

川崎市地域リハビリテーションセンター在宅支援室 業務ガイドライン

令和3年1月

川崎市健康福祉局障害保健福祉部

目次

はじめに

1	ガイドラインの概要	5
(1)	川崎市における地域リハビリテーション推進体制整備の経過	5
(2)	作成目的	7
(3)	位置づけ	9
2	川崎市の地域リハビリテーション	11
(1)	川崎市におけるリハビリテーション	11
(2)	川崎市の地域リハビリテーションの基本理念	12
(3)	川崎市総合リハビリテーションセンター	21
3	在宅支援室	31
(1)	概要	31
(2)	役割	32
(3)	業務	35
(4)	留意点	36
(5)	地域支援室と在宅支援室の役割分担	38
(6)	総合相談	42
(7)	在宅リハビリテーションサービスのプロセス	43
(8)	個人情報の取り扱い	51
4	機関連携、地域支援	53
(1)	センター内連携の考え方	53
(2)	区役所との連携	54
(3)	各分野の支援体制・連携	56

【別紙】	対応事例
	各種標準様式
	報告様式

はじめに

川崎市では昭和 46 年に心身障害センター及び社会復帰医療センターを開設し、障害児者のリハビリテーションを先駆的に展開してきました。その後、障害児者を取り巻く社会状況の変化に対応し、平成 8 年に「身体障害者療護施設れいぼう川崎在宅支援室」を設置し、平成 12 年には「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想」をとりまとめ、地域リハビリテーションシステムの整備に取り組んできました。これは川崎市を複数の圏域に分割し、圏域毎に 1 か所の地域リハビリテーションセンター（以下「地域リハ C」といいます。）を設置し、狭義の医学的リハビリテーションに限らず、あらゆる障害を対象とした地域リハビリテーションを行うシステムです。平成 27 年にはすべての地域住民を対象とした「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定し、この地域リハビリテーションシステムを地域包括ケアシステムの中に組み込み、全世代・全対象型のリハビリテーション推進体制を整備することとしました。

各地域リハ C には指定管理者制度による民間事業者が運営する在宅支援室を設置しています。令和 3 年の南部リハビリテーションセンター開設に伴い、市内 3 か所において在宅支援室が運営されることとなりますが、すべての地域住民に対して適切な支援を提供するためには、各在宅支援室の業務の標準化を図る必要があります。

本ガイドラインは、在宅支援室が提供すべき支援の内容を示し、支援の一定の質を確保するための共通の枠組みを設定することにより、全世代・全対象型のリハビリテーション推進体制の推進に資することを目的として作成しました。本ガイドラインを活用し、支援を必要としているすべての市民に質の高い支援が提供されることが望まれます。

なお、在宅支援室には複数の専門職が配置されていますが、それぞれの専門性は多様であること、適切な支援のためにはソーシャルワーカーによる在宅リハビリテーションサービスのマネジメントが重要であることを考慮し、本ガイドラインでは特にソーシャルワーカー（以下「SW」といいます。）の視点に重点を置いて記載しています。

1 ガイドラインの概要

(1) 川崎市における地域リハビリテーション推進体制整備の経過

川崎市では昭和 46 年に身体障害者・知的障害者を対象とした総合的な相談・リハビリテーションサービス機関である「川崎市心身障害センター」と、精神障害者のためのリハビリテーション施設である「社会復帰医療センター」を設置しました。身体障害者の地域支援は、身体障害者更生相談所においてリハビリテーション科医師等の専門職による取組が行われていましたが、平成 8 年に重度身体障害者の療護施設として「れいんぼう川崎」を開設し、ここに在宅支援室を併設し、在宅リハビリテーションサービスを市単独事業として開始しました。

これらの取組を受けて、平成 12 年に地域のリハビリテーション拠点のあり方に関する報告書である「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想についてーリハビリテーションシステム基本構想(案)検討報告書ー」をとりまとめました。これは、「地域性」「総合性」「専門性」の理念を掲げ、障害者の地域生活を支え、ノーマライゼーションを実現するために、従来の 1 か所集中的なリハビリテーション機関によるサービス提供から、必要なリハビリテーションサービスを身近な生活の場で提供することを目指し、市内 4 か所に「地域リハビリテーション」拠点を整備する内容です。

その後、「かわさきノーマライゼーションプラン」や「川崎市リハビリテーション福祉・医療センター再編整備基本計画」等にて検討を重ね、平成 20 年には川崎市内初の地域リハ C である「北部リハビリテーションセンター」を開設しました。北部リハビリテーションセンターでは、行政部門(障害者更生相談所分室・精神保健福祉センター分室)と在宅支援室にて構成される「障害者センター」を設置し、障害種別を問わず、あらゆる相談を受け、さらには関係機関とのネットワークを構築しながら、地域に根ざした専門的な支援を展開してきました。その中で、高次脳機能障害等従来は制度の狭間に埋もれがちだった方々への支援実績も積み重ねてきました。

その後も継続的に地域リハビリテーションシステムの検討を行い、平成 24 年に「川崎市地域リハビリテーションセンター整備基本計画」を策定し、川崎市全域を南部(川崎区、幸区)、中部(中原区、高津区、宮前区)、北部(多摩区、麻生区)の 3 圏域に分けること、各圏域に 1 か所の地域リハ C を整備すること、南部には全市の統括機能を置くこととしました。

平成 27 年にはすべての地域住民を対象とした「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定し、地域リハビリテーションシステムを地域包括ケアシステムの中に組み込み、全世代・全対象型の地域リハビリテーション推進体制を整

備することとしました。さらに、平成 28 年に中部地区を担当する「中部リハビリテーションセンター」を開設しました。あわせて「川崎市地域リハビリテーションセンターガイドライン」を作成し、こどもから高齢者まであらゆるライフステージに対応し、年齢や状態変化等に応じたリハビリテーションを適時適切に提供することを明確にするため、理念に「連続性」を加えました。

令和 3 年には南部地区を担当する「南部リハビリテーションセンター」、全市の地域リハ C を統括する「総合リハビリテーション推進センター（以下「推進 C」といいます。）」及び全市対象の研修実施機関である「総合研修センター」を開設します。あわせて、地域リハ C の組織改編を行い、3 か所の各地域リハ C、推進 C 及び総合研修センターを総称して「川崎市総合リハビリテーションセンター」となります。

昭和 46 年	心身障害センター開設（リハビリテーション福祉センター） 社会復帰医療センター開設（リハビリテーション医療センター）
昭和 55 年	在宅重度障害者に関する調査報告書
平成 5 年	川崎市精神障害者ニーズ調査報告書
平成 8 年	身体障害者療護施設いんぼう川崎在宅支援室設置
平成 12 年	「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想についてーリハビリテーションシステム基本構想（案）検討報告書ー」
平成 20 年	「川崎市リハビリテーション福祉・医療センター再編整備基本計画」 北部リハビリテーションセンター開設
平成 24 年	「川崎市地域リハビリテーションセンター整備基本計画」
平成 26 年	「川崎市福祉センター跡地活用施設整備基本計画」
平成 28 年	「川崎市福祉センター跡地活用施設整備基本計画改定版」 中部リハビリテーションセンター開設 障害者更生相談所南部地域支援室設置 「川崎市地域リハビリテーションセンターガイドライン」作成
令和 3 年 （予定）	総合リハビリテーション推進センター開設 南部リハビリテーションセンター開設 障害者センター（行政部門）を「地域支援室」へ改称（※）

※本ガイドラインでは行政部門の「障害者センター」を「地域支援室」へ統一して記載します。一部「障害者センター」と記載されている箇所がありますが、令和 3 年度以降は「地域支援室」へ読み替えて下さい。

（２）作成目的

①現状と課題

障害者数は増加を続けており、数量的ニーズが拡大する一方、障害当事者の高齢化やその家族の高齢化、複合的な生活課題を抱えている世帯（例：高齢の親と働いていない独身の 50 代の子が同居している世帯等）への支援、医療的ケア児への支援、障害者虐待対応、ひきこもり支援や自殺対策・依存症対策の充実等、質的ニーズは複雑化・多様化しています。こうしたニーズに対応するため、包括的な相談支援体制の構築や分野毎の支援機関の連携体制の強化、分野別課題や複合的な課題に対する総合的な取組を推進する必要があります。

令和 3 年の南部リハビリテーションセンター及び推進 C の開設により、平成 12 年の「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想についてーリハビリテーションシステム基本構想（案）検討報告書ー」から約 20 年の歳月をかけて取り組んできた地域リハビリテーション推進体制の整備が一定の区切りを迎えることとなります。

これまではハード面としての拠点整備に取り組んできましたが、今後は 3 地域リハ C 及び推進 C を中核として、上記のニーズに対応するための全世代・全対象型地域リハビリテーションを展開することが求められており、そのための各地域リハ C の質の確保や専門性の向上が必要な状況となっています。

在宅支援室は指定管理者制度により民間事業者が運営しており、令和 3 年度以降は 3 か所の地域リハ C で在宅支援室の運営がされることとなります。運営する民間事業者の特徴やこれまでの取組・成果はそれぞれ異なりますが、地域によって市民サービスの質に差異が生じないように、一定の質を確保するために、各在宅支援室が行う業務の標準化を図る必要があります。

②目的

上記を踏まえ、本ガイドラインは、川崎市が目指す地域リハビリテーションの基本理念を共有すること、在宅支援室が提供すべき支援の内容を示し、支援の一定の質を確保するための共通の枠組みを設定すること、これらをもって全世代・全対象型地域リハビリテーション推進体制の構築に資することを目的として作成したものです。

【現状と課題】

○令和３年からの３か所の地域リハビリテーションセンター体制移行に伴い、各在宅支援室業務の標準化を図り、質の高い支援を行うことのできる体制整備を行う必要がある



【本ガイドラインの目的】

○川崎市が目指す地域リハビリテーションの基本理念を共有すること
○在宅支援室が提供すべき支援の内容を示し、支援の一定の質を確保するための共通の枠組みを設定すること
○全世代・全対象型地域リハビリテーション推進体制の構築に資すること

(3) 位置づけ

前述のとおり、川崎市の地域リハビリテーション推進体制は、「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想についてーリハビリテーションシステム基本構想（案）検討報告書ー」にて提案された「地域性」「総合性」「専門性」の理念（後に「連続性」を追加）のもとで、3か所の地域リハ C 及び推進 C の整備を進めてきました。

地域リハ C 及び推進 C は「川崎市心身障害者総合リハビリテーションセンター条例」に基づいて設置し、在宅支援室の具体的な事業運営は「指定管理仕様書」に基づいて行うこととなります。

本ガイドラインは「指定管理仕様書」に基づいて実施する業務を具体化して作成したものです。各在宅支援室は、本ガイドラインを踏まえて業務を実施してください。

なお、令和3年度以降、本ガイドラインの所管は推進 C となります。今後、必要に応じて内容の見直しを行っていきます。

【川崎市の地域リハビリテーションの理念】
「地域性・総合性・専門性・連続性」の理念に基づく地域リハビリテーションの展開

川崎市心身障害者総合リハビリテーションセンター条例
／施行規則

市内3圏域の地域リハビリテーションセンター及び
全市を統括する総合リハビリテーション推進センターの設置

各在宅支援室指定管理仕様書

北部リハビリ
テーションセンター

南部リハビリ
テーションセンター

ガイドライン

中部リハビリ
テーションセンター

2 川崎市の地域リハビリテーション

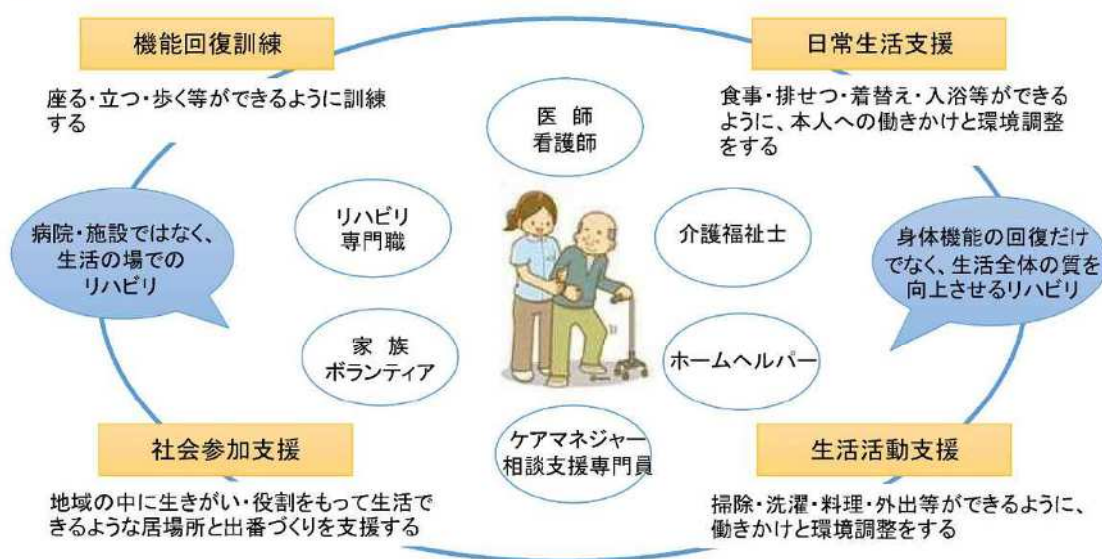
(1) 川崎市におけるリハビリテーション

リハビリテーションは「全人間的復権」と捉える必要があり、心身に障害のある方が心身の機能だけでなく、家庭や社会での活動を中心とした、その人にとってふさわしい暮らし方を作りあげてを意味しています。障害がある状態でその人らしく豊かな生活を実現するために支援することであり、本人の主体性、選択を尊重するなかで、達成可能な目標に到達するまでの一定期間行われるものです。

川崎市が目指すリハビリテーションは、身体的な機能回復のみならず、食事や入浴といった日常生活、掃除や料理等の家事、スポーツや創作、旅行等の余暇活動、地域活動及び就労等の社会参加まで、あらゆる活動を対象とします。こうしたリハビリテーションを、病院や施設ではなく、生活の場である地域の中で提供するため、リハビリテーション専門職はもちろんのこと、ホームヘルパーや相談支援員、家族、ボランティア等、ケアを必要とする方の生活に関わるあらゆる方が担い手となってリハビリテーションを展開することにより、住み慣れた地域や自らが望む場で質の高い生活を送り続けることができるようにしていきます。

【川崎市におけるリハビリテーションの取組】

- 身体を動かせるようにするだけでなく、食事ができるようにする、洗濯をできるようにする、働けるようにするといった生活全体を支える取組を推進します。
- 病院や施設ではなく生活の場である地域の中で、リハビリ専門職だけではなく、生活に関わるあらゆる方が担い手となってリハビリテーションを展開することにより、住み慣れた地域や自らが望む場で、質の高い生活を送り続けることができるようにしていきます。



（２）川崎市の地域リハビリテーションの基本理念

①基本理念

地域リハビリテーションは、対象者が住み慣れた地域や自らが望む場で生き生きとした生活を送ることができるように、一人一人の特性と環境に応じた生活スタイルを見出し、生活の再構築を、生活の場で行うプロセスであると考えられます。川崎市では「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想についてーリハビリテーションシステム基本構想（案）検討報告書ー」において示されている「障害者のリハビリテーションニーズは、実生活の場ではじめて実感できることが多く、地域リハビリテーションでは生活の中で生じるひとつひとつのニーズに対して、個々の障害者に適した方法でリハビリテーションを提供しようとするものである。」との考え方を踏まえ、以下の４点を地域リハビリテーションの基本理念としています。

ア．地域性

リハビリテーションは地域生活における質の向上を目的としています。地域生活の質の向上のためには、身の回りの動作・家事動作や、余暇活動、外出を伴う社会参加手段の獲得をはじめ、就学・就労等のための支援が必要となります。それらの必要性や可能性は地域生活の中から明らかになるものであり、地域リハビリテーションは、その一つ一つのニーズに対して個々の障害者等に応じたリハビリテーション技術をできるだけ身近で提供しようとするものです。

