

(けいずいそんしょうしゃ)

頸髄損傷者とは ～考察レポート～

～頸髄損傷という障害～

はじめに)

今から 18 年程前、私は当時 18 歳だった。高校を中退し、社会から外れた生活を送っていたが、何とか自分の道を見つけ、大工職人という目標に向かい始めて 1 年が経ったある日、その日は普段と変わりなく訪れた。日曜日であったが職人に休日は関係なく仕事がある、新築アパート全 5 棟程の建前（上棟式）があった。気の張り詰めた一日が過ぎ、19 時半頃家路に着いた。休む間もなく、当時付き合っていた彼女のところへ会いに行く為、身支度をし、食事も取らず、弟達が日テレの 24 時間テレビを見ているのを横目に、400cc のオートバイで家を出たのを覚えている。その日の記憶はここで途切れている。

次に目を覚ましたときには、市立総合病院の集中治療室であった。その日以来、二度と歩く事は無く、車椅子での生活を送っている。

私は交通事故が原因で、頸髄損傷という障害を負った。頸髄損傷とはいったいどのような障害か、私自身の実体験から以下に説明する。

さいごに)

今回のレポート作成に当たり「障害の受容」という言葉に引っかかり、何故気になったのか、その言葉の意味を考察してみた。

障害の受容とは何か、辞書で調べると「受容」受け入れて、とりこむこと」とある。就労支援等の講義の際によく質問を受ける事がある、「どのように障害を乗り越えてきたのか」「どのように気持ちの整理をつけたのか」等。いつも答えに詰まってしまう、乗り越えたと思っていないからである。このことから、自分は障害を受け入れていないのではないかと考える事がある。

私の場合、受傷直後、医師からの告知の前に、元の身体には戻れないというおおよその予想はついてた。特に心情の葛藤などは無く、訓練に没頭したのを覚えているが、今思えば心の葛藤を押さえ込むように、気丈に振舞い、強がっていたのかもしれない。現実の辛さを押し殺すかのように、訓練の成果で少しずつできる事が増えていく事へ喜びを感じ、その喜びから得たものを、将来の希望へと膨らませて、目標と少しずつ達成してきた。

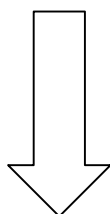
しかし、妻と二人の生活では気にならなかったことが、子どもが生まれた事で意識せざる終えなくなったことだ。身体を張って子供たちと接してあげることができないという事である、人の価値観にもよるが、私の場合このことは特に意識してしまう。健常者である弟

や友人に、自分が出来ない分、高い高いや、子供とキャッチボール等、良くお願いをする。しかし遊んでいる姿を見ると、なぜそれが自分ではないのかとってしまう。もし健常者に戻れるなら・・・と考える事がある。障害を持ったものが誰しも思う事だが、その考えが「障害の受容」ではないのではないか、受け入れていないのではないか考える。

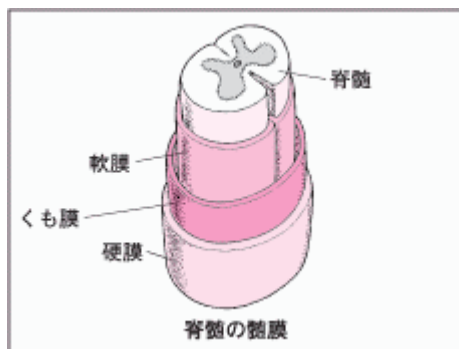
障害と共に生き、自立し、社会復帰をする事だけが「障害の受容」なのか、障害者という「新たな人種」に変わる事が「障害の受容」なのか、現在 36 年間の人生半分ずつを健常者、障害者で生きてきたが、まだ答えを出せずにいる。

一つだけ分かっている事は、事故当日、オートバイで会いに行った彼女が、今の妻だという事、私の周囲の人間は昔と変わらず接してくれているという事である。

学校に提出した成果物に続く（インターハイスクールの学校科目にしました。）



1) 概要



頸椎とは首の骨部を指し、頸髄とは頸椎の中を通っている脊髄を指す。脊髄とは脊椎の中を通る中枢神経であり、脊髄から各末梢神経へ分岐され、身体の自立運動、運動機能、内蔵機能などを司る。また、頸髄・頸椎、胸髄・胸椎、腰髄・腰椎、仙髄・仙椎、尾髄・尾椎と分けられており、各どの部位を損傷したかによって、障害の程度が違う。

