

# 目次

第1章 本推進事業の目的と ABIT の開発.....	1
1. ABIT の紹介.....	2
2. ABIT の実施マニュアル.....	4
第2章 ABIT の開発と測定精度の検証.....	14
1. ABIT の開発目的と特徴.....	14
2. 生活困窮者の実態に関する調査（2017年度および2018年度の事業）.....	16
3. ABIT プロトタイプ版の開発（2019年度の事業）.....	18
4. ABIT 正式版の開発（今年度の事業）.....	31
5. 総括.....	44
第3章 住居のない生活困窮者の支援ニーズの通常業務での把握に関する実態調査	57
1. はじめに.....	57
2. 方法.....	58
3. 結果と考察.....	59
4. まとめ.....	78
第4章 福祉事務所ケースワーカー説明時を含めた ABIT の実施に関する実施者の 意見のまとめ.....	104
事業代表者.....	108
協力者・協力機関一覧.....	108



## 第1章 本推進事業の目的と ABIT の開発

中京大学現代社会学部 辻井正次

中京大学工学部 曾我部哲也

昨年度の推進事業を受け、実際に福祉事務所で活用できる、「日常生活支援住居施設」への入所が適切な要支援者を判定するための判定ツールの開発を進めてきた。

別紙のように、曾我部哲也が中心となり、SKEN（鈴木健志）が受託先となりタブレット開発を行った。タブレットは、知的障害や発達障害（特に発達性協調運動障害等の不器用さ）のある人や、高齢者が対象になるために、タブレットが簡便に利用できるように、開発を進めた。実際に福祉事務所のケースワーカーに試用してもらう機会なども経て、何度かの修正を重ねながらタブレットとして開発を行った。

タブレットの実際の仕様に向けての流れを、ABIT マニュアルの中で示す。また、ABIT の機能や役割を福祉事務所に理解してもらう啓発的な意味を含め、チラシを作成し、調査時に全国の福祉事務所に配布を行った。

本推進事業では、ABIT（生活困窮者等の要支援者の判定システム）の開発のみを目的とするのではなく、①ABIT の開発とともに、②ABIT が実際に臨床群を確実に抽出することができるのかといった、判定精度の検証を行っていくとともに、③実際の実施状況から ABIT の利用に関してのメリットと課題を明確にすること、④福祉事務所においてのこれまでの要支援者の判断をどのように行いどのような課題があるのかを明確にしていくことを行う。

コロナ禍のなかで、福祉事務所での実装が実質的に無理であった推進事業の実施期間であったが、実施可能な部分で生活困窮者支援や住居のない要支援者のための施策や政策立案に向けて有用な知見を明らかにすることに取り組む。

I. ABIT の紹介

# 日常生活支援住居施設にかかわる 要支援者評定システム



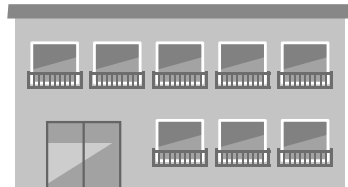
ABITは厚生労働省社会福祉推進事業で開発された判定ツールです。  
福祉事務所のケースワーカーの利用を想定しています。

生活保護受給者のうち、炊事・洗濯・掃除等の家事、服薬等の健康管理、金銭管理、人とのコミュニケーションなど、日常生活を送る上で課題のある方が地域の中で安定して暮らしていくためには、住居の確保だけでなく、その方の課題に応じた生活上の支援を行うことが必要となります。

## 日常生活支援住居施設における生活保護受給者の支援

それら生活上の支援については、認知症や障害者のグループホームや有料老人ホーム等のほか、**一般の住宅に住みながら利用可能な福祉サービス等**を活用を図るなど、様々な形態によって提供されています。

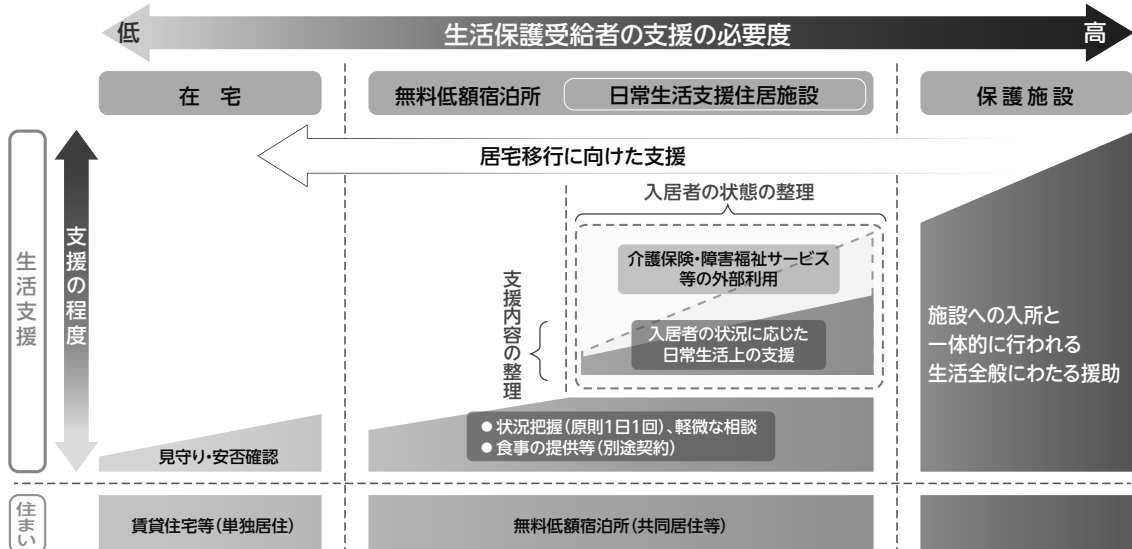
日常生活支援住居施設は、それらの利用可能な福祉サービスを活用しても居宅では日常生活を営むことが困難であり、社会福祉施設等の入所対象ともならない方が、**必要な支援を受けながら生活を送る場の一形態として位置づけられます。**



日常生活支援住居施設では、入居者が可能な限り居宅での生活へ復帰できることを目標に、ご本人の能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援を行います。

**対象の法的定義** 日常生活支援住居施設における支援対象者は、法律上の規定から「生活歴、職歴、居住歴及び現在の生活状況等から、居宅においては日常生活を営むことが困難であり、日常生活支援住居施設において提供される日常生活上の支援が必要であると総合的に判断される者」として定義されます。

**対象者の判断** 日常生活支援住居施設の対象者の判断については、「生活費の金銭管理、服薬等健康管理、炊事・洗濯・掃除等の家事能力、人とのコミュニケーション能力など生活能力全般」および、「他の利用しうる社会資源」の状況を踏まえて、「居宅において日常生活を営むことが困難であるかどうか」そして、「本人の生活を維持する上で日常生活支援住居施設で提供される日常生活上の支援が必要か否か」の2点により判断されます。

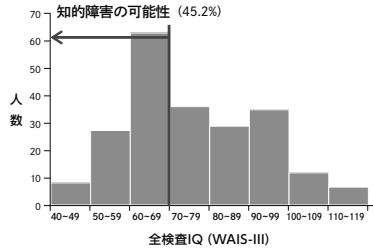


※無料低額宿泊所及び日常生活支援住居施設の位置づけについて、在宅生活と保護施設との関係性を整理したチャートであり、日常生活上の支援の提供については、他法のサービス活用など様々な形態があることに留意する必要があります。

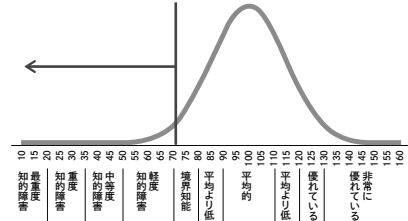
## ▶ 支援が必要な人を把握するために必要なこと

無料定額宿泊施設に入所していた人には支援を必要とする人が多い。  
(2017・2018年度厚生労働省社会福祉推進事業)

●知的能力面での支援を必要とする人が多い。(一般群では平均が100となるIQ分布の比較)

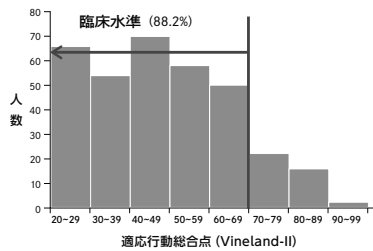


一般母集団におけるIQの理論的分布と知的段階の分類(参考)

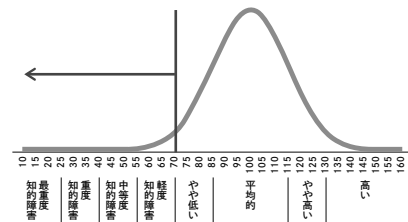


●日常生活上の適応行動に関する支援を必要とする人が多い。(一般群では平均が100となる得点分布の比較)

(適応行動総合点が70点を下回る場合、知的障害相当の得点で、支援を必要とすることを意味する)



Vineland-II適応行動尺度について  
領域標準得点・適応行動総合点の適応水準の分類



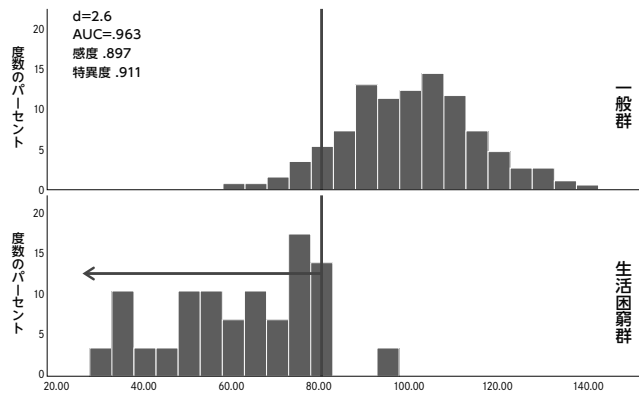
ABITの総合適応度評定では、知的機能、適応行動、メンタルヘルス、発達障害傾向を総合的に分析して得点化します。



ABITは支援が必要な人を、支援ニーズの分析を伴って科学的に判定することができます。

(2019年度厚生労働省社会福祉推進事業)

ABITの総合適応度評定における比較



## ▶ ABITの判定ツールとしての機能

- 所有時間約30分と効率的
- 経験の浅いスタッフでも実施可能

### アセスメント

#### 施設職員評定

- ① 適応行動評定機能
- ② ASD特性評定機能
- ③ ADHD特性評定機能
- ④ 統合失調症症状評定機能
- ⑤ 身体的健康評定機能

#### 当事者評定

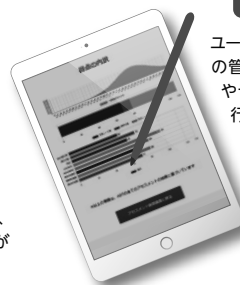
- ① 精神的健康評定機能
- ② 知的能力測定機能  
(数的処理能力・言語処理能力・視覚情報処理能力)

#### 総合適応度評定

各アセスメント機能で得られた各評定を総合的に評価して、要支援者(当事者)の適応度を評定します。評定は支援が必要な度合いを数値で表し画面表示されます。

### 情報の管理

ユーザー情報管理、データベースの管理だけでなく、質問項目やデータの新規作成・修正等を行っていくことができます。個人情報や情報データの管理については、各福祉事務所や自治体の個人情報保護ポリシーに従った設定を行います。



お問い合わせ先

中京大学 現代社会学部 辻井正次研究室  
〒470-0393 愛知県豊田市貝津町床立101 E-mail chukyo.tj.lab@gmail.com

## 2. ABIT の実施マニュアル

### 日住システムABIT クイックレファレンス

nlpc全台共通 2020/11/23 ver1.6

---

#### 1. 電源を入れる

---

- ① 本体横の電源ボタンを3秒くらい長押ししつづけ、指を離します。
- ② 数秒後、EPSONロゴが表示され、電源が入ります。



---

#### 2. 本体の停止方法

---

- ① 画面が消えている状態で（画面が消えていない場合は、本体の電源ボタンを一度押して画面を消してください）、本体の電源ボタンを押して画面を表示します。
- ② 表示された画面の下方向から上方向にスワイプし、ログイン画面を表示します。
- ③ 右下の電源ボタンアイコンをタップします。
- ④ シャットダウンをタップし電源を落とします。

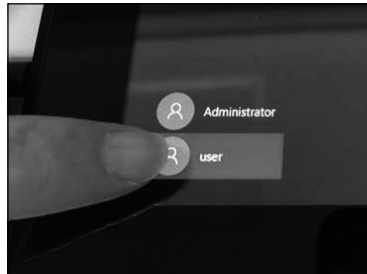


---

### 3. ログイン

---

- ① userをタップします。パスワードは別添えの資料をご確認ください。
- ② パスワード入力欄を1～2度タップすると、画面に仮想キーボードが表示されます。



### ? [ヒント] キーボードレイアウトを変更したい

---

スクリーンキーボードに表示されるキーボードアイコン（10インチタブレットの場合右下）を長押しすると、キーボードレイアウトを変更できます。使いやすいものを利用してください



#### 4. 日住システムABITの起動～当事者の基本情報の入力

- ① 3. のログイン後、しばらくすると日住システムABITが自動起動します。
- ② パスワードのみを入力し、ログインボタンをタップしてください。

日住システム ABIT ver2  
ログイン画面  
ログイン

検索者の方は、下記のフォームにユーザ名とパスワードを入力して、ログインしてください。

ユーザ名  
19011001

パスワード  
Password

ログイン

パスワードは tm5405 です。

日住システム ABIT ver2  
ホーム画面  
ホーム

検索者の方は、下の『基本情報の入力ボタン』より、当事者の性別、生年月日、インテーク日等の基本情報を入力し、検索を実行してください。

基本情報の入力

既に検索を終えた当事者の情報を閲覧したい場合は、下の『検索済みの当事者一覧ボタン』をタップしてください。

検索済みの当事者一覧

ログアウト

- ③ ホーム画面が表示されますので、基本情報の入力ボタンをタップしてください。
- ④ 基本情報入力画面が表示されますので、ケース番号、氏名、性別、生年月日、結婚歴を入力してください。

**注意 1** ケース番号は半角数字で入力してください  
**注意 2** 生年月日は8桁の半角数字で入力してください

<例>  
ケース番号  
12345678

氏名  
中京 太郎

性別  
男

生年月日 例：西暦1970年1月1日生まれの場合  
19700101

結婚歴  
既婚

以下のフォームに当事者の基本情報を入力してください。  
[\*] は必須です。

ケース番号\*  
氏名\* (姓・名の間に一文字あける。例：中京 太郎)  
性別  
男  
生年月日 (YYYYMMDD 例：1970年1月1日 19700101)  
結婚歴  
既婚

登録する

Copyright(C) 2019- Chukyo Univ. All Rights Reserved.

↓ 入力

以下のフォームに当事者の基本情報を入力してください。  
[\*] は必須です。

ケース番号\*  
12345678  
氏名\* (姓・名の間に一文字あける。例：中京 太郎)  
中京 太郎  
性別  
男  
生年月日 (YYYYMMDD 例：1970年1月1日 19700101)  
19700101  
結婚歴  
既婚

登録する

Copyright(C) 2019- Chukyo Univ. All Rights Reserved.



- ⑤ すべての項目の入力が完了したら、登録するボタンをタップしてください。
- ⑥ ユーザ作成完了画面が表示されますので、登録した当事者の評定を開始ボタンをタップしてください。

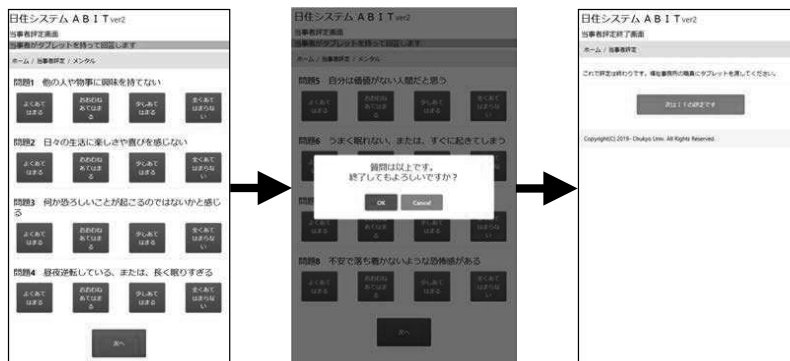
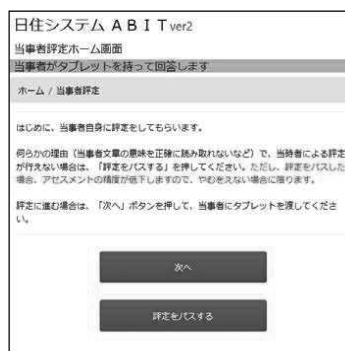


## 5. 評定の実施（当事者評定、IT、施設職員評定）

### ① 当事者評定

まずはじめに当事者自身に評定してもらいます。  
当事者自身でタブレットを操作して回答を行いますので、「次へボタン」をタップして当事者にタブレットを渡してください。

**注意** 何らかの理由で、当事者による評定がおこなえない場合は、「評定をパスする」をタップしてください。ただし、評定をパスした場合、アセスメントの精度が低下しますので、やむをえない場合に限りです。



全ての質問に回答をすると、「質問は以上です。終了してもよろしいですか?」と表示されます。「OKボタン」をタップして、タブレットを検査者に渡してください。

**注意** この時、当事者評定終了画面の「次はITの評定ですボタン」は、10秒程度経過したあとで、押すことができます。検査者は当事者からタブレットを受け取ってからこのボタンをタップしてください。

② I T

次に、当事者自身に次の3つの課題に取り組んでもらいます。

- ・記号探し（参照：補足事項2記号探しの注意点）
- ・算数
- ・共通点

この中の記号探しは、当事者自身でタブレットを操作して回答を行いますので、当事者にタブレットを渡してください。算数、共通点については、検査者が問題を読み上げて、当事者が回答をし、検査者はその回答を聞いて評価します。

**注意** 何らかの理由で、当事者による評価がおこなえない場合は、「評価をパスする」をタップしてください。ただし、評価をパスした場合、アセスメントの精度が低下しますので、やむをえない場合に限ります。

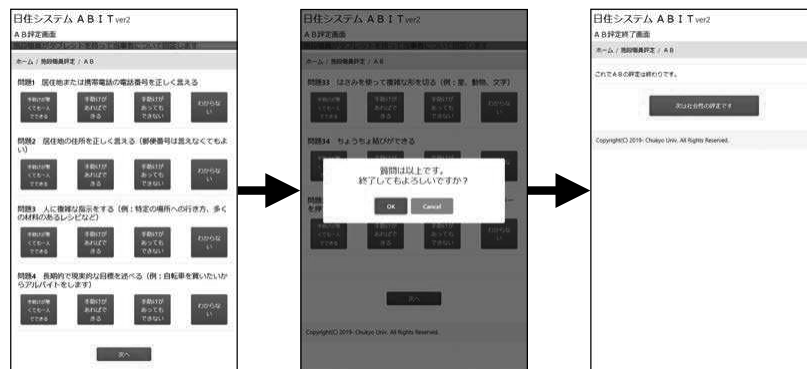
③ 施設職員評価

最後に、当事者の普段の様子をよく知っている施設職員に次の5つの評価をしてもらいます。

- ・AB（参照：補足事項3ABの注意点）
- ・社会性
- ・注意
- ・現実感
- ・身体的健康

これらは、無料定額宿泊施設の施設職員が行いますので、施設職員にタブレットを渡してください。

**注意** 施設職員評価はパスすることはできませんので、必ず実施してください。



④ 全ての評価が終了すると、次の画面が表示されます。検査者は「検査の終了ボタン」をタップしてください。



- ⑤ 評価終了画面が表示されます。「結果の表示ボタン」をタップして結果の表示にすすんでください。



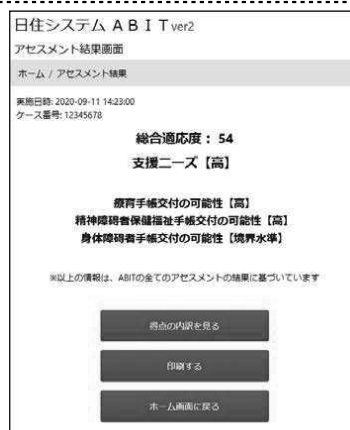
## 6. 結果の閲覧

- ① アセスメント結果画面が表示されます。

総合適応度と支援ニーズの度合いが表示され、各種手帳の交付の可能性の高さが表示されます。

各評価毎の得点を知りたい場合は、「得点の内訳を見るボタン」をタップしてください。

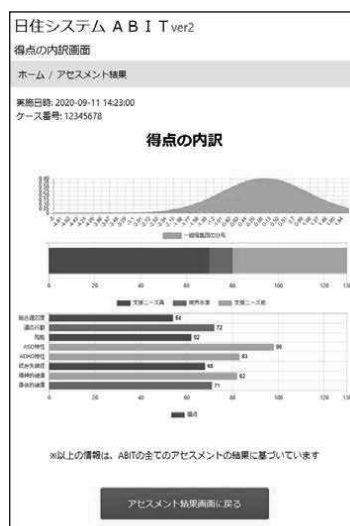
印刷を行う場合は「印刷ボタン」をタップしてください。また、ホーム画面に戻る場合は、「ホーム画面に戻るボタン」をタップしてください。



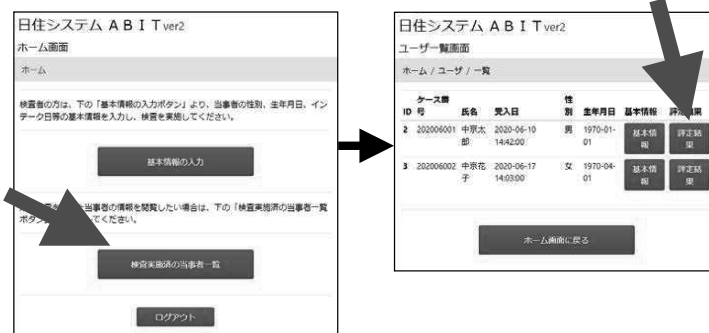
- ② 各評価毎の得点がグラフで表示されます。各グラフの右横の数値が得点です。色の濃さにより支援ニーズの高さを表し、70点未満の場合、ニーズが高いことを表します。

前画面のアセスメント結果画面に戻る場合は、「アセスメント結果画面に戻るボタン」をタップしてください。

以上で、評価および結果の閲覧は終了です。ホーム画面に戻るには、アセスメント結果画面の「ホーム画面に戻るボタン」をタップしてください。



- ③ 検査終了後に改めて結果を見たい場合は、ホーム画面の「検査実施済の当事者一覧ボタン」をタップしてユーザー一覧画面の「判定結果ボタン」をタップしてください。

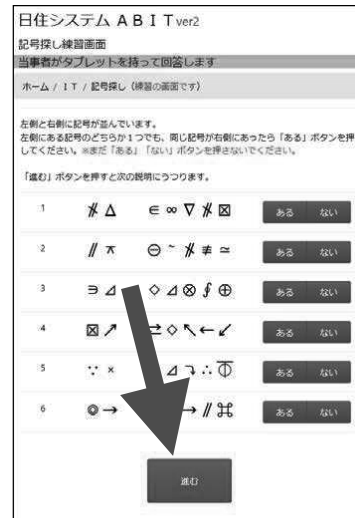


補足事項1 タブレットの操作全般について

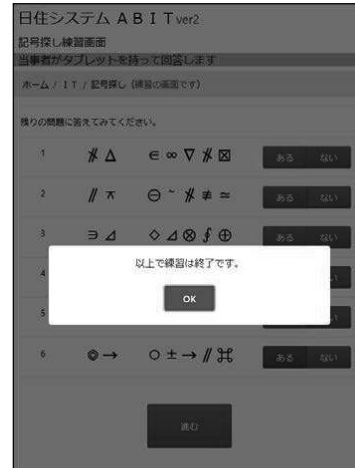
- ① 机に置きますと照明の真下などでは画面が見えにくくなることがあります。斜めに置いたり（八百屋置き）するなどご配慮くださると幸いです。また、画面が暗い場合は、ACアダプタを接続していただくと明るくなります。

補足事項2 記号探しの注意点

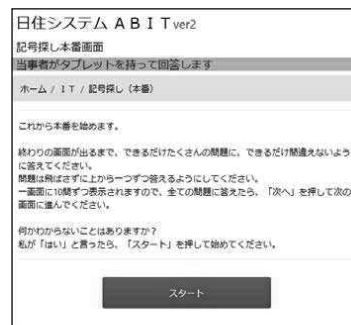
- ① 記号探しの練習画面  
記号探しの評価画面ではまずはじめに練習画面が出ます。まず下の進むをタップしてください。



- ② 練習画面が表示されます。説明を見ながら画面を実際に触ることができます。最後の3問は被験者が押して練習する事ができます。なお、本番では正誤は表示されません。



- ③ 練習が終わると、本番画面へ移行できます。  
スタートをタップすると開始します。  
制限時間は2分間です。

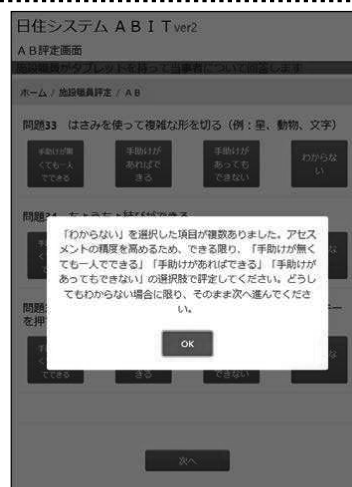


- ④ 制限時間が来るとテスト終了となります。「OKボタン」をタップしてください。

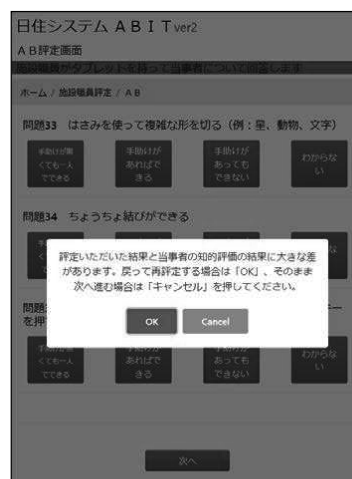


## 補足事項2 ABの注意点

- ① 施設職員によるAB評定では「わからない」が5つ以上あった場合、再度AB評定の1問目から見直してください。見直しても「わからない」が5つ以上ある場合、「OKボタン」をタップして再度見直すか、「Cancelボタン」をタップしてそのまま次に進んでください。



- ② 事前のIT評定の結果とAB評定の結果とに大きな乖離があった場合にも同様に、再度AB評定の1問目から見直してください。見直しても乖離ありに判定された場合、「OKボタン」をタップして再度見直すか、「Cancelボタン」をタップしてそのまま次に進んでください。



## 第2章 ABITの開発と測定精度の検証

中部大学 伊藤大幸

### 1. ABITの開発目的と特徴

近年、路上生活者を始めとする生活困窮者の増加が問題となっている。こうした生活困窮者の中には、知的障害、発達障害、精神疾患、身体疾患などにより、単身で自立した社会生活を送ることが困難な者が多く含まれることが明らかになっている。2020年10月には、こうした特有の困難さを有する生活困窮者の支援を目的とした「日常生活支援住居施設」の制度が開始された。これにあたり、各自治体の福祉事務所において多数の生活困窮者の支援ニーズを正確かつ簡便に判定する仕組みの整備が急務となっている。

これまで、こうした障害や疾患の症状を評価するためのアセスメントツールは多数開発されてきた。しかし、こうしたツールを生活困窮者の支援ニーズの把握に用いる上では、いくつかの問題がある。第一に、従来のツールは、個々の医学的診断のカテゴリ（知的障害、自閉症、統合失調症など）に対応する症状の評価を目的としているため、個人によって大きく状態像の異なる生活困窮者の支援ニーズを総合的に評価する目的には必ずしも適していない。例えば、個々の障害の症状では診断のカットオフ値に満たないものの、それらの症状の合併によって総合的に適応上の困難さが生じているケースが支援の枠から漏れてしまう可能性がある。

第二に、従来のツールの大部分は医師や臨床心理士などの専門家が使用することを前提として開発されており、福祉事務所の職員など専門的知識をもたない者が使用することはできない。また、こうしたツールの実施には長い時間を要するものが多い。例えば、知的障害の判定に用いられる知能検査（ウェクスラー式知能検査、ビネー式知能検査など）は、1回の実施および集計に2時間前後を要する。総合的なアセスメントのために複数のツールを実施するには、その数倍の時間を要する。このように、従来のツールの実施には多大な人的・時間的コストがかかり、現実的に福祉事務所での判定業務への導入は困難である。

これらの問題を解決するため、タブレット端末を利用した支援ニーズの判定ツール ABIT (Adaptive Behavior and Intelligence Test) を開発した。ABITは、従来、個別のツールを用いて評価する必要のあった知能、適応行動、発達障害症状、精神疾患症状、身体症状の各要素を単一のツールで評価できる包括的なアセスメント・パッケージであり、個々の要素の評価結果だけでなく、全ての要素の評価結果を合算した総合的な支援ニーズの指標（総合適応度）を算出するため、多様な状態像を示す生活困窮者の支援ニーズを漏らさず把握することができる。また、ABITは、臨床的な専門知識をもたない者であ



ってもタブレット端末の指示にしたがって容易にアセスメントを実施することができる。個々の要素の評価に用いられる検査項目は精選されており、評定結果の集計も端末上で瞬時に行われるため、表1に示す通り、実施に要する時間は全体で30分程度であり、従来のツールに比べ8分の1程度の時間で実施が可能である。

表1 従来のツールとABITの実施時間の比較

	従来のツール			ABIT	
	名称	形式	所要時間	形式	所要時間
知能	WAIS-IV	検査	90-120分	検査	15-20分
適応行動	Vineland-II	面接	60-90分	第三者評定	5分
ASD症状	PARS-TR	面接	20-30分	第三者評定	1分
ADHD症状	CAARS	第三者評定	4分	第三者評定	1分
統合失調症	PANSS	医師の評定	10分	第三者評定	1分
身体症状	SSS-8	本人評定	2分	第三者評定	1分
精神的健康	BDI-II	本人評定	20分	本人評定	2分
合計			206-276分		26-31分

図1に示したように、ABITは、個別の障害や疾患の症状を把握しようとする従来のアセスメントツールとは根本的に発想が異なる。従来のツールでは、個別の障害や疾患の有無を目的変数として、その予測精度を最大化することを目指してきた。ここでは、ツールの測定結果が、医学的に定義された障害・疾患のモデルとどの程度一致するかが問題とされる。一方、ABITでは、多様な要因の結果として生じる生活困窮という現実の不適応状態を目的変数として、どのような症状の組み合わせによってそれを最大限予測しうるかという発想に基づいて、総合的な支援ニーズ（生活困窮に陥るリスクの高さ）を表す総合適応度を算出する。この方法は、特定の疾患に関する医学的理論ではなく、経験的データにのみ基づいている以上、現代の日本において、どのような特徴を持つ者が生活困窮に陥りやすいのかという社会構造的な要因の影響を多分に受けるが、実際の支援においては、まさにその現代社会において生活困窮という不適応状態に陥りやすい特徴をどの程度有しているかを評価することこそが求められる。その意味で、純粹に経験的データにのみ基づいてアルゴリズムを開発するABITの発想は、データの更新を頻繁に行う必要性は生じるものの、これまで特定の医学的診断に適合しないために支援の枠組みから漏れていた生活困窮者にも支援を行き届かせる上で大きな貢献を果たすと考えられる。

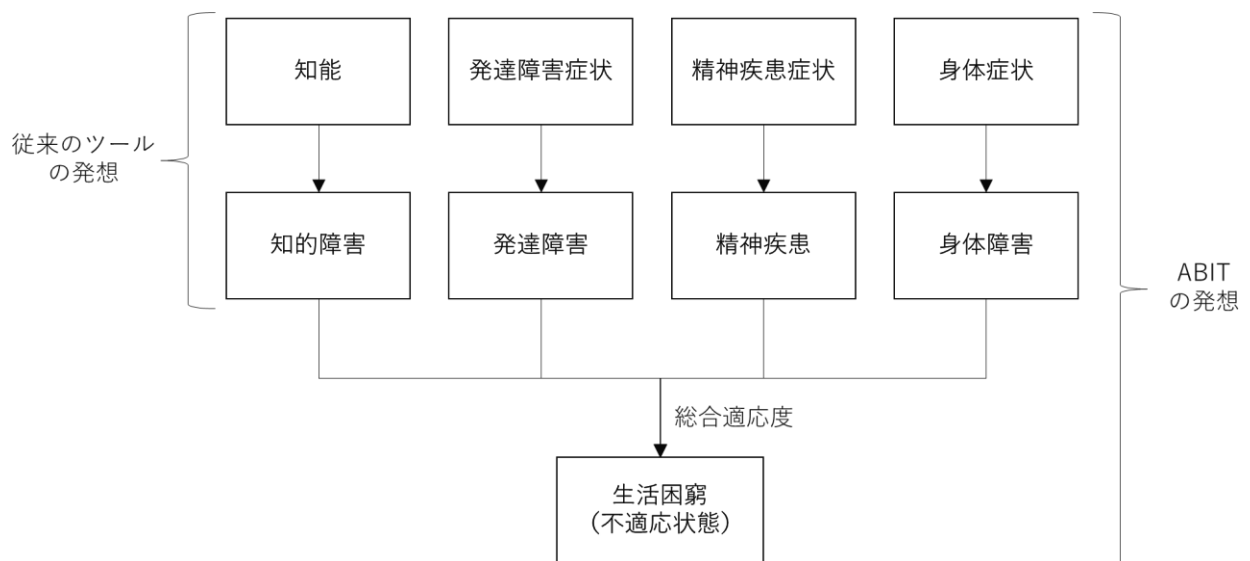


図1 従来のツールとABITの発想の違い

## 2. 生活困窮者の実態に関する調査（2017年度および2018年度の事業）

2017年度および2018年度の社会福祉推進事業では、無料低額宿泊所や救護施設などに入所する生活困窮者の実態を調査するため、生活困窮者が利用する全国の無料低額宿泊所（26箇所）および救護施設（18箇所）において調査を実施し、計520名の利用者からデータを得た。調査の結果、主に2つの点が明らかとなった。

第一に、無料低額宿泊所や救護施設の入所者の多くが、何らかの障害（知的障害、発達障害、精神障害、身体障害）に関連する症状を有していることが示された。知能指数（IQ）については56.4%、ASD特性については26.2%、ADHD特性については32.3%、抑うつについては22.2%、身体症状については25.1%がカットオフ値を越える（または下回る）スコアを示した。また、こうした多様な障害特性によって阻害される適応行動については、実に91.6%もの入所者がカットオフ値を下回る水準にあることが示された。こうした結果から、図2に示すように、適応行動の問題は、様々な環境要因や個人要因の共通のアウトカムとして捉えることができると考えられる。

