

はじめに

新川橋病院は、内科、外科をはじめとする総合病院である。発足時の診療科目である眼科では一日平均入院50名、外来140名（昭和56年1月～8月）の患者を迎えている。眼科へ来院する患者の疾患は様々である。その中には将来、失明のおそれのある疾患をもった患者も少なくない。

リハビリテーションセンターを除いた一般の更生施設では極端に視力が低くて、治療を必要とする人の入所が不可能であることが多い。症状のある程度の固定が入所の条件としてあげられている。「リハビリテーションのはじまりは、障害の原因となる疾患の発生時である。」という今日の概念から言えば、できるだけ早い時期にリハビリテーションを開始した方が望ましいと考えられる。医療を受けながら、または、医療効果が限界に達した患者に対して社会復帰への道ができるだけ短いものにするために、新川橋病院眼科では昭和55年1月より「病院におけるリハビリテーション」を開始した。

といっても病院内での視覚障害者へのリハビリテーションには一定の方式などないので、各訓練施設で行なわれている訓練を参考にしながら手さぐりで行なっているのが現状である。医師のリーダーのもとで看護婦、訓練士がスタッフを組み、それぞれの分野で協力し合っている。具体的にどのように実施され、また、病院の中で位置づけられているか、次に病院でのリハビリテーションの考え方を述べ、事例をあげて紹介する。

I. 病院における視覚障害者のリハビリテーション

1. 病院でのリハビリテーションの考え方

各訓練施設では、歩行訓練、A D L 訓練、コミュニケーション訓練が総合的に行なわれているところが多い。病院内でも同様に訓練することが望ましいと思われる。しかし、訓練施設では、そこへ来るまでの間にある程度の疾患への理解と、更生意欲を少なからず持っている。ところが「病院」で行なう場合は、「視力の回復がない」または「将来、失明のおそれがある」という医師からの説明直後に対処していくという大きな違いがある。そのため、障害の受容に必要だと思われる内容を含んだ訓練や指導を考えいかなければならない。それには、訓練、指導という形にあまりこだわらず、その時、その場で、その患者に必要なことをサービスするという、基本的にきわめて大まかで、かつ幅をもたせたやり方を考えてみた。

医師の説明直後には誰れもが、一度は死を考えたというほど障害の受容はむずかしい(表1)。障害を正しくうけとめ、克服し、更生意欲をおこすためには、具体的に何を行なえばよいかと言えば、ひとつには精神面へのアプローチ、もうひとつは、入院生活のなかで生じる様々の不便なことを取り除くということではないかと思う。

精神面へのアプローチというと、カウンセリングやケース・ワークがあげられる。カウンセリングは「失明」という認めがたい事実を正しく受けとめていくために効果的な方法のひとつだと考える。入院生活での不便さを取り除くことは、退院後の家庭生活や社会生活をスムーズにすることに通じる。日常生活の基本的なことは入院生活でもかわりはないからである。

病院のリハビリテーション訓練はできるだけ早い時期に、患者が障害を受容するように指導することが第一である。そのため、現在当病院では医師がくり返して病院の予後について説明を行ない、訓練士が心理的な問題を聞くという形を試みている。

2. 病院での歩行訓練の基本的な考え方

視力が低下した患者には、入院生活のなかで様々なことが不便になってくる。たとえばトイレや処置室（入院患者治療室）までの歩行、食事や薬の飲み方等である。それらを解決するために、日常生活訓練と歩行訓練を考えてみた。双方とも、重なり合う部分がある。当病院には訓練士がひとりということもあって、日常生活訓練と歩行訓練を合わせたカリキュラムを作成した。基本的に、歩行訓練を幅の広い領域で考え、日常生活に不可欠なもの、又更生意欲を高めるためのものとして考えたものである。

表1

死んでしまった方が良かったと思ったことは				
年度	1964年9月		1974年7月	
あった	107名	56%	94名	56.3%
ない	84名	44%	74名	43.7%
計	191名	100%	167名	100%

II. 訓練の実際

1. 訓練の流れ・現状

昭和55年1月より院内で訓練を開始する。昭和56年8月現在まで訓練・指導を行なった患者19名（入院患者11名、外来患者8名）の疾患別内訳は次のとおりである（表2）。

