

# 生活困窮者支援における個別支援計画作成 のアセスメント包括的アセスメントシステム ABIT-VP の活用可能性について

明 伊 白 鈴 曾 辻  
伊 白 鈴 曾 辻  
藤 石 木 部 井  
光 大 雅 勝 哲 正  
宜 幸 一 昭 也 次

## 1. はじめに

2020年10月に日常生活支援住居施設（以下日住とする）制度が創設された。これにより施設側は、日住の入所者に個別支援計画に基づいて支援サービスを提供することが求められている。個別支援計画を策定するにあたって入所者の適切なアセスメントが必要である。生活困窮者支援の個別支援計画において、アセスメントツールの活用が個別支援計画を見直す手掛かりになることを念頭に置きつつ、その活用法について概説していきたい。

### (1) 個別支援計画における課題

個別支援計画は、障害者福祉領域を中心に作成され、また活用されている。個別支援計画は、利用者がサービス利用する事業所において、本人のニーズを実現していくためにサービスごとに作成される計画である（谷

口・小川・小田島・武田・若山, 2015)。ここでいうニーズ（要求）という概念は、利用者の要望や欲求ではなく、その人が人として発達し、健康を守り、人生を切り開いていくための必要な生活上の要求のことを指しており、デザイア（欲求）やデマンド（要望）とは区別する必要がある（大阪障害センター・ICFを用いた個別支援計画作策定プログラム開発検討会編, 2014)。さらに、ニーズにはその人の生きてきた文化が反映されるため、ニーズを把握するにはその人の生きてきた過程と現状を知ることが重要になる（大阪障害センター・ICFを用いた個別支援計画作策定プログラム開発検討会編, 2014)。日住の利用者がこれまでどのような生きづらさを抱えながら生きてきたか、その人の発達課題として何があるのかについて、私たち支援者はアセスメントを通して理解し、個別支援計画に反映させる必要があろう。その結果として、個別支援計画は一人の障害のある人を生涯のライフスパンで考え、教育と福祉を含む社会保障をつなぐ役割（西牧・笹本, 2005)にもなっていく。個別支援計画におけるアセスメントとは、「「個別支援計画」「施設支援計画」の作成に際して、利用者の生活とおかれている環境との関係において状況を把握し、当事者の希望や意向を尊重しながら、ともに生活課題を明らかにしていく作業（植田, 2006, P3)」を指す。つまり、利用者が現在の状況に至るまでどのような経緯があったのか、そしてその人が抱えている家庭背景や能力的な背景に何があるのかについて、多角的視点から情報収集し、理解を得ていくプロセスに他ならない。先述した文脈では利用者の（必ずしも自覚している場合に限らない）ニーズを見つけて、明確にしていく作業になる。

## (2) 住居のない生活困窮者の臨床像と個別支援計画

日住の利用者に関して、これまでの実態調査の知見がある。それは、無料低額宿泊所等に入所する人たちの多くに精神医学的援助の対象である軽度知的発達症や精神障害さらには身体障害等の障害があることが明らかになっている（辻井, 2019; 的場・斉藤, 2019, 明翫ら, 2023)。生活困窮

者の場合は、無料低額宿泊所や日常生活支援住居施設に入所するにあたって自治体の福祉事務所のケースワーカーがアセスメントを実施しているが、必ずしも神経発達症や精神医学的な問題について把握できているわけでもない。実際に明翫ら(2022)は、福祉事務所を対象に生活困窮者のアセスメントに関する実態調査を行った。その結果、生活困窮者のアセスメントに認知症、精神障害、神経発達症(知的発達症も含む)といった精神医学的観点が必要であること、次にケースワーカーの直観や経験則だけに頼るのではなく数値化可能で客観的なアセスメントツールに基づいて各種の障害特性を判断することが求められるという課題が明らかとなった。ここから予想されるのは、アセスメント情報では必ずしも利用者の背景に発達障害や精神医学的問題があることが自他ともに知られないまま入所するケースが少なからずみられるということである。

このような状況で個別支援計画の作成も実際に行ってみると難しい側面に出会うことになる。以下の例をあげることができる。ある課題を目標設定して効果が上がらなかったとき、「達成できなかったから次も同じ課題・計画でやろう」と繰り返すことで個別支援計画の作成そのものがマンネリ化してしまう(谷口・小川・小田島・武田・若山, 2015)例である。利用者への支援がうまくいかないには、その理由があり、利用者の抱えている生きづらさとその背景事情にフォーカスして、支援者(施設職員)のアセスメントの視点で欠けていた視点がなかったかをチェックする必要がある。

ここで入所者の背景事情を考慮しない場合の観察について想定してみる。利用者の日常生活を関与しながら観察していると、生活の指導上や施設内の人間関係で困ること、すなわちその人の行動の一部である適応行動の未学習が目につきやすい。しかし、利用者の困った行動をそのまま見えている行動の現象をそのまま受け取ると、例えば知的発達症では「(指導内容や助言内容を)言ってもわかってもらえない」、自閉スペクトラム症では「気難しい」・「頑固な」・「協調性のない」、注意欠如多動症では「根

気がない」・「ボーっとしている」・「なまけている」等の印象を強く持つ。このとき神経発達症や精神医学的観点があれば「〇〇な人」と形でカテゴライズされ、理解されやすい（付け加えるなら「〇〇な人」という捉え方からは有効な支援の発想が生まれにくい）。さらに神経発達症や精神医学的観点があったとしても、利用者の困った行動のみを観察するだけではその背景に知的発達症や自閉スペクトラム症（ASD）、注意欠如多動症（ADHD）の特性が関与していると見立てることも難しい。これは観察だけで他者の身長や体重を大まかに推測することと似ている。そこで、各種特性がどの程度あるのか見立てるための物差しが必要になる。

利用者に知的発達症や神経発達症特性、統合失調症、認知症などの特性をどのくらい持っているかを理解できるということは、その人の認知特性（外の情報をどのように受け取って、理解して、行動しているか）がわかること、そしてその特性に対応した指導法や支援法があるということを示す。例えば、ASD 特性があれば言葉だけで伝えるよりはメモを渡すなど視覚的に情報が残るようにすること、ADHD 特性がある場合、雑多な情報が多くあると情報処理の効率が落ちて注意散漫になるためなるべくシンプルな環境にすること、統合失調症では毎日安定した生活リズムなど健康な生活が何よりも大切であり不意打ちになるような出来事を避ける等の原則をもとにして利用者に支援を考えることができる。

### (3) 包括的アセスメントシステム ABIT-VP の開発の経緯

我々は2017年度から2019年度にかけて厚労省推進事業において生活困窮者の実態調査を行った。それは生活困窮者の抱える問題の実態把握のために、知能、適応行動、メンタルヘルス、神経発達症傾向、身体的機能といった多角的視点で信頼性・妥当性が担保されたアセスメントツールを利用した大がかりな調査研究であった。多くの研究協力者と調査参加者のご協力を経て約2年間で500名を超えるの生活困窮者のデータを収集することができた（辻井, 2019）。

