

り多くの機関が協働することが求められている。本研究課題では、19年度の調査では「さまざまな相談の中で、障害のある方の利用できる相談について」、20年度および21年度の調査では「地域の機関が連携する(ネットワークをつくること)」について回答者から自由記載で意見を求めた。すると、連携の妨げとして制度や個人情報保護などの法律が、連携を進めるための具体的な取り組みとして支援会議を開催することや互いに顔の見える関係づくりがそれぞれあげられた。調査では、障害者自立支援法に基づき相談支援事業を実施していると回答した機関では相談件数がより多いことを確認した。しかし、各地域に自立支援協議会が設置されてはいても、有効な活用に至っていないと考えられる現状がある。したがって、障害者の権利擁護を実施するためには、個々の相談機関のあり方と同時に、権利擁護のシステムとしてネットワークのあり方を考える必要がある。

本研究課題では、相談件数の多寡に関わる要因を探索する目的で、相談件数における地域差を検討した。19年度の調査において、人口集中地区(DID)の広がりや都市化の指標として圏域を分類した。条例施行前の18年度1年間の全ての相談件数について、都市化のピーク時との関連を認めた。都市化の見られていない地域と、都市化が比較的新しい地域では相談件数が少なかった。一方、「障害があることを理由とした差別」に関する相談件数には、同様の傾向を認めなかった。

この結果を誇張して示したのが図3である。地域差のあった相談件数は山型の曲線で示されるが、地域差のなかった「障害があることを理由とした差別」に関する相談件数は直線で示すことができる。すると、都市化という視点で相談活動の実施状況を見たとき、地域は大きく3つのタイプに分けられると考えられる。

まず、都市化のピークが未だ見られていない地域は、具体的には、農村や漁村など第1次

産業の地域と言い換えることができるかもしれない。この地域は、人口が少なく、相談件数も少ないが、結果として相談件数に占める「障害があることを理由とした差別」に関する相談事例の比率が高くなると考えられる。都市部に比べて、相談機関の数、公共交通機関など相談機関へのアクセスの容易さ、周知宣伝活動の実施の程度などの要因が考えられる。加えて、背景に2つの状況が考えられる。一つは、以前からの地域社会の対人関係によって相談に類することが日常的に実施されることで、敢えて行政などが実施する相談を利用しなくても良い状態である。しかし、地縁血縁など人間関係が緊密であるために生じる困難な事態も推察される。したがって、もう一つの背景は、相談を利用すること自体に対して周囲の偏見があり、相談したくてもできないという状態である。

このような地域では、相談機関には、相談担当者が地域の事情を知りながらも地域住民ではないことなど、相談者が気兼ねなく利用できる仕組み、相談したこと自体が秘匿されるような仕組みが必要となろう。たとえば、広域専門指導員への電話が県庁担当課に転送されるという仕組みが、有効に機能する状況であると考えられる。しかし、相談をすることと相談するに至った事態の解決とは別である。地域の社会資源が限られている地域では、「障害があることを理由とした差別」があったとき、代替案を用意することは困難である。新たな社会資源を創出するためのシステムアドボカシーが必要となるかもしれない。相談機関によるネットワークでは、地縁血縁といった人間関係をインフォーマルなネットワークとして取り込み活用して解決に導くことと、ネットワークに参加する機関の中で相談者に関する情報が適切に保持されるよう細心の注意を払うことの両立が求められるであろう。

次に、都市化が1980年代以降の地域は、いわゆるニュータウンを含んでおり、コミュニティが形成される途中の地域、第1次産業から第3次

産業までが混在した地域と考えられる。相談件数全体は最も少なく、その中で「障害があることを理由とした差別」に関する相談事例の比率は相対的にかなり高くなると考えられる。相談機関が整備途中のこともあるかもしれないが、地域人口が必ずしも少ないわけではないため、そもそも相談が利用されていないと言える。中核地域生活支援センター等からの聞き取り調査では、農村地域に新たに住宅街が形成されたが周辺地域との交流はなく、転入者同士のトラブルが生じてコミュニティとしての対応がなされていないという指摘があった。

このような地域では、相談機関は、相談ニーズの掘り起こしのために広報活動を通して地域住民に利用を呼び掛けるとともに、とくに新たな住民の間にコミュニティが形成されることの支援に協力することが必要となろう。相談機関も設置されて間もなく、担当者自身もまた転入してきた住民である場合もあろう。ネットワークには、既存のコミュニティと新たな住民たちをつなぐ活動が求められると考える。

3つ目の地域は、1970年代に都市化のピークに到達した、都市部と呼べる地域である。人口は多く、各種相談機関も整備されている。県の機関も所在している。そのため、相談件数は最も多くなり、「障害があることを理由とした差別」に関する相談事例の占める比率が低くなると考えられる。コミュニティが形成されてから年数が経過しているが、高齢者の孤独死が生じる集合住宅の例などがある。地域の相談ネットワークがシステムとして制度疲労を起こしたり形骸化したりしていないか確認が必要である。また、都市部には企業や商業施設が多く存在することから、雇用に関する相談事例や、商品・サービスの利用に関する相談事例が多く発生することが考えられる。

このような地域では、相談機関は、多様な相談事例の中で「障害があることを理由とした差別」に関する事例が埋没し見逃されることのない

よう留意することが必要となろう。

厚生労働省の資料²⁷⁾は、相談支援事業のあり方として、自治体による取り組みの事例を①障害種別に関わらず総合的拠点を設置している例(北海道、長野県)、②障害種別に応じて複数の拠点を設置し、相互に連携している例(滋賀県)、③介護保険法に基づく地域包括支援センターとともに総合的な相談窓口を設置する場合の例(埼玉県東松山市)に分けて例示している。また、千葉県障害者条例および北海道障がい者条例において、相談と施策検討の関係を図15に示した。千葉県では県に統括的な機能を置いているが、北海道では圏域に置いている。

ネットワークの組織化と運営について、官が主導して、あるいは中心になるのか、民間が実施するのかという点で様々な例が考えられるが、地域ごとにネットワークの体制が異なり、最適なネットワークは、一律に決められるものではなく地域の特性に応じたものである必要があると考える。ネットワークを地域の特性に基づき最適であるとする基準をどのように設定するかは、今後の課題である。

4.法制度のあり方について

池原²⁸⁾は、障害者差別禁止法を①社会保障給付を中心に定めているもの(社会保障型)、②一定の政策目標を定めてそれに向けた努力義務を規定するもの(プログラム型)、③障害のある人に権利を認めるもの(権利保障型)に分類し、アジア各国の法制度を概観している。これまでの日本の法制度はプログラム型とされる。

本研究課題では、千葉県障害者条例以外の各地の取り組みを収集した。たとえば、山梨県の障害者幸住条例は県や市町村といった自治体に対し、障害者のための福祉的配慮について努力義務を規定したものであった。

条例の多くは、行政の行為を規定することで

行政と住民との関係を規定するという方式を採用している。これは、わが国において条例は民法の規定を超えて私人間の自由意志による契約に制限を加えることができず、行政が行為を規定する中で自らに制限や義務などを課すものであれば制定が容易であるためと考えられる。さらに、条例に基づく施策の実施に必要な予算措置を講じる根拠となりつつ、目標の達成に義務の生じないことから、明確な義務規定よりも努力規定や努力義務規定が選択されやすいと考えられる。

千葉県障害者条例において、県の責務は、施策の策定と実施(第四条)、財政上の措置(第七条)は「する」規定、市町村との連携(第五条)は努力規定である。一方、北海道障がい者条例においては、道の責務は、施策の策定と実施(第4条)は義務規定、財政上の措置(第8条)は努力規定、市町村との連携(第5条)は努力義務規定となっている。

これらは自治体の責務であって、障害者の権利擁護のための活動を実施する現場において相談担当者が個々の判断および行動の根拠あるいは規範とする障害者差別の具体的な定義について、千葉県障害者条例では8つの分野に分けて具体的な例を示し、別途解釈指針を定めている。北海道障がい者条例では、「合理的な配慮に努めるとともに、差別や不利益な扱いをしてはならない」(第20条)とされ、具体的な内容は別途定めることとされている。

北海道障がい者条例は、就労支援について章を設けて定めている。道内各地で開催されたタウンミーティングでは、就労支援に関する質問や意見が多く出されていた。地域住民のニーズとして、雇用を確保し経済的な自立を目指すことが、障害者が地域で暮らす上での基礎となると考えられていると言える。松井²⁹⁾は、障害者の雇用の機会均等と待遇の平等を実現するためには、差別を禁止するだけではなく、雇用率の制度など積極的差別是正措置の組み

合わせが必要としている。北海道障がい者条例は、「就労支援推進委員会」の設置(第33条)を定めており、就労支援に必要な事項の建議(第34条の2)の活用が期待される。

