

1. ライフステージに応じた支援

＜現状＞

ライフステージごとの支援については、現行の支援体制においては年齢に応じた制度と、支援する職種（保健・医療・福祉・保育・教育）が異なっており、障がい者自立支援協議会等連携体制の強化に努めているが、制度や支援機関の隙間で必要な情報が共有できていないケースもあります。

18歳以下の児童については、相談窓口が年齢ごとに異なっており、支援者側が互いの支援内容を把握していないことも多く、障がいのある方やその家族に寄り添い、支援ネットワークをコーディネートできる人材が必要となっています。

65歳到達時の介護保険サービスへの移行については、介護保険サービス事業所が基準該当事業所指定や障がい者自立支援協議会の研修会等への参加など障がい理解を示してくれている現状もあります。

また、年齢が小さいころは家族の支援時間が長く、支援をする家族へ必要な情報が十分に届いていない状況もあります。それにより、地域や家庭内での孤立化も課題となっており、家族の理解と支援スキルの向上が必要となっています。

（1）乳幼児から学齢期の途切れない支援について

① 中核的な役割を担う児童発達支援センターを整備します。

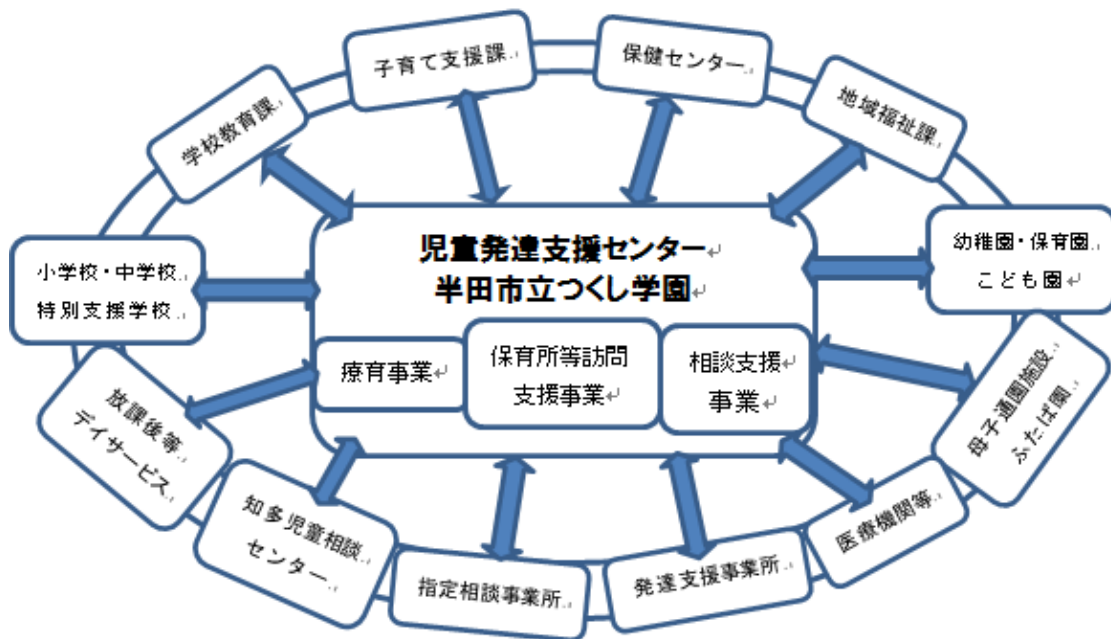
18歳以下の乳幼児期から学齢期にかけて、一貫した支援体制を構築するため、その中核的な役割を担う児童発達支援センターを整備します。

平成27年度からは地域支援事業として、相談支援事業により専門的な相談窓口の設置と関係機関とのネットワーク構築に努めます。また、保育所等訪問支援事業により関係機関へのつなぎ支援など関係機関のフォローアップ体制も充実します。

平成28年度からは、肢体不自由児の受け入れ体制も整備します。

- 相談窓口の一本化と関係機関へのスムーズなつなぎ
- 保育所等訪問支援事業の活用によるつなぎ支援
- 関係機関のフォローアップ体制
- アウトリーチによるニーズの発掘

児童発達支援センターを中核とした地域支援体制の強化（例）



② 各支援機関の人材育成及び連携を強化します。

各支援機関の人材育成及び連携を強化するため、支援する上の世代の支援機関を見学するバスツアーや研修会等を実施します。

- スキルアップ（研修、バスツアー、連絡会）



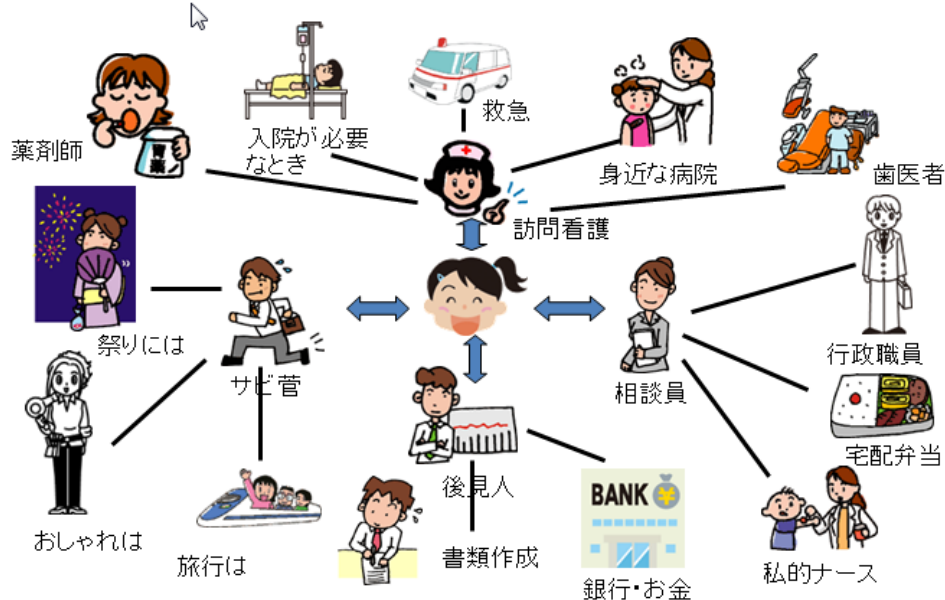
③ 情報の一元化と「見える化」を図ります。

各支援機関が必要な情報を得ながら支援ができるように、「ふれあい」や「ふくしげんきっず」などのサポートブックの充実を図ります。

また、サポートブックの活用と普及により、支援者や家族が必要な時に、必要な情報が得られるような情報発信をします。

- サポートブックの充実
- 支援マップの作成

ネットワークは広がるもの！
あなただけでは暮らしは支援できないから



(2) 同じ時期を支える支援体制の連携について

① 分野を超えた関係機関の連携を強化します。

学校教育の「特別支援コーディネーターの会」や「障がい者自立支援協議会子ども部会」を活用して、支援者が変わっても継続して連携できる仕組みづくりを目指します。また、現在も実施している多職種による合同研修も継続して実施していくことで、支援機関の連携強化を図ります。

