

## 病院訪問による視覚障害リハビリテーションの試み

北海道盲導犬協会

新井 宏

### はじめに

札幌市の委託事業として「中途失明者社会適応訓練」を開始して以来、この5年間に、市内の在宅視覚障害者54名の訓練や相談に対応するかたわら、病院に入院中の患者への訪問に積極的に取り組んできた。現在までに、委託外の相談が29名あり、延べ83名の相談を受けたことになる（昭和63年3月15日現在）。病院訪問活動は、昭和58年6月に事業を開始した時に、訓練希望者のひとりから大学病院の医療ソーシャルワーカーの紹介を受けたことに始まる。この医療ソーシャルワーカー（以下MSW）を通じて、MSW協会事務局とも連絡を取り、徐々に病院訪問の機会も増え、現在、病院（医師・看護婦、MSW）から直接連絡が入るようになってきている。

ところで、視覚障害リハビリテーション（以下リハビリ）が、どの時点を起点とするかは、様々な考え方がある。従来の視覚障害リハビリの対象者は、失明者、すなわち障害手帳の交付を受けた者に限定されていたが、本来のリハビリは障害者というラベルづけをしてから実施するものではないと思う。生活上の不自由さを感じるからリハビリを受け、その中から障害そのものを確認し、やがて受容に至るというアプローチの方法もあるのではないだろうか。

いずれにしても、リハビリの起点はより早期に向かう傾向にある。また、糖尿病患者をはじめとして、医療ケアの継続が必要で、入所訓練施設でのリハビリや、職業リハビリに移行できない視覚障害者の存在を忘れることはできない。重症患者や高齢者などの割合が増えるにつれ、リハビリの在り方を考え直す必要が生じてくる。

歩行訓練士やリハビリ訓練に携わる者の本来の業務は、歩行訓練、日常生活訓練、コミュニケーション訓練などの技術提供が主である。一方、在宅者や入院患者への訪問訓練を中心に実施していると、単に技術指導や提供だけでは、十分な訓練効果をあげられず、ソーシャルワークなどに重点をおき、対応しなけ

ればならない場合もある。本人や家族、関係者がかかえている諸問題の解決が、優先課題となることも多くなり、医療スタッフをはじめ、MSWや保健婦、福祉事務所のワーカー、家族、その他の協力関係が必要となってくる。

ここでは、札幌での訓練活動の実践を通して、視覚障害リハビリの在り方について考察してみたい。

## I 札幌の実績について

### 1. 訓練・相談の総数

昭和58年より63年3月までの訓練申し込み数は合計83名で、札幌市委託事業の対象者は54名（65.1%）委託外が29名（34.9%）であった（図1）。

### 2. 失明の原因疾患

失明または視覚障害の原因となる疾患は、糖尿病による者が31名（37.3%）、ペーチェット病8名（9.6%）、網膜色素変性症が5名（6.0%）、ぶどう膜炎4名（4.8%）、緑内障、白内障、脳内病変、外傷が各3名（3.6%）、先天性10名（12.0%）、その他13名（15.7%）となっている（図2）。

### 3. 訓練希望者の年齢分布

年齢分布は、50代が22名（26.5%）と最も多く、ついで40代14名（16.9%）、30代17名（20.5%）、60代11名（13.3%）、65才以上13名（15.7%）となり、60才以上の対象者が合計24名（28.9%）の高率を占めている（図3）。

### 4. 紹介経路

病院からの紹介が半数近くを占め、35名（42.2%）、福祉事務所からが23名（27.7%）、直接連絡のあった者6名（7.2%）、広報（新聞記事を含む）5名（6.0%）、その他14名（16.9%）となっている（図4）。その他の経路としては、盲学校から3名、保健婦の紹介3名がある。

