

■ **原因、発症数、予後** 1990年に日本パラプレジア医学会が行った全国調査では、頸髄損傷の発症数は胸腰髄損傷の約3倍で、大部分は不全麻痺。20歳と59歳にピークのある2峰性で、頸髄損傷は高齢者に多く、その受傷原因は若者の交通事故に対して転落・転倒が多かった。わが国の傾向を国際的な統計と比較している。さらに今後の高齢社会において、脊髄損傷リハビリテーションの対象が、完全麻痺から不全麻痺、胸腰髄損傷から頸髄損傷、若年者から高齢者へと移行する可能性などが指摘されている。(伊藤良介氏, 317頁)

■ **病態と障害分類** 不全頸髄損傷の障害診断には、損傷高位と、頸髄横断面の損傷範囲を検討することが必要である。総合せき損センターでは、前者について改良Zancolli分類を、後者について改良Frankel分類を用いている。改良Frankel分類の、たとえばD分類は歩行能力に基づいて4段階に細分化し、これに上肢障害を加味している。また、不全頸髄損傷に合併しやすいしびれや痙性の治療について解説されている。(福田文雄氏ら, 323頁)

■ **歩行障害と運動療法** 不全頸髄損傷の歩行予後について先行研究が紹介されたあと、九州労災病院で15年間に治療した不全頸髄損傷108例の歩行機能が障害型別に報告されている。ついで歩行訓練をどのように行うか具体的方法が示されている。障害型に合った訓練プログラムを計画することと、中心型に見られる手の機能障害に対して早期の作業療法対応が必要であること、高齢者が多いので包括的アプローチが必要なことなどが述べられている。(豊永敏宏氏, 329頁)

■ **日常生活動作(ADL)障害と作業療法** 不全頸髄損傷には、作業療法現場で取り組むべき問題が多い。客観的に上肢機能を評価する手段としてSTEFとMFTの使用経験が述べられている。ついで上肢機能回復訓練、ADL訓練および障害代償手段としての機器の選択が紹介される。特有の阻害因子のために、獲得された機能が直ちにADL向上に結びつかないこともある。しかし、患者の主体性を尊重し、QOL向上を目指した治療努力が必要である。(大塚進氏ら, 337頁)

■ **排尿管理** 不全頸髄損傷者は、仙髄機能が残存していると排尿機能の回復が早い。合併症を少なくするには、急性期からの的確な対応が必要である。排尿管理方法として、失禁がない排尿、集尿器排尿、自己導尿、留置カテーテルなどの選択があるが、これは膀胱麻痺の程度と排尿関連動作機能によって決まる。不全麻痺者で排尿動作は52%が自立し、29%が部分介助であった。排尿関連動作の自立困難な症例には、QOL向上の観点から医学的手段のあることが紹介されている。(岩坪暎二氏, 343頁)

■ **社会復帰の現状と課題** 不全頸髄損傷者の社会復帰には困難が多い。それは障害の重篤度に個人差が大きい、高齢者が多い、痙性やしびれなどの合併症がある、また、部分的に機能が残っているため障害を受容しにくい、などが原因である。兵庫県立総合リハビリテーションセンターでは、病院の治療期間では達成できなかったADL訓練などを、身体障害者更生施設と連携しながら継続し、さらに職業リハビリテーションへつなげるシステムが作られている。しかし、年齢の高い不全頸髄損傷者は自宅退院を希望する場合が多く、介護の中心となる家族に住宅改造や介護機器の利用、地域リハビリテーションの利用について情報提供や援助を行う。(田中真弓氏ら, 349頁)