また、条例の適用される範囲としての障害者の定義をみると、千葉県障害者条例では当初は草案で国際生活機能分類(ICF)による生活モデルを採用したが、障害者基本法などわが国の前法を基準にしたものに修正した経緯がある。北海道障がい者条例では、「障がい」と「障がい者」と分けて定義しているが、社会モデルと呼べるものではない。愛知県条例案は修正を経て社会モデルを採用した定義と評価されている³⁰⁾。今後の他地域での取り組みに反映されることが期待される。

ちなみに、北海道のタウンミーティングでは、現行法の規定では障害者手帳を取得できない難病の患者等を条例の規定する「障がい者」に読み込むことが可能であるかという質問が会場からなされたが、北海道障がい者条例は、障害者個人に対して行なわれる福祉サービスの給付などを規定したものではないことから、運用に当たり柔軟に対応することが可能ではないかという考えが示されている。もちろん、条例の効力が及ぶ範囲を無闇に拡大する解釈ではないであろうが、条例を制定するだけでなく活用していくことの大切さが示されているといえる。

それでは、障害者の権利擁護に関する法制度を新たに制定するために必要なことは何か。

千葉県では、堂本 暁子 第16・17代千葉県知事(平成13年4月～平成21年4月在任)により展開された「健康福祉千葉方式」により、官民共同で議論し施策につなげていく取り組みとして、タウンミーティングの開催、「障害者差別に当たると思われる事例」の一般からの募集、作業チームの結成、関係団体へのヒアリングなどが積極的に行なわれた²¹⁾。北海道においては、平成20年から議論が開始され、県議会各

会派が関係団体へのヒアリング、タウンミーティング、アンケート調査などを行ない、議員提案により、高橋 はるみ 第 15・16 代北海道知事（平成 15 年 4 月～在任）のもとで成立した。

千葉県障害者条例の条例案の作成当時、宮城県、長野県などで条例の制定が試みられた。その後、岩手県、愛知県での取組みが始まり、北海道で条例が制定された現在、熊本県などでも条例の制定を目指す動きが起きている。しかし、宮城県や長野県では取組みが中断した。たとえば、宮城県の場合は、条例案の作成に障害当事者の意見が十分に反映されなかったことが、条例制定に向けた取組みに対する当事者の理解を低下させたとする見方³⁰⁾が示されている。

障害者の権利擁護に関する法制度として条例を制定するに当たっては、官民協働の取組みが求められるが、その中でも個々の作業について官が主導するのか、民間が主導するのかという力関係には常に配慮が必要であろう。また、計画立案に当たり単に障害当事者を参加させるだけでは十分ではなく、取組み自体に対して多くの地域住民の理解を得ることが不可欠であり、地域住民の理解を得るための取組みは、それ自体が、障害者の権利擁護に対する関心を高めることと相互に関連していると考ええる。

本研究課題では、千葉県障害者条例の認知度を調査したが、調査を重ねるごとに「知っている」という回答の比率が低くなっていた。高齢者福祉施設や教育機関といった認知度の高くない機関のあることがわかった(図 11, 図 12)。障害者の権利擁護に関する条例を制定したとき、施行した後も条例に対して理解を広げる取組みを続けることの必要性を示していると考ええる。

本研究課題では、研究年度内に開催された千葉県第四次障害者計画策定のためのタウンミーティング、北海道障がい者条例のためのタウンミーティング、内閣府が主催に加わり開催した障害者週間のシンポジウム(大分県、北海

道)に参加した。また、各研究者は千葉県障害者条例の制定に至るまでのタウンミーティングに参加した経験がある。全ての会場に足を運ぶことはできなかったが、今後障害者の権利擁護に関する法制度の制定を目指す地域が、地域住民における法制度への認知度を高め、さらに障害者の権利擁護に対する関心を高めることを目的としてタウンミーティングを開催する場合、留意すべき事項がいくつかあると考える。

たとえば、会場の選定(公的機関の施設とするか、公共交通機関によるアクセスの利便さを考慮して鉄道駅の周辺の施設とするか)、開催日時の選定(平日の夕刻とするか、休日の昼間とするか)、会場までの案内の方法(千葉県条例のタウンミーティング開催時のように道路の要所に幟などを立てるか、また、会場入り口に明確な掲示を行なうか)、会場における情報保障(手話通訳、要約筆記、点字による資料の配布だけでなく、知的障害者に理解できる資料の作成、資料の事前配布)、関係者の選定(講演者、パネラー、司会者等の人数と構成、障害当事者を含める)、そしてタウンミーティングを開催することの広報の徹底(行政機関や市町村の掲示板等だけで告知・掲示するのではなく、あらゆる地域住民の目に留まるような工夫)などが必要となろう。

改めて池原²⁸⁾の分類を見ると、各地で取組みされている条例(案)はプログラム型から権利保障型の特徴を含むものへと移行していると言える。生活の領域ごとに具体的な例示をもって「障害があることを理由とした差別」を規定し、個々の事例に対応し得る判断の基準を示すことに力点を置いた千葉県の条例や愛知県の条例案と、就労支援について規定を設け、施策の計画と実施の義務を自治体に課すことに力点を置いた北海道の条例というように、条例の性格を分けることができると考える。わが国では国連障害者条約への批准に向けた準備が進められているところであるが、国内における法制度

をどのようにするかを検討に当たって、先行事例の成果は大いに資するものとする。今後は、「ご本人が社会参加をしながら社会の中で生きていく、そのための支援をすること」という視点で見たときに、どのような法制度を設けることが適当であるのか、地域特性を踏まえつつ比較していく取組みが必要であろう。

E. 結論

障害者の権利擁護のための具体的な活動として、千葉県障害者条例に規定される「障害があることを理由とした差別」に関する相談活動を取り上げ、その実施状況を権利擁護の実施状況を測る指標として調査を実施したところ、全ての相談件数および「障害があることを理由とした差別」に関する相談の件数には年次差を認めなかった。障害者の権利擁護の視点を含む法制度を施行し地域の相談活動を規定することによって、相談件数の変化は生じないと考える。

複数地域の取組みから、地域の諸機関の連携を進め相談ネットワークを障害者の権利擁護を効果的に実施し得る場とするためには、地域の特性に応じた相談ネットワークを構築することが必要である。あわせて、障害者の権利擁護に関して法制度を制定することが有効と考えるが、制定に当たっては地域住民の理解を広げる取組みが必要であり、法制度の施行後も周知度を確認しながら高めていく取組みが必要である。

参考文献

- 1) 特定非営利活動法人 PAC ガーディアンズ:千葉県発、障害がある人の後見支援をこう考える—PACガーディアンズの経験と主張—。千葉、特定非営利活動法人 PAC ガーディアンズ, 2009.
- 2) 池口紀夫:中核センターが行う権利擁護活動について。中核地域生活支援センター連絡協議会:中核地域生活支援センター

講演とシンポジウム「県民と行政が協力する地域社会」資料, 2009, pp18-19.

- 3) 原田欣宏:福祉サービス契約に対する職員の意識からみえる権利擁護の方向性. 高崎健康福祉大学紀要 7: 47-58, 2008.
- 4) 大谷 悟:社会福祉サービス利用者の権利擁護に関する一考察—高齢者を中心とした契約行為を支える権利擁護システムの構築に向けて—. 大阪体育大学健康福祉学部研究紀要 4:65-85, 2007.
- 5) 井上牧子, 大瀧敦子, 原 久美子:精神障害を有する当事者の視点から見た生活レベルでの権利擁護—精神科医療場面における「権利侵害」の体験—. 目白大学総合科学研究 3:59-71, 2007.
- 6) 高山直樹:社会福祉における権利擁護の意義. 社会福祉学 50(2):103-106, 2009.
- 7) 竹村節子:米国ハワイ州における「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識—日本とハワイの看護師の意識の比較を試みて—. 人間看護学研究 6:1-15, 2008.
- 8) 齋藤泰子:保健師アドボカシーの概念分析. 武蔵野大学看護学部紀要 2: 49-59, 2008.
- 9) 門屋充郎:精神障害者の権利擁護のために. 精神保健福祉普及啓発研究会 編:精神障害者の自立をどう考えるか—精神障害者の理解と居宅生活支援(ホームヘルプ)—。東京:へるす出版, 2006, pp162-163.
- 10) 増田和高:ケアマネジメントにおけるアドボカシーに着目したサービス調整実践の構成要素—ケースアドボカシーに焦点をあてて—. 生活科学研究誌 6:175-184, 2008.
- 11) Pardeck, JT: Social work after the Americans with Disabilities Act. 寺島彰 監訳:障害者差別禁止法とソーシャルワーク. 東京:中央法規出版, 2003.
- 12) 池原毅和:援助理念 アドボカシー. 精神

