

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—

17073302

林 瑞恵

## 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—

林 瑞恵

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

Mizue Hayashi

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.

第1章 緒言	
1.1 研究の背景	1
1.1.1 日本の超高齢社会の現状	
1.1.2 過疎地域における医療・介護提供体制の危機	
1.1.3 地域リハビリテーションの重要性	
1.2 先行研究の動向と限界	3
1.3 研究の目的	4
1.4 研究の意義	5
1.4.1 学術的意義	
1.4.2 実践的意義	
1.4.3 政策的意義	
1.4.4 社会的意義	
1.5 本研究の独自性と位置づけ	7
1.5.1 過疎地域という特殊な文脈への明示的な着目	
1.5.2 医師の視点からのアプローチの独自性	
1.5.3 制約を創造の契機とする視点の転換	
1.5.5 理論構築と実践的有用性の統合	
1.6 本論文の構成	8
第2章 研究方法	
2.1 研究デザイン	11
2.2 研究対象と調査地域および調査期間	11
2.3 データ収集方法	13
2.4 データ分析方法	13
2.5 倫理的配慮	14
第3章 分析の結果	
3.1 分析の概要	15
3.1.1 分析プロセス	
3.1.2 6カテゴリーの生成	
3.1.3 データの構造	
3.2 カテゴリー I 【地域医療システムの構造的課題と革新】	16
3.2.1 地域医療とリハビリテーションの必要性	
3.2.2 病院がない地域での医療提供	
3.2.3 地域分析の必要性	

3.3	カテゴリーII【専門的評価とサービス提供体制】	19
3.3.1	アセスメントの必要性	
3.3.2	オンライン診療と遠隔診療	
3.3.3	文脈単位の統合	
3.4	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】	22
3.4.1	訪問リハビリテーションの実践と価値	
3.4.2	急性期から慢性期までの在宅医療	
3.4.3	生活環境の評価と予防的介入	
3.4.4	在宅看取りの実現可能性	
3.4.5	文脈単位の統合	
3.5	カテゴリーIV【多職種協働とコミュニケーション】	25
3.5.1	多職種連携の重要性	
3.5.2	コミュニケーションの充実	
3.5.3	定期的な話し合いの重要性	
3.5.4	他職種からの情報提供	
3.5.5	文脈単位の統合	
3.6	カテゴリーV【患者中心の支援理念】	27
3.6.1	患者の選択の尊重	
3.6.2	患者の意志の共有と記録	
3.6.3	決めつけないチーム	
3.6.4	文脈単位の統合	
3.7	カテゴリーVI【専門職の資質と地域文化】	29
3.7.1	チーム内の協調と良識	
3.7.2	高いレベルの専門性	
3.7.3	地域特性への適応	
3.7.4	文脈単位の統合	
3.8	小括:分析結果の全体像	30
第4章 医師が直面する構造的課題：過疎地域リハビリテーションの現状と課題		
4.1	医療・リハビリテーション資源の実態と構造的課題	33
4.1.1	人的資源の制約と構造的課題	
4.1.2	在宅復帰の困難と地域生活継続の課題	
4.1.3	医師における潜在ニーズの未認識	
4.1.4	資源配置の不均衡と地域間格差	
4.1.5	構造的課題の複合性と変革の契機	
4.2	専門的評価とサービス提供の課題	36

4.2.1	リハビリテーション専門知識の不足と評価体制の課題	
4.2.2	過疎地域特有の健康課題	
4.2.3	遠隔診療・遠隔リハビリテーションの可能性	
4.2.3.1	<D to N with P>および<D to PT with P>モデルの革新性	
4.2.3.2	ハイブリッド型支援の実践的意義	
4.2.3.3	遠隔リハビリテーションの実証された効果	
4.2.3.4	遠隔医療がもたらす空間概念の転換	
4.2.4	専門的評価とサービス提供体制の課題の本質	
4.3	多職種連携の実態と課題	41
4.3.1	意思決定プロセスにおける課題	
4.3.2	専門職の役割分担と顔の見える関係	
4.3.3	コミュニケーション手段の限界と対面の重要性	
4.3.4	定期的な協議の場の必要性	
4.3.5	多職種からの多角的視点の価値	
4.3.6	多職種連携の構造的課題と可能性	
4.4	医師からみた患者・家族の課題	44
4.4.1	通院を困難にする地理的・社会的要因	
4.4.2	患者の意思決定を支える環境の複雑さ	
4.4.3	アドバンス・ケア・プランニングの実践と課題	
4.4.4	価値観の押しつけを避ける姿勢：《決めつけないチーム》	
4.5	専門職に求められる資質と地域文化への適応	48
4.5.1	高いレベルの専門性と自律性	
4.5.2	協調性と高度な協働技術	
4.5.3	〔反省的实践〕能力	
4.5.4	地域文化への適応と理解	
4.6	現状分析から見えた課題構造と改善の方向性	51
4.6.1	過疎地域特有の課題構造	
4.6.2	既存システムの限界と転換の必要性	
第5章 医師による革新的実践の理論化：構造的課題の克服		
5.1	カテゴリー I 【地域医療システムの構造的課題と革新】医師による空間概念の転換：「地域=病院」の構想	55
5.1.1	病院完結型医療の限界と過疎地域の現実	
5.1.2	「地域=病院」という空間概念の転換	
5.1.3	空間的分散と機能的統合の両立	

5.1.4	空間転換がもたらす患者への影響	
5.1.5	空間転換の理論的意義	
5.2	カテゴリーII【専門的評価とサービス提供体制】医師による遠隔医療の革新：専門職の役割転換	58
5.2.1	遠隔医療による時空間構造の変革	
5.2.2	専門職の役割転換:媒介者から協働者へ	
5.2.3	ハイブリッド型支援の戦略的意義	
5.2.4	遠隔医療がもたらす空間パラダイムの転換	
5.3	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】医師による急性期在宅医療モデルの革新性	64
5.3.1	「急性期=病院」という固定観念の問い直し	
5.3.2	急性期在宅医療という実践の出現	
5.3.3	急性期在宅医療がもたらす価値	
5.3.4	時間軸の再構成:急性期/慢性期の連続体モデル	
5.3.5	急性期在宅医療を可能にする条件	
5.3.6	急性期在宅医療の理論的意義	
5.4	カテゴリーIII・V【患者中心の支援理念と在宅における生活支援】医師による訪問リハビリテーションの新たな価値	72
5.4.1	機能改善偏重からの転換	
5.4.2	訪問リハビリテーションが持つ多面的価値	
5.4.3	「見えない成果」の理論化	
5.4.4	訪問リハビリテーションにおける時間性の再考	
5.4.5	訪問リハビリテーションの価値転換の意義	
5.5	医師の視点から見た革新的実践の統合	75
5.5.1	空間・時間・価値の三次元転換	
5.5.2	制約から創造へ：過疎地域医療の独自性	
5.5.3	技術と実践の統合	
5.5.4	患者中心のケアの実質化	
5.5.5	第6章への接続：システムとしての統合	
第6章 医師の視点から見た過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの構築		
6.1	過疎地域リハビリテーションシステム構築の必要性	79
6.2	地域完結型リハビリテーションシステムの中核：患者中心の意思決定支援	80
6.2.1	患者中心の意思決定支援	
6.2.2	患者中心の意思決定支援の具体的実践	

6.2.3	患者中心の意思決定支援を中核に据えた地域完結型リハビリテーションシステム	
6.3	医師の視点から見たシステム構成要素：6つの要素	83
6.3.1	カテゴリⅠ【地域医療システムの構造的課題と革新】空間的連続性：地域全体を医療空間として	
6.3.2	カテゴリⅡ・Ⅳ【専門的評価とサービス提供体制と多職種協働とコミュニケーション】多職種協働の実質化：ICTを活用した新しい連携	
6.3.3	カテゴリⅢ【在宅における生活支援とリハビリテーション実践】時間的柔軟性：急性期/慢性期の連続体モデル	
6.3.4	カテゴリⅢ・Ⅴ【患者中心の支援理念と在宅における生活支援】予防性と包括性：訪問リハビリテーションの再定義	
6.3.5	カテゴリⅥ【専門職の資質と地域文化】専門職の資質向上：〔反省的実践〕と〔継続的研鑽〕	
6.3.6	カテゴリⅤ・Ⅵ【患者中心の支援理念と専門職の資質と地域文化】地域文化への適応：価値観の理解と尊重	
6.4	地域完結型リハビリテーションシステムの全体像と特徴	86
6.4.1	地域完結型リハビリテーションシステムにおける医師の役割	
6.4.2	システムの創造性:制約を契機とした革新	
6.4.3	システムの持続可能性	
6.4.4	システムの理論的基盤	
6.5	システムの実装と今後の展望	91
6.5.1	段階的実装のアプローチ	
6.5.2	評価指標の開発	
6.5.3	他地域への適用可能性	
6.5.4	制度的・政策的支援の必要性	
6.5.5	研究の限界と今後の課題	
6.6	過疎地域の地域完結型リハビリテーションシステム	95
6.6.1	システムの概要	
6.6.2	学術的・実践的意義	

## 第7章 結論

7.1	本研究が提示するシステムの特徴と意義	97
7.2	患者中心の意思決定支援：理念から実践へ	97
7.3	普遍的適用可能性と今後への展望	98
	引用文献	101

謝 辭 ····· 105

## 第1章 緒言

### 1.1 研究の背景

#### 1.1.1 日本の超高齢社会の現状

わが国では、諸外国に例を見ない速度で高齢化が進行している。65歳以上の人口は現在3,500万人を超えており、2042年の約3,900万人でピークを迎えるが、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。また、国立社会保障・人口問題研究所(2023)は、2060年には総人口が1億人を下回り、高齢化率は40%近くに達すると推計している。特に、団塊の世代が75歳以上となる2025年(令和7年)以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている(厚生労働省, 2025)。2025年の高齢化率は29.3%に達し(「令和7年版高齢社会白書」, 2025)、総人口の約3人に1人が65歳以上という超高齢社会を迎えている。

この状況に対応するため、厚生労働省は2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進してきた(厚生労働省, 2025)。近年では地域包括ケアシステムとは、「高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」(厚生労働省, 2025)と定義されている。

#### 1.1.2 過疎地域における医療・介護提供体制の危機

日本全体の高齢化が進行する中、過疎地域や中山間地域では、より深刻な状況が生じている。全国の高齢化率が29.3%であるのに対し、過疎地域では高齢化率が著しく高く、50%を超える地域も珍しくない。

現在、過疎地域における医療・介護提供体制は、複合的な危機に直面している。第一に、医療・介護専門職の深刻な不足がある。若年人口の流出により、地域の医療・介護を担う人材の確保が極めて困難になっている。医師、看護師、リハビリテーション専門職等の絶対数が不足しており、特定の専門職種が全く存在しない地域も少なくない。小規模医療機関では経営的制約により、医師・看護師・事務職以外の職種を受け入れることが困難な状況にある。

第二に、地理的アクセスの困難性である。山口県健康福祉部(2022)は、地域医療構想において、交通困難地域の医療アクセス格差を明確に示しており、訪問・通所・救急体制の維持が重要課題である。

第三に、多職種連携体制の構築の困難性がある。専門職が絶対的に不足している状況では、多職種が集まって協議する機会を持つことすら困難である。また、各専門職が広域に分散して配置されているため、顔の見える関係を構築し、日常的に連携することが物理的に難しい。

第四に、住民のリハビリテーションニーズと提供可能なサービスとの乖離がある。在宅復帰を希望する患者が多い一方で、在宅での生活を支えるサービス体制が不十分であるため、施設入所という本意ではない選択を余儀なくされることがある。また、医療提供者自身がリハビリテーションの可能性を十分に認識していない場合もあり、潜在的なニーズが顕在化していない状況も存在する。

飯島(2022)は、過疎地域における医療提供体制の脆弱性を指摘し、医師確保、救急医療体制、専門医療へのアクセス等、多様な課題が複合的に存在することを明らかにしている。これらの課題は、単に医療資源の量的不足という問題にとどまらず、地域医療提供体制そのものの構造的転換を要請している。従来都市部を想定した医療システムをそのまま過疎地域に適用することは困難であり、過疎地域の特性に適合した新たな医療・介護提供モデルの構築が不可欠である。

### 1.1.3 地域リハビリテーションの重要性

リハビリテーションの概念は、時代とともに大きく変化してきた。2001年、世界保健機関(WHO)は『国際生活機能分類(ICF: *International Classification of Functioning, Disability and Health*)』を採択し、障害概念の根本的転換を図った(World Health Organization, 2001)。ICFは、健康状態を心身機能・身体構造、活動、参加の相互作用として捉え、さらに環境因子と個人因子がこれらに影響を与えるという包括的モデルを提示した。このICFの採択により、リハビリテーションは単なる機能回復にとどまらず、活動の向上、社会参加の促進、環境調整を含む包括的アプローチとして再定義された(上田敏, 2005)。

日本における地域リハビリテーション概念の発展は、国際的潮流と密接に関連しながら、独自の展開を遂げてきた。1980年代以降、リハビリテーションの場が医療機関から地域へと拡大し、地域リハビリテーションという概念が形成されてきた。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いく活動のすべて」(日本リハビリテーション病院・施設協会, 2016)と定義されている。この定義が示すように、地域リハビリテーションは単なる機能訓練にとどまらず、医療・介護・福祉の統合的アプローチにより、住民の生活の質を向上させ、地域での自立生活を支援する包括的な取り組みである。

2000年の介護保険制度施行以降、日本の高齢者ケアシステムは大きく変化した。特に、2011年の介護保険法改正では、地域包括ケアシステムの構築が政策目標として明確に位置づけられ、地域リハビリテーションは介護予防の取り組みを機能強化するため、一般介護予防事業として位置づけられた。また、2015年の介護保険制度改正では、地域ケア会議の推進が図られた。地域ケア会議にリハビリテーション専門職が参加し、個別事例の検討を通じて、自立支援に資するケアマネジメントを推進することが期待されている。

さらに、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援する観点から、病院から在宅への切れ目のないリハビリテーション提供体制の構築も求められている。しかし、これらの政策的要請と現実との間には大きな乖離がある。特に過疎地域においては、リハビリテーション専門職の絶対的不足により、政策が想定するような地域リハビリテーション体制の構築が極めて困難である。この乖離を埋めるためには、過疎地域の実情に適合した新たなモデルの開発が不可欠である。

## 1.2 先行研究の動向と限界

過疎地域における地域リハビリテーションに関する研究は、主に実践報告や事例研究として蓄積されてきた。本田・本田(2018)は、過疎山間地域における地域包括ケアの課題を論じているが、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。林(2017)は、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を検討し、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を指摘している。

過疎地域医療に関しては、飯島(2022)が社会構造の変化と高齢者医療の理想像を論じる中で、過疎地域における医療提供体制の脆弱性を指摘している。成松(2020)は、農業地域における救急・災害医療の課題を論じ、地理的制約が医療提供に与える影響の深刻さを指摘している。これらの研究は、過疎地域における医療提供の困難さを明らかにしているが、その困難を克服する具体的なモデルの提示には至っていない。

国際的には、WHO が 1980 年代から地域を基盤としたリハビリテーション(CBR: Community-Based Rehabilitation)の概念を提唱し、特に開発途上国における障害者支援の戦略として推進してきた(WHO, 2010)。また、欧米諸国では、在宅ケア、地域ケア、統合ケアの推進により、地域におけるリハビリテーション提供体制が整備されてきた。アメリカでは、hospital-at-home と呼ばれる在宅での急性期医療提供モデルも発展している(Shepperd et al., 2016)。しかし、これらの国際的動向は主に都市部を想定しており、日本の過疎地域特有の課題に直接適用することは困難である。

以上のことから、先行研究には以下の限界が存在する。第一に、過疎地域の地域リハビリテーションに関する体系的研究が不足している。多くの研究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。過疎地域特有の制約条件の中で、いかに質の高い地域リハビリテーションを実現するかという包括的理論モデルは、これまで提示されていない。

第二に、医師の視点からの研究が不足している。既存研究の多くは、看護師、リハビリテーション専門職、介護職、住民の視点からの報告であり、医師の視点からの体系的研究は極めて少ない。しかし、医師は地域医療における最終的な責任を担う立場にあり、また多職種連携の要として機能する。医師の視点からの研究は、地域リハビリテーションシステム全体を多角的に理解する上で重要である。特に、リハビリテーション専門職が不足する過疎地域

において、医師がどのようにリハビリテーションの必要性を判断し、限られた資源を活用しているのか、その実践知を明らかにする研究が必要である。

第三に、制約を創造の契機として捉える視点が不足している。多くの研究は、過疎地域の資源不足を課題として指摘するにとどまり、その制約をいかに創造的に克服するかという視点からの分析は限定的である。過疎地域の保健医療福祉等の支援者は、限られた資源の中で様々な工夫や革新的取り組みを行っているが、それらを体系的に理論化する研究は少ない。

第四に、ICT技術の活用に関する実証的研究が不足している。遠隔医療や遠隔リハビリテーションの技術的可能性については多くの研究があるが、過疎地域における実践的導入とその効果についての研究は限られている。特に、医師と他職種、患者の三者関係における遠隔技術の活用については、ほとんど研究されていない。

第五に、患者中心の意思決定支援に関する過疎地域特有の課題についての研究が不足している。過疎地域では、家族や地域の影響力が強く、患者本人の意思決定が制約されやすい文化的背景がある。このような文化的背景の中で、いかに患者中心の意思決定を実現するかについての研究は不十分である。

第六に、訪問リハビリテーションの多面的価値に関する研究が不足している。従来の研究は、訪問リハビリテーションを主に機能改善の観点から評価してきた。しかし、過疎地域の高齢者を主な対象とする訪問リハビリテーションにおいては、機能改善以外の社会的孤立防止、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)促進、継続的關係性構築等も重要な課題となる。これらの多面的価値を体系的に明らかにし、評価指標として組み込む研究が必要である。

したがって、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、過疎地域の実情に適合した新たなモデルを構築することが、学術的にも実践的にも重要な意義を持つ。本研究は、質的研究アプローチにより、過疎地域で実践する医師の語りから、制約を創造的に超越する実践知を抽出し、地域完結型リハビリテーションシステムの理論的枠組みを構築することを目指すものである。

### 1.3 研究の目的

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構築することである。これは、記述的側面と理論構築的側面の両方を含んでいる。

記述的側面では、過疎地域の地域リハビリテーションが直面している具体的な課題を、医師の実践経験に基づいて詳細に記述する。具体的には、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明確化する。人的資源の配置状況と不足の実態、地理的アクセスの困難性、既存の医療・介護提供システムの限界、住民のニーズと提供可能なサービスとの乖離、多職種連携における課題を明らかにする。次いで、技術革新を活用した新たなアプローチの可能性を検討する。ICT技術を活用した遠隔医療・遠隔リハビリテーション等、新たな技術

を活用したサービス提供の可能性と課題を明らかにする。

理論構築的側面では、これらの課題に対する創造的解決策を体系化し、過疎地域に適した地域リハビリテーションの理論的モデルを構築する。また、過疎地域における患者中心の地域リハビリテーション実践の具体的方法を検討し、患者中心の支援理念に基づく実践モデルを構築する。さらに、地域文化と専門職資質の相互作用を解明する。過疎地域特有の地域文化と専門職の資質との相互作用を検討し、過疎地域で持続可能な医療・介護システムを支える専門職の資質を明らかにする。

最終的には、これらの知見を統合し、過疎地域に適した地域完結型リハビリテーションシステムの包括的理論モデルを構築することを目指す。

## 1.4 研究の意義

### 1.4.1 学術的意義

本研究の学術的意義は、過疎地域における地域リハビリテーションに関する理論的枠組みを構築することにある。過疎地域の地域リハビリテーションに関する研究は、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。本研究は、内容分析により体系的にデータを分析し、過疎地域に適した地域リハビリテーションの包括的理論モデルを構築する。

また、医師の視点から地域リハビリテーションにおける医師の役割と実践知を明らかにすることも重要な学術的意義である。既存研究では、看護師やリハビリテーション専門職、介護職の視点からの研究が中心であり、医師の視点からの体系的な研究は極めて少ない。特に過疎地域では、リハビリテーション専門職が不足する中で、医師がどのようにリハビリテーションの必要性を判断し、限られた資源を活用して住民の生活機能を支えようとしているのか、その実践知を明らかにすることは、地域リハビリテーション研究における重要な貢献となる。

さらに、質的研究方法論の発展に寄与することも本研究の学術的意義の一つである。本研究は、内容分析の手法を用いて、段階的抽象化のプロセスを経て中核概念を生成する。この厳密な分析プロセスは、質的研究の信頼性と妥当性を高めるモデルとなる。

本研究の実践的、政策的、社会的意義と相まって、学術的知見の蓄積に貢献することが期待される。

### 1.4.2 実践的意義

実践的意義として、過疎地域における地域リハビリテーション提供体制の改善に直接的に貢献することが挙げられる。本研究が明らかにする課題と解決策は、過疎地域で地域リハビリテーションに従事する医師、リハビリテーション専門職、看護師、介護職、行政職員等にとって、実践的指針となる。

次に、訪問リハビリテーションの価値を再定義することも重要な実践的意義である。従来、訪問リハビリテーションは機能改善を主目的とし、その効果が評価されてきた。しかし、過疎地域の高齢者を主な対象とする訪問リハビリテーションにおいては、劇的な機能改善は現実的ではない。本研究において、機能改善という単一指標を超えて、訪問リハビリテーションの多面的価値を明らかにすることに意義がある。

さらに、多職種協働の質的向上に寄与することも本研究の実践的意義である。本研究は、専門職の役割分担、情報共有の方法、ケア会議のあり方、ICT ツールの活用等、効果的な多職種協働を実現するための具体的な条件を明らかにすることを目指している。そして、専門職教育への貢献も期待される。本研究が明らかにする専門職の資質は、過疎地域で働く専門職、あるいは過疎地域で働くことを志す専門職の教育・育成において重要な指針となる。

#### 1.4.3 政策的意義

政策的意義としては、過疎地域に適した地域包括ケアシステムの構築に向けた政策提言の基盤を提供することが挙げられる。現行の地域包括ケアの政策は、基本的に都市部を想定して設計されており、過疎地域の実情には必ずしも適合していない。本研究が明らかにする過疎地域の構造的課題は、政策立案者に対し、過疎地域に特化した政策的配慮の必要性を示す。

次に、介護保険制度・医療保険制度の改善に向けた提言を可能にすることも重要な政策的意義である。本研究が明らかにする訪問リハビリテーションの多面的価値や、急性期在宅医療の可能性は、現行制度の限界を明らかにし、制度改善の方向性を示唆する。

また、遠隔医療・遠隔リハビリテーションの推進に向けた政策提言を可能にすることも本研究の政策的意義である。遠隔医療・遠隔リハビリテーションは政策的にも注目されており、厚生労働省（2024）の指針でもその推進が支持されている。本研究が明らかにする革新的な遠隔連携モデルの可能性とその実装における課題は、これらの政策方向と実践の乖離を埋め、遠隔医療の診療報酬上の評価や、過疎地域における ICT インフラ整備の政策的優先順位を決定する上で重要な根拠となる。中嶋ら（2025）の報告と合わせて、過疎地域特有の ICT 活用と遠隔連携の課題と可能性を示すことは、より現実的な政策立案に貢献する。

さらに、人材確保・育成政策への示唆を提供することも期待される。過疎地域における医療・介護人材の確保は、喫緊の政策課題である。本研究が明らかにする専門職の資質、多職種協働の条件、ICT 活用の可能性等は、過疎地域で働く人材を確保・育成する上で重要な示唆を提供する。

#### 1.4.4 社会的意義

社会的意義として、過疎地域住民の最期まで地域で暮らすという願いの実現に貢献することが挙げられる。多くの過疎地域住民は、生まれ育った地域で最期まで暮らすことを望んでいる。しかし、医療・介護資源の不足により、その願いを実現することが困難な状況にある。本研究が提示するモデルは、限られた資源の中でも、住民の願いを実現する可能性を示

す。

次に、過疎地域の持続可能性の向上に寄与することも重要な社会的意義である。医療・介護サービスの充実、過疎地域の持続可能性を支える重要な要素である。地域で安心して医療・介護を受けられることは、住民が地域に住み続ける重要な条件であり、また若い世代が地域に戻ってくる、あるいは地域に移住してくる動機にもなる。

また、全国的な人口減少社会における地域医療・介護のモデルを提示することも本研究の社会的意義である。日本全体の人口減少が進む中、現在は都市部である地域も、将来的には人口減少・高齢化に直面する。過疎地域は、いわば「人口減少社会の先進地」であり、過疎地域で開発されたモデルは、将来の都市部にも応用可能である。

さらに、国際的にも示唆を提供することが期待される。人口高齢化は、先進国だけでなく、アジア諸国を中心に世界的な現象となっている。本研究が提示するモデルは、日本の過疎地域の文脈で開発されたものであるが、その基本的な考え方は、他国の高齢化地域にも応用可能であり、国際的にも貢献しうる。

## 1.5 本研究の独自性と位置づけ

### 1.5.1 過疎地域という特殊な文脈への明示的な着目

本研究は、過疎地域という特殊な文脈に焦点を当てることで、地域リハビリテーション研究に新たな視座をもたらす。既存の地域リハビリテーション研究の多くは、都市部を対象としているか、あるいは地域特性を明示せずに論じられてきた。しかし過疎地域は、人口密度、医療資源の配置、交通アクセス、地域文化など、質的に異なる条件を有している。本研究は、これらの条件の違いを明示的に扱うことで、都市部モデルをそのまま適用できない理由を理論的に明らかにし、過疎地域に適したモデル構築を目指す。

### 1.5.2 医師の視点からのアプローチの独自性

医師は、地域医療における最終的な医学的責任を担い、多職種連携の要として機能する立場にある。しかし、地域リハビリテーション研究では、看護師やリハビリテーション専門職、介護職の視点からの研究が中心であり、医師の視点からの体系的質的研究は極めて少ない。本研究は、医師という独自の視点から、過疎地域における限られた資源の中での判断と実践知を明らかにすることで、地域リハビリテーションシステムの全体像を多角的に理解する道を開く。

### 1.5.3 制約を創造の契機とする視点の転換

本研究が既存研究と異なる重要な点は、過疎地域の資源不足を課題として指摘するにとどまらず、限られた資源の中で展開される創造的実践に着目する点である。医師たちは、制約に直面するからこそ既存の枠組みを問い直し、新たな価値を創造している。この制約駆動型

イノベーションの視点を理論的に明らかにすることで、資源の豊富さだけに依拠しない、本質的な医療・介護実践の価値を示す。

#### 1.5.4 複数の理論的視点の統合による多面的理解

本研究は、患者中心ケア理論、多職種協働理論、医療の質の評価理論、反省的実践理論、健康の公平性理論、医療空間論、制約駆動型イノベーション理論など、多様な理論的視点を統合的に用いる。既存研究の多くは単一または限定的な理論的視点にとどまるが、本研究の複数理論の統合により、過疎地域における地域リハビリテーションという複雑な現象の全体像を把握することが可能になる。

#### 1.5.5 理論構築と実践的有用性の統合

本研究は、理論構築を志向する学術的関心と、実践者や政策立案者にとっての有用性を同時に追求する。理論構築に止まらず、その理論から導き出される課題と解決策が、過疎地域で働く実践者にとって具体的な指針となり、政策立案者にとって政策提言の根拠となることを意図している。このように、学術的厳密性と実践的関連性を両立させる研究姿勢が、本研究の特徴である。

### 1.6 本論文の構成

本論文は、全7章から構成される。第1章では、日本の超高齢社会と過疎地域の現状、地域リハビリテーションの概念と発展、重要性について述べた。続いて先行研究の動向と限界を整理し、本研究の意義と目的を明らかにする。

第2章では、研究方法について述べる。質的研究アプローチを採用した理由、研究対象と調査地域の選定、半構造化面接によるデータ収集、質的内容分析の手順を説明する。倫理的配慮と研究の限界についても言及する。

第3章では、内容分析の結果を提示する。過疎地域で勤務する医師4名へのインタビューデータから抽出された6つのカテゴリー、すなわちⅠ【地域医療システムの構造的課題と革新】、Ⅱ【専門的評価とサービス提供体制】、Ⅲ【在宅における生活支援とリハビリテーション実践】、Ⅳ【多職種協働とコミュニケーション】、Ⅴ【患者中心の支援理念】、Ⅵ【専門職の資質及び地域文化】について、それぞれに含まれる文脈単位とともに詳述する。

第4章では、第3章で明らかになったカテゴリーのうち、Ⅰ【地域医療システムの構造的課題と革新】を中心として、過疎地域リハビリテーションの現状を多角的に分析する。

第5章では、革新的実践による構造的課題の克服について理論的考察を行う。空間概念の転換、遠隔診療・遠隔リハビリテーションによる空間の拡張、急性期在宅医療モデルの革新性、訪問リハビリテーションの新たな価値という4つの側面から、過疎地域の医師が展開している創造的実践の意義を明らかにする。抽出された4つの文脈単位は、今後の過疎地域におけるサービス提供体制の構築と、政策立案における重要な示唆をもたらす。

第6章では、第3章から第5章までの知見を統合し、過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの包括的理論モデルを構築する。患者中心の意思決定支援を中核に据え、空間的連続性、時間的柔軟性、多職種協働の実質化、予防性と包括性、専門職の資質向上、地域文化への適応という6つの構成要素からなるシステムを提示する。システムの実装と今後の展望についても論じる。

第7章では、過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの構築についての結論を述べる。



## 第2章 研究方法

本章では、本研究の方法について述べる。研究デザイン、研究対象と調査地域、データ収集方法、データ分析方法、倫理的配慮、研究の限界の順に説明する。

### 2.1 研究デザイン

本研究は、質的研究アプローチを採用する横断的質的研究である。質的研究アプローチを選択した理由は、本研究の目的が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深く理解し、新たな理論的モデルを構築することにあるためである。量的研究が既存の理論や仮説を検証することを主眼とするのに対し、質的研究は新たな理論や概念を生成することに適している（田中，2013）。過疎地域の地域リハビリテーションに関する理論的枠組みが十分に確立されていない現状において、質的研究による理論生成が適切である。

また、医師の実践経験に基づく深い洞察を得るためには、数値データではなく、言葉による豊かな記述が必要である。医師が日々の診療やリハビリテーション処方において直面する課題、工夫、葛藤、創造的解決策等は、数値では表現できない複雑な内容を含む。半構造化面接により、これらの経験を詳細に語ってもらうことで、実践知を抽出することができる。

