

平成 30 年度厚生労働省社会福祉推進事業

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  
支援ニーズ評定に関する調査研究事業

中京大学現代社会学部 辻井正次

## 内容

第1章 はじめに.....	1
第2章 方法.....	3
1. 参加者.....	3
2. 手続き.....	6
4. 調査内容.....	7
【入所者に対する調査】.....	7
【施設職員に対する調査】.....	11
第3章 結果と考察.....	16
1. 統計的分析..... エラー! ブックマークが定義されていません。	
(1) 得点分布.....	16
(2) 変数間の関連.....	32
(3) 状態像のパターン分類.....	36
(4) 統計的分析の総括.....	56
第4章 総括と今後の展望.....	57
(1) 支援ニーズ判定の条件について.....	57
(2) 支援ニーズ把握のプロセスについて.....	57
(3) 今後の検討課題.....	58
引用文献.....	61
協力者・協力機関一覧.....	64

## 第1章 はじめに

近年の生活保護受給者の増大や、さまざまな生活困窮をめぐる課題の顕在化を受け、厚生労働省は、「生活保護受給者の宿泊施設及び生活支援の在り方に関する意見交換会」（平成28年10月—平成29年4月まで、全6回）が開催され、その結果が報告されている。無料低額宿泊所等の中には、いわゆる「貧困ビジネス」といわれるような問題のある事業者がある一方で、いろいろな生活支援に、熱心に取り組んでいる事業者も存在していることを理解し、①悪質な事業者を規制しつつ、②生活支援を行う良質な事業者が、活動しやすい環境づくりを進めていく必要があるという報告を行っている。そして、①の悪質な事業者に対する規制については、何らかの法令に基づく最低基準を設け、その基準を満たさない設備及び運営となっている事業者等に対しては、行政が改善命令、勧告・公表などを行うことができるよう、法令上の必要な規定の整備を検討する必要があるのではないかと示している。そして、②の生活支援について、生活保護受給者を含めた生活困窮者等に、生活支援を行いつつ、社会とのつながりを提供することは、将来的に、就労・増収等を通じた生活保護からの脱却につながるとともに、医療や介護の必要性を低減させることにもつながる、という認識のもと、生活支援の提供の在り方や、居住者の生活の質が確保されるように、入所する施設の基準やサービスの水準を定める等の取り組みを検討する一方で、客観的な指標を作成し、生活支援を必要とする者の状態像を明確化し、その者の状態に応じたサービスを確立していく必要があるのではないかと示している。さらに、サービスの内容（アセスメント、プランニング、介入、評価）の標準化が必要ではないかという、まとめを示している。

生活保護制度及び生活困窮者自立支援制度については、経済・財政再生計画の改革工程表において、2017年度に検討を行い必要な措置を講ずることとされており、その検討のために無料低額宿泊所等を利用する者の実態把握は急務である。適切な支援により自立に向けて処遇していく仕組みづくりの上で、知的障害や発達障害等を持つ人たちの把握、支援による違い、地域差等を比較検討することは、両制度の改正の検討に向けて必須である。実際、現状においては、無料低額宿泊所等の利用者像等があまり明らかでないことから、まずは利用者像を明らかにし、その結果を踏まえて、単独での居住が難しく日常生活支援が必要な者に対してアセスメントや支援を行う方法の検討に資するよう、Vineland-II 適応行動尺度等を用いて、障害や適応行動に関する障害の有無等、利用者の状態像を明らかにするための調査研究を行うことが求められている。無料低額宿泊所等の利用者像を把握し、支援状況での違いが明らかになることで、利用する者が適切な支援を受けられるようになることが期待され、また、いわゆる貧困ビジネスと考えられるものなのかどうかの検討の際のメルクマールや、生活支援の評価の際のメルクマールとして、制度改正の検討に資することが期待される。さらに、各施設での処遇改善に役立ち、福祉領域の人材育成等にも益するものと考えられる。

今回、社会福祉推進事業として、全国の無料低額宿泊施設等の入所者を対象とした実態把握を行うこととし、その結果を報告書に示していく。情報が膨大なため、分析中の部分もあるが、まず、入所者の知的能力等の臨床心理学的に把握できる知見に関してまとめて示し、それらの結果から日常生活における支援の必要な人の抽出方法について検討していく。



## 第2章 方法

### 1. 参加者

調査に先立って調査計画概要について研究代表者が各自治体および全国救護施設協議会について説明を行った。また調査実施施設には研究担当者が各施設に訪問し、本事業の目的と調査内容等について説明を行った。調査対象者は、施設に3か月以上の支援経過または入所経過のあるものを対象とした。

全国の44施設（救護施設18箇所、無料低額宿泊所26箇所）に入所している計412名の入所者を対象に調査を実施した。表1、表2に示す7つの地域ブロックにおける各施設種別の全入所者数の割合に応じてサンプルを比例配分した。調査は施設単位で実施された上に、調査協力の意思を示した一部の施設のみを対象としたため、参加者の割合は母集団である全入所者の割合と完全には一致していないが、全体的におおむね近い値を示しており、一定程度の代表性は保たれていると考えられる。

表1 救護施設の地域ブロックごとの全入所者数と本調査の参加者数

地域	救護施設					
	母集団			サンプル		
	施設数	全入所者数		施設数	参加者数	
北海道	9	948	(5.7%)	1	10	(5.6%)
東北	18	1769	(10.6%)	2	20	(11.3%)
関東	37	3452	(20.7%)	3	30	(16.9%)
北陸中部	25	2474	(14.9%)	3	29	(16.4%)
近畿	39	3903	(23.5%)	5	48	(27.1%)
中国四国	32	2368	(14.2%)	2	20	(11.3%)
九州	26	1729	(10.4%)	2	20	(11.3%)
合計	186	16643		18	177	

注：入所者数は2017年4月1日現在の数字

表 2 無料低額宿泊所の地域ブロックごとの全入所者数と本調査の参加者数

地域	無料低額宿泊所					
	母集団			サンプル		
	施設数	全入所者数		施設数	参加者数	
北海道	1	7	(0.0%)	0	0	(0.0%)
東北	26	254	(1.5%)	1	10	(4.3%)
関東	431	13105	(78.7%)	21	164	(69.8%)
北陸中部	36	1130	(6.8%)	1	20	(8.5%)
近畿	27	723	(4.3%)	1	21	(8.9%)
中国四国	10	236	(1.4%)	0	0	(0.0%)
九州	6	145	(0.9%)	2	20	(8.5%)
合計	537	15600		26	235	

注：入所者数は2015年6月末日現在の数字

表 3、表 4 には 2017 年度および 2018 年度の参加者の性別、年齢段階の内訳を示した。救護施設の参加者は 3 割程度が女性であるのに対し、無料低額宿泊所では女性の割合が有意に少なく ( $\chi^2(1)=17.43, p<.001$ )、6%程度にとどまった。年齢の平均は救護施設が 55.6 歳 ( $SD=9.5$ )、無料低額宿泊所が 52.4 歳 ( $SD=14.1$ ) であり、救護施設の方が有意に高かった ( $t(400.46)=2.856, p=.005$ )。また、年齢の分散は無料低額宿泊所が有意に大きく ( $F(1,410)=33.97, p<.001$ )、救護施設では主に 50 代から 60 代に集中的に分布しているのに対し、無料低額宿泊所は 30 代以下から 70 代以上まで幅広く分布している。

表 5、表 6 には 2017 年度および 2018 年度の救護施設および無料低額宿泊所の参加者の主要な変数の平均値および標準偏差を示した。救護施設については、自閉症状以外の変数では年度間の有意差が見られなかった。一方、無料低額宿泊所については、半数以上の変数で年度間の有意差が見られた。適応行動および知能 (IQ) は昨年度に比べ今年度の参加者の方が有意に高く、不適応行動、自閉症状、ADHD 症状は昨年度よりも今年度の参加者の方が有意に低かった。つまり、無料低額宿泊所の参加者は、全体として、昨年度よりも今年度の方が適応上の困難度が低いことがうかがわれる。本来、ランダムサンプリングが成功していれば、こうした年度間の差は生じないはずであるが、実際には、調査協力の意思を示した施設のみを対象として調査を実施せざるをえないという現実的な制約のために、年度によって若干のサンプルのバラつきが生じていると考えられる。

ただし、今年度の調査の主たる目的は、これらの施設の入所者の実態（つまり各変数の平均や分散）を明らかにすることよりも、種々の変数によって入所者の状態像のパターンを分類し、どのようなパターンにおいて適応上の困難度が高くなるか（つまり変数間の関連）を明らかにすることにあるため、サンプルの偏りが結論に及ぼす影響は比較的小さい。実際、表 7 に示すように、各変数間の相関係数には年度間で顕著な違いが見られない。こうした点を踏まえ、以下では、昨年度と今年度のデータを統合して分析に使用する。

表3 2017年度の参加者の性別、年齢段階の内訳

年齢	救護施設			無料低額宿泊所			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
30代以下	7	4	11	38	6	44	55
40代	15	10	25	43	6	49	74
50代	52	18	70	60	8	68	138
60代	48	23	71	46	6	52	123
70代以上	0	0	0	15	7	22	22
合計	122	55	177	202	33	235	412

表4 2018年度の参加者の性別、年齢段階の内訳

年齢	救護施設			無料低額宿泊所			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
30代以下	2	1	3	12	1	13	16
40代	4	0	4	10	1	11	15
50代	8	3	11	14	2	16	27
60代	9	4	13	17	0	17	30
70代以上	8	0	8	8	4	12	20
合計	31	8	39	61	8	69	108

表5 2017年度および2018年度の救護施設の参加者の特性

	2017年度		2018年度		t
	M	SD	M	SD	
適応行動	34.11	16.15	31.57	17.66	-0.75
不適応行動	19.17	2.99	19.38	3.22	0.37
IQ	63.47	16.45	67.43	18.35	1.27
認知能力	22.17	5.87	20.66	6.34	-1.36
自閉症状	6.02	5.28	8.00	5.17	2.06 *
ADHD症状	60.72	17.52	65.41	15.46	1.51
抑うつ	11.81	11.46	10.03	10.51	-0.83
身体症状	4.05	4.17	3.94	4.54	-0.14

\* $p < .05$

表 6 2017 年度および 2018 年度の無料低額宿泊所の参加者の特性

	2017年度		2018年度		t
	M	SD	M	SD	
適応行動	47.64	17.75	54.35	17.90	2.32 *
不適応行動	17.07	3.11	16.00	2.95	-2.50 *
IQ	76.41	18.30	84.80	21.14	3.20 **
認知能力	25.92	4.06	26.13	4.19	0.37
自閉症状	4.88	5.54	2.81	4.23	-2.86 **
ADHD症状	57.93	19.00	51.69	17.43	-2.41 *
抑うつ	11.96	10.30	13.26	11.89	0.88
身体症状	5.58	5.12	6.24	5.31	0.90

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

表 7 2017 年度および 2018 年度の主要な変数間の相関

	適応 行動	不適応 行動	IQ	認知 能力	自閉 症状	ADHD 症状	抑うつ	身体 症状
適応行動	-	.508	-.298	.602	-.062	.042	-.319	-.330
不適応行動	.589	-	-.488	.307	.030	.004	-.512	-.483
IQ	-.231	-.409	-	-.275	-.061	-.055	.620	.632
認知能力	.638	.406	-.214	-	.053	.158	-.358	-.342
自閉症状	.038	-.038	.113	.070	-	.539	-.120	-.030
ADHD症状	.082	.060	-.016	.125	.437	-	-.173	-.111
抑うつ	-.255	-.423	.531	-.276	-.005	-.012	-	.721
身体症状	-.320	-.313	.500	-.275	.056	.001	.509	-

注：対角線の左下が2017年度、右上が2018年度の値

## 2. 手続き

調査担当者が協力施設を訪問し、入所者本人に対する検査・面接・質問紙調査および参加者の支援を担当している救護施設・無料低額宿泊所の職員に対する面接・質問紙調査を実施した。調査担当者は、原則として臨床心理士または臨床発達心理士の資格を有し、本調査で扱う心理尺度に精通していた。心理査定業務の経験年数が浅い心理士のために心理検査に関する研修会を複数回開催し、検査の概要・実施法・採点法について確認を行った。

倫理的配慮として、入所者および施設職員に対し、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、および検査内容について説明し、書面にて参加への同意を得た。調査の実施に際しては入所者の身体面・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。1回の調査に要する時間は2～3時間程度であった。

調査終了後、調査に参加した入所者および施設職員には謝礼として QUO カード 2000 円～5000



分（価格は調査協力時間に対応させた）を手渡した。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。

### 3. 調査内容

#### 【入所者に対する調査】

##### （1）知能

ウェクスラー成人知能検査第三版（Wechsler Adult Intelligence Scale-III: WAIS-III; Wechsler, 1997; 日本版 WAIS-III 刊行委員会, 2006）を用いて知能を測定した。WAIS-III の心理測定学的性質は、国内外において、再検査信頼性、内容的妥当性、基準関連妥当性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性などの観点から多面的に実証されている。

WAIS-III は 14 の下位検査に基づいて多面的に知能を測定することができるが、本調査では全体的な知能の水準を表す全検査 IQ の測定のため、9 つの基本検査（「単語」、「類似」、「算数」、「数唱」、「知識」、「絵画完成」、「符号」、「積木模様」、「行列推理」）に「理解」、「絵画配列」を加えた 11 の下位検査を実施した。全検査 IQ は、これらの下位検査の結果を総合して得られる全体的な知能の水準を表す数値である。WAIS-III では、全検査 IQ の下位要素として、言語を媒介した知的能力の程度を表す言語性 IQ（「単語」、「類似」、「算数」、「数唱」、「知識」、「理解」の合成得点）と言語を媒介しない知的能力の程度を表す動作性 IQ（「絵画完成」、「符号」、「積木模様」、「行列推理」、「絵画配列」の合成得点）を算出できる。加えて、因子分析に基づく下位要素の分類として、群指数という数値も算出できる。群指数は、言語理解（全般的な言語的スキル）、知覚統合（非言語的で瞬間的な推論能力）、作動記憶（短期的に情報を保持し、操作する能力）、処理速度（注意、走査、識別、並べ替えなどの処理の速度）の 4 つからなる。

これらの IQ および群指数は、一般母集団において平均が 100、標準偏差が 15 の正規分布を成すように標準化されており、得点の範囲は 40 から 160 である。図 1 に一般母集団における IQ の理論的分布と知能段階の分類を示す。精神疾患の操作的診断基準を示した Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition（DSM-5; American Psychiatric Association, 2013）や International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision（ICD-10; World Health Organization, 1992）では、IQ が 70 を下回るものが知的障害の診断要件の一つとなっている。理論的に、一般母集団において IQ が 70 を下回るケースの割合は約 2.3% である。また、知的障害の重症度を評価する基準として、ICD-10 では、50 以上 70 未満が軽度知的障害、35 以上 50 未満が中等度知的障害、20 以上 35 未満が重度知的障害、20 未満が最重度知的障害と分類されている。ただし、WAIS-III では IQ の下限が 40 となっているため、40 未満の IQ については評価することができない。また、2013 年に改訂された DSM-5 では、IQ による知的障害の重症度分類は撤廃されており、代わりに適応機能（適応行動）に基づく分類が導入されている（詳細は後述）。なお、70 以上 80 未満の IQ は、知的障害の診断基準を満たさないが、生活上の困難を経験する割合が高いことから、境界知能と呼ばれることがある（Groth-Marnat & Gary, 2009）。

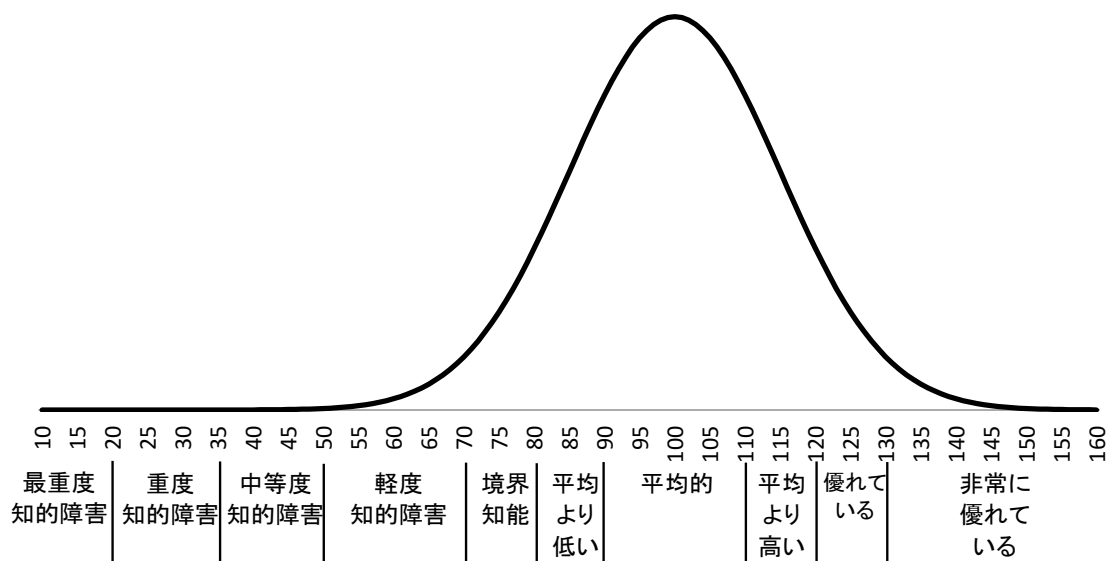


図1 一般母集団におけるIQの理論的分布と知能段階の分類

注：70未満の分類はICD-10（World Health Organization, 1993）、70以上の分類はGroth-Marnat & Gary (2009)に基づいている

また、WAIS-IIIでは、個々の下位検査の結果も評価点と呼ばれる標準得点によって評価できる。下位検査の評価点は、一般母集団において平均が10、標準偏差が3の正規分布を成すように標準化されており、得点の範囲は1から19である。

## (2) 認知能力（認知症症状）

精神状態短時間検査日本版（Mini Mental State Examination-Japanese: MMSE-J; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; 杉下, 2012）を用いて認知能力（認知症症状）を測定した。MMSEは国際的に幅広く利用、研究されており、日本版であるMMSE-Jの心理測定学的性質についても、再検査信頼性、認知症患者の判別（感度・特異度）の観点から実証されている。

MMSEは11のカテゴリーの課題（時に関する見当識、場所に関する見当識、記名、注意と計算、再生、呼称、復唱、理解、読字、書字、描画）で構成されており、それらの総合結果として0点から30点の得点が与えられる。得点が低いほど、認知障害の重症度が高いことを示唆する。MMSEのカットオフ値（障害の有無を判定する境界となる値）は複数提唱されているが、最も広く利用されている基準は「23点以下」である。このカットオフ値におけるMMSE-Jの感度（障害がある人を正しく陽性と判定する割合）は.87、特異度（障害がない人を正しく陰性と判定する割合）は.88であることが報告されており（杉下・逸見・JADNI研究, 2010）、十分なスクリーニング精度を有していると評価できる。

## (3) 抑うつ

Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; 小嶋・古川,

2003) を用いて抑うつ症状を測定した。BDI-II は、臨床・研究の両面において、世界的に最も多く利用される抑うつ尺度の一つである。BDI-II の心理測定学的性質は多くの研究で検証されており、日本版についても、内的整合性、因子的妥当性、基準関連妥当性、うつ病患者の識別精度などの観点から、多面的に信頼性・妥当性が確認されている。

BDI-II は、最近 2 週間における抑うつ症状に関する 21 の質問に対象者自身が回答する形式を取る。各項目について、0 から 3 の 4 段階で評定を求める。選択肢は項目によって異なっており、例えば、項目 1 (悲しさ) では、「わたしは気が滅入っていない」が 0、「しばしば気が滅入る」が 1、「いつも気が滅入っている」が 2、「とても気が滅入ってつらくて耐え難い」が 3 となっている。いずれの項目も、選択肢の数字の大きさが抑うつ症状の強さと対応しており、合計値としての尺度得点の範囲は 0 から 63 となる。うつ病の有無を判定する際の BDI-II のカットオフ値は複数提案されているが、軽症以上のうつ病を判別する場合、「14 点以上」のカットオフ値で感度が.97、特異度が.81 であることが報告されている (小嶋・古川, 2003)。一方、中等症以上のうつ病を判別する場合、「20 点以上」のカットオフ値で感度が.94、特異度が.82 となり、重症のうつ病を判別する場合、「29 点以上」のカットオフ値で感度が.86、特異度が.82 となる (小嶋・古川, 2003)。

#### (4) 身体症状

Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8; Gierk et al., 2014; 松平他, 2016) を用いて身体症状を測定した。SSS-8 は、身体症状による負担感を評価する自己記入式の質問紙尺度であり、世界的に広く利用されている Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15; Kroenke, Spitzer & Williams, 2002; 村松, 2014) の短縮版として開発された。ドイツの一般集団を対象とした研究では、高い信頼性と妥当性が確認され、PHQ-15 と同等の心理測定学的性質を有することも示された (Gierk et al., 2014)。現在のところ、国内では体系的な信頼性・妥当性の検証が行われていないが、いずれの質問項目も言語や文化による影響を受けにくい性質のものであり、海外における信頼性・妥当性の知見は、わが国にもおおむねあてはまるものと考えられる。

SSS-8 では、最近 1 週間の身体症状について、①胃腸の不調、②腰背部痛、③腕、脚、または関節の痛み、④頭痛、⑤胸痛・息切れ、⑥めまい、⑦疲労感・気力低下、⑧睡眠障害、の計 8 問に対象者自身が回答する形式を取る。各項目に 0 (ぜんぜん悩まされていない)、1 (わずかに悩まされている)、2 (少し悩まされている)、3 (かなり悩まされている)、4 (とても悩まされている) の 5 段階で回答を求める。合計点としての尺度得点の範囲は 0 から 32 点である。原版では得点を 5 段階で区分するカットオフ値が提案されている。すなわち、0 から 3 点が「ない、または、ほとんどない」、4 から 7 点が「軽度」、8 から 11 点が「中等度」、12 から 15 点が「重度」、16 点以上が「最重度」と判定される。原版では、一般母集団において「中等度」以上の得点を示す人々の割合は、男性の場合、35-44 歳で 4%、45-54 歳で 8%、55-64 歳で 7%、65-74 歳で 15%、女性の場合、35-44 歳で 11%、45-54 歳で 9%、55-64 歳で 9%、65-74 歳で 14%と報告されている (Gierk et al., 2014)。

