

平成20年度 厚生労働省保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト

精神障害者および障害者の 地域移行に関する実践的研究事業

目次

はじめに	1
I. 目的	3
II. 研究経過	5
III. 在宅精神障害者に対する住民コンプライアンス抽出調査	7
IV. 在宅障害者の地域移行クリティカルパス作成基礎調査	95
V. 生活保護等を活用した障害者の居住支援に関する全国調査	175
VI. まとめ	201

研究者名簿

はじめに

精神科医療の現状は、民間病院が約90%の医療を担っている。平成17年厚労省患者調査によると、平均在院日数320日・受け入れ条件が整えば退院可能者7.6万人と明示されている。平成19年には、精神障害者地域移行支援特別対策事業が創設されたが、社会的入院者を取り巻く状況は、家族の老弱・非力化・受け入れ能力減退・地域の抵抗・本人の不安など厳しいものがある。

前年度、財団法人正光会では、「精神障害者の居住確保に関する実践的研究」に取り組み、社会的入院の促進と地域移行の過程が「①長期入院による地域生活の不安を、地域資源と連携しながら解消することから始まる退院促進②受け皿作り③必要な制度の整備④地域との共生⑤障害者の生活支援を通じた街づくり・人づくりへと展開」という5相に分けて整理された。

今回「精神障害者及び障害者の地域移行に関する実践的研究事業」を受託するにあたり、啓発事業として①「精神障害者の地域移行・共生をテーマに、質的統合（KJ法）を用いた参画型の住民コンプライアンス抽出調査を行い、その成果を市民に発信することにより住民の理解と地域移行の促進を図る。」②「身体・知的・精神障害（各手帳保有者）に対し、宇和島市との協働の下、調査票に基づき聞き取り調査を行い、障害者の地域移行・定住・共生に必要となる三障害に共通なニーズの明確化と障害特性に関連した課題を特定し、地域移行に必要な効果的で効率的な対策につなげる。」③「精神障害者の地域移行に際し基礎的条件となる居住確保と質の向上に必要な課題の調査と地域資源のネットワーク構築」として全国の自治体にアンケート調査を行った。

この研究で精神障害に限らず他の障害（知的・身体）も含み、障害者が地域移行すること、地域生活を安心して継続していくためには地域住民の理解や協力が重要なポイントとなってくることが、当事者・関係スタッフのみならず地域住民の方にも障害を理解できるきっかけ作りができた。このきっかけを元に、精神科医療・福祉・保健に関わる我々は「入院医療中心から地域生活中心へ」の時代をテコに、ユーザーのリアルニーズに応えるべく、地域資源と連携・協働し、ユーザーの健康回復・エンパワメントと地域でのいきいきとした（安全・安心・安定・幸福な）生活を支援していけるよう取り組んでいきたい。

I. 目 的

精神障害者及び障害や地域移行の基礎的要件は、新たな居住の場と日中活動の確保及び地域住民の理解・支援にある。

昨年度「精神障害者の居住確保に関する実践的研究」などの本事業を受託した財団法人正光会は、宇和島市内の一資源である。今回、宇和島市と財団法人正光会を実施主体とし身体・知的・精神障害者の関係者30余団体で構成される「地域福祉ネットワークの会」が協力し、障害者の地域移行に関する上記の課題を調査研究する。その目的として、効率的で実効性のある宇和島市障害福祉計画策定と実施に貢献し、地域に移行し生活する障害者の福利の増進を掲げた。

その事業における調査は大きく3つに分かれる。一つ目は、生活保護などを活用した精神障害者の居住支援に関する全国調査である。二つ目は、在宅精神障害者に対する住民コンプライアンス抽出調査。三つ目は、在宅障害者（身体・知的・精神障害者）の地域移行クリティカルパス作成基礎調査である。

昨年度精神障害者の居住確保を目的とした実践的研究を行い、精神障害者における宇和島市の居住確保の困難さが明らかとなった。また、居住確保のための支援やシステム・制度・地域との連携ができている先進地の状況を学んだ。この体験によりわれわれの地域でも先進地のような取り組みができないものかと考えるきっかけとなり、今年度の研究継続に繋がった。

Ⅱ．研究経過

在宅精神障害者に対する住民コンプライアンス抽出調査

- 平成20年 8 月…平成20年度障害者保健福祉推進事業実施計画を宇和島市長へ協力体制依頼
及び平成20年度障害者保健福祉推進事業に関する協定を締結
- 平成20年 9 月…タウンミーティング並びに調査研究の進め方検討
宇和島市 4 地区の研修場所設定各関係機関・担当へ（市・保健所・家族会・
地域民生委員等）
第 1 回タウンミーティング参加の案内文を送付
- 平成20年10月…ファシリテーターとタウンミーティング・進行・場所設定の確認
精神障害者社会復帰推進連絡会
宇和島市 4 地区第 1 回タウンミーティング開催
宇和島精神障害者社会復帰推進連絡会
- 平成20年12月…各関係機関・担当へ（市・保健所・家族会・地域民生委員等）第 2 回タウ
ンミーティング参加の案内文を送付
宇和島精神障害者社会復帰推進連絡会
- 平成21年 1 月…宇和島市 4 地区第 2 回タウンミーティング開催
宇和島精神障害者社会復帰推進連絡会
- 平成21年 2 月…タウンミーティング総括の開催について市役所・保健所へ配付
宇和島精神障害者社会復帰推進連絡会
宇和島地域こころの健康フォーラムの中の市民発表会で報告
- 平成21年 3 月…タウンミーティング総括研修
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課へ中間報告
宇和島精神障害者社会復帰推進連絡会

在宅障害者（身体、知的、精神）の地域移行クリティカルパス作成基礎調査

- 平成20年 4 月…宇和島市、地域福祉ネットワークの会に事業説明、協力の依頼
- 平成20年 8 月…訪問面接票作成開始
- 平成20年 9 月…財団法人正光会疫学研究倫理審査委員会にて承認
調査員の依頼
- 平成20年10月…訪問面接票の完成、障害者手帳所有者へ同意書の発送
- 平成20年11月…訪問面接票の送付、調査員レクチャー、調査の開始

平成21年1月…12月中に聞き取りを終えた訪問対象者の結果をもとに、宇和島市への提言書のための資料作成にかかる

平成21年2月…地域福祉ネットワークの会で提言文の作成。宇和島市に「宇和島市障害福祉計画並びに今後の障害関連計画に対する提言」の提出

生活保護等を活用した障害者の居住支援に関する全国調査 経過

平成20年9月…全国調査（～2009年3月）

平成20年11月…公衆衛生学会参加・ポスターセッション発表（精神障害者の居住確保を目的とした実践的研究報告～低価格物件調査）

Ⅲ．在宅精神障害者に対する住民コンプライアンス抽出調査

目次

- 1．調査計画及び実施の概要
 - 1-1．調査内容と目的
 - 1-2．調査結果の所要
 - 1-3．タウンミーティング並びに調査研究の組み立て
 - 1-4．タウンミーティングの設計
 - 1-5．タウンミーティングと市民発表会の実施の概要
 - 1) タウンミーティングの開催地区
 - 2) タウンミーティング開催日程と参加者数
 - 3) タウンミーティングの進行
 - 4) 市民発表会の進行
 - 5) 総括研修会の進行
- 2．第1回タウンミーティングの実施
 - 2-1．吉田地区
 - 1) 全体像
 - 2) 問題の重要度の評価結果
 - 2-2．三間地区
 - 1) 全体像
 - 2) 問題の重要度の評価結果
 - 2-3．旧宇和島地区
 - 1) 全体像
 - 2) 問題の重要度の評価結果
 - 2-4．津島地区
 - 1) 全体像
 - 2) 問題の重要度の評価結果
 - 2-5．4地区の重点問題の比較
- 3．第2回タウンミーティングの実施
 - 3-1．吉田地区
 - 1) 全体像
 - 2) 解決策の実行の優先度の評価結果
 - 3-2．三間地区
 - 1) 全体像
 - 2) 解決策の実行の優先度の評価結果

- 3-3. 旧宇和島地区
 - 1) 全体像
 - 2) 解決策の実行の優先度の評価結果
- 3-4. 津島地区
 - 1) 全体像
 - 2) 解決策の実行の優先度の評価結果
- 3-5. 4地区の重点解決案の比較
- 4. 宇和島地域こころの健康フォーラム・市民発表会
 - 4-1. 宇和島地域こころの健康フォーラム
 - 4-2. 市民発表
- 5. 総括研修の実施
 - 5-1. 総括研修の主旨と概要
 - 5-2. 成果と反省点の検討
 - 1) 全体像
 - 2) 成果と反省点の重要ポイントの評価結果
 - 5-3. 問題の克服方法の検討
 - 1) 全体像
 - 2) 克服策の取り組み優先度の評価結果
 - 5-4. 次年度の取り組み方策の提言
- 6. タウンミーティング、フォーラム、総括研修の感想の姿
 - 6-1. 感想の収集・分析、フィードバックの意味と役割
 - 6-2. 第1回タウンミーティングの感想の姿
 - 1) 感想の収集
 - 2) 全体像
 - 3) 感想の分布
 - 6-3. 第2回タウンミーティングの感想の姿
 - 1) 感想の収集
 - 2) 全体像
 - 3) 感想の分布
 - 6-4. 宇和島地域こころの健康フォーラム（市民発表会）の感想の姿
 - 1) 感想の収集
 - 2) 全体像
 - 3) 感想の分布
 - 6-5. 総括研修の参加者の感想の姿
 - 1) 感想の収集
 - 2) 全体像

3) 感想の分布

7-6. 感想から浮かび上がる実施に伴う参加者集団の意識の姿と変移

7. まとめ

1. 調査計画及び実施の概要

本調査は、次のような目的と内容の計画のもとに、実施された。

1-1. 調査内容と目的

精神障害者の地域移行・共生をテーマに、問題提議・現状把握・解決策模索・発表（講演）の3～4ラウンドに分けて、市民自らが考え、問題の所在・本質を明らかにしながら、市民自らそれを克服する手法を開発する。

1-2. 調査結果の所要

地域住民の障害者の地域移行・共生に対する抵抗感、受容性—コンプライアンスの測定。それらの要因を同定し、克服方法を抽出する。

1-3. タウンミーティング並びに調査研究の組み立て

調査内容に基づき、タウンミーティング並びに調査研究を次のような形で組み立て、調査結果の所要の達成をめざす。

1) 第1回タウンミーティング：問題意識と問題点の把握

精神障害者の地域移行・共生に伴う関係者（市民、当事者、当事者家族、医療者、行政）の悩みや不安、問題点を出し合い、それを「問題意識地図」として描きだす。そのうえで、参加者全員でどこが重要な問題点なのかを投票によって評価し、重点問題を浮かび上がらせる。

併せて、タウンミーティングの参加者に参加しての感想を記入してもらい、質的統合法（KJ法）で分析し、「第1回TM感想地図」を作成する。これを第2回タウンミーティングで参加者にフィードバックする。

2) 第2回タウンミーティング：解決策の案出

重点問題を話題の焦点にして、それをどのような方法で克服していくのかの解決策を討議し、それを「解決策地図」として描きだす。そのうえで、どこを重視して取り組むべきかを全員で投票によって評価し、重点取り組み策を浮かび上がらせる。

併せて、タウンミーティングの参加者に参加しての感想を記入してもらい、質的統合法（KJ法）で分析し、「第2回TM感想地図」を作成する。これを市民発表会で参加者にフィードバックする。

3) 市民発表会

2回のタウンミーティングの討議結果とそこに参加した関係者の感想地図により関係者

の精神障害者の地域移行と共生に関する受け止めの問題意識と解決案及びその意識変化を
発表する。

併せて、市民発表会の参加者に感想を記入してもらい、質的統合法（K J 法）で分析し、
「市民発表会感想地図」を作成する。

4) 要因の同定と克服方法の抽出

以上の取り組み過程で浮かび上がった①問題意識地図、②解決策地図、③第 1 回 TM 感
想地図、④第 2 回 TM 感想地図、⑤市民発表会感想地図をもとに、調査研究担当で討議
しながら要因の同定と克服方法を抽出し、質的統合法（K J 法）で分析する。

5) 報告書の作成

以上を網羅する形で、調査研究としてのタウンミーティング、市民報告会の実行過程の
解説並びにそこでの把握内容、同定要因と克服方法に関して報告書としてまとめる。

1-4. タウンミーティングの設計

1) 参加対象者は、市民（区長、民生委員、その他理解ある関係者）、当事者、当事者
家族、医療者、行政職員とし、地域移行を進めていく上での中核的な担い手候補とな
る人たちを集める。

2) 開催地区は市の意向を踏まえ、4 か所。各箇所の定員は、40 名を目安とする。

3) 1 回のタウン・ミーティングは 3 時間とする。午前の部は 9 時 30 分から 12 時 30 分、
後の部は 13 時 30 分から 16 時 30 分とする。

4) 1 回のタウンミーティングの進め方と時間配分

- ・ 10 分：開会の挨拶とタウンミーティングの進め方の説明
- ・ 15 分：第 1 回は、地域移行の取り組みの現状と今後の見通しの予備知識の説明。第
2 回は、第 1 回の意見地図と感想地図の報告。
- ・ 40 分：班ごとに意見交換。
- ・ 15 分：意見のカード化（一人 3 枚を目安）
- ・ 15 分：休憩
- ・ 40 分：全員で、意見地図あるいは解決策地図を作製。
- ・ 30 分：重要度評価
- ・ 10 分：感想記入
- ・ 5 分：次への橋渡し説明（第 2 回の説明あるいは市民発表会の説明）。

5) 班の構成

班は、6～7 名の構成で、6 班位とする。班のメンバーは、できるだけ異なる立場の人
で、年齢や性別もできるだけ混成の方がよい。各班に一人進行役ができる人を配置する。
（正光会スタッフや医療関係者、行政職員がその候補）進行役は討議内容をまとめる必要
はなく、できるだけ全員がまんべんなく話せるように配慮するのが役割。全体の進行は、

ファシリテーターが進め方を説明しながら行う。

6) 助手役

ファシリテーターに助手役を一人をつける。助手役は、意見地図あるいは解決策地図を作成するときのタイトルの書記役。

7) 会場の設営

- ・壁面か黒板、あるいは衝立を利用し、模造紙を5枚ほど張り出す。意見地図や解決策地図を作成する。
- ・メンバーが6～7人がテーブルを囲んで座るスタイルで机と椅子を配置し、6班分用意する。
- ・司会・進行用のテーブルと椅子も用意。

1-5. タウンミーティングと市民発表会の実施の概要

1) タウンミーティング開催地区



図1-1: 宇和島市旧4地区地図（出典：宇和島市商工観光課・宇和島観光協会発行パンフレット）

タウンミーティングの開催は、地域の特性とまとまりを配慮し、次のような合併前の旧市町村4地区を単位として開催した。

- ①吉田地区
- ②三間地区
- ③旧宇和島地区
- ④津島地区

各地区の特徴は、次の表1-1である。

平成 12 年度	吉田地区	三間地区	旧宇和島地区	津島地区
面積 (km ²)	48.1	56.9	143.3	221.0
人口 (人)	13,001	6,651	62,126	13,863
特性	急傾斜地が多く、平地はわずか 10%程度。みかんと水産の町。	町を貫く三間川は四万十川上流の一つで、三間盆地を形成。流域は水田地帯。	西側は宇和海に面し離島があり、それ以外の三方は山地に囲まれている。	東半分は標高が 500m 以上の山間地。西半分はリアス式海岸。

表 1-1：タウンミーティング実施地区の概要

2) タウンミーティング開催日程と参加者数

タウンミーティングは、4 地区とも 2 回の連続シリーズで開催した。第 1 回は、平成20 年11月 1 日（土）、2 日（日）、第 2 回は、平成21年 1 月17 日（土）、18 日（日）である。

日程と地区、会場は、次の表1-2のようである。

回	日時	午前(9：30~12:15)	午後(13:30~16:15)
第 1 回	11 月 1 日（土）	吉田地区 (吉田公民館)	三間地区 (三間公民館)
	11 月 2 日（日）	旧宇和島地区 (クレメント宇和島)	津島地区 (岩松公民館)
第 2 回	1 月 17 日（土）	津島地区 (岩松公民館)	旧宇和島地区 (クレメント宇和島)
	1 月 18 日（日）	三間地区 (三間公民館)	吉田地区 (吉田公民館)

表 1-2：開催の日程・地区・会場

参加者は、開催地区によって多少違いはあるが、①一般参加者、②ボランティア、③家族会、④当事者、⑤民生委員、⑥保健師、⑦行政担当者、⑧福祉関係者、⑨医療関係者、である。

開催日程、開催地区、参加者は、次の表2-3のようである。

地区	回	一般 参加者	ボラン ティア	家族会	当事者	民生 委員	保健師	行政 担当者	福祉 関係者	医療 関係者	合計
吉田	第1回		4	4			4		2	6	20
	第2回		4	4		3	4			4	19
三間	第1回			3		4	3		1	6	17
	第2回			1		3	3			5	12
旧宇 和島	第1回	8		4	2	2	3	3	3	8	33
	第2回	3		3	2		2	2	3	8	23
津島	第1回				1	3	2		1	4	11
	第2回				1	5	3		3	4	16

表 1-3：タウンミーティング参加者数

3) タウンミーティングの進行

タウンミーティングは、先に解説した「タウンミーティング並びに調査研究の組み立て」にもとづき、4地区とも2回の会合によって実施した。各地区の検討内容は、次の第3章と第4章で解説することとし、ここではタウンミーティングの進行のあらましを報告する。

第1回は、意見交換に先立ち事務局から10分間ほど、精神障害に関する現代社会の状況について2つの資料をもとに情報提供を行った。

1つは、「精神障害24%が経験、厚生省全国調査：受診・相談3割足らず、うつ病リスク高い若年層」（愛媛新聞、2008年2月26日）の記事から、うつ病や不安障害、アルコール乱用・依存症などの精神障害が住民の4人に1人がこれまでの生涯で、10人に1人が1年間に経験しながら、受診・相談した人は3割にとどまっていた、とう全国調査結果を報告。（資料1-1：「こころの健康疫学調査」記事を参照）

2つ目は、「主要傷病別受療率の年次推移」（「我が国の精神保健福祉」（平成19年度版）よりのグラフ）から、精神及び行動の傷害が高血圧性疾患に次ぐ第2位の受療率で昭和30年代から一貫して増加しているという結果を報告した。（図1-2：主要傷病受療率の年次推移を参照）

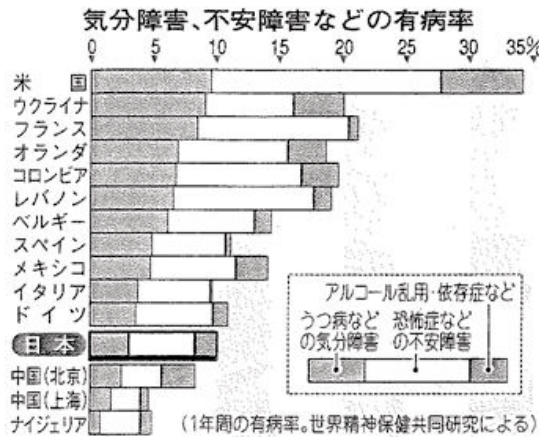
基本的な情報提供を踏まえ、テーマ「精神障害者の地域移行・共生にむけて、私たちの悩み・問題・課題は何か」について、班に分かれて意見交換をした。そして、参加者各自が自分の発言や気づいたことをカード（ポストイット）に記入した。

次いで、班での意見交換と記録の場面から全体討議の場面に移り、全員で記入したカードの内容を紹介しながら、壁面にあらかじめ貼られた模造紙上に意見の全体像を描きだした。この図を「意見地図」とよび、第1回は「問題意識地図」の位置づけとなる。全員の意見カードがすべて読み上げられ全体像が見えたところで、全体像を物語にして解説し、全員で内容の共有化をはかた。

全体像の共有化をもとに、どこが最も重要な問題か、重みづけの投票を行った。投票の対象の意見のブロックごとに、A、B、Cのアルファベットの記号を表示。投票は5点制

で、最も重要と思う箇所に5点、2番目に重要だと思う箇所に4点、以下順次3点、2点、1点を投票。結果を集計して、衆目の見るところどこが重要なのかの順位を浮かび上がらせ、悩み・問題・課題の焦点を見定めた。

愛媛新聞 2008年(平成20年)2月26日 火曜日



うつ病や不安障害、アルコール乱用・依存症などの精神障害は住民の四人に一人がこれまでの生涯で、十人に一人が一年間に経験しながら、受診・相談した人は三割にとどまっていた。こうした日本人の危ういメンタルヘルスの実態が厚生労働省の「こころの健康疫学調査」研究班(主任研究者・川上憲人東京大教授)の大規模な全国調査で浮かび上がった。

精神障害 24%が経験

厚労省全国調査 受診・相談 3割足らず

アと同じだった。川上教授は「日本人が控えめに答えたため、有病率が低くなったかもしれない。精神障害による社会損失は身体疾患より大きい。受診率が低いのは問題で、早期受診を促したい」と話している。精神障害で住民の詳しい調査はこれまで少なかった。今回の調査では、訓練を受けた専門調査員

うつ病リスク高い若年層

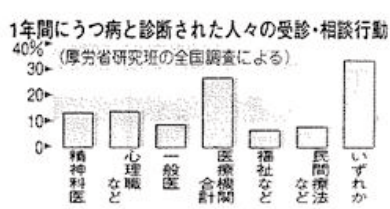
依存症について調べた。これら精神障害の生涯有病率は24%、一年では10%に上った。生涯有病率はアルコール乱用・依存症が10%と最も高く、次いでうつ病が6%、恐怖症が3%と続いた。受診・相談したことがある患者は30%足らず。うつ病でも受診したのは30%以下で、治療を受けていない人が多数を占めた。

平均所得が高い先進国では日本の受診率が際立って低かった。受診しようと思っても遅れがちだ。その理由では「自力で対処できる」「どこに行けばよいかわからない」「他人に知られるのが心配」「効果があると思わなかった」などの回答が目立った。心の健康への知識の欠如や情報不足、周囲の偏見が障害になっている。受診するのは一般医も多かった。研究班は一般医が精神科医と連携し、精神障害の診療にかかわるよう訴えている。

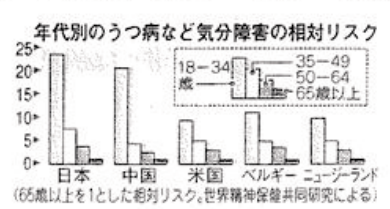
川上教授は「社会的つながりが弱まり、少子化も進んで対人関係の取り方が下手になっているためではないか」とみる。うつ病には、子ども時代の家内暴力や社会への恐怖、軽度精神障害、身体疾患への罹患(り)が危険因子となっており、心の健康問題を引き起こす連鎖的存在も確認された。研究班は「心の健康のために地域や職場で生涯を通じて多様な対策が必要だ」と提言している。

うつ病リスク高い若年層

が面接した。専門医が診断しないと判定できない統合失調症や発達障害を除き、うつ病などの気分障害、恐怖症などの不安障害、アルコール乱用・



た。平均所得が高い先進国では日本の受診率が際立って低かった。受診しようと思っても遅れがちだ。その理由では「自力で対処できる」「どこに行けばよいかわからない」「他人に知られるのが心配」「効果があると思わなかった」などの回答が目立った。心の健康への知識の欠如や情報不足、周囲の偏見が障害になっている。受診するのは一般医も多かった。研究班は一般医が精神科医と連携し、精神障害の診療にかかわるよう訴えている。



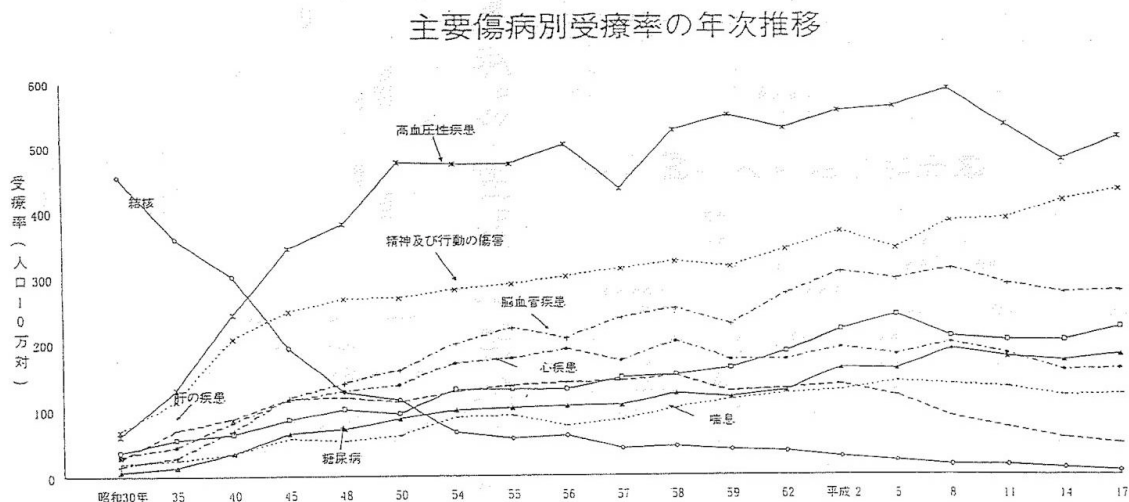


図1-2：主要傷病受療率の年次推移（出典：「我が国の精神保健福祉」平成19年度版）

そして、次回第2回はこれらの問題を解決していくにはどのような取り組みが必要かを検討する旨アナウンスし、第1回のタウンミーティングを終了した。なお、終了に先立ち、参加者には参加の感想を記入していただいた。

第2回目のタウンミーティングは、第1回の意見地図と評価結果をおさらい報告した上で、班に分かれて解決策を討議した。テーマは、「精神障害者の地域移行・共生にむけて、前回浮かび上がった問題点をふまえ、私たちはこれから、何をしていったらよいか」とした。

進め方は第1回と同様な流れで、班での討議とカード化、全体での意見地図（第2回目は「解決策地図」の位置づけとなる）の作成を行った。次いで、どの解決策のブロックから優先的に取り組んでいくべきか、実行の優先度の重みづけの投票を行った。投票方法は第1回と同様な方法である。

その結果、実行の優先度の順位が浮かび上がり、全員で共有化をはかった。

最後に、第2回目の感想を記入してもらい、タウンミーティングを終了した。

これがタウンミーティングの進行のあらましで、4地区ともこのような進め方で取り組んだ。タウンミーティングでの各地区の検討内容は、第3章と第4章で報告する。

4) 市民発表会の進行

市民発表会は、平成20年2月21日に開催。今回の調査研究でのタウンミーティングの流れとしては、第3回目にあたる会合が市民発表会になる。市民発表会は、愛媛県精神保健福祉協会宇和島支部・宇和島保健所主催、宇和島在宅障害者地域移行研究事業共催、地域福祉ネットワークの会後援の「宇和島地域こころの健康フォーラム～精神障がい者が地域で生活していくために」のフォーラムのなかで発表の場を得て行われた。

内容は、次のようなプログラムに沿って行われた。

プログラム（敬称略）		Yes, we can!
時間	内容	
13:00	開場	
13:30	開会あいさつ	
13:35	話題提供 「いま、精神障がい者が置かれている現状」 話題提供者：宇和島保健所健康増進課長 廣瀬 浩美	
13:45	市民発表会 「精神障がい者の地域生活に関するタウンミーティング」 発 表：宇和島、吉田、三間、津島の市民のみなさん（順不同） 助 言：有限会社情報工房代表 山浦 晴男	
14:25	休憩	
14:30	シンポジウム 「私たちが心配なこと、私たちにできること」 シンポジスト：村上 充（愛南町民） 松本 邦夫 （社団法人愛媛県宅地建物取引業協会副会長・宇和島支部長） 新井 信幸 （財団法人ハウジングアンドコミュニティ財団研究員） 山浦 晴男（有限会社情報工房代表） コーディネーター：廣瀬 浩美（宇和島保健所健康増進課長） 松波 裕司（同課長補佐） （会場との意見交換の時間もございます）	
15:55	アンケート記入	
16:00	閉会（アンケートの回収にご協力ください）	

表1－4：宇和島こころの健康フォーラム・プログラム

参加者は230名をこえ、この種の会議としては予想より多くの市民関係者の参加をうることができた。市民発表は、タウンミーティングの参加メンバーのなかから市民の方に各地区から一人代表で発表していただいた。

詳細は、第4章で報告する。

5）総括研修会の進行

平成21年3月5～6日の1日半をかけ、タウンミーティングの流れとしては第4回目の会合になるが、調査研究業務の締めくくりとして総括研修会を実施した。タウンミーティングの事務局スタッフ（医療関係者、精神福祉関係者）と行政担当者、保健師が集まり、タウンミーティング方式での研修を行った。初日の参加者は16名、2日目の参加者は17名である。

第1回と第2回のタウンミーティング、宇和島こころの健康フォーラムの実施を振り返り、反省と次年度以降の取り組み案の検討を行った。本調査研究の角度からとらえれば、要因の同定と克服方法の抽出もねらいとした研修会である。

進め方としては第2回のタウンミーティングと同様の方式で行った。

前半は、「タウンミーティングと健康フォーラムを実施しての成果と反省点は何か～精神障がい者の地域移行・共生の問題の所在と本質は何か～」をテーマとした。第1回と2

回のタウンミーティングの感想の分析図解とこころの健康フォーラムの感想データに目を通したうえで、班に分かれて振り返りの討議を行った。討議のポイントとしては、①成果、②活用資源、③反省点と課題、④原因、要因とした。

班での討議ののち、カード化、全員で意見地図の作成、重要点の重みづけの評価を行い、反省と総括の共有化を図った。

後半は、反省点を踏まえ、「精神障がい者の地域移行・共生の問題点の克服方法を考える」をテーマとした。班に分かれての討議ののちカード化し、全員で解決策地図を作成。次年度の取り組み優先順位の重みづけを行った。加えて、優先順位の高い事項について、1) 取り組みの難易度、2) いつまでに行うか、3) 誰が主体に行うのか、を協議し、その結果を踏まえて、4) 着手順位、を全員で見定める作業を行った。ここでの協議結果は、次年度の取り組みの提言事項であることを確認した。最後に、総括研修の感想を記入し、終了した。

検討結果の内容については、第5章で報告する。

以上が、本調査研究で取り組んだタウンミーティング並びに市民発表、総括研修の概要である。

2. 第1回タウンミーティングの実施

本章では、第1回タウンミーティングで討議された内容に焦点をあてる。討議結果の「問題意識地図」をもとに、参加者が精神障害者の地域移行・共生にむけてどのように悩みや問題点、課題を捉えていたか、以下に全体像と問題の重要度の評価結果を解説する。

詳細は、章末の図を参照されたい。

2-1. 吉田地区

1) 全体像

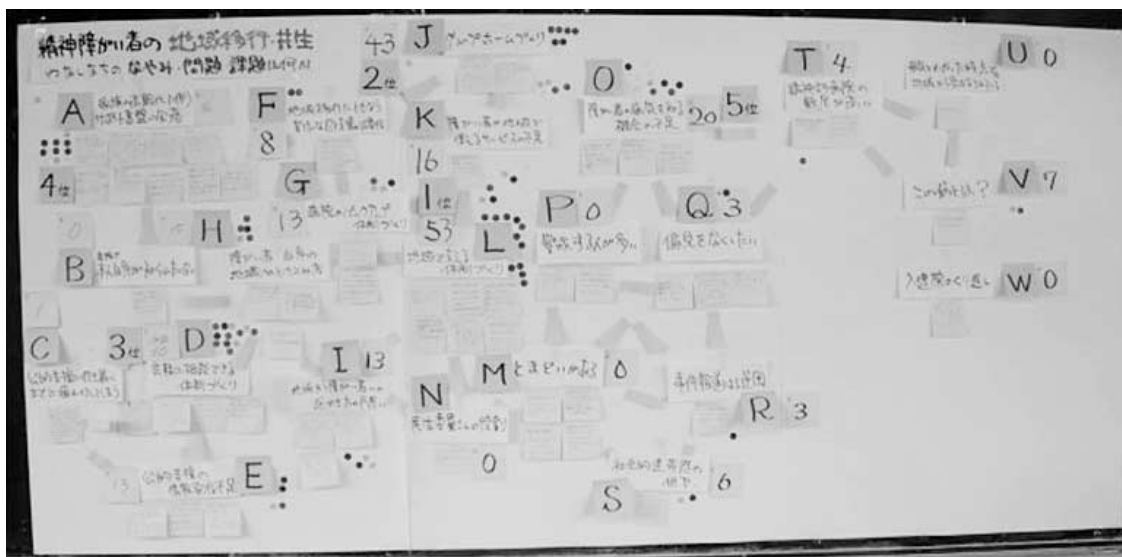


写真 2-1：吉田地区の問題意識地図

そもそも「この病とは？」どのようなものなのか。「入退院の繰り返し」といった状況や「病気とわかった時点では地域から見放されている」状況がある。加えて、「精神科病院の敷居が高い」。

このようは背景事情から、「障害者の病気を知る機会の不足」という状況が生まれている。その結果、「警戒する人が多い」し、周囲に「戸惑いがある」。加えて、「事件報道による逆風」や「社会的連帯感の低下」がこの事態を悪化させている。

しかし、ただだからこそ「偏見をなくしたい」という思いも抱いている。

他方、患者家族の側からみると、「家族や本人自身が知られたくない」という思いや「公的支援に行き着くまでに疲れきってしまう」状況がある。その背景には、「公的支援の情報発信不足」や「家族の高齢化に伴うサポート基盤の欠落」といった問題が存在する。

そこで「地域移行に伴う新たな支援の必要性」が発生している。「病院のバックアップ体制作り」や「グループホームづくり」、そして「障害者が地域で使えるサービス不足」

の問題の解消、「地域で支える体制作り」が必要とされている。そこでの「民生委員さんの役割」も重要となる。

このような支援基盤のもとで、「気軽に相談できる体制作り」をし、当事者や家族の側からは「障害者自身の地域へのとけこみ方」、地域住民の側からは「地域から障害者へ近づき方の戸惑い」を解消していくことが必要だとされている。



写真 2-2：第 1 回吉田地区タウンミーティング討議風景

吉田地区では、このような悩みや問題、課題が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図2-1を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、問題意識地図のなかの意見のブロックのタイトルである。

2) 問題の重要度の評価結果

このような全体像を吉田地区参加者で共有した上で、全員で問題の重要度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位 5 位までを示す。

順位	記号とタイトル	参加者の意見	得点
1	L: 地域で支える体制作り	・家族で支えるのではなく地域で支える。 ・近所に本人や家族を支えてくれる人がいないと難しい。(日中も大切だが夜間や緊急の対応) ・地域社会の理解と協力が充実して見守りのネットワークはボランティアの活用が広がるといい。 ・精神障害者を支える地域の資源が少ない。 ・夜間の対応は大変だ。具合が悪くなったとき、夜の対応や夜の安眠が妨げられると隣の住民はしんどくなる。 ・社会的入院が長くなり生活能力が低い方がおり、支援協力してくれる人が必要。	53
2	J: グループホームづくり	・社会的入院患者の退院支援の為に空室が増えているので(官の住宅なども含めて)グループホームを作って欲しい。 ・長期入院患者さんや独居の方が住む場所であるグループホームが欲しい。	43
3	D: 気軽に相談できる体制作り	・比較的軽い病状や障害の方の対応→相談窓口・集う場所を作る。 ・気軽に相談に行けるように、もっと病院数を増やして欲しい。(柿原の病院のイメージが悪い物としてついている。) ・精神的な不安を抱えたとき、周囲の目を気にせずに相談できる窓口が少ない。またどこに相談して良いか分からない。 ・治療の導入が遅れてしまうのは身近に気軽にいける(相談)病院がないから。病院もアピールして欲しい。	40
4	A: 家族の高齢化に伴うサポート	・帰る場所がない。一人で生活が出来るでしょうか、しっかり生活している人もいますが。	36

	基盤の欠落	・両親亡き後、一人で住んでいる女性がデイケアに毎日通っているが他人に馴染めず、いつも一人で居ることが多い。 ・私の死後、当人をどうするのか。安心して受け入れてもらえる場所が欲しい。 ・悩み。私の姉なので私が亡き後の事（住居生活）これだけがたった一つの悩みです。 ・同居している家族（介助者）が高齢なので将来の事が心配。 ・当事者の退院後の住居がなくどのように探せばいいのか分からない。 ・家族が高齢となり本人より先に亡くなった場合、残された本人の支援をどうしていくか。 ・家族の高齢化や兄弟・姪・甥に世代が変わったことで、地元（家族）のところに帰れない。 ・家族が高齢になり要介護の状態になったり、亡くなったりして身内の協力が得られにくい。 ・兄弟に頼ってしまいます。	
5	O: 障害者の病気を知る機会の不足	・自分の家族や友人に精神障害者がいない人は、精神障害者について知らねばとか、理解せねばとか言う理由がそもそも少ないような気がする。	20

表 2-1：吉田地区の問題点の重要度の順位

2-2. 三間地区

1) 全体像



写真 2-3：三間地区の問題意識地図

精神障害者に対して、「何が起こるか分からない不安」があり、そのこともあり「障がい者に対する地域の偏見」となっている。しかし、「いつ誰がなるかわからない病」であるからこそ、「みんなで助け合う」ことが必要である。そのためには、「価値の多様性の認知」が必要であり、「障がい者が身近にいることが当たり前の社会づくり」が望まれる。

実際問題として地域移行にあたっては、「居住施設作りへの住民の反対」があり難しさを抱えている。そこで、「認知症高齢者・3障がいの共生施設づくり」といった取り組みや「居住確保と共同生活の管理」と「地域住民が障がい者を安心して迎え入れる仕組みづくり」が必要となる。併せて、「退院後の地域への保障問題」も考える必要がある。

他方当事者や当事者家族の側からみると、「退院自体が難しい」状況もある。特に「保護者の高齢化」や「独居者の退院後の世話役の不在」、更には「経済的な負担」の問題も抱えている。逆に精神障害の発生時点では、「精神科へ行くことへの抵抗」という問題も抱えている。



写真 2-4：第 1 回三間地区のタウンミーティング討議風景

このような状況のなかで、「相談窓口が分からない」という状況や「専門スタッフと地域との間の考えの違い」が存在し、当事者及び家族と地域住民とのコミュニケーション自体にも問題を抱えているのが実情である。

三間地区では、このような悩みや問題、課題が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図2-2を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、問題意識地図のなかの意見のブロックのタイトルである。

2) 問題の重要度の評価結果

このような全体像を三間地区参加者で共有した上で、全員で問題の重要度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位 5 位までを示す。

順位	記号とタイトル	住民の意見	得点
1	I：地域住民が障がい者を安心して迎え入れる仕組み作り	・精神障害者の方が地域生活に入る前に、地域住民の安全の確保ができていない。(何らかの事件がおこってからだと遅い。予想できそうな箇所などへも目が行き届くように)	39
2	S：障がい者が身近にすることが当たり前な社会づくり	・小さい時から障がいを持った人がいると、「居るのがあたり前」となる。まわりにいない。	38
3	F：居住確保と住民との共同生活の管理	・町営住宅の空きがない。 ・ゴミの分別など精神障害者のせいにする人がある。悲しいかな。 ・障害者の住居の生活の管理をどうすればいいのか？。 ・地域で問題となるゴミ問題！誰もが分別できるような方法やシステムが必要。 ・生活する上で住居とゴミ問題が重要な課題となる。(選別ルール、処理など)	27
4	N：障がい者に対する地域の偏見	・地域の方の理解が必要。(精神障害者に対する差別が特に) ・やっぱり偏見は悲しい。集落の人達にひかえめになって行く、言いたいことも言いづらい。	23

		・障害者に対する偏見が強く、地域の理解が得られない。 ・世間の偏見、言われのない差別を受ける。	
5	D：保護者の高齢化	・家族の負担が大きい。 ・長い入院が続き、家族の意識を変化させるような支援が不足。 ・今の状態は一人暮らしができません。 ・保護者が高齢で居住空間はあっても日々の生活を支援する存在がない。	21

表 2-2：三間地区の問題点の重要度の順位

2-3. 旧宇和島地区

1) 全体像

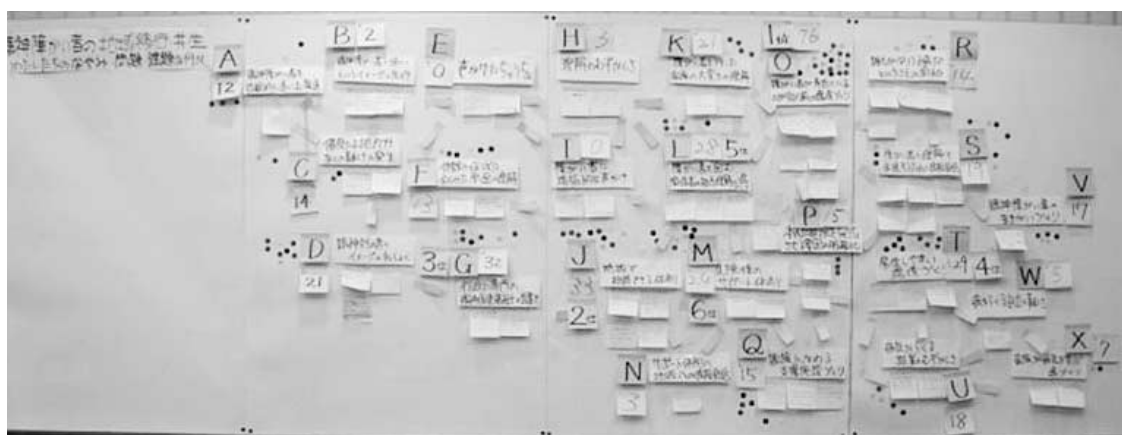


写真 2-5：旧宇和島地区の問題意識地図

社会一般には、「精神障がい者＝怖いというイメージの先行」している状況がある。身近なところでも「偏見による近所づきあいの難しさの発生」している状況がある。その背後では、「精神障がい者を悲観的に追い込む報道」も存在している。

具体的には、「声かけにちゅうちょ」し、「理解の難しさ」も感じている。同時に、「障がい者をもつ家族の大変さ理解」ができる。それゆえ、「障がい者に積極的な声かけ」や「体調や症状に合わせた周囲の理解」が必要だという思いもある。

積極的には、「誰もがなりうる病だということの周知」が必要であり、「障がい者が身近にいるのが当たり前の環境づくり」を推進していく必要がある。そのためにも「障がい者の理解を促進するための情報発信」が必要である。

他方では、「精神科の悪いイメージの払拭」が必要であり、「行政に専門の精神保健福祉士の設置を」行うことも重要である。そして、「地域で相談できる体制」と「退院後のサポート体制」、「家族に関わる支援施設づくり」、「居住しやすい環境づくり」が求められる。そのもとで、「サポート体制の地域への情報発信」が必要となる。

そして、これら「障がい者を囲む関係者の相互理解の場づくり」がポイントとなる。

加えて、当事者の病の観点から捉えるなら、「本人に退院をちゅうちょさせる要因の明

確化」が必要である。しかし
退院後を考えると、「病から
くる自立の難しさ」、「病気か
らくる就業のむずかしさ」も
実際問題として抱えている。

そこでは、「家族が病気を学
ぶ場づくり」の必要性もある。

そのような問題への対応を
はかりながら、「精神障がい
者の生きがいつくり」を考え
ていかなければならないだろ
う。

旧宇和島地区では、このよ
うな悩みや問題、課題が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図2-3を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、問題意識地図のなかの意見のブロックのタイトルである。



写真 2-6：第 1 回旧宇和島地区のタウンミーティング
討議風景

2) 問題の重要度の評価結果

このような全体像を旧宇和島地区参加者で共有した上で、全員で問題の重要度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位 5 位までを示す。

順位	記号とタイトル	住民の意見	得点
1	O：障害者が身近にいるのが当たり前 の環境づくり	・「偏見をなくすために理解の場をつくる。」例えば、小学校中学校生の頃から、障がいのある人とも学び、共に遊ぶ経験を増やす。同時に、大人がすでに持っている思いこみを修正するために、今日のようなグループでいろいろな話し合いの会を開いていく。 ・共生・理解するためにも、いじめ問題など小・中・高と学んでいるように、地域でつながりが持っていけるような勉強会などが、どなたの勉強のようにもう少しひらけていければよいのではと思います。 ・子供の頃から障がいを持った方と接していれば、それが当たり前となり偏見はなくなると思う。 ・障害を本当に理解していない→地域で生活できている障害者をみてもらう。また、小さい頃から障害者と交流していると偏見が少なくなるのでは。 ・偏見は高齢者（大人）になるにつれて多くなるので、子供もうちからたくさんの人と関わりを持つことが大切。	79
2	J：地域で相談できる体制	・障がい者自身がどこに行けば窓口があるのかすら理解出来ていない。不明瞭な点やあいまいな所があること。 ・地域において精神障害者の相談員（専門又は、ボランティア活動）の組織作りが必要。地域との交流が必要。 ・地域の中で生活する上で、受け入れるサービスや制度をもっと明確に現実的に充実させる必要がある。	33
3	G：行政に専門の	・行政に専門の精神保健福祉士を設置することで、居住・就労への	32

	精神保健福祉士の設置を	移行が少しでもスムーズになるのではないかと。 ・行政の窓口（福祉関係の課）専門の精神保健福祉士の資格を持った職員の配置。	
4	T: 居住しやすい環境づくり	・住む所と仕事が一番大切。長く入院していると退院しても生活できない。 ・地域へ移行していくには、周囲の理解も必要。また、市内のマンション等は、家賃も平均して高く感じる。障害者が地域へ移り易い環境作りが必要。（施設的な住宅の整備） ・退院後の受け入れ先が（生活するための住居など）少ないと思われるので、アパートや共同住居等の確保が必要。	29
5	L: 障がい者を囲む関係者の相互理解の場づくり	・精神障害者と地域の住民との交流及び勉強会の開催。 ・地域移行を進めていくためには、地域住民と精神障がい者（家族も含め）と互いに理解し合う場を設けることも必要だと思う。 ・行政や有資格者などの専門の分野と障がい者をつなげるパイプ作り。 ・本人の周囲には、いつ何をするかわからないといった不安が有るため、周囲の人に病気の事を理解してもらうことが必要。 ・地域住民に精神障害に対する正しい知識を持つ人を増やしていかないといけない。	28

図 2-3：旧宇和島地区の問題点の重要度の順位

2-4. 津島地区

1) 全体像

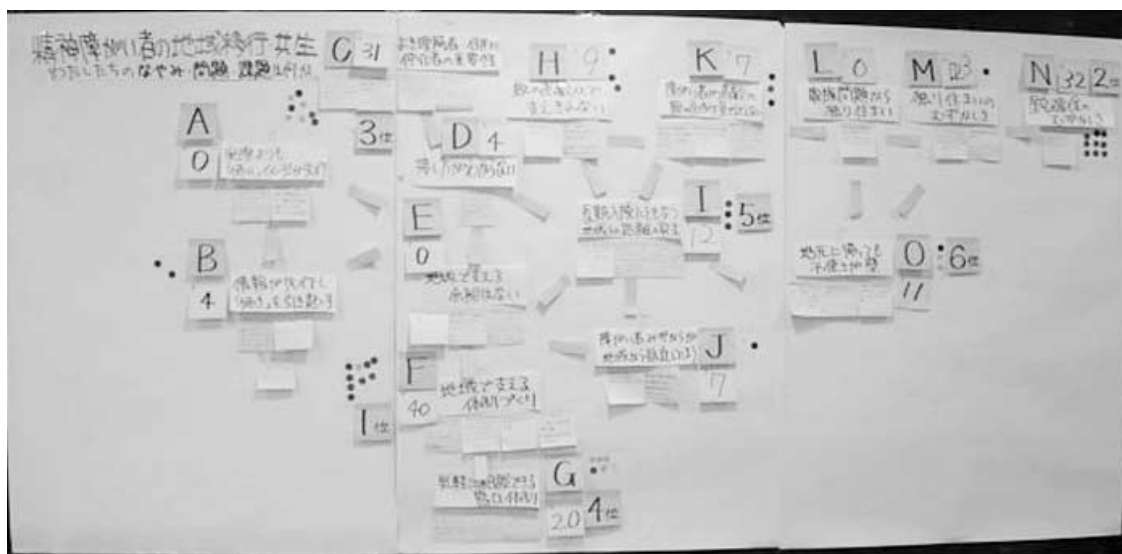


写真 2-7：津島地区の問題意識地図

精神障害者に対して、「不安が先行し「怖さ」を引き起こす」状況にある。その結果、「実際より怖いイメージが先行」している。その結果実際には「接し方がわからない」という事態を招いてもいる。そこで、「よき理解者・住民との仲介者の重要性」が話題として上がってきている。

そして、「気軽に相談できる窓口体制」と「地域で支える体制作り」が必要となる。しかし、「地域で支える余裕はない」という状況も抱えている。

他方当事者と家族の状況からみると、「障がい者みずからが地域から孤立してしまう」という問題や「地域に帰っても不便さが壁」になっているという問題もある。加えて、「長期入院にともなう

地域との距離の発生」や「家族問題から独り住まい」となる状況もある。しかし、「居住確保の難しさ」とともに、「独り住まいの難しさ」も抱えている。

なお、長期入院という状況から、地域移行しても「親の高齢化で支え切れない」し、逆に「障がい者が高齢の親の面倒を見ざるをえない」という厳しい状況もある。

津島地区では、このような悩みや問題、課題が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図2-4を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、問題意識地図のなかの意見のブロックのタイトルである。

2) 問題の重要度の評価結果

このような全体像を津島地区参加者で共有した上で、全員で問題の重要度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位5位までを示す。