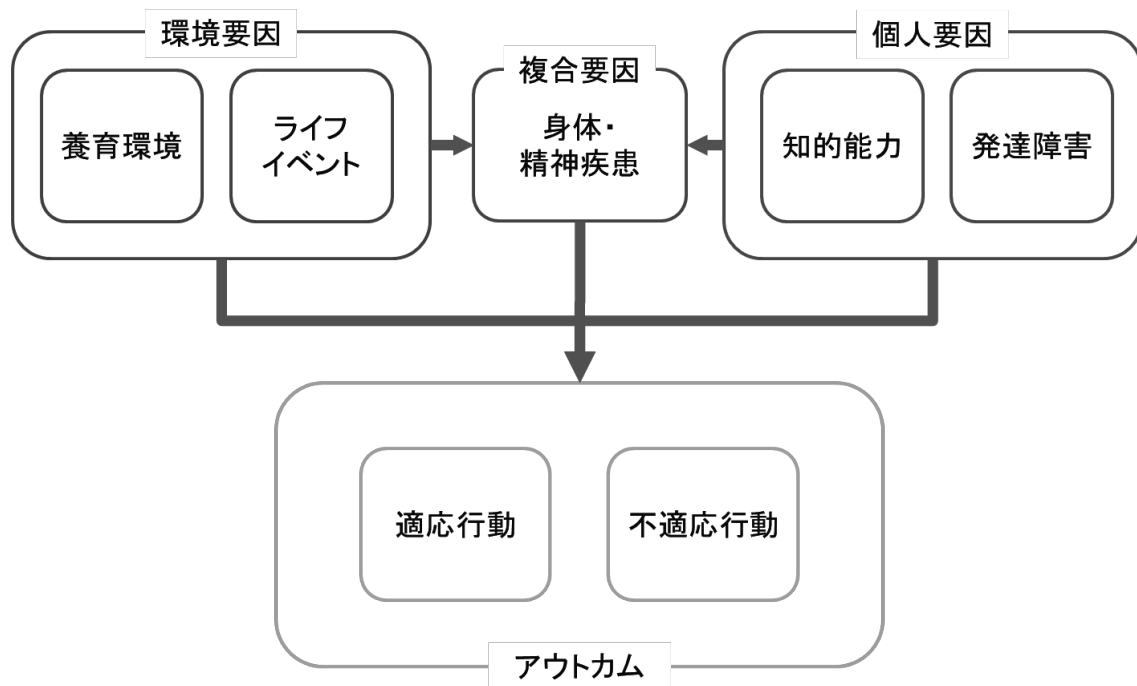


図 2 多様な要因によって生じる適応上の問題

第二に、無料低額宿泊所や救護施設の入所者の状態像は多様であり、上記の障害関連症状によって図 3 に示す 4 つのクラスターに分類されることが示された。そのうち、特別な支援の必要性が低い「症状なし群」は全体の 2 割弱に留まり、身体・精神症状を主要因とする「身体・精神症状群」も 2 割弱であった。残りの 6 割は軽度～中等度の知的障害によって特徴づけられ、その半数は発達障害症状も合併していた。図 4 に示したように、これらの 4 群のうち、「症状なし群」を除く 3 群では適応行動の平均得点が臨床水準（70 点未満）にあり、とりわけ知的障害と発達障害症状を合併する「知的障害＋発達障害群」で適応行動の水準が低いことが示された。こうした結果から、知的障害、発達障害、身体・精神症状という原因の違いがあっても、その結果としての適応上の問題を把握する上で適応行動が共通の指標となることが再確認された。

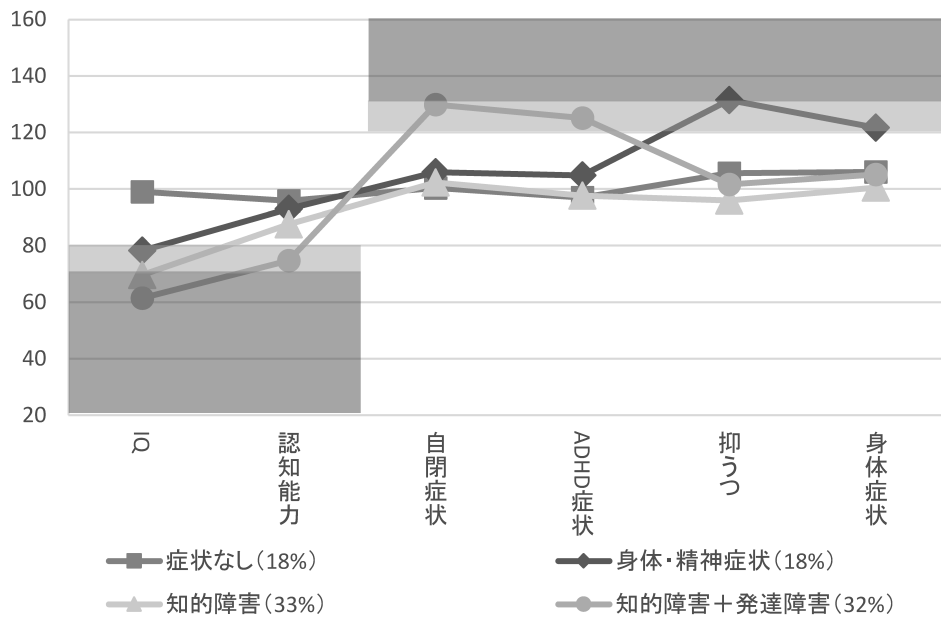


図 3 各クラスターの平均得点プロフィール（濃い灰色で示した領域は臨床水準、薄い灰色で示した領域は境界水準を意味する）

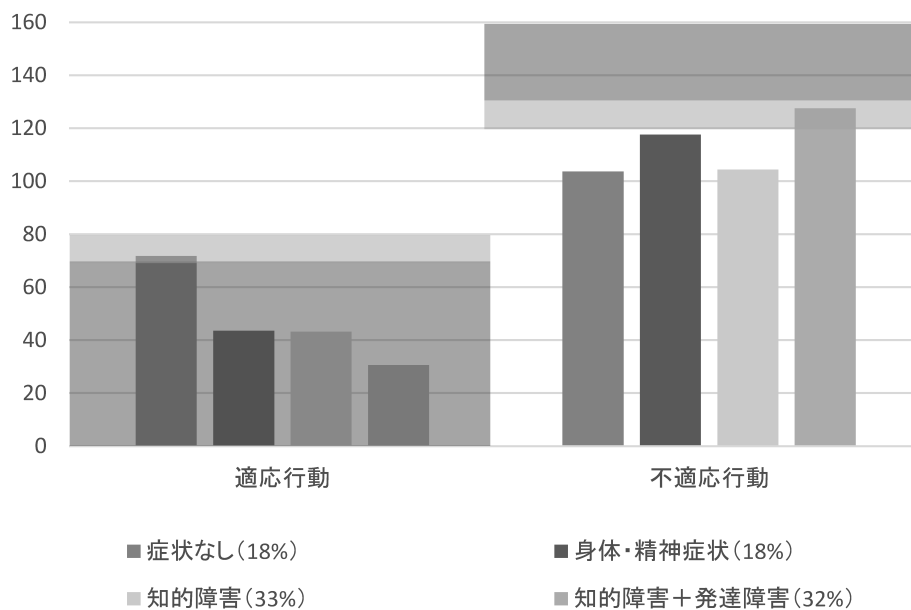


図 4 各クラスターにおける適応行動・不適応行動の平均値

### 3. ABIT プロトタイプ版の開発（2019年度の事業）

こうした調査結果を踏まえ、2019年度の社会福祉推進事業では、生活困窮者の多様な支援ニーズを簡便かつ包括的に評価しうるアセスメント・パッケージとしての ABIT（プロトタイプ版）の開発を試みた。

## (1) ABIT プロトタイプ版の構成

2018年度までの調査結果から、生活困窮者の支援ニーズを把握する上で、知的障害、発達障害、身体・精神症状などの多様な要因による共通のアウトカムとしての適応行動の評価が不可欠であることが示された。同時に、そうした適応の問題に影響を及ぼしている個人内要因を特定するため、知的能力、発達障害症状、身体症状、精神症状を評価することも重要である。これらの要因の指標が十分に高ければ、偶発的な環境要因ではなく比較的持続的な個人要因によって適応が阻害されていると考えられるため、特別な支援のニーズがあると判断することができる。また、前年度までの研究では、精神症状として抑うつのみを評価したが、救護施設や無料定額宿泊所の利用者には、抑うつだけでなく、統合失調症や不安障害の診断を有する者も一定数含まれることが示されたため、これらの精神疾患の症状も幅広く評価する必要性が明らかになった。

以上より、ABITでは、知能、適応行動、ASD症状、ADHD症状、統合失調症症状、身体症状、精神的健康（抑うつ、不安）の7領域を評価する構成を採用することとした（表1）。尺度の開発にあたっては、2018年度までの調査で使用した各尺度の内容や調査データ、その他複数の尺度を参考としたが、著作権に配慮し、個々の問題・質問項目は全て独自に作成した。開発の参考とした尺度は、以下の各項の中で取り上げる。なお、調査結果に基づいて項目の精選を行うため、プロトタイプ版には最終的に想定しているよりも多数の検査および質問項目を盛り込んだ。また、正式版のABITはタブレット端末上での実施を想定しているが、プロトタイプ段階では知能検査の一部尺度（記号）を除き、質問紙の形式を用いてテストを実施した。

### 知能

前年度までの調査データを使用し、WAIS-IIIの全検査IQを従属変数、各下位検査の得点を独立変数とする重回帰分析を行った。ただし、実施に際して事前の研修や特殊な検査用具が不可欠となる下位検査（絵画完成、積木模様、行列推理、絵画配列）は分析から除外した。その結果、7つの下位検査（単語、類似、算数、数唱、知識、理解、記号探し）が有意な正の効果を示したが、うち2つの下位検査（数唱、理解）は効果の推定値が小さかったため、これらを除いて再分析したところ、説明力（ $R^2$ ）はおおむね維持された（.898→880）。そこで、残り5つの下位検査（単語、類似、算数、知識、記号探し）を参考として、専門的知識のない介護者が実施・評定できるように内容を大幅に簡素化して、独自に5つの検査を開発した。

「単語」および「類似」を参考に作成した「意味」および「共通点」は、中間の評定を設定せず、正解か不正解の二択で判断できるようにするとともに、問題の内容も曖昧性・多義性が低く、正否の判断がしやすい項目を精選した。「記号探し」を参考に作成した「記

号」は、実施者による時間の計測や検査用紙の準備の必要性をなくすために、タブレット端末上で動作するプログラムを作成した。これにより説明や練習などの手続きも全てプログラム上で行うことができるため、実施者の事前研修の必要も生じない。いずれの下位検査についても、要支援者の判定に用いるという本検査の用途を考慮し、IQ70 を下回る成人の識別に適した比較的難易度の低い問題項目によって構成した。各下位検査の問題数は WAIS-III の半分から 3 分の 2 程度まで（意味 18 項目、数 11 項目、共通点 14 項目、知識 14 項目、記号 1 分）に留め、検査全体の所要時間が 3 分の 1 程度（20～30 分程度）に短縮されるよう配慮した。

### 適応行動

前年度までの調査データを用いて、Vineland-II の適応行動尺度の各項目（385 項目）の得点と適応行動総合点（全領域を総合した標準得点）および WAIS-III の全検査 IQ の相関係数を算出した。この適応行動総合点および全検査 IQ との相関係数を Fisher 変換した上で平均した値について、上位 50 項目を候補として抽出した。これらの項目について、施設入所から数ヶ月の段階で介護職員が正確に評定することが可能であるか否かを 5 名の臨床心理士によって判断し、正確な評定が難しいと判定された 10 項目（例：書いたものを提出前に自発的に推敲したり直したりする）を候補から除外した。候補として残った 40 項目を参考に、専門的知識のない介護者でも妥当な評定ができるよう、表現を平易にする、具体例を含める、評定基準を具体化するなどの工夫を加え、独自に 40 の質問項目を作成した。こうして作成された各項目について、手助けがなくてもできる（2）、手助けがあればできる（1）、手助けがあってもできない（0）の 3 件法で評定を求める形式とした。ただし、その行動を取ることができかどうか判断できない場合には、わからない（N）に評定するよう求めた。

### ASD 症状

前年度までの調査で使用した PARS-TR、ASD 特性の質問紙尺度として国内外で広く利用されている Social Responsiveness Scale（SRS; Constantino et al., 2003）、米国精神医学会の診断マニュアルである DSM-5（APA, 2013）を参考に、18 項目を独自に作成した。ASD の主症状である社会的コミュニケーションの障害および限局的な行動・興味（こだわり）の双方についてバランスよく項目が含まれるよう配慮した。専門的知識のない介護者が容易に評定できるように、具体例を豊富に記載した。各項目について、「よくあてはまる」（4）～「全くあてはまらない」（1）の 4 件法で評定を求める形式とした。

## ADHD 症状

前年度までの調査で使用した CAARS および米国精神医学会の診断マニュアル DSM-5 (APA, 2013) を参考に、18 項目を独自に作成した。ADHD の主症状である不注意および多動・衝動性に関する項目が均等に含まれるように構成した。専門的知識のない介護者が容易に評定できるように、具体例を豊富に記載した。各項目について、「よくあてはまる」(4) ~ 「全くあてはまらない」(1) の 4 件法で評定を求める形式とした。

## 統合失調症症状

統合失調症の質問紙尺度である PANSS および米国精神医学会の診断マニュアル DSM-5 (APA, 2013) を参考に、9 項目を独自に作成した。PANSS にならって、統合失調症の陽性症状（幻覚、妄想など）と陰性症状（無気力、思考のまとまりの欠如など）についての項目が均等に含まれるよう配慮した。専門的知識のない介護者にも評定ができるよう、外部から比較的明瞭に観察しやすい行動を中心に項目化するとともに、具体例を豊富に記載した。各項目について、「よくあてはまる」(4) ~ 「全くあてはまらない」(1) の 4 件法で評定を求める形式とした。

## 精神症状

前年度までの調査で使用した BDI-II に加え、抑うつ尺度である CES-D、不安の尺度である STAI および GAD、精神疾患のスクリーニング尺度である PHQ-9 および HADS を参考に、19 項目を独自に作成した。抑うつに関連する項目と不安に関連する項目がバランスよく含まれるよう構成した。各項目について、「よくあてはまる」(4) ~ 「全くあてはまらない」(1) の 4 件法で評定を求める形式とした。

## 身体症状

前年度までの調査で使用した SSS-8 に加え、身体症状の質問紙尺度である WHODAS および SF-36 を参考に、13 項目を独自に作成した。感覚器、運動器、神経系、内臓の疾患・障害や痛みに関する項目を幅広く含むよう構成された。各項目について、「顕著に見られ、生活への支障が大きい」(3)、「やや見られるが、生活への支障は大きくない」(2)、「全く見られない」(1) の 3 件法で評定を求める形式とした。

## (2) 調査の方法

一般母集団の分布に基づく標準化および測定の信頼性・妥当性の検証を行うため、全国の一般母集団サンプル（以下、一般群）および無料定額宿泊所の利用者（以下、生活困窮群）を対象に調査を実施した。一般群の参加者は、株式会社アスマークのモニターリクル

ートサービスを利用して集められた。当社が保有するモニターを対象に、調査の概要や実施時期・会場を告知し、参加の意思を示した者の中から、性別、年齢、居住地、最終学歴を考慮してサンプルを抽出し、20代から70代の324名（男性157名、女性164名）が参加した。生活困窮群については、仙台、東京、名古屋、大阪の各地域に位置する4つの無料定額宿泊所の利用者の中から、本調査への参加に同意した20代から70代の38名（男性32名、女性6名）が調査に参加した。一般群の参加者については、ABITのみを実施した。生活困窮群の参加者には、ABITに加え、基準関連妥当性の検証のために、WAIS-III（知能検査）およびVineland-II（適応行動尺度）を実施した。

### （3）調査の結果

#### 項目分析

ABITでは、全ての項目を独自に作成したため、はじめに個々の項目の精度を検証する項目分析を行った。各項目の精度は、一般群と生活困窮群の平均値の差（効果量）および修正済みI-T相関によって評価された。前年度までの調査で、個々の障害の症状や適応行動において、生活困窮群と一般母集団に顕著な差があることが示されているため、各項目がこれらの症状や適応行動をよく反映しているほど、効果量の値は大きくなることが予想される。つまり、一般群と生活困窮群の差の効果量は各項目の妥当性の指標として見ることができると示唆される。一方、修正済みI-T相関は、当該項目の得点と当該項目以外の全ての項目の合計点との相関であり、値が高いほど、その尺度の項目として有効に機能していることを示唆する。修正済みI-T相関は、例えば、その項目の意味内容や質問の意図が曖昧である場合など、ランダムな測定誤差によって低下することもあるが、その項目の得点とその尺度の他の項目とは別の概念を反映しているという系統的な誤差によっても低下する。つまり、修正済みI-T相関は、ランダムな測定誤差の小ささである信頼性と、系統的な誤差の小ささである妥当性の両方を反映する指標となる。

知能検査については、第一に、問題の難易度が低く、生活困窮群の平均値が高い項目において、一般群との識別力が低い傾向にあることが示された。こうした項目は、課題の序盤に配置された場合、心理的なプレッシャーを和らげる意義があるが、そうでない場合には測定の妥当性に貢献しないため、内容の調整を図る必要がある。第二に、検査の実施手順のブレ（追加質問を行うかどうかなど）によって測定の信頼性が損なわれている可能性が示唆された。実施手順をより明確化する、もしくは、ブレが生じにくい問題設定にするなどして解決を図る必要がある。第三に、全体として、「一般知識」の項目のI-T相関が低かった。これは多様な領域の雑学的知識を問うという課題の性質によるものと考えられ、問題数を増やすことによって解決が可能であるが、検査の簡便性とのバランスを考慮する必要がある。第四に、全体として、「意味」の項目において、生活困窮群と一般群の差が顕



著であった。この課題では、単語の意味を言葉で説明する必要があるため、基本的に語句レベルでの短い回答しか要求されない他の課題に比べ、知的能力の差が明確に表れやすかったと考えられる。ただ、今回は実施者の多くが一定の専門的知識を持った臨床心理士や大学院生であったため正否の判定を比較的正確に行うことができたと考えられるが、専門的知識を持たない者が実施した場合に同様の結果が得られるか否かは改めて検証する必要がある。

評定尺度（他者評定および自己評定）については、第一に、知能検査と同様、生活困窮群の平均値が高い項目（適応行動尺度以外では平均値が低い項目）において、一般群との識別力が低い傾向が見られた。こうした結果は、項目の妥当性の問題を反映している場合もあれば、無料定額宿泊所を利用する生活困窮者の特徴を反映している場合もあるため、項目内容に応じて対応を検討する必要があると示唆された。第二に、身体症状尺度については、一般群の方が得点の高い項目、生活困窮群の方が得点の高い項目、有意差が見られない項目に三分された。どの範囲までの対象者を想定するかを考慮しながら、内容の再構成を検討する必要性が示唆された。

## 標準化

次に一般群の得点分布に基づいて、尺度の標準化を行った。ここで標準化とは、尺度の測定値（粗点）を標準得点（母集団における相対的位置を表す得点）に換算する基準（ノルム）を設定する手続きを意味する。標準化の手続きには様々な方法が存在する。最も単純な方法は、測定値（粗点）から平均値を引き、標準偏差で割る方法であり、これによって算出された標準得点は $z$ 得点とも呼ばれる。この方法は、正規分布に従うデータを、標準正規分布（平均0、標準偏差1の正規分布）に従うように線形変換するものであるため、元のデータが正規分布に従わない場合には、分布上の相対的位置を正確に反映する数値にはならない。例えば、0という $z$ 得点（分布上の平均値）は、元のデータが正規分布に従う場合、分布における中央値と一致する。つまり分布全体の中で下から50%の位置にあることを意味する。しかし、仮に元のデータが右に裾の長い分布を成している場合、分布の平均値は中央値よりも大きな値を取るため、0という $z$ 得点が50%よりも大きいパーセンタイル順位を取ることになる。同様に、0以外の $z$ 得点についても、分布の歪みの程度によって、標準正規分布上の期待値とは異なる相対的位置を表すことになる。

標準得点の利点は、それによって分布の相対的位置を知ることができる点にあるが、データの分布の形状によって標準得点とパーセンタイル順位の対応関係が変化するのであれば、この利点が消えてしまう。こうした問題を防ぐため、知能検査や適応行動尺度の多くは、何らかの方法で元のデータ分布を正規分布に従うように変換した上で、標準得点に換算する方法を取っている。ここでは以下に示す方法によって標準得点への変換を行った。

図 5.1 は知能検査を構成する 4 つの下位検査の合計点の分布を示している。分布のピークは 45~50 付近にあるが、左に裾の長い分布を形成しており、平均値は 44.68 となっている。図 5.2 はこの分布に基づいて作成された Q-Q (quantile-quantile) プロットである。Q-Q プロットは、分布の正規性を確認するために用いられるグラフであり、横軸に観測値 (粗点)、縦軸にパーセンタイル順位に基づく標準正規分布上の分位点を取る。縦軸の値は、まず個々の観測値のデータ分布上のパーセンタイル順位を求め、そのパーセンタイル順位を標準正規分布上の分位点 (そのパーセンタイル順位に対応する標準正規分布上の得点) に変換することによって得られる。データが正規分布に従う場合、Q-Q プロットは直線に並ぶ。しかし、図 5.2 を見ると、観測値が上昇するにつれて、プロットの傾きが徐々に大きくなっており、データが正規分布を成していないことがわかる。このことは、低得点域に比べ、高得点域において、データの散らばりが小さくなっていることを意味する。このことは、図 5.1 のデータ分布を見ても明らかである。低得点域では分布の密度が小さいが、高得点域では分布の密度が濃くなっている。

この Q-Q プロットに基づいて、個々の観測値を標準正規分布上の分位点に換算すれば、データを標準正規分布に従うように変換することができる。しかし、このプロットは今回のサンプル調査によって得られたものであり、ある一定のサンプル変動を含んでいる。実際に、図 5.2 を見ると、わずかではあるがプロットの推移には不規則な上下の変動が見られる。また、図 5.2 に△で示した点は、プロット全体の推移から外れている。Q-Q プロットの端に位置する点は、観測数が非常に少ないため (今回は 1)、ランダムなサンプル変動の影響を特に受けやすい。

こうしたサンプル変動の影響を緩和するため、局所的重みづけ散布図平滑化 (locally weighted scatterplot smoothing: LOESS) を用いた平滑化処理を行った。LOESS では、周辺データの情報を用いて、サンプル変動によるノイズを取り除いた真の値の推定を図る。図 5.2 の点線が、LOESS によって推定された平滑化曲線である。ただし、平滑化にあたって、上述の外れ値 (△で示した点) はデータに含めなかった。また、LOESS ではどの範囲のデータ点を用いて推定を行うかを指定することができる。範囲を広げると、曲線は平滑になるが、推定のバイアス (実データとの隔たり) が生じる可能性が大きくなる。ここでは範囲を 5 から一つずつ広げていき、実データのプロットから大きく離れない範囲で、できる限り曲線が平滑になる点を探索した。その結果、範囲を 25 にしたところで、図 5.2 のような平滑な曲線が得られたため、これを採用した。

LOESS は、サンプル変動を取り除くことに加え、データが存在しない範囲への外挿 (観測されたデータをもとに、データの範囲外の予測値を求めること) が可能であるという利点を併せ持つ。一般に、知能検査や適応行動尺度では、一般母集団から抽出されたサンプルを用いて標準得点の基準を設定するが、こうしたサンプルでは極端な低得点が観測され

ないことが多いため、外挿による推定が不可欠となる。ここではデータ上の最小値の 19（上記の外れ値を除く）を下回る範囲を外挿によって推定した。

こうして推定された曲線を基準（ノルム）として、各個人の粗点を標準得点に換算した。ウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度にならって、平均が 100、標準偏差が 15 の正規分布となるよう、標準正規分布上の分位点に 15 を掛け、100 を足した上で整数化した。その分布を図 5.3 に示す。実際に、標準得点の平均値は 100.61、標準偏差は 15.186 という値を示しており、正規分布変換が正常に行われたことが見て取れる。他の尺度についても同様の方法で標準化処理を行った。

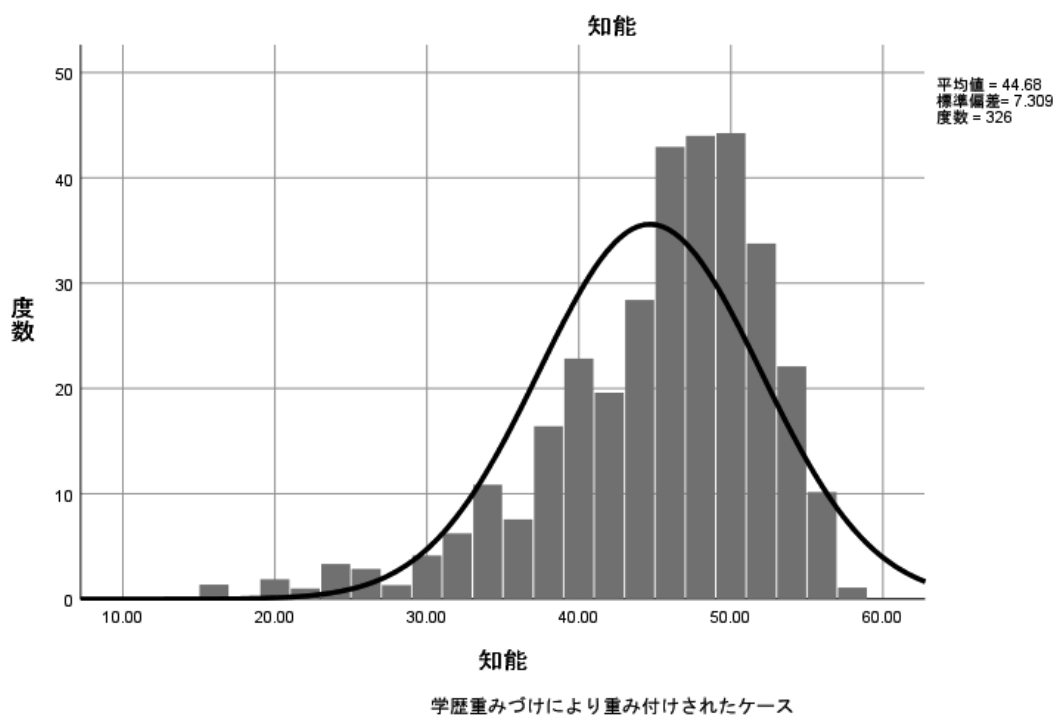


図 5.1 知能検査合計点のヒストグラム

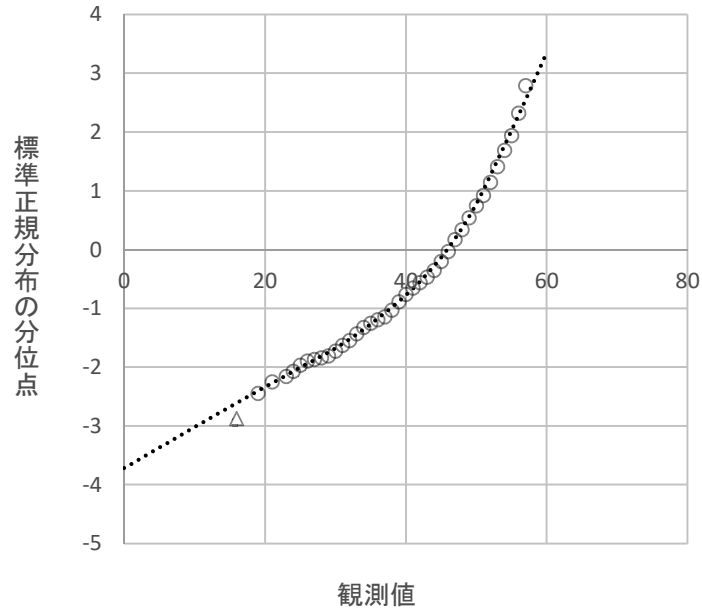


図 5.2 知能検査合計点の Q-Q プロット (○および△が実データに基づくプロット、点線が LOESS による平滑化曲線を示す。ただし、△のデータ点は外れ値として平滑化処理に含めなかった。)

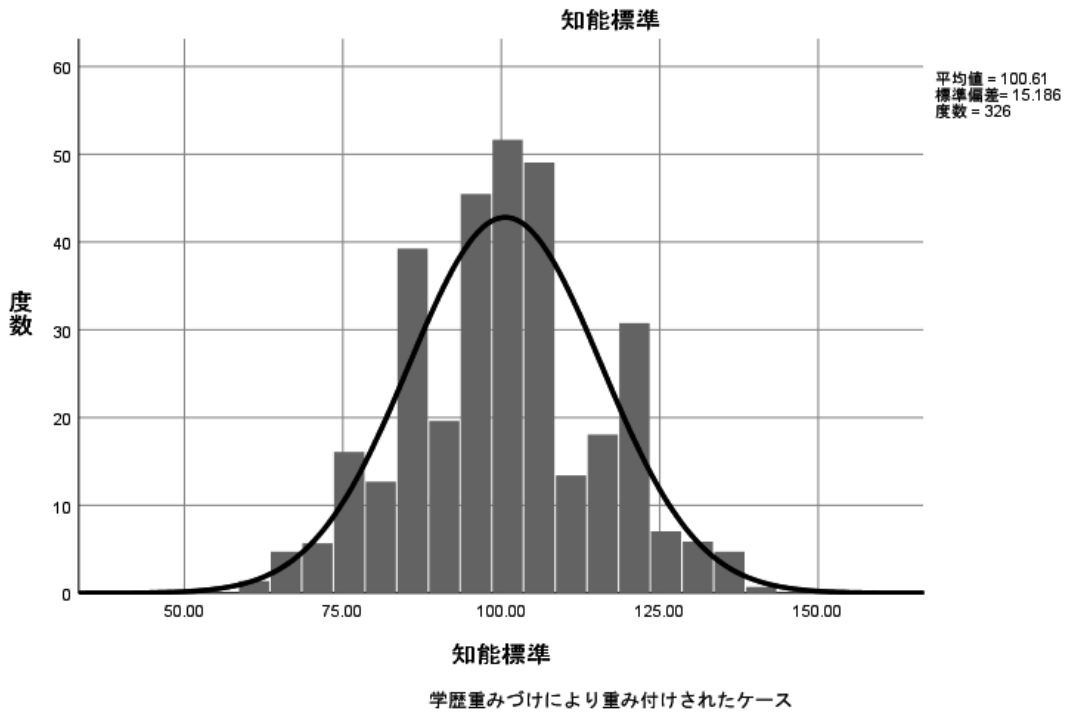


図 5.3 知能検査標準得点のヒストグラム

## 信頼性

各尺度の信頼性を内的整合性の観点から検証した。信頼性は、尺度のランダムな測定誤差の小ささであり、測定値の安定性と言い換えることもできる。表 2 に、一般群および生活困窮群をプールしたデータにおける各尺度の  $\alpha$  係数と、それに基づいて算出した測定標準誤差および 90%信頼区間を示す。 $\alpha$  係数は、身体症状尺度のみがやや低い値を示しているが、これは第 1 項で見たようなフロア効果の影響が大きいと考えられる。他の尺度については、おおむね十分な内的整合性が確認された。測定標準誤差は、測定値のランダム誤差の標準偏差の推定値であり、信頼性係数の推定値（ここでは  $\alpha$  係数）が大きいほど小さな値を示す。測定標準誤差に基づいて算出される 90%信頼区間は、仮に測定を同条件で多数回繰り返したときに真の得点が 90%の頻度で含まれる範囲を意味する。 $\alpha$  係数が .90 を超える尺度では 90%信頼区間の幅が  $0.5SD$  (7.5) 以下に留まっており、比較的高い精度で測定を行えることが示されている。

表 2 各尺度の信頼性および測定誤差

	$\alpha$ 係数	測定標準誤差	90%信頼区間
知能	.910	4.50	$\pm 7$
意味	.834		
数	.749		
共通点	.759		
一般知識	.734		
適応行動	.932	3.90	$\pm 6$
ASD特性	.917	4.31	$\pm 7$
ADHD特性	.909	4.53	$\pm 7$
統合失調症症状	.854	5.73	$\pm 9$
身体症状	.715	8.00	$\pm 13$
精神症状	.921	4.22	$\pm 7$

## 一般群と生活困窮群の差異

各尺度の標準得点について、一般群と生活困窮群の間で各尺度の標準得点の分布にどの程度の差異が見られるかを検証した。一般群および生活困窮群のヒストグラムを付録に示す。いずれの下位尺度についても生活困窮群は一般群よりも低得点を示す者の割合が高く、ABIT の得点が生活困窮者の多様な支援ニーズを反映していることを表している。これらの結果は、従来のツールを利用した前年度までの調査結果とおおむね一致しており、大幅な実施時間の短縮にもかかわらず、ABIT が従来のツールと遜色のない妥当性を有することを示唆している。

しかし、いずれの尺度も単体では一般群と生活困窮群を十分な精度で識別できていない。

医学的診断で広く用いられるカットオフ値である 70（一般群における平均 - 2 SD にあたる値）を採用した場合、感度（生活困窮群のうちカットオフ値を下回る者の割合）は最も高いもので「知能」の.488であり、次に「適応行動」の.372が続き、その他の下位尺度は.140～.233という値に留まっている。この結果は、生活困窮者の支援ニーズが多様であるために（前年度までの調査結果を参照）、個々の要素ごとの評価だけでは支援ニーズを十分に拾いきれない可能性を示している。

#### 判別分析に基づく合成得点の算出

いずれの尺度も単体では一般群と生活困窮群を十分な精度で識別できないという上記の結果を踏まえ、これらの7尺度を組み合わせた合成得点としての「総合適応度」を算出するアルゴリズムを開発した。群（一般群 vs. 生活困窮群）を目的変数、7尺度の標準得点（知能については、下位尺度である記号、数、共通点の標準得点を使用）を説明変数とした判別分析により、一般群と生活困窮群の識別精度を最大化する各変数の重みづけ係数（判別係数）を得た（表3）。ステップワイズ法による変数選択の結果、ASD症状、ADHD症状、身体症状については分析から除外されたため、合成得点の算出には含めないこととした。分析に使用された残り6つの尺度について、判別係数を掛け合わせた上で合計した上で、個々の尺度得点と同様に一般群の平均値が100、標準偏差が15となるように標準化し、合成得点（総合適応度）を算出した。

表3 判別分析によって得られた各尺度の判別係数

	判別係数
記号（知能）	.283
数（知能）	.249
共通点（知能）	.215
適応行動	.487
統合失調症	.136
ASD症状 <sup>1</sup>	
ADHD症状 <sup>1</sup>	
身体症状 <sup>1</sup>	
精神的健康	.426
正準相関	.721

<sup>1</sup>ステップワイズ法により分析から除外されたため、係数が算出されていない。

一般群と生活困窮群の総合適応度の分布を図6に示す。両群の分布は大きく離れており、個々の尺度得点（図3～図5.3）に比べて、大幅に識別精度が向上していることが見て取

れる。

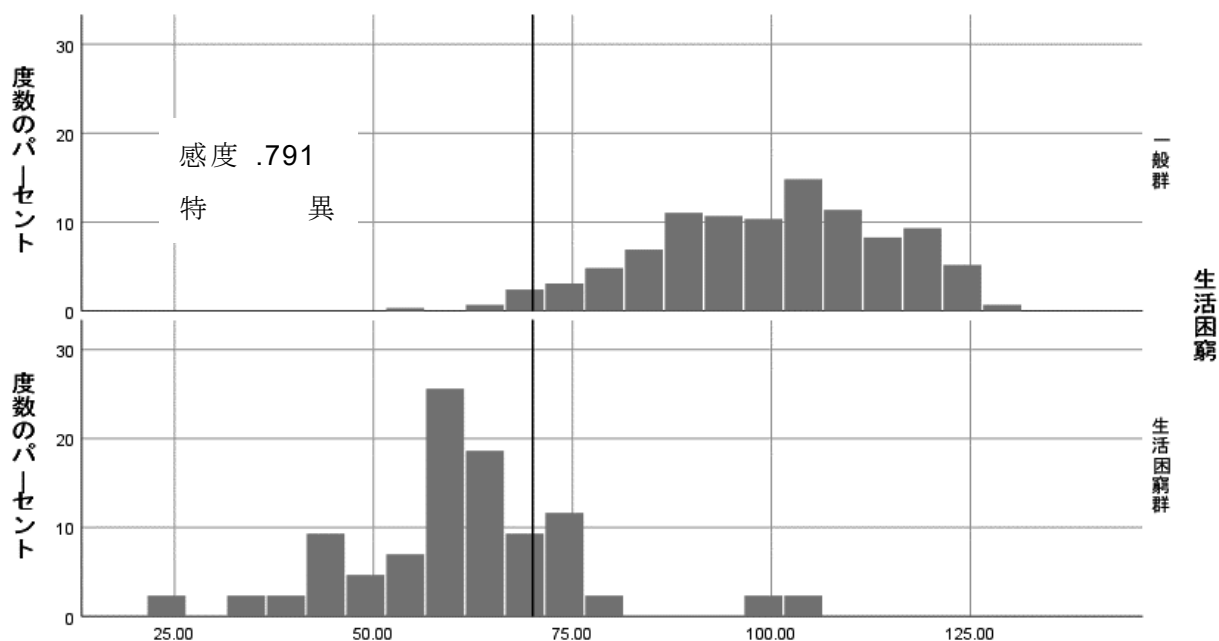


図6 各群における「総合適応度」のヒストグラム

識別精度についてより詳細に検証するため、ROC 分析を行った。ROC 分析では、予測に用いる変数（ここでは総合適応度）のカットオフ値を変化させていったときに、結果変数を識別する精度（感度・特異度）がどのように変化するかを検証する分析である。識別の精度は感度と特異度という2つの側面から評価される。感度とは、結果変数が陽性（今回は生活困窮群）である対象者を、予測変数が正しく陽性と判定した割合である。特異度とは、結果変数が陰性（今回は一般群）である対象者を、予測変数が正しく陰性と判定した割合である。一般に、カットオフ値を高めていくにつれ、感度は低下し、特異度は上昇する。つまり、感度と特異度はトレードオフの関係にある。