訓練は、人歟的には入院患者に対しての方が多く、外来患者には相談、社会資源の紹介などとケース・ワークがほとんどである。患者の家族に面接し、家族指導を行なったり、患者の家へ出向いて室内的ファミリアリゼーションを指導したりすることもある。

患者は、まず医師からこれ以上視力の回復のないことや、将来失明のおそれのあることが充分説明される。そしてリハビリテーションが説明され、訓練士が紹介される。その後、訓練士は患者と面接を行なう。その結果、客観的に症状を把握する医師のリーダーのもとで日常生活を観察する看護婦、実際の訓練に携わる訓練士の三者でカンファレンスを開く。そのなかでひとりひとりに合った訓練方法の検討を重ねる。訓練期間中には数回のカンファレンスを催して問題点を話し合い、目標の修正や確認を行なっていく。ここで行なわれる「訓練」と呼ばれるものは大きくわけると、

- ① カウンセリングを中心とした面接
 - ② 日常生活訓練（A D L）を含んだ歩行訓練
 - ③ コミュニケーション訓練としての点字訓練
- の3つを中心にして進めている。

表2 疾患別患者数

疾 患 名	患者数
網膜色素変性症	4
ブドウ膜炎	4
糖尿病性網膜症	3
網膜剥離	2
緑内障	2
視神經萎縮	2
眼球病	2
計19名	

毎朝8時30分（冬は、9時30分）のラジオ体操で始まって、ひとり週に1～3回。1回の時間は60～90分。治療と並行して行なっているので、治療や検査と重ならないよう時間割を配慮している。訓練場所は病室、病院内、病院週辺や商店街、川崎駅付近である。

このほか56年4月に、患者とその家族を対象にしたレクリエーションを看護婦とボランティアの協力で実施した。

訓練はマンツーマンで行なわれ、グループワークについては現在検討中である。入院時のオリエンテーションには、看護婦の依頼に応じて協力している。日常生活を観察する看護婦のリハビリテーションに占める役割は大きいが、看護と訓練では矛盾する部分もあるので、その技術や方法についてカンファレンスや勉強会の中で話し合っている。

2. カリキュラムの説明

次に病院で行なっている歩行訓練のカリキュラムを紹介する。

〔カリキュラム〕

(1) 室内の移動及びファミリアリゼーション ※1

- ① 防御
 - A. 上部防御
 - B. 下部防御
 - ② 伝い歩き
 - ③ 方向のとり方
 - A. 平行
 - B. 直角
 - ④ 室内ファミリアリゼーション
- (2) 日常生活訓練（A D L） ※2
- ① 身だしなみに関すること。
 - ② 更衣に関すること。
 - ③ 食事に関すること。
 - ④ 入浴に関すること。
 - ⑤ その他入院生活に関すること。
 - ⑥ 硬貨・紙幣弁別など社会生活に関すること。

(3) 散歩

- 手引き歩行
- ① 基本姿勢

- ② 著席
 - ③ 狹所
 - ④ 階段（昇り降り）
 - ⑤ 戸（戸の開閉）
 - ⑥ ハインズブレイク
 - ⑦ 自動車の乗降
 - ⑧ 住宅街
 - 手引きの時の白杖の持ち方
 - ⑨ デパート
 - エスカレーター昇降、エレベーター昇降、階段昇降、インフォメーションの利用。
 - ⑩ 買い物
 - 店員との会話、紙幣・硬貨の弁別
 - ⑪ 郵便局・銀行
 - ⑫ お茶の時間
 - 飲食店の利用、店員との会話、紅茶・コーヒー等へ砂糖を入れる、白杖の置き方
 - ⑬ 外食
 - テーブルマナー
 - ⑭ バスの乗降
 - ⑮ 電車の乗降
 - キップの購入、券売機の利用、改札出口の通過、乗降
- (4) ステップⅠ
白杖の基本技術
- (5) ステップⅡ
目的地の発見
- (6) ステップⅢ
交通機関の利用
- (7) ステップⅣ ※4
帰省訓練
- (8) ステップⅤ ※5
応用歩行

