

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

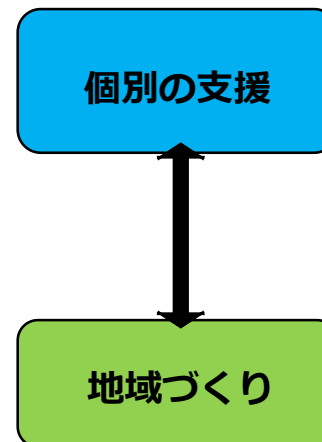
参考文献

「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

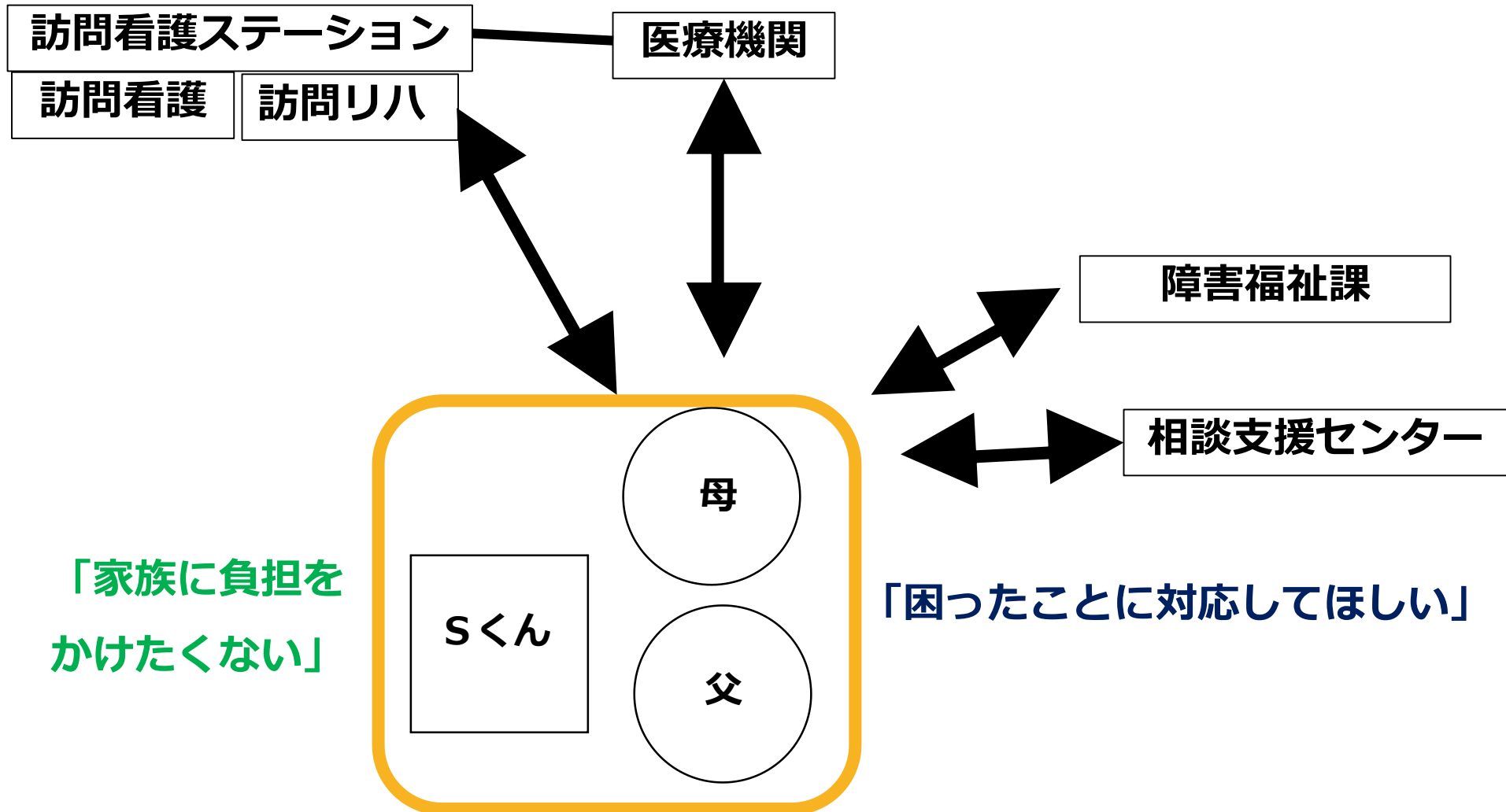
退院に向けた支援会議開催へ

【支援会議の参加者】

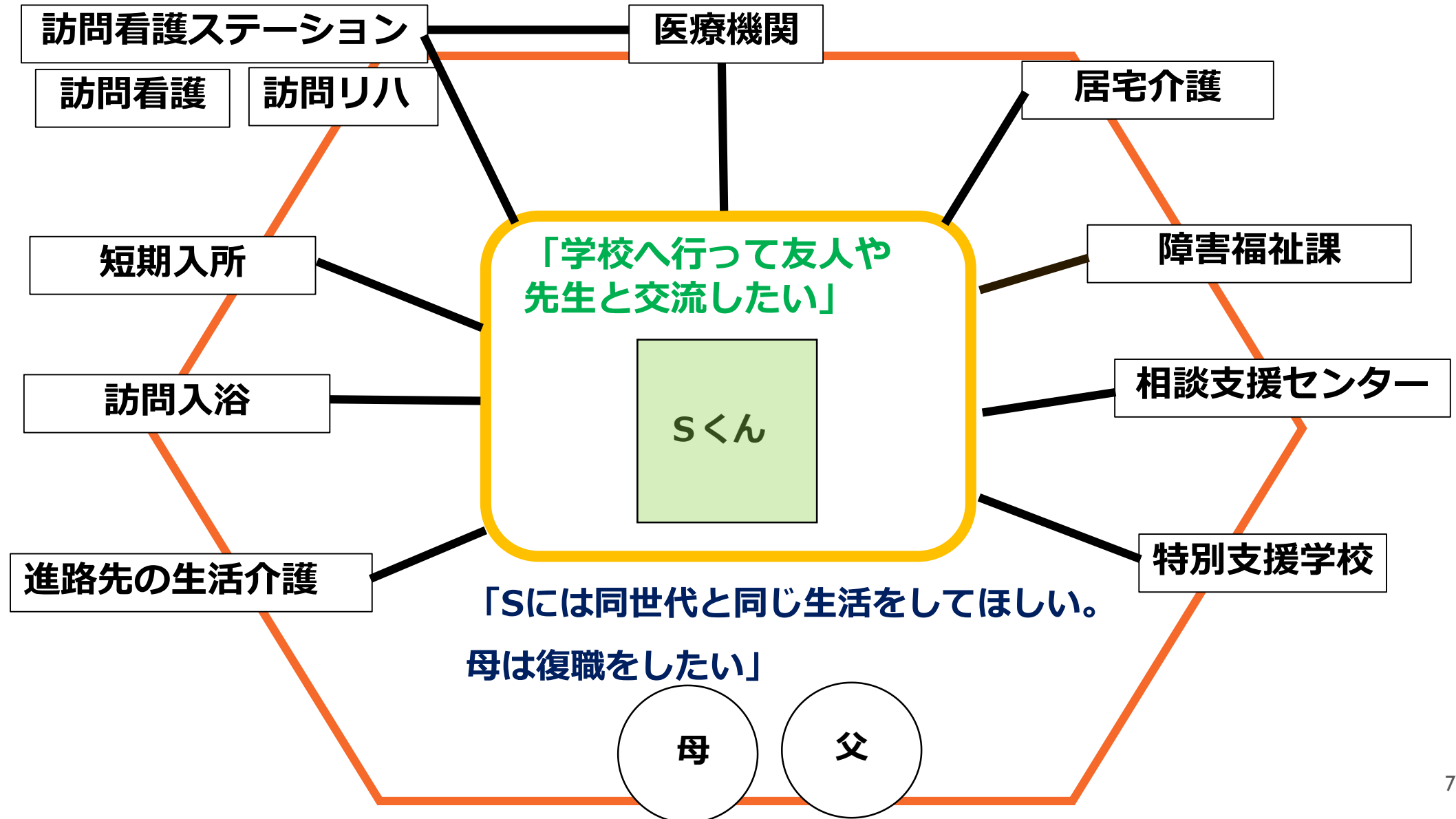
- ・ 母・主治医
- ・ 依頼予定の訪問看護事業所（Ns、PT）
- ・ 相談支援専門員 ・ 福祉課ケースワーカー