●顔の見える関係づくり（研修等）



② 支援の方向性を共有し統一した支援体制を図ります。

障がいのある方を中心にした関係者（他分野）による個別支援会議（ケース会議）を積極的かつ適切に実施していきます。丁寧な個別支援会議により、ライフステージが変化する時期など、必要な時期に情報が引き継がれるような支援体制を構築します。

●個別支援会議（ケース会議）の充実



(3) スムーズな高齢施策との連携について

① 65歳到達前の対象者の状態把握を実施し、

適切な支援へつなぎます。

65歳到達により障害者総合支援法から介護保険制度への移行が必要になります。介護予防の基本チェックリストの活用等、介護認定を受ける前に事前の振り分けを行うなどスムーズな制度移行を進めます。

また、制度が変わってもサービス利用者が困らないよう丁寧な個別支援会議（ケース会議）の実施を継続していきます。

介護保険のケアマネジャーや障がいの相談支援専門員が判断に困らないよう、ガイドラインなど基本的なルールを定めます。

- 65歳到達前の状態把握
- 丁寧な個別支援会議（ケース会議）の実施
- 制度間の基本的なルール・ガイドラインを作成

② 高齢になった障がいのある方も適切な障がいへの

配慮がされるよう介護保険事業所との連携を図ります。

半田市社会福祉協議会主催の事例検討会や障がい者自立支援協議会の障がい理解に関する現場職員向け研修へ、介護保険事業所の参加を促進します。障がい者自立支援協議会の事業所連絡会の防災に関する研修などを介護保険事業所と合同で実施します。

また、基準該当サービス事業所の普及に努めます。

- ケアマネジャーとの合同研修を実施
- 介護保険事業所の研修参加の促進
- 基準該当障がい福祉サービス事業所の拡大



（４）家族支援の体制整備について

① 家族が孤立しないような情報提供（学びの場）・

交流の場を提供します。

家族が日々の支援をしながらも、将来を見通すことができる対象別の研修会など学べる場を提供します。

また、家族が相互に交流できる親の会や家族会、当事者団体の活動が活発になるよう、側面的な支援を充実します。

- 家族向けの勉強会の実施
- 当事者活動の支援



② 家族だけで抱え込まないようサービスの充実と

レスパイト機能の拡充を目指します。

従来より受入れ体制が十分でなかった重症心身がい児の受入れ先は、「障がい者自立支援協議会の子ども部会」等の取組みにより受入れ先が増えてきました。

一方で、行動障がいのある方については、未だ選択できる状況ではなく、家族への負担が大きい状況になっています。

特に、緊急時の支援は不足しているため、支援スキルが必要な方の通所先の確保を進めていきます。

また、乳幼児期からの支援として、障がいの重度化や社会適応などの二次障がいを防ぐため、保育所等訪問支援事業によるつなぎの支援やライフステ

ージに応じた支援体制の構築を目指します。

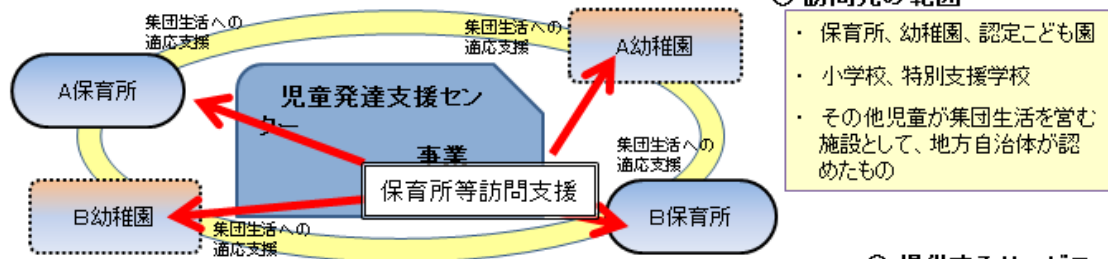
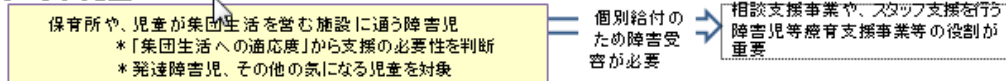
- 障がい福祉サービスの充実
- 緊急時の受け入れ先の充実

保育所等訪問支援の概要

○ 事業の概要

- ・ 保育所等を現在利用中の障害児、又は今後利用する予定の障害児が、保育所等における集団生活の適応のための専門的な支援を必要とする場合に、訪問支援を実施することにより、保育所等の安定した利用を促進。

○ 対象児童



○ 提供するサービス

- ◆ 障害児が集団生活を営む施設を訪問し、当該施設における障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援等
 - ①障害児本人に対する支援(集団生活適応のための訓練等)
 - ②訪問先施設のスタッフに対する支援(支援方法等の指導等)
- ◆ 支援は2週に1回程度を目安。障害児の状況、時期によって頻度は変化。
- ◆ 訪問支援員は、障害児施設で障害児に対する指導経験のある児童指導員・保育士(障害の特性に応じ専門的な支援が必要な場合は、専門職)を想定。