イ．総合性

地域リハビリテーションは、リハビリテーションを必要とするすべての人々のために、すべての領域のリハビリテーション技術を用いて、利用可能なすべての地域資源の参加を促しつつ、総合的に実施します。

ウ．専門性

医学、心理学、社会福祉学、工学領域等ニーズに応じた専門的リハビリテーション技術を集め、チームアプローチにより提供します。そのためには、常に地域社会の状況を把握し（調査）、課題を解決する手段を模索し（研究）、実践につないでいく姿勢が重要です。

エ．連続性

こどもから高齢者まであらゆるライフステージに応じ、年齢や状態変化等に応じたリハビリテーションを適時適切に提供します。リハビリテーションは永

統的なものではなく、目標と期間を設定して生活の再構築のための支援を行うものです。地域生活を継続する中で、加齢、心身機能や環境の変化等に伴い新たなニーズが発生した場合には再度支援を行います。このような「生活の再構築→他社会資源を活用した地域生活の継続→新たなニーズが発生した場合に再支援」というプロセスを切れ目なく継続的に実施していきます。

【コラム 1】

「リハビリテーションの定義」

1. リハビリテーション

○「何かしらの原因で障害をもった市民に対し、身体的・精神的かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ、時間を限定したプロセスである。」（出典：WHO）

○「疾患・障害のために人間らしく生きることが困難になった人の『人間らしく生きる権利の回復』すなわち『全人間的復権』（上田 1970）と考えるべきである。ここで『全人間的』とは、人間（人生）のあらゆる面についての『全面的な復権』という意味である。これは医学だけでなく、教育、職業、福祉、介護等の専門家と、地域社会が、本人・家族を中心に行う『総合リハビリテーション』でなければならない。」（出典：上田敏「日本脳外傷友の会設立 15 周年記念全国大会 基調講演」2015）

2. 地域リハビリテーション

○「（CBR は）障害のあるすべての人々のリハビリテーション、機会の均等、そして社会への統合を地域の中かで進めるための戦略である。障害のある人々とその家族、そして地域、さらに適切な保健、教育、職業及び社会サービスが統合された努力により実施される。」（出典：WHO）

○「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活が送れるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてをいう。」（出典：日本リハビリテーション病院・施設協会）

②官民協働による推進体制

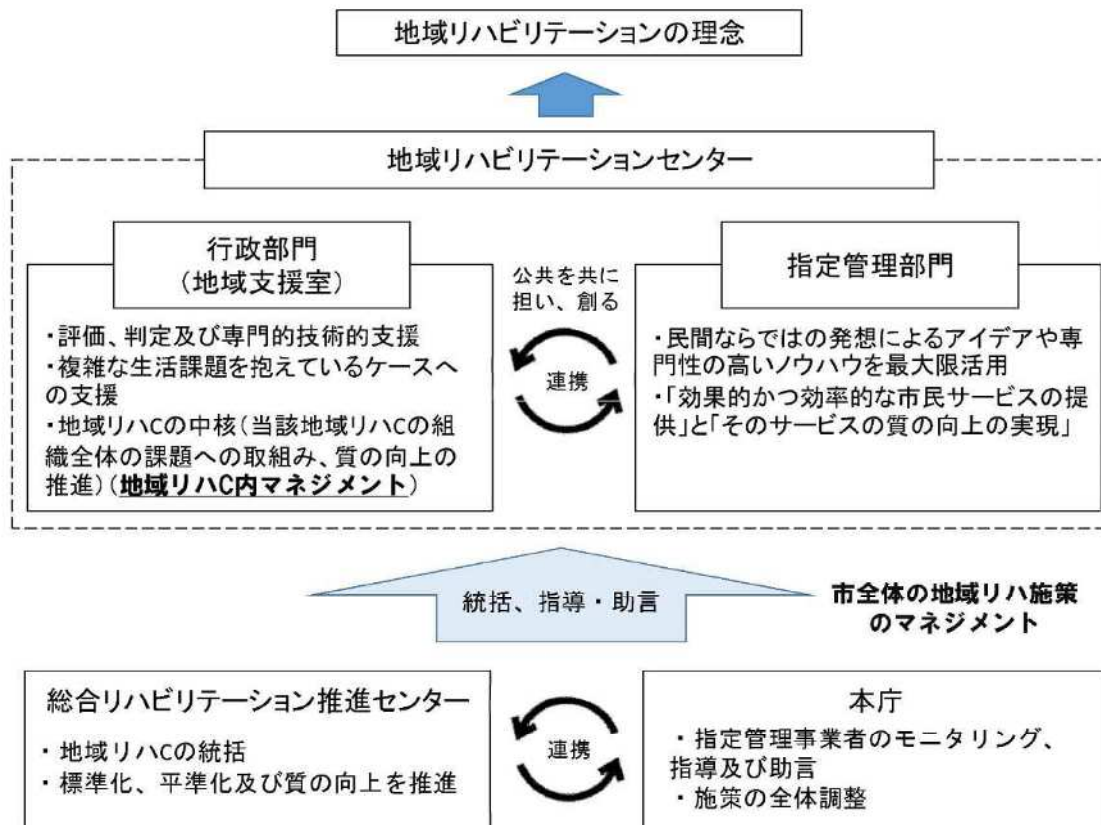
川崎市では、行政と民間（指定管理）のそれぞれの特徴を生かし、官民協働で地域リハビリテーションの推進に取り組んでいます。

地域リハ C 内の行政部門（地域支援室）は、法定業務である評価、判定及び専門的技術的支援等を行うとともに、高い専門性を必要とし、かつ民間事業者のみでの対応が困難である複雑な生活課題を抱えているケース（触法、虐待、精神科治療の中断・未治療、強度行動障害、何らかの障害を背景に持つひきこもり等）に対する直接支援、関係者への後方支援及び支援コーディネート等を行います。また、地域リハ C の中核的な役割を担い、当該地域リハ C の組織全体の課題への取組、組織間連携の促進及び支援の質の向上を推進し、地域リハ C 全体のマネジメントを行います。指定管理部門では、民間ならではの発想によるアイデアや実践の蓄積による専門性の高いノウハウを最大限活用し、「効果的かつ効率的な市民サービスの提供」と「そのサービスの質の向上の実現」につなげます。

このように、官民協働で一体的に運営することにより、それぞれの強みを生かし、総合的かつ専門的な質の高いサービスを提供することが可能となります。こうした官民協働体制の意義を踏まえ、密接な連携を図りながら、「公共サービス」を共に担い、共に創り上げていくことが必要です。

さらに、推進 C は地域リハ C を統括し、各地域リハの標準化、平準化及び質の向上等を推進します。本庁部門は指定管理受託事業者のモニタリング、指導・助言、施策の全体調整等を行います。推進 C と本庁部門は密接に連携を図りながら、川崎市全体の地域リハビリテーション施策のマネジメントを行います。

【官民協働による推進体制における各組織の役割】



③地域リハビリテーションと地域包括ケアシステム

ア．国の動向と川崎市地域包括ケアシステム

国における地域包括ケアシステムは、高齢者の取組として進められている一方、現在ではその対象者は高齢者に限らず、こどもや支援を必要とする障害者等、多様な対象と考えられるようになり、地域包括ケアシステムの普遍化という目的が「地域共生社会」の実現の中でも謳われています。

「地域共生社会」は制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、多様な主体が参画し、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会を目指すものです。地域住民が地域づくりへ主体的に取り組む仕組みを作ることを目指し、地域づくりの取組の支援とともに、個々の課題を持った住民に対して、個人を総合的・包括的に支援できる支援体制が必要とされています。

川崎市におけるすべての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムは、こうした国の動向に先駆けるものであり、川崎市においても上記のような取組や総合的・包括的な支援体制が必要と考えられます。

イ．障害者支援と地域共生社会・川崎市地域包括ケアシステム

「障害者支援のあり方に関する調査研究報告書」（厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業）では、「障害」は「全ての人が抱え得る多様な困難や生きづらさの一つ」「グラデーションのように広がる連続的なもの」といった考え方を踏まえつつ、今後の障害者支援のあり方を検討する際には「従来の障害福祉制度の対象者のみに限らず、程度の差はあるものの様々な特性や障害等により日常生活や社会生活に困難を抱える全ての者への適切な支援や配慮のあり方を視野に入れること」、「障害保健福祉制度の枠内に留まらない幅広い議論」及び「子ども・子育て、教育、労働、介護等の様々な制度にも踏み込んだ検討が必要であり、社会保障制度全体で、多様な困難や生きづらさを抱える者を支えるための支援を充実させていくこと」が必要とされています。これらを踏まえ、日常生活や社会生活に困難を抱える方へ他のあらゆる分野で支援する際には「障害保健福祉制度で培われてきた障害者への支援のノウハウや知識が活用できるため、積極的に制度間での連携を図っていくべき」との考え方が示されています。

これは川崎市における障害者支援・地域リハビリテーションと地域包括ケアシステムにおいても同様です。

上述の通り、すべての地域の住民を対象とした地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現を目指した取組が進んでいること、さらに「障害」が多様化・複雑化している昨今の状況を勘案すると、川崎市における地域リハビリ

テーションシステムがこれまでに蓄積してきたリハビリテーションの知識・技術等がこども・障害者・高齢者・生活困窮者等のあらゆる分野の対人支援において求められているものと考えられます。

ウ．地域リハビリテーションセンターの役割

地域リハビリテーション施策は、従前まで障害者施策として進められてきましたが、上述のような社会情勢の変化を踏まえ、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」では「多職種連携とケアマネジメントにおける専門性の確保と統合化に向けた基幹システムとして位置づけるとともに高齢者や障害者に対するリハビリテーションに関する専門的評価、生活機能の向上や自立に向けた環境調整・まちづくり等、さらに広い対象を視野に入れたシステムとして再構築していくことが求められる」こととされました。

令和2年3月に川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室がとりまとめた「超高齢社会の到来に向けた地域包括ケアシステムのあり方検討会議報告書」では、今後の方向性として「社会システムとしての地域包括ケアシステム構築の視点」と「今後の取組の視座」について言及されています。

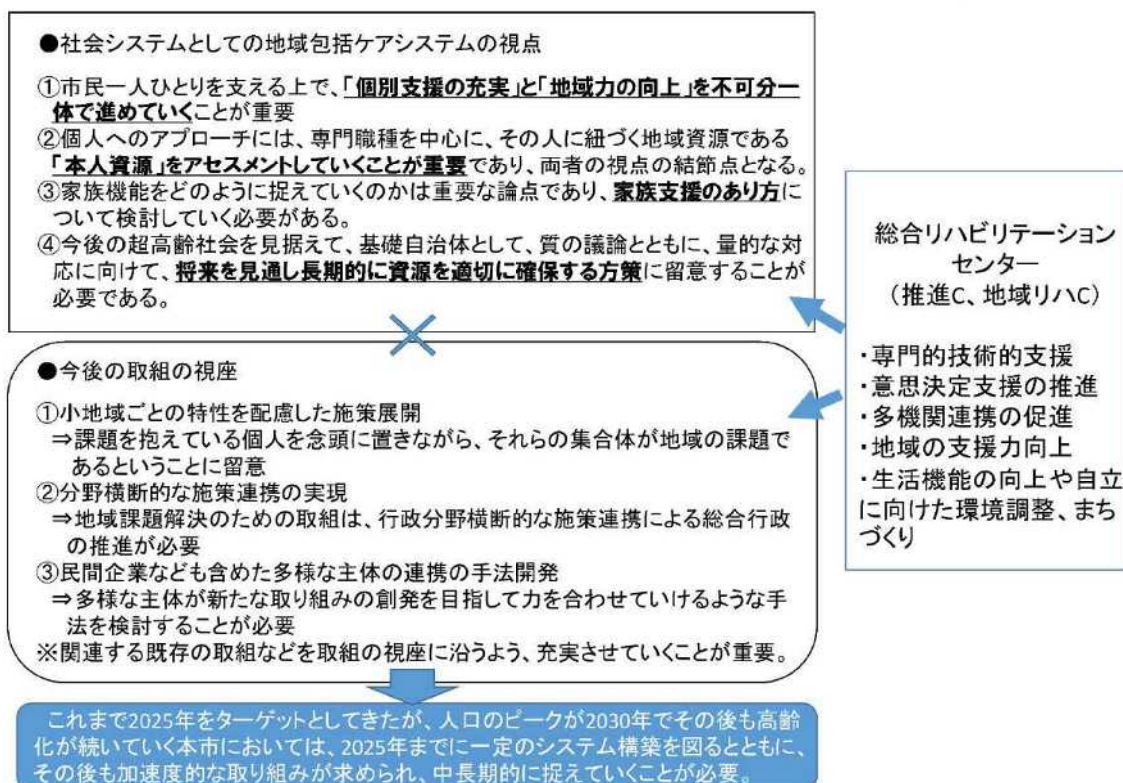
「社会システムとしての地域包括ケアシステム構築の視点」では「生活課題を抱えている本人一人ひとりの支援につながっているかどうかを絶えず確認しつつ、個別支援の充実と地域力の向上を不可分一体で進めていくこと」「個人へアプローチする際には専門職種を中心に本人資源をアセスメントしていくこと」「家族支援のあり方について検討すること」「将来を見通し長期的に人・もの・カネといった資源を適切に確保する方策に留意」の4点が挙げられています。さらに、「今後の取組の視座」では「小地域ごとの特性を配慮した施策展開」「分野横断的な施策連携の実現」「民間企業なども含めた多様な主体の連携の手法開発」の3点が挙げられています。

個別支援においては、例えば「怪我や疾患に係る入院治療や医学的リハビリテーション等を経て在宅生活への移行」「精神科未受診で精神的に不安定な状況の人への支援」「知的・発達上の課題を抱えている触法障害者への支援」等の様々な場面において、専門的・総合的なアセスメントを行うことにより、本人や家族へ質の高い支援を提供することが可能となります。また、こうしたケースへの支援を通し、他分野の関係機関に対して、専門的・総合的なアセスメントの視点や技術を伝達すること、本人中心の支援や意思決定支援を推進すること、多機関連携の促進等を図ることにより、地域の支援力向上につながります。さらに、個別ケースの積み上げにより明らかとなった地域課題に対するアプローチによっても（例：関係機関の関心度が高い内容の研修企画等）地域の支援力向上につながります。

地域包括ケアシステムの具現化において、「地域リハビリテーション」はリハビリテーションの観点から地域生活を支援する活動と捉えることができ、地域リハCには、上記の取組のように、その理念である「地域性・総合性・専門性・連続性」に基づいてリハビリテーションの知識・技術等をこれまで以上に多様な分野に活用・提供し、個別支援の充実や地域力向上に貢献することが求められています。

