

支援体制整備

埼葛北地区基幹相談支援センター トロコ

田中佳世

はじめに

支援体制整備 <カリキュラム内容>

- ①支援チーム作りと支援体制整備／支援チームを育てる
- ②支援体制整備事例 ③医療、福祉、教育の連携
- ④地域の資源開拓・創出方法

支援体制整備は2つの柱

個別支援における支援体制整備

ミクロな視点

地域支援における支援体制整備

マクロな視点

参考：相談支援の役割・ミッション（令和元年度埼玉県相談支援従事者初任者研修より）



本科目の流れ

参考文献

「医療的ケア児等コーディネーター養成研修テキスト」

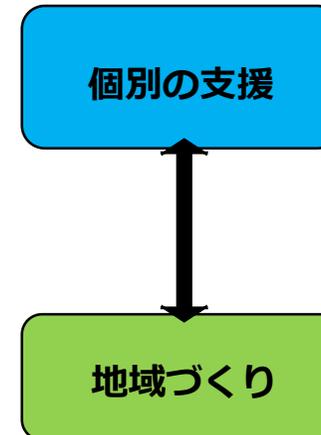
末光茂・大塚晃 監修 中央法規出版株式会社

はじめに

- ① 事例を通して
- ② 扇形の支援から輪型の支援へ
- ③ 支援チームを育てる
- ④ 自立支援協議会の活用



まとめ



事例を通して①

Sくん

- ・ 1歳で麻疹（はしか）罹患
- ・ 15歳（中学3年生）の12月、不随意運動発症。
- ・ 翌年1月、学力低下、物忘れ等の性格変容、ミオクローヌス出現。
- ・ 3か所の大学病院で亜急性硬化性全脳炎と診断。

亜急性硬化性全脳炎（SSPE）は、変異した麻疹ウイルス（SSPEウイルス）の中樞神経系への持続感染症である。麻疹罹患後およそ2～10年の潜伏期の後、知能低下、性格変化、動作緩慢などで発症し、進行性に大脳機能が障害され、高度の認知症、植物状態となり死に至る神経変性疾患である。（国立感染症研究所HPより）



事例を通して①

Sくん

- ・ 4月第一志望の高校に入学（母送迎、介助）
- ・ 6月歩行困難、排泄コントロール不可となる
- ・ 7月高校休学、行政へ相談
（車いす、ベッド、シャワーキャリー、住宅改修、段差昇降機の給付）
- ・ 8月入院 退院には経鼻栄養、喀痰吸引が必要

