
視覚障害者の総合的リハビリテーション —リハビリテーションの流れと課題—

国立塩原視力障害センター

菊入 昭

はじめに

視覚障害者のリハビリテーション（以下「リハ」とする）はようやく眼科医療との連携により、医療から職業まで一貫したシステムに基づくりハが行われるようになってきた。しかし、視覚障害者リハに関する機関や施設が一体となった連携の元で、システムティックな総合的リハの実施に至っていないのが現状と思われる。そこで眼科医療領域におけるリハの臨床経験（国立身体障害者リハビリテーションセンター病院第三機能回復訓練部；S61～H3.3）や、現在取り組んでいるK医科大学病院眼科におけるリハ外来などの実践を資料として、眼科医療領域の役割や総合的リハのフローチャートを提案し、そして領域別のリハ機関がシステムティックな連携を進める際に想定される問題や課題などについてまとめてみた。

より科学性（自然科学的アプローチ）に富んだ適切なリハが、早期に専門領域のシステムティックな連携によって、視覚障害を受障した人々のニーズに合致したリハビリテーションが促進されることを願うものである。

I. 視覚障害者リハの現状について

現在の我が国における医療から職業までの組織だったリハは、肢体不自由児の治療や育成に努力された高木憲次の「クリュッペルハイムに就いて」（1924）に端を発すると言われている。高木はその論文の中で「整形外科的治療、不具

児（先天性並びに後天性）に対する特殊の教育、手芸的練習、及び職業相談所、以上四つの機関が協力努力して、はじめてその目的を到達し得る・・・」と社会における医学の使命や総合的医療の意義に着目し、そして組織だった一貫したサービスの必要性を説いている。

我が国のリハは、「機能回復」を前提にした整形外科領域において、組織だって発展してきている。しかし、医学的な治療はもとより、訓練などにより視機能の回復も困難とされる視覚障害者の場合はどうであろうか。

視覚障害者の社会的・職業的更生の歴史は古く、奈良時代の仏教伝来が契機とされている。その後歴史的に伝統的な職業自立が継承されるようになり、視覚障害を受障し、就労が困難になると、理療を主とした職業での自立が暗黙のうちの了解のごとく方向付けられ、理療の教育・訓練が行われてきた。しかし三療一辺倒の視覚障害者リハも昭和40年代に入り、生活全般に渡る歩行・行動等の自立（社会的適応）を目的とした生活訓練の必要性が叫ばれ、実際に生活訓練が行われるようになり、はじめて心理・社会的リハから職業的リハの流れが構築され、今日に至っている。

一方、眼科医療領域のリハへの係わりはどうであったかというと、受障後の予後のケアとしての治療が一般的で、リハへの係わりは失明告知や職業訓練などを紹介する程度であったと思われる。従って機能検査や形態的検査などの医学的精査に基づく適切なリハへの方向付けに乏しいものと思われるが、現在においても医療の段階から適切かつ一貫したリハになっていない実状にある。

身体障害者に対して、医療から職業まで一貫したシステムのもとに総合的なリハを行うことを目的に設立された、国立身体障害者リハビリテーションセンターでは、昭和59年4月に病院眼科部門に第三機能回復訓練部を開設した。そこでは視覚障害者リハの流れにおける眼科医療領域の役割を検討・試行しつつ、特にロービジョン・サービスなどの臨床を積み重ねている。また、平成2年10月には日本眼科医会がロービジョンを主にした取り組みを発表して、視覚障害者リハの普及に着手、そして今日では大学病院眼科にリハ外来が開設されるなど、眼科医療領域でのリハ実施の機運が高まっている。

II. 視覚障害者の総合的リハビリテーションについて

1. リハビリテーションの流れ

リハの領域は訓練・指導内容別に大きく分けると、三分野が考えられる。リハの導入としての眼科医療領域（医学的リハ）、受障後の安全かつ能率的な歩行・行動などの確保を目的とする生活訓練領域（心理・社会的リハ）、そして職業的知識や技術の修得のための職業訓練領域（職業的リハ）などである。

