誠愛リハビリテーション病院　院内勉強会

平成24年5月15日（火）

回復期リハビリテーション病棟について

医療法人三光会　誠愛リハビリテーション病院　病棟医長
横山　信彦

メスを持たない脳外科医は陸に上がった河童か

外科の本質
回復期リハビリの本質

結果主義：結果を出さなければ失敗
達成すべき目標から何をどうするか考える
目的（戦略）と手段（戦術）を区別する
優先順位をつける
時間を取り返しがきかない要素と考える
リスク・利益を考え、リスクをとる
起こりうる事態に先手を打つ

キーワード

目的と手段

チーム医療

エビデンスに基づいたリハビリテーション

ADLの階層性

誠愛リハビリテーション病院

福岡県大野城市南大利2-7-2

総病床数　210床

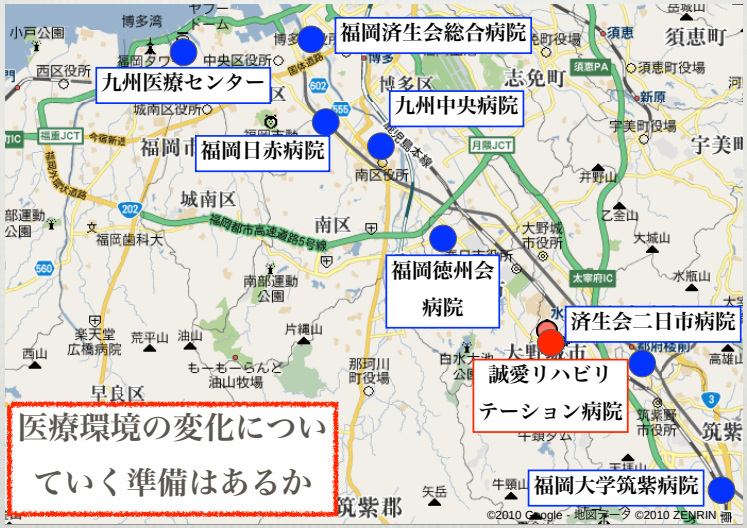
回復期リハ病床：116床
亜急性期病床：12床
一般病床：32床
医療療養病床：40床

成人小児外来リハ、カトレア、通所リハ、居宅支援、
訪問看護、フィットネス、

病棟がこければ皆こける

誠愛リハビリテーション病院

福岡県大野城市南大利2-7-2



誠愛リハ病院の特徴

- 100%紹介入院　地域主幹病院からの紹介が命綱
- 特養、有料老人ホームなどのケア施設を持たない
- 地域に根付いた居宅ケアが弱い
- 斜面建築　建て増しで構造に一貫性が無い
- 回復期リハビリ病院の 建築構造ではない
- 回復期リハビリ病院の 組織構築では無い

誠愛のリハビリテーションとは何か

- 言葉の定義；目的と手段を混同していないか
- 在宅復帰率、重症改善率など結果をだしてきたか
- 経験値を共有蓄積できる組織であるか
- やる気を引き出し、人材を育てるシステムであるか
- 病院として発信できるものはあるか

PROBLEM SOLVING

問題解決するための考え方

三つの原則

長い目で考える

多面的に考える

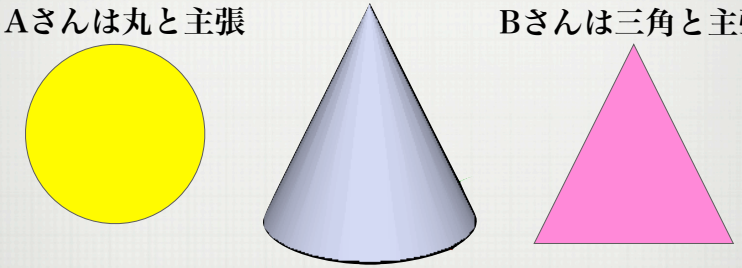
本質的に考える

視点の違いによる対立をどのように問題解決につなげるか

同じものを見ても

Aさんは丸と主張

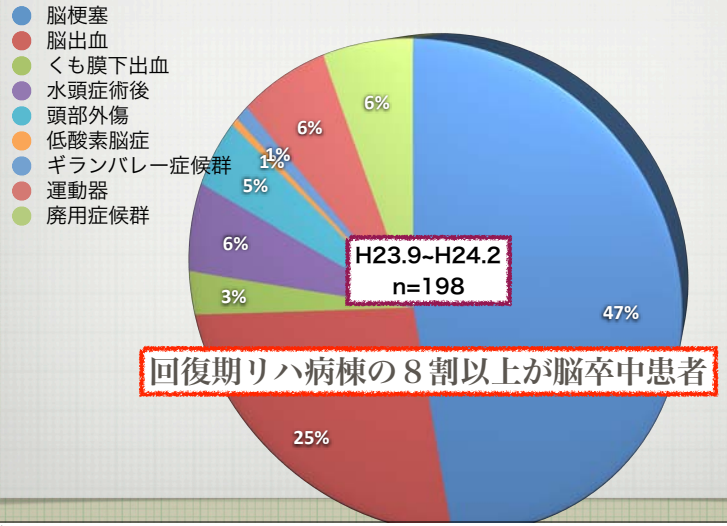
Bさんは三角と主張



発想の飛躍も必要です

誠愛リハ病院　回復期病棟実績

回復期病棟疾患割合：平成23年9月~平成24年2月



回復期リハ病棟の８割以上が脳卒中患者

誠愛リハビリテーション病院

福岡県大野城市南大利2-7-2

院長　井林 雪郎（いばやし　せつろう）

1 内科学（とくに生活習慣病と血管障害）、脳卒中学、老年医学、脈管医学 - いずれも認定専門医／指導医：医学博士

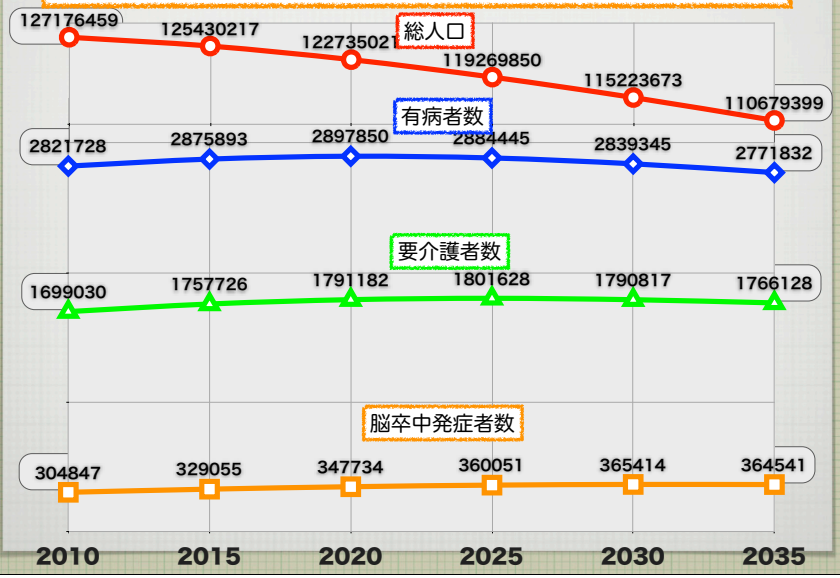
2 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学（旧 医学部第二内科）出身、米国ECFMG医学試験合格

3 脳卒中学会理事/広報委員/施設認定生涯教育委員/専門医認定試験委員/日米脳卒中合同英文誌JSCVD編集委員/財務委員（西日本代表）、脳卒中治療ガイドライン策定委員、脳卒中データバンク運営委員、脳循環代謝学会理事/編集委員長、神経学会評議員、脈管学会評議員、老年医学会評議員、AHA/ASA Premium Professional Member、World Stroke Organization Member、日本内科学会認定医/認定指導医、日本老年医学会認定専門医/認定指導医、日本脳卒中学会専門医、日本脈管学会専門医

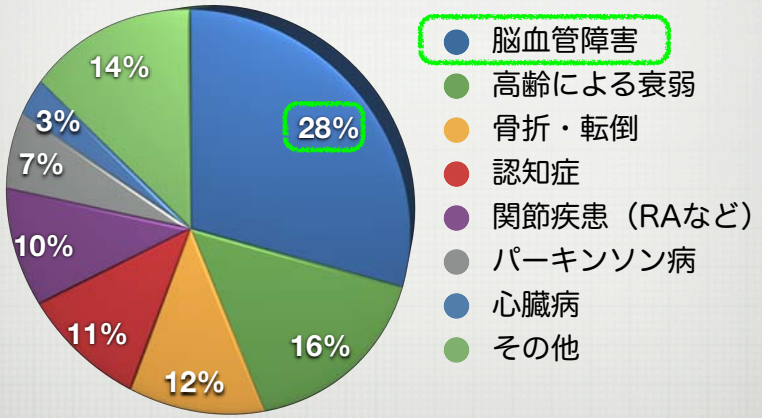
平成24年5月11日
長崎漢方リハビリセミナー

脳卒中有病者数と脳卒中による要介護者数の推定

厚生労働科学研究費補助金　健康科学総合研究事業



「寝たきり」の原因　平成13年　国民生活基礎調査



寝たきりを増やさないために

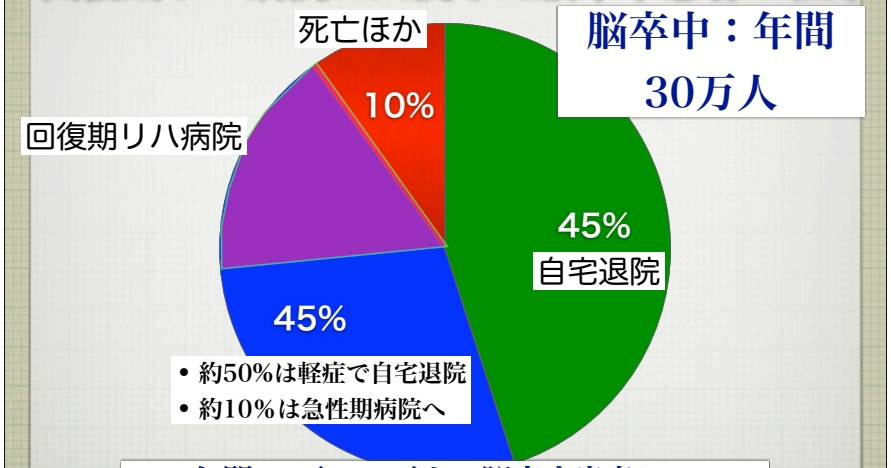
- 切れ目のない脳卒中診療
  - 一般市民の啓発
  - 急性期治療：STROKE CARE UNIT
  - 脳卒中回復期リハビリテーション
  - かかりつけ医の脳卒中診療バックアップ
  - 顔の見える医療連携

回復期リハビリテーション病棟

- 平成12年4月の診療報酬改定：特定入院料に「回復期リハビリテーション病棟入院料」が設けられた
- 急性期病院では入院日数が短縮される
- 介護保険では在宅ケア体制が整備される
- 急性期病院と在宅ケアの中間に位置するのが「回復期リハビリテーション病棟」

全国リハビリテーション病棟連絡協議会HPより

回復期リハ病院に入院した脳卒中患者の転帰



脳卒中：年間
30万人

- 約50%は軽症で自宅退院
- 約10%は急性期病院へ

年間 ４万～８万人の脳卒中患者は、
回復期リハビリ次第で確実に運命が変わる

脳卒中ケア：患者を生活者として帰すまで

介護保険
↑
↓
医療保険

地域社会

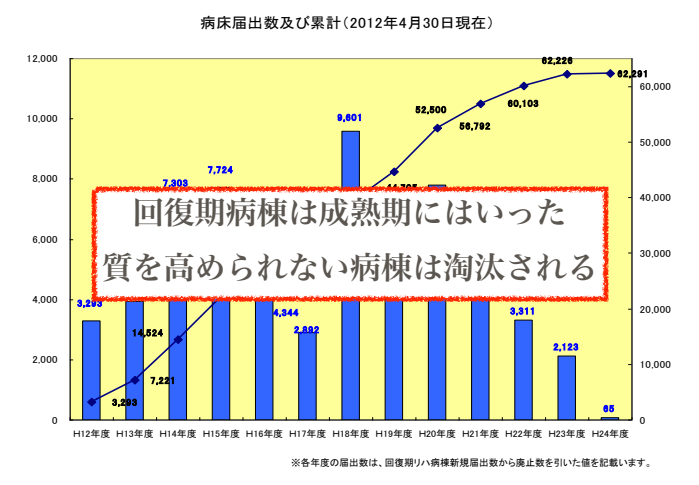
回復期リハビリ病院

急性期病院

生活能力の回復
- 経管栄養・胃瘻栄養
- 気管切開

生命の危機克服
- 経管栄養・胃瘻栄養
- 気管切開

回復期リハビリテーション病床届出数および累計



回復期病棟は成熟期にはいった
質を高められない病棟は淘汰される

全国リハビリテーション病棟連絡協議会HPより

回復期リハビリの目的＝家に帰すこと の意味

患者のその後を知る

68歳女性。くも膜下出血　水頭症術後

X年5月17日、突然の頭痛嘔吐をきたして救急搬送。

頭部CTでSAHと診断、直後に再破裂。前交通動脈瘤コイル塞栓術、減圧開頭。

X年6月25日、頭蓋形成、脳室腹腔シャント手術。

X年8月17日、 回復期リハ目的で転院。

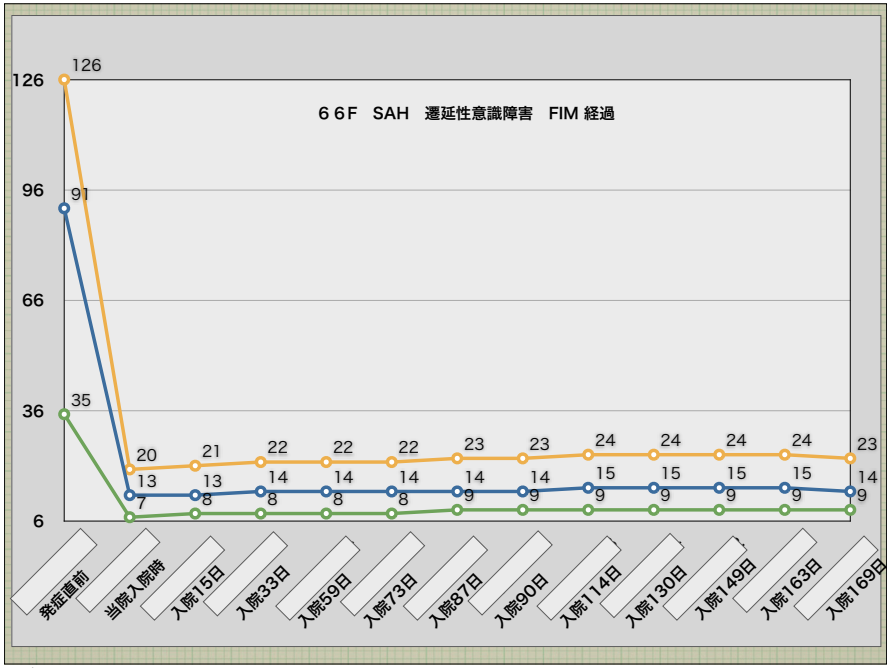
JCS=10　経鼻経管栄養　全介助　FIM=20/126

意欲低下、嘔気、食思不振のため、半年経過しても経管栄養離脱できず。

家族は胃瘻拒否、在宅介護を希望

X+1年2月13日、自宅退院　濃厚流動食　退院処方　退院時FIM=23

転院3ヶ月



自宅退院後一週間

86歳男性。左被殻出血　右片麻痺　嚥下障害　認知症

150cm 38kg　夫人、娘と3人暮らし　認知症のためデイケア週５回利用

X年12月9日、デイサービス中に右口角下垂、構音障害をきたして救急搬送。

頭部CTで左被殻出血（3x2x2cm）を認めた。誤嚥性肺炎のため経管栄養となる。

X年1月20日（42病日）、ストレッチャーで転院。

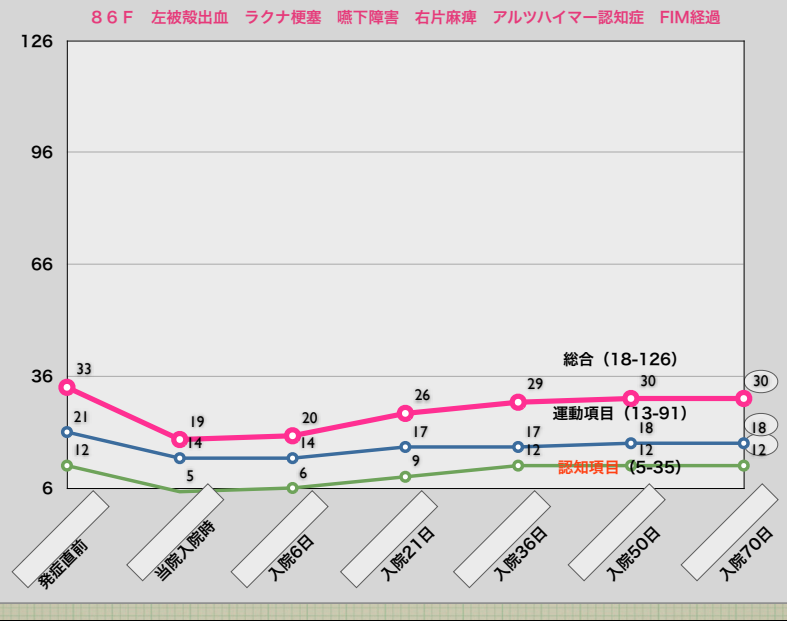
両手足の自発的な動きあり。失見当、dementiaあり。嚥下造影では嚥下反射、咳反射の誘発無く、経管栄養を継続。ACE blocker、半夏厚朴湯を毎日注入。

