(他者に対する強制的で暴力的で反復的な性的行為)。
- c- 実際に自身を危険にさらす行為を絶え間なく続けている。
- d- アルコールやその他の精神作用物質をほぼ持続的に無制限に使用しており、明らかに危険な行動が起こっている。

Ⅱ軸：生活・社会的機能 **Functional Status**

この評価軸では、子供の発達段階にふさわしい責任を果たす能力の変化を評価します。セルフケア能力の変化に加えて、学校や家庭や仲間との社会的関係における対人関係も評価します。この軸では、発達障害や精神障害や物質使用障害が直接関係して引き起こされている機能低下のみを考慮します。これ以外の種類の障害は、必要なサービスを決定する際に決め手になることもありますが、一般的には行動障害の治療システムにおけるケアレベルを決める際には考慮されません。子供を自傷や他害のリスクにさらすような機能低下はⅠ軸でも評価されます。社会経済的階層や文化的背景によって心理社会的機能を過小評価しないように注意してください。「生理機能」とは、睡眠覚醒リズム、食生活、運動習慣、および性的関心のことを指します。

1 - 機能低下がほとんどない (**Minimal Functional Impairment**)

- a- 学校での行動や学業成績、友人や大人や家族との関係、セルフケア、保清、身体機能のコントロールの点において年齢と発達段階にふさわしい機能が維持できている。
- b- 明確なストレスによる一時的な機能低下を除き、機能低下はなく、生理機能は正常である。

2 - 軽度の機能低下 (**Mild Functional Impairment**)

- a- 日常生活、学校、家族、友人関係の領域のどこかに軽度な機能低下を示す根拠がいくつかみられる。このような周期的もしくは一時的な機能低下は、限られた期間にのみみられる。
- b- セルフケア/保清もしくは生理機能の一部が乱れるエピソードが時々ある。
- c- 機能低下の時期を経過後、明らかな改善がみられた。

3 - 中等度の機能低下 (**Moderate Functional Impairment**)

- a- 友人や大人や家族との対人関係において、葛藤や引きこもり傾向やその他のトラブルがあるが、物理的な攻撃のエピソードはない。
- b- セルフケア/保清の能力が、しばしば、通常の基準や想定される基準以下に低下する。
- c- 生命を脅かすほどではないものの、明らかな生理機能の障害がある。
- d- 学校の処罰規定に抵触して特別対応プログラム (alternative school program) で処遇される可能性があるほどに、学校での行動が悪化している。
- e- 対人関係において慢性的な問題や一時的に深刻となる問題を持っているが、社会での建設的な活動に参加したり、責任を維持したりする能力は持っている。
- f- 構造化された/保護的な/強化された環境で治療を受けたことで、最近、機能レベルの改善や安定化が図られた。

4 - 深刻な機能低下 (Serious Functional Impairment)

- a- 対人関係において深刻な悪化があり、持続的な葛藤状態にあったり、他者との交流が断絶したりする。これらには、衝動行為や虐待行為が含まれることもある。
- b- 明らかにひきこもり、ほとんどすべての社会的交流を回避している。
- c- セルフケア/保清において年齢や発達段階相応のことができない状態が持続している。
- d- 生理機能に重度な障害がある。
- e- 破壊的な行動や不注意の問題によって特別支援学級でも適応できない。学校にあまり出席できていないこともある。複数の教科で落第している。

5 - 最重度の機能低下 (Severe Functional Impairment)

- a- 友人や大人や家族との交流がきわめて悪化しており、無秩序なコミュニケーションや挑発がないかほとんどない状況での暴力行為がみられることもある。また、衝動コントロールがほとんどできず、虐待行為にいたることもある。
- b- あらゆる社会的交流から完全に引きこもっている。
- c- セルフケア/保清/生物学的機能の維持を完全に無視して自覚できずに身体状態の悪化を生じている。
- d- 生理機能の極度な混乱があり、身体的・精神的健康を深刻に脅かしている。
- e- 学校に出席がほとんどできず、年齢や発達段階に相応のレベルで学校で行動したり、学業成果を収めたりすることができない。

Ⅲ軸：併存症：発達障害、身体疾患、物質使用障害、精神科疾患

Co-Morbidity: Developmental, Medical, Substance Use and Psychiatric

この評価軸では4つの領域（精神科疾患、物質使用障害、身体疾患、発達障害）にわたって併存している障害について判定します。ただし、それぞれの領域内で併発している問題については考慮しません。もし、子供が同じ領域に1つ以上の障害を持っていたら（例えば、2つの精神科疾患、2つの物質使用障害、2つの身体疾患、もしくは2つの発達障害など）、2つ目の障害はCALOCUSの評価目的では併存症としてはみなしません。例えば、糖尿病と喘息など2つの身体疾患がある場合、もしくは注意欠如多動性障害と大うつ病など2つの精神科疾患がある場合、これらは、併存症とはみなしません。複数の領域にまたがった併存症があると、疾患が長引いたり、密度や制限がより大きいサービスが必要となったりすることがあります。物質使用に関連する身体的な離脱症状は、CALOCUSの評価では併存身体疾患とみなします。臨床家は、低所得者層の子供たちや臨床家と異なる文化的背景を持つ子供たちの併存症は見逃されやすいことに注意しなければなりません。

発達障害の領域には、広範囲な発達面の問題を含めることが重要です。この領域には、公式に確立している精神遅滞だけでなく、機能的に明らかな知的障害も含まれます。また、ここには外傷性脳障害や胎児性アルコールスペクトラム障害といった微細な脳障害や自閉症スペクトラム障害も含まれます。子供の発達を明らかに阻害するような特定の学習障害も含まれます。精神科疾患や身体疾患と同様に、この領域に併存症があるとみなすには、発達障害が1つあるだけで十分です。

CALOCUSでは、臨床的に最初に特定された問題を「主疾患」(presenting condition)と呼びます。このことは、主疾患が相対的に重要であるということの意味しているのではなく、併発している障害との相互作用を考慮する際の開始点を提供するためのものです。

1-併存症なし (No Co-Morbidity)

- a- 主疾患以外には、身体疾患、物質使用障害、発達障害、もしくは精神科疾患が併存している兆候はない。
- b- 過去に身体疾患、物質使用、発達障害、もしくは精神科疾患は存在したが、現在は安定しており子供の現在の機能や主疾患に脅威を与えていない。

2 - 軽度の併存症 (Minor Co-Morbidity)

- a- ごく軽度の発達の遅れ、発達障害、もしくは脳機能障害は存在するが、子供は主要問題に十分に適応したり代償したりすることができており、主疾患への影響はない。
- b- 自己対処できる身体疾患が存在するが、すぐに脅威となったり、身体を衰弱させたりすることはなく、主疾患に影響を与えたり、主疾患から影響を受けたりしていない。
- c- ときおり自己限定的な精神作用物質使用のエピソードはあるが、使用頻度は増悪しておらず、生活社会機能や主疾患に対する悪影響はみられない。
- d- ときおりストレスに関連した精神科疾患の症状が一過性にみられるが、主疾患に対して明らかな影響は与えていない。

3-明らかな併存症 (Significant Co-Morbidity)

- a- 主疾患に悪影響を及ぼす可能性のある発達障害が存在し、その発達障害によって、主疾患に悪影響が生じていたり、主疾患や併存症に対する治療の強化や変更が必要であったりする。
- b- しっかりしたモニタリングを要する身体疾患（例：喘息や糖尿病など）がある。
- c- 主疾患に悪影響を与えたり、主疾患によって悪影響を受けたりする可能性のある身体疾患がある。
- d- 精神作用物質の乱用があり、生活社会機能と主疾患に明らかな悪影響をおよぼしている。
- e- 最近、主疾患に明らかな影響を与えた精神作用物質の使用が見られたが、高度に構造化された環境や保護的な環境、もしくはその他の外部からの働きかけを利用することで使用を中断できた。
- f- 精神科疾患の徴候と症状があり、ストレスのない状況でも持続し、身体をある程度衰弱させ、主疾患に悪影響を及ぼしている。

4-重度の併存症 (Major Co-Morbidity)

- a- 集中的な身体医学的モニタリングが一時的に必要となるような身体疾患が存在する、もしくはそのような状況に発展する可能性が高い。（インスリン依存性糖尿病、血友病など）
- b- 主疾患に悪影響を与える、もしくは主疾患によって悪影響を受けている身体疾患がある。
- c- コントロール不良な精神作用物質の使用があり、使用が減らなければ健康に重大な脅威を与え、主疾患からの回復を妨げている。
- d- 発達の遅れもしくは発達障害が存在し、生活社会機能と精神科疾患や物質使用障害の治療に効果的に参加する能力に著しい影響を与えている。
- e- 精神科疾患の症状が明らかに存在し、生活社会機能を明らかに悪化させ、ストレス要因のない状況でも持続し、主疾患からの回復の重大な妨げとなっている。

5-最重度の併存症 (Severe Co-Morbidity)

- a- 重大な身体疾患があり、コントロール不良である、もしくは密な医学的管理がないと生命的脅威を与える可能性がある。（重症のアルコール離脱症状、コントロール不良の糖尿病、合併症のある妊娠、重篤な肝臓疾患、身体衰弱を伴う循環器疾患など）
- b- 身体疾患が、急性もしくは慢性に主疾患を悪化させる、もしくは、主疾患によって悪化している。
- c- 精神作用物質依存が存在し、物質使用をコントロールできず、高度な離脱症状があり、主疾患に重大な悪影響をおよぼしている。
- d- 主疾患を著しく複雑化させている、もしくは、主疾患によって著しく悪化している発達障害が存在する。
- e- 急性もしくは重症の精神科疾患の症状が存在し、生活社会機能を著しく損なっている、もしくは、主疾患の治療への自発的な参加や主疾患からの回復を妨げている。

IV軸：回復環境 Recovery Environment

この評価軸では、疾患や障害の発症や経過に関与する可能性がある環境因子と、子供の回復の達成・維持に向けての努力を支援する可能性がある因子を考慮します。環境における支援的要素としては、何よりもまず、（血縁もしくは養子関係の）家族との安定した支持的で継続的な関係の存在があげられます。その他の重要な支援因子には、適切な住居や物質的資源が利用できること、友人、雇用主または教師、聖職者、専門家、および他の地域住民との良好で支持的な関係が含まれます。子供の所属する家族・文化・コミュニティーが持っているストレンクスや資源は、その存在が明らかでなかったり、すぐに利用できなくなったりするかもしれませんが、臨床家は、このようなストレンクスを過小評価しないように気をつけなければなりません。ストレスのある状況として、対人間係における葛藤や心的外傷体験、生活環境の変化 life transitions、喪失体験、健康や安全に関する心配、社会的役割の維持が困難なことなどがあげられます。

