

合衆国の第一期と同様の傾向を示している。

2) 退所先

入所施設からの退所先を家庭、入所施設、グループホームの3分類で比較した。

アメリカ合衆国の州立入所施設からの退所先と日本における退所先を表2に示した。

表2 入所施設退所先内訳 (%)

アメリカ合衆国				日本			
	1985年	1991年	1996年		1985年	1990年	1995年
家庭	24.2	13.7	17.3	家庭	24.3	20.1	23.2
施設	21.3	20.8	10.1	施設	35.2	36.8	33.4
グループホーム	40.4	53.2	55.1	グループホーム	0	7.5	11.5
その他	14.0	12.4	17.4	その他	40.5	35.6	31.9

アメリカ合衆国の資料は、プラウティ (Prouty 1997) によるものである。日本の退所先の分類と比較可能にするため、アメリカ合衆国の退所先の分類を「入所施設」は定員16人以上の居住施設、グループホームは定員15人以下の居住施設、「家庭」には親、親戚の家、フォスターホームを含めた。「その他」に入る項目は、ボーディングホーム、ナーシングホーム、半自立/自立 (supported living)、精神保健施設、矯正施設である。

日本の退所先の分類の統計は、児童入所施設、入所更生施設、入所授産施設からの退所を全国精神薄弱施設実態調査報告書 (日本精神薄弱者愛護協会 1985; 1990; 1995) によって算出した。退所先分類のうち、「入所施設」に含めた項目は、児童入所、入所更生、入所授産施設と重症児施設である。「グループホーム」には、生活寮、福祉ホームを含めた。

アメリカ合衆国のナーシングホームは「その他」の分類に含めたが、ナーシングホームへの退所は、1985年の全退所数の4.1%から1989年には2%台に低下している。これは、1987年に新法 (The Omnibus Budget Reconciliation Act) が成立し、ナーシングホームへの入所基準が医療を必要とする場合にのみ限ることがより徹底したためと思われる。

アメリカ合衆国の場合、退所先にはグループホームが大きな位置を占めている。1985年にすでに40%をしめ、その率は上昇し1996年には55.1%となっている。グループホームに移行した知的障害者の数は、1989年3,269人、1994年3,081人、1996年2,563人である。

グループホームへ退所した人の入所者数は、1995年の時点で退所者総数の12%である。また、施設間の移動はアメリカ合衆国では21%から10%へ減少しているが、日本では30%台である。

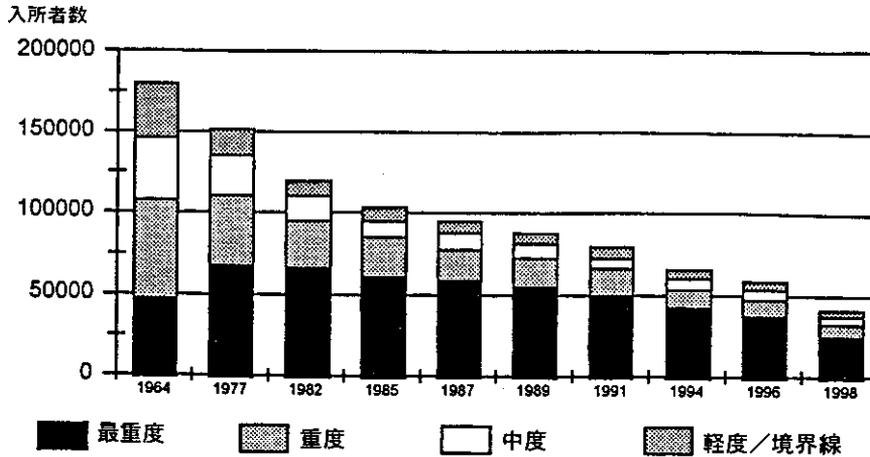
日本では、退所自体も少ないが、退所先が施設から施設へ、施設から在宅へ、という傾向が強く、地域のグループホームへの移行が少ない。

(5) 施設入所者の障害程度および年齢

1) 障害程度

アンダーソンら (Anderson 1998) の作成した施設入所者の障害程度の年度別変化を図7に示した。

図7 州立入所施設入所者の知的障害程度の推移



入所施設における軽度、中度の知的障害者の数がまず減少し、その後は、重度の知的障害者が1980年代から1990年代かけて低減、最後に残された

最重度の障害の入所者の比率が高くなっている。軽度の知的障害者は、1977年の推定15,700人から1996年には、5,479人と減少している。最重度の知的障害者は、実数ではの69,000人(1977年)から38,433人(1996年)に減少するが、入所者全体の中の比率としては45.6%(1977年)から、65.9%(1996年)に増加している。

表3には、アメリカ合衆国と日本の施設入所者の知的障害程度を示した。

表3 施設入所者の知的障害程度

アメリカ合衆国 (1977年～1996年)

	1977年		1982年		1987年		1991年		1996年	
最重度	68,907	45%	67,066	55%	59,658	62%	51,456	63%	38,433	64%
重度	41,707	27%	28,879	24%	18,939	20%	15,167	19%	10,381	17%
中度	24,782	16%	14,917	12%	9,280	10%	7,305	9%	5,190	9%
軽度	15,716	10%	8,473	7%	6,818	7%	5,479	7%	4,316	7%
合計	153,089	100%	121,317	100%	96,682	100%	81,398	100%	60,316	100%

日本 (1985年～1995年)

	1985年		1990年		1995年	
測定不能+I						
Q19迄	23846	34%	28061	35%	34858	37%
IQ20～35	21488	31%	24927	31%	29708	32%
IQ36～50	17230	24%	19207	24%	20721	22%
IQ51～75	7868	11%	7979	10%	7996	9%
合計	70432	100%	80174	100%	93283	100%

日本の施設入所者の知的障害程度に関する数値は、日本知的障害者愛護協会が実施した全国精神薄弱施設実態調査から作成した。アメリカ合衆国の軽度、中度、重度、最重度の分類が、日本の分類に正確に合致するかは検討を要するが、ここでは概ね対応しているという見地に立って考察を行う。日本とアメリカ合衆国で施設入所者の障害の程度の割合を比較すると、次の点で異なっている。

(i) 日本の施設入所者は中度、重度の知的障害者が多い。1995年の時点で日本の施設入所者のうち、中度と重度知的障害者の比率は各々22.2%、31.8%である。アメリカ合衆国では、1977年から1996年にかけて、中度の知的障害者は16.4%から8.9%へ、重度の知的障害者は27.6%から17.8%へと減少している。日本の入所施設で生活している中度、重度の知的障害者と同程度の知的障害のある入所者がアメリカ合衆国では、かなり初期の段階で入所施設からグループホームへ移行している。

(ii) アメリカ合衆国では入所者全体の中で最重度の知的障害者がしめる割合は、徐々に高くなり、1996年には全体の65.9%になっている。日本では、1985年が33.9%、1995年37.4%とほぼ同率である。アメリカ合衆国では知的障害が重度、中度の人が退所し、再重度の人が残っている。

(iii) 軽度の知的障害者の割合はほぼ同じである。

2) 年齢

表4には、アメリカ合衆国と日本の1975年から1996年までの施設入所者の年齢を示した。

表4 施設入所者の年齢分布

アメリカ合衆国 (1977年～1996年)

	1977年		1982年		1987年		1991年		1996年	
0～21才	54,098	36%	26,254	22%	12,026	13%	6,908	9%	2,916	5%
22～39才	62,409	41%	59,906	50%	51,230	54%	41,133	52%	26,011	45%
40～62才	29,014	19%	27,328	23%	25,852	27%	25,807	33%	24,903	43%
63才以上	5,591	4%	5,967	5%	5,682	6%	5,558	7%	4,491	8%
合計	151,112	100%	119,454	100%	94,790	100%	79,407	100%	58,320	100%

日本 (1975年～1995年)

年	1975年		1981年		1985年		1990年		1995年	
0～19才	25,719	52%	22,368	37%	17,116	26%	15,516	20%	10,877	12%
20～39才	19,935	40%	29,761	49%	35,936	54%	38,685	51%	43,729	49%
40～60才	3,568	7%	8,551	14%	12,502	19%	19,475	26%	29,157	33%
61才以上	126	0%	473	1%	1,051	2%	2,088	3%	4,743	5%
合計	49,348	100%	61,153	100%	66,605	100%	75,764	100%	88,506	100%