脊髄を損傷した者を総称して、脊髄損傷者と呼ぶが、一般的に頸髄のみの損傷者を、頸髄損傷（頸損）、胸髄以下の部位の損傷者を、脊髄損傷（脊損）と呼ばれているが、厳密に言えば間違いである。また、脊椎損傷と脊髄損傷は違い、混同しがちだが明確に分ける必要がある。

現在の医療技術では治療法は無く、損傷した脊髄が再生することは無い。近年、再生医療の研究が進み、肝細胞を用いた研究や、動物実験が行われるまで進んでいる。

2) 障害の原因

現在日本には 10 万人以上の脊損者があり、毎年 5000 人以上があらたに脊髄損傷を負っている。1990 - 1992 年の調査によると、受傷原因の割合は次の通りである。

1. 交通事故 (43.7%)
2. 高所からの落下 (28.9%)
3. 転倒 (12.9%)
4. 打撲・下敷き (5.5%)
5. スポーツ (5.4%)
6. その他 (3.6%)

ウィキペディアより引用

自身の見解を交えると、やはり交通事故が圧倒的に多い、オートバイや自動車事故などがあるが、歩道を歩いている際に事故に巻き込まれる等の事例もある。高所からの落下は、建設関係の作業現場、自殺未遂などが上げられる。転倒は、日常生活において、屋内での転倒や、階段などからの転落などがある。打撲、下敷きは、土木作業現場等での鉄板や足場などの下敷きが上げられる。スポーツでは、水泳時の飛び込みが最も多く、ラグビー、野球、棒高跳びなどが上げられる。

