

<資 料>

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

岡部健 (川崎市井田障害者センター)

森江信子 (川崎市百合丘障害者センター)

野木岳 (川崎市障害者更生相談所南部地域支援室)

竹島正 (川崎市精神保健福祉センター)

岩谷力 (国立障害者リハビリテーションセンター)

我澤賢之 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所)

Development of the Community-based Rehabilitation System for the Community-based Integrated Care System in Kawasaki City

Ken Okabe (Ida Center for Persons with Disabilities)

Nobuko Morie (Yurigaoka Center for Persons with Disabilities)

Takeshi Nogi (Kawasaki City Consultation Center for Persons with Disabilities)

Tadashi Takeshima (Kawasaki City Center for Mental Health and Welfare)

Tsutomu Iwaya (National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities)

Kenji Gasawa (Research Institute, National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities)

Abstract

We introduced the initiative of Kawasaki city as an example of the community-based integrated care system, with particular focus on community-based rehabilitation. The community-based rehabilitation system in Kawasaki City is a historical product of its health and social welfare policy development for persons with disabilities. Its development process can be divided into three stages. In the first stage (1971-1998), The Rehabilitation Center for the People with Mental Illness was founded in 1971 and it cultivated human resources. In the second stage (1999-2014), the rehabilitation system broadened its scope and targeted population with all types of disabilities, including physical and intellectual, and changed the service-providing system to a more community-based system to build three community-based rehabilitation centers. In the third stage (2015-present), the concept of building community-based integrated care system for all citizens is leading all health and welfare policies. In the community-based rehabilitation system, the center for persons with disability, the key organization in each community-based rehabilitation center, is now acting as the basis of simultaneous promotion of community building and support for individuals.

キーワード：地域リハビリテーションセンター、障害者センター、地域づくり、個別支援

Key words : community-based rehabilitation center, center for persons with disabilities, community building, individual support

2017年8月30日登録

2018年3月29日採択

1. はじめに

川崎市は、神奈川県の北東部に位置し、東京都と横浜市に挟まれた南北に細長い地形で、7つの行政区を持つ、人口150万人の政令指定都市である。1971年に心身障害センターを開設し、障害児者のリハビリテーションに先駆的な取り組みを実践してきた歴史を持つが、障害者を取り巻く社会状況の変化に対応し、2000年代から地域リハビリテーションシステムの推進へと大きく舵を切った。これは全市を南部、中部、北部の3圏域に分割し、圏域ごとに1か所の地域リハビリテーションセンター（以下、地域リハセンターと略す）を設置し、あらゆる障害者を対象とした地域リハビリテーションの支援を行うシステムである。

この地域リハセンターは、都道府県・政令指定都市に設置義務のある精神保健福祉センター、身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所という障害者福祉の行政機関と、民間の身体障害者専門リハビリテーションサービスである在宅支援室からなる障害者センターを中核に他の民間施設を併設した複合施設である。

さて、少子高齢化対策は、国及び全国の地方自治体共通の課題となっている。国は高齢者を対象とした地域包括ケアシステムの必要性を提起し、地方自治体は各地の実情に応じたシステムの構築を進めている。川崎市では2015年に「地域包括ケアシステム推進ビジョン」を公表した。川崎市の地域包括ケアシステムの特徴は、高齢者をはじめ、障害者や子ども・子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象としたことである^{[1][2]}。これを推進するため、2016年には、7区の保健福祉センターすべてに地域みまもり支援センターを設置し、上述の地域リハセンターと連動するシステムとした。このことは他の都道府県・政令指定都市に類の無い取り組みと思われる。

我が国の少子高齢化の問題は、団塊の世代が75歳を越える「2025年問題」としてこれから本格化する。今後、地域包括ケアシステムの重要性がさらに高まるとともに、地域におけるリハビリテーション支援を必要とする人も増加が見込まれる。しかしながら、地域のつながりが希薄な大都市においては固有の困難が予想される。今後の大都市における地域包括ケアシステムの展開において、行政がどのような役割を果たしていくのか、その中に地域リハビリテーションシステムをどのように組み込んでいくのか、自治体をモデルとした検証が必要であろう。本稿では、川崎市地域包括ケアシステムの全体像を示した上で、特に地域リハセンターに着目し、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システムの役割について考察する。

2. 方法

川崎市における地域リハビリテーションシステムの経緯を、心身障害センター開設にともなう社会復帰医療センターの開設と地域支援(1971-1998)、地域リハセンター構想と新規事業(1999-2014)、地域包括ケアシステムの構築(2015-)の3期に分け、各期の概要を、川崎市の公表した計画及び報告書などをもとにまとめる。次に現在の川崎市の地域包括ケアシステムと地域リハビリテーションシステムの体制と、地域リハセンターの中の障害者センターの2016年度の活動実績について述べる。これらをもとに地域リハビリテーションシステムの中の障害者センターの特性、役割、今後の可能性について考察する。

なお、全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステム構築における地域リハビリテーションについて先駆的事例と思われる川崎市の状況についてまとめるため、つぎのような分担を行った。川崎市に係る事実関係資料のまとめ、期間の区分け等については同市の行政・現場に立脚する川崎市所属の著者らが行った。また、関連する厚生労働省関係資料、他自治体関連資料は国リハ所属著者である我澤が担当した。これらの資料を踏まえての事実の検討ならびに考察については社会福祉学等に立脚する国リハ所属の筆者を含む全著者により行った。

