

重症心身障がい児者地域ケアシステム検討報告書

平成25年3月

大阪府障がい者自立支援協議会
重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会

目 次

I	はじめに	．．．．．	P 1
II	重症心身障がい児者を取り巻く現状と課題	．．．．．	P 2
	1 重症心身障がい児者の状況		
	2 障がい福祉サービス等基盤整備の状況		
	3 重症心身障がい児者の地域生活を支えるための課題		
	(1) 大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会における整理(平成23年3月)		
	(2) 市町村における地域課題		
	(3) 地域ケアシステムの構築に向けた検討課題		
III	目指すべき地域ケアシステムとは	．．．．．	P 11
	1 地域ケアシステムの必要性		
	2 地域ケアシステム整備の具体化に向けて		
	(1) 目指すべき地域ケアシステムのイメージ		
	(2) 地域ケアシステム整備の具体化に向けて		
	・ 地域の実情に合わせたモデル事例		
IV	地域ケアシステムの構築に向けた検討課題及び推進目標	．．．．．	P 20
	1 ライフステージに応じた一貫した相談支援体制の構築		
	(1) 地域自立支援協議会を核とした地域ケアシステムの構築		
	(2) 基幹相談支援センター等をはじめとする相談支援機関の機能充実		
	2 医療と介護の連携強化		
	(1) 医療と介護の連携		
	(2) 在宅医療の充実		
	(3) リハビリテーションの推進		
	3 障がい福祉サービス等の充実強化		
	(1) ライフステージに応じた地域生活を支えるサービスの充実と計画的な基盤整備		
	(2) 良質な看護・介護を支える人材の確保		
	4 医療型障がい児入所施設等のあり方検討		
V	地域ケアシステムの構築に向けて	．．．．．	P 40

資料編

- 1 地域支援関係機関情報資料
- 2 小児在宅生活支援地域連携シート 府基本版
- 3 府内及び他府県における先進事例等

(参 考)

- ・ 大阪府障がい者自立支援協議会重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会委員名簿
- ・ 重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会 開催経過
- ・ 大阪府障がい者自立支援協議会重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会設置要綱

I はじめに

- 近年、障がい者支援においては、障がいの程度にかかわらず地域で生活できる支援体制の整備が求められており、特に在宅の重症心身障がい児者については、親の高齢化に伴い家庭介護力の低下が懸念されることから地域で生活できるための包括的な支援体制の構築がより喫緊の課題となっている。
- 国においては、「児童福祉法」が改正され、重症心身障がい児施設の施設体系などが変更されるとともに、「障害者自立支援法」の改正により相談支援体制の充実などが図られているところである。
- 大阪府においては、平成24年3月に、「人が人間（ひと）として支えあいともに生きる自立支援社会づくり」を基本理念とする第4次大阪府障がい者計画を策定し、「地域生活への移行の推進」、「就労支援の強化」、「施策の谷間にあった分野への支援の充実」を最重点施策と位置づけているところであるが、施策の谷間にあった分野への支援として、医療的ケアが必要な在宅重症心身障がい児者の増加やそのような障がい児者を介護する家族の高齢化など、今後障がい福祉サービスを提供する上で大きな問題が顕在化していることから、医療と福祉の連携のもとにそれらの課題についての対応策を早急に講じていく必要がある。
- このため、平成24年6月に大阪府障がい者自立支援協議会に重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会を設置（平成24年11月組織再編）し、平成24年10月に「重症心身障がい児者地域ケアシステムの構築に向けた検討課題の論点整理（中間まとめ）」を作成・公表した後、さらに議論を深め、このたび、地域ケアシステムの構築に向けた検討課題の整理及び推進方策のあり方についての提言を報告書としてまとめた。
- 本報告書を踏まえ、大阪府及び市町村等において、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者が医療・保健・福祉等のサービスを包括的かつ継続的に受けられるよう、地域の実情に応じた地域ケアシステムの整備を着実に推進していただきたいと考えている。
- 最後に、本報告書をまとめるにあたり、1年間というタイトなスケジュールの中で、検討部会を3回、作業部会を5回開催させていただいたが、毎回、熱心な議論を重ね、ご協力いただいた各委員の皆様にお礼を申し上げます。

平成25年3月

大阪府障がい者自立支援協議会
重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会
部会長 大谷 悟

II 重症心身障がい児者を取り巻く現状と課題

1 重症心身障がい児者の状況

(大阪府における重症心身障がい児者数)

大阪府における重症心身障がい児者数(※)は、平成24年7月1日現在で7,916人となっており、対人口比は約0.09%であり、年齢別の内訳は、18歳未満が2,381人、18歳以上が5,535人となっている。

在宅障がい児者は7,257人(18歳未満は2,292人、18歳以上は4,965人)で、その約3割が40歳以上となっており、介護者である親が60歳以上と高齢化していることが予想され、介護者の介護負担が大きくなっている。

また、医療型障がい児入所施設(旧重症心身障がい児施設)は重症心身障がいの特性を踏まえ児者一貫した支援の継続が可能とされているが、府内・府外の施設入所児者は659人(18歳未満は89人、18歳以上は570人)である。

(※)重症心身障がい児者とは、身体障害者手帳(1級・2級)及び療育手帳(A)を交付された障がい児者とする。

【表1】圏域ごとの重症心身障がい児者数(平成24.7.1現在)

圏域	在宅の重症心身障がい児者	医療型障がい児入所施設(旧重症心身障がい児施設)入所児者(※)	療養介護事業所入所者	重症心身障がい児者数(計)
豊能	840	5	67	912
三島	659	4	59	722
北河内	1,011	8	68	1,087
中河内	682	8	44	734
南河内	462	7	52	521
泉州	778	12	58	848
小計	4,432	44	348	4,824
大阪市	2,030	38	154	2,222
堺市	795	13	62	870
合計	7,257	95	564	7,916

(※)18歳以上20歳未満を含む。

【表2】圏域ごとの年齢別在宅重症心身障がい児者数(平成24.7.1現在)

圏域	0歳以上 3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 18歳未満	18歳以上 20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上 ~	合計
豊能	8	43	243	40	303	180	23	840
三島	12	32	179	16	243	155	22	659
北河内	21	62	283	39	354	227	25	1,011
中河内	4	28	151	32	228	225	14	682
南河内	9	18	102	14	170	132	17	462
泉州	4	35	190	28	275	209	37	778
小計	58	218	1,148	169	1,573	1,128	138	4,432
大阪市	28	96	515	107	656	553	75	2,030
堺市	8	33	188	29	311	208	18	795
合計	94	347	1,851	305	2,540	1,889	231	7,257

(在宅高度医療児(※)の増加)

NICU（新生児集中治療室）を有する医療機関から早期に在宅に移行する児が増加している。大阪府の各保健所においては、児童福祉法に基づく障がい・長期療養児への療育指導等を行っているが、平成23年度の府保健所支援実数は577人となっており、このうち人工呼吸器装着児は92人で、この数は平成16年度からの7年間で約5.4倍の増となっているなど、在宅における高度医療の需要が増加している。

※在宅高度医療児：在宅で人工呼吸器使用や気管切開吸引、在宅酸素療法、胃瘻設置、中心静脈栄養、経管栄養、腹膜透析、自己導尿、ストマケアを実施している児（大阪府母子保健事業ガイドライン）

【表3】NICUを有する医療機関における長期入院児数

① NICUを有する医療機関における長期入院児数の減少（調査時点実人数）
（府健康づくり課調査）

H19	H20	H21	H22	H23
115	80	67	66	43

② 長期入院児の退院児数の推移（年間実人数）（府健康づくり課調査）

年	退院数	退院先			
		在宅	施設	転院	死亡
H21	87	67(77%)	6(7%)	5(6%)	9(10%)
H22	69	52(75%)	2(3%)	5(7%)	11(16%)
H23	101	64(63%)	4(4%)	23(23%)	10(10%)

*平成23年転院数の増加は、1か所の高度専門病院において、新設の系列リハビリ病院への転院増加による。

③入院期間の短縮化（退院促進事業参加5病院※における調査）

(※) 大阪府立母子保健総合医療センター・大阪市立総合医療センター・高槻病院・淀川キリスト病院・愛染橋病院

	入院1年後の退院	入院2年後の退院	入院3年後の退院	入院4年後の退院
平成20年度以前入院	43%	63%	67%	86%
平成20年度入院	52%	86%	91%	97%
平成21年度入院(事業開始後1年)	63%	88%	92%	
平成22年度入院(事業開始後2年)	66%	94%		
平成23年度入院(事業開始後3年)	65%			

※退院の割合は累計

【表4】府保健所支援実数の推移

(実人数)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
在宅高度医療児	220	290	331	363	413	450	519	577
人工呼吸器装着	17	26	28	52	58	74	82	92

在宅高度医療児(平成23年度)：577人（7年間で2.6倍）

うち人工呼吸器装着：92人（7年間で5.4倍）

(在宅重症心身障がい児者の医療的ケアの重度化)

平成22年度に大阪府において実施した「医療的ケア(※)が必要な重症心身障がい児(者)等の地域生活支援方策に係る調査研究事業」(以下「実態調査」という。)の調査結果によると、近年の医療技術や機器の進歩、重症心身障がい児施設の満床により入所が困難な状況にあること等から、【表5】のとおり、在宅で医療的ケアを受けている割合が施設入所者よりも全般的に高い状況となっている。

(※)医療的ケアとは、①吸引、②吸入、③経管栄養、④中心静脈栄養(IVH)、⑤導尿、⑥在宅酸素(HOT)、⑦パルスオキシメーター、⑧気管切開部の管理、⑨人工呼吸器の管理とする。

【表5】医療的ケア別の在宅障がい児者数と割合

医療的ケアの内容	吸引	経管栄養	パルスオキシメーター	吸入	気管切開部の管理	在宅酸素(HOT)	人工呼吸器の管理
在宅児者 (914人)	34.0% (311人)	33.8% (309人)	17.9% (164人)	17.4% (159人)	14.8% (135人)	13.1% (120人)	7.2% (66人)
施設入所者 (568人)	16.2% (92人)	19.4% (110人)	9.5% (54人)	9.9% (56人)	0.6% (36人)	0.7% (4人)	2.6% (15人)

(医療的ケアを必要とする重症心身障がい児者数の推計値)

実態調査結果によると在宅の重症心身障がい児者の50.4%が医療的ケアを必要とすることが明らかになっている。この結果を基に推計すると、平成24年7月1日現在の在宅の重症心身障がい児者のうち、医療的ケアを必要とする障がい児者数の推計値は3,658人となった。(【表7】参照)

また、同様に医療的ケア別の推計値は【表8】のとおりである。

【表6】平成22年度に実施した実態調査結果による在宅の医療的ケア実人数の割合

圏域	実態調査回収数				医療的ケア必要者人数				割合
	18歳未満	18歳以上	不明	合計	18歳未満	18歳以上	不明	合計	
豊能	24	79	0	103	18	42	0	60	58.3%
三島	35	46	0	81	21	18	0	39	48.1%
北河内	62	74	1	137	48	31	0	79	57.7%
中河内	73	55	0	128	27	16	0	43	33.6%
南河内	21	19	0	40	13	10	0	23	57.5%
泉州	97	55	0	152	41	21	0	62	40.8%
小計	312	328	1	641	168	138	0	306	47.7%
大阪市	50	116	0	166	48	53	0	101	60.8%
堺市	32	64	0	96	20	29	0	49	51.0%
不明	1	9	1	11	1	4	0	5	45.5%
合計	395	517	2	914	237	224	0	461	50.4%

【表 7】圏域別の在宅で医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の推計値

圏域	医療的ケア必要者 (実態調査結果)			割合	在宅重度心身 障がい児者数			在宅で医療的ケアが必要 な重症心身障がい児者 (推計値)		
	18歳 未満	18歳 以上	合計		18歳 未満	18歳 以上	合計	18歳 未満	18歳 以上	合計
豊能	18	42	60	58.3%	294	546	840	148	275	423
三島	21	18	39	48.1%	223	436	659	112	219	331
北河内	48	31	79	57.7%	366	645	1,011	186	325	511
中河内	27	16	43	33.6%	183	499	682	92	251	343
南河内	13	10	23	57.5%	129	333	462	66	167	233
泉州	41	21	62	40.8%	229	549	778	116	277	393
小計	168	138	306	47.7%	1,424	3,008	4,432	720	1,514	2,234
大阪市	48	53	101	60.8%	639	1,391	2,030	322	701	1,023
堺市	20	29	49	51.0%	229	566	795	116	285	401
不明	1	4	5	45.5%	0	0	0	0	0	0
合計	237	224	461	50.4%	2,292	4,965	7,257	1,158	2,500	3,658

【表 8】在宅の重症心身障がい児者の医療的ケアの状況（推計値）

医療的ケアの内容	医療的ケア必要者 (実態調査結果)			医療的ケア必要者 の割合[%](※)			推計値		
	18歳 未満	18歳 以上	合計	18歳 未満	18歳 以上	割合	18歳 未満	18歳 以上	合計
吸引	160	151	311	67.5	67.4	67.5	782	1,688	2,470
吸入	92	67	159	38.8	29.9	34.5	400	863	1,263
経管栄養	176	133	309	74.3	59.4	67.0	776	1,675	2,451
中心静脈栄養(IVH)	6	1	7	2.5	0.4	1.5	17	38	55
導尿	29	30	59	12.2	13.4	12.8	148	320	468
在宅酸素(HOT)	70	50	120	29.5	22.3	26.0	301	650	951
パルスオキシメーター (SpO2(血中酸素飽和 度)モニター)	89	75	164	37.6	33.5	35.6	412	890	1,302
気管切開部の管理 (ガーゼ交換等)	77	58	135	32.5	25.9	29.3	339	733	1,072
人工呼吸器の管理 (NPPV(マスク式陽圧人 工呼吸療法)を含む)	34	32	66	14.3	14.3	14.3	165	358	523
延人数	733	597	1,330	-	-	-	3,340	7,215	10,555
実人数	237	224	461	-	-	-	1,158	2,500	3,658

(※) 実人数に対する割合

(重症心身障がい児者のニーズ)

実態調査の結果によると、在宅において、主に介護・看護に携わっている者は、母親が71.8%を占め、ホームヘルパーや訪問看護師等は、僅か2.1%という結果となっている。