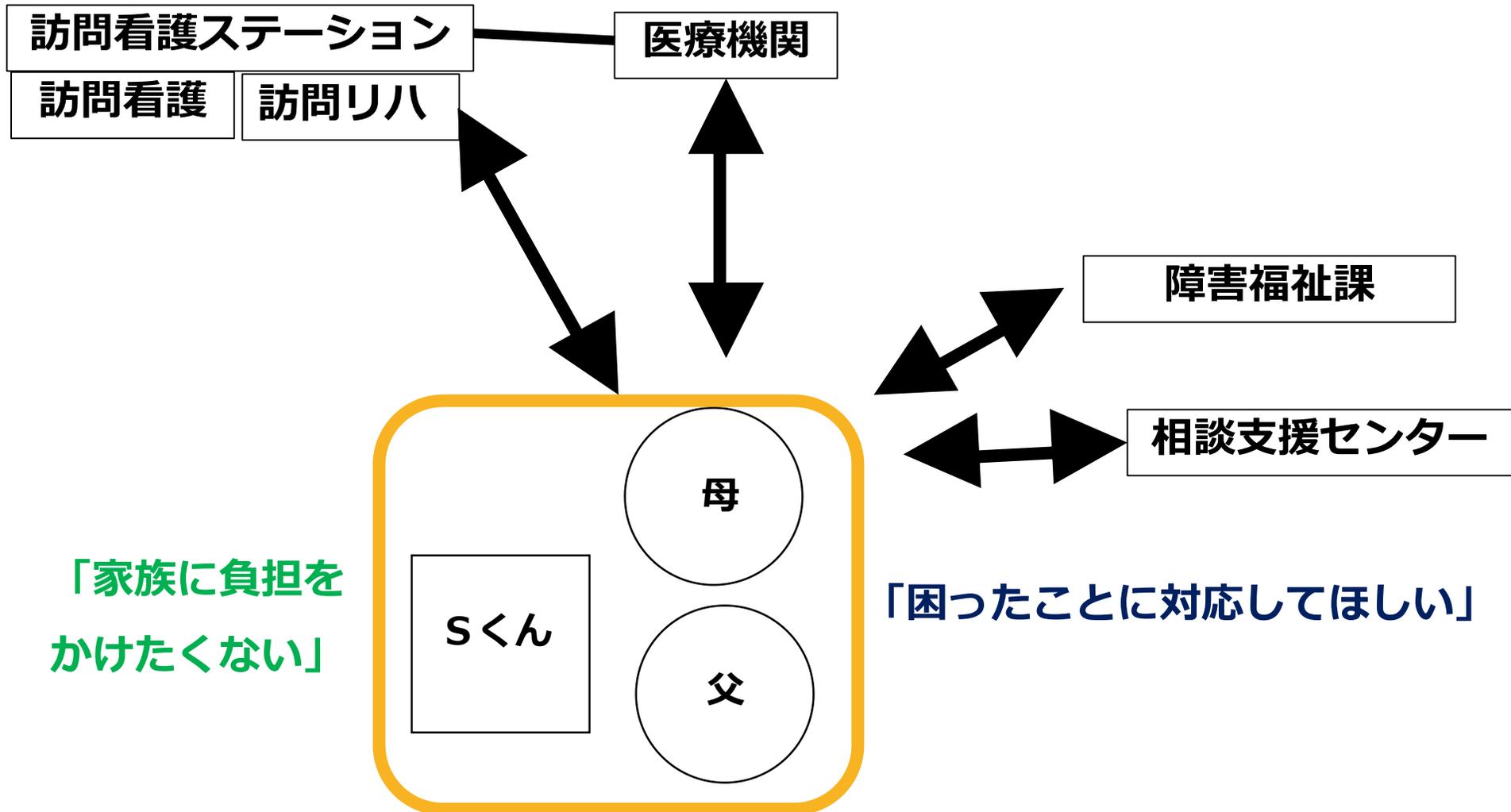
退院に向けた支援会議開催へ

【支援会議の参加者】