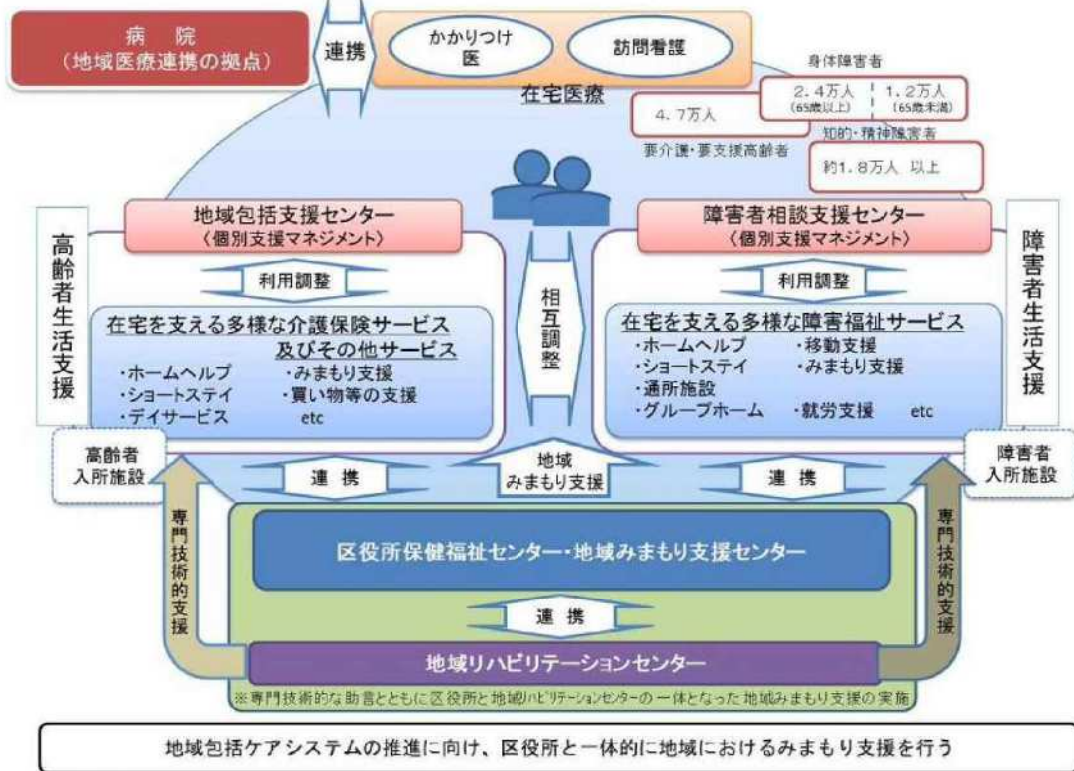
加えて、推進Cにおいては、地域リハCにおける実践を踏まえて「資源を適切に確保する方策、分野横断的な施策連携、多様な主体の連携の手法開発」に対し、リハビリテーションの視点から関与することが望まれます。

今後の川崎版地域包括ケアシステム構築に向けた取組の方向性と地域リハ



※出典：「超高齢社会の到来に向けた地域包括ケアシステムのあり方検討会議報告書」P71 図28に加筆して作成

地域包括ケアシステムにおける高齢者・障害（児）者の生活支援のイメージ



※平成31年度からの組織改編に伴い「区役所保健福祉センター・地域みまもり支援センター」は「区役所地域みまもり支援センター」へ読み替え。

【コラム 2】

「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンとかわさきノーマライゼーションプラン」

1. 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン

川崎市では、地域における生活課題の多様性が高まっていることから、高齢者に限らず、障害者や子ども、子育て中の親等に加え、現時点で他者からのケアを必要としない方を含め、全ての地域住民を対象として、平成 27 年 3 月に、関連する個別計画の上位概念として「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定しました。

推進ビジョンでは、基本理念を「川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」とし、5つの基本的な視点（①意識の醸成と参加・活動の促進、②住まいと住まい方、③多様な主体の活躍、④一体的なケアの提供、⑤地域マネジメント）を定め、その構築に向けた具体的な行動につなげることを目指しています。

2. かわさきノーマライゼーションプラン

「かわさきノーマライゼーションプラン」は、川崎市の「障害者計画」、「障害福祉計画」、「障害児福祉計画」を一体的に策定した計画です。

「障害者計画」は障害者基本法に基づき、本市の障害のある方に関する施策の方向性等を定める基本的な計画です。「障害福祉計画」と「障害児福祉計画」は、それぞれ障害者総合支援法と児童福祉法に基づき、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業等について、サービスごとに必要な量の見込みとその見込量を確保するための方策を定める計画です。

川崎市では、障害者計画、障害福祉計画及び障害児福祉計画を一体的に策定することにより、障害保健福祉分野のみならず、障害者関連の施策全体の推進を図り、サービスの提供体制や基盤の整備に取組み、障害者の自立と社会参加のための施策を総合的かつ計画的に推進しています。

第4次ノーマライゼーションプラン改訂版では基本理念を「障害のある人もない人も、お互いを尊重しながら共に支え合う、自立と共生の地域社会の実現」とし、各種施策に取り組んでいます。これら施策の一つに「相談支援体制の充実と地域リハビリテーションの枠組みの構築」を掲げており、専門的な相談支援体制として、総合リハビリテーションセンターを整備することとしています。

(3) 川崎市総合リハビリテーションセンター

① 3層構造による相談支援体制

川崎市では従来、1次相談機関（各区役所障害福祉担当部署や障害者相談支援センター）と2次相談機関（障害者更生相談所、精神保健福祉センター、地域リハC（障害者センター・在宅支援室））を設置し、重層的な相談支援体制を整備してきました。

しかし、市民ニーズの複雑化・多様化や、大量かつ多様な資源の存在等を踏まえ、ある程度定型的なニーズには効率的に対応しつつ、複雑で困難なニーズを有する場合や高度な判断・調整が求められる場合には必要に応じて専門性の高い支援が提供できる体制を構築することが求められています。

こうした状況を受けて、令和3年4月以降、従来の2次相談体制から、2次相談機能の強化と合わせて相談支援体制を3層構造による3次相談体制に再編します。地域リハC（地域支援室・在宅支援室）は3次相談機関に位置付けるとともに、市内3か所の地域リハCを統括する推進Cを設置します。

1次相談は相談支援専門員や介護支援専門員（ケアマネジャー）等がサービス調整や日常生活全般に関する支援を行い、2次相談は区役所の各分野の担当部署、地域包括支援センター及び障害者相談支援センター等が総合相談窓口としての機能に加えて権利擁護・虐待対応等の専門的な相談支援を行います。さらに、3次相談は地域リハC（地域支援室・在宅支援室等）等が専門的・総合的な評価・支援や関係機関への専門的な技術支援等を行います。

このような専門的な相談支援・バックアップ体制の整備等を通して、ライフステージの変化に応じた円滑な支援の移行（障害児から障害者、障害者から高齢者）、複合的な生活課題を抱えている世帯への包括的相談支援体制の構築や各分野の連携強化及び分野別課題や複合的な課題に対する総合的な取組を推進していきます。

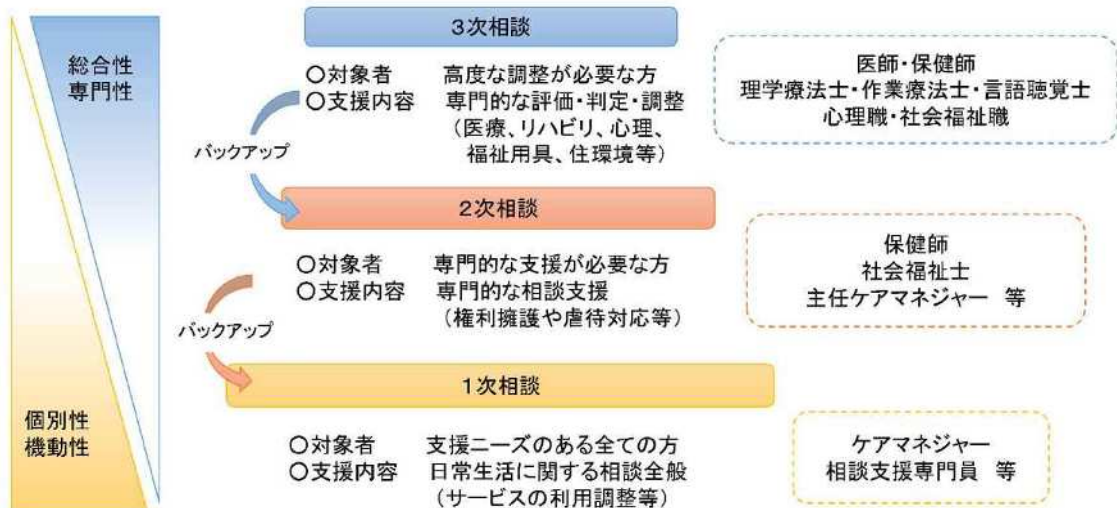
なお、「川崎市総合リハビリテーションセンター」は、推進C、各地域リハC及び総合研修センターによって構成される組織の総称です。相互に密接に連携を図り、総合施設として有機的に運営する必要があります。

相談支援体制の階層別機能

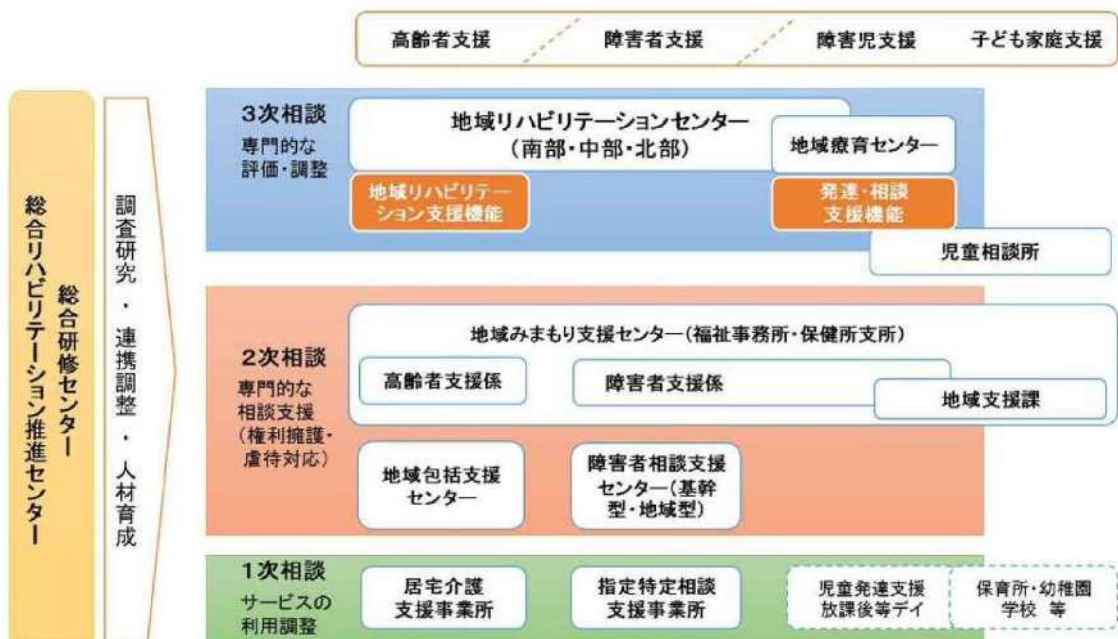
- 個別性・機動性が求められる相談は、1次相談で対応
- 権利擁護や虐待等の支援が必要な相談は、2次相談でバックアップ
- 専門的な評価・判定が必要な相談は、3次相談でバックアップ



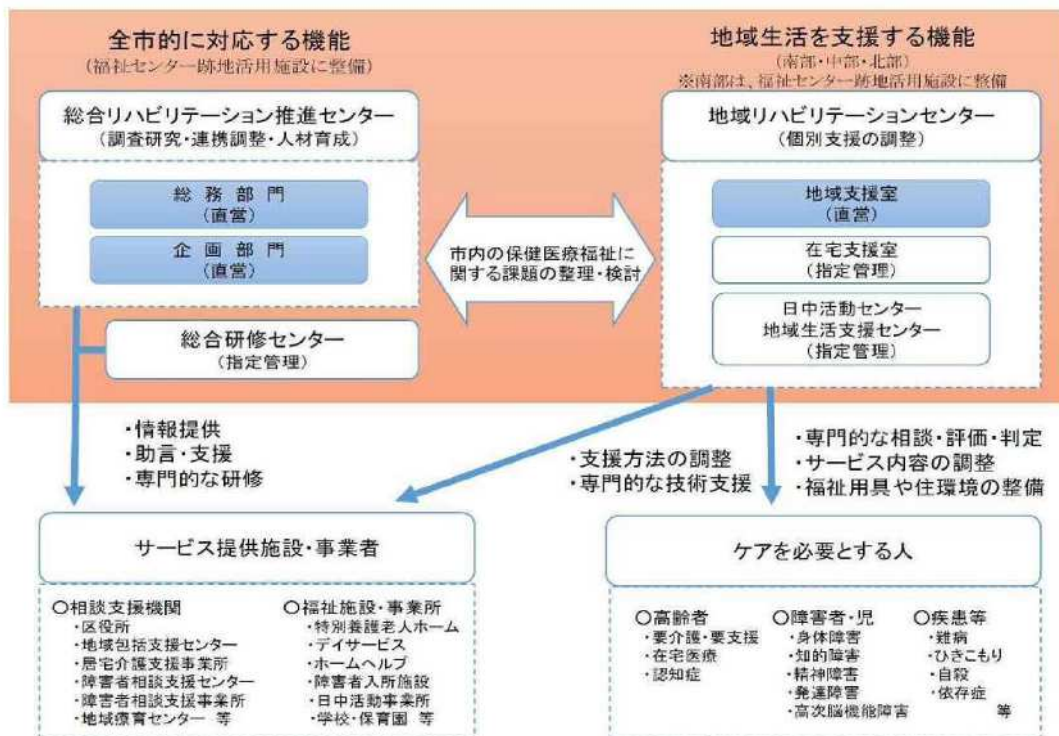
専門職を効率的に配置し、高度な相談にも包括的に応じることができる体制を整備



川崎市が目指す重層的な相談支援体制



【総合リハビリテーションセンターの機能】



②総合リハビリテーション推進センター

推進 C は、令和 2 年度まで別々に設置している障害者更生相談所と精神保健福祉センターを統合再編し、令和 3 年 4 月に開設するものです。全市を対象とした法定業務（身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳の審査、自立支援医療の支給判定等）、障害者分野のみならず高齢者分野や障害児分野も含めた 3 か所の地域リハ C の統括、調査研究、連携調整及び人材育成の企画等を行います。これらを通し、推進 C は民間事業者も含めた全市的な支援の質の向上を図ります。

同一の建物内に、南部リハビリテーションセンター（地域支援室、在宅支援室、日中活動センター）、総合研修センター、発達相談支援センター、ひきこもり地域支援センター、在宅医療サポートセンター、川崎南部就労援助センター、障害者入所施設、特別養護老人ホーム、Kawasaki Welfare Technology Lab 等が併設されています。行政のほか複数の民間事業者によって運営されることとなるため、推進 C を中心としながら連携を強化し、質の高い支援を行いながら、今後とも増加を続け、多様化・複雑化するニーズに対応していくこととなります。

推進 C はその統括機能を活かし、各在宅支援室で生じている課題を把握し、解決に向けた全体調整等を行います。各種課題が生じた際には推進 C を中心にしながら、各地域リハ C の地域支援室と在宅支援室が「支援を必要としている人に適切な支援を提供すること」「誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で希望する暮らしができる地域を目指すこと」の考え方を共有し、連携・協働により課題解決に向けて取り組む必要があります。

また、推進 C は各地域リハ C の行政部門や在宅支援室が集まる会議等を開催し、課題解決に向けた協議や、事例の検証・検討を行います。継続的に、在宅支援室業務の標準化・平準化の推進や、支援の質の向上に向けて主導する役割を担います。

【総合リハビリテーション推進センターの整備】

高齢者支援の課題	障害者支援の課題	障害児支援の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護連携体制の整備 ・リハビリ機能の強化 ・看取り支援 ・認知症対策 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・難病や高次脳機能障害の支援 ・発達障害者支援 ・ひきこもり支援・自殺対策 ・依存症対策 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・学校や保育園等との連携 ・障害児の放課後対策 ・医療的ケア児支援 等

現行の障害者に対する支援に加え、
高齢者や障害児も含めたサービスの質の向上やネットワーク化を推進

調査研究機能	連携調整機能	人材育成機能
<p>関連施策や先進事例の情報を収集するとともに、本市における支援のあり方を検討 (外部研究機関との共同研究体制を検討)</p>	<p>調査研究の成果を踏まえ、市内の施設・事業所間の連携強化に向けた助言・支援を実施 (法人や事業所をまたいだ連携体制の構築)</p>	<p>相談支援従事者等(ケアマネジャー等)に対して、専門的な研修を実施 (併設の(仮称)総合研修センターと共同で実施)</p>

【コラム 3】

「人材育成」

リハビリテーション過程において関係者に支援技術を伝え、共に支援を展開することは、同時に地域の力を高めることとなります。従事者は常に人材育成を担っているという意識を持つことと、そのために自分の支援技術を研鑽していくという姿勢が求められます。