過疎地域という特殊な文脈における現象を理解するためには、文脈を重視する質的研究が適している。地域リハビリテーションのあり方は、地域の人口構成、産業構造、地理的条件、文化的背景等の文脈に大きく影響される。これらの文脈を踏まえた理解は、質的研究により可能になる。さらに、対象者から豊かなデータを得ることができる点も質的研究の利点である。

本研究の対象者は医師4名であるが、質的研究においては、対象者数の多さよりも情報の豊富性が重視される。医師という地域医療の中核に位置する専門職からの深い洞察は、多数の対象者からの表面的情報よりも価値が高い。

### 2.2 研究対象と調査地域および調査期間

本研究の調査地域は、J県内の過疎地域である。これらの地域を対象として選定した理由は、次の通りである。

調査対象地域であるA市C地域は、典型的な過疎地域の特性を有している。2025年9月時点における人口は4,643人であり、高齢化率は56.8%を超え、全国平均の29.3%を大きく上回っている（山口市，2025）。人口減少も継続しており、過疎地域の典型例として位置づけることができる。また、医療・介護資源が限られていることから、地域リハビリテーションに関する課題が顕在化している。

本地域は、広大な森林資源を基盤とした農林業を主要産業として発展してきた。産業構造を見ると、就業者総数2,899人のうち、第一次産業従事者が19.8%を占めており、市全体の

5.1%を大きく上回っている。第二次産業は24.9%、第三次産業は53.5%であり、現在も農林業を中心とした一次産業依存型の産業構造が維持されている（山口市中山間地域づくり指針 改訂版, 2022）。

さらに、本地域の重要な特徴として、地域住民による濃密な相互扶助文化が挙げられる。林（2017）は、修士論文「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」において、過疎地域特有の廃用症候群の予防要因の一つとして、地域住民間の相互扶助の存在を指摘している。

調査対象地域には診療所が存在するが、リハビリテーション専門職が常駐していない。訪問リハビリテーション事業所も限られており、住民がリハビリテーションサービスを利用することは容易ではない。しかし、地域医療・介護の中核的役割を担う診療所が存在し、その診療所で長期間勤務する医師から協力を得られた点も重要である。調査対象となった診療所は、各地域において中核的な医療機関として機能しており、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。

調査対象地域の具体的特性は以下の通りである。地理的には山間部に位置し、市の中心部まで30分から1時間程度の時間を要する。主要な産業は農業、林業等の一次産業であり、高齢者の多くが現役で従事している。公共交通機関は限られており、住民の移動は主に自家用車に依存している。医療資源としては、診療所が地域中心部に1か所程度存在するが、入院は不可である。入院が必要な場合は、市中心部か隣市の病院に搬送される。介護資源としては、訪問介護事業所、通所介護事業所が存在するが、訪問看護事業所は隣接市の事業所に依存している地域が多い。文化的特性としては、住民同士の繋がりが強く、相互扶助の文化が残されている。一方で、若年人口の流出により、地域活動の担い手不足が課題となっている。

本研究の研究参加者は、過疎地域で勤務する医師4名である。4名はいずれもA市C地域の同一診療所に勤務しており、このうち常勤医師は2名である。全員が都市部での医療従事経験を有しており、都市部医療体制と過疎地域医療体制の相違を理解した上で、本地域における診療実践を行っている。

研究参加者の選定は、目的的サンプリングにより行った。目的的サンプリングとは、研究目的に照らして豊富な情報を提供できる対象者を意図的に選定する方法である。本研究で医師を対象とした理由は、医師が地域医療における最終的な医学的責任を担い、診断、治療方針の決定、リハビリテーションの処方など、重要な意思決定を行う立場にあるためである。

また医師は、多職種連携の要として、看護師、リハビリテーション専門職、介護職、行政職員等と日常的に協働している。したがって、医師の語りには医師自身の視点に加え、地域における多職種の経験や認識が反映されていると考えられた。

研究参加者4名の基本属性は以下の通りである。医師①は医師経験24年、へき地医療経験20年、医師②は医師経験25年、へき地医療経験21年、医師③は医師経験9年、へき地医療経験6年、医師④は医師経験8年、へき地医療経験1年である。4名のうち2名は20

年以上のへき地医療経験を有しており、長期的視点からの知見が得られると考えられた。また、経験年数の異なる医師を含めることで、多様な視点から当該地域の実践を捉えることが可能であると判断した。

本研究は、過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの構築を対象とする。調査対象としたJ県の当該地域は、限られた医療資源のもとで、医師が創意工夫により先進的なケア実践を展開している地域である。本研究では、同一医療機関に勤務する医師4名への詳細なインタビューを通じて、当該地域における実践の特徴とその構造を包括的に把握することを目指した。

なお、調査期間は2024年8月から2025年9月であった。

### 2.3 データ収集方法

本研究のデータ収集方法は、研究参加者の都合により、対面とリモートを併用した半構造化面接である。半構造化面接とは、あらかじめ用意した質問項目に基づきながらも、対象者の回答に応じて柔軟に質問を追加・変更できる面接方法である。半構造化面接を選択した理由は、研究目的に沿った情報を確実に得ることができ、かつ対象者の経験や視点を深く掘り下げることができるためである。

インタビューガイドは以下の通りである。

- ・それぞれの医療専門職からみたりハビリテーションに対するイメージをお聞かせください。
- ・この地域で、どういう時にリハビリテーションが必要だと感じますか。
- ・この地域でリハビリテーションを行う上で、どんなサービスがあればよいと思いますか。
- ・地域住民が、この地域で最期まで自分の思い通りに暮らすためには、どのようなことが必要だと思いますか。

これらの質問項目は固定的なものではなく、面接の流れに応じて柔軟に調整した。

インタビューでは、研究の目的と方法を説明し、同意を得た上で実施した。インタビュー時間は1名あたり30分から40分であった。面接は、対面時は個室で、リモート時はZoomを使用して行い、プライバシーが保たれる環境を確保した。録音には、対象者の同意を得た上で、ICレコーダーを使用した。

### 2.4 データ分析方法

本研究のデータ分析には、内容分析の手法を用いた。本研究では、内容分析に熟練した研究者のスーパーバイザーとともに分析を行った。

分析は、まず録音したインタビューデータを逐語録として文字化した。個人や地域を特定できる固有名詞は匿名化した。次に、逐語録から過疎地域の地域リハビリテーションに関連する内容を分析単位として抽出した。抽出した分析単位に対し、その意味内容を簡潔に表現するコードを付与し、71のコードを生成した。71のコードを関連性と意味的類似性に基づ

いて統合し、19の文脈単位を生成した。文脈単位の生成においては、コードが語られた文脈や背景を考慮した。19の文脈単位をより抽象度の高い概念として統合し、6のカテゴリーを生成した。各カテゴリーは、過疎地域における地域リハビリテーションの特定の側面を表現している。最終的に、6のカテゴリーを統合し、過疎地域の地域リハビリテーションシステム全体を表現する理論的枠組みを構築した。

分析の全過程において、スーパーバイザーと継続的に議論を行い、解釈の妥当性を検証した。データ収集から分析、結果の記述に至る全てのプロセスを詳細に記録し、追跡可能性を確保した。

## 2.5 倫理的配慮

研究参加候補者に対し、研究説明書を用いて、研究の目的と意義、研究の方法、研究参加による予想される利益とリスク、研究参加は任意であり参加しないことによる不利益はないこと、研究参加に同意した後でもいつでも同意を撤回できること、プライバシーと個人情報の保護の方法、データの保管と利用の方法、研究結果の公表方法、収集したデータは、本研究の目的以外には使用しないこと及び研究に関する質問や懸念がある場合の連絡先を口頭と文書で説明した。説明後、自発的に参加を希望することを確認した上で、同意書に署名を得た。

研究参加者のプライバシーと個人情報を保護するため、逐語録の作成段階で、個人や地域を特定できる固有名詞は匿名化し、研究参加者には、個人を特定できない形でIDを付与し分析を行った。本研究において、研究者と研究参加者の間に利益相反はない。また、本研究は外部資金を受けておらず、資金提供者の利益により研究が歪められるリスクはない。

なお、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, 2024-29, 2025-03)を得て実施した。

## 第3章 分析の結果

### 3.1 分析の概要

#### 3.1.1 分析プロセス

本研究では、過疎地域で勤務する医師 4 名を対象に実施した半構造化面接から得られたデータに対し、内容分析を実施した。分析は、内容分析の手法に基づき、分析単位、コード化単位、文脈単位、カテゴリーという枠組みを用いて行った。

分析の手順は以下の通りである。まず、インタビューの逐語録から、研究目的に関連する意味のある最小単位として分析単位を抽出した。次に、複数の分析単位を意味内容の類似性に基づいてまとめ、コード化単位を生成した。さらに、複数のコード化単位を統合し、より抽象度の高い文脈単位を構成した。最終的に、文脈単位を包括する概念としてカテゴリーを生成した。

本研究における表記法として、分析単位を< >、コード化単位を〔 〕、文脈単位を《 》、カテゴリーを【 】で示す。

#### 3.1.2 6 カテゴリーの生成

質的内容分析の結果、過疎地域における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 つのカテゴリーが生成された。各カテゴリーは、複数の文脈単位、コード化単位、分析単位から構成されている。

生成された 6 カテゴリーは以下の通りである：

- ・カテゴリー I 【地域医療システムの構造的課題と革新】

このカテゴリーは、過疎地域における医療提供体制の構造的な問題と、それを克服するための革新的なアプローチに関する内容で構成されている。《地域医療とリハビリテーションの必要性》《病院がない地域での医療提供》《地域分析の必要性》という 3 つの文脈単位を含む。

- ・カテゴリー II 【専門的評価とサービス提供体制】

このカテゴリーは、リハビリテーションにおける専門的なアセスメントとサービス提供の実態に関する内容で構成されている。《アセスメントの必要性》《オンライン診療と遠隔診療》という 2 つの文脈単位を含む。

- ・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】

このカテゴリーは、在宅での生活支援とリハビリテーション実践の実態と課題に関する

内容で構成されている。《訪問リハビリテーションの実践と価値》《急性期から慢性期までの在宅医療》《生活環境の評価と予防的介入》《在宅看取りの実現可能性》という4つの文脈単位を含む。

・カテゴリーⅣ【多職種協働とコミュニケーション】

このカテゴリーは、多職種間の連携とコミュニケーションの実態と課題に関する内容で構成されている。《多職種連携の重要性》《コミュニケーションの充実》《定期的な話し合いの重要性》《他職種からの情報提供》という4つの文脈単位を含む。

・カテゴリーⅤ【患者中心の支援理念】

このカテゴリーは、患者の意思決定を尊重し、患者中心のケアを実践する理念に関する内容で構成されている。《患者の選択の尊重》《患者の意志の共有と記録》《決めつけないチーム》という3つの文脈単位を含む。

・カテゴリーⅥ【専門職の資質と地域文化】

このカテゴリーは、専門職に求められる資質と地域特性への適応に関する内容で構成されている。《チーム内の協調と良識》《高いレベルの専門性》《地域特性への適応》という3つの文脈単位を含む。

### 3.1.3 データの構造

本研究で生成された6カテゴリーは、過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの多面的な実態を表している。カテゴリーⅠは医療システム全体の構造的課題を、カテゴリーⅡとⅢは具体的なサービス提供の実態を、カテゴリーⅣは多職種連携の実際を、カテゴリーⅤは支援の基本理念を、カテゴリーⅥは専門職の資質という人的要素を示している。

## 3.2 カテゴリーⅠ【地域医療システムの構造的課題と革新】

### 3.2.1 地域医療とリハビリテーションの必要性

地域医療機関の体制が<医師と看護師と事務の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3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。<経営の問題もあり、その職種以外の人を受け入れない>状況は、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。

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＞ため＜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。＜最期まで暮らし続けたいと思う＞という願望があるにもかかわらず、＜医療資源が限られている＞ため、＜施設に入るのが楽だよねということになりがち＞という実態が明らかとなった。

また、＜知らなかったので、そんなもんだと思ってました＞というサービスに関する情報不足から、＜リハビリが入ることによってこんなことができるんだって感じ＞という効果の実感へと変化する過程が示され、これらは〔潜在ニーズの未認識〕な状態があったと推測される。以上の4つのコード化単位は、《地域医療とリハビリテーションの必要性》という文脈単位を構成した。

### 3.2.2 病院がない地域での医療提供

＜道路が廊下＞であり＜訪問看護ステーションがナースステーション＞であるという〔空間概念の革新〕的な考えは、＜地域全体を病院として機能させる＞という発想を端的に表している。また、＜病院なんて建てなくても＞という考えのもと、＜C地域にいても病院にいるような感じ＞で＜P病院とかQ病院に行けなくてもいい＞という〔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。さらに、＜B診療所を中心に、病院と変わらないサービスが存在して、提供できて、それが地域住民に、病院と変わらないじゃん、みたいな認識になってくれれば＞という〔地域全体病院化〕への期待が示された。これらのことから、《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。

### 3.2.3 地域分析の必要性

＜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＞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、＜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＞という〔資源調達必要性〕は、専門職配置の再検討を迫るものであった。加えて、＜地域掲げで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。＜評論家になるのは誰でもできる＞や＜実際に一歩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。

### 3.2.4 文脈単位の統合

以上の文脈単位を統合し、カテゴリ I 【地域医療システムの構造的課題と革新】を生成した。〔人的資源の制約〕や〔在宅復帰の困難〕といった課題がある一方で、〔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、新たな地域医療システム構想の出発点として機能することが示された。

表 1. 【地域医療システムの構造的課題と革新】

カテゴリ	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職種／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	最期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
		潜在ニーズの未認識	知らなかったので、そんなもんだと思ってました／リハビリが入ることによってこんなことができるんだって感じ
	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
		地域全体病院化	B 診療所を中心に、病院と変わらないサービスが存在して、提供できて、それが地域住民に、病院と変わらないじゃん、みたいな認識になってくれれば
	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／実際に一歩踏み出すことができる人が誰か必要

### 3.3 カテゴリーⅡ【専門的評価とサービス提供体制】

#### 3.3.1 アセスメントの必要性

リハビリテーションの専門的評価に関して、<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いかわからない>という〔専門知識の不足〕が明らかとなった。この状況に対し、<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>し、<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>という〔専門職による評価提案〕の必要性が示された。評価において重要となる情報として、<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>という〔生活情報の重要性〕が指摘された。さらに、<年1回ぐらいはADL・IADLを評価>し、<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>するという〔経時的評価システム〕の構築が提案された。

過疎地域特有の健康課題として、<痛みで困ってる方、皆さんどこかが痛いですよ。大体の方が腰が痛いか、肩が痛いか、足が痛いか>、<変形も結構大きいです>という〔運動器障害の多発〕が確認された。その背景として、<農業されてるから>、<前傾姿勢が多いし、腰もかなり曲がっておられる>、<職業がやっぱり関わってくる>という〔職業性疾患の影響〕が指摘された。加えて、<高齢の方で転倒って大きなイベントだと思う>、<足首のここが上がらなくなるから、つまづく>、<筋力維持を配慮していただく>という〔転倒予防の重要性〕が強調された。これらのコード化単位は、《アセスメントの必要性》という文脈単位を構成した。

#### 3.3.2 オンライン診療と遠隔診療

遠隔医療の新たな形態として、<D to N with P(Doctor to Nurse with Patient)><D to PT with P(Doctor to Physical Therapist with Patient)>という〔遠隔連携モデル〕が示され、<医師が看護師とつながっている感覚>という連携の実感が報告された。具体的な実施方法として、<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>という〔ハイブリッド型支援〕の提案が示された。

実際の成果として、<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>という〔成功事例と可能性〕が報告され、<接点が増えるだけでも質が上がる可能性あり>という効果予測が示された。より詳細には、<R 県の山奥、S という所で、脳梗塞後で構音障害がある方に、ST さんがオンラインで定期的にリハビリを提供したら、かなりおしゃべりができるようになった>という〔遠隔リハビリの成功例〕が具体的に報告された。

遠隔リハビリテーションの利点について、<セラピストが実際に行ってリハビリしている時間って、その患者さんからすると本当にごくごくわずか>という現状認識のもと、<接点が増えるだけでも、ひよっとしたら、リハビリの質が上がっていく可能性>という〔効率性の向上〕への期待が示された。これらのコード化単位は、《オンライン診療と遠隔診療》という文脈単位を構成した。

### 3.3.3 文脈単位の統合

以上の文脈単位を統合し、カテゴリ II 【専門的評価とサービス提供体制】を生成した。《アセスメントの必要性》では〔専門知識の不足〕や〔生活情報の組み込みの必要性〕といった課題が示される一方で、〔専門職による評価提案〕や〔経時的評価システム〕といった創造的な対応方策が提示されていた。また、《オンライン診療と遠隔診療》では、〔遠隔連携モデル〕や〔ハイブリッド型支援〕といった革新的なサービス提供体制が展開されており、〔成功事例と可能性〕や〔効率性の向上〕への期待が示されていた。過疎地域における専門職と資源の制約は、遠隔連携を活用した新たな評価・支援体制の創造の契機として機能することが明らかになった。

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らいいかわからない
		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
		運動器障害の多発	痛みで困ってる方、皆さんどこかが痛いですよ。大体の方が腰が痛い、肩が痛い、足が痛い／変形も結構大きいです
		職業性疾患の影響	農業されてるから／前傾姿勢が多いし、腰もかなり曲がっておられる／職業がやっぱり関わってくる
		転倒予防の重要性	高齢の方で転倒って大きなイベントだと思う／足首のここが上がらなくなるから、つまり／筋力維持を配慮していただく
	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
		遠隔リハビリの成功例	R県の山奥、Sという所で、脳梗塞後で構音障害がある方に、STさんがオンラインで定期的にリハビリを提供したら、かなりおしゃべりができるようになった
		効率性の向上	セラピストが実際に行ってリハビリしている時間って、その患者さんからすると本当にごくごくわずか／接点が増えるだけでも、ひよっとしたら、リハビリの質が上がっていく可能性

### 3.4 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】

#### 3.4.1 訪問リハビリテーションの実践と価値

訪問リハビリテーションの効果測定に関して、<在宅の訪問リハビリで機能向上ってほぼほぼない><機能維持でリハビリしてる方が多かった>という現実が示される一方で、<患者さんの満足度は高かったり>という〔効果測定困難〕ながらも一定の成果が確認された。<やってみても特に良くなってないから、それが見えづらい>という〔機能向上の限界〕が明らかとなり、従来の機能改善という単一指標での評価では捉えきれない価値があることが示唆された。

訪問リハビリテーションの新たな価値として、<社会的に複雑な人とかは入っておいてただけだと、いろんな情報を拾ってもらえる><相談先があんまりないとか孤立しちゃってる人>への支援という〔社会的支援機能〕が指摘された。さらに、<訪問リハビリが入ることで、患者さんの意向を聞き出せる機会が増える><リハビリの場面で自然に将来の話ができる>という〔ACP 促進機能〕の重要性が示された。加えて、<定期的に関わることで変化に気づける><長期的な関係性が信頼を生む>という〔継続性の重要性〕が強調された。これらは、訪問リハビリテーションが機能改善を超えた多面的価値を有していることを示していた。一方、<訪問行っちゃうと、やっぱ来てほしいってなって><なかなか(訪問リハビリを)切ることが、普通の他の地域でも難しい>という〔終了困難〕な状況も課題として示された。

#### 3.4.2 急性期から慢性期までの在宅医療

在宅医療の新たな可能性として、<病院に入院するような状態でも在宅で診る><急性期の集中的な医療を在宅で提供する可能性>という〔急性期在宅医療〕の実践が示された。これは、入院と在宅を二項対立的に捉えるのではなく、生活の場での治療の可能性を示唆していた。具体的な方法として、<必要な時期に集中的にリハビリや医療を投入>し、<急性期を乗り越えたら維持期へ移行>するという〔集中的介入〕のアプローチが報告され、限られた資源の中での時間的集約性による支援体制が構想されていた。

#### 3.4.3 生活環境の評価と予防的介入

生活環境への介入について、<実際の生活の場を見ないとわからない危険がある><診察室ではわからない生活実態>という〔生活環境の評価〕の必要性が指摘された。これらの認識に基づき、<段差の解消や手すりの設置><生活動線に合わせた環境整備>という〔住宅改修の提案〕が示されていた。さらに、<地域全体での転倒予防教室><集団でのフレイル予防活動>という〔集団的予防介入〕の取り組みが報告され、個別支援と地域全体への予防的アプローチの両層性が示されていた。

#### 3.4.4 在宅看取りの実現可能性

在宅での看取りについて、<在宅看取りは家族の協力が不可欠>であり、<独居では実現が困難な現実>という〔家族依存の構造〕が明らかとなった。<理想と現実のギャップ>があ

り、<家族の負担を考えると施設の方が現実的な場合も>あるという〔実現可能性の限界〕が示されていた。その背景として、<在宅で最期を迎える文化が薄れている><病院で亡くなることが当たり前になっている>という〔看取り文化の不足〕が指摘された。

実際の状況として、<退院後すぐに施設入所になるケースも多い><在宅復帰の難しさ>という〔在宅復帰の現実〕が報告されていた。今後の方向性として、<地域全体で看取りを支える文化の醸成が必要><社会的合意の形成>という〔社会文化の変革〕の必要性が示されるとともに、<一つの診療所だけでは限界><地域全体での体制づくり>という〔広域的取り組み〕の重要性が強調されていた。

### 3.4.5 文脈単位の統合

以上の文脈単位を統合し、カテゴリⅢ【在宅における生活支援とリハビリテーション実践】を生成した。《訪問リハビリテーションの実践と価値》では〔機能向上の限界〕という課題がある一方で、〔社会的支援機能〕や〔ACP 促進機能〕といった創造的価値が示されていた。《急性期から慢性期までの在宅医療》では〔集中的介入〕による時間的集約性が、《生活環境の評価と予防的介入》では〔個別支援と集団的予防〕の両層性が示されていた。そして《在宅看取りの実現可能性》では〔看取り文化の不足〕といった課題を抱えながらも、〔社会文化の変革〕と〔広域的取り組み〕という展望が示されていた。在宅における包括的な支援体制の構築には、機能改善を超えた多面的価値の認識、時間的集約性、予防的視点、そして地域文化の醸成が相互に機能することが明らかになった。

表3. 【在宅における生活支援とリハビリテーション実践】

カテゴリ	文脈単位	コード化単位	分析単位
在宅における生活支援とリハビリテーション実践	訪問リハビリテーションの実践と価値	機能向上の限界	在宅の訪問リハって機能向上ってほぼほぼない／機能維持でリハビリしてる方が多かった／やってる方も特に良くなってないから、それが見えづらい
		終了困難	訪問行っちゃうと、やっぱ来てほしいってなってる／なかなか（訪問リハビリを）切ることが、普通の他の地域でも難しい
		効果測定困難	アウトカムって測定が難しい、悪くなんないってというのが一個アウトカム／患者さんの満足度は高かったり
		社会的支援機能	社会的に複雑な人とかは入っておいていただけると、いろんな情報を拾ってもらえる／相談先があんまりないとか孤立しちゃってる人

		ACP 促進機能	訪問リハビリが入ることで、患者さんの意向を聞き出せる機会が増える／リハビリの場面で自然に将来の話ができる
		継続性の重要性	定期的に関わることで変化に気づける／長期的な関係性が信頼を生む
急性期から慢性期までの在宅医療		急性期在宅医療	病院に入院するような状態でも在宅で診る／急性期の集中的な医療を在宅で提供する可能性
		集中的介入	必要な時期に集中的にリハビリや医療を投入／急性期を乗り越えたら維持期へ移行
生活環境の評価と予防的介入		生活環境の評価	実際の生活の場を見ないとわからない危険がある／診察室ではわからない生活実態
		住宅改修の提案	段差の解消や手すりの設置／生活動線に合わせた環境整備
		集団的予防介入	地域全体での転倒予防教室／集団でのフレイル予防活動
在宅看取りの実現可能性		家族依存の構造	在宅看取りは家族の協力が不可欠／独居では実現が困難な現実
		実現可能性の限界	理想と現実のギャップ／家族の負担を考えると施設の方が現実的な場合も
		看取り文化の不足	在宅で最期を迎える文化が薄れている／病院で亡くなるのが当たり前になっている
		在宅復帰の現実	退院後すぐに施設入所になるケースも多い／在宅復帰の難しさ
		社会文化の変革	地域全体で看取りを支える文化の醸成が必要／社会的合意の形成
		広域的取り組み	一つの診療所だけでは限界／地域全体での体制づくり
		運動器障害の多発	痛みで困ってる方、皆さんどこかが痛いですよ。大体の方が腰が痛いか、肩が痛いか、足が痛いか／変形も結構大きいです
	職業性疾患の影響	農業されてるから／前傾姿勢が多いし、腰	

		響	もかなり曲がっておられる／職業がやっぱり関わってくる
		転倒予防の重要性	高齢の方で転倒って大きなイベントだと思う／足首のここが上がらなくなるから、つまづく／筋力維持を配慮していただく

### 3.5 カテゴリーIV【多職種協働とコミュニケーション】

#### 3.5.1 多職種連携の重要性

多職種連携における課題として、<介護支援専門員の独断で物事が決まっていく>という状況が示され、<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>という〔意思決定の課題〕が明らかとなった。一方で、<常勤 PT がいないは言い訳>という認識のもと、<関わりあい方次第で可能>であり、<円滑なコミュニケーションと高い技術が必要>という〔連携による広域カバー〕の可能性が示されていた。

多職種協働の基盤として、<それぞれの専門性を活かした役割分担>、<医師、看護師、リハ職、介護職の協働>という〔専門職の役割分担〕の重要性が指摘された。さらに、<お互いの顔が見える関係性が大切>、<信頼関係の構築>という〔顔の見える関係〕の必要性が強調されていた。これらは、人的資源の制約を超えるための連携による補完可能性と、関係性に基づいた信頼構築の重要性を示唆していた。

#### 3.5.2 コミュニケーションの充実

情報共有の手段について、<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>という〔ICT ツールの限界〕が指摘された。これらに対し、<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>という〔対面の重要性〕が示されていた。技術の活用と対面的関わりの両立の必要性が明らかになった。

情報の質に関して、<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>という〔情報共有の精度〕の必要性が強調された。効果的な情報共有として、<タイムリーな情報共有><必要な情報を必要な人に届ける>という〔効果的情報共有〕の重要性が示された。加えて、<問題が大きくなる前に察知して動く><予防的な関わり>という〔先回り支援〕の姿勢が報告されていた。

#### 3.5.3 定期的な話し合いの重要性

定期的な協議の場について、<他の地域では風通しもよかった>が、<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>という〔ケア会議の必要性〕が示されていた。定期的な話し合いの場が、多職種間の信頼関係構築と情報共有を支え

る基盤であることが示唆されていた。

### 3.5.4 他職種からの情報提供

多職種からの情報について、<違う目線で、違う角度で評価>できるという〔多角的視点の価値〕が指摘された。一方で、<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>という〔記録の不足〕が課題として示されていた。多角的評価の価値を実現するには、各職種からの質的に充実した情報提供が必要であることが明らかになった。

### 3.5.5 文脈単位の統合

以上の文脈単位を統合し、カテゴリⅣ【多職種協働とコミュニケーション】を生成した。《多職種連携の重要性》では〔意思決定の課題〕という課題がある一方で、〔連携による広域カバー〕や〔顔の見える関係〕といった信頼に基づく協働の可能性が示されていた。《コミュニケーションの充実》では〔ICT ツールの限界〕を踏まえつつ〔対面の重要性〕と〔情報共有の精度〕が強調され、《他職種からの情報提供》では〔多角的視点の価値〕を実現するための〔記録の充実〕の必要性が示されていた。人的資源が限定される過疎地域では、信頼関係に基づいた効果的なコミュニケーション、定期的な協議の場、そして質的に充実した情報共有が、多職種協働を成立させる必須要件であることが明らかになった。

表4. 【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	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い く／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 がないは言い訳／関わりあい方次 第で可能／円滑なコミュニケーションと高 い技術が必要
		専門職の役割分 担	それぞれの専門性を活かした役割分担／医 師、看護師、リハ職、介護職の協働
		顔の見える関係	お互いの顔が見える関係性が大切／信頼関 係の構築
	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

ケーション			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
		効果的情報共有	タイムリーな情報共有／必要な情報を必要な人に届ける
		先回り支援	問題が大きくなる前に察知して動く／予防的な関わり
	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地域ではケアマネー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	

### 3.6 カテゴリーV【患者中心の支援理念】

#### 3.6.1 患者の選択の尊重

患者の意思決定について、＜治療についての患者の意思決定を尊重＞し、＜気持ちが変われば治療方針を修正＞するという姿勢が示され、＜医師自身の気持ちは抑えている＞という〔意思決定の尊重〕が明らかとなった。地域特性を踏まえた支援として、＜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＞であり、＜その人の希望を尊重するスタンス＞という〔患者本位の決定〕の重要性が強調されていた。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践として、＜最期までどうしていきたいか＞を確認し、＜独居の方のときに誰に聞いたらいいか確定＞しておき、＜定期的に本人の意志を関係者で共有＞するという〔ACPの実践〕が示された。意思決定の優先順位について、＜家族の意向よりも本人の意思を優先＞し、＜本人が決めることの重要性＞を認識するという〔本人意思の優先〕が示されていた。さらに、＜医療者が迷わないためのACP＞、＜方針を明確にしておく＞という〔医療者のためのACP〕という側面も指摘され、患者の意思表示が医師の判断の拠り所となることが示唆されていた。

#### 3.6.2 患者の意志の共有と記録

患者の意思の記録と共有について、＜記録が残っていると情報が共有しやすい＞という利点を示された。これに基づき、＜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＞という〔継続的な意思確認〕の重要性が強調されていた。患者の意思を固定的なものではなく、動的に理解し共有する必要性が明らかになった。

### 3.6.3 決めつけないチーム

支援者の姿勢として、<足りないことがかわいそうなことではない><施設に入ることも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>という〔価値観の相対化〕が示されていた。患者の選択を尊重する具体的な姿勢として、<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>という〔個別性の尊重〕が強調されていた。これらは、医師や支援者が自らの価値判断を相対化し、患者の選択を受け入れる姿勢の重要性を示していた。

### 3.6.4 文脈単位の統合

以上の文脈単位を統合し、カテゴリ-V【患者中心の支援理念】を生成した。《患者の選択の尊重》では〔患者本位の決定〕と〔本人意思の優先〕の実践が示される一方で、《患者の意志の共有と記録》では〔継続的な意思確認〕の必要性が強調されていた。そして《決めつけないチーム》では〔価値観の相対化〕と〔個別性の尊重〕を通じて、支援者の姿勢が患者中心のケアを支える基盤となることが示されていた。患者中心の支援理念は、患者の意思を尊重し、それを多職種で継続的に共有し、医師や支援者が自らの価値観を相対化する態度の中でこそ実現されることが明らかになった。