3. 結果

3.1. 地域リハビリテーションシステムの発展経緯

3.1.1 第1期 社会復帰医療センターの開設と地域支援(1971-1998)

川崎市は1924年に人口約4万8千人で誕生し、1972年に人口約100万人の政令指定都市へと移行した。当初は保健所や福祉事務所を中心に精神保健活動や障害者支援が行われていたが、1971年の川崎市心身障害者センター条例をもとに、心身障害者(児)福祉対策を一貫性のある総合的なものとするため、身体・知的障害児者施設(入所・通所)等の関連施設を1カ所に集め、障害者の福祉増進と自立更生意欲の向上を図る、心身障害者センターを開設している。この中には、精神科リハビリテーション施設である社会復帰医療センターも含まれていた。

当時の我が国の精神医療は入院中心の時代であったが、社会復帰医療センターを開設し、精神科病院長期入院患者の退院、退院後地域定着支援などを行い、この活動が全国から注目され、わが国の精神障害者リハビリテーションの礎となった^{[3][4][5][6]}。その後、2000年代に入って、障害者の重度・重複化、多様化が進んだことから、その地域生活を総合的に支援するために行政施策の見直しが進められた^{[7][8]}。行政の主な役割は、入院や入所施設を主体とする支援から地域における総合相談体制の整備、精神科救急医療等の医療サービスの充実、退院に向けた地域移行支援となり、地域支援に重点を置いた精神保健福祉サービスを一層推進するようになった^[9]。

3.1.2 第2期 地域リハセンター構想と新規事業(1999-2014)

身体障害者の地域支援は、身体障害者更生相談所(1972年開設)においてリハビリテーション科医師などの専門職による取り組みとして部分的に行われていた。その展開の中で1996年に重度身体障害者の療護施設として「れいんぼう川崎」が開設され、ここに在宅支援室を併設し、後述の在宅リハビリテーションサービス事業を市単独事業として開始した。

この取り組みが、1999年の有識者による報告書「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」^[10]という政策提言につながった。この報告書は地域リハセンターを市内に数ヶ所設置する必要性を提言し、利用対象者は身体障害者、知的障害者、精神障害者及び介護や支援を要する高齢者としていた。

その後、2004年の「新かわさきノーモライゼーションプラン」（障害者保健福祉計画）^[9]、2008年の「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書」^[11]、2012年の「川崎市地域リハビリテーションセンター整備基本計画」^[12]等において計画の修正を重ね、結果的に、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、各圏域には1か所の地域リハセンターを整備すること、地域リハセンターに精神保健福祉センター、身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所の分室機能を置き、南部圏域の地域リハセンターに全市を統括する機能を置くこととする施設整備計画^[13]をまとめた。

この計画に基づき、2008年に北部リハビリテーションセンター、2016年に中部リハビリテーションセンターを開設した。最終的には2020年に全市を統括する機能を併せ持つ（仮称）南部リハビリテーションセンターを開設する予定である。そのため2016年には仮組織（障害者更生相談所南部地域支援室）を稼働させ、第3期に述べる地域包括ケアシステムと連動した体制構築を進めることとした。

3.1.3. 第3期 地域包括ケアシステムの構築（2015-）

第2期で進めてきた障害者施策のほか、高齢者対策の観点から庁内検討が開始され、2015年に「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」^[1]がまとめられた^[2]。推進ビジョンには、川崎市は、日本全体で人口の減少が顕在化する中、2030年までは人口の増加が続き、生産年齢人口は横ばいが続くが、後期高齢者人口は2倍に急増し、要介護認定率も全国と比して高い水準となること、また、人口増加に伴い障害者も増加し、何らかのケアを必要とする人の著しい増加が見られていることなどを背景として、今後特に、ケアに携わる人材の育成が重要であることから、全住民を対象とした地域包括ケアシステムの構築を進めることとしている。

その基本理念は、「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」であって、全ての地域住民を対象としている。

この推進ビジョンはあらゆる関連計画の上位概念として位置づけられ、基本的な5つの視点として、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掲げている。

地域包括ケアシステムは、市民自身によるセルフマネジメントとしての「自助」、地域住民が相互連携で行う「互助」、健康保険や介護保険などの公的保障制度の「共助」、自治体が行う福祉事業や都市計画等の「公助」という4つの階層構造を設定し、階層ごとの取り組みや階層間の連携を推進する。

この取り組みを推進する「公助」機能の中核として、市内7区の保健福祉センターを位置づけ、この中に地域みまもり支援センターを設置した。同センターは、全住民を対象として「共助・公助」の適切な実施を図るとともに、「自助・互助」を促進する役目を担っている。同時に、第2期の障害者

施策から開始した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、高齢者に限らず、障害（児）者支援を含む統合した行政システムとして構築することとした。

地域包括ケアシステムの取り組みスケジュールは、第1段階（2015-2017年度の3年間）を土台づくりとして、第2段階（2018-2025年度の8年間）を推進体制の構築、その後の第3段階を更なる進化の推進としており、現在は土台づくりの段階にある。

3.2. 地域包括ケアシステムの組織体制

地域包括ケアシステムは、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の全てを包括したシステムである。

