

# 入所施設ケアとコミュニティ・ケアという 二重構造の解消をめざして

－ 1985 年以降のアメリカにおける脱施設化の現状－

清 水 貞 夫\*

Overcoming the dual care system of persons with disabilities in U.S.A.

Sadao Shimizu

## 要 旨

本稿では、1985～90年代での後期脱施設化の進展を考察する。1970年代に始まった前期脱施設化が、一方で、入所施設での障害者ケアを行いつつ、他方で、コミュニティでの障害者サービスの開発をするという二重構造を維持しつつ進んだのに対して、1985～90年代は、障害者ケアがコミュニティでの障害者サービスへと中心化する転換点を迎えた時期であった。脱施設化は、障害者が必要なサポートをコミュニティで受けつつ通常の人たちと同じように社会参加するシステムづくりであると考え、障害者ケアの二重構造は、入所施設温存策であるにすぎなかった。その二重構造の解消に向けた取り組みが、州間格差が存在しながらも、進展したのが、1985～90年代と特徴づけることができる。その際、連邦政府による HCBS の創設が重要な機能を果たした。

キーワード：アメリカの障害者福祉、入所施設ケア、コミュニティ・ケア、二重構造

## 1. コミュニティ・サービスの新たな開発

### <レーガン政権の登場と福祉改革>

アメリカ社会は、1970年代末までに、保守色を強め、1980年の大統領選挙を受けて、「強い米国の再生」を訴える共和党・レーガン大統領の登場を迎える（1981年）。そして、レーガン政権は1989年1月まで続く。レーガンは、民主党・カーター政権が不況対策として社会支出の削減しか打ち出せない状況で、実質所得の低下、雇用不安や失業を抱え、各地の減税闘争に声援を送っていた中産労働者階層の支持を獲得し、南部と西部の全州で勝利し、ホワイトハウスに入る。レーガンの大統領就任時（第1期）の演説には「現在の危機的状況において、政府は私たちの問題解決にはならず、むしろ政府そのものが問題なのである」という語句がある。米国は、1929年の恐慌に対応するニューディール政策以後、「大きな政府」の道を歩んできた。特に、1960～70年代、ケネディ・ジョンソン政権の下、公民権法や社会保障の充実の政策を実現させてきた。これは、高度経済成長を背景にしてもいた。1970年半ばになると、ベトナム戦争の泥沼化と反戦運動の激化の中で、経済が低成長の時代に入り、1960年代の「社会革新」政策への反動が起き、中産階級は「大きな政府」への道へ疑問を感じるようになっていた。レー

---

\*尚綱学院大学 非常勤講師

ガン政権の政策は、大幅減税、軍備拡大のための国防支出の増加、「小さな政府」による社会福祉の削減等、を基調とするものであった。

1981年7月、レーガンは、予算削減を実現する包括予算調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act:OBRA）を成立させる。この法律は、多数にのぼる社会福祉プログラムを統合して一括補助金として予算計上し、個別の社会福祉プログラムへの補助を削減しようとするものであった。レーガン政権の時代、要扶養児童家庭扶助予算は17.4%削減で受給者40万人が削減され、食糧スタンプの受給資格を失った者は100万人、貧困者向け一括補助金は23.5%削減されるなどが行われた。そうした中にあり、比較的削減を免れたのが障害児教育及び障害者福祉予算であると言われている。その後、クリントン政権（1992～2001年）時代になると、経済は好況に転じ、財政赤字の解消が進み、福祉関係への投資が増大する。こうした時代背景があり、特に1990年代は、障害者のコミュニティ・ケアが進んだ時代といつてよいであろう。

#### < 1981年のHCBS ウェーバー制度の創設 >

1981年に、包括予算調整法が成立し、それに伴う社会保障法改訂により、メディケイドの法規を猶予（ウェーバー）しながらメディケイド有資格者に対して“非施設入所サービス（non-institutional services）”を提供するのにメディケイド資金を使用することが認められることになった。これが「居宅およびコミュニティを基礎にしたウェーバー制度（Home and Community-Based Services Waiver:HCBS）」の創設である。これこそ、障害者のコミュニティ・ケアを一段と促すものであった。同制度の創設により、各州政府はメディケイド資金を活用して障害者のコミュニティ・ケアのサービス提供システムを立案し、連邦政府・保健及び社会保障局長官の承認の下で実行に移すことができるようになったのである。