2. 安心して暮らし続けるための支援体制の整備

＜現状＞

地域で安心して暮らせる支援体制においては、グループホームを支える人材確保や事業所運営が難しく、また、建物整備や地域理解にも課題があります。

一人暮らしを希望される場合には、日々の不安解消の受け止め先や休日夜間の緊急対応の課題があります。

また、災害などの非常時の体制整備においては、障がいのある方が地域の防災訓練に参加できていなかったり、福祉避難所の整備や要援護者台帳の有効活用ができていない現状があります。そこには、普段から地域でのイベントや行事に参加できていない背景があります。

病院からの退院の際は、地域での生活が見通せず、本人や家族の不安が募っている現状があります。

障がいのある方が家族と暮らす場合には、将来に対する不安や障がいのある方を一人にしなければいけない際の緊急時の受入れ、経済的な困窮や老障介護など課題があるなかで、できる限り家族で暮らしたいというニーズが高くなっています。

障がい者虐待については、福祉関係者には研修会等の実施により周知が進んでいましたが、市民や企業への啓発は、まだ十分進んでいない現状があります。また、シェルターなどの確保やその後の虐待者へのフォロー体制も今後の課題となっています。

（１）権利擁護について

① 自己選択ができる情報提供をします。

障がいがあっても自己選択ができるよう、日常生活や就労の機会等を確保し、実際に体験していただくことや、障がい特性に合った情報提供により選択肢を増やす支援をします。

● ライフステージ上で体験する機会の確保

② 自己決定ができるよう支援をします。

障がいがあっても自己決定ができるよう、日常生活自立支援事業や成年後

見制度等の活用により、必要な選択ができる支援をします。

●成年後見制度の活用

(2) 一人暮らしを支える仕組みづくりについて（地域定着含む）

① 専門職以外の見守り体制を強化します。

病院や施設からの地域移行を考えると専門職以外の見守りも必要なため、当事者の活躍の場や人材育成に努めます。具体的には、自立生活プログラムやピアカウンセリング講座、フォローアップ講座等を開催し、ピアサポーター（当事者同士の相談体制）を充実させます。また、にじいろサポーターなど、身近な市民が相談に乗れる体制を強化します。

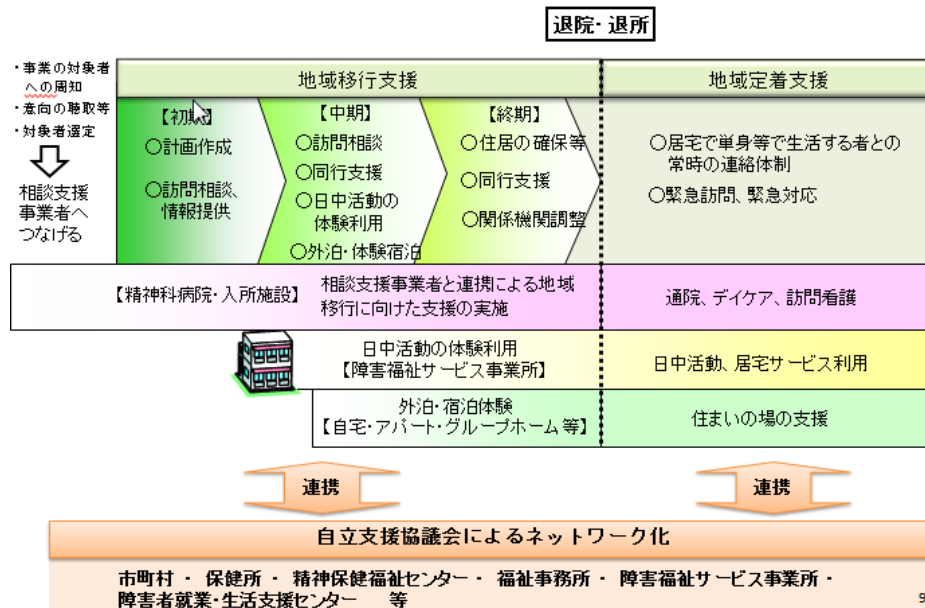
●ピアサポーター等の活用

② 緊急時の支援体制の充実を目指します。

必要な方には24時間365日の支援体制を確保すべく地域定着支援を実施します。また、緊急時（災害等含め）に必要な情報を整理して事業所や相談支援事業所で保管します。

- 緊急医療機関との連携
- 支援に必要な情報の整理
- 地域定着支援の充実

地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



(3) 暮らし方の幅を広げる体制整備について

① 新しい制度を活用したグループホーム設置の

拡充を目指します。

グループホームの整備においては、土地建物の確保が課題であり、空き家や空き地、公有財産の活用を検討します。県の緩和策を有効に活用し、国県補助、民間補助金を積極的に推薦します。また、半田市の課題や実情を発信しグループホーム制度の改善に努めます。

- 土地や建物の有効活用
- 既存制度や補助金の有効活用
- 地域の実情に合わせた実態の提言

② グループホーム等夜間の支援を支える福祉人材の育成

グループホーム等夜間の支援を支える福祉人材として、定年退職後の元気な高齢者や、仕事をしていない方が活躍していただけるよう、重度訪問介護講座やヘルパー講座を実施し、夜間等の人材確保に努めます。そのために、シルバー人材センターや若者サポートステーションとの連携を図ります。ま

た、支援の質が落ちないために継続的な支援力向上の研修を実施します。

- 新たな福祉人材の養成
- シルバー人材センターや若者サポートステーション等との連携による人材確保
- 支援力向上のための研修の実施

③ 住まい方についての理解促進を図ります。

パンフレットや事業所の地域参加等により住民への理解促進を進めます。
サテライト型等新たなグループホームの形などを事業所へ理解促進し、より多くの方がグループホーム等での地域生活が送れることを進めます。