(9) ステップVI ※6

Family Service (ファミリーサービス)

※1. 病室を中心にしてトイレ、処置室、看護婦詰所、洗面所、屋上、7F面接室などへの移動を行なう。

※2. ADL初期評価を行ない、それにもとづいて行なっていく。

※3. 手引き歩行にて散歩を行なう。院外へ出て、いろいろな場面を経験させる。コースとしては住宅街・公園・商店街・デパート・公共施設・バス、電車の利用、点字図書館などを含んだ15コースを考えている。

※4. 入院生活から家庭生活へ切り換えるための準備とする。

※5. 看護婦や院内の職員の協力を得ておつかいをたのんだりする。

※6. 家族の歩行訓練の見学。患者の家族にアイマスクをつけてもらって手引き歩行を経験してもらう。

3. 事例報告1.

(1) プロフィール

A. 男。56才。ブドウ膜炎、続発性緑内障、併発白内障。視力・右=0、左=0.02(退院時の視力 右=0、左=指数弁)。性格は明朗であるが神経質なところがあり短気。昭和49年に脳軟化症を起こし左手に多少のしびれを感じる。入院昭和51年4月19日、退院昭和56年7月19日、訓練期間昭和55年1月9日～昭和56年7月19日。

(2) 訓練目標

- 残在視力を最大限に活用し、安全にかつ能率的な歩行をする。
- アパートから病院へ単独歩行で通院する。

(3) 訓練経過

訓練総時間数137時間(「1時間」60～90分)

「歩けるようになって退院したい。」という希望が強く、最初から歩行訓練には積極的だった。訓練はカリキュラムにそって行なっていった。視力が左0.02であったので、その視力を最大限に利用した歩行を考えた。たとえば、目的地の発見は杖と目を使って発見できるランドマークを使用するなどである。

訓練をはじめて2ヶ月後の3月に、口内炎をともなう炎症が起り、視力が一時低下する。この間、一ヶ月訓練は中断する。その後、訓練は順調に進むが、10月にも炎症を起こし、視力の低下が起きる。視力が低下することは医師から充分

に説明されていたにもかかわらず、精神面で不安定になる。看護婦や同室の人に当たることもしばしば。そのたびに気分転換を図るプログラムを考えたり、面接の回数を増していった。視力が回復すると一転して以前の明るい人にもどる。

56年1月の中頃より再び視力が徐々に低下する。この頃は応用歩行の段階で、退院時の話をすると、「ひとりで歩くのがこわいので入院してみたい。」といい出す。今まで協力的だった家族も単独歩行に不安があるという。そこで、患者の歩行訓練を見学させたり家族にアイマスクをつけて手引き歩行を実施し、理解をもとめた。本人には、カウンセリングを並行して行ない、再度、訓練を重ねて56年7月に退院。現在は退院時の視力（左、指數弁）におちついている。2週間に1度、横浜のアパートから家族の協力を得ながら通院している。現在でもひとりで歩行することに不安があるようだが、これは回数を重ねていけば自信もついてくるだろうと思われる。また外来通院の際にはひき続き声をかけるようにし、更に視力が低下した場合には、再び歩行訓練が受けられることを指導した。

アイマスクを使用しての訓練は拒んだので行なっていない。

(4) 反省・考察

アドウ膜炎のような発作をくり返す中での訓練はむずかしい。たとえば発作のたびに訓練は中断し、はじめからやり直さなければならぬこともある。Aの場合はそれだけでなく、完全に行なわれていたと思っていた障害の受容が不充分であつたため、炎症や視力低下のたびにカウンセリングが必要となった。これは最後まで残された問題だった。リハビリテーションを開始後、それがスムーズに行なわれるためには、患者が障害を正しく冷静に受けとめることが大切である。だから、そのためのカウンセリングやケース・ワークの占める部分が大きいように思われる。視力があったので白杖の使用技術や方向概念には大きな問題はなかつた。視力がある割りに訓練時間がかかったのは発作のあとくり返し訓練を行なつたこと、歯科通院も訓練に入れたためと思われる（歯科は当院の診療科目にはない）。

4. 事例報告 2.