そして、HCBSという“非施設入所サービス”とされた障害者サービスは、ケースマネジメント、ホームメーカー・サービス、保健サービス、身辺介護サービス、リハビリテーション・サービス、デイサービス、レスパイトサービス、就労支援事業等である。HCBS制度には、当初、当該障害者の長期ケア（入所施設内生活）のために使用される経費を上回らないという条件が付いていた。またHCBSプログラムに参加するか否かは州政府の判断にゆだねられていたため州間格差が生じることになったものの、入所施設（ICF/MR）での生活者のほとんどはメディケイド資金の受給者であることから、HCBS制度の創設はICF/MR生活者のコミュニティへの復帰を促進するものと考えられた。1986年度までに32の州政府が障害者に対してHCBSを提供しはじめる。とはいえ、HCBSのサービス受給者は1990年前後までは多いものではなかった。1990年及び1994年の「施行規則」の改定を経て、入所施設ケアの費用がHCBSの費用を一对一の関係で上回らないという条項が撤廃されたことで、HCBS制度によるコミュニティケアを受けるメディケイドを受給する障害者数が飛躍的に増加することになる。

特に、入所施設利用よりもコミュニティのサービス提供の方が安価であるとの研究が発表されるようになる1990年代以降において、HCBS制度は入所施設へ依存した障害者ケアを変革する契機になった。またHCBSのために、州政府は、財政に新たな負担を加えないまま、コミュニティでの障害者ケアを発展させ得ることから、確実に脱施設化のインセンティブとなり得たのである。こうしたインセンティブが1990年代における入所施設の閉鎖を用意したといえる。

## 2. コミュニティ・ケアのための新たな施策

この時期において、HCBS制度の利用と並行して、脱施設化の進行を促進した新規施策も登場した。1980～90年代に、新規に導入された施策の一つは、地域で障害者の雇用を促進する施策、援護付き雇用である。障害者に労働の場としての就労の場を地域に用意することは、コミュニティケアの核に位置づく施策と言える。成人障害者は労働を通して社会参加していくとき、旧来においては障害者の就労の場は保護就労の場（作業所）（sheltered workshop）であったが、その保護就労の場を支える職業リハビリテーション思想に挑戦するかたちで登場したのが援護付き雇用である。二つには、ファミリー・サポート・サービスの施策である。入所施設からコミュニティに脱施設化していくとき、その脱施設化の先はグループ・ホームなどの居住施設にかぎらず、家庭ないし親類縁者の居宅に脱施設化していくケースもあった。そのとき、一定程度のサポートを必要とすることが考えられるが、地域がサポートを用意しないならば、新しく移り住んだ家庭や親類縁者が困難に直面することになる。そうならないためにも、ファミリー・サポート・サービスが用意されなければならなかった。

### <援護付き雇用>

援護付き雇用は、時間限定の職業リハビリテーション・サービスでは十分に効果が得られない障害者（知的障害者、精神障害者、学習障害者、脳損傷者）の競争的雇用市場での就労促進をすることを目指したものである。伝統的には、職業リハビリテーションは、就労準備訓練を行い、その結果として就労レディネスができれば、就労先を探して就職させるという一連の過程と理解されてきた。このシステムでは、障害者が就労レディネスを獲得しない限り就職にはつながらない。そのため、多くの障害者は雇用対象外とされ、活動センターや福祉的就労の場への措置対象者になっていた。それに対して、援護付き雇用は、就労レディネスを関係なく先ずもって雇用し、雇用しながら職業準備訓練を行う方式である。ここには、障害者の職業スキルや作業スキルは、職業訓練として教授しても、現実の雇用の場への転移／汎化に困難が伴うのに対して、職業訓練を経ずに雇用の場で必要なスキルや動作を障害者に習得させた方が効率的であるという考えがある。援護付き雇用が制度化されたのは、1986年のリハビリテーション法改訂によってであった。

援護付き雇用の特徴は、①旧来の職業リハビリテーションでは雇用にむすびつかなかった障害者を対象とする、②本物の作業で賃金の支払いを伴う雇用である、③非障害者と共同・統合された作業現場での雇用を実現する、④長期の継続的なサポートで雇用継続を図る、⑤各種関係機関の協働により複数のサービス提供が行われる、とされている（Will, 1985）。

つまり、有賃金の雇用を継続しながら同時に職業リハビリテーション・サービスを受けることができるというのが、援護付き雇用といえることができる。換言すると、ジョブ・コーチによる指導、通勤支援、支援テクノロジーの提供、個別ニーズに対応したスパービジョンなどの継続支援が提供されるのが援護付き雇用である（U.S. Dep. of Labor, 2007）。

援護付き雇用には、2種類があり、一つは、メディケイドの対象者によるHCBS制度による援護付き雇用である。もう一つは、各州政府の職業リハビリテーション機関が資金援助を行う援護付き雇用である。前者は、メディケイド受給者である入所施設の生活者が、脱施設化するにあたり、地域で就労する機会を享受することになることから、脱施設化を援助するものと

