

**川崎市**  
**相談支援ガイドブック**  
**～Ver.2～**





## はじめに

毎日の暮らしのなかで一人ではどうしたら良いか分からない事態が生じたり、希望する生活に近づく方法が分からなかったりしたときに、相談できる場所があって、話しを聞いて一緒に考えたり動いたりしてくれる人がいたら、どんなに心強いことでしょう。川崎市は、障害のある人やご家族のさまざまな相談に、身近なところで、どのようなことでも気軽に応じることができる相談支援の体制づくりが必要だと考えて、その準備を重ねてきました。そして、民間の相談支援事業所を再編しました。平成25年度からは、7つの区のそれぞれにおいて、公的な相談機関である保健福祉センター等と民間の相談支援事業所が協働して相談支援を担っていく、新しい体制が整備されています。

相談支援は、お一人おひとりのニーズをしっかりと受け止めることから始めます。そして、相談されたことが実現できるよう、ご本人の意向を大事にしながら進めます。それは、福祉サービスなどの利用にとどまるものではありません。インフォーマルなさまざまなサービスを活用したり、相談内容に添った新たな取り組みなども視野に入れ、関係する機関などと連携したりしながら行う総合的な支援が必要なのです。これが、障害者ケアマネジメントによる相談支援です。

また川崎市は、相談支援の体制作りと並行して、相談支援専門員の育成や研修にも力を入れてきています。

わが国では平成15年に施行された支援費制度から、サービスの利用制度が導入されました。利用制度の開始により、障害のある人たちがサービスを選択し、契約して利用するための、適切な情報提供や相談支援の充実が重視されてきたのです。

相談支援事業が市町村の必須事業とされたのは、平成18年4月の障害者自立支援法の施行からでした。同法の市町村生活支援事業において、相談支援事業が市町村の必須事業とされました。障害者自立支援法は施行後3年目に見直しが見直しがなされましたが、報告書には、相談支援は次の3つの観点から充実を図るべきだと書かれています。①地域における相談支援体制の強化、②ケアマネジメントの充実、③自立支援協議会の充実。

そして、平成22年12月の障害者自立支援法及び児童福祉法の改正において、障害福祉サービスを利用するすべての人にサービス等利用計画あるいは障害児支援利用計画にもとづいた相談支援をすることが定められました。これは、平成25年4月施行の障害者総合支援法に引き継がれています。

この間、わが国は、国連が平成18年に採択した障害者権利条約の批准に向けて国内法の整備を図るための制度改革に取り組んできました。そもそも障害者権利条約は、障害のある人たちへの合理的配慮の否定を含めた「あらゆる形態の差別を否定する(第2条)」ものであり、障害のある人たちが、「社会に完全かつ効果的に参加し、及び社会に受け入れられること(第3条のC)」を原則としています。

平成23年には、障害者基本法が改正されました。この改正により、障害者は、「身

体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」とされ（第2条第1項）、地域社会における共生等が第3条に、差別の禁止が第4条に規定されています。平成24年の障害者総合支援法もこの改革の中で誕生した法律であり、平成25年には障害者差別解消法が成立し、障害者雇用促進法が改正されました。

そして平成26年1月20日、わが国は障害者権利条約の締結国になりました。

川崎市で相談支援の仕事に携わる私たちは、障害のある人たちが、個人としての尊厳が重んじられ、差別されることなく、望む地域でどのように生活していきたいのかということ、権利擁護の視点を念頭に置きながら、ご本人と一緒に考えていきます。

平成24年度から相談支援事業に加えられたサービス等利用計画（案）の作成は、ややもすると、既存の福祉サービスを調整するだけの利用計画になってしまう危険性を孕んでいます。そうだからこそ、これまで以上に「本人中心」のきめ細かな相談支援を実施していかなければならないと考えます。

川崎市の相談支援は、単なる福祉サービスの調整だけではない、また、サービスにつながらない方たちの相談支援も大切にしてくださいました。私たちは、制度がどのように変わっても、相談支援にとって大切なのは何なのか、常に障害者ケアマネジメントの基本に立ち返って相談支援を進めていきます。

障害のある人たちの地域での暮らしを支える相談支援の充実を願って、このガイドブックを作成しました。

このガイドブックでは、川崎市におけるこれまでの相談支援の実践や川崎市が相談支援で大切にしてきたことを述べています。相談支援の現場では、本当にこれでよいのだろうかと思ったり、立ち止まったりすることもあるでしょう。

そんな時、このガイドブックを読み返してみてください。何が大切なのかを、改めて見つめ直すことができると思います。

※なお、相談支援においては、国、県のホームページなどをご覧いただくとともに、川崎市発行の「障害者総合支援法業務マニュアル」・「支給決定・相談支援関係業務の手引き」等とあわせてご活用ください。

## 目次

はじめに .....	- 3 -
目次 .....	- 5 -
第1章 川崎市における相談支援のこれまで .....	- 7 -
1 川崎市の相談支援事業体制整備の経過 .....	- 8 -
2 相談支援に関わってきて今思うこと .....	- 11 -
第2章 川崎市の相談支援体制 .....	- 15 -
1 法に基づく相談支援事業 .....	- 16 -
2 相談支援専門員 .....	- 19 -
3 障害者総合支援法施行後の相談支援 .....	- 20 -
4 現在の川崎市の相談支援体制 .....	- 21 -
第3章 相談支援の展開 .....	- 25 -
1 障害者ケアマネジメントの定義 .....	- 26 -
2 障害者ケアマネジメントの基本 .....	- 26 -
3 障害者ケアマネジメントの過程 .....	- 28 -
4 相談支援専門員に求められる資質 .....	- 29 -
第4章 児童期における相談支援 .....	- 37 -
インテークから終結まで .....	- 39 -
<参考> 児童期の相談支援専門員として留意しておきたいこと .....	- 43 -
第5章 相談支援事業と自立支援協議会 .....	- 53 -
1 自立支援協議会の意義と役割 .....	- 54 -
2 川崎市地域自立支援協議会について .....	- 55 -
3 川崎市地域自立支援協議会への期待 .....	- 57 -
相談支援の実践 .....	- 61 -
相談支援事業所一覧 .....	- 89 -
専門相談（2次アセスメント）機関 .....	- 93 -
おわりに .....	- 108 -



## 第1章

# 川崎市における相談支援のこれまで

## 1 川崎市の相談支援事業体制整備の経過

### (1) 障害者自立支援法施行前の相談支援の体制

わが国においては、平成5年の障害者基本法制定（心身障害者対策基本法改正）、平成7年の「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略」等において、障害者の地域生活支援の必要性が認識されてきました。「障害者プラン」では、障害のある人たちの地域における自立を支援し、地域生活を支えるために、身体障害者、障害児及び知的障害者、精神障害者に対する「市町村障害者生活支援事業」「障害児(者)地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援事業」が創設されました。これらの事業における相談支援の中心的方法としてケアマネジメントが検討され、この手法を活用した地域生活支援の実践が開始されました。

川崎市は、平成8年に市町村生活支援事業所1か所と地域療育等支援事業所4か所を設置しました。その後もモデル事業等により事業所を順次開設していきました。平成14年には、川崎市内初となる精神障害者地域生活支援センター1か所を設置しました（川崎市では昭和40年代より「(旧)川崎市リハビリテーション医療センター」によって精神障害者の地域生活支援を展開していました。）。

平成15年には、支援費制度の導入による「措置」から「契約」の時代となったことを受けて、これらの事業所の名称を「障害者生活支援センター」に統一しました。併せて、市内の全ての障害者施設やデイサービス施設等に相談支援事業の実施を求め、「障害のある方が身近な場所で身近な人に相談できる」仕組みを整えました。名称を統一したのは、利用者にとっても関係機関にとっても同じ名称である方が分かりやすいから、施設併設にしたのは、障害のある方やそのご家族が、まずは自分の通っている施設で、顔見知りの相談員に気軽に相談できるからです。施設併設の生活支援センターでは当該施設利用者を中心に支援を担い、地域型生活支援センターでは地域の障害のある人を対象に支援を行うこととなりました。また、こうした生活支援センターの制度化を機に、平成15年9月、全支援センターと行政を含む関係機関で構成する「障害者生活支援センター連絡会」を立ち上げました。3障害の支援機関のネットワーク化と事例検討、研修、行政情報伝達を主たる目的として毎月開催し、3障害合同の地区別の分科会も実施しました。このように支援費制度下においても、生活支援センターと保健福祉センター、健康福祉ステーション等の連携により総合的な相談支援を行ってきました。

なお、この障害者生活支援センター連絡会は平成18年の障害者自立支援法施行にあわせて、「障害者地域自立支援協議会（以下、「自立支援協議会」と略す。）」が設置されるまで継続しました。川崎市の自立支援協議会は、7つの区の区障害者地域自立支援協議会と川崎市障害者自立支援協議会の二層構造のもとに設置されました。

### (2) 障害者自立支援法施行に伴う生活支援センターの整備

平成18年から平成19年にかけては、障害者自立支援法施行に伴う大きな改革がなされました。



川崎市では、同法を「利用者主体の制度改革の新たな段階」と位置付け、同法に対応した相談支援体制とするために、生活支援センターを「基幹型」、「地域型」、「施設型」の3類型に再編しました。具体的には、①相談支援の統括や複雑な生活課題を抱えている方への対応を行う「基幹型」、②総合相談や認定調査を実施する「地域型」、③施設の地域支援機能を活かした相談を行う「施設型」の3類型です。

さらに、平成21年度から「施設型」は「地域型」に移行し、生活支援センターは「基幹型」と「地域型」の2類型となりました（表1）。

表1 生活支援センターの主な機能

種別	人員	主な機能
基幹型	2名	総合相談支援、障害程度区分認定調査の実施、サービス調整会議への参画、区自立支援協議会の運営、複雑な生活課題を抱えている方への対応、地域型へのスーパーバイズ、障害程度区分認定審査会委員、苦情解決委員など
地域型	1名	総合相談支援、障害程度区分認定調査の実施、サービス調整会議への参画など

### (3) 相談支援事業の見直しの必要

平成18年及び21年に再編された生活支援センターでは、障害者自立支援法に基づく障害者ケアマネジメントの実施、3障害の一元化、より身近な場所で相談できる体制作り等が進められてきました。しかし、この体制による相談支援が進むにつれ、次のような課題が明らかになってきました。

- 相談支援専門員によって、制度に対する理解や知識にばらつきがある。
- 本来のケアマネジメントが実践できず、サービス調整にとどまらざるを得ない場合もあった。
- 支援技術を高め、効果的に相談を行うという視点からの業務改善が行われていない。
- 上記の課題に対応するべき基幹型生活支援センターの役割が明確ではない。

このような課題を解決するため、平成21年3月の自立支援協議会において、市は、実績評価の導入や、基幹型と地域型の役割の明確化などを盛り込んだ新たな相談支援事業の実施方法を提案しました。しかし、「方向性は良いが、方法についてはさらに慎重に検討する必要がある」と、一旦保留という形になりました。この結果を受け、平成21年5月の自立支援協議会において、市は相談支援事業の実施方法の見直しについてプロジェクトチームを設置して検討していくことを提案し、承認されました。基幹型生活支援センター、保健福祉センター、専門相談機関及び学識経験者等で構成する「相談支援事業のあり方に関するプロジェクトチーム」が設置され、平成21年8月から平成22年3月まで、計8回にわたって検討が重ねられ

ました。プロジェクトチームは、課題を改めて次のように整理しました。

- 課題① 地域型は1人体制であるため、孤立しやすく、アウトリーチも行いづらい。
- 課題② 地域型をバックアップするはずの基幹型が、位置付けや役割が明確でなく、地域型と同じような役割しか果たせていない。
- 課題③ 本来のケアマネジメントが実践できず、サービス調整にとどまらざるを得ない場合もあった。また、そもそも介護支援専門員のような体系的な研修システムが存在せず、ケアマネジメント技術向上の機会が少ない。
- 課題④ 前述のとおり施設併設の生活支援センターでは当該施設利用者を中心に支援を担い、地域型生活支援センターでは地域の障害のある人を対象に支援を行うこととしていたが、大多数の生活支援センターが施設に併設されているため、人員不足で施設業務に関わらざるを得ないこともあり、相談支援業務に専念しづらい環境になっている。
- 課題⑤ 生活支援センターの数は区によって差が大きく、地域バランスが悪い。

これらの課題を解決するためには生活支援センターの体制自体を見直す必要があるという結論に至り、最終的には次のとおりの案がまとまりました。

- 課題① ⇒相談支援専門員を増員し、複数の配置とする。
- 課題② ⇒基幹相談支援センターには、専門性の高い職員（主任相談支援専門員、医療系相談員）を配置する。
- 課題③ ⇒川崎市独自の研修システムを構築する。
- 課題④ ⇒独立性・中立性を確保するため、物理的に独立した事業所とする。
- 課題⑤ ⇒各区の相談支援事業所設置数を統一する。

こうした歩みが平成25年度からの新たな相談支援体制に結び付いています。詳しくは、20ページ第2章「川崎市の相談支援体制」4「現在の川崎市の相談支援体制」をご覧ください。

## 2 相談支援に関わってきて今思うこと

平成14年に生活支援センター（現 障害者相談支援事業所）が開設して10年が過ぎました。そこで、当時を知る障害計画課のAさん、民間の相談支援専門員B・C・Dさんの4人に開設当時から今までを振り返りつつ、これからの相談支援についても語り合ってもらいました。

Aさん：10年前の障害者生活支援センター開設当時は、どんな様子でしたか？

Bさん：生活支援センター業務を始めた平成14年頃は、知的障害児・者を支援してくれるヘルパー事業所もほとんどない中での支援でした。区役所のケースワーカーさんが立てたプランを依頼されて、そのまま実行するような感じでしたね。とにかく障害福祉サービスの資源が乏しい中、足りないところは支援センターが埋めていかななくてはなりませんでした。

Aさん：具体的にはどんなことをしましたか？

Bさん：生活支援センタースタッフがご本人と一緒に散歩に出かけたり、通学や通院に付き添ったりしました。ひとり暮らしの方から「ガスが切れたみたいでお湯が出ない！」「電球が切れた！」と電話が入り、夜中に走って行ったこともありました。

Aさん：ご利用者さんとの距離が近いので、小回りがきいて、ご本人の要望にもダイレクトに応えられたという感じですね。最近の状況はどうですか？

Cさん：最近相談支援事業所やヘルパー事業所等も増え、障害児・者を取り巻くネットワークも拡大してきていると感じます。これは障害児・者を理解して下さる方々が地域で増えてきたこととして歓迎されるべきことなのでしょうね。支援センターの役割も、直接支えることから、福祉サービス事業所・支援者等とのネットワークで支えることへと変化してきました。

Bさん：そのような役割分担の中で、より多くの利用者さんに福祉の手が行き届くようになってきたと思います。これまでの“ダイレクト感”を失うことなく、“ネットワークを活用して支援していく”技術を身につけていくことが、今の自分の課題と思っています。

Aさん：生活支援センター開設当初は、「区」だけではなく「民間」にも相談の窓口を置いて、ご本人が相談に行きやすいところを選べるようにと作ってきました。最初行政側ではサービスの囲い込みになるのではという強い懸念があり、民間委託に反対の声もありました。

しかし、実際にはじめてみると、民間の持つ直接支援の力を感じることもしばしばありました。

Dさん：どんな場面で感じてくれたのでしょうか？

Aさん：強度行動障害のある人の支援の際に、障害の対応にまだ経験の浅かったヘルパー事業所が不安を示されたときには、「じゃあ、慣れるまで一緒に私も付き添います」と、生活支援センターの担当がさらっと言ってくくださったこともありました。そういうのはやはり直接支援をやってきた人でなければ、「民間」

でなければできなかつたと思っています。

D さん：そう言ってもらえて、うれしいですね。

A さん：平成15年の支援費制度のときは、制度開始直前になつても障害児者を受けてくれるヘルパー事業所の申請が少なく、本当に焦りました。各事業所にFAXを送つて、障害計画課がマンツーマンで事業所に説明をして、申請してもらつた経緯があつたのですよ。そんな非常事態を、生活支援センターがカバーしてくれたと感謝しています。

C さん：そんな状況だつたなんて知りませんでした。私たちも、最初はヘルパー事業所に連絡しても「生活支援センターって何？」と言われることが度々あり、生活支援センターの認知度は低く、苦勞もしました。

C さん：ご本人からは、通所施設と家の往復だけの生活はつまらない、映画も見たいし、カラオケにも行きたいので誰かに一緒に行つて欲しいというニーズがあるのに、いざヘルパー事業所に打診すると「要望にはこたえたいけれど、知的障害の人にはどう接していいかわからない」と断られてしまうことが何度かありました。「障害の特性」をご理解頂くためにヘルパー事業所の研修会にも参加させていただいたり、社会福祉協議会のヘルパースキルアップ講座の開催に協力したり、その場で利用者さん自身に語ってもらつたりしたこともありましたがね。そういう努力が実り、少しずつですが「障害特性」に配慮して支援して下さるヘルパー事業がふえてきて本当によかつたです。利用者さんから「今日は気がのらないから帰つて」と言われたヘルパーさんから、困つて電話があつて、飛んで行つたこともありましたが。

B さん：サービスが利用できるよになつたのはいいけれど、初めの頃は調整する側にとっては本当に冷や汗の連続でした。今でこそ、ヘルパーを利用する方が増えたことで、利用者さん同士で情報交換等してうまくいくよになつたけれど・・・

A さん：一つ一つのエピソードを聞くとたいへんだと思いますが、でもそれこそが、これまで家族が支えてきた障害のある人の支援が社会化されてきたことの証ではないでしょうか。支援が底上げされてきているということだと思いますよ。

D さん：そう言つて頂けると嬉しいですね。

今では、区役所とも連携ができていますし、ヘルパー事業所に依頼しても断られることはほとんどなくなつてきましたね。難しい状況でも、「なんとかやってみましょう」と言つてくれますし、何かあるとすぐに連絡を取り合いながらやつていけるよになつた。

B さん：以前は、どちらかといえば、ご本人たちから直接の相談よりは、更生相談所や区役所のケースワーカーからの依頼のほうが多かつたですね。

A さん：現在の課題としては、どんなことがあると思いますか？

B さん：通所施設やケアホームのサービス管理責任者との役割分担ができていないのは、課題のような気がします。本来はどちらがやることなのだろうと思うことがありますよね。結局は、ご本人にとって誰がキーパーソンになることが

一番いいのかで役割を分担するのですけれど。

C さん：カンファレンスもリスクマネジメントの視点に偏りがちになってきているような気がします。本来は本人主体のケアマネジメントを考えられるはずなのだと思うのですが、どうなのでしょう。

A さん：障害分野の相談支援には、「その人を支えていこう」「本人主体のケアマネジメント」という理念がしっかりありますよね。そこは他の福祉分野より明確ですよ。つつい家族支援という言葉に安易に流されて、ご本人ではなく、家族の希望に沿った支援計画になりそうなことが多い中、「本人のニーズに立ち返りましょう」という視点はとても大事なことだと思います。

C さん：「本人のニーズ」は相談支援従事者研修等で、すごく叩き込まれましたね。

A さん：そうでしたね。

あと、相談支援として、制度を使うのは一つの手段で、制度がなければ諦めるのではなく、代わりがないか探したり作り出したりすることも大事ですよ。

D さん：そうですね。サービスがなければ作り上げていくソーシャルアクションも私たちの仕事ですよ。

例えば、余暇においてもヘルパーと外出する人が増えてきて、家族以外の人と出かける機会は持てるようになったけれど、本当は「友達が欲しい」「友達と出かけたい」と思っている人もいますよね。そうすると、今度は友達づくりという課題が出てきます。そういう場は本当に少ないし、でもとても当たり前のこと。こうなるとご本人が望んでいるのは余暇支援という福祉サービスではなく、「友達」であって、そのために私たちは何ができるのでしょうかね。

B さん：帰りがけに支援センターにふらっと立ち寄って、話をして行く人もいます。面談を設定することも大切ですが、気が向いた時にちょっと立ち寄れる場があるということがいいのでしょうかね。

A さん：自分の味方になってくれた、この人に話せてよかった、と思ってもらえることが大切なのですね。

D さん：いつでも相談できるような身近な相談窓口でありたいですね。話を聞いてもらえるだけでいい時もありますからね。

C さん：相談支援専門員の基本は「本人主体」。ご本人の希望を聞いて支援していく。寄り添っていく支援で、それがソーシャルワークの基本ですよ。

D さん：ただ、ご家族の気持ちを聞くことも大切ですね。必ずしもご家族の意見がご本人と一緒にとは限りませんが、まずは受け止めることが大事だと思います。ご本人の力が発揮されるために何ができるかを、常に念頭に置いていることが大事ですね。

B さん：私たち支援者も孤立しがちです。でも、何かあったときに気軽に相談できて、話を聞いてもらえる法人を超えた相談支援専門員同士のつながりがあったので、続けてこられたのだと思います。話を聞いてもらえて安心するというのは、利用者さんも私たちもみんな一緒ですね。

D さん：この10年、既存の福祉サービスに馴染まない人たちと出会って、少しでも

安心した生活ができるように「一緒に考えていきましょう」というスタンスで仕事をしてきました。その中で沢山の壁にぶつかりました。

振り返ってみて、これだけは大切にしたいと思うことは、皆さん一人ひとり違った価値観があり、違った生活スタイルがあるのだということ尊重するということです。今は福祉サービスもある程度は充実していて、選択肢も用意できるのかもしれませんが、型にはめるだけのサービス調整で終わらないように、その人の思いを代弁する福祉専門職としての立場を忘れないようにしたいと思っています。

B さん：相談支援に関わっていく上で本当に大切なことですね。

私たち相談支援に携わる者は、誰のための支援なのか、そしてそれは果たして支援と言えるのだろうかということを、常に振り返ることが大切だと思います。

ずっと自分の気持ちを言えないでいた利用者さんに「あなたの希望を叶えるために私はいる。だから、何でも言っていていいですよ」と言った時、「そうか、希望って叶うものなんだ！！」と言ってくれたことがありました。この言葉を聞いたとき本当に嬉しかったのを今でもよく思い出します。ほかの人は普通にしていることも、今まで随分我慢をしていたのだらうと思いました。仕事でうまくいかないときがあっても、この時の利用者さんの笑顔を思い出すと「頑張ってみよう」と思えるのです。

A さん：自分の気持ちが言えて、それが叶って、自信につながり、また次に広がっていく...そんな利用者さんの姿を見つめていける時、相談支援に関わってきて本当に良かったと実感されるのでしょうかね。

皆さんの経験を踏まえた話から、相談支援に欠くことができない視点や姿勢、相談支援の充実が障害のある人たちなどの地域での安心した暮らしに大きく関わることを教えられます。

皆さん、どうもありがとうございました。



## 第2章 川崎市の相談支援体制

## 1 法に基づく相談支援事業

### (1) 障害者自立支援法の施行と相談支援事業

平成18年4月に施行された障害者自立支援法において、障害のある人たちがさまざまな福祉サービスや地域資源を活用しながら、地域で安心して暮らせるよう、地域生活支援事業の市町村必須事業として相談支援事業が位置づけられました。

相談支援事業は福祉サービスの利用プロセスにおける相談支援を行うとともに、障害のある人たちの権利擁護のために必要な支援を行います。また、同法のもとで設置された自立支援協議会の運営も担うこととなりました。

障害のある人たちや子どもたちが、地域で安心して自立した生活を送っていくためには、暮らしの中で抱えているニーズや課題にきめ細かく対応し、必要に応じて適切な福祉サービス等に結びつけていく相談支援の役割が重要です。しかし、全国的にみると、市町村の相談支援事業への取組状況には格差がありました。サービス利用計画の作成も、重度障害者等の地域生活を支援する上で重要ですが、この利用も低調でした。

また、自立支援協議会は、地域の関係者が集まり、個別の相談支援を通じて明らかになった地域の課題を共有し、計画的にサービス基盤の整備を進めていく重要な役割を担うものですが、単なる意見交換の場となっていたり、会議がほとんど開催されていないなど、形骸化している市町村もありました。

障害者自立支援法施行後3年目には、社会保障審議会障害者部会において法施行後3年目の見直しが行われました。相談支援の強化も課題にあげられています。これを受けて、障害者自立支援法及び児童福祉法が改正されました。

### (2) 障害者自立支援法及び児童福祉法改正後の相談支援

平成22年12月に可決・成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」により改正された障害者自立支援法及び児童福祉法等において、次のとおり相談支援の充実等がなされました。

- ① 市町村に基幹相談支援センターを設置（任意）する。  
※川崎市では平成25年度から各区に1か所ずつ設置してきた。
- ② 自立支援協議会を法律上位置付ける。  
※川崎市では平成18年度に市及び各区に自立支援協議会を設置した。
- ③ 地域移行支援・地域定着支援を個別給付化する。
- ④ 支給決定のプロセスを見直し（サービス等利用計画案の勘案）、サービス等利用計画作成の対象者を大幅に拡大する。
- ⑤ 成年後見制度利用支援事業を必須事業とする。  
※川崎市ではすでに実施。



### (3) 相談支援体系の見直し

従来の障害者自立支援法においては、2種類の相談支援が規定されていました。

一つは、市町村が地域生活支援事業として実施すべき相談支援（川崎市では平成18年度から「障害者生活支援センター」として社会福祉法人等に委託して実施）、もう一つは、個別給付事業として指定相談支援事業者がサービス利用計画を作成する相談支援（サービス利用計画作成費）でした。

平成22年12月の障害者自立支援法及び児童福祉法の改正により、平成24年4月から相談支援体系は次のとおり大きく変わることになりました（表1）

表1 相談支援体系（平成24年4月から）

	市町村による 相談支援	計画相談支援	障害児相談支援	地域相談支援
実施主体	市町村	指定特定 相談支援事業者	指定障害児 相談支援事業者	指定一般 相談支援事業者
事業者 指 定	—	市町村	市町村	都道府県・指定都 市・中核市
対 象 者	全ての障害児・者 及びその家族等	・障害福祉サービスを申請した障害児・者 ・地域相談支援を申請した障害者	障害児通所支援を申請した障害児	【地域移行支援】 入所・入院している障害者等 【地域定着支援】 緊急時等の支援体制が必要な障害者
サービ ス内 容	日常生活等に関する相談、情報提供等	・サービス利用支援 ・継続サービス利用支援	・障害児支援利用援助 ・継続障害児支援利用援助	・地域移行支援 ・地域定着支援
根 拠 法	障害者自立支援法	障害者自立支援法	児童福祉法	障害者自立支援法

一つ目の市町村による相談支援は、法改正前と変更はなく、引き続き市町村の責任において実施すべき事業です。川崎市では平成18年度から「障害者生活支援センター」として社会福祉法人等に委託して実施してきましたが、平成25年度からは「障害者相談支援センター」に再編しました。

二つ目の計画相談支援は、法改正前の指定相談支援（サービス利用計画作成費）に当たるサービスです。従来は対象者が非常に限定されていましたが、今般の法改正により障害福祉サービスを申請した全ての障害児・者が対象となりました。ただし、相談支援の提供体制の整備を考慮し、対象者については平成24年度から段階的に拡大し、平成26年度末までに原則として全ての障害児・者を対象とするとされました。

三つ目の障害児相談支援は、児童福祉法の改正により新たに創設されたサービス

です。障害児通所支援を利用する際の計画を作成するサービスであり、障害児通所支援を申請した全ての障害児が対象となります。ただし、計画相談支援と同様に、対象者については平成24年度から段階的に拡大し、平成26年度までに原則として全ての障害児を対象とすることとされました。

四つ目の地域相談支援は、障害者自立支援法の改正により新たに創設されたサービスです。障害者支援施設や精神科病院等からの地域移行に係る支援（地域移行支援）と、居宅において単身で生活する障害者等について常時の連絡体制の確保及び緊急時の相談等を行う支援（地域定着支援）に分けられます。