１ヶ月後に二回目の嚥下造影を行い、食塊の形成送り込み、嚥下反射誘発がみられた。

ミキサー食半量から経口摂取開始。１ヶ月で刻み食全量経口摂取可能となる。

FIMは入院時19点から30点へ改善。若干の意思疎通も可能となる。

X年4月1日、 グループホームへ入所。



転院8日目

退院後１ヶ月（グループホーム訪問）

帰るべき場所に帰ることが最良の薬である

回復期リハはその手段に過ぎない

平成20年　回復期リハに成果主義導入

回復期リハビリテーション病床基準２（旧基準1）

- 在宅復帰率：60%以上
- 新規入院に占める重症患者割合：20% (15%) 以上
- 重症患者の3割以上が退院時ADL改善
  - 日常生活機能評価：3点以上改善

多職種チーム医療は簡単じゃありません

MULTI-DISCIPLINARY TEAM APPROACH

「匠」

各専門職の相違

使用言語体系
医療知識のバックグラウンド
他の職種と協同する教育はうけていない
医療経験の質：看取り経験の有無
勤務体系
生活者としての経験

チーム医療の自然予後

現実の結婚生活との類似性

ハネムーン期 → 倦怠期 → 破局

チーム医療とは、終わりなき戦いである BY 横山信彦

忍耐と寛容、価値観の共有が必要である

「自分は悪くない」では収拾がつかない

自己洞察、自己修養が求められる

「ものさし」を 共有する

共通言語をもつ

脳卒中診療のものさし

FIM評価項目

運動項目													認知項目				
セルフケア						排泄管理		移乗移動					コミュニケーション		社会的認知		
食事	整容	入浴	更衣上半身	更衣下半身	トイレ動作	排尿	排便	ベッド椅子移	トイレ移乗	風呂移乗	歩行車椅子	階段	理解	表出	社会的交流	問題解決	記憶

FIM　７段階評価

自立：介助者なし

- ☑ 7　完全自立
- ☑ 6　修正自立　（補助具、時間、安全性）

介助：介助者必要

部分介助　患者が50%以上の労力

- ☑ 5　監視または準備：介護者は手を出さない
- ☑ 4　最小介助：75%＜
- ☑ 3　中等度介助：50%＜75%

完全介助　患者は50%未満の労力

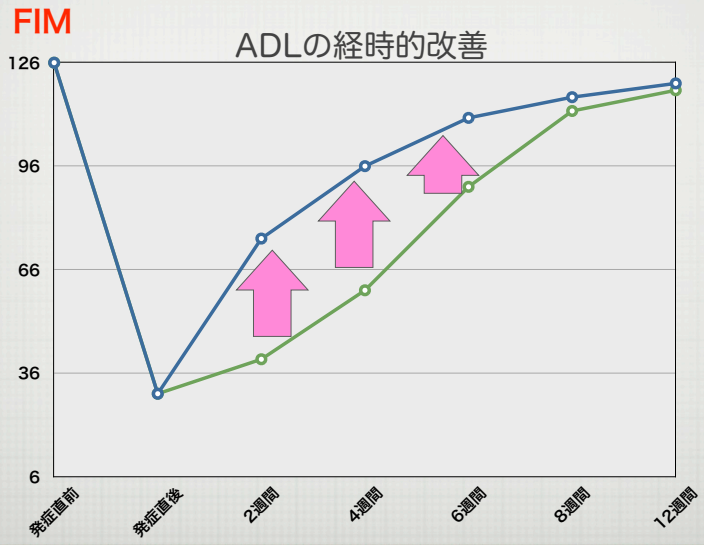
- ☑ 2　最大介助：25%＜50%
- ☑ 1　全介助：＜25%

FIMの利点

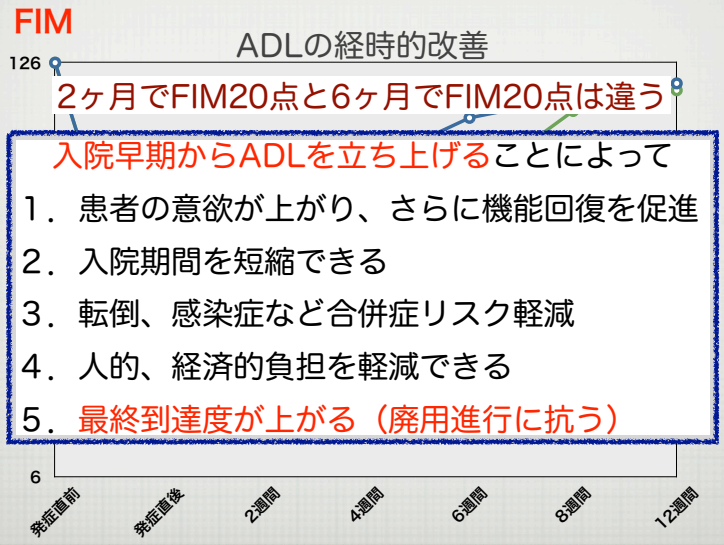
- ★ 患者の生活自立度（ADL）を定量化できる
- ★ スタッフ間の共通言語となる
- ★ リハビリの経過が分かる
- ★ リハビリ訓練の方針を立てられる
- ★ どんな生活支援が必要かわかる
- ★ ゴール予測ができる
- ★ ETC.

共有する目標を持つ

立ち上がり重視のリハビリ



立ち上がり重視のリハビリ



2ヶ月でFIM20点と6ヶ月でFIM20点は違う

入院早期からADLを立ち上げることによって

1．患者の意欲が上がり、さらに機能回復を促進
2．入院期間を短縮できる
3．転倒、感染症など合併症リスク軽減
4．人的、経済的負担を軽減できる
5．最終到達度が上がる（廃用進行に抗う）

在宅支援からみた
患者ADLを早く立ち上げることの重要性

- 退院時ADLが上がる
- 家族の受容が良くなる
- 退院時介護レベルの予測がつく
- 在宅介護のプランを提示しやすい
- 在宅復帰率があがる
- 在院日数の調整が効く
- 医療コスト削減　病院経営の安定

成果を出すために明らかにすべきこと

在宅復帰率：何を満たせば患者を家に帰せるか

重症患者改善率：どんな患者が重症患者であるか

重症患者を良くするには何が必要か

家に帰すための要件

- 食事自立；口から食べられること
- 排泄自立；おむつが要らないこと
- 移乗移動、セルフケア；介助〜自立

これらは独立した要因ではない

家に帰すための要件

- 口から食べなければ、尿便意は生じない
- 尿便意がなければ、排泄自立に至らない
- 排泄自立しなければ、移乗移動、セルフケアは実用にならない

FIMから読み取るADLの改善過程

食事経口摂取→排泄自立→移乗移動、セルフケア

典型例呈示

FIM

	運動項目													認知項目							
	セルフケア						排尿排便		移乗移動					コミュニケーション		社会的認知					
評価日付	食事	整容	清拭	更衣上半身	更衣下半身	トイレ動作	排尿管理	排便管理	ベッド車いす椅子	トイレ	浴室シャワー	歩行車いす	階段	理解	表出	社会的交流	問題解決	記憶	運動合計	認知合計	合計
発症前	7	入院時全介助				7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	91	35	126
							5/15 長崎で発症 6/21 当院入院														
転院時	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	17	8	25
15日	2	① 食事経口摂取					1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	18	8	26
28日	2	2	1	2	2	1	5	5	② 尿便意を訴える					3	1	2	1	2	28	9	37
33日	3	2	1	2	2	1	5	5	2	2	2	2	1	3	1	2	1	2	30	9	39
44日	4	3	2	2	③ セルフケア、移乗移動介助軽減									3	1	2	1	2	37	9	46
65日	4	4	3	3	3	3	6	5	4	4	3	3	1	3	2	2	2	2	46	11	57
74日	5	4	3	3	3	3	6	5	4	4	3	4	1	3	2	3	2	2	48	12	60
90日	5	4	3	3	3	4	7	5	4	4	3	5	1	3	3	4	3	3	51	16	67
104日	6	5	3	3	3	4	7	5	4	4	3	5	1	4	3	5	4	4	53	20	73
120日	6	5	3	3	3	4	7	5	4	4	3	5	1	4	3	5	4	5	53	21	74
136日																					74