- 科臨床サービス 3(4):413-416, 2003.
- 13) 田中千枝子:ソーシャルワークと権利擁護. 社会福祉学 50(2):98-102, 2009.
- 14) 大西文子:てんかんの包括的ヘルスケアと看護の現状および課題に関する研究. 小児保健研究 68(2):268-284, 2009.
- 15) 尾崎百代, 尾崎千津子, 大野桂子, 筒井章子, 小松典子, 井上春代, 田中恭一, 山本正子, 山崎紀子, 中村智彦, 前田節子, 中岡真美, 伊藤道子, 梅田カズ子, 松村美和, 岡林裕恵, 門田博子, 浦田典子:重症心身障害児・者病棟における人権への配慮に対する認識—患者家族と看護師の認識の比較—. 国立高知病院医学雑誌 14-15: 29-34, 2007.
- 16) 大屋 滋:判断支援を必要とする障害者等に対する成年後見と生活支援を組み合わせた権利擁護支援体制の構築に関する実践的研究. 千葉県結成研究所記念保健医療福祉基金調査研究事業報告書, 2009.
- 17) 法務省大臣官房司法法制部司法法制課:平成 19 年人権侵犯事件統計, 2008.
- 18) 法務省大臣官房司法法制部司法法制課:平成 20 年人権侵犯事件統計, 2009.
- 19) 内閣府大臣官房政府広報室:障害者に関する世論調査, 2007.
- 20) 内閣府政策統括官(共生社会政策担当)付障害者施策担当:平成 21 年度障害を理由とする差別等に関する意識調査, 2009.
- 21) 野沢和弘:条例のある街—障害のある人もない人も暮らしやすい時代—. 東京:ぶどう社, 2007.
- 22) 藤井多希子:20 世紀後半の東京圏郊外地域における市街化と人口構造変化. 大江守之, 松尾利昭, 藤井多希子, 小笠原哲哉:成熟化に向かう大都市圏. 地域政策研究 9: 2003, pp44-71.
- 23) 千葉県健康福祉部障害福祉課:障害のある人に対する情報保障のためのガイドライン, 2010.
- 24) 千葉県健康福祉部障害福祉課:平成 20 年度「障害のある人もない人もともに暮らしやすい千葉県づくり条例」による相談活動実施状況報告書, 2009.
- 25) 若穂井 透:社会福祉と権利擁護. 社会福祉学 50(2):107-108, 2009.
- 26) 米本秀仁:権利擁護実践の理論構築. 社会福祉学 50(2):109-110, 2009.
- 27) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課:障害保健福祉関係主管課長会議(平成 17 年 12 月 26 日)資料, 2005.
- 28) 池原毅和:アジアにおける差別禁止法. ノーマライゼーション:障害者の福祉 29(11): 30-33, 2009.
- 29) 松井亮輔:障害者の権利条約における障害者就労と欧米諸国の差別禁止法. 障害者問題研究 36(2):105-113, 2008.
- 30) 高梨憲司, 山田昭義, 松永 朗, 野村茂樹, 中西由起子:障害者差別禁止条例作りの取り組みと展望. ノーマライゼーション:障害者の福祉 29(11):10-25, 2009.
- 31) 総務省統計研修所 編:第五十八回 日本統計年鑑. 総務省統計局, 2009.
- 32) 長瀬 修, 東 俊裕, 川島 聡 編:障害者の権利条約と日本—概要と展望—. 東京:生活書院, 2008.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 堀口寿広, 秋山千枝子, 昆 かおり:発達障害児の保護者にみられた気分障害の特徴. 臨床精神医学 37(9): 1193-1200, 2008.
- 2) 堀口寿広:地域支援ネットワークの活用による発達障害児・者の支援. 小児科臨床 61(12): 2669-2674, 2008.

- 3) 堀口寿広:保育・教育の現場では 発達障害をもった子どもたちやその周辺の子どものためのどのような機関と連携がとれるか?. チャイルド ヘルス 11(10): 700-704, 2008.
 - 4) 堀口寿広, 昆 かおり, 石田絢子:小児科診療所から見た児童精神科との連携. 臨床精神医学 38(9):1263-1269, 2009.
 - 5) 高梨憲司:望まれる地域社会づくりと障害者の役割. ノーマライゼーション:障害者の福祉 29(5):31-33, 2009.
 - 6) 高梨憲司, 山田昭義, 松永 朗, 野村茂樹, 中西由起子:障害者差別禁止条例作りの取り組みと展望. ノーマライゼーション:障害者の福祉 29(11):10-25, 2009.
2. 学会発表
 - 1) 発達障害児者の利用者負担の変化. 第 49 回日本小児神経学会総会, 大阪, 2007.7.5-6.
 - 2) 堀口寿広:知的障害者・児童居宅介護等事業の利用状況と効果. 第 49 回日本小児神経学会総会, 大阪, 2007.7.5-6.
 - 3) 秋山千枝子, 昆かおり, 堀口寿広:「気づき」のズレに着目した発達障害児の支援. 第 49 回日本小児神経学会総会, 大阪, 2007.7.5-6.
 - 4) 堀口寿広, 秋山千枝子, 田代信久:子ども支援の連携で生じる情報伝達の不一致. 第 54 回日本小児保健学会, 群馬, 2007.9.22.
 - 5) 秋山千枝子, 堀口寿広, 橋本創一:乳幼児健診で「気になった子ども」の後方視的研究—「育てにくさ」に寄り添うチェックリストを用いて—. 第 54 回日本小児保健学会, 群馬, 2007.9.21.
 - 6) 大塚ゆり子, 新後閑周二, 石川尉子, 下田恵子, 渡辺直幸, 野崎佳枝, 土屋正己, 秋山千枝子, 橋本創一, 堀口寿広:「育てにくさ」に寄り添うためのチェックリスト—第 2 報—. 第 54 回日本小児保健学会, 群馬, 2007.9.21.
 - 7) 堀口寿広, 田代信久:学校における相談活動の実施状況. 第 55 回日本小児保健学会, 北海道, 2008.9.26.
 - 8) 堀口寿広, 秋山千枝子, 昆 かおり:発達障害児医療における支援情報の共有についての質的研究. 第 50 回日本小児神経学会総会, 東京, 2008.5.29.
 - 9) 堀口寿広, 昆 かおり:教育相談機関との連携に関する研究—紹介受診者の特徴について—. 第 51 回日本小児神経学会総会, 鳥取, 2009.5.28.
 - 10) 堀口寿広:伊藤左千夫の病跡. 第 56 回日本病跡学会, 愛知, 2009.6.12.
 - 11) 堀口寿広, 田代信久:保育および教育における相談活動の実施状況. 第 56 回日本小児保健学会, 大阪, 2009.10.31.
3. その他
 - 1) 秋山千枝子, 堀口寿広:スクールカウンセリングマニュアル—特別支援教育時代—. 東京:日本小児医事出版社, 2007.
 - 2) 高梨憲司:視覚障害がある場合のコミュニケーション支援とは. 秋山千枝子, 堀口寿広 編著. スクールカウンセリングマニュアル—特別支援教育時代—. 東京:日本小児医事出版2社, 2007: pp152-3.
 - 3) 高梨憲司:座談会「ブレーメンの挑戦」. 千葉新福祉研究会 編. ブレーメンの挑戦—新福祉論が目指すまちづくり. 東京:ぎょうせい, 2007: 95-121.
 - 4) 堀口寿広:心理検査. 加我牧子, 佐々木征行, 須貝研司 編著. 国立精神・神経センター 小児神経科診断・治療マニュアル 改訂第 2 版. 診断と治療社, 東京, pp243-251, 2009.
 - 5) 堀口寿広:総説—知的障害福祉(障害者自

立支援法を含めて). 加我牧子, 佐々木征行, 須貝研司 編著. 国立精神・神経センター 小児神経科診断・治療マニュアル 改訂第 2 版. 診断と治療社, 東京, pp438-450, 2009.

- 6) 高梨憲司: 明日の地域社会へと誘なう『障害者条例』. 千葉県障害者条例情報発信プロジェクトチーム 編. 障害者条例を必要としているあなたへ—たったひとつから全国のまちへ—. ぎょうせい, 東京, pp139-140, 2009.
- 7) 秋山千枝子, 堀口寿広 編: スクールカウンセリングマニュアル—特別支援教育時代—to 第 2 版. 東京: 日本小児医事出版社, 2009.
- 8) 小枝達也 監修, 秋山千枝子, 橋本創一, 堀口寿広 編: 「育てにくさ」に寄り添う支援マニュアル. 東京: 診断と治療社, 2009.
- 9) 堀口寿広, 昆 かおり: 教育相談機関との連携に関する研究—紹介受診者の特徴について—. 脳と発達 41(Suppl.): S299, 2009.
- 10) 高梨憲司: 視覚障害がある場合のコミュニケーション支援とは. 秋山千枝子, 堀口寿広 編: スクールカウンセリングマニュアル—特別支援教育時代—to 第 2 版. 日本小児医事出版社, 東京, 2009, pp152-153.
- 11) 高梨憲司: 目の見えない人とのコミュニケーション. 小原真理子 監修: 演習で学ぶ 災害看護, 南山堂, 東京, 2010, pp35-43.

