

特別援助チームは入所施設のサービスセンターに設置され、管轄地域は、ミネアポリス近郊の5郡である。チームの主たる目的は、地域で問題行動の解決を行い施設入所を防止すること、治療を入所施設でかかる経費以下で行うことの2点である。

「特別援助チーム」の問題行動の解決は2通りの方法がある。1つは、特別援助チームが家庭、仕事場、学校その他の場所に出かけて対応する（以下「チームによる現場対応」）もの。2つ目は、入所施設内の特別治療棟で90日以内ショートステイを行い対応する（以下「施設内ショートステイ対応」）ものである。

「特別援助チーム」の構成員は、精神保健に通暁している所長、行動分析者2人、精神科の看護婦1人、ソーシャルワーカー1人、非常勤の精神科医、臨床心理学士、それに経験のある直接援助者数人である。問題行動への対応は、学際的評価を行い、嫌悪刺激を用いずに、問題行動をおこす環境要因に対して医学的、精神病的、心理的あるいはコミュニケーション等の見地から対応した。

「チームによる現場対応」の場合は、問題行動への環境要因の機能分析、技術援助、直接介護職員の訓練、訪問チームの訓練を受けた直接援助職員による一時的な家庭でのサポートを行う。

「施設内ショートステイ対応」では、本人にとって適切な環境、人間関係、支援を行い、特別棟で治療を行う。その間、本人、家族、地域で援助していた法人等のサービス提供団体のスタッフとこれまでの対応の見直し、および今後の長期的な方針について援助チームとどうする。「施設内ショートステイ対応」は、24時間体制で、昼間の職員比率の最低基準は、職員対利用者が2:4、特別棟の職員はプログラム担当のコーディネーターが2人、居住職員5人、夜間勤務職員2人である。特別棟では、一度に4人の利用者まで対応し、利用者は特別棟から通常通り、学校や作業所に通った。

地域からのケースの紹介はケース・マネージャーが行い、特別棟および治療の経費はメディケイドと州、市町村の補助費、利用者側の経費は無料である。

治療は、評価、訓練、フォローアップの過程を経る。評価は、家庭や仕事場で、本人、家族、関係施設の職員に対して実施した。訓練の基本的な態度は、適応的な行動ををのばしつつ問題行動の低減を行うことで、同時に住居、職員、同居人などの環境調整も行った。

評価方法は以下の通りである。

(i) 親およびケース・マネージャーの満足度

親およびケース・マネージャーが、申し込みの段階から、評価、用いた治療方法、特別援助チームの職員、フォローアップの手続き、治療全体の満足度について5段階評定を行った。

(ii) コスト

特別援助チームによる援助がないとした場合、予想される諸経費（州立入所施設に入所、他の地域の居住サービスの利用、精神病院に入院等を想定し、その間のケース・マネジメント、ディサービス、問題行動への対応に要する経費等）を算出し、特別援助チームで実際に要した経費と比較した。

「特別援助チーム」が1993年4月から1994年12月までに受けたサービス利用者数は76人であった。主たる問題行動の内訳は、身体による他者への攻撃71人、言葉による他者への攻撃50人、器物破損26人、自傷行動21人、指示への拒否13人、無断外出12人、窃盗10人で

あった。76人中、75人が精神遅滞で、軽度51%、中度29%、重度18%である。82%は分裂病等の精神障害の診断を受けていた。年齢は、8歳から67歳（17歳以下が4分の1）で、州立入所施設に居住経験のある人は、「施設内ショートステイ対応」に参加した利用者では37.5%、家庭内「チームによる現場対応」では28.6%であった。

1993年に利用した25人の内、24人に対する1年後のフォローアップ調査の結果は、「チームによる現場対応」を実施し家庭に在宅していた人は58%、「ショートステイ対応」を実施し家庭に在宅していた人は25%である。他は地域の住居に入居し、州立入所施設に入所したのは1人であった。

親とケース・マネージャーによる評価は、親の56%はとても満足、と回答し、ケース・マネージャーの評価では46ケース・マネージャーのうち、29人が大変満足している、17人が満足していると回答した。ケース・マネージャーの意見には、地域の親、現場職員、専門家の意見をとりあげて対応した点は評価するが、申し込みから治療開始までの期間が長すぎる、ショートステイ対応の90日間は、もとの場所に戻れずに新たな居住サービスを考えなければならない利用者には短すぎる等の問題も提起された。

経費については、特別援助チームがない場合の、推定経費は722,000ドルである。実際の特別援助チームの経費は、435,148ドルであり、これまでの入所施設に入所したときの対応と比較して、287,172ドル安く行われることがわかった。

この研究では、「チームによる現場対応」も「施設内ショートステイ対応」でも、より安い経費で効果的に問題行動に対応できることを示した。特に、「チームによる現場対応」は、経費が低く、現在の住まいで日中活動を継続しながら対応できる。

プログラムを実施した初期には、「施設内ショートステイ対応」の申し込みが、「チームによる現場対応」よりも25%以上多く見られた。この理由は、利用者が特別対応チームをそれまで州立入所施設で行っていた緊急対応と同じものと思いこんでいたこと、また、ケース・マネージャーが、一人あたりのケース数60ケース～100ケースという状況で問題行動をもつ人を家庭で対応することに協力することが大変であると思ったこととケース・マネージャー自身が家庭内での問題行動への対応になれていないことのために「チームによる現場対応」を敬遠したためである。

最終的には、「チームによる現場対応」が35ケース、ショートステイ対応が20ケースとなったが、これは、「チームによる現場対応」によって利用者が家庭で生活できることが徐々に証明されてきたこと、およびこの制度を郡や民間のケース・マネージャーに売り込み、問題行動に対して早期対応（問題行動がなぜ起こるかを評価し、その人を中心に置いた計画を作成し、環境調整を行い、ケアをする人と知的障害者の関係を現場で変えていく）が重要であることが理解された結果である。

「特別援助チーム」は、問題行動に対して予防的な対応することで、それまでは緊急避難的に入所施設に来所しそのまま入所する可能性の高かったケースに対し、入所せずに対応することを可能にした。「訪問による問題行動への対応」では、チームが問題行動に直接対応するよりも、その本人の周りに援助する人々（ケース・マネージャーやサービス提供団体職員や親）のネットワークを作り、家庭と仕事の場でみんなで問題行動が対応できるようにする方向に持っていくことがその重要な役割となった。

「施設内ショートステイ対応」の期間は、一応30日ということで始められたが、実際に

は平均79日かかっている。個人への対応は30日である程度、終了しても、自分の家に戻る
ことへの不安や地域での新しい居住サービスの対応ができないために滞在が延びるのであ
る。必要以上にショートステイの施設に滞在し、待機者が利用できない結果になる。この
ようなショートステイ対応の難点からも、「チームによる現場対応」の方をよりよい対応
と考えられる。