### 5. 面接後の対応

病院から連絡のあった35例のケースについて、初回の面接後の対応は、以下の通りになっている（表1）。

表1(1)の委託の8名は札幌市中途失明者事業を適用して訪問訓練に切り換えている。委託外の8名は比較的近距离で訪問可能範囲のために訪問したもので

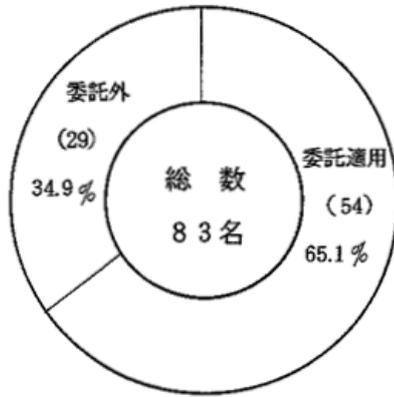


図1 委託適用の割合

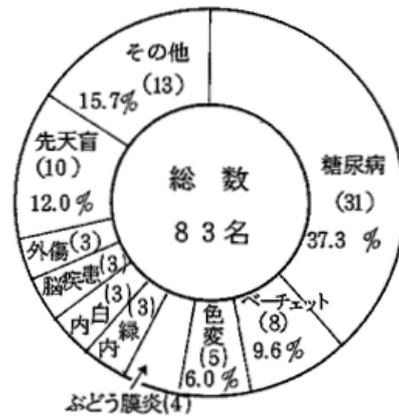


図2 失明または視覚障害の原因疾患

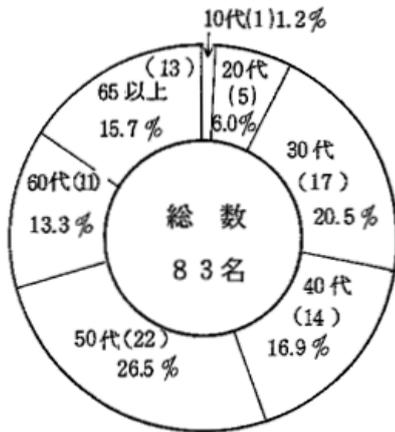


図3 訓練希望者の年齢分布

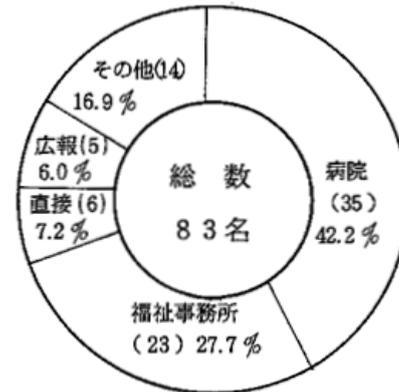


図4 紹介経路

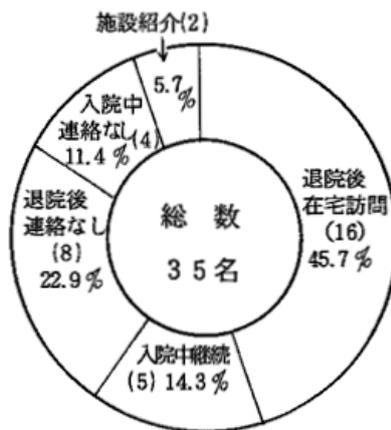


図5 病院から紹介されたケースの処遇

表 1

面接後の対応	委託	委託外	合計
(1) 退院後、在宅訪問に切り換えた	8	8	16
(2) 入院中、訓練を継続した	2	3	5
(3) 退院後、連絡が途絶えた	1	7	8
(4) 入院中、連絡が途絶えた	0	4	4
(5) 退院後入所訓練施設を紹介した	2	0	2
合計	13	22	35

ある。

(2)の5名のうち1名は透析に入り、現在も退院の見込みがつかない重症の糖尿病患者である。1名は、病院スタッフ、MSWとの協力により、インシュリン自己注射の訓練を行った例で、残り3名は、病院スタッフ・MSW・訓練士の相互で処遇について検討中のケースである。

