

サービス所管の行政部局がその名称を知的障害局から発達障害局に変更しただけで、同改正法によって定められた心身機能面からの新しい発達障害の定義に基づいて新たにサービスの受給者を特定しようとする動きは見られませんでした。従って多くの州で発達障害法によって入所施設サービスおよび地域サービスを受ける者は「知的障害および類似の症状を持つ者」と限定され続けることとなります。

1984年、発達障害法の目的の項が改正されました。これにより、同法にもとづいて連邦政府からの補助を受ける各州は、「自立、生産性、および地域へのインテグレーションの促進を通じて、発達障害者が持てる能力を最大限に伸ばすために必要なサービスを受けることができるよう保障すること (Part A, Section 101)」を要求されるようになりました。発達障害法は現在 (公法104-183) においても、各州における地域サービスの近代化と家族援助を促す重要な連邦法として機能しています。しかし、新定義を積極的に受け入れる意志のない全米各州は、1996年、230億ドルを州立入所施設の運営や地域サービスなどに支出したのに対し、発達障害法によって設立された前記3機関に対しては1億ドルしか支出しませんでした。発達障害法の運営を行う連邦政府の発達障害局(1981)は全米の発達障害者の約58%が知的障害者、残りの42%が機能的障害を重視した新定義に当てはまる様々の障害を持った者と推定しています。

ネブラスカ州、カリフォルニア州でのサービスの地域化

ネブラスカ州はノーマライゼーション理念を受け入れ、精力的に入所施設の規模を縮小して多くの知的障害者の地域居住を推進した最初の州です。ウルフェンスバーガー(1972)によれば1967年当時のネブラスカは、知的障害者への支出およびサービスの内容において全米の中でも最も後進的な州の一つでした。1967年、ネブラスカの施設入所者は2,300人でしたが、8年後には1,100人以下に減っており、しかも施設への入所を待つ待機者は一人もいませんでした。ネブラスカ州は全米の脱施設化運動の手本となったのです。

ウルフェンスバーガーとメノラスシノ(1970)は、「ネブラスカでの脱施設化運動の端緒は1967年から翌年にかけて行われた州立施設、ベアトリス州立学校の調査にある。」としています。この調査は州知事によって任命された市民委員会の手によって行われましたが、この調査によって多くのメディアの注目を集める議論が起こり、様々な社会サービス機関、一般市民、郡行政府、そして州知事自身から知的障害サービスの近代化への支持を受けるという結果を産み出します。市民委員会と親たちが行った一般社会への啓蒙と権利擁護キャンペーンの結果、ネブラスカ州議会は知的障害者施策に関わる14の州法を制定しますが、これにより州全体が6つの行政サービス地域に分けられることとなります。その一つを所管する東ネブラスカ地域知的障害援護局はその画期的な地域サービスによって全国に知られることとなります。それぞれの地域には理事会と地域援助システムの整備を行う援護局が設置され、州の知的障害サービス部局は各地域援護局から委託されたサービスの

みを提供します。各地域の民間法人は郡政府、州政府、そして連邦政府からの補助金によってサービスを提供しますが、そのおよそ40%は連邦政府からの社会保障法第20条に基づく補助金でした。

カリフォルニア州も1960年代の後半に地域レベルでの知的障害者援助システムを発展させたパイオニアでした(Braddock, 1977)。1965年から10年間で17の地域センターが開設され、入所施設への入所者数はこの期間で40%減の1万人になりました。1969年のカリフォルニア州法ランターマン知的障害者援護法によって、現在これらの地域センターはカリフォルニア州発達障害局からの予算措置で民間法人が運営する形態を取っており、地域における知的障害者とその家族に対するサービスの最前線となっています。また入所施設への入退所を司ること、更には施設からの退所者に対する地域でのフォローアップも地域センターの役割となっています。

集団訴訟

アメリカで最初の知的障害者のための州立入所施設が生まれて120年後の1970年、各施設はその運営費の殆どを州政府に頼っており、その設備環境、処遇状況は恥ずべきものでした。ブラットとカプラン(1974)が出版した写真集に描かれたニューヨークのある州立入所施設の様子は、1960年代の施設の悲惨さを広く世に訴えた多くのマスメディアの一つでした。しかし1972年、連邦地裁判事フランク・ジョンソンは、アラバマ州のパートロウ州立学校/病院(Wyatt v. Stickney, 1972)でのこうした悲惨な状況を一掃する判決を下しました。後に第五連邦巡回裁判所に上告されることとなるこの判決の中でジョンソン判事は、州立施設に入所している知的障害者には「もっとも制約の少ない環境でハビリテーションを受ける権利がある」としました(Herr, 1992)。その一年前、フィラデルフィアの連邦地裁判事は、ペンシルバニア州の知的障害施設に入所する児童にも「州の費用負担によって公教育を受ける権利がある」とする和解案を認定しました(Gilhool, 1976; Pennsylvania Association for Retarded Children v. Commonwealth of Pennsylvania, 1971)。この訴訟の結果をモデルとして後に成立する全障害児教育法、現在の障害者教育法は無料で適切な公教育を受ける権利を総てのアメリカの障害児に保障しています。

ワイアット訴訟の判決でジョンソン判事は、合衆国憲法修正第14条にもとづいて、施設の処遇改善はアラバマ州の責任で行うべきだと判断しました。この改善とは安全で人道的な環境の確保、入所者一人ひとりに対して適切な教育、ハビリテーション、医療措置を行うために必要な有資格の職員の十分な確保などを意味しています。個別処遇計画が一人ひとりの入所者に対して作成されることも重要な改善の一つでした。裁判所はこの判決の中で州に対して、入所者をその処遇計画にもとづいて「最も制約の少ない環境」に相当する入所施設に移行することを求めました。これは入所者を大人数で保護中心の寮から同じ施設内のより小規模な個別化された寮に移すことを意味します。ワイアット訴訟は当初、施

設の改善をその旗印に掲げていたにも関わらず、判決で示された「最も制約の少ない環境」という考え方は明らかに施設の存在に疑問を投げかけるノーマライゼーションの理念にもとづいています。後に裁判所の司法判断は施設入所者にとっての「最も制約の少ない環境」を「地域居住の可能性を模索すること」と解釈することとなります (Homeward Bond v. Hisson Mem'l Center, 1985; Horacek v. Exon, 1975)。

このワイアット訴訟は画期的な前例となりました。ジョンソン判事の歴史に残る判決の後10年間で38件の「ハビリテーションを受ける権利」に関する訴訟が27の州とワシントン特別区で起こされました (Braddock, 1981)。こうした裁判によって入所施設の改善を行わなければならないようになった州政府の財政負担を軽減するために、連邦政府は各州の入所施設およびその一部を社会保険法19条-低所得者のための健康保険事業メディケイド・プログラム-で規定された知的障害者のための中間施設と認定して同事業による補助金交付を行うこととします。

この時期の重要な訴訟の中には、残虐で異常な処罰を禁止した合衆国憲法修正第18条に基づいたニューヨークのウイローブルック訴訟 (New York State ARC v. Carey, 1972)、二度にわたって連邦最高裁に上告されたペンシルバニア州のペンハースト州立学校/病院訴訟 (Halderman v. Pennhurst State School & Hospital, 1978; Youngberg v. Romeo, 1976) などがあります。特にペンハーストでのヤングバーグ訴訟では施設入所者が不必要な拘束を受けない権利、安全で人道的な環境に住む権利、現在の諸機能の低下を防ぐための最低限の処遇を受ける権利が法的に認められました。ウイローブルック、ペンハーストの両施設とも長年にわたるこれらの裁判の後、閉鎖されることとなります。