表5. 【患者中心の支援理念】

カテゴリ	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	最期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
		本人意思の優先	家族の意向よりも本人の意思を優先／本人が決めることの重要性
		医療者のためのACP	医療者が迷わないための ACP／方針を明確にしておく
	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／繰り返し聞いていて、明日は変わってもいい
		価値観の相対化	足りないことがかわいそうなことではない

	決めつけないチーム		／施設に入ることも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
		個別性の尊重	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

### 3.7 カテゴリーVI【専門職の資質と地域文化】

#### 3.7.1 チーム内の協調と良識

チーム内での協働において、<それぞれの職種の自律とわきまえ>が求められ、<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>という〔専門職の自律性〕の必要性が指摘された。専門職に求められる基本的な姿勢として、<待てることと我慢できること>、<人のせいにしないこと>といった態度が示され、<本人の希望を尊重し物事が進んでいく地域>を実現するための〔行動規範〕が明らかとなっていた。

高度な協働を実現するために、<高いレベルの専門性と協働能力><お互いを尊重し合える関係性>という〔高度な協働技術〕の重要性が強調されていた。これらの要素は、単なる技術的スキルではなく、専門職間の相互尊重と信頼に基盤を置いた協働を意味していた。

#### 3.7.2 高いレベルの専門性

専門職としての成長に関して、<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>という〔継続的研鑽〕の姿勢が必要とされていた。実践における振り返りとして、<やりすぎ、やらなさすぎの微調整>を行い、<振り返りが自分の中でできないといけない>という〔反省的实践〕の重要性が指摘されていた。過疎地域での限られた資源の中では、各職種が自らの専門性を継続的に磨き、実践を通じて自己反省できる力が不可欠であることが示唆されていた。

#### 3.7.3 地域特性への適応

過疎地域特有の地理的課題について、<遠い距離を移動しなければならない>という〔通院の困難〕が明らかとなり、<公共交通機関が少ない>ため<自家用車に依存せざるを得ない>という〔交通手段の不足〕が示されていた。医療資源の配置に関しては、<専門的な医療へのアクセスが困難>であり、<遠方の病院まで行かなければならない>という〔専門医不足〕の実態が報告されていた。専門職は、これらの地域特性の制約を認識し、その中で創意工夫を求められることが示唆されていた。

#### 3.7.4 文脈単位の統合

以上の文脈単位を統合し、カテゴリーVI【専門職の資質と地域文化】を生成した。《チーム内の協調と良識》では〔専門職の自律性〕と〔高度な協働技術〕が相互に支え合い、《高

いレベルの専門性》では〔継続的研鑽〕と〔反省的实践〕を通じた自己研磨が示されていた。これらの資質と力量が、《地域特性への適応》における課題（〔通院の困難〕〔交通手段の不足〕〔専門医不足〕）に対応する基盤となっていた。過疎地域で求められる専門職とは、自らの専門性を磨きながら、チーム内で相互尊重の関係を構築し、地域特有の課題と制約の中で創造的に実践できる人材であることが明らかになった。

表6. 【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
		高度な協働技術	高いレベルの専門性と協働能力／お互いを尊重し合える関係性
	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
	地域特性への適応	通院の困難	遠い距離を移動しなければならない／交通手段が限られている
		交通手段の不足	公共交通機関が少ない／自家用車に依存せざるを得ない
		専門医不足	専門的な医療へのアクセスが困難／遠方の病院まで行かなければならない

### 3.8 小括:分析結果の全体像

本章では、過疎地域で勤務する医師4名へのインタビューデータから抽出された内容を、内容分析の手法に基づき、分析単位、コード化単位、文脈単位、カテゴリーという階層的な枠組みで整理した。その結果、6つのカテゴリーが生成され、過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの多面的な実態が明らかとなった。

カテゴリー I 【地域医療システムの構造的課題と革新】では、人的資源や医療資源の制約という構造的課題が示される一方で、空間概念の革新や地域完結型医療といった創造的な発想が提示された。過疎地域の制約は、単なる限界ではなく、新たなシステム構想の出発点

として機能することが示唆された。

カテゴリーⅡ【専門的評価とサービス提供体制】においては、リハビリテーションに関する専門知識の不足という課題が明らかとなる一方で、遠隔診療や遠隔リハビリテーションという新たな技術を活用したサービス提供の可能性が示された。専門的評価の充実と技術革新による空間的制約の克服という、両面からのアプローチが確認された。

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、訪問リハビリテーションの実践において機能向上という従来の目標達成が困難である一方で、社会的支援やACP 促進といった新たな価値が見出されていることを明らかにした。また、急性期在宅医療の実践や予防的介入の重要性とともに、在宅看取りの実現における課題も提示された。

カテゴリーⅣ【多職種協働とコミュニケーション】では、意思決定プロセスの課題や情報共有における困難さが示されながらも、顔の見える関係づくりや効果的なコミュニケーションの重要性が強調された。ICT ツールの限界と対面コミュニケーションの必要性という、両者のバランスの重要性が浮き彫りとなった。

カテゴリーⅤ【患者中心の支援理念】は、患者の意思決定を尊重し、価値観を押し付けないという支援の基本理念を提示した。ACP の実践や継続的な意思確認の重要性とともに、支援者が自らの価値観を相対化し、患者の個別性を尊重する姿勢の必要性が明確化された。カテゴリーⅥ【専門職の資質と地域文化】においては、専門職の自律性や高度な協働技術といった個人の資質とともに、継続的研鑽や反省的实践という専門職としての成長プロセスが示された。さらに、地理的制約や交通手段の不足といった地域特性への適応の必要性も明らかとなった。

次章以降では、これらの分析結果を踏まえ、過疎地域リハビリテーションの現状と構造的課題(第4章)、革新的実践の展開と空間概念の転換(第5章)について、理論的解釈と考察を展開していく。さらに第6章では、これらの知見を統合し、『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』として体系化する。

なお、本研究は、過疎地域で勤務する医師4名へのインタビューデータに基づいている。このうち2名の医師のインタビューデータについては、既に査読付き学術誌に投稿済みである(林・横山, 2025)。本論文では、当該2名のデータに加え、新たに追加された2名の医師のインタビューデータを含む、4名全体のデータを対象とした包括的な分析を行った。



## 第4章 医師が直面する構造的課題：過疎地域リハビリテーションの現状と課題

本章では、過疎地域で勤務する医師の視点から、地域リハビリテーション提供における構造的課題を明らかにする。第3章で抽出された6つのカテゴリーは、過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの多層的構造を示すものであった。

本章では、医師が日々の実践でどのような課題に直面しているのか、医師の経験と認識に基づいて分析する。医師は、単に医学的な診断と治療を行う者ではなく、地域の医療・ケアの中核として、限られた資源の中で患者と地域住民のニーズに応えようとする実践者である。本章では、このような立場から見えてくる過疎地域のリハビリテーションの構造的な課題を、6つのカテゴリーをもとに多角的に考察する。

### 4.1 医療・リハビリテーション資源の実態と構造的課題

過疎地域における医療・リハビリテーション資源の不足は、地域リハビリテーション提供体制の脆弱性の根本的原因である。調査対象地域の医療機関は、医師、看護師、事務職のみで構成され、リハビリテーション専門職が配置されていない。本節では、このような人的資源の制約により生じるニーズと提供サービスのギャップを明らかにする。

#### 4.1.1 人的資源の制約と構造的課題

過疎地域における医療・リハビリテーション提供体制の最も根本的な課題は、人的資源の絶対的不足である。第3章で示されたように、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実態は、単なる人員不足を超えた構造的課題を内包している。この3職種体制は、経営的制約を反映していると考えられる。小規模医療機関における財政基盤の脆弱性により、専門職の新規雇用が困難になりやすく、結果として提供可能なサービスの範囲が制限される傾向にあると考えられる。リハビリテーション専門職の不在は、住民のニーズが存在するにもかかわらず、それに応えるサービスが提供できないという需給のミスマッチを生み出している。

このような〔人的資源の制約〕は、Donabedian(1988)が提唱した医療の質の構造-過程-結果モデルにおける構造の脆弱性を示している。構造の不備は必然的に過程の質に影響を及ぼし、最終的には医療・リハビリテーションの成果に負の影響をもたらす。過疎地域では、この構造的課題が地域住民の健康状態や生活の質に直接的な影響を与えていると考えられる。

#### 4.1.2 在宅復帰の困難と地域生活継続の課題

治療後の在宅復帰に関する課題は、〔人的資源の制約〕と密接に関連している。患者の自宅に帰りたいという強い希望が存在する一方で、在宅での生活を支えるサービス体制が不十分であるため、施設入所という本意ではない選択を余儀なくされることがある。これは、

地域包括ケアシステムの「住み慣れた地域での継続的な生活」という理念と現実が乖離している。厚生労働省が推進する地域包括ケアシステムは、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されることを前提としているが、過疎地域ではこの前提条件自体が成立していない。最期まで暮らし続けたいと思うという地域生活継続への願望と、医療資源が限られているという現実との狭間で、＜施設に入るのが楽だよねということになりがち＞に至るプロセスは、過疎地域における選択肢の限定性が象徴される。この状況は、単に医療資源不足だけでなく、住民の生活選択肢が制限されるという本質的問題を内包している。

過疎地域住民は、自宅で最期まで暮らすという願望を持ちながらも、医療・介護資源の制約という環境要因によって、その選択肢を実質的に奪われている。これは、潜在的には可能であったはずの生き方が、構造的制約によって実現困難になっている状態である。

#### 4.1.3 医師における潜在ニーズの未認識

医師自身の認識として、＜（リハビリテーションを）知らなかったので、（なくても）そんなもんだと思ってました＞というリハビリテーションに関する理解不足から、＜リハビリが入ることによってこんなことができるんだって感じ＞という効果の実感へと変化するプロセスが述べられた。この〔潜在ニーズの未認識〕は、《地域医療とリハビリテーションの必要性》という文脈の中で、医師自身がリハビリテーションの可能性を十分に認識していなかった実態を示している。

この状況は、環境制約の下で、限られた医療資源を活用してきた経緯がある。リハビリテーション専門職が配置されていない、あるいは極めて限られた環境で長年にわたり地域医療を担ってきた医師たちにとって、リハビリテーション専門職との協働は現実的に困難であった。医師が＜知らなかったので、そんなもんだと思ってました＞と率直に語る背景には、専門職の不在という環境制約の中で、限られた医療資源を最大限に活用しながら地域医療を支えてきた経緯がある。

リハビリテーション専門職の導入により＜リハビリが入ることによってこんなことができるんだって感じ＞という新たな発見がもたらされたという事実は、これまで医師が単独で担わざるを得なかった医療提供の範囲が、専門職の協働によって拡大する可能性を示している。同時に、リハビリテーション専門職との協働は、医師の業務負担の軽減にもつながり、それぞれの専門性を活かした役割分担による質の高い医療提供が可能になることを示唆している。

また、このような医師側の認識の変化は、地域住民のリハビリテーションニーズをより適切に捉える契機となる。医師がリハビリテーションの効果を理解することで、適切なタイミングでリハビリテーション専門職につなぐことが可能となり、結果として住民が本来受けられるべきサービスへのアクセスが改善される。

この問題は、〔人的資源の制約〕と密接に関連している。リハビリテーション専門職が不在または不足している環境では、医師がリハビリテーションの効果を学ぶ機会そのものが

限られている。〔潜在ニーズの未認識〕は、単なる情報不足ではなく、〔人的資源の制約〕という過疎地域の構造的問題が生み出す二次的な課題と位置づけられる。

#### 4.1.4 資源配置の不均衡と地域間格差

過疎地域における医療・リハビリテーション資源の不足は、単に絶対量の問題だけでなく、地域間の資源配置の不均衡という構造的問題を反映している。〈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〉という〔ニーズ分析の不足〕により、サービス提供体制の見直しに必要なデータが整備されていない。

都市部と過疎地域の医療格差は長年指摘されてきたが、この地域間格差は、医療の公平性(equity)という観点から看過できない問題である。Whitehead(1992)が定義した健康の公平性は、「すべての人が自らの健康ポテンシャルを達成する公正な機会を持つこと」を意味する。しかし、過疎地域では、居住地という選択できない要因により、医療へのアクセスが制限される。

〈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〉という〔資源調達必要性〕の認識は、現状の資源配置が地域のニーズに対応していないことを示している。過疎地域への医療資源の配分は、医療政策において長年議論されてきた課題である。人口が少ない地域に専門職を配置することは、一人当たりのコストが高くなるため、限られた予算の中では優先順位が下がりがちである。しかし、人口が少ないという理由だけで基本的な医療・リハビリテーションサービスを受けられないとすれば、それは居住地による医療格差を固定化することになる。都市部と同等のサービスを提供することは困難であっても、基本的な医療へのアクセスは地域にかかわらず保障されるべきである。

#### 4.1.5 構造的課題の複合性と変革の契機

過疎地域における医療・リハビリテーション資源の課題は、単一の要因によるものではなく、複数の要因が相互に作用し合う複合的な問題である。人口減少と高齢化の進行は、地域経済の衰退をもたらし、医療機関の経営基盤を弱体化させる。経営の悪化は専門職の雇用を困難にし、サービスの質と量を低下させる。サービスの低下はさらなる人口流出を招き、地域の衰退を加速させる。このような悪循環は、システム思考の観点から見れば、負の強化ループ(reinforcing loop)として機能している。一つの問題が他の問題を悪化させ、それがまた元の問題をさらに深刻化させるという連鎖的な構造が存在する。

しかし、第3章で示された〔空間概念の革新〕や〔地域完結型医療〕といった発想は、この悪循環を断ち切り、正の強化ループへと転換する可能性を示唆している。〈地域掲げての作戦会議を繰り返しやっただけ〉〈保健師や行政を交えて〉という〔地域戦略会議〕の提案や、〈評論家になるのは誰でもできる〉が〈実際に一歩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〕の指摘は、制約を前提としながらも、その中で新たな価値を創造しようとする姿勢を示している。この点については、第5章でさらに詳しく論じる。

## 4.2 専門的評価とサービス提供の課題

過疎地域では、リハビリテーションに関する専門的評価が十分に行われていない。本節では、医師の専門知識の限界、専門職の不足、それがもたらす課題を明らかにする。

### 4.2.1 リハビリテーション専門知識の不足と評価体制の課題

過疎地域におけるリハビリテーションサービス提供の課題として、医師自身が<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いかがわからない>という〔専門知識の不足〕を率直に認識していることが明らかとなった。この状況は、総合診療医が多岐にわたるニーズに対応する中で、リハビリテーションの専門知識を持つことは困難であることを示している。

この課題に対し、<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>し、<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>という〔専門職による評価提案〕の必要性が提案された。リハビリテーション専門職による専門的評価導入で、適切なサービスの提供が可能になる。

評価において重要となる情報として、<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>という〔生活情報の重要性〕が指摘された。これは、医学的診断だけでなく、生活状況や生活の質に関する情報が、計画立案に不可欠であることを示している。さらに、<年1回ぐらいはADL・IADLを評価>し、<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>するという〔経時的評価システム〕の構築が提案された。単発の評価ではなく、継続的にモニタリングすることで、機能低下の早期発見や予防的介入が可能になる。また、多職種による評価は、それぞれの専門的視点を統合することで、より包括的なアセスメントを実現する。

### 4.2.2 過疎地域特有の健康課題

過疎地域特有の健康課題として、<痛みで困ってる方、皆さんどこかが痛いですね。大体の方が腰が痛い、肩が痛い、足が痛い><変形も結構大きいです>という〔運動器障害の多発〕が確認された。過疎地域の高齢住民の多くは、日常生活に支障をきたす運動器の問題を抱えている。その背景として、<農業されてるから>、<前傾姿勢が多いし、腰もかなり曲がっておられる><職業がやっぱり関わってくる>という〔職業性疾患の影響〕が指摘さ

れた。長年にわたる農作業による身体への負担が、高齢期になって顕在化している状況が明らかとなった。過疎地域における健康課題は、地域の産業構造や労働形態と深く結びついている。

さらに、<高齢の方で転倒って大きなイベントだと思う><足首のここが上がらなくなるから、つまづく><筋力維持を配慮していただく>という〔転倒予防の重要性〕が強調された。高齢者にとって転倒は、骨折や寝たきりにつながる重大な出来事であり、その予防は生活の質の維持に直結する。足関節の背屈制限や筋力低下といった身体機能の変化に着目し、予防的にリハビリテーションを提供することの重要性が示唆されている。

これらのコード化単位〔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〕〔運動器障害の多発〕〔職業性疾患の影響〕〔転倒予防の重要性〕は、《アセスメントの必要性》という文脈単位を構成している。過疎地域におけるリハビリテーションサービスの充実には、地域特性を踏まえた専門的な評価体制の構築が不可欠である。

#### 4.2.3 遠隔診療・遠隔リハビリテーションの可能性

過疎地域における人的資源の制約に対する解決策として、遠隔医療技術の活用が注目されているが、本研究で示された遠隔診療の形態は、従来の単なる ICT 導入とは異なる独自性を持っている。

##### 4.2.3.1 <D to N with P>および<D to PT with P>モデルの革新性

本研究で提示された<D to N with P(Doctor to Nurse with Patient)>および<D to PT with P(Doctor to Physical Therapist with Patient)>という〔遠隔連携モデル〕は、遠隔医療の新たな形態として重要な意味を持つ。このモデルの革新性を理解するためには、まず従来の遠隔医療の形態との比較が必要である。

従来の遠隔医療において主流であった形態は、「D to P with N(Doctor to Patient with Nurse)」である。この形態は、令和 6 年 6 月の診療報酬改定において「看護師等遠隔診療補助加算」として新設され(厚生労働省, 2024)、医師(Doctor)と患者(Patient)が遠隔通信技術を介して直接つながり、患者のそばに看護師(Nurse)が同席するという構造を指す。具体的には、医師は医療機関や自宅などの遠隔地におり、患者は診療所や在宅におり、その患者のそばに看護師が付き添っている状態で、画面越しに医師と患者が会話をを行う形態である。

この「D to P with N」モデルにおける看護師の役割は、主に次のようなものであった。遠隔診療を円滑に進めるため、看護師は通信機器の操作やセッティングを行う。また患者が医師の説明をより理解しやすいよう、補足的な説明を加える。医師の指示に従い、血圧測定

や体温測定など簡単な身体診察を代行することもある。さらに診療後の処方箋の受け渡しなど事務的な対応を担当する。

このモデルでは、医師と患者の間の診療関係が中心であり、看護師はあくまで補助者として位置づけられていた。医師は画面越しに患者に直接問診を行い、患者も医師に直接症状を訴える。看護師は、その間に適宜補助を行うが、診療における主体的な役割は限定的であった。言い換えれば、看護師は医師と患者をつなぐ媒介者であり、専門職としての独自の評価や判断を積極的に提供する立場ではなかった。

これに対し、本研究で示された<D to N with P(Doctor to Nurse with Patient)>および<D to PT with P(Doctor to Physical Therapist with Patient)>は、この関係性を根本的に転換するモデルである。このモデルでは、医師が患者と直接対話するのではなく、医師と専門職(看護師またはリハビリテーション専門職)との専門的なコミュニケーションが主となる。患者のそばにいる専門職が、患者の状況を専門的に評価し、その情報を医師に伝える。医師はその情報に基づいて医学的判断を行い、専門職に指示や助言を提供する。そして専門職が、医師の判断を患者に説明し、必要なケアを実施する。

<医師が看護師とつながっている感覚>という表現は、この構造の本質を端的に表している。医師の主なコミュニケーション相手は患者ではなく、専門職である。専門職は単なる補助者ではなく、医師と対等な立場で専門的な対話を行う協働者として位置づけられている。具体的な違いを整理すると、以下のようになり、比較図を図式化した(図4-1)。

D to P with N(従来型):

- ・ 主要な関係:医師⇔患者(直接対話)
- ・ 看護師の役割:補助的(通信サポート、補足説明、簡単な診察の代行)
- ・ 情報の流れ:医師→患者(看護師は媒介・補助)
- ・ 看護師の位置づけ:医師と患者をつなぐ補助者

<D to N with P>/<D to PT with P> (本研究で示された新型):

- ・ 主要な関係:医師⇔専門職(専門的対話)
- ・ 専門職の役割:能動的(患者の状況評価、医師への専門的報告、医師の判断の患者への説明、ケアの実施)
- ・ 情報の流れ:医師⇔専門職⇔患者(三者の協働)
- ・ 専門職の位置づけ:医師と対等に協働する専門的パートナー

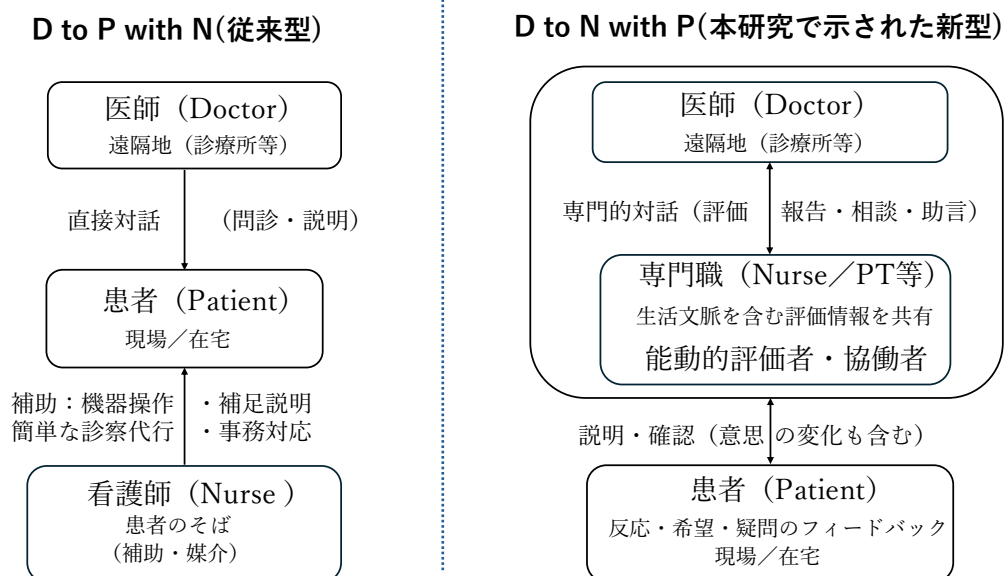


図 4-1 D to P with N(従来型)と D to N with P (本研究で示された新型)の比較図

この構造の転換により、患者のそばにいる専門職が、医師が遠隔からでは把握しにくい患者の生活状況、身体状況、心理状態などについて専門的な視点から詳細に評価し、その情報を医師に提供することが可能になる。同時に、医師の専門的判断を、患者の状況を最もよく理解している専門職が丁寧に説明することで、患者の理解と納得を促進することができる。専門職は単なる通信の媒介者ではなく、専門的評価と支援を提供する協働者として機能している。

Reeves et al.(2017)は、多職種協働(interprofessional collaboration)の有効性を指摘しているが、<D to N with P>および<D to PT with P>モデルは、この多職種協働を遠隔環境においても実現する枠組みとして位置づけられる。医師が最終的な医学的責任を担いながら、現場の専門職の視点や患者の状況を総合的に把握して意思決定を行うという、専門職と患者が対等な立場で協働する構造を持っている。

#### 4.2.3.2 ハイブリッド型支援の実践的意義

具体的な実施方法として、<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>という〔ハイブリッド型支援〕が示された。この形態は、すべてをオンラインで完結させるのではなく、対面診療と遠隔診療を戦略的に組み合わせることで、効率性と質の両立を図るものである。

対面診療では、初回の詳細な評価や、触診を必要とする身体診察、信頼関係の構築などを行う。その後、オンライン診療で経過観察や指導内容の確認を行うことで、訪問頻度を増やすことなく患者との接点を増やすことができる。これは、<セラピストが実際に行ってリハ

ビリしている時間って、その患者さんからすると本当にごくごくわずか>という現状認識に基づいた、〔効率性の向上〕を実現する実践的戦略である。

<家族を巻き込んだ遠隔リハビリ>という視点は、患者を孤立した個人として捉えるのではなく、家族を含めた生活単位で支援することの重要性を示している。家族がオンラインでの指導場面に同席することで、日常的なりハビリテーションの継続性が高まり、専門職が訪問しない日でも適切な運動や生活動作の実践が可能になる。

Cottrell et al.(2017)は遠隔リハビリテーションの有効性を報告しているが、本研究で示されたハイブリッド型支援は、対面と遠隔の長所を組み合わせることで、遠隔リハビリテーションの限界を補完している。また、多職種協働の視点を組み込むことで、医師の最終責任のもとでの包括的なケア提供を可能にしている点に独自性がある。

#### 4.2.3.3 遠隔リハビリテーションの実証された効果

実際の成果として、<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>という〔成功事例と可能性〕が報告された。より詳細には、<R 県の山奥、S という所で、脳梗塞後で構音障害がある方に、ST さんがオンラインで定期的にリハビリを提供したら、かなりおしゃべりができるようになった>という〔遠隔リハビリの成功例〕が述べられた。医師は、この患者の会話能力の改善を、オンラインリハビリテーションの効果を示す事例として位置づけている。

この事例が示す重要性は、地理的に極めて隔絶した地域であっても、言語聴覚士(ST)という高度に専門的なりハビリテーションサービスをオンラインで提供し、実際に機能改善を達成できたという事実である。構音障害のリハビリテーションは、発話の微細な動きを評価し、適切な訓練を提供する必要がある、対面でなければ困難だと考えられてきた。しかし、ICT 技術の進歩により、音声と映像を通じて十分な評価と訓練の可能性を医師が述べた。

さらに、<接点が増えるだけでも、ひょっとしたら、リハビリの質が上がっていく可能性>という指摘は、遠隔リハビリテーションの本質的な価値を示している。リハビリテーションの効果は、週に 1 回の訓練だけでなく、日常的な継続が重要である。オンラインを活用することで、物理的な訪問回数を増やすことなく、患者との接点を増やし、継続的な支援を提供することが可能になる。

#### 4.2.3.4 遠隔医療がもたらす空間概念の転換

《オンライン診療と遠隔診療》という文脈単位は、コード化単位〔遠隔連携モデル〕〔ハイブリッド型支援〕〔成功事例と可能性〕〔遠隔リハビリの成功例〕〔効率性の向上〕で構成されていた。遠隔医療技術の活用は、医療サービス提供における空間概念を根本的に変革する。従来、医療は医師や専門職が患者のいる場所に行く、あるいは患者が医療機関に来るといった物理的移動を前提としていた。

しかし、<D to N with P>および<D to PT with P>モデルは、「医師は動かないが、看

看護師や専門職が患者のそばにいて、三者が遠隔でつながる」という新たな空間的配置を実現している。これは、第3章の〔空間概念の革新〕と密接に関連している。物理的な距離という制約を、技術によって機能的に克服し、限られた専門職資源をより広域に、より効率的に活用する道を開いている。この空間概念の転換については、第5章でさらに深く論じる。

#### 4.2.4 専門的評価とサービス提供体制の課題の本質

カテゴリーII【専門的評価とサービス提供体制】から明らかになった課題は、過疎地域におけるリハビリテーションサービスの質と量の両面に関わる問題である。〔専門知識の不足〕は個人の能力の問題ではなく、リハビリテーション専門職との協働機会が限られている構造的な問題に起因している。

同時に、〔運動器障害の多発〕や〔職業性疾患の影響〕といった地域特有の健康課題は、画一的なリハビリテーションプログラムではなく、地域の産業構造や生活様式を理解した上での支援の必要性を示している。過疎地域のリハビリテーションは、地域の文化や歴史と切り離して考えることはできない。一方で、〔遠隔連携モデル〕や〔ハイブリッド型支援〕といった新たなサービス提供形態の可能性は、従来の専門職が現地に常駐するという前提を見直す契機となる。物理的な距離の制約を技術によって克服し、限られた専門職資源の効率的活用を可能にする新たなアプローチが提示されている。

### 4.3 多職種連携の実態と課題

過疎地域においては、人的資源の不足が多職種連携体制に大きな制約をもたらしている。本節では、多職種連携における意思決定の課題、情報共有の困難さ、そしてそれらが生み出す支援体制の脆弱性を明らかにする。

#### 4.3.1 意思決定プロセスにおける課題

過疎地域における多職種連携の実態として、まず意思決定プロセスの課題が明らかとなった。〈介護支援専門員の独断で物事が決まっていく〉という状況は、医療・介護サービスの提供において、本来協議すべき専門職間の連携が十分に機能していないことを示している。医師は〈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〉という認識を持っており、形式的な手続きとしての連携ではなく、実質的な専門的判断の共有を求めている。

この〔意思決定の課題〕は、多職種連携における権限関係や責任の所在が不明確であることが原因である。介護支援専門員(ケアマネジャー)は、利用者の生活全般を調整する重要な役割を担っているが、医療的判断が必要な場合には、医師や看護師などの医療専門職との協議が不可欠である。しかし、実際には、ケアマネジャーが単独で判断し、医師はその判断に基づいて形式的に指示書を作成するという一方向的な関係になりがちである。

Reeves et al.(2010)は、効果的な多職種協働には、各専門職の役割と責任の明確化、相互

尊重、そして共有された目標が必要であると指摘している。過疎地域における意思決定の課題は、これらの要素が十分に整っていないことを示している。

一方で、<常勤 PT がいないは言い訳>という認識のもと、<関わりあい方次第で可能>であり、<円滑なコミュニケーションと高い技術が必要>という〔連携による広域カバー〕の可能性も示された。これは、物理的な常駐が困難であっても、連携の質を高めることで、広域での専門的サービス提供が可能になることを示唆している。

#### 4.3.2 専門職の役割分担と顔の見える関係

多職種連携を機能させるための基盤として、<それぞれの専門性を活かした役割分担><医師、看護師、リハ職、介護職の協働>という〔専門職の役割分担〕の重要性が指摘された。各専門職が自らの専門性を発揮しながら、互いの専門性を尊重し合うことが、効果的な協働の前提となる。さらに、<お互いの顔が見える関係性が大切><信頼関係の構築>という〔顔の見える関係〕の必要性が強調された。この〔顔の見える関係〕は、日本の地域包括ケアシステムで重視されてきた要素である(厚生労働省, 2015)。単に制度的に連携体制を整えるだけでなく、専門職同士が互いを知り、信頼関係を築くことが、実質的な協働を可能にする。