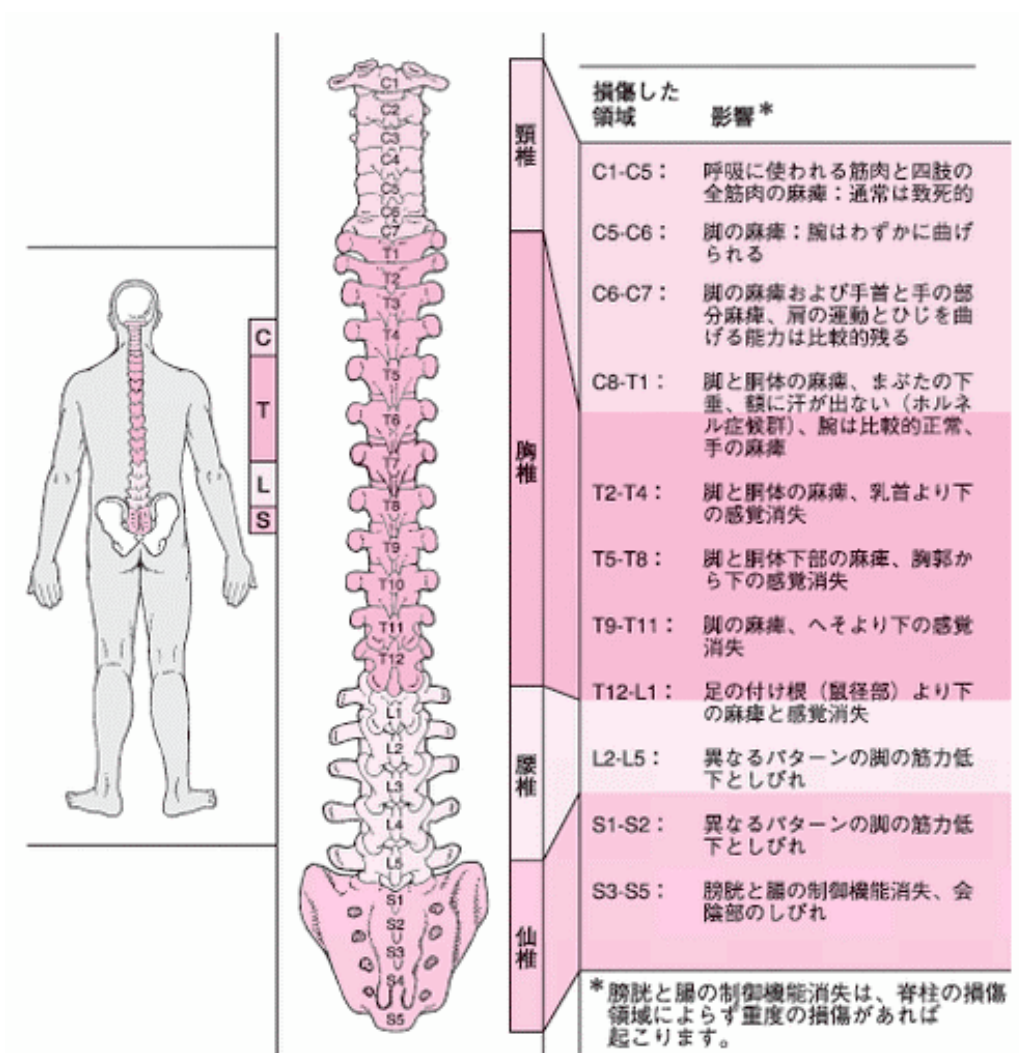
3) 痺や疾患

下記に、運動機能や知覚などに、どのような障害が起きるか代表的な症状を列挙する。

● 運動、機能障害

脊椎損傷は受傷の度合いにより、「完全」と「不全」に分かれる。「完全」は脊髄が完全に断絶されて、神経伝達機能が完全に絶たれた状態である。

「不全」の場合は脊髄の一部が損傷、圧迫などを受け、一部機能が残存するものを指す。完全の場合、受傷部位以下はまったく動かず、感覚も無くなり、完全麻痺の状態になる。



人の脊柱は上から順に頸椎（C1～7）、胸椎（T1～12）、腰椎（L1～5）、仙椎（S1～5）、尾椎に分けられる。損傷部位が上位になるほど障害が重症化する。基本的に頸椎を損傷した場合、上肢、下肢、体幹に麻痺が残り、胸椎以下を損傷した場合、上肢に麻痺は残らない。

C1～3 は首から下が麻痺し、肋間筋と横隔膜が機能しなくなり、自発呼吸が出来

なくなる。人工呼吸器を使用しなければ生命の維持が出来なくなる。著名人であろうとクリストファーリーヴが有名であり、落馬事故で C2 レベルとの事。

C4～5 では肩から上腕部以下の筋肉が麻痺する。肩は動くが、肘が曲げられない（少し曲げられる）等の障害が出る。基本的に自走式車椅子を利用するのは困難。

C6 では、上腕二頭筋は動くが、上腕三等筋が麻痺している為、肘が曲げられるが、伸ばす事ができない。また、手指は動かない、手首は背屈できるが、屈曲できない等がある。自走式車椅子利用、電動車椅子利用に分かれるレベル。

C7 では、上腕三等筋まで利いているので肩から手首までは麻痺は殆ど無い。基本的に手指は動かないが、動く例もある。四肢麻痺になるのはここから上位のレベルになる。

T1～T12 では、体幹、下肢の麻痺で、上肢に麻痺は出ない。腹筋背筋が麻痺しており、座位バランスを保つのが難しい。

L1～L5 では、下肢の麻痺で、車椅子利用になるが、中には杖をついて歩ける者もいる。

- 痙性（ケイセイ）
麻痺している部位が、自分の意思とは関係なく動いたり、痙攣する場合があります、これを痙性と呼ぶ。

- 感覚障害
基本的に受傷部位以下の部分に感覚障害が起きる。麻痺部に感覚が無く、痛い、熱い、かゆい等の伝達情報が脳に届かない。
個人差はあるが一部感覚が残る場合や、幻痛などの症状が出て、感覚が無いはずの部位に痺れや、痛みを伴う場合もある。

- 呼吸器疾患
頸椎、胸椎上部を損傷した場合、肋間筋が麻痺するため、呼吸機能に障害をきたす。肺活量が著しく低下する。

- 内臓疾患
直腸、膀胱などに麻痺が出る為、自立排尿、自立排便が困難になる。排尿に関しては、個人差があるが、常に排尿状態の場合か、括約筋の緊張収縮の為にまったく排尿状態にならない場合等がある。

- 自律神経疾患

感覚、運動だけではなく自律神経系も同時に損なわれる。麻痺部においては代謝が不活発となり、傷などは治りにくくなる。また、頸髄損傷者は、汗をかかなくなる為、体温調節が出来なくなる。