結果を図7および表4に示す。図7はROC曲線と呼ばれるグラフであり、横軸に1-特異度、縦軸に感度を取り、カットオフ値を1単位ずつ変化させたときの推移を示したものである。この曲線の下側の面積（Area under the Curve: AUC）が大きいほど（つまり、曲線が左上側に張り付いているほど）、尺度の識別力が高いことを意味する。個々の尺度得点に比べ、総合適応度のROC曲線が最も左上側に位置し、AUCの値も高いことが見て取れる。一般に、AUCが0.5~0.7で低い、0.7~0.9で中程度、0.9以上で高い識別性能を持つと判断されるが、総合適応度のみが.964という高い識別性能を持つことが示された。70をカットオフ値としたときの感度は.791であり、生活困窮者の約8割を一般群と識別しうることが示された。

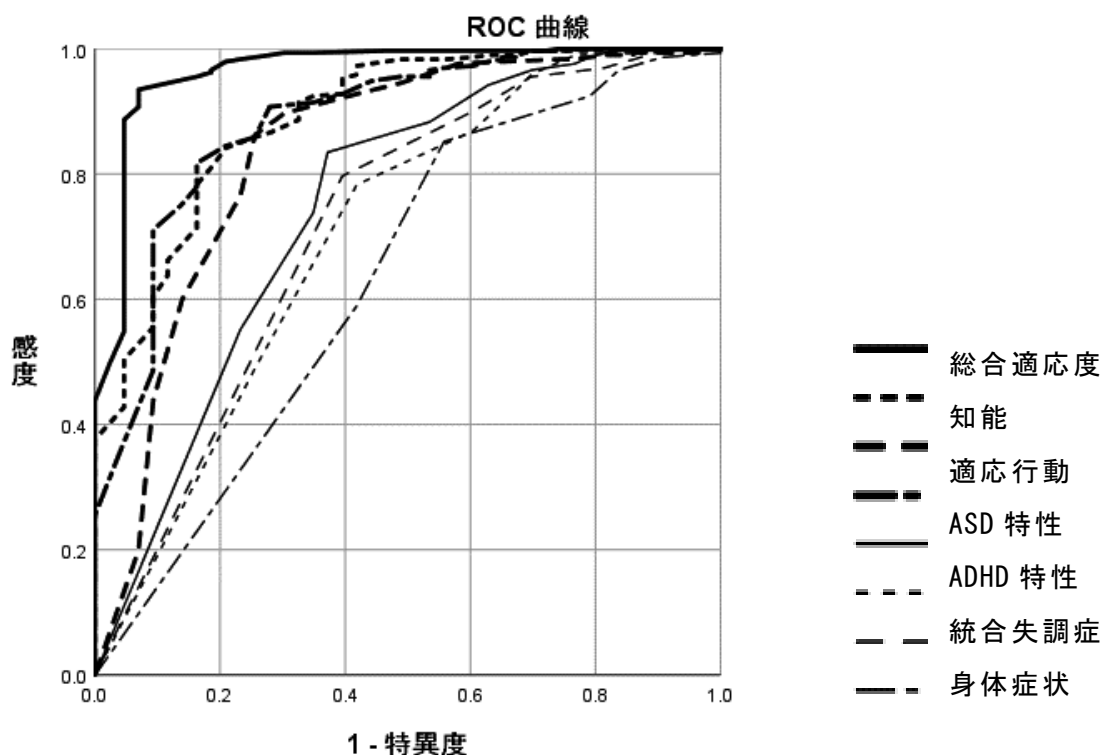


図7 一般群と生活困窮群の識別における各尺度のROC曲線

表4 一般群と生活困窮群の識別に関するROC分析の結果

	AUC	SE	感度	特異度
総合適応度	<b>.964</b>	<b>.017</b>	<b>.791</b>	<b>.979</b>
知能	.891	.027	.512	.983
適応行動	.897	.028	.372	.979
ASD特性	.748	.046	.233	.976
ADHD特性	.704	.048	.233	.990
統合失調症	.717	.047	.140	.983
身体症状	.635	.051	.163	.966
精神的健康	.836	.040	.233	.983

注:感度・特異度は70をカットオフ値とした場合の値

こうしたパッケージ化による測定精度の向上は、主に2つの要因によって生じていると考えられる。第一の要因は、適応行動、知能、発達障害特性、精神・身体症状という幅広い内容を包括的にカバーすることによって生じる領域代表性の向上である。前年度調査でも明らかになったように、生活困窮者の困難さのあり方には多様なパターンが存在し、



単独の指標でそれらを正確に表現することは難しい。多様な指標を複合的に用いることで初めて、こうした多様な困難さを漏らさずに把握することが可能になると考えられる。

第二には、課題に基づく検査、第三者による評定、本人による評定という3つの実施形式を複合したことによる評価バイアスの軽減である。検査には実施者の評定傾向（例えば、厳しく評定するか、易しく評定するかの個人差）、質問紙には評定者の評定傾向（例えば、高い評定値を選択しやすいか、低い評定値を選択しやすいかの個人差）が測定誤差として混入するため、単一の形式の尺度では、対象者の情報を正確に把握しきれない可能性がある。複数の形式の尺度を併用し、その測定結果を総合することによって、こうした評価バイアスを相殺することができる。

#### 4. ABIT 正式版の開発（今年度の事業）

以上のような前年度までの調査結果を踏まえ、今年度の事業ではタブレット端末上で動作するABIT正式版を開発し、その心理測定的性質を検証した。

##### （1）ABIT正式版の構成

知能、適応行動、ASD症状、ADHD症状、統合失調症症状、身体症状、精神的健康（抑うつ、不安）の7領域からなるプロトタイプ版の構成を引き継ぎつつ、前年度調査のデータに基づいて項目の精選を行った。表5にプロトタイプ版と正式版の検査・項目数と所要時間の違いを示した。生活困窮者の支援ニーズを精度よく捉えられる良質な検査・項目を厳選することで、尺度の信頼性・妥当性を維持しながら所要時間を約3分の2の30分前後まで縮めた。

表5 ABITプロトタイプ版と正式版の検査・項目数と所要時間の違い

	形式	ABITプロトタイプ版		ABIT正式版	
		検査・項目数	所要時間	検査・項目数	所要時間
知能	検査	5検査	20-30分	3検査	15-20分
適応行動	第三者評定	40項目	7分	35項目	6分
ASD症状	第三者評定	20項目	3分	6項目	1分
ADHD症状	第三者評定	18項目	3分	6項目	1分
統合失調症	第三者評定	9項目	2分	5項目	1分
身体症状	第三者評定	13項目	2分	8項目	1分
精神的健康	本人評定	19項目	3分	6項目	2分
合計			40-50分		27-32分

##### 知能

知能については、プロトタイプ版の5つの下位検査（意味、共通点、数、知識、記

号)のうち、以下の根拠に基づいて「記号」、「数」、「共通点」の3つの下位検査を採用した。第一に、前年度調査のデータを用いて、群(一般群 vs. 生活困窮群)を目的変数、5つの下位検査を説明変数とする判別分析を行ったところ、「一般知識」が有意な効果を示さず、判別係数も負の値であったため、「一般知識」を正式版の検査として採用しないこととした。

第二に、5つの下位検査のうち、「意味」、「共通点」、「数」、「知識」については、検査の実施時に回答者の言語反応の正否を検査者が判定する必要がある。その際、「共通点」、「数」、「知識」は正解の反応パターンが比較的限定されているため、検査経験の少ない福祉事務所の職員にも判定が容易であると考えられるが、「意味」については正解のパターンが多様であり、経験の少ない検査者では判定にブレが生じ、測定の精度が低下するリスクが高いと考えられた。また、前年度のデータで「意味」を除いて上記と同様の判別分析を行ったところ、正準相関はわずかに低下するに留まったため(.592 → .572)、「意味」を正式版に採用しないこととした。

#### 適応行動

前年度までの調査において、適応行動は生活困窮者の多様な支援ニーズの共通の指標として機能する重要なアウトカム変数であることが示されているため、項目数の縮減は最低限に留めた。第一に、群(一般群 vs. 生活困窮群)を目的変数、適応行動の40項目を説明変数とする判別分析(ステップワイズ法)において、有意な負の判別係数を示した項目を除外した。第二に、適応行動の尺度得点を目的変数、適応行動の40項目を説明変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)において、有意な負の偏回帰係数を示した項目を除外した。以上の分析の結果、40項目中5項目のみを除外し、残り35項目を正式版に採用した。

#### その他の評定尺度

その他の5つの評定尺度(ASD症状、ADHD症状、統合失調症症状、身体症状、精神的健康)については、尺度ごとに以下の分析を行い、いずれかの基準を満たした項目を正式版に採用した。第一に、群(一般群 vs. 生活困窮群)を目的変数、各尺度の構成項目を説明変数とする判別分析(ステップワイズ法)において、正の判別係数を示した項目。第二に、適応行動の尺度得点を目的変数、各尺度の構成項目を説明変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)において、有意な正の偏回帰係数を示した項目。

#### プログラムの開発

以上の検査および評定尺度について、タブレットのWebブラウザ上で動作するスタン

ドアロン型のプログラムを開発した。知能検査の「記号」については、対象者にタブレットを手渡し、表示される教示にしたがって課題を実施してもらう。知能検査の「数」、「共通点」は、検査者が教示と問題文を読み上げ、対象者の反応の正否をタブレットに入力する。第三者評定の5尺度については対象者をよく知る個人（施設職員、同居者など）、自己評定の精神的健康尺度については対象者自身にタブレットを手渡し、各項目への評定を求める。

## （2）調査の目的

ABIT 正式版について、尺度の標準化および測定精度の検証を行うため、全国の一般母集団サンプル（以下、一般群）、無料定額宿泊所の利用者（以下、生活困窮群）、および、特定の精神疾患や発達障害のある人々（以下、臨床群）を対象に調査を実施した。調査の目的は以下の2つである。

第一に、一般群および生活困窮群のサンプルに基づいて ABIT 正式版の標準化を図る。ABIT 正式版は、前年度調査で開発したプロトタイプ版の一部項目を選定したものであるが、プロトタイプ版は大部分が質問紙での実施であったのに対し、正式版はタブレット上での実施となるため、内容が同一であっても、尺度の測定値に変化が生じる可能性がある。そこで、本調査では再度全国で調査を実施し、得点の差異を検証するとともに、差異が見られた場合には、改めて尺度の標準化を行う。

第二に、一般群と生活困窮群および臨床群の得点分布の差異に基づいて、ABIT 正式版の識別的妥当性を検証する。ABIT では、生活困窮者の支援ニーズを把握する上で、アウトカム変数としての適応行動に加え、それに影響を及ぼす知的障害、自閉症スペクトラム障害(ASD)、統合失調症、うつ病などの障害・疾患の症状を捉えることを目的としている。本調査では生活困窮群に加え、これらの障害・疾患のある臨床群を調査対象に含めることで、尺度の妥当性を包括的に検証する。

## （3）調査の方法

表6に今年度調査の参加者（計273名）の内訳を示す。一般群の参加者は、株式会社アスマークのモニターリクルートサービスを利用して集められた。当社が保有するモニターを対象に、調査の概要や実施時期・会場を告知し、参加の意思を示した者の中から、性別、年齢、居住地域、最終学歴を考慮して、110名（男性57名、女性53名）に参加を依頼した。ただし、ABITには対象者の普段の様子をよく知る第三者による評定が必要となる項目が含まれるため、同居期間が1年以上の同居者（家族、親戚、友人、パートナーなど）とペアで参加することを求めた。ペアの両方が調査参加者となり、第三者評定の尺度については相互に対する評定を求めた。

生活困窮群については、仙台、東京、名古屋、大阪の各地域に位置する4つの無料定額宿泊所の利用者に調査の主旨を説明し、参加に同意した84名（男性72名、女性12名）が調査に参加した。第三者評定の尺度は施設職員に評定を求めた。

臨床群については、知的障害、統合失調症、うつ病、ASDの診断を有する計79名（男性50名、女性29名）が調査に参加した。知的障害、統合失調症、うつ病の3群については、研究協力者が務める中部、四国、九州の各地方の3つの病院及び知的障害者の通所施設の入院患者及び通院患者に調査の主旨を説明し、参加に同意した者が調査に参加した。第三者評定の尺度は担当の看護師、担当指導職員に評定を求めた。保有する診断は、知的障害が33名、統合失調症が30名、うつ病が7名であった。ASD群については、研究代表者が代表を務めるNPO法人において調査の主旨を説明し、参加の意思を示した9名が調査に参加した。第三者評定の尺度は同居家族に評定を求めた。

表6の通り、各群の性別や年齢の分布には差異が見られることから、群間での比較に際しては傾向スコア・ウェイトリング（Guo & Fraser, 2014）を行った。具体的には、まず群を目的変数、性別および年齢を説明変数とするロジスティック回帰分析により傾向スコアを算出した。その傾向スコアの逆確率を各個人にウェイトとしてかけ、度数が当初の値と一致するようにウェイトを再調整した上で、個々の分析（判別分析など）を行った。

倫理的配慮として、参加者と情報提供者（施設職員、同居家族など）に対し、調査への参加は任意であること、参加しないことによる不利益は一切生じないこと、および調査内容などについて説明し、書面にて参加への同意を得た。調査の実施に際しては参加者の身体面・精神面における体調に十分気を配り、休憩をはさみながら進行した。参加者には、調査の所要時間に応じた謝礼が支払われた。本研究の手続きは、中京大学現代社会学部倫理審査委員会の審査と承認を得た。

表6 今年度の調査の参加者

	<i>n</i>			年齢		
	男性	女性	合計	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range
一般群	57	53	110	49.19	16.60	21 -79
生活困窮群	72	12	84	57.89	14.70	23 -93
知的障害群	20	13	33	49.06	11.99	23 -72
統合失調症群	18	12	30	56.53	12.00	31 -79
うつ病群	4	3	7	56.29	15.66	28 -78
ASD群	8	1	9	31.33	8.46	18 -41
	179	94	273			

#### (4) 調査の結果

##### プロトタイプ版と正式版の得点の差異

表7にプロトタイプ版（2019年度調査）と正式版（今年度調査）における各尺度の粗点の平均値を示す（いずれも一般群の値）。なお、「ASD症状」から「精神的健康」までは正負を反転しており、いずれの得点も値が低いほど困難度が高いことを意味する。

「記号」、「数」、「共通点」、「精神的健康」の4尺度において有意差が見られ、「記号」は正式版の得点が有意に高く、残り3尺度はプロトタイプ版の得点が有意に高かった。いずれの尺度もプロトタイプ版と正式版で内容は同一であり、サンプルの性別・年齢比も同様であることから、紙とタブレットという実施形式の違いによって得点差が生じたものと考えられる。

「記号」については、昨年度もタブレットで実施したため、内容も形式も同一であったが、得点は今回が有意に高かった。一つの可能性としては、他の尺度もタブレットで実施する形態となったため、タブレットでの回答に慣れが生じ、得点が高まったことが考えられる。「数」については、紙での実施の場合、制限時間をストップウォッチで計測する必要があるが、タブレットでは自動的に時間が計算され、規定の時間を過ぎると自動的に次の問題に切り替わる仕様となっている。そのため、タブレットを利用した正式版の方が、時間切れによる不正解が生じやすかった可能性が考えられる。「共通点」については原因が定かでないが、正解例の表示の仕方などの仕様を見直す必要があるかもしれない。「精神的健康」については、紙での実施の場合、常に検査者に回答が見える形になるが、タブレットの場合、自分の側に画面を向ければ、検査者に回答が見られない形になるため、より誠実な回答がしやすかった可能性が考えられる。

表7 プロトタイプ版と正式版の得点（一般群）の差異

	プロトタイプ版		正式版		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
記号	36.58	9.32	40.15	12.56	-3.25	0.00	-0.36
数	9.84	1.49	9.39	1.56	2.55	0.01	0.28
共通点	11.98	2.00	10.64	2.49	5.95	0.00	0.66
適応行動	65.01	5.92	65.65	5.24	-1.12	0.26	-0.12
ASD症状	-7.15	1.86	-7.33	2.23	0.87	0.38	0.10
ADHD症状	-6.98	1.43	-7.28	2.00	1.58	0.12	0.18
統合失調症症状	-5.39	1.04	-5.52	1.14	1.02	0.31	0.11
身体症状	-6.71	1.12	-6.82	1.18	0.83	0.41	0.09
精神的健康	-10.43	2.55	-11.15	2.54	2.51	0.01	0.28

標準化

4つの尺度で有意差が見られたため、少なくともこれらの尺度については、プロトタイプ版での粗点と標準得点の換算表をそのまま正式版に使用することは適切でない。そこで、「記号」、「数」、「共通点」、「精神的健康」の4尺度について、プロトタイプ版と同様の手続き（3の（3）標準化を参照）を用いて、正式版の一般群データにより再度換算表を作成した。その他の尺度についても、プロトタイプ版と正式版のデータを併合して、改めて標準化を行った。各尺度のQ-QプロットとLOESSによる平滑化曲線を付録に示す。

次に、上位尺度である総合適応度についても標準化を行うために、プロトタイプ版と同様の手続きで群（一般群 vs. 生活困窮群）を目的変数、各尺度得点を説明変数とする判別分析を行った。その結果、表8の通り、ADHD症状と身体症状を除く7尺度が有意な判別係数を示した。この判別係数により7尺度の得点を重みづけして合成した上で標準化を行い（Q-Qプロットは付録を参照）、総合適応度の換算表を作成した。なお、有意な判別係数が見られなかったADHD症状や身体症状は総合適応度には反映されないものの、アセスメントとしては重要な意味を持つため、個別の標準得点はタブレット上で確認できる仕様とする。

表8 一般群と生活困窮群の判別分析結果

	全尺度	知能検査・ 第三者評定	第三者評定 ・自己評定	知能検査・ 自己評定	知能検査 のみ	第三者評定 のみ
記号	.336	.384	-	.444	.529	-
数	.278	.215	-	.472	.481	-
共通点	.114	.106	-	.320	.318	-
適応行動	.351	.400	.638	-	-	.691
ASD症状	.168	.123	.238	-	-	.201
ADHD症状				-	-	
統合失調症症状	.306	.401	.278	-	-	.360
身体症状				-	-	
精神的健康	.459	-	.444	.564	-	-
正準相関	.817	.785	.773	.739	.674	.738

注:分析に含まれなかった変数は「-」、ステップワイズ法により除外された変数は空欄で示した。

#### 一部測定値が欠けている場合の性能

上記の総合適応度を得るためには、知能検査、第三者評定尺度、自己評定尺度の全てを実施する必要があるが、実際の運用場面では、例えば時間の関係で知能検査が実施できない、対象者をよく知る第三者がおらず第三者評定が実施できない（初めて相談に訪れた場合など）、対象者の知的水準が低く自己評定尺度に回答できないなど、いずれかの検査・尺度が実施できないという状況は往々にして生じうるであろう。そこで、いずれかの検査・尺度の測定値が欠けている場合、アセスメント・パッケージとしてのABITの性能

ほどの程度維持されるのかを検証した。

まず一部の検査・尺度を除いた状態で上記と同様の判別分析を行った（表8）。自己評価尺度を実施せず、知能検査・第三者評価のみを実施した場合、正準相関はわずかに低下するに留まり、判別性能はおおむね維持されることが示された。個々の係数を見ると、精神的健康のデータが欠けた分、記号、適応行動、統合失調症症状の係数が高まり、補完的な役割を果たしていることが見て取れる。知能検査が欠けた場合も、正準相関の低下はわずかであった。この場合、適応行動の係数が大幅に高まっており、知能検査の穴を補完していることがわかる。第三者評価が欠けた場合は、やや正準相関の低下が大きいですが、ある一定の水準は保たれている。これらの結果から、3つの形態の検査・尺度のうち、いずれか1つが欠けても大幅な精度の低下は生じないことがうかがわれる。

別の観点からも見てみたい。上記の判別分析の結果に基づいて合成得点を算出し、ROC分析により一般群と生活困窮群の識別精度を検証した。その結果を図8と表9に示す。ROC曲線の下側の面積の割合を示すAUCは尺度の識別精度を表す指標であり、一般に、0.5~0.7で低い、0.7~0.9で中程度、0.9以上で高い識別性能を持つと判断される。また、70をカットオフ値とした場合の感度、特異度も示した。この場合、原理的に特異度は.98付近で固定されるため（一般群で標準得点が70を下回る割合が2%程度となるよう標準化しているため）、感度が識別精度の指標となる。AUCを見ると結果はきわめて明瞭であり、全尺度を使用した場合の精度が最も高く、3つの形式のいずれかが欠けた場合は揃って.03前後の低下が生じている。また、3つの形式のうち2つが欠けると、AUCはより大きく低下し、.90を下回っている。さらに、個々の尺度のみを使用した場合、識別精度の低下はより顕著となることが見て取れる。ただし、適応行動については、単体でも知能検査を全て実施したときと同程度の識別精度があることは注目に値する。

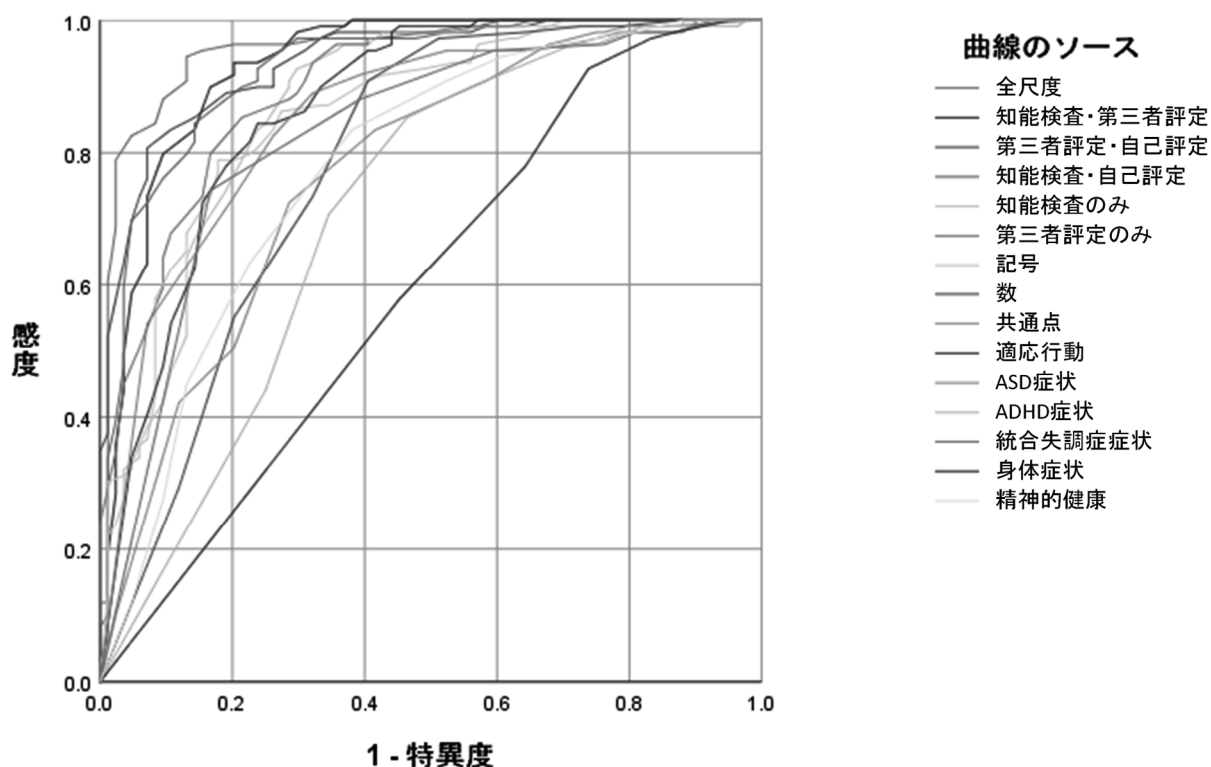


図8 一般群と生活困窮群の識別における各尺度およびパッケージのROC曲線

表9 一般群と生活困窮群の識別におけるROC分析の結果

説明変数	AUC	SE	感度	特異度
全尺度	.961	.014	.714	.963
知能検査・第三者評定	.931	.020	.702	.982
第三者評定・自己評定	.937	.016	.595	.982
知能検査・自己評定	.926	.019	.524	.972
知能検査のみ	.869	.027	.571	.982
第三者評定のみ	.898	.022	.583	.972
記号	.859	.027	.369	.972
数	.781	.035	.357	.982
共通点	.770	.035	.238	.982
適応行動	.868	.027	.512	.991
ASD症状	.851	.028	.286	.963
ADHD症状	.711	.039	.250	.963
統合失調症症状	.826	.031	.190	.982
身体症状	.597	.042	.131	.982
精神的健康	.777	.035	.190	.982

注:感度・特異度は70をカットオフ値としたときの値

また、感度に注目すると、全尺度実施の場合は.714であり、生活困窮者の71.4%がカットオフ値の70を下回ったことを意味している。2017・2018年度調査のクラスター分析において、生活困窮者の約2割が顕著な支援ニーズを持たないことが示されたことを考



え併せると、ABITの全尺度実施は支援ニーズのある生活困窮者の大部分を検出できる性能を持つと言える。これに対し、自己評定のみが欠けた場合は大きな感度の低下が生じないものの、知能検査や第三者評定が欠けた場合、1～2割程度の感度の低下が生じており、やや見落としが増える可能性が示唆される。個別の尺度単位では、適応行動が.50を上回るのみで、その他の尺度は軒並み.40を下回っている。パッケージとしての使用がABITの識別精度を大きく高めることが改めて確認された。ただし、感度の推定は外れ値の影響を受けやすく、AUCに比べ安定性が低いため、これらの結果については、ある程度の誤差を見込む必要がある。

これらの結果から、精度を最大化する上では全尺度を実施することが望ましいものの、3つの実施形態のいずれか1つが欠ける程度であれば、大幅な精度の低下は生じないことが確認された。運用の柔軟性を大きく高めるABITの優れた性質の1つと言えよう。一方で、個別の尺度単位での識別精度は実用には適さない水準であり、パッケージとしての利用が不可欠であることも同時に示された。

#### 臨床群との比較

ABITの臨床的妥当性を評価するため、また、生活困窮者の性質をより多面的に明らかにするため、一般群および生活困窮群と臨床群の得点を比較する。図9に各群におけるABITの各標準得点の平均値を示した。なお、標準得点は、一般群の平均値が100となるように変換された得点であるものの、一部の尺度では天井効果の影響があるため、実測上の一般群の平均値は100となっていない。生活困窮群の平均値はいずれの尺度についても80前後の水準にあるが、総合適応度では60を下回っている。ここでもパッケージ化がABITの性能を大きく高めていることが確認できる。

各臨床群のプロフィールの特徴を見ると、知的障害群は、知能検査を構成する「記号」、「数」、「共通点」の3つの下位検査で最も低い平均値を示している。一方、統合失調症群は、適応行動、ADHD特性、統合失調症で最も得点が低く、総合適応度でも最も低い平均値を示した。うつ病群は、身体症状、抑うつで最も低い得点を示している。ASD群は、ASD特性でのみ、最も低い得点を示した。以上より、各障害に関連する知能検査、統合失調症症状、抑うつ、ASD特性は、いずれも対応する障害群で最も低い得点を示し、ABITの収束的妥当性がきわめて明瞭に示された。

これらの臨床群と生活困窮群を比較すると、ADHD特性を除いては、各臨床群の間あたりに平均値が位置していることが見て取れる。知能や適応行動の平均値は、知的障害群や統合失調症群よりは高いものの、うつ病群やASD群よりは低い。ASD特性の平均値は、ASD群や統合失調症群よりは高いが、知的障害群やうつ病群と同等の水準にある。統合失調症症状の平均値は、統合失調症群よりは高いが、他の3群と同等の水準にある。

身体症状、精神的健康は、うつ病群よりはやや高いが、他の3群と同等かやや低い。総合適応度は、統合失調症群や知的障害群より高いが、うつ病群やASD群より低い。一部の臨床群はサンプルサイズが小さいため、確定的な結論は下すことができないが、明確な医学的診断を持った人々と同等か、場合によっては低い適応の水準にあるということは、生活困窮者の性質を理解する上で非常に重要な事実であると思われる。

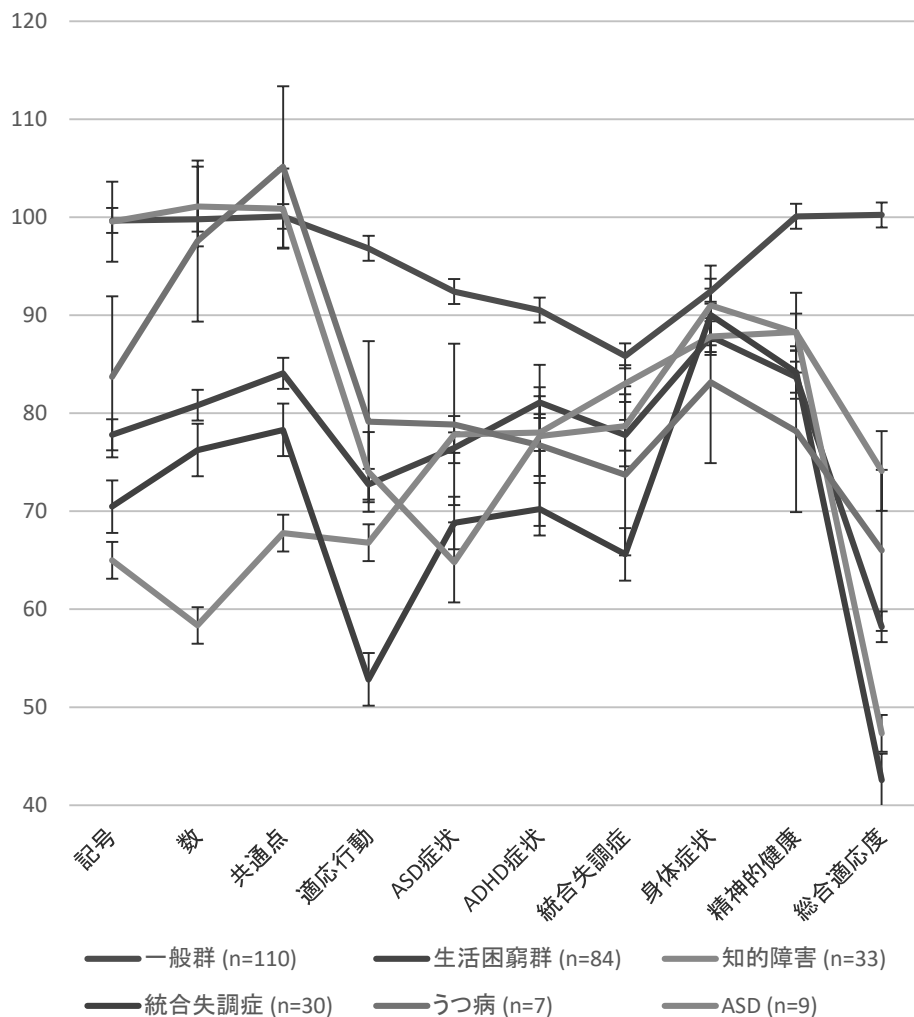


図9 各群におけるABITの各標準得点の平均値（エラーバーは標準誤差）

次に、ABITの臨床群に対する識別性能を評価するため、各臨床群について一般群を基準カテゴリとし、各尺度を説明変数とした判別分析を行った（表10）。知的障害群については、知能検査の3つの下位検査と適応行動のみが有意な判別係数を示し、正準相関は.885という高い値を示した。統合失調症群については、知能検査の2つの下位検査に加え、適応行動や統合失調症症状が有意な係数を示し、正準相関も.894と高かった。う

うつ病群については、知能検査の記号に加え、統合失調症症状や精神的健康が有意な係数を示したが、正準相関は.557とやや低かった。ASD群では、ASD症状と精神的健康が有意な係数を示し、特にASD症状の係数は.865と顕著であった。これらの臨床群の結果に対し、生活困窮群では、各尺度が薄く広く効果を示しており、前年度までの調査でも示唆されてきたように、生活困窮群には様々な障害や疾患を持つ人々が混在していると考えられる。

臨床群における判別係数の表れ方は、各障害の特徴を明確に表しており興味深い。知的障害は、知能と適応行動という2つの基準により診断される障害であり、その性質が明確に結果に表れている。統合失調症では、幻覚、妄想などの陽性症状に加え、思考のまとまりの欠如といった陰性症状が表れ、適応行動も著しく阻害されることが知られている。うつ病は、気分の落ち込みや悲哀感などの抑うつ症状に加え、活動性や意欲の減退をとともなうため、特にスピードが要求される記号の成績低下をもたらしたと考えられる。また、被害妄想や活動性の減退という点では、統合失調症とも症状が重複している。ASDは、対人社会性やこだわりなどの中核症状に加え、抑うつ、不安などの内在化問題を併存症として生じる場合が多いことが知られている。包括的なアセスメント・パッケージであるABITは、様々な重みづけのパターンを採用することで、これらの障害や疾患の可能性を同定することにも利用できる可能性がある。

表10 一般群と生活困窮群および各臨床群の判別分析の結果

	生活困窮	知的障害	統合失調症	うつ病	ASD
記号	.336	.302	.388	.525	
数	.278	.432	.360		
共通点	.114	.431			
適応行動	.351	.551	.613		
ASD症状	.168				.865
ADHD症状					
統合失調症症状	.306		.479	.736	
身体症状					
精神的健康	.459			.357	.428
正準相関	.817	.885	.894	.557	.677

注:ステップワイズ法により除外された変数は空欄で示した。

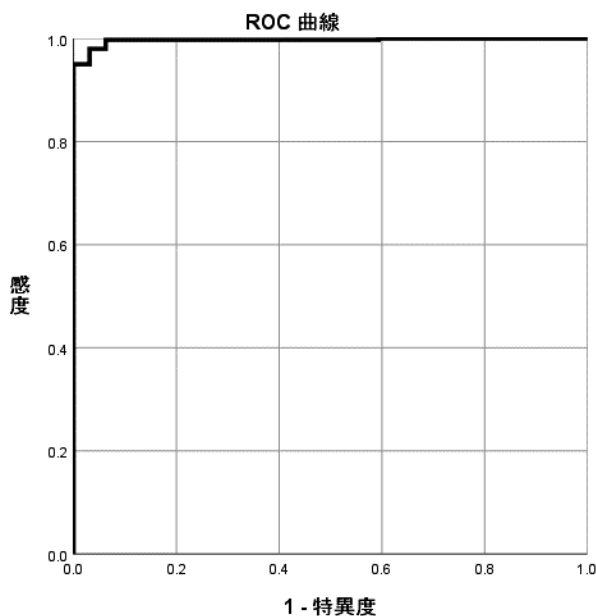
そこで、上記の判別分析の結果に基づいて重みづけた合成得点を用いて、各臨床群を一般群とどの程度の精度で識別しうるか、ROC分析により検証した(表11、図10)。知的障害群については、生活困窮群を上回る非常に高い精度で識別が可能であることが示された。AUCは.996、感度は.969であり、ほぼ見落としなく知的障害を同定できる水準にある。統合失調症群やASD群の識別精度も同様に高い。うつ病の識別精度は十分とまで