過疎地域では、都市部と比較して専門職の数が限られているため、かえって〔顔の見える関係〕を構築しやすい環境にあるとも言える。しかし、逆に人間関係が固定化し、率直な意見交換が困難になるリスクも存在する。<C地域ではケアマネージャーとの関係が難しい>という指摘は、このような小規模コミュニティ特有の人間関係の複雑さを示唆している。

#### 4.3.3 コミュニケーション手段の限界と対面の重要性

情報共有の手段について、<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>という〔ICT ツールの限界〕が指摘された。Medical Care Station (MCS) とは、医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、介護職等が、患者・利用者に関する医療・介護情報を安全に共有し、連携・協働を図るための多職種連携支援システムである。MCS のような医療・介護連携のための ICT ツールは、情報共有の効率化には有効であるが、複雑な患者の状況や微妙なニュアンスを伝えることには限界がある。これに対し、<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>という〔対面の重要性〕が示された。対面でのコミュニケーションは、言葉だけでなく、表情や態度といった非言語的情報を含めた総合的な理解を可能にする。また、複数の専門職が同席することで、一対一では言いにくいことも、他の専門職が代弁したり補足したりすることで、より円滑なコミュニケーションが実現する。

情報の質に関して、<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>という〔情報共有の精度〕の必要性が強調された。<間違った時に訂正がきかなくなる>という指摘の背景には、過疎地域特有の人間関係の構造がある。専門職の数が少なく、同じメンバーで継続的に関わる環境では、医師の権威勾配

と固定化した人間関係が影響する。

医師の権威があるからこそ、他の専門職は医師に気を使い、細かいことを相談しにくくなる。その結果、医師を煩わせないようにと、医師がいないところで物事が決まってしまう状況が生じる。一方で、医師に対する気遣いから本音と言えないため、誤った情報や判断があっても、それを指摘したり訂正したりすることが躊躇され、結果として誤りがそのまま固定化してしまうリスクがある。したがって、過疎地域では、後から訂正することの困難さを前提に、最初の段階から正確で詳細な情報を共有することが特に重要となる。〈田舎は細かいところまできちんと〉という認識は、このような地域特性を踏まえた実践的な知恵と言える。

効果的な情報共有として、〈タイムリーな情報共有〉、〈必要な情報を必要な人に届ける〉という〔効果的な情報共有〕の重要性が示された。加えて、〈問題が大きくなる前に察知して動く〉、〈予防的な関わり〉という〔先回り支援〕の姿勢が報告された。問題が深刻化してから対応するのではなく、早期の段階で介入することで、患者の健康状態の悪化を防ぎ、問題の解決もより容易になる。結果、在宅生活の継続につながる。

#### 4.3.4 定期的な協議の場の必要性

定期的な協議の場について、〈他の地域では風通しもよかった〉が、〈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〉という〔ケア会議の必要性〕が示された。これは《定期的な話し合いの重要性》という文脈を構成している。

ケア会議とは、患者や利用者の支援方針を検討するために、医師、看護師、リハビリテーション専門職、介護支援専門員(ケアマネジャー)、介護職など多職種が一堂に会して開催される協議の場である。個々の患者の状況を共有し、それぞれの専門的視点から意見を出し合い、今後の支援方針を決定する重要な機会となる。しかし、過疎地域では、専門職の絶対数が少なく、一人一人の業務負担が大きいため、定期的な会議を開催することが困難な場合がある。また、地域によって多職種連携の文化や慣習が異なり、C地域のように連携が円滑に進まない地域も存在する。

日本医師会(2016)は、地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進において、定期的なカンファレンスの開催が重要であると指摘している。過疎地域においても、ICTを活用したオンライン会議なども含め、多職種が情報共有し協議する場を定期的に設けることが必要である。

#### 4.3.5 多職種からの多角的視点の価値

多職種からの情報について、〈違う目線で、違う角度で評価〉できるという〔多角的視点の価値〕が指摘された。一方で、〈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〉という〔記録の不足〕が課題として示された。

多職種連携においては、それぞれの専門職が異なる視点から患者を評価することで、包括的な理解が可能になる。しかし、そのためには、各専門職が自らの観察や評価を記録し、他

の専門職と共有することが不可欠である。過疎地域では、日々の業務に追われ、詳細な記録を作成する時間的余裕がない場合も多いが、多職種連携の質を高めるためには、情報を積極的に記録し共有する文化を醸成することが重要である。

#### 4.3.6 多職種連携の構造的課題と可能性

カテゴリーⅣ【多職種協働とコミュニケーション】から明らかになった課題は、過疎地域における多職種連携が、制度的には推進されているが、実質的には多くの困難を抱えていることを示している。

〔意思決定の課題〕は、専門職間の役割や責任の曖昧さに起因している。医師の権威勾配があるために、他の専門職は医師に相談しにくく、結果として医師不在のまま決定が進んでしまう状況が生じている。〔情報共有の精度〕の問題は、限られた専門職が継続的に関わる環境において、一度共有された情報を訂正することの心理的困難さを反映している。

しかし同時に、〔顔の見える関係〕〔対面の重要性〕〔多角的視点の価値〕は、過疎地域における多職種連携の強みにもなり得る。専門職の数が限られているからこそ、互いを深く知り、信頼関係を構築し、それぞれの専門性を尊重し合う関係を築くことが可能である。連携による広域カバー〕の可能性は、ICTを活用した遠隔連携と組み合わせることで、物理的な距離の制約を超えた協働を実現する道を示している。

### 4.4 医師からみた患者・家族の課題

本節では、医師の視点から捉えられた患者・家族が直面する課題を考察する。過疎地域における患者中心のケアは、都市部とは異なる文化的・社会的文脈の中で実践されており、医師は患者の意思決定を支える上で独特の困難に直面していた。これらの課題は、カテゴリーⅤ【患者中心の支援理念】およびカテゴリーⅥ【専門職の資質と地域文化】に含まれる内容から明らかになったものである。

#### 4.4.1 通院を困難にする地理的・社会的要因

過疎地域の患者が直面する第一の課題は、医療機関へのアクセスの困難さである。＜遠い距離を移動しなければならない＞という〔通院の困難〕は、単なる物理的距離の問題にとどまらず、患者の生活全体に影響を与える構造的な課題となっている。高齢者にとって、長時間の移動は身体的負担が大きい。特に慢性疾患を抱える患者にとっては、通院そのものが健康リスクとなる場合もある。腰痛や膝痛を抱えた高齢者が、1時間以上かけて医療機関まで移動することは、症状を悪化させる可能性すらある。また、冬季の降雪や夏季の猛暑など、気候条件によっては通院がさらに困難になる。

＜交通手段が限られている＞という〔交通手段の不足〕により、＜公共交通機関が少ない＞＜自家用車に依存せざるを得ない＞状況が生じている。公共交通機関は運行本数が限られており、医療機関の診療時間と合わない場合も多い。自家用車での移動においても、高齢化

により運転能力が低下した患者や、運転免許を持たない患者にとっては、家族の協力が不可欠となる。

しかし、家族も高齢化していたり、就労により日中不在であったりすることが多く、通院のための付き添いを確保することが困難な場合が少なくない。若い世代は都市部に転出しており、親世代の通院を支援できる家族が地域内にいないという状況も珍しくない。結果として、定期的な通院が必要な患者でも、通院回数を減らしたり、通院を諦めたりする事態が生じている。これは、疾患の早期発見や適切な治療の継続を妨げ、健康状態の悪化につながる悪循環を生み出している。

<専門的な医療へのアクセスが困難><遠方の病院まで行かなければならない>という〔専門医不足〕により、専門的な治療を受けるためには、さらに遠方の医療機関まで移動しなければならない。地域内の診療所で対応できない症状については、市外や市内であっても車で30分以上かかる総合病院を紹介されることになるが、そこまでの距離は患者にとって大きな壁となる。検査や手術のために数回の通院が必要な場合、その負担は計り知れない。患者の医療アクセスが著しく制限され、医療における地域格差が浮き彫りになっている。

#### 4.4.2 患者の意思決定を支える環境の複雑さ

医師は、患者の意思決定を支える上で、過疎地域特有の文化的・社会的文脈を深く考慮する必要性を認識している。<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>という〔患者本位の決定〕は、過疎地域における人間関係の特質と、その中で患者本人の意思を尊重することの難しさを端的に表している。

「田舎はウェット」という表現は、過疎地域における家族や地域社会との関係が密接であり、個人の意思決定が常に周囲の人々との関係性の中で行われることを意味している。都市部のような匿名性や個人の独立性が低く、家族や近隣住民、親戚などとの濃密な人間関係が存在する。このような環境では、患者の医療に関する意思決定においても、家族や周囲の人々の意見が強く影響する。家族が騒いでもという表現には、家族が患者本人の意思とは異なる主張をする場合があることが示されている。家族は患者の健康を心配するあまり、あるいは介護負担を懸念して、患者本人の希望とは異なる治療方針や療養場所を望むことがある。

医師は、このような状況の中で、<治療についての患者の意思決定を尊重>し、<気持ちが変われば治療方針を修正>するという姿勢を持ちながらも、<医師自身の気持ちは抑えている>という〔意思決定の尊重〕の態度を示している。<医師自身の気持ちは抑えている>という発言は、医師が専門的知識から見て最善と考える治療方針と、患者や家族の希望が一致しない場合でも、患者の意思を優先するという姿勢を表している。

ただし、ここで重要な点は、患者の意思尊重と医学的安全性がすべての場面で自動的に調和するわけではないということである。医師が患者の意向を受け入れる過程には、医学的に妥当な範囲であるか、患者が十分な情報に基づいて判断しているか、という検討が伴う。医

師が「気持ちを抑える」のは、患者の自律性を無条件に受け入れることではなく、患者の意思が医学的に許容可能な範囲内であり、かつ患者が十分な理解に基づいて判断していることを確認した上での、慎重な判断である。医学的に危険と判断される場合には、医師は患者に対して丁寧に説明し、その判断の根拠を示し、患者とともに最善の選択を模索する責任がある。

これは、患者の意思を尊重することと、家族や地域社会との関係を維持することとの間で、医師が慎重なバランスを取っていることを示している。患者本人の意思を最優先にしながらも、家族との対立を避け、地域社会の中で患者が孤立しないよう配慮する。このバランス感覚は、過疎地域で医療を提供してきた医師の実践知である。

#### 4.4.3 アドバンス・ケア・プランニングの実践と課題

医師は、患者の将来の医療やケアに関する意向を事前に把握し共有するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性を強く認識している。〈最期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〉という〔ACPの実践〕は、患者の終末期における意思決定を支援する取り組みである。

〈最期までどうしていきたいか〉という問いは、患者の人生の最終段階における価値観や希望を明らかにする重要な対話の出発点である。延命治療を希望するか、自然な経過に任せるか、どこで最期を迎えたいか、といった具体的な問いを通じて、患者自身が自らの人生の終わり方について考え、表明する機会を提供する。

〈独居の方のときに誰に聞いたらいいか確定〉は、過疎地域における独居高齢者の増加という現実を反映している。配偶者や子どもがいない、あるいは子どもが遠方に居住している独居高齢者の場合、本人が意思表示できなくなった時に、誰が代理意思決定を行うのかを事前に確定しておくことが重要である。

〈定期的に本人の意志を関係者で共有〉という実践は、ACPが一度きりの対話ではなく、継続的なプロセスであることを示している。医師、看護師、ケアマネジャー、訪問介護職など、患者に関わる多職種が、患者の意思を定期的に確認し、共有することで、患者の希望に沿ったケアを提供できる体制を整える。

しかし、ACPの実践には課題もある。〈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〉という《患者の意志の共有と記録》は、ACPにおける柔軟性と継続性の重要性を示している。〈記録が残っていると情報が共有しやすい〉という指摘は、口頭でのやり取りだけでなく、文書として記録を残すことの重要性を示している。

特に多職種が関わる過疎地域の医療では、情報の確実な伝達のために記録が不可欠である。〈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、ACPの本質的な特徴を表している。患者の意思は固定的なものではなく、病状の変化、家族状況の変化、あるいは気持ちの変化によって変わり得る。医師は、一度確認した意思に固執する

のではなく、継続的に患者の意思を確認し、その変化を受け入れる柔軟性を持つ必要がある。

また、〈医療者が迷わないための ACP〉〈方針を明確にしておく〉という〔医療者のための ACP〕という視点も示された。救急時や終末期において、患者本人の意思が確認できない状況で、医師は治療方針を決定しなければならない。このとき、事前に患者の意思が明確にされていれば、医師は迷うことなく患者の意思に沿った医療を提供できる。

過疎地域では、医療資源が限られており、高度な医療を提供できる施設への搬送にも時間を要する。そのような状況下で、患者本人の意思を事前に確認し、記録し、共有しておくことは、患者の尊厳を守り、医師の負担を軽減するための重要な実践である。

#### 4.4.4 価値観の押しつけを避ける姿勢：《決めつけないチーム》

医師は、自らの価値観を患者に押しつけないという姿勢を強く重視している。〈足りないことがかわいそうなことではない〉〈施設に入ることも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〉という〔価値観の相対化〕は、医師が患者や家族の選択を尊重する態度を示している。

〈足りないことがかわいそうなことではない〉は、過疎地域における医療・介護資源の不足という現実を前に、医師が陥りやすい、かわいそうという感情を自覚的に問い直している。医師の目から見れば、十分なりハビリテーションが受けられない、専門医の診療を受けられない、といった状況は、「足りない」や「かわいそう」と映るかもしれない。しかし、患者本人がその状況を受け入れ、その中で自分なりの生活を営んでいるのであれば、それを外部からかわいそうと決めつけることは、患者の生き方を否定することになる。

〈施設に入ることもかわいそうではない〉も同様である。在宅での生活継続が困難になり、施設入所を選択する場合、医師や家族が、施設に入るのかわいそうという価値観を持っていると、その選択に罪悪感や後ろめたさが伴う。しかし、施設入所が患者本人にとって最善の選択である場合もある。〈勝手にこっちの価値観で決めつけない〉は、医師の価値観と患者の価値観が異なることを前提とした姿勢を示している。医師は専門的知識や経験から、このようにすべきという考えを持ちやすい。しかし、それを患者に押しつけることは、患者中心のケアの理念に反する。

また、〈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〉という〔個別性の尊重〕は、患者一人ひとりの価値観や生き方を尊重する姿勢を表している。〈ギブアップならギブアップさせてあげる〉は、在宅での生活継続を諦め、施設入所や入院を選択することを、患者の正当な選択として尊重する姿勢を示している。在宅生活の継続が困難になったとき、もう少し頑張ると励ますのではなく、患者がもう無理と感じたその気持ちを受け止め、次の選択肢を一緒に考える。〈死ぬまでやるなら死ぬまでやらせてあげる〉という語りは、最期まで在宅での生活を続けたいという患者の強い意志を尊重する姿勢を示している。医学的には入院が望ましい状況でも、患者本人が在宅を強く希望するのであれば、その意思を尊重し、在宅で可能な限りの医療・ケアを提供する。

《決めつけないチーム》という文脈単位は、医師が持つべき基本的態度を示すとともに、過疎地域特有の価値観や生活様式を理解し、その中で患者の意思決定を支援する難しさを示している。過疎地域には、長年その土地で生活してきた人々の独特の価値観や生活文化がある。

この姿勢は、患者中心のケアの本質を体現している。医師が自らの価値観や専門的知識を絶対視せず、患者一人ひとりの価値観や生き方を尊重する。言葉で言うのは容易だが、実践するのは困難である。特に、医師の目から見て明らかに患者にとって不利益と思われる選択を、患者が希望する場合、その選択を尊重することには葛藤が伴う。

患者の意思決定を支える環境は複雑である。過疎地域特有の濃密な人間関係と、個人の自律性とのバランスをどう取るかという課題がある。ウェットな人間関係の中で、患者本人の意思を尊重しながら、家族や地域社会との関係も維持するという、高度なコミュニケーション能力と文化的感受性が医師には求められる。

ACP の実践は、過疎地域において特に重要性が高い。医療資源が限られ、高度医療機関へのアクセスが困難な環境では、患者本人の意思を事前に確認し、それに基づいた医療・ケアの方針を立てておくことが、患者の尊厳を守る上で不可欠である。同時に、患者の意思は変化し得るものであり、継続的な対話と柔軟な対応が必要である。

医師は、これらの制約や困難の中でも、患者の意思を尊重し、個別性を重視した支援を行おうとしている。ACP の実践、価値観の押しつけを避ける姿勢、継続的な対話などは、限られた条件の中で患者中心のケアを実現しようとする努力の表れである。医師は、地域の文化や価値観を理解し、尊重しながら、しかし必要な医療情報は提供し、患者が十分な情報に基づいて自己決定できるよう支援する。この微妙なバランスを保つことが、《決めつけないチーム》の実践である。

#### 4.5 専門職に求められる資質と地域文化への適応

本節では、過疎地域において医療・リハビリテーションを提供する専門職に求められる資質と、地域文化への適応について考察する。カテゴリVI【専門職の資質と地域文化】に含まれる内容から、過疎地域での実践には、高度な専門性ととともに、協働能力、自律性、反省的実践能力といった、複合的な資質が求められることが明らかになった。

##### 4.5.1 高いレベルの専門性と自律性

過疎地域で求められる専門性は、単に専門的知識や技術を有するだけでなく、<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>という〔専門職の自律性〕に示されるように、自らの専門性の範囲を理解し、自律的に判断し行動できる能力を含んでいる。

<それぞれの職種の自律とわきまえ>という指摘は、各専門職が自らの専門領域を深く理解し、その範囲内で責任を持って行動することの重要性を示している。過疎地域では、専

専門職の数が限られているため、一人ひとりの専門職が担う責任は大きい。自分の専門性の限界を理解し、必要な場合には他の専門職に相談したり、紹介したりする判断力が求められる。

同時に、わきまえという言葉には、自らの専門領域を超えて他の専門職の領域に踏み込まないという慎重さも含まれている。多職種連携においては、互いの専門性を尊重し、適切な役割分担を行うことが重要である。〈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〉という認識は、過疎地域の多職種協働には、各専門職の高い専門性が前提となることを示している。専門性が低ければ、自らの役割を適切に果たせないだけでなく、他の専門職との効果的な連携も困難になる。

〈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〉という〔継続的研鑽〕は、専門職としての継続的な学習と成長の重要性を示している。医療・リハビリテーションの知識や技術は日々進歩しており、専門職は常に最新の知識を学び、技術を磨き続ける必要がある。各専門職が自律的に学習し、自らの専門性を高めていく姿勢が重要となる。

#### 4.5.2 協調性と高度な協働技術

過疎地域での実践には、高い専門性ととともに、優れた協働能力が求められる。〈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〉という〔行動規範〕は、多職種チームの中で協働するために必要な態度や姿勢を示している。

〈待てることと我慢できること〉という指摘は、多職種協働において、自分の意見や提案がすぐに受け入れられなくても、焦らず、他の専門職の考えや、患者・家族の意向を待つことの重要性を示している。特に、患者の意思決定支援においては、患者が自分で考え、決めるまで待つという姿勢が重要である。

また、多職種チームでは、意見の相違や方針の対立が生じることもある。そのような時に、感情的に反応するのではなく、冷静に話し合い、互いの立場を理解しようとする姿勢が求められる。我慢できることとは、自分の意見が通らないことに耐えられる成熟した態度を意味している。

〈人のせいにしないこと〉という指摘は、問題が生じた時に、他の専門職や患者・家族の責任にするのではなく、まず自分自身の行動を振り返るという姿勢を示している。過疎地域では、限られた人数で医療・ケアを提供しているため、誰かを責めることは、チームの分断につながる。互いに責任を持ち、支え合う関係性が重要である。

〈本人の希望を尊重し物事が進んでいく地域〉とは、患者中心のケアという理念を実践するための行動規範を示している。専門職の考えや地域の慣習よりも、患者本人の希望を最優先にするという価値観を、チーム全体で共有することが重要である。

〈高いレベルの専門性と協働能力〉〈お互いを尊重し合える関係性〉という〔高度な協働技術〕は、専門性と協働能力を統合した、より高次の能力を示している。高度な協働技術とは、単に仲良く協力するというのではなく、各専門職が高い専門性を発揮しながら、

互いの専門性を理解し尊重し、効果的に連携する能力である。これには、コミュニケーション能力、調整能力、問題解決能力など、多様な能力が含まれる。

<お互いを尊重し合える関係性>とは、対等な立場で意見を交換し、互いの専門性を認め合い、建設的な議論ができる関係性である。医師の権威勾配が存在する中で、このような関係性を築くことは容易ではないが、過疎地域での効果的な多職種協働には不可欠である。

#### 4.5.3 〔反省的实践〕能力

<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>という〔反省的实践〕は、専門職が自らの実践を継続的に振り返り、改善していく能力の重要性を示している。<やりすぎ、やらなさすぎの微調整>という表現は、医療・リハビリテーションの提供において、適切な介入の程度を見極めることの難しさと重要性を示している。

過剰な介入は、患者の自律性を奪い、依存を生み出す。一方、介入が不足すれば、必要な支援が提供されず、患者の状態が悪化する。この適切な程度を見極めるには、患者の状態、家族の状況、地域の資源、患者の価値観など、多様な要因を総合的に判断する必要がある。また、同じ患者でも、時期や状況によって適切な介入の程度は変化する。

<振り返りが自分の中でできないといけない>という指摘は、この判断と調整を、専門職が自律的に行う能力の重要性を示している。上司や同僚に指摘されて気づくのではなく、自分自身で自らの実践を振り返り、やりすぎたかもしれない、もう少し積極的に関わるべきだったと評価し、次の実践に活かす。

この〔反省的实践〕能力は、Donald Schön（1983, 1987）の reflective practitioner の概念に通じる。専門職は、日々の実践の中で生じる複雑で不確実な問題に対し、理論的知識を機械的に適用するのではなく、その場の文脈を理解し、自らの経験と知識を統合しながら、創造的に問題解決を図る。そして、その実践を振り返り、学び、次の実践に活かす。過疎地域では、すぐに相談できる同僚や上司が近くにいない場合も多く、一人で判断し行動しなければならない場面が多い。だからこそ、自分自身で自らの実践を振り返り、評価し、改善していく能力が不可欠となる。

#### 4.5.4 地域文化への適応と理解

過疎地域で医療・リハビリテーションを提供する専門職には、地域の文化や価値観を理解し、それに適応する能力が求められる。4.4で論じた患者・家族の課題は、専門職から見れば、地域文化への適応という課題でもある。過疎地域には、長年その土地で形成されてきた独特の文化がある。家族や地域社会との濃密な人間関係、農業や林業などの生業に根ざした身体観や健康観、自然環境との共生の中で育まれた価値観などである。

都市部で教育を受け、都市部の医療機関で勤務経験を積んだ専門職が、過疎地域に赴任した場合、この文化的な違いに戸惑うことが少なくない。患者が医学的に推奨される治療を拒否する、家族の意向が強く患者本人の意思が見えにくい、医療機関を受診せずに症状が悪化

してから来院する、といった状況に直面する。このような状況を、「患者が非協力的」「地域住民の健康意識が低い」と否定的に捉えるのではなく、地域の文化や価値観を理解しようとする姿勢が重要である。なぜこのような選択をするのか、その背景にある価値観や生活状況は何か、を理解しようとすることで、患者との信頼関係が築かれ、効果的な支援が可能になる。

同時に、地域の文化を尊重しながらも、必要な医療情報を提供し、患者が適切な判断をできるように支援することも専門職の役割である。地域の文化に同化するのではなく、外部者として批判するのではなく、両者の間で対話を促進する橋渡し役となることが求められる。

#### 4.5.5 専門職の資質と地域リハビリテーションの質

本節で論じた専門職の資質—高度な専門性、自律性、協働能力、〔反省的实践〕能力、地域文化への適応能力—は、いずれも過疎地域での地域リハビリテーションの質を決定する重要な要因である。過疎地域では、専門職の数が限られているため、一人ひとりの専門職の資質が、提供される医療・ケアの質に直接的に影響する。優れた資質を持つ専門職が配置されれば、限られた資源の中でも質の高いサービスを提供できる。

一方、資質が不十分であれば、たとえ人数が確保されていても、効果的なサービス提供は困難である。しかし、これらの資質は、一朝一夕に身につくものではない。継続的な学習、経験の蓄積、振り返りと改善のサイクルを通じて、徐々に形成されていく。過疎地域の医療機関や行政には、専門職がこれらの資質を育成できるような環境を整備する責任がある。

研修機会の提供、スーパービジョン体制の構築、多職種カンファレンスの定期開催、事例検討会の実施など、専門職の成長を支援する仕組みが必要である。また、専門職が孤立せず、互いに支え合い、学び合える職場文化を醸成することも重要である。

#### 4.6 現状分析から見えた課題構造と改善の方向性

本章では、過疎地域における地域リハビリテーションの現状と構造的課題を、5つの側面から多角的に考察した。ここでは、各節で明らかになった知見を統合し、過疎地域特有の課題構造を整理するとともに、改善の方向性を示す。

##### 4.6.1 過疎地域特有の課題構造

本章の分析から、過疎地域における地域リハビリテーションの課題は、単一の要因によるものではなく、複数の要因が相互に関連し合う複合的な構造を持つことが明らかになった。

第一に、医療・リハビリテーション資源の絶対的不足という構造的制約がある。専門職の配置不足、専門医療機関の不在、地理的アクセスの困難は、過疎地域の医療提供体制の基盤的な課題である。この資源不足は、単に量的な問題にとどまらず、患者の医療アクセスの制限、継続的治療の困難、予防的介入の機会喪失など、住民の健康に直接的な影響を与えている。

第二に、専門的評価とサービス提供における課題がある。リハビリテーション専門職の不足により、適切なアセスメントが行われず、必要なリハビリテーションサービスが提供されない状況が生じている。特に、運動器疾患や転倒予防など、過疎地域の高齢者に多い健康課題に対する専門的介入が不足している。

第三に、多職種連携における課題が存在する。医師の権威勾配、情報共有の困難、ケア会議の不足など、多職種協働を阻害する要因が複数認められた。限られた専門職で医療・ケアを提供する過疎地域では、効果的な多職種連携が不可欠であるが、その実現には多くの障壁がある。

第四に、患者・家族が直面する課題がある。通院の困難、交通手段の不足、専門医へのアクセス制約などの物理的制約に加え、過疎地域特有のウェットな人間関係の中で、患者本人の意思を尊重することの難しさがある。医師は、患者の自律性と家族・地域社会との関係のバランスを取りながら、患者中心のケアを実現しようとしている。

第五に、専門職に求められる資質の高さがある。過疎地域での実践には、高度な専門性、自律性、協働能力、〔反省的实践〕能力、地域文化への適応能力という、複合的で高度な資質が求められる。しかし、これらの資質を育成する環境は十分に整備されていない。

これらの課題は相互に関連し合っている。資源不足は多職種連携を困難にし、専門的評価の不足は適切なサービス提供を妨げる。患者・家族の物理的制約は、継続的な医療・ケアの提供を困難にし、専門職の孤立は資質向上の機会を制限する。このように、過疎地域の課題は、単一の介入では解決できない構造的・複合的性格を持っている。

#### 4.6.2 既存システムの限界と転換の必要性

本章の分析は、課題と限界だけを明らかにしたのではない。過疎地域の医師が、これらの制約の中で、創造的な実践を展開していることも示された。重要な知見は、制約によって実践を制限されるのではなく、むしろ制約がもたらす課題を解決する過程で、新たな実践が生み出されているということである。

##### 4.6.2.1 課題への創造的対応

医師の権威勾配という課題に対しては、複数の専門職が同席するケア会議の開催や、他職種に代弁してもらおうといった工夫が見られた。医師が患者や他職種と対等な立場で対話することの困難さを認識しながらも、その構造的制約を、会議という枠組みと複数の専門職の参加によって、意識的に緩和しようとする試みである。この工夫により、一対一では言いにくいことが、複数の専門職によって代弁され、より率直な意見交換が可能になる。

情報共有の困難に対しては、対面でのコミュニケーションを重視し、細かい情報まで共有するという実践が報告された。ICT ツールの有効性を認識しながらも、その限界を明確に認識し、＜MCS の活用だけでは伝わらないこともある＞という現実を前提に、対面での直接的なコミュニケーションを重視する判断である。＜細かいところまできちんと＞という認識は、後から訂正することの困難さがある過疎地域の人間関係の構造を理解した上での、実

践的な知恵を示している。

#### 1)患者中心のケアの実践化

患者の意思決定支援においては、《決めつけないチーム》という姿勢、〔ACP の継続的な実践〕、〔価値観の相対化〕といった、患者中心のケアを実現するための工夫が見られた。これらの工夫の中核をなすのは、〈医師自身の気持ちは抑えている〉という発言に象徴される、医師としての価値観と患者の価値観の間で葛藤しながらも、患者の意思を尊重しようとする真摯な姿勢である。

この姿勢は、患者中心のケアを単なる理念ではなく、実践へと転換する営みを示している。〈足りないことがかわいそうなことではない〉〈施設に入ることもかわいそうではない〉という〔価値観の相対化〕は、医師においても生じうる「かわいそう」という感情を自覚的に問い直す過程である。また、〈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〉という柔軟な姿勢は、ACP が一度の対話ではなく継続的なプロセスであることを実践的に示している。これにより、患者の価値観の変化を受け入れ、その時々で患者にとって最善の選択を支援することが可能になる。

#### 2)専門職の資質形成

専門職の資質においては、〈やりすぎ、やらなさすぎの微調整〉という〔反省的实践〕、〈待てることと我慢できること〉という協働のための態度、〈人のせいにしないこと〉という相互支援の文化など、高度な実践を支える価値観と行動規範が形成されつつある。

〈やりすぎ、やらなさすぎの微調整〉という表現は、画一的なマニュアルでは対応できない個別の状況において、専門職が常に自らの実践を振り返り、調整し続ける必要性を示している。〔反省的实践〕という概念により、過疎地域の限られた環境の中でも、患者一人ひとりに適応した支援を創造することが可能になる。

〈待てることと我慢できること〉は、多職種協働において自らの意見がすぐに受け入れられなくても、焦らず他の専門職や患者の考えを待つ、また自分の提案が通らないことに耐える成熟した姿勢である。〈人のせいにしないこと〉は、問題が生じた時に他の専門職や患者を責めるのではなく、まず自分自身の行動を振り返る、相互支援の精神である。これらの行動規範は、限られた人数で医療・ケアを提供する過疎地域では、チームの分断を防ぎ、継続的な協働を可能にする文化的基盤となっている。