また、必要と感じているサービスの主な内容は【表9】のとおりである。

【表9】平成22年度に実施した実態調査結果による
「地域で安心して暮らし続けるうえで必要と感じているサービス等」

ニーズ(サービスの内容)		割合
短期入所事業所の増		60.2%
重症心身障がい児者を診察してくれる専門医の増		52.7%
医療機関による短期入所の実施		45.1%
医療的ケアに対応できる事業所の充実	ホームヘルプ(※)	40.8%
	ケアホーム	40.2%
	生活介護	37.0%
医療型障がい児入所施設等(旧重症心身障がい児施設)の増		39.6%
相談支援体制の充実		39.3%
訪問看護の充実	利用料の軽減	26.6%
	事業所の増	24.8%

(※)ホームヘルプのうち、入院中も利用できるヘルパー制度の創設:41.1%

夜間・休日のヘルパー利用:37.1%

2 障がい福祉サービス等基盤整備の状況

(障がい福祉サービス事業所等の状況)

大阪府内の障害者自立支援法に基づく障がい福祉サービス事業所数は平成24年12月1日現在4,225か所、児童福祉法に基づく障がい児支援サービス事業所は平成24年12月1日現在533か所である。

【表10】圏域・政令市別事業所数（平成24年12月1日現在）

二次医療圏域・政令市	障がい福祉サービス事業所						障がい児支援サービス事業所							合計
	居宅介護	生活介護	短期入所	共同生活介護	障がい者支援施設	小計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス	保育所等訪問支援	福祉型障がい児入所支援	医療型障がい児入所支援	小計	
豊能	241	74	20	51	8	394	18	3	23	1	0	1	46	440
三島	135	44	22	24	8	233	22	2	22	1	0	0	47	280
北河内	310	89	35	51	8	493	16	4	22	6	1	2	51	544
中河内	279	44	26	33	6	388	26	2	27	1	1	0	57	445
南河内	131	46	20	25	16	238	12	1	13	2	4	2	34	272
泉州	275	71	32	47	21	446	12	2	15	2	1	0	32	478
小計	1,371	368	155	231	67	2,192	106	14	122	13	7	5	267	2,459
大阪市	1,277	162	50	101	26	1,616	84	2	93	11	6	5	201	1,817
堺市	313	49	15	35	5	417	26	2	36	0	0	1	65	482
合計	2,961	579	220	367	98	4,225	216	18	251	24	13	11	533	4,758

(登録喀痰吸引等事業者等の状況)

「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、平成24年4月1日以降、介護職員等については一定の手続きのもと、業として喀痰吸引及び経管栄養が実施できるようになった。(都道府県が認めた登録研修機関で研修を修了した介護職員等で認定特定行為業務従事者認定証を受けた者は、「認定特定行為業務従事者」として喀痰吸引等を行うことができ、「認定特定行為業務従事者」が勤務する障がい福祉サービス事業所等は都道府県に登録を行うことで、「登録特定行為事業者」として喀痰吸引等の業を行うことができる。)

【表11】登録喀痰吸引等事業者等の数（平成24年12月1日現在）

二次医療圏域・政令市	居宅介護	生活介護	短期入所	その他	合計
豊能	25	2	0	0	27
三島	19	1	1	0	21
北河内	13	4	1	1	19
中河内	7	3	3	0	13
南河内	12	4	0	0	16
泉州	7	3	1	0	11
小計	83	17	6	1	107
大阪市	64	7	1	0	72
堺市	13	0	2	0	15
合計	160	24	9	1	194

(相談支援事業所の状況)

平成24年12月1日現在の大阪府内の基幹相談支援センター数は16か所、特定相談支援事業所事業所数は271か所、一般相談支援事業所数は263か所、障がい児相談支援事業所数は168か所となっている。

【表12】相談支援事業所一覧(平成24年12月1日現在)

二次医療圏 域・政令市	基幹相談支 援センター	特定相談支 援事業所	一般相談支 援事業所	障がい児相談 支援事業所
豊能	1	19	19	16
三島	2	26	24	12
北河内	0	27	34	16
中河内	0	24	22	20
南河内	3(※1)	24	25	14
泉州	1(※2)	23	24	21
小 計	7	143	148	99
大阪市	1	81	80	50
堺市	8	47	35	19
合 計	16	271	263	168

※1 太子町・河南町・千早赤阪村の2町1村で基幹相談支援センター(1か所)を共同設置

※2 泉佐野市・熊取町・田尻町の1市2町で基幹相談支援センター(1か所)を共同設置

3 重症心身障がい児者の地域生活を支えるための課題

(1) 大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会における整理(平成23年3月)

実態調査結果を踏まえ、大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会において以下のとおり課題整理を行った。

① 相談から援助までの一貫した支援体制が不十分

医療的ケアが必要な重症心身障がい児者は、その障がいの特性から医療・福祉・教育等の各分野の支援を利用しながら地域生活を維持・継続せざるを得ない状況に置かれている。これらの多様な支援を有効かつ効果的に利用するためには、日々介護にあたる家族のみが奮闘するのではなく、重症心身障がいを十分に理解している機関(窓口)が、ライフステージ毎に個々の障がい児者の障がい程度や介護家族の状況等を踏まえ、適切な支援計画を策定し、必要なサービスにつなげていくことが不可欠。

② 地域生活を支える資源が不足

医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の日々の介護・看護を主に担っているのは母親であり、その介護年数も長期にわたることから、介護・看護にあたる家族を含めた「家庭」を対象にした支援が必要。さらに、家族が日頃実施している医療的ケアの内容がより高度化していることを踏まえ、看護にかかる負担軽減を図るためには、気管切開等重度の医療的ケアに対応できるサービス提供体制(特に、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者が利用できる障がい福祉サービス事業所や訪問看護ステーション)の整備が必要。

③ 地域生活を支える人材の不足

医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の介護・看護を担う介護職員や、看護師等医療スタッフの確保策について検討することが必要。また、相談支援とその人材確保についても検討が必要。さらに、自らの意思を表現することに困難を伴う重症心身障がい児者の意思を、誰が、どのようにくみ取り、実現していくべきなのか、そのあり方についても検討が必要。

④ 医療型障がい児入所施設等(旧重症心身障がい児施設)のあり方

今後は、児童福祉施設である重症心身障がい児施設がこれまで培ってきた経験と医療技術を活かし、単に施設利用者だけでなく、地域で生活する医療的ケアが必要な障がい児者やその家族を視野に入れた、高度、専門機関としての役割を果たすことが求められていることから、「重症心身障がい児施設が今後果たすべき役割」「地域移行の重要な受け皿となるケアホームのあり方」「本人の意思確認が難しい場合の個別支援計画の策定方法」「長年にわたる施設での生活環境から地域生活に移行するための支援策のあり方」について検討が必要。

(2) 市町村における地域課題

平成24年7月から8月にかけて、大阪府域の市町村に対して地域課題に関するアンケート及びヒアリングを実施し、以下の意見があった。

〔医療と介護の連携に関すること〕

医療と福祉、介護との連携が不足しており、連携強化が必要といった意見があった。また、そもそも利用者・事業者ともに情報交換の場がなく医療的ケアのあり方についての認識に差が存在することや、「市町村域に重症心身障がい児者の医療的ケアに対応できる医療機関がない」「医療機関の医師が忙しく協力を得られない」など、連携強化以前の課題に関する意見があった。

〔相談支援体制の充実に関すること〕

- ア 相談支援事業所 報酬水準が低く経営が成り立たないといった報酬に関する意見のほか、サービス等利用計画作成に多大な時間が必要、作成マニュアルが必要といった意見があった。また、人員不足のため、研修の量的・質的な拡充や、現任研修の周知を求める意見があった。
- イ 基幹相談支援センター 相談支援事業所等との役割分担や連携体制の構築、困難・緊急ケースに対するワンストップセンターや専門的助言機能の確保が困難であるといった意見があった。また、市町村が基幹相談支援センターの選定方法に苦慮しているといった意見もあった。

〔障がい福祉サービス等の充実に関すること〕

- ア 短期入所 緊急時やレスパイトのための短期入所施設が不足しているといった意見があった。
- イ ケアホーム 重症心身障がい者に対応できるケアホームが必要といった指摘のほか、ケアホームに対する補助の拡大が必要といった意見があった。さらに制度的にケアホームにおいて居宅介護サービスを提供することを可能にすべきといった意見もあった。
- ウ 日中活動事業所 通所サービス（生活介護事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービスなど）の不足や、入浴サービスの提供が必要という意見があった。また、生活介護事業所に看護師を配置するため、人員配置加算の創設が必要といった意見があった。
- エ 居宅介護事業所 「医療的ケア実施上のリスク」や「従事者確保の困難」等から医療的ケアに対応できる居宅介護事業所が不足しているといった指摘があった。
- オ その他 障がい福祉サービス等の充実に関して以下の意見があった。
 - ・医療的ケアを行える登録事業者の周知が必要。
 - ・リハビリテーションの受け皿が必要。
 - ・制度改正で喀痰吸引が可能になったように、介護職員が提供できる医療的ケアの拡大が必要。

（３）地域ケアシステムの構築に向けた検討課題

上記の地域支援推進部会における整理や市町村の意見も踏まえつつ、本検討部会において検討を行った結果、地域ケアシステムの構築に向けての課題を以下のように整理した。

- ① ライフステージに応じた一貫した相談支援体制の構築
 - ・地域自立支援協議会を核とした地域ケアシステムの構築
 - ・基幹相談支援センターを核とした相談支援機関の機能充実
- ② 医療と介護の連携強化
 - ・医療と介護の連携
 - ・在宅医療の充実
 - ・リハビリテーションの推進
- ③ 障がい福祉サービス等の充実強化
 - ・ライフステージに応じた地域生活を支えるサービスの充実と計画的な基盤整備
 - ・良質な看護・介護を支える人材の確保
- ④ 医療型障がい児入所施設等のあり方検討

Ⅲ 目指すべき地域ケアシステムとは

1 地域ケアシステムの必要性

重症心身障がい児者が安心して地域で暮らし続けるためには、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた多岐にわたる継続した支援が求められる。

また、重症心身障がい児者の生活を地域で支えるためには、障がい福祉サービスだけでは十分でなく、医療、保健、介護、教育、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域ケア」が必要であり、そのための体制を構築していくことが急務である。

（重症心身障がい児者の地域ケアシステム構築のねらい）

◆地域社会における共生の具現化を目指す

障害者基本法において、「全て障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと」が示され、平成24年6月に成立した障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律いわゆる障害者総合支援法においても、「全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと」といった文言が明記されている。

このような潮流の中で、伝統的な入所型施設での対応のみならず、①身近な場所において必要な支援を受けることができる体制整備、②社会参加の機会確保、③希望する地域社会における他の人々との共生等を目的とした取組の一助とするものである。

◆医療・保健・福祉・介護サービスを必要とする障がい児者に、必要とされるサービスが円滑に届く支援の実現を目指す

医療技術の進歩や発展は、障がい児者の生命保持の安定や安心において多大な貢献をしてきたといえる。一方で、高度医療や持続的な医療を地域でどのように広めていくのかといった支援体制の整備が十分とは言い切れない中、その医療・保健・福祉・介護サービスの確保は家族の手に委ねられているといっても過言ではない。

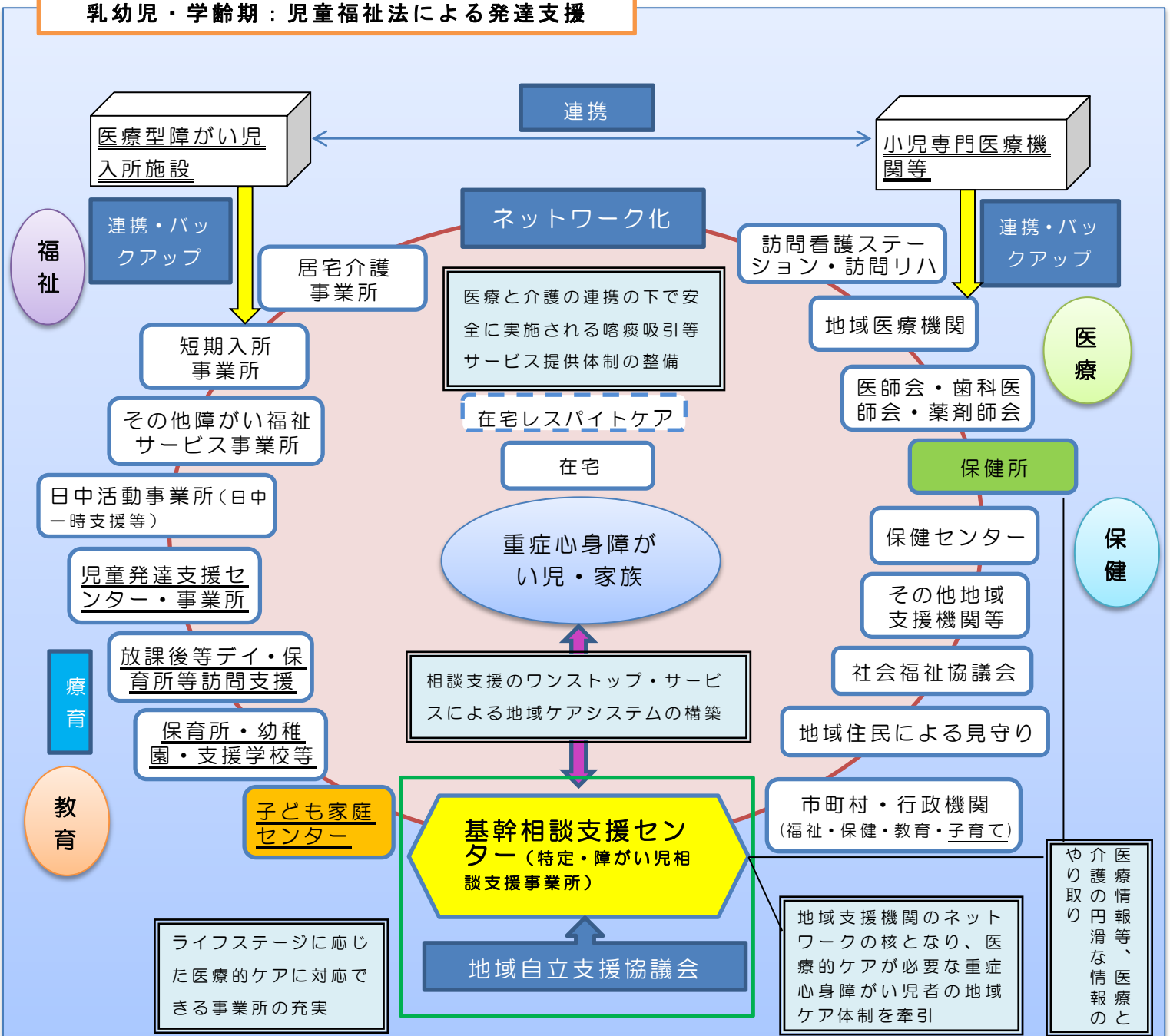
また、サービスを受けるための申請や手続きは、行政の各々の部局に分かれており、家族が出向いて行う必要がある上、それらを提供する事業所は別々に存在している。