ここでは「地域包括ケアシステム」の「公助」に焦点をあて、高齢者、障害（児）者の生活支援のイメージを示す（図1）。

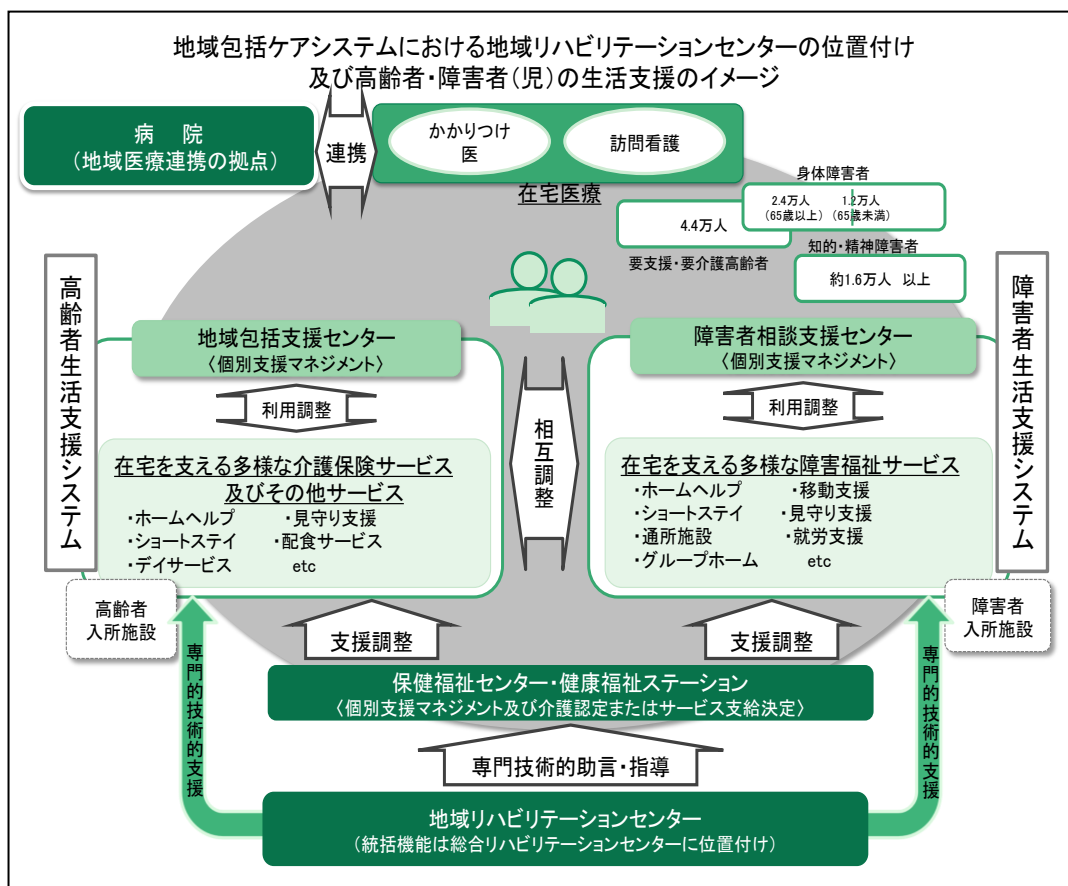


図1 第4次かわさきノーマライゼーションプラン平成27年3月川崎市^[13]

上段は医療保険に基づく在宅医療機能、中段は介護保険による高齢者生活支援と障害者総合支援法に基づく障害者生活支援によるケアマネジメント機能、最下段は、市単独事業で開始した地域リハセンターが行う地域リハビリテーション機能である（図1の最下段で第4次かわさきノーマライゼーションプランとして統括機能を総合リハビリテーションセンターに位置づけるとしていたが、2016年1月「川崎市福祉センター跡地活用施設整備基本計画（改訂版）」^[14]では、統括機能を（仮称）南部リハビリテーションセンターに位置づけるとする修正があった）。

この地域包括ケアシステムの生活支援イメージの中核機関は、区役所の保健福祉センターとその

中の地域みまもり支援センターであって、地域住民の身近な相談窓口としての役割、各種制度利用の実施機関の役割、そして調整機能の役割を持つ。最下段の地域リハセンターは、地域リハビリテーションの専門機関である障害者センターを中核としており、相互に連携して、地域ニーズに応じた専門技術的支援を行う。なお、図1には記載されていないが、障害児支援機関としては、市内3ヶ所の児童相談所、市内4ヶ所の地域療育センター、こども心理ケアセンター（情緒障害児短期治療施設）が設置されている。また、特別支援学校、総合教育センターなどの教育機関も、このシステムの中で連携した支援を行う。

区役所保健福祉センターの組織は2016年度に再編が行われ、各区の保健福祉センターにあった、児童家庭課、高齢・障害課、保護課、衛生課を機能再編しつつ存続させ、区役所内の地域保健福祉課の全体、及び児童福祉課、高齢・障害課の一部移管によって、地域みまもり支援センターを整備し、その中に、地域ケア推進担当、地域支援担当、保育所等・地域連携、学校・地域連携の4担当を置いた。そこでの配置職種は、保健師をはじめ、助産師、栄養士、歯科衛生士、心理職、社会福祉職などである。特に、地域支援担当は、中学校区に2名程度の保健師を配置し、アウトリーチ型の訪問支援や自治会や町内会などと連携した互助の地域づくりを担う。