連邦裁判所は各州が知的障害者への地域サービスを拡充するに当たり、大きな役割を果たしました。表1に記載されている数々の重要な訴訟の結果、裁判所命令あるいは和解勧告の受諾という形で各州は入所施設に代わる地域サービスを展開することとなります。これらの訴訟の多くで全国レベルの有力な知的障害者の親の会である全米育成会の地方支部が原告として重要な役割を果たしました。発達障害法によって設立された人権保護機関 (Protection and Advocacy) も、多くの裁判で重要な役割を担いました。これらの訴訟の結果に刺激された各州の知的障害所管部局、及び知事はそれぞれの州議会に対して入所施設の処遇環境を整備するため、地域サービスを展開するための新たな予算を要求することとなります。ハビリテーションを受ける権利に関するこうした集団訴訟は、1990年代後半の現在も各地で行われています。

表1 施設退所と地域統合を進めるために行われた主要な訴訟
(1970年～1996年)

| | 州 | 告訴年 | 判例 |
|----|-------------|------|--|
| 1 | Alabama | 1970 | <i>Wyatt v. Stickney</i> |
| 2 | Massachus | 1972 | <i>Ricci v. Okin</i> |
| 3 | Minnesota | 1972 | <i>Welsch v. Likins</i> |
| 4 | New York | 1972 | <i>New York State ARC v. Carey</i> |
| 5 | Texas | 1974 | <i>Lelsz v. Kavanagh</i> |
| 6 | Maine | 1975 | <i>Wuori v. Concannon</i> |
| 7 | Dist of Col | 1976 | <i>Evans v. Washington</i> |
| 8 | Pennsylvar | 1976 | <i>Youngberg v. Romeo</i> |
| 9 | Rhode Isla | 1977 | <i>Iasimone v. Garrahy</i> |
| 10 | Connecticu | 1978 | <i>Connecticut ARC v. Thorne</i> |
| 11 | Michigan | 1978 | <i>Michigan ARC v. Smith</i> |
| 12 | New Hamp | 1978 | <i>Garrity v. Gallen</i> |
| 13 | Pennsylvar | 1978 | <i>Halderman v. Pennhurst State School and Hospital</i> |
| 14 | Vermont | 1978 | <i>In re R.B.</i> |
| 15 | West Virgir | 1978 | <i>Medley v. Ginsberg</i> |
| 16 | North Dakc | 1980 | <i>Association for Retarded Citizens of North Dakota v. Olson</i> |
| 17 | Oklahoma | 1985 | <i>Homeward Bound v. Hissom Memorial Center</i> |
| 18 | Iowa | 1986 | <i>Conner v. Branstad</i> |
| 19 | Oregon | 1986 | <i>United States v. Oregon</i> |
| 20 | New Mexic | 1987 | <i>Jackson v. Fort Stanton</i> |
| 21 | Ohio | 1987 | <i>Nicoletti v. Brown</i> |
| 22 | Utah | 1989 | <i>Parrent v. Angus</i> |
| 23 | California | 1990 | <i>Coffelt v. Department of Developmental Services</i> |
| 24 | Wyoming | 1990 | <i>Weston v. Wyoming State Training School</i> |
| 25 | Maryland | 1991 | <i>Hunt v. Meszaros</i> |
| 26 | Tennessee | 1991 | <i>People First of Tennessee v. Arlington Developmental Center</i> |
| 27 | Virginia | 1996 | <i>United States v. Virginia</i> |

諸州での知的障害サービス近代化

地域居住のプログラムの増加

1967年、アメリカの施設利用者数はそのピークに達し165の州立施設に194,650名の知的障害者が入所していました(United States Department of Health, Education, and Welfare, 1972)。しかし、翌1968年以降定員16名以上の大規模州立施設に暮らす知的障害者の数は毎年3%から6%づつ、以後29年間に渡って減少を続け1996年には59,726人となっています。

1970年代の各州における入所施設改善の努力によって、施設運営に使われていた費用が地域サービスの拡充に振り替えられる道が開けました。これにより1980年代の初め、史上初めて州立入所施設の閉鎖が諸州で大規模に開始されました(Braddock & Heller, 1985)。1991年1月31日、ニューハンプシャー州はラコニア発達センターを閉鎖し、知的障害者へのすべてのサービスを地域で提供する最初の州となりました(Covert, Maclontosh, & Shumay, 1994)。1996年までに34州で92の入所施設が閉鎖され、2000年までに更に21の施設の閉鎖が予定されています。ニューハンプシャー州に加え、ニューメキシコ州、ロードアイランド州、バーモント州、そしてワシントン特別区では既にすべての州立入所施設が閉鎖されています。アラスカ州、ウエストバージニア州では、それぞれ1997年と1998年に残った最後の施設が閉鎖される予定になっています。

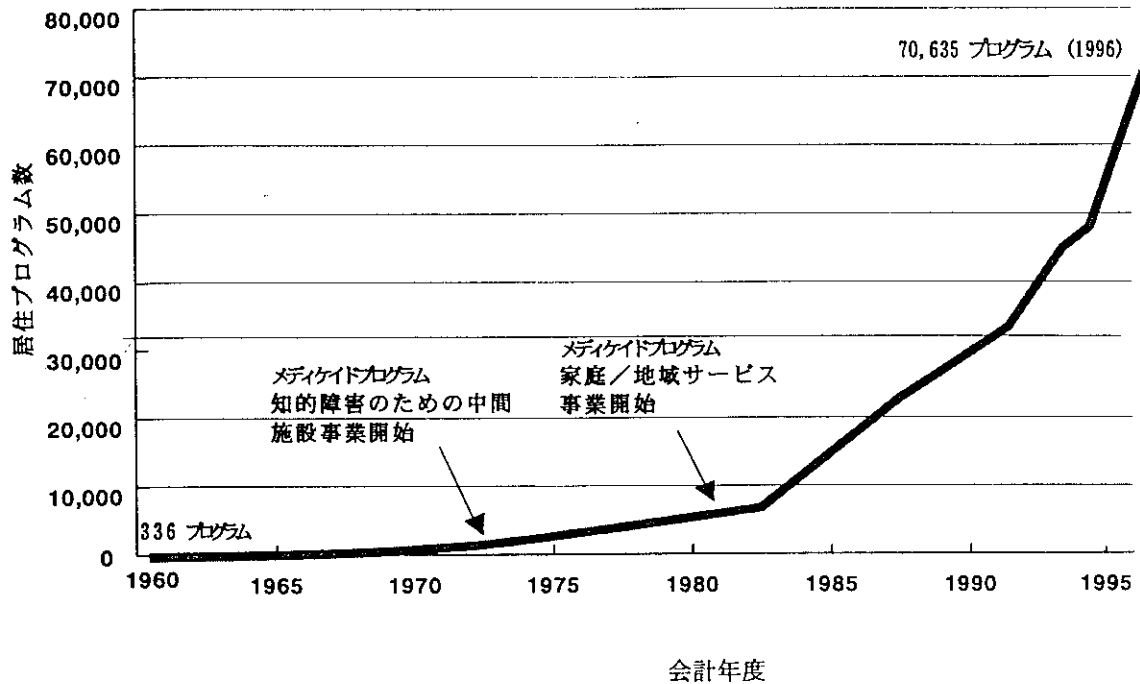
入所施設の縮小化、閉鎖によって発達障害者への地域サービスの重要性が増しました。

図1は、全国規模で起こった地域居住プログラムの急増を示しています。

このグラフにはグループホーム、支援付きアパート生活、援護付き居住プログラムの1960年から1996年の36年間にわたる全国的な増加の様子が示されています(Prouty & Lakin, 1997)。長期にわたる家庭以外の地域居住プログラムは1960年の336カ所から1996年には70,635カ所に増えました。加えて1996年には14,817にのぼる里親が利用されています。1977年と比べると5,332の増加です(Hauber, Bruininks, Hill, Lakin, & White, 1984)。里親の増加については古い年代の利用数が不明のため、図1には含まれていません。地域居住プログラムを利用するアメリカの知的障害児者の総数は1960年の5千人以下から、1996年には255,117名に増えています。このような急激な増加は連邦政府と各州政府の協力で生まれたメディケイドプログラム家庭/地域サービス事業によるものです。

