「あるがままに生きる」を支える回復期リハビリテーション病棟と地域との連携の形
―超高齢・人口減少地域、高知県東部地区からの提言―

田野病院　山下恵美

【はじめに：高齢先進地域の現実】 日本の高齢化は止まることを知らず、特に地方の中山間部や沿岸部では、全国に先んじて深刻な課題が顕在化している。高知県の高齢化率は 36.1％と全国 2 位、当院が位置する安芸保健医療圏（東部地区）は 37～39％、人口密度は 1 ㎢あたり 38.7 人と極めて低い。このような過疎・高齢地域では、住み慣れた地域で「あるがままに生きる」ことを支える新たな地域医療とリハビリテーションの在り方が求められている。

【現状と課題：枯渇する社会資源】 当院の回復期リハビリテーション病棟における 2025 年の実績では、入院患者の平均年齢は 82.2 歳であり、全国平均の 77.5 歳を上回る。入院患者の 90.5％が発症前は自宅で生活しており、超高齢であっても地域生活を維持している実態がある一方で、その継続は「綱渡り」の状態にある。最大の課題は「社会資源の枯渇」と「支え手の高齢化」である。老老介護や独居世帯が増加する中、ケアマネジャー（CM）やヘルパー、診療所医師などの専門職自身も高齢化し、地域の労働力自体が減少している。地理的要因によるサービス利用の制限もあり、住み慣れた地域で生きるための選択肢は著しく狭まっている。

【当院の取り組み：徹底した地域連携と環境調整】 こうした課題に対し、当院では地域連携を軸とした退院支援を実践している。本発表では、その取り組みだけでなく、実践の中で見えてきた課題や今後の展望についても報告する。当院では在宅復帰率 88.6％（全国平均 78.8％）、自宅復帰率 72.7％（65.5％）という高い実績を実現している。その原動力は、徹底した多職種および地域連携にある。転院前や入院 3 日以内に CM から生活情報を収集し、それをもとに回復期病棟で本人・家族、CM、保健師、地域包括支援センターを交えた早期面談を実施する。早期の情報共有により、在宅状況のリアルな把握と課題抽出を迅速に行い、退院後の生活目標を地域との共通認識として設定している。また、自宅退院患者の 50％に対し家屋訪問を実施し、実際の生活の場で動作確認や環境調整を行う。こうした直接的な現状共有により、形式的な会議を超えた実効性の高い調整が可能となり、退院前カンファレンスの簡略化と安心感のある自宅復帰を両立させている。

【今後の展望とまとめ】今後、東部地区において在宅生活を実現するためには、地域の「縮小」を受け入れつつ質を維持する戦略が必要である。医療・サービスを戦略的に縮小・集約させながら、いかに効率的かつ濃密に資源を配分するかが重要となる。そのためには、地方の強みである専門職同士の「Face to Face の連携」を深め、地域全体で生活を維持する仕組みを再構築しなければならない。高知県東部の現状は日本の近未来の縮図である。回復期リハビリテーション病棟の役割は、単なる「機能回復施設」から、地域の維持可能性を担保する「生活再建のハブ」へと再定義される必要がある。