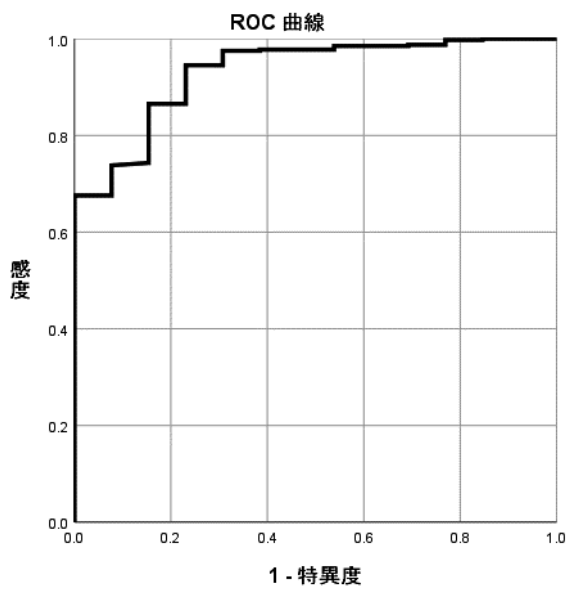
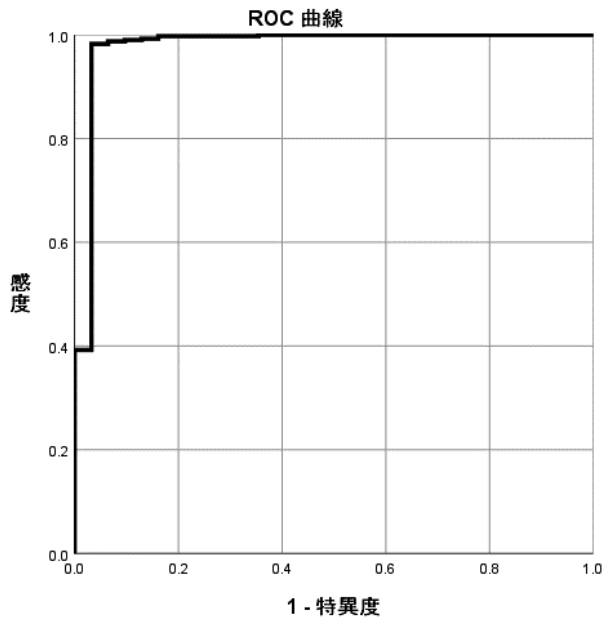
は言えないが、一般的にスクリーニングに使用される質問紙尺度（BDI-IIなど）の識別精度を大きく上回る水準にある。自己評定だけでなく課題や第三者評定を併用するABITの強みが表れた結果と言えよう。2017・2018年度の調査によれば、生活困窮者の中には軽度の知的障害、発達障害、統合失調症を有する個人が多数存在していると考えられるが、明確な医学的診断を有する割合は大きくない。こうした未診断の障害や疾患を検出し、医療的・福祉的支援につなげる上で、ABITが高い有効性を発揮することが期待される。

表11 一般群と生活困窮群および各臨床群の識別におけるROC分析の結果

群	AUC	SE	感度	特異度
生活困窮	.961	.014	.714	.963
知的障害	.996	.002	.969	.978
統合失調症	.978	.019	.935	.983
うつ病	.932	.029	.692	.963
ASD	.979	.010	.889	.950

注：一般群と各群の識別について、判別分析で算出された判別得点を説明変数としたROC分析の結果。感度・特異度は平均+2SDをカットオフ値としたときの値。





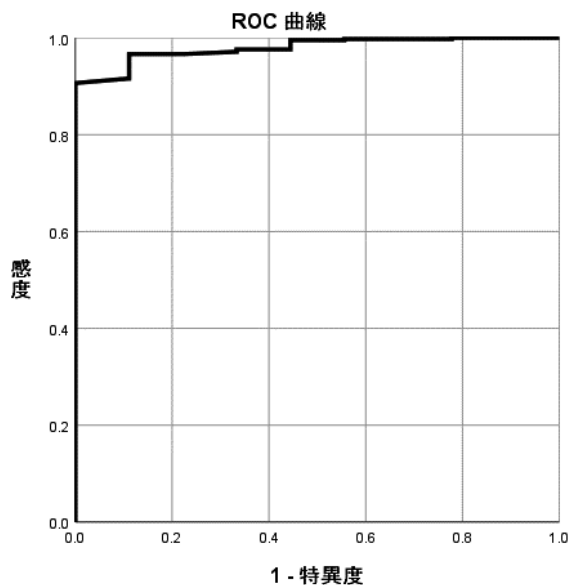


図10 一般群と各臨床群の識別におけるROC曲線（左上が知的障害群、右上が統合失調症群、左下がうつ病群、右下がASD群）

## 5. 総括

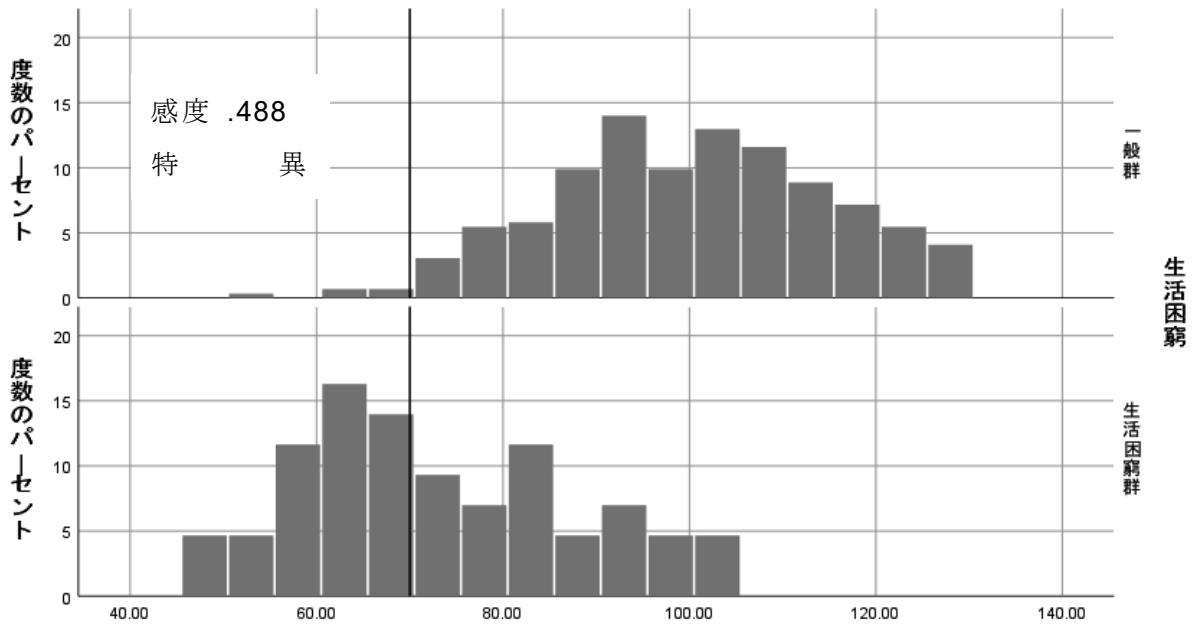
今年度の事業では、昨年度調査の結果に基づきタブレット端末上で動作するABIT正式版を開発し、一般群110名、生活困窮群84名、臨床群79名（計273名）を対象とした調査により、標準化および心理測定学的性質の検証を行った。主な結果は以下の通りである。

- ・ 主に紙で実施したプロトタイプ版（昨年度調査）とタブレットで実施した正式版（今年度調査）では一部尺度の得点に差が見られたため、今年度調査のデータを用いて改めて標準化を行った。
- ・ 運用の利便性を高めるため、全尺度を使用したバージョンだけでなく、知能検査、第三者評定、自己評定のいずれかが欠損したバージョンでも一定の性能が維持されることを確認した上で、標準化を行った。
- ・ 知能検査の3つの下位検査は知的障害、統合失調症尺度は統合失調症群、精神的健康尺度はうつ病群、ASD症状尺度はASD群で最も得点が低くなり、尺度の収束的妥当性が明確に確認された。
- ・ 様々な重みづけのパターンを用いることで、知的障害、統合失調症、ASD、うつ病を高い精度で一般群と識別できることが示された。ABITは当初想定していた全般的な支援ニーズの把握だけでなく、生活困窮者が有する未診断の障害や疾患を個別的に検出する上でも高い有効性を発揮すると考えられる。

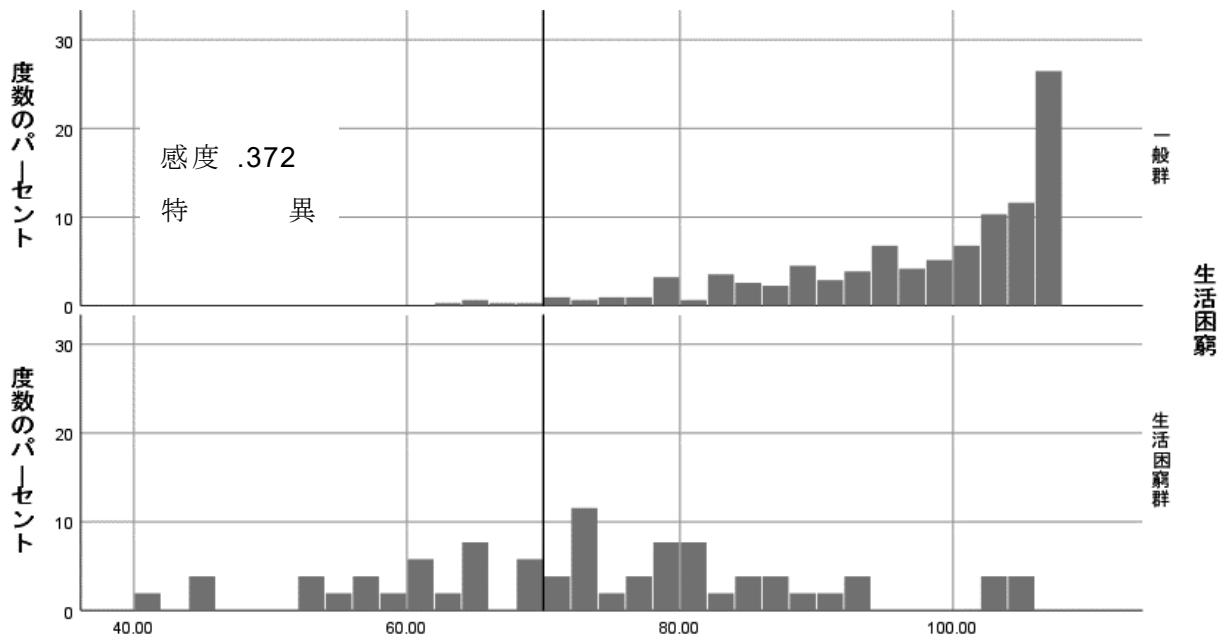
引用文献

Guo, S., & Fraser, M. W. (2014). *Propensity score analysis: Statistical methods and applications* (Vol. 11). SAGE publications.