居住サービスに加えて各州は様々なデイプログラム、就労援助プログラム、その他のサービスを提供しています。こうした援助プログラムは居住サービスを利用する人だけでなく、多くの在宅知的障害者にも利用されています。1996年には305,460名の発達障害者が授産施設やデイプログラムを利用しています。加えて90,745名が援護付き就労プログラムを利用しています。早期療育サービスは150,677名の発達障害があるか、その可能性のある乳幼児に利用されています。281,000名の児童・成人とその家族がレスパイトケア等を含む

図1 発達障害者のための地域居住プログラム数



家族援助サービスを利用しています。こうした家族援助サービスの利用者の中には20州で養育補助費の給付を受けている2万家族も含まれています。1996年に各州でケースマネジメント、あるいはサービスコーディネーションサービスを受けた児者の数は65万人を越えました。

メディケイドプログラム家庭/地域サービス事業

メディケイドプログラム家庭/地域サービス事業は1981年、社会保障法第19条の改正によって制定されました。これにより州政府は様々な地域サービスの運営に当たって、連邦政府からの補助金を受けられることになりました。補助金を受けられるサービスにはハビリテーションプログラム、レスパイトケアなどの家族援助サービス、ケースマネジメント、援護付き就労プログラム、援護付き居住プログラムの他、地域の中で家庭的な環境の下で提供される様々なサービスが含まれています。治具の提供、理学療法、作業療法、言語療法、行動療法などもこのメディケイドプログラム家庭/地域サービス事業によって連邦政府の補助金を受けられます。対照的に同じメディケイドプログラムの知的障害者のための中間施設事業によって連邦政府から交付される補助金はその大部分が州立入所施設の運営に当てられており、州立入所施設運営費の90%以上がこの連邦政府からの補助金と州の自己負担金でまかなわれています。一方、メディケイドプログラム家庭/地域サービス事業は地域でのアパートや一戸建住宅居住者、あるいは在宅の人に対してのみ適用されます。この事業では家賃や食費は補助の対象とはなりません、利用者は連邦政府の別の生活保

護制度を利用してこれらの費用をまかなうことが出来ます。

1996年、連邦および州のメディケイドプログラム家庭/地域サービス事業にもとづく支出総額は全国で50億ドルに達しました。1995会計年度この事業によって援助を受けた障害者数は全国で15万2千名にのぼり、知的障害者のための中間施設事業を利用する知的障害者数14万1,144名を初めて上回りました。

ミシガン州の試み

1980年代、ミシガン州、ニューハンプシャー州、コロラド州などいくつかの州は地域居住プログラムを積極的に拡大し、入所施設への依存度を著しく低下させました。これらの州では家族援助、小規模グループホームのネットワーク化、授産施設に変わる援護付き就労、そしてケースマネジメントサービスの独立化などが積極的に行われました。また居住サービスの面では、近隣や地域に統合されたアパートや家庭的な環境での個別処遇が進められました。

ミシガン州は、1980年代に州政府がイニシアチブを取って行った知的障害者サービス近代化の好例です。ミシガン州の入所施設を中心とするサービスシステムは1979年まで他の州にもよく見られる典型的な知的障害者援助システム—すなわちミシガン州で知的障害者サービスに使われる総費用1ドル当たりにつき80セントが入所施設の運営に使われていた—であったという点、またミシガン州は殆どの知的障害者サービスを地域あるいは家庭で提供することになった最初の大人人口州、工業州だったという点においても興味深い例といえます。1965年のピーク時、ミシガン州の入所施設には12,615人が入所していましたが、1996年にはその数はわずか362人に減っています。

プリモセンターで起こった集団訴訟(Michigan ARC v. Smith, 1978)に加えて、ミシガン州の知的障害者サービスを近代化することに寄与した4要件があります。第一に権利擁護活動と専門家のリーダーシップによって、1973年オークランド・マコーム地域センターが開設されました。センターでは既存の家族形態の維持と将来設計の作成に重点を置く家族援助サービスが展開されました(Taylor, 1991; Taylor, Lakin, & Hill, 1989)。その後ミシガン州議会は地域サービスを促進する州法を制定し、精神障害者、知的障害者の入所施設から地域への移行を奨励します。こうして1981年から1996年までの15年間で、ミシガンでは9カ所の入所施設が閉鎖されました。

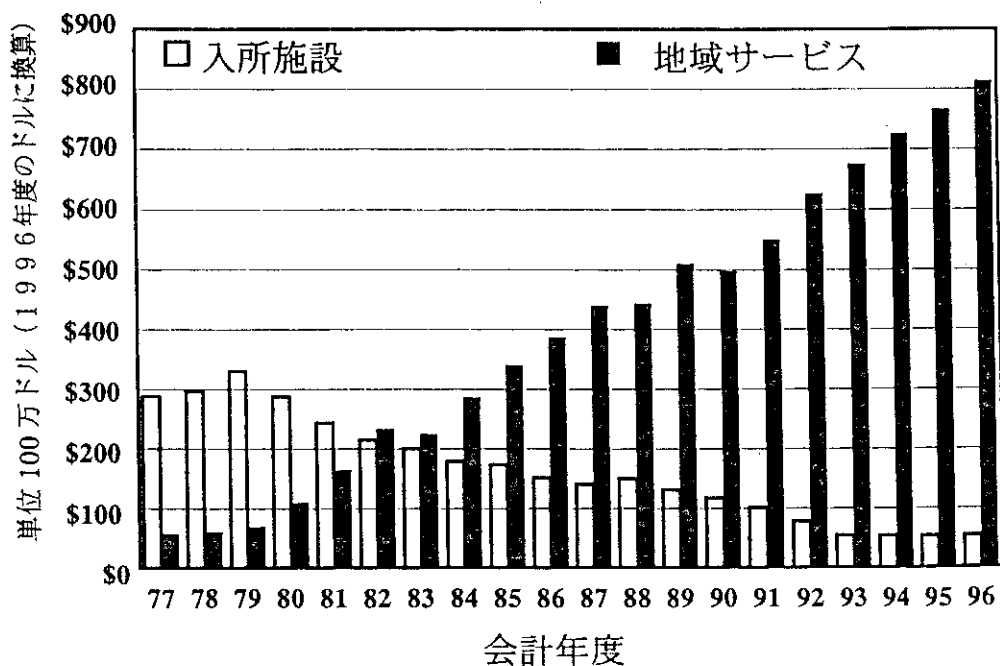
ミシガンはまた、強力な知的障害児者の家族に対する現金補助制度を作り上げました(Myers & Marcenko, 1989)。この制度によって家族は月額約250ドル、年間6万ドルの現金給付を受けます。被服費、補助教材・教育玩具費、生活費一般、ベビーシッター費、おむつ、交通費、医療の自己負担分、その他の医療関連連費用などがその主な用途になりました(Herman, 1991)。1996年、ミシガン州の家族に対する現金補助制度は、月額約5,500ドルにのぼる連邦政府からの生活保護費、障害者年金と併せて、4,845の家族に経済的援助