アメリカ合衆国の施設入所者の年齢は、プラウティら (Prouty 1997) の資料によるものである。

日本の施設入所者の年齢は、社会福祉施設調査による児童入所施設、入所更生施設、入

所授産施設の統計数値をアメリカ合衆国の年齢範囲に合わせて作成した。1985年、1990年、1995年については児童入所施設の入所児のうち、18歳以上の加齢児に関する年齢区分が行われているが、1975年、1981年の統計資料には18歳以上の加齢児に関する年齢区分が行われていない。そのため1975年、1981年の児童入所施設の加齢児の年齢区分については昭和60年度全国精神薄弱施設実態調査報告書（日本精神薄弱者愛護協会 1985）の統計数値による年齢区分の比率で推定値を算出した。

アメリカ合衆国の場合には、児童の入所率が極端に減少し、63歳以上の高齢者が増えている。また40～62歳の中年層がベビーブームの影響もあり増加している。

日本では、児童のグループホーム制度は現在存在しない。19歳以下の児童は、1975年の48.2%から1995年には12.3%と減少している。これらは、単に加齢による減少と思われるが、1995年でも12.3%（10,877人）の児童が依然として入所施設で生活しており、この人々への対策を講じることが必要である。

入所者の高齢化が、地域移行を困難にしていると言われるが、実際は、施設入所者のほぼ半数は、20歳から39歳までの人である。

（6）アメリカ合衆国における入所施設から地域移行に関する諸統計

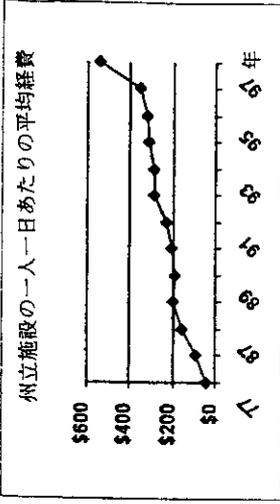
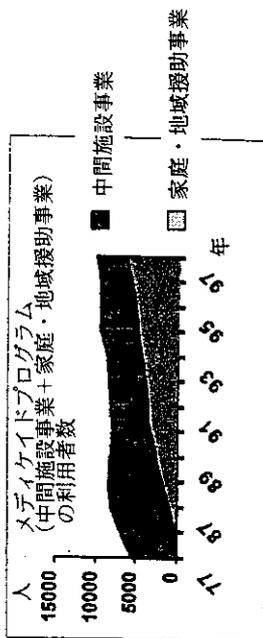
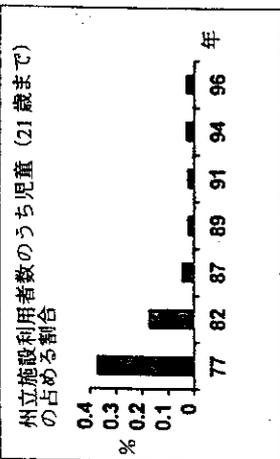
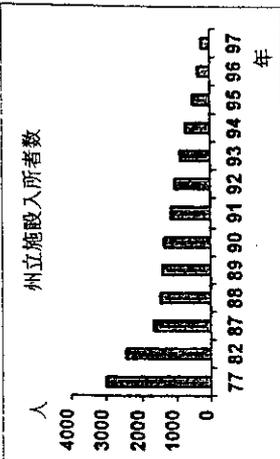
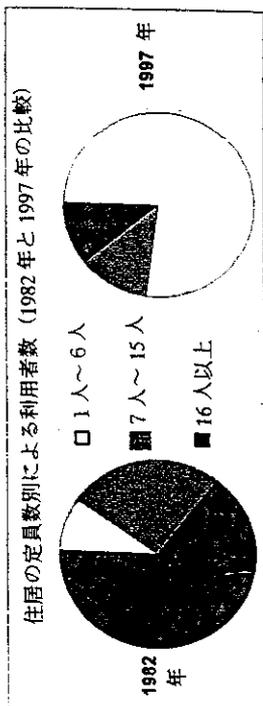
本論文では、ミネソタ大学の地域統合研究所（今年度外国人招へい事業で招へいしたチャーリー・レーキン氏は当研究所の調査研究ディレクターである）の年度報告書、「発達障害者の居住サービス：現状と傾向」（180ページ）の資料を多く用いた。報告書（1998年版）の要約は、本論文の資料1として添付した。全米を対象とした知的障害者の居住サービスに関する年度報告書は、イリノイ大学障害・人間発達学部長、デイヴィッド・ブラドック教授による「発達障害における各州の動向と国の動向」（State of States in Developmental Disabilities）がある。報告書は、入所施設から地域への移行を、特に財政的な面から明確にし、現在、1998年第5版（515ページ）が出版されている。

それぞれの統計書が前半をアメリカ合衆国全体の動向について、後半部を州毎の統計資料に当てている。各州の統計の一例として、ミネソタ大学、地域統合研究所編集の年度報告書「発達障害者の居住サービス：現状と傾向」から、ミネソタ州の統計部分を表5に示した。

ブラドックらによる「発達障害における各州の動向と国の動向」の各州統計に記されている項目は以下の通りである。1）入所施設と地域援助への財政支出（集団ケアの施設、地域のサービス、個人および家族支援）2）個人および家族支援の内訳（援護つき雇用、自分の家で支援を選択できる生活、家族支援）3）知的障害者への財政支出総額の年度別統計 4）住民1000ドルあたりの所得につき知的障害者への援助に要している支出額 5）支出の財源（州財源、連邦政府補助金）6）連邦政府からの補助金（メディケイド）の内訳（中間施設ケア事業、家庭・地域援助事業）7）連邦政府からの補助金内訳の年度別推移 8）家庭・地域援助事業の利用者数、および総経費の年度別推移 9）居住施設の種別による利用者数の年度別推移（16人以上の施設：ナーシングホーム、州立入所施設、民間施設、その他。7人～15人の居住施設：効率、民間。6人以下の施設）10）16人以上の施設入所者数の年度別推移 11）州立施設入所者の一日あたり経費 12）個人、家族支援に要する経費の年度別推移 13）作業所、援護つき就労の利用者数の年度別推移である。

表5 州別統計の一例 (ミネソタ州)

年	住居利用者数 (定員別)			合計	人口1.0万人あたりの居住サービス利用者数	州立入所施設入所者数	州立入所施設一人あたりの平均経費 (単位\$)	州立入所施設利用者数のうち児童(21歳まで)の占める割合	メドプログラム (中間施設事業) 利用者数	メドプログラム (家庭・地域援助事業) 利用者数	メドプログラム (中間施設事業) 利用者数	メドプログラム (家庭・地域援助事業) 利用者数
	1人~6人	7人~15人	16人以上									
77	286	911	1197	4985	6182	156	44	37%	5303	0	0	0
82	652	1805	2457	4612	7069	171	89	17%	6899	0	0	0
87	2627	2390	5017	3772	8789	207	158	4%	6549	1423	1423	1423
88	3483	2009	5492	3664	9156	213	195		6339	1896	1896	1896
89	3543	1949	5492	3329	8821	203	191	2%	5769	2068	2068	2068
90	3815	1874	5689	3216	8905	201	208	2%	5635	2184	2184	2184
91	4310	1853	6163	3027	9190	208	233	2%	5316	2551	2551	2551
92	5469	1852	7321	2618	9939	224	288		5202	2890	2890	2890
93	5898	1858	7756	2544	10300	232	288		5072	3408	3408	3408
94	6615	1911	8526	2163	10689	237	310	3%	4838	4385	4385	4385
95	7344	1910	9254	1793	11047	239	324		4455	4897	4897	4897
96	7896	1674	9570	1420	10890	236	355	3%	3826	5422	5422	5422
97	9140	1436	10576	1331	11907	251	541		3604	6097	6097	6097