視覚障害を受障したため、日常生活に支障をきたしている患者に対して眼科医療では、医学評価、社会的評価、歩行行動評価、そして視覚的補助具の適合評価などを行い、その患者のリハ計画を策定するための判定がなされる。判定の結果、リハの方法は「視覚の活用が困難」なケース、そして「残存視機能の活用が可能」なケースの二つの流れに別れる。前者では、眼科医による十分な予後の説明（失明告知を含む）や、心理・社会的側面から生活訓練への方向付けのための援助（患者の心理的混乱の回避や将来への方向付けなど）を行う。また、後者の「残存視機能の活用が可能」と評価された者は、ロービジョン・サービスの対象となり、視覚的補助具の使用訓練や残存視機能を活用した歩行・行動訓練を行うことになる。「視覚の活用が困難」なケースについては、ここでのサービスを終えると主に生活訓練領域で生活訓練を受けることになり、職業的自立を希望する者は、職業訓練領域に進むことになる。なお、「残存視機能の活用が可能」なロービジョン者についても、次項の課題でも触れるが、歩行行動の評価結果から歩行・行動の訓練が必要とされる者については生活訓練を受けることになる（P34の図1を参照）。

2. 眼科医療領域の訓練・指導内容

眼科医療領域は視覚障害者リハの導入部であり、リハの流れを方向付ける重要な役割を担うことになる。受障初期の係わりとなるため対象者の心理・社会的な援助も必要不可欠と考えられることから、医療スタッフの他に社会部門スタッフが加わる。スタッフの構成は眼科医、視能訓練士、生活訓練専門職（歩行訓練、日常生活訓練など）、ケースワーカー（RSW: Rehabilitation Social Worker）などである。

(1) 業務の概要

業務の概要は視覚障害者の総合的リハの流れから、次のような項目が考えられる。

- ① リハを適切に進めるための医学的評価：眼疾患や視機能の状況、あるいは内科的、整形外科的な身体状況などの医学評価を行い、リハの資料として次のステップ（生活訓練、職業訓練領域）へ医学的情報を提供する。
- ② 基礎的な生活訓練の実施：ベッドサイドでの歩行・行動訓練を意味する。視覚障害受障による情緒不安の多くは、ごく身近な生活行動がスムーズに取れることへのストレスの蓄積に起因するものと推測される。従って、それらの問題に対応すべく訓練・指導を行うことによって「出来ることの自信」を養い、心理的安定を図り、リハへのモティベーションを高める。
- ③ ロービジョン（Low Vision）・サービスの実施：残存視機能の活用が可能な者の場合は、ロービジョン・サービスを行い、視覚的補助具の選定^{注1}、使用訓練及び残存視機能を活用した歩行・行動訓練を行って社会復帰を図る。
- ④ リハへの動機付けと計画への援助：眼科に受診する受障初期の患者の多くは、回復を望めない受障のショックや、従来からの歩行・行動などがスムーズにとれないことへのストレス、あるいは視覚障害の進行や見通しの立たない将来への不安など多くの問題を抱えている。それらの問題は物理的解決が困難なため、心理的・情緒的な不安要因になりかねず、しかもそれら問題の蓄積は精神的混乱を招き、やがては悲観した人生観の出現をもたらすことになる。従って、ソーシャルワークの観点から、早期に適切な助言・指導を行ない、心理的・情緒的安定を図り、障害受容への方向付けを、あるいはリハへのモティベーションを高めるような働きかけが必要と考える。また、福祉制度などの社会資源の利用を早期に勧めることは、家計の安定や円滑な日常生活の維持につながるものであり、その種の助言・指導は重要である。

^{注1} 身体障害者手帳に該当する視覚障害の場合は、視力、視野、光覚、立体視機能などの状況から歩行・行動の訓練・指導が必要と思われる。しかし一般病院ではその訓練・指導を専門とするスタッフの配置はないと推測され、クリニカルなサービス（視覚的補助具の処方と使用訓練など）として「ロービジョン・クリニック」が一般的と思われるが、ロービジョン・サービスを一つのリハの方法として捉えるため、ソーシャルな専門分野の係わりを加えた。

