

頸髄損傷におけるリハビリテーション医療の戦略

古澤 一成，徳弘 昭博

吉備高原医療リハビリテーションセンター

(平成16年3月4日受付)

要旨：一般病院の在院日数短縮化により，社会復帰までに長期間を要する疾患においては，個々の医療機関でリハビリテーション（以下，リハ）を完結することはもはや困難となった．その代表的な疾患が脊髄損傷である．

現在の医療システムのなかで，このような疾患においてもリハ医療が十分に機能するためには「各医療機関の役割分担と連携」が必要である．当センターでは，亜急性期から回復期，慢性期の脊髄損傷者を担当し社会復帰させることが，その役割と考えている．過去3年間に，初回のリハを終えて当センターを退院した外傷性頸髄損傷者は57例，外傷性胸腰髄損傷者は32例だった．胸腰髄損傷者では56%が家庭復帰，38%が職業リハあるいは職業復帰し，頸髄損傷においても70%が家庭復帰，14%が職業リハあるいは職業復帰，復学に至っている．我々は，外来受診時に医師，理学療法士，作業療法士，医療ソーシャルワーカーが障害の評価を行い，予測される日常生活動作や介護者の有無などから社会的ゴールを明確にし，患者・家族に対し十分なインフォームド・コンセントを得た上で治療を行っている．頸髄損傷者のような重度の障害を残す可能性のある者が退院時に社会的帰結を得るためにこのことは欠かせない．

病院間の連携は，それぞれの医療機関が個々の役割を十分認識した上で初めて成り立つ．現在，我々は他の労災病院のリハ・カンファレンスに参加して，急性期のリハ対象者の中で家庭復帰や将来の職業リハの適応があり今後もリハを継続する必要性のある者には，当センターへの転院をすすめている．今の医療システムにおいては，専門的な技術と知識をもった医療機関が中心となって病院間の連携をはかり，急性期から社会復帰までのリハ医療の流れをつくる必要があるであろう．それぞれを担当する医療機関は，その役割を認識し方向性をつけて次の段階に引き継ぐ．それによって脊髄損傷のリハ医療は成立する．

(日職災医誌，52：204—208，2004)

—キーワード—

頸髄損傷，転帰

はじめに

昨今，医療費抑制を目的とした医療制度改革が推し進められ，そのなかで平均在院日数の短縮が主要な課題として取り上げられている．脊髄損傷，特に頸髄損傷者に対するリハビリテーション（以下，リハ）医療は，他の疾患よりも多くの期間を要するために，一般病院では社会的帰結を得ることは困難となった．また，それと同時に各医療機関における役割さえ不明確になりつつある．このことは，脊髄損傷のリハ医療に関してパイオニア的存在であった労災病院も例外ではない．

本稿では，当センターにおける過去3年間の頸髄損傷に関するデータを示し，我々の役割を明確にするとともに，頸髄損傷における一般的リハ医療のあり方について述べたい．

当センターのデータ

1. 対象

平成12年度から14年度の3年間に，初回のリハ医療を終えて当センターを退院した外傷性頸髄損傷者は57例（男性48例，女性9例，平均年齢 45.5 ± 17.9 歳），外傷性胸腰髄損傷者は32例（男性24例，女性8例，平均年齢 40.3 ± 18.0 歳）である．それぞれの平均在院日数は， 251.8 ± 182.0 日， 226.0 ± 121.7 日であった．