①口から食べる→②排泄自立→③セルフケア移乗移動

経験則

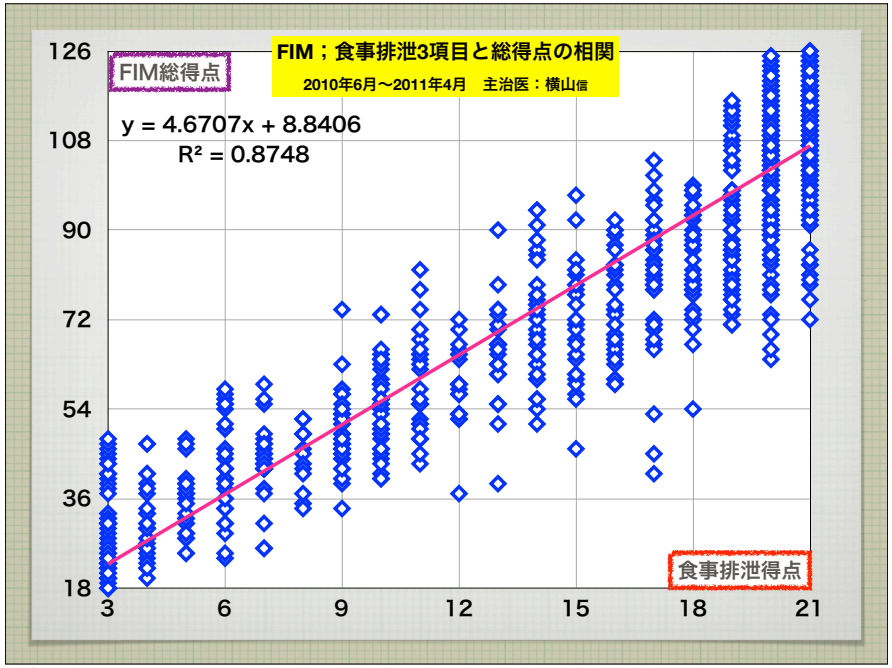
FIMの食事、排尿、排便の三項目をみれば総得点が予測できる！

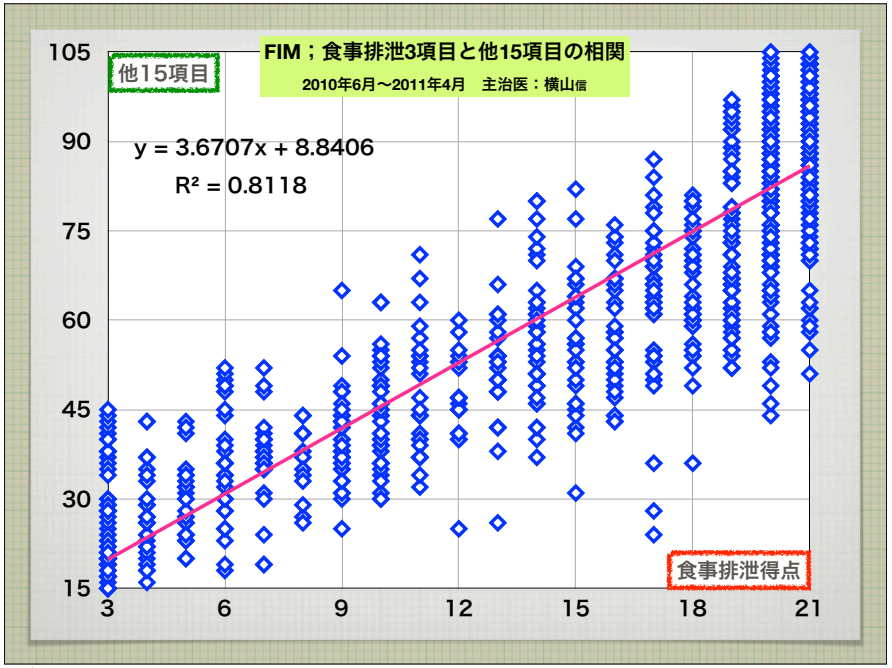
検証

入院患者の全経過 FIM
食事排泄得点と総得点をプロット

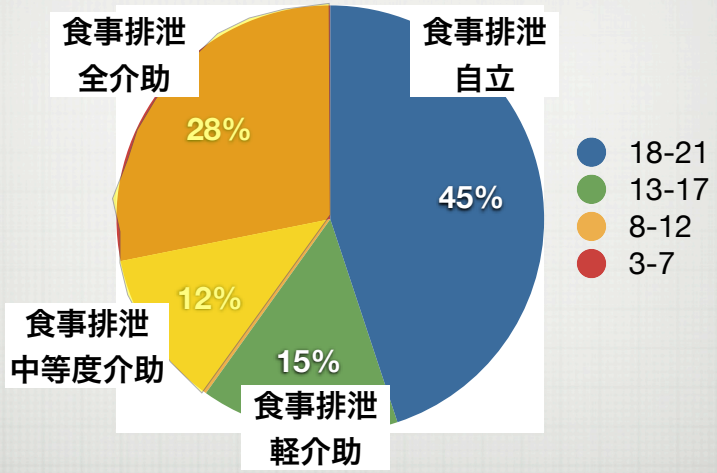
平成22年6月~平成24年4月　主治医；横山信彦

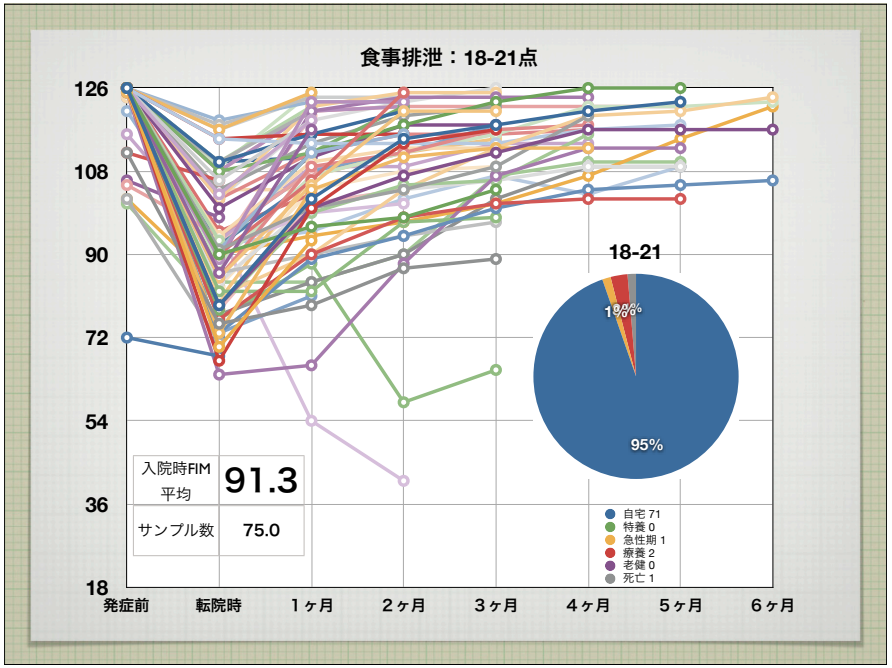
延べ患者数；169人　1268 ポイント

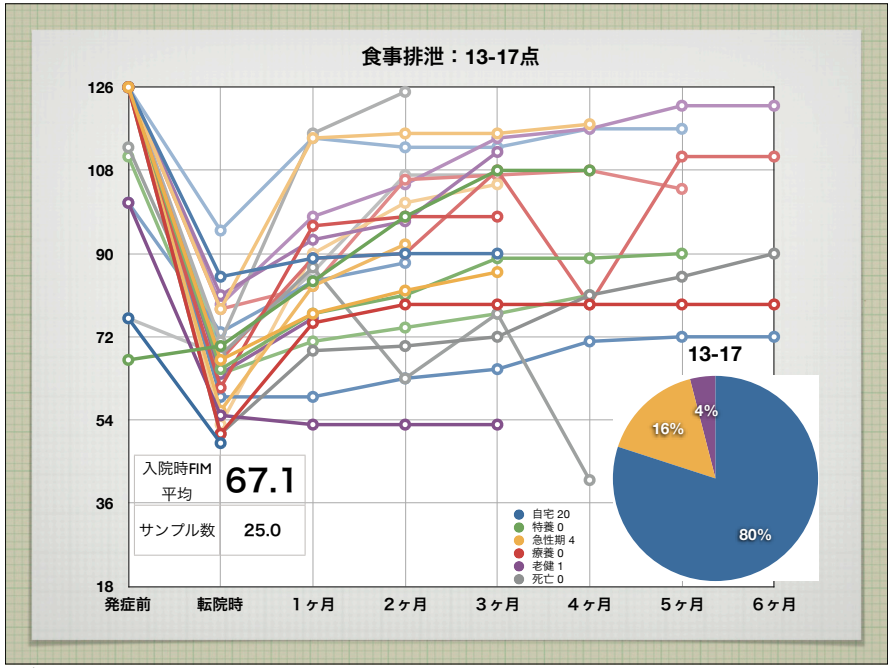


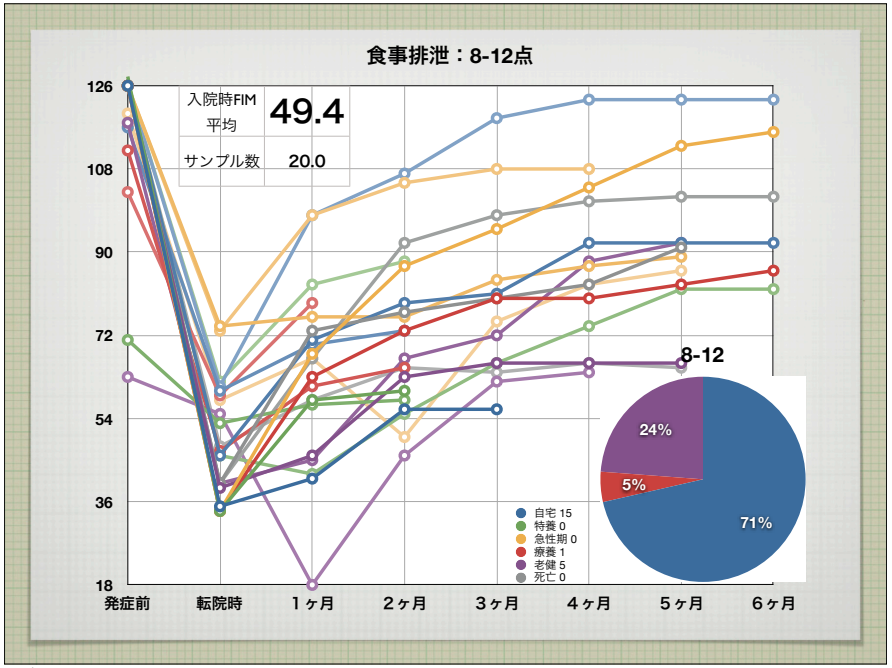


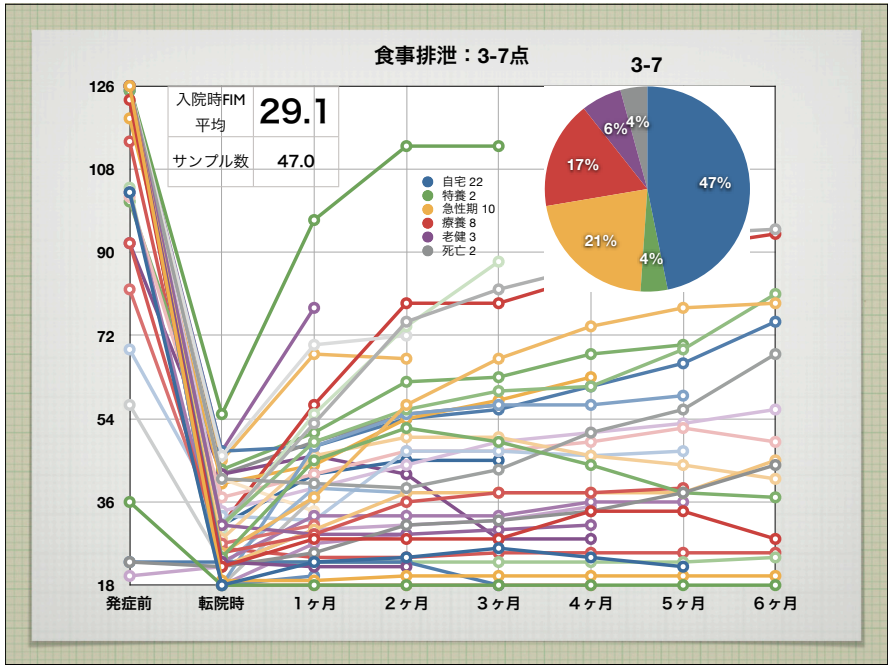
FIM：食事、排泄項目からみた脳卒中患者割合

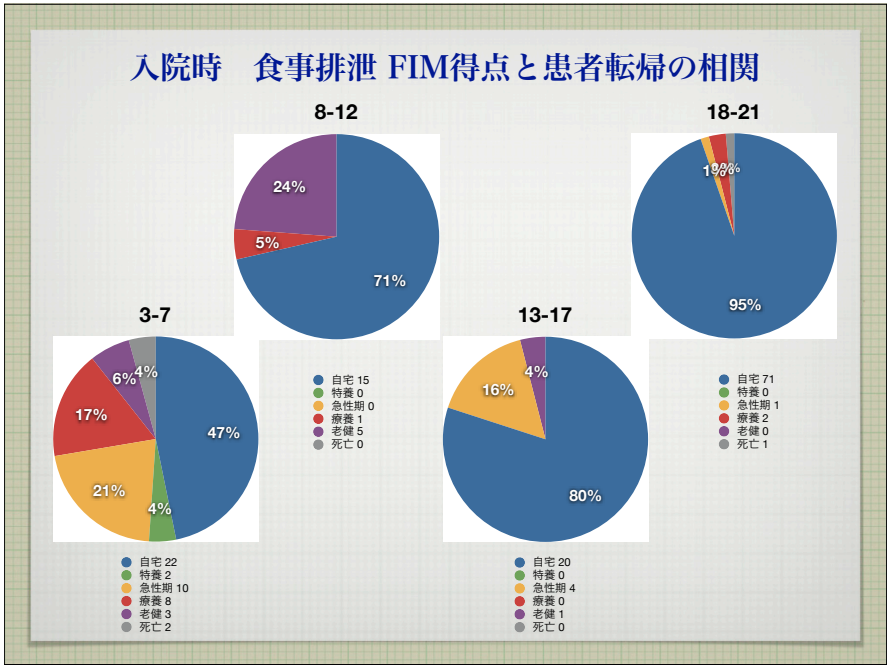












日常生活評価でいう重症患者は
どの患者

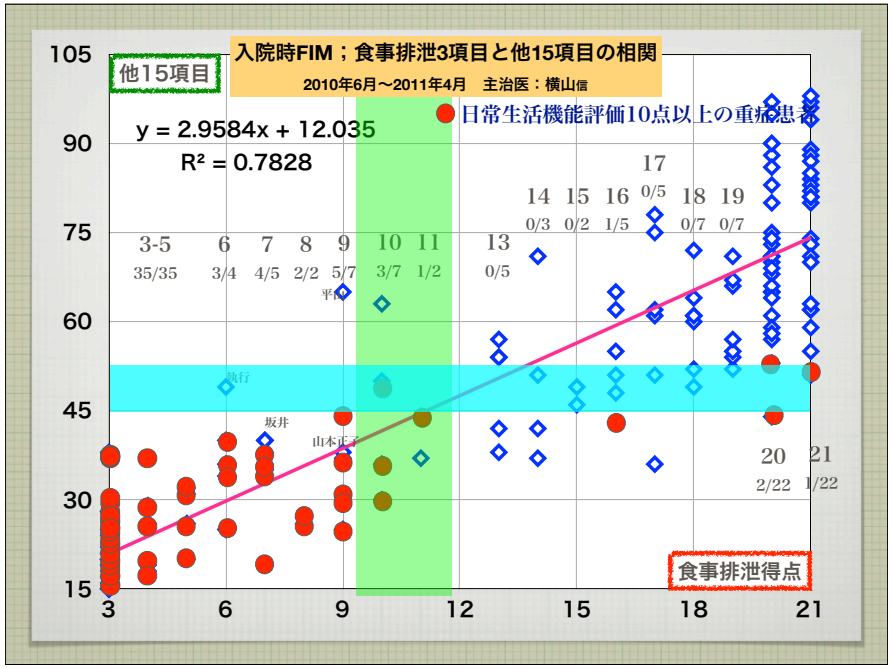
日常生活機能評価表

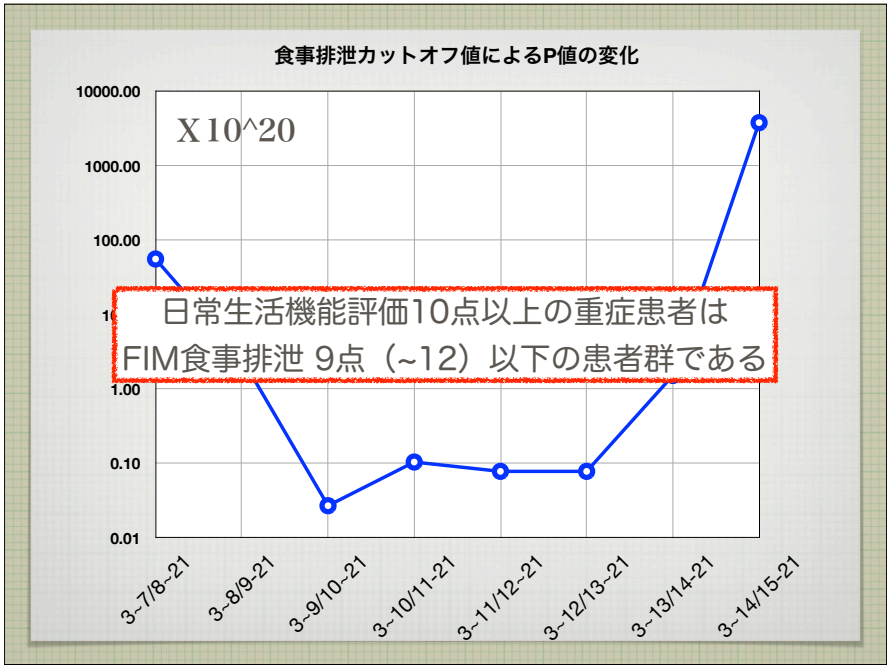
患者の状況	得　点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
[illegible]	[illegible]	支えがあれば	[illegible]
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※　得点：０～１９点
※　得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点　　点

この変なものさしを
普遍的な指標に変換できないか



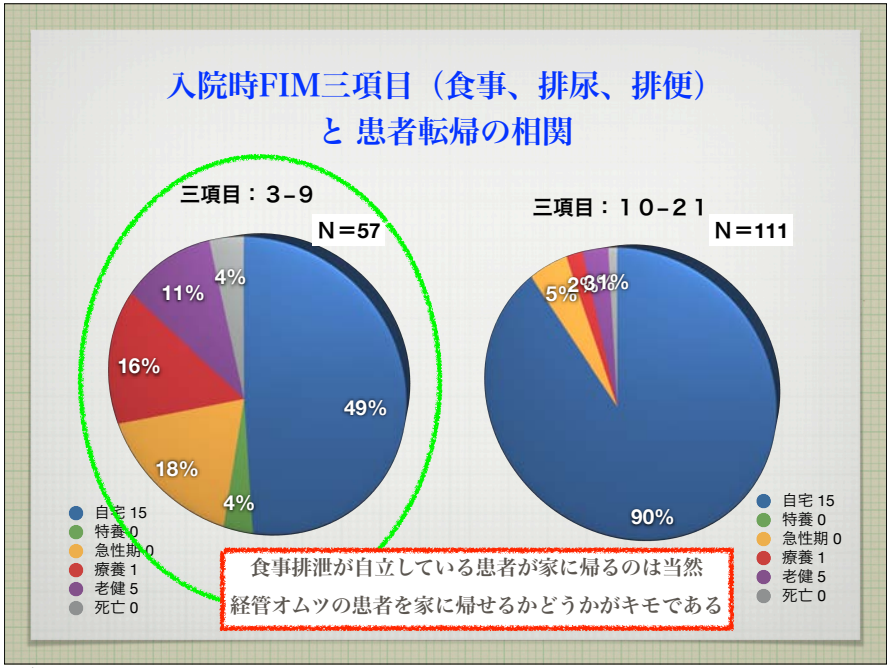


入院時FIM；食事排泄3項目と日常生活機能評価　重症度との関連

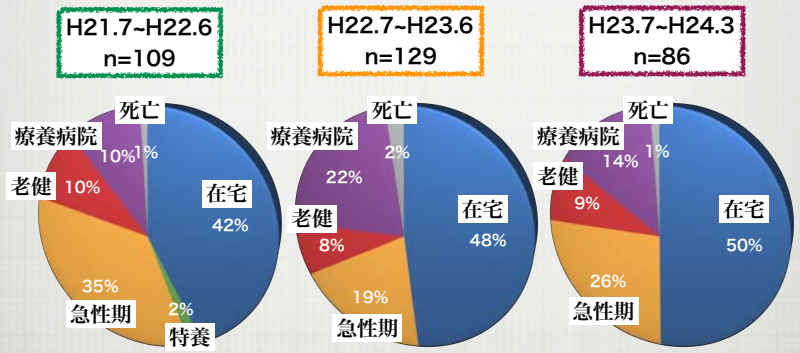
実測値	日常生活機能評価 重症	軽症	計
食事排泄 10点以上	8	80	88
食事排泄 9点以下	48	4	52
計	56	84	140

期待値	日常生活機能評価 重症	軽症	計
食事排泄 10点以上	35.2	52.8	88
食事排泄 9点以下	20.8	42.9	52
計	56	84	140

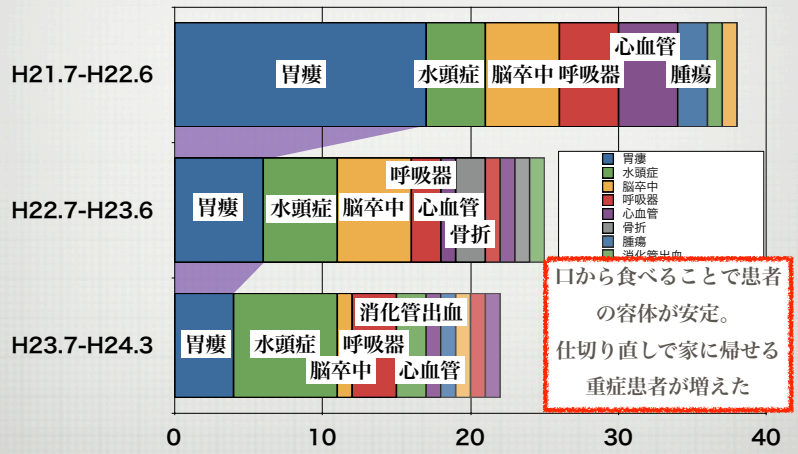
入院時　FIM食事排泄三項目；
10点以上、9点以下で生活機能評価重症度と相関
(カイ二乗検定: P=2.7E-22)