地域包括ケアシステムにおける地域みまもり支援センターの取り組み目標は、「個別支援の強化」と「地域力の向上（地域づくり）」であって、草の根のアウトリーチ支援を展開することにより、新たな要支援対象者を見出すとともに、地域住民を対象とした互助の地域づくりを区単位で展開する。このような取り組みが結果的に全住民の自助意識の醸成につながるものとする。

3.3. 地域リハセンターの組織体制

すでに述べたとおり、地域リハセンターは、川崎市全域を南部、中部、北部の3圏域に分け、それぞれ川崎区と幸区を南部圏域とする（仮称）南部リハビリテーションセンター、中原区、高津区、宮前区を中部圏域とする中部リハビリテーションセンター、多摩区と麻生区を北部圏域とする北部リハビリテーションセンターを設置する計画を進め、北部圏域と中部圏域は設置済みである。（図2）

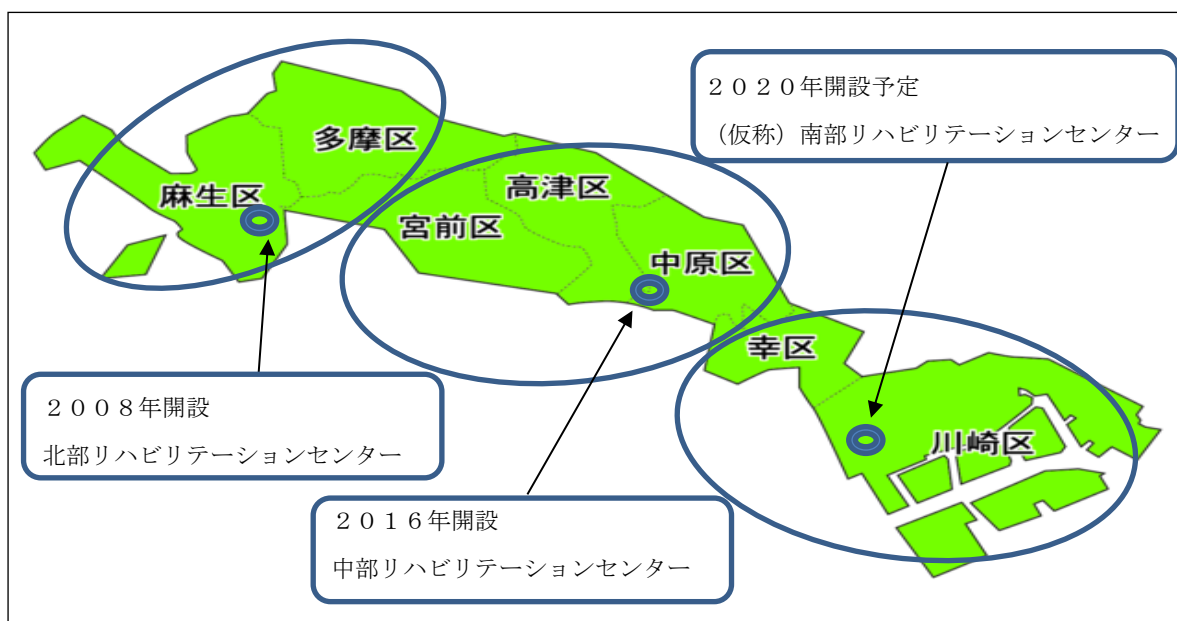


図2 地域リハセンターの組織体制

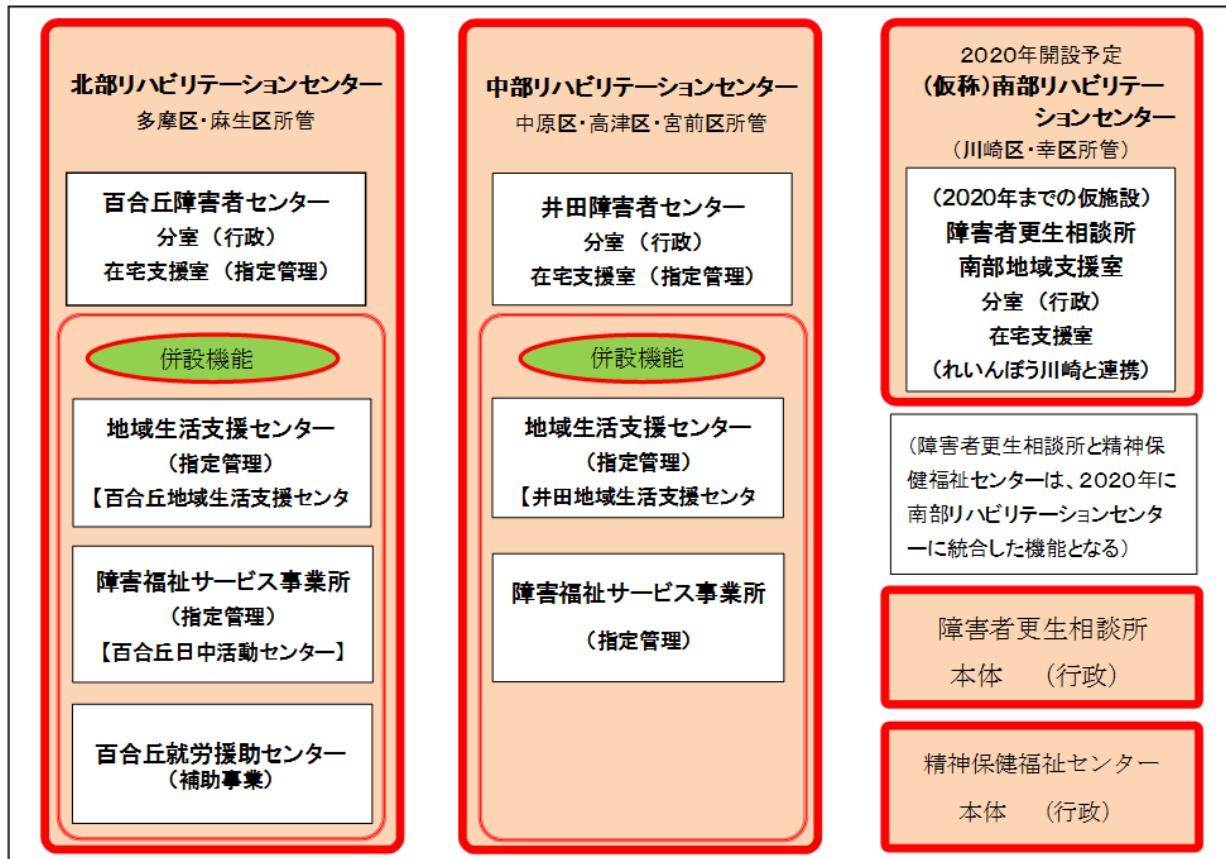


図3 地域リハセンターの組織図

図3は、地域リハセンターの組織図である。ここで使用している地域リハセンターという呼称は、障害者センターを中心とした公民の複合施設の総称である。このうち、公主体部分の組織名は障害者センターであって、北部は百合丘障害者センター、中部は井田障害者センター、南部は障害者更生相談所南部地域支援室である（以下、これら3つとも障害者センターとする）。なお、障害者更生相談所南部地域支援室は、2020年に（仮称）南部リハビリテーションセンターを開設した段階で障害者センターとなる。それぞれの対象人口は、北部は約40万人、中部は約70万人、南部は約40万人である。

