

## 第2章 中途視覚障害者のリハビリテーションの現状と課題

### —— 主として眼科リハ領域に関して ——

#### 1. はじめに

視覚障害者は何もできない、不幸だと一般には思われている。しかし、これは筆者の体験とは異なっている。筆者の体験では、視覚障害者はある意味では何でもできるし、勿論幸福にもなれる。この視覚障害者に対する認識のギャップは大きいし、決定的でもある。そして、このギャップや偏見・誤解に視覚障害者は悩み、苦しんでいる。

上田（1983）によれば、「リハビリテーション（以下、リハと略す）とは、人間たるにふさわしい権利・資格・尊厳・名誉がなんらかの原因によって傷つけられた人に対し、その権利・資格・尊厳・名誉などが回復されることを意味する」もので、「障害をもつ人間を全体としてとらえその人が再び『人間らしく生きられるようになる』こと、すなわち『全人間的復権』を究極的な目標とする」ものである。このように考えると、視覚障害者のリハの過程とは、上記の悩み・苦しみを脱し、いろいろなことをできるようになる・幸福になる過程ともいえる。

図2-1は、視覚障害者のリハ領域間の利用とリハの流れを示している（菊入、1995）。この図で、aは家庭または就労の継続（職場内での配置換えを含む）・就学の継続を目標とするケース、bは日常生活の自立を目標とするケース、cは日常生活の自立と就労を目標とするケース、dは就労を目標とするケース、をそれぞれ示している。この図は、すべての視覚障害者のリハは、眼科医療領域（医学的リハ）に始まり、生活訓練領域（心理・社会的リハ）や職業訓練領域（職業リハ）を経由して、社会復帰に至ることを示している。

これらの各領域が有機的に結びついて、それぞれの機能を十分に発揮すれば望ましいシステムが形成されると思うが、現実には残念ながらそうではない。それぞれの領域や機関がバラバラに存在しており、ほとんど組織化されていない。かろうじて、個人の結びつきでつながっている場合が多い。特に、眼科医療領域と生活訓練領域や職業訓練領域のつながりの弱さは、視覚障害者リハの立ち後れを招き、視覚障害者のリハ意欲の減退という問題もはらみ、極めて重要な問題になっている。さらに、失明告知の難しさということも問題を複雑なものにしている。

眼科リハは、単なる視力回復や視機能回復のための治療を意味してはいないのは勿論である。先ほど述べた上田のいう『全人間的復権』をめざすものである。

日本における組織的な眼科リハは、昭和39（1964）年よりの順天堂大学の眼科カウンセリングあたりが始まりと思われる。生活訓練を伴った眼科リハでは、「（静岡）済生会（病院）社会事業部では、昭和50年（1975）より点字・ADL等の指導を行ない、昭和54年（1979）からは歩行訓練を開始した」（石