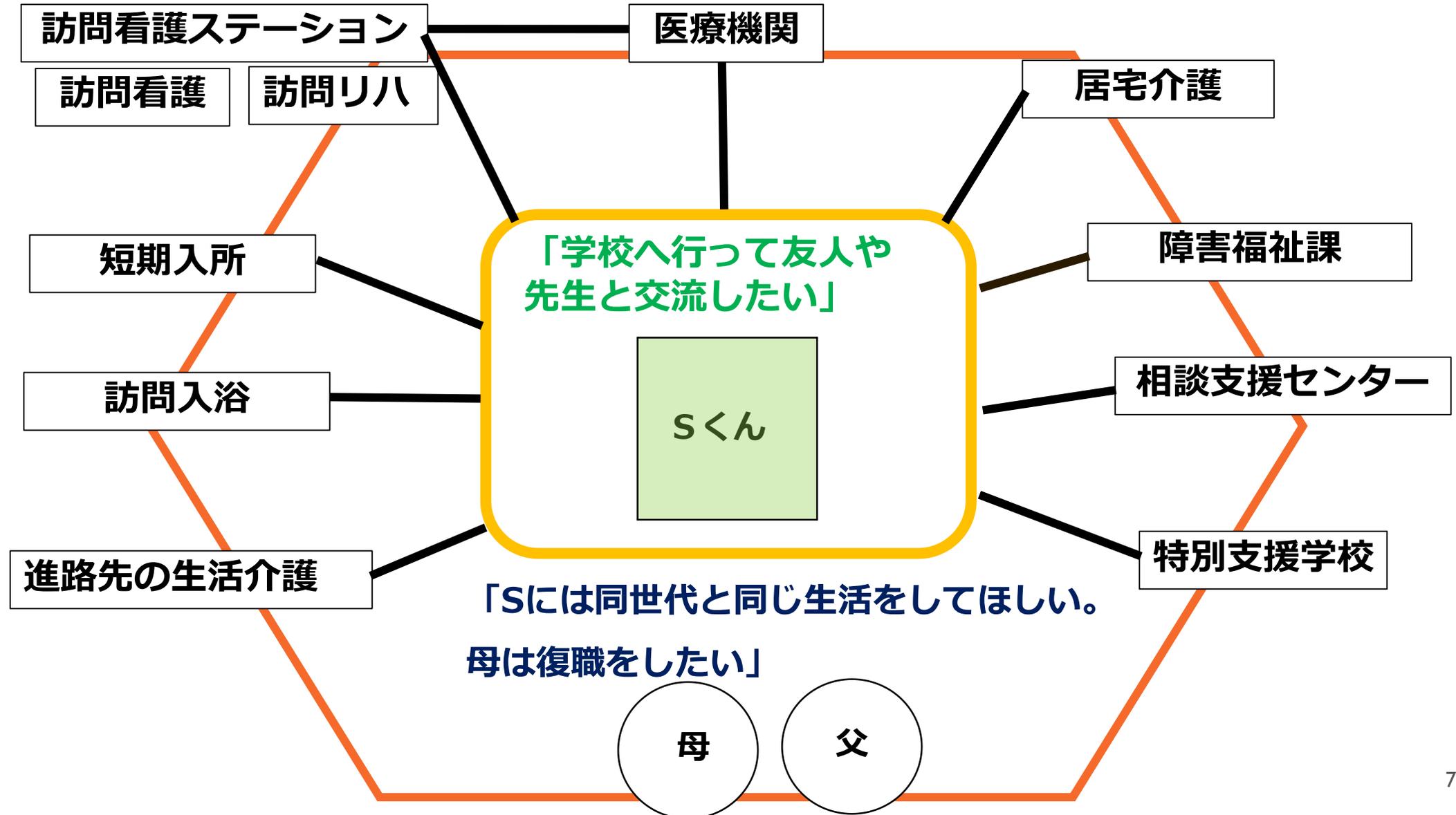
- ・ 母・主治医
- ・ 依頼予定の訪問看護事業所（Ns、PT）
- ・ 相談支援専門員 ・ 福祉課ケースワーカー