3) 二次障害

上記の症状があるゆえに、二次的な障害、合併症が発生する。下記に代表的な症状を列挙する。

- 起立性低血圧

頸髄損傷者に起こる症状で、身体の大部分が麻痺している為、筋力が無くなり、慢性的な脳貧血状態になる。特に受傷後、初めて行うリハビリがこの低血圧に対応する為の訓練である。また、慢性期の患者でも起床直後や、排泄後、激しい運動の後などに起こる事がある。

- 褥瘡、怪我、火傷等

麻痺部に感覚障害があるため、褥瘡、怪我、火傷を負いやすく、怪我を負っても分からない。私自身も足が車椅子のステップから落ちているのが分からずに走行してしまい、足先を巻き込み、爪を剥がした経験がある。

褥瘡は別名「床ずれ」と呼ばれている。皮膚が長時間、圧迫されるとその部分の皮膚が壊死してしまう症状で、脊髄損傷者が特に気をつける二次障害である。

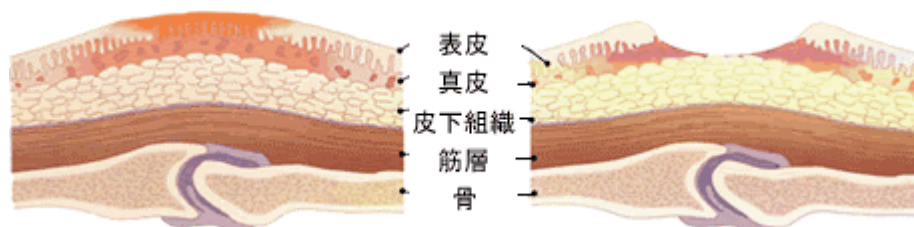
褥瘡になりやすい箇所は、坐骨、仙骨部であり、座位をとり続ける事によって起こる。リハビリの初期にプッシュアップという動作の訓練を行うが、両腕で尻を浮かす動作であり、坐骨の褥瘡対策（除圧）と移動訓練が目的である。

座位中、健常者は違和感を感じると無意識に尻を動かすが、脊髄損傷者は意識的に尻を動かし、序圧しなければならない。

私自身も仕事が原因で坐骨部に褥瘡を作ってしまい、手術をせざるえなくなった。壊死した皮膚を取り除き、骨に達した壊死部を取り除くため坐骨を削った。

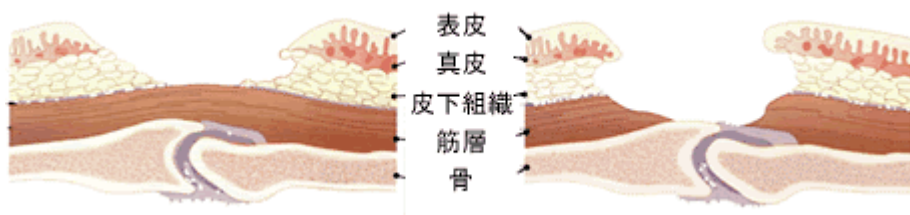
● 褥瘡参考資料

「褥瘡の予防・治療ガイドライン」に記載された分類では、その深さによって I 度から IV 度に分けられ、この段階ごとに治療方法が異なる。



I :
・発赤のみ
・皮膚損傷はないが指で押ししても白く退色しない紅斑がある

II :
・水疱、びらん
・表皮～真皮にいたる浅い皮膚欠損創



III :
・皮下組織に至る全創欠損
・ポケット形成がみられることがある

IV :
・筋層、骨に至る全創欠損創
・ポケットや空洞がみられる

● 肺炎、気管支炎等

頸髄損傷者、胸髄損傷者（上部）に出る症状で、呼吸機能が著しく低下する為、咳や排痰時に弊害が出る。風邪が原因で排痰が出来ずに肺炎を起こす事がある。最悪は死に至ってしまうことがある。私自身の知人も数名、肺炎が原因で亡くなった。

私自身、持病で喘息を持っており、急性期は喘息で心肺停止になった事があるため、2年近くも気管切開をしたまま生活をしてきた経緯がある。

- 低血糖

頸髄損傷者特有の症状で、俗に言われている、ハンガーノック現象。糖尿病ではないが、自律神経系に障害があるため、血糖値を調整する内分泌系にも影響が出る。運動時などに多く見られるが、通常の生活を送っている中でも症状が出る事があり、特に排泄後に多く見られる。対策としては、殆どの頸損はチョコレートやジュース（コーラ、ファンタ等）等、糖分を多く含んだ物を摂取する。