さらに、重症心身障がい児者の利用する医療・保健・福祉・介護サービスを提供する事業所は、量的に圧倒的に足りないという事態も見られており、必要とする人に必要とするサービスが届いていない現状があるといえる。このような社会的援護を必要とする重症心身障がい児者の地域生活支援の一助とする。

◆重層的なケアシステム（マイクロ・メゾ・エクソ・マクロレベル）の構築を目指す
 小学校区・中学校区といったより身近な地域での生活支援といったマイクロレベルのみならず、市町村のメゾレベル、あるいは都道府県等の広域なエクソレベルあるいは国への政策提言や提案といったマクロレベルへの働きかけをするなど重層的なケアシステム構築を目指す一助とする。

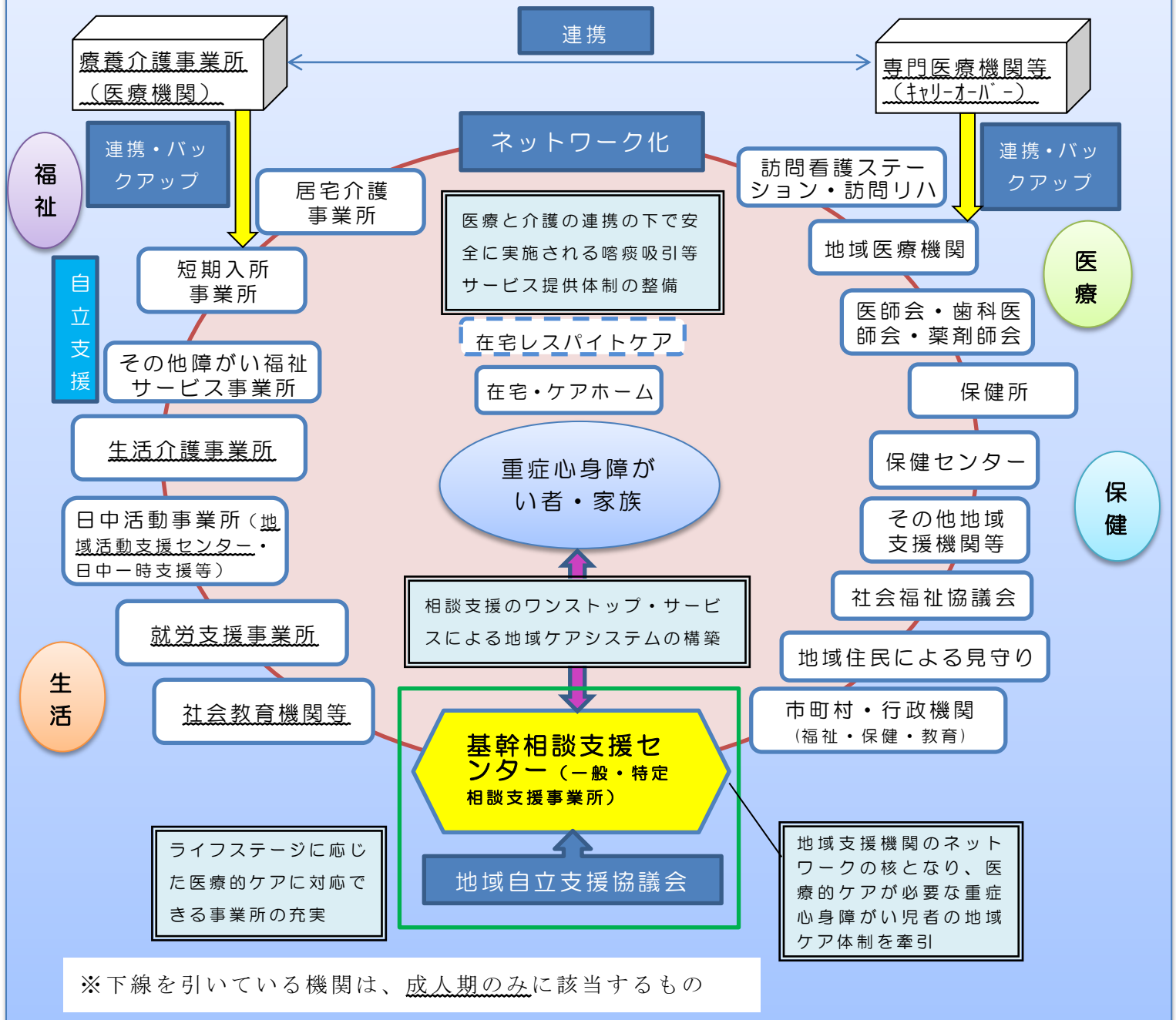
2 地域ケアシステム整備の具体化に向けて (1) 目指すべき地域ケアシステムのイメージ

乳幼児・学齢期：児童福祉法による発達支援



※下線を引いている機関は、乳幼児・学齢期のみに該当するもの

成人期（18歳以上）：障害者自立支援法による自立支援



※主な地域支援機関の役割等については、資料編1を参照

- 乳幼児・学齢期（18歳未満）については、障がい児の発達支援に重点をおいた重層的な療育支体制を中心としたシステムの構築を目指し、引続き成人期（18歳以上）については、障がい者の自立支援に重点をおいた地域生活支援体制の構築を目指して、障がい児者が地域で安心していきいきと暮らすことができるよう地域自立支援協議会を核とした地域ケアシステムを整備する。
- 在宅医療と福祉の連携については、府保健所が障がい保健福祉圏域で取組んできた高度在宅医療児の支援ネットワーク等とコーディネートのノウハウを将来的には市町村（基幹相談支援センター）へ引継ぐとともに、地区医師会等との協力を得ながら、地域自立支援協議会を核とした連携システムを構築する。

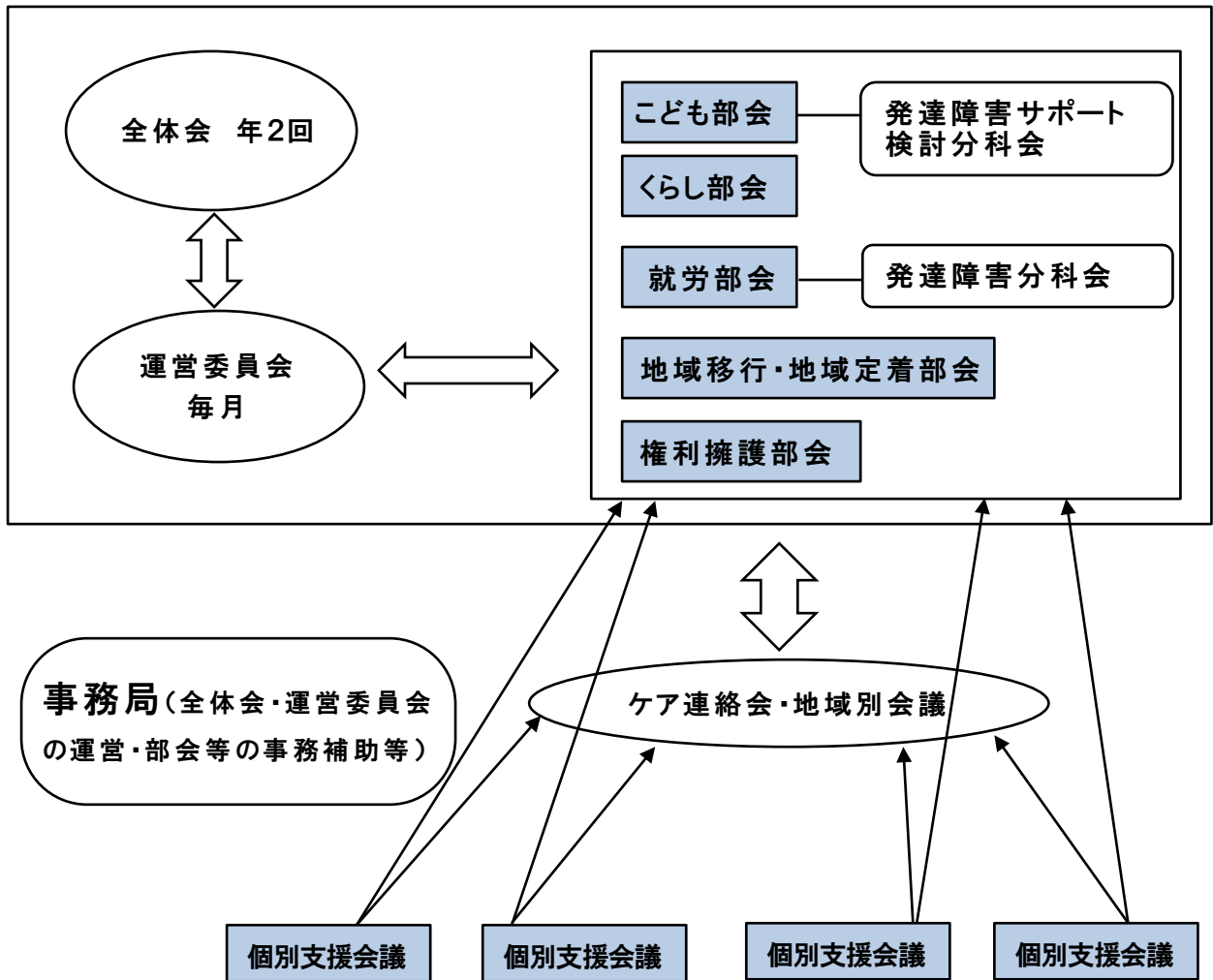
(2)地域ケアシステム整備の具体化に向けてく地域の実情に合わせたモデル事例>

○事例1：地域自立支援協議会を中心としたネットワークづくり

①中核市規模

【取組名・地域自立支援協議会地域ケア会議モデル】 東大阪市自立支援協議会くらし部会（平成22年8月～、月1回開催）
【取組主体】 東大阪市 構成メンバー： 東大阪支援学校、東大阪市障がい児・者福祉施設連絡会、東大阪市指定障害福祉サービス等事業所連絡会、東大阪市療育センター、委託相談支援機関、東大阪市障害者支援室・健康づくり課（保健所・保健センター）
【設立の経緯】 <ul style="list-style-type: none">・平成19年度：東大阪市自立支援協議会が設置され、医療的ケアが重点課題となる。・平成20年7月：医療的ケアが必要な重症心身障がい児者を地域で支える必要性が大きくなっていく中での支援策の拡充について議論するため、市自立支援協議会の下に「医療的ケアプロジェクト会議」を立ち上げた。・平成22年8月：市自立支援協議会の再編成の中で、「くらし部会医療福祉連携分科会」を設置。・平成23年4月：くらし部会に分科会を統合し、引続き医療的ケアが必要な重症心身障がい児を地域で支える支援策について検討。
【取組の概要】 <ul style="list-style-type: none">・平成20～21年度：医療的ケアの必要な当事者家族への聞き取り等の活動の場を踏まえて、今後の必要な施策として、以下の三点を整理した。<ul style="list-style-type: none">① 福祉施設等への看護師配置② 公費での介護職への医療的ケア研修③ 東大阪市療育センターについて診療所機能を含めた拠点施設としての役割・平成22～23年度：上記の整理事項の重要性の再確認と市の単費予算化要望として提言を行うとともに、医療的ケアが必要な障がい児者を支える地域医療ネットワークの必要性についても検討を行っている。また、平成24年2月には、くらし部会として、東大阪市在住の身体障害者手帳1・2級と療育手帳Aの重複障がい児者へアンケート調査を行い、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の生活実態の把握及び重症心身障がい児者やその家族のニーズの把握を行った。・平成24年度：アンケート調査結果の集約と分析を行うとともに、喀痰吸引等法制化の中で地域事業所の側からの取組を促進するため、① 地域に登録研修機関を確保、② 事業所を対象とした「医療的ケアへの取組意識調査」の実施、③ 調査を踏まえた対策として、くらし部会主催で「医療的ケアことはじめ」(法制化制度説明、医療的ケア研修、当事者家族の訴え)を事業所管理者クラスを対象に実施（平成25年2月）。
【取組の効果】 <ul style="list-style-type: none">・市自立支援協議会くらし部会において、医療的ケアに関する地域ケア会議を開催することにより、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者を地域で支える支援策の課題整理を行い、今後の推進方策についても検討ができています。・訪問診療医のネットワークの先進例を通して地域医療（小児科医会）との連携が進んだ。

東大阪市地域自立支援協議会の組織図



②平均的な人口規模

【取組名・地域自立支援協議会地域ケア会議モデル】

大東市障害者地域自立支援協議会医療的ケアプロジェクト会議（平成21年8月～、原則隔月開催、必要に応じ随時開催）

【取組主体】大東市

構成メンバー：当事者の保護者、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、生活介護事業所、相談支援事業所、大東市子ども発達支援センター（旧療育センター）、大東市障害福祉課

【設立の経緯】

- 平成20年6月、大東市内の重症心身障がい児者の保護者会から、日中の通所施設のニーズがあるにもかかわらず、対応できる社会資源がないことの要望を受け、その対応策や、医療的ケアに関する協議の場が必要であると判断したため、地域自立支援協議会に医療的ケアプロジェクト会議を立ち上げた。

【取組の概要】

地域自立支援協議会医療的ケアプロジェクト会議において、事例検討を行うとともに、医療的ケアの必要な重症心身障がい児者への今後の必要な方策として、課題を整理し、市への提言を毎年行っている。

