

(調査研究事業の場合)

令和2年度社会福祉推進事業（生活保護制度関係）  
日常生活支援住居施設の対象者選定のためのシステムに関する調査研究事業  
学校法人梅村学園（中京大学） 辻井正次  
(報告書A4版 110頁)

事業目的

日常生活上の支援を受ける必要がある生活保護受給者を福祉事務所が「日常生活支援住居施設」入所者の判定を行うための支援ツールについて、十分な判定精度が上がるように施設入所した者の調査や定型群・臨床群等の調査を行うことにより開発を完成する。そして、実際に福祉事務所で活用する際の状況を調査するとともに、支援ツールの精度向上等を図る。福祉事務所及び日常生活支援住居施設及び支援対象者等の協力を得て実地で行うとともに、福祉事務所での現状の支援ニーズがある人の処遇をどのように行っており、ツールをどう活用できるのかを活用した際の課題や効果等も含め、アンケート調査から明らかにする。

事業概要

1) 検討委員会

事業の実施に関して、オンラインで検討委員会を行った。委員長 鈴木康之氏。委員を白石雅一氏、鈴木勝昭氏、野澤朋美氏、伊藤大幸氏、高柳伸哉氏、村山恭朗氏、望月直人氏、山根隆宏氏、小倉正義氏、水間宗幸氏の11名と、実施責任者・担当者の、中京大学の辻井正次、曾我部哲也、明翫光宜で検討委員会を構成し、事業実施の計画や結果に関する検討を行った。

2) 「日常生活支援住居施設」への入所の判定ツール「ABIT」の開発

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。タブレットの利用方法について、ABIT実施マニュアルを作成した。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。

3) 「ABIT」の測定精度の確立

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）、無料低額宿泊所の利用者（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。

### 調査の方法

表①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価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、第三者評価の尺度については相互に対する評価を求めた。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つの無料低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。第三者評価の尺度は施設職員に評価を求めた。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、研究協力が勤める中部、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。第三者評価の尺度は担当の看護師、担当指導職員に評価を求めた。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。第三者評価の尺度は同居家族に評価を求めた。

表①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			

表の通り、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・ウェイトニング（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。

### 調査の結果

#### 標準化

4つの尺度で昨年度開発したプロトタイプ版と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。「記号」、「数」、「共通点」、「精神的健康」の4尺度について、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。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、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。

表② 一般群と生活困窮群の判別分析結果

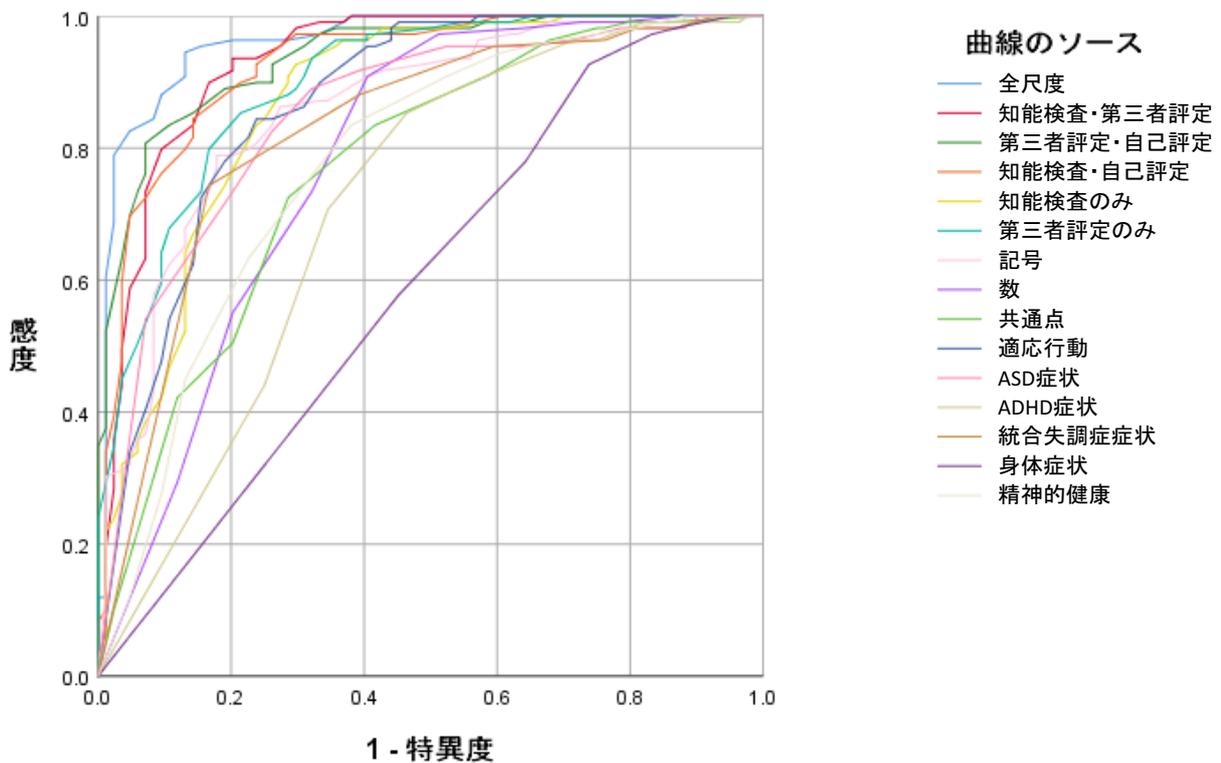
	全尺度	知能検査・ 第三者評定	第三者評定 ・自己評定	知能検査・ 自己評定	知能検査 のみ	第三者評定 のみ
記号	.336	.384	-	.444	.529	-
数	.278	.215	-	.472	.481	-
共通点	.114	.106	-	.320	.318	-
適応行動	.351	.400	.638	-	-	.691
ASD症状	.168	.123	.238	-	-	.201
ADHD症状				-	-	
統合失調症症状	.306	.401	.278	-	-	.360
身体症状				-	-	
精神的健康	.459	-	.444	.564	-	-
正準相関	.817	.785	.773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