- 地域との情報共有と交流

（４）安心して暮らせる地域づくり

（防災・減災と日頃からのコミュニティづくり）

① 障がいのある方が地域の防災訓練や行事等に

参加できる環境づくりを目指します。

障がいのある方が防災訓練や行事等に参加できる環境をつくります。

社会参加のための移動支援サービスや福祉事業所を含めた福祉避難所を開設し、防災訓練の実施をします。

また、障がいのある方やそのご家族、福祉事業所も、日頃から地域行事や井戸端会議等への参加を進めることで地域における障がい理解を促進します。

- 地域防災訓練への情報提供
- 地域行事への参加支援
- 井戸端会議等への事業所参加の推進



② 避難行動要援護者台帳の有効活用を目指します。

要援護者台帳の情報共有と有効活用に努めます。具体的な取り組みとしては、相談支援のアセスメント情報に要支援者等の情報を加えます。

●要援護者制度の活用

③ 福祉避難所の整備を目指します。

災害時の1次避難所、2次避難所、福祉避難所の位置づけを関係機関と協議しながら明確にします。

災害時に地域ぐるみで支援できるようDCP（地域継続計画）作成に努めます。

- 有事の際に必要な情報の整理
- 福祉避難所の位置づけの明確化

（５）家族支援の体制整備について

① 安心した在宅支援体制の整備を進めます。

家族や本人が数年先を見通せるよう研修の機会を提供します。

今は支援を必要としない方にも将来のサービスの情報提供をします。

福祉関係者だけでなく、地域住民にも障がいのある方の日常の変化に気づけるような理解促進に努めます。

また、安心した在宅生活をバックアップできるセンターの設置を検討します。

- 将来を想定したサービス提供
- 支援につながっていない方への情報提供
- 言葉にならない日常の変化に気づける地域住民も含んだネットワークの構築

② 緊急時の支援体制の強化を目指します。

高齢者施設やGH等、緊急時の受入れ先の確保に努めます。

緊急一時的な支援が必要になった時の仕組みを整えます。

- 緊急時の受入れをしやすい仕組みの構築
- 緊急時対応のガイドラインの作成

（６）障がい者虐待への対応について

① 障がい者虐待が起こらない地域づくりを目指します。

障がい者虐待は、障がい理解の不足や虐待についての認識不足等により起こる可能性があり、本人・家族だけでなく地域への啓発や学びの場が必要になります。

また、虐待について気軽に相談できるよう障がい者虐待防止センターの周知や身近な地域での気軽に相談できる場所の整備をします。

- 本人・家族・地域・企業等への啓発
- 虐待についての学びの場の確保
- 気軽に相談できる場所の整備・周知

② 病院・施設等との発見・通報の仕組みづくりを目指します。

関係機関による障がい者虐待防止ワークショップを継続します。

幼少期から違いや個性を認め合えるふくし共育を充実させます。

企業向け、病院向け、地域向けに障がい者虐待の理解促進や通報先である障がい者虐待防止センターの周知に努めます。

●関係機関への継続的な研修の実施



③ 障がい種別や程度に応じた一時避難場所を確保します。

高齢者施設やグループホーム等と協力したシェルターを確保します。また、圏域での検討も進めます。

- G H、入所施設等協力機関の拡充
- 知多圏域（広域）での協力体制の協議

④ 虐待者やその家族へのフォローアップの

仕組みづくりを目指します。

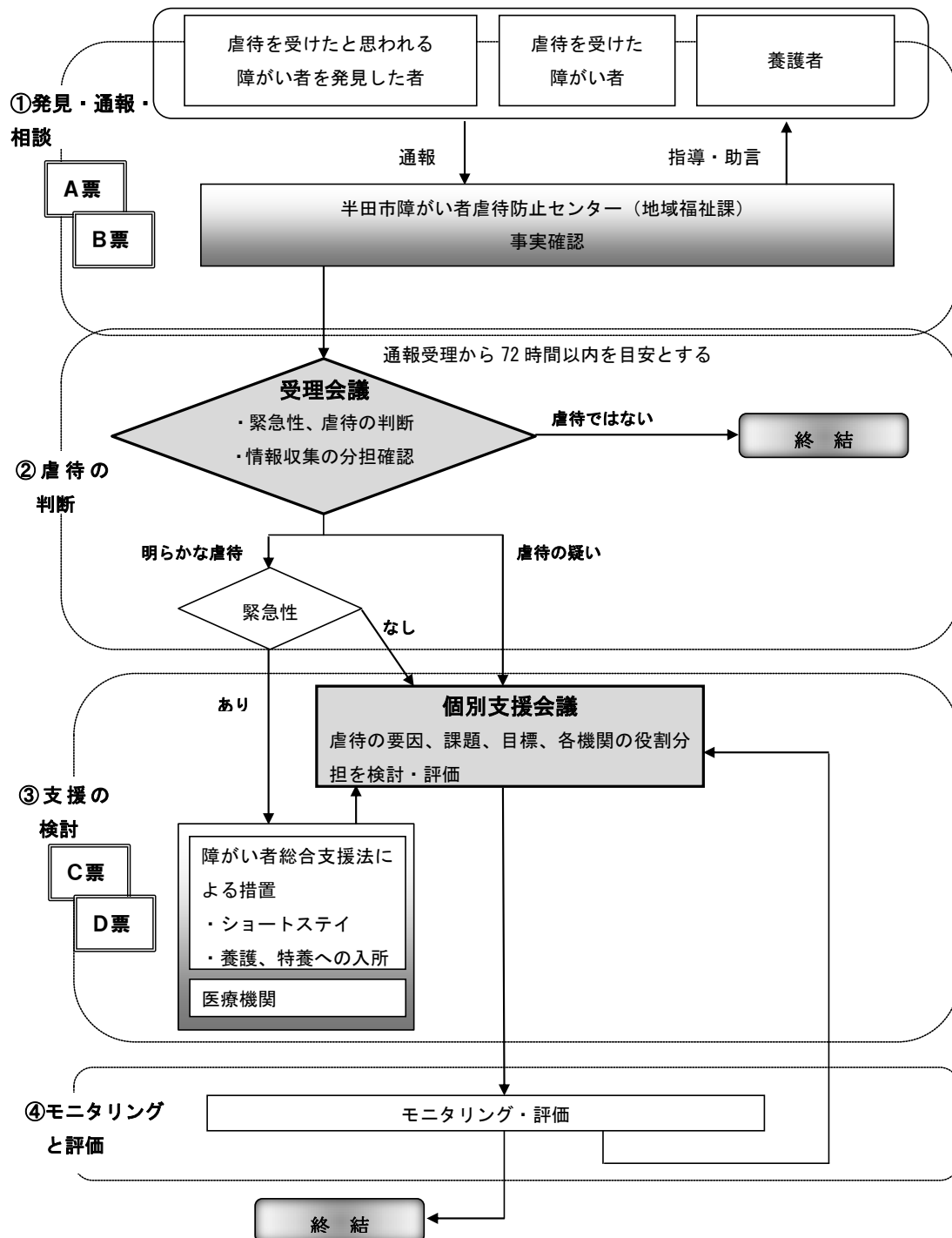
虐待防止の担当者会議において、継続的な虐待後の見守りの振り返りを実施します。

虐待者や家族へのカウンセリング等のフォローをします。

再発防止のための原因を究明し、研修会に活用します。

- 障がい者虐待ケースの継続支援
- 再発防止のための虐待者への原因究明と支援

虐待発見から終結までの流れ 半田 ver



3. 「働きたい」が実現し、継続する仕組みづくり

<現状>

就労移行事業所の努力によって、施設外就労、ハローワークへの付き添い、SST道場等、就労前準備が丁寧に行われています。就労体験によって、働くことのイメージを持ちやすい環境づくりが行われています。

一方で、ひきこもりなど地域によく理解されていない地域課題もあります。

離職した方についての支援やフォローは十分に行き届いていません。

また、就労移行前の生活リズムをつける訓練（自立訓練）をする事業所が半田にはありません。