頸髄損傷者，胸腰髄損傷者の年齢は，それぞれ $45.5 \pm$

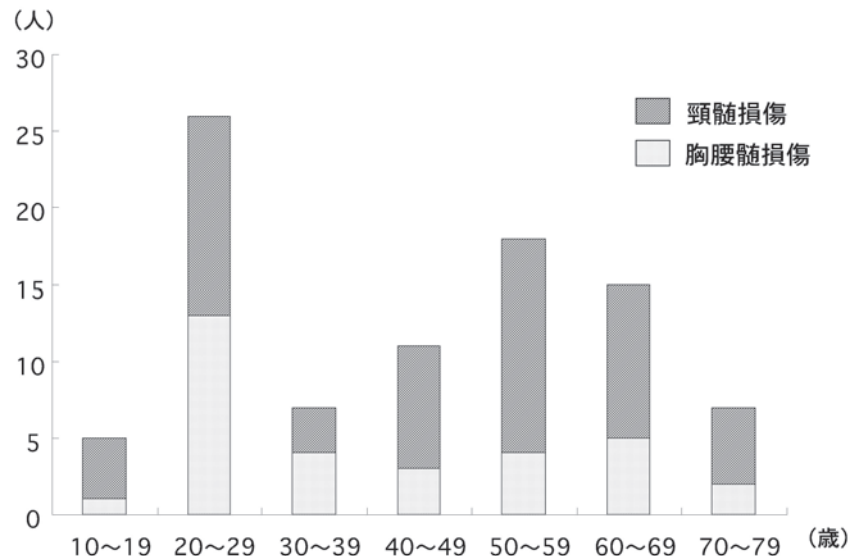
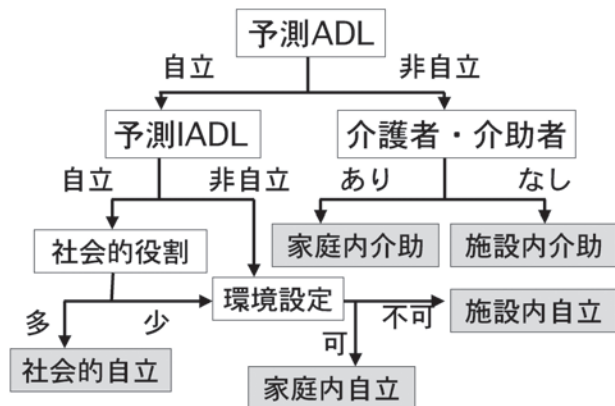
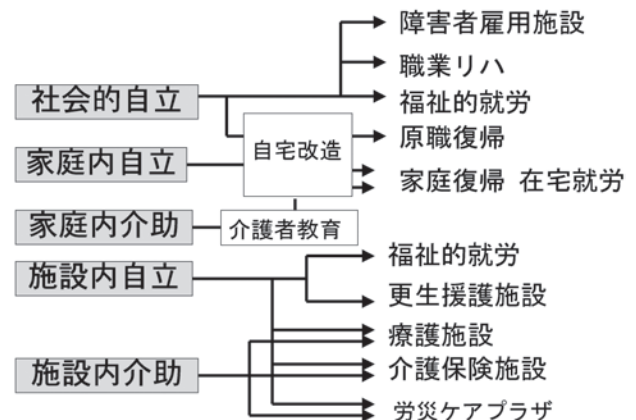


図1 年齢分布

図2 社会的ゴール決定へのアルゴリズム〈1〉
(文献1より引用)図3 社会的ゴール決定へのアルゴリズム〈2〉
(文献1より引用)

17.9歳、 40.3 ± 18.0 歳であり、その分布をみると20歳代、50歳代付近にピークのある2峰性を示す。我が国のそれに比べると中高年のピークが若干若い傾向にある(図1)。

頸髄損傷者の損傷高位は、C2が1例、C3が1例、C4が9例、C5が11例、C6が13例、C7が8例、C8が2例、中心性頸髄損傷は12例であった。本来、中心性頸髄損傷を損傷高位の区分に入れるのはふさわしくないが、他と性質が異なるために、ここでは分けて記述した。

2. ゴールの設定¹⁾

このような頸髄損傷者を対象として、外来受診時に医師、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカーが障害の評価を行い、予測される日常生活動作(以下、ADL)、介護者の有無などから、まず大まかなゴールを設定する(図2)。つづいて、詳細な社会的ゴールを設定し患者・家族の合意を得た上で治療を開始する(図

3)。当然、外来受診時にはここまでのゴールを設定することが困難な症例もあり、その場合は、入院後ある程度の期間(通常2週間～1カ月間)において各スタッフが再評価を行い、ゴールを設定することになる。

3. 結果

1) ADLの変化

ADLの変化をBarthel Index(以下、BI)でみると、胸腰髄損傷者は入院時 49.5 ± 25.2 (満点は100;車いす自立は80)が退院時 76.3 ± 16.2 へ変化していた。一方、頸髄損傷者では、入院時 33.8 ± 31.3 が退院時 51.3 ± 35.9 と変化していた。図4に頸髄損傷者全例の、入院時と退院時のADLの変化を示す。入院時からBIが100の頸髄損傷者の多くは生活関連動作の自立と職業的アプローチを目的とする。また、全介助で入院し介助量が変わらぬまま退院する者もいるが、こちらは家庭復帰のための住環境の整備や介護指導などを主な目的として入院し