を提供しました。州独自の現金補助制度と連邦政府からの生活保護費をあわせてもこうした家族援助サービスのための支出は、州内の入所施設運営費合計の約十分の一、グループホーム運営費の五十分の一にしか当たりませんでした。イリノイ、ウイスコンシンを含む他州は、以後、ミシガンモデルとした同様の現金補助制度を開始しました。

1996年、現金補助制度に加えて約7千の知的障害児を抱える家族がレスパイトサービス、カウンセリング、家庭内での介護サービスを受けています。こうした家族援助理念とその事業はミシガンの知的障害者にとっての直接的な影響を与えました。第一は家庭外でサービスを受ける知的障害児者の割合が全米の平均よりも21%も低いことです。

第二は入所施設の運営に関わる支出が1980年を境として減少し始めたことです。1980年以降入所施設が閉鎖されて浮いた経費は、地域サービスや家族援助サービスの拡充に当てられました。当初は6人定員のグループホームが積極的に開設されましたが、近年ではより定員の少ない援護付き居住サービスが頻繁に利用され、利用者数は1988年の616名から1996年には4,418名に増えています。また、ミシガン州政府の知的障害者に対する支出は1982年を境として地域サービスに対する支出が定員16名未満の入所施設への支出を上回っています(図2参照)。

図2 ミシガン州公費支出

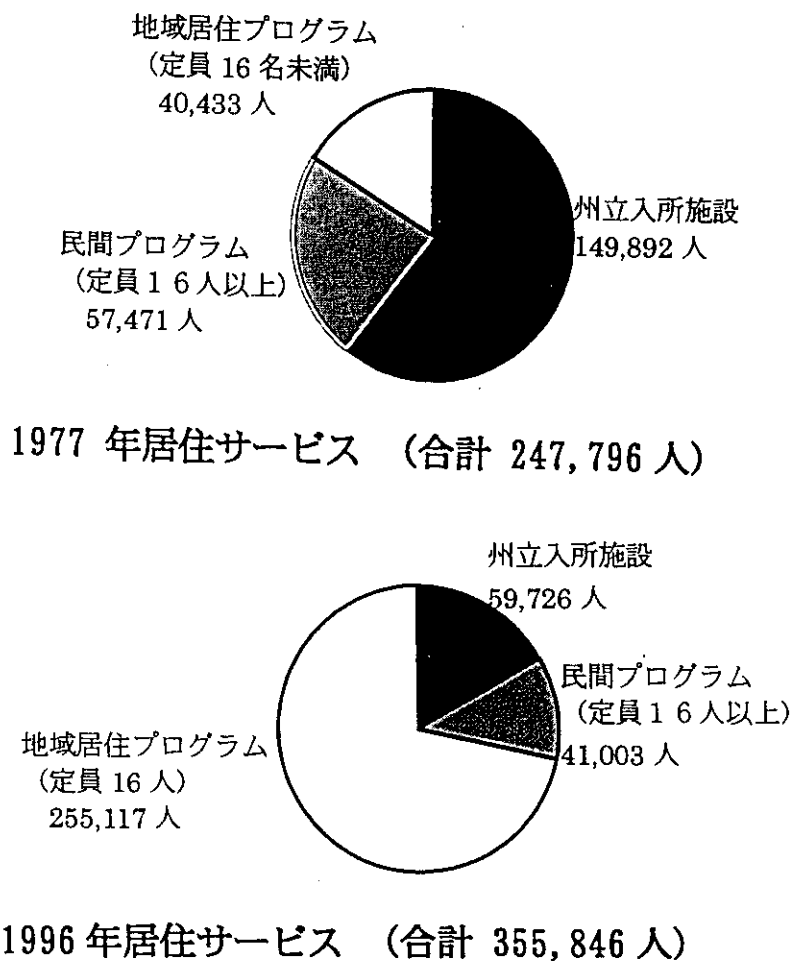


1996年の全米各州における知的障害者サービス支出のうち、1996年では平均68%が家族援助と地域サービスに当てられているのに対し、ミシガン州ではその94%が家族援助と地域サービスに当てられています。図2に表された1976年から1996年までのミシガン州の知的障害者サービス支出の推移を見ると、この州の知的障害者サービスが施設中心のサービス形態から地域・家族を中心とするサービス形態に変貌を遂げたことがはっきりと示されています。

諸州への近代化の広がり

ミシガン州のケースは知的障害者サービスの近代化の一例です。ミシガンにおける急速な地域サービスの拡充とそれに呼応する州立・私立の入所施設サービスの激減は他州の模範となりました。こうした近代化の波は全国的には、ミシガン、ニューハンプシャー、ロードアイランド、バーモント、メイン、ウエストバージニア、ネブラスカ、ノースダコタ、アリゾナ、ニューメキシコ、ミネソタ、コロラドの各州では他州と比べて知的障害者サービスの近代化が速やかに行われました。現在、ほとんどの州で地域サービスおよび家族援助が知的障害者サービスの多くの割合を占めるようになりました。図3は1977年と1996年の全国における居住サービスの状況を示しています。

図3 居住施設を利用する発達障害者数（全米）



この図が示すように入所施設を利用する知的障害者数は、149,892人(1977年)から59,726人(1996年)に激減しています。逆に定員15名以下の地域居住プログラムの利用者数はこの期間で40,433人から255,117人と6倍に増えました。1977年には居住サービス利用者全体のわずか16%が地域で暮らしていたに過ぎませんが、1996年にはその割合は72%に増えています。更に、1996年の地域居住者の56%が定員6名以下の小規模なプログラムを利用しています。図3には老人ホームで暮らす知的障害者は含まれていませんが、その数も1977年の42,424人名(National Center for Health Statistics, 1977)から1996年の38,438人へと減少傾向にあります。

施設中心主義から地域中心主義への知的障害者サービスの方向転換は州の支出面にもはっきりと現れています。1977年から1996年までの全国の知的障害者サービスの総支出(連邦レベル、州レベル、市町村レベルの合計)は、35億ドルから226億ドルへと増加しました。これに対して、入所施設に対する支出は過去20年間大きな変化がありませんでした。しかし入所者一人当たりで割った施設運営費は、入所者数が60%(149,892人から59,726人に)減少したために132%も増加しました。1996年の入所施設利用者一人当たりにかかる年間経費(全米平均)は94,347ドル(一日258ドル)にのぼっています。

過去20年以上、知的障害者サービスのどの部分に重点的に予算を配分するかは州によってまちまちでした。比較的早い時期に地域居住に重点を置くようになったミシガン、ネブラスカ、ニューイングランド諸州ではこの1977年から1996年までの20年間、常に支出の60%から75%が地域サービスに当てられ、施設サービスへの支出は全体の25%から40%に留まっています。同じ時期、これ以外の諸州では地域サービスへの支出より遥かに多額が施設運営に当てられていました。しかし、1996年に全米で地域サービスに使われた支出(155億ドル)は、州立・私立の入所施設の運営に当てられた費用(73億ドル)の約2倍になっています。