児童思春期の子供は、成人よりも環境に依存し、環境をコントロールすることがしにくいいため、CALOCUSでは、回復環境に、学校・医療・社会的サービス、少年司法、子供が継続的にサービスを受けていたり所属していたりするその他の機関に加え、家族環境を含んでいます。この軸の評価には、2つの下位尺度（環境ストレスと支援環境）を利用します。2つの下位尺度によって、これらの相反する因子を相対的なバランスを保ちながら評価できるようになっています。

IV-A ストレス環境 Environmental Stress Sub-Scale

1－最小限のストレス環境 (Minimally Stressful Environment)

- a- 環境に明らかな困難や持続的な困難はなく、生活状況は安定している。
- b- 最近、影響をおよぼすような生活変化や喪失体験はない（例えば、転校、引っ越し、両親の離婚/結婚や家族の誕生/死亡がないこと）。
- c- 物質的要求は満たされており、近い将来にそれらが減る心配をする必要がなく、安全や健康に対する明らかな脅威はない。
- d- 生活環境は、標準的な成長、発達、および回復にふさわしいものである。
- e- 子供の年齢や能力や発達水準に見合った役割が期待されている。

2－軽度のストレス環境 (Mildly Stressful Environment)

- a- 同居家族の変化や新しい学校、教師など、新たな適応を要するような明らかな変化がある。
- b- 引っ越しや転校による同級生との別れや、子供や家族にある程度の影響をおよぼすような遠い親戚の病气や死など、軽度の対人関係の喪失または葛藤がある。
- c- 一過性だが重大な病気またはけががある（例えば、肺炎、骨折）。
- d- 物質的充足がいくらか不十分である、もしくは、親の雇用状況の悪化や離別または他の因子により物質的充足がなくなるおそれがある。
- e- 家庭や学校での行動に対して、子供に不快感をもたらすような周囲の期待がある。
- f- 精神作用物質の使用にさらされる可能性がある。

3－中等度のストレス環境(Moderately Stressful Environment)

- a- 家族や社会環境の混乱がある。(例えば、大幅に異なる生活状況への移行、親や主養育者の不在または交代、深刻な法的問題や学校問題、親や通常の主養育者の能力が身体的問題・精神科的問題・精神作用物質乱用もしくはその他の問題によって回復が見込まれるものの一過的に深刻に低下した状態)
- b- 子供や家族に明らかに影響を及ぼす対人的、あるいは物質的な喪失がある。
- c- 長期間にわたる深刻な病気やけが、恒常的な痛み、もしくはその他の機能障害がある。
- d- 近隣やコミュニティーに危険または脅威がある、もしくは仲間や他人からいじめを受けている。
- e- 精神作用物質の乱用やその影響にさらされている。
- f- 子供の年齢、状況、発達水準を考慮すると過大な役割が期待されている。

4－強いストレス環境 (Highly Stressful Environment)

- a- 病気・死別・離婚や親子分離によって家族や社会環境の深刻な混乱があり、深刻な葛藤や著しい苦痛や身体的/性的虐待がある。
- b- 保護者または自身の差し迫った収監や定住地の欠如や異文化・敵対的な文化への参入など、生活環境が極度に混乱する恐れがある。
- c- 身体的健康や物質的充足のためのニーズを満たすことができない。
- d- 家族内や近隣で危険な活動や犯罪行為にさらされている。
- e- 精神作用物質の使用やその影響を回避するのが困難である。

5 - 極度なストレス環境 (Extremely Stressful Environment)

- a- 家庭やコミュニティーで日常的に暴力や性的虐待や非合法的活動にさらされている、子供が自然災害の目撃者や犠牲者である、愛する人と突然にもしくは予想外に死別した、予期しないでもしくは望まずに妊娠したなど、心的外傷を受けやすいもしくは持続的に混乱している状況にある。
- b- 政治的または人種的に迫害されている、移民である、社会的に孤立している、言語の障壁がある、または不法入国の状態にある。
- c- 子供は、収監、児童養護施設への入所・再入所、不適切な住居、または極度の貧困に直面している、あるいは常にそのような脅威にさらされている。
- d- 重篤な痛みやけがや機能障害がある、もしくは重篤な病気やけがによって差し迫った死の脅威がある

IV-B 支援環境 (Environmental Support Sub-Scale)

1 - 高度な支援環境 (Highly Supportive Environment)

- a- 家族および地域の社会資源は、子供の発達の・物質的ニーズに十分な対応ができる。
- b- 積極的で十分に関わりのある主養育者が確保されており、少なくとも一人の主養育者とあたたかと思いやりのある関係を築いている
- c- Wraparound プロセスの中で効果的な関わりがある、もしくは他の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、以下の基準に関わらず、この点数を採用する)

2 - 支持的な支援環境 (Supportive Environment)

- a- 家族もしくは主養育者が継続して支援することがときおり困難となる、または、家族もしくは主養育者との関係が時として崩れることがある。
- b- 家族／主養育者は、要請されたときに治療に参加する意思と能力を持っており、必要な変化を示すことができる。
- c- 特別なニーズが、ケアシステムの一環としてうまく満たされている。(知的障害の特別教育、個別指導、言語療法など)
- d- 地域の社会資源は、子供の発達の・物質的ニーズに必要な対応ができる。

3 - 限定的な支援環境 (Limited Support in Environment)

- a- 子供の発達のニーズや問題に適切に対応する家族の能力は限定的である、もしくは家族はこのようなニーズを満たしたり、問題に対応したりすることに両価的な感情を持っている。
- b- 地域の社会資源は、物質的・心理的ニーズの一部しか代償できない。もしくは、子供は、支援ネットワークを部分的に、またはとぎれとぎれにしか利用しない。
- c- 家族もしくは主養育者は、治療中に必要な変化を示す能力が限られている。

4 - 最小限の支援環境 (Minimally Supportive Environment)

- a- 家族もしくは主養育者は、子供の発達の、物質的、情緒的なニーズを満たす能力が非常に限られている。
- b- 地域のサポートがほとんどなかったり、支援提供者へのアクセスに大きな制限があったりするため、物質的・身体的・心理的ニーズがほとんど満たされていない。
- c- 家族や主養育者は、治療や支援プランに参加する能力が限られている (例えば、意欲がない、連絡が取りにくい、文化的に拒否感があるなど)。

5 - 支援がない環境 (No Support in Environment)

- a- 家族や主養育者に、子供の発達の、物質的、心理的ニーズを満たす能力が全くない。
- b- 地域が崩壊しており、子供への教育、娯楽、有意義な仲間関係、家族以外の大人との相談の提供に、危険を伴ったり、敵意を持たれたりする。
- c- 子供への支援提供機関の連携と協力が欠如している (混沌としたサービス環境)
- d- 家族もしくは主養育者は、変化を示したり、治療に参加したりする能力を全く持っていない。
- e- 善意のある人との最小限の愛着すら欠如している、もしくは虐待的、暴力的、脅迫的な他者との接触が多い。

<メモ>

V 軸：レジリエンスと治療歴 (Resiliency and treatment history)

ストレスに直面した際に発揮される子供のレジリエンスのレベルは、生まれつき幅広く異なっていることがよく知られています。レジリエンスは、治療的過程や Wraparound プロセスで提供されるような支援を通して高めることができます。この軸では、子供のレジリエンスを養って発達過程への復帰を助ける治療や自然発生的な支援を、子供がうまく活用できるかどうかについて考慮します。ここでは、子供が、どのくらい上手に各種の困難に対処し、治療や自然発生的/専門的な地域の支援を活用しているかを評価します。専門的関与や特別な支援のない状況でのストレスや生活変化への対処パターンも同様に考慮します。

点数を決める際には、地域の支援、治療、または特別なケアに対する一番最近の反応パターンを、過去の離れた時期の対応パターンよりも優先して考慮します。

1 – 最高のレジリエンス／治療反応 (Full Resiliency and/or Response to Treatment)

- a- 治療を受けた経験や回復した経験がこれまでにない。
- b- 子供は、一般的な試練に直面しても正常な発達を維持することや非常にまれな試練に遭遇してもすぐに正常な発達を再開することが十分に可能である。
- c- これまでの経験では、さまざまなタイプの治療やその他の専門的支援は、主要問題を比較的短期間でコントロールすることに役立ったことが示されている。
- d- 構造化されていない環境や頻回の治療がない状況でも、再燃はほとんどないかごく短期間で、回復が長期間維持されている。
- e- 支援がなくても生活環境の移行にうまく対応して日常生活の変化を受け入れることができ、最適な順応性をもっている。

2 – 明らかなレジリエンス／治療反応 (Significant Resiliency and/or Response to Treatment)

- a- 子供は、ストレスへの対処と発達過程の維持のための標準的な能力を持っている。
- b- これまでの治療や公的支援で、症状を抑えることに成功している。
- c- 長期間の回復を維持するのに十分な能力が示されているが、専門的支援やそれに代わる支持的な関係による継続したケアを必要とした。
- d- 限定的な支援や構造で、回復が短期間に成し遂げられた。
- e- 最低限の支援で生活環境の移行にうまく対応して日常生活の変化を受け入れることができる

3 - 不明瞭なレジリエンス／治療反応 (Moderate or Equivocal Resiliency and/or Response to Treatment)

- a- ストレッサーに対処したり、正常な発達過程を維持したりする子供の能力は、一貫しない、もしくは、あいまいである。
- b- これまでの低密度での治療では、症状の軽快や症状の最適な制御がうまくできなかった。
- c- ある程度の期間回復は維持できたが、強力な専門的支援やピアサポート、もしくは構造化された環境などを必要とした。
- d- 治療上推奨されることを続ける能力は限定的である。
- e- 発達を促す圧力 (developmental pressure) と生活変化が、生活・社会機能をいくらか低下させている。
- f- 多くの場合、中等度の密度の支援があれば生活環境の移行にうまく対応して日常生活の変化を受け入れることができる。