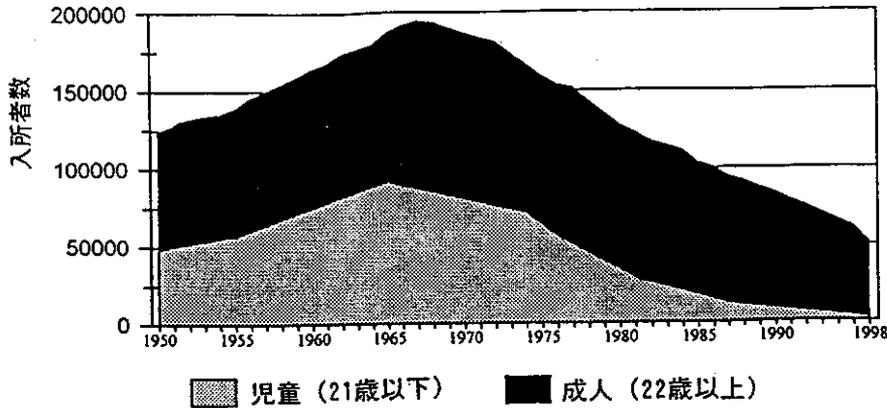


第二部 入所施設から地域移行を進めるときの諸問題

(1) 児童の施設退所

レーキンら (Lakin 1995) によると、入所施設の児童は、図8のように成人に優先して退所している。1950年の施設入所者 124,304人の内、21歳以下の精神遅滞児の入所児数

図8 州立入所施設入所者総数と児童数の推移



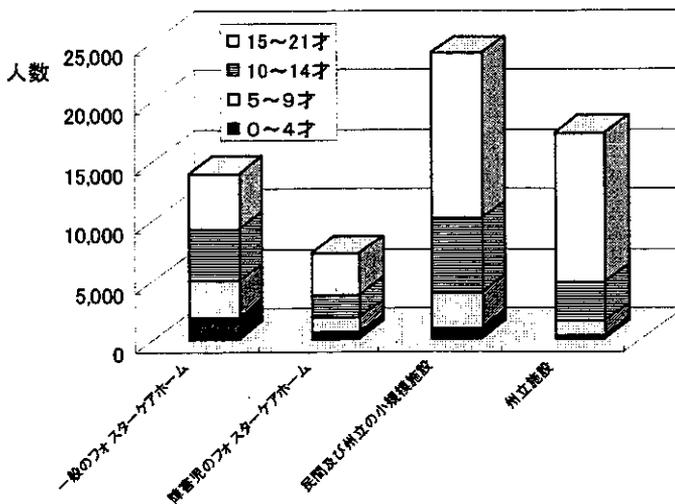
は48,554人 (38.9%)であった。その後の児童の入所数は、1965年(91,592人、48.9%)、1977年(54,130人、35.8%)、1989年(9,230人、10.6%)、1991年(6,944人、8.7%)、1

994年(4,001人、6.1%)、1996年(2,937人、5.0%)である。

レーキン (Lakin 1998) は、家族と離れて生活している精神遅滞児童数が、1977年の90,942人、1987年46,533人、1997年25,842人と減少していることをあげ、この低減には1974年以後の社会保障による給付金制度、1976年の全員就学を可能にした障害教育法それに裁判所の判決が大きな影響を及ぼしていると述べている。

裁判の判決で述べられた「制約度の少ない環境 Least Restrictive Environment」を、子どもを基準に考えると、もっとも少ないのは血縁関係のある家族であり、養子縁組をした

図9 精神遅滞児の年齢別、居住サービス状況(1986)



た家族、家族や個人が血縁関係にない障害児を一定期間預かるフォスター・ファミリー、グループホーム、地域の小規模入所施設、入所施設の順に制約度が高くなると考えられる。

家族と離れて生活している精神遅滞児の1986年の住居種別による内訳をテラー (1989) は示している (図9)。

アメリカ合衆国で最

初に州立入所施設を閉鎖したニュー・ハンプシャー州でも、児童が成人に優先してすべて退所した。

ニュー・ハンプシャー州（人口110万人）には、入所施設は一方所、1903年に60人の州立入所施設（ラコニア）が設立された。入所者数は年々増加し、1970年には1,167人となる。

入所施設の入所者への虐待、発達の退行、不衛生な環境、適切でない教育を受けていない職員、地域移行への努力の不履行、建物の安全管理の不備、治療プログラムの欠如、州の規則の無視などが、1981年の裁判で証言され施設の改革と地域移行が進められた。

州の精神遅滞局は1970年代に児童の入所を禁止し、退所して地域に戻る施策を進めたが、1978年以前には、ケースマネジメントの援助や法的な援護もなく、家族が利用できるサービスも少なく、地域内での児童の住居もフォスターホーム、グループホームが僅かにあるのみであったためにほとんどの親が子供を地域に戻すことに反対し、結局家族が引き受けられる子ども達だけが地域に戻った。

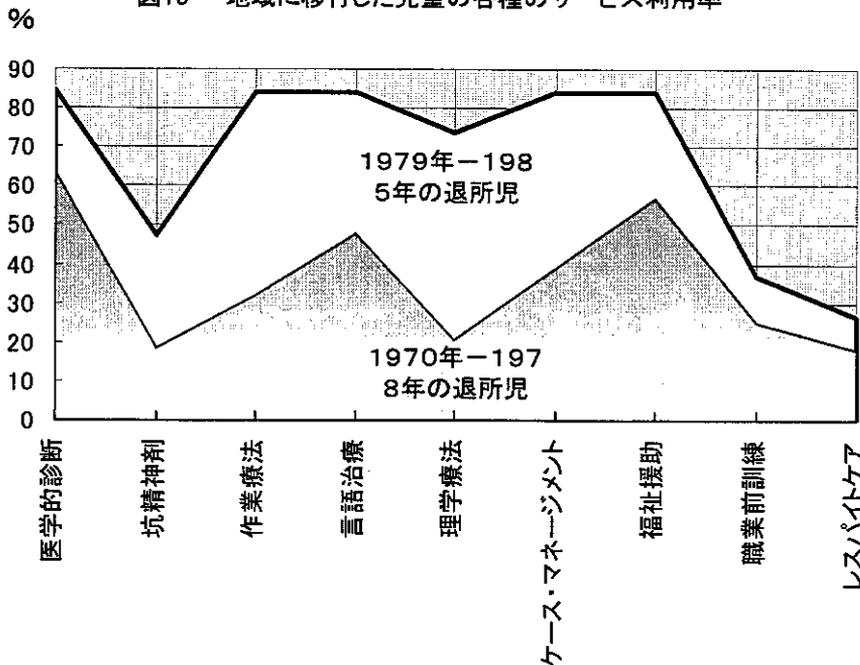
マロリィら（1987）は、1970年～1985年に退所した21歳以下の児童、170名の内、68名に対して退所先と地域のサービス体制との関係を調査した。

1978年以前の退所児と以後の退所児について退所先を比較すると、1978年以前に退所した児童のほぼ半数（46.3%）は自分の家族のもとに戻っており、グループホームが19%、フォスターホーム18%、後はその他の施設に入所した。しかし、1978年以後1985年までの退所児の退所先は、31人のうち自分の家族のもとに戻った児童は僅か3人で、その他のほとんどの児童がグループホームに入居した。同様の調査はマサチューセット州でも行われており、1970年代の中期の調査の退所先は、家庭59%、グループホーム15%、フォスターホーム21%であったが、1984年の入所児童の退所先調査では、自分の家族のもとに戻った

人は、7%と減少し、ほとんどがフォスターホーム、グループホームへ入居している。

地域に戻った児童が受けているサービスには、障害児のプール、レクリエーションとしての野外活動などに60%が参加し、移送サービス（無料）は75%が受けている。図10は退所

図10 地域に移行した児童の各種のサービス利用率



児についての地域に出てからの援助について、1979年以前と以後とを主要なものに限り比較したものである。図10を見ると、1978年以前に地域移行した児童よりも、1979年～1985年に退所した児童の方がサービスの利用数が増加している。これは、1979年以降は、より重度の児童が退所したこと、ケース・マネジメントが充実しケース・マネージャーからより多くのサービスを受けることができるようになったためである。

1970年には350人いた児童は、ある者は成人し、ある者は地域に移行したため1985年には全員が退所した。地域に移行した児童の再入所は、1981年以後まったくない。これは、1978年の特殊教育法の施行により重度の児童も学校教育が受けれるようになったこと、1981年のアメリカ合衆国連邦政府地方裁判所での判決による影響が大きい。

制約度の少ない環境を、子どもを基準に考えるともっとも少ないのは血縁関係のある家族であるが、通常の家では、子どもの側から見ると制約度は少なくとも、家族の方から見ると、特に重度の障害児の場合には経済的、社会的問題が生ずることがある。そのため、家族形態に近い養子、あるいはフォスターファミリーが重要な役割を果たすことになっている。

