

## 令和3年度宮城県リハビリテーション協議会 会議録

日 時：令和4年2月4日（金）午後2時30分から午後4時30分まで

場 所：現地（宮城県行政庁舎10階 1001会議室）及びWeb開催

出席者：出江紳一会長，渡邊好孝副会長，阿部一彦委員，登米祐也委員，渡邊裕志委員，落合達宏委員，大貫操委員，遠藤佳子委員，星昭博委員，福地慎治委員，伊藤清市委員，佐藤美奈子委員，小野寺まゆみ委員

県側出席者：医療政策課：佐藤主事

特別支援教育課：鈴木課長補佐

事務局：障害福祉課：大森課長，八鍬副参事兼総括課長補佐，鎌田課長補佐，高橋主事

リハビリテーション支援センター：佐々木所長，西嶋保健福祉部技術副参事兼技術次長，村上総括技術次長，三上技術次長，小原技術主査，

介護研修センター：大場副所長

### 1 開会

#### 事務局（鎌田課長補佐）

ただいまから令和3年度宮城県リハビリテーション協議会を開催いたします。

開会にあたりまして、宮城県保健福祉部障害福祉課長の大森より御挨拶を申し上げます。

### 2 あいさつ

#### 事務局（大森課長）

本日は、御多忙のところ、宮城県リハビリテーション協議会に御出席いただき、厚く御礼申し上げます。また、委員の皆様には、日頃から、本県の保健福祉行政の推進に御尽力いただいておりますことに、改めて感謝申し上げます。

現在県では、オミクロン株による感染拡大への対策として、基本的感染対策の徹底に加え、県内全域を対象に、ワクチン3回目接種の加速化や、教育・保育現場での感染防止対策の強化など緊急特別要請を行っているところであり、本協議会におきましても、原則オンラインでの開催とさせていただきました。

さて、本協議会は、リハビリテーション協議会条例に基づき、本県のリハビリテーションに係る総合的な施策の推進に係る事項を協議・検討いただく場となっております。

県では、昨年度、本協議会において御承認いただきました地域リハビリテーション推進強化事業の事業方針に基づき、障害児者に係るリハビリテーションサービスの充実に向けた取組を推進しているところでございます。

本日は、県内のリハビリテーション支援に関する現状・課題等に関する報告のほか、障害児者の支援体制に係る全国調査の結果について、皆様に共有をさせていただきます。

委員の皆様におかれましては、それぞれの専門的なお立場、見地から幅広い御意見、御助言をいただければと思っております。本日はどうぞよろしく願いいたします。

## 事務局（鎌田課長補佐）

会議の成立について御報告申し上げます。

本協議会は16名の委員で構成しております。

本日は、13名の委員の皆様のお出席をいただき、半数以上の出席をいただいておりますので、リハビリテーション協議会条例第4条第2項の規定により、会議が成立いたしますことを御報告いたします。

なお、登米委員におかれましては、所用により少々遅れる旨の御連絡をいただいております。

本日の会議につきましては、宮城県情報公開条例第19条の規定により、公開で開催され、議事録につきましては、後日公開させていただきますので、あらかじめ御了承願います。

本日の協議会では、要約筆記による通訳をお願いしております。

つきましては、御発言される際は、お名前をおっしゃってから御発言いただくなど御配慮賜りますようお願いいたします。

なお、馬場委員、鈴木委員、山崎委員におかれましては、本日、所用のため御欠席となっております。

それでは、以後の議事進行は出江会長をお願いいたします。出江会長よろしくようお願いいたします。

## 3 報告

### (1) リハビリテーション相談における事例報告について

#### 出江会長

出江でございます。皆様本日はどうぞよろしくお願いいたします。

それでは議事を進めて参りたいと思います。

報告(1)のリハビリテーション相談における事例報告について御説明をお願いいたします。

#### 事務局（西嶋保健福祉部技術副参事兼技術次長）

リハビリテーション支援センターの西嶋でございます。知的障害者の身体機能低下に対応したリハビリテーション相談事業の2事例を紹介させていただきます。

まずは、障害者の高齢化について説明させていただきます。我が国の人口全体において、高齢化が社会問題になっていますが、障害者においても、やはり高齢化は進んできています。厚労省の審議会の資料によりますと、平成20年前後の3年ないし6年間で、障害者の65歳以上の比率が2から7ポイント上昇しています。これは身体、知的、精神、3つの障害全てに共通の現象で、当然ながら、高齢化に伴って身体機能や認知機能のさらなる低下が懸念されています。すなわち、知的・精神障害者が加齢により、運動機能の低下を伴ったり、身体障害者に認知症が合併したりして、機能障害の重度化が進んでくることと予想されています。今回、これまで身体機能に問題がなかった知的障害者が、加齢に関連した身体機能の低下を伴うようになり、課題解決にリハビリテーション相談事業の支援を利用された2事例を紹介させていただきます。

最初のケースは40歳代の男性です。出生時にダウン症と診断を受けております。知的障害があり、療育手帳Aを交付されています。知的障害により日常生活に介助を要しますが、身体運動機能としては、目立った機能障害はありませんでした。90歳代の母親、その他家族と同居しており、これまでは、家族の

手厚い支援により生活が成り立っていたものであります。

半年前より右手の振戦・固縮が出現してきました。そのため、右手の使用が少なくなり、食事動作は右手から左手に移行していています。その後、すくみ足が出現し、立ち上がり動作や立位・歩行に支障をきたすようになりました。症状がさらに進行して歩行が困難になり、食事動作のほか、日常生活の大部分に介助を要するようになりました。その結果、高齢の母親による介護は限界に達し、福祉機器の導入や施設入所の検討を行う方針になったのですが、福祉機器導入や環境整備には、身体障害者手帳が必要ということが判明いたしました。

まずは、新たに発生した身体機能上の問題に対して診断をつけるべく、地域の基幹病院を受診しましたが、知的障害により指示理解が困難なため、精査が十分にできず、診断には至りませんでした。その状態で、かかりつけ医に身体障害者手帳の診断書作成を依頼したのですが、精査が困難で、障害像の説明や障害固定の判断に難儀していたため、診断書で十分に状態を説明することができず、結果として、手帳交付には至ることができませんでした。そこで、市町に相談して、リハビリテーション相談事業に繋がったというものであります。

もう一つのケースは、50歳代の女性で、同じく知的障害があり、療育手帳Aを交付されています。元々は歩行可能で、特に持病もなかったため、かかりつけ医は不在であります。90歳代の母親と2人暮らしで、これまでは母親の手厚い支援により生活が成り立っていました。そのため、外部の支援を必要としておりませんでした。しかし、これは裏を返すと、支援を受け入れる経験が培われていなかったことを示しています。

20年以上自宅に閉じこもっており、母親が介護していたのですが、体調不良時にも医療機関を受診することなく、1年前からは、御本人が寝たきりになってしまいました。保健師や民生委員が福祉サービスを導入するよう提案しましたが、残念ながら受け入れられませんでした。長期間、家族以外の対人交流の機会に乏しく、御本人も他者の介入による不安を感じやすいため、敬遠されたものと思われれます。そして、頼みの綱であった母親が怪我をして入院を要したため、介護の問題が一気に顕在化しました。そこで、親族が市町に相談して、リハビリテーション相談事業に繋がったというものであります。

どちらのケースも、当所が三次機関として、地域リハビリテーション推進強化事業の専門スタッフ派遣の枠組みでリハビリテーション科医師を派遣し、これは私が派遣されたのですが、当事者宅を訪問いたしました。身体障害者手帳の取得を支援し、ベッドや車椅子など、福祉用具の選定、調達、住宅改修の実施に向けて助言を行いました。身体障害者手帳交付までの間に、車椅子のデモや座位訓練の実施を指導しました。訪問診療、訪問看護、訪問介護など訪問系のサービスを導入するように勧めました。御本人にも、他者の対人交流機会を少しずつ確保するように伝えました。こういったことは、親亡き後を見据えた施設入所に向けての準備も兼ねているものであります。

この二つの相談対応の過程で、この2例に限らない県全体の課題が見えてきたような印象を受けました。

まず一つ目は、福祉用具の活用に関わる問題です。知的障害者が身体障害者手帳を取得するときの主たる目的は、補装具や日常生活用具といった福祉用具の支給を受けることが多いのですが、市町の日常生活用具の支給要綱が、身体障害者のみを対象にしていることが多いことが課題であります。障害者自立支援法から障害者総合支援法に変わったことで、本来は含むべき難病患者を含むように要綱が改正されていない市町もあることがわかりました。介護保険は特定疾病に該当しない限り、65歳まで利用でき

ないことが多いです。また、必要に迫られて身体障害者手帳の交付を求めようにも、身体機能の低下に合わせてタイムリーに手帳を取得することが難しいという現状があります。知的障害者の身体機能を評価・診断し、必要な診断書を作成できる医療機関・医師が地域に不足している状況が伺えます。

二つ目は、高介護力が仇となることがあるというものです。家族のみによる介護で対応できてしまう場合、外部の支援は受け入れにくくなることがあります。特に、知的障害や精神障害ですと、これを家族で抱え込んでしまおうという心情が生じるのも理解できなくはないところです。また、障害当事者にとっても、家族以外の見知らぬ顔の人を迎え入れることの心理的ハードルは高いことが十分予想されます。これに、制度やサービスに対する理解が十分でなかったり、これまで長年、特に大きな問題なく、穏やかに暮らせていたという実績がありますと、外部支援を受け入れる経験が不足し、問題の顕在化はさらに遅れることとなります。障害福祉サービスを利用していれば、緊急時の対応も計画されていると思いますが、家族のみによる介護では、それも十分に準備されてないこともあります。ひきこもりの当事者とそれを支える高齢の親の8050問題は、障害者においても当てはまると考えられます。