事例を通して②



事例を通して③



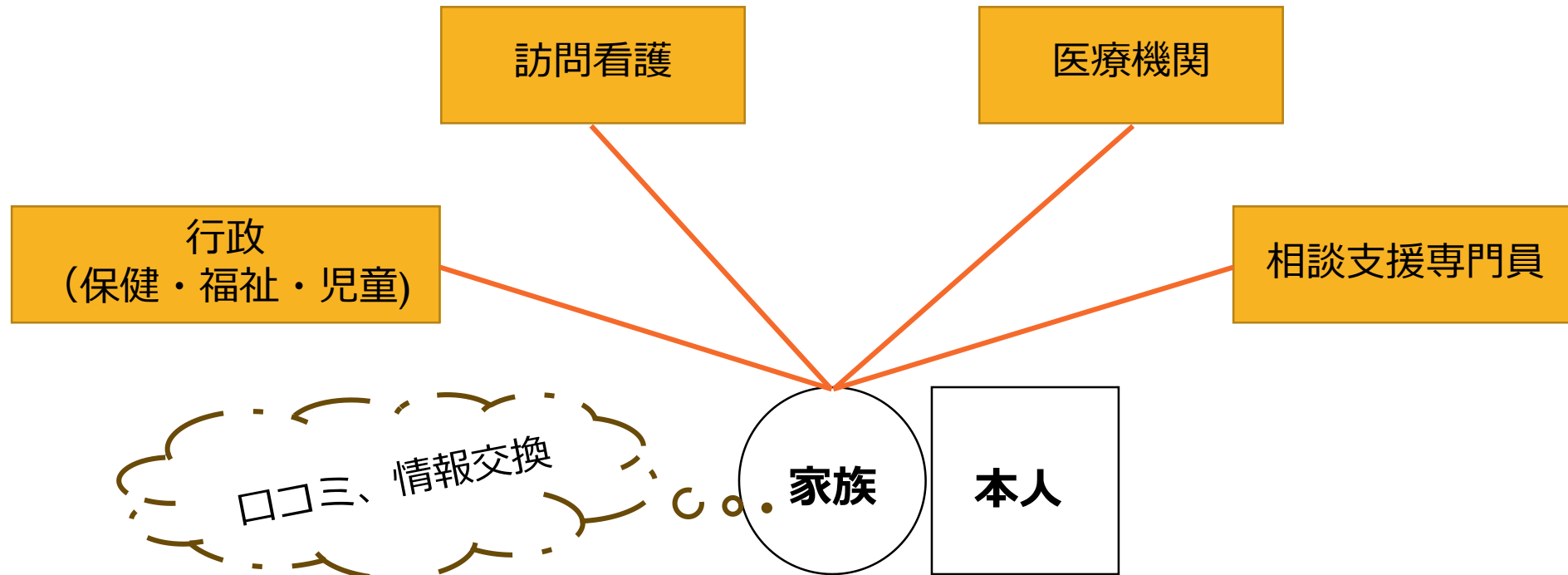
扇形の支援から輪型の支援へ（1）

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。

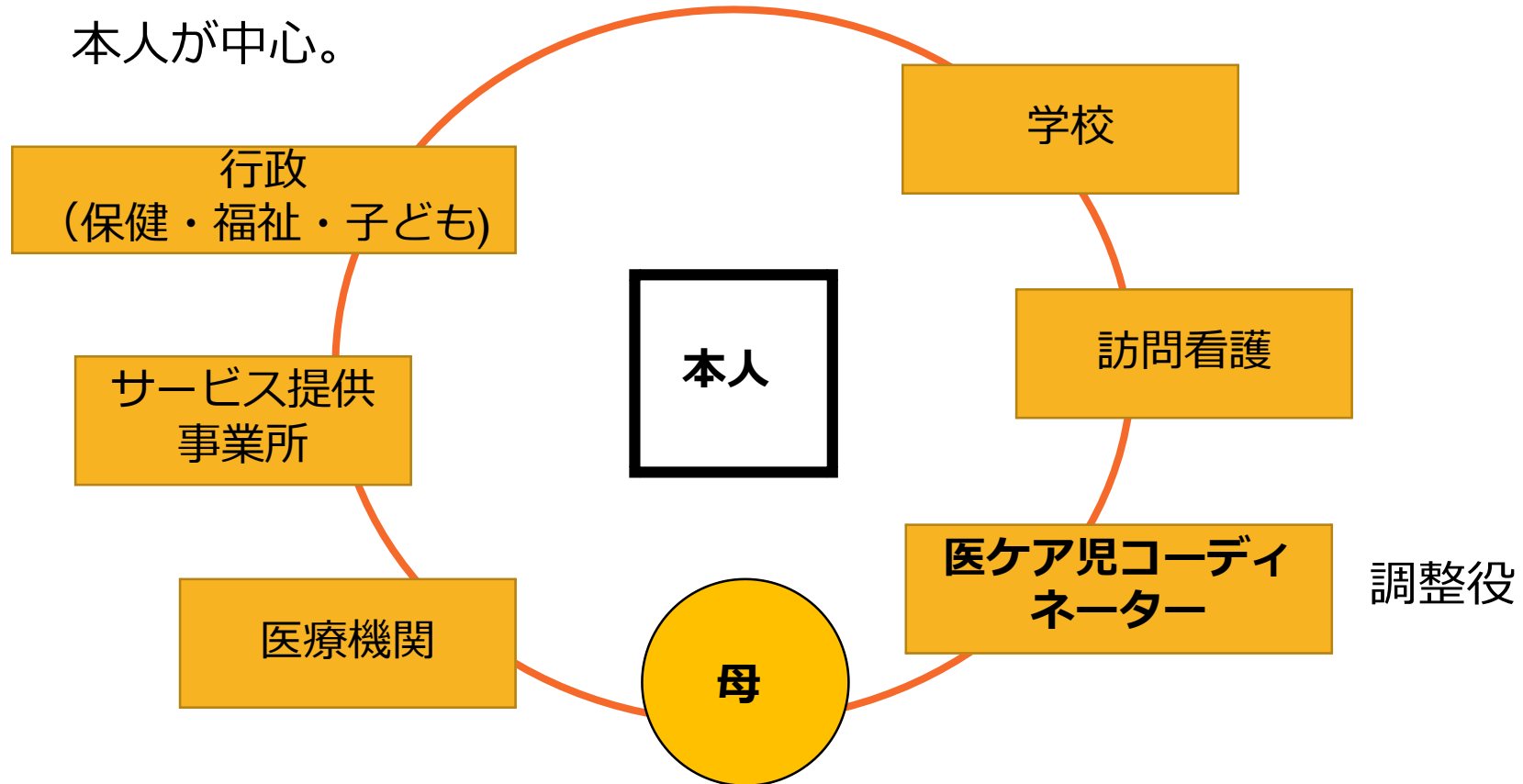
家族が要。家族が中心。



