

# 平成 26 年度厚生労働省 重症心身障害児者の地域生活モデル事業

## 1. 事業目的

小児在宅療養における多職種連携の重要性は、平成 24 年度在宅医療拠点事業「小児在宅療養における多職種の現状と課題」でも報告されている。

本区（東京都北区）には重症心身障害児者病床を有する病院があるものの、在宅に移行した医療的ケアを必要とする重症心身障害児者を受け入れられる医療機関や訪問看護ステーションは少ない。また、家族の精神的・肉体的な負担を軽減するためのレスパイト（一時休息）病床は、タイムリーに利用できる状況にはなっていない。更に通所施設においては医療的ケアのある人たちの受け入れは限られている。本区の障害者数については、障害者手帳交付者数を行政で把握しているものの、その内、重症心身障害児者の実数や実態は統計がない。

一方、一月 30 人以上の重症心身障害児者に訪問看護を提供する中で、家族が療育の負担を抱えているにも関わらずうまく社会資源が利用できないために、困難を抱えている実際を知った。

そこで、当ステーションでは 3 年前から、重症心身障害児者の支援に関わる保健・医療・福祉サービスの連携を深める目的として「小児地域連携会議」を開催し、職種間の連携強化や教育支援を通じて、在宅療養者・家族に対するサービス提供の向上を推進してきた。

私たちは重症心身障害児者及び家族が、在

宅で安心した生活を送るためには、医療・福祉の他に教育や行政も含めた包括的な地域支援が必要と考えている。そのためには、重症心身障害児者に係る関係職種が相互理解を深め、相互の職種の実践を「見える化」することが必要である。

疾病・障害があり、高度な医療ケアを必要な重症心身障害児者の場合は、地域において医療と介護、福祉の連携がますます重要である。そこで、重症心身障害児者の医療と生活の支援を行っている訪問看護ステーションが連携の構築をコーディネートを行うことで、病院・施設からの在宅療養がスムーズとなり、地域における療養生活が安定して継続できる多機関・多職種連携の構築を事業の目的とした。

## 2. 地域の現状と課題

本区（東京都北区）では、出産時に何らかの障害が見つかり継続的に観察や医療的支援が必要な子どもたちは健康福祉部健康生きがい課で把握することができる仕組みとなっている。退院が決定することから保健師の支援は始まる。親は最初に健康生きがい課に赴く、親が必要な情報は行政の中でもわかれており医療面、金銭面など必要な情報によって関わる部署が異なる。相談窓口の一元化は利用者のニーズでもあり、課題と言える。

NICU 入院中の重症児ほど在宅移行は困難な状況である。大学病院や NICU から退院した重症心身障害児は、元の病院を定期受診

したりしている。本区では東京北医療センターが小児の2次救急を受け入れている唯一の医療機関として存在しており、重症心身障害児の救急も受け入れている。

また小児の訪問診療医は大変少なく、北区内では青年期以上の重症心身障害者の訪問診療だけである。

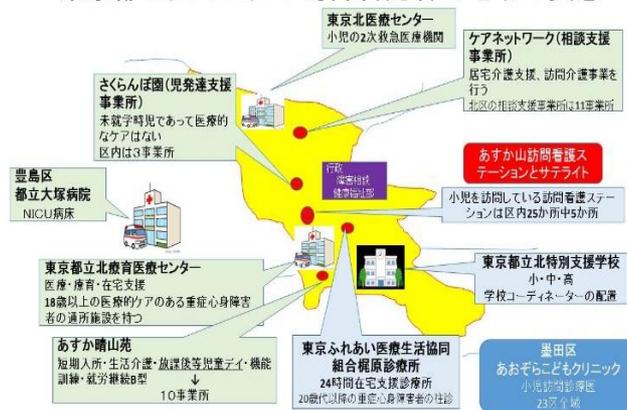
重症心身障害児にとって成長発達を促す支援は重要である。本区内には東京都立北療育医療センターがあり、多くの重症心身障害児者が利用している。東京都立北療育医療センターは医療、療育、在宅支援の3本柱で支援をおこなっている。特に18歳以上の医療的ケアの必要な重度の障害を持つ人たちの通所施設の存在は大きく、平成20年に発足された際、高校を卒業後医療的ケアがあり通所が困難な方が12年ぶりに通所に通うことが可能になった。

北特別支援学校は、平成24年から学校コーディネーターが配置され、医療的な問題も含め他職種、他機関との連携の橋渡しを行うようになった。しかし、その存在は十分に周知されていない。

平成24年相談支援専門員による相談支援事業については、現在11事業者が相談支援事業を行っている。支援計画立案は重症心身障害児については全体の1割程度しか立案されていない。訪問看護ステーションは25か所あるが、重症心身障害児者の訪問看護を行っているステーションはわずかであり、依頼が特定のステーションに集中している。3年前から北区訪問看護ステーション連絡協議会の中に小児看護の勉強会

「SUKUSUKU」を連絡協議会活動に位置づけた。

### 東京都北区の重症心身障害児者の地域の実態



### 3. モデル事業の取り組み

#### 1) 重症心身障害児者の生活支援協議会の設置とコーディネーター担当者の配置

生活支援協議会を設置するにあたり、行政の障害福祉課課長に相談し、北区の全面協力を得ることとなった。行政担当者、在宅医療・介護支援担当者、教育機関職員、在宅支援に精通する有識者及び障害者をもつ団体の代表者を加えた重症心身障害児者生活支援協議会を設置し、本事業を検討することとした。(表1)

また、重症心身障害児者のケア実績のある訪問看護師2名と事務員1名を配置し、協議会運営支援、各種調査の実施及び支援者養成研修に関わる多職種間のコーディネーターにあたった。

コーディネーターする訪問看護師は、分断されがちな医療と保健、福祉、教育の現場担当者の声を丁寧に吸い上げ、つなげる役割に重点をおいた。コーディネーターはそ

それぞれの機関の施設長や上司にこのモデル事業の意義を説明し、現場の担当者が動きやすいように配慮した。

1	学識経験者	首都大学東京大学院教授
2	行政職員	北区障害福祉課障害相談係
3	行政職員	北区健康いきがい課健康相談係
4	療育センター	東京都立北療育医療センター看護科長
5	中核病院	東京北医療センター 副センター長（看護部長）
6	N I C U を保有する病院	東京都立大塚病院看護長
7	北区医師会 小児担当理事	子どもクリニック院長
8	教育関係者	東京都立北特別支援学校副校長
9	教育関係者	東京都立北特別支援学校コーディネーター
10	障害者団体	肢体不自由者父母の会代表
11	訪問看護事業者	日本訪問看護財団常務理事
12	訪問看護師	日本訪問看護財団あすか山訪問看護ステーション統括所長
13	訪問看護師	日本訪問看護財団あすか山訪問看護ステーション所長

表 1：生活支援協議会委員一覧

協議会は 3 回開催した。

第 1 回	【平成 26 年 10 月 1 日（水）】 17：00～19：00 ■本事業の説明 ■協議会とコーディネーター担当設置 ■事業内容の検討 ・数量的実態把握について ・質問用紙とヒアリングについて ・研修参加者の選出について ・研修実施について
第 2 回	【平成 26 年 12 月 11 日（木）】 17：00～19：00 ■重症心身障害児者の実態及び地域資源の把握について ■北区障害児担当による追加調査の実施 ■多職種合同研修会報告について ■多職種相互研修について ■今後の予定について
第 3 回	【平成 27 年 2 月 17 日（木）】 17：00～19：00 ■数的実態調査の報告について ■多職種合同研修会の報告について ■まとめの方向性の検討について

表 2：生活支援協議会の実施状況

【第 1 回協議会での意見等】

- ・本区は 23 区内で障害児者数が多い。

- ・本区では重症心身障害児者数の行政統計はない（障害者手帳交付者のみ把握）
- ・障害があっても手帳を申請していない乳幼児もいる。
- ・社会資源の情報及び利用手続きがわからず、サービス利用していない場合がある。
- ・本区医療センターの通所サービスは、現在、定員超過はない。
- ・障害児者の通所サービス利用日数に制限がある。
- ・支援学校の卒業した人にも継続的な支援サービスが必要ではないか。
- ・障害者手帳の交付対象外でも各種サービスの利用を希望する人への対応が必要ではないか。
- ・平成 24 年度から介護職員による経管栄養対応、平成 26 年度から医師の指示があれば支援学校でも対応可能となった。