#### 3)創造的実践の特性と今後の展開

これらの創造的実践が共通して示しているのは、制約そのものを無くそうとするのではなく、制約の中で最適な判断と行動を模索するという現実的な姿勢である。医師の権威勾配は存在するが、その構造を認識した上で、その影響を最小化する工夫を行う。ICT ツールの限界を認識しながら、その活用方法を工夫する。患者の意思が医学的推奨と異なることもあるが、その選択を尊重しながら支援する。このように、制約を前提としながらも、その中で創造的な解決策を見出す実践が展開されている。

重要な点は、これらの創造的実践が、まだ体系化されておらず、個々の医師の経験知とし

て存在している段階にあるということである。それぞれの医師は、試行錯誤の中で工夫を重ね、自らの実践から学んでいるが、その知見は必ずしも組織全体や他の地域と共有されていない。しかし同時に、これらは過疎地域特有の制約を創造的に超越する可能性を秘めている。

限られた資源の中での〔反省的实践〕、医師の権威勾配の構造を認識した上での〔対話の工夫〕、患者の価値観を尊重しながらも医学的判断を提供する〔バランス感覚〕、地域の間関係の構造を理解した上での〔情報共有の工夫〕。これらの実践は、過疎地域における医療・リハビリテーション提供の新たなパラダイムを示唆している。

第5章では、これら個々の創造的実践を理論的に位置づけ、各カテゴリーごとに革新的実践として考察する。そして第6章では、これらの革新的実践を統合し、『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』として体系化する。本章で明らかにされた課題と創造性の相互関係は、その理論化と体系化の前提となる重要な知見である。

## 第5章 医師による革新的実践の理論化：構造的課題の克服

第4章では、医師が直面する過疎地域におけるリハビリテーション医療の構造的課題を、6つのカテゴリーに基づいて明らかにした。人的資源の絶対的不足、地理的距離の広大さ、専門職の配置と機能分担の困難、多職種連携の障壁という、相互に関連し合う複合的な課題構造が浮き彫りとなった。

しかし、第3章で示されたインタビューデータには、これらの課題に対する医師の創造的な応答も含まれていた。限られた資源、広大な地理的距離、専門職の不足という制約の中で、医師は既存の医療提供モデルの前提そのものを問い直し、過疎地域の実情に適合した新たな実践を展開していた。

本章では、医師の視点から見た革新的実践を理論的に考察する。第3章で抽出された6つのカテゴリーに対応させながら、医師がいかにして構造的課題を克服し、新たな実践を生み出しているのかを明らかにする。具体的には、空間概念の転換（カテゴリーⅠ）、遠隔診療・遠隔リハビリテーション（カテゴリーⅡ）、急性期在宅医療モデル（カテゴリーⅢ）、多職種協働と患者中心性（カテゴリーⅣ・Ⅴ）、専門職の資質（カテゴリーⅥ）といった側面から、医師の実践を理論化する。これらの考察は、第6章で展開する地域完結型リハビリテーションシステムの理論的基盤を提示するものである。

### 5.1 カテゴリーⅠ【地域医療システムの構造的課題と革新】医師による空間概念の転換：「地域=病院」の構想

過疎地域における医療提供の最も根本的な革新は、医療空間の概念的転換にある。本節では、医師が既存の病院完結型医療システムに対して、どのような空間概念の転換を図っているのかを理論的に考察する。

#### 5.1.1 病院完結型医療の限界と過疎地域の現実

第4章でも述べたように、過疎地域における医療提供体制の根本的な課題は、人的資源の絶対的不足と地理的距離の広大さにある。＜医師・看護師・事務の3職種＞に限定された医療機関の体制、＜遠い距離を移動しなければならない＞という患者の負担、＜専門的な医療へのアクセスが困難＞という状況は、病院完結型医療システムが過疎地域では機能不全に陥っていることを示している。

病院完結型医療システムの前提は、以下の3つに整理できる。第一に、医療資源の空間的集約である。専門職、医療機器、診療機能を特定の物理的空間(病院)に集中させることで、効率的な医療提供を実現する。第二に、患者の空間的移動である。患者が病院という医療空間に移動することで、医療サービスへのアクセスが成立する。第三に、医療空間と生活空間の分離である。病院は日常生活の場とは切り離された専門的空間として機能する。

これらの前提は、都市部においては合理的である。人口が密集し、交通網が発達した環境

では、病院への物理的アクセスは比較的容易であり、医療資源を集約することで高度で効率的な医療提供が可能になる。しかし、過疎地域ではこれらの前提がすべて成立しない。人口が広域に分散し、公共交通機関が限られた環境では、病院への移動そのものが大きな障壁となる。高齢者や身体機能が低下した患者にとって、1時間以上かけて病院まで移動することは、身体的・経済的・心理的に大きな負担である。

この状況を、医療の公平性(equity)という観点から見れば、居住地という本人の選択によらない要因によって、医療へのアクセスが著しく制限されているという構造的な不公正が存在する。Whitehead(1992)が定義した健康の公平性は、「すべての人が自らの健康ポテンシャルを達成する公正な機会を持つこと」を意味するが、病院完結型システムは過疎地域においてこの公平性を実現できていない。

### 5.1.2 「地域=病院」という空間概念の転換

この構造的制約に対する根本的な解決策として提示されたのが、〔空間概念の革新〕である。第4章で示されたように、医師は<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><在宅が病室>という比喻を用いて、地域全体を一つの病院として機能させる構想を語った。この比喻は、単なるレトリックではなく、医療空間に関する根本的な概念転換を示している。従来の病院完結型システムでは、病院という物理的建造物が医療空間を定義していた。しかし、「地域=病院」という発想は、物理的建造物としての病院ではなく、医療機能の空間的配置と連携によって医療空間を再定義する。地域住民の生活の場そのものが医療・ケアの場となり、物理的建造物としての病院の境界を超えて、地域全体が医療機能を担う空間として認識される。

<道路が廊下>という表現は、この転換を象徴的に示している。病院内の廊下は、各診療科や病室をつなぐ動線であり、患者や医療職が移動する経路である。同様に、地域の道路は、患者の自宅、診療所、訪問看護ステーション、介護施設などをつなぐ動線として機能する。病院内では医師や看護師が廊下を移動して各病室の患者を診るように、地域では医療職が道路を移動して各家庭の患者を訪問する。空間の機能は同じであり、異なるのは物理的な形態だけである。

ただし、この転換は単なる比喻の問題ではなく、医療提供システムの構造的再編を伴う。病院完結型システムでは、医療資源が空間的に集約されているため、多職種間のコミュニケーションや連携が物理的接近性によって促進される。医師、看護師、リハビリテーション専門職、薬剤師などが同じ建物内にいるため、対面での情報共有やカンファレンスが容易である。

これに対し、地域完結型システムでは、医療資源が空間的に分散しているため、物理的接近性に依存しない連携の仕組みが必要となる。<訪問看護ステーションがナースステーション>という表現は、訪問看護ステーションが単なる訪問の拠点ではなく、地域医療全体の情報集約と調整の中核として機能することを示唆している。病院のナースステーションが各

病棟の患者情報を集約し、医師や他職種との連携の拠点となるように、訪問看護ステーションは地域の患者情報を集約し、多職種連携の拠点となる。

### 5.1.3 空間的分散と機能的統合の両立

「地域=病院」という構想の実現には、空間的分散と機能的統合の両立という課題がある。医療資源が地理的に分散している状況で、いかにして病院のような統合された医療機能を実現するかが問われる。この課題に対する一つの解決策として、第3章では<地域掲げての作戦会議を繰り返しやっただらいい><保健師や行政を交えて>という〔地域戦略会議〕の構想が示された。これは、空間的に分散した医療・ケア資源を、定期的な会議体を通じて機能的に統合しようとする試みである。

病院では、各診療科のカンファレンスや多職種カンファレンスが定期的に行われ、患者情報の共有と治療方針の調整が行われる。同様に、地域完結型システムでは、地域の医療・介護・行政の関係者が定期的に会議を開催し、地域全体の医療・ケアの方針を協議する。これにより、空間的には分散していても、情報と方針の統合が実現される。

さらに、<評論家になるのは誰でもできる>が<実際に一歩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〕の指摘は、この統合を実現するためのリーダーシップの重要性を示している。空間的に分散したシステムを機能させるには、地域全体を見渡し、調整し、実行に移すリーダーシップが不可欠である。病院では病院長や診療部長がこの役割を担うが、地域完結型システムでは、地域の医療機関の医師、保健師、あるいは行政の担当者など、誰かがこの役割を担う必要がある。

### 5.1.4 空間転換がもたらす患者への影響

病院完結型システムでは、患者は自らの生活空間を離れ、病院という非日常的空間に移動し、そこで医療を受ける。この空間的移動は、治療に専念できる環境を提供する一方で、患者を日常生活から切り離し、環境変化によるストレスや見当識障害のリスクをもたらす。特に高齢者にとって、入院という環境変化は、認知機能の低下や、ADL(日常生活動作)の低下を招くことが知られている(Creditor, 1993)。

これに対し、地域完結型システムでは、患者は自らの生活空間にとどまりながら医療を受ける。<在宅が病室>という表現が示すように、患者の自宅そのものが治療の場となる。これは、治療と生活の連続性を保つことを可能にする。患者は慣れ親しんだ環境で、家族や地域社会とのつながりを維持しながら、必要な医療・ケアを受けることができる。地域完結型システムは、自宅で生活しながら必要な医療を受けるという選択肢を実現し、患者が達成できる状態や活動の選択肢の幅を広げる。

ただし、この転換には課題もある。在宅での医療提供には、病院のような設備や常時監視体制がない。急変時の対応、高度医療機器の使用、多職種の即時的な協働といった面では、病院の方が優位性を持つ。したがって、地域完結型システムは病院を完全に代替するもので

はなく、病院と在宅の適切な役割分担と連携が重要となる。この点については、5.3 で急性期在宅医療モデルの検討の中でさらに論じる。

#### 5.1.5 空間転換の理論的意義

病院完結型から地域完結型へという空間概念の転換は、医療社会学や医療人類学における医療の場所性(placeness of healthcare)の議論とも接続する。医療は常に特定の場所で実践され、その場所の物理的・社会的・文化的特性が医療実践に影響を与える(Gesler, 1992)。

病院という場所は、近代医療の発展とともに、科学的・合理的・効率的な医療実践の場として構築されてきた。Foucault(1963)が『臨床医学の誕生』で論じたように、病院は身体を医学的対象として観察し、分類し、治療する空間として組織化された。そこでは、患者は生活者としての個人ではなく、「疾患を持つ身体」として医学的な観察・診断・治療の対象となる。これに対し、在宅という場所は、生活の場であり、家族やコミュニティとのつながりの場であり、その人が自分らしく生きてきた場である。在宅での医療提供は、患者を生活者として捉え、疾患だけでなく生活全体を視野に入れた支援を可能にする。

「地域=病院」という構想は、これら二つの場所性を統合しようとする試みと解釈できる。病院の持つ専門性・組織性と、在宅の持つ生活性・個別性を、地域というより広い空間スケールで統合する。地域全体が医療機能を担うことで、専門的医療と生活支援の連続性が実現される。この理論的視点は、第6章で展開する地域完結型リハビリテーションシステムの空間的連続性という構成要素の基盤となる。医療空間を固定的な建造物としてではなく、患者の生活空間と統合された動的なネットワークとして捉え直すことが、過疎地域における持続可能な医療提供システムの鍵となる。

## 5.2 カテゴリーII【専門的評価とサービス提供体制】医師による遠隔医療の革新：専門職の役割転換

5.1 で論じた空間概念の転換は、物理的な地域空間を医療空間として再定義する試みであった。本節では、ICT 技術を活用した遠隔診療・遠隔リハビリテーションが、医師によって、この空間的転換をさらに拡張し、物理的距離という制約を機能的に克服する可能性について考察する。

### 5.2.1 遠隔医療による時空間構造の変革

第3章で示されたように、医師は<D to N with P(Doctor to Nurse with Patient)>および<D to PT with P(Doctor to Physical Therapist with Patient)>という〔遠隔連携モデル〕を提示した。第4章では、このモデルの具体的内容と従来のD to P with N(Doctor to Patient with Nurse)モデルとの実践的差異を詳述した。本節では、このモデルが持つ理論的意義、特に医療提供における時空間構造の変革という観点から考察する。

従来の病院完結型医療では、医療行為は特定の時間・空間に限定され、医師-患者関係は

対面を前提とし、専門職間の連携は物理的近接性に依存していた。遠隔医療技術の導入は、当初この時空間的制約を緩和する手段として期待された。しかし、多くの遠隔医療システムは、既存の医師-患者関係の構造を維持したまま、それを遠隔環境にあてはめることを試みた。「D to P with N」モデルはその典型であり、対面診療における空間配置を技術によって遠隔化したものに過ぎない。

これに対し、<D to N with P>および<D to PT with P>モデルは、医療提供における関係性の構造そのものを変革する。第4章で詳述したように、このモデルでは医師と専門職（看護師またはリハビリテーション専門職）の専門的対話を中心となる。<医師が看護師とつながっている感覚>という表現が示すように、医師の主なコミュニケーション相手は患者ではなく、患者のそばにいる専門職である。

この構造転換の理論的意義は、医療提供における誰がどこに存在するかという時空間配置の再編にある。従来のモデルでは、医師は遠隔地にいるが、患者と直接つながることで、あたかも同一空間にいるかのような関係性を技術的に再現しようとした。しかし、新しいモデルでは、医師は遠隔地にいることを前提とし、現場にいる専門職を通じて患者の状況を把握し、医学的判断を提供する。

この転換は、医療における距離の意味を変える。物理的距離は依然として存在するが、それは医師-患者間の距離ではなく、医師-現場専門職間の距離として再定義される。そして、この距離は遠隔技術によって機能的に克服される。医師は現場にいなくても、現場の専門職と専門的対話を行うことで、適切な医学的判断を提供できる。一方、患者のそばには常に専門職がおり、患者は孤立することなく、対面での支援を受けることができる。

この時空間構造の変革は、医療提供における中心と周縁の関係をも変える。病院完結型システムでは、病院が医療の中心であり、在宅は周縁であった。遠隔医療の導入によっても、多くの場合、医師のいる医療機関が中心であり、患者のいる在宅は周縁として位置づけられた。しかし、<D to N with P>モデルでは、患者と専門職がいる現場こそが医療実践の中心となる。医師は遠隔からその現場を支援する専門的コンサルタントとして機能する。

遠隔医療技術は、物理的距離をリアルタイムのコミュニケーションによって克服する。医師と現場専門職は、物理的には離れていても、画面越しに即座に対話することで、あたかも同じ場所にいるかのような協働を実現する。この時間的・空間的な制約を超えた協働が、新しい医療提供の構造を可能にする。

さらに、この構造は医療における権限と責任の配分をも変化させる。従来のモデルでは、医師が最終的な医学的判断と責任を一人で担っていた。しかし、新しいモデルでは、現場の専門職が患者の状況を専門的に評価し、その情報に基づいて医師が判断を行い、再び専門職がその判断を患者に説明し、ケアを実施するという、協働的な責任分担が実現される。これは、単なる業務分担ではなく、それぞれの専門性を最大限に活かした統合的な医療提供である。

このような時空間構造の変革は、過疎地域における医療提供の持続可能性にも寄与する。

限られた医師資源を、遠隔技術を通じて広域に効率的に配分できる。同時に、現場の専門職の専門性を高め、その役割を拡大することで、医師不在の状況でも一定水準の医療・ケアを提供できる体制が整う。これは、5.1 で論じた「地域=病院」という空間概念を、技術的に実現する基盤となる。

### 5.2.2 専門職の役割転換:媒介者から協働者へ

<D to N with P>および<D to PT with P>モデルにおける最も重要な転換の一つは、現場にいる専門職(看護師やリハビリテーション専門職)の役割の根本的な変化である。従来の「D to P with N」モデルでは、看護師は医師と患者をつなぐ媒介者として位置づけられていた。しかし、新しいモデルでは、専門職は医師と対等な立場で専門的対話を行う協働者として機能する。

<医師が看護師とつながっている感覚>という表現は、この役割転換の本質を端的に示している。従来のモデルでは、「医師が患者とつながっている」ことが中心であり、看護師はその接続を技術的・補助的に支える存在であった。しかし、新しいモデルでは、医師の治療における主要なコミュニケーション相手は患者ではなく、現場の専門職である。医師は専門職から患者の状況についての専門的評価を聞き、それに基づいて医学的判断を提供し、専門職はその判断を踏まえて患者へのケアを実施する。

この構造における専門職の役割は、以下の4つの側面で従来と異なる。

第一に、専門的評価の主体としての役割である。従来のモデルでは、看護師は医師の指示に従って血圧測定や体温測定などの基本的な観察を行い、その結果を報告する補助者であった。しかし、新しいモデルでは、専門職は自らの専門的視点から患者を評価し、その評価内容を医師に提示する。看護師であれば、バイタルサインだけでなく、患者の生活状況、家族の介護力、心理状態、服薬状況など、看護の専門的視点から包括的に患者を評価する。リハビリテーション専門職であれば、身体機能、ADL、生活環境、リハビリテーションの必要性などを専門的に評価する。

第二に、医師との専門的対話の担い手としての役割である。医師は、専門職からの専門的評価を聞き、疑問点を尋ね、追加の観察を依頼し、治療方針を相談する。この対話は、専門職が補助的情報を提供するという一方的なものではなく、互いの専門性を尊重した双方向的なものである。第4章で述べたように、過疎地域では医師の権威勾配が多職種連携の障壁となることがあるが、遠隔環境における専門職との対話は、むしろ対等な専門職間コミュニケーションを促進する可能性がある。画面越しの対話という構造が、物理的な対面における権威勾配を緩和し、専門職が率直に意見を述べやすくなるという効果も考えられる。

第三に、医学的判断の患者への翻訳者としての役割である。医師の医学的判断は、専門用語や医学的論理に基づいており、患者が直接理解することは必ずしも容易ではない。従来のモデルでも、看護師は医師の説明を補足する役割を担ってきたが、新しいモデルでは、この役割がより明確かつ重要になる。専門職は、医師から聞いた医学的判断を、患者の理解力、

価値観、生活状況に合わせて説明する。患者の反応や疑問を受け止め、必要に応じて再度医師に確認する。このプロセスにおいて、専門職は単なる伝達者ではなく、医学的判断と患者の生活世界を架橋する専門的役割を担っている。

第四に、ケアの実施者としての自律的役割である。医師の医学的判断を踏まえて、具体的にどのようなケアを提供するかは、現場の専門職の専門的判断に委ねられる。看護師は、医師の治療方針を理解した上で、患者の生活状況に応じた看護を計画し実施する。リハビリテーション専門職は、医師の診断と治療方針を踏まえて、患者に適したリハビリテーションプログラムを立案し実施する。この過程で、専門職は自らの専門性を十分に発揮し、自律的に判断し行動する。

これらの役割は、専門職の専門性と自律性を大幅に拡大する一方で、新たな責任も課す。従来のモデルでは、最終的な責任は医師が担い、看護師は医師の指示の範囲内で行動していた。しかし、新しいモデルでは、専門職自身の評価と判断が医師の意思決定に直接影響を与える。したがって、専門職もまた、自らの専門的判断に対する責任を負う。第4章で論じた〔専門職の自律性〕や〔継続的研鑽〕の重要性は、この文脈において一層明確になる。遠隔医療システムにおいて協働者として機能するためには、専門職は高度な専門知識と技術を持ち、医師と対等に専門的対話ができる能力が求められる。

この役割転換は、医療における「中心」と「周辺」の関係性の転換をも意味する。従来、専門職は医師を中心とした医療実践の「周辺」に位置づけられてきた。しかし、遠隔医療における新しいモデルでは、専門職こそが患者のいる「現場」という実践の中心におり、医師は遠隔からその実践を支援する立場となる。医師が常に現場にいないことができない過疎地域では、現場の専門職が高い専門性と自律性を持ち、医師と協働しながら質の高い医療・ケアを提供できる体制が不可欠である。遠隔医療技術は、このような専門職の役割拡大を技術的に支え、同時に医師による専門的バックアップを保証することで、安全性と質を担保する。

### 5.2.3 ハイブリッド型支援の戦略的意義

遠隔医療技術の活用において重要なのは、すべてを遠隔で完結させることではなく、対面と遠隔を戦略的に組み合わせることである。第4章で述べたように、第3章では<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>という〔ハイブリッド型支援〕の実践が示された。本節では、この組み合わせが持つ戦略的意義を理論的に考察する。

ハイブリッド型支援の本質は、対面と遠隔のそれぞれの長所を活かし、短所を補完することにある。対面診療・訪問では、直接的な身体診察、触診、細やかな観察、非言語的コミュニケーション、信頼関係の構築が可能である。特に初回の評価や病状が大きく変化した時期には、対面での詳細な評価が不可欠である。一方、遠隔診療・遠隔リハビリテーションでは、時間的・空間的効率性、接触頻度の増加、家族の参加促進が実現される。

<セラピストが実際に行ってリハビリしている時間>って、その患者さんからすると本当に

ごくごくわずか>という認識が示すように、専門職が訪問できる頻度には限界がある。しかし、遠隔技術を活用すれば、訪問と訪問の間にもオンラインで患者と接触し、運動の継続状況を確認したり、疑問に答えたり、励ましたりすることができる。これにより、<接点が増えるだけでも、ひょっとしたら、リハビリの質が上がっていく可能性>が生まれる。

このハイブリッド型支援により、訪問回数を増やすことなく患者との接点を増やすことができる。過疎地域では、一人の専門職が広域を担当するため、個々の患者への訪問頻度には限界がある。しかし、対面訪問の間に遠隔で接触することで、患者は孤立感を感じることなく、継続的な支援を受けていると実感できる。

<家族を巻き込んだ遠隔リハビリ>という実践は、ハイブリッド型支援のさらなる可能性を示している。家族がオンラインでの指導場面に同席することで、専門職-患者の二者関係から、専門職-患者-家族の三者関係へと支援の構造が拡張される。家族は、専門職の指導内容を直接聞くことで、日常的にどのように患者を支援すればよいかを理解できる。専門職が訪問しない日でも、家族が適切な声かけや見守りを行うことで、リハビリテーションや生生活動作の継続性が高まる。

この三者関係の構築は、第4章で論じた患者中心のケアの実現にも寄与する。従来、家族は患者の療養方針について、医療提供者から事後的に説明を受ける立場であることが多かった。しかし、遠隔診療・遠隔リハビリテーションに家族が参加することで、方針決定のプロセスから関与することが可能になる。家族は患者の日常生活を最もよく知る存在であり、その視点を専門職との対話に組み込むことで、より実現可能性の高い支援計画を立案できる。

ハイブリッド型支援の戦略的意義は、単なる効率化にとどまらない。それは、医療・ケアの提供における時間性の再構成でもある。従来の訪問型支援では、専門職の訪問という点での接触が、時間的に断続的に存在していた。患者にとって、訪問と訪問の間は支援の空白期間であり、その間に生じた問題や疑問は次の訪問まで解決されないことも多かった。しかし、ハイブリッド型支援では、対面訪問という点と遠隔での接触という点を組み合わせることで、支援の時間的密度が高まる。患者の視点から見れば、支援が断続的な点からより連続的な線へと変化する。これは、5.1で論じた空間的連続性に加えて、時間的連続性をも実現する試みと言える。

また、対面と遠隔の組み合わせは、専門職の労働負担の観点からも重要である。過疎地域では広域移動に多くの時間を要するため、専門職の労働時間の大部分が移動に費やされる。ハイブリッド型支援により、すべての接触を対面で行う必要がなくなれば、移動時間を削減し、その分より多くの患者に対応できる。あるいは、一人の患者により多くの時間を割くことも可能になる。これは、限られた専門職資源をより効率的に配分する戦略である。

ただし、ハイブリッド型支援の実践には課題もある。どの場面で対面を選択し、どの場面で遠隔を選択するかの判断には、専門的な臨床判断が求められる。病状が安定している時期と急性増悪時では、必要な対応が異なる。また、患者の性格や価値観によっても、対面を好

む場合と遠隔を好む場合がある。第4章で論じた〔反省的实践〕能力が、ここでも重要となる。専門職は、個々の患者の状況を継続的に評価し、対面と遠隔の最適な組み合わせを柔軟に調整していく必要がある。

さらに、遠隔技術を使いこなすための患者・家族の能力も考慮する必要がある。高齢者の中には、スマートフォンやタブレットの操作に不慣れな人も多い。遠隔診療・遠隔リハビリテーションを導入するには、機器の使い方を丁寧に説明し、必要に応じて家族や訪問看護師等のサポートを組み込むことが重要である。

ハイブリッド型支援は、過疎地域の制約を克服する実践的戦略であると同時に、医療・ケアの提供における時間性と空間性を再構成する理論的可能性を持つ。それは、第6章で展開する地域完結型リハビリテーションシステムの空間的連続性と効率性と持続可能性という構成要素の基盤となる。

#### 5.2.4 遠隔医療がもたらす空間パラダイムの転換

本節では、5.2.1 から 5.2.3 で論じた遠隔医療の実践が、医療提供における空間概念にどのような根本的転換をもたらすかを理論的に考察する。この考察は、5.1 で論じた「地域=病院」という空間概念の転換と統合され、過疎地域における新しい医療空間のパラダイムを提示する。

従来の医療空間は、物理的な場所によって明確に区分されていた。病院は治療の場、診療所は初期診療の場、在宅は生活の場というように、それぞれの空間は固有の機能を持ち、相互に分離されていた。患者は、必要に応じてこれらの空間を移動することで、異なる医療サービスにアクセスしていた。この空間構造では、医療の質は物理的空間の設備や人員配置に大きく依存していた。遠隔医療技術の導入は、この物理的空間による機能の固定性を流動化させる。在宅という物理的空間にしながら、専門医による診断や専門職によるリハビリテーションを受けることが可能になる。これは、単に医療サービスの提供場所が変わったということではなく、医療空間そのものの概念が変容したことを意味する。

医師は診療所にて、看護師は患者の自宅にいる。しかし、遠隔技術を通じて、医師と看護師は画面越しに協働し、医師-看護師-患者という三者関係が構築される。物理的には分散していても、遠隔技術によって接続され、多職種協働のネットワークとして組織された医療空間が成立する。この空間の再構成において、中心はもはや単一の物理的場所ではない。病院という建造物が中心なのでもなく、医師がいる場所が中心なのでもない。むしろ、患者のいる場所が常に中心であり、そこに物理的またはバーチャルに専門職が集まることで、医療空間が動的に構成される。患者 A の自宅で訪問診療が行われている時、その場所が医療空間の中心となる。同時に、患者 B の自宅で遠隔リハビリテーションが行われている時、その場所もまた別の医療空間の中心となる。中心は固定されておらず、患者の存在する場所に依って動的に移動する。

この空間パラダイムの転換は、医療提供の組織原理にも影響を与える。病院完結型システ

ムの組織原理は、階層性と集約性であった。医師を頂点とした専門職の階層構造、病院という単一の場所への資源の集約である。しかし、新しい空間パラダイムにおける組織原理は、ネットワーク性と分散性である。専門職は階層的ではなくネットワーク的に協働し、資源は集約されるのではなく分散配置される。そして、遠隔技術と対面訪問のハイブリッドによって、これらの分散した資源が機能的に統合される。

この転換は、過疎地域の不利を可能性に転換する視点を提供する。専門職が少ない、病院が遠いという物理的制約は、従来の空間パラダイムでは克服不可能な不利であった。しかし、新しい空間パラダイムでは、物理的制約を前提としながら、遠隔技術の創造的活用によって、質の高い医療を提供することが可能になる。限られた専門職が、遠隔技術を活用することで、より広域により効率的にサービスを提供できる。患者は、自宅という慣れ親しんだ空間にしながら、専門的な医療・ケアにアクセスできる。

ただし、この新しい空間パラダイムを実現するには、技術的基盤の整備だけでなく、専門職の意識と実践の転換が必要である。第4章で論じたように、専門職には高度な専門性、自律性、協働能力が求められる。また、患者と家族も、この新しい医療提供形態に適応し、必要な技術を習得する必要がある。さらに、制度的・政策的な支援も不可欠である。遠隔診療やハイブリッド型支援に対する適切な診療報酬の設定、ICT機器の導入支援、高速インターネット回線や安定した通信環境の整備などが求められる。

遠隔医療がもたらす空間パラダイムの転換は、第6章で展開する地域完結型リハビリテーションシステムの中核的な理論的基盤となる。この空間パラダイムは、5.3で論じる急性期在宅医療モデルや、5.4で論じる訪問リハビリテーションの新たな価値とも密接に関連している。

### 5.3 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】医師による急性期在宅医療モデルの革新性

5.1では空間概念の転換を、5.2では遠隔医療技術による空間の拡張を論じた。本節では、医療提供におけるもう一つの根本的転換、すなわち時間概念の転換について考察する。医師は、「急性期は病院、慢性期は在宅」という従来の時間的区分を超えて、急性期であっても在宅で医療を提供するという実践を展開している。

#### 5.3.1 「急性期=病院」という固定観念の問い直し

日本の医療システムは、疾病の経過を時間軸に沿って区分し、それぞれの時期に応じた医療提供の場を割り当ててきた。まず「急性期」について定義する必要がある。急性期とは、疾病の発症直後や症状が急激に悪くなった時期を指し、この時期には集中的な観察、検査、治療が必要とされる時間帯である。言い換えれば、患者の状態が不安定で、予測できない変化が起りやすく、医師や看護師による綿密な監視と迅速な対応が重要な時期である。これに対し、慢性期は、症状が比較的安定していて、予測可能な経過を辿る時期を指す。

従来の医療システムでは、急性期は病院で集中的治療を行い、回復期はリハビリテーション病院で機能回復を図り、慢性期は在宅または施設で継続的ケアを提供するという、時間的・空間的な区分である。

特に、「急性期=病院」という対応関係は、医療システムの基本的な枠組みとして定着してきた。急性期とは、疾病の発症直後や症状の急激な悪化の時期を指し、この時期には集中的な観察、検査、治療が必要とされる。病院は、24 時間体制での医師・看護師の常駐、各種医療機器の整備、複数の専門科の連携といった条件を備えており、急性期医療を提供する場として最適と考えられてきた。

この「急性期=病院」という固定観念の背景には、急性期には高度な医療資源が必要であり病院でなければ対応できないこと、急性期の患者は常時監視が必要であり在宅では安全性が確保できないこと、急性期治療が終われば患者は退院し在宅や施設で療養するという一方向的な流れ、という前提がある。これらの前提は、都市部の医療システムにおいては概ね妥当であった。病院へのアクセスが容易であり、入院のための病床も確保されている環境では、急性期には入院し、安定すれば退院するという流れは、医療の質と効率性の両面で合理的であった。