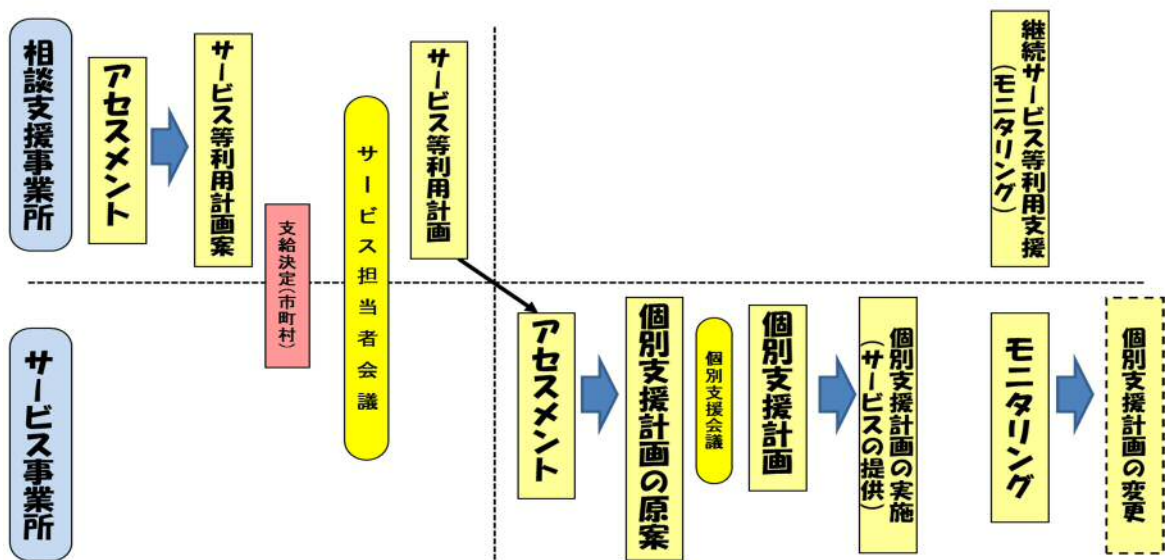
#### (4) 支給決定プロセスの見直し

従来の支給決定プロセスでは、支給決定後、入所施設・精神科病院から地域移行するために集中的な支援を必要とする人等についてはサービス利用計画を作成することができる、というものでした。このため、サービス利用計画作成費の支給決定者は非常に少なく、川崎市では年間10人前後という状況でした。

しかし、法改正により支給決定プロセスが見直され、ケアマネジメントが支給決定プロセスに組み込まれました。具体的には、市町村は、障害児・者が障害福祉サービス又は地域相談支援を申請する場合には、指定特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求めます。また、障害児が障害児通所支援を申請する場合には、指定障害児相談支援事業者が作成する障害児支援利用計画案の提出を求めます。市町村は、サービス等利用計画案又は障害児支援利用計画案を勘案して支給決定を行います。

図1

### 相談支援事業所によるサービス等利用計画とサービス管理責任者による個別支援計画のイメージ



平成23年10月31日

厚生労働省提供

#### (5) 障害の範囲の見直し

平成22年12月に可決・成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討

を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」により改正された障害者自立支援法においては、上記に挙げた相談支援の充実のみならず、発達障害が障害者自立支援法の対象となることが明確化されました。また、児童福祉法においても同様に、この改正により発達障害が障害児に含まれることとなりました。

## 2 相談支援専門員

一般相談支援事業所、特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所は、相談支援専門員を1人以上置かなければなりません。

相談支援専門員とは、次の①及び②の要件を両方とも満たす人をいいます。

### ① 必要な実務経験を満たしていること

必要な実務経験の年数は、従事していた業務によって異なります。詳しくは、平成24年3月30日厚生労働省告示第226号「指定地域相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」を参照してください。

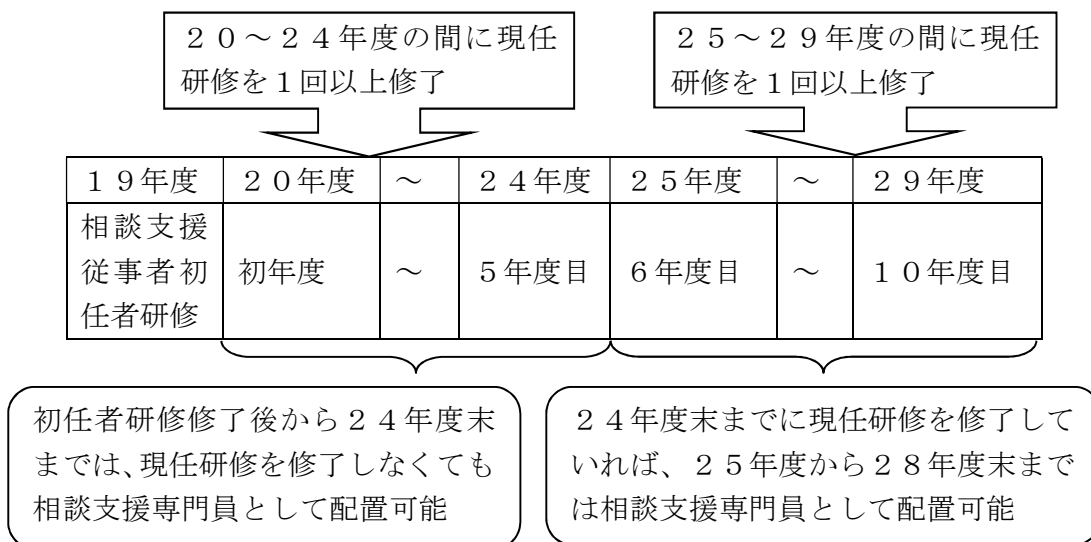
### ② 研修の受講要件を満たしていること

平成18年度以降、相談支援従事者初任者研修（以下「初任者研修」という。）を修了しており、その翌年度から相談支援従事者現任研修（以下「現任研修」という。）を5年に1回以上受講していることが必要です。

ただし、初任者研修を修了した翌年度から5年を経過する日の属する年度の末日までの間は、現任研修を受講していなくても相談支援専門員として相談支援事業に従事することができます。

なお、初任者研修を修了した翌年度から5年度内に、現任研修を受講し、修了しなかった場合は、相談支援専門員の資格は失効します。再び相談支援専門員の資格を満たすためには、再度、初任者研修を受講する必要があります。

【例】平成19年度に初任者研修を修了した人の場合(実務経験を満たしている人)



### 3 障害者総合支援法施行後の相談支援

平成25年4月には障害者総合支援法が施行され、同時に川崎市における新たな相談支援体制も開始しました。障害者総合支援法施行による相談支援に関する大きな変更はありませんが、総則において基本理念が示され、障害の範囲の見直しがなされています。

#### (1) 基本理念の創設

基本理念には、「全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、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並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。」とあります。これは、相談支援において基本におくべきことといえます。

#### (2) 障害の範囲の見直し（難病等）

制度の谷間の支援を提供する観点から、障害者総合支援法上の障害者の定義に難病（治療法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者）が追加され、障害福祉サービス等の利用の対象となりました。この改正により、難病等で症状の変動によって身体障害者手帳の取得ができない一定の障害を抱えた方々が、障害福祉サービスを利用できるようになりました。

難病には、症状の変化が毎日ある、日によって変化が大きい等の特徴に加え、進行性の症状を有する、大きな周期で良くなったり悪化したりするという難病特有の症状が見られます。また、半数以上の方に合併症や薬剤による副作用、二次障害が見られ、生活の質が損なわれやすいと言われていています。こうした特徴等をふまえた上で相談支援を展開する必要があります。

#### (3) その他

法施行後3年を目途として、障害福祉サービスのあり方、障害支援区分の認定を含めた支給決定のあり方、障害者の意思決定支援のあり方などの検討規定が定められています。

## 4 現在の川崎市の相談支援体制

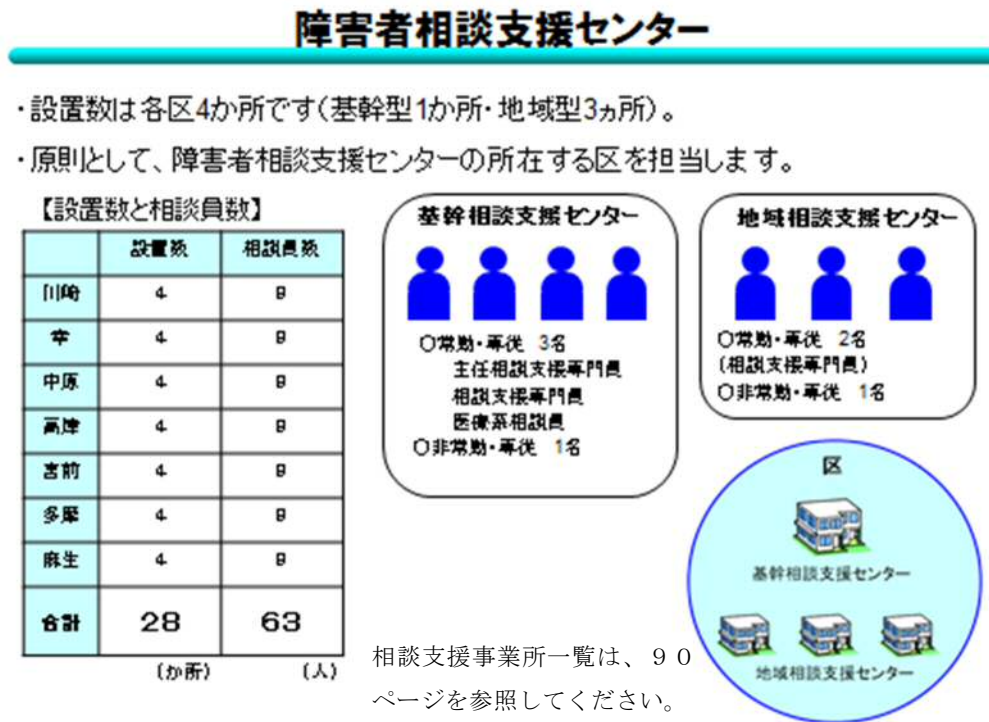
### (1) 現在の川崎市の相談支援体制

平成25年現在、川崎市における相談支援事業者は、川崎市から委託を受けて運営している障害者相談支援センターが各区に4か所、全市で28か所（基幹相談支援センターが各区に1か所で計7か所・地域相談支援センターは各区3か所で21か所）あり、その他に指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者があります。

障害者相談支援センターでは、年齢や障害種別を問わず一次相談や障害福祉サービスを利用していない方々への支援を行い、指定相談支援事業者については、計画相談支援や障害児相談支援などを実施しています。

川崎市においては、前述したとおり、平成25年度から、相談支援体制の再編整備を行い、体制の充実をはかりました。再編整備では、相談員の数を増やしてアウトリーチ支援の重点を置き、障害種別や年齢に関わらない一次相談を受けることとしました。基幹相談支援センターでは、複雑な生活課題を抱えている方への支援や、他の相談支援専門員への指導・助言を行い、地域相談支援センターや指定相談支援事業者を同じ相談支援従事者という立場からサポートすることとしています。

図2



### (2) 川崎市における研修体系について

川崎市では、平成25年度からの相談支援事業再編に合わせ、市独自の「主任相談支援専門員」資格と研修体系から成る、相談支援専門員のキャリアパスを設定することとしました。

主任相談支援専門員は、相談支援業務の実務経験が5年以上の相談支援専門員が、試験と研修を受けることによって認定される資格です。基幹相談支援センターには、主任相談支援専門員を1名以上配置することが義務付けられています（ただし、平成25年度から一定期間は経過措置あり。）。

また、研修体系については、従来の初任者研修・現任研修の他に、市独自の「実務研修1～3」を作り、相談支援専門員が経験年数に応じて着実にステップアップしていけるように組み立てられています。市から委託を受けている相談支援センターの相談支援専門員は、実務研修の受講が義務付けられています。また、指定相談支援事業所の相談支援専門員にも、実務研修の受講が推奨されています。

なお、今後もより良い支援のために、研修体系及び研修内容の検討を行ってまいります。

図3 現行の研修システム

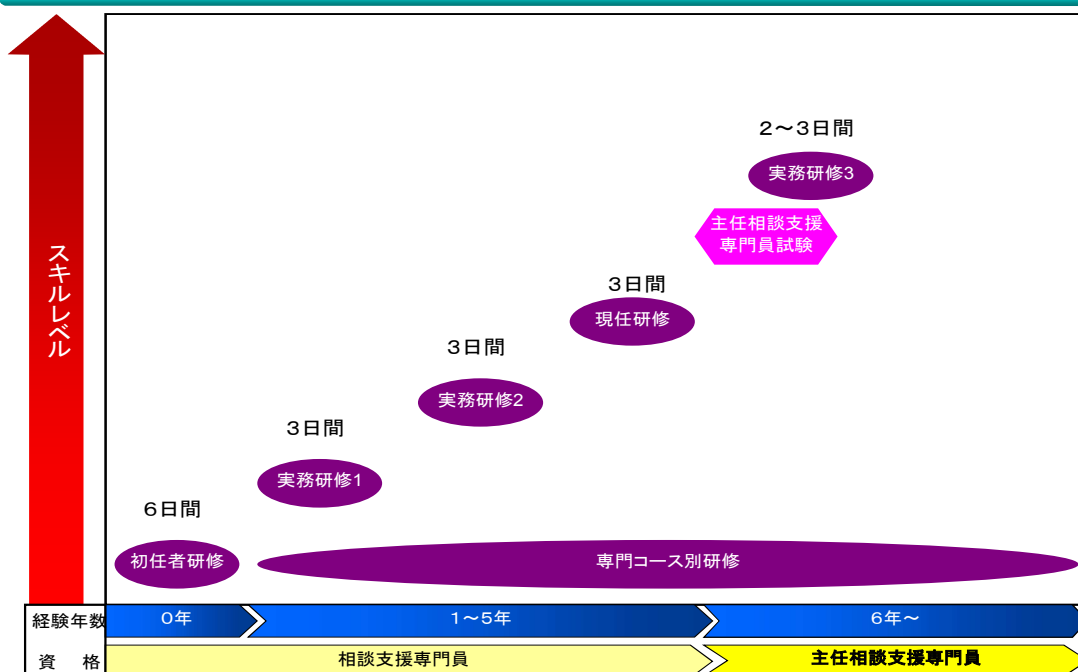


表 2 各研修の対象者と獲得目標

研修名	対象者	獲得目標
初任者研修 (法定研修)	相談支援事業に従事しようとする者	基本的業務を学び、ケアプランを立てられるようになる
実務研修1	次のいずれかに該当する初任者研修修了者 ①現在、障害児者に関する業務に就いている方 ②指定特定相談支援事業者において相談支援業務に従事して1～2年目の方 ③行政機関において障害児・者の相談業務に従事している方	実務に必要な知識、手続き、制度などを学び、実際の現場で働けるようになる
実務研修2	相談支援従事者初任者研修修了者で現在相談業務に従事している方と、サービス管理責任者。 ただし、定員を超える応募をいただいた場合には、下記の方々を優先。 【優先1】指定特定相談支援事業者において相談業務に従事して2～4年目の方 【優先2】行政機関において障害児・者の相談業務に従事して2～4年目の方	地域のネットワークや自立支援協議会、専門機関などを活用して支援困難事例に対応出来るようになる
現任研修 (法定研修)	初任者研修修了者で指定特定相談支援事業所等において相談支援業務に従事しており一定の実務経験のある者	地域診断の方法や自立支援協議会の運営方法を学び、区自立支援協議会の運営が出来るようになる
実務研修3	①指定特定相談支援事業所において相談支援業務に従事して5年目以上で現任研修を修了している方 ②行政機関において障害児・者の相談業務に従事して5年目以上の方	指導者として必要な技術を学び、他の相談支援専門員に対する助言・指導、研修の企画運営、地域づくりなどを行えるようになる
専門コース別 研修 (法定研修)	初任者研修修了者で指定特定相談支援事業所等において相談支援業務に従事しており一定の実務経験のある者	専門的知識、技術を獲得し、現任者の資質の向上を目指す







**第3章**  
**相談支援の展開**

## 1 障害者ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントは、ケースマネジメントとして1970年代のアメリカにおけるコミュニティケアの推進のもとで、精神障害者が病院を退院し、地域で暮らすための生活支援の方法として開発され、知的障害者が施設を出て地域で暮らすに当たっても同じ手法が使われました。

その後、アメリカから、カナダ、イギリス、オーストラリア等に普及し、我が国にも導入されました。我が国においては、事例を管理するというニュアンスを避けて、サービスを管理するという「ケアマネジメント」という用語を用いるようになりました。

我が国における障害者ケアマネジメントについては、厚生労働省が平成14年に「障害者ケアガイドライン」を公表しています。このガイドラインにおいて障害者ケアマネジメントとは、「障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。」と定義されています。

本章では、この「障害者ケアガイドライン」を適宜参照・引用しながら、相談支援の展開について述べていきます。なお、表記は現行の制度等に合わせています。

## 2 障害者ケアマネジメントの基本

### (1) 基本理念

#### ① ノーマライゼーションの実現に向けた支援

障害のある人もない人も、だれもが住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できる社会を構築することを目指します。

#### ② 自立と社会参加の支援

自立とは、一人ひとりが責任ある個人として主体的に生きることを意味し、障害者ケアマネジメントは、自立した生活を目指し、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への積極的な参画を支援します。

#### ③ 主体性、自己決定の尊重・支援

一人ひとりの考え方、生活様式に関する好み等を尊重しながら、本人が自分の力を最大限に発揮できるように支援します。すべての過程において利用者の意思をしっかりと受け止め、利用者自身が選択し、自己決定できるような支援であることが基本です。

#### ④ 地域生活の支援

障害者ケアマネジメントは、一人ひとりが抱えている課題や困難さあるいは希

望などを汲み取り、生活を取り巻く家族や地域社会との関わりの中で解決していくための個別支援です。地域社会において、本人が望む生活が継続できるように支援します。

⑤ エンパワメントの視点による支援

障害者ケアマネジメントは、エンパワメントの視点をもって支援します。自分が生活の主体者であることを自覚し、自分自身に自信がもてるようになることが重要です。

(2) 原則

① 人権の尊重

障害者ケアマネジメントによる支援は、利用者に十分な説明を行い、同意のもとに行います。さらに、相談支援専門員はすべての過程において、一人ひとりの権利が侵害されることのないよう最大限の努力をしなければなりません。

② 生活ニーズの把握

障害者ケアマネジメントは、相談支援専門員と利用者の信頼関係のもとに行われなければなりません。相談支援専門員は、利用者の意図を十分に受けとめるために、コミュニケーションを重視し、さまざまな方法を考えて信頼関係を築く必要があります。

また、生活ニーズの把握にあたっては、できる・できないということの問題視するようなアセスメントではなく、取り巻く環境の調整やその人のもっている強さ（ストレングス）に焦点を当てることが重要です。

③ 目標設定と計画的実施

目標設定や計画策定は、当然、本人の参加のもとに行います。必要に応じて、本人の了解のもとで、各種の専門機関や家族・利用しているサービスの提供者などの関係する人たちの参加や助言を求めることができます。

このようにしてサービス等利用計画を作成し、それに応じて役割を分担したチームがサービスを提供します。そのサービスを定期的に点検し、必要に応じてサービス等利用計画を見直し、内容を変更します。

④ 福祉・保健・医療・教育・就労等の複合的なサービスの提供

障害者ケアマネジメントは、福祉・保健・医療・教育・就労等の各領域にわたるサービスを本人のニーズに応じて組み合わせ、提供します。

サービスが不足していて利用者のニーズに答え十分に答えられない時には、新たなサービスの確保や社会資源の積極的な開発に努めます。

⑤ プライバシーの尊重

チームアプローチにおいては、各種情報の共有化が前提となりますが、利用者

に十分に説明し了解を得ておくことが必要です。そして、地域生活を支援するためには、専門職員のほか、民生委員やボランティア等がチームに加わるがあるので、利用者及びその家族のプライバシー保護が特に重要です。

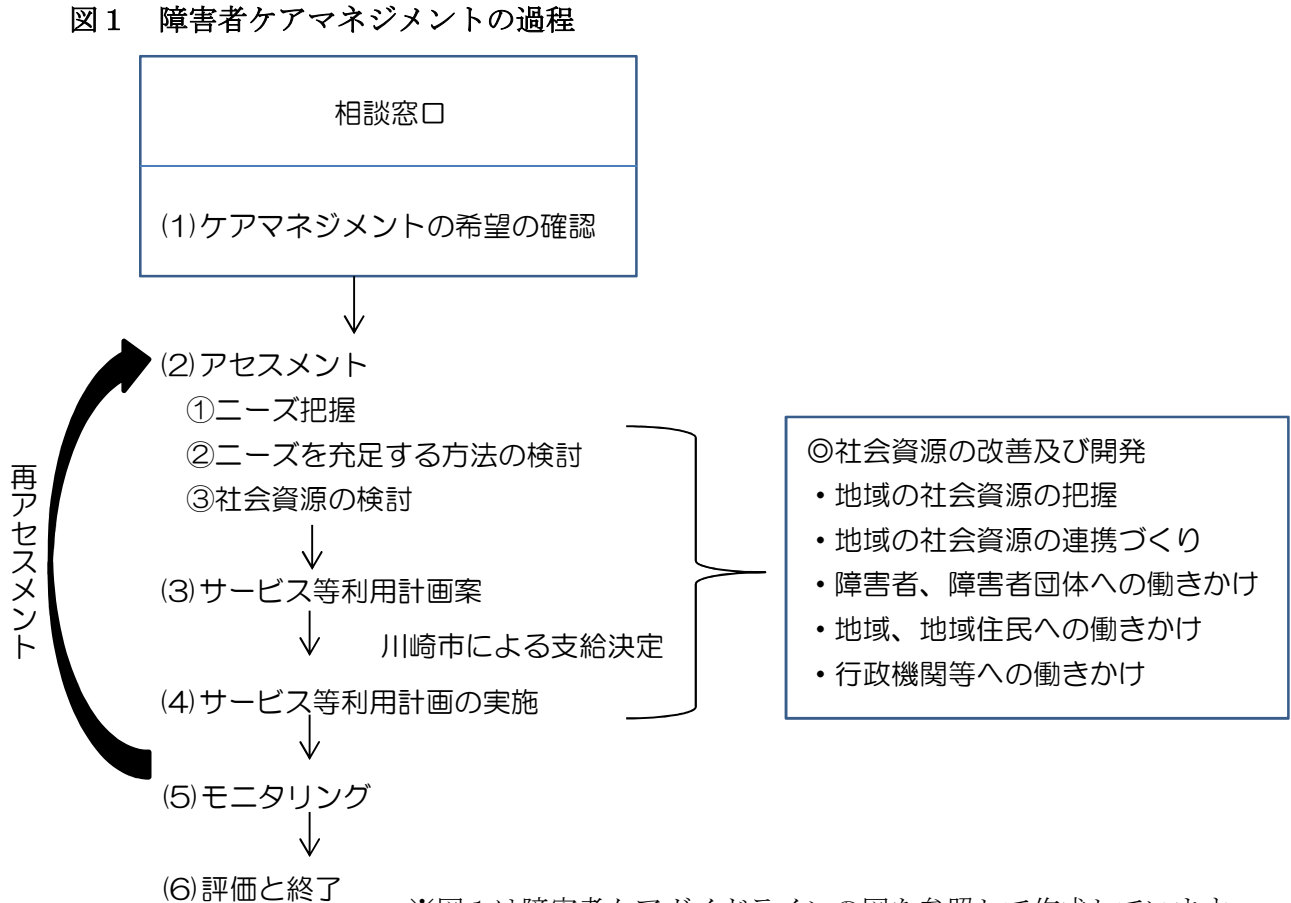
### (3) 実施上の留意事項

障害者ケアガイドラインには、下記のような実施上の留意事項が記載されていますが、ここでは項目のみを記載し、「3. 障害者ケアマネジメントの過程」において具体的に述べることにします。

- ① 障害のある人の地域生活を支援する
- ② ケアマネジメントを希望する人の意向を尊重する
- ③ 利用者の幅広いニーズを把握する
- ④ 様々な地域の社会資源をニーズに適切に結びつける
- ⑤ 総合的かつ継続的なサービスを提供する
- ⑥ 社会資源の改善及び開発を促進する

## 3 障害者ケアマネジメントの過程

障害者ケアマネジメントの過程は以下のように図式化されます。



(1) ケアマネジメントの希望の確認

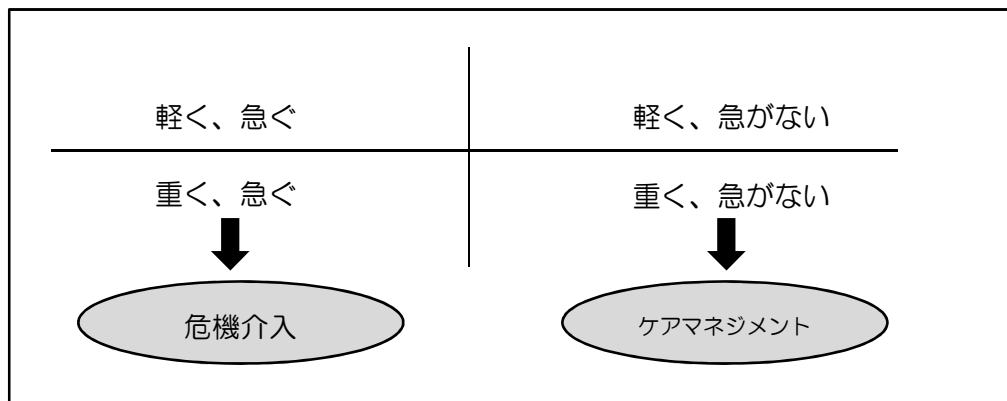
障害のある人から依頼を受けて相談を開始する場面がインテークです。

ケアマネジメントの対象は図2に示したように「多様なニーズ」を持ち「緊急度の低い人」です。（緊急に対応しなければならない課題が生じている場合には、まずその課題に対処して、生活の安定が保たれてからケアマネジメントの対象か否かを判断します。）

まず、インテークでは、障害者ケアマネジメントはどのような支援を行うのかをしっかりと説明しなければなりません。また、ケアマネジメントはいつでも中断・変更できることも理解してもらえよう丁寧に説明を行う必要があります。そのうえでケアマネジメントによる支援を希望するか否かを利用者に確認します。

その際、利用者のコミュニケーションを重視し、利用者が信頼している人や手話通訳等の同席、コミュニケーションボード、絵カード等のコミュニケーションツールの利用にも配慮することが重要です。

図2 ケアマネジメントの対象



※図2は「ケア会議で学ぶケアマネジメントの本質」 野中猛・上原久 中央法規 平成25年 を参照して作成しています。

ポイント1

相談支援の始まりは多種多様です。本人や家族からの電話や来所による相談だけではなく、関係機関等から紹介されて相談が始まることもあります。「相談をする」という行為は、本人や家族にとってはとても勇気のいることなのです。

また、どこに相談すればよいのかわからず、相談すらできないでいる人が地域には暮らしていることにも留意しましょう。

ポイント2

相談支援専門員は相談者に対して十分に説明を行い、相談支援事業所と利用契約を結びます。

そのためには、利用者の話を傾聴し、本人の夢を話してもらうなど相談者の状況を受け止めた上で、具体的にできることを説明し、ケアマネジメントの希望を確認してから契約することが大切です。