誠愛リハ病院　回復期病棟実績
重症患者転帰　円グラフ



誠愛リハ病院　回復期病棟実績
重症患者　急性期病院転院理由



口から食べることで患者の容体が安定。
仕切り直しで家に帰せる重症患者が増えた

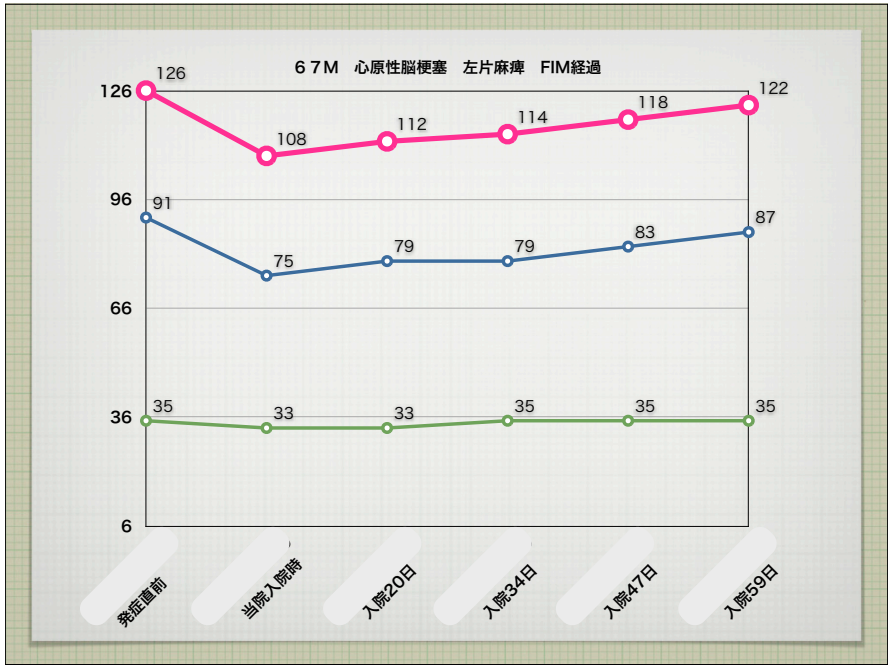
日常生活評価でいう重症患者は
どの患者

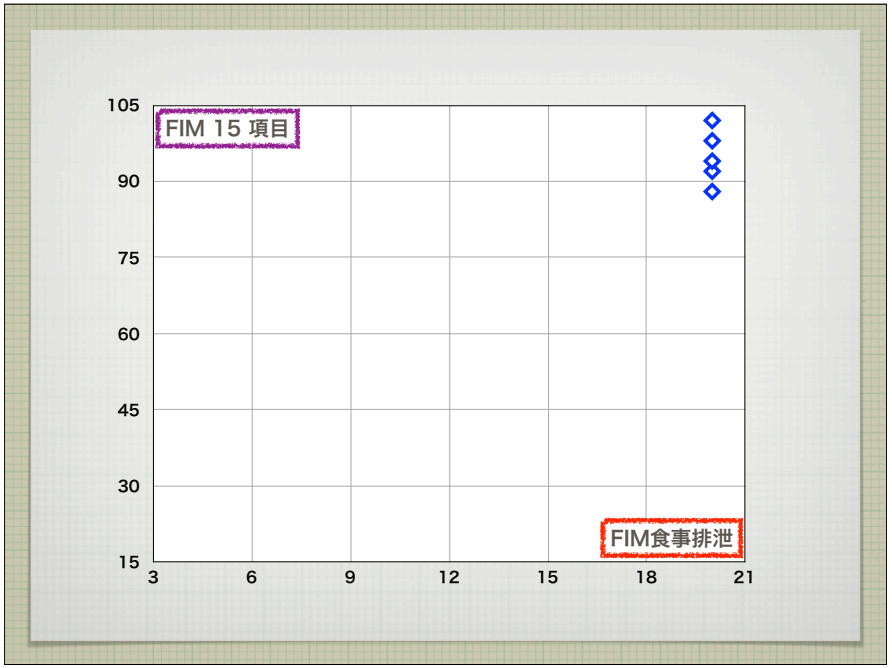
経管栄養でオムツの患者

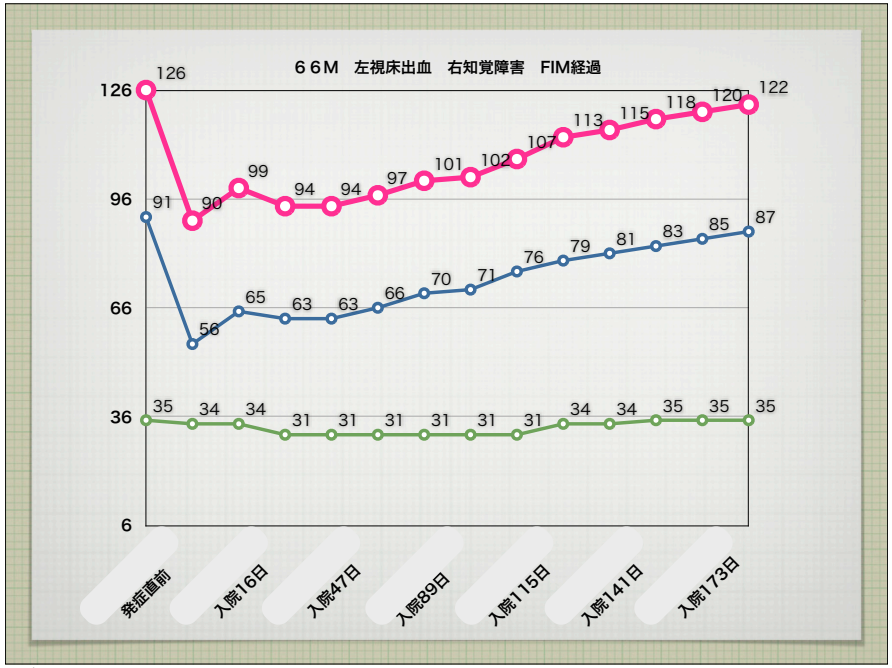
- 重症患者改善率を上げるためには口から食べ、排泄自立を促すことが重要である

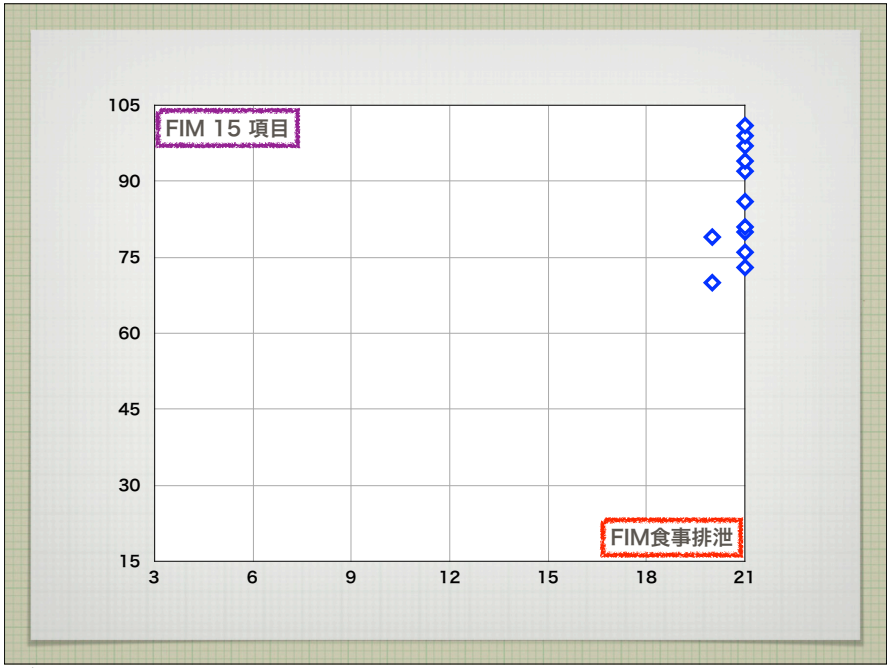
各患者のリハの過程で
食事排泄と他のADL項目は相関するか

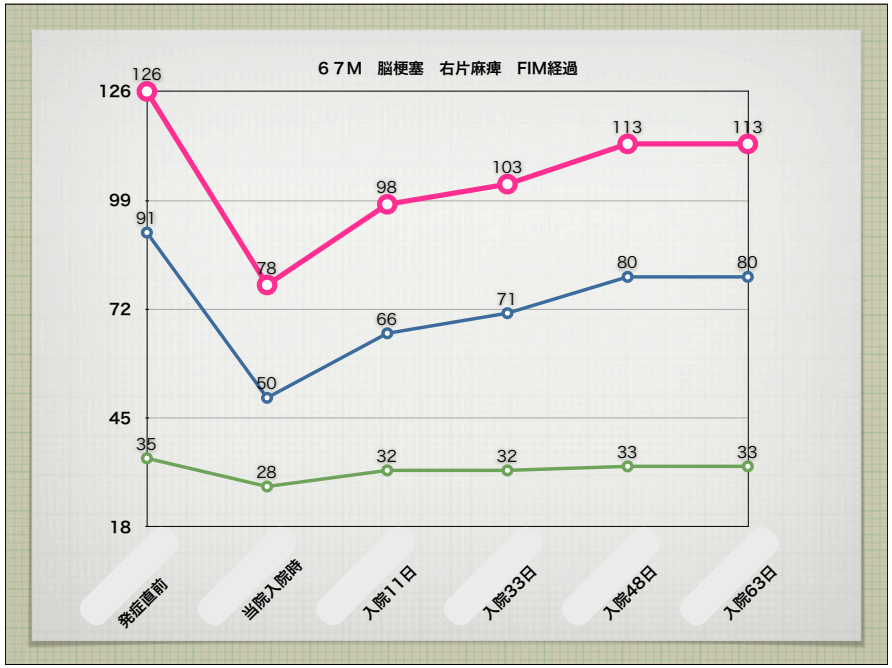
患者のADLはどのように改善するか
経過をプロットしてみた

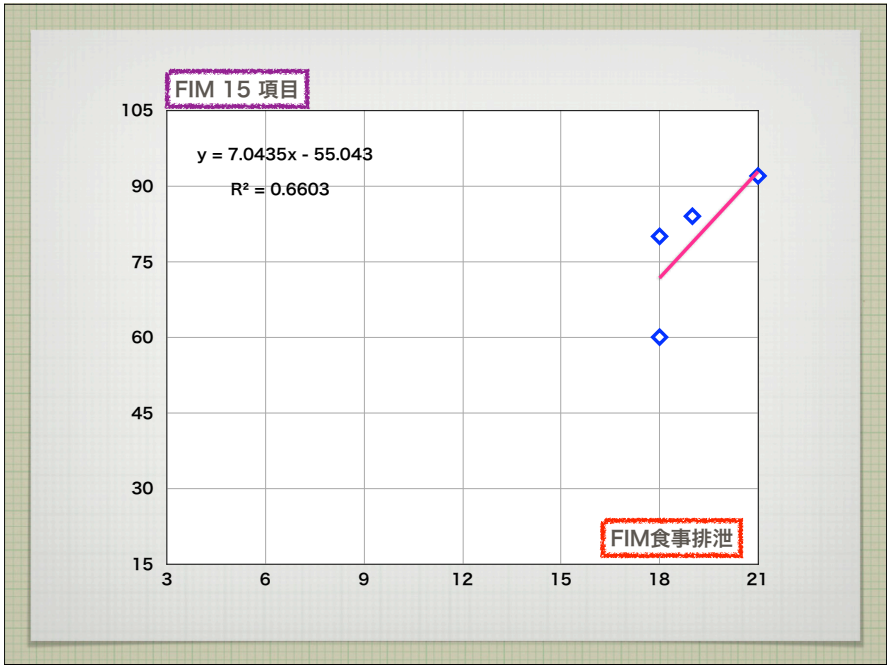

６７Ｍ　心原性脳梗塞　左片麻痺　FIM経過
126
96
66
36
6
126
108
112
114
118
122
91
75
79
79
83
87
35
33
33
35
35
35
発症直前
当院入院時
入院20日
入院34日
入院47日
入院59日

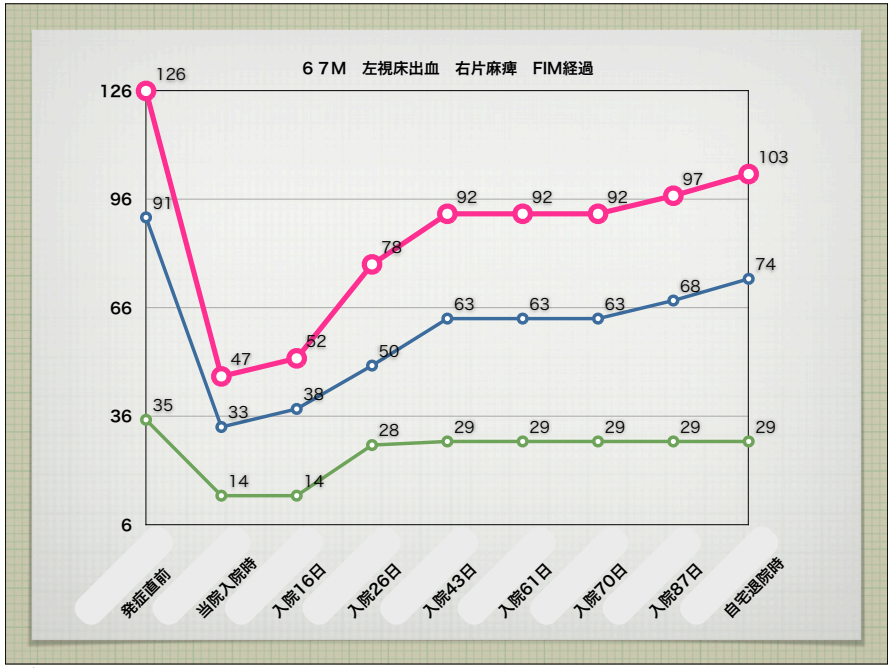

FIM 15 項目
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

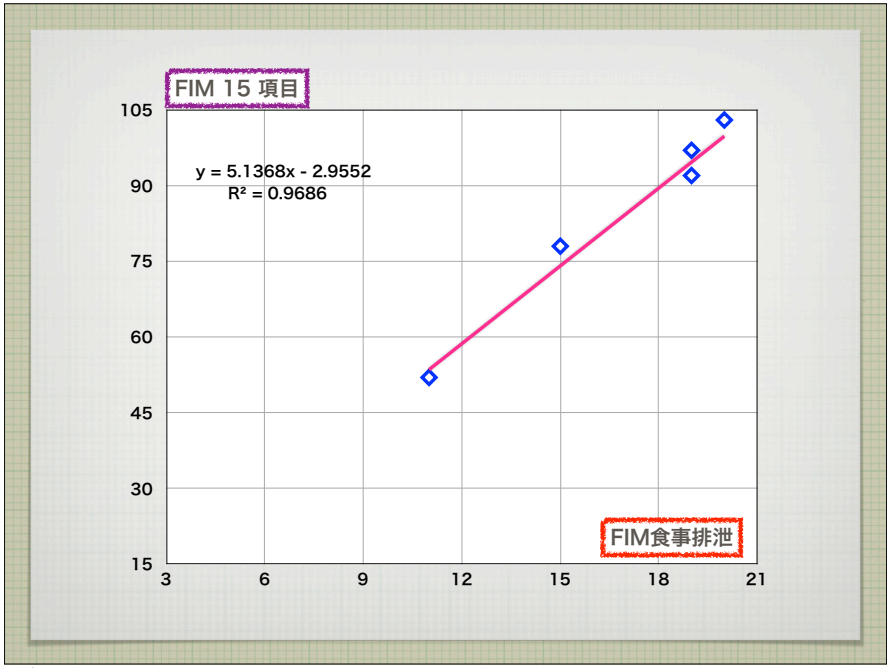

６６Ｍ　左視床出血　右知覚障害　FIM経過
126
96
66
36
6
126
90
99
94
94
97
101
102
107
113
115
118
120
122
91
56
65
63
63
66
70
71
76
79
81
83
85
87
35
34
34
31
31
31
31
31
31
34
34
35
35
35
発症直前
入院16日
入院47日
入院89日
入院115日
入院141日
入院173日

