

「半田市における取組」

～入所・長期在院者支援から見えてきたもの～

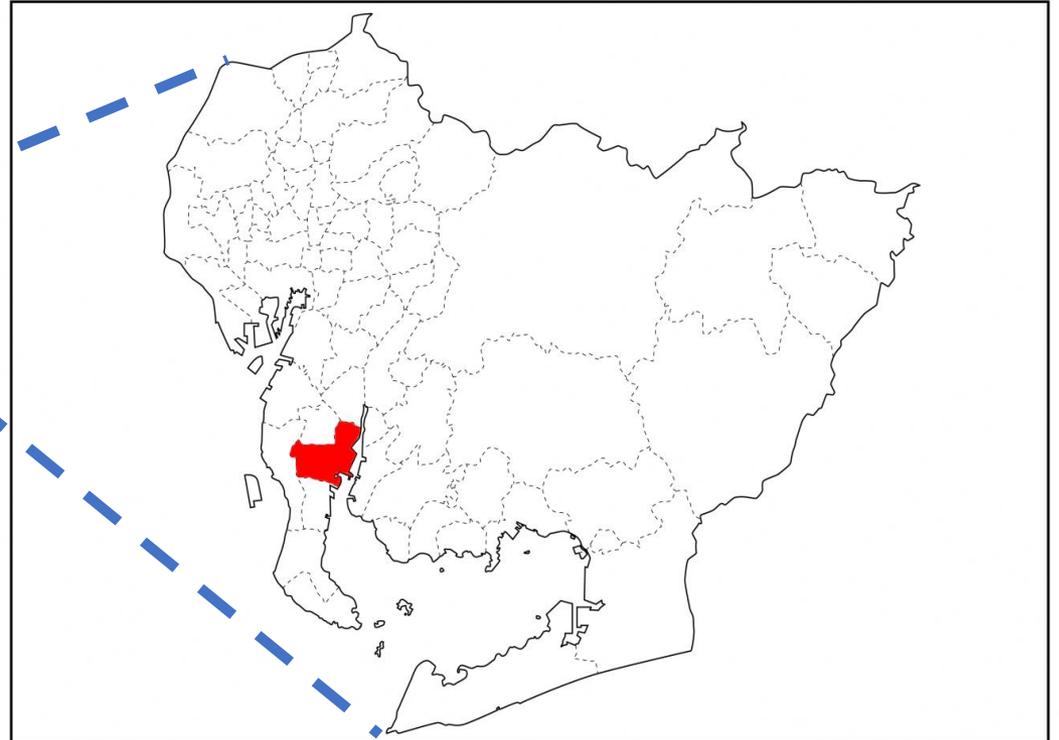


2021年6月
愛知県半田市

半田市について



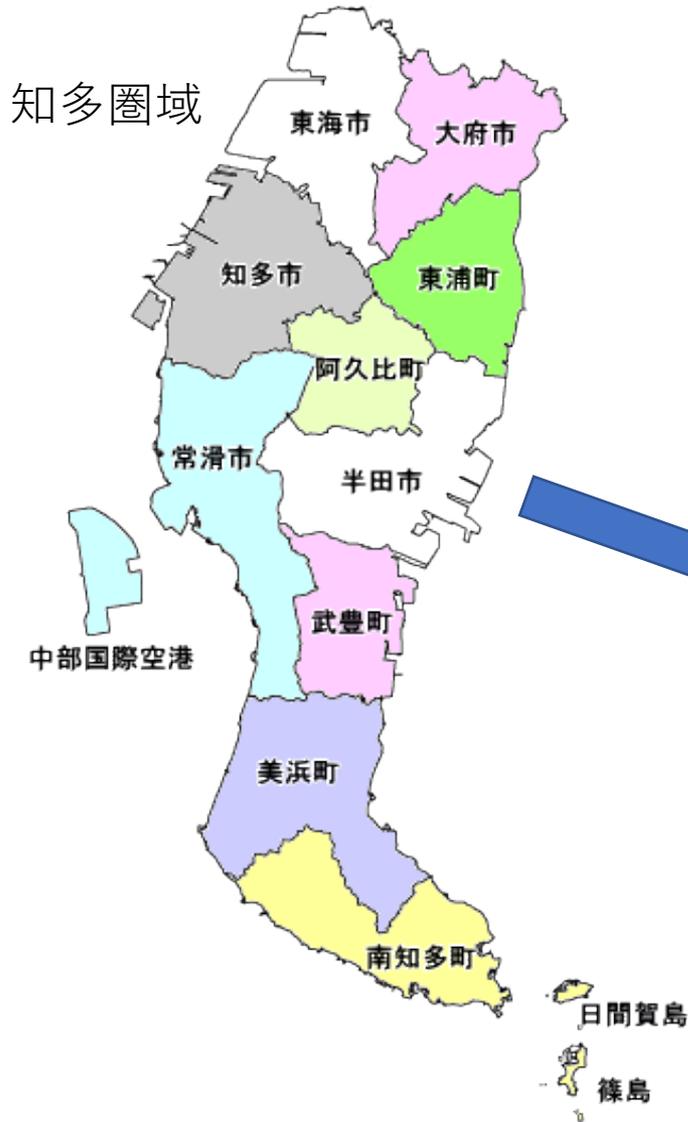
この地図の作成に当たっては、国土地理院長の承認を得て、同院発行の数値地図200000（地図画像）を使用したものである。（承認番号 平19総使、第82号）