## (2) アセスメント

ケアマネジメントの希望の有無を確認した後、生活ニーズを把握するとともにニーズを充足する方法や社会資源の検討を行うアセスメントを実施します。

### ① ニーズ把握

アセスメントでは、サービス等利用計画案を作成するために、利用者の生活の状況や置かれている環境の状況を理解し、要望や主訴から具体的な生活ニーズを明らかにすることが重要です。アセスメントは、相談支援専門員が行う一次アセスメント、専門職員に依頼して行う二次アセスメント、相談支援専門員による社会資源のアセスメントから成ります。

一次アセスメントでは、可能な限り本人の同意を得て家庭訪問を行い、利用者の一日の生活の流れや地域や住まい等の生活環境を具体的に把握するとともに、利用者の思いを確認します。利用者(や家族)が望んでいる暮らしを明らかにすることが目的です。その際には、本人が信頼している人の同席を求めることもできます。二次アセスメントは、相談支援専門員の一次アセスメントを補うために、利用者の了解を得て課題解決に有効な専門職に依頼して実施します。その際必要に応じて、一次アセスメントで得られた情報(申請者の基本状況等)の提供についても利用者の了解を得ます。相談支援専門員は、二次アセスメントで得られた情報を個別支援会議等を通じて利用者や他関係者と共有するとともに、他関係者とも共有します。すべての利用者に対して、二次アセスメントをしなければならないと考える必要はありません。

相談支援専門員は、インタビュー、一次アセスメント、二次アセスメントで得られたことを生活ニーズとして整理します。

#### ポイント3

本人が話す、表面化している言葉や主訴、困っていることだけがニーズではありません。本人が話す言葉の中や他の支援者などからの情報、表出している言葉や行動の背景にあるもの、つまり見えていないところにニーズが潜んでいることも認識する必要があります。背景にある「思い」をしっかり受けとめていくことが大切です。ニーズを本人と共に確認していくことが大切です。

#### ポイント4

アセスメントは最も重要なプロセスの一つであり、「本人の強み」「本人の力」といったストレングスの視点を意識しながら、「本人の望む生活」「希望」を明確にし、ニーズを明らかにしていく必要があります。

また、アセスメントでは必ずしも本人の全てを知る必要はありません。

アセスメントシートに沿って機械的に埋めていくような聞き方をするのではなく、何のために知る必要があるのか?ということを中心に考える必要があります。このことを、言葉にして相手に伝えることも大切です。

## ② ニーズを充足する方法の検討

利用者の生活ニーズの整理が終わったら、それらのニーズを充足する方法を利用者と一緒に考えます。どのようなサービスがあり、どのように利用したらよいか、また、そのサービスの利用でニーズが充足されるかを考えていきます。その際、利用者が十分に納得した判断できるように、必要に応じて見学や体験等を取り入れながら支援していくことが大切です。

しかし、やみくもにサービスにつなげることだけがニーズ充足の方法ではありません。利用者によっては、サービスを受け入れるのに時間がかかったりし、あるいはサービスにつながらない別の支援の形が必要なこともあります。ニーズ充足の方法は画一的なものではないのです。

## ③ 社会資源の検討

相談支援専門員は、地域の社会資源について熟知しておくことや、社会資源の内容を知るための情報の入手方法をわかっていることが必要です。その上で利用者のニーズに合った活用できる社会資源かどうか、利用は容易か等の観点から検討します。もし、利用者にあった社会資源ではない場合は、その改善の可能性を検討したり、新たな社会資源の開発に取り組んだりすることも必要です。

インタビュー、一次アセスメント、二次アセスメント、ニーズ整理、社会資源の検討の結果を踏まえて、次のケア計画作成の段階に入ります。

## (3) サービス等利用計画案の作成

アセスメントの内容に基づき、相談支援専門員がサービス等利用計画案を作成します。これは、利用者が主体的に生活していくため、本人のみならず家族や関係機関などとも共有する具体的な支援の内容です。

### ポイント5

「〇〇して暮らしたい」の〇〇というキーワードが他の人と同じであっても、その背景にある本人の思い、周りの環境は同じではなく、その人の生活歴（ストーリー）も違うという事を意識しながら本人と一緒に計画案をつくっていきましょう。

### ポイント6

サービス等利用計画案作成時には、計画の期間、本人及び関係者の役割を確認し、明確にしておくことが重要です。

### ポイント7

サービス等利用等計画案は、本人及び支援者が立ちかえるものとして、大変重要な役割を持っています。作成に時間がかかるのではなく、時間をかけるという意識が必要です。空欄を埋める作業ではないということを心に留めておきましょう。

相談支援専門員は、本人（必要に応じて家族）と関係機関（行政機関、医療関係者、福祉サービス関係者、教育関係者等）などから構成されるサービス担当者会議を開催し、サービス等利用計画案の内容確認、本人と関係機関などがニーズや情報、支援方針を共有し、お互いの機能や役割分担を図ります。

ポイント8

何の為に集まるのか？と本人や関係機関に思われるようなサービス担当者会議の開き方はいけません。調整段階で参加者に会議の目的、当日話し合いたい事などを周知した上で、情報収集し、話し合うポイントを決めておく必要があります。

サービス担当者会議において決定した計画内容は川崎市の決定を受けサービス等利用計画となります。相談支援専門員は、サービス担当者会議における会議録をまとめて、利用者や会議参加者に配布します。この会議録は、モニタリングや再アセスメントを行うときに、貴重な資料として活用します。

サービス担当者会議で決定された計画がきちんと実施できるよう、サービス等の調整、確認などをする必要があります。

#### (4) サービス等利用計画の実施

サービス等の利用を開始するに当たり、サービス提供事業所などと契約を交わす時には、本人の不安や緊張を緩和するために、相談支援専門員が同席することがあります。契約時に同席することで、エンパワメントの視点を確認することもできます。

また、サービス提供事業所は個別支援計画を作成します。その作成の際や、サービスの利用開始に当たって、必要に応じてサービス提供事業所を訪問し、同席する等の配慮をします。このような対応がなされることで、本人は安心し、サービスを利用することができます。サービス等利用計画に多少の調整が必要な場合は、相談支援専門員は本人や関係者にその旨を連絡し、了解をとります。

#### (5) モニタリング

障害者ケアマネジメントのプロセスにおいて、モニタリングは大変重要な意味があります。モニタリングは、サービス等利用計画に基づいて支援が計画どおり実施されているかどうかを確認すること、また、本人の状況の変化やニーズの変化がないか確かめるために実施します。それは、利用者が適切なサービスを満足して受けているかどうかの観点から行うものです。

モニタリングは社会資源とのつながりや利用するサービスにより、本人の生活の質の向上が実際に図られているかどうかをチェックする機会となります。

ポイント9

当初設定した期間や頻度にとらわれず本人の生活の変化に伴い、モニタリングを適宜行う必要があります。生活の場に訪問するなど本人がリラックスして話ができる雰囲気で行うといいでしょう。



#### ポイント10

関係機関との顔の見える関係づくりや情報収集はもちろん重要ですが、一番重要なのはご本人の満足しているかどうかを確認することです。

モニタリングにおいて、利用者から新たなニーズが出てきた場合や状況に変化が生じた時は、再度アセスメントを行います。サービス等利用計画案を策定した時のサービス担当者会議の会議録を見直すと①ニーズの把握②目標設定③サービスの利用等が適切であったか等が明らかになります。

再アセスメントは、障害者ケアマネジメント過程のニーズ把握に戻りますが、本人の現在の状況をしっかりとアセスメントすることが大切です。

#### ポイント11

モニタリングの姿勢や視点を忘れないことがとても重要です。本人からの訴えや関係機関からの情報収集をし、常にモニタリングと再アセスメント、計画修正といったサイクルでケアマネジメントを展開していきます。

### (6) ケアマネジメントの評価と終了

ケアマネジメントの実践においては、終結を意識することも必要です。

利用者のエンパワメントを意識したケアマネジメントを展開していくことで、部分的にあるいは全てを自分でマネジメントする、いわゆる「セルフマネジメント」に近づく支援を行うことができます。そのためには、こうした支援の重要性を関係機関やサービス提供事業所などと共有して役割を分担していくことが重要です。

利用者が障害者ケアマネジメントによる支援やサービスの利用を希望しなくなった時、ケアマネジメントは終了します。そのほか、病院に入院した場合もいったん終了します。しかし、退院や社会福祉施設等からの退所後を考慮してケアを継続できる体制を準備しておく必要があります。地域移行・地域定着の支援においても、障害者ケアマネジメントの支援は重要なのです。

障害者ケアマネジメントの終了に当たっては支援を総合的に振り返る作業を行います。これを評価（エバリュエーション）といいます。その際、計画が妥当であったか、目標は達成できたのか、利用者や家族の満足はどの程度であったか、ニーズは満たされていたのか、新たなニーズと支援の再設定は必要あるのか等が評価のポイントになります。

また、障害者ケアマネジメントにおいては、社会資源の改善や開発も重要な要素です。すなわち、障害者ケアマネジメントは、個別支援を通して地域の社会資源の開発や地域ネットワークの構築を図っていく過程でもあります。したがって、利用者の置かれている環境がどのように変化したのかも評価のポイントになります。

評価の手法としては、利用者、家族への満足度調査の実施や、支援チームにおいて支援過程を振り返るための会議の開催等があります。

評価の実施は支援チーム全体の技術や地域力が向上する機会ともなります。

ポイント12

チームとして、また相談支援専門員個人として、できたことやできなかったことなどを振り返ることは、自身の課題を整理し、専門職としての技量を向上していくために大切な作業となります。

#### 4 相談支援専門員に求められる資質

障害者ケアマネジメントの全過程に携わる相談支援専門員には、社会福祉援助技術などの各種援助技術を機能的に統合したソーシャルワークの実践に努める必要があることから、次のような資質が求められます。

##### (1) 信頼関係の形成

相談支援専門員には、まずは信頼関係を形成することが求められ、そして常に利用者の立場に立つことが必要です。

##### (2) 専門的面接技術

相談支援専門員は、利用者の生活全体を理解し利用者のニーズを明らかにしていくために、利用者の感情表現を敏感に受けとめ、利用者の価値観を受容し、自身の自己覚知をしながら、専門的面接技術の力を高めていくことが大切です。

##### (3) ニーズを探し出すアセスメント力

相談支援専門員には、利用者とともにニーズを明らかにしていくアセスメント力が求められます。情報収集のプロセスを重視し、ニーズの背景となっている要因も的確にとらえ利用者の多岐にわたるニーズを探し、整理して行く力が求められています。

##### (4) サービスの知識と体験的理解

相談支援専門員は、利用者和社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけ調整を図り総合的かつ継続的なサービスの提供を確保します。そのためには、地域にある様々な公的サービスやインフォーマル・サポートが、どこにあり、どのような内容で、どのように利用できるのかを知っている必要があります。さらに、相談支援専門員は、そのサービスを体験的に理解することで、利用者がこれらの社会資源を利用しやすくすることが必要です。

##### (5) 社会資源の改善及び開発に取り組む姿勢

相談支援専門員は、サービス提供者や行政の窓口でサービスの改善等を働きかけ、どのように運用したら利用者のニーズに合致したサービスを提供することができるかを考える必要があります。また、社会資源が不足している場合においては、利用者の立場に立って、行政・サービス提供者・地域住民とも協働して資源開発に

携わることも重要な役割の一つです。

#### (6) 支援ネットワークの形成

障害者ケアマネジメントにおいては、利用者の地域生活を個別的に支援していくために、ニーズを充足させるサービスを総合的・一体的に提供します。これらのサービス提供は、様々な立場の支援者のチームワークによって行われます。そのために、相談支援専門員は本人を中心とした個別の支援ネットワークを形成し、サービス提供者等と情報を共有し、学習の場を提供したりすることによって、利用者が満足を得られるようなネットワークづくりに努めます。

#### (7) チームアプローチを展開する力

障害者ケアマネジメントにおいて形成されたチームでは、本人と多くの関係者が、それぞれ対等な関係にあります。相談支援専門員には、必要に応じて開催される個別支援会議を開催し、チーム内の合意形成や役割分担等を行い、それが的確に実施されているかどうか等を確認する力が必要です。

\* 「障害者ケアガイドライン」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 平成14年3月31日)

#### 引用・参考資料

○ 「三訂 障害者相談支援従事者初任者研修テキスト」(中央法規出版 平成25年12月1日)

○ 「ケア会議で学ぶケアマネジメントの本質」(野中猛・上原久 中央法規出版 平成25年6月21日)





## 第4章 児童期における相談支援

障害者自立支援法（現、障害者総合支援法）の制定や改正により、障害の定義が広義となり、サービスの支給決定方法の変更や計画相談の導入によって改めて相談支援がクローズアップされ、これまで触れ合うことのないような相談が増えてきています。児童への支援だけでなく、児童を取り巻く家族全体の相談へと相談支援内容も変わっていきっているように感じます。

児童期の相談支援において中核を担う場所として、療育センターは二次アセスメントを行う専門相談機関として位置づけられています。保健所、区役所、児童相談所、または指定相談支援事業所など、相談を受けた後、必要に応じて対応を検討し、療育センターが対象児童に直接支援するだけでなく、近年は二次相談の前に整理した方がいい事柄も増え、家族の悩みを受け止め支援するなど様々な相談を聞くような間接的支援や支援機関への助言、サポートが重要となってきています。

インターネット検索等、発達障害の情報が容易に入手できるようになり、理解を深めることもできるようになりましたが、反面、サイト上では説明不足もあり、児童の発育について過剰な心配や不安を訴える家族が増えていることも事実です。それぞれの児童の個性までも障害と認識してしまうこともあり、正しい知識を得るための説明やサポートは必要と思われます。障害の受容は、家族にとって大切なプロセスであり、「障害受容をしたくない。わが子に限って・・・。」という葛藤を誰しも持っています。また、家族も幼少期に同じ体験をしており、家族の中でも立場によって困り感に落差がある場合もみられます。両親に何らかの障害がある場合は、児童の成長にあわせてその両親へのサポートが必要となり、他機関との連携や調整は必須となります。

以前は母親学級のような集団指導などに出なくても、大家族の中では、母親や祖母が育児についてやり方を教え、迷ったら相談できる体制がありました。核家族になった今は、すべて母親が判断しなければならず、不安な事を相談できる家族が身近にいない方も多くみられます。集団指導は、今でも保健所が実施していますが、家族の多様化が進んでいる現代社会において、集団だけでなく、個別に相談でき支援する体制がより必要となっているように感じます。家族の考え方や価値観によって支援の方向性は大きく変わってきます。場合によっては、児童への支援よりもご家族への支援にエネルギーを使うこともあります。ご家族の人生や暮らしを知ることが、子育ての状況を知ることにつながり、家族が変われば児童も変わることを常に念頭に置いた支援が必要となります。相談機関として、児童の「その子らしい」成長を願いつつどこまで家族の人生に寄り添えるのか、また、療育センターだけではなく地域のネットワークを生かした児童をとりまく支援チームを構成して行くことが重要な課題であると考えます。

本章では、児童期の相談支援における「インテークから終結」プロセス、及び相談支援従事者として留意しておきたい事柄について、療育センターの支援方法を参考に紹介しながら述べていきます。

## インテークから終結まで

### (1) 最初の面接（インテーク：迎え入れ）

#### ① 児童相談の環境

良い面接のためには、相談室（面接室）が清潔で快適である必要があります。子どものための遊具も一定揃えておく必要があります。ご両親で来所の場合、又は母親のみの場合などに応じた机やイス、位置などの配慮も必要です。待合の場所や秘密保持の配慮など話しやすい環境づくりも大切なことです。

また、スタッフ間の共通認識をつくるためには、辞典・図書の整備が大切です。病名の確認・理解、障害特性や基本的対応等の確認には次に掲げるような本があると便利です。

- ◆ 「DSM—IV」医学書院
- ◆ 「ICD—10」医学書院
- ◆ 「必携児童精神医学～はじめて学ぶ子どものこころの診療ハンドブック」R・グッドマン他 岩崎学術出版
- ◆ 「看護のための精神医学」中井久夫他 医学書院
- ◆ 定期刊行物（「そだちの科学」、「こころの科学」日本評論社等）

#### ② インテークで使う8つの言葉（例）

- I 「ここに相談にきたきっかけは何ですか」（言語化の促進）
- II 「そうですね、頑張ってきましたね」（取り組みの承認）
- III 「母親（家族）の育児支援が私たちの仕事です」（当該機関の分かりやすい説明）
- IV 「このプログラムは、親が参加して親子で楽しい時間を過ごすことで発達を促していきます」（保護者役割の説明）
- V 「一度見学をしてみませんか」（意志確認）
- VI 「それならあそこがよいでしょう、連絡しておきましょうか」（速やかな他機関紹介）
- VII 「今はそれで大丈夫ですか」（緊急性把握）
- VIII 「次回はいつにしましょうか」（相談継続の保障）

#### ③ 守秘義務と連携上の留意点

保護者には、「個人情報を守秘管理し、目的外利用はしないこと」と「必要に応じて関係機関と情報交換を行うこと」を説明し、書面で同意を得ておきます。

ただし、これをもって「今後、自由に関係機関と情報交換を行うことが保障された」わけではありません。基本的に子どもの情報は保護者経由で提供されるようにしながら、それでも機関同士で情報交換が求められる場合は、その都度保護者の確認を得ることが基本です。幼稚園、保育園、学校など保護者以外から子どもの情報を得る場合も、情報提供者（園や学校の先生の名前）のプライバシーを保護する義務があります。

#### ④ 記録の留意点

記録は、事実と解釈を分けて書きます。例えば「視覚優位な子どもであった」と書くよりも「お外で遊ぶよと言われても動かなかったが、外履きを見せるとニ

コッとして靴を履き換えて外に出た」と書きます。「保護者は感情的な人である」と書くよりも「父親は子どもとよく遊んでくれますか、と聞くと、なぜそんなことを話す必要があるのですか、と聞かれた」と書きます。専門用語はなるべく使わず簡潔平易に書きます。自分の感想を書く場合は、感想、所見等と記して書くといでしょう。

#### ⑤ フェイスシートの作成

フェイスシートとは、1枚に必要最低限の情報を漏れなく整理し、記載しておく資料です。その名の通りファイルの1ページ目におきます。インタビュー終了後にフェイスシートを作成します。

児童相談機関のフェイスシート項目例としては次のようなことが挙げられます。

- ◆受付番号
- ◆電話受付日
- ◆受付担当者名
- ◆児童氏名、生年月日、住所、性別、所属先及び学年
- ◆相談者氏名、続柄、年齢、相談者住所
- ◆紹介者（機関）
- ◆ジェノグラム（家族構成）
- ◆エコマップ（インフォーマルな協力者や利用している社会資源）
- ◆相談の概要（発達の経過、問題への取り組み、両親の関わりと捉え方、当該機関への期待）
- ◆障害者手帳の有無
- ◆障害等級（DQ 値等）
- ◆初回相談結果（①初回のみで終了 ②他機関への紹介 ③継続して支援）

#### （2）相談内容の確認（アセスメント）

上記の情報収集活動が終わったら、速やかにアセスメント（全体評価）を行い、これをもとにプランニング（支援計画）をつくります。アセスメントは次に掲げる点を押さえて、まとめていきます。

- ◆子どもの障害の重さや状態像
- ◆子どもの所属する集団への適応状態
- ◆両親のこれまでの取り組み（社会資源の利用歴含む）
- ◆両親のストレス（父、母の価値観）
- ◆両親の健康状態
- ◆両親の協力者の存在（親族、友人、近隣）

<療育センターでは>

インタビュー時に、「医師の診察の上、ことばや発達の評価、運動機能面の評価を経て、その子に応じた支援方針を検討し、具体的な支援をしていくという流れ」をお伝えし、医師の診察を保護者の同意のもと予約します。その流れを次に示します。

I 診察・・・小児科、神経小児科、児童精神科、リハビリテーション科、整形外科、



及び耳鼻咽喉科などの医師が行います。

Ⅱ 評価・・・心理・発達評価（臨床心理士）、言語・聴覚評価（言語聴覚士）、操作・感覚評価（作業療法士）、及び運動機能評価（理学療法士）などを行います。

Ⅲ 評価会議・・・上記担当スタッフにより、保護者・本人の意向を踏まえ、今後の支援方針を協議します。

Ⅳ サービス等利用計画提案・・・支援方針に基づいて、担当医師のフィードバックのもと、担当相談員は、あらためて保護者と面接し、同意、理解のもとに、「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」（案）を作成します。

Ⅴ 保護者の支給申請・・・Ⅳの同意後、受給者証申請の支援を行います。

### （3）本人の気持ち・意向の確認（ニーズ）

アセスメントと計画の作成に当たっては、保護者、本人の思いを汲むことが大切ですが、本人（子ども）の意向をどう汲むかが課題です。保護者が常に子どもの代弁者とは限らないこともあります。次の事柄に留意してニーズ確認をしていく必要があります。

#### ◎子どもの幸せを第一に考える

日々の生活に困難を抱えている子どもたちが、その持てる力を発揮して社会で豊かに過ごすために、専門家として相談・支援し、周囲にも働きかけていきます。

#### ◎保護者の自主性を尊重し、援助する

保護者の取り組みを支援しましょう。子どもだけでなく保護者にも寄り添い、ある時は背中を押すこともあるでしょう。保護者が持っている思いやこれまでの工夫に敬意を払い、保護者としての経験と実感も重視し、子どもと保護者が自身で前へ進んでいけるように支援していきます。そのためには、次の支援が大切です。

○子ども・保護者に説明を充分に行い、同意を得る

○子ども・保護者の抱える葛藤や問題を的確に把握するよう努力する

○子どもと環境の関係を把握し、生活環境への支援も行う

○問題に着目するばかりでなく、子どもの健康な側面を充分把握し、維持・育成に努める

○支援は個別に計画し、子ども・保護者の同意の上実施する。またあらかじめ期間を定めて見直す。

○関係機関との連携に際しては、事前に子ども・保護者に同意を得て行う

### （4）計画の立案（ケアプラン）

#### ① 丁寧な計画の立案（プランニング）

支援計画は保護者が助かると感じて了解する内容でなくてはなりません。子どもだけでなく家族のニーズの要点を押さえたものにしましょう。

#### ② 相談支援の契約

計画立案とともに、保護者（子ども）と相談支援事業所として契約をします。

③ 個別支援会議（ケア会議）

ケアプランを子どもの関係する機関や利用している事業所、保育園、幼稚園の関係者による個別支援会議に諮り、計画案を承認した上で、計画書を保健福祉センターに提出します。

④ 利用申請支援

保護者の要請に応じて、利用申請の支援をします。

⑤ 支給決定、受給者証の交付（区保健福祉センター）

⑥ 利用契約（利用する障害児通所支援事業所等） 計画の実施へ

(5) 計画の実施

上記計画に基づき、障害児通所支援事業所等（サービス提供事業者）の利用となりますが、適宜当該利用に関する情報収集を行います。保護者からも、適宜聞き取りや相談も受けていく必要があります。

その上で必要に応じて、サービス提供事業者、関係機関、関係する保育園・幼稚園等の担当者による、個別支援会議（サービス担当者会議）を行い、結果によっては利用計画の見直しや新しいサービスの提供も検討（モニタリング）する必要があります。

(6) ふりかえり（モニタリング）

支援開始後に期限を定めて、保護者や関係者からその後の変化(支援効果)を聞きとります。その結果、必要により支援の継続、変更、終了を行います。モニタリングは、支援目標の項目に沿って行います。モニタリング用のシートを使うと視覚的に理解しやすいでしょう。(参考編参照)

① 再アセスメント

モニタリングによって、計画の変更が必要な時には、あらためて子ども・保護者のニーズ把握、現在の状況を把握するために再アセスメント（診察や再評価）を行います。その一連の流れは次のようになります。

相談→評価→計画→実施→モニタリング→再相談→再評価→再計画→再実施→再モニタリング→終結

② 終結の判断

発達期の児童の場合には、終結の判断がし難い面もありますが、子ども・保護者との確認のもと、次のような事由をもって終結としています。(療育センターの終結類型)

終結理由＝移管、転出、軽快治癒、ニーズ解消、18歳超過、死亡、その他。

## <参考> 児童期の相談支援専門員として留意しておきたいこと

《幼児期から学齢期に親子・家族が心配していること、乗り越えていること》

### ☆2～3歳のころ

主に中度から重度の知的障害児、自閉症児（中学生）の母親に「振り返っていつが大変でしたか」と聞くと、ほとんどの人が「2、3歳の頃が一番辛かった」と答えます。言葉がない、パパ・ママと言ってくれない、呼んでも振り向いてくれない、手をつなぎたがらない、おもちゃで遊ばない、ごはんを食べてくれない、眠らない、着替えてくれない、じっとしていない、しかし周囲からは育て方が悪いと言われる…。親にとってこれは試練です。

乳幼児健診から紹介された専門病院で診断を受けとめるのもこの時期です。思い描いていた親子像は打ち砕かれ、夫婦はより助け合う形を求められますが、急には変れないのが現実です。きょうだい児がいればその世話もあります。親も生身の人間です。子どもがかわいいと思えない朝も、思わず大きな声をあげて自己嫌悪に打ちひしがれる夜もあります。しかし親は現実からは逃げられません。

### ☆3～4歳のころ

その後、子どもが地域療育センターや保育園、幼稚園など、地域の中で毎日通うところに所属し、家庭以外の場所での遊びと生活、人間関係を体験するようになると、子どもに生活リズムが整っていきます。よく歩くようになった、朝までぐっすり眠るようになった、着替えを自分でしようとするようになった、しっかりごはんを食べるようになった、目が合うようになった、少しだけお手伝いもするようになった、親にベタベタするようになった…。

子どもが仲間のなかで成長することと並行して、親にも経験や気持ちを分かち合う仲間ができます。さらに近隣や地域の中に理解者、知り合いも増えていきます。気がつけば、子どもと二人きりと感じた時期は去り、親は子どもを通じて、地域のさまざまな人と知り合い、そうした人たちと「ともにある」という時代が始まります。

### ☆6～12歳のころ

幼児期から療育を開始した子どもたちの学齢期の成長はさまざまでしょう。困ること、微笑ましいこと、驚くこと、腹の立つこと…。この時期の親は、体力と知恵と人脈をフルに使って切り抜けていくように感じます。多くの親は、この時期にようやく「子どもの障害を自然に受け入れられるようになった」と振り返ります。

親の障害受容を早期（就学前）に促進することが重要と言われますが、そのような親子関係に至るには時間が必要です。分かること（頭）と、受けとめること（心）は全く違う作業だからです。

《相談に当たる者として留意しておきたいこと》

予想をしない育児に戸惑い、嘆き、自信を失うのも一時的なもので、長い目で見ると、親子の絆が生まれるためにはどれひとつとして無駄のない「行程」に思えます。

「保護と指導」の両方を求められる保護者は矛盾を抱えやすい立場にあります。親子関係に安心とくつろぎが生まれるには、親が変わることも必要ですが、それ以上に私

たちをはじめ社会のあり方や環境を変えていくことも必要と思われます。家族からの相談を引き受けるとき、相談員は次の4点を心に留めておきたいと思います。

- I 子どものありのままを受け止め、家族や地域とともに健やかな発達を支援すること
- II 家族のこれまでの取り組みを十分に聞き、家族の取り組みへの敬意を忘れないこと（過去）
- III 家族の現在の悩みや不安を十分に聞き、解決策をいっしょに考えること（現在）
- IV 目標を保護者と共有して、そこに向かってともに歩むこと（未来）

#### (1) 相談支援との出会い～健診から療育へ

多くの相談は、保健福祉センター（療育センターでは約30%。以下同じ）やクリニック・病院（13%）、保育所・幼稚園（16%）、学校（6%）から紹介されて相談に見えます。多くの場合保護者は受け身的な状態にあり、中には紹介された事実を受け止めきれず仕方なく相談にみえることも多いので、面談の場で口が重くても不思議ではありません。その複雑な気持ちを十分留意して相談を進める必要があります。