【第 2 回協議会での意見等】

- ・現行制度ではサービス利用方法が分かりづらい。また、近年の福祉制度の改正内容を全て把握するのは大変である。
- ・個々の機関では、必要な情報を把握しているが、それらの情報を共有されていない。
- ・在宅の重症心身障害児者のケアでは、経管栄養、呼吸ケアが必要な場合が多い。
- ・障害児者の成長に伴い、2 次障害（頸椎障害等）が発生した場合、在宅療養は困難である。
- ・障害児者であっても、家族が障害児者の認定を拒否する場合がある。
- ・支援学校では平成 19 年からコーディネー

ターを配置し、障害児者の入学前から卒業までの医療、福祉と学校の組織間連携を行っている。

- ・教員も医療ケアについての知識が必要と  
なっている。
- ・障害児者の災害時支援について、平成 27  
年度中に国が目標を設定する予定である。

#### 【第 3 回協議会での意見等】

- ・在宅サービス関係者同士が地域資源の情  
報を必ずしも把握しているわけではなく、  
サービス提供する機会がないと情報収集  
されない現状がある。
- ・本区でも自立支援協議会を先日開催した  
が、相談支援専門員が本協議会設置につ  
いて必ずしも認識されていない。
- ・サービス提供機関が相談支援専門員に情  
報提供する機会（カンファレンス開催）  
が必要ではないか。
- ・特別支援学校では、「学校生活支援シート」  
を作成し、関係機関に提供する準備はで  
きている。医療・福祉関係の支援ファイ  
ルを作成できれば、「学校生活支援シート」  
とあわせて有効活用できるのではないか。
- ・本区でも以前に教育委員会を中心に「支  
援ファイル」の利用を試行したことがあ  
るが、継続利用には至らなかった。
- ・育成会でも個別に便利な手帳を作成して  
いる。また、家族が独自の手帳を作成し  
ているケースもある。
- ・関係者間の情報連携にあたっては、人権  
擁護の視点が必要である。
- ・小児地域連携会議の関係者の協力を得る  
ことができたものの、他職種連携の調整

には多大な時間を要した。

- ・サービス提供者一覧（サービス内容、連絡  
先、担当者等）を作成・更新し、関係者  
がタイムリーに利用できる情報共有が必  
要である。
- ・関係者の連携により、重症心身障害児者  
が安心して生活できる地域の実現を期待  
する。
- ・今回の事例をもとに本区での展開を希望  
する。
- ・今後も継続して、関係者間が「顔の見える  
場」の設置を希望する。コーディネート業  
務の大変さは痛感するとともに大変感謝  
しているので、継続可能な体制構築が重  
要である。

## 2) 重症心身障害児者の実態及び地域資源の把握

### ①背景

重症心身障害児者の多職種連携にあつては、数的把握が必要であるが、本区では重症心身障害者の数的な統計がないため、本事業を契機に数的調査が必要であった。また、研修支援者養成研修にあつては、数的資料とともに事前に重症心身障害児者のサービス提供者にヒアリングを行い、重症心身障害児者の地域生活を円滑に進めるための課題抽出や関係者間の連携状況を把握する必要があった。

### ②実施内容

本区内の重症心身障害児者数の実態を把握するために、a)医療機関調査、b)北区の健康いきがい課及び障害福祉課による調査を実施し、数量把握をした。また、c)重症

心身障害児者へのサービス提供者（相互実施研修予定者）に対して、研修前調査とヒアリング調査を実施し、当該障害児者の状況把握を行った。

なお、調査に先立ち、全国重症心身障害児・者推計率（平成 17 年 第 4 期東京都障害者施策推進協議会第 4 回専門部会資料 1）をもとに本区内の重症心身障害児者の推計を行った結果では、約 100 人程度が想定された。

### ③結果

#### a) 医療機関調査

区内で小児科、耳鼻科、眼科、歯科を標榜する 228 の医療機関（病院、診療所、歯科診療所）へ調査票を送付し、平成 26 年 10 月 1 ヶ月間の重症心身障害児者の受け入れ状況について調査した。108 の医療機関から回答（回収率：47.4%）があった。

回答のあった 108 医療機関中で、重症心身障害児者を受け入れているのは 23 機関（20%）であった。また、受け入れ人数は 100 人で、その内 18 歳未満は 7 人（7.0%）であった。なお、同一の重症心身障害児者の重複受診や区外からの受診の有無については把握できなかった。

「受け入れている医療機関」のうち重症心身障害児者の受け入れを希望された場合に受け入れ可能な医療機関は 4 機関であった。

受入れている機関のうち、「設備的に困難」が 65 機関（76.5%）、「人員的に困難」が 59 機関（69.4%）となっている。（参考資料 1）

#### b) 北区の健康いきがい課・障害福祉課による調査

北区の健康いきがい課保健師と障害福祉課ケースワーカーの協力により、平成 27 年 1 月現在の区内在住の障害者手帳を保持している在宅の重症心身障害児者数についての調査を行った。重症心身障害児者の抽出にあたっては、大島分類表（運動能力と知能指数による分類）をもとに行ったが、調査担当のケースワーカーは医療知識やが不足していることもあり、正確性を欠いていることも懸念されるが、本区での初めての重症心身障害児者の実態調査としては、有意義な調査となった。

在宅患者数は 116 人（うち 18 歳未満 53 人 45.7% 18 歳以上 64 歳未満が 62 人 53% 65 歳以上 1 人 1%）であった。代表的な症状は脳性麻痺（27 人 23.3%）であった。主な医療機関は、大学病院・NICU を保有する病院 31 人（26.7%）、地域中核病院（200 床以上）2 人（1.7%）、地域中核病院（200 床未満）1 人（0.9%）、療育センター 70 人（60.3%）、診療所 8 人（6.9%）となっており、重症心身障害児者を主に対応している本区の北療育医療センターと板橋区の心身障害児総合医療療育センターを過半数の患者が利用していた。また、主たる医療機関の他には、大学病院・NICU を保有する病院 7 人（10.0%）、地域中核病院（200 床以上）10 人（14.3%）、地域中核病院（200 床未満）1 人（1.4%）、療育センター 28 人（40.0%）、訪問診療 5 人（7.1%）、医院・クリニック 2 人（2.9%）、歯科診療所 1 人

(1.4%)、東京都在宅重症心身障害児訪問事業3人(4.3%)、訪問看護ステーション・訪問リハ13人(18.6%)となっている。(訪問系医療機関の把握は情報を聴取する行政職員によって異なり、確実な把握となっていない)

利用している主な公的サービスとしては、日中活動系が全体の40.5%を占めている。(短期入所49人(23.3%)、生活介護34人(16.2%)、療養介護(1%))次いで訪問系が27.7%(居宅介護31人(14.8%)、移動支援27人(12.9%))障害児通所系は9%(児童発達支援1人(1%)、医療型児童発達支援5人(2%)、放課後等デイサービス13人(6%))であった。尚、日中一時支援事業と記載されている内容については内容の分類ができないが13名となっている。日中の活動の場の利用が多いことがわかる。

### c) 研修前調査及びヒアリング調査

平成26年11月に重症心身障害児者へのサービス提供者(相互実地研修者)の11人を対象に研修前調査を実施し、ヒアリング調査を効果・効率的に実施するための情報収集とした。また、研修前調査の回答者に対し、11~12月にヒアリングを行った。

(参考資料2)

#### 【研修前調査】

●重症心身障害児者の地域生活を円滑に進めるために必要なこと・足りないこと

- ・レスパイトの確保
- ・小児医療担当の在宅医師の確保
- ・頻回な訪問看護の実現

- ・入院中から在宅支援者を含めた関係者による介入
- ・障害児者対応窓口の一本化と説明充実
- ・重症心身障害児者の情報共有
- ・小児医療の人材確保と研修
- ・関係者間のネットワーク構築
- ・各サービス提供者のサービス内容の理解
- ・重症心身障害児者及び家族への理解
- ・重症心身障害児者の実態把握
- ・重症心身障害児者の実情にあったサービスを受けられるような法整備
- ・障害特性に応じた支援体制の確立と地域住民の理解