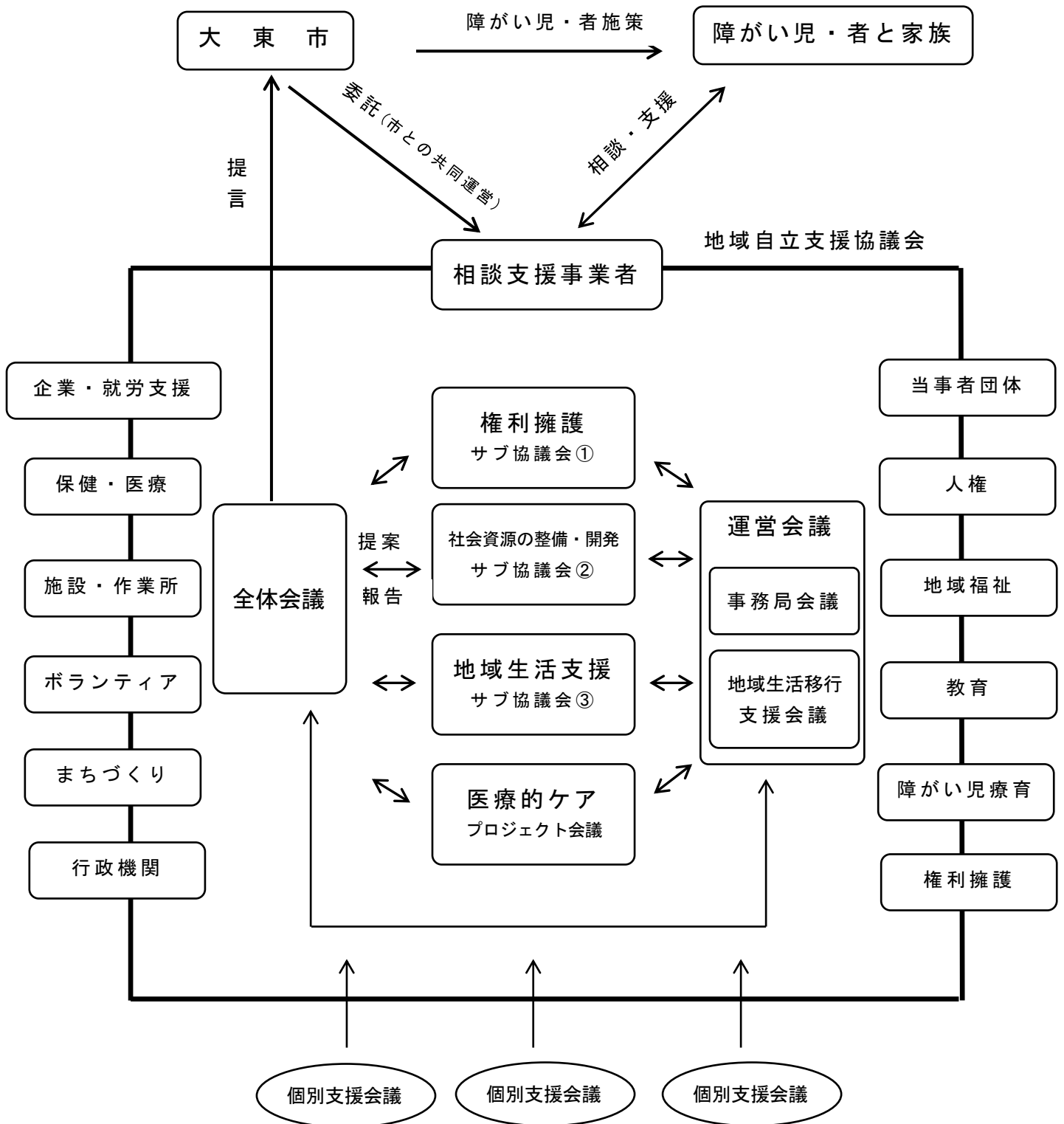
（主な提言内容）

- 医療的ケアを必要とする人の生活全般を地域で支える仕組みづくり
 - 市独自で、日中活動の場における医療的ケアを必要とする重症心身障がい児者への受入のための実習や研修を行う。
 - 居宅サービス事業所等のサービス提供が行える仕組みを構築する。
 - 地域における医療の支援体制のネットワークを構築するための取組が必要。
 - 障がい福祉サービス等を活用して自宅で見守りができるように図る。
 - レスパイト事業の充実
 - 一貫した支援体制づくり
 - 啓発事業の実施

【取組の効果】

- 市障害者地域自立支援協議会医療的ケアプロジェクト会議において、事例検討等を通じて医療的ケアが必要な重症心身障がい児者を地域で支える支援策の課題整理を行い、今後の推進方策についても検討している。
- 提言を受けて、市の単独事業の取組が進んだ。（生活介護事業所等日中活動系事業所への重症心身障がい児者対応加算補助事業）
- 市のケースワーカーが相談対応をしており、個別支援会議を開催している。
- 医療的ケアの必要な方の日中活動の場の確保のため、当事者の受入を条件として、市内の生活介護事業所（2か所）に、市所有の建物を無償貸与している。
- 平成22年3月、医療的ケアに関する写真展を市役所庁内で実施。
- 平成23年12月の障がい者週間に、医療的ケアに関する啓発事業（講演会等）を実施。

大東市障害者地域自立支援協議会



○事例 2 : 保健所

小児在宅医療児支援ネットワーク構築事業を中心としたネットワークづくり

【取組名】保健所における小児在宅医療支援ネットワーク構築モデル（連携支援ツールの活用）

【取組主体】大阪府和泉保健所

支援機関（医療、行政、教育、福祉、療育）とともに多機関多職種連携の支援ツールを開発するとともに、管内の医療機関、支援機関のネットワークと支援体制を構築する。

【取組の目的】

平成 20 年度に和泉保健所管内で実施した重度障がい児（在宅高度医療児を含む）訪問調査や訪問看護ステーション・関係機関ニーズ調査の結果、「24 時間の看護が必要とされる」「保護者が体調を崩しても児を見る人がいない」「近くで受診できる医療機関が見当たらない」「行く先々の機関で同じ説明を繰り返している」などの意見が当事者家族からあった。また、関係機関等からは「医療情報がない」「医療処置がわからない」「他機関との連絡が取りにくい」などの問題が出され、関係者の情報共有、地域の支援体制に課題があることが明らかになった。

医療的ケアを要する児の在宅移行は年々増加しており、児と家族が長期入院から円滑に在宅移行し、安心して在宅生活が継続できるよう関係機関ネットワークの構築と支援体制の整備に取り組むことになった。

*在宅高度医療児：在宅で人工呼吸器使用や気管切開等の医療ケアを要する児

【取組の概要】

- 平成 22 年度に大阪府立母子保健総合医療センター（以下、「母子センター」という。）と協働し、パイロット事業として「小児在宅医療移行地域連携パス（人工呼吸器用）（以下、「地域連携パス」という。）」を作成した。また、医療連携を目的に母子センターと地域医療機関との情報交換会や研修会を開催し、高度専門医療機関と地域医療機関の顔の見える関係づくりから着手した。
- 平成 23 年度は地域連携パスの本格運用となったため、退院後の在宅生活上の課題を高度専門医療機関と地域支援機関が共有するために連携会議、研修会を開催し情報交換の機会を増やした。
- 平成 24 年度は高度医療児訪問療育相談の実施、医療連携症例検討会議、小児在宅医療看護連絡会議を開催し、事例を通じて医療連携体制の構築を図った。また、高度専門医療機関、管内医師会をはじめとする地域支援機関と協働して、多機関多職種連携による支援を効果的・効率的に実施するため「小児在宅生活支援地域連携シート（仮称）（以下、「地域連携シート」という。）」「ケアファイル（仮称）」を作成した。また、支援ツール作成ワーキング、連携会議、関係機関研修会等の事業を通じて支援ネットワークと連携体制を構築した。
- 平成 25 年度は保健所がコーディネート機関となり、支援ツールの試行運用を予定している。

【取組の効果】

地域連携パスは、地域支援機関が高度専門医療機関と連携して入院中から支援を開始することが保護者の安心につながる。また、家族や高度専門医療機関スタッフ、地域支援機関の担当者が互いの役割を理解し、在宅生活の見通しが持て退院移行が円滑になり長期入院が減少しつつある。「地域連携シート（仮称）」は家族が支援機関の役割や支援内容を理解でき、社会資源を活用しやすくなる。

また、「地域連携シート(仮称)」の作成、関係者会議、研修会の開催、訪問療育相談等を通じて支援機関の顔の見える関係づくりと支援体制の基盤づくりができた。

【今後の方向性】

「地域連携シート」は退院後概ね1年間で児や家族が在宅生活や医療的ケアに慣れ、社会資源を活用して生活を継続できることを目指した。この期間に家族と支援機関の信頼関係づくりと支援機関の連携体制づくりを行う。以後は、就園や就学などライフイベントに応じて年1回程度の支援会議の開催、児や家庭の状況の変化等に応じて臨時的に支援会議を開催するなど支援機関が連携して継続的な支援を行う。

また、医療的ケアが必要な重症心身障がい児に対する生活支援を含めて地域支援機関の連携に係るコーディネートは当面保健所がその役割を担うが、各市町村において基幹相談支援センター等の退院移行後の地域生活支援に係る相談支援機関の整備後は、本事業を通じて構築されたネットワーク、支援のノウハウを引き継ぎ、将来的には、医療的ケアが必要な重症心身障がい者を含め、基幹相談支援センターや地域自立支援協議会が開催する「地域ケア会議」で支援策の課題整理や支援推進方策が検討されることを目指すとともに、保健所の役割として、今後も高度専門医療機関と地域医療機関の連携体制の構築等在宅医療環境の整備に重点を置いた取組が求められると考えられる。

※大阪府和泉保健所管内小児在宅医療生活支援地域連携ネットワーク機関

	支援機関	機関名		支援機関	機関名
医療	高度専門医療機関	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立母子保健総合医療センター	行政	支援学校	大阪府立岸和田支援学校
					大阪府立堺支援学校
	管内公立病院	泉大津市立病院 和泉市立病院		泉大津市	児童福祉課
					障がい福祉課
	健康推進課				
	医師会	社団法人泉大津市医師会 社団法人和泉市医師会 社団法人高石市医師会		和泉市	子ども未来室
					障がい福祉課
					教育委員会
歯科医師会	和泉市歯科医師会	高石市	健康課		
薬剤師会	和泉市薬剤師会		高齢介護・障害福祉課		
訪問看護ステーション	ベガサス訪問看護ステーション	忠岡町	保健医療課		
保健所	大阪府和泉保健所		教育委員会		
福祉	相談支援事業所	財団法人和泉市福祉公社 指定相談支援事業所	コーディネート機関	いきがい支援課	
		とうだい		すこやか推進課 (保健・子育て)	
		高石障害児(者)生活支援相談室		教育委員会	
	泉州圏域拠点施設	くまとり弥栄園	大阪府和泉保健所		
居宅介護事業所	支援センターのはら和泉				
療育	療育機関	高石市児童発達支援センター 松の実園			

IV 地域ケアシステムの構築に向けた検討課題及び推進目標

1 ライフステージに応じた一貫した相談支援体制の構築

(1) 地域自立支援協議会を核とした地域ケアシステムの構築

□医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の地域ケア会議(※)の推進

- ・地域自立支援協議会において、医療関係者が参画する医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の対応を考える部会等を地域ケア会議として位置づけ、その設置促進・機能強化を図る。

(※)地域ケア会議：医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の対応について、会議参加機関が役割認識、共通理解、連携強化を図るとともに、個別ケースの課題分析等を通じて地域課題の把握を行い、その解決策の検討を進めることを目的として設置される会議体

○現状と課題

重症心身障がい児者の地域ケアシステムが目指すものは、地域医療機関や居宅介護事業所をはじめとする医療・保健・福祉等の様々な分野の関係機関が有機的に連携することによる、個々の多様なニーズに応じたきめ細やかな支援の実現である。地域において、その中核となりうる機関が地域自立支援協議会であり、この中に、医療機関等も参画する地域ケア会議を設置することが、地域ケアシステム構築の第一歩である。

しかしながら、平成24年度現在、地域自立支援協議会において、このような地域ケア会議が設置されている例は、ほとんど見受けられない状況である。

このため、府内市町村において、地域ケア会議の設置を促進するとともに、設置された地域ケア会議についてはその機能を強化し、地域における医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の支援に関する課題把握及びそれらの解決策の検討を活性化することが喫緊の課題である。

○対応の方向性

上記課題を解決するため、下記の方向性で対応策を検討すべきである。

- ・府内全ての地域自立支援協議会において地域ケア会議が設置されるよう、地域自立支援協議会間の相互のノウハウ等の共有を図る。
- ・設置された地域ケア会議が自発的かつ活発に活動できるよう、支援の手法を構築する。

○目標達成に向けた具体的な推進方策について

地域ケア会議の設置が進まない背景には、医療・保健・福祉等、分野を異にする関係機関間における個別ケースや医療的ケアのあり方に関する認識の隔たりのほか、地域ケア会議の参画者に対する報酬上の課題、医療関係者が定期的に会議に参加することに対する時間的制約等、様々な要素が考えられる。

大阪府全体として取組を進めるためには、これらの課題に的確に対応し、医療機関が参画した地域ケア会議が活発に活動している事例を見つけ出し、そのノウハウを府内全市町村で共有することが効果的であると思われる。このため、定期的に府内の地域自立支援協議会における地域ケア会議の設置状況について市町村

に情報提供を行うことや、地域ケア会議を設置している市町村の先進的な取組事例やそのノウハウについて、府内全市町村で共有する機会を創出する取組が必要である。

さらに、設置された地域ケア会議がその活動を活発に行い、地域ケアシステムの構築を確実に実現していくためには、地域自立支援協議会と大阪府自立支援協議会の連携が不可欠である。重症心身障がい児者のケアに関する課題の中で、地域自立支援協議会だけでは解決困難な課題を大阪府自立支援協議会が的確に把握し、その対応策を検討していくような仕組みを早期に実現すべきである。

(2) 基幹相談支援センター等をはじめとする相談支援機関の機能充実

□ 基幹相談支援センター等をはじめとする相談支援機関の機能充実及び相談支援専門員の資質向上

- ・ 基幹相談支援センターを平成26年度までに各市町村1か所以上設置（複数市町村による共同設置可）することを目指す。
- ・ 複数の指定研修機関の確保等により、相談支援員の量的確保を図る。
- ・ 府立障がい者自立相談支援センター等において医療的ケア専門研修を実施することにより、相談支援専門員の質的向上（医療的ケアへの対応等）を図る。
- ・ 相談支援ハンドブック（サービス等利用計画の事例集）を作成、周知を徹底する。