(2) 施設閉鎖の過程

レーキン (Lakin 1999) によれば、1960年代に入所施設からの退所が進められて以来、1998年には、1960年当時の44%にあたる153施設が閉鎖された。2000年までに6施設が閉鎖予定である。施設の閉鎖数は1992年～1995年が年平均12.3カ所ともっとも多く、以後減少している。16人以上の施設がまったくない州が9州ある一方で、13州はまったく施設の閉鎖はなく、今後も閉鎖しないことを明らかにしている。しかしながら、これらの13州でも入所施設の定員は減らしており、1994年と比較すると15%の定員減となっている。

(ニュー・ハンプシャー州における施設閉鎖の経過)

ニュー・ハンプシャー州は、1991年1月末、アメリカ合衆国で最初に施設閉鎖をした州である。

17年間ニュー・ハンプシャー州の精神遅滞局長等の立場で、施設閉鎖に関与したシャムウェイ氏はその経過を以下のように報告している。

1975年、入所施設に親の会が結成され、個人の教育計画 (IEP) を作ることで、環境を制限のもっとも少ない (LRE) 方向へ改善すること、現在の知識を駆使し、最上のサービスを行うことを目標にして改善が開始された。ラコーニア州立入所施設は1978年に告訴され、当時の入所者620人のほぼ半数、235人が地域移行すべきであるとの判決が出た。

シャムウェイは、「障害がどんなに重くても、誰もが地域で暮らせるように地域のサービスを充実する」ことを基本的な考えとして地域整備を言い続け、「施設閉鎖」という言葉は施設が閉鎖される六ヶ月前まで口にしなかった、と述べている。「施設閉鎖」という言葉を出すことで、関係者がいたずらに敵対関係に陥ることを避けたのである。

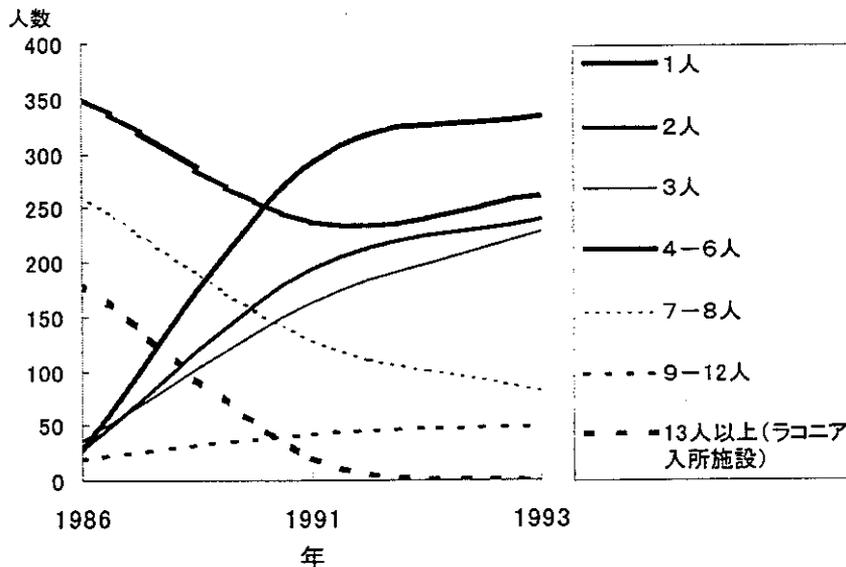
入所者数が低減し30人になり、施設全般にまたがる経費、光熱費、賃貸料、保険料、税金、その他一般管理費 (オーバーヘッド・コスト) が大幅にかかるようになった時点で、親の会と当局が話し合い、施設の閉鎖が決定された。施設入所は、最後の5年間に停止された。

施設側では、閉鎖への意識を高めるために入所者の生活の質（QOL）や、ヴォルフエンズパーガーの作成したノーマライゼーション原理にもよるヒューマンサービスの質の評価法である、「目標達成のためのサービスシステムの分析（Program Analysis of Service Systems' Implementation of Normalization Goals. PASSING）」等を用いて研修を行い、入所者を一人の個人としてその尊厳を大切にすることを学習した。

退所者が多くなるにつれて、直接介護職員や給食、建物維持の経費がかかるようになり、人数の少なくなった棟を合わせてコストを下げた。これにより、入所者が短期に二回も施設内で移動するという問題も生じた。一方で退所を進めつつ、他方では在所者の減少に伴う施設運営の問題に直面した。

各エリアで地域の住居サービス、ケースマネジメント、昼間活動サービスが実施され、地域移行が進むにつれ、グループホームの規模が徐々に小規模になった。

図11 ニュー・ハンプシャー州における入居者規模数の推移



規模による利用者数の変化を模式的に図11に示した。1986年以来、7人以上のグループホーム利用者数が減少し、3人以下のグループホーム利用者数は増加している。4人～6人のグループホーム利用者数は一時減少したが、その後

変わっていない。

援護雇用制度が開始され、知的障害者は普通の会社で普通の人と働くようになった。12地区で1,250人が早期対応のサービスを受けており、3,800家族がファミリー・サポートを受けている。各市町村にファミリー・サポートの委員会があり、職員の研修は州が指導した。

州立入所施設の閉鎖は、これらのファミリー・サポート、住居、援護つき雇用、早期対応、一般の人々への教育などの援助によって実現した。施設の中で、奇妙な行動をとっていた人々が、地域の中で生活をするうちに変わり、一人一人が成長した。調査によれば、最初は反対していた親も地域での生活が続くにつれ満足を示すようになった。ニュー・ハンプシャー州では、一人一人の能力を高めるために一人一人の必要に応じて財政的な援助をしているが、その経費は入所施設の最後の経費より安くなっている。

シャムウェイは、脱施設化の結果、1. 障害をもつ人の家族の団結が強くなり、2. 州および市町村の職員が意欲を持ち、3. 発達障害を持つ人自身が市民として成長した、と

いう。また、地域移行についての重要な視点は、地域で共に生活する事への価値を認識し信念をもち、もっとも困難な人の援助を考えての実現に向けることであると述べている。

ニュー・ハンプシャー州の地域移行の進展鎖についてブラドックは財政的な面から次のように述べている (Braddock 1998)。連邦政府の中間施設ケア事業 (ICF/MR) のニュー・ハンプシャー州の費用は1978年～1985年間に10倍になり、1985年からラコーニア州立入所施設が閉鎖される1991年の間で、中間施設ケア事業 (HCBS) は地域の諸サービスに使える家庭・地域援助事業の補助金にふり換えられた。

1982年から1983年には、地域援助への経費は倍増し、1984年には施設への経費を上まわった。それまで家庭・地域援助事業の対象となっていたファミリー・サポートに加えて、1986年に援護つき雇用が新たに補助対象として加えられると、全米の州の中で真っ先に取り入れている。

家庭・地域援助事業は、12の地区の法人で実施され、1996年には一人あたりの家庭・地域援助事業補助額は、全米4位となり、1996年には、州の知的障害者経費の3分の2 (67%) が 家庭・地域援助事業によって行われている。ファミリー・サポートの一人あたり経費は、全米7位であり、1996年には3,034家族が460万ドル (5億2900万円)、一人あたり17万4357円を得ている。

1996年には、親の家を出て生活している人の87%が6人以下の住居で生活しており、6人以上の住居で生活している知的障害者数は、ナーシングホームに入所している107人、25人の民間運営のICF/MR、7人から15人のグループホームおよび民間の中間施設ケア事業の施設の入所者90人である。

(3) 入所施設の生活と地域移行後の生活の比較

1) これまでの諸論文の結果

入所施設の生活と入所施設から地域移行後の生活を評価し、比較した研究はすでに多くの国でなされ、それらの研究のレビューも行われている。

ラーソンら (Larson 1989) は、1976年から1980年までの入所施設から地域への移行に関する50の全米の研究のうち、入所施設から地域に移行した実験群と入所施設に在住している対照群の適応行動を比較した横断的研究8研究、入所施設からの退所者を退所時および退所後に再評価した縦断的研究10研究、合計18研究による総括報告を行っている。いずれの研究も身辺自立等の多くの適応行動では地域の小規模住居に移行した人の生活により高い得点が得られていることを示した。しかしながら、問題行動の低減については、結果が多様であり、明確な傾向が見られていない。