三つ目は、在宅障害者の健康状態や障害像の管理の問題です。特に持病がない場合、かかりつけ医を作っていないことは、健常者にもよくある話ですが、かかりつけ医がいないために、突発的に現れた医療ニーズへの対応に苦慮することになります。疾病罹患のリスクを減らすための各種の健康診断は、障害者として受検しやすい環境づくり、配慮がまだ十分でないために、なかなか受検が進んでないという現状があります。また、障害による困難さがあっても、医療を最大限に提供しようと、障害に配慮してくれる医療機関・医師は残念ながら多くはありません。高齢化・重度化が進む障害者を、健康管理という面で支えてくれる医療機関・医師が地域にもっと欲しいところでもあります。

以上、知的障害者の身体機能低下に対応したリハビリテーション相談事業の2事例の概要と、そこから浮かび上がってきた全県的な課題について説明させていただきました。宮城県では、事例に対して、障害像を全体的に見渡して、問題となりそうな点を探す障害者検診と、具体的な課題の解決を図るリハビリテーション相談の二つの事業を行っていますが、これですべての問題を解決に導けるわけではございませんので、皆様方、各団体の協力を必要としており、連携して活動していきたいと思っています。御静聴ありがとうございました。

## 出江会長

西嶋先生、非常に重要な問題をわかりやすく御説明いただきましてありがとうございました。

知的障害者の身体機能の低下に対応した、リハビリテーション相談事業の2事例について御紹介いただきました。

知的障害の方が高齢化によって身体障害を伴うようになって、身体障害者手帳の取得ですとか、介護問題等の課題が起こってきて、それに対して、リハビリテーション相談事業によって対応・解決したというものでした。また、これらの事例から見えてきた宮城県における課題について3点お話いただきました。これも非常に端的でわかりやすく、また、今後の課題を考える上で重要だったと思います。

ただいまの報告に対しまして、御意見・御質問がありましたら、委員の皆様からお願いいたします。

よろしく申し上げます。どうぞ落合先生。

## 落合委員

宮城県立こども病院整形外科の落合です。

大変重要な問題の指摘だと思って感心して聞いておりました。

現場にいる医師として教えていただきたいのですけれども、我々身体障害者の診断をしていく上で、身体障害というカテゴリーでの障害者手帳の作成というのは、比較的慣れているんですね。その中で、特に知的障害を持つ方で歩けない方と、いわゆる麻痺性疾患等で歩けない患者さんとの扱いというのはやはり分けて考えてきたんですね。

通常「ダウン症だから」では身体障害者手帳を取れるわけではないし、あとは我々健常人であっても、加齢によって歩けなくなったものが、身体障害の対象ではないということも頭に入れて、今まで身体障害者の診断書を作成してきたのですけれども、例えば、今回ダウン症があつて、加齢によって40代ということで、大分早期だと思うのですけれども、今までまがりなりにも歩けていた方が、ダウン症を持っているがために、歩けなくなったというところで、どのように考えていけば、身体障害としてお示しできるのかなと思ったのですけれども、多分、正式なことはないと思うのですけれども、西嶋先生に折角まとめていただいたので、御意見いただければと思います。

## 出江会長

西嶋先生いかがでしょうか。

## 事務局（西嶋保健福祉部技術副参事兼技術次長）

1例目のケースですけれども、この方は腱反射の亢進もあつたりしましたので、頸髄症とか、ダウン症とはまた別に、新たな疾患の可能性を疑ってもいいのかなというふうには考えていました。ただ、それを示す検査が十分にできなかったりという中で、なかなか診断が難しいこともあるかと思います。

あとは、拘縮とかパーキンソニズムのような症状もあつたりして、これもまた、神経内科医を受診できれば容易に診断に至るかもしれないのですけど、そこに辿り着くまでもハードルが大きかったりして、診断書で示す上で、ある程度確からしさを持って、こうだと言わないといけない、というところもあつて、なかなか診断が難しいというところでもあります。

そういう意味では、その地域に1人の医師しかカバーできないとしんどいのですけれども、複数の診療科・複数の医師の目が届くようになってくると、こういったことの診断もある程度つきやすくなっていくのかなと。

ただこれが大きな病院ですぐにそこに行くことができれば解決するのでしょうかけれども、なかなかそれが難しいと、そういった受けられる医療の体制というのも残念ながら下がってしまっているという課題があります。

そのところで、アクセス等を良くしていくというのも方法かと思いますし、既にある訪問系のサービスであつたり、あるいは往診してくださる先生の見立てを上手く専門医に繋いだりして、少しハードルの高い課題も解決に向けていくというものが求められるのかなと考えていました。

## 出江会長

ありがとうございます。落合委員いかがでしょうか。

## 落合委員

なかなか難しいところで、すぐに答えが出るとは思っていませんけれども、事例をある程度積み重ねて、こういう形であれば認めていけるだろうということをお示ししていただけるように、今後ともぜひよろしく願いいたします。ありがとうございました。

## 出江会長

御質問ありがとうございます。他の委員の皆様からいかがでしょう。  
大貫委員お願いいたします。

## 大貫委員

宮城県作業療法士会の大貫と申します。貴重な発表ありがとうございました。

私、訪問看護ステーションで仕事をしています、つい先日同じような問題がありまして、ダウン症の方で、体重が100キロ以上になってしまっていて、お母さんが介護しているのですけれども、呼吸器疾患も発症してしまったり、膝の痛み等あって寝たきりになってしまっていて、身体障害者手帳を申請したいと窓口で問い合わせさせていただいたのですけれども、療育手帳を持っていて、今の状況を説明しても、身体障害者手帳は申請できないと言われてしまったんですね。

それで、西嶋先生が発表されていたところで、診断書で「障害像を十分に説明しきれなく」ということが書いてあったのですけれども、どういう状況を説明できたら、手帳の申請に繋がるかというところを教えていただきたいと思います。よろしくお願いします。

## 出江会長

重要なポイントでした。西嶋先生お願いいたします。

## 事務局（西嶋保健福祉部技術副参事兼技術次長）

当所ではこういったリハ相談だけではなく、更生相談所の業務として、身体障害者手帳の判定も行っております。

その判定をする立場からの考えで言いますと、やはり障害像をしっかりと示していただくということが、何よりも大事になってくるかと思えます。ただ歩けない・動けないだけでは、それが「知的障害あるいは精神障害によって動かない」ものと区別することは難しいかと思えます。そこに、例えば関節拘縮があるとか、そういうものであれば、これは本人の意思とは関係ない医学的な所見ですので、歩けないことが示していけるかと思えます。筋力の低下に関しても、ただ本人が「力を入れようとしない」ものと、「入らない」こととの区別がなかなか難しいというところがありますので、立たない・歩かないという現象だけでもって言おうとするとなかなか難しい。そこに、客観的な所見があることを示すと、「歩かない」ではないという確からしさが上がってきます。

ただ、どうしてもやはりそこには、診断の限界といえますか、不確かさが残ってしまうことは避けようがないかと思えます。そこに対して、正直診断書があまり書いてないような中身がないものだと、本当にそうなのかなとなってしまうところですけど、きちんといろいろな所見を示していただいて、間違いがないんだ、あるいは不確かさがあるにしても、例えば1年後にもう1回見直しましょうと再認定をつ

けるとかですね、そういった方向で不確からしさを補っていくという手段はあるというふうに考えています。

ですので、全例が全例、同じクオリティでもって、高い確信度で診断書を書かなければ通用しないというものではなくて、ある程度状況に応じて、例えば、この方がなぜ身体障害者手帳なのか、サービス利用でどうしてもそれが必要だというものがあれば、我々もその辺を考慮して判定をする場合もありますし、そういった部分が何も書いてないと読み取りようがないこともありますので、ぜひ、その社会的背景ですとかそういうところも含めて障害像全体を示していただけると、我々も文書から汲み取れる部分が増えてくるかと思います。診断書にないものは読み取れませんので、なるべくいろいろな情報を主治医の先生に拾い上げてもらって診断書に書き留めるようにしていただけると、きちんと我々判定する側にも伝わって、そこを考慮することができるのかなと思います。診断医だけでは気づかないことがありましたら、そこは色々なサポートをするスタッフの方が支援してあげると、主治医の先生も診断書を書きやすくなるかと思いますので、そういった面で御協力をお願いできればと思います。

## 出江会長

どうもありがとうございます。診断書も皆で協力することも大事かもしれません。  
大貫委員いかがでしょうか。

## 大貫委員

西嶋先生ありがとうございました。  
訪問の主治医がいますので、伝えておきたいと思います。どうもありがとうございました。

## 出江会長

どうもありがとうございます。  
今、現地から伊藤委員から質問が、と伺いました。いかがでしょうか。

## 伊藤委員

会場から失礼いたします。伊藤と申します。

事例発表いただきましたのは、知的障害をお持ちの方の事例であったのですが、私の立場では、身体障害としてもまさしく同様の課題がありまして、特に11ページですね、在宅障害者の健康状態・障害像の管理、この3つは、我々も特に当てはまる場所だと思います。

私事で申し訳ないのですが、やはり若い時は特に整形のかかりつけ医がなくて、日常生活を送っていたのですが、加齢に伴って、やはり日常生活にも支障があるくらい診察が必要になって、その時にどこの病院にかかればいいのかとか、どういう方が診てくれるか、特に障害が重度であればあるほど、その選択肢が限られていく。仲間内でも、色々病院行った方がいいんじゃないかという話なんかはいつもあるところなんです。

2番目の健康診断も、先ほど申しましたように、資料にもありますが、受検していないという現実はあると思います。

もう一つは、環境づくり・配慮ということで言いますと、私達やはり社会参加が進んで、身体・知的・

精神問わず就労される方が増えてきた中で、一旦就労すると、最近通院・検査に関しては、事業所なんかはある程度認められてきている部分があるのですが、例えば身体の節々のメンテナンスが必要なので通いたいとか、リハビリをしたいとなると、その事業所としてそれをどこまで認めてくれるか、そこがやはり進まないというか、一つかなと思います。