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

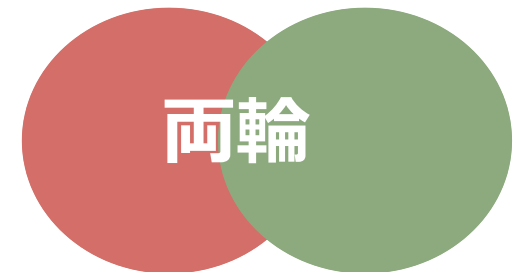


扇形の支援から輪型の支援へ（４）

- 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。

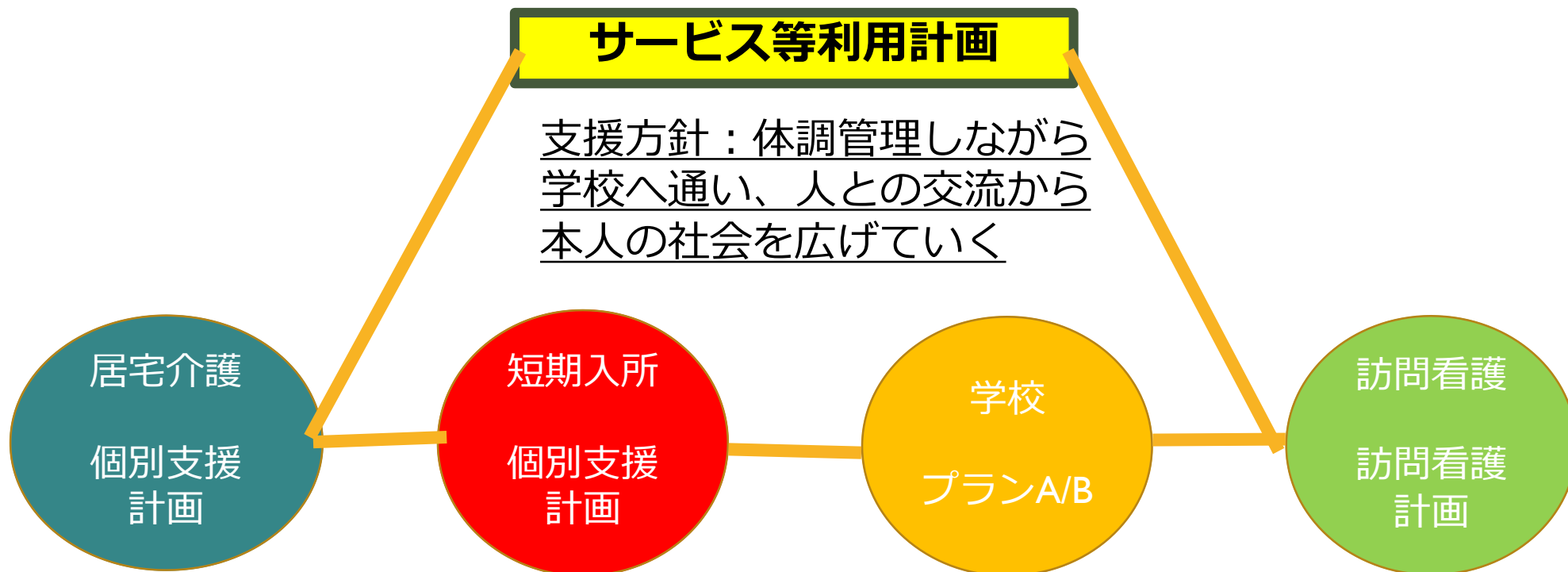
身近なプラン(個別支援計画)