この実態調査でわかったことは、無料低額宿泊所等に入所する多くの利用者に精神医学的治療の対象となりうる軽度知的発達症や精神障害さらには身体障害等の困難があったことである(辻井, 2019; 的場・斉藤, 2019; 明翫ら, 2023)。これらの困難さは、福祉事務所においてケースワーカーによってある程度把握されるものである。しかし、実際に福祉事務所 315 機関の回答を分析した調査研究(明翫ら, 2022)では①生活困窮者のアセスメントに認知症, 精神障害, 神経発達症(知的発達症も含む)といった精神医学的観点の不十分であること, ②ケースワーカーの直観や経験則だけに頼るのではなく, 標準化された客観的なアセスメントツールに基づいて各種の障害特性の判断が求められるという課題が明らかとなった。これらの結果は、経験まだ浅いケースワーカーによるアセスメントでは神経発達症や精神疾患に関する評価が抜け落ちてしまう恐れを示唆すると同時に、多彩な状態像(神経発達症、精神障害、認知症)にある利用者に対する適切なアセスメントの手段がなかったことを示していた。そこで我々は、厚労省推進事業(「生活困窮者等における支援ニーズの調査・分析・判定及び評価」, 「知的発達症・神経発達症・精神疾患又は身体疾患を有する生活困窮者等における支援ニーズの調査」)を経て、簡易アセスメントシステムを開発した。それが ABIT-VP (Scales for Adaptive Behavior and InTelligence for Vulnerable Populations) である。この ABIT-VP は、当初は住居のない生活困窮者のなかで、特別な支援ニーズのある利用者としてそうでない利用者を判定するアセスメントツールとして開発された。福祉事務所のワーカーが実施可能なモデルとして設計しているが、公認心理師等の心理職がアセスメントに実施することでもよいとしている。ABIT-VP の大きな特徴は、実施時間の大幅な短縮である。実態調査で生活困窮者の特徴をとらえた心理検査のテストバッテリーを組むと実施時間は以下のようになる。知能検査は 2 時間程度、適応行動 (Vineland II 適応行動尺度) で 1 時間弱、神経発達症傾向やメンタルヘルスの質問紙で 40 分程度を要する。いわば、半日がかりのテストバッテリーのメニューである。

この一連のアセスメントをおよそ40分程度で全体像が把握でき、かつ十分な妥当性を保持できるようになった。

ABIT-VP 活用のメリットとして以下のことが考えられる。①福祉事務所のケースワーカーが日常生活支援住居施設の利用者としての適性を判定することを目的に開発されているため、簡易な実施法のトレーニングで可能になる。②障害福祉サービスを利用できる可能性のある状態像に関して一定の情報を得ることもできる。③ABIT-VPの結果が、標準得点による位置づけとその判定表示で示される。そのため非常に簡易な形で支援ニーズの把握が可能である。④活用範囲の広さである。生活困窮者支援と同様に、軽度知的発達症や神経発達症等の支援ニーズのある利用者がある、触法者の保護観察やDV被害等の領域における活用なども期待される。また日常生活支援住居施設の支援者の視点で言えば、ケースワーカーのアセスメント記録だけに頼るのではなく、入所施設の支援者による ABIT-VP のような簡易的なアセスメントが重要といえる。

入所者のアセスメントに ABIT-VP を活用することで利用者のニーズを見直したり、掘り起こしたりすることができると考えられる。そこで我々は ABIT-VP による心理アセスメントの経験から「個別支援計画作成への ABIT-VP 活用マニュアル」を作成した。

## 2. 個別支援計画作成への ABIT-VP 活用マニュアル

### (1) 概要：ABIT-VP がアセスメントする8つの側面

ABIT-VP でアセスメントできる特性は、総合尺度としての「総合適応度」、下位尺度として「適応行動」、「知的能力」、「ASD 特性」、「ADHD 特性」、「統合失調症」、「精神的健康」、「身体的健康」の8つの側面がある。この8つの側面になったのは、はじめに述べているように住居のない生活困窮者の背景に抱えている困難さの中核的要因であり、それを多角的にアセスメントする必要があるからである。それぞれのポイントをみていこう。

### ・適応行動のアセスメント

住居のない生活困窮者の日常生活における支援であれば、当然ながらアセスメントの側面として日常生活そのものを評価していくことが第一選択になる。日常生活の何を評価するのか、それは「地域における自立した生活」になる。利用者の生活そのものを評価するには何をすればよいか？それにはまず、利用者の生活をよく知る他者（施設職員）から尋ねるのが一番になる。ABIT-VPでの適応行動尺度は施設職員に評価してもらおう尺度がいくつかあるが適応行動はその1つになる。尺度の評価のポイントは「○○さんは多分できるのかな…？」と能力を推測するのではなく、「その行動の実行を実際に観察しているか」という視点で評価することがポイントになることをここで押さえておきたい。

### ・知的能力のアセスメント

生活そのものを支える能力をアセスメントするために、支援者が把握しておきたいのが知的能力である。神経発達症・精神障害であるというこは「支援を受ける権利を有する」ということを指す。しかし、知的発達症があるかどうかは、日常生活の観察や本人との面談だけではなかなか気が付けない。そのために知能検査といったアセスメントツールがあるが、2時間を超える大がかりな検査になる。ABIT-VPでは短時間で実施可能になっており、かつ知的発達症の把握に十分な役割を果たせるようになっている。

### ・神経発達症特性のアセスメント（ASD 特性・ADHD 特性）

神経発達症特性について、利用者がどの程度、それらの特性を有しているかを評価する。基本的には神経発達症特性は行動特性として現れ、かつ自分では気が付きにくいいため、他者評価がアセスメントの精度を上げる。特に神経発達症特性についてはその特性の有無（あり—なし）の二分するだけでなく、それらの特性がどの程度見られるのかという視点を持つこと

が重要である。

#### ・統合失調症様症状のアセスメント

統合失調症は精神障害の代表例で思考障害および幻覚妄想状態を抱えることが多い。統合失調症様症状も基本的にはセルフチェックは制限があり、その利用者を良く知る支援者からの観察が重要な手掛かりとなるため他者評価のアセスメントとして ABIT-VP の中に収録されている。統合失調症様状態は、生活の困難さに直ちに直結し、利用者本人も精神的苦痛が高いため、医療機関の受診のきっかけにつながっていく側面である。

#### ・精神的健康・身体的健康のアセスメント

精神的健康および身体的健康の問題は、地域生活や日常生活の質 (QOL) に問題に直結する。不安や心配、気分の落ち込みが強くなりすぎると、夜に寝られなくなるし、ご飯が食べられなくなる。この状態が続けば体は休まらなくなり、体調を崩す。また不安が強くなりすぎるところのゆとりをなくし、他者に頼りすぎたり、またイライラをぶつけてしまったりして、対人関係の問題も発生する。気分の落ち込みが続けば、身の回りのことに気が回らなくなり、部屋の掃除をしなくなったり、お風呂に入らなくなったり、歯を磨かなくなったりと適応行動が落ちていく。また身体的健康は日常生活の行動を大きく制限する要因になり、また就労維持が難しくなる要因でもある。

支援者は、利用者の生活ぶりを見ているため、最近寝れていないようだ、食事の量が減っている、なんだかイライラしていて他者に当たってばかりいるという行動が観察される。その見えている日常生活のちょっと困った状態から利用者の精神的健康や身体的健康の問題について考えて、医療機関への適切な受診へとつながっていくきっかけになる。

クライアントの日常生活を多角的にアセスメントする視点を述べてきた。人間は非常に複雑な存在である。1つだけの視点のアセスメントだと、

他の重要な視点が抜け落ちてしまう恐れがある。多角的視点をもつことで、別の視点にうまく対応のヒントが隠れていることもありうるため常に多角的視点からのアセスメントを心がけたい。