この障害者センター内に、行政組織としての精神保健福祉センターと障害者更生相談所の分室と民間（指定管理事業者）の在宅支援室を置いており（障害者更生相談所南部地域支援室が（仮称）南部障害者センターとなるまで、在宅支援室機能は社会福祉法人川崎市社会福祉事業団れいんぼう川崎が代行・連携する）、社会福祉職、心理職、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、及び非常勤のリハビリテーション科医師、精神科医師といった専門職が配属されている。

全市レベルで展開する事業は、精神保健福祉センター本体、障害者更生相談所本体が担当し、地域レベルで展開した方が効果的な事業は障害者センターが担当するよう業務分担している。例えば、各種手帳や医療の判定、精神科救急、精神医療審査会、自殺対策事業、地域移行・地域定着支援、普及啓発、人材育成、調査研究、聴能評価、補聴器相談などは本体機能で行う。南部・中部・北部の障害者センターの主要な事業は地域支援である。

複合施設の総称である地域リハセンターには、障害者センターのほかに、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ある。地域リハセンターとしては、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、地域の障害者の支援ニーズにワンストップで対応する。このほか、障害者センターは、行政上の判定が必要な身体障害者の補装具（車椅子、座位保持装置、義手義足など）の要否判定、知的障害者の療育手帳判定なども業務としている。

障害者センターの民間機能である在宅支援室は、主に身体障害者のための「在宅リハビリテーションサービス事業」を行う。これを行政の障害者センター分室機能と一体的に運営することで、あらゆる障害者支援と連携できるようにしている。

なお、地域包括ケアシステムにおける組織間の連携については、全市7区を行政単位として、本庁所管課、各区役所保健福祉センター、精神保健福祉センター、障害者更生相談所、児童相談所、及び3圏域の障害者センターが、縦のシステムと横のシステムを形成し、法制度や個別支援に必用な相互連携を図ることで、あらゆる課題に柔軟に、かつ適切に対応する仕組みとなっている（図4）。