事例を通して②



事例を通して③



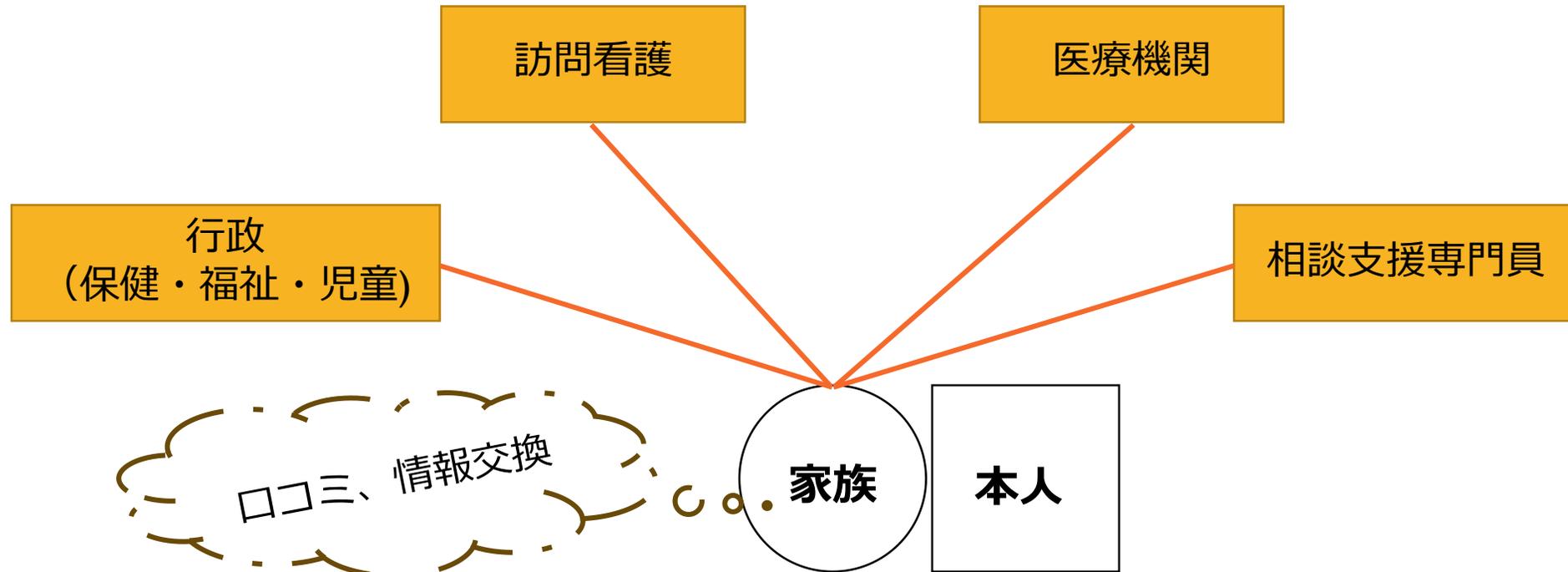
扇形の支援から輪型の支援へ（1）

扇形の支援

家族が頑張って支援機関とつながってきた。

家族自らが本人のケア、サービスや関係機関を調整。

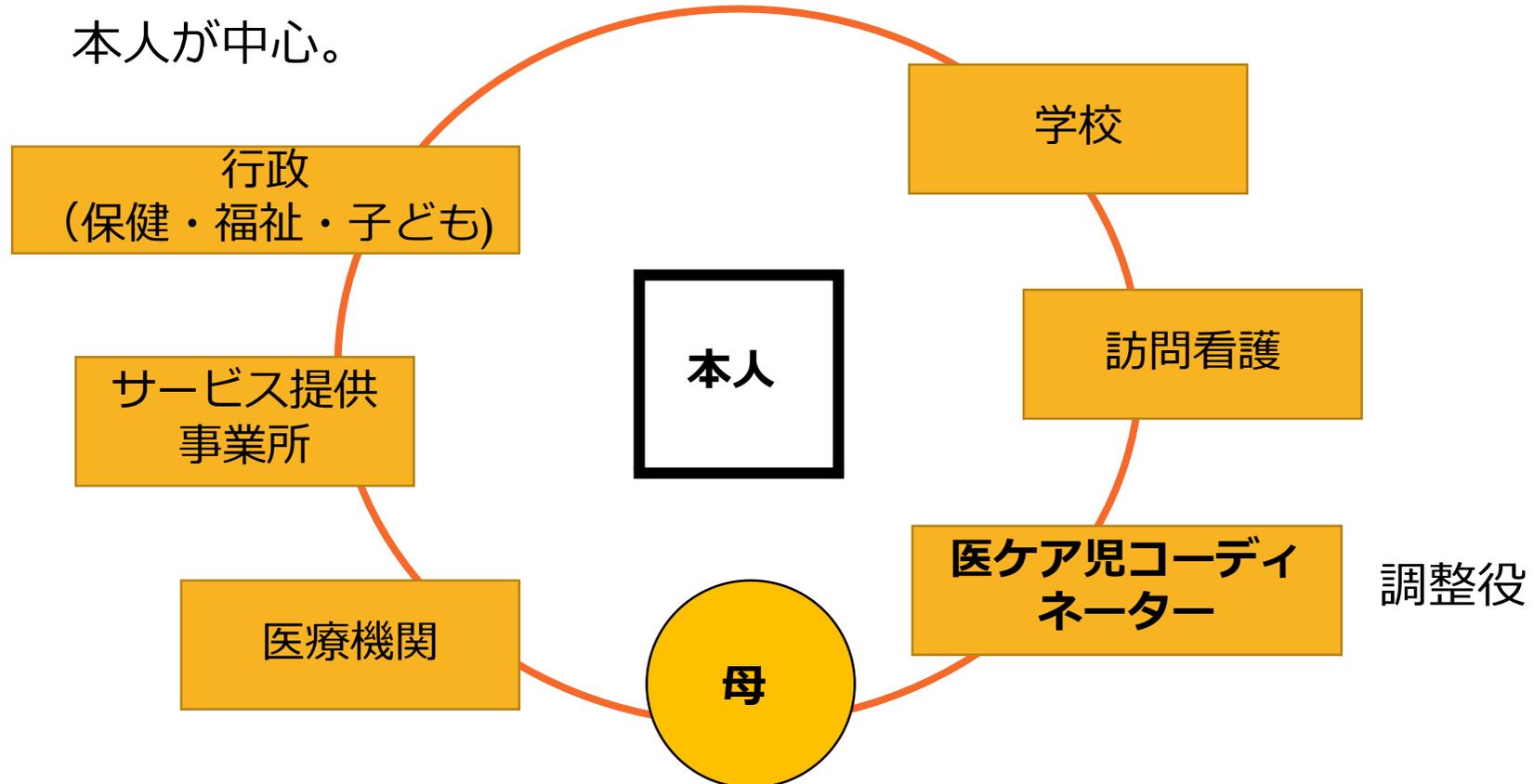
家族が要。家族が中心。



扇形の支援から輪型の支援へ（２）

輪型の支援

家族に代わり、それぞれの機関がいつでも関係機関を招集できる。
本人が中心。



一人ひとりの支援会議を通じて、一人ひとりのチームをつくっていく。



扇形の支援から輪型の支援へ（3）

支援チームのバトンタッチ

- ①退院から地域の病院、在宅診療への移行にあたり、ステージ毎の支援チーム構築
- ②退院支援チーム⇔在宅支援チームの同時並行的チーム構築と、相互連携による緩やかな、無理のない地域移行支援
- ③地域生活移行後の生活支援チームと医療支援チーム 2本柱のチーム構築
- ④チーム構築にあたるキーパーソンの存在



扇形の支援から輪型の支援へ（４）