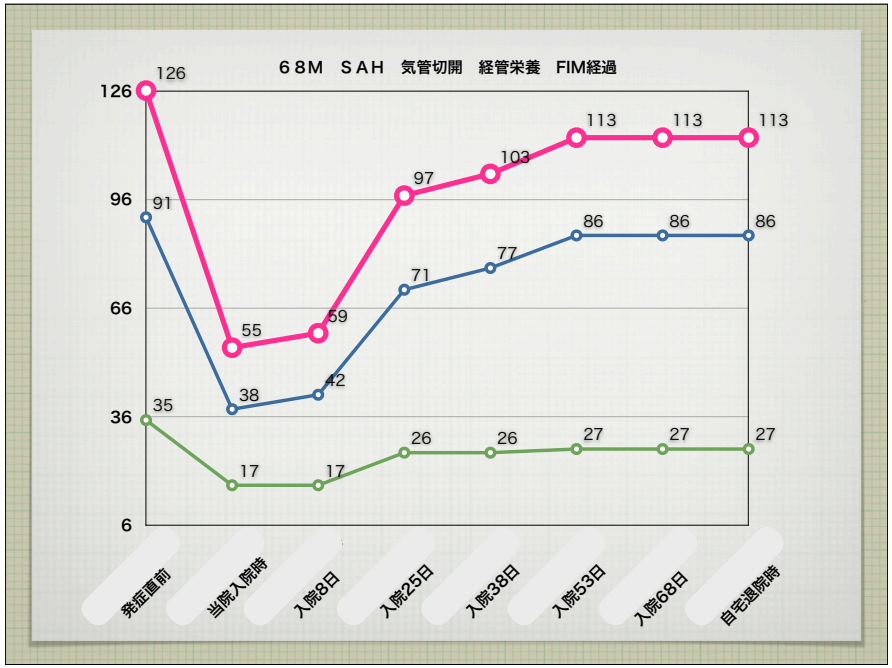

FIM 15 項目
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

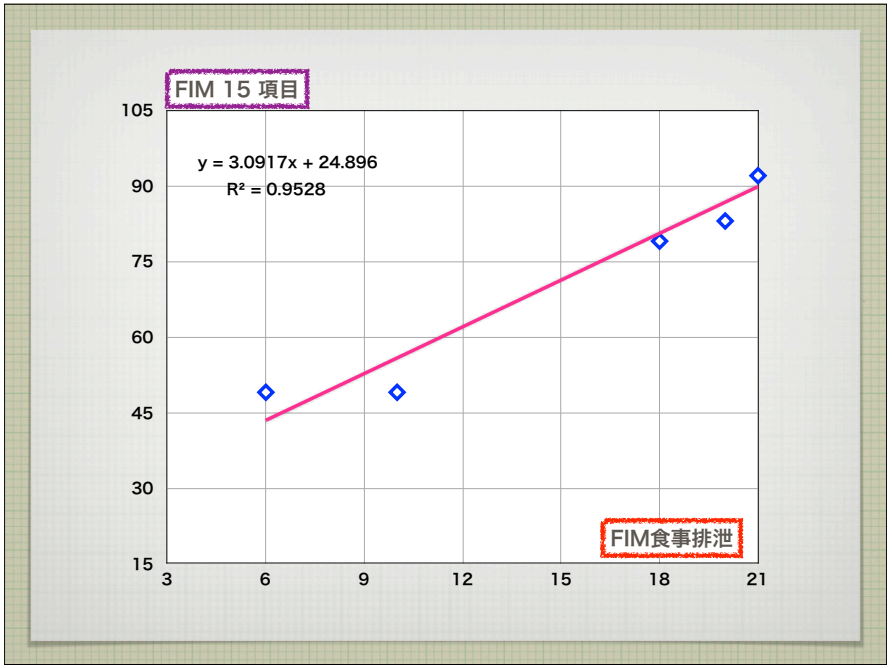

６７Ｍ　脳梗塞　右片麻痺　FIM経過
126
99
72
45
18
126
78
98
103
113
113
91
50
66
71
80
80
35
28
32
32
33
33
発症直前
当院入院時
入院11日
入院33日
入院48日
入院63日

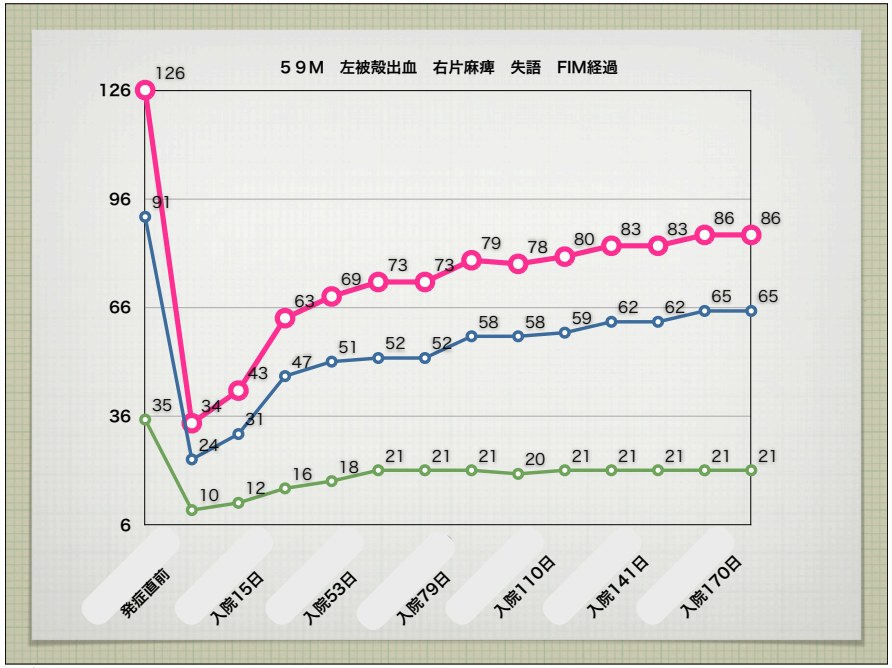

FIM 15 項目
y = 7.0435x - 55.043
R² = 0.6603
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

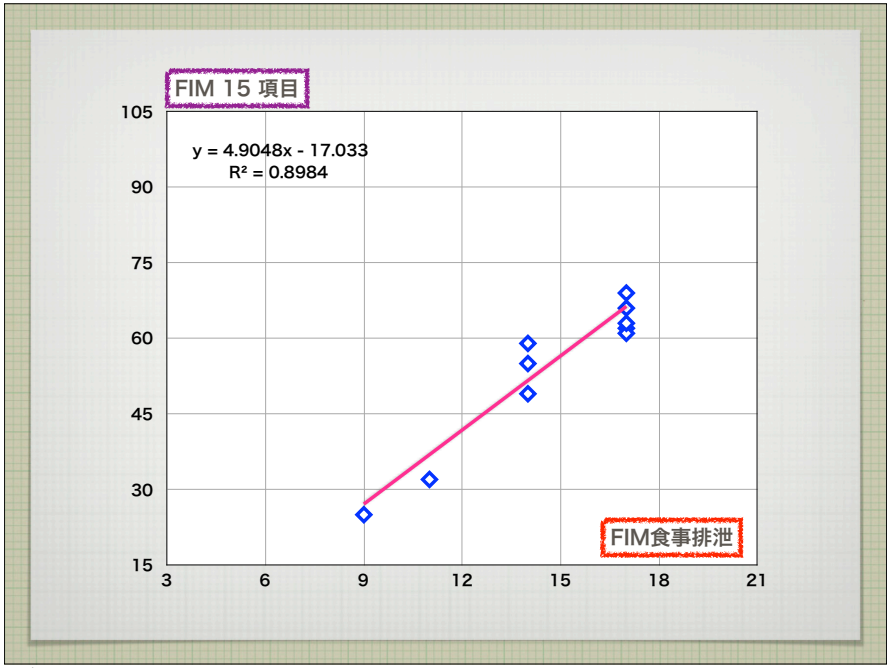

６７Ｍ　左視床出血　右片麻痺　FIM経過
126
96
66
36
6
126
47
52
78
92
92
92
97
103
91
33
38
50
63
63
63
68
74
35
14
14
28
29
29
29
29
29
発症直前
当院入院時
入院16日
入院26日
入院43日
入院61日
入院70日
入院87日
自宅退院時

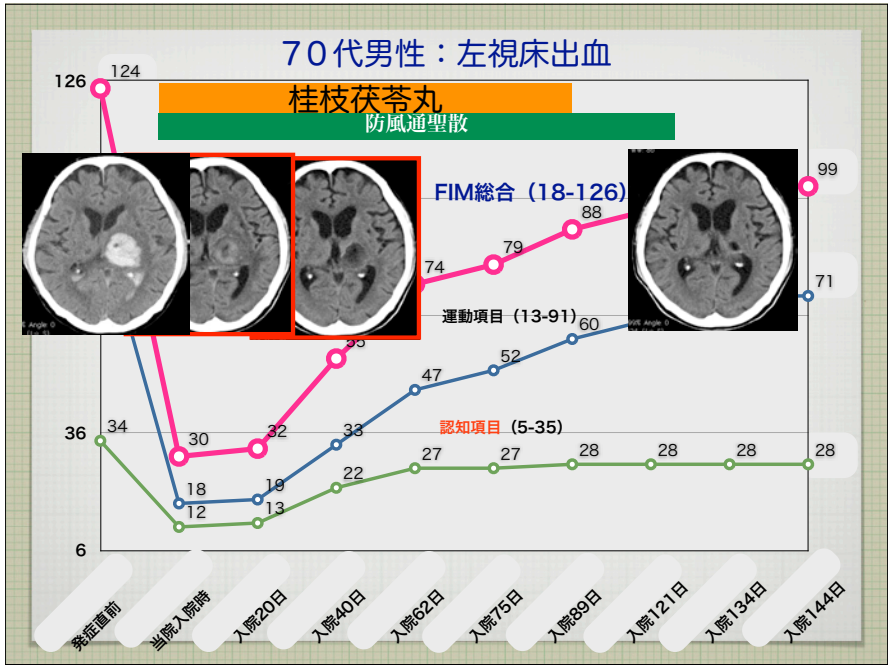

FIM 15 項目
y = 5.1368x - 2.9552
R² = 0.9686
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

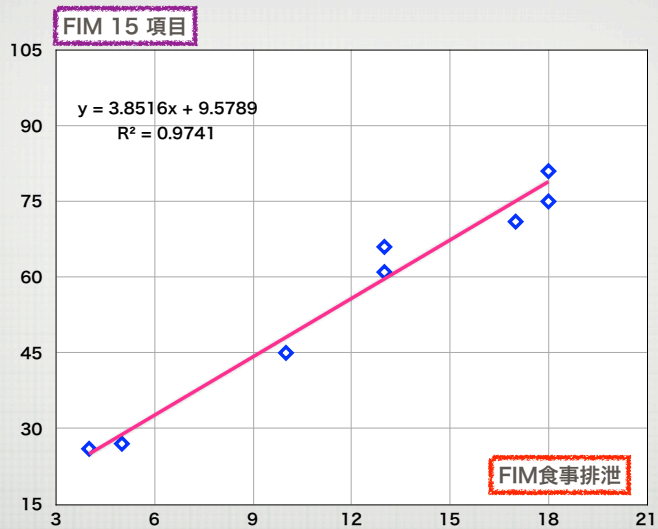

６８Ｍ　ＳＡＨ　気管切開　経管栄養　FIM経過
126
96
66
36
6
126
91
35
55
38
17
59
42
17
97
71
26
103
77
26
113
86
27
113
86
27
113
86
27
発症直前
当院入院時
入院8日
入院25日
入院38日
入院53日
入院68日
自宅退院時

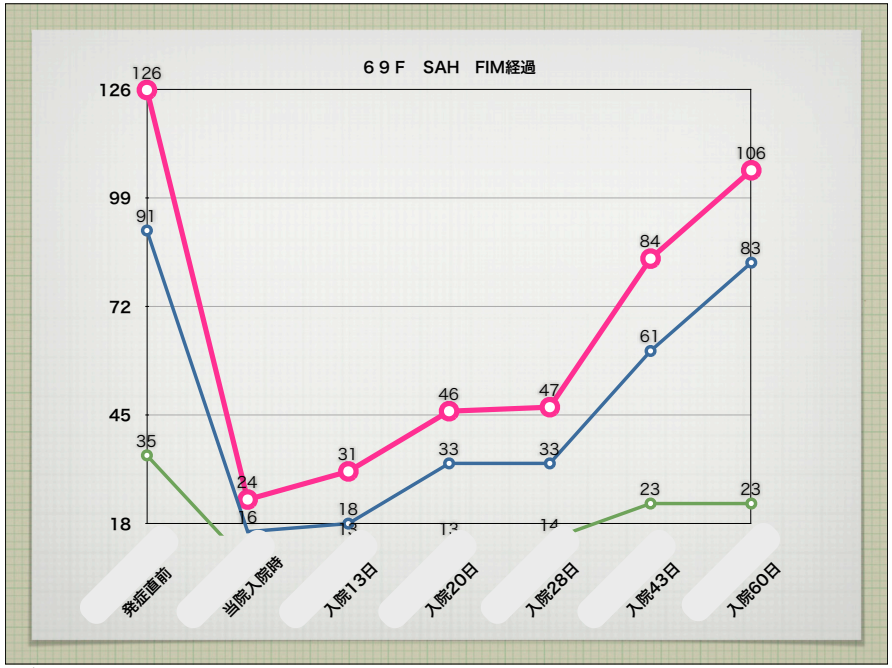

FIM 15 項目
y = 3.0917x + 24.896
R² = 0.9528
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

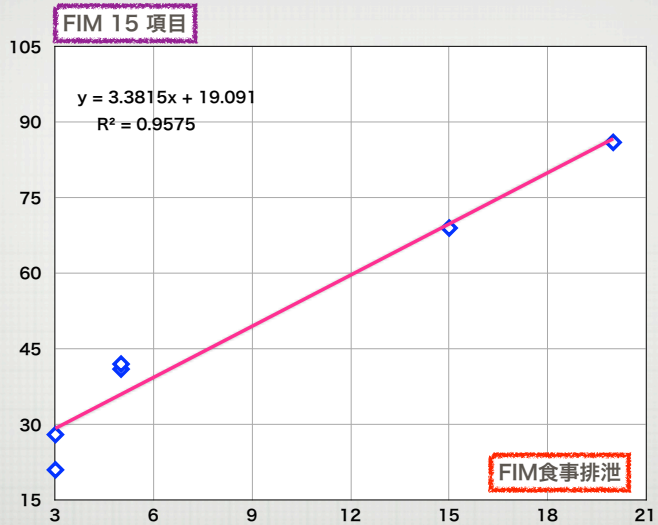

５９Ｍ　左被殻出血　右片麻痺　失語　FIM経過
126
96
66
36
6
126
91
35
34
24
10
43
31
12
63
47
16
69
51
18
73
52
21
73
52
21
79
58
21
78
58
20
80
59
21
83
62
21
83
62
21
86
65
21
86
65
21
発症直前
入院15日
入院53日
入院79日
入院110日
入院141日
入院170日


FIM 15 項目
y = 4.9048x - 17.033
R² = 0.8984
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21


７０代男性：左視床出血
桂枝茯苓丸
防風通聖散
FIM総合（18-126）
運動項目（13-91）
認知項目（5-35）
126
124
99
88
79
74
71
60
52
47
36
34
30
32
33
28
28
28
28
27
27
22
18
19
13
12
6
発症直前
当院入院時
入院20日
入院40日
入院62日
入院75日
入院89日
入院121日
入院134日
入院144日


FIM 15 項目
y = 3.8516x + 9.5789
R² = 0.9741
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

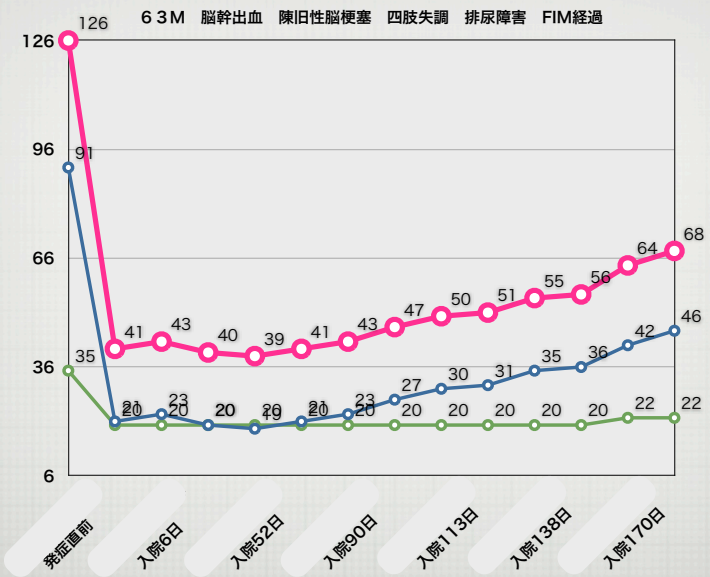

６９Ｆ　SAH　FIM経過
126
99
72
45
18
126
91
35
24
16
31
18
46
33
47
33
84
61
106
83
23
23
発症直前
当院入院時
入院13日
入院20日
入院28日
入院43日
入院60日