③地域リハビリテーションセンター

ア. 概要

地域リハ C は都道府県・政令指定都市に設置義務のある障害者更生相談所及び精神保健福祉センターの分室である「地域支援室」と、民間事業者が指定管理者制度により運営する身体障害部門である「在宅支援室」、他の民間施設を併設した官民協働による複合施設の総称です。

イ. 基本理念

地域リハ C は、誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域を実現するため、その人らしい最適な生活機能の再構築を目指すリハビリテーションの理念に基づき、専門的かつ総合的な支援を必要とするすべての方を対象に個別支援を行うとともに、地域力の向上を推進します。(出典：「川崎市地域リハビリテーションセンター平成 30 年度 3 圏域障害者センター事業報告書」)

ウ. 役割

○総合評価支援・判定

様々な専門職の協働により、医学的・社会的・職能的等多角的・総合的に評価を行い、支援方法の検討、コーディネート等を行います。行政機関としての役割である補装具や療育手帳の判定等も含みます。

○専門的相談支援

南・中・北部それぞれの担当エリアを対象として、医療・介護サービスや相談支援事業所等地域の関係機関と連携しながら、支援が困難な課題や医療的相談等、専門性を活かしながら地域へのアウトリーチを主体とした支援を行います。また、関係機関と連携することにより、関係機関や支援者にリハビリテーション技術を伝え、地域の支援やサービスの質の向上を図ることも重要です。

○年齢・障害種別を超えたチームアプローチの実践

一つの組織に、身体・知的・精神障害関係専門職が配置されているため、複数の障害を抱えた人への支援や世帯内に様々な課題を抱えた家族がいる場合、組織内でのチームアプローチによって課題解決に向けた支援を行います。また、現行の障害種別では対応が難しい、「制度の狭間」に陥りやすい人への支援についても、地域生活を支える専門機関として積極的にアプロー

チを行い、その実践を蓄積し、地域へと還元していきます。

エ. 機能

○総合相談及び調整

地域生活に関わる全ての相談を受け付け、相談内容や利用者のニーズと障害の状態に応じて、地域リハ C 内外の支援の利用・調整を図ります。

○総合評価・サービス調整

医学・心理・社会福祉等の多職種による評価をもとに個別の支援計画を作成し、リハビリテーションサービスの進行・調整を行います。

○医療

リハビリテーション科・精神科医療職により、相談・評価・支援等を行い、地域リハ C のサービス提供上に必要な医療的視点による支援を提供します。

○在宅リハビリテーションサービス

在宅リハビリテーションチームは、各領域の専門職種によって構成され、その都度必要な職種が障害者等を訪問して、障害の評価、機能・動作訓練、生活スタイルの改善、住宅改修実施の支援、福祉用具・福祉機器の導入支援、介助方法の助言、制度利用支援、家族支援等を行います。

○通所による生活・就労支援

在宅での質の高い生活のための生活技術訓練や支援を行います。また、就労のための適性評価、職業前訓練・職能訓練と就労に向けての調整、就労後の支援及び新たな就労先の開発並びに就労の機会の提供、生産活動その他の機会の提供等を行います。

○障害者更生相談所分室機能

身体・知的障害に関する行政の専門機関として相談・判定業務を行います。

○精神保健福祉センター分室機能

精神障害者に関する行政の専門機関として、複雑な生活課題を抱えている事例への支援、緊急時対応、依存症対応、心神喪失者医療観察法に基づく社会復帰支援等を行います。

○精神障害者地域生活支援（地域生活支援センター）

地域の精神障害者の相談支援、通所（居場所提供）による日常生活支援を行います（中部と北部のみ）。

○上記の機能は、ニーズに応じて必要な機能を組み合わせて、地域リハ C 内の連携により提供します。

○研修・研究機能

リハビリテーション技術、地域の関係機関の支援技術向上のための研修や研究を実施します。

オ. 運営方針

○地域リハ C の一体的運営

地域リハ C では川崎市の行政機関（地域支援室）と複数の民間事業者が業務を担当します。利用者は、複数の部署からの多様な支援が必要となることが少なくありませんが、各部署が業務分掌（各部署が担当する業務の範囲）にこだわって組織間連携が機能不全に陥ると利用者への支援は一貫性や総合性を欠くこととなり、支援の質が低下し、利用者に不利益をもたらします。これらを防ぎ、質の高い支援を行うため、地域リハ C 内部署の一体的運営には常時配慮しなければなりません。このため、地域リハ C 内会議を定期的を開催する等、密な連携・円滑な業務実施に努める必要があります。

支援には所属や職種の異なる複数の専門職が同時に関わることが多く、支援の一貫性を確保して多職種による支援を円滑に実施するために、多職種による連携・協働による支援体制を確立します。

支援方針は、個別のケア会議や日常的な情報共有や検討等において設定や検証をされ、各担当者はチームの支援方針に沿って実施します。

○地域連携

地域リハ C のみでは支援は完結せず、地域の関係機関と共同で支援を行うことが多いため、地域の行政機関、福祉サービス事業所、医療機関等との連携・協働体制を確保します。

○他の専門機関との連携

地域リハ C はリハビリテーションのすべての機能を備えているわけではありません。より高い専門技術の導入、地域リハ C 単独では対応できないニーズへの支援を行うため、推進 C、他エリアの地域リハ C、他の専門領

域の支援機関及び医療機関との連携・協働体制を確保・強化していきます。

○研修・研究

質の高い支援を行うためには、技術向上のための研修と研究が常時必要です。このため、内外で実施する研修へ積極的に参加するとともに、研修の企画段階から関わる事が可能な場合には主体的に参加します。

カ．職員体制

地域支援室には、社会福祉職、心理職、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、非常勤のリハビリテーション科医師及び精神科医師（以下、それぞれ「CW、CP、PHN、PT、OT、ST、Dr」といいます。）を配置しています。在宅支援室の職員体制は後述します。

キ．対象者

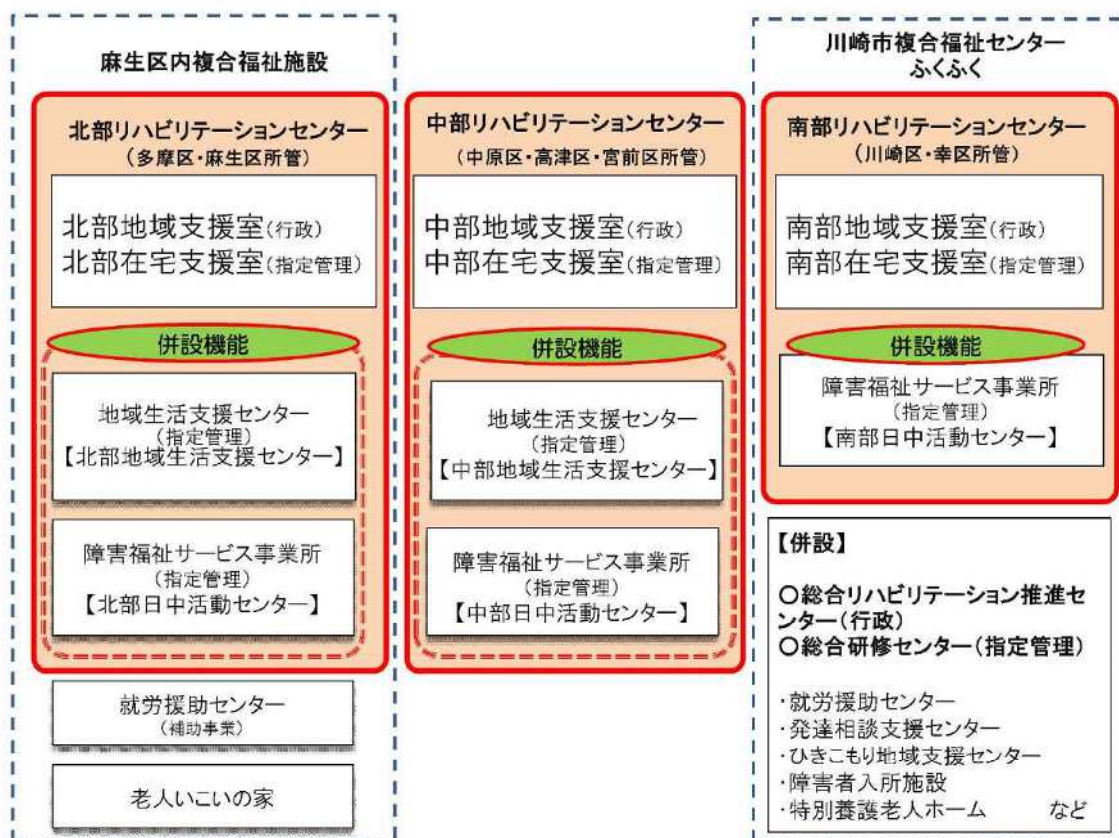
地域リハ C で掲げる理念やその機能を踏まえると、対象者は年齢や疾病に関わらず、地域生活を送るうえで何らかの不自由さを抱え、その解消のために福祉・医療系専門職の支援を必要としている人となります。

また、従来の障害や高齢といった特定のCATEGORYに捉われない、その時々福祉・医療系専門職の支援を必要としている人も対象者です。

ク．施設構成

各地域リハ C によって施設構成は異なるものの、地域支援室・在宅支援室のほかに障害福祉サービス事業所の日中活動センター、地域生活支援センターが併設されています。これらの複合施設が、圏域内のさまざまな関係機関と連携し、支援ニーズにワンストップで対応します。

【官民協働の組織体制】



【コラム 4】

「新たな課題に積極的に取り組んでいく姿勢・技術開発」

地域リハビリテーションの展開においては、社会環境の変化に応じて求められるものがめまぐるしく変化します。また、医療的・社会的技術の進歩にしたがって、市民ニーズも変化していくと予想されることから、このような変化に柔軟に対応していくための支援技術の開発や、新たな課題を積極的に「発見する目」を持つことがとても大切です。

【コラム 5】

「重層的なアセスメント・支援」

初めて出会う相談者や問題については誰もが「不安」を持つものです。その「不安」を解消しようと、意識のベクトルが相手でなく「自分」に向いてしまうことがよくあります。そうすると、相談者との信頼関係構築や問題の的確なアセスメントができなくなってしまう可能性があります。

それに対し、複数の職員・機関が共同で関わることで、共にいることで不安を共有することができるため、意識のベクトルを相手に向けることができ、複数の目による、それぞれの専門性を活かした的確なアセスメント・支援が可能になります。

3 在宅支援室

(1) 概要

①概要

在宅支援室は、市内3圏域の地域リハ C に設置した民間の指定管理事業者が運営し、川崎市の単独事業である「在宅リハビリテーションサービス事業」を主として担っています。在宅支援室には Dr、SW（ソーシャルワーカー）、PT、OT、CP、PHN・Ns（看護師）等が配置されています。

「在宅リハビリテーションサービス事業」は生活するうえで何らかの障害のある方が地域で生活しやすいように、身の回りのことや家事・外出等様々な活動を行いやすくしたり、活動の幅を広げたりするための支援を行うものです。具体的には、各専門職が支援チームを組み、実際の生活の場へ出向き、身体・精神機能、生活状況、生活環境等の総合評価を行い、関係機関と協力して支援します。在宅リハビリテーションサービスは法律や制度のすき間を埋める役割を持ち、医療機関で行われる急性期の医学的リハビリテーションに対し、退院に向けた回復期から退院後の生活期に在宅で行う、食事等の日常生活活動における工夫や、福祉用具の活用、住環境整備から社会参加の支援まで、様々な内容を含む生活リハビリテーション、社会的リハビリテーションと捉えることができます。

南部圏域は、令和3年度に南部リハビリテーションセンターを開設予定であり、平成28年度から令和2年度までは、れいんぼう川崎在宅支援室が行う在宅リハビリテーションサービス事業で南部圏域をカバーしています。

なお、日常生活用具給付に関する専門的な評価、川崎市在宅重度障害者（児）やさしい住まい推進事業等の事業は、この在宅リハビリテーションサービス事業として実施しています。

②目的

川崎市心身障害者総合リハビリテーションセンター条例、川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン等に基づき、在宅の高齢者・障害者・障害児等及びその介助者または保護者に対して、直接生活の場において、機能訓練、介助方法の指導、保健指導、住宅改修、福祉用具等の各種相談・助言等、訪問によるリハビリテーションサービスを実施し、福祉の増進を図ることを目的としています。

(2) 役割

①在宅支援室のめざす姿

在宅支援室は在宅リハビリテーション評価訪問を実施する等、在宅リハビリテーションサービス事業を主導する役割を担っています。在宅支援室の強みは、リハビリテーション専門職が生活の場へ出向き、連携して「身体（特に肢体不自由、高齢、難病に伴う ADL 低下等）及び高次脳機能障害等に起因するニーズ」を抱えている方に対して専門的な支援を提供できることです。身体障害者手帳の有無は問いません。

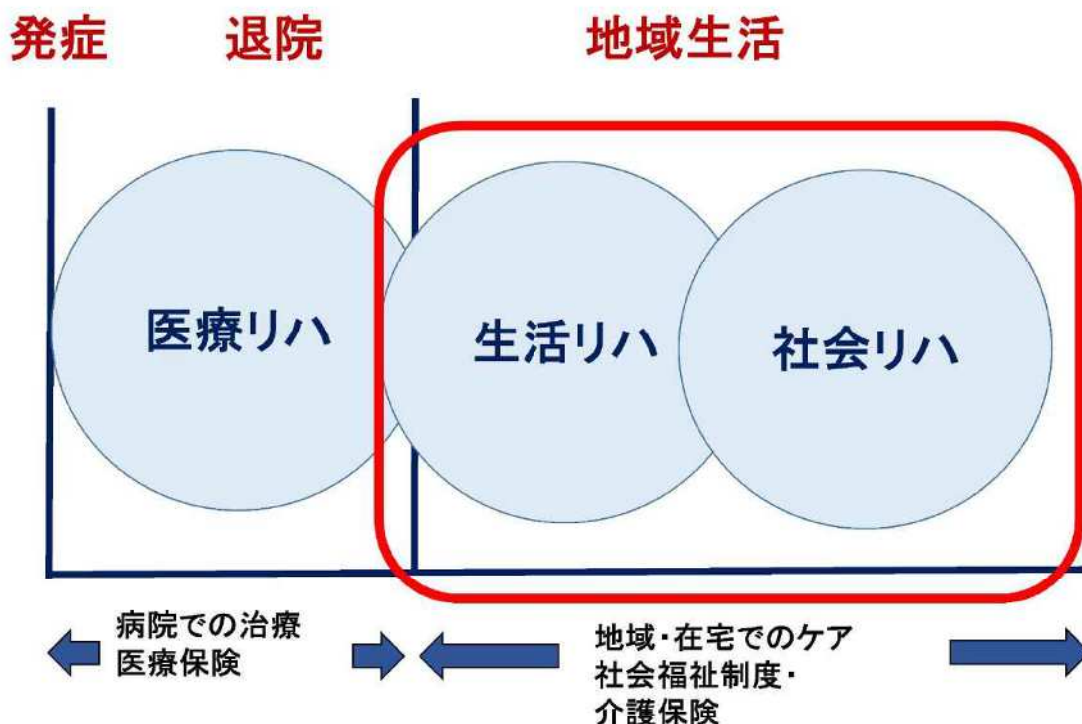
その他の障害（知的障害、発達障害及び精神障害等）に起因するニーズについては、所内の行政部門である地域支援室（障害者更生相談所・精神保健福祉センター分室）等の関係機関へつなぐ等、必要に応じて連携して支援します。詳しくは後述します。

さらに、上記のような個別支援に加え、地域全体の支援やサービスの質の向上に向けた地域づくりにも取り組んでいくことが必要です。

【在宅支援室のめざす姿】

在宅支援室の強みである「リハビリテーション専門職が生活の場へ出向き、連携して身体（特に肢体不自由、高齢、難病に伴う ADL 低下等）及び高次脳機能障害等に起因するニーズを抱えている方へ専門的な支援を提供できる」点を生かし、行政等の関係機関と連携して個別支援に取り組み、地域全体の支援の質やサービス向上に努め、全世代・全対象型リハビリテーション体制の重要な役割を担うことが求められます。