地域サービスの台頭とその他の近代化

過去20年間、入所施設を中心とするサービスに代わるべく様々の地域サービスプログラムが州政府や民間法人によって産み出されてきました。こうしたプログラムの中には在宅知的障害者に対するサービス受給券の発行、現金給付制度、レスパイトサービス、行動療法士の家庭への派遣等のサービスが含まれます。一方、地域居住プログラムはより少人数で個別化されたグループホームや民間アパート利用のプログラム、一戸建住宅やマンションの購入援助プログラム、里親や養子縁組制度などの拡充によってより小人数化、個別化されてきました(Dufresne & Laux, 1994; Smull & Danehey, 1994)。インテグレートされ

た余暇・レジャープログラム(Schleien & Ray, 1988)、0歳児から3歳児までを対象とする早期療育プログラム(Guralnick, 1996; Lazar & Darlington, 1982)、高齢の知的障害者へのプログラム(Heller, in press; Sutton, Factor, Hawkins, Heller, & Seltzer, 1993)、また精神障害を併せ持つ知的障害者へのプログラム(Reiss, 1994; Reiss, Levitan, & McNally, 1982)もこの20年間に大きく発展しました。

基本理念

レーキン(1996)は地域サービスを「知的障害者とその家族に対して彼らの自助努力を助長するような周囲の人々からの自然な支援。また、彼らの人生の目的達成、生活の質の向上、あるいは彼らの地域社会に対する貢献につながるような活動への参加を支援すること」と定義し、最も有効な地域サービスプログラムは次のような特徴を持っていると言っています。

- ・どこに住みたいか、どんな仕事をしたいか、どのように余暇を過ごしたいかという本人の希望とそのための費用。その希望を実現するために必要な援助。この二点が別々に検討されること。
- ・本人自身が自分で管理し、誰と暮らせるか選べ、自由なライフスタイルで暮らせるような居住の場を提供すること。
- ・本人が援助機関に出かけていくよりも、サービス提供者が本人の生活する場所に出かけて行動療法、言語療法、医療、健康サービスなどを提供するようにすること。
- ・本人が住む場所や働く場所での支援の方法が押しつけがましくなく、本人の生活を尊重するよう配慮されていること。
- ・援助を受ける本人が受けるサービスの内容や提供者を自由に選択でき、これらを自己管理できるよう保証されていること。
- ・知的障害者全般を対象とした包括的なサービスではなく、一人ひとりのニーズに合うような個別化された援助方法が模索されていること。
- ・本人やその家族が求める生活の質の向上や個別の目標が達成されたかどうか、提供された援助の優劣を評価する基準として利用されていること。
- ・有給の仕事と無給のボランティア活動の双方について選択の幅を広げること。

(Lakin, 1996, p. 3)

実証された地域居住の成果

地域生活の効果は研究によって実証されています。入所施設から地域生活に移行した知的障害者の生活スキルおよび適応行動の向上は、地域インテグレーションの論文(Larson & Lakin, 1989)、また行動分析の論文(Thompson & Grabowski, 1977)に記載されています。

また家族のほとんどが、本人の地域での新しい生活を好ましいものと受け止めています (Larson & Lakin, 1989)。

州立入所施設と地域居住プログラムの運営コストを比較した論文もいくつか発表されています (Bensberg & Smith, 1984; Knobbe, Carey, Rhodes, & Horner, 1995)。1979年から1995年の間に発表された7つの論文によれば、地域居住プログラムの平均運営費は州立入所施設運営費の85%に相当します。これは州立施設に勤める公務員と比較して民間運営の地域プログラムにつとめる職員の給与水準が低いこと、年金・社会保険等が未完備で雇用者負担が少ないことに起因しています。一般に職員の退職率と給与水準は反比例しますが、民間運営の地域プログラムで働く職員の退職率は州立施設に働く職員のそれよりも明らかに高い数字を示しています (Braddock & Mitchell, 1992)。

1991年、全米各州で合計6千人の知的障害児者が居住サービス（施設、地域を含む）の待機者リストに、また12万人がデイサービス、就労援助、ケースマネジメント、家族への現金補助等のサービスの待機者リストに名を連ねています (Hayden & DePaepe, 1994)。本章の最初に述べられた知的障害児者の予想総数と比べると、これは実際の待機者数よりも低い数字ではないかと思われます。事実アメリカの全知的障害児者の内、居住サービスを利用しているのは12%に過ぎません。330万人といわれる全米の知的障害児者の88%は公的なサービスを受けないで自活しているか在宅です。

知的障害者を支える家族の高齢化に伴い、また地域居住プログラムの数が増えて選択の幅が広がり本人そして家族にとってより魅力的な選択肢になるにつれ、地域サービスへのニードはより高まることが予想されます。障害児に対する無償で適切な公教育の機会を保証した障害者教育法（全障害児教育法が改称）は、障害児の親たちの間に「成人した我が子には地域生活をする権利が守られるべきだ」との気運を育てました。就労、公共の場所へのアクセス、公的機関からサービスにおいて障害者に対する差別を禁止した1990年の障害を持ったアメリカ人（ADA）法もまた、新たな居住サービス、就労援助サービスへのニードを高めたと考えられています (Wehman, 1993; West, 1991)。

地域居住サービスの不足とその運営費コストの高騰により、知的障害者サービスを提供する各州は家族援助サービスに目を向け始めました。1992年、全米のほとんどの州で何らかの家族援助サービスが提供されています (Braddock, Hemp, Bachelder, Fujiura, 1995)。こうしたプログラムは、1980年代までは存在しませんでした。現在、知的障害者サービス全体の中で家族援助サービスの占める割合はまだわずかではありますが、その割合は急激に増えています。近い将来、連邦政府の補助金削減が懸念される中で、各州政府は常勤職員を中心に運営される居住施設やデイプログラムなどのコストの高いサービスへの依存度を減らそうとしているのです。

知的障害者を抱える家族へのサービス、およびこうした家族の将来設計の作成を助けるプログラムは今後10年間で著しく増加すると予想されています。近い将来、職員の不足が

入所施設、地域プログラムの双方で予想されており、より人手に頼らない形でのサービスに今後の重点が置かれるからです。現在、35万人以上の直接処遇職員が施設や地域で働いていますが、こうした職員の給与は一般的に低い水準に押さえられ、特に新任職員の給与は最低賃金に近い状態です。1960年代、70年代の出生率の低下による若年労働人口の減少、そしてサービス提供者間で起こる少ない労働者の奪い合い。これらは地域サービス、施設サービスのどちらにとっても大きな問題となるでしょう。

地域参加とインクルージョン

知的障害者の社会参加はノーマライゼーションの原則の上に成り立っています。ノーマライゼーションの考え方によれば、知的障害者の社会的立場は年齢相応の活動を通常そうした活動が起こるであろう場面で行うこと、地域社会の中ですでに社会的な立場を持っている人と対人関係を作ること、地域での一般的な社会的、文化的、経済的活動に参加する等によって強まると考えられています(Lakin, 1996)。知的障害者の生活の質に関する研究や権利擁護活動も近年になってノーマライゼーションの考え方の延長として発展したものです。彼らの生活の質を考える時重要なことは、本人に生活に係わる選択をする権利があるということ、生活の質を定義する権利があるということを理解することです(Edgerton, 1990; Goode, 1994; Schlock, 1990)。