4 - 低いレジリエンス／治療反応 (Poor Resiliency and/or Response to Treatment)

- a- 子供はストレスに対する生まれつきの脆弱性を持っていて、期待されるレベルへ向けた発達の再開が困難であることが頻繁に示されている。
- b- 過去の治療では、集中的な治療や反復治療にも関わらず、症状の完全寛解や最適な制御を達成することができなかった。
- c- 集中的な治療で得られた効果を維持することが、短期間、あるいは構造化された環境においてさえ、十分にできなかった。
- d- 発達を促す圧力 (developmental pressure) と生活変化が、一時的な混乱や持続的な苦痛をもたらしている。
- e- 高度なサポートを用いても、日常生活に変化をもたらす生活環境の移行には困難が伴っている。

5 - レジリエンス／治療反応がほとんどない (Negligible Resiliency and/or Response to Treatment)

- a- 子供はストレスに対する生まれつきの脆弱性を持っていて、期待されるレベルへ向けた発達の再開が全くできないということが、明確かつ持続的に示されている。
- b- 過去の経験では、高度なケアを長期間続けた場合においても、治療への反応がほとんどみられなかった。
- c- 集中的な治療を続けているにも関わらず、症状は持続しており、機能面で有意な改善がみられていない。
- d- 発達を促す圧力 (developmental pressure) と生活の変化が、持続した混乱や発達上の退行をもたらしている。
- e- 集中的なサポートにも関わらず、生活環境の移行や日常生活の変更を受け入れることが困難である。

VI軸：治療の受け入れと参加 Treatment Acceptance and Engagement

治療の受け入れと治療参加の軸では、子供および親や主養育者の治療の受け入れや治療への参加状況进行评估します。ここで意味する治療とは、子供や親/主養育者のニーズに対する一連の治療的介入を指します。面接やケアプランの作成、治療や Wraparound プロセスの導入・維持段階に対し親や主養育者が積極的な姿勢で前向きに取り組む能力があることだけでなく、子供自身の積極性が重要であるために2つの下位尺度を設けました。また、子供と親や主養育者の文化的背景が、問題解決方法の選択だけでなく、問題の理解と受け入れ態度に影響することを知っておくことは重要です。ケアを提供する際には、子供および親/主養育者と臨床家もしくはその他の担当専門職種との文化的差異が、適切な評価や治療の障害になることに注意しなければなりません。

2つの下位尺度（子供と親/主養育者）の中で高い点数の方だけを合計点の計算に加えます。子供が自立している場合には、親/主養育者の評価は行いません。

子供の治療の受け入れと参加 (Child or Adolescent Acceptance and Engagement Sub-Scale)

ここでは、子供の発達段階を考慮した上で、子供自身の、治療提供者と積極的に治療関係を作る能力、問題点を同定する能力、障害に伴う苦悩が発展し持続する過程に自らが及ぼしている影響について理解する能力、治療やケア計画の立案および治療過程における自身の役割を引き受ける能力、および治療に積極的に協力する能力を評価します。

1 - 最適 (Optimal)

- a- 臨床家やその他のケア提供者を信頼して尊重する良い治療関係をすみやかに作ることができる。
- b- 問題点を認識し、その結果を理解し、それらに対する他者の別の視点も理解することができる。
- c- 精神保健上の主要な問題の原因となったり、問題を増悪させたりする行動に対して年齢相応の責任を果たすことができる。
- d- 積極的に治療の計画に参加して治療に協力できる。

2 - 協力的 (Constructive)

- a- 臨床家やその他のケア提供者と信頼感のある良い関係を作る能力がある。
- b- 問題点を認識することはできないが、他者が問題点やその結果をどのように認識しているかを理解して受け入れることができる。
- c- 精神保健上の主要な問題の原因となったり、問題を増悪させたりする行動に対して年齢相応の責任をある程度果たすことができる。
- d- 受け身的ながらも治療の計画や実施に協力することができる。

3 - 支障あり (Obstructive)

- a- 臨床家やケア提供者に対して両価的、回避的、もしくは猜疑的な関わり方である。
- b- 問題点があることは認めるものの、問題の発展や持続する仕組みやその結果に対する年齢相応の責任を部分的に引き受けることにさえ抵抗を示す。
- c- 問題行動やその結果を過小評価したり、正当化したりする。
- d- 他者が問題点やその影響をどのように認識しているかを理解して受け入れることができない。
- e- しばしば、治療予約の無断欠席や遅刻があったり、治療（服薬や宿題を含む）に取り組まなかったりする。

4 - 対立的 (Adversarial)

- a- 子供に対して十分な働きかけをしているにもかかわらず、臨床家やその他のケア提供者に対して敵対的な関係にある。
- b- 問題の発展や持続する仕組みやその結果に対する年齢相応の責任を全く引き受けることができない。
- c- しばしば、評価や治療を妨害したり、強く抵抗を示したりする。

5 - 拒絶的 (Inaccessible)

- a- 臨床家やケア提供者との治療的な関わりを持つことが全くできない、重度のひきこもりである、精神病状態にある、あるいは深刻な関係性の障害がある。
- b- 問題やその結果の自覚が全くなく、説明を理解したり、受け入れたりすることができない。
- c- 重度の精神発達遅滞や構音/言語障害があり、臨床家とコミュニケーションができない。

親/主養育者の治療の受け入れと治療参加 (Parental and/or Primary Caretaker Acceptance and Engagement Sub-Scale)

ここでは、親やその他の主養育者の、協力的な治療関係を作る能力、主要な問題を同定するために臨床家に協力する能力、主要な問題に与える自らの影響を検討する能力、治療計画や治療過程において積極的な役割を果たす能力を評価します。

1 - 最適 (Optimal)

- a- 臨床家やその他のケア提供者を信頼し、よい治療関係をすみやかに積極的に作ることができる。
- b- 主要な問題に関係した子供のニーズやストレスに敏感に気づいて認識できている。
- c- 子供の問題や子供の回復に向けて自分たちができることに敏感に気づいて認識できている。
- d- 評価や治療に積極的に熱心に参加している。

2 - 協力的 (Constructive)

- a- 臨床家やケア提供者とよい治療関係を作ることができる。
- b- 問題を検討したり、問題に対する他者の見方を受け入れたりできる。
- c- 臨床家やその他のケア提供者と協力しながら治療計画を立案することができる。
- d- 行動を修正したり、治療的介入を補助したりすることにより、治療計画に協力できる。(服薬や宿題の管理を含む)

3 - 支障あり (Obstructive)

- a- 関わりを作るために十分な働きかけを行っているが、臨床家やその他のケア提供者に対して一貫性のない不安定な関係であったり、回避的な関係であったりする。
- b- 問題は認識しているが、問題の発展や持続する仕組みやその結果に対する共通認識を形成することに困難がある。
- c- 治療計画の立案に協力することができない。
- d- 治療に継続して参加することが困難で、治療的介入の補助も継続してできない。

4 - 対立的 (Adversarial)

- a- 臨床家やその他のケア提供者に対して、対立的、もしくは敵対的な関係にある。
- b- 問題の発展や持続する仕組みやその結果に対して認識を共有することができない。
- c- 子供が変わらなければならないことは理解するが、その他の家族が変わる必要のあることを考慮できない、あるいは考慮しようとならない。
- d- 治療計画とは相容れない行動をとる。

5 - 拒絶的 (Inaccessible)

- a- 問題をまったく認識していない。
- b- 物理的、身体的な問題で治療の受け入れや参加ができない。
- c- 子供や他の家族が変わる必要性を受け入れることを拒絶する。
- d- 重度の認知機能障害や精神病状態、中毒状態、重度の精神科疾患などの影響で、臨床家やその他のケア提供者とのかかわりをもつことを積極的に拒んだり、できなかつたりする。

PART VII

CALOCUS LEVELS OF CARE UTILIZATION CRITERIA CALOCUSケアレベル活用基準

CALOCUSで示されているケアレベルは、様々な治療的対応を段階付けして一連のものとしてまとめたものであり、CALOCUSの各軸の評価と合計点を用いて使うことを想定しています。各ケアレベルでは、プログラムの幅広い選択肢が示されており、臨床スタイルや資源に関して地域ごとの様々なバリエーションに対応できるようになっています。このケアの連続体には、System of Care Principles（ケア原則のシステム）に触発されたプログラムのような新しい形のケアだけでなく、伝統的なサービスも含まれています。それぞれのケアレベルは、それより低いケアレベルで提供されるサービスを含んだものになっています。

CALOCUSで示されるケアシステムには、精神保健・社会的サービス・少年司法・保健・教育・物質乱用・職業・発達障害・レクリエーション関連機関やピアサポートの専門家らによって提供されるサービスや独自の資金提供ルートや複合的機能を持つプログラムが含まれています。しかし、これらに限定しているわけではありません。

複数の複雑な問題を抱えている児童・思春期の子供には、通常は、ケアシステムの中に複数の構成要素を持ったサービスが必要となります。このような場合には、ケアを統合することが不可欠になります。CALOCUSは、家族、地域の支援者やケアシステムの各種構成要素のサービス提供者からなるWraparoundチームを活用することを奨励しています。これらのチームは、その子供を支援できる可能性のある人全員でチームを作ることを目的とし、同様の経験をもつ親の擁護者とWraparound進行役の専門家を当該家族と連携させることによって、家族にケアの主導権を取ってもらえるように支援します。これらのチームは、各地でいろいろな呼び方をされているかも知れませんが、その地域のケアシステムの必要なかぎり多くの構成要素からの代表者を含んでいなければなりません。理想的には、Wraparoundプロセスの原理によって、資源の共有のための基礎や子供や家族の個別支援プランに沿ってバランスよくサービスを組み合わせるための基礎を作ることができます。（VanDenBerg & Grealish, 1996）。

CALOCUSのケアレベルでは、各ケアレベルでサービスを提供する際にスタッフの要する時間の大きな目安も示しています。それぞれの子供や家族によって必要とされる実際のサービスの時間には、とてもばらつきがあります。しかし、全体としてサービスの時間を見積もることは、計画を立てる際に役立つでしょう。

ケアレベルの移行

治療における子供や家族のサービスに対するニーズは、治療が進むにつれて変わってくる場合があります。例えば、必要とされるケアレベルが、提供されているケアレベルよりも低くなることがあったり、子供の状態から伝統的なもしくはWraparound的な形態が、より適していると思われることがあったりします。ケアレベルの移行はひとつずつ次の段階を踏んで行くとは限りません。再発や不必要な治療中断を避け、安定した状態を継続するために、より高いケアレベルで治療することが望ましい場合もあるかもしれません。

