

過疎地域の地域リハビリテーションに求められる現状と課題

林 瑞恵 (山口県立大学 大学院健康福祉学研究科, mizu77inu@me.com)

横山 正博 (山口県立大学 大学院健康福祉学研究科, yokoyama@yp4.yamaguchi-pu.ac.jp)

Current situation and challenges of community-based rehabilitation in depopulated areas

Mizue Hayashi (Doctoral Program, Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University, Japan)

Masahiro Yokoyama (Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University, Japan)

要約

本研究の目的は、過疎地域における地域リハビリテーションの現状と課題を医師の視点から明らかにし、過疎地域に適した地域リハビリテーションモデルを検討することである。A市B診療所に勤務する医師を含む医療専門職に半構造化面接を実施し、逐語録を内容分析した。分析の結果、34のコード化単位、14の文脈単位を抽出し、最終的に5つのカテゴリーが形成された。【地域医療システムの構造的課題と革新】【専門的評価とサービス提供体制】【多職種協働とコミュニケーション】【患者中心の支援理念】【専門職の資質と地域文化】である。これらを統合する中核概念として『制約を創造的に超越する地域完結型リハビリテーションシステム』が生成された。その中心には「患者中心の意思決定支援」が据えられ、患者の自己決定を尊重しつつ、医師が最終責任を担いながら多職種協働とICTを活用する枠組みが描かれた。本モデルは、過疎地域における制約を単なる限界ではなく革新の契機として活かし、住民の「最後まで地域で暮らす」という願いを支える実践的枠組みを提示するものであり、地域包括ケアの推進に学術的・実践的意義を有すると考えられる。

Abstract

The aim of this study was to clarify the current situation and challenges of community-based rehabilitation (CBR) in depopulated areas from the perspective of physicians and to develop a model suited to such contexts. Semi-structured interviews were conducted with physicians and other healthcare professionals working at Clinic B in City A, a rural setting facing population decline. Interview transcripts were analyzed using qualitative content analysis. A total of 34 coding units and 14 contextual units were identified, which were then synthesized into five major categories: [Structural Challenges and Innovations in Regional Healthcare Systems], [Specialized Evaluation and Service Delivery], [Interprofessional Collaboration and Communication], [Patient-Centered Philosophy], and [Professional Competence and Community Culture]. From these categories, a core concept emerged—“A Community-Based Rehabilitation System that Creatively Transcends Constraints.” At the center of this model lies “Patient-Centered Shared Decision-Making,” in which physicians retain ultimate medical responsibility while respecting patient autonomy and collaborating with other professionals through information and communication technology (ICT). The model conceptualizes the community as an integrated care space, where multidisciplinary collaboration and creative problem-solving transform local resource constraints into opportunities for innovation. This approach enables healthcare providers to adapt flexibly to structural and workforce limitations while preserving high-quality, patient-centered care. The framework offers a practical strategy to support residents’ wish to “remain in their community until the end of life,” reframing rural healthcare challenges as drivers of innovation. These findings contribute to both the academic understanding and the practical advancement of integrated community care systems in aging societies.

キーワード

過疎地域, 地域リハビリテーション, 多職種連携, 患者中心の意思決定支援, 遠隔診療

1. 研究の背景と動機

わが国では介護保険制度を基盤として、地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となっている。中でも、地域リハビリテーションの推進は、介護予防の取り組みを機能強化するため、一般介護予防活動推進事業として位置付けられている。

地域リハビリテーションは「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」と定義されている(日本リハビリテーション病院・施設協会, 2016)。このことから、地域リハビリテーションは、地域包括ケアシステムを具体的に機能させる実践的基盤として位置づけられる。

ところで、全国の高齢化率は29.3%であるが(内閣府, 2025)、過疎地域や中山間地域では高齢化率が著しく高く、50%を超える地区も存在する。こうした地域では、医療・介護専門職の不足が深刻化する一方で、自然環境と共生した生活様式や、住民同士の助け合い文化といった地域資源が色濃

く残されている。

また、農作業や地域活動への参加がフレイル予防や生活の質の維持に寄与している可能性も指摘されており（林, 2017）、都市部とは異なる特有の条件のもとで地域リハビリテーションが展開されていると推測される。

しかし、過疎地域における地域リハビリテーションの体系的な研究は乏しく、過疎地域における研究の多くは個別の実践報告やケーススタディにとどまり普遍化可能な理論モデルの構築には至っていないのが現状である。（本田・本田, 2018）。

特に、地域リハビリテーションにおける医師の役割に関する研究が不足している。医師は地域における多職種連携の要であり、診療やリハビリの方針決定を担うのみならず、ICT活用や在宅医療の病院機能化といった新しいシステム構築においても中心的役割を果たす立場にある（飯島, 2022）。しかし、過疎地域に従事する医師は、必ずしもリハビリ専門職の十分な支援を得られない現状にある。