順位	記号とタイトル	参加者の意見	得点
1	F: 地域で支える体制作り	・ 地域の中で支え合いサポートしていくシステム力が弱くなっている実感がある。まずは、地域全体でどうやって支えていけるかひとりひとり意識改革が必要ではないか。 ・ 地域にだけ受け入れを求めるのは地域の負担が多すぎる。退院後のサポートするきちんとした体制作りをし地域に安心感を与えることが必要。 ・ 公的なサポートが必要。 ・ 10人おれば10人通りの対応が必要。	40
2	N: 居住確保の難しさ	・ 住宅を借りるのが非常にむずかしい。	32
3	C: よき理解者・住民との仲介者の重要性	・ 昔から近所付き合いをしていれば少し調子が悪くなっても近所の理解でその家に住むことができる。 ・ 昔から近所付き合いがある場合、障害があっても受け入れられている。	31



写真 2-8：第1回津島地区の重要度評価

		・本人のことを理解して他者へも説明してくれる人がいれば住みやすい。 ・精神障害者に対して無知・間違った知識・イメージを持っている方も多い。正しい理解をもってもらうにはどうしたらいいのか。	
4	G：気軽に相談できる窓口体制	・近所の目を気にして障がい隠してしまっているうちに状態が悪化してしまう。気軽に相談できるような窓口・体制が必要。 ・地域で支援する所があれば本人・家族住民が安心できるのではないかな。 ・当事者・家族の中には病気の事を誰にも知られたくないという方もいる。誰もが安心して相談できる体制づくりが必要。	20
5	I：長期入院に伴う地域との距離の発生	・地域の世代が変わっていることが受け入れができない。(長い入院) ・長く入院してしまうと、家族や地域の中でその人の存在がないのが当たり前になってしまい、いざ退院となっても居場所がなくどう接していいのか困る。入院は、できるだけ短く存在が消えないうちに。 ・何年間もその地域から不在の人(入院等)になっていると、地域住民であることの存在感がなくなっている。	12

表 2-4：津島地区の問題点の重要度の順位

以上が、第1回のタウンミーティングで浮かびあがた4地区の問題点の全体像と重要度評価上位5位までのあらましである。

2-5. 4地区の重点問題の比較

第1回タウンミーティングで重要視された問題点を一覧表にして比較してみよう。

4地区の共通要素からみると、次のような順位で参加者が重点問題を意識していることが浮かび上がってくる。(表2-5を参照)

- 第1位：地域で支える体制作り
- 第2位：居住確保と生活環境づくり
- 第3位：相談できる体制作り
- 第4位：情報の共有による偏見の克服
- 第4位：長期入院・家族の高齢化

地区間での違いをみると、吉田地区はほぼ共通要素を全部カバーしかつほぼ同様の順位で重点問題を意識していることがうかがわれる。逆にこの順位と違う要素を意識している地区として対極的な色彩をもつのが、旧宇和島地区であることが浮かび上がった。

旧宇和島地区と三間地区は、「障害者が身近にいるのが上がり前の社会あるいは環境づくり」が1位あるいは2位と上位を占め、他地区と異なる点として注目される。共通要素の第4位の「情報の共有による偏見の克服」にある面では共通する要素ではある。共通要素の第4位は個々人に着目した偏見の側面とするなら、こちらは社会づくりとして障害者が身近にいる社会に視点がおかれている点でちがう側面があると推察される。

旧宇和島地区は他の３地区と大きく違う点は、第１位の「障がい者が身近にいる当たり前の環境づくり」と第３位の「行政に専門の精神保健福祉士の設置を」に見られ、いずれも行政の力に力点を置いた社会づくりの必要性が意識されていることがうかがわれる。対して、津島地区は第３位に「よき理解者・住民との仲介者の重要性」という住民の力に力点を置いた人間関係作りの必要性が意識されていることがうかがわれ、都市的色彩をもつ地域と農漁村的色彩を持つ地域の違いを映し出していると推察される。そのような視点で見てみるなら、吉田地区、三間地区、津島地区の第１位に「地域で支える体制作り」が意識されている点で、旧宇和島地区の都市的色彩をもつ地域と農漁村的色彩をもつ地域の違いが特徴的に表れているとみることができる。

なお、共通要素の第４位ではあるが、「長期入院・家族の高齢化」が問題視されている点も特徴的であり、注目点といえよう。ここにおいても旧宇和島地区は、この問題が上位に入っていないという違いがある。

順位	共通要素	吉田地区	三間地区	旧宇和島地区	津島地区
1	地域で支える体制づくり	地域で支える体制づくり (53P)	地域住民が障がい者を安心して迎え入れる仕組み作り (39P)	障がい者が身近にいるのが当たり前の環境づくり (76P)	地域で支える体制づくり (40P)
2	居住確保と生活環境づくり	グループホームづくり (43P)	障がい者が身近にいることが当たり前の社会づくり (38P)	地域で相談できる体制 (33P)	居宅確保の難しさ (32P)
3	相談できる体制作り	気軽に相談できる体制づくり (40P)	居住確保と住民との共同生活の管理 (27P)	行政に専門の精神保健福祉士の設置を (32P)	よき理解者・住民との仲介者の重要性 (31P)
4	情報の共有による偏見の克服	家族の高齢化に伴うサポート基盤の欠落 (36P)	障がい者に対する地域の偏見 (23P)	居住しやすい環境づくり (29P)	気軽に相談できる窓口体制 (20P)
4	長期入院・家族の高齢化	障害者の病気を知る機会の不足 (20P)	保護者の高齢化 (21P)	障がい者を囲む関係者の相互理解の場づくり (28P)	長期入院にともなう地域との距離の発生 (12P)

表 2-5：重要問題点上位 5 位の 4 地区比較表（かつこ内の数字は投票による得点）

3. 第2回タウンミーティングの実施

本章では、第2回タウンミーティングでの討議結果の「解決策地図」をもとに、参加者がどのように精神障害者の地域移行・共生にむけて具体的に取り組もうと考えたか、以下に全体像と課題の優先度の評価結果、ならびに実行計画案を解説する。討議テーマは、「前回浮かび上がった問題点を踏まえ、私たちはこれから、何をしていったらよいか」である。

詳細は、章末の図を参照されたい。

なお、第2回タウンミーティングは、第1回の問題意識地図のおさらいとともに、第6章で解説する第1回の感想の全体像の大筋をフィードバックし、共有化した上で、討議に入った。

3-1. 吉田地区

1) 全体像

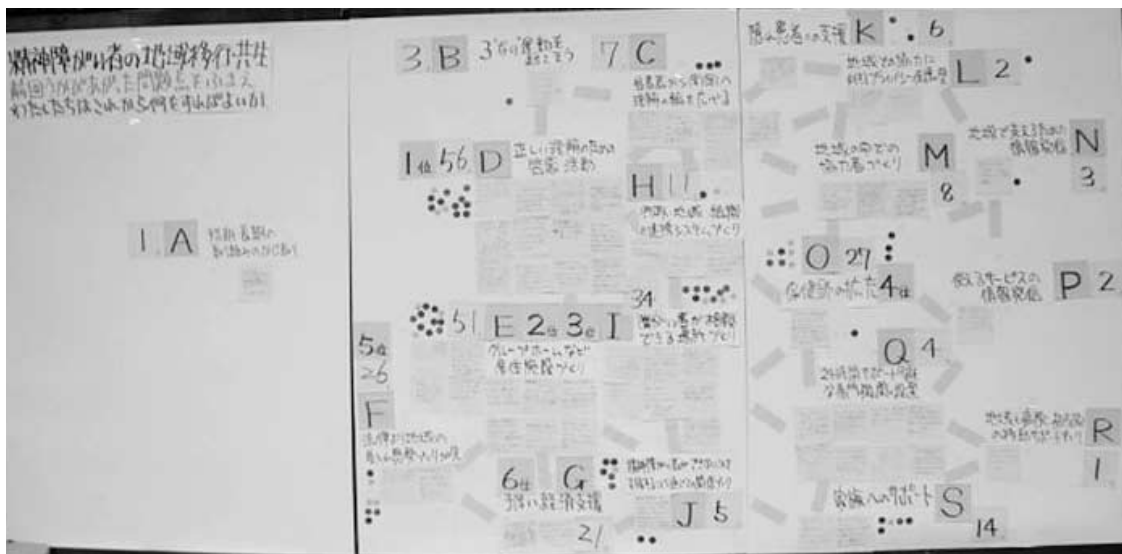


写真 3-1 : 吉田地区の解決策地図

地域移行・共生にむけて、まずは「正しい理解のための啓もう活動」に取り組む。たとえば、「3 “ない” 運動を起こそう」（こわくない、治らなくない、遺伝しない）。もちろん「当事者から周囲へ理解の輪を広げる」取り組みも大切である。

そのような啓蒙活動のもとで、支援の主体となる「保健師の拡充」や「24時間サポート可能な専門機関の設置」、「地域の中での協力者づくり」、「地域と病院、相互間の移動サポートづくり」を行う。そしてそれらの横の連携力を強めるためにも、「行政・地域・組織の連携システムづくり」を行う。

具体的な支援内容として、「グループホームなど居住施設づくり」と「手厚い経済支援」

を行う。さらには、「精神障害者ができないことを支援することを通じて関係づくり」に取り組む。

そして、「使えるサービスの情報発信」と「地域で支えるための情報発信」を行い、告知に努める。

なお、「隠れ患者への支援」と「家族のサポート」の取り組みも行う。ただし、「地域での協力に対するプライバシー保護の壁」という問題も考慮する必要がある。



写真 3-2：第 2 回吉田地区の優先度評価をする参加者

これらを進める上で、「短期・長期の取り組みのかじ取り」の考慮が必要である。さらに根本的には、「法律より地域での受け入れ態勢作りが先」ということを踏まえる必要がある。

吉田地区では、このような解決案が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図3-1を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、解決策地図のなかの意見のブロックのタイトルである。

2) 解決策の実行の優先度の評価結果

このようは全体像を吉田地区参加者で共有した上で、全員でどこから優先的に取り組んでいったらよいかの優先度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位 5 位までを示す。

これが吉田地区の実行アイデアの骨子である。

順位	記号とタイトル	参加者のアイデア	得点
1	D：正しい理解のための啓蒙活動	・ 障害者がいて当たり前の環境を作るためにも、障がいについて正しい理解をしなければならない。 ・ 地域住民、全ての人が参加できる行事の企画、役割分担、実行、評価をすることで、共通理解促進。困難な問題から逃避しない。 ・ 専門ドクター、看護師、福祉士など（当地では正光会宇和島病院）によるミニ勉強会等の開催。 ・ 精神障害者に対する偏見をなくすための、講演会・研修会・講座・自治会への出前講座の推進。学校教育における障害者教育の推進。 ・ 「痛みは体験しないと心の底から理解できない」共通理解の必要性・共通理解の課題・共通理解の実現化。望ましい人間社会の構築（競争・忍耐・共生の調和） ・ 精神障害者という偏見や誤解をなくする為、現況をよく知	56

		ってもらよう様努力する。 ・精神障がい者に対する偏見が吉田町は強いという意見に驚いています。 ・差別や偏見の意識の変容をはかるために根気強く市民に働きかけ、小地域・小集団を対象として精神障がいについての学習会を実施してはどうか？ ・精神疾患はいつでも誰でもどこでもかかる病であること。しかし、偏見が最も強い地域性。→オープン化。 ・精神障害について多くの人が理解できるよう講座・学習会などを回覧して地域住民全員に開いていただきたい。 ・精神障害者を理解してもらうための講座の開催。相談を受けてもらいやすい民生委員さんを含め、一般の人に機会を作って聴いてもらう。 ・家族の人が心を開いて他人に話せる状態になればよい。その為には、世間一般の人たち個人個人が精神障害者に対する偏見をなくすことが大切。そのための学習の場をつくる。	
2	E：グループホームなど居住施設づくり	・グループホームといつでも相談できる相談事業所がミックスしたようなものができるとよい。 ・グループホームを何カ所か早急に立ち上げて、そこに気軽に相談できる事務所があれば良い。資金の問題になるので、政治家に理解を得るようにすることも肝要。 ・障害者が自分で生活をする（できる）場所をつくる必要があるのでは。 ・退院して自宅に帰っても家族との仲がうまくいかない場合が多いため、独立して暮らせる場所が必要である。 ・社会的入院後の住宅の確保をどうするか行動実行する段階である。 ・居住サポート=グループホーム的な集合住宅、空き住宅、またシングル部屋等が欲しい。 ・退院後の住居は、なじみと安心の関係を伴ったものが必要。（新しい部屋・家だけを用意してもいけない。） ・社会的入院者の退院後の住居は、実家より少し離れた所に（隣の中学校区）つくる。成人なので自立するのが当たり前。 ・精神障がい者の方々のグループホームがないということはなぜなのでしょう。分からないことばかりです。 ・住み慣れた地域にグループホームをつくり、仲間同士で生活できる生活の拠点をつくるべきではないか。	51
3	I：障がい者が相談できる場所づくり	・グループホームのような所、いつでも相談に行ける人が沢山山沢山いたら、息抜きになるのではないだろうか。 ・グループホームを作って、そこにいつでもだれでも精神について相談できる場所、事務的なものをつくる。グループホームは使わなくなった公的な場所を利用して。 ・相談窓口の周知。気軽に相談できるよう相談を受けている機関をわかりやすく紹介するパンフレットを見直しをして、活用できるものにしていくとよい。 ・家族と本人の集まる場を作ってもらいたい。 ・障がい者家族の抱え込みは大きい。不安や悩みを表出できる場が必要。（例えば、家族会開催の情報提供浸透から） ・カウンセラー、相談相手等本人及び家族の育成及び事業所（相談センター）の設置。 ・隠れ疾患等集う場所（合併によりできた空き部屋）がほしい。	34
4	O：保健師の拡充	・吉田地区で保健婦さんが3人は少なすぎるのではないのでしょうか？職員の数を減らすのもいいけれど、必要な職種の人	27

		数は増やして欲しい。地域で生活する様になれば、もっとも っと専門職の人が必要と思います。	
5	F：法律より地域の受 け入れ態勢づくりが 先	・地域に受け入れる場所が出来てないのに法律だけが先に 出来ているのはおかしい。 ・「地域移行」について順序が逆ではないか。まず受け入れ 体制をきっちり作るのが先ではないか？	26

表 3-1：吉田地区の解決案の優先度の順位

3-2. 三間地区

1) 全体像



写真 3-3：三間地区の解決策地図

まず基本となる「正しい知識の普及」に取り組む。

その上で、「障がい者支援の情報公開」を行い、「障がい者の程度を地域に伝える」。そして、「地域で互いに知り合う場づくり」を行い、「まずはあいさつから」取り組む。そこでは、「自分だけは偏見をもたない」ように心がける。

一方、「障がい者みずから地域に出ていく」取り組みも必要となる。加えて、「家族が本人の自立を指導」する。そして、「本人の潜在力を引き出す」ようにする。



写真 3-4：第 2 回三間地区の問題意識地図を踏まえ討議

そのためには、「各地区に共同住宅の建設」と「地域に溶け込む作業所作り」を行う。

そして、それを支援する主体として「関係機関のサポート」と「身近で生活をサポートできる人づくり」、「すべての障がい者を見守るネットワークづくり」に取り組む。

三間地区では、このような解決案が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図3-2を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、解決策地図のなかの意見のブロックのタイトルである。

2) 解決策の実行の優先度の評価結果

このような全体像を三間地区参加者で共有した上で、全員でどこから優先的に取り組んでいったらよいかの優先度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位5位までを示す。

これが三間地区の実行アイデアの骨子である。

順位	記号とタイトル	参加者のアイデア	得点
1	A：地域で互いに知り合う場づくり	・小さい頃から障がい者と自然にふれあえる機会をつくる。 ・各行政区の公民館活動のいっかんとして、勉強会を開催して欲しい。(疾患に対する理解を深める) ・精神障がい者と地域住民が交流し、理解し合う場をつくる。 ・精神障害者の方の理解を深める。学校、地域とふれあう場を増やす。心の病気は誰でもなりうることなど学習に取り入れる。 ・お互いを知るための機会・場を設ける。(障害・高齢者 etc) ・病気に対して正しい理解をしてもらうことが大切。公民館単位で勉強会を行ったり、地域イベントで当事者とふれあう機会をもったり、小学校の授業で施設見学へ行く機会をつくる。	43
2	F：正しい知識の普及	・病気に対する正しい知識を持つために勉強会を開催する。	24
3	L：関係機関のサポート	・何らかの援助が、困ったときには受けれる機関(24時間対応の支援センター的なもの)を地区に設置。障がいを持つ人も、住民も安心できる。 ・精神障害者に対する偏見が強いので、治療しつつ地域で自立した生活をおくっている人が増えるよう関係機関がサポートする。 ・行政にもこういう問題を地域に浸透するよう働きかけをもっとしてほしい。	23
3	N：身近で生活サポートできる人づくり	・障がい者と地域、両者を含むアドバイザーちして専門機関を明らかに。 ・障がい者一人一人に対して、身近でサポートできる人をみつける。相談窓口、地域生活(ゴミ出し)や自治会活動のアドバイスなど。 ・障がい者と一般住民をつなぐサポーターのような方を増やしていく。 ・身近なご近所(地域)のサポーターを増やす。	23
5	E：障がい者自ら地域に出ていく	・地域が病気に対して正しい理解を持つことも大事であるが、本人も地域にとけこむ努力をすべきである。(家族の者が気を	18

		つける) ・障がい者（当事者）の親子が地域行事に参加し、他者との交流を深めていく。（外出するきっかけづくり） ・地域の中でのイベント（自治会やお祭り）に参加し、体験を通してお互いを知る。 ・地域に出て行くよう本人も家族も努力し、地域の人たちも心を広く持って、協力していただきたい。	
--	--	---	--

表 3-2：三間地区の解決案の優先度の順位

3-3. 旧宇和島地区

1) 全体像



写真 3-5：旧宇和島地区の解決策地図

まず基本的には、「障がい者を具体的に知る取り組み」を行う。特に「学校教育段階からの理解の促進」をはかり、「子供・精神障がい者・老人と一緒に遊べる場づくり」によって小さい段階からの取り組みを行う。さらに、「地域住民と障がい者の相互理解の機会・場づくり」、「地域単位での障がい者との交流の場づくり」に取り組む。そして、「関心のない人を巻き込む」活動まで広げていく。

このような啓蒙活動のもとで、「家族や近隣者が安心して暮らせる支援体制」を作る。

そのためにも、「民生委員・老人クラブ・自治会の地域ネットワークづくり」や「「居て当たり前」に向けた、ボランティア活動」、「地域・医療・行政のネットワークづくり」といった連携体制作りを行う。そして、「障がい者・家族・地域・専門家・行政の連携による地域づくり」を行っていく。

そして、「偏見を無くすための、専門家の情報発信窓口」や「自由に集える相談窓口」を設置し、その「相談窓口のPR」自体も行う。そのような窓口からの情報発信も含め「障がい者の実情の情報提供」や「当事者自らの情報発信・開示」と、逆に「当事者の会・家族会への情報提供」も行う。

同時に、「障がい者本人の自覚と学び」も必要となる。

そして向かうべき方向として、「健常者と障がい者で新しい産業づくり」に取り組んでいく。

なお、このような取り組みを推進していく上で、「正光会が震源地になろう」という提案もなされている。

旧宇和島地区では、このような解決案が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図3-3を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、解決策地図のなかの意見のブロックのタイトルである。



写真 3-6：第 2 回旧宇和島地区、問題意識地図をもとに議論し、意見をカードに記入

2) 解決策の実行の優先度の評価結果

このようは全体像を旧宇和島地区参加者で共有した上で、全員でどこから優先的に取り組んでいったらよいかの優先度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位 5 位までを示す。

これが旧宇和島地区の実行アイデアの骨子である。

順位	記号とタイトル	参加者のアイデア	得点
1	G：学校教育段階からの理解の促進	・精神障がい者が地域に移行していく上で、周囲の人にも恐れや偏見がある。義務教育の段階から、障害のある人や高齢者の方々と接し方や知識を教えて挙げられるようなカリキュラムが出来ればよい。 ・偏見をなくするためには、低学年の頃からの精神科の病気を理解出来るようなボランティア活動に参加すると良い。 ・小・中・高・大学で障がい者を平等に受け入れ、一般の子供達と一緒にきめ細かに助け合いながら、全人教育をして欲しい。(絶対に隔離をしない) ・子供・小学生の時から障がい者など弱者への理解、道徳教育の拡充。 ・長い目で見て、小・中学校からの道徳の授業数を増やして思いやりの心を育てる。 ・子供の頃から、実際に障がい者と触れ合う機会を作る。(例えば、一緒に料理を作る。遊ぶ。山登りをするなど、具体的な体験活動で行っていく機会を作ることなど。) 障がい者の理解をする	57

		ために。 ・小さい頃から、デイケアや作業所の方と触れ合えるボランティア活動を行ってれば・・・。（できれば親子で参加する。）	
2	P: 健常者と障がい者で新しい産業づくり	・健常者の様に、この地域から立ち去らない障がい者を、地域活動や産業活動に有効活用すると宇和島は不滅だ。その人なりの活動・仕事を作りだそう。商工会を震源地に。 ・一般住民と障がい者が共に働けるようにするには、有機農法と炭のように、有機的にプロジェクトを組み合わせたい。	45
3	D: 家族や近隣者が安心して暮らせる支援体制	・家族支援の生活協力ネットワーク作り。 ・家族や近隣者が心休まるように、障がい者の生活を日中活動・夜間の安眠・一日のリズム・一週間のリズムを作る為に環境整備をしていく。 ・気軽に相談でき、いつでも受け入れ可能な体制や包括支援体制ができる。病院は開放的な相談窓口で情報発信源になる。 ・障がい者・その家族がオープンにサポートを求める事が出来る風土作りのために、障がいの有無に関わらず、住民の孤立を防ぐような地域作り。	44
4	C: 障がい者を具体的に知る取り組み	・人が人を理解する。この基本的なことを障がいを持つ方の理解をする上で、とても重要でシンプルな考え方。これらの事を普及させていく必要がある。 ・3障がいについて正しい知識の還元と、住民から理解が得られることを目的として研修の場に参加する。 ・障がい者に対する偏見をなくすためには、その人と接して、その人を知ることが重要であり、接する機会を作っていくことが必要である。 ・障がい者を理解してもらうためには、まず一緒に何かをしたり、触れ合ったりすることが大事。例えば、作業所でイベント（餅つき大会やお祭り）を開催し、子供から老人まで参加出来るような機会を持ってもらうよう協力する。 ・精神障がい者がどんな人か解らない事による偏見や不安に対して、行政が講演会をしたり教育していく。（どんな病気なのか・どういう風に病院から地域に帰って生活していくかの事例を入れた周知をする） ・勉強会などこのような会に一人でも参加できるように、日頃から活動していく。又会話する会を設ける。（このような会に参加する事が、理解への第一歩だと思います。機会があれば、積極的に参加していきます。） ・お互い「その人がどんな人か判る」ことが相互の安心に繋がる。地域社会・コミュニティの再生（の端緒）もここから始まる。	38
5	I: 民生委員・老人クラブ・自治会の地域ネットワーク作り	・地域の事を十分に把握している人が少なくなっている。地域の事を知り、頼りにする事の出来る存在を、また作る必要がある。 ・民生委員・老人クラブ・自治会との連携で3障がい合わせての受け入れ体制の構築を。 ・障がい者・家族が皆様の前に出かけるようになれるには、ボランティアの方々の支援が本当に必要ではないか。 ・地域の協力者のネットワーク作り。 ・地域で相談しやすい障がい者など、気をつけてくれる人、協力体制。ボランティアさん探し。 ・災害時、見守り支援ネットワークなどで〇〇問題を包括的に支えていく仕組みが必要。その為新しいネットワークを作るのも困難。今ある地域〇〇（自治会・民生委員）などを活用していく。	37

表 3-3：旧宇和島地区の解決案の優先度の順位

3-4. 津島地区

1) 全体像

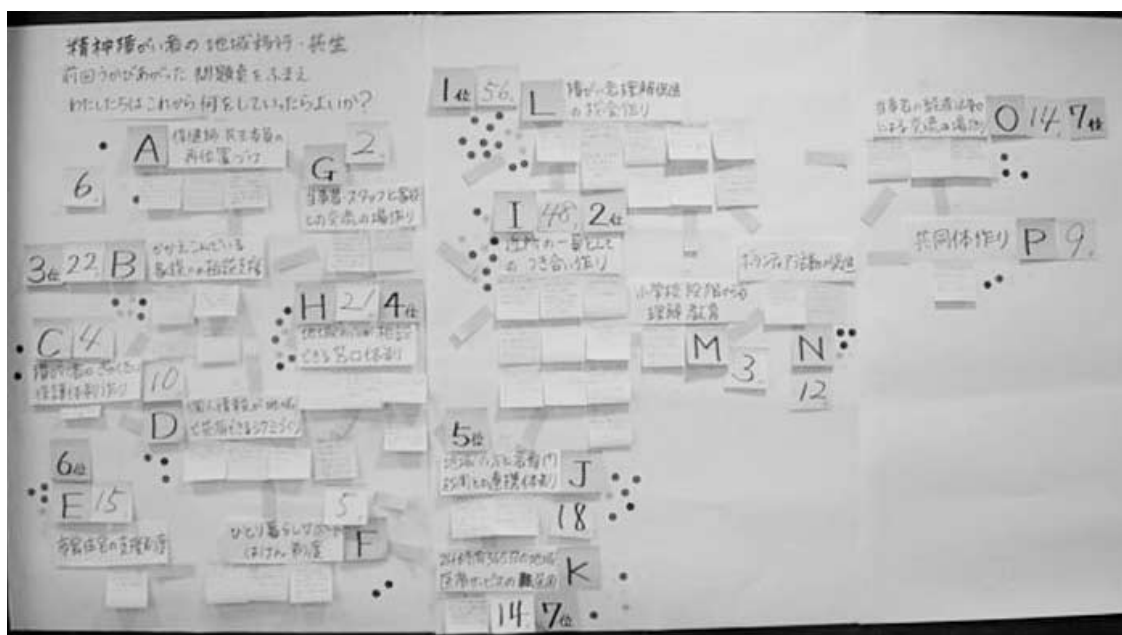


写真 3-7：津島地区の解決策地図

まずは「障害者理解促進の機会作り」を行う。その一つとして、「小学校段階からの理解教育」に取り組む。そして、「近所の一員としてのつき合い作り」、さらには「ボランティア活動の促進」をはかる。その先にむけては、「共同体づくり」を進める。そのためにも、「当事者の経済活動による交流の場づくり」にも取り組む。

このような地域の側からの取り組みに対して、当事者にむけての働きかけとしては、「当事者・スタッフと家族との交流の場づくり」をし、「抱え込んでいる家族への相談支援」や障害者の虐待保護体制作り」を進める。そのためにも、「保健師・民生委員の再位置づけ」にも取り組む。そして、具体的支援として、「市営住宅の支援制度」と「人暮らしサポート派遣制度」を用意する。

このような具体的支援をすすめるために地域に対しては、「地域の人が相談できる窓口体制」や「個人情報地域で共有できる仕組み作り」をしていく。そして、「地域の方と各専門機関との連携体制作



写真 3-8：第 2 回津島地区、討議に先立つ第 1 回の振り返り

り」を行い、「24時間365日の地域医療サービスの展開」ができるようにする。

津島地区では、このような解決案が大筋として浮かび上がった。詳細は、章末の図3-4を参照されたい。なお、上記の解説の「」内は、解決策地図のなかの意見のブロックのタイトルである。

2) 解決策の実行の優先度の評価結果

このようは全体像を津島地区参加者で共有した上で、全員でどこから優先的に取り組んでいったらよいかの優先度の重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位5位までを示す。

これが津島地区の実行アイデアの骨子である。

順位	記号とタイトル	参加者のアイデア	得点
1	L：障害者理解促進の機会作り	・障害者への理解ができない人が多いと思うので、理解し合えるような場所というか、今日のようなタウンミーティングのようなものをもっと多くの人に参加していただけるように。 ・地域の中でイベントや集いの場所へ足を運ぶ。 ・障害者と地域住民の集う場所やイベントの開催・宣伝。 ・障害特性や対応の仕方などの勉強会を開く。(地域住民向け・民生委員向け・行政向け) ・当事者の姿を一般の人に知ってもらふ場所を作ること。シンポジウムやフォーラムなど。	56
2	I：近所の一員としてのつき合い作り	・障害者という言葉にまどわされず、近所の人としてつき合っていく事が大切だと思う。 ・普通に接して交流できる場の確保。高齢者のサロン等現在存在する場の活用、あるいは新たに可能であれば設置。 ・地域交流の機会を作っていく。(イベントなど) ・気軽に行ける場所がある。特に目的があるわけでもなく、話をしたりお茶を飲んだりできるところ。 ・病気のことからでなくても、訴えを聞ける、話しかけていける近所のかたの理解、よき相談者があってほしい。 ・本人の気持ちを聞くことが大切だと思います。 ・病名を知られたくない人達は、間違ったように思われたくないと思っている人が多くいる・・・と思われるので、話が出来る場所がほしい。 ・障害者としてでなく、一般の近所の人として会話していくことで、当事者の声を聞いていく。 ・気軽に相談できるところ、気軽に立ち寄ることができる場所があれば・・・例えば「ふれあいセンターもやい」のように。そんな場所が他にもできなければと思ってはいるのですが、なかなか難しい。	48
3	B：抱え込んでいる家族への相談支援	・他人の当事者と当事者の家族が話し合える場があればよい。 ・地域をよく知り、家族と立ち話などしながら、会話ができるようになることに努めたい。(特に家族が近所の目を気にして隠している人に対して) ・今、本当にどこにも相談に行けず家族などが抱え込んでしまっていたり関わりがない人への支援。 ・開放的でフットワークの軽い相談窓口になる。	22
4	H：地域の人が相談できる窓口体制	・相談窓口のPRの必要性 ・精神障害者に対して怖い、最近行動が気になる等の時に、どこ	21

		にどう連絡すればよいかを明確にする。体制化する。	
5	J：地域の方と各専門機関との連携体制作り	・よき理解者、地域で支えてくれる人を支える支援者が必要。本人（障害者）に何かあったときに、すぐに駆けつけ対応できる専門職の存在を知っていると、地域の方は安心できる。（地域の方と支援できる専門家が知り合いになる） ・地域と各機関との連携やコーディネートをする役割を担う地域の人がいればよい。	18

表 3-4：津島地区の解決案の優先度の順位

以上が、第2回タウンミーティングで浮かび上がった4地区の解決案の全体像と実行の優先度評価上位5位までのあらましである。

3-5. 4地区の重点解決案の比較

第2回タウンミーティングで浮かび上がった重点解決案を一覧表にして比較してみよう。

4地区の共通要素からみると、次のような順位で参加者が優先的に取り組んだ方がよいと意識していることが浮かび上がってくる。（表3-5を参照）

順位	共通要素	吉田	三間	旧宇和島	津島
1	正しい理解の促進（教育・啓蒙）	正しい理解のための啓蒙活動（56P）	地域で互いに知り合う場づくり（43P）	学校教育段階からの理解の促進（57P）	障害者理解促進の機会作り（56P）
2	地域での知り合う場づくり	グループホームなど居住施設づくり（51P）	正しい知識の普及（24P）	健全者と障がい者で新しい産業づくり（45P）	近所の一員としての付き合い作り（48P）
3	当事者・家族・住民の相談支援体制づくり	障がい者が相談できる場所作り（34P）	関係機関のサポート（23P）	家族や近隣者が安心して暮らせる支援体制（44P）	抱え込んでいる家族への相談支援（22P）
4	専門家と関係機関の充実とネットワークづくり	保健師の拡充（27P）	身近で生活サポートできる人づくり（23P）	障がい者を具体的に知る取り組み（38P）	地域の人が相談できる窓口体制（21P）
5	サポートの人とネットワークづくり	法律より地域の受け入れ態勢づくりが先（26P）	障がい者自ら地域に出ていく（18P）	民生委員・老人クラブ・自治会の地域ネットワーク作り（37P）	地域の方と各専門機関との連携体制作り（18P）

表 3-5：優先度解決案上位5位の4地区比較表（カッコ内の数字は投票による得点）

第1位：正しい理解の促進（教育・啓蒙）

第2位：地域での知り合う場づくり

第3位：当事者・家族・住民の相談支援体制づくり

第4位：専門家と関係機関の充実とネットワークづくり

第5位：サポートの人とネットワークづくり

4地区は基本的には上位5項目のなかで4項目までがほぼ共通した共通解決案と意識している。違いはそれぞれ1項目で、それが地域の特徴といえよう。

吉田地区は、第2位の「グループホームなど居住施設づくり」が解決案として重点視されている。三間地区は、第5位の「障がい者が自ら地域に出ていく」が重点視されている。旧宇和島地区は、第2位の「健全者と障がい者で新しい産業づくり」が重点視されている。津島地区は、他地域にないものではないが、共通要素の第3位の「当事者・家族・住民の相談支援体制作り」が第3位の「抱え込んでいる家族への相談支援」と第4位の「地域の人が相談できる窓口体制」にわかれて重点視されているところに特徴がある。

これらの違いは、背景事情までは推察を控えるが、各地区の特徴といえよう。

いずれにしても基本的な重点解決案は、4地区とも歩調をそろえた方向を意識していることが明らかとなった。

4. 宇和島地域こころの健康フォーラム・市民発表

4-1. 宇和島地域こころの健康フォーラム

タウンミーティングで検討した内容を、より多くの市民に知っていただき、地域移行にむけての受け皿作りを進める狙いから、市民発表を行った。

市民発表は、「宇和島地域こころの健康フォーラム～精神障がい者が地域で生活していくために」（愛媛県精神保健福祉協会宇和島支部・宇和島保健所主催、宇和島在宅障害者地域移行研究事業共催、地域福祉ネットワークの会後援）にその場をえて、行われた。

以下本報告書では、市民発表の部分についてのみ収録し、報告する。

なお、市民発表の部では、4地区の市民の発表に引き続き、タウンミーティングのファシリテータがタウンミーティングの感想と4地区の検討内容の全体像を報告した。内容は、2章5「4地区の重点問題の比較」と3章5「4地区の重点解決案の比較」、6章2「第1回タウンミーティングの感想の姿」と6章3「第2回タウンミーティングの感想の姿」で報告しているので、本章では割愛する。

4-2. 市民発表

●はじめに

【松波】 フォーラムの進行を務めさせていただきます宇和島保健所健康増進課の松波でございます。

宇和島市内、合併する前の、旧市町単位で、11月、1月に開催されました精神障害者地域移行に関するタウンミーティングの報告を、このタウンミーティングに参加いただいた市民の代表の皆様からご報告をいただきたいと思います。

市民発表の進行は、正光会の宇和島病院の西口看護長さんと、大岩さんをお願いすることにしております。

●タウンミーティングの開催趣旨

【西口】 それでは、ただいまから市民発表会をさせていただきます。先ほど紹介していただきました宇和島病院の西口と申します。このタウンミーティングについては、宇和島在宅障害者地域生活移行研究事業の事務局担当者として報告をさせていただきます。

タウンミーティングの報告をさせていただく前に、少しお時間をいただいて、なぜタウンミーティングを開催したのかという目的を少しお話しさせていただいたと思います。

先ほど、話題提供のお話の中に、入院医療中心から地域医療中心へとありました。そこ

で、精神障がい者の地域移行を考える中で、まず、地域を理解することが重要ではないかと私たちは考えました。一般市民の方は、精神障がい者に対し、どういう不安とか悩みをお持ちなのか、それと、地域との障害を、壁を少しでもなくしたい。地域の方といろんなことをお話ししたいということを目的としまして、タウンミーティングを開催しました。

旧宇和島地区、吉田地区、津島地区、三間地区、計4地区で、昨年11月と今年1月、計2回タウンミーティングを開催してきました。市民の方々といろんな話をし合いながら、きょうの市民発表会につなげてきました。

では、スライドをごらんください。タウンミーティングの流れを少し簡単にお話しさせていただきます。



写真 4-1：意見交換後意見をラベルに書く参加者

第1回、第2回それぞれに課題がありまして、第1回は皆さんお持ちの問題とか不安とか悩みを語り合いました。2回目は、それを踏まえて解決案を話し合いました。

最初は、それぞれのグループに分かれまして意見交換を行いました。その意見交換をした後に、それぞれ皆様の意見をラベルに直接書いていただいている風景でございます。(写真4-1)



写真 4-2：評価結果の解決策地図の説明と共有化

そのラベルを用いて意見地図としてつくっていきます。ここでは、皆さんから出していただいたラベルに対して、それぞれの島というのがあるんですが、それにタイトルをつけたものに、5点から1点の中で重みづけをつけております。その点数によって問題の重要度や優先順位が決まってくるということです。でき上がったものを意見交換して完成したところを、指導していただいていた山浦先生

のほうから分析等のお話をしていただいているところでございます。(写真4-2)

一応、タウンミーティングの流れというのは、こういう流れでやってきてまいりました。

では、ただいまから各地区の市民の方、代表の方に、その地区での報告をしていただきたいと思います。大岩さんよろしくお願いします。

【大岩】 それでは、タウンミーティングの市民の方の発表のほうに移らせていただきます。進行を担当いたします大岩と申します。よろしくお願いいたします。

まず、皆さんのお手元に8枚ものの資料で各地区の地図があるかと思います。そちらをのぞきながら、発表のほうを聞いていただきたいと思います。

●吉田地区発表

それでは、まず初めに、吉田地区から発表をしていただきます。伊勢居さん、よろしくお願いいたします。

【伊勢居】 皆さん、こんにちは。きょうは、吉田の代表ということで、くじ運がよかったのか悪かったのか、私が発表することになりました。吉田町の意見を忌憚なく発表したいと思います。

第1回吉田地区におけるタウンミーティングは、精神障がい者の地域への移行、共生、私たちの悩み、問題、課題は何かを話し合いました。その結果を報告いたします。



写真 4-3 : 吉田地区の市民発表

第1番多かったのは、地域で支える体制づくりでありました。障がい者の家族だけで支えるのではなく、障がいがある人が普通に暮らせるように、地域で支えられる体制づくりはどうすればいいかということでございます。

第2位、グループホームの必要性であります。社会的入院患者の地域の移行が行われております。しかし、家庭、経済的事情により、住む家がない、行くところがない人が多く、グループホームづくりの意見が多かったように思います。

第3位に、地域に相談できる体制づくりです。複雑な社会環境の中にあって、社会生活に対応できない人が、比較的軽い症状の方が多くなっております。地域で気軽に相談できる相談所の開設、また、病院での窓口の増加、及び地域病院の精神障がいに対する治療ができるというアピールが必要であります。柿原（宇和島病院）への直行ということは、ちょっ

とインパクトがあつて、行きにくいということもありました。

4位に、家庭の高齢化に対するサポートをどうするか。精神障がい者の病は、人生の途中から発することが多く、両親は高齢であります。親がいない後をどうするかということを実際に考えております。この親なき後の心配をどうするかということが問題になりました。

5位に、精神障がい者を知ることのできる機会が少ないということでもあります。個人的プライバシーや人権によって、本人または家庭の中の報告までは、関与がなければ、それに話し合うことができないということが多いようです。それで、最初の症状が発見しにくいということでございます。隠れ患者が意外に多いことでございます。精神的病を持っている方は氷山の一角であるかもしれません。

以上、第1回目のタウンミーティングにおける結果報告でございます。

第2回タウンミーティングは、前回に浮かび上がった問題点を踏まえ、何をしたらいいのかということで話し合いを行いました。

第1位に、詳しく理解するための啓蒙活動です。精神障がい者に対する誤解や偏見をなくすためには、どのようにしていけばいいのかということで、多くの意見が出ました。また、一方、吉田町では、精神障がい者に対する誤解や偏見が強いまちだという意見もありました。私自身も実際に驚いている現状でございます。地域の人々が正しく理解するためには、健常者、障がい者も一体となって支え合う心豊かな吉田町民から私が町民だと誇れるまちづくり、そういうような活動が必要ではないでしょうか。

第2に、グループホームなど住居の問題でございます。住居の問題は、住宅に住むところがない、その実現のためのどうすればいいかということの関心が高く、諸案が多く出ました。実現には、政治、行政、民間一体となって取り組むことが必要なことだと思います。

第3位に、相談者が気楽に相談できる窓づくりでございます。だれでもいつでも移行できるピアカウンセラーの開設。場所は、公的空き部屋を利用したらどうかという具体的な話が出ました。

第4位に、保健師さんの拡充でございます。保健師さんは活動が、吉田においては幼児から老年まで、また障がい者の対応など、地域と一体になって活動されており、専門職である保健師さんの人数の減少は、合併後における行政の手抜きと感じられるところがございます。吉田町にとっては、保健師さんの充実が、切ない、ほんとうに切実な問題なのでございます。

第1回、2回吉田町におけるタウンミーティングをまとめてみますと、課題、問題に対してそれぞれ解決策が出ておりましたが、精神障がい者に対する誤解や偏見は、まだまだ根深いものがあるようです。障がい者とともに地域の中で共生することに対しては、まだまだ啓蒙活動が必要なことだと思います。

障害者自立支援法が施行されて3年になります。法律が先にできて、受け入れ体制ができていないのにおかしいという意見もあります。しかし、この障害者自立支援法は、障が

い者が生きる喜び楽しみをどうして取り戻すかという人間的な人生の課題でございます。

障害者自立支援法をまともに受けるための地域での受け皿が必要です。自立支援法をいかに地域で生かしていくかということは、地域自立支援協議会の開設が必要なことであります。愛媛県には、愛媛県自立支援協議会ができておりますが、地域においては、まだまだ地域自立支援協議会ができておりません。相談事業その他を実行するためには、地域における自立支援協議会の設立を急がなければなりません。政府がすばらしい絵をかいたとしても、それを受け入れる体制づくりがなければ、かいたもちにすぎないというのが現状でございます。

ぜひとも、組織を強化して、その施策を生かすような組織づくりをして、宇和島市はすばらしい福祉のまち宇和島としての活動をしてほしいと切に望んでおります。初め、上がってしまって申しわけありませんでした。

以上、吉田の結果でございます。（拍手）

【大岩】 伊勢居さんどうもありがとうございました。

●旧宇和島地区発表

それでは、次に旧宇和島地区より、矢野さんから報告をしていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

【矢野】 失礼します。私は、旧宇和島地区のタウンミーティングの報告をさせていただきますと思います。

旧宇和島地区では、1回目のタウンミーティングで、私たちの悩み、問題、課題について話し合った結果、20の意見のまとまりが出ました。そのまとまりの中で、特に重要と思うものに、参加者全員で点数をつけました。



写真 4-4：旧宇和島地区の市民発表

優先度の高いものから言う

と、1位は、障がい者が身近にいるのが当たり前の環境づくりとなりました。2位には、地域で相談できる体制。3位が、行政に専門の精神保健福祉士の設置を。4位は、居住しやすい環境づくり。5位に、障がい者を囲む関係者の相互理解の場づくりが上がりました。

そして、2回目のタウンミーティングでは、1回目で浮かび上がった課題を踏まえて、これから何をしていけばよいのかについて話し合いを行った結果、1位には、学校教育段

階からの理解の促進。2位は、健常者と障がい者で新しい産業づくりが必要ではないか。3位には、家族や近隣者が安心して暮らせる支援体制が必要。4位には、障がい者を具体的に知る取り組み。5位に、民生委員、老人クラブ、自治会の地域ネットワークづくりが必要という意見が多く上がりました。

まとめると、子供のころから実際に障がい者と触れ合い、大人になっても、ともに働ける産業をつくることで、地域住民にとって、障がい者が身近にいて当たり前と感じられるようになるのではないかと。そして、実際的に障がい者と地域住民でお互いに理解し合うための学習の場や、お祭りや、もちつき大会などのイベントで、交流の機会を増やすこと。さらに、障がい者を実際にサポートする民生委員さんや、自治会などの地域の協力者のネットワークをつくること。そして、家族や近隣者にとっても、安心して暮らせるような、気軽に相談できるような支援体制が必要だということになりました。

過去2回タウンミーティングが行われまして、私は全く最初障がい者を取り巻く環境というのかわかっていませんでしたし、先ほど吉田の方が言われたように、偏見とかいうのも少なからずあったと思います。

この2回のタウンミーティングを経験したことによって、結果として、障がい者を取り巻く環境が厳しい、それに対して、我々はどうしたらいいか、我々ではなしに、自分はどういうふうに考えて接していけばいいのかというのが、徐々にわかってきたような感じになりました。だから、ここに来られている会場の皆さんも、自分で何ができるかということはこの会を通して1つでも考えていただければ、この会は成功やないかと思います。

以上です。(拍手)

【大岩】 矢野さん、どうもありがとうございました。

●津島地区発表

それでは、次に津島地区から、峰さんに報告をしていただきたいと思います。峰さん、よろしくお願いいたします。

【峰】 津島地区の峰といいます。のっけからちょっと失礼なんですけど、「ふれあいセンターもやい」聞いたこともないという人、ちょっと手を挙げてもらえるかな。はい、ありがとうございました。

タウンミーティングで大体話されたことというのは、4カ所とも大体同じようなことではないかと思うんです。津島の場合、一番最初、一番点数をとったのが、障がい者理解促進の機会をつくる、そのためにはどうすればということ。どうも、これは役所のほうがもっと頑張れということじゃないかと思うんです。そして2番が、近所の一員としてのつき合いづくりということ



写真 4-5：津島地区の市民発表

になっております。私のところは「もやい」という、これ、だれでも集まってくれていい、いわゆる戦前にあった縁側ですかね、そんな感じでいろいろな方に集まってもらっています。当初は、高齢者のよりどころとしてつくったわけですけど、そんなところに、いわゆる精神障がい、そんな方の訪れもあります。そして、今、岩松の支所の後ろに、グリーン工房という精神障がい者の施設がございますが、ここへ通っている男性の1人は、毎日とは言わないですけど、時々、お茶とコーヒーを飲みに来てくれます。どうしてそんなことができたのかなということで、不思議に思われる方もあると思うんですが、いわゆる、そういう障がい者とのきっかけづくりをどうつくるかということじゃないかと思うんです。

私も、ボランティア活動ということで、いろいろやってきました。旧津島町時代、各公民館に福祉ボランティアという、ともに歩もう会というのを井野町で立ち上げております。そのときに、これは障がい者の家族の会、それで障がい者の方の会、そんなグループで、ぶどう狩りなんかを年に1回やられることがあったんです。そんなときに招待を受けまして、そして参加する。同じ車の中で1日をそういう形で過ごすことによって、お互いが知り合うことができるんです。そうなったときに、今度その後、まちで出会ったときなんかでも、お互いにもう顔見知りになっておればあいさつもするようになりますし、そんな感じの延長線上にあるのが「もやい」だったんだろうかなと思っています。

そういうふうな形をとって現在もやっておるわけなんですけど、やはりどうしてもどういう人かわからない、その内容がわからないということが一番つながりをなかなかできない、一番ネックになっていることじゃないかと思うんです。ですから、いろいろな形の機会を利用して、ぜひ皆さんが積極的にかかわりを持ってもらえれば、ある程度解決のほうに向かっていくんじゃないかと思います。ちょっと、このタウンミーティングの内容とは外れるかもしれませんが、目指すところは同じじゃないかと思います。

失礼しました。(拍手)

【大岩】 峰さん、どうもありがとうございました。

●三間地区発表

それでは、最後に三間地区から、有馬さんに報告をしていただきたいと思います。有馬さん、よろしくお願いいたします。

【有馬】 それでは、三間地区で行われましたタウンミーティングの報告をさせていただきます。

三間地区では、1回目のタウンミーティングで、私たちの悩み、問題、課題について話し合った結果、19の意見のまとまりができました。そのまとまりの中で特に重要と思うものに参加者全員で点数をつけました。優先度の高いものから見ると、1位が、地域



写真 4-6：三間地区の市民発表

住民が障がい者を安心して迎え入れる仕組みづくり。2位に、障がい者が身近にすることが当たり前の社会づくり。3位が、居住確保と住民との共同生活の管理。4位には、障がい者に対する地域の偏見という意見が多く上がりました。

そして、2回目のタウンミーティングでは、浮かび上がった課題を踏まえて、これから何をしていけばよいのかについて話し合いを行った結果、1位に、地域で互いに知り合う場づくり。2位に、正しい知識の普及が必要ではないか。3位は2つあり、身近で生活サポートできる人づくりと関係機関のサポートが必要。5位に、障がい者みずから地域に出ていくということが必要というような意見が上がりました。

まとめますと、地域住民が障がい者を安心して迎え入れるためには、お互いに知り合う場をつくり、自然と触れ合える環境が必要である。そういう触れ合いが、身近で障がい者の生活をサポートできる人をつくることにつながっている。そういう人を増やしていくことが大切なのではないか。そして、障がい者、地域住民ともに安心して暮らせるために、関係機関のサポートも必要であり、何より障がい者に対する地域住民の偏見を減らすためにも、正しい知識の普及が大切であり、そのためには学習会の開催なども必要だということになりました。

以上で、三間地区のタウンミーティングの報告を終わります。(拍手)

次に、精神障がい者が地域で生活されていて、今、私は民生委員をさせていただいております。それで、私が訪問をしている方が1件ありますので、触れてみたいと思います。

平成18年夏ごろまでは、お母さんと50歳代の次男、三男の3人で生活をされていましたが、お母さんが病死され、その後は兄弟2人で生活をしています。2人とも精神障がい者です。兄弟は3人で、長男は県外で世帯を持っておられます。自治会、組の行事にはどちらか1人必ず出て、皆とともに作業をします。そのきっかけは、私、不思議でずっと考えておりましたところ、平成20年にお母さんの3回忌、お父さんの17回忌があったので、お父さんが亡くなられてから、ずっと出ることをお母さんがされていたのだと思いました。農地があり、田は第三者に当てられ、米は上納でもらっていて、家の近くある畑は、お母さんが亡くなってからは荒れていますが、草が立つと草刈り機で刈っているようです。炊事は、お母さんが三男に、米のとぎ方から簡単な料理は教えられておりましたので、今はやっておるようです。