十分に安定したあとに別のケアレベルの基準を満たした時に、家族と治療チームの臨床的な判断のもとで子供がほかのケアレベルに移行することができます。CALOCUSを再度実施すると、子供がほかのケアレベルへの移行の準備ができていないかを臨床的に判断したり、その後の治療の焦点を明確にしたりす

ることに役立ちます。柔軟で個別化したサービス計画（WraparoundのIndividualized Service Plan）は、可能な限り同じ臨床家やスタッフが複数のサービスレベルでケアを提供することにより継ぎ目のない移行を促進します。

多職種治療チーム

CALOCUSは、色々なタイプの機関や専門職種がかかわり、自らの臨床活動の範囲でサービスを提供することは、子供の治療を成功させるために不可欠であるという考えを支持しています。プログラムは、提供されているケアレベルで必要とされるサービスを供給できるように認可を受けているべきであり、そのようなサービスを提供するために必要なだけのスタッフやプログラムの能力を備えておかななくてはなりません。さらには、CALOCUSでは臨床家に必要な研修レベルの要件について特に示していませんが、臨床家は、効力のある資格や認定（例えば、児童青年精神科医、小児科医、家庭医、児童青年心理療法士、結婚・家族療法士、臨床ソーシャルワーカー、専門カウンセラー、心理社会領域専門看護師（psycho-social nurse）、独立臨床看護師（independent nurse practitioners）、物質乱用臨床家、宗教的カウンセラー）を持っていて、児童、思春期や家族治療に特化した研修を受けているなど、高いレベルの訓練を受けていなければなりません。臨床家は、自身の守備範囲内のケアのみを提供すべきです。治療計画の一部として治療的サービスを提供している無資格のスタッフや専門職の助手やピアサポート専門家は、児童・思春期の治療や家族療法のトレーニングを受けて専門知識をもっている有資格の臨床家によるスーパービジョンを受けるべきです。加えて、家族や子供の近隣住民は、基本的な（非臨床的な）サービスを提供する場合があります。

CALOCUSでは、児童・青年精神科医が精神療法的サービスと薬物療法的サービスの両方において主担当の臨床家になることを排除しているわけではありません。さらに、危機介入を含む全てのケアレベルにおいて、児童・青年精神科医によるバックアップ体制は、サービスシステムに不可欠な要素となっています。

ケアレベルにおいては、制限の強度とケアの密度が段階的に変化するようになっています。CALOCUSのどの推奨事項も、連邦政府・州・地方が、組織・プログラム・施設に対して認可・運用要件として求めていることに優先するものではありません。

慎重にCALOCUSを評価して採点した場合でも、子供とその家族間での決定的な違いのために、一つのケアレベル以上のサービスを取り入れた個別化したサービスプラン（Individualized Service Plan）が求められることがあります。慎重に評価し十分に情報収集した上での臨床判断や家族と一緒に策定したサービス計画が優先されます。臨床家は、CALOCUS推奨ケアレベルと異なるケアレベルになった理由をケース記録に明記するべきです。

ケアレベル

ケアレベル 0：予防と維持のための基本サービス Basic Services for Prevention and Maintenance

基本サービスは、疾患の発症を予防したり、家族内や社会のリスクファクターや精神発達遅滞、様々な回復・寛解段階にある情緒障害に関連した病状の悪化を防いだりするためのものです。サービスは個人や地域の特性に合わせて作られるものであり、一般的にはさまざまな形態で地域において提供されるものです。予防や地域支援としては、伝統的な手法がありますが、情報提供や紹介業務を含み、その手段は印刷物や放送メディアを利用した方法（例えば、公共サービスの広報やダイレクトメールなど）を用いることもあります。

- 1. ケア環境（Care Environment）** - 予防と地域支援活動は、さまざまな場所、自宅、Head Start program(米連邦政府の育児支援施策の一つ)、学校、教会、医療機関、レクリエーションセンター、伝統的な精神保健施設などで実施されます。施設は、以下の点に配慮する必要があります：アクセスのよさ（例；公共交通機関、学校あるいは、福祉サービス提供機関などの近隣にあること）、適切な空間デザイン（例；障害を持つ家族や特別な支援の必要なメンバーが使いやすいこと、子どもの遊び場所があること）、文化的な配慮を行なうこと（例えば、多民族や様々な社会経済的背景のグループを優しく迎える環境を整える）、特別なサービスニーズへの対応（例；両親が参加可能な指導者付デイケア、英語を話さない、もしくは聴覚障害のある出席者のためのスタッフや相談相手）。
- 2. 臨床サービス（Clinical Services）** - 基本サービスを提供するすべての場所において、精神保健と発達障害のスクリーニングを実施できるようにしておくことが不可欠です。最初のスクリーニングによって多面的な問題が明らかになった子供に対して、包括的な多職種アセスメントがすぐに実施できるようにしておきます。専門家による評価がすぐに実施できるようにしておきます。スクリーニング評価で必要性が認められた家族を、精神保健サービスと物質乱用サービスにつなげる必要があります。（例えば、初診の日程調整）。予防と支援のための全ての活動において、精神保健の臨床家へのコンサルトを効果的に活用できるようにしておきます。小児科医や家庭医による身体的ケアは、その地域内で受けられるようにしておきます。
- 3. 支援サービス（Supportive Services）** - 基本サービスは、子供や家族に対して、さまざまな宗教や文化のコミュニティー活動と積極的に連携しながら、学校、生涯学習センター、デイケア、レクリエーション施設、福祉施設、職業訓練・紹介機関、福祉サービス機関や医療機関などの多様な場所で、提供されるようにしておきます。地域のボランティアやこれらの機関の職員は、予防サービスの提供に関する訓練を受けるようにしておきます。
- 4. 危機安定化・予防サービス（Crisis Stabilization and Prevention Services）** - 24時間の危機サービスは、周知されており、利用可能であり、地域のあらゆる場所における基本サービスと完全に連携がとれているようにします。危機サービスでは、緊急評価、短期的介入、処遇決定ができるようにしておきます。児童精神科医や心理社会領域専門看護師（psycho-social nurse）が、24時間体制で直接会う、もしくは連絡がとれるようにしておきます。特別な危機介入・安定化の方策として、トラウマ被害者や災害被災者に対する介入に加えて、ホームレス家族などの社会的弱者への訪問サービスもできるようにしておきます。

振り分け基準（Placement Criteria）

基本サービスは、すべての子供と家族に提供されるべきです。

ケアレベル 1：回復維持と健康管理 Recovery Maintenance and Health Management

ケアレベル 1 のサービスでは、典型的には、家族のストレンクスを引き出し、地域の自然発生的な援助への連携を強化するためのアフターケアを提供します。ケアレベル 1 のサービスにふさわしいのは、感情障害やその他の問題からおおむね回復したもの、あるいは彼らの問題が、家族の中で対応可能であり、もはや危険性が拡大し発展する可能性がないような問題の場合です。

- 1. ケア環境 (Care Environment)** - 回復状態の維持と健康管理のためのサービスは、従来型の精神保健機関（個人開業オフィスやクリニック）やケアシステム内の他の部門の施設で提供されます。施設は、アクセスのよさ（例；公共交通機関、学校あるいは、福祉サービス提供機関などの近隣にあること）、適切な空間デザイン（例；障害を持つ家族や特別な支援の必要なメンバーが使いやすいこと、子どもの遊び場所があること）、特別なサービスニーズへの対応（例；両親が参加可能な指導者つき付デイケア、英語を話さない、もしくは聴覚障害のある利用者のための支援）に配慮する必要があります。治療施設は、思春期の利用者同士のグループ活動に対して、大人による監督を交えながらプライバシーに配慮していかなければなりません。また、これらの施設は、家族のみでなく、全ての発達段階にある児童・思春期の子供にとって安全で快適であることが必要です。
- 2. 臨床サービス (Clinical Services)** - ケアレベル 1 の臨床サービスは、高度な治療がいらなかったり、一時的なエピソードに対処するだけでよかったりするかもしれませんが、これらのサービスは、より高いレベルでのケアを受けなくてすむように家族が使うことができるように、簡単にアクセスできなければなりません。医療的な相談や評価は、文化的に許容されるものであるべきで、家族が地域の自然発生的な支援をどの程度活用できるかも考慮すべきです。継続的なケースマネジメントや継続的な薬物療法サービスに加えて、期間限定的な専門家の介入や治療関係の維持のために価値のある「卒業生」と会う機会も、レベル 1 の臨床サービスとして提供されることがあります。身体疾患に対するケアは、小児科医か家庭医のどちらかから、地域で受けられるようにしておきます。
- 3. 支援サービス (Supportive Services)** - ケアレベル 1 のサポートは、主に地域における自然発生的な支援で構成され、親戚、家族の友人や近所の人、親に委託された支援グループ、宗教やレクリエーションプログラム、12 ステップやその他の自助グループ、学校に委託されたプログラム、および雇用などが含まれます。これらの地域の資源に専門家の介入なしにアクセスできる家族が、このケアレベルに適合します。
- 4. 危機安定化・予防サービス (Crisis Stabilization and Prevention Services)** - このケアレベルでは、子供や家族が、24 時間体制の危機介入サービスを利用できなければなりません。危機介入のスタッフは、担当の臨床家にコンサルトしなければなりません。緊急の診察、短期介入と訪問サービスが、危機介入サービスに含まれなければなりません。児童・青年思春期精神科医や心理社会領域専門看護師 (psycho-social nurse) による、直接的な診療やコンサルテーションが、それぞれの地域で 24 時間体制で利用できなければなりません。

振り分け基準 (Placement Criteria)

一般的には、合計点が 10～13 点の子供が、上のケアレベルからケアレベル 1 へステップダウンしてきたり、ケアレベル 1 のサービスを受けたりします。ケアレベル 1 に振り分けるということは、その子供は、より高密度なケアレベルでの治療が完了し、今後は、主に過去に達成した成果の維持に対して支援が求められているということ、もしくは、ケアレベル 1 で提供される密度や制限以上のサービスを必要としていないということの意味します。振り分けを決定は、文化的に理解のあるスタッフによって、もしくは文化的に理解のある専門家にコンサルトしてから、なされるべきです。