しかし、過疎地域ではこれらの前提が成立しない。第4章で述べたように、過疎地域では病院までの距離が遠く、高齢者にとって入院のための移動そのものが大きな負担となる。また、地域の小規模病院では病床数が限られており、急性期の患者をすべて受け入れることが困難な場合もある。さらに、遠方の総合病院に入院することになれば、家族の面会も困難となり、患者は環境の急激な変化に加えて、家族や地域社会からの分離という二重の負担を負うことになる。加えて、高齢者にとって入院という環境変化は、それ自体が健康リスクとなり得る。Creditor(1993)は、入院が高齢者の機能低下を招く入院関連機能障害(hospitalization-associated disability)という概念を提唱した。

慣れ親しんだ環境から切り離され、ベッド上での安静を強いられることで、認知機能の低下、筋力の低下、ADL の低下が生じる。特に認知症や認知機能の低下がある高齢者にとって、入院による環境変化は見当識障害やせん妄を引き起こすリスクが高い。さらに、患者自身の価値観や生活の質という観点も重要である。第4章で論じたように、過疎地域の高齢者の多くは<自宅に帰りたい><最期まで暮らし続けたい>という強い願望を持っている。急性期の治療が必要な状況であっても、可能であれば入院せずに自宅で治療を受けたいという意向を持つ患者は少なくない。しかし、従来の医療システムでは、「急性期=病院」という前提のもと、患者の意向よりも医学的必要性が優先され、入院が当然の選択肢として提示されてきた。

「急性期=病院」という固定観念は、医学的安全性を最優先する医療者側の論理として機能してきた。確かに、病院での治療は医学的には最も安全である。しかし、その安全性は、身体的な疾病の治療という狭い意味での安全性であり、患者の生活の質、精神的安定、社会的つながりといった、より広い意味での well-being は考慮されていない。入院によって疾

病は治療されても、ADL が低下し、認知機能が悪化し、退院後の生活が困難になるのであれば、それは真の意味での安全とは言えない。

過疎地域における急性期医療の課題は、この「急性期=病院」という固定観念と、地域の現実および患者の価値観との間の乖離を浮き彫りにする。病院への入院が困難、あるいは入院による不利益が大きい状況において、急性期であっても在宅で医療を提供するという選択肢を、どのように実現し、正当化するかが問われる。この問いに対する一つの応答が、次節で論じる急性期在宅医療という実践である。

### 5.3.2 急性期在宅医療という実践の出現

「急性期=病院」という基本的な枠組みに対し、過疎地域の医療現場では、急性期であっても在宅で医療を提供するという実践が出現している。第3章で示されたように、インタビュー参加者の医師は、肺炎や尿路感染症といった急性疾患に対して、入院させずに在宅で治療を完結させる選択を行っていた。

この実践が可能である理由は、以下の3つの条件が整っているからである。

第一に、症状は急性であっても、医学的に対応可能な疾患であることが重要である。肺炎や尿路感染症は、急性発症する疾患であり、症状も辛い。しかし、医学的には——抗菌薬（感染症に効く薬）の投与、水分補給、必要な栄養補給——といった治療が可能である。これらの治療は、必ずしも病院という建造物の中でなければできない治療ではなく、自宅でも提供可能な治療である。対比的に、大けがをして出血が止まらない、心筋梗塞で心臓の一部が壊死している、といった極めて重篤で複雑な状態では、病院の集中治療室での対応が必須である。急性期在宅医療は、症状は急性であっても、自宅での治療が医学的に可能な疾患を対象としている。

第二に、医学的な監視体制が整っていることである。在宅で急性期の患者を治療する場合、医師や看護師が常に患者の状態を把握できる体制が不可欠である。本研究で示された遠隔医療モデル（<D to N with P><D to PT with P>）は、この監視体制を実現する仕組みである。訪問看護師が患者宅で患者の状態を観察し、その情報を遠隔システムを通じて医師に報告する。医師はリアルタイムで患者の状態を評価し、治療方針を指示する。このプロセスにより、医師が物理的に患者の側にいなくても、医学的な責任と監視を保つことが可能になる。さらに、患者の状態が悪化した場合には、速やかに病院への入院に切り替える体制が用意されている。つまり、在宅医療は病院医療の代替ではなく、病院医療と連携した医療提供体制の一部である。

第三に、患者と家族の意思と理解が重要である。在宅で急性期の治療を受けるということは、病院という管理的で安全な環境を離れることを意味する。患者と家族は、その選択のメリットとリスクを十分に理解した上で、同意する必要がある。本研究で示されたように、医師は患者に対して丁寧に説明し、患者の意向を聞き取り、患者とともに最善の選択を模索する。<自宅に帰りたい><最期まで暮らし続けたい>という患者の明確な意思が、急性期在

宅医療を選択する直接的な契機となる。

この実践の背景には、複数の要因が存在する。

第一に、第4章で述べた過疎地域特有の構造的制約である。病院までの距離が遠く、高齢患者にとって入院のための移動が大きな負担となる。また、地域の病院の病床数が限られており、すべての急性期患者を受け入れることが困難な場合もある。遠方の総合病院への入院は、患者と家族の両方に過度な負担を強いる。

第二に、入院による不利益の認識である。医師は、高齢患者にとって入院が認知機能やADLの低下を招くリスクを理解している。慣れ親しんだ環境から切り離されることによる見当識障害、ベッド上安静による筋力低下、病院という管理的環境における自律性の喪失といった、入院がもたらす負の影響が認識されている。

第三に、最も重要な要因として、患者と家族の意思がある。〈自宅に帰りたい〉〈最期まで暮らし続けたい〉という患者の強い願望、そして〈入院したくない〉という明確な意思表示が、急性期在宅医療を選択する直接的な契機となる。第4章で論じた患者中心のケアの理念に基づけば、医学的必要性だけでなく、患者の価値観と意向を尊重することが、医療提供の基本である。このような状況において、医師は患者の状態と意向を総合的に評価し、在宅での治療が可能と判断される場合には、入院ではなく在宅での急性期治療を選択するという実践を行っている。

5.2で論じた遠隔医療技術は、急性期在宅医療を支える重要な基盤となる。訪問看護師が患者宅で観察した内容を、遠隔システムを通じて医師に報告し、医師はリアルタイムで患者の状態を評価し、治療方針を指示できる。これにより、医師が物理的に訪問できない状況でも、専門的な医学的判断に基づく治療が可能になる。さらに、急性期在宅医療の実践には、多職種の緊密な連携が不可欠である。医師、訪問看護師、薬剤師、必要に応じてリハビリテーション専門職が、患者の状態について情報を共有し、協働して治療とケアを提供する。第4章で論じた多職種連携の課題、特に〈顔の見える関係〉や〈タイムリーな情報共有〉の重要性は、急性期在宅医療においてさらに高まる。急性期という時間的制約の中で、迅速かつ正確な情報共有と意思決定が求められるからである。

急性期在宅医療という実践の出現は、「急性期=病院」という従来 of 枠組みに対する、現場からの問い直しである。それは、過疎地域の制約の中で生まれた苦肉の策ではなく、患者の生活の質と意思を尊重し、医学的安全性とのバランスを取りながら、新たな医療提供の形を模索する創造的実践である。次節では、この実践がもたらす具体的な価値について考察する。

### 5.3.3 急性期在宅医療がもたらす価値

急性期在宅医療という実践は、単に「入院できないから在宅で対応する」という消極的な選択ではなく、患者にとって積極的な価値をもたらす可能性を持つ。本節では、第3章のデータと第4章で論じた理論的視点に基づき、急性期在宅医療が持つ価値を考察する。

第一の価値は、環境変化の回避による機能維持である。5.3.1 で言及したように、高齢者にとって入院という環境変化は、認知機能や ADL の低下を招くリスクがある(Creditor, 1993)。慣れ親しんだ自宅という環境にとどまることで、患者は見当識を保ち、日常生活のリズムを維持できる。これは、疾病の治療という医学的目標に加えて、生活機能の維持という重要な価値を実現する。

第二の価値は、治療と生活の連続性である。入院すれば、患者は治療のために日常生活を中断しなければならない。しかし、在宅での治療では、治療を受けながら可能な範囲で日常生活を継続できる。第4章で論じた<在宅が病室>という表現が示すように、生活空間と治療空間が分離されず、統合される。これは、治療を生活の一部として組み込むことを可能にする。

第三の価値は、患者の意思の尊重による尊厳の保持である。急性期在宅医療は、患者の<自宅に帰りたい><最期まで暮らし続けたい>という願望を実現する選択肢を提供する。医学的必要性だけでなく、患者の価値観と意向を尊重することは、患者中心のケアの本質である。患者が自らの治療の場を選択できることは、患者の自律性と尊厳を保つことにつながる。

第四の価値は、家族とのつながりの維持である。入院すれば、患者は家族や地域社会から物理的に分離される。特に遠方の病院に入院した場合、家族の面会も困難となる。しかし、在宅での治療では、患者は家族とともに過ごし続けることができる。これは、人生の最終段階にある患者にとって、かけがえのない時間となる。

ただし、これらの価値は、医学的安全性とのバランスの中で実現される必要がある。第3章のデータは、急性期在宅医療が無条件に推奨されるものではなく、患者の状態と意向を総合的に評価した上で選択されることを示している。

従来のシステムでは、急性期には入院するという選択肢しか実質的に存在しなかった。しかし、急性期在宅医療という選択肢が加わることで、患者は「入院して治療を受ける」または「在宅で治療を受ける」という複数の選択肢の中から、自らの価値観と状況に応じて選択できるようになる。選択肢が増えることは、患者の自律性を高め、より自分らしい医療を受ける可能性を広げる。

第4章で論じた《決めつけないチーム》という姿勢は、急性期在宅医療の実践において具現化される。<勝手にこっちの価値観で決めつけない>という医師の態度は、急性期だから当然入院すべきと決めつけるのではなく、患者の意向を丁寧に聞き、可能な選択肢を提示し、ともに最善の選択を模索する実践の基盤となる。急性期在宅医療がもたらすこれらの価値は、第3章のデータと第4章の理論的考察に基づくものである。次節では、この実践が医療における時間概念にどのような転換をもたらすかを、理論的に考察する。

#### 5.3.4 時間軸の再構成:急性期/慢性期の連続体モデル

急性期在宅医療という実践は、医療における時間概念の根本的な転換を示唆している。従

来の医療システムは、疾病の経過を「急性期」「回復期」「慢性期」という明確に区分された時間段階として捉え、それぞれの段階に対応する医療提供の場を割り当ててきた。しかし、この明確な区分は、実際の疾病経過や患者の生活実態と必ずしも一致しない。

疾病の経過は、実際には連続的である。急性期から回復期、回復期から慢性期への移行は、明確な境界線が引けるものではなく、徐々に変化していく。ある日を境に急性期が終わったと断定できるわけではない。症状は改善と悪化を繰り返しながら、徐々に安定していく。あるいは、慢性疾患を持つ患者が急性増悪を起こし、再び不安定な状態になることもある。このような疾病経過の実態を考えれば、時間を明確に区分するモデルは、現実を単純化しすぎている。

急性期在宅医療の実践は、この時間区分モデルに対する問い直しを含んでいる。それは、急性期だから病院という自動的な判断ではなく、患者の状態、家族の状況、患者の意向、在宅で提供できる医療の内容などを総合的に評価し、その時点で最適な治療の場を選択するという、より柔軟なアプローチである。

この柔軟なアプローチを理論的に捉えるために、疾病経過を「連続体(continuum)」として理解することが有効である。急性期と慢性期は、明確に区切られた別々の段階ではなく、連続した spectrum 上の異なる位置として捉えられる。そして、どの時点でどこで治療を行うかは、その時点での患者の状態と、病院と在宅それぞれが提供できる医療・ケアの内容とのバランスによって決定される。

この連続体モデルにおいては、いつ入院するかという時間的問いは、なぜ入院するかという目的的問いへと転換される。従来のモデルでは、急性期だから入院するという時間的基準が判断の中心であった。しかし、新しいモデルでは、在宅では提供できない医療が必要だから入院する、患者の安全を確保するために入院が必要だから入院するという、機能的・目的的基準が判断の中心となる。

この転換は、5.1 で論じた空間概念の転換と密接に関連している。「地域=病院」という空間概念の転換は、医療機能を物理的な病院建造物から切り離し、地域全体に分散配置することを意味していた。同様に、時間概念の転換は、医療機能を特定の時間段階(急性期)から切り離し、患者の状態と必要性に応じて柔軟に提供することを意味する。さらに、この時間概念の転換は、在宅と病院の関係性を再定義する。従来のモデルでは、在宅と病院は時間軸上で連続する別々の段階であった。急性期は病院、慢性期は在宅という一方向的な流れである。

しかし、連続体モデルでは、在宅と病院は時間軸上で連続するのではなく、患者の状態に応じて柔軟に選択される並列的な選択肢となる。患者は在宅から病院へ、そして病院から在宅へと、必要に応じて行き来する。この双方向的な動きが可能になることで、患者の生活の継続性が保たれる。

第3章のデータが示すように、医師は患者の状態を継続的に評価し、在宅での治療が困難になれば入院に切り替え、病状が安定すれば再び在宅に戻るといふ、柔軟な対応を行っている。この柔軟性こそが、連続体モデルの実践的展開である。この時間軸の再構成は、過疎地

域における医療提供の持続可能性にも寄与する。限られた病床を、真に入院が必要な患者のために確保できる。在宅で対応可能な患者は在宅で治療することで、病床の効率的利用が実現される。同時に、患者にとっても、不必要な入院を避けることで、生活の質を維持できる。

ただし、この連続体モデルを実現するには、在宅と病院の間のシームレスな連携が不可欠である。5.2で論じた遠隔医療技術は、この連携を支える重要な基盤となる。また、第4章で論じた多職種連携、特にタイムリーな情報共有と迅速な意思決定が、柔軟な対応を可能にする。

急性期在宅医療という実践がもたらす時間概念の転換は、5.1の空間概念の転換、5.2の遠隔医療による空間拡張とともに、過疎地域における新しい医療提供パラダイムの構成要素となる。次節では、この新しいパラダイムを実現するための具体的な条件について考察する。

### 5.3.5 急性期在宅医療を可能にする条件

急性期在宅医療という実践は、特定の条件が整って初めて実現可能となる。本節では、第3章のデータと前節までの考察に基づき、この実践を支える条件について検討する。

第一の条件は、24時間対応可能な医療・ケア提供体制である。急性期の患者は、症状が急激に変化する可能性があり、夜間や休日であっても迅速な対応が求められる。訪問診療を提供する医師、訪問看護師が、24時間体制で患者の状態変化に対応できる体制が不可欠である。第3章で示されたように、過疎地域の医療提供者は、限られた人員の中でこの体制を維持している。

第二の条件は、遠隔医療技術の活用である。5.2で詳述したように、遠隔医療技術は物理的距離を克服し、医師と現場の専門職をリアルタイムでつなぐ。急性期在宅医療においても、訪問看護師が患者の状態を観察し、その情報を遠隔システムを通じて医師に報告することで、医師が物理的に訪問できない状況でも適切な医学的判断が可能になる。この技術基盤がなければ、急性期在宅医療の安全性は確保できない。

第三の条件は、多職種の緊密な連携体制である。急性期という時間的制約の中では、医師、訪問看護師、薬剤師、必要に応じてリハビリテーション専門職が、迅速に情報を共有し、協働して対応する必要がある。第4章で論じた<顔の見える関係>や<タイムリーな情報共有>は、急性期在宅医療においてさらに重要性を増す。専門職間の信頼関係と円滑なコミュニケーションが、迅速な意思決定を可能にする。

第四の条件は、患者・家族への丁寧な説明と同意である。急性期在宅医療を選択するにあたっては、在宅での治療が可能な範囲、予想されるリスク、病状が悪化した場合の対応などについて、患者と家族に十分に説明し、理解と同意を得る必要がある。第4章で論じたアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践は、この文脈において重要な意味を持つ。患者の意向を事前に確認し、記録し、共有しておくことで、急性期という緊急性の高い状況でも、患者の意思を尊重した選択が可能になる。

第五の条件は、病院との連携体制である。急性期在宅医療は、病院医療を否定するもので

はない。在宅での治療が困難と判断された場合、あるいは患者の状態が悪化した場合には、速やかに入院できる体制が必要である。地域の病院との日常的な連携関係を構築し、必要時に入院を受け入れてもらえる信頼関係が、急性期在宅医療の安全性を担保する。

第六の条件は、専門職の高い専門性と判断能力である。第4章で論じた〔専門職の自律性〕や〔反省的実践〕能力は、急性期在宅医療において決定的に重要となる。在宅での治療が可能か、継続可能か、入院に切り替えるべきかという判断は、専門職の臨床能力に依存する。特に、訪問看護師は患者の微細な状態変化を察知し、適切に医師に報告し、必要な処置を行う高度な能力が求められる。

これらの条件は、相互に関連し合っている。24時間対応体制を維持するには、遠隔医療技術が負担を軽減する。多職種連携が機能するには、専門職の高い能力と相互の信頼関係が必要である。患者・家族の理解と同意を得るには、丁寧な説明とACPの実践が重要である。病院との連携は、在宅医療の安全網として機能する。過疎地域では、これらの条件を完全に満たすことは容易ではない。しかし、第3章のデータが示すように、医師はこれらの条件を可能な限り整えながら、急性期在宅医療という実践に取り組んでいる。完璧な条件が整うまで待つのではなく、限られた条件の中で最善を尽くすという姿勢が、この実践を支えている。

急性期在宅医療を可能にするこれらの条件は、第6章で展開する地域完結型リハビリテーションシステムの構築においても、重要な示唆を提供する。次節では、急性期在宅医療が持つ理論的意義を総括し、第6章への橋渡しとする。

### 5.3.6 急性期在宅医療の理論的意義

本節では、5.3.1 から 5.3.5 で論じてきた急性期在宅医療の実践が持つ理論的意義を総括し、本章全体および第6章への接続を示す。

急性期在宅医療の第一の理論的意義は、医療における時間概念の脱構築である。「急性期=病院」、「慢性期=在宅」という時間的区分は、医療システムを組織化する上で効率的な枠組みであったが、同時に患者の選択肢を制約する固定的な枠組みでもあった。急性期在宅医療は、この時間的区分を絶対視せず、患者の状態と意向に応じて柔軟に治療の場を選択するという、より動的なアプローチを示している。

第二の理論的意義は、空間概念と時間概念の統合的転換である。5.1 で論じた「地域=病院」という空間概念の転換は、医療空間を物理的建造物から解放し、地域全体を医療空間として再定義するものであった。急性期在宅医療における時間概念の転換は、この空間的転換と密接に結びついている。従来のシステムでは、急性期という時期だから病院という場所へという、時間が空間を自動的に決定する構造であった。しかし、急性期在宅医療では、まずなぜ入院が必要なのかという医学的・生活的必要性が問われ、その必要性に基づいてどこで治療を受けるかが決定される。つまり、時間的区分が空間を決定するのではなく、患者の状態と意向という個別的要因が、時間と空間の両方を柔軟に決定する。

第三の理論的意義は、患者中心ケアの実質化である。患者中心のケアは理念としては広く

共有されているが、実践においては医学的必要性が患者の意向に優先されることが少なくない。急性期在宅医療は、医学的安全性を確保しながら患者の意向を尊重するという、患者中心のケアの実質的な実現を示している。

第四の理論的意義は、制約を創造的に転換する実践知である。過疎地域における病院への距離、病床の限界、専門職の不足といった制約は、従来のシステムでは克服困難な課題と見なされてきた。しかし、急性期在宅医療という実践は、これらの制約を前提としながら、その中で患者にとっての価値を創造する道を示している。この視点は、過疎地域医療を、都市部医療と比べて資源不足のために縮小されたものと捉えるのではなく、独自の価値を持つ実践として位置づけることを可能にする。

第五の理論的意義は、医療における場所の意味の再考である。病院は治療のための機能的空間であるが、患者にとっての生活の場ではない。一方、自宅は患者が長年生活してきた場所であり、そこには記憶、関係性、生活の歴史がある。急性期在宅医療は、治療という医学的機能を、患者にとって意味のある場所で提供することを可能にする。

これらの理論的意義は、第6章で展開する地域完結型リハビリテーションシステムの構築において、重要な理論的基盤を提供する。特に、システムの構成要素である空間的連続性、時間的連続性、患者中心性は、本節で論じた急性期在宅医療の理論的意義と直接的に対応している。また、急性期在宅医療の実践は、次節(5.4)で論じた訪問リハビリテーションの新たな価値とも密接に関連する。急性期であっても在宅で過ごすことで、患者の生活機能を維持し、リハビリテーションの継続性を保つことが可能になる。入院によるADL低下を避けることは、そのままリハビリテーションの効果を高めることにつながる。

急性期在宅医療は、過疎地域における医療提供の一つの形態であるが、その実践が示唆する理論的意義は、過疎地域に限定されるものではない。都市部においても、高齢化の進展により、入院を避けて在宅で治療を受けたいという患者のニーズは増加している。急性期在宅医療という実践が提起する時間概念の転換、空間と時間の統合的再構成、患者中心のケアの実質化という視点は、今後の医療システム全体にとって重要な示唆を持つ。

#### 5.4 カテゴリーⅢ・Ⅴ【患者中心の支援理念と在宅における生活支援】医師による訪問リハビリテーションの新たな価値

本節では、これまで論じた空間概念の転換、遠隔医療の活用、急性期在宅医療が、実際の医療・ケア提供においてどのような価値を生み出すかを、訪問リハビリテーションを事例として考察する。訪問リハビリテーションは、医師の視点から見た場合、機能改善以外にも、患者中心のケア理念に基づいた多様な価値を提供している。

##### 5.4.1 機能改善偏重からの転換

従来、リハビリテーションの成果は主に機能改善によって評価されてきた。ADLの自立度向上、筋力増強、関節可動域の拡大といった、測定可能な身体機能の改善が、リハビリテ

ーションの目標であり、評価指標であった。この機能改善を中心とした評価は、診療報酬制度にも反映されており、改善が見られない場合には継続的なリハビリテーション提供が正当化されにくい構造がある。

しかし、過疎地域の高齢者を対象とした訪問リハビリテーションでは、機能改善を期待することが現実的でない場合が多い。加齢による身体機能の低下は避けられず、慢性疾患を抱える高齢者にとって、現状維持あるいは緩やかな低下にとどめることが現実的な目標となる。にもかかわらず、機能改善という評価軸のみで訪問リハビリテーションの価値を測れば、その多くは成果が出ていないと判断されかねない。

この評価の矛盾は、訪問リハビリテーションが実際に提供している価値と、評価軸とのミスマッチを示している。第3章のデータが示すように、訪問リハビリテーションは機能改善以外の多面的な価値を持っている。本節では、これらの価値を理論的に位置づけ、機能改善偏重の評価からの転換の必要性を論じる。

#### 5.4.2 訪問リハビリテーションが持つ多面的価値

第3章のデータに基づけば、過疎地域における訪問リハビリテーションは、機能改善以外に以下の多面的価値を持つ。

第一に、機能維持と悪化予防である。高齢者にとって、現在の機能を維持し、急激な悪化を防ぐことは、生活の質を保つ上で極めて重要である。＜筋力維持を配慮していただく＞という表現が示すように、改善ではなく維持を目標としたリハビリテーションが実践されている。

第二に、社会的孤立の防止である。過疎地域では独居高齢者が多く、日常的に他者と接する機会が限られている。リハビリテーション専門職の定期的な訪問は、身体機能への介入だけでなく、社会的つながりを提供する。

第三に、生活環境の評価と調整である。訪問リハビリテーションでは、実際の生活空間でのアセスメントが可能になる。病院や施設では見えない生活動作の困難さや、転倒リスクのある環境を直接評価し、具体的な改善提案ができる。

第四に、ACPの促進である。リハビリテーション専門職は、患者と継続的に関わる中で信頼関係を構築し、患者の価値観や今後の生活への希望を理解する。この関係性は、ACPにおける意思決定支援の基盤となる。第五に、家族支援である。＜家族を巻き込んだ遠隔リハビリ＞が示すように、訪問リハビリテーションは家族への技術指導や介護負担の軽減にも寄与する。

これらの価値は相互に関連し合っている。社会的孤立の防止は精神的安定をもたらし、それが機能維持にもつながる。生活環境の調整は転倒予防となり、悪化を防ぐ。家族支援は患者の安心感を高め、在宅生活の継続を可能にする。訪問リハビリテーションは、これらの多面的価値を統合的に提供する実践である。

#### 5.4.3 「見えない成果」の理論化

5.4.2 で示した多面的価値の多くは、見えない成果である。機能改善という見える成果は、ADL 評価スケールや筋力測定といった標準化された指標で数値化できる。しかし、社会的孤立の防止、精神的安定、家族の介護負担軽減といった価値は、数値化が困難である。この見えないという性質は、価値が存在しないことを意味するのではない。患者や家族は、これらの価値を確かに実感している。専門職が訪問することで誰かが気にかけてくれているという安心感を得る。家族は介護の不安が軽減される。これらは主観的経験として確実に存在する価値である。問題は、現行の評価システムがこれらの価値を捉える枠組みを持たないことにある。医療・介護の評価は、客観的で測定可能な指標を重視してきた。その結果、数値化できない価値は、制度的に成果として認識されにくい。

ケア倫理(Care Ethics)の視点は、この問題に重要な示唆を与える。Tronto(1993)は、ケアを関係性の中で生じる応答的な実践として捉えた。ケアの価値は、技術的介入の成果だけでなく、ケアする者とケアされる者の関係性、相互の応答性の中に存在する。訪問リハビリテーションにおける見えない成果の多くは、まさにこの関係性と応答性から生じる価値である。

リハビリテーション専門職が患者の話を聞き、患者の不安に応答し、家族の相談に乗る。これらの行為は、機能訓練という技術的介入とは異なる次元のケアである。しかし、このケアこそが、患者の生活の質を支え、在宅生活の継続を可能にする基盤となる。見えない成果を理論化することは、訪問リハビリテーションの価値を制度的に認識させるために不可欠である。数値化できないからといって価値がないわけではない。むしろ、数値化できない価値にこそ、人間的なケアの本質がある。

#### 5.4.4 訪問リハビリテーションにおける時間性の再考

訪問リハビリテーションをいつまで続けるかという問いは、評価軸によって異なる答えを導く。機能改善を目標とするモデルでは、目標が達成されれば終了となる。しかし、機能維持や社会的孤立の防止を目標とする場合、明確な終了時点は存在しない。

第3章のデータが示すように、過疎地域の訪問リハビリテーションは、長期的・継続的な関わりとして実践されている。これは、終わりを前提としない支援である。患者が在宅生活を継続する限り、リハビリテーション専門職の関わりも継続する。この時間性は、5.3 で論じた急性期在宅医療における時間概念の転換と通底する。医療・ケアを始まりと終わりのある介入として捉えるのではなく、生活に伴走する継続的支援として捉え直す視点である。継続的支援においては、リハビリテーションの目標は、できるようになることからできる状態を保つこと、そしてできなくなっても生活を続けることへと拡張される。この拡張された目標は、高齢者の現実により適合している。

ただし、継続的支援は無批判な継続を意味しない。専門職は継続的に患者の状態を評価し、支援の内容と頻度を調整する。〈やりすぎ、やらなさすぎの微調整〉という実践は、この継

統的評価と調整を示している。終わりのない支援であっても、〔反省的実践〕は常に求められる。

#### 5.4.5 訪問リハビリテーションの価値転換の意義

本節で論じた訪問リハビリテーションの価値転換は、過疎地域における医療・ケア提供の在り方に重要な示唆を与える。

第一に、評価軸の多元化の必要性である。機能改善という単一の評価軸では、訪問リハビリテーションが実際に提供している多面的価値を捉えられない。機能維持、社会的孤立の防止、生活環境評価、ACP 促進、家族支援といった価値を、制度的に認識し評価する枠組みが必要である。診療報酬制度においても、これらの多面的価値を反映した評価体系への転換が求められる。

第二に、専門職教育への含意である。リハビリテーション専門職の養成において、機能訓練の技術だけでなく、関係性の構築、傾聴、生活理解といった能力の育成が重要となる。見えない成果を生み出す実践は、高度な専門性を要する。

第三に、過疎地域リハビリテーションの独自の価値を認識することの重要性である。過疎地域の訪問リハビリテーションを、都市部の訪問リハビリテーションと比べて資源不足のために縮小されたものと捉えるべきではない。むしろ、患者の生活世界に入り込み、長期的に関わり、多面的な価値を提供するという、独自の実践モデルとして評価すべきである。この独自性を積極的に認識することが、過疎地域医療の持続可能性につながる。

これらの価値転換は、第6章で展開する地域完結型リハビリテーションシステムの構成要素、特に「予防性と包括性」の理論的基盤となる。訪問リハビリテーションが持つ多面的価値を認識し、評価し、制度的に支援することが、過疎地域における持続可能な医療・ケア提供システムの構築に不可欠である。

### 5.5 医師の視点から見た革新的実践の統合

本章では、医師が直面する過疎地域における構造的課題をいかに克服し、新たな実践を生み出しているのかを、6つのカテゴリに対応させながら、理論的に考察してきた。本節では、5.1 から 5.4 までの考察を統合し、医師による革新的実践が持つ変革の本質を明らかにする。

#### 5.5.1 空間・時間・価値の三次元転換

本章で論じた革新的実践に共通するのは、医療提供における根本的な概念転換である。この転換は、空間・時間・価値という三つの次元で同時に生じている。

空間の転換は、医療空間を物理的建造物から解放し、地域全体を医療空間として再定義する試みである。「地域=病院」という概念は、病院という単一の場所への集約ではなく、地域全体への分散配置と機能的統合を実現する。遠隔医療技術は、この空間的分散を支える基盤

として機能する。時間の転換は、「急性期=病院」、「慢性期=在宅」という固定的な時間区分を、患者の状態と意向に応じて柔軟に選択する連続体モデルへと転換する試みである。時間と空間は患者を中心として統合的に再構成される。価値の転換は、機能改善という単一の評価軸から、機能維持、社会的孤立の防止、生活環境評価、ACP 促進、家族支援といった多面的価値への転換である。

これら三つの転換は相互に関連し合っている。空間の転換は時間の転換を可能にし、時間の転換は新たな価値の創出を促す。患者が在宅にとどまることで(空間)、急性期であっても入院を避けられ(時間)、生活機能の維持や家族とのつながりという価値が実現される(価値)。