その結果、表②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。

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の性能は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。自己評定尺度を実施せず、知能検査・第三者評定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。第三者評定が欠けた場合は、やや正準相関の低下が大きい、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。

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①と表③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① 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③ 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

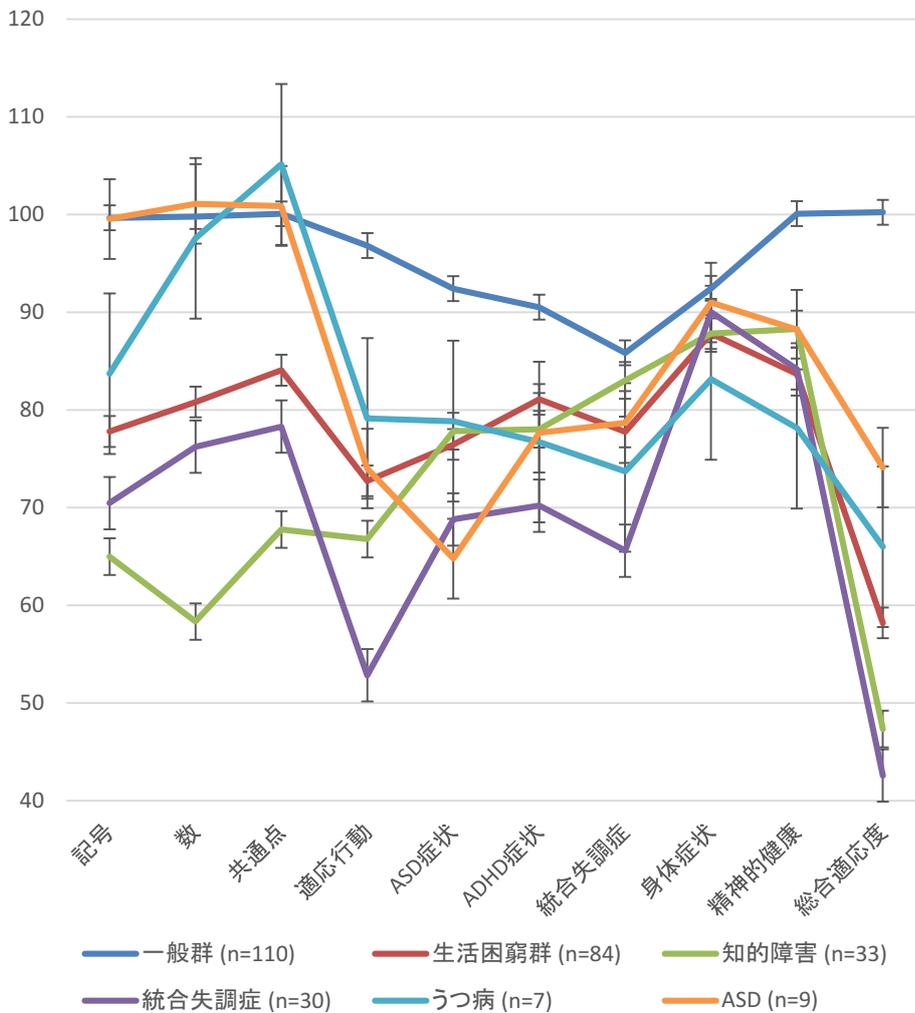
注:感度・特異度は70をカットオフ値としたときの値

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②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。



図② 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）

各臨床群のプロファイルの特徴を見ると、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、各臨床群の中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。