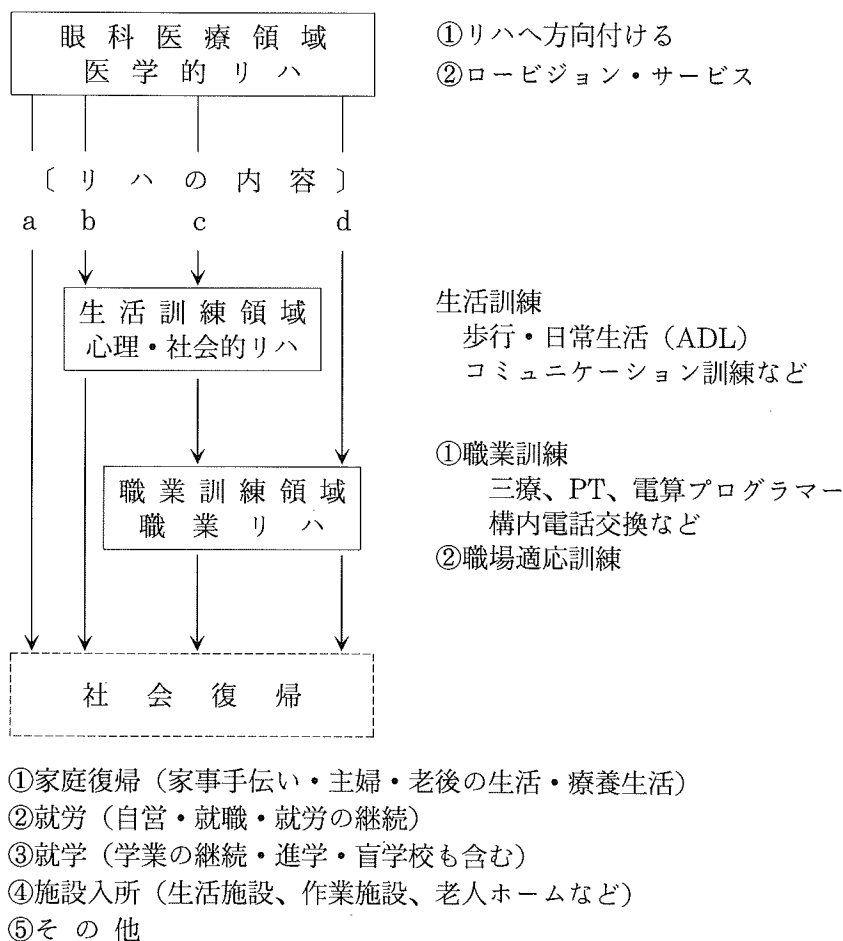


図2-1 リハ領域間の利用とリハの流れ（出典：菊入他）

光・他、1981）があり、「（川崎）新川橋病院では昭和55（1980）年より『病院におけるリハビリテーション（訓練）』を開始した」（望月、1981）がある。また、昭和61（1986）年には国立名古屋大学付属病院の看護婦が歩行訓練士になっている（伊藤、1987）。

大学病院での眼科カウンセリングが始まった時期を眼科リハの第1期、病院内での歩行訓練士らによる直接の訓練が始まった時期を第2期と考えると、現在は第3期とも呼ぶべき時期になっており、先に述べた眼科医療領域と他の領域のつながりの弱さを解消するためのさまざまな試みが全国でなされてきている。本章では、こうしたさまざまな試みを紹介しながら、主として眼科リハの現状と問題について述べてみたい。

## 2. 「北海道視覚障害リハビリテーション協会の試み」を通して

まず、視覚障害リハに係わるひとつの任意団体の試みを紹介する。北海道視覚障害リハビリテーション協会は、1988年に5人の運営委員により設立された民間の団体である。この協会は「早期リハビリテー

ションをまず第1の目的」とし、積極的に病院訪問に取り組んで、成果をあげた。こうした彼らの歩みを新井の論文に沿って紹介してみよう（新井、1993）。

彼らが最初に訪問したのは、大学病院であった。そこでは、「リハビリテーションとはすなわち白杖歩行訓練のこと」と解釈している看護婦が「視覚障害リハビリテーション」の概念のない状態で、失明によるパニック状態の患者への対応におわれていた。彼らは初めは看護詰所に入ることすら困難であったが、患者のより安定した積極的な発言や行動などの態度変容が評価され、医療関係者との信頼関係ができあがっていき、患者の全体像を把握するための情報交換が開始された。

こうして患者へ直接アプローチできるようになった彼らは、慎重に取り組みを進めていった。治療に強い期待感を持っている患者に、いきなり「白杖」「点字」「盲導犬」など明白なイメージを持つ言葉を用いるといった配慮を欠いた行為を避け、「トイレにひとりで行けなくなった」「お金の区別ができなくなった」「電話がかけられなくなった」といったもっとも身近な問題で、悩んでいることや困っていることなどを聞き取り、解決していった。

このような経験を通じて「人間の持つ能力には計り知れないほどの底力がある」ことに気づいた彼らは、「看護、医療者、との連絡調整、あるいは研修などを通じて、訓練はリハビリテーションの中のひとつの要素であって、全てではないこと」を知ると同時に、「視覚障害リハビリテーションは、（身体障害者）手帳取得以前には対応する制度がないという現状」を指摘している。

以上北海道視覚障害リハ協会の試みを通して、現在の眼科リハは医療関係者における視覚障害リハの理解の問題（これは、視覚障害そのものの理解の問題とつながっている）や手帳所持の有無によるサービスの差の問題などがあることがわかる。

新井は、病院訪問によるリハビリテーションの課題として、次のことを挙げている（新井、1988）。

- (1) 医療スタッフ、とくにMSW（医療ソーシャル・ワーカー）との協力体制の充実
- (2) 視覚障害リハ概念の普及
- (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