#### 【ヒアリング調査】

研修参加予定者11名からの項目別ヒアリング調査の概要は以下の通りである。

#### ●重症心身障害児者の地域生活の実態

- ・重症心身障害児者の高齢化・重度化の進行により在宅よりも入所を希望するケースが増加
- ・大学病院からの紹介患者が増加
- ・早産や低出生時が増加
- ・NICU病棟からの退院患者は経管栄養の患者が多い
- ・緊急時のレスパイトの確保が困難
- ・在宅の障害児者は概ね寝たきり状態で主に家族が介護
- ・中途障害児者の家族は地域支援サービスを躊躇
- ・家族との関わり方や信頼関係の構築と家族の理解への対応が難しい

●地域に各機関との連携方法

・各機関、施設ごとに必要な都度連携を行っている場合と施設によっては連携をとっていないことがある

●多職種との連携における課題

・新規退院患者の受け入れ医療機関の確保  
・退院前カンファレンス以前からの関係者の介入が必要  
・在宅患者が重症化した場合の受け入れ先確保が困難  
・定期的なレスパイト先の確保が困難  
・重症心身障害児者を受け入れられる訪問看護ステーションが少ない  
・ファミリーサポートは障害児者が対象外  
・保護者が必要とする情報を統括的に提供し、気軽に相談できる窓口の設置が必要  
・介護保険サービス担当者会等の関係者が一同に意見・情報交換する場が必要  
・障害児者制度の周知  
・医療・介護・教育・行政機関での障害者情報の共有

④効果があった点

医療機関調査及び北区調査により、地域の重症心身障害児者数を概ね把握できた。

また、実地研修者のヒアリングは、研修者自身が地域の課題を把握する機会となった。

⑤苦勞した点、うまくいかなかった点

重症心身障害児者数の把握に相当な時間

を要した。また、前述したように行政機関における数的調査は調査担当者の医療知識経験不足があり、データの正確性を確保できなかった。

⑥課題

ヒアリングでは支援の実践者の認識や課題の抽出を行うことができたが、事業者の支援状況を数量的な把握が確実にできなかったため、今後の課題となった。

3) 在宅重症心身障害児者支援者養成研修

①背景

地域で生活する重症心身障害児者及び家族のQOL向上のためには、これまでの保健・医療・福祉サービス従事者の連携強化とともに教育関係者まで含めた連携の推進が重要である。これらのサービス支援者間の連携のためには、具体的な連携事例の紹介や各機関で提供しているサービス内容をサービス現場での研修体験を通し、相互の職種の実践を「見える化」することで、職種間の相互理解を深める必要がある。さらに、連携推進のためには、自施設のサービスと他の機関とのサービスを繋ぐ人材の育成が求められている。

②実施内容

医療、介護、福祉、教育、行政から研修者を選出し、合同研修会と相互実地研修を実施した。

合同研修会では、平成26年11月9日、先駆的な取り組みを行っている岐阜県看護協会立高山訪問看護ステーション統括所長

を招いた。重症心身障害児者の中でも医療的ケアのある人のレスパイト施設の希薄な地域において、1日病院の1床を借り、ケアは日頃訪問看護を提供している訪問看護ステーションの看護師が病院に勤務する形態で赴き、日中を過ごす支援で、行政、病院を巻き込んで取り組んだ報告であった。その後参加者によるグループワークを実施し、重症心身障害児者を取り巻く課題を議論した。

多職種相互実地研修では11機関の多職種実践者が10施設それぞれへ赴き施設の支援内容や当該施設での重症心身障害児者の利用の様子を知る機会を設けた。

### ③結果

#### a)多職種合同研修

研修者以外の地域のサービス提供をしている事業者にも広く呼びかけ、実践者同士の顔の見える連携の強化とグループワークを行った。グループワークでは保健、医療、福祉、教育関連専門職をそれぞれバランスよく4グループに分けKJ法にて各グループワークを行った。その結果、多職種による顔の見える関係をつくり、情報共有・意見交換・研修実施と医療資源の拡張が必要であると総括された。(資料3)

以下簡単に内容を報告する。

#### ●サービス提供上の課題と対応

(課題)

- ・小児ケアの経験不足、医療レベル格差
- ・移動ケア、入浴介助の困難さ
- ・成長にあわせたケア

- ・多種・多様な要望への対応
- ・家族・兄弟へのケア
- ・利用者の希望回数・時間への対応
- ・研修体制が少ない
- ・モチベーション維持方法

(対応)

- ・小児ケアの研修と人材育成
- ・事業所間の情報交換

#### ●本人・家族に関わる課題と対応

(課題)

- ・利用者家族の健康状態と高齢化
- ・家族負担と本人ケアの優先順位の変化
- ・進学、18歳超後の生活不安
- ・家族内の支援者不足
- ・家族内の関係
- ・同世代の関わりがない
- ・家族の行動制限

(対応)

- ・障害児者・家族へのサービス内容・利用方法の周知
- ・家族会等との連携

#### ●社会資源に関わる課題と対応

(課題)

- ・レスパイト受け入れ先不足
- ・重症者、急変時の受け入れが困難
- ・小児対応医師の不足
- ・小児対応訪問看護・介護事業所が少ない
- ・相談窓口が近隣にない

(対応)

- ・医療資源情報共有
- ・施設受け入れ体制の拡充
- ・医療人材の育成

●連携に関わる課題と対応

(課題)

- ・障害児者の情報連携不足
- ・関係者間の連携方法と拡張方法
- ・病院と訪問看護師が関わる機会が少ない
- ・訪問看護サマリが有効利用されない
- ・退院患者の連携方法が不明瞭
- ・代替機関探しが困難
- ・相談窓口がわからない
- ・市区町村毎のサービス内容の違い
- ・福祉事務所との連携が弱い
- ・教育機関との連携不足

(対応)

- ・多職種間の定期的な会合・研修の実施
- ・退院患者の地域受け入れ方法の見直し
- ・職種間連携
- ・行政サービスの周知
- ・学校との連携方法の検討

●制度に関わる課題と対応

(課題)

- ・利用方法をわからない(わかりづらい)
- ・サービス提供者の理解不足
- ・家族要望と制度の限界
- ・学校、保育園への訪問看護ができない
- ・重症心身障害児居宅介護(家事援助)が認められていない
- ・学校への送迎ができない
- ・重症心身障害児者施設基準が厳しい
- ・放課後デイの設置要件が厳しい
- ・看護師付添外出に費用発生

(対応)

- ・障害児者サービス内容と利用方法・窓口の周知
- ・障害者家族へのセミナー開催
- ・施設基準緩和に関わる要請

b)多職種相互実地研修(資料4)

平成27年12月に研修者11名による10機関(3病院、診療所、2訪問看護ステーション、発達支援センター、就労・生活支援センター、学校、行政)で実地研修を実施した。また、実地研修にあたっては、研修者に研修前及び研修後のアンケートを実施した。

1月23日に実地研修の報告会を開催した。

実地研修報告結果は、研修者が共有するだけでなく、広く地域の在宅支援関係者にも共有する機会と捉え、事前に小児地域連携会議の関係者にも連絡し、報告会への参加を依頼した。当日の報告会には、報告者のほか、66名(病院・診療所15名、訪問看護ステーション・ヘルパー事業所37名、行政・公的機関9名、企業等5名)の参加があった。

【研修結果報告概要】

研修先施設の役割や提供しているサービスについて、認識を深めることができた。

研修報告で指摘された課題は以下の通りである。

●社会資源について

- ・在宅支援医療機関・事業所の不足
- ・在宅専門医の育成と小児在宅医療のシステム化
- ・レスパイトの不足

- ・緊急受診、入院受入れ体制の整備
- ・社会資源情報の収集・共有・提供

●サービス提供について

- ・医療技術習得のための教育
- ・患者家族に対するこころのケア・寄り添い
- ・退院を見越した情報収集と家族への社会資源サービス等の情報提供

●他施設との連携について

- ・関係者（医療・福祉・学校・行政）間での情報共有
- ・関係者間で意見交換する会議の開催
- ・連携キーパーソンの設置

【研修前・研修後アンケート結果】

重症心身障害児者が地域生活を円滑にするための課題については、研修前・後の回答から同様の指摘がされている。また、自施設と他施設に関する役割については、改めて自施設機能の再認識と他施設機能を認知された結果となっている。