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④)。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④ 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し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⑤)。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⑤ 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。

#### 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、尺度の収束の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に検出する上でも高い有効性を発揮すると考えられる。

#### 4) 住居のない生活困窮者の支援ニーズの福祉事務所等での通常業務での把握に関する実態調査 調査対象

調査対象は、生活困窮者の支援の中心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。

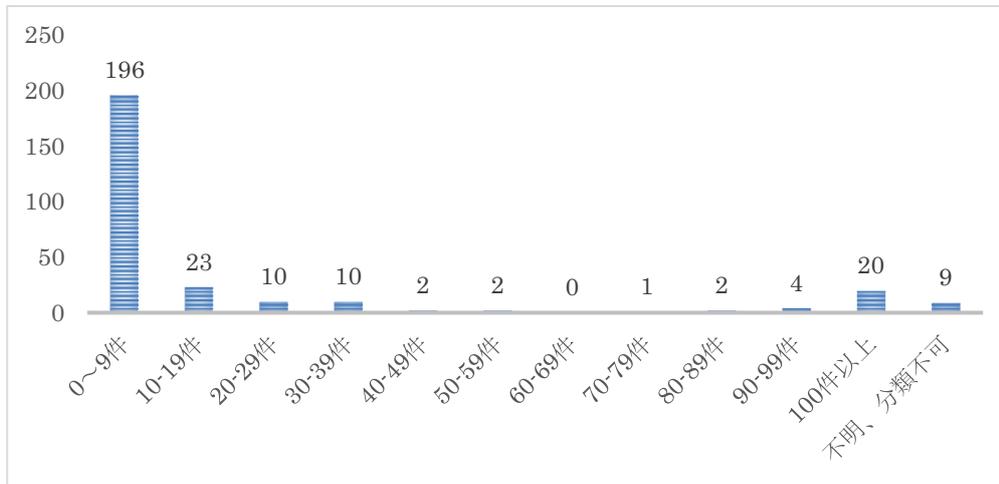
調査期間：2021年1月～3月にかけて実施した。

#### 調査内容

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。

## 調査結果

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で示す（図③）。



図③ 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

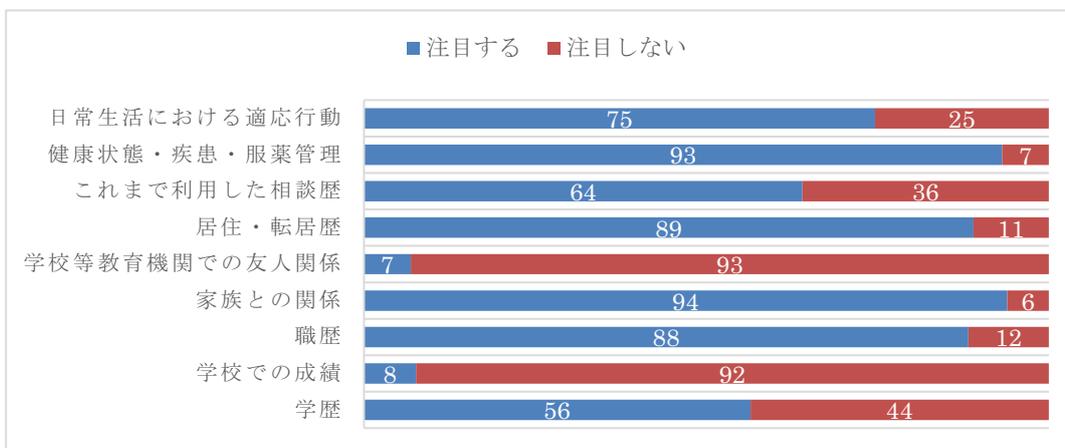
図③を参照すると、回答の約半数にわたる196機関が年間の相談件数が10件未満であり、そのうち約40%にあたる81機関が住居のない生活困窮者の総相談件数が0件であり、住居のない生活困窮者のケースワークの経験が少ないことがうかがえた。