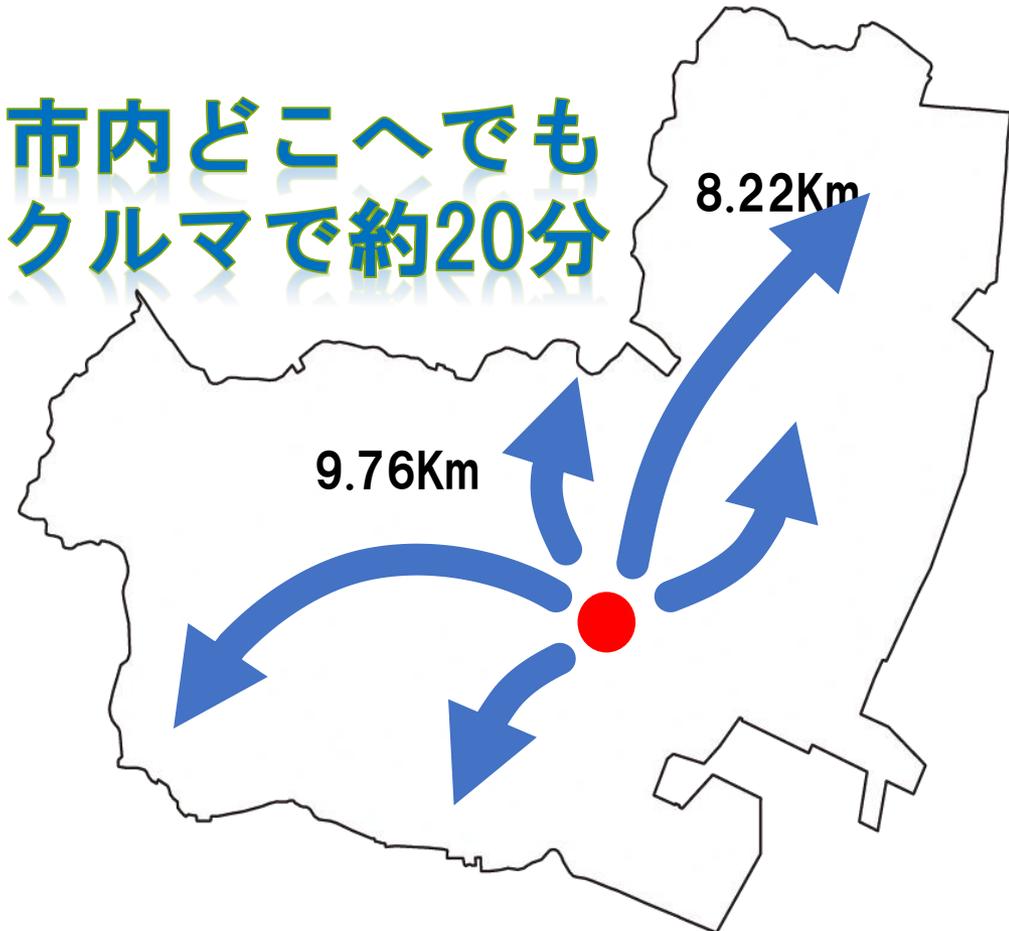
半田市について

面積 47.24km²
南北 8.2km
東西 9.7km

人口 119,102人
(令和3年4月1日現在)