ハローワークとの求人情報や必要なスキル等の情報交換が始まったところで、利用者のマッチングや情報共有が望まれています。

受入れ先の企業への支援スキルの向上も同時に進めていく必要があります。

毎年、約20人が一般就労をしているため、丁寧なフォローアップができておらず、職場定着のための支援が十分ではない現状があります。今後は、ジョブサポーターなど、市民を巻き込んだ職場定着のための支援が求められています。併せて、障がいのある方との関わり方や支援方法に悩んでいる企業へのフォローアップが必要になっています。

（１）「働きたい」の気持ちから働ける状態に整えるために

① 適性を見極めて就労に向かう必要な支援体制を構築します。

就労相談や就労移行事業所において、就労を希望する方の身につけるべき力を見立てられるよう人材育成します。

就労移行前の生活リズムを整えるなど自立訓練（生活訓練）事業所の設置を目指します。

成功体験を学べる場をつくります。

- 就労が難しい理由の把握
- 支援者の見立て力向上の取組
- 就労移行前の生活リズムを整える支援
- 適切な就労支援機関へのつなぎ支援
- 就労経験者の成功体験の共有

SST道場

- ・ 社会生活を送るために必要なスキルとスキルの使用を学ぶ
- ・ 人との関係を築き、円滑な社会生活を送るために行う



自分らしく生活していく上で役立つ
技能を身につけられるような
プログラム。



② 障がいのある中高生が働いている障がい者の

ロールモデルが見える環境を整備します。

学齢期から将来の就労をイメージできる放課後等デイサービス事業所の整備や就労場面の見学の機会（事業所見学会）を実施します。

●学齢期からの就労イメージの共有

③ 就労訓練中に多くの職種に触れ、必要なスキルを

身につける支援をします。

就労体験の拡充のため受け入れ企業の確保に努めます。

また、就労を目指す障がいのある方が就労に必要なスキルを身につけるソーシャルスキルトレーニングの場を確保します。

●就労体験の拡充

●ソーシャルスキルトレーニングやコミュニケーション支援の充実



(2) 企業との連携・支援体制について

① 働きたい当事者と求人している企業をスムーズに

結びつける場をつくります。

ハローワークと就労移行支援事業所、半田市障がい者相談支援センター（就労支援専門員）、行政による、求人・求職等に係る情報交換会を継続的に実施します。

特別支援学校を卒業して就労される方は、学校から就労支援専門員への情報共有と職場定着支援の実施をします。

●タイムリーな求人情報の共有と関係機関の連携



② 企業への障がい者雇用の広報活動を取組みます。

商工会議所やハローワークとの情報共有に努め、障がい者雇用の促進に努めます。

●雇用関係機関との連携



(3) 働き続けるための支援体制について

① 就労後の職場定着のための支援体制を構築します。

一般就労した障がいのある方の孤立を防ぐため、就労後も利用できるサービスや居場所の確保に努めます。

受け入れ企業が孤立しないため、接し方や指導方法など研修会や交流会を実施します。

ジョブコーチ制度を検討し、就労後も生活面のフォローができる体制を作ります。

- ジョブコーチ制度の活用・充実
- 就労後もフォローアップできる居場所づくり
- 受け入れ企業へのフォロー体制

② 離職した方の就職への再チャレンジの仕組みを構築します。

就労相談支援及び就労移行支援事業所により、離職者へ早い段階で必要なアセスメントや支援を行うことで、離職の原因を探り、次のアプローチに寄り添います。

- 早い段階での離職者へのアプローチと原因究明の仕組みづくり

4. 社会参加しやすいまちづくり・支援体制の整備

<現状>

「障がい者自立支援協議会社会参加部会」等で当事者が活躍することで、ピアサロンやピアカウンセリング講座、居場所型ピアサポーター「しゃべる」の実施など、当事者が活躍しながら集える場所の確保や活躍できる当事者の育成につながっています。一方で、常設型のフリースペースのような当事者や家族が気軽に利用できる居場所が市内にはありません。

障がいのある方にとって、社会参加に必要な情報が十分に提供できておらず、また、ハード面でのバリアフリーが不十分で移動手段も不足しています。移動支援やコミュニケーション支援など支援者の確保のための人材が十分ではありません。