この特別援助チームの方法は、現在ミネソタ州全体に広げる方向で進められている。

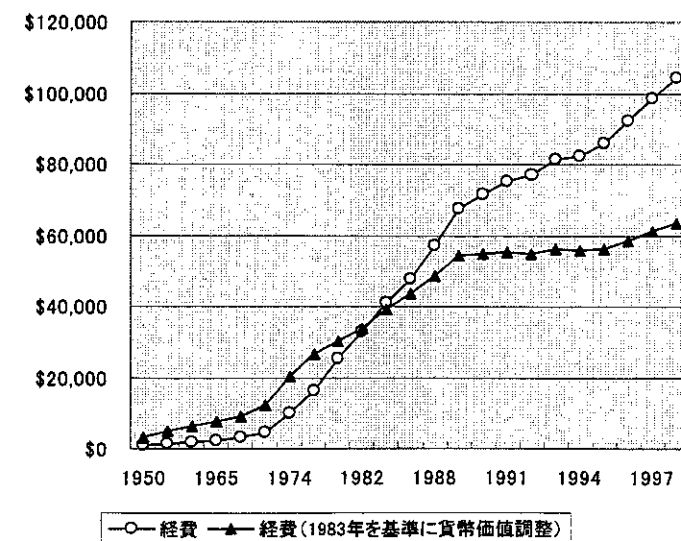
(6) コスト

キャンプベルら (Campbell 1995) は、これまでのコストの研究に共通してみられる傾向
を次のようにあげている。1) 地域差の要件については、州の補助金による差がある。同
一の州では大都市部の方が高い。2) 施設の規模および運営団体 (公立、民間) につい
ては、施設規模が大きくなると管理部門等の経費も要するためコストが高くなる。また、公
立施設はコストが高い。これらの相乗効果で、州立入所施設は一般に地域の小規模同居よ
りもコストが高くなっている。3) 利用者については、医療の必要度、問題行動への援助
度が高いほどコストはあがり、適応行動が良い人ほどコストがかからない。その他、コス
トと規模はU字型の関係にあり、民間援助団体でも規模が大きいところと小さいところが
コストが高く、その昼間に位置する中小規模の団体ももっともコストがかからない、フォ
スターホームは規制が緩やかで家族が対応するためにグループホームよりもコストがかか
らないなどの報告もある。

1) 州立入所施設入所者のコストの変移

州立入所施設の一人あたりの年間経費は、1950年には年745.60ドルであった。1950年以
来の消費者物価指数の影響を考慮し、1983年の貨幣価値に調整して計算しても、1998年の

図15 州立施設入所者の一人あたりの平均年間経費



一人あたりの年間経費63,358.49ドルは、実に19倍以上
になっている (図15)。

経費が高くなったのは、
一つは入所者が退所するに
つれて重度の知的障害者が
多くなったためである。194
0年には、入所者のうち、境
界線、軽度、中度を含めた
知的障害者は65%、最重度
の障害者は16%であった。1
964年には、それぞれ40%、
27%となり、1998年には16.
8%、63.7%になる。1998年
の比率は1980年代後半から

ほぼ同じである。入所者の重度化のため、入所者に対する職員数の比率が高くなり、専門
職員が増員された。

1971年の中間施設ケア事業により、それまでは州が単独で運営していた州立入所施設に

連邦政府が50%～80%の補助をすることになったこと、裁判での判決により職員の質の向上、治療プログラムの増加、住居環境の改善、入所者の地域移行が求められたことも一人あたりの経費を高める要因となった。

1990年代になると、一人あたりの経費の増額は緩やかになる。1990年から1998年まで15.4%、年平均1.9%の増加である。1980年代の年平均8.8%と比較すると低くなっている。これは、職員比率、職員の質、治療プログラム、環境などが整備された上に、施設閉鎖等が行われ施設の維持経費などが少なくなったためである。

2) 地域移行者と施設在籍者とのコスト比較

入所施設の経費と地域で生活する時の経費とどちらが高いか、という研究は多く行われている。

ジョーンズ (Jones 1984) は、ペンシルヴァニア州のペンハースト入所施設の入所者と退所し地域の住居で生活している人の生活上の経費を比較している。

ペンハースト入所施設は、1978年に1,155人の入所者を全員地域移行させる判決が出された。1983年には入所者数は900人に減少し、その85%が重度・最重度の精神遅滞者である。

研究の対象とした地域の小規模住居は、平均入居者数3.2人であり、職員数は、平常勤務時は2人、夜間は1人、昼間入居者が学校や仕事に出ているときは1人以下である。

調査は、入所施設在籍者70人と地域移行者70人を比較した。比較内容は、適応行動の変化および経費である。

適応行動の調査は、1回目を1978年に入所施設に在所していた140人に行い、移行後、1980年に地域移行者70人(実験群)と在籍者70人(対照群)に2回目の調査を行った。両群の性、遅滞程度、年齢、施設在籍年数、身辺自立度、IQを同等の条件にした。

コストは、1980年から1981年の1年間に要した住居費、日中の活動費、年金・手当等の公的援助費、ケース・マネジメント経費、医療費、その他について算出した。

地域の小規模住居のコストは、運営法人、学校、作業所等で調査し、ケース・マネジメントの経費は、地域の小規模住居利用者と施設入所者に要したケース・マネジメントの時間を算出し、ケース・マネジメントに要した総費用をそれらの比率でわりあて算出した。

州立入所施設のコストは、メデイケイドの費用に住居費、日中活動費が含まれている。

適応行動尺度の得点は、1978年の1回目は両群に差はないが、2年後は、地域移行者の方が適応行動の得点が高く出た。

年間一人分のコストは、地域移行者40,284ドル、施設入所者47,170ドルであった。これらのコストに関係する要因には、適応行動が高い人ほどコストは下がり、問題行動が多いほどコストがかかっている。また、日中活動は職員比率が少ないために、日中活動にでかけない場合と比較し職員経費がかからず、日中活動の時間が多いほどコストは少なくなっている。

(7) 今後の方向 - 自分の家をもつ -

アメリカ合衆国では、数千人の大規模施設から、1980年代には十数人の地域の住居に、

さらに四人以下のより小さな住居に移行してきた。その後1990年代に「自分の家で支援を選択できる生活」(Supported Living 又は Supportive Living: 本論文では「自分の家で支援を選択できる生活」と訳した)の考えが出てきている。