## (2) 実施法：ABIT-VPの使い方

### ・実施のタイミング

ABIT-VPを利用者にどのタイミングで実施するのかという問題がある。早く利用者の状態像と課題を見立てたいという希望もあるかと思う。ただし、ABIT-VPは入所すぐに実施する検査としては向いていない。なぜならABIT-VPの中には適応行動や神経発達症特性（ASD特性・ADHD特性）、統合失調症様症状など他者評価に関する尺度が含まれているためである。それゆえ、入所してある程度利用者の生活ぶりや対人関係の持ち方を施設職員がある程度活用できた時期（1～2カ月）が実施の頃合いになる。

### ・ABIT-VPの実施について

ABIT-VPの尺度の設計として、利用者本人によるセルフチェックのパート、知能検査のパート、施設職員による他者評価によるチェックのパートがある。特に知能検査のパートは知能検査の実施法を習熟していないと、回答の評価がぶれてしまい、正確なアセスメントが難しくなることがある。実施者はあくまで心理職（公認心理師・臨床心理士）に依頼すると良い。

ABIT-VPの実施前や実施後に、利用者から「どんな検査なの?」、「何を計るものなのですか?」と実施者ないし施設職員に聞かれることがある。その問いに対してどう答えるかについてはあらかじめ考えておく必要がある。検査の説明は、いたずらに被検査者の不安を高めないこと、出来ればこの検査実施が自分自身のためになると理解してもらうことが重要である。また、利用者は生活の中で個別支援計画に記載されるような生きづ

らさを自覚しながら生きている。生きづらさについて施設職員が利用者と話題になっているならば「〇〇さんの感じていらっしゃる生きづらさというものがどこから来ているのかを一緒に探す検査です」と伝え、本人の自覚のある精神的健康や身体的健康の領域の問題を普段の支援につなげていくことが出来る。知能検査のパートについて「何か算数のようなものがあったけどこれは何を計るものですか?」という問いに「知能です」よりは「認知の働きですね」という方が利用者に受け入れやすいことを経験している。

#### ・ ABIT-VP の結果を活用する上で必要なこと

ABIT-VP の活用の仕方について注意点がある。それは本人へのフィードバックを想定した仕様になっていないことである。結果の出力表示は、知的発達症や「療育手帳の取得の可能性あり」、「精神障害福祉手帳の取得の可能性あり」等の利用者の能力や障害の示唆する形になっている。これを利用者が見たらどのように思うだろうか?我々は誰しも他者から自分の能力や価値を決められることに対して精神的苦痛や、良い評価であっても窮屈感を感じることもある。アセスメントで被検者の能力に関するフィードバックは諸刃の剣である。

では結果を知りたいという利用者についてどのように対応したらよいだろうか?その場合は、自己理解に対する欲求も高いと予想される。その際には、「今回の結果は〇〇さんの個別支援計画に反映されます。ぜひと個別支援計画と一緒に課題を考える時に今回の内容(何が苦手なのか)も共有しませんか?」と問いかけてはいかがだろうか?

#### (3) 結果の読み方：ABIT-VP の結果に表示される図表の意味について

ABIT-VP の結果表示もこの8つの側面が、正規分布上の数値としてグラフ化される。人間の能力の諸特徴および精神現象の測定について、疑問の声があるかもしれない。しかし、人間が人間を完全に客観的に計測する

ことはもちろん不可能であるが、ある程度の客観化と測定が可能であることはこれまでの心理学研究で明らかになってきた。心理学・精神医学等の研究では、アセスメントツールが多く開発され、活用されるようになっていく。ABIT-VP もその1つの形である。

アセスメントツールは、開発研究の過程で「標準化」という手続きがなされる。標準化されると、アセスメントツールで出された数値はすべて正規分布に照合しながらその数値の意味を理解していくことになる(図1)。アセスメントツールによって、把握しようとしているもの(「総合適応度」、「適応行動」、「知的能力」、「ASD 特性」、「ADHD 特性」、「統合失調症」、「精神的健康」、「身体的健康」)を数量化・客観化し、個人の特性を基準となる集団の中での比較が可能になる。

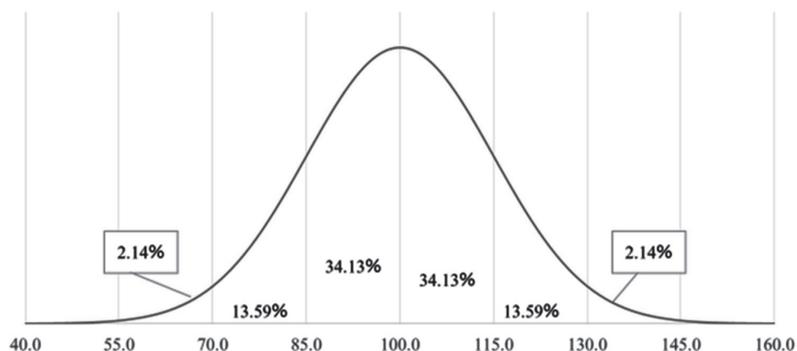


図1 正規分布

図1の正規分布を例に解説すると、ABIT-VPを含め多くのアセスメントツールを実施して、採点・集計すると、その検査の結果は正規分布上の中での位置づけを示す指数で表すことができる。一般にアセスメントツールの多くは、標準化を経て平均が100、標準偏差を15となるように設計されている(標準偏差は分布の決まった広がりを目指す)。図では縦軸は人数、横軸がアセスメントツールでの総合得点の値になる。正規分布の理解

の仕方として、例えばこの1標準偏差離れた85から115のこの面積に当たる部分は、全人口を100としたときに、この85から115に入る人たちが、約34% + 約34% = 約68%つまり、全人口の約70%占めるということになる。さらに、この標準偏差が2つ離れた70から130までには、約90%の人たちが含まれる。そこで ABIT-VP で一つの区切りとなるのは、標準偏差が平均の100から2つ離れた70ラインである（統計学的に偏った数値と判断される）。

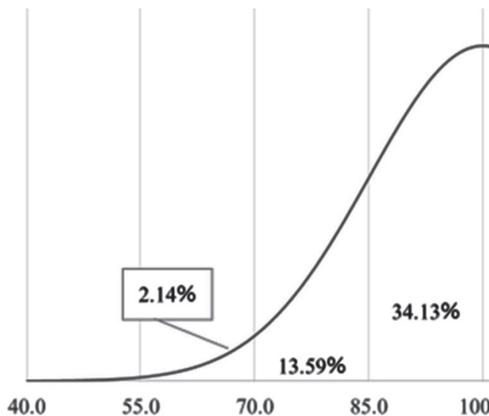


図2 正規分布（70付近の拡大図）

図2をご覧ください。図1で基準値とされた70を中心とした拡大図になる。図2のうち85～70の範囲を ABIT-VP では「境界域水準」とされ、ABIT-VP で測定しているある特性が正常成人と基準とした標準データと比較して「気になる」水準であり、日常生活における実際の支援においても、気にかけておきたい範囲と考えていけばよい。次に70～55になると要支援水準が「中程度」の水準になる。この水準は標準データと参照しても約2%以下であり、それだけ ABIT-VP における支援ニーズが高く、各種障害福祉制度や療育手帳などの活用を検討すると判断してよい。さらに55よりも低い数値はニーズの高さは「非常に高い」水準であり、