○ 現状と課題

相談支援は、障がい児者やその家族が、様々なサービス等を利用しながら、地域の中でその人らしい暮らしを続けていくために、あらゆる相談を受け止め、常に本人の立場に立って、「望んでいることは何か」「何を支援すればよいか」「支援するとき地域に社会資源はどんな状況か」など、様々な視点をもって、本人を中心に、家族、支援者、行政等とネットワークを構築しながら行う支援である。この様な支援を行う相談支援事業所が果たす役割は極めて重要であり、その充実・強化とともに、地域における相談支援体制を整備し、重症心身障がい児者が地域で、安心して暮らし続けることができる社会を実現することが大切である。

このような考えに基づき、障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正により、平成24年4月から、相談支援体制の充実、強化が図られた。

（参考：地域における相談支援体制）

- ・ 計画相談（サービス等利用計画の作成等）を担う「指定特定相談支援事業」
- ・ 地域相談支援（移行支援・地域定着支援）を担う「指定一般相談支援事業」
- ・ 障がい児相談支援（利用援助等）を担う「障がい児相談支援事業」
- ・ 地域の相談支援の中核的な役割を担う拠点として、総合的な相談業務等を行う「基幹相談支援センター」

※設置状況（8頁【表12】相談支援事業所一覧参照）

しかしながら、基幹相談支援センターの設置や、相談支援事業者（特定相談支援事業者、一般相談支援事業者、障がい児相談支援事業者）の量的な確保についてはまだ十分な状況には至っておらず、相談支援を担う相談支援専門員について

は、量的な確保は勿論のこと、医療的ケアに対応できる技術・知識の向上も大きな課題となっている。

このような状況の中、平成26年度までに障がい福祉サービス又は地域相談支援を利用するすべての障がい児者に対して、サービス等利用計画の作成が義務付けられており、これらに対応するための計画の記載方法やアセスメントの手法について早急に理解を深める工夫を講じなければならない。

○対応の方向性

上記課題を解決するため、下記の方向性で対応策を検討すべきである。

- ・障がい児者が日々の暮らしの中で抱えているニーズや課題が適切に汲み取られ、ライフステージに応じたきめ細かな福祉サービスが提供されるよう、相談支援体制のあり方について検討するとともに、「相談支援専門員の量的確保」「相談支援専門員の質的向上」の観点から、地域における相談支援の充実を図る。

○目標達成に向けた具体的な推進方策について

(相談支援体制のあり方について)

重症心身障がい児者がそのライフステージに応じた適切なサービスを利用し、地域で生活を維持、継続するためには、本人やその家族の状況等を把握する、いわゆる「かかりつけ相談員」が確保され、児から者に至る一貫した相談支援の体制を整備することが大切である。このため、基本的には障がい児相談支援と障がい者相談支援を併せ持った相談支援事業所を確保すべきである。更に、相談支援事業者が、福祉はもとより医療、教育等関係機関との連携のもと、一度の手続きで重症心身障がい児者やその家庭が必要としている福祉サービス等を利用できる、いわゆるワンストップサービスが実現されるべきである。

また、改正障害者自立支援法により、地域の相談支援の中核的な役割を担う拠点として基幹相談支援センターが創設され、総合相談や成年後見制度利用支援事業の実施のほか、地域の実情に応じて、支援困難事例への対応や相談支援事業者への専門的助言、人材育成、虐待防止に係る支援、地域の関係機関のネットワーク化等の業務を行うこととされ、障がい児者が地域で安心して生活できる支援体制の要としての役割を担うこととなった。

重症心身障がい児者のかかりつけ相談機関としては、重症心身障がいを理解し、医療の知識もあり、また自らの意見表明が苦手な重症心身障がい児者の権利擁護、代弁機能を持ち合わせる必要があることから、特定相談支援、一般相談支援、障がい児相談支援を担う事業所や、それらの機能を併せ持った基幹相談支援センターがその役割を担うことが有効な手法と考えられる。

こうしたことを含め、高度専門的な相談に対応する観点からも、府は、平成26年度までに基幹相談支援センターを各市町村で1か所以上の設置（複数市町村による共同設置可）が図れるよう市町村に対し、強力的に設置促進を働きかけるとともに、基幹相談支援センターの設置促進を図るために、基幹相談支援センターの設置運営に対する国庫補助制度の改善を要望すべきである。

なお、基幹相談支援センターが設置されるまでの当面の対応策として、サービス等利用計画や障がい児支援利用計画を作成する特定相談支援事業者等が医療等関係機関と連携し、適切な相談支援を推進するよう市町村に働きかけることが必要である。

基本的には、基幹相談支援センターの相談支援員が重症心身障がい児者やその家族に寄り添いながら、当事者が望む生活を実現するため、相談から支援までの継続

性、一貫性ある福祉サービスをはじめとする医療サービスを提供できる機能を併せ持った多機能な拠点機関として、一定の圏域単位で設置されることが望まれる。

（相談支援専門員の量的確保）

相談支援事業所の現状をみると相談支援専門員は1事業所当たり平均1.9人、その他職員を含めても1か所当たり平均3人と極めて小規模な事業所が多く、このような状況の中で、支給決定プロセスの見直しによるサービス等利用計画案の作成業務に忙殺されている。また、このサービス等利用計画については、平成26年度には、障がい福祉サービスを利用するすべての障がい者について作成が必要とされている。さらに、障がい児相談支援事業については、改正児童福祉法により平成24年度に創設されたものであり、障がい者相談支援と同様に、平成26年度には、障がい児通所支援事業利用者全員について、障がい児支援利用援助計画の作成が求められている。

このようなことから、サービス等利用計画や障がい児支援利用援助計画を策定する相談支援専門員の養成確保並びにサービス等利用計画等の作成を行う特定相談支援、障がい児相談支援事業所の確保が急務となっている。

このため、これまで大阪府障がい者自立相談支援センターにおいて相談支援専門員の養成研修が実施され、平成24年度までに概ね5,000名近い相談支援専門員が養成されてきたが、現在、障がい者相談支援事業に従事している者は、約500名と1割にとどまっている。その他の多くが、相談支援専門員の資格を有しながら障がい福祉サービス事業に従事していると考えられるため、これらの潜在化している人材を掘り起こす手立てを打つべきである。具体的には、大阪府が保有している障がい福祉サービス事業所毎の養成研修修了者数を市町村に情報提供し、市町村は当該事業所への相談支援事業への参入を働きかけることが効果的であると考えられる。

また、相談支援専門員の養成研修については、府障がい者自立相談支援センターにおいて実施されてきたが、研修規模、実施回数に限界があることから、今後は、国の相談支援従事者養成研修実施要綱に基づき、複数の民間研修機関を大阪府が指定することにより、養成枠の拡大や研修回数の拡大を図るべきである。

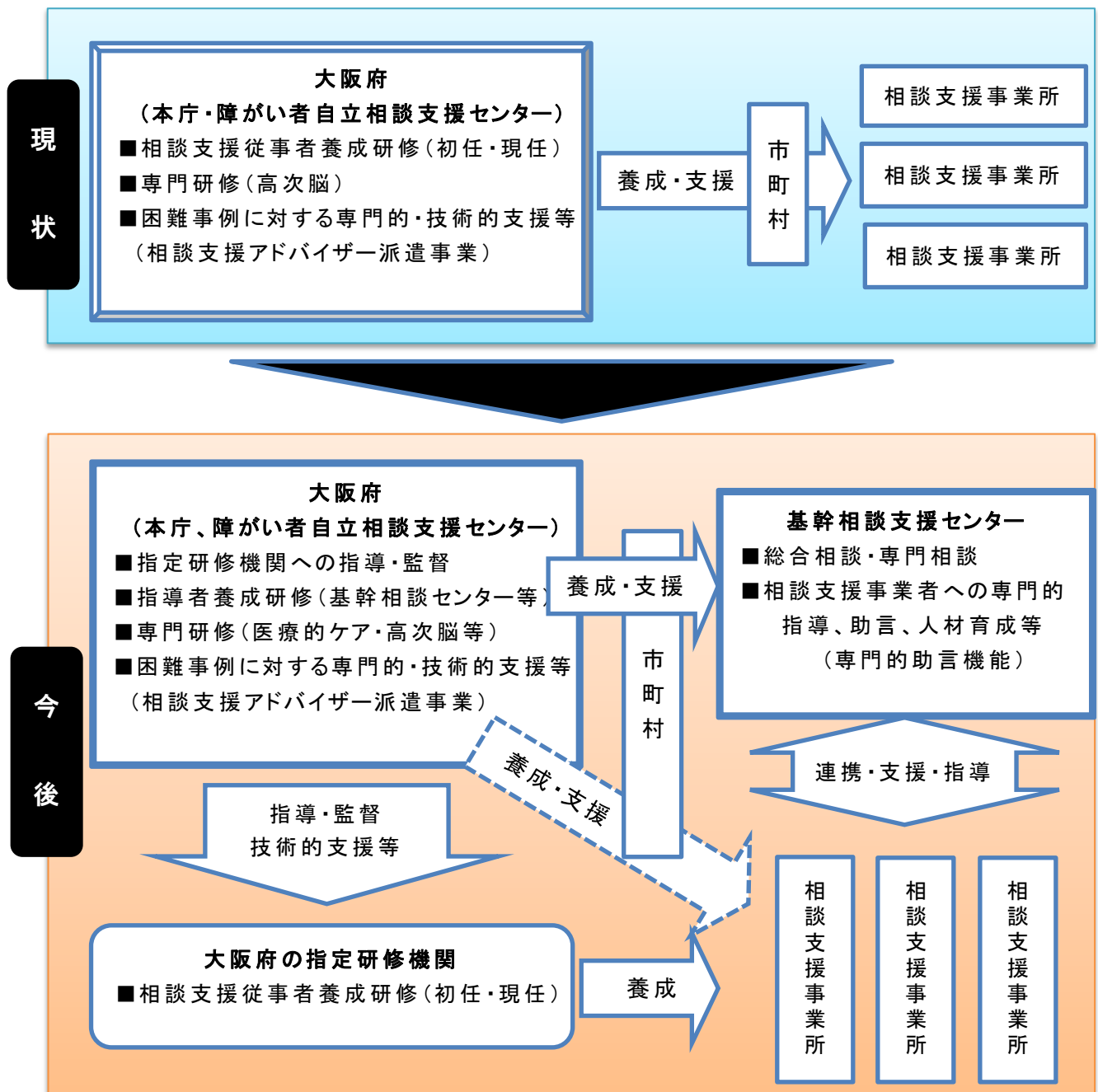
（相談支援専門員の質的向上）

相談支援専門員の役割は、当事者の意向やニーズを把握し、福祉サービスはもとより、教育、医療、労働、経済保障、住宅制度、さらには制度に基づかない支援などあらゆる資源を動員し、当事者が望む生活を送れるように支援することにある。このため、相談支援専門員は、当事者の立場に立って信頼関係を築き、福祉分野はもとより広範な分野の支援者とのチームワークを形成して、当事者を支援していく知識と技術の修得が求められる。とりわけ、コミュニケーションに課題がある重症心身障がい児者については、保護者を含む多くの支援者とチームワークを形成し、当事者のニーズを的確に把握することが必要である。

このため、重症心身障がいの特性を十分に理解し、本人中心のサービス等利用計画を策定できる相談支援専門員の養成を目的として、府障がい者自立相談支援センター等において、相談支援専門員を対象に医療的ケア専門研修を実施すべきである。

また、本人中心のサービス等利用計画等の作成のための詳細な手引きとなる相談支援従事職員向けのハンドブックを早急に作成するとともに、これを活用した研修を実施するなど相談支援専門員の質的向上を図るべきである。

《参考》地域における相談支援の充実等について(イメージ)



2 医療と介護の連携強化

<医療と介護の連携>

□医療情報を介護関係者につなぐための仕組みづくり

- ・ 困難事例の対応などについて、医療関係者等の多職種協働の地域支援体制の整備
- ・ 医療－介護間の情報共有のためのツールの開発・活用の検討

□居宅介護事業所と訪問看護ステーションとの一体的なサービス提供体制の充実

- ・ 登録喀痰吸引等事業所と訪問看護ステーション・担当医との連携体制の整備等を推進する。
- ・ 医療的ケアを看護師、身体介護をヘルパーが行うなど、両サービスの連携体制を構築する。

<在宅医療の充実>

□高度医療児者の在宅移行のための地域医療支援体制の整備

- ・ 高度専門医療機関内に在宅医療促進専門コーディネーター等を配置し、円滑な在宅移行を図る。
- ・ 退院前カンファレンスにおいて、関係機関による在宅医療ケア方針決定の体制を確立する。

□急性期・回復期・維持期(在宅医療)での切れ目のない医療サービスの提供

- ・ 急性期、回復期、維持期をそれぞれ役割分担して受け持つ専門医療機関、地域拠点医療機関、在宅(医療的ケア)支援担当医、訪問看護事業所の確保を推進し、支援内容の充実を図る。

□リハビリテーションの推進

- ・ 多様なニーズに即して、治療から地域生活までの切れ目のないリハビリテーションが提供されるよう、地域支援ネットワークづくりを推進する。

(1) 医療と介護の連携

○現状と課題

医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の病状や医療的ケアの内容等、医療に関する情報が介護関係者に十分に情報提供された上で事例検討を行う等の、医療と介護の連携システムが構築されていない。なお、医療と介護の連携体制の構築に当たっては、次の課題が存在している。

- ・ 医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の家族が相談支援事業所に相談しても、相談支援事業所には医療に関する情報がない。
- ・ 利用者の医療に関する情報を介護関係者に提供する際に、個人の情報をどこまで提供するかについてルール化されておらず、情報共有のためのツールが未整備。
- ・ 登録喀痰吸引等事業所が行う喀痰吸引等の医療的ケアのサービス提供は、医師の指示書により、介護事業者と医療関係者との連携の下で安全に実施されるべきものであるが、居宅介護事業所と訪問看護ステーションとの連携が不十分。

○対応の方向性

上記課題の解決のため、下記の方向性で対応策を検討すべきである。

- ・ 重症心身障がい児者の地域ケア会議に医療関係者が参画するなど、相談支援事業所等介護関係者との間で、在宅の医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の医療に関する情報の共有化を行う。

- ・ 登録喀痰吸引事業所と訪問看護ステーションが情報共有するなど連携体制を構築するため、まず基幹相談支援センターや自立支援協議会が核となるなど、その連携に向けた情報提供や助言等の支援を行う。