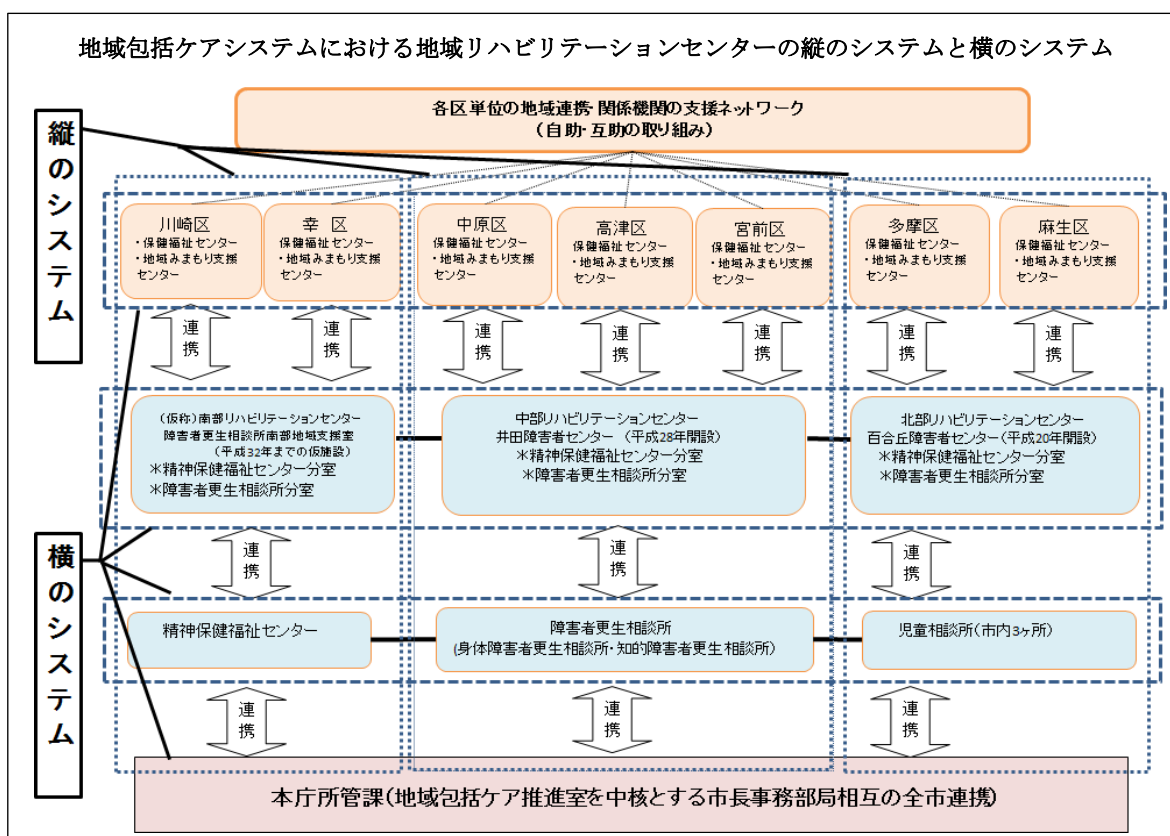


図4 地域リハビリテーションセンターの縦のシステムと横のシステム

3.4. 障害者センター

3.4.1. 障害者センターの取り組み

障害者センターは、「WHO 障害者に関する行動計画」(1982)にあるリハビリテーションの定義「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改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過程である」を重視する。そして最も適した機能水準の達成ができるよう、目標（ゴール）を定め、時間を限定した過程として支援を行う。これを地域で行うとい

う意味で地域リハビリテーションとしている。

障害者センターは、基本理念として、身近な場所でリハビリテーションを提供する「地域性」、すべてのリハビリテーション技術及び社会資源を活用する「総合性」、専門性の高いリハビリテーションをチームで提供する「専門性」、児童から高齢者までの年齢や状態変化に応じたりハビリテーションを提供する「連続性」の4つを掲げている。

この理念のもと、障害者センターの行う地域支援の取り組みについて、(1)精神保健を中心とした取り組み、(2)知的障害者を対象とした「在宅障害者地域サービス事業」の取り組み、(3)身体障害者を対象とした「在宅リハビリテーションサービス事業」の取り組み、(4)ネットワークづくりの取り組み、(5)その他に分けて報告する。なお、数値は、障害者センター3か所の活動の開始した2016年度の実績とした。

3.4.2. 障害者センターにおける精神保健を中心とした取り組み

障害者センターの精神保健福祉センター分室機能において、社会福祉職、保健師、作業療法士、心理職がチームとなって対応している。主な支援対象は、区役所保健福祉センターや相談支援事業所等の関係機関からの相談依頼が中心であって、家庭や地域で、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコールや薬物への依存症、うつ病、発達障害などが想定される未受診事例、あるいは受診歴はあっても治療中断となっている事例などの支援困難事例である。

対象者は、病識を欠くなど、援助希求の乏しさに特徴がある。また、貧困、単身、高齢、虐待などによる社会生活上の課題があるため、個人にとどまらず世帯全体を支援対象とすることもある。この他、精神保健福祉センターの精神科救急通報となった事例、心神喪失者等医療観察法や触法事例として犯罪歴のある事例もある。障害者センターの役割は、複雑かつ困難な課題を抱える対象者及び家族の支援であり、本人や家族との関係づくりに始まり、生活状態や病状等の全体像を把握し、生活の安定が図れるように医療機関や福祉サービス事業所、あるいは就労支援事業所につなげ、一定の生活や病状の安定が得られるようにすることがリハビリテーションの目標であり、この段階で終結としている。知的障害や身体障害の重複が予想されるなら、障害者センターの関係する専門職と連携する。

担当する専門職チームは、利用者への直接支援、関係機関の担当者への間接支援（後方支援）、カンファレンス等を通じた多機関連携による組織的支援などを適宜選択して対応する。

2016年度における相談の総受理数（実人数）は313人で、百合丘障害者センター84人、井田障害者センター95人、南部地域支援室134人であった。

3.4.3. 障害者センターにおける知的障害者を対象とした取り組み

知的障害者を対象とした地域支援は、障害者センターの社会福祉職と心理職が連携し、在宅障害者地域サービス事業として実施している。自宅訪問もあるが、主に福祉施設に訪問して地域支援することが多い。相談内容は、自閉症スペクトラム障害を背景とした行動障害の対応に関するものが多く、主に心理職が担当し、行動観察や面接等の直接支援を定期訪問で行うほか、施設職員への助言を行う。地域生活を困難にしている個々の障害特性に対する支援を行うことで、課題となっていた事柄に一定の改善が認められた段階で終結としている。