(3)の委託外7名の内訳は、遠隔地で訪問不可能な者が5名、病状が不安定な者1名、訓練を希望しない者1名となっている。委託の1名は死亡した。

(4)の4名のうち1名は重症の糖尿病、2名（人工透析患者）は訓練希望に至らず、初回の面接のみ実施、1名は難病のため、専門病院へ転院した。

(5)の2名ともインシュリン依存型の糖尿病患者であったが、自己管理ができていたこと、血糖値が比較的安定していたことなど、比較的良好な例である。うち1名は現在電話交換手として就職している。

#### 6. 医療と切り離せない例

表1(1)の16名中、退院後に通院している者は13名（81%）で、入院継続中の9名を加えると22名（35名中62.8%）である。半数以上はなんらかのかたちで医療的ケアの継続を必要としており、在宅の者も含めると、全体ではより高率になると思われる。

インシュリンを使用している糖尿病患者の訓練は入所施設の場合、かなりの制限がある。まして、人工透析患者の受け入れとなると入所ではほとんど不可能に近いのが現状である。ところが、糖尿病患者も人工透析患者も、年々増加

表 1

面接後の対応	委託	委託外	合計
(1) 退院後、在宅訪問に切り換えた	8	8	16
(2) 入院中、訓練を継続した	2	3	5
(3) 退院後、連絡が途絶えた	1	7	8
(4) 入院中、連絡が途絶えた	0	4	4
(5) 退院後入所訓練施設を紹介した	2	0	2
合計	13	22	35

ある。

(2)の5名のうち1名は透析に入り、現在も退院の見込みがつかない重症の糖尿病患者である。1名は、病院スタッフ、MSWとの協力により、インシュリン自己注射の訓練を行った例で、残り3名は、病院スタッフ・MSW・訓練士の相互で処遇について検討中のケースである。

(3)の委託外7名の内訳は、遠隔地で訪問不可能な者が5名、病状が不安定な者1名、訓練を希望しない者1名となっている。委託の1名は死亡した。

(4)の4名のうち1名は重症の糖尿病、2名(人工透析患者)は訓練希望に至らず、初回の面接のみ実施、1名は難病のため、専門病院へ転院した。

(5)の2名ともインシュリン依存型の糖尿病患者であったが、自己管理ができていたこと、血糖値が比較的安定していたことなど、比較的良好な例である。うち1名は現在電話交換手として就職している。

#### 6. 医療と切り離せない例

表1(1)の16名中、退院後に通院している者は13名(81%)で、入院継続中の9名を加えると22名(35名中62.8%)である。半数以上はなんらかのかたちで医療的ケアの継続を必要としており、在宅の者も含めると、全体ではより高率になると思われる。

インシュリンを使用している糖尿病患者の訓練は入所施設の場合、かなりの制限がある。まして、人工透析患者の受け入れとなると入所ではほとんど不可能に近いのが現状である。ところが、糖尿病患者も人工透析患者も、年々増加

する傾向にあり、特に重症者の場合、医療ケアを継続しながら、リハビリを受けることになる。

札幌の症例では人工透析患者5名のうち、血液透析4名(うち1名死亡)、CAPD1名であるが、全て入院中に訪問し、訓練を希望した2名のうち、退院1名は自宅へ訪問してフォローしている。1名は糖尿病で入院中に訪問訓練を開始して途中で透析に入り、人工透析開始後、体調がおもわしくなく、ベッドから離れられなくなった。現在訓練の継続が不可能の状態である。しかし、重症だからといって、訓練できないのではなく、ベッドサイドでもリハビリはある程度可能である。できるかぎり定期的に訪問して病状を把握し、いつでも訓練やリハビリを再開できるように、待機することが必要である。

現状では十分な活動はできていないが、今後、解決の必要な課題である。

## II 入院患者へのアプローチ

入院中の患者にアプローチする場合、次の2つの方法が考えられる。

- 1) 医療スタッフが視覚障害リハビリの基本的な知識を習得し、入院中の看護計画の中にリハビリを導入する。

この方法では、患者の心理面を的確に把握し、入院中に必要な生活動作についてアドバイスを与え、生活上の支障を軽減するとともに、リハビリへの動機づけを図ることが主な目標となる。