合計点 COMPOSITE SCORE (Level 1)

10 - 13

ケアレベル 2 低密度地域サービス Low Intensity Community Based Services

このケアレベルでは、地域で生活をしている児童・思春期の利用者およびその家族を対象にした精神保健サービスを提供します。ケアレベル2のサービスは、メンタルクリニックや個人開業オフィスで提供されることが多いのですが、少年司法施設、学校、福祉サービス提供機関やその他の地域環境においても提供されることがあります。一般的に、このケアレベルでは、利用者の家族がほとんど援助なしに地域の支援を利用する能力があるため、治療機関の間での綿密な連携やより高いケアレベルで求められるようなケースマネージメントの必要はありません。また、ケアレベル2のサービスは、より高いケアレベルほどには個別化されていないことがありますが、最適な機能レベルを維持するためには、通常、少なくとも一つの機関と治療関係を継続することが必要となります。ケアレベル2でフォローアップを提供している臨床家は、必要に応じてサービスを追加するため、利用者や家族の能力を継続的に評価しなければなりません。

- 1. ケア環境 (Care Environment)** - 外来患者サービスは、従来の精神保健機関（例えば、個人開業オフィスやクリニック）や、サービスシステム内の他の施設、あるいは、その他の地域環境で提供されます。治療のための施設は、アクセスのよさ（例；公共交通機関、学校あるいは、福祉サービス提供機関などの近隣にあること）、適切な空間デザイン（例；障害を持つ家族や特別な支援の必要なメンバーが使いやすいこと、子どもの遊び場所があること）、特別なサービスニーズへの対応（例；両親が参加可能な指導者付デイケア、英語を話さない、もしくは聴覚障害のある利用者のための支援）に配慮する必要があります。治療施設は、思春期の利用者同士のグループ活動に対して、大人による監督を交えながらプライバシーに配慮していかなければなりません。また、これらの施設は、家族のみでなく、全ての発達段階にある児童・思春期の子供にとって安全で快適であることが必要です。
- 2. 臨床サービス (Clinical Services)** - 外来治療は、その立案から実行まで家族の積極的な参加を得たうえでの、個人、集団、あるいは家族療法が基本となります。医薬品使用管理を毎月行っている場合でなければ、治療間隔は、2週間毎に1時間から、毎週2時間までと幅があります。治療チームに対する精神医学的、および文化的な適格性についてのコンサルテーションが定期的実施されるべきです。薬物療法の評価と管理が必須となることがあります。児童・思春期精神科医および心理社会領域専門看護師（psycho-social nurse）は、薬物療法サービスや24時間バックアップ体制のために主要治療チームの一員となるべきです。選択的な補助的な介入（作業療法、レクリエーション療法、職業療法、表現療法等）は、適応があればいつでも利用できるようにしておきましょう。身体疾患に対するケアは、小児科医か家庭医のどちらかから、地域で受けられるようにしておきます。
- 3. 支援サービス (Supportive Services)** - 児童・思春期の利用者と家族に対する支援サービスは、多くの場合、親戚・友人・隣人、教会やレクリエーションのプログラム、12step やその他の自助グループ、家族会、青年育成プログラム、学校主催のプログラムや雇用など、地域における自然発生的な形での支援となります。このレベルでは、利用者の家族は、専門家の特別な介入を必要とせず、紹介や極簡単なケースマネージメントぐらいで、色々な支援サービスにアクセス相談できるようになっていなければなりません。経済・住居・育児問題に対しての、もしくは職業・教育サービスへのアクセスに関しての家族支援も求められるかも知れません。これらは、児童・思春期の利用者への個別化したサービスプランの一部として考える必要があります。
- 4. 危機安定化・予防サービス (Crisis Stabilization and Prevention Services)** - このケアレベルでは、24時間体制の危機介入サービスが、児童・思春期の利用者と家族にとってアクセス可能でなければなりません。さらに、危機介入サービスは、その家族の他のサービスと連携して提供されなければなりません。危機介入サービスには、緊急の診察、短期介入と訪問サービスを含んでいな

ければなりません。児童・青年思春期精神科医および心理社会領域専門看護師 (psycho-social nurse) による、直接的なサービス提供、もしくは、コンサルテーションが 24 時間体制で準備しなければなりません。

振り分け基準 (Placement Criteria)

一般的には、合計点が 14～16 点の児童・思春期の利用者が、ケアレベル 2 から治療を開始したり、上のケアレベルからケアレベル 2 へステップダウンして来たりします。ケアレベル 2 に振り分けるということは、その児童・思春期の利用者は、ケアレベル 2 で提供される密度や制限以上のサービスを必要としていないということ、もしくは、より高密度なケアレベルでの治療が完了し、今後は、主に過去に達成した成果の維持に対して支援が求められているということを意味します。振り分けを決定は、文化的に理解のあるスタッフによって、もしくは文化的に理解のある専門家にコンサルトしてから、なされるべきです。

合計点 COMPOSITE SCORE (Level 2)

14 - 16

ケアレベル 3：高密度地域サービス High Intensity Community Based Services

このケアレベルは、高度な外来治療を必要としており、支援を受けながら家族と生活しているか、地域において家族がわりの家庭や施設で生活している児童・思春期の利用者に適切です。家族のストレングスによって、子供が必要としている多くのことが自然発生的なサポートを通して満たされますが、全てが満たされるわけではありません。家族や施設の職員による日々の監督とともに、治療が1週間のうちに数回必要となることもあります。サービスはメンタルヘルスクリニックや個人開業オフィスで提供されることもありますが、多くの場合、ケアシステム内の別の部門で、精神保健に関してコンサルトしながら提供されます。ケアレベル3において、児童・思春期の利用者が地域で生活することを維持するためには、サービスのコーディネーターが非常に重要です。小児科医もしくは家庭による身体医学的ケアが地域において利用可能でなければなりません。

- 1. ケア環境 (Care Environment)** - 集中的な外来サービスは、伝統的なメンタルヘルス環境（例えば開業オフィスやクリニック）、サービスシステム内の他の部門の施設、もしくはその他の地域環境などにおいて提供されます。その場所は、攻撃的な行動やその他の危険な行動を短時間管理することができるものでなければなりません。施設は、アクセスのよさ（例；公共交通機関、学校あるいは、福祉サービス提供機関などの近隣にあること）、適切な空間デザイン（例；障害を持つ家族や特別な支援の必要なメンバーが使いやすいこと、子どもの遊び場所があること）、特別なサービスニーズへの対応（例；両親が参加可能な指導者付デイケア、英語を話さない、もしくは聴覚障害のある利用者のための支援）に配慮する必要があります。治療施設は、思春期の利用者同士のグループ活動に対して大人による監督とプライバシーに配慮することをうまく組み合わせなければなりません。また、これらの施設は、家族のみでなく、全ての発達段階にある児童・思春期の子供にとって安全で快適であることが必要です。これらの施設は、支援グループやティーンエージャーのエンパワメントプログラムを運営している親の組織とアクセスが良いこと、あるいは、同じ場所にあることが求められます。
- 2. 臨床サービス (Clinical Services)** - ケアレベル3におけるサービスでは、個人療法、集団療法、家族療法を組み合わせます。ケアレベル3のサービスでは、サービスコーディネーターがより複雑になるに従い、Wraparound チームの活用がより強く求められます。サービスの密度は平均して週におおよそ3日ほどです。治療や Wraparound チーム に対する精神医学的なコンサルテーションは定期的に行われなければなりません。薬物療法の管理が治療に欠かせない要素となるでしょう。児童・思春期の精神科医や心理社会領域専門看護師 (psycho-social nurse) は、薬物療法サービスや24時間体制でのバックアップを行う治療チームの一員です。選択的な補助的介入（作業療法、レクレーション療法、職業療法、表現療法等）は、適応があれば用いられることもあります。加えて、他の家族メンバーのために臨床サービスを紹介することが必要となる場合もあります。サービスプランの一部として、より低いケアレベルへの移行の計画をたてておかなければなりません。身体疾患に対するケアは、小児科医か家庭医のどちらかから、地域で受けられるようにしておきます。
- 3. 支援サービス (Supportive Services)** - ケアレベル3における支援サービスは、文化的に理解のある主担当の臨床家やケースマネージャによって行われる、もしくは必要なら文化的に理解のある専門家にコンサルトしながら行うケースマネジメントを含んでいます。児童・思春期の利用者や家族に対する支援サービスでは、親戚、近所の人、教会のグループ、家族会を運営しているサポートグループ、若者のエンパワメントプログラム、自助グループや地域の雇用主などの地域の中にある自然発生的で文化に見合った支援を大切にしなければなりません。家族は、児童・思春期の利用者の問題の複雑さのために、専門家の助けがないとケアシステムをうまく利用することが難しいかもしれません。加えて、家族は経済、住居、育児、職業、教育サービスに関して支援を必要としているかもしれません。これらは児童・思春期の利用者の個別化したサービスプランの一部に含まれなければなりません。

- 4. 危機安定化・予防サービス (Crisis Stabilization and Prevention Services) -**
このケアレベルでは、児童思春期の利用者に対する精神医学的な相談と看護相談や直接接触することを
含む 24 時間体制の危機サービスが利用可能でなければなりません。危機サービスは利用がしやすくな
ければならず、提供される際には、危機チームのスタッフは、その家族の主たるサービス提供者に連絡を
とらなければなりません。危機サービスには、緊急評価、短期介入およびアウトリーチを含んでい
なければなりません。

振り分け基準 (Placement Criteria)

17-19 点の児童思春期の利用者が、ケアレベル 3 のサービスから治療を開始したり、上のケアレベルからケ
アレベル 3 のサービスへステップダウンしてきます。ケアレベル 3 に振り分ける際には、通常、どこか
の軸に 4 点以上がある場合は除外されます。ケアレベル 3 に振り分けるということは、児童・思春期の利用者
がより密度の高いもしくは制限の強いサービスは必要としていないことか、もしくは上のケアレベルでうまく
治療が完了しており、治療成果の維持に関して援助を必要としていることを意味します。このケアレベルを検
討するときには、児童・思春期の利用者の年齢、体格、マネジメントのしやすさと利用可能な家族や地域の
資源が考慮されなければなりません。振り分けを決定は、文化的な理解のあるスタッフによって、もしくは文
化的に理解のある専門家にコンサルトしてから、なされるべきです。