して注目されてきた。しかし、その利用率はHCBS制度利用者の2.5～3%程度にすぎないことが報告されていた(West, et al., 2002)。それは、援護付き雇用へのHCBSウェーバー資金の使用が、ICF/MRないしナーシングホームでの居住履歴をもつ者に限定されていたことによる。その制限が撤廃されたのは、1997年の財政均衡法(Balanced Budget Act)の成立によってであった。つまり、入所経歴をもたない家族や親類縁者のもとで生活する障害者は、援護付き雇用の対象にはならなかったのである。

#### <ファミリー・サポート・サービス>

ファミリー・サポート・サービスは、障害者を抱えた家族への支援のことであり、現金給付、居宅及び居宅外レスパイト、放課後プログラム、家族への相談支援、家屋のバリアフリー化の改修、家庭内訓練、兄弟支援、特別な機器の提供などがある。提供方式には、バウチャー、家族への直接給付、還付金交付、サービス・プロバイザーへの給付など、いろいろな方式がある。当初は、家族への相談支援の機能が中心であったが、家族等の要求を受け止めて、家族がニーズに応じて柔軟にサポートを購入するという現金給付(バウチャーを含む)方式が生まれ、2004年段階では、22の諸州が、この方式を導入するまでになっている。ファミリー・サポート・サービスの内容は、各州の法令で規定が異なるものの、ファミリー・サポート・サービスの資金の半分強(2004年で57%)はHCBSウェーバーによるとなっている(Rizzolo, et al., 2005)。

ファミリー・サポート・サービスの狙いは、家庭での障害者介護をすることから生じる家族の疲労やストレスを軽減して、障害者の家庭外居住への措置を余儀なくされる状況を回避することとされている。その効果は、①家族ストレスの減少、②家族の自己効力感の増加、③サービスへの満足感の増加、④保護者の雇用の増加、⑤入所施設ニーズの減少、などがあると報告されている(Rizzolo, et al., 2005)。

ファミリー・サポート・サービスは、歴史的には、全米各地で1980年代に取り組みが始まるものの、それが本格化するのは1990年代後半になってからであり、そして、2000年以降、全米で急激な広まりを示す。ファミリー・サポート・サービスの拡大に寄与したのは、運営改善のための連邦政府による各州政府への資金提供(1998年)であった。連邦政府は、「政策審議委員会の設置」「研修・援助プログラム」「サービスの統合ないし調整」「サービスのネットワーク化」「マイノリティのアクセス」「家庭への直接給付」などの事業に、補助金を配当しファミリー・サポート・サービスの運営改善に取り組みさせる。その後、2005年に、連邦政府施策の力点は、特に、ワンストップ・サポート・センターの設置におかれているようになる。ワンストップ・サポート・センターは、各種サービス機関が協働して、ファミリー・サービスへのアクセスをナビゲートすることで家庭の抱えるニーズと各種サービスを適切に結び付けようとするものであった(ADD, 2005)。

2000年以降、ファミリー・サポート・サービスのシステムを持たない州政府(ワシントン特別区を除く)は存在しないといわれながらも、利用者の多くは、障害児を抱えた保護者であり、保護者の高齢化とともに、高齢保護者が高齢化していく子弟のケアを抱える状況が現出しつつあり、今後、需要が急速に拡大すると考えられている。しかしながら、全米で障害者の60%が居宅でケアを受けているにも関わらず、障害者への公的支出のうちファミリー・サポート・サービスへの支出は、2000年時点で4%(1990年時点で1.5%)にとどまっているのも事実である(Parish et al., 2003)。

しかしながら、ファミリー・サポート・サービスに、課題がないわけではない。課題の一つは、ファミリー・サポート・サービスが障害者を抱えた家庭支援として重要であることが認識されているわりには知られていないということである。課題の第二は、大きな州間格差の存在である。コミュニティ・サービスのための資金のうちでファミリー・サポート・サービスに振り向ける予算の割合に大きな州間格差があり、それがもとでサポートの対象家族数や1家族に振り向けられる支出額に大きな州間格差がある。課題の第三は、レスパイト従事者の不足である。需要の高まりに対応した従事者の確保が、各種機関でできないという事情がありそうである。

### 3. 入所施設偏重の是正

障害者が地域でサポートを受けながら生活できる体制づくりの進行は、障害者の地域によるケアをより確実にするものであった。障害者の地域によるケアの推進は、とりもなおさず、障害者に対する施策における入所施設（16人以上の入所居住施設）への依存を確実に減少させた。