知的障害者の地域へのインテグレーションは、彼らへの援助に係わる人々にとって大きな挑戦でした。数千人もの知的障害者を大規模入所施設から、あるいは老人ホームから地域居住へ移行させることは煩雑で巨額の費用がかかり、政治的にも疑問が投げかけられたプロセスで(Braddock & Heller, 1985)、多大な努力が彼らの権利を守ること、そして地域社会に対する啓蒙活動に費やされました(Seltzer, 1984; Sigelman, 1976)。しかしながら、知的障害者が地域に居るというだけでは考えられていたような地域住民との社会的、人的な交流は行われませんでした(Bercovici, 1983; Bogdan & Taylor, 1987)。知的障害者のために求められたのは、彼らが地域社会の中で社会的に認められた立場を築くことでした(Wolfensbeger, 1983)。

利用者中心の計画(パーソンセンタード・プランニング)とは知的障害者の社会的な意味でのインクルージョンを促進するための一手法です。この方法ではまず知的障害者を取り巻く人々が、本人が理想とする社会環境を思い描きます。次に本人が社会とのつながりを増して理想とする社会環境に近づくための具体案を検討します。本人を取り巻く様々な人との接触を通して、知的障害者の地域への帰属意識を育てます(Abery & Fahnestock, 1994)。治具等の利用を通して知的障害者のコミュニケーション手段を強化することも、彼らの社会性を増すことにつながります(Alm, 1993)。

自律と自己決定

私たちの社会は一人ひとりの自律性を尊重する社会であり、知的障害者にとっても自律は重要な目標のひとつです。知的障害者の自律性を高めるために多くの養護学校、地域居住プログラムでは、日常生活の中での自己選択の方法、本人の主張・意見を相手にわかりやすく伝える方法を本人に訓練しています(Abery, Rudrud, Arndt, Schauben, & Eggebeen, 1995; Hoffman & Field, 1995)。1989年に開催された自己決定に関する全国会議(1989)では、居住プログラムと自己決定に関する以下の七つの勧告が知的障害者本人によって採択されました。(1)障害自身が自分の将来についての決定ができるようにすること。(2)州、市町村レベルの本人活動を支持すること。(3)障害者の自律と選択をもっと尊重するよう専門家に促すこと。(4)障害者の自己決定にかかわる啓蒙を援助職員の就労前訓練、および就労してからの現任訓練の中に取り入れること。(5)自己主張の意味とその方法に関するトレーニングの機会を障害者本人に提供すること。(6)障害者と非障害者間の友人関係を尊重すること。(7)障害者への援助内容を決定する際に、本人もそのプロセスにかかわること(National Conference, 1989, in Lakin, 1996)。

知的障害者本人による組織だったセルフアドボカシー(自己権利擁護)運動は、自律と自己決定のもう一つの重要な形態と言えます(Dybwad & Bersani, 1996; Longhurst, 1994)。州および市町村のレベルでピープルファーストを代表とするセルフアドボカシーのグループへの参加者は急速に増えています。現在では全米のすべての州で千以上のセルフアドボカシーグループが活動しており(Hayden & Senese, 1996)、その数は1990年の3倍になっています(Longhurst, 1994)。

1995年、本人たちはセルフアドボカイト ピカミング エンパワード(SABE)という全米規模の組織を設立しました。このSABEの理事会は知的障害者のみで構成され、公式に非営利団体の資格を取って全国会議を開催するようになりました。また、彼らはすべての州立入所施設について規模の縮小と閉鎖を求めています(Dybwad & Bersani, 1996)。今後ともセルフアドボカシー運動は知的障害者の自律と自己決定を求めて発展を続けるでしょう。地域サービスプログラムの評価項目の一つとして「本人の自律と自己決定をいかに奨励したか?」という項目を設ければ、この運動を更に発展させられます。

インテグレートされた就労

近年まで知的障害者の就労機会は授産施設あるいはデイプログラムに限られていました。仕事の内容は単調で支払われる賃金は名目ばかりのものでした。1967年に改正された雇用基準平等法によって禁止されるまで、入所施設では入所者が治療の一環として無償で働くことが当然のごとくおこなわれていました。1986年の職業リハビリテーション法改正によって、重度障害者に対して援護付き就労(サポータードエンプロイメント)プログラムが提供されることになりましたが、このプログラムによって数万人に上る知的障害者が地域

での就労とそれに付随するインクルージョン、社会参加、自尊心の向上などを経験しています(Rusch, Chadsey-Rusch, & Jonhson, 1991)。援護付き就労プログラムの利用者の70%は全国に散らばる4千以上の民間法人からこのサービスを受ける知的障害者です(Wehman, Revell, Kregel, 1995)。このプログラムで使われる応用行動分析は、知的障害者に就労にかかわるスキルを効果的に教える方法として評価されています(Snell, 1987)。

しかし、援護付き就労で得られる賃金は低いレベルに留まっています。例えば、1993年の援護就労利用者のほとんどはパートタイム就労でその平均賃金は週107ドルに留まっています。クレーゲル(1995)は最近の援護付き就労実態調査報告書の中で利用者のうち重度知的障害者の占める割合は決して高くないと述べています。1980年代より更に多くの努力がこうした重度障害者がより頻繁にこのプログラムを利用できるように必要だと考えられます。また投資と還元という見方からは、納税者にとって援護付き就労プログラムは低い投資でより高い社会還元が見込まれる節税型の援助施策であること、利用者にとっては高い社会性や精神的な成長が見込まれることが発表されています(Lweis, Johnson, Bruininks, Kallsen, 1994)。

問題行動を伴う知的障害者サービスの近代化

精神的成長を促す様々の社会活動に参加する機会や適切な教育を受ける機会が極めて限られていること、強制的に家族や友人から引き離され隔絶された入所施設に住まなければならないこと、障害に対する偏見、雇用差別、他人から利用されたり虐待されるなど知的障害者はしばしば不健康な社会環境の中で暮らしています。彼らは自らの置かれた社会環境を敏感に察知して焦燥感、孤独感、不安感、怒り、挫折感、敗北意識、喪失感を募らせ、精神障害を起こしやすい状況にあります。

知的障害者にとって精神障害を併せ持つことは、地域社会への参加、インテグレーションの大きな妨げとなります。精神障害の発症、また効果的な治療法が少ないことが原因となって、地域で暮らす知的障害者が施設に入所あるいは再入所しなければならなくなることもしばしばあり、知的障害者の地域生活が円滑に進まない、あるいは就労に失敗する大きな原因となっています(Bruininks, Hill, & Morreau, 1988; Thompson & Grabowski, 1977)。しかし、過去20年間の多大な研究によって知的障害者の持つ精神障害への認識と理解、またその治療方法は大きく進歩しました(Nezu, Nezu, Gill-Weiss, 1992; Reiss, 1994; Thompson & Gray, 1994)。

過去15年間に発表された33の論文によれば、知的障害者の15%から35%以上が何らかの治療を必要とする精神障害を持っています(Reiss, 1994)。これらの論文に見られる発症率の違いは調査対象者の選択方法によるもの、精神障害の分類方法の違いによるもの、障害程度の分類の違いによるものと考えられます。例えば過去のケース記録による調査では精神障害の発症率は低いものになっていますが、精神科医などの専門家への聞き取り調査で