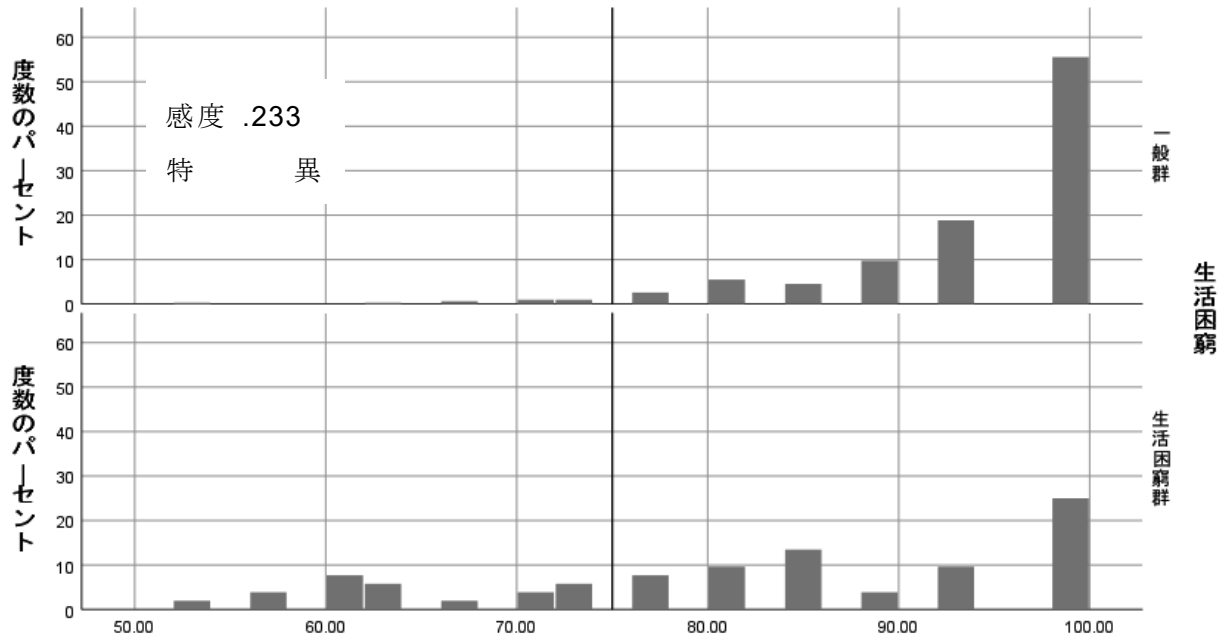
付録①2019年度調査における一般群と生活困窮群のヒストグラム



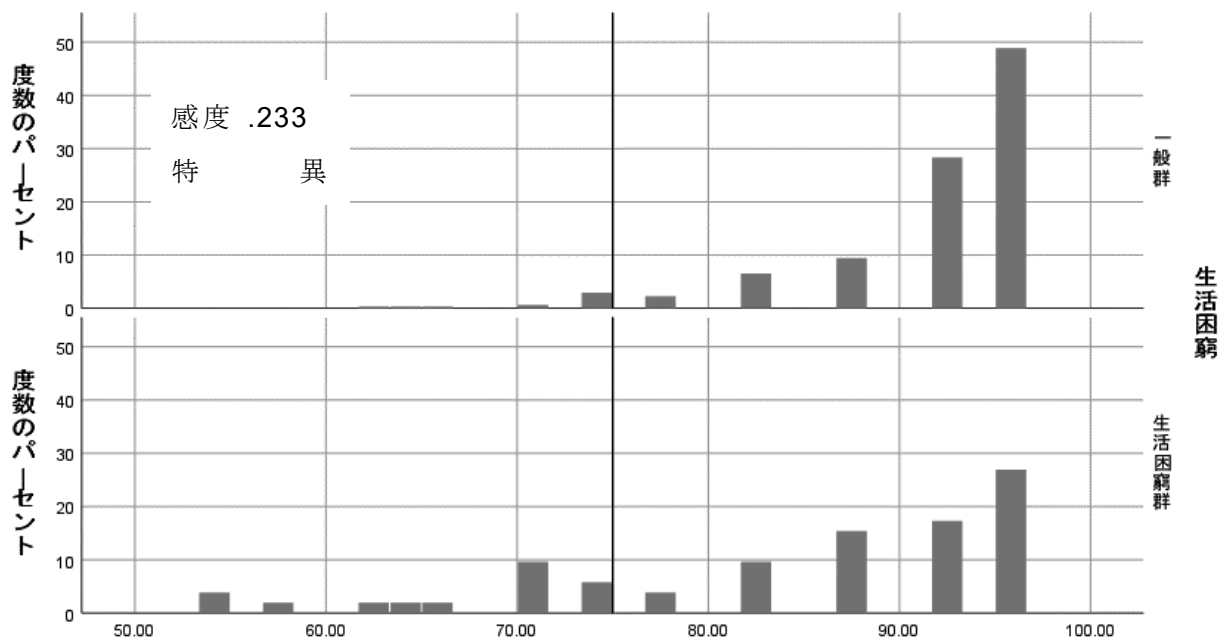
「知能」標準得点のヒストグラム



「適応行動」標準得点のヒストグラム

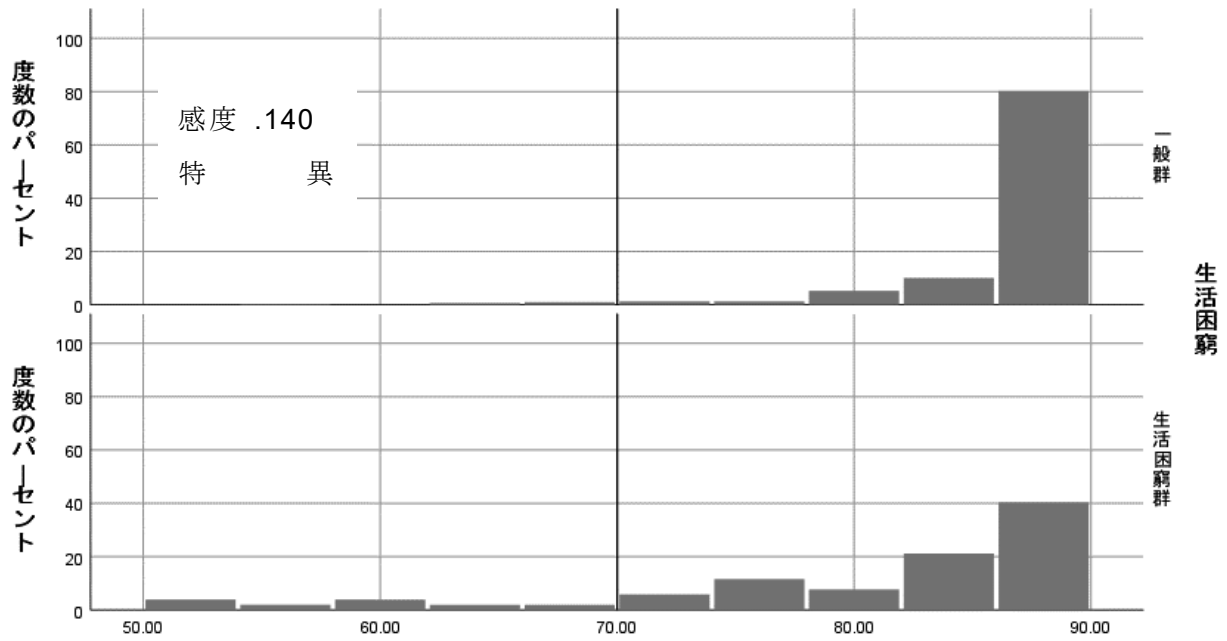


「ASD特性」標準得点のヒストグラム

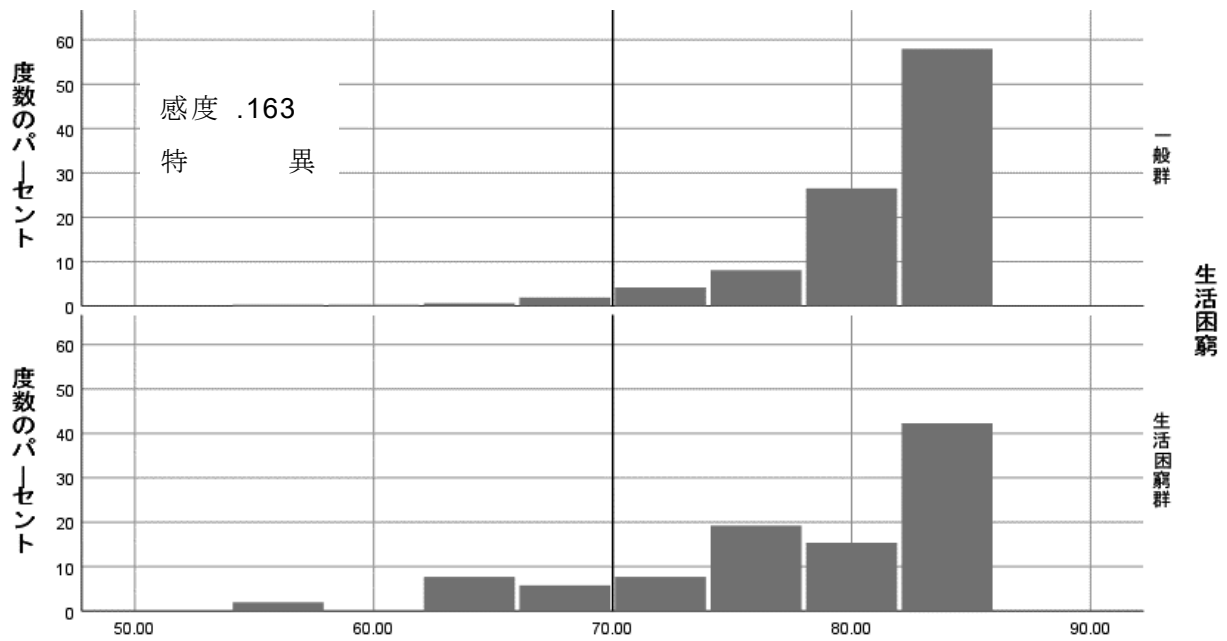


「ADHD特性」標準得点のヒストグラム

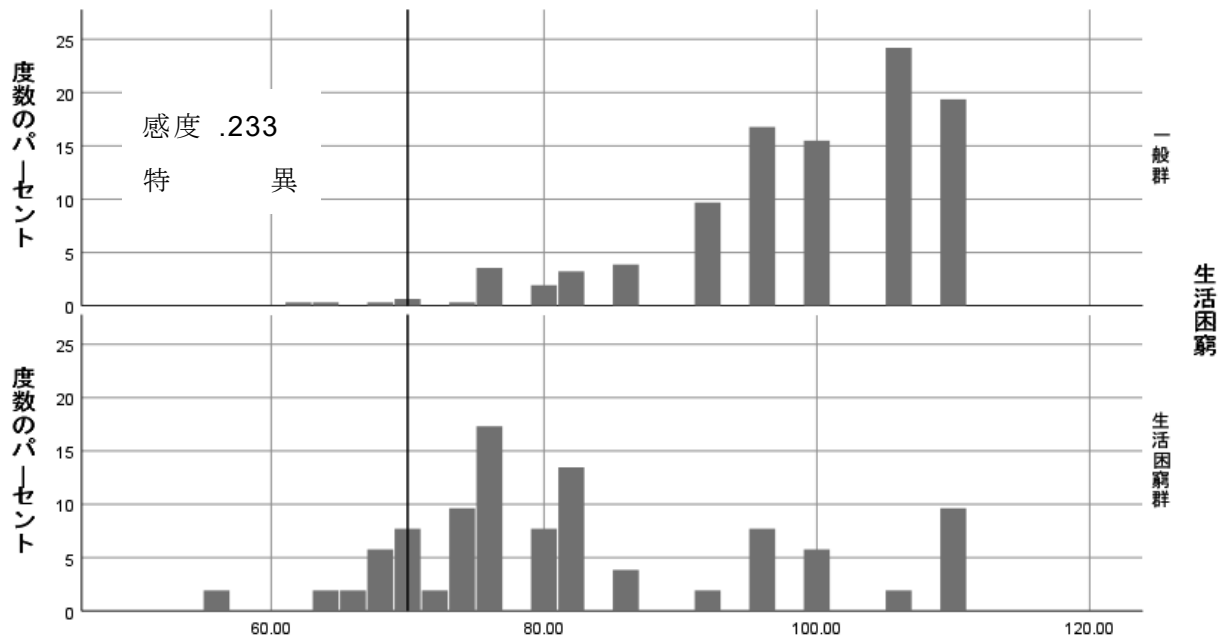




「統合失調症」標準得点のヒストグラム

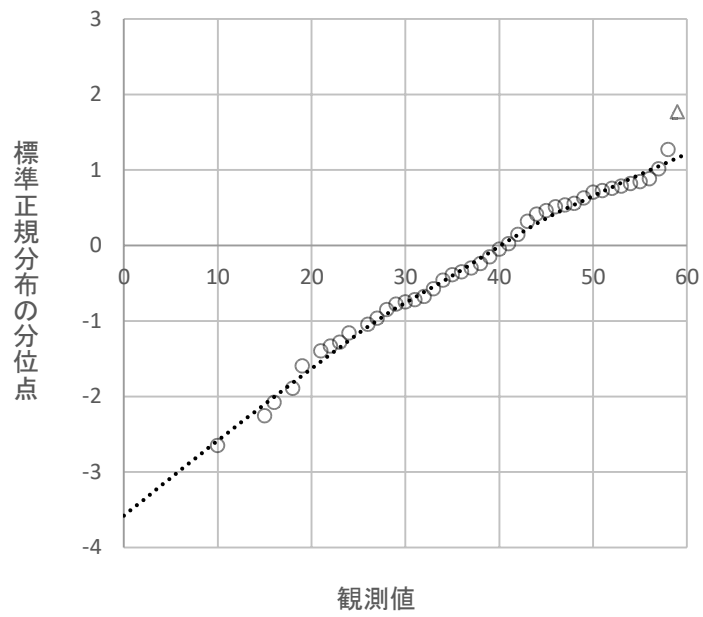


「身体症状」標準得点のヒストグラム

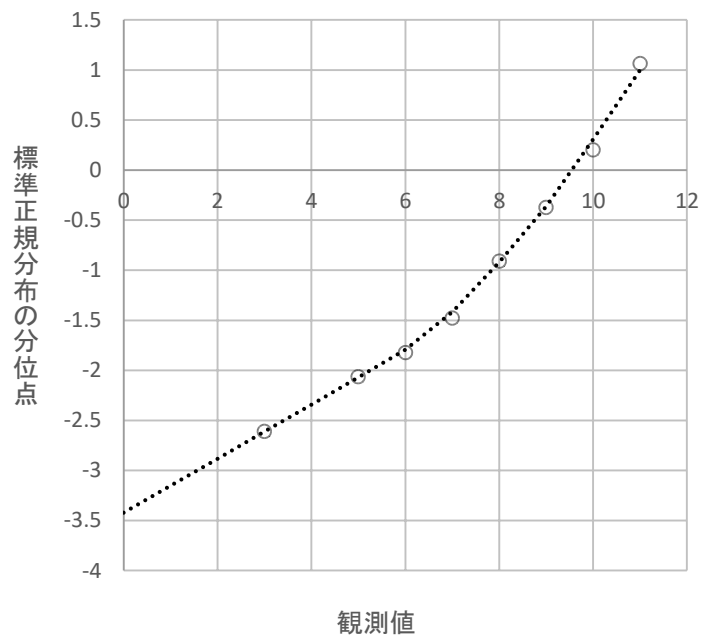


「精神的健康」標準得点のヒストグラム

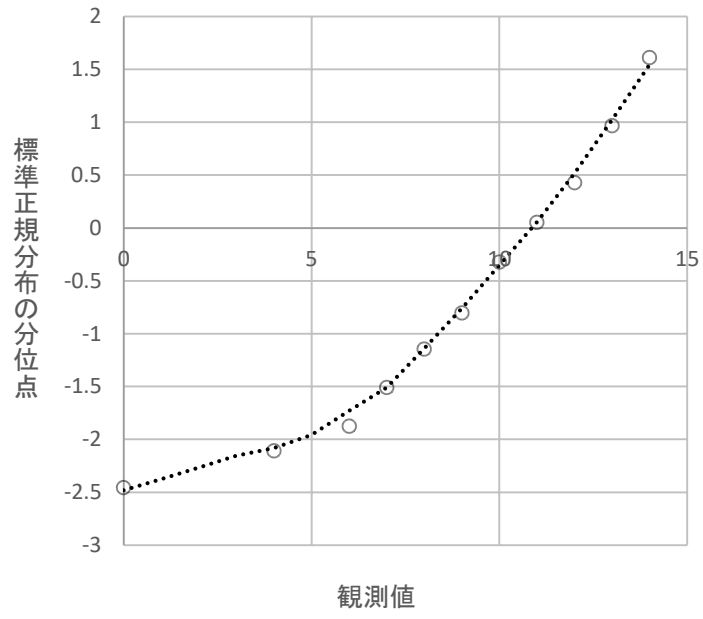
付録②今年度調査における各尺度得点のQ-QプロットとLOESSによる平滑化曲線



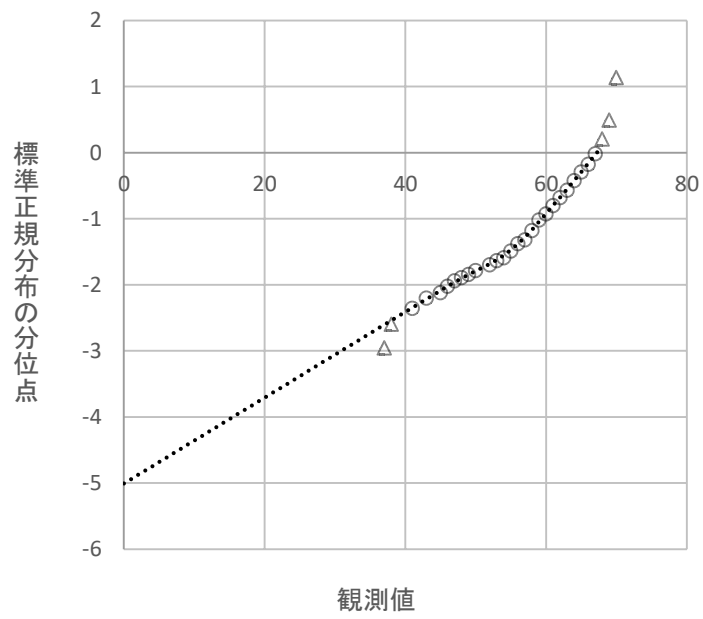
記号



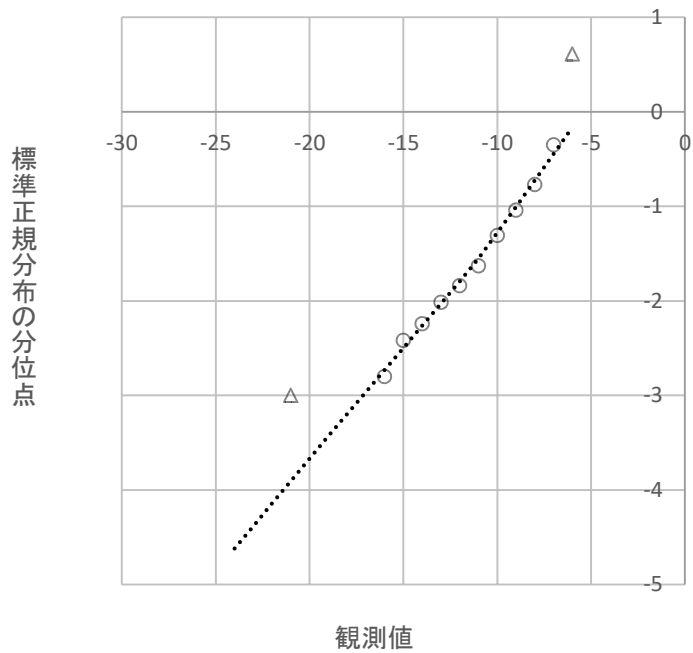
数



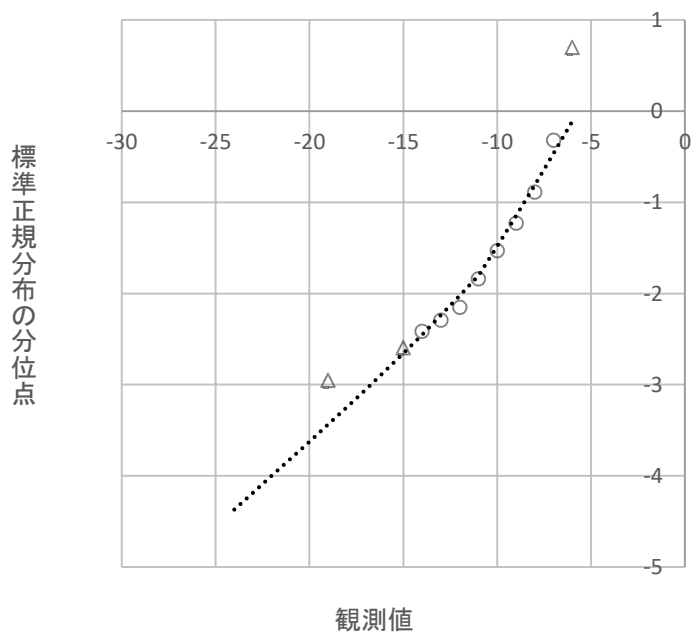
共通点



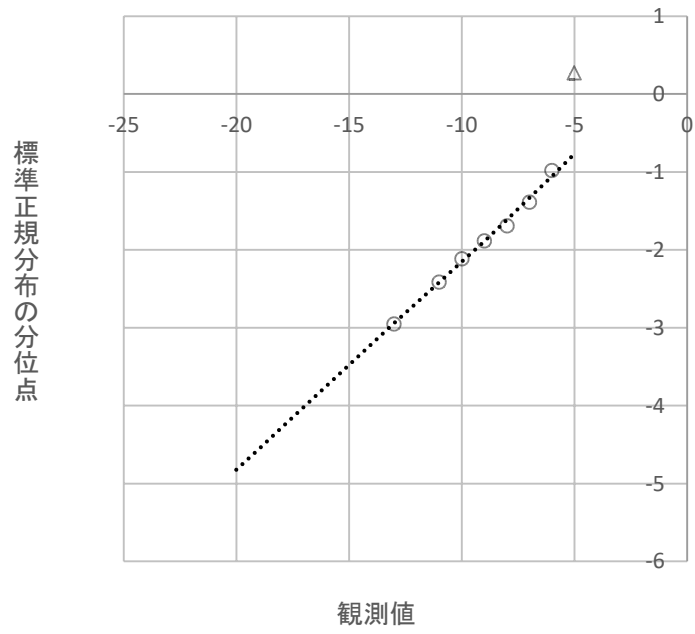
適応行動



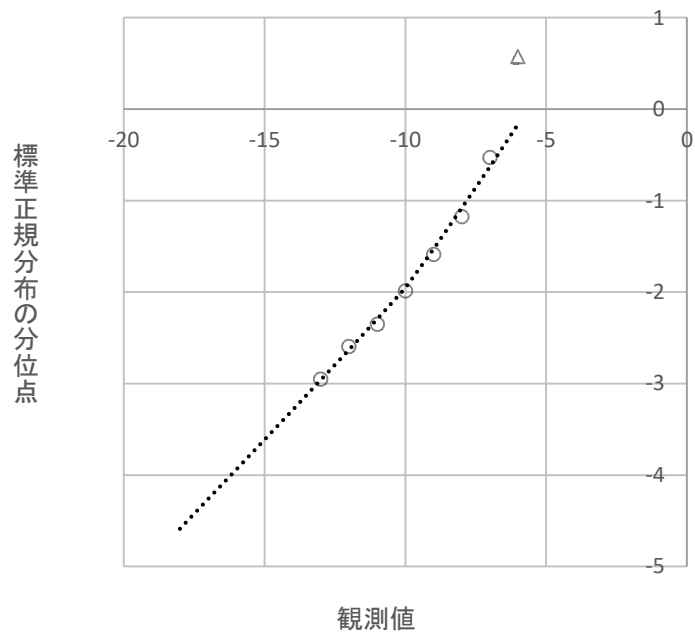
ASD症状



ADHD症状

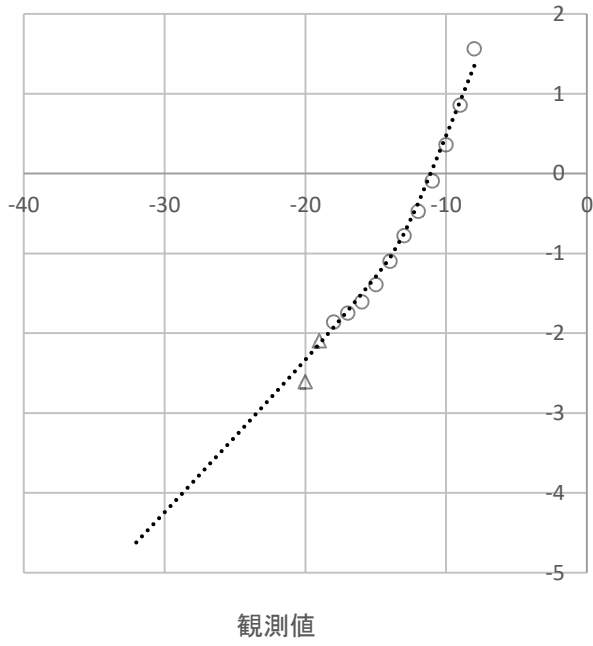


統合失調症症状



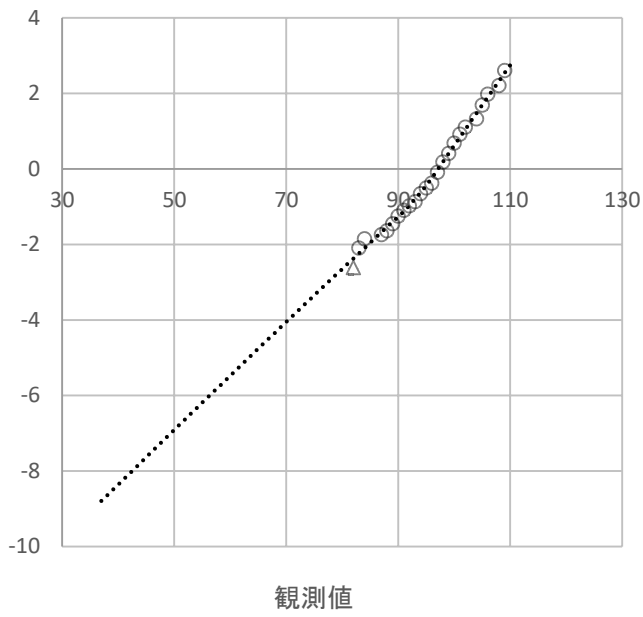
身体症状

標準正規分布の分位点

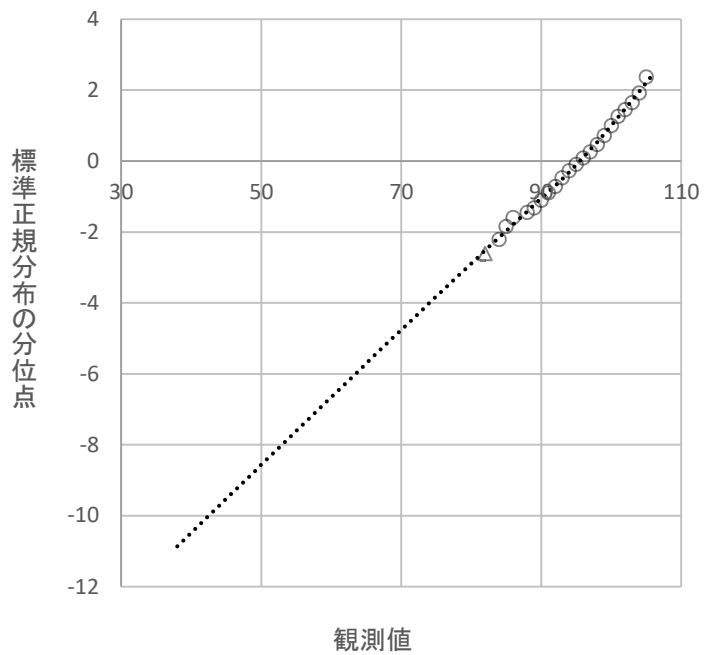


精神的健康

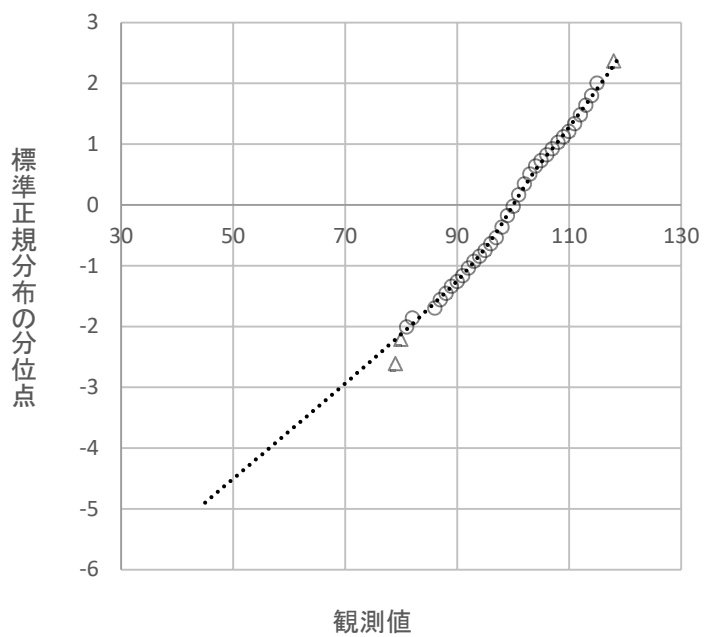
標準正規分布の分位点



全尺度

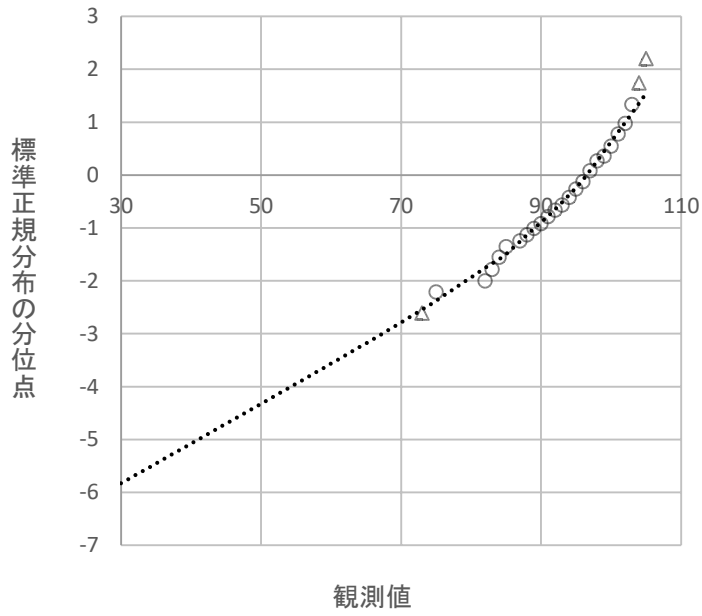


自己評定なし

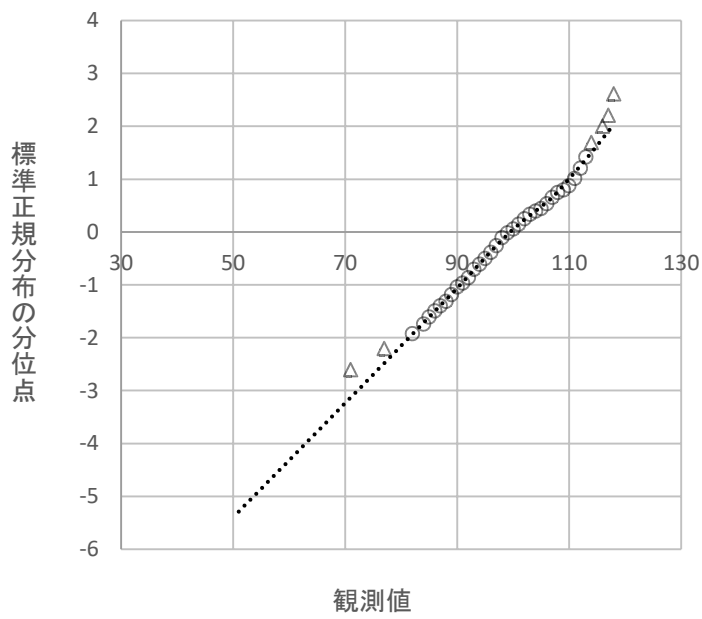


第三者評定なし

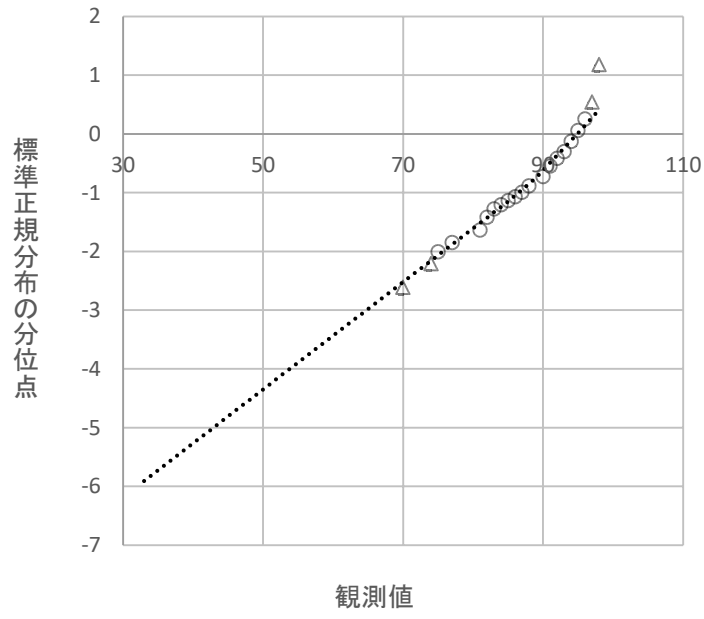




知能検査なし



検査のみ



第三者評定のみ

### 第3章 住居のない生活困窮者の支援ニーズの通常業務での把握に関する実態調査

中京大学心理学部 明翫光宜

愛知東邦大学 高柳伸哉

#### 1. はじめに

わが国では、生活困窮者の生活を国が保障するための制度として生活保護と生活困窮者自立支援法がある。生活困窮者自立支援法は生活保護に至る前の相談支援システムであることから要保護性の有無という生活困窮の程度（経済的側面）に着目し、対象者を区分することになっている（池谷，2016）。

従来、貧困に陥る原因を個人責任として考える傾向が生活保護行政に強かったこともあり、生活困窮者自立支援法において保護廃止につながる就労支援を過度に重視し、就労の有無を個人の意欲、努力の問題としてしまう恐れがあった（池谷，2016）。その他、生活保護の権利を有していても、適切に権利行使ができない人々もいる。この問題は高齢、障害等により権利主張が困難な場合だけではなく、生活保護の情報がないことから福祉事務所に行くことが出来ない人、窓口にとどり着くことができたとしても適切な支援につながらない場合などもある（池谷，2016）。無料低額宿泊所等に入所する人たちの多くに、軽度の知的障害や精神障害、身体障害等の障害があることが実態把握の中で明らかになっている（辻井，2019；的場・斉藤，2019）。

このような多様な困難さを抱えた生活困窮者の相談支援を行うのが福祉事務所のケースワーカーである。福祉事務所のケースワーカーは、生活困窮者からの相談に早期かつ包括的に応ずる相談窓口で対応するために、アセスメント力、専門知識やコミュニケーション能力、援助プランの作成力、モニタリングの技術、一定の専門的力量という5つの能力を有していることが求められる。つまり、生活困窮者の抱えている課題を適切にアセスメントし、その課題を踏まえた自立支援計画を作成するなどの支援を行い、関係機関との連携調整や支援の実施状況の確認なども行っている（福山，2016）。このように高い専門性が求められているにもかかわらず、制度上資格要件は定められていない（中土，2017）ため、福祉事務所の相談業務を担う人材の専門性を担保することが重要な課題となっている。

今後、従来の生活困窮者の自立支援のスキームだけではなく、より障害特性を理解した取り組みが求められるようになっていくと予想される。特に、貧困ビジネス対策も加味し、支援の必要な住居のない生活困窮者の支援の受け皿として「日常生活支援住居施設」が新設され、今後各地に開設される可能性がある。また保護観察中の人の中にも同様の支援ニーズのある方が存在すると考えられ、従来型の自立支援のスキームでの自立が難しいこと

もあり、同様の支援ニーズの把握が必要であると考えられる。

そこで今回の調査では、全国の各福祉事務所や保護観察所等において、相談業務の中で要支援者を職員が判定するために必要な事項として、どういう人が日常生活における支援が必要だと実際に把握されていくのかについて、通常業務でどの程度把握しているのかなどの業務実態等について把握することとした。

## 2. 方法

### (1) 調査対象

調査対象は、生活困窮者の支援の中心の場となる福祉事務所とした。本調査対象の抽出にあたっては、インターネットや社会的資源リスト等を参照し、全国の各自治体の福祉事務所を抽出した。

福祉事務所 1251 機関、更生保護委員会と保護観察所 94 機関の合計 1345 機関に調査用紙を送付した。回答数は 279 機関であった（回答率 20.7%）。279 機関の内訳として福祉事務所が 270 機関、保護観察所 7 機関、その他 2 機関であった。以下有効回答 279 件を分析対象とした。

(2) 調査期間：2021 年 1 月～3 月にかけて実施した。

### (3) 調査

機関種別、1 年間の相談件数、住居のない生活困窮者の相談における情報収集ならびに観察の着眼点、無料低額宿泊所・社会福祉住居施設・日常生活支援住居施設に入所した生活保護受給者のヒアリングの把握事項、アセスメントツールを使わないで知的障害・発達障害・精神障害・認知症のアセスメントの主観的な確信度、ABIT の利用可能性について尋ねた。なお、いくつかの側面については自由記述式で質的な内容について検討した。

主な調査内容の詳細は付表に掲載した。

### 3. 結果と考察

#### (1) 調査機関の相談活動の実態

各機関における過去1年間の相談件数に尋ねた結果、0件から9642件と幅広かった。そこで相談件数と各機関の分布を把握するために、総相談件数を横軸、相談機関数を縦軸にしたヒストグラムを作成した(図11)。

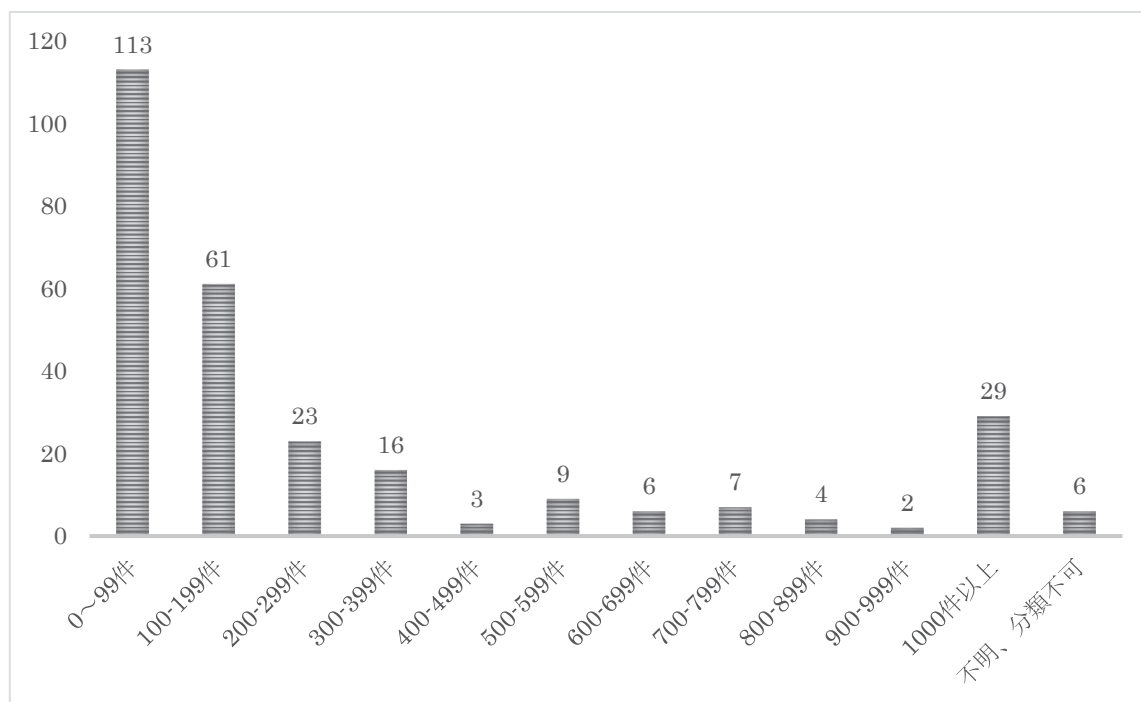


図11 相談件数ごとの相談機関数

図11から年間の総相談件数が100件以下の少ない相談機関数が110を超えるなど多数を占めているが、一方で年間1000件以上の相談機関が30弱と二極化していることが特徴である。総相談件数が多いのは主に都市部の相談機関に集中していた。

次に年間の相談件数の中で「住居のない生活困窮者等の総相談件数」について尋ねた。年間総相談件数と同様に「住居のない生活困窮者等の総相談件数」も0～1914件と自治体によって大きなばらつきがみられた。そこで相談件数と各機関の分布を把握するために、住居のない生活困窮者等の総相談件数を横軸、相談機関数を縦軸にしたヒストグラムを作成した（図12）。

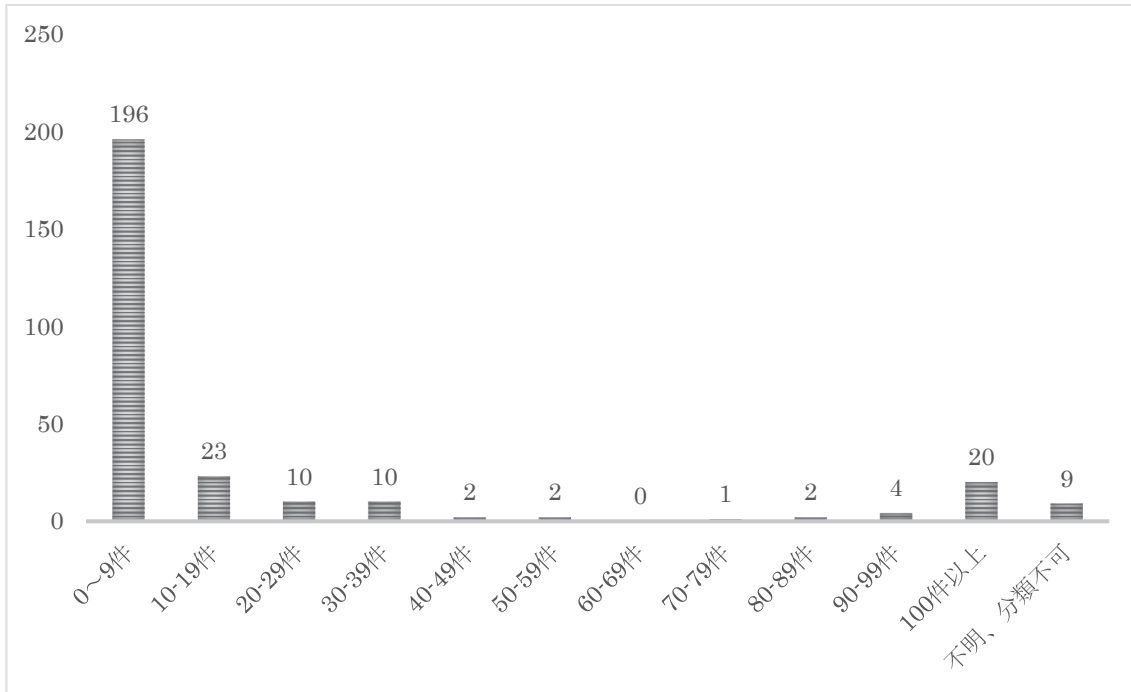


図12 住居のない生活困窮者等の総相談件数ごとの相談機関数

図2を参照すると、回答の約半数にわたる196機関が年間の相談件数が10件未満であり、そのうち約40%にあたる81機関が住居のない生活困窮者の総相談件数が0件であり、住居のない生活困窮者のケースワークの経験が少ないことがうかがえた。

一方で、業務過多が懸念される年間総相談件数が100件以上の機関が20機関に上ることも注目すべきである。20件中12件は年間総相談件数が200件を超えており、さらにその2機関は1807件、1914件と突出して高かった。このように相談件数が突出して多くなると、業務過多となり十分なアセスメントとケースワークが難しくなると考えられた。

次に住居のない生活困窮者等の総相談件数と生活困窮者の相談に対応する相談員の数から相談員一人あたりの住居のない生活困窮者等の相談件数を算出した。その結果、0件～301人と非常に幅広いものとなった。

そこで相談員一人あたりの住居のない生活困窮者等の相談件数の分布を把握するために、相談員一人あたりの住居のない生活困窮者等の相談件数を横軸、相談機関数を縦軸にしたヒストグラムを作成した（図13）。

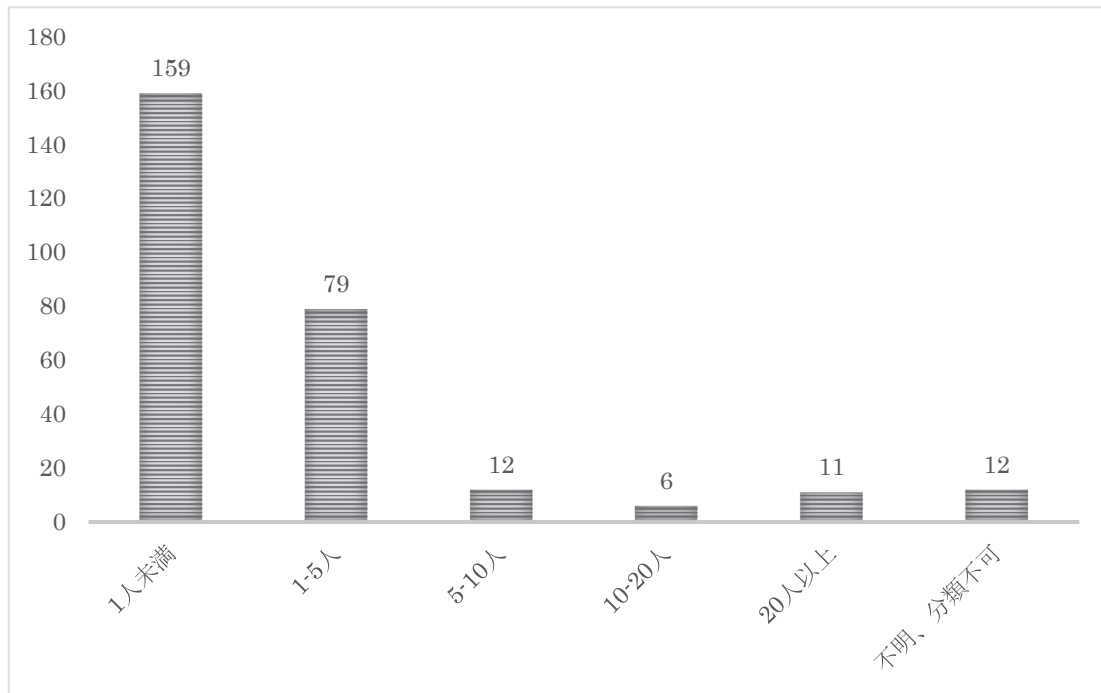


図13 相談員1人あたりの住居のない生活困窮者等の総相談件数の分布

図13をみると、図11、図12と同様に相談件数が非常に少ない地域と相談件数が非常に多い地域と二極化していることがうかがえる。回答数の半数を超える159機関が相談員1人あたりの住居を持たない生活困窮者の相談件数1人未満であり、0人（昨年度は相談実績なし）は79機関であった。

一方で、相談員1人あたりの住居を持たない生活困窮者の相談件数が10人を超える機関は17機関あり、そのうち11機関が20人以上、9機関が40人以上相談件数を抱えていることが明らかになった。

次に生活困窮者の相談にあてる時間について各機関に尋ね、その回答を「不明、分類不可」、「1時間未満」、「1-2時間」、「2-3時間」、「4時間以上」に分類し、ヒストグラムを作成した（図14）。

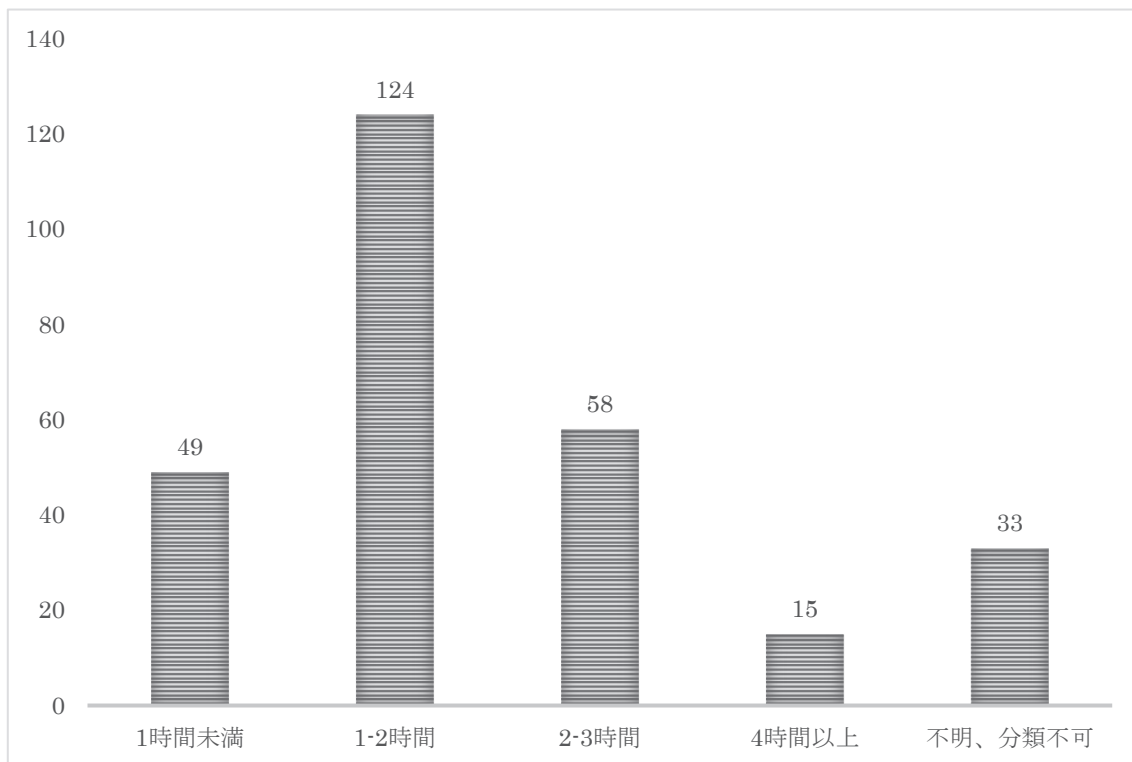


図14 1件あたりの生活困窮者の相談時間

図14を参照すると、概ね1-2時間を中心に初回面接及びアセスメントが実施されていることがうかがえた。



## (2) 住居のない生活困窮者のアセスメントについて

住居のない生活困窮者のアセスメントは、生活保護の受給要件をケースワークの観点から分離し、法の求める要件をアセスメント項目として具体化することが必要だといわれている（柴田，2016）。しかし、高齢者、知的障害、精神障害、難病患者、生活困窮者等を含めて、総合的にアセスメントできる情報領域は、その情報の領域の広さや多様さのためにアセスメント設定が難しいという問題もある（泉，2016）。

そこで本調査では、各機関の相談員にどの情報をアセスメントとして把握するか。それぞれの項目が全体の何割（％）を占めるかについて図式化したところ以下のような結果が得られた（図 15）。なお、未回答であったものに関しては以下の分析から除外した。

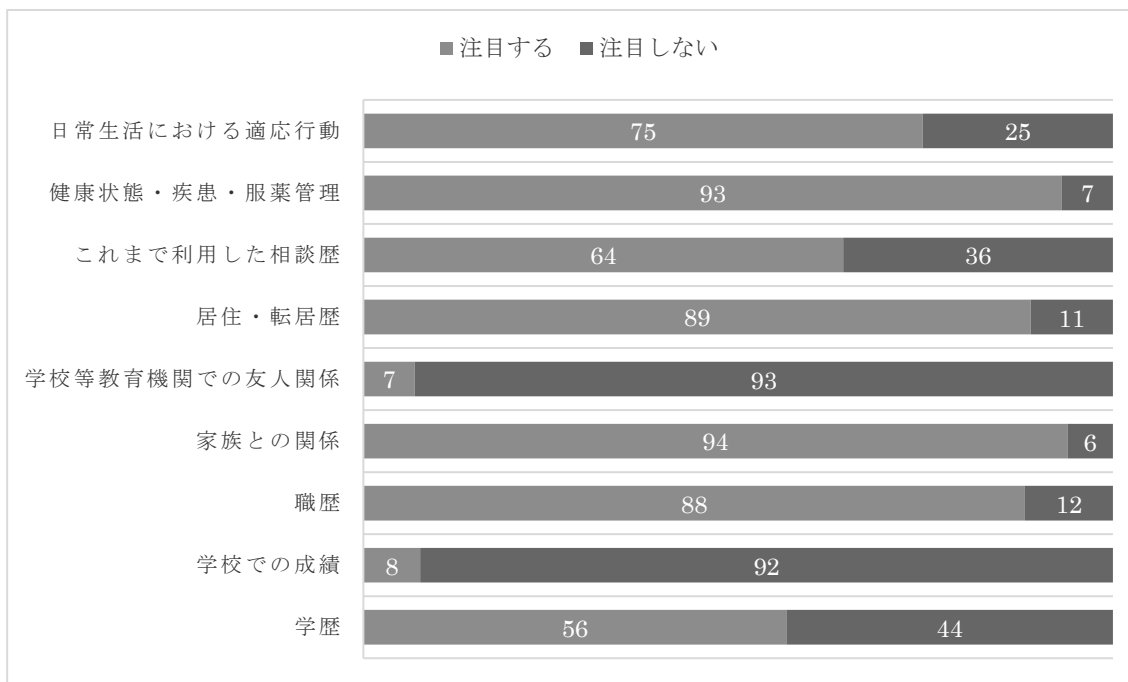


図 15 住居のない生活困窮者のアセスメント聴取項目

図 15 を参照すると、「健康状態・疾患・服薬管理」、「家族との関係」、「職歴」については約 90% の相談機関が聴取していることがわかった。逆に学校時代の成績や友人関係、成績について聴取する相談機関は約 7% に過ぎなかった。学業成績は知的障害や限局性学習障害、学校時代の友人関係は自閉スペクトラム障害など発達障害に関する情報を得ることができるため参考になる項目である。

また相談件数や経験において、相談員のアセスメント項目が異なる可能性を考慮して、本実態調査の住居のない生活困窮者の相談件数の平均値が 44 件であったため、図 2 の住居のない生活困窮者への相談件数が 50 件以上を高群（N=29）、図 12 の住居のない生活困窮者への相談件数が 0 件でかつ図 11 の全体の相談件数が 50 件を低群（N=39）としてそれぞれ提示する（図 16、図 17）。なお、未回答はさらに除外している。

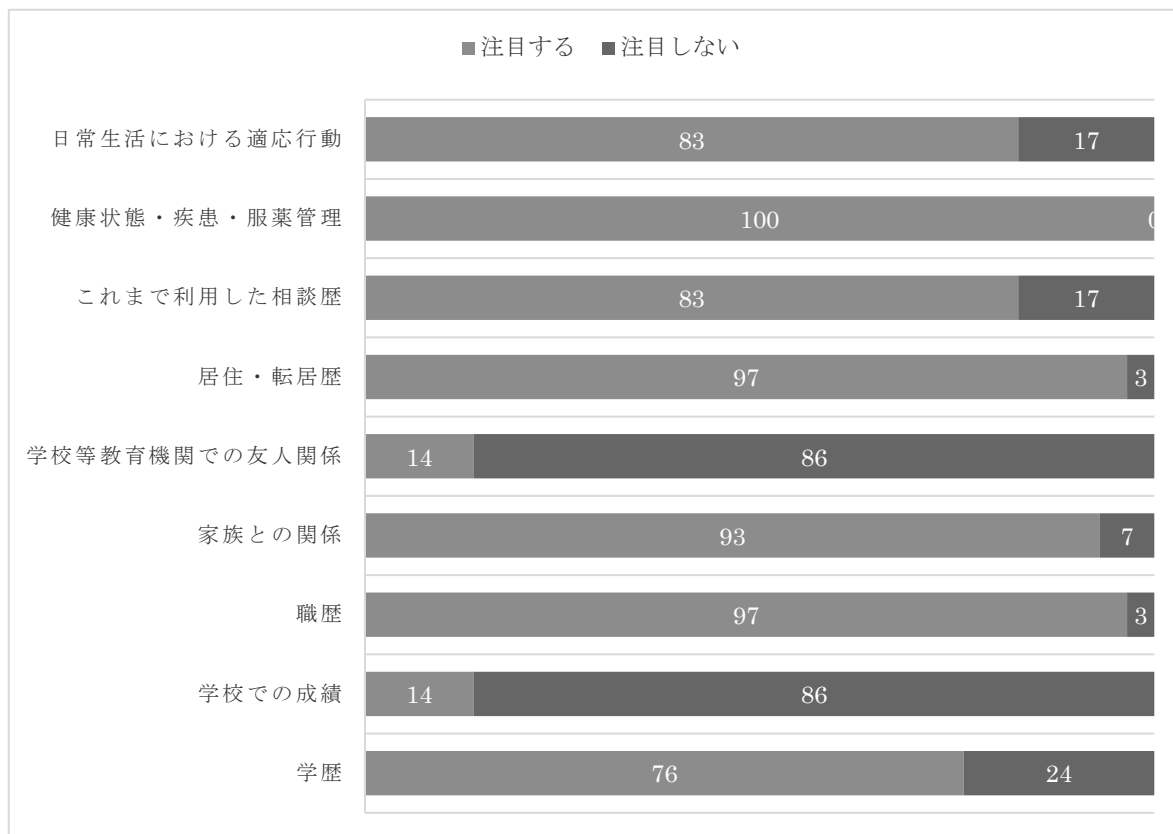


図 16 相談件数高群における住居のない生活困窮者のアセスメント聴取項目

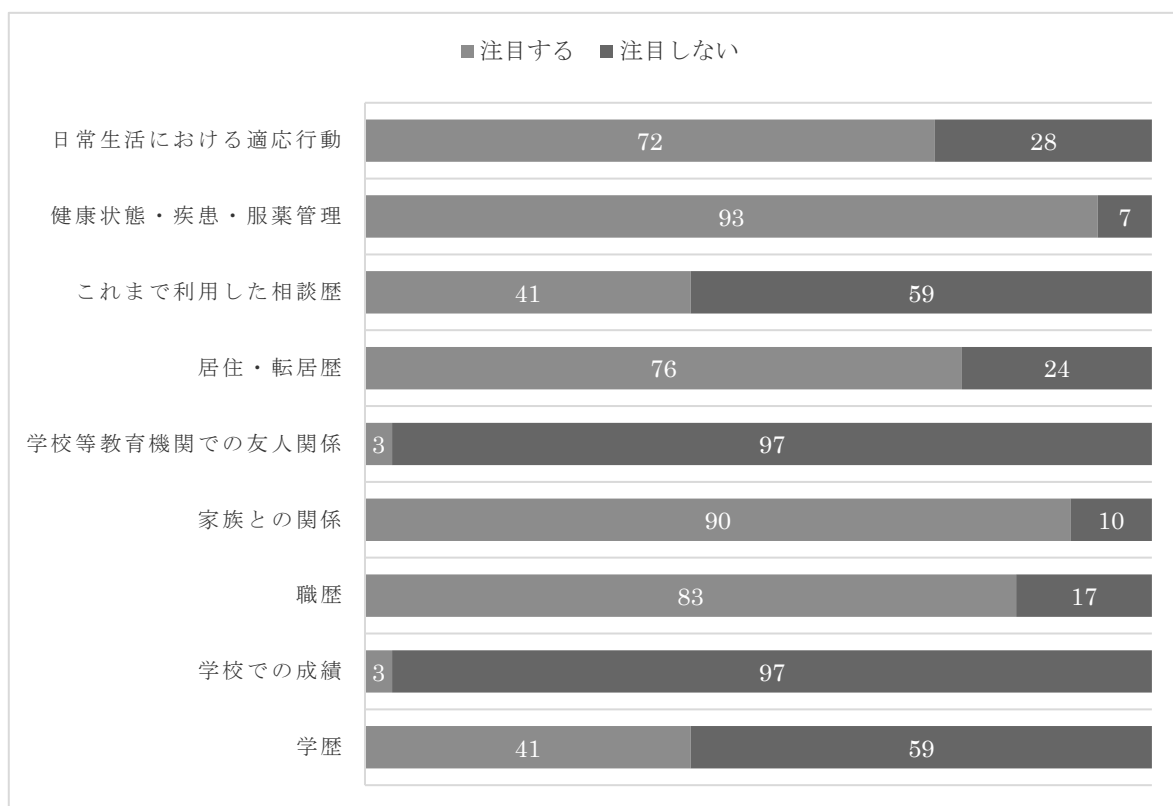


図 17 相談件数低群における住居のない生活困窮者のアセスメント聴取項目

相談件数高低群において、住居のない生活困窮者のアセスメント聴取項目を比較すると「学歴」、「これまで利用した相談歴」において高群の方が5%水準で有意に多く回答した(図16、図17、表12)。高群は学歴から大まかな知的水準を、これまで利用した相談歴から問題がいつから生じ、社会的資源をどのように活用してきたかについて把握していると推測される。

表12 相談件数高低群における初回面接時のアセスメント聴取項目の比較

	高群		低群		χ <sup>2</sup>	
	注目する	注目しない	注目する	注目しない		
学歴	22	7	12	17	5.757*	
学校での成績	4	25	1	28		
職歴	28	1	24	5		
家族との関係	27	2	26	3		
学校等教育機関での友人関係	4	25	1	28		
居住・転居歴	28	1	22	7		
これまで利用した相談歴	24	5	12	17		8.861*
健康状態・疾患・服薬管理	29	0	27	2		
日常生活における適応行動	24	5	21	8		

