
委託事業による訪問型歩行訓練 —広島の事例から—

社会福祉法人光清学園

高原 伸幸

1. はじめに

現在日本では、歩行訓練士の国家資格制度は認められていない。しかし、一定の養成コースを修了した歩行訓練指導者（以下、訓練士）の必要性とその役割の重要性はますます高まっていると言ってよいだろう。にもかかわらず、今なお訓練士のいない県が存在している。また訓練士がいても、歩行訓練を行政施策の中で（制度の中で）受けることの出来ない県も多くある。

広島県下で、視覚障害者への歩行訓練が本格的に取り組まれたのは、近年になってからのことである。もちろん盲学校、視覚障害者更生施設でも一部生徒、園生に対して指導は行われていただろうが、いわゆる訪問型の訓練、中途失明者への指導が制度として開始されたのは、1990年からである。この分野における首都圏や近畿地方の発展した状況と比較して、広島は「視覚障害者リハビリテーション概念の未熟さ」とでも言える（高原、1990）空白の状況であった。

この拙稿では広島の視覚障害リハビリテーションについて、1987年からの経過と広島市の歩行訓練事業を中心に現状報告するとともに、訓練士の役割についても考察したい。広島と同様の課題を持つ他県にも通じることだと考えるからである。

2. 民間レベルの運動

筆者は児童福祉施設（盲、ろう児施設）の指導員として業務を行っており、

| |
|---|
| 1988年1月 ボランティア的に中途失明者への訪問訓練を開始 |
| 5月 「視覚障害児者の歩行を実現する会」が発足 |
| 6月 一部当事者団体が市議会へ請願署名提出 |
| 1989年1月 筆者所属施設がリハビリ事業を試験的に開始 ※1 |
| 2月 「広島ハーネスの会」発足 |
| 4月 広島県初の盲導犬誕生 広島県、中失緊急生活訓練事業、盲導犬育成事業を予算化 |
| 1990年4月 広島市、訪問型の歩行訓練を新規事業化 |

※1—このリハビリ事業は、当園が広島市の委託事業を受ける1990年4月まで約1年間実施した。

表1 歩行訓練制度化までの経過

1986年に社会福祉法人日本ライトハウスが主催する厚生省委託歩行指導員養成講習会を修了した。その翌年の夏に施設児童と共に課題を持つ児童への指導の必要性を感じ、在宅障害児を対象に「夏期視覚障害児歩行訓練親子合宿」を開催した。この時、広島市内の視覚障害者から「私達にも歩行訓練を行って欲しい」との再三の申し出を受けたのである。

これが直接的な契機となって1988年1月より中途視覚障害者への歩行訓練を行うことになった。児童福祉施設職員が私的な時間を利用して訓練を行うという変則の事態ではあったが、この取り組みを支援し、推進したのが同年5月に発足した「視覚障害児者の歩行を実現する会」（以下、「実現する会」）という市民（ボランティア）団体であった。視覚障害者への、特に中途視覚障害者の対策が行政施策として十分に行われていないという背景があったからである。

何故これまで広島において、リハビリテーションが認知されてこなかったのか、その理由としては、①リハビリテーションの実態に触れる機会がなかった、②各団体からこの種の対行政要望が行われていなかった、③福祉事務所等の機関で充分な相談処理が行われてこなかった等が推測できる。少し言い過ぎかも知れないが、従来の施策は理療従事者へのサービスが中心で、従って中途失明者への対策も理療施術者養成の施設か盲学校を紹介し、点字習得や歩行能力の回復もその中で自助努力によって求めるという、一定の枠内での対応だったよ

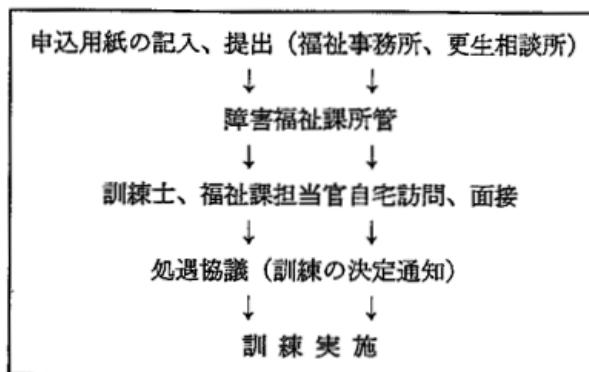


図1 訓練までの手続き

うに考えられる。ニーズを把握できる機関では「リハビリを行う人材、受け皿が広島にない」とし、行政事務レベルでは「この種の要望がなかった」という悪循環の中（公的相談業務体系の不備の中）にあっては、視覚障害者リハビリテーションが必要だとはならなかったのであろう。