- 2) 専門の訓練士が連絡を受けて訪問し、リハビリ訓練を導入する。

この場合は、医療スタッフとの連絡調整を充分にとることが大切である。リハビリ訓練士は、歩行訓練などの技術提供はもとより、より広範囲な知識を持ち、視覚障害に起因する問題と、それ以外による問題を十分に認識、把握することが必要である。その上で、様々な社会資源を活用して、リハビリチームを構成し、専門的アプローチを試みる中からケースにとって最良のリハビリテーションの在り方を模索しなければならない。

病院訪問に取り組む場合の注意点を次にあげてみる。

- ① 歩行訓練や日常生活訓練、コミュニケーション訓練という、技術提供だけでは不十分である。

- ② MSWや、ドクター、看護婦との連絡、調整は充分にとる。
- ③ 訓練士ひとりの力では解決不可能な問題が多い。社会資源の活用を含めたアプローチを考える。
- ④ 病院にとっての部外者である訓練士がいかに医療スタッフとチームワークを組むか。そのためのマネジメントに必要な協力体制を整える。
- ⑤ 対象者の制限（手帳の有無、年齢、障害など）を設けず、対応し、必要に応じてより適切な施設や団体の紹介も考える。

### Ⅲ 症例と経過

先にあげた(1)の方法については他にゆずるとして、ここでは(2)の方法によってアプローチした症例を示し、病院訪問による視覚障害リハビリの在り方を検討してみよう。

#### 【ケース1 45才、女性、麻疹、先天盲、糖尿病】

訓練目標：インシュリン自己注射

先天盲で、生活態度に問題が多く、医学知識も不足しており、食生活の乱れから糖尿病にかかる。入院中にインシュリン注射を開始するが、主人も全盲の上、協力を求めるには問題点が多い性格。本人の能力に期待する以外、自己注射の解決方法がないが、病棟看護婦の努力にもかかわらず、インシュリン自己注射の習得は不可能と見られた。

病院所属のMSWより連絡を受け、訪問。看護婦、MSW、訓練士がチームを組み、アプローチを図った。

当初看護婦の考えとしては、インシュリン自己注射は不可能であり、訓練効果はあがらないと評価していたが、訓練士は導入方法の不適切さを指摘し、本人にできるところから始めることを提案。MSWは病棟内カンファレンスにより、病棟の協力を要請するとともに内部調整につとめ、看護婦との連絡会および、インシュリン自己注射の訓練方法についての説明会を実施。

退院目標を注射そのものができることと規定し、それ以外の注射針の準備などについては、訓練の中に設定するが、不可能な場合にはMSW及び保健婦が働きかけ、家族の協力を得ることによって解決することとした。

最初の訓練課題は、看護婦が指定した部位に注射ができることとし、訓練時間に実施できるように特別の配慮をして実施した。この結果、数回の訓練で注射は実施可能となり、さらに注射部位を決定すること、曜日によって変更すること、使用済の注射針の処理などを徐々につけ加えていった。

最終的には、バイアルから適量のインシュリンを注射針にとり、一連の自己注射動作をほぼ完璧に実行できるようになり、退院の目標を達成した。一方、MSWが家族との連絡調整をとり、徐々に協力関係についても成果があがり、目の見える長女が確認し、事故を予防することになり、退院することができた。

#### 【ケース2 80才、女性、糖尿病、白内障、高齢、弱視】

訓練目標：生き甲斐

ケース本人の、「全く見えないから不安であり、動けない。」という訴えを看護婦は言葉通りに受け止めていた。訓練士に連絡してきたMSWも、本人の訴えに対する対応の仕方や、高齢者のため老人ホームへの入居の手続き的問題などからケースワークが十分に進まないとして、困難を覚えていた。

最初の面接時に行動的に評価したところ2級程度の視覚を有しており、病棟内の行動がある程度可能になると予測すると共に、看護婦はじめケースに接する者の「高齢であるから」という考え方を修正する必要があると感じた。