市内どこへでも
クルマで約20分

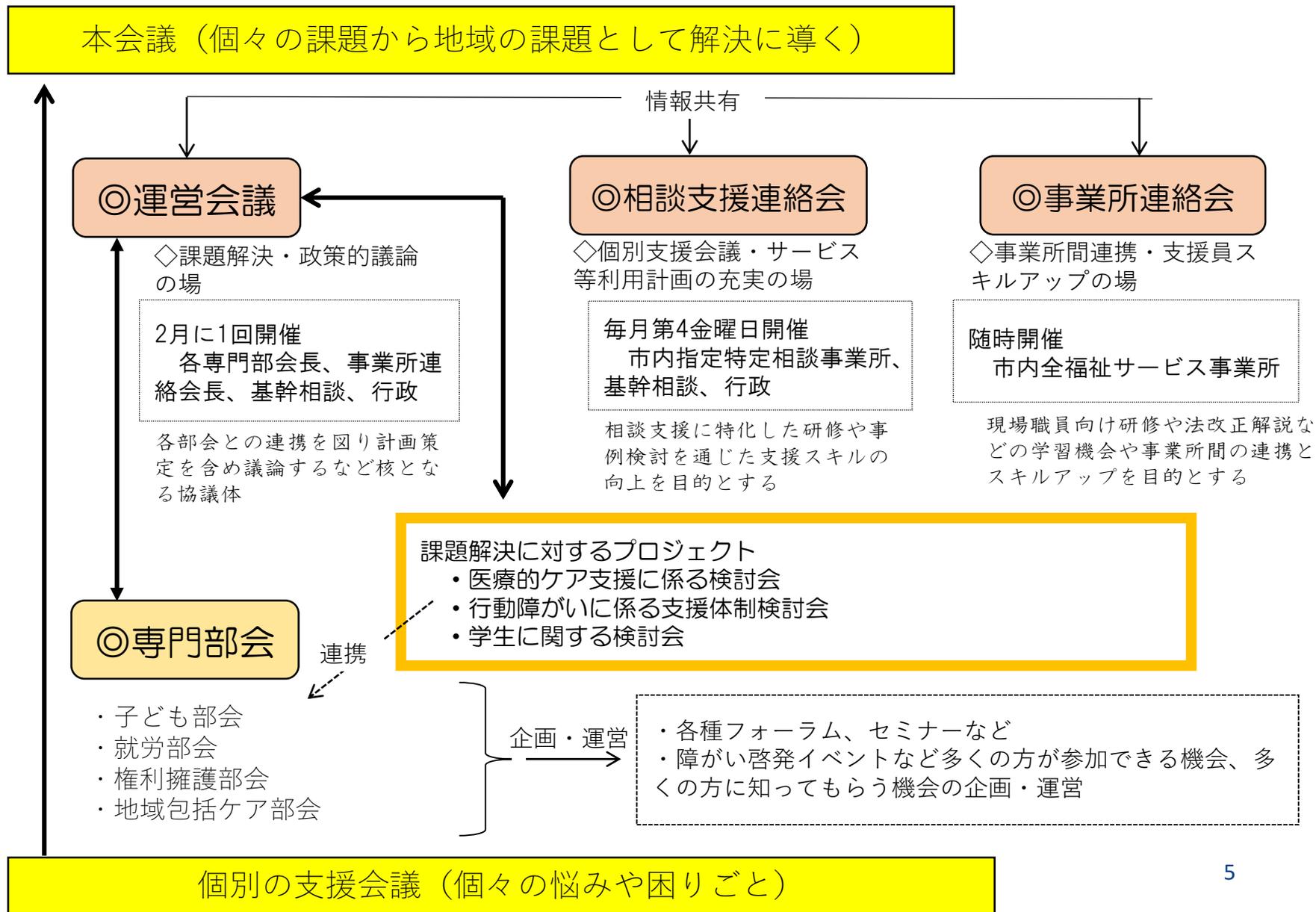


半田市障がい福祉の状況

令和3年4月1日現在

- (1) 障がい手帳
 - ・身体障がい者手帳 3,556名
 - ・療育手帳 1,063名
 - ・精神障がい者保健福祉手帳 1,141名
- (2) 自立支援医療
(精神：2,049名、更生：239名、育成：18名)
- (3) 障がい福祉サービス等支給決定者数
 - ・障がい者総合支援法 約840名
 - ・児童福祉法 約380名
- (4) 障がい者自立支援給付費予算
 - ・令和2年度実績：約1,848,933千円
 - ・令和3年度予算：約1,911,772千円

令和元年度～ 障がい者自立支援協議会体制図





自立支援協議会の共同事務局体制



基幹相談支援センター業務を半田市社会福祉協議会に委託し、自立支援協議会の共同事務局を構成している。

専門的知識、資格等（社会福祉士・精神保健福祉士・相談支援専門員等）を持った基幹相談支援センターと事務手続きや各種調整等に慣れた行政とで互いの強みを活かした活動を実施している。



その上で個別の支援から地域課題を抽出して、各部会やプロジェクト等で課題解決に向けて関係者が検討を行っている。



地域包括ケア部会



【地域課題：入院治療中心から地域生活中心へ】

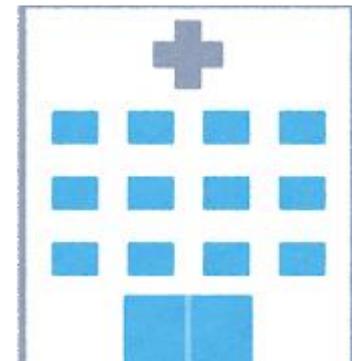