●社会資源に関わる課題

- ・在宅支援医療機関・事業所の不足
- ・レスパイトの不足
- ・相談窓口がわかりづらい
- ・知らないサービスがあり、また資源が十分に利用されていない

●他施設との連携に関わる課題

- ・サービス提供者同士の連携・情報共有が不十分
- ・関係者施設情報が共有されていない
- ・患者に関わる情報が共有されていない
- ・家庭と医療（病院及び在宅）、福祉、学

- 校の連携に差がある
- ・関係職種の知識不足

また、重症心身障害児者が地域生活を円滑にするための今後、自施設が取組可能なこととして、以下の内容が挙げられた。

●サービス提供について

- ・家族・他機関との相談機会の確保
- ・サービス内容を自信を持って伝える
- ・サービス提供予定者の事前伝達
- ・実現可能な提案と積極的な取り組み
- ・重症心身障害児者の成長にあわせたサービス提供
- ・施設内での情報交換・共有
- ・受動相談支援の準備
- ・在宅医療と予防接種

●他施設との連携について

- ・情報共有
- ・連携会議の開催

④効果があった点

a)多職種合同研修

地方におけるサービスが希薄な地域において、課題を明らかにし、行政を含めた協働した取り組みを知ることで、自地域では何が課題で何ができるのかを考えるきっかけ作りとなった。また、講演後のグループワークでは、各職種が抱える地域の課題を共有するとともにその対応について議論することで相互理解を深めることができた。

b)多職種相互実地研修

実施研修者は、研修先施設の役割や提供しているサービスについて認識を深めることができ、また、研修者と研修機関職員と

の関係づくり構築できた。

### ⑤苦勞した点、うまくいかなかった点

多職種合同実地研修は、研修者の選出や研修受け入れ機関とのマッチング及びスケジュール調整に多大な時間を要した。

### ⑥課題

多職種が同じ課題について話し合う事や他職種の実践の場を体感することは相互理解に非常に効果があることが分かったが、このような場やこれを継続的に行っていくことが今後も必要である。

## 4. モデル事業の実施スケジュール表

表3：モデル事業の実施スケジュール表

スケジュール	協議会	地域資源の把握	養成研修
10月	第1回 (10/8)		
11月		①実態調査（医療機関調査） ②研修前調査・ヒアリング調査	① 多職種合同研修会（11/9） ② 研修前アンケート送付・収集
12月	第2回 (12/11)	③実態調査（区のケースワーカーへの調査）	③多職種による相互実地研修
1月			④多職種相互実地研修報告会
2月	第3回 (2/17)		⑤研修後アンケート収集
3月	報告書のまとめ		

## 5. 今後の展開

今回の重症心障害児者の生活モデル事業の今後の展開にあたっては、下記の内容が必要である総括される。特に、サービス提供事業者間が「顔の見える」連携にあたっては、本協議会と同様な会議の場とコーディネーターの設置を継続することが重要であると考え。そのためには、体制構築のための財源の確保が必要となる。また、社会資源の確保については、サービス提供機関の運営状況に依存するものの、本報告の結果をもとに対応策について、協議する場の設置を検討する。

### 【社会資源の確保】

- ・在宅支援医療機関・事業所の確保
- ・レスパイト施設の確保
- ・相談窓口の一元化

### 【他施設との連携】

- ・サービス受給者を中心としたサービス提供者同士の連携・情報共有

- ・サービス提供機関情報の作成・更新

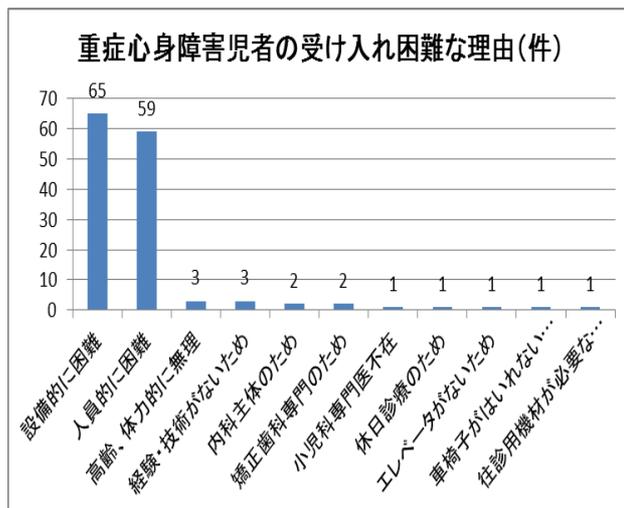
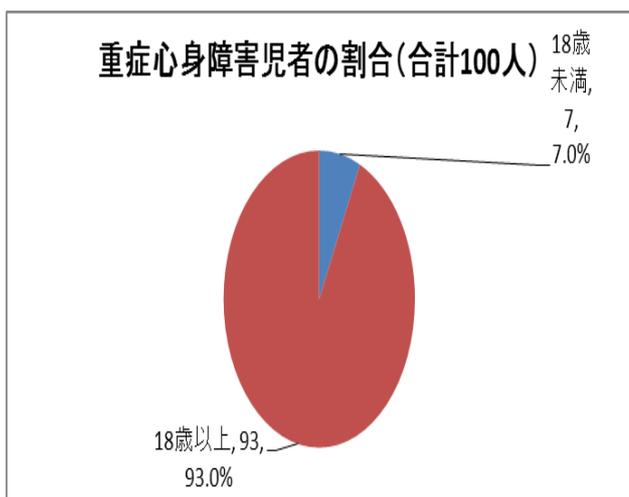
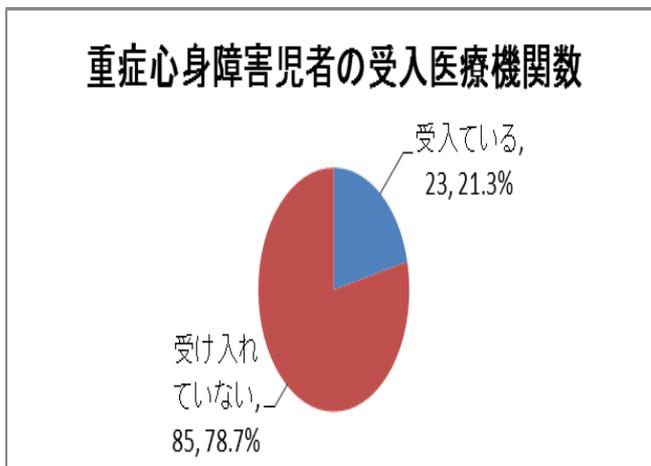
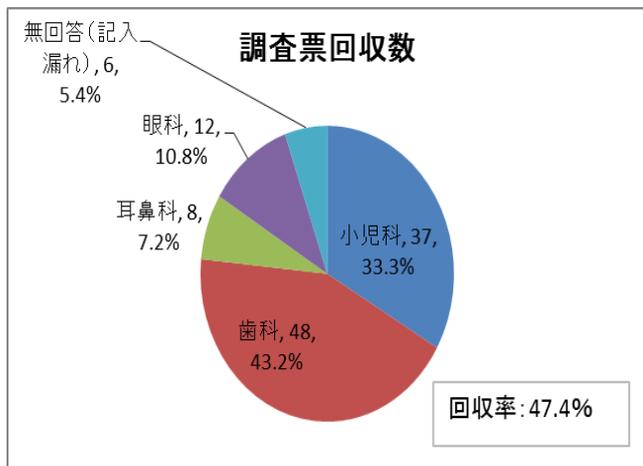
### 【サービス提供】