こうした状況下で「実現する会」は、広く社会的、行政的に理解されるよう活動を進めた。議会の中でも取り上げられ、実際に歩行訓練を受けた人々の喜びが広がるにつれ、行政当局もこの実績を評価せざるを得なかった。広島市が「歩行訓練事業」を予算化した1990年までの動きを表1にまとめてみた。

3. 広島市視覚障害者（中途失明者）歩行訓練事業

1990年4月、広島市は2名の訓練士を擁する当園と訪問型の歩行訓練事業を新規に予算化して委託契約した。

1990年と91年の実績を踏まえて、事業がどの様に運用されてきたか概略を述べたい。訓練を受けるまでの手続き（図1）と申し込み要件は以下の通りである。

市の広報や眼科医向けのパンフレット等により事業の案内を行い、訓練申し込みを受け付ける。受付は年中行っている。対象者は、ア)身体障害者手帳1・2級所持者で18才以上の者、イ)歩行訓練に意欲があって継続して訓練の受け

| (単位:円) | |
|--------|-----------|
| 1990年 | 3,560,000 |
| 1991年 | 3,915,000 |
| 1992年 | 4,080,000 |

表2 事業予算

| | 男 | 女 |
|-----|---|---|
| 30代 | 1 | 3 |
| 40代 | 6 | 7 |
| 50代 | 3 | 3 |
| 60代 | 2 | 4 |

表3 年齢構成と男女の割合

られる者、ウ) 伝染性疾患のない者、という3つの要件を満たす者である。そして所定の申し込み用紙を所管の福祉事務所か障害福祉課へ提出した者から順次担当官と訓練士が訪問面接し、対象者を決定する。

訓練内容には、訓練に必要なカウンセリング、家族指導、室内歩行、白杖使用訓練、電子機器（モーワットセンサー）使用訓練などがあるが、訓練士が対象者に必要と思われる項目を本人と協議して行っている。訓練経費は交通費や休憩時の飲食費が本人負担となり、その他は無料である。

表2は事業費を示している。（92年は予算を記した。）

①訓練総数

90年度16名の申し込みに対して10名、264回の訓練、91年度16名の申し込みに対して11名、388回の訓練を実施した。

②視覚障害原因疾患

訓練を行った者29名（92年度も含む）の視覚障害の原因となる疾患は、緑内障8名、網膜色素変性症7名、糖尿病4名、ベーチェット病2名、交通事故による外傷1名、先天性その他が7名となっている。

③年齢構成と男女比（表3）

29名の年齢分布は、30代が4名、40代が13名、50代が6名、60代が6名となっている。訓練を受けた者、男性13名、女性16名である。

④事例報告

事業開始3年間でいくつかの運用面で改善がなされた。当初は1名の訓練生に対し、訓練カリキュラム全課程を受けさせることが必須であるとか、募集定員を設けたり、募集期間を限定する等、行政当局に多少の歩行訓練に対する誤

解があって杓子定規な制度の運用がなされていた。しかし、実際には訓練生全てがこの定規に当てはまるはずはない。実態に即した訓練によって、運用の改善が図られ、今後のリハビリテーションの展開方法についても課題が明らかになりつつある。事例を省みながら、その点について言及してみたい。

《事例1；男性、40才、糖尿病性網膜症によるR：O、L：眼前手動弁》

総合病院の医療相談員（以下、MSW）から紹介を受け、訓練申し込みまでに数回の病院訪問を行った例である。主訴は進路相談であった。たび重なる協議の末、本人は理療に従事することを希望した。しかし、盲学校、更生施設共に翌年2月が募集期になっていたので、その自宅待機期間（5月～1月）の有効な過ごし方の一例として、結果的に歩行訓練の申し込みとなったのである。