日住や各種障害福祉制度や療育手帳などの活用した上での支援が前提となる。これらのニーズの高さは、利用者への面談や日常生活の観察だけからは発見できないことも多い。その理由はどこにあるのか。まず、前提として人間の能力および各種神経発達症特性は多様であり、また人間の行動特性ゆえに独自のあいまいさも持っている。また生活支援を行う支援者もまた人間であり、観察する視点に個人的なクセや支援者としての経験が影響する。この個人差に観察の見落としや偏りが生じやすい。ABIT-VPは、住居のない生活困窮者に支援ニーズが高いとわかっている複数の側面にフォーカスし、かつ、あいまいな各種特性を数値化して客観化する特性を持つ。各種特性を標準化データと参照して、客観化し、さらには数値化・グラフ化することで見えてくるニーズもあることを強調しておきたい。

#### (4) 解釈：総合指標と各種特性の関連性を考える

ABIT-VP の総合指標および各種尺度の数値は、前述の視点で評価していくことになる。ABIT-VP の結果における各尺度の数値の目安と支援ニーズの水準の関係を押さえると、次は尺度同士の関連性についてみていくと、個別支援計画への示唆に出会うことが多い。ここでは下位尺度同士の関連性を踏まえた、結果の理解に仕方に解説していく。

まず、適応総合尺度の数値と支援ニーズの高さから見ていく。利用者は、現在生活していくのに支援がどの程度必要になっているのかを評価する。その数値がどの側面から主に説明されるのかを「適応行動」、「知的能力」、「神経発達症特性 (ASD、ADHD)」、「統合失調症」、「精神的健康」、「身体的健康」の各種尺度の数値を見ていく。まず、「適応行動」を見ていこう。なぜなら、その人の日常生活において、通常期待される日動生活のスキルをどの程度、実際に実行できているのかというその人の暮らしの質の程度そのものが数値化されているからである。「適応行動」が低い場合は (実際に住居のない生活困窮者の大部分の方々が適応行動の支援ニーズが高い)、適応行動の学習や実行が、その人のどんな背景によって妨げられて

いるのかを推測する。つまり、残りの尺度得点である「知的能力」、「神経発達症特性 (ASD、ADHD)」、「精神的健康」、「身体的健康」の数値を見ていくことで支援の方向性も示されることになる。

①「精神的健康」や「身体的健康」であれば、心身の健康回復のため医療機関への継続的な通院治療における確認と支援が必要になってくる。②「知的能力」であれば、「言葉でのコミュニケーションがどこまで可能か？」という程度と「周囲で起きていることを状況判断し、それを言葉で伝えることがどこまで可能か？」について推測でき、数値の水準に応じて支援者のサポートの量やコミュニケーションの質も変わってくる。知的能力の数値が低いということは、実際の日常生活を想定すると対人的コミュニケーションにおいて抽象的な言葉がわかりにくいいため、より具体的な言葉を使ってのコミュニケーションが必要になっていく。③「神経発達症 (ASD、ADHD)」の場合、神経発達症者支援の手法 (視覚的構造化や感覚処理のアセスメント、環境調整など) が日常生活での支援で有効に機能する。また集団生活において神経発達症特性の高い利用者の示す非社会的行動 (整理整頓が全くできない、他者に配慮した行動がとれないなど) が生来の神経発達症特性からきていることを支援者自身がわかることで、指導が通らなくても感情的にならないで対応できるなどのメリットもある。

また ABIT-VP を支援のニーズ、いわゆる利用者の短所・弱点のみを発見するツールではない。それぞれの特性の数値的特徴を見て、「この利用者は身体的健康が高い」や「身体的健康・メンタルヘルスが高いから適応行動の指導にもっと目を向けてもいいかもしれない (就労にチャレンジしていいのでは)」などその人の持っているリソース (資源)・ストレングス (強み) が再確認され、支援を見直す機会を提供してくれることもある。

## (5) 個別支援計画につなげる：ABIT-VPの結果を個別支援計画に反映させる方法・手順

公認心理師や臨床心理士から ABIT-VP の結果の見方を学んだ段階で、生活支援提供責任者は以下の方法で個別支援計画に反映させていく。

### ① 総合適応度

「総合適応度」は、下記に列挙する7つの下位尺度（「適応行動」、「知的能力」、「ASD 特性」、「ADHD 特性」、「統合失調症」、「精神的健康」、「身体的健康」）から構成させる総合尺度（全体尺度）である。

この数値が低ければ低いほど、「支援ニーズ」が高くなることを表している。ABIT-VP では、この「総合適応度」の算出と同時に「支援ニーズ」について、「高い」、「境界水準」、「低い」という判定が示されるので、利用者の全体像の把握に役立つ。

なお、「総合適応度」の数値が低く「支援ニーズ」が「低い」と判定されたとしても、下位尺度の全てが「低い」という訳ではないので、安易に決めつけてはならない。ケースによっては、「ASD 特性」や「ADHD 特性」、あるいは「精神的健康」面において、「高い」支援ニーズがあることもある。

### ② 適応行動

ここで扱う「適応行動」とは、人が社会の中で実際に生活していくために有用とされる行動の総体のことである。具体的には、聞く、話す、読み書きのコミュニケーションの力、身辺の自立や炊事洗濯、買い物、金銭管理を含む日常生活スキル、対人関係や遊びと余暇活動に代表される社会性、そして運動のスキルという諸能力を総合したものが「適応行動」である。これは、年齢ごとに標準が示されていて、それへの適応が求められる。

この「適応行動」は、人のアセスメントにおいて、下記で紹介する「知能」と両軸となるものである。そして、「知的能力」と「適応行動」は正の相関関係にあると捉えられてきた。

しかし、知的能力は高い水準にありながら、コミュニケーションが下手であったり、日常生活スキルが欠けていたり、社会性に乏しかったりすることで、学校や会社に適応出来ず、不適応状態に陥ってしまう人も多いことが分かってきた。逆に、たとえ知的能力が境界水準や低い状況にあろうとも、「適応行動」が高いことで社会適応が可能となっているケースの存在もよく知られている。また、「ASD 特性」や「ADHD 特性」「統合失調症」があっても「適応行動」が高いことで、就労、自立が可能となる障害者もいる。この「適応行動」に注目して、この状態を客観視する意義は大きい。

そこで「適応行動」を測る上でのポイントは、「現在、行っていること」にチェックを入れることである。「出来るかも知れない」とか「以前は出来たけれど、最近は見えていない」「彼/彼女なら出来るはずだ」といった、推測や過去体験、そして、期待値は排除する。

### ③知的能力

知的発達の遅れや知的能力の障害があることを「知的障害」と呼んできたが、最近では「知的発達症」という名称に統一されてきている。知的発達症の特徴は、短期記憶に大きな困難があること、推理や計算、概念の分類や統合を苦手とすることが挙げられる。従って、学習面の遅れが全般にわり生じることが多い。また、運動面の発達も遅れる場合がある。

認知症との違いは、端的に言って次の通りである。生得的かつ持続した知的な遅れがある場合が知的発達症であり、定型的な認知能力が後天的かつ高齢となって失われていくのが認知症である。ちなみに、最近、認知や記憶の問題が顕著になって心配という場合は、ミニメンタルステート検査（MMSE 検査）や改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）等の認知症検査を実施することを勧めたい。

さて、この知的発達症は、知能指数によって、軽度、中等度、重度、最重度に分類されるが、軽度の者の場合、判別されにくいし、障害の自覚や家族による障害認知も遅れがちとなる。近年、特別支援教育が制度化され