#### <入所施設偏重解消への道筋>

1980年代にはいつて絶えず論点になったのが、メディケイド資金の入所施設偏重であった。つまり、メディケイド資金が、障害者のコミュニティ・サポート・サービスに向けられないで、その多くが入所施設の維持に向けられているということであった。これは、一方で、入所施設で障害者ケアを提供し、他方で、コミュニティ・ケアを提供するという二重構造の下、前者に過半の資金を投入しているということである。この入所施設偏重が解消し、メディケイド資金の支出の過半がHCBSへの支出となったのは、全米的には、1989年のことである。その際、HCBSへの支出の中身は、15名以下の各種のコミュニティ居住、ファミリー・サポート、援護付き雇用、個別援助（personal assistance）等の総計である。

表1 HCBSへの支出とICF/MRへの支出 (Billions of Dollars)

	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2003
HCBSへの支出	0.000	0.003	0.294	1.655	5.965	13.365	14.039
ICF/MRの経費	1.611	3.610	5.501	8.830	9.996	10.747	11.483

Stancliff, R.J. and Lakin, K.C. "Costs and Outcomes", p.319により作成

(注) ICF/MRはintermediate-care facilities for persons with mental retardationのことである。この時期においては入所施設はすべてがICF/MRに転換している。1971年の社会保障法改訂により、個別ハビリテーション計画の作成、職住分離などの諸条件をクリアーしたとき、その入所施設をICF/MRとして認定し、連邦政府はメディケイド資金を配当することになり、入所施設は順次ICF/MRに転換してきた。

1989年に、確かに、資金投入に見られる入所施設偏重は全米的には解消したのであるが、コミュニティでの各種居住を6名以下に限定すると、その偏重は1994年になるまで解消されなかったのである。また、表1に示されたように、HCBSへの支出とICF/MRへの支出を比較して、HCBSへの支出が実質的にICF/MRのための支出を上回るのは、2001年であった(Lakin et al., 2002)。ICF/MRは、入所施設での障害者の生活条件の改善に寄与してきたが、その創設20年が経過して、21世紀を迎えて、入所施設はその生活条件の改善から、解消へむかった

といってもよいであろう。

しかしながら、これはあくまで全米を鳥瞰したときのことであり、州間の格差は大きい（表2）。何が州間格差を生みだしたかは不明である。州の政治経済的状况が大いに影響し、州政府の障害者のコミュニティ・ケアの出費が影響されているものと推察できるが、それだけでなく、州政府の抱える入所施設数、入所施設居住者数、配置も関係しているものと推察される。

表2 HCBSがICF/MRをこえた年度

1980-1985	Alaska, Colorado, DC, Maine, Michigan, Montana, Nebraska, Ohio, Rhode Island, California, New Hampshire, Vermont
1986-1990	Arizona, Connecticut, Hawaii, Idaho, Indiana, Maryland, Minnesota, North Dakota, South Dakota,
1991-1995	Florida, Iowa, Kansas, Louisiana, Massachusetts, Missouri, Nevada, New Mexico, North Carolina, Oregon, Oklahoma, South Carolina, Texas, Utah,
1996-2000	Alabama, Arkansas, Delaware, Georgia, Illinois, New Jersey, New York, Tennessee, Virginia,

### < ICF/MR 利用者数を凌駕する HCBS 利用者数 >

脱施設化が展開されて、2001年になってはじめてHCBSへの支出が、ICF/MRのための支出を上回ったことを述べた。このことは、HCBS利用者数が入所施設利用者数を上回ったということでもある。HCBS利用者数は、1981年の社会保障法の改訂で確実に増加をはじめ、その増加は、1990年代になり加速する。そして、1995年には、ICF/MR利用者を上回るまでになり、1998年には、HCBS利用者数がICF/MR利用者数の約2倍になっている。この数値が、2001年において、HCBSへの支出がICF/MRのための支出を上回る結果につながったのである。

表3 HCBS及びICF/MRの利用者数の推移 (人数)

	1982	1987	1992	1995	1998	2001	2002
HCBS 利用者	11,381	22,689	62,429	149,432	240,301	327,713	367,456
ICF/MR 利用者	140,682	144,350	146,260	134,855	124,113	113,907	—

(K. Carlie Lakin et al., Medicaid HCBS Waiver Recipients are Now Twice the Number of Medicaid ICF/MR. Mental Retardation, August 1999. から作成)

(注) 州間格差があり、1995年段階で、すべての州でHCBS利用者がICF/MR利用者を上回ったわけではない。しかし、2000年には、ワシントン自治区を除いて、すべての州政府が、HCBS ウェーバーの制度を利用するに到っている。