#### (5) 入所者の生育歴・学歴・職歴等の聴き取り

入所者の入所に至る経過（生育歴・教育歴・職歴等）について、施設職員の付き添いのもと聴き取りを行った。表 8 に聴き取りの主な内容を示す。入所者によっては読字困難などを抱えている場合があり、BDI-II と SSS-8 は調査担当者が口頭で説明しながら評価することもあった。

表 8 聴き取りの主な内容

---

#### 幼少期

経済状況

両親の離婚

両親の夫婦関係

両親間の暴力

父親との関係

父親からの暴力

父親からの暴言

母親との関係

母親からの暴力

母親からの暴言

児童福祉施設への入所

学歴

学校の成績

読書計算の困難

友人関係

いじめ被害

不登校

非行経験

#### 成人後

結婚歴

子どもの有無

職歴

犯罪歴

精神疾患の既往歴

身体疾患の既往歴

障害者手帳

障害年金

入所の経緯

友人関係

依存症

---

## 【施設職員に対する調査】

### (1) 適応行動

日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）を用いて適応行動（自立した社会生活を営む上で必要となる一群の行動）を測定した。Vineland-II は国際的に最も広く利用されている適応行動尺度の一つであり、日本版についても、内的整合性、再検査信頼性、評価者間信頼性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性、臨床群（発達障害者、視覚・聴覚障害者）の得点パターンなどに基づいて、包括的に信頼性・妥当性が確認されている。

Vineland-II は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接（聴取する項目はあらかじめ決められているが、面接の流れや質問の表現は状況に応じて調整できるタイプの面接）の形式で実施される。本調査では、参加者の支援を担当している救護施設・無料低額宿泊所の職員に対して面接を実施した。表 9 に示すように Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれている。適応行動尺度は、4 領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）、11 下位領域（受容言語、表出言語、読み書き、身辺自立、家事、地域生活、対人関係、遊びと余暇、コーピングスキル、粗大運動、微細運動）から構成され、それぞれの下位領域には 20～50 程度の調査項目が含まれる。各項目は、具体的な適応行動を記述したものであり（例：事務的な手紙を書く、必要に応じて衣類を洗う、自分のお金を管理する等）、それぞれについて 2（具体的な援助や指示がなくとも、通常または習慣的に実施している）、1（具体的な援助や指示がなくとも、時々または部分的に実施している）、0（まったくまたはほとんど実施しない、または援助や指示がなければまったく実施しない）の 3 段階で評定を行う。評定に際しては、その行動が「できる」かどうかではなく、実際に「している」かどうかを評価する。例えば、「必要に応じて衣類を洗う」という項目では、対象者が洗濯の仕方を知っているとしても、実際の生活の中で洗濯をしていないのであれば、2 点ではなく 0 点と評定されることになる。

一方、不適応行動尺度は、個人的・社会的充足を阻害する不適応行動を測定するための尺度であり、4 つの下位尺度から構成されるが、このうち「内在化問題」、「外在化問題」、「その他」の 3 下位尺度のみが数量的評価に使用され（ただし、「その他」は単独では評価しない）、「重要事項」は項目ごとの臨床的評価にのみ使用される。各項目は具体的な不適応行動を記述したものであり（例：睡眠に困難がある、身体的な攻撃をする等）、それぞれについて 2（対象者が通常または習慣的に行う）、1（対象者が時々行う）、0（対象者がまったく行わない、またはほとんど行わない）の 3 段階で評定を行う。

表 9 Vineland-II の構成

領域および下位領域	内容
適応行動尺度	
コミュニケーション領域	
受容言語	他者の話に注意を向ける、聞く、理解する
表出言語	話し言葉で意思を伝える
読み書き	文字や文章を読む、書く(3歳～)
日常生活スキル領域	
身辺自立	食事、衣服の着脱、衛生に関する行動
家事	手伝い、家事(1歳～)
地域生活	時間、お金、電話、コンピュータなどの管理と使用(1歳～)
社会性領域	
対人関係	他者との関わり方
遊びと余暇	遊び、余暇の過ごし方
コーピングスキル	他者に対する責任感や気配り(1歳～)
運動スキル領域	
粗大運動	腕や脚を使った大きい運動(0～6歳、50歳～)
微細運動	手や指を使った細かい運動(0～6歳、50歳～)
不適応行動尺度	
内在化問題	ストレスを自分自身に向ける不適切な行動(3歳～)
外在化問題	ストレスを他者に向ける不適切な行動(3歳～)
その他	その他の不適切な行動(3歳～)
重要事項	臨床的に重要で深刻な不適応行動(3歳～)

適応行動尺度の各下位領域および不適応行動尺度の各下位尺度ごとに評定値を合計し、それを  $v$  評価点と呼ばれる標準得点に換算する。 $v$  評価点は一般母集団の平均値が 15、標準偏差が 3 となるように標準化された得点であり、得点範囲は 1 から 18 である。不適応行動尺度については、全ての下位尺度得点の合計値についても、 $v$  評価点への換算を行う。適応行動尺度については、次に、各下位領域の  $v$  評価点を 4 つの領域ごとに合計し、それを領域標準得点に換算する。領域標準得点は、一般母集団の平均値が 100、標準偏差が 15 となるように標準化されており、得点範囲は 20 から 160 である。さらに、領域標準得点を合計した値を適応行動総合点に換算する。適応行動総合点は、領域標準得点と同じく、一般母集団の平均値が 100、標準偏差が 15 となるように標準化されており、得点範囲は 20 から 160 である。精神疾患の操作的診断基準を示した DSM-5 (APA, 2013) や ICD-10 (WHO, 1992) では、知能の遅れに加えて、それにもなう適応行動の障害（適応行動総合点が 70 未満）が知的障害の診断要件となっている。また、前述のように、DSM-5 (APA, 2013) では、IQ の代わりに適応行動の水準によって知的障害の重症度が評価されるようになった。DSM-5 には具体的な数値基準は記載されていないが、一般的には図 2 に示したような基準が用いられている（例えば Weis, 2013）。すなわち、適応行動総合点が 55 以上 70 未満のとき軽度知的障害、40 以上 55 未満のとき中等度知的障害、25 以上 40 未満のとき重度知的障害、25 未満のとき最重度知的障害と判定される。なお、下位領域ごとの評価に用いられる  $v$  評価点については、図 3 に示した基準で適応水準が分類される。

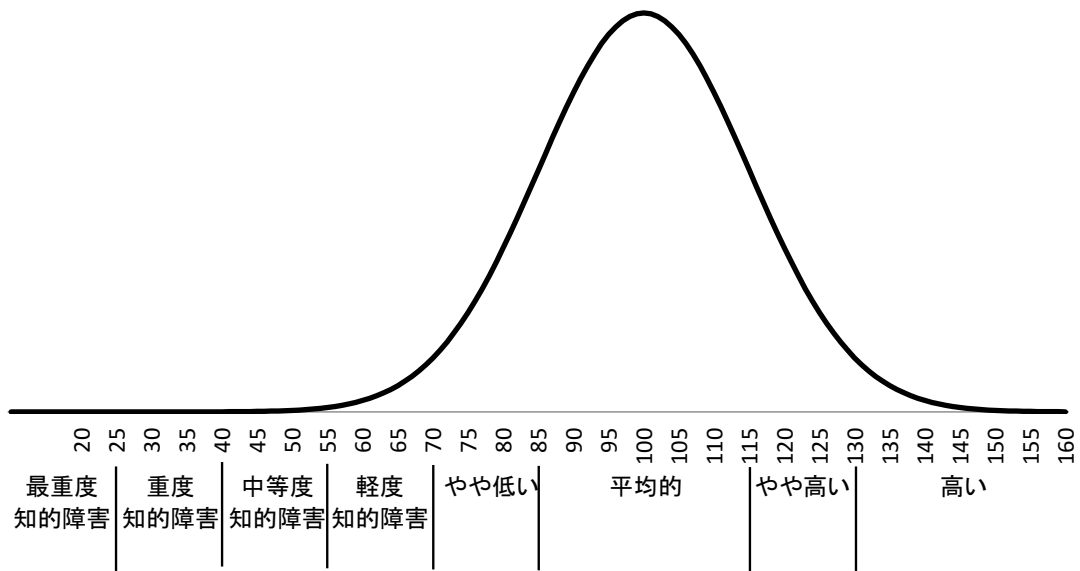


図2 Vineland-II の領域標準得点・適応行動総合点の適応水準の分類  
 注：70未満の分類は Weis (2013)、70以上の分類は Sparrow et al. (2005)に基づく

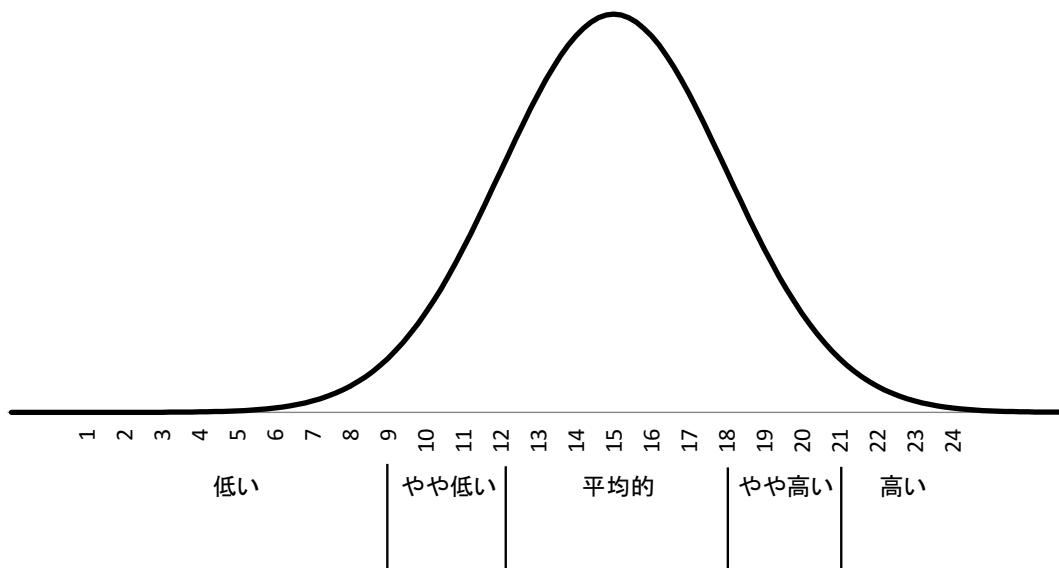


図3 Vineland-II のv 評価点の適応水準の分類  
 注：Sparrow et al. (2005)に基づく

## (2) ASD 症状

親面接式自閉スペクトラム症評定尺度テキスト改訂版 (PARS-TR; 発達障害支援のための評価研究会, 2013) を用いて、自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder: ASD) の症状を

測定した。PARS-TR は国内で開発され、全国で幅広く利用されている ASD 症状の尺度である。内的整合性、再検査信頼性、評価者間信頼性、基準関連妥当性、ASD 児者の判別精度などの観点から多面的に信頼性・妥当性が確認されている（安達他, 2008; Ito et al., 2012）。

PARS-TR は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接の形式で実施される。本調査では、参加者の支援を担当している救護施設・無料低額宿泊所の職員に対して面接を実施した。PARS-TR には、幼児期の最も症状が顕著であった頃の状態を尋ねる幼児期ピーク評定と、現在の状態を尋ねる現在評定という 2 つの形式が存在するが、本調査では施設職員を対象とするため後者の形式（思春期・成人期版）を使用した。また、調査時間の短縮と被面接者の負担軽減を図るため、33 項目のフルスケールの代わりに、12 項目の短縮版を用いた。短縮版は ASD 者の判別において、フルスケールと同等の精度を持つことが確認されている（安達他, 2008）。PARS-TR の各項目は具体的な ASD 症状の有無を尋ねるもので（例：同じ質問をしつこくする、普段通りの状況や手順が急に変わると混乱する等）、症状がまったくない場合は 0、時々見られる場合は 1、常に見られる場合は 2 の評定が与えられる。評定の合計値としての尺度得点の範囲は、思春期・成人期現在評定の短縮版の場合、0 から 24 点である。ASD の判定におけるカットオフ値は「8 点以上」で、感度が.96、特異度が.86 であることが報告されている（安達他, 2008）。

### （3）ADHD 症状

Conners' Adult ADHD Rating Scales（CAARS）日本語版を用いて注意欠如多動性障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD）の症状を測定した。CAARS は成人の ADHD 症状を測定できる質問紙尺度として、欧米で最も多く利用されている。CAARS の原版（英語版）については、内的整合性、再検査信頼性、因子的妥当性、基準関連妥当性、ADHD 者の判別などの観点から体系的に信頼性・妥当性が確認されている。日本語版についても、内的整合性、再検査信頼性、年齢・性別の影響などについて、原版と同様の結果が得られている。

CAARS には自己記入式と観察者評価式の 2 つの形式が存在するが、本調査では後者を使用し、参加者の支援を担当している救護施設・無料低額宿泊所の職員に回答を求めた。CAARS は ADHD 症状に関する 66 の質問項目から構成され（例：前もって計画を立てない、うっかり口をすべらせてしまう、やり始めたものごとを最後までやり終えない等）、それぞれについて、0（まったく当てはまらない）、1（ほんの少し当てはまる）、2（ほとんど当てはまる）、3（非常に当てはまる）の 4 段階で評定を求める。CAARS には、様々な下位尺度構成が存在するが、本調査では DSM-IV（APA, 1994）の診断基準に基づく「不注意型症状」（9 項目）、「多動性－衝動性型症状」（9 項目）とそれらを合計した「総合 ADHD 症状」を用いてスコアリングを行った。CAARS では、対象者の性別および年齢段階における一般母集団の平均値・標準偏差に基づいて、T 得点（偏差値）を算出する。T 得点は一般母集団において、平均が 50、標準偏差が 10 となるように標準化された得点であり、範囲は 10 から 90 である。ADHD 者を判別するためのカットオフ値は明示されていないが、一般に T 得点が「65 以上」というカットオフ値が用いられることが多い（Solanto et al., 2012; Van Voorhees, 2011）。一般母集団の得点分布が正規分布にしたがう場合、T 得点が 65 以上の者の割合は 6.7%である（図 4）。



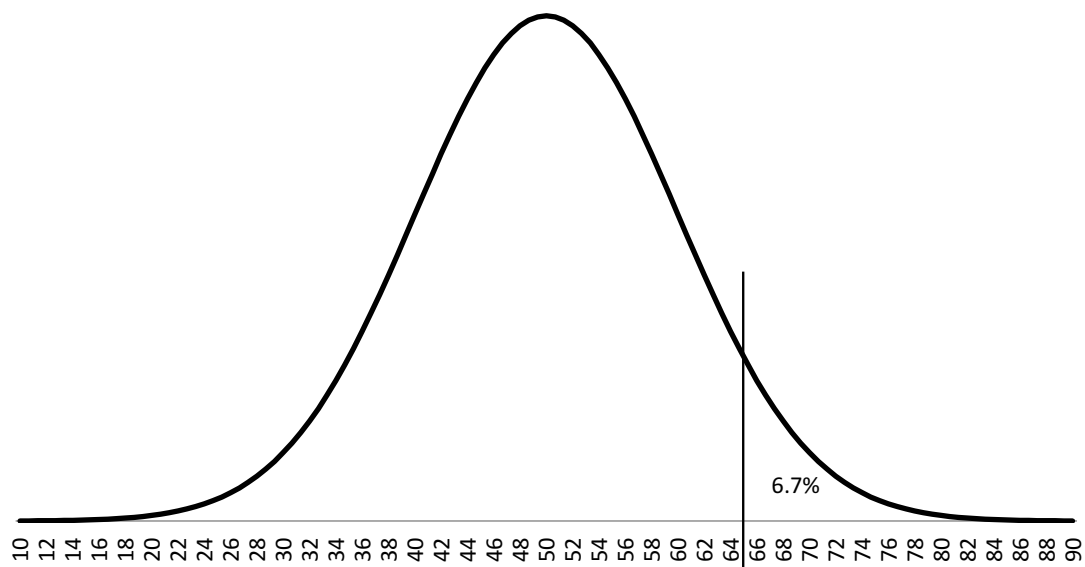


図4 正規分布において T 得点が 65 以上の者の割合

#### (4) 支援状況等の把握

入所者の聴き取り情報をもとに、施設職員に入所者の入所経過、制度利用状況、支援状況や、精神的・身体的健康度に関する聴き取りを行い、入所者の経過と処遇や全般的な状況を把握した。

### 第3章 結果と考察

4つの観点について統計的分析を行う。まずデータの基本的特徴を把握するため、(1) 各変数の得点分布を概観し、各施設種別の入所者の実態を把握する。これらを踏まえ、本研究の主要な検討課題として、(2) 変数間の関連の様相を明らかにするとともに、(3) 種々の変数によって入所者の状態像のパターンを分類し、どのようなパターンにおいて適応の困難度が大きくなるかについて検証を行う。

#### (1) 得点分布

##### 学歴

図5に参加者の最終学歴の分布を示す。いずれの施設種別でも、中卒の入所者が約3分の1、高卒の入所者が約半数であり、高等教育（専門学校、短大、大学）を受けた入所者は6分の1程度に留まる。

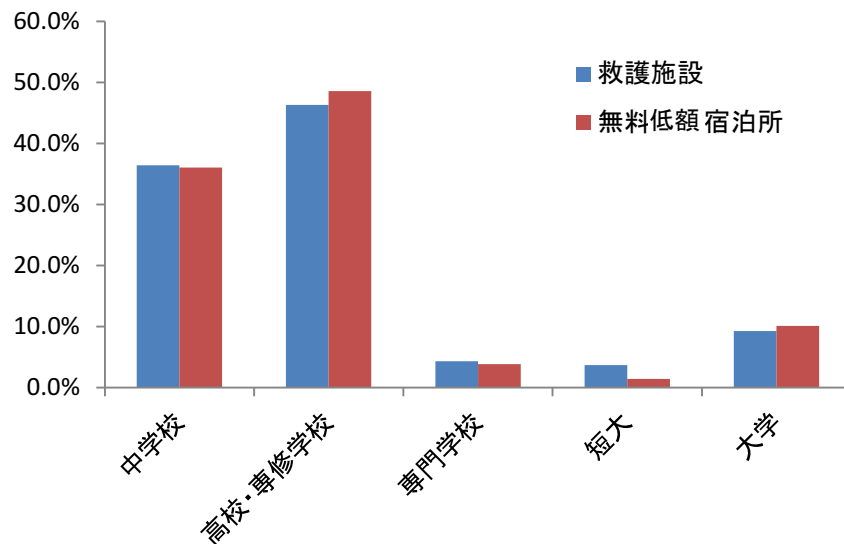


図5 最終学歴の分布

##### 養育環境

図6に両親の離婚の分布を示す。救護施設では約15%、無料低額宿泊所では約24%が両親の離婚を経験している。

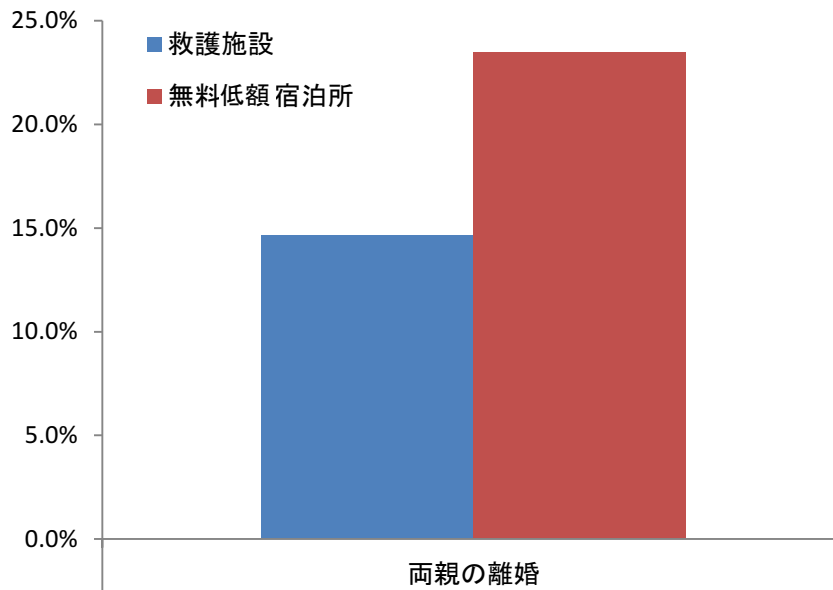


図 6 両親の離婚の分布

図 7、図 8 に父親および母親からの暴力の分布を示す。父親から日常的に暴力を受けていた入所者の割合は、救護施設で約 6%、無料低額宿泊所で約 8%であった。母親から日常的に暴力を受けていた入所者の割合は、救護施設で約 1%、無料低額宿泊所で約 3%であった。