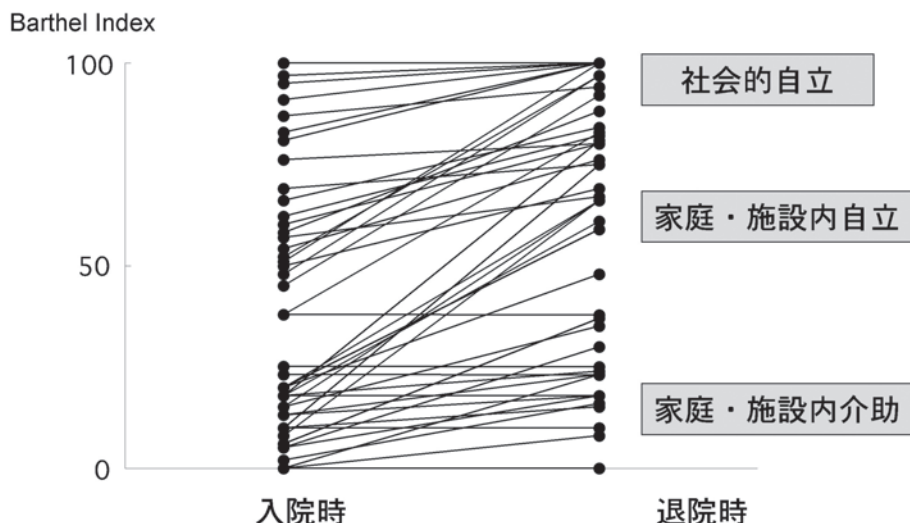


図4 ADLの変化

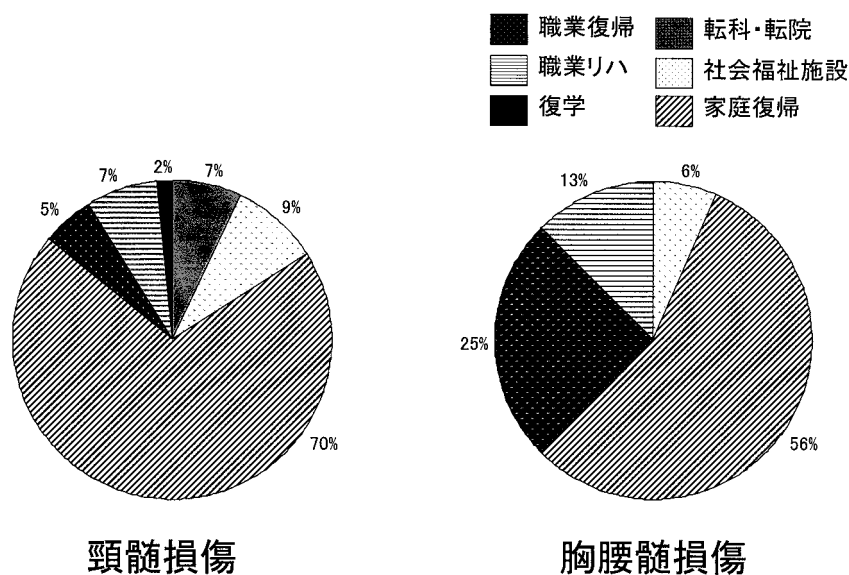


図5 転帰

ている高位の頸髄損傷者であり、十分その目的は達成されている。このような症例では、ゴールや治療内容を明確にして、患者、家族の合意を得ておくことが一層重要となる。

2) 転帰

胸腰髄損傷者と頸髄損傷者の退院時の転帰を示す（図5）。ここにある職業リハとは、当センターに隣接する広域障害者職業センターへの移行（職業訓練・普通課程）をさす。胸腰髄損傷者では、18例（56%）が家庭復帰、12例（38%）が職業リハあるいは職業復帰し、頸髄損傷者は40例（70%）が家庭復帰、8例（14%）が職業リハあるいは職業復帰、復学に至っている。また、4例（7%）が合併症の悪化などで転院しているが、これは胸腰髄損傷者ではみられない。

頸髄損傷者について、さらに年齢との関係をみてみると、10歳～30歳代では職業リハや職業復帰、復学に至る者もいたが、50歳以降では主なゴールは家庭復帰であった（図6）。また、退院時ADLとの関係は図7のごとく、転院と家庭復帰はそれとは特に関係なく、職業復帰や復学はADLの自立度の高い者に限られるという結果だった。

3) 職業に関するアプローチの結果

当センターは広域障害者職業センターが隣接しており、その活用を特徴としている。今回、対象とした頸髄損傷者57例のうち、60歳未満の者は42例であった。それらに対する職業に関するアプローチは、正式な職業リハへの移行（職業訓練・普通課程）が4例（9.5%）、職業復帰が2例（4.8%）、復学が1例（2.4%）、前述の転

