

## 静岡県における中途視覚障害者へのリハビリテーションに関する考察

立花 明彦

### Study of Rehabilitation for Persons Who Have Become Visually-Impaired in Their Adulthood in Shizuoka

TACHIBANA, Akehiko

中途視覚障害者への聞き取りにより、静岡県における視覚障害リハビリテーション（以下、視覚障害リハと略）の現状と問題を明らかにするとともに、今後の視覚障害者のリハビリテーションの内容、方法等を検討した。山梨正雄（1992）は、日本の視覚障害リハにおける今後の課題として、（1）医療から教育・リハビリテーションへの方向づけ、（2）相談や訓練機関の地域格差の是正、（3）在宅福祉の充実の3点をあげているが、これらはそのまま本県にも該当することが調査から示唆された。

#### I 研究の背景と目的

リハビリテーションとは、人間たるにふさわしい権利・資格・尊厳・名誉などを回復することであり、その思想を上田 敏（1987）は全人間的復権であると述べる。それは、障害者が社会の成員として自分らしく生きていくことを意味する。この思想に基づけば、リハビリテーションは障害者自身がリハビリテーション・プログラムを選択し、自らの人生設計を描き、地域において普通に暮らせるようにするための時間を限定した支援プロセスであると言える。

ところで今日、糖尿病性網膜症・緑内障・白内障などの疾患により中途視覚障害となる人々が増加している。加えてその多くは 65 歳以上と言われ、こうした人々へ適切な視覚障害リハ・サービスの提供が求められる。坂本洋一（2002）は、視覚障害リハを「視覚機能に何らかの損傷を受けた人々に対して、過去に学習してきた経験や残存視覚機能及び視覚機能以外の諸感覚機能を効果的に利用したり、また補助具を活用して機能的な視覚障害という欠損部分を代償行動に置き換え、精神的にも行動的にも視覚障害が発生する以前の生活を最大限に獲得することができるように支援するプ

ロセスである」と定義している。これは、上田（前出）のリハビリテーションの理念・思想やトーマス・J・キャロル（1977）の考え方を考慮したものである。実際、今日の視覚障害リハはこうした位置付けのもと、各地のリハビリテーションセンター、心身障害者福祉センター、視覚障害者福祉センター、点字図書館・盲人図書館などの機関で提供されている。静岡県でも早くからその必要が叫ばれ、取り組まれてきたが、それは不安定なシステムであり、隣県に比べ大きく遅れをとっていると言わざるをえない現状にある。その原因はいくつかあげられるが、一つには、核となってリハビリテーションサービスを提供する機関の欠落にある。二つ目には、地域の地形に見合ったリハビリテーションシステムが構築されていないことも関連していると推測される。加えて、2003年からスタートした新しい障害者福祉の制度「支援費制度」も県内の視覚障害者を取り巻くリハビリテーションの環境を変えつつある。

本稿は中途視覚障害者への聞き取りにより、静岡県における視覚障害リハの現状と問題を明らかにするとともに、今後の視覚障害リハの内容、方法、システムを検討しようと試みるものである。

## II 研究の方法

（1）対象：県内には、中途視覚障害者の交流と情報交換を主目的とした「静岡中途視覚障害者の会」が組織されている。会員は、会の趣旨に賛同した先天・中途の視覚障害者、および晴眼者からなる。このうち、調査に協力可能な中途視覚障害者と県内の視覚障害関係施設職員、リハ教室担当者から紹介いただいた調査に協力可能な中途視覚障害者とした。

（2）方法：電話、ならびに直接面接による質問紙調査法。

（3）内容：質問内容は

- ①視覚障害の原因
  - ②視覚障害となった時期
  - ③視覚障害となったときの居住地
  - ④視覚障害リハ訓練受講の有無
  - ⑤視覚障害リハ訓練受講にあたって相談した機関
  - ⑥視覚障害になって必要としたリハビリテーション訓練
  - ⑦これまでに受けたことのある視覚障害リハ訓練
  - ⑧最も望ましいリハ訓練の形態
- など 15 項目からなる。

(4) 質問内容作成にあたっての手続き：質問内容は先行研究を参考とし、また、中途視覚障害リハに携わっている関係者の意見を参考にして作成した。

(5) 実施時期：調査は2004年2月、ならびに7月から9月にかけて実施した。

### Ⅲ 結果

「静岡中途視覚障害者の会」からは、本調査に協力の意思を示した中途視覚障害者28名の紹介を受けた。このうち、電話がつながらなかった一人を除く27名から回答が得られた。また県内の視覚障害関係施設職員、ならびにリハ教室担当者からは合わせて32名の中途視覚障害者の紹介と協力が得られたので、集計はこの二つを合わせた59名で行なった。

