

静岡済生会病院における視覚障害者の歩行訓練

石光和雅、長岡雄一

はじめに

静岡済生会病院は、恩賜財団、社会福祉法人、静岡県済生会をその設置主体としている。静岡県済生会は、この病院以外にも、心身障害児の通園施設、虚弱児施設等を有し、又、現在、歩行訓練の中心となっている社会事業部も、病院とは別組織として、済生会に含まれている。

社会事業部の活動の中心的場所は、済生会病院であり、したがって、そこで為されている歩行訓練も、一応は、その対象者を本病院受診者とするが、又一方で、広く活動の場を地域に求めているので、済生会病院未受診者をも、歩行訓練の対象としている。

ちなみに、昭和56年9月末現在の歩行訓練生では、本病院受診者4名、未受診者4名である。

さて、以下では、こうした状況下での歩行訓練の位置付け、その対象者の発見とアプローチ、歩行訓練の方法を述べ、そこから、静岡済生会病院における歩行訓練の特徴を示していきたい。

I. 歩行訓練の位置付け

済生会社会事業部では、昭和50年より中途失明者日常生活訓練教室（以下、教室と略す）を開き、点字、A D L等の指導を行なってきた。昭和54年12月より開始された歩行訓練は、この教室の一環として位置付けられる。したがって、ここでは、まず教室について説明し、その後、この教室との関係で歩行訓練を述べることとする。

1. 教室の概要

教室は、前述した通り、昭和50年より開始され、週一回火曜日、約2時間行なわれている。スタッフは、外部より講師、助手それぞれ1名を招き、それにワーカー（歩行訓練士兼務）とボランティアが加わっている。

教室で主に実施されているプログラムは、略々、以下の様なものである。

① 点字

② A D L 関係

③ 情報提供

④ レクリエーション

点字は、毎回 1 時間程、必ず実施されているものであるが、各自の進み具合が異なる為、かなり個別的な指導がなされることになる。一応、個人別に進度表が作成されている。

A D L 関係では、金銭弁別、盲用具の使用、電話のかけ方等が主に指導されているが、時間の都合上、毎回、これらが実施される訳でなく、何回かに 1 回という割になっているのが現状である。

情報提供とは、参加者へのテレビ・ラジオ放送の案内等をさしている。又、一般教養的要素も、この中に含まれている。

レクリエーションは、2 ヶ月に 1 度程の割合で実施されている。家に閉じ込もりがちな参加者等を、屋外に引っ張り出す意図も、この中に含まれている。もちろん屋外のみでなく、レストランでの食事等も実施される。

さらに、上記 4 項目以外にも、随時、感覚訓練的要素を含んだゲーム、話し合いが行なわれる。盲に関する様々な感情の表出、同じ疾病を持つ者同士の交流、そうした事への支持等が、こうした中で為されている。

全体として、この教室では、訓練的色彩とグループワーク的色彩が、合半ばしており、ある意味では、施設をかなりコンパクトにしたものと見ることもできよう。とは言っても、かなりキメ細かな訓練プログラムを実施できる状態ではなく、系統的な A D L 、感覚訓練は欠如していると言わざるを得ない。それは、スタッフ、時間等の問題と共に、教室への参加が、1 年のいつでも良い為、各参加者の進度が、極端に違ってしまい、それにスタッフが対応しきれないと言えよう。

教室への参加がいつでも良い点は、こうした短所を持つものであるが、逆に、いつでも自由に参加者を勧誘できるという点で、我々にとっては、かなりの価値があるものであり、そう簡単には捨て切れないものではあるが。

2. 教室と歩行訓練

歩行訓練は、この教室の一環として実施されている訳であるが、当然のこととして、時間的には、教室の時間に拘束されることはない。

56 年 9 月末現在で歩行訓練を受けている者は、全て火曜日の教室に参加しており、トータルな意味で訓練が為されている。しかし、歩行訓練は、すでに盲学校、国立

リハビリセンターを卒業ないし、在学中の者にも実施される場合もあり、そうした場合には、火曜日の教室には、まず参加することはない。教室への参加があくまで本人の自由意志であり、しかも、決まった手続きを踏んだ上で参加するものではない為、これは仕方のことである。

教室の一環として位置付けられる歩行訓練は、ただ歩行訓練が単独に、他と何の脈絡もなく存在しているのではないということである。

II. 歩行訓練の対象者

前述した様に、対象者は、済生会病院受診者には限定されない。ここでは、非受診の対象者の発見、アプローチについて述べることとする。

済生会病院受診者（入院・通院）については、医師、看護婦より紹介されて、教室参加、歩行訓練の働きかけを行なう。もちろん、その前段階として、医師、看護婦とのコンタクトは密にしておく必要がある。又、院内では、受身的に紹介されるのを待つのみでなく、こちらから探し出すこともある。