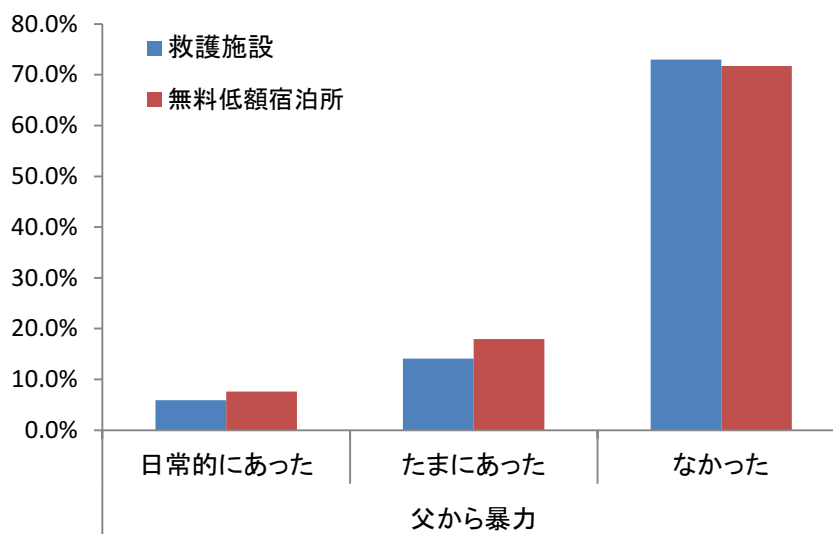


図 7 父親からの暴力の分布

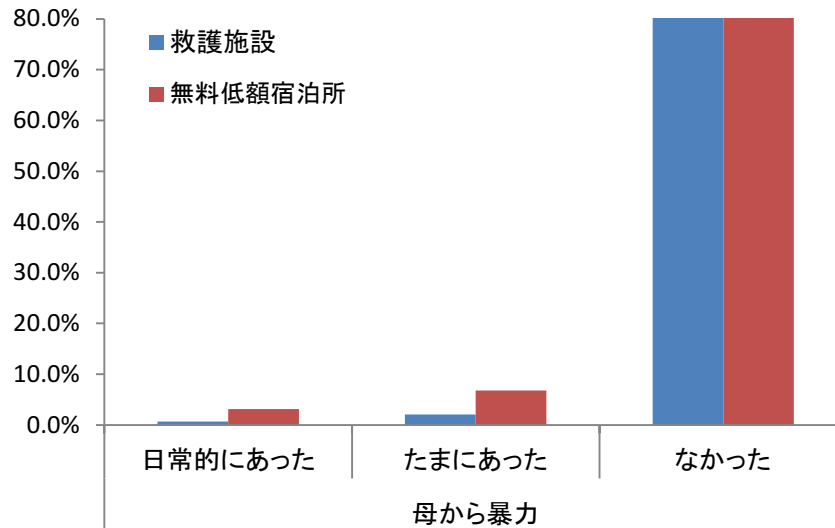


図 8 母親からの暴力の分布

### 勤続年数

図 9 に最も長く続いた仕事の勤続年数の分布を示す。いずれの施設種別でも、最長勤続年数が 10 年以内の入所者が半数以上にのぼり、不安定な就労状態に置かれてきた入所者が多数を占めることがうかがわれる。

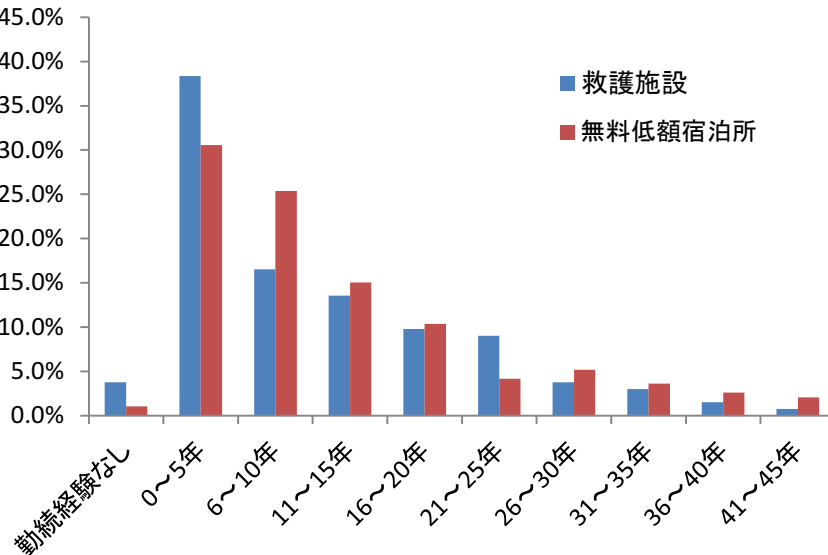


図 9 最長勤続年数の分布

### 結婚歴・子どもの有無

図 10 に結婚歴および子どもの有無の分布を示す。いずれの施設種別でも約 4 分の 1 の入所者が結婚歴を有しているが、そのうち現在も婚姻関係が継続しているのは 1 割前後であり、残りの約 9 割は離婚または死別している。約 5 分の 1 の入所者が子どもを持っている。

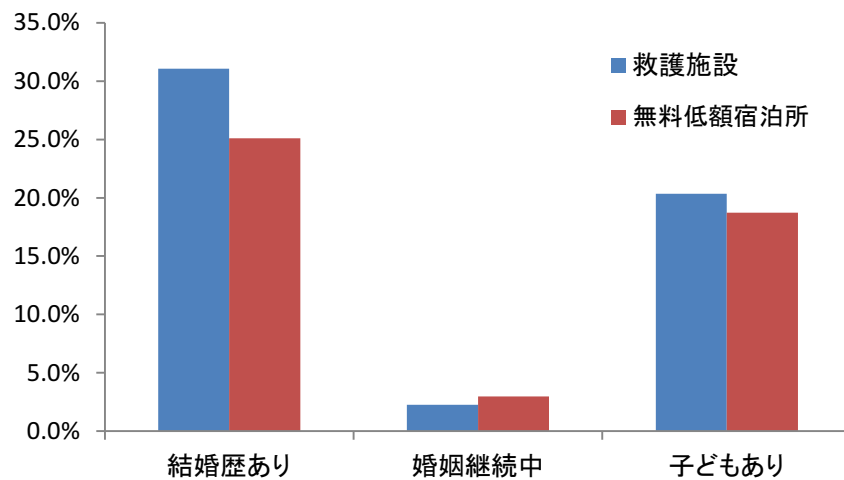


図 10 結婚歴・子どもの有無の分布

### 非行歴

図 11 に非行歴の分布を示す。最も経験率が高いのは窃盗であり、救護施設では約 6%、無料低額宿泊所では約 12%の入所者が経験している。暴行や暴走の経験がある入所者も一定数存在する。全体に無料低額宿泊所の入所者の方が救護施設の入所者よりも非行歴を有する割合が高い。

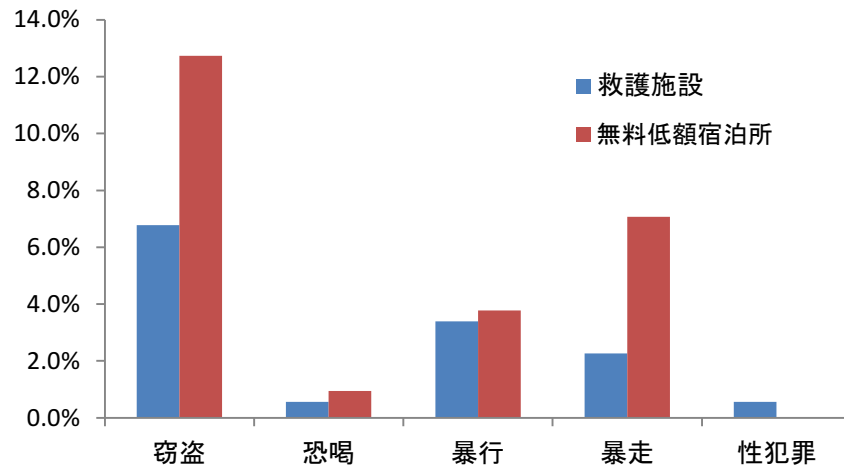


図 11 非行歴の分布

### 犯罪歴

図 12 に成人後の犯罪歴の分布を示す。非行歴と同様、最も経験率が高いのは窃盗であり、救護施設では約 8%、無料低額宿泊所では約 18%の入所者が経験している。少数ながら、薬物、暴行、性犯罪の経験がある入所者も存在する。

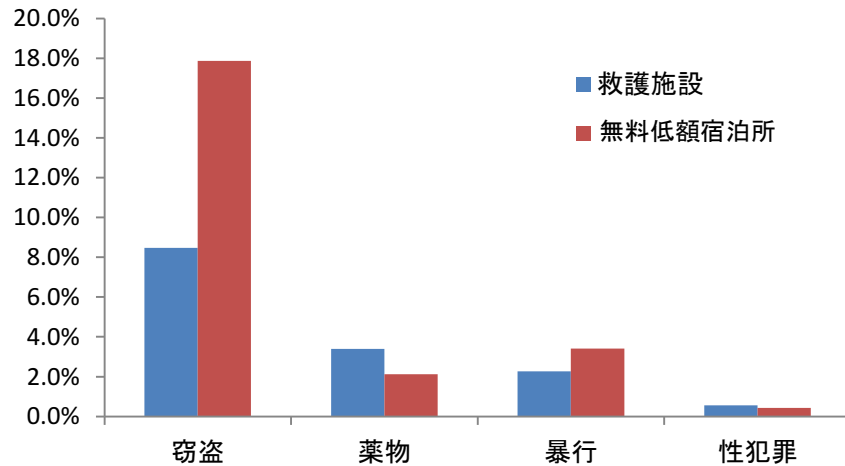


図 12 犯罪歴の分布

### 障害者手帳・障害年金

図 13 に障害者手帳および障害年金の受給の有無を示す。全体に救護施設の方が無料低額宿泊所よりも障害者手帳や障害年金を受けている入所者の割合が大幅に大きい。種類別では精神保健福祉手帳を有する入所者が最も多い。

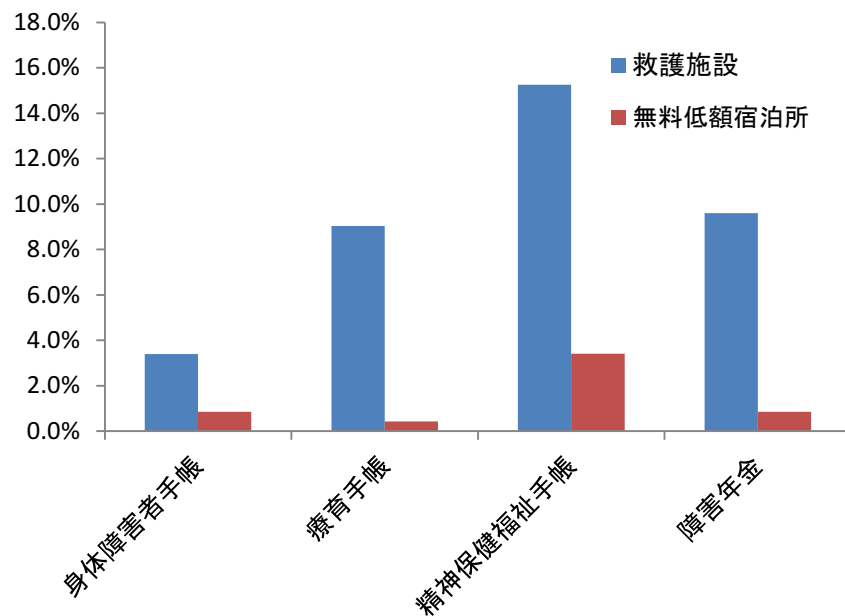


図 13 障害者手帳・障害年金の有無

### 精神疾患

図 14 に医学的診断を受けている精神疾患の分布を示す。救護施設では統合失調症やその他の精神疾患の診断を有する割合が無料低額宿泊所よりも高く、半数以上が何らかの精神疾患の診断を受けている。無料低額宿泊所では約 4 分の 1 の入所者が精神疾患の診断を受けている。

先行研究では関東地域に限定されているが、路上生活者の精神疾患患者割合についての 80 名の実態調査のデータが報告されている（森川ら，2011）。平均年齢が 50.5 歳で、精神科医による

精神疾患ありの診断は 50 名 (62.5%) であり、内訳は 33 名 (41.3%) がうつ病、12 名 (15%) がアルコール依存症、12 名 (15%) が幻覚や妄想などの精神病性障害であった。その他の調査結果では、下平ら (2007) は GHQ28 を用いて路上生活者 73 名のデータを分析したところ、何らかの臨床的問題があるとされる 6 点以上のものは 46 名 (64%) であり、特に不安と不眠が高かったとされている。同じく吉住 (2013) の 30 名のホームレスにある方の調査においても GHQ28 から何らかの臨床的問題にある人の割合は 76.7%であったと報告している。さらに吉住 (2016) では生活保護受給者 226 名の調査結果から、ソーシャルサポートがないとする人が半数以上存在し、ソーシャルサポートの有無によりメンタルヘルス (GHQ) が異なることを示している。

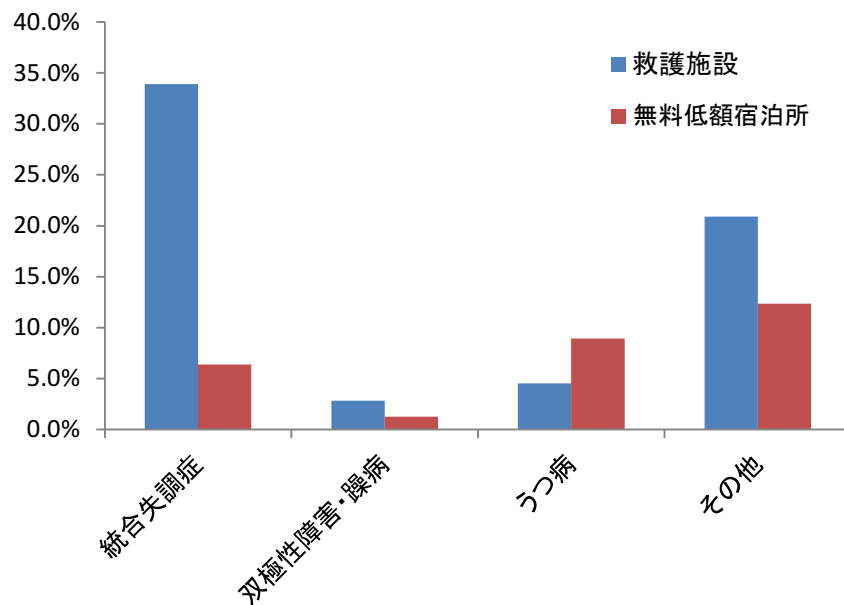


図 14 精神疾患の診断の分布

## 知能

図 15 に WAIS-III の全検査 IQ の分布を示す。「IQ70 未満」をカットオフ値とした場合、56.4% が知的障害の可能性を有していると言える。一般母集団においてこのカットオフ値を下回る人々の割合は 2.3%であることから、救護施設や無料低額宿泊所には 24.5 倍の割合で知的障害の可能性を有する人々が存在することになる。「60-69」に分布のピークがあるが、境界水準 (IQ70~79) や平均的な水準にあるケースも見られる。しかし、平均 (100) を上回るケースは少数であり、大部分の入所者が平均を下回る知能水準にあることがわかる。

先行研究のイギリスの報告では (Oakes & Davies, 2008)、50 名の路上生活者に WAIS の簡易版にて IQ を算出したところ、6 名 (12%) が IQ が 50~70 であったと報告している。その他、オランダの報告として、Van Steraaten ら (2014) は Hayes Ability Screening Index という知的障害のスクリーニングツールを用いて 387 名のホームレス者に調査したところ、114 名 (29.5%) が知的障害を抱えている疑いがあると示唆された。

日本では 18 名と小規模であるが WAIS-III を実施した報告がある (西尾ら, 2015)。18 名のうち軽度知的障害が 3 名 (18%)、中等度知的障害が 3 名 (18%)、重度知的障害が 1 名 (6%) で

あり、約 40%のホームレスが知的障害を有すると西尾らは報告している。海外の報告に比較しても我が国の生活困窮者に占める知的障害圏にあるケースが多いのは注目に値する。

知的障害のホームレス化の要因について、中野（2013）は、家族の置かれた状況（貧困・家族自身が抱えている疾患・障害）、低学歴、労働形態（不安定就労、度重なる転居）、相談者の不在（家庭崩壊、地域から離れた生活、福祉サービスにつながらない）、見えにくい軽度知的障害などの要因を挙げている。

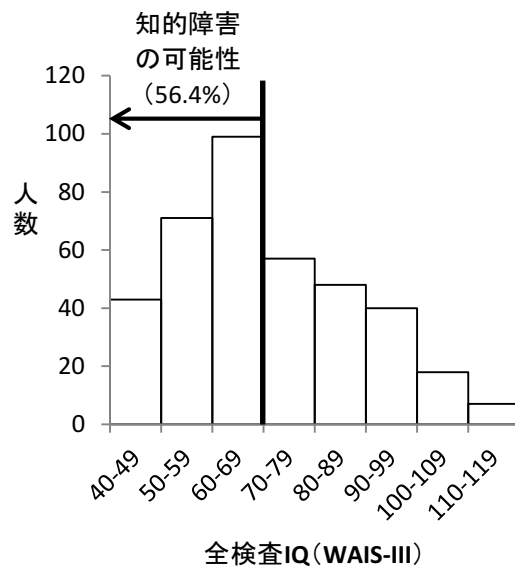


図 15 全体の全検査 IQ の分布

図 16-1、16-2 に言語性 IQ および動作性 IQ の分布を示す。言語性 IQ と動作性 IQ の分布に大きな違いは見られない。このことから、言語を媒介するか否かにかかわらず、知的能力全般に困難を有するという特徴が読み取れる。

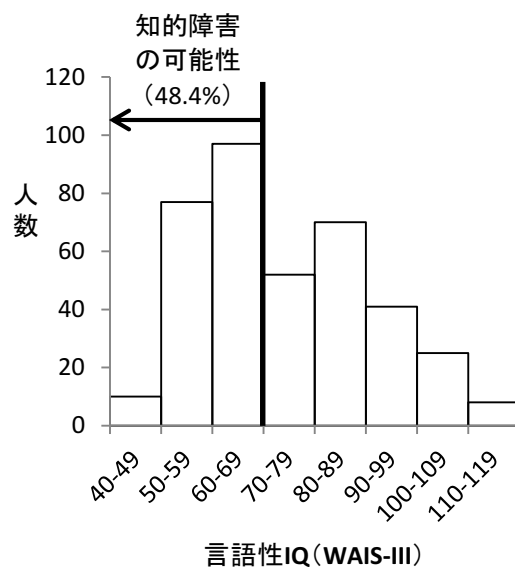


図 16-1 全体の言語性 IQ の分布



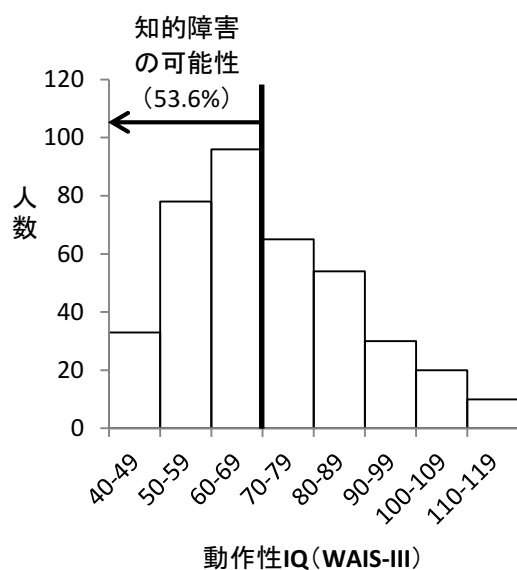


図 16-2 全体の動作性 IQ の分布

### 認知能力（認知症症状）

図 17 に認知能力（MMSE-J）の分布を示す。「23 点以下」をカットオフ値とした場合、37.2% が認知症の疑いを有していると判定される。このカットオフ値における偽陽性の割合は 12%（特異度.88 より）であることから、救護施設や無料低額宿泊所には 3.1 倍の割合で認知症の疑いを有する人々が含まれることになる。ただし、分布のピークは上端の「28-30」にあり、カットオフ値を下回るケースは比較的少数にとどまっている。

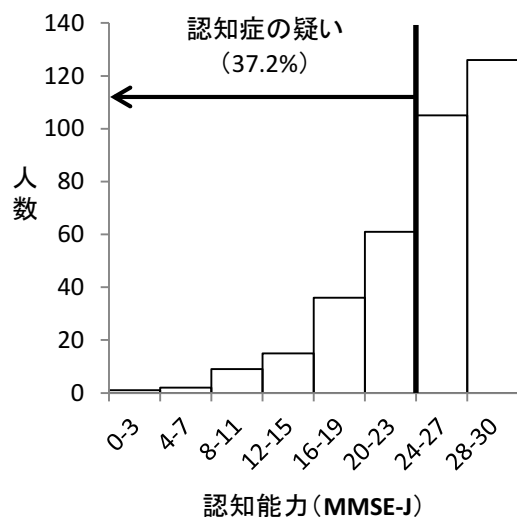


図 17 全体の認知能力の分布

## 適応行動

図 18 に Vineland-II の適応行動総合点の分布を示す。「70 未満」をカットオフ値とした場合、91.6%が臨床水準にあると判定される。一般母集団においてこのカットオフ値を下回る人々の割合は 2.3%であることから、救護施設や無料低額宿泊所には一般の 39.8 倍の割合で、適応行動に関する支援を必要とする人々が存在することになる。分布が下端の「20-29」に集中しており、大多数の入所者が適応行動に著しい困難を有していることがわかる。

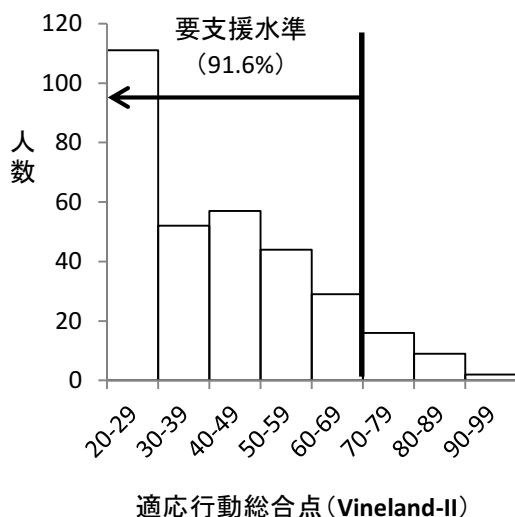
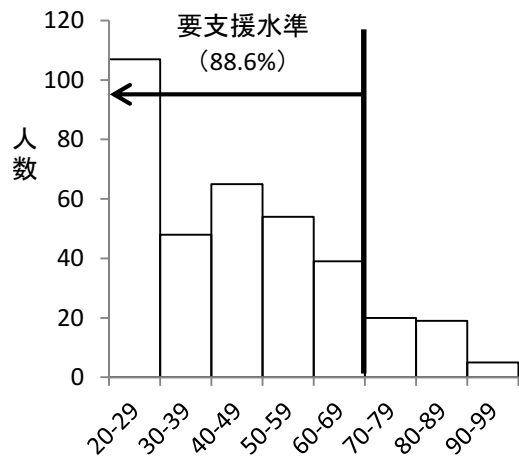


