

第 18 回 都道府県医師会 介護保険担当理事連絡協議会

「平成 29 年度介護報酬改定および地域支援事業の推進について」

と き 平成 29 年 3 月 1 日（水）13：30～16：30

ところ 日本医師会 1 階大講堂

〔報告：理事 清水 暢〕

開会挨拶

横倉日医会長 今回の連絡協議会では、介護職員処遇改善のため臨時に行われる平成 29 年度介護報酬改定および地域支援事業の推進をテーマに開催することとした。制度改正により見直しが行われる中、地域支援事業については、30 年度よりすべての市区町村において実施されることになっている。当該事業については、郡市区医師会の積極的な関与と都道府県医師会による支援が必要不可欠と考えている。

また、認知症施策については、新オレンジプランとして症状の枠を越えて推進をされているが、喫緊の課題として 3 月 12 日から施行される「改正道路交通法」について、認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成が課題になった。この件については、大変多くの問い合わせが寄せられており、本日の議題として取り上げさせていただいた。

日医としては、地域で暮らす誰もが必要な医療・介護が受けられるようにかかりつけ医や都道府県医師会、郡市区医師会が行政とともに車の両輪となって、積極的にまちづくりに関わっていただきたいと考えているので、ご出席の先生方には、本日の内容を参考にいただき、都道府県、郡市区医師会における取組みの推進をお願い申し上げて挨拶とさせていただきます。

議題

（1）平成 29 年度介護報酬改定等について

厚生労働省老健局老人保健課長 鈴木 健彦

①平成 29 年度介護報酬改定について

29 年度改定については、介護職員処遇改善の関係の改定のみ行っている。そもそも人材確保が

困難な理由の一つとして、介護人材の賃金が他の対人サービス産業と比較して低く、調べてみると介護職員は 262,000 円、他の対人サービス業は 273,000 円と 1 万円程度の差があることがわかった。そこで、競合他産業との賃金差がなくなるよう、29 年度からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均 1 万円相当の処遇改善を実施するため、臨時に 1.14%（在宅分 0.72%、施設分 0.42%）の介護報酬改定を行うものである。今回は事業者による、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みの構築について、手厚い評価を行うための区分を新設するものである。新設する区分の具体的な内容については、現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の加算に必要な要件に加えて、新たに「経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること（就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む）」とのキャリアパス要件を設け、これらをすべて満たすことを要することで、プラス 1 万円の加算を取ることが出来る。これまでは、職位・職責・職務内容等に応じた賃金体系で、どのような場合に昇給するのかが必ずしも明確ではなかったが、今回、事業者において経験・資格・評価のいずれかに応じた昇給の仕組みを設けることで明確になった。また、就業規則等の明確な書面での整備・すべての介護職員への周知を行うことで加算がとれる。

②在宅医療・介護連携推進事業と地域リハビリテーションの推進

平成 26 年度の法改正によって、新たに地域支援事業として位置付けられ、市区町村が主体となって実施する事業である。本事業は（ア）か

ら（ク）の 8 つの事業項目すべてについて、平成 30 年 4 月にはすべての市区町村が実施されることを目指している。また、8 つの事業項目は、郡市区医師会等に委託することも可能となっており、引き続き自治体が行う事業にご協力いただきたい。地域における介護予防の取組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。一方、ご存知のとおりリハ職は病院勤務が大半であるため、医療機関の協力がないと成り立たないので、ぜひ派遣体制を作っていたいただきたい。なお、都道府県の派遣体制は平成 12 年に地域リハビリテーション支援事業、いわゆる脳卒中リハの観点から行われていたが、その後、国の補助金ではなく、一般財源化され、都道府県の単独事業として行っているところがあれば、国からの補助金がなくなったことによって実施を止めてしまったところもある。過去に行っていたところは、過去のノウハウを活用して新たに体制を作っていたいただきたい。また、今後、介護保険制度を推進していくな