②在宅リハビリテーションサービスの範囲



上図は在宅リハビリテーションサービスの範囲を示しています。例えば、脳梗塞を発症後、病院で治療やリハビリが開始されます。その段階では治療が優先されますが、現在では発症後すぐにリハビリが開始され回復に大きな役割を果たしています。治療と並行してリハビリを行う事で在宅復帰を目指し機能の向上に取り組んでいます。その機能向上を実際の地域生活で継続しながら実際の生活と機能を合わせ、その方にとって豊かな地域生活のスタイルを構築していく事が望まれます。

在宅リハビリテーションサービスでは退院が決まる前から現状を把握しつつ、退院に向けて病院と共に連携し退院後の生活の支援を行います。また、生活の範囲も、ADLの獲得、自宅での役割の獲得、1日の生活リズムの構築等生活基盤を整えた後、外出や社会参加、復職、就労へ向けて一貫した支援が必要であり、地域リハCのあらゆる力を集結してその時々ニーズに対応した支援を実施します。

③ガイドラインの活用

本ガイドラインは、業務において日常的かつ継続的に活用していくことが重要です。本ガイドラインには在宅支援室が主として担うこととなる「在宅リハビリテーションサービス事業」で使用する各種標準様式や各プロセスにおける支援のポイントを記載しています。このポイントは平成8年のれいんぼう川崎、平成20年の北部リハビリテーションセンター、平成28年の中部リハビリテーションセンターの各在宅支援室における実践の積み重ねにより明らかとなった内容を言語化し、文章化したものです。れいんぼう川崎在宅支援室を起点として20数年に渡る実践において集積された工夫、知恵、技術が凝縮された内容となっており、これらは川崎市の財産です。この内容に十分留意しながら日々の業務を行うことが必要です。

活用にあたっては「個別支援」と「事例の検証や検討」における使用が想定されます。個別支援における在宅リハビリテーションサービス実施の際には、各プロセスのポイントに留意しながら支援を進めます。事例検証・検討の場（勉強会、連絡会等）では、ポイントに記載されている視点から事例の検証・検討を行うことが考えられます。

このようにガイドラインをツールとして活用することで、地域リハビリテーションの推進に向けて実践を積み重ねていくことが必要です。

(3) 業務

推進 C 及び地域リハ C 内各機関、地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）、その他の関係機関等と連携を図り、リハビリテーション専門職の訪問による支援の充実を図りながら、高齢者・障害者・障害児等の地域での生活の質の向上及び様々な問題解決のための総合的な支援を行います。

①総合相談対応

相談者の思いを受け止め、相談内容を聞き取ります。必要に応じて生活の場に訪問してニーズを確認・整理します。身体及び高次脳機能障害に起因するニーズと思われる場合には在宅支援室での支援を検討し、その他ニーズに起因すると思われる相談内容については、相談内容に応じて地域支援室等の地域リハ C 内で連携したり、地域リハ C 外他機関と連携したり、引き継いだりします。

②在宅リハビリテーションサービス

在宅リハビリテーションサービスの実施を通して、「最適生活スタイルの設計」「身体・精神機能の維持・改善の支援」「日常動作改善のための支援」「介助者に対する介助方法の助言」「対象者及び介助者に対する保健指導」「住宅改修等の支援」「リハビリテーション機器や福祉用具の選定及び操作方法の助言」「スポーツや旅行等の余暇活動獲得の支援」「就労や学校生活のための調整」を行います。

上記の際は、本人の生活の質の向上の観点から実施します。専門職主導で実施せず、本人の意向を十分に踏まえ、本人を中心に検討し、支援を展開します。

③地域全体の支援やサービスの質の向上に資する取組

地域リハ C の理念を踏まえ、関係機関のバックアップや地域全体の支援やサービスの質の向上に貢献する観点から、サービス調整会議、自立支援協議会及び適宜地域で開催される各種会議等へ参加します。また、必要に応じて、施設への支援、講師派遣、研修や講座の開催等を行います。

(4) 留意点

- ①地域リハビリテーションの趣旨を踏まえ、各地域の拠点施設として、地域全体の支援やサービスの質の向上に貢献するよう努めることとします。
- ②利用者の最善の利益を考慮し、当該施設の効用を最大限に発揮し、利用者の福祉を積極的に増進するよう努めることとします。
- ③運営管理にあたっては、次の点に留意します。
 - ア 利用者の平等な利用を確保すること。
 - イ 個人情報の保護を徹底すること。
 - ウ 社会福祉法、介護保険法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法及び関係法令、政令、省令等を遵守し、管理の質の向上に積極的に取り組むこと。
- ④効率的な運営に努め、管理経費の縮減に努めることとします。
- ⑤障害者更生相談所及び精神保健福祉センターの機能を有する地域支援室と密な連携を図り、一体的に業務を進めます。
- ⑥地域リハ C を構成する各施設間で連携し、一体的な運営を確保した上で、地域リハ C の目的の推進及び管理コストの縮減が図られるよう努めることとします。
- ⑦近隣の関係機関及び地域住民との連携・交流に努めることとします。
- ⑧推進 C の統括のもと、他の地域リハ C との情報交換を積極的に行い、支援技術の向上に努めることとします。
- ⑨各地域リハ C に設置する運営会議等（地域リハ C 毎に構成員等は異なります）に参加します。

【コラム 6】

「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」

在宅リハビリテーションサービス事業においてはソーシャルワーカーによるマネジメントが重要であり、ソーシャルワークの目的や視点について常に意識しておく必要があります。ここではソーシャルワークの定義を記載します。

「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、及び人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、及び多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、及び地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。」

（出典：国際ソーシャルワーカー連盟、国際ソーシャルワーク学校連盟 2014）

【コラム 7】

「相談支援に必要な視点」

障害者相談支援では、人権の尊重や社会正義の実現を前提として以下の 8 点が重要な視点と考えられており、地域リハ C においてもこれらを踏まえて支援を行う必要があります。医療を中心に考えるのではなく、また、家族や関係機関の意向を中心に支援を行うのではなく「QOL を重視」して「本人中心」の支援を行う必要があります。

- ①生活者の視点（QOL の重視）
- ②本人主体の視点（本人中心）
- ③エンパワメントの視点
- ④個別化の視点（個性の尊重）
- ⑤自立・自己決定の視点（意思決定支援）
- ⑥アドボカシーの視点（権利擁護）
- ⑦チームアプローチの視点
- ⑧地域づくりの視点（コミュニティワーク）

（出典：令和元年度 相談支援従事者指導者養成研修配布資料）

（５）地域支援室と在宅支援室の役割分担

①身体担当部門

地域支援室（身体担当）は、個別支援ではリハビリテーション科の診察や補装具判定等の法令に基づく行政判断・サービス提供や、支援上の困難さを伴う事例への支援（行政機能が強く求められる場合）等について主として対応します。

以下、地域支援室（身体担当）と在宅支援室の主な役割分担を記載します。行政機能としての判定業務は地域支援室（身体担当）を中心に実施し、在宅リハビリテーションサービスは在宅支援室を中心に実施しますが、各業務を地域支援室（身体担当）や在宅支援室がそれぞれ単独で行うのではなく、両者が十分にコミュニケーションを図り、連携しながら行っていくことが重要です。

なお、判定業務や在宅リハビリテーションサービス事業以外にも、あらゆる場面で、地域支援室（身体担当）と在宅支援室が連携を密にし、質の高い相談業務や適正な法定業務を行うために、それぞれの特徴を生かしながら役割分担を行い、効果的かつ効率的に進めていく必要があります。

【地域支援室（身体）と在宅支援室の主な役割分担】



ア. 在宅リハビリテーションサービス事業

主に在宅支援室が担っていますが、常に情報共有や情報交換を行いながら地域支援室（身体）も必要に応じて協働で実施します。

イ. 補装具外来

外来予約の管理と当日の進行は、行政の CW と PHN が主に行います。地域支援室（身体）、在宅支援室及び Dr を交えてミーティングを行い、全体確認、ケースの共有を図ります。

初回外来の利用者に対しては行政 CW がインテークを行います。必要に応じて在宅支援室 SW も同席して、在宅リハビリテーションサービスのニーズを確認し、支援につなげるケースもあります。

ウ. 相談記録票の作成と回覧

どのような相談が入っているか、相互に共有できるよう相談記録票を作成し、地域支援室（身体）・在宅支援室で回覧を行います。また、相談記録票を週 1 回のワーカーミーティングでも共有し、SW 全員で対応を検討します。

エ. ワーカーミーティングの実施

原則として週 1 回、地域支援室（身体）と在宅支援室の SW でミーティングを行い、個別ケースの支援状況の共有を行います。個別ケース以外にも、協議事項があれば随時検討する場とします。

オ. 合同ミーティングの実施

地域支援室（身体）と在宅支援室の合同ミーティングを行います。各事業の報告や、それぞれの役割整理等その都度新しい課題に対して検討を行います。

カ. ケースファイルの管理

1 個人に対して、在宅支援室ケースファイルと地域支援室（身体）ケースファイルがある場合には、二つのファイルをセットで管理します。情報共有を図る一方で、個人情報の保護については、厳重に行います。

キ. 地域の支援やサービスの質の向上に向けた取組

関係機関に対する研修実施や地域リハ C の周知等、地域の支援やサービスの質の向上に向けて、地域支援室（身体）と連携・協働して取り組みます。

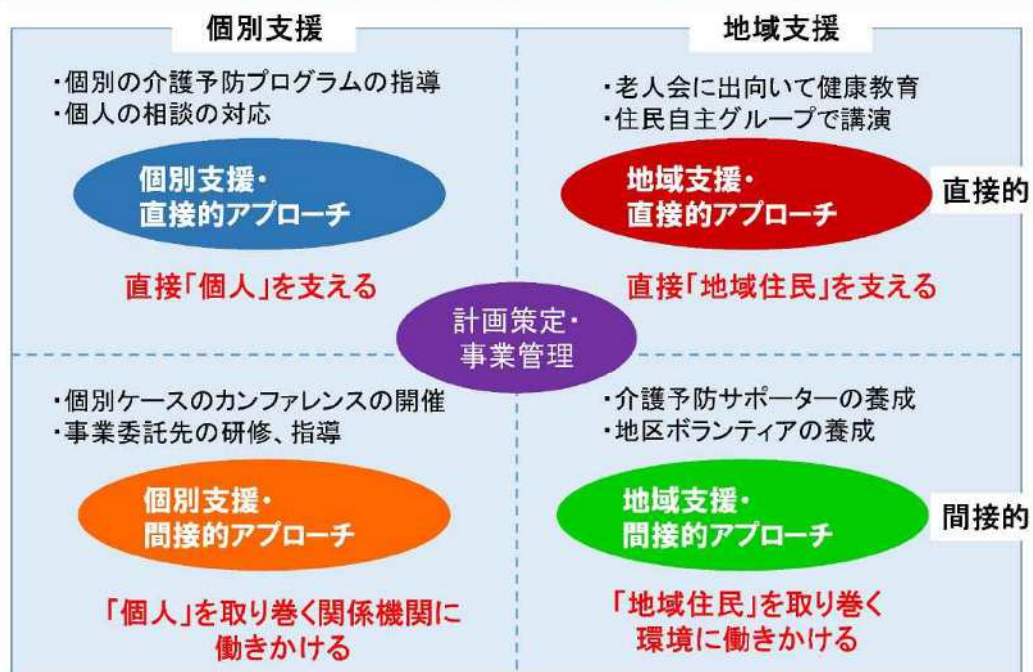
【コラム 8】

「行政リハビリ専門職によるアプローチ」

行政リハビリ専門職の役割について、「行政リハビリ専門職のための手引き」が発行されています。行政リハビリ専門職自身が、行政の専門職としての知識・技術を集約し、日々の業務に活用することを目的とし、また、行政以外の領域で勤務するリハビリ専門職が、行政を理解し、行政リハビリ専門職を知る入門書としての役割を期待されて作成されたものです。この手引きでは行政リハビリ専門職によるアプローチとして、①個別支援・直接的アプローチ、②個別支援・間接的アプローチ、③地域支援・直接的アプローチ、④地域支援・間接的アプローチ、⑤計画策定・事業管理が言及されています。

地域リハＣでは行政と民間事業者である在宅支援室を一体的に運営することで、組織として地域リハビリテーションを推進することが求められています。川崎市の行政機関では「各区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）」等が地域づくりを推進しており、「行政リハビリ専門職のための手引き」の内容をすべて川崎市の地域リハＣの行政部門や在宅支援室に当てはめることはできませんが、地域へのアプローチを検討する際には、この内容も踏まえて、行政部門と在宅支援室が多機関と連携・協働することが必要です。

行政リハ職のアプローチ方法



（出典：一般財団法人 日本公衆衛生協会（分担事業者）公益社団法人 日本理学療法士協会 一般社団法人 日本作業療法士協会 平成 28 年度地域保健総合推進事業「行政リハビリ専門職のための手引き」）

②知的・精神担当部門

在宅支援室には様々な相談が入ることが予想され、知的障害、発達障害及び精神障害等に起因するニーズに関する相談が在宅支援室に入る可能性があります。その場合には、相談者の困りごとや思いを丁寧に受け止めたうえで、即座に助言や回答をせず、また、在宅支援室単独で支援を開始するのではなく、対応について地域支援室（知的・精神担当）と協議します。

また、身体・高次脳機能障害に起因するニーズに加えて、知的障害、発達障害及び精神障害等を重複しているケースも少なくありません。互いの強みを生かしながら、共通の支援方針のもとで連携して支援を行うことが重要です。

（例：地域支援室の精神担当が支援している精神障害者が加齢による身体機能低下のため、安全な入浴方法を検討する場合には、在宅支援室が身体機能と環境の評価を行い、安全な入浴方法を提案します）

(6) 総合相談

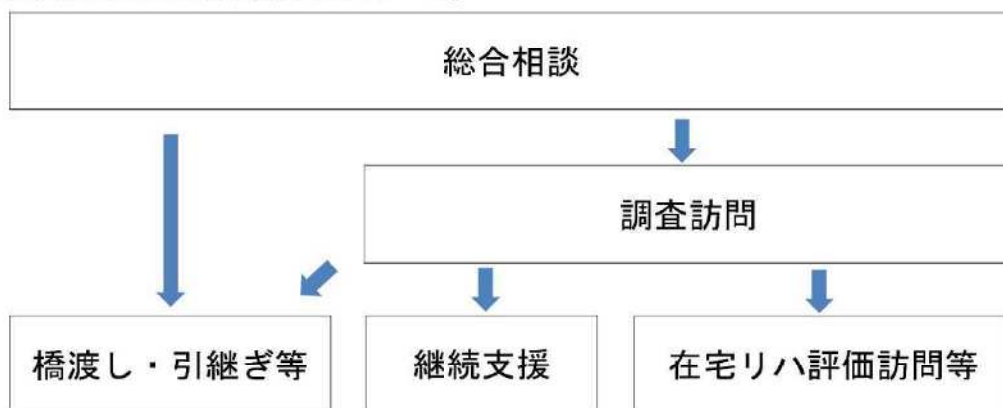
本人、家族及び区役所等関係機関からの問い合わせに応じ、相談を受け付けます。

【目的】

障害の有無を問わないワンストップの相談対応

- ・年齢、疾患、障害種別や障害の有無を問わず、何らかの生活上の困難さを持つ方やその介助者、支援者等すべての人を対象とし、地域支援室と共に相談をワンストップで受けとめ、相談内容を整理します。
- ・地域リハ C 内で対応可能なニーズは、速やかにセンター内の調整を行い、必要に応じて近隣の他の適切な機関との連携も図って支援にあたります。他の資源の利用が適切である場合にも、先方とニーズを共有し、必要に応じて役割を分担して、丁寧に橋渡しを行います。
- ・相談者が困り事を明確に伝えられない場合や漠然としている場合等は、訪問または面談にて対応します。
- ・地域リハ C 以外の社会資源が適切と判断した場合や、困り事はあるものの支援機関がない場合等は、関係機関と協力し、継続した面談や同行訪問等を行いながら適切な支援機関へつなげることや、関係機関と一緒に継続した相談支援対応を行う場合もあります。