回答者の性別は男性26名(44.1%)、女性33名(55.9%)である(Fig.1)。これを年齢別に見ると、60代が23名(39.0%)で4割を占め、これに70代と50代が同数でそれぞれ12名(20.3%)と続く。また30代6名(10.2%)、40代4名(6.8%)、80代2名(3.4%)で20代はいなかった(Fig.2)。職業は主婦を含め「特に就いていない」とする人が45名(76.3%)で高い割合を占めた。視覚障害者の多くが従事する理療は7名(11.9%)で、調査対象者の男女比・年齢を反映した結果とも受け取れる(Fig.3)。

Fig.1 性別

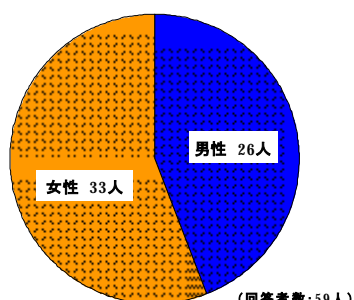


Fig.2 年齢

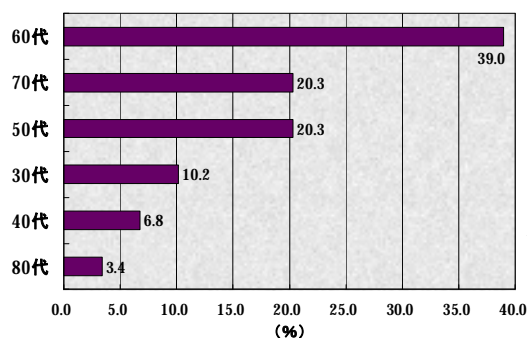
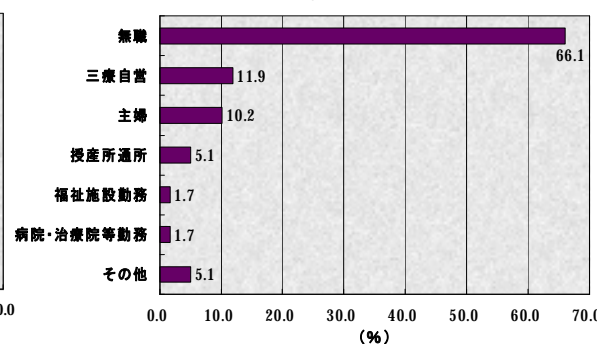


Fig.3 職業



視覚障害になった年齢を尋ねた問いでは、40代15名(25.4%)、50代13名(22.0%)、20代11名(18.6%)となっていて、この3群で6割強を占める。これは、社会に出てまだ日が浅い年齢、および働き盛りの年齢に当たる。60代・30代は共に6名(10.2%)で、70代も3名(5.1%)いた(Fig.4)。また、現時点から視覚障害になった時期をみると、10~19年前が23名(39.0%)で最も多く、20~29年前17名(28.8%)となり、7割近い人が10年以上を占めることになる。これに対し10年未満は7名(11.9%)であった(Fig.5)。

Fig.4 受障年齢

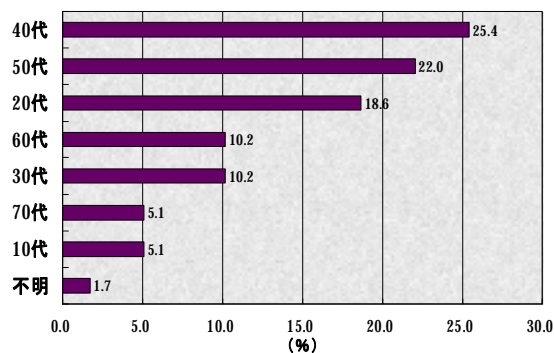
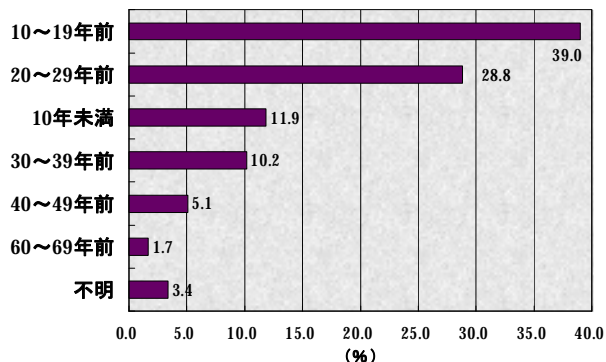