かで重要と思われるので、県医師会を含め、関係者の皆様方にはご協力・ご理解をいただきたい。

(2) 地域支援事業の推進について

(2-1) 認知症施策の取り組み

①高齢者の自動車運転と認知症をもつ人を地域で支える取り組み

～改正道路交通法への対応を中心に～

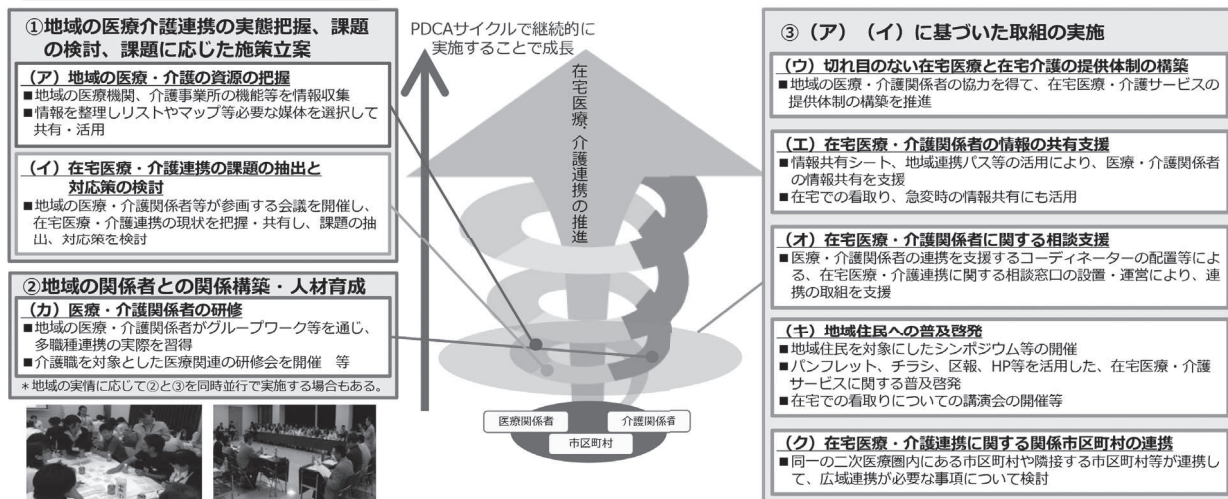
鳥取県医師会副会長 渡辺 憲

高齢者が多くなるにつれ交通事故が増え、ご自身が怪我をされたり、どなたかを傷つけてしまったりと、社会生活の上で困難を生じていることはご承知のとおりである。高齢化社会のなか、かかりつけの先生方が地域で高齢者をしっかり診ていただき、特に認知機能が衰えた方に対して地域で安心・安全に生活を送っていただくため、運転が難しくなっている方への指導もかかりつけの先生方の重要な役割と考える。これに関連して運転免許制度の改正が 3 月 12 日に施行されるが、かかりつけの先生方にも診断書を求められるケースが増えてくるとされる。具体的には、認知症がご

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成 23・24 年度）、在宅医療推進事業（平成 25 年度～27 年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成 26 年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の 8 つの事業項目すべてを、平成 30 年 4 月にはすべての市区町村が実施。
- 8 つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の作成：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成 27 年度老人保健健康増進等事業） 9

専門ではないものの普段の生活を把握しているか
かりつけの先生方が十分に対応していただけるよ
うな制度が反映され、地域の中でかかりつけの先
生方が中心に地域包括ケアの要のような役割で高
齢者を支えていただく。運転免許証を取り消され
た方に対してはもひきこもることなく、地域の中で
健康な生活を送っていただくような市町村のさま
ざまな事業と連動した形で先生方のご指導は非
常に重要と考えている。認知症は診断が難しい
ケースも確かにあるので、専門医との連携は、重
要な課題であると思う。地域において、専門医の
先生とかかりつけの先生が連携しながら患者さん
への診断・治療について十分に質の高い方法、あ
るいは安全で安心できる暮らしが提供できるかた
ちで関わっていただきたい。

さて、認知症の検査方法として、HDS-R と
MMSE があり、HDS-R も MMSE も 30 点満点中
20 点以下が認知症の可能性が高いとされている。
日頃の認知機能の変化を、ご本人及びご家族に様
子をみていただきながら総合的に診断していただ
くことが必要となる。また、画像をお持ちでない
先生も、病状経過をしっかりと把握していただき、
神経外科的な運動の症状等を総合的に診断して
いただくと、必ずしも画像がなくても 8 ～ 9 割は
診断ができるのではないと考える。

