

71 短期入院でロービジョン訓練を行った皮質盲の1事例

1)リハビリテーション部ロービジョン訓練、2)第二診療部²⁾、3)看護部³⁾

久保明夫¹⁾、中西 勉²⁾、三輪まり枝¹⁾、山田明子¹⁾、西脇友紀¹⁾

西田朋美²⁾、仲泊 聡²⁾、篠崎菜穂子³⁾

1 はじめに： 国連が2001年にICFを作成し、医学モデルと社会モデルを統合したリハビリテーションが位置づけられたが、実際は患者を主とした「医学モデル」的な対応で行われていることは否めない。しかしながら、特に高齢、重度、重複の視覚障害者の場合、訓練等は当事者だけでなく家族等の援助者への支援は欠かせない。ロービジョン訓練では、皮質盲患者に対し予めプログラムの中に家族支援を組み込んだ短期入院訓練を実施したのでその状況を報告する。

2 対象者の概要： S,H (68歳、男、脳梗塞による皮質盲)氏。発症はH22年7月、両側後頭葉底部梗塞。視力：右=(0.4×-9.5^D) 左=(0.4×-9.5^D=cy1-0.5^DAx180°)、視野：両眼とも下方に残存(ひょうたん様)、障害者手帳は視野で5級相当だが未取得。道に迷いやすい(街並失認、部屋失認)。薬の飲み忘れ、うつ的な傾向(妻の話)。所属はNP0(教育関係)の代表で全国各地での講演等を主務とする。訓練に至る経過はH22年9月に2回外来の受診。家族支援も含めた短期入院訓練(妻は付き添いとして)を提案したところ希望した。(注)データは初診時。

3 訓練の内容： 2泊3日の短期入院訓練。妻は付き添い者として同室に宿泊。目的は患者と家族が訓練に参加することにより、両者の障害の理解と障害に対応する方法等を協同して体験し、患者および家族のQOLの向上を図ること。訓練内容は視機能評価、移動を主とした訓練、家族が行う支援の方法、ミーティング等(プログラムは資料1参照)。

4 結果： 今回の効果は、訓練最終日の患者、家族とスタッフによるミーティングで患者と妻が語った感想に現れている(資料2参照)。メンタルマップと手書き地図を活用した移動訓練により、ベッドからトイレの移動や浴室内の移動が自立。また、メモリーノートの活用により、妻に依存していたスケジュール管理を自身で行うという基礎が確立。疑似体験により、妻の障害への理解が向上し、妻はもとより患者自身の不安の軽減。また、支援の仕方・され方を習得し、患者の積極的な歩行への意識付けとなり、患者・妻相互にとって楽に早く歩けるようになった。

5 フォローアップ： 3ヶ月に1回の外来での定期的な受診で、症状・行動の経過観察と生活の工夫等について、診察、視機能評価・活用訓練と社会的相談を継続している。当初は妻らの支援により、講演等を行っていた(前半は過去の経験に基づく話をし後半やまとめは妻が行う等)が、現在では自身で原稿を書き、推敲し積極的に講演を行えるようになっている。

6 おわりに： 障害の発生後比較的早い段階(障害者手帳取得以前)から、患者自身および家族も交えた訓練等を導入し、障害の理解を深め、生活行動の工夫を促す短期訓練を経て定期的なフォローアップを継続している。経過の観察と生活行動のフィードバックを行うことにより、症状の回復を確認し、患者と家族が協同して障害に対応する意義を見だし、QOLの向上と社会参加の促進となっているものと思われる。

(資料1)

ロービジョン訓練プログラム案(患者・家族)