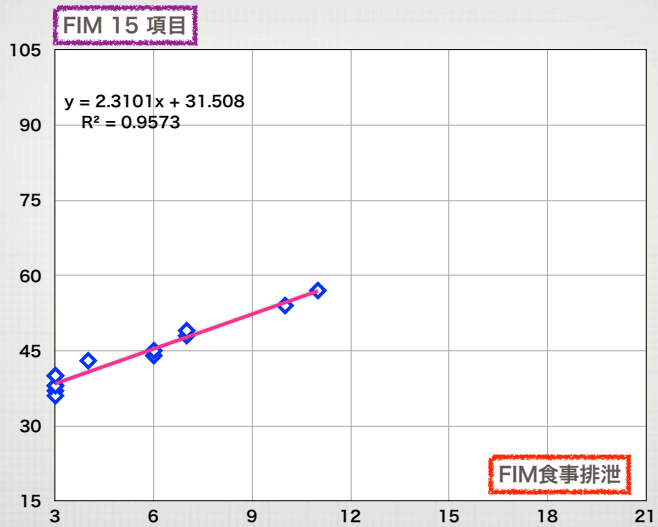

FIM 15 項目
y = 3.3815x + 19.091
R² = 0.9575
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

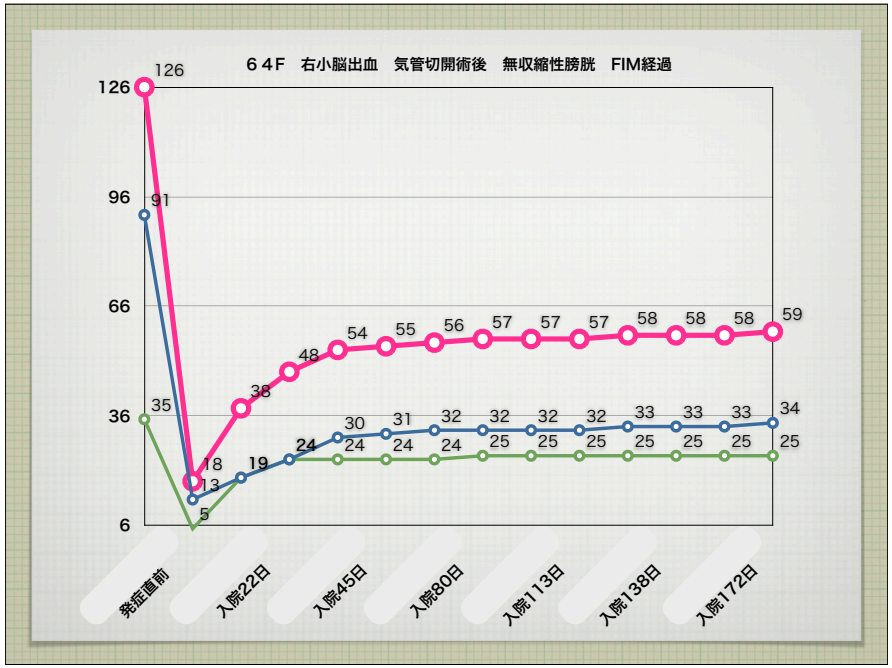
各患者のリハの過程で
食事排泄と他のADL項目は相関するか

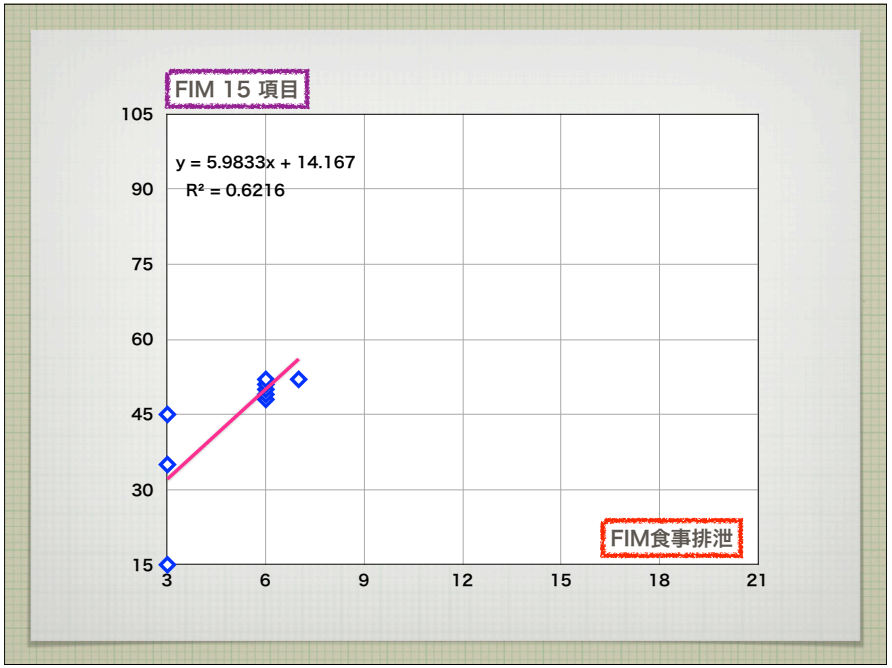
患者のADLは食事排泄と相関しながら伸びる

経口摂取可能だが
排泄障害のある患者の場合



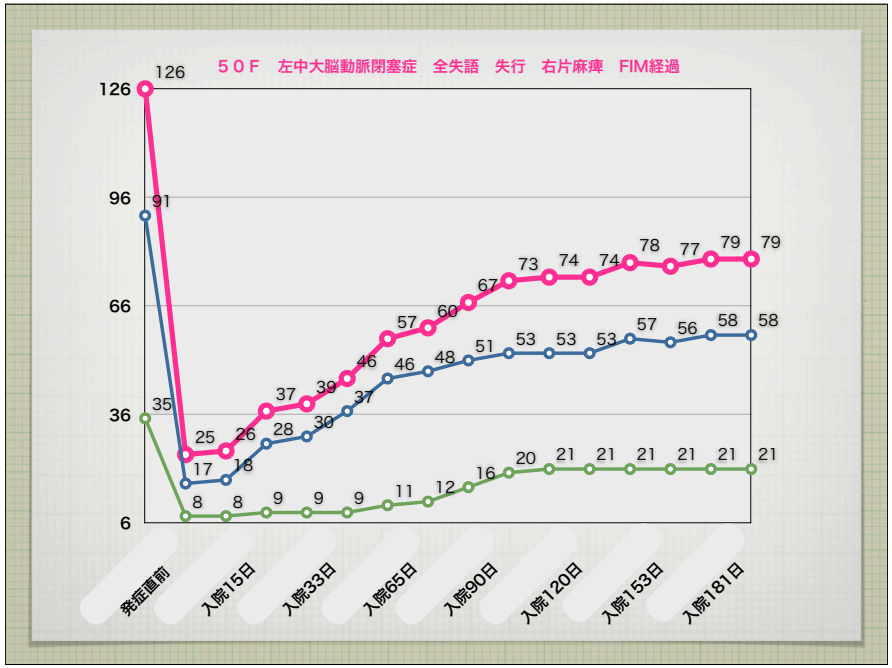


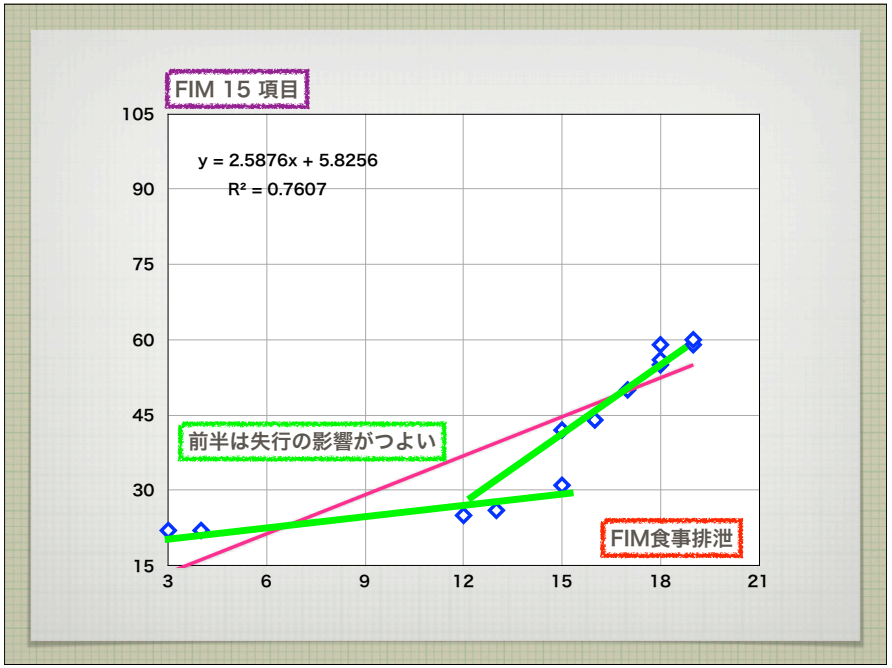


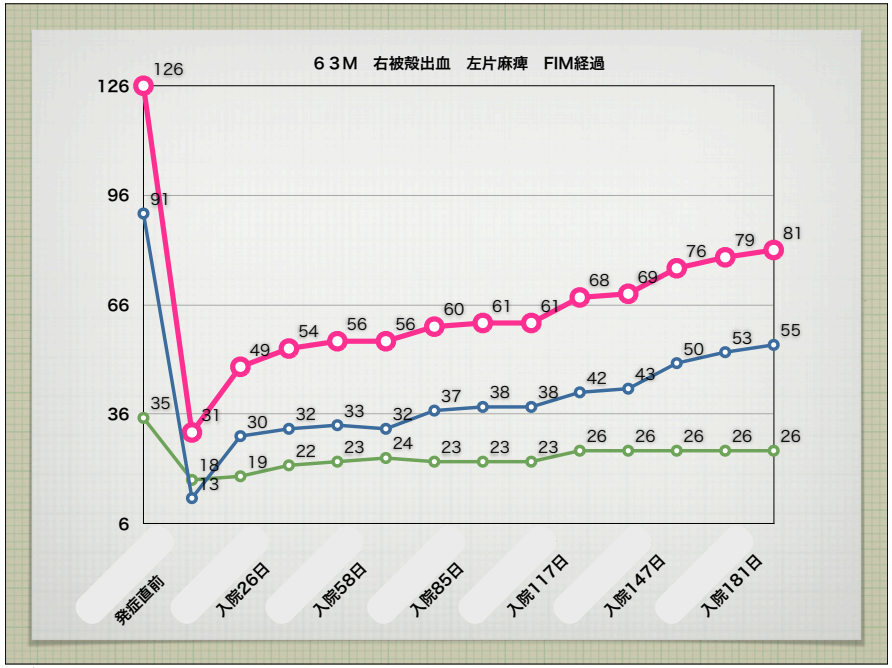


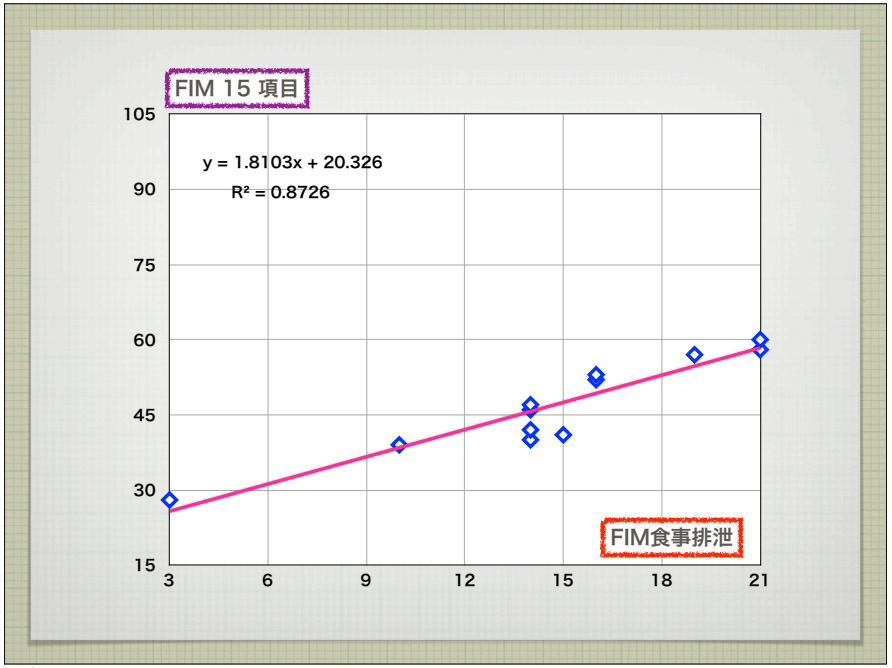
排泄が自立しなければ、移乗移動動作は
実用にならない

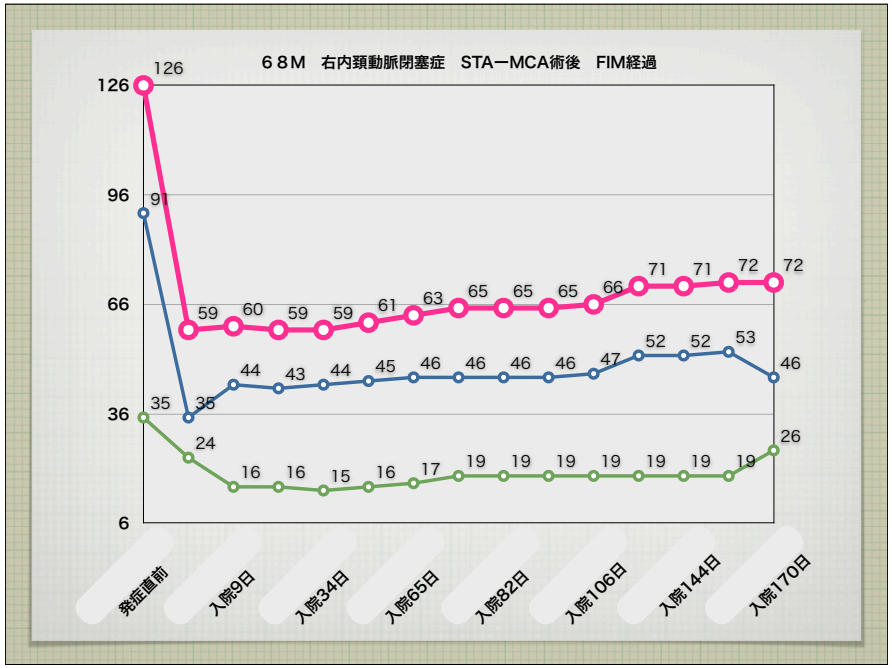
食事排泄とほかADL動作を
結びつけるものは何か

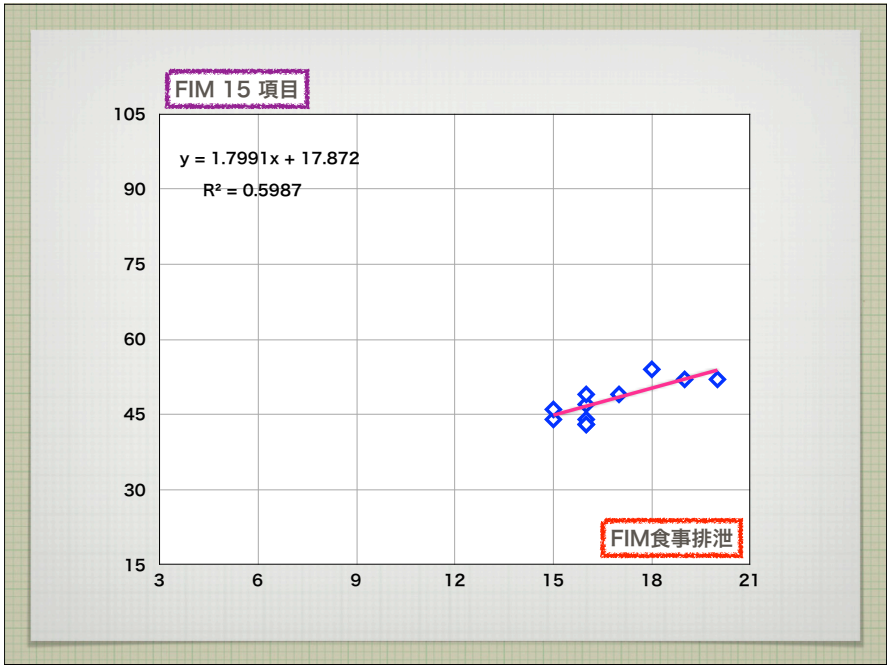

５０Ｆ　左中大脳動脈閉塞症　全失語　失行　右片麻痺　FIM経過
126
96
66
36
6
発症直前
入院15日
入院33日
入院65日
入院90日
入院120日
入院153日
入院181日