「自分の家で支援を選択できる生活」の概念は、必ずしもはっきりと定義されてはいないが、レーキン (Lakin 1994)は、仕事から帰ってきて、ほっとくつろぎ、自分のしたいことを、自分の好きな時に、好きな人とできる、より「僕の家」という感じに近い、一人一人の要求にもっと応える家を目指していると述べ、これまでの「自分の家で支援を選択できる生活」の概念を次のようにまとめている。

- * だれでも自分の家をもつこと
- * 住宅への補助金と他のサービスの補助金が分けられていること
- * 入居者の好きなことやその人の生き方に応じたサービスができること
- * 家族や、地域の人々や友人による自発的なふつうの援助がなされ、育っていくこと
- * どのようなサービスを、誰から受けるかを利用者が選択できること
- * サービスが、いろいろな方法で、いろいろな場所で、用意されること
- * サービス提供団体は、サービスを提供するときに、押しつけることなく、利用者を尊重して行うこと
- * サービスは一括払いではなく、各サービスにかかる経費が入居者に明らかにされていること

このような定義で、「自分の家で支援を選択できる生活」をしている人は、1991年に全米で28,000人と推定している。

ブラドック (Braddock 1998) は、「自分の家で支援を選択できる生活」の定義を、

- * 知的障害者自身が家、および一緒に生活する人を選ぶ
- * 家の所有が、法人等のサービス提供団体以外のもの(個人、家族、集団購入など)である。
- * 利用者は、各自のサポート計画をたてており、その計画はその人のニーズが変わるとともに変更される。

とし、1996年には、全米の43州、45,172人が、「自分の家で支援を選択できる生活」による事業の援助を受けていると述べている。

ラシーノら (Rachino 1993) は、より鮮明に「自分の家をもつ」ことを強調している。

グループホームやアパートでの家を法人等のサービス提供者が所有あるいは運営する場合の問題として以下の8項目の問題をあげている。

- * サービス提供者が家を所有したり、借りている場合、そこに暮らす利用者はサービス提供者が運営する家のお客さんになる。
- * 法人等が運営する場合、政府からの認可が必要となるが、認可によってその家のいろいろな決定が、そこに住んでいない人によって決定されることになる。
- * 法人が職員を雇用し、監督し、評価する。利用者ではない。法人と職員間の雇用条件が「利用者と職員の関係」を左右する。
- * ホームに必要な職員数は、ホームの利用者全員で何人、という計算になりやすく、利用者一人一人のニーズに対応しない。ある利用者が、ホームで定められた

以上のニーズを持つと、そのホームではその人を扱えないことになる。

- * 住むこととサービスが一体となっているため、「このようなサービスを受ける人はこのホームに入居する」という形式で運営されやすい。
- * 補助金は、ホームにつく。利用者一人一人に補助金がつかないため、その人が違うホームに移るときにそれまでの補助金をもって移動することができない。
- * 利用者の生活・援助プログラムに対して補助金がつくのではない。そのため、補助金は補助金で全体の運営に使われ、個人生活・援助プログラムは補助金と分離して行われる。
- * 「24時間職員のケアが必要ホーム」、「その必要がないホーム」等の個人のニーズよりも、ホーム単位での分類化がおこる。

このために、ラシーノらが必要としているのは次のような援助である。

- * 居住サービスを利用者を中心に考える
- * 住居と支援サービスを分ける。どこに住んでも、同じような支援が受けられるようにする
- * 住居、住居の場所、一緒に暮らす人を選択できるようにする
- * 知的障害者本人が望むのであれば、家を所有し、借りれる機会をつくる
- * 一人一人に応じた、融通性のある援助を行う
- * 利用者をよく知った人々による評価を行う
- * ふつうの地域の人々による援助を行う
- * サービス提供者を利用者が選択する

これらの考え方に共通している点は、利用者本人が主体的に考えるべきものとしている点である。利用者をいろいろなサービスが用意されているグループホーム等の「現在用意されている住居」の枠に合わせるのではなく、それぞれの人の要求に応じて、支援を作り上げていく。

連邦政府は、1990年～1995年の間、3人以下で生活する「自分の家で支援を選択できる生活」のモデル事業（Community Supported living Arrangement Services）を8州で実施した。

ホウら（Howe 1998）は、オレゴン州が1995年より独自に行った「自分の家で支援を選択できる生活」の補助事業の利用者20人とその対照群として選ばれた従来の法人運営によるグループホーム等の利用者20人の生活の質、コストについて比較調査を行っている。「自分の家で支援を選択できる生活」の特徴と考えられた12質問項目の中で「自分の家で支援を選択できる生活」事業の利用者は、従来の法人運営の住居の利用者に比較して、①利用者が住宅の所有者あるいは借家人として登録している ②利用者が自分の好きな同居人を選んでいる。③問題行動や障害の程度を入居条件にいれないことが明記されている ④どのような支援を受けるか、について利用者の意見が聞かれる ⑤就寝、起床、食事の時間、食事内容、衣服の内容、活動時間と内容、活動をともにする人、個人の金銭の使い方、について利用者が自分で決定できる、項目での評価が高かった。また「自分の家で支援を選択できる生活」事業の利用者は、同居人に障害のない人が多く、スタッフからは訓練、指

示的な対応ではなく支援的な対応が多い。地域での活動の種類、回数、地域で出会っている人の人数、回数も多い。コストは個人差が大きく、平均して有意差は見られなかった。

「自分の家で支援を選択できる生活」の事業を受けている利用者は、本人や家族が「自分の家で支援を選択できる生活」の理念に賛同している人が多いということはあるものの、「自分の家で支援を選択できる生活」の理念が実際の生活の中で行われていることが確認されている。

この「自分の家で支援を選択できる生活」については、ステイブ・テイラーが訪日したときの講演（ジョン・W・オブライエン 1999）で、自立生活、支援された生活として詳しく述べている。

4. 考察

これまで、アメリカ合衆国の入所施設から地域の移行の施策について、日本との比較で要点となる項目について概要を示し、できるだけ具体的な研究を選択して紹介した。

これらの研究を日本の状況と比較し、日本の問題点、今後参考とすべき点について述べてみたい。

(1) 地域移行の較差

アメリカ合衆国の入所施設の入所者数の推移を見ると、20世紀初期よりゆっくりと増加し、1960年代後期にピークとなり、以後下降した。ピーク時まではゆっくりと上昇し、ピークを過ぎるとより急激に下降する山型曲線を示している。新規入所者数と退所者数の推移を見ると、総入所者数の低減と時を同じくして、新規入所者数が下降し、追って退所者数が下降する。

脱施設化と表現されたこのような州立入所施設からの入所者数の地域移行は、大規模収容施設への告訴の結果、制限のもっとも少ない環境に移行することが判決が言い渡され、初期の段階では、民間施設とナーシングホームへの施設間移行が生じた。どちらも州立施設に比較すると規模は小さいが、地域の小規模の住居と比較すると施設的な環境であり、それらの入所者数はあまり低減しないまま存続している。