英国ではエマースン (Emerson 1996) が入所施設から地域へ移行した知的障害者について入所施設、ホステル、グループホームの入居者のQOLについて比較している。これは、1980年～1994年の間に行われた研究、46論文を総括し、論文が対照とした総数2,350人の入所施設から地域の住まいに移行した人を対象に調べたものである。

英国では、入所施設から地域へ移行した知的障害者は、1980年までは中軽度の人が多く、1980年以後、重度の知的障害者も入所施設から地域に移行するようになった。ホステルは、移行を始める初期に、概ね25人の地域の住居として主に地方自治体によって設立された住居である。しかし、1980年代の中頃からは、より小規模の「普通の家 (An ordinary house)」

に職員と生活する形の居住形態が主流となっている。

46論文を総括した研究の結論は以下の通りである。

- * 日常生活への参加度（参加頻度あるいは参加時間）は、平均値（範囲）で見ると、グループホームでは観察時間の47.7%（8～74%）、ホステルでは24.7%（8～74%）、入所施設では13.7%（6～54%）である。
- * 職員との接触度（時間）は、グループホームでは観察時間の14.8%（5～31%）、ホステルでは9.3%（2～17%）、入所施設では4.2%（3～16%）である。
- * 地域参加（銀行、商店、映画など）の度合いを回数で見ると、グループホームに移行してから増えているという結果が66%の研究に見られたが、あまりかわらない、という結果も31%でている。
- * 適応行動については、67%の研究が入所施設から移行した人の方がよりすぐれていると報告している。
- * 問題行動（Challenging Behavior）については、入所施設から地域の住居に移行しても顕著な変化は見られていない。
- * 日常生活の活動についての選択の機会は、入所施設よりもグループホームやホステルの方が多い。
- * 家族や友人との関係は、入所施設よりグループホームに入居してからの方がより親密になっている。
- * 利用者の満足度は、入所施設から地域へ移行することによって高くなる。
- * その他、住居については入所施設よりも地域の住居の方がより普通の環境にあり、地域の住居で生活している人の方が施設入所者よりも収入を自由に使うなど、経済的に自立しており、個人の所有物についても地域の住居の方が多い。

2) 評価方法と事例

コンロイらは、施設入所時の生活と地域移行後の生活の評価を精力的に研究している。コネティカット州の調査（Conroy 1996）をとりあげ、(i) 評価方法 (ii) 実際にそれらの評価法を用いた結果（特に重度の精神遅滞者、問題行動のある精神遅滞者の場合）を見てみたい。

(i) 評価方法

コンロイらの評価は生活の質（QOL）の評価を基盤においている。生活の質の評価は、例えば、専門家は発達的な側面や行動の改善等を重視するであろうし、親は安全に気持ちよく暮らせることをなによりも期待し、知的障害のある本人自身は生活の中での自由や経済的な豊かさ、友人等を大切にするというように、評価する人によって生活の中で何が重要かという視点が異なる。そのため、評価は多次的に行われるべきものであるとコンロイは考えている。

調査では、評価内容を、①各個人についての評価 ②住環境についての評価 ③家族による評価 に分け、行動上の進歩、統合、生産性、所得、個人ハビリテーション計画、健康状態、健康への援助、服薬、発達援助に関するサービスの量と質、サービス利用者の満足度、家族・近親者の満足度、身体特性、職員の特性、サービスに要する経費を調査した。

①個人への評価

評価尺度は、1978年にカリフォルニア州政府が作成し、すでに信頼性、妥当性が確認されたものとコンロイらがフィラデルフィア州などの同様の調査研究で開発してきた尺度を組み合わせて用いている。

カリフォルニア州政府が作成した評価は、適応行動、問題行動、職業に関する行動、医療問題に分かれている。46項目からなり、運動、自立生活、コミュニケーション、社会性—感情、認知の各能力程度を総合点を0点から100点までの間で評価する。問題行動は、11項目、攻撃性、無断外出、他動性等による総合得点を100点として評価する。

医療の必要度は、24時間の医療ケアが必要である、「生死に関わる状況」が起きた場合に緊急医療が必要である、看護婦あるいは（および）医師の定期的訪問が必要である、特に医療的なケアを必要としない、という項目での評価である。

地域での統合、インクルージョンについては、（1）職員以外の障害のない人と一緒に社会的活動（映画、スーパーマーケット、銀行、レストラン、スポーツの催し、公園など）に参加した回数（項目はコンロイらが1985年に作成）（2）友人や近所の知人への訪問回数、買い物、レストラン、教会等にかけた回数（1986年にハリス世論調査で用いられたもの）を用いた。また、面接には、知的障害者本人をもっともよく知っている人に行う生活の質（QOL）質問項目（シャーロックらが1989年に作成）を用いた。

②住環境への評価

住環境の評価は、住居規模、職員、住居環境、グループホームの運営尺度、安全管理や社会的問題等についてまとめたものである。

住居規模は、入所施設での生活を共にしている人数である。

職員の態度は、「現在の仕事を好きですか」「この人（居住者）と仕事をするのが好きですか」「これまでのこの人（居住者）の進歩の度合い」を、10段階評定で尋ねている。

住居環境については、ゼルツァらが1980年に作成したものを ムースらが改良した多次元環境評価尺度を一部修正して用いた。この尺度には、住居が家庭らしい雰囲気があるか、快適なものであるかを基準に測定しており、評価者がホーム近辺の地域を歩き環境をみた後で、各部屋の清潔度、匂い、家具調度品、利用者一人一人の部屋の装飾、住居全体の快適性などについて評価する。

グループホーム運営尺度は、英国でキングらが1971年に居住施設の環境を評価するために作成し、ベラらが国際版に広めた尺度をグループホーム用に応用して用いた。10項目のすべてが、利用者中心であるか、ホーム側の管理中心であるか、の基準で運営を評価している。

またホーム全体の雰囲気、冷蔵庫・食器棚等から推測される食事のあり方、職員と利用者の関係、利用者同士の関係、利用者の成長に関する職員側の期待、ホームの改善に向けた客観的な評価の実施の有無、の6項目による評価者の主観的評価も取り入れ、10段階尺度で評価した。

③家族による評価

家族への質問は24項目からなり、サービスへの満足度（医療、レクリエーション、行動への教育、コミュニケーション、衛生、レクリエーションによる治療、移動の訓練、言語治療、摂食技能、家事技能、認知技能、理学療法、地域生活技能、感覚運動、着脱衣技能、カウンセリング、作業療法）、利用者の生活（プライバシーがあるか、住まいへの満足

度と幸福感、食事、医療、職員の移動（転職）率、職員への信頼、日中活動への満足度と幸福感）、入居者（家族）との接触回数（毎週1回以上を5点とし、全くないを1点とした5段階尺度で測定）、入居の継続に対する期待、利用者の成長についての可能性についてである。

(ii) 実際の評価

対象者は、1985年～1990年の間に退所した569人である。平均年齢47歳、73%の人々が重度の精神遅滞者（最重度44%、重度29%）である。また11%がほぼ全盲、3%が聾、車椅子使用者は30%と重複障害者も多い。24時間医療援助が必要な人が3%、「生死に関わる状況」が起こりうるために緊急医療を必要とする人が6%である。

退所先は、72%が4人以上の人々が生活するグループホームであり、22%が3人以下のホームである。日中活動の内容は、地域生活のスキルを学ぶためのプログラム33%、庇護授産25%、援護付き雇用18%、高齢者プログラム18%である。食事等を共にしている生活上の施設の規模は、入所施設が平均20.7人であり、地域の住居4.7人である。

評価の方法は、二通りの方法を用いた。

一つは、地域に移行した人々（移行者）に1985年、1990年の2回、評価を行い5年間の変化を見た。

表6 コネティカット州における地域移行者の生活の変化(1985年～1990年)

	移行者と入居者 (対照群)の比較	移行者の5年後 の比較	家族への調査
適応行動	++	++	
問題行動	0	+	
医療への必要度	0	-	
服薬の減少	0	-	
所得の増加	0	+	
日中活動の生産性	+	++	
QOLへの主観的評価	++	++	
各入居者への療育的対応	++	++	
住居(建物・家具調度品等)の適性	++	+	
地域での社会的活動への参加(統合)	++	++	
ハリス世論調査による地域統合	++		
QOL質問紙の結果	++		
ケース・マネージャーの訪問頻度	0	+	
職員の仕事への好意度	+		
職員の入居者への好意度	+		
職員から見た入居者の進歩	+		
家族が入居者を訪問する頻度	0	+	0
入居者が家族を訪問する頻度	0	+	0
家族の満足度:住居に対して			++
家族の満足度:仕事に対して			+
家族からみた幸福度:ホームでの生活			++
家族からみた幸福度:日中活動			+
家族からみた職員の働きぶりへの信頼			+