私は、お母さんが亡くなってから、月に一、二回の訪問をしています。19年は問題はありませんでした。平成20年になってから、私にお金を借りに来たことから、近くにお金を借りていることがわかりました。2人は年金受給者なので、年金が入れば戻し、また借りるの繰り返しをしていたのです。この原因は、2人ともギャンブルが好きだからだと思います。私は、すぐ、市役所、三間支所の地区担当の保健師さんに相談しました。保健師さんは、事が重大だと思われ、地域活動支援センター柿の木の職員を紹介していただきました。その道の専門の方には、そのときからいろいろご指導をいただいております。精神障がい者だけではありませんが、地域で生活されていくのには、近所の方の協力が一番だと思います。それで私は、近所の方に声かけ、見守っていただくようお願いしています。この2人について、今も、今度も課題は1つ、お金の管理です。近所の方は言います。一番大事なお金について、おばちゃんがきちっとされていたらよかったのよと。お金は今の制度を利用して預けるのは嫌で、自分が全部持っておきたいと言うのです。福祉サービスも受けるのは嫌なのです。それでは、年金から年金までうまくいくわけがありません。でも、今はすぐ相談できる保健師さん、地域活動支援センター柿の木の職員さんがおられ、連携プレーでサポートいただき、私は安心して訪問、見守り活動ができていることに対し、そういった組織に感謝しているこのごろです。

どうも失礼いたしました。(拍手)

【大岩】 有馬さん、どうもありがとうございました。

●おわりに

【西口】 以上で、4地区の報告は終了いたしました。各地区からのタウンミーティングの内容だけでなく、参加された皆さんの貴重なご意見であるとか、実際の取り組み、あと、

お気持ちなんかを発表していただけたんではないかと思います。

こういうふうにタウンミーティングの中での報告をすることで、4地区で大体60から70名の方に参加をしていただきましたが、その中の情報の共有だけではなくて、発表することによって、きょう約210名の方がおいでいただいているということなんですけども、3倍の方に情報の共有ができたということは、とてもよかったことではないかなと思っております。

精神障がいは何も特別な病気ではないということは、今回お話があったように、やはり身近なこと、自分のこととして考えていただいて、住みやすいまちづくり、お互いが支え合って、皆に優しい街づくりが共にできていければいいかなと思っております。皆さん一緒に目指していきましょう。

以上で、タウンミーティングの報告を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

【松波】 報告者の皆さん、ありがとうございました。以上で、タウンミーティングの報告の部分は終わりでございます。

5. 総括研修の実施

本章では、タウンミーティングと市民発表会の場となったところの健康フォーラムの実施を踏まえて行われた総括研修の内容を報告する。

詳細は、章末の図を参照されたい。

5-1. 総括研修の主旨と概要

総括研修は、タウンミーティングと市民発表の場となったところの健康フォーラムの実施結果の反省とそれを踏まえて今後どのような取り組みを行うか、の検討を行った。本調査研究の観点からは、地域移行に対する地域住民の抵抗感の要因の同定と克服方法の抽出を行うこともねらいとして実施した。

研修参加者は、調査研究に携わっているメンバー並びにタウンミーティングとところの健康フォーラムの実施に携わった行政担当者、保健師、社会福祉関係者、医療関係者である。

研修は前半の部と後半の部の2部構成で行った。前半の部は、タウンミーティングとところの健康フォーラムを振り返り、その実施結果から得られた1) 成果、2) 活用可能な資源、3) 反省点と課題、4) 原因、要因、を検討した。検討方法は、タウンミーティングと同様な方法を用い、班ごとに討論を行ってから各自の意見をカードに書き、そのカードを用いて全体で成果と反省地図を描きだした。そして、成果と反省地図の重要な箇所を投票によって評価し、重要ポイントを抽出した。

後半の部は、意見地図の重要ポイントをどのように克服していくか、その解決案を議論し、同様な方法で克服方法地図を作成。次年度実行すべき優先箇所を投票によって抽出した。加えて、上位10項目についての実行計画を検討し、「提言実行計画表」を作成した。

なお、総括研修でも最後に、参加者から感想を収集し、分析した。

5-2. 成果と反省点の検討

1) 全体像

タウンミーティングとところの健康フォーラムを実施した結果の成果は、「多様な市民の意見の共有と意識変革の第一歩」となったことにある。そして、「意識変革に役立ったタウンミーティング」と評価でき、「地域移行に向けた関係機関・関係者の連携の始まり」であると同時に「不動産業者を始めとした、多様な市民の輪が広がり」始めたといえる。

そこで今後は、「さらなる一般市民の参加を」促す必要があり、そのためにも「シンポジウム参加者の感想を活かそう」。

地域移行の具体的な取り組みにあたっては、「既存社会資源の活用」をはかる必要があ

る。とくに住民の側面では、「タウンミーティング、フォーラム参加者の活用」をはじめ、「援軍となりうるボランティアの存在」、さらには「民生委員、自治会を巻き込むことの重要性」、「一般住民を巻き込むことの重要性」も明らかになってきた。そのためにも、「タウンミーティングへの住民の巻き込みの重要性」が改めて見えてきたと同時に、そこでの「住民参加者の立場に立ったプログラム運営」の必要性の反省点も見えてきた。

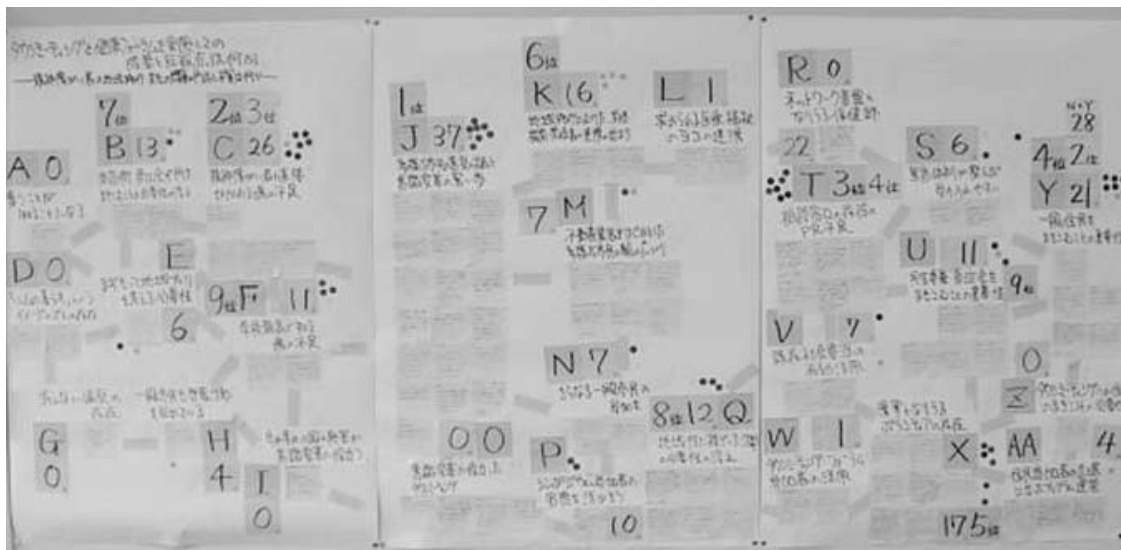


写真 5-1：総括研修での成果と反省地図

なお、地域住民への働きかけ面では、「地域性に根ざした活動の必要性も浮上」している。

他方、関係機関の側面では、「相談窓口の存在のPR不足」とともに、「求められる医療・福祉の連携」の問題も浮かび上がった。なかでも「ネットワーク基盤となりうる保健師」の存在の重要性や「緊急体制が整えば受け入れやすい」ことも見えてきた。



写真 5-2：成果と反省点を討議する参加者

しかし依然として「消えない偏見の存在」の問題も抱えている。「一緒に暮らすというイメージのズレの存在」も見えてきた。しかしながら、「一般市民も啓蒙活動を求めている」こともわかった。そこで、「早め早めの国の施策が意識変革に役立つ」。

現状では、「学校教育で知る場の不足」が目立つし、「精神障がい者と直接かかわる場の不足」も明らかになっ

ている。そこで、「まずもって地域づくりを考える必要性」がでてきている。それには、「商店街、商工会議所を巻き込むことの必要性が浮上」している。そして、「集うことが知ることになる」ことを踏まえ、一層の取り組みが必要である。

2) 成果と反省点の重要ポイントの評価結果

このような成果と反省点の全体像を踏まえ、全員で今後の方向としてどこを重要視して取り組んでいく必要があるか、重要ポイントの重みづけの投票をした結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位5位までを示す。

順位	記号とタイトル	参加者の意見	得点
1	J：多様な市民の意見の共有と意識変革の第一歩	・医療・福祉それぞれの思いが悩みを共有する事が出来たことで、共に考えていくことが出来る。 ・一般市民の方が精神障害者が抱えている問題・思っている事など声が聞けた。今後、色々問題に対して知りたいという姿勢が感じられた。 ・報告会では多数の参加があり関心を持っている人が沢山いると感じた。精神障害者を理解してもらう1つのきっかけとなった。 ・タウンミーティングにより地域格差はあるが、精神保健に関する地域住民の思いやニーズが分かり、フォーラムの発表で来所者（多くの住民）に発信し共有できた。 ・フォーラムで市民発表会を行ったことで、230名の方との情報の共有ができた。 ・今までは医療関係者ばかりの集まりが多かったが、関係者の中に異職種が入ってきており幅広い層の集まりになってきた。 ・フォーラムはスタッフや民生委員など関わりのある人以外に興味のある人が半数は参加していた。 ・タウンミーティング全体会。参加者が多く、障害者問題を知ってもらう機会となった。（まずは知ってもらうことから） ・タウンミーティングをすることで地域の問題・課題を考える場が出来た。 ・精神障害者の現状を市民の方に知っていただくことが出来、問題の共有化につながった。 ・シンポジウムを行ったことで精神に関心のある人が多く居ることが分かった。 ・一般市民の参加により個人レベルでの意見の聴取が出来た。「共生」「ノーマライゼーション」に対する個々のイメージのズレが明確化出来たり、修正のきっかけになった。 ・シンポジウムでは200人を越える参加者があり、精神障害・心の健康について興味を持っている人が予想以上に多くいることがわかった。心強く感じた。 ・タウンミーティングという機会が持てたことで今まで知らなかった人の精神障害を知るきっかけとなった。 ・地域の人たちの素直な気持ちが出ていた。一緒に地域で暮らすことに対して。 ・タウンミーティングを行うことにより、関係者作り（行政・医療・地域）・意識変革の第一歩を踏み出した。 ・地域の課題を抽出できた。参加者の声を全て（まんべん	37

		なく）拾いまとめることにより具体化された。 ・シンポジウムに予想以上の沢山の人が来て、賑やかだった。あれだけの集団に現状や課題を発信できたのは、これまでも珍しいくらいのアピールになったと思う。 ・精神障害者を取り巻く環境の厳しさを知ってもらうことが出来た。	
2	C：精神障がい者と直接関わる場の不足	・精神障がい者と関わるセンスがなく、理解不足がある。 ・当事者自身が自分の事、障害の事を一般の日に語る場がなかった。 ・精神障がいというものが、一般の人にもっと理解出来る場の設定が必要。（偏見に基づく怖さをとるため）幻覚妄想を実際に聞いて、自分の耳で利害出来るように。 ・当事者と一般市民の地域で関わる場所が少ない。	26
3	T：相談窓口の存在のPR不足	・専門の相談窓口がまだまだ周知されていないために、困りごとを解決できないまま悩んでいる人が沢山いる。地域の相談できる人に、自分たちの顔を知ってもらう必要がある。 ・タウンミーティングの意見地図から現在ある、相談窓口（医療・福祉・保健）が上手く活用されていないと感じた。 ・相談窓口の周知についてはリーフレットなどでPRしているが、まだまだ窓口を知らない人が多く、どう効果的な周知をしていくかは課題。 ・窓口はあるが情報として知らない等、情報提供に問題がある。 ・地域で支える理解者を増やす為にもPR活動を勧めて行かなければならない。（広報・チラシは現在もしているが・・・） ・障害者全体的に相談する窓口が分からない人が多い。（周知が出来ていない）	22
4	V：一般市民を巻き込むことの重要性	・このタウンミーティングに参加して、自分に出来ること、人と協力すれば出来ること、地域の中で協力すれば出来ること、教えていきたい。 ・アウトリーチというか、実際に会いに行行って率直に話をするとすることをしないと人は来ない。 ・積極的に色んな所に入って行行っての啓発が大事。自分のできる所からやっしていこう。 ・現状では使えるサービスが限られているので、支え手の少ない人は地域で生活しにくい。	21
5	X：援軍となりうるボランティアの存在	・シンポジウムのアンケートでボランティアに参加したいと答えた方が30名近くおられた。 ・ボランティア参加に関心を持っている市民が25～26名実存している現状。ボランティア活動の再開で輪の広がっていく期待。 ・精神保健ボランティアは活用の場を求めているし、ボランティアになっても良い人たちも潜在的には沢山いると思う。 ・ボランティアは活躍する場がないという感想があったが、場を提供する仕組みが不十分で目的や役割が明確になっていないからではないか。 ・今回、居住中心だったこともあり、フォーラムに参加したボランティアの方が自分たちの役割がないというマイナスイメージを持たれた事に対し、残念。今後の活用・連携を大事にしていきたい。 ・フォーラム感想で、ボランティアの手助けは必要なのか？ボランティアの意欲向上を図る今後の進め方が大切。	17

表5-1：成果と反省点の重要度の順位

5-3. 問題の克服方法の検討

1) 全体像



写真 5-3：問題の克服方法の地図

まずもって、「タウンミーティング・プロジェクトチームの立ち上げ」を行う。

そのもとの、手始めに「地域へのタウンミーティング結果のフィードバック」を行う。併せて、「タウンミーティング参加者同士の交流の場づくり」をする。さらには、「フォーラムで出された意見にもとづく計画の立案」につなげていく。

並行して、「タウンミーティングの継続と小地域単位への拡大」を進める。このとき、「意識の高い地区を突破口にしたタウンミーティングの拡大」をはかる。あるいは、「人権教育との連携によるタウンミーティングの開催」や「地区の催しものとの連携によるタウンミーティングの開催」も考える。併せて、「こころの健康フォーラムの継続による連携の強化」もはかる。内容面では、「成功体験・失敗体験から学ぶタウンミーティングを」行うことも考慮する。告知面では、「媒体を使ったタウンミーティング広報の強化」をはかっていく。

具体的な地域移行の取り組みとして病院側からは、「地域包括支援事業プロジェクトチームの発足」をする。そして、「病院内での情報の共有と患者家族への情報発信」と「どんな人が帰るのかの住民啓発」を行う。そのためにも「居住サポートの専従スタッフの充実」もはかる。併せて、「障害者が検診を受けられる仕組み作り」にも取り組む。

社会教育の面からは、「出前教育と職場体験による福祉学習の推進」に取り組んでいく。

一方、地域の側に対しては、「相談窓口の充実と地域に入り込んでのPR強化」や「地域の催し物への参加による障がい者の理解の促進」をはかる。そのためにも「老人、障がい者を問わず触れ合う場の設営」をする。そして、「障がい者の地域行事への参加による地域住民の巻き込み」をはかり、さらには「コミュニティー再生に参画する」。なお、このことを進めるためにも「地域のキーパーソンを捜す」ことが重要となる。

なおこれらを推進するためには、「立ち上がり始めた医療・保健・福祉の連携の継続的な取り組み」や「関係機関内の横の連携の強化」、「ボラティアの継続的育成」、「企業や行政のトップへの働きかけ」、「行政や政治家・地域のリーダーへ働きかけるNPOづくり」をする。さらには、「地域にある社会支援の掘り起こしと活用」をはかる。

同時に、「宅建業協会との連携作り」、「産業セクターとの連携作り」「農業事業の取り組み」、そして「商品開発・事業化」にも取り組む。

なお、「自立支援協議会を立ち上げる」取り組みも行う。

補足になるが、取り組み姿勢として「始めに行動ありき」が大切となる。



写真 5-4：真剣に優先度評価する参加者

2) 克服策の取り組み優先度の評価結果

このような克服方法の検討を踏まえ、次年度はどこから優先的に取り組んでいくべきか、を全員で投票により評価した。その結果、次の表のような順位が浮かび上がった。上位10位までを示す。

これが次年度の実行の克服策案の骨子である。

順位	記号とタイトル	参加者の克服アイデア	得点
1	P：タウンミーティング・プロジェクトの立ち上げ	・医療・福祉・行政と連携しタウンミーティング・プロジェクトを立ち上げる。 ・福祉・医療が一体となってタウンミーティング・プロジェクトチームを立ち上げる。（今後の事業計画を行い、短期・長期の目標を立ち上げる） ・タウンミーティングを（プロジェクトチーム）作り、1年目全体会2年目地域での会。（津島地区など） ・タウンミーティング・プロジェクトチームの中に市民も参加。	54
2	V：ボランティアの継続的育成	・旧市内のボランティア育成に協力する。当事者と直接関わることの出来る一般の方を増やすため。 ・ボランティアの受け入れ方法について勉強する。 ・ボランティア・コーディネーターの設置。（既存に有るはずの役割を果たす）	44

		・民生委員の把握している地域の孤立ケースをその地域の精神ボランティアに繋げる。 ・ボランティア講座を開設。実際にボランティアをしてもらう場とのつながりをしっかり行える仕組みを作るために、ボランティアが活躍する為の場を作る事務局（裏方）の設備をする。 ・ボランティア育成後の活動の場やボランティアを継続できる為気持ちが続けられるものを作る。 ・ボランティア導入プロジェクトチームを作る。 ・宇和島地域のボランティア・コーディネーターをはっきりさせる。 ・精神保健ボランティア講座を開催する。 ・ボランティア・コーディネーターを立ち上げる。 ・ボランティアと民生委員さんの交流会を作る。 ・自治会から最低 1 名、精神保健ボランティア講座を受講してもらい、各自治会に精神保健ボランティアを配置する。 ・地区の情報を持っている民生委員とボランティアのつながり・交流の場を作り、ボランティアの役割を作る。 ・ボランティアにして欲しいこと、ボランティアにこそ出来ることを具体的にメニューリスト化する。	
3	F：相談窓口の充実と地域に入り込んだ PR 強化	・地域の人達へ自分達の活動を理解してもらえよう、しっかり PR し住民に顔が見えるようにする。 ・相談窓口を知ってもらうために、団体・小集団の中に入って話しをしていく。 ・窓口の PR の資料をいろんな場所に置く。(病院以外でも)精神障害者手帳発行時とか病院受診時など。 ・地域のイベントに出店し、PR をする。(障がい者を知ってもらう) ・各自治会の会合を回って、精神障がい者の地域移行について説明したり勉強会を開いたりする。 ・相談窓口の存在 PR として自治会回覧、リーフレット各戸配付、イベントでリーフレット配付。 ・現在のある資源の活用(相談窓口の PR)をマスコミ等を通じて行う。また、相談窓口の役割を確認し適切な窓口へつなぐ。 ・相談窓口を充実させ、何の相談でも受け付けられる体制を作る。そして、実際に支援できる機関を紹介し連携を取りながら支援する。 ・相談窓口となっている場所の配置表を作成し、地域住民へ配付する。配付方法として新聞の折り込み・各地区の回覧など ・各自治会の会合を回って相談窓口について PR する。	41
4	G：地域へのタウンミーティング結果のフィードバック	・地域に今年のタウンミーティングの報告をする。(回覧を回す) ・タウンミーティングでの情報を参加者だけでなく、地区の住民へ回覧といって情報提供し意識改革を図る。 ・フォーラム来庁者や地域のキーパーソンの方へタウンミーティングのまとめを送り、共有してもらう。アンケートとして、今後のタウンミーティングの希望の有無を聞く。 ・タウンミーティングでの情報発進と共に自治会の回覧、口コミなどで結果を地域へ返す。	39
5	C：出前教育と職場体験による福祉学習の推進	・福祉学習の中に精神障がいについて理解する取り組みを入れる。例えば正光会スタッフが学校へ出前していく。 ・福祉教室の活用をする。	36

		・学校教育（保健の分野）をする。 ・教育依頼受け入れ体制システムの確立をする。 ・障がい者の理解、市民の意識改革は早期（小～中学）に行う方がよい。福祉学習等を利用して精神障がいのことを理解してもらう。（現在、視覚、聴覚障がいは実施している。） ・デイケアで中学生の職場体験を受け入れる。 ・精神障がい者と関われる場として病院のふれあいの夕べは少しずつ住民参加も増えているのでより参加しやすい内容で継続する。その中での中学生ボランティア参加も広がりを持たせ継続する。 ・病院のお祭りで子供たちと当事者が一緒に出店できる様にする。	
6	N: タウンミーティングの継続と小地域単位への拡大	・定期的なタウンミーティングの開催、周辺の小集団をターゲットとしたタウンミーティングの開催。 ・定期的にタウンミーティングを行い、フォーラムのようにみんなで共有できる場を設ける。 ・意識改革を続けていくために、講演会を継続する。対象者を広げるためにタウンミーティングを新しい地区で行い、そのことが講演会につながるようにする。 ・今年まとめた地図をもとに、モデル的に小地域を取り上げ話し合いをする。（タウンミーティング） ・各地区だけのタウンミーティングだけでなく、各地区各校区規模のタウンミーティングを開催する。	27
7	Q: 立ち上がり始めた医療・保健・福祉の連携の継続的取り組み	・相手のところへ出向いていくなど顔の見えるネットワークを構築する。 ・医療・福祉・保健が顔のわかる連携をしながら、いっしょに地域に入る活動をする。 ・タウンミーティングを通して関係機関（医療福祉保健）の活動や現状を知ることができた。この連携を生かすため、タウンミーティング事後？で話し合う場をつくる。 ・関係者・関係機関同士がより理解を深め協力が得られるようお互いを知る。	25
8	A: 障がい者の地域行事への参加による地域住民の巻き込み	・ガイヤ祭りステージに参加するダンスチームの結成。（専門職、ボランティア、当事者など） ・精神障がい者と触れ合う場所として病院内の作業療法でOTグループ活動を地域で行えるよう立ち上げる。 ・精神障がい者と関わる場の不足に対し、祭り、イベントへの参加（障がい者が地域へ入っていく）等を行う。その際ボランティアの活用、商店街、商工会議所等を巻き込む。 ・市町村行事、イベントへ当事者が参加していく。 ・病院行事（文化祭、ふれあいの夕べ、青葉祭等）へ地域の参加促進をする。 ・関わりのある人と関わりのない人の意識の乖離がある。関わりのない人への呼びかけが必要。障がいの講演を主催するだけではなく他のイベント等に交わっていくことが良いのでは。 ・地域の中で活動をしていく場合、障がいの普及や啓発だけを目的にするのではなく、一般市民としても利用価値が高かったり必要だと思えるような活動である必要がある。（WIN-WINの関係）	19
8	H: 地域包括支援事業プロジェクトチームの発足	・地域包括支援事業に関わるプロジェクトチーム（病棟）の確立。院内のスタッフをもっと巻き込み各スタッフが実際に地域に入って動きやすいような仕組み作り。スタッフ間の意識の温度差をなくす。	19

		・各スタッフ同士の個人的な連携はしていても、各機関としてどこでどのようにつながっているのかわかりづらいので、病院の他機関との窓口を充実させ、院内及び関係機関との情報の流れを一本化させる。	
10	I：媒体を使ったタウンミーティング広報の強化	・タウンミーティングの開催のお知らせを広報にのせて1人でも多くの市民に参加してもらう。 ・精神障害者の地域移行・共生に関するタウンミーティングの情報をPRをU-CATや放送・新聞・各地区回覧など活用する。 ・そんな宇和島をマスコミを通じて宣伝する。	15

表 5-2：克服策の取り組み優先度の順位

5-4. 次年度の取り組み方策の提言

総括研修で浮かび上がった「克服策の取り組み優先度の上位10項目」を、次年度の取り組み方策としてとらえ、次のような検討を加えた。

優先度の 評価 順位	アイデア項目	難 易 度 (AB Cラ ン ク)	緊急度(いつまでにやるか) (○印の記入)			役割分担・主体(誰がやるか) (○印の記入)				着 手 順 位	備 考	
			早く (1年 以 内)	2～3 年以 内	ゆっ くり (4～5 年以 内)	当 事 者・ 家 族	住 民 (区 長・ 民 生 委 員)	医 療・ 福 祉 関 係 者 (正 光 会)	行 政			
									市	県		
1	タウンミーティングのプロジェクトチームの立ち上げ	B	●			○	○	●	○	○	1	
2	ボランティアの組織的育成	B	●					○	●	○	1	
3	相談窓口の充実と地域に入り込んでのpr強化	C	●						●	○	1	事業所に外部委託業務
4	地域へのタウンミーティング結果のフィードバック	C	●					●	○		2	
5	出前教育と職場体験による福祉学習の推進	B		●				●	○	○		
6	タウンミーティングの継続と小地域単位への拡大	B	●	●		○	○	●	○	○		
7	立ち上がり始めた医療・保健・福祉の連携の継続的取り組み	B	●					●	●	●		
8	障害者の地域行事への参加による地域住民の巻き込み	B		●		○	○	●	●			
8	地域連携支援事業の推進	A		●				●				
10	媒体を使ったタウンミーティング広報の強化	B	●					●	○	○	2	

表 5-3：次年度の取り組み策案（「提言実行計画表」）

第1は、取り組み方策の「難易度」で、難しいと判断できるものは「A」ランク、普通は「B」ランク、易しいは「C」ランクとし、該当するところに●印を付した。

第2は、いつまでに行うのかの「緊急度」で、1) 急ぐ（1年以内）、2) 2～3年以内、3) ゆっくり（4～5年以内）の3段階で見定め、該当するところに●印を付した。

第3は、誰がやるのかの「役割分担・主体」で、1) 当事者・家族、2) 住民（区長・民生委員）、3) 医療・福祉関係者（正光会）、4) 行政（市）、5) 行政（県）、の5つの区分で検討した。●印は主体となって取り組む区分で、○印は主体と連携して行う区分を示した。

このような3つの観点から検討し、その上でそれらを総合的に判断して、着手順位を検討した。

その結果、着手順位の第1は、次の3項目となった。

- 1) タウンミーティングのプロジェクトチームの立ち上げ
- 2) ボランティアの組織的育成
- 3) 相談窓口の充実と地域に入り込んでのPR強化

着手順位の第2位は、次の2項目となった。

- 1) 地域へのタウンミーティング結果のフィードバック
- 2) 媒体を使ったタウンミーティング広報の強化

そのほかの項目の着手順は、これら第1位と第2位の着手順位項目を実施するなかで随時検討していく必要があるとの協議結果となった。

表のような内容を次年度の取り組みの方策として、それぞれの機関に戻って提言し、関係機関が連携をとって進めることが確認された。

6. タウンミーティング、フォーラム、総括研修の感想の姿

本章では、本調査研究事業で実施した第1回と第2回タウンミーティング、こころの健康フォーラム（市民発表会）、総括研修を体験した参加者の感想を報告する。なぜ感想を収集・分析し、参加者にフィードバックしたのか、その意味と役割とともに分析結果の全体像を解説する。

詳細は、章末の図を参照されたい。

6-1. 感想の収集・分析、フィードバックの意味と役割

タウンミーティングの共有体験によって、参加者が互いに何を感じ、今後にどのような思いを抱いたのか、それ自体も共有化することは、参加者の集団を一つの「生き物」として形成していく重要な働きがあるとの仮説に基づいている。感想個々は集団の細胞個々に相当し、集められた感想は最初は断片でバラバラであるが、それらを自己組織化して全体像を浮かび上がらせ、その全体像を参加者が共有することで生き物としての全体像を体感することができる。まさに「自己認識機構」を作り込むことができるのではないか。感想を収集し、その全体像を浮かび上がらせて共有化することは、集団に命を吹き込み「生き物化」する行為だというこれまでの実践的研究にもとづく仮説を前提にしている。

第1回タウンミーティングの終了後に感想を分析して全体像を浮かび上がらせた。その結果を第2回の最初に参加者にフィードバックし、全体像を共有化した上で第2回の討議に入った。そこでは、参加者集団が一つの「生き物」として形成され、その後の第2回のタウンミーティングや市民発表会のフォーラムの体験を積み重ねることさらに生き物が成長していくことが期待される。そして、集団としての連帯感を形成していくことで、地域の意識変革の輪を拡大していくことができるのではないかと考えている。

タウンミーティングの討議内容は課題解決の内容の創造であり、感想の活用は集団を生き物化することによって課題解決の実践力をつくり込む試みである。

そこで、感想の分析方法には「質的統合法（KJ法）」を用いて、全体像を浮かび上がらせた。参加者の感想はそれぞれの思いの断片であり、バラバラな状態である。これらのバラバラな感想から似た仲間ごとに集めて要約文をつけて小グループを形作る。さらにそれらの小グループ同士の似た仲間を集めて要約文をつけて中グループを形作り、順次段階を踏んで大きな仲間を作っていくといった手続きで、最終5～6個くらいの仲間までまとめていく。そして最後に5～6個くらいの仲間同士の関係を見つけて、全体像を論理的に把握する。あたかもジグソーパズルを組み立てるように一つの絵を描きだす作業である。描きだされた絵は、一個の生き物の姿とみなすことができる。

分析結果は図解の形で構造化されているが、章末の図6-5を参照されたい。図解のなかの「001」といった数字は感想の生のデータを意味する。「A001」のAは小グループの仲間

番号、「B001」のBは中グループの仲間番号を意味し、以下アルファベットを用いて仲間の階層が上がることを意味している。第1回の感想図解では、Fの仲間が一番上の階層の仲間となっている。

6-2. 第1回タウンミーティングの感想の姿

1) 感想の収集

第1回タウンミーティングの参加者数は、4地区合計で81名である。全員に終了時に、参加体験の感想をカードに書いてもらった。感想の総数は、150点に上った。

参加者は第1回タウンミーティングを体験することで、どのような思いを抱き、どのような心の変化が起こったのか、その全体像と感想の分布を解説する。(章末図6-5を参照)

2) 全体像

精神障害者の社会移行・共生にむけての第1回タウンミーティング（問題意識の表明）の感想の全体像は、次のようである。

第1は、「共生への出発点」として、精神障害者と共生するためには、精神障害者への理解を深め、何が具体的に問題かを把握し、共有することが大切だ、としている。

精神障害者と共生するには何が具体的に問題かを、患者や家族、地域住民、病院関係者から十分に聴き取り、共有化することが大切だ。他方、相談窓口を活用して専門家が地域に正しい知識を還元することで、障害者との共生の第一歩になると思う。そして、タウン

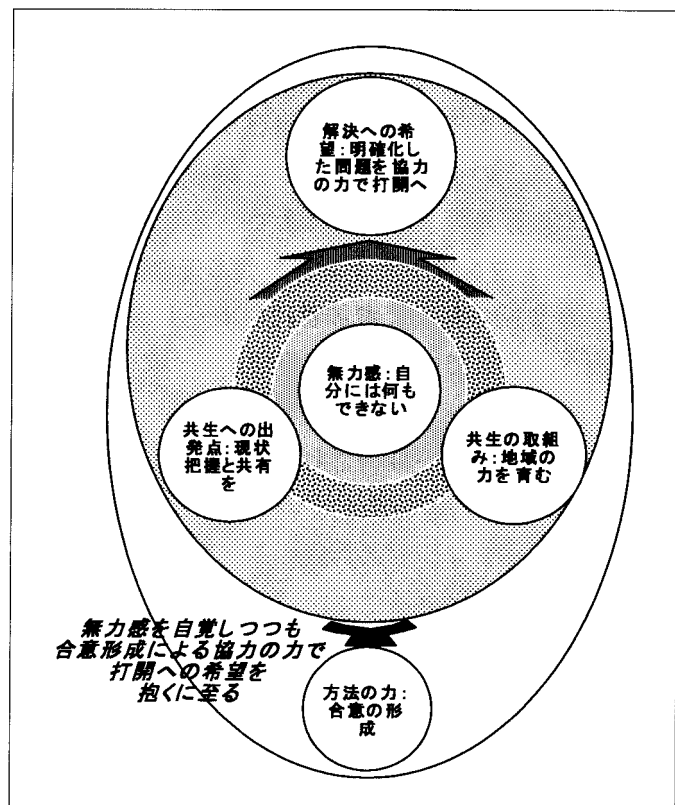


図6-1: 第1回感想の全体像のエッセンス図

ミーティングやボランティア活動への参加を継続していくことで、精神障害者への理解を深めていけそうだ、という手応えを抱くに至っている。

すなわち、「現状把握と共有を」共生への出発点にすることが意識されている。

第2は、それを受け、「共生への取り組み」として、精神障害者と地域住民がお互いに受け入れあい、自立して生活していけるような地域環境を育てていきたいという思いを抱いている。

精神障害者の地域移行を考えることで、宇和島地域の抱える問題を深く考えることができた。そのような背景のもとで、精神障害者と共生するには、まず自らが同じ人間として受け入れ、地域住民とともに自立のための支援をする必要がある。そして、精神障害者を隔離するのではなく、地域社会に受け入れ、お互いに安心・安全に暮らしていきたい。そのためにも、同じ人間として受け入れる必要がある。そこで、精神障害者が働き、住める場を大切に育てていくことで、自立を支援していけると思う、という思いを抱いている。

すなわち、「地域の力を育む」ことが共生の取り組みだとしている。

第3は、このような取り組みによって「解決への希望」として、精神障害者の地域移行に実際に関わる関係者が一緒に知恵を出し合って明らかになった問題を適切な役割分担と協力で解決していきたい、という思いが生まれている。

様々な立場の関係者が一緒になって知恵を出し合い、まとめていくことで、問題の全体像が明らかになり、解決への道を歩み出せそうだ。そこで、明らかになった地域移行を阻む問題を実際に関わる関係者が適切な役割分担と協力により解決していきたい、としている。

すなわち、「明確化した問題を協力の力で打開へ」と前進させたいとしている。

しかしながら、第4として個々人の心のなかには「無力感」が存在し、どうにかして地域で共生したいが、自分には何もできないと、精神障害者の家族も、地域住民も感じている。

「何かしてあげたいが、何もできない」という意見が印象に残っている。結局自分もそうなのではないかと思う、という声。同様に、精神障害者の家族や地域住民は、偏見を乗り越え、地域社会で共生することをとても困難だと感じている。

すなわち、「自分には何もできない」という思いも感じている。

だからこそ、前述のような共生への出発点から取り組み、そして解決への取り組みの希望が表明されることとなる。

第4として、このような取り組みを支援する基盤として「方法の力」を感じている。適切なリードにより和やかに意見を出し合い、全体像をまとめて皆で評価することで、自然と問題が整理され、課題が明確になっていくと感じている。

具体的には、カードを使って和やかに多様な意見を出し合い、全体像をまとめて皆で評価することで、自然と問題が整理され、課題が明確になっていった。ただし、最初に議論を適切に方向付けし、皆の意見を引き出すことが、話し合いをうまく進めていくポイントだと思う、という声もあった。

すなわち、「合意の形成」の重要性が改めて自覚されている。

以上のように、第1回タウンミーティングの感想のエッセンスは、「無力感を自覚しつつも、合意形成による協力の力で打開への希望を抱くに到る」ことにあったといえよう。

3) 感想の分布

第1回タウンミーティングの感想の全体像を構成する要素ごとに、全感想数における感想の数を比率で示したのが次の表である。(表6-1参照)

参加者はどの要素を最も感じ取っていたかが、この比率によって推察できる。心のどこかに無力感を感じながらも、大勢としてはタウンミーティングによって共生への取り組みに踏み出し、解決への希望を抱くにいたったことが数値的にもうかがえる。

順位	シンボル	内 容	比率 (%)
1	解決への希望：明確化した問題を協力の力で打開へ	精神障害者の地域移行に実際に関わる関係者が一緒に知恵を出し合って明らかになった問題を適切な役割分担と協力で解決していきたい。	29.33%
2	共生の取組み：地域の力を育む	精神障害者と地域住民がお互いに受け入れ合い、自立して暮らしていけるような地域環境を育てていきたい。	27.33%
3	共生への出発点：現状把握と共有を	精神障害者と共生するためには、精神障害者への理解を深め、何が具体的に問題かを把握し、共有することが大切だ。	22%
4	方法の力：合意の形成	適切なリードにより和やかに多様な意見を出し合い、全体像をまとめて皆で評価することで、自然と問題が整理され、課題が明確になっていく。	17.33%
5	無力感：自分には何もできない	どうにかして精神障害者と地域で共生したいが、自分には何もできないと、精神障害者の家族も、地域住民も感じている。	4%

表 6-1：第1回タウンミーティングの感想の分布

6-3. 第2回タウンミーティングの感想の姿

1) 感想の収集

第2回のタウンミーティングの参加者数は、4地区合計で70名である。全員に終了時に、参加体験の感想をカードに書いてもらった。感想の総数は144点に上った。第1回より参加者が1割程減ったが、感想の数はほぼ同じ規模となった。

参加者は第2回タウンミーティングを体験することで、どのような思いを抱き、どのような心の変化が起こったのか、その全体像と感想の分布を解説する。(章末図6-6を参照)

2) 全体像

精神障害者の地域移行・共生にむけての第2回タウンミーティング（解決策の作成）の感想の全体像は、次のようである。

まずは、「タウンミーティングを推進力に」しようというもので、タウンミーティングで得られた相互理解と問題解決の流れを推進力にして、各々の地域で障害者の地域移行を具体的に進めていきたい、としている。

具体的には、タウンミーティングでの話し合いの方法は、多様な意見を活かし前向きな解決策につなげていく問題解決エンジンとして、障害者の地域移行の推進に役立つと思う。そして、タウンミーティングへの参加をきっかけに、精神障害者の理解を深め、問題に取り組む元気と希望がわいたという人が多い。その結果、第3回も参加できればいいなと思

います、といった声が集約されて語られている。

このような意欲のもと、今回まとまった解決策を具体策に落とし込み、実行することで現状を変えていきたい。そして、地域移行にむけ、目標は高く持ちながら、今ある資源と人を活かすことで具体的に積み重ねていくことが大切だとしている。

併せて、今回の成果を地域の特性も考えながら、自分の町でも活かしていきたいという個性への対応も語られている。

このような「タウンミーティングを推進力に」し、かつ基盤

として、具体的な取り組み策あるいは目標と位置付けられるものが意識されている。

取り組み策あるいは目標の第1は、「意識の変革を」というもので、精神障害者も健常者も同じ人間として協力し合っていけるよう、お互いの意識を変えていく必要がある、としている。

具体的には、地域住民に精神障害者について理解してもらえる機会を増やし、偏見や差別をなくしていくこと。逆に、障害者とその家族が、タウンミーティングに参加するなどし、他の人たちと触れ合い、自らの意識を変えていくこと。そして、障害者も健常者も、必死に生きていこうとしている同じ人間であるという認識のもとに、協力し合っていけたらいいと思うなど、ともに意識を変えていくとの必要性が語られている。

そのためには第2として、「関係者の理解と連携を」必要とするとして、地域移行という困難な課題を遂行するには、障害者とその家族、行政、医療、地域がお互いに理解と連携をして進めていく必要があるとしている。

具体的には、行政が精神障害者などの弱者をいかにないがしろにしているかを痛感し、何とかしたいと思った。課題は大きく困難だが、解決にむけて努力していきましょうという、というともに厳しい見方ながらもそれゆえに前向きな意欲。そして、個々人でできることには限界があり、地域ぐるみで障害者を支える仕組みが必要である。そのためにも、障害者とその家族、行政、医療、地域それぞれが、精神障害者への理解を深め、連携して地域移行を進めていけるとよい、としている。

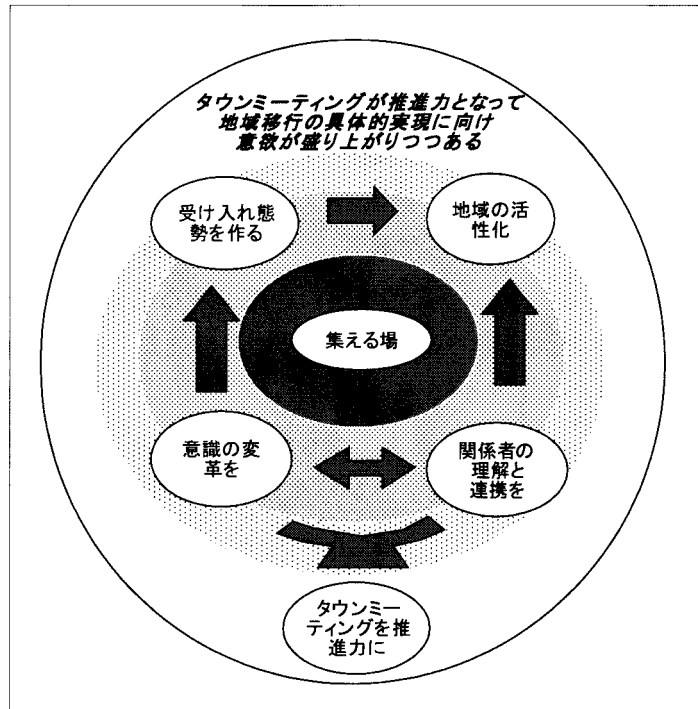


図6-2：第2回感想の全体像のエッセンス図

第3は、これらの取り組みを介して「受け入れ態勢を作る」として、今ある地域のつながりと資源を生かし、専門家が中心となって、地域のなかでの受け入れ態勢を具体的に作っていききたい、という思いを抱いている。

具体的には、今ある地域のつながりや相談窓口、作業所を活かし、保健師等の専門家に中心となってもらい、地域のなかで受け入れ態勢を作っていききたい。そして、障害者が具体的にどこでどうやって暮らすかをイメージして地域づくりをしていききたいとしている。

第4は、このような地域移行を推進するその先で「地域の活性化」をめざすというもので、障害者が地域で暮らすことで生じる効果や産業を積極的に活かして、地域を活性化していききたいとしている。

そして、「子供から老人、誰もが自由に集え、遊び、語れる場があればすみやすく楽しい地域になると思います」という生の感想に象徴されるように、「集える場」の必要性が意識されている。

すなわち、第2回タウンミーティングの感想のエッセンスは、「タウンミーティングが推進力となって、地域移行の具体的実現にむけ、意欲が盛り上がりつつある」ことにあるといえよう。

3) 感想の分布

第2回タウンミーティングの感想の全体像を構成する要素ごとに、全感想数における感想の数を比率で示したのが次の表である。(表6-2を参照)

参加者がどの要素を最も感じ取っていたのかが、この比率によって推察できる。タウンミーティングに手応えを抱き、それを推進力にして取り組んでいきたいという意欲が醸成されたことがうかがえる。併せて、さらなる意識変革の必要性も自覚されたことがうかがえる。

順位	シンボル	内 容	比率(%)
1	タウンミーティングを推進力に	タウンミーティングで得られた相互理解と問題解決の流れを推進力として、各々の地域で障害者の地域移行を具体的に進めていきたい。	45.83%
2	意識の変革を	精神障害者も健常者も同じ人間として協力し合っていけるよう、お互いの意識を変えていく必要がある。	23.61%
3	受け入れ態勢を作る	今ある地域のつながりと資源を活かし、専門家が中心となって、地域の中での受け入れ態勢を具体的に作っていききたい。	18.75%
4	関係者の理解と連携を	精神障害者の地域移行という困難な課題を遂行するには、障害者とその家族、行政、医療、地域がお互いに理解と連携をして、進めていく必要がある。	9.72%
5	地域の活性化	障害者が地域で暮らすことで生じる効果や産業を積極的に活用して、地域を活性化していききたい。	1.39%
6	集える場	子供から老人、誰もが自由に集え、遊び、語れる場があれば住みやすく楽しい地域になると思います。(宇和島)	0.69%

表 6-2：第2回タウンミーティングの感想の分布

6-4. 宇和島地域こころの健康フォーラム（市民発表会）の感想の姿

1) 感想の収集

こころの健康フォーラムの終了時に、感想アンケートを回収する方式で、質問項目の1番目に「本日のご感想をご記入下さい」という問いかけで、参加者から感想を収集した。参加者は230名、感想の総数は154点である。

参加者はフォーラムを体験することで、どのような思いを抱き、どのような心の変化が起こったのか、その全体像と感想の分布を解説する。（章末図6-7を参照）

2) 全体像

「フォーラムが参加者にもたらしたもの」は、「意識変革の輪の広がり」と継続への思いである。フォーラムでは、精神障害者の基本的な理解と意識変革の輪の広がりとなることで今後への希望と期待を互いに抱くことができ、さらなる継続を望む声も出ている。

具体的には、精神障害者の概要とタウンミーティングの内容を中心に、興味深く学ぶことができた。その結果、大勢かつ多様な人が集まって精神障害者の理解を深め輪が広がり、当事者が安心して生活できるための手応えと今後への希望、期待を互いに抱くことができた。そこで、フォーラムは精神障害者の理解と意識変革の機会となったので、地域が変わっていくためにもこのような機会の継続を望むという声が表明されている。

ただし、「フォーラムの進行と内容面の評価」としては、「肯定と否定の両面」が指摘されている。よかったという評価と参加者の立場への配慮不足を指摘する否定的な評価である。

特にシンポジウムにおいて、現実的な手応えを得たという声の半面で、やり取りの運びと内容に物足りなさを感じている。設営面では、手話ボランティアの通訳はよかったが、

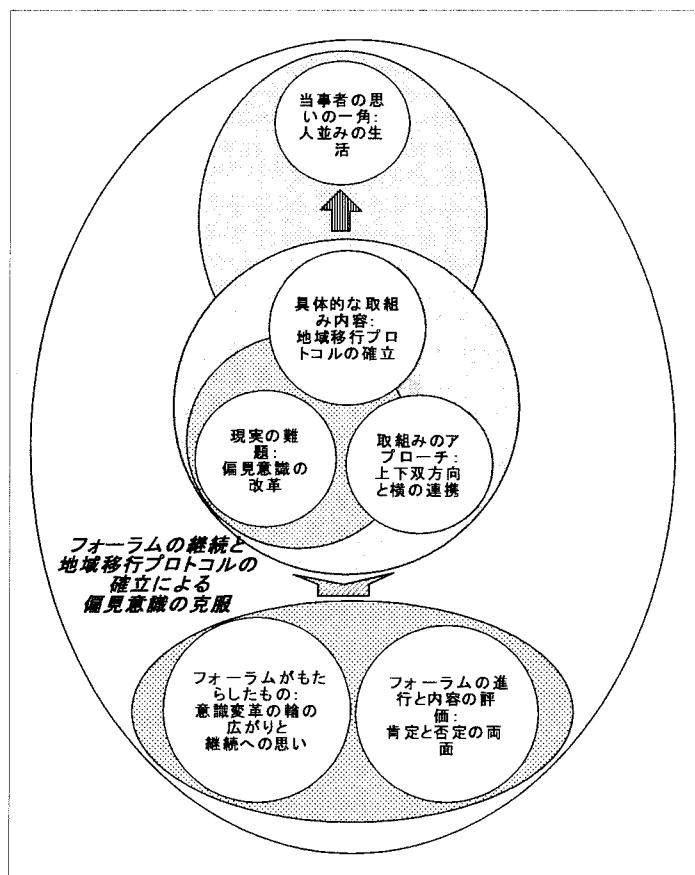


図 6-3：フォーラムの感想の全体像のエッセンス

プロジェクターでの発表時の通訳と画面が見にくく配慮がほしかったという指摘。全体運営では、進行は大体よかったとしながらも、参加者の生活時間を考え、開催時間帯と時間通り終わる配慮をしてほしいという声が寄せられた。

このようなフォーラムの成果と評価を基盤に、参加者は精神障害者の地域移行の問題を次のように受け止めている。

第1は、「現実の問題」として、「偏見意識の改革」の難しさである。「精神障害者」という用語自体も含め偏見意識の改革が最重要課題でそこが出発点だが、一方でその取り組みの現実の難しさも感じている。

具体的には、偏見の意識改革が重要課題だと思う半面で、他人事ではなく明日はわが身わが家族かもしれないと感じつつ、自分の問題として取り組む思いを抱く人と自分の偏見がぬぐえるか疑問を抱く人がいる。そして、フォーラムは勉強の機会としては評価できるが、地域移行に関わることの現実の難しさを感じるという感想も述べられている。

しかしだからこそ、第2は「取り組みのアプローチ」として、「上下双方向と横の連携」が重要だと感じている。地域移行にむけて、国からのトップダウン方向と地域住民及びボランティアのボトムアップの双方向、ならびに関係セクターの横の連携が必要であり、その思いを新たにしたいとしている。

トップダウン方向では、高い志をもった国のリーダーシップのもとでの大きな変革の取り組みの重要性を感じている。逆にボトムアップの方向では、フォーラムは地域社会の人間関係が希薄になるなかで、皆が生き生きと暮らせる地域づくりを目指して地域移行にむけて地域住民として取り組む必要性和可能性を自覚する機会となった。このような地域住民の取り組みと連携する形で、社会保健福祉分野のボランティア活動を正当に評価し、もっと活かし拡大する取り組みをしてほしい、という感想もある。

関係セクターの横の連携では、地域移行にむけた地域づくりのためには、地域住民、行政、医療、福祉、それぞれの取り組みと横の連携・協力が必要であり、その思いを新たにしたいとしている。

そして第3に、「具体的な取り組み内容」としては、「地域移行プロトコルの確立」（プロトコル＝医療の世界では治療基準と手順を意味する。ここでは社会移行の仕事内容と手順並びに基準の意味で用いた用語）が必要だとしている。精神障害者の住宅確保の難しさが浮かび上がったが、だからこそ可能性に目を向けて地域移行にかかわる関係者と当事者の相互の理解の場、専門家のサポート体制、地域住民のサポートの方法の情報提供、行政支援と関係者の関わり強化が必要だという感想に集約される。

関係者と当事者の相互の理解の場としての感想では、精神障害者支援は家族が力になるとともに、そのかなで閉じこもらずに地域の人たちの支援を求めたらいいと思う。そして、地域移行の過程でかかわる関係者及び地域生活でかかわる関係者と当事者が直接接することで相互理解をはかる場の必要性を感じた。タウンミーティングやフォーラムでの当事者の参加による情報提供は有益であり、もっと多くの当事者の参画を望む、という集約され

