

## 3Q フォーラム 2023 質疑の回答

※ご質問は原文のまま掲載させて頂いております。

### 「セラピストレジデント制度の展望と課題」へのご質問と回答

Q1: 最後の課題にあった、『給与の差がある（このようなないようであったかと思うのですが）』とは、どのようなことなのでしょう？

A1: 当院ではレジデント制度を導入したばかりであり、正職員の給与体系とは異なります。そのため、「給与の差」という表現になりました。

Q2: 給与はどこから出るのでしょか？ 研修施設でしょか、それとも所属施設でしょか？

A2: 給与は、レジデントを受け入れている当院でお支払いしています。

Q3: セラピストレジデントの受け入れは、熊本県内のどの病院からも受け付けていらっしゃるのでしょうか？

A3: レジデントの受け入れに制限は設けておりません。ただし、当院に職員として所属して頂く必要があります。その他、出向研修についても受け入れを行っています。

Q4: 日本理学療法士協会では、今年度より新生涯学習制度をスタートさせており、継続的な学習をサポートするシステムを構築しております。5年間で登録理学療法士となり、その後も5年ごとの継続更新が必要な制度です。その登録理学療法士になる過程の中で、実地研修が必須となっております。実地研修受け入れ施設を募集しておりますので、ぜひ登録して頂けるとありがたいと思います。超急性期の高度な医療技術やリスク管理を学べる貴重な機会を新人療法士に提供して頂きたいと思いました。別件での質問ですが、貴院のレジデント制度を利用した場合、費用が必要なのか、もしくはお給料を頂けるのか、はっきり理解出来ませんでした。いかがでしょうか？

A4: 現在、心臓と脳卒中の認定理学療法士を取得しているスタッフがおりますので、実地研修を受け入れる体制を整えている状況です。給与につきましては、レジデント採用となった場合、当院がお支払いします。また、勉強会や学会の参加費などもキャリア形成に準じ、病院支援もごさいます。

### 「移乗リフト導入による効果と課題」へのご質問と回答

Q1: 看護部？は、体重測定にしかリフトを有効だと思っていない、のでしょうか？

A1: 看護師も移乗にも使用しており、有効性も理解しています。

Q2: 体重測定の利用に注目されていましたが、移乗や歩行訓練など離床目的での利用状況も興味があります。

A2: 歩行用のハーネスを装着し、平地歩行訓練が行うことができます。

Q3: 病床数、もしくは対象患者数に対して何台あれば、うまく賅えるでしょうか？

A3: 看護必要度による事前調査により、病床数400床の当院では院内に合計5台あれば賅えると判断しております。

Q4: 導入されている移乗リフトのメーカー名を支障がなければ教えていただけませんか？

A4: メーカー：アルジョジャパン、機種名：MAXI MOVE

Q5: 移乗リフトを移乗介助、体重測定、歩行訓練に利用されているとの事でしたが、使用されるリフトは各病棟で1台を共有されているのでしょうか？

A5: 現在、3・4階フロア（各々100床）に1台ずつ配備、5階フロアに中央管理として1台配備しています。

## **「早期離床・早期運動による HAD 予防～EW・EHCU における取り組み～」へのご質問と回**

### **答**

Q1: 看護師との協業に持って行ったプロセスを是非教えていただきたいと思いました。

A2: 早期離床加算の説明と周知を医師と看護師へ行う事から始めました。次に看護師の早期離床担当を決め病棟看護師への周知を一緒に行いました。毎月の算定率、看護師からの質問や問題点の共有を行い、改善につなげています。まだまだ改善点があります。

Q2: リハ提供に関する量は、急性期では回復期の半分以下の印象ですが、急性期病院の人的資源の量は適切とお考えでしょうか？ 人員を充実させ、365 日体制を取ればもっと HAD 患者を減少させることが可能と思いますがいかがでしょうか？

A2: 人員の充実はこれからも必要です。一方、早期離床リハ換算、地域包括ケア病棟などリハ点数の包括化もあり、やみくもに増やせない現状です。急性期から特に集中的リハが必要な患者を同定し 6 単位以上のリハを実施しています。土日祝日の勤務人数は平日と比較すると少なくはなりますが、365 日体制をとっています。

Q3: セラピストが休暇で少なくなった際に、看護師がリハビリを実施するとの内容でしたが、どんなことを実施されているのでしょうか

A3: 看護師が実施可能な内容となります。ROM、歩行練習、起立練習など活動レベルに合わせた内容を申し送ります。

## **「入院関連機能障害を呈した高齢心不全患者の臨床的特徴と予測因子の検討」へのご質**

### **問と回答**

Q1: 貴院では患者が入院して 48 時間以内に HAD のスクリーニングを行うと伺いましたが、どのような測定やスクリーニングをおこなっておられますでしょうか？

A1: 当院は HAD のスクリーニングではなく、リハビリオーダーの必要性の有無に関して、患者全例（年間約 14,000 名）、入院後 48 時間以内にスクリーニングを行っております。具体的には、入院に伴う ADL の低下、または入院経過中に ADL 低下の可能性のある患者に関して、カルテ上で主治医がオーダーを検討するシステムが構築されています。

## **「健常な待機的大腸がん手術患者の入院関連機能障害（HAD）の現状と課題」へのご質**

### **問と回答**

Q1: PMI の計測方法、計算式を教えてくださいませんか？

A1: PMI は CT の膈レベルでの両側の大腰筋の外周を手動トレースで計測し、断面積を計測し合算します。合算した断面積を身長（m）の二乗で除し PMI を算出します。

低骨格筋量の基準は男性； $6.36\text{cm}^2/\text{m}^2$ 、女性； $3.92\text{cm}^2/\text{m}^2$ です。