H. 知的所有権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

謝辞

調査にご協力をいただいた多くの団体ならびに個人の皆様に深謝申し上げます。

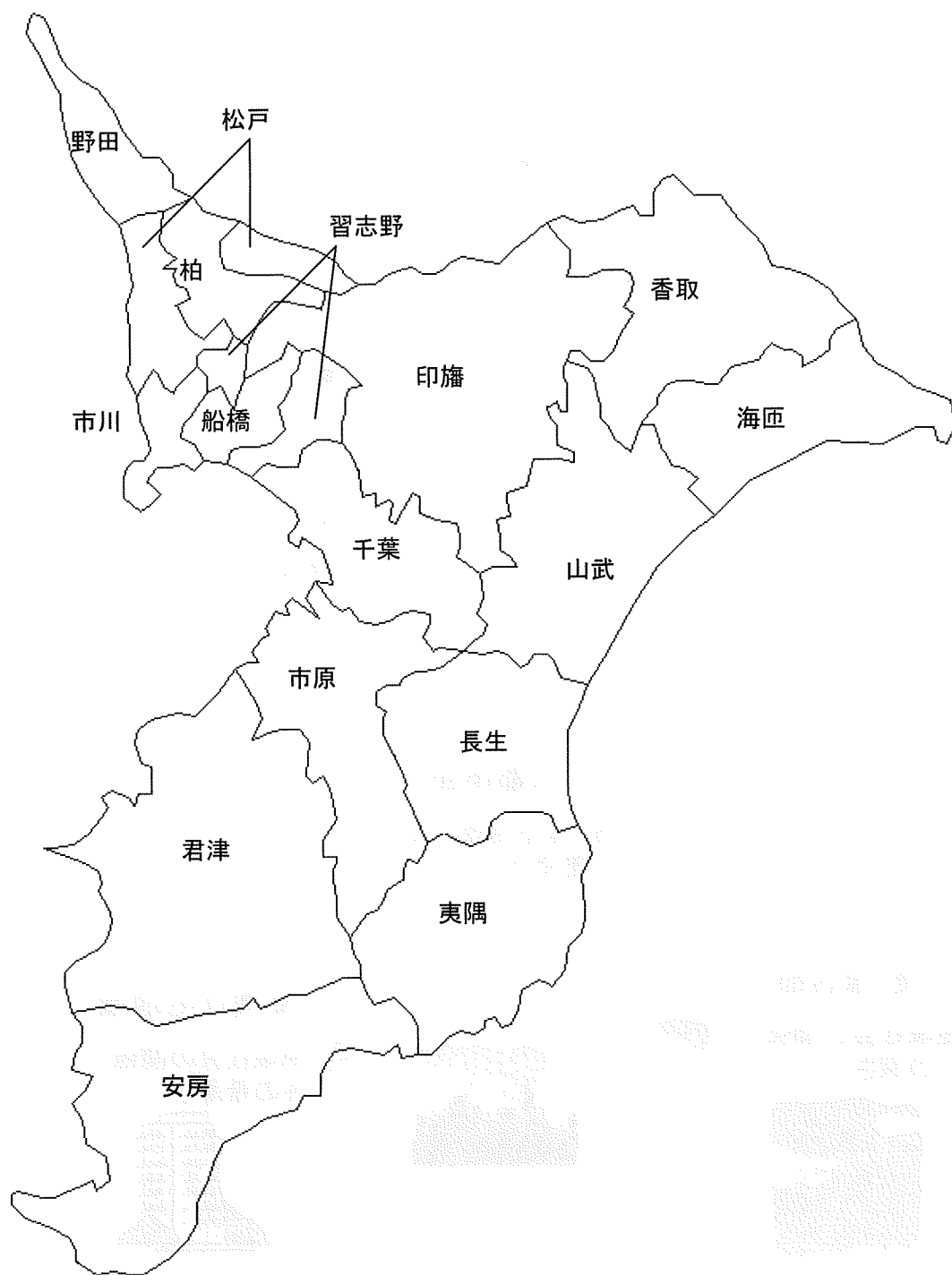
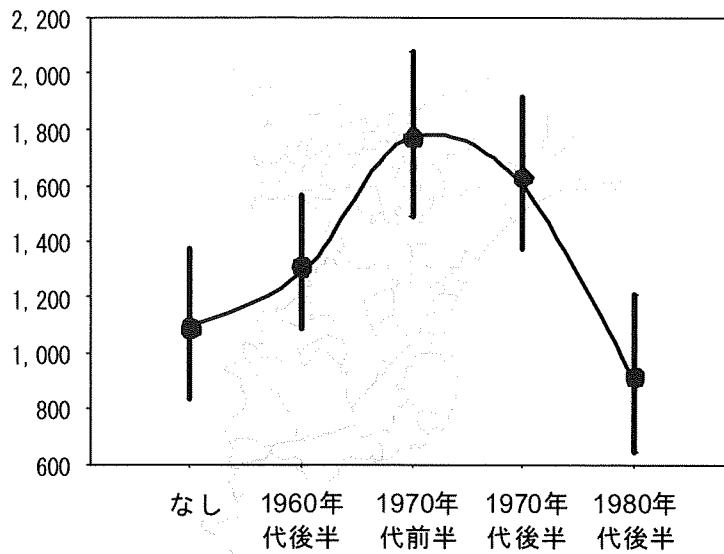


図1：千葉県圏域地図

市街化ピーク時期ごとの平成18年度の相談件数(件)



点は相談活動指標の平均値、上下の線は1標準誤差の範囲を示す。

図2：市街化ピーク時期ごとの平成18年度の相談件数

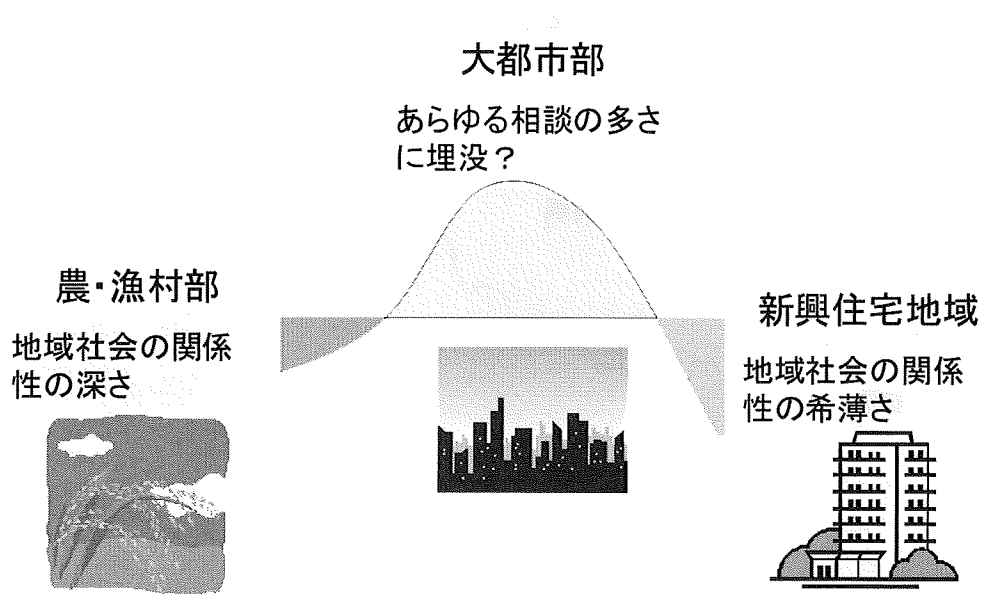


図3：都市化と相談件数の関係

平成18-20年の3年間の相談件数の増加率(平均)

(3回の調査全てに回答した119箇所における相乗平均)