一旦就職すると、退職とか離職を恐れて、自分で我慢して、二次障害が起こりそうになって初めて病院にかかるというような方々も増えていますので、やはりこれは色々なネットワークで、事業所の方にこういったリハビリのアプローチ、何か身体にSOSがあった時に、病院にかかるような啓発などをぜひ医療側の皆様からして欲しいなということを感じております。

3番目も、1番目にも申しましたように、障害が重くなればなるほど、医療機関・ドクターが少ないという現状、本当にこれは大きな課題だと思ひまして、御意見させていただきました。

以上です。

## 出江会長

どうもありがとうございます。

西嶋先生、今の伊藤委員の御意見に関連して、最後に二つの武器を書かれています。もう少し詳しく教えていただけますか。

## 事務局（西嶋保健福祉部技術副参事兼技術次長）

リハビリテーション支援センターでは、クリニック・外来の延長で、障害者検診という、希望者に対して障害に関する検診を行って二次障害を早期に発見したいというようなこと、広く全体像を見渡して、将来困りそうなものがないかどうかを指摘する、早めに手を打つことを促すというような、疾病に対する健康診断と同じような感じのものをやっています。ここに関しては、キャパシティの問題もありますけれど、少しずつ広がっているところではあります。

一方、既に出てしまった具体的な課題に関して、早急に解決をするものに対しては、市町を通じて、リハビリテーション相談という形で、個々の相談にも乗るようにしています。ただそれは、個々の相談を積み重ねていくだけでは、なかなか全体の解決には届きにくい部分もありますので、全県的な共通の課題を吸い上げて、何か次の施策に活かさないかということを検討しています。

こちらから診に行く障害者健診と、来たものに対して守りの力を高めていくリハ相談、二つの方法で、障害がある県民の方々の困りごとを減らしていこうと取り組んでいます。

## 出江会長

御説明ありがとうございます。

他の委員の皆様からの何か御質問・御意見ありませんでしょうか。

福地委員お願いします。

## 福地委員

障害のある方の相談支援専門員の職能団体であります、宮城・仙台障害者相談支援従事者協会の福地と申します。



先生ありがとうございました。

質問というよりは、先生の発表を聞いて感じた点でございますが、資料の中にも、支援を受け入れる経験に乏しいというような御説明がございました。そこを紐解いていくと、人に相談するとか、人を頼れるという機会に恵まれてこなかったのではないかとこのところを推測いたしました。

そこには、当時の障害観とか地域福祉の現状を踏まえて、やはりその世代によって、人に頼る経験に差異が生じているということも感じたところでございます。

ですので、先生の意見を聞いて、こういった事例を考える上では、御本人の障害特性・身体状況とともに、その人を取り巻く社会的なソーシャルな姿勢をもって考えていくことが必要だということを考えました。

こういった考えは、今後の地域リハのようなものを考える大事な視点になるのではないかとこのふう感じたところです。

## 出江会長

どうもありがとうございます。

皆様よろしいでしょうか。

西嶋先生、本当にどうもありがとうございました。

皆さんの中で色々な意見とか感想とか、あるいはこれからの課題とか、そういったものが見えたのではないかと思います。

これ以降にも議題がございますので、その中で西嶋先生から提起していただいたことがまた生きてくると思います。

続きまして、報告(2)の介護研修センターにおけるリハビリテーション支援の実施状況と課題につきまして、御説明をお願いします。

## (2) 介護研修センターにおけるリハビリテーション支援の実施状況と課題について

### 事務局（大場副所長）

よろしく申し上げます。

宮城県介護研修センターの大場と申します。

本日は、このような会議で報告させていただく機会をいただきまして誠にありがとうございます。

リハビリテーション支援の実施状況と課題という議題でございますけれども、私どもが行っております福祉用具支援から見えている課題について報告いたしますので、どうぞよろしくお願いたします。

お手元の資料の方は資料の2になりますので、そちらの方にレジメを準備しておりますのでよろしくお願いたします。

介護研修センターでございますけれども、まず紹介からなのですが、老人福祉法に基づく介護実習普及センター事業の位置付けとしまして、平成6年から事業を行っております。研修事業と福祉用具の普及・相談事業を行っている機関となります。主に介護従事者向けの研修会を開催したり、それから展示機能・相談機能になります。

簡単な情報提供から重度の障害者まで、内容で分けるというスタンスではなくて、相談支援という立場

で対応にあたっております。

展示については、福祉用具約600点の福祉機器を展示して、道具の維持管理をしております。

相談の部分でございますけれども、福祉用具の相談を特に力を入れている業務になりまして、4つの専門機能を地域で担えるように取り組んでおります。

この事例は今年の春に、回復期の病院から頸椎損傷のC4レベルの方について、退院の大体2ヶ月ぐらい前に退院準備の御相談がございました。車椅子、既に褥瘡はあったのですけれども褥瘡予防のクッションの選定であるとかフィッティング、それから住環境整備ですね。機器を活用した操作支援と言いますか、生活の中で活かす練習になりますけれども、そういった技術指導の支援を行いました。

当センターの機能でございますけれども、県内に1ヶ所の機関でございますので、訪問の相談機能を重視しております。ショールーム的な展示自体はそれほど重要ではなくて、むしろ相談に対応できる機器のオプションであるとか、そういった様々なバリエーションを保有して評価などで活用できるということが、単に展示しているという機能よりは重要であろうと考えております。

こちらは相談の実績になりますけれども、令和2年度はOT1人で対応した実績になりまして、令和3年度はOT・PT2名で対応しております。

状況を想定した仕込みというか準備というか、そういったことに時間がかかりますので、また、支援の質を維持するためには、この辺りの実績数になってくるのが例年の状況になっております。件数の妥当性については、宮城県さんの方で実施している状況と比較していただければと思います。

それから対応の実績でございますけれども、介護保険対象疾患以外の疾患の状態像の方がほとんどになります。

コミュニケーションの支援も、障害福祉課さんの方から委託を受けて実施しているのですけれども、ALS以外の相談が最近では増加しております。以前はほとんどがALSの方でしたが、最近では県北の方ですと呼吸器の装着を選択されない方も多くなっておりまして、実態としてはその前段階の環境制御機能であったり、ベッドの操作、それからテレビ視聴とか動画を見たりとかですね、あとは家族への連絡方法などを求めるニーズが多くなっております。最近ですとタブレット端末とかですね、スマートスピーカーと言われるもの、そういったスマートデバイスの導入活用も多くなっている印象がございます。

これは圏域別であるとか対応用具になりますけれども、アウトリーチで行う支援になりますので、やはり顔の見える関係性がどうしても必要になります。従って、結果的に県北中心の支援となっております。対応用具につきましては、先ほど相談機能のところでも若干説明しました通り、この辺りの用具に凝縮されるのだと思います。車椅子関連、情報通信機器、情報通信に関する機器、それから移乗機器に関することで7、8割を占めるような格好になります。

個々のニーズの判断であったり、評価であったり、適合という部分が地域で担えていない部分でもあって、ここに特化して専門的な技術提供をしているということでございます。

具体的などころで1事例御紹介させていただきたいと思っております。

会長の出江先生であったり、先ほど御報告いただきました西嶋先生はよく御存知のケースかと存じますけれども、退院後の支援に介入させていただいて、丁度2年ちょっと経過しております。

この写真は、退院2日後に訪問した様子で、課題について様々な聞き取りや簡単な身体的な評価をさせていただいたケースになります。

御家族の求めと必要なこと、それらの合意目標を得て、介入してから3ヶ月後に各種機器を導入しまし

て、解決に至ったということになります。

御本人さんは、30代の男性で体重が180キロあり、脳血管障害で知的障害、自閉的な傾向があるということで、体重もあって、こういった機器が必要になるだろうということで、第一段階の目標として導入した例でございます。

リフトの導入と同時に、体型に合った車椅子も選びまして、発症半年後に初めて車椅子に乗車しました。取扱いメーカーとか卸業者さんとの専門性との繋がりとかネットワークづくりが必要になります。

ちなみに、車椅子の座幅が75cmありまして、耐荷重200kgの高度肥満の方用の車椅子を導入しました。

これらの車椅子の乗車であったりとかリフトを使った移乗にも慣れてきますと、結果的に活動性が高まることで、体重の減少も順調になりまして入浴も可能となります。

浴槽は、農業用の業務用の桶なのですが、それを準備して、2年ぶりに入浴ができたという時の写真でございます。

その後、通所のサービスの利用なども検討し、実現ができました。福祉車両が、特殊な車椅子になるので少し苦労したところはあるのですが、スムーズに実現できたということになります。

それから、家族のケアでの改善が、こういった道具を使った生活の中で、活動性を上げていくというアプローチの部分が段々プラトーに近づきまして、積極的なリハの必要性が高まりました。

プログラムを実施するに当たって、訪問のリハ職の方と、端坐位が取れるような椅子であるとか手すり、そういった準備物であったり、プログラムの意見交換などを行いました。

リハの介入前よりフォーレの抜去を提案していたのですが、なかなか採用されず、案の定その後尿路感染を起こし、救急搬送されるという結果になりまして、2回目の搬送でやっと泌尿器の専門医に繋がり抜去することができました。

リハビリがどんどん進み、最終的には電動車椅子の支給にも至りました。

自閉症ということもあり、元々ドライブが大好きな方でしたので、電動車椅子の操作というのは感覚刺激が本人にとってはとても取り組みやすい課題設定となり、操作ルールの枠組みを設定すると、忠実にこなしてどんどん上達していきます。