### 5.5.2 制約から創造へ：過疎地域医療の独自性

本章で論じた革新的実践は、過疎地域の制約を前提としながら、その中で新たな価値を創造する試みである。人的資源の不足、地理的距離の広大さ、専門医療機関の不在といった制約は、従来のシステムでは克服困難な障壁と見なされてきた。しかし、本章の考察が明らかにしたのは、これらの制約が必ずしも負の要因だけではないということである。むしろ、制約があるからこそ、既存の枠組みを問い直し、新たな実践を生み出す契機となっている。

この視点は、過疎地域医療を都市部医療と比較して、何かが足りない状態として捉える従来の見方を転換する。過疎地域医療は、独自の価値と可能性を持つ実践モデルとして、積極的に評価されるべきである。

### 5.5.3 技術と実践の統合

本章で論じた革新的実践において、ICT 技術は単なる効率化の手段ではなく、新たな実践を可能にする基盤である。遠隔医療技術は、物理的距離を克服するだけでなく、医療提供における専門職の役割を再定義し、多職種協働の新たな形態を創出する。

重要なのは、技術導入そのものではなく、技術と実践の統合である。〈D to N with P〉や〈D to PT with P〉といった遠隔連携モデルは、技術的可能性と専門職の実践知を統合することで実現されている。この統合には、第6章で論じた専門職の高い専門性、自律性、協働能力、〔反省的実践〕能力が不可欠である。

### 5.5.4 患者中心のケアの実質化

本章で論じたすべての革新的実践に通底するのは、患者中心のケアの実質化という理念である。空間概念の転換は、患者が慣れ親しんだ場所で医療を受けられる選択肢を提供する。時間概念の転換は、患者の意向を尊重した治療場の選択を可能にする。訪問リハビリテーションの価値転換は、患者の生活世界を理解し、その人らしい生活を支援する。

第5章で論じた《決めつけないチーム》という姿勢は、これらの実践において具現化されている。医学的必要性と患者の意向のバランスを取り、患者の価値観を尊重しながら、最善の選択を患者とともに模索する。この姿勢こそが、患者中心のケアの本質である。

#### 5.5.5 第6章への接続：システムとしての統合

本章で論じた革新的実践—空間概念の転換、遠隔医療の活用、急性期在宅医療、訪問リハビリテーションの多面的価値—は、個別の取り組みとしてではなく、統合的なシステムとして機能することで、その真価を発揮する。空間概念の転換、遠隔医療の活用、急性期在宅医療、訪問リハビリテーションの多面的価値は、相互に関連し合い、支え合っている。

第6章では、本章で論じた革新的実践と、第4章で明らかにした構造的課題への対応を統合し、『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』として体系化する。第3章で抽出された6つのカテゴリー、第4章で分析された構造的課題、本章で理論化された革新的実践という三層の知見を統合することで、過疎地域における持続可能な医療・リハビリテーション提供の包括的な枠組みを提示する。

本章で論じた空間的連続性、時間的連続性、患者中心性は、システムの中核的構成要素となる。また、多職種協働、専門職の資質、ICT技術の活用、地域文化への適応といった要素も統合され、持続可能で適応的なシステムが構築される。過疎地域における革新的実践は、単に過疎地域の問題を解決するだけでなく、今後の高齢社会における医療・ケア提供システムの在り方に、重要な示唆を提供する。



## 第6章 医師の視点から見た過疎地域における地域完結型リハビリテーションシステムの構築

本章では、第3章で抽出された6つのカテゴリーに基づき、第4章で明らかにした医師が直面する構造的課題、および第5章で理論化した医師による革新的実践を統合し、『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』として体系化する。医師は地域医療の中核として、限られた資源の中で患者と地域住民のニーズに応えようとする実践者である。本章では、医師の視点から見えてくる課題と革新を、システムの構成要素として位置づける。

### 6.1 過疎地域リハビリテーションシステム構築の必要性

過疎地域における医療・リハビリテーション提供の課題は、単なる資源不足という量的問題ではない。より本質的な問題は、都市部を前提として構築されてきた既存システム—病院完結型医療、急性期/慢性期の明確な区分、機能改善偏重の評価—が過疎地域の実情に適合していないという構造的不適合にある。

しかし過疎地域の医師は、これらの制約の中で革新的実践を展開していた。地域全体を病院として機能させる空間概念の転換、急性期であっても在宅で医療を提供する時間概念の転換、機能改善を超えた訪問リハビリテーションの多面的価値の認識である。これらは、制約を単なる不利として受け止めるのではなく、新たな実践を生み出す契機として捉える創造的応答であった。この視点は、hospital-at-homeモデル(Shepperd et al., 2016)が示す在宅医療の可能性とも一致する。

問題は、これらの革新的実践が、まだ個々の医師の経験知として存在している段階にあることである。本田・本田(2018)が指摘するように、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。それらを体系化し、再現可能なシステムとして構築することで、過疎地域における持続可能な医療・リハビリテーション提供が可能になる。

医師の視点から見れば、これらの課題を解決し、革新的実践を体系化するためには、過疎地域における新たなシステム構築が不可欠である。その必要性は、以下の三つの理由から明確である。

第一に、過疎地域の構造的課題に対する包括的な応答の必要性である。人的資源の制約、地理的アクセスの困難、専門的評価体制の未整備、多職種連携の障壁という複合的課題に対し、個別の対応ではなく、統合的なシステムによる解決が求められる。Donabedian(1988)が提唱した医療の質の構造-過程-結果モデルに基づけば、構造の不備は必然的に過程の質に影響を及ぼし、最終的には医療・リハビリテーションの成果に負の影響をもたらす。過疎地域では、この構造的問題が地域住民の健康状態や生活の質に直接的な影響を与えている。

第二に、患者中心のケアの実質化である。〈自宅に帰りたい〉〈最期まで暮らし続けたい

と思う」という住民の願望と、医療資源の制約という現実との狭間で、患者の価値観と意向を尊重しながら、実現可能な選択肢を提供するシステムが必要である。厚生労働省が推進する地域包括ケアシステムは、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されることを前提としているが(地域包括ケア研究会, 2017)、過疎地域ではこの前提条件自体が成立していない。だからこそ、過疎地域の実情に適合した独自のシステムが求められる。

第三に、過疎地域における革新的実践の知見の普遍化である。過疎地域で生まれた創造的実践は、高齢化が進展するすべての地域において、患者中心のケアを実質化するための示唆を提供する。Whitehead(1992)が定義した健康の公平性として示した「すべての人が自らの健康ポテンシャルを達成する公正な機会を持つこと」を実現するためには、過疎地域の知見を体系化し、他地域にも適用可能にする必要がある。さらに、WHO(2010)が提唱した多職種協働教育と協働実践の枠組みは、複雑化する医療ニーズに対応するための重要な戦略であるとしている。過疎地域において限られた専門職が効果的に協働し、質の高いケアを提供するためには、このような国際的な枠組みを参考にしながら、地域の実情に適合したシステムを構築することが重要である。

次節では、このシステムの中核となる「患者中心の意思決定支援」について論じる。

## 6.2 地域完結型リハビリテーションシステムの中核：患者中心の意思決定支援

医師が患者中心の意思決定支援を中核に据える理由は、患者の意思を尊重することと医学的責任を両立させるためである。医師は、患者の自律性を尊重しながらも、医学的に危険と判断される場合には、その懸念を丁寧に説明し、患者とともに最善の選択を模索する責任を持つ。

### 6.2.1 患者中心の意思決定支援

本研究で提示する地域完結型リハビリテーションシステムの中核に位置するのは、「患者中心の意思決定支援」である。この中核概念は、第3章で抽出されたカテゴリーV【患者中心の支援理念】に含まれる《決めつけないチーム》という文脈から導かれたものであり、第4章および第5章の考察を通じて、システム全体を貫く基本原理として位置づけられた。

患者中心のケアは、1980年代後半から医療における重要な概念として認識されてきた(Stewart et al., 1995)。しかし、理念としては広く共有されているものの、実践においては医学的必要性が患者の意向に優先されることが少なくない。特に過疎地域のような医療資源が限られた環境では、選択肢がないという理由で、患者の意向を尊重する余地が狭められがちである。

本研究のデータが示すのは、過疎地域の医師が、制約の中でも患者の意思決定を支援する実践を展開しているという事実である。＜治療についての患者の意思決定を尊重＞し、＜気持ちが変われば治療方針を修正＞するという〔意思決定の尊重〕は、医師が＜医師自身の気持ちは抑えている＞という語りに示されるように、専門職としての価値観と患者の価値観の

間で葛藤しながらも、患者の意思を優先する姿勢である。

この姿勢の基盤となるのが、＜勝手にこっちの価値観で決めつけない＞という〔価値観の相対化〕である。＜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＞という語りは、医師においても生じうる「かわいそう」という感情を自覚的に問い直し、患者本人がその状況を受け入れ、その中で自分なりの生活を営んでいるのであれば、それを外部から決めつけないという態度を示している。

ただし、患者中心のケアを標榜することが、医師としての医学的判断と責任を放棄することを意味しない点は重要である。患者の意向を尊重することと、医学的に危険な選択から患者を守ることは、対立するのではなく、補完的である。医師は、患者の自律性を尊重しながらも、医学的安全性の観点から懸念がある場合には、その懸念を丁寧に説明し、患者とともに最善の選択を模索する責任がある。

「患者が望むから」という理由だけで、医学的に危険と判断される治療や支援を提供することは望ましくない。患者中心のケアの理念ではなく、本研究で示された医師の実践は、医学的安全性と患者の意向のバランスを取りながら、患者の意思を尊重する姿勢であり、患者中心のケアの本質を体現したものである。医学的判断に基づき、患者に十分な情報を提供し、患者が十分な理解に基づいて自己決定できるよう支援することが、患者中心のケアの実質的な実現である。

さらに、＜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＞という〔個別性の尊重〕は、患者一人ひとりの価値観や生き方を尊重する姿勢を表している。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)が目指す、患者と医療者が情報を共有し、協働して意思決定を行うプロセスと整合する。

患者中心の意思決定支援を中核に据える理由は3つある。

第一に、医療資源が限られる過疎地域では、画一的な標準治療ではなく、個別性を重視したケアが不可欠である。＜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＞が示すように、過疎地域特有の濃密な人間関係の中で、患者本人の意思を尊重することは容易ではない。だからこそ、意識的に患者中心の意思決定支援を実践する必要がある。

第二に、住民の希望は医学的最適解と必ずしも一致しない。＜自宅に帰りたい＞＜最期まで暮らし続けたいと思う＞という願望は、医学的には入院や施設入所が望ましい状況でも表明される。医師は、医学的安全性と患者の価値観のバランスを取りながら、患者が自らの人生の主体として意思決定できるよう支援する必要がある。

第三に、限られた資源を最大限活用するには、患者の自己効力感向上が必要である。患者が自らの意思で選択し、その選択に責任を持つことで、治療やリハビリテーションへの主体的な参加が促進される。これは、訪問リハビリテーションの継続性や、在宅生活の維持において重要な要素となる。

## 6.2.2 患者中心の意思決定支援の具体的実践

この患者中心の意思決定支援を実質化するために、本研究のデータは具体的な実践を示している。第一に、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の継続的な実践である。厚生労働省(2018)は、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において、ACPの重要性を強調している。本研究でも、<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>という〔ACPの実践〕が示された。重要なのは、<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>という〔継続的な意思確認〕である。患者の意思は固定的なものではなく、病状の変化、家族状況の変化、あるいは気持ちの変化によって変わり得る。継続的に患者の意思を確認し、柔軟に対応することがACPの本質である。

第二に、多職種による意思決定支援である。医師が最終的な医学的責任を担いながらも、看護師、リハビリテーション専門職、介護支援専門員など多職種が患者の意向を聞き取り、情報を共有することで、より包括的な意思決定支援が可能になる。<違う目線で、違う角度で評価>できるという〔多角的視点の価値〕は、多職種協働が患者理解を深めることを示している。

第三に、記録と共有である。<記録が残っていると情報が共有しやすい>という指摘は、口頭でのやり取りだけでなく、文書として記録を残すことの重要性を示している。特に多職種が関わる過疎地域の医療では、情報の確実な伝達のために記録が不可欠である。

## 6.2.3 患者中心の意思決定支援を中核に据えた地域完結型リハビリテーションシステム

患者中心の意思決定支援を中核に据えることで、本システムは以下の4つの側面で統合される。

第一に、空間的統合である。第5章で論じた空間概念の転換、「地域=病院」という発想は、患者が慣れ親しんだ場所で医療を受けられる選択肢を提供することで、患者の意向を尊重する。

第二に、時間的統合である。急性期であっても在宅で医療を提供するという時間概念の転換は、患者の「入院したくない」という意思を尊重した選択を可能にする。

第三に、技術的統合である。従来の「D to P with N」モデルでは、医師が患者と直接対話し、看護師は補助的な役割にとどまっていた。しかし、<D to N with P><D to PT with P>という遠隔連携モデルでは、患者のそばにいる専門職が、医師には見えない患者の日常生活の様子、自宅の環境、家族との関係、日々の活動、困っていること、価値観、を観察し、専門的に評価し、医師に伝える。医師は、診察室という限られた空間での情報だけでなく、患者の生活全体を理解した上で医学的判断を行うことができる。これにより、医学的安全性と患者の意向の両方を考慮した意思決定支援が可能になる。第四に、多職種連携の統合である。《決めつけないチーム》という姿勢を多職種で共有することで、チーム全体が患者の意思を尊重する実践を展開できる。

次節では、このシステムを構成する6つの要素について論じる。

### 6.3 医師の視点から見たシステム構成要素：6つの要素

本節では、患者中心の意思決定支援を中核として、医師の視点から見たシステムを構成する6つの要素を提示する。これらの要素は、第3章で抽出された6つのカテゴリーに対応しながらも、第4章で明らかにした過疎地域における構造的課題（人的資源の制約、専門的評価体制の未整備、多職種連携の障壁、専門職に求められる資質）と、第5章で理論化した革新的実践（空間概念の転換、遠隔医療モデル、急性期在宅医療、訪問リハビリテーションの多面的価値）を統合したものである。各要素の詳細な理論的考察については該当する章を参照されたい。

本節では、各要素がシステムの中核である「患者中心の意思決定支援」といかに関連するか、システム全体の中でどのような機能を果たすかという統合的視点から論じる。

#### 6.3.1 カテゴリー I 【地域医療システムの構造的課題と革新】空間的連続性：地域全体を医療空間として

第一の構成要素は、空間的連続性である。これは、第5章(5.1)で詳述した空間概念の転換—<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>という「地域=病院」の発想—をシステムの構成要素として位置づけるものである。

空間的連続性は、患者が慣れ親しんだ場所で医療を受けられる選択肢を提供することで、患者の意思決定における選択肢を実質的に拡大する。<自宅に帰りたい><最期まで暮らし続けたいと思う>という願望は、この空間的連続性があることで初めて実現可能な選択肢となる。Gesler(1992)が論じたように、場所は患者にとっての意味を持ち、自宅という場所で医療を受けることは、患者のアイデンティティを保ち、患者中心の意思決定支援を実質化する物理的・心理的基盤となる。

#### 6.3.2 カテゴリー II・IV 【専門的評価とサービス提供体制と多職種協働とコミュニケーション】多職種協働の実質化：ICTを活用した新しい連携

第二の構成要素は、多職種協働の実質化である。これは、第4章(4.3節)で明らかになった多職種連携の課題—<介護支援専門員の独断で物事が決まってしまう>という意思決定の課題、<MCSの活用だけでは伝わらないこともある>というICTツールの限界—を、第5章(5.2節)で論じた遠隔連携モデルによって克服する要素である。

本システムの中核となるのが、<D to N with P><D to PT with P>という遠隔連携モデルである。このモデルは、従来の「D to P with N(Doctor to Patient with Nurse)」モデルとは根本的に異なる。従来モデルでは、医師が患者と直接対話し、看護師は医師の指示を患者に伝える補助的な役割にとどまっていた。しかし、新しいモデルでは、医師と専門職(看護師またはリハビリテーション専門職)との専門的対話を中心となる。

この転換の意義は、専門職の役割の根本的な変化にある。＜医師が看護師とつながっている感覚＞という表現が示すように、専門職は単なる補助者ではなく、医師と対等な立場で専門的な対話を行う協働者として機能する。患者のそばにいる専門職が、医師には見えない患者の日常生活の様子—自宅の環境、家族との関係、日々の活動、困っていること、価値観—を観察し、専門的に評価し、医師に伝える。医師は、診察室という限られた空間での情報だけでなく、患者の生活全体を理解した上で医学的判断を行うことができる。

この多職種協働の実質化が患者中心の意思決定支援といかに関連するかを明確にする。専門職が患者の生活状況を詳細に把握し、それを医師に伝えることで、医師は患者の価値観や生活状況を考慮した医学的判断を行い、患者にとって実現可能で、かつ患者の意向に沿った選択肢を提示できる。これは、医学的安全性と患者の意向の両方を考慮した意思決定支援を可能にする情報基盤となる。

さらに、＜2回に1回とか、3回に1回オンライン＞という〔ハイブリッド型支援〕により、第4章で指摘された対面の重要性とICTの効率性を統合する。Cottrell et al.(2017)が示した遠隔リハビリテーションの有効性は、本システムにおいては、多職種協働を促進し、患者との接点を増やすことで、患者中心の意思決定支援を支える基盤として機能する。

### 6.3.3 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】時間的柔軟性：急性期/慢性期の連続体モデル

第三の構成要素は、時間的柔軟性である。これは、第5章(5.3)で論じた急性期在宅医療が示す時間概念の転換—「急性期=病院」という固定的な時間区分から、患者の状態と意向に応じた連続体モデルへの転換—をシステムの構成要素として位置づけるものである。

時間的柔軟性は、急性期だから病院という自動的な判断ではなく、患者の状態、家族の状況、患者の意向を総合的に評価し、治療の場を選択する柔軟なアプローチを可能にする。これにより、「入院して治療を受ける」または「在宅で治療を受ける」という複数の選択肢の中から、患者は自らの価値観と状況に応じて選択できるようになる。

Creditor(1993)が指摘した入院関連機能障害のリスクを回避しながら、患者の生活の継続性を保つことができる。

### 6.3.4 カテゴリーIII・V【患者中心の支援理念と在宅における生活支援】予防性と包括性：訪問リハビリテーションの再定義

第四の構成要素は、予防性と包括性である。これは、第3章で抽出されたカテゴリーIII【在宅における生活支援とリハビリテーション実践】および第5章(5.4)で論じた訪問リハビリテーションの多面的価値を実現する要素である。

第5章で詳述したように、＜在宅の訪問リハって機能向上ってほぼほぼない＞という現実が示すように、過疎地域の高齢者を対象とした訪問リハビリテーションでは、機能改善を期待することが現実的でない場合が多い。本システムでは、訪問リハビリテーションの価値を、

機能維持と悪化予防、社会的孤立の防止、生活環境の評価と調整、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の促進、家族支援という多面的な視点から捉え直す。

この予防性と包括性が患者中心の意思決定支援といかに関連するかを明確にする。訪問リハビリテーションは、<訪問リハビリが入ることで、患者さんの意向を聞き出せる機会が増える>という〔ACP 促進機能〕を通じて、患者の価値観や今後の生活への希望を理解する基盤となる。また、予防的介入は患者が自宅で安全に生活し続けるという選択を可能にする条件となる。機能維持や生活環境評価といった包括的支援は、患者のその人らしい生活を支えることで、患者中心のケアの理念を実質化する。

#### 6.3.5 カテゴリーIV【専門職の資質と地域文化】専門職の資質向上：〔反省的实践〕と〔継続的研鑽〕

第五の構成要素は、専門職の資質向上である。これは、第4章(4.5)で論じたカテゴリーVI【専門職の資質と地域文化】から導かれる要素であり、システムを支える人的基盤を構成する。

第4章で詳述したように、<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>という〔専門職の自律性〕は、過疎地域における多職種協働の前提となる。特に重要なのは、<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>という〔反省的实践〕である。この概念は、Schön(1983)が提唱した reflective practitioner の概念に通じる。

画一的なマニュアルでは対応できない個別の状況において、患者の最善の利益を判断する専門的裁量は、高度な専門性と〔反省的实践〕能力に基づく。<やりすぎ、やらなさすぎの微調整>という実践は、患者一人ひとりの状況と価値観に応じた支援を提供するために不可欠である。また、<待てることと我慢できること><人のせいにしないこと>という〔行動規範〕は、《決めつけないチーム》という姿勢を多職種で共有し、患者の意思決定を支援する文化的基盤となる。

#### 6.3.6 カテゴリーV・VI【患者中心の支援理念と専門職の資質と地域文化】地域文化への適応：価値観の理解と尊重

第六の構成要素は、地域文化への適応である。これも第4章(4.4、4.5)で論じたカテゴリーV・VI【患者中心の支援理念と専門職の資質と地域文化】から導かれる要素であり、過疎地域特有の文化的・社会的文脈を理解し、それに適応する能力を示す。

第4章で詳述したように、<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>が示すように、過疎地域には長年その土地で形成されてきた独特の文化がある。家族や地域社会との濃密な人間関係、農業や林業などの生業に根ざした身体観や健康観である。専門職は、地域の文化や価値観を理解し、尊重しながら、患者が十分な情報に基づいて自己決定できるよう支援する。地域の文化に同化するのではなく、外部者として批判す

るのでもなく、両者の間で対話を促進する橋渡し役となる。＜田舎はウェット＞という文脈の中で、患者本人の意思を尊重しながら、家族や地域社会との関係も維持するという高度な実践は、地域文化への深い理解なしには実現できない。

以上の 6 つの要素は、相互に関連し合いながら、患者中心の意思決定支援という中核を支えている。次節では、これらの要素を統合したシステムの全体像を提示する。

#### 6.4 地域完結型リハビリテーションシステムの全体像と特徴

過疎地域におけるリハビリテーションシステムを概念化したモデル図を図 6-1 に示した。

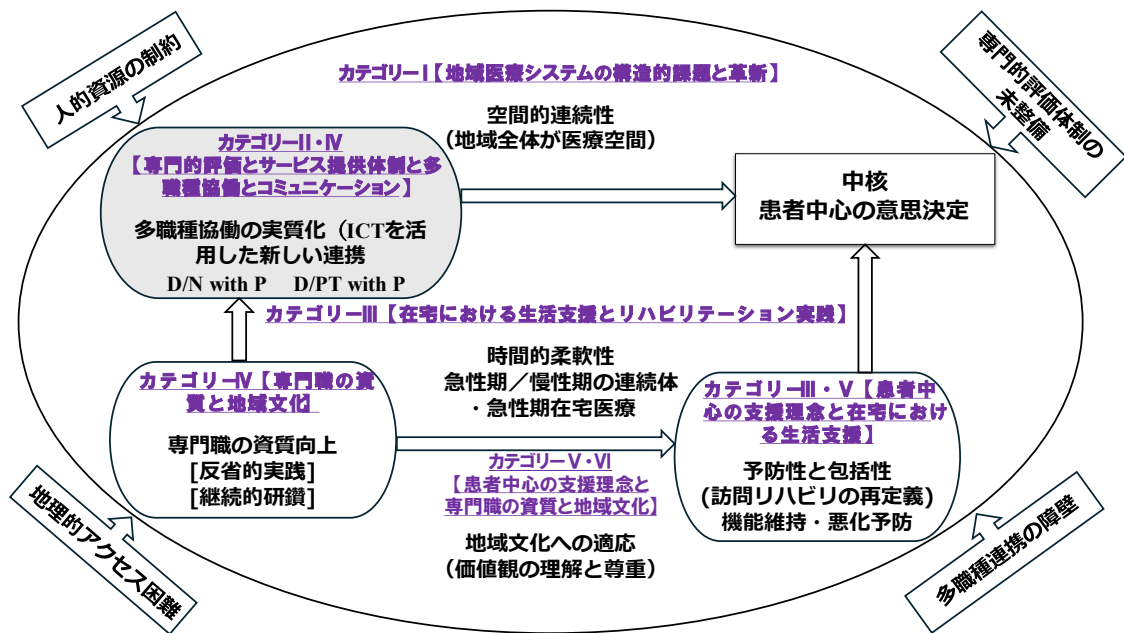


図 6-1 制約を創造的に超越する地域完結型リハビリテーションシステム (全体図)

本モデルは、過疎地域において患者中心の意思決定支援を実質化するために必要な構成要素と、それらの関係構造を示したものである。過疎地域では、人的資源の制約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り、患者の生活の場に即した支援体制の再構築が求められる。

まず「空間的連続性」を前提条件として位置づけた。これは医療・ケアを特定施設内の活動に限定せず、地域全体を生活と医療が重なり合う支援空間として捉える概念である。過疎地域における支援は、患者が暮らす場そのものを起点として成立するため、生活空間と医療空間を分離せず、統合的に扱う視点が不可欠である。また、支援のあり方は地域固有の生活文化や住民の価値観と切り離せないことから、「地域文化への適応 (価値観の理解と尊重)」を重要な条件として位置づけた。さらに、人的資源の不足や地理的障壁といった制約要因が

常に存在することを明示し、本システムが制約下で成立する実践構造であることを示した。

次に、「時間的柔軟性」を重要な要件として位置づけた。これは急性期・慢性期といった病期区分に限定されず、患者の状態変化に応じて在宅・施設・病院など複数の場を横断しながら支援を継続することを意味する。過疎地域では支援が途切れやすいため、時間軸に沿った支援の継続性は患者の意思決定を支える上で不可欠である。

本モデルの中核概念は「患者中心の意思決定」である。患者中心の意思決定とは、治療方針や生活の選択が医療者の判断によって一方的に決定されるのではなく、患者自身の価値観、生活背景、希望に基づき、本人が納得して選択できる状態を指す。さらに意思決定は一度の決定で完結するものではなく、生活の経過や心身状態の変化に応じて更新される過程として捉えられる。

この患者中心の意思決定に作用する要素として、「専門職の資質向上」「多職種協働の実質化」「予防性と包括性」の3要素を位置づけた。

また「専門職の資質向上」は、過疎地域特有の複雑な課題に対応するための専門性・判断力・協調性を含む概念であり、ICT活用や多職種協働を実効的に機能させる前提となる。さらに資質向上は、予防的かつ包括的な支援の質を高めることで、患者が選択可能な支援の幅を拡張し、結果として意思決定の自由度を高める要因となる。

「多職種協働の実質化」は、限られた資源の中で患者中心の支援を成立させるために不可欠であり、専門職間の役割分担と情報共有を円滑化する要素である。本モデルでは具体例としてD/N with P および D/PT with P を示した。これは患者の生活の場に同席する職種（看護師または理学療法士）が、ICTを介して遠隔の医師とつながり、三者で状況評価と意思決定支援を行う枠組みである。この仕組みにより、患者の生活状況に基づく情報が医師の判断に接続され、支援が形式的連携ではなく実践として成立する。

「予防性と包括性」は、身体機能改善のみならず、心理的支援、見守り、安否確認、ACP情報の把握など、生活を維持するための支援を含む概念である。過疎地域では数値化されにくい効果が生活継続に大きく寄与することから、このような包括的支援が重要となる。

図中の矢印は、これらの要素が患者中心の意思決定に対して作用する方向性を示している。専門職の資質向上が多職種協働の実質化を可能にし、さらに予防性と包括性も実質化を可能にし、要素間に成立する関係性を表している。すなわち本モデルは、患者中心の意思決定を成立させるために必要な条件が、単独ではなく一定の構造をもって作用することを示したものである。

以上より、本モデルは、過疎地域という制約条件の中で、地域という生活の場と時間の経過を前提としながら、患者中心の意思決定を実質化する支援構造を体系化したモデルであ

る。

前節までに論じた、中核概念としての「患者中心の意思決定支援」と6つの構成要素を統合することで、本研究は『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』を提示する。このシステムは、過疎地域における医療・リハビリテーション提供の構造的課題に対する包括的な応答であると同時に、住民の「最期まで地域で暮らす」という願いを実現する実践的枠組みである。

なお、本研究で抽出された遠隔連携モデルについて、次の点が重要である。医師が語った表現は<D to N with P>（医師が看護師と患者とともに動く）であったが、詳細なデータ分析を通じて、実際の医療・ケア実践においては、医師と看護師は対等な立場で相互に協働し、患者の意思決定を支援する双方向的な関係性が示されていた。医師の表現<D to N>という一方向的な関係性よりも、データが示唆する実態は「D/N」という相互協働の関係性である。したがって、本研究では、カテゴリーⅡの核となる概念として、より正確には<D/N with P>と表記することが妥当であると判断した。同じ理由で<D to PT with P>も<D/PT with P>と表記することが妥当であると判断した。

この訂正は、患者中心の意思決定支援における医師と看護師（理学療法士）の対等性を強調し、医師の権威勾配を意識的に緩和するという本システムの理念をより忠実に反映するものである。

#### 6.4.1 地域完結型リハビリテーションシステムにおける医師の役割

本システムにおいて、医師は特別な役割を担う。それは、最終的な医学的責任を担う立場として、患者の意思決定を支援し、多職種協働を調整し、システム全体の質を保証する役割である。

飯島(2022)が指摘するように、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。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。本研究でも、<総合医でもリハビリのことがわからない>という率直な語りが示すように、医師がすべての専門領域に精通することは現実的ではない。

本システムにおける医師の役割は、すべての専門知識を単独で持つことではなく、多職種の専門性を統合し、患者の最善の利益を判断することである。<D/N with P> <D/PT with P>という遠隔連携モデルは、現場の専門職からの専門的評価を医師が受け取り、それに基づいて医学的判断を行うという構造を示している。医師は、専門職からの情報を統合し、患

者の価値観と意向を考慮しながら、医学的安全性とのバランスを取った最終的な判断を下す。

同時に、医師は<医師自身の気持ちは抑えている>という語りが示すように、専門職としての価値観と患者の価値観が一致しない場合でも、患者の意思を尊重する姿勢を持つ。これは、医師がパターンリズム(父権主義的医療)から脱却し、患者との対等なパートナーシップを構築することを意味する(Emanuel & Emanuel, 1992)。

医師-患者関係は、従来のパターンリズム(父権主義的医療)から、対等な協働関係へと変化している。Emanuel & Emanuel (1992) は、この関係を四つのモデルとして整理し、医師が一方的に判断する<パターンリスティック・モデル>から、医師と患者が価値観を共有しながら意思決定する<デリバラティブ・モデル>への移行を指摘した。さらに Elwyn et al. (2012) は、この変化を実践的に体系化し、<シェアード・ディシジョンメイキング (shared decision-making)> という概念を提示した。ここでは、医師が医学的情報を提供し、患者が自身の価値観を表明し、両者が対話を通じて最適な選択を共に導き出すことが重視される。過疎地域における医師の実践においても、患者の意思を尊重し、共に考える姿勢は、この共有意思決定モデルの理念を具体化している。

