

入院～退院促進

退院し通院へ

地域移行・在宅生活の継続

<専門医療機関>

例) 成育医療研究センター



- 専門医療機関は入院治療の終了とともに在宅生活への移行を促進

(退院後)

- 主治医による定期的な外来通院や検査入院等への対応
- 地域医療機関への支援



主治医・専門医

専門病院からの退院にあたり、退院後の医療機関や訪問看護への繋ぎ

医療ソーシャルワーカー：MSW

<地域の資源>



- 地域の医療機関が「かかりつけ医」となり、日常生活における医療を提供
- 訪問看護、訪問リハビリ等のスタッフが在宅での療養を支援

<地域医療>

訪問診療

訪問リハビリ

訪問看護



地区保健師

<保健>

- 妊娠期から、母子の健康相談、子の発育発達等を支援
- 人工呼吸器使用者への災害時個別支援計画作成支援

<教育・保育>

保育園

小学校



障害児通所施設、区立保育園、区立学校、特別支援学校等において看護師を配置し、医療的ケアを提供

<福祉>

相談支援専門員

短期入所

在宅レスパイト

居宅介護

児童発達支援等



- 地域生活を支援するためのサービスや資源をコーディネート
- ライフステージを通じたモニタリングとサービス調整

- 移動支援や短期入所など対象者への福祉サービスの提供
- 在宅レスパイト、短期入所等の家族支援サービスの提供

<現状と課題>

○出生後満1歳程で退院するが、その際の、保護者の不安は非常に大きく、保護者へのきめ細やかな寄り添いが求められる。

○医療的ケアに関する知識と経験を有する専門相談員が、退院後の在宅生活支援プランを作成・支援にあたる必要がある。

○医療と福祉の両面に関する地域資源等の知識や幅広いネットワークの活用など、高い専門性が求められるため、初任者（基本）研修を修了したのみの相談支援専門員では医療的ケア対応は難しい。

○運動機能障害の軽度な「動ける医療的ケア児」は、訪問看護などの保健医療サービスは利用しても、福祉サービスを利用しないことが多いため、支援の入口である相談機関等に繋がっていない。

○障害児通所施設、区立保育園、区立学校において、医療的ケア児の受入れが一步步進んでいるものの、看護師の配置は少数で、個別の医療的ケアの手技への不安や孤立感を募らせている。

○医療的ケア児・者は、自然災害によりライフラインに支障が生じた場合、そのまま生命の危機に繋がる可能性が高い。人工呼吸器使用者以外の医療的ケア児者への「災害時個別支援計画」作成支援には至っていない。

<取組み方向性>

(仮称) 世田谷区医療的ケア相談支援センター

専門相談

- 医療的ケア児を育てながら在宅生活に不安を抱える保護者に対する専門相談を行う。
- 「動ける医療的ケア児」の保護者からの相談等についても、医療機関や訪問看護との連携により対応する。

退院後の在宅生活支援プラン作成

- 医療的ケア児や保護者の状況等に応じて、保健・医療・福祉サービス等の全体をコーディネートし、病院退院後の在宅生活支援プランを作成する。

相談支援専門員の指導・育成

- 医療的ケア児等コーディネーターによる「医療的ケアに対応する相談支援専門員の指導・育成事業」を実施。
- 相談支援専門員が参加する医療機関との会議等に同席するなど、医療と福祉の連携体制構築を支援。

施設等への技術支援

- 施設等への技術支援に、新たに看護師（保健師）による訪問を加え、施設等に所属する看護師へのサポート等を行い、医療的ケア児を受け入れる際の不安解消やサービスの質の向上を図る。

災害時個別支援計画の作成支援

- 医療的ケア児等を育てる世帯を対象として、本センターの相談員が「災害時個別支援計画」の作成を支援する。
- 作成した計画が実際の災害時に有効に機能するよう、年1回程度の検証作業を保護者と一緒に行う。