○現在の取組の整理と、目標達成に向けた具体的な推進方策について

大阪府においては、重症心身障がい児者地域生活支援センター事業における圏域会議に保健所が参画し、各市町村（地域自立支援協議会）と保健所との連携方策等について検討を行っている。また、一部の市町村においては、地域の自立支援協議会に医療的ケアが必要な重症心身障がい児者に関する専門部会を設置し、課題や対応策について検討を行っている。また、府保健所においては、平成23年度から小児在宅医療支援ネットワーク構築事業を実施し、地域関係機関との連携を図っている。

上記「対応の方向性」や、現在の取組の整理を踏まえ、今後の具体的な推進方策を検討するに当たっては、以下のような観点に留意する必要がある。

- ① 重症心身障がい児者地域生活支援センター事業の圏域会議における、各市町村（地域自立支援協議会）と保健所との連携方策等の検討については引続き実施するとともに、小児在宅医療ネットワーク構築事業における地域関係機関ネットワーク会議に市町村及び基幹相談支援センター（特定・障がい児相談支援事業所）が参画することにより、医療機関をはじめとする地域の関係機関との連携体制を構築すること。
また、これらの取組を足掛かりとして、最終的には、1（1）に記載の地域自立支援協議会を核とした地域ケアシステムの構築を図っていくことが求められる。
- ② 地域ケア会議において、基幹相談支援センター（特定・障がい児相談支援事業所）が中心となり、保健所・訪問看護ステーション・医師会などの医療関係者の参画による情報ツールの開発・活用の検討を行うことが必要である。
- ③ 医師の指示書による喀痰吸引等のサービス提供においては、安全な実施体制を確保するため、登録喀痰吸引等事業所が訪問看護ステーションや医師とともに、利用者の心身の状況に関する情報共有や医療関係者を含むケアカンファレンスの実施等を通じた連携体制を整備することとされている。このため、登録喀痰吸引事業所の実地指導を計画的に行うとともに、障がい福祉サービス事業所の集団指導や訪問看護ステーション協議会主催の研修会等を通じ、介護職員による喀痰吸引等の制度周知の強化を行うこと。
- ④ 訪問看護ステーションと居宅介護事業所との連携による同行訪問などを軸として、医療的ケアを看護師、身体介護をヘルパーが行うなど、訪問看護と居宅介護の一体的で効率的なサービス提供体制を構築する必要がある。また、高度専門医療機関等の退院前カンファレンスにサービス等利用計画の作成主体である基幹相談支援センター（特定・障がい児相談支援事業所）が参画できるよう、医療機関に働きかけていくことなどにより、基幹相談支援センター（特定・障がい児相談支援事業所）が作成するサービス等利用計画等が、障がい児者の家族のニーズを的確に踏まえたものとする必要がある。

(2) 在宅医療の充実

○現状と課題

専門医療機関（NICUを有する医療機関）における入院日数の短期化により低年齢の在宅高度医療児が増加しているという状況や長期入院からの退院児の80%近くが在宅へ移行しているという状況にも関わらず、在宅高度医療児に対応できる地域医療資源は不足しており、地域支援機関の連携体制が未整備となっている。（府保健所支援児実人数の増加については、3頁【表4】を参照。）

また、平成22～23年度府保健所管内医療機関調査（調査対象：1,658機関）結果によると、訪問診療を実施している小児患者診療機関は全体の11%、訪問診療未実施医療機関での今後の訪問診療受入は16%が可能としているが、訪問診療受入の可能条件として「専門病院との連携」「緊急時の受入体制確保」「複数の訪問診療医での診療体制の確保」「訪問看護体制確保」「レスパイト確保」「専門処置の研修」などがあげられている。

さらに、平成22年度訪問看護ステーション対象大阪府看護協会調査（調査対象：228事業所）結果によると、訪問看護ステーションの乳児受入事業所数が全体の14%（33か所）、幼児受入事業所数が18%（41か所）と乳幼児を受入できる事業所数が少ない状況である。

これらを踏まえた、在宅医療についての課題は次のとおりである。

- ・長期入院児者（高度医療児者）の地域移行に向けた支援体制及び地域移行後の高度医療児者に対する地域支援機関の連携体制が未整備である。
- ・高度医療児者に対応可能な地域在宅療養資源が不足している。（地域拠点医療機関（二次医療圏レベル）・在宅支援担当医（地域レベル））
- ・専門医療機関と地域医療機関・在宅支援担当医・訪問看護事業所との医療連携体制が構築されていない。

※在宅移行、在宅生活を支える関係機関は下図のとおり。

○対応の方向性

上記の課題の解決のため、下記の方向性で対応策を検討すべきである。

- ・専門医療機関における長期入院児者（高度医療児者）の地域移行に向けての支援体制の確立
- ・在宅医療支援にかかる地域関係機関の連携体制の確立
- ・地域における在宅医療的ケア提供機関の充実
- ・急性期・回復期・維持期（在宅医療）での切れ目のない医療サービスの提供のための関係機関の連携体制の構築

<在宅移行支援の8本柱（回復期⇒維持期）>

○在宅医療の支援のため、専門医療機関からの退院時に連携を要する機関

- 1) 保健所
- 2) 相談支援事業所
- 3) 訪問看護ステーション（訪問リハを含む）
- 4) 居宅介護事業所
- 5) 地域医療機関（一般診療・入院・訪問診療・往診）
- 6) 療育施設
（デイケア・ショートステイ）
- 7) 緊急時の入院受入れ先（専門医療機関）
- 8) 家族会（の情報提供）



<在宅生活支援の8本柱（維持期）>

○在宅生活を支える地域支援関係機関

- 1) 保健所、相談支援事業所
（相談支援・地域連携のコーディネート）
- 2) 訪問看護ステーション（訪問リハを含む）
- 3) 居宅介護事業所（医療的ケアを含む）
- 4) 地域医療機関（一般診療・入院・訪問診療・往診）
- 5) 通園・通所事業所（生活介護、就労支援）、保育所・幼稚園、（支援）学校等
- 6) 短期入所・短期入院（療育施設、病院）
- 7) 緊急時の受入れ先（専門医療機関）
- 8) ケアホーム（将来）

○現在行っている取組の整理と、目標達成に向けた具体的な推進方策について

現在行っている取組は、①高度専門医療機関（5病院※）内において、在宅医療促進専門コーディネーター・エンパワメント支援員の配置と役割の定着化、円滑な在宅移行・高度専門5病院の連携を図るための会議の継続的な開催、②地域在宅移行支援パスの開発と試行運用、③地域における在宅療養維持期の関係機関連携推進のツールとしての「小児在宅生活支援地域連携シート～府基本版」の作成、④専門医療機関や地域支援機関の連携体制構築のため、保健所のコーディネーターの下、連絡会・研修会・事例検討会の開催、⑤急性期・回復期・維持期をそれぞれ役割分担して受け持つ専門医療機関・地域拠点医療機関・在宅支援担当医・訪問看護事業所の確保を推進し、支援内容の充実を図るため、在宅支援担当医増加のための在宅医療研修や訪問看護事業所の小児参入増加と質の向上のための小児訪問看護技術に関する研修である。

（※）大阪府立母子保健総合医療センター・大阪市立総合医療センター・高槻病院・淀川キリスト病院・愛染橋病院

これらの取組に加えて、今後の大阪の小児在宅医療に関する連携のあり方について様々な立場の方の意見交換の場とすることを目的として、平成24年11月には、自発的な形で、大阪府立母子保健総合医療センターに事務局を置き、5病院・NMC S（新生児診療相互援助システム）参加病院・大阪府医師会・大阪府看護協会・大阪小児科医会・療育施設・行政が参画する「大阪小児在宅医療連携協議会」が立ち上がり、同年12月に協議会主催の「第3回大阪小児在宅医療を考える会」を開催することができた。

上記「対応の方向性」を踏まえた目標達成に向けた具体的推進方策としては、現在の取組を継続するとともに、以下の取組を実施すべきである。

- ①高度専門病院等の退院前カンファレンスに障がい児相談支援事業所もしくは特定相談支援事業所が参画していないので、参画を医療機関に働きかけ、退院前カンファレンスにおいて、関係機関による在宅医療ケア方針を決定する体制を確立すること。
- ②在宅療養維持期の関係機関連携のツールとして、小児在宅生活支援地域連携シート～府基本版～の活用を推進すること。
〔小児在宅生活支援地域連携シート～府基本版～（平成24年度末作成、平成25年度活用予定）の詳細は下記のとおり〕
- ③地域自立支援協議会が開催する地域ケア会議等に医療関係者が参画し、医療と福祉の連携を図り、地域の高度医療児在宅医療体制が機能している事例を参考にした重症心身障がい児者在宅医療体制を構築すること。

【小児在宅生活支援地域連携シート～府基本版～の内容】

1 (本シート作成の目的)

在宅高度医療児が、在宅移行後、児の成長とともに必要となる保健、医療、福祉、教育等の様々なサービスについて、サービスの内容、サービスが必要となる時期、サービスを提供する関係機関の役割を明確にするとともに、関係機関間でこれらの情報を共有しサービスを効率的に提供できるようにするため、府基本版として本シートを作成する。

2 (本シートの意義)

本シートは、関係機関のネットワーク構築のためのツールとして活用する。関係機関は、本シートを活用し、児や家族の現状、ライフステージに応じた課題について共通認識を持ち、相互の役割を理解し、児や家族にとってよりよい対応策を検討していく。

3 (本シートの内容)

- (1) 縦軸に関係機関、横軸に時期を記入し、時期ごとに関係機関がすべき役割や提供できるサービスを記載し、チェック式とする。
- (2) 短期版（退院前カンファレンス～退院1年後）及び長期版（退院～18歳ごろまで）の2種類のシート（別紙）からなる。（資料編：2 維持期連携シート（府基本版）参照）
- (3) 在宅高度医療児に係る関係機関の役割やサービス内容等の情報を共有するため、「関係機関情報資料」を参考資料として活用する。

4 (本シートの活用方策)

現在府保健所が地域のコーディネーター役となり、地域における在宅支援ネットワーク構築を推進しているが、平成25年度以降は、本シートを参考に、各保健所において必要に応じて個別の事例について地域の状況を踏まえた「小児在宅生活支援地域連携シート《個別事例版》」を作成していく。

(3) リハビリテーションの推進

○リハビリテーションとは

- ・ リハビリテーション（以下「リハ」）を広義における“地域リハ”的に捉え、それが意味するところの“(重症心身)障がい児者が地域でその人なりに豊かに生活するための医療・保健・福祉・教育・雇用・余暇活動等全ての連携的な営み“との観点から、『生活モデル』としての捉え方に移行しているが、重度心身障がい児者においては、生命・健康維持のための医療をベースとした、身体・認知面の訓練としての医学的リハの占める割合は大きく、現状は『医療モデル』としての捉えも必要と思われる。

○現状と課題

健康増進、予防、治療、リハビリテーションからなるプライマリヘルスケアシステムの一環として、地域リハビリテーションは行われるが、重症心身障がい児者の地域ケアシステムを構築する上でも、地域リハの考え方は重要である。しかし残念ながら、疾病の治療から施設内リハや地域リハへのつながりは、必ずしも円滑に行われていると言えないのが現状である。

【乳幼児期～学童期】

- ・ いかに障がいが高くとも、成長発達の上にあることを念頭に、いわゆるハビリテーションとしての関わりが重要であり、現疾患の一次障がいの軽減と、今後生じると予想される二次障がいの予防を念頭においたリハビリテーションを行っていく必要がある。
- ・ N I C U等医療機関におけるリハの質と量が担保される必要がある。(I B R型：施設内リハビリテーション)
- ・ N I C U等医療機関から退院する際の情報伝達システムを確立する必要がある。

病病連携、病診連携の強化、相談支援機関等の整備により地域医療機関や療育機関・学校や保健所・訪問看護ステーション等への情報提供

- ・ 情報提供を受けて、退院した後の身近な地域でのリハを提供する必要がある。

地域の療育施設や医療機関のリハスタッフの充実、療育専門医の確保・養成、訪問看護ステーション等のリハ専門職によるリハの提供 (アウトリーチ型：訪問リハ等)

家族はもちろん、介護等事業所、保育所、幼稚園ならびに学校等の地域ボランティアなどの非リハ専門職への技術移転 (C B R型：地域に根ざしたりハビリテーション)

【成年期】

- ・ 加齢や環境要因による身体機能への影響を考慮し、予防のみならず、すでに生じてしまった二次障がいへのアプローチや、健康維持・増進のためのリハビリテーションが重要となる。
- ・ 地域医療機関と訪問看護ステーションと居住系事業であるケアホームや日中活動系の生活介護等事業所等の福祉サービス機関、並びに短期入所事業所間のアウトリーチ型あるいはC B R型のリハアプローチの実践、充実を図る。

○対応の方向性

乳幼児期から成年期にわたるライフステージにおいて、そのステージごとに適切なリハビリテーションの継続的实施が必要となるが、『医療モデル』から『生活モデル』への移行にあわせ、リハアプローチも『医療モデル』であるI B R(施設に根ざしたりハビリテーション)から、同様に『医療モデル』といえるアウトリーチ活動を経て、今後『生活

モデル』である C B R (地域に根ざしたリハビリテーション)への移行が必要になると考えられる。

重症心身障がい児者における医学的リハビリテーションの占める割合は大きく、その推進の重要性は言うまでもないが、出生後の N I C U 等医療機関での個別的高度専門的医療を起点として、退院後につながる地域医療機関や訪問看護ステーション、及びリハ訓練を提供する福祉サービス機関間でのリハ専門技術の共有や伝達が確実に行われていくこと、それぞれのライフステージで適切に医療・保健・福祉・教育・雇用機関等から構成されるチームアプローチによる切れ目の無いリハが、単に『医療モデル』としてではなく、『生活モデル』の視点からさらに推進されることが求められる。

○現在行っている取組と今後の推進方策について

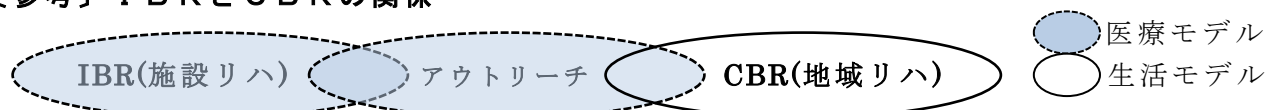
府保健所においては、児童福祉法第 19 条に基づき、以下の事業を実施している。

- ・小児神経科、小児整形外科医師等による療育相談
- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問相談事業