2. 研究の目的

本研究では、過疎地域における医師の視点から地域リハビリテーションの現状と課題を明らかにし、過疎地域に適した地域リハビリテーションモデルを検討する。このモデルは過疎地域に限定されるものではなく、将来的に人口減少が進行する都市部にも応用可能であり、全国的に推進される地域包括ケア政策の実効性を高める基盤として寄与しうると考えられる。

3. 研究の方法

3.1 調査の概要

本研究は横断的質的研究として、インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。対象はA市B診療所に勤務する医師2名で、過疎地域で医療経験年数はそれぞれ20年と21年、B診療所勤務年数はいずれも3年であった。

両医師はいずれも過疎地域における医療の長年の豊富な経験と深い洞察を有しており、過疎地域の地域リハビリテーションの課題と可能性について包括的な視点を提供できると判断された。また、B診療所はC地域の中核的医療機関として機能しており、両医師は地域の医療・介護・福祉関係者との広範なネットワークを有している。したがって、彼らの語りには地域全体の多職種の経験や認識が反映されていると考えられ、情報の飽和の観点からもさらに医師からの情報収集の必要性は低いと判断された。なお、A市C地域は2025年9月の時点で、人口約4,643人で高齢化率は56.8%を超えている（山口市, 2025）。

調査内容は、A市C地域の地域リハビリテーションに求められる課題とした。調査期間は2024年8月から9月であった。

調査手順としては、まずA市B診療所の管理者に調査協力を依頼した。次に、同診療所の医療専門職管理者を通じて研究参加を依頼した。参加への内諾が得られた場合には、同意説明書をもって、口頭説明を行った上で同意書への署名を受けた。インタビューは参加者の同意を得てICレコーダーで録音した。

3.2 分析方法

データ分析には内容分析を採用した。分析手順は以下の通りである。

3.2.1 第1段階：データの準備

録音したインタビューデータを逐語録として文字化し、研究者が繰り返し読み込むことで全体像を把握した。

3.2.2 第2段階：コード化の実施

語りの中から過疎地域の地域リハビリテーションに求められる課題に関連する内容を分析単位として抽出した。次に、分析単位の意味内容に基づいて初期コードを生成し、類似した内容を持つコードをまとめながらコード化単位を形成した。この過程では、データに忠実であることを重視し、研究者の先入観を排除するよう留意した。

3.2.3 第3段階：文脈単位の生成

コード化単位を文脈に基づいて解釈し、より抽象度の高い概念として文脈単位を生成した。

3.2.4 第4段階：カテゴリーの形成

文脈単位を整理・統合し、過疎地域の地域リハビリテーションモデルに必要と思われる要因となる、より抽象度の高いカテゴリーを生成した。

3.2.5 信頼性の確保

分析の信頼性を担保するため、質的研究に精通した研究者1名から随時スーパーヴィジョンを受けながら議論を通じて検証した。この際、逐語録との対応関係を明確にしながら、概念の妥当性を繰り返し検討した。

その結果、34のコード化単位を生成し、14の文脈単位《地域医療とリハビリテーションの必要性》《アセスメントの必要性》《多職種連携の重要性》《コミュニケーションの充実》《定期的な話し合い》《他職種からの情報提供》《病院がない地域での医療提供》《オンライン診療・遠隔診療》《患者の選択の尊重》《患者の意志の共有と記録》《地域分析の必要性》《決めつけないチーム》《チーム内の協調と良識》《高いレベルの専門性》を生成した。

さらに、文脈単位を整理・統合し、5つのカテゴリー【地域医療システムの構造的課題と革新】【専門的評価とサービス提供体制】【多職種協働とコミュニケーション】【患者中心の支援理念】【専門職の資質と地域文化】を生成した。

以下、分析単位を〈 〉、コード化単位を〔 〕、文脈単位を《 》、カテゴリーを【 】として表現する。

3.3 倫理的配慮

A市B診療所には研究倫理を審査する委員会が存在しないため、本研究は山口県立大学生命倫理委員会の承認（承認番号：2024-04を得たうえで、診療所管理者兼診療所長の了解を得て実施した。調査への参加は自由意志によるものであり、参加に同意しない場合でも不利益を受けないこと、また研究参加者に直接的な利益が生じるものではないことを説明し

た。さらに、得られたデータは本研究以外の目的には使用しないことを明示した。

4. 結果

4.1 カテゴリーⅠ【地域医療システムの構造的課題と革新】

地域医療機関の体制が〈医師・看護師・事務の3職種〉に限定されているという〔人的資源の制約〕が《地域医療とリハビリテーションの必要性》を示している。このような三職種体制は、専門的リハビリテーションを担う人材の不足を招き、〈リハビリニーズはあるが提供できる人がいない〉現状があり、地域住民の期待と現実のサービス提供との間にギャップを生じさせていた。