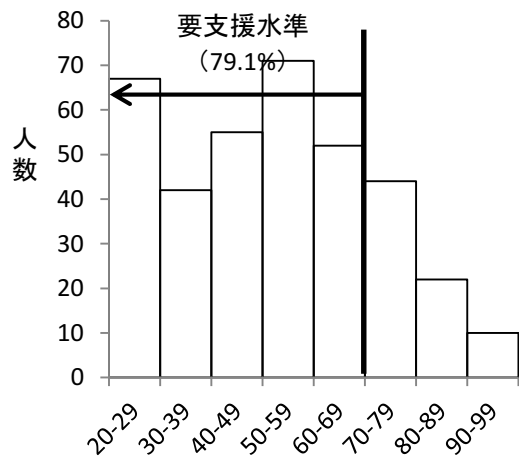
図 18 全体の適応行動総合点の分布

図 19 から図 21 に Vineland-II の領域標準得点の分布を示す。コミュニケーションや日常生活スキルは適応行動総合点とおおむね似通った分布を示しているが、社会性では、「60-69」が分布のピークとなっており、他の領域より分布が高得点側に位置している。こうした結果から、救護施設や無料低額宿泊所の入所者は、特にコミュニケーションや日常生活スキルに顕著な困難を有しており、社会性における困難は比較的軽微であることがうかがわれる。



コミュニケーション(Vineland-II)

図 19 全体のコミュニケーションの分布



日常生活スキル(Vineland-II)

図 20 全体の日常生活スキルの分布

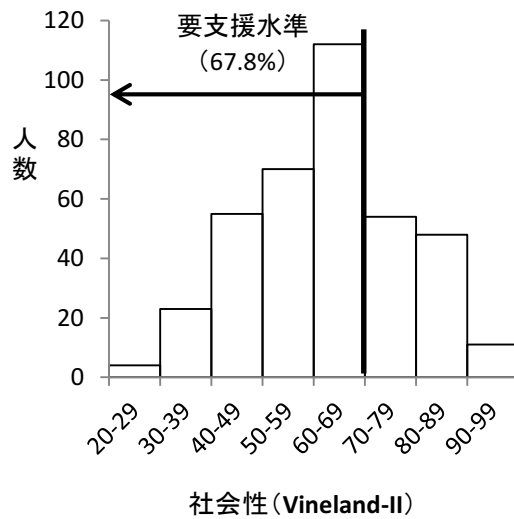


図 21 全体の社会性の分布

図 22 から図 24 に Vineland-II の不適応行動指標の分布を示す。「21 以上」をカットオフ値とした場合、22.5%が臨床水準にあると判定される。適応行動と比較すると、不適応行動における臨床水準の割合は小さい。分布のピークは「19-20」にあるが、二峰性の分布を示し、もう一つのピークが下端の「13-14」に見られる。このことから、救護施設や無料低額宿泊所の入所者は、軽度の不適応行動が見られるケースとほとんど見られないケースに二分されることが読み取れる。

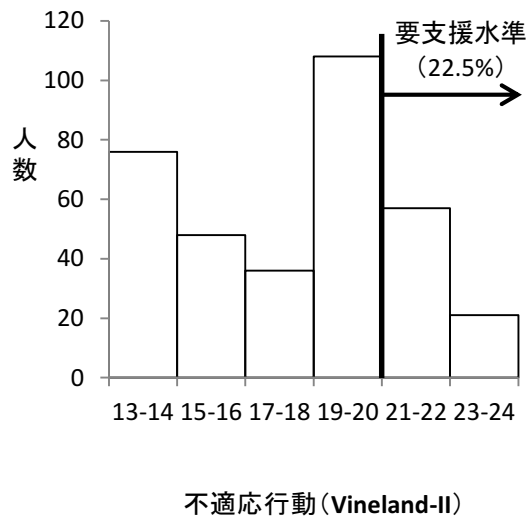
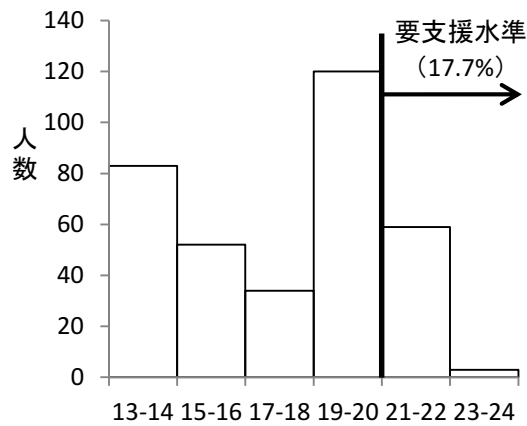


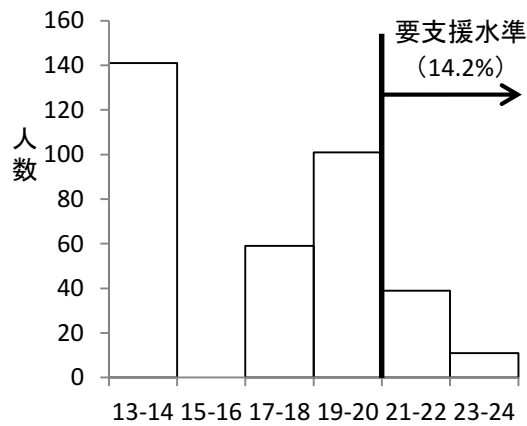
図 22 全体の不適応行動の分布

図 23 から図 24 に Vineland-II の不適応行動下位尺度の分布を示す。不適応内在化では 17.7%、不適応外在化では 14.2%の入所者が「21 以上」の臨床水準にある。これらの結果から、内在化問題と外在化問題には大きな差がなく、両方が一定割合で見られることがわかる。



不適応内在化 (Vineland-II)

図 23 全体の不適応内在化の分布



不適応外在化 (Vineland-II)

図 24 全体の不適応外在化の分布

抑うつ症状

ホームレス状態あるいは生活保護受給者の自殺者数の割合が平成 19 年で 10 万対 38.4、平成 20 年では同 54.8、平成 21 年で同 62.4 となっており、全国の自殺率よりも高いことが明らかになっている（厚生労働省社会・援護局保護課，2010）。つまり、生活困窮者のメンタルヘルスの把握は非常に重要であると言える。

図 25 に抑うつ症状 (BDI-II) の分布を示す。「20 点以上」をカットオフ値とした場合、22.2% が中等症以上のうつ状態にあると判定される。このカットオフ値における偽陽性の割合は 18% (特異度.82 より) であることから、一般の 1.2 倍の割合で、中等症以上のうつ状態が疑われる人々が含まれることになる。これはほとんどチャンスレベルと変わらない水準と言える。いずれの施設も下端の「0-5」に分布のピークがあり、カットオフ値を上回るケースは少数派である。

また、森川ら（2011）の調査では、「路上生活がつらいと思う気持ちの強さ」、「福祉の利用の相談をしたいと思う気持ちの強さ」とうつ病の間に有意な関連があったと報告されている。本調査データと直接の比較はできないが、先行研究が示す施設に入所以前の路上生活者時のメンタルヘルスの悪化状況が推測できるとともに、施設（救護施設・無料低額宿泊所）における支援の重要性を改めて認識することができる。

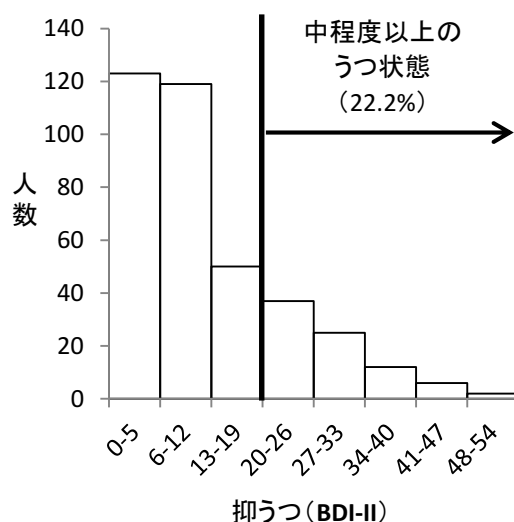


図 25 全体の抑うつ症状の分布

### 身体症状

図 26 に身体症状（SSS-8）の分布を示す。「8 点以上」をカットオフ値とした場合、25.1%が中等度以上の身体症状を有すると判定される。一般母集団においてこのカットオフ値を上回る人々の割合は、参加者の平均的な年齢水準では 8%程度であることから、一般の 3.14 倍の割合で、中等度以上の身体症状を有する人々が存在することになる。下端の「0-1」に分布のピークがあるが、カットオフ値を上回る範囲（「10-11」周辺）にもう一つのピークがあるようにも見受けられる。

先行研究である男性路上生活者の調査（下平ら，2007）では、85 名の路上生活者のうち 29 名（34%）は、消化器系の既往があり、次に交通事故や就業中の骨折や仕事の影響による椎間板ヘルニアの既往を持つものは 24 名（28%）、高血圧や心臓血管系の疾患を既往に持つものは 19 名（22%）であったという。他に札幌地区でのホームレス者 60 名の調査（小橋ら，2001）では、歯の訴えが 40%、肩こり・筋肉痛が 28%、背中・腰の痛みが 27%と多かった。身体症状は就労への不安などにも関連するため注目すべき側面であると思われる。

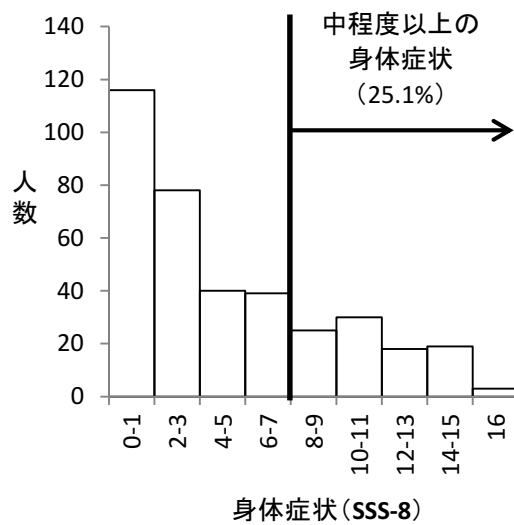


図 26 全体の身体症状の分布

### ASD 症状

図 27 に ASD 症状 (PARS-TR) の分布を示す。「8 点以上」をカットオフ値とした場合、26.2% が ASD を有する疑いがあると判定される。このカットオフ値における偽陽性の割合は 14% (特異度.86 より) であることから、一般の 1.87 倍の割合で、ASD の疑いを有する人々が含まれることになる。

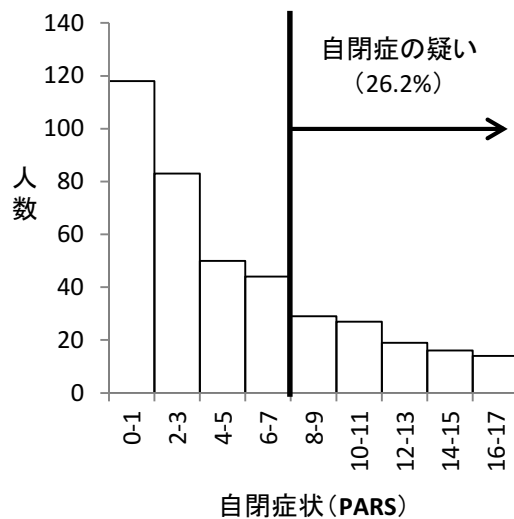


図 27 全体の ASD 症状の分布

## ADHD 症状

図 28 に ADHD 症状 (CAARS) の分布を示す。「66 点以上」をカットオフ値とした場合、32.3% が ADHD を有する疑いがあると判定される。一般母集団においてこのカットオフ値を上回る人々の割合は、理論上 6.7% であることから、4.82 倍の割合で、ADHD の疑いを有する人々が存在することになる。分布のピークは下端の「40-45」にあるが、右裾の長い分布となっている。

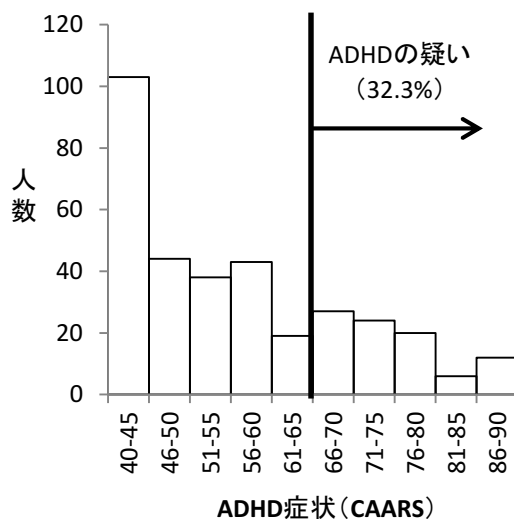


図 28 全体の ADHD 症状の分布

図 29 から図 30 に CAARS 下位尺度得点の分布を示す。多動・衝動性症状よりも不注意症状でカットオフ値を超える高得点を示すケースの割合が多いことが見て取れる。

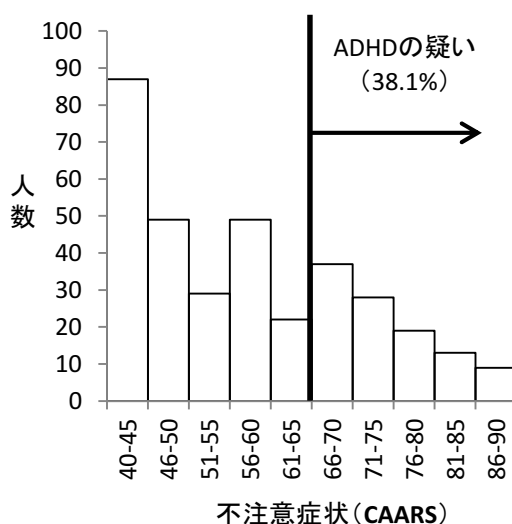


図 29 全体の不注意症状の分布



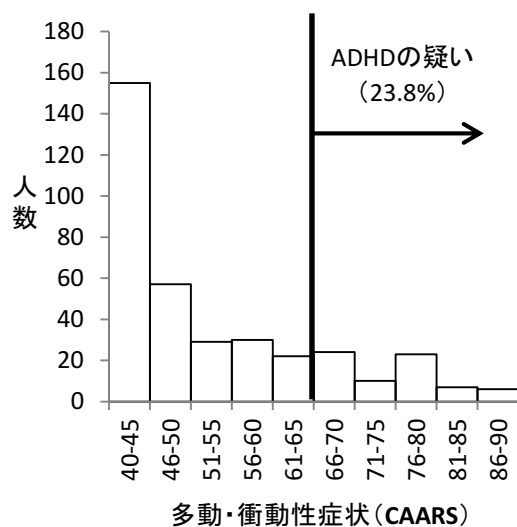


図 30 全体の多動・衝動性状の分布

### まとめ

以上の結果から、救護施設や無料低額宿泊所の入所者において最も広く見られる問題は、適応行動の困難であることが明らかになった。図 31 に示すように、一般に、適応行動の困難は、単一の疾患や障害によって生じるものではなく、多数の要因が関与する複合的な現象であることが知られている。実際、本調査でも、両親の離婚、虐待的な養育環境、知的障害、発達障害、身体・精神疾患など、個々の要因を呈する入所者の割合はそれぞれ 1～6 割程度に留まったが、適応行動の困難さを示す入所者の割合は約 9 割にのぼった。こうした結果から、適応行動と不適応行動によって捉えられる適応問題は、様々な環境要因や個人要因の共通のアウトカムとして生じる現象であることが裏づけられたと言える。このことは、多様な状態像を示す生活困窮者の支援ニーズの把握にあたって、適応行動や不適応行動を共通のプライマリな基準として活用できる可能性を示唆している。この可能性について、次節以降でより詳細に検証する。

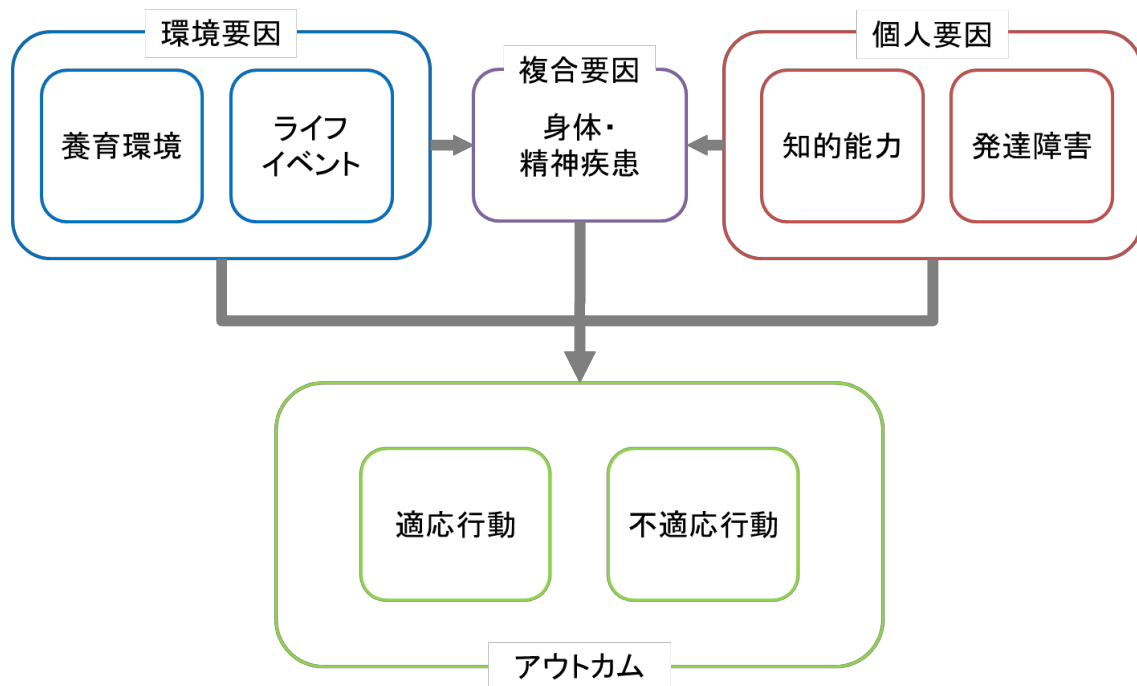


図 31 多様な要因によって生じる適応上の問題

## (2) 変数間の関連

前節の分析から、適応行動・不適応行動に反映される適応上の問題は、知的能力を始めとする様々な要因によって生じる複合的な現象であることが示唆された。また、多くの先行研究が明らかにしているように、こうした要因は互いに独立しているのではなく、関連しあっている。ここでは、そうした変数間の関連について検討する。

### 相関係数

表 8 に主要な変数間の相関係数を示す。適応行動は IQ や認知能力と正の相関、自閉症状や ADHD 症状と負の相関を示した。一方、不適応行動は IQ や認知能力と負の相関、自閉症状や ADHD 症状と正の相関を示した。

しかし、抑うつや身体症状は適応行動・不適応行動と明確な関連を示さなかった。一般的には、精神症状や身体症状は適応行動に負の影響、不適応行動に正の影響を及ぼすとされているため、本研究で顕著な関連が見られなかったのは、抑うつや身体症状の測定方法の問題によるものと思われる。本研究では、抑うつや身体症状を自己評定の質問紙尺度によって測定したが、参加者の半数以上が知的障害に該当する知能水準にあったため、正確な回答が得られなかった可能性が高い。今後、これらの変数の測定方法について再検討を行う必要がある。

適応に影響を及ぼす要因同士の相関に着目すると、IQ と認知能力 ( $r=.616$ )、自閉症状と ADHD 症状 ( $r=.550$ )、抑うつと身体症状 ( $r=.462$ ) の間で顕著な関連が見られた。IQ は知能検査、認知能力は認知症検査によって得られた得点であるが、これらの検査は互いに内容が類似しており、共通の概念を測定している可能性が高い。自閉症状と ADHD 症状は概念的に異なるが、遺伝的リスクを共有しているために、両者を合併するケースも多いことが知られている。抑うつと身体症

状も独立した概念であるが、抑うつによって身体症状が引き起こされ、身体症状によって抑うつが喚起されるという双方向的な因果関係を持つことが知られている。これらの結果を踏まえると、適応に影響を及ぼす個人要因は、大まかに、認知機能、発達障害症状、精神・身体症状の3種類にカテゴライズすることができる。

表 8 主要な変数間の相関

	適応 行動	不適応 行動	IQ	認知 能力	自閉 症状	ADHD 症状	抑うつ	身体 症状
適応行動								
不適応行動	-.431							
IQ	.578	-.247						
認知能力	.388	-.224	.616					
自閉症状	-.440	.551	-.254	-.278				
ADHD症状	-.350	.535	-.305	-.286	.550			
抑うつ	-.028	.076	.016	.070	-.009	.035		
身体症状	.060	-.024	.091	.141	-.044	-.026	.462	

### 重回帰分析

次に、要因間の相互の関連を調整した上で、各要因が適応行動・不適応行動をどの程度説明するかを検討するため、適応行動総合点および領域標準得点を従属変数とする重回帰分析を行った。統制変数として、施設種別、性別、年齢段階のダミー変数を用いた。独立変数として、全検査IQ、認知能力、抑うつ、身体症状、ASD症状、不注意症状、多動・衝動性症状を使用した。

表9に結果を示す。全検査IQは全ての従属変数に対して有意な正の効果を示し、IQが高い個人ほど適応行動の水準が高いことが示された。認知能力は日常生活スキルにのみ有意な正の効果を示し、総合点や他の領域得点への効果は有意でなかった。これは認知能力が適応行動に影響していないというより、認知能力と相関の強いIQが同時に分析に使用されているため、認知能力が冗長な要因になり、説明力を失ったことによると考えられる。それにもかかわらず、日常生活スキルで有意な効果が見られたことは、身辺自立、家事、地域生活などの日常生活の充足において、老年期の認知症症状がIQとは独自の説明力を有することを意味しており、重要な結果である。

