

修としては、現時点では、全国老人保健施設協会が行う本研修会を対象としている。

平成21年4月の介護報酬改定で、算定要件が一部変更され、対象となる利用者が「老健施設入所者のみ」から「老健施設入所者と介護療養型医療施設の入院者、通所リハビリテーションの利用者」と拡大されている。さらに、算定単位も60単位から240単位に大幅アップしている。

なお、平成26年に新設された医療保険における認知症患者リハビリテーション料は、先に述べた認知症短期集中リハビリテーション実施加算とは全く別物で、これは認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関または認知症疾患医療センター『認知症疾患医療センターとは、「認知症対策総合支援事業の実施について」（平成25年7月4日老発0704第1号老健局長通知）における、基幹型センターおよび地域型センターとして、都道府県知事または指定都市市長が指定した保険医療機関である。』で算定可能である。ここでも施設基準における認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任常勤医師として、ア) 認知症患者の診療の経験を5年以上有する者。イ) 認知症患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了した者とあり、ここでも本研修会がこれに該当している。

全老健が主催する本研修会は東日本会場と西日本会場の2カ所計400名の医師を対象として開催されている。この受講修了証は全老健会長の名で授与されており、介護保険のみならず医療保険上での点数算定要件が、介護保険施設団体の行う研修会受講要件となっていることに違和感を持っている。

道内の認知症短期集中リハビリテーション提供可能老健は55施設（全老健ホームページより）となっている。一方、介護療養型医療施設における届出医療機関は12施設で、通所リハビリテーション施設では152事業所（全3,931事業所中）が届出している。

なお、5月27日は折りしも羽田空港での飛行機火災事故があり、この研修会への参加が危ぶまれた。

遠方より年2回の開催会場への参集は医師にとって多大な負担であり、可能なら都道府県医師会レベルでの研修会が開催できないか、厚生労働省の大田氏にもお願い申し上げたが、全老健の既得権限を変えることはなかなか難しそうである。

まとめ

5814症例の認知症リハビリテーションの実施状況を調査した

1. 何も行えなくなった率は8%と低値であった。
2. 阻害要因は集中力の低下177例、拒否173例、不穏101例、傾眠49例であった。
3. 不穏や拒否は全ての方法の阻害要因で、集中力の低下は、学習、作業、回想法の阻害要因であった。
4. 一つの認知機能訓練中止後の継続方法では、見当識療法がもっとも多く行われていた。
5. 何も行えなくなった群の初期計画では、一つの機能訓練だけを計画していた群に多かった。
6. 3つ以上の多くのメニューを用意していた群の脱落は少ない。

結論

認知症短期集中リハビリテーションのコンプライアンスは、92%と極めて良好である

阻害要因の中で、集中力の低下がある場合、より適応が容易な、現実見当識療法や運動療法などに振り替えて継続可能であることが示唆された

3つ以上のプログラムを用意しておけば、中止に至ることが少ないことが示され、各施設はより多くのプログラムを用意する研修、準備が求められている

研修会レジュメ集より

図6

報 告

平成28年熊本地震の被災医療機関等に対する支援について

◇総務部◇

4月に発生した熊本地震による被害救援活動に対する支援について、先般、北海道医報等にて協力要請をいたしましたところ、会員各位および各都道府県・郡市・医育機関医師会等より、日本医

師会に総額473,809,393円（6月30日現在）の支援金が集まりました。なお、当会からも100万円の支援をいたしております。

皆様のご協力に心より御礼申し上げます。