Fig.5 受障してからの年数



視覚障害の原因をみると、網膜色素変性症が 15 名 (25.4%) で4分の1を占めて最も多く、その疾患の特性から視覚障害になった年齢の結果を裏付けているようでもある。これ以外では、網膜剥離 8 名 (13.6%)、糖尿病性網膜症 7 名 (11.9%)、緑内障 4 名 (6.8%) となっているが、「その他」とした人が 20 名 (33.9%) もあり、視覚障害となる原因の幅の広さを物語っている (Fig. 6)。視覚障害の程度を身体障害者手帳の等級でみると、重度の1級が 47 名 (79.7%) で8割を占めた (Fig. 7)。厚生労働省が5年に1度実施する身体障害者実態調査でも視覚障害の場合、重度者が約6割を占め、視覚障害の重度化が表面化しているが、本調査でも同様の結果が示された。

Fig.6 障害の原因

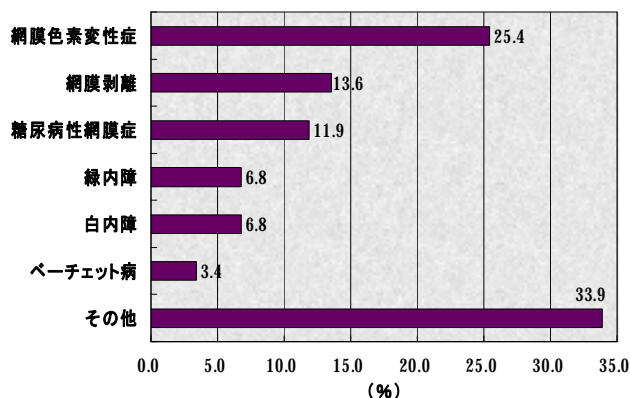
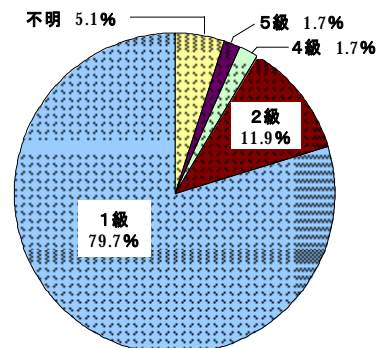


Fig.7 障害の程度



視覚障害になったときの居住地は、県東部 17 名 (28.8%)、同中部 19 名 (32.2%)、同西部 20 名 (33.9%) で、地域の偏りはみられなかった (Fig. 8)。また現在の居住地では、県東部 18 名 (30.5%)、同中部 23 名 (39.0%)、同西部 18 名 (30.5%) で、中部が他に比べ 8.5 ポイント高かった (Fig. 9)。

視覚障害になったとき、その後の進路について適切な情報が提供され、スムーズにリハビリテーションへ移行できるか否かは重要であり、人生を左右する点であると言っても過言ではない。この点において、医療従事者と早期リハビリテーションに向けたリハ関係者との連携は古くから指摘され、今日なお課題となるところである。本調

査ではこの点の現状をも明らかにしたいと考え、リハビリテーションについての相談・情報提供機関を尋ねた。その結果は、病院の医者・ケースワーカーとした人が24名(40.7%)、盲学校7名(11.9%)、医療福祉センター4名(6.8%)、点字図書館2名(3.4%)であった。一方で「その他」とした人が22名(37.3%)もあり、多様であることを物語っている。ただその中には「特に受けていない」と答えた人も6名(10.1%)いて、見逃すことができない(Fig. 10)。