当面の訓練目標の、病棟内トイレ往復は数回の練習により往復とも可能となる。エレベーターの利用を含む、整形リハビリ室までの往復には、押しボタンの位置と、降りる階の間違いないかを付き添い者が確認する程度にとどめ、廊下の歩行は単独で伝い歩きし、ほぼ確実に往復できるようになった。

MSWとの連絡で病棟看護婦の対応に、①高齢だからそこまでする必要はないという意見と、②生き甲斐を感じているのだから尊重すべきという意見が出ていることをつかむ。

訓練士としては当然、②の対応を奨励し、PT、OTとの協力をもって、ADL面でのチェックリストを作成し、具体的な訓練に移行できるよう調整中である。

病院訪問訓練の活動を通じて感じるのは、歩行訓練士として相談に応じているものの、相談内容は訓練という技術提供だけではすまないことである。視覚

障害リハビリの最終目標は、一人ひとりの患者がその生活圏でいきがいを感じながら生活できることと考える。具体的な目標は患者によって違うが、ひとつの社会の一構成員としての患者の自立を促進することが課題である。

生活範囲が広いか狭いかは問題ではなく、ひとりの視覚障害者が生活する中で必要に応じて提供できるものを見出すことが肝心である。そのためには、訓練士は既成の福祉の枠の中からもう少し行動範囲を広げる必要があると考える。

次のケースは、リハビリ訓練としてはあまり成果が見られなかったのだが、社会資源の活用を積極的に試みた一症例である。

### 【ケース3 57才、女性、糖尿病、性格的問題】

課題：主人との関係調整、MSWの協力

ケースがA病院に入院中に病棟婦長より訓練依頼があった。

訪問し面接した時点で、歩行訓練などのリハビリよりもむしろ主人との関係調整に重きをおいたケースワークが中心になることを強く感じた。A病院にはMSWが配置されておらず、病棟担当としても家庭事情については十分な把握がない。眼科担当医はリハビリとは訓練を受けることと単純に考えており、一応訓練のため大阪の入所施設紹介ということになった。病棟婦長を通じて主人には申し込み手続きの申請を依頼した。

ところが、入所面接を受けに行く段階になって主人の態度が硬化し、中止となった。この経緯から、本人と主人の双方が入所訓練についてはあまり期待していないことが分かり、専門的なソーシャルワークの必要性を認めたため、A病院退院見込みとともにMSW協会事務局に連絡。内科的管理ができ、MSWが配置されたB病院の紹介を受けた。

訓練士はB病院のMSWと連絡し、MSWは依頼に応じて病棟との連絡調整をはかるとともに主人との関係調整に協力を得られることになった。A病院眼科担当医とB病院内科医の連絡もあり、糖尿病の教育およびソーシャルワークを入院目的としてB病院への転院に至った。B病院転院後、MSWと連絡をとりながら訪問を継続し、白杖歩行訓練を導入したが、訓練効果があまりあがらず、MSW、病棟婦長、訓練士のカンファレンスの結果、本人の生活目標が極めて曖昧なために、問題点が不明瞭なことから訓練を中断し、主人との関係調

整を重点的に行うことになった。

現在、MSWがソーシャルワークを継続しており、徐々に成果があがっている。この例のようにリハビリは単なる技術提供にとどまらず、様々な立場からケースに応じたアプローチを図らなければ十分な効果を得ることができない。

そこで、外部から病院訪問を実施する時には、医療スタッフとの連絡をどのようにとるかがキーポイントになる。

次の例は、医療スタッフから訓練の依頼があったものの、スタッフとの連絡が不十分なために訓練効果を得るまでに至らなかったものである。

#### 【ケース4 54才、男性、糖尿病、人工透析（CAPD）、知覚まひ】

課題：病棟との連絡不十分

糖尿病による失明後に、CAPDによる人工透析を開始した患者。病棟看護婦よりリハビリの依頼を受けて訪問したが、立ち上がるにも何かにつかまっていなければバランスを崩し、廊下を横断するにも足がふらつき、安定しない。