合計点 COMPOSITE SCORE (Level 3)

17 - 19

ケアレベル4：医学的観察付き地域サービス **Medically Monitored Community Based Services**

このケアレベルでは、家族において、もしくはグループホーム、里親、ホームレスシェルターやDVシェルター、仮住居などへの入所によって、支援を受けて地域生活が可能である児童・思春期の利用者へのサービスを提供します。ケアレベル4のサービス水準を満たすには、児童・思春期の利用者のニーズにこたえ、ケアシステムに多様な部門を組み込むことが求められます。例えば、ある思春期の利用者が地域生活を維持していくためには、保護観察官、精神保健の臨床家、児童精神科医、特殊教育の教師を必要とするかもしれません。そのため、このような児童・思春期の利用者には、複数のケアシステムと多職種による介入を調整するための、臨床情報に基づく高度なケースマネジメントが必要となります。最も望ましいのは、個別化したサービスプランが Wraparound チームによって策定されることです。ケアレベル3以下に比べ、このケアレベルでは、サービスはより頻繁にかつ長期的に提供されます。このケアレベルにおけるサービスには、デイケア(partial hospital)、集中的デイトリートメント(intensive day treatment)、里親治療(treatment foster care)、および家庭での支援や臨床サービスと親/養育者への様々な支援サービスの両方を組み合わせた Wraparound 計画によって決定された在宅ケアが含まれます。ケアレベル4のサービスは、学校、薬物乱用プログラム、少年司法施設、社会福祉事業グループケア施設 (social services group care facilities)、精神保健施設、児童・思春期利用者の家庭などでも提供されます。

1. ケア環境 (Care Environment) - レベル4のサービスは、外来クリニックや病院 (例：部分的もしくは集中的デイトリートメント) やサービスシステム内のいずれかの部門 (例：公立・私立学校、少年拘留所、グループホーム)、もしくは家庭 (例：在宅サービス) で提供されます。施設には、攻撃的行動やその他の危険行為を短時間管理する機能が必須です。地域でサービスを提供するスタッフと、サービスを利用する児童・思春期利用者とその家族のために、交通手段に配慮しなければなりません。在宅サービスが提供される場合には、支援の連続性を確保するためのフレックスタイム制を取り入れるだけでなく、スタッフのための交通手段を確保しなければなりません。効果的な家族参加のため、ケアレベル4の施設は児童・思春期利用者の自宅のできるだけ近くに設置されるべきです。施設は、アクセスのよさ (例；公共交通機関、学校あるいは、福祉サービス提供機関などの近隣にあること)、適切な空間デザイン (例；障害を持つ家族や特別な支援の必要なメンバーが使いやすいこと、子どもの遊び場所があること)、特別なサービスニーズへの対応 (例；両親が参加可能な指導者付デイケア、英語を話さない、もしくは聴覚障害のある利用者のための支援) について配慮すべきです。治療施設は、思春期の利用者同士のグループ活動に対して、大人による監督とプライバシーに配慮することをうまく組み合わせなければなりません。また、これらの施設は、家族のみでなく、全ての発達段階にある児童・思春期の子供にとって安全で快適であることが必要です。

2. 臨床サービス (Clinical Services) - ケアレベル4の臨床サービスは、従来とは異なる時間帯 (夜間や週末など) も含めて、家族の要望に応じて利用可能でなければなりません。児童・思春期精神科医および心理社会領域専門看護師 (psycho-social nurse) による直接的な診察やコンサルテーションの頻度は、主担当の臨床家と Wraparound チームの協議により決められるべきです。身体医学的なプライマリーケアは、包括的なサービス体制の一部に組み込まれたものとして、利用しやすくなくてはなりません。治療的介入は、個人・集団・家族療法を含むもので、デイケアのプログラムに組み込まれたり、包括的な Wraparound 計画の一部として提供されたりすることもあります。サービスは、ケアシステムの中のいずれかの部門で提供される場合があります。サービスは、精神保健の個別化された治療計画であり、児童・思春期の利用者やその家族のストレングスを育てることを重視した治療の場でもある Wraparound 計画の一部として、柔軟性があるようにデザインされる必要があります。身体疾患に対するケアは、小児科医か家庭医のどちらかから、地域で受けられるようにしておきます。

3. **支援サービス (Supportive Services)** - ケアレベル4のケアマネジメントサービスは、児童・思春期対象者ならびにその家族の多面的なサービスへのニーズを調整するために提供されます。レクリエーション活動、授業後の仕事、教会のプログラムやその他の地域活動は、利用可能であれば自然発生的な家族支援や権利擁護プログラムや若者のエンパワメントプログラムに重点を置きながら、自然発生的な支援と臨床的な支援と文化的に適合した支援の段階付けられた連携を形成するために、Wraparound計画に組み込まれることがあります。家族は経済、住居、育児、職業や教育サービスに関して支援が必要なことが多いと思われます。これらは、児童・思春期の利用者の Wraparound 計画の一部に含めるべきです。家族を中心としたサービスであるべきで、その目標は、児童・思春期の利用者の家庭・地域生活を維持すること、もしくは利用者と家族・地域の再統合を実現することです。

4. **危機安定化・予防サービス (Crisis Stabilization and Prevention Services)** - ケアレベル4では、児童・思春期の利用者および家族は、児童精神科医や心理社会領域専門看護師 (psychosocial nurse) による直接の接触や相談を含む 24 時間体制の緊急評価と短期介入サービスを利用可能でなければなりません。危機サービスは機動性があべきで、ケアプランに統合されていなければなりません。危機サービスは、家族会のメンバーや若者のピアサポート専門家による訪問など、ケアシステムの多くの部門から提供されることもあります。サービスが重複しないよう注意してください。危機サービスの目標は、家族のストレンスを高め、より高いケアレベルへの移行を防ぐことです。

ケアレベル4では、家族に対して、危機の際に治療計画が実行されている間に、児童・思春期の利用者の世話から離れて休みをとり、“冷却期間”として休息ケア(respite care)が実施されることがあります。

Wraparound チームが児童・思春期利用者をケアレベル4においてマネージメントする能力は、チームのストレンスと人数だけでなく、利用者の年齢、体格、発達レベルにより決定されることがあります。自傷や他害のリスクが管理できないことは、CALOCUS において合計点が高いことによって示されている場合があります。このような時には、積極的な医学的モニタリングやマネージメントのために、より制限の強い環境へ移行したり、Wraparound プログラムを強化したりするべきです。

振り分け基準 (Placement Criteria)

一般的には、合計点が 20~22 点の児童・思春期の利用者が、ケアレベル4から治療を開始したり、上のケアレベルからケアレベル4へステップダウンしてきます。ケアレベル4に振り分けるということは、その児童・思春期の利用者は、より密度の高いサービスを必要としていないということか、もしくは、より上のケアレベルでの治療が完了しており、主には成果の維持に関して支援が求められているということを意味します。このケアレベルを検討するときには、児童・思春期の利用者の年齢、体格、マネージメントのしやすさと利用可能な家族や地域の資源が考慮されなければなりません。振り分けを決定は、文化的な理解のあるスタッフによって、もしくは文化的な理解のある専門家にコンサルトしてから、なされるべきです。

合計点 COMPOSITE SCORE (Level 4)

20 - 22

ケアレベル5：医学的観察付き居住型サービス Medically Monitored Residence Based

Services

このレベルにおける治療を行うことは、児童思春期の利用者や家族に必要な治療を集中的に提供できる安定した環境が不可欠であることを意味します。このケアレベルは、従来型のサービスでは、病院以外の居住型治療施設や治療のための里親の家などの環境で提供されてきました。同等のサービスが、少年院、特別な地域中心の全寮制の学校、地域移行ユニットを持つ病院でも提供されてきましたし、ホームレスや家庭内暴力回避のためのシェルターやその他の地域の施設でも提供されてきた可能性があります。もしもWraparound計画と治療資源が必要な高密度なサービスを制限の少ない環境で提供できるならば、子供の自宅でケアレベル5のサービスを提供することも可能です。ケアレベル5のサービスには、Wraparound計画の見直しや継続が含まれますし、子供が初めてサービスを利用する場合には、プログラムを決定できるWraparoundチームを結成し、ケアレベル4以下で治療を受けながら家族や地域へ子供を再統合するために家族の準備を整えるようなことも含まれます。地域移行計画とは、理想的にはケアレベル5での包括的なWraparound計画を修正し、ケアの継続性を保ち、制限の強いケアレベル5での子供の治療経験をより開放的な地域環境での治療に統合することを意味します。

1. ケア環境 (Care Environment) - レベル5のケアが施設で提供される場合には、生活空間は子供の発達段階に合わせて合理的な保護と安全を提供できるものでなければなりません。施設からの出入りが簡単できないような物理的障壁を用いることもあります。ケアレベル5の施設の扉は常時施錠されているわけではありません。スタッフの配置や治療関係が、施設や家庭における安全を守るための主要な手段となります。中等度の期間、攻撃的行動や危険行為を管理するために適切なスタッフの配置が必要となります（例えば、施錠をせずに隔離を行う安静室を観察するスタッフと、他の子供を監督するスタッフを配置できるような十分な人数が必要です）。利用者が教育を受けたり、レクリエーション活動に参加したりするための施設外への移動についていくスタッフを配置しておくことがレベル5では必須となります。

レベル5の施設は、できるだけ自宅から近くなくてはなりません。加えて、交通の便がよく（例えば、公共交通機関、学校、社会福祉事務所などから近い）、利用しやすい建物で（例えば、障害を持つ家族や特別な支援の必要なメンバーが使いやすいこと、子どもの遊び場所があること）、特別なサービスニーズにもこたえられるような（例えば、指導者のもとで両親も一緒に参加できるようなデイケア、外国語や聴覚障害への対応）施設でなければなりません。施設は、どの発達段階の利用者にとっても、家族にとっても安全で快適でなくてはなりません。