入所や精神科で長期入院している市民が、安心して自分らしく自立した生活ができる地域にしていきたい。そんな思いからまずは当事者に会いに施設や病院に行くことを始めました。

【地域課題：緊急時の対応や体験の場の確保】

また、緊急時の対応などもできるように、地域生活拠点等の整備に取り組んでいます。入所施設、精神科病院等から地域生活への移行に係る取組を実施。

【部会参加者】

家族・保健所・精神科病院・障がい福祉サービス事業者、障がい者入所施設・市役所・基幹相談支援センター等。



長期在院者への支援について、市町村が病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組の流れ

- | | |
|---|---|
| 1 | 院内説明。半田市協議会部会員の院内PSWから医師・看護師等に取り組みを説明。 |
| 2 | 院内PSWが1年以上長期在院者のリストアップ |
| 3 | 院内PSWが簡易なアセスメントシートを作成 |
| 4 | 半田市との面談について、対象者への説明と主治医への確認。 |
| 5 | 半田市との面談の日程調整 |
| 6 | 面談実施。リーフレットと聞き取り用紙（別紙）を使用して、情報提供とニーズの把握を行う。
面談方法：本人と面談者と書記と院内PSWの4名で面談。
書記は市役所職員又は保健所職員・面談者は基幹相談支援センター。 |
| 7 | 面談の結果、地域移行を希望される方からケース会議を実施して、地域移行支援に移行する。 |
| 8 | 地域移行にならなかった方は、継続して面談を実施していく予定。 |