Fig.8 受障時の居住地

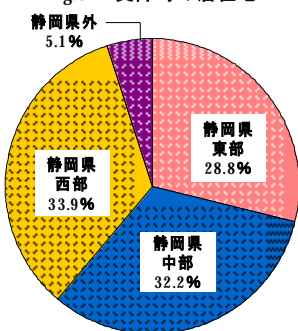


Fig.9 現在の居住地

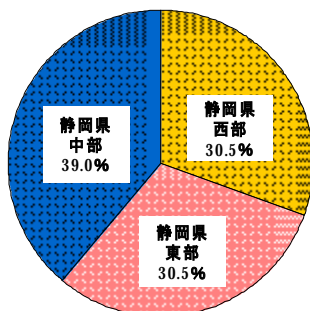
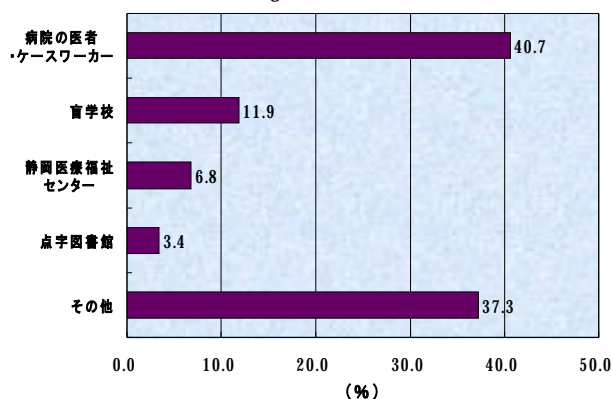


Fig.10 相談機関



リハビリテーションを受けることは、自身の自信の回復でもあり、その後の人生を自分らしく生きることができるか否かに関係する事柄でもある。これまでに視覚障害リハとして提供されている訓練を受けたことがあるかを尋ねた問いでは、「ある」とした回答が8割弱を占めたが、一方で「ない」とした回答も2割強みられた(Fig. 11)。

「ない」と答えた人の居住地をみると、県東部と西部がそれぞれ6名ずつで同数、中部は0で地域差が認められた(Fig. 12)。すなわち、従来中部には視覚障害リハ機関が存在するのに対し、東・西部にはないことがこの結果に現れていると言える。現に受けなかった理由を尋ねた回答では「その他」が7割を占めたが、そこには「通う勇気や意欲がなかった」「なにもわからなかった、知らなかった」「見栄があった」などがほとんどで、リハビリテーション機関が設置されていたならば適切な相談や対応により、訓練を受けていたと思われるケースも少なくない。

Fig.11 リハ訓練の有無

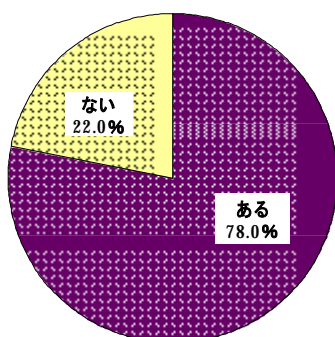
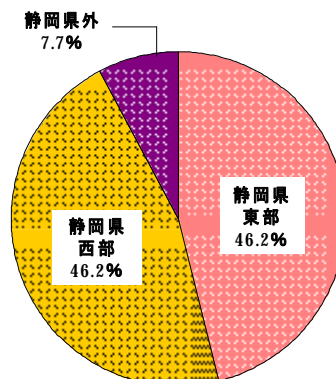


Fig.12 訓練のない人の居住地 (A=13)



視覚障害になったとき必要としたリハビリテーションのプログラムを複数回答で尋ねた問いでは、歩行訓練が 30 件 (45.5%) で最も多く半数近くを占めた。視覚障害は行動と情報の入手・発信の不自由をもたらすが、歩行へのニーズはこれを裏付ける。「点字の習得」は 15 件 (22.7%) で、これに次いだものの、この間には 22.8 ポイントと 2 倍近い開きが生じている。点字は触読文字で、習得には個人差があり、一般に年齢が高くなるほど困難でもある。こうしたことから習得を諦めるケースもあり、調査結果にも現れているように推測される。同時に単独かつ自由に「移動」することは、人にとって切実な欲求であり、基本的な事柄であることがわかる。調査対象者は女性が 6 割弱を占めているが、日常生活技術 (料理・裁縫・金銭種別法等) をあげた人は 8 名 (12.1%) と低い数値であった。これは家族やホームヘルパーなど十分な協力が得られる環境にあること、あるいはそれまでの経験により、それらの事柄が大きな問題もなく処理されているものと推測される。またロービジョン訓練をあげた人は 4 名 (6.1%) で、調査対象者の障害の程度、つまり重度の人が 8 割強を占めることを反映する結果が示された。(Fig. 13)