次に診断書の作成についてであるが、ぜひ積
極的にかかりつけ医の先生方にも対応いただきた
い。難しいケースの場合は専門医との連携をしっ
かり取っていただきたいが、なかなか患者さんが
協力してくれない場合には警察の免許担当者に相
談いただき、臨時適正検査を受けていただく方法
もあるが、とりあえず医療の連携の中で、診断書
を書いていただきたい。もし、かかりつけの患者
さんが診断書を持って来られた場合は、HDS-R、
MMSE の検査を実施しながら一定の認知機能の
低下が認められて認知症の診断をしてあげること
が、その人にとって地域における安全な生活につ
ながるのであれば、ただ診断書を渡すのではなく、
認知機能が低下していることを丁寧に説明するこ
とが重要である。また、認知症と診断せざるを得
ない場合は、診断書を提出することによって公安
委員会の審査を受け、免許取消しになる可能性が
高いこともお伝えいただきたい。しかし、中には

軽度（MCI）と認知機能低下があってもそれほど
日常生活に支障がない方については、軽度認知障
害という項目があるので、そちらを診断していた
だと半年後に再検査が求められるが免許は可能
である。民事の場合は、根拠を求められることが
ある診療録上に根拠なしに認知症ではないと記載
した場合は、かなり難しい場面もあり得るので、
医学的に根拠なく認知症ではないとの診断書を作
成することは止めていただきたい。今後の障害等
を十分に精査いただいて専門医をご紹介いただ
くようなかたちで、認知症の疑いでも専門医に診
断書の作成を依頼するなど、CT 等の情報等をもと
にかかりつけ医の先生が診断される場合でも診療
情報の提供を求められる場合、地域で専門医との
連携をぜひ図っていただきたい。最終的に運転免
許を返上する方が多くなると予想されるが、運転
を止めても社会参加が継続できるような地域社会
にするためにも、かかりつけ医の先生方にご支援
いただきたい。また、返上へのメリットが得られ
るように、警察あるいは自治体も考慮しているので、
ご本人並びにご家族にメリットを提示しながら考
えていくことが重要と思う。かかりつけの先生方
は高齢者が社会活動が継続できるように支援する
重要な役割を担っているし、高齢者にやさしいま
ちづくりにおいては、先生方が要の位置にある。

(2-2) 都道府県医師会における先進的な取り組み

①熊本県における地域リハの取り組み

熊本県医師会理事 林 邦男

熊本県地域リハビリテーションの支援体制につ
いては県医師会に事務局があり、その下に 17 箇
所の地域リハビリテーション広域支援センターが
ある。このたび新たに地域密着リハビリテーショ
ンセンターを作り、通常及び災害時のリハ活動
に協力いただけることを条件に募集したところ、
85 か所（病院 35、診療所 17、老健 29、その
他事業所 4）の手挙げがあった。通常のリハ活動
は、①熊本県地域リハビリテーションセンターと
して広域リハセンターへの技術的支援、関係機関
との連絡調整、及びその後の調査・研究を行う。
②地域リハビリテーション広域支援センターとし
て市町村や圏域のリハビリテーション関係者及び
介護予防関係者等を対象とした技術的な支援（研

修会、相談支援及び連絡会議の実施)、リハビリテーション専門職の派遣もする。③地域密着リハビリテーションセンターとして通常の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の派遣、広域リハセンターが実施する研修会や連絡会議への協力。④熊本県復興リハビリテーションセンターを県医師会に置いて従業員 2 名、コーディネーター 5 名に来ていただき、派遣調整をしている。

ソーシャル・インクルージョンの実態をよく理解しておくこと、また、高齢者、被災者、犯罪者などに対するリハビリテーション体制の構築をすることが必要である。機能分化し重層的に生活自立を支える医療・介護・地域サービスのネットワークを構築し、地域包括ケアシステムが確立している。また、地域おこし、まちづくりとして 24 時間総合ケアの確立が図られる。