〈経営の問題による専門職雇用の困難〉は、財政的制約が人材不足を一層深刻化させていることを示していた。これらの制約は、医療やリハビリテーションのサービス提供の幅を限定する要因となっている一方で、既存の仕組みに依存しない新たな支援の在り方を模索する契機ともなり得る。

在宅復帰に関連することについて、〈治療後に自宅に帰りたい人はいっぱいいる〉という強い要望が確認されたものの、〈帰ってもできないことがある〉〈再び施設に入る選択をせざるを得ない〉といった〔在宅復帰の困難〕が浮き彫りとなり、《地域医療とリハビリテーションの必要性》が現実的課題として明らかとなった。こうした状況は、〔地域生活継続への願望〕と〔医療資源の制約〕の狭間で生じる現実的な困難さを示している。

〈道路が廊下で、訪問看護ステーションがナースステーション〉という〔空間概念の革新〕的な考えは、地域全体を病院機能として再定義する発想を端的に表している。また、〈病院なんて建てなくても〉〈C地域にいても病院にしているような感じ〉〈P病院とかQ病院に行けなくてもいい〉といった〔地域完結型医療〕は、病院依存型モデルからの脱却と、地域を一つの医

療空間として機能させる方向性を示唆していた。

これらのことより、《病院がない地域での医療提供》では制約を単なる限界として受け止めるのではなく、それを乗り越える創造的な視点が示された。

さらに、〈どれくらいのニーズが本当にあるのか〉〈どれくらいの人たちが困っているのか〉といった〔ニーズ分析の不足〕は、サービス提供体制を実態に即して見直す必要性を示していた。また、〈PTさんとか栄養士さんとか、もっとニーズがある〉という〔資源調達の必要性〕は、専門職配置の再検討を迫るものであった。加えて、〈地域掲げての作戦会議を繰り返しやったらいい〉〈保健師や行政を交えて〉といった〔地域戦略会議〕は、地域全体で地域の課題を共有し、制度や資源の活用方針を戦略的に検討する必要性を示唆していた。

さらに、〈評論家になるのは誰でもできる〉〈実際に一步踏み出すことができる人が誰か必要〉という〔実行力の必要性〕は、制度設計に加え、現場でのリーダーシップと行動力の重要性を強調していた。これらのことより、《地域分析の必要性》という前提条件が浮かび上がった。

以上を統合すると、カテゴリーⅠ【地域医療システムの構造的課題と革新】は、〔人的資源の制約〕や〔在宅復帰の困難〕といった課題とともに、〔空間概念の革新〕や〔地域完結型医療〕といった創造的発想を包含していた。過疎地域の制約は、新たな地域医療モデル構想の出発点として機能することが示された。

4.2 カテゴリーⅡ【専門的評価とサービス提供体制】

〈総合医でもリハビリのことがわからない〉〈リハビリを処方したらいかがかわからない〉は、医師がリハビリテーション領域に関して十分な専門性を備えていない現状を示しており、現場における〔専門知識の不足〕〔専門職による評価提案〕〔生活情報の重要性〕〔経時的評価システム〕は《アセスメント

表1：地域医療システムの構造的課題と革新

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
地域医療システムの構造的課題と革新	地域医療とリハビリテーションの必要性	人的資源の制約	医師と看護師と事務の3種類／経営の問題もあり、その職種以外の人を受け入れない／リハビリニーズはあるが、提供できる人がいない
		在宅復帰の困難	治療後に自宅に帰りたい人はいっぱいいる／帰ってもできないことがある／再び施設に入る選択をせざるを得ない
		地域生活継続への願望	最後まで暮らし続けたいと思う／医療資源が限られている／施設に入るのが楽だよねということになりがち
	病院がない地域での医療提供	空間概念の革新	道路が廊下／訪問看護ステーションがナースステーション／地域全体を病院として機能させる
		地域完結型医療	病院なんて建てなくても／C地域にいても病院にしているような感じ／P病院とかQ病院に行けなくてもいい
	地域分析の必要性	ニーズ分析の不足	どれくらいのニーズが本当にあるのか／どれくらいの人たちが困っているのか／分析がまだあまりなされていない
		資源調達の必要性	もっと病院っぽく医療資源が投入されるといい／PTさんとか、栄養士さんとか、もっとニーズがある
		地域戦略会議	地域掲げての作戦会議を繰り返しやったらいい／保健師や行政を交えて
		実行力の必要性	評論家になるのは誰でもできる／実際に一步踏み出すことができる人が誰か必要