たので、「障害の発見、診断」や「早期支援」「早期療育」も一般的となったが、日常生活支援住居施設での支援対象者の多くは制度化による恩恵が受けられる前の方々なので、「無自覚」または「隠し通してきた」状況の人も多い。

「自覚」「無自覚」いずれにせよ、「知的発達症」があることでの社会的なハンディキャップは大きいし、差別や偏見、いじめ、虐待等に苛まれて、二次障害を発症する人も多い。筆者が出会ったある青年は、うつ状態に陥って職を失い、路上生活になったそのきっかけが「職場のカウンセラーに“あなたの知能指数は知的発達症レベルだ”と判定されたことがショックだったことだ」と打ち明けた。その彼に改めて尋ねると「知能指数 (IQ) は 85 だと言われた」ということである。

この「IQ85」という数値は、知的発達症の境界線よりも上位で、ギリギリ正常値を示している。それがどうして、本人には「障害レベル」と伝えられてしまったのかは分からないが、「知的発達症」というレッテル貼りが本人の自尊感情を傷つけ、自己評価を下げさせ、自信喪失状態に陥らせたことは間違いない。

このケースとは反対に、「小中学校時代、分からない、出来ない、皆についていけない」で「自分は怠けているからダメなんだ」と「出来ない自分ばかり責めてきた」と語った女性が、就労支援の時に受けた知能検査で「知的発達症」が判明して、「自分の出来ない根本が障害にあったと知り安堵した」と報告した。

このように、「知的発達症」は、人に多大な影響力を持つ。そして、療育手帳制度により、障害の程度に応じて各種の福祉サービスや障害基礎年金の支給も行われる。

#### ④ ASD 特性

ASD は自閉スペクトラム症の略である。この ASD は、人の輪に入れない、独りを好む、人の都合に無頓着といった「社会性の障害」があるこ

とに加え、意思を相手に伝えられない、独り言や独り善がりの発言が多い等の「コミュニケーションの障害」もある。さらには、ルーチンを好みそれを頑なに守るとか、それが変えられるとパニックに陥ったり状態を大きく乱したりする、好きなことに没入する等の「こだわり行動」があって、これら3点がセットで診断基準になっている。

「挨拶をしない」「集団活動に参加しない」「順番や当番、ルールを守らない」こと等で「社会性の障害」に気づくことがあるし、「会話にならない」「好きなことだけを一方的にしゃべっている」「独りで会話をしている」こと等で「コミュニケーションの障害」にも気づくことがある。これらに対して、ASDの人の「こだわり行動」は彼らの生活面に接しないと分かりにくい。参考に例を挙げると、「同じ色で同じメーカーの服を集めている」とか「再利用しないのにペットボトルや納豆のパッケージを捨てずに取っておく」、「食べ物の好き嫌い（偏食）が強い」、「一年中全裸で寝ると決めている」等々である。

ASDは、生まれもった障害であり、いじめや体罰、虐待等によるストレスや心的外傷によって後天的に生じるものではない。従って、ASDの利用者に認められる「社会性の障害」や「コミュニケーションの障害」「こだわり行動」は、その人の幼少期からこれまで継続されてきたものである。そのことから家庭や学校、職場において軋轢や困難を発生させてきた歴史を有している。

なお、ASDは、正常知能を有する者と知的発達症を合併する者にと大別される。前者のうち、社会生活に困難がある場合は、精神保健福祉手帳の対象となり、後者は、療育手帳の対象となっている。

## ⑤ ADHD 特性

ADHDは、「注意欠如多動症」の略語である。この「注意欠如多動症」は、「不注意」や「物忘れ」「物事の優先順位が付けられない」「段取り出来ない」という「注意欠如」の面と、「とにかく動き回る」「止まっていられない」「衝

動的に考え動く」「直ぐにカッとなる」「簡単に暴言を吐く」「怒ると手や足が出やすい」という「多動症」の側面のいずれか、または、両方を併せもつ障害である。

「注意欠如」の面を生活に即して挙げてみると、「窓を開けたまま、鍵を閉めないで外出する」「慌てて転んでケガを何度もする」「支払いの期日を忘れる」「火に掛けた鍋ヤカンを忘れる」「片付けや掃除が出来ない」「スケジュールを組むことが出来ない」「与えられたスケジュールに沿って実行することが出来ない」等々である。

それに対して「多動症」の場合は、「用がなくても部屋の中をうろうろしている」「どこにいても落ち着きがない」「計画性がない」「衝動的な買い物をしてしまう」「無計画に散在する」「けんかっ早い」「注意されるとふて腐れて、反抗的になる」等々である。

このADHDも生得的な障害であるので、幼少期からずっと継続されてきたし、これからも続いていく。そして、「不注意」と「多動症」は、「目立つ」し、周囲からの「叱責的」になりやすい。このことから、ADHDの人たちは「人に叱られ続けてきた歴史」をもつ反面、「人に誉められたことが一つもない」という「悲しい体験」を刻んできている。これが「反社会的な団体」に向かわせたり、ギャンブルやアルコール、薬物、または性的な事物への依存症となったりすることも多い。

「注意欠如」の人には、「メモ書きとそれを定時に見直すこと」の奨励が有効である。また、「多動症」の人には、「叱る、止める」ことよりも「良いところ誉め、成功体験を積ませる」ことが大切である。

## ⑥統合失調症

昔は「精神分裂病」と言われてきた、精神障害の代表である。思春期以降の発症が多いが子ども期の統合失調症もある。

主な症状は、幻覚（見えないものが見える）、幻聴（自分にだけお告げや囁きが聞こえる）、妄想（思いが膨らんで取捨がつかなくなる）に襲わ

れることで、これにより現実の世界が脅かされたり、歪められたりすることが大きな問題となる。この「認知面や思考面の統合が失われる」という意味で、「統合失調症」という名称が当てられている。

統合失調症では、感情の鈍麻や意欲の低下も併発することが多く、引きこもりや外出拒否の原因にもなる。また、「ためこみ症 (Hoarding Disorder : HD)」という「物が捨てられずに膨大な量をため込む」障害を併発していて、関係者を困らせている場合もあろう。

さらに知的発達症や ASD を併存症とすることもあり、対応がより複雑となる場合もある。薬物 (抗精神病薬) による治療が主であり、医療機関との連携が強く求められる。

精神保健福祉手帳を取得することで、福祉サービスにつながったり、障害基礎年金の受給が可能となったりする。

## ⑦精神的健康

精神的な健康が失われた状態とは、些細なことでも不安を感じてしまったり恐怖を抱いてしまったりする「不安症」や「恐怖症」、気分がうつうつとして晴れない「うつ状態」、自分には価値がないと思ってしまう「自信喪失状態」、死んでしまいたいと思う「希死念慮のある状態」が思い浮かぶ。また、良く眠れない、直ぐ起きてしまうといった症状の「睡眠障害」も精神の健康が乱れていることのパロメーターである。そして、これらの状態にある時が「支援のニーズ」が「高い」時なのである。

その際、「もっと頑張れ!」「気にするな!」「思い過ぎだ!」「勇気を出せ!」という叱咤激励は、逆効果であるし、危険であるので、避けなければならない。

精神科医療につなげて、不安治療薬、精神安定剤、睡眠導入剤等の処方を得て、治療に当たることを確保して、安寧 (平穏) な生活と規則正しい習慣を維持するための声かけや相談支援のサポートが必要になる。