抑うつ症状は、コミュニケーションにのみ有意な負の効果を示したが、効果は弱く、その説明力は限定的であった。すでに見たように、救護施設や無料低額宿泊所の入所者では、抑うつ症状を示す人々の割合が一般母集団とほぼ同等の低い水準であったことから、サンプル全体において適応行動への影響が検出されるほどの強い説明力を持たなかったと考えられる。身体症状についても、適応行動や領域得点への有意な効果は見られなかった。抑うつと同様に、社会生活への適応に影響するほどの強い身体症状を持つ入所者が少なかったことによるものと考えられる。

ASD症状は、運動スキル以外の全ての変数に有意な負の効果を示し、ASD症状が強い個人ほど、適応行動の困難が顕著であることが示された。総合点やコミュニケーションへの効果はIQの

半分程度にとどまっているが、日常生活スキルや社会性に対しては IQ よりも強い効果を示している。特に社会性への効果は顕著であり、ASD 症状が、対人関係、余暇活動、マナー、感情制御などの社会的スキルの習得や遂行を阻害していることがうかがわれる。一方で、ADHD 症状の説明力は限定的であり、不注意症状が日常生活スキルに負の効果、多動・衝動性症状が日常生活スキルに正の効果を示すのみにとどまった。多動・衝動性症状の正の効果はイレギュラーであるが、多動・衝動性は時としてバイタリティの強さと関連し、適応にプラスの影響をもたらすこともありうる。通常は、多動・衝動性と不注意症状や他の発達障害症状を合併することが多いため、多動・衝動性を持つ個人は不適応を示しやすいが、重回帰分析では、他の要因の効果を一定にしたときの当該要因の効果を推定するため、この結果は、あくまで「不注意や他の発達障害症状の合併がなければ」という限定つきで、多動・衝動性症状の正の側面を示唆するものである。

各従属変数の説明率は、総合点で 53.9%、領域得点についても約 3~5 割の高い数値を示した。今回の分析では、知的能力や発達障害症状などの個人要因のみを用いたにもかかわらず、適応行動（総合点）における個人差の半分以上が説明された。

表 9 適応行動に関する重回帰分析の結果

	適応行動 総合点		コミュニ ケーション		日常生活 スキル		社会性		運動 スキル	
	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$
施設種別(基準:救護施設)	<b>.158</b>	<b>.004</b>	.023	.677	<b>.232</b>	<b>&lt;.001</b>	.098	.085	<b>.176</b>	<b>.012</b>
性別(基準:男性)	.062	.237	<b>.127</b>	<b>.020</b>	.018	.721	.037	.499	-.065	.328
年齢段階(基準:40代以下)										
50代	<b>-.115</b>	<b>.048</b>	<b>-.125</b>	<b>.035</b>	-.028	.618	.118	.052	.020	.823
60代以上	<b>.166</b>	<b>.007</b>	-.018	.779	<b>.164</b>	<b>.006</b>	<b>.328</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.276</b>	<b>.004</b>
全検査IQ(WAIS-III)	<b>.490</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.383</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.197</b>	<b>.003</b>	<b>.257</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.449</b>	<b>&lt;.001</b>
認知能力(MMSE-J)	-.017	.811	.115	.105	<b>.183</b>	<b>.007</b>	.036	.618	-.084	.345
抑うつ(BDI-II)	-.034	.517	<b>-.116</b>	<b>.033</b>	.024	.637	.029	.596	-.043	.521
身体症状(SSS-8)	-.030	.579	.080	.153	-.021	.690	.026	.649	-.111	.108
ASD症状(PARS-TR)	<b>-.272</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>-.206</b>	<b>.001</b>	<b>-.295</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>-.416</b>	<b>&lt;.001</b>	-.091	.203
不注意(CAARS)	-.060	.440	-.141	.084	<b>-.177</b>	<b>.022</b>	.056	.500	.137	.155
多動・衝動性(CAARS)	.075	.245	.040	.559	<b>.136</b>	<b>.037</b>	.017	.813	.034	.675
R <sup>2</sup>	.539	<.001	.439	<.001	.492	<.001	.398	<.001	.322	<.001

注:統計的に有意なパラメータを太字で示した

表 10 に不適応行動指標とその下位尺度に対する重回帰分析の結果を示す。適応行動とは対照的に、全検査 IQ や認知能力は不適応行動のいずれの変数にも有意な効果を示さなかった。抑うつは、不適応行動指標と不適応内在化に有意な正の効果を示した。これは不適応内在化が抑うつ症状の評価も含むことを考えれば自明の結果である。身体症状は、不適応行動に対しても有意な効果を示さなかった。ASD 症状は、不適応行動の全ての変数に対して有意な正の効果を示した。一般に、ASD 症状は、不安、抑うつ、引きこもりなどの内在化問題につながりやすいことが知られているが、救護施設や無料低額宿泊所の入所者では、怒り、攻撃、反社会的行動などの外在化問題にも関連することが示唆された。ADHD 症状は、不注意症状が不適応行動指標と不適応内在化、多動・衝動性症状が不適応行動指標と不適応外在化にそれぞれ有意な正の効果を示した。不注意が内在化問題、多動・衝動性が外在化問題のリスク要因になることは先行研究の知見と一致している。不適応行動指標の説明率は 47.0%であり、不適応行動についても、その個人差の約半分が、これらの個人要因（主に発達障害症状）によって説明された。

表 10 不適応行動に関する重回帰分析の結果

	不適応行動 指標		不適応 内在化		不適応 外在化	
	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$
施設種別(基準: 救護施設)	<b>-.279</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>-.176</b>	<b>.011</b>	<b>-.210</b>	<b>.001</b>
性別(基準: 男性)	.068	.204	.057	.360	.110	.054
年齢段階(基準: 40代以下)						
50代	-.010	.858	-.117	.086	-.018	.775
60代以上	-.074	.232	-.115	.111	-.059	.370
全検査IQ(WAIS-III)	.052	.452	.057	.478	.001	.986
認知能力(MMSE-J)	.051	.463	.080	.324	.052	.479
抑うつ(BDI-II)	<b>.121</b>	<b>.026</b>	<b>.153</b>	<b>.016</b>	.022	.695
身体症状(SSS-8)	-.003	.956	-.032	.621	-.040	.496
ASD症状(PARS-TR)	<b>.391</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.348</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.312</b>	<b>&lt;.001</b>
不注意(CAARS)	<b>.245</b>	<b>.002</b>	<b>.270</b>	<b>.003</b>	.094	.261
多動・衝動性(CAARS)	<b>.137</b>	<b>.043</b>	-.080	.313	<b>.313</b>	<b>&lt;.001</b>
R <sup>2</sup>	.470	<.001	.270	<.001	.393	<.001

注: 統計的に有意なパラメータを太字で示した

以上を総合すると、適応行動に対しては、IQ が最も中心的なリスク要因として働くが、それに次いで ASD 症状が重要な役割を果たすことが示された。認知症症状、抑うつ、不注意症状の効果は限定的であり、身体症状の効果は見られなかった。不適応行動に対しては、ASD 症状が中核的な役割を果たし、内在化問題には不注意症状や抑うつ、外在化問題には多動・衝動性も、それぞれ関与することが示された。一方で、知的能力、認知症症状や身体症状の効果は見られなかった。これらの結果から、救護施設や無料低額宿泊所の入所者に対して適応行動や不適応行動に関する支援を行う際には、背景にある知的な問題や発達障害症状（ASD 症状、ADHD 症状）などを把握し、個人の特性に応じた働きかけを行う必要があると考えられる。

### (3) 状態像のパターン分類

前節の分析で、適応上の問題には、知的能力を始め、発達障害症状や抑うつなどの要因も影響を及ぼすことが示唆された。これらのリスク要因をどの程度有しているかは個人によって様々であるが、すでに見たようにリスク要因間には一定の相関関係があることから、要因の重なりあいのパターンを比較的少数のグループに分類することが可能であるかもしれない。また、どのような状態像を示すグループにおいて適応上の問題が大きくなりやすいのかを明らかにすることができれば、支援ニーズ把握の方法について重要な示唆を得ることができる。

## クラスター分析

集団全体の中から類似した性質を持つ対象を集め、複数の小集団に分類する手法としてクラスター分析がある。ここでは、IQ、認知能力、自閉症状、ADHD 症状、抑うつ、身体症状の 6 変数を用いて、階層的クラスター分析による参加者の分類を試みた。類似係数には平方ユークリッド距離、クラスター化には Ward 法を使用した。

分析によって得られた系統図を図 32 に示す。系統図の形状および解釈可能性からクラスター数を 4 に決定した。各クラスターの平均得点プロフィールを図 33 に示す。視認性のため、全ての変数を一般母集団における平均が 100、標準偏差が 15 となるように標準化して示した。「□」のマーカで示した群は、いずれのリスク要因も平均程度の値を示しているため「症状なし群」と命名した（全体における割合は 18%）。「◇」のマーカで示した群は、身体症状が境界水準、抑うつが臨床水準にあることから、「身体・精神症状群」と命名した（全体における割合は 18%）。「△」のマーカで示した群は、IQ が臨床水準にあることから、「知的障害群」と命名した（全体における割合は 33%）。「○」のマーカで示した群は、IQ が臨床水準、自閉症状および ADHD 症状が境界水準にあることから、「知的障害＋発達障害群」と命名した（全体における割合は 33%）。なお、図 32 の系統図における各群の位置づけは、左から「身体・精神症状群」、「症状なし群」、「知的障害群」、「知的障害＋発達障害群」である。つまり、4 群の中で「知的障害＋発達障害群」のみが他の 3 群と大きく距離が隔たっていることが伺える。

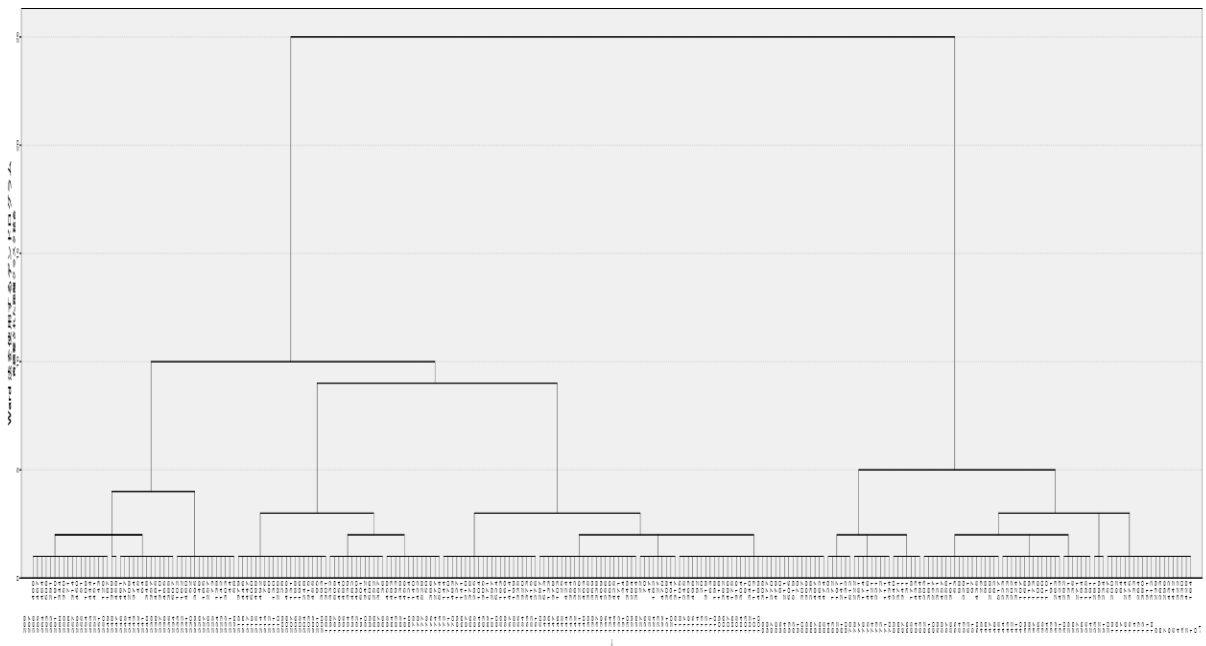


図 32 階層的クラスター分析によって得られた系統図

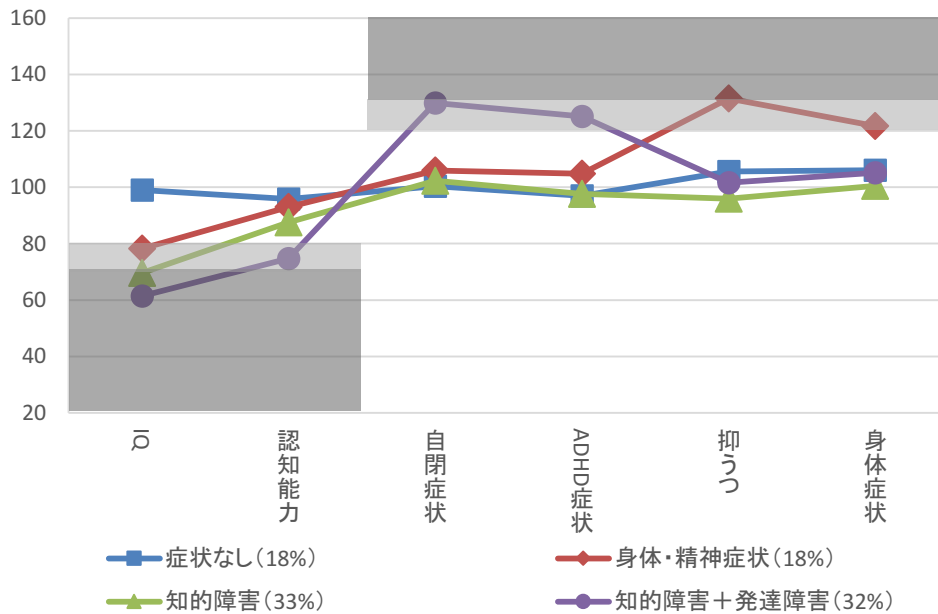


図 33 各クラスターの平均得点プロフィール（濃い灰色で示した領域は臨床水準、薄い灰色で示した領域は境界水準を意味する）

### 適応行動・不適応行動の群間差

これらの4群における適応行動および不適応行動の平均値を図 34 に示した。4群中3群において適応行動が臨床水準にあるが、「症状なし群」のみが境界水準にある。その差は30~40程度であり、標準偏差にして2つ分以上という非常に大きな隔たりがある。また、3群の中でもリスク要因の重なりが多い「知的障害+発達障害群」は他の2群よりも1標準偏差程度、低い値を示している。こうした結果から、適応行動は、知的障害、発達障害、精神・身体症状などによって生じる特別な支援の必要性の有無を評価する共通の指標として有効であることが確認された。

不適応行動では、「症状なし群」と「知的障害群」が平均的な値を示したのに対し、「身体・精神症状群」は境界水準に近い値、「知的障害+発達障害群」は境界水準の値を示した。(2)の重回帰分析の結果でも見られたように、知的障害そのものは適応行動を阻害する要因ではあっても、不適応行動を助長する要因ではないことが再確認された。一方、身体・精神症状や発達障害によって生じる適応上の問題を把握する上で、不適応行動が有効な指標となりうることが示唆された。



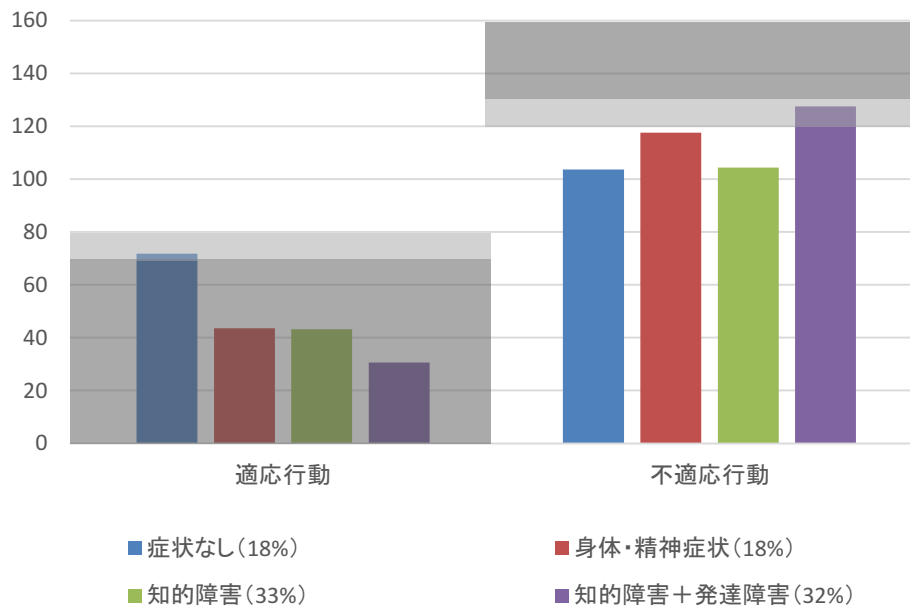


図 34 各クラスターにおける適応行動・不適応行動の平均値

### 質的変数との関連

各クラスターの特徴をより詳細に把握するため、様々な質的変数との関連を検討する。まず図 35 に施設種別ごとの各クラスターの割合を示す。カイ二乗検定により、構成比の有意な違いが見られた ( $\chi^2(3)=21.9, p<.001$ )。一般的に要支援度の高い入所者を受け入れる傾向がある救護施設では、無料低額宿泊所に比べ、「症状なし群」の割合が小さい一方で、「知的障害+発達障害群」の割合が高くなっている。

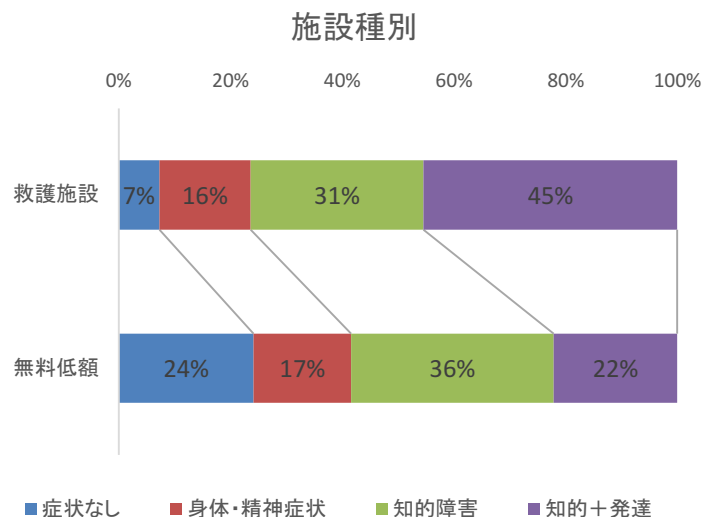


図 35 施設種別ごとの各クラスターの割合

図 36、図 37 にクラスターごとの性別および年齢段階の割合を示す。いずれについてもクラスターによる構成比の有意な違いは見られなかった (性別： $\chi^2(3)=2.96, p=.398$ ; 年齢段階： $\chi^2(9)=12.4, p=.191$ )。

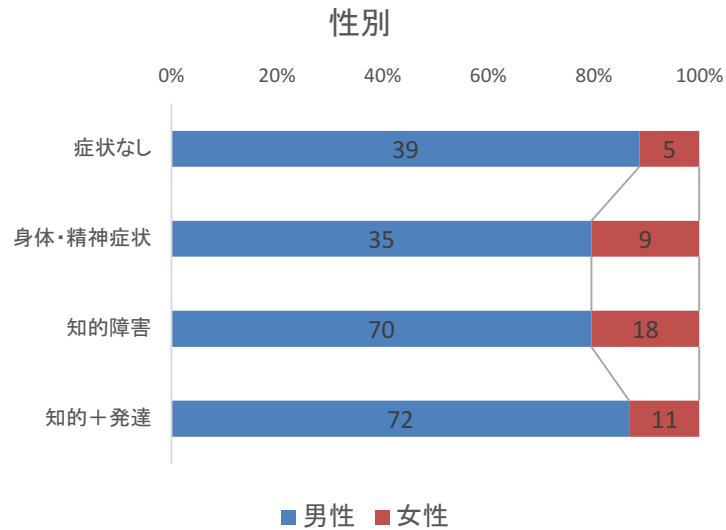


図 36 クラスターごとの性別の割合

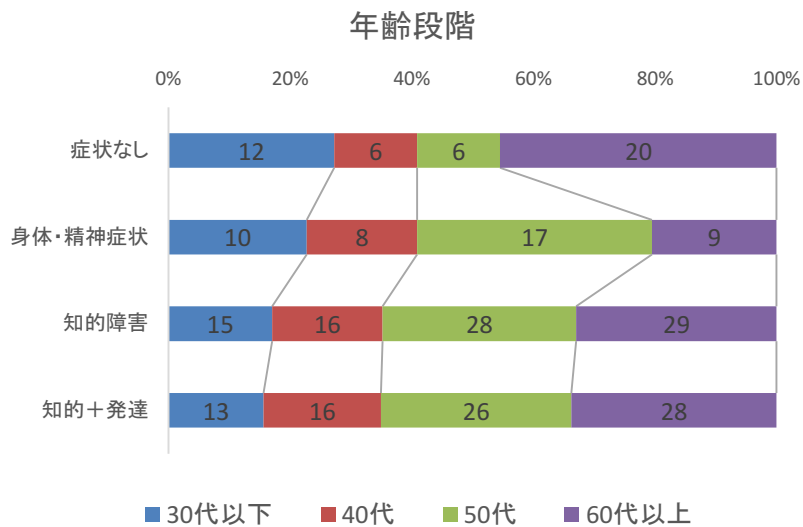


図 37 クラスターごとの年齢段階の割合

図 38、図 39 にクラスターごとの結婚歴および子どもの有無の割合を示す。結婚歴についてはクラスターによる構成比の有意な違いは見られなかった ( $\chi^2(3)=0.76, p=.860$ )。子どもの有無については、有意傾向の違いが見られ ( $\chi^2(3)=6.28, p=.099$ )、身体・精神症状群で他の群よりも子どものいる割合が小さかった。