当事者や家族、地域との交流もまだまだ十分でなく、地域理解の促進も必要です。

(1) ふらっと立ち寄れる居場所づくりについて

① 当事者、家族等が集い交流できる場の創設を目指します。

当事者、家族、手帳の有無にかかわらず、集い交流できるフリースペースを市内に設置します。

また、公民館や集会所などを活用した身近な集える場所を作ります。

- 市内でのフリースペースの設置
- 身近な集える場所づくり



(2) 情報提供と外に出やすいまちづくり（ハード・ソフト）について

① 移動手段を確保し外出しやすい環境を整備します。

複数の移動手段を確保し、車いす等でも安全に外出できるまちづくりを推進します。

低床バスや福祉タクシーなど障がいがある方も気軽に外出できるよう、公共交通機関の運営企業等と連携して環境整備や啓発を実施します。

- コミュニケーション支援の充実
- 車いすでも移動しやすいスペース確保の呼びかけ
- 外出しやすい移動手段の検討
- 公共交通機関運営企業等との連携

② まちの社会資源を整理し、リアルタイムな情報を発信します。

障がいのある方でも気軽に利用できるフォーマル・インフォーマルを含めた社会資源マップを作ります。

- フォーマル・インフォーマルを含めた社会資源マップ

③ 市民の障がい理解を促進します。

障がい理解を促進する講座の開催やふくし共育等による子どもたちからの理解促進に努めます。

- 理解促進講座の開催
- 子どもたちからの理解促進



(3) 当事者活動の充実について

① 当事者自らが考え、社会参加への意識を

育てる場づくりを目指します。

ぴあサロンや自立生活プログラム、ピアカウンセリング講座、居場所型ピアサポーター「しゃべる」など、当事者活動を行う方の側面的サポートができる場を作ります。

- ピアサポートの人材育成と活動支援
- ぴあサロンの活動促進
- 社会参加のニーズ把握



② 中高生の時から将来（卒業後）へつながる支援をします。

中高生の時から本人・家族が将来（卒業後）のイメージを持って見通しが立てられるよう、特別支援学校等と連携して、本人・家族への理解促進を進めます。また、成功体験をしている障がい者等（ピアサポーターや特別支援学校卒業生）と関わる機会を設け、体験談等の情報提供をします。

- 本人・家族への理解促進
- 特別支援学校への出前ピアサポーターの実施
- 自立生活プログラム等の活用

5. どのような障がいの状態であっても暮らし続けられる支援体制の整備

＜現状＞

平成24・25年度に実施したたん吸引講座の実施により、医療的ケアのできる事業所や支援者が増えてきています。しかし、まだ十分な状況でなくより充実した取り組みが必要です。

また、入院時等年齢にかかわらず家族の付き添いが求められることも多く、家族への負担が多い現状があります。

行動障がいのある方の卒業後の進路が限られており、行動障がいのある方の支援スキルのある人材育成が急務となっています。また、行動障がいでも社会適応ができず、精神疾患などの二次障がいを起こしていることも少なくありません。

難病も障害者総合支援法の支援対象に含まれるようになりましたが、難病患者の実態把握やニーズ把握ができておらず、難病患者への情報提供や支援体制も十分ではありません。

当事者とのコミュニケーションが十分に取れず、支援者が思いや真意をくみ取ることができずに、十分な支援が提供できない現状もあります。特に外国籍や視覚、聴覚障がいなど情報が行き届きにくい方へのサービスや資源の情報提供が十分ではない状況があります。

（１）医療的ケアの必要な方の支援について

- ① 病院や保健センターで把握した医療的ケアの必要な方の情報が各支援機関につながる総合的な支援体制の構築を目指します。

病院や保健センターで把握した医療的ケアの必要な方に、適切な情報が届くように関係機関の連携を図ります。

病院を退院する際に、在宅支援者とのケース連携会議によりスムーズな在宅生活への移行を支援します。

- 各機関の情報共有と連携
- つなぐ時期とつなぎ方の整備

- ② 生まれてから大人になっていく過程を含め、医療的ケアが

必要になっても半田で暮らし続けられる体制整備を目指します。

幼少期から状態がわかっている相談支援専門員がホームコーディネーターとしての役割を担います。

たん吸引講座の継続と重度訪問介護従事者の育成を進めます。

ライフステージの変化する時期に丁寧なケース会議を実施します。

- 各関係機関との情報共有と連携
- つなぐ時期とつなぎ方の整備

(2) 行動障がいがあっても暮らし続けられる支援体制について

① 見立て・仕立てができるスタッフの育成と

現場での支援スキルの共有ができる人材の育成

半田市及び知多地域でも、強度行動障がいのスキルアップ研修ができるスタッフを育成するとともに、現場のスタッフには、初任者・現任者研修とレベルアップできる研修を実施します。

- 行動障がい支援のスペシャリストの育成
- 強度行動障がい初任者研修の活用

② 行動障がいのある方が利用できる事業所の拡充と

家庭での支援体制の構築を目指す。

家族向けに障がい理解を促進する研修を実施するとともに、家庭での支援方法等についての研修会を実施します。

特定の事業所だけが行動障がいの方を受け入れるのではなくて、受け入れられる人員配置等体制整備を検討します。

- 早期からの適切な支援（家族・支援者）
- 受入れ事業所の支援の充実

③ 二次障がいを引き起こさないための支援に

必要な情報が引き継がれていく体制整備を目指す

それぞれのライフステージでの支援が次の支援者に引き継がれるよう、サービス等利用計画を活用して、丁寧なケース会議の実施と具体的な支援方法を引き継ぐことができる場づくりを作ります。