- 支援の全体的な状況を把握し**生活全般**を整えていく

→福祉が中心に医療や教育などとも共有し生活面を整える

（本人の現状や将来も見据え障害児支援利用計画で共有し、生活を組み立てていく）

“一貫した生活を組み立てていく**生活支援チーム**”

- 本人の状態に合わせた**支援・医療方法**を共有していく

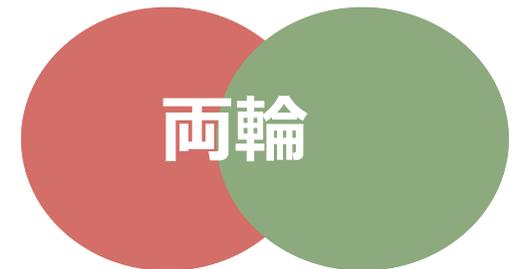
→医療が中心になり福祉や教育の支援者へクチャーの機会を作る

全体でケアの質を高めていく

（本人の状況や季節などの変化に合わせたケア）

（嚥下・吸引・リハビリ・姿勢保持など）

“支援を混乱なく統一するための**医療支援チーム**”



相談支援専門員のサービス利用計画と サービス管理責任者の個別支援計画

トータルプラン(サービス等利用計画)

サービス提供事業所が複数になればなるほど、全体の支援計画を見通すキーパーソンが必要になる。

その役割をもつ**相談支援専門員**（指定・委託相談支援事業所）は、本人や家族のニーズに寄り添い、サービス等利用計画を作成。必要な機関へと繋げ、ニーズに基づき各機関と調整をはかる。