なお、この事項については医師の視覚障害受障告知、または失明告知に対応するもので、眼科医とケースワーカーとの密な連携により行われなければならない。

(2) 専門分野別業務の概要

- ① 眼科：眼科医により医学的評価が行われるが、眼科以外の疾患や身体障害を併せ持つ者については、それらの状況も付記される。眼科については視機能の検査（電気生理学的検査）や形態検査（超音波検査）などの方法による医学的精査から、視機能の状況をより科学的に把握してリハの資料として訓練・指導部門に情報を提供するものである。その他視覚的補助具の処方や、ロービジョンの訓練・指導部門に対する眼科学上の助言・指導を行う。
- ② 視能訓練部門：視能訓練士^{注2}が担当する業務である。視機能の検査（視力・視野・色覚・立体視機能・暗順応など）、及び残存視機能の利用が可能と思われる患者には、視覚的補助具の選定と使用訓練（近見視、中間視、遠方視などの訓練）を行う。その他中心外固視訓練や、残存視機能の活用を効果的にするための視環境の改善なども指導する。
- ③ 歩行・行動に関する助言・指導：残存視覚の状況を歩行、行動面（主に日常生活技術訓練）から評価し、歩行・行動の安全性や能率性などの観点から白杖の使用訓練、日常生活に関する諸動作の指導、光学的補助具を使用した歩行指導、そして視機能の状況から見た物理的環境に対する対処の方法、及び残存視機能の効果的利用を進めるための環境面での工夫などを助言・指導する^{注3}。
- ④ 社会評価と助言・指導（RSW）：対象者を取り巻く社会的、家庭的、そして経済的状況などを評価し、対象者が抱える問題解決のための援助を行う。リハの実施に当たってはリハの目標に従い処遇計画の策定を行うと共に、リ

^{注2} 視能訓練士（Optoptist）とは、視能矯正を行う者の意味である。昭和46年に視能訓練士法が制定され、「眼科診療の補助として両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査を行うことを業とすることができる」としている。一般的には視機能の検査や、小児における斜視・弱視（眼科における狭義の弱視）の検査及び訓練などを行なう職種である。

^{注3} 前記(1)③の注1で触れているが、現実的に医療領域では訓練を行える体制にないため、歩行訓練の対象者は生活訓練領域で訓練を受けるよう指導することになる。

ハが円滑に実施されるよう他部門や関係機関などに対して連絡、調整を行う。その他、サービス終了後のフォローアップもさることながら、対象者を取りまく環境調整も重要と思われる。つまり訓練・指導の成果を高めるため、家庭や一般社会に対する物理的環境の整備や改善、円満な人間関係を推進するための人的環境調整などの条件整備である。

(3) ロービジョンについて

- ① ロービジョンの意味：ロービジョン（残存視機能の活用が可能）の意味付けとして、次のような定義を挙げることができる。
- a. 世界保健機構（WHO）：視力0.05以上0.3未満のもので、視覚的に何らかの行動的不自由を伴う、全ての視覚をいう。
 - b. 学校教育法：「弱視」とは矯正視力0.04から0.3未満のものとされていた（盲・準盲・弱視の区分：昭和37. 3一部改訂）。
 - c. 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院第三機能回復訓練部：手動弁以上の視機能を有する者で、何らかの視覚的補助具を利用すれば「読み・書き」が可能な者手動弁においては、実際は文字の弁別に利用できる視覚的補助具はない。また視力以外の視機能、例えば視野や色覚などの障害にも配慮している）。

「残存視機能の活用」の判断基準は、上記の定義から視力障害の状況を基に、「文字の読み」という視活動を主に意味付けられている。更に視力のみを取り上げ視活動をみると、一般的に新聞の文字の読める視力は0.4～0.5（湖崎、1965、P838～909）とされているが、拡大読書器のように視力が0.01でも「読み」に利用できる視覚的補助具がある。また、歩行・行動においては、「0.1の視力は5m前方の人が男性か女性かはわかるが、誰かはわからない。視力0.01あれば路面の白線がわかり、慣れた道ならば単独で歩ける。」（市川、1984、P9）。食卓上の器などの把握については、コントラストに留意すれば手動弁でも、視覚で器などの位置は把握できる。しかし視野欠損の状況（部位）と視力、あるいは保有視野の範囲と視力の関係は、歩行・行動における視活動に大きな影響を与えるものである。例えば、中心暗点10度以内で視力が0.1前後あれば、歩行・行動に大きな支障はないと思われるが、網膜色素変性症のように

徐々に視野が狭くなる求心性視野狭窄では、視力は0.1あっても視野が10度以内になると歩行・行動に支障をきたし、視野5度ともなると困難をきたすようである。そしてまた、光覚や立体視機能、あるいは色覚（色刷りの文字が読みにくいなど）障害なども絡み歩行・行動の支障を拡大するのである。

② ロービジョン・サービスの概要：残存視機能の活用が可能なロービジョン者に視覚的補助具などを選定・処方し、円滑な視活動を推進するものである。具体的には視覚的補助具を利用した網膜像の拡大、そして、視機能の障害による光過敏やコントラスト機能の低下、暗順応の低下などの症状緩和、あるいは照明やコントラストを工夫した視環境の改善などをもとに訓練・指導を行う。視覚的補助具の利用は「読み・書き」が主であり、歩行に利用できる光学的補助具は遮光眼鏡、単眼鏡（または双眼鏡）、フレネルの膜プリズムなどと少ない。従って、低視力や視野狭窄あるいは立体視機能の欠如、光覚障害（夜盲など）の状況によっては白杖の使用が必要となり、その使用訓練を要する。