また、医療や教育とも連携して、その人の生活全般で情報共有ができる仕組みをつくります。

●切れ目のない支援体制と医療等との連携

(3) 難病等見えにくい障がいへの配慮・支援について

① 保健所・病院等と連携して難病の方のニーズを把握し、

必要な情報提供等支援体制の構築を目指す。

難病者の生活実態の把握、生活の困りごとについて、保健所や病院と連携して把握するとともに、いち早く難病の方へ情報が届くよう保健所や病院等との情報交換に努めます。

また、数が少ない当事者が孤立しないよう、情報収集して伝える手段を検討します。難病に関する基本研修も現場向け研修等に取り入れていきます。

●実態調査、ニーズ把握
●当事者支援（情報提供と勉強会）
●支援者への難病の理解促進

障害者総合支援法の対象疾患一覧

1	ⅡA腎症	34	原発性副甲状腺症	67	成人スチル病	99	潰瘍性大腸炎
2	亜急性硬化性全脳炎	35	原発性胆汁性肝硬変	68	腎臓空洞症	100	腸管性線維症
3	アジソン病	36	原発性免疫不全症候群	69	腎臓小嚢変性症	101	パーキンソン病
4	アミロイド症	37	硬化性萎縮性腎病	70	腎臓性筋萎縮症	102	パーシェー病
5	アレルギー性肉芽腫性血管炎	38	好酸球性筋膜炎	71	全身性エリテマトーデス	103	肺動脈性肺高血圧症
6	ウェグナー肉芽腫症	39	後縦靭帯骨化症	72	先端巨大症	104	肺動脈性肺高血圧症候群
7	HTLV-Ⅰ関連腎臓症	40	胸動脈心筋症	73	先天性QT延長症候群	105	パッド・キアリ症候群
8	ADH不適合分泌症候群	41	広範囲腎臓管狭窄症	74	先天性腸腸管捻転症	106	ハンチントン病
9	黄色素蓄積症	42	高プロラクチン血症	75	先天性副腎皮質酵素欠損症	107	汎発性特異性骨増殖症
10	潰瘍性大腸炎	43	抗リン脂質抗体症候群	76	頭頸動脈炎	108	肥大型心筋症
11	下垂体前葉機能低下症	44	骨髄異形成症候群	77	大動脈炎症候群	109	ビタミンD依存症Ⅱ型
12	加齢性黄斑変性症	45	骨髄線維症	78	大腸皮膚基底癌変性症	110	皮膚筋炎
13	肝外胆管閉塞症	46	ゴナドトロピン分泌過剰症	79	多系統萎縮症	111	びまん性汎肺気管支炎
14	関節リウマチ	47	混合性結合組織病	80	多発性運動ニューロパチー	112	肥満低換気症候群
15	肝内結石症	48	再生不良性貧血	81	多発性筋炎	113	表皮水疱症
16	慢性低アルドステロン症	49	サルコイドーシス	82	多発性硬化症	114	フィッシュヤー症候群
17	慢性副甲状腺機能低下症	50	シェーグレン症候群	83	多発性嚢胞腎	115	プリオン病
18	球腎臓性筋萎縮症	51	色素性乾皮症	84	遅発性内リンパ水腫	116	パーチェット病
19	急速進行性糸球体腎炎	52	自己免疫性肝炎	85	中枢性尿崩症	117	ペルオキシソーム病
20	強皮症	53	自己免疫性溶血性貧血	86	中毒性表皮壊死症	118	発作性夜間ヘモグロビン尿症
21	ギラン・バレー症候群	54	視神経症	87	TSH産生下垂体腫瘍	119	慢性炎症性筋臓性多発神経炎
22	筋萎縮性側索硬化症	55	若年性肺炎腫	88	TSH受容体異常症	120	慢性血行性筋臓性多発神経炎
23	クッシング病	56	重症急性肺炎	89	天疱瘡	121	慢性肺炎
24	グルココルチコイド拮抗症	57	重症筋無力症	90	特異性拡張型心筋症	122	ミトコンドリア病
25	クワ・ワース症候群	58	神経性過食症	91	特異性間質性肺炎	123	メーニール病
26	クローン病	59	神経性貪欲不振症	92	特異性血小板減少性紫斑病	124	網膜色素変性症
27	劇症肝炎	60	神経線維腫症	93	特異性血栓症	125	ちやちや病
28	結節性硬化症	61	進行性核上性麻痺	94	特異性大腿骨頭壊死	126	骨髄赤血球異路病
29	結節性動脈周囲炎	62	進行性骨化性線維形成異常症	95	特異性門脈圧亢進症	127	ランゲルハンス細胞組織球症
30	血栓性血小板減少性紫斑病	63	進行性多発性白質脳症	96	特異性両側性感覚聴覚障害	128	リソソーム病
31	原発性アルドステロン症	64	スティーヴンス・ジョンソン症候群	97	突発性聴覚障害	129	リンパ管筋腫症
32	原発性硬化性胆管炎	65	スモン	98	難治性ネフローゼ症候群	130	レフト支脈症候群
33	原発性高脂血症	66	正常圧水頭症				

(4) コミュニケーションに支援が必要な方の支援体制について

① コミュニケーションに対しての支援体制の拡充を図ります。

手話、要約筆記等ができる通訳者の育成と社会参加における通訳者の派遣の拡充を図ります。

必要な情報が必要な時期に当事者のもとに届くように、情報提供の機会と方法を拡充します。併せて、コミュニケーションツールも活用します。

また、言語障がいにより日常会話に支援の必要とする方についての入院中等の必要に応じたコミュニケーション支援の方法を検討します。

外国籍の方のコミュニケーション支援については、外国語による福祉制度のパンフレットの作成や勉強会など国際交流協会等関係団体と連携し情報提供に努めます。

また、自閉症や発達障がいなど障がい特性に応じたコミュニケーションができる人材の育成を実施します。

- 通訳支援の充実・通訳者の育成
- わかりやすい情報提供とアウトリーチの実施
- コミュニケーション機器の活用
- 障がい特性に応じたコミュニケーションができる人材育成

② コミュニケーションスキルの向上の場をつくります。

聴覚、視覚、外国籍等、それぞれの当事者活動の側面的支援とともに交流の機会を支援します。

- ピア活動の支援
- 他機関との連携

6. 保健・医療・福祉の連携

＜現状＞

平成26年6月末時点で本市の計画相談支援については、89%の達成率であり、年度末にはほぼ100%を見込みます。しかし、相談支援については、制度が始まったばかりであり、計画内容の充実のほか、制度理解や申請手続等、本人・家族への十分な説明が行き届いていない現状もあります。

指定相談支援事業所だけでは採算が取れず、一人で相談支援を担っている事業所も多く、指定相談支援事業所へのフォローアップ体制が求められています。

また、相談支援の質を向上するため、丁寧なサービス等調整会議や第三者のチェック機能とともに、相談支援専門員の専門性を高めるための研修等も継続的に実施していく必要があります。

現在、障がい者手帳保持者で福祉サービス未利用者の方を対象にした訪問事業を平成24年度から実施し実態把握を行っています。このアウトリーチによる潜在的なニーズの掘り起こしは、継続的な取り組みが必要です。

精神保健福祉法の改正により、病院からの地域移行が見込まれる中、より保健・医療・福祉の連携が必要となります。

未受診の方やひきこもりの方への支援については、学校教育において、家庭訪問や親との面談、教育相談員等のサポート等が行われています。一方で、卒業後に支援が必要になった場合の対象者の把握や保健所等、関係機関との連携が課題となっています。