た声がある。

専門家のサポート体制の感想では、空家を借りることは可能な状況であると思うが、入居後何かあったとき専門家がサポートする体制が確立できたら共生は可能なのではないかなと思う、という声。

地域住民のサポート方法の情報提供の感想は、精神障害者及び家族のサポートをどのようにしたらよいか、具体的な話を聞きたい、というものである。

行政支援と関係者の関わりの強化については、住宅を確保することのむずかしさが浮かびあがったが、だからこそ可能性に目を向けて強化の必要性があるとしている。居住確保並びに居住後までの情報と資金の両面での行政からの支援強化。可能性としての住宅候補に市営・県営住宅や空家・シャッターハウスがあるという指摘。

そして第4に、「当事者の思いの一角」として表明されている「人並の生活」を、結果としてかなえる方向の取り組みの必要性が表明された。「電話がもっていないので家にはほしいと思います」という当事者の声が思いの一角として象徴的に述べられている。

以上を総合的に述べるなら、参加者の感想の焦点は、「フォーラムの継続と地域移行プロトコルの確立による偏見意識の克服」を感じたことにあるといえる。

3) 感想の分布

こころの健康フォーラムの感想の全体像を構成する要素ごとに、全感想数における感想の数を比率で示したのが次の表である。(表6-3)

参加者がどの要素を最も感じ取っていたかが、この比率によって推察できる。フォーラムに参加することで、意識変革の広がりや継続への思いが強く意識され、具体的に打つ手としての地域移行プロトコルの確立が明確にイメージされたことがうかがえる。

順位	シンボル	内 容	比率(%)
1	フォーラムがもたらしたもの：意識変革の広がりや継続への思い	フォーラムは、精神障害者の基本的な理解と意欲変革の輪の広がりとなることで今後への希望と期待を互いに抱くことができ、更なる継続を望む声もでてくる。	35.06%
2	具体的な取り組み内容：地域移行プロトコルの確立	精神障害者の住宅確保の難しさが浮かび上がったが、だからこそ可能性に目を向けて地域移行に関わる関係者と当事者の相互理解の場、専門家のサポート体制、地域住民のサポートの方法の情報提供、行政支援と関係者の関わりの強化が必要である。	24.68%
3	取り組みのアプローチ：上下双方向と横の連携	精神障害者の地域移行に向けて、国からのトップダウン方向と地域住民及びボランティアのボトムアップの双方向、ならびに関係セクターの横の連携が必要であり、その思いを新たにしている。	19.48%
4	フォーラムの進行と内容の評価：肯定と否定の両面	フォーラムの進行と内容は、よかったという評価と参加者の立場への配慮不足を指摘する否定的な評価の両面がある。	12.34%
5	現実の課題：偏見意識の改革	「精神障害者」という用語自体も含め偏見意識の改革が最重要課題でそこが出発点だが、一方でその取り組みの難しさも感じた。	7.79%

6	当事者の思いの一角：人並の生活	電話がもっていないので家にほしいと思っています。	0.65%
---	-----------------	--------------------------	-------

表 6-3：こころの健康フォーラムの感想の分布

6-5. 総括研修の参加者の感想の姿

1) 感想の収集

総括研修は2日間にわたって行われた。初日の参加者は、保健師4名、行政担当者2名、医療・福祉関係者10名の合計16名であった。2日目は、保健師4名、行政担当者3名、医療・福祉関係者10名の合計17名であった。感想は2日目の最後に、カードに記入する形で収集した。感想の総数は、43点である。

参加者は総括研修を体験することで、どのような思いを抱き、どのような心の変化が起こったのか、その全体像と感想の分布を解説する。(章末図6-8を参照)

2) 全体像

今回の「研究事業の成果」は、「具体的行動案、情報・知識、人脈の広がり」にある。多くの声を聞き、集約しながら本音レベルで話し合いを進めたことで、お互いに見える形での具体的行動案、情報・知識、人脈の広がり収穫を得た。

これを受け、今後の進め方は次の4つになる。

第1は、「具体的行動案の実行に取り組む」ことである。実行計画が明らかになったことで、当たり前な内容だがいまある資源と人材を活かして果敢に実践行動力を発揮し取り組むことが、地域を革命的に変える道筋ではないかと思う。

第2は、これと相俟つ形で、「皆で話し合いながら取り組む」ことである。医療、保健、福祉の機関の職員、さらには地域も含め、関係者が一堂に会して議論しながら進めることに手応えを感じており、総括研修メンバーだけでなく今後とも関係者にフィードバックしながら皆で話し合って取り組んでいく必要がある。

第3と第4は、これらの取り組みの基盤となる2つの側面からの取り組みである。

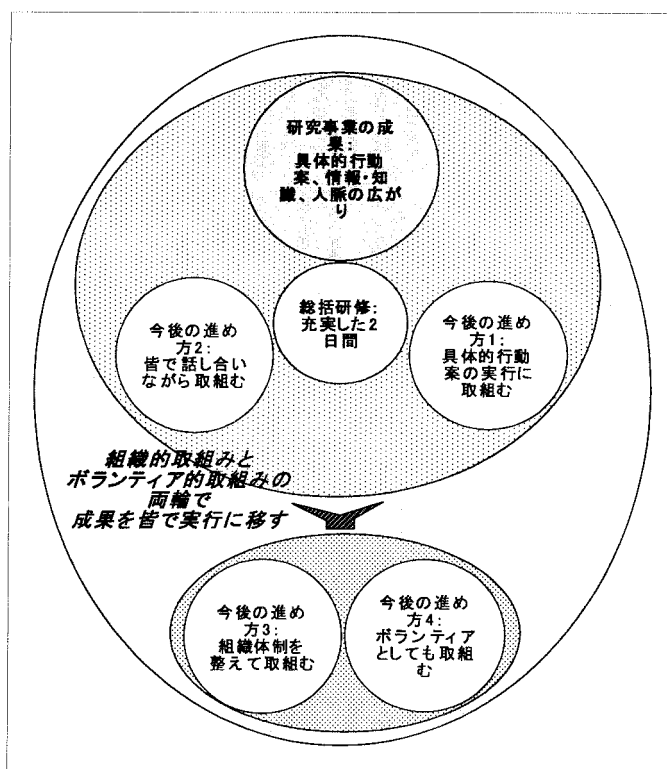


図 6-4：総括研修の感想の全体像のエッセンス図

第3は、一方の側面で、「組織体制を整えて取り組む」ことにある。実行計画は、明確な目的のもと病院内及びプロジェクトチームとしての取り組みの組織体制を整え取り組む必要がある。

第4は、もう一方の側面で、「ボランティアとしても取り組む」ことにある。「それぞれの立場もあり大変では有るが、一般市民としてのボランティア精神も必要と思った。(仕事としてではなく……)」という生の声が表明されている。

これらの感想をもたらした総括研修自体の感想は、「充実した2日間」であったことが語られている。すなわち、「2日間長いようで時間的には短く感じた」という生の声に象徴されている。

総括研修の感想のエッセンスは、「組織的取り組みとボランティア的取り組みの両輪で、成果を皆で実行に移す」ことにあり、そのよう想いを心のなかで抱いたといえよう。

3) 感想の分布

総括研修の感想の全体像を構成する要素ごとに、全感想数における感想の数を比率で示したのが次の表である。(表6-4参照)

参加者がどの要素を最も感じ取っていたかが、この比率によって推察できる。今後の進め方として、みんなで話し合いながら取り組むことの必要性を改めて意識したことがうかがわれる。それは第2位の比率を占める研究成果の手応えがあったからと解釈できる。すなわち、多くの生の声を聞き、集約しながら本音レベルで話し合いを進めたことで、互に見える形での具体的行動案、情報・知識、人脈の広がり of 収穫を得たという思いにある。

このような思いが今後の実行への思いを支えていると解釈できる。

そして、組織体制を整え、具体的な行動案の実行に取り組む意識がほぼ形成されたと推察される。

順位	シンボル	内 容	比率 (%)
1	今後の進め方 2: 皆で話し合いながら取り組む	医療、保健、福祉の機関の職員、更には地域も含めて、関係者が一堂に会して議論しながら進めることに手応えを感じており、総括研修メンバーだけでなく今後とも関係者にフィードバックしながら、皆で話し合って取り組んでいく必要がある。	30.23%
2	研究事業の成果: 具体的行動案、情報・知識、人脈の広がり	今回の研究事業は、多くの生の声を聞き、集約しながら本音レベルで話し合いを進めたことで、互に見える形での具体的行動案、情報・知識、人脈の広がり of 収穫を得た。	23.26%
3	今後の進め方 2: 具体的行動案の実行に取り組む	実行計画が明確になったことで、当たり前な内容だが今ある資源と人事を活かして果敢に実践行動力を発揮し取り組むことが地域と革命的に変える道筋ではないかと思う。	20.93%
3	今後の進め方 3: 組織体制を整えて取り組む	実行計画は、明確な目的のもと病院内及びプロジェクトチームとしての取り組みの組織体制を整え取り組む必要がある。	20.93%
5	今後の進め方 4: ボランティアとしても取り組む	それぞれの立場もあり大変では有るが、一般市民としてのボランティア精神も必要と思った。(仕事としてではなく……)	2.33%

5	総括研修：充実した 2日間	2日間長いようで時間的には短く感じた。	2.33%
---	------------------	---------------------	-------

表 6-4：総括研修の感想の分布

6-6. 感想から浮かび上がる実施に伴う参加者集団の意識の姿と変移

第1回と第2回タウンミーティング、フォーラム（市民発表会）、総括研修の参加者の感想の分布を一覧表にして、参加者集団の意識の姿を比較し変移をみてみよう。

順位	共通要素	第1回タウンミーティング	第2回タウンミーティング	こころの健康フォーラム	総括研修
エッセンス		無力感を自覚しつつも合意形成による協力で打開への希望を抱くに到る	タウンミーティングが推進力となって地域移行の具体的実行に向けて意欲が盛り上がりつつある	フォーラムの継続と地域移行プロトコルの確立による偏見意識の克服	組織的取り組みとボランティア的取り組みの両輪で成果を皆で実行に移す
1	皆での話し合いと協力による継続的取り組み	解決への希望：明確化した問題を協力の力で打開へ (29.33%)	タウンミーティングを推進力に (45.83%)	フォーラムがもたらしたもの：意識変革の広がり継続への思い (35.06%)	今後の進め方2：皆で話し合いながら取り組む (30.23%)
2	地域移行・受け入れシステムと態勢作り	共生への取り組み：地域の力を育む (27.33%)	意識の変革を (23.6%)	具体的な取り組み内容：地域移行プロトコルの確立 (24.68%)	研究事業の成果：具体的行動案、情報・知識、人脈の広がり (23.26%)
3	偏見意識の変革の難しさ必要性の自覚	共生への出発点：現状把握と共有を (22%)	受け入れ態勢を作る (18.75%)	取り組みのアプローチ：上下双方向と横の連携 (19.48%)	今後の進め方1：具体的行動案の実行に取り組む (20.93%)
4	関係者の理解・共有化と連携・取り組み体制作り	方法の力：合意の形成 (17.33%)	関係者の理解と連携を (9.72%)	フォーラムの進行と内容の評価：肯定と否定の両面 (12.34%)	今後の進め方3：組織体制を整えて取り組む (20.93%)
5	実行への決意	無力感：自分には何もできない (4%)	地域の活性化 (1.39%)	現実の難題：偏見意識の改革 (7.79%)	今後の進め方4：ボランティアとしても取り組む (2.33%)
6	当事者の生活への思い		集える場 (0.69%)	当事者の思いの一角：人並の生活 (0.65%)	総括研修：充実した2日間 (2.33%)

表 6-5：4回の会合の感想の分布の比較表

それぞれのエッセンスをストーリーにして綴ってみると、次のように意識の変移が浮かび上がる。

第1回は、「無力感を自覚しつつも合意形成による協力で打開への希望を抱くに到（る）」っている。そして第2回の解決案を討議することで、「タウンミーティングが推進力となって地域移行の具体的実行に向けて意欲が盛り上がりつつある」。このような盛り上がりを受け止め、フォーラム（市民発表会）の開催によって「フォーラムの継続と地域移行プロトコルの確立による偏見意識の克服」への思いが醸成された。

このような取り組みを総括研修で振り返り、次年度にむけての克服策を検討することで、「組織的な取り組みとボランティア的取り組みの両輪で成果を皆で実行に移す」決意が抱かれに至っている。

参加者集団のこのような意識の変移の全体像を構成する4回の共通要素についてみると、次のような4つの要素がみてとれる。

- (1) 皆での話し合いと協力による継続的な取り組み
- (2) 地域移行・受け入れシステムと体制作り
- (3) 偏見意識の変革の難しさと必要性の自覚
- (4) 関係者の理解・共有と連携・取組み体制作り

(1) の「皆での話し合いと協力による継続的な取り組み」は、4回を通して分布比率の第1位を占めており、その重要性和可能性を感じ取っていたといえる。解釈になるが、第1回の第4位の比率を占める「方法の力：合意形成」からうかがえるように、今回のタウンミーティング方式によって皆で話し合い協力することが可能だということを体験的に知ったことが背景にあるのではないかと推察される。

(2) の「地域移行・受け入れシステムと体制作り」は、4回を通して分布比率のほぼ第2位を占めている。総括研修はこの要素を少しはみ出す部分もあるが、地域移行・受け入れの実質的な取組内容とそのための知識・情報、人脈と見ることもできる。いずれにしても4回を通して地域移行・受け入れの具体的方策が常に意識されていたといえる。しかも解を追うごとに具体的な取組内容へと変化していることがうかがえる。

(3) の「偏見意識の変革の難しさと必要性の自覚」は、3回まで感想に表れているが4回目には見られないのが特徴であり、比率の第3位を占めているとみなすことができる。無力感や難題の意識が伴いながらも変革への思いの比率が高くなり、第3回目では意識変革の広がりを感じるまでに至っていることがうかがえる。

(4) の「関係者の理解・共有と連携・取組み体制作り」は、4位の位置に表示されているが上記と同率の3位に位置していると見ることができる。4回を通して意識されており、解を追うごとに連携・取組み体制のイメージが明確に意識されるようになっているのが特徴的である。

このように共通要素とその変移をみてみると、回を追うごとに具体化のイメージが明確に意識されるようになっていることがうかがえる。その結果、総括研修の第3位に表示されている「具体的行動案の実行に取り組む」という共通要素欄の「実行への決意」が抱かれるにいたったと推察される。それは、(3) の「偏見意識の変革の難しさと必要性の自覚」にとって代わって表れたと見することもできる。

「実行への決意」が感想での大きな比率を占め、出現したということは、参加者集団の内発的な力が点火した証拠であり、参加者集団が命ある個体として「生き物」化したとみ

なすことができると解釈している。

次年度は、地域移行の取り組みの推進母体として生き物化した参加者集団の成長・拡大を促進していくことが、生命論的組織・運動論の角度からは課題となるといえよう。

なお、フォーラムでごくわずかだが「当事者の生活への思い」が顔を出し始めている。これをどのように位置づけ、取り組むかも重要な課題となる。

7. まとめ

本調査研究は、タウンミーティング2回（問題意識の明確化と解決策の立案）と市民発表会（宇和島地区こころの健康フォーラム）、総括研修の4回の社会的な働きかけの事業を実施した。これにより、市民自らが考え、問題の所在・本質を明らかにしながら、市民自らそれを克服する方法の手法の開発に取り組んだ。

問題の所在・本質は、第1回タウンミーティングの共通要素から、次のような事柄に整理できる。

- (1) 地域で支える体制の未整備
- (2) 居住確保と生活環境の未整備
- (3) 相談できる体制の未整備
- (4) 地域住民並びに社会の偏見の存在
- (5) 当事者の長期入院と家族の高齢化

これらの問題を克服する方法は、第2回タウンミーティングの共通要素から、次のような事柄に整理できる。

- (1) 正しい理解の促進（教育・啓蒙）
- (2) 地域での知り合う場づくり
- (3) 当事者・家族・住民の相談支援体制づくり
- (4) 専門家と関係機関の充実とネットワークづくり
- (5) サポートの人とネットワークづくり

このようなタウンミーティングの取り組みと得られた問題の所在・本質並びに克服方法を、こころの健康フォーラムで市民発表した結果、参加者から次のような感想と反響をうることができた。この取り組みは、克服方法の（1）の「正しい理解の促進（教育・啓蒙）」の実践でもある。

- (1) 意識変革の広がりと継続への思いの表明
- (2) 具体的な取り組み内容：地域移行プロトコルの確立の必要性
- (3) 取り組みのアプローチ：上下双方向と横の連携の必要性
- (4) 現実の難題：偏見意識の改革の必要性

これら3回の取り組みとそこでの感想と反響を踏まえ、地域移行を推進する関係者で総括研修を行った。3回の取り組みを通して得られた反省と成果（学びも含め）は、次のよ

うに整理できる。

- (1) 成果：多様な市民の意見の共有と意識変革の第一歩
- (2) 反省：精神障害者と直接関わる場の不足
- (3) 反省：相談窓口の存在のPR不足
- (4) 学び：一般市民を巻き込むことの重要性
- (5) 資源：援軍となりうるボランティアの存在

反省と総括を踏まえ、地域移行を推進する立場から次年度以降の実行の克服策として次の事項が協議され、関係機関への提言策として整理された。

第1弾の着手事項は、次のようである。

- (1) タウンミーティングのプロジェクトチームの立ち上げ
- (2) ボランティアの組織的育成
- (3) 相談窓口の充実と地域に入り込んでのPR強化

第2弾の着手事項は、次のようである。

- (1) 地域へのタウンミーティング結果のフィードバック
- (2) 媒体を使ったタウンミーティングの広報の強化

その上で、第3弾としての着手事項は、次のようである。

- (1) 出前教育と職場体験による福祉学習の推進
- (2) タウンミーティングの継続と小地域単位への拡大
- (3) 立ち上がり始めた医療・保健・福祉の連携の継続的取り組み
- (4) 障害者の地域行事への参加による地域住民の巻き込み
- (5) 地域連携支援事業の推進

総括研修での感想から明らかになってきたことは、推進集団（参加者集団の中核）が実行への決意を醸成し、内発的に動きだし始めたことである。今後は推進集団がそれぞれの関係機関にこれらの克服策を提言し、次年度以降の取り組みをはかっていくことが今後の課題となる。

なお、本調査研究で実施した「タウンミーティング方式」も地域移行の問題の克服方法として有効であることも明らかになった。

併せて、仮説的ではあるが、生命論的組織・運動論の角度からは、参加者集団が命ある

個体として「生き物」化したとみることができる。生き物化した参加者集団の成長・拡大を促進するためには、感想の収集とフィードバックの継続的实施も地域移行の問題の克服方法の重要な取り組み策となる。

以上が、本調査研究事業で明らかになった成果であると同時に次年度以降の取り組み課題である。

図3-1: 吉田地区問題意識地図

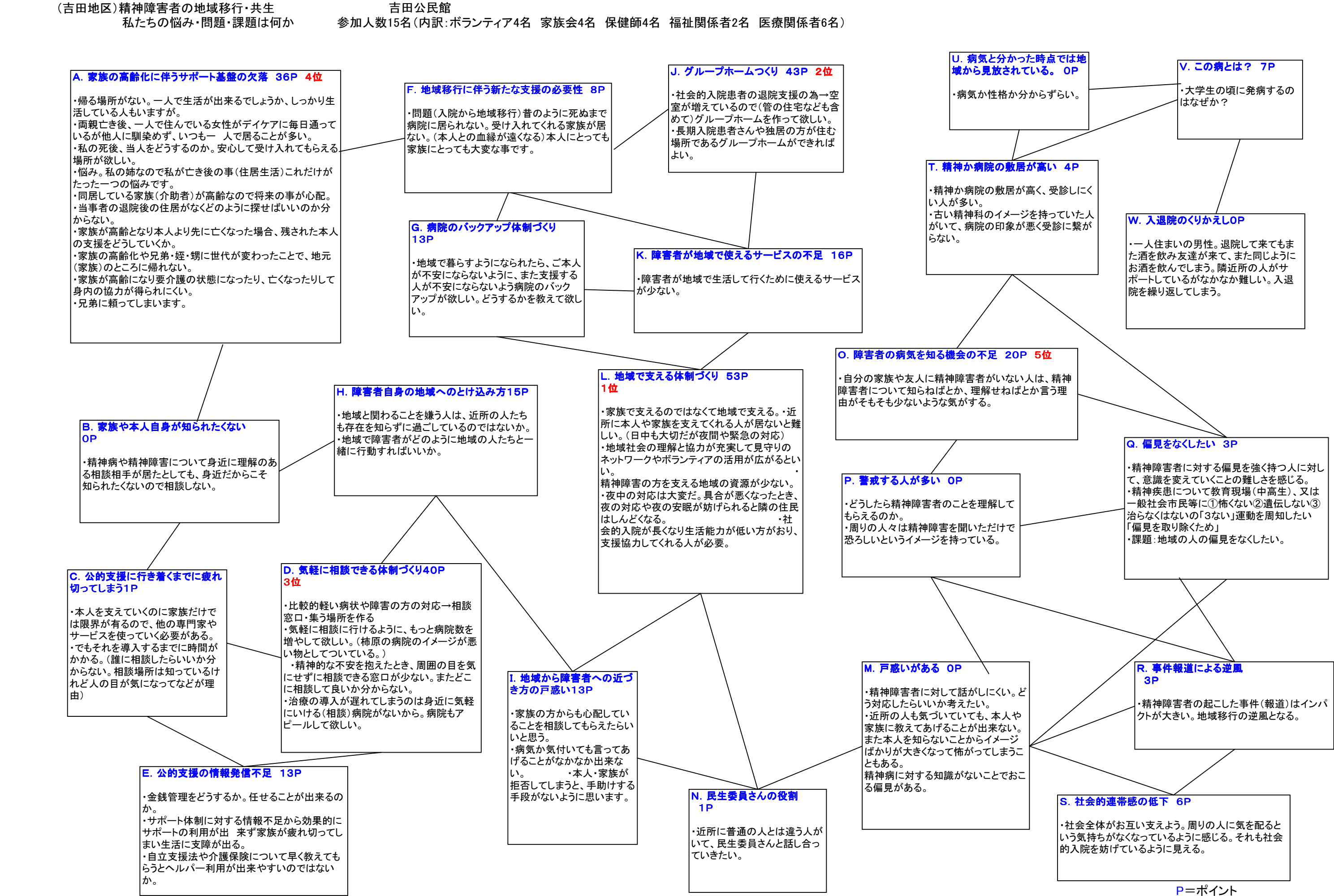
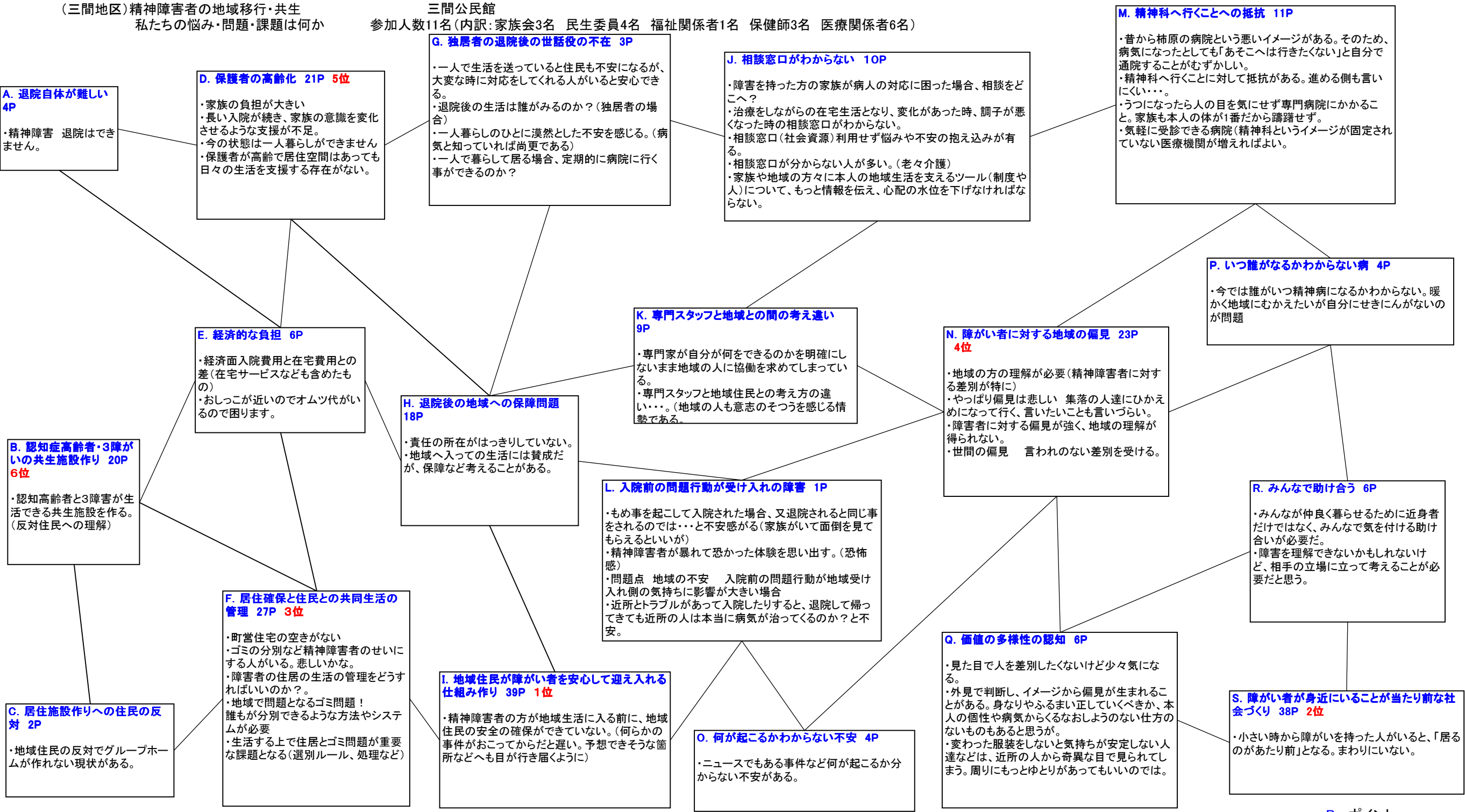


図3-2: 三間地区問題意識地図



P=ポイント

図3-3: 旧宇和島地区問題意識地図

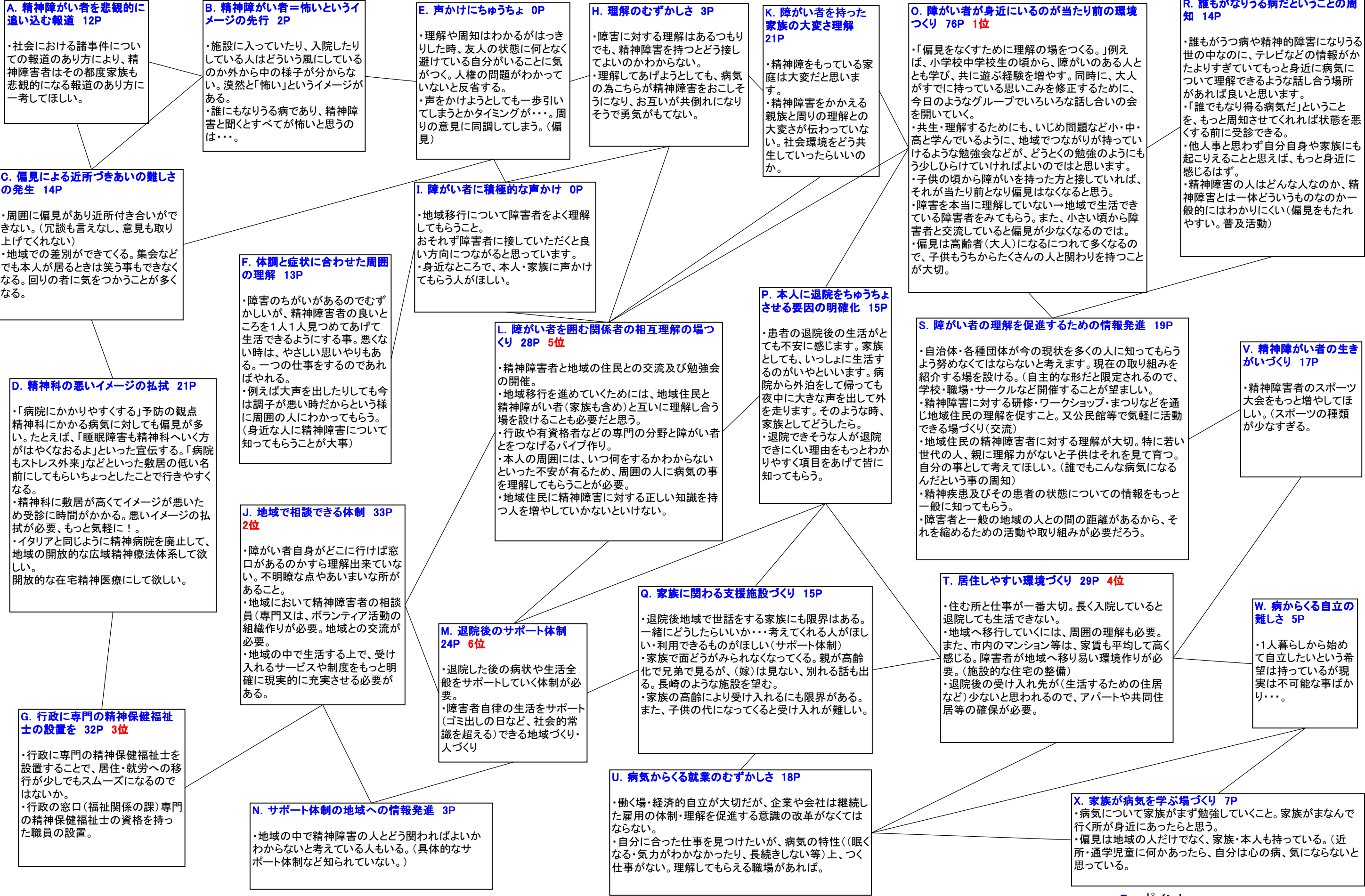
(旧宇和島地区)精神障害者の地域移行・共生

ホテルクレメント

私たちの悩み・問題・課題は何か

参加人数28名(内訳:一般市民8名 当事者2名 家族会4名 民生委員2名 福祉関係者3名 保健師3名

行政担当者3名 医療関係者8名)

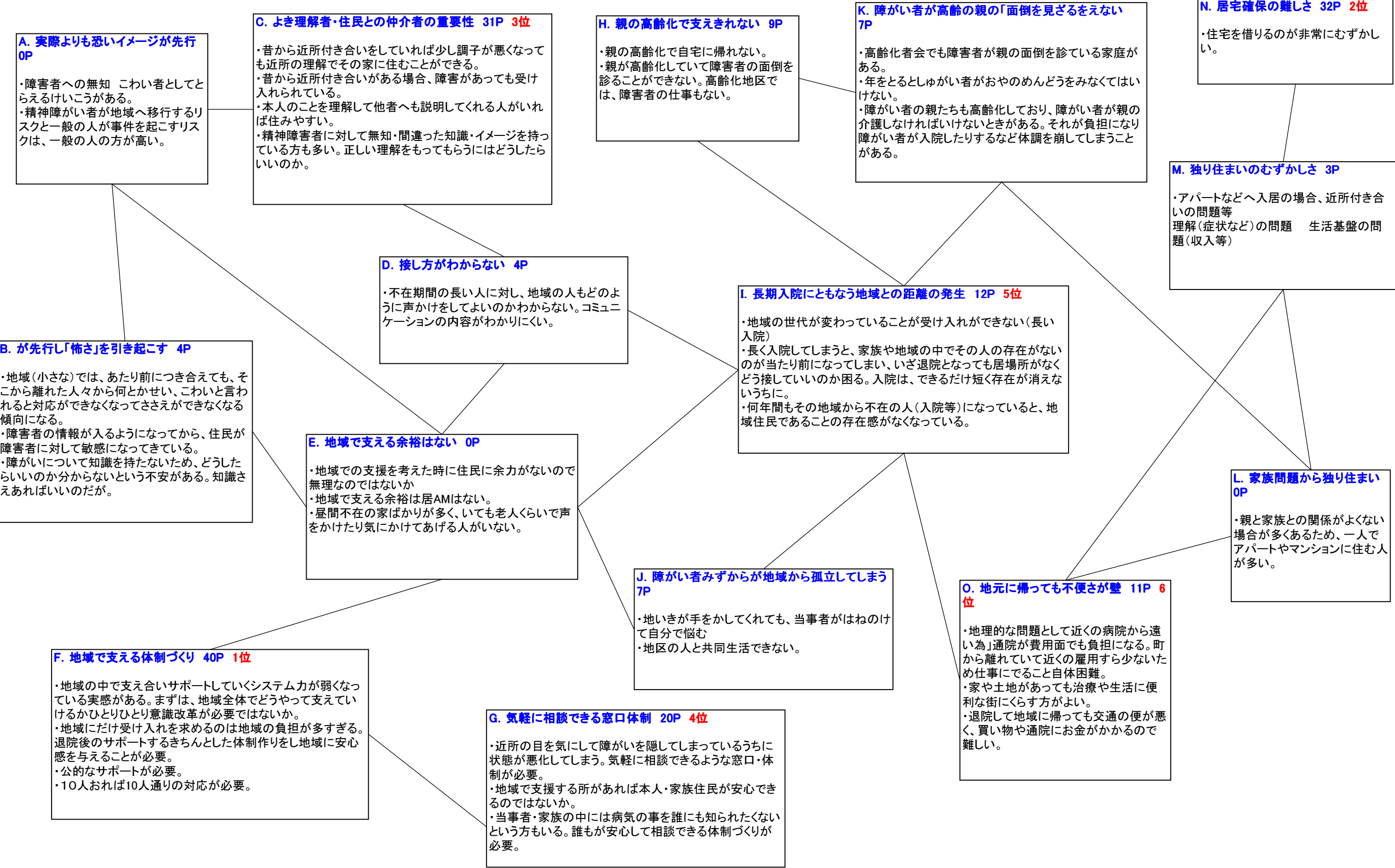


P=ポイント

図3-4: 津島地区問題意識地図

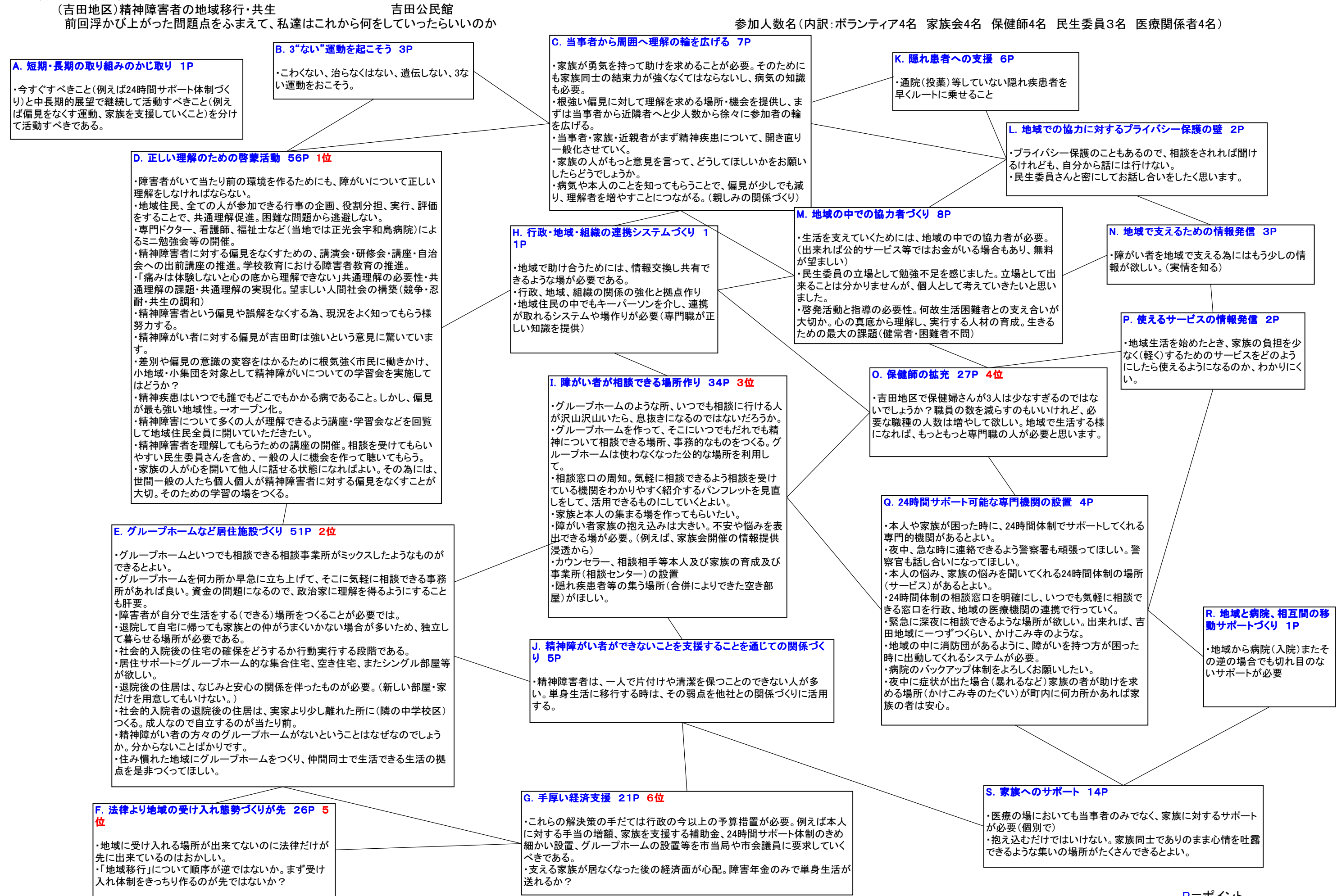
(津島地区)精神障害者の地域移行・共生
私たちの悩み・問題・課題は何か

岩松公民館
参加人数8名(内訳:当事者1名 民生員3名 福祉関係者1名 保健師2名 医療関係者4名)



P=ポイント

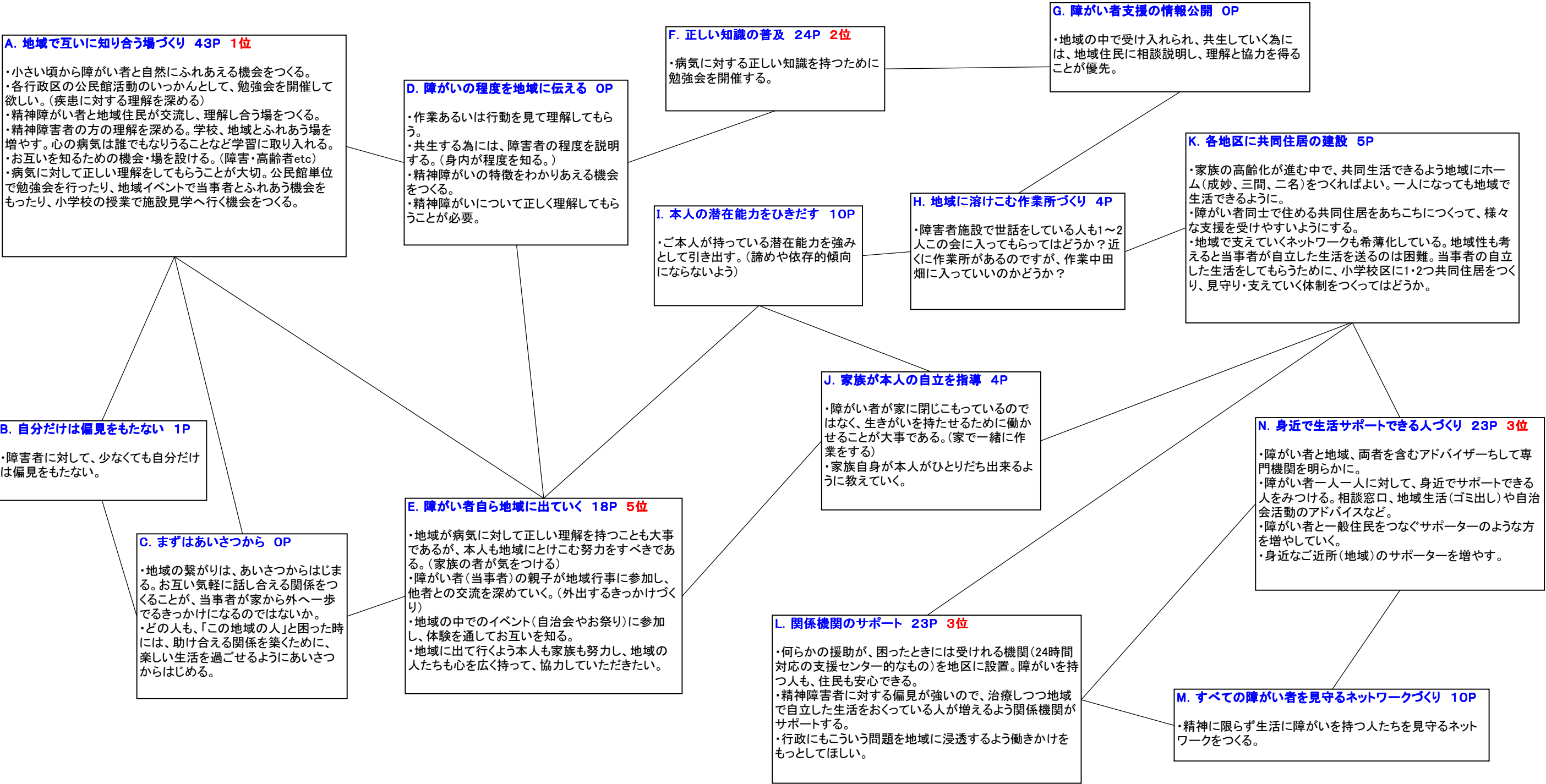
図4-1: 吉田地区解決策地図



P=ポイント

図4-2: 三間地区解決策地図
(三間地区)精神障害者の地域移行・共生
三間公民館
前回浮かび上がった問題点をふまえ、私達はこれから、何をしていったらよいか

参加人数名(内訳:家族会1名 民生委員3名 保健師3名 医療関係者5名)



P=ポイント

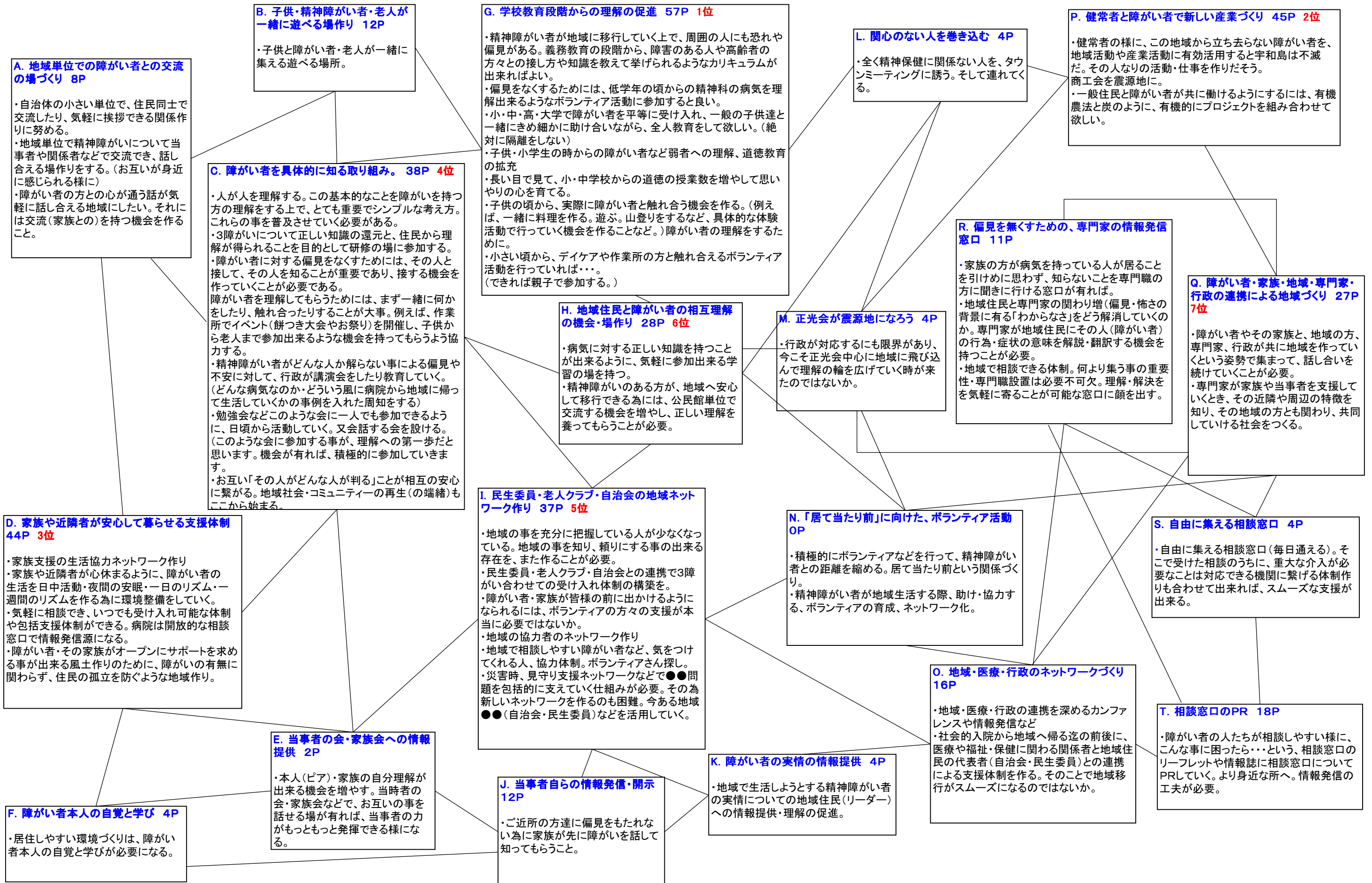
図4-3: 旧宇和島地区解決策地図

(旧宇和島地区)精神障害者の地域移行・共生

前回浮かび上がった問題点をふまえ、私達はこれから、何をしたいだろうか

ホテルクレメント

参加人数名(内訳:一般市民3名 当事者2名 家族会3名 福祉関係者3名 保健師2名 行政担当者2名 医療関係者8名)



P=ポイント

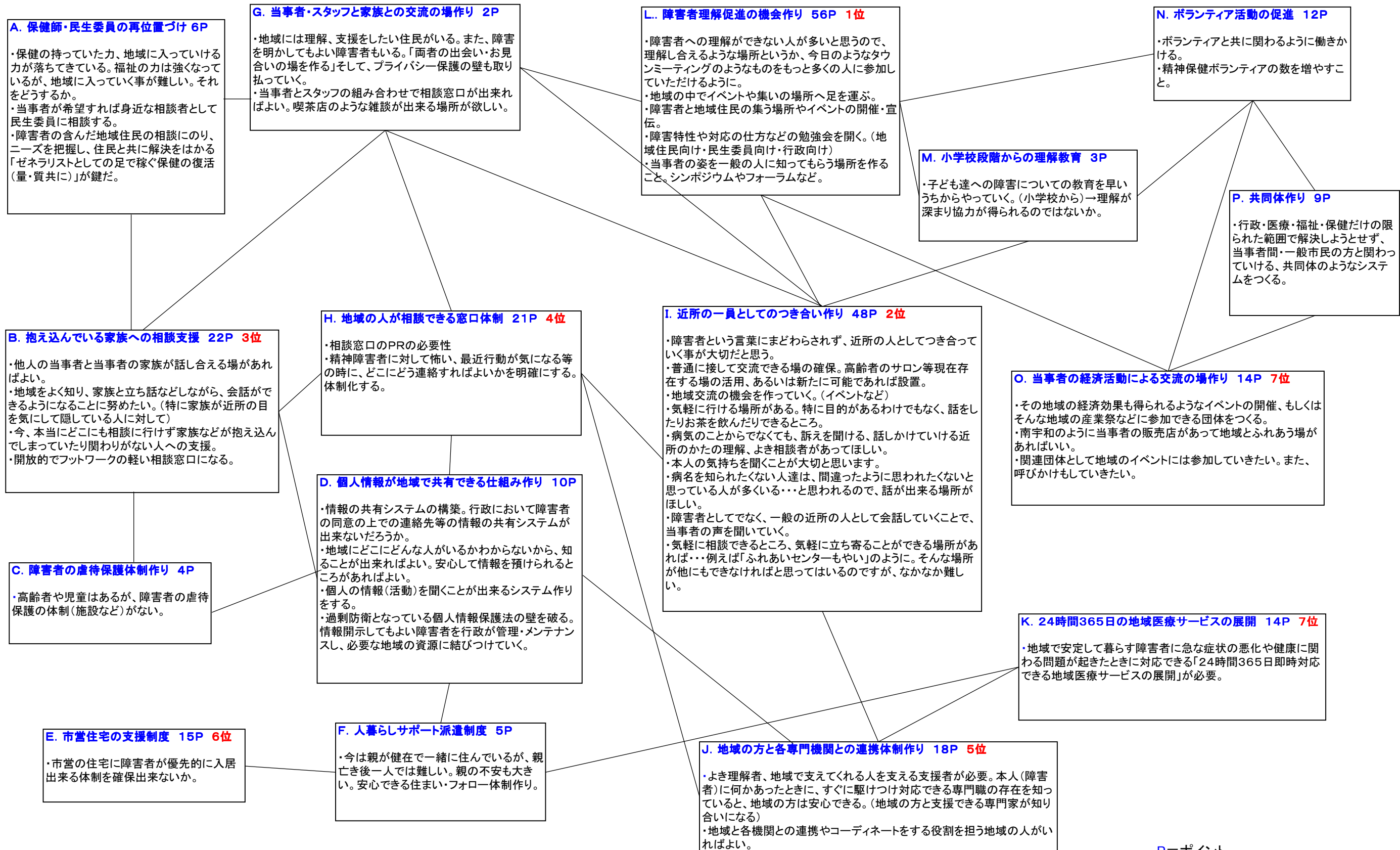
図4-4：津島地区解決策地図

(津島地区)精神障害者の地域移行・共生

岩松公民館

参加人数名(内訳:当事者1名 民生委員5名 福祉関係者3名 保健師3名 医療関係者4名)