- ・関係職種の継続的な研修

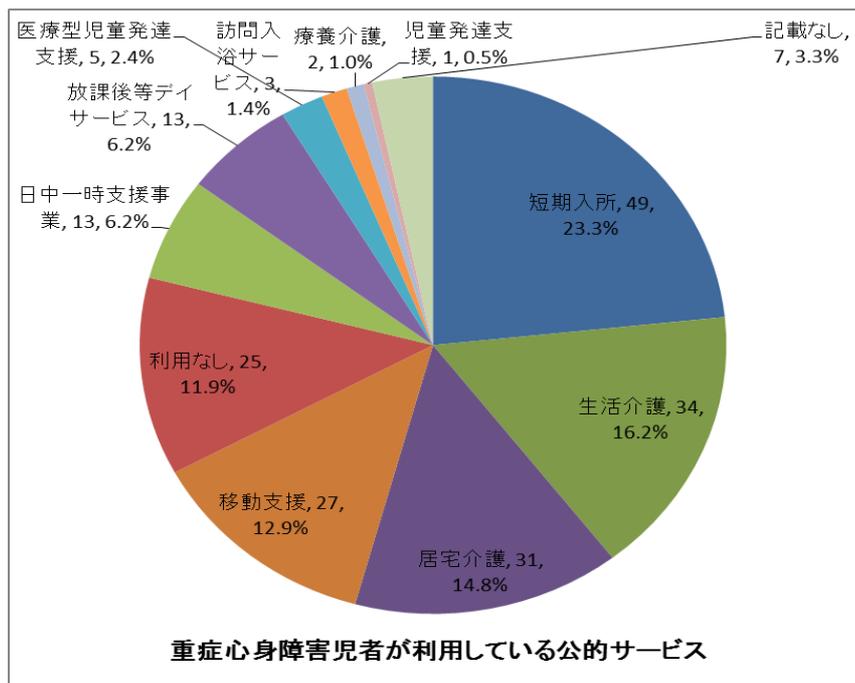
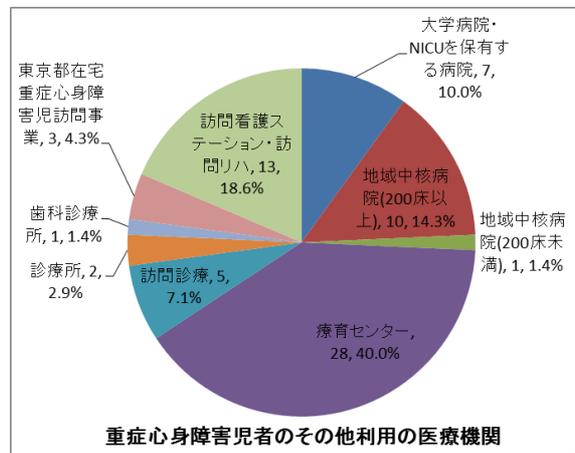
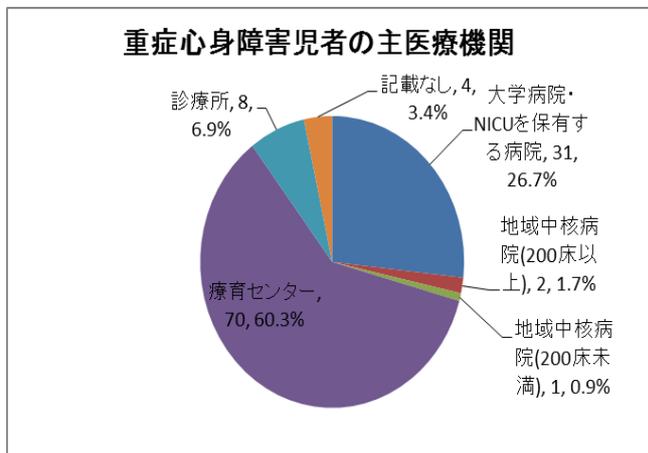
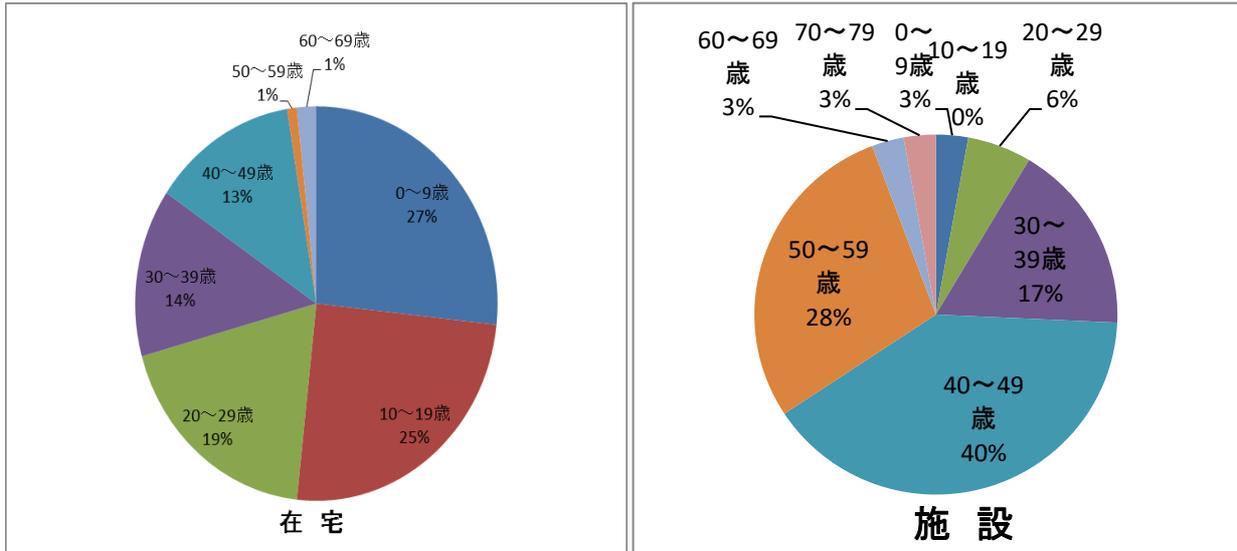
6. 参考資料

【資料1】重症心身障害児者の数的調査

(1) 医療機関調査（平成26年10月1ヶ月調査：送付数228機関）



(2) 北区の健康いきがい課・障害福祉課による調査（平成27年1月）



【資料2 ヒアリング調査（多職種実地研修前11名のヒアリング）】

(1) 重症心身障害児者の地域生活の実況（在宅以降支援も含む）

病院（NICU 病棟の看護師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院する障害児者は経管栄養だけの患者が多い</li> <li>・在宅酸素利用、リハビリ対象患者及び痙攣等の患者は、退院時に関連する訪問サービス事業者等に依頼</li> <li>・障害児者は保護者付添で通院するが、介護サービスを利用すると費用が発生し負担となっている</li> </ul>
病院（小児科病棟の看護師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけの児のレスパイト4床（主治医が管理）</li> <li>・呼吸器変調のある児は、早期にリハビリ導入、排痰方法及びポジショニング指導</li> </ul>
病院（重症心身障害児者病棟保有の看護師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の高齢化、重症化</li> <li>・患者家族は在宅よりも施設入所を希望</li> </ul>
診療所（小児科標榜診療所の医師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大学病院からの紹介者の増加</li> <li>・早産や低出生児が増加</li> <li>・利用者の高齢化、重症化</li> </ul>
診療所（地域の診療所の医師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成長段階に応じた対応</li> <li>・保護者との信頼関係づくりは高齢者よりも容易</li> </ul>
訪問看護ステーション看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母親の判断力の向上支援には、医師との共通認識を持つ事が必要</li> </ul>
訪問介護事業所の介護員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状についてはわからない点が多い（母親の理解度が低い）</li> <li>・信頼関係の構築が難しい</li> <li>・成長に伴い入浴援助が困難</li> </ul>
訪問看護事業所の相談支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療的ケアのある子どもへの対応のためには医療関連知識が必要</li> <li>・母親の介護負担が大きい、自立支援の介護では母親の家事機能の代行はできない</li> <li>・緊急事態の際にレスパイトの確保ができない</li> <li>・重症者の日中過ごせる場所が少ない</li> </ul>
通所事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・親のレスパイト先がない</li> <li>・他の通所サービス利用者の状態悪化時への対応</li> </ul>
特別支援学校の教諭	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問学級の場合に家庭の様子や多職種の支援状況の把握が可能</li> <li>・家庭環境への教員の関わり方の課題</li> <li>・通学の場合は、特別支援教育コーディネーターに相談</li> <li>・コーディネーターは、保護者に確認の上、主治医訪問（保護者への接触が困難な場合は、子ども家庭支援センターに相談</li> <li>・中途障害児者は、地域支援利用を躊躇し、保護者と医療機関が問題を抱え込んでいることがある</li> <li>・障害児者の兄弟への介入が難しい</li> <li>・卒業間際に福祉サービス利用方法を福祉事務所訪問し、相談</li> </ul>
行政（障害相談担当）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請後から支援開始し、更新時に訪問し、状況変化を確認</li> <li>・障害児者は概ね寝たきり状態で訪問介護を利用しながら保護者が介護</li> </ul>