一方で、地域のグループホーム等の小規模住居が1980年代より急激に増加し、初期には十数人をこえる大きなグループホームも見られたが、徐々に縮小化が進められ、現在は1人から3人規模のホームの利用者数が増加している。

州立入所施設からの地域移行は、児童が成人に優先して行われた。知的障害はより中軽度の人から移行された。結果として現在は最重度の知的障害者、中高齢者が現在入所施設に残されている。これらの地域移行については州差があり、施設閉鎖を行った州があらわれる一方で、今後の閉鎖予定について言明していない州もある。しかし、いずれの州も州立入所施設利用者数は低減しており、アメリカ合衆国全体としては、地域移行が進みつつある。

日本の入所施設の入所者数の推移をみると、児童数の推移はアメリカ合衆国と似た山形のパターンを示している。しかし、成人の施設入所者数は、右上がりに上昇を続けている。

日本の右上がり型とアメリカ合衆国の富士山型の違いは、日本はアメリカ合衆国に遅れて20世紀後半に入所施設を設立したため、右上がりの上昇している線がまだピークに達っ

していないのではないかと考えることも出来る。しかし、日本と同時期に入所施設を設立した国でもノルウェイのように、すでに富士山型となり入所施設は廃止された国もある（渡辺 1997）。

戦後の高度経済成長を経て、いわゆるふつうの人々の生活と知的障害者入所施設の生活の間にはかなりの格差ができています。地域の中で生活ができる援助を早急に構築する必要があります。

（2）地域移行を推進する要因

アメリカ合衆国が入所施設から地域移行を進め得た要因として、親の会、市民等による入所施設への告訴、ノーマライゼーションの導入、連邦政府の介入、マスコミによる告発、地域生活と入所施設の生活の比較に関する実証的研究の成果等があげられた。

公民権運動が進められた時代背景は、巨大施設への悲惨な生活への批判を一層強めた事と思われる。

そのようなアメリカ合衆国の状況と比較すると、日本では入所施設の生活が大きく問題とされたことはこれまでにない、とあってよい。

ノーマライゼーションという言葉は、障害者プランやほとんどの市町村障害者計画に用いられているが、それによってふつうの人々の生活と知的障害者施設入所者の生活の格差が問題にされることもない。「知的障害のある人も地域で共に生活する」という事については誰も反対はないが、実際に、市町村障害者計画の中で、知的障害のある市民を入所施設から生まれ育った地域へ戻す計画がでていっているわけでもない。地域で生活できるような施策を強力に進める動きは、実際に援助を行っている入所施設側からも、出身地である地方自治体からも出ていない。

現状維持の気分で、入所施設は続けられている。

日本の入所施設での生活は、20世紀前半にアメリカ合衆国で見られた収容施設と比較すると、たしかに規模も小さく、隔離の度合いも少なく、当時の悲惨さは一般的に見られない。しかし、入所施設の入所者と一般市民の生活の格差は、職員や市民の誰も自分がその中で生活したいとは思わない、という表現からも歴然としている。

アメリカ合衆国では、入所者の人権を守るために収容施設が告訴され、裁判の過程を経てそのための地域生活援助が展開した。日本では、知的障害者に対する人権の尊重は述べられても、現実の入所施設から地域移行については変化がおきていない。日本の社会では一般に、権利を主張するよりも、集団の合意という枠内で物事が決着しやすい。知的障害者の権利を表に出すことよりも、そのことが援助者の良識に任される面がある。それだけ、関係者の責任が重いともいえる。

入所施設から地域移行へ、という流れに勢いがつかない社会的要因については今後さらに検討を重ねなければならない。

（3）入所施設から地域移行に関する諸統計の意味

本論文のアメリカ合衆国の地域移行に関する統計部分は、第一部で述べたように、ミネソタ大学の地域統合研究所編纂の「発達障害者の居住サービス：現状と傾向」およびブラドックらの編集による「発達障害における各州の動向と国の動向」が参考になった。ど

ちらも入所施設から地域移行に関する年度報告書であり、それぞれ180ページ、515ページの大著である。

これらの報告書には、州立入所施設の入所者数の移行を中心に、ナーシングホームや民間入所施設への施設間移行の増加、地域の小規模住居の増加の他、各施設の施設規模、施設の種別別利用者の年齢、知的障害程度、施設と地域生活援助における財政面での収支、各州における規模別の利用者数の年度別推移等が明記されている。それらの統計の一つ一つが、現在の全米、あるいは各州の入所施設から地域移行の状況を明確に伝えている。

居住サービスにおける地域生活か入所施設か、という方向性の選択には、各州政府の主体性が尊重されている。そのため、地域移行の状況は州による大きな格差が生じている。各州毎に、客観的に統計で示すことによって、アメリカ合衆国全体、あるいは各州が、地域で共に生活する方向に向いているのか、隔離された状況のまま生活しているのか、その現状がわかる。

このような統計書は、その存在自体が、「地域で共に生活する」ことを真剣に考え、実行していることの証明である。

日本でも知的障害に関する統計は多くあるが、残念ながら「地域で共に生活する」理念を明確にし、その実現を目指して調査項目がとられている統計報告はない。多くは、統計書の方向性は曖昧である。例えば現在の日本で地域の小規模住居の中心であるグループホームについてみても、国もその内容を公表せず、県の単独補助によって設立されている生活寮等の全国状況になると一層不明である。また、精神病院や救護施設での知的障害者の生活状況も明らかにされていない。

障害者プランは第一の理念として「地域で共に生活する」ことを掲げている。この理念の進捗表ともいえるべき年度統計報告書が必要である。今後、地方自治体による施策の権限が広まり、自治体の単独事業が増えるに連れ、各市町村や県、全国の動向を把握できる統計報告書がますます重要になるであろう。

(4) 入所施設、地域の住居の生活の質についての評価の必要性

アメリカ合衆国では、多くの州で収容施設への告訴が行われ、知的障害者の人権が地域で生活することによって保障されることが明確にされ、それを前提として施策が進められている。実際には、地域で住居や仕事の間が十分に整備されていない移行の初期の段階では、施設間移行がおきたり、家族に受け入れられる人だけが地域に戻ったが、その後の地域の社会資源や援助体制が整備されるにつれて、退所者数が増加した。

日本では、地域で生活することが正しいこと、という合意が裁判によってなされていない。また、入所施設が中小規模で、地域にあるために、入所施設の生活と地域の小規模住居の生活の境が明確でない。地域のグループホームよりも入所施設の方がよい生活が行われる、と考えている人もいるであろう。