実施してみたのわかったこと

【行政の立場】

実施してみた（行政の立場として）市は障がい福祉サービスの支給決定を行っていることから、施設入所者については存在を把握しているが、入院者については入院している事実の把握もしていなかった。入院者、入所者ともに地域から切り離された状況に置かれていると実感し、当事者に地域の側から情報提供に努める必要性を認識した。実際には退所・退院可能であるが受け皿の問題で長期化している状況を確認できた。一方で、遠方の施設・病院に定期的に通うことは距離的な面で自治体に大きな負担があり、施設・病院の立地自治体が行うことは自治体の負担の偏りが発生する課題がある。より負担が少ない方法を検討する必要があると感じた。

【基幹相談支援センターの立場】

長期在院している市民の状況を行政職員と一緒に把握することは、市の地域福祉の仕事をしていて本当に必要なことと改めて思いました。そこでは地域の支援体制が整っていけば、地域に帰ってきてもらいその人らしい自立した生活にチャレンジできると感じたからです。その方たちが地域で排除されずに生活できる環境は、本当の意味で誰もが住みやすい共生の社会ではないでしょうか。このことを実現していくために、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを活用していきたいと思っています。まだまだ道程は厳しいですが、出来ることから実行していき立ちはだかる壁があれば協議会の仲間と乗り越えたり回避しながら進んでいきたいと思っています。先ずはご本人に会って話を聴くから始めませんか。

地域包括ケア部会 地域移行ワーキング年間スケジュール

<< 2021年 4月 >>

工 程 表

プロジェクト名	画 像 名	開始日	完了予定日	責任者	作成者
地域移行ワーキング		0 2021/4/1	2022/3/31	0	

内 容	担当	予定日		実績日		2021年												2022年		
		開始	終了	開始	終了	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
入院者面接内容確認	三角田	5/1	7/30																	
M病院長期入院者面接		7/1	11/30																	
K病院長期入院者面接		11/1	1/31																	
O病院長期入院者面接		11/1	1/31																	
I病院面接 調整		6/1	3/31																	
長期入院者面接 振り返り		1/1	3/31																	
施設入所者アンケート完成		4/1	6/30																	
施設入所者アンケート依頼・実施		7/1	12/31																	
施設入所者アンケート集計・評価		1/1	3/31																	
アンケート内容踏まえて研修内容を																				
地域移行動画完成確認		4/1	5/30																	



ことづけ
言伝



さあ、自分らしい暮らしを一緒に見つけに行きましょう





永井 正さん(仮名)
50歳代 男性

統合失調症で7年半入院していました。
地域移行支援を利用して退院し
単身アパート生活を続けて
2年3か月がたちます。



インタビュー
動画はこちら

わたしの応援団や利用しているサービスを紹介します

就労継続支援B型事業所

何かあると声をかけてくれたり電話もくれます。
病気や動けない状態の時に
気づいてくれると思うと安心です。
作業を行って工賃がもらえるのも楽しみです。

日常生活自立支援事業

お金の上手な使い方の相談ができます。
例えば、スクーターの購入についての相談や
雨の日の移動方法についてタクシーの利用など、
普段あまり使わない出費についても相談しています。

訪問看護

定期的には必ず来てくれるので
頼りになります。

**病院
ソーシャルワーカー**

病院でもいろいろと
相談できます。

相談支援専門員

困ったことなど相談できる
ので、助かります。

ある1日のスケジュール

朝

起床・身支度
朝食

昼

B型事業所に通所
または 通院
買い物 自由時間

夕

夕食・入浴
自由時間 就寝

生活費

収入

生活保護
工賃 手帳手当

支出

家賃 光熱費
食費 携帯費
その他(永ちゃんのCD等)