また、大阪府障がい者自立相談支援センターにおいては、平成 6 年 4 月から「大阪身体障がい者地域リハビリテーション協議会」を設置し、身近な地域で早期にリハビリテーションを受けることができるよう、保健、福祉、労働などリハビリテーションに携わる関係機関で情報交換や研修などを実施している。

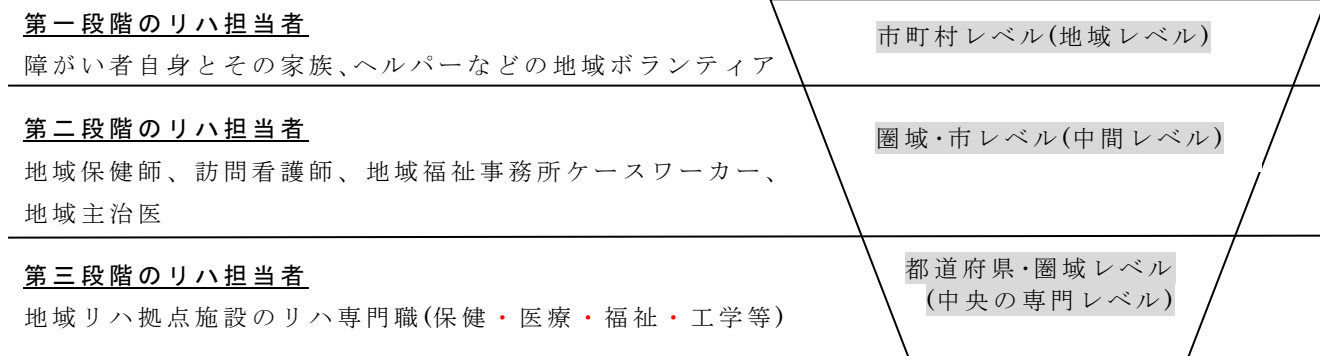
上記「対応の方向性」や、現在の取組の整理を踏まえ、今後の具体的な推進方策を検討するに当たっては、『相談—医療—リハ訓練—相談』の循環の中で、今後推移していくであろうと思われる『生活モデル』の視点から、重症心身障がいのある一人ひとりのニーズに即した療育・自立支援に係る関係機関の地域支援ネットワークづくりに身近な市町村の積極的な参画が望まれるとともに、担い手(リハ担当者)の育成・確保を図ることが求められる。

【参考】 I B R と C B R の関係



- ※「IBR: Institution Based Rehabilitation」とは「施設内リハビリテーション」
- ※「CBR:Community Based Rehabilitation」とは「地域資源を用いて、地域レベルで行うリハビリテーション活動で、障がい者とその家族を含む、地域全体が参加して行われる方法である」(WHO,1978)
- ※「地域リハビリテーション」とは、「地域、在宅で生活している障がい者を対象に、その生活の場を中心に展開されるリハビリテーション」：日本型地域リハといえる

【参考】 C B R におけるリハ担当者の階層別分類



3 障がい福祉サービス等の充実強化

＜ライフステージに応じた地域生活を支えるサービスの充実と計画的な基盤整備＞

□ライフステージに応じた医療的ケアに対応できる事業所の充実

- ・医療型短期入所事業所の運営費の一部を助成することなどにより、医療型短期入所事業の実施を促進する。
- ・人員基準を上回って看護職員等を配置できる仕組みについての国への提言や、医療機関と障がい福祉サービス事業所の連携のあり方検討等により、医療的ケアに対応できる障がい福祉サービス事業所の充実を図る。
- ・障がい福祉サービス事業所の充実策の一つとして、多機能を有した地域における支援拠点（以下「多機能支援拠点」という）のあり方について検討する。

＜良質な看護・介護を支える人材の確保＞

□看護・介護人材の確保・定着支援・資質向上

- ・医療的ケアに対応できる介護職員を養成する。
- ・医療的ケアが必要な乳幼児に対応できる訪問看護師を養成する。

（１）ライフステージに応じた地域生活を支えるサービスの充実と計画的な基盤整備

○現状と課題

大阪府における在宅の医療的ケアを要する重症心身障がい児者数は、平成 24 年 7 月 1 日現在で 3,658 人と見込まれる（【P5表7】参照）。このうち、人工呼吸器等の使用の必要性から、医療型短期入所事業を必要とする数は全体の 14.3% 程度と見込まれ、523 人程度と推測される（【P5表8】参照）。

仮にこれらの重症心身障がい児者が、一月に 3 日間のサービスを利用とした場合、一月あたりに必要なサービス量は 1,569 人日／月のサービス量を確保することが必要となる。

このような状況の中、医療型短期入所事業の実施については、医療型障がい児入所施設（旧重症心身障がい児施設）である 5 か所のみであり、病院等医療機関での取組がなされていない状況である。

＜医療型短期入所事業を実施する医療型障がい児入所施設＞

地域	施設名	床数
北河内地域	枚方療育園	30 床
南河内地域	すくよか	5 床
	和らぎ苑	10 床
大阪市地域	フェニックス	20 床
堺市地域	堺市立重症心身障害者（児）支援センター	10 床

上記の医療型短期入所事業では、最大で 2,250 人日／月のサービス提供が可能であるが、稼働率を考慮すると相当数の不足が生じる状況であると考えられる。このため、医療型短期入所事業所の不足の解消が喫緊の課題である。

一方、障がい者のライフステージに応じた医療的ケアに適切に対応するため、高齢化も踏まえた医療的ケアに対応できるケアホームや、生活介護事業所等の障がい福祉サービス事業所の充実も必要である。

平成24年7月1日現在で、40歳以上の重症心身障がい者の数は2,120人(P2【表2】参照)であり、そのうち医療的ケアを要する者の数は1,070人程度と推測され、こうした方々の医療的ケアに対応できるケアホームなどの障がい福祉サービス事業所の早急な対応が求められる。

○対応の方向性

上記課題を解決するため、下記の方向性で対応策を検討すべきである。

- ・ ライフステージに応じた地域生活を支えるため、医療型短期入所事業所等の不足の解消や、高齢化も踏まえた医療的ケアに対応できるケアホームや生活介護事業所等の障がい福祉サービス事業所の充実に資する施策を検討する。

○目標達成に向けた具体的な推進方策について

医療型短期入所事業の不足を計画的に解消すべく、整備目標を明らかにしたうえで取組を進めていく必要がある。また、その際には医療機関の事業参加が容易となるよう、医療型短期入所事業の運営費の一部を助成する等の環境整備についても検討すべきである。

また、医療的ケアに対応できるケアホームや生活介護事業所等の障がい福祉サービス事業所の充実に向けて、医療的ケアを必要とする障がい者のニーズに応じた適切なサービスが提供できるよう、事業所への看護職員配置の手法などの検証を行うとともに、人員基準を上回って看護職員等を配置できる仕組みについて、国に提言すべきである。さらに、これらの事業所に対する医療機関による効果的なバックアップのあり方についても検討するなど、医療機関との連携を強化すべきである。

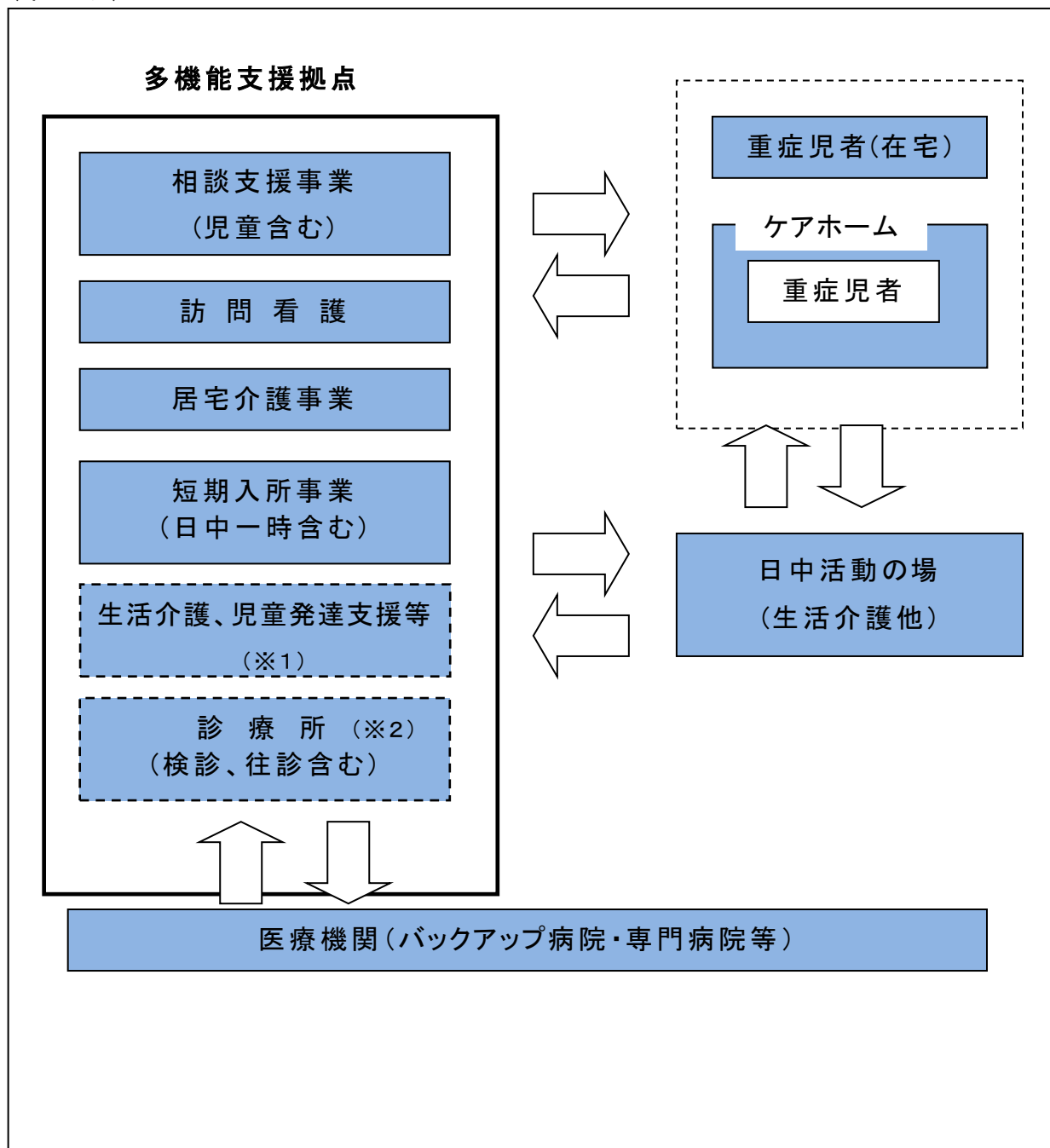
さらに、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者について、その生活支援といった視点も含めたニーズにきめ細やかに応えていくには、より身近な範囲において様々な機関の緊密な連携の下に支援を行うことが求められる。そこで、相談支援事業を中心として短期入所事業や訪問看護、居宅介護事業、並びに診療所等を組み合わせた多機能支援拠点について、そのあり方を検討すべきである。例えば、児童から成人に向けた成長軸に応じた対応が求められることを考えれば、児童発達支援等の事業や生活介護等の事業を併せて実施することも有効であると思われる。障がい児者の日頃の健康状態の把握や不安を抱える家族等との信頼関係の構築と共に、短期入所等の利用に際しての利用者の精神的負担への配慮のためにも、相談支援並びに診療所等をはじめとする各機能が一体となってその役割を果たしていくことで、安全と支援の質の向上に繋げることができる。また、このことは、ケアホーム等の暮らしの場との連携を図っていく上でも重要な役割を果たすことが期待できる。

なお、上記のいずれの推進方策を進めるに当たっても、医療的ケアが必要な障がい児者とその力を最大限に活用しつつ地域の中で暮らしていく上で、生命と健康を守るための医療のサポートが切れ目なく提供されることが不可欠であり、こうしたサポートを担う医療機関による上記の推進方策に対する理解の促進や事業参加に向けた環境整備が重要である。

※障害者総合支援法により、平成26年4月1日から共同生活を行う住居でのケアが柔軟にできるよう、ケアホームはグループホームに一元化されます。

《参考》地域ケアシステムにおける障がい福祉サービスの充実強化に向けた多機能支援拠点のイメージ

(イメージ)



(※1) 生活介護、児童発達支援等の併設型(オプション)

(※2) 診療所を設置しない場合は、外部の診療所との連携が必要。

(2) 良質な看護・介護を支える人材の確保

○現状と課題

医療的ケアが必要な重症心身障がい児者に対する支援については、専門的な知識及び介護技術が必要であるが、障がい福祉サービス事業所等において、そのようなスキルを持った人材は不足しているとともに、医療的ケアに対応できる介護職員が不足している状況にある。

また、乳幼児に対応できる訪問看護ステーションの訪問看護師も不足している。良質な看護・介護を支える人材の確保についての課題は次のとおりである。

- ・ 医療的ケアに対応できる介護職員の養成。
- ・ 医療的ケアが必要な乳幼児に対応できる訪問看護師の養成

○対応の方向性

在宅の医療的ケアが必要な重症心身障がい児者への必要なサービスを行うための人材を十分に確保するため、下記の方向性で対応策を検討すべきである。

- ・ 重症心身障がい児者の地域ケアシステム整備事業により、障がい福祉サービス事業所介護職員に医療的ケアが必要な重症心身障がい児者に対する身体介護技術研修を実施し、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者への身体介護ができる介護職員等を養成する。
- ・ 訪問看護ステーションに対する小児訪問看護に対応する技術の実践研修を実施し、乳幼児に対応できる訪問看護師を養成する。
- ・ 地域生活を支援する障がい福祉サービス事業所等を増やすため、サービス管理責任者等を養成する。
- ・ 喀痰吸引等登録研修機関における障がい福祉サービス事業所等への介護職員等に対する研修事業を推進し、喀痰吸引等の医療的ケアができる認定特定行為業務従事者を養成する。

○目標達成に向けた具体的な推進方策について

現在、大阪府において取り組んでいる研修事業等は次のとおりである。

①重症心身障がい児者の地域ケアシステム整備事業(平成24年度～)