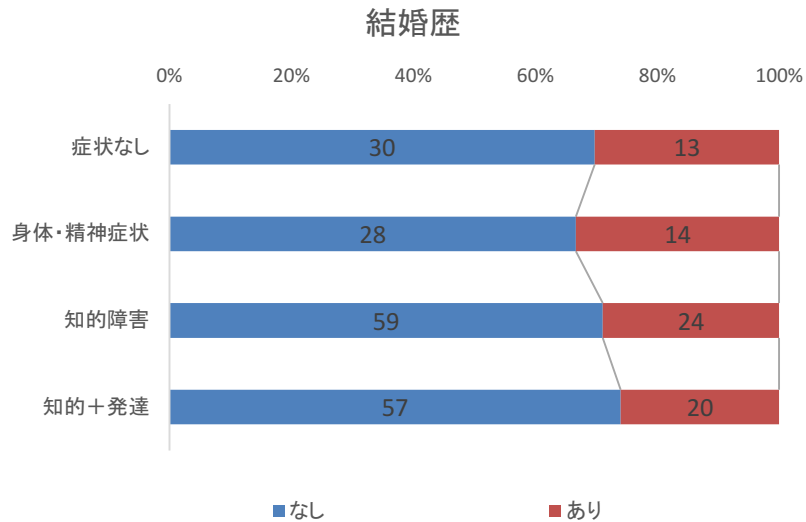


図 38 クラスターごとの結婚歴（有無）の割合

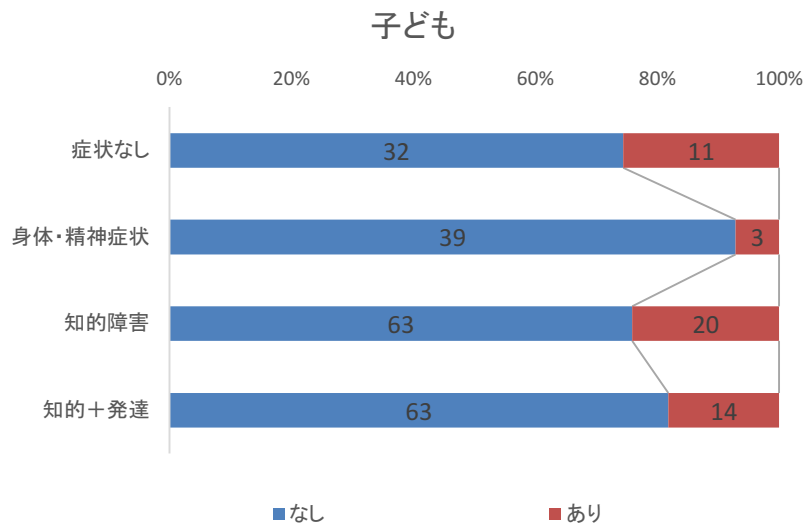


図 39 クラスターごとの子ども（有無）の割合

図 40、図 41 にクラスターごとの入所前の住居および入所契約の理解の有無の割合を示す。入所前の住居については有意傾向 ( $\chi^2(9)=15.3, p=.084$ )、入所契約の理解については有意差が見られた ( $\chi^2(3)=12.0, p=.007$ )。入所前の住居は身体・精神症状群や知的障害群で他の2群よりもホームレス状態であった割合が高かった。ホームレス状態で生活するにも一定の生活スキルが求められるため、知的障害と発達障害を合併し、知的水準も最も低い知的障害+発達障害群では割合が低くなったと考えられる。入所契約については、比較的知的水準が高い症状なし群や身体・精神症状群ではほとんどの入所者が理解しているが、知的水準が低い群ほど理解が不十分である割合が大きくなることが示された。