(1) プロフィール

B。女。66才。右、眼球痙攣、左、無水晶体症。視力 右=0、左=光覚。性格は明朗で素直。単身。入院昭和44年6月12日、退院昭和55年12月6日、訓練期間昭和55年1月7日～昭和55年12月6日。

(2) 訓練目標

- 室内の行動範囲を広げる。
- 手引き歩行に慣れ、屋外歩行の範囲を広げる。だれとでも手引き歩行で外出ができるようにする。
- 体力回復及び増進

(3) 訓練経過

訓練総時間数49時間（「1時間」60～90分）。

カリキュラムの手引き歩行による散歩まで行なう。杖は携帯のみで、使用技術については「振り方」だけ指導した。入院生活が長かったこともあり、日常生活の大部分は自立していた。また、病棟の単独歩行もBなりの方法でできていた。性格は明るく素直で好奇心が強く、何に対しても興味を示して一生懸命に取り組むタイプの人だった。ただ、白杖を使用しての単独歩行に対しては、極端に拒否した。年齢的にも、必要度からみても、白杖使用技術は必要ないと思われたので「手引き」のみを行なった。週1回散歩を行なう。このなかには歩くだけでなく、デパート・マーケットの買い物をはじめとし、エスカレーターの利用、自動券売機、郵便局、銀行の利用、バス及び電車の乗降、外食などあらゆることを経験させた。

入院後、視力が著しく低下した時期からの外出の経験がなかった。また身長1メートル50センチ、体重74キログラムだったこともある、散歩を始めた頃は、50メートル歩くにも息切れをおこしていた。歩調もゆっくりであった。11月には病院から川崎駅まで約700メートルを休憩なしで30分程度で歩行できるようになり、「1時間」の時間内、休憩をとらないでの歩行が可能になった。この頃になると体重もちょうど70キログラムに減っていった。歩行も積極的な歩行になり、だれとでも手引きで外出が可能になった。しかし、最後まで階段の昇降はにがてのようだった。12月に退院し、現在は盲老人ホームで元気に生活している。

(4) 反省、考察

「初めはこわくて足が前に出ませんでした。足首も腰も痛くて整形（整形外科）にかかると思ったくらい。だんだん、何回か歩くうちに慣れてきて痛みもなくなりました。たまに外に出て、外の空気にふれた方がいいですね。いろんな音が聞こえて、人の声も聞こえたり、チンドン屋もいたり。楽しかった。耳で音を楽しんだというのかしら……。」これは退院後に、それまでの散歩を振り返って聞かせてくれた感想の一部である。盲老人ホームで寮母さんと歩く時には、足運びが

速いと言われたという。散歩が彼女にとって病院生活の中で大きな変化となった。これは彼女の若々しい感覚や性格によるところが大きい。環境把握も早く、社会性も高かった。11年近くも病院の中だけの生活だっただけに大きな刺激となったのだと思う。

失明者の高齢化が問題となっている。本人が杖の使用技術を希望している場合は別として、高年齢者や体力に無理のある者にとって手引き歩行を徹底させることは意味のあることだと思う。これによって行動範囲も広まり、精神衛生や健康面でも大きな意味があるのでないだろうか。

結果論ではあるが、Bの場合、「もっと若い時なら杖の練習もした。」といっていたが、視力が低下した時点で総合的なリハビリテーション訓練を受けていたら入院生活の時間が遅ったものになったのではないだろうか。

5. 事例報告 3.

(1) プロフィール

C。男。55才。糖尿病性白内障・続発性緑内障。視力 右=光覚、左=光覚。性格はがんこで気むずかしく、協調性に欠ける。単身。入院昭和52年8月29日、退院昭和56年7月15日（転院）訓練期間昭和55年5月8日～昭和56年7月15日。