2016年度における相談の総受理数（実人数）は196人で、百合丘障害者センター74人、井田障害者センター80人、南部地域支援室42人であった。百合丘障害者センターが成人期の発達障害者を対象としたパイロット事業を展開してきた経過があり、麻生区、多摩区を中心に、北部圏域で対象者が多い。

3.4.4. 障害者センターにおける身体障害者を対象とした取り組み

身体障害者を対象とした在宅リハビリテーションサービス事業は、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス、医療保険、介護保険等の制度ではない川崎市の単独事業である。この事業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慢性期に在宅ベースで行い、食事などの日常生活活動におけるちょっとした工夫や、福祉用具の活用、住環境整備から社会参加の支援まで、さまざま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る。

具体的には、社会福祉職などによる調査訪問、その後の専門職による評価訪問、目標達成のための継続訪問により、本人の最適な水準で在宅生活が可能になるように支援する。障害者センターの在宅支援室が主導して事業を実施するが、障害者センターの行政機能は、リハビリテーション科の診察や補装具判定など、法律や制度に基づくサービス提供や支援上の困難さを伴うものについて連携し、必要に応じて一緒に対応する。

対象者は、脳性麻痺、脳血管障害、脊髄損傷、頭部外傷などによる肢体不自由者や難病患者が中心であって、知的障害や高次脳機能障害などを合併していることも多い。このうち、高次脳機能障害への相談・支援では、百合丘障害者センターが高次脳機能障害者支援担当者会議を設置し、区役所保健福祉センター担当者等を対象とした人材育成に数年前から取り組んできたが、2017年度からは3つの障害者センターすべてで取り組みを開始した。

2016年度における相談受理数（実人数）は966人で、百合丘障害者センター334人、井田障害者センター322人、南部地域支援室310人であった。3圏域の地域特性や取り組み内容の相違があるものの、区役所保健福祉センターの高齢・障害課からの相談が多かった。各区保健福祉センターの地域みまもり支援センターや地域包括支援センターからの相談はまだ少なく、障害者の通所施設からの相談が多い。相談内容としては、身体機能の評価や車椅子、座位保持装置等の補装具に関するものが多い。障害者センターの在宅支援室で実施した在宅リハビリテーションサービス事業に相談依頼のあった身体障害者数（実件数）は1,429人で、百合丘障害者センター672人、井田障害者センター220人、南部地域支援室（れいんぼう川崎）537人であった。

3.4.5. 障害者センターにおけるネットワークづくりの取り組み

地域支援は、地域にある社会資源との連携、チームアプローチ、関係者・機関との協働を基本としている。支援対象者が、複雑かつ困難な課題を抱える場合、これらの連携、協働なしに地域支援はできない。

このため、各区単位の自立支援協議会、区役所保健福祉センターによる連携会議や事例検討会などに参加し、日常的な連携を図っている。また、神奈川県内のリハビリテーション関係機関や障害種別で開催される行政機関相互の連携会議に定期的に参加し、情報や課題を共有している。2008年

に開設した百合丘障害者センターでは、医療機関や警察署及び消防署の担当者の入ったネットワーク会議を開催している。その結果、精神障害のある事例での近隣苦情や危機介入事例での警察官との同行訪問や、救急車を頻回に要請する事例への対応などで、一定の効果を得ることができている。

3.4.6. 障害者センターにおけるその他の取り組み

障害者センターの本体機能である精神保健福祉センター、障害者更生相談所は、3つの障害者センターの分室機能を統括する横のシステムとして機能する。

例えば、2016年4月に発生した熊本地震では、本庁と本体機能が主導し、3圏域の障害者センターと連携して、社会福祉職や保健師といった職員を早期に派遣した。また、精神科救急医療における地域の支援体制の構築を精神保健福祉センターと障害者センターの協働により進めている。

障害者センターは、複雑かつ困難な問題を抱える対象者の支援や、障害者の各種法令や医療保険、介護保険等といった制度では対応できないという意味で、すき間を埋める役割を果たしていると言える。

4. 考察

川崎市の地域リハビリテーションシステムは、川崎市の障害保健福祉の歴史的施策により創出されたもので、第1期における社会復帰医療センターの開設とそこで培われたマンパワーが大きな原動力となり、第2期に障害種別を問わず、地域密着性を重視した地域リハセンターへと発展し、第3期の地域包括ケアシステムに融合する形で展開しつつある。

地域リハセンターの中核を担う障害者センターは、全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムの構築の中で、障害者のリハビリテーションという「個別支援の強化」と、ノーマライゼーション推進という「地域力の向上（地域づくり）」を、地域実践として進める中核である。特に障害者センターが担う機能、役割は、「公助」を支える部分での期待が大きいことから、今後の可能性を含めて述べる。

地域包括ケアシステムにおける高齢者、障害者の生活支援イメージ（図1）に示したように、在宅医療機能、介護保険や障害者総合支援法に基づくケアマネジメント機能、地域リハビリテーション機能という3つの機能が地域包括ケアシステムを支えている。このうち、地域リハビリテーション機能は、3つの障害者センターが中核となり、区役所保健福祉センター、精神保健福祉センターや障害者更生相談所の本体機能、児童相談所と縦のシステムを構築する（図4）。また、障害者センターは、精神保健福祉センター、障害者更生相談所の分室として、横のシステムを構築する（図4）。その中で、障害者センターは、リハビリテーションの専門知識・技術を持った専門職チームが、地域の関係機関と連携し、生活上の困難さを抱えた本人、家族、あるいは地域住民について、生活上の支援ニーズの改善、解消を目指す役割を持つ。