しかし、受障後間もないこともあってか精神的動搖が随所に見られ、初期にはカウンセリング的対応も何度か求められた。2ヶ月を経過する頃から徐々に積極的な姿勢となり、進路を考慮した点字訓練も意欲的に取り組み始めた。点字は当園の同僚に指導を願い、歩行訓練もその訓練場所を目的地に設定した。訓練は計36回実施し、最終的にはJRを利用した長距離の歩行も認められた。翌年職業訓練の更生施設に入所したが、残念ながら現在は自宅で静養している。施設退所の理由は、血糖コントロールが適切に行われずに体調を崩したこと、対人関係の調整処理が出来ず、精神的に安静を必要としたこと等である。

ところで本例は、受障後早期に病院側が対応し、訓練への移行を大変スムーズに出来た点で、本事業が訓練の実施だけでなく、ニーズの掘り起こしと一体となった取り組みが必要であることを提起してくれたように思う。しかし、この病院訪問は訓練士の実働とは見なされなかった。訓練生の発掘はこの訓練事業には組み込まれていなかったからである。また、身体障害者手帳もこれから申請することになっていたため、訓練対象の要件を満たしていなかった。

MSWと訓練士、福祉事務所の密接な連絡調整により訓練申し込みが認められた経緯もあった。

生活に不自由を感じて相談しようとした患者に対して、訓練士はその患者のトータルな生活設計を患者と共に考えていく必要がある。事業の性格故とはいえ、単に歩行訓練を紹介して訓練するだけではなく、生活設計の中で歩行訓

練をはじめとした各々の訓練の必要性を理解させていくことが求められる。万一必要性を認めなければ、例えば白杖を使用した屋外歩行訓練を行う必要がない場合もあるだろう。

病院訪問の場合、訓練士がリハビリの窓口になることが多い。その意味で、訓練士は適切なアドバイス、情報提供を行う役割を持つと同時に、関係機関とのコーディネーター役も遂行しなければならない。現在、筆者は広島市の身体障害者更生相談所で専門相談員（非常勤）としての業務も行っているが、訓練士を更生相談所に配置しようとの行政当局の認識理由は、このようなケースの実態を理解したとも考えられる。

《事例2：男性、64才、人工無水晶体症、R：0.03、L：0.01》

保有視覚もあり、基礎的な白杖使用技術を指導したのちすぐに交通機関利用の訓練に移行した。援助依頼や他の訓練課題の遂行にも問題はなく、比較的短期間で訓練を終了した。総訓練回数21回であった。訓練は、信号機の判読、停車中バスの行き先確認などを弱視スコープ「Specwell 8×30」を使用して実施するのが中心であった。結果は良好で未知地域の単独歩行も可となった。

弱視者も歩行に限らず、日常生活の諸々にわたって不自由さは生起する。しかし、この例では歩行場面での不自由さを解消するだけの指導しか出来なかつたため、弱視レンズを使用した文字の読み書きの訓練等は前記の更生相談所への来所によって解決するという複雑なものとなった。本人にとっては窓口一本での対応が望ましいが、「歩行以外の指導は不可」という運用原則から対応する訓練士が同じであってもこれが認められない（本ケースの場合非公式ながらも訪問時にコミュニケーション訓練も実施したが）。矛盾の中での対応となっている。

本来リハビリテーションの展開は、各分野におけるスペシャリストが配置され、各訓練の実施とチームとしての総合的評価の中からの確な援助が考慮されるものである。しかし、職務分担可能な総合訓練施設のように恵まれた条件下にない地方都市で活動する訓練士には、人材不足の中その役割は歩行に限らず、あらゆる面での指導技能を有さなければならないと考えざるを得ない。

《事例3：女性、46才、糖尿病性網膜症、人工透析、眼前手動》

人工透析を受療中で、通院時の単独歩行を希望して申し込みがなされた。しかし、体力的な問題があり、特に透析受療直後の単独歩行を目的とした訓練は現在（1992年8月30日現在）まで行っていない。91年度24回と92年度の継続訓練で、近所のスーパーへの買物、公民館への単独歩行が可能のレベルに達している。人工透析には週3回通院しており、通院日以外を訓練日に設定しているが、体調不良を訴え、訓練のキャンセルもしばしばである。訓練時にも階段の昇降や長時間の歩行で「疲れ」を訴えるため、これらを考慮して休憩は頻繁にとるようにしている。現在は主人と養母の3人で生活しているが、養母は高齢で最近は痴呆症状があらわれ、生活全般はすべて本人の動きに委ねられている。こうした毎日が精神的負担をきたし、今後の生活に不安を感じる原因となっている。