++ 非常によい方向へ変化した
+ よい方向へ変化した
0 変化なし
- よくない方向へ変化した

しかしながら、移行者が5年間によい方向に変化した結果が出ても、入所施設も5年間に改善され施設に残っている人々(施設在住者)もよい方向に変化している可能性がある。そのため、第二の方法として、年齢、適応行動、問題行動、医療の必要度がほぼ同じ条件にある人を施設在住者の中から対照群として124人選択し、移行者の5年間の変化と比較した。

表6にはその全体の結果が、対照

群との比較調査、移行者の5年後の比較評価と並べて示した。

全体として、以下に述べるように、多くの項目で移行者により方向への変化が見られた。

- * 適応行動は、移行者の得点が1985年の49.5から1990年には54.0へとなり、施設在住者と比較しても改善した。
- * 問題行動も、移行者で1985年の79.0から1990年に80.2へと改善している。しかし、入所施設でも5年間に同様の改善が見られた。
- * 緊急医療を必要とする入居者は、移行者群では5年間の間に増加し、服薬量が増えた入居者数も増加している。これは、入所施設在住者にも同じ傾向が見られ、高齢化によるものと思われる。
- * 日中活動の生産性を給与の面で見ると、移行者569人の平均給与は2.06ドルから10.02ドルへとあがった。これは、移行者のうち援護付き雇用の利用者が1.4%から17.8%に増加したためである。しかし、入所施設でも援護付き雇用を進めており、両群には差はない。移行者のうち、通常の高齢者プログラムを含む高齢者に対する活動に参加者が0.2%から15.2%へと増加し、日中活動のプログラム未参加者は、1985年には18.2%（102人）いたが1990年には1.1%へ減少し、日中活動の生産力（productivity）は入所施設在住者と比較して増加した。
- * 評定者の主観による生活の質についての評価では、6項目のいずれも施設在住者よりも移行者の方に大きな改善が見られた。
- * 家族との関係では、1985年から1990年にかけて、家族からの入居者への訪問は2.3点から2.6点へ、入居者から家族への訪問は1.8点から2.0点へ増加している。
- * グループホームの運営は、5.3点（1985年）から16.5点（1990年）へとグループホーム運営の管理センターから一人一人の入居者中心の運営へと変化している。移行者へのケース・マネージャーの訪問回数は増加したが、入所施設でも同様の変化を示した。
- * 職員の勤務に対する態度は、入所施設在住者と比較すると移行者の群では、仕事や利用者により好意的な方向へ変わっている。
- * 1985年～1990年の間に地域移行した入居者の家族で、1986年、1990年の両調査に回答した家族は、101家族であり、回答者の内訳は、母親28、兄弟姉妹24、両親23、父親12、後見人8、その他6であった。1985年には家族の半数が地域移行に反対したが、移行後のホームでの生活、あるいは日中活動についても移行後の方がよいという評価に変わっている。サービスの満足度では、1985年の入所施設在在時にも満足していたが、1990年にはさらに満足度は高くなっている。また生活への見解も移行後の生活をより高く評価し、特にプライバシーの尊重、住まいへの満足度が高くなっている。地域に移行した場合、これまで、家族は入所施設の方がより安全でいつまでもいられるが、地域の住居は永続できるのかどうか心配であるという家族の態度が研究で見られてきた。今回の調査結果では、そのような心配は家族には見られない。

コネティカット州の結果は、他州での結果と似ているが、特に日中活動、地域での統合活動に優れている結果を示した。最終的には、地域移行者は5年の間により方向へと向かったし、施設に残留している人々の生活と比較してもよい方向への変化が見られている。

コンロイらが行った他の16州の入所施設と地域に移行した人との生活の質の比較研究の結果、入所施設在居者よりも、施設から移行した人々の生活の質につねに高い評価が見られ、経費もかからないことが明らかにされた。オブライエン（ジョン・W・オブライエンら 1999）は述べている。

コンロイら（Conroy 1996）は、また、ペンシルヴァニア州の小規模住居間についての比較も行っている。ペンシルヴァニア州では、1970年代にはハウスペアレントと呼ばれた援助者が同居する形で小規模住居に対し、州の単独補助が行われた。1980年代の中期にはこの同居型はなくなり、通いの職員が交代制で勤務するようになった。これらのホームの90%は民間で運営されている。徐々に連邦政府の家庭・地域援助補助事業の補助金を用いるようになったが、これらの小規模住居の運営の規則の運用、監査は州が行っている。現在これらの住居のほとんどは3人定員である。

一方、ペンシルヴァニア州には中間施設ケア事業による8人のグループホームも運営されており、これらのホームは連邦政府の規則・監査を受ける。

コンロイは、上記の調査に類似した35の生活の質に対する評価尺度を用い、州がすすめてきた小規模ホームと連邦政府の規則で運営されるグループホームの利用者の生活を比較した。連邦政府の進めているグループホーム等の小規模住居への運営が、ペンシルヴァニア州でのその他の地域の小規模住居に比較して経費が高く、かつ生活の水準が低い結果をもたらしていることが明らかにされた。連邦政府の中間施設ケア事業は経費がかかるわりに、規則が多く、利用者の生活が制限されている、とこれまで言われていたことを実証し、調査結果に基づいて連邦政府により柔軟な運営を求めている。

（4）高齢者の住居と地域参加

アンダーソンら（Anderson 1992）は、精神遅滞者の高齢化が健常者よりも早まる可能性、入所施設の死亡率が1977年の1.94%から1986年には1.32%に低下していることから今後の高齢化対策、特に高齢者の居住サービスの検討を行っている。

1987年の発達障害援助法では、精神遅滞のある高齢者に対し、精神遅滞をもつ高齢者は

a. 一般の市民と同じ地域社会資源を使い、b. 地域活動に参加し、c. 地域の中で一般の住宅に住み、d. 一般の人とふれあう、ことを勧告している。

アメリカ合衆国の居住施設利用者のうち63歳以上の高齢者のしめる割合は、1977年には3.9%（9,470人）であったが、1982年には4.9%（11,950人）に増加している。1982年の11,950人のうち75歳以上の人は2,175人で、75歳以上の高齢者は、居住施設種別でみるとグループホーム（15人以下）や民間入所施設よりもフォスターホーム（通常の家で同居）に多い。知的障害程度は、全国的には、軽度、中度、重度、最重度の人がほぼ同率であるが、州立入所施設入居者の重度、最重度の利用者の率は67%で、他の3種の施設の利用者の比率（30%）よりもはるかに高い。トイレの自立、自力歩行（3メートル）ができる高齢者は全国平均で61%、70%であるが、州立入所施設では56%、62%と低い。

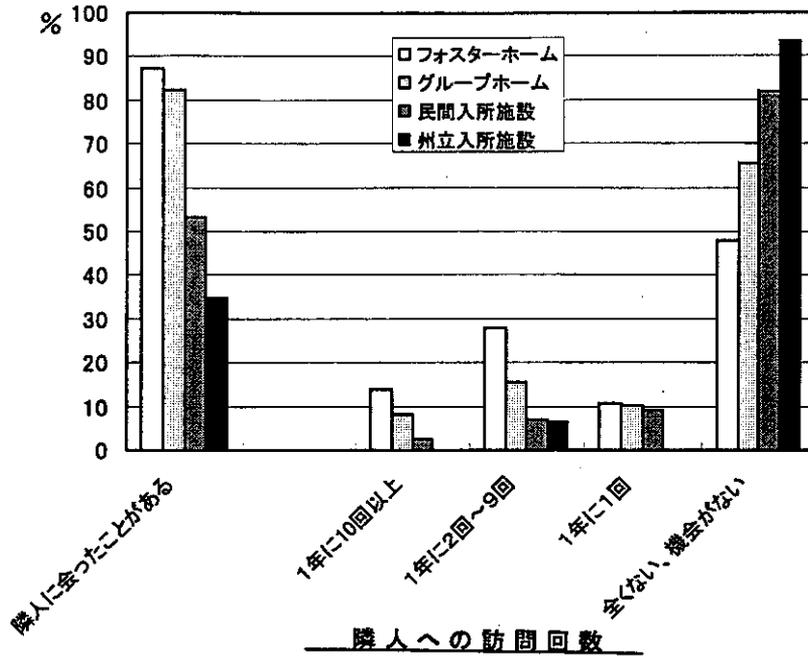
アンダーソンら（Anderson 1992）は、高齢者の住居と社会の統合についての調査研究を実施した。