このような場合の、「よい生活」というのは、その人、その人のもっている価値と主観によって語られやすい。

アメリカ合衆国では、地域で生活することが正しいことである、という判決に加えて、地域での生活が入所施設の生活と比較して、よい生活であるか、どうかということが実証的な研究によって評価されている。これらの評価研究は、本人の主観的な評価と援助者側

の客観的な基準を用いた評価に分けられる。コンロイらが本報告で紹介したように、「よい生活」の価値基準は本人、親、援助者それぞれの人によって異なるため、評価は総合的に行われる。

このような客観的な、時に得点による評価は、アメリカ合衆国が社会現象を「科学的に」進めるときの得意な分野である。日本では入所施設から地域移行の研究は緒についたばかりであるが、今後の地域移行へのより生産的な議論をするには、それぞれの個人的な思いや感情だけに頼らず、客観的な指標を作成し用いることも重要であろう。

日本の入所施設や地域の小規模住居に対しての評価には、アメリカ合衆国と違う日本の社会規範に基づく価値基準が当然反映されるべきであり、これらの客観的な評価を作成する手続きを通じて、入所施設の生活と地域生活に関する価値基準をお互いに討論できることになる。

(5) アメリカ合衆国の地域移行研究の先進性と日本の今後の問題

アメリカ合衆国と日本の入所施設の歴史、地域移行の背景、移行の手続きについては異なる面があるが、入所施設や移行方法の問題には、多くの共通点もある。

入所施設ではアメリカ合衆国同様に、日本でも重度化、高齢化が進んでいる。この人たちには地域移行は無理ではないか、という意見がある。また、中軽度の人には地域で生活できるようになっているから、入所施設はむしろ問題行動のある人や重症心身のような障害者を今後引き受けるように変わるべきではないか、という意見もある。

本報告の高齢者に対する入所施設とグループホームの生活の比較研究では、慣れ親しんだ場所から移行することが高齢者に与える影響を実証的に検討し、移行先が援助体制をしっかりとてば、高齢者、あるいは重症心身障害の人でも生活の質も改善していく、という結果を示した。

また、問題行動では、入所施設等に短期入所して治療するよりも、問題行動の専門チームが地域に出かけ現場で対応する方がより効果が見られるという報告が紹介された。

住居と支援サービスを分ける「自分の家で支援を選択できる生活」の施策とその利用者数の増加も報告された。

いずれも日本では、これから直面する問題である。地域移行の面で後進国である日本は、これらの先進国がすでに行った先行研究に学び、より適切な対応をとりうる可能性がある。

アメリカ合衆国の知的障害に関する研究者の数は、知的障害に関する大統領委員会発足以来、各州の大学、あるいは施設に知的障害・発達障害に関する研究機関が設立あるいは指定されたために非常に多く、研究も多い。これらの先進的な研究を積極的に取り入れ、状況の改善につなげる努力をすべきであろう。

(6) 入所施設による地域生活援助

アメリカ合衆国では、1960年代までの収容施設は否定されるべき存在であった。そのため、施設は縮小、閉鎖の方向に向けられた。

日本の入所施設は制度による援助がまったくない時代に、民間の人々の篤志で始められた。その後措置制度が施行され、入所施設数、入所者数が増加する。これらの増加は、明確な理念と地域生活への計画に基づいて展開したというよりも、入所希望者がいるために、

というきわめて漠然とした理由で増加し、続けられたのではないだろうか。その後、1980年代の施設のオープン化事業からグループホームのバックアップ施設に至るまで、入所施設は地域支援の役割を期待され、実施してきた。グループホームの約半数（46%）は入所施設によるバックアップを受けており（渡辺1998,）、入所施設によっては、地域移行を理念として積極的に取り組んでいる施設もある（手塚 1999）。入所施設に地域生活を援助する機能が付与されて、地域生活と入所施設が共存する形で進んでいる。

アメリカ合衆国でも州立入所施設は、医療等の点で地域の援助をしていた（Scheerenberger 1976）。現在でも、州立入所施設の多くは、入所者以外の地域へのレスパイトサービス、問題行動への治療、緊急事対応、歯科治療、健康相談などの生活援助を実施している（Larson 1998）。

しかし、入所施設が地域のグループホームのバックアップ施設としての役割を担うほど地域の生活と密着しているのは、日本だけの特徴である。

入所施設は、国の工業化が進み、大家族形態から核家族化する段階で、いわゆる欠養護の状況に置かれた知的障害児者の生活の場として、多くの国で設立された。そのこと自体は、ごく自然のなりゆきである。知的障害者の人権を考えたときに、大きな岐路となるのはその後、入所者のケアだけを行う入所施設が増大するか、入所者のケアと地域の援助の双方を進めつつ展開するか、ということである。20世紀後半にノーマライゼーションや共存の理念が世界的に広められたことにより、発展途上国でも入所施設も地域でともという発想が出てきている（脚注1参照）。

20世紀後半に入所施設を設立した国は、ノーマライゼーションや知的障害者の人権が言及された時代背景の中で施設を広めた。その入所施設の機能は、20世紀前半に障害者を否定的に見て収容施設を設立した国々よりも、多様なあり方が見られる。日本の入所施設が地域生活援助の機能をもつ方法もその多様性の一つであり、今後、入所施設が地域生活援助の機能をさらに広めることができれば、それは今後の発展途上国にとっての一つの入所施設のモデルとなる可能性がある。

（脚注1）シンガポールの知的障害者の民間援助団体（MIND）に所属する Navaratnam は、1985年、地域の知的障害者の居住施設のニーズについて聞き取り調査を実施した。当時、シンガポールには入所施設が2カ所（定員は23人と70人）あったが、地域に在住する学齢後の知的障害者1,534人の内、237人が欠養護あるいは経済的な理由で、居住施設を必要としていることが明らかにされた。Navaratnamは入所施設による集団処遇が、知的障害者の生活を拘束しやすいという欧米の研究成果をふまえて、作業所の設立、在宅障害者の自立援助、家族支援のレスパイトなどの援助を行うことを提案した。しかし、一方で、入所施設定員を100名まで拡大せざるを得ない現状を報告し、入所者の人としての尊厳を護るためにも入所施設が地域と連携する必要性を述べている（Navaratnam 1985）。

文献

英文

Anderson, D. J., Lakin, K. C., Hill, B. K., and Chen, T. (1992) Social Integration of Older Persons with Mental Retardation in Residential Facilities. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 5, 488-501.

Anderson, L., Sandlin, J., Prouty, R., and Lakin, K. C. (1997) Conversion of Medicaid Intermediate Care Facilities for Persons with Mental Retardation/Developmental Disabilities to Home and Community Based Services. Prouty, R., and Lakin, C. K. (Eds.) *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1996*. Report # 49. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 115-158.