新井は、最近、この(5)(6)に関わる「体力低下が著しく、しかも退院後の通院が必須となる人工透析の患者に対して、入院中からのリハとして取り組んだ例」を紹介している（新井、1996）。「この事例のような訓練の提供を恒常的に行うための、保険適用が可能なシステムは、入院中のリハビリ提供に今後かならず必要となるだろう」と述べ、病院内での訓練への保険適用の問題に触れている。病院も事業であるからには、収入に対して無関心というわけにはいかないだろう。病院内での訓練の重要度からいっても、それ相応の保険点数がカウントされてしかるべきである。

### 3. 「(新潟) 信楽園病院の試み」を通して

次に、地域の総合病院の視覚障害リハへの取り組みを紹介する。信楽園病院は、社会福祉法人新潟社会事業協会が運営をしており、新潟市西有明町にある。この病院に中途視覚障害者のリハ外来を開設したのは内科医の内田であるが、内田はその動機等について次のように述べている（内田、1989）。

「失明者〇君の死は、眼から鱗が落ちる思いでした。視覚障害者という内科医はとかく諦めがちですが、この人たちの苦しみを少しでも軽くする手立てを模索するなかで浮かんだのが、このリハビリテーションでした。この5年間で強く感じたことは、離職や家庭の悲劇を避けるためにも、中途視覚障害者のリハビリテーション、とくに日常生活動作に対する訓練は、病院に入院しているそのときから始めなければならないということでした」

こうして病院内での訓練の重要性を感じた内田は、平成6年（1994）信楽園病院に中途視覚障害者のリハ外来を開いた。そのリハ外来のお知らせには、次のように書いてある。

「(前略) 歩行や食事・調理などの日常生活の訓練は、早く行うほど自信につながり、自立の助けになります。そこで当院では、失明を目前にした人、またすでに失明した人の相談コーナーや、日常生活指導のための『中途視覚障害者のリハビリテーション外来』を開設しております。

内容 —— ・歩行訓練 ・ワープロ教室

- ・日常生活に便利な器具類の紹介（拡大読書器、時計、電卓、など）
- ・点字、その他

外来日 —— ・毎月第2火曜日 12時30分～4時（予約制です）」

この外来には、二つの大きな特徴がある。

第1は、地域にあることである。従来、こうした試みは、対象者がより多くいた方が良いと考えるのか、大都会の周辺でなされやすかった。

しかし、大都会の近くだけに視覚障害者はいるわけではない。どんな小さな町にも、どんなに遠く離れたところにも、視覚障害者はいるし、同じ国民として、同じ権利を持っている。こういった意味でも、内田の挑戦は高く評価できるものである。

特徴の第2は、内田は内科医だということである。内科医が中途視覚障害者のリハ外来と聞くと、少し奇異な感じがするが、あまりセクショナリズムにとらわれず、必要なところに必要なものをという観点で、眼科リハがそれだけ広がったと、素直に喜ぶたい。

この外来には、毎月多くの視覚障害者や家族が訪れているという。当然である。ワラにもすがる思いの多くの視覚障害者や家族にとって、自分の話が、ゆっくりできる・ゆっくり聴いてもらえるところは、多くはないからである。こうした試みが、全国津々浦々にまで行き渡ればと思う。

#### 4. 「(埼玉) 国立身体障害者リハビリテーションセンター第三機能回復 訓練部ロービジョン・クリニックの試み」を通して

ここでは、国立リハセンターのロービジョン・クリニックの試みについて紹介をする。このクリニックの案内には、次のように書いてある。

「ロービジョン・クリニックは残存視覚を活用し、それぞれの患者の仕事、学業、家庭生活等を継続できるように援助することを目的としています。このため必要に応じて医学的な治療、補助具の選定・活用訓練、心理・社会的相談、社会適応訓練を行います。

ロービジョン・クリニックの特徴

1. 身体障害者手帳の有無に係わらず援助を行います。

(略)

4. 当クリニックでは単に補助具の選定だけでなく医学、心理・社会的援助を、医師、視能訓練士、ケースワーカー、生活訓練専門職、看護婦等の専門職によるチームワークで行っています。
5. ロービジョン・クリニックは外来での評価・訓練のほか、入院による評価・訓練も行います。