### < 21 世紀初頭における障害者の居住生活 >

HCBS利用者数の飛躍的増大及びICF/MR利用者数の激減だけでなく、地域社会で居住サービスを受けるとき、障害者の利用する居住は16人以下のコミュニティ居住がほとんどであり、家庭サイズのグループホームでの生活が大多数になったということである。1977年では、居住サービスを受ける知的障害者の83.7%が16人以上の定員をもつ入所施設で生活していたが、2002年には、約81.2%の人々が、15人以下のコミュニティ居住でサービスを受けるようになっていた。またICF/MRの施設規模は、1977年で平均186名、1982年で平均74.5人、

1987年で平均37人、1992年で22.5人、2001年で17.2人と規模を縮小している。これは、ICF/MRが入所施設というよりグループホームを一回り大きくした施設に変質したことを意味している。

表4 居住種類別の障害者数の変遷 (人数)

	1977	1982	1987	1992	1997	2002
州立入所施設 (16人以上)	154,638	122,750	95,022	74,538	54,666	43,249
州立以外入所施設 (16人以上)	52,718	57,396	42,081	45,805	38,696	30,945
私立グループホーム (7～15人)	19,074	28,810	45,223	46,023	46,988	47,521
私立グループホーム (6人以下)	20,184	32,335	68,631	118,304	190,715	263,415
州立コミュニティ居住 (15人以下)	1,166	2,558	4,716	9,356	11,179	12,561

(K.Charli Lakin et al., (2003), Selected Changes in Residential Service System Over a Quarter Century, 1977-2002. Mental Retardation 41 (4), 303-306 により作成)

表4は、1977～2002年での障害者の居住変遷を示したものである。この表からわかることを簡条的に指摘すると、次のように言えよう。

- ① 16人以上の居住する州立入所施設で生活する障害者数が激減した (-72%)
- ② 16人以上の居住する州立外入所施設で生活する障害者数が減少した (-41%)
- ③ 地域のグループホーム (7～15人の居住) で生活する障害者数が増加 (-147%) したが、1987年以降はほぼ増減なく推移している。
- ④ 15人以上の入所施設に居住する障害者数の増加は目を見張るものがある (+977%)。
- ⑤ 最も急激な変化は、6人以下のグループホームで居住する障害者数の増加である (+1205%)。

こうした結果は、州立入所施設居住者数の減少へとつながっている。表5は、各州立入所施設の平均居住者数が1980年から2003年にかけて減少した割合を分類したものである。この表からもわかるように、州間で大きな格差がある。概して、南部諸州が入所施設居住者への減少への取り組みが弱いようである。

表5 州立入所施設居住者減少率<1980～2003>

90 - 100% 減	ALaska, Colorado, D.C., Hawaii, Maine, Michigan, Minnesota, New Hampshire, New Mexico, Oregon, Rhode Island, Vermont, West Virginia
80 - 89% 減	Maryland, New York, North Dakota,
70 - 79% 減	Alabama, Arizona, Idaho, Indiana, Kansas, Massachusetts, Oklahoma, Pennsylvania, South Dakota, Utah, Wyoming
60 - 69% 減	Connecticut, Delaware, Montana, Nebraska, Ohio, South Carolina, Tennessee, Wisconsin
50 - 59% 減	California, Florida, Illinois, New Jersey, Texas, Virginia, Washington
50% 以下	Arkansas, Georgia, Iowa, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Missouri, Nevada, North Carolina

Lakin, K.C. et al., (2004) States' Initial Response to the President's New Freedom Initiative. Mental Retardation, 42 (3) より作成

#### 4. 入所施設の閉鎖の加速をさせた要因

##### <脱施設化した人たちのフォローアップ研究>

1980～90年代は、脱施設化の動きが着実になった時期であった。だが、障害者はコミュニティ

に移ることで、「よしましな生活」を享受できるようになったのであろうか。脱施設化が障害者の入所施設からのサポートなしでの放り投げ（ダンピング）でないか否か、つまり、脱施設化が障害者にもたらした結果が問われることになる。

1980年代になると、入所施設を離れてコミュニティに居住を移した障害者のフォローアップが報告されるようになる。ここでは、キムら（Kim, Larson and Lakin, 2001）のレビューを簡単に紹介する。キムらは、1980～99年までに発表された33篇の調査報告を総覧している。33編のうち27編は、脱施設化した障害者の適応状態一般を入所施設居住時とを比較したものであり、6編は、より具体的に、社会的スキル、身辺処理／家事スキル、コミュニティでの生活技能などを比較項目として取り上げて適応状態を比較した研究である。33編の研究において研究対象になった障害者総数は3,500名であり、フォローアップ期間は6ヵ月～6年にまたがっている。