\*...p<.05

次に住居のない生活困窮者の相談において、図で挙げた内容以外にどのような情報を聴取するかについて自由記述の回答を求めたところ 110 個のデータが得られた。これらのデータを整理したところ 20 カテゴリーに分類された（表 13）。

表 13 各相談機関の相談員がアセスメントにおいて聴取している項目

何に困っていて、今後どうしていきたいか？	13
経済的側面（お金・預金・所有物・負債など）	70
保険証・身分証明書等	8
生活困窮に至った理由・要因	13
生活保護歴	5
生活保護受給の意思確認	2
他制度の活用可能性	4
食糧など現在の生活状況	13
来談経緯	4
連絡手段（住所・電話など）	12
生育歴・生活歴	6
非行歴・犯罪歴・処分歴・暴力団	9
嗜癖	5
病歴	1
障害および障害者手帳	12
家族（家族関係・扶養者）および頼りにしている人	10
職歴	3
就労意欲	3
資格	6
国籍・言語	1

相談員が重視している項目として、「生活困窮に至った経緯」、「経済的側面」、「現在の生活状況」、「今後に向けての希望」、「障害の有無および障害者手帳の有無」、「連絡手段」、「周囲の人的環境」を把握していることが明らかになった。ここから生活困窮者が今どの程度苦しい状態（困窮状態）におかれているか、相談員からの連絡手段の確認を重視していることがうかがえた。

次に各機関の相談員にどの情報をアセスメントとして面接時に観察するかという着眼点について尋ねた。それぞれの項目が全体の何割（％）を占めるかについて図式化したところ以下のような結果が得られた（図 18）。

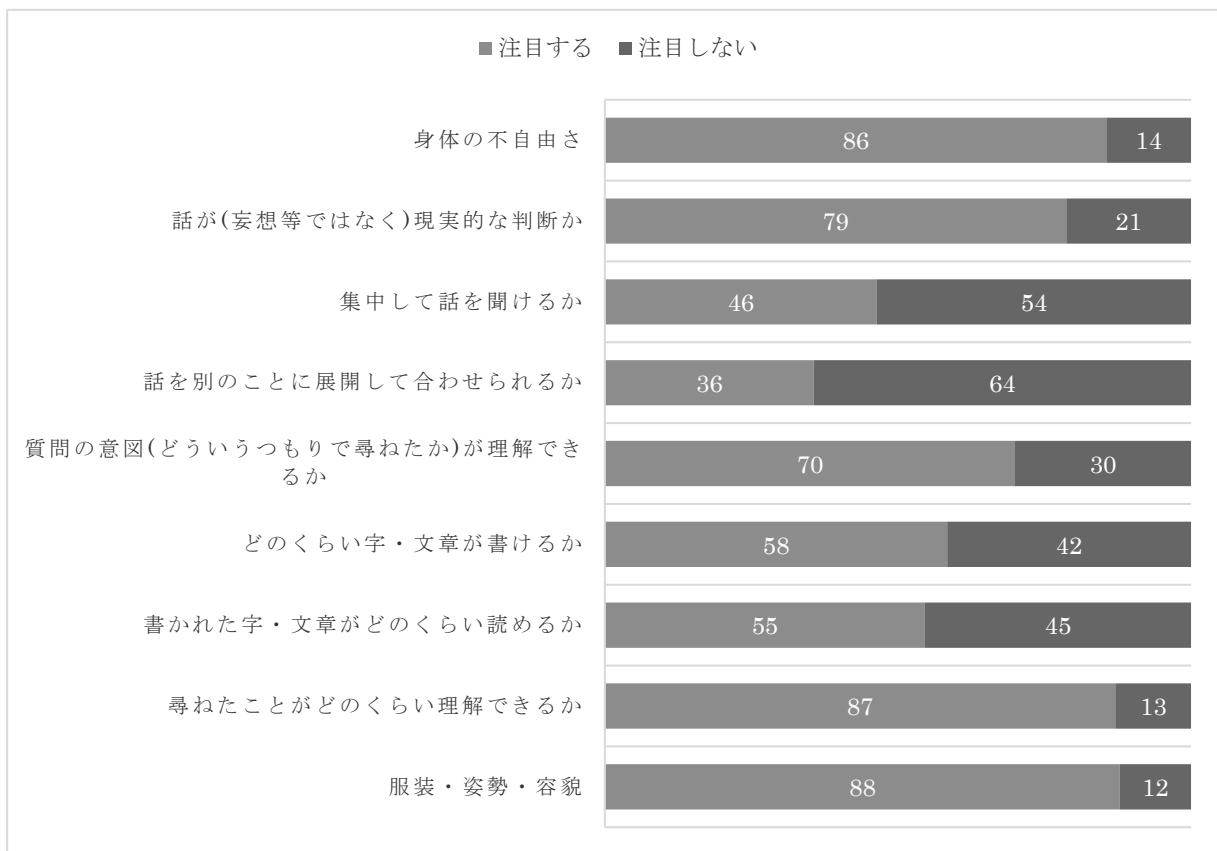


図 18 住居のない生活困窮者のアセスメントにおける観察項目

図 18 を参照すると、約 80% の相談機関が初回面接時に観察として注目すると回答した項目は、「身体の不自由さ」、「話が現実的な判断か」、「尋ねたところがどれくらい理解できるか」、「服装・姿勢・容貌」であった。これらは面接時に観察し、かつ把握しやすい身体的・行動的側面である。

一方、「集中して話を聞けるか」、「話を別のことに展開して合わせられるか」については約 40% にとどまった。これらは主に発達障害特性（注意欠如多動性障害や自閉症スペクトラム障害）に関するアセスメントにおいて着目する視点である。また「どのくらい字・文章が書けるか」、「書かれた字・文章がどのくらい読めるか」についても観察のポイントであると回答した相談機関が約 55% 程度であったが、これらは限局性学習障害や軽度の知的障害を把握する視点となる。

続けて本実態調査の住居のない生活困窮者の相談件数の平均値が 44 件であったため、図 12 の住居のない生活困窮者への相談件数が 50 件以上を高群（N=29）、図 12 の住居のない生活困窮者への相談件数が 0 件でかつ図 11 の全体の相談件数が 50 件を低群（N=39）としてそれぞれ提示する（図 19、図 20）。なお、未回答はさらに除外している。

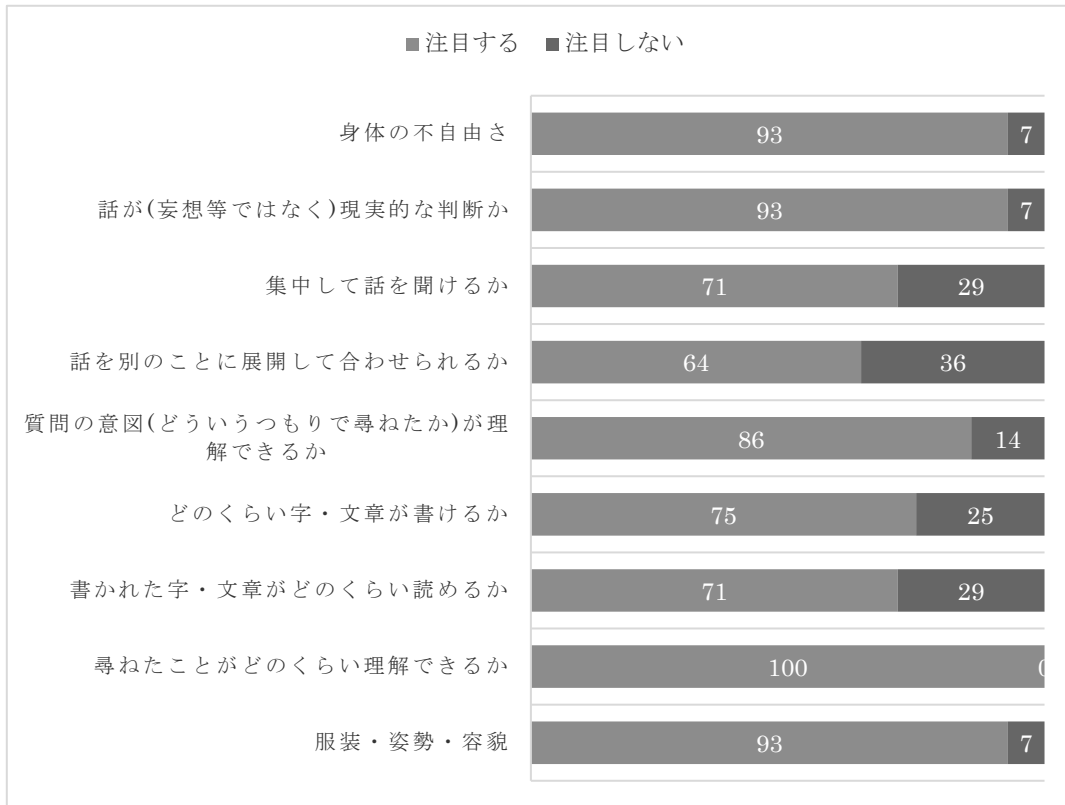


図 19 相談件数高群における住居のない生活困窮者のアセスメントにおける観察項目

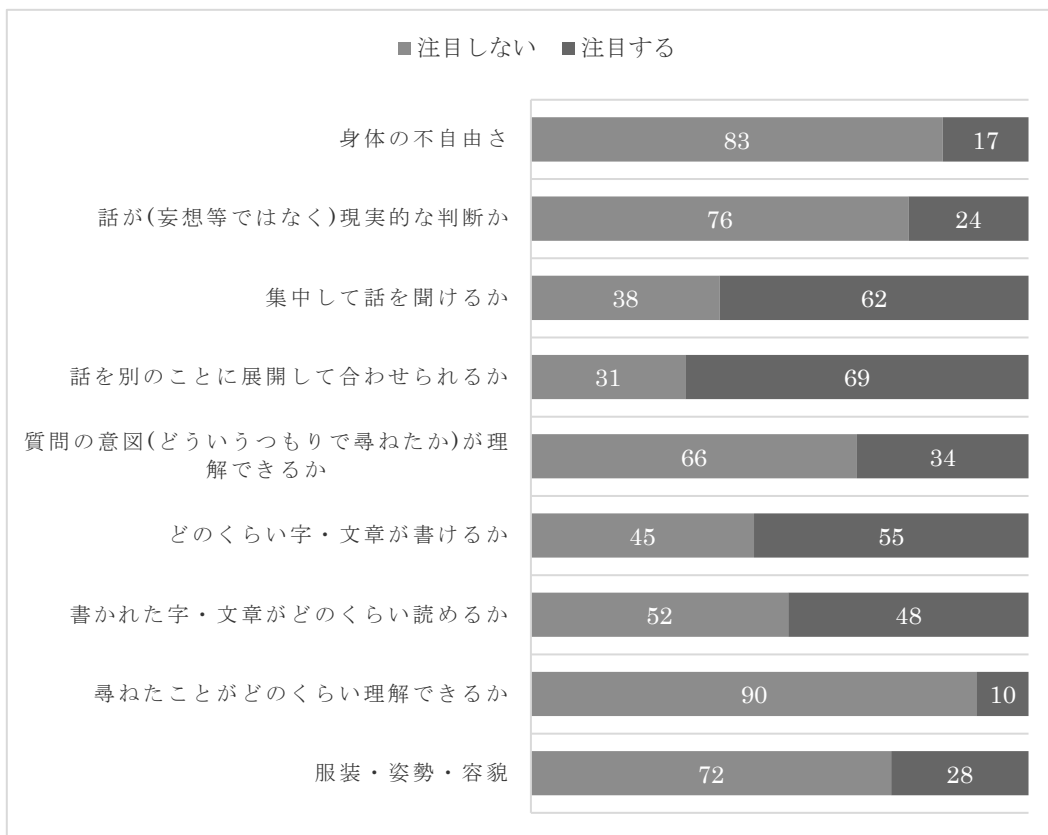


図 20 相談件数低群における住居のない生活困窮者のアセスメントにおける観察項目

相談件数高低群において住居のない生活困窮者のアセスメントの観察項目に違いがみられるか比較を行ったところ「話を別のことに展開して合わせられるか」、「集中して話を聞けるか」において高群の方が5%水準で有意に多く回答した（図19、図20、表14）。ここから高群は、生活困窮者での初回面接から社会性や不注意など発達障害特性に関連する行動を観察することが多いと推測された。

表14 相談件数高低群における初回面接時のアセスメントの観察項目の比較

	高群 (N=29)		低群 (N=29)		$\chi^2$
	注目する	注目しない	注目する	注目しない	
服装・姿勢・容貌	27	2	21	8	
尋ねたことがどのくらい理解できるか	29	0	26	3	
書かれた字・文章がどのくらい読めるか	21	8	15	14	
どのくらい字・文章が書けるか	22	7	13	16	
質問の意図(どういうつもりで尋ねたか)が理解できるか	25	4	19	10	
話を別のことに展開して合わせられるか	18	11	9	20	4.435*
集中して話を聞けるか	21	8	11	18	5.647*
話が(妄想等ではなく)現実的な判断か	27	2	22	7	
身体の不自由さ	27	2	24	5	

\*... $p < .05$

次に住居のない生活困窮者のアセスメントにおいて、上記の内容以外にどのような情報を観察するかについて自由記述の回答を求めたところ41個のデータが得られた。これらのデータを整理し7カテゴリーに分類された（表15）。

表15 各相談機関の相談員がアセスメントにおいて観察している項目

就労が可能か	3
身体機能、所持品、身支度	8
生活習慣の乱れ	5
会話	12
緊急性、自殺企図、他害	5
説明内容の整合性	4
身体的特徴（入れ墨等）	1

表 15 から特に相談員は生活困窮者の会話に着目して観察していることがうかがえた。会話は図 19-20 にもあるが、アイコンタクト、言葉遣い、表情、しぐさなどから状態像をアセスメントしていると推測された。また公的機関への不満や敵意なども会話の中でアセスメントするといったソーシャルワーク的な視点もみられた。

次に多かった項目は身体機能、所持品、身支度のカテゴリーであった。これらの観察によって精神状態の把握を大まかにに行っていることが考えられた。同時に緊急性、自殺企図、他害などの側面も観察し、生活困窮者の状態像を把握していることがうかがえた。

### (3) 施設に入所した生活保護受給者のアセスメントについて

無料低額宿泊所・社会福祉住居施設・日常生活支援住居施設に 3 か月以上入所した生活保護受給者のヒアリングとして、どのようなことを把握しているか自由記述式にて意見聴取を行った。

・住居施設での暮らしの様子の中かで、その人がうまくいっていない、あるいは、支援を要するかどうかについて、相談員はどういうことに留意して判断しているかについて尋ねたところ、121 個のデータが得られた。これらを整理し表 16 の 6 カテゴリーに整理された。

表 16 各相談機関の相談員が施設に 3 か月以上入所した生活保護受給者の  
適応と支援の必要性について判断する項目

社会的コミュニケーション	36
施設での暮らしの継続性	43
心身の状態	13
問題行動、他者とのトラブル	18
金銭管理	13
就労	4

表 16 で一番多かったのは、「施設での暮らしの継続性」であり、次に多かったのは「社会的コミュニケーション」であった。生活困窮の窓口における初回面接は、金銭管理や経済的側面が多かったのに対して、施設での生活状況に対するアセスメントは「施設での暮らしの継続性」といった環境への適応状態と「社会的コミュニケーション」といった対人関係に関する側面が重視されており、アセスメントのポイントが適応行動や発達障害特性などにシフトしていることがうかがえた。適応行動について、生活困窮者は日常生活スキルに結びつくこれまでの人生の経験値が全体的に低い傾向にある。言い換えれば「成



長に伴う生活環境の悪さ」に「習得すべき知識の欠如」が加わっているといえる（雪井，2019）。そのため、施設での生活において適応行動が大きなアセスメントの視点になる。

また入所6ヶ月以上の利用者についても同様に自由記述による回答を求めた。概ね3ヶ月以上と同じ内容であったが、入所6ヶ月以上の場合に特徴的な回答について紹介すると「6ヶ月以上の支援があったにもかかわらず問題が起こる・生活が落ち着かないなどの状態が続いているか」といった支援効果や長期目標に関する回答が見られたのが特徴的であった。

次に、入所3ヶ月以上の利用者が住居施設から一人暮らしが可能であると判断する際、相談員はどのようなことに留意しているかについて尋ねたところ、119個のデータが得られた。これらを整理し表5の6カテゴリーに整理された（表17）。

表17 各相談機関の相談員が施設に3か月以上入所した生活保護受給者が一人暮らし可能と判断するために把握する項目

日常生活スキル	47
生活状況	7
金銭管理	37
健康管理	22
医師および施設職員の意見	18
対人関係・コミュニケーション	12
厚生労働省社会・援護局保護課通知問（第7の78） 生活保護手帳別冊問答集問7-107に基づく	5
本人の希望	5

表17で一番多かったのは「日常生活スキル」であり、次に「金銭管理」、「健康管理」と続いた。地域で一人暮らしをしていくことになると、自分の事は自分でできることが前提となっていく。自分の身の回りの事、金銭管理、健康管理が重要事項になっていくのは自然な流れであろうと思われる。これらの項目は適応行動に含まれるものであり、具体的なスキルの把握を他者評価で行えることが重要である。

なお、一人暮らしは「これまでの経験上ほぼ無理と思われる」という記述もあったが、これはその相談員や施設において経験上なかったということであり、一人暮らしが可能になっていく生活困窮者もいるということを支援者問わず多くの方々に知っていただきたい事実である。

また入所 6 ヶ月以上の利用者についても同様に自由記述による回答を求めた。概ね 3 ヶ月以上と同じ内容であったが、入所 6 ヶ月以上の場合に特徴的な回答について紹介する。「福祉施設の生活サポートがなくても、一人である程度自立した生活が送れるかどうか」、「居宅訓練事業に参加し、訓練の結果可能となった場合。自炊、金銭管理が主な基準になる」、「金銭管理能力（同意の上で通帳を見せていただき、保護費の遣り繰りで貯蓄ができていくか）・通院や服薬の状況（単身生活開始後に孤独死や体調悪化をすることがないよう配慮が必要）・自室を綺麗に保てるか、入浴の習慣があるか、自炊が可能かなど、生活状況の確認・他の施設入居者とのトラブルの有無（単身生活開始後に近隣トラブルを生じないか）」といった一人暮らしを想定した日常生活スキルを把握しているという意見があった。

また一人暮らしをするということは自分で地域生活を営んでいくことになる。そこで「社会的手続や公的施設の利用が適切にできるか。文化的社会的活動への参加が適切にできるか」ということに着目しているという意見もあった。雪井（2019）によれば、生活スキルが低いままだとその地域で生活することが辛くなり、生活が長続きせず、破綻する可能性がある。地域生活に根付いた生活を可能にするために適応行動を習得していくことが求められる。

また生活保護手帳別冊問答集問 7-107 を判断基準にしている回答も複数見られた。従来は日常生活スキルを評価するための詳細な指標として扱われてきたが、臨床心理学の分野では Vineland™-II 適応行動尺度が開発され、さらには ABIT が開発されており、日常生活スキルのより詳細かつ正確なアセスメントが可能になっている。

次に、相談員（生活困窮者）が、入所 3 ヶ月以上の利用者で他の住居施設等に移った方がいと判断する場合、相談員はどういうことに留意しているかについて尋ねたところ、111 個のデータが得られた。これらを整理し表 6 の 7 カテゴリーに整理された（表 18）。

表 18 各相談機関の相談員が施設に 3 か月以上入所した生活保護受給者が他の住居施設に移動した方がいと判断するために把握する項目

対人トラブル	33
住居環境とのマッチング	34
関係者の意見	17
介護・障害認定	7
自立生活困難	9
本人の希望	5
就労	1

表 18 で多かったのは、「対人トラブル」、「住居施設とのマッチング」、「関係者の意見」であった。他施設に移動が適当と判断されるのは、いくつかのパターンがあると考えられた。1つは施設という集団生活の中で迷惑行為や問題行動など対人トラブルが発生し、施設側から希望が出た場合である。もう1つは本人の問題行動は見られないものの、住居環境に馴染めず、あるいはより本人のニーズに合った施設を求めて移動する場合である。このケースにいわゆる介護認定や障害認定なども含まれる。

入所 6 ヶ月以上の利用者についても同様に自由記述による回答を求めた。概ね 3 ヶ月以上と同じ内容であったが、入所 6 ヶ月以上の場合に特徴的な回答として「支援の効果」という回答があった。

問題行動や対人トラブルによる相談が寄せられると、「大変な人」、「困った人」というレッテルを貼られるだけで終わることが多いが、おそらく多くの場合では背景に何らかの発達障害や精神障害を抱えている可能性がある。本来であれば障害特性の理解に基づいた支援を受けるべき人々である。その一歩のためにも各障害特性の簡易アセスメントは重要であろうと思われる。

#### (4) 発達障害、精神障害、認知症の判断について

辻井（2019）や的場・斉藤（2019）の住居のない生活困窮者の実態調査で精神疾患や発達障害、知的障害、精神障害を抱えていることがすでに明らかになっており、ケースワークにおいてもこれらの疾患の可能性についてアセスメントできることが重要になっている。そこでアセスメントの判断に関する手ごたえ（相談員自身の自信）を尋ねた。それぞれの回答の全体の割合を示した（図 21）。

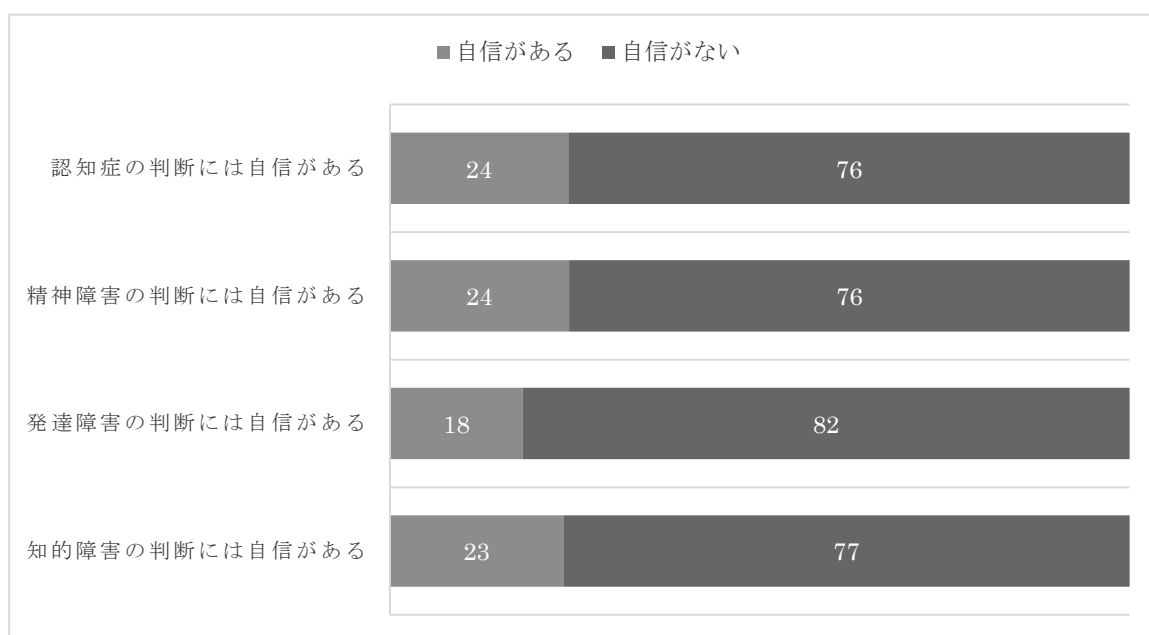


図 21 認知症、精神障害、発達障害のアセスメントおよび判断の手ごたえ

また相談件数や経験において、相談員のアセスメント項目が異なる可能性を考慮し、本実態調査の住居のない生活困窮者の相談件数の平均値が44件であったため、図12の住居のない生活困窮者への相談件数が50件以上を高群（N=29）、図12の住居のない生活困窮者への相談件数が0件でかつ図11の全体の相談件数が50件を低群（N=39）としてそれぞれ提示する。なお、未回答はさらに除外している（図22、図23）。

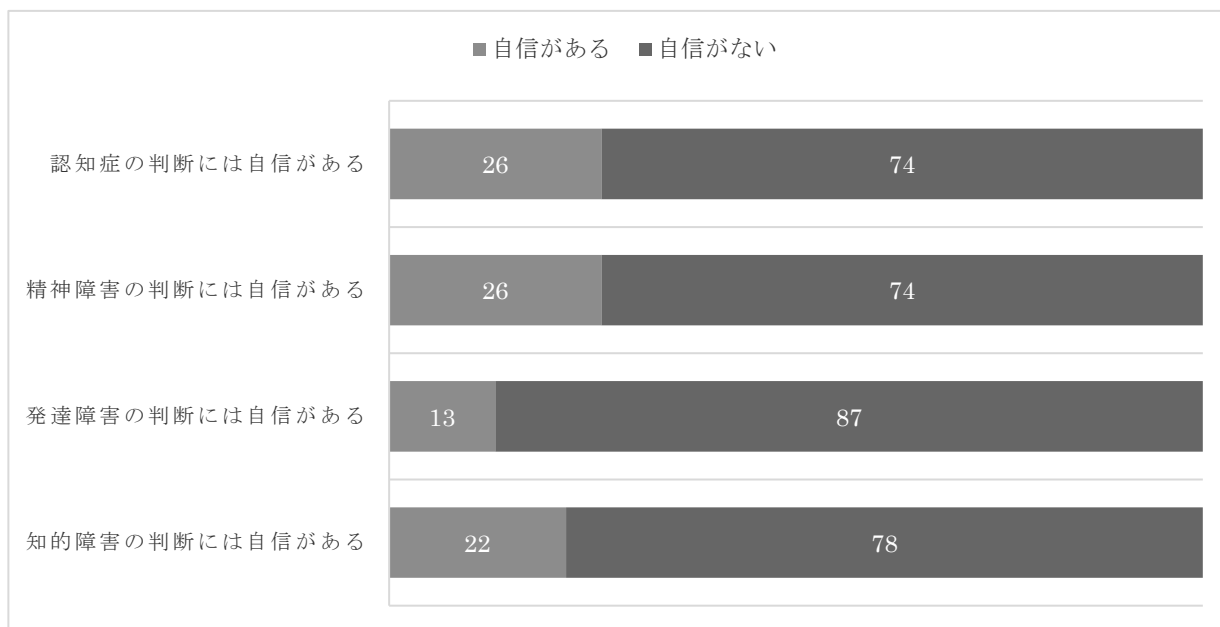


図22 相談件数高群における認知症、精神障害、発達障害のアセスメントおよび判断の手ごたえ

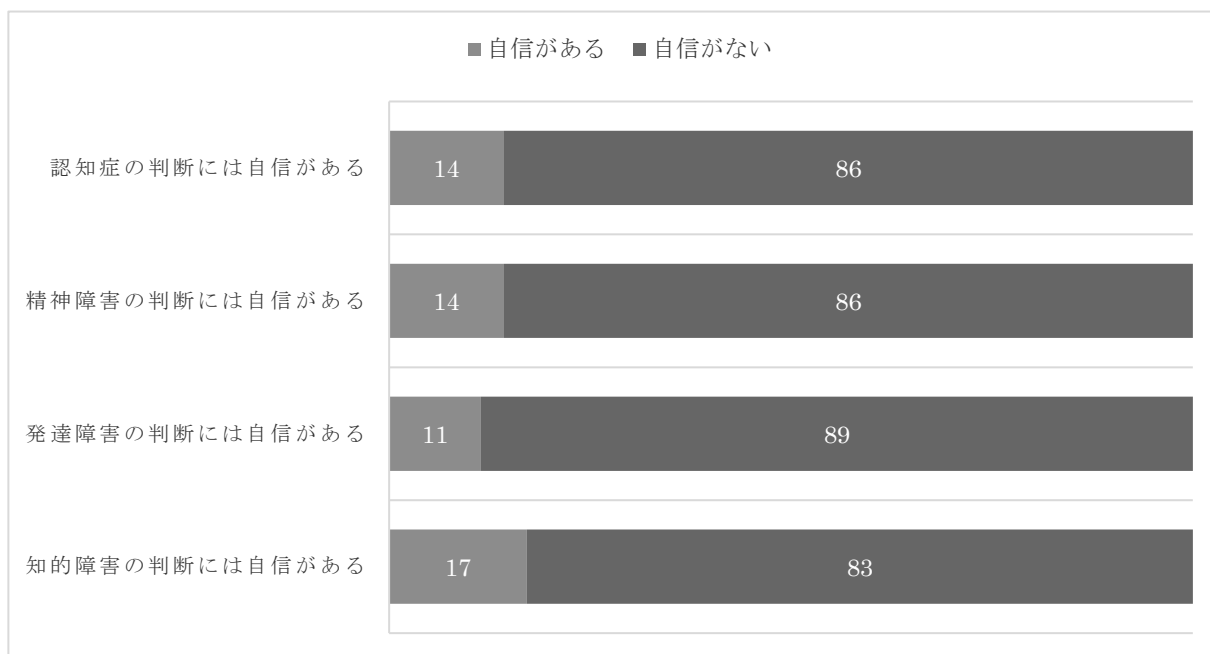


図23 相談件数低群における認知症、精神障害、発達障害のアセスメントおよび判断の手ごたえ

図 21～図 23 での、相談員のアセスメントの手ごたえについて相談件数による違いも予想されたが、実際には高低群に有意差は認められず、全体的な回答傾向は類似していた。発達障害に比較して、認知症、精神障害についての相談員のアセスメントの手ごたえがあるとの回答が高くなっている。しかし、半数を超える相談機関で各障害のアセスメントや判断に関して困っており、ニーズがあると考えられた。

総合的に判断すると、認知症、精神障害、発達障害、知的障害のいずれの項目も約 70%の相談機関がこれらのアセスメントの手ごたえ（相談員自身の自信）がないと回答があり、特に発達障害に関しては約 80%の相談機関がアセスメントに困っていることにも注目する必要がある。

さらに相談経験がまだ浅い担当者が、各種障害（認知症・精神障害・発達障害・知的障害）を抱える生活困窮者の支援ニーズ判定について、補助的なアセスメントツールを使わないで行うときの困難さを尋ねたところ以下の回答を得た（図 14）。本実態調査の住居のない生活困窮者の相談件数の平均値が 44 件であったため、図 12 の住居のない生活困窮者への相談件数が 50 件以上を高群（N=29）、図 12 の住居のない生活困窮者への相談件数が 0 件でかつ図 11 の全体の相談件数が 50 件を低群（N=39）としてそれぞれ提示している。

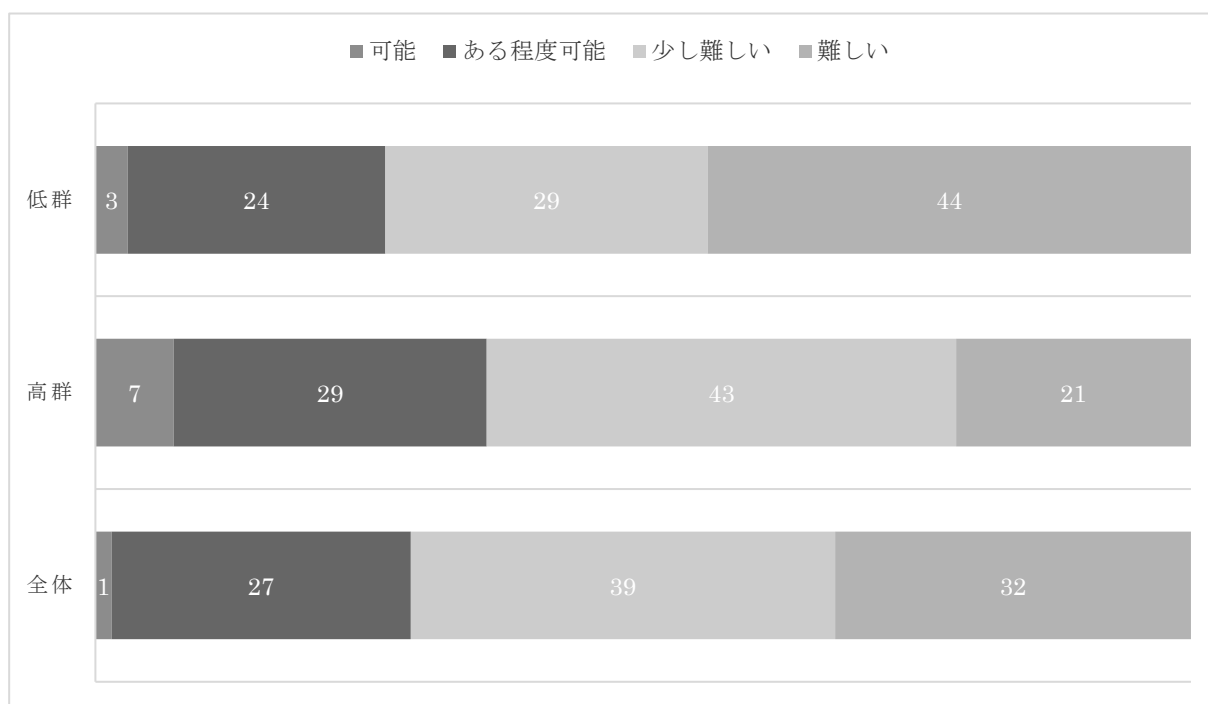


図 24 相談経験の浅い担当者が各種障害（認知症・精神障害・発達障害・知的障害）を抱える生活困窮者の支援ニーズ判定を補助的なアセスメントツールなしで行う場合の困難度

これらの回答傾向も相談件数による違いが予想されたが、実際には高低群に有意差は認められなかった。全体としての傾向をふまえると約70%の相談機関が「少し困難」、「困難」という回答であった。各種障害についてアセスメントや判断についての難しいという回答が70%を超える結果が出た以上、今後はその困難さを補うアセスメントツールを相談員が知っていて、かつ活用できることが重要になる。

#### (5) ABIT の導入について

実態調査にあたって、筆者らの研究チームが開発した ABIT の案内とともにモニター導入の可能性について尋ねた。各機関の回答項目が全体の何割 (%) を占めるかについて図式化したところ以下のような結果が得られた (図 25)。

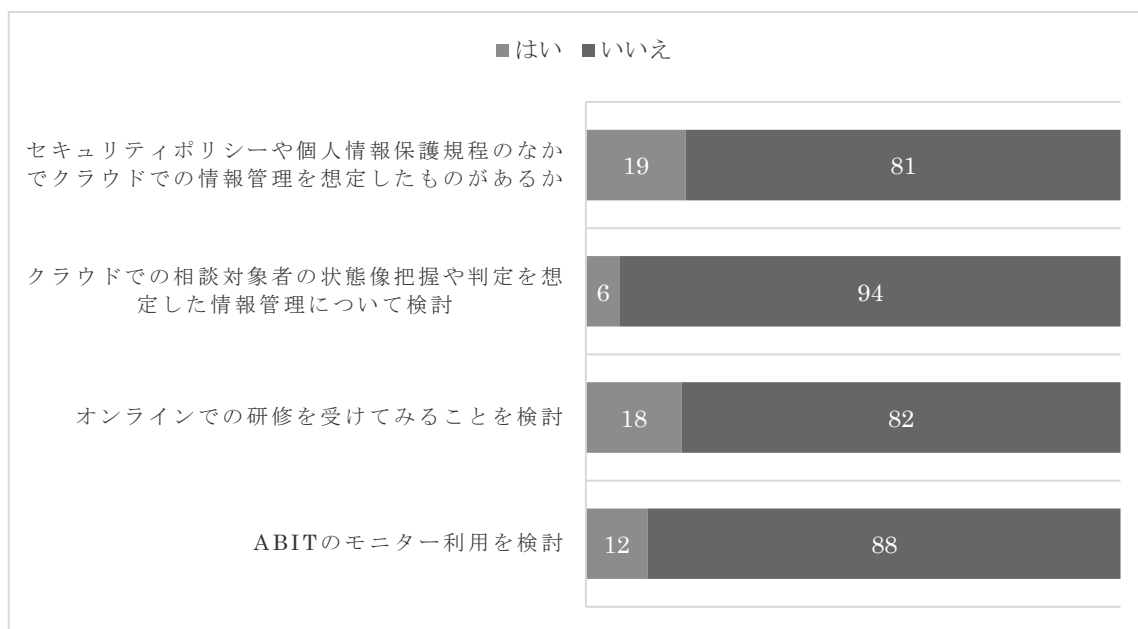


図 25 ABIT 導入に関する各調査機関の意向

また業務過多等によって ABIT 導入意向が異なる可能性を考慮して、本実態調査の住居のない生活困窮者の相談件数の平均値が 44 件であったため、図 12 の住居のない生活困窮者への相談件数が 50 件以上を高群 (N=29)、図 12 の住居のない生活困窮者への相談件数が 0 件でかつ図 11 の全体の相談件数が 50 件を低群 (N=39) としてそれぞれ提示する。なお、未回答はさらに除外している (図 26、図 27)。