ロービジョン・クリニックを受けるには

- 1 診察日 月～金

- 2 かならず予約が必要です。(略) 1日1人の患者を受け付けます。

(略)

7. クリニックにかかる費用は、健康保険による医療費です。

(略)」

このロービジョン・クリニックにも特徴がいくつかある。まず、身体障害者手帳がいないということである。このことは、北海道リハ協会の新井が指摘した「視覚障害リハビリテーションは、(身体障害者)手帳取得以前には対応する制度がないという現状」をいくぶんか改善している。

次の特徴は、各種専門職によるチームワークで行っていることである。同じ病院といっても、規模の小さな病院であれば視能訓練士やケースワーカーは望むべくもなく、そこに視覚障害の専門家が行って、チーム・アプローチはなかなか難しい。やはり、それぞれの専門家がそれぞれの専門の分野からアプローチすることが、「全人格的」リハには、必要である。そういった意味では、このクリニックは先駆的な役割を果たしているといえよう。

第3の特徴は、入院による評価・訓練を行っていることである。当然のことながら、評価・訓練ということになれば1日で終わらない場合も出てくる。通える距離の人であれば通院すればよいだろうが、遠くから来ている人はそうはいかないし、通院にしても何度もということになれば手引き等の家族の負担も大変である。入院してということであれば、安心して評価・訓練を受けられるというものである。

第4の特徴は、診察が月曜日から金曜日までとあることである。新潟の信楽園病院のリハ外来は、月

1回であった。多くの方がより多くのチャンスをもつためには、より多くの診察時間が必要である。より多くの病院で、こういったクリニックが開設されることが望まれる。

第5の特徴は、クリニックにかかる費用が健康保険による医療費だ、ということである。この点も、新井が指摘していた点であるが、少しずつでも進歩があればと思われる。

当クリニックの久保は、短期の入院で個別的な訓練・指導を行い、職場復帰が可能となったロービジョン・クリニックの事例の報告のなかで、視覚障害者更生施設との係わりについて、次のように述べている（久保、1994）。

「一般に視覚障害者の社会復帰に向けては、更生施設での訓練が行われる。しかし、更生訓練施設を利用するには、手帳の取得など身体障害者福祉法に基づいた手続きを要し、施設入所後は施設により訓練期間及び訓練内容が定められている。（略）本ケースのように就労を継続する場合などは、訓練期間や訓練内容の個別性を必要とする。この場合半年とか、年単位での訓練を設定するとすると、職場復帰はおろか退職となる場合もある」

確かに、久保のいうように、緊急を要し、先に示した菊入のリハの流れ図（図1参照）におけるaのように、病院から直接職場復帰を図るような場合、ロービジョン・クリニックのような機関が必要である。いずれにしても、多種多様な視覚障害者に対応できるように、多種多様な機関が必要であることはいうまでもない。

## 5. 「(大阪) 日本ライトハウス・医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会の試み」を通して

日本ライトハウスは、視覚障害者のリハ施設としては老舗ともいべき存在である。ここでは、この日本ライトハウスが、医療関係者に視覚リハビリテーションに対する理解を深めるため、平成2年より年1回開催している「医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会」について、芝田の論文をもとに紹介する（芝田、1995）。

「研修会要項（第6回・平成7年度）」

1) 目的：医師・看護婦・視能訓練士等医療関係者に対し、視覚障害リハビリテーションの基礎知識について、実技（アイマスクによる体験）、および講義を通して解説することを目的とする。

（略）

6) 参加定員：10名

7) 内容（日程）

7月4日（火）

9：30～9：45 入校式・ガイダンス

10：00～11：45 講義＝視覚障害リハビリテーション

13：00～14：00 講義＝手引きによる歩行

14:15~16:45 実技=手引きによる歩行

7月5日(水)

9:15~10:15 見学=日本ライトハウス館内案内、VTR(盲導犬)

10:30~11:45 講義=医療と視覚障害リハビリテーション

13:00~14:00 講義=室内歩行(ファミリアリゼーションを含む)

14:15~16:45 実技=屋内歩行と手引きによる歩行(復習)

7月6日(木)