幼児期の相談内容は、ことば（40%）、落ち着きがない（12%）、育児相談（11%）、発達（10%）、対人面（9%）などです（療育センター）。ここでは乳幼児健診から相談や紹介を経て相談機関に来られることを踏まえて、まず乳幼児健診について理解を深めましょう。

##### ① 乳幼児健診の意義

乳幼児健診は「子どもの健全な発育を確認し、疾病・異常の早期発見・治療（対応）の場であるばかりでなく、保護者の育児不安を共感的に受け止め、助言や提言といった支援を行う場であり、さらに適切な育児を支援すべくさまざまな行政サービスを提供していくための入り口」（川崎市「母子保健事業の手引き」とされています。このことから、乳幼児健診後に要観察になった子どもの保護者は、「療育にたどり着いていない人」ではなく「療育のステージに上がった人」と見なすことが大切です。

##### ② 乳幼児健診の種類

乳幼児健診は就学までに7回実施されます。i：3～4か月、ii：7か月、iii：10か月、iv：1歳半、v：3歳児、vi：4歳児、vii：5歳児です。区保健福祉センターで実施するi、iv、vの乳幼児健診は「節目健診」（表1）と呼ばれており、障害を早期に発見して支援を開始する契機になっています。

表1 <節目健診>

健診名	主な健診項目	早期発見対象
3～4か月	妊娠分娩出生後経過、授乳状況、首の座り、追視、抱きやすさ、引き起こし反応、遊び、産後うつ	ハイリスク児（低体重等）、先天異常、脳性まひ、筋疾患等

		母親：産後うつ病
1歳 6か月	歩行状態、クレヨン、積み木、聞こえ、物の見方、欲しいものを伝える方法、〇〇はどれ（可逆の指さし）、〇〇もってきて（言語のみの指示）、名詞単語、困った時に保護者に頼るか（愛着）、他児が泣いているとき（他者の情動理解）、お友達への関心、食生活、1日の生活、保護者の育児ストレス等	知的障害（中重度） 自閉症（知的障害あり） 言語のおくれ PDD
3歳児	足を交互に出して階段を登る（粗大運動）、クレヨンで○が描ける、呼名反応、言葉3語文、ごっこ遊び、排泄の自立、身辺自立、生活リズム、保護者との関係	知的障害（中～軽度） PDD ADHD

#### <早期の親子療育プログラム>

やや古いデータですが、3歳児健診の専門機関への紹介例は全体の3%程度と報告されています。

表2（1990年代に行われた都内の調査結果）

大人の動作のまねをしない	3.0%
うれしいときに家族に見せに来ない	2.0%
声をかけても振り向かず関心がない	1.7%
出ていた言葉が消えた	1.7%

現在は重度知的障害、カナー型自閉症の発見は1歳半健診の重点であり、1～2歳台からの親子療育プログラムが普及しています。この時期の親子療育プログラムは、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部のホームページが参考になります。

#### ③ 5歳児健診

5歳児健診は小学校生活を円滑に開始できるよう、保護者が就学前に発達の偏りや発達障害があることを発見して、主体的に就学相談で相談できるようになることを目的にされています。川崎市では5歳の誕生日から2か月以内に医療機関を受診し、発達に心配がある場合には保護者に相談機関の利用が促される仕組みです。

問診項目は次のようなものです。

- ◆発音をはっきりしない心配があるか
- ◆生活に支障があるほどの強いこだわりがあるか（ひどい偏食、くせなど）
- ◆落ち着きがなくて困っていることがあるか
- ◆スキップができるか
- ◆ジャンケンの勝敗が分かるか
- ◆一人で衣服を着たり脱いだりできるか、等

近年始まった5歳児健診は、保護者の子どもの発達理解の促進という目的の他に、学校側が事前にADHD児を把握することで、クラス編成や担任支援体制などで

きる範囲で受け入れの準備を行い、子どもの学校不適応を未然に予防しようという意図があります。

前述したように、5歳児で知的障害が顕著でなく社会性の発達に課題がある場合、その段階ではまだお子さんの発達等の心配なこと等、受け止めきれないことも多いので、電話を受ける段階から十分な配慮ある対応が必要です。

#### 《相談の基本知識》

子どもの相談を行う上で、知っておくと役に立つ基本的知識を紹介します。

#### (1) 発達のメカニズム

障害のあるなしに関わらず、子どもの発達のメカニズムは共通しています。

##### ① 発達の5原則

子どもの発達は中心から末端に向かって進みます。手先の器用さ（微細運動）の完成は4歳児以降で、それ以前は歩く・走る・飛ぶ・ぶら下がる・回転するなどの粗大運動の充実期です。この発達の方向性は、首の座り～ハイハイ～歩行と順を追って発達する順序性にも反映します。発達の速度は個人差が大きく、5歳までは同年齢でも1年近い差がみられますが、小学校入学の頃になると概ね揃ってくる傾向にあります。また、子どもの発達は子ども一人のペースで進むものではなく、養育者との相互作用に大きく影響を受けます。発達は右肩上がりの直線型ではありません。発達には臨界期があり、横ばい状態（エネルギーを蓄えている時期）のあと伸び、再び横ばい状態になる階段状になっています。

表 3



1 方向性	発達には、中心から末端へという「方向性」があります。
2 順序性	発達には、順を追って発達する「順序性」があります。
3 速度の多様性	発達の速度は多様性があり、個人個人異なっています。
4 相互性	発達は、養育者との相互作用に影響を受けます。
5 臨界期	発達には臨界期があり、発達のカーブは階段状になっています。

##### ② 発達の土台は安心

生後3か月ごろの定頸（首の座り）によって、赤ちゃんは能動的に視線を自由に動かすことが可能になります。これを契機に赤ちゃんは養育者と情動の共有をさらに深めていきます。身体面では定頸により体の中心軸が形成され、仰向けから腹ばいに、腹ばいからハイハイに、と運動機能が飛躍的に発展します。このような3か月を過ぎての赤ちゃん自身の能動的な活動は、養育者を安全基地としながら旺盛な探索活動（学習や模倣という高次な精神活動）に進んでいきます。子どもの心身の発達は、養育者との間にある安心感を土台にして発展していきます。



表 4

3か月～	6か月～	7か月～	～12か月
首のすわり～視線の自由 ～養育者との情動共有	寝返り～手の自由 ～養育者への積極的な関わり	共同注視～養育者との行為の共有（模倣）～認識の加速	養育者を安心基地とした探索活動、模倣活動
首の座りによって、周りの事物を能動的に見ることができるようになる。愛着の相手を探索する。養育者との間に情動が一体化する体験をする。 	寝返り、腹ばいの獲得によって、探索行動がより自由になるようになる。愛着対象への積極的な関わりができるようになる。	養育者と視線の共有（共同注視） 養育者の行為の共有（模倣） 認識や関係の発達（知恵づき）の加速 	独力の探索が、養育者の見よう見まねで能率化していく（学習）。養育者も、乳児の注意や関心を社会的に共有された認識の方向に引き寄せる働きをする（文化化）。

(2) 社会性の発達の指標

「社会性の発達」は、年齢ごとの指標があります。保育士の調査報告によって、3歳児から5歳児までの社会性の発達として次のような指標が示されています。

☆ 3歳児：自分と他人の発見

自分に名前、性別を発見する

同時に友達の名前、性別を発見する

まね（模倣）ができる

保護者や保育士との関係が充実する時期（先生、見てて！の時代）

☆ 4歳児：人間関係とルールが発見

遊びを通じて、順番・交代というルールがあることを知る（相手の立場の理解）

貸して、借りる、を使う

ありがとう、ごめんなさいを使う

お友達との関係が充実する時期（競争・協力）

☆ 5歳児：真ん中の発見

「強い・中ぐらい・弱い」の力加減が身に着く（微細運動充実期）

「近い・中ぐらい・遠い」の距離感覚が身に着く

絵を描くと、近景と遠景の間の中景が描ける

場面・関係に即したふるまいができる

自分の気持ちの折りあい、人との折りあい能力の開花期（妥協）

(3) 発達支援（療育）の5領域

現在、発達支援（療育）の活動には主に5つの領域があります。

幼児期の前半では親子関係が楽しく和やかになるための支援、規則的な生活リズムの確立を目指す支援が重要になります。幼児期の中盤から後半では、遊びと経験の拡大、無理のない身近自立課題が中心になり、その舞台は多くの場合幼稚園や保育園になります。

子どもの発達支援は、保護者を中心に、療育機関、保健所、保育園、幼稚園等の連携が重要になります。

表 5

<p>1 保護者と子どもの情緒的に安定した関わり</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保護者との継続的相談</li> <li>・ 発達検査とその理解</li> <li>・ 子どもを叱らないための環境づくり*</li> <li>・ 子どもへの声かけのコツ*</li> <li>・ 遊び方のコツ*</li> <li>・ 意欲を育むコツ*</li> <li>・ 保護者のための勉強会</li> </ul>
<p>2 規則的な生活リズムの確立</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期的な通所活動（小集団体験）</li> <li>・ 排泄自立の見通しと工夫</li> <li>・ 食事の出し方、食べさせ方の工夫</li> <li>・ 外出移動時の工夫</li> <li>・ 就寝・睡眠の工夫</li> <li>・ 見通しの付きやすい生活の工夫</li> </ul>
<p>3 遊びと経験の拡大</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発達（知覚と運動の感覚統合）の促進</li> <li>・ 模倣運動を通じて体を動かすことや人と関わることの楽しさを覚えること</li> <li>・ 歩く・座る・見る・聞く・話すなど日常生活動作の工夫</li> <li>・ 簡単なルールのある遊びを通じて集団の場への参加を準備すること</li> </ul>
<p>4 発達に即した無理のない身近自立の獲得</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家庭内での過ごし方の工夫</li> <li>・ 着替えや洗顔・入浴・洗髪のための工夫</li> <li>・ 排泄自立のための工夫</li> <li>・ お手伝いへの参加の工夫</li> <li>・ 補装具、自助具の活用</li> <li>・ 生活の分かりやすさの工夫</li> </ul>
<p>5 子どもの進路をともに考え、必要に応じて進路先との連携を図ること</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幼稚園、保育園、学校等進路先の検討</li> <li>・ 社会資源の活用の検討</li> <li>・ 先輩保護者からの情報収集</li> <li>・ 関係機関からの情報収集</li> <li>・ 園、学校との連携</li> </ul>



\* 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部発行  
「1歳半から2歳半の子どもをもつ保護者の方へ」シリーズ参照

#### (4) 児童虐待のリスクファクターと子どもの権利擁護

養育者に子どもを虐待させる単一の原因はありません。虐待は複数の因子の組み合わせによって可能性を高め、また、複数因子からひとつでもリスク因子がなくなると改善することが指摘されています。

##### ① リスクファクター分類

表6

子どもの特性	頻回で甲高い泣き声、特殊なニーズ、気難しい気質
環境要因	社会的サポート（レスパイトがない、友人がいない、パートナーの不支持） 物理的環境（貧困な住環境、借金、失業、暴力的な近隣環境）
養育スキル	感受性の乏しいケア（ニーズへの気づき欠如、過度に厳格、励ましの乏しさ） 精神医学的問題（うつ病、パーソナリティ障害、薬物依存等） 低い知能 過去の体験（被虐待経験等）
アタッチメント 脆弱性	望まない妊娠、早期産・低体重出生、早期の分離体験

##### ② 子どもの権利擁護

利用者（子ども）の権利擁護のために必要な援助を行うことも、相談員の重要な役割です。川崎市子どもの権利に関する条例（平成12年12月21日条例第72号）で確認しましょう。

- I 安心して生きる権利
- II ありのままの自分でいる権利
- III 自分を守り、守られる権利
- IV 自分を豊かにし力づけられる権利
- V 自分で決める権利
- VI 参加する権利
- VII 個別の必要に応じて支援を受ける権利

#### (5) 保護者との信頼関係

保護者と専門家の信頼関係を作るためにはどのような取り組みをしたらよいか。両者に対するブライネルセン（カナダ）のアドバイスを紹介します。

##### ① 両親へ

表7

1	援助を求めることを恐れてはいけません
2	専門家と会うときに、友人や親戚と一緒に来てもらうように頼みなさい
3	専門家の話が分からないときは、はっきりした話をするように頼みなさい
4	賛成できないときは、専門家に反論しましょう。家族に独自の関係や限界があることも

	話しなさい
5	もし必要なら、他の援助を探しなさい
6	もし専門家の助言や援助が好ましく思えないときは、それを伝えなさい
7	専門家の援助や態度がとても有効であれば、それを伝えなさい

## ② 専門家へ

1	両親に意見を求めなさい。そしてあなたの価値観を伝えなさい
2	両親に、彼らの力を認めさせなさい
3	両親に、彼らも熟練した支援者だとはっきりと正確な言葉で伝えなさい
4	親を支配してはいけません
5	両親を信頼しなさい
6	子どもを一人の人間として評価し、敬意を示しなさい
7	ひとりひとりが違っていいということを受け入れなさい（全て個別的に考えなさい）
8	親の話聞きなさい。時にあなたよりも多くのことを知っています
9	参加するように親に圧力をかけるのはやめなさい

## (6) 学齡児相談

学齡児の相談主訴は、障害の疑い・学校不適応・家庭養育の問題・不登校・問題行動・進路の6領域に大別できます。項目別に相談の留意点を紹介します（問題が重複する場合があります。）。

### ① 障害の疑い

発達障害や軽度の知的障害（IQ 70～75以下）の可能性に留意します。

### ② 学校不適応

学校不適応で平日に相談に来る子どもと継続的に面接する場合があります。その場合の留意点は、第1に、初期の面接では子どもに対して「君一人の問題ではなさそうだ、なにが起きているのだろう」という気持ちで接すること。第2に、「面接は貴重な時間。一緒に楽しいことをしよう」と提案し、ゲームや雑談など楽しい時間を過ごすよう配慮すること。第3に、そのような時間を過ごしながら子どもの「健やかな側面」を引き出し、両親や学校に伝えることです。

### ③ 家庭養育上の問題

多動性や衝動性など発達障害の特徴をもつ子どもたちの中には、家庭養育上の問題を抱えている子どもが少なくありません。こうした子どもたちとの面接で留意したいことは、第1に、親を批判しないこと。第2に、「すぐキレる困った子ども」ではなく、「理不尽な人生の重荷にじっと耐えてきた子ども」という視点をもつこと。子どもの回復の前提には、関わる者のさりげない敬意とねぎらいが必要です。第3は、上記2点で関係を維持して孤立を防止することです。

### ④ 不登校

不登校は長期化しても、子どもはその始まり当時の心境（怒り・恥ずかしさ・無力感など）を抱えたまま、言葉にできず誰にも伝えられずにいるように思えま

す。子どもに会う前に、保護者から生育暦の丁寧な聞き取りが欠かせません。その面接は、保護者にとっても、子どもの見方と関わり方を見直す良い機会になる場合があります。

#### ⑤ 問題行動

子どもの行動には、**Attempt at solution**（カナー）が多く見られます。「問題行動」を子どもなりの「解決への取組み」や「安全弁」と考えてみることは、「問題行動」を別の行動に変更する必要があるにせよ、子どもとのよい関係を作る上で大切な視点になります。

#### ⑥ 進路相談

進路相談の底流には、次のような思春期特有の親子の対立があることが多くあります。

◎保護された環境が必要（親）×特別扱いはされたくない（子ども）

◎平凡な大人になってほしい（親）×非凡な才能を生かしていきたい（子ども）

◎進学だけはしてほしい（親）×進学なんかして何になるのか（子ども）

大抵は大人の考えに子どもが従う形になりますが、抑圧された子どもの思いは純粹であればあるほど別の形（時には家庭内暴力など）で表現されてくることも少なくありません。どんな紛争も純度が高い（先が尖った）対立の行く末は危険です。

こういう状態の子どもには、親子（大人と子ども）での解決をすすめるよりも、グループ活動への参加が有効である場合があります。子ども同士での会話は、「現実検討能力」や「妥協力」を育む場になります（「何でもいいから自分で決めなよ」、「あそこ狙っているの、無理無理」、「〇〇君の行っている高校に行きたいな」、等）。

#### （7）問題行動の出現率

自傷や多動、かんしゃくなどの問題行動は、障害児だけに起きる現象と思われがちですが、実際は定型発達の子どものにも多数見られています。小児科医による統計調査では、幼児期から学齢期の出現率は次のようになっています。

（％は子ども全体に占める割合）

表 8

	幼児期	学齢期	備考
自傷行為	6～10%	0～5%	障害児は30%
多動	20%	20%	男児>女児
注意散漫	10～20%	30～50%	
かんしゃく	男25%女8%	男10%女5%	
偏食	20～30%	20%	自閉症児40～50%
不眠	10～20%	10～20%	
夜泣き	12～52%		

引用・参考資料

○「子ども相談ノート」 武居光 平成26年

○「発達支援額 その理論と実践」 全国児童発達支援協議会 平成23年



## 第5章

# 相談支援事業と自立支援協議会

# 1 自立支援協議会の意義と役割

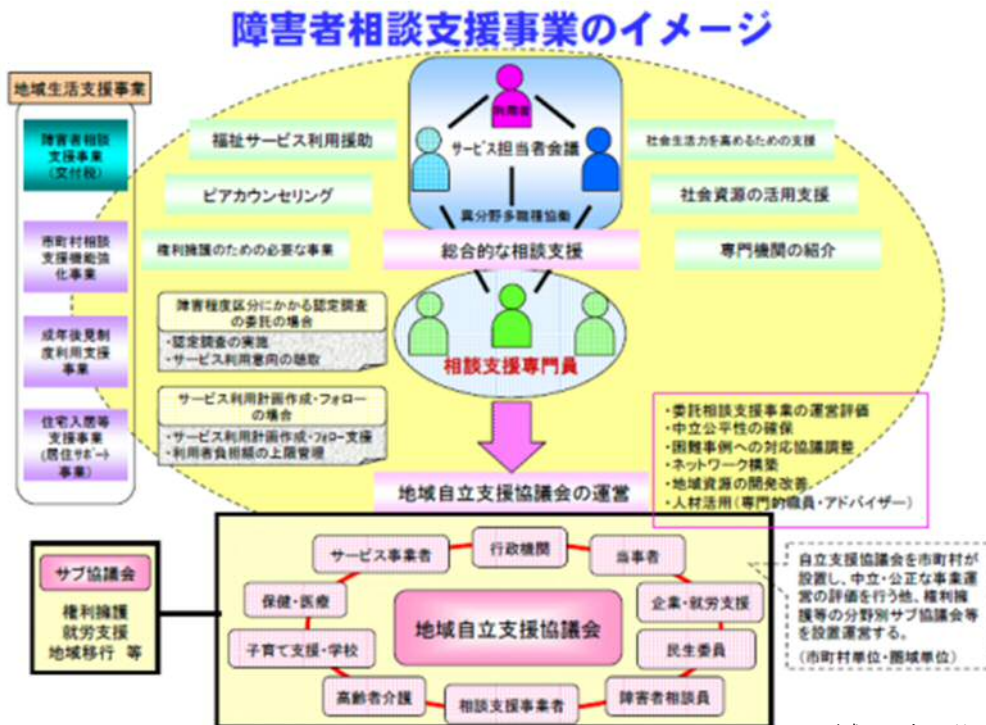
平成18年4月に施行された障害者自立支援法において、相談支援事業が市町村の必須事業とされました。同時に、地域の新たなシステムづくり等に関する中核的な役割を期待され、自立支援協議会が設置されることとなりました。

その後、平成22年に改正された障害者自立支援法において、相談支援等の充実に向けた大幅な見直しがなされました。その中で、自立支援協議会の設置は、初めて法律に位置づけられました。

自立支援協議会は、丁寧な、かつ総合的な相談支援によって明らかになった地域の課題を検討し、課題解決に向けた協議や取り組みを行う場です。相談支援をとおして、障害のある人たちの思いや生活そのものをしっかりと受けとめることは自立支援協議会の特徴であり、忘れてはならない基本ともいえるものです。障害のある人たちのニーズに応える支援体制の整備、福祉・医療・教育・就労・その他の関係機関のネットワークの構築、及びともに暮らす地域の人たちとの協働などによる、誰もが安心して暮らすことのできる地域づくりが、自立支援協議会に期待されています。

自立支援協議会には全国一律の形は求められておらず、地域の実情に応じて実施していくこととされています。これも、自立支援協議会の特徴の一つです。そこに住む人たちが力を合わせ、暮らしやすい地域を目指して、自分たちで「創りだしていく協議会」が自立支援協議会であるとも言えるのです。

図1



平成20年1月30日  
厚生労働省提供

## 2 川崎市地域自立支援協議会について

川崎市は障害者自立支援法が施行された平成18年度に、川崎市障害者地域自立支援協議会（平成25年度から川崎市地域自立支援協議会と改称）を設置しました。設置要綱の第1条では、趣旨を記しています。

第1条 本要綱は、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（平成17年第123号）第89条の2の規定に基づき、障害者等への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体及び障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者（以下、「関係機関等」という。）が幅広く参加し、定期的な協議を行い、関係機関等が相互の連絡を図ることにより、地域における障害者等への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うことを目的として設置する地域自立支援協議会（以下「協議会」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

また、第2条では、協議会の構成を定めています。

第2条 協議会は、全市を統括する協議会（以下「市協議会」という。）及び各区に設置する協議会（以下「区協議会」という。）で構成する。

第3条では、市協議会の所掌を定めています。

第3条 市協議会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 区協議会の統括
- (2) 区協議会の活動を通じて明らかになった地域の課題の集約及びその解決に向けた協議
- (3) 市障害福祉計画の進捗状況を把握し、必要に応じて障害福祉計画に係る助言を行うこと
- (4) 委託相談支援事業者等の中立・公平性等に関する評価
- (5) 市全体の相談支援体制に関する協議
- (6) 神奈川県障害者自立支援協議会との調整
- (7) その他、必要と認められる事項

第4条では、市協議会の組織体制が定められています。

第4条 市協議会には、市全体会議、連絡会議、及び事務局会議を置く。

本要綱に基づき、市協議会には事務局会議が置かれていますが、事務局機能を担う事務局会議の構成員は、市の担当と市協議会会長及び区協議会代表が担う官民共同型



をとっています。

事務局会議が、各区における個別の支援において明らかになった課題を集約して協議し、市全体会議、連絡会議を開催します。また、時間をかけて丁寧に協議すべき課題については、専門部会を設置します。これまでに、「研修企画部会」、「くらし部会（入浴）」「くらし部会（短期入所）」「相談支援部会」「こども部会」を設置してきました。専門部会は、より明らかになった課題について、協議内容を踏まえて解決の方策などを川崎市に提言してきています。

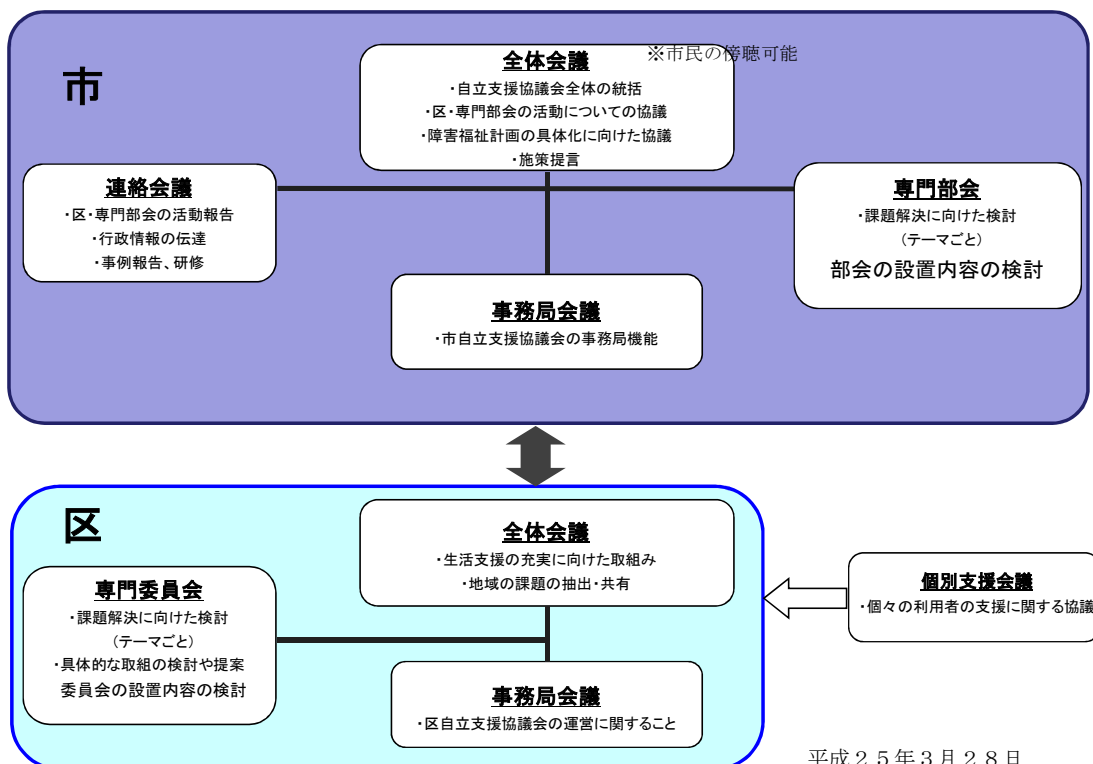
また、区協議会から提起された課題の整理をする「課題整理グループ」、区協議会からの情報、市全体の情報を共有する場である連絡会議の企画を行う「連絡会議グループ」、市協議会を市民に周知するための「広報グループ」を設置するなど、さまざまな形を考えながら取り組みを行っています。

専門部会やグループの設置等は、市全体会議において決定されます。年間の活動方針も全体会議において最終決定され、その年次の活動の報告もなされています。

次の図は、平成27年度の地域自立支援協議会の体制です。この図は、区協議会は各区の相談支援を核とした個別の支援を原点に、相談にみえた方のニーズが実現するための課題を明確にし、区における取り組みを行うこと、及び市協議会は区協議会の情報を共有し、市全体の課題として協議し、課題解決に向けた取り組みを行うことという川崎市の協議会の原則を可視化したものです。この図は、区協議会の活動があつてこそ、市協議会の活動がなされていくということも示しています。