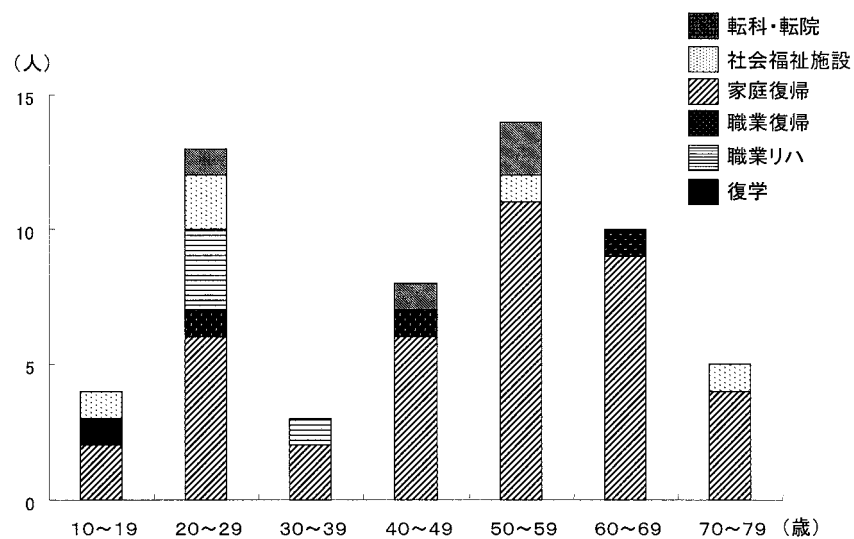


図6 年齢と転帰 (頸髄損傷)

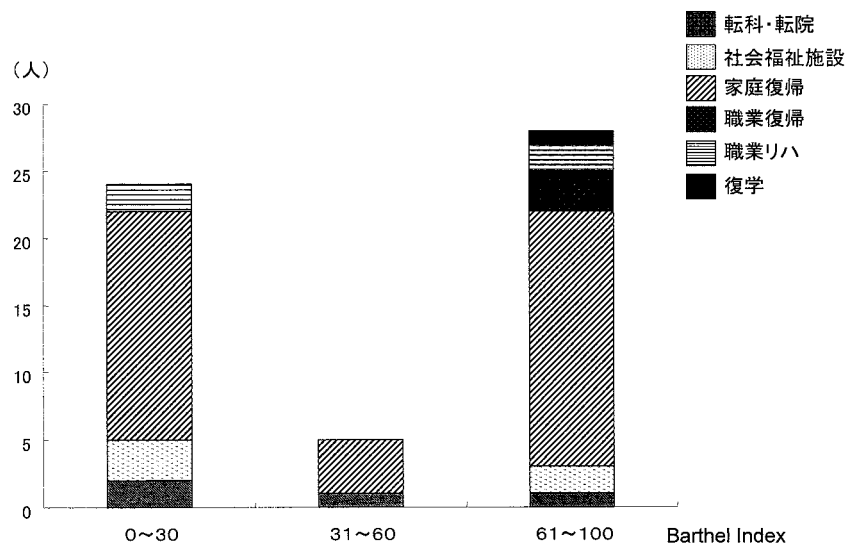


図7 ADLと転帰 (頸髄損傷)

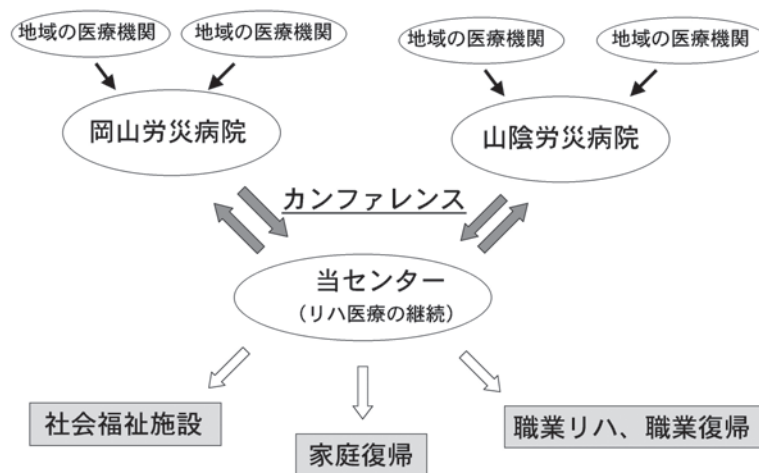


図8 脊髄損傷におけるモデル医療

帰では家庭復帰としてあげたが当センター入院中に職業リハセンターにおいて職業講習²⁾を受講した者は2例(4.8%)であった。障害が重度であることや勧めはしたが本人が拒否したことが理由で以上のいずれにも該当しなかった者は33例(78.6%)だった。職業訓練・普通課程は、ADLが自立していること、離職していること、身体障害者の認定を受けていることを条件とするために、入院中の頸髄損傷者がそちらへ移行することは難しい。職業講習は、直接、就労には結びつかないが、職業復帰の動機付けを目的に受講をすすめている。