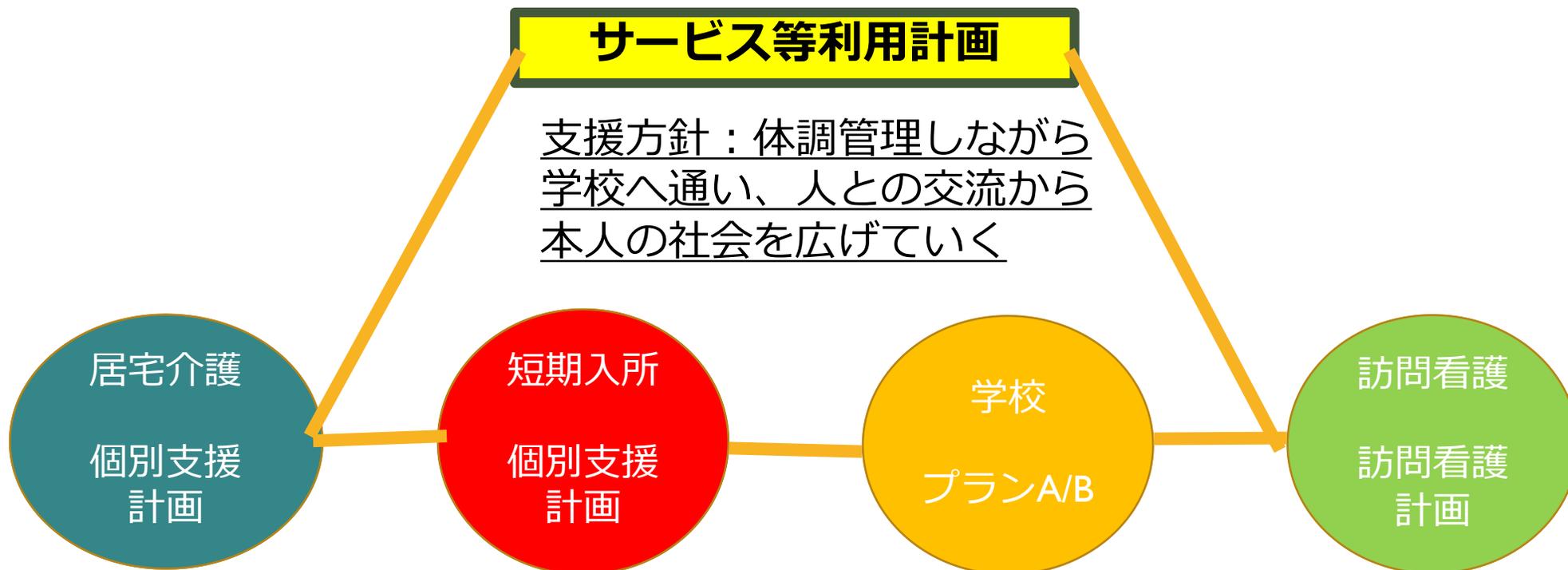
身近なプラン(個別支援計画)