前回浮かび上がった問題点をふまえ、私達はこれから、何をしたいらよいか



P=ポイント

IV. 在宅障害者の地域移行クリティカルパス作成基礎調査

1. 調査の目的

本調査は、障害者の地域移行・定住・共生にあたり3障害で利用できる共通資源や3障害に共通なニーズを明確化し、地域の障害者の実態が反映されるように、宇和島市が平成20年度に策定する第2期障害福祉計画に提言することを目的としている。

2. 対象と方法

宇和島市の障害者手帳（身体・知的・精神）保有者5,882名に対し「障がい者の地域移行の実態及び課題」の調査協力を依頼。協力を得られたのは、1,222名である。1,222名に対し、平成20年11月より平成21年3月の間に訪問調査を実施した。

また、障害者手帳を持たない発達障害者に関しても、市内の児童デイサービス施設の協力を得て、本人と保護者の同意に基づいて調査をしている。

また、今回の訪問希望者は非常に多数に渡ったため、この報告では訪問対象者から電話で確認を行い、平成21年12月17日までに訪問希望を得られた213名について分析した。なお、身体障害者の割合は障害部位ごとの加重平均による調整を施して算出した。

今回は財団法人正光会を実施主体とし、宇和島市および、身体・知的・精神障害者の関係者30余団体で構成される「地域福祉ネットワークの会」が協働したうえで実施している。

訪問面接票は平成17年度に地域福祉ネットワークの会で行われたKJ法「宇和島圏域地域福祉の現状と課題を探る」より着想を得て作成されており、以下のような項目で作成されている。

- 1) 不安、悩みについて
- 2) 健康面について
- 3) ADLについて
- 4) 普段の生活について
- 5) 日中いる場所（福祉的就労含む）について
- 6) 外出について
- 7) 情報や相談の窓口について
- 8) 経済、住環境について
- 9) 地域内での専門サービスの提供
- 10) 就労場所と就労支援
- 11) あなたのくらししている「まち」について
- 12) ご家族、介助者の方へ

13) 障害特性別の問題

14) フェイスシート

本調査では地域福祉ネットワークの会より各障害に関して一定の知識や経験があるとして推薦された、20名程度の者を調査員として、1回30～60分程度の時間をかけて聞き取りをしている。なお調査員の訪問前に、訪問面接票を訪問対象者の自宅に郵送し、各自の分かる範囲での記入をお願いしている。

調査員には調査開始前に、調査方法や個人情報に関するレクチャーを実施。個人情報漏えい防止のため、調査員に指導を行った。

3. 結果

1) 基本属性

(1) 被面接者

調査回答者は81.3%と8割台が「本人」が回答しており、続いて「子」4.7%、その他家族、施設職員が3.7%となっている。

(2) 性別

性別ごとに回答者を見ると、男性が124人（57.9%）、女性が88人（41.1%）となっている。

(3) 年齢

年齢別にみると、「7歳未満」が5人（2.3%）、「7～17歳」が1人（0.5%）、「18～39歳」が9人（4.2%）、「40～64歳」が（38.8%）、「65歳以上」が114人（53.3%）、不明が2人となっている。

(4) 身体障害者手帳の等級

身体障害者手帳の等級と障害部位の割合をみると、「4級」が最も高い30.7%であり、続いて「1級」が28.3%、「5級」が13.4%となっている。

障害部位ごとに最も多い等級をみると、視覚障害は「1級」、聴覚障害は回答者全てが「2級」、言語・音声機能障害も回答者は「4級」のみである。肢体不自由は「4級」、内部障害は「1級」となっている。

表1 身体障害者手帳の等級×障がい部位

	1	2	3	4	5	6	n
全体	28.3	11.0	11.8	30.7	13.4	4.7	127
加重平均	22.4	13.1	10.5	33.4	14.9	5.7	100.0
視覚障害	47.1	29.4	5.9	0	17.6	0	17
聴覚障害	0	100.0	0	0	0	0	6
言語機能障害	0	0	0	100.0	0	0	2
肢体不自由	5.2	5.2	6.9	48.3	24.1	10.3	58
内部障害	56.8	0	22.7	20.5	0	0	44

(5)療育手帳の等級

療育手帳の等級は「A」が47.8%、「B」が52.2%となっている。

(6)精神保健福祉手帳の等級

精神保健福祉手帳の等級は「1級」が8.0%、「2級」が72.0%、「3級」が20.0%である。

2) 各項目の結果

(1) 不安、悩みについて

障害がもとで解決の方法が見つからない不安・悩みについて各障害別に回答の多い順番に並べた。結果は下記のとおりである。

身体・知的・精神の障害いずれにおいても、「病気になったとき」の不安が一番大きいと答えている。また、「行く場所がない」、「友達がいない」など社会との接点がすくないことを悩みに挙げている回答者がそれぞれ多い。

[1] 身体障害

	身体	%
1	病気になったとき	22.0
2	日常生活に不便がある	14.2
3	字が読めない	7.1
	歩くのがしんどくて一人歩きできない	7.1
5	行く場所がない	6.3

【1】 視覚障害

	視覚	%
1	字が読めない	29.4
	日常生活に不便がある	29.4
3	助けを求める方法がわからない	11.8
	就職先がない	11.8
	歩くのがしんどくて一人歩きできない	11.8

【2】 聴覚障害

	聴覚	%
1	字が読めない	33.3
2	連絡が取れない	16.7
	病気になったとき	16.7
	介助者がいない	16.7
	友達がいない	16.7
	相談相手がいらない	16.7
	ひきこもりになっている	16.7
	近所の人とうまく付き合えない	16.7

	近所の人に相手にされない	16.7
	行く場所がない	16.7

【3】言語・音声機能障害

	言語	%
1	日常生活に不便がある	100.0
2	連絡がとれない	50.0
	行く場所がない	50.0
	情報について	50.0

【4】肢体不自由

	肢体	%
1	病気になったとき	27.6
2	日常生活に不便がある	12.1
3	歩くのがしんどくて一人歩きできない	8.6
4	助けを求める人がいない	6.9
5	介助者がいない	5.2
	近所の人とうまく付き合えない	5.2
	行く場所がない	5.2

【5】内部障害

	内部	%
1	病気になったとき	22.7
2	日常生活に不便がある	9.1
3	異常の早期発見が遅れる	6.8
4	余裕がない	4.5
	助けを求める方法がわからない	4.5
	行く場所がない	4.5
	歩くのがしんどくて一人歩きできない	4.5
	夜眠れない	4.5

[2]知的障害

	知的	%
1	病気になったとき	15.2
2	字が読めない	10.9

3	友達がいない	8.7
4	近所の人とうまく付き合えない	6.5
5	収入が少ない	4.3
	連絡が取れない	4.3
	異常の早期発見が遅れる	4.3
	行く場所がない	4.3
	親亡き後の生活が心配	4.3
	老後に生き場所がない	4.3
	歩くのがしんどくて一人歩きできない	4.3

[3]精神障害

	精神	%
1	病気になったとき	30.0
2	ひきこもりになっている	14.0
	行く場所がない	14.0
4	収入が少ない	12.0
	余裕がない	12.0
	就職できない	12.0
	近所の人とうまく付き合えない	12.0

[4]発達障害

	発達障害	%
1	助けを求める方法がわからない	33.3
	連絡が取れない	33.3
	進学できない	33.3
	希望の学校に行けない	33.3
	友達がいない	33.3
	行く場所がない	33.3
	結婚相手がいない	33.3
	子供の教育ができるか不安	33.3

(2) ADL (日常生活動作)について

この項はADLについての質問である。多くの質問が成人（少なくとも高校生程度）並みのADLを基準にしている質問であるため、回答者がすべて小学生以下である発達障害者は、回答から除外されている。

[1]お金の管理

身体障害者は「一人でできる」と答えたものが69.7%と一番多い。続いて「困難」が20.5%である。障害部位ごとにみても、ほぼ同じ結果であるが、言語機能障害では、介助者の援助が必要であると答えている。

知的障害者は、「困難」と答えたものが75.6%となっている。続いて「一人でできる」が22.0%である。

精神障害者は「一人でできる」と答えたものが66.0%であり、続いて「困難」が18.0%である。

表2-2-1 お金の管理は自分でできますか

	困難	介助者に手 伝ってもらえ れば自分ででき	一人でできる	わからない	n
身体障害者	20.5	8.7	69.7	1.2	123
知的障害者	75.6	0.0	22.0	2.4	41
精神障害者	18.0	12.0	66.0	2.0	50
身体の内訳					
視覚障害	12.5	12.5	68.8	6.3	16
聴覚障害	33.3	16.7	50.0	0.0	6
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	24.6	7.0	68.4	0.0	57
内部障害	11.9	4.8	81.0	2.4	42

[2]日用品の買い物

身体障害者は、「一人でできる」と答えたものが58.1%、次いで「介助者に手伝ってもらえれば自分でできる」が21.2%である。障害部位ごとにみると、視覚障害は「一人でできる」が37.5%、「介助者に手伝ってもらえれば自分でできる」が31.3%となっている。聴覚障害は「介助者に手伝ってもらえれば自分でできる」が50.0%、「困難」が33.3%。言語機能障害は、「介助者に手伝ってもらえれば自分でできる」が100%、肢体不自由は「一人でできる」が60.7%、「困難」、「介助者に手伝ってもらえれば自分でできる」が同じく19.6%。内部障害は「一人でできる」が73.8%、「困難」が14.3%である。この質問では障害部位によって違いがある程度明確に出ている。

知的障害者は、「困難」、「介助者に手伝ってもらえれば自分でできる」が同じく37.2%。

精神障害者は「一人でできる」が81.3%と8割以上、次いで「介助者に手伝ってもらえれば自分でできる」が10.3%である。

表2-2-2 日用品の買い物は自分でできますか

	困難	介助者に手 伝ってもらえれ ば自分ででき	一人でできる	わからない	n
身体障害者	19.5	21.2	58.1	1.2	122
知的障害者	37.2	37.2	23.3	2.3	43
精神障害者	6.3	10.4	81.3	2.1	48
身体の内訳					
視覚障害	25.0	31.3	37.5	6.3	16
聴覚障害	33.3	50.0	16.7	0.0	6
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	19.6	19.6	60.7	0.0	56
内部障害	14.3	9.5	73.8	2.4	42

(3) 普段の生活について

[1] 友人や近所の方とおつきあいをしていますか

身体障害者では、「ほとんど毎日」が36.7%と一番多い。

知的障害者でも、「ほとんど毎日」が53.5%一番多くなっている。回答者の多くが、地域活動支援センターなどの日中活動の場を持っているか、施設に入所しているため、このような答えになっているようである。

精神障害者は「月に1回ぐらい」が35.6%となっており、対人交流が少ない答えとなっている。

発達障害者では、「ほとんど毎日」、「週に3～4回ぐらい」、「月に3～4回ぐらい」がそれぞれ33.3%である。

表2-3-1 友人や近所の方とおつきあいをしていますか

	ほとんど毎日	週に3～4回ぐ らい	月に3～4回ぐ らい	月に1回ぐら い	n
身体障害者	36.7	22.9	14.9	24.9	116
知的障害者	53.5	11.6	7.0	27.9	43
精神障害者	33.3	24.4	6.7	35.6	45
身体の内訳					
視覚障害	37.5	25.0	31.3	6.3	16
聴覚障害	40.0	20.0	0.0	40.0	5
言語機能障害	0.0	50.0	0.0	50.0	2
肢体不自由	37.7	22.6	17.0	22.6	53
内部障害	35.0	22.5	10.0	32.5	40
発達障害者	33.3	33.3	33.3	0.0	3

[2] 去年と比べて「変わらず元気である」と思いますか

身体障害者全体でみると、「はい」が36.6%、次に「どちらともいえない」が33.7%、「いいえ」が27.2%となっているが、どの回答も大きな差はなく、障害部位では聴覚障害の「はい」が50.0%と多いのが目立つくらいである。

知的障害者では「はい」が53.3%と「いいえ」の11.1%を大きく上回っている。

精神障害者では、「はい」が一番多く34.0%、次いで「どちらともいえない」が32.0%、「いいえ」が20.0%であり、となっており、去年に比べて元気ある人が多いようである。

発達障害者では「はい」が100%であり、年齢層が低いことも影響しているようである。

表2-3-2 去年と比べて「変わらず元気である」と思いますか

	はい	いいえ	どちらともい えない	わからない	n
身体障害者	36.6	27.2	33.7	2.5	126
知的障害者	53.3	11.1	24.4	11.1	45
精神障害者	34.0	20.0	32.0	14.0	50
身体の内訳					
視覚障害	35.3	23.5	41.2	0.0	17
聴覚障害	50.0	16.7	16.7	16.7	6
言語機能障害	50.0	0.0	50.0	0.0	2
肢体不自由	34.5	32.8	32.5	0.0	58
内部障害	37.2	20.9	37.2	4.7	43
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	3

[3]全体として、あなたの今の生活は幸せだと思いますか

身体障害者、知的障害者、精神障害者のいずれも5割近くが、「はい」と回答している。

また、知的障害者は「わからない」が28.9%あり、質問がやや抽象的なところから回答に難しさを感じたものも多いようである。

表2-3-3 全体として、あなたの今の生活は幸せだと思いますか

	はい	いいえ	どちらともい えない	わからない	n
身体障害者	47.8	10.4	35.0	6.9	126
知的障害者	51.1	2.2	17.8	28.9	45
精神障害者	46.0	22.0	28.0	4.0	50
身体の内訳					
視覚障害	29.4	5.9	58.8	5.9	17
聴覚障害	33.3	16.7	33.3	16.7	6
言語機能障害	50.0	0.0	50.0	0.0	2
肢体不自由	46.6	12.1	34.5	6.9	58
内部障害	60.5	7.0	27.9	4.7	43
発達障害者	33.3	0.0	33.3	33.3	3

(4) 日中いる場所（福祉的就労含む）について

下記の表では回答数の多い順番ごとに1位から3位までならんでいる。

身体障害者では、1位「自宅」、2位「入所施設」、3位「病院」となっている。障害部位でみると、1位が「自宅」であることはすべて共通であるが、2位以下がそれぞれ異なっている。視覚障害では2位が「就労」、3位が「散歩」。聴覚障害では2位「入所施設」、3位「スーパー・お店」。言語機能障害では2位「作業所」。肢体不自由は2位「入所施設」、3位「病院」。内部障害では2位が「スーパー・お店」、3位が「就労」「病院」である。

知的障害者は1位「入所施設」、2位「自宅」、3位が「(児童) デイサービス」である。

精神障害者は1位「自宅」、2位「デイケア」、3位「入所施設」である。

発達障害者は1位「自宅」「保育園・幼稚園」、2位「(児童) デイサービス」「学校」となっている。

表2-4 日中どのような場所で過ごしていますか。ご自由にお答えください。

	1	2	3
身体障害者	自宅	入所施設	病院
知的障害者	入所施設	自宅	(児童) デイサービス
精神障害者	自宅	デイケア	入所施設
身体の内訳			
視覚障害	自宅	就労	散歩(神社・寺・公園など)
聴覚障害	自宅	入所施設	スーパー・お店
言語機能障害	自宅	作業所	
肢体不自由	自宅	入所施設	病院
内部障害	自宅	スーパー・お店	就労/病院
発達障害者	自宅/保育園・幼稚園	(児童) デイサービス/学校	

(5) 外出について

[1] どれくらい外出しますか

身体障害者は「ほぼ毎日」が一番多く29.0%、次いで「週3日程度」が23.1%、「滅多に外出はしない」が22.8%である。障害部位ごとに一番多い回答をみると、視覚障害は「週3日程度」、聴覚障害は「滅多に外出はしない」、言語機能障害は「ほぼ毎日」、肢体不自由は「滅多に外出はしない」、内部障害は「ほぼ毎日」である。外出頻度に関しては、障害部位によって大きく異なる結果となった。

知的障害者は「滅多に外出はしない」が32.6%が一番多い、続いて「月1～2回程度」が28.3%、「ほぼ毎日」が26.1%である。1～2位と3位が正反対の回答となっているが、知的障害者の回答者の多くが前述のとおり、施設入所者であり、それ以外は地域活動支援センター、就労継続支援B型等の日中活動の場を利用していることが理由に挙げられる。

精神障害者は一番多いのが「ほぼ毎日」であり46.0%、次に「月1～2回程度」20.0%、「滅多に外出はしない」が14.0%である。DCや地域活動支援センターなどを利用しているものが多いことが理由であろう。

発達障害者は「ほぼ毎日」が100.0%である。すべての回答者が小学校、保育園など教育機関に通学しているためである。

表2-5-1 どれくらい外出しますか

	ほぼ毎日	週3日程度	週1日程度	月1～2回程度	滅多に外出はしない	できない	n
身体障害者	29.0	23.1	13.2	9.1	22.8	2.8	125
知的障害者	26.1	6.5	4.3	28.3	32.6	2.2	46
精神障害者	46.0	8.0	12.0	20.0	14.0	0.0	50
身体の内訳							
視覚障害	29.4	41.2	11.8	5.9	5.9	5.9	17
聴覚障害	16.7	0.0	16.7	16.7	50.0	0.0	6
言語機能障害	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	22.4	22.4	13.8	8.6	31.0	1.7	58
内部障害	42.9	26.2	11.9	9.5	4.8	4.8	42
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3

[2] 外出の時介助者が必要ですか

身体障害者は、1位が「不要」48.8%、2位が「必要」27.3%、3位が「行き先によって必要」23.9%となっている。障害部位ごとに1位を見ていくと、視覚障害は「必要」が47.1%。聴覚障害は「必要」「不要」「行き先によって必要」がそれぞれ33.3%と等しい。言語機能障害は「必要」「行き先によって必要」がそれぞれ半々で50.0%。肢体不自由は「不要」が44.8%。内部障害は「不要」が69.8%である。

知的障害者は1位が「必要」63.0%、2位が「行き先によって必要」19.6%、3位が「不要」17.4%。

精神障害者は1位が「不要」66.0%、2位が「必要」18.0%、3位が「行き先によって必要」16.0%である。

表2-5-2 外出の時介助者が必要ですか

	必要	行き先によって必要	不要	n
身体障害者	27.3	23.9	48.8	126
知的障害者	63.0	19.6	17.4	46
精神障害者	18.0	16.0	66.0	50
身体の内訳				
視覚障害	47.1	23.5	29.4	17
聴覚障害	33.3	33.3	33.3	6
言語機能障害	50.0	50.0	0.0	2
肢体不自由	29.3	25.9	44.8	58
内部障害	14.0	16.3	69.8	43
発達障害者	100.0	0.0	0.0	3

[3]外出に不自由はありますか

身体障害者は、「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が一番多く、42.5%。次いで「外出は自由にできる」が35.0%となっている。障害部位ごとに一番多い回答をみると、視覚障害は「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が56.3%。聴覚障害は「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が50.0%。言語機能障害は「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が100.0%。肢体不自由は「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が41.4%。内部障害は「外出は自由にできる」が47.6%となっている。

知的障害者は、一番多いのが「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が57.8%、次いで「大きな不便・不自由があり外出はしにくい」「外出は自由にできる」が15.6%である。

精神障害者は、「外出は自由にできる」が58.0%、「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が28.0%である。

発達障害者は、「外出は自由にできる」が66.7%。「我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる」が33.3%である。

表2-5-3 外出に不自由はありますか

	身体(心身)の状態により外出は困難である(できない)	大きな不便・不自由があり外出はしにくい	我慢できる程度の不便・不自由はあるが外出はできる	外出は自由にできる	n
身体障害者	9.2	13.3	42.5	35.0	124
知的障害者	11.1	15.6	57.8	15.6	45
精神障害者	8.0	6.0	28.0	58.0	50
身体の内訳					
視覚障害	6.3	6.3	56.3	31.3	16
聴覚障害	16.7	16.7	50.0	16.7	6
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	0.0	2
肢体不自由	8.6	17.2	41.4	32.8	58
内部障害	9.5	7.1	35.7	47.6	42
発達障害者	0.0	0.0	33.3	66.7	3

[4] 日常生活や通院・通所において利用可能な外出の手段 (複数回答)

身体障害者は、「タクシー」が25.7%で一番多く、次いで「自家用車(介助者が運転)」24.7%、「徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含む)」20.2%。障害部位ごとにみると、視覚障害は「徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含む)」が47.1%。聴覚障害は「徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含む)」、「タクシー」が33.3%である。言語機能障害は「徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含む)」、「(施設等の)送迎サービス」が50.0%である。肢体不自由は「自家用車(介助者が運転)」が27.6%。内部障害は「自家用車(自分で運転)」が29.5%である。

知的障害者は、一番多いのが「(施設等の)送迎サービス」が63.0%、「自家用車(介助者が運転)」が30.4%、「徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含む)」が19.6%。

精神障害者は、「自転車」が38.0%と一番多く、次いで「バス」32.0%、「タクシー」26.0%である。

発達障害者は、「徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含む)」、「自転車」が10.0%、「自家用車(介助者が運転)」が66.7%である。

表2-5-4 日常生活や通院・通所において現在利用可能な外出の手段（複数回答）

	徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含む)	自転車	自家用車 (自分で運転)	自家用車 (介助者が運転)	(施設等の) 送迎サービス	介護タクシー	タクシー	バス	JR	n
身体障害者	20.2	17.0	18.5	24.7	16.9	2.1	25.7	13.6	2.0	127
知的障害者	19.6	13.0	2.2	30.4	63.0	0.0	2.2	13.0	2.2	46
精神障害者	28.0	38.0	16.0	20.0	16.0	0.0	26.0	32.0	2.0	50
身体の内訳										
視覚障害	47.1	11.8	0.0	23.5	23.5	5.9	41.2	29.4	11.8	17
聴覚障害	33.3	0.0	0.0	16.7	16.7	0.0	33.3	16.7	0.0	6
言語機能障害	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	15.5	15.5	19.0	27.6	19.0	1.7	24.1	12.1	1.7	58
内部障害	15.9	27.3	29.5	18.2	9.1	2.3	22.7	11.4	0.0	44
発達障害者	100.0	100.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3

[5] 日常生活や通院・通所において都合のよい外出の手段（3つ以内）

この質問は[4]と同じような質問になっているが、[4]と違うのは、現在これらの外出手段を使える環境でなくても、生活上利便性の高い外出手段を想定して、挙げてもらっている。

身体障害者は、「タクシー」が29.3%、「自家用車（介助者が運転）」28.9%、「（施設等の）送迎サービス」23.5%となっている。障害部位ごとにみると、視覚障害は「徒歩（車いすなど補装具で移動する場合も含む）」52.9%。聴覚障害は「タクシー」50.0%。言語機能障害は「自家用車（介助者が運転）」100.0%。肢体不自由は「自家用車（介助者が運転）」34.5%。内部障害は「自家用車（自分で運転）」36.4%。

知的障害者は、「（施設等の）送迎サービス」69.6%、次いで「自家用車（介助者が運転）」が26.1%、「徒歩（車いすなど補装具で移動する場合も含む）」が19.6%。

精神障害者は、一番多いのは「バス」38.0%、続いて「徒歩（車いすなど補装具で移動する場合も含む）」28.0%、「自転車」「タクシー」26.0%。

発達障害者は、「自家用車（介助者が運転）」「（施設等の送迎サービス）」が66.7%、「徒歩（車いすなど補装具で移動する場合も含む）」「自転車」が33.3%である。

表2-5-5 日常生活や通院・通所において都合のよい外出の手段（3つ以内）

	徒歩(車いすなど補装具で移動する場合も含)	自転車	自家用車 (自分で運転)	自家用車 (介助者が運転)	(施設等の) 送迎サービス	介護タクシー	タクシー	バス	JR	n
身体障害者	20.9	15.2	20.3	28.9	23.5	1.6	29.3	13.6	1.0	127
知的障害者	19.6	8.7	4.3	26.1	69.6	0.0	4.3	15.2	4.3	46
精神障害者	28.0	26.0	20.0	16.0	20.0	0.0	26.0	38.0	2.0	50
身体の内訳										
視覚障害	52.9	11.8	0.0	35.3	23.5	0.0	35.3	29.4	0.0	17
聴覚障害	16.7	0.0	0.0	16.7	33.3	0.0	50.0	16.7	0.0	6
言語機能障害	50.0	0.0	0.0	100.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	13.8	15.5	19.0	34.5	27.6	1.7	29.3	12.1	1.7	58
内部障害	25.0	20.5	36.4	15.9	11.4	2.3	22.7	11.4	0.0	44
発達障害者	33.3	33.3	0.0	66.7	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	3

[6]利用している外出に関する助成、軽減措置

身体障害者は、「バス等の料金の軽減」が26.8%、「自動車税などの軽減」22.0%、「高速道路料金の軽減」が16.5%。障害部位ごとにみると、視覚障害は「自動車購入の助成（福祉車両への改造含む）」が41.2%。聴覚障害は「自動車購入の助成（福祉車両への改造含む）」が33.3%。言語機能障害は「支援費による補装具」100.0%。肢体不自由は「自動車購入の助成（福祉車両への改造含む）」、「支援費による補装具」が20.7%。「自動車購入の助成（福祉車両への改造含む）」が31.8%。

知的障害者は、「バス等の料金の軽減」が19.6%、「自動車税などの軽減」4.3%、「高速道路料金の軽減」4.3%。

精神障害者は、「バス等の料金の軽減」が26.0%、「自動車税などの軽減」10.0%、「自動車購入の助成（福祉車両への改造含む）」が6.0%。

表2-5-6 利用している外出に関する助成、軽減措置（複数回答）

	自動車税などの軽減	バス等の料金の軽減	高速道路料金の軽減	自動車購入の助成(福祉車両への改造を含む)	支援費による補装具	n
身体障害者	22.0	26.8	16.5	10.6	3.0	127
知的障害者	4.3	19.6	4.3	0.0	0.0	46
精神障害者	10.0	26.0	2.0	6.0	4.0	50
身体の内訳						
視覚障害	5.9	5.9	23.5	41.2	23.5	17
聴覚障害	0.0	0.0	16.7	33.3	0.0	6
言語機能障害	0.0	50.0	50.0	50.0	100.0	2
肢体不自由	3.4	13.8	13.8	20.7	20.7	58
内部障害	2.3	9.1	18.2	31.8	27.3	44
あけぼの園	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3

(6)経済、住環境について

[1]生活について

身体障害者は「十分やっつけている」、「十分とは言えないがやっつけている」が93.4%である一方、「苦しい」が6.6%。障害部位ごとにみると、視覚障害では「十分やっつけている」、「十分とは言えないがやっつけている」が88.9%、「苦しい」が25.0%、聴覚障害では「十分やっつけている」が83.4%、「十分とは言えないがやっつけている」16.7%、言語機能障害では「十分とは言えないがやっつけている」が100%、「苦しい」が0%、肢体不自由では「十分とは言えないがやっつけている」が100%、「苦しい」が0%、内部障害では「十分やっつけている」、「十分とは言えないがやっつけている」が88.4%、「苦しい」が11.6%と答えている。

知的障害者では、「十分やっつけている」、「十分とは言えないがやっつけている」が88.9%、「苦しい」が11.1%。

精神障害者では、「十分やっつけている」、「十分とは言えないがやっつけている」が68.0%、「苦しい」が32.0%。

発達障害者では「十分やっつけている」、「十分とは言えないがやっつけている」が66.7%、「苦しい」が33.3%である。

精神障害者、発達障害者では「苦しい」と回答したものが3割程度あり、どちらも身体、知的障害に比べて、各種福祉サービスの助成等が整備されていないことなどが「苦しい」の回答の多さに影響しているものと考えられる。

表2-6-1 生活は

	十分やっ つけてい る	十分と言 えないが やっつけ ている	苦しい	n
身体障害者	8.1	85.3	6.6	120
知的障害者	15.6	73.3	11.1	45
精神障害者	10.0	58.0	32.0	50
身体の内訳				
視覚障害	6.3	68.8	25.0	16
聴覚障害	16.7	66.7	16.7	6
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	2
肢体不自由	0.0	100.0	0.0	53
内部障害	23.3	65.1	11.6	43
発達障害者	0.0	66.7	33.3	3

[2]現在の住まいの場は

身体障害者は、「自宅」が82.1%、「施設」が15.9%、「共同住居」が2.0%である。障害部位ごとにみると、視覚障害は「自宅」が94.1%、「施設」が5.9%である。聴覚障害は「自宅」が66.7%、「施設」が33.3%である。言語機能障害は「自宅」が100%。

肢体不自由は「自宅」が73.2%、「施設」が23.2%、「共同住居」が3.6%となっている。内部障害は「自宅」が100%である。

知的障害者は、「施設」が60.0%、「自宅」が35.6%、「病院に長期入院」が4.4%である。

精神障害者は、「自宅」が70.0%、「施設（共同住居のぞく）」が20.0%、「共同住居」が8.0%、「病院に長期入院」が2.0%である。

発達障害者は、「自宅」が100%である。

知的障害者においては6割が施設入居者による回答である。精神障害者は入院者の回答が2.0%と低い。全体数としては、もっと入院中の精神障害者の数はおおいはずであるが、家族や介助者が状態を配慮して、本調査を辞退しているものと考えられる。

表2-6-2 現在の住まいの場は

	自宅	共同住居	施設（共同 住居除く）	病院に長期 入院	n
身体障害者	82.1	2.0	15.9	0.0	124
知的障害者	35.6	0.0	60.0	4.4	45
精神障害者	70.0	8.0	20.0	2.0	50
身体の内訳					
視覚障害	94.1	0.0	5.9	0.0	16
聴覚障害	66.7	0.0	33.3	0.0	6
言語機能障害	100.0	0.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	73.2	3.6	23.2	0.0	56
内部障害	100.0	0.0	0.0	0.0	43
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	3

[3]地域（家や共同住居）で障がい者が暮らしていくためには、どのようなことが大切だとお感じになりますか？3つ以内であげてください。

・意見をあげた方 ア.障がい者本人 イ.障がい者家族

本人の意見

- ・[ア]いい環境
- ・[ア]今のところ、何でもできるけど、将来的に人の手をわずらわす様になればと心配（家族、介助者の必要性）
- ・[ア]お金、日常生活の必需品があればいい
- ・[ア]介助者が居る事
- ・[ア]家族にもっと優しくしてもらいたい（嫁が優しくない）
- ・[ア]近所に視覚者が一人でいるので不びんかなと思う
- ・[ア]近所の人達のつき合い
- ・[ア]心通うところ
- ・[ア]自宅

- ・[ア]室内では温度を快適に過ごせる事がいい
- ・[ア]自分の家の環境
- ・[ア]住居が必要
- ・[ア]障害者を大切にしてほしい
- ・[ア]障害に合ったバリアフリーの建物があればよい
- ・[ア]生活リズムを地域の人たちのよう整える
- ・[ア]設備的にもう少し整わせたい（トイレ等）
- ・[ア]タクシー料金の値下げ
- ・[ア]地域の人のつながり
- ・[ア]どこかに1人で行けないので助け合いが必要である
- ・[ア]仲良くやっていくこと
- ・[ア]ノーマライゼーション
- ・[ア]バスの便を大幅に増やしてほしい
- ・[ア]働ける場所の確保
- ・[ア]働ける場所を作って欲しい
- ・[ア]人とのコミュニケーション
- ・[ア]人の優しさ
- ・[ア]平等にしてほしい
- ・[ア]ホームドクターがいる
- ・[ア]回りの人達のほんとうのやさしさがほしい
- ・[ア]もっとたすけあいが必要である
- ・[ア]夜間、補聴器をはずすと、何も聞こえない。ので、緊急時の情報保障が大切
- ・[ア]家に手すりがほしい
- ・[ア]介助してくれる人がいる事が大切
- ・[ア]近所付き合いを大切にする
- ・[ア]仕事があればいいなあ
- ・[ア]自宅に人が来てほしい
- ・[ア]助けあいが必要
- ・[ア]障害が軽い為特に深く感じた事はない
- ・[ア]人間関係が一番大事だと思う
- ・[ア]世話人さんが必要
- ・[ア]精神面でのささえがほしい
- ・[ア]静かであること
- ・[ア]暖かいまなざしで見守ること
- ・[ア]地域にとけこむため
- ・[ア]地域住民との交流

- ・[ア]仲良くやっていくこと
- ・[ア]排便、排尿の為の施設（トイレ）
- ・[ア]アドバイスをしてくれる人が居ること
- ・[ア]お金
- ・[ア]経済面
- ・[ア]家族の方の協力
- ・[ア]金銭が必要
- ・[ア]自転車の人が急に前を走りすぎてゆき、危ない目にあった！マナーが大切
- ・[ア]助け合いの心
- ・[ア]ヘルパーさんの介助が欲しい
- ・[ア]孤独を感じる
- ・[ア]今、住んでる家のところに、TELを置いてもらいたい
- ・[ア]手帳が何の役にも立たない。手帳のサービスを増やしてほしい
- ・[ア]障害者の住居確保が大事
- ・[ア]声かけもしてほしい
- ・[ア]相手の気持ちを思いやる
- ・[ア]地域生活支援センターが必要
- ・[ア]病院スタッフとの交流

障がい者家族の意見

- ・[イ]お金の管理等、支援してもらおう人がほしい
- ・[イ]希望を失わないこと
- ・[イ]支援の面で地域の協力と理解が欲しい
- ・[イ]障害児が集まったり、遊びに行ける場所があればと思う
- ・[イ]施設の充実
- ・[イ]地域の方の理解、協力
- ・[イ]変な目で見ないでほしい
- ・[イ]歩道に手すりがあれば、子供や身体に不自由な方が危なくない
- ・[イ]幼稚園から小学校に上がる際に、管轄が違うので、情報が分断されている
- ・[イ]援助が必要
- ・[イ]会話を楽しむこと
- ・[イ]規則的な生活習慣
- ・[イ]何かあった時は、暖かく助けてほしい
- ・[イ]市役所の福祉課と教育委員会で、連携して動いてくれると助かる
- ・[イ]介助者の必要性
- ・[イ]近所の人と話す

- ・[イ]障害者でもできる事は、すすんですること
- ・[イ]タクシーを呼び出す専用TELが欲しい
- ・[イ]地域の人が接するときに、障害について分かってくれたらと思う
- ・[イ]地域や友人に障害を理解してもらうこと
- ・[イ]年金に応じた、家賃で生活したい
- ・[イ]普通につきあってほしい
- ・[イ]見守ってもらう御近所
- ・[イ]メールや携帯で情報交換ができると助かる
- ・[イ]老々介護をしている為、もう少し介護（訪問）の時間を長くしてほしい
- ・[イ]家族と一緒に暮らすこと
- ・[イ]周囲に迷惑をかけないこと
- ・[イ]周囲の理解があり、すごしやすいこと
- ・[イ]障害者を理解してほしい
- ・[イ]生活環境の整備
- ・[イ]統合失調症の子は保障（年金）がないのでとても不安です
- ・[イ]両親が、元気な間はいいいのですが、その後が不安です

(7) 地域内での専門サービスの提供

[1] 障がい専門とするボランティアの人たちと関わりはありますか

身体障害者は、「ほとんどない（なかった）」が87.4%、「たまにある（たまにあった）」が7.1%、「よくある（あった）」が5.5%である。障害部位ごとにみても、「ほとんどない」の回答が一番多く、視覚障害では76.5%。聴覚障害は66.7%。言語機能障害は100%。肢体不自由は87.9%。内部障害は95.3%。

知的障害者は、「ほとんどない（なかった）」が84.8%、「たまにある（たまにあった）」が13.0%、「よくある（あった）」が2.2%である。

精神障害者は、「ほとんどない（なかった）」が70.2%、「たまにある（たまにあった）」が23.4%、「よくある（あった）」が6.4%である。

発達障害者は、「たまにある（たまにあった）」が66.7%、「ほとんどない（なかった）」が33.3%である。

この結果から、発達障害者以外の障害では、6割以上がボランティアとの関わりがほとんどないことがわかる。宇和島圏域にボランティア団体はそれなりにあるものの、接触する障害者がある程度固定化されていたり、活動している地域が限定されていることなどが理由であろう。

表2-7-1 障がい専門とするボランティアの人たちと関わりはありますか

	よくある(あった)	たまにある(たまにあった)	ほとんどない(なかった)	n
身体障害者	5.5	7.1	87.4	126
知的障害者	2.2	13.0	84.8	46
精神障害者	6.4	23.4	70.2	47
身体の内訳				
視覚障害	11.8	11.8	76.5	17
聴覚障害	0.0	33.3	66.7	6
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	6.9	5.2	87.9	58
内部障害	2.3	2.3	95.3	43
発達障害者	0.0	66.7	33.3	3

[2] 同じあるいは近い障がいをもつ患者会、親の会などの自助グループの人たちとの関わりはありますか

身体障害者は、「ほとんどない（なかった）」が85.9%、「たまにある（たまにあった）」が8.9%、「よくある（あった）」が5.2%である。障害部位ごとにみても、「ほとんどない（なかった）」の回答が多く、視覚障害では70.6%、聴覚障害では83.3%、言語機能障害は100.0%、肢体不自由は89.7%、内部障害は83.3%である。

知的障害者は、「ほとんどない（なかった）」が87.0%、「たまにある（たまにあった）」が13.0%である。

精神障害者は、「ほとんどない（なかった）」が60.4%、「たまにある（たまにあった）」が22.9%、「よくある（あった）」が16.7%である。

発達障害者は、「ほとんどない（なかった）」が66.7%、「たまにある（たまにあった）」が33.3%である。

ボランティアとの関わりと同様に、6割以上が自助グループとの関わりがほとんどないと回答している。宇和島圏域の自助グループ内でも実際に、新規のメンバーが入会しない、広がりを持ってないなどの悩みは挙げられている。

表2-7-2 同じあるいは近い障がいをもつ患者会、親の会などの自助グループの人たちとの関わりはありますか

	よくある（あった）	たまにある（たまにあった）	ほとんどない（なかった）	n
身体障害者	5.2	8.9	85.9	125
知的障害者	0.0	13.0	87.0	46
精神障害者	16.7	22.9	60.4	48
身体の内訳				
視覚障害	11.8	17.6	70.6	17
聴覚障害	0.0	16.7	83.3	6
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	5.2	5.2	89.7	58
内部障害	4.8	11.9	83.3	42
発達障害者	0.0	33.3	66.7	3

[3]インターネット、携帯サイトを通じて、同じあるいは近い障がいをもつ人たちやボランティアの人たちとの関わりはありますか

身体障害者は、「ほとんどない（なかった）」が98.2%、「たまにある（たまにあった）」が1.3%、「よくある（あった）」が0.5%である。障害部位ごとにみても、「ほとんどない（なかった）」の回答が多く、視覚障害では94.1%、聴覚障害では100.0%、言語機能障害は100.0%、肢体不自由は100.0%、内部障害は95.2%である。

知的障害者は、「ほとんどない（なかった）」が97.8%、「たまにある（たまにあった）」が2.2%である。

精神障害者は、「ほとんどない（なかった）」が89.1%、「たまにある（たまにあった）」が6.5%、「よくある（あった）」が4.3%である。

発達障害者は、「ほとんどない（なかった）」が100%である。

表2-7-3 インターネット、携帯サイトを通じて、同じあるいは近い障がいをもつ人たちやボランティアの人たちとの関わりはありますか

	よくある(あった)	たまにある(たまにあった)	ほとんどない(なかった)	n
身体障害者	0.5	1.3	98.2	124
知的障害者	0.0	2.2	97.8	46
精神障害者	4.3	6.5	89.1	46
身体の内訳				
視覚障害	5.9	0.0	94.1	17
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	6
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	0.0	0.0	100.0	57
内部障害	0.0	4.8	95.2	42
発達障害者	0.0	0.0	100.0	3

[4]あなたの障がいの治療（専門医がかかわるもの）は

身体障害者では、「市内でまかなえる」が85.7%、「市内では無理だが、近くの市町でまかなえる」が7.2%、「松山付近まで行く必要がある」が6.4%、「日帰りできないくらい遠くまで通う必要がある」が0.6%である。障害部位ごとに、「市内でまかなえる」の回答割合をみると、視覚障害では、82.4%。聴覚障害、言語機能障害では100.0%。肢体不自由は82.8%。内部障害では88.4%である。

知的障害者では、「市内でまかなえる」が61.4%、「市内では無理だが、近くの市町でまかなえる」が36.4%、「日帰りできないくらい遠くまで通う必要がある」が2.3%である。

精神障害者では、「市内でまかなえる」が89.6%、「市内では無理だが、近くの市町でまかなえる」が8.3%、「松山付近まで行く必要がある」が2.1%である。

発達障害では、「市内でまかなえる」が100.0%である。

知的障害者以外の障害では、9割程度が宇和島市、あるいはその近郊で障害の治療をすることができると回答している。

表2-7-4 あなたの障がいの治療（専門医がかかわるもの）は

	市内でまかなえる	市内では無理だが、近くの市町でまかなえる	松山付近まで行く必要がある	もっと遠くまで行く必要があるが、日帰りできる	日帰りできないくらい遠くまで通う必要がある	n
身体障害者	85.7	7.2	6.4	0.0	0.6	124
知的障害者	61.4	36.4	0.0	0.0	2.3	44
精神障害者	89.6	8.3	2.1	0.0	0.0	48
身体の内訳						
視覚障害	82.4	5.9	11.8	0.0	0.0	17
聴覚障害	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4
言語機能障害	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	82.8	12.1	5.2	0.0	0.0	58
内部障害	88.4	0.0	9.3	0.0	2.3	43
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2

[5]あなたの障がいの訓練や教育、リハビリは（専門医が常にかかわらないもの）

身体障害者では、「市内でまかなえる」が89.7%、「市内では無理だが、近くの市町でまかなえる」が7.0%、「松山付近まで行く必要がある」が2.7%、「日帰りできないくらい遠くまで通う必要がある」が0.6%である。障害部位ごとに、「市内でまかなえる」の回答割合をみると、視覚障害では、76.5%。聴覚障害、言語機能障害では100.0%。肢体不自由は87.5%。内部障害では95.3%である。

知的障害者では、「市内でまかなえる」が63.6%、「市内では無理だが、近くの市町でまかなえる」が34.1%、「日帰りできないくらい遠くまで通う必要がある」が2.3%である。

精神障害者では、「市内でまかなえる」が87.0%、「市内では無理だが、近くの市町でまかなえる」が8.7%、「松山付近まで行く必要がある」が4.3%である。

発達障害では、「市内でまかなえる」が66.7%、「市内では無理だが、近くの市町でまかなえる」が33.3%である。

表2-7-5 あなたの障がいの訓練や教育、リハビリは（専門医が常にかかわらないもの）

	市内でまかなえる	市内では無理だが、近くの市町でまかなえる	松山付近まで行く必要がある	もっと遠くまで行く必要があるが、日帰りできる	日帰りできないくらい遠くまで通う必要がある	n
身体障害者	89.7	7.0	2.7	0.0	0.6	122
知的障害者	63.6	34.1	0.0	0.0	2.3	44
精神障害者	87.0	8.7	4.3	0.0	0.0	46
身体の内訳						
視覚障害	76.5	11.8	11.8	0.0	0.0	17
聴覚障害	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4
言語機能障害	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	87.5	10.7	1.8	0.0	0.0	56
内部障害	95.3	0.0	2.3	0.0	2.3	43
発達障害者	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	3

[6]あなたの障がいについて、緊急に応急的な治療が必要になった場合

身体障害者では、「市内または近くで応急的な処置はしてもらえる」が87.9%、「市内または近くでの応急的な処置は難しい」が8.0%、「応急的な処置は発生しない障害である」が4.2%である。障害部位ごとに「市内または近くで応急的な処置をしてもらえる」の回答をみると、視覚障害は82.4%、聴覚障害は80.0%、言語機能障害では、100.0%。肢体不自由では86.0%。内部障害では95.3%である。

知的障害者では、「市内または近くで応急的な処置はしてもらえる」が65.9%、「市内または近くでの応急的な処置は難しい」が27.3%、「応急的な処置は発生しない障害である」が6.8%となっている。

精神障害者では、「市内または近くで応急的な処置はしてもらえる」が87.5%、「市内または近くでの応急的な処置は難しい」が12.5%である。

発達障害者では、「応急的な処置は発生しない障害である」が100.0%となっている。

表2-7-6 あなたの障がいについて、緊急に応急的な治療が必要になった場合

	市内または近くで応急的な処置はしてもらえる	市内または近くでの応急的な処置は難しい	応急的な処置は発生しない障害である	n
身体障害者	87.9	8.0	4.2	124
知的障害者	65.9	27.3	6.8	44
精神障害者	87.5	12.5	0.0	48
身体の内訳				
視覚障害	82.4	5.9	11.8	17
聴覚障害	80.0	0.0	20.0	5
言語機能障害	100.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	86.0	12.3	1.8	57
内部障害	95.3	2.3	2.3	43
発達障害者	0.0	0.0	100.0	3

(8)就労場所と就労支援

この項では、生産年齢である15～64歳を対象にした質問である。言語機能障害と発達障害は、生産年齢の中に該当者がいないため、0人となっている。

[1]現在就労は

身体障害者は、「している」が22.6%である。障害部位ごとにみると、視覚障害は、「している」が37.5%。聴覚障害では、「している」が0%である。肢体不自由では「している」27.8%。内部障害は「している」14.3%となっている。

知的障害者は、「している」が3.6%である。

精神障害者は、「している」が22.2%である。

どの障害においても、仕事をしている障害者は多くとも4割に満たないことがわかる。

表2-8-1 現在就労は

	している	していない	n
身体障害者	22.6	77.4	37
知的障害者	3.6	96.4	28
精神障害者	22.2	77.8	36
身体の内訳			
視覚障害	37.5	62.5	8
聴覚障害	0.0	100.0	2
言語機能障害	0.0	100.0	2
肢体不自由	27.8	72.2	18
内部障害	14.3	85.7	7

[2]あなたの今の仕事は主にどのような仕事ですか

* [2]～[5]の質問は枝番である。[1]で「している」と回答した者のみ回答するようになっている

身体障害者では、「専門職、技術職」が29.5%、「その他」が27.5%、「接客業」が24.3%である。障害部位ごとに主な回答をみると、視覚障害では、「あんま、マッサージ、鍼灸」が66.7%と一番多い。肢体不自由では「その他」が40.0%である。内部障害は「専門職、技術職」が100.0%である。

知的障害では、「その他」が100.0%となっている。

精神障害者では、「清掃業」が50.0%、「農業、漁業、林業」が25.0%、「営業職」、「接客業」が12.5%となっている。

表-8-2 あなたの今の仕事は主にどのような仕事ですか

	事務職	営業職	専門職、技 術職	接客業	清掃業	農業、漁 業、林業	あんま、マッ サージ、鍼 灸	その他	n
身体障害者	0.0	0.0	29.5	24.3	0.0	12.1	6.5	27.5	9
知的障害者	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1
精神障害者	0.0	12.5	0.0	12.5	50.0	25.0	0.0	0.0	8
身体の内訳									
視覚障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	33.3	3
聴覚障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
肢体不自由	0.0	0.0	0.0	40.0	0.0	20.0	0.0	40.0	5
内部障害	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1

[3] あなたの今の仕事の形態はどれですか

身体障害者では、「自営業」が60.3%。「臨時雇・日雇・嘱託（パート・アルバイト）」が24.3%、「内職」が12.1%「常時雇用（フルタイム）労働者」が3.2%。である。

障害部位ごとにみると、視覚障害は「自営業」が66.7%。肢体不自由では「自営業」、「臨時雇い・嘱託（パート・アルバイト）」が40.0%である。内部障害は「自営業」が100.0%である。

知的障害者では、「常時雇用（フルタイム）労働者」が100.0%となっている。

精神障害者では、「臨時雇・嘱託（パート・アルバイト）」が50.0%、「常時雇用（フルタイム）労働者」が25.0%、「自営業」、「家事手伝い」が12.5%である。

表2-8-3 あなたの今の仕事の形態はどれですか

	自営業	家事手伝い	会社・団体 役員	常用雇用(フ ルタイム)労 働者	臨時雇・日 雇・嘱託 (パート・ア ルバイト)	内職	その他	n
身体障害者	60.3	0.0	0.0	3.2	24.3	12.1	0.0	9
知的障害者	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	1
精神障害者	12.5	12.5	0.0	25.0	50.0	0.0	0.0	8
身体の内訳								
視覚障害	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	3
聴覚障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
肢体不自由	40.0	0.0	0.0	0.0	40.0	20.0	0.0	5
内部障害	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1

[4] あなたの一日あたりの労働時間はどれですか

身体障害者は、「5～8時間」が84.6%、「8時間以上」が12.1%、「1～3時間」が3.2%となっている。障害部位ごとにみると、視覚障害では「5～8時間」が66.7%。肢体不自由では「5～8時間」が80.0%。内部障害は「5～8時間」が100.0%となっている。

知的障害者では、「5～8時間」が100.0%である。

精神障害者では、「5～8時間」が75.0%、「1時間未満」、「1～3時間」が12.5%である。

表2-8-4 あなたの一日あたりの労働時間はどれですか

	1時間未満	1～3時間	3～5時間	5～8時間	8時間以上	n
身体障害者	0.0	3.2	0.0	84.6	12.1	9
知的障害者	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	1
精神障害者	12.5	12.5	0.0	75.0	0.0	8
身体の内訳						
視覚障害	0.0	33.3	0.0	66.7	0.0	3
聴覚障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
肢体不自由	0.0	0.0	0.0	80.0	20.0	5
内部障害	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	1

[5]今の職場の人に、あなたの障がいについて話していますか

障害の開示・非開示を問うた質問である。

身体障害者では、「はい」が52.0%。障害部位ごとに「はい」の割合をみると、視覚障害では66.7%。肢体不自由は75.0%。内部障害では0%となっている。

知的障害者では、「はい」が100.0%である。

精神障害者では、「はい」が100.0%となっている。

現在、仕事をしている中では障害を開示しているものが多いようである。内部障害では「いいえ」のみの回答となっているが、[3]で分かるように、自営業のため、周囲に障害の開示・非開示を伝える必要がないものと考えられる。