回復不可能の糖尿病と闘い、身体機能低下を伴っている重症の糖尿病視覚障害者に対して本人の最大限の自立を援助する大切さ（清水、1987）は理解しつつも、一生続く透析治療とこの合間をぬっての訓練によって得られる成果は、気休め程度しかなっていないのではないかと錯覚してしまうほどだ。重度で全身病を伴う障害者への「対処法の開発」の必要性が叫ばれて久しいが、訓練の内容や方法を論じるだけでは訓練士の自己満足的な対処で終わってしまうのではないか。

1個の家庭が、あるいはひとりの人間がこうした条件下で自立を求めるには、「訓練スタイル」の研究もさることながら、彼らの生活している「地域力」についても着目する必要がありはしないか。いわば、自立を支援する人的資源の活用法や「地域的リハビリテーション」についても深めていく必要があるだろう。

⑤今後の課題

課題は大きく2つに分けられる。一つは事業制度の運用に関して、いま一つは訓練士の役割に関してである。

運用面に関しては、第1に「歩行訓練に限定した事業そのものを見直すこと」である。

92年度の申し込み者の中に、市内の病院に入院中の患者（27才）からのもの

があった。広島市内に住居をかまえ、1級建築士として仕事をしていたが、脳虚血症後遺症により皮質盲になったケースである。上肢、体幹機能の失調症状が著明で回復のためリハビリを受けている。92年3月に自宅があるY県に住所を移し、その後の相談であった。そして、訓練士が訪問して訓練申し込みを勧めたが、本事業内での訓練実施は不可能であった。行政当局が不可と判断する最大の理由は「訓練希望者が待機している状態で市外の者を訓練する余裕はない、スタッフの不足が解消されなければならない」である。

この例も事例1と同様、リハビリテーションを受けようとする者に対して、その対象をどの様に認識するのか整理する必要性を示している。重症患者や高齢者しかも入院加療中であるこれらの人々からの相談が増加することは今後も予測される。広島の「視覚障害者の自立をすすめる会」（1991年10月に「実現する会」から発展改組。以下、「自立をすすめる会」）が最近開催した第3回リハビリセミナーにおいて、筆者らは、重症で重複の障害を持つ患者へのアプローチに関して研究協議を行った。この中では、医療施設は専門スタッフの不在と看護婦業務の煩雑さから、これら患者に対して適切な援助が出来ないと報告もあった。そして新井（1988）の言うように「リハビリの起点が早期に向かう傾向にある」ならば、希望者の申し込み要件を緩やかに適用させることは当然必要となってくる。特に医療施設への訓練士の訪問は、上記のような事例にも対処できるシステムを確立する上で第1に求められることである。

第2の課題は「訓練スタッフ、人材を養成すること」である。一般的に言って広島市の事業のような場合は委託業務で行うものではなく、市の直接事業として取り組むものであろう。先に挙げた事例のように医療関係者との緊密さを保持することや対地域の施策としての視点を持つことが必要な場合もあり、総合的なサービスが求められるからである。現在は歩行訓練単独の事業だが、総合的リハビリテーションシステムを構築する必要性からも、先を見通した人材の育成を行う必要がある。

訓練士の役割に関する課題としては、第1に「リハビリ全体に適切な援助が出来ること」である。訓練士が単に白杖の使用訓練だけを行う時代は終わったのではないだろうか。リハビリを求める人は生活全般に不自由を感じている

のであって、点字や白杖、盲導犬などの歩行訓練だけが突出してはならない。訪問指導では、訓練士は訓練生の歩行訓練以外の生活上の不自由さをあるいは必然的に確認することになる。そして、障害者が必要性を感じ、訓練士も必要と認めた訓練を提供する為には、あらゆるリハビリテーションサービスの概要を提供してゆかなければならぬし、同時に必要性を認め得るだけの科学的根拠を提示しなければならない。これを支える研修制度、事例研究等データの蓄積と訓練システムに関しての旺盛な議論が必要と考える。