27編のフォローアップ研究のうち18編は、全般的な適応状態は入所施設時よりも有意に良好であることが報告され、7編のフォローアップ研究においても、障害者は、コミュニティでの生活技能、身辺処理、社会的スキルのいずれにおいても、高得点で向上していることが示されている。キムらは、「レビューした諸研究は、入所施設からコミュニティ環境に移行した人たちは適応行動スキルの向上につながる経験をしていることを強くかつ一貫して証明している」と総括している。1980～90年代に挑戦的な問題行動に対応するサポートシステムが確立するなどを背景にして、刺激・リスク・機会に富むコミュニティでの生活の方が入所施設という環境よりも人間発達にとって優れていることがフォローアップ研究で証明されたと言てよいであろう。

もちろん、こうしたフォローアップ研究の結果は、コミュニティに移行した後、適応できないで入所施設にもどった人やコミュニティの中でホームレスとなったり犯罪に巻き込まれた人の存在を否定するものではない。しかしながら、これら研究は、入所生活者とコミュニティでの生活の単純な比較でなく、同一障害者をフォローアップしての研究であるのが貴重といえる。なお、同一のフォローアップ研究の結果が、イギリスとオーストリアからも報告されている（Emerson and Hatton, 1996; Young et al., 1998）。

#### <入所施設維持費の増加>

フォローアップ研究は、脱施設化を推進する人たちの主張を裏付けるような内容のものであったが、それが、実際的に、脱施設化に向けた政治的決断につながったかは怪しい。米国の各州の公立入所施設は、州政府ケアの過程で成立し大規模化してきたものであり、その脱施設化から閉鎖への道は、州政府ケアの担当当局の政治的判断に依存していたと考えることの方が適切であろう。コミュニティの方が障害者の発達に寄与するというフォローアップ研究の報告が州政府ケアの担当当局の目にとまらないわけではないが、それが州政府ケアの担当当局の政治的判断を引き出したとは考え難い。むしろ、政治的判断に大きく影響を与えたのは、入所施設を維持するには、ますます財政支出を必要とするという事実であったと考えられる。

プラウティら（Prouty et al., 2003）の報告によると、1982～2002年の間に、公立入所施設のための支出は、61,117ドルから125,746ドルへと2倍以上増したという。そして、1989年における公立入所施設の居住者1人当たり公費支出は97,533ドルであったものが、2002年には、125,746ドルと29%増加している。その間、入所施設での生活者数は一貫して減少していたの



である。米国で公立入所施設の居住者数が減少し始めた1968年以後、各州間及び各施設間で格差があるものの、各入所施設での生活者数は確実に減少してきた。しかし、各施設での生活者数が減少したとしても、その減少に比例して入所施設の維持費が減少したわけではない。むしろ、脱施設化は、比較的軽度の障害者からはじまったことから、入所施設的生活者が減少する過程で、入所施設に引き続き残る障害者の障害状態は重度化し、スタッフ増と新規の条件整備が求められ、脱施設化した人数に見合う経費削減の減少効果が出出しなかったと言ってよい。

だが、公立入所施設への公費の支出の増大は、障害者のコミュニティ・ケアの方が費用対効果が大きいということにはならない。入所施設は、施設内に一通りのサービスが用意されているのに対し、コミュニティはコミュニティ間でサービスの量と質が異なる。例えば、十分にサポートの用意されているとはいえないコミュニティ・ケアと、いたれりつくせりの入所施設生活での諸経費を比較したら、入所施設の経費が大きいのは当然であろう。そのため、費用対効果という点で、入所施設とコミュニティ・ケアを比較することは容易ではない。しかし、脱施設化した障害者がコミュニティで入所施設内の生活で提供されていたのと同様のサポートを受けている時、その時の経費比較が行なわれなければならない。若干ながら、この種の研究があり、その研究で示された入所施設生活とコミュニティ・ケアでの費用比較では、5～27%の範囲でコミュニティ・ケアの方が経費が少なくすむ、つまり、費用対効果が高いとされる(Stancliffe, et al., 2005)。しかしながら、入所施設で生活していたときと同様のサポートを脱施設化した障害者に保障したとき、5～27%安価になるという要因は、入所施設でのスタッフは州政府公務員で賃金が相対的に高い(コミュニティ・サービスの被雇用者の賃金は州立入所施設のケア提供公務員より26%と低いという数値がある)(Polister et al., 2003)ということによるのではないかと指摘されている(Stancliffe, et al., 1998)。