FIM 15 項目
y = 2.5876x + 5.8256
R² = 0.7607
前半は失行の影響がつよい
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21

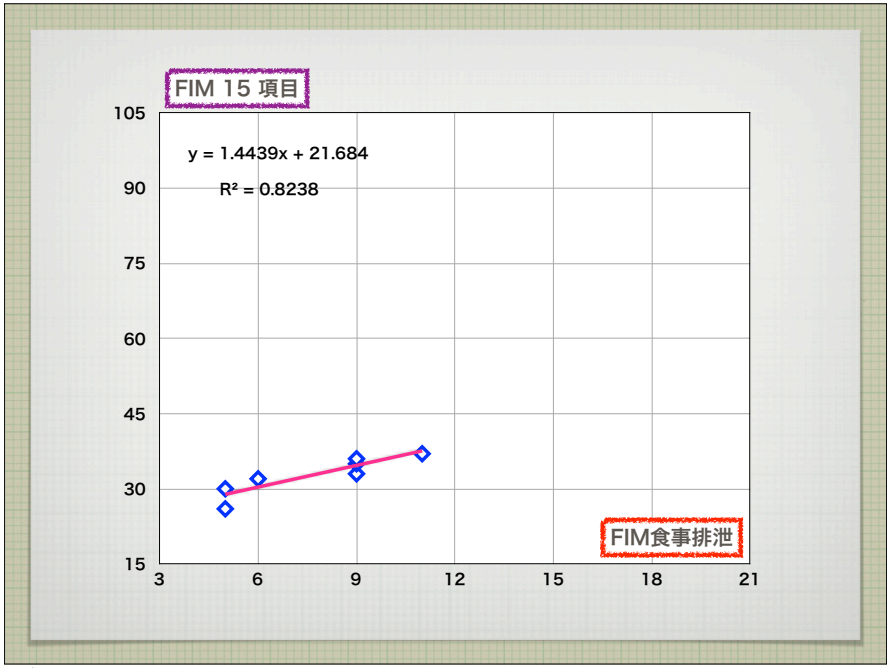

６３Ｍ　右被殻出血　左片麻痺　FIM経過
126
96
66
36
6
発症直前
入院26日
入院58日
入院85日
入院117日
入院147日
入院181日


FIM 15 項目
y = 1.8103x + 20.326
R² = 0.8726
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3
6
9
12
15
18
21


６８Ｍ　右内頚動脈閉塞症　STA−MCA術後　FIM経過
126
96
66
36
6
126 59 60 59 59 61 63 65 65 65 66 71 71 72 72
91 35 44 43 44 45 46 46 46 46 47 52 52 53 46
35 24 16 16 15 16 17 19 19 19 19 19 19 19 26
発症直前
入院9日
入院34日
入院65日
入院82日
入院106日
入院144日
入院170日


FIM 15 項目
y = 1.7991x + 17.872
R² = 0.5987
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3 6 9 12 15 18 21

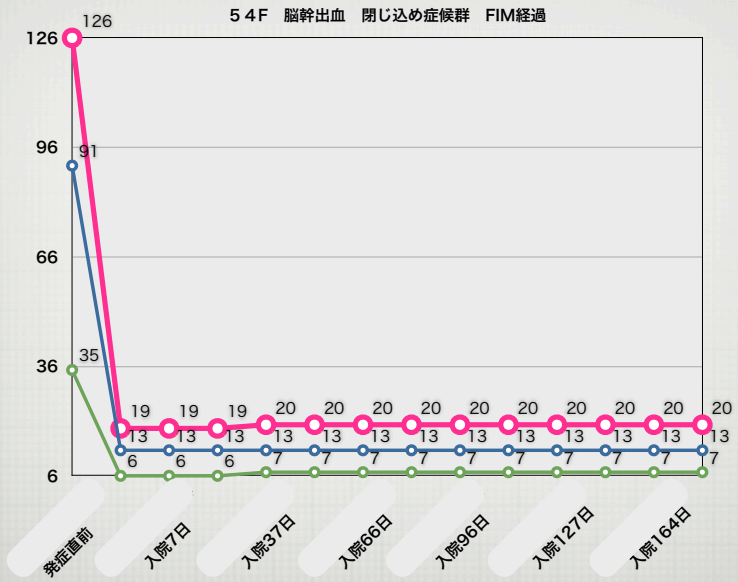
６０Ｍ　右MCA閉塞症　左片麻痺　身体失認　FIM経過
126
96
66
36
6
126 31 35 38 42 44 45 45 48 48
91 16 19 20 23 23 24 24 26 26
35 16 18 19 21 21 21 22 22
発症直前
当院入院時
入院14日
入院23日
入院32日
入院48日
入院61日
入院109日
入院139日
入院158日

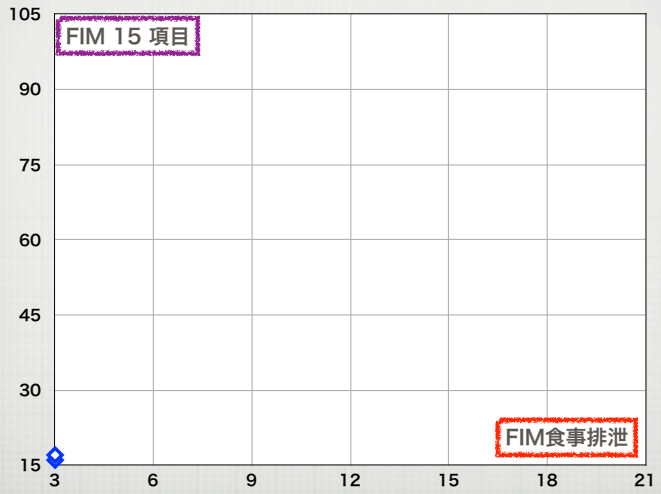

FIM 15 項目
y = 1.4439x + 21.684
R² = 0.8238
FIM食事排泄
105
90
75
60
45
30
15
3 6 9 12 15 18 21