【総合相談と在宅リハ評価訪問等のイメージ】



(7) 在宅リハビリテーションサービスのプロセス

【①総合相談】

- ・年齢、疾患、障害種別や障害の有無を問わず、ワンストップで相談を受け止めます。
- ・地域リハC内で対応可能なニーズは、速やかにセンター内で調整を行います。
- ・地域リハC以外の社会資源が適切と判断した場合は、必要に応じて役割分担を行いながら丁寧に他機関へつなげます。



【②調査訪問(SW等)】

- ・相談支援機関、区の担当者や日常的に支援している関係機関等とともに実際の生活の場や困っている場に訪問します。
- ・希望、困り事、障害歴、医療情報、生活歴、生活状況、就労状況等を確認します。
- ・主訴とニーズが異なることやニーズが不明確な場合もあるため、本人の思いを丁寧に確認しながらニーズを整理します。



【③評価訪問(Dr、PT、OT、PHN、CP、SW等)】

- ・本人のニーズに応じたチームで、実際の生活の場や困っている場に訪問します。
- ・心身機能、生活上の好み、動作・活動・作業能力や社会参加能力、物理的環境、人的環境、社会的環境の評価と生活機能の予後予測等、総合的・専門的な視点から評価を実施し、到達可能な生活スタイルを見立てます。



【④支援計画作成・説明】

- ・評価結果、本人・家族の希望や関係機関の支援状況等を踏まえ、到達可能な最適な生活を見立て、それを作り上げるための支援計画を作成します。
- ・支援計画の目標と実施内容、期間を本人・家族・関係機関と共有し、支援計画の合意を得ます。



【⑤支援実施(継続訪問)】

- ・可能な限り、関係機関が支援している時間(相談支援専門員、ケアマネジャー、訪問介護、訪問看護、訪問リハ等による訪問中)に同行訪問し、関係機関と一緒に支援を実施していきます。
- ・支援を実施しながら、支援内容の有効性を本人、家族及び関係機関と随時確認します。



【⑥終結】

- ・支援内容を振り返り、本人のニーズの解決や思い描いたような生活の再構築につながっているか、本人、家族及び関係機関と確認し、共有します。
- ・今後生じる可能性のある生活上の困り事や改善により期待できる次の展望等を本人、家族及び関係機関と共有し、再相談の指標を提示します。

①総合相談

「(6) 総合相談」を参照してください。

②調査訪問

SW 等が相談支援機関、区の担当者や日常的に支援している関係機関等とともに実際の生活の場や困っている場に訪問し、生活状況、生活環境、困り事及び今後の希望等を把握します。

主訴とニーズが異なることやニーズが不明確な場合もあるため、本人の思いを丁寧に確認しながらニーズを整理します。

【目的】

信頼関係構築とニーズ整理

- ・信頼関係の構築を意識しつつ、希望、困り事、障害歴、医療情報、生活歴、生活状況、就労歴、就労状況、経済状況等を確認します。
- ・上記項目を単純に確認していくのではなく、本人の思いや人物像を総合的に捉えていくことを念頭に置きながら進めていきます。
- ・アセスメント用紙を活用してアセスメント項目を確認しますが、順番や項目に捉われ過ぎずに、会話の中から聞き取りが行えるように心がけ、記録に徹しないようにします。
- ・情報を整理した上で、評価訪問へつなげるか、他の対応を行うか、今後の支援全体の見通しを持ち、支援方針を検討します。
- ・この後の評価訪問を効果的かつ効率的に実施し、質の高い内容にするため、概ねのニーズと当面必要になる評価（何の問題を、どのような目的で、どの職種に評価してもらうのか等）を明らかにする見立てが必要です。

③評価訪問

Dr、PT、OT、PHN、SW、CP、建築士、地域の相談支援機関や関係機関等（メンバーは個々の状況により異なります）で実際の生活の場や困っている場を訪問し、心身機能、生活上の好み、動作・活動・作業能力や社会参加能力、物理的環境、人的環境、社会的環境の評価と生活機能の予後予測等、総合的・専門的な視点から評価を実施し、到達可能な生活スタイルを見立てます。

【目的】

○総合的かつ専門的な評価

○本人・家族等関わる人がより具体的に地域生活の再構築を意識できること

*プレカンファレンス

- ・訪問前に、ケース概要、目的、評価内容、留意事項及び必要物品(デモ品)等を共有します。調査訪問時点でアセスメントが不十分な項目等も確認し、訪問時の確認点も共有します。

*評価訪問

- ・本人の身体・精神機能、価値観、生活上の好みの評価に加え、動作・活動・作業能力や社会参加能力の評価、家屋状況等の物理的環境、支援者の介助能力等の人的環境、職場の規則等の社会的環境等の総合評価を行います。
- ・疾患と生活機能の予後予測等を踏まえ、到達可能で最適な生活スタイルを専門的な視点から見立てと手立てを検討します。
- ・評価訪問終了時には、本人、家族及び関係機関と結果を共有し、それぞれの意見を聞いて大まかな目標と方向性を確認したうえで今後の流れについて説明します。
- ・評価上で最適と思われる生活スタイルと本人・家族の意向が異なる場合があります。その際には、最適と思われる生活スタイルではどんなことが期待できるかを具体的に提示するとともに、本人・家族がそのような考えに至った背景を考慮しつつ、希望する生活の実現や困り事を解決するために、その時点でできる別の選択肢の提示も含め、本人が意思決定できるように支援します。本人と家族の意向が異なる場合や本人のみでは意思決定が困難と思われる場合等は、本人の意思を丁寧に確認しつつ、本人にとって最善の方向性となるように、家族も含めて支援します。
- ・評価訪問だけでは話し合いの時間が不足する場合はポストカンファレンスの結果も踏まえてもう一度調整の場を持つ事も考えられます。

*ポストカンファレンス

- ・評価訪問に同席した関係機関を交えて、評価内容を振り返り、評価結果を踏まえて支援方針を検討・共有し、目標を検討します。
- ・最適な生活スタイルについて同意を得ることが難しく、今回提案したことを実施しない、あるいは一部のみ実施する場合でも、どのような状況になったら再相談を行う必要があるか等、今後の支援について関係機関と共有します。そして、最適な生活スタイルを提案しておくことが評価訪問の目的になることもある点を確認します。

④支援計画作成・説明

ポストカンファレンスで検討した支援方針を基に目標・期間・支援内容を明確にした「在宅リハビリテーションサービス計画書」を作成します。

作成後、本人、家族及び関係機関等に「在宅リハビリテーションサービス計画書」の内容を説明し、合意を得ます。

【目的】

○本人が主体的に実施できる計画の作成

○本人、家族及び関係機関が生活の再構築のイメージがつき、支援終了後の生活イメージが明確になること

- ・活動・参加の視点から生活のイメージがつき、本人が主体性を持てる内容にします。
- ・評価結果を踏まえ、生活機能の予後予測を見据えた目標を立てます。
- ・支援内容には、日常生活動作・家事・外出・趣味活動等の活動の練習や介助指導、認知機能評価と評価結果に基づいた対応のための助言や調整、就労や就学・復学のための調整、スポーツや旅行等の余暇活動の支援等、様々なものがあります。
- ・（住宅改修を行う場合には）改修の期間だけでなく、改修内容を決めるためのシミュレーション・改修後の機器等の利用や動作の定着までの練習等も含めて期間を設定します。

⑤支援実施（継続訪問）

「在宅リハビリテーションサービス計画書」に基づき、一定期間職員が自宅等生活の場へ訪問し、サービスを実施するとともに、実施状況のモニタリングを行います。

【目的】

○支援が計画通り進むように調整（住環境・福祉用具・自助具・機能向上のためのトレーニング・動作練習・作業、活動練習・関係機関の後方支援等）

○支援が適切に実施できているか、本人、家族及び関係機関と確認・共有

- ・支援方針に基づき、ニーズに対する具体的なアプローチや方策を検討・実施していきます。
- ・評価訪問で評価が不十分な場合等は、改めて評価を行い支援計画の修正や変更を検討します。

- ・計画に基づいた目標達成のための複数の手段については、生活の場や困っている場で実際に行ったり、試したりします。そのプロセスの中で、本人・家族の意向や関係機関の意見を聞き、適切な手段を見極めます。そして、その定着まで支援します。
- ・本人・家族から新たな希望が出てくることがあります。その際は、計画を修正・変更する場合や、状況によってはその時点の計画を一旦終了し、再度仕切り直すことが必要な場合もあります。
- ・可能な限り関係機関と一緒に訪問し、支援内容の共通理解を図るとともに、具体的な介助方法や対応方法等について助言等を行います。また、関係機関においても生活状況を継続的にモニタリングできる体制を整えます。こうした過程を通して、在宅リハビリテーションサービスの終了後も継続して質の高い生活を送ることができるよう技術面・対応面等の情報と知識を共有し、地域でサポートできるように支援をつなげていきます。

⑥終結

支援内容を振り返り、本人のニーズの解決や思い描いたような生活の再構築につながっているか、本人、家族及び関係機関と確認し、共有します。

今後生じる可能性のある生活上の困り事や改善により期待できる次の展望等を本人、家族及び関係機関と共有し、再相談の指標を提示します。

【目的】

○支援計画実施内容の振り返りと、思い描いていたような生活が再構築できているか、もしくはその方向へ向かって進んでいるかを確認する

○支援計画実施による本人・家族の生活の変化を評価し、生活機能の低下・向上の可能性を含めた予後予測と今後の展望を共有する

- ・支援内容を振り返り、本人の思い描いていたような生活になっているのか、もしくはその方向へ向かって進んでいるか、本人の考えや思いを確認します。
- ・疾患の進行、成長及び加齢に伴う身体機能の変化や改善による新たな展望等、本人、家族及び関係機関に対し、どのような状況になったら再相談を行う必要があるか、再相談の指標を提示します。
- ・本人、家族及び関係機関からの随時の相談対応を行います。関係機関に状況を継続的に確認してもらい、新たなニーズが生じた場合等は再度支援します。

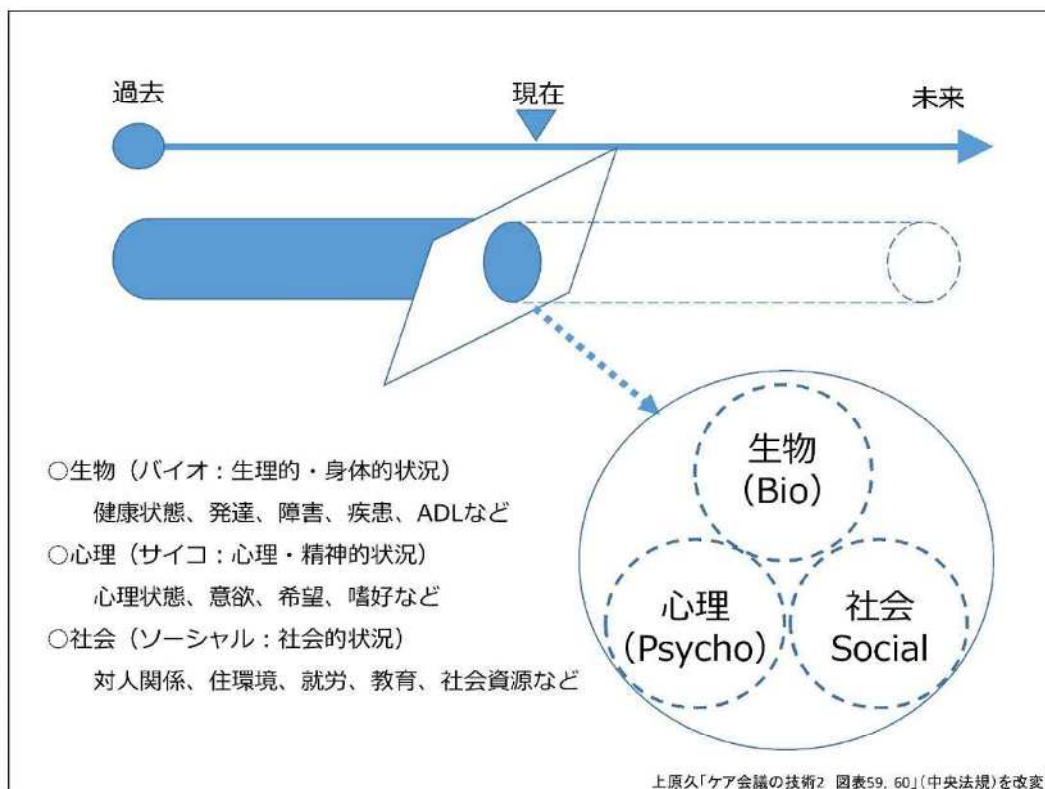
【コラム 9】

「過去・現在・未来とバイオ・サイコ・ソシャルの組み合わせによるアセスメント」

アセスメントにより全体像をつかむためには「過去・現在・未来」と「バイオ・サイコ・ソシャル」の2つの視点を組み合わせて行う方法が考えられます。

いずれかの「過去」の時点で「バイオ・サイコ・ソシャル」の視点からどのような状況だったのか（これまでの人生や背景の理解につなげる）、「現在」はどのような状況なのか、「未来」はどのような状況が予測されるのか、本人はどのような「未来」を希望しているのか、予測され得る未来への対応及び本人が希望する未来へ近づけるために何が必要なのかを見立てていきます。この時、「過去・現在・未来」のそれぞれの状況を切り離して考えるのではなく、連続していること、関連し合っていることに留意し「本人の人生・生活の全体像」を捉えていくことが必要です。

なお、いずれの視点で考えるにしても、その時々「本人の思いや希望」を中心に据えることや、明らかとなった事実や問題状況をストレングスの視点から捉え直し、ストレングスを支援に活用することが重要です。



【コラム 10】

「統合的・多面的アセスメントに必要な情報枠組み」

相談受付時や調査訪問時には別紙様式を使用し、ADL や住環境等必須となるアセスメント項目の情報を収集していきますが、他にも必要な内容が存在するため、ここでは情報の収集・整理の一例を記載します。必ずしも全ケースにすべての情報を同じだけ深く把握する必要はありませんが、日頃から意識的に情報の収集・整理をしておき、優先順位を判断してアセスメントに用いることが必要です。

なお、アセスメントにあたっては、信頼関係を形成する力、専門職として求められるコミュニケーション力、人間や社会に関する各種知識、収集した情報を分析する力、論理的に思考し、根拠を持って説明する力、支援計画に役立てる力等が必要となります。これらを習得できるよう専門職として自己研鑽に努める姿勢が求められます。

(1) クライアントの問題意識

なぜ、クライアントは援助を受けようと思ったのか？ 進んで援助を受けようと思っているのか？

(2) 主訴

クライアントは何が問題だと述べているのか？（主訴が明確でない場合には「誰が何を問題と捉えているか？」、クライアントはその「『問題』をどう捉えているか？」を明記）

(3) 問題の具体的な特性

問題は、いつ始まりどのぐらいの期間継続しているのか、問題の起こる頻度、問題が起こる場所や時、誰という時、問題はクライアントが日常生活を営むのにどれほど障害になっているのか？問題が起きるのに関係した出来事・人・機関は何か？

(4) クライアントの問題の捉え方

問題に関するクライアントの考え、感情、および行動は何か？（クライアントは問題をどのように感じ、考え、それに応じてどのような行動を取っているのか？）

(5) クライアントの特性

①どのような人生を歩んできたのか（成育歴）、②どんなライフサイクルにいるのか、③家族や友人を含む他者との関係性、④強さ・長所、⑤価値観・人生のゴール、⑥人生で起きた特記事項

(6) クライアントの問題理解に必要な固有の情報

特に当該クライアントの問題を理解するのに必要な情報（例：医療・精神衛生・認知力・経済状況・学力・発達・住居、及び何らかのリスク・アセスメント情報）

(7) クライアントの問題対処力と問題対処のための資源

今回の問題解決のためにどのような方法がとられたか？クライアントは、これまで人生でおきた問題に対してどのような取り組み方をしてきたか？どのような問題対処に役立つ資源を持っているのか？今回の問題に対して使っている方法は、これまでクライアントが他の問題の対処に使ってきたのと同じようなものか？