はより高い発症率が報告されています。地域生活をする知的障害者の精神障害発症率が最も低く、州立入所施設の利用者の発症率はより高いものとなっています。

知的障害者が精神障害に罹りやすいことは1980年代中期にイリノイ大学シカゴ校のステイブ・レイスらが「精神障害診断における知的障害の影響 (diagnostic overshadowing)」と名づけた現象を発表することによって初めて明らかにされました。この現象は知的障害者の持つ精神障害が臨床現場で見落とされやすいことを指すものです(Reiss, Levitan, McNally, 1982)。知的障害者が起こす不適応行動は知的障害そのものに起因するものであって、精神障害とは関係が無いと考えられていたのです。知的障害者の持つ精神障害に取り組もうとする専門家の極端な不足と相まって、この「知的障害の影響」現象は精神障害を併せ持つ知的障害者への関心や治療方法の開発を遅らせていました。しかしこうした状況も1980年代以降、新しい治療法の開発や知的障害者を対象とする精神科外来・入院、あるいはデイプログラムの設置によって改善されはじめました。

知的障害者を対象とする精神科外来では診断、個別あるいはグループでの心理療法、認知療法、強化療法、薬物療法が行われます。利用者の多くは15歳から29歳までの思春期から青年期の年齢です。イリノイ大学シカゴ校の障害と人間発達研究所内に設置された知的障害者の精神科外来でも利用者の三分の二はこの年齢層に属します。思春期から青年期へ成長する際に起こる心の葛藤、そして高校卒業によって教育機関からのサポートが受けられなくなることの2点が、この年齢層に精神障害の多い理由と考えられています(Bouras, Brooks, & Drummond, 1993; Reiss & Trenn, 1984)。現在、アメリカ国内ではオハイオ大学ノスジンガーセンター、ロチェスター大学(Davidson, Cain, Sloane-Reeves, Giesow, Quijano, Van Heyningen, & Shoham, 1993)、ハーバード大学地域インテグレーション研究所など大学の研究機関に付属した知的障害者のための精神科外来が数多く設置されています。地域居住プログラムを運営するいくつかの民間法人も、精神障害を併せ持つ知的障害者のためのプログラムの運営を開始しました。またシンシナティ発達障害センターでは、全米の地域精神障害センターを含む精神障害分野の職員を対象とした包括的な現任訓練カリキュラムを開発しています(Woodward & Pederson, 1991)。

精神科外来は知的障害者が入所施設やその他の隔離された施設に戻されることを防ぐための地域サービスの一環となりつつあります。こうした外来機関での成果を発表した論文の中にはしっかりした研究手法をとっているものはほとんどありませんが、広く用いられる療法に関してはまとめた数字が発表されています(Reiss, 1994)。知的障害者には Rational-Emotive療法(RTE)やモデリング、自己指南などの認知療法的アプローチよりも行動療法的なアプローチ(Benson, Rica, & Miranti, 1986; Maston & Tndrasik, 1982)がより効果的だとされています。しかし知的障害者に対するRTEの成功を示すケース研究も発表されていますし(Prouty & Cale, 1994)、ビデオを使って問題行動への対処法を探るモデリングの方法の成功例(Dowrick & Biggs, 1983)、グループや個別の心理療法の成功

(Szymanski, 1980a, b) も発表されています。最近レイスとアマン(in press)は知的障害者に対する心理療法、薬物療法の中でも効果的なものを紹介した著書を発表しています。加えて遊戯療法、芸術療法、音楽療法なども知的障害者の持つ精神障害に効果があることが発表されています(Bowen & Rosal, 1989; Zigelbaum & Rubino, 1991)。

知的障害者に対して心理療法を行う場合には、いくつかの配慮がなされなければなりません(Reiss, 1994; Schiller & Schaaf, 1997)。まず面接は本人の理解力に合わせて行わなければなりません。面接者は具体性を持つ言葉を使い、絶えず本人の理解の度合いに注意し、加えて本人が自分の障害に対して持っている感情に配慮しなければなりません。第二にセラピーは指示的でなければなりません。セッションの進め方は事前に検討され、その目的と期待される結果が具体的に本人に説明される必要があります。セラピーが期待通りの効果を生まなかった場合には別の方法を試してみるか、あるいはセッションの内容をより本人にわかりやすいものに変更することが必要です。第三にセラピーの目標が適切に設定されていなければなりません。この時、セラピーを要請したサービス機関の求めるセラピーの目標とセラピーを受ける知的障害者本人にとってのセラピーの目標が異なる場合があることを理解しておく必要があります。第四にセラピストは知的障害者の生活する環境全体をその視野に入れ、セラピーが総合的な知的障害者サービスシステムの一部であるということを理解しておく必要があります(Nezu, Nezu, & Gill-Weiss, 1992)。

ほとんどすべての州で社会不適応を起こした知的障害者のために、観察と安定化を目的とする入院病棟が用意されています。州立入所施設内の入院病棟は重度知的障害者によく利用されていますし、州立精神病院内のそれは軽度知的障害者に利用されています。しかし、入所施設内に設置された入院病棟については賛否が分かれています。極めて少数の精神障害患者にとっては管理された安全な環境が稀に必要なことがあります。一般的に言って社会不適応はそれが起こる環境の中で治療される必要があります(Carr & Durand, 1985; Reiss, 1994)。サミュエル・ハウ(1866)やニューマンとエマーソン(1991)が述べているように不適応行動のある人たちを介護員と共に一方所に集めることは、不適切な行動モデルを強化したり、無秩序な環境が作り出され治療の一貫性を妨げかねません。従って、入院病棟は地域インテグレーションや社会への統合といった概念とは相容れるものではありませんが、ほとんどの州で僅かではありますが入院病棟が最も難しい問題行動を抱える知的障害者のために今も運営されています。今後10年間でこうした入院病棟の利用は漸次減少し、地域ベースの精神障害サービスが入院病棟利用あるいは緊急入院措置に取って代わると考えられます。メノラスシノとスターク(1984)が大学を基盤としての設立した高名なネブラスカ大学付属精神障害研究所の入院病棟は、その一例です。この病棟の職員は精神科医、心理療法士、看護婦4名、患者一人につき一名配置される準医療職員、ソーシャルワーカー、心理学者で構成されており、入院患者数は常に15名以下に限定されています(Reiss, 1994)。

問題行動を持つ知的障害者に対する全米で最初のデイサービスプログラムは1973年、メリーランド州シルバースプリングのロック・クリーク財団によって始められました(Smull, Fabian, & Chanteau, 1984)。このプログラムは精神障害を持つ知的障害者を対象としており心理療法の利用、様々な日常活動への参加、職業訓練などをその特徴としていましたが、中でも患者たちからの意見を採り入れること、また患者自身が自らの治療計画の作成に参加することで有名でした。ニューヨーク州ウルスター郡のビーコンハウスもまた一つのモデルとして有名です(Fletcher, 1988)。このプログラムではグループ治療が中心に用いられ、個別の心理療法、薬物療法は付屬的に利用されていました。社会スキルの向上、衝動の抑制、自尊心の高まり、そして問題解決スキルの獲得がプログラムの効果として発表されており(cited in Reiss, 1994)、知的障害者の入所施設へのUターンを防止するのに非常に有効でした。

