

今月の視点

今後の山口県での病院リハビリテーション

理事 吉水 一郎

はじめに

山口県は、全国平均を上回る速度で人口減少と高齢化が進行しており、2023年時点での高齢化率は約35.3%（全国6位）に達している。この数字は単なる統計上の記録ではなく、医療現場においては「フレイル、サルコペニアを合併した救急患者の急増」と「退院後の介護力の脆弱化」という具体的な困難として現れている。

特に岩国・柳井、萩・長門、周南といった二次医療圏では、限られた医療資源の偏在が顕著であり、特定の病床機能に過度な負担がかからないような効率的な運用が求められている。このような状況下で、病院リハビリテーションの役割は、単なる機能回復のための訓練から、「地域医療を持続させるための基盤機能」へと変わりつつある。山口県の地域特性に即した病院でのリハビリテーション医療のあり方について述べる。

1. 病院リハビリテーションの再定義と質の追求

現代のリハビリテーション医療において、最も重視されているのは「医療の質」と「アウトカム」の相関である。かつてのように「提供した単位数」という量的な評価だけでなく、リハビリテーション介入が医療全体に対してどのような貢献をしたかが問われる時代となっている。

具体的には、以下の3つの価値がリハビリテーションの本質として定義される。

- ・合併症の予防と早期離床：入院直後からの介入が、廃用症候群やせん妄をどれだけ防いだか。
- ・在院日数の適正化：適切な機能回復プロセスに

より、スムーズな病床回転を実現できているか。

- ・生活継続性の担保：病院内での数値改善にとどまらず、住み慣れた地域での生活維持に寄与しているか。

山口県のように医療圏間の移動が容易でない地域では、一つの病院内で完結するモデルではなく、地域全体を見据えたシームレスなリハビリテーション提供体制が不可欠である。

2. 急性期病棟：悪化を防ぎ、転帰を改善する医療

2.1 超早期介入による廃用症候群の阻止

山口県の急性期病棟には、高齢者の救急搬送が絶えない。こうした患者が治療のために長期間の安静を強いられると、わずか数日で筋力や嚥下機能が著しく低下し、原疾患が治癒しても「歩けない」「食べられない」状態で転帰を促されるケースが多い。

急性期リハビリテーションは、今や「回復のため」ではなく、「悪化を防ぐための医療」として位置づけられる。超早期からの多職種連携（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）による介入は、在院日数の延長を防ぐだけでなく、患者が元の生活環境に戻れる可能性を広げる。

2.2 地域環境を考慮した退院支援

県内の中山間地域や離島部では、退院後にリハビリテーション資源にアクセスすることが物理的に困難な場合が多い。そのため、急性期病棟の段階から、患者の居住環境（段差、介助者の有無、家事動線）を詳細に把握し、短期間の関与であっても、退院後の生活に直結するプログラムを組む

ことが重要となる。

3. 回復期リハビリテーション：在宅復帰の質的向上

3.1 「在宅生活の成立」をゴールとする

回復期リハビリテーション病棟の評価指標としてFIM（機能的自立度評価）の改善度は重要であるが、それが必ずしも在宅生活の継続を保証するわけではない。特に独居高齢者や老老介護世帯が急増している山口県では、病院内でリハビリテーションを完結させるのではなく、生活を再構築するプロセスとして考える必要がある。

4. 地域包括ケア病棟と医療療養病棟の意義

4.1 調整機能としての地域包括ケア病棟

山口県における地域包括ケア病棟は、急性期と生活期をつなぐハブとして機能している。ここでのリハビリテーションは、住宅環境や介護保険サービスとの調整を前提とした「橋渡し」の性格が強い。多職種による生活環境評価を基盤としたリハビリテーション計画を立てることが重要となる。

4.2 慢性期医療における価値の再定義

慢性期病床（医療療養病棟）におけるリハビリテーションは、劇的な改善を目指すものではない。しかし、関節拘縮の防止や褥瘡の進行抑制、呼吸・嚥下機能の維持は、患者の尊厳を保持し、合併症による急性期病床への逆戻りを防ぐという明確な医療的価値を有している。維持・悪化防止という視点での評価は、山口県のような高齢化先進地域においては、正に評価されるべきと考えられる。

5. 山口県におけるリハビリテーション技術の進化

県内の医療機関では、広大な県土と専門職不足という地理的・社会的制約を克服するため、最新のテクノロジー導入が進んでいる。

5.1 ロボティクスと神経リハビリテーション

脳血管疾患等の重症患者に対し、離床を支援する自動起立ロボットや、患者の意図を感知するBMI（ブレインマシンインターフェイス）の導入が進んでいる。これらは、従来の手動的な介入では到達できなかったレベルの神経回路再構築を支

援しており、機能回復の限界を押し広げている。

5.2 「山口モデル」遠隔リハビリテーションの展開

心疾患や呼吸器疾患の患者に対し、退院後にウェアラブル端末を装着してもらい、病院の専門チームが遠隔で監視・指導を行う取り組みが注目されている。

この「山口モデル」は、通院負担を大幅に軽減し、再入院率の低下に寄与している。広域な県土を持つ本県にとって、ICTを活用した遠隔リハビリは、医療の格差是正に直結する。

5.3 VR/ARによる環境シミュレーション

VR（仮想現実）やAR（拡張現実）を用いたりハビリテーションは、病院内にしながら自宅や公共交通機関の利用を擬似体験することを可能にする。特に神経変性疾患における歩行障害（すくみ足等）に対し、ARによる視覚誘導を用いる手法は、患者のQOL向上に大きく貢献している。

おわりに

今後の病院リハビリテーションは、病棟の壁を越え、地域という広域なフィールドでその価値を発揮しなければならない。山口県のような人口減少地域において、リハビリテーションは単なる訓練プログラムではなく、住み慣れた土地で最期まで自分らしく生きるための「地域を支える基盤医療」そのものである。

急性期から慢性期まで、一貫してリハビリテーション医療を提供できることが、持続可能な地域医療の実現へと繋がると考えられる。

参考資料

1. 山口県：「第8次山口県保健医療計画」
2. 山口県：「山口県地域医療構想」
3. 日本リハビリテーション医学会：「リハビリテーション医療の将来展望」
4. 日本慢性期医療協会：「療養病棟におけるリハビリテーションの在り方に関する提言」
5. 日本医師会：「地域包括ケアシステムとリハビリテーションの連携に関する報告」