第2に、「対地域を視点にいれた取り組み、ネットワークを確立すること」である。今や訓練士の任務も高齢化対策を考慮にいれたものでなければいけない。事例3のように生活範囲の狭さ、生活設計の困難さを対個人の取り組みで解消するのではなく、地域としてどう解消していくのかを考えなければならぬ。訓練士はワーカーの技能を有し、関係機関とも調整できるネットワークを確立しておいた方が望ましい。更に、地域の障害者がスムーズに援助を受けられるような地域支援システムの確立に関与していく必要がある。

4. 広島県の実情

広島県では、いわゆる社会参加促進事業を盲人団体へ委託しているだけでリハビリテーションとしては特に事業を実施していない。広島市の約3倍の対象者がいると予測されているが、実態は不明である。

当法人は広島市の事業の他に、東広島市の歩行訓練事業の委託も受け、これにあたっている。民間レベルの運動に刺激された当該市に居住する一人の障害者が立ち上がっての成果である。1991年度からの開始で現在までに5名の申し込みがあり、3名を訓練している。予算措置は年間約80万円である。

広島県では今後の対策として、ア) 訓練士養成コースへ毎年1名派遣する、イ) 市町村で同様の事業を実施する際に補助する、の2点を考えているようだ。ただこれも、「自立をすすめる会」の広域にわたる相談活動の成果を受けて必要性を感じたもので、実態調査やニーズの掘り起こしを具体的に行った結果ではない。東広島市の事業の場合、ニーズの絶対数が少ないとから2年間で5

名の訓練申し込みを受けたに過ぎない。上記のように、訓練士が訪問調査活動も出来るような対策を講じないと、人口規模の小さい都市では継続事業としては成り立たないであろう。

尚、参考までに「自立をすすめる会」の1991年度の活動を簡単に報告しておく。寄せられた相談に対応した件数は28件、うち広島市以外の居住者からのものは11件であった。実際に訓練を実施したのは、歩行訓練2名、点字訓練1名、CCTV 使用訓練1名である。これは全て広島市以外の居住者であった。

5. おわりに

リハビリテーションの空白の地域であった広島では、ここ数年の民間レベルでの働きかけにより大きな進展を見せているわけだが、これは「視覚障害リハビリテーションの理解」を関係者に対してより一層進めていった成果でもある。「理解・連携」とたやすく表現はするが、これは相互の信頼関係があって初めて成り立つものである。その信頼関係を維持していくためにも、現在の多様化の時代にリハビリテーション関係者、訓練士は、対象者の生活設計と共に、そして、真摯に考えられるようにしておきたい。

本年は「障害者の10年」最終年である。各方面でその総括論議が盛んだが、また新たな長期行動計画を策定の動きもあるという。「必要とする人が、必要なときに最善のサービスを受けられる」ようにしようという時代の流れにあって、視覚障害者リハビリテーション分野でもこれまでの総括を行った上で、科学的な訓練システムを確立したいものである。

引用・参考文献

- 新井宏 1988 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, 36-48.
- 牛尾登美 1988 地方自治体における歩行・日常生活訓練に関する一考察. 視覚障害研究, 28, 66-75.

- 小川朋子・村上琢磨 1992 東京都心身障害者福祉センターにおける歩行訓練
希望者の分析. 第1回視覚障害リハビリテーション研究発表大会論文集,
30-33.
- 小玉みゆき 1990 川崎市福祉センターにおける訪問指導. 歩行訓練研究, 5 ,
24-27.
- 芝田裕一 1990 訪問型の歩行訓練. 歩行訓練研究, 5 , 13-18.
- 清水学 1987 糖尿病視覚障害者のリハビリテーション. 視覚障害研究, 26,
3-13.
- 高原伸幸 1987 盲児施設の現状と課題. 視覚障害研究, 25, 87-99.
- 高原伸幸 1990 広島におけるリハビリ導入に関する一考察. 第14回視覚障
害歩行研究会論文集, 16-17.
- 高原伸幸 1990 広島における視覚障害者リハビリテーション導入の試み. 第
4回日本視覚障害リハビリテーション研究会論文集, 8-11.
- 広島市 1991 心身障害者総合リハビリテーション機能のあり方調査報告書.