表2：専門的評価とサービス提供体制

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
専門的評価とサービス提供体制	アセスメントの必要性	専門知識の不足	総合医でもリハビリのことがわからない／リハビリを処方したい いかがわからない
		専門職による評価提案	PT (Physical Therapist) なりの評価をして、こんなリハやってみ たらいいと提案／OT (Occupational Therapist) とかST (Speech- Language Pathologist) につなげていく／リハビリ全般の総合医みた いな評価
		生活情報の重要性	何人暮らしなのか、楽しみは何なのか／ADLとかにお困りとか、 何か不具合がありそうだったら記載
		経時的評価システム	年1回ぐらいはADL・IADLを評価／経時的なフレイルとか老化をみ ていく／多職種でチームを作って評価
	オンライン診療と遠隔診療	遠隔連携モデル	D to N with P (Doctor to Nurse with Patient)／D to PT with P (Doctor to Physical Therapist with Patient)／医師が看護師とつながっている 感覚
		ハイブリッド型支援	2回に1回とか、3回に1回オンライン／対面で指導して、オンライ ンで確認／家族を巻き込んだ遠隔リハビリ
		成功事例と可能性	R県の山奥でSTがオンラインリハビリ提供し構音障害がある方がお しゃべりができるようになった／接点が増えるだけでも質が上がる 可能性あり

の必要性」を示している。また、「〈PTなりの評価をして、こんなリハやってみたらいいと提案〉〈OTとかSTにつなげていく〉〈リハビリ全般の総合医みたいな評価〉は、「専門職による評価提案」の必要性を示しており、専門職による補完的な役割が不可欠であることが示された。

さらに、「〈何人暮らしなのか、楽しみは何なのか〉〈ADLとかにお困りとか、何か不具合がありそうだったら記載〉は、「生活情報の重要性」を示しており、単なる医学的評価にとどまらず、生活文脈を含む包括的評価の必要性を示していた。また、「〈年1回ぐらいはADL・IADLを評価〉〈経時的なフレイルとか老化をみていく〉〈多職種でチームを作って評価〉は、「経時的評価システム」の必要性を示しており、継続的・多職種のモニタリング体制の重要性が強調されている。以上のことから、評価機能が地域リハビリテーションにおいて十分に制度化されていない現状と、それを補完する専門職の介入や多職種による包括的評価体制の構築の必要性が浮き彫りになった。

《オンライン診療と遠隔診療》では、過疎地域におけるサービス提供体制を補完する新たな技術的手段が示されている。〈D to N with P (Doctor to Nurse with Patient)〉や〈D to PT with P (Doctor to Physical Therapist with Patient)〉は「遠隔連携モデル」の必要性を示している。これらは医師と看護師、理学療法士との間に直接的な連携のもとに、患者を中心に据えた協働的診療の新しい形を提示していた。

また、「〈2回に1回とか、3回に1回オンライン〉〈対面で指導して、オンラインで確認〉〈家族を巻き込んだ遠隔リハビリ〉は、「ハイブリッド型支援」の必要性を示しており、ICT活用と対面支援を組み合わせた柔軟なサービス提供の可能性が示唆された。

さらに、「〈R県の山奥でSTがオンラインリハビリ提供し、構音障害がある方がおしゃべりができるようになった〉等の事例や〈接点が増えるだけでも質が上がる可能性あり〉は、「成功事例と可能性」を検討する必要性があることが示唆された。

これらは、遠隔診療が単なる代替手段にとどまらず、サービスの質的向上や患者の生活改善に直結する可能性を持つことを示している。

以上を統合すると、カテゴリーII【専門的評価とサービス提供体制】は、「専門知識の不足」や「経時的評価システム」の未整備といった現状の課題を示す一方で、「専門職による評価提案」「生活情報の重要性」「遠隔連携モデル」「ハイブリッド型支援」「成功事例と可能性」といった要素を通じて、既存のサービス提供を補完・強化する新しい方向性を提示していた。専門職の知見とICTの活用を組み合わせることで、過疎地域においても継続的かつ質の高いリハビリテーションサービスを実現できる可能性が示された。

4.3 カテゴリーIII【多職種協働とコミュニケーション】

〈介護支援専門員の独断で物事が決まっていく〉〈専門職に相談してほしい〉〈言われるがままに指示書を書くのではなく〉は、患者の「意思決定の課題」として《多職種連携の重要性》が示されている。これらは、患者の意思決定が表面的な連携の中で一部の職種に偏在しており、専門職の知見が十分に活かされない状況を浮き彫りにしている。

〈常勤PTがいないは言い訳〉〈関わりあい方次第で可能〉は、「連携による広域カバー」の必要性があり、資源の不足を創造的に補う姿勢を示していた。また、「〈円滑なコミュニケーションと高い技術が必要〉は、専門職が持つ技術水準と相互理解の深さが、広域での連携の成否を左右することを示唆していた。

次に、「〈MCSの活用だけでは伝わらないこともある〉〈電話では言えば言うほどずれていく〉は、「ICTツールの限界」を示しているとともに、誰と誰の《コミュニケーションの充実》が課題であることが示されている。情報伝達が単純な技術的手段だけでは十分に成立しない現状が示された。これに対して〈会って話をする必要あり〉〈1対1を避けて複数で話をする〉〈他職種に代弁してもらえ〉は、「対面の重要性」を示してお