2016年度の取り組み状況から、地域から障害者センターに期待されている役割は、複雑かつ困難な問題を抱える対象者の支援や、障害者の各種法令や医療保険、介護保険等といった制度では対応できないという意味で、すき間を埋める役割であった。まさにこのすき間を埋める取り組みによって、全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムは実現すると考えられる。

こうした取り組みを進めるうえで考慮すべき点として、障害者センターが中核となってこのような調整、支援機能を果たすにあたっては、区役所保健福祉センター等との連携した縦のシステムと3つの障害者センター相互の連携する横のシステムを推進するための調整会議、あるいは地域のさまざまな医療、保健、福祉、教育等の関係機関との調整や個別支援会議等にかかなりの時間を割く必要がある。また、このようなマネジメントを推進できる人材の育成や確保が大きな課題と考えている。障害者センターの活動は、専門職が地域実践を積み重ね、研鑽していく中で機能を高められていくものである。その中で、全ての地域住民に対応した地域包括ケアシステムを支える障害保健福祉の人材育成も進むことが考えられる。

また、障害者センターは、地域住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築において、区役所単位で展開する「個別支援の強化」と「地域力の向上」を同時に進める技術を開発し、区役所と連携して「互助」「共助」を活性化し、結果的に「自助」を醸成する可能性がある。

厚生労働省は2016年に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を設置し、「福祉は与えるもの、与えられるものといったように、「支え手側」と「受け手側」に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できるコミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすこと」を地域共生社会として、全世代・全対象型地域包括支援体制の構築を進めることとした^[15]。これは制度が対象としない生活課題への対応や複合的な課題を抱える世帯への対応など、ニーズの多様化・複雑化に伴って対応が困難なケースが浮き彫りになっていることを踏まえたものであるが、川崎市は、全ての地域住民を対象とした包括ケアシステムの構築を掲げ、その中に地域リハビリテーションシステムを取り入れていることから、全世代・全対象型地域包括支援体制の構築に先行して取り組んでいると考えられる。

5. おわりに

川崎市が推進している全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムは、地域リハビリテーションシステムを取り入れた独自性の高いシステムである。このシステムは、先人が長い歴史の中でさまざまな取り組みを重ね、創り出してきた成果である。川崎市が目指す、誰もが住み慣れた地域や自ら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に向け、この地域リハビリテーションシステムとその中核を担う障害者センターを活かすことが期待される。

謝辞

本稿の執筆にご指導いただいた川崎市健康福祉局長 成田哲夫氏、川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室長 佐藤良和氏、川崎市健康福祉局障害保健福祉部長 宮脇護氏、川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課長 右田佳子氏に感謝の意を表します。

6. 文献

- 1) 川崎市, 「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 企画・編集, 2015. 3.

- 2) 黒岩亮子. 「川崎市における地域包括ケアシステム構築への模索—2015 年度の地域での「まなび」の実践から—」, 社会福祉, 56, 日本女子大学社会福祉学科, 2015.
- 3) 川崎市, 「10 年誌」, 川崎市社会復帰医療センター編集・発行, 1981.
- 4) 川崎市, 「地域の中でともに生きよう—20 周年記念誌—」, 川崎市リハビリテーション医療センター編集・発行, 1991.
- 5) 川崎市, 「創立 30 周年記念誌」, 川崎市リハビリテーション医療センター編集・発行, 2001.
- 6) 伊藤真人, 「川崎市の地域精神保健システムの展開とアウトリーチ支援活動」, 日本精神神経学会誌, 114 巻 4 号, 2012. : 445—451.
- 7) 川崎市, 「かわさきノーマライゼーションプラン～障害者保健福祉計画」(障害者保健福祉計画), 川崎市健康福祉局障害保健福祉部編集・発行, 1997.
- 8) 川崎市, 第 1 期川崎市障害福祉計画「その人らしく暮らす」ために, 川崎市健康福祉局障害保健福祉部編集・発行, 2007. 3. : p. 27—41
- 9) 川崎市, 「新かわさきノーマライゼーションプラン」(障害者保健福祉計画), 川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課企画・編集, 2004. 12. : p. 28—34
- 10) 川崎市リハビリテーションシステム基本構想検討委員会編集, 「川崎市における総合的な地域リハビリテーション構想について」, リハビリテーションシステム基本構想草案検討報告書, 財団法人川崎市身体障害者協会発行, 1999. 3. : p. 1—33
- 11) 川崎市, 「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書」, 川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課企画・編集, 2008. 3.
- 12) 川崎市, 「川崎市地域リハビリテーションセンター整備基本計画」(第 2 次追補版), 川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課企画・編集, 2012. 11. : p. 1—22
- 13) 川崎市, 「第 4 次かわさきノーマライゼーションプラン」, 川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課企画・編集, 2015. 3. : p. 55—59
- 14) 川崎市, 川崎市福祉センター跡地活用施設整備基本計画(改訂版), 2017. 1. : p. 25—27
- 15) 厚生労働省. 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について, 第 1 回「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171016.pdf, 2016-7-15. : p. 1