

---

日本職業・災害医学会会誌 第52巻 第3号  
Japanese Journal of Occupational Medicine and Traumatology  
Vol. 52 No. 3 May 2004

---

巻頭言

全国に脊損センターの施設を

上崎 典雄

総合せき損センター院長

総合せき損センターが設立されて25年になる。設立時の目標通り急性期より社会復帰に向けて一貫した治療を行ってきた。脱臼や骨折に対しては手術を行い整復・固定し二次損傷の発生を防止している。非骨傷性頸損に対して初期の頃は手術していたが、現在では手術をしていない。手術例、非手術例に却らず、カラーやコルセットを装着させ翌日から起こしている。看護師は3時間毎の体位変換を入院当日より始め褥創を防ぎ、無菌間歇導尿で尿路感染を防止している。理学療法師は病室で関節を動かし拘縮を防いでいる。このように入院と同時に医師、看護師、理学（作業）療法師がチームを組み、早期リハビリテーションを開始し、期間毎に病状評価を行い、ゴールへ向けて支援している。

筆者は赴任して10年になるが、最も感心するのは、患者が常時約70名入院していて、お互いを知り合うために、自身の身体状況がよくわかり、回復のための過程を理解することが出来ることである。3カ月後、6カ月後の自分がどのようになっているか他の人を見る事によって予想出来るのである。患者の顔の表情が明るいと云われるのも希望が持てるからだろうと思っている。

一方、救急救命センターで手術を受け、数週間後に転送されてくる患者は悲惨である。手術はされたがその後のケアがされていない。一刻も命を争うような患者が運ばれてくるのであろう。2～3時間毎の体位変換をする時間的ゆとりはないと看護師は云う。従って褥創は必発である。このように唯手術をして終わりとして欲しくないのである。

次の治療を担当するであろうリハビリテーション病院は脳血管障害等が多く脊損者は少ない。従ってどのような機能訓練をさせどのようなゴール、自立が待っているのか、施療者に理解出来ていない。ここでも寝たきりの状態に置かれている。

以上のような脊損治療の現状をみると、初期治療より機能訓練を経て社会復帰迄、一貫した治療をした方がより良いと思うのである。その為には日本全国に幾つかの脊損センターの設立が望まれる。ヘリコプターも要請すれば患者を搬送してくれる時代である。少なくとも各ブロックに1つでよいから専門センターをつくる必要がある。日本海側と太平洋側にわけてつくれば更に利便性は高まる。

脊髄損傷の治療のみでは医療経営上苦しいから、当センターでは残りの約80床を脊椎の変性疾患の治療に当てている。平成14年4月の医療費改正では脊椎の手術料がプラスになった事は喜ばしいことであった。

一つ提案がある。施設基準を設けてみてはどうか。受傷後3日以内の脊損患者はせき損センターに集められ、一貫した治療を行わなければならない。その数は年間50例以上とする。この場合、保険点数を引き上げる。基準に達しない病院は逆に保険点数を大幅に引き下げるとしたら救急病院は患者をせき損センターに送るに違いない。その方が患者にとってどれ程幸せであるか、又医療経済的にも無駄な経費を削減出来ると思うのだが如何であろう。