表3：多職種協働とコミュニケーション

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
多職種協働とコミュニケーション	多職種連携の重要性	意思決定の課題	介護支援専門員の独断で物事が決まってしまう／専門職に相談をしてほしい／言われるがままに指示書を書くのではなく
		連携による広域カバー	常勤PTがいらないは言い訳／関わりあい次第で可能／円滑なコミュニケーションと高い技術が必要
	コミュニケーションの充実	ICTツールの限界	MCS（Medical care station）の活用だけでは伝わらないこともある／電話では言えば言うほどずれていく
		対面の重要性	会って話をする必要あり／1対1を避けて複数で話をする／他職種に代弁してもらえる
		情報共有の精度	細かい情報を共有してほしい／田舎は細かいところまできちんと／間違った時に訂正がきかなくなる
	定期的な話し合いの重要性	ケア会議の必要性	他の地域では風通しもよかった／C地域ではケアマネジャーとの関係が難しい／もっとケア会議があってもいい
	他職種からの情報提供	多角的視点の価値	違う目線で、違う角度で評価／患者さんは医師には言いにくいところが多々ある
		記録の不足	生活歴とか生活の様子の記載が少ない／サマリーとかが少ない

り、対面での多角的対話が相互理解を促進する上で不可欠であることを裏付けている。

〈細かい情報を共有してほしい〉〈田舎は細かいところまできちんと〉〈間違った時に訂正がきかなくなる〉は〔情報共有の精度〕が課題であり、過疎地域の特性として、密な情報共有が持つ重要性和、情報の誤りが訂正困難になりやすい脆弱性を示していた。

〈他の地域では風通しもよかった〉〈B地域ではケアマネジャーとの関係が難しい〉〈もっとケア会議があってもいい〉は、〔ケア会議の必要性〕を示しており《定期的な話し合いの重要性》が示されている。これは、定期的な会議がチーム機能を強化し、信頼関係を醸成する場であることを示唆している。同時に、制度的仕組みの形式的導入だけでなく、日常的な実践の中で会議文化を根付かせる必要性を示している。

〈違う目線で、違う角度で評価〉〈患者さんは医師には言いにくいところが多々ある〉は〔多角的視点の価値〕を示し、《他職種からの情報提供》を必要としている。これらは、医師中心の情報収集では拾いきれない患者の生活実態を、他職種が補完することの意義を明確にしている。

同時に、〈生活歴とか生活の様子の記載が少ない〉〈サマリーとかが少ない〉は〔記録の不足〕が示されている、多職種協働の前提となる情報共有基盤が十分に整備されていない現状を示していた。

以上を統合すると、カテゴリーⅢ【多職種協働とコミュニケーション】は、〔意思決定の課題〕や〔ICTツールの限界〕といった現状の制約を示す一方で、〔対面の重要性〕〔ケア会議の必要性〕〔多角的視点の価値〕といった実践的知見を通じて、地域における多職種協働を深化させる方向性を提示していた。過疎地域における多職種協働は、形式的な連携にとどまるのではなく、相互補完的な関係性の構築と、日常的かつ継続的なコミュニケーションを基盤とすることで初めて実効性を持つことが明らかとなった。

4.4 カテゴリーⅣ【患者中心の支援理念】

〈治療についての患者の意思決定を尊重〉〈気持ちが変われば治療方針を修正〉〈医師自身の気持ちは抑えている〉は〔意思決定の尊重〕を示し《患者の選択の尊重》が示された。これらは、治療やケアの方向性が一方的に専門職によって決定されるのではなく、患者の意志に基づいて柔軟に調整されていることを示している。

〈田舎はウェット、家族が騒いでも患者自身がきちんと決めることが大切〉〈その人の希望を尊重するスタンス〉は〔患者本位の決定〕を示し、家族や地域の影響を受けやすい過疎地域においても、最終的には本人の意思を最優先する必要性が強調されている。また、〈最後までどうしていきたいか〉〈独居の方のときに誰に聞いたらいいか確定〉〈定期的に本人の意志を関係者で共有〉から〔ACPの実践〕が示され、人生の最終段階における意思決定（Advance Care Planning: ACP）が実際の現場で重要な課題であることを浮き彫りにしていた（厚生労働省, 2018）。

〈記録が残っていると情報が共有しやすい〉〈意志は変わってもいい〉〈繰り返し聞いていって、明日は変わってもいい〉は、〔継続的な意思確認〕を示し《患者の意志の共有と記録》を示した。これらは、患者の希望は固定的なものではなく、時間の経過や状況の変化に応じて揺れ動くものであることを示していた。そのため、継続的に患者の意思を確認し、それを記録として残すことで、多職種間や家族間での情報共有を円滑にする実践が重視された。