2. 臨床サービス (Clinical Services) - このケアレベルでは、居住施設においての、もしくは地域でケアレベル5相当のサービスを地域で提供するWraparound計画を用いての、児童・思春期の利用者のためのプログラムが、治療の中核となります。担当臨床家は利用者の経過を毎日評価し、必要に応じてバックアップスタッフに情報を提供する必要があります。児童精神科医が治療チームに入ることが必要で、児童精神科医が主担当臨床家でない場合には、重要な相談相手やスーパーバイズ役となり、チームと日々連絡をとりあい、24時間体制で相談にのれるようにしておきます。薬物療法は利用できるようにしておきます。治療方法には、個人療法、集団療法、家族療法が含まれますが、必要に応じて物質依存の治療が、主要な治療としてもしくは包括的な治療のひとつとして利用できるようにします。プライマリーケアが、包括的な一連のサービスの一部として利用できるようになっていなければなりません。入所施設で働いていたり、Wraparound計画にかかわっていたりする無資格で子供をケアするスタッフも治療チームの一員と考え、治療の計画立案から参加し、実際にスーパーバイズやトレーニングを受けながら、治療計画を進めていきます。同じように、親や子供のピアサポーターも、実際にスーパーバイズを受けながら、治療計画に参加していくべきです。これらのサポートを組み込んでいくために入所施設

と調整していくことが、このケアレベルにおけるWraparoundプロセスの重要な要素となります。スタッフやプログラムは文化的な配慮ができていなければならない、必要に応じて文化的適合性についてのコンサルテーションを求めます。治療は家族中心に考えることが大切です。自宅外に処遇されている児童・思春期の利用者の治療の目標は、適切なタイミングで家庭や地域に戻すことにあります。そのため、日々の臨床的評価の際に、地域への移行計画を検討することが必要となります。小児科医や家庭医による身体医学的治療は、地域で受けられるようにすべきで、入所施設での治療プログラムの一環として位置付けることが必要です。

3. 支援サービス (Supportive Services) - サービスの提供の主体がどこであっても、ケアレベル5のケアでは積極的なケースマネジメントが不可欠となります。ケアレベル5のプログラムを受けている児童・思春期の利用者は、日常生活において適切な監督を受ける必要があります。監督付の施設外外出、もしくは自宅中心のWraparoundプログラムによって地域社会への外出が提供される必要があります。施設やプログラムのスタッフや協力的な家族メンバーやその一家のチームとみなされる友人が基本的サポートサービス（レクリエーション、社会活動、教育活動、必要に応じて物質依存治療や自助グループへの付き添いなど）を提供します。住居、育児、経済、就労、学校といった問題への支援を家族は必要としているかもしれません。これらのサービスも、子供の個別化したサービス計画に統合されなければなりません。

4. 危機安定化・予防サービス (Crisis Stabilization and Prevention Services) - ケアレベル5の利用者は危機管理のために短期間の高密度なケアが必要となることがあります。その際には、児童精神科医や上級医の臨床的守備範囲内での指導のもと、緊急的薬物療法に加え、隔離や拘束が行われることもあります。隔離・拘束やその他の行動制限の開始と終了の条件について治療チームから家族に説明しておく必要があります。ディエスカレーションや安全な拘束は、そのための訓練を受けたスタッフによってのみ実施されるものですが、これは単なる治療の選択肢としてではなく、あくまで最終手段としてのみ用いられるべきものです。このような介入は、法律を順守し、職業倫理に則って行われなければなりません。

自傷や他害リスクの急性の悪化、もしくは急激な機能低下を治療チームが安全に管理できないならば、一時的により制限の強いケアが必要となるでしょう。CALOCUSの各評価軸の再評価を行えば、ケアレベル6のケアが必要という合計点になるかもしれません。より強い制限や高密度のサービスが居住施設やWraparound計画とは別の場所で提供される場合、関わっている全てのサービスのスタッフが、適切なタイミングで元のケアレベルに戻れるように家族と協力し計画を立てることが必要となります。加えて、治療計画は、利用者の変わりやすいニーズに合うようにその妥当性を見直されなければなりません。

振り分け基準 (Placement Criteria)

一般的に23-27点の子供がケアレベル5のサービスの対象となり、このレベルでの治療を開始したり、別のレベルから移動して来たりすることになるでしょう。ケアレベル5に割り当てられるということは、レベル5を超える高密度のサービスを必要としないということ、もしくはより高密度のサービスでの治療を適切に終え、主にその成果を維持することが必要であるということを示しています。ケアレベル5のサービスを検討する際には、児童・思春期の利用者の年齢、体格、マネジメントのしやすさと利用可能な家族や地域の資源が考慮されなければなりません。振り分けの決定は、文化的な理解のあるスタッフによって、もしくは文化的に理解のある専門家にコンサルトしてから、なされるべきです。

合計点 COMPOSITE SCORE (Level 5)

23 - 27

ケアレベル 6 医学的管理付き居住型サービス **Medically Managed Residential Services**

ケアレベル 6 のサービスは、一連のサービスシステムの中で最も制限が厳しく、必ずではありませんが最も高密度なケアレベルです。従来、レベル 6 のサービスは、病院や閉鎖環境での居住施設のような安全な施設で提供されてきました。もし児童の拘留/教育施設が、レベル 6 で必要とされる内科的かつ精神科的医療水準を維持できるのならば、これらの施設でのメンタルヘルスおよび医療サービスの集中的な利用を通じて、このケアレベルが利用されることもあります。もしメンタルヘルスおよび医療サービスが十分な体制で整っていて、安全対策も十分になされているのなら、利用者の自宅を含めた地域資源でも利用されることもあります。レベル 6 での効果的介入のためには、一般的には高い制限レベルが必要とされますが、制限によるマイナスの影響を最小限にするためには、可能な限り制限の期間や適応を減らすあらゆる努力が望まれます。

1. ケア環境 (Care Environment) - ほとんどの場合、レベル 6 のケアは閉鎖環境施設で提供されます。他の資源で提供するのならば、安全な環境を提供するためには閉鎖環境施設と同等の機能が必要です。隔離や拘束を行った状態で児童・思春期の利用者を観察するための十分なスタッフと、静かで危険な物が無い環境が必要です。施設とスタッフは、他者からの虐待行為も防止しなければなりません。レベル 6 での施設では、強制的なケアが提供可能でなければなりません。

レベル 6 での施設、またはその代わりとなる資源は、子供の自宅に可能な限り近くに位置しているべきです。さらにこれらの施設には、アクセスの良さ（例えば、公共交通機関、学校、社会福祉事業機関に近いなど）、適切な空間デザイン（例えば、障害を持つ家族や特別な支援の必要なメンバーが使いやすいこと、子どもの遊び場所があること）、そして特別なニーズへの対応（親が参加できる指導者付きデイケア、英語をはなさない、もしくは聴覚障害のある利用者への支援など）に配慮したものでなければなりません。施設は、あらゆる発達レベルの児童・思春期の利用者にとって、またその家族にとっても安全で快適でなければなりません。

2. 臨床サービス (Clinical Services) - ケアレベル 6 のサービスを必要としているあらゆる子供は、危機あるいはそれに近い状態にあると思われます。したがって、臨床サービスは、利用者、家族そして地域を保護するために、サービス密度と制限に関して最も高い水準でなければなりません。また臨床サービスは、包括的であり、緊急性のある安全面の問題に対処できるものでなければなりません。レベル 6 にある児童・思春期の利用者は、基本的に 24 時間の監視と観察を必要としています。治療には、薬物治療に加え、個人、集団、集中的な家族療法が含まれており、危機管理、機能レベルの回復、自傷・他害リスクの軽減を目的にしています。レベル 6 での物質乱用の治療は、社会的または医学的解毒目的の治療を含むかもしれません。必要なら作業療法やレクリエーションも役立つ場合があります。治療計画は家族中心のもので、攻撃性や自殺または自傷行為のマネジメントに対処できるものでなければなりません。小児科医や家庭医は、病院のある地域で必要な時に利用できなければなりません。

レベル 6 での治療は、Wraparound チームの一部である多職種チームによって提供されているケアを監督している児童青年精神科医がまとめていくことになるでしょう。もし、このレベルのケアが病院に基礎をおいたもので、Wraparound チームの精神科医がその病院に属していないのなら、病院に基盤をおいた精神科医はそのチームの精神科医から情報を受けるべきです。もし病院のようなプログラムを自宅でも実施可能であるのなら、児童・思春期における精神科的サービスや看護サービスは基本的に 24 時間利用可能でなければなりません。治療チームのリーダーである一員（例えば、児童青年精神科医、精神科看護師、もしくは他の上級臨床医）が、子供やその家族と日常的に接触しなければなりません。以前提供されていたケアをレベル 6 のサービスに統合するために、そのチームの児童青年精神科医は定期的に病院や家族、Wraparound チームにコンサルテーションをしなければいけません。より低いケアレベルに速やかに戻す

ことを目標に、利用者の状態評価を日常的に行うべきです。ケアレベルを下げる時には、児童・思春期の利用者やその家族のニーズにより、シンプルで、あるいは専門的な移行プランが必要になる場合もあります。レベル6のサービスを離れる全ての利用者には、ケアレベルを下げる際の問題点の予測と解決策を含めたより明確なクライシスプランがなければいけません。小児科医や家庭医による医療を地域の中で受けることができなければいけません。

3. 支援サービス (Supportive Services) - レベル6で治療を受ける子供には、生活と健康のために必要なものが提供されなければなりません。子供たちの法的、教育的、レクリエーション的、職業的、精神的なニーズを、個々のニーズと文化に従って評価されなければなりません。退院計画においては、社会的要因や文化的要因を考慮しなければなりません。まだ結成されていないのであれば、危機時やその後の支援を提供するために、子供や家族のストレングスを動員させる Wraparound チームを結成しなければなりません。子供に能力があれば、病院チームと Wraparound プロセスの両方において、治療計画の策定と一緒に参加するように勧めるべきです。家族は、経済、住居、保育、就労または教育に関するサービスを必要としている可能性が高いと思われます。より低いケアレベルに移行した後に提供されるサービスの調整は、レベル6のサービスを受けている間から始めなければなりません。退院のための計画には、児童・思春期の利用者が自宅や地域への再統合、および必要とされる社会的サービス、教育、未成年者審判やレクリエーション的な資源との連携が含まれなければなりません。Wraparound 計画には全ての支援サービスが組み込まれていなければなりません。