食事排泄

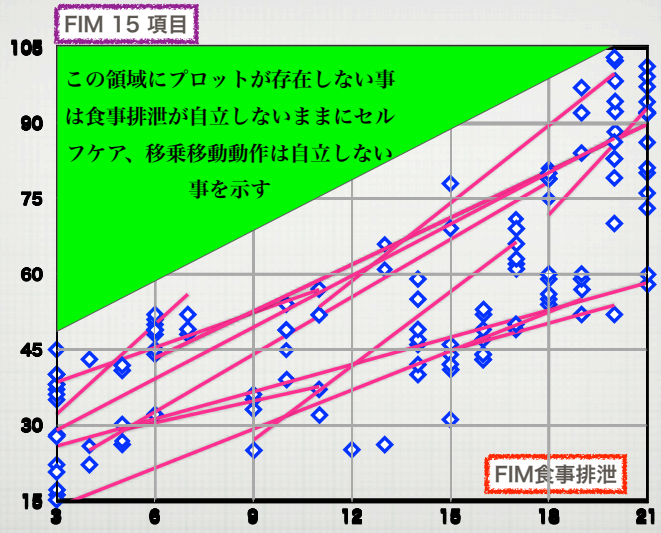
移動

経管離脱できない場合





呈示症例の経過まとめ



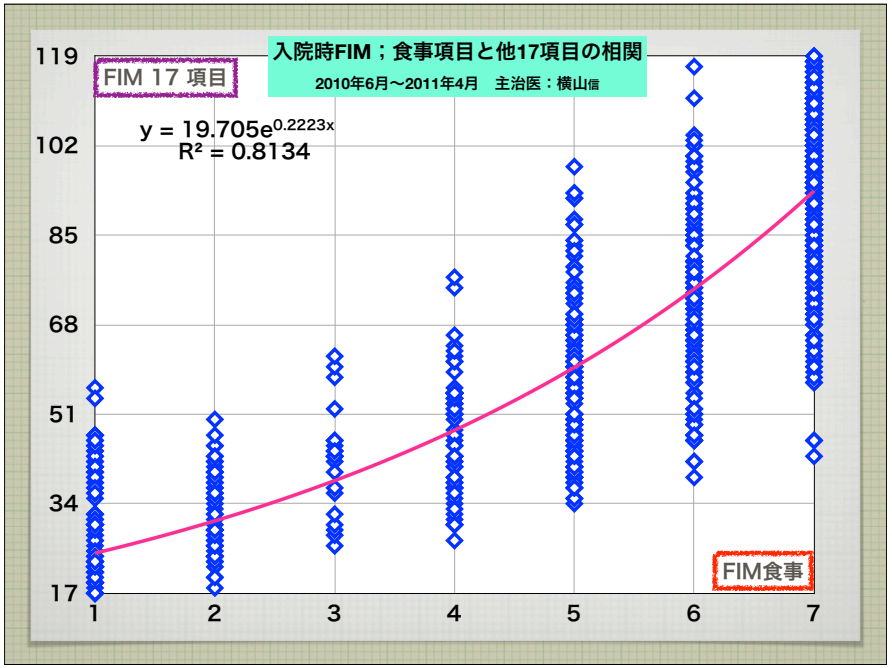
リハの過程でも食事排泄の自立度と他ADL項目は相関する

食事排泄と他ADL項目を結びつけるのに身体図式が重要である（仮説）

「腸」の入口（食事）、出口（排泄）の機能自立が在宅復帰の必要条件

口から食べないと排泄は自立しない

食事が全てのADLの規定因子となる



ADLには階層性がある

口から食べんことには何も始まらん

FIMデータからの裏付け

ADLの
階層構造

口から食べられない患者の在宅復帰率がリハビリ病院の実力を示す

- 口から食べることにこだわる
- 口腔ケアの徹底、経管離脱のスピードアップ、栄養ケア、排泄ケア
- 総てのスタッフが認識と目標を共有する
- チーム総力戦

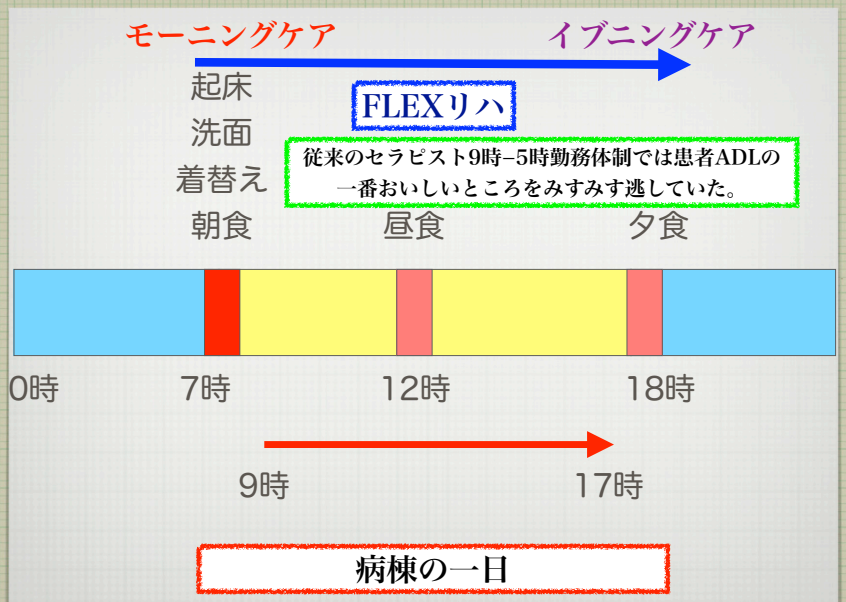
食事排泄にこだわるための仕組みづくり

FLEXリハ

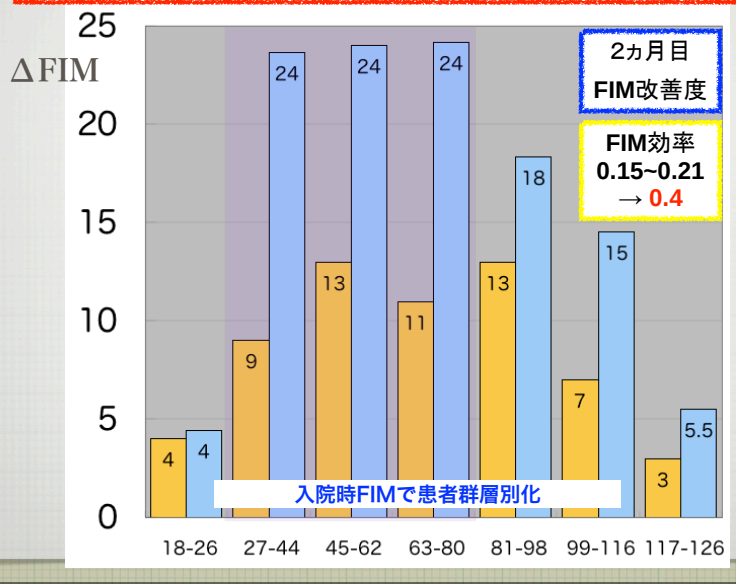
モーニングケア、イブニングケアの必然性

病棟ユニット制導入

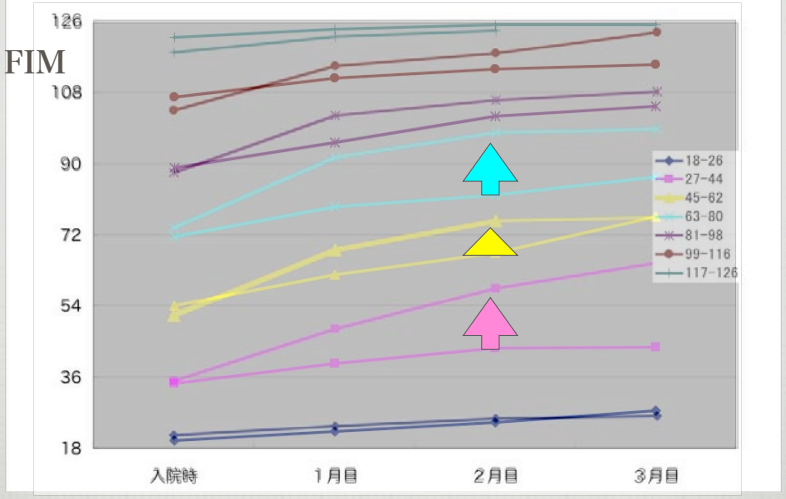
マトリックス型組織への転換



病棟の一日



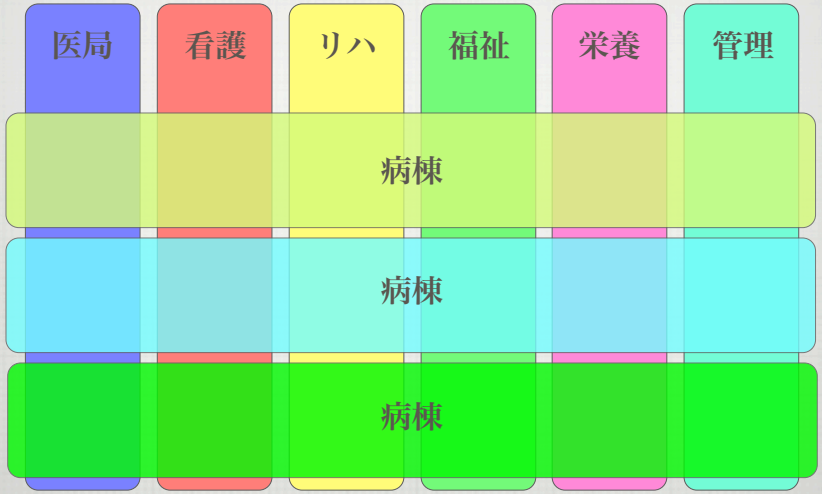
FLEXリハ体制と従来体制の患者改善度　比較



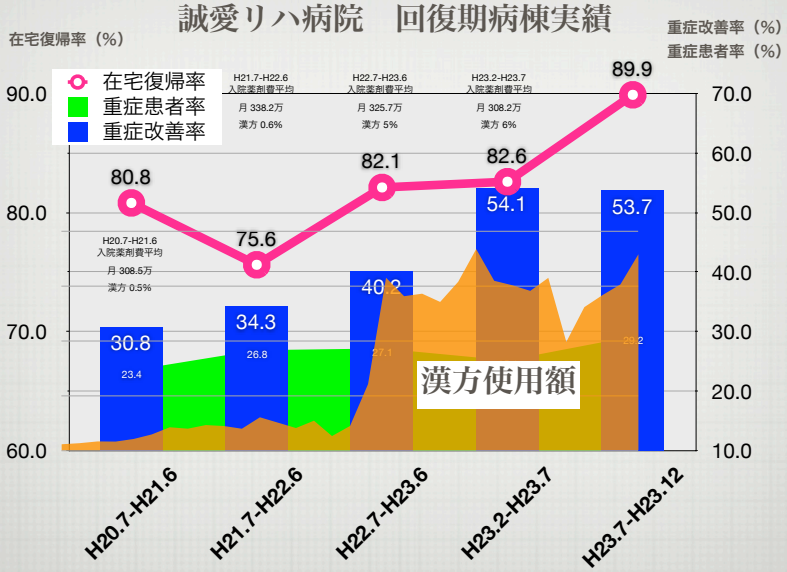
入院時FIMで層別化　→　改善過程比較

病棟ユニット制導入

縦割りからマトリックス型組織への転換



誠愛リハ病院　回復期病棟実績



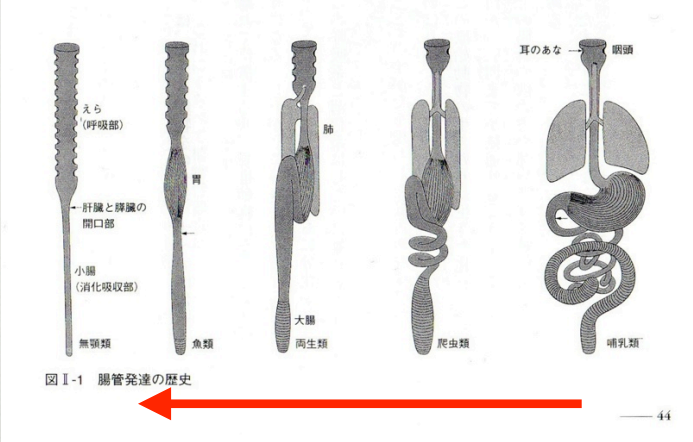
現在の常識は、十年後の常識ではない

現場から教科書を書き換える

人間を動物の基本に立ち返って考える

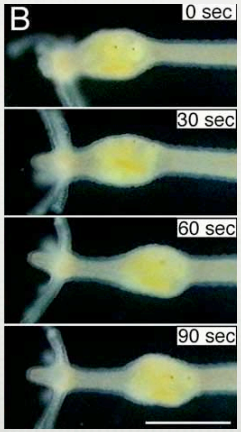
腸管に手足と眼がついたのが動物である

三木成夫

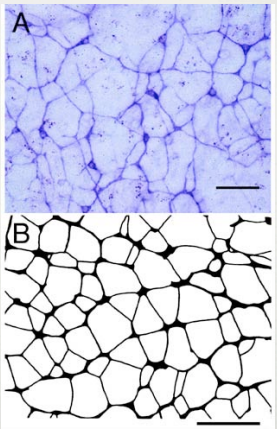


消化管と神経系の起源は腔腸動物

ヒドラ食道反射様消化運動



ヒドラ散在神経系（A）
ほ乳類の腸管神経叢(B)



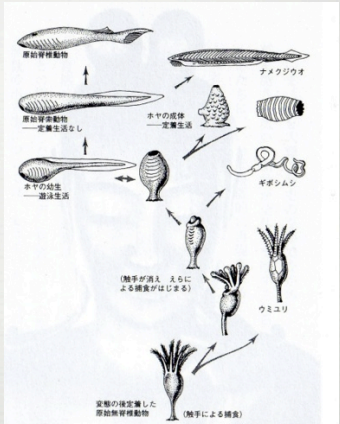
国立遺伝研　発生遺伝研究室　清水裕博士 HOMEPAGEより引用しました

動物のからだは
植物性器官(内臓系)と動物性器官(体壁系)からなる

三木成夫

脳のない動物はいても
腸のない動物はいない

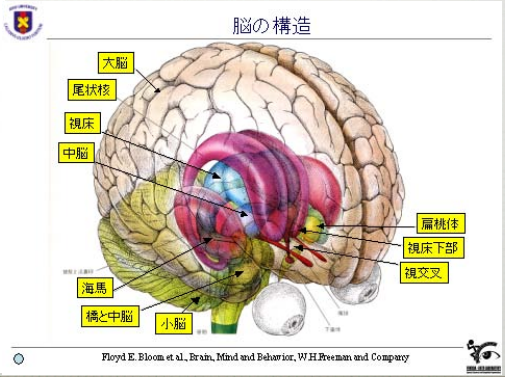
系統発生学的には
消化管神経叢をひな形に
中枢神経系は発達した



図Ⅳ-6　動物の歴史　変態ののち植物的な生活にかえる無脊椎動物から、動物として一生を過ごす脊椎動物が分かれていく（ローマーより）

自律神経中枢（脳幹ー間脳）の支えがあって高次脳機能は発揮される

自律神経系と大脳辺縁系の関連



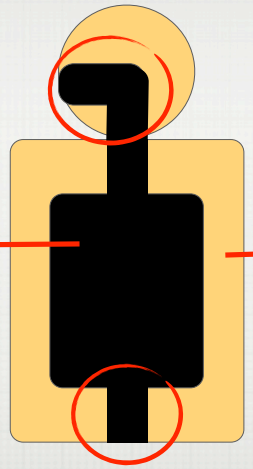
系統解剖学の呪縛

神経系+筋骨格系＋消化器系＋ETC ＝ 全体

本当かな？

身体を内臓系と体壁系から構成されるユニットと考える

入口
摂食嚥下



内臓系
間脳ー自律神経

体壁系
体性神経系
移乗移動
セルフケア

出口
排泄

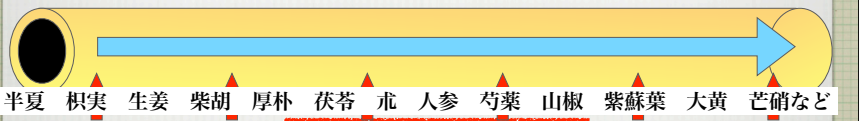
在宅復帰の要件は、腸管機能の自立である

摂食嚥下を腸管機能の一部として捉える

摂食嚥下機能改善は、腸管運動を整えることから

- 便秘解消、排ガス
- 腸管蠕動改善

口側　　肛門側



摂食　漢方生薬の作用点　排泄

嚥下反射、腸管蠕動、消化吸収

随意運動　不随意運動　随意運動

体性神経　自律神経　体性神経

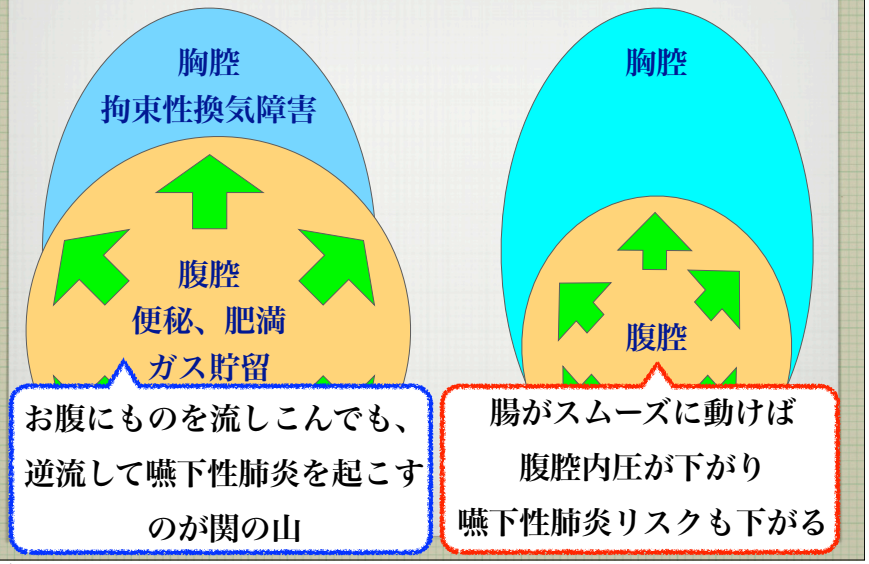
腸管は単なる消化吸収器官ではない

- 腸のリンパ組織；人体最大の免疫器官
- 腸の血管床は全身の55%を占める
- 腸の粘膜下神経叢には脊髄に匹敵する神経細胞が存在する

なぜ嚥下性肺炎が起こるか

便秘が黒幕

便秘、腹部膨満は嚥下障害の黒幕である



７０代女性；右顔面神経鞘腫術後　舌下神経顔面神経吻合術後

【病歴】上記病名で当院にて回復期リハを行い、独歩退院。
3ヶ月後、外来受診時に39度発熱あり 緊急入院

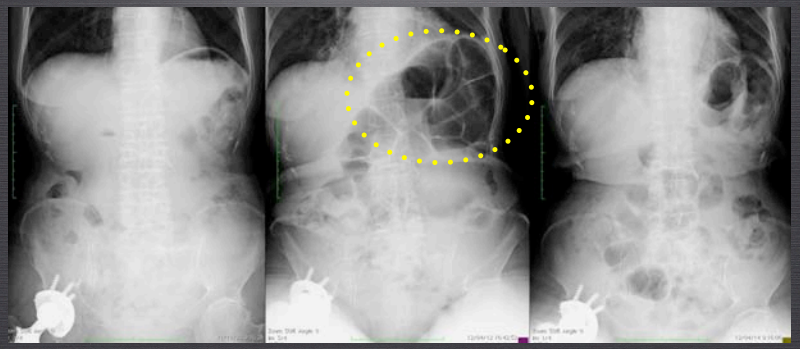
退院前　発熱再入院時　再入院2日目

７０代女性；右顔面神経鞘腫術後　舌下神経顔面神経吻合術後

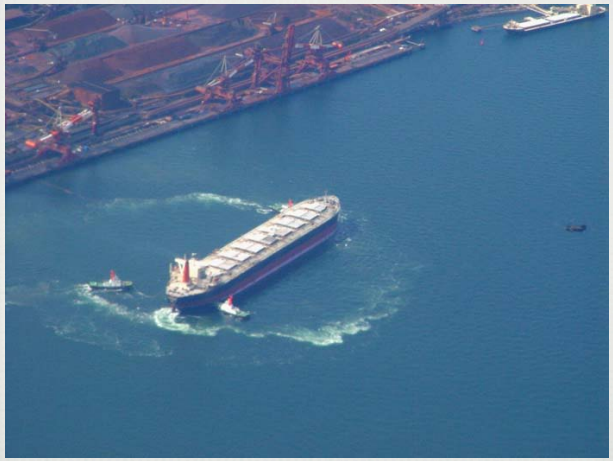
【経過】セファメジン点滴　大建中湯＋桂枝加芍薬大黄湯

翌日には解熱

退院前　発熱再入院時　再入院2日目



全ての医療行為は自然治癒力を引き出し方向付けをする事



おなかは人間の治癒力（＝生きる力）の源泉と考えます

経管栄養と口から食べることの違いは何か

成分栄養学を超えたなにものか

そこにリハビリの本質がある

経管栄養はつじつま合わせに過ぎないのではないか

口から食べることは、生命活動のネジを巻くこと

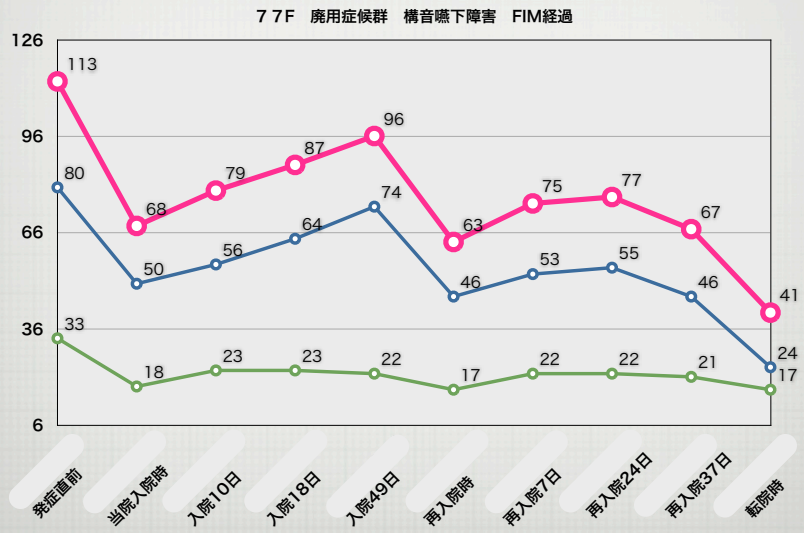
複雑なメカニズムが芸術的な美しさを持つ機械式時計の内部写真14枚

HTTP://DAILYNEWSAGENCY.COM/2010/11/21/BEAUTY-MECHANISMS-WATCHES/

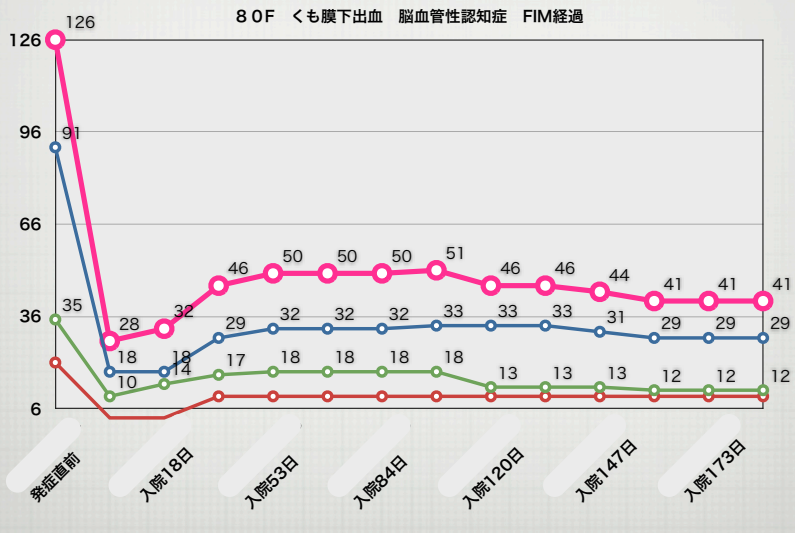
長く入院させれば良いってものか

長くなるほど確実にADLが落ちる患者群がいる

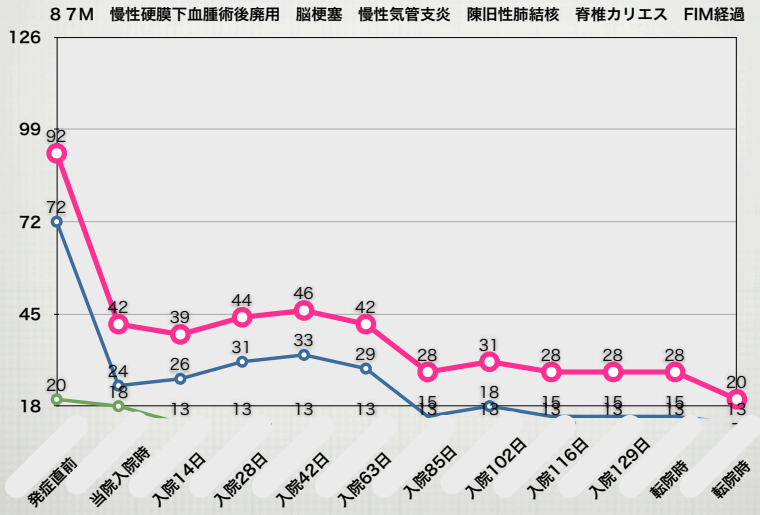
長くなるほどADLが落ちる患者：事例



長くなるほどADLが落ちる患者：事例



長くなるほどADLが落ちる患者：事例



家族介護力の弱い虚弱な高齢者は
時間経過と共に家に帰せなくなる

問題提起：リハ病院が帰宅難民を創りだして良いものか

提言

目的と手段を明確に区別する
エビデンスに基づいたリハビリテーションを行う
結果を出せる組織、人を育てる組織づくり
頭の中を再構築する
たこつぼから出る　他流試合のすすめ
あるものを活かす

エビデンスも呈示しました
基本的な仕組みも作りました
そろそろ本物のチーム医療を創りませんか