(2) 地域におけるそれぞれの機関との連携方法

1) 病院（NICU 病棟の看護師）

医療機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療機関との連携（往診依頼）</li> </ul>
訪問看護との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護の報告受領</li> </ul>
その他の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東部訪問看護事業部との連携</li> <li>・保健師、リハビリ技師との連携</li> </ul>

2) 病院（小児科病棟の看護師）

学校との連携	・面会時に日常生活等について知る機会がある
他職種との連携	・退院後のサービス内容は家族に聞く以外に把握できない ・退院前カンファレンスで初めて他職種との顔合わとなる ・小児看護専門看護師の活用が効果的である

3) 病院（重症心身障害児者病棟保有の看護師）

医療機関との連携	・救急病院との連携
行政との連携	・自立支援サービス、機器導入の依頼

4) 診療所（小児科診療所標榜の医師）

医療機関との連携	・発達に問題がある場合、大学病院に紹介 ・他科依頼が必要な場合は、小児科標榜の総合病院に紹介
他職種との連携	・連携はほとんどない

5) 診療所（地域の診療所の医師）

訪問看護との連携	・対象者の症状連絡
----------	-----------

6) 訪問看護ステーションの看護師

病院との連携	・リハビリの見学による情報共有
主治医との連携	・状態変化時に外来受診に同行
学校との連携	・学校からの依頼で自宅での様子を報告 ・訪問学級（授業に同席し、支援方法の学習）

7) 訪問介護事業所の訪問介護員

訪問看護との連携	・医療的なことの相談
行政との連携	・困りごとの相談
その他	・具体的なケアの内容について相談する場所がない ・母親との直接相談であり、困った時の相談相手がいない

8) 訪問介護事業所の相談支援専門員

他職種との連携	・相談支援専門員が中心となって他職種を牽引するイメージ
行政との連携	・対象者の状態や生活環境を定期的にあセスメントし、必要なサービスが提供されるよう自治体と交渉

9) 通所事業所

医療者同士	・医療者同士の連携が主
その他	・あまり連携が取れてない

10) 特別支援学校の教諭

訪問看護	・訪問学級で一緒になる場合は、意見交換可能
保健師	・支援困難が発生した場合に連絡
医療機関	・入院時に病棟看護師と情報交換

11) 障害相談担当

医療機関との連携	・意見書作成依頼 ・状態変化時に病院 MSW に相談
訪問看護との連携	・連携経験がない
通所機関との連携	・新規利用の場合の相談
作業所との連携	・卒業後の相談

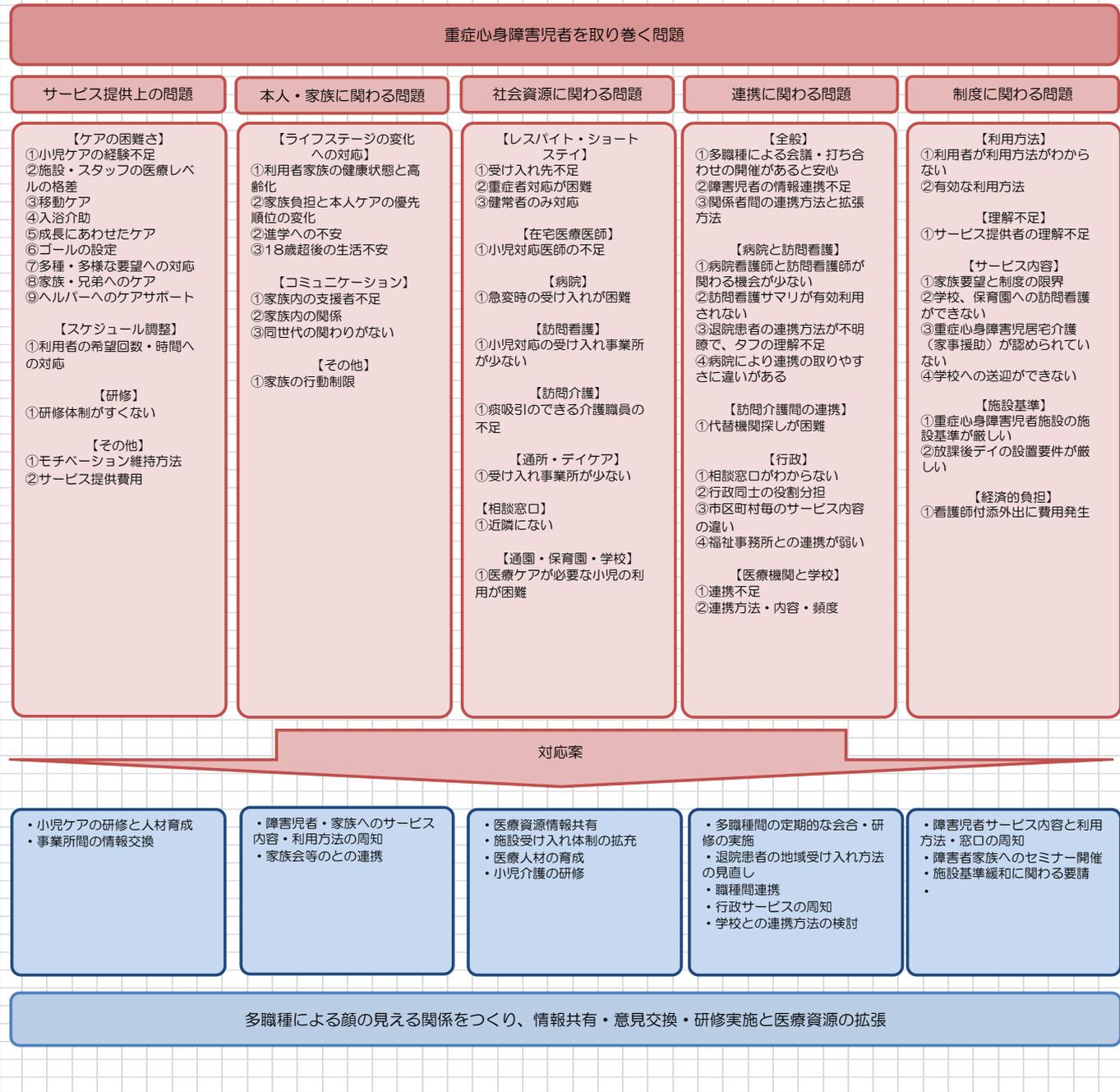
(3) 他職種との連携において課題であると思われること

NICU 病棟の看護師	・医療機関の新規退院患者の受け入れ ・重症心身障害児者を受け入れ可能な訪問看護ステーションが少なく、訪問看護日数の確保が困難 ・重症心身障害児者を受け入れる訪問看護ステーションの対応能力 ・退院前に訪問看護ステーションの病院訪問し、対象者の情報交換による信頼関係の確保 ・保護者への訪問看護介入の説明
小児科病棟の看護	・退院前カンファレンスが初対面ではなくもっと早くから情報共有