図2

## 平成27年度の地域自立支援協議会の体制



平成25年3月28日

川崎市地域自立支援協議会運営の手引き



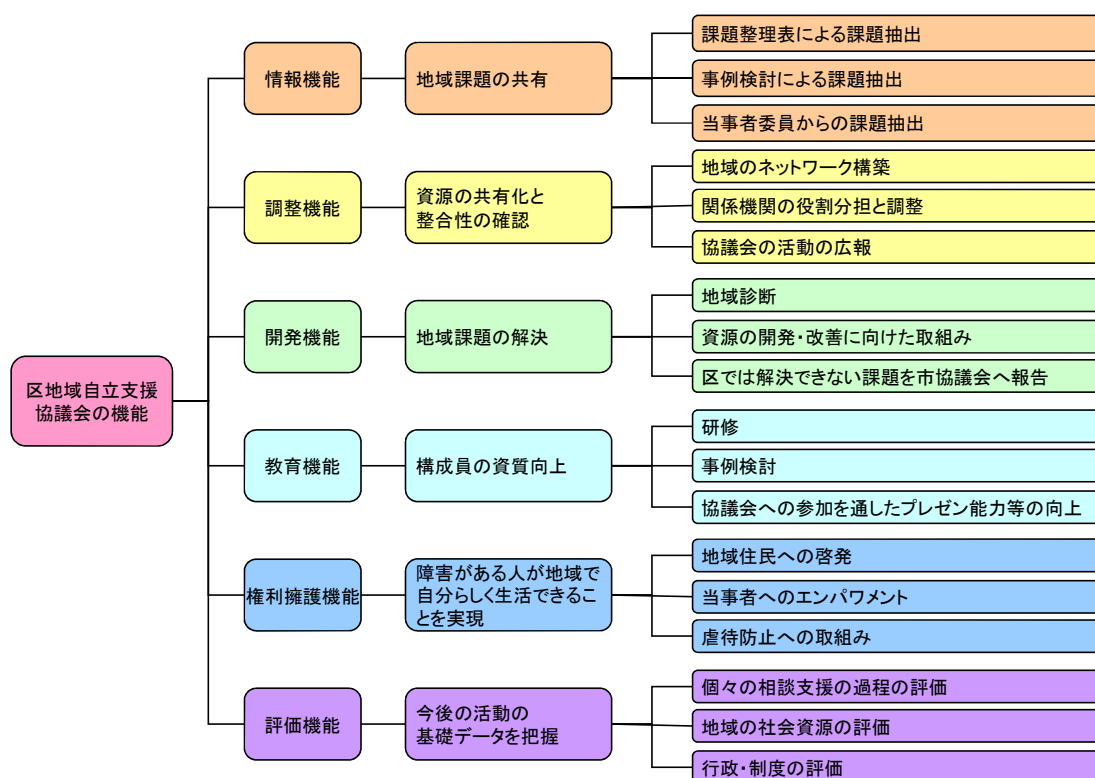
川崎市地域自立支援協議会設置要綱第2条第3項に別に定めるとされている区協議会の組織及び運営等に関する事項は、平成22年に川崎市地域自立支援協議会運営要領として定められ、施行されています（最終改正 平成25年4月1日）。

平成25年度に、川崎市の相談支援体制が再編されました。各区に設置された基幹相談支援センターは区内の相談支援の中核であるとともに、区協議会の運営及び市協議会の事務局会議の構成メンバーとしても重責を担っています。

区協議会の組織や運営は、それぞれの区の自主性に委ねられていますが、改めて区協議会の機能を整理すると、次の図のように多岐にわたっています。

図3

### 区地域自立支援協議会の機能



### 3 川崎市地域自立支援協議会への期待

川崎市地域自立支援協議会は、より市民に意義のある協議会であるために、毎年度自らの活動を検証して、必要な修正を加えてきました。そして、平成25年3月に「川崎市地域自立支援協議会運営の手引き（確認事項）」を作成しました。

この運営の手引きでは、市協議会の役割や意義や運営など、また市協議会と区協議会の関係などを、具体的に整理しています。本手引きの「はじめに」を引用します。これが、川崎市の相談支援事業、及び川崎市地域自立支援協議会の基本です。

はじめに

地域自立支援協議会の意義として、「人と人をつなぐこと」、「地域で暮らし続けられるまちづくりのしくみを発案して実働していくこと」、「そして、障害の関係者以外の人もつながること」としています。

協議会運営の特徴として、「要求とそれを受け止める」といった関係ではなくて、それぞれの立場の方達が、同じテーブルに座って、一緒に汗をかきながら考え、知恵を出し合い、動いていくということにあります。

自分の所属の立場に拘束されず、無責任になりすぎずに、率直な話し合いができて、何かが変わっていく夢や希望を持てる会議体にしていく意識をもって参加することが大切です。また、当事者が参加することで支援者同士では表出されないような課題も新しく出てくることも常に念頭におく必要があります、当事者が持つ思いこそが障害者を支援する人々の最も重視すべきことであることを認識し、ともにすみやすいまちを作っていく活動が協議会の特徴になります。

相談支援事業には、障害の種別を超え、幼少時期、青年期、成人、高齢というライフステージに対応した、生活に係るあらゆる分野の相談に応じていくことが期待されています。その個々のニーズに対応していくためには、相談支援専門員にはこれまで以上に、「支援する力」が求められます。そして、「当事者が持つ思いこそが障害者を支援する人々の最も重視すべきことである」ということ抜きに支援はできません。ここに立脚するときに、初めて相談支援専門員としてなすべきことが見えてきます。それは、他分野、他職種との連携であったり、インフォーマルな資源の活用や開発であったりもします。また、この立脚点は、川崎市地域自立支援協議会の立脚点でもあることが重要なことなのです。

また、今後、相談支援事業にはこれまでよりも「多様な相談」への対応が求められていきます。これに応じることのできる相談支援のあり方を検証したり、相談支援専門員の「支援する力」を高めていったりしなければなりません。川崎市地域自立支援協議会は、平成27年度の専門部会として、「相談支援部会」と「研修部会」を設置して相談支援の質の向上に向けた取り組みを行っています

川崎市の相談支援事業がより充実していくことで、協議会の活動が鮮明になって活性化します。また、協議会が活性化することで、相談支援事業が当事者である障害のある人たちの「意思決定」を大切に、「意思決定の支援」もなされる本来の事業となっていくのです。川崎市地域自立支援協議会は、そこに住む人たちが「創り出していく」協議会であります。

#### 引用・参考資料

- 「川崎市地域自立支援協議会設置要綱」（平成18年8月1日施行、最終改正：平成27年4月1日）
- 「川崎市地域自立支援協議会運営の手引き（確認事項）」（平成25年3月28日作成）

# と あ さき お問い合わせ先

かくくじりつしえんきょうぎかい しつもん と あ ちか くやくしょほけんふくし  
各区自立支援協議会についてのご質問・お問い合わせは、お近くの区役所保健福祉センタ

ち くけんこうふくしすてーしょん きかんそうだんしえんせんたー れんらく  
ー・地区健康福祉ステーション、基幹相談支援センターにご連絡ください。

## かわさきく す かた ＜川崎区にお住まいの方＞

かわさきくほけんふくし  
川崎区保健福祉センター TEL044 (201) 3215 fax044 (201) 3293

だいしちくけんこうふくし  
大師地区健康福祉ステーション TEL044 (271) 0162 fax044 (271) 0128

たじまちくけんこうふくし  
田島地区健康福祉ステーション TEL044 (322) 1984 fax044 (322) 1994

かわさききかんそうだんしえん  
かわさき基幹相談支援センター TEL044 (222) 8281 fax044 (589) 5620

## さいわいく す かた ＜幸区にお住まいの方＞

さいわいくほけんふくし  
幸区保健福祉センター TEL044 (556) 0654 fax044 (555) 1336

さいわいきかんそうだんしえん  
さいわい基幹相談支援センター TEL044 (589) 5183 fax044 (589) 5184

## なかはらく す かた ＜中原区にお住まいの方＞

なかはらくほけんふくし  
中原区保健福祉センター TEL044 (744) 3295 fax044 (744) 3343

なかはらきかんそうだんしえん  
なかはら基幹相談支援センター TEL044 (299) 9838 fax044 (299) 9839

## たかつく すま かた ＜高津区にお住まいの方＞

たかつくほけんふくしせんたー  
高津区保健福祉センター TEL044 (861) 3325 fax044 (861) 3238

たかつきかんそうだんしえんせんたー  
たかつ基幹相談支援センター TEL044 (543) 9812 fax044 (543) 9813

## みやまえく す かた ＜宮前区にお住まいの方＞

みやまえくほけんふくしせんたー  
宮前区保健福祉センター TEL044 (856) 3304 fax044 (856) 3163

みやまえきかんそうだんしえんせんたー  
みやまえ基幹相談支援センター TEL044 (750) 0581 fax044 (750) 0582

＜多摩区にお住まいの方＞

多摩区保健福祉センター TEL044 (935) 3302 fax044 (935) 3396

たま基幹相談支援センター TEL044 (819) 5788 fax044 (819) 5789

＜麻生区にお住まいの方＞

麻生区保健福祉センター TEL044 (965) 5159 fax044 (965) 5207

あさお基幹相談支援センター TEL044 (299) 8895 fax044 (299) 8896



川崎市のホームページにも川崎市地域自立支援協議会の情報を掲載しています

<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000039933.html>



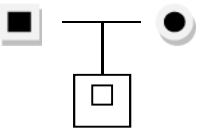
## 相談支援の実践

ここでは、7人の相談支援専門員に、実際に行ってきた支援をそれぞれ振り返っていただきました。本人の声を聞き、一緒に考え、行動し、様々な人と協力しながら歩いていった軌跡を、本人の率直な言葉と共に紹介します。それぞれの例では、障害種別や各相談支援専門員の所属機関等が異なっており、また、個人情報取り扱い等の観点から、若干の加筆・修正は行わせていただいておりますが、このガイドブックを手にした人に具体的な支援のイメージを持ってもらえることを期待しております。

## 身体障害者手帳を取得して新たな生活を始めた A さんの場合

**支援者** 区役所の障害者支援係ケースワーカー

**概要** 中学校からの友人の助けで、支援につながった。A さんの希望する生活や目標に寄り添いながら、区役所の障害者支援係として入院から在宅での生活支援まで関わった。

年齢	50代	性別	男	<家系図> 
障害の状況	両膝拘縮で立ち上がり、歩行困難。 座位はとれる。 当初は障害者手帳なし。			
経済状況	無収入			
居住場所	アパート1階段差あり			
相談開始 当初の Aさんの 状況	サラリーマンとして就労していたが、5年前にリストラされた。就職活動していたが、2年前から原因不明で両膝が徐々に拘縮し始め、就職活動もままならなくなり、立ち上がれない状態にまでなっていた。身動きがとれず自宅で寝込んでいるところを友人が発見。無収入なので病院の受診ができず、食事も十分にとれていなかった。			

### 相談支援のプロセス

#### 【相談受付】

自宅で寝込んでいる A さんを友人が見つかり、区役所の生活保護相談に連れてきた。生活保護の面接担当が支援が必要と判断して区役所の障害者支援係に依頼したため、障害者支援係がケアマネジメントを行うこととなった。A さんは、即日 M 病院に緊急入院となり、医療費が発生するため、入院当日に生活保護も開始した。

#### 【アセスメント・ニーズの把握】(相談開始から5か月)

##### Aさんのことば

人に迷惑をかけたくない。

A さんは、『誰かに相談すること』＝『迷惑をかけること』という考えがあった。まずは障害者支援係の役割を十分に説明し、これからのことを一緒に考えていくことを A さんに伝えた。時には、雑談を交えて A さんの緊張を解いて相談しやすい雰囲気を作り、徐々に『相談してもいいんだ』という気持ちを引き出していった。A さんもこのような相談先があることを初めて知ったようで、もともと話好きだったこともあり、これまでの経過や今後の希望などを話せるようになった。また、専門的な評価と退院後の居住環境の整備が欠かせないと判断したため、身体障害のある方を対象とした二次アセ

#### 支援のポイント

←友人からの一報、地域とのつながり

←生活保護 CW 関わり開始。区役所での横の連携

CW：ケースワーカー

←障害者支援係 CW 関わり開始

←身体障害を対象とした二次アセスメント機関の関わり開始。

※川崎市の二次アセスメント先には、

- ・障害者更生相談所
- ・れいんぼう川崎
- ・地域療育センター
- ・精神保健福祉センターなどがあります。

メント機関に依頼し、その機関のCWと共に病院訪問した。

## Aさんのことば

病気を治して、早く仕事に就きたい。

Aさんは自宅で身動きが取れず寝たきりの状態でも、再就職することに焦りを感じており、郵送されてくるリクルート雑誌を常に見ていた。病名も治療方針も分からない状況の中で就職活動することは現実的ではなかったが、否定はせず、就職活動をするために必要なことをAさんと一緒に考えることにした。一緒に考えるなかでAさんが自ら『今やるべきこと』に気づいていった。これを、段階をつけて整理して、『就労すること』を最終目標にした。

- ① まず病気を知って、治療すること。
- ② 今よりも動けるようになること（リハビリによる機能回復）。
- ③ 身体障害者手帳、障害程度区分の申請をすること。
- ④ 室内を動きやすいように整えること（住環境の整備）。
- ⑤ 生活の中で出来ない部分を手伝ってもらうこと（ヘルパー利用など）。
- ⑥ Aさんが安心して生活できるようになったら、就職活動（就労支援）をすること。

Aさんは住宅改修やヘルパー利用などの公的なサービス利用について知らなかったため、順をおって説明をしていった。

その後、緊急入院したM病院から退院の許可が出たが、Aさんがリハビリを希望したので、リハビリ病院に転院した。

### 【ケア会議】(相談開始から6か月) リハビリ入院中

**参加者：Aさん、Dr、病院の医療福祉相談員(MSW)、区役所の障害者支援係CW、生活保護担当CW、二次アセスメント機関CW**

## Aさんのことば

早く自宅に戻れるように、リハビリをがんばっている。自力で歩きたい。

リハビリ入院中に身体障害者手帳2級が交付され、これにより障害者制度利用の対象となった。そして、入院中の歩行訓練により、膝が曲がったままでの立ち上がりやつたい歩きも可能になった。Aさんはリハビリの時間以外にも、自主的に歩行訓練などをしていった。

退院し在宅に戻るに当たり、ケア会議を行い生活のイメージを話し合った。そして退院までに必要な準備についてAさんと確認した。

- ① 入院前は寝たきりで、家の中がかなり不衛生だったため、自宅の片付けをする。
- ② 家具の配置を換えて、Aさんがつたい歩きできるように自宅のレイアウトを変更する。

←身体障害者手帳の申請を行った。

←障害程度区分

平成26年4月からは「障害支援区分」に変更

←身体障害者手帳2級を取得することで福祉用具の購入やヘルパー利用の対象となる。また、生活保護費の加算もつき、メリットも大きい。

←ドクター、PT、OT

による機能評価

PT：理学療法士

OT：作業療法士

MSW→

メディカルソーシャルワーカー

- ③ 自力で起き上がれるように、電動ベッドを導入する。
- ④ 家事の出来ない部分をやってもらうため、ヘルパーを依頼する。
- ⑤ 外出時、長時間の歩行はできないため、まずは車いす使用となる。このため、移動支援のヘルパーを依頼する。

以上の調整を図ることとなった。具体的なベッドの支給決定を区役所の障害者支援係として行った。

### 【サービス等利用計画書の作成】

#### Aさんのことば

退院後は、自分の好きなものを食べたい。  
ヘルパーは何をしてくれる人？特に必要ない。自分でできる。  
また、バイクに乗って外出したい。

入院前は動けなかったため、掃除も調理もほとんど出来ておらず、食事にも偏りがあった。リハビリが進んだものの、まだ自力での掃除、調理が出来る身体状況ではなかったが、Aさんは、ヘルパー利用についてはイメージ出来ておらず、消極的であった。Aさんの『出来合いのものだけでなく、栄養を考えたものをたまには食べたい』という希望を受けて、まずは週3回の家事援助ヘルパー利用を計画した。また、Aさんは自由に一人で外出する手段としてバイクに乗りたいと希望していたので、バイクの危険性について話し合い、将来的には電動車いすの導入も視野に入れながら、当面は車いすでの外出が出来るよう移動支援のヘルパー利用を週2回で計画した。これに基づきサービス等利用計画案を作成し、支給決定後にヘルパー事業所に依頼をした。

### 【住環境評価】

#### Aさんのことば

自分ひとりで部屋の中を移動したい。

身体機能的に両手でどこかにつかまれば、つたい歩きは可能だったので、二次アセスメント機関のPT、OTに協力を仰ぎ、自宅内でAさんが家具を伝って自力で移動できるように、レイアウトの変更をした。Aさん宅は荷物が多く、引越しのダンボールもそのままだったため、つたい歩きするのにちょうど良い状態になった。部屋の状態が落ち着いた後、電動ベッドなどの福祉用具の導入をして、最終的に住みやすい部屋となった。Aさんも動きやすくなり、安心して退院することができた。

### 【退院後の支援】(相談開始から7か月)

#### Aさんのことば

退院したら、早く仕事を探したい。バイクで外出できるようになりたい。

←障害者自立支援法(当時)のサービスの申請  
サービス等利用計画案は、区役所の障害者支援係が作成した。

←在宅支援の専門機関PT、OTによる自宅訪問。動作を評価した。

←日常生活用具の制度利用し、電動ベッドの導入をした。



退院後はヘルパー利用をしながら、休日には友人が訪問して援助してくれた。日常生活の動作アドバイスなどをPT、OTなどが訪問でおこなった。外出は、ヘルパーと決まった時間に車いすで行っていた。

### 【モニタリング】(相談開始から8か月)

#### Aさんのことば

皆によくやってもらって感謝している。甘いものが好きなので太ってしまった。

早く仕事探しをしたい。

自分の好きな時間に自由に外出したい。

ヘルパーなどのサービスを利用して1ヶ月が経過し、生活のリズムが出来たころにモニタリングを行った。Aさんは、ヘルパーに缶コーヒーや菓子パンなど好きなものの買い物を頼んで食べるようになったので、体重が増えてしまった。体重が増えると足に負担がかかってしまうので、食事に気をつけることをAさんと話し合った。外出については、電動車いすで自由に出られることを検討したが、Aさん宅の玄関に段差があったり、住居周辺に坂があったりと、外出が困難な環境だった。そのため、生活保護担当CWに相談したところ、Aさんの自立のために有効だと認められ、転居することになった。アパート探しは、友人たちが手伝ってくれた。

#### 【その後】

転居後も二次アセスメント機関との関わりは継続中。また、友人たちも定期的に来てくれている。そして、『仕事をする』を叶えるため、通所リハビリによる日常生活動作の訓練をして、Aさんの身体機能回復を目指している。

#### 振り返り

##### この実践におけるポイントや課題

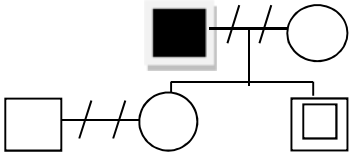
- ・ 行政機関（区役所）は、一次相談窓口として一番分かりやすいということからも、その役割はとても重要といえる。
- ・ 相談機関の役割は専門機関との連携、コーディネートである。このため支援者は、本人のことばによく耳を傾け、ニーズを的確に把握することが必要となる。
- ・ モニタリングを行うことにより、新たな課題がみえる。その都度その時の課題を『本人と一緒に考える』ことが必要。あくまで、本人の力でやっていくことを支援者が応援するという関わりを意識する。
- ・ 友人（地域住民）がキーパーソンとなった。地域の支えがあることで、『ふつうに暮らす』ことができる。こういった地域づく

りも支援者の役割のひとつといえる。

父親が亡くなった後の、一人暮らしを安定させた B さんの場合

**支援者** 相談支援センターの相談支援専門員

**概要** 父親が亡くなったため、単身生活となった B さんは、それでも一人で生活を頑張っていた。しかし、次第に気持ちが落ち込み、自宅に引きこもりがちになり、自殺願望が表れたため入院となった。入院中から、相談支援センター等が関わり続けることで、退院後は安心して自宅で過ごせるようになった。

年齢	40代	性別	男	＜家系図＞ 
障害の状況	療育手帳 (B1) 統合失調症			
経済状況	障害基礎年金、生活保護			
居住場所	公営団地			
相談開始当初の B さんの状況	養護学校高等部卒業後、数か所で就労したが長続きせず、生活保護と障害基礎年金で生活していた。父親と2人で暮らしていたが、父親が亡くなって単身生活になった。生活保護の担当者は、単身生活になったので、Bさんに家事援助のヘルパーの利用や、日中の作業所通所を勧めたが、Bさんは断り、昼間はリサイクルショップ巡りを日課として過ごしていた。店員と親しくなり、店内の手伝いをしていたこともあったが、店内での不適切な言動や高額な商品の売買をくり返すようになったため、リサイクルショップの店員が B さんへの対応に困り、区役所障害者支援係に相談の電話をした。			

### 相談支援のプロセス

#### B さんのことば

自分でできます。大丈夫です。

#### 【相談受付】

B さんが毎日通っていたリサイクルショップの店員から区役所障害者支援係に相談の電話があり、障害者支援係、生活保護の担当と2人で自宅に訪問した。B さんの普段の生活を聞くと、好きなものばかりを好きなときに食べており、栄養状態が偏っていた。このため再度ヘルパーの利用を勧めるが、「すべて自分でできます」と断った。また、リサイクルショップの店員から言動について注意をされたことで、お店に行けなくなってしまい、「今はどこにも行くところがない」と、自宅に引きこもりがちになっていた。そこで、日中過ごせる場として、作業所を見学することを提案して B さんも希望したが、次第にいろいろな不安が募っていったために、最終的には見

#### 支援のポイント

←地域住民からの一報で支援につながることも多い。

学をすることができなかった。

そこで、まずは困った時に B さんが気軽に相談できる人が必要だと考えた障害者支援係 CW が、相談支援センターを紹介することを B さんに提案し、B さんも希望したため、相談支援センターの相談支援専門員が後日、本人と会うことになった。

### 【アセスメント・ニーズの把握】

相談支援センターの相談支援専門員が、B さんとの定期的な面接や電話での相談を重ねて信頼関係ができてくると、B さんから「調子が悪い」「最近、食事が摂れていない」「病院や施設に入れてほしい」「自殺を考えてしまう」という訴えが徐々に聞かれるようになった。相談支援専門員が B さんの精神科の主治医に連絡をとってみると、B さんは道路で通行人と喧嘩をすることが数回あったりして、かなり精神的な疲れが出ているようなので、入院するよう勧められた。主治医の話を受けて、B さんに『入院して一度ゆっくり休息をとってから、これからの生活のことを考えること』を提案し、B さんも希望したため、3 か月間の入院をすることになった。

そして、入院中に退院後の生活について B さんと話し合い、自宅での困っていることや不安を解決する方法を、一緒に考えていくことにした。

### 【アセスメント・ニーズの把握】(入院から2か月)

#### B さんのことば

病院にはいたくない。早く家に帰りたい。

B さんは他の入院患者との関係がうまくいかず、ストレスを抱えるようになっていた。入院先の医師からは、自宅での生活環境が整うのであれば退院しても大丈夫であろうと許可が出た。

そこで、今後の B さんが望む生活を続けていくために必要なことについて話し合うため、B さんを交えてケア会議を開催することになった。

### 【ケア会議】(相談開始から2か月) 入院中

参加者： B さん、病院の医療福祉相談員(MSW)、区役所の障害者支援係 CW、生活保護担当 CW、相談支援センターの相談支援専門員

B さんの「家に帰りたい」との思いをもとに、自宅での生活で困っていたことを確認し、自宅に戻るための話し合いを行った。

[B さんの困っていること]

- ① ガスコンロ・電気器具・シャワー・トイレ便座が壊れている。
- ② 調理・掃除・買い物ができない。
- ③ 一人でさみしいので、誰かと定期的に話がしたい。
- ④ 困っていることを相談できる人がいない。

←支援者側の見立てよりもまず、本人がどうしたいかという「本人の思い」を受け止めることが大切である。

「本人の思い」をどうしたら形にできるのか、立場の違う関係機関がそれぞれの視点でアイデアを出し合うことがケア会議(チームアプローチ)である。

困っていることについて具体的に解決策を考え、支援の目標を立てた。

#### [支援の目標]

- ① 修理を行い、住みやすい環境に変えていく。業者への連絡など分からない手続きの手伝いをする。
- ② 調理や掃除、洗濯などの中で、Bさんだけでは行うことが難しい部分を、ヘルパーを利用するなどサポートできる体制をつくり、単身で安心して生活できるようにする。同時に、Bさんができている部分は引き続き自分でいき、できる部分を増やしていく。
- ③ 退院後、単身生活を送る中で、不安になった時に一人で抱え込まないように、相談できる体制をつくる。また、日中の過ごし方を一緒に考える。
- ④ Bさんがどこに何を相談できるのか、一緒に整理する。

以上の目標をBさんと一緒に立て、退院に向けて準備して行った。

まず、入院中に行ったのは住環境の改善だった。壊れていたガス台や、換気扇、風呂釜、トイレの便座などを生活保護担当者とBさんと相談し、一時外出を利用しながら徐々に買い換えていった。

また、併行して障害者自立支援法（当時）の福祉サービスの利用について申請を行い、家事援助の支給決定がなされた。その後、相談支援専門員が訪問介護事業所に連絡してヘルパーの依頼を行った。Bさんは、相談当初は家事援助の利用を拒否していたが、ヘルパーは具体的には何をするのかを分かりやすく説明した結果、利用したいとの希望がでた。

#### 【退院後の支援】(相談開始から3か月)

退院後は調理や掃除、洗濯などでヘルパーを利用し、バランスの良い食事が摂れるようになった。またBさんも、時々ヘルパーと一緒に調理をすることで、味噌汁や焼き魚を自分で作れるようになった。部屋も徐々に片付いて居心地のよい環境になった。

相談窓口は、Bさんの分かりやすさを第一に考えて相談支援センターに一本化した。相談支援専門員が週に1度自宅を訪問し、Bさんと話をして生活状況を確認することで、困っていることに早急に対応できるようになり、本人の安心につながった。また、日中に過ごせる場所として、障害福祉サービス事業所（通所）や地域活動支援センターの見学も行っていった。

精神科へは、必要に応じて相談支援センターが受診に同行することで、Bさんが自分の今の症状を、主治医にうまく伝えられるように手伝った。

#### 【現在の生活】(相談開始から6か月)

##### Bさんのことば

←本人のできる部分に着目しながら、足りないところを支援するように心がけた。

←不安になった時にすぐに相談できるかが重要。

### 痩せマッチョになりたい。

相談支援専門員やヘルパーなど色々な人との関わりができたことで、Bさんの気持ちも安定してきた。今後の目標として「痩せマッチョ」を目指したいと、定期的な運動とバランスの摂れた食事を心がけるようになり、そのために通院先で栄養相談を受けるようになった。また、食材の購入などで買い物をしたり、趣味の本を買うために本屋に行ったり、図書館に行ったりと活動の範囲も増えてきており、徐々に一人での生活を楽しめるようになってきている。

### 振り返り

#### この実践におけるポイントや課題

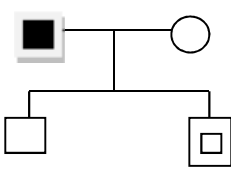
- ・入院中から関係機関が連携し、Bさんの支援を行ってきた。退院に向けて、どのようにしたら自宅で安心して過ごせるのかを一緒に考え、入院中に福祉サービスの調整や住宅環境の改善などを準備できたことがポイントである。Bさんの不安の解消に努めながら、Bさんが望む「住み慣れた家で暮らしたい」という思いを、Bさんと支援者で一緒に考えて、かたちにしてきた。
- ・家事援助のヘルパー利用においても、何をするのかを具体的に説明したことで、退院後は抵抗なく利用でき、さらに定期的に人が来ることでBさんの安心感にもつながった。
- ・支援者の基本的な姿勢として大切なことは、まず本人の思いやニーズをしっかりと受け止めることであり、そして本人が望む暮らしの実現にむけて、あらゆる可能性を模索しながら、共に歩いていくことであると考えている。

## 30年以上の入院から退院に至ったCさんの場合

**支援者** 相談支援センターの相談支援専門員

### 概要

父母は死去、唯一の家族は高齢の兄のみ。30歳頃に入院した後は周囲の退院に対する消極的な態度から退院の機会を失い、いつのまにか院内では模範的な患者となり、患者の生活のすべて（人間関係も役割も）が病院内で完結して30年以上経過した長期入院患者のCさん。退院したくないという本人の思いが支援者との関わりの中で変化していき、退院に至った。

年齢	60代	性別	男	<家系図> 
障害の状況	障害程度区分1 統合失調症			
経済状況	遺産と障害年金			
居住場所	入院（精神科・任意入院）			
相談開始当初のCさんの状況	高校卒業後、就労していたが20代前半に幻覚・妄想から医療保護入院で初めての精神科受診をした。退院するも、拒薬等で入退院を繰り返し次第に家族との関係も悪化。父母が亡くなったことで帰宅する家がなくなり、そこから長期入院になった。兄も年に何度かの面会と医療費の支払い以外積極的な関わりはなかった。院内では日常生活は自立、患者内では病棟の顔のような存在であり、食事の用意等を自ら役割として行ったりする、模範的な患者であった。			