H22.10.8

| | 10/12(火) (患者) (家族) | | 10/13(水) (患者) (家族) | | 10/14(木) (患者) (家族) | |
|--|-----------------------|------|-----------------------|-------|-----------------------------|-------|
| 9:00 | 9:30入院手続き | | 室内での動作訓練 | 介護の方法 | 歩行・ADL | 介護の実践 |
| 10:00 | 病棟のオリエンテーション(Ns) | (同席) | 室内での動作訓練 | 介護の方法 | PC:音声ソフトの利用 | (見学) |
| 11:00 | 訓練のオリエンテーション(SW) | (同席) | 室内での動作訓練 | 介護の実践 | ミーティング(患者、家族、医師、看護師、ORT、SW) | |
| 12:00 | 昼食 (メニューの説明) | | 昼食 | | 昼食 | |
| 13:00 | 視機能検査 | (見学) | PC:音声ソフトの紹介 | (見学) | 総合訓練 | 介護の実践 |
| 14:00 | 14:40 MRI検査 | | 室内歩行 | 介護の実践 | 視機能検査 | (見学) |
| 15:00 | 休憩後ADL評価 | (見学) | 屋外歩行 | 介護の実践 | 退院 | |
| <p>○各時間とも適時休憩を入れます。</p> <p>○必要に応じて16時以降も訓練等を行うことがあります。</p> | | | | | | |

*プログラムは変更することがあります。

(資料2)

S.S 様 入院訓練 (平成 22 年 10 月 12～14 日) ミーティング記録

日時：平成 22 年 10 月 14 日 11 時 10 分～12 時 00 分

於：ロービジョン訓練事務室

参加者：患者と妻、眼科外来主治医、担当看護師

生活訓練専門職と補助 (SW)、視能訓練士

1. SW より全体の流れの復習

1 日目：10 時頃入院、病棟オリエンテーション (看護師、SW)

防御姿勢説明、昼食 (メニュー説明) 視機能検査 (視野検査中、気分不快にて中止、病室にて休憩)、MRI 検査 (気分不快にて中止)

2 日目：ガイド歩行、PC ソフトの紹介、屋外歩行、階段

3 日目：PC ソフト紹介続き、ガイド歩行続き、ミーティング、視機能検査

2. 看護師より

- ・ 初日、前日までの疲れもあり、気分不快の時間帯があったが、概ね体調は良好であった。血圧も安定していた。
- ・ 検査は、2 日目、あるいは 3 日目に予定した方が良かったのではないかと。
- ・ 個室の隣りに専用で使用できるトイレがあり、移動距離が少ない状態での訓練が可能であった。ご自宅と似た環境作りができたのではないかと。
- ・ 浴室内において、説明なしで本人が動作自立できるようにという目標は達成できたのではないかと。

3. ご本人より

- ・ ○○での仕事 (講演) 後、所沢市内のホテルに前泊した。従来、音に弱い上に、ホテルが交差路に近く、騒音のため、ほとんど眠れなかった。当院は、静かで空気も美味しく、良く眠れた。
- ・ 自分の病態を意識化することができた。漠然と思っていたことを、理屈で整理することができた。これまで理屈で理解できていなかったために、混乱していた。
- ・ 移動時、概念図 (メンタルマップ) が必要であることがわかった。発症後、「行きたいところへ行けない」「行きたいところが見つけれられない」「行っても帰ってこれない」「どこに何があるかわからない (例：ベッド)」ことが、最も辛いことであった。発症前は、概念図の構築は何気なく行っていたのだろう。今、視野が狭く見通しが悪いこともあり、行き先の地図 (メンタルマップ) を作成して方向をとることを学んだ。地図で補えないところは、触覚という感覚 (指) を使うことで、この課題が解決できることを短時間で理解することができた。