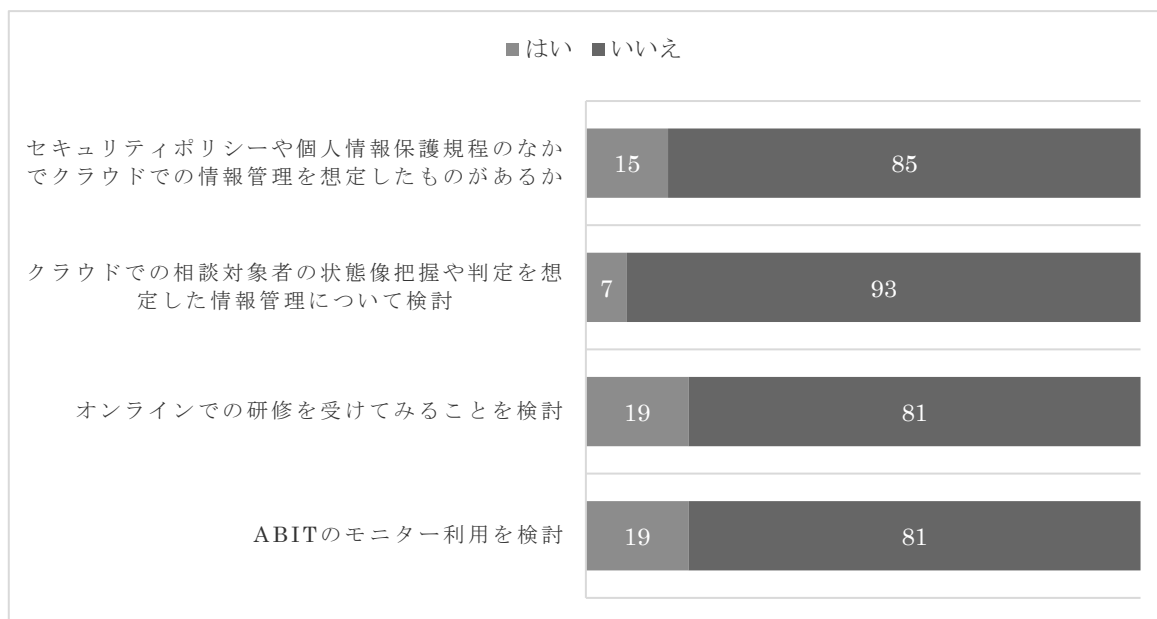


図 26 相談件数高群における ABIT 導入に関する各調査機関の意向

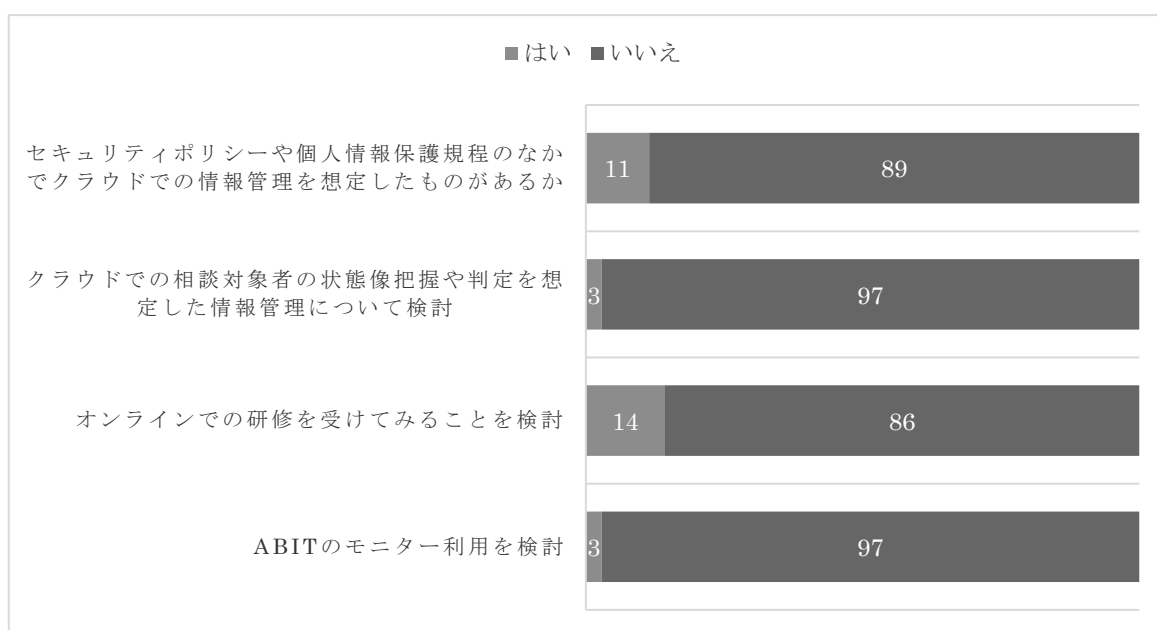


図 27 相談件数低群における ABIT 導入に関する各調査機関の意向

全体的には、普段の業務過多のためか ABIT モニターや研修を新規に受けたいという希望は 12%、18%であった。相談件数の高低群で比較すると、有意差は認められなかったものの高群の方が ABIT モニター利用のニーズが高い傾向にあった。

#### 4. まとめ

最後に、生活困窮者の相談について、各相談機関から以下のような意見も寄せられた。工夫と困難さを紹介して、今後求められる生活困窮者のアセスメントを述べたい。

アセスメントの工夫として以下の回答が寄せられた。

- ・ アセスメントでは本人の聴き取りと共に施設職員とも聴き取りをして、初回面接だけでは把握しにくい本人の特性の把握に努めている。
- ・ 無料低額宿泊所は、ADLが自立した者の入居を想定する施設が多いので、要介護状態になった高齢者は可能な限り早期に適切な施設に移動できるよう配慮する。
- ・ 無料低額宿泊所が長期間入居させることを想定する施設ではないとの判断から、就労が継続し、早期に自立廃止が見込まれる人は適宜、居宅設定を促している。
- ・ 生活保護の申請が可能であればアパートに入居するようすすめている。
- ・ 日頃から信頼関係を築き、何でも話せる環境をつくることが大切と考えている。
- ・ 長期入所者については、福祉事務所の援助方針と本人の希望、目標に差異や不一致がないか特に留意する。
- ・ 3ヵ月以上入所した生活保護受給者のヒアリング内容から変化・改善等があったか確認を行う。
- ・ 無料低額宿泊所等に入居した後、半年程度が経過すると、面談等を通じて、その人の人となりが見えてくるので、金銭管理能力の有無、通院・服薬の状況、普段の生活状況から居宅設定の判断を行いやすくなる傾向がある。

支援方針の難しさとして以下の回答が寄せられた。

- ・ 高齢者で介護施設には入所できない方（介護度が低い、認定がつかない等）が居住施設に入所した場合に援助方針を定めることが難しい。
- ・ 各地方では無料低額宿泊所といった施設が存在しないこと、あるいは社会的資源が少ないため選択が限られる。
- ・ 一人暮らしの可否や他施設への移動を3ヶ月間の生活状況から判断することは困難であるから、病状調査や要介護度、就労や収入の実績といったもので判断せざるを得ない。
- ・ 生活状況を把握するためには、目途として3ヵ月程度は必要と思われる。
- ・ 普段からの生活状況に問題があって居所を喪失した例が多く、早期の居宅設定に結びつかないのが現状である。
- ・ 住居施設に長期間入所すると、施設での生活に慣れてしまい新しい環境で挑戦しようとする意欲や社会参加への意欲が低下してしまうことが多い。
- ・ 精神疾患等によって生活状況が安定しない場合や、金銭管理能力に難があって居宅設定ができない場合が多い印象がある。



生活困窮者のアセスメントを的確に行っていくためには何が必要であろうか？

1つは、全体像の把握である。泉（2016）は、生活困窮者のアセスメントで取得すべき情報領域について「本人の意志」、「基本的属性」、「身体的状況」、「精神状況」、「社会生活状況」の5つ領域を設定し、生活全般を把握するアセスメントを提案している。泉（2016）の5領域を検討するとかなり詳細であり、全体を網羅するものであるが、把握する情報をどのレベルまで掘り下げて情報収集していくかという問題もあり、検討が必要とされている。また本調査でも明らかになったように生活困窮者の初回面接でのアセスメントに発達障害特性という視点は定着しているとはいえなかった。ケースワークにおけるアセスメントにおいて認知症、精神障害に加えて発達障害（知的障害も含む）という観点をいかに定着していくかが重要であろう。

もう1つは、相談員の直観や経験則だけに頼らないアセスメントと処遇判断が必要になる。生活困窮者のアセスメントにはいくつか類型パターンが想定されるものの、当然ながら個人の経験則や直観に当てはまらないパターンが存在する。その例外パターンを相談員の経験則に無理にあてはめなくて、標準化集団に基づいた数値化可能な客観的なアセスメントツールに基づいて判断することが今後必要になってくる。

ABITは、適応行動や知的機能、精神状態、発達障害傾向といった生活困窮者のアセスメントに必要な視点を網羅されており、かつ20分程度の短時間で各特性がどの程度あるかを客観的に把握できるアセスメントツールである。相談員は担当ケースの多さ、毎月一定数の訪問調査活動を実施し、収入認定変更等の事務処理も担うなど多忙である（高城，2020）。日々、生活困窮者のアセスメントと支援に汗を流している全国の相談員の方々へとアセスメントを受ける生活困窮者のために、近い将来に相談機関にABITが導入され、業務軽減かつ的確なアセスメントとケースワークにつながっていくことを期待したい。

#### 文献

福山和女．(2016)．地域を基盤とした生活困窮者支援における個人、集団、家族支援の位置づけ．精神療法 42(6)，7-13．

池谷秀登編著．(2016)．生活保護と就労支援-福祉事務所における自立支援の実践．山吹書店．

池谷秀登．(2016)．生活困窮者支援と生活保護．精神療法 42(6)，60-63．

泉賢祐．(2016)．「地域生活を支えるソーシャル・ワークのアセスメントに関する一考察」．保健医療経営大学紀要= Bulletin of College of Healthcare Management，(8)，41-46．

的場由木・斉藤恵美子．(2019)．都市部の生活支援付きの民間宿泊施設に入所した生活困窮者の健康状態と生活支援ニーズの特徴：新規入所者の年代別検討．日本公衆衛生雑

誌, 66(12), 767-777.

中土純子. (2017). [研究ノート] 生活困窮者自立支援制度とソーシャルワークの在り方に関する一考察. 学苑, (916), 82-91.

柴田純一. (2016). 生活保護制度における保護の受給要件の認定の在り方に関する研究-受給要件確認の客観化に資するアセスメント開発の前提作業として. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要, (17), 41-50.

高城大. (2020). 生活保護ソーシャルワークにおける「援助関係」の意味と今日的意義と実践的課題. 人間福祉学会誌, 19(2), 93-99.

辻井正次. (2019). 無料低額宿泊所等において日常生活上の支援を受ける必要がある利用者の支援ニーズ評価に関する調査研究事業. 平成 30 年度厚生労働省社会福祉推進事業 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000525955.pdf>)

雪井幸太郎. (2019). 生活困窮者の生活基盤の確保の実践. 貧困研究 22, 33-38.

【質問1】(すでに資料としてある最新の資料からお答えいただければ結構です)

貴機関での、1年間のおおよその相談件数等を教えてください。

1. 貴機関で対応する総相談件数； \_\_\_\_\_( 年度)
2. 貴機関で対応する(無料低額宿泊施設等(救護施設等も含む)の利用も含めた相談内容となる)住居のない生活困窮者等の総相談件数；  
( 年度)
3. 貴機関で生活困窮者等の相談に対応するケースワーカー・相談員等の人数：  
\_\_\_\_\_ ( 年度)
4. 貴機関で、住居のない生活困窮者等の1回の相談に費やすことができる相談時間の目安(ケースによって異なるものですので、おおよそのイメージで結構です)：  
\_\_\_\_\_ ( 年度)

【質問2】 貴機関で、住居のない生活困窮者等の相談において、どのような情報を聴取、あるいは観察していますか？ 以下の項目のなかで当てはまるものがあれば○をつけて下さい。(複数選択)。それ以外に必ず聴取する項目があれば教えてください(自由記述)

1. 聴取項目：

①学歴、 ②学校等教育機関での成績、 ③職歴、 ④家族との関係、 ⑤学校等教育機関での友人関係、 ⑦居住・転居歴、 ⑧これまで利用した相談歴、 ⑨健康状態・疾患・服薬管理、 ⑩日常生活における適応行動(身辺自立、家事、金銭管理、人付き合い等、どのくらいのことが自分でできるか)、 ⑪その他、必ず聴取する項目(ご意見をお書きください)

2. 観察項目：

①服装・姿勢・容貌、 ②どのくらいの話ができるか、 ③尋ねたことがどのくらい理解できるか、 ④書かれた字・文章がどのくらい読めるか、 ⑤どのくらい読・文章が書けるか、 ⑥質問の意図(どういうつもりで尋ねたか)が理解できるか、 ⑦話を別のことに展開して合わせられるか、 ⑧集中して話を聞けるか、 ⑨話が(妄想等ではなく)現実的な判断か、 ⑩身体の不自由さ、 ⑪その他、必ず観察する項目(ご意見をお書きください)

【質問3】 無料低額宿泊所・社会福祉住居施設・日常生活支援住居施設に3か月以上入所した生活保護受給者のヒアリングとして、どのようなことを把握しますか？ 把握していく内容の例を項目ごとに自由に記入下さい。

1. 住居施設での暮らしの様子の中で、うまくいっていない、あるいは、支援を要するかどうか、どういうことに留意して判断していますか？（ご意見をお書きください）
2. 住居施設から一人暮らしが可能であると判断するのは、どういうことに留意して判断しますか？（ご意見をお書きください）
3. 他の住居施設等に移った方がいいと判断する場合はどういうことに留意して判断しますか？（ご意見をお書きください）
4. その他（ご意見をお書きください）

【質問4】 無料低額宿泊所・社会福祉住居施設・日常生活支援住居施設に6か月以上入所した生活保護受給者のヒアリングとして、どのようなことを把握しますか？

1. 住居施設での暮らしの様子の中で、うまくいっていない、あるいは、支援を要するかどうか、どういうことに留意して判断していますか？（ご意見をお書きください）
2. 住居施設から一人暮らしが可能であると判断するのは、どういうことに留意して判断しますか？（ご意見をお書きください）
3. 他の住居施設等に移った方がいいと判断する場合はどういうことに留意して判断しますか？（ご意見をお書きください）
4. その他（ご意見をお書きください）

【質問5】 チラシを同封した ABIT は検査項目がすべてタブレットにインストールされており、支援ニーズのありそうな生活困窮者ご本人の検査が 10-15 分程度、その後、施設職員(日常生活での様子を知っている人)からの聴取が 20 分程度で、知的障害の可能性、発達障害の可能性、現状の適応行動(日常生活を送る上で必要とされる行動)の水準、メンタルヘルス(うつ等・統合失調症の可能性)、身体疾患を総合的に把握し、支援ニーズを判定するツールです。ここで把握されるような支援ニーズの可能性について、日常の業務の中で、ABIT のような判定を補助するツールなしで、どの程度、日常業務で把握できると思いますか？ 以下、項目ごとでお答えください。

1. 知的障害、特に軽度の知的障害について；軽度の知的障害の場合、自分が軽度の知的障害で福祉サービスを利用したり、障害者雇用枠で就労できると知らずに生活してくる方も多いですが、

**知的障害の判断には自信がある；** はい ・ いいえ(どちらか○)

2. 発達障害について；発達障害については、自分がそうだと気付かなかったり、発達障害者支援法で定義され、精神障害の福祉サービスや障害者雇用枠を利用できると知らずにいる方も多いですが、

**発達障害の判断には自信がある；** はい ・ いいえ(どちらか○)

3. 精神障害について；精神障害(うつ等気分障害や統合失調症等)については、自分がそうだと気付かず、治療も受けていない人も多いですが、

**精神障害の判断には自信がある；** はい ・ いいえ(どちらか○)

4. 認知症について；認知症については、自分がそうだと気付かず、治療も受けていない人も多いですが、

**認知症の判断には自信がある；** はい ・ いいえ(どちらか○)

【質問6】 チラシを同封した ABIT に関して、現在 20 個のタブレットを用意しており、20 ヶ所程度の機関に対してモニター的に貸し出すことが可能です。ABIT をモニター的に利用してみようという希望はありますか？ また、ABIT で把握していくような、軽度知的障害・発達障害・精神障害等の、既存の福祉サービスの活用を検討できる可能性があるような人たちの状態像の把握手法に関してのオンラインでの研修に貴機関の職員を参加させる希望はありますか？

1. ABIT のモニター利用を検討をしてみてもよいか？

はい ・ いいえ(どちらか○)

2. ABIT で把握できる支援ニーズのある人たちについて貴機関の職員がオンラインでの研修を受けてみることを検討してみてもよいか？

はい ・ いいえ(どちらか○)

【質問6】 ABIT を福祉事務所等の機関のパソコンやタブレットで実施して、利用者を匿名化した形でナンバーをつけて、個人情報を除いた形でクラウドで情報管理できるようにする可能性を検討しております。貴機関のセキュリティポリシー、ないしは、個人情報保護の規程の中で、オンラインでの利用者の状態像把握や判定を想定した規程はありますか？

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1. クラウドでの相談対象者の状態像把握や判定を想定した情報管理について検討したことがありますか？   | <u>はい</u> ・ いいえ(どちらか○) |
| 2. セキュリティポリシーや個人情報保護規程のなかで、クラウドでの情報管理を想定したものがありますか？ | <u>はい</u> ・ いいえ(どちらか○) |

その他、ご意見などありましたら教えてください

参考資料（自由記述の記載事項一覧）

### 【質問2】

#### 【1. 聴取項目：その他】記載事項

- どうしたいのか、何に困っているか
- 住居を失った理由・就職できるか否か・お金、食べ物はあるか・相談に至った理由
- 収入・手持ち金・預貯金・公的身分証明がわかる物・自動車保有有無・不動産保有有無・生命保険有無・借金の有無
- 何故、相談となる現実が起きたと考えるか・窓口を知った理由
- 所持金・預貯金
- 資産・負債、収入・他法
- 連絡手段
- 収入・資産
- 生育歴、負債、今後どこでどのように生活したいか、所持金品
- 手持ち金、収入、貯金、自家用車の所有
- 手持金
- 住居に特化せず、基本的には職歴、家族との関係、これまで利用した相談歴、健康状態・疾患・日常生活における適応行動を中心に、関係性が構築されてから、それら以外を聴取
- 犯罪歴（内容、動機）・手帳の有無・保有資格・本人の求める支援内容・私的な支援の有無、及びその可能性
- 現在の資産
- 現在の経済状況（預貯金、収入、資産）・今後の生活についての意向

- 所持金，所持品・就労意欲の有無・相談窓口に来る（至る）までの行動（おおむね半年以内）・頼っていた人，住んでいた場所など。
- 手持金，預貯金
- 身元引受人の有無，手持金・預金，免許
- 預貯金等の保有状況・ライフラインの停止，滞納状況・国民健康保険等の滞納状況
- 保有資産・障害者手帳等保有状況・犯歴
- 病歴・犯歴
- 所持金・預貯金，資産，各種手帳の有無
- 収入，資産，手持金，就労意思，他法の活用
- 収入，資産，生活保護歴
- 保護受給歴
- 現時点での手持ち金の確認
- 住居をなくした経緯（迷惑行為，家賃滞納など）
- 住居喪失の経過・所持金等，活用可能な資産状況・今後の本人の希望
- 手持金や預貯金，資産の保有状況等・申請に至るまでの生活方法・食事の摂取状況・今後の生活の場についての本人の意向
- 住居を失う，又は失った理由
- 所持金，現在の場所，生活保護申請の意思，就労意欲，本人の今後の希望
- 生活歴，現時点での所持金，連絡先，債務，本人の希望
- ライフライン（水道・電気・ガス）の滞納状況，食糧・水の保有状況
- 収入・資産・負債の状況
- 収入・資産の状況
- 言語，資産，預貯金，生命保険，借金，滞納状況，国籍
- 資産状況
- 犯罪歴の有無とその内容，暴力団の加入の有無，収入・財産・借金・破産等債務整理の有無，住居を失った原因
- 携帯電話を持っているか，健康保険証の種類，手帳の有無，家族構成
- 急迫の度合い，滞納状況，預貯金・現金の保有状況
- 借受保証人の有無
- 現在の状況に至るまでの生活歴の聞き取り
- 資産，所持金，健康保険の加入，年金等収入状況
- 所持金
- 嗜好，所持金，資格，処分歴等
- 該当する相談ケースが近年ありませんが，住居の有無に係わらず生活困窮者の相談では，生活歴，職歴，家族との関わり，健康状態等，相談者の状況を広く聴取している。

- 収入，手持金，資産，保険，手帳
- 預貯金等の資産状況
- 所持金、預貯金の額
- 現在の収入
- 現在の場所、家族の場所、所持金、資格等
- 生活保護申請の聞き取り
- 氏名，住所，生年月日，連絡先電話番号（あれば），食事の状況，身体状況（汚れ含），
- 飲酒や動作，一番話したいこと
- 移動手段、所持金、預金額、負債
- 生活歴
- 預貯金、所持金、身分証明書の有無
- 家計状況
- 犯罪歴
- 利用可能な他方他制度の状況等
- 預貯金、所持金等
- 連絡手段等
- 所持金等
- 収入の状況
- 手持ち金や資産（土地・家屋・自動車など）
- 手持ち金，食糧，交通手段
- 所持金について，本日に至るまでの経緯，食糧の有無（最後に食べたのはいつか）
- 犯罪・非行歴、所持金、嗜好、薬物使用歴
- 収入・資産の状況
- 預貯金額等
- 食事の状況，連絡方法
- 就労の可否，生活保護の受給歴，資格（就職に有利なもの）
- 家族構成、所持金、負債等
- 手持ち金の有無
- 障害手帳の有無，不動産・自動車の保有の有無，生命保険加入の有無及び加入内容等，免許・資格の保有状況，食糧保有状況，債権・債務の有無，手持ち金・預貯金の保有状況，世帯の収入状況
- 車などの資産状況
- 急迫状態
- 資産，住居の状況，扶養義務者
- 前居住宅，現況となった原因
- 所持金，今後の見込み，障害の有無



- 収入・資産状況，身体障害者手帳等の有無
- 状況によって生育歴・苦手なことや得意なこと・学校時代のいじめの有無
- 上記を中心に，住居を失うに至る過程や，その原因となりそうな事柄に関すること。
- 所持金，預貯金，就労状況（勤務先，収入額等）
- 希望する生活，一番困っていると感じていること
- 犯罪歴，暴力団在籍，車の保有など
- 手帳の有無，車の保有，手持ち金
- 相談経路，住所不特定期間，住所不定理由，起居場所，荷物，生活習慣嗜好（酒，たばこ，ギャンブル），当市在住歴，結婚歴，子の有無，生活保護受給歴，施設入所歴，収入の状況，年金加入状況，障がい者手帳有無，所持金，借金の有無，今後の希望，犯罪歴等
- 収入や資産の状況
- 収入，預貯金
- 収入，所持金，資産，負債
- 住居を喪失した経過や理由
- 所持金，資産
- 収入，支出，資産（自動車の保有含む）
- 手持ち金
- 相談者が住みたいと考えているところはどこか
- 収入状況，資産状況
- 手持ち金，預貯金，住宅事情，不動産所有状況，年金，手当，障害手帳，稼働収入，健康保険，生命保険等，在留資格，負債，嗜好
- 所持金について
- 直近の生活状況，職歴，今後の生活の展望（希望）
- 他法他施策の活用状況
- ⑨に関連して通院先・歴，入院歴
- 現在の居所。婚姻歴。親族について（連絡先等）。所持金。ライフライン状況。他法資格（障害手帳，介護保険，運転免許）の有無。資産。収入（年金等）有無。
- 手持ち金，預金，社会保険，収入の状況，自家用車
- 生活歴，所持金，資産，現在の困窮状況（主に食事）
- ケータイ電話を所有しているか

## **【質問2】**

### **【2. 観察項目：その他】記載事項**

- 直感（今までの経験からする）
- 就労が可能か否か

- 臭い，所持品，身体機能（見えているか，聞こえているかなど）
- 可能な限り，観察項目を網羅するように努めている
- 会話への反応（衝動性）・指示等に対する反応（公的機関に対する敵意や不満があるか）
- 稼働能力の有無
- 視線を合わせて会話できるか，落ちつきがあるか，こだわりの有無
- 特に意識して観察している項目はない
- 誠実さ，うそを述べていないか，緊急性
- 所持品（手荷物）の状況
- 就労意欲、体調
- 自殺企図、生活習慣の乱れ
- 住居の無い生活困窮者等の相談が無いため予想で回答をした。①～⑩まで可能な範囲で聴取を行う。
- 土地柄，出身者からの相談がほとんどであり，町村役場の障害者担当との連携のうえ進めている
- 自傷・他害の恐れはないか，拳動（薬物，アルコール等の依存による不審な行動はないか）
- 状況に応じて聞き取りを行う
- 説明内容の整合性
- 現在の体調，食事は適切に取れているか
- 相談時の受け答え，会話等や服装等の見た目等，総合的に観察している。
- 目線，荷物
- におい・肌の汚れ具合
- 判断力、生活力等
- 目を見て会話ができるかどうか
- 目つき，方言，持参物
- アイコンタクトの可否
- 反社会性の有無
- 手や体の震え
- 飲酒・薬物の使用
- 入れ墨
- 住居の無い生活困窮者等の相談対応実績なし
- 目の動き
- 表情，言葉使い，視線の方向，仕草，癖，時間経過による変化の有無
- 拳動，言葉遣い
- 入浴しているか（髪の長さや清潔度等含めて）・時系列に話ができるかどうか
- 基本的にすべて観察することとしているが，CWの経験値等により十分な観察とならないことは多い。

- 子がいる場合は、虐待の痕跡が無いのか、視線が合うか。上記を総合的に勘案し、単身居宅可能か施設入所が好ましいか判断
- すべて確認する。上記の項目について意図して確認するわけではないが、会話や申請書の受理において概ね確認できる一般的な状況は確認している
- 衝動性

### **【質問3】3か月時点**

#### **【住居施設での暮らしの様子のなかで、うまくいっていない、あるいは、支援を要するかどうか】**

- 生活保護での話し方、受け答え、仕草など、他人との共同生活をする上で支障がなき過ごすことができるかどうかということ。
- 住居施設の暮らしが引き続きできるかどうか、施設職員からも聞きとり、把握している。
- 体調（心身の状態）・他の住居施設居住者とのトラブルはないか
- 本人、施設職員と面談を行い、問題点の有無を聞き取り問題点があるときは、内容により、その都度対応している。
- 規則正しい生活ができない、問題行動がある、他の入所者・職員とトラブルを起こす
- 本人との面接を通して判断
- 施設の人の意見を参考に、本人の意向をもとに判断
- 規律が守られているか・同じ入所者とトラブルはないか
- 困り事がないかを確認する。生活状況から、うまくいかないであろうことを推測する。
- 住居施設の決まりを守って生活できているかについて確認している
- 他の入居者とのコミュニケーション状況やトラブルの有無
- 本人から施設生活での困りごとを聞き、施設職員の意見と照らし合わせて判断している。
- 日常生活の状況、金銭の支出状況、健康状態に留意
- 無低？市内にはありません
- 施設内での人間関係に対する本人の受け止め・金銭管理・将来に対する本人のプランが現実的かどうか、また、それに向けて行動ができてきているかどうか
- 本人の話を施設職員の話との違いに留意する・具体的な困り事に注目する
- 特養、サ高住、病院、GH等の利用者であれば、心身の状況の変化・金銭管理、服薬管理、家事能力の変化
- 施設のルールや職員の指示を理解し、対応できるか・他者とのコミュニケーションがとれるか・機能的に施設での生活に不自由がないか、等
- 社会性、他者との関わり方等について、当該施設等の相談員から助言や意見を聴取して判断。
- 対人コミュニケーションに問題はないか・金銭管理が適切にできているか
- 他人と一緒に共同生活を行うことができるのか、居宅生活が可能か。
- 基本、上記の施設は県外となってしまうため、詳細なヒアリングができないでいる。その現状で、金銭管理や施設内での他者との関わり方をみている。

- 他の利用者との協調性，自立訓練参加状況
- 特に無低は，協調性をもって生活できているか。ADLが自立しているか。
- 他の入所者との関係，食事などが自立してできているか，施設利用料などの滞納はないか，金銭管理は自分でできているか
- 困っていることやトラブルの有無等の聴取により判断している
- 他人との人間関係について
- 施設職員の所見
- 共同生活の中で問題行動を起こしていないか
- 生活サイクル，食事，掃除，洗濯，金銭管理，通院，通所，服薬，就労，求職
- 他の入所者との人間関係，職員との関係性
- 本人及び施設に確認を行っている
- 施設職員からの聴取
- 生活状態，他の入居者との人間関係
- 金銭管理や生活上の問題の有無
- 居室内の状況，施設内でのコミュニケーション，施設の利用状況，稼働能力の活用状況，他法の活用状況，療養の状況（通院，服薬など），その他生活状況全般
- 金銭管理の状況，他の入所者との人間関係，服薬管理の状況，通院状況，掃除・洗濯などの日常生活の状況，身だしなみ
- 本人からの聞き取り，訪問による状況把握，支援者からの報告等
- 施設職員からの情報，他の入居者とのトラブル
- 集団生活が他の入居者との関係を損なうことなく遂行しているか否か
- 本人から以外にも施設長や寮長に対し，生活状況の聞き取りを行い，集団生活や施設のルールが守れているか確認をしている
- 本人からの聞き取り，困っていること等
- 今後の自立の方向性を考えた上で支援を行い，通院先や就労先の立地等鑑みた上で転居先を検討するよう助言します。日常生活支援住居施設に入所するかたの大半は高齢者であり，無料低額宿泊所に長期入所されている方も多いため，そのまま住居施設での生活が適切かどうか留意し，他法他施策を利用した独居の可否等を検討します。
- 本人及び施設職員からの日常生活、人間関係についてのヒアリング
- 本人の主張のみでは，実態を把握することは困難であることが多いので，施設職員からの聞き取りで本人の主張を補強せざるを得ない。また，本人に通院を指導し，可能な限り，医療機関に症状調査を実施し，把握するようにしている
- 施設職員の見解意見 以下同様
- 施設職員、本人の面談で確認
- 対人関係、金銭管理、服薬状況等

- 生活費の状況，通院が必要な場合の通院状況，日中の活動状況，家事等の様子，周囲の支援状況，社会資源等の活用など
- 本人や施設職員等の話を聞き，本人に不利益や自立助長の妨げになっているものはないか，具体的にどういったものに困っているかを把握し，支援を要するか判断する。
- 個人ごと状態を判断
- 施設職員に話を聞いて判断する。
- 本人、施設職員の意見を元に判断
- 施設のルールが守れているか
- 担当職員からのヒアリング等
- 本人の生活状況や支援者などの関係者の意見
- 支援計画の短期目標
- 生活保護手帳別冊門答集問 7-107 の視点にて判断 以下同様
- 日常生活のルールの理解等
- 住居施設の確認等
- 施設訪問での聞き取り
- 施設職員からのヒアリング等
- 対人関係、生活リズム等
- 認知度合い
- 施設訪問や施設職員との面談において把握する。受給者の一方的な訴えのみで判断せず，客観的に判断する。
- 金銭管理ができていないか，家事全般ができていないか，食事が自分でちゃんととれているか，他人とのかかわりもできていないか
- 施設のルールを守れているか，他の利用者との関係性
- 生活の様子，同居者や職員との関係を尋ねたときのことばや態度
- ギャンブル依存・浪費癖の有無
- 対人関係，団体生活
- 施設側の意見と本人の意見の聞き取り
- 本人との面談，施設職員からの聞き取りを行うなかで判断する
- 人間関係
- 施設職員からの聴取、受給者との面談状況
- 生活状況やトラブルがないかどうか
- 主の自立意思や生活満足度など，日頃のケースワークで把握するなど常に留意している。
- 部屋が片付いているか，決められた活動をしているか（例：就職活動）
- 生活状況について本人及び施設職員からできる限り詳細に聞いています
- 施設のルール等を守れているか，他の利用者トラブル等がないか
- 施設のルールを守れるか・ほかの入居者とうまくやれるか

- 個人のキャラクターを特に判断の基とする
- 保護の実施要領に定められた「居宅生活ができると認められる者」の判断方法による。
- 身の清潔飯地，規則正しい生活が自発的にできるか。
- 宿泊施設での状況により
- 対人関係の構築，維持の可否，施設内ルールへの適応等
- 本人の希望していること・困っていることを尋ねる，施設スタッフから対象者の生活状況等を把握する
- 経済状況（管理能力を含む）
- 当初の聴取項目と生活実態の相違
- 施設側と協議の上判断するようにしている
- 施設管理者からのヒアリングをふまえて判断している
- 本市では，自立支援施設に入所した場合，当該施設職員が生活保護受給者の宿泊場所や食事の提供を行うとともに，日常生活上必要なサービスを提供することとしており，当該施設と情報共有を密にし，支援に取り組んでいる。施設では団体生活となるため，その生活に馴染めず孤立している場合や，就職活動等がうまくいっているかどうかを把握し，今後どのような支援ができるかどうかを判断している。
- 本人との会話，施設職員からの報告から判断する
- 他利用者や職員とトラブルを起こしていないか，規則正しく生活ができているかどうか生活歴やヒアリングから読みとれる対象者の性格や言動等に留意しています。
- 施設職員から生活状況を聞き取って判断する
- 人とのコミュニケーション
- 施設内でのコミュニケーション，食事の摂取，体調の変化，施設内および外出による行動等を把握するとともに，入所者本人への面談を通じてこれらを確認することで，要支援の状況か否かを判断している。また，保護費の使途も確認し判断している。
- 今後の生活の見通しが立っているかどうか
- 光熱水費等の状況，買い物や通院の状況，趣味，風呂・トイレの状況，就労や外出などへの意欲
- 施設職員や居住者とのコミュニケーションがとれているかどうか
- 生活状況
- 施設職員と生活状況確認・連携のうえ検討
- 対象者施設職員との面接により問題行動の有無を確認
- 施設職員からの聞き取りや，担当ケースワーカーの直接面談により把握している
- 施設の相談員等や本人からの聞き取りにより，総合的に判断する。
- 他の同居者とトラブルはないか
- 共同生活の部分で，隣人や職員との関係が円滑かどうか
- 本人の発言や施設職員の意見を参考にする
- 施設でトラブルを起こしていないかどうか管理人からの聞き取り
- 施設生活への適用状況。心身の状態。

- 本人，施設関係者，何かしらへの支援サービスを利用している場合は，当該事業者から状況を聞く
- 施設職員や他入所者とのかかわり具合や，問題行動など
- 訪問調査や相談来所の際に本人からの聴取により希望や現状把握に努めるとともに，施設等の関係者からの意見を参考にする
- 他者との関わり。日常生活の自立度合。ストレス。健康状態。コミュニケーション能力。
- 人間関係，生活能力，稼働能力について，観察し判断しています。
- 居住スペースがきれいに整えられているか。支援員との関りがうまくいっているか。
- 本人との面談および施設運営管理者への聞きとりで困りごとがないか確認（服薬，金銭管理，社会性，生活規範，トラブル，病気等）
- 管理人から聞きとる。訪問や電話により本人から聞きとり，課題を把握する。
- 施設内での生活ぶりを職員に聞き，どのような支援が必要か判断。本人からの困り事等の申し出を参考にする。