表2-8-5 今の職場の人に、あなたの障がいについて話

	はい	いいえ	n
身体障害者	52.0	48.0	8
知的障害者	100.0	0.0	1
精神障害者	87.5	0.0	8
身体の内訳			
視覚障害	66.7	33.3	3
聴覚障害	0.0	0.0	0
言語機能障害	0.0	0.0	0
肢体不自由	75.0	25.0	4
内部障害	0.0	100.0	1

[6]今までに就職したことはありますか

* [6]～[7]の質問は枝番である。[1]で「していない」と回答した者のみ回答するようになっている

身体障害者では、「はい」が68.8%。障害部位ごとに「はい」の割合をみると、視覚障害では80.0%、聴覚障害では50.0%、肢体不自由では53.8%、内部障害では「はい」が100.0%である。

知的障害者では、「はい」が37.0%である。

精神障害者では、「はい」が85.7%である。

身体障害者、精神障害者では6割から8割で就労経験がある。逆に知的障害者では、6割以上で就労経験がない。

表2-8-6 今までに就職したことはありますか

	はい	いいえ	n
身体障害者	68.8	31.2	28
知的障害者	37.0	63.0	27
精神障害者	85.7	14.3	28
身体の内訳			
視覚障害	80.0	20.0	5
聴覚障害	50.0	50.0	2
言語機能障害	100.0	0.0	2
肢体不自由	53.8	46.2	13
内部障害	100.0	0.0	6

[7]今後就職を希望しますか

身体障害者では、「はい」が16.6%。障害部位ごとに「はい」の割合をみると、視覚障害では、40.0%、聴覚障害では50.0%、肢体不自由では15.4%、内部障害では16.7%である。

知的障害者では、「はい」が40.7%である。

精神障害者では、「はい」が39.3%となっている。

表2-8-7 今後就職を希望しますか

	はい	いいえ	n
身体障害者	16.6	83.4	27
知的障害者	40.7	59.3	27
精神障害者	39.3	60.7	28
身体の内訳			
視覚障害	40.0	60.0	5
聴覚障害	0.0	100.0	2
言語機能障害	0.0	100.0	0
肢体不自由	15.4	84.6	13
内部障害	16.7	83.3	6

(9) あなたのくらしている「まち」について

障害者本人に対して「まち」のイメージを問うた質問である。今までの項と違い、一連の質問であるため、障害ごとに回答をまとめて、記述することとする。

視覚障害は、障害者、高齢者に対するまちのイメージに対して「やさしくない」と回答しているものが4割程度おり、居住環境には「不満足だが我慢できる」と回答したものが71.4%あり、何らかの不満はあるようだが、生活は送れているようである。学校に関しては、「わからない」という回答が71.5%あり、教育機関とはあまり関わりがないようである。病院や福祉施設の職員に対して、「よくしてくれる」と回答したものが50.0%いる。ボランティア・自助グループのイメージに対しては「わからない」との回答がそれぞれ73.3%、93.3%あり、これらの自助、共助の役割を担う団体との接触が少ないことがうかがえる。障害者が集える場所は、「あまりない」、「ほとんどない」が合わせて53.3%いる。視覚障害を持つもの同士がつながりをなかなか持てない様子がわかる。

聴覚障害は、障害者、高齢者、妊婦、子ども等に対するイメージにおいて、「わからない」が7割以上を占めている。人情に対しても「わからない」が60.0%いる。他者間の接触の様子を通して、まちに何らかの印象を持つということが困難なのではないかと推測する。ボランティアに対するイメージで「よくしてくれる」が50.0%あり、手話サークルなどでの交流でイメージを持ちやすいようである。

言語機能障害は、聴覚障害同様、障害者、高齢者等に対するイメージで「わからない」が100%あり、ボランティア、自助グループにおいても「わからない」が100%である。具体的なイメージを持ちづらいということで、他者との交流が少なく、孤立していることが推し量れる。

肢体不自由は、障害者、高齢者等に対する街のイメージは「やさしくない」回答が少ない。居住環境、自然環境でも悪いイメージは1割程度である。ボランティア、自助グループとの関わりは8割以上が「わからない」と回答している。障害者が地域の中へ、「十分入っていける」が13.5%であり、地域の中へ障害者が入っていけない印象があるようである。

内部障害は、他の障害に比べて、障害者、高齢者等に対してよいイメージを持っている。環境面においても5～6割が「よい」と回答している。病院や施設職員に対しては、76.2%が「よい」と回答しており、サービス面では概ね満足を得られているようである。ボランティア、自助グループとのかかわりについては9割前後が「わからない」と回答している。

知的障害者においては、この項では、本人から直接聞き取り出来たのが、19人と半分に満たない。聞き取り出来たもののなかでも、障害者、高齢者等に対するまちのイメージを「わからない」という回答が、6割以上を占めている。この項は、主観的なイメージを問うものであり、質問がやや抽象的なこともあり、回答が難しかったのではないかと思われる。逆に自然環境や、居住環境、施設職員のイメージはある程度明確に答えており、日常的に接しているものに関してイメージをつかみやすいようである。

精神障害者では、障害者、高齢者に対して「やさしくない」という回答が25.5%、27.7%ある。自然環境に対しては「よい」が72.3%ある一方で、居住環境には「不満足だが我慢できる」「不満足で我慢しにくい」が合せて51.1%あり、過半数が居住環境に何らかの不満を持っている。また、ボランティア・自助グループのイメージに関しては、「わからない」が59.6%、57.8%と過半数を超えているものの、それ以外は、「よくしてくれる」「あまりよくしてくれない」などの明確な回答があり、ほかの障害に比べると、普段の関わりを持っているようである。障害者が集える場所は過半数が「あまりない」、「ほとんどない」という印象を持っている。

発達障害者は、回答者がすべて学齢期前後で、低年齢なこともあるのか、周囲に対して、「やさしい」という印象を持っていることが多い。保護者の同伴もあるため、質問は具体例を挙げながら進行していったが、質問の後半になると「わからない」という回答が多くなっている。

[1]障害者に

表2-9-1 障がい者に

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	25.5	12.4	62.1	115
知的障害者	26.3	5.3	68.4	19
精神障害者	36.2	25.5	38.3	47
身体の内訳				
視覚障害	6.7	40.0	53.3	15
聴覚障害	0.0	25.0	75.0	4
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	28.3	11.3	60.4	53
内部障害	34.1	2.4	63.4	41
発達障害者	50.0	0.0	50.0	2

[2]高齢者に

表2-9-2 高齢者に

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	28.6	8.6	62.8	116
知的障害者	21.1	0.0	78.9	19
精神障害者	36.2	27.7	36.2	47
身体の内訳				
視覚障害	13.3	46.7	40.0	15
聴覚障害	20.0	0.0	80.0	5
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	30.2	5.7	64.2	53
内部障害	34.1	4.9	61.0	41
発達障害者	50.0	0.0	50.0	2

[3]妊婦に

表2-9-3 妊婦に

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	13.0	2.5	84.5	112
知的障害者	21.1	0.0	78.9	19
精神障害者	22.2	6.7	71.1	45
身体の内訳				
視覚障害	6.7	20.0	73.3	15
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	5
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	17.3	0.0	82.7	52
内部障害	10.5	2.6	86.8	38
発達障害者	50.0	0.0	50.0	2

[4]子どもに

表2-9-4 子どもに

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	27.7	3.5	68.8	113
知的障害者	26.3	0.0	73.7	19
精神障害者	34.8	2.2	63.0	46
身体の内訳				
視覚障害	26.7	20.0	53.3	15
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	5
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	30.8	1.9	67.3	52
内部障害	30.8	2.6	66.7	39
発達障害者	100.0	0.0	0.0	2

[5]自然環境は

表2-9-5 自然環境は

	よい	よくもわるくもない	わるい	わからない	n
身体障害者	48.0	27.6	6.0	18.4	116
知的障害者	21.1	42.1	5.3	31.6	19
精神障害者	72.3	14.9	8.5	4.3	47
身体の内訳					
視覚障害	46.7	33.3	13.3	6.7	15
聴覚障害	40.0	20.0	0.0	40.0	5
言語機能障害	50.0	50.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	45.3	26.4	7.5	20.8	53
内部障害	56.1	29.3	2.4	12.2	41
発達障害者	0.0	100.0	0.0	0.0	2

[6]居住環境は

表2-9-6 居住環境は

	満足	不満足だが我慢できる	不満足で我慢しにくい	わからない	n
身体障害者	51.6	32.6	3.2	12.6	114
知的障害者	15.8	26.3	10.5	47.4	19
精神障害者	38.3	42.6	8.5	10.6	47
身体の内訳					
視覚障害	14.3	71.4	0.0	14.3	14
聴覚障害	20.0	60.0	0.0	20.0	5
言語機能障害	50.0	50.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	53.8	25.0	5.8	15.4	52
内部障害	68.3	26.8	0.0	4.9	41
発達障害者	50.0	50.0	0.0	0.0	2

[7]人情は

表2-9-7 人情は

	あたたかい	ふつう	あたたかくない	わからない	n
身体障害者	31.4	48.5	3.5	16.6	116
知的障害者	26.3	42.1	5.3	26.3	19
精神障害者	44.7	25.5	8.5	21.3	47
身体の内訳					
視覚障害	26.7	53.3	13.3	6.7	15
聴覚障害	0.0	40.0	0.0	60.0	5
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	35.8	45.3	1.9	17.0	53
内部障害	34.1	53.7	4.9	7.3	41
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	2

[8]役所の対応は

表2-9-8 役所の対応は

	よい	よくもわるくもない	わるい	わからない	n
身体障害者	26.2	34.0	4.3	35.5	115
知的障害者	21.1	21.1	0.0	57.9	19
精神障害者	23.4	23.4	14.9	38.3	47
身体の内訳					
視覚障害	26.7	46.7	0.0	26.7	15
聴覚障害	20.0	40.0	0.0	40.0	5
言語機能障害	50.0	50.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	25.0	30.8	7.7	36.5	52
内部障害	29.3	34.1	0.0	36.6	41
発達障害者	0.0	0.0	50.0	50.0	2

[9]学校の対応は

表2-9-9 学校の対応は

	よい	よくもわるくも ない	わるい	わからない	n
身体障害者	7.3	8.7	0.0	84.0	105
知的障害者	18.8	6.3	0.0	75.0	16
精神障害者	4.7	9.3	7.0	79.1	43
身体の内訳					
視覚障害	14.3	14.3	0.0	71.5	14
聴覚障害	0.0	0.0	0.0	100.0	5
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	0.0	1
肢体不自由	4.0	10.0	0.0	86.0	50
内部障害	14.3	2.9	0.0	82.9	35
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	2

[10]病院や福祉施設の職員は

表2-9-10 病院や福祉施設の職員は

	よくしてくれる	よくもわるくも ない	あまりよくして くれない	わからない	n
身体障害者	63.1	21.7	1.3	13.9	116
知的障害者	57.9	10.5	0.0	31.6	19
精神障害者	55.3	27.7	6.4	10.6	47
身体の内訳					
視覚障害	50.0	28.6	14.3	7.1	14
聴覚障害	60.0	20.0	0.0	20.0	5
言語機能障害	100.0	0.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	58.5	22.6	0.0	18.9	53
内部障害	76.2	19.0	0.0	4.8	42
発達障害者	50.0	50.0	0.0	0.0	2

[11]ボランティアは

表2-9-11 ボランティアは

	よくしてくれる	よくもわるくも ない	あまりよくして くれない	わからない	n
身体障害者	12.3	8.8	0.0	78.9	113
知的障害者	5.3	10.5	0.0	84.2	19
精神障害者	21.3	10.6	8.5	59.6	47
身体の内訳					
視覚障害	20.0	6.7	0.0	73.3	15
聴覚障害	50.0	25.0	0.0	25.0	4
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	9.6	7.7	0.0	82.7	52
内部障害	5.0	7.5	0.0	87.5	40
発達障害者	0.0	0.0	0.0	100.0	2

[12]患者会・親の会など自助グループのメンバーは

表2-9-12 患者会・親の会など自助グループのメンバーは

	よくしてくれる	よくもわるくも ない	あまりよくして くれない	わからない	n
身体障害者	6.9	0.7	0.0	92.5	111
知的障害者	22.2	0.0	0.0	77.8	18
精神障害者	24.4	11.1	6.7	57.8	45
身体の内訳					
視覚障害	6.7	0.0	0.0	93.3	15
聴覚障害	50.0	0.0	0.0	50.0	4
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	2.0	0.0	0.0	98.0	50
内部障害	5.0	2.5	0.0	92.5	40
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	2

[13]障がい者が集えるような場所がありますか

表2-9-13 障がい者が集えるような場所がありますか

	たくさんある	あまりない	ほとんどない	わからない	n
身体障害者	1.7	13.8	16.2	68.3	114
知的障害者	5.6	16.7	5.6	72.2	18
精神障害者	6.5	30.4	21.7	41.3	46
身体の内訳					
視覚障害	0.0	33.3	20.0	46.7	15
聴覚障害	0.0	25.0	25.0	50.0	4
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	0.0	2
肢体不自由	1.9	11.3	13.6	73.6	53
内部障害	2.5	10.0	15.0	72.5	40
発達障害者	0.0	0.0	50.0	50.0	2

[14]障がい者が地域の中へ

表2-9-14 障がい者が地域の中へ

	十分入ってい ける	少しは入っ ていける	あまり入っ ていけない	わからない	n
身体障害者	12.8	13.8	20.1	53.4	113
知的障害者	5.6	11.1	27.8	55.6	18
精神障害者	15.2	28.3	30.4	26.1	46
身体の内訳					
視覚障害	6.7	20.0	33.3	40.0	15
聴覚障害	0.0	0.0	50.0	50.0	4
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	0.0	2
肢体不自由	13.5	19.2	13.5	53.8	52
内部障害	17.5	5.0	17.5	60.0	40
発達障害者	0.0	0.0	50.0	50.0	2

[15]障がいがあることを明示（開示）しないと、つらい思いをすることが

表2-9-15 障がいがあることを明示（開示）しないと、つらい思いをすることが

	ある	ない	経験がない	わからない	n
身体障害者	22.6	27.3	22.4	27.7	114
知的障害者	22.2	27.8	0.0	50.0	18
精神障害者	21.7	41.3	6.5	30.4	46
身体の内訳					
視覚障害	40.0	13.3	26.7	20.0	15
聴覚障害	100.0	0.0	0.0	0.0	4
言語機能障害	0.0	50.0	0.0	50.0	2
肢体不自由	13.5	30.8	23.1	32.7	52
内部障害	14.6	31.7	26.8	26.8	41
発達障害者	0.0	0.0	50.0	50.0	2

[16]障がいがあることを明示（開示）したあと、つらい思いをすることが

表2-9-16 障がいがあることを明示（開示）したあと、つらい思いをすることが

	ある	ない	開示していない	わからない	n
身体障害者	14.7	44.3	8.1	32.8	114
知的障害者	27.8	22.2	5.6	44.4	18
精神障害者	17.4	43.5	2.2	37.0	46
身体の内訳					
視覚障害	26.7	46.7	6.7	20.0	15
聴覚障害	75.0	0.0	0.0	25.0	4
言語機能障害	0.0	50.0	0.0	50.0	2
肢体不自由	9.6	44.2	7.7	38.5	52
内部障害	4.9	56.1	12.2	26.8	41
発達障害者	0.0	0.0	50.0	50.0	2

[17]ご本人のご意見 伝えたいことはありますか。ご自由にお答えください。

- ・今までずっと親もとを離れ、施設を点々とまわっていたので、親が元気な内はサービス等を利用して親もとで暮らしたい
- ・援助タクシーがほしい
- ・義手（指）の替えがほしい。古くなっている
- ・近所での買い物ができない
- ・現時点では家族、介助者等にあまり迷惑をかけてないと思うが、これから5年先、10年先に自分の身体がどのような状態になっているか心配である
- ・健常者の人達と同じ様に地域の為に貢献出来なかった事
- ・後遺症があるためいろんな事に不自由してます
- ・今後福祉行政に頑張って欲しい
- ・仕事を増やしてほしい(仕事をしたいが、求人がない)
- ・施設に1日も早く行きたい

- ・自分の症状に対して級が軽いのではないかと思う
- ・商店街のブロックは滑りやすく、特に雨の日などは危険
- ・少し偏見を感じる
- ・住むのに良い所です
- ・専門的治療が受けられる病院がほしい
- ・外へ出る事。つらいと思った事はない
- ・地域の方に支えられとても有りがたい。ある一方では陰口を言われ複雑な気持ち。
でもこの街で頑張りたい
- ・何かすることがあればいい。ちょっと遊びのようなことで若い人たち、ボランティアの方との交流
- ・何らかの支援が欲しい
- ・話し合いが出来る町であってほしい
- ・話をしていて分かりにくい時があり、何度も繰り返された後は、分からなくても、
うなずいてしまう時がある。筆談をしてほしい
- ・福祉のことなどで何かと良くしてもらいたい。(年金など)
- ・訪問看護に来てもらっているのがうれしい
- ・他の市町村と宇和島市を比較してみた場合、福祉に対する考え方、及び取り組み方が非常に劣っている
- ・まじめにやってもらえばよい
- ・盲ろうであることが分かっていねいに手引きをしてくれる等
- ・リハビリが国の決定で先生にしてもらえなくなったので足が痛い。先生にしてもら
うとありがたい
- ・レクリエーションの場を増やしてほしい
- ・交通事故にあった所に信号がほしい
- ・今のところ、不満はない
- ・市役所の人に早く電話を持てるようにしてほしい
- ・事故で障害を持つ身だが、事故後３年経っているのにリハビリをしてもらい感謝し
ている
- ・自宅までの道を障害者でも安心して通れる道がほしい
- ・自分自身が思うように歩けないので腹がたつ
- ・若い人達が田舎でよい暮らしができる環境にしてほしい
- ・若者達の働く場所を作してほしい
- ・障害が軽い為特にありません
- ・障害者が安心出来る施設が欲しい
- ・障害者でも公務員になるようにしてほしい
- ・障害年金をもらわなくてもいいような給料が欲しい

- ・精神障害者なので外見上は健康と思われ困る
- ・精神障害者を変な目で見ないでほしい
- ・税金の軽減
- ・早く退院しても悪くなる
- ・足が悪いので、近距離でもタクシーでないと行動できないのに、嫌な態度をとられて、タクシーを使わなくなった
- ・足が不自由な為、道路の段差があると、つまずいたり、転倒したりする事があるので段差を少なくしてもらいたい
- ・地域で自分のできるボランティア的な事をしたい
- ・年金の額をあげてほしい
- ・年金額を上げてほしい
- ・風呂トイレが共同でない住宅に住みたい
- ・福祉（生活保護）だけでは生活しにくいのももう少し有るといい
- ・福祉支援を良くして欲しい
- ・遊ぶ場所が欲しい
- ・車税軽減してほしい
- ・医療保護を受けたい
- ・毎日が危ない
- ・視覚障害者の為の道路のブロック上に、物（自転車）等を置かないよう指導が必要だと思う
- ・障害者に対して、ゆっくりの動作やすぐ受け答えができない時、少し偏見を感じる
- ・病院への行き帰りの交通手段がいる
- ・ヘルパー、移動介助、2時間ほしいけど1時間30分では用が足りない
- ・障害者にとってもっと楽しい事をして欲しい
- ・高齢者が通るとよけて行く
- ・健常者は親切に対応してくれる
- ・自転車が通る道がほしい（国道）。歩道、自転車の区別の有無
- ・銀行の通帳を早く持たせてほしい
- ・父の莫大な借金背負わされ、自己破産がまだ出来ず、昼夜問わずの取り立てで不安、不眠有り、就職した際心配
- ・子供の年金、もらえる様に考えてもらいたい
- ・鬼ヶ城階段を設置（山頂まで）楽しんでもることができる
- ・自分一人で生きる力があつた方がいい（人に頼らないで）
- ・40才以上でも採用試験が受けられる
- ・生活費（6万5千円）では苦しい
- ・道路の段差、坂があると困る

- ・ 家族に迷惑をかけている
- ・ バスのステップの段が高い為、乗り降りがしにくいので、もう少し低くして欲しい
- ・ 生保をもらいたい
- ・ 病気がいつ起きるかわからないので起きた時すぐに連絡が取れたらいい
- ・ 1 級障害で生活支援、障害年金が欲しい
- ・ 外出手段にサービスがほしい
- ・ 障害者に対して本当の意味で優しくしてほしい
- ・ タクシーサービスを受けたい
- ・ 福祉用品が高い
- ・ 会話をしてくれる人が欲しい
- ・ 話が出来ない人達がいる
- ・ 逆に同じ聴覚障害者どうしていがみあったりする
- ・ 生活をするのに一生懸命で、年金をかけられなかった。医療年金がほしい
- ・ バスの運行どこでも止めて町内、市内まわる
- ・ 年を取って一人で生活して、病気になった時不安
- ・ 働く場所がたくさんあると良い
- ・ 年金をかけている期間が少ないので老後が不安
- ・ 広報の遅れとか、行事、イベント等、日時がはっきりしてほしい
- ・ 病気を持って後仕事を辞めなければならい時に住宅が有るといい
- ・ 元気で居る人達が生活保護受けているのに、介護している家族の助成してほしい
- ・ 所得税を引き下げてほしい
- ・ 精神科以外にも通院しているので医療費がかかる
- ・ 収入がないと生活しにくい

(10) ご家族、介助者の方へ

[1] 介助者の生活様式

身体、知的、精神障害者の障害種別でみると、どれも介助者の生活様式が「障がい者本人に合せている」の回答が、2～3割となっている。障害部位ごとにみると、視覚障害、内部障害は介助者が本人に合せている割合が他より高く4割程度となっている。

発達障害者に関しては、さらに割合が高いが、障害者本人が年齢層も低いことが要因かと思われる。

表2-10-1 介助者の生活様式

	障がい者本人に合せている	ある程度自分の時間は確保できている	n
身体障害者	24.9	75.1	41
知的障害者	18.2	81.8	11
精神障害者	27.8	72.2	18
身体の内訳			
視覚障害	40.0	60.0	5
聴覚障害	0.0	100.0	1
言語機能障害	50.0	50.0	2
肢体不自由	16.7	83.3	12
内部障害	42.9	57.1	21
発達障害者	66.7	33.3	3

[2] 介助者が希望していること

ほとんどの障害種別で「介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい」との回答が1～2位の上位を占めている。続いて「世間や周囲の人に理解してもらいたい」、「趣味、勉強や旅行をしたい」という回答が多い。

発達障害者では、介助者が生産年齢層にあるため、「働く時間が欲しい」という回答や、慣れない福祉サービスの手続きによる煩瑣な体験から、「市役所や県の職員に介助者に対する配慮をしてほしい」との希望が挙げられている。

表2-10-2 介助者が希望していること

	1	2	3
身体	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい	・世間や周囲の人に理解してもらいたい	・趣味、勉強や旅行をしたい
知的	・趣味、勉強や旅行をしたい	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい	・障がい者本人との人間関係をよくしたい
精神	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい	・世間や周囲の人に理解してもらいたい	・世間一般の市民に介助者に対する配慮をしてほしい ・障がい者本人との人間関係をよくしたい
身体の内訳			
視覚障害	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい	・世間や周囲の人に理解してもらいたい ・趣味、勉強や旅行をしたい	
聴覚障害	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい		
言語機能障害	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい		
肢体不自由	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい	・世間や周囲の人に理解してもらいたい	・他の家族に協力して欲しい ・趣味、勉強や旅行をしたい ・医療機関やリハ・福祉の先生や職員に介助者に対する配慮をして欲しい
内部障害	・介助者が介助できなくなった後の心配をなくしたい	・働く時間が欲しい ・世間や周囲に理解してほしい ・医療機関やリハ・福祉の先生や職員に介助者に対する配慮をして欲しい ・世間一般の市民に介助者に対する配慮をしてほしい	
発達障害者	・働く時間が欲しい ・市役所や県の職員に介助者に対する配慮をしてほしい ・世間一般の市民に介助者に対する配慮をしてほしい		

まちのイメージについて

障害種別によらず、全般的にみると、あまり悪いイメージを持っているものは少ない。居住環境は5割程度が「不満足だが我慢できる」と回答している。ボランティア・自助グループとの関わりに関しては、「わからない」との回答が多い。

障害者が集えるような場所は「あまりない」、「ほとんどない」が多く、障害者が地域の中へ入っていけないというイメージを持っている。

[3]障がい者に

表2-10-3 障がい者に

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	28.0	17.4	54.6	41
知的障害者	27.3	0.0	72.7	11
精神障害者	27.8	16.7	55.6	18
身体の内訳				
視覚障害	20.0	20.0	60.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	33.3	16.7	50.0	12
内部障害	28.6	23.8	47.6	21
発達障害者	33.3	0.0	66.7	3

[4]高齢者に

表2-10-4 高齢者に

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	32.1	19.2	48.7	41
知的障害者	18.2	0.0	81.8	11
精神障害者	50.0	0.0	50.0	18
身体の内訳				
視覚障害	0.0	40.0	60.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	41.7	16.7	41.7	12
内部障害	33.3	23.8	42.9	21
発達障害者	33.3	0.0	66.7	3

[5]妊婦に

表2-10-5 妊婦に

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	22.3	7.7	70.0	41
知的障害者	27.3	0.0	72.7	10
精神障害者	38.9	0.0	61.1	18
身体の内訳				
視覚障害	0.0	20.0	80.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	33.3	8.3	58.3	12
内部障害	14.3	4.8	81.0	21
発達障害者	0.0	0.0	100.0	3

[6]子どもに

表2-10-6 子どもに

	やさしい	やさしくない	わからない	n
身体障害者	29.1	11.2	59.7	40
知的障害者	36.4	0.0	63.6	10
精神障害者	44.4	0.0	55.6	18
身体の内訳				
視覚障害	0.0	40.0	60.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	36.4	9.1	54.5	11
内部障害	33.3	9.5	57.1	21
発達障害者	66.7	0.0	33.3	3

[7]自然環境は

表2-10-7 自然環境は

	よい	よくもわるくもない	わるい	わからない	n
身体障害者	42.4	53.9	2.5	1.2	42
知的障害者	36.4	36.4	0.0	27.3	11
精神障害者	72.2	16.7	5.6	5.6	18
身体の内訳					
視覚障害	0.0	100.0	0.0	0.0	5
聴覚障害	0.0	100.0	0.0	0.0	1
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	50.0	50.0	0.0	0.0	12
内部障害	54.5	31.8	9.1	4.5	22
発達障害者	66.7	33.3	0.0	0.0	3

[8]居住環境は

表2-10-8 居住環境は

	満足	不満足だが我慢できる	不満足で我慢しにくい	わからない	n
身体障害者	43.0	50.1	6.8	0.0	41
知的障害者	20.0	50.0	0.0	30.0	10
精神障害者	33.3	55.6	11.1	0.0	18
身体の内訳					
視覚障害	25.0	50.0	25.0	0.0	4
聴覚障害	0.0	100.0	0.0	0.0	1
言語機能障害	50.0	50.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	41.7	50.0	8.3	0.0	12
内部障害	63.6	36.4	0.0	0.0	22
発達障害者	66.7	33.3	0.0	0.0	3

[9]人情は

表2-10-9 人情は

	あたたかい	ふつう	あたたかくない	わからない	n
身体障害者	33.4	56.1	1.3	9.2	41
知的障害者	27.3	63.6	9.1	0.0	11
精神障害者	26.3	63.2	0.0	10.5	19
身体の内訳					
視覚障害	0.0	100.0	0.0	0.0	5
聴覚障害	0.0	100.0	0.0	0.0	1
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	41.7	41.7	0.0	16.7	12
内部障害	38.1	57.1	4.8	0.0	21
発達障害者	66.7	33.3	0.0	0.0	3

[10]役所の対応は

表2-10-10 役所の対応は

	よい	よくもわるくもない	わるい	わからない	n
身体障害者	39.7	33.6	6.1	20.6	41
知的障害者	9.1	90.9	0.0	0.0	11
精神障害者	21.1	47.4	10.5	21.1	19
身体の内訳					
視覚障害	0.0	40.0	40.0	20.0	5
聴覚障害	100.0	0.0	0.0	0.0	1
言語機能障害	0.0	50.0	0.0	50.0	2
肢体不自由	41.7	41.7	0.0	16.7	12
内部障害	33.3	23.8	9.5	33.3	21
発達障害者	0.0	100.0	0.0	0.0	3

[11]学校の対応は

表2-10-11 学校の対応は

	よい	よくもわるくもない	わるい	わからない	n
身体障害者	14.5	12.4	5.5	59.9	36
知的障害者	42.9	42.9	0.0	14.2	7
精神障害者	0.0	22.2	0.0	77.8	18
身体の内訳					
視覚障害	25.0	0.0	0.0	75.0	4
聴覚障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	10.0	20.0	10.0	60.0	10
内部障害	25.0	5.0	0.0	70.0	20
発達障害者	33.3	66.7	0.0	0.0	3

[12]病院や福祉施設の職員は

表2-10-12 病院や福祉施設の職員は

	よくしてくれる	よくもわるくもない	あまりよくしてくれない	わからない	n
身体障害者	62.5	27.5	0.0	10.1	42
知的障害者	72.7	18.2	0.0	9.1	11
精神障害者	63.2	21.1	5.3	10.5	19
身体の内訳					
視覚障害	40.0	40.0	0.0	20.0	5
聴覚障害	100.0	0.0	0.0	0.0	1
言語機能障害	50.0	50.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	58.3	33.3	0.0	8.3	12
内部障害	68.2	18.2	0.0	13.6	22
発達障害者	100.0	0.0	0.0	0.0	3

[13]ボランティアは

表2-10-13 ボランティアは

	よくしてくれる	よくもわるくもない	あまりよくしてくれない	わからない	n
身体障害者	9.9	6.8	0.0	75.7	38
知的障害者	18.2	27.3	0.0	54.5	11
精神障害者	16.7	11.1	5.6	66.7	18
身体の内訳					
視覚障害	20.0	0.0	0.0	80.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	10.0	10.0	0.0	80.0	10
内部障害	9.5	4.8	0.0	85.7	21
発達障害者	33.3	33.3	0.0	33.3	3

[14]患者会・親の会など自助グループのメンバーは

表2-10-14 患者会・親の会など自助グループのメンバーは

	よくしてくれる	よくもわるくもない	あまりよくしてくれない	わからない	n
身体障害者	1.3	4.7	0.0	86.3	36
知的障害者	50.0	0.0	0.0	50.0	10
精神障害者	17.6	11.8	0.0	70.6	17
身体の内訳					
視覚障害	0.0	25.0	0.0	75.0	4
聴覚障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0
言語機能障害	0.0	100.0	0.0	0.0	2
肢体不自由	0.0	0.0	0.0	100.0	9
内部障害	5.0	5.0	0.0	90.0	20
発達障害者	66.7	0.0	0.0	33.3	3

[15]障がい者が集えるような場所がありますか

表2-10-15 障がい者が集えるような場所がありますか

	たくさんある	あまりない	ほとんどない	わからない	n
身体障害者	1.3	14.9	27.7	56.2	41
知的障害者	0.0	45.5	36.4	18.2	11
精神障害者	0.0	31.6	26.3	42.1	19
身体の内訳					
視覚障害	0.0	20.0	20.0	60.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	0.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	50.0	50.0	2
肢体不自由	0.0	16.7	25.0	58.3	12
内部障害	4.8	14.3	14.3	66.7	21
発達障害者	0.0	33.3	0.0	66.7	3

[16]障がい者が地域の中へ

表2-10-16 障がい者が地域の中へ

	十分入っていける	少しは入っていける	あまり入っていけない	わからない	n
身体障害者	1.3	20.4	29.1	49.1	40
知的障害者	0.0	54.5	27.3	18.2	11
精神障害者	0.0	20.0	50.0	30.0	20
身体の内訳					
視覚障害	0.0	20.0	40.0	40.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	0.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	0.0	16.7	25.0	58.3	12
内部障害	5.0	35.0	15.0	45.0	20
発達障害者	0.0	100.0	0.0	0.0	3

[17]障がいがあることを明示しないとつらい思いをすることが

表2-10-17 障がいがあることを明示(開示)しないと、つらい思いをすることが

	ある	ない	経験がない	わからない	n
身体障害者	8.2	20.8	21.7	49.3	41
知的障害者	30.0	20.0	30.0	20.0	10
精神障害者	16.7	16.7	22.2	44.4	18
身体の内訳					
視覚障害	40.0	0.0	20.0	40.0	5
聴覚障害	0.0	0.0	100.0	0.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	8.3	16.7	8.3	66.7	12
内部障害	0.0	42.9	28.6	28.6	21
発達障害者	66.7	0.0	33.3	0.0	3

[18]障がいがあることを明示（開示）したあと、つらい思いをすることが

表2-10-18 障がいがあることを明示（開示）したあと、つらい思いをすることが

	ある	ない	開示していない	わからない	n
身体障害者	3.5	37.4	2.6	56.5	41
知的障害者	30.0	30.0	0.0	40.0	10
精神障害者	21.1	26.3	5.3	47.4	19
身体の内訳					
視覚障害	40.0	20.0	0.0	40.0	5
聴覚障害	0.0	100.0	0.0	0.0	1
言語機能障害	0.0	0.0	0.0	100.0	2
肢体不自由	0.0	25.0	0.0	75.0	12
内部障害	0.0	52.4	9.5	38.1	21
発達障害者	33.3	66.7	0.0	0.0	3

[19]介助者のご意見 伝えたいことはありますか。ご自由にお答えください。

- ・福祉職員の方に風呂の段差が気になるようなら改造できるシステムがあると教えてもらったが、今のところ不自由は感じてないので、必要になればお願いしようと思う
- ・仕事に行って自分で働いてほしい
- ・本人が職業ができるよう支援してほしい
- ・障害者を理解して頂きたい
- ・自動車の重量税や高速道路の料金割引等を、障害手帳を渡してもらった時点で伝えてほしい
- ・私達両親が元気な間は何とかありますが、一人になった時、不安があります
- ・弱者に対して住みやすい環境を作してほしい
- ・福祉サービスの情報不足
- ・気分が落ち込む事が多い
- ・本人の気持ちは、親離れしたいのではと思う時があるが、現実にはむずかしい
- ・家族会、作業所等は大切。こういう支えが自分の力になり、現在も介助していける
- ・他の市町村と宇和島市を比較してみた場合、福祉に対する考え方及び取り組み方が非常に劣っている
- ・障害者本人への支援とともに、介助者、ボランティアへの支援をもっと行ってほしい
- ・一般の病院では、障害に対する理解が薄く、医者も看護師も対応が悪い
- ・役所の対応を、もう少し柔軟に対応してほしい
- ・自立支援法ができた為に障害者の収入が減少し支援を防げた
- ・ヘルパーさんへ。あれはダメ、これはダメとむずかしくなって援助してくれない
- ・情報をスムーズに入手できるようにしてほしい

- ・食べたことを忘れる
- ・病院への送迎バスが欲しい
- ・雨のあとに水たまりができてしまうので、子供にかかってしまうため、道路を整備して欲しい
- ・本人がパニックになった時の対処がわからない。今はほっておくと治るが心配である
- ・人に聞いて自分が出向いて行き手続きをして初めてわかることがある
- ・本人の話を聞いてやりたいが、勤めている為その時間があまりとれない
- ・本人が一人になった時の生活が心配である。その時の環境の変化が心配である
- ・大部屋に入院した時、他の患者さんに怒られたり嫌味を言われ、つらい思いをした
- ・障害者を法的には雇用しなくてはならないのに守れていない
- ・仮眠の後も何か食べないとおさまらない
- ・いじめをうけてからなのか、ずっといつも誰かに見られているような気がすると思本人が不安がっている
- ・気がねなく話しをする人や集まりがあればいいなと思う
- ・精神障害者は働く場がない
- ・夜、昼がわからなくなる
- ・友達を作ったらどうかと言っても作ろうとしない。あまり言うとパニックになるのでそっとしている
- ・トイレが間に合わない

4. まとめ

障害においては、当事者である住民（自助）、支援者である住民（共助）、専門家や行政（公助）の役割がそれぞれ位置付けられている。自助がまず必要であるが、自助のためにはそれを実行する能力と実行しやすい環境が必要である。自助を行うためには、障害者および障害当事者の生活、地域適応の能力を高める必要があり、それは障害者および障害当事者の努力に依存するだけでは、不可能である。能力を高めるための周囲の働きかけや、スキルを含めた技術の開発が必要である。自助を行うための活動を、周囲の環境が支えることが重要であるため、周囲の環境を、障害者および障害当事者が自らの能力を発揮できるように変えていかなければならない。これらを実施するためには地域活動の強化と、障害者の自助を支えるための公共政策作りが必須であり、この「能力」を高め、「環境」を変えることは公助においてなされる。

1) 地域との接点作り

3 障害に共通して、多くの障害者が地域との接点が不十分であって、必要なサポートや情報が届かずに孤立しているため、結果的に不利益を受けて、地域移行がスムーズに継続できない実情が明らかとなった。今後これらの方々が地域で孤立しない、情報入手を保証する手段を確保するために目の届く近隣でおこなえるような、ある程度の小地域で完結のできる障害福祉体制を構築することが必要である。（これに関してはタウンミーティングにおいても同様の意見を、参加した多くの市民より得られた。）

2) 障害者の健康増進

不安、悩みに関する項目で、病気になった時の不安が挙がっている。障害者は種々の条件によって健康低階層を形成しやすい社会的特徴を有しており、他の健康障害を患った時に容易に健康状態が悪化する。市の健康増進、疾病予防施策、地域包括支援センターによる介護予防事業に障害者＝社会的健康弱者という観点を意識して取り組むことが極めて重要である。

3) ボランティア・セルフヘルプグループの育成

地域内での専門サービスの提供において、ボランティア・セルフヘルプグループとの関わりについて「ほとんどない」という答えが多くみられた。市内にボランティア・セルフヘルプグループは多く存在するものの、広域、スポット的に対応されてきたことが多いため、地域内での保健福祉活動においての接点が目立たず、結果的に上記のような答えが得られたと思われる。今後、市内のグループにおいても、小地区ごとに適応できるようなボランティアの類型化・体系化が必要である。

宇和島市障害福祉計画並びに 今後の障害関連計画に 対する提言

平成21年2月
地域福祉ネットワークの会

目次

I. 障害福祉計画並びに今後の障害関連計画に対する提言の総括的事項	147
II. 各障がい種別の提言	
1. 視覚障がいに関する提言	153
2. 聴覚障がいに関する提言	155
3. 音声・言語・そしゃく機能障がいに関する提言	159
4. 内部障がいに関する提言	160
5. 肢体不自由に関する提言	162
6. 知的障がいに関する提言	165
7. 精神障がいに関する提言	167
8. 障がい児に関する提言	170
9. 重症心身障がい児者に関する提言	173

障害福祉計画並びに今後の障害関連計画に対し、総括的事項を以下にまとめ提言します。

1. 障がい福祉を地域で推進するための基本的事項

障がい者が地域で暮らしていくために必要な活動は、自助（当事者ができること）、共助（みんなでできること）、公助（公的責任で行うこと）の3つに分けられる（図1）。地域で障がい福祉を推進して行くには、この3つが各々役割を持ち、有機的に連携していく必要がある。

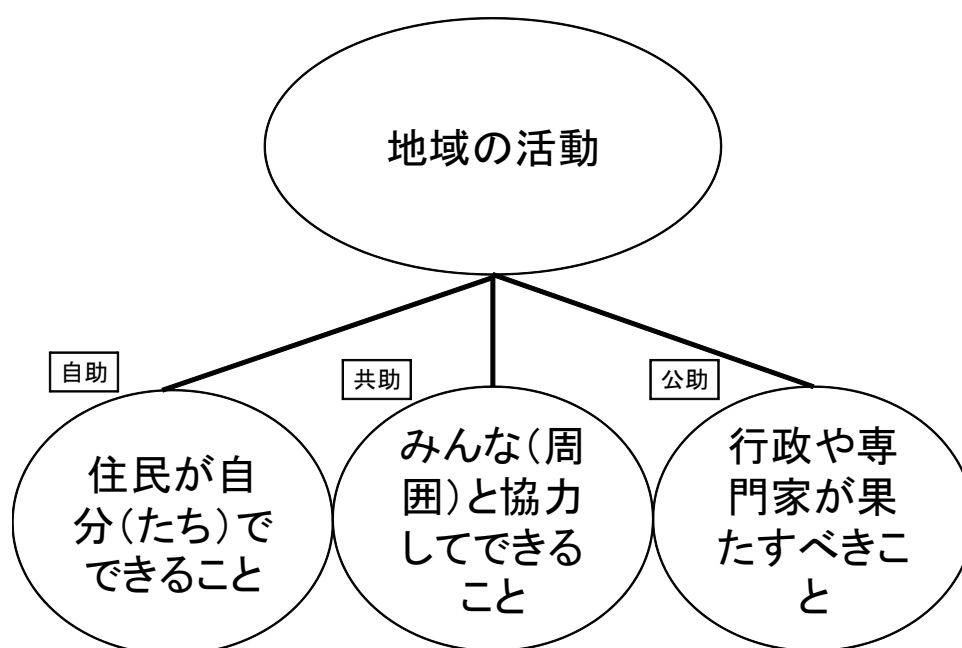


図1 地域活動の推進

図2に示しているのは、地域における健康福祉活動のモデルである。活動を推進する役割を持つのは、住民、専門家、行政の3要素からなり、住民はさらに当事者である住民と支援者である住民（当事者ではない一般住民）に分けられる。

この図に示すように、当事者である住民が努力して活動していくことが自助であって、当事者である住民を地域住民が支援していく形が共助である。専門家や行政のアプローチは公的責任に基づいて行われるものであり、公助である。

障がいにおいては、当事者である住民 ＝ 障がい者および障がい当事者（※1）、支援者である住民 ＝ 地域一般住民（この中には支援団体やボランティア等も含まれるが、近隣すなわちコミュニティに居住している一般住民も「支援者としての住民」であることを忘れてはならない）と位置づけられる。なお、地域で暮らしていくために必

要な日常生活に関する資源、たとえば日用品の購買、賃貸住宅の斡旋、交通機関等も、基本的には生活者同士の関係であるから、ここでは「支援者である住民」の範疇に含まれる。

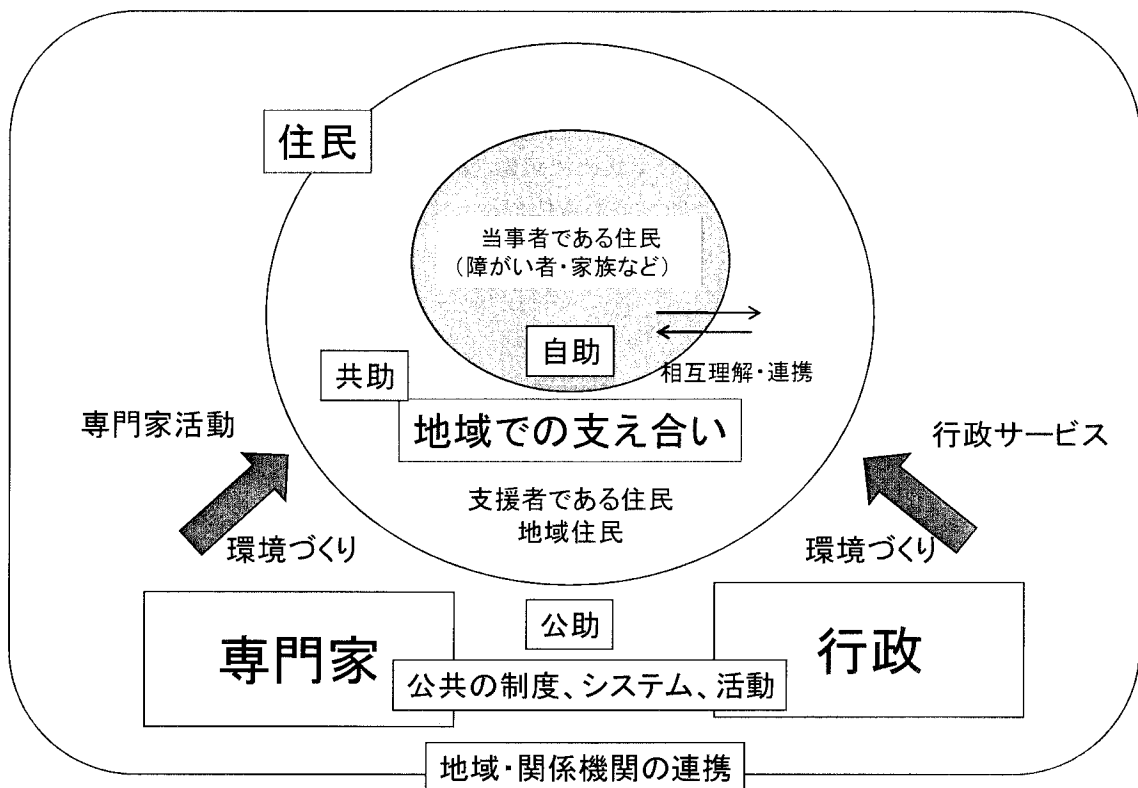


図2 地域での障がい福祉の推進

自助がまず必要となるが、自助のためにはそれを実行する能力と、実行しやすい環境が必要である。自助を行うためには、障がい者および障がい当事者の生活、地域適応の能力を高める必要があり、それは障がい者および障がい当事者の努力に依存するだけでは不可能である。能力を高めるための、周囲からの働きかけや、スキルを含めた技術の開発が必要である。

また、自助を行うための活動を、周囲の環境が支える（環境上のバリアを低くする）ことが重要である。このため、周囲の環境を、障がい者および障がい当事者が自らの能力を発揮できるように変えていかなければならない。これらを実施するためには、地域活動の強化と、障がい者の自助を支えるための公共政策づくりが必須である。この「能力」を高めることと、「環境」を変えることは、公的責任においてなされることである。

従って、障がい福祉に関する計画には、障がい者および障がい当事者の能力が発揮できるための実働的な事業やシステム作りが十分に盛り込まなければならない。

上記は、世界保健機関（WHO）のオタワ憲章によって22年前に提唱された「ヘルスプロモーション」と呼ばれる先進諸国において健康都市政策を進めていく上での基本的な考えに則ったものであり、わが国においても、健康福祉政策を考える上で、ごく一般

的な概念として定着している。

※1 本文章中、障がい当事者とは障がい者の家族、職業的ではない私的な介助者など、保護者および家族に準じる住民側にいる人たちを言う。

次は共助である。当事者である住民＝障がい者および障がい当事者、支援者である住民＝地域一般住民の関係においては、図2にある「タマゴの黄身と白身」の関係のように、地域住民が障がい当事者を包み込み、見守る存在でなければならない。

これを維持する活動が、地域活動の強化であり、共助の姿であるが、障がい者および障がい当事者と、地域住民を協働させ、地域で障がい者を見守るしくみを作る誘導を行うのは、公的責任である。

地域住民が障がい当事者を包み込み、見守るしくみは、地理的に大きなエリアでは難しく、小学校区、中学校区等の小地区活動において、目に見える近隣コミュニティの範囲において達成されることが現実的である。各地区の住民活動へのアプローチや、民生児童委員活動、保健や福祉に関する推進員活動、そして行政保健師によるきめ細やかな地区活動が必要である。

なお、必要な障がい者に必要な情報が届いておらず、そのために税や公共料金の減免などを受けられず不利益を受けているケースが、今回の訪問調査では、三障がいのいずれにおいても少なからず報告されている。このような情報入手を保障する手段（障がい者本人が情報を理解できない場合も少なくないので、「見守り者」・・・近隣住民、ワーカー、地区担当保健師などによる「接点」を確保して、きめ細やかな情報伝達が必要）は急速に改善・確保される必要があるであろう。

専門家には各障がいの専門医療、福祉、介護を提供する専門機関や専門職集団をはじめ、障がい者の健康増進や一般疾病の治療、障がい当事者の家族サービス（保育等）、教育関係者、就労や居住の専門家が含まれる。

当然のことながら障がい者（児）は教育を受け、生活支援を受け、基本的な保健医療サービスを受けなければならない。ことに、障がい者は種々の条件によって健康低階層を形成しやすい社会的特徴を持つ（※2）ため、公的責任において一般健常者より手厚く健康増進や疾病予防を確保しなければならない。特に高齢障がい者は健康が損なわれやすいため、十分なアプローチが必要であって、わが国の制度では介護保険によりカバーされる。

すなわち、市の健康増進、疾病予防（母子保健、生活習慣病対策、その他）施策、地域包括支援センターによる介護予防事業に、障がい者＝社会的健康弱者という観点を意識して取り組むことがきわめて重要である。

なお、公的サービスの多くは専門家が担う部分が多く、公務員およびそれに準じる職

員において行うには効率性、経費、マンパワーその他多くの点で限界があるから、高い質を確保した上でのアウトソーシングにより地域の専門家の活用を図るべきである。

アウトソーシングの高い質を確保するためには、委託事業の実施評価を行い市民に公表できる透明性が必要であり、また、アウトソーシングを行うためには、アウトソーシング内容を十分に検討できる企画力、実施結果を分析できる評価力が、行政職員（社会福祉協議会職員を含む）には必要とされる。なお、この事項（透明性、職員の資質）はアウトソーシングに限らず福祉政策の企画実施評価全般に要求され、職員の資質向上には、公費を投入してでもそれを図るだけの妥当性と有効性がある。

※2 健康福祉政策上、これらの健康低階層を形成する危険が高い社会的特徴をもつ人は「傷つきやすい人たち（vulnerable population）」と呼ばれ、特別なアプローチが必要な存在である（vulnerable population approach：Frohlich，福田吉治）。

2. 障害福祉計画における行政計画量について

行政計画量について、国や県から市に対して目標計画量策定が定められている「必要の事項」は、これらの自助、共助、公助の包括的・総合的な施策、活動の中で、国庫並びに県費補助金ないしは交付金において費用を負担し、最低限度実施しなければならない事業に関する整備目標を掲げるものであって、本来は市が提供する障がい施策のごく一部分を取り出して記述するものでしかない。