こうした院内の発見は、比較的容易であるが、問題となるのは、非受診者であり、ここでの主眼も、そこに絞ることとする。

1. 対象者の発見

済生会病院受診者以外の対象者の発見（紹介をも含む）方法は、以下の如くに分類される。

- ① 関係機関からの紹介
- ② 他医療機関からの紹介
- ③ 教室・歩行訓練のPRによって
- ④ 身体障害者手帳交付者名簿からのピックアップ

①は、福祉事務所、民生事務所、盲学校を示すが、こうした紹介をしてもらう前段階としては、各機関に対し教室・歩行訓練についてのパンフレットと、日常生活・視力の状態についてのチェック・リストを配付し（特に、福祉事務所、民生事務所に対し）、身体障害者手帳交付の際、チェック・リストを作成し、送付してもらうか、本人に直接、来院する様に働きかける様、依頼しておく。盲学校の場合は、別科への進学希望者が盲学校を訪れた際、教室を紹介してもらう形をとっている。

②では、他病院の医師、ソーシャル・ワーカーによる紹介ということになるが、

ワーカーには、やはり、チェック・リストを送付し、該当しそうな患者が来院した時にチェックをし、紹介してもらう形をとっている。

②は、新聞・テレビを通してのPRということである。教室・歩行訓練の存在が、まだ一般に知られていない為の手段と言うことができよう。

さて、③についてであるが、④や⑤が全く遗漏なく行なわれれば、実際にはあまり出て来ないものである様に考えられるが、現在でも、かなりの数があがっている。

まず、手帳交付者名簿より一定の基準（年令50才以下、2級以上）を基として、対象者をピックアップする。なお、名簿は、民生事務所より送付してもらう。

その後、管轄の福祉事務所に、対象者の状態を問い合わせ、ある程度の情報を得る。（この過程は省略されることもある）

以下のアプローチについては、項を変えて述べることとするが、対象者の発見について総括するならば、次の様になろう。

即ち、我々が対象者を発見するには、その前段階として、きわめて広範囲に網を張っておく必要がある。その為には、常に各紹介先とのコンタクトを保たなければならぬ訳で、たとえ、それが、こちらからの一方通行であっても受けられるべきである。

2. 対象者へのアプローチ

発見後、1回のアプローチで、すぐに教室、歩行訓練に参加する者はまずない。
経過観察・継続として、アプローチを続けていくことになる。

前項で示した発見方法のうち、②を除く3つに、その可能性はある。

アプローチは、手紙・電話・訪問といった手段で為されるが、最初から教室への参加を促すことはない。まず、今、現在困っていることの解決（特に室内の移動・防御等）を画る。もちろん、拒否的なケースに合うことも多く、それさえできないこともある。しかし、そうした場合でも、根気良くアプローチは繰り返され、訓練へのレールに乗る様、努力する。

こうしたことは、歩行訓練以前の事であり、訓練士というより、むしろ、ソーシャル・ワーカーとしての接近の仕方と言うことができよう。しかし、対象者がどこかに存在する限りにおいて、誰であろうと、アプローチは欠かせないものであり、歩行訓練士が持つ、問題解決への有効な手段は、その際、大きなきっかけとなろう。ケースワーク的援助と共に、何ができる、何ができないか、そして、できない事を、ほんの少しの工夫や訓練で可能にすることを、アプローチに際し、徐

々に明らかにすることこそ、アプローチでは大切なことであろう。

III. 歩行訓練の方法

我々が今、済生会にて行なっている歩行訓練は、形としては、通院によるもの、入院によるもの、家庭訪問によるものの3つに分けることができる。ここでは、この3つの分類に従って話を進めていく。

1. 入院による訓練

眼疾のみ、全身病（糖尿病、ペーチェット病、腎不全等）により入院している者で、視力を相当程度失なっている者は、歩行訓練の対象となるのであるが、失明後、すぐに訓練開始とはいかないケースが多い。これは、障害の受容等を含む、大きな問題と関わりがあるが、ここでは、それについて言及はせず、訓練へのレールに乗った場合について述べることとする。

入院患者に対する歩行訓練は、その病状が、当然考慮される。もちろん、病状が安定せず、状態が良くない場合は、訓練は二の次になる訳で、訓練の開始時期については、医師の意見が決め手となる。

入院による訓練は、すでに治療が終了している対象者に対しても行なわれる。即ち、訓練目的の入院である。地理的に訓練に通ってこれない場合、適当な介助者がいない場合、短期間に集中して訓練を行なう必要がある場合等が、訓練の為の入院の要件である。56年9月末現在、3名がそうした形で入院による訓練を受けている。