現在は、介助で立位も取れるようになりました。こういったICFでいう環境因子に働きかけて、活動参加に働きかけることで、心身機能にも結果的にプラスの影響を及ぼしたという事例になります。

現在では、心身機能に直接的に働きかけることも可能になり、最近では御家族の方で、通院のこともありますので、福祉車両も準備して、春からは外来のリハも検討している状況にまで至ったという事例でございます。

最後まとめになりますけれども、これらの支援を通して見えている課題、一つ目としましては、やはり専門医の繋がりということで、先ほどの西嶋先生のお話、知的障害の部分重複するのですが、まずは通院が困難な場合、往診医が主治医となることが多いです。往診医の専門性によって、その専門科医の受診にハードルが生じる場合が若干あるということで、そこで現場では少し苦労する部分がございます。

それから、支援プロセスの中で、今回のケースについても通院手段を解決することも、将来的には重要になってくるということもございました。

リハビリテーションが提供する機能でございますけれども、退院後の支援方針は傾向として、人的サービスで最近どうもパッケージ化されていて、環境整備という部分が十分行われていないというふうにな

し感じております。特に、車椅子であるとか、電動車椅子、移乗機器、コミュニケーション支援という部分は少し弱いのかなと思います。

特に電動車椅子などの必要性や適用については、利用者本人や家族自らが考えられる人はほとんどいなくて、やはり専門の支援者が提案しないと、なかなか入手も活用もできないだろうというふうに思います。

それから、介護保険対応のサービス以外の自立支援に資する色々な制度であったり取り組みという部分ですね、補装具であったり労災補償制度であったり。ここで言う住宅改修とは、介護保険の軽微な改修ではなくて少し大掛かりな、先を見通した改修になるのですけれども、そういったことであるとか、就労を見据えた取り組みであるとか、教育現場に生かす目標であったり、その辺はかなり計画的に行わないと入院期間中に到達可能ゴールを達成できないという部分があります。

また、一旦在宅サービスの提供が始まると、なかなかサービスプランを変更することが難しくなる傾向がございます。

それからもう一つは、資源数以外の問題も、地方の方ですと散見されるようなことも起きます。地域でのリハビリテーションになりますと、身体的なアプローチが主で、計画的に環境調整支援を行っていくアプローチは内容的に難しい部分がございます。フィッティング技術であったり、機器そのものの知識が十分に育っているかなというところ、なかなか難しいところがございます。

最後になりますけれども、サービスの狭間への支援の必要性ということで、障害者の福祉用具等の環境調整は制度が複雑で、適切なソーシャルワークが必要だと感じております。単に問題解決をするというだけではなくて、長期的に伴走するようなニーズを育てていく生活支援を行うことが必要になってくるというふうに感じております。

予後予測をしながら判断していくこと、家族にそれを説明して合意してもらっておくというのが非常に重要になります。

それから、補装具・日常生活用具ですけれども、先ほども補装具のお話がありましたけれども、申請時にはニーズと使用用具がはっきりしていることが必要になります。支給対象になる人と必要な物を予め一致させておかないと判定にはならないので、補装具判定の前後の介入という部分での支援がとても大切であるということです。後の方については、使い続けていくための支給後のフォローアップが必要ということになります。

それから進行性の疾患になりますけれども、上肢装具であるとかコミュニケーション機器は使用できる期間が短い部分があります。支給までの期間を要するために、さらに使用できる期間が短くなっていくので、この部分についても対象になる方は時間が限られている方々ですので、何らかの有効に使えるような対応が必要なのではないかなというふうに感じているところでございます。

報告は以上になります。御静聴ありがとうございました。

## 出江会長

どうもありがとうございました。

支援の状況、そして見えてきた課題ということで、非常にこれも深い話だったと思います。

事業実施から見えてきた課題につきましては、先ほどのリハビリテーション支援センターからの報告とも関連する点がありまして、県全体としての課題であるというふうに再認識できたかと思います。

ただいまの御報告に対して御意見・御質問がありましたらお願いいたします。

皆さんが考えている間に私から一つということで、やはり ALS が多いんですね。これは、宮城県の特徴でもあるのでしょうか。後で他県のリハビリの支援についての比較調査が出てきますけれども、もしわかる範囲でよければよろしく申し上げます。

### 事務局（大場副所長）

こちらで支援している ALS の方は、やはりコミュニケーション支援として相談が上がってくるケースが多いのですが、最近の傾向としては県北ですと、意思疎通のためのコミュニケーション機器を導入してそこを支援して欲しいという方は、最近は非常に少なくなってきました。むしろ、移動・移乗等福祉機器について、ALS の方の日常生活上の課題、それから、それができなくなって環境制御をしないといけない、例えば、お1人で暮らしているの、ベッドの上げ下げであるとか、緊急時に看護師さんと呼んだりという外部とのコミュニケーションと言いますか、緊急連絡という部分を確保しないといけないような相談などが上がってきております。

### 出江会長

どうもありがとうございます。今日のお話の中でも、環境整備の重要性を強調されていたと思います。

委員の先生方どうぞ御質問・御意見お願いします。

小野寺委員お願いいたします。

### 小野寺委員

ケアマネ協会の栗原支部の小野寺です。

先生方今日はどうもありがとうございます。

今の説明の部分で、「リハビリテーションが提供する機能」の1-②のところなのですが、**「在宅サービスの提供が始まると機能改善や活動改善に向けたプラン変更が難しくなる傾向がある」というところなのですが、ケアマネジャーであれば、状態が変化したときには、随時またアセスメントして課題を抽出しながらということで、調整をかけていくところはあるのですが、このプラン変更が難しくなる傾向というのは具体的にどういったところなのかを教えてください。**

### 事務局（大場副所長）

介護保険のサービスは、どちらかというとやはり人的なサービスで、ある程度、その地域の場合のパターンと言いますか、支援に入っていると何か決まっている部分があつてですね。悪化していくケースの場合には、サービスをプラスする部分は非常にスムーズなのですが、減らしていくとか、別の種別のもになっていたり、減少させていった方が本人のためになったり、あとは制度ですね、補装具の制度を使って自立してもらったりとか、労災制度を使って入手したりという部分になると、人的サービスというよりも、物的環境で自立していただいた方が、本人にとってメリットがあるだろうという部分が、なかなか一旦サービスが固まってしまうと、非常に苦勞する部分があります。

その原因は、やはり私が感じている部分は、介護保険で言えば保険者である市町村、障害福祉サービスであれば、支給決定をする市町村での介入という基盤が、少なくなっていて、中立的な判断という

ことが非常に難しくなっている印象を持っております。

#### 小野寺委員

わかりました，ありがとうございます。

#### 出江会長

どうもありがとうございます。

他の委員の先生方がでしょうか。

大貫委員お願いします。

#### 大貫委員

大場さん貴重なお話ありがとうございました。

資料の中にあった，進行性の疾患に対する福祉用具の給付が追いつかないというところで，やはりタイムリーな支援をしたいと思っても，なかなか福祉用具だとか自立支援のための上肢の支援機器とかなくて支援ができないという時に，現在はどのようにしているか教えていただけますか。

#### 事務局（大場副所長）

例えば，神経難病の方の上肢装具 BFO ですね，そういったものになると，ALS の方ですと上肢の機能低下が非常に早いもので，相談が上がってきて介入した頃には，すぐに使った方が長く ADL の食事の動作の部分を維持できるだろうなと思っても，そこから申請をして判定を受けて，給付決定されてそこから発注をしてとなると，2ヶ月とか経過してしまうんですね。そうすると，2～3ヶ月後に納品された時にはもう使えないというか，もう腕が上がらないという状態になってしまったりすることが度々ありまして，私達はある程度その道具を何点か準備して，その時の判断で今使った方がいいだろうと，本人がそれをデモした段階で非常に有効だということであれば，中長期で少しお貸ししたりというような対応をします。

制度で申請するとなると2～3ヶ月となりますので，その間は自己負担でレンタルしてもらうような調整を事業所さん，メーカーさんの方として提案したりということをしております。その提案に対して合意が得られれば，ある程度制度の部分はゆっくりでも対応できるのですけれども，やはり経済的に難しい場合もありますので，そういった場合は，何とか今あるもので組み合わせたりして，準備をしておるところでございます。

#### 出江会長

どうもありがとうございます。

難しい判断ですよ。他はいかがでしょうか。

皆さんが考えている間にもう一つ教えていただきたいので，よろしいでしょうか。

Cの「サービスの狭間への支援の必要性」の1-①のところに書かれている「長期的にニーズを育て生活支援を行う」ということで，ニーズを育てるというのが非常に印象に残った言葉なのですが，もう少し教えていただけますか。

## 事務局（大場副所長）

阿部先生にお答えしていただいた方がよろしいのかもしれませんが、どうしても介護保険のサービスや色々なサービス、問題解決型のサービスで相談に介入した時には、その課題に対して、皆さんでチームを組んで解決をするという流れにはなると思うのですけれども、やはり利用者さんの生活というのは長期で続くものですから、ライフステージ毎で、ニーズが変わっていくべきですし、そこもある程度、家族に要所所で「今後、このようになってきたらこうしましょうね」とか、「10年後、こういうふうになるかもしれないので、こういう準備を予め考えていく、頭に入れておくことも必要ですよ」というのを折に触れてお話をしていくということがスムーズだなと。私達の支援は結構長い方が多くて、先ほどの事例ももう2年ちょっとの支援になります。長い人ですと、20年ぐらいの支援を未だに続けている方もいらっしゃいますので、そういう意味では、その時その時の問題解決をするということと、やはり長期的に伴走型の支援といえますか、これは両輪なのだろうなと思っています。