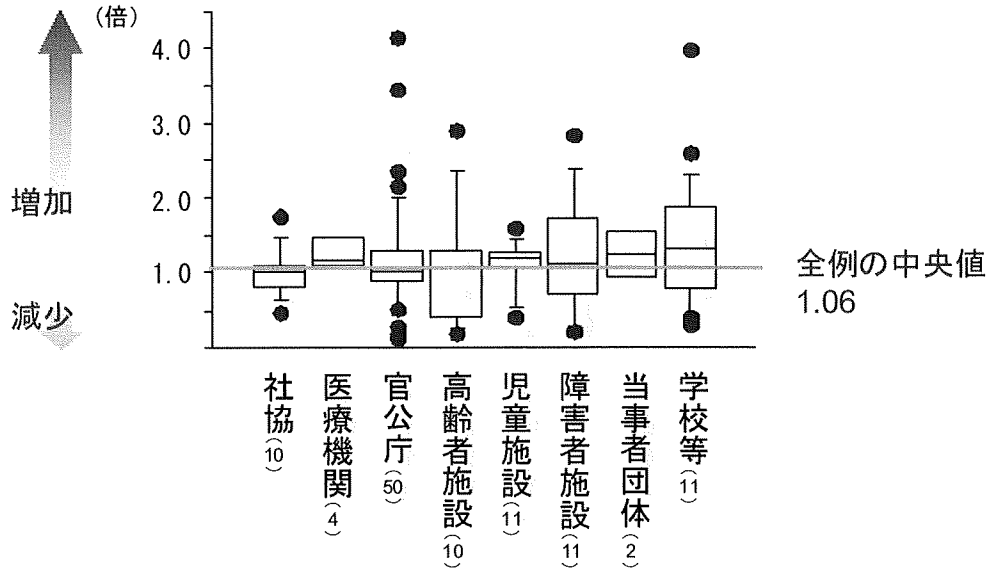


図4：平成18～20年の相談件数の平均増加率の分布（機関別）

平成18-20年の3年間の差別件数の増加率(平均)