4. 危機安定化・予防サービス (Crisis Stabilization and Prevention Services) - ケアレベル6では、精神医学的もしくは身体医学的状态の変化に対する早急な対応が危機管理に含まれています。危機安定化には、児童青年精神科医や他の専門医の管理の元で、緊急時の薬物加療に加え、隔離や拘束による介入が含まれます。緊急時の身体医学的治療が、現場またはその近くで行えるようになっていなければならず、全てのスタッフは緊急時対応の訓練を受けておかなければなりません。

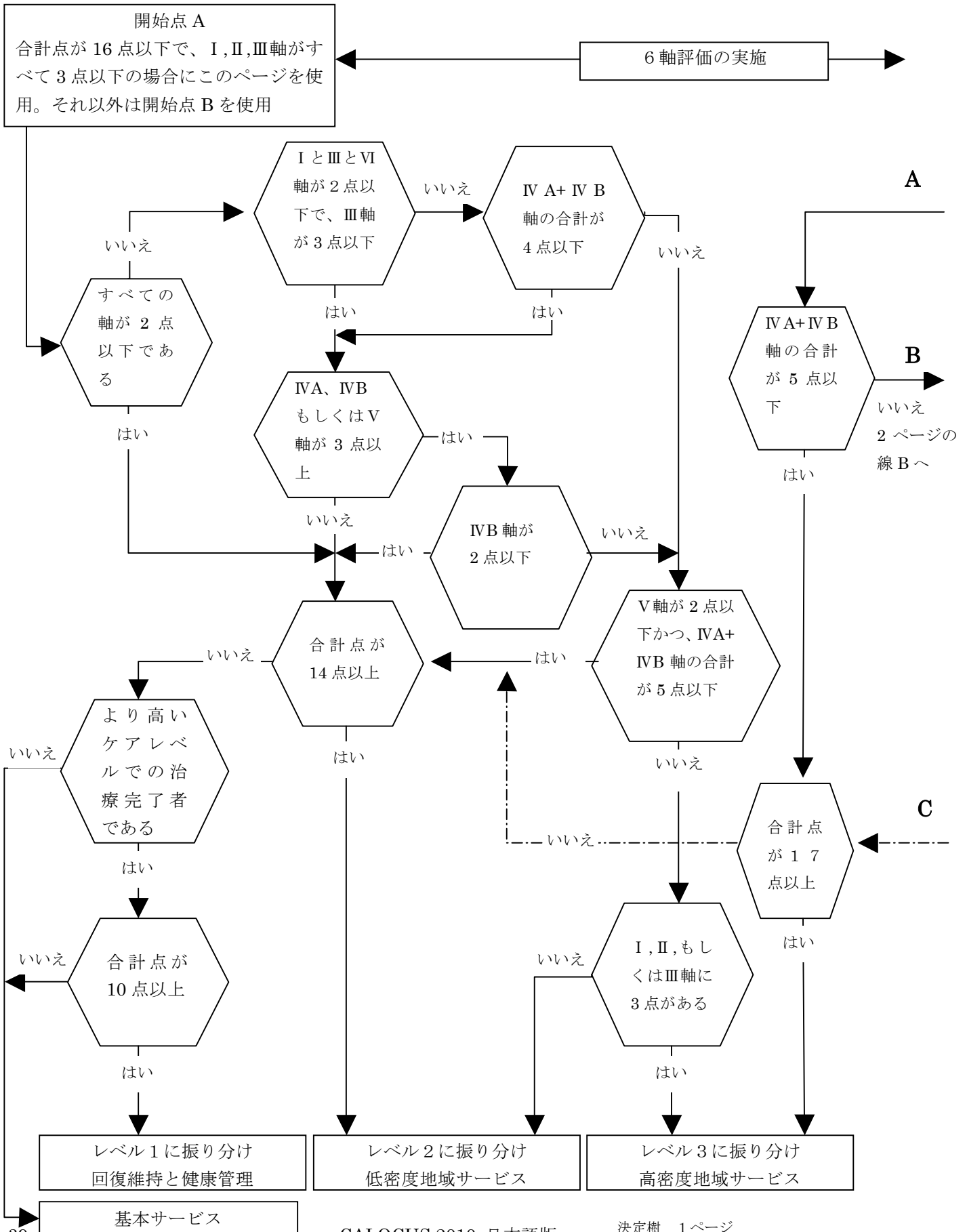
振り分け基準 (Placement Criteria)

28点以上の場合、ケアレベル6の治療の適応となります。このケアレベルでは、子供の年齢、体格やマネージメントのしやすさ、そして家族や利用可能な地域資源を考慮しなければいけません。振り分けの決定は、文化について理解のあるスタッフによって行われるか、文化的に理解のある専門家によるコンサルテーションを受けて行わなければなりません。

合計点 **COMPOSITE SCORE (Level 6)**

28 点以上

AACP ケアレベル決定樹



AACP ケアレベル決定表

ケアレベル 評価軸	回復維持と 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 地域サービス 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
	I. 自傷・他害・被害のおそれ	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3点 以下	④ 3
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 の合計点が 4点以下	IV A + IV B の合計点が 5点以下	IV A + IV B の合計点が 5点以下	3 ~ 4点	4点以上	4点以上
IV B. 回復環境 “支援”	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3点 以下	4点以上	4点以上
V. レジリエンスと治療歴	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3 ~ 4点	3点以上	4点以上
VI. 治療の受け入れと参加	2点 以下	2点 以下	3点 以下	3 ~ 4点	3点以上	4点以上
合計点	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

ケアレベル合計点表

ケアレベル	表記	合計点
0	予防と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	低密度地域サービス	14-16
3	高密度地域サービス	17-19
4	医学的観察付き地域サービス	20-22
5	医学的観察付き居住型サービス	23-27
6	医学的管理付き居住型サービス	28-35

CALOCUS ワークシート

評価者名 _____ 日付 _____

各軸で適切と思われる点数にチェックをつけ、右下に点数を書いてください。点数を合計し、ケアレベル決定表、もしくは決定樹を使って推奨ケアレベルを決めてください。

I 軸：自傷・他害・被害のおそれ <input type="checkbox"/> 1. 自傷・他害・被害のおそれが低い <input type="checkbox"/> 2. 自傷・他害・被害のおそれが少しある <input type="checkbox"/> 3. 自傷・他害・被害のおそれが中等度 <input type="checkbox"/> 4. 自傷・他害・被害のおそれが高い <input type="checkbox"/> 5. 自傷・他害・被害のおそれが極めて高い <p style="text-align: right;">点数 _____</p>	IV-B 支援環境下位尺度 <input type="checkbox"/> 1. 高度な支援環境 <input type="checkbox"/> 2. 支持的な支援環境 <input type="checkbox"/> 3. 限定的な支援環境 <input type="checkbox"/> 4. 最小限の支援環境 <input type="checkbox"/> 5. 支援がない環境 <p style="text-align: right;">点数 _____</p>
II 軸：生活・社会的機能 <input type="checkbox"/> 1. 機能低下がほとんどない <input type="checkbox"/> 2. 軽度の機能低下 <input type="checkbox"/> 3. 中等度の機能低下 <input type="checkbox"/> 4. 深刻な機能低下 <input type="checkbox"/> 5. 最重度の機能低下 <p style="text-align: right;">点数 _____</p>	V 軸：レジリエンスと治療歴 <input type="checkbox"/> 1. 最高のレジリエンス／治療反応 <input type="checkbox"/> 2. 明らかなレジリエンス／治療反応 <input type="checkbox"/> 3. 不明瞭なレジリエンス／治療反応 <input type="checkbox"/> 4. 低いレジリエンス／治療反応 <input type="checkbox"/> 5. レジリエンス／治療反応がほとんどない <p style="text-align: right;">点数 _____</p>
III 軸：併存症 <input type="checkbox"/> 1. 併存症なし <input type="checkbox"/> 2. 軽度の併存症 <input type="checkbox"/> 3. 明らかな併存症 <input type="checkbox"/> 4. 重度の併存症 <input type="checkbox"/> 5. 最重度の併存症 <p style="text-align: right;">点数 _____</p>	VI-A 軸：治療の受け入れと参加-子供 <input type="checkbox"/> 1. 最適 <input type="checkbox"/> 2. 協力的 <input type="checkbox"/> 3. 支障あり <input type="checkbox"/> 4. 対立的 <input type="checkbox"/> 5. 拒絶的 <p style="text-align: right;">点数 _____</p>
IV-A 軸 回復環境-環境ストレス <input type="checkbox"/> 1. 最小限のストレス環境 <input type="checkbox"/> 2. 軽度のストレス環境 <input type="checkbox"/> 3. 中等度のストレス環境 <input type="checkbox"/> 4. 強いストレス環境 <input type="checkbox"/> 5. 極度なストレス環境 <p style="text-align: right;">点数 _____</p>	VI-B 軸：治療の受け入れと参加-親/主養育者 <input type="checkbox"/> 1. 最適 <input type="checkbox"/> 2. 協力的 <input type="checkbox"/> 3. 支障あり <input type="checkbox"/> 4. 対立的 <input type="checkbox"/> 5. 拒絶的 <p style="text-align: right;">点数 _____</p>
合計点 	推奨ケアレベル

採点シート

子供のためのケアレベル活用システム (CALOCUS)

- A. 臨床的な推奨ケアレベル (CALOCUS の実施前に評定しておく) _____
- B. CALOCUS 合計点の計算 _____

評価軸	各軸の点数 (○をつける)					
1. 自傷・他害・被害のおそれ	1	2	3	4	5	_____
2. 生活・社会的機能	1	2	3	4*	5	_____
3. 併存症	1	2	3	4*	5	_____
4. 回復環境						
ストレス環境	1	2	3	4	5	_____
支援環境	1	2	3	4	5	_____
5. レジリエンスと治療歴	1	2	3	4	5	_____
6. 治療の受け入れと治療参加						
子供	1	2	3	4	5	_____
保護者	1	2	3	4	5	_____

注：太字は合計点に関わらず、自動的に高いケアレベルが決定する独立基準を示します。4点は、ケアレベル5（以上）への振り分け、5点はケアレベル6への振り分けになります。
 *= IV-A と IV-B の合計が2点であると独立基準は適応されない場合があります。

CALOCUS 合計点 (右の列を合計する) _____

C. CALOCUS による推奨ケアレベル (ケアレベル決定表と決定樹を参照) _____

D. 実際の (振り分け) ケアレベル _____

CALOCUS 推奨ケアレベルとの不一致の理由

患者／家族の名称： _____

採点日： _____ 評価者名： _____