視覚障害を生じた時点で必要と感じたリハビリテーションの内容に対し、実際にこれまでに受けたことのある訓練を尋ねてみると、歩行訓練 45 件 (34.4%)、点字の読み書きの習得 40 件 (30.5%)、日常生活技術 21 件 (16.0%) となっている。その他の訓練として職業訓練である理療や歩行訓練の一つである盲導犬をあげた人も合わせて 4 件みられた。点字の学習は、訓練前ではそれほど求めていないにも関わらず、実際には何らかの訓練を受けたことのある人の 3 割が点字の学習も行なっている。その結果、歩行訓練との開きも「受けたいと思った訓練」で示した値よりも縮まっていて興味深い。これは、視覚障害リハ・サービスを受ける中で、そこでのスタッフの対応や同じ視覚障害をもつ仲間との交流などにより、意欲の変化が生じてきたものとも推測される (Fig. 14)。

Fig.13 必要なリハの内容 (A=66)

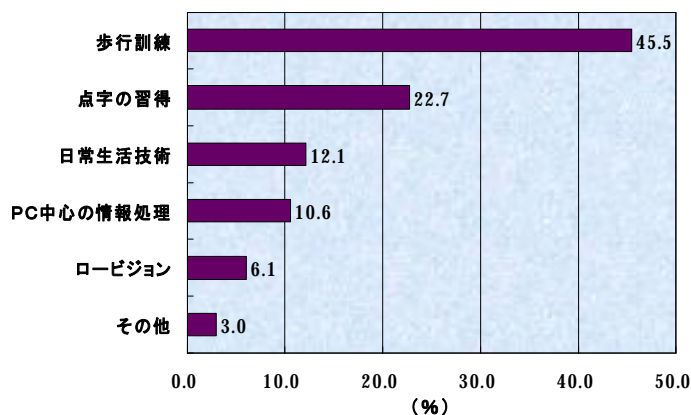
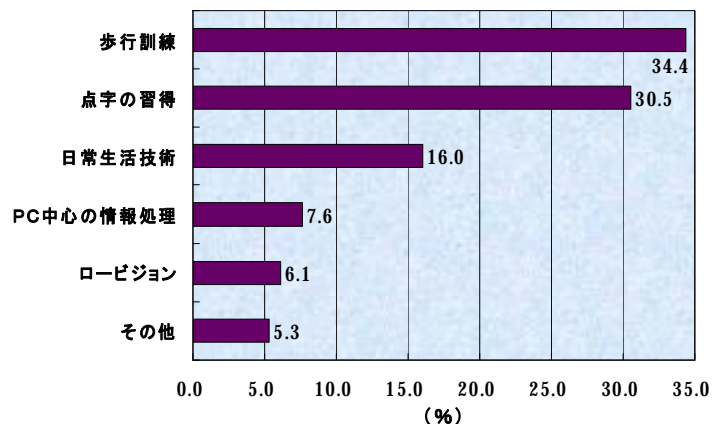


Fig.14 受けたことのあるリハ内容 (A=131)



訓練を受けた機関として、歩行訓練では静岡市の身体障害者更生施設 13 件 (28.9%)、浜松市の小規模授産所 6 件 (13.3%)、静岡市の視覚障害福祉施設と盲学校がそれぞれ 5 件 (11.1%) で並んだ。決して多くはないが、浜松市の総合病院の視覚障害リハ教室と答えた数が 4 件 (8.9%)、県外の施設が 3 件 (6.7%) あることも見逃せない (Fig. 15)。点字の場合も歩行訓練同様の傾向がみられた (Fig. 16)。

視覚障害リハの実施形態には現在、施設へ一定期間入所する、施設へ通所する、指導員が自宅を訪ねるの 3 通りがある。自身の経験を踏まえ、理想的な形態を尋ねた問いでは、「必要に応じて形態を選択できる」が 22 名 (37.3%) で 4 割近くを占め、最も多かった。「自宅への訪問」は次に位置したが、その数値は前者の半数近い 14 名 (23.7%) にすぎなかった。また通所は 9 名 (15.3%)、入所は 7 名 (11.9%) であった (Fig. 17)。