(8) 問題を解決するためにクライアントが使える人的・物的資源（クライアントを取り巻く環境でクライアントの問題解決に有効だと思われるもの）

(9) クライアントのニーズと今後必要な外部資源

どのようなニーズや欲求が満たされないためにこの問題が起こっているのか？クライアントの問題対処に今後必要な外部資源は何か？

（出典：「福祉専門職のための統合的・多面的アセスメント」渡部律子 ミネルヴァ書房）

（８）個人情報の取り扱い

①指定管理者の位置づけ

川崎市では、川崎市個人情報保護条例において「川崎市から個人情報を取り扱う業務の委託を受けた受託者及び指定管理者は、川崎市に準じた個人情報の取り扱いを行うもの」とされており、川崎市と同様の具体的な義務（個人情報の保有の一般的制限、収集の方法の制限、利用及び提供の制限、適正な維持管理等の義務）を負うこととなります（川崎市個人情報保護条例第14条）。

そのため、在宅支援室も個人情報保護法及び川崎市個人情報保護条例に従って「保有個人情報は利用目的の達成に必要な範囲内で正確かつ最新なものとすること」「保有個人情報の漏えいを防止すること」「保有個人情報の改ざん、滅失、き損その他の事故を防止すること」のために必要な措置を行わなければなりません。ここでいう必要な措置として以下のようなものが考えられます。

- 保有個人情報の適正な維持管理のための組織及び内部管理規程の整備、担当者の研修等の意識啓発その他の管理的保護措置
- パスワードの設定等による電子計算機処理に伴うアクセスの制限、データの暗号化その他の技術的保護措置
- 保有個人情報を管理している施設への第三者の立入制限、施錠された保管庫等における保有個人情報の保管その他の物理的保護措置

②情報の収集、提供

外部機関から情報の収集をしたり、外部機関に情報提供を行ったりする際には慎重な対応が求められます。原則は本人の同意に基づく対応が必要となり、別紙「川崎市地域リハビリテーションセンター在宅支援室 個人情報使用同意書」を使用して書面で同意を得ます。

なお、法令に定めがある場合（例えば、虐待に関する通報が挙げられます。「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援に関する法律」においては、養護者・障害福祉施設従事者・使用者による虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、速やかに市町村へ通報しなければならないこととされています。高齢者虐待や児童虐待も同様です。）や、人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合等例外的な取り扱いを行うことができる場合があります。

③川崎市情報セキュリティ基準に基づく情報送信

川崎市では「川崎市情報セキュリティ基準」を設けており、この基準に則って業務を行う必要があります。この基準では情報送信について以下の旨が定められています。

＊原則、電子メールや FAX 等機密性が確保できない通信手段を利用して機密性区分Ⅰ（※改ざん、誤びゅう又は破壊等により、市民の生命、財産、プライバシー又は法人等の競争上の地位や正当な利益に対して著しい影響が予想されるものです。個人情報等をいいます。）に該当する情報を送信してはならない。ただし、業務上、緊急を要し、FAX により、機密性区分Ⅰの情報を送信する場合は、情報管理責任者の許可を得るとともに、相手方の FAX 番号を送信者と別の人が確認する等、誤送信に対する対策を行ってから送信すること。また、機密性区分Ⅱ（改ざん、誤びゅう又は破壊等により、行政事務の執行等に著しい影響が予想されるものに該当するものです。法人情報等をいいます。）を電子メールにより送信する場合は、暗号化やパスワード設定を行って送信すること。

これらを踏まえ、やむを得ず情報送信を行う場合には以下の点に留意してください。

- 氏名、住所、電話番号等個人が特定される情報は必ず削除すること。
- メールの場合には、パスワードを設定すること。パスワードは内容が特定されないものとし、同一メール中に記載しないこと。
- 送信の旨を電話連絡し、受信確認を行うこと。

4 機関連携、地域支援

(1) センター内連携の考え方

地域リハ C 内の各部署で支援する利用者はそれぞれの利用者ということではなく、地域リハ C 全体で支援している利用者です。市民からの相談に対し、どこで受けた相談でも同じ対応ができる必要があります（ただし、これは単独の部署がすべての相談に独自に対応することではありません）、利用者の地域生活を常に念頭に置いた支援を実施し、その利用者が生活する地域との連携のもとで支援を展開させることが求められます。

受けた相談はアセスメントを行い、そのニーズを把握し、マネジメントを展開しながら、適切な支援につなげることが重要です。相談を受けた部署で難しいと思われる相談については、どこなら支援ができるのか、どのような支援ができるのかを調整することが必要です。

また、相談内容がその生活の再構築に適していないこと（例：就労したいが毎日の生活が安定していない、金銭管理ができない等）もありますが、そのような場合でも地域リハ C 内外の関係機関と連絡調整を行いながら、施設の見学や実習、フィードバック、他機関の紹介・引継ぎ等を行い、必要な支援につなぐという意識が必要です。そのためには、各部署間で同じ考え方、理念を共有することが必須であり、「うちではできない」「うちですべての相談に応える必要がある」ではなく、利用者を中心に考え、それぞれの強みを生かし、どのようにすれば支援可能となるのか、それぞれが考え、持ち寄る姿勢が重要となります。

（２）区役所との連携

①地域みまもり支援センターの概要

川崎市では「個別支援の強化」と「地域力の向上」を図るため、各区役所に「地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）」を設置し、その中に「高齢・障害課」「保護課」「地域支援課」「児童家庭課」「地域ケア推進課」「衛生課」を設置しています。

以下、個別支援において特に在宅支援室と関わりが大きいと思われる「高齢・障害課」の一部業務を記載します。

【高齢・障害課】

○高齢者支援係

- ・ 高齢者福祉
- ・ 高齢者虐待対応
- ・ 地域支援関連（認知症施策、医療と介護の連携、地域包括支援センターとの連絡調整等）

○介護認定給付係

- ・ 介護保険の要介護認定や介護保険給付に関わること（保険料除く）

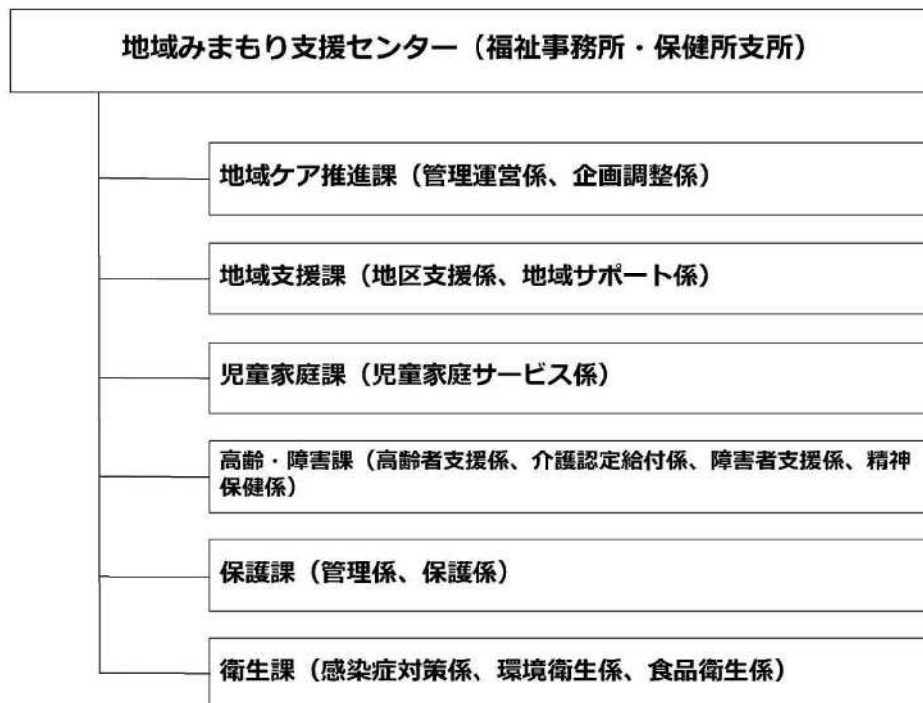
○障害者支援係

- ・ 身体障害者福祉、知的障害者福祉（身体障害者手帳、やさしい住まい推進事業、療育手帳、障害者虐待対応、相談受付及び個別支援等）
- ・ 障害者総合支援法関連（障害福祉サービス、自立支援医療（更生医療）、補装具、日常生活用具等）
- ・ 児童福祉法（障害児通所支援）

○精神保健係

- ・ 精神保健福祉（精神障害者手帳、障害者虐待対応、相談受付及び個別支援等）
- ・ 障害者総合支援法関連（障害福祉サービス、自立支援医療（精神通院））
- ・ 児童福祉法（障害児通所支援）

【区役所地域みまもり支援センター組織図】



※川崎区のみ、上記に加えて地区健康福祉ステーションを設置しています。

②連携

区役所では日々、窓口・電話・訪問等により個別相談を受けるとともに、地域支援課ではこどもの健診業務等も行っています。区役所が個別支援を行う中で、地域リハ C によるアセスメントが必要であると判断した場合や、何らかの支援を必要とすると思われるにも関わらず支援に繋がっておらずアプローチの方法に困っている場合等に、地域リハ C は区と一緒に「生活の場・実践の場」へ積極的に出向き、多角的な視点を持った支援チームで支援方針の検討を行い、支援へとつなげることとなります。

また、区役所は、制度利用の可否を判断して決定を行うため、補装具・日常生活用具・障害福祉サービス・やさしい住まい推進事業等の制度利用が必要な場合には情報交換や連携が必要となります。制度利用の必要性が考えられる場合には、事前に区役所へ相談してください。各制度により利用要件等が異なり、補装具・日常生活用具の場合には耐用年数も関係するため、制度利用の可否について誤解を招くことのないよう、区役所と相談しながら対応することが必要です。

（３）各分野の支援体制・連携

①障害者

ア．令和２年度まで

川崎市では、区役所高齢・障害課及び地区健康福祉ステーション障害担当部署（以下「区役所障害担当部署」といいます。）のほか、民間事業者への委託による公的な相談機関として障害者相談支援センター（基幹型・地域型）を設置し、障害種別や年齢、障害福祉サービス利用の有無に関わらない相談支援を実施しています。障害福祉サービスを利用する際に必要なサービス等利用計画の作成（計画相談支援）については主に民間の指定特定相談支援事業所で実施しています。

イ．令和３年度以降

令和３年度以降、指定特定相談支援事業所の相談支援専門員等を１次相談機関、区役所障害担当部署と障害者相談支援センター（基幹型・地域型）を２次相談機関、地域リハＣ（地域支援室・在宅支援室）を３次相談機関と位置付けることとなります。

指定特定相談支援事業所による相談支援とともに、施設・事業所によるセルフプランの作成支援体制を構築することにより、適切な支援の提供と円滑な相談支援の実施を確保します。区役所障害担当部署と障害者相談支援センターによる２次相談とともに、地域リハＣ（地域支援室・在宅支援室）が専門的な相談・評価・判定等を通じて３次相談を実施することにより、質の高い支援を効率的に提供できる体制を確立します。

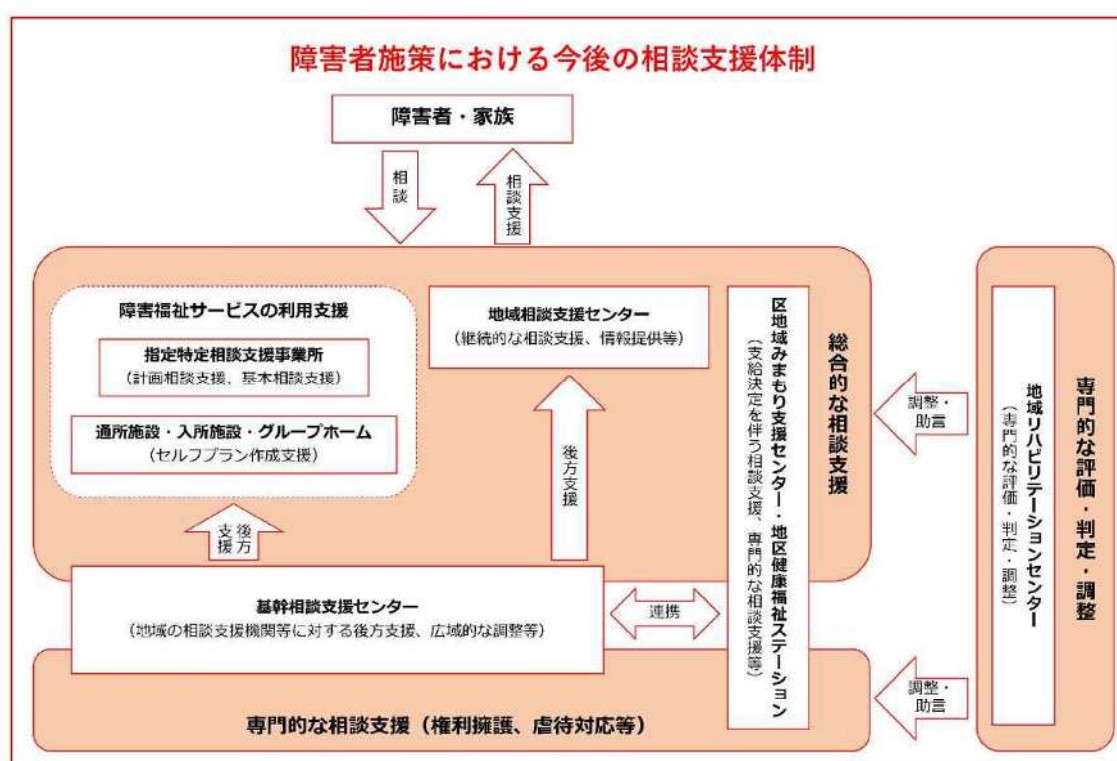
区役所障害担当部署と障害者相談支援センター（基幹型・地域型）では２次相談機関として権利擁護や虐待対応等を行います。地域相談支援センターは地区担当制を導入し、市民に身近な相談窓口としてワンストップで相談を受け付けるとともに、継続的な相談支援（福祉サービスの利用に至るまでの相談、社会生活力を高めるための支援、精神科病院・入所施設等からの地域移行・地域定着支援等）を通じて地域とのネットワークづくりを実施します。複合的な課題を抱えるケースや虐待・触法リスクが高いケース、援助希求に乏しいケース等については、必要に応じて区役所障害担当部署と地域相談支援センターが連携して対応し、緊急対応が必要な場合等、必要に応じて基幹相談支援センターも関わります。

基幹相談支援センターは、指定特定相談支援事業所・地域相談支援センター等の機能を補完する機関として、広域的な調整や相談支援体制の整備、地域支援等を実施します。

区役所障害担当部署では、行政固有の業務や総合的・専門的な相談支援（障害

者虐待への初期対応、成年後見制度利用支援等)、セルフプラン作成支援、日常生活用具や補装具、やさしい住まい等支給決定を伴う制度利用に係る相談支援等を実施します。総合的・専門的な相談支援については、基幹相談支援センターや地域リハ C (地域支援室・在宅支援室) も必要に応じて関わります。

地域リハ C (地域支援室・在宅支援室) は 3 次相談機関として、必要な時に必要な期間にわたって支援を行い、「専門的な相談・評価・判定、サービス内容・支援方法の調整、福祉用具や住環境の整備支援方法の調整、専門的な技術支援等」を行います。



②障害児

ア. 令和2年度まで

各区役所地域みまもり支援センター地域支援課にて、0歳から18歳未満の子どもの障害の有無に関わらず、広く家庭での生活や就園、就学、学校生活等について、様々な相談を受け付けています。

また、市内4か所の地域療育センターでは、0歳から18歳未満の子どもの発達の遅れや障害等についての相談を受け付けています。その後、必要に応じて、診察や検査、訓練等も行います。