障がい福祉における計画量は、自助（当事者ができること）、共助（みんなでできること）、公助（公的責任で行うこと）の3点を踏まえて総合的、包括的に把握、予測、計画する必要があることは言うまでもないことであり、これらの点を十分に踏まえて行政計画量を策定いただくことが望ましい。

3. 障がい特性の問題

障がい者および障がい当事者に対するアプローチは、基本的な部分は上記に述べたように共通であり、市における住民や専門家を巻き込んだ政策的展開と、小地区における活動が要点である。一方で、障がい特性は障がい者によってかなり異なっており、それに伴い生活の状況（居住、就労、日常生活、教育等）や健康状態も異なってくる。

これらの課題には、障がい特性別にニーズを把握し、対応できる社会システム（公的なサポートも私的なサポートも含まれ、それらは公的責任において有機的に役割分担させる）が必要である。一つの大きな基本があり、多くのチャンネルがあるという関係であって、総論と各論の関係であることを十分に踏まえた上で公的責任のあり方について探求する必要がある。

障がい特性別に対応していくと「オーダーメイド福祉」が必要となってくるが、個々の障がい特性に対して個別の事業を策定し、公務員またはそれに準じる職員をサービス

供給者としてあてることが、非効率であり現実的ではない（サービスの質も著しく低下する）。包括的な資源提供の中で、オーダーメイドに応じていくことが現実的である。

公的政策は障がい特性に適合したアウトソーシングを活用し、地域では、地域づくり活動の一環として、保健師等によるきめ細やかな地区活動、地域住民による自助・共助（障がい特性別自助団体、ボランティア団体等を含む）を推進していくのが効果的である。

また、現実にはその障がい者が抱えている障がい特性と、実際に受給されている手帳や受給者証の内容は必ずしも一致していない。身体障害者手帳は更新がなく、他の手帳は更新があり、受けられるサービスも違いがあつて（身体障がい者施策が最も充実している）、手帳保持者（受給者証保持者）数＝ニーズ量とは決してならない。

たとえば重複障がいの場合、いずれも同程度の級に相当すれば、身体と他の障がいでは身体を選択する。両方の手帳を取得することは、知的障がいしか利用できない制度を利用する場合以外にはまず考えにくい。

また、障がい児の場合、手帳を取得していないケースが多い（ことに知的、精神）ことから、実態把握には十分な配慮が必要である。

これらの個々のケースについては、近隣コミュニティではよく知られている場合が多い。従って地区活動を強化して小地域の情報を把握する手段を持つことが必要である。市役所本庁が保有する情報ルートだけで行政が正しい情報を把握することはかなり困難であつて、近未来的には、実際の地域情報を勘案しながら障がい福祉に関する計画は策定する必要があると思われる。地域福祉ネットワークの会においても、広域合併後、保健師活動の衰退によるサービス低下の事例が多々報告され、行政の情報収集能力の低下も強く懸念される。保健師地区活動の充実強化を強く求めたい。

4. 提言

総括的事項として、以下を提言したい。

- 障がい者および障がい当事者が「自らの能力を高めていく」ための、環境整備に関することを、十分に計画策定に反映していただきたい
- 障がいに対する専門性を持った住民活動の育成と相互連携の構築について、十分に計画策定に反映していただきたい
- 公的責任に基づく対障がい者公共サービスの積極的なアウトソーシング化ならびにその質の確保について、十分に計画策定に反映していただきたい

- 障がいに関する専門職員（市役所、社会福祉協議会）の資質向上と、そのための十分な職員教育（研修受講等を含む）の実施について、十分に計画策定に反映していただきたい
- 専門家と行政の連携構築について、十分に計画策定に反映していただきたい
- 小学校区、中学校区単位を意識した地区活動の強化（住民活動、民生児童委員活動、保健や福祉に関する推進員活動、行政保健師地区活動など）を図っていただきたい。

計画策定においては、地域福祉計画の推進とのリンクおよび地区保健師活動の強化が特に重要であることに触れ、計画策定に反映していただき、かつ、地域福祉計画、健康増進計画、高齢者保健福祉計画、次世代育成支援計画等との有機的な関連を持って施策を推進していただきたい。

ことに、広域合併後における保健師地区活動の衰退については、宇和島地域福祉ネットワークの会では重大な不安と懸念を持っており、今後、基礎自治体である市町村行政の公的責任として、保健師地区活動を十分に強化していただきたい。
- 手帳や受給区分によるのではなく、個々の「障がい特性」に応じた社会的サポート体制の確立について、各障がい特性のニーズや要望に応じて、十分に計画策定に反映していただきたい。なお、各障がい特性に関する提言事項は、それぞれ別項に記した

視覚障がい

～視覚障がいには外出支援が必要不可欠～

今回訪問調査できた方は、15名。身体障害者手帳1級の方が6名、2級が5名、3級が1名、5級が3名である。年代別にみると、10歳未満が1名、40代が1名、50代が4名、60代が4名、70代が2名、80代が2名となっている。おもに緑内障、網膜色素変性症、はしか、黄斑部変性などが原因で視覚障がいになっている。

日常生活の悩みについては、文字の読み書きに関する悩みが一番多く、続いて事故や不測の事態になった時に対応できないことに関する悩みも見受けられる。

外出の頻度は個人差が多いが、7割近くの方が外出する時に介助者が必要になると答えている。3級以上になると、ほぼ介助者を必要としている。外出は徒歩、タクシー、バスによるものが多い。外出時は多くの方が路面の段差や障害物に不便を感じている。

ボランティア、自助グループとのかかわりがある人は2～3割。医療、リハビリは市内で対応できている。

まちに対するイメージを聞くと全般的に良いイメージを持っている人は少ない。障がい者への対応、居住環境、役所などに対してわるいイメージを持っている方が多いようである。その影響からか、まちに障がい者が集える場所は無いと感じる人も多く、障がい者が地域の中へ入っていくことに難しさを感じているようである。

視覚障がいの方は口話では支障がない方も多く、そのコミュニケーション能力を活かして活動している方もたくさんいる。しかし、視覚で認識できないため、不意な状況で即座に対応することが大変難しい。外出時も誘導路である点字ブロックに沿って歩かなければ方向を容易に見失ってしまう。さらに、宇和島圏域においては、点字ブロックが設置されている場所が旧市内の一部や公共施設の近辺など限られており、外出する際に単独で活動できる範囲が限られてしまう。そのためガイドヘルパーが必要になるが、外出したい時にガイドヘルパーを利用しようと思っても、各事業所でガイドヘルパーが少ないため、利用できる時間帯が限られてしまい、思うように外出が出来ないことも頻繁にある。

提言

➤ 点字ブロックの普及啓発

現在、宇和島市内では点字ブロック上に自転車や自動車など多くの障害物が駐車・駐輪されていることで、多くの事故が起こっている。危険な事故を防止するためにも、継続的に点字ブロックの役割を周知し、一般への理解を促進していくことが求められる。地域福祉ネットワークとして、平成20年度に街頭での普及・啓発活動を実施した

が、今後とも多様な形で取り組みを継続していきたい。行政においてもその点字ブロックを周知するために、バックアップや独自の取り組みが期待される。

➤ ガイドヘルパー（移動支援）の増員・増量と移動支援ボランティアの養成

「視覚障害者」の多くは、介助者がいないと外出が困難である。外出する機会が少ない障害者は、当然のことながら、社会と接する機会も少なくなってしまうため、ガイドヘルプを利用することにより、社会と出会い、一般的な人間関係や社会参加へと踏み出すことが出来る。

現状では、ガイドヘルパー（移動支援）の人数が少ないため、講習などでガイドヘルパーを養成し、視覚障がい者の社会参加の機会を増やしてほしい。

聴覚障がい

～情報提供・相談事業・グループホームづくり～

今回、訪問調査できた方は6名である。1級が1名、2級が5名となっている。すべての方が60歳以降であり、聴覚障がいだけでなく視覚障がい、肢体不自由など他の障がいを併せて持っている重複障がい者である。

周りとのコミュニケーション手段の不足から減多に外出しないと3名の方が答えている。

まちのイメージに関する質問において顕著であるのが、障がい者、高齢者、子供など市民一般が他者にどう接しているかのイメージに対して「わからない」という答えが大半であり、居住、自然環境、施設職員、ボランティアなどに対しては「よい」か「悪い」かを明確に答えている。また、障がいを開示しないと辛い思いをすることがあるか、という質問には回答した全員の方が「ある」と答えており、3名の方は障がいを開示した後に辛い思いをしたと答えている。

5名の方は在宅で生活をしているが、1名は施設に入所しており、共同生活の中でも周囲とコミュニケーションをとることが困難であるため、孤立した思いを持ちながら生活している。

聴覚障がいについての正しい理解

聴覚障がいの種別

聴覚障がい者は、失聴の時期、聴力程度、育った環境、受けた教育的条件などに相違があり、その障害の困難性や特性などを一律的に判断することは避けるべきである。また、その呼称も一般的に、ろう学校で教育を受け、手話に堪能な者は「ろうあ者・ろう者」、普通学校で教育を受け、補聴器利用により残存聴力を活用できる者は「難聴者」、義務教育や高等教育を終えた後の失聴者は「中途失聴者」、聴覚障がいと他の障がいを併せ持つ者は「ろう重複障がい者」、高齢による難聴者は「高齢聴覚障がい者」などが使用されている。コミュニケーションの手段についても、手話、口話（発音発語・読話）、補聴器利用、筆談・要約筆記などがあり、聴覚障がい者個々の状況によってコミュニケーション手段が異なっているので、それぞれの聴覚障がい者が使用するコミュニケーションの方法やニーズを的確に受け止めた対応が求められている。

聴覚障がいの基本的な特性と抱える課題

聴覚障がいの基本的な特性としては、下記のように説明できる。

1) 聴覚障がい者は外見から識別できず、聞こえる人の立場から見れば、介助やサポートのイメージが掴めなく、話しかけや会話のしづらい人間といえよう。従って、自己主張が困難であるとか、周囲の出来事の認識が容易ではないとか、名前を呼ばれても聞こえないので分からないことなど、聴覚障がいに起因する困難性等の理解が十分ではない。

2) 聴覚障がい者にとっては、親・兄弟とのコミュニケーションにも制約があり、聞こえる人とのコミュニケーションには常に緊張を強いられる。また、音声放送の情報が得られないこと、意思疎通に支障があることから、聞こえる側からの誤解が多い。

こうしたことから、聴覚障がい者が抱える課題として、下記のように説明できる。

- 1) 情報・コミュニケーションのバリアに囲まれている。
- 2) 人間的に孤独を強いられる障害である。
- 3) 周りの出来事に即座に対応できない障がいである。
- 4) 自己主張が困難なために自己抑制を強いられる障がいである。
- 5) 情報・コミュニケーションの障害のために人間的な能力の発達や評価が抑制される障害である。

もちろん、聴覚障がい者は、生活やサポート環境の改善によって軽減されることは言うまでもない。手話通訳者の増加や手話通訳・要約筆記事業の充実に、テレビ放送による字幕放送の拡大、FAX、携帯文字メール、インターネットなどによって、聴覚障がい者の情報・コミュニケーション環境は大きな前進を遂げており、上記に掲げる課題も軽減されつつあるが、まだ、発展途上の段階であって、更なる拡充が求められているといえる。

自己選択・自己決定の観点からみた聴覚障がい者の対応能力

今、障害のある当事者の自己選択・自己決定が言われている。この理念をよりどころとして、基本的な聴覚障がい者の対応能力を述べてみる。

- 1) 日本語の理解があり、読み書きや手話使用の能力のある聴覚障がい者の場合、手話通訳や筆談・要約筆記による情報・コミュニケーションのサポートで自己選択・自己決定が可能である。
- 2) 難聴・中途失聴の障がい者で、普通学校で教育を受けた者は、補聴器利用、筆談・要約筆記による情報・コミュニケーションのサポートで自己選択・自己決定が可能である。
- 3) 手話を日常的なコミュニケーションとして使用しているが、日本語の獲得が十分でなく、読み書きの能力に制約がある者には、手話通訳による情報・コミュニケーションのサポートだけでなく、自己選択・自己決定を行なうための説明、助言・相談支援などが必要である。
- 4) 標準手話が使えず、読み書きの能力も非常な困難が伴う者には、身振りの手話を中心とした情報・コミュニケーションのサポートとともに、生活支援を含めた介助等が必要である。

上記のように、同じ聴覚障がい者といっても、自己選択と決定のための対応能力はさま

ぎまである。また、抱える課題や内容によっては、通訳、相談、判断・決定のための支援など複合的に対応が求められる場合もある。従って、専門的なサポートのあり方は、下記の3点に整理できるのではないと思われる。

- 1) 手話通訳や筆談、要約筆記等による情報・コミュニケーションのサポート
- 2) 事態の説明・解説・助言によるサポート
- 3) 相談・生活支援等のサポート

提言

➤ 聴覚障がい者からの申請が無くても、情報提供とコミュニケーション支援

自己判断・自己決定のためにはまず、情報がきちんと届けられることが重要である。情報が届けられていない聴覚障がい者は、その存在や自己の問題についてさえ気付いていない。市主催の行事には全て、手話通訳と要約筆記を付けるようお願いしたい。また、市の広報についても、日本語の理解が乏しい者に対しては、手話による通訳と解説が必要である。月に1度の広報説明会を開催して欲しい。更に、ケーブルテレビについても、字幕と手話による通訳を付けていただくようお願いしたい。医療機関・保健機関等、健聴者側からも通訳依頼が必要なことを周知してほしい。先日、高齢のろう者Yさんが脳梗塞で亡くなった。市内の個人病院に通っていて、高血圧の治療薬をもらっておりながら、ほとんど飲んでいなかったのが一つの原因だった。生活習慣病がどのようなものか、理解ができていなかったことが原因である。特に、生命や健康、財産に関わる通訳は、聴覚障がい者からの依頼がなくても手話通訳や要約筆記の支援がされるように、派遣制度の見直しと周知・充実を行ってほしい。

➤ 聴覚障がい者対象の相談事業

聴覚障がい者の中には、十分な情報提供やコミュニケーション支援がされたとしても、自己選択・自己決定の難しい人達が居ます。特に、戦中戦後に学齢期を過ごした高齢者の中には、手話によるコミュニケーション手段を持たないろう者も多くいる。身体障害者相談員に手話通訳を付けるという方法では不十分だ。相談や訪問調査、ケア計画を作成する場面では、高齢聴覚障害者の特性をふまえた支援が必要であり、集団で生活する場や集団で活動する場において、コミュニケーションができる環境や情報の提供のあり方に配慮した支援、社会資源開発やネットワークづくりが展開される必要がある。

また、重複障がいのある聴覚障がい者の生活は、障がいが重度であるため、障がい児教育の対象からはずされてきた時代があった。なかにはSさんのように、精神障がい者として精神病院に長期入院させられた人々、知的障がい者施設で過ごしてきた人々、成人しても在宅生活のなかで孤立し、発達する機会を奪われてきた人々がいる。また、

重複する障がいがあるほど、聴覚障がいと相まって、多様な発達困難がみられる。これらの人々は手話や筆談も十分にできず、また適切な支援がないなかで生活能力や自律の力に大きな制限を有する状態にある。

これらの高齢聴覚障がい者や、重複聴覚障がい者の支援をするためには、聴覚障がい者の特性を十分に理解している手話通訳者や、同じ障がいを持つ聴覚障がい者のピアカウンセリングによる相談事業が必要だ。

➤ 聴覚障がい者が安心して生活できるグループホームの建設

改めて言うまでもなく、人は人の中でこそ人として生きることが出来る。また、人を人として定義するものの一つには、言語を持つか否かということがある。他者と共通のコミュニケーション手段を持たない、また情報獲得手段を持たない聴覚障がい者の不幸は、かつて牛馬と同じように扱われていた過去にある。そして、元々生まれ付いて持ち合わせていた資質は健聴者となんら変わらないものでありながら、ただ聞こえないということにより生命の維持を許されないとか、人として当然の扱いを受けられないという仕打ちは、今なお続いているといえる。

人は人の中で人として生きる。そのことは、誰しも否定できることではない。高齢の聴覚障がい者が、同じ言語（手話）によるコミュニケーションのできない環境の中で老後を過ごし、死を迎えるという現実、例えば我々が、日本語の通じない外国の老人ホームで余生を過ごすという状況よりも、更に孤独で過酷なものである。

高齢の聴覚障がい者や重度の重複聴覚障がい者が安心して生活の出来る、グループホームの建設をお願いしたい。また、当面の処置として、今ある老人ホームや障がい者施設に分散して入所している聴覚障がい者を、特定の施設に集めることによって集団を形成し、聴覚障がい者の特性について理解があり、手話についても堪能な職員を配置するようお願いしたい。

音声・言語・そしゃく機能障がい

～この障がいが存在することを地域で理解してほしい～

音声・言語・そしゃく機能障がい単独によって手帳を取得している方は全体数も少なく、今回訪問面接できた方は2名である。以下に概要を述べる。

主にコミュニケーション障がいに起因すると思われる不安を1名の方があげている。生活上は兩名とも何らかの介助者を必要とし、ボランティアとのかかわりはなく、自助グループ、インターネット等を通じた交流も皆無である。従って地域で孤立しやすい状態におかれている。まちの印象では障がい者が地域へ入っていけないと感じている。

音声・言語・そしゃく機能障がいは原疾患はさまざまであるが、障がいが日常生活に及ぼす影響が大きいのにくらべ、認定等級が低く十分な社会的サポートが得られないという現実がある。また、音声、言語、そしゃく機能はそれぞれ別の障がいであって、複数が重なると非常に生活困難度が増えてくるにもかかわらず、重複障がいと認められないため、社会的不利が大きい。

同じ障がいでくられるが個人差が大きいために、障がい名よりは障がいの実質的な内容でサポートを考えて欲しい部面がある。

提言

- 少数の障がいであり、かつ手帳等級が低いこともあって十分なサポートが得られにくいので、計画にはこの障がいを意識して盛り込んでいただきたい。
- 障がい名では何に困っているのかが一般の人にはわかりにくい。個々の障がいの実質的な内容別に、地域の人たちや社会一般への啓発をお願いしたい。
- いろいろな原疾患からなる障がいなので、人々の関心が低い。腫瘍の治療によって手帳を取得するケースが多いが、医療面だけではなくもっと幅広い関心を持って欲しい。
- 障がいは個人差が大きいですが、障がいゆえに、生活上の不便や地域の人たちとのコミュニケーションに問題がある人も少なからずいて、地域で孤立しやすい。地域の住民や地区の保健師さんなど、間に入る人がときどき来てくれて、地域との仲立ちをして欲しい。

内部障がい

～わかりにくい障がい。開示しなくても普通に暮らせる

ユニバーサルデザインのまちづくり～

今回訪問面接できた方は43名で、内訳は、心臓32、腎臓5、呼吸器3、ぼうこう3、直腸3名である。以下に概要を述べる。

年齢は児童1名を除き59歳以上である。病気の対処についての不安が多いようである。日常生活や生活の質、外出については個人差が大きく、2～3割程度はこれらに支障があると考えられる。

ボランティアとのかかわりがある人は1名だけで、自助グループとのかかわりは1割程度、インターネット等を通じた交流は皆無である。普段の治療、教育、応急治療は大多数が市内近隣で完結できる。

まちへの印象はおおむね良く、障がいの開示をすれば比較的人に受け入れてもらいやすいようである。ボランティアや自助グループ、地域での障がい者の集まりには接点がない人が多いようである。

今回面接できた方は多くが高齢者であり（児童1名は先天性心疾患と考えられるが）、主のがんや腎不全、慢性呼吸器障害などの病気によって障害者手帳取得に至った人である。年齢が高いこともあり、生活は発病前の性格をある程度継続していると思われること、医療への依存が大きく、ボランティアや自助グループ等いわゆる「障がいの活動」とあまり関係性がないこと、病気の重症度によって日常生活や生活の質、外出については個人差が大きいこと、障がいは外からわかりにくいのが、開示をすれば比較的受け入れてもらいやすいことが読み取れる。

内部障がいをもつ人は、他の健康障がいを持つと容易に健康状態が低下し、要介護状態に陥りやすい。従って、原疾患の管理や、健康確保に心を配らなければならない。

なお、先天性の内部障がいをもつ児の場合は、県都付近まで通院しており、主として医療機関・教育機関を中心とした自助グループ専門家とのかかわりがあるものと想像されるが、ボランティアとの接点はない。介助者のまちの印象はよいものと悪いものが混在し、地域には受けいられることが難しいと感じているようである。

児の内部障がいは、重複障がいもあり、他の障がい（肢体不自由など）で高い級の手帳を取得している場合、知的障害を伴う児に内部障がいと合併している場合（ダウン症など）

がある。さらに、手帳の取得は難しいが「小児難病」として小児慢性特定疾患治療研究事業で対応されているケースは少なくないと思われる。

児の内部障がいへの対処は、手帳取得者の情報でみるよりも、地域の障がい児、小児慢性特定疾患児等について細やかに情報を入手し、障がい特性を把握して必要なアプローチが地域単位で行われることが必要である。

提言

- 障がいの個人差が大きいので、日常生活や生活の質、外出の問題があると地域で孤立しやすくなる。一律に内部障がいとくくるのではなく、原疾患の重症度や日常生活や生活の質によって、地域単位で必要な人には必要な対処をしてほしい
- 高齢内部障がい者の健康確保について、健康増進・疾病予防や介護予防の観点から総合的取り組みをして欲しい
- 内部障がいは、外見ではわかりにくい障がいである。外出や人付き合いの都度、障がいを開示しなくてもいいように、ある程度ユニバーサルデザインのまちづくりを考えて欲しい
- 障がいのボランティアや関係団体に、内部障がいに対しても、もっと関心を持って欲しい
- 児童の内部障がいについては、手帳制度を中心とした行政からの情報に頼るアプローチでは不十分であり、地域単位で細やかなケアが必要である
- 先天性の内部障がいを持つ児が、地域で受け入れられ、地域でいる場所を提供して欲しい

肢体不自由

～いっそうのバリアフリー化と、地域参加の場を広げ、
ボランティアや住民活動を小地域で展開～

肢体不自由は上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由そして脳原性運動機能障がい（例：脳性麻痺）からなる機能の障がいであって、先天性の場合と後天性の場合があり、後天性も事故（外傷）や疾病による場合とがあり、非常に多くのケースが含まれ、日常生活の不具合は人によってかなり異なっている。

今回面接できたのは40歳以上の53名で、37名が60歳以上である。4級と5級で40名、2種が46名と大部分を占めている。

病気になったときの不安を訴える人がほぼ半数と多く、あとはセキュリティの問題などが散見され、障がいの程度によって不安の状況は異なる。日常生活の不具合や生活の質では、6割程度は自立できているが4割程度は介助が必要であって、生活の質は個人によりかなり異なっている。ただし3級以上では不具合のある人がほとんどであり、生活の質は両極端に分かれているが、問題がある人の割合の方が多いようである。日中いる場所は自宅と施設（入所、通所）が多いが、就労もあり、いろいろなバリエーションがある。3級以上の8名中7名が昼間は施設にいる。

外出の頻度は個人による差が大きい、6割は介助者が必要である。外出に不自由がない人は3割で、多くは外出に不自由を感じている。外出は多くが（自家用、施設の送迎車、タクシー）によっている。外出時には路面の段差に不自由を感じている人が多い。3級以上では外出頻度が少なく、介助者がなければほとんどが外出困難で不自由が多い。

住居は7割が自宅、3割が施設（12名）またはグループホーム（2名）であり、3級以上の8名のうち7名は施設である。施設等入所者で自宅居住希望があるのは4割程度である。

ボランティア、自助グループとのかかわりがある人は1割程度であり、インターネット等を通じた交流は皆無であって、3級以下の軽～中度な方はボランティア、自助グループともほとんどかかわりがない。医療、リハビリはおおむねが市内か近郊で対応されている。

まちの印象は、環境面やサービス面ではネガティブな印象は持たないが、ボランティアや自助グループについてはわからないと答えている項目が多く、地域の中に入っていけることに関しては「十分入っていける」は1割であり懐疑的である。3級以下の人では、わからないか、比較的ネガティブな印象が多い。介助者のまちの印象では、多くはネガティブな印象は持たないが、ボランティアや自助グループについてはわからないと答えている項目が多く、こどもにやさしい、障がい者が集える場所、障がい者が地域の中へ入ってい

けるに関しては否定的な見解が多い。

15～64歳の障がい者(17名)について就労面を見ると、就労している人は5名と約3割であり、就労していない人のうち就労希望があるのは2名であった。

肢体不自由者は数が多く、地域でそれなりの対象者数を形成する。

不安では病気に関する心配が最もみられているが、障がい者は他の健康障がいを持つと容易に健康状態が低下し、要介護状態に陥りやすい。従って、健常者に比し、より健康確保に心を配らなければならない。従って、健康増進・疾病予防、介護予防等、保健医療サービスの重点的投入が必要である。

日常生活の自立や生活の質は個人差が大きく、個々の対応が重要と考えられる。広域対応の資源では限界があるので、小地区ごとにきめ細やかな対応が求められる。

外出については困難を感じる人が多く、バリアフリー化の推進が求められる。

身体障がい者の地域参加の場は、市内にはそれなりに用意されているはずであるが、今回は地域参加やボランティア、自助グループについてはネガティブな意見が多かった。地域参加の場の多くは拠点型であって、利用しているのが一部集団に偏している可能性もある。

障がい福祉の広がりには問題があるように思われ、小地区単位での集う場、地域参加の場を用意することが必要であろう。

このこと鑑みれば、ボランティアや自助グループの裾野（あるいは構成団体数）を広げ、小学校区や中学校区単位での近隣住民を巻き込んだ地道な地域活動が有効であろう。

肢体不自由は外見上障害がわかりやすいため、地域住民の理解は比較的得やすい部分がある。その障がい部位により大きく状況が異なっているため、障がい特性に応じた対応が必要となる。また、外傷による障がいは、発生予防策（交通安全、事故防止啓発、生活安全、労働安全など）も重要である。また、ことに脳原性運動機能障がいについては、重複障がいがある場合もあり、生育時からのシステム化された手厚いケアが必要となる。子どもは地域の宝である。いろいろな活動やサービス（公的、民間）が、地区単位に重層的に注がれることが望ましい。

施設入所者については、外出の機会や地域社会に触れる機会を増やし、また自宅居住希望者もあり、地域移行について考えていく必要があろう。

提言

- 肢体不自由の障がい者は、外出に困難がある場合が多く、そのために大きく生活の質が阻害されている。日常の交通手段がパーソナルなものに依存しているので、この点の解決策を検討して欲しい。また、まちのバリアフリー化をいっそう進めて欲しい。これらの実行には各地域での住民の理解が必要である

- 介助が必要な障がい者が多く、家族への負担が大きいと考えられるため、介助者の派遣確保手段に意を注いで欲しい
- 障がい者の生活の質を高めるため、地域で障がい者が容易に参加でき、居ることができる場所を増やして欲しい。できれば小地区単位に用意して欲しい
- 障がいのボランティアや関係団体の活動を拡大（広がり、団体数の増加）し、多くの障害者がこれらの活動のカバー範囲に入っていけるよう、各小地区で十分な機能を担う必要がある
- 肢体不自由の障がい者は健康面では虚弱になりやすい人たちであり、健康増進・疾病予防、介護予防等、保健医療サービスの重点的投入を、保健師地区活動を中心に行って欲しい
- 脳原性運動機能障がいについては、生育時からの手厚いケアをシステム化して欲しい

知的障がい

～日中活動の場の充実、グループホームの確保が必要

継続的に支援できる専門家を～

今回訪問面接できた方が46名で、療育手帳Aが22名、Bが24名。年代別にみると、20歳未満が5名。20代が1名、30代1名、40代が7名、50代が12名、60代が10名、70代が9名、80代が1名となっている。金銭管理に支障がある人が75%あり、日用品の買い物を自分でできる人は23.3%である。53.5%の人は毎日人づきあいがあると答えているが、これは作業所などの日中活動や、入所施設で共同生活で日々を過ごしているためである。32.6%の人は減多に外出をしていないが、その多くは施設入所者である。また施設に入所している人が全体の58.7%となっており、自宅生活への希望を持っている方は、そのうち22.2%である。ボランティア、自助グループなどとのかかわりが無いと答えているのは8～9割である。障がいの治療、リハビリを市内だけでなく、近隣市町で行っているのが3割ほどであり、緊急時に近隣で対応できない方が27.3%存在する。

まちに対するイメージは多くの質問に対して、6～8割が「わからない」と答えている。病院や施設職員に対するイメージはある程度明確に答えているが、これは実際に職員が同伴して回答していることが多いため、イメージが掴みやすいためであろう。

障がい者が養護学校を卒業後、一部のを除いて即就労は難しく、特に知的障がい者においては、就労に向けた支援や、日中活動の場に通うということが、今日、家族を含めほとんど全員のニーズとなっている。

また、施設から地域へという流れの中で、住居の確保が課題となっているが、特に知的障がい者にとっては、多くに互って支援が必要なケースが多いことから、世話人付きの住宅、すなわちケアホームやグループホームの充実が必要である。

さらに、多岐に亙る障害者相談支援への要望は強いものがあり、今後制度化された福祉サービスの充実を停滞することなく進めることが求められる。

提言

➤ 日中活動の場の充実

毎年、養護学校を卒業される人たちの内、就職できるのは、ほんの一部の人であり、ほとんどの人たちは、福祉的就労の場において就労に向けた支援を受けるか、作業を続けるか、または介護が必要な人たちである。今後も増える日中活動の場のニーズ、また各施設の新体系への移行も考慮して、日中活動の場の充実が必要である。このた

めに、事業者に対する敷地の提供、建物や設備に対する助成、改修費用の補助等があれば、日中活動の場の充実新体系への早期移行が可能となる。

➤ ケアホーム・グループホームの確保

施設から地域へという流れの中で施設からの移行、又親の高齢化により、今まで親の支援の基に家で生活されていた人たちの生活の場として、ケアホームやグループホームの確保が欠かせなくなっている。この推進のために、事業者に対する敷地の提供、建物に対する助成等の配慮があれば、宇和島市の障がい福祉は停滞することなく進むものと思われる。

➤ 障害者相談支援事業の充実

今日の自立支援を推進する上で、福祉サービス、福祉制度、個々の状態や環境における課題等、困った時に、いつでも安心して専門的な相談ができる支援体制は重要不可欠なものである。今後、益々求められる専門性、多岐に亙る多くの相談への対応等から、予算枠の拡大が必要である。

精神障がい者

～地域移行は居住の場の確保と市民の正しい理解から始まる～

今回訪問調査した方は50名で、精神保健福祉手帳の1級が4名、2級が36名、3級が10名となっている。年代別にみると30代が5名、40代が8名、50代が12名、60代が17名、70代が5名、80代が2名、不明が1名である。

悩み、不安に関しては病気や症状が出たときと答える方が30%ある。その他には、行く場所がない、ひきこもりになっているなどの不安がある。

多少の不便があっても外出できる、自由に外出できると答えている人が86%であり、外出においては、あまり支障がない方が多いようである。

32%の人が生活状況を苦しいと答えている。現在の住まいの場が自宅となっている方が35名（70%）、共同住居になっている方が4名（8%）、施設に入所している方が10名（20%）、長期入院されている方が1名（2%）となっている。長期入院している方は本来の割合としては多いはずだが、入院中の状態を配慮して、家族や介助者などが今回の調査を辞退しているようである。

稼働年齢である15～64歳のうち、現在仕事をしていないと答えた方が28名（77.8%）であり、そのうち今後就職を希望している方が4割近くいる。一方で、仕事をしている方は8名（22.2%）であり、職種・業種は清掃業、農業漁業が多い。1日当たりの労働時間は5～8時間程度働いている人が75%と一番多い。働いている人は87.5%が障がいを職場に開示している。

まちの印象は自然環境や、人情、サービスの面では良く感じているようである。一方で障がい者が地域の中へ入っていけないという印象を持っている人は多い。また、居住環境に対しては、5割の方が何らかの不満がある。

当面の精神保健福祉の最大課題は、社会的入院者の退院・地域移行である。上記調査に加え、宇和島病院入院者調査を加えて記する。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」と今の精神保健福祉の流れがあり、7万2千人の退院先・受け皿が問題となっている。宇和島市においても、正光会宇和島病院が入院者調査したものとしては、退院可能者を88名としている。（一方で、第1期の宇和島市障害福祉計画の中で平成23年度までに退院可能な精神障がい者数を39名としている。これはあくまで国のワークシートによる数値である。）実際の目標値としては、本人の病状、生活・家族歴などを把握して聞き取りを行っている

前者「88名＋他地域病院に入院中の社会的入院者」を目標とすべきである。

このようなことから、今後の退院先、あるいは施設退所後の受け皿である「新たな居住の場の確保」が必要となっている。住居は生活の基盤であり、福祉の基礎である。この問題の解決には、保健福祉行政と住宅行政の融合をはかり、医療福祉関係者のみならず、不動産業者・家主、当事者、家族、地域住民など多様な関係者が協働していくことが求められる。

今後、社会的入院者といわれる精神障がい者が地域社会で適応していく上では、地域環境を整え、生活支援など福祉・医療・保健の連携をはかると共に、本人の努力やエンパワメントが求められる一方で、病院退院後、施設退所後に社会的自立の意欲を沸き立たせ居住の満足度を高めるような最低居住水準（住生活基本法に規定）、「全ての国民が満たすべき健康で文化的な住生活の基礎として、必要不可欠な水準」を確保することが肝要である。そのためにも、下記のような対策が求められる。

提言

①居住確保の支援

- 住居確保は喫緊の課題である。日本の住宅施策は市場重視、ストック重視で進んでいる。公営住宅のセーフティネット機能を高めるとともに、民営住宅を現実的な受け皿とするために、住宅施策と保健福祉施策（住生活基本計画と障害福祉計画）の融合が求められる。
- 宇和島市、医療福祉関係者、不動産業者・家主らが情報の共有を重ねる場としての居住サポートの連絡協議会を平成19年度から立ち上がっているが、今後実践的課題を踏まえた集まりとしても定期的に実施していく必要がある。行政（特に住宅部局と福祉部局）にはそのコーディネーターとしての役割が望まれる。
- その集まりの中で、不動産業者などを中心とした関係者が連携し、障がい者の入居を受け入れることのできる民間賃貸住宅のデータベースを構築し、市のホームページなどで提供することのできる仕組みを整備して、支援団体と連携して居住支援サービスを展開していくことが必要。（あんしん賃貸支援事業）
- 不動産業者・家主が精神障がい者を市場化できるような住宅費補助が求められる。現在宇和島市における生活保護の住宅扶助の上限額が27,000円である。市内の27,000円以下の物件を取り扱っている宇和島市内の業者は5.8%以下であり（※1）、宇和島の住宅市場の中で、住居を見つけることは困難である。物件があったとしても、老朽化や居住設備の不足など最低居住水準を満たさないアメニティの低さが見受けられる。現在社会的入院を余儀なくされている精神障がい者の退院・地域移行の受け皿となる

一定以上の住宅扶助が確保されなければ、住居を見つけることはできない。生活保護法上のルームシェアや住宅扶助の特別基準額が認められることで、(日本の)最低居住水準を満たした住居が見つかることになる。

- 正光会宇和島病院の入院者の中でも、病状は安定しており、単身での生活能力があると認められているが、保証人不在のため、退院できない人がいる。このような社会的入院者の単身生活を可能とするためにも、まず、市町村長が代わって保証人となれるような公的保証人制度の確立が期待される。また、今治市がすでに実施しているように連帯保証人がいないことで、入居が困難な障がい者世帯に対して民間の協定保証会社への家賃債務保証料の一部を助成する制度の実施もまた、大きな助けとなろう。これらが実現されれば、家族の援助を得るのが困難だったり、金銭的な部分で不安がある精神障がい者も民間賃貸住宅への入居の可能性が飛躍的に上がる。
- 住宅セーフティネットの中核となる公営住宅においても、優先入居者である障がい者・高齢者・子育て世帯の中での倍率が非常に高く、一般入居の形で申し込んだ方が入居の確率が高いという本末転倒の状況がある。繰り返し記述するが、この課題に対して保健福祉行政、住宅行政の協働した対策が必要となってくる。
- 最後に、精神障がい者への支援は継続的・持続的に行っていくことが必要不可欠である。地域移行においても、入居後の不安の解消、相談先などの支援もまた必要となってくる。現在、宇和島市より住宅入居等支援事業が相談支援事業所に委託されているが、入居後の支援をしていく人員・人件費を確保するためにも、住宅入居等支援事業における予算枠の拡大が必要とされる。

②市民への啓発

- 市民への啓発により、理解者・支援者を増やす。今後、小地域ごとのタウンミーティングを実施する。行政にはそのバックアップやコーディネートをお願いしたい。
- 「こころのバリアフリー宣言」の普及などを通して心の病気や精神障がい者に対する市民の理解を深める。

③包括的な地域サービスの実現

- 地域精神科医療と保健福祉サービスの充実

* 1 平成19年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト 財団法人正光会「精神障害者の居住確保を目的とした実践的研究」より

障がい児

～0歳から就学前における地域移行は

早期発見・早期対応・早期療育＋統合保育の流れを確実に～

今回の6歳以下の対象者は5名あり、視覚障がい1名、知的障がい1名、発達障がい3名である。

少子・高齢化の流れにあって地域社会の活性化への対策が叫ばれて久しく、かつ日本全国各地域が抱える深刻な状況が宇和島市も例外ではない近年の状況を省みる時、障がいのあるなしにかかわらず子育て支援の一環としての乳幼児期からの保健、医療、福祉、教育関連部局の緊密な連携の下、新たな対応と対策が切実に求められているのが現状である。特に発達上の気がかりな乳幼児への対応は、「早期発見・早期対応」→「早期療育」という道筋の基盤を維持継続させ、更なる充実を進めていくことが、宇和島市障害者計画の第2章9. 保健・医療の推進、の(②)障がいの早期発見・早期療育体制の充実（P44）の項には障がい児通園事業(児童デイサービス・重症心身障害児（者）通園事業）など、療育事業の拡充と明記されているように、行政的立場での最重要の責務でもあり、公的な役割を担うものでもあることを再確認しなければならない。

また、障害福祉計画(第1期)の基本理念「うわじまノーマライゼーションプラン～障がいのあるなしにかかわらず誰もが安心して地域で暮らすことのできる社会、自分らしく暮らすことのできる社会をめざす～」の実現に向け、より具体的に進めていくための乳幼児期から就学前における「地域移行」の最優先課題として、以下3点の事柄について早急に検討していくべきものであることを提言する。

①発達支援室の設置

②障がい児通園事業(児童デイサービス・重症心身障害児（者）通園事業）など、療育事業の拡充

③統合保育の推進による、ともに生きる場づくりの実現へ

④学齢期における放課後支援の充実

①発達支援室の設置

発達支援室（以下支援室）設置は、乳幼児期から、ライフステージに即した一貫した支援体制によって、発達支援、家族支援、地域での生活を支援する支援体制の構築となり、より効率的に無駄のない行政関連部局の多職種間の専門性の機能が有効に生かされ、補充し合う支援体制が可能となり、そのことによって、支援対象となる発達障がい児、その保

護者への早期対応の道筋が、明確になり、障がいのあるなしにかかわらず安心して暮らし、育てることへの希望を持ち、ともに生きる社会の実現へ向かう確固たる基盤作りの足がかりとなる。

支援室設置の意義

- (1) 早期対応の確立 ①二次的障がいを防ぐ
 - ②家族関係調整
 - ③周囲の理解と対応
- (2) 個別支援計画の一本化と一貫性
- (3) 関係機関との連携
- (3) ライフステージにわたる支援体制の構築
- (4) 地域社会がノーマライゼーションの方向へ

②障がい児通園事業(児童デイサービス・重症心身障害児(者)通園事業)など、療育事業の拡充

障がい児通園事業は、早期発見、早期対応から「早期療育」としての受け皿としての役割をもち、最も身近で気軽にアクセスできる場としてその機能を担ってきた。早期療育によって、乳幼児期における発達支援が保障され、それぞれの持っている力をエンパワメントとして発揮しつつ、生きる力を育む土台を築くことで、二次的、三次的障がいを防ぎ、結果、障がいの重度化の予防にもなるなど、早期療育の意義は非常に大きいものがある。その専門性、サービス内容の質的向上、果たすべき役割は、今後ますます求められており、その事業を確実に推進拡充していくためにも、行政的立場として担う責務は大変大きく、最重要課題として位置づける必要がある。

③統合保育の推進による、ともに生きる場づくりの実現へ

宇和島市は、平成4年より統合保育を本格的に推進し、障がい幼児が「ともに生きる場」としての最初の社会性を育む集団生活の場である保育園において、統合保育を通して成長する子どもたちの姿を確認してきた。子ども同士の関係性で育ち合う場面は、偏見や差別のない豊かな感性、互いを思いやる心が育まれる、またとない教育的にも不可欠の場面・機会となってきた。しかし、国の行政改革の方針の中で地方交付税などの一般財源化という政策的変動の流れが、法人保育園においては、障がい幼児を受け入れるための裏づけとなる加配保育士を配置するだけのゆとりがなくなり、厳しい運営状況に置かれ、その影響が統合保育そのものへ及び、その門が狭くなりつつあることが最近の傾向としてみられていることを大変憂慮する。

子育て支援の一環として、障がいのあるなしにかかわらず等しく集団生活の中で育ち合う機会を保障することを福祉行政の中で推進していくことが、最重要課題として位置づけ

る必要がある。

④学齢期における放課後支援の充実

学童保育は、現在障がい児の受け入れが困難の状況におかれている。対応できるスタッフの増員による受け入れ体制を早急に整える必要がある。

<まとめ>

以上の３点を、就学前までの乳幼児期における最優先課題として今後の障がい福祉計画第Ⅱ期へ反映することによって、実行性のある内容のものとなることを切望する。また、３点の優先課題項目は、全て密接に繋がっており、福祉課、保険健康課、子育て支援課、学校教育課等、関連部局の綿密な連絡調整を図りながら、広く子育て支援対策にも重なり合う部分があり、有機的に活用することが十分可能であると考ええる。

基本理念として掲げている、**安心して暮せる、自立と共生のまちへ**をめざす長期ビジョンのもとで、まさにその第一歩が、人生のスタートに立つ乳幼児期の育ちの環境をきっちり整え、築いていくことこそ、正しい理解や思いやりが自然に育まれる土壌作りとなり、宇和島市全体が活性化へと向かう原動力となり、未来への展望が開かれてくることにも寄与するものと確信する。

重症心身障がい児（者）

～重症児者の施策と方向性～

障がい児（者）の自立を考えると一般的には、障がいの早期発見、早期療育体制を充実し、早期からのきめ細かい基本的生活指導・訓練等の発達支援を行い、障がいの軽減生活適応能力の体得を支援することが総合的な基本的な方策である。その後、ライフステージに応じて、ニーズに適合した一人ひとりの関わり支援が重要な課題である。

重症心身障がい児（者）にとっての自立は、『可能性を伸ばすこと』人の関わりから何かを伝えようとする笑顔な微かなサインが発せられることが自立と理解されてきている。

重症児（者）の支援は、特に乳幼児期の発達段階で受けた重い障がいであり医療ケアと福祉的な支援を一体的に行う必要がある。また年齢に関係なく中枢神経障害からくる麻痺、変形、緊張、てんかんなどの疾患諸症状のコントロールと治療が生活を「支える」、「広げる」、「豊かにする」といったトータル支援と繋がって大きな柱となっており、児童福祉法体系処遇による『児者一貫体制』の生涯支援が適切だと考える。

重症児（者）が地域で生活するためには、訪問医療・訪問看護、緊急の医療入院、入浴介助・介護人派遣、短期入所などのサービス基盤整備充実が不可欠である。特に短期入所利用でのレスパイトや冠婚葬祭などは緊急度が高く、家族ニーズやサービス要望が最も強いが現状では使いやすい状況にない。なかでも、親亡き後、法改正や障害程度区分認定等により本人の重症児（者）施設での生活保障がどこまで確保できるかなど多くの家族が恒常不安にある。

重症児（者）本人に対する主な支援を列举すると、以下の概要となる。

- ① 総合医療福祉整備がある入所施設と児童福祉法処遇による生活の質の向上
- ② 在宅生活が継続可能な治療・訓練、学校教育・社会参加を含めたネットワーク整備
- ③ 生きがいが持てる場の確保として身近に通える通園事業の増設
- ④ 年金等の所得保障

家族に対する支援として

- ① 在宅で介護に困っている人への掘り起こし、各種の相談支援体制の強化
- ② 障がい児（者）の親同士の情報交換・交流場所の提供
- ③ 障がい受容への精神的な支援や重症児（者）理解のための研修等の開催

V. 生活保護等を活用した障害者の居住支援に関する全国調査

【はじめに】

精神障がい者が地域生活をおくる場合、経済的理由により生活保護を受給し（障害年金と併給する場合もある）生活するケースが多い。

本調査事業では、精神障がい者が入院医療から地域生活へ、スムーズに移行できる仕組みについて提言することを目的として、生活保護等を活用した精神障がい者の居住支援の実態について全国調査を行った。

【方 法】

20年9月、全国の市区町村の障害福祉管轄課（精神障がい者担当）1,811箇所に対してアンケート用紙を送付した。

調査項目は以下であり、平成20年12月末時点で返信のあった1,166通に対して解析を実施した。回収率は64.4%。

調査項目は以下の通り

1. 生活保護制度と精神障がい者について
 - 精神障害者保健福祉手帳所持者と生活保護
 - 生活保護基準の級地区分
 - 特別基準額
2. 精神障がい者の住宅確保・取り組みについて
 - 住宅確保のための金銭援助制度
 - 自治体以外の居住支援
 - 金銭援助以外の精神障がい者住宅支援の取り組み
 - 単身に適した賃貸住宅物件の有無
 - 公営住宅への優先入居
 - 公的保証人制度
3. 自治体における精神障がい者支援の施策と実施状況について
 - 住宅のアメニティについての考え
 - 地域移行の状況は把握されているか
 - 入院・施設入所精神障がい者の地域移行の場へのアプローチ
 - ネガティブなイメージを適切なものに変えてゆくアプローチ
 - 三障害の区別なく利用可能な居住支援事業・制度
 - 精神障害者独自の居住支援事業・制度
 - 精神障がい者の地域移行にあたっての施策方針の重点
 - 他部門との連携

集計は市区と町村（郡部）に分けて行った。

調査内容のうち一部項目は集計を割愛した。上記は集計を行った項目である。

【結 果】

（※母数は1166であり、市区が581、町村が585である。）

1. 生活保護制度と精神障がい者について

1) 生活保護受給者世帯中の精神障害者保健福祉手帳所持者のいる世帯数（表1、図1）

生活保護受給者世帯中の精神障害者保健福祉手帳所持者のいる世帯数は、全体では、「把握している」が55.1%（642）、市区では「把握している」が39.9%、町村では「把握している」が70.1%（410）。市区より町村のほうがより高い割合で把握している。

2) 精神障害者保健福祉手帳所持者のうち、生活保護を受給している人（表2、図2）

精神障害者保健福祉手帳所持者のうち、生活保護を受給している人は全体では、「把握している」が全体では55.1%（643）、市区では38.2%（222）、町村では72.0%（421）。全体として過半数の自治体で把握され、市区より町村のほうが、より高い割合で把握している。

3) 生活保護基準の級地区分（表3）

全体では、1級地－1が4.2%（49）、1級地－2が3.4%（40）、2級地－1が8.7%（102）、2級地－2が4.5%（53）、3級地－1が33.7%（393）、3級地－2が45.4%（529）である。級地区分は、3級地－1と2の自治体が多く、そのうち町村では3級地－2が71.6%（419）である。

4) 精神障がい者に対する住宅扶助で国の基準額に自治体独自で上乗せしている場合があるか（表4）

精神障がい者に対する住宅扶助で、国の基準額に自治体独自で上乗せしているケースは「ある」が、全体では2.2%、市区では、2.3%で、町村では、1.9%。精神障害者に対する住宅扶助で、国の基準額に上乗せしているケースは少なく、市区のほうが上乗せをしているケースが多い。

5) 特別基準額を支給している事例（表5、図3）

「ある」は全体で30.9%（360）、市区では、45.1%（262）、町村では、16.8%（98）、特別基準額の支給は全体で3割以上であり、市区で支給している事例の割合が高い。

特別基準額—当該単身者が車椅子使用の障害者等特に通常より広い居室を必要とする場合、老人等で従前からの生活状況からみて転居が困難と認められる場合又は地域において上記限度額の範囲内では賃貸される実態がない場合は住宅扶助基準の限度額に1.3を乗じて得た額の範囲内において必要な家賃、間代などを認定してさしつかえない。（生活保護手帳2007年度版 中央法規出版より）

6) 上記の特別基準額の支給がある場合、精神障がい者に支給している事例（表6）

「ある」は41.8%（151、全自治体の13.0%）、市区では、47.3%（124、全市区の21.3%）町村では27.3%（27、全町村の4.6%）。特別基準額を精神障がい者に支給している事例は4割あり、町村より市区で支給している割合が高い。

2. 精神障がい者の住宅確保・取り組みについて

1) 精神障がい者が住居を確保するために金銭援助を行う制度（表7）

「ある」は全体では2.5%（29）、市区では、4.6%（27）、町村では、0.3%（2）。金銭援助を行う制度がある自治体は少なく、町村のほうが市区より少ない。

2) 上記、「ある」場合、その金銭援助の内容（表8）

金銭援助の制度としては、委託機関に申請してもらい直接金銭援助を行うケースが多く、全体で18件、市区16件、町村2件である。次に病院・施設に助成金を支給しているケースがあり、市区のみ7件である。地域移行の活動をしている民間団体に委託ないしは助成し、そこから該当する障がい者に金銭援助をしているケースが1件、大家や不動産業者に対する功労金は各々、2件、1件あるが、いずれも市区で行われている。