〈足りないことがかわいそうなことではない〉〈施設に入ることかわいそうではない〉〈勝手にこっこの価値観で決めつけない〉は〔価値観の相対化〕を示し《決めつけないチーム》を示した。これらは、専門職が自らの価値観を絶対視するのではなく、患者や家族の価値観を相対化し、個々の選択を尊重する姿勢を示していた。

加えて、〈ギブアップならギブアップさせてあげる〉〈死ぬまでやるなら死ぬまでやらせてあげる〉は〔個別性の尊重〕を

表4：患者中心の支援理念

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
患者中心の支援理念	患者の選択の尊重	意思決定の尊重	治療についての患者の意思決定を尊重／気持ちが変われば治療方針を修正／医師自身の気持ちは抑えている
		患者本位の決定	田舎はウェット、家族が騒いでも患者自身がきちんと決めることが大切／その人の希望を尊重するスタンス
		ACPの実践	最後までどうしていききたいか／独居の方のときに誰に聞いたらいいか確定／定期的に本人の意志を関係者で共有
	患者の意志の共有と記録	継続的な意思確認	記録が残っていると情報が共有しやすい／意志は変わってもいい／繰り返し聞いていって、明日は変わっててもいい
	決めつけないチーム	価値観の相対化	足らないことがかわいそうなことではない／施設に入ることかわいそうではない／勝手にこっちの価値観で決めつけない
		個性性の尊重	ギブアップならギブアップさせてあげる／死ぬまでやるなら死ぬまでやらせてあげる

示した。これは、関連する患者の最終的な意思をそのまま受け入れる柔軟な対応を表しており、過疎地域における【患者中心の支援理念】が単なる理想ではなく、実際の現場に根ざした実践的知見として存在していることを裏付けていた。

以上を統合すると、カテゴリーⅣ【患者中心の支援理念】は、過疎地域の厳しい制約下においても、患者の意思を尊重し続けることがケアの根幹を成していることを示していた。このような【患者中心の支援理念】は、地域包括ケアを実効的に機能させるための倫理的基盤であり、医療資源の制約を超えて、最後まで地域で暮らすという住民の切実な願いを実現するために、不可欠な枠組みである

4.5 カテゴリーⅤ【専門職の資質と地域文化】

〈それぞれの職種の自律とわきまえ〉〈ちょっと高いレベルにみんながいないとそれはできない〉は〔専門職の自律性〕を示し《チーム内の協調と良識》を示した。これらは、多職種協働を円滑に機能させるために、各職種が自らの専門性を理解し、他職種を尊重する姿勢が不可欠であることを意味している。

〈待てることと我慢できること〉〈人のせいにしないこと〉から〔行動規範〕示され、地域に根ざした活動を持続的に進めるための責任共有の姿勢が明らかになった。さらに、〈本人の希望を尊重し、物事が進んでいく地域〉という記録は、地域全体において患者中心の価値観が共有されていく文化的過程を示していた。

〈自分のできることをわきまえ〉〈自分の職種をまず磨いていく〉は〔継続的研鑽〕を示し《高いレベルの専門性》を示した。

これらは、専門職が自己の限界を認識しつつ継続的に成長する必要性を示していた。また、〈やりすぎ、やらなさすぎの微調整〉〈振り返りが自分の中でできないといけない〉は〔反省的实践〕示し、臨床実践における省察がチーム全体の成熟を促し、モデルの持続可能性を担保することを示唆していた。

以上を総合すると、【専門職の資質と地域文化】は、各専門職が自律的に責任をもって行動し、継続的に〔反省的实践〕を行うことによって、地域全体に患者の希望を尊重する文化が根付き、その結果として地域完結型リハビリテーションシステムが持続的に機能し得るための基盤が形成されることが示唆された。

5. 考察

5.1 過疎地域における地域リハビリテーションの現状と課題

本研究の分析から、過疎地域の地域リハビリテーションは、人的・経営的制約に直面していることが確認された。地域医療機関は〈医師・看護師・事務の三職種〉に限定され、〔人的資源の制約〕や〔ニーズ分析の不足〕が存在していた。その結果、〈リハビリニーズはあるが提供できる人がいない〉という需給の不均衡が顕在化しており、これは日本の農山村医療の脆弱性を指摘した先行研究(飯島, 2022)とも一致する。

特に医師の視点からは、リハビリ専門職が不足する現状において、どのようにリハビリを処方すべきか分からないという戸惑いが示された。これは、医師が医療に関する事項について最終的な責任を担う立場にありながら、リハビリに対し十分な専門的知識や評価方法を持ち得ない現実を反映してい