今後は、救護施設等からの地域移行者も地域相談支援の対象者となってくるため、その体制整備が求められています。

（１）相談支援の体制整備について

① 障がい福祉関係者以外にも相談支援が認識され、

関係機関との連携体制の構築を図ります。

家族が身近に相談できる相談員を必要数配置するとともに、その相談員をフォローアップできる相談支援体制を整備します。

また、家族が困ったときに気軽に相談に行ける窓口を明確にします。相談は、家族からの相談に限らないため、関係機関等（保健・医療・福祉・保育・教育・地域）との研修会や情報提供をおこなっていきます。

相談支援専門員が一人で抱え込まないようにフォーマルサービスを含めインフォーマルサービスを共有できるよう相談支援連絡会を引き続き実施します。

- 家族等への情報提供
- 関係機関との研修会の実施
- 社会資源を共有できる場づくり



② 必要な人に情報が届き、支援が受けられる体制整備を進めます。

当事者や家族が見てもわかりやすい社会資源ガイドブック（ふくしげん、ふくしげんきっず）を更新しつつ、必要な方に情報が届くよう関係機関への配布やホームページへの掲載をします。

家族向けの勉強会や当事者向けの勉強会の機会を設けるとともに、当事者が選択できるように情報提供を実施します。

- わかりやすいリーフレットの作成

③ 基幹・指定・委託相談それぞれの役割分担と

総合的な相談支援体制の整備を図ります。

障がい者自立支援協議会等において、サービスを利用しているすべての人に、指定相談支援事業所によりサービス等利用計画が作成される体制を整備するとともに、Q & A等相談支援がスムーズに運用されるルールづくり、書式の統一等、必要な取組みを実施します。

また、指定相談支援事業所が、質を保ちつつ、事業運営が確立できる適切なモニタリング期間や報酬単価となるように国や県に働きかけます。

また、委託相談支援では、サービスが届いていない方や、困っていても声が挙げられない方に、アウトリーチでの相談支援を行い、必要な方に情報と

支援を届けます。

一人ひとりの困りごとから半田市の地域課題を検討し、障がい者自立支援協議会において新たな仕組みやサービスが検討できるよう、基幹相談支援事業所が行政とともに事務局を担っていきます。

- 効率的な書式の統一とルール作り
- 指定相談が成り立つ報酬改定等の国・県への提言
- 相談支援機関のフォローアップの充実（基幹相談の充実）

④ 計画相談の評価を含めた質の向上の仕組み作りを目指します。

計画相談の質の向上のため、相談支援専門員の事例検討や社会資源の共有の機会等の研修の機会を定期的の実施します。

計画の相談の質の向上と、一人で相談支援を担っている事業所の孤立を防ぐため、第三者評価を実施します。

- 人材育成のための研修会等の実施
- 計画相談を検証する仕組みづくり

（２）地域移行の充実・連携体制の整備について

① 当事者や支援者に地域移行に関する理解促進を図ります。

医療関係者や入所施設、救護施設等と共同して研修会を実施するとともに、当事者や家族に情報が伝わるようなリーフレットの作成、地域移行体験者からの情報提供（院内グループワーク）等により、入院患者等に対して病院と協力して必要な情報を当事者へ伝えます。

- 医療関係者への研修会の継続実施
- 当事者・家族への周知

② 保健・医療・福祉・地域の連携体制の整備

地域連携・一人暮らし部会で作成した地域連携シートを活用します。
入院・入所中から福祉サービスの体験利用ができる受け入れ先を充実させます。

- 地域連携シートの活用
- 入院・入所中から利用できる体験利用の受け入れ先の充実

改正精神保健福祉法により、精神科病院の入院病床の削減を見越し、地域での受け入れ体制等の整備を進めるとともに、地域理解を促進します。

地域連携シート									
氏名	様	生年月日	## 歳						
住所	〒 -								
病名等	病名: 発症時期: 年 月 頃								
本人紹介	支援を行う上で知っていただきたいこと 例: 本人がどのような生活を望んでいるか。ストレス。今回の入院期間など								
	こんな時は病院に連絡をしてください 例: 医療機関が欲しい情報提供など								
家族	ご家族について								
服薬	服薬について(ex. 服薬の促し等...) ・朝 【 食前 ・ 食後 ・ なし 】 → 促し(要 ・ 不要) ・昼 【 食前 ・ 食後 ・ なし 】 → 促し(要 ・ 不要) ・夕 【 食前 ・ 食後 ・ なし 】 → 促し(要 ・ 不要) ・夜 【 食前 ・ 食後 ・ なし 】 → 促し(要 ・ 不要) ・頓服 【 あり ・ なし 】 → どの時? (例: どんな時に飲むのか)								
地域	地域の環境について 例: 本人が生活している地域のや関係者の情報など								
備考									
病院名:	(電話 - -)								
主治医:	(外来診察曜日: 曜日/月: 回)				担当PSW:				
訪問看護:	回/週・月	デイケア:	回/週・月	OT:	回/週・月				
記載日: 平成 年 月 日 記述者:									

(3) 未受診・ひきこもりの方への支援体制について

① 保健所との連携を図り、未受診の方へ情報を提供し

支援につなげます。

家族や民生委員等が地域の中で未受診やひきこもりで困っている方を発見したときに、専門機関に相談をしてもらえるよう情報提供するとともに、そ

の方の病状や生活状況等に合わせて、保健所や若者サポートステーション、生活困窮者支援法など、適切な機関と連携して支援につなげます。

●保健所等が主催する「家族の集い」への参加促進

② 教育・地域等との連携を図り、ひきこもりの方の

早期発見から適切な支援へつなげます。

これまでの相談実績を見ても学齢期の不登校からのひきこもりになるケースが少なくないため、学校教育との連携方法を検討し、学齢期からの情報共有や卒業後のフォローアップ等、早期発見、早期支援を実施します。

また、ひきこもりや未受診の方は、地域の方が生活の現状を知っていることが多いため、地域の方への啓発活動と見守り体制を強化するとともに、身近な地域にひきこもりの方等が気軽に立ち寄れる居場所づくりに努めます。

- 学校との連携による予防強化
- 地域の見守り体制
- ひきこもりの方が利用できる居場所づくり