### 相談から制度利用の決定まで

#### 【相談受付】

地域福祉計画の中で、精神科入院患者の退院促進事業の強化が図られてきた。このような流れをうけて、精神科病院 PSW から「Cさんを退院させたい」と相談があり、相談支援センターの相談支援専門員がCさんと直接面接することになった。

#### 【課題の分析】・【支援策の検討】

#### Cさんのことば

退院はしないよ。俺はずっと病院にいる。

Cさんは統合失調症の症状の揺れは病棟内では一切なく、ADLも問題ない。院内の医療スタッフからも「退院問題なし」の太鼓判が押される患者だった。しかしCさんは「退院はしないよ。俺はここにずっといる」と退院の話には乗ってこなかった。病院としても閉

#### 支援のポイント

・病院のスタッフからの依頼。

PSW→  
精神科ソーシャルワーカー

ADL→  
日常生活動作  
食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など、生活を営む上で不可欠な基本的行動

鎖病棟で帰る家もないCさんに、退院しない？と声をかける以外の具体的な手立てはなく、病院スタッフの方が困っていた。

そこで、まず何故その困った状況が起きたのか？を推測し、推測に対し1つずつ支援策を出した。そして、支援を実行しながら修正と推測を繰り返してCさんの本当の思いに近づくことを、病院のスタッフとも相談した。

#### (推測) なぜCさんは退院したくないとハッキリいうのか？

- ① 長い入院生活の中で、何度も退院希望してもダメと言われ続け、夢や希望を持つ事に疲れてしまった。
- ② 退院できる帰る家がなく、地域に知り合いもいない。
- ③ 病院なら相談できる人もいるけど、外には助けてくれる人もいない。
- ④ 退院したくない！とはっきり言うのは退院を本気で考えているから「退院したくない」のであり、本当は「退院したい」のではないか？

Cさんの明確な「退院したくない」は逆に退院を意識しているからこその言葉であり『根底は退院したいのでは？』という結論に至った。そして上記の①～④の様々な推測に基づき、それぞれの支援者の役割分担を考えた。

#### (推測に基づく支援策) 役割分担支援者の共通理念を統一した。

- ① 支援者が先に退院を諦めない。(追い立てるのではなく何年でも諦めない。)
- ② 入院しながら地域との接点を増やす。(開放病棟、外出できる環境、外出する目的)
- ③ 入院中から退院後も支援できる支援者との繋がりを作る。
- ④ 「退院したくない」の言葉を尊重し、むやみに「退院しない？」の言葉を使用せず、病院外の場所・人と触れる機会全てが退院への動機づけである事を認識して関わり続ける。

この支援策に基づいて、病院スタッフと相談支援専門員とで役割分担をし、Cさんと関わっていった。

推測 ⇒ 支援策 ⇒ 様々な支援への動き

#### Cさんのことば

退院はしないけど、刺身が食べたいから食事会はいくよ。

#### 【病院スタッフ⇒Cさん】(相談開始から2か月)

Cさんは病院内では問題なく過ごせていたので、まずは病室を開放病棟に移ることをCさんに提案し、Cさんも了承したため病室を

移った(②)。このことで、Cさんは一人で院内の売店へ買い物に行ったり、病院周辺に外出ができるようになったりと、行動範囲が少しずつ広がっていった。さらに、開放病棟内で行われるグループホームの説明会に病院スタッフに誘われて参加したり、病院スタッフ同行でグループホームの見学会に参加したりもした。(③)

Cさんは、スタッフに誘われて受け身はであったが、実際に色々と行動していったことで『地域で生活をする』のイメージが少しずつできてきた。

### 【相談支援専門員⇒Cさん】(相談開始から6か月)

将来Cさんがグループホームに入居することになった際に、そのグループホームの職員になる予定のスタッフが院内で開催されたグループホーム説明会に参加し、相談支援専門員も同席のもとCさんに挨拶した(②・③)。そして、この説明会以後にグループホームでの食事会を企画した。病院では食べられない刺身がでるということで、Cさんも楽しみにして出席した(②)。その後も継続的に開催される食事会にCさんは楽しんで参加し、グループホームの人とも顔見知りになっていった。

## 様々な働きかけから、芽生え

### Cさんのことば

退院しても、すぐ入院できるの？

### 【本人の気持ちの変化「ここにいる」⇒「退院してもすぐ入院できる？」】(相談開始から1年)

病院のスタッフと相談支援専門員がCさんの状況を報告しあいながら関わっていく中で、「退院してもすぐ入院できるの？」という質問がCさんから出るなど、気持ちの変化がみられるようになった。病院のスタッフからは「入院したければいつでも入院していいよ」(①・④)という後押しをし、Cさんもこれを聞いて安心感が増した。その後グループホーム空き部屋(希望すればそこに住める状況)に見学したり、食事会に参加したりしながらも、しばらくの間は周囲の人に「退院はしないからね」と言っており、他の入院患者がグループホーム見学後に先に入居を決め、Cさんは数人を見送っていた。

そして、いつものグループホーム夕食会に参加していた時に突然、Cさんがグループホームの職員に「ここに入居したいんだけど・・・」と相談し、その後何度か気持ちが揺れながらも退院し、グループホーム入居に至った。

### Cさんのことば

俺、ここ(グループホーム)に入居したいんだけど・・・



## この実践におけるポイントや課題

現在の福祉サービスはいわゆる申請主義的であり、「あなたの希望をきかせてください」から支援が始まる。しかしCさんのように「俺はずっとここにいる」と言葉どおりに受け取れば、自己決定は「入院生活を継続すること」になってしまう。

しかし『相談を支援する』とは目の前の出来事、発言、行動にだけ目を奪われてはならず、なぜ？ どうして？ の疑問とわからない事に対して様々な推測と推測に基づく様々な支援策を立てて、実践し潰していく中であぶり絵のように見えてくるのが本来のニーズではないだろうか。

また、もう一つの大きなポイントは「退院はしない、でも刺身は食べたいから食事会にはいくよ」というCさんのことばである。支援者の「退院して欲しい」ニーズと本人の「刺身が食べたい」のニーズに違いがあるも、実はごく限定的なニーズのむこうに本来のニーズが繋がっていることがわかった。

相談者の後ろには、まだ出会っていない、相談にすら至れない生活のしづらさを抱えた人々がいることを、忘れてはならないだろう。

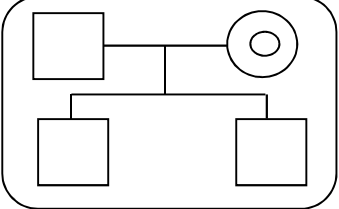
生活の困難さを少しずつ回復させていった D さんの場合

**支援者**

発達相談支援センターのケースワーカー

**概要**

長男の発達障害診断を契機に自身の発達障害の可能性を疑い、成人期に入ってはじめて発達障害の診断を受けた。それまで自分でも「この生き辛さは何によるものなのか」をずっと疑問に思ってきたが、診断を足がかりにして、継続的な相談支援の中で1つずつ困りごとについて解決をしていった。

年齢	30代	性別	女性	<家系図> 
障害の状況	アスペルガー症候群 抑うつ傾向			
経済状況	夫の収入			
居住場所	分譲マンション			
相談開始当初の D さんの状況	幼少期からの記憶はかなり鮮明で、小学校にあがってからも抜群の記憶力で成績は上位だった。しかし、一部の読解問題などは苦勞した。人付き合いなどもどうしてよいかわからなかったが、何とか切り抜けてきた。その後教員として5年勤務、過去に自身の勉強に苦勞した経験を生かしたわかりやすい学習指導などにより、生徒や保護者からは絶対的な支持を受けていた。だが、障害特性による少し過剰な正義感から、同僚や上司とは衝突してばかりで、しばらくすると抑うつ傾向が出てきて仕事を休みがちとなり、休職を繰り返し、結局退職することとなった。のちに結婚し、家事を何とかこなしていたが、子育てが加わることにより、生活は破綻。一度は回復していた抑うつ傾向が再び出てくるようになった。			

相談支援のプロセス

【相談開始前】  
Dさんのことば

真面目に一生懸命やっているつもりなのに、  
何でいつもこうなるんだろう？

小さい頃より、感覚過敏や集団への馴染めなさなどを感じてきたが、もともとの能力の高さから、学生生活は何とか帳尻を合わせてきた。また、誰とも比較することができずに「何となく生き辛い」という感覚をずっと携えてきた。職場でも、生徒からは人気があったが、同僚・先輩教師などとは熱心過ぎるほどの仕事ぶりで対立を繰り返し、結局退職することとなった。

支援のポイント

- ・女性の発達障害の表面化のし辛さ
- ・強過ぎる正義感
- ・心の理論

結婚して専業主婦になると、同時に仕事をこなさなければならない「主婦業」に苦勞した。長男を授かり、大変だった家事に子育てが加わり、毎日パニックの連続となった。鍋に火をかけたまま洗濯機の終了ブザーに対応したことから鍋のことをすっかり忘れ、ボヤ騒ぎを起こしてしまい、その事が、その後もずっと家事へのトラウマとなってしまった。

その後、長男が幼稚園で集団に馴染めなかったので、園から療育センターを紹介され、そこでアスペルガー症候群の診断を受けた。その診断場面にDさんが同席しているうちに、自分も幼少期に同じような体験があることから、自身の発達障害を疑うこととなった。

### 【相談開始から確定診断】

#### Dさんのことば

やっと、これまでの生き辛さの原因に会えた！！

Dさんは、「自分も発達障害ではないか、日常生活の具体的な対応について知りたい」を主訴に発達相談支援センターに相談を申し込んだ。まずは、発達相談支援センターから成人期の発達障害の診断ができる医療機関を紹介されて受診した。約2か月の通院の結果、アスペルガー症候群の診断が出るとともに、二次障害としての抑うつ傾向に対する投薬も開始された。その後、発達相談支援センターでは、日常生活についての相談を継続していった。

### 【Dさんと家族の障害受容】(相談開始から2か月)

#### Dさんのことば

全部自分が悪いと思っていたけど、そうではないんだ。  
何とかかなりそうな気が…。

診断を受けたDさんの率直な感想は「これまで何となく生き辛かったが、それが何によるものかがハッキリして安心した」とのことであった。その生き辛さは、「全て自分の努力不足が原因だと思い頑張ってきたが、どうしても上手にできず、すっかり自信をなくしきっていた」とも語った。

夫は、もともとDさんのまっすぐな性格が好きで結婚したこともあって、障害の受けとめ、今後の生活についても非常に前向きであった。医療機関での診察にも可能な限り付き添い、その後の発達相談支援センターでの相談にも時折一緒に来所した。

### 【Dさんのニーズ】

#### Dさんのことば

夫をはじめ、周囲の人たちに迷惑をかけたくない！

面接の中であげられたニーズは次のとおりであった。

・同時並行処理の苦しさ

・忘れることのできない障害

・フラッシュバック

・感覚過敏

・集団への不適応

・発達障害と二次障害

・二次障害としての抑うつ状態

・確定診断後の安心

・自信の低下

・自尊心の低下

・自己肯定感の低下

・身近な理解者の存在

- ① 夫に家事のことなどでかなり迷惑をかけてしまっているの、毎日の家事が少しでも上手にこなせるようにしたい。
- ② 小学校にあがった長男に、自分の経験も活かして助言をし、周囲の方にも助けてもらいながら、長男の生き辛さを軽減させてあげたい。
- ③ 夫は自分のことをよく理解しようとしてくれているが、その理解を進めるためのサポートが欲しい。また、園の保護者会の文書作成の事務作業などを助けてくれたママ友達にも迷惑をかけないように上手に障害特性を説明したい。

## 【ケア会議、生活の作戦会議】

### Dさんのことば

自分の応援団が、こんなにいたんだ！

Dさんのニーズを実現するため、Dさんの思いを関係者間で共有し、具体的方法を考えることを目的としてケア会議を開催した。参加者とそれぞれのニーズに対する役割分担と取り組みについては次のとおりである。

(参加者)

Dさん、夫、こども支援室、通級指導教室、医療機関、発達相談支援センター

(役割分担と取り組み)

#### ① 家事スキルの獲得

- ・家事と子育てについて、Dさんと発達相談支援センターとで事前にまとめた資料をもとに、Dさんの言葉でその大変さについて語ってもらい、参加者全員で共有した。
- ・子育ても含めて、Dさんが持っている家事労働を全て書き出し整理する作業を、Dさんとこども支援室で行ったところ、「洗濯機は最低1日2回は回さなくてはならない」などの固定観念があることが分かった。「洗濯は1日1回・掃除は2日に1回」など、家事スケジュールを日単位、週単位で一緒に整理して、紙に書いて貼った。少し時間に余裕を持たせることで多少の変更にも対応でき、一度決められたことはきっちりと行い、家事をこなすことができるようになった。

#### ② 長男の生き辛さの軽減（社会的スキルの獲得）

- ・長男の社会的スキルの獲得は、通級指導教室（情緒）が主体的に担当することとなった。週1回の個別指導から開始して、3か月後には集団指導も実施されるようになり、スキルアップをすることができた。
- ・Dさんは長男の障害を理解した上での助言ができるようになり、母子ともに安心して学校生活を送ることができるようになった。

- ・臨機応変の苦手さ
- ・こだわり
- ・とらわれ
- ・固定観念
- ・視覚認知の強さ
- ・予定変更への苦手さ
- ・ソーシャルスキルトレーニング
- ・ペアレントトレーニング
- ・情報の共有
- ・役割の棲み分け

### ③ 家族などの周囲への理解促進

- ・Dさんの了解のもとに、相談の経過や心理検査の内容等について、ケア会議の場にて参加者全員で共有を行った。
- ・夫に対しては、まず医療機関でDさんの障害特性について説明してもらい、さらに理解を進めるために発達相談支援センターがDさんと夫、夫のみで面接をして、日常生活での困難な点について、具体的な作戦会議を行った。
- ・ママ友達など周囲への説明の際に役に立てるため、「自分説明書」をDさんと発達相談支援センターで作成した。得意なことや不得意なこと、こういう手助けをしてほしいという情報をまとめ、それを使って説明できるようになった。作成に当たっては、ストレング스에注目し、健康的な側面が多くなるようにした。

#### まとめ

今回の実践例は、周りが気づきにくい障害特性のため、早期発見・早期支援の機会を得ることなく大人になり、成人期になってはじめて障害と出会い、やっとこれまでの苦勞に説明をつけることができたというものである。診断を受けたことで、そこから具体的な日常生活の困りごとへの対応を考える足がかりができて、前に進んでいくことができるようになった。また、相談を続けることにより、その障害特性などについて言語化できるようになった。そのことが自身の心の安定に寄与し、周りへの説明が飛躍的に上手になり、更なる安心に繋がった。夫や親戚、ママ友達などにオーダーメイドの支援を受けることが可能となり、半永続的な安心・安全な支援を受けることができた。フォーマルな支援は、医療機関、こども支援室、通級指導教室、発達相談支援センターなどが関わりを持っていたが、段階的に支援の頻度は減ってきている。今後は、家族のみで自立的に生活を組み立てていくことができると考える。ただ、いつでも困った時には連絡をすることができる関係、体制は用意をしている。

障害者基本法等の改正により、これまで制度の谷間に置かれていた発達障害児者も法の対象として明確に位置づけられ、障害福祉サービスを受けられるようになった。しかし、既存の福祉サービスになかなか馴染みにくい発達障害児者が多いこともあり、発達障害児者への相談支援においてはサービスや資源をいくつも組み合わせて支援を行っていくということはそれほど多くはない。少しずつ発達障害に特化したフォーマルな資源も増えてきてはいるが、なるべくインフォーマルな資源に支えられる中で、その方々に合ったオーダーメイドの身近な資源を開拓して提供していくことが、これからの発達障害児者の相談支援において最も大事なことである。

- ・視覚的な手がかり
- ・ストレングス
- ・早期発見
- ・早期支援
- ・言語化の苦手さ
- ・心の安全基地
- ・インフォーマルサポートのメリット
- ・繋がっていることの安心

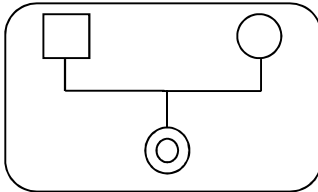
母親の急な SOS を緊急体制で乗り越えた E ちゃんの場合

**支 援 者**

療育センターの相談支援専門員

**概 要**

4歳の重症心身障害児 E ちゃんの母親が腰を痛み、自宅での育児や介護が難しくなった。このため、E ちゃんが在宅で生活を続けていくための支援体制づくりを行うことが必要になり、早急に関係機関の調整・連携を行った。

年 齢	4歳	性 別	女	<家系図> 
障害の状況	寝返り不可、座位不可、緊張強い、四肢拘縮傾向あり、鼻腔経管栄養 身体障害者手帳 1種 1級 療育手帳 A1			
経済状況	会社員の父の収入			
居住場所	マンション、エレベーターあり			
相談開始当初の E ちゃんの状況	生後脳性まひの診断を受け、1歳から療育センター通園及びリハビリを開始した。相談開始当初は病院に月1回通院、療育センター週4日通園(内3日母子分離単独)、及び母子通園に合わせてリハビリを週1日実施していた。また、日中一時支援事業所を週1日午前中に利用し、E ちゃんの生活リズムは整ってきていた。父親は仕事で朝早く帰宅は遅いが休みの日は協力的であり、都内在住の母方祖母は、就労しているが、緊急時などは協力してくれていた。			

**相談支援のプロセス**

**【相談受付】**

療育センターの担当者から、母親がぎっくり腰で動けずしばらく欠席するという連絡が入ったと、相談支援専門員に報告があった。このことについて訪問介護事業所と日中一時支援事業所、区役所の障害者支援係 CW が、それぞれ別々に母親から話を聞いていたため、情報が食い違って混乱している状況があった。

その後母親から療育センターの相談支援専門員に直接連絡があり、実際全く動けず E ちゃんの介護が出来ない状態であることが判った。このため母親は E ちゃんの主治医に相談し、E ちゃんはその病院で、緊急で3日間の短期入所を利用していた。短期入所のお迎えは祖母が仕事を休んで行くことになったが、帰宅後の入浴介助などを支援して欲しいとの相談を受けた。

**支援のポイント**

- 関係機関からの連絡
- 家族から相談
- ←障害者支援係 CW
- 関わり開始
  
- 家族の希望

## 【アセスメント・ニーズの把握】

母親からの相談を受けて関係機関に連絡し、現状の確認を行った。  
＜障害者支援係＞母親から入浴介助の相談を受け、保護者の傷病要件で身体介護のサービスの支給決定をすることを訪問介護事業所に伝えた。

＜訪問介護事業所＞緊急なので対応したいが、地域が遠いため、重心児の入浴に慣れたヘルパーを派遣することを継続できるか、検討している。

＜日中一時支援事業所＞緊急なので、母親が休めるよう利用日数を増やす対応をしたい。

各機関に直接聞いたことで、全体をまとめる役割が必要だと判断し、区役所の障害者支援係 CW に療育センターの相談支援専門員が全体調整を行うことを伝え、E ちゃんが自宅へ戻る日に訪問介護事業所と日中一時支援事業所の担当者と共に自宅訪問し、ケア会議を行うこととした。

## 【ケア会議】自宅にて

**参加者：母親・訪問介護事業所・日中一時支援事業所・療育センターの相談支援専門員**

E ちゃんが在宅での生活を続けられるようになるには、また家族も安心して過ごせるようになるには、どんな支援が必要かを一緒に考えた。

＜母親の希望＞歩行出来るようになり、入浴や抱きかかえること以外は何とか行っているのですが、入浴介助だけをお願いできないか。

＜訪問介護＞調整をして、一時的に週3日なら対応可能であるが、事業所が遠いので継続的なヘルパー派遣は難しい。

＜日中一時支援＞日数を増やしておいて、母親の状態が悪い時は協力したい。ただ、身体介護のサービスは行っておらず、入浴介助も安全にはできない。

**みんなで話し合った結果、次のことが決まった。**

○現状を障害者支援係 CW に伝え、落ち着くまでの日中一時支援の日数を月5回から月23回に増やすことと、入浴介助の身体介護サービスとを支給決定してもらう。

○E ちゃんはこれから成長することと、腰痛は油断すると繰り返してしまうことを踏まえて、サービスの利用を継続できるよう、近くの訪問介護事業所を早急に探し、新たな事業所に介護方法も含め、引き継いでいく。

○母親の傷病要件で入浴介助のサービスを利用しているので、サービスを今後も継続的に利用するために、母親の受診している病院に診断書を書いてもらう。

←母親

訪問介護事業所

日中一時支援事業所

○Eちゃんは常時注入や吸引が必要であり、このことが母親の負担になっているので、Eちゃんの体調管理も含め、以前利用していた訪問看護事業所にも相談支援専門員が現状を伝え、協力を依頼する。

### 【サービス等利用計画の作成】

話し合いで決まったことをふまえ、サービス等利用計画書を作成した。療育センターへの通所を利用する為には、母親が通園バスへの送り迎えを必ずしなくてはならないので、しばらくは母親の安静のため療育センターをお休みし、日中一時支援を利用することにした。1～2週間は日中一時支援を週5日、入浴介助を週3日、訪問看護事業所を週2日利用することとなった。相談支援専門員がサービス等利用計画案を作成して障害者支援係CWに提出、ケア会議の内容と母親の状態を伝えた。また、今後引き継ぐために、近隣の訪問介護事業所にも協力を依頼した。

### 【モニタリング】(相談開始から2か月)

ヘルパーなどのサービスを利用して1ヶ月半が経過し、Eちゃんや家族は安心して過ごせている。入浴介助のサービスを継続するために近隣の事業所への引き継ぎをし、介護方法の伝達も徐々に進んでいる。母親の腰も回復してきたため、サービスを見直し、入浴介助は週1日、療育センターへの通所は週4日、日中一時支援は週1日、訪問看護は2週に1日にプランを変更した。これを継続することで生活のリズムが出来てきた。今後のEちゃんの成長や日々の母親の負担を考え、週1日の入浴介助の利用は続けていくこととした。また、継続的にヘルパーを利用していることで、今回のような緊急事態が起こっても早急に対応できるヘルパーがいることが、母親やEちゃんの安心につながる。

#### 振り返り

#### この実践におけるポイントや課題

- ・関係機関それぞれが相談を受け、個別で動くとは混乱を招くため、相談支援の窓口をどこがするかを早急に関係機関で調整することが重要である。
- ・相談支援の役割は関係機関との協力・連携、コーディネートであり、緊急時は特に迅速で柔軟な対応が求められる。そのため、本人や家族ニーズを的確に把握し、定期的にアセスメント・モニタリングを実施する必要がある。
- ・モニタリングを行うことにより、新たな課題がみえる。その都度その課題に向けて家族・本人と一緒に考え、生活や環境に配慮したエンパワメントの視点で、具体的な地域生活支援をおこなう。
- ・児童の場合は、成長に伴う身体的な変化もあるので、今後の生活

障害者自立支援法  
(当時)のサービスの申請

サービス変更  
区役所の障害者支援係

エンパワメント

ストレングス

QOL→

一人ひとりの人生の内容の質や、社会的にみた生活の質



をふまえた支援計画を家族に提案し、母親のストレングスを強化した上で、本人のQOLの向上を支援の視野に入れる必要がある。

くも膜下出血による高次脳機能障害を発症後、在宅生活を安定させていったFさんの場合

**支援者** 相談支援センター相談支援専門員

**概要** くも膜下出血を発症し、急性期病院、回復期リハビリテーション病院を経て退院するFさんについて、区役所障害者支援係CWより、「退院に向けて支援してほしい」と相談があった。退院後の高次脳機能障害に合わせた在宅生活の構築のため、入院中から家族、区役所、病院、専門機関などと連携しながら関わった。

年齢	30代	性別	男性	<家系図> 
障害の状況	身体的な麻痺は軽度であるが、発動性低下や脱抑制があるため、自ら行動を起こすことはなかった。話している間に寝てしまったり、泣き出したりした。歩行可能であるが転倒しやすかった。また、思い立ったらすぐどこかに行ってしまうことが多かった。さらに、車いす上で寝てしまうと、車いすから転落することもあった。			
経済状況	無収入			
居住場所	一戸建て2階屋（Fさんは1階で生活）、玄関及び浴室に段差あり。			
相談開始当初のFさんの状況	高校卒業後、自営店舗で就労していた。発症後5か月経過。覚醒レベルが低くすぐに寝てしまうことや、注意障害、脱抑制、発動性の低下から自分では何もできず、気が向いたことを咄嗟に行ってしまうことなどがあった。間もなく退院の日を迎えるに当たり、両親との在宅生活に向け、支援者もFさんも在宅生活に何が必要か、何が困るかイメージがついていない状況であったが、両親はFさんの在宅生活を支援する意欲があった。			

### 相談支援のプロセス

#### 【相談受付】

区役所障害者支援係より、「身体障害者手帳なし、高次脳機能障害があり、区分認定調査を今後行う予定である方が退院する。今後の

#### 支援のポイント

- ←区役所との関わり。
  - ・相談支援センターの介入
  - ・在宅生活を開始する方の支援
- ←退院する前から関わる。
  - ・病院との関わり開始
  - ・入所更生ホーム検討

在宅生活支援を一緒にお願いできないか」という連絡が相談支援センターに入った。

### 【インテーク・アセスメント】

#### Fさん、父親、区役所の障害者支援係CW、病院の医療福祉相談員(MSW)、相談支援センター相談支援専門員

病院で退院前にカンファレンスを実施した。退院後、入所更生ホームへの入所も検討されたが、父親が見学したところ ADL が自立している人が多く、「本人には難しい」と感じ、自宅での生活を選択した。

病院 MSW から、発症後の経過、医療情報、身体機能（麻痺の有無や感覚障害など）、ADL 動作、夜間も含めた一日の介護状況や病院での対応などを聞き取った。父親とは、成育歴や家族状況、家屋状況、今後の希望などを確認した。

病院からの外泊時には両親で介護し対応したが、立ち上がりにも介助が必要な状態だったため、結局食事時以外はほぼ布団上で過ごしていた。外泊が一泊だったので入浴はせず、そのため入浴介助は試せていなかった。

面談中、Fさんは泣き出したり（感情失禁・脱抑制）、居眠りしたり、会話がかみ合わなかったりしたが、最後は父親に諭されるように「お願いします」と穏やかに話した。

父親に、在宅生活に向けた支援内容、サービス内容、相談先などを説明した。また、退院に向け、浴室やトイレの住宅改修の必要性、高次脳機能障害の評価、生活の中の具体的支援内容が必要と判断したため、二次アセスメント機関に在宅リハビリテーションサービス、高次脳機能障害評価の導入を依頼した。

#### Fさんのことば

お願いします。

#### 【在宅生活・サービス利用開始】(相談開始から1か月)

退院に合わせて在宅リハビリテーションサービスを利用開始し、自宅内の動線上や浴室に手すりを設置し、高次脳機能障害に合わせた介助方法を両親に伝えた。Fさんは退院後は易疲労や発動性の低下があり、食事以外の時間をほとんど布団上で過ごしていたため、褥瘡を形成してしまった。このため、日常生活用具で褥瘡予防マットレスを導入した。併せて、2年間の自立訓練（生活訓練）の利用を開始した。PT、OT、臨床心理士による訓練や高次脳機能障害評価を実施した。

開始当初は、自宅では食事以外もできるだけ起きていられるように両親が働きかけ、通所先では声掛けがないと寝てしまうため、活動に参加できるように職員が声掛けをして、Fさんに合わせた活動