表5：専門職の資質と地域文化

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
専門職の資質と地域文化	チーム内の協調と良識	専門職の自律性	それぞれの職種の自律とわきまえ／ちょっと高いレベルにみんながいないとそれはできない
		行動規範	待てることと我慢できること／人のせいにしないこと／本人の希望を尊重し物事が進んでいく地域
	高いレベルの専門性	継続的研鑽	自分のできることをわきまえ／自分の職種をまず磨いていく
		反省的实践	やりすぎ、やらなさすぎの微調整／振り返りが自分の中でできないといけない

る。このことは、地域資源の整備や多職種協働体制の強化が喫緊の課題であることを示唆する。

一方で、『病院がない地域での医療提供』に関連する〈道路が廊下で、訪問看護ステーションがナースステーション〉といった〔空間概念の革新〕や、〈病院なんて建てなくても〉〈C地域にいても病院にいるような感じ〉といった〔地域完結型医療〕は、制度的制約を超え、地域全体を医療空間として再定義しようとする新しい方向性を示した。これらの視点は、hospital-at-home モデル (Shepperd et al., 2016) ととも一致している。

5.2 多職種協働と ICT 活用の新しい枠組み

多職種協働に関する分析からは、形式的な連携の脆弱性が明らかとなった。〈介護支援専門員の独断で物事が決まってしまう〉という患者の〔意思決定の課題〕は、現行体制の限界を端的に示す。一方で、『コミュニケーションの充実』における〈複数での対話〉や〈他職種による代弁〉は、実質的な協働を実現する具体的条件を示している。これは、インタープロフェッショナル・コラボレーション (interprofessional collaboration; IPC) の有効性を指摘した先行研究 (Reeves et al., 2017) ととも整合する。

さらに、本研究で提示された〈D to N with P (Doctor to Nurse with Patient)〉や〈D to PT with P (Doctor to Physical Therapist with Patient)〉は、単なる ICT 導入を超えて、専門職と患者が対等な立場で協働する遠隔診療の新しい形を示している。医師の視点からは、ICTは最終責任を担う立場として患者が意思決定を行う際に、患者の価値観や多職種の意見を総合的に把握するための補完的手段として捉えられていた (中嶋他, 2025)。

加えて、〈訪問2回に1回をオンライン診療に置き換える〉といった〔ハイブリッド型支援〕は、効率性と質の両立を可能にする現実的戦略として注目される。これは既存研究で報告されている遠隔リハビリの有効性 (Cottrell et al., 2017) に、協働性および医師の最終責任の視点を加えた点で独自性を有するといえる。

5.3 患者中心の支援理念と文化的基盤

《決めつけないチーム》や〔価値観の相対化〕に基づく患者中心の支援理念は、従来の専門職主導型の支援を超え、個別性を尊重しつつ患者の自己決定権を最大限に保障する方向性を示した。たとえば、〈施設入所もかわいそうではない〉〈在宅で不自由でもそれを尊重する〉は、専門職側の価値観を押し付けない姿勢を象徴している。これは、シェアード・ディシジョンメイキング (Shared Decision Making: SDM) の枠組み (Elwyn et al., 2012) ととも重なる。

〈待てる力〉、〔反省的实践〕、〈人のせいにしない〉といった専門職の資質は、持続可能な支援体制を下支えする倫理的・文化的基盤である。これは、専門職文化の重要性を指摘したWHO (2010) の報告とも一致する。こうした文化的基盤が存在することで、最終的な医学的判断を下す際に、患者の価値観を尊重しつつ適切な治療方針を決定する環境が整備される。

5.4 地域完結型リハビリテーションモデルへの展望

本研究で抽出された5つのカテゴリー【地域医療システムの構造的課題と革新】【専門職の資質と地域文化】【専門職の評価とサービス提供体制】【患者中心の支援理念】【他職種協働とコミュニケーション】はそれぞれが独立して機能するのではなく、相互に作用しながら「患者中心の意思決定支援」という中核へと収束していくことが明らかになった。このことから、住民の「最後まで地域で暮らす」願いを実現する『制約を創造的に超越する地域完結型リハビリテーションシステム』の必要性が示唆された。その中核には「患者中心の意思決定支援」を据えることが重要である。

この中核を据える理由は三点である。第一に、医療資源が限られる過疎地域では個別性を重視したケアが不可欠である。第二に、住民の希望は医学的最適解と必ずしも一致せず、住民主体の意思決定が求められる。第三に、限られた資源を最大限活用するには、住民の自己効力感向上が必要である。