対象としたのは、全国調査からの標本を抽出し、フォスターホーム、15人以下のグループホーム、16人以上の民間、州立入所施設で生活している370カ所の住居に生活する370人

である。

調査での結果は、地域でのふつうの人々との交渉がきわめて低いことが明らかになった。ほぼ半数の人が隣人にまったく会ったことがなく、隣人の家を訪問したことがある人は

図12 精神遅滞高齢者の隣人との関係



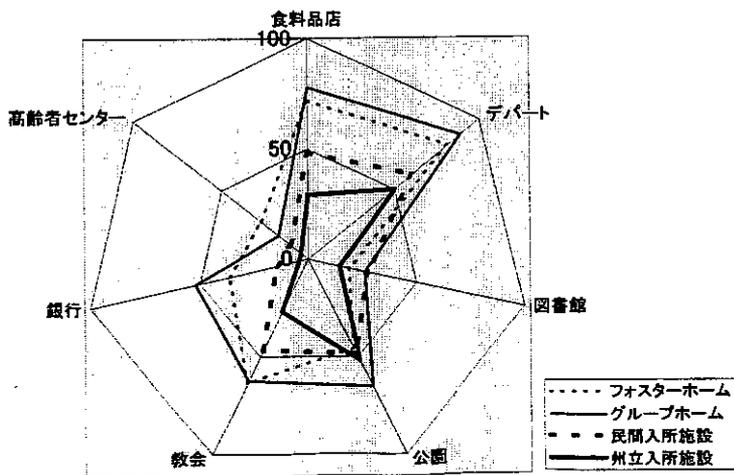
14%である。28%の人は隣人が遠くにいるため距離的に訪問できない環境にいる。53%の人は、友人がないか、友人を訪問したことがない。友人のほとんどは、同じ住居の利用者である。31%の人が、職員以外の障害のない人と定期的に会っている。家族からの訪問をまったく受けていない人が半数（この内の半数は家族がいない）、月1回以上の訪問を受ける人が14%である。地域の社会資源の利用を

少なくとも月に一回利用するのは、デパートと公園である。家事にまったく参加していない人が半数をしめる。

このような状況は、図12に見られるように居住施設の種類と大きく関係している。

フォスターホーム、グループホームの利用者は隣人を訪問したり、隣人から招待を受けたり、地域に友人のある人もいるが、州立入所施設の利用者は社会的な交渉がもっともすくなく、現場の職員から見て60%の人が友人がいない。

図13 高齢精神遅滞者の地域社会資源利用率(%) (月1回以上)



また、フォスターホーム、グループホームの利用者は、デパート、食料品店、教会、銀行等に行くが、州立入所施設の利用者は図13に見られるように参加が少ない。

グループホームは、15人以下。民間、州立入所施設は16人以上の施設である。

このような住居の種別で差がでるのは、州立入所施設には障害の重度、最重度の人が多いためでもあるが、統計的にこの要因を除いても、同様の傾向は見られている。また、63才以下の精神遅滞者と比較すると、高齢者は若い精神遅滞者よりも身の自立度や移動能力が高いにも関わらず、友人や隣人の訪問、地域社会資源の利用度が高齢者には低い、という結果が見られた。

高齢知的障害者ナーシングホームからの地域移行については、ヘラーら (Heller 1998) の研究がある。

第一部で述べたナーシングホームの法律改正 (1987年) により、ナーシングホームの知的障害者50,606人のうち、ほぼ4分の1が1997年には地域へ移行した。知的障害者、特に高齢者の場合、入所施設から地域移行するときの「移行による心理的外傷」ともいえるべき問題がこれまで取り上げられてきた。1970年代までの研究では、移行による外傷経験が見られるという研究が多かったが、最近の研究は、移行後、短期間はストレス状況が見られるが、それは環境改善によって快復し長期的にはよい適応を示す、という研究が多く見られている。高齢者の移行については、移行後死亡率が高いという報告もあれば、重症心身障害の人でもグループホームに移行し、適応機能に改善が見られたという報告もある。

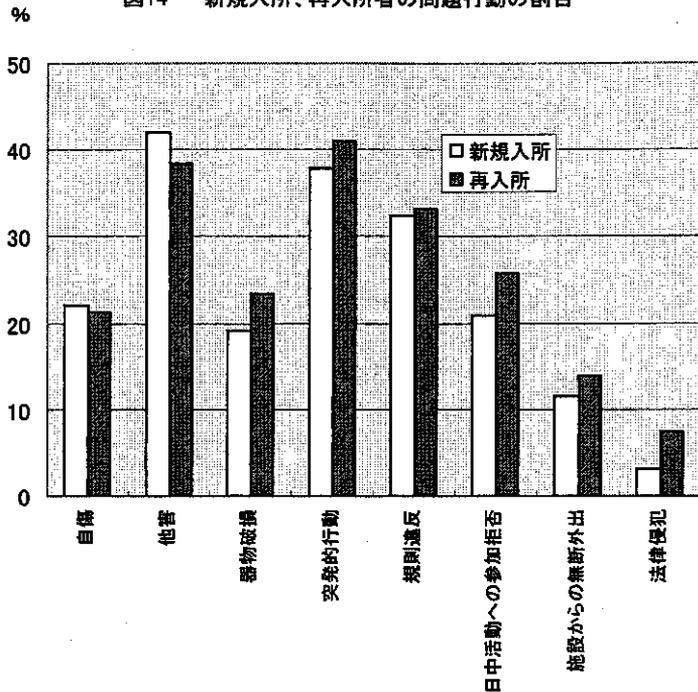
ヘラーらはナーシングホームの在住者 (165人) と移行者 (67人) の3年後の比較を行った。移行者の69%は、重度・最重度の知的障害があり、半数は脳性まひかてんかんがある (あるいは重複している)。「24時間医療」の必要性はないが、障害の重度のためにこれまで地域移行が困難で施設に残留していた人々である。移行者67人のうち、70%は1人から8人までの規模の住居へ、30%は8人以上の中間施設ケア事業を受けている施設へ移行した。移行の影響度を見る指標として、移行前後の健康状況、地域生活状況、本人の満足度を調査した。健康については、移行者は上昇し、ナーシングホーム在住者は施設が24時間の医療体制であるにもかかわらず下降した。身体移動は移行者に改善が見られ、施設在住者には変化は見られなかった。移行者が改善した理由には、ベットから車椅子で移動することや移動の補助機器を使用していることに依る。適応行動は移行者で上昇した。重症心身障害者の地域移行者にも適応行動が上昇したとの報告もなされている。地域の人々とのふれあいは、移行者の方が改善したが、全体的に低いレベルである。地域での参加活動は、家族や友人と会うこと、映画、買い物、レストランなどへの外出は月に1~3回が多い。買い物に行くことが最も多く、週1回となっている。日中の活動プログラムは、両群とも増え、移行群では週14時間から28時間へ、施設在住群では12時間から21時間へ増えている。月給も増えているが、移行者で3ドルから14ドル、施設在住者は1ドルから3ドルと少ない。軽度の知的障害者に対する満足度については、移行者に高かった。

(5) 問題行動 - 施設内の治療か、地域の現場での援助か -

入所施設から地域へ移行するときに、移行の困難な事例として問題行動のある人がとりあげられる。また、入所施設は問題行動のある人々には必要ではないか、という意見もある。

アメリカ合衆国では、1970年代、入所施設からの退所が進められる中、地域に適応できずに再入所する人が増えてきた。

図14 新規入所、再入所者の問題行動の割合



再入所の入所理由のもっとも多いものが問題行動である。図14は、レーキンら (Lakin 1983) の調査 (1977年から1978年) で示された新規入所者と再入所者の問題行動の比率である。