師	<p>や顔を見知りあう関係性が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いつから退院移行に関する介入（関係者、調整等）方法を段階的に導入する必要がある</li> <li>・地域側のコーディネーターが必要（現在は、母親がメイン）</li> <li>・病棟看護師側は社会資源についての学びが必要</li> </ul>
重症心身障害児者病棟保有の看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化した場合の紹介先確保と相談体制</li> <li>・保護者が必要とする情報を統括して提供できる窓口</li> </ul>
小児科診療所標榜の医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気軽に相談できる窓口が必要</li> <li>・支援する側もわからないことが多い</li> </ul>
地域の診療所の医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的なレスパイトの確保</li> <li>・在宅療養支援診療所の重症心身障害児者対応のための研修</li> <li>・退院病院及び小児在宅往診機関との連携</li> </ul>
訪問看護ステーションの看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気軽に相談できる窓口が必要</li> <li>・サービス内容に地域差がない仕組みが必要</li> </ul>
訪問介護員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険サービス担当者会のように皆が一同に会する場の確保</li> <li>・他の訪問介護事業者はどのように重症心身障害のお子さんたちにケアを行っているか学びあう場の確保</li> <li>・目標の共有</li> </ul>
相談支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護を計画に入れることは可能であるが自立支援の給付とは異なるため連携の希薄さがある</li> <li>・医療との連携にはタイムリーな情報共有が不可欠</li> <li>・支援サービスを全く利用していない人たちの把握方法</li> <li>・障害児者制度の周知対応</li> </ul>
通所事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の課題の明確化</li> <li>・年齢や地域などの格差解消（北区には療養通所がない）</li> <li>・継続性のある支援体制</li> <li>・学校などの他職種との情報共有が困難</li> <li>・医療者自身の障害者支援方法についての自覚</li> </ul>
特別支援学校の教諭	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他職種との情報交換の場の設定</li> <li>・障害児者支援に係る医療、福祉、教育、行政で情報の一元管理</li> </ul>
障害相談担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師とのコミュニケーション</li> <li>・訪問看護サービス利用者意向の反映</li> <li>・障害児者情報の共有</li> </ul>

【資料3 多職種合同研修グループワークの結果】

平成26年度 重症心身障害児者の地域生活モデル事業  
在宅重症心身障害児者支援者養成研修 多職種合同研修会 グループワークまとめ



## 【資料4】多職種相互実施研修内容

### (1) あすか山訪問看護ステーションでの研修

#### 1) 診療所医師報告

研修機関の理解・ 研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5歳男児に小児専門看護師同行</li> <li>・主治医（他区小児科）と研修医の往診中に訪問</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会資源が少ない</li> <li>・小児は成人以上に重介護</li> <li>・成長を配慮した関わりや様々な相談に対する知識が必要</li> <li>・希少疾患に関する知識が必要・医師育成</li> <li>・在宅専門医が効率的に経験値を高める方法の開発</li> <li>・在宅専門医の研修プログラム</li> <li>・地域包括ケアでの小児在宅医療（訪問診療）のシステム化</li> </ul>

#### 2) 病院看護師報告

研修機関の理解・ 研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>【事例1】先天性障害児、生後2ヶ月、女児</li> <li>・里帰り分娩後に初めての外出</li> <li>・パルスオキシメータ、酸素濃縮器、注入用ポンプの操作</li> <li>・家族はこどもの将来、機器操作及び相談先への不安</li> <li>【事例2】60代（20代で脊損後に車椅子生活）</li> <li>・褥瘡ケア</li> <li>【事例3】小学3年生、4歳でインフルエンザ脳症発症、自傷行為</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療技術の習得のための教育</li> <li>・必要な援助の把握と情報提供</li> <li>・患者家族のこころのケアとフォロー体制</li> <li>・地域での生活サポート依頼と情報交換</li> </ul>

### (2) 東京都立北療育医療センターでの研修

#### 1) 診療所医師報告

研修機関の理解・ 研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・療育・在宅支援の実施</li> <li>・医療：11診療科</li> <li>・療育：入所、入園、通所、通園の4部門で構成、入園は18歳未満が対象であるが、18歳以上でも多施設での受け入れが困難で継続入所（他施設での受け入れが困難）</li> <li>・在宅支援：医療機器（吸引器等）の貸出、在宅指導、訪問看護</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症心身障害児者のリハビリや社会復帰だけでなく、大学病院と同程度の診療科標榜に驚いた</li> <li>・精神科と歯科も標榜しており感心した</li> <li>・入園児童の学校までの交通手段が確保されていることの大変さ</li> <li>・通所者の入浴介助負担を実感</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用できる人に制限がある</li> <li>・介護者の肉体的・精神的負担に頼りすぎているのではないか</li> <li>・心身ともに病んでいる人への寄り添いが重要</li> </ul>

#### 2) 病院看護師報告

研修機関の理解・ 研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来：11診療科、200人/日受診者</li> <li>・入院：小児病棟と成人病棟（各25床）、整形外科、眼科等の外科的手術に対応、術後リハ患者の受け入れ</li> <li>・通園：0歳児～就学前の肢体不自由児、精神発達遅滞児、重症心身障害児等発達に心配のある児童を対象（医療型児童発達支援センター）</li> <li>・通所：18歳以上の医療的ケアの必要性で重度の障害者を対象（利用回数は週3回が限度）</li> <li>・入園：18歳未満を対象に医療、健康管理、訓練、保育、生活指</li> </ul>
------------------	---

	<p>導などを実施し、心身の成長や発達を支援（医療型障害児入所施設）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所：重症心身障害児者を対象（平均年齢 42 歳）</li> <li>・在宅支援：相談、家族指導、連絡調整、訪問看護、医療機器貸出調整、勉強会の開催</li> <li>・重症心身障害児者病床を有する病院は、児者及び家族が地域で生活するために必要な社会資源</li> <li>・地域病院と療育センターの連携</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症心身障害児者や家族が地域で生活していくために必要な社会資源</li> <li>・多職種との連携方法、在宅支援室看護師の役割の重要性の認識</li> <li>・地域病院と療育センターの役割と連携の理解</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症心身障害児者の現状の伝達方法</li> <li>・緊急受診、入院受入れ体制の整備</li> <li>・入院時から退院を見越した情報収集と家族への社会資源サービス等の情報提供</li> <li>・レスパイトの調整（家族の状況を確認）</li> <li>・小児専門看護師、外来・病棟看護師間の連携による在宅調整</li> <li>・医療・福祉・学校・行政等の多職種間の連携</li> </ul>

### (3) 東京都立大塚病院での研修（訪問看護師報告）

研修機関の理解・研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合周産期母子医療センター（区西北部医療圏及び都内・近隣他県からの母体・新生児受入れ）、NICU15 床、GCU30 床及び小児病棟 36 床</li> <li>・GCU が退院調整</li> <li>・入退院及び 1 日の業務の流れ、ミーティング参加</li> <li>・患児処置見学</li> <li>・訪問看護は 2～3 件/年程度</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床数が多いため、処置や指導でスタッフが多忙な印象</li> <li>・スタッフ同志のコミュニケーションが良好</li> <li>・訪問看護件数が少ないのに驚いた</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や病院スタッフが在宅サービスの一層の認識</li> </ul>

### (4) 東京北医療センター病院での研修（居宅介護支援者報告）

研修機関の理解・研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レスパイトの運用は精一杯（空きを見て、声掛け）</li> <li>・看護師不足、研修が困難</li> <li>・在宅復帰支援（試験外泊、介護者への技術指導、関係者の調整）</li> <li>・NICU 導入構想</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者の疲労と子どもの将来への不安の解消</li> <li>・緊急入院への対応</li> <li>・タイムリーなレスパイト利用</li> <li>・在宅ケアチームの連携強化と医療機関と在宅チームの連携</li> </ul>

### (5) 梶原診療所での研修（病院看護師報告）

研修機関の理解・研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療への同行見学（7 件：うち重症心身障害児者 2 件）</li> <li>・1 名の重症心身障害児者は訪問看護のみ利用し、レスパイトを活用</li> <li>・他 1 名の障害児者は、気切、吸引、鼻腔からの経管栄養患者で、今後の治療や家族内の問題を抱えている</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院患者を在宅療養へつなげても、家族の不安は解消されないことを認識</li> <li>・訪問診療依頼はハードルが高いと思っていたが、通院困難な患者には勧めていけることを理解</li> <li>・関係者が、お互いに『つなぐ』ことを意識して連携していることを</li> </ul>

	認識
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供予定者の役割を患者・家族及び関係者に事前伝達が必要</li> <li>・退院前に障害福祉担当との連携（サービスの申請等）</li> </ul>

(6) 宝ヶアサービス王子での研修（訪問看護師報告）

研修機関の理解・研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパーが独り立ちするまでの流れ</li> <li>・訪問同行（食事介助等）</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食感を考慮した食事提供（お菓子をガーゼに包む）が印象的</li> <li>・不安を抱えながら訪問（ケアに関わる不安や悩みを解消できないため）</li> <li>・今回の研修が有効（意見交換できた）</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護師、保健師、学校関係者など児をとりまく多職種で意見交換をする機会の設置が必要</li> </ul>