6. 結論

本研究は、過疎地域における地域リハビリテーションの課

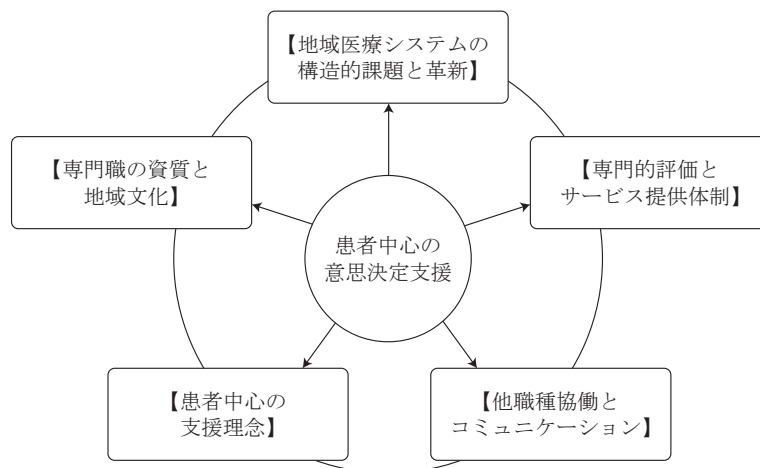


図1：地域完結型リハビリテーションモデルの概念図

題を明らかにし、「患者中心の意思決定支援」を中核に据えた『制約を創造的に超越する地域完結型リハビリテーションシステム』を提示した。人的・経営的資源に限られる状況下では、画一的な標準治療ではなく、生活背景や価値観に即した個別化ケアが不可欠である。医師が医療に関する最終責任を担う立場にあるからこそ、多職種の知見やICTを統合し、患者の意思を尊重した判断を行う枠組みが必要である。第三に、持続可能な体制の確立には、〈待つ力〉〔反省的实践〕〈人のせいにしない〉といった専門職の文化的資質が不可欠であることを示した。

以上の知見は、住民の最期まで地域で暮らしたいという願いを支える現実的かつ持続可能な枠組みを提示し、今後の地域リハビリテーションのモデルを示すとともに、地域包括ケア政策や実践への応用可能性を有する点に学術的・実践的意義がある。

7. 本研究の課題

本研究はC地域という特定の過疎地域における事例研究であり、対象者数も限られているため、結果をすべての地域に一般化することは難しい。また、医師の視点を中心に据えていることから、患者や家族の意見、多職種全体の声を十分に反映しきれていない可能性がある。

今後は、本研究で提示したモデルを他地域でも検証し、適用可能性と汎用性を確認する必要がある。また、患者や家族の視点をより多く取り入れることで、モデルの包括性を高めることが期待される。

さらに、これから高齢化が著しく進展していく中国や韓国における地域リハビリテーションや過疎地域の医療の特質などと比較することで、わが国の独自の意思決定システムを検討することが望まれる。

引用文献

- Cottrell, M. A., Galea, O. A., O'Leary, S. P., Hill, A. J., Russell, T. G. (2017). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 31, No. 5, pp. 625-638.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., and Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, pp. 1361-1367.
- 林瑞恵 (2017). 過疎地域で暮らす在宅高齢者の廃用症候群の予防につながる生活要因の検討. 修士論文, 山口県立大学大学院健康福祉学研究科.
- 本田哲三・本田玖美子 (2018). 過疎山間地域における地域包括ケア. *Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol. 55, pp. 111-114.
- 飯島勝矢 (2022). 社会構造の変化と高齢者医療の理想像. 日本内科学会雑誌, Vol. 111, No. 5, pp. 1007-1016.
- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン.

- 三菱UFIリサーチ & コンサルティング (2017). 地域包括ケア研究会 報告書—2040年に向けた挑戦—. https://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c1.pdf. (閲覧日: 2025年9月15日)
- 内閣府 (2025). 令和7年版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/07pdf_index.html. (閲覧日: 2025年9月15日)
- 成松英智 (2020). 農業地域の救急・災害医療. *日農医誌*, Vol. 68, No. 6, pp. 716-721.
- 中嶋裕・上田貴志・高橋史 (2025). へき地診療所におけるオンライン診療 (D to P with N) の実践と課題, 展望—診療報酬改定 (令和6年6月からの診療報酬改定で新設された看護師等遠隔診療補助加算) を受けて—. *月刊地域医学*, Vol. 39, No. 2, pp. 190-195.
- 日本リハビリテーション病院・施設協会 (2016). 地域リハビリテーションの推進に関する提言. 日本リハビリテーション病院・施設協会 地域リハビリテーション推進委員会. <https://rehakyoh.jp/images/pdf/2016110402.pdf>. (閲覧日: 2025年9月15日)
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., and Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 6, No. 6, CD000072.
- Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., and Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 9, No. 9, CD007491.
- 山口市 (2025). 山口市の人口. <https://www.city.yamaguchi.lg.jp/soshiki/8/114749.html>. (閲覧日: 2025年9月15日)
- WHO (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization.

受稿日: 2025年9月17日
受理日: 2025年10月14日
発行日: 2025年12月25日

Copyright © 2025 Society for Science and Technology



This article is licensed under a Creative Commons [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International] license.



<https://doi.org/10.11425/sst.14.131>