4) 当センターの役割

当センターにおける過去3年間の頸髄損傷の特徴は以下の通りである。①外傷性脊髄損傷のうち64%が頸髄損傷である。②頸髄損傷者は長期間のリハ治療を要するものの、70%が家庭復帰、14%が職業リハあるいは職業復帰、復学に至っている。③家庭復帰の可否とADLの自立度とは特に関係がない。④退院時に職業復帰に至るのはADLの自立度が高い者に限られる。これらからも分かるように、当センターの役割は頸髄損傷者においても個々に適した社会的帰結を退院時に得よう働きかけることである。特に、職業リハや職業復帰の適応のある者を見逃さないよう心がけている。

脊髄損傷のリハにおけるモデル医療(図8)

現状では個々の医療機関で脊髄損傷のリハを完結することは困難なため、その目的を達成するためには「各医療機関の役割分担と連携」が必要である。すなわち、専門的な技術と知識をもった医療機関が中心となって病院間の連携をはかり、急性期から社会復帰までのリハ医療の流れをつくる。それぞれを担当する医療機関は、その

役割を認識し方向性をつけて次の段階に引き継ぐ。当センターでは1カ月に1度、最も近い2つの労災病院にかけ、リハのカンファレンスを行っている(平成15年11月現在)。急性期のリハ医療を受けている者の治療方針や医療技術に関するディスカッション・情報交換が主な目的である。その中で、今後も家庭復帰のためのリハを継続する必要性のある者や職業リハの適応のある者には、当センターへの転院をすすめている。対象疾患は特に限定していないが、やはり長期間のリハ医療を必要とする脊髄損傷が多い。当センターにてリハ医療の継続後、ほとんどが家庭復帰、職業リハ・職業復帰、社会福祉施設へ至っており十分その機能を果たしている。今後もより多くの医療機関と同様な連携をとる予定である。当センターと2つの労災病院で行っている、このようなスタイルの医療が、脊髄損傷のリハにおいてはモデル医療になるのではないかと考えている。

文 献

- 1) 徳弘昭博: 脊髄損傷患者と家族へのインフォームド・コンセント. 脊椎脊髄ジャーナル 16 (4): 444—449, 2003.
- 2) 古澤一成, 徳弘昭博: 職場復帰の現状と問題点. 総合リハビリテーション 30 (3): 225—230, 2002.

(原稿受付 平成16.3.4)

別刷請求先 〒716-1241 岡山県上房郡賀陽町吉川7511
吉備高原医療リハビリテーションセンター
古澤 一成

Reprint request:

Kazunari Furusawa
Kibikogen Rehabilitation Center for Employment Injuries
7511 Yoshikawa, Jobo-gun Kayo-cho, Okayama 716-1241,
Japan

REHABILITATION OUTCOME OF THE PATIENTS WITH CERVICAL SPINAL CORD INJURY

Kazunari FURUSAWA and Akihiro TOKUHIRO
Kibikougen Rehabilitation Center for Employment Injuries

57 patients with cervical spinal cord injuries (CSCI) and 32 patients with thoracic or lumbar spinal cord injuries were treated in our hospital between April 2000 and March 2003. In CSCI patients, the mean age was 45.5 ± 17.9 years ($\pm$ SD) and length of hospital stay was 251.8 ± 182.0 ($\pm$ SD) days. Among 57 patients with CSCI, 40 (70%) patients returned to home and eight (14%) patients returned to work, school or vocational rehabilitation center. Four (7.0%) patients with CSCI were transferred to the other hospital.

Nowadays, it is impossible for patients with CSCI to return to home or work directly from the hospital for primary treatment in Japan because of their long-term hospitalization for rehabilitation. We recognize the significance of hospital-to-hospital cooperation in order to take optimal rehabilitation outcome such as returning to home or work for the patients with CSCI. We have conference with two Rosai hospitals once a month periodically, and advise on setting goal and rehabilitation therapy of the patients in acute phase. By this, some of them who need specific medical rehabilitation are transferred to our hospital. Rehabilitation outcome in our hospital indicates that this is one "model system" for medical rehabilitation of CSCI in Japan.