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

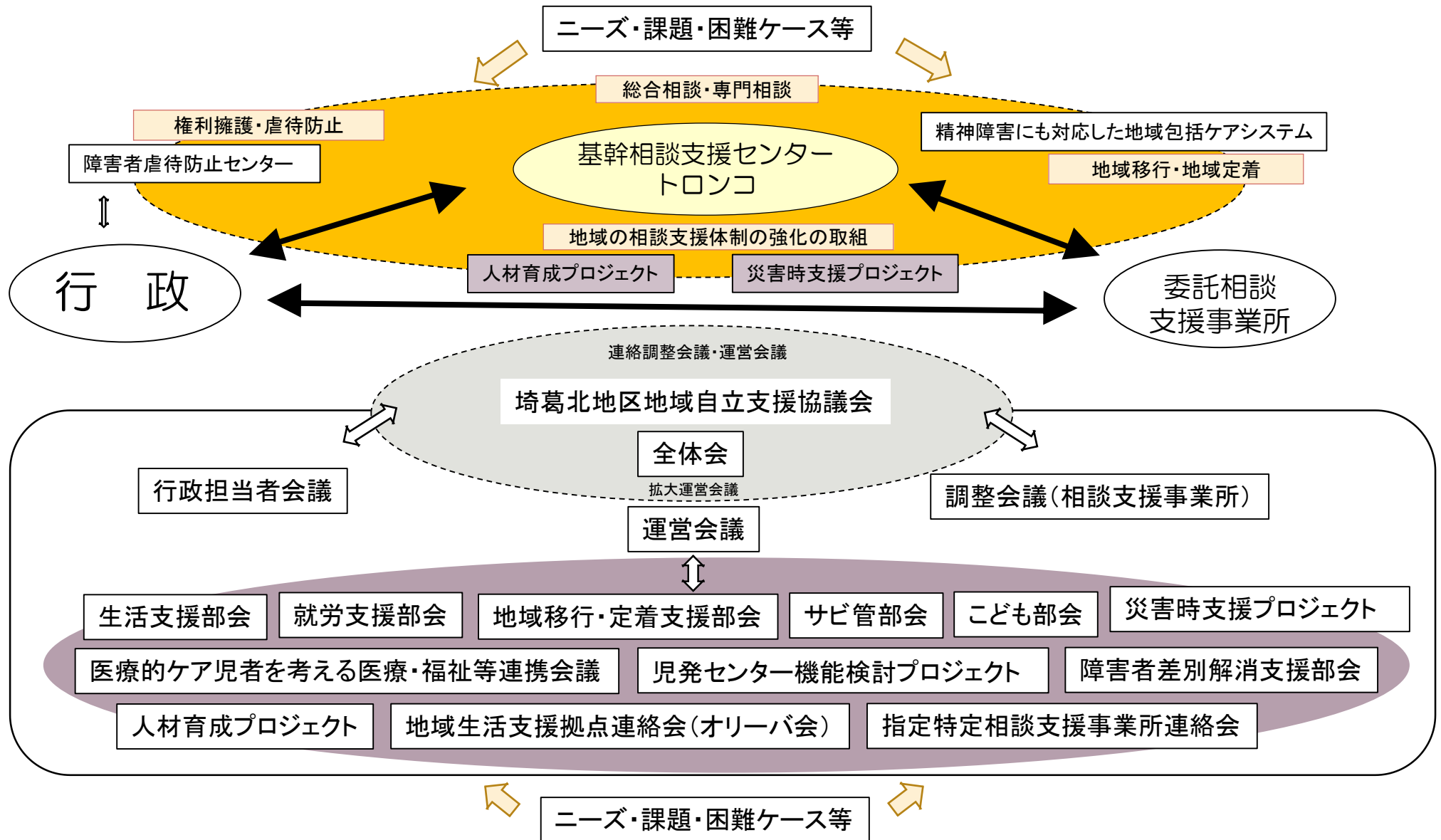
エンパワメントされる。支援チームの一役を担えるようになる。
不安から希望へ。

●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