- ・ 階段の危険性を理解した。
- ・ 基礎体力の重要性を感じた。(入院中、毎朝体操をしていた)
- ・ スケジュール表を自分で埋める作業をすることで、自分で、日々の生活を、どうやって作って行くかを考えられるようになった。(病後、スケジュール管理は妻がしており、自分が次に何をすべきか把握できていなかった) 今後は、日常生活のリズムを、自分主導でどのように作って行けるかが課題であると考えている。
- ・ 今回使用し始めたスケジュール表は、日付、来客、仕事の連絡、個人の重要事項を記入し、「できた or できなかった」のチェックをする欄がある。そうした 1 日のスケジュール管理を合理化・形式化し、自分で記入できるということで、安心感がもてる。
- ・ 今回の入院は、妻が常に付き添っていてくれたことが、非常に助かった。一人での入院であれば、自分に”学ぶ余裕”が生まれなかったと思う。妻は、自分にとって、精神安定剤である。
- ・ 今回の入院中、妻が、”見えない体験”をしてくれたことで、自分の見えない状況を理解してもらえたということが、非常に良かった。自分の障害を理解してくれる妻の存在は、自分の不安を軽減してくれる。
- ・ 妻は「冷たいケア」を覚えたようだ。今まで、自分には言わなかったことを、はっきり言うようになった。(嬉しそうにお話し)
- ・ ガイド歩行を専門的に学ぶことで、ガイドされながら「自分で」歩けることを学んだ。これまでは、格好悪いと思っていたも、思わず妻の腕にぶら下がって歩くようなスタイルになってしまっていた。正しい方法を学んで、今は、相手に合わせてダンスしているように歩ける。歩行速度も上がった。妻の腕の関節はセンサーの役割をしている。見えにくくなってから、歩行時に、妻にすがりつく度合いが増していたが、主体的に感受することができ、精神的自立化をはかれたように思う。(”すがりつく”姿勢は、プライドがあり嫌だったが仕方なかった)
- ・ 2 日目のユーザー補助の反転機能等のディスプレイ画面を見て気分が悪くなり訓練を中止した体験からインターネットは諦めていたが、本日の音声ソフトの活用で、仕事に利用し続けられるように思う。現在、アシスタントは妻を含め 3 名。自分で入力作業もしなくてはならないと考えていたが、指示を出すことで、自分でしなくてもいいことがわかった。**operation** が目的ではなく、質のよい **output** のために自分が何をしなければならないかを考えることが大切であるとわかった。
- ・ 国から請け負っている仕事があと 2 年ある。自分は主任務に関して集中して取り組めば良いとわかった。
- ・ 情報の入力方法を使い分けることで、知的生活レベルを落とさなくて良いことがわかった。
- ・ 「見えていない生活をするための切り替え」をするために、具体的なヒントが得られた。これから新しいライフスタイル、ワークスタイルを考えていきたい。

4. 奥様より

- ・ 家で役立てられるヒントをたくさん得ることができた。病室とトイレの位置関係は、自宅の

位置関係に酷似している。浴室の構造も自宅と似ていた。自宅では、左側にある縦の手すりが掴めなかった。

- ・ 移動時に、目的地までの行き方をカードに書き、持って歩く方法を学んだ。(ご本人：家では、昼夜ともトイレの位置がわからなくなったが、入院中、一人で行くことができ嬉しかった) その際、「固定した場所」から始める重要性を学んだ。正しい出発点を起点にしないと、その後の行程がズレてしまう。入院中は、「靴」がある側に降り、トイレへ移動した。(ご本人：一度、逆側に降り、妻に指摘されたが、ムツとして「逆に降りても大丈夫だ」と強行したが、窓の位置と壁の位置が逆になり、混乱した。その際、妻は「靴の場所は動かさないから」と行動の修正を促した。「出発点」は、帰路においては「目的点」になるため、出発点の確認は非常に重要である)
- ・ スケジュール表は、例えば薬を飲んだか否か、自分で書くので一つ一つ確認しながら取り組むことができ、非常に機能的で良い。形式化したことで安心感がある。自分で空欄に書き加えていた事項を、欄外に別枠で設けることにした。加えた内容は「一日の振り返り」と「明日の準備」。
- ・ これまでガイドの方法が分からず、腕を組んでみたり、背中を押したりしていた。今は正しい方法を学んで、お互い力を入れずに速く楽に歩けるようになった。
- ・ これまで「見えない」と言われても、どう見えないのかわからなかったが、視覚障害のシミュレーションを通して、「見えない」「見えにくい」ことの大変さを実感することができた。

5. 医師より

日常生活がリハビリである。今は超急性期を超えた大切な時期。一般的に、発症後半年は改善する度合いが高いため、少しずつ負荷を与えながら脳を活性化していく方が良い。

入院訓練で終わりではなく、今後は外来で生活状況を聞きながら、不具合があれば具体的にサポートしていく予定である。次回外来時(10/26)に、また様子を教えてほしい。