## ⑧身体的健康

腕、手・指、脚の障害の有無、排尿・排便の状態、痛み等とそれらに伴う生活の困難さ判定した。ここで「支援ニーズ」が「高い」と示された場合、「身体障害者手帳」の対象となり得る可能性が高いので、申請の手続きを計画したい。また、高齢者の場合は、介護保険の申請も考えたい。

## ・手順

ABIT-VPの結果を個別支援計画に反映させる手順は、次の通りである。

①公認心理師と生活支援提供責任者の事前準備

(ABIT-VP 反映会議をするまえの事前準備)



②生活支援提供責任者から対象者の現状報告



③公認心理師から ABIT-VP の診断結果の報告と説明



④公認心理師からの説明を受け、個別支援計画の改善すべき点の確認



⑤修正点を協議



⑥個別支援計画の修正案作成



⑦本人に個別支援計画の修正案を提示、説明。



⑧本人同意のうえ、修正計画が完成。



⑨チーム会議で本人の個別支援計画の変更部分を伝え、  
ケースワーカーに控えを提出

### (6) ABIT-VP を継続的に取り続ける利用者、支援者メリット

アセスメントは、何も利用者の入所初期にのみ行うものではなく、必要に応じて複数回アセスメントを行い、そこによって得られた見立てを修正していくことが可能である。どの分野でも、利用者に支援を行っていく上では、その途中段階での利用者の進捗を評価（アセスメント）し、ポジティブな効果が得られているかどうか判断するという責任（Whiston, 2016）が求められる時代がすぐそこまで来ている。具体的に何をするのかというと、ABIT-VP の事前評価（プレテスト）と事後評価（ポストテスト）の比較で、数値が改善すれば支援の効果を推測できるし、逆に悪化していれば利用者の生活や環境の中で悪化につながっている諸要因を探っていくことができる。利用者への支援と健康状態に対してモニタリングと点検ができるわけである。利用者にとって ABIT-VP の複数回のアセスメントはエビデンスによる見守りという機能があるといえる。支援者にとっては、支援の効果を振り返られることや他者評価を複数回行うことで利用者の行動観察や日常生活の適応行動についての着眼点を身につけることが期待され、見立てる（アセスメントする）力が向上していくというメリットが考えられる。

### (7) ABIT-VP を活用するメリットを精神科医療の観点から

本調査において日住の入所者に対し ABIT-VP によるアセスメントを実施した結果をもとに、ABIT-VP を導入することの精神医学的意義について述べる。日住入所者には知的能力が境界域から軽度知的発達症までの水準にある者が多い。彼らは家族などの支援者がいなかったために障害福祉サービスにつながることができず、就労しても失敗体験を繰り返すなどして自己効力感が低下し、うつ状態が遷延していた。このようないわゆる二次障害により適応状況はさらに悪化するのだが、彼らには病識はないし、あったとしても自力では精神科医療サービスにつながるできない。見方によっては人生の大半を慢性の適応障害を未治療のままかかえ過ごし

てきたのである。ABIT-VPの導入により障害特性に配慮した支援を受けられることで、適応行動が増え、自己効力感とメンタルヘルスの向上につながり、二次的な精神疾患の悪化を防ぐことができる。また、医療介入が必要な精神疾患の兆候をとらえ、見える形にできることで本人に受診を勧めやすいなど精神科医療サービスにつながりやすくなる。

日住入所者には既に精神科医療サービスを受けている者ももちろんいる。アルコール依存症、双極性障害、認知症など主診断は様々である。いずれの治療・介護においても主診断以外の特性に医療側が気づいていなければ適切な治療は困難となる。本人が有する障害特性のために医療側の指導を理解し従うことができない場合も多々あるのだが、医療側がそれと把握していなければ本人の治療意欲の問題として片付けられかねない。ABIT-VPによるアセスメント結果があることで、主診断以外の特性の把握につながり、より詳しい検査の必要性について検討することや、特性を踏まえた合理的な療養指導をすることが可能になり、限られた診療時間を効率的に使うことに役立つことが期待される。

### (8) 個別支援計画の作成に向けて：その人の背景を考えること

以前、看護系の雑誌に掲載されていた事例(福士・坂下,1995)を読んだ驚かされたことがあった。

それは、軽い認知症と重い内臓疾患があって入院中の高齢女性が「手荷物を抱えて片時も離さないの、入浴も拒んでいる」という事例への対応である。その状態を見かねた看護婦長が「不潔で臭いから」と強引に入浴を勧めると、その高齢者は「髪を洗うと髪が抜けて、手が真っ黒になる」から「嫌だ!」と言って強く反発した、とあった。この反発に対して、看護スタッフは、「認知症があっても」「諦めずに皆で毎日説得したら、“仕方ねえ”と嫌々ながらも入浴してくれるようになった」「それで衛生が保たれた」ので良かった、と結んでいた。

これを読んで筆者が「驚いた」のは、この高齢者の「手荷物を抱えて離

さない」行動や「黒髪が抜けて嫌だ」という主張が、注目されず、聞き流されてしまっていることであった。

路上生活状態から保護されて、日常生活支援住居施設にて支援を受け始めた利用者の中にも、上述のような「荷物を離さない」とか「ゴミを捨てない」「ゴミを溜め込む」そして、「入浴を嫌う」「髪を洗わない」「髪を切らない」「髭を剃らない」等々の行動が問題視されているケースがあることだろう。

そこで、先の病院の看護師と同じように「入浴できて、洗髪もできて、身体が清潔になれば良し」と片付けてしまって、本当に良いのであろうか。病気の治療を主眼に置く医療や看護のモデルならば、「良い」という判断になろう。しかし、我々の仕事は、「病院看護」ではない。ここをまず、自己点検して頂きたい。

社会福祉（心理・社会的アプローチ）の立場からは、この高齢女性は、何故「荷物を手放さないのか」、「髪が抜けるのが嫌だ」という主張は何を意味しているのか」という問題の基本から考え、理解することから始めたい。

そこで筆者は、この高齢女性の「生い立ち」や「家族関係」を事例の添付資料から調べてみた。すると、この女性は、「夫に先立たれ、シングルマザーとして育て上げた一人娘とも最近死別している」ことが記載されていた。この情報と彼女の状態から、次のことが推測される。

- ①喪失感がとても大きい
- ②大事な人や物をもうこれ以上失いたくない！という気持ちの現れである
- ③黒髪という女性性の象徴も失いたくない！という心理が働いている
- ④引いては、母性も失いたくない！という願望が強くある
- ⑤それでも髪が抜け落ちていく悲しさや恐怖がある

これらの心理状態を理解した場合、対応や支援の一步目から異なってくる。

筆者ならば、まず、この高齢女性の様々な事情や思いを「傾聴」することから始める。

そして、「ここの支援者ならば、大切な荷物を預けられる！」という信頼関係を構築する。さらには、彼女の「女性性」や「母性」を積極的に認め、そして「維持」させるための「お化粧品」や「買い物外出」、「育児の回想」「幼児との交流の場の提供」等を勧めていく。

そのためにも彼女の生活・経済基盤の見直しや介護サービスとの連携も必要になってくる。

さて、日常生活支援住居施設では、このような看護、介護ニーズのある利用者以外にも、知的発達症や自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、統合失調症等を有する方々が支援の対象となっている。これは言うまでもなく、これまでの看護や介護のモデルを超えて支援の方法を模索、創造していかなければならない状況にあるということだ。