入所施設から地域へ、という脱施設化の運動が進むにつれて、これまで問題行動のある知的障害者を受け入れてきた入所施設に、地域でおこる問題行動に対応する機能が要望され、そのための施策がとられることになった。

この施策のこれまでの考え方には、二通りの方法が

見られる。一つは、入所施設の中で治療的な対応を図ろうとするものであり、もう一つは、問題行動が実際に起こっている家庭、職場、学校で対応するものである。

入所施設から地域移行の過程で生ずる問題行動を、1) 入所施設の中で治療することの問題 2) 入所施設が行っている問題行動への対策 3) 入所施設が行っている施設内での治療と地域の現場にでかける治療との比較、の3点から考えてみたい。

1) 入所施設の中で治療することの問題

英国では、問題行動に対して家庭や学校などの問題行動が起こっている現場に問題行動対応のチームが出かけ、地域の職員と一緒に対応している事例が多く報告されるようになった。それらの計画に初期より携わっているエマーソン (Emerson 1987) は、従来の入所施設内での問題行動の対応に対して次のような批判を行っている。

(i) 問題行動は、問題行動が起こっている特定の環境に対して、本人が自分の要求を伝えることと深く関係している。そのため、他の環境でその人の問題行動が解決したとしても、問題行動が起こった環境に戻された場合、その環境が改善されていなければ再発する可能性がある。そのため問題行動は「それが起こっている環境で対応するのがもっともよい」。

(ii) 治療棟を施設内で作って対応する場合には、施設内でのさまざまな問題行動をもった他の入所者や一般の入所者と集団で対応しなければならない状況がおこる。このような環境では、職員にとっても入所者にとっても状況の予測が困難になり、利用者に集中して援助することが困難になる。問題行動をもつ多くの利用者が同じ治療室で対応できるように考えると、治療室はふつうの生活環境とかけ離れたがらんとした感じの部屋になる。ま

た、入所施設の治療棟に来ることによって家族との接触が限定される。

(iii) 問題行動のある人を地域から入所施設の治療棟に連れてくることは、地域の中で問題行動への対応を考え、実践する力を弱める。地域のスタッフは、利用者に問題行動が生じた場合、入所施設でやってもらうのか、自分のところで出来るようにするのか、がはっきりしないために中途半端な対応をとりやすい。また、比較的軽度の問題行動を示す利用者にも、入所施設の治療棟に行けばよい、という安易な考えに陥りやすい。

2) 入所施設内治療棟での短期入所による対応

マギー (Maguire 1982) は、入所、再入所の目的のもっとも多い理由は問題行動である。しかし、入所施設で受け入れるものの必ずしも問題行動の改善に成功しない。その理由として、エマーソンと同様に以下のようなことをあげられている。

(i) 入所施設の業務は多様で、量も多く、医療、管理者、専門家等の指導体制側で問題行動への計画をたてても、現場職員は時間的に追われるために、特定の個人に集中して行う意欲を引き出せない。(ii) 現場の介護職員には、問題行動に対応するだけの知識もなく行動的な治療の手続きをきちんと行うことができない。(iii) かなり重度の問題行動がある人の場合、対応が難しく、時間的にも内容的にも職員へのストレスが高まる (iv) 問題行動に対してよい変化が生じたときに、改善された行動をそのまま持ち続けるための環境調整ができない (v) 行動への対応・治療が外的な行動の変化で終わることがある。
(脚注1)

このような状況の反省として、入所施設には問題行動に対応する新たな以下の3方法が行われている。

- a. 入所施設内の治療棟で問題行動に対応する。(以下、施設内治療棟と略記)
- b. 問題行動の対応を他の専門団体に委託する(同、他団体への委託)
- c. 入所施設内で問題行動専門チームを作り、地域に出かけ、問題行動を起こしている利用者の治療をすると共に職員にも教育する(同、チームによる現場治療)

マギーらは、入所施設への問題行動への対策について、上記の3方法の相違を明らかにするための調査を実施した。147カ所の入所施設から回答があり、そのうち問題行動の専門的な対応の必要性については86%の施設が必要と感じていた。3方法については、68%が上記の対応方法のいずれかの対応を実際に行っていると回答した。実際に問題行動への専門的対応をしている入所施設のうち、39%は上記の方法の一つだけで対応しており、27%の施設は2つの方法を併用して対応している。全体としては、入所施設内での治療対応棟が52%でもっとも多く、専門チームでの対応が32%、外部団体への委託が15%であった。

対応方法によって成功率が異なり、a. 施設内治療棟と c. チームによる現場治療は成功率が高いが、b. 他団体への委託は低い。外部への委託の成功率が低い理由としては、対応するスタッフ、環境が利用者のもとの環境と異なり、場所も遠くなる傾向にあり、より般化が困難になるためと考えられる。

(脚注1) アメリカ合衆国では、通常、直接援助(介護)職員といわゆる専門職(心理、ソーシャルワーカー)との勤務態勢が日本と異なり、プログラム作成は後者を中心に行われ、直接介護職員はそのプログラムの指導を受けながら実施するというように、分担する傾向が強い。この点は、直接援助に当たる職員がプログラムを作成し、実施する日本と異なっている。

ヴァージニア州の入所施設内での問題行動治療棟の活動が、フィズラ (Fidura 1987) によって紹介されている。治療棟では、男女各 9 人の利用者が宿泊できる。常勤職は直接介護職員 31 人、プログラム作成職員 7 人 (医師、心理、看護婦、教師、特別活動助手、ソーシャルワーカー 2 人)、管理職員 5 人 (棟主任、秘書、指導監督者 3 人) 精神科医、栄養士は非常勤である。

治療棟の目的は、1) 問題行動をもつ人が精神病院や入所施設に入所せずに、地域での生活が継続できるように、「地域の問題行動対応センター」としての治療を行う。2) 治療の終了後、地域のスタッフに対して治療後の引継をかねて問題行動への対応を指導する。入所から退所までの経路は以下の通りである。

- (i) 地域の地域援助サービスセンターのケース・マネージャーから紹介。
- (ii) 問題行動特別棟の職員がチームで本人の家に訪問する。
- (iii) 評価を中心にする場合は 30 日、治療を実施するときは 90 日までとする。
- (iv) 治療終了後は、地域援助サービスセンターが引き継ぐ。
- (v) 治療が終了してから、家族と地域の職員への訓練を 2 日行う。
- (vi) 治療終了後、24 時間体制で、電話による相談を受ける。
- (vii) 治療終了後、ケース・マネージャーが 1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月後に評価する。

治療の方法は、利用者の適応行動を増大しつつ、問題行動に対しては行動分析の手法により低減する。問題行動の評価は、施設の治療棟に入る前に家族と地域の担当現場職員がそれぞれの問題行動に対して問題行動の頻度で評価する。

治療棟での治療の結果、利用者の 75% が改善を示した。

6 ヶ月後のケース・マネージャーの評価では、利用者 26 人のうち、2 人が地域での適切な住居が見つからないために施設に入所した。また、治療後、地域の住居に住んだものの結局入所施設に移行した人が 5 人いた。5 人の地域内での住居は 3 人が親との同居、2 人はグループホーム、フォスターホームであった。

治療効果の評価は、治療棟内での時点では高かったが、治療終了後、地域に出てからのフォローアップでは下がっている。治療棟では地域の援助スタッフの対応を集中的に行ってきたにもかかわらず、治療棟から地域へ移行という過程での問題が見られた。地域に戻ってからの治療効果の定着には、地域のスタッフ意欲が重要な鍵となると述べている。

3) 入所施設内での短期入所による治療と地域の現場にでかけて対応する治療との比較
フィズラ (1987) らの事例は、入所施設内での治療棟で治療を行うときに、地域スタッフとの連携を相当に行っても、治療棟から地域へ移行する時の問題がおこることを指摘している。

ルドルフら (Rudolph 1998) は、入所施設で行っている問題行動対応の「特別援助チーム」が、治療棟で行った場合と、地域に出かけて援助した場合との治療効果と経費の比較を行っている。

研究が実施されたミネソタ州は、発達障害者を入所施設に収容しない方向での施策を進めており、州全体の施設入所者数は 1990 年 1,337 人から 1996 年には 346 人に減少している (表 5 参照)。しかし、この間にも、毎年平均 122 人が入所しており、その 77% は、問題行動に関連して緊急対応を必要とした 90 日以下の短期入所であった。