米国において障害者入所施設が巨大化した要因の一つは、施設長である精神科医たちが、規模を拡大することで居住者一人当たりの経費を低く抑えることができるとする「規模の効果(Economies of Scale)」を主張することで州議会を説得し入所者の拡大を図ってきたという経過がある。そのことを考えると、コミュニティ・ケアはコミュニティの中でコミュニティによるサポート提供であることとする研究は、そうした歴史的な主張と矛盾することになる。少なくとも、巨大化した障害者入所施設の施設長が現世に蘇るなら、コミュニティケアの安価さを主張する研究に異を唱えるかもしれない。真偽のほどは俄かに判明でない。それは、この種の比較は単純比較が困難であるという事情を抱えているからである。しかしながら、経費問題は、障害者ケアの施策を立案する者には重要であっても、障害者にとっては、自らの生活を支え豊かなものにしきれサポートが確実に提供されるか否かが重要であるということに変わりがない。

#### <各州政府による入所施設閉鎖の動き>

5～27%の範囲であるものの、入所施設でケアするよりもコミュニティでケアを提供した方が安価で質のよいサービスを提供できるとなると、入所施設を公費で維持することに疑問が生じてくるのは当然である。こうした費用対効果に関する疑問は拡大し、1990年代を進むにつれて強くなっていく。この強まりをうけて、各州政府は、入所施設に振り向けるメディケイド資金をHCBSの充実に引き続き向けていく。その結果もあって、州立入所施設の閉鎖が1990年代後半以降、加速的に進行する。

全米で、1976-1979年の間、年平均1.25カ所、1980-1983年で年平均3.5カ所、1984-1987年で年平均2.75カ所、1988-1991年の間で8.75カ所、1992-1995年の間で年平均12.5カ所と、入所施設の閉鎖は増加してきた（1970年までに1ヶ所、1971～80年までの間に10ヶ所、1981～90年までの間に52ヶ所、1991～2000年までの間に125カ所）。1990年代は、入所施設閉鎖の時代と特徴づけることができるようになる。1991年に、ニューハンプシャー州とコロンビア特別区が入所施設の完全閉鎖を実施し、その後、アラスカ州、メイン州、ニューメキシコ州、ロードアイランド州、ヴァーモント州、西ヴァージニア、ハワイの各州政府が入所施設の解消を終了した。1999年になって、メイン州は州立の大規模施設の居住者数を16名以下に縮減した。そして、2000年度には、イリノイ州で2つ、ミシガン州で1つの州立大規模入所施設の閉鎖がおこなわれ、2001年4月には、インディアナ州知事（Frank, O' Bannon）が、2003年末までに、1つの州立大規模施設の閉鎖と、もう一つの大規模施設の居住者数の縮減を公表した。2003年以降、州立大規模入所施設の閉鎖を計画している州政府があるものの、1996-2002年の間では、45の州立入所施設が閉鎖したものの、年平均では6.5カ所と閉鎖の進行はダウンしている。入所施設の時代は、確実に終りに近づいてきたと言って過言ではない。ブラドックらは、早くて2011年、遅くても2025年には、全米の16人以上の入所施設は存在しなくなると予想している（Braddock et al., 2002）。

しかしながら、入所施設を解消した州と解消しきれない州には何の差異があるかは必ずしも明らかではない。例えば、ヴァーモント州では、伝統的に州民が多様な“逸脱者”に対して共生的な観念が強いことを背景にして、政治が施設閉鎖を決定して、その目標に向けて、コミュニティのサポート体制を構築して、施設解消に達したといわれている。ヴァーモント州は、政治的決断が先行して、脱施設化のためのコミュニティ・ケアの整備のための計画案や入所施設居住者の地域生活移行計画を作成して関係者が協同していくスタイルをとったわけである。ニューヨーク州なども、同一の戦略が採用されている。ニューヨーク州には、キャッチメンエリアごとに「発達センター（a developmental center）」という名称の州立入所施設が全米で最多の20か所に設置されていた。1970年以降、各入所施設の規模縮小と施設内生活環境の改善が行われてきた。その過程で、1987年に係争中のウィロウブルック施設が閉鎖された。その後、1992年に、「発達センター」を2000年末までに全廃することが議会で決定され（New York State, 1993）、1991年に知事の交代により、全廃計画はケースバイケースでのアプローチになり、1998年までに12カ所が閉鎖され施設居住者がコミュニティでの生活に移行し、入所施設居住者は27,000人から1,400人に減じた。こうしたことで、入所施設の閉鎖は大幅な遅れを示し21世紀を迎える。スタッフの再雇用が進まず、また閉鎖後の跡地処分が進まないまま全廃計画は21世紀に入ったのである（New York State, 1999）。他方、ニューハンプシャー州では、入所施設の居住者数が徐々に減る過程で、入所施設での障害者サポートの費用がコミュニティ・ケアにかかる費用を上回ったときに、施設の解消が決定されたという。入所施設解消のプロセスには、多様なパターンがあるものと思われる。特に、州立入所施設の施設解消には、施設職員組合の賛否も大きく影響しているようである。