(2) 訓練目標

- 身辺処理の自立
- 入院生活への適応

(3) 訓練経過

4月30日に福祉事務所のケース・ワーカーが来院。治療が終了しているので施設への入所を勧めに来る。5月8日内科医より依頼があり面接を行なう。

面接では短いことばで質問に答えるだけではほかには話そうとしない。他の施設へ行くことも頗くだけであった。福祉事務所のワーカーとも相談し、施設への移行が具体的に決まり退院するまでの間、訓練することにする。付き添いさんが24時間付き添い、入院生活のすべてのことを行なっていたので入院生活が自立できることを目標にした。並行してカウンセリングを行ない、医療が終了したことを意識付け、更生意欲を高めていくことにした。室内の移動、日常生活訓練（ADL）、手引き歩行での散歩を週3回行なった。最初の数ヶ月は更生意欲に欠け、休みがちであった。身体が硬く、体力もなく、ラジオ体操や散歩中フラフラすることが多かった。「手引き」の訓練には付き添いさんにも見学してもらい、実際に歩

行してもらった。日常生活の場面でも徐々に付き添いさんの手から離れていくけるよう協力を依頼した。

7月～10月は歯科通院のため外出する機会が多かった。

10月、福祉事務所から訓練施設への話が具体的になったという連絡がある。訓練施設の話をしても気のりをしない様子で医療に対する不満もあり、退院を納得しない。

56年5月退院し、訓練施設への入所希望を出すが、健康面で異常があるということで「保留」になる。再度、検査をした結果、泌尿器の異常がみられたので福祉事務所のワーカーと話し合い、老人病院へ転院となり、7月、退院する。

(4) 反省、考察

更生意欲が起きなかった理由としてカウンセリングの不充分さが考えられるが、このほかにも視力が落ちたら何もできない、したってしょうがないという気持ちが大きくなつたためと思われる。視力が低下してからは一度も行なったことがないということが多いからである。缶切りで缶を開いた時「やればできるんだ」ということばが聞かれた。訓練の中に更生意欲を出せる内容のプログラムをもつと入れていけばよかったです。彼は協調性や社会性に欠けていたのでグループ・ワークなどを取り入れていくことも必要だったかもしれない。

おわりに

医療と並行しながら訓練を行なうことによって、社会復帰への時間を短いものにする目的からリハビリテーションを始めたわけであるが、症状の固定しない患者を訓練するだけに苦労することもある。だが、患者の将来の生活設計には大いに役立つものがあると思う。

リハビリテーション第一歩の医師の宣告について、次のようなことがある。

5年前、アルカリ腐触にて、高度の視力低下をおこした患者（男）がいた。医者が視力の回復の不可能であることを話したところ、自殺を図り、現在まだ精神科医の治療を受け、リハビリテーションコースにのせることができない。彼の場合は、仕事上、期待される地位にいたうえ、他人のミスによる事故で突然視力を失ったのために想像以上の精神的な打撃があったと考えられる。この例をみるとまでもなく、「視力の低下」や「将来視力の回復の見込みのない」ことをいかに告げるかはむずかしいことであるが、肝心なことである。リハビリテーションは、医師によって診

断と病状の正しい説明がなされなければ開始されないからである。視力に障害をもった患者が1日も早く社会復帰できるように眼科医の積極的な指導を望む。

また、以前の医師から正しい説明がないままにいつかは治ると期待を持ちながら入院生活を送っていた患者がいる。家族があるにもかかわらず、ほとんど交流がなく、家族も無関心だった。この患者に面接した直後、家族へ再々連絡を取ったが、来院してくれるまでに半年もかかった。現在の医師から患者及び家族に予後について充分な説明があり、現在、盲老人ホームへ入所までの間、院内の行動範囲を広げるための訓練を行なっている。患者と家族の間には様々な問題があるが、家族の無関心も患者のリハビリテーションを遅らせる一因になっていると思う。

身体障害者手帳を入院中に申請したにもかかわらず、福祉事務所からの何の連絡もないまま2、3年と入院生活を余儀なくされている患者がいるという現状がある。

リハビリテーションの効果をより高めるには、各機関が総合的に協力していくことが必要だと思う。

今後、病院でのリハビリテーションの内容を更に充実させるためにできる限り努力していきたい。

参考文献

- 1) 日本ライトハウス・職業生活訓練センター、視覚障害者のためのリハビリテーションⅠ歩行訓練、昭和52年。
- 2) 赤松恒彦、中島章、眼科リハビリテーションクリニック10年間の経験より、臨眼、1975年2月。

※ 総合新川橋病院 — T210 川崎市川崎区新川通1-15

電話 044-222-2111