その支援の基盤が、最近の制度の部分で希薄になってきているのではないかなという、ずっと長期で見ている核になる人が地域にいなくなっているという印象があります。

## 出江会長

よくわかりました、ありがとうございます。

今阿部先生に、ということで、阿部委員から何かコメントございますか。

## 阿部委員

的確に答えられるものではないかもしれませんが、多分、支援ということで関わりながら、様々な選択肢ということ、御本人に気づいていただくというのは凄く大事なことだと思います。

それぞれの障害によって、将来展望も含めて、悩みが多い・困ったことが多い時に、支援される方が選択し、好事例とともに示すことが大事だというようなことなのかと思ってお聞きしていました。

よろしいでしょうか。

## 出江会長

コメントありがとうございます。

あと一つぐらいお時間ありますが、いかがでしょうか。

落合委員お願いいたします。

## 落合委員

すみません。私介護研修センターのスタンスがちょっとよくわかっていなくて、どういう形でどのような方から相談を受けるのかということと、アウトプットが個々の患者さんに返していくのか、それとはまた別に、例えば市町村等の依頼から来て、市町村に返していくのかというところのインプットとアウトプットの部分が、この研修センターの立ち位置がちょっとよくわからないので、御説明をいただけると大変ありがたいです。

### 事務局（大場副所長）

インプット部分の相談、まずどこからという部分なのですが、冒頭の方でお話しました、介護実習普及センターという県から委託を受けて運営している施設になるのですが、そこで福祉用具等の相談事業を実施することになっております。一般県民の方からの相談に対応することも要綱上は可能となっております、突然こちらの方に御家族が来て「福祉用具の相談あるのですが」というような介入の仕方もありますし様々です。病院から相談がある場合もありますし、市町村から相談がある場合もあるのですが、返す先は基本的には、アウトプットは利用者さんの課題解決というスタンスで事業を進めているという格好になります。質問の答えになっているかどうか、ちょっと十分ではないのですが、

### 落合委員

あともう1点よろしいでしょうか。

地域支援の実績が施設の立地に関係するとおっしゃっていましたが、大分、県の北寄りといいますが、偏っていると思うのですが、県南の方が御希望された時はどんな形で対応していただけるのでしょうか。

### 事務局（大場副所長）

電話1本で対応します。

### 落合委員

もう1点よければ、リハビリテーション支援センターとの関わりというのはどんな形に、あまり関係なくそれぞれが独立していらっしゃるのか。多分同じようなニーズというのは、リハビリテーション支援センターの方にも行っていると思うのですが、どういう切り分けがあるのかなど、その辺も教えていただければありがたいです。

### 事務局（大場副所長）

西嶋先生の方からも御報告ありましたけれども、私達も同じように手帳の必要性があれば、必要に応じて先生の方に相談して、手帳の等級変更をお願いしたり、そういった場面でアドバイスをいただいたりというような繋がりと言いますか、協力をいただいて支援を進めている場合もありますし、基本的にこちらとしては依頼があれば、病院の方にもお伺いしますし、在宅の方にもお伺いするというスタンスでやっております。

棲み分けは特に、あとは、一次・二次・三次という体制がありますけれども、私達のスタンスとしては、あまりそこにこだわりは持っていないくて、保健福祉事務所さんからの相談があればそれに対応しますし、直接一次の市町村から相談があれば、その内容に対応するということがありますので、二次とか一次からしか受けないとか、そういうルールは特に決めていないくて、お困り事があれば対応するということで、仕事を進めておるところです。

### 落合委員



わかりました，ありがとうございました。

## 出江会長

どうもありがとうございました。

それでは続きまして報告の（３）障害児者に対する支援体制に係る都道府県全国調査結果について，御説明をお願いいたします。

### （３）障害児者に対する支援体制に係る都道府県全国調査結果について

#### 事務局（大森課長）

宮城県障害福祉課でございます。

私の方からは，報告（３）を御説明させていただきます。

資料右上に資料３というものがございます。こちらを御覧ください。

県では，昨年度本協議会において御承認いただいた地域リハビリテーション推進強化事業の事業方針に基づき，障害児者に係るリハビリテーションサービスの充実に向けた取組を推進しているところでございます。

事業方針につきましては，資料の下の方に表がございまして，その中の手段というところがございます通り「相談支援」「機能強化」「人材育成」そして「普及啓発」これらを４つの手段として掲げ，特に相談支援体制の充実・強化や障害福祉サービス等の質を向上させる取組を行っているところでございます。

しかしながら，先ほどのリハビリテーション支援センター・介護研修センターからの報告にもありました通り，障害児者の支援体制については，様々多くの課題が残されているというふうに認識しております。

そこで今回，他の都道府県においても，当県と同様の課題を持たれているのか，また，それらの課題解決に向けて，どういう取組を行っているのかを把握し，今後の施策を検討する上での参考とするため，全国調査を実施いたしました。

調査概要については，資料の１ページ目の上段にある通りでございます。

調査項目は４番でございます。（１）から（３）までということで，（１）が「障害児者リハビリテーションに関する医療提供体制」，（２）が「障害福祉サービス事業所でのリハビリテーション実施の状況」，（３）が「障害児者を対象とした地域リハビリテーションの推進」，この３点について調査をさせていただきました。

６番のところでは回答都道府県数というところがございます。回答がありました３９の都道府県の調査結果を取りまとめましたので，これから御報告をさせていただきます。

それでは資料の２ページ目を御覧ください。まずは，医療提供体制についてでございます。

本日，参考資料１という資料をお配りさせていただいておりますが，リハビリテーション関連統計資料，リハビリテーション支援センターで整理していただいているものですが，こちらの方で，県内の医療機関数や障害福祉サービス，専門職の数字については，共有しておるところでございます。

ただ，医療提供体制につきましては，これまでも移行期医療や，地域における医療機関・医師の不足，地域偏在等が課題として挙げられてきておりますので，宮城県と他の都道府県の状況を比較するために，

1-1そして1-2の通り「障害児（者）リハビリテーション料の診療報酬基準を取得している医療機関数」そして「リハビリテーション科（主たる）に従事する医師数」について調査をいたしました。

回答が得られなかった都道府県分については、医療機関数は各地方厚生局で公表している「届出受理医療機関名簿」から、医師数については厚生労働省で公表している「平成30年度医師・歯科医師・薬剤師統計」から数値を把握しております。そのため、47都道府県での比較となっております。それぞれ、医療機関数及び医師数を基に人口10万人当たりの数を算出し、都道府県別の順位を記載しております。

まず、1-1の障害児（者）リハビリテーション料の診療報酬基準を取得している医療機関数でございますが、宮城県では5ヶ所ということでございます。

宮城病院、こども病院、仙台エコー医療療育センター、仙台西多賀病院、そしてリハビリテーション支援センター附属診療所ということでございます。

10万人当たりの医療機関数で算出しますと0.22、全国平均の数字を出すと0.34ということで、これは下回っております。都道府県別での順位をつけると、40位というような状況となっております。

医療機関数としては、宮城県以外にも1桁台の自治体が多くて、全国的にも少ない状況となっております。

一方で、1-2の医師数につきましては、リハビリテーション科（主たる）に従事する医師数でございますが、宮城県は61人、人口10万人当たりの医師数に算出しますと2.65ということで、こちらが全国平均の2.14を上回っております。都道府県別に順位をつけると、12位というような状況になっているところでございます。

全国の状況につきましては、小さい表で少し見にくいのですが、参考までにつけておりますので、御覧いただければと思います。

続きまして資料の3ページをご覧ください。

1-3といたしまして、障害児者に対する医療提供体制の課題についてまとめております。

調査の際には、回答1から5番までの該当項目を設定いたしました。39のうち、ここに回答いただいたのが17都道府県ということで、それ以外の都道府県は無回答という形になっております。n値17ということではありますが、既に医療提供体制が十分確立されて問題がないと答えたところは一つもなく、1番「脊髄損傷や脳性麻痺等長期的な障害管理を行う医療機関が少ない、偏在している」というところが一番多くて8、同じく4番「障害者が生活する地域において障害に関する主治医が持てるような体制となっていない」が8という回答でございます。

続いて2の「障害児から障害者への円滑な移行期医療が未整備」が7というような形で回答になっております。

6番の「その他」は全体で9ございまして、その他の内容というところで記載させていただいておりますが、我々がこの照会をかけた障害福祉担当課・医療政策担当課ともに「そもそも課題を把握できていない・課題として検討したことがない」という回答もありまして、全国的に障害児者のリハビリテーションに関する医療提供体制整備は、取り組みが進んでいない状況なのかなと改めて確認ができたところでございます。

なお、回答番号に青色で色付けをしているところが、宮城県としてはここに丸をつけて回答していますというところで、以降もそのような形になっておりますので、御了解いただければと思います。

そのような中で、障害児者に対する医療提供体制整備に向けた具体的な取組を行っている都道府県もございましたので、1-4というところを御覧ください。

主な取組といたしましては、上から3つ目の石川県でございますが、県のリハビリテーション支援センターが主催する、二次医療圏ごとに医療機関や相談支援事業所等で実施する在宅リハビリテーション検討会、また、その次の岐阜県においては、重症心身障害看護人材育成研修、小児在宅移行支援看護人材育成等による障害児者に対応できる人材育成の取組、また、その下の京都府においては、脳血管疾患、運動器で施設基準を取得している小児科のある医療機関を対象とした、小児リハ体制を充実するための人材育成などを実施しているという回答がございました。

取り組んでいるという御回答をいただいた数は少ないものの、支援者の人材育成や関係機関によるリハビリテーション検討会などを行っているという内容でございました。

続きまして、資料4ページをお開きください。

こちらは、(2)になりますが、「障害福祉サービス事業所でのリハビリテーション実施の状況」についてということでございます。

昨年度の本協議会においても、事業所におけるリハビリテーション専門職の配置状況について御質問をいただいたところでございますが、他県の把握状況、また他県において、事業所におけるリハビリテーションの課題についてどのように認識しているか、こういった点を伺いました。