Anderson, L., Lakin, K., Prouty, R., and Polister, B. (1998) Characteristics and Movement of Residents of Large State Facilities. Prouty, R., and Lakin, C. K. (Eds.) *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1997*. Report # 49. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 42.

Biklen, D. & Knoll, J. (1987) The Disabled Minority. In Taylor, S. T., Biklen, D., Knoll, J. (Eds.) *Community Integration for People with Severe Disabilities*. Teacher College Press, New York, 3-25.

ナーシングホームの状況を次のように述べている。

「このナーシングホームは、典型的なホームの一つである。高齢者用のホームであるが、その3分の1の居住者は、知的障害者である。共同の居間があり、廊下には施設長室や看護婦室の表示が見える。ガラスで囲われた看護婦の勤務室の横には、菓のいっぱい入ったカートが置いてある。長い廊下の脇には、個室、2人用、3人用の居室がある。・・・『遅滞者の棟は別の所にあります』と案内の人が言った。廊下の突き当たりにある鉄のドアの向こう側に行くと、よく見られる施設の光景に出会った。ディルームにはテレビがすえつけられ、居室はどれも同じよう個性が見られず、大人の「患者」に対して、子どものために作られたバレンタインの飾りをつけ、廊下の壁には大きな飾りが貼られている。高齢者棟と違って、そこにはカーペットがない。廊下にある大きな鏡を通して、看護婦室から棟全体がみれるようになっている。

遅滞者棟の出入りは、通常の高齢者の棟の人々と接触しないように裏の入り口を使っていると言うことであった。・・・」

Blatt, B., & Kaplan, F. (1966) *Christmas in purgatory*. Boston.: Allyn & Bacon. (この写真集は、Center on Human Policy で入手できます。Center on Human Policy: Syracuse University, 805 South Crouse Avenue, Syracuse, NY 13244-2280, USA.)

Braddock, D., & Hemp, R. (1997) Toward family and community Mental Retardation services in Braddock, D. (1998) *Mental Retardation and Developmental Disabilities: Historical and Contemporary Perspectives*. In Braddock, D., Hemp, R., Parish, S., and Westrich, J. G. The

- state of the states in developmental disabilities. (5th ed.) American Association on Mental Retardation, Washington, DC.
- Bruininks, R. H., Hauber, F. A., & Kudla, M. J. (1980) National survey of community residential facilities: A profile of facilities and residents in 1977. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 470-478.
- Campbell, E. M., & Heal, L. W. (1995) Prediction of Cost, Rates, and Staffing by Provider and Client Characteristics. *American Journal of Mental Retardation*, 100, 1, 17-35.
- Conroy, J. W. (1996) The Small ICF/MR Program: Dimensions of Quality and Cost. *Mental Retardation*, 34, 1, 13-26.
- Conroy, J. W. (1996) Results of deinstitutionalization in Connecticut. Mansell, J. & Ericsson, K. (Eds.) *Deinstitutionalization and Community Living*. Chapman & Hall.
- Emerson, E. & Hatton, C. (1996) Deinstitutionalization in the UK and Ireland: Outcomes for Service Users. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 21, 1, 17-37.
- Emerson, E., Toogood, A., Mansell, J. et al. (1987) Challenging Behavior and Community Services: 1. Introduction and overview. *Mental Handicap*, 15, December, 166-169.
- Fidura, J. G., Lindsey, E. R., & Walker, G. R. (1987) A Special Behavior Unit for Treatment of Behavior Problems of Persons who are Mentally Retarded. *Mental Retardation*, 25, 2, 107-111.
- Hauber, F. A., Bruininks, R. H., Hill, B. K., Lakin, K. C., Scheerenberger, R. C., and White, C. C. (1989) National census of residential facilities: A 1982 profile of facilities and residents. *American Journal on Mental Retardation*, 89, 3, 236-245.
- Hayden, M. F., & dePaepe, P. (1994) Waiting for Community Services. Hayden, M. F., & Abery, B. H.(Ed.) *Challenges for a Service System in Transition*. Paul H. Brooks.
- Heller, A. R., Factor, A. R., and Hsieh, K. (1998) Impact of Age and Transitions out of Nursing Homes for Adults with Developmental Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 103, 3, 236-248.
- Howe, J., Horner, R. H., and Newton, J. S. (1998) Comparison of 「自分の家で支援を選択できる生活」 and Traditional Residential Services in the State of Oregon. *Mental Retardation*, 36, 1, 1-11.
- Jones, P. A., Conroy, J. W., Feinstein, C. S. and Lemanowitz, J. A. (1984) A Matched Comparison Study of Cost-Effectiveness: Institutionalized and Deinstitutionalized People. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*. 9, 4, 304-313.
- Lakin, K. C., Krantz, G. C., Bruininks, R. H., and Hill, B. K. (1982) One hundred years of data on populations of public residential facilities for mentally retarded people. *American Journal on Mental Retardation*. 87, 1, 1-8.
- Lakin, K. C., Hill, B. K., Hauber, F. A. & Bruininks, R. H. (1983) New Admissions and Readmissions to a National Sample of Public Residential Facilities. *Mental Retardation*, 88, 1, 13-20.
- Lakin, K. C., Hayden, M. F., & Abery, B. H. (1994) An Overview of the Community Living Concept. Hayden, M. F., & Abery, B. H.(Ed.) *Challenges for a Service System in*

- Concept. Hayden, M. F., & Abery, B. H.(Ed.) Challenges for a Service System in Transition. Paul H. Brooks.
- Lakin, K. C., Braddock, C., and Smith, G. (1995) Children and youth in state MR/DD institutions. Trends and Milestones. *Mental Retardation*, 33, 203.
- Lakin, K. C., Prouty, R. & Bruininks, R. H. (1996) Longitudinal Trends in Large State-operated Residential Facilities, 1950-1995. In Prouty, R. and Lakin, K. C. (Eds.): *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1996*. Report # 49. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 16.
- Lakin, K. C., Prouty, R. & Bruininks, R. H. (1997) Longitudinal Trends in Large State-operated Residential Facilities, 1950-1996. In Prouty, R. and Lakin, K. C. (Eds.): *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1995*. Report # 48. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 23-30.
- Lakin, K. C., Prouty, R. & Bruininks, R. H. (1998) Longitudinal Trends in Large State-operated residential facilities, 1950-1997. In Prouty, R. and Lakin, K. C. (Eds.): *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1997*. Report # 50. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 25-43.
- Larson, S. A. & Lakin, K. C. (1989) Deinstitutionalization of Persons with Mental Retardation: Behavioral Outcomes. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicap*, 14, 4, 324-332.
- Larson, S. A., Anderson, L., Prouty, R., Polister, B., & Clayton, C. (1999) Staffing Patterns, Characteristics and Outcomes in Large State-Operated Residential Facilities in 1998. In Prouty, R. and Lakin, K. C. (Eds.): *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1998*. Report # 52. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 58-66.
- Maguire, K. B. & Piesel, W. C. (1992) specialized Treatment for Behavior Problems of Institutionalized Persons with Mental Retardation. *Mental Retardation*, 30, 4, 227-232.
- Mallory, B. R. & Herrick, S. C.(1987) The Movement of Children with Mental Retardation from Institutional to Community Care. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicap*, 12, 4, 297-305.
- Mitchell, D. & Braddock, D. (1990) Historical and Contemporary Issues in Nursing Home Reform. *Mental Retardation*, 28, 4, 201-210.
- Navaratnam, V. (1985) Institutionalization in Singapore: A Continued Existence? In Chen, F. C. et al. (Ed.) *Proceedings of the 8th Asian Conference on Mental Retardation*, Singapore, 403-409.
- O'Connor, G. & Sitkei, E. G. (1975) Study of a New Frontier in Community Services: Residential Facilities for the Developmentally Disabled. *Mental Retardation*, 13, 4, 35-39.