重症心身障がい児者地域生活支援センター(※)において、障がい福祉サービス事業所等介護職員への医療的ケアが必要な在宅重症心身障がい児者に対する身体介護技術研修を実施している。(平成24年度介護技術研修修了者見込み数740名)

- (※) 豊能圏域：社会福祉法人 豊中愛和会ローズコミュニティー・緑地
三島圏域：社会医療法人 愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院
北河内圏域：社会福祉法人 枚方療育園枚方総合発達医療センター
中河内圏域：社会福祉法人 東大阪市社会福祉事業団東大阪市療育センター
南河内圏域：社会福祉法人 四天王寺福祉事業団四天王寺和らぎ苑
泉州圏域：社会福祉法人 弥栄福祉会くまとり弥栄園

②訪問看護ステーションにおける小児看護推進事業(平成23年度～)

訪問看護ステーション事業所従事職員への専門医療機関と連携した小児訪問介護技術研修を実施している。(平成23年度研修修了者134名)

③サービス管理責任者研修事業(平成18年度～)

平成18年度から平成23年度まで、指定障がい福祉サービス事業所に配置されるサービス管理責任者の養成研修を実施してきたが、平成24年度からは研修受講機会及び養成人員のさらなる拡大のため、民間の研修機関を指定し、

その研修機関においてサービス管理責任者等の養成研修を実施する。(平成18～23年度研修修了者 延べ4,762名、平成24～26年度養成研修受講予定者数1,890名)

④喀痰吸引等の医療的ケアができる介護職員養成研修の実施

平成23年度は制度開始前の人材確保のため、大阪府看護協会に研修事業を委託し、養成研修を実施したが、平成24年度からは、民間の登録研修機関において喀痰吸引等認定特定行為業務従事者養成研修を実施している。(平成23年度研修修了者349名、第4次大阪府障がい者福祉計画による平成24年度～平成26年度養成人数の目標は3,000名)

上記「対応の方向性」や、現在の取組を踏まえ、重症心身障がい児者への必要なサービスを行うための人材を引続き十分に確保するための今後の具体的な推進方策を検討するに当たっては、以下のような観点に留意する必要がある。

- ・ 府委託事業により、平成25年度は重症心身障がい児者地域生活支援センターにおいて、ヘルパー等介護職員に対するスキルアップ研修を実施し、地域におけるサービス基盤・支援力の強化を図ること。
さらに、平成26年度以降は、スキルアップ研修受講者が勤務する事業所等において伝達研修を実施するなど受け皿の確保のための仕組みづくりを検討すべきである。
- ・ 訪問看護ステーションと専門病院との合同研修・スキルアップ研修・コンサルテーション研修・小児訪問看護推進検討会の開催などにより、引続き訪問看護師の小児訪問看護実践技術の向上を図るべきである。
- ・ 民間の養成機関を指定し、必要な知識・技能を有する障がい福祉サービスのサービス管理責任者の養成研修を引続き実施すべきである。
- ・ 介護職員等に対する喀痰吸引等に係る制度を適切に運用し、引続き登録研修機関における喀痰吸引等の医療的ケアができる介護職員を養成するための研修事業を推進し、医療的ケアに従事する人材の養成を図るべきである。

4 医療型障がい児入所施設（旧重症心身障がい児施設）等のあり方検討

＜医療型障がい児入所施設（旧重症心身障がい児施設）等のあり方検討＞

□入所施設のあり方検討

- ・公正、公平で、客観性のある入所調整機能及び緊急対応が必要な場合の入所措置のルール化を図る。
- ・在宅生活を支援できる入所施設機能の充実や、利用者へのケアマネジメントを通じた地域生活への移行が円滑に行われるための支援について検討する。
- ・基幹相談支援センター等の整備状況を踏まえ、在宅の重症心身障がい児者に対する訪問支援について検討する。
- ・施設からの移行状況を鑑みながら、濃厚な医療的ケアを必要とする重症心身障がい児者の生活実態を踏まえた基盤整備について検討する。

医療型障がい児入所施設（旧重症心身障がい児施設）等のあり方検討

○現状と課題

府が所管する医療型障がい児入所施設（旧重症心身障がい児施設）3施設に入所する18歳以上の障がい者は、567名となっており、定員の約9割を占め、年齢別に見ても50歳以上が35%、40～49歳が35%となっている。（平成22年実態調査）

医療型障がい児入所施設（旧重症心身障がい児施設）は児童福祉法に基づく医療型障がい児入所施設及び障害者自立支援法に基づく療養介護事業所であるが、施設利用者の高齢化が進む中、重症心身障がい児者の施設入所がますます困難となっている。

また、重症心身障がい児者の施設入所に関する相談はこれまで子ども家庭センターが窓口になっていたが、平成24年4月の障害者自立支援法改正に伴い18歳以上の重症心身障がい者の施設入所に関する相談については居住している市町村が窓口となった。しかしながら、施設入所を希望している在宅重症心身障がい者に関する情報や、入所調整の仕組み、施設の持つ在宅生活に必要な支援のノウハウが十分に地域の支援機関に蓄積されていない状況にある。

さらに、施設利用者の高齢化は保護者の高齢化と連動しており、自己判断や自己決定ができない重症心身障がい者の人権、生存権や生活権にも深く影響している。生存権に関しては、医療行為の選択ができない重症心身障がい者の医療同意を誰に行うのかなど、医療における生命倫理が問われている。

一方、生活権に関しては平成24年10月に、①障がい者への虐待禁止、②障がい者虐待の防止、③養護者に対する支援を具体的施策として促進することを目的とした障害者虐待防止法の施行があり、重症心身障がい者に給付されている障害基礎年金や財産などを両親や兄弟が不当に処分することが「経済的虐待」として定義され、「親亡き後の我が子の生活」や成年後見制度など、重症心身障がい者が家庭や施設で安心して生活できるセーフティネットづくりが新たな課題となっている。

医療型障がい児入所施設、療養介護事業所には入口と出口それぞれに以下の課題が存在している。

- ・施設入所調整（広域調整）
- ・施設機能のあり方（児童福祉施設から児童福祉施設＋療養介護事業所への移行、在宅重症心身障がい児者への支援、ショートステイ、外来診療など）

- ・個別支援計画に基づく利用者のケアマネジメント（地域生活移行の推進）
- ・施設、病院、基幹相談支援センターの連携による基盤整備

○対応の方向性

医療型障がい児入所施設、療養介護事業所（旧重症心身障がい児施設）を拠点として、入所支援のみならず、入所者の高齢化への対応、地域生活への移行に関する支援、退所後の地域生活支援など、ライフステージにおける一貫した重症心身障がい児者支援体制の構築を目指す。

○現在行っている取組の整理と、目標達成に向けた具体的な推進方策について

- ・施設入所調整（広域調整）

施設入所相談の窓口は、18歳未満は子ども家庭センター、18歳以上は居住している市町村が担当し、施設は多くの行政機関から入所相談を受けることとなる。増え続けていく施設入所待機者について、子ども家庭センター及び市町村の間で公平かつ客観的に入所調整していくためには、施設入所相談を受付けた各行政機関が入所を希望する背景、本人と家族の状況を把握すること、施設入所の緊急度評価が重要である。その際、各行政機関が共通した緊急度評価が行えるよう大阪府独自の客観的な物差しを作成すべきである。

また、虐待などの理由から緊急的な施設入所は、大阪府内5か所の施設（旧重症心身障害児施設）は常に満床で即時の対応ができないことから、各圏域ごとに重症心身障がい児者の一時的な受入先の確保も重要である。

- ・施設機能のあり方

施設は、在宅生活している重症心身障がい児者への支援として、①医療支援（外来診療、リハビリテーションなど）、②生活支援（ショートステイ）、③社会参加支援（生活介護、デイサービス）に取組んできた。

今後は、④介護支援（施設で積み上げてきた介護技術等の伝達）、⑤地域移行支援（自立支援協議会への参加、安全で安心な在宅生活を送れるためのケアマネジメント、ネットワークづくり）、⑥人権支援（障がい者、保護者の高齢化による様々な課題対応、親亡き後の生活など）の施設と行政が連携して取組む具体的な支援について検討を行うべきである。

- ・個別支援計画に基づく利用者のケアマネジメント（地域生活移行の推進）

施設から地域生活への移行は、地域ケアシステムの整備や相談支援機関の機能充実の取組の進捗と合わせ、施設の地域化（地域に開かれた施設運営、施設を拠点とした市民交流など）と、障がい者が安心して生活できる地域の環境整備の二つの側面がある。後者については、Ⅲ 2(2)に記載の地域の実情に合わせたモデル事例を参考にし、大阪府内のあらゆる地域で重症心身障がい児者が安心して生活できるよう各地域の特性を生かした仕組み（P 12～13「目指すべき地域ケアシステムのイメージ案」）について各圏域ごとで具体的な検討を行うべきである。

- ・施設、病院、基幹相談支援センターの連携による基盤整備

基幹相談支援センターは、障がい者やその家族からの総合的な相談のほか、障がいの種別や各種ニーズに対応できる専門的な相談支援、地域の専門機関に円滑につながるような地域ネットワークの構築を図るなど、地域の中核的な総合

相談支援機関の役割を担うことが期待されている。こうした基幹相談支援センター等の整備状況を鑑みながら、在宅の重症心身障がい児者に対する支援のあり方について検討を行うべきである。

また、必要に応じて、施設から地域生活の移行状況を鑑みながら、濃厚な医療的ケアを必要とする重症心身障がい児者の生活実態を踏まえた基盤整備について検討を行うべきである。

V 地域ケアシステムの構築に向けて

医療的ケアが必要な重症心身障がい児者が地域で安心して暮らすことができるよう、乳幼児期から成人・高齢期にいたるまで、ライフステージに応じた切れ目のない支援の実現を目指すために、前章において、地域ケアシステムの構築に向けた4つの検討課題別に推進方策を述べてきた。これらの施策提言がより実効性のあるものとなるよう、それぞれの地域の実情に合わせた取組を進めていくことが重要であり、重症心身障がい児者の地域ケアシステム整備の推進に係る工程表を以下のとおり示すこととする。

地域ケアシステムを構築するためには、身近な地域におけるサービス基盤の整備が必要不可欠であり、市町村が中心となって、医療的ケアに対応できる事業所の整備を図るとともに、地区医師会等に地域ケア会議の参画について働きかけを行い、医療と介護等関係機関の連携支援体制の仕組みづくりに取組んでいく必要がある。

併せて、府においては、広域的・専門的支援の観点から、①人材育成、②専門相談支援、③基盤整備促進に係る先導的モデル事業、④高度専門医療機関と地域医療機関との在宅医療連携体制の構築等に積極的に取組んでいくべきであり、市町村と府の重層的な支援体制の構築を図っていくことが重要である。

現在の障がい児者への支援は、「どんな障がいであろうとも地域の中で普通に暮らす」というノーマライゼーションの理念を具現化する取組が主流となっており、「施設福祉」から「地域福祉」に、「個人給付型福祉施策」から「自立支援型福祉施策」にシフトしてきている。このように社会情勢が変化する中、障がい児者が地域で安心して暮らせる社会を実現するためには、従来の支援施策のあり方を見直し、地域生活を支えるための施策の充実を図っていくことが必要である。重症心身障がい児者の地域ケアシステムの構築に向けた推進方策の実現化を図るためには、個人を対象とする一律の現金給付の見直しなども含め従前の重症心身障がい児者施策を、地域生活を支えるための施策へ重点化することなどについても検討すべきである。

<参考>

重症心身障がい児者の地域ケアシステム整備の推進に係る工程表

検討課題	短期目標	中長期目標
①ライフステージに応じた一貫した相談支援体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基幹相談支援センターの設置促進【平成25～26年度】 ・ 相談支援専門員養成研修の実施（指定研修機関実施）【平成25年度～】 ・ 相談支援専門員に対する医療的ケア専門研修の実施【平成25年度～】 ・ 地域自立支援協議会における地域ケア会議の設置促進【平成25年度～】 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基幹相談支援センターの充実 ・ 各市町村に重症心身障がいの特性に応じた相談支援や児者一貫した相談支援体制を整備 ・ 全地域自立支援協議会において、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の対応を考える地域ケア会議を設置
②医療と介護の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医療機関の退院前カンファレンスに基幹相談支援センター（特定・障がい児 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基幹相談支援センターが地域ケア会議の中心となり、保健所・訪問看護ス

	<p>相談支援事業所）が参画 【平成25年度～】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所が実施する小児在宅医療児の地域支援機関ネットワークに基幹相談支援センター（特定・障がい児相談支援事業所）が参画 【平成25年度～】 	<p>テーション・医師会などの医療関係者の参画による困難事例への対応等地域支援体制を整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護と訪問看護のサービスが一体的に提供できる体制を整備
③障がい福祉サービス等の充実強化	<ul style="list-style-type: none"> ・医療型短期入所の整備促進 ・医療的ケア対応ケアホームの整備促進 ・多機能支援拠点のあり方の検討 ・たん吸引等の医療的ケアに係る介護職員の人材養成（登録研修機関実施） 【平成24年度～】 ・身体介護技術スキルアップ研修の実施 【平成24～25年度】 ・訪問看護ステーションにおける小児看護推進事業の実施（健康医療部） 【平成24～25年度】 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア対応障がい福祉サービス事業所（居宅介護・福祉型短期入所・生活介護・ケアホーム）の充実 ・小児訪問看護事業所の確保
④医療型障がい児入所施設等のあり方検討	<ul style="list-style-type: none"> ・医療型障がい児入所施設等のあり方検討 【平成25年度～】 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療型障がい児入所施設等の広域的支援の拠点機能の構築（療育支援・地域生活支援） ・地域移行の推進

《おわりに》

本検討部会においては、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の地域生活支援のあり方について検討を重ねてきた。これらの障がい児者にとっては、医療環境と在宅福祉サービスの充実を図っていくことが喫緊の課題であり、そのための人材の確保とサービス基盤の整備及び連携体制の整備について、府及び市町村がそれぞれの責務を認識したうえで、共に積極的に取組まなければならない。

高度で専門的な支援が必要でかつ個別性の高い医療的ケアの必要な障がい児者に対する支援システムを構築することは、今後、あらゆる障がい児者が地域で安心して暮らせる真の共生社会・インクルーシブな社会の実現に繋がるものであり、地域の実情に合わせた地域ケアシステムの整備が推進されることを切に望む。