日常生活支援住居施設における利用者への個別支援計画を立案する際に、以上のような視点と方向性と具体策を盛り込んで頂きたい。そのためにも ABIT-VP を活用していくわけである。ABIT-VP では、利用者の以下の側面が明らかにされる。①適応行動、②知的能力、③ ASD 特性、④ ADHD 特性、⑤統合失調症、⑥精神的健康、⑦身体的健康がそれである。そして、それぞれの支援ニーズの程度も明らかにされる。つまり、大事なものは、「その支援の方法」を速やかに「見つけられるか」にある。ここを常に留意して、研修や実践にあたって欲しい。

参考までに、①適応行動について言えば、「蝶々結びが出来るか出来ないか」が「微細な運動」を測る目安になっている。従って、支援者は日頃から利用者が「ゴミ出しの際にゴミ袋の端を蝶々結びしているか」とか「靴ヒモのある靴を履いて、キチンとヒモを蝶々結びしているか」という視線をもって観察し接して欲しい。そして、出来ていないのなら、「結び方を教える」とか「促す」、もしくは、「代替案を探す」等の対策を検討して欲しい。

また、②の知的能力の場合は、「暗算が出来ているか」「物の分別が出来るか」「物事の共通点を理解しているか」「記憶はどうか」等に普段から留

意する。そして、困難が生じている様であれば、「計機を持たせて買い物させるとか「支援者が買い物に同行する」、「日課やスケジュールを紙に書いて示してあげる」、「ゴミの分別は具体物の写真を貼ったゴミ箱を用意して分かりやすくする」等の対策を講じることである。

以上のような利用者理解と支援が直結する支援体制の構築を ABIT-VP 導入で推進して欲しい。

最後に、ABIT-VP 利用の大きな課題として、「回答者（支援者）の対象者（利用者）理解」があげられる。すなわち、利用者に接して日の浅い支援者の場合や接する機会に限られる担当支援者の場合、その利用者の「能力があるのではないかという期待値」と「実際に行っていること」の峻別が出来にくい、という問題である。ABIT-VP では、前者を排除して、後者を評定する。このための修養が必要になる。

従って、繰り返しになるが、日常生活場面における7つの下位尺度にあるような側面からの利用者の行動観察と確認、そして、スタッフ間での情報共有が重要になる。

## (9) まとめ

利用者のニーズを捉えるために、本人自身の面談があり、日常生活での関与しながらの観察がある。しかし、人間は複雑な存在である。さらに住居のない生活困窮者や日住を利用されてきた方々は、今日に至るまで様々な過酷な生育歴・生活史をたどっており、かつ多くの精神医学的疾患や神経発達症特性を抱えていることが多い。これらを踏まえてた利用者のニーズを個別支援計画に反映させる必要がある。となると、上記の利用者への面談や日常生活における観察の手続きだけではアセスメントとして利用者へのニーズを把握しきれないという問題に突き当たる。そこで、利用者のニーズをいわば掘り起こすツールとして ABIT-VP がある。本手引きは ABIT-VP というアセスメントツールを日住の個別支援計画に積極的に活用していただくことを目的として作成された。

ABIT-VPの構成する尺度から、知的能力、適応行動、ASD特性、ADHD特性、統合失調症特性、メンタルヘルス、身体的健康の7側面を、常に日住利用者のアセスメントの視点として持つておく必要がある。アセスメントにおいてはABIT-VPを積極的に活用していただきたいのは、特に軽度知的発達症の把握が可能な点である。利用者は日住の施設に至るまで、福祉事務所のケースワーカーの生育歴も含めたアセスメント等があるが、そこでは軽度知的発達症は把握されにくい。さらに施設に入所して施設職員との関与しながらの観察の中でもやはり軽度知的発達症の存在は把握されにくい。なぜなら、私たちは相手とコミュニケーションを取るときに、相手の言うことがわかり、相手に伝わる言葉で話せたときに「話が通じる」と判断する。この「相手の話がわかる(話せばわかる)」、「この人とは話ができる」と判断したときに、知的には問題ないだろうという感覚を持つことが多いからである。軽度知的発達症の場合は、日常生活上の会話が出来るがやや抽象的な言葉や一度に複数の指示を覚えて動くことには制限がかかる。ABIT-VPはその点を検査課題という側面でキャッチしているといえる。実は、神経発達症特性も把握しにくい。日常生活や対人関係の問題が見られ「困った人」という認識があっても、その背景に何があるのかという視点になりにくい。その点、ABIT-VPは神経発達症にみられる行動特性を他者評価からみていくことで、その対人関係上で何が起因となって起きているのかを高い精度で推論できる。またABIT-VPによってメンタルヘルスの問題が実は日常生活の困難さの背景にあったということが判明することも我々は経験している。精神障害の可能性があれば精神科医療への受診・治療により、適応水準が向上することもあるのである。軽度知的発達症や神経発達症特性、精神障害の可能性が高いことがわかれば、精神障害の特徴や神経発達症特性に応じた対応や支援法の原則があるため個別支援計画を見直す上で大きなメリットとなる。本手引きでは、このプロセスを詳しく解説した。つまり、ABIT-VPはその人のニーズを掘り下げる作業である。

ABIT-VPによって様々な視点からその人の困難さをアセスメントし、かつ複雑性トラウマの歴史ともいえる過酷な体験を面談等で、利用者の様々な生きにくさの声を日住の職員は聞くことになる。利用者の生きにくさの背景を知るということはその人の適切な理解と対応につながる。本手引きの高齢者の事例で示されたように、その人の背景や心理状態を適切に理解できた（アセスメントできた）ならば、対応や支援の一步目から異なってくる。何が異なるかそれは信頼関係の確立であろう。

ABIT-VPを福祉施設で適切に活用していくためには以下のことが求められる。1つは知的能力、ASD特性、ADHD特性、統合失調症特性、メンタルヘルス、身体的健康の6側面の具体的な特徴の学習である。これによってABIT-VPの職員評価がより適切になっていき、かつ具体的にどのような支援していけば支援が成功するかの方向性が定まることになる。もう1つは個別支援計画を通じて「適応行動の困難さ」と「取り組むべき課題」と「職員のよる具体的な支援の工夫」が具体的にどのように結びつくかについての（繰り返しの）トレーニングである。この繰り返しにより工夫や観察の着眼点が増えていき、利用者の適応支援につながっていくことであろう。ぜひABIT-VPというアセスメントシステムを活用して、利用者支援につなげていただきたい。

従来、住居のない生活困窮者などに対する福祉的実践において、客観的なアセスメントツールを用いて、支援対象となっている対象者に対して障害特性（特に知的能力や障害特性、メンタルヘルスの状態）や適応状況を把握するということが行われてこなかった。そのため、これまでの国の支援の枠組みであれば、本来的には早期から障害児者福祉支援が提供されるべき人々に対する支援が提供されることのない人々が多数、ホームレス状態に陥ることになっていた。障害者福祉において支援が必要とされる状態像の人々に対して、そうした支援ニーズがない人々と同じ生活困窮者支援を提供しようとするのは制度上の大問題であり、当事者の尊厳を大きく損なうことでもある。その人がより良く地域で他者とつながって