なお、この設問におけるリハビリテーションにつきましては、事業所の種別は問わずに、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士らの有資格者が計画して行う理学療法・作業療法・言語療法その他必要な支援を言うものとして調査を行ったものでございます。

まず2-1「事業所におけるリハビリテーションの提供状況」と2-2「事業所におけるリハビリテーション専門職の配置状況」についてでございます。

いずれも「正確には把握していない」もしくは「把握していない」という回答が9割近くでほとんどというところでございます。

その中でも「把握している」と答えた自治体の具体的な方法としては、事業者管理システム等を活用した数値的な面からの把握ということで、実際に適切なリハビリテーションが提供されているのか等、質的な面からの把握には至っていないのではないかと推察しております。

なお、宮城県における状況でございますが、事前配付ができず申し訳なかったのですが、宮城県内の状況を掲載させていただいております。まず、リハビリテーション専門職の配置が義務づけられている自立訓練（機能訓練）の事業所は6事業所でございます。そのほか、リハビリテーション加算を取得している生活介護事業所というのが、我々の方で拾わせていただいて、サービスそのものを提供している生活介護が182ほどあるのですが、その中でリハ加算を取得している事業所の数が14という数字でございます。内訳は、仙台4、仙台圏域3、栗原3、気仙沼3というのを集計したものでございます。

この14のうちの7事業所でございますが、こちらについては下の3番に書いているところです。入所施設の日中支援として行っている生活介護で、リハ加算を取っているところが7つあると。14の内数でございますが、こういった数字は把握しておりますので、本日御報告をさせていただきます。

その把握方法について、他県の例だと石川県では、機能訓練事業所が参加する県リハビリテーション支援センターの相談支援及び勉強会を通して、聞き取りによってリハビリテーションの実施状況を把握しているという御報告もございました。

続きまして2-3「自立訓練事業所の数及び定員数」についてでございます。

機能訓練の事業所につきましては、宮城県において6ヶ所ということで、10万人当たりの事業所数で算出しますと0.26ということになりまして、全国の0.30を下回っておりますが、県別で並べると14位ということでございます。

定員数につきましては88人、10万人当たりで算出すると3.82ということで、全国平均の4.67を下回っております。県別で並べると17位というところでございます。

宮城県においては、機能訓練事業所が仙台市内に集中しているという部分もございます。県全体としてのサービスの提供体制については、課題があるというふうに認識をしているところでございます。

一方、生活訓練事業所につきましては、県内25ヶ所ございます。10万人当たりで算出すると1.09、全国平均の0.92を上回っております。県別で並べると20位というところでございます。

定員数は399人、10万人当たりは17.33ということで、これも全国の平均12.09を上回り、県別では15位ということでございますので、機能訓練事業所に比べると事業所数・定員数ともに多い傾向であることがわかるというところでございます。

続きまして資料の5ページをご覧ください。

2-4「事業所におけるリハビリテーションの課題」についてでございます。

こちらについては5項目の課題を設定し、27の都道府県から回答いただいております。複数回答でございます。

最も回答が多かったのが5番でございます「自立訓練を行う事業所が少ない、偏在している」、16ということで、半数以上がこちらを課題として認識しているところでございますが、そのほか、1番「専門職の配置がなされていない事業所が多い」3番「リハビリテーションを提供する上での連携・相談先がない、わからない事業所が多い」、こういったところが7自治体、6自治体という形で回答が多い結果となりました。

また、6番「その他」というところの内容にも記載しておりますが、「課題を把握できていない」という回答も挙げられた中で、「医療機関からの退院時に、リハビリテーション専門職がいる機能訓練事業所に継続リハとして繋がるケースが少ない」との課題認識もあり、これは先ほどの報告にも関連する部分があつて、当県においても同様の課題かと考えているところでございます。

全国的に課題としては様々認識しているものの、医療提供体制の整備と同様に、事業所におけるリハビリテーションの促進に向けて、具体的な取組を行っている自治体はまだまだ少ない状況なのかと考えております。

その中で、具体的な取組として回答いただいた内容といたしましては、事業所職員を対象とした勉強会や研修会を挙げられているケースが多いようございます。また、当県で行っているリハビリテーション相談のような、事業所に対する訪問・相談支援を行っている自治体もございます。さらには、障害福祉サービス事業所だけではなく、保健・医療・福祉・教育・労働など、障害児者のリハビリテーションに関わる支援機関を対象とした各種研修会、事例検討会、情報交換会を行っている自治体もあるようございます。

続いて6ページを御覧ください。

最後に3番として「障害児者を対象とした地域リハビリテーションの推進」についてでございます。

日本リハビリテーション病院・施設協会において、地域リハビリテーションの定義でございますが「障

害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う」という定義とされており。

また、厚生労働省から「地域リハビリテーション推進のための指針」が示されているところではございますが、障害児者の地域リハビリテーション推進に関して、他の都道府県での状況を把握すべく、調査を行ったところでございます。

まず、3-1、3-2にございます通り、障害児者に対する地域リハビリテーション事業の実施状況と、実施している場合の内容について伺いました。

障害児者を対象とした地域リハ事業を明確に取り組んでいるというのは選択肢の1と2が該当するわけですが、こちらは全体のうちの3割、合わせて11自治体という回答でございます。逆に、4番でございますが、高齢者を対象とした事業を実施していて、障害児者を対象としていないという回答が14自治体、約36%あったということでございます。

その内容について3-2に記載しておりますが、研修会や事例検討会等の開催による人材育成、相談対応が主なものということになっております。

続きまして、3-3「地域包括ケアシステムにおける障害児者に対する地域リハビリテーション位置付け」についてでございます。

こちらについては、番号が1、2、5となっていて恐縮なのですが、1番「位置付けが不明確もしくはあいまいである」または5となっておりますが「無回答」と書いてありますが、無回答であった自治体にその内容を確認した結果、事業として取り組んでないとか、検討をしたことがないという回答でございましたので、この1と5を足すと全体の約8割という状況でございました。

各都道府県において、地域包括ケアシステムと障害児者に対する地域リハビリテーションの位置付けの整理というところが、少しあいまいな状況なのかなというところでございます。

資料7ページをご覧ください。

3-4「障害児者に対する地域リハの課題」でございます。

調査時においては、6項目の回答設定をしまして、22の都道府県から回答をいただいております。

この中で6番「財源確保の問題や、地域リハ業務に関する業務担当所属が異なるなどで、十分な取組が行われていない」というのが最も多くて、複数回答ではございますが12自治体になります。続いて2番の「リハビリテーション支援を行う関係機関同士の連携が不十分」が10、そして3番で「障害者のニーズ把握が不十分で、必要な支援が行われていない」が9ということで、こちらの3点が主に課題として掲載されているものと整理しております。

次の設問にも関連いたしますが、いずれも課題として認識しているものの、なかなか具体的な施策や方向性について明確化が十分されていないという状況かと把握しております。

3-5「今後の地域リハビリテーションの推進の方向性」を御覧ください。

全体の約3割の都道府県から御回答をいただいたところでございますが、内容を大まかに整理いたしますと、関係機関の連携・強化というものを掲げているほか、当県のように、事業所に対する相談支援や研修会の実施を検討している自治体がございました。

さらには、障害児者に留まらず、高齢者も含め、保健・医療・福祉・教育・労働などの総合的なリハビ

リハビリテーション提供体制の充実に向けた取組を推進している自治体もあるようでございます。

本県においては、県のリハビリテーション支援センター、保健福祉事務所、そして介護研修センターとの連携のもと、相談事例の蓄積と情報共有を図りながら、障害児者に対する支援力強化に取り組むことと考えているところでございます。

8ページを御覧ください。

最後の設問ということで、障害児者に対するリハビリテーション施策を協議する場があるかないか、ということ聞いております。

回答1番の通り、附属機関の協議会を設けて協議しているのは当県を含めて3自治体のみということになっております。

4番で「特に協議の場を設けていない」という自治体が29ということで全体の7割以上ということでございます。

これらの結果からも本県のような、こういった協議の場が設けられているということは非常に貴重な機会であるものと認識しております。

今後も委員の皆様から様々な御意見をいただき、障害児者のリハビリテーション推進に向けた取組を進めて参りたいと考えておりますので、引き続き御協力・御支援のほどよろしくお願いいたします。

説明については以上でございます。

## 出江会長

御説明くださりましてありがとうございます。

今、事務局の方から「障害児者に対する支援体制に係る都道府県全国調査結果」について御説明いただきました。

この後の意見交換に関連しますが、3つあります、1つ目は「障害児者リハビリテーションに関する医療提供体制」2つ目は「障害福祉サービス事業所のリハビリテーションの実施状況」、3つ目は「障害児者に対する地域リハビリテーションの推進」についてです。

ただいまの御報告に対して御意見・御質問がありましたらお願いいたします。

渡邊裕志委員お願いいたします。

## 渡邊委員

仙台リハビリテーション病院の渡邊でございます。

まず、県内障害児者に対するリハビリテーション料を算定できる医療機関が5機関ということでしたけれども、これが少ないか多いかちょっとわかりませんが、いずれにしても、障害児者リハビリを算定できる要件があつて、これは、県内ではこれしかおそらくない、できないと。

算定できる施設の条件のまず一つとして、ちょっと難しいことを言いますが、児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設、これは、宮城県では多分仙台エコー医療療育センターが該当すると思いますが、まずこれが一つ。

2番目として、児童福祉法第6条2の2に規定する指定発達支援医療機関、これが昔の国立病院、今の国立病院機構の宮城病院とか、西多賀病院とか、そういった所かと思えます。あとは、拓桃からの流れを汲むこども病院と。

最後が、外来でリハビリを行っている患者のうち8割以上が障害児である医療機関ということですので、例えば、私どもの病院がやりますよと手を挙げるわけにはいかないということになっているので、結局5つに限定されて、ここ数年増えていないという現状だと思います。