ロービジョンの訓練・指導はa. 視覚的補助具の使用訓練、b. 歩行訓練（光学的補助具の利用と白杖の使用訓練）、c. 日常生活訓練・指導、d. 就労に関する指導、などで、「視覚の活用が困難」なコースでの生活訓練に位置する。なお就労を目標とするケースの場合、新規就労（または再就職）は職業訓練へ進むことになり、就労の継続などの場合は適応指導が必要となる。

3. 生活・職業訓練領域

生活訓練領域では視覚の活用が困難な者に対しては、視覚以外の残存諸感覚を利用した安全かつ能率的な行動様式を獲得するための訓練・指導が行われる。また視覚の活用が可能な者については、残存視機能の活用が安全で能率的に行われるために、補助具などを利用した訓練・指導が行われる。対象者個々の将来計画に基づいたライフスタイルの分析からプログラムが作成され、訓練・指導が行われる。訓練内容は歩行訓練（Orientation and Mobility training）、コミュニケーション訓練（点字、ワープロ、オプタコン etc）、日常生活動作訓

練（身辺管理、家庭管理、調理訓練 etc）などのメインプログラムに基づき実施されている^{注4}。

視覚障害者の職業教育・訓練には、a. 学校教育法に基づき運営されている、文部省所管の盲学校、及び筑波技術短期大学、そしてb. 身体障害者福祉法に基づき運営されている厚生省所管の視覚障害者更生施設、c. 労働省所管の「職業訓練法」に基づく障害者職業能力開発校、及び「身体障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づく広域・地域障害者職業センターなどがある。

そこでの教育・訓練には、三療、理療科教員養成、理学療法、ピアノ調律、構内電話交換、情報処理（プログラマー）、機械（旋盤作業・ボール盤作業）、ワープロ、録音速記（ワープロなどを使用）、オーディオタイプ（電話などを聞きながらタイプして文章を作成）、トランスクライバー（病院等でのレントゲン・CTスキャナー・超音波診断における医師の読影をテープに録音し、それをワープロ等を使用して報告書を作成する）などがある。

III. 総合的リハビリテーションの課題

心理・社会的、職業的リハの流れにあった従来の視覚障害者のリハに、眼科医療領域が積極的に係わることによって、視覚障害を受障した者はより早期に、そして眼科学的評価に基づく適切なサービスの体系が確立されるものと期待される。そのようなサービスの体系から現実をみると、国立身体障害者リハビリテーションセンターの場合はリハを行うための機関や施設が一ヵ所に集まり、しかも個々の組織と連携を持ちながらサービスが行われるシステムにある。しかしそれと違って、一般的には多くの場合施設や機関などが距離的にも離れ点在しているのが実状である。その点在する施設、機関（図1）はどちらかというと専門領域別に単独に設置され、しかもそれら施設、機関間の有機的な連携について十分とは思われない現状が伺える。そこで早期にかつ適切な一貫したリハ・サービスを推進するために点在する施設、機関の有機的連携を促進する

^{注4} ロービジョン者に対する訓練について、視覚障害者更生施設には医療領域とは逆に、眼科医、視能訓練士は配置されておらず、入所者の健康管理を行う嘱託医としての眼科医がいる。従ってロービジョン・サービスを行う場合は、その中でクリニカルなものを除くソーシャルな面での訓練・指導を、医療領域との連携により進めることになる。