- Prouty, R., Lakin, K. C. & Bruininks, R. H. (1998) Changing Patterns in Residential Service Systems: 1977-1997. In Prouty, R. and Lakin, K. C. (Eds.): Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1997. Report # 51. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 53-56.
- Prouty, R., Lakin, K. C., Kwak, A., & Anderson, L. (1997) Characteristics and movement of residents of large facilities. Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1996. Report # 49. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 34-51.
- Rachino, J. A., & Taylor, S. (1993) "People First": Approach to Housing and Support. Rachino, J. A., Walker, P., O'Connor, S., & Taylor, S. (Ed.) Housing, Support, and Community. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Roudolph, C., Lakin, C. K., Oslund, J. M. & Larson, W. (1998) Evaluation of Outcomes and Cost-Effectiveness of a Community Behavioral Support and Crisis Response Demonstration Project. *Mental Retardation*, 36, 3, 187-197.
- Sandlin, J., Prouty, R., & Lakin, K. C. (1977) Large state MR/DD residential closures, 1960-2000 and individual facility populations and per diem rates in fiscal year 1996. Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: In Prouty, R. and Lakin, K.C. (Eds.) Status and Trends Through 1996. Report # 49. Minneapolis: University of Minnesota. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration/UAP, 30-43.
- Scheerenberger, R. C. (1976) Deinstitutionalization and Institutional Reform. Charles C Thomas, Illinois, 203-216, 84.
- Scheerenberger, R. C. (1986) The historical development of institutional programming. In Kugel, R. B. (Ed.) Changing Patterns in Residential Services for Persons with Mental Retardation. President's Committee on Mental Retardation, Washington, D.C., 15-43.
- Scheerenberger, R. C. (1987a) A history of mental retardation. A quarter century of promise. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 250.

入所施設についての以下のような記述が見られる。

「・・・どのような言葉を持ってしても、この光景と騒音と匂いが作り出す場景を伝えることは不可能である。最初にここを訪れ、この光景によって自分の誇りを傷つけられたと思わない人はいないだろう。それは、概ね次のような状況である。

棟内はかなり広い。それにも関わらず、82人が一緒にいるとひどく混み合っている印象を受ける。患者の姿勢はどの人も悪く、一見して異常な状態がわかる。並外れて大きい頭部、非対照的な顔、変形した眼、鼻、口、カリフラワーのようにちぎられた耳。身体全体も考えつくされる限りのあらゆる変形が見られる。ほとんどの患者が裸足である。シャツを着ていない人も多く、僅かではあるが全裸の人もいる。着物はすり切れたまま、身体にまったく合っていない。一言で表現するとすれば、なんの分化も見られず、能力のかけらもない、異様な人間の塊だけがある。

しばらくすると、塊に見えたものの中に一人一人の姿が見えてくる。金髪の 10 代の青年が鳥のようにピーピー言いながら腕を素速く動かしている。部屋の隅で大きな仏陀のように、男がじっと前を見据えている。中年の男がゆっくりと足を引きずりながら円弧を描くように歩いている。聞き取れないような低い声でぶつぶつ言い続け、時折、頭を激しく振る。すり切れたほとんどないようなシャツを着て患者がベンチの上で静かに横たわっている。その人の周りを、左手で服を振り回しながら小さな患者が回っている。・・・」

Scheerenberger, R. C. (1987b) A history of mental retardation. A quarter century of promise. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore, 232.

申し立ての中で州立入所施設の状況は以下のように述べられている。他の州立入所施設への訴訟もほぼ同様の内容が多い。

1. ほとんどの入所者が「回復する」まで、不特定の期間収容されている。
2. 施設から当然退所できる人が入所している。
3. 入所理由であるハビリテーションの実施が行われていない。
4. 入所者一人一人に対するハビリテーション・プログラムがない。
5. 入所者の発達評価、およびそれぞれの人の目標・プログラムを設定するための定期的評価が行われていない。
6. 入所者への教育がほとんど為されていない。
7. 言語訓練、職業訓練、運動治療のサービスが行われている場合でも入所者に適切なものではない。
8. 施設内の入所者数が多すぎる。定員過剰である。
9. 入所者にはなんらのプラヴァシーがなく、入所者を盗難から守る規則がない。個人が自分の持ち物をもてない。
10. 他の入居者や職員からの暴行に対する安全保障がない。
11. 入居者を対象とした実験が行われている。
12. 適切な衣服を与えられていない。
13. 食事内容が適切でなく、食事時間が短い。
14. 施設が汚い。
15. トイレ数が入居者数に応じて少ない。
16. 男女が隔離されている。
17. 多くの入居者が不当に椅子やベットに拘束されたり個室に隔離されている。
18. 誰もバスの無料定期券を持っていない。
19. 入居者は手紙を書いたり、読んだり、投函する援助を受けていない。
20. バイリンガルの職員がいないために、非英語圏の入居者はコミュニケーションの難しい状況にある。
21. 仕事をしてもそれに対する報酬がない。
22. 職員が少ない。指導者もいないので、食事や反芻で死亡する例も見られる。
23. 医療援助が不適切である。
24. 職員の資質が有能でない。

- Shumway, D. (1996) Closing Laconia. Mansell, J. & Ericsson, K. (Eds.) Deinstitutionalization and Community Living. Chapman & Hall.
- Taylor, S.J., Lakin, K.C., & Hill, B. K. (1989) Permanency Planning for Children and Youths: Out-of-Home Placement Decisions. *Exceptional Children*, 55, 6, 541-549.
- Trent, J. W. (1994) *Inventing the Feeble Mind. A history of mental retardation in the United States.* University of California Press, California. 清水貞夫・茂木俊彦・中村満紀男 監訳 (1995) 「精神薄弱」の誕生と変貌 - アメリカにおける精神遅滞の歴史 -. 学苑社.