**【住居施設から一人暮らしが可能であると判断するのは、どういうことに留意して判断しますか？】**

- 相談支援を継続して行っていく中で，家事などができているかどうか。
- 一人暮らしをしたい希望があり，金銭管理等が一定できるかどうか。
- 自立した生活ができるか（主に身心の面）・扶養義務者等の継続な支援を受けられるか
- 健康状態
- 金銭管理も含め自分のことは自分でできるかどうか。
- 金銭管理能力・健康管理・身辺処理能力（ADLの状況）など
- 規律を守ることができる・共同作業等に参加できる・整理整頓ができる
- 一日の流れ（起床時間，食事回数，服薬管理，身の回りの整理状況等）を確認する等，生活状況から判断している。
- そのようなケースはない
- 日常生活自立が可能かどうか，就労自立が目指せるか
- 施設の担当者からの聞き取りを材料に判断する。
- 居宅生活のすべてについて一人でできなくても，各種サービスを利用するなどして一人暮らしが可能であるか。
- 日常生活が可能か，金銭管理，健康管理ができるか
- 生活能力，コミュニケーション力
- ADL・金銭管理・必要な支援を受けられるかどうか
- 本人の安全が確保できるか
- 一人暮らしが可能である人を入所させていない，施設から在宅復帰しない。
- 上記1の他，金銭管理能力，最低限の家事能力，生活スキルがあるか。
- 身元引受人の有無，稼働能力の有無，生活力の有無等について，当該施設等の相談員から助言や意見を聴取して判断。

- 身の回りの家事（掃除や洗濯）ができているか・金銭管理，健康管理ができていますか
- 日常生活がある程度自分で出来ること，外部サービスを使い居宅生活が出来ること。
- 金銭管理ができるかどうかをまず評価し，その上で生活していく能力をみている。
- 施設職員や主治医の意見
- ADLが自立しているかどうか・金銭管理ができるか（自己管理ができるか）
- 住居施設より，一人暮らしの方が，通勤距離が短くなることにより，就労が継続できると判断した場合。
- 施設のルールが順守できているか，金銭管理ができていますか，病気療養が自分でできるか
- 金銭管理や身の回りの整理整頓等，日常生活が施設職員の支援を受けず送ることができること。また，退所後，地域社会での生活を想定して，施設内での共同生活の状況等に留意して判断している。
- 日常生活、社会生活が自立し就労意欲が出た時
- 施設職員の所見
- 金銭管理等，自分のことは自分でできるか
- 生活力（ADL，食事，掃除，洗濯，金銭管理，連絡相談），支援者を要する時に公的扶助の範囲か，物件契約に必要な身分証明書や緊急連絡先があり，保証会社を通るか
- 経験から考えるとほぼ無理と考える
- 本人の意志及び施設での生活状況を確認し判断
- 施設職員，かかりつけ医等からの聴取
- 健康状態，収入を自分で得ることはできるのか
- 金銭管理や生活上の問題の有無，就労への意欲や生活状況
- 厚生労働省社会・援護局保護課通知問（第7の78）や生活保護手帳別冊問答集問第7-107を参考にする
- 質問4.1の点について，おおむね良好であること（本人の陳述だけでなく，施設職員からの聴取）
- 本人の暮らしぶりの調査，支援者の意見，本人の意思確認
- 要介護・要支援度，障害程度，認知症の有無，精神疾患に留意して
- 就労意欲が高く，施設での生活が問題ないと判断できた場合
- 実際に本人がどこまで動けるか能力的な問題
- 生活保護手帳局長通知第7-4-(1)キの判断方法に留意しています。特に，転居後に生活費が困窮するケースが多く見受けられるため，金銭管理が適切に行えているかに留意します。
- 居宅生活を営む上で必要となる基本的な項目（生活の金銭管理等）、自活能力
- 居所を失った理由（普段からの生活状況に問題があって居所を喪失したのか，一時的な経済事情で居所を喪失したのかを考慮している。前者の場合は，改善が見られるまで居宅設定を保留し，後者の場合は，早期の居宅設定を促している。）・就労収入の額や就労の継続性・早期に保護廃止が見込まれるか否か。
- 施設内での生活状況の聞き取りどの程度の援助が必要かの確認 以下同様
- 生活費の金銭管理，健康管理，日中活動等の社会生活，家事等の能力
- 本人の状態としては，ADLの自立，健康状態，帰来先の確保に加え，周囲の支援体制，施設職員や本人の希望



等も考慮し、会議で判断する。

- 医者の所見にて判断
- 普段の生活状況、金銭管理等がしっかり行うことができる・施設の決まりを守ることができる。周りの人達とトラブルがない等
- 医師の意見も取り入れた総合的な判断
- 金銭管理能力、コミュニケーション能力等
- 一人暮らしが可能と判断された場合
- 金銭管理含む生活管理能力や社会性
- 身辺自立の度合いと家計管理能力
- 施設職員の意見
- 金銭管理、家事等
- 本人の性格、気質
- 日常生活における適応行動
- 規則正しい生活を送る能力、金銭管理能力
- 認知・金銭管理
- 金銭管理、服薬、炊事、洗濯、人とのコミュニケーション等が可能であるか。不可の場合は社会資源の活用が可能か。
- 経済的自立、社会生活的自立、日常生活的自立ができているか
- 日常生活における適応行動、理解力、身体的能力
- 自立して日常生活が送れるか、他人との関係が構築できるか、金銭管理が可能か
- 金銭管理が可能か、規則正しい生活ができるか
- お金管理、洗濯、食事、お風呂、ゴミの始末、酒、タバコ
- 金銭管理が可能か
- 聞き取りに加え、施設職員の助言や主治医の意見を参考にしながら本人の意見を尊重して判断する
- 金銭管理
- 自己能力
- 体調や金銭管理が自己でできるかどうか。
- 金銭管理ができるか、仕事をしているか
- 本人及び施設職員の意見を参考にしています（日常の生活状況等）
- 厚生労働省社会・援護局長通知問（第7の78）に基づいて判断する
- 身辺自立・人とのコミュニケーション
- 金銭管理・他者とのコミュニケーション能力、等
- 身辺の安全保持、危機対応が適切にできるか。金銭管理と買物が適切にできるか。
- 過去の生活歴や、面談、宿泊施設での状況により
- 対人関係の構築、維持の可否、施設内ルールへの適応、金銭管理、清潔の保持等

- 施設で関わっていた職員からの情報と本人の希望
- 生活能力
- 生活保護法における厚生労働省の判断基準
- 判断能力や家事能力が備わっているかどうか
- 日常生活の基本動作，金銭管理，自制がきくか等をみながら判断するが，基本的には本人の希望による
- 身体的に自立して生活ができるか。経済的に自立して生活ができるか。精神的に自立して生活ができるか。金銭管理をきちんと行うことができるか。通院，服薬している者については，服薬管理ができるか等
- 本人との会話，施設職員からの報告から判断する
- 金銭管理能力，症状について(精神疾患があるか，症状が安定しているかどうか，服薬管理ができるかどうか)，支援者，支援機関があるかどうか，迷惑行為が施設入所中にあったかどうか等。
- 金銭管理が自分でできるか，介助等なく自立した日常生活がおくれるかどうか
- ADL の状況，日常生活における適応行動，利用可能な社会資源，本人の意志
- 居宅生活の可否判断は，生活保護実施要領中「居宅生活ができると認められるもの」の判断方法(問第 7-78)を基準に行っている。
- 生活維持安定能力の有無
- 医師の判断
- 自分で金銭・服薬管理ができており，安定した生活を送っているかどうか
- 住居・施設管理者，職員，支援員等の意見，本人の状況等を聞き取り
- 本人の意志，就労の状況，金銭感覚，過去の生活状況等
- 受給者の健康状態(病状等)に関しては主治医の意見であったり，高齢者であればケアマネや地域包括支援センター等関係機関の意見を踏まえて判断する。何よりも本人の希望を尊重している。
- 施設の方の意見や受給者とのやりとりのなかで判断しています
- 生活費の金銭管理，服薬等の健康管理，炊事，洗濯，人とのコミュニケーションが可能か，または，それらの社会資源の活用が可能か
- 金銭管理，健康管理，家事，家庭管理，安全管理，身だしなみ，対人関係
- 問題行動の有無。家計管理または家計管理支援を受けることができるか。
- 金銭管理。心身の状態。人とのコミュニケーション。
- 本人の意志及び平成 21 年 3 月 31 日厚生労働省社会・援護局保護課長事務連絡「生活保護問答集について」問 7-107 の答の内容に留意して判断
- 在宅での日常生活(家事，調理など)，金銭管理など，自分で可能か否か
- 金銭管理能力や ADL，服薬管理，通院状況
- 他者との関わり。日常生活における適応行動の状態。社会活動。自立に向けた意欲。
- 金銭管理。生活の計画性。自主管理能力。人間関係等。
- 身の回りのことが自分でできること。金銭管理や服薬管理が自分でできること。
- 身体能力，金銭管理，家事など懸念事項がないか。ただしあったとしても仮住まいの住居施設からアパート等

へ入居することを妨げることはできない。

- 金銭や健康の管理，家事の能力等を判断の視点としている。
- 金銭管理が出来るか。一般的な食生活が営めるか。介護サービスや障害サービスで生活を補完できるか。

**【他の住居施設等に移った方がいいと判断する場合はどういうことに留意して判断しますか？】**

- 他人とどう接しているか。
- その住居施設で問題行動を起こす等に留意して判断。
- 他の住居施設等に移ることにより現在の生活における課題を解決できるかどうか
- 本人と施設双方から移動の希望が出たとき
- 障害認定や介護認定の結果により判断する
- 規律を守ることができない・同じ入所者とトラブルを起こす
- 現在の施設で発生する課題が解決できるか，また，新しい施設では課題が発生してこないかを留意して判断する。
- 住居施設の職員と話をしたり，本人とのやりとりの中で検討している
- 日常生活自立が困難な場合
- 基本的には移動はない。施設側から，人間関係に問題がある旨申し出があった場合等に検討する。
- 本人にどんな支援が必要で，どの施設で生活することが本人に合っているか。
- 介護，医療の状況，他の入所者との関係
- 住人間トラブル
- 入居施設と本人が必要とする支援のマッチング・人間関係
- 健康及び生活の保持ができない場合
- 病院や老健→特養への移動，看取りや生活環境の改善
- 障害認定の可否，高齢者の場合は要介護認定の状況。その他，上記 1.2 も含め，総合的に判断。
- 本人の強い希望，当該施設等からの要望について，当該施設等の相談員から助言や意見を聴取して判断。
- 対人関係で問題を起こした場合・健康上の問題で現在の施設に居続けることが困難な場合 など
- 居宅で一人暮らしが出来ない場合などが考えられるがケースとしては少ないと考える。
- 施設内でのトラブル，就労活動の様子
- 施設職員や主治医の意見
- 障害施設や介護施設への移動は，障害の等級（身体・精神）や介護度の可能性を見て判断
- 他の入居者や施設職員との関係
- 入所中の施設より，介護や障害等の専門的なサービスを提供する施設に入所することが望ましい状況が見受けられるかどうかということに留意して判断している。
- 施設職員の所見
- 本人の能力，要支援性と施設の目的，支援内容が合っているか
- 移動先の職員との関係づくり

- 本人を取り巻く状況や身体や精神的な部分を留意している
- 生活についての協調性がなく、問題行動が見られる場合や疾患、年齢等
- 本人の希望により生活保護施設に移る場合や、ADLの低下により介護保険施設等に移る場合が考えられる
- 質問 4.1 の点について不十分な結果があることに加え、新たに発見された病気などにより転施設入院とする（認知症が発見された場合など）
- 他居住者との折り合いが悪い、支援者と合わない
- 本人の意志、施設管理者の意見
- 施設内での対人トラブルが絶えない場合、又は施設のルール（門限等）を守ることができない場合
- 本人や施設関係者からの聞き取り
- 就労先や通院先への距離を鑑み、転所が主の自立につながるかを検討します。
- 本人の状態考慮し、関係機関より意見を聴取
- 病状調査等による医師の判断・介護認定の状況（要介護度によって他施設への移動が可能な場合は、適切な施設が見つかり次第、できるだけ早期に無料低額宿泊所から退去できるよう配慮している。精神疾患や発達障害の有無、認知機能の状態など、何かしら問題のある行動や発言がないかを手探りながら確認し、日常生活支援住居施設の入居扱いにするかを検討している。
- 要介護状態の場合、介護施設に入所する方向で調整
- 生活面で介護が必要・医療的な管理が必要かつ自立して生活ができない（日常生活面、健康面）
- 本人の希望、病気療養上著しくは環境条件の悪いとき、身体障害などで設備構造が居住に適さない時。
- 病状や施設職員の聞き取りにて判断
- 他の利用者トラブルを起こす・現在、入所している施設で支援することができない等
- 本人、関係者の意見
- ルールが守れていない等
- 一人で身の回りを行うことが難しい
- 関係者の意見等
- 人付き合い
- 迷惑行為等
- 周囲との衝突が多いとき
- 就労意欲
- 他の入所者への影響、本人の支援効果の有無
- 認知、金銭管理、入居者、施設スタッフとの人間関係
- 主に施設側から退去を進めたい旨の連絡があり、カンファレンスなどを重ねて検討していく。
- 本人の希望、支援者の判断、施設の意見
- 介護の必要性（要介護度等）、施設の意見
- 現状の施設で何らかの改善が以前より見られるか、また逆にレベルが下がっていないか
- 入居者・周辺住民からの苦情

- 生活に支障がある場合
- 他の入居者とトラブルを起こした場合など，入所の継続が生活状況の改善につながらないと判断した場合
- 規則違反
- 施設の規則
- 病状等の心身状況や生活支援の必要度に留意して判断する
- 疾患があれば病状・施設側，入居者とのトラブル・本人の希望
- 施設の支援体制が適切か
- 適切な食事摂取が自発的にできるか。
- 約束事の厳守
- 施設設備と本人の状況等の不一致等
- 施設での生活状況や本人の希望に留意して判断する
- 他の利用者が職員とある程度協調しながら生活できるか，本人の経済的状況とミスマッチがおきていないか
- 施設の特徴を見極めて判断している
- 体調や障がいの有無などによる本人の生活能力や特性
- 本人の性格や希望をよく把握したうえで，自立に向けた適切な支援が受けられる施設かどうか留意する
- 現在入所している施設での対応が難しい場合。高齢で常時介護サービスが必要→介護福祉施設等。身体的に自立しているが精神，知的障がい等により単身居宅が不可と思慮される場合→救護施設。単身居宅可能ではあるが，障がいがあり見守りが必要であると思慮される場合→グループホーム
- 本人との会話，施設職員からの報告から判断する
- 現入居中施設職員から聴取可能な生活状況。
- 当市には救護施設しかないため，他の居住施設を検討することはない
- トラブルが頻繁にあるか，本人の希望
- 施設生活での生活態度（日課としての食事・就寝状況やコミュニケーションを含む言動等），体調や病状，入所者本人の意思を確認することに留意し，他の住居施設入所の適否を判断している。
- 通院先，勤務地，生活歴等の理由により被保護者の自立に繋がるとき
- 建物の状況（最低生活が営める環境かどうか）
- 居住者同士のトラブルや施設職員との相談により判断
- 施設職員からの報告等
- 他の施設利用者との共生が難しい等，日常生活の可否で判断する場合が多い。
- 明らかに日常生活が難しい場合や他の居住者とトラブルがある等
- 非蝶な支援の内容
- その施設に馴染まない時（人間関係トラブルや，施設の規則についていけない等）
- 他の入居者との関係が著しく悪い場合
- 当該施設での支援になじまないとされた時
- 対人関係や管理規則が守れているか

- 他者との関わり。日常生活における適応行動に支障をきたしているか。治療やその他支援が必要と判断されるか否か。
- 人間関係のトラブルの対応や、能力の低さ、介護度が判明した場合。不適合と評価された場合。
- 支援員や他の入所者とのトラブルの有無
- 施設の運営規則を守れているか。他の利用者とのトラブルはないか。
- 迷惑行為等、何らかの理由で入所中の施設の契約を解除された場合。ADL の低下等で入所中の施設では生活を送ることができないと判断され、他の適切な施設へ移る必要がある場合。

### 【3か月時点での、その他記載事項】

- 住居施設を選択できる資源が少ないため選択の余地がない。
- 無低、日援の施設がないため、実際のケースがなく回答できない。救護施設については、施設での生活状況等を把握し、施設と連携しながら支援している。
- 質問の施設がしないがなく、前例がないため、1～3についての質問に対し、合った場合を仮定して回答した。
  - ・ 基本的に、可能な範囲で就労させ、あるいは、治療を受けさせるため、3ヶ月以上、何もせず、入所したままということがない。高齢や障害で就労できない場合は、公官住宅等へ入居を調整する。
- 介護や障害サービスの利用以外で島外施設への入所はない、島内のサ高住で対応できなければ、本人の能力に関係なく在宅生活を続ける。
- 当事者の意向と、支援したい内容が合致しない場合、時間を要することがあるかもしれない。
- 本市には無料低額所等はないため、質問の状況に対応することはほとんど無い。
- 施設職員や本人からのヒアリングにより生活実態を把握し、本人の意向を尊重して生活の場の検討を行っている。
- 人間関係でのトラブル
- 入所者がいないため予想になるが、身の回りのことができていないか、施設職員とのコミュニケーション等を把握する（ケースによってヒアリング内容は異なる）
- 本人の希望、目標を最大限尊重すること
- 初対面の面接だけでは把握できない本人の特性を施設入所を通じて把握している
- 高齢者で介護施設には入所できない方（介護度が低い、認定がつかない等）が居住施設に入所した場合に援助方針を定めることが難しい
- 一人暮らしの可否や他施設への移動を3ヶ月間の生活状況から判断することは困難であるから、病状調査や要介護度、就労や収入の実績といったもので判断せざるを得ない。無料低額宿泊所は、ADLが自立した者の入居を想定する施設が多いので、要介護状態になった高齢者は、可能な限り早期に適切な施設に移動できるよう配慮している。また、無料低額宿泊所が長期間入居させることを想定する施設ではないとの判断から、就労が継続し、早期に自立廃止が見込まれる者は適宜、居宅設定を促している。普段からの生活状況に問題があって居所を喪失した例が多く、早期の居宅設定に結びつかないのが現状である。
- 生活保護の申請が可能であればアパートに入居

- 日頃から信頼関係を築き、何でも話せる環境をつくることが大切と考えます
- 上記について対象となる者の中に生活保護受給者がいないわけではないが、一般的には、更生緊急保護の要因を満たした者等であり、ここでの回答もこれらの者とのヒアリング（面接）を想定し回答した
- 施設がないため、生活困窮者支援事業の一時生活支援事業を活用
- 本人と話した後、施設担当者に聞き取った内容が正確か確認している。
- 当初では、受給者の希望をふまえて比較的早期に転居先を確保できていることから、下記の質問 5 についても同回答となります。
- 3ヵ月後、6ヵ月後という区切りは特に設けていないが、生活状況を把握するためには、目途として3ヵ月程度は必要と思われる。

#### **【質問4】6ヵ月時点**

##### **【住居施設での暮らしの様子のなかで、うまくいっていない、あるいは、支援を要するかどうか、どういうことに留意して判断していますか？】**

- 6ヵ月以上の支援があったにもかかわらず問題が起こる・生活が落ち着かない、支援者からの聞き取り
- 病状の把握、治療のための通院ができているか
- 人間関係の聞き取り
- 生活費の状況、健康面における通院状況、日中活動（就労や求職活動）、家事等の様子、周囲の支援状況、社会資源等の活用など
- 長期目標
- 金銭管理ができているか、家事全般ができているか、食事が自分でちゃんととれているか、他人とのかかわりもできているか
- 個人のキャラクターを特に判断の基とする
- 他人との意思伝達、対人関係が適切にできるか。
- 本人からの話とスタッフからの情報
- 当初の聴取項目と生活実態の分析
- 本人との会話、施設職員からの報告から判断する
- 施設職員から生活状況を聞き取って判断する
- 人とのコミュニケーション
- 自立意欲、労働意欲の確認
- 問題行動に対する頻度、程度による、施設としての対応状況
- 本人、施設関係者、何かしらへの支援サービスを利用している場合は、当該事業者から状況を聞く
- 人間関係。ルールの遵守。飲酒等によるトラブルの有無。
- 支援員や他の入所者とのトラブルの有無

### **【住居施設から一人暮らしが可能であると判断する場合】**

- 福祉施設の生活サポートがなくても、一人である程度自立した生活が送れるかどうか。
- 居宅訓練事業に参加し、訓練の結果可能となった場合。自炊、金銭管理が主な基準になります。
- 将来をどの様にえがいているか、金銭管理ができるか
- 施設職員の所見
- 経験から考えるとほぼ無理と考える
- 本人の意志及び施設での生活状況を確認し判断
- 健康状態
- 本人の暮らしぶりの調査、支援者の意見、本人の意志確認
- 就労意欲が高く、勤務地の近くで生活したいと申し出がある場合
- 居宅生活を営む上で必要となる基本的な項目
- 金銭管理能力の有無（同意の上で通帳を見せていただき、保護費の遣り繰りで貯蓄ができているかを確認している）・通院や服薬の状況（単身生活開始後に孤独死や体調悪化をすることがないように配慮が必要）・自室を綺麗に保てるか、入浴の習慣があるか、自炊が可能かなど、生活状況の確認・他の施設入居者とのトラブルの有無（単身生活開始後に近隣トラブルを生じないか、考慮している）
- 生活費の金銭管理、健康管理、日中活動等の社会生活、家事等の能力
- 経済的自立、社会生活的自立、日常生活自立ができているか
- 金銭管理・他者とのコミュニケーション能力、等
- 社会的な手続や公的施設の利用が適切にできるか。文化的社会的活動への参加が適切にできるか。
- 本人談及び施設での生活状況把握、主治医の意見
- 生活保護法における厚生労働省の判断基準
- 本人との会話、施設職員からの報告から判断する
- 金銭管理が自分でできるか、介助等なく自立した日常生活がおくれるかどうか
- ADLの状況、日常生活における適応行動、利用可能な社会資源、本人の意志
- 生活維持安定能力の有無
- 本人の意志、入所後の就労、金銭感覚を保っているか
- 本人の意志及び平成21年3月31日厚生労働省社会・援護局保護課長事務連絡「生活保護問答集について」問7-107の答の内容に留意して判断
- 金銭。日常生活を送るうえでの自己管理能力の程度。

### **【他の住居施設等に移った方がいいと判断する場合】**

- 社会との接し方、同じ施設の方と共同して過ごせていたか。
- 施設職員の所見
- 移動先の職員との関係づくり
- 本人を取り巻く状況や身体や精神的な部分を留意している



- 障害及び認知症等の診断を受け、該当施設を考えていく
- 施設でのトラブルが多く、施設側から退所を打診される場合
- 生活面での保護が必要・医療的な管理が必要かつ自立して生活できない（日常生活面，健康面）
- 本人の希望，支援者の判断，施設の意見
- 施設の支援体制が適切か
- 通院と服薬が適切にできるか。
- 本人の希望や施設職員からの情報
- 支援の分析
- 本人との会話，施設職員からの報告から判断する
- 当市には救護施設しかないため，他の居住施設を検討することはない
- トラブルが頻繁にあるか，本人の希望
- 通院先，勤務地，生活歴等の理由により被保護者の自立に繋がる時
- 施設職員からの対応状況
- 他の入居者との関係が著しく悪い場合
- 4-3と同じ。ADLや生活能力を勘案し，アセスメントを作成。
- 人間関係トラブル。ルールの遵守不適。介護の必要な場合。

#### **【6か月時点での、その他記載事項】**

- 当初から，制度上，6ヶ月以上保護できないと伝えているため，6ヶ月経過前に自立の目処をつけている。
- 質問4で把握した内容の確認，3ヵ月以上入所した生活保護受給者のヒアリング内容から変化・改善等があったか確認を行う
- 長期入所者については，福祉事務所の援助方針と本人の希望，目標に差異や不一致がないか特に留意する
- 住居施設に長期間入所すると，施設での生活に慣れてしまい新しい環境で挑戦しようとする意欲が著しく低下してしまうことが多い
- 無料低額宿泊所等に入居した後，半年程度が経過すると，面談等を通じて，その人の人となりが見えてくるので，金銭管理能力の有無，通院・服薬の状況，普段の生活状況から居宅設定の判断を行いやすくなる傾向がある。おおむね，精神疾患等によって生活状況が安定しない者や，金銭管理能力に難があって居宅設定ができない者が多い印象がある。
- 基本的には上記と同じだが，入所期間が長くなるだけ社会活動参加の力が弱まると感じる。

## 第4章 福祉事務所ケースワーカー説明時を含めた ABIT の実施に関する実施者の意見のまとめ

実施において、のべ 20 人の実施者によって ABIT を使用した。その中で、仙台市、東京都、名古屋市、尼崎市、北九州市のケースワーカーに実際の実施説明を行った。当初予定では、福祉事務所のケースワーカーが実施可能な時期を連絡してもらい、実際にケースワーカーが実施する予定であったが、コロナ禍で生活保護受給者や失業者が更ける中、多忙な業務であり、また、感染予防の観点からも緊急事態線状下での実施は難しかったため、連絡をもらってその後の実施を行うことはできなかった。

以下、実施に際しての実施者の意見を取りまとめていく。

### 1) 心理アセスメントの観点からみた ABIT の特徴（明翫光宣）

福祉事務所のケースワーカーのアセスメントは、生活困窮者の経緯、職歴や現在の経済状態、家族との関係などを中心にアセスメントを行っている。しかし、生活困窮者が現在の状況に至るには環境的要因だけではなく、精神障害、認知症、知的障害、発達障害とそ  
の人が抱えている障害特性（生きにくさ）が関与していることが近年の知見からわかってきている。これからのケースワーカーアセスメントには従来の方法に加えて、知能検査、適応行動、各種障害のアセスメントが必要になっている。しかし、現存する心理検査（知能検査、適応行動、各種障害のアセスメントツール）は実施時間とともに臨床心理検査実施技術も必要としており、福祉の現場における活用の長年の壁であった。

ABIT のメリットは、生活困窮者の背景に抱えていることが多い 5 つの問題（知的水準、適応行動、発達障害、精神症状、身体症状）の包括的なテストバッテリーを組んでいるが、簡易アセスメントツールが実現したため、容易に 20 分でアセスメント実施が可能になった点である。福祉事務所のケースワーカーアセスメントにおいて現状課題とされてきた領域が実施 20 分という比較的短時間で、客観的に数値化された形で各種特性を把握できるメリットは大きいと考えられる。

ABIT のデメリットは、アセスメント実施手順の研修は必要であり、かつ問題および課題を将来的には複数用意することが必要な点である。また簡易アセスメントツールであり、さらに精査が必要と判断されれば各種心理検査を用いたアセスメントが必要であり、その場合は関係機関へのリファーが必要となるであろう。

## 2) ABIT を精度向上のための健常群調査実施から（鈴木康之）

広島会場は名大院生の占部のぞみさんと共に、6組12名の定型発達群の男女に対して検査を実施した。他会場で見られたようなタブレット操作上のトラブルなどは特に生じることなく、定型発達群ということもあり、どのペアも短時間でスムーズに進めることができた。

全てがタブレットを使って手軽にアセスメントできる判定ツール ABIT は、煩雑な事務処理作業を強いられる福祉の現場において、有用な武器になるものと思われる。ただ、もう少し改善の余地はあるだろう。できれば、ケースワーカーが使用するタブレットと当事者が触れるタブレットは別の機材とし、後に（あるいは Bluetooth か何かで即座にシンクロされて）当事者が入力したデータも職員使用のタブレットに統合されるようにできれば、更に使い勝手がよくなるのではないだろうか。

## 3) ABIT 実施に関しての所感（山根 隆宏）

ABIT を実際に実施してみて、とても簡便に必要なアセスメントを行えるととても有用なアセスメントツールだと感じました。心理職でなくても実施が容易で、かつ直感的にわかりやすい結果を即座にフィードバックしてくれる点は、多忙の中で業務を行う現場のニーズを満たすものだと思います。言語性課題の採点例などが充実されていくことで、心理職以外の対人援助職でも、さらに使いやすくなると思います。またタブレットによる実施は、最初は認知機能が低下した方や高齢者の方には使いにくいかもしれないと危惧しましたが、質問項目や課題提示のレイアウトも工夫されており、そういった心配は杞憂であったと感じました。今後、さらに改良され福祉現場に普及していくことを期待しております。

## 4) ABIT 利用の有用性と課題（水間宗幸）

令和3年2月、就労継続支援B型事業利用者9名を対象に ABIT を実施した。対象となった利用者は療育手帳 B2 が1名、B1 が8名であった。ABIT 実施の際、利用者本人への説明等を含めてかかった時間はおよそ20分ほどであった。また支援者の聞き取り等においても、同様に20分程度を要し、利用者1名の評価にかかる時間は40分程度となった。その後、ABIT で評価された結果を支援者と確認をし、フィードバックを行った。

支援者に結果を確認してもらった際の評価は、妥当というものであった。

これらの経緯より、以下のことが有用性と考えられた。

利用者個人が行う作業は短時間で終わるため、従来の知能検査にかかる時間は大幅に短縮され、かつストレスを最小限に抑えることが可能であるということである。救護施設利用者への知能検査を実施した経験から、さまざまな困難を抱える被験者が集中して知能検

査を受けるには大きなストレスがかかっている。そのため、利用者の体調次第で検査を中断せざるを得ないことが複数回あった。これに対し ABIT は、課題数も少なく、集中に困難があったとしても取り組みやすいことが考えられた。これは評価を行う上で重要となる点である。対象者はさまざまな課題（アルコールや薬物等への依存、ASD や ADHD 等発達障害など）を持つことが考えられ、これに対応することが求められる。ABIT はこのような多様な対象者を短時間で評価することを可能にしている。また、これらの結果は、多くの利用者への支援を行ってきた支援者（利用者の担当者）から、結果に違和感を持たれるものではなかった。つまり現実在即した結果となっていたということである。

一方、ABIT 実施において留意すべきと思われる点をあげると、対象者とのコミュニケーションである。実施に対して強く不安を感じたり、強い緊張があった対象者がいた。このような場面では、不安や緊張をほぐす事前の会話や、ひとつの課題を終えるごとに感謝の意や気遣いのことば等を返すことによって、その後の作業がスムーズとなった。またタッチペンや指でタブレットを操作する際（記号探し）、反応が悪い場合があり、検査が滞ることもある。このため、実施者は被験者の横に座り、サポートをすることによって、安心して取り組めることになった。

今回の ABIT による調査は、障害者の就労支援を行っている施設に協力していただいた。施設職員は、短時間での対象者を評価できるということ、またホームレス等貧困者の実態把握と支援という観点から、ABIT の役割と重要性を強く認識されており、このようなツールの広がり期待されていた。

##### 5) ABIT のメリット・デメリットについて（望月直人）

今回の調査研究を通して、タブレット検査である ABIT の有用性について以下のように考えている。まず、何よりも被検者の負担が著しく少ない点である。通常の WAIS 等の知能検査などに比して、大幅に時間が短縮される点は大きなメリットと思われる。同時に、これは施設や自治体の検査実施者の業務負担を軽減するだけでなく、実施者の検査スキルについても経験値を要求しない点は実務上において有益かと想定される。一方で、検査中のインフォーマルなアセスメントについては、短時間での観察力が必要となってくるとも言える。したがって、検査対象者に関連する障害等の特性や知識について、一定程度有した上で、実施することが求められるだろう。ただし、ABIT では適応行動など他者による評価項目も含まれるため、この点については補うことができるのではないだろうか。また、施設などで支援メニューの選定など、検査対象者の知能水準や障害特性をより細かく評価する場合は、他の検査を用いるなどして、検査目的と併せて柔軟にアセスメントを行うのが適切であろう。別途、ABIT における使用上の留意点を挙げるとすれば、IOT 機器に不慣れた実施者にとっては慣れるのに時間はかかる可能性があること、検査データのク

クラウド上の管理に対するセキュリティの安全上の確保は、前提として求められるであろう。

#### 6) 全体を通して

ABIT の場合、これまで知能検査で通常 90 分程度、適応行動尺度で 60 分程度、その他のメンタルヘルスの指標などで 30 分程度で合わせると 2 時間半から 3 時間かかったアセスメントを 30 分程度（対象者自身の調査参加は 15 分程度）で十酔することができ、結果としても実際の日常生活状況を反映されているという見解は出されており、検査手法として、十分に安定したものになっていると考えられる。

先に示した福祉事務所のケースワーカーが知的障害や発達障害や精神障害に関して、十分な判断ができない現状を考えると、日常生活支援住居施設の判定にとどまらず、生活保護判定なども含めて、基本的な対象者自身の持つ支援ニーズを評価するという仕組みを導入することが必要であると考えられるし、ABIT はその可能性の一つとして評価できると考えられる。

福祉事務所を対象とした調査の中で、地方と大都市圏の生活困窮者や住居のない要支援者の置かれた姿の違いが浮き彫りになった。地方であればできる支援が大都市圏では難しく、またそうした中で無料低額宿泊所問題が生じてきたという経過があるわけだが、日本国内で受けられる支援の質が大きく異なることをどのように考えていくのか、難しい問題であると思われる。しかし、実際に、福祉事務所のケースワーカーの判断の中で、知的障害や発達障害、精神障害という視点での判断は薄く、結果的に障害に対する合理的配慮なしには、継続的な地域生活が難しいとしても、そうした難しさの視点が抜けていることが明らかになった。障害福祉領域での支援にうまくつなげられることで、より質のいい支援が提供できる可能性も考えられるが、一方で、障害福祉領域がこうした生活困窮支援の枠組みからくる対象者の受け皿としてどのように機能すべきかという見当もひつようになってくると考えられる。いずれにせよ、ABIT は、日常生活支援住居施設の枠にとどまらず、生活困窮支援の枠組みにおいて、現在、欠落している、障害者福祉領域の支援につなげるためにも重要な役割を果たすことができることが示されたと考えられる。

## 事業代表者

中京大学現代社会学部 辻井正次

## 事業担当者

中京大学工学部 曾我部哲也

中京大学心理学部 明翫光宜

## 検討委員会委員

委員長 鈴木康之

委員 白石雅一

委員 鈴木勝昭

委員 野澤朋美

委員 伊藤大幸

委員 高柳伸哉

委員 村山恭朗

委員 望月直人

委員 山根隆宏

委員 小倉正義

委員 水間宗幸

## 協力者・協力機関一覧

### 【調査実施協力者】

白石雅一	宮城学院女子大学
鈴木勝昭	宮城県子ども総合センター
菅井美香	東北大学大学院
水口勲	臨床心理士
野澤朋美	公認心理師
稲永龍一	跡見学園女子大学
小川萌	跡見学園女子大学
岩佐実旺	跡見学園女子大学
鈴木愛美	跡見学園女子大学
彌久末優人	明治大学
武藤優	明治大学

西尾尚人	福田西病院
大川杏奈	福田西病院
高柳伸哉	愛知東邦大学
中島卓裕	NPO 法人アスペエルデの会
桑山友里	公認心理師・臨床心理士
大橋菜月	公認心理師・臨床心理士
川崎貴仁	公認心理師・臨床心理士
山口翔	NPO 法人アスペエルデの会
上ノ 蘭美樹	中京大学大学院心理学研究科
占部のぞみ	名古屋大学大学院発達科学研究科
壬生隼斗	中京大学大学院心理学研究科
村山恭朗	神戸学院大学
西山絵里	神戸学院大学
望月直人	大阪大学
山根隆宏	神戸大学
鈴木田英里	神戸大学
大塚あかり	神戸大学
嶋田梨沙	神戸大学
薄田知恵子	神戸大学
鈴木康之	杜藏心理相談室
水間宗幸	九州看護福祉大学
辻 歩実	鳴門教育大学大学院心理臨床コース
崎原亜美	鳴門教育大学大学院心理臨床コース
安里美咲	鳴門教育大学大学院心理臨床コース
中島俊思	佐賀大学

【資料整理協力者】

金枝あや	中京大学現代社会学部辻井研究室
松岡羽衣子	中京大学現代社会学部辻井研究室
上ノ 蘭美樹	中京大学大学院心理学研究科
壬生隼斗	中京大学大学院心理学研究科

【資料分析協力者】

伊藤大幸	中部大学
------	------

【タブレット開発委託先】

SKEN 鈴木 健志

【調査協力法人】

NPO 法人 ワンファミリー仙台

NPO 法人 エスエスエス

株式会社 メイセイアドバンス

NPO 法人 大東ネットワーク事業団

医療法人社団木野記念会福田西病院

社会福祉法人きらきら

社会福祉法人愛育会

中京大学現代社会学部  
辻井正次研究室  
(〒470-0393 豊田市貝津町床立101)

令和3年3月30日