9:15~10:30 講義=弱視レンズ

10:45~11:30 講義=糖尿病等による視覚障害者のリハビリテーション

11:30~12:30 実技=日常生活動作

13:30~15:00 ディスカッションとまとめ 終了式

(略)」

研修会の案内は、大阪府下の眼科を併設している総合病院約100ヶ所と、滋賀、京都、兵庫、奈良、和歌山の主な医療機関に送付しているが、毎回参加希望者は定員を上回り、医療機関のニーズの高さがうかがえる。また、参加者の本研修会への取り組みも非常に熱心である。

ちなみに本研修会の修了者を見ると、第1回から第5回までで51名、参加医療機関数は24機関(最も多いのは、大阪医科大学付属病院・関西医科大学付属病院の各6名)。職種別に見ると、医師が1名、看護婦27名、視能訓練士16名、眼科検査助手4名、理学療法士2名、作業療法士1名で、ちなみに性別は全員女性である。

なお、芝田(1995)は医療機関からのアプローチについて次のように述べている。

「医療機関サイドからのアプローチも年々増加しつつある。それらに以下のようなものがある。

- 1) 医療機関、及びその関連機関の職員や医療関係者で日本ライトハウス養成部が実施する厚生省委託歩行指導者養成課程の受講(略)
- 2) 社団法人日本眼科医会による「視覚障害者のためにーリハビリテーションマニュアル」の発行
- 3) 国立大阪病院付属視能訓練学院での平成3年度よりの「視覚障害リハビリテーション」講座の開設
- 4) 神戸大学医学部・大阪市立大学医学部での平成2年度よりの学生(卒業間近)の医局(眼科)入局前の当リハセンターの研修(約1日)

(後略)」

この研修会にもいくつか特徴がある。まずは、新井が指摘していた医療関係者の視覚障害リハの理解を直接的に進めようとしていることである。しかも、単に講義を聴くというだけではなく、実技としてアイマスク体験をしたり、手引きによる歩行をしたりしている。こういった体験は、すべてとはいえないが、視覚障害を理解するには役に立つことである。

次に、内容の豊富さである。これは上記のことにも関わるが、弱視レンズの講義もあり、糖尿病の講義もありで、3日をフルに使っている感じである。

第3は、参加している機関の多さである。全部で約100ヶ所に案内を出しているということであるが、5年間で24機関が参加しているということは、医療関係者の視覚障害リハへの関心の高さがうかがえる（これは、参加者の熱心さとも係わりがあろう）。また、多いところは6名参加させているようだが、これは毎年1名以上参加させているということで、本研修会の効果というものを感じさせる。

第4は、参加職種がいろいろだということである。看護婦や視能訓練士の多いのはともかくとしても、医師も参加しており、理学療法士や作業療法士といったパラメディカルのメンバーも参加している。理学療法士や作業療法士は、病院の中で視覚障害者のリハビリ訓練を担当する可能性もあり、いろいろな職種の人に視覚障害リハビリの理解が進むことは素晴らしいことである。

また、芝田が報告をした医療機関からのアプローチも、医療機関での視覚障害リハの理解が少しずつ広がりと深さを増していることを表わしているように思える。このようなことがさらに多くあればと思う。

## 6. 「(岡山) 川崎医科大学付属病院眼科リハ外来の試み」を通して

大学病院は病院・医療に大きな影響を持っている。最近、ここでも新しい動きがでてきた。ここでは、川崎医科大学付属病院眼科リハ外来について菊入の論文をもとに紹介する（菊入、1995）。

「我々は彼ら（視覚障害者のこと―筆者注）に対し、身体障害者手帳交付の診断書作成や弱視学級、盲学校、視覚障害者更生施設への紹介だけで終わってきた面が多かったが、今後もっと彼らの日常生活に密着し、QOLの向上を目指した積極的医療の提供が、医療の現場、すなわち眼科外来においても必要である。（中略）

医療から職業まで一貫したシステムによる視覚障害者の総合的リハを想定し、その流れにおける眼科医療領域のリハ外来の役割を次のようなものとした。

- (1) 眼科などの評価と情報の提供
- (2) ロービジョン・サービスの実施
- (3) リハの動機付けと将来計画への援助

（中略）

スタッフは眼科医、視能訓練士（ORT）、ケースワーカー（RSW）、生活訓練専門職、そして看護婦などの構成となる。なお、ケースワーカー及び生活訓練専門職については現有スタッフにない職種のため、視覚障害者更生施設職員の派遣協力を願った。」