整形リハビリを受けているが、入院中の体力消耗がかなりあり、手引きで100m歩くと疲労を訴える。

入院病棟は医療用品などが雑然と積み上げられ、伝い歩きによってトイレを往復するにもケースの現状では危険を伴い、歩行訓練には至らなかった。病棟看護婦に連絡するにも勤務体制から決まった担当者との連絡が取れず、看護計画も不明で、連絡不十分の状態が続いた。一応看護婦詰め所までの往復を退院までの目標としたが、リハビリの目標としてはあまり意味はない。

この点について十分なカンファレンスを持つに至らず、しかも、訓練士に依頼したあと、病棟からの積極的なアプローチは何もなく、実際的には何もしないうちに突然退院した。

家庭訪問に切り換え、家庭の中でどのようなアプローチができるか、また、制度の活用や福祉事務所、保健所との連絡をどのようにとるかが課題となりそうである。

このケースの場合のように、本人や病棟内の様々な問題が未解決のまま訓練に入っても効果は期待できないであろう。先に述べたように、視覚障害リハビリは技術提供のみに終始して済むものではない。リハビリの成果は、ケース

本人の生活をいかに円滑に営めるように援助するかにかかっている。本人の生活形態や、希望、進路など、様々な要素が関連しており、目標を達成するためにはケースの全容を的確に把握し、解決すべき問題が何であるかによって、アプローチの仕方も担当する専門も違ってくる。当然、看護計画の中にリハビリを導入する側の理解と協力も大切な要素になるわけである。

次のケースは、予想される問題解決のために専門担当（MSW）への橋渡しを試みた例である。

**【ケース5 76才女性、サルコイドーシス、白内障、緑内障、ぶどう膜炎】**

視力：0.1 / 0.1 手帳は不所持

C病院看護婦より連絡。D病院職員寮に入居。D病院短期大学にて看護学校草創期から活躍し、38年間、看護教育にあたる。看護協会理事長など歴任し、宮内において侍従看護婦としての経歴もある。

一般社会での生活経験がなく、いわゆるシェルター内での生活がほとんどで教養が高く、従ってプライドも非常に高い。

医師の判定では視力程度は5級に相当するが、制度的メリットがあまりないという理由で手帳の申請は行っていない。

症状出現以前は非常勤講師として講義していたが、突然の視力低下に動揺し、見えなさを訴えたため、看護学校卒業生である看護婦が歩行訓練の必要ありと連絡してきた。

＜面接所見＞

- (1) 歩行、生活には視覚の活用で特別問題点はないように見受けられた。外出が嫌いで日常生活上の訓練の必要性はあまり感じられない。
- (2) D病院職員寮では「世話をしていけない。本人の将来を考え、施設（老人ホーム）入居をすすめる。」とし、卒業生（教え子）が盛んに部屋の整理を手伝いに来るが、本人はD病院に長く貢献してきた自分が追い出されるととらえており、納得がいかず、いたたまれない気持ちで更に動揺している。
- (3) 現在のポストから老人ホーム入居という環境の変化に適応できるか？
- (4) 年令と生活歴から考え、現職のリタイアは老人性痴呆などに発展する恐れが強い。

- (5) 体力的には問題なく、知識を十分に活かす新しいポストを考えた方が賢明ではないか？(高齢による問題はあるが)
- (6) 病院側として、ケースの処遇をどのように考えているかは重大問題。
- (7) 現時点での訓練の必要性は低いが、ロービジョンとしての評価や生活の工夫、歩行方法のアドバイスなど応じることは可能。

以上のような所見から歩行訓練などの技術提供はいつでも可能と考え、それ以前に解決すべき問題として自身の身の処し方について検討し、解決方法を得るためD病院所属のMSWに自ら相談を持ちかけるよう仕向けた。