和文

- 大島正彦、小沢 温、稲垣貴彦、渡辺勸持（1990）精神薄弱者の地域生活に関する研究
－春日井市における保護者の意識調査－。愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所
社会福祉学部研究報告、13-51-70.
- 岡田喜篤、北村嘉勝、近藤弘子、生川善雄、星野泰啓、松友 了、山村 健、渡邊芳男、
加藤尚子、富澤彰雄（1998）障害児（者）施設体系のあり方に関する研究。平成9年
度厚生省心身障害研究「障害児（者）施設体系等に関する総合的研究」。
- グループホーム事業のあり方に関する調査研究委員会（1994）グループホームを障害福祉
の主流に ～地域生活援助事業（グループホーム）実態調査報告書～。平成6年度厚
生行政科学研究事業。
- 厚生省大臣官房統計情報部。社会福祉行政業務報告（厚生省報告例）。厚生統計協会。
厚生省大臣官房統計情報部。社会福祉施設調査。厚生統計協会。
- ディビッド・ブラッドック（1998）アメリカにおける知的障害者のサービス。八巻 純訳。
愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所。本書は、Braddock, D., Hemp, R., Parish, S.,
and Westrich, J. G. The state of the states in developmental disabilities. (5th ed.) American
Association on Mental Retardation, Washington, DC. (1998) の第一章 Mental Retardation
and Developmental Disabilities: Historical and Contemporary Perspectives. の訳である。
- ジョン・W・オブライエン、スティーブン・J・ティラー、小松隆二、富安芳和、小谷津
孝明 共編（1999）障害者・家族・専門家の共働。慶応義塾大学出版会。
- 手塚直樹（1999）5. 地域生活移行への援助プログラム。：平成十年度厚生省障害保健福
祉総合研究「知的障害者施設における援助技術の体系化に関する研究」、69-86, 261
-278.
- 富安芳和（1991）ADA 成立のもう一つの背景。八代英太、富安芳和（編）ADA の衝撃。
学苑社
- 日本精神薄弱者愛護協会（1984）日本愛護五十年の歩み。日本精神薄弱者愛護協会、60-6
1.
- 日本精神薄弱者愛護協会（1985）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。
- 日本精神薄弱者愛護協会（1990）平成二年度全国精神薄弱施設実態調査報告。日本精神薄
弱者愛護協会。
- 日本精神薄弱者愛護協会（1995）平成七年度全国精神薄弱施設実態調査報告。日本精神薄
弱者愛護協会。
- 渡辺勸持（1997）「入所施設から地域へ」の移行に関する研究 －知的障害者の入所 施設
設立が 20 世紀前半と後半の国との比較－ 社会福祉学,38-2,53-66.
- 渡辺勸持、三田優子、堀尾富美恵、高橋知江（1998）知的障害を持つ人のグループホー
ムの展開。発達障害研究,20-3,239-248.

平成11年度
障害保健福祉総合研究推進事業
外国人招へい報告書

添付資料 1

「発達障害がある人への居住サービス・1998年度の状況と傾向」

(訳は報告書の Executive Summary ページviii～xviの部分である)

Residential Services for Persons with Developmental Disabilities:
Status and Trends Through 1998
Report # 52.

University of Minnesota
Research and Training Center on Community Living
Institute on Community Integration/UAP

愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所
渡辺勸持、島田博祐、三田優子、青山美智恵、堀尾富美恵

「発達障害がある人への居住サービス・1998年度の状況と傾向」

(Residential Services for Persons with Developmental Disabilities:
Status and Trends Through 1998)

要約より

州立入所施設 (16人以上)

(州が直接運営している居住施設のうち利用者16人以上の施設を対象)

州立居住施設数と規模

* 州立運営施設数は、1998年度に増加した。1998年現在、州立運営居住施設数は、全国で2,194カ所であり、昨年より134カ所増加した。そのうち2,138カ所の施設あるいは棟が知的障害の居住施設であるが、56カ所は本来、精神障害者の居住施設である。州立居住施設の8分の7(87.3%)以上が15人以下の地域の小規模施設である。これは1977年(87.7%)と比較し僅かに減少した。

* 1998年現在、アラスカ州、コロンビア特別区、メイン州、ニューハンプシャー州、ニューメキシコ州、ロードアイランド州、バーモント州、ウエスト・バージニア州を除く各州は、少なくとも一つは州立入所施設を運営している。州内のすべての入所施設を閉鎖した州は、ニューハンプシャー州(閉鎖年1991年;以下同様)、バーモント州、ロードアイランド州、コロンビア特別区は(1994年)、ニューメキシコ州(1995年)、アラスカ州は(1997年)、メイン州、ウエスト・バージニア州(1998年)である。

* 州立運営の地域の小規模住居数は、ゆっくりと増加し続けている。州立運営の地域の小規模住居数はニューヨーク州が最も多い。

1998年現在、州が運営している15人以下の州立運営施設は1,886カ所(昨年より117カ所6.7%増加である)。そのうち、ニューヨーク州が1,002カ所(53.7%)をしめる。

入居者数

* 州立入所施設の入所者数は減少している。州立入所施設入所者数は、1968年以後減少し続けており1998年現在、51,485人、昨年より6.1%の減少である。1980年～1998年の間、入所者数は78,619人減少し60%になった。3分の2の州(34州)で、入所者数は1980年当時の半分以下に減少した。

* 州立の地域の小規模施設の利用者数は増加している。1998年現在、15人以下の地域の州立小規模住居は1.9%増加し11,366人である。1住居あたりの利用者数は、6.4人から6.1人と少なくなった。ニューヨーク州の地域の州立小規模住居利用者数は、全米の約3分の2(65.8%)を占めている。

* 精神病院も含めた州立入所施設利用者数は減少している。1998年現在、州立入所施設、精神病院も含めた利用者数は、52,488人で1997年の6.1%減である。精神病院に入院している知的障害者数は1970年(31,884人)、1980年(9,405人)、1998年(1,003人)と減り続けている。

* 人口10万人あたりの州立入所施設利用者数は減り続けている。人口10万人あたりの入所者数は、19.0人(1998年)、20.0人(1997年)、21.9人(1996年)、23.5人(1995年)、99.7人(1967年)である。国平均を150%こえる利用者がある州は8州、国平均の半分以下の州は6州である。

* 1990年～1998年の間に、州立入所施設利用者数が相当減少した州がかなりある。1990