障害児者リハビリで算定できない場合に、どのようにして私の病院が、障害児が障害者になったりした場合にお手伝いできるか、担当できるかということですが、障害児者で算定できないので、無理矢理、疾患別の脳血管障害リハで算定するということかと思いますが、現状では先ほどどなたかおっしゃっていましたが、医療保険でのリハビリも短く短くという時代で、なかなか外来で長期間慢性期を担当するというのが難しいので、そこをどうクリアするか、あと、整合性を保つかということかと思えますので、ちょっとそこが難しいところです。

今、私も何人かこども病院から依頼されて外来でやっておりますけれども、その時には脳血管のリハで、いつ査定されるかもしれないと思いながらやっているという現状ですので、ちょっとその辺の国の施策との絡みがあって、すぐに一般のリハビリをやっている医療機関が手を挙げられない事情があるというふうに思います。でも、何とか私どもも社会のニーズがありますので、担当したいと思っておりますけれども、ちょっとその辺りが難しい現状があるということをお報告したいというふうに思います。

以上です。

## 出江会長

重要な問題提起をありがとうございます。

続きまして、阿部委員からお願いいたします。

## 阿部委員

私は自立訓練事業の機能訓練についてなんですけれども、仙台市内6ヶ所のうちの3ヶ所が、多分私が知っているところだと思うのですが、なかなか利用者さんが増えないというようなことで、例えば脳血管疾患などを含めて、介護保険の16疾病、第2号被保険者になられる場合の方も多いわけですから、障害福祉の領域の機能訓練の選択肢ということでは、どのくらい周知されているものなのかということで、皆さんに教えていただきたいと思いました。

40歳から64歳までの方で、介護保険を受けることができる方、その方々が障害福祉のこのような機能訓練を受けるように繋がる道筋は十分にあるのかどうかということで、ちょっと教えていただきたいと思いました。

なかなか利用者が増えないという現状がありますし、これは宮城県内だけではないような気もするので、その辺について何かあれば教えていただきたいと思いました。

## 出江会長

どうもありがとうございます。

大森課長本件についてはいかがでしょうか。

## 事務局（大森課長）

すみません、今御指摘いただいた部分を、今の時点で私把握していないものですから、例えば西嶋先生

何かわかるような部分があれば、お話していただくと大変ありがたいのですが、西嶋先生いかがですか。

#### **事務局（西嶋保健福祉部技術副参事兼技術次長）**

啓発はしてはいるのですが、そこに患者さんと言いますか、当事者の方を斡旋することがなかなか上手くいっていない、ケアマネさんとかが上手くそこに人を送り込めていない、という課題かと思われまます。

#### **阿部委員**

ありがとうございます。

私達もそう思っているところもありまして、もっと周知・広報をしっかりしていく必要があるのかなと思っています。

と言いますのは、これは総合支援法の3年の見直しが今なされているところで、この位置付けというのがとても大事であろうかと思ひますし、また、機能訓練から就労に繋がるということももう一つ議論されているところだと思ひます。

そのようなことで大事な事業なんだけれども、なかなか周知ができていないという現状についてお話させていただいたところでした。

#### **出江会長**

どうもありがとうございます。

どうぞ、伊藤委員お願いします。

#### **伊藤委員**

先ほど阿部委員から、自立訓練のお話がありまして、私も阿部会長の法人で、自立訓練を経験した一人としてお話をさせていただきます。

先ほど私の発言でも申しました通り、やはりこういった制度が色々あって、利用されたい方がいらっしゃると思うのですが、やはり一度社会参加したり就労したりすると、こういう制度があってもなかなか使いにくいなど、例えば急性期の方ですと病院からの紹介で、自立訓練の関わりをするのでありますが、やはり慢性期の方で、社会参加・就労したりすると、例えば土曜日の自立訓練の機会もあると思うのですが、やはり仕事の終わった週末ですので、休みに当てたいといった感じで、なかなかその取っ掛かりが難しいかなというのを、周りの方に多く伺っても感じているところです。

ですので、これはちょっと理想論かもしれないのですが、やはりある程度身体メンテナンスができるうちに、週に1回とか2回でも、まず相談だけでもいいので、自分の個別支援計画の辺りも載せていただいて、長期的に自分の身体と、社会参加のバランスを取れたアセスメントをしていただければありがたいなと思ひています。

多分、その制度を御存知の方、あとは自立訓練、これは資料にもあったかと思うのですが、やはり地域的な偏在とか、延長ができるという話でも、原則1年半というモデルで、ではその次をどうするか。



例えば、40代前半とかで自立訓練を利用してしまうと、じゃあ次はまた自立訓練というわけにはいかないので、次はどうしようかという話になったり、私自身は、今は自立訓練から生活介護に結んでいただきましたけど、例えば生活介護も、就労していると原則的には利用ができないということを仙台市から言われたりして、多分色々なハードルとかネックがあると思うんですね。

ですので、後輩へ説明しても、どの段階で自立訓練をして、その後第1号被保険者なるまでに、きちんとリハビリを受けるためにはどういうルートを取れば良いのか、やはり相談支援事業所さんとかに相談してくださいね、といった話になるので、ぜひ関係者の方々には、その方の長期プラン・アセスメント・個別支援計画を立てながら、リハビリができるよう実践させていただければありがたいなと思っています。

## 出江会長

ありがとうございます。

伊藤委員の当事者の視点からの御意見ということで、それとも関連するのですが、リハビリテーション専門職の配置状況を十分把握してないとか、実施状況も把握していないというようなことが全国的にあるようですけれども、リハビリテーション専門職の委員の御意見を伺いたいのですが、渡邊好孝委員からまずよろしいですか、

## 渡邊副会長

渡邊です。

医療的ケア児とか障害児者に対するというところで、どちらかというところ、PT・OT・STというものは、どうしても病院等の医療系の施設というところで見がちなのですが、実際、一定年齢を超えた方になると、在宅そして福祉系のデイサービス等を利用されている方が最近多く見受けられるというのもあるのです。

そこに、我々PT・OT・STというものが、ほぼほぼあまり関与できていないという問題も、長い目で見た時の問題点としてもあるのかなと思って、お話を聞いていました。

共生社会というところの中で、福祉系と医療系、それが総合してリハビリテーションという言葉が使われてきているようなところもあるので、以前も申しましたけれども、リハビリテーションというものの考え方・広がりというところを現実的に合わせていかないと、実際の障害を持っていらっしゃる方、それから支えている家族、それからその地域というところで、我々が成す役割というのは、随分広がりもあるし、こちらも考え方を変えていかないといけない時代に来たのだなというふうに思っています。

それから情報と時間というのが、やはり進行性の障害を持たれた方もしくは長期的に支援の必要な方というので、情報と時間をタイムリーに使っていかないと、行動が間に合わないのもこれから沢山出てくるのだろうなというふうに思って聞いております。

## 出江会長

ありがとうございます。

OTの立場から大貫委員はいかがでしょうか。

## 大貫委員

会員がどこに所属しているかということとしては、宮城県作業療法士会では把握はしているのですが、多分利用する側として作業療法士がどこにいるかということは、なかなか外から見えづらいついところはあるかと思ひます。確か大崎保健所で、色んな施設にどんな OT・PT、役職のリハ職がいますという情報を取りまとめて冊子にしていられしたと思ひのですが、そういう感ひで、どこの施設にどういリハ職がいます、ということがわかるような冊子ですとか、情報としてまとめておく。そしてそれを提示できるということが必要なのかなと思ひました。

## 出江会長

ありがとうございます。

では、言語聴覚士の立場から、遠藤委員お願いします。

## 遠藤委員

よろしくおひねいします言語聴覚士の遠藤です。

まず、こういっった調査は全国的にやっていたいで本当にありがたいなと思ひます、ありがとうございます。

日本言語聴覚士協会で、全国の言語聴覚士がどういっ活動しているかといっのは、見るのですが、自治体の方から障害児者リハビリテーションに関してどのように取り組んでいるといっ、自治体の方からの意見を見たことがなくて、開けてみたら、どこの事業所に専門職がいるかいないかが把握できていないといっのが多いのだなといっのを見て、なるほどなといっふうにおひっていた次第です。

言語聴覚士の視点から見ると、言語聴覚障害を持っている子どもさんが利用できる、地域の施設が本当に少なくて、どこかの県から引っ越しをしてきて医療機関を探すのだけれども、医療機関でもなかなかリハビリをしてもらえなくて、といっのが凄く多いですね。県士会にそういっ間い合わせが来るのですが、こちらの方でもやっているところが多くなくて、といっのが現状かなといっふうにおひっています。

言語聴覚障害をお持ちのお子さん、発達障害も含めてですが、そういっお子さんの情報といっのを県と私達とで一っ緒に情報共有ができるのもっとありがたいかなといっふうにおひっていたいっ。

本当にこの調査自体が私としてはありがたいと思ひています。どうもありがとうございました。

## 4 意見交換

### 出江会長

そうですね、同感です。どうもありがとうございました。

それでは残り 10 分となりましたが、次第の意見交換に移りたいと思ひます。

3 点ございます。

医療提供体制について、それから実施状況について、そして推進についてといっことで、それぞれ障害児者のリハビリテーションに関することとございます。

時間の関係もありますので、1 個ずつではなくてもいいので、1 番についてこう思いつかですね、御意

見をいただければと思います。

まず、今日御発言いただけていない委員から伺っていてもよろしいでしょうか。

登米委員、御意見をいただけると幸いです。

### 登米委員

登米です。

いつも思うのですけれども、児から者へ移行する時の医療の受け渡しというところで、結構困難を伴うのではないかなと思うので、それをスムーズに行えるような、現時点では多分、大きくなっても小児科の先生がずっと御覧になられる、というところがあると思うんですね。