←外泊体験して在宅生活のイメージを作る

←支援者に支援の方向性を示し、在宅生活を始める不安感の減少を心がける。

←二次アセスメント機関の利用

←在宅リハビリテーションサービス利用

←病院での生活状況と帰宅後の生活状況の違いに注目し実際地域での在宅生活の構築を目指す。

←高次脳機能障害は長期間かけて回復していくため、その人に合わせた活動量の調整が必要

量を調整した。

### 【排泄の支援】

#### Fさんの言葉

トイレは、どこですか？（トイレにつくと）次はどうするの？

自宅でも施設でもトイレの場所を覚えられず、毎回トイレの場所や次の動作を聞かれる状況であった。そこで、施設と自宅と同じ絵や図を使用して、「あそこです」と指をさして Fさんと一緒に確認していたが、トイレを通り過ぎてしまっていた。絵や図を見つけられなかったり、見失ったりするという症状が明らかになったため、その後は「まっすぐに行って右側のドアを開ける」といった言葉の支援に変更した。

### 【入浴の支援】

#### Fさんの言葉

（上着を脱いだ後に）どうするの？

入浴時も、「お風呂に入りましょう」といった漠然とした声掛けでは次の動作に移れないため、お風呂場の場所を口頭で伝え、脱衣所に行ったら「洋服を脱ぎましょう」ではなく、「上着を脱ぎましょう」「シャツを脱ぎましょう」「靴下を脱ぎましょう」「下着を脱ぎましょう」など一つ一つの動作に声掛けを行い、洗う動作も「次は〇〇」と声をかけながら行った。この方法は、まずは通所先で実施した。自宅での入浴は、両親が全介助で行っていた。

### 【在宅生活開始1年後の支援】

随時、両親、通所施設の担当職員、区役所障害者支援係 CW、相談支援センターとカンファレンスを行いながら、状況を確認した。

排泄、入浴の支援については、次第に「トイレに行きましょう」「お風呂に入りましょう」といった漠然とした声掛けで一連の動作に移る事ができるようになったため、自宅でも両親の介助ではなく、ヘルパーを導入して同じ声掛けを行ってもらったようにした。

ヘルパーからは、声掛けだけで良いのか、手伝わなくても良いのか等の質問があったが、Fさんの高次脳機能障害の説明や介助方法の説明を行い、その方法で支援してもらい、両親の介護負担も軽減した。

通所については、徐々に回数を増やし、通所中の活動も積極的に参加し、日中起きていられるようになった。しかし、活動量が増えて疲れると怒り出すことが増えたため、休憩時間は寝ていても起こさない等の対応を統一した。すると、当初は週に1日だった通所も、週に4日で定着した。元々、いつも笑顔で他者に好まれる性格であ

←記憶障害、注意障害、発動性の低下があるため、その人の障害に合わせた支援を行う。

←評価結果と合わせて何が得意なのか確認し支援する。

←家族の介護しやすさも考慮に入れ、施設でできることを増やしながらから介護方法を検討する。

←退院後の両親による介護の負担感を見極め、家族からはサービス導入を言い出しにくく、介護方法も変更しにくいことが多いため、ヘルパーを導入して、Fさんのできることを自宅でも増やしながらから両親にも確認してもらい、Fさんに合わせて支援する。

←関わる職員が同じ方法、同じ理解をすることで、Fさん・家族の混乱を防ぐ。

るので、ムードメーカーとして周囲の雰囲気を感じ取りながら活動に参加していた。

### 【自立訓練終了後の支援】(退院後2年)

2年間自立訓練を利用したことで身体機能が回復し、体力も向上したので、Fさんに合った生活スタイルが獲得できた。その内容を、新しい通所先の職員や今まで関わりのある関係者、両親、Fさんと共有し、みんなが同じ視点で関わる事ができるように調整した。

#### Fさんの言葉

作業所での作業は、楽しい。(帰るときは)また来てね。  
(相談員の名前を聞くと)「知りません!!」

#### 【その後】

自立訓練終了後に移行した通所先には、現在も継続して通っている。両親もヘルパーに通所先への送迎などをお願いしている。相談支援センターがFさんに「私の名前は?」と聞いても、いまだに「知りません!」と答える。ヘルパーも高次脳機能障害を理解して、対応に慣れてきている。

#### 振り返り

##### この実践におけるポイントや課題

- ・在宅生活を送る上では、入院中からの関係機関の連携が重要になる。
- ・高次脳機能障害は、発症部位により一人ひとり障害が違うため、困ることも異なってくる。よって、専門的な評価と具体的な方策の提示が必要となる。
- ・病院や通所先と自宅とでは設備環境が違うため、通所先でできる事がそのまま自宅でできるとは限らない。
- ・生活の場での評価、環境調整、介助者の助言が必要であり、関わる全ての人と同じ視点で関わりを継続することが必要となる。
- ・できない事ではなく、できる事に着目する。その人の事をよく理解し、日頃と違う様子を感じ取れるようにすることで、何かのサインに気が付けるようになる。
- ・本人だけでなく、家族の精神的負担や介護の負担の軽減も考慮しながら、本人に合わせた支援が必要となる。
- ・高次脳機能障害は長期(5年以上)間かけて回復するため、長い支援が必要である。

## 発達の評価をきっかけに家族の理解が深まった G ちゃんの場合

**支援者** 療育センターの相談支援専門員

**概要** 区役所の健診で発達の遅れを指摘され、療育センターの相談支援につながった。G ちゃんへの発達支援のみでなく、家族支援も行うことで、家族の理解が深まり、G ちゃんの様子も変化した。

年齢	2歳	性別	男	<家系図> 
障害の状況	言葉の遅れ、こだわりが強く、かんしゃくが激しい。			
経済状況	会社員の父親の収入			
居住場所	賃貸マンション			
相談開始当初の G ちゃんの状態	意味のある言葉は、拒否する時の「イヤ」のみであり、要求は手引きやクレーン（何かを取ってもらいたい時などに、相手の腕をつかんで動かすこと）で訴えていた。こだわりも強く、いつもと違う道を歩くとかんしゃくを起こすなど、G ちゃんを連れての外出は困難だった。家ではテレビをつけておくと大人しくしているので、1日中テレビをつけっぱなしにしていた。父親や祖父母など他の家族の理解を得られず、母親が孤立して疲弊していた。			

### 相談支援のプロセス

#### 【相談受付】

区役所の地区担当保健師より情報提供の電話があり、母親が疲弊しているという情報を得た。

母親から相談申し込みの電話があり、母親が一番心配に思っていることを聞いた。療育センターでの相談のプロセスを伝えて、インテーク面接の約束をした。

#### 【インテーク面接】（相談受付から1週間）

母親が疲弊してしまっていることを考慮し、家庭訪問でインテーク面接を行った。母親の話だけに耳を傾けるのではなく、そばで遊んでいる G ちゃんの様子や母親の G ちゃんへの接し方も見ながら、より具体的な状況での G ちゃんの行動と母親が困っていることや心配していることを聞いていった。

#### G ちゃんの母親のことば

うちの子おかしいんですか？ どうしていいのかわかりません。  
もう子育てに疲れしました。

#### 支援のポイント

- ・地区担当の保健師とは常に連携を取りながら地域生活を支援する。

- ・保護者の気持ちに沿った面接をすすめる。G ちゃんの実態と違う発言があっても否定しないで、最後まで聞く姿勢が大切。

父親は「そのうち話せるようになるのでは？」と楽観的であった。また、仕事が忙しく、平日はほとんどGちゃんに会えていなかった。父方祖母が近所に住んでおり、よく遊びに来ていたが、Gちゃんの言葉の遅れについては「母親の育て方が悪い」と批判的なため、頼れなかった。母方祖父母は遠方に住んでいたため、やはり頼れなかった。

母親が一番困っていることは、Gちゃんのかんしゃくが激しいことであった。言葉がもっと話せるようになればコミュニケーションもとれるが、今はなぜかんしゃくを起しているかがわからず、対応もできなかった。

そこで、発達の評価をした上で、Gちゃんに合った支援を考えていくことになった。

### 【発達評価(本人の状況アセスメント)と支援者会議】 (相談受付から1か月)

Gちゃんに対する発達評価は次のとおりであった。

ST 評価 (聴力検査) → 異常なし

心理評価 (発達検査) → 軽度の遅れ 自閉症の傾向がみられる。

児童精神科診察 → 「自閉症スペクトラム」の診断

これを受けて、療育センター内の支援者会議で、Gちゃんは小集団活動による児童発達支援の利用が望ましいという結果となった。

### 【障害児利用計画作成】(相談受付から2か月)

再度、家庭訪問して支援者会議の結果を母親に報告し、その後母親から話を聞いた。

#### Gちゃんの母親のことば

診断についてはショックだったけれど、理由がわかってほっとした。この子の発達のためにサービスを利用したいけれど、下の子もいるから通えるか心配。

Gちゃんが療育センターの母子での小集団活動に参加するに当たり、妹はセンター内で行っているきょうだい児のボランティアを利用することを提案した。また、母親が家で妹に関われる時間を作るために、Gちゃんが単独で利用できる事業所も紹介した。見学の際は相談支援専門員が同行し、利用することになった。さらに療育手帳についての案内を行い、取得に至った。

各事業所には家族支援も含めた支援を依頼した。父親が参加できるようなプログラムに誘ったり、Gちゃんの特性を理解しやすいように伝えるなどの工夫を行ったりしたところ、父親が積極的に育児に参加するようになった。また、父親が父方祖母にGちゃんの特性

・児童の場合は家族支援も大事な視点になる。家族構成、家族間の葛藤などの情報も得る。

・児童発達支援センター(療育センター)と児童発達支援事業所→各事業所とは常に連携をとりながら支援をすすめていく。

・療育手帳の取得→児童の場合、取得は保護者の気持ちを整わないと難しい。児童の場合、手帳が無くても診断書等でサービスの利用ができるので焦って取得を勧めない。

を説明することで祖母の理解を得られ、母親の精神的な負担が軽くなった。

### 【モニタリング】(相談受付から8か月)

サービス利用開始して半年後に、モニタリングを行った。Gちゃんは言葉が増え、自分の気持ちを少しずつ言葉やジェスチャーで表現できるようになり、かんしゃくも減った。また、母親が余裕をもってGちゃんにかかわることができるようになったため、Gちゃんも落ち着いて過ごせるようになった。

### Gちゃんの両親のことば

子育てが楽しくなってきた。今後は他の子どもたちともふれあえるように幼稚園に入園させたい。

発達検査の結果も成長がみられており、各事業所にGちゃんの様子を聞き取ったところ、集団活動を楽しめるようになってきているとのことだった。

このようなGちゃんの成長に伴い、両親も幼稚園に入園させて他の子とふれあえる機会を持たせたいと気持ちが変わったため、幼稚園入園に向けた計画に変更し、就園に向けての支援を開始した。

### 振り返り

#### この実践におけるポイントや課題

児童の場合、本人の口から「これをしたい」「あんなりたい」といった言葉を使ってのニーズが出てくることはまれである。保護者に心配や困り感があったとしても、子どもの障害受容をするのは難しいことが多い。その状況を理解した上で相談支援を行わないと、保護者の思いとは別の支援になってしまったり、子どもにとって必要な支援ができなくなってしまったりする。また、支援者の思いが強すぎると、保護者や本人が本当に望んでいることと違う支援になってしまうという落とし穴もある。

まずは保護者の思いを受け止めたうえで、本人にとって必要な支援を行っていくことが大切と考える。

・児童の場合は、成長とともに状況やニーズが短期間で変化するため、その都度、モニタリングと再アセスメントを行い、ニーズに沿った支援を行う。







## 相談支援事業所一覧

第2章「川崎市の相談支援体制」4「現在の川崎市の相談支援体制」で説明しているとおり、現在川崎市では、委託を受けて運営している障害者相談支援センターと、その他の指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者が、関係機関と共に相談支援を担っています。ここで紹介するのは、平成27年6月1日現在までに指定を受けた相談支援事業所の一覧です。今後も、現在は掲載されていない事業者が増えることが見込まれますことをご容赦ください。

## 障害者相談支援センター一覧

区	名称	電話	FAX	所在地
川崎	かわさき基幹相談支援センター	222-8281	589-5620	川崎区大島 1-4-8 イーストブルー 1 階
	地域相談支援センターふじみ	233-9949	246-0941	川崎区大島 1-8-6
	地域相談支援センターいっしょ	201-6952	201-6952	川崎区京町 1-16-26-101
	地域相談支援センターかわさき Life	201-7286	201-7266	川崎新川通 5-11 金子ビル 701 号室
幸	さいわい基幹相談支援センター	589-5183	589-5184	幸区古市場 2-91
	地域相談支援センターラルゴ	589-5472	589-5473	幸区南加瀬 2-28-28 萬家ビル 102
	地域相談支援センターりぼん	589-7933	541-8161	幸区塚越 3-427 塚越ハイツ 1 階
	地域相談支援センターあんさんぶる	223-8290	223-8432	幸区小向西町 4-61-101
中原	なかはら基幹相談支援センター	299-9838	299-9839	中原区今井仲町 264
	もとすみ地域相談支援センター	863-6251	863-6744	中原区木月 2-18-6 ムヅン住吉 203
	地域相談支援センターすまいる	201-1280	201-1280	中原区北谷町 12 グレースピアヤワタ 102
	地域相談支援センターにじ	820-6606	820-6609	中原区下小田中 2-4-24 マリンハイツ 2 階
高津	たかつ基幹相談支援センター	543-9812	543-9813	高津区溝口 3-13-5
	くさぶえ地域相談支援センター	863-9744	853-6901	高津区末長 1289
	地域相談支援センターゆきやなぎ	819-5812	819-5813	高津区二子 2-18-10 グロービル高津 101
	地域相談支援センターいまここ	819-4304	819-4304	高津区二子 6-3-3 グランドール栄 A-202
宮前	みやまえ基幹相談支援センター	750-0581	750-0582	宮前区宮崎 2-6-11 宮崎台バスビレッジ A 棟 106
	地域相談支援センターポポラス	870-5236	870-5237	宮前区宮崎 2-13-35 モア・宮崎 101
	地域相談支援センターれもん	740-9043	740-9143	宮前区神木本町 5-1-4 エスプランサ宮前 203
	地域相談支援センターシリウス	920-9105	920-9106	宮前区鷺沼 1-2-1 安藤マンション 403
多摩	たま基幹相談支援センター	819-5788	819-5789	多摩区登戸 495-3 アミニティミシマ第 5 ビル 1 階
	地域相談支援センターいろはにこんべいとう	299-6510	299-7985	多摩区中野島 4-19-14 プリメーラ SS101
	地域相談支援センタードルチェ	819-4510	819-4511	多摩区中野島 2-6-7 豊栄レジデンス 103
	地域相談支援センターアベク	948-9890	948-9892	多摩区南生田 4-11-1
麻生	あさお基幹相談支援センター	299-8895	299-8896	麻生区万福寺 2-4-7 才沢第 2 ビル 102
	地域相談支援センター柿生	987-1794	987-1510	麻生区五力田 2-20-10
	地域相談支援センターひまわり	322-9591	322-9592	麻生区百合丘 1-20-7 白井ビル 2 階
	地域相談支援センターそれいゆ	969-7447	951-0071	麻生区万福寺 1-1-1 新百合丘シティビル 304

## 指定相談支援事業所一覧

下線の事業所は、障害児相談支援事業所の指定も受けています。

区	名称	電話	FAX	所在地
川崎	<u>ほっとライン</u>	<u>379-1037</u>	<u>270-6128</u>	川崎区桜本 1-8-22
	<u>川崎市南部地域療育センター</u>	<u>211-3181</u>	<u>230-1945</u>	川崎区中島 3-3-1
	地域生活支援センターアダージオ	223-5063	223-5065	川崎区塚町 1-1 林ビル 3階
	川崎市わーくす川崎	280-7100	200-4432	川崎区堤根 34-15
	コンサルトサポートペスカ	270-3033	270-3040	川崎区桜本 2-44-11
	ウイング川崎センター	221-2535	221-2536	川崎区東田町 6-2 ミヤダイビル 8F
幸	<u>CareVista 川崎</u>	<u>522-4785</u>	<u>555-8987</u>	幸区小向町 15-13
	地域生活支援センターりっぷる	548-0189	548-0189	幸区小向西町 3-50-3
	合資会社ライフパートナーさいわい	520-3261	520-3262	幸区戸手本町 2-384
中原	<u>川崎市中央療育センター</u>	<u>754-4559</u>	<u>788-9263</u>	中原区井田 3-16-1
	川崎市生活訓練支援センターカシオペア	754-4557	788-1555	中原区井田 3-16-1
	社会福祉法人セイワみやうち計画相談支援事業所	740-2817	740-2819	中原区宮内 1-25-1
高津	たかつ生活支援センターまんまる	272-8326	272-8327	高津区坂戸 1-6-38 ウイング I 1F
	<u>フルライフスマートケア川崎</u>	<u>299-7425</u>	<u>814-1168</u>	高津区坂戸1丁目15-13 NARUTO BAY103号室
	障害者相談支援 アズサ	833-6567	833-6567	高津区北見方 1-18-1
	ケアパートナー優心	281-9468	281-9469	高津区子母口 701-2-101
	高次脳機能障害地域活動支援センター	299-8201	299-8202	高津区二子 4-4-7 TSビル 4F
	相談支援事業所 あっぶるケアプランセンター溝の口	870-0108	870-8190	高津区下作延 2-7-41 コロナーデ溝口 206
	ケアプランステーション ふわり	455-7332	455-7028	高津区溝口 4-1-18 M・K高津駅前ビル 3F
	相談支援事業所 いろは	820-6441	820-6032	高津区子母口 852-6 第2小野ビル 101
宮前	<u>川崎西部地域療育センター指定特定相談支援事業所</u>	<u>865-2905</u>	<u>865-2955</u>	宮前区平 2-6-1
	相談支援事業所みずさわ	978-3238	977-5184	宮前区水沢 3-6-50
	地域生活支援センターオリオン	862-6267	862-6268	宮前区土橋 3-1-6 富士見プラザフォンテヌ鷺沼 1F
	トゥーランプラン宮前	854-1156	854-1262	宮前区宮崎 5-14-29 グレース宮崎台 102
	相談支援事業所そら	<u>976-1841</u>	<u>976-4886</u>	宮前区平 3-11-1
	計画相談センターいくおう	281-6515	982-1347	宮前区神木本町 3-7-14 ヒカリプラザ 201
多摩	<u>相談支援センタードリーム</u>	<u>976-2860</u>	<u>976-2971</u>	多摩区南生田 4-12-3
	地域生活支援センター ホルト・長沢	976-4123	975-6690	多摩区長沢 1-5-14
	はぐるま支援センター	946-1450	946-1450	多摩区菅馬場 1-19-24 第1ひめゆり荘 201
	<u>サポートセンターロンド</u>	<u>930-0160</u>	<u>930-0128</u>	多摩区登戸 2981
	地域活動支援センター紙ひこうき	922-3686	922-3686	多摩区登戸 2341-1
指定相談支援事業所「GDPかわさき」	872-9985	872-9986	多摩区長沢 2-20-3 フローリストガーデン 1F	

	<u>フルライフスマートケア川崎北部</u>	<u>281-0911</u>	<u>932-0288</u>	<u>多摩区中野島 6-6-8</u>
	<u>フューマイル川崎</u>	<u>922-3321</u>	<u>922-3322</u>	<u>多摩区登戸 583-2 フジユキビル1F</u>
麻生	百合丘地域生活支援センターゆりあす	281-6641	966-2612	麻生区百合丘 2-8-2 北部リハビリテーションセンター2階
	川崎市発達障害地域活動支援センター	969-7177	951-2177	麻生区上麻生 1-7-11 クラウンビル 301
	<u>川崎市北部地域療育センター</u>	<u>988-3144</u>	<u>986-2082</u>	<u>麻生区片平 5-26-1</u>
麻生	社会福祉法人セイワつばき寮計画相談支援事業所	954-5011	954-6463	麻生区細山 1209
	社会福祉法人セイワしんゆり寮計画相談支援事業所	952-5451	952-4507	麻生区上麻生 3-22-12
	社会福祉法人セイワつつじ工房計画相談支援事業所	954-5011	954-6463	麻生区細山 1209



## 専門相談(2次アセスメント)機関

個別支援を行う中で、本人の希望する生活を実現するためには、より専門的な評価や助言が必要だと思われたり、本人とのかかわりの中で、『行きづまってしまった』と支援者が感じたりしたとき、専門相談機関へ支援者が相談をすることも相談支援の大切なプロセスの一つです。

ここでは、川崎市内にある専門相談機関を紹介します。それぞれの機関の数ある業務の中から『2次アセスメント機関』としての役割を特出して記載しました。

また、『どのような相談が可能か』という項目についても、専門相談員が相談する内容の例を記載しておりますので、みなさんの今後の実践に役立てていただきたいと思います。

## 障害者更生相談所

所在地・最寄駅等	高津区二子6-14-10 YTTビル2階 田園都市線 高津駅下車 府中街道を小杉方面方向へ徒歩10分 最寄りのバス停：東二子
電話・FAX	電話 044-811-0003・044-811-0091 FAX 044-811-0161
職員の職種・人数	事務職、ケースワーカー、看護師、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、理学療法士（PT）、心理職、技能職員、障害者支援職員（非常勤職員）、嘱託医師
主な業務	<p>身体障害者及び知的障害者の更生援護に関する専門的相談・判定</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 身体及び知的障害の障害程度の判定</li> <li>2 心身障害者に関する研修や情報提供</li> <li>3 関係機関への専門的な技術援助</li> </ol> <p>*基本的に、各保健福祉センター・地区健康福祉ステーションの窓口を通じて、相談を受けています。</p> <p>*相談支援センター・障害福祉サービス事業所からの直接相談も、内容により、受けることはあります。</p> <p>発達相談支援担当（PT,ST,OT）による専門相談や評価</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 療育センター等に繋がらない発達障害を含む障害児の支援</li> <li>2 重症心身障害児者等への支援</li> </ol> <p>*児童相談所と連携して川崎病院、井田病院の短期入所の利用調整を実施しています。18歳以上の方の受付をしています（18歳未満の受付は児童相談所です）</p>
どのような内容の相談が可能か	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 家族は療育手帳を取得して障害基礎年金を申請して欲しいと考えているが、本人が引きこもって意思確認ができない場合、どのような伝え方ができるか。 ⇒書面段階では同意書で判断します。ただし、最終的には検査に同意するかどうかは本人の意思を当日確認します。何のため手帳取得が必要か、障害者枠での就職のためとの理由などで納得される方もいますので、ご相談ください。</li> <li>2 介護保険2号被保険者であっても、車椅子の作成等の相談を受けてもらえるのか。 ⇒その方の障害状況と使用環境によりオーダーメイドの車椅子が必要であると確認できれば、障害の制度で支給が受けられます。その場合、障害者更生相談所で判定を受けて作製することもできますのでご相談ください。</li> <li>3 重度の身体障害により住宅が使いづらいとの相談があった。どのような制度を利用できるのか。 ⇒在宅重度障害児（者）やさしい住まい推進事業を利用する場合は、意見書が必要です。本人や家族にとって、制度利用を含めて、適切な方法を一緒に考えますので、ご相談ください。</li> <li>4 障害者施設において、通所する方とのコミュニケーションが取りづらいので、どのように対応したらいいのか。もしくは最近転びやすくなったので、どのような事に配慮したらよいか、助言して欲しい。</li> </ol>

	<p>⇒施設職員に対しての支援も行っていますのでご相談ください。専門職員の訪問などで、助言を行っています。実施に当たってはご本人の同意書が必要です。</p> <p>5 知的もしくは身体障害者で、複雑かつ困難な支援を要する方の対応に困っている。 ⇒まずはご相談ください。専門職員による評価が必要となる可能性もありますし、場合によっては再判定などを行い、支援方針を検討することもできます。</p> <p>6 通所事業所の利用児童について対応について相談したいが、療育センター等には繋がっていない等、他に相談できるところがない場合はどうしたらよいか ⇒発達相談支援担当にご相談ください。PT、ST、OT の評価や、施設職員の方への助言を行います。保護者の同意が必要です。</p> <p>7 身体障害の手帳をお持ちで、医療的ケアの必要な 18 歳以上の方が短期入所先として井田病院や川崎病院を利用したい。 ⇒区で短期入所の相談をしてから、発達相談支援担当にご相談ください。</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 精神保健福祉センター

所在地・最寄駅等	川崎区東田町8パレールビル12階 (診療・相談担当のみ→川崎区東田町8パレールビル4階)
電話・FAX	電話 044-200-3195 FAX 044-200-3974 診療・相談担当↓ 電話 044-201-3242 FAX 044-201-3240
職員の職種	医師、看護師、ケースワーカー、心理職、保健師
主な業務	<p>1 診療・相談担当 アルコール・薬物・ギャンブルほかさまざまな依存症、性同一性障害（GID）についての相談。診療（こころの相談所）については、医療のみならず生活相談等も含めた支援が必要で、民間医療機関では対応が難しい方の診療を受けています。新患は事前に支援者からの相談が必要です。</p> <p>2 思春期・ひきこもり相談担当 明確な精神疾患や障害の存在が考えられないにも関わらず、長期間に渡って自宅外での対人関係や社会的活動からひきこもっている方（家族）への支援介入を行います。</p> <p>3 地域支援担当 精神疾患や障害などが疑われるも、未受診や医療中断等により日常生活を営むことが困難な状況にある方（家族）への支援介入を行います。</p>
どのような内容の相談が可能か	<p>1 アルコール・薬物等の依存症対応に困っている。 ⇒診療・相談担当にて依存症に関する障害特性や適切な対応などを専門的に助言します。</p> <p>2 ひきこもっていて家族が困っている。アセスメントの結果、精神疾患の疑いは低そうな場合。 ⇒思春期・ひきこもり相談担当にて、適切な助言や必要に応じ、家庭訪問を中心としたアウトリーチ型支援を行う。本人面接・家族面接・グループ活動・家族懇談会・家族勉強会などの利用や関係機関との連携などについて助言します。</p> <p>3 ひきこもっていて家族が困っている。アセスメントの結果、精神科への受診が必要と思われる。 ⇒地域支援担当への相談により、適切な助言や必要に応じ、家庭訪問を中心としたアウトリーチ型支援及び、適切な関係機関へのつなぎ、連携を行います。</p> <p>4 支援をされていて行き詰まってしまった、支援が難しいと感じる、とにかく困った。 ⇒地域支援担当への相談により、課題の整理、どのような支援が望ましいかななどをまずは一緒に考えます。</p>



## 発達相談支援センター

所在地・最寄駅等	川崎市川崎区砂子1-7-5 タカシゲビル3F (JR川崎駅より徒歩7分、京急川崎駅より徒歩3分)
電話・FAX	電話 044-223-3304 (代表) 044-246-0939 (新規専用) FAX 044-200-0206
職員の職種	医師、心理職、ケースワーカー
主な業務	<p>1 相談支援</p> <p>① 医療相談 小児神経・(児童)精神科医師が発達障害とその周辺の疾患に関しての診立て及び医療上の相談を行います。</p> <p>② 心理相談 主に医師からのオーダーによる心理検査の実施と来所児者との遊びや言語的な面接を行います。</p> <p>③ 福祉相談 インテーク面接を行い、内部的な医療相談や心理相談及び外部資源への繋ぎや継続的な問題整理などの為の相談を行います。</p> <p>2 グループ活動 継続相談者のみにクローズな活動ですが、学齢グループ・成人グループ・女子グループの運営を行います。</p> <p>3 普及啓発(研修開催・講師派遣) 市民講座・発達相談支援コーディネーター研修・発達障害基礎研修の市民向け・関係機関向けの研修開催などで啓発を行います。</p>
どのような内容の相談が可能か	<p>相談主訴の例</p> <p>1 日々の業務の中で対応している方が発達障害ではないかと思っているが判断に迷う。 ⇒すぐに医療的なフォローが必要ということであれば発達障害の診療も可能な医療機関の情報提供をさせていただきます。 ⇒もし、医療的なフォローに関して緊急性がなかったり、手帳取得など制度利用のための診断書作成などが必要でなかったりする場合には、センター内の医療相談にて専門的診立てや必要に応じて医療機関への紹介を行います。 ⇒医師のオーダーにて心理検査を実施し、特性把握を行います。</p> <p>2 発達障害が恐らくあると思われるが、その他の二次疾患や知的障害の可能性あるかと思い、判断に迷う。 ⇒二次疾患に関しては、精神科医師の医療相談により診立てを行い、必要に応じて医療機関への繋ぎを行います。 ⇒知的障害に関しても、医療相談でのオーダーから心理検査を実施・診立てを行います。必要に応じて、区役所への繋ぎを行います。</p> <p>3 発達障害が疑われるが医療への拒否が強い。 ⇒当センターは医療機関ではなく、医師も白衣なども着ておらず比較的抵抗を感じにくいいため、医療へ繋ぐワンステップとして活用も考えられます。</p> <p>4 所内での発達障害に関する勉強会などについてもご相談ください。</p>