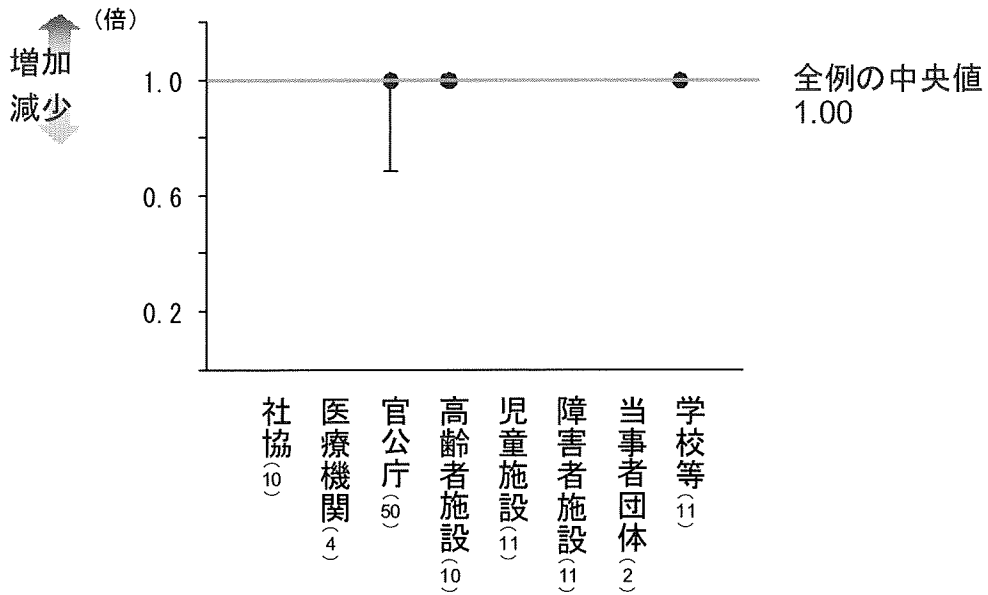


図5：平成18～20年の「障害があることを理由とした差別」に関する相談件数の平均増加率の分布（機関別）

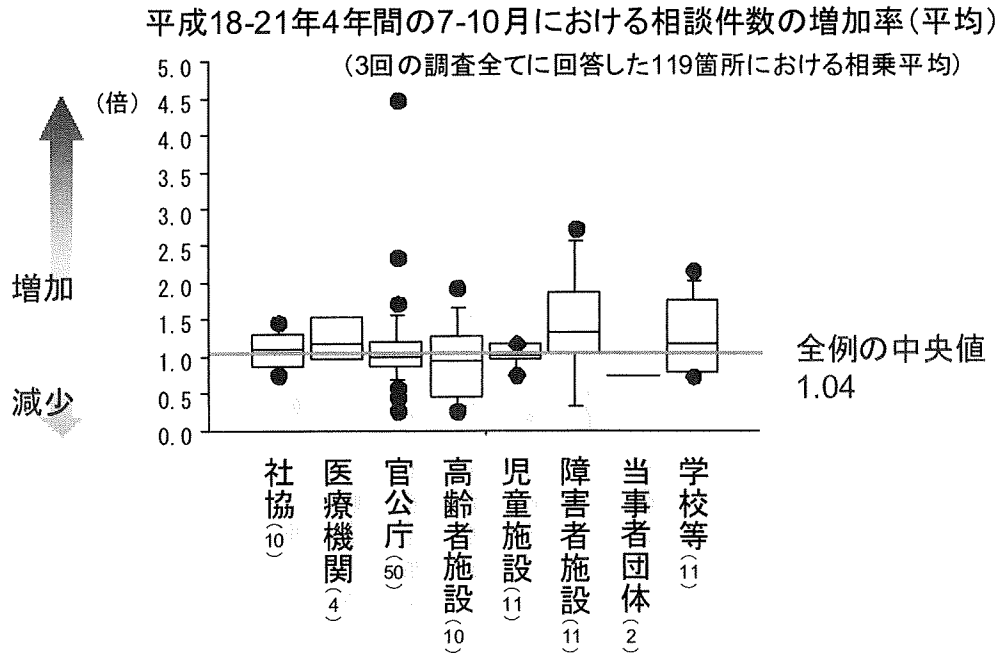


図6：平成18～21年7月～10月における相談件数の平均増加率の分布（機関別）

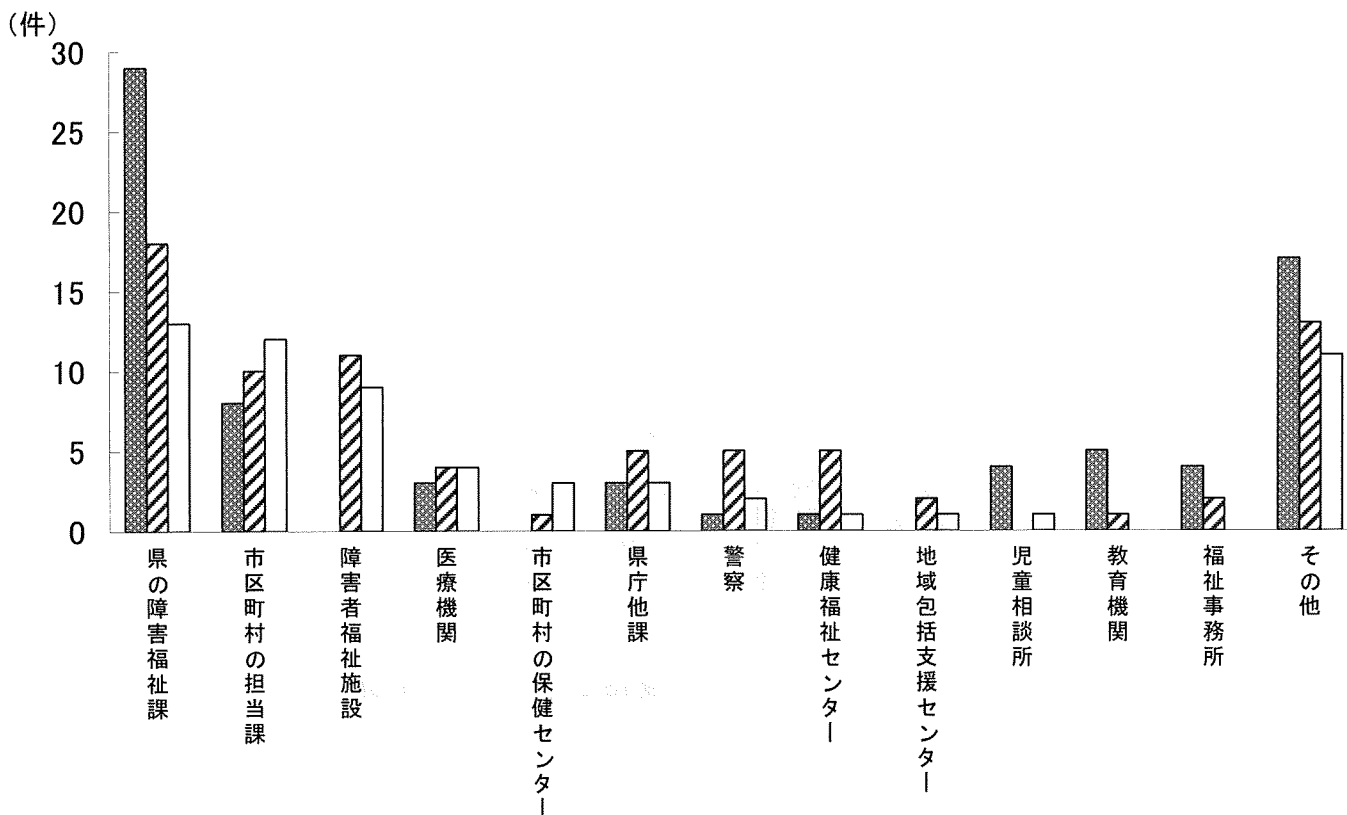


図7：専門機関が相談に当たり連携した他機関（事例ののべ件数）

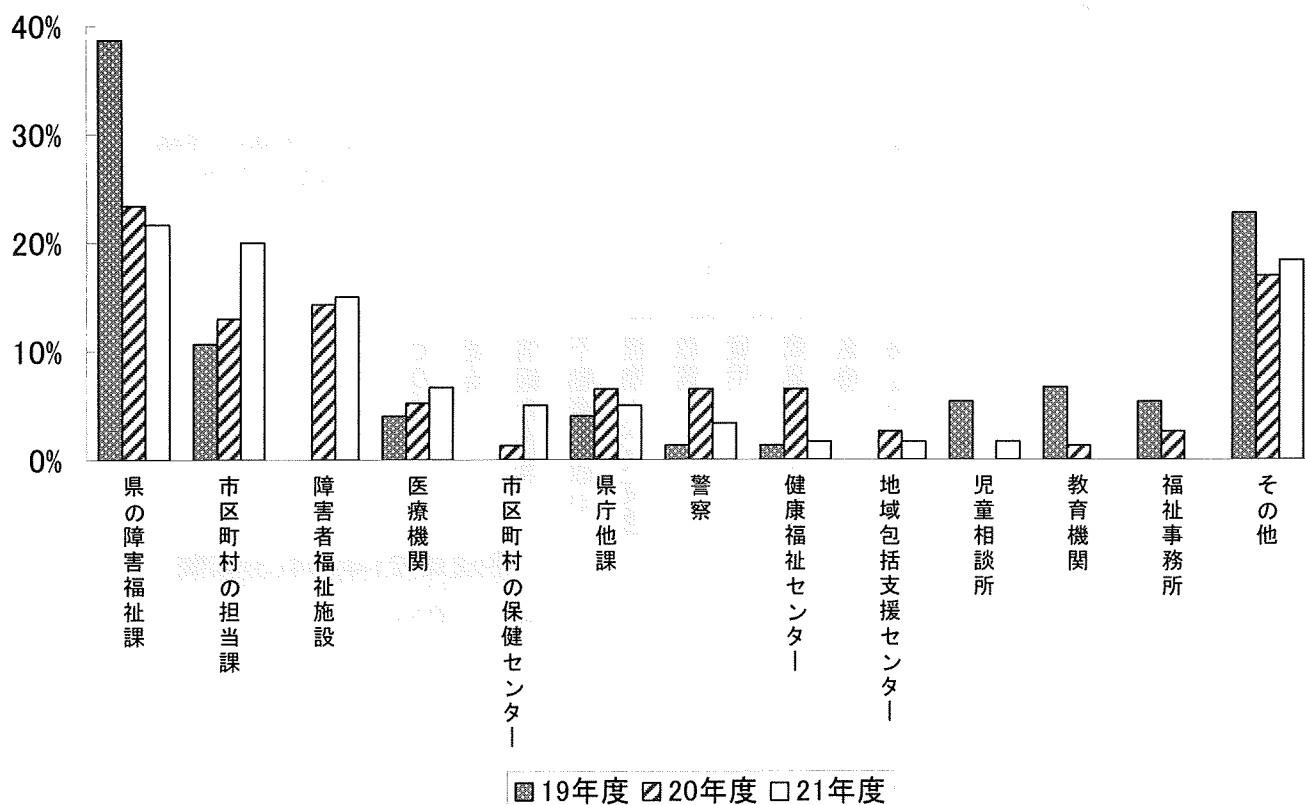
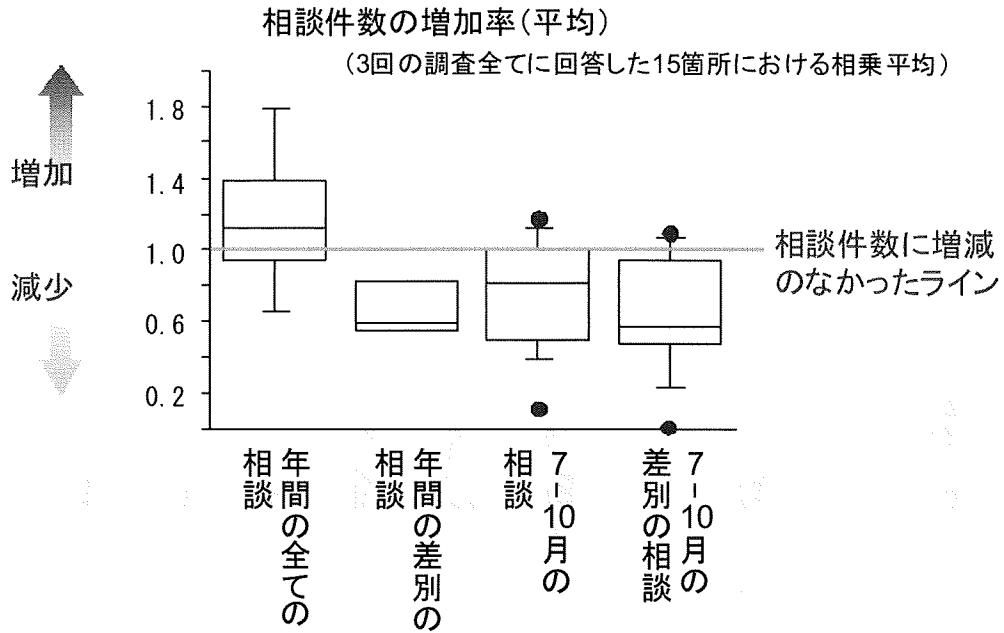