このケースについては、面接に先立って経歴、病歴などの情報入手とともにMSWと連絡し、対応方法を予め協議してあった。あとは最初にコンタクトをとった訓練士がどのようにMSWに橋渡しするかが課題だったわけである。こういうケースでは、リハビリ訓練だけでは問題の解決は困難である。特に、病院職員寮内の事情については部外者故に立ち入ることは不可能であり、しかも、この問題を解決することが最重要課題であった。心理的動揺の主な原因は失明によるものではなく、自分の将来をケース自身が決定できず、納得のいかないまま、周囲が間違った「協力」を提供したことに起因している。

身の処し方そのものが決定した時に、初めてリハビリ訓練を導入しても決して遅くはないし、その方が効果がある。現時点で本ケースの解決は見えていないが、いずれ、訓練士としての関わりも必要になる時が来ると考え、待機している状況である。

ここまで述べてきたように、病院訪問による視覚障害リハビリテーションの試みは、以下のような様々な課題を投げかけている。

- (1) 医療スタッフ、MSWとの協力関係の充実
- (2) 視覚障害リハビリ概念の普及
- (3) 障害の多様化と症状の不安定さ
- (4) 手帳交付を受けない患者への対応
- (5) 退院後のフォロー
- (6) 家庭復帰後の訪問と地域の社会資源の活用
- (8) その他

### おわりに（まとめ）

現在、全国の訪問訓練実施団体で入院患者へのアプローチが試みられているが、単なる試みに終わらせないためにはいままでの視覚障害リハビリの概念を修正する必要がある。失明宣告にその起点を設け、また障害手帳の所持を前提とした場合、ここで述べたケース（ケース5）を扱うことは不可能である。

また、視覚障害リハビリを単なる訓練や技術の提供と規定してしまうと本来のリハビリの目的を見失うことになる。伊藤（1987）は、医療サービスを「身体的・社会的・精神的に一個人をとらえて必要なニーズの充足を援助していく過程」と表現しているが、ひとりの患者の全体像を的確にとらえてはじめて視覚障害リハビリテーションが成り立つと思われる。

将来的には、どこかの病院にかかっても一人ひとりの患者が必要に応じた視覚障害リハビリの紹介を受けられるように、リハビリ関係者は真剣に取り組む必要があるのではないだろうか。

### 参考文献

- 新井 宏 視力に障害を持つ患者のためのインシュリン自己注射の訓練  
1984 ワーカー、看護婦説明会資料
- 新井 宏 病院訪問を通してのリハビリテーションの試み 1987 第1回  
日本視覚障害リハビリテーション研究会論文集
- 新井 宏 「白杖歩行訓練とわたし」 1987 北海道新聞連載記事
- 石光和雅・長岡雄一 済生会病院における視覚障害者の歩行訓練 1981 視覚  
障害研究第14号 PP13-22
- 伊藤 浩美 国立大学医学部付属病院におけるリハビリテーション導入に関する一考察 1987 視覚障害研究第26号 PP49-64
- 遠藤加寿実 眼科病棟のリハビリについての一考察 1985 第5回歩行指導員  
養成講習会フォローアップ研修会資料集 PP16-27
- 清水 学 糖尿病視覚障害者のリハビリテーション 1987 視覚障害研究第  
26号 PP3-13
- 武田ひろみ ケース記録 1987 愛全病院ワーカー記録（非公開）

- 堤 邑江 ケース記録 1985 天使病院ワーカー記録 (非公開)
- 北海道医療社会事業協会編 30周年記念誌 1987
- 前田 修司 糖尿病患者の失明発生率の増加傾向 1988 Nifty Serve 視覚障害フォーラム記事
- 望月とよみ 病院内の眼科リハビリテーションについて—新川橋病院における歩行訓練— 1981 視覚障害研究第14号 PP1-12
- 湯山 晶子 ケース記録 1987 愛全病院ワーカー記録 (非公開)
- 雷坂 浩之 眼科医の「失明宣告」と視覚障害者のリハビリテーション過程に関する一考察 1984 視覚障害研究第19号 PP74-88