以下では、入院患者Aに対する歩行訓練を紹介する。

ケースA

①ケース概要

47才男性。糖尿病性網膜症にて、市内の総合病院に入院していたが、腎不全を起こし、人工透析を受けることになり、済生会病院に転院していく。全盲であり、眼科的処置はすでに終了している。単身で生活保護受給中。

病棟よりの紹介で面接するが、入院時は、透析への適応が重要であり、それを待つこととする。障害については、知的レベルでは、受け入れている様である。

②訓練の目標

第一に、院内での移動を可能にすること、次に、病院付近の歩行を可能にする。

③訓練の過程

透析への適応が終了した後、訓練を開始したが、15分も歩けない程、体力が低下しており、手引きにより、少しずつ長く歩ける様にする。その間、医師より、訓練は差し支えのこと、運動としてもやった方が良いとの指示を受ける。

訓練開始後、約1ヶ月は、ほとんど手引き歩行が続くが、体力の回復ははかばかしくない。訓練への意欲も、あまり、はっきりしない。

地理的概念、方向感覚は良いが、体力、気力が、それを十分に生かせないでいる、といった感が強かった。白杖導入後も、同じ状態が続き、又、週3回設定した訓練も、体の状態等で、半分も実施できず、なかなか先に進めない。

それでも3ヶ月程で、第一の目標には到達し、現在は、第二の目標を設定しているが、退院の話等が出、それにより、意欲は増大した様で、以前に比すと、進度は速くなっている。

2. 通院による訓練

自宅より病院迄、距離的に通院可能であり、しかも、単独歩行が困難な者においては、常に手引き者がある場合には、通院による訓練を行なう。通院による訓練を受ける者の場合は、治療も、一応、終了していることが多い。

通院による場合、最初の目標を単独通院を可能にすることを考える。通院を可能にすることの意味は、週1回実施されている教室への、より積極的な参加を進める為であり、又、検診、検査等で通院している者に対しては、家族、知り合い等の都合に左右されずに、単独でそれを行なえる為である。但し、これは、あくまでも原則であり、本来ならば家庭訪問の形をとりたいが、訓練士が通えず、仕方なしに通院という形をとることもある。

一般的な通院では、歩行訓練のカリキュラム中、バスの乗降が比較的早い時に実施される。それは、援助依頼も早い時期に行なわれることも意味する。

以下では、通院による訓練を行なったケースを紹介する。

ケースB

①ケース概要

66才、女性、虚血性視神経炎にて55年9月に失明、神經内科的疾患も疑われており、神經内科受診。そこの医師より紹介される。

夫は、脳梗塞で寝たきり状態にあり、特別養護老人ホームに入所中。息子と2人暮らしである。

最初入院による訓練が検討されたが、家庭内での役割もあり、現実的なものとはならなかった為、通院による訓練を実施することとした。

①訓練の目標

- 第一に、自宅付近の散歩、買物
- 第二に、単独通院（教室参加の為）
- 第三に より広い範囲での買物

②訓練の過程

最初は、家庭訪問をし、自宅付近の歩行を行なった。（約3ヶ月）

買物も単独ができる様になった後、単独の通院を可能にする為の訓練を行なった。その間、火曜日の教室にも参加し続けており、その時は、息子が介助者として付き添ってきた。家から病院迄の地図については、失明以前に、夫の入院の付き添い等で通院していた為、かなりでき上っていた。バス乗降は、すんなりとこなし、通院は意外に早く可能となった。又、知人も多く、バス乗降に際して、かなりの援助があった。（約2ヶ月）

その後は、市中心のデパート等を使った買物訓練を実施したが、これも、地図が十分に完成されており、少しのランドマークを教えるだけで十分という具合で、当初の目標は、お、よそ、達成された。

3. 家庭訪問による訓練

上記2のケースは、前半は、この方法によって行なった訳だが、一般的には、①年令的に敢えて入院での訓練が必要なく、②通院する必要はあっても、適當な手引き者がいる。そして、③訓練士が十分通える様な距離（片道約1時間以内）に住む場合、この方法を使用することになる。

目標としては、自宅付近の散歩・買物を可能にすることを考える。

以下では、この方法によるケースを紹介する。

ケースC

① ケース概要

60才男性、敗血症にて当院血液内科にS56.3.14～6.20まで入院。入院時はよく見えていたが、2～3日経つうちに視力低下し、4月には明暗もわからなくなってしまった。眼科より、リハビリの依頼があった。敗血症で失明するのは、きわめて稀なケースとのことである。