サービス提供事業所では、トータルプランで示されたサービス利用計画の目標に沿い、具体的な個別支援計画を策定し、支援を提供する。

事業所としてどんな支援ができるかを考え、支援の質を追求していくことが**サービス管理責任者**の責務。



それぞれのプランが連動



・帰宅後、体調を
みながら車いすや
ベッド上で本人が
リラックスできる
ように姿勢保持や
声かけをする

・家族の負担軽減とと
もに、本人が安心して
過ごせるよう自宅での
ケアを継続する
・男性スタッフとサッ
カーの話ができるよう
な時間を作る



支援チームを育てる

つくっていく →支援（会議）を通じて、**深まる、育っていく。**

地域の支援力を上げていく。

●チーム全体

多角的に本人の状況を把握していくことができるようになる。

本人や家族の求めていること、支援の方向がハッキリしてくる。

他事業所の支援技術、相互の持つ専門性を共有できる。

他のケースにも活かすことができる。

●本人・家族

エンパワメントされる。支援チームの一役を担えるようになる。

不安から希望へ。

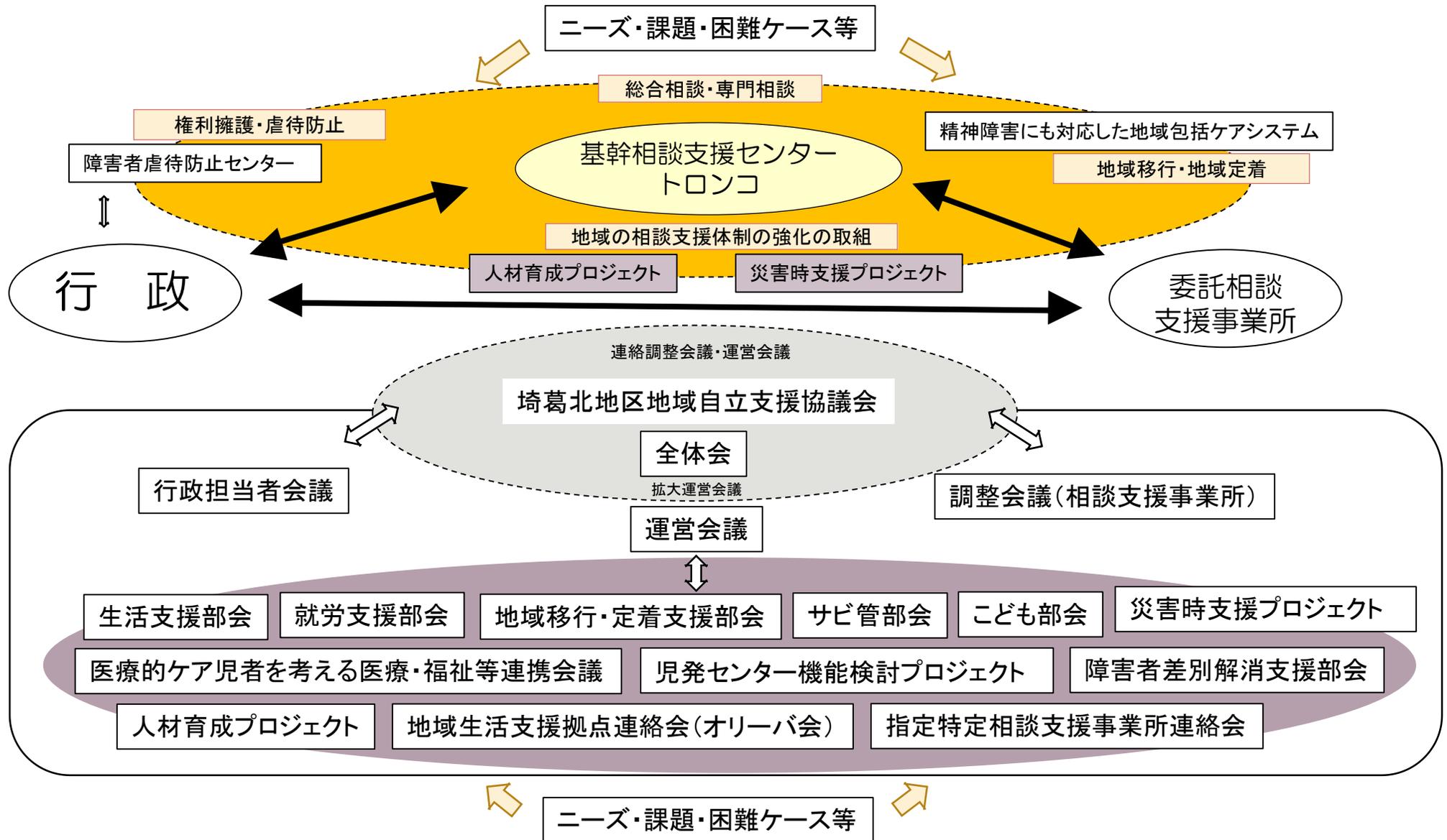
●相談支援専門員

チームに入ったからこそ教えてもらうこと。医療。

家族から情報をもらう。困っていることを実感、共感する。



令和6年度埼玉葛北地区地域自立支援協議会組織図



埼葛北地区 医療的ケア児者を考える医療・福祉等連携会議

【参加者】

- ・ 医療的ケア児等コーディネーター
(基幹相談支援センター1名、3か所の委託相談支援事業所に各1名配置)
- ・ 自立支援協議会構成市町 行政福祉課 (3市2町)
- ・ 病院 (国立病院機構)
- ・ 医療型入所・短期入所施設
- ・ 医ケア対応サービス提供事業所 (児発、放デイ、生活介護、入所施設)
- ・ 特別支援学校 (肢体不自由児、病弱)
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 保健所
- ・ 地域センター (東部：ともに)