Fig.15 歩行受講機関

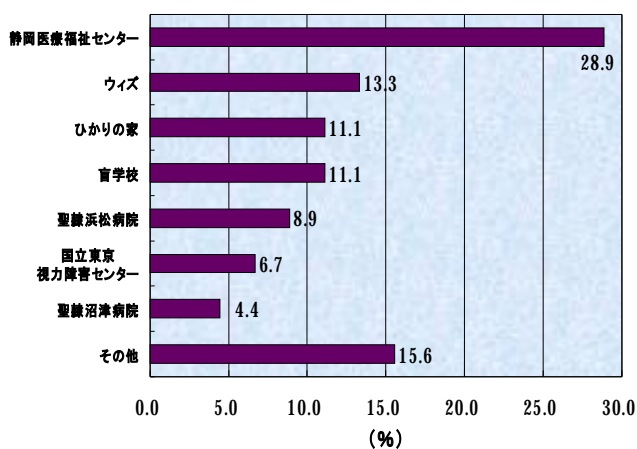


Fig.16 点字受講機関

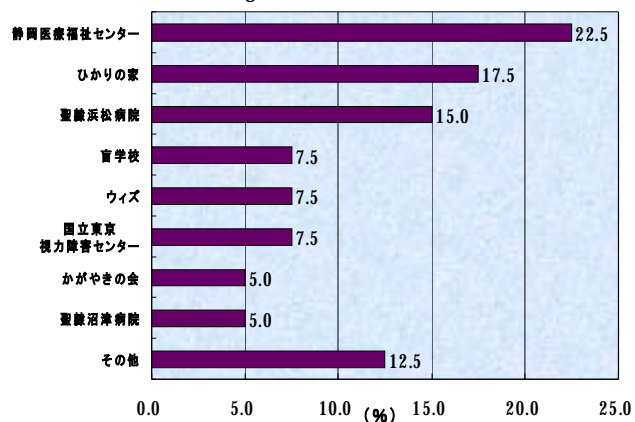
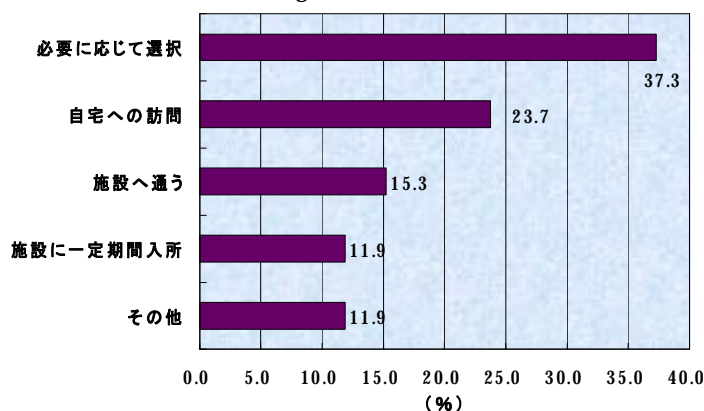


Fig.17 リハの形態



## IV 考 察

### 1. 拡充すべき関係者間の連携

山梨正雄（1992）は、日本の視覚障害リハにおける今後の課題として、（1）医療から教育・リハビリテーションへの方向づけ、（2）相談や訓練機関の地域格差の是正、（3）在宅福祉の充実の3点をあげているが、これらはそのまま本県にも該当することが調査から示唆された。山梨によれば、（1）については、医療機関と教育やリハビリテーションの専門機関との協力・連携体制の整備が求められるとする。本県では、1974年に眼科医、MSWの呼び掛けで教育、行政、視覚障害者、医療関係者が集まり、視覚障害リハについての懇談会が開催されている。勉強会を重ねた懇談会は翌年「静岡視覚障害者福祉協議会」へと発展する。この会は視覚障害児・者の社会参加を促進するため、医療・教育・福祉・就労に携わる個人・団体が連絡協調し、その福祉の増進に寄与することを目的としている。国連障害者年以前にこうした視覚障害リハを進めていこうとする取り組みがなされたことは注目に値する。しかし残念ながらこの会を中心とした取り組みは、組織が脆弱であったこともあり、十分な機能を果たせていないと言わざるをえない。現に本調査でも視覚障害となったときの相談機関を尋ねたが、医療機関とした回答が最も多かったものの、その数は4割強にすぎず、また「その他」とした4割弱近い結果と大きく変わらない。辰巳ら（2001）による調査からは、医療スタッフがリハビリテーションに関する情報を十分に得ているとは言い難く、告知の際、情報提供において不十分な場合が多いことを明らかにしている。香川ら（2003）は、調査から、医療機関を対象にした広報活動において半数弱の施設で実施されていないことが明らかになったと報告している。本調査はこれらとも共通するものであり、この点においても一層医療機関に対する啓蒙・啓発の強化が求められる。