②埼玉県における地域リハビリテーション支援体制 埼玉県医師会地域包括ケアシステム 推進委員会地域リハビリテーション担当

副委員長 齊藤 正身

埼玉県医師会には地域包括ケアシステム推進委員会があり、その中には在宅医療、認知症、介護保険、地域リハビリテーションと 4 つの部会に分かれている。平成 12 年に介護保険と回復リハビリテーション病棟がはじまった年に地域リハビリテーション支援体制が国で始まった。その時に埼玉県リハ協議会、埼玉県リハ支援センターのもと県内 10 か所の「地域リハ広域支援センター」が活動を実施していた。特徴としては、地域リハ広域センターは福祉保健総合センターが受け持ち、民間病院は役割を担えなかった。民間病院は中核的協力医療機関としてリハ機能のある医療機関を 1 か所指定していた。県医師会との連携は存在せず、10 圏域の取組みは個々によって違っており、この状態は平成 17 年まで続いていた。事業内容としては、会議と研修会がほとんどで、実際の現場では介護予防は行われていなかった。国からの補助もなくなり平成 18 年度以降は地域リハ広域支援センターが終了し、結果的にはすべて各市町の地域包括支援センターが役割を担うことになった。

そんな中で、埼玉県地域リハの新しい体制を作

るきっかけとなったのは、平成 23 年の東日本大震災であった。この時に多くの福島県双葉町等の方々がさいたまスーパーアリーナに避難されており、医療として関わりはあったが、リハビリも行ったほうがよいのではないかとのお話を県医師会長からいただき、3 月 22 日からボランティア活動に参加した。活動してみてわかったことは、一番運動量が確保できていた人は喫煙者で、高齢者の方や体の不自由の方は動かないため、運動量が減ったということであった。

平成 25 年 2 月に県議会で「埼玉県のリハビリテーション体制がなっていないのではないか」との発言があり、それを受け地域包括ケアの実現に向けた地域リハビリテーション支援体制の相談が始まった。25 年 9 月から地域リハビリテーション・ケアサポートセンター（県内 3 モデル事業）として始めた。その結果、役割としていいものがあるのではないかとということで、26 年 4 月から県内 5 地域で事業を開始した。埼玉県地域リハ支援体制の特徴は、地域リハビリテーション推進協議会と県総合リハビリテーションセンターとの連携である。地域リハビリテーション・ケアサポートセンターに協力医療機関が連携し、市町村の地域包括支援センターに派遣をする（ケアサポートセンターから支援に直接入ることはなく、協力医療機関の方が対応するシステム）。また、高齢者だけではなく、障害者相談支援センターも交えて話を進めていった。

今後の支援のあり方については、リハビリテーション・ケアサポートセンターでの連絡会議を中心に行う。支援体制のブラッシュアップをするために事業の評価、事業スキームの検討、事業化への調整を行うことが決定した。

しかし、セラピストの派遣については 1 つ課題があった。このシステムは、震災の時に県医師会長から協力医療機関にセラピストの派遣依頼を行った経緯があるため、毎年、協力依頼を送付することとした。

③在宅医療・介護連携推進事業に関する福井県医師会等の取り組み

福井県医師会副会長 池端 幸彦

地域包括ケア推進の鍵は、地域医師会と地域包

括支援センターではないかと思う。なぜなら、認知症は医師だけでは治しきれないし、支えきれない。また、介護だけでも支えきれず、お互い協力しあえる関係がよいモデルになる。福井県では、認知症高齢者の増加が懸念される中、発症を遅らせたり防止することが何よりも重要であることから、認知症検診の定着と認知症予防施策の推進及び認知症を発症した場合も、症状に応じた適切な診断・治療が受けられるよう、医師等の人材養成と医療機関等の連携体制の確立を推進している。研修に関しては、かかりつけ医認知症実践研修と認知症サポート医フォローアップ研修がある。また、本県では、専門医を持ったサポート医とかかりつけ医のサポート医と 2 つある。認知症サポート医養成研修を修了した県内の認知症サポート医には福井県認知症サポート医連絡協議会に加入していただく。

坂井市、あわら市をモデル地区として包括ケア体制を整備し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことのできる社会の実現のためにこの事業を行った。特長は①地域内の医療機関の連携による 24 時間対応の在宅医療（26 医療機関（地区内 6 割）が参加し、在宅患者一人ひとりに主治医・副主治医を配置）、②多職種・機関とのスムーズな連携を図るための患者情報（医療機関・介護サービス事業所などが参加し 114 機関（地区内の関係機関の約半分）が ICT により患者情報を共有）。在宅医療・介護連携促進の秘訣は、地域包括ケアと地域医療構想が車の両輪となり、県と県医師会、県医師会と郡市区医師会、郡市区医師会と市町村の三つが連携することによって、地域包括ケアを進め、多職種連携、情報の一元化、先進的取組事例の利用、地域特性を活かすことである。