加えて、HCBS ウェーバー制度の利用には、州政府間に大きな格差が存在する。例えば、ヴァーモント州などの9つの州政府はメディケイド資金の40%以上をHCBSにふり向けているのに対して、ペンシルベニア州など11の州ではメディケイド資金の20%以下しかHCBSに資金をまわしていない。概括的には、州立入所施設の閉鎖を行っている州では、HCBSにメディケイ

ド資金を多く振り向けている。だからといって、メデイケイド資金を HCBS にまわすようにすれば脱施設化が進むとは単純にはならない。それは、メデイケイド資金でコミュニティで生活する障害者の必要とするサポートのすべてをまかなうことはできなくて、独自資金を州政府ないし地方自治体が用意しなければならないということである。障害者がコミュニティで生活するとき、住宅費や食費は自己支払いを求められるのである。

また HCBS ウェーバー制度の利用により、地域で利用できるサービスとして何を用意したかも、州間で差異があるし、ほとんどの州で、HCBS ウェーバー制度の利用希望者が待機リストに載ったままであると報告されている (GAO, 2001)。また、長期にわたり介護を必要とする障害者や高齢者にかかる費用をまかなっているメデイケイド資金の入所施設への傾斜は減少したことは事実であっても、引き続き大きなものがある。

## References:

- Administration on Developmental Disabilities, U.S. Department of Health and Human Services (ADD) (2005) One-stop Centers for families of Individuals with Developmental Disabilities. ADD Update, 6 (2), 9-10.
- Braddock, D., & Parish, G. (2002) An institutional history of disability. In D.Braddock (ED.), *Disability at the dawn of the 21st century and the state of states* (pp.3-61). American Association on Mental Retardation.
- Emerson, E., and Hatton, C. (1996) Deinstitutionalization in the U.K.: Outcomes for service users. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 21, 17-37.
- Fujiura, G. T. (1998) Demography of family households. *American Journal on Mental Retardation*. 103, 225-235.
- Kim, S., Larson, S. A., and Lakin, K.C. (2001) Behavioural outcomes of deinstitutionalization for people with intellectual disability; A review of U.S. studies conducted between 1980-1999. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26, 35-50.
- Lakin, K. C., Prouty, R., Smith, J., Polister, B., and Smith, G. (2002) Fiscal Year 2001 Medicaid Home and Community-Based Services Expenditures Exceed those of ICFs/MR. *Mental Retardation*. 40 (4), 336-339.
- Lakin, K. C., Prouty, R., Polister, B., and Coucouvanis, K. (2003) Selected Changes in Residential Service System over a Quarter Century, 1977-2002. *Mental Retardation*. 41 (4), 303-306.
- New York State, office of State Comptroller Division of Management Audit And State Financial Services (1998) Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities, Developmental Centers Closure Plan Progress. Report 98-S-47.
- New York State, Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities (1993) Comprehensive Developmental Center Closure Plan.
- Parish, S.L., Pomeranz-Essley, A., and Braddock, D. (2003) Family Support in the United States: Financing Trends and Emerging Initiatives. *Mental Retardation*, 41 (3), 174-187.
- Polister, B., Lakin, K.C., & Prout, R. (2003) Wages of direct support professionals serving persons with intellectual and developmental disabilities : A survey of state agencies and private residential provider trade associations. *Policy Research Review* 14 (2). University of Minnesota.
- Rizzolo, M., Hemp, R., and Braddock, D. (2005) Family Support Services in the United States. *Policy Research Brief*. Research and Training Center on Community Living.
- Stancliff, R.J. et al. (2005) The Economics of Deinstitutionalization. In Stancliff, R. J. and Lakin, K.C. (2005) (Ed.) *"Costs and Outcomes of Community services for People with Intellectual Disabilities"*, (pp.289-312). Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stancliff, R. J. and Lakin, K. C. (1998) Analysis of expenditures and outcomes of residential alternative for persons with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*. 102, 552-568.
- U.S. Department of Labor (2007) Supported Employment. Retrieved from <http://www.dol.gov/odep/>
- West, M., Janet W. Hill, Grant Revell, Gary Smith, John Kregel and Leanne Campbell (2002) Medicaid HCBS

Waivers and Supported Employment Pre- and Post-Balanced budget Act of 1997. mental Retardation, 40(2), 142-147.

Will, M. (1985) Supported employment programs : Moving from welfare to work. Office of Special Education and Rehabilitation Services (OSERS) News in Print 1 (1), 8-9.