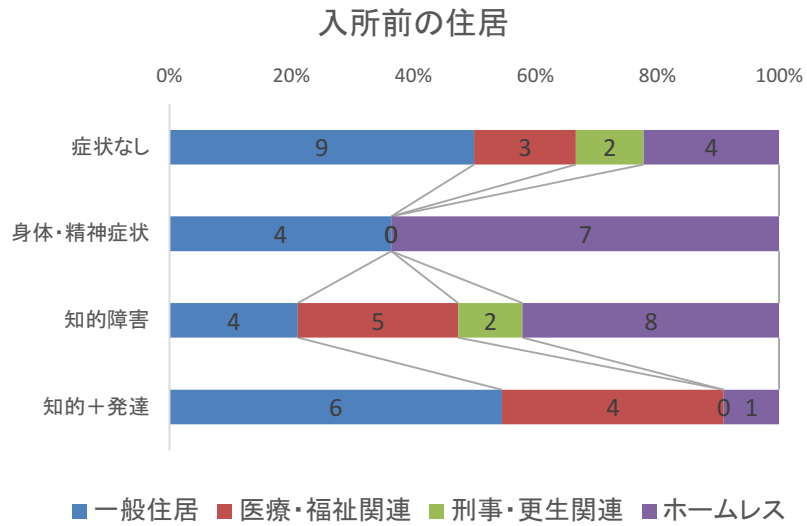


図 40 クラスターごとの入所前の住居の割合

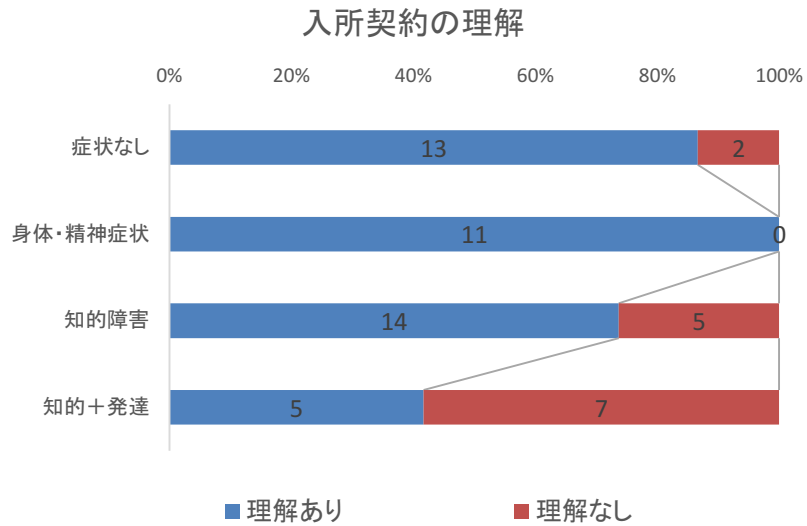


図 41 クラスターごとの入所契約の理解（有無）の割合

図 42 から図 66 に、その他の質的変数のクラスターごとの分布を示す。

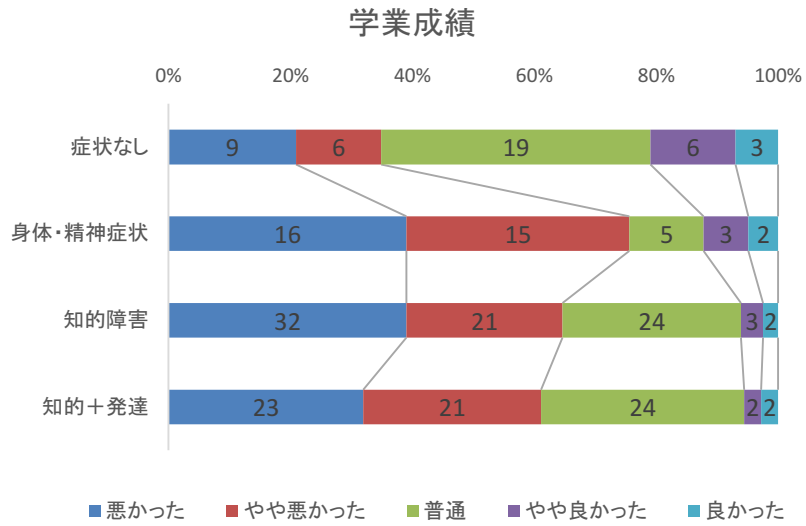


図 42 クラスターごとの幼少期の学業成績の割合

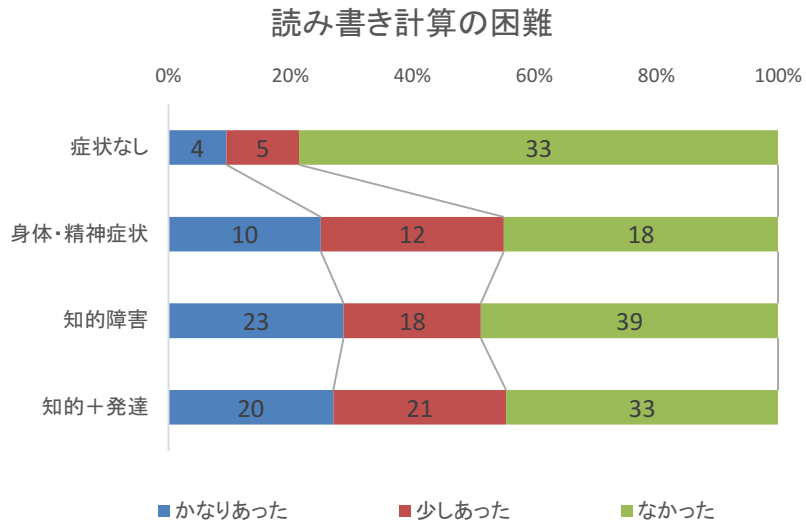


図 43 クラスターごとの幼少期の読み書き計算の困難の割合

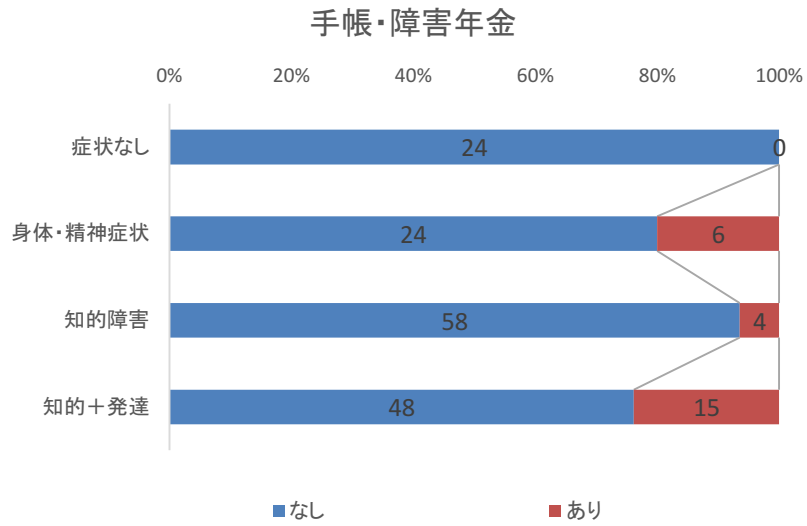


図 44 クラスターごとの障害者手帳・障害年金の保有・受給の割合

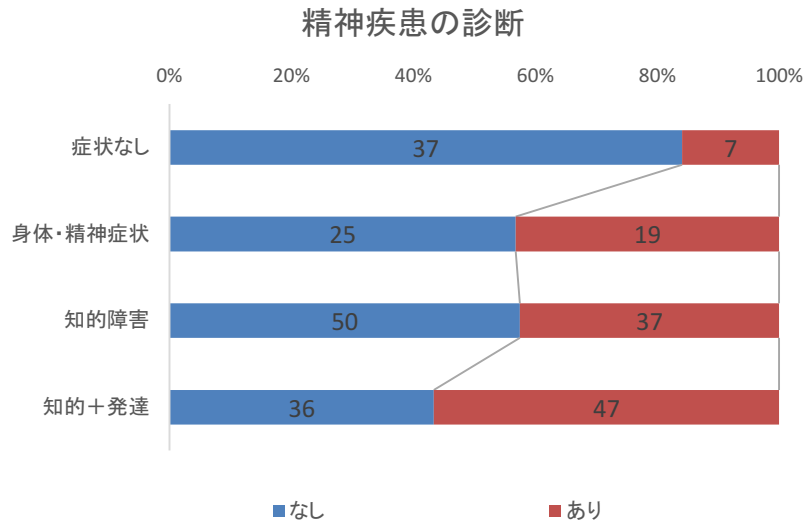


図 45 クラスターごとの精神疾患の診断（有無）の割合

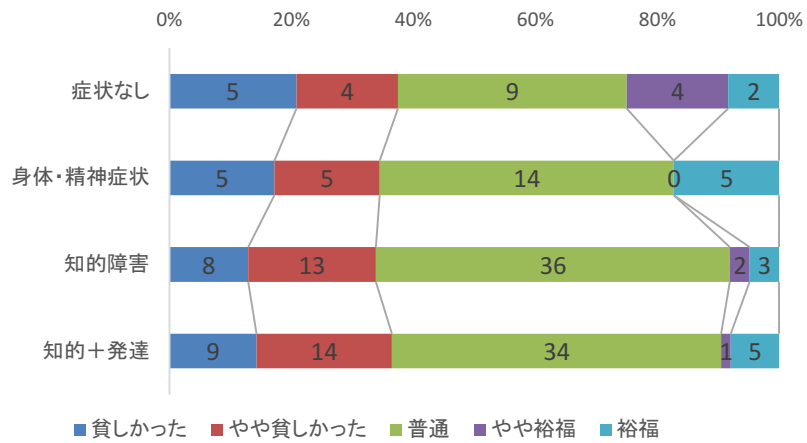


図 46 クラスターごとの幼少期の経済状況の割合

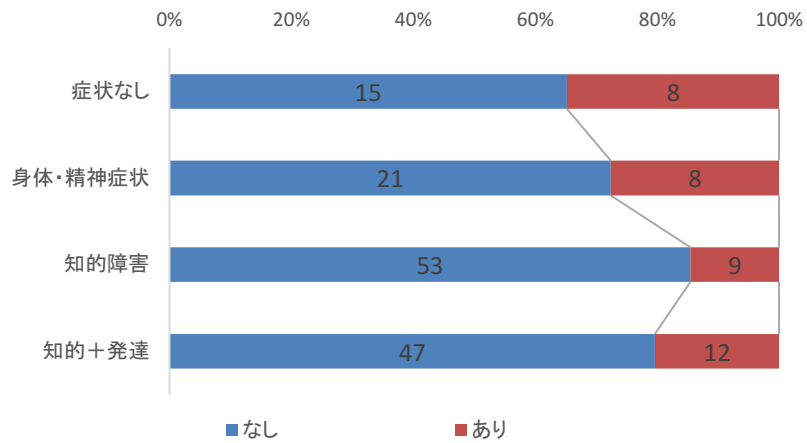


図 47 クラスターごとの両親の離婚（有無）の割合

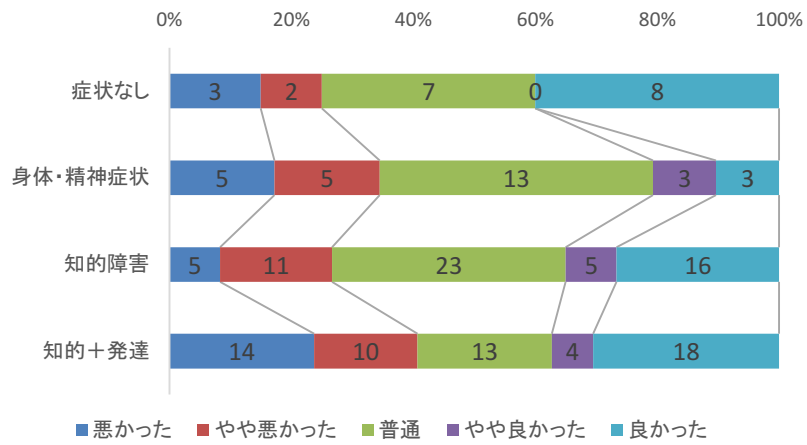


図 48 クラスターごとの幼少期の両親の夫婦関係の割合

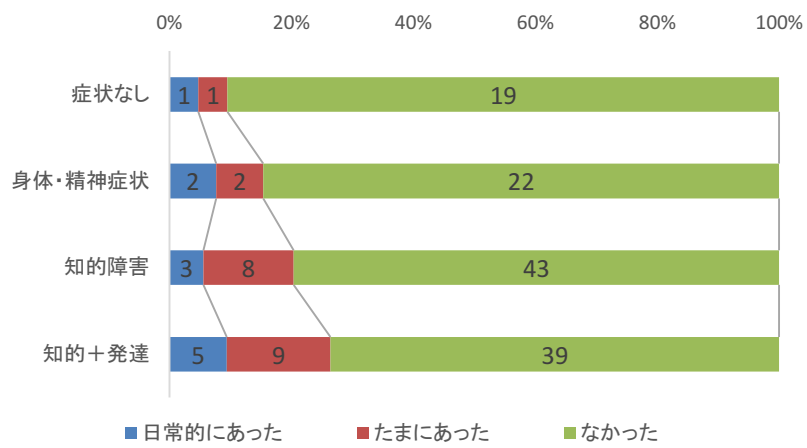


図 49 クラスターごとの幼少期の両親間暴力の割合



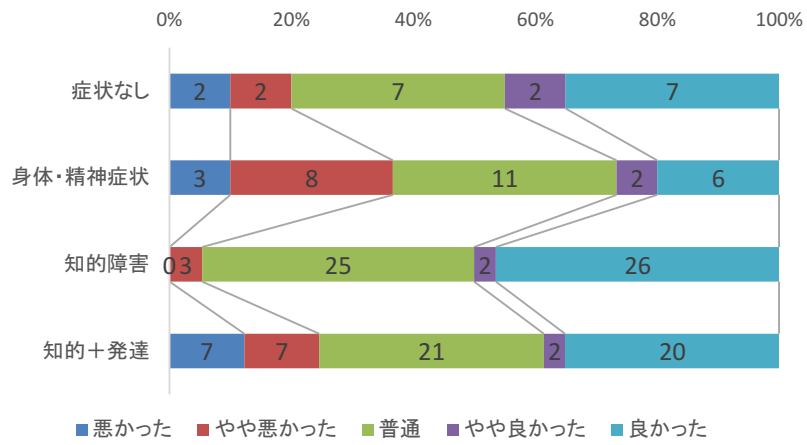


図 50 クラスターごとの幼少期の父親との関係の割合

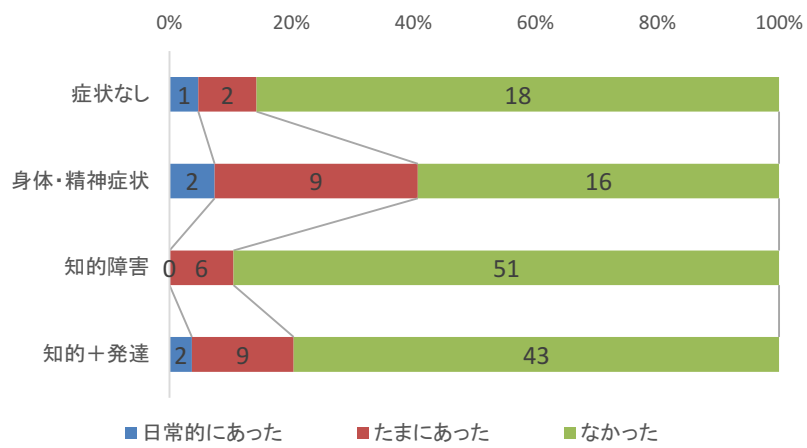


図 51 クラスターごとの幼少期の父親からの暴力の割合

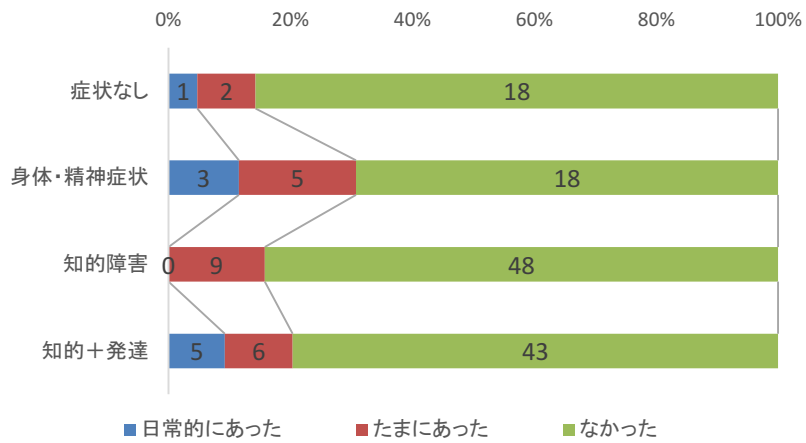


図 52 クラスターごとの幼少期の父親からの暴言の割合

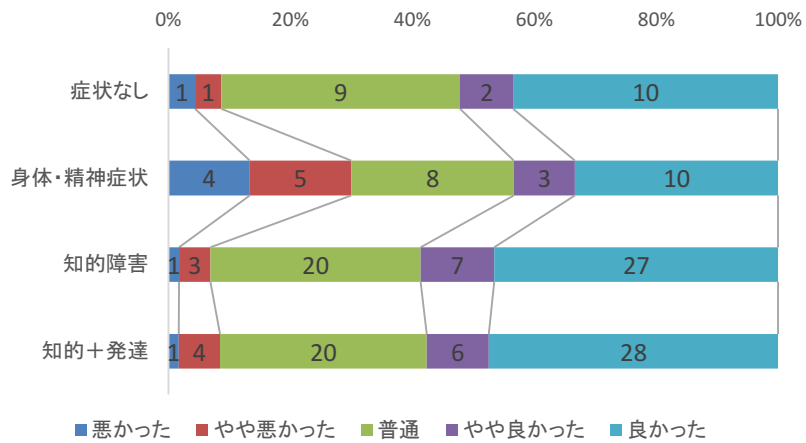


図 53 クラスターごとの幼少期の母親との関係の割合

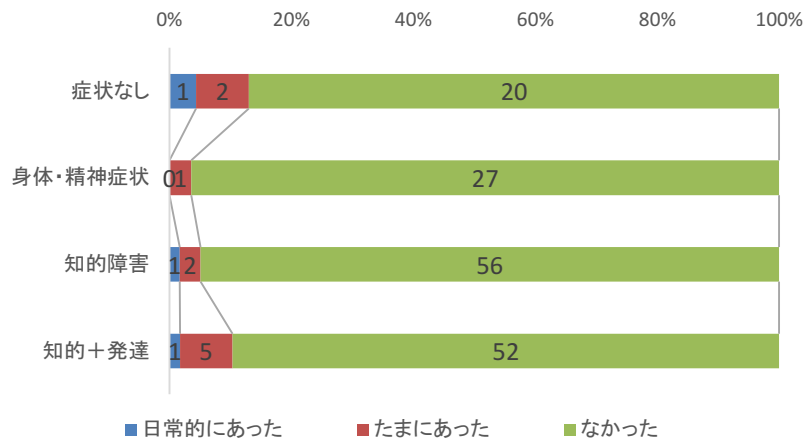


図 54 クラスターごとの幼少期の母親からの暴力の割合

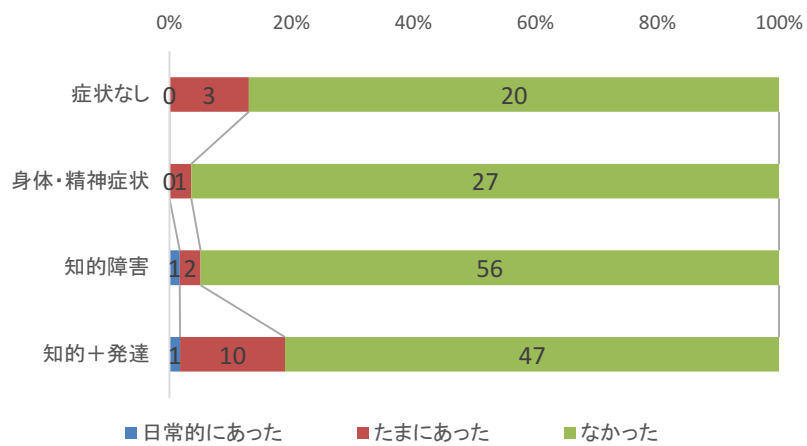


図 55 クラスターごとの幼少期の母親からの暴言の割合

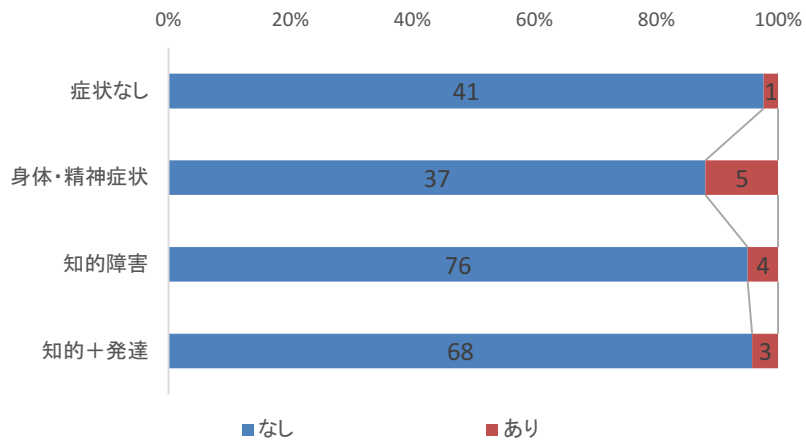


図 56 クラスターごとの幼少期の児童福祉施設への入所（有無）の割合

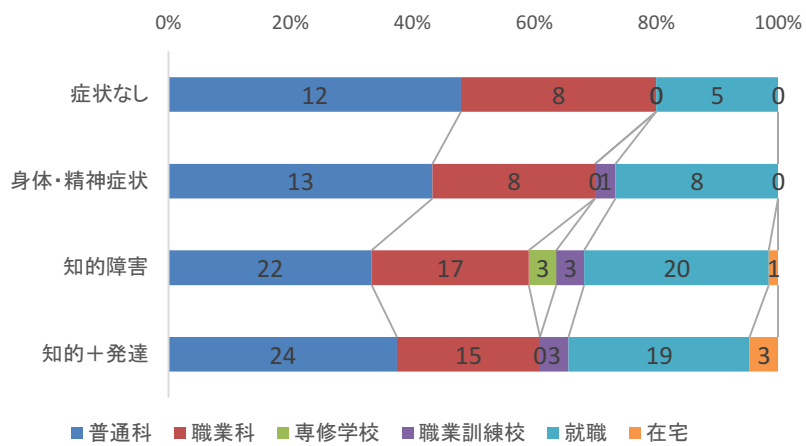


図 57 クラスターごとの高校生年代の状況の割合

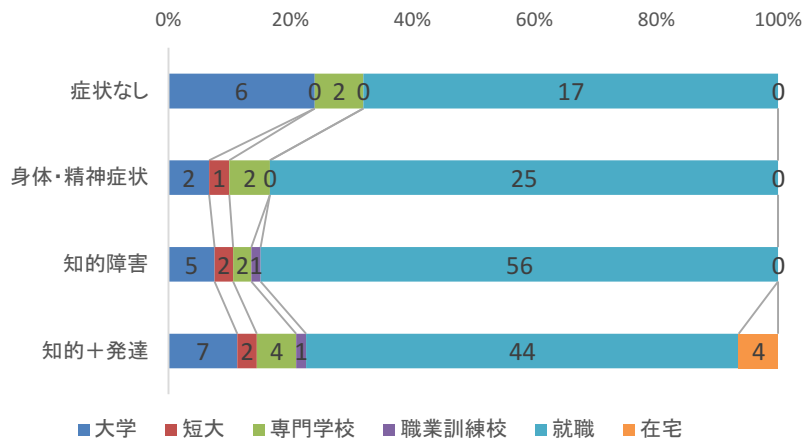


図 58 クラスターごとの大学生年代の状況の割合

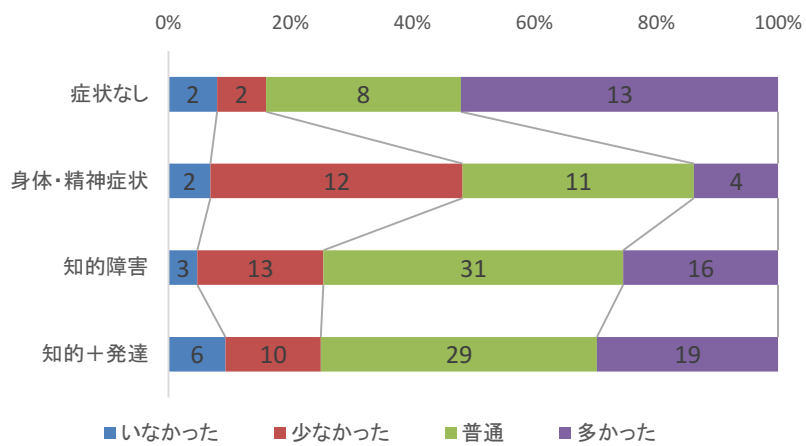


図 59 クラスターごとの幼少期の仲の良い友達の割合

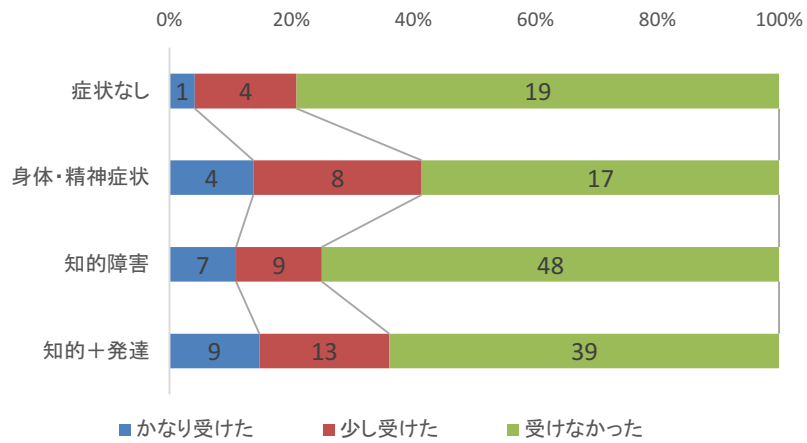


図 60 クラスターごとの幼少期のいじめ被害の割合

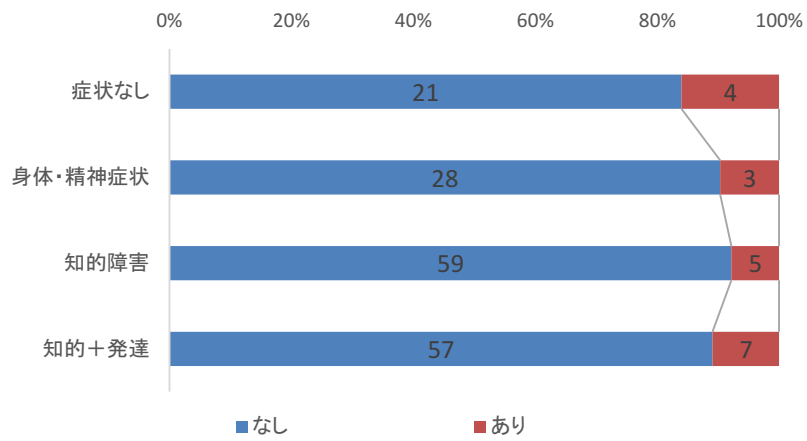


図 61 クラスターごとの窃盗経験の割合

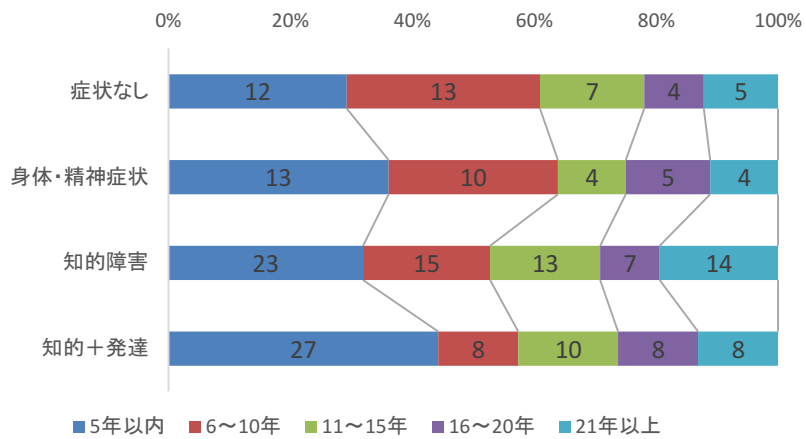


図 62 クラスターごとの最長勤続年数の割合

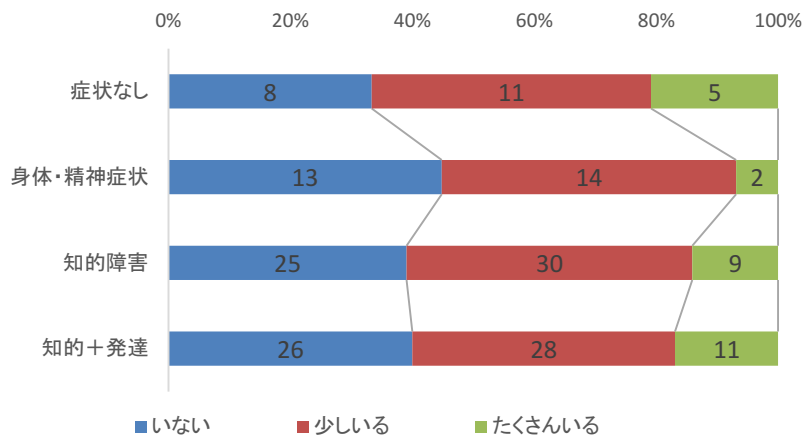


図 63 クラスターごとの仲の良い友人（有無）の割合

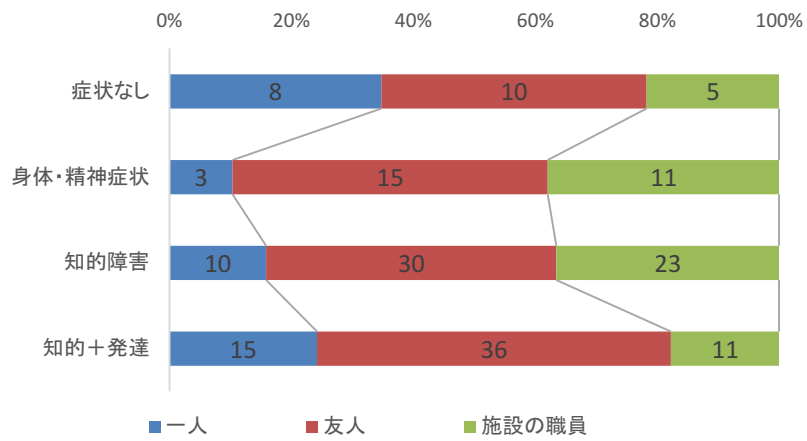


図 64 クラスターごとの食事の友（有無）の割合

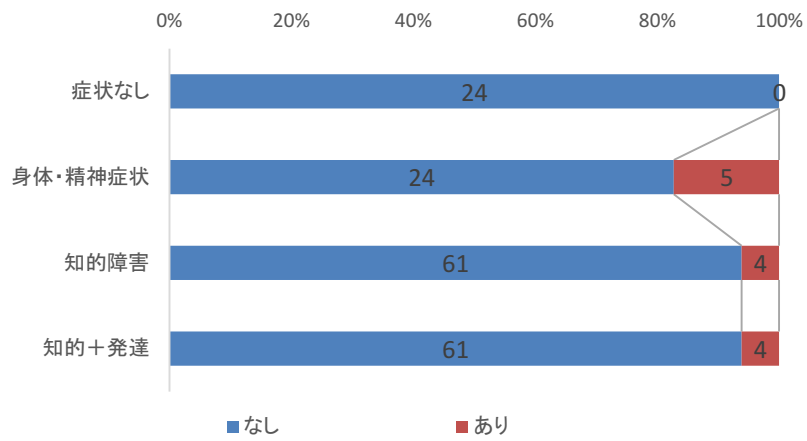


図 65 クラスターごとのギャンブル依存症（有無）の割合



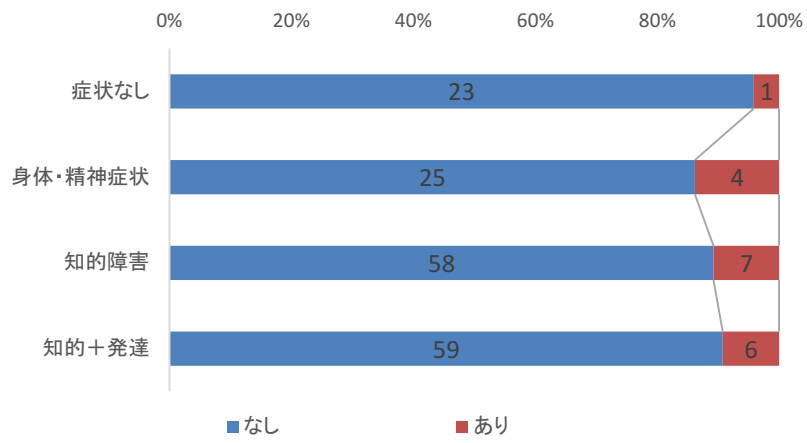


図 66 クラスターごとのアルコール依存症（有無）の割合

#### （４）統計的分析の総括

統計的分析では、（１）施設種別ごとの得点分布を概観した上で、（２）変数間の関連および（３）入所者の状態像のパターンについて検証を行った。（１）の分析では、救護施設や無料低額宿泊所の入所者の大部分（９割前後）において適応行動が臨床水準にあることが明らかになり、自立支援に向けた中心的な課題は適応行動であることが示唆された。また、救護施設では約７割、無料低額宿泊所では５割弱の入所者がIQ70未満という知的障害が疑われる知能水準にあることが示された。一方で、入所者らの知的水準によって期待されるよりも適応行動の水準が全般的に低いことも明らかになり、知的能力以外にも多様な環境要因や個人が複合的に適応行動に影響を及ぼしていることが示唆された。個人要因としては、身体症状、ASD症状、ADHD症状が一般母集団より高い割合で見られたが、いずれも入所者全体の３割程度までにとどまった。

（２）の分析では、適応行動を規定する中心的な個人要因は知能とASD症状であることが示唆された。一部の領域では、認知症症状、抑うつ症状、不注意症状の関与も見られた。不適応行動については、ASD症状が中心的な要因であり、不注意症状は内在化問題、多動・衝動性症状は外在化問題にのみ関連することが示され、知的能力の関与は見られなかった。こうした結果から、救護施設や無料低額宿泊所の入所者に対して適応行動の支援を行う上では、困難の背景にある知的能力の問題や発達障害症状、精神・身体症状を的確に把握し、個々の特性・状態に応じた個別的な支援を提供する必要があることが示唆された。

（３）の分析では、適応を阻害する４種の個人内リスク要因（知的能力、発達障害症状、身体症状、精神症状）によって入所者を４集団に分けることができた。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。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、適応行動は、①顕著な個人内リスク要因がある群とない群を識別する上で有効であること、②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共通の指標となること、③リスク要因の合併（知的障害と発達障害）による困難度の高さを適切に反映する量的指標として機能することが示唆された。

## 第4章 総括と今後の展望

### (1) 支援ニーズ判定の条件について

本調査の結果を踏まえると、生活困窮者の支援ニーズを把握する上では、以下に示す2条件で判定を行うことが合理的であると結論づけられる。

条件1：一般母集団の平均と比較して適応行動が十分に低い

条件2：適応行動に影響を及ぼす①認知機能の障害、②発達障害症状、③身体症状、④精神症状のうち、いずれか一つ以上の指標が十分に高い、または、それらの合成得点が十分に高い

まず現在の適応の状態を把握するため、適応行動の水準が一般母集団の平均から顕著に乖離しているか否かを確認する必要がある。本研究によって示されたように、適応行動は、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アウトカムとしての適応上の問題を反映する共通の指標として機能するため、支援ニーズ把握のプライマリな指標として活用することができる。適応行動の水準が十分に低いことが確認されたら、次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、認知機能、発達障害症状、身体症状、精神症状を評価する。これらの指標のいずれか一つ以上が十分に高ければ、偶発的な環境要因ではなく当人に固有の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。ただし、個々の要因の指標は突出して高くなくても、複数の要因の組み合わせによって適応が阻害されている可能性も考えられるため、これらの指標の合成得点を算出し、それが十分に高い場合にも特別な支援の必要があると判断する。合成得点の算出アルゴリズムについては、今後より詳細な検証が求められる。

### (2) 支援ニーズ把握のプロセスについて

支援ニーズ把握は図 67 のようなプロセスで実施することを想定している。まず初日あるいは生活保護の申請時から決定時までの期間に、一次スクリーニングとして、ごく簡単な情報の聴き取りを行う。ここでは、認知機能、発達障害症状、精神・身体症状を反映するような生活歴・学歴に関する情報、簡単な単語の知識、計算のスキルなどを確認する。また、適応行動について10項目程度の項目について尋ねる。一次スクリーニングで一定の支援ニーズの可能性があると判定された場合には、1ヶ月後から3ヶ月後の期間に、二次スクリーニングとして、適応行動と認知機能、発達障害症状、精神・身体症状について10～20分程度の簡易な評価を行う。二次スクリーニングで支援ニーズが高いと判断された場合には、初回の面会から6ヶ月後までの期間内にVineland-IIやWAIS-IVなどの既存の心理学的検査を用いて包括的アセスメントを行う。なお、3段階の評価のうち、一次スクリーニングや二次スクリーニングは福祉事務所の担当者、包括的アセスメントは臨床心理士や公認心理師が実施することを想定している。

こうした段階的なプロセスを踏むことにより、アセスメントの実施にかかるコストを抑えつつ、要支援者の見落としを効果的に防ぐことができる。医療分野においても、健康診断などの大規模

集団を対象としたスクリーニングでふるいをかけ、一定以上の数値を示した対象者にのみ精密検査を受けさせるといった段階的なアセスメント手法が広く用いられている。

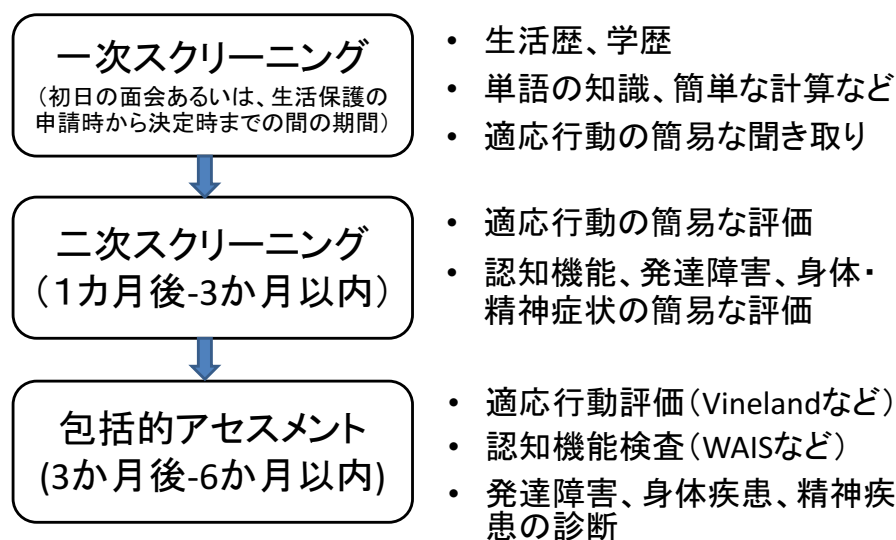


図 67 支援ニーズ把握のイメージ

### (3) 今後の検討課題

今後の検討課題として3点が挙げられる。まず上述の一次スクリーニングや二次スクリーニングを心理学の専門的知識がない福祉事務所の担当者でも実施できるよう、新たに簡易な評価パッケージを開発する必要がある。本調査のデータをもとに、適応行動や認知機能、発達障害症状、身体・精神症状の指標として精度が高く、かつ、評価に際して専門的知識が必要とされない評価項目を検討する。また、本調査で知的障害者への適用に問題があることが示唆された身体・精神症状の尺度については、知的障害をもつ対象者の状態も適切に把握することができるよう、他者評定による尺度を開発する。