【課題】

- ・ 圏域に要となる医療機関がない
- ・ 圏域にサービス提供事業所が少ない

個別事例を積み重ね、参加者で共有する
テーマを決め、意見交換する



地域課題として自立協へ提起する
事業所でできることを広げる



令和3年度の取り組み

- 災害時個別支援計画について国のモデル事業取り組み
＜栃木県古河市の訪看事業所より＞

令和4年度取り組み

- 福祉避難所開設訓練 医ケア児当事者家族参加

令和5年度の取り組み

- 災害時個別支援計画のモデル作成
- 幸手保健所との合同研修会（埼玉県医療的ケア児支援センターとの連携）

令和6年度の計画

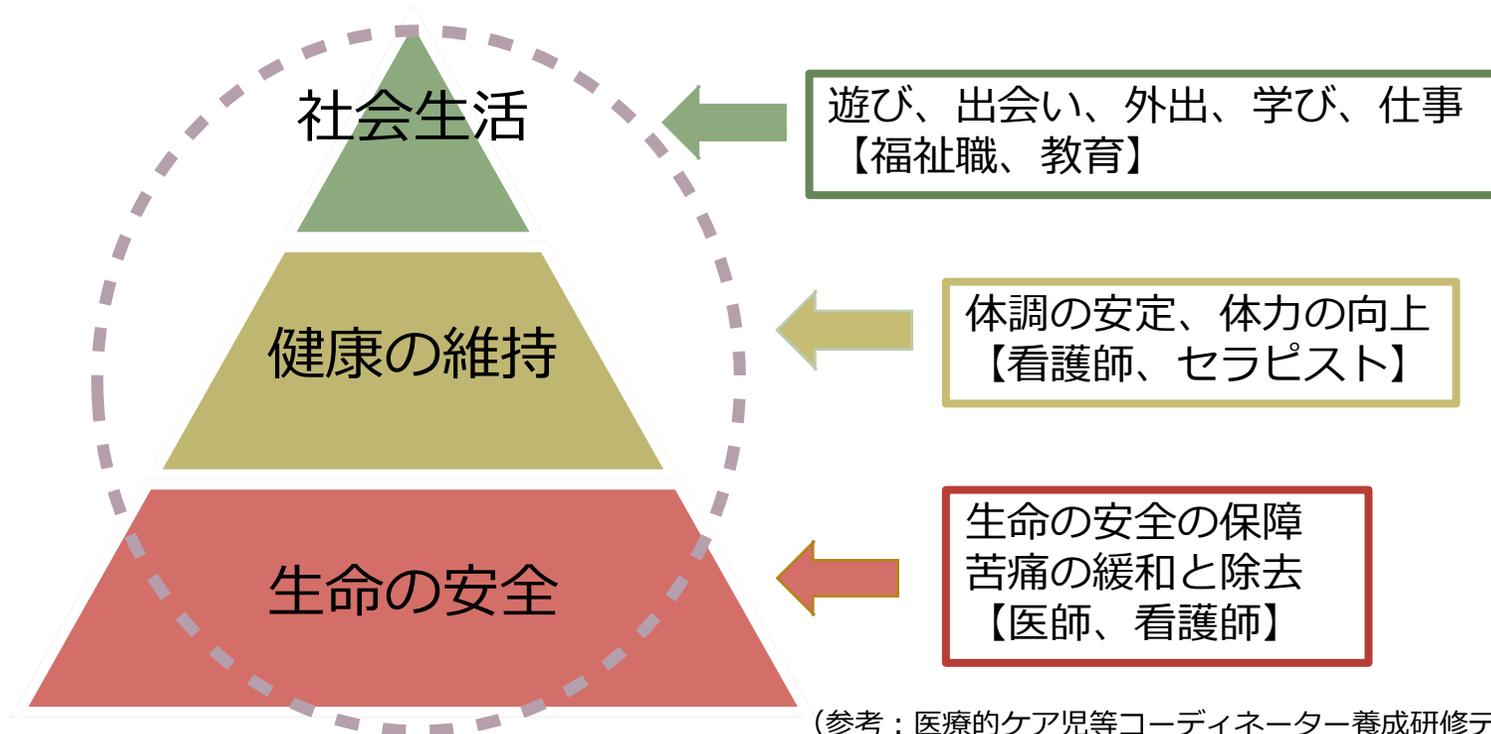
- コア会議月1回開催
- 保健所主催「長期療養児教室 家族交流会」への医ケアコーディネーター参加
- 事例検討会



まとめ

必要な医療も家族の形も個別性がとても高い。
福祉・保健・医療・教育が互いの制度や役割、必要性を理解する。
手をつなぐこと。隙間をなくすこと。

一人ひとりの事例が
地域の財産になっていく。



まとめ

医ケア児等の支援になぜ体制整備が必要なのか

- ①対象者が少なく、地域によっては点在している。しかも重症度・医療依存度が高く、また、支援そのものが容易ではなく個別性が高い。
- ②こうした背景をもちながら、一方で地域に利用できるサービスや社会資源が少ない。
- ③そのために、介護負担が家族、特に母親に集中し、支援を継続していくことの困難さを抱える。



現在ある資源（多職種の支援機関）がより濃密に、本来担う役割と現実的に果たせる役割を調整しつつ、結果として多職種のチーム構築を通じ、面的な地域力で支え続けていく必要がある。

本人・家族・支援者（支援者同志）がお互いにエンパワメントし合える地域に。



ご清聴ありがとうございました