3) 上記で「ある」場合、財源（表9）

財源は都道府県の補助金や交付金、または一般財源のみを利用しているが多く、なんらかの国の交付金や一般財源以外の市区町村独自の財源を利用しているケースは少ない。

4) 自治体以外の団体、施設等での居住支援の取り組み（表10）

居住支援の取り組みが「ある」は、全体では1.9%（22）、市区では2.6%（15）、町村では1.2%（7）である。自治体以外の団体、施設で居住支援の取り組みは、全体で1.9%と少ない。また、居住支援の取り組みが「ない」は、全体では60%、「把握していない」自治体は36%である。

5) 金銭援助以外の精神障がい者住宅支援の負担軽減の取り組み（表11）

障がい者同士のルームシェアリング推進は、全体では0.6%（7件）である。住宅に関する相談場所は、市区では18.9%（110）、町村では7.5%（44）である。金銭援助以外の取り組みは20%の自治体で実施している。内容としては、住宅に関する相談場所が多く、その取り組みは町村より市区の割合が高い。

6) 地域内に単身に適した賃貸住宅物件はあるか（表12、図4）

単身に適した賃貸住宅物件は少数存在するが、市区町村で40%をこえる。多数存在するは全体で16.8%、町村（7.2%）より市区（26.5%）のほうが割合が高い。町村には

単身に適した賃貸住宅物件が多数ある自治体は少なく、少数存在するが40.9%、ほとんど存在しないが36.8%である。

7) 精神障害者保健福祉手帳所持者は公営住宅への優先入居ができるか(表13)

精神障害者保健福祉手帳所持者であることを理由として、公営住宅へ優先入居ができるかでは、57.8%の自治体は「できない」。公営住宅への優先入居が「できる」は、16.3%であり、優先入居が「一部できる」は、20.3%である。「できる」、「一部できる」ともに町村より市区の割合が高い。少数ではあるが、公営住宅がない自治体もある。

8) 精神障害者が居住できる公営住宅(表14)

精神障がい者が居住できる公営住宅は、「十分にある」が、全体で3.3%、「十分にはないが利用可能」が全体では62.9%、市区では71.1%(413)、町村では54.1%(320)。「十分になく利用も難しいは」が全体では19.5%、市区では15.8%(92) 町村では23.1%(135)である。市区では「ない」が7.2%、町村では16.9%ある。市区より町村のほうが、精神障がい者が居住できる公営住宅が少ない。

9) 賃貸契約にあたり公的保証人制度等、保証人がいない方に対応する制度(表15、図5)

「ある」は、全体では6.9%(80)、市区では9.8%(57)、町村では3.9%(23)である。公的保証人制度は、約7%の自治体で行われている。町村より市区の割合が高い。

10) 入院・施設入所精神障がい者で、単身生活となる人が居住する住宅アメニティについての考え(表16、図6)

自治体の64.2%が、「単身者、一般市民住宅水準と同等程度のアメニティが望ましい」と答えている。「一般市民とまではいかないが最低限のアメニティ水準」と答えた自治体は、23.0%である。「共同トイレ、非水洗トイレ、風呂なし、狭くて急な階段等、多少のアメニティが犠牲になることはやむをえない」は、全体で2.5%(29)あり、市区より町村の割合が高い、多少のアメニティの犠牲になることはやむをえないと考えている自治体も少数存在する。

3. 自治体における精神障がい者支援の施策と実施状況について

1) 地域移行を希望する精神障がい者の数や実際の地域移行の把握状況(表17)

地域移行を希望する精神障がい者の数や、実際の地域移行の状況は、52.9%の自治体で把握されていない。「具体的な状況も含めおおむね把握している」自治体は全体で4.5%と少ない。市区、町村ともほぼ同割合である。

2) 入院・施設入所精神障がい者の住居について行政から不動産業者・家主にアプロー

チ（表18）

「行っている」は、全体では5.0%（58）、市区では8.1%（47）、町村では1.9%（11）である。不動産業者や家主に対して何らかのアプローチを行っている自治体は5%と少なく、町村より市区の割合が高い。

3）上記「行っている」場合、その内容（表19）

個別の事例において、「必要なケースで物件の検索、斡旋、紹介などの具体的なアプローチを行っている」は、全体では48.3%（28）、市区では51.1%（24）、町村では36.4%（4）と市区の割合が高い。「個々のケースにおいて必要なケースで物件の検索、斡旋、紹介などの具体的なアプローチを行っている」自治体が多い。次に多いのは、「賃貸者（家主・大家）に協力を依頼している」で24.1%である。「広く障害者を対象として物件の斡旋、紹介につながる情報提供を行っている」や「行政が関与して、当事者、支援者、不動産業者や賃貸者（家主・大家）間の協議会やネットワークを立ち上げている」は、それぞれ13.8%であり、「障害関係機関に物件の斡旋、紹介につながる情報提供を行っている」は10.3%である。

4）地域住民に対し、障がい者に抱いているネガティブなイメージを適切なものに変えていくアプローチを行っているか（表20）

「精力的に行っている」は、全体では3.0%（35）、市区では4.5%（26）、町村では1.5%（9）である。地域住民に対して、「精力的とは言えないが行っている」自治体は38.3%。「あまり行っていない」自治体が多く57.5%あり、また町村より市区ほうが行っている。

5）精神障がい者の地域移行にあたり、現在の施策方針はどれに最も重点をおくか（表21）

「必要な社会資源と連携して、自助や支援者の日常サポートのもとに精神障がい者同士が集合あるいは近居して居住し、地域となじんでいく」を精神障がい者の地域移行にあたっての現在、施策方針の重点ととらえている自治体が48.1%をしめる。「必要な社会資源を各地域に用意し、地域住民（一般近隣住民）の中で、単身・自立して暮らしていくことができる体制整備を実現する」は、28.9%。「必要な社会資源を総合的な医療福祉施設に集め、その中で精神障がい者が居住し、各施設と地域とのふれあいの中で暮らしていく」を重点においている自治体29市区町村あり、市区より町村での割合が高い。

6）障がい者が地域で暮らしていくためには、障害福祉部門だけではなく他部門との連携が必要になるが現状はどのような状況か（表22）

「保健福祉部門での連携がとれている」が41.3%。「保健福祉をこえて必要な部門との連携はとれている」が25.6%であり、「連携は十分とは言えない」が約20.6%あり、「福祉部門内での連携はとれている」が11.7%ある。市区と町村でほぼ同数の結果である。

【考 察】

上記の結果から以下のことが判明した。

1. 生活保護受給者世帯中の精神障害者保健福祉手帳所持者のいる世帯数、精神障害者保健福祉手帳所持者のうち、生活保護を受給している人の情報は5割以上把握されていて、市区より町村のほうがより多く把握している。
2. 生活保護制度における級地区分は、3級地－1と2の自治体が多い。
3. 精神障がい者に対する住宅扶助で国の基準額に自治体独自で上乗せしているケースはあるが、少ない。
4. 生活保護制度の特別基準額は、約30%の自治体で実施し、精神障がい者に支給している事例はそのうち40%ある。いずれも、町村より市区の方の割合が高い。
5. 精神障がい者の住宅を確保するための金銭援助を制度化している自治体は2.5%と少ない。
6. 自治体以外の団体、施設等で居住支援の取り組みは、1.9%と少ない。
7. 金銭援助以外での、精神障がい者の住宅支援の負担軽減の取り組みは約20%の自治体で行われている。内容としては、住宅に関する相談場所が多い。
8. 地域内に、「単身に適した賃貸住宅物件はほとんど存在しない」は、市区で10%、町村で36.8%である。
9. 「精神障がい者保健福祉手帳所持者であることを理由に、公営住宅への優先入居ができる」は16.3%である。
10. 「精神障がい者が居住できる公営住宅は十分にある」は全体で3.3%である。
11. 公的保証人制度は約7%の自治体で行われている。
12. 精神障がい者で、なおかつ単身生活者の居住する住宅のアメニティについての考えは、自治体の約65%が単身者、一般市民水準と同程度のアメニティ水準が望ましいと考えている。

13. 地域移行を希望する精神障がい者の数や、実際の地域移行の状況は、50%をこえる自治体で把握されていない。
14. 精神障がい者の居住について、行政から不動産業者・家主にアプローチを行っている自治体は5%である。
15. 地域住民に対し、障がい者に抱いているネガティブなイメージを適切なものに変えていくアプローチを精力的に行っている自治体は3%である。

これらを統合すると、以下のようなことが考察された。

1. 生活保護制度と精神障がい者について

全体として、個別的な支援は町村の方が小回りが効く。住宅扶助に対する上乗せ、特別基準額などの財政的な施策等は市区のほうが、実施割合が高い傾向にある。町村の方が、人口の規模が少ないため、地域に密着した対応をやりやすい環境にあるのだろう。

つまり、市区のうち、大都市や区ではハード面やお金の給付は進んでいるが、状況把握に問題がある。町村ではハード面や金銭給付は難しいが、状況把握は比較的進んでいるところが多い。ただし、いずれも不十分な町村が一定割合存在し、このような自治体では最適水準の居住支援すらできていない可能性が高い。また、市区のうち地方中～小都市どちらも不十分な可能性が高い。大都市や特別区では、制度的に小エリア、指定都市では（区の単位等）、すなわち比較的小地区単位に支援ができるが、地方中～小都市は財政力に問題があって、大都市や特別区のようなハード面、金銭給付は難しくかつ広域対応をしている限りでは状況もつかめない。

生活保護制度において、市区のほうが、住宅扶助額（家賃上限額）が高く設定されている。町村は生活保護制度において3級地-2が多く、単身に適した賃貸住宅物件も少なく、住宅確保がきびしい条件にある。町村のほうが、物価が安く賃貸物件の家賃額が安いとは限らない。たとえば、単身での出稼ぎが多い地域、大学生の多い地域は、単身アパートの需要が多くあるが、これは都市に多いニーズである。

民間アパートが少なく、公営住宅も十分にはない地域であれば、住宅事情を反映した家賃額（住宅扶助額）の基準を個々の自治体で設定することが望まれる。住宅扶助額の金額上乗せや特別基準額を適用することで、精神障がい者がよりスムーズに住まいを獲得することができ、地域生活へ移行できる可能性は高まる。

なお、平成18年4月の住生活基本法案に対する附帯決議において、住宅事情は地域によって様々であり、その改善・向上は住民の生活に密着した課題であること、また、市町村合併が進展していること等を踏まえると、市町村の役割は大きいものと思料されることから、市町村が地域の住宅政策に主体的・積極的に取り組めるよう、都道府県との連携協力のもと、十分な配慮を行うこととされている。

2. 精神障がい者の住宅確保・取り組みについて

「単身に適した賃貸住宅物件は、町村においてほとんど存在しない」が36.8%である。自治体においては、住宅確保の取り組みが少ない。一部の自治体では、公営住宅をグループホームに活用したり、居住サポート事業などの充実をはかり、独自の取り組みをしている。

精神障がい者が住宅を確保するために金銭援助を行う制度がある自治体は、2.5%と少ない。その制度には、家賃の減額、グループホーム、ケアホームの家賃補助などがある。自治体における精神障がい者住宅支援の負担軽減策として（金銭援助以外）は、「住宅に関する相談場所を設定している」が多く、その取り組みとして地域活動支援センターの相談、居住サポート事業、住宅入居等支援事業、などがある。

公営住宅への優先入居は、16%の自治体で行われている。「精神障がい者が居住できる公営住宅は十分にある」は全体で3.3%、「十分にはないが利用可能」が半数以上である。なお、公営住宅を借りる際にも保証人は必要である。公的保証人制度を行っている自治体は、7%と少ない。公営住宅をグループホームとして活用している事例は、あるが少数である。公営住宅は、精神障がい者の住まいの場の受け皿としては、十分ではない。

また、「自治体以外の団体・施設での居住支援の取り組みがある」は、1.9%と少ない。一般的に精神障がい者が、地域で住宅を確保するための取り組みや制度が乏しい。

大本は、民間住宅市場においては現在にいたるまで、障害をもつ人に対する入居に何らかの配慮する法的規定はなく、むしろ障害があることで家が傷む、火災の危険、家賃の滞納の危険があるなどという理由から入居を断られることが多く、入居差別が放置されていると述べている。

精神障がい者は、長期入院により家族と疎遠になる。通院を継続しながら正職員として就労することは難しく、障害年金や生活保護受給が、経済基盤になる者が多い。平成17年の患者調査において、精神科病床約35万床の内、統合失調症で約20万人が入院、入院患者の年齢層は50～60代が多くを占める。本人を支える家族自身が高齢化している。家族が世話をすることが難しい場合は、逆に入院の継続を、望む場合もある。

精神科病院を退院し、持ち家が無い場合は、施設等の入所や民間の借家（アパート）に住む。その場合、借家（アパート）を借りるのに保証人が必要となる。保証人の確保が問題である。本人のこれまでの精神科入院の経緯より、退院後に再発する恐れなど不安が生じ、保証人を躊躇するケースもある。保証人の代わりに、不動産会社の保証制度など（有料で主として家賃滞納に対する保証）を利用しても、緊急連絡人が必要とされる。公的保証人制度を行っている自治体は7%である。退院へ向けて、保証人・緊急連絡人などを、公的に支えることで、精神障がい者の地域移行が容易になる。

今回の調査結果より、精神障がい者に対する施策・制度の実施については、全国的に数値が低いことが、明らかになった。今回調査の「特別な支援を行っている事例の内容」にあるような、さまざまな施策を実施している自治体は、先進的地域であると言える。精神障がい者にとっては、その地域に施策・制度のサービスがあるかないかにより、地域に退院できたり、できなかったりするのが現状であり、社会資源・福祉サービスに地域間格差が生じているとも言える。

3. 自治体における精神障がい者支援の施策と実施状況について

精神障がい者で、単身者が居住する住宅のアメニティについての考えは、単身者、一般市民水準と同程度が望ましいと考えている自治体が、65%である。しかし現実には、精神障がい者の経済状況（収入）は一般市民の経済水準に及ばず、低家賃のアメニティ水準の低い物件に住み、生活している状況にある。早川は、住宅は人権をまもる最も基礎的な施設である。狭い住宅、不良な環境は、人間が人間らしく生きること、人間の尊厳をまもることをそこなう。人権をまもるための住居の条件は、安全で健康的で快適で便利で家計を圧迫しないものでなければならないと述べている。

精神障がい者の居住について、行政から不動産業者・家主にアプローチを行っている自治体は5%である。地域住民に対し、障がい者に抱いているネガティブなイメージを、適切なものに変えていくアプローチをあまり行っていない自治体が57.5%もある。

「必要な社会資源と連携して、自助や支援者の日常のサポートのもとに精神障がい者同士が集合あるいは近居して居住し、地域となじんでいく」を精神障がい者の地域移行にあたっての現在の施策方針の「重点」ととらえている自治体が、約50%をしめる。「必要な社会資源を各地域に用意し、地域住民（一般近隣住民）の中で、単身・自立して暮らしていくことができる体制整備を実現する」は、約30パーセントの自治体で重点をおいている。

上記の「重点について」、ノーマライゼーションの理念からは、「精神障害者同士が集合あるいは近居して居住し、地域となじんでいく」、ではなく「地域住民（一般近隣住民）の中で単身・自立して暮らしていくことができる」体制整備が望ましいと考える。精神障がい者が、地域の中で生活するためには、地域住民に溶け込めるよう、精神障がい者についての知識の普及と啓発活動を行い、ネガティブイメージを適切なものに変えていくための取り組みを実行していくことが、地域の行政の市区、町村においても必要である。

「地域移行を希望する精神障がい者の数や、実際の地域移行の状況は把握しているか」に対する回答として、「把握されていない」が市区でも町村でも半数をこえていた。上記の地域移行のニーズと実態を、把握すること・知ることを自治体の業務の中に位置づけることで、自治体の計画が、より実行性のあるものになっていくだろう。

【結 論】

1. 小地区単位での状況把握や民力を活用した細かな支援が、今後の方向性として必要である。なお、地方中から小都市や町村では、ハード面と金銭給付は都道府県の補助金交付金が鍵を握っている。すなわち、都道府県に先進性があるかどうかが問われる。
2. 生活保護制度の住宅扶助額の上乗せや特別基準額の活用により、精神障がい者の住宅確保が容易になると考えられる。その家賃限度額に地域の住宅実情を反映させる仕組みが必要である。

3. 自治体における、住宅確保の取り組み策が、精神障がい者の地域移行のためには必須である。それは、市町村の住宅事情は地域によって様々であり、その改善・向上は住民の生活に密着した課題であるということを含んでいる。
4. 精神障がい者が地域で生活するためには、公的に支える仕組みが不可欠である。公営住宅の提供の仕方についても、自治体でバラつきがある。地域への啓発活動の促進、民間の不動産や家主に対する支援などが、障がい者に対する入居差別の撤廃につながり、地域移行を促進する。
5. 精神障がい者で、単身者が居住する住宅のアメニティについての考えは、「単身者、一般市民水準と同程度が望ましい」と考えている自治体が多い。現実には、精神障がい者の経済基盤は、障害年金、生活保護と一般市民の経済水準に及ばず、低家賃のアメニティ水準の低い物件に住み、生活している。上記の点を認識し、改善策を検討することが必要とされる。

参考文献：

平成19年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト：精神障害者の居住確保を目的とした実践的研究：財団法人正光会居住サポート研究チーム
国土交通省住宅局住宅政策課：日本の住宅事情と住生活基本法
居住福祉ブックレット：日本の居住政策と障害をもつ人 大本圭野
厚生労働省：平成17年 患者調査
岩波新書：住宅貧乏物語 早川和夫

特別な支援を行っている事例の内容

1. 自治体以外の団体、施設等で居住支援の取り組み（金銭的援助を含むに限る）

- ・生活福祉資金貸付制度
- ・民生資金 5 万円まで
- ・社会福祉協議会の住宅資金（貸付金）
- ・一般家庭からでた製品の物品提供
- ・県営住宅の家賃減額
- ・金銭管理
- ・生活福祉資金（住宅資金）

2. 金銭援助以外の精神障がい者住宅支援の負担軽減の取り組み

- ・県営住居の入居にあたり、くじを 2 回ひくチャンスがある
- ・市営住宅の提供を行い、グループホームとして活用、グループホームの市独自の補助
- ・保健所・地域活動支援センターを中心に、家電等の不用品募集
- ・障害者自立支援法に関わる地域自立支援協議会の一部である部会にて、障害者の居住について検討する「居住サポート部会」を実施
- ・市営住宅をグループホームにしている
- ・市営住宅、県営住宅の当選率の優遇
- ・障害者賃貸住宅入居支援事業
- ・あんしん賃貸住宅事業にて協力店をつのり住宅をさがす、家賃の 6 ヶ月分の債務保証
- ・自治体以外、NPO 法人によるアパート入居の連帯保証人事業
- ・グループホーム、ケアホームを運営する団体への補助金の交付
- ・単身者宿泊体験を居住サポート事業の一環で実施
- ・住宅入居等支援事業→入居困難な者に対して相談調整を図る
- ・相談支援専門員を配置して相談に応じている
- ・自立支援協議会の部会にて「居住サポート部会」実施

3. 居住する住宅を確保するために、家賃などの一部に充当する援助を行うなど、金銭援助を（直接または間接的に）行う制度

- ・市町村民税非課税で精神障害者保健福祉手帳の 1 級または 2 級を有する者を含む世帯が転居等をする場合に入居にあたり債務保証制度を利用した者に保証料の一部を助成
- ・家賃の 2 分の 1 の補助 25,000 円を上限
- ・グループホーム、ケアホームの利用者に対して上限を 2 万円として家賃の半額を助成する

- ・グループホームの家賃補助
- ・障害者グループホーム等入居者家賃補助事業
- ・入居者が負担すべき家賃の半額を2万円を限度に助成する
- ・居住サポート事業として「物件検索サービス」「居住継続支援（24時間電話相談）」を委託事業（保証会社）実施している
- ・グループホーム家賃助成制度

4. 入院・施設入所精神障がい者の地域移行の場（居住）について、行政から不動産業者や賃貸者（家主、大家）に対して何らかのアプローチを行っているか

- ・生活保護受給者の場合は、担当ケースワーカーが協力。情報提供する場合がある
- ・居住支援の事業化に向けアンケート調査への協力
- ・事業所に物件情報の一元化を検討依頼中
- ・困難な場合、自立支援協議会部会で検討する場合もある
- ・管内保健所を中心に、不動産業者へ精神障がい者に対する賃貸の状況についてアンケート調査

5. 市区町村で高齢者や身体・知的障がい者の居住支援事業・制度を精神障がい者へも拡大、適用したり、三障害（身体・知的・精神）の区別なく利用可能な居住支援事業・制度があれば

- ・日常生活用具の中の住宅改修
- ・市営住宅の障がい者優先住宅
- ・障害者自立支援法で法定されている地域生活支援事業の相談支援事業所内で居住サポート事業を実施しており、三障害共通で利用できる
- ・不動産情報の提供、保証人の確保及び保証料の一部助成ならびに安定した居住の継続のための助言を柱とした住宅困窮者民間賃貸住宅居住支援事業あり
- ・地域生活体験ハウス事業、地域移行リフォーム事業検討中
- ・障害保健福祉圏域で委託している相談支援センター居住支援員の活用
- ・福祉タクシーの交付
- ・住宅入居等支援事業（居住サポート事業）
- ・地域包括支援ネットワーク協議会の地域移行支援部会で、障害者等の居住情報を共有し、地域における住まいの環境に対する支援を行っている。
- ・居住サポート事業→入居支援、日中および緊急時支援、関係機関によるサポート体制の調整
- ・あんしん賃貸支援事業（建築指導課）
- ・民間賃貸住宅への入居支援として、住宅の確保が困難な高齢者世帯、障害者世帯、ひとり親世帯、DV世帯、外国人被災者の方々に対して民間賃貸住宅の「情報提供」と「家賃債務保証」により入居を支援する制度がある
- ・居宅介護（ホームヘルプ）、行動援護、生活支援事業（配食サービス）

- ・介護は必要としないが、高齢等のため独立して生活することに不安があると認められる方に対して、一定期間住居や交流の場を提供したり、各種相談やサービスなど福祉事業の利用手続きの援助も行う。
- ・長期入院中又は、家族と同居中の障害者が単身生活を体験する際、指定の事業者を利用する時の補助
- ・入居支援福祉制度（住宅保証人制度）
- ・居住支援に特化していないが、ケースに応じて成年後見人制度を活用している
- ・入居支援事業により保証人が見つからないときに民間保証会社あっせん、保証料の一部助成居住継続支援事業により、居住に関する相談、家主との調整を行うコーディネーター配置
- ・住宅改造助成事業
- ・在宅老人等性生活指導員派遣事業
- ・配食サービスの対象範囲を、高齢、身体だけだったものを、知的精神まで拡大した

6. 市区町村で精神障がい者独自の居住支援事業・制度

- ・精神障がい者のグループホーム、ケアホームのみ、夜間支援体制整備を図る為、生活支援員の補助金を出している。
- ・障害者外出支援事業
- ・就業（福祉的就労を含む）をするために、家賃を必要とする借家（グループホーム含む）に入居する場合、家賃の2分の1以内補助
- ・グループホーム・ケアホームを体験利用する際に部屋代・サービス提供料を市が負担
- ・町営住宅担当者が、精神障がいにより、生活上のニーズを持つ人を「気になる人」として、地域包括支援センターの総合相談につないでいる
- ・町営住宅担当者と密に連絡をとり同行訪問したりしている。必要に応じて鍵を借り、入室している
- ・「グループホーム活用型ショートステイ事業」の中で、地域へ移行する場合と地域で暮らしている中で休息したい場合などにグループホームの居室を確保している

表1 生活保護受給者世帯中の精神障害者保健福祉手帳所持者のいる世帯数

		把握している	把握していない	無回答・不明	合計
市区		232	345	4	581
	割合%	39.9	59.4	0.7	100.0
町村		410	162	13	585
	割合%	70.1	27.7	2.2	100.0
計		642	507	17	1166
	割合%	55.1	43.5	1.5	100.0

表2 精神障害者保健福祉手帳所持者のうち、生活保護を受給している人

		把握している	把握していない	無回答・不明	合計
市区		222	353	6	581
	割合%	38.2	60.8	1.0	100.0
町村		421	156	8	585
	割合%	72.0	26.7	1.4	100.0
計		643	509	14	1166
	割合%	55.1	43.7	1.2	100.0

表3 生活保護基準の級地区分

	1級地-1		1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2	合計
市区		48	38	87	42	256	110	581
割合%		8.3	6.5	15.0	7.2	44.1	18.9	100.0
町村		1	2	15	11	137	419	585
割合%		0.2	0.3	2.6	1.9	23.4	71.6	100.0
計		49	40	102	53	393	529	1166
割合%		4.2	3.4	8.7	4.5	33.7	45.4	100.0

表4 精神障がい者に対する住宅扶助で国の基準額に自治体独自で上乗せしている場合があるか

		一定基準をみ たせばあり		個別にあり	なし	無回答・不明	合計
一律にあり							
市区		6	6	2	548	19	581
	割合%	1.0	1.0	0.3	94.3	3.3	100.0
町村		4	3	4	545	29	585
	割合%	0.7	0.5	0.7	93.2	5.0	100.0
計		10	9	6	1093	48	1166
	割合%	0.9	0.8	0.5	93.7	4.1	100.0

表5 特別基準額を支給している事例があるか

		ある	ない	無回答・不明	合計
市区		262	311	8	581
	割合%	45.1	53.5	1.4	100.0
町村		98	424	63	585
	割合%	16.8	72.5	10.8	100.0
合計		360	735	71	1166
	割合%	30.9	63.0	6.1	100.0

表6 「ある」場合、精神障がい者に支給している事例があるか

		ある	ない	無回答・不明	合計
市区		124	131	7	262
	割合%	47.3	50.0	2.7	100.0
町村		27	69	3	99
	割合%	27.3	69.7	3.0	100.0
合計		151	200	10	361
	割合%	41.8	55.4	2.8	100.0

表7 精神障がい者の地域移行にあたって、居住する住居を確保するために、家賃などの一部に充当する援助を行うなど、金銭援助(直接または間接的に)を行う制度があるか

		ある	ない	無回答・不明	合計
市区		27	549	5	581
	割合%	4.6	94.5	0.9	100.0
町村		2	578	5	585
	割合%	0.3	98.8	0.9	100.0
合計		29	1127	10	1166
	割合%	2.5	96.7	0.9	100.0

表8 前問で「ある」とお答えの場合、その内容は

市区町村	割合%	地域移行の活動を行って いる病院・施設に助成金を支給し、 そこから該当する障がい者に金銭援助を行 う				地域移行の活動をしていない民間団体に委 託しないしは助成し、そこから該当する障がい者に金銭援助を行 う				精神障がい者に賃貸をした賃貸者(大家・家主)に助成金を支 出する				精神障がい者に賃貸を周旋・成約させた不 動産業者に功労金を支出する				合計
		16	7	1	3.7	2	7.4	1	3.7	2	7.4	1	3.7	2	7.4	1	3.7	
町村		59.3	25.9		3.7		7.4		3.7		7.4		3.7		7.4		3.7	100.0
町村		2	0		0		0		0		0		0		0		0	2
合計		100.0	0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0	100.0
割合%		18	7		1		2		1		2		1		2		1	29
割合%		62.1	24.1		3.4		6.9		3.4		6.9		3.4		6.9		3.4	100.0

表9 前問で「ある」とお答えの場合、財源は以下のいずれか

市区町村	割合%	国のモデル事業等、 国庫補助を利用して いる				なんらかの国の交付 金を利用して いる				都道府県の補助金や 交付金を利用して いる				一般財源以外の市区 町村独自の財源を利 用している				一般財源のみである				合計
		2	7.4	2	7.4	15	55.6	1	3.7	2	7.4	15	55.6	1	3.7	10	37.0	1	3.7	10	37.0	
町村		0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	100.0
町村		0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	100.0
合計		2	6.9	2	6.9	16	55.2	1	3.4	2	6.9	16	55.2	1	3.4	11	37.9	1	3.4	11	37.9	100.0
割合%		2	6.9	2	6.9	16	55.2	1	3.4	2	6.9	16	55.2	1	3.4	11	37.9	1	3.4	11	37.9	100.0

表10 自治体以外の団体、施設等で、居住支援の取り組みがあるか

		ある	ない	把握していない	無回答・不明	合計
市区		15	327	230	9	581
	割合%	2.6	56.3	39.6	1.5	100.0
町村		7	373	190	15	585
	割合%	1.2	63.8	32.5	2.6	100.0
合計		22	700	420	24	1166
	割合%	1.9	60.0	36.0	2.1	100.0

表11 金銭援助以外の精神障がい者住宅支援の負担軽減の取り組みについて

		障がい者同士の ルームシェア アリング推進	住宅に関する 相談場所	その他	なし	合計
市区		4	110	33	415	581
	割合%	0.7	18.9	5.7	71.4	100.0
町村		3	44	21	488	585
	割合%	0.5	7.5	3.6	83.4	100.0
合計		7	154	54	903	1166
	割合%	0.6	13.2	4.6	77.4	100.0

表12 地域内に単身に適した賃貸住宅物件はあるか

		多数存在する	少数存在する	ほとんど存在しない	わからない	無回答・不明	合計
市区		154	246	59	115	7	581
	割合%	26.5	42.3	10.2	19.8	1.2	100.0
町村		42	239	215	82	7	585
	割合%	7.2	40.9	36.8	14.0	1.2	100.0
合計		196	485	274	197	14	1166
	割合%	16.8	41.6	23.5	16.9	1.2	100.0

表13 精神障害者保健福祉手帳所持者であることを理由として、公営住宅への優先入居ができるか

		できる	一部できる	できない	公営住宅はない	無回答・不明	合計
市区		103	147	312	9	10	581
	割合%	17.7	25.3	53.7	1.5	1.7	100.0
町村		87	90	362	34	12	585
	割合%	14.9	15.4	61.9	5.8	2.1	100.0
合計		190	237	674	43	22	1166
	割合%	16.3	20.3	57.8	3.7	1.9	100.0

表14 精神障がい者が居住できる公営住宅があるか

		十分ある	十分にはないが利用可能	十分になく利用も難しい	ない	無回答・不明	合計
市区		21	413	92	42	13	581
	割合%	3.6	71.1	15.8	7.2	2.2	100.0
町村		17	320	135	99	14	585
	割合%	2.9	54.7	23.1	16.9	2.4	100.0
合計		38	733	227	141	27	1166
	割合%	3.3	62.9	19.5	12.1	2.3	100.0

表15 賃貸契約にあたっての公的保証人制度など、保証人がおられない方に対応する制度はあるか

		あり	なし	わからない	無回答・不明	合計
市区		57	435	79	10	581
	割合%	9.8	74.9	13.6	1.7	100.0
町村		23	427	116	19	585
	割合%	3.9	73.0	19.8	3.2	100.0
合計		80	862	195	29	1166
	割合%	6.9	73.9	16.7	2.5	100.0

表16 入院・施設入所精神障がい者で単身(生活)となる人が、賃貸住宅等を利用して地域移行をする場合、居住する住宅のアメニティについての考えにもっとも近いものは

市区町村	割合%	共同トイレ、非水洗トイレ、風呂なし、狭くて急な階段等、多少のアメニティが犠牲になることはやむをえない面がある			合計
		単身者、一般市民住宅水準と同等程度のアメニティが望ましい	一般市民とまではいかないが、各戸毎の水洗トイレ、バス、最低限の安全設備等は必要である	無回答・不明	
市区		390	158	11	581
町村	割合%	67.1	27.2	1.9	100.0
町村	割合%	359	169	18	585
町村	割合%	61.4	28.9	3.1	100.0
合計	割合%	749	327	29	1166
合計	割合%	64.2	28.0	2.5	100.0

表17 地域移行を希望する精神障がい者の数や実際の地域移行の状況は把握しているか

市区町村	割合%	数や全体の状況はおおむね把握されており、一部の具体的な状況も把握できている			把握されていない	無回答・不明	合計
		具体的な状況を含め、おおむね把握されている	数や全体の状況はおおむね把握されており、一部の具体的な状況も把握できている	数や全体の状況はおおむね把握されているが、具体的なことはわからない			
市区		17	85	161	315	3	581
町村	割合%	2.9	14.6	27.7	54.2	0.5	100.0
町村	割合%	35	70	168	302	10	585
町村	割合%	6.0	12.0	28.7	51.6	1.7	100.0
合計	割合%	52	155	329	617	13	1166
合計	割合%	4.5	13.3	28.2	52.9	1.1	100.0

表18 入院・施設入所精神障がい者の地域移行の場(住居)について、行政から不動産業者や賃貸者(家主、大家)に対して何らかのアプローチを行っているか

		行っている	行っていない	無回答・不明	合計
市区		47	533	1	581
	割合%	8.1	91.7	0.2	100.0
町村		11	569	5	585
	割合%	1.9	97.3	0.9	100.0
合計		58	1102	6	1166
	割合%	5.0	94.5	0.5	100.0

表19 「行っている」場合、その内容についてあてはまるものは

		個別の事例に おいて、必要な ケースで物件 の検索、斡旋、 紹介等の具体 的なアプローチ を行っている	広く障がい者を 対象として、物 件の斡旋、紹 介につながる 情報提供を行 っている	障害関係機関 に、物件の斡 旋、紹介につな がる情報提供 を行っている	不動産業者に、 賃貸者(家主・ 大家)に、協力 を依頼している	行政が関与し て当事者、支援 者、不動産業 者や賃貸者(家 主・大家)間の 協議会やネット ワークを立ち上 げている	その他	合計
市区	割合%	24 51.1	7 14.9	4 8.5	28 59.6	11 23.4	7 14.9	47 100.0
町村	割合%	4 36.4	1 9.1	2 18.2	2 18.2	3 27.3	2 18.2	11 100.0
合計	割合%	28 48.3	8 13.8	6 10.3	30 51.7	14 24.1	9 15.5	58 100.0

表20 地域住民に対して、障がい者に抱いているネガティブなイメージを適切なものに変えていくアプローチを行っているか

		精力的に行っ ている	精力的とは言 えないが行って いる	あまり行ってい ない	無回答・不明	合計
市区	割合%	26 4.5	281 48.4	271 46.6	3 0.5	581 100.0
町村	割合%	9 1.5	166 28.4	400 68.4	10 1.7	585 100.0
合計	割合%	35 3.0	447 38.3	671 57.5	13 1.1	1166 100.0

表21 精神障がい者の地域移行にあたって、現在の施策方針は以下のいずれに最も重点をおいているか

	必要な社会資源を各 地域に用意し、地域 住民（一般近隣住民） の中で、単身・自立し て暮らしていくことが できる体制整備を実 現する	必要な社会資源と連 携して、自助や支援 者の日常サポートの もとに精神障がい者 同士が集合あるいは 近居して居住し、地 域となじんでいく	必要な社会資源を総 合的な医療福祉施設 に集め、その中で精 神障がい者が居住 し、各施設を地域の 中で暮らしていく	わからない	無回答・不明	合計
市区	割合% 182 31.3	328 56.5	7 1.2	48 8.3	16 2.8	581 100.0
町村	割合% 155 26.5	233 39.8	22 3.8	142 24.3	33 5.6	585 100.0
合計	割合% 337 28.9	561 48.1	29 2.5	190 16.3	49 4.2	1166 100.0

表22 障がい者が地域で暮らしていくためには、障害福祉部門だけでなく他部門との連携が必要になるが、現状は

	保管福祉を越えて必 要な部門との連携は とれている	保管福祉部門での連 携はとれている	福祉部門内での連携 はとれている	連携は十分とは言え ない	無回答・不明	合計
市区	割合% 149 25.6	232 39.9	74 12.7	123 21.2	3 0.5	581 100.0
町村	割合% 149 25.5	250 42.7	62 10.6	117 20.0	7 1.2	585 100.0
合計	割合% 298 25.6	482 41.3	136 11.7	240 20.6	10 0.9	1166 100.0

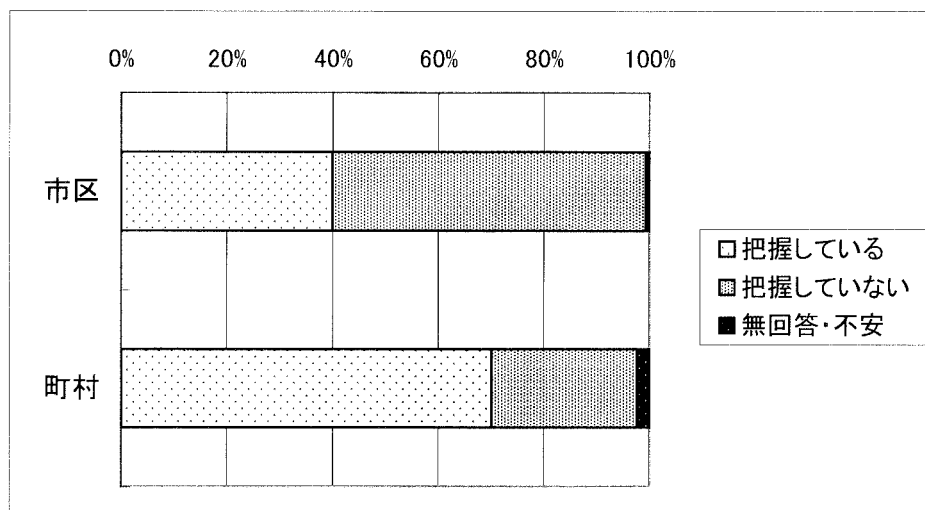


図1 生活保護受給者世帯中の精神障害者保健福祉手帳所持者のいる世帯数

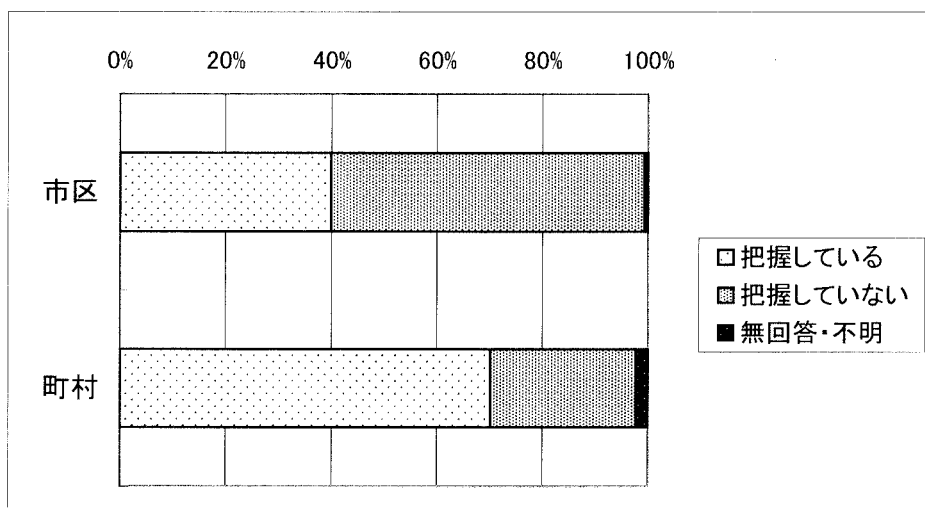


図2 精神障害者保健福祉手帳のうち、生活保護を受給している人

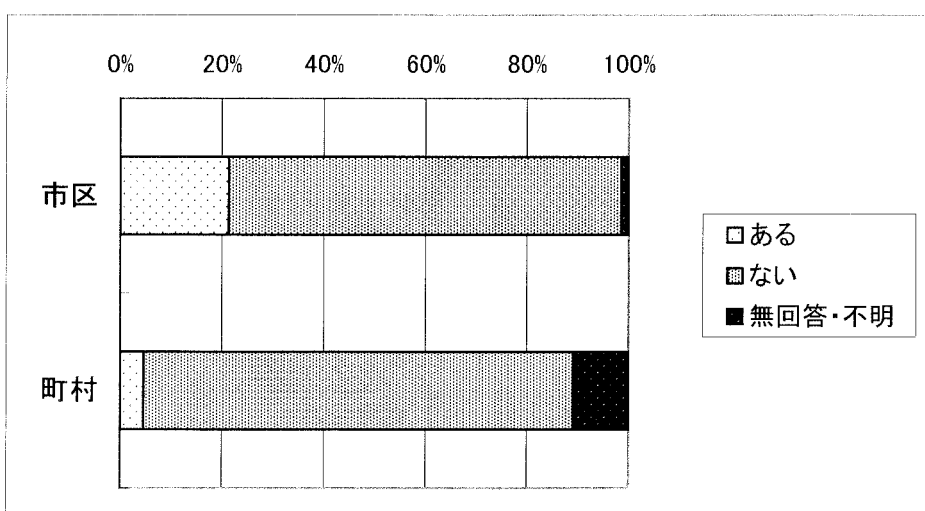


図3 精神障害者に特別基準額を支給している事例

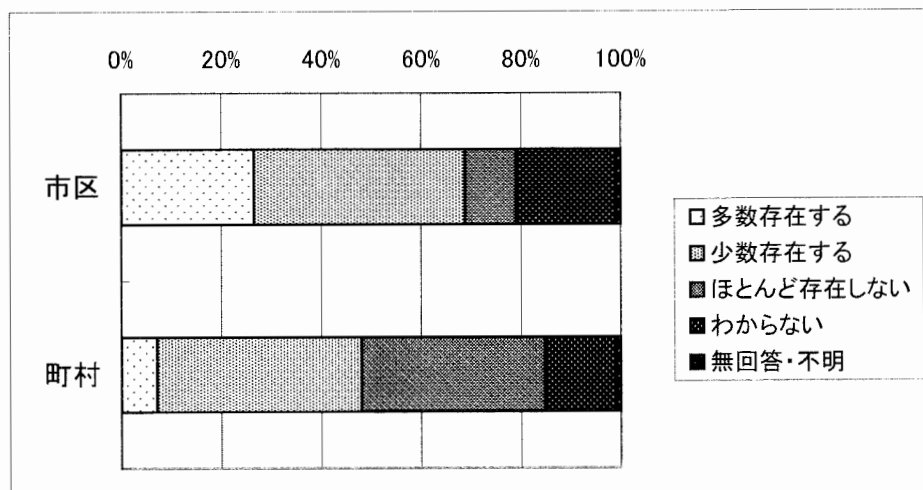


図4 地域内に単身に適した賃貸住宅物件はあるか

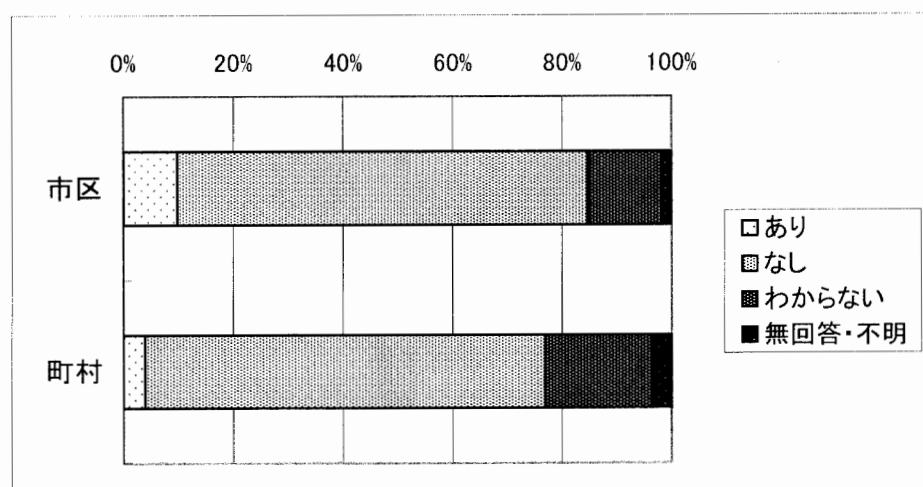


図5 賃貸契約にあたっての公的保証人制度など、保証人がおられない方に対応する制度はあるか

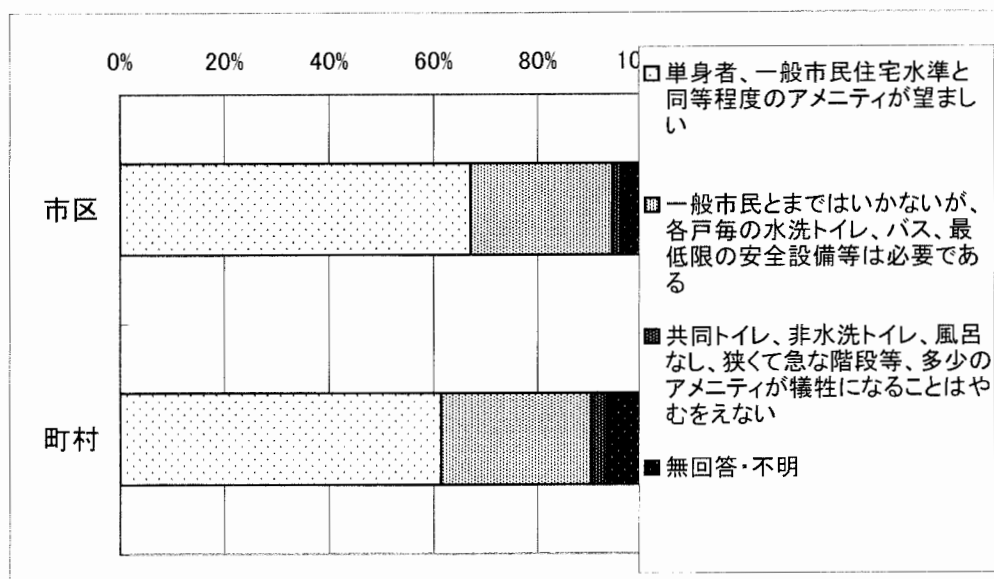


図6 入院・施設入所精神障がい者で単身(生活)となる人が、賃貸住宅等を利用して地域移行をする場合、居住する住宅のアメニティについての考えにもっとも近いものは

VI. まとめ

今回の研究事業をまとめると、以下のような要点となる。

- ・小地区単位での取り組みが必要。
- ・自助、共助、公助の役割分担の明確化。
- ・健康上の不安の解消。

・全国調査からは、居住確保の支援は自治体格差が大きい。市区のうち、大都市や区ではハードやお金の給付は進んでいるが状況把握に問題がある。町村では、ハードやお金の面は難しいが、状況把握は比較的進んでいるところが多い。ただし、いずれも不十分や町村も一定割合存在し、このような自治体では最低水準の居住支援すらできていない可能性が高い。

また、市区のうち、地方中～小都市は、どちらも不十分な可能性が高い。

大都市や特別区（東京23区）では、制度的に小エリア（政令指定都市では区単位）すなわち比較的小地区単位に支援ができるが、地方中～小都市は財政力に問題があって、大都市や特別区のようなハードや金銭的な面は難しく、かつ広域対応をしている限りは状況もつかめない。したがって小地区単位での状況把握や民力を活用した細かな支援が、今後の方向性として必要である。

なお、地方中～小都市や町村ではハードや金銭的な面は、都道府県の補助金、交付金が鍵を握っている。すなわち、都道府県庁に先進性があるかが問われる。

・訪問調査、タウンミーティングの双方から言えることとして、小地区単位での対応の仕組みが必要であるといえる。小地区単位での見守り、情報が伝わるルート、コミュニティ内での理解、これらは自助ではセルフヘルプグループが要求型ではなく自主的に行う。共助では自治会等の地縁的な組織や地域でのキーパーソンに加えて不特定の人に対応できるボランティアづくりを行っていく。公助としては、小地区単位での保健師活動が求められる。なおも公助にだけ頼ることは限界があり、地域で誰が何をするのかを明確にして、その中で自助や共助では困難な部分を明確にして、その中で自助や共助では困難な公助に求める。また、市町村という「基礎自治体」の役割を果たしてもらうために小地区単位での行政の役割が求められる。

・訪問調査では健康上の不安は3障害共通に高い頻度で見られる。障害者は健康弱者であり、社会的弱者であって、小地域の取り組みともあわせてこの面のこと公助による取り組みの強化が必要である。

精神障害者および障害者の地域移行に関する実践的研究事業

共同研究

社会福祉法人南高愛隣会 コロニー雲仙

以下の皆様にこの場を借りて謝辞を申し上げます（敬称略 順不同）

愛媛県宇和島保健所

宇和島市

地域福祉ネットワークの会

福永 一郎（保健計画総合研究所 所長）

山浦 晴夫（情報工房 代表）

櫃本 真事（愛媛大学医学部附属病院医療福祉支援センター センター長）

タウンミーティング参加者

訪問調査員

地域移行基礎調査の回答者およびそのご家族、介助者

全国の市区町村の精神保健福祉担当者

その他、本研究において出会えた方へ

研究責任者

渡部 健一郎（宇和島病院／精神科医）

財団法人正光会 研究担当者

赤松 亜衣子（本部事務局／2級建築士）

石束 由紀（宇和島病院／臨床心理士）

大岩 明香（宇和島病院／看護師）

岡村 順一（本部事務局）

川野 直樹（宇和島病院デイケア／精神保健福祉士）

鈴木 和美（宇和島病院／看護師）

竹内 冬彦（地域活動支援センター柿の木／精神保健福祉士）

土居 昭人（宇和島病院／看護師）

内藤 桂子（宇和島病院／精神保健福祉士）

西口 由香里（宇和島病院／看護師）

兵頭 俊次（地域活動支援センター柿の木／精神保健福祉士）

三浦 喜和（宇和島病院／精神保健福祉士）

村上 智子（宇和島病院／心理士）

山内 はるみ（生活訓練施設曙荘／精神保健福祉士）

山下 美幸（宇和島病院／看護師）

渡部 敏之（本部事務局）

渡部 三郎（宇和島病院／精神科医）

平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者および障害者の地域移行に関する実践的研究事業

平成21年3月31日発行

執筆／編集 財団法人正光会研究担当者

発行者 渡部 三郎

発行所 財団法人正光会

〒798-0027 愛媛県宇和島市柿原1280番地

TEL 0895(22)3900／FAX 0895(22)3866

E-mail shonbu@bronze.ocn.ne.jp

印刷所 広文社印刷株式会社