将来、精神障害を併せ持つ知的障害者が地域で精神医療サービスを利用できるようになるまでは、知的障害者のために特別の配慮をした外来、入院病棟、デイサービスプログラム、緊急入院等の事業は知的障害者サービスの一環として提供される必要があります。これらの事業で活用されている様々の療法の効果も、検証されなければなりません。精神医療にかかわる現場職員に対して知的障害者の持つユニークな特徴についての現任訓練を行うことも重要です。連邦政府は知的障害者の情緒・精神面の研究を行う研究機関に対する助成を優先して行うべきです。国立精神衛生研究所は知的障害と精神障害の合併した「二重障害」にこれまで余り積極的ではありませんでしたが、今後は児童医療人間発達局内の知的障害課との協力の下、共同研究や現場職員への現任訓練の機会を増やしていくべきでしょう。国立衛生研究所(National Institute of Health, 1989)が1989年に開催した問題行動を抱える発達障害者の治療に関する会議では、二重障害を持つ知的障害者の中でも最も対応の難しい人たちの問題が中心議題の一つとして取り上げられました。これは国立衛生研究所が研究所を挙げてこの重要な問題に取り組もうとする姿勢の現れと言えます。

まとめ

本章は知的障害・発達障害サービスの変遷とその近代化について俯瞰しました。過去、社会の暗部に追いやられ無視され続けていた知的障害者は現在、社会の一員として受け入れられつつあります。他の経済発展国と同様、アメリカは対して入所施設への隔離、強制的な不妊手術、非人道的な処遇に代表される残酷で過酷な時期を知的障害者に強いたことがありました。しかし、そうした時期でさえ里親制度や地域居住を例とするサービスの近代化が小規模ながらもいくつかの州で進んでいました。

振り返ってみれば、アメリカにおける歴史的に最も重要な知的障害者施策の転換点として1848年のボストンでの全米最初の公立入所施設の設立、20世紀初頭の大都市における知

的障害児童への公立学校での特殊教育の開始、そしてそれから70年を経て行動療法を利用した社会、学校、住居、職場におけるインテグレーションなどが挙げられます(Thompson, & Grabowski, 1977)。また大統領府、連邦議会の努力によって知的障害に関する研究、職員養成、援助プログラムが拡充され、所得保障のための連邦予算の支出が増やされことも重要な知的障害政策の転換点と言えます(President Panel, 1962)。

1970年代に起こった市民権擁護を目的とする知的障害サービスへの連邦司法府の介入は、知的障害者とその家族にとって新たな分水嶺となりました。連邦裁判所は知的障害児・者に対して無償で適切な公教育の権利を保障し、残虐で不当な処罰を禁止し、最も制約の少ない環境でのハビリテーションを保証しました。1973年に制定された改正リハビリテーション法504条では連邦政府から補助金を受けるあらゆる機関に対して障害者差別が禁止されました。1961年、ケネディ大統領が大統領付属知的障害諮問委員会を招集して以来、連邦政府は知的障害分野で重要な役割を演じ続けています。しかしながら、連邦政府のメディケイドプログラム—知的障害者のための中間施設事業—が施行されるまでの1850年から1971年までの121年間、運営費不足から州立入所施設での処遇が悪化していたのにもかかわらず、州の主権を尊重するあまり連邦政府の大規模な施設運営への介入が行われなかったことも忘れてはなりません。

1990年代に入り州、地域、家族、そして知的障害者自身が児童期から成人期に至る様々な知的障害者サービス近代化の担い手となりました。連邦政府は知的障害者へのサービスを展開するために大規模な資金援助を行いました。援助付き地域居住、家族援助、援助付き就労、問題行動を抱える知的障害者のためのプログラムなどの近代的なプログラム発展の原動力となったのは、州政府や先駆的な民間法人等に支えられた地域行政、そして障害者を抱える家族でした。今日では、家族援助と地域居住に重点を置き19世紀の隔離型の施設依存から脱却しようとする動きがアメリカのみならず国際的な傾向としてみられます。就労、公共の場へのアクセス、公的サービス、コミュニケーションにおける障害者差別を禁止した1990年の障害を持ったアメリカ人法は1990年代の最も重要な障害者関連法と言ってよいでしょう(Blanck, in press)。

しかしながら家族援助や地域サービスに対する力の入れ方には、各州間、また同じ州内でも地域毎に大きな開きがあります。入所施設、地域を問わず、居住サービスの拡充に重点を置き、それによって連邦政府から得られるより多くの補助金をあてにして運営コストの高い入所施設を維持しようとしている州があります。他方では、メディケイドプログラム家庭/地域サービス事業に力を入れ、入所施設を閉鎖して地域居住を拡大しようとする州もあります。多くの州は入所施設と地域居住の二律背反の居住システムを平行して維持しようとしていますが、異なる二つのシステムを運営するにはコストが高くつくため、実際に二者を平行して維持できる州はほとんどありません。イリノイ州など多くの州で施設存続派の親のグループ「知的障害者の声」、施設職員の組合「アメリカ州、郡、市職員連合」

などが政治的な力を持って、入所施設の縮小、閉鎖、そしてそれによって浮いた予算を地域サービスの拡充に当てることを求める地域居住推進派の前に立ちふさがっています。

こうした組織化された反対にもかかわらず2000年までに州立施設の入所者数は5万人を割ると思われます。そして入所者数の減少は過去30年間と同様、2000年以後も続くでしょう。入所施設を全廃する州の数は現在の7州（アラスカ、ハワイ、ニューハンプシャー、ニューメキシコ、ロードアイランド、バーモント、ウエストバージニア）から2000年までに10数州に増えると思われます。そして2000年ないしはその直後には大人口を抱える州の中で、すべての入所施設が閉鎖される最初の州（おそらくミシガン）が現れ、他の大人口を有する州での施設閉鎖運動、そしてそれに伴う地域居住と家族援助プログラムの増加に弾みをつけるでしょう。

全国的に見て地域サービスへの支出は、1992年から1996年までの年平均9.2%の増加には及ばないものの、今後10年間に急速な増加を遂げるでしょう。このような急激な地域サービスの増加は以前から見られた以下の6つの傾向によるものです。（1）サービス提供側の都合や集団としての知的障害者のニードよりも、本人や家族のニードにもとづく柔軟な個別対応を重視する傾向。（2）過去20年間において知的障害者サービス予算の29%から80%を占めるまでに成長した民間法人の役割の増大。（3）居住サービス、地域サービス両方の分野で現在の3%から10年以内に10%以上を占めるまでに成長が予想される営利法人の増加。（4）各州での新しい健康保険制度の発展。（5）州レベルでのメディケイドプログラム知的障害者のための中間施設事業支出の見直しと同家庭/地域サービス事業の拡大。

最後に、居住サービス（特に個別介護プログラム、援護付き居住プログラム）、家族援助、援護付き就労などのプログラムにおける待機者の増加傾向が挙げられます。高齢人口の増加により、これまでにも不足がちであった居住サービス、デイサービスに対するニードはさらに高いものとなりました。例えば1997年にメリーランド州で居住サービスを必要としながら欠員が出るのを待っている4,682名の待機者の内、60歳以上の家族と同居する者はその39%にのぼり、同居する家族の14%は80歳を越えています(State of Maryland, 1997)。メリーランド州での介護者の高齢化が全国レベルを下回る控えめなデータだとしても、今後10年から30年の間にベビーブーム世代の高齢化が進むことを考えると知的障害サービスへのニードは近い将来、州の対応能力を超えると考えられます。

人口の高齢化はベビーブーム世代の高齢化や医学の進歩による寿命の伸びばかりでなく、納税者層の中心となる労働人口の減少を引き起こす出生率の低下とも関連が見られます。2010年までにアメリカの総人口の14%が65歳を超え、2030年までにその割合は20%を超えると予想されています(U.S. Bureau of the Census, 1996)。アメリカ、そして世界のサービス提供者にとって今後30年間、人口構成の変化による知的障害サービスに対するニードの増加は取り組むべき大きな問題となるでしょう。