#### 6.4.2 システムの創造性:制約を契機とした革新

本システムの最も重要な特徴は、過疎地域の制約を単なる限界として受け止めるのではなく、創造性を発揮する契機として捉えている点である。人的資源の不足、地理的距離の広大さ、専門医療機関の不在という制約は、従来のシステムでは克服困難な障壁と見なされてきた。しかし、本研究が明らかにしたのは、これらの制約があるからこそ、既存の枠組みを問い直し、新たな実践を生み出す契機となっているということである。

<道路が廊下>という空間概念の革新は、物理的な病院建造物がないという制約から生まれた創造的発想である。<D/N with P>という遠隔連携モデルは、医師が物理的に現場にいられないという制約から生まれた新しい協働の形である。急性期在宅医療は、入院が困難であるという制約から生まれた、患者の生活の継続性を保つ実践である。

この創造性は、イノベーション理論における「制約駆動型イノベーション (constraint-driven innovation)」の概念と整合する(Gibbert et al., 2014)。資源が豊富な環境では既存の解決策に依存しがちだが、制約がある環境では、既存の枠組みを問い直し、創造的な解決策を見出す必要性が高まる。過疎地域における革新的実践は、まさにこの制約駆動型イノベーションの例である。

したがって、本システムの名称である『制約を創造的に超越する地域完結型リハビリター

『シオンシステム』は、制約を否定的に捉えるのではなく、創造性を発揮する契機として積極的に位置づける視点を示している。この視点は、過疎地域医療を都市部医療と比較して何か足りない状態として捉える従来の見方を転換し、過疎地域医療を独自の価値と可能性を持つ実践モデルとして評価する。

#### 6.4.3 システムの持続可能性

本システムの持続可能性は、3つの要素によって支えられる。

第一に、多職種協働による負担の分散である。限られた専門職が、それぞれの専門性を活かしながら役割を分担し、相互に支え合うことで、個々の専門職の過重な負担を避ける。Reeves et al.(2010)が指摘するように、効果的な多職種協働は、専門職のバーンアウト予防にも寄与する。

第二に、ICT技術の活用による効率性の向上である。＜2回に1回とか、3回に1回オンライン＞という〔ハイブリッド型支援〕は、訪問回数を増やすことなく患者との接点を増やすことを可能にする。広域移動に多くの時間を要する過疎地域において、移動時間の削減は専門職の労働負担を軽減し、より多くの患者に対応できる体制を実現する。Cottrell et al.(2017)が示した遠隔リハビリテーションの有効性は、本システムにおいては持続可能性を高める要素として機能する。

第三に、専門職の継続的な資質向上である。＜振り返りが自分の中でできないといけない＞という〔反省的实践〕能力は、専門職が自律的に学習し、成長していく基盤となる。この継続的な成長は、専門職のモチベーションを維持し、質の高い実践を持続させる要因となる。

また、＜待てることと我慢できること＞＜人のせいにしないこと＞という〔行動規範〕は、チーム内の協調関係を維持し、長期的な協働を可能にする文化的基盤である。WHO(2010)が強調する専門職文化の重要性は、本システムにおいては持続可能性を支える要素として位置づけられる。

#### 6.4.4 システムの理論的基盤

本システムは、以下の理論的基盤の上に構築されている。

第一に、患者中心のケアの理論である。Stewart et al.(1995)が提唱した患者中心のケアは、疾病だけでなく患者の生活全体—家族関係、日常生活、価値観、希望—を理解し、患者と医療者の共有された意思決定を重視する。本システムは、この理論的枠組みを過疎地域の文脈に適用し、医師の実践において《決めつけないチーム》という姿勢として具現化している。

第二に、Donabedian(1988)の医療の質の構造-過程-結果モデルである。本システムは、構造(空間的連続性、多職種協働体制、ICT基盤)、過程(患者中心の意思決定支援、多職種協働の実践、反省的实践)、結果(患者の生活の質、在宅生活の継続、患者満足度)という三層で評価される。

第三に、Reeves et al.(2017)の多職種協働理論である。本システムにおける多職種協働は、単なる情報共有にとどまらず、各専門職が専門性を発揮しながら協働的に意思決定を行う統合的な実践として位置づけられる。

第四に、Schön(1983)の反省的実践理論である。過疎地域における医療・リハビリテーション実践は、画一的なマニュアルでは対応できない個別の状況に満ちている。専門職が自らの実践を継続的に振り返り、改善していく能力は、質の高い実践を支える基盤となる。第五に、Whitehead(1992)の健康の公平性の理論である。

本システムは、居住地という本人の選択によらない要因によって医療へのアクセスが制限されるという構造的な不公正に対し、地域全体を医療空間として機能させることで、すべての住民が健康ポテンシャルを達成する公正な機会を持つことを目指している。これらの理論的基盤は、本システムを単なる実践的工夫の集積ではなく、理論的裏付けを持つ体系的なシステムとして位置づける。次節では、このシステムの実装戦略と今後の展望について論じる。

## 6.5 システムの実装と今後の展望

本節では、前節までに提示した『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、実際の医療現場でどのように実装するか、その戦略と今後の展望について論じる。医師は、最終的な医学的責任を担い、多職種協働を調整し、システム全体の質を保証する立場から、本システムの実装を主導する。

### 6.5.1 段階的実装のアプローチ

本システムの実装には、段階的アプローチが有効である。Greenhalgh et al.(2004)が提唱したイノベーションの普及理論によれば、複雑なシステムの導入には、試行、適応、学習という反復的プロセスが必要である。一度にすべての要素を完全に実装しようとするのではなく、地域の実情に応じて段階的に導入し、各段階で評価と改善を行うことが重要である。

第一段階:基盤整備では、システム実装の前提条件を整える。具体的には、多職種間の信頼関係の構築、ICT基盤の整備、専門職の研修である。〈お互いの顔が見える関係性が大切〉という〔顔が見える関係〕は、多職種協働の基盤となる。定期的なケア会議の開催、事例検討会の実施などを通じて、専門職同士が互いの専門性を理解し、尊重し合う関係を構築する。ICT基盤の整備では、遠隔診療システム、電子カルテの共有システム、オンライン会議システムなどの技術的インフラを整備する。しかし、中嶋他(2025)が指摘するように、ICT導入には診療報酬制度の整備や、高速インターネット回線の確保といった制度的・技術的支援が不可欠である。

専門職の研修では、患者中心の意思決定支援の理念、遠隔診療・遠隔リハビリテーションの技術、多職種協働のスキル、〔反省的実践〕の方法などを学ぶ機会を提供する。WHO(2010)が推奨する多職種教育(interprofessional education)の枠組みを参考に、多職種が共に学ぶ研修プログラムを開発することが望ましい。

第二段階:パイロット実践では、システムの一部を試験的に導入する。例えば、<D/N with P>モデルを用いた遠隔診療を数名の患者に対して開始する、あるいは訪問リハビリテーションにおいて機能改善以外の多面的価値を評価する新しい評価指標を試行するなど、限定的な範囲で実践を開始する。このパイロット実践では、実施可能性(feasibility)、受容性(acceptability)、有効性(effectiveness)を評価する(Bowen et al., 2009)。患者、家族、専門職からのフィードバックを収集し、システムの改善点を明らかにする。

第三段階:拡大実装では、パイロット実践で得られた知見を基に、システムを地域全体に拡大する。この段階では、より多くの患者と専門職がシステムに参加し、多様な状況に対応する経験を蓄積する。Damschroder et al.(2009)の実装研究の枠組み(CFIR: Consolidated Framework for Implementation Research)に基づけば、実装の成功には、介入の特性、内的状況(組織の文化、リーダーシップ、資源)、外的状況(政策、制度)、個人の特性、実装プロセスという5つの要素が影響する。これらの要素を継続的に評価し、必要に応じて調整することが重要である。

第四段階:定着と持続では、システムを地域の日常的な医療・ケア提供体制の一部として定着させる。この段階では、新たに参加する専門職への教育体制、質の継続的なモニタリング、システムの改善を継続的に行う仕組みを整備する。Senge(1990)が提唱した学習する組織(learning organization)の概念に基づけば、組織が継続的に学習し、適応し、改善していく能力が、持続可能性の鍵となる。

### 6.5.2 評価指標の開発

本システムの有効性を評価するためには、適切な評価指標の開発が必要である。従来の機能改善を中心とした評価指標だけでは、本システムが目指す多面的な価値を捉えることができない。

アウトカム指標としては、次のような多層的な評価が必要である。第一に、患者の生活の質(QOL)である。WHO(1996)が開発した WHOQOL(World Health Organization Quality of Life)など、標準化された QOL 評価尺度を用いることで、身体的健康、心理的健康、社会的関係、環境といった多面的な生活の質を評価する。

第二に、在宅生活の継続性である。在宅生活の継続期間、予定外の入院回数、施設入所の有無などを評価する。<最期まで暮らし続けたいと思う>という住民の願望がどの程度実現されているかを測定する。

第三に、患者満足度と意思決定への参加実感である。Elwyn et al.(2013)が開発した SDM-Q-9(Shared Decision Making Questionnaire)などの標準化された尺度を用いて、患者が意思決定プロセスにどの程度参加できたと感じているかを評価する。

第四に、ACP 実施率である。<最期までどうしていきたいか>についての対話がどの程度行われ、記録されているかを評価する。厚生労働省(2018)が推進する ACP の普及状況を測定する。

第五に、機能維持である。従来の機能改善だけでなく、機能維持や緩やかな低下という現実的な目標の達成度を評価する。ADL、IADL、フレイル評価などを経時的に測定し、急激な機能低下を防いでいるかを評価する。

プロセス指標としては、多職種協働の実態、遠隔診療・遠隔リハビリテーションの実施回数、ケア会議の開催頻度、専門職間の情報共有の質などを評価する。Reeves et al.(2010)が開発した多職種協働の評価尺度を参考に、協働の質を測定する。

構造指標としては、ICT 基盤の整備状況、専門職の配置状況、研修の実施状況などを評価する。Donabedian(1988)の構造-過程-結果モデルに基づき、構造の質がプロセスと結果に与える影響を分析する。

### 6.5.3 他地域への適用可能性

本システムは、過疎地域における実践から生まれたものであるが、その適用可能性は過疎地域に限定されない。高齢化が進展する都市部においても、本システムの理念と要素は応用可能である。他の過疎地域への適用では、本システムの基本的な枠組みはそのまま適用可能である。ただし、地域ごとに産業構造、文化、既存の医療資源の状況が異なるため、それぞれの地域の実情に応じた適応が必要である。〈地域掲げての作戦会議を繰り返しやったらいい〉という〔地域戦略会議〕を通じて、地域の特性を分析し、システムを適応させることが重要である。

都市部への適用では、過疎地域とは異なる文脈への適応が必要となる。都市部では専門職の絶対数は多いが、人口も多く、専門職一人当たりの担当患者数は必ずしも少なくない。また、地域社会のつながりが希薄であり、過疎地域のような〈顔の見える関係〉が成立しにくい。

しかし、本システムの中核である患者中心の意思決定支援、空間的連続性(病院と在宅の柔軟な連携)、時間的柔軟性(急性期在宅医療の選択肢)、多職種協働(ICT を活用した連携)といった要素は、都市部においても有効である。特に、都市部の高齢者の中には、〈自宅に帰りたい〉〈最期まで暮らし続けたいと思う〉という願望を持ちながら、入院や施設入所を余儀なくされている人が少なくない。本システムが示す空間概念の転換や急性期在宅医療という選択肢は、都市部においても患者の選択肢を広げる可能性を持つ。

Shepperd et al.(2016)が示した hospital-at-home モデルの有効性は、都市部においても実証されている。本研究で提示したシステムは、この hospital-at-home モデルに、患者中心の意思決定支援、多職種協働、地域文化への適応という要素を統合したものであり、都市部への適用においても意義を持つ。

### 6.5.4 制度的・政策的支援の必要性

本システムの実装と普及には、制度的・政策的支援が不可欠である。第一に、診療報酬制度の整備である。現行の診療報酬制度は、対面診療を基本としており、遠隔診療や遠隔リハ

ハビリテーションに対する評価は限定的である。中嶋他(2025)が報告しているように、令和6年6月の診療報酬改定で「看護師等遠隔診療補助加算」が新設されたことは前進であるが、<D/N with P><D/PT with P>といった専門職の能動的な役割を適切に評価する報酬体系が必要である。また、訪問リハビリテーションにおいて、機能改善だけでなく、機能維持、社会的孤立の防止、ACP 促進といった多面的な価値を評価する報酬体系の整備が求められる。現行の制度では、改善が見られない場合に継続的なリハビリテーション提供が正当化されにくい構造があるが、本研究が示したように、機能維持や悪化予防には重要な価値がある。

第二に、ICT 基盤の整備支援である。過疎地域では、高速インターネット回線が整備されていない地域も存在する。遠隔診療・遠隔リハビリテーションを実現するためには、安定した通信環境の整備が不可欠であり、国や自治体による支援が必要である。また、ICT 機器の導入費用、維持費用に対する補助も重要である。

第三に、専門職の配置と育成支援である。過疎地域への専門職配置を促進するための奨学金制度、研修機会の提供、キャリアパスの整備などが必要である。飯島(2022)が指摘するように、過疎地域で働く医師やリハビリテーション専門職を確保するためには、経済的インセンティブだけでなく、専門職としての成長機会、やりがいを感じられる環境の整備が重要である。

第四に、地域包括ケアシステムとの統合である。本システムは、厚生労働省が推進する地域包括ケアシステム(地域包括ケア研究会, 2017)の理念と整合するものである。医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現において、本システムは過疎地域における具体的な実装モデルとして位置づけられる。自治体の地域包括ケア計画の中に、本システムの要素を組み込むことが望ましい。

#### 6.5.5 研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究は特定の過疎地域(A市C地域)における医師の視点を中心としたものであり、対象者数も限られている。本田・本田(2018)が指摘するように、過疎地域における研究の多くは個別の実践報告にとどまり、普遍化可能な理論モデルの構築には至っていない。本研究で提示したシステムの一般化可能性を検証するためには、他の過疎地域での検証研究が必要である。

第二に、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、他の専門職(看護師、リハビリテーション専門職、介護支援専門員など)の視点を十分に反映しきれていない可能性がある。今後は、患者・家族へのインタビュー、多職種へのインタビューを通じて、より多角的な視点からシステムを検証する必要がある。

第三に、本研究は質的研究であり、システムの有効性を量的に検証していない。今後は、本システムを実装した地域と実装していない地域を比較する準実験研究、あるいは実装前後を比較する前後比較研究など、量的研究によってシステムの有効性を検証することが必要である。

第四に、本研究は日本の過疎地域を対象としており、文化的・制度的文脈が異なる他国への適用可能性については検討されていない。アジア諸国、特に中国や韓国においても高齢化と過疎化が進展しており、これらの国々における地域医療システムとの比較研究は、本システムの普遍的要素と文化特異的要素を明らかにする上で有益である。

第五に、本システムの長期的な持続可能性と費用対効果については、まだ検証されていない。システムの実装には、ICT 基盤の整備、専門職の研修、新しい診療報酬体系の整備など、初期投資が必要である。このコストに対して、どの程度の効果(在院日数の短縮、QOL の向上、予定外の入院の減少など)が得られるかを評価する費用対効果分析が今後必要である。

今後の研究課題としては、以下が挙げられる。

第一に、本システムの実装研究である。実際に本システムを地域に実装し、その実施可能性、有効性、持続可能性を評価する研究が必要である。Damschroder et al.(2009)のCFIR などの実装研究の枠組みを用いて、実装を促進する要因と阻害する要因を明らかにすることが重要である。

第二に、患者アウトカムの評価研究である。本システムが患者の QOL、在宅生活の継続性、患者満足度、意思決定への参加実感などにどのような影響を与えるかを、量的研究によって評価する必要がある。

第三に、専門職の視点からの評価研究である。本システムが専門職の業務負担、職務満足度、バーンアウト、専門職としての成長にどのような影響を与えるかを評価する研究が必要である。

第四に、比較文化研究である。他国の過疎地域における地域医療システムと本システムを比較することで、普遍的要素と文化特異的要素を明らかにし、国際的に適用可能な地域医療システムのモデルを構築する研究が期待される。

第五に、理論開発研究である。本研究で提示したシステムをさらに理論的に洗練させ、中範囲理論(middle-range theory)として発展させる研究が求められる。Merton(1968)が提唱した中範囲理論は、抽象的な大理論と具体的な経験的研究の間を架橋するものであり、本システムを理論化することで、他の文脈への適用可能性が高まる。

以上の限界と今後の課題を踏まえつつ、本研究で提示した『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』は、過疎地域における医療・リハビリテーション提供の新たなパラダイムを提示するものであり、住民の最期まで地域で暮らすという願いを実現する実践的枠組みとして、今後の地域医療政策と実践に貢献することが期待される。



## 第7章 結論

### 7.1 本研究が提示するシステムの特徴と意義

本研究で提示した『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』は、過疎地域における医療・リハビリテーション提供の新たなパラダイムである。第3章で抽出された6つのカテゴリーに基づき、第4章で明らかにした構造的課題と、第5章で理論化した革新的実践を統合することで、このシステムが体系化された。

本研究の学術的意義は、第一に、過疎地域における地域リハビリテーションの普遍化可能な理論モデルを構築したことである。従来、個別の実践報告にとどまっていた過疎地域研究において、体系的なシステムモデルを提示した。

第二に、患者中心ケアの理論を過疎地域という具体的な文脈に適用し、『決めつけないチーム』という実践的な形態として示したことである。

第三に、遠隔医療における新しい協働モデル—<D/N with P><D/PT with P>—を理論化し、専門職の役割転換という視点から多職種協働の新しい形を提示したことである。

第四に、医療における空間概念と時間概念の転換を理論化し、地域全体を医療空間として再定義する視点を提供したことである。

第五に、制約駆動型イノベーション理論に実証的事例を提供したことである。

本システムの最も重要な特徴は、過疎地域の制約を単なる限界として受け止めるのではなく、創造性を発揮する契機として積極的に位置づけている点である。<道路が廊下>という空間概念の革新、<D/N with P>という遠隔連携モデル、急性期在宅医療という時間概念の転換は、いずれも制約から生まれた創造的実践である。この視点は、過疎地域医療を都市部医療と比較して何かが足りない状態として捉える従来の見方を転換し、過疎地域医療を独自の価値と可能性を持つ実践モデルとして評価することを可能にする。

実践的意義は、第一に、地域包括ケアシステムの推進において、過疎地域における具体的な実装モデルを提供したことである。第二に、診療報酬制度の改善や専門職教育の在り方に向けた示唆を提供したことである。第三に、住民の「最期まで地域で暮らす」という願いを実現する現実的な方法を示したことである。

### 7.2 患者中心の意思決定支援：理念から実践へ

本システムの中核に位置する「患者中心の意思決定支援」は、<勝手にこっちの価値観で決めつけない>という『決めつけないチーム』の姿勢として具現化される。この姿勢は、医師が患者の人生観や死生観を決めつけないことを意味している。例えば「在宅で過ごしたい」「延命治療は望まない」といった患者の希望がある場合、医師はそれを一方的に否定しない。同様に、患者の生活の優先順位についても尊重される。「機能回復より、家族との時間を優先したい」という選択が患者によってなされるならば、医師はその選択を受け入れる。さらに患者の幸福度や満足度についても、医師の価値観で判断するのではなく、「リハビリで改

善しなくても、今の生活に満足している」という患者自身の評価を認める。加えて、患者の経済的・社会的事情による選択についても考慮される。例えば「医学的には入院が望ましいが、経済的理由で在宅を希望する」という状況においても、医師の医学的判断よりも患者の生活事情を優先するのである。

医師が自らの専門的知識や価値観を絶対視せず、患者一人ひとりの価値観と生き方を尊重する。＜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＞という柔軟な姿勢により、患者が自らの人生の主体として、最期まで自分らしく生きることを支援する。

「自分らしく生きることを支援する」具体的な方法は、以下の通りである。

第一に、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を継続的に実施することである。患者が＜最期までどうしていきたいか＞について、定期的に対話し、その意思を記録し、多職種で共有する。これにより、患者の価値観に基づいた医療・ケアの選択が可能になる。

第二に、患者の意向に基づいた柔軟な治療方針の設定である。＜気持ちが変われば治療方針を修正＞する姿勢を持ち、患者の状態や気持ちの変化に応じて、その時々で最適な選択肢を患者とともに検討する。

第三に、患者と家族、医療・ケア提供者が対等な立場で対話する関係性の構築である。医師の権威勾配を意識的に緩和し、患者の声に耳を傾け、患者の価値観を医療・ケア計画に反映させる。

ただし、ACPの実践には重要な限界もある。

第一に、患者が意思決定できない状況への対応である。認知症の進行により、患者が自らの意思を表明できなくなった場合、事前に確認された意思が存在しなければ、誰が代理意思決定を行うのが不明確になる。本研究でも＜独居の方のときに誰に聞いたらいいか確定＞することの重要性が示されたが、実際には代理意思決定者の決定が難しい場合が存在する。

第二に、文化的・社会的背景による意思決定の困難さである。過疎地域特有のウェットな人間関係の中では、個人の意思と家族の意向が相反することがあり、患者の意思を尊重しながら家族との関係も維持するという微妙なバランスが求められる。

第三に、医学的に危険と判断される選択に対する対応である。患者の意思を尊重することと、医学的安全性を確保することが相反する場合、医師は丁寧な説明と対話を通じて、患者とともに最善の選択を模索する責任がある。

ACPは患者の意思を尊重するための重要なプロセスであるが、それだけですべての倫理的課題が解決されるわけではなく、継続的な対話と柔軟な対応が必要である。この姿勢こそが、過疎地域という制約の中で生まれた、真に患者中心のケアの実践である。

### 7.3 普遍的適用可能性と今後への展望

本システムは、過疎地域に固有のものではなく、高齢化が進展するすべての地域において、

患者中心のケアを実質化するための示唆を提供する。都市部においても、医療資源の効率的活用、患者中心のケアの実質化、多職種協働の促進という課題は共通している。本システムが示す空間概念の転換、時間的柔軟性、《決めつけないチーム》という姿勢は、高齢社会における医療・ケア提供システムの在り方に重要な示唆を提供する。

Whitehead(1992)が定義した健康の公平性—「すべての人が自らの健康ポテンシャルを達成する公正な機会を持つこと」—を実現するためには、居住地による医療格差を解消する必要がある。本研究で提示したシステムは、過疎地域においても、都市部と同等ではないにしても、その地域の実情に適合した質の高い医療・ケアを提供する道筋を示している。制約を創造性の契機として捉えるこの視点は、過疎地域医療を「何かが足りない」状態として捉える従来の見方を転換し、独自の価値と可能性を持つ実践モデルとして評価することを可能にする。

本システムの実装には、段階的アプローチが有効である。第6章で示した基盤整備、パイロット実践、拡大実装、定着と持続という4段階のプロセスを通じて、段階的にシステムを構築・展開することができる。システムの有効性を評価するためには、多層的な評価指標が必要である。すなわち、患者のアウトカム、生活の質、自己決定の実現といった成果を測るアウトカム指標、医療・ケア提供プロセスの質的側面を評価するプロセス指標、医療提供体制や専門職の役割分担といった構造的側面を評価する構造指標を組み合わせた評価が求められる。

このシステムを他地域に適用する場合、当該地域の医療資源、人的資源、地域特性、行政的支援の状況を十分に分析し、地域に適合した形でのカスタマイズが必要である。本研究が提示するシステムの根本的な考え方—制約を創造的に超越するという視点—は普遍的であるが、その具体的な実装方法は地域固有の文脈に応じた工夫を要求する。

システムの実装と普及には、診療報酬制度の整備、ICT基盤の整備支援、専門職の配置と育成支援、地域包括ケアシステムとの統合といった制度的・政策的支援が不可欠である。特に、新しい多職種協働モデルに対応した診療報酬体系の構築と、遠隔連携を支援するICT基盤の整備は、喫緊の課題である。

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。第一に、特定地域における限定的な対象者(4名の医師)からのデータであること、第二に、医師の視点を中心としていること、第三に、質的研究であり量的検証が不足していること、第四に、長期的な持続可能性と費用対効果が未検証であることである。

今後の研究課題として、以下が求められる。第一に、他の過疎地域での検証研究を通じて、本システムの汎用性を確認することである。第二に、患者・家族へのインタビュー調査を実施し、患者視点からのシステム評価を行うことである。第三に、量的研究による有効性検証を行い、本研究の知見を数値で立証することである。第四に、比較文化研究を通じて、他国の高齢化・過疎化地域での事例と比較し、日本的な特性を明らかにすることである。第五に、理論開発研究として、本研究の枠組みをさらに深化・一般化することである。

今後、本システムの実装研究と評価研究を通じて、その有効性を検証し、さらなる改善を重ねていくことが期待される。そして本研究が、過疎地域における地域包括ケアシステムの推進に貢献し、住民の「最期まで地域で暮らす」という願いを実現する一助となることを切に期待する。

## 引用文献

- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publishing.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Cottrell MA, Galea OA, O’Leary SP, Hill AJ, Russell TG. Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*. 2017;31(5):625–638.  
doi:10.1177/0269215516645148
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118(3), 219–223. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-3-219>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- D to P with N (患者が看護師等といる場合のオンライン診療) : 厚労省 HP オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会第3回 資料4.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000495283.pdf> (accessed 2025 Oct 20)
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1361–1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221–2226.  
<https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- フーコー, M. (1979). 『臨床医学の誕生—医学的まなざしの考古学—』 (滝沢一彦・田村俣訳). みすず書房. (原著 1963)
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 34(7), 735–746. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90360-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90360-3)
- Gesler, W. M. (2003). *Healing places*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

- Gibbert, M., Hoegl, M., & Välikangas, L. (2014). Introduction to the special issue: Resource-constrained innovation and ingenuity in organizations. *Journal of Product Innovation Management*, 31(2), 197–199. <https://doi.org/10.1111/jpim.12090>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325>.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- 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.
- 林 瑞恵. 横山正博.(2025).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 (*Studies in Science and Technology*). 第14巻, 第2号.
- 原田 昌範. (2022). 海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究：令和3年度 総括研究報告書. 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）. 公益社団法人 地域医療振興協会. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/158816>
- 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*, 55, 111–114.
- 平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業. 地域包括ケアシステム構築に向けたサービスのあり方に関する研究事業報告書. 地域包括ケア研究会 報告書-2040年に向けた挑戦-. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 2017. [https://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai\\_170501\\_c1.pdf](https://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c1.pdf) (accessed 2025 Sep 15)
- 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.
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2023). 日本の将来推計人口（令和5年推計）〔全国推計〕. [https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp\\_zenkoku2023.asp](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp)
- 厚生労働省. (2025). 地域包括ケアシステムの推進について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001497369.pdf>
- 厚生労働省. (2024). 適切なオンライン診療の推進について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001322786.pdf>
- 厚生労働省. (2024). 令和6年度診療報酬改定の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001219984.pdf>
- 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. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

- 厚生労働省. (2015). 地域包括ケアシステムの推進に関する資料：顔の見える関係づくり.  
厚生労働省老健局. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>  
(2025年現在、地域医療構想ページに統合)
- 厚生労働省. (2014). 介護保険制度の改正について（平成26年改正）.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html)
- 厚生労働省. (2013). 地域ケア会議の推進について. [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/shinkouka\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/shinkouka_1.pdf)
- Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press.
- 内閣府. (2025). 令和7年版高齢社会白書. [2025/zenbun/07pdf\\_index.html](https://zenbun/07pdf_index.html) (accessed 2025 Sep 15)
- 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.  
(accessed 2025 Sep 15)
- 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*, 39(2), 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>(accessed 2025 Sep 15)
- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 世界保健機関 (WHO) . (2002). 『国際生活機能分類－国際生活機能・障害・健康分類－ (ICF)』. 中央法規出版.
- Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, Gonçalves - Bradley DC. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;9:CD007491. doi:10.1002/14651858.CD007491.pub2
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- 田中千枝子.(2013).『社会福祉・介護福祉の質的研究法—実践者のための現場研究—』. 中央法規出版.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- トロント, J. C. (2015).『ケアの倫理——依存と責任の政治学』(堀田義太郎・森岡正博監訳). 白澤社.
- 上田 敏. (1983). *リハビリテーションを考える*. 青木書店.
- 上田 敏. (2005). 「ICF の理解と活用」 萌分社.
- 上田貴志, 中嶋 裕. (2025) オンライン診療 (D to P with N) の実践と振り返り— 3つの事例を通して考えたこと—. 月刊地域医学, 39(3), 306-310.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization, & International Disability and Development Consortium. (2010). *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. Geneva: World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548052>
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- 山口市の人口. (2025). <https://www.city.yamaguchi.lg.jp/soshiki/8/114749.html>(accessed 2025 Sep 15)
- 山口中山間づくり指針. (2022).  
<https://www.city.yamaguchi.lg.jp/uploaded/attachment/72575.pdf> (accessed 2026 Jun 5)

## 謝 辞

本論文の作成にあたり、多くの方々よりご指導とご支援を賜りました。ここに記して、心より感謝申し上げます。

まず、本研究を進めるにあたり、終始温かく、かつ的確なご指導を賜りました横山正博教授に、深く感謝申し上げます。研究の構想段階から論文完成に至るまで、学術的視点のみならず、研究者としての姿勢についても多くの示唆をいただきました。

そして、論文全体の構成や記述についてご指導を賜りました曾根文夫教授に、心より御礼申し上げます。論文のまとめ方や表現に関するご指摘は、本論文を整える上で大変参考となりました。

さらに、医師としての専門的立場から貴重なご助言を賜りました徳田和央教授に、厚く御礼申し上げます。医師の視点からの的確なご指摘は、本論文の完成度を高める上で大きな助けとなりました。

加えて、本研究にご協力いただいた調査対象地域の医療・福祉関係者の皆様、ならびに貴重なお話をお聞かせくださった皆様に、心より感謝申し上げます。皆様のご協力なくして、本研究を遂行することはできませんでした。

最後に、長期間にわたる研究生活を支えてくださった友人、同僚、家族の皆様に、深く感謝申し上げます。皆様の理解と支えがあったからこそ、本論文を完成させることができました。

ここに改めて、関係するすべての皆様に厚く御礼申し上げます。