## 視覚障害者情報文化センター

所在地・最寄駅等	川崎市川崎区堤根 3 4 - 1 5 ふれあいプラザかわさき内 JR 川崎駅 京浜急行八丁畷駅
電話・FAX	電話 0 4 4 - 2 2 2 - 1 6 1 1 FAX 0 4 4 - 2 2 2 - 8 1 0 5
職員の職種	センター長、利用者サービスグループ、利用者支援グループ、総務グループ
主な業務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 図書や雑誌の貸出し <ul style="list-style-type: none"> <li>・郵送で貸出しを行うことができます。貸出期間は 1 5 日間（延長可能）。</li> </ul> </li> <li>2 プライベートサービス <ul style="list-style-type: none"> <li>・点訳（蔵書にない図書の点訳）</li> <li>・点字複写（点字データの打ち出し）</li> <li>・録音朗読（電気製品の取扱い説明書等を CD 化）</li> <li>・対面朗読（蔵書にない図書を読み上げ）</li> </ul> </li> <li>3 コピーサービス <ul style="list-style-type: none"> <li>・サピエの点字・録音のうち複写可能なものをコピーサービス</li> </ul> </li> <li>4 読書用機材の貸出し <ul style="list-style-type: none"> <li>・デイジー録音図書再生装置（プレクストーク）の貸出し</li> </ul> </li> <li>5 お調べもの <ul style="list-style-type: none"> <li>・調査のお手伝い</li> </ul> </li> <li>6 サピエのサービス <ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚障害者情報総合ネットワークの利用</li> </ul> </li> <li>7 中途視覚障害者へ各種訓練 <ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーション訓練（パーソナルコンピューター、点字、ハンドライティング）</li> <li>・日常生活訓練（身辺処理、調理、裁縫・編物）</li> <li>・歩行訓練（白杖による歩行）</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">（直接、区役所経由可、電話相談受付等）</p> </li> <li>8 用具の販売 <ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚障害者向けの主な用具を手にとってみるすることができます。販売も行っています。</li> </ul> </li> <li>9 各種イベント開催 <ul style="list-style-type: none"> <li>・音声解説付 DVD 映画体験上映会、各種コンサートの開催</li> </ul> </li> <li>1 0 図書館からのお知らせ <ul style="list-style-type: none"> <li>・「ぶっくがいど」を年 6 回発行</li> </ul> </li> <li>1 1 利用可能な設備 <ul style="list-style-type: none"> <li>・閲覧室、ネットワーク室、対面朗読室、生活情報・用具展示ルーム、多目的室</li> </ul> </li> </ol>
どのような内容の相談が可能か	相談例：福祉事務所から紹介を受け、盲人図書館のパンフレット持参で来館。白杖や訓練などの相談があり、白杖の申請について説明。訓練について案内、用具の購入のアドバイスをしました。

## 聴覚障害者情報文化センター

所在地・最寄駅等	<p>中原区井田三舞町14-16          東急東横線「元住吉」駅下車 徒歩10分          川崎市国際交流センターの向かい、1階が井田老人いこいの家</p>
電話・FAX	<p>電話 044-798-8800 FAX 044-798-8804</p>
職員の職種	<p>所長、ろうあ者相談員、難聴者相談員、手話通訳派遣コーディネーター、要約筆記派遣コーディネーター、施設管理・ビデオ編集担当職員、事務補助担当、夜間担当職員</p>
主な業務	<p>1 ろうあ者生活相談、難聴者生活相談          ⇒相談内容に応じて、来所、電話、FAX、また、区役所での出張相談等で相談をお受けします。          ⇒区役所での出張相談の日時              川崎区役所 毎週水曜日 14:00～16:30              高津区役所 毎週水曜日 9:00～12:00              宮前区役所 毎週金曜日 9:00～12:00              多摩区役所 毎週金曜日 14:00～16:30              麻生区役所 第1水曜日 13:30～16:00</p> <p>2 手話通訳者、要約筆記者の派遣          ⇒派遣申込用紙にご記入の上、FAX・郵送にて申し込みます。詳しくは、当センターへお問い合わせ下さい。</p> <p>3 手話奉仕員、手話通訳者、要約筆記者の養成と現任研修</p> <p>4 補聴器とコミュニケーションの講座</p> <p>5 ろう者、難聴者のための健康学習会</p> <p>6 特定非営利活動法人川崎市ろう者協会主催のろう高齢者のミニディサービス「ななのわ」の活動への支援          ⇒毎月第1、3水曜日10:00～15:00に実施</p> <p>7 聴覚障害に関する啓発、啓蒙に関わる業務</p> <p>8 字幕・手話付ビデオテープの貸し出し</p> <p>9 磁気テープ、OHP、OHC等の情報機器の貸し出し</p>
どのような内容の相談が可能か	<p>1 聴覚障害者や聞こえづらい方々の社会生活上の困りごとの相談や関係機関との仲介、調整</p> <p>2 聴覚障害者や聞こえづらい方に関わる方々(家族、近隣、職場、関係機関等)に対する相談</p> <p>3 聴覚障害者とのコミュニケーションを円滑にするための支援及び調整</p> <p>4 詳しくは、以下の当センターのホームページへ掲載しています。  <a href="http://home.s06.itscom.net/k-joubun/">http://home.s06.itscom.net/k-joubun/</a></p>

## 百合丘障害者センター

所在地・最寄駅等	川崎市麻生区百合丘2-8-2 北部リハビリテーションセンター2階 小田急線百合ヶ丘駅徒歩10分
電話・FAX	電話 044-281-6621 (総合) 044-281-5453 (在宅支援室) FAX 044-966-0282
職員の職種	【更生相談所(身・知)分室・精神保健福祉センター分室】 ケースワーカー、保健師、心理職、理学療法士、作業療法士、事務職員、言語聴覚士 【在宅支援室】 ケースワーカー、保健師、心理職、作業療法士、理学療法士 ※相談・補装具外来業務については官民協働で実施
主な業務	総合相談窓口 多摩区・麻生区を支援対象として障害種別・年齢・原因疾患を問わず、障害のある方へ専門的、総合的な相談支援を行っています。まずはお気軽にご相談頂ければと思います。 【更生相談所分室業務】 ① 身体障害者更生相談所機能 義肢装具の支給判定・作製・修理、専門的相談・支援 地域リハビリテーション事業、障害者施設入所に係る連絡調整 ② 知的障害者更生相談所機能(障害者更生相談所と同様) 療育手帳判定・評価事業、専門的相談・支援 障害者施設入所及び特別支援学校等卒業生の進路決定(福祉施設利用希望者)に係る連絡調整 【精神保健福祉センター分室業務】 精神保健福祉センターに準じ(診察機能なし)、精神保健全般について複雑または困難な内容についての相談及び関係機関への技術援助。 【在宅支援室(身体障害者更生相談所機能を含む)業務】 ① 在宅リハビリテーション事業 最適な生活スタイルの獲得に向けて、生活の場でのリハビリテーション評価とリハビリに基づくケアマネジメントの手法によるサービス提供。 ② 研修啓発事業 ノーマライゼーションの理念と地域リハ技術の普及と向上のため実習生の受け入れや講師派遣、研修、講座開催などの実施 ③ 補装具・座位保持装置作成 身体障害者の運動機能を補うための補装具車いす、座位保持装置についての相談、作製、修理の実施。 ④ 多施設支援 地域にある施設において、リハの専門的評価や技術を必要とする場合に、当施設の専門職を積極的に派遣、支援の実施。

<p>どのような内容の相談が可能か</p> <p>※記載については「主な業務」の項目番号とリンクする形で具体的に記載してあります。「主な業務」と照らし合わせてご確認ください。</p>	<p><b>【総合相談窓口】</b>          どんなサービスがあるのかわからない。          北部リハビリテーションセンターの機能が知りたいなど、まずはお気軽にご相談下さい。</p> <p><b>【更生相談所・在宅支援室】</b>          身体障害（肢体不自由）の方の補装具について相談したい。今まで使っていた装具が壊れた、車いすが体に合わなくなったので再作製及び修理をしたい。          施設通所者の身体面のリハビリテーションについて相談したい施設に合わせた方法でリハビリメニューについて教えてほしい。          ⇒補装具については、状況をお伺いした上で必要時には補装具外来来所の予約をお取りします。リハビリテーションのご相談については、施設から専門相談の申請を区役所に出していただき、区役所からの依頼を元に訪問・評価等を行います。</p> <p><b>【更生相談所】</b>          本人の臨床像に変化があり、現在の知的能力について再度評価してほしい。          ⇒まずは区役所にご相談頂き、再判定の実施の検討を（実施時期等に迷う際は、ご相談下さい）。区の依頼を受けて当所にて判定・評価を実施し、今後の支援・対応と一緒に検討します。（在宅障害者評価または施設利用者評価として対応）。</p> <p><b>【更生相談所】</b>          ケースワークや見立て等についてより専門的な知識や技術の必要性が高いケース（強度の行動障害のある人の支援や重複障害を持つ方の支援等）や地域定着の困難性が高いケース（不通所、ホームや施設での不適合、多問題世帯の支援等）については、地域の支援者と共に支援を行います。          ⇒まずは区役所にご相談下さい。また、虐待等緊急性の高い場合は直接ご相談をお受けします。</p> <p><b>【精神保健福祉センター】</b>          精神疾患が疑われるも、未受診や医療中断等により日常生活を営むことが困難な状況にある方（家族）への支援を実施します。          明確な精神疾患や障害の存在が考えられないにも関わらず、長期間に渡って自宅外での対人関係や社会的活動からひきこもっている方（家族）への支援を実施します。          支援をされていて行き詰まってしまった、支援が難しいと感じる。とにかく困った場合、課題整理、支援の方向性を一緒に検討し、併せて専門的な助言を行います。必要に応じてアウトリーチによる支援（家庭・病院・関係施設等への訪問支援）を実施します。</p> <p><b>【在宅支援室】</b>          脳出血、脳梗塞後など生活スタイルの再構築が必要になった場合、年齢や障害状況、介護者の状況の変化に伴い介助方法の変更が必要な場合や住宅改修などが必要な場合、また、高次脳機能障害があり介護や対応に困っている場合等に相談に応じます。</p> <p><b>【更生相談所・精神保健福祉センター・在宅支援室】</b>          地域の支援者向けに高次脳機能障害や発達障害者支援、思春期・引きこもり支援、障害者制度などについて研修会や講師派遣しています。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## れいんぼう川崎

所在地・最寄駅等	宮前区東有馬5-8-10 田園都市線・鷺沼駅より「鷺02」系統バス約10分 東有馬第一団地前
電話・FAX	電話 044-888-8649 FAX 044-888-8849
職員の職種	ケースワーカー、理学療法士、作業療法士、心理職、 リハビリテーション科医師
主な業務	<p>1 総合相談窓口 脳性まひ、脳血管障害、進行性疾患や難病など様々な疾患による身体障害、高次脳機能障害による生活上の問題や介護、介助の介護負担についてその方々の①生活上の課題の明確化②在宅リハビリテーション事業適用の判断③その他の社会資源活用などの情報提供、助言を行います。</p> <p>2 在宅リハビリテーション事業 関係機関とリハビリテーション専門職と一緒に利用者宅を訪問し、身体機能の評価とそれに基づく生活の予後予測や、障害特性を考慮した最適な生活スタイルの獲得に向けて、専門スタッフが必要に応じてチームを組んで支援計画を立案し、技術提供を行います。</p> <p>※直接相談可、区役所経由、ケアマネージャー、医療機関など 対象地域 宮前区、高津区、中原区、幸区、川崎区が主</p>
どのような内容の相談が可能か	<p>1 身体機能の低下、ライフスタイルの変更、生活環境の変化等にもないトイレ、入浴、玄関段差などの動作、介助が大変になって困っている。住宅改良、制度利用、車いす等についてどうしたらよいか。</p> <p>2 脳血管障害の既往があり高次脳機能障害があると思われる。家族も困っている。または、高次脳機能障害について理解がない。また、支援者も本人の性格なのか高次脳機能障害の影響なのかわからない。</p> <p>※上記相談等を受け、在宅リハビリテーション事業の導入の可能性があればソーシャルワーカーが自宅等を訪問し、病歴・既往歴等の経過、心身の機能や生活状況・介護状況、及び本人・関係者の要望を整理してニーズを見極めます。</p> <p>⇒その結果在宅リハビリテーション事業の導入性が低そうな場合。 関係機関との連携や助言、介護保険制度、他制度や手続き等の情報提供を行います。</p> <p>⇒在宅リハビリテーション事業導入の必要性が高い場合。 リハビリテーション医師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、看護師、ソーシャルワーカーが利用者の状況とニーズに合わせてチームを構成して専門評価を行います。 支援計画を立案し、同意を得た上で、支援計画目標達成に向けて具体的な技術提供を行います。具体的には</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常の生活動作、家事動作と介助方法などの指導・助言。</li> <li>・ 住宅改修や福祉用具導入の提案と手続きに関する案内など。</li> <li>・ 補装具・車いすの評価と作製や修理・使用方法の指導・助言。</li> <li>・ 当所自立訓練事業の利用など。</li> <li>・ 高次脳機能障害評価・助言など。</li> </ul>

## 就労援助センター

<p>南部就労援助センター（対象は3障害の方）</p> <p>所在地・最寄駅 川崎市川崎区砂子1-7-5タカシゲビル6F（川崎駅徒歩7分）</p> <p>電話・FAX 電話 044-201-8663 FAX 044-201-8668</p>	
<p>中部就労援助センター（対象は3障害の方）</p> <p>所在地・最寄駅 中原区小杉町3-264-3富士通ユニオンビル3階（武蔵小杉駅徒歩5分）</p> <p>電話・FAX 電話 044-739-1294 FAX 044-739-1295</p>	
<p>百合丘就労援助センター（対象は3障害の方）</p> <p>所在地・最寄駅 麻生区百合丘2-8-2川崎市北部リハビリテーションセンター3階(百合丘駅徒歩10分)</p> <p>電話・FAX 電話 044-281-3985 FAX 044-281-3987</p>	
<p>社会参加支援センター（対象は精神障害の方）</p> <p>所在地・最寄駅 中原区井田3-16-1(武蔵新城駅又は武蔵小杉駅バス15分～20分、バス停から徒歩10分)</p> <p>電話・FAX 電話 044-754-4554 FAX 044-788-1555</p>	
<p>主な業務</p>	<p>1 求職支援の場合（例）</p> <p>（ア）相談受付（相談元：区役所、施設、本人及び家族、病院、教育機関、ハローワーク、発達相談支援センター、若者サポートステーション、相談支援事業所等）</p> <p>（イ）初回面談→登録面談→適正把握（実習等を通じて）</p> <p>（ウ）支援の方向性の検討（本格的支援のスタート）</p> <p>（エ）個別面談（主な支援内容：求人開拓、求人検索支援、ハローワーク同行、企業面接同行、身だしなみチェック、履歴書・職務経歴書作成フォロー、模擬面接、書類送付手続等）</p> <p>（オ）就労→就労定着支援</p> <p>2 定着支援の場合（例）</p> <p>（ア）相談受付（相談元：区役所、施設、本人及び家族、病院、教育機関、ハローワーク、発達相談支援センター、若者サポートステーション、相談支援事業所、企業等）</p> <p>（イ）初回面談→登録面談→職場訪問にて就業状況の確認</p> <p>（ウ）定期巡回訪問（主な支援内容：本人の就労継続支援、企業支援、生活支援（関係機関との連携）、契約内容確認、トラブル時の対応等）</p>
<p>どのような内容の相談が可能か</p>	<p>1 就労意欲のある障害のある方の相談を受けており、就労に向けた本人とその周辺環境のアセスメントを一定程度行って課題を整理しているが、どのような支援が必要か見解を知りたい。</p> <p>⇒企業就労に向けての課題を整理して協働して支援。必要に応じて、履歴書の書き方や面接同行などを支援します。</p> <p>2 企業就労している障害のある方がいるが、企業での職場関係について環境調整の相談に乗って欲しい。</p> <p>⇒定着支援を行うため、本人と周辺環境の状況を相談者から聞きながら、本人と必要に応じて面接や職場への訪問等により環境調整を行います。</p>

## 地域療育センター（児童発達支援センター）

<p>川崎市南部地域療育センター                  (所管エリア：川崎市・幸区の全域)                  所在地 川崎市川崎区中島3-3-1                  電話・FAX 電話 044-211-3181 FAX 044-230-1945</p>	
<p>川崎市中央療育センター                  (所管エリア：中原区・高津区の全域)                  所在地 川崎市中原区井田3-16-1                  電話・FAX 電話 044-754-4559 FAX 044-788-9263</p>	
<p>川崎西部地域療育センター                  (所管エリア：宮前区の全域・多摩区のうち、中野島、和泉、登戸、登戸新町、柘形、東生田、宿河原、長尾、堰)                  所在地 川崎市宮前区平2-6-1                  電話・FAX 電話 044-865-2905 FAX 044-865-2955</p>	
<p>川崎市北部地域療育センター                  (所管エリア：麻生区の全域・多摩区のうち、布田、菅稲田堤、菅野戸呂、菅、菅城下、菅北浦、菅仙谷、菅馬場、生田、寺尾台、東三田、三田、西生田、栗谷、南生田、長沢)                  所在地 川崎市麻生区片平5-26-1                  電話・FAX 電話 044-988-3144 FAX 044-986-2082</p>	
<p>主な業務</p>	<p>児童福祉法に基づく児童福祉施設として定義される「児童発達支援センター」の機能を持ち、0歳から18歳までの障害のある又はその疑いのある子どもや発達に不安のある子どもの成長や発達についての一般相談や制度利用も伴う相談を受け、情報の提供や診療、訓練、療育など子どもの状況に合わせた支援を行う専門機関です。利用を希望される方は、まずはお電話でご相談ください。</p> <p>(1) 相談支援                  相談支援専門員等が子どもや家庭状況の相談に応じ、制度や施設などの情報の提供や紹介を行うとともに、必要に応じ支援計画を作成し、利用につなげます。</p> <p>(2) 診察・診断                  専門医（常勤及び非常勤）による各科（リハビリテーション科、児童精神科等）の診察、診断を行います。</p> <p>(3) 外来療育                  心理職、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、看護師、CW、保育士等による相談・訓練・個別指導・グループ療育などを実施します。</p> <p>(4) 通園療育                  0歳から就学前の心身の発達や成長に心配のある児童に対する療育を行い、発達を促します。</p> <p>(5) 地域支援                  重症児等訪問、幼稚園・保育園・学校等の施設支援や講演会の開催、情報提供などを</p>

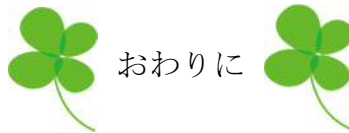


	<p>実施します。</p> <p>(6) その他、事業実施に必要な業務</p>
<p>どのような内容の相談が可能か</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 言葉が遅い。</li> <li>○ 発音が聞き取りにくい。</li> <li>○ 病院や保健福祉センターなどから、療育センターへの相談を勧められた。</li> <li>○ 幼稚園や保育園の先生から、集団の中でみんなと同じ行動ができないと言われた。</li> <li>○ 友達を叩いてしまう。</li> <li>○ はじめての子だから、何が普通かわからない。</li> <li>○ 上の子とは何か違う気がする。</li> <li>○ 周りからは普通って言われるけど本当にそうなのか不安。</li> </ul> <p>⇒これまでの育児やお子さんの発育・発達の様子をお伺いしながら、お子さんの疾患や実際の生活上の困り感は無いか、保護者の育児の困り感などは無いのかなどを一緒に確認し相談に応じます。また、個別療育や集団療育、サービスなどの情報提供、機関連携などをおこなっていきます。</p> <p>&lt;利用の流れ&gt;</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD     A[電話相談] --&gt; B[初回面接]     B --&gt; C[初診 ※必要に応じて実施]     C --&gt; D[評価]     D --&gt; E[再診 ※必要に応じて実施] </pre> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別療育 (PT OT ST 訓練など)</li> <li>・ 集団療育 (療育センターや事業所など)</li> <li>・ 機関連携 (幼稚園 保育園 学校など)</li> <li>・ 情報提供 (制度のご案内など)</li> </ul> <p><b>* お子さんの状況によって、ご提案内容は変わってきます。</b></p>

## 児童相談所

川崎市こども家庭センター（所管エリア：川崎区・幸区・中原区）												
所在地 川崎市幸区鹿島田1-21-9												
電話・FAX 電話 044-542-1234 FAX 044-542-1505												
川崎市中部児童相談所（所管エリア：高津区・宮前区）												
所在地 川崎市高津区末長1-3-9												
電話・FAX 電話 044-877-8111 FAX 044-877-8733												
川崎市北部児童相談所（所管エリア：多摩区・麻生区）												
所在地 川崎市多摩区生田7-16-2												
電話・FAX 電話 044-931-4300 FAX 044-931-4505												
主な業務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 児童の心理学的、医学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定、指導及び治療</li> <li>2. 児童及び家庭についての調査、指導及び支援</li> <li>3. 児童の家庭裁判所への送致</li> <li>4. 障害児入所給付費及び特定入所障害児食費等給付費並びに障害児入所医療費の支給決定</li> <li>5. 児童の児童福祉施設等への措置</li> <li>6. 児童の相談及び通告</li> <li>7. 児童の一時保護</li> <li>8. 一時保護所の運営（こども家庭センター、中部児童相談所）</li> </ol>											
どのような内容の相談が可能か	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 25%;">相談種別</th> <th style="width: 60%;">内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">養 護 相 談</td> <td style="text-align: center;">養 護 相 談</td> <td>父又は母等保護者の家出、失踪、死亡、離婚、入院、稼働及び服役等による養育困難児、棄児、迷子、親権を喪失した親の子、後見人を持たぬ児童等環境的問題を有する子ども、養子縁組に関する相談</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">児 童 虐 待 相 談</td> <td>身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトに関する相談</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">保 健 相 談</td> <td style="text-align: center;">保 健 相 談</td> <td>未熟児、虚弱児、内部機能障害、小児喘息、その他の疾患（精神疾患を含む）等を有する子どもに関する相談</td> </tr> </tbody> </table>		相談種別	内 容	養 護 相 談	養 護 相 談	父又は母等保護者の家出、失踪、死亡、離婚、入院、稼働及び服役等による養育困難児、棄児、迷子、親権を喪失した親の子、後見人を持たぬ児童等環境的問題を有する子ども、養子縁組に関する相談	児 童 虐 待 相 談	身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトに関する相談	保 健 相 談	保 健 相 談	未熟児、虚弱児、内部機能障害、小児喘息、その他の疾患（精神疾患を含む）等を有する子どもに関する相談
	相談種別	内 容										
養 護 相 談	養 護 相 談	父又は母等保護者の家出、失踪、死亡、離婚、入院、稼働及び服役等による養育困難児、棄児、迷子、親権を喪失した親の子、後見人を持たぬ児童等環境的問題を有する子ども、養子縁組に関する相談										
	児 童 虐 待 相 談	身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトに関する相談										
保 健 相 談	保 健 相 談	未熟児、虚弱児、内部機能障害、小児喘息、その他の疾患（精神疾患を含む）等を有する子どもに関する相談										

どのような内容の相談が可能か	相談種別		内 容
	障 害 相 談	肢 体 不 自 由 相 談	肢体不自由児、運動発達の遅れに関する相談
		視 聴 覚 障 害 相 談	盲（弱視を含む）、ろう（難聴を含む）等視聴覚障害児に関する相談
		言 語 発 達 障 害 等 相 談	構音障害、吃音、失語等音声や言語の機能障害をもつ子ども、言語発達遅滞、学習障害や注意欠陥多動障害等発達障害を有する子ども等に関する相談
		重 症 心 身 障 害 相 談	重症心身障害児に関する相談
		知 的 障 害 相 談	知的障害児に関する相談
		自 閉 症 等 相 談	自閉症若しくは自閉症同様の症状を呈する子どもに関する相談
	非 行 相 談	ぐ 犯 等 相 談	虚言癖、浪費癖、家出、浮浪、乱暴、性的逸脱等のぐ犯行為若しくは飲酒、喫煙等の問題行動のある子ども、警察署からのぐ犯少年として通告のあった子どもに関する相談
		触 法 行 為 等 相 談	触法行為があったとして警察署から法第25条による通告のあった子ども、犯罪少年に関して家庭裁判所から送致のあった子どもに関する相談
	育 成 相 談	性 格 行 動 相 談	子どもの人格の発達上問題となる反抗、友達と遊べない、落ち着きがない、内気、緘黙、不活発、家庭内暴力、生活習慣の著しい逸脱等性格若しくは行動上の問題を有する子どもに関する相談
		不 登 校 相 談	学校及び幼稚園並びに保育所に在籍中で、登校（園）していない状態にある子どもに関する相談
		適 正 相 談	進学適性、職業適性、学業不振等に関する相談
		育 児 ・ し つ け 相 談	家庭内における幼児のしつけ、子どもの性教育、遊び等に関する相談
	そ の 他 の 相 談		上記のいずれにも該当しない相談



おわりに

「川崎市相談支援ガイドブック Ver.2」をお届けします。

このガイドブックは、一義的には、川崎市内の指定相談支援事業所や公的な相談支援機関等で、障害のある方やそのご家族への相談に携わる相談支援従事者の方たちに活用してもらうことを考えて作成いたしました。川崎市自立支援協議会 相談支援部会・相談支援ガイドブック作成グループを中心に、平成26年3月にVer.1を完成させ、改めて障害福祉領域で仕事をしてきた多くの方たちの知恵と力をこのガイドブックに盛り込み、Ver.2を作成いたしました。

障害の有無にかかわらず「一人一人が安心して満足できる暮らしづくり」を目指すには、支援者の人材育成とサービス提供体制の充実が喫緊の課題です。行政の力だけでなく民間の力、当事者の力、そして地域の力を高めていくことが不可欠です。

その「力」を見出し、繋げていく（ネットワークの構築）ことが相談支援の醍醐味であり、障害のある方やそのご家族への支援の充実につながるものと考えております。

是非、障害のある方に関わる多くの方にお読みいただき、ご活用いただければ幸いです。

また、皆様の方からもこのガイドブックに関する忌憚のないご意見を頂き、さらに充実したガイドブックづくりに取り組んでいきたいと考えております。今後も、変動する福祉社会の中で、私たち相談支援従事者が「その人らしい暮らし」を叶えるために、このガイドブックもバージョンアップしていきたいと思っております。

# 川崎市相談支援ガイドブック

## Ver. 2

発行者 川崎市地域自立支援協議会  
発行年 平成27年8月1日

地域自立支援協議会に関するお問合せは  
川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室

TEL 044-200-3945

FAX 044-200-3926