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。

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。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。

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④）。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。



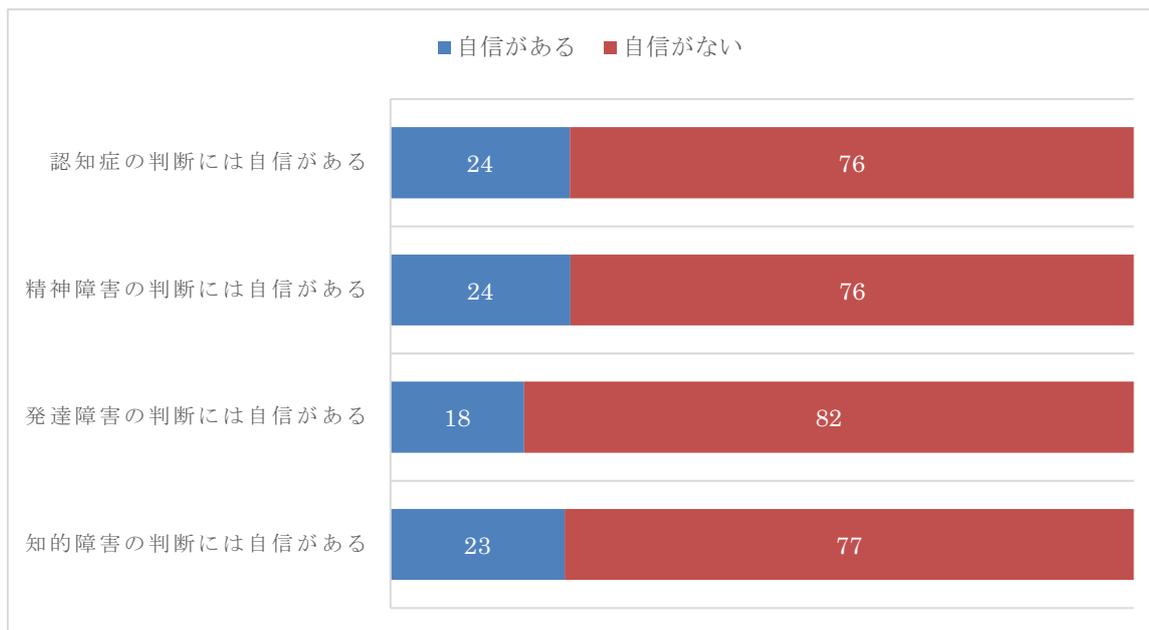
図④ 住居のない生活困窮者のアセスメント聴取項目

図④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。

#### 発達障害、精神障害、認知症の判断について

これまで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⑤）。

図⑤ 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



#### 調査のまとめ

多様な対象者の状態像を踏まえると、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ず、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。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。

#### 5) 福祉事務所ケースワーカー説明時を含めたABITの実施に関しての実施者の意見のまとめ

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）で実施することができ、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1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検討も必要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。