イ. 令和3年度以降

令和3年度以降、新たな支援体制として発達・相談支援機能を整備することを検討しています。発達・相談支援機能は保護者からの相談や、軽度の障害や要観察の子どもに関する相談・療育等を行い、地域療育センターは中重度の障害児に関する内容に重点化していきます。

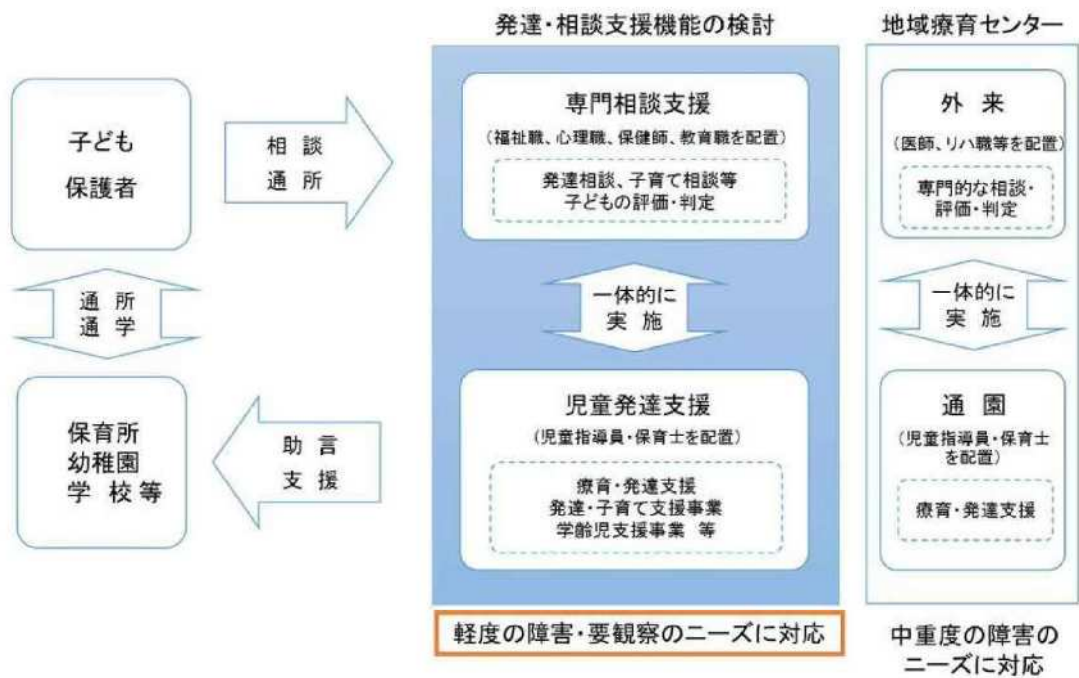
障害児（疑いを含む）の保護者による相談を基点として、障害児サービス事業所によるセルフプランの作成支援や、保育園や幼稚園、学校等による子育て支援・教育相談により、適切な支援の提供と円滑な相談支援の実施を確保します。また、区役所障害担当部署による2次相談とともに、地域療育センターと発達・相談支援拠点が専門的な相談・評価・判定等を通じて3次相談を実施することにより、質の高い支援を効率的に提供できる体制を確立します。

18歳までの専門的な相談・評価・判定等の支援は、地域療育センターと発達・相談支援機能が担うことを前提としつつ、障害者の制度やサービスの利用に向けた支援については、地域リハC（地域支援室・在宅支援室）が担います。ただし、適切な支援を行うためには、日頃の様子や障害状況を把握している地域療育センターや発達・相談支援機能と連携して支援を行うことが必要です（例：自宅環境もあわせて評価が必要な場合には両者が一緒に自宅へ訪問する等）。

保護者も障害者等の場合は、家庭全体に対し、専門的な支援が必要となることが想定されるため、支援の方針や方法の一体性を確保するために地域リハC（地域支援室・在宅支援室）が障害児の相談・評価・判定等を行うことも可能です。

障害者への移行期においては、障害者の支援機関が支援の主体となることが適切であると考えられますが、障害児の時期に受けてきた支援との連続性を確保するため、地域リハC（地域支援室・在宅支援室）と発達・相談支援機能が連携して支援を行うことが必要です。

なお、発達・相談支援機能の整備が完了するまでは、個別ケース毎に地域リハC（地域支援室・在宅支援室）と地域療育センターが連携を図りながら支援を行います。



③高齢者

ア. 令和2年度まで

高齢者分野における相談機関としては、各区役所地域みまもり支援センター 高齢・障害課、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所（介護支援専門員〔ケアマネジャー〕）があります。

イ. 令和3年度以降

高齢者分野では、介護支援専門員（ケアマネジャー）による1次相談を基点として、医療と介護が連携しながら適切な支援を提供し、各区役所地域みまもり支援センター 高齢・障害課と地域包括支援センターによる2次相談とともに、地域リハC（地域支援室・在宅支援室）と地域リハビリテーション支援機能が専門的な相談・評価・判定等を通じて3次相談を実施することにより、質の高い支援を効率的に提供できる体制を検討します。

地域リハビリテーション支援機能の主な取組内容は、様々なサービスや支援にリハ専門職の知見を反映させるための「サービス調整（サービスの新規導入時における専門的な評価、ケースカンファレンス等を通じたサービス内容等の調整、介護サービス事業所等に対する専門的な助言・支援）」、「普及啓発（介護サービス事業所や地域包括支援センター等が実施する地域住民を対象とした事業等への助言）」です。

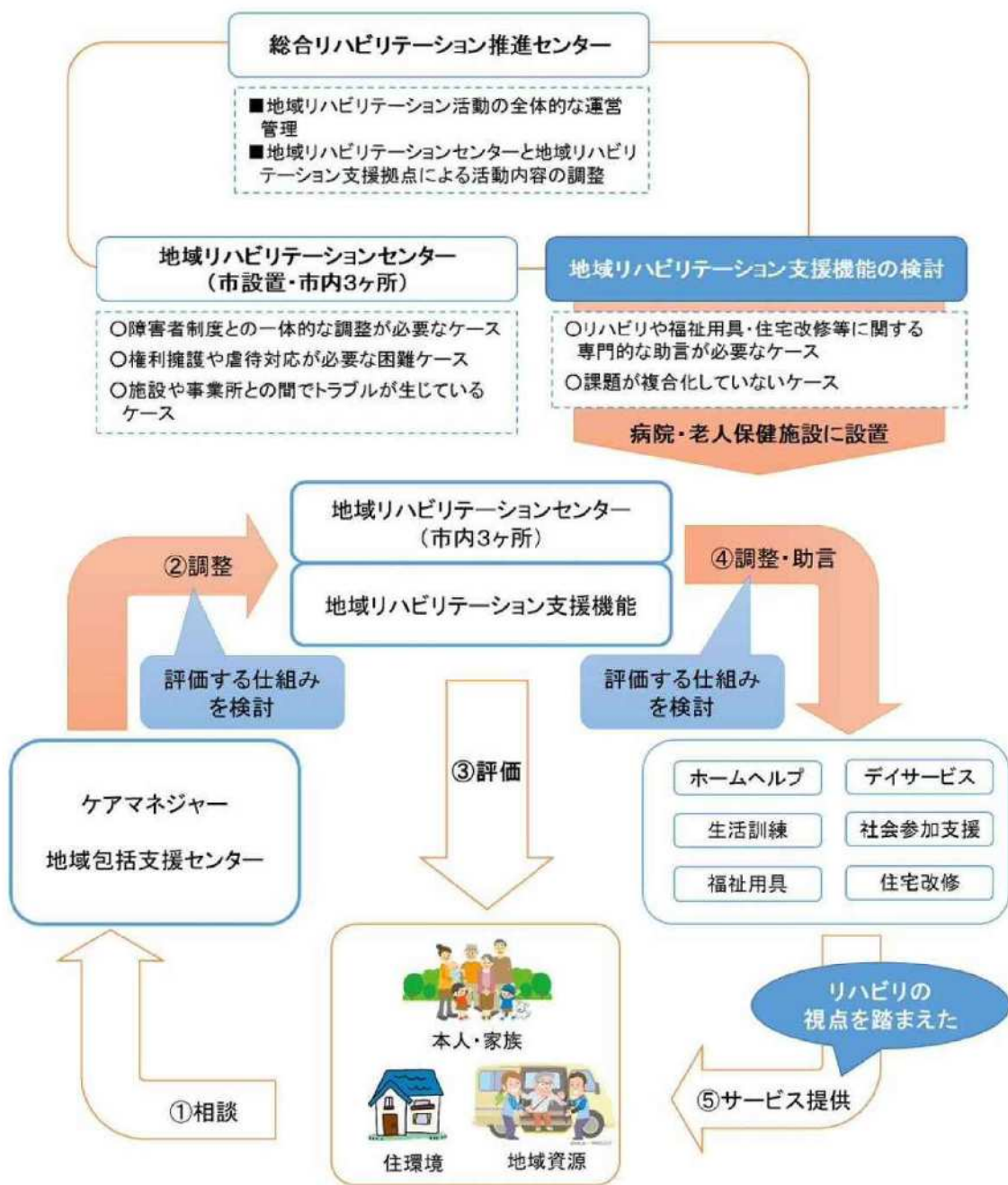
高齢者分野で地域リハビリテーション推進体制の取組を充実させるには、地域リハC（地域支援室・在宅支援室）と地域リハビリテーション支援機能の連携が重要です。それぞれの役割分担の概要は次のとおりです。今後は、実践を重ねながら、双方の連携の在り方について具体化していくことが必要です。

【地域リハビリテーションセンター（地域支援室・在宅支援室）】

- ・虐待や権利擁護が必要なケース
- ・家族等に対する支援と一体的な対応が必要なケース
- ・施設や事業所との間でトラブルが生じているケース
- ・地域リハビリテーション拠点のバックアップ

【地域リハビリテーション支援機能】

- ・リハビリや福祉用具・住宅改修等に関する専門的な助言が必要なケース
- ・課題が複合化していないケース



【コラム 11】

「連携とは」

連携とは顔の見える関係を作るものではなく、共通する目的の達成や課題解決のプロセスの中でできるものです。共通理解の下、プロセスを繰り返すと手間や所用時間が減って、お互いにメリットが生じるため、このような連携はより強化されていきます。従って、連携を取るためには、この連携が目指すものを明確にし、メンバーと共有する事、情報のやり取りをしながら共同作業を行う事が重要です（連携の条件）。

連携には、速やかな解決に向け同じ考えの人達を作る「ネットワーク」と制度化（予算・条例）が必要な「システム」があります。「ネットワーク」は作り易く潰れ易い、また 自由度が大きい反面、普遍化しにくい等の特徴があります。「システム」は手間がかかる反面潰れ難く、参加者の目的共有ができないと形骸化する等の特徴があります。

（出典：一般財団法人 日本公衆衛生協会（分担事業者）公益社団法人 日本理学療法士協会 一般社団法人 日本作業療法士協会 平成 28 年度地域保健総合推進事業「行政リハビリ専門職のための手引き」）

【コラム 12】

「他職種・他機関と連携するときの注意点」

1. 相互の違いを前提とする
相互理解のためのコミュニケーションには十分配慮する
2. 相手の得意技や苦手な領域を知る
3. 制度や相手機関の限界を知る
機関のどこを押すと連携可能となるのか、相手機関の仕組みも知っておく
4. 相手の勤務行動を知る
適切な時間帯に適切な方法で連絡をとる
5. 連絡の仕方や会合依頼の仕方を知る
6. 形式よりも実質的な有効性を考慮する
連携相手や会議構成員について、目的に応じて選ぶ
7. 個人的な要素も考慮する
機関のみならず、スタッフ個々人の能力も考慮
8. 自分の機関の宣伝を十分に行う
相手も自分を知らないということを意識し、活動報告等を機会あるごとに行う
9. 相互の変化を信頼する
それまでの連携の仕方に不満があろうともそれぞれの立場がそうさせていることもあるので状況の変化、動機づけの増大、コミュニケーションの結果によって、変化する可能性をもっていることを信頼する、連携しようとする意思から始まる

（出典：東美奈子「相談支援と医療との連携、その留意点」『精神科臨床サービス』第 14 巻 2 号、星和書店、2014）

【主な関係機関一覧】

名称	概要
れいんぼう川崎在宅支援室	障害者支援施設「れいんぼう川崎」内に設置されており、地域リハ C 在宅支援室と同様の機能を有しています。
障害者相談支援センター	障害児・者に関する公的な相談窓口です。障害種別や年齢を問いません。基幹型と地域型の2種類があります。川崎市から委託を受けた法人が運営しています。
地域包括支援センター	高齢者に関する公的な相談窓口です。川崎市から委託を受けた法人が運営しています。
指定特定相談支援事業所	相談支援専門員が配置されており、障害福祉サービス利用に必要なケアプラン（サービス等利用計画）の作成や各種調整等を実施します。
指定居宅介護支援事業所	介護支援専門員（ケアマネジャー）が配置されており、介護保険サービス利用に必要なケアプラン（居宅サービス計画）の作成や各種調整等を実施します。
地域療育センター	障害のある子どもや発達に心配のある子どもの地域生活の充実に向けて、相談支援を基軸として各種サービスの利用支援を行うとともに、家庭や保育所・幼稚園、学校等の関係機関に対する療育支援機能を果たしながら、子どもと家庭に対する総合的なマネジメント機能を有する専門機関です。川崎市内に4ヵ所設置しています。
障害者地域就労援助センター	障害者手帳の有無や障害種別を問わず、就労相談（就職前や就職活動に関する相談及び就職後に困ったことの相談）や、就労体験・職場実習等を実施しています。川崎市内に3ヵ所設置しています。
川崎市発達相談支援センター	発達障害児者に対する支援の地域拠点として、相談に応じるとともに関係機関の支援やネットワーク構築、研修や普及啓発活動等を行います。
川崎市生活自立・仕事相談センター（だいJOBセンター）	失業等の経済的な問題とともに、うつや人間関係がうまくいかない等の精神的な問題、家賃を滞納している等住まいの問題、借金をしている等債務や法律の問題等様々な課題を抱え生活にお困りの方に対して支援を行います。

※上記は連携が想定される一部の関係機関の概要です。上記機関の詳細や上記以外の機関については「ふれあいー障害福祉の案内ー」や川崎市ホームページ等をご参照下さい。

＊引用・参考資料

- ・川崎市健康福祉局障害保健福祉部（2016）「地域リハビリテーションセンターガイドライン」
- ・川崎市健康福祉局障害保健福祉部（2016）「地域リハビリテーションセンターマニュアル 身体障害」
- ・川崎市健康福祉局障害保健福祉部「川崎市地域リハビリテーションセンター平成30年度3圏域「障害者センター」事業報告書」
- ・川崎市健康福祉局総務部施設計画・整備担当（2016）「川崎市福祉センター跡地活用施設整備基本計画【改訂版】」
- ・川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課（2018）「第4次かわさきノーマライゼーションプラン改訂版」
- ・川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室（2015）「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」
- ・川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室（2020）「地域リハビリテーション体制検討プロジェクト報告書」
- ・川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室（2020）「障害児支援のあり方検討プロジェクト報告書」
- ・川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室（2020）「障害者相談支援体制検討プロジェクト報告書」
- ・川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室（2020）「超高齢社会の到来に向けた地域包括ケアシステムのあり方検討会議報告書」
- ・川崎市総務企画局情報管理部行政情報課（2019）「個人情報ハンドブック」
- ・川崎市総務企画局情報管理部（2018）「川崎市情報セキュリティ基準」
- ・川崎市総務企画局行政改革マネジメント推進室（2020）「民間活用（川崎版PPP）推進方針～最適な市政経営の実現に向けて～」
- ・岡部健・森江信子・野木岳・竹島正・岩谷力・我澤賢之（2017）「川崎市地域包括ケアシステムにおける地域リハビリテーションの展開」国リハ研紀38号
- ・川崎市北部リハビリテーションセンター基本指針（2008）
- ・PwC コンサルティング合同会社（2020）厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業「障害者支援のあり方に関する調査研究報告書」



Colors, Future!

いろいろって、未来。

川崎市

Ver.1.0