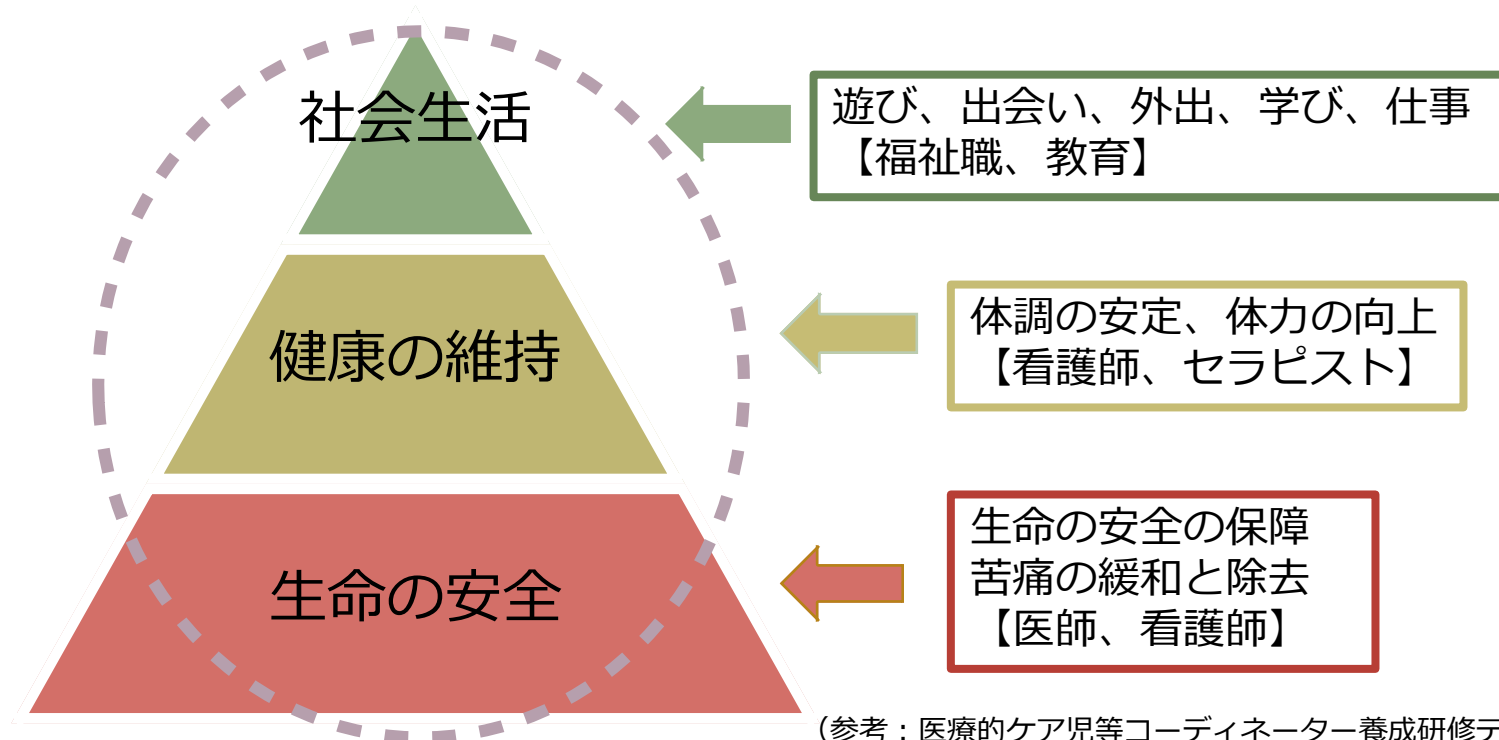
- コア会議月1回開催
- 保健所主催「長期療養児教室 家族交流会」への医ケアコーディネーター参加
- 事例検討会



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