### 調査研究の過程

オンラインでの検討委員会①(8/7)において、過去3年の無料低額宿泊所の入所者の実態把握、及び、福祉事務所で日常生活支援施設への利用が適切な要支援の利用者を判定するための簡易なアセスメントツール項目(知的能力、適応行動、発達障害特性、精神症状と身体症状。「ABIT」)の課題を確認したうえで、セキュリティの高いタブレットに入れ込んだ形にし、マニュアルを作成し、福祉事務所等でのワーカーによる実施準備を行った。東京都、仙台市、名古屋市、尼崎市、北九州市の福祉事務所と打ち合わせを行い、実際に各地の無料低額宿泊所でのワーカーによる判定のトライアルを行った(東京9/3、9/10、名古屋9/15、北九州9/16、仙台9/18)。オンライン検討会②(9/26)で福祉事務所のトライアル結果を総合し、「ABIT」仕様の変更とバージョンアップ、精度の向上のための計画を確認した。実際の「ABIT」の調整を行い、オンライン検討会③(12/16)で確認と、精度を上げるための再標準化(定型群)と臨床群の調査計画を立てた。(今回、検討会はオンラインであったため謝金なしと委員で確認した)。トライアル段階で各地の福祉事務所側から準備が整った段階で連絡が来る約束であったが、コロナ禍の業務状況のなか、事務所側から連絡をもらうことがなく、研究計画の大幅な変更をせざるを得なかった。保護課とも相談し、先に無料低額宿泊所の調査スケジュールを立て、調査を実施し、可能な場合にワーカーに来てもらうよう依頼したがコロナ禍で大都市部での失業者や生活保護申請者の急増の中、参加を得られなかった。

ABITの再標準化のための定型者調査を仙台、東京、名古屋、神戸、広島、福岡で20代から70代の110名(男性57名、女性53名)で実施し、また仙台、東京、名古屋、尼崎の各地域の4つの無料低額宿泊所の利用者(20代から70代)84名(男性72名、女性12名)と、臨床群(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)を比較し、再標準化を行って、ABITの判定精度の向上を、オンライン検討会④(2/19)・⑤(3/31)で確認を行った。

一方、全国の福祉事務所の実態調査を行って、「日常生活支援住居施設」への判定に必要な知識や現状の判定項目に関して把握を行った。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%)。全国の住居のない生活困窮者をめぐって、地方と大都市圏とでの違いや、知的障害・発達障害・精神障害判定の困難さを明らかにすることができ、「ABIT」の潜在的な可能性を明らかにすることができた。実際、「日常生活住居施設が業務エリアにない事務所が多く、回収率の少なさにつながったこと等、検討会で確認した。

### 事業結果

事業結果としては、以下のように示すことができる。

- 1) 「日常生活支援住居施設」への入所の支援ニーズをもつ利用者の判定のツール「ABIT」を、専門的な知識や技術がなくても、福祉事務所のケースワーカーが実施可能な判別能力を持つものとして開発を完成することができた。判別性能そのものは、「日常生活支援住居施設」への入所の適正判定のみにとどまらず、生活保護受給者等の支援ニーズの把握にも十分活用できる水準のツールであることが示された。障害者福祉サービスの利用が可能になる主要な精神疾患や障害に関連して、支援ニーズを正確に検出することができ、実用可能な状態にすることができた。

- 2) 福祉事務所における支援ニーズの把握に関する実態調査の中で、福祉事務所の業務内容が地方と大都市圏で大きく異なっていることを明らかにしたとともに、「ABIT」の利用で可能な、主要な障害や精神疾患等の把握に課題があることを明らかにすることができた。ケースワーカーが実務経験が少ない職員が多いことを考えた場合、「ABIT」のようなツールを活用することの必要性が示された。一方で、「ABIT」を「日常生活支援住居施設」への入所の判定という位置づけにとどめた場合に、そもそも対象となる施設が地域にないということもあり、具体的なニーズは高くなかった。
- 3) 福祉事務所での実装に関しては、コロナ禍ということで、大都市圏での生活保護申請者の急増や、施設への訪問制限（外部者の立ち入り禁止で調査訪問できず）など、現実的に実施が不可能な状況で、取り組むことが十分にできなかった。この部分に関しては非常に遺憾であるが、現実的に実施が不可能であったと評価している。
- 4) 今後の展開としては、厚生労働省が検討している生活保護受給者や住居のない対象者への判定のためのフローの中に、ABITのアルゴリズム等を入れ込んでいく形で、ABITがタブレットなしでも実施可能にしていくことが考えられる。ただ、一方で、ABITを生活保護受給者や保護観察中の対象者やDV被害者など、対象者が他の支援サービスの利用が可能であることを把握し、自立の形における選択肢を作ることが可能になると考えられる。

事業実施機関
--------

学校法人梅村学園（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  
Tel: 0565-46-1211