図8：専門機関が相談に当たり連携した他機関（事例数の比率）



平成18-20年の3(2)年間 平成18-21年の4(3)年間
図9：専門機関における相談件数の平均増加率の分布

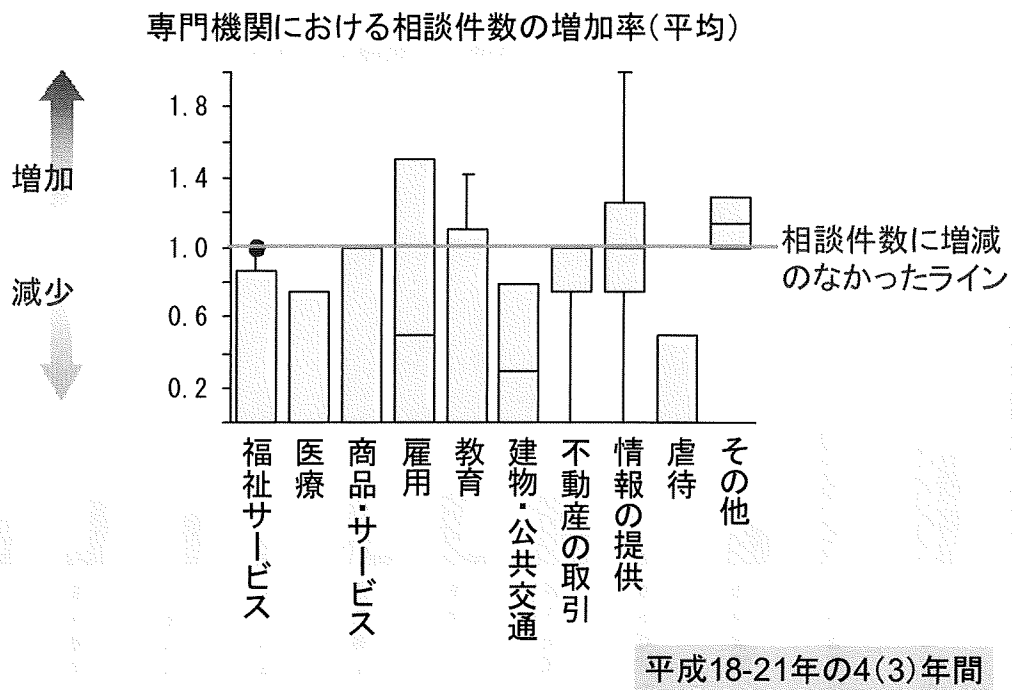


図10：専門機関における相談件数の平均増加率の分布（相談の分野別）

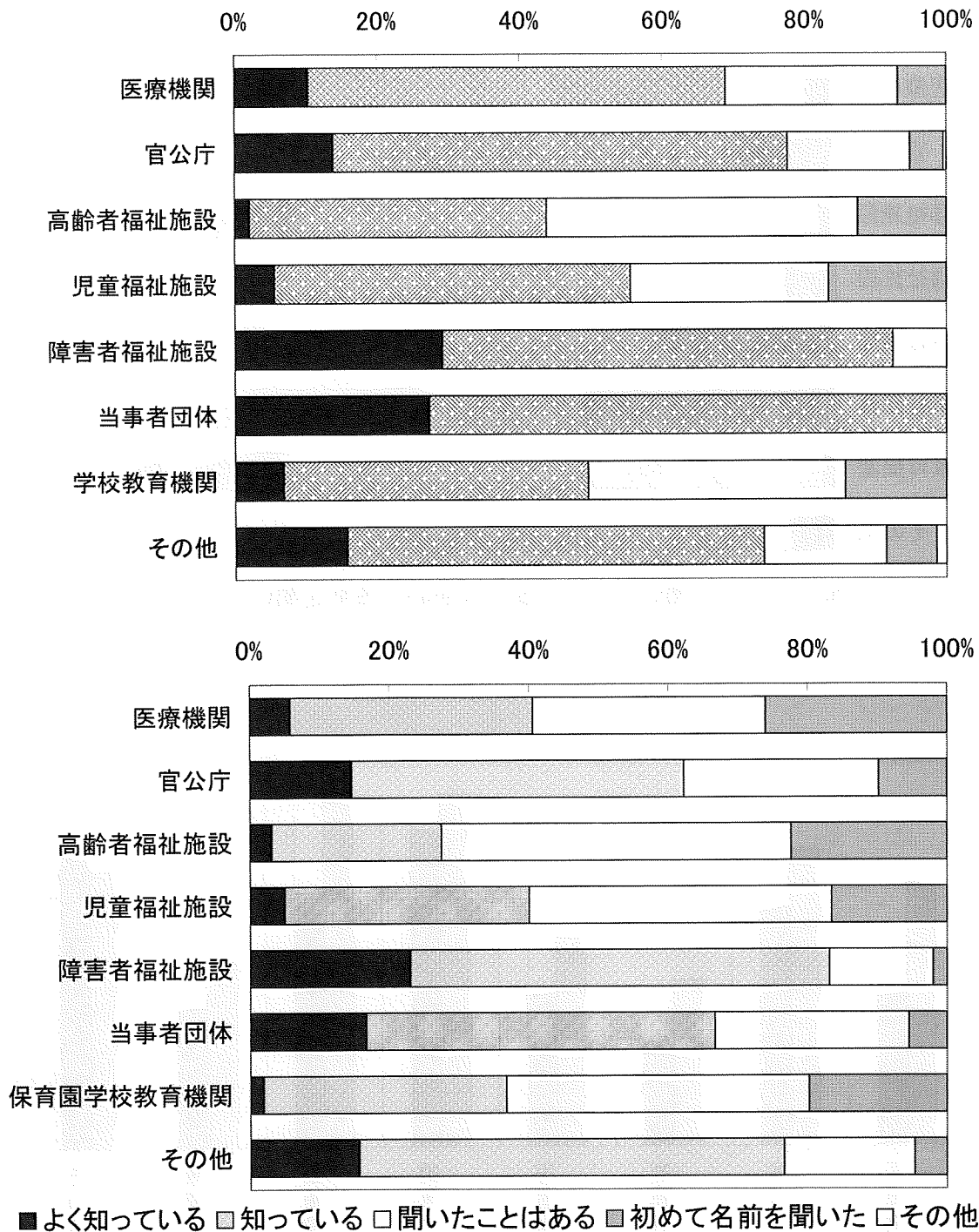


図 11: 条例の認知度の分布 (上図:平成 19 年度調査, 下図:平成 20 年度調査)

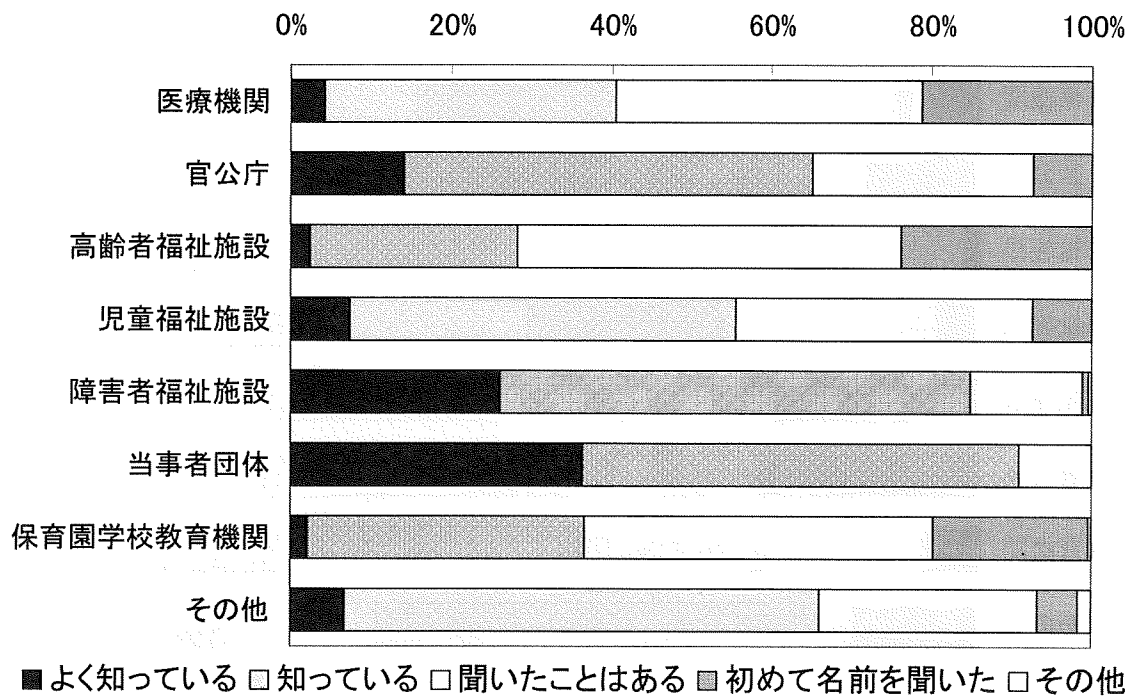


図 12: 条例の認知度の分布 (平成 21 年度調査)

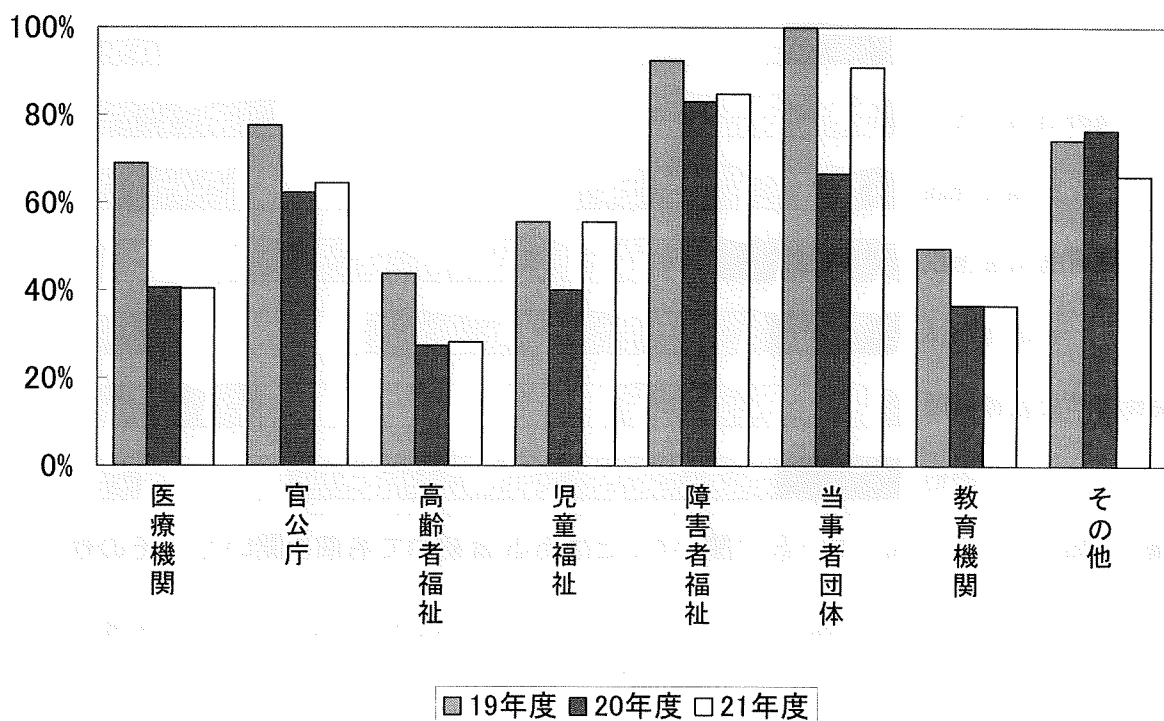


図 13: 条例の認知度の年次変化 (「よく知っている」「知っている」の回答の割合)

