

氏名（本籍）	はやし みず え 林 瑞 恵（山口県）
報告番号	甲第 35 号
学位の種類	博士（健康福祉学）
学位記番号	健康福祉博甲第 35 号
学位授与年月日	2026（令和 8）年 3 月 17 日
学位授与の要件	学位規則第 4 条第 1 項該当（課程博士）
学位論文題名	過疎地域における患者の意思決定支援を基盤とした地域 完結型リハビリテーションシステムの構築 －医師の視点からみた患者中心のケア－
論文審査委員	主査 教授 曾根 文 夫 副査 教授 横山 正 博 副査 教授 徳田 和 央

論 文 要 旨

過疎地域における患者の意思決定支援を基盤とした地域完結型リハビリテーションシステムの構築
－医師の視点からみた患者中心のケア－

過疎地域では医療・介護資源の不足や地理的アクセス困難により、医療機関を中心とした支援提供が困難である。そのため、患者の生活の場に即した支援体制の再構築が求められている。本研究は、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完結型リハビリテーションモデルを構築することを目的とした。過疎地域で勤務する医師 4 名を対象に半構造化面接を実施し、逐語録を質的内容分析した。

分析の結果、地域完結型リハビリテーションシステムの構築に関連する 6 カテゴリーが生成された。カテゴリーⅠ「地域医療システムの構造的課題と革新」は人的資源制約下で地域全体を医療空間として捉え直す視点を示し、カテゴリーⅡ「専門的評価とサービス提供体制」は専門職不足を補う評価・支援体制の必要性を示した。カテゴリーⅢ「在宅における生活支援とリハビリテーション実践」は生活環境評価や予防的介入を含む在宅支援の重要性

を示し、カテゴリーIV「多職種協働とコミュニケーション」は情報共有と協働の仕組みの必要性を示した。カテゴリーV「患者中心の支援理念」は患者の選択を尊重し意思を共有・記録する支援の重要性を示し、カテゴリーVI「専門職の資質と地域文化」は地域文化への適応と協調性を備えた専門職の姿勢が支援の成立条件となることを示した。

これら 6 カテゴリーを統合し、過疎地域における患者中心の意思決定支援を実質化するための地域リハビリテーションモデルを提示した。本モデルは「患者中心の意思決定」を中核に据え、地域全体を支援空間として捉える「空間的連続性」と、病期を問わず支援を継続する「時間的柔軟性」を重要条件としている。その上で「専門職の資質向上」「多職種協働の実質化」「予防性と包括性」が意思決定を支える要素として作用する構造を示した。

特に ICT を活用した D/N with P 等の連携は、多職種協働を実践化し、包括的支援の質を高めることで患者の選択肢拡張と意思決定の自由度向上を可能にする。本モデルは、過疎地域においても住み慣れた地域で最期まで暮らすことを支える具体的枠組みを体系化し、今後の地域医療政策および地域リハビリテーション体制の構築に重要な示唆を与える

Abstract

Development of a Community-Complete Rehabilitation System Based on Patient Decision-Making Support in Depopulated Rural Areas: Patient-Centered Care from Physicians' Perspectives

In depopulated rural areas, the provision of healthcare and long-term care services is severely constrained by shortages of medical and care resources as well as geographic barriers to access. As a result, there is an urgent need to reconstruct support systems that are grounded in patients' everyday living environments. The purpose of this study was to clarify the current status and challenges of community-based rehabilitation in depopulated rural areas from physicians' perspectives and to develop a locally appropriate, community-complete rehabilitation model.

Semi-structured interviews were conducted with four physicians working in depopulated rural regions, and the interview transcripts were analyzed using qualitative content analysis. As a result, six categories relevant to the development of a community-complete rehabilitation system were generated. Category I, *Structural Challenges and Innovation in the Regional Healthcare System*, highlighted the need to reconceptualize the entire community as a healthcare space under conditions of limited human resources. Category II, *Specialized Assessment and Service Delivery System*, indicated the necessity of establishing evaluation

and support systems to compensate for shortages of rehabilitation professionals. Category III, *Home-Based Living Support and Rehabilitation Practice*, emphasized the importance of home-based support including environmental assessment and preventive intervention. Category IV, *Interprofessional Collaboration and Communication*, demonstrated the need for effective mechanisms of information sharing and collaborative practice. Category V, *Patient-Centered Support Philosophy*, underscored the importance of respecting patients' choices and sharing and documenting their preferences. Category VI, *Professional Competence and Regional Culture*, suggested that adaptation to local culture and cooperative attitudes among professionals are essential conditions for sustainable support.

By integrating these six categories, this study proposed a community-based rehabilitation model designed to operationalize patient-centered decision-making support in depopulated rural areas. The model places *patient-centered decision-making* at its core and identifies *spatial continuity*, which conceptualizes the entire community as a support space, and *temporal flexibility*, which enables continuous support regardless of disease stage, as essential conditions. Furthermore, the model demonstrates a structure in which *professional development*, *practical interprofessional collaboration*, and *preventive and comprehensive care* function as key elements supporting patient decision-making.

In particular, ICT-enabled collaborative frameworks such as the D/N with P model facilitate effective interprofessional practice, enhance the quality of comprehensive support, and expand patients' available options, thereby increasing autonomy in decision-making. This model provides a systematic framework that enables individuals to continue living in their familiar communities until the end of life, even in depopulated rural areas, and offers important implications for future regional healthcare policy and the development of community-based rehabilitation systems.

審査結果

本論文は、過疎地域における地域リハビリテーション提供体制を医師の視点から明らかにし、新たなモデルを構築することを目的とした。過疎地域の医療機関に勤務する医師を対象にインタビュー調査を行い、過疎地域が直面する地域リハビリテーションの構造的課題を明らかにした上で、患者中心の意思決定支援を中核とした地域リハビリテーションの体系的システムを構築し、医学的責任と患者の自律性を両立させる道筋を提示した。本論文の評価は以下の通りである。

1. 研究課題の明確化：研究目的と意義、課題設定について適切になされていた。
2. 先行研究の適切な検討：概ね必要な先行研究のレビューが認められた。
3. 研究方法の適切な選択と実施：倫理的配慮のもと、概ね適切な方法が選択され、分析されていたが、結論に重大な影響を及ぼすものではないものの、データの解釈に若干の改善が求められる箇所が散見された。
4. 新たな知見の提示と学問の発展への貢献：医療資源が不足している過疎地域における持続可能な地域リハビリテーションシステムを提示するとともに、過疎地域に特化した政策提言の基盤を提示した点で高く評価できる。
5. 文章作成能力：概ね科学論文としての必要な体裁を有していたが結論の導き出し方、図表の作成、記述の明快さにさらなる工夫の余地があった。
6. 副論文の確認：本人筆頭の査読付論文1編「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. 科学・技術研究, 14 (2):131-138 (2025)」の刊行版を確認した。
以上の所見を総合し、上記の者は博士論文審査及び最終試験に合格したものと認める。