（3）地域支援事業を活用した「まちづくり」への期待

日本医師会常任理事 鈴木 邦彦

わが国の最大の課題は、全体をみれば少子化が止まらないことである。そのため、今後ますます労働人口が減少し、ますます深刻になる。一方、高齢者は増え、給与水準が低下、保険料負担が増加し、若年世代の負担がますます重くなる。その中でいかに社会保障制度を守っていくかをわれわ

れは考えていかないといけない。そのために、健康寿命を延伸し、元気な高齢者が活躍できる社会を作っていくとといけないと考えている。

在宅医療・介護連携推進事業は少しずつ進んでいる状況である。県行政課と県医師会が車の両輪になることが重要ではないかと考える。

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業をもう一度、活性化あるいは復活していただきたい。これは万が一の災害時に非常に有効になる。県医師会がしっかり関わって、医療機関と自治体が契約の上、業務の一環として仕組みを作っていただくことが基本的に重要と考えている。また、地域連携室や広域支援センターの下にいかに協力医療機関を作るかが重要である。

認知症診断については、かかりつけ医の先生に手引きを参考に書いていただきたい。診察、検査等費用は通常の保険診療と同様の扱いであるが、診断書作成費用は自費となる。また、医師の責任については、認知症でないと診断した方が、その後、事故を起こし、認知症であったことが判明した場合であっても、通常、医師の刑事責任が問われることはない。また、民事の場合、通常は問われることはないであろうとのことである。しかし、万が一の場合は、都道府県医師会にご相談いただきたい。

新オレンジプランがあるが、わが国は他国に先駆けて超高齢社会となった。認知症の方を支えることを一つのきっかけに、国のレベルでも地域においても、これまであまり接点のなかった方々が繋がっていき「誰にでもやさしいまちづくり」が進むことが期待する。

これからは高齢者医療と介護は一体化していくが、これが地域包括ケアだと思う。担い手はかかりつけ医であり、それを育成するのが日医かかりつけ医機能研修制度だと思う。それを担当する医療機関はかかりつけ機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所と考えている。最近では、障害者福祉制度と介護保険制度が近づいているので、障害者、子供の貧困の問題などを考えた上、福祉、健康寿命等、幅広く考える必要がある。われわれかかりつけ医はもっと地域や社会に目を向けて、そして元気高齢者の就労・社会参加、さらに子育て支援、次世代の育成までを考えるべきである。

今までは、急性期大病院を頂点として、下のほうにかかりつけ医がいる垂直連携が中心だったが、これからは、かかりつけ医にリーダーになっていただき、地域のさまざまな業界の支援と連携した水平連携が治療の中心になってくる。急性期大病院に外側で地域の最後の砦になっていただきたい。

就業者のうち医療・福祉業の割合の高い県は出生率も高いというデータがでている。医療・介護施設には地方では若い人材が集まり易い。有資格者は男女平等で働きやすい職場もあり、産休、育休を取りやすい環境であるため、われわれは少子化に貢献できる。くるみ認定が厚生省から出ているが、電通問題で 4 月から要件が厳しくなるようである。地域包括ケアは進化しており、このま

まいくと少子化が進んで人口減少が止まらない状況にあるが、われわれの市町の取組みで人口減少社会から全世代・全対象型地域包括ケアで再生を目指す社会づくりを作る必要がある。

総括

中川日医副会長 平成 30 年度は診療報酬と介護報酬の同時改定となる。先ほど鈴木常任理事がご説明申し上げたように、地域支援事業を活用したまちづくりが進み医療と介護が全国的に過不足なく提供できる改正整備ができるよう都道府県医師会のご支援、地域医師会にご協力いただきたく、本日まで出席いただいた先生方のお力添えをよろしくお願い申し上げます。

『若き日（青春時代）の思い出』原稿募集

投稿規程

字数：1 頁 1,500 字程度

- 1) タイトルをお付けください。
- 2) 他誌に未発表のものに限ります。
- 3) 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
- 4) 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
- 5) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 6) 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）をお願いします。
- 7) 原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報・情報課

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail kaih@yamaguchi.med.or.jp