### 2. 求められる地域差是正

香川邦生ら（2003）は視覚障害リハにおいて強化の必要な点として、リハビリテーションプログラムの作成に基づいた計画的な訓練の実施、柔軟な訓練体制の整備、視覚障害者用機器・用具の使用に関するアフターケアの3点をあげている。香川らの調査研究によれば、訓練体制については、その充実度が最も低く、入所、通所、訪問のいずれの形式にも対応できる施設は3割未満であったと報告している。そのうえで「いずれの形式にも対応できる体制を整えることは容易ではないが、たとえば、幼い子どもがいる主婦が失明した場合、入所訓練を受けることは困難であり、通所手段のない障害者に通所訓練は不可能である。実際にこのような理由で、リハビリテーションを諦めた障害者も存在する。また、動機付けのための訪問訓練からレベルアップのための入所へ、または入所からフォローアップとしての通所・訪問へと訓練対象者のレベルや目的に応じて、柔軟に訓練環境を提供するためにも、訓練体制の整備は必要



である。」と述べる。本調査におけるリハビリテーションの形態を尋ねた問いでは、香川らの指摘を裏付ける結果が示された。とはいえ、現在の本県の視覚障害リハの体制は、入所・訪問によるサービス提供機関は皆無であり、その整備が急がれる。また通所による機関も担当する職員が十分でない、財政的裏付けが乏しいなど、いくつかの課題を抱える。本調査では、歩行や点字、日常生活技術などの訓練においては静岡市の身体障害者更生施設で受けたとする回答が目立った。確かにこの施設はかつて入所・通所の形態で視覚障害リハ・サービスを提供していた。しかし 2003 年からの支援費制度のスタートに伴い、諸般の事情から視覚障害リハの提供には消極的になったと聞く。現に 2004 年のこの施設の「施設案内」は「指定肢体不自由者更生施設」となっていて、視覚障害リハについての記述はまったくみられない。委託を受けていた一部の事業は、同市の視覚障害福祉施設へ移行されたが、それで問題が解決されたわけではない。

視覚障害リハ提供サービスの地域的偏りも指摘される。東部では総合病院の一角において月 2 回リハ教室が開催されているのみで、そのプログラムの内容も完全ではない。西部も同様である。現にこれまでに何らかの訓練も受けたことがないとする人は、中部では 0 であったのに対し、東部・西部ではそれぞれ同数の 4 割余りを示したことがこれを裏付ける。調査の回答の中には盲学校としたものもあったことを勘案するならば、児童・生徒数の減少とその多様化が進み、盲学校の今後のあり方が問われ、その一つとしてセンター化構想が具体化しつつある今日、盲学校と連携を結ぶことも期待される。幸い、本県の場合、盲学校は地域差を考慮し、東部・中部・西部と 3 箇所を設置されている。実際東部の盲学校では「センター機能推進課」を設置し、2003 年と 2004 年の夏、「あい EYE フェア」と銘打って医療・福祉・教育等に関する相談、用具・機器の展示、視覚障害の啓蒙などを開催している。ともあれ、行政を含めての問題解決が必要である。

## おわりに

本研究は、地元根ざしたテーマとして、また地域に貢献すべく、視覚障害リハの現状と課題を整理し、まとめようとして取り組んだものである。当事者への調査では、一定の協力者が得られたことから、いくつかの点については問題の所在を明らかにできた。今後は、現行の県内における視覚障害リハ提供機関の現状・実績等を調査し、当事者から得られた結果とを合わせ、求められる具体的なリハビリテーションの内容、提供体勢を検討していく必要があると考えている。

〈引用・参考文献〉

- 1) 香川邦生・辰巳佳寿恵・原 志治 (2003) 中途視覚障害者への支援－視覚障害リハビリテーション施設におけるサービス提供状況－. リハビリテーション連携科学, 4 (1), 79-88.
- 2) 辰巳佳寿恵・日比野 清・香川邦生 (2001) 障害告知の適切性. リハビリテーション連携科学, 2 (1), 67-84.
- 3) トーマス・J・キャロル (1977) : **Blindness**. 松本征二監修、樋口正純訳『失明』, 日本盲人福祉委員会.
- 4) 上田 敏 (1987) : リハビリテーションを考える. 青木書店, 6.
- 5) 山梨正雄 (1992) : 視覚障害者の教育とリハビリテーション, 日本の眼科, 63 (2), 137-143.

(2005年3月17日 受理)