それをもう少しスムーズに流せるような、そういう方法を考えるべきではないかなというふうに思っています。以上です。

### 出江会長

どうも非常に端的に指摘してくださってありがとうございます。皆そう思っている、本当に重要な問題ですが、落合委員何かこれについてございますか。

### 落合委員

やはり御指摘の通りで、比較的例えば身体障害、単純な身体障害に関しては、そもそもこのリハビリテーションというだけではなくて、職業を持たれて自立の方向に進まれる方もそこそこ数が多いものですから、児童の時はリハビリを受けるのだけど、成人になられてからは定期的にリハビリに通っているわけでもない、というところはあるんですね。

ただし、重度の障害になってきますと話は別で、先ほど御指摘の通り小児科の先生が、例えば抗てんかん薬であるとか、あとは経管栄養剤の処方という形で役割をさせていただいて、それとともにリハビリテーションということも、割と付いて来やすいことはあるんですね。

しかしながら、成人の方で例えば、先天性の障害であるとか、幼児期から持ち越すような障害の方を受け入れてくれる内科医が少ないというのが現状ですね。

特に、脳性麻痺とかの神経疾患の場合ですと、成人の神経内科の先生達が受け持たれている患者さんと、いわゆる小児神経科の先生方が持たれている疾患が、大分様相が異なっているものですから、その辺で受け入れが難しく、正直申しますと、こども病院は小児専門病院ですのでちょっと難しいのですが、例えば一般病院の中の小児科の先生、一番代表的なのは東北大学でありますし、仙台赤十字病院とか、そういった小児科の充実している病院のところ、結局小児科の先生が成人になっても、持ち続けているというところが実はございます。

ですので、この辺の取組というのは、福祉側からも当然あってしかるべきだとは思いますが、医療側からも、今、いわゆる小児医療施設の中では、移行期医療というのが大変トピックスになっていまして、うちだけではなく全国的に今、小児病院から一般病院へ、という転換は進められているところではあるのですが、なかなかそういった事情もございますので、実を結ばないというのは今のところの現状ですが、こども病院としても、その辺の課題にできるだけ応えられるように取り組むつもりではございますが、一層皆様の御協力も得られればなと思います。以上です。

## 出江会長

どうもありがとうございます。

続きまして、佐藤美奈子委員から全般的にどんなことでも結構ですので御意見いただけますでしょうか。

## 佐藤委員

筋強直性ジストロフィー患者会の佐藤です。

今日はどうもありがとうございました。

順不同になってしまうのですけれども、一番始めが、家族による介護で、知的障害で暮らして来られた方が、身体障害になってというところで、ちょっと考えまともらなかったのですけれども、長期的に考えたら、そうなるというのは初めからわかっていたのではないかなというような感じがして。そういう政策じゃないですか、日本って。家族で介護をしましょうと、家族で一生懸命頑張って介護をして、介護力が高いですねなんて言われて、一生懸命お子さんの面倒見てらっしゃって偉いですね、みたいな話を周りからされて、親が一生懸命頑張って、年を取ってしまうともう駄目、どうしても自分より体重の重い子どもを支えてられないし、子どもはやはり知的な障害があるので、全然言うことわかってくれないし、みたいな形で生活の面でも、精神の面でも親の方が潰されてしまうということが、これはもう随分前から言われていることで、こういうふうにならないように、もっと早い時点から周囲が何か支援をすることはできないのかなというのをずっと思っています。

私どもの筋強直性ジストロフィーという病気も、ほとんどは成人になってから発症するものなのですが、国内に1万人弱いるという患者のうちの10%ぐらいは先天性で、この病気と診断されるお子さんは生まれてきます。

その10%のお子さん達は、大人になってから発症した人はそれほどでもないのですけれども、ほぼ知的障害を負って生まれてきます。生まれてから1～1年半、ここを無事に生き延びることができれば、それ以降も成長します。ただ、その前に亡くなってしまうお子さんもとても多いわけです。

成長しても、やはり知的障害というのはそのままの残るということで、この場合ほぼほぼ90%以上は母親からの遺伝になります。父親からの遺伝はとても少ないので、そうすると家の中で子どもの面倒を見る。3歳になってもまだ立って歩けない、7歳になっても話ができない、そういった子供の面倒、いつ発症するかわからない状態。または、もう少しずつ障害を発症し始めているお母さんが面倒を見なければいけないということで、患者会でもフォローというか、お話を聞いたりとか、そういうことをやっていかなければいけないねという活動をしているのですけれども、家族の中だけに介護というか、家でできるリハビリをやりましょうみたいな、そういったことを預けないような取り組みってできないのかなというふうに、先ほどの話を聞いてまたちょっと強く考えました。

支援を受け入れる経験に乏しいというのも、実は外からの働きかけが少ないから、外の人とコミュニケーションを取ることが少ないままで成長してしまうために、人と触れ合える経験が少ないということがとても大きな原因になるのではないかと思うんですね。

赤ん坊が産まれた時は、周り全部他人だと思えるような状況で産まれてくるわけですし、その中で、自分に一番接してくれる人にはやはり関わりが違わないじゃないですか。ですので、そういった面で、普段から家

族以外の人、支援者との関わりが持てれば、助けて欲しい時には助けてと言えるような暮らしが、親も周囲の人間もできるようになるのではないかなというふうに考えました。

もう一つなのですけれども、今参加されている委員の先生方とは全くは逆の、障害者としての参加ですので、聞き流してもらっていただければいいなと思ったのですが、先ほど上肢に関する装具とか、使用期間が短くなってしまうという、ALS の患者さんに対してのですね、申請・発注して納品する頃にはもう使えなくなってしまうというお話があったかと思います。レンタル料が払えない、ということで、レンタルという道があるのにレンタルしない方もいるというお話だったのですが、納品されたものをどこか他のところで買い取ってくればいいのになど。買い取ってくれた装具に関しては、物によりましては、誰でも使えるようなパターンのものであれば、それをレンタルとして必要な人に貸して、申請から2～3ヶ月とかかる間を何とか持たせるとか、そういったような、システムじゃないので、民間業者ができればいいな、なんてことをちょっと考えたりしていました。

あともう一つだけ、障害者の健診なのですけれども、私の場合は、年に1回必要な検査を全て仙台西多賀病院で受けておりますのでいらないのですけれども、がん検診に関しては、筋強直性ジストロフィーとは関係ないので、そちらでは受けられないんですね。ですので、市の特定健診を受けます。その特定健診で胃カメラを受けたいのですが、胃カメラはやっておりませんと、バリウムでの検査しかしていませんというふうに言われて、筋力がないので、バリウムの機械に掴まっていられません。それから嚥下に問題があるので、バリウムを飲んだら死んじゃうかもしれないので、できませんというふうに言ったところ、それではもう自費でやってくださいというふうに追い出されてしまったわけですね。そこでシャッターを下ろされてしまったので、受けたくても受けられない障害者もいるんだよと、ものに関してはそうですね。

おそらく、仙台市だと胃カメラでも受けられたかなとは思うのですけれども、市町によってやはり全然変わるのだということ、皆さんにわかっていただきたいなと思いました。

## 出江会長

ありがとうございました。3点非常に貴重な御意見をいただきました。それぞれディスカッションしたいところではございますが、時間の関係がございます、すみません。

星委員にまだ御発言いただけていないので、御意見いただけますでしょうか。

## 星委員

日本福祉用具供給協会の星と申します。

大変恐縮ですが、一つは制度の狭間問題、あとは制度に縛られる問題というのは、やはり日々感じることはとても多いです。

ですのでもう少し、必要とする方がお体に合った福祉用具をスムーズに使えると良いと思います。そういうところでは、今介護保険制度の福祉用具というのは、とても充実しているように感じました。

それとあとは、リハビリテーションの実施状況ですけれども、やはり高齢者が多いイメージというのはちょっとあるのかなというところも感じまして、そういったところでは受け入れ側の問題もあるというところ、あとは実際いらっしゃったのは、やはり病院でやっていたリハビリとの差を凄く感じられて、折角1回行って見たのだけれども、辞めてしまった方もいらっしゃいましたので、何らかでそういったギャップを埋められると、通いやすくなるのかなと感じました。

## 出江会長

どうもありがとうございます。

それでは、進行を事務局にお戻しします。よろしく申し上げます。

## 事務局（鎌田課長補佐）

出江会長進行どうもありがとうございました。

本日いただきました御意見を踏まえながら、今後の事業を実施していきたいと思っておりますので、引き続き皆様からの御協力をよろしくお願いいたします。

最後にお伝えさせていただきます。

県では、令和3年の4月に、障害を理由とする差別を解消し、障害のある人もない人も共生する社会づくり条例と、手話言語条例が施行されたことを機に、普及啓発や手話の普及としまして、各種事業に取り組んでおりますが、その一環として県民向け・事業者向けの普及啓発用リーフレットを作成しております。黄色いものが県民向け、青色の方が事業者向けの普及啓発用リーフレットとなっております。

また、スマートフォン用アプリ「Mayii（メイアイ）」と言いますけれども、こちらの手助けマッチング機能を活用しまして、手助けを必要とする方と手助けしたい方を繋ぐことによりまして、特に学生の方など若い世代と、障害者の方の交流機会の拡大や、相互理解を促すスマートフォン用アプリを活用した助け合いの実証事業に取り組んでおります。

普及啓発用のリーフレット及び Mayii のチラシにつきましては、本日 Zoom により御参加いただいている委員の皆様には、協議会資料と併せまして郵送させていただいておりますので、ぜひ御覧いただければと思います。よろしくお願いいたします。

本日は長時間にわたりまして、様々な御意見をいただきまして、大変ありがとうございました。以上をもちまして、令和3年度宮城県リハビリテーション協議会を終了とさせていただきます。ありがとうございました。