生きていけるためにも、支援を必要としている人の状態を客観的に把握し、支援につなげていくことが求められる。

これまでの経験に基づく支援を土台に、ABIT-VPを活用していくことで、日常生活支援住居施設に入所する人たちへのより適切な支援計画を立案し、支援を提供することが可能になる。今後、こうした客観的なツール、しかも簡便に実施できるツールが、同様のニーズをもつ触法領域など、さまざまところで役立つことが期待されている。なお、ABIT-VPは社会福祉推進事業という国の研究予算で開発されており、無償で実施することになっており、現状は開発した研究者たちが、日常生活支援住居施設を運営する諸法人の取り組みに協力する形で運用されていることを付記しておく。

### 3. おわりに：個別支援計画における ABIT-VP の役割と課題に

#### (1) ABIT-VP の役割：日常生活の観察でのアセスメントが難しく、ABIT-VP で発見しやすい側面

今回、日常の観察でアセスメントが難しく、ABIT-VP で発見しやすい側面が見えてきた。それは「軽度知的発達症」の存在である。実際にほば多くの事例において最初の個別支援計画の作成の段階では、知的発達症を想定していなかった。しかし、ABIT-VP の結果はいずれの利用者の知的発達症の存在を示唆しており、また知的水準は軽度知的発達症であった。これは何を意味しているだろうか？

軽度知的発達症は、成人したときにおおむね9歳レベルの知的能力が備わっており、抽象的概念操作を要求される学習課題は困難であるが、自立した社会生活の支障にはならないとされている (Russel et al.1996)。しかし、杉山 (2011) によれば適正就学がなされずに通常教育に留められた結果、基礎学力に問題を残し、さらに情緒的混乱を加えて青年期に至る例が臨床場面でしばしば遭遇するという。そして我々の実態調査では住居のない生活困窮者に軽度知的発達症が多いことが改めて確認された (辻井,

2019)。利用者は日住の施設に至るまで、福祉事務所のケースワーカーの生育歴も含めたアセスメント等があるが、そこでは軽度知的発達症は把握されにくい。さらに施設に入所して施設職員との関わりの中でもやはり軽度知的発達症の存在は把握されにくい。

なぜ軽度知的発達症は対人関係の中では把握されにくいのだろうか？生活面からは、軽度知的発達症のある方は日常生活に差し支えない程度に身の回りのことがらを処理することができる（寺田，2002）。私たちは相手とコミュニケーションを取るときに、相手の言うことがわかり、相手に伝わる言葉で話せたときに、「話が通じる」と判断する。この「相手の話がわかる（話せばわかる）」、「この人とは話ができる」と判断したときに、知的には問題ないだろうという感覚を持つことが多い。この感覚が軽度知的発達症の把握を鈍らせる1つの要因となる。軽度知的発達症の場合は、日常生活上の会話が出来るがやや抽象的な言葉や一度に複数の指示を覚えて動くことには制限がかかる。ABIT-VPはその点を検査課題という側面でキャッチしているといえる。

その他、神経発達症特性についてもいくつかの事例で背景にあり、ABIT-VPを実施することで明らかになったこともわかった。神経発達症特性はひらたく言うと「対人関係の問題や日常生活上の苦手特性」とつながる。その背景に何があるのか、神経発達症にみられる行動特性を他者評価からみていくことで、その対人関係上で何が起因となって起きているのかを高い精度で推論できる。神経発達症特性が高いことがわかれば、神経発達症特性に応じた対応や支援法の原則があるため個別支援計画を見直す上で大きなメリットとなる。

## **(2) ABIT-VP の課題：現状の ABIT-VP ではアセスメントしにくい側面**

先ほど示したように ABIT-VP は、利用者のニーズを把握する上で重要な視点を多く提供してくれる。しかし、課題がないわけではない。

今回の事例では、アルコール依存症に関する問題は ABIT-VP に収録さ

れているテストバッテリーに収録されていないため、ABIT-VPによるアセスメントとは別に意識的にチェックする必要がある。現在、世界的にも使用されている尺度として AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 日本語版 (廣, 2000) があり、また短縮版の AUDIT-C もある。

もう1つ課題として見られたのは統合失調症の尺度についてである。統合失調症の症状には陽性症状と陰性症状がある。陽性症状とは妄想・幻聴や思考障害など、いわゆるこれまでその人に無かった派手な精神症状である。陰性症状は、感情の平板化や感情鈍麻、思考や会話の貧困や自閉的態度等の、これまでその人にあった精神機能が損なわれた状態になる。ABIT-VP の統合失調症に収録されている尺度は陽性症状をターゲットにしているため、陰性症状のアセスメント (例: 陰性症状評価尺度 (Scale for the Assessment of Negative Symptoms : SANS) Anderson, 1984) については改めて別にアセスメントする視点が必要になろう。

このように ABIT-VP は課題もあるが、これまで把握しにくかった利用者の生活状況の評価、普段のコミュニケーションではアセスメントが難しかった知的能力や神経発達症特性 (ASD 特性・ADHD 特性)、統合失調症特性などを数値化し、それに起因した日常生活における困難さを探ることができること、さらにそこから支援の方向性の修正を図れるのは、日住における支援業務において大きな役割を果たすであろう。今後は、ABIT-VP を用いた実践研究が積み重ねられることを期待したい。

## 文献

- Andreasen, N. C. (1984) . The Japanese version of scale for the assessment of negative symptoms (SANS) 陰性症状評価尺度 (SANS) . 臨床精神医学, 13, 999-1010.
- 福士千代・坂下利香 (1995) . 精神科患者と看護のかかわり . 看護雑誌 ,59 (8) ,754-75.
- 廣尚典 (2000) . WHO/AUDIT (問題飲酒指標 / 日本語版) . 千葉テストセンター
- 西牧謙吾・笹本健 . (2006) . 個別の教育支援計画の背景にある思想的系譜について .

国立特殊教育総合研究所研究紀要, 33, 61-74.

明翫光宜・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

明翫光宜, 高柳伸哉, 鈴木勝昭, 鈴木康之, 伊藤大幸, & 村山恭朗. (2023). 無料低額宿泊所入所者の心理学的・精神医学的特徴の実態調査. 臨床精神医学 52 (10), 1235-1245.

明翫光宜, 高柳伸哉, 鈴木勝昭, 鈴木康之, 伊藤大幸, & 村山恭朗. (2022). 生活困窮者支援におけるアセスメントの現状と課題. 臨床精神医学, 51 (2), 195-203.

大阪障害センター・ICFを用いた個別支援計画策定プログラム開発検討会編 (2014). 本人主体の「個別支援計画」ワークブック: ICF活用のすすめ. かもがわ出版.

Russel, T.A. & Tanguay, P.E. (1996). Mental retardation. Lewis, M. E. (ed). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

杉山登志郎 (2011). 杉山登志郎著作集②—軽度発達障害への道—. 日本評論社.

谷口明広・小川喜道・小田島明・武田康晴・若山浩彦 (2015). 障害のある人の支援計画: 望む暮らしを実現する個別支援計画の作成と運用. 中央法規.

寺田信一 (2002). 顕型(行動)に基づく分類・類型. 梅谷忠勇・堅田明義(編著) 知的障害児の心理学. 田研出版.

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定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>)

植田章. (2006). アルツハイマーや他の認知症を伴う高齢知的障害者のアセスメントの指針. 社会福祉学部論集, (2), 1-14.

Whiston, S. C. (2016). Principles and applications of assessment in counseling. Cengage Learning. (石川信一・佐藤寛・高橋史監訳 2018 カウンセリングにおけるアセスメントの原理と適用 第4版. 金子書房)