この眼科リハ外来は平成5年4月に開設され、平成5年12月までの間に14名のサービスを行ったが、そのまとめとして、菊入は次のような問題点を挙げている。

- 「(1) 常時スタッフが顔を揃える状況にないことから、スタッフ間の情報交換を円滑にするための方法の検討。
- (2) 医療スタッフとして配置されていない社会面（RSWと歩行・行動）の専門家の確保。



- (3) 眼科リハ外来は月1回であることから、リハ・プログラムに則った訓練・指導ができない現状。
- (4) 訓練・指導の学問的裏づけの必要性。
- (5) 視覚補助具などの使用訓練法の開発。

(略) 」

この眼科リハ外来にもいくつか特徴がある。まず、その第1は、地域医療機関の核ともいうべき大学病院で行われていることである。このような眼科リハは、現代の先駆的な医療機関として必要なことだと、一般医療機関に指し示すことの意義は計り知れない。大学病院がやることを注目している、一般眼科医が眼科治療一般と同じように、眼科リハに関心を持ってくれば、視覚障害者にとってどれほどの朗報か、いうまでもない。

第2は、視覚障害者更生施設職員が派遣され、協力していることである。菊入の問題点にもあったように、医療スタッフとして配置されていければ、いろいろな問題も解決できようが、今は、とにかくこういう試みがなされていることを、素直に評価したい。視覚障害者更生施設に勤めている者としてもっと積極的に医療機関にアプローチしなければと、思わずにはいられない。

## 7. おわりに

以上、中途視覚障害者リハビリテーションの現状と課題について、おもに眼科リハの領域について述べてきたが、とにかく現在はいろいろなアプローチがなされている時代である。医療サイドからあれば、施設サイドからもある。一口に医療サイドといっても、大学病院もあれば、地域の総合病院もあり、内科医からのアプローチもある。こうしたアプローチが大きくなるとなると、全国を網羅し、ひとりでも多くの視覚障害者がスムーズに眼科リハから社会的リハに移行できればと思う。

また、制度面、体制面での整備も急務である。医療施設内での社会的リハの保険点数としてのカウントの問題、スタッフの配置の問題、等々である。これらのことは一朝一夕には片づかないであろうが、粘り強く続けていく必要がある。

しかし、最も重大で、最も時間がかかるのは、意識・知識といった問題だろう。菊入(1995)は「全ての患者が視覚障害者リハに関する知識はなく」と書いているが、一般の視覚障害者に眼科リハといった意識・知識がない。「必要は発明の母」といわれるが、いわばその必要がないのである。私たちの施設に来て、初めていろいろな光学的補助具の存在を知る者も多い。一般の視覚障害者が常々もっと眼科リハ等に関心があれば、また違った展開になるのと思うのは、私ひとりではあるまい。これもまた長い道のりである。しかし、これも粘り強くやるしかない。

## 参考・引用文献

1. 上田 敏：リハビリテーションを考える－障害者の全人間的復権－、障害者問題双書、青木書店、6～7, 1983
2. 菊入 昭・他：視覚障害者の総合的リハビリテーションにおける眼科医療領域の役割―川崎医科大学附属病院眼科の場合―、視覚障害リハビリテーション41号、1995
3. 石光和雅・他：静岡済生会病院における視覚障害者の歩行訓練、視覚障害研究14号、13～22, 1981
4. 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―、視覚障害研究14号、1～12, 1981
5. 伊藤浩美：国立大学医学部附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、視覚障害研究26号、49～64, 1987
6. 新井久子・他：北海道視覚障害リハビリテーション協会の現状と課題、視覚障害リハビリテーション37号、3～17, 1993
7. 新井 宏：病院訪問による視覚障害リハビリテーションの試み、視覚障害研究27号、36～48, 1988
8. 山田幸男・他：視覚障害者のリハビリテーション、日本メディカルセンター、1989
9. 久保明夫・他：入院によるロービジョン・クリニックにより職場復帰した事例、国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要15号、45～50, 1994
10. 芝田裕一：医療関係者視覚障害者リハビリテーション研修会、視覚障害リハビリテーション41号、61～68, 1995