次に、それらの評価項目の妥当性を検証するため、健常群と臨床群を対象としたケースコントロール研究を行う。健常群は20代から70代の健常成人、臨床群は同年代の知的障害、発達障害、精神障害(統合失調症、気分障害など)を有する成人を対象とする。開発された評価項目によって、健常群と臨床群をどの程度の精度で識別しうるかを検討するとともに、両者を最も効果的に識別するカットオフ値を明らかにする。この結果に基づいて、一次スクリーニングと二次スクリーニングの評価パッケージの項目を確定する。

さらに、これらの評価パッケージを用いて、改めて生活困窮者を対象とした調査を実施する。これにより、生活困窮者の支援ニーズ把握における評価パッケージの妥当性を検証するとともに、(1)で述べた個人内リスク要因(認知機能、発達障害症状、身体症状、精神症状)の合成変数の算出アルゴリズムを開発する

## 第5章 おわりに

実際の日常生活上の支援ニーズを示す適応行動においては、大多数の入所者が日常生活で自立的に生活するための適応行動に乏しいことが再確認された。昨年度の調査結果においても指摘したように、実際の無料低額宿泊施設や救護施設においては、家事の機会がない、あるいは、余暇の過ごし方のバリエーションが限られている等、施設において生活することそのものが適応行動を低下させる部分もあり、より自立促進的な施設状況を整える中で、ある程度、適応行動が改善する可能性もあると考えられる。そうした意味では、救護施設や無料低額宿泊施設のなかで、生活支援を提供できる事業所が必要な支援を提供し、生活の質を向上させたり、社会的に自立した生活を送れるような施設の整備は不可欠であるとも考えられる。生活保護手帳においても、厚生労働省としての、「居宅生活ができる」と認められる者」の判断方法として、「居宅生活ができるか否かの判断は、居宅生活を営むうえで必要となる基本的な項目(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等)を自分の能力でできるか否か、自己の能力のみではできない場合に当たっては、利用しうる社会資源の活用を含めてできるか否かについて十分な検討を行い、必要に応じて関係部局及び保健所等関係機関から意見を聴取した上で、ケース診断会議等において総合的に判断すること。なお、当該判断に当たっては、要保護者、その扶養義務初頭から要保護者の生活歴、過去の居住歴、現在の生活状況を聴取する等の方法により、極力判断材料の収集に努め、慎重に判断すること。」とされており、本来は、こうした点に関して、全国同じ基準で把握できるようなアセスメント手法の導入が求められていると考えられる。

現在、生活困窮者自立支援法等の法改正に基づき、厚生労働省の検討会（社会福祉住居施設及び生活保護受給者の日常生活支援の在り方に関する検討会）において、日常生活支援が必要な無料低額宿泊施設等の利用者が、日常生活支援が提供できる事業者の運営する施設（日常生活支援施設）に生活する場合の支援体制整備が議論されることが予定されている。しかし、実際に、どういう人が「生活支援が必要な人」であると位置づけるのか、どういう支援がそこで必要とされるのか、十分に明らかにはなっていない。昨年度と今回の調査で、実際の無料低額宿泊施設等の利用者の多くが「支援が必要な状態」にあるということが再度確認され、人口統計学的あるいは社会的な変数よりも、入所者の有するもともとの知的特性や発達障害特性、身体的健康や精神的健康といった要因が大きく関与していることも明らかにされた。

実際の入所者データのクラスター分析の中で、臨床像が明らかにされており、実際に事業所で提供できる支援の枠組みのなかで、どういう支援が必要であるのか、さらに検討していく必要がある。実際、福祉事務所のヒアリングでは、かなり地域格差が大きく、無料低額宿泊施設等の位置づけも地域ごとで大きく異なっていた。基本的に、すでに障害者手帳を有する人は別として、何らかの障害が疑われるとしても、それが非常に明確ではない場合には、特別な対応枠組みを持って対応しているわけではなく、担当者の経験による部分が多いようであった。また、仮に障害者手帳等があっても、他に入所できる場所がない場合には無料低額宿泊所等が紹介されていた。実際に、図 41 にもあるように、知的な問題を有する場合、入所に関連した理解を十分持たないで入所に至っている人も多く、やはり何らかのアセスメントを行って、少なくとも 3 か月以内に、その人の支援ニーズにそった暮らしの場所を見つけていく必要があることも明らかになった。

実際の入所者の臨床像を具体的に検討できる状況に基づかないと全国の福祉事務所での実態把握は十分に機能しないということで、今回はさらに入所者調査を進め、日常生活支援の必要な入所者の状態像を明確にすることをおこなった。どういう人が「支援が必要な人」だと判断し、どういう人はそうでないと判断するのかの実際の判断をするためのツールが必要である。今回の調査は、そうした判断の基準を構築していくうえでの基礎的な資料となると考えられる。

昨年度に引き続き、今回の調査でも確認されたように、多くの知的障害や精神疾患等の方たち、あるいは認知症の疑いのある方たちが入所されていることを考えると、本来は、障害者福祉サービスや介護サービスと、生活困窮者支援で行われるサービスとの整合性を検討し、最もふさわしい支援サービスを、施設体系を超えても提供できるようなことも検討していく必要性もあるのだろうとも思われる。日常生活支援を、それもひとり暮らしを含めた生活支援を考えていくと、障害者福祉においても十分な支援が提供されているとは言い難い。重度の知的障害等のある人への支援は非常に重要である一方で、軽度の知的障害の人たちや発達障害の人たちへのライフステージを通じた支援は明確に位置づけられておらず、支援の体系もうまく構築されていない。発達障害においては発達障害支援法で一定の位置づけがなされているものの、知的障害においてはそうではなく、そうした意味では、生活困窮状態にある知的障害の人たちの支援は、軽度の知的障害等の人たちに必要な支援をよりよくしていくための契機ともなりうると考えられる。いずれにせよ、わが国において、社会的な支援が必要な人への支援の必要性を「見える化」し、当事者の生活の質の向上や社会的自立のための支援を提供していくうえで、今回の調査は重要なきっかけとなると考えられる。

最後に、昨年度・今年度の調査においては、40を超える事業所の、500人以上の入所者の方やその支援者の方にご協力いただいた。調査時間は入所者の方で2時間以上、支援者の方も1時間以上かかる大変な調査であり、検査の実施において事業所にご配慮をいただいた。ここに心よりの感謝を表す。入所者や支援者の協力なし、今回の調査は実施できなかったわけで、今回の調査にご協力いただいた事業所や入所者の貢献があって今回の報告が可能になったことを記す。

今回の調査においては、延べ100人近くの臨床心理学者や大学院生が参加し、北海道から九州までの各地の事業所での調査に取り組んだ。臨床心理学者たちにとって、無料低額宿泊施設や救護施設は、馴染みのないところであったが、今回の調査において多くの若い臨床心理学者が、支援を必要とし、より生活の質を向上させ、本人なりの自立的な生活を送れる支援を提供していく利用者の方たちがいるということを明確に自覚できたことは、今後に向けての意味あることであった。今後、実際に、生活困窮者の人たちのための日常生活支援につながるアセスメント手法や支援手法を開発し、実際に利用可能にしていくことが求められる。

## 引用文献

- 安達潤・行廣隆次・井上雅彦・辻井正次・栗田広・市川宏伸・神尾陽子・内山登紀夫・杉山登志郎 (2008). 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 短縮版の信頼性・妥当性についての検討. *精神医学*, 50, 431-438.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198.
- Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al: The somatic symptom scale-8 (SSS-8) : a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med* 174 : 399-407, 2014
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment* (Fifth ed.). Hoboken (NJ): Wiley.
- 発達障害支援のための評価研究会 (2013). PARS-TR 親面接式自閉スペクトラム症評価尺度 スペクトラム出版社.
- Ito H, Tani I, Yukihiro R, Adachi J, Hara K, Ogasawara M, Inoue M, Kamio Y, Nakamura K, Uchiyama T, Ichikawa H, Sugiyama T, Hagiwara T, Tsujii M. (2012). Validation of an Interview-Based Rating Scale Developed in Japan for Pervasive Developmental Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1265-1272.
- 小橋元・太田薫里・長野俊輔・木左健悟・笠井世津子・芳賀光治・玉城英彦・福地保馬 (2001) 札幌市におけるホームレス者の健康問題と生活習慣の実態—平成 12 年の健康相談会の実践から. *日本公衆衛生雑誌* 48, 785-793.
- 小嶋雅代・古川壽亮 (2003). 日本版 BDI-II—ベック抑うつ質問票— 日本文化科学社
- Katon, W., Pedersen, H. S., Ribe, A. R., Fenger-Gron, M., Davydow, D., Waldorff, F. B., & Vestergarrd, M. (2016). Impact of depression and diabetes on risk of dementia in a national population-based cohort. *Journal of the American Medical Association*, 72, 612-619.
- Kaufman, A.S. & Lichtenberger, E. O. (1999). *Essentials of WAIS-III assessment*. New York: Wiley.
- 厚生労働省社会・援護局保護課 (2010) 生活保護受給者の自殺者数について. *賃金と社会保障* 1514, 28-40.

- 厚生労働省 (2014) . 平成 25 年版 厚生労働白書
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB : The PHQ-15 : validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 64 : 258-266, 2002
- 松平 浩・川口美佳・村上正人・福土 審・橋爪 誠・岡 敬之・Bernd Löwe (2016). 日本語版 Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8 [身体症状スケール]) の開発 —言語的妥当性を担保した翻訳版の作成— *心身医学*, 56, 931-937.
- 森川すいめい・上原里程・奥田浩二・清水裕子・中村好一 : 東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率. *日本公衆衛生誌* 58 (5), 331-339.
- 村松公美子 : Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版—up to date. *新潟青陵大学大学院臨床心理学研究* 7:35-39, 2014
- 中野加奈子 (2013) ホームレス状態に陥った知的障害者のライフコース研究. *仏教大学大学院社会福祉学研究科編* 41、33-44.
- 日本版 WAIS-III 刊行委員会 (2006). 日本版 WAIS-III 理論マニュアル 日本文化科学社
- f 西尾彰泰・堀田亮・佐渡忠洋・水谷聖子・渡邊貴博・松浦健伸・田村修・植原亮介・山本眞由美 (2015) 名古屋市におけるホームレスのメンタルヘルス実態調査—精神・知的障害がホームレスに至った原因や抜け出せない理由に与える影響. *社会医学研究* 32 (2), 103-110.
- Oakes PM, & Davies RC. (2008) Intellectual disability in homeless adults: a prevalence study. *Journal of Intellectual Disability*12,325-334.
- 埼玉県産業労働部就業支援課 (2011). 障害者離職状況調査報告書. Retrieved from <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0809/syougai-map/documents/450171.pdf>
- Silverman, W. P., Zigman, W. B., Krinsky-McHale, S. J., Ryan, R., & Schupf, N. (2014). Intellectual Disability, mild cognitive impairment, and risk for dementia. *Journal of Policy Practical Intellectual Disability*, 10(3), doi: 10.1111/jppi.12042.
- 下平唯子・岡部聡子・飯田恭子・峰川美弥子 (2007) 男性路上生活者の健康と生活の動向. *民族衛生*. 73 (3), 87-98.
- Solanto, M. V., Wasserstein, J., Marks, D. J., & Mitchell, K. J. (2012). Diagnosis of ADHD in adults: what is the appropriate DSM-5 symptom threshold for hyperactivity-impulsivity? *J Atten Disord*, 16(8), 631-634.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales, second edition. Survey forms manual*. NCS Pearson Inc., Minneapolis, MN.
- 杉下守弘 (2012). 精神状態短時間検査-日本語版 (Mini Mental State Examination-Japanese) 使用者の手引. 日本文化科学社
- The Psychological Corporation. (1997). *WAIS-III and WMS-III technical manual*. San Antonio, TX: Author.
- 辻井正次・村上 隆 (監修) 黒田美保・伊藤大幸・萩原 拓・染木史緒 (著). (2014). *Vineland-II 適応行動尺度*. 東京: 日本文化科学社.
- Van Straaten, B., Schrijvers, CT., & Van der Laan, J et al. (2014) . Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problem. *PLoS One*9,



9(1):e86112. doi: 10.1371/journal.pone.0086112.

- Van Voorhees, E. E., Hardy, K. K., & Kollins, S. H. (2011). Reliability and Validity of Self- and Other-Ratings of Symptoms of ADHD in Adults. *Journal of Attention Disorders, 15*(3), 224-234.
- Wechsler, D. (1997). WAIS-III Administration and scoring manual. San Antonio, TX: The Psychological Association.
- Weis, R. (2013). Introduction to Abnormal Child and Adolescent Psychology, 2nd Edition. SAGE Publications.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- 山田耕司 (2009) ホームレス状態となった知的障がい者支援の現場から見えてきたもの—北九州における取組について. ホームレスと社会 Vol1, 92-101
- 吉住隆弘 (2013) ホームレスの精神的健康とソーシャルサポートの関連. 中部大学人文学部研究論集 30, 37-48.
- 吉住隆弘 (2016) ホームレス経験をもつ生活保護受給者のソーシャルサポートと自立について. 心理臨床研究 34 (4), 423-434.

## 協力者・協力機関一覧

### 【29年度調査実施協力者】

片桐正敏	北海道教育大学旭川校
足立匡基	弘前大学大学院医学研究科附属子どものこころの発達研究センター
高橋芳雄	弘前大学大学院医学研究科附属子どものこころの発達研究センター
白石雅一	宮城学院女子大学
水口勲	臨床心理士
森裕幸	臨床心理士
金沢理沙	東京都立松沢病院
石川侑希	宮原メンタルクリニック
須藤幸恵	臨床心理士
山田耕平	やまて福祉会館
渡邊則子	臨床心理士、社会福祉士
泉幸枝	西多摩療育支援センター
水野慶子	川口市子ども部子育て相談課
渡邊孝祐	跡見学園女子大学人文科学研究科
掛山裕晋	跡見学園女子大学人文科学研究科
上村佳代	跡見学園女子大学人文科学研究科
萩原沙知	跡見学園女子大学人文科学研究科
大橋佳奈	跡見学園女子大学人文科学研究科
師岡美里	跡見学園女子大学人文科学研究科
芹田真帆	跡見学園女子大学人文科学研究科
渥美孝子	跡見学園女子大学人文科学研究科
山口真穂	荒尾こころの郷病院
大城拓也	荒尾こころの郷病院
会田龍之介	跡見学園女子大学人文科学研究科
上田翠	東京大学大学院教育学研究科
浜村俊傑	東京大学大学院教育学研究科
広瀬愛希子	筑波大学大学院人間総合科学研究科
榊絵里香	筑波大学大学院人間総合科学研究科
野沢朋美	専修大学大学院心理学専攻
清水栄司	千葉大学 子どものこころの発達研究センター
大島郁葉	千葉大学 子どものこころの発達研究センター
浦尾悠子	千葉大学 子どものこころの発達研究センター
吉田斎子	千葉大学 子どものこころの発達研究センター
大平育代	千葉大学 子どものこころの発達研究センター
松本一記	千葉大学 子どものこころの発達研究センター

押山千秋 千葉大学 子どものこころの発達研究センター  
大下恵美子 千葉大学 子どものこころの発達研究センター  
瀬戸美紅子 千葉大学 子どものこころの発達研究センター  
野村昂樹 福田西病院  
中原竜治 浜松医科大学  
浜岡陽介 豊丘村教育委員会  
佐藤優花 福島県立矢吹病院  
山田穂波 **Melk** 就労移行支援事業所  
松本かおり 金沢工業大学  
高柳伸哉 愛知東邦大学  
瀧本伸一 臨床心理士  
松田凌 中京大学大学院心理学研究科  
中島卓裕 名古屋大学大学院教育発達科学研究科  
村山恭朗 神戸学院大学  
丸井明美 神戸学院大学大学院人間文化学研究科  
仁科妃加理 神戸学院大学大学院人間文化学研究科  
小野祐希 神戸学院大学大学院人間文化学研究科  
望月直人 大阪大学  
山根隆宏 神戸大学  
雲財啓 神戸大学人間発達環境学研究科  
西尾祐美子 神戸大学人間発達環境学研究科  
秦基子 認定 **NPO** 法人西神戸トラウマカウンセリングルーム **TREE**  
河原有里 関西大学心理学研究科  
高田菜美 関西大学心理学研究科  
禹里奈 関西大学心理学研究科  
原田新 岡山大学  
川島英輝 立命館大学大学院応用人間科学研究科  
榊原久直 神戸松蔭女子学院大学  
鈴木康之 杜藏心理相談室  
小倉正義 鳴門教育大学  
香取みずほ 臨床心理士  
永井知子 四国大学  
赤壁省吾 言語聴覚士  
篠原里奈 言語聴覚士  
山西健斗 心理士  
中島俊思 佐賀大学  
林陽子 なかにわメンタルクリニック  
飯田潤子 なかにわメンタルクリニック

山崎麻衣子 なかにわメンタルクリニック  
水間宗幸 九州看護福祉大学  
池永恵美 大分大学  
小山内晟司 大分大学大学院教育学研究科

**【30年度調査実施協力者】**

足立匡基 弘前大学大学院医学研究科附属子どものこころの発達研究センター  
高橋芳雄 弘前大学大学院医学研究科附属子どものこころの発達研究センター  
安田小響 弘前大学大学院医学研究科附属子どものこころの発達研究センター  
新川広樹 北海道医療大学大学院心理科学研究科  
白石雅一 宮城学院女子大学  
水口勲 臨床心理士  
須藤幸恵 臨床心理士  
水野慶子 川口市子ども部子育て相談課  
渡邊孝祐 跡見学園女子大学人文科学研究科  
萩原沙知 跡見学園女子大学人文科学研究科  
山本絵梨 跡見学園女子大学人文科学研究科  
室木栗子 跡見学園女子大学人文科学研究科  
須藤瞳 跡見学園女子大学人文科学研究科  
井村ひかり 跡見学園女子大学人文科学研究科  
菅溪春奈 跡見学園女子大学人文科学研究科  
山口真穂 荒尾こころの郷病院  
大城拓也 荒尾こころの郷病院  
宮野真弓 荒尾こころの郷病院  
野沢朋美 専修大学大学院心理学専攻  
井澗知美 大正大学  
久保田春菜 大正大学大学院  
藤田卓磨 臨床心理士  
高柳伸哉 愛知東邦大学  
瀧本伸一 臨床心理士  
中島卓裕 名古屋大学大学院教育発達科学研究科  
村山恭朗 神戸学院大学  
望月直人 大阪大学  
雲財啓 神戸大学人間発達環境学研究科  
高田菜美 関西大学心理学研究科  
鈴木康之 杜藏心理相談室  
高田晃治 山陽女子短期大学人間生活学科  
香取みずほ 臨床心理士

水間宗幸 九州看護福祉大学  
池永恵美 大分大学  
酒井奈那 大分大学大学院  
富永咲子 大分大学大学院  
花岡祐奈 大分大学大学院

**【29年度資料整理協力者】**

桑山友里 中京大学大学院心理学研究科  
水野清香 中京大学大学院心理学研究科  
瀬尾宥乃 中京大学大学院心理学研究科  
川崎貴仁 中京大学心理学部  
上ノ菌美樹 中京大学心理学部  
来川祐子 中京大学心理学部  
金枝あや 中京大学現代社会学部辻井研究室

**【30年度資料整理協力者】**

瀬尾宥乃 中京大学大学院心理学研究科  
川崎貴仁 中京大学大学院心理学研究科  
山口翔 中京大学大学院心理学研究科  
上ノ菌美樹 中京大学心理学部  
若杉有将 中京大学心理学部  
的場可純 中京大学心理学部  
金枝あや 中京大学現代社会学部辻井研究室

**【29年度・30年度資料分析協力者】**

伊藤大幸 浜松医科大学

**【29年度・30年度報告書作成協力者】**

伊藤大幸 浜松医科大学  
高柳伸哉 愛知東邦大学  
村山恭朗 神戸学院大学

**【29年度調査協力法人】**

NPO 法人 ワンファミリー仙台  
NPO 法人 自立支援センター ふるさとの会  
NPO 法人 さくら福祉推進協会  
社会福祉法人 やまて福祉会  
社会福祉法人 有隣協会

NPO 法人 NPO 訪問看護ステーションコスモス  
一般社団法人 ねこのて  
NPO 法人 エスエスエス  
NPO 法人 ほっとポット  
NPO 法人 社会復帰支援会ピース  
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  
NPO 法人 抱樸  
社会福祉法人 札幌明啓院  
社会福祉法人 青森県玉葉会 白鳥ホーム  
社会福祉法人 国見会 東山荘  
社会福祉法人 日吉会 房総平和園  
社会福祉法人 村山苑 村山荘  
社会福祉法人 恩賜財団神奈川県同胞援護会 岡野福祉会館  
社会福祉法人 松原愛育会 七尾更生園  
社会福祉法人 サンあなん 阿南富草寮  
社会福祉法人 愛知県厚生事業団 愛厚明知寮  
社会福祉法人 大阪自彊館 ふきふね  
社会福祉法人 大阪福祉事業財団 高槻温心寮  
社会福祉法人 天心会 フローラ  
社会福祉法人 みなと寮 千里寮  
社会福祉法人 太陽社会福祉事業協会 ジョイガーデン  
社会福祉法人 呉福祉会 呉広風園  
社会福祉法人 萬象園  
社会福祉法人 仁風会 仁風園  
社会福祉法人 致知会 真和園

**【30年度調査協力法人】**

NPO 法人 ワンファミリー仙台  
NPO 法人 自立支援センター ふるさとの会  
NPO 法人 さくら福祉推進協会  
NPO 法人 エスエスエス  
NPO 法人 ほっとポット  
NPO 法人 社会復帰支援会ピース  
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  
社会福祉法人 青森県玉葉会 白鳥ホーム

社会福祉法人 みなと寮 千里寮  
社会福祉法人 呉福社会 呉広風園  
社会福祉法人 致知会 真和園  
NPO 法人 抱樸

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)

平成31年3月31日