眼科的な治療は特にならないが、血液内科の方では、肝臓周囲にたまたまウミを摘出するための手術をするかも知れないということであったが、歩行訓練は進めてくれ

てかまわないとのことであった。

眼科より依頼があり、本人を面接室によんだところ、車イスで来室した。失明前より、こわがりの方で、失明により、ベッドからおりることすらこわくて出来なくなったとの事であった。性格的には、こわがりの反面、楽天的で、障害をしっかりと受けとめているようであった。

② 訓練の目標

一応、自宅附近での散歩が可能となる程度を目標とした。

③ 訓練の経過

A、S 56.4.25—6.18 入院中の訓練

29回 (23時間)

恐怖感が強く、ベッドから病室のドアにゆくまでに、自分の位置が全くわからなくなる程であった。病室からトイレまでなんとか単独で往復できるようになるまで、5回の訓練回数を要した。その後、徐々に歩行距離をのばし、6階の病院から、別棟の3階にある社会事業部や、2階のリハビリ教室へゆけるのに11回の訓練が必要であった。ここまで、すべて、白杖使用前の訓練であった。前かがみの姿勢がだんだん矯正され、背筋がピンとのびるようになってきたところで、白杖を導入した。白杖を使っての院内の移動を13回かけて訓練したが、(1)予定していた手術の必要性がなくなったこと、(2)入院期間が3ヶ月に及んだこと、(3)院内の移動が完全にできるようになることに意味があまりなく、むしろ自宅付近での歩行（散歩程度）に時間をかけた方がよいのではないか、(4)自宅が病院からちかいということから、退院させ、訪問による訓練へと切りかえることに決定した。

B、S 56.6.24—8.19 訪問による訓練

9回 (9時間)

ケースの自宅は病院から自転車で5分くらいの所にある。散歩のコースは、ケースの希望を取り入れ、歩いて5分くらいの所にある神社までとした。目的地である神社までにはT字路が2か所あり、車の通りは少なく、散歩にはそれほど危険性のないコースである。

週に2回のペースで訪問したが、訪問しない日には、家人の監督のもとに、自分の出来るところまで歩くことを許可しておいた。

訓練は、車がきた時のよけ方、T字路の発見、まがり方、神社の境内のみつけ方、自宅の玄関のみつけ方を中心においた。

このケースの場合、もしも早期に歩行訓練が始められなかつたならば、いわゆる「ねたきりの老人」になつてしまふ可能性も大きかつたであろう。しかしながら、完全に失明してから1ヶ月後にリハビリの要請がなされ、5ヶ月後には、退院して家の周辺ならば一人で散歩ぐらいは出来るようになつたということは、ケース自身の気丈さもさることながら病院に歩行訓練士がいたからに他ならないであらう。

以上、歩行訓練の方法について述べてきたが、これらは、又、次の様にも分類することが可能である。

- ① 純粹に病院という場での訓練
(疾病を持った視覚障害者の訓練)
- ② いわゆる収容、通所施設という場の訓練
(治療は終了しているが、通院により訓練をしたり、それが無理な者については入院させたりする場合)
- ③ 家庭訪問での訓練

これらは、従来の基準に従つての分類となる。即ち、①では、川崎の新川橋病院、②は各地のリハビリテーションセンター（日本ライトハウス、七沢ライトホーム）、③は、大阪府盲協や京都ライトハウスがそれに当つてはまる事になる。したがつて、今、済生会では、これらが混然一体となつてゐると言つてよい。これは、静岡県全体として、歩行訓練士が2名しかいない事、又、済生会社会事業部として、地域活動を掲げている事等によるものと言つてよい。従来の枠にとらわれず、トータルな形での歩行訓練は、大変ではあるが、ニードにある程度は対応できる点で、一つの意味を持つものと言えよう。

終わりに

済生会での歩行訓練は、病院という場を中心とし、そこから様々な方面に手を延ばしている。

病院という場での歩行訓練は、それが治療と密接な関わりを持って進められる点、又、失明という事態と、まず最初に直面する点（言い換れば、失明からリハビリテーションへの Time-lag を最小なものにするということにならう）で特徴付けら

れよう。しかし、本稿では、それを述べなかった。それは、又、別の機会に譲るとし、全体として、我々が今、済生会で行なっている歩行訓練の方法を記述したかったのである。

近々、静岡にも、リハビリテーションの施設が建設される予定になっている。そうした施設で、今、我々が行なっていることが、同様に行なえるかは判らない。今の体制こそ、実は望ましいのでは、と思える昨今である。

※ 静岡済生会病院 〒422 静岡市小鹿1-1-1
電話 0542-85-6171