1人暮らしをしていてよかったことは？

自由です。

ご飯を食べながらCDを聞いたり、横になって

いっい。寝ながらテレビも見れる。

尊敬する矢沢永吉のDVDも好きな時に見れる。

映画に行く事が楽しみです。



QRコード



動画
至福のひと時の永井さん

ヘルパー 「居宅サービス」

ヘルパーさんが自宅に訪問して一緒に調理、掃除、洗濯等の家事をしたり、生活等に関する相談や助言など、生活全般にわたる援助を行います。

- ヘルパーさんに来てもらって、生活が変わった。
- 家で落ち着いて過ごせるようになった。
- 料理や掃除をやってもいいと思えるようになった。



いっしょに調理中



おいしそうなシチューができました



利用者さんインタビュー



ほかにも通院のお手伝いをしてくれる「通院等介助」、外出等のお手伝いをしてくれる「移動支援」のサービスもあります。

自立生活援助

1人暮らしをする人に、その人に合わせたお手伝いをします。



利用者さんインタビュー



QRコード

民生委員

地域住民の身近な相談者です。

支援を必要とする住民と行政や専門機関をつなぐパイプ役を務めてくれます。

その他

- 自助グループ活動(当事者会、サロン等)
- 移送サービス、その他有償サービス等



会報誌にて情報共有



当事者サロンにてバス旅行



各地域によって利用できる支援に違いがあるので、お住まいの相談支援センターにお問い合わせください。

ピアサポーター



ピアサポーターってなに？

ピア(peer)とは「同じ立場にある仲間」という意味です。
ピアサポーターとは、自らも病気の体験・障害のある人生に直面し、似たような立場や課題を経験してきた仲間として支えあいを行う人です。同じ立場ならではの共感と特性を活かして、ピアサポートの有効性を活用した実践を行います。



ピアサポーターから皆さんへのメッセージです

このリーフレットを手にしてくださった皆さまへ

病院のスタッフやご家族に、なかなか言いにくい

気持ちを気軽に話してみてください

入院中でも、ピアサポーターと話がしたいときは

病院のソーシャルワーカーさんに相談してくださいね

退院後は、病院のデイケアや地域のピアサロンも

利用できますよ

ピアサポーターより 

QRコード



動画
ピアサポーターからの
メッセージ / 佐藤さん

QRコード



動画
ピアサポーターからの
メッセージ / 鈴木さん

【別紙】聞き取りシート

〇〇〇病院長期入院者聞き取り

氏名： 生年月日： 歳 性別：

入院形態： 入院期間：

年金： 手帳：

現状：

現在の生活

- ・楽しいこと、楽しみにしていることは？
- ・困っていること

②-1退院して地域で生活する場合どんな生活をしてみたいですか？

②-2どんなところに興味がありますか？

②-3退院する場合、希望の時期はありますか？

②-4地域で生活をする場合にどんな問題が起こりそうですか？

②-6退院したくない理由

memo



まとめ



いろいろな人々が地域で共に生きるためには様々な課題が山積みです。

引きこもりの支援は誰かが訪問をしなければ始まりません。

8050問題は親の支援に高齢者の支援が必要ですし、子の支援には相談支援が必要な場合が多く、その両支援機関の連携が必要不可欠です。

障害のある方は地域で孤立するリスクが高く、生活困窮の支援が必要になることも少なくありません。

例をあげればきりがありませんが、課題解決へアプローチには各関係機関の連携が必要です。ただ連携についての必要性は浸透しているものの現状として上手くいっていないこともあります。まずはケースを通して、「本人が望む生活」に対して何ができるかを関係者で共有する個別支援の連携から始めることが大切だと思います。

そこから見えてくる地域の課題を解決するためにあるのが自立支援協議会です。行政だからできること、保健師だからできること、福祉サービス事業所だからできることがあります。

それぞれの役割がありますが、相手を理解しその役割を半歩出た「粹な計らい」が関係機関同士をつなぐ接着剤になるのではないかと思います。

お問い合わせ

- 愛知県半田市福祉部地域福祉課

電話 0569-21-3111

メール chiikifukushi@city.handa.lg.jp

- 半田市社会福祉協議会

半田市障がい者相談支援センター

電話 0569-21-5585

メール soudan@giga.ocn.ne.jp