大谷の提唱する権利擁護のためのシステムの概念図

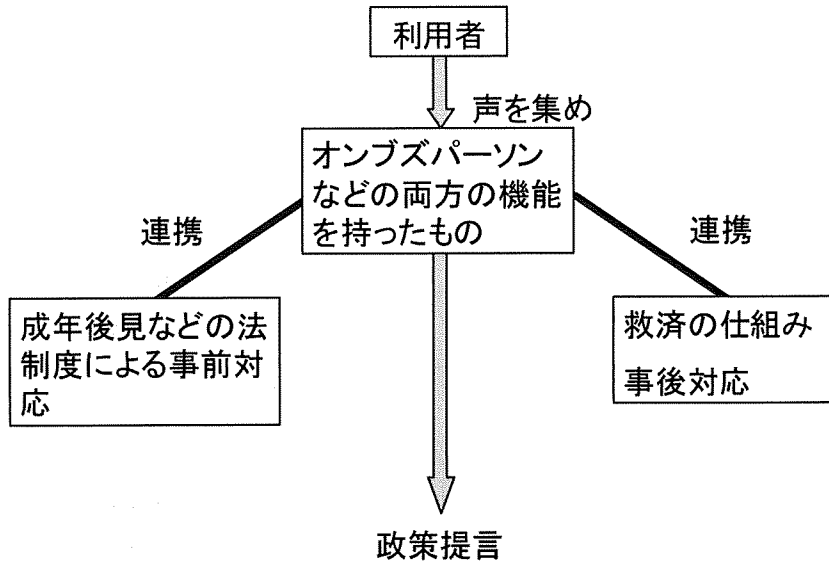


図 14：大谷の提唱する権利擁護のためのシステムの概念図

千葉県条例と北海道条例における権利擁護のためのシステムの概念図

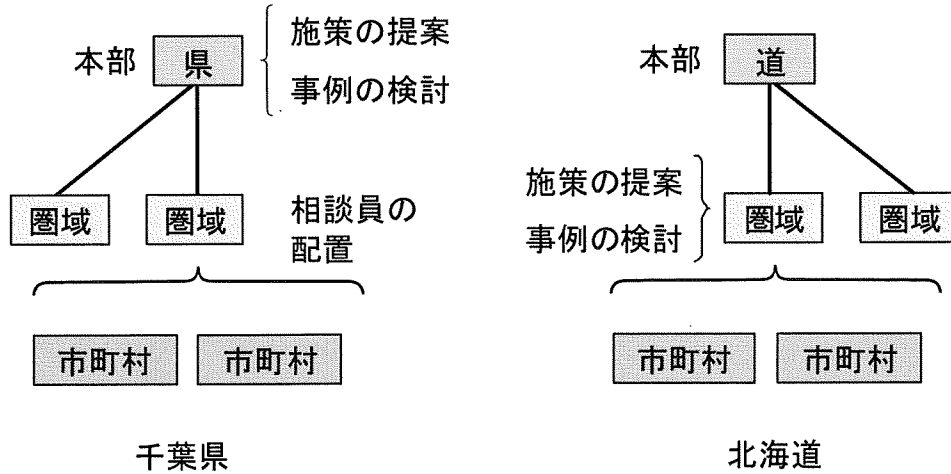


図 15：千葉県条例と北海道条例における権利擁護のためのシステムの概念図
注：図中において県・道、圏域、市町村は、それぞれ設置される場所を示すものである。

表 1：圏域一覧

圏域	含まれる市町村	担当保健所
習志野	習志野市・八千代市・鎌ヶ谷市	習志野健康福祉センター
市川	市川市・浦安市	市川健康福祉センター
松戸	松戸市・流山市・我孫子市	松戸健康福祉センター
野田	野田市	野田健康福祉センター
印旛	佐倉市・四街道市・八街市・印西市・白井市・酒々井町・印旛村・本埜村・栄町・成田市・富里市	印旛健康福祉センター
香取	香取市・神崎町・多古町・東庄町	香取健康福祉センター
海匝	銚子市・旭市・匝瑳市	海匝健康福祉センター
山武	東金市・山武市・大網白里町・九十九里町・横芝光町・芝山町	山武健康福祉センター
長生	茂原市・一宮町・睦沢町・長生村・白子町・長柄町・長南町	長生健康福祉センター
夷隅	勝浦市・いすみ市・大多喜町・御宿町	夷隅健康福祉センター
安房	館山市・南房総市・鋸南町・鴨川市	安房健康福祉センター
君津	木更津市・君津市・富津市・袖ヶ浦市	君津健康福祉センター
市原	市原市	市原健康福祉センター
千葉	千葉市	千葉市保健所（政令市保健所）
船橋	船橋市	船橋市保健所（中核市保健所）
柏	柏市	柏市保健所（中核市保健所）

表 2：発送部数と回答数（各種相談機関）

発送部数と回答数(①各種相談機関)

調査年度		19年度	20年度	21年度
発送数		3,308	6,065	6,015
回答数		1,281	1,574	1,573
実績	18年度	19年度	20年度	
年間の全ての相談(合計)	679,480	912,602	634,392	
差別事例 (発生率の平均値)	512 (0.4%)	1,765 (1.4%)	1,770 (1.2%)	

表 3：発送部数と回答数（専門機関）

発送部数と回答数(②専門機関)

調査年度		19年度	20年度	21年度
発送数		31	30	31
回答数		25	23	19
実績	18年度	19年度	20年度	
年間の全ての相談(合計)	50,914	75,976	44,373	
差別事例 (発生率の平均値)	477 (1.6%)	510 (23.3%)	226 (38.3%)	

表 4：人口と障害者数（圏域別）

（単位：人）

圏域	人口*1	身体障害者数*2	知的障害者数*3	精神障害者数*4	
習志野	18年	444,415	10,232	3,998	1,118
	20	448,496	10,538	4,209	1,159
	21	451,612	10,709	4,449	1,353
市川		625,343	11,763	2,249	1,658
		629,269	12,228	2,382	1,769
		635,067	12,729	2,529	1,956
松戸		474,934	10,472	1,723	1,219
		766,175	10,878*5	1,842*5	1,287*5
		773,899	17,983	3,179	2,428
野田		152,011	3,905	688	354
		153,088	4,079	759	415
		154,298	4,251	802	441
印旛		687,516	15,303	2,764	1,539
		691,919	15,508	2,963	1,666
		698,335	16,224	3,111	1,921
香取		125,898	3,820	600	224
		124,539	3,818	624	225
		122,675	3,845	642	259
海匝		186,107	5,991	887	482
		184,142	6,105	913	496
		182,169	6,127	952	520
山武		222,718	6,099	1,110	617
		221,737	6,217	1,159	644
		220,715	6,451	1,218	706
長生		157,969	5,884	756	404
		157,583	6,009	795	427
		157,148	6,120	837	446
夷隅		83,096	3,373	458	200
		82,306	3,395	475	208
		81,323	3,378	493	230
安房		140,199	5,409	820	576
		138,835	5,572	850	547
		137,549	5,706	883	567
君津		321,828	10,083	1,726	843
		321,774	10,598	1,804	884
		321,975	10,592	1,889	961
市原		279,729	7,397	1,155	610
		279,340	7,605	1,226	654
		279,696	7,866	1,299	752
千葉		930,388	25,627	3,973	2,416
		937,041	26,654	4,170	2,699
		947,223	27,853	4,414	3,037
船橋		574,985	13,114	2,282	1,545
		584,215	13,579	2,405	1,626
		591,720	14,130	2,533	1,795
柏		670,793	14,748	2,522	1,668
		388,350	15,155*4	2,719*4	1,901*5
		391,943	8,880	1,681	1,226
合計		6,077,929	153,220	27,711	15,473
		6,108,809	157,938	29,295	16,607
		6,147,347	162,844	30,911	18,598

*1：（上段）平成 18 年人口動態統計（10 月 1 日現在）、（中段）平成 20 年 4 月 1 日以降換算、（下段）平成 21 年人口動態統計（10 月 1 日現在）

*2：身体障害者手帳所持者数（平成 19, 20, 21 年 3 月 31 日現在）

*3：療育手帳所持者（平成 19, 20, 21 年 3 月 31 日現在）

*4：精神障害者保健福祉手帳所持者数（平成 19, 20, 21 年 3 月 31 日現在）

*5：柏市の中核市移行後の数値について、移行前の数値をもとに換算したもの