(7) さくらんぼ園での研修（訪問看護師報告）

研修機関の理解・研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童福祉法に基づく児童発達支援事業</li> <li>・母子通園：1～3歳時、単独通園：4歳児以上</li> <li>・クラス療育、専門療育、特別療育の実施</li> <li>・各クラスでの療育現場体験 <ul style="list-style-type: none"> <li>・3歳時未満：登園、ムーブメント、身体計測、シートブランコ等</li> <li>・3歳児以上：昼食、帰りの集会、下園等</li> <li>・グループ療育：2人1組で机上課題の演習</li> </ul> </li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護では会うことのないレベルの障害児に接したことが新鮮</li> <li>・さくらんぼ園職員が訪問看護や在宅療養の現場がよくわからない</li> <li>・未就学児及び家族に対しての教育的な関わりを認識でき、新たな視点に気付くことができた</li> <li>・障害児及び家族を支援する仕組みづくりの重要性を再認識</li> </ul>

(8) 飛鳥晴山苑での研修（行政職員報告）

研修機関の理解・研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所、生活介護、放課後等児童デイ、機能訓練、就労継続B型</li> <li>・短期入所は夜間の医療的処置は不可（看護師不在）</li> <li>・生活介護は1名が保護者同伴で通所（胃瘻・吸引等）</li> <li>・児童デイは2,3名が単独通所（開始時は母親同伴）</li> <li>・機能訓練はPT, OT, ST がリハビリ・指導を実施</li> <li>・就継続B型は紙袋の紐通し、パン作り、併設カフェの運用</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レスパイト確保の重要性</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショートステイ確保、通園、通所先の看護の充実</li> <li>・本人家族、行政、事業所間での連携、情報提供の強化</li> </ul>

(9) 東京都立北特別支援学校での研修（介護職員報告）

研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事・排泄介助、美術作業、避難訓練</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの成長の見守り</li> <li>・食品形体を見れることでの食事への関心（ミキサー食ではない）</li> <li>・職員間の丁寧な指導</li> <li>・排泄介助の訓練方法</li> <li>・子どもの成長支援への関わりが印象的</li> <li>・避難訓練方法</li> <li>・同世代とのかかわりの重要性</li> </ul>

課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種連携</li> <li>・若年者の雇用（身体介護は技術とともに肉体的な力も必要）</li> <li>・家族とのコミュニケーション不足の解消</li> <li>・困難ケースでの支援相談員や行政の支援</li> </ul>
----	--

(10) 滝野川障害相談係での研修（学校教諭報告）

研修機関の理解・ 研修事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・北区の地域性と保健センターの概要</li> <li>・保健師の障害児との関わり</li> </ul>
学び・感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校と福祉の接点</li> <li>・教員の立場では保健・医療・福祉との直接な関わりが持てない</li> <li>・障害者手帳の申請手続きへの関わり</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携するためのキーパーソンの必要性</li> </ul>

【資料5 多職種実施研修アンケート】

(1) 研修前アンケート（重症心身障害児者の地域支援を円滑に進めるために必要なこと）

① サービス提供について

<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族のニーズの把握</li> <li>・入院早期に在宅移行を考慮した指導</li> <li>・施設内関係部署との連携強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整スクリーニングシートの運用とケアプラン作成への活用</li> <li>・関係職種の研修</li> </ul>
--	--

② 社会資源について

<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅支援医療機関・事業所の確保</li> <li>・レスパイトの拡充</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談窓口の一本化</li> <li>・社会資源情報の収集・共有・提供</li> </ul>
---	---

③ 他施設との連携について

<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者間での合同会議・カンファレンス開催</li> <li>・関係者施設情報の共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に関わる情報共有</li> </ul>
--	---

④ 制度について

<ul style="list-style-type: none"> <li>・実情にあったサービス提供が可能な法整備</li> <li>・頻回な訪問看護への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合支援法下での居宅介護の柔軟な運用</li> </ul>
--	---

(2) 研修後のアンケート

地域の問題点の理解	<p>【社会資源の問題について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受け入れ先不足、レスパイト不足</li> <li>・知らないサービスがある</li> <li>・社会資源が十分に利用されていない</li> <li>・相談窓口がわかりづらい</li> </ul> <p>【連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供者同士の連携・情報共有が不十分</li> <li>・家庭と医療（病院及び在宅）、福祉、学校の連携に差がある</li> <li>・重症心身障害児者の橋渡しが不十分</li> </ul>
自施設と他施設の違いの理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自施設機能の再認識と他施設機能の認知</li> <li>・自施設の人員不足</li> <li>・医療に対する知識不足</li> </ul>
自施設の役割の明確化	<p>【サービス提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅の患者及び家族の快適な生活支援</li> <li>・リハビリ要望への対応</li> <li>・相談支援機能が病院と在宅の連携の要になることへの再認識</li> </ul> <p>【他施設との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学校では誰がどの程度関わるのが有効か認識</li> <li>・制度や施設（北医療センター）情報の患者及び家族への提供</li> <li>・自施設業務に加え関連機関と連携を図ること</li> <li>・ヘルパーなどと情報交換育成につなげる役割</li> </ul>
自施設で可能な取り組み	<p>【サービス提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご家族・他訪問介護の方との相談機会の確保</li> <li>・サービス提供内容について自信を持って伝えていくこと</li> <li>・サービス提供予定者の役割を患者及び家族に事前伝達</li> <li>・実現可能なことの提案と積極的な取り組み</li> <li>・重症心身障害児者の成長にあわせたサービス提供</li> <li>・施設内での情報交換・共有</li> <li>・受動相談支援の準備</li> <li>・在宅医療と予防接種</li> </ul> <p>【他施設との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報共有</li> <li>・連携会議の開催</li> </ul>

【資料6】各種チラシ  
多職種合同研修会の案内

**重症心身障害児者地域生活支援**  
～岐阜県高山市における新しい取り組み～

岐阜県高山市では、訪問看護ステーションが病院と業務提携契約を行い、重症心身障害児が短期入所の際にいつもの訪問看護師が継続してケアを行うことができ、モデル事業を行いました。その新しい取り組みについてお話しいただきます。最後に多職種によるグループワークを予定しております。

**講師 野崎 加世子 氏**  
公益社団法人岐阜県看護協会立  
高山訪問看護ステーション 統括所長

**日時：**平成26年11月9日(日)  
13:30～16:30

**会場：**北区医師会館 (裏面に地図)  
北区王子2-16-11

**会費：**無料

裏面の申込書に必要事項をご記入の上 FAXにてお申し込みください  
お問い合わせ先 あすか山訪問看護ステーション  
TEL 03-5959-3121 FAX 03-5959-3151

相互実地研修報告会の案内

**平成26年度厚生労働省 重症心身障害児者の地域生活モデル事業**  
**多職種相互研修報告会**  
**小児地域連携会議&懇親会**

**日時：**平成27年 1月23日(金) 18:30～20:30  
**場所：**北とぴあ 7階 第2研修室 **参加費無料**  
**対象：**障害児・者の方・ご家族、医療職、福祉職、行政職、介護職、  
学校関係者、その他興味のある方

- ◆障害児者を地域で支えるには、医療・福祉・介護・行政・学校とご家族がネットワークを構築して包括的な顔の見える関係を作る必要があります。
- ◆今回、地域において多職種多機関が相互理解できる機会をつくりました。
- ◆11機関への体験研修を行った報告会を開催いたします。
- ◆北区における障害児者関係機関の実態を知る絶好のチャンスです。

**懇親会 20:30～(会費：500円)**  
**是非ご参加ください**

主催：公益財団法人日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション  
統括所長 平原 優美  
所長 田中 道子  
〒114-0001 東京都北区東十条1-9-12 溝口ビル1F  
電話 03-5959-3124

【資料 7】 主な医療機関の分布

医療機関



NO	医療機関種別
1~12	NICU を保有する公立病院や大学病院
13・14	小児病棟を持つ 200 床以上の病院
15~18	200 床未満の病院
19~21	療育センター
22~25・27・28・29	クリニック
26	小児往診医療機関
7	大学病院
8	大学病院
9	大学病院