- 低体温、高体温

体温調節ができない為、冬は 35℃程の低体温になり、夏は 37℃～39℃程の高体温になる。運動時などは 40℃を越えることもある。対策としては、冬は防寒対策として、暖房、インナーの重ね着、寝具では電気毛布などを用いる例がある。夏は防暑対策として、冷房、放熱シート、携帯用扇風機、霧吹き、保冷剤等を用いる。近年では放熱効果のある衣服等がある。各個人で工夫をし生活している。



4) リハビリテーション

実体験からのリハビリテーションの内容を列挙する。脊髄損傷者のリハビリは日進月歩で日々進化している。また、受傷レベル、年齢、年代、病院等によっても異なる為、基本的な概要を列挙する。

1. 障害の受容

肉体的リハビリではなく、メンタル面で一番初めに自分のおかれた現状と向き合う事。機能回復ではなく、身体の残存機能を駆使し自律、社会復帰しなければならない事、この障害と一生付き合っていく事を認識しなくてはいけない。しかし、障害の受容が出来てから訓練に望める者は殆どいないと思われる。心の整理がつかないうちに訓練へ入っていく為、その中で気持ちを切り替えていくパターンが多いと思われる。

2. 急性期からの離脱

急性期で寝たきりになり、体力、筋力が落ち込んだ為、上記で示したように少し頭部を起こしただけでも脳貧血になりやすい。上体を起こさなければ、各動作の基本的な姿勢にすらなれないので、一番初めに行う訓練として、上体を起こし貧血に耐え、身体を慣らしていく訓練から始まる。ベッドの背もたれを徐々に起していく訓練になる。身体が慣れてきたら、節食、洗面、などの訓練に入る。今後は、節食、更衣などの手作業による細かい訓練は OT (作業療法) の担当になり、

車椅子操作、移乗、外出などの体力強化は PT（理学療法）の担当となる。PT、OT とも同時進行で行われる。

3. 体力強化

ベッド上での座位に慣れたら、車椅子への乗車になる。車椅子への乗車時間を徐々に増やし、車椅子に慣れるようにする。この時期から、PT では残存筋力の強化を図る為の、筋トレ、プッシュアップ、体位変換動作などを行う。OT では、車椅子上での机上作業、食事などの自助具作製、整髪、洗面自助具の作製等を行う。このころから体育が入り、走り込み、バスケやソフトテニスなどを用いた基礎体力の向上を図る。

4. 技術強化

体力、筋力がある程度ついてきたら、PT では、ベッドから車椅子への移乗、車椅子操作の向上等がある。ベッドと車椅子の移乗を重点的に行う。病棟でも並行して訓練が導入され、朝起きたときから、排尿、更衣の訓練が始まる。また、この時期から、自分の身体に合った車椅子の選別、作製が行われる。



5. 在宅及び社会復帰へ向けて

ADL の向上と同時に、在宅へ向けて実生活へ向けての訓練が始まる。自動車への移乗、操作、免許取得、住宅改修への検討、就職、復職等を念頭に置いた訓練を行う。就職へ向けた職業訓練などもこの時期から入る。脊髄損傷者は周りの環境、設備に大きく左右されるので、この時期に自分に合った方法を見つける時期でもある。しかしながら事前検討を重ねても、在宅に戻った後のほうが、改善する事が多い、当事者は常に生活改善を考えながら生活している。

6. 社会復帰

入院期間を終え在宅に戻るが、その後の進路は多岐に渡る。通院リハビリを行いながら生活する、職業訓練施設へ通う、復職、復学するなどがあるが、在宅に戻ってからが本当の意味での訓練といえるかもしれない。病院や訓練施設で行うこ

とは基本中の基本であり、外での生活でどのように応用工夫して、受け入れていくかが重要になる。例えば、院内では手動式車椅子を利用していたが、街中での不便さから電動車椅子へ変えるなどがある。

上記に脊髄損傷の概要、リハビリ内容等を、私自身の経験に基づき説明してきたが、個人差が多くある為、全ての脊髄損傷者に当てはまる事では無いことを了承いただきたい。