

持期に分けられる。むつ市を中心とする下北2次医療圏では脳卒中片麻痺患者の各回復ステージにおいて提供されるべきリハビリテーションの整備は未だ不十分であり、施設の生活を余儀なくされているケースが多い。そこでこの地域の現状においてリハビリテーションを有効かつ効果的に展開し積極的に地域完結型へと結び付けて行き、地域住民のライフスタイル向上への貢献を図って行く必要がある。

今回この状況の中で理学療法士はどう関わって行くべきかを考察した。

## II. 目的と方法

上記にあるように現在下北2次医療圏においてリハビリテーションサービスは地域完結を目指したものではなく効果的な結果をもたらしていない。この理由として下北2次医療圏における医療・福祉サービスの問題点と地域の特色が背景となっていることが予想される。したがってこれらの問題点の分析し考察することにより、本来この地域で展開されるべきリハビリテーションサービスの流れを適正化し、脳卒中片麻痺患者に対する在宅でのケアを確立するまでには理学療法士はどのように関わって行くべきかを考える。

## III. 結果

### 1. 下北2次医療圏における医療・福祉サービスの現状

この地域における医療サービスは他の医療圏と比較して充足しているといえる。また福祉サービスにおいても不足しているとはいえない。しかし、リハビリテーションサービス内容をみると、訪問リハビリテーションは訪問看護によるリハビリテーション行われており理学療法士・作業療法士（以下PT・OTとする）の訪問リハビリテーションは皆無である。また通所リハビリテーションも不足気味である。これらのことより医療・福祉サービスの中でリハビリテーションに関する内容が他の地域と比較し不足していることが伺える。この要因としてPT・OTのマンパワーの絶対的不足が考えられる。また、PT・OTは医療に偏り、在宅をになう分野にマンパワー不足が伺える。この結果、地域ケアにおけるリハビリテーションサービスは質と量の低下を引き起こしている。またPT・OTの不足はリハビリテーションをコーディネートするチームリーダーの不足でもあり、リハビリテーション資源の有効活用する起動力低下へとつながっている。

### 2. 下北地域の特性

この地域では過疎地域に多く見られる独居、老老介護、若年層の流出、など介護力の脆弱化が見られる。また住民の意識の中には「病院は疾患が回復するまで入院生活

## 口述発表15

### 地域ケアと理学療法士の役割 一回復期病院における地域ケアへの関りー

中村 正直<sup>1)</sup> 坪 香織<sup>1)</sup> 浅田 恵<sup>1)</sup>  
千葉 直<sup>1)</sup> 植村 彩子<sup>1)</sup>

1) むつリハビリテーション病院

Key Words : ①脳卒中片麻痺 ②下北2次医療圏  
③チームリーダー ④連携 ⑤生活支援

## I. はじめに

脳卒中片麻痺患者の病期は、主に急性期と回復期、維

を送ることが当然である」という意識があり医療への依頼心が大きい。一旦脳卒中中で入院すると一生涯病院を生活の場とする考え方がありICF概念は浸透されていない。この二つのことは特別養護老人ホームのターミナル施設化や、老人保健施設での長期入所化、老人保健施設間でのたらいまわし化を助長し、福祉サービスの過剰化につながり過剰介護の結果、廃用性萎縮を生み出し最終的には寝たきり状態を作り出している。さらにこの悪循環は自宅復帰という意識を地域に根付かせない要因となっていると考えられる。

#### IV. 考察

前記よりマンパワーの不足、連携の不十分さ、在宅復帰システムの不十分さ、介護力の脆弱化という問題点があげられる。次にこの問題点を解決すべき方法を考察した。

##### 1. マンパワーの不足をどう補うべきか

PTはリハビリテーションチームリーダーとしてリハビリテーション資源を把握し、在宅での生活支援を目標に資源の有効活用を図る必要がある。つまりリハビリテーションコーディネーターとして、リハビリテーション技術の伝達や教育から地域におけるリハビリテーション技術の向上を行う必要がある。

##### 2. リハビリテーション資源の有効活用の方法

資源の有効活用にはしっかりとした連携をとる必要がある。病-病連携、病-診連携のみではなく、病-施設連携、診-施設連携、施設-施設連携、病-地域連携、施設-地域連携、などこれらの連携の中での確かな情報の連携、リハビリテーションサービスの流れの中で劣化しない情報の共有、IADLやADL介助量の正しい伝達、こういった情報の伝達と技術の伝達、介助量の伝達が重要となると思われる。

##### 3. 在宅復帰までの流れをスムーズにするには

医療・福祉に関わる各施設が本来の役割をはたす必要がある。つまり各施設が地域への復帰が最終目標であるという意識を持ち努力すること、在宅へ復帰させるためのプロ集団としての意識や技術を持ち、脳卒中回復のさまざまなステージでも対応可能なシステムを作っていくことが必要とされる。これには脳卒中クリニカルパスの導入や地域連携パスなどを導入してゆくことが不可欠であると思われる。PTはそのシステムを構築するリーダーとして知恵を出し、働きかけを行い、連携を図って行くことが望まれる。

##### 4. 地域住民の意識を変えるには

回復期病院が重要な役目を果たすと考える。回復期病院では機能や能力の回復を促すため専門技術を集約的に提供している。この中で在宅復帰を目的とした医療チー

ムをつくり充実を図って行ってゆくことが必要となる。我々はチームの中で訪問を通して個々の症状にあったリハビリテーションを展開すべきであり、病院内における理学療法の考え方へと反映すべきと思われる。そのためには回復期病棟の設置が必要であり、脳卒中片麻痺患者が早期に住みなれた地域に復帰する足がかりとすべきである。早期社会復帰は社会的資源損失の軽減につながって行き、障害を背負ったままの社会参加は地域住民の意識を変え、脳卒中片麻痺患者への偏見解消につながってゆくものと思われる。

以上問題点を解決するために紙面上での思案となったが、今後実践へとつなげて行きたいと思われる。

#### V. 参考資料、参考文献

1. 青森県庁ホームページ
2. 青森県データランドホームページ
3. むつりリハビリテーション病院グループ討議結果
4. 日本理学療法士協会主催介護保険関連研修会講演
5. 平成17年度地域リハビリ調整者養成研修会講演 (H17.7.13)
6. その他