ための条件整備について検討する必要がある。ここでは視覚障害者の総合的リハを実施する上で、想定される問題や課題について考えてみたい。

1. リハ実施に関する全体的な問題点

- (1) 総合的リハの理解とシステムの啓発：視覚障害者のリハは、一般的に視覚の利用が困難な者を対象とする生活訓練や理療中心の職業教育訓練と理解されていると思われる。しかし視覚障害者の障害の状況を統計的にみると、残存視機能を有する者が全体の三分の二を占めると推測されること、そしてロービジョン・サービスを実施する施設や眼科医療機関が増えているなどの現状から視覚障害の状況に対応したリハの方法が重視されるに至っている。従って、視覚障害者リハに関する我々は総合的リハの総論的理解から、施設・機関の位置づけや役割分担についての認識を深め、連携へのシステム作りを推進する必要があると考える。
- (2) リハに関する施設・機関の利用が円滑に行われるための資料の必要性：視覚障害者のリハに関する総合的な相談機関がない現状から、社会資源としての福祉サービスや施設・機関の一覧など、視覚障害に関する情報をまとめた資料が必要となる。資料の多くは行政の主管別にまとめられ、主管が違うとその法的根拠や手続きなど細部に渡る情報が的確に把握しにくいのが現状である。また、ソーシャルワーカーのいない病院などでは、医療スタッフが対応することになるので、把握しやすい資料は必携と思われる。
- (3) リハ機関の連携を円滑にするための評価表などの様式の検討：文書による連携となるので、各機関が必要とする情報を的確に網羅される評価表や、リハの実施報告書などの様式を作る必要がある。
- (4) 役割分担の明確化：ロービジョン・サービスについて、主たる実施機関、及び関係する専門分野間での訓練の役割分担などを検討し、明確にする必要がある。サービスの対応は更生施設では生活訓練、病院眼科では眼鏡などの処方部門となる。訓練・指導の内容はクリニカルな面と、歩行・行動などの生活訓練及び、職業適応などが考えられる。更生施設では眼科医や視能訓練士は配置されておらず、また、病院眼科では生活訓練やソーシャルワークなどを担当する職種の配置はされてないのが現状である。

なお、ロービジョン・サービスについては下記理由から、眼科医療領域の役割として考えている。

a. レンズの処方行為は医師であることから、視覚的補助具の選定・処方は医療機関の役割と考える。b. 進行性の眼疾患を持つ者が多いことから、医学的管理（疾患の進行や変化、眼圧や眼精疲労など健康管理 etc.）の下で、視覚的補助具の使用訓練が行われた方が適切と思われる。c. 中心暗点のある者については、医学的経過観察において中心外固視訓練が必要となる。

2. 領域別問題点

(1) 眼科医療領域

眼科医療領域のリハ・サービスとして、ロービジョンのみがクローズアップされる傾向にある。しかし、視覚障害者のリハが現実的には医学領域を含めた総合的リハの範疇にない現状に留意する必要があり、視覚障害者の総合的リハにおける眼科医療領域の位置づけを明確にした上で、ロービジョン・サービスを語ることが重要と思われる。

① 研修の機会の必要性：医療スタッフ（眼科医、視能訓練士、看護婦）に対する視覚障害者リハについての研修は、各地で行われるようになってきているがその機会に恵まれない地域も多いと考えられている。

地域での主な研修会には、日本眼科医会、日本ライトハウス共催による「医療関係者資格障害者リハ研修会」（芝田、1392）がある。また全国的規模の研修会については厚生省主催による医師を対象とした「眼鏡等補装具判定医師研修会」が平成3年より開始されている。さらに医療スタッフを対象とした公的機関による全国規模の研修の機会を設ける必要がある。

② 資料の整備の必要性：リハの実施にあたって、実践に役立つ資料を整備する必要がある。

特に医療スタッフが実践をする場合に役に立つ、社会適応に関する訓練・指導の資料の作成が必要である（他領域の専門の理解と応用という意味である）。

③ 経費収支の問題：ロービジョンの訓練・指導に係る経費の収支は極めて少ない。

医療点数では「弱視視能訓練」(110点)のみである。しかも、ルーペ、拡大読書器などの選定・使用訓練は該当しない。

- ④ リハを実施するためのスタッフ：眼科医、視能訓練士、ソーシャルワーカー、生活訓練専門職、そして看護婦などのスタッフの構成となる。しかし、一般病院では生活訓練専門職（場合によってはソーシャルワーカーも）の配置は難しいものと推測される。従ってそれらの分野の評価や訓練・指導（RSW、歩行・行動）については、生活訓練を実施している更生施設、ソーシャルワーカーに関しては更生相談所、そして一般就労などについては障害者職業センターなどと連携する必要がある。

(2) 生活訓練領域

従来からの視覚障害者リハは、一般的に眼科医療機関との連携は十分ではなかったと思われる。つまり視覚障害の状況を眼科的精査に基づく視機能の状況や予後のケアなどを十分ふまえた生活訓練、職業訓練という意味からである。眼科的評価に基づき視覚障害の状況を把握した適切な訓練・指導を行うためにも、医療機関との連携を一層進める必要がある。

- ① 訓練・指導法の検討：眼科的評価に基づく適切な訓練・指導法の検討が必要である。

臨床医学的（眼科・内科 etc.）知識、特に視機能の状況に基づく訓練や全身病など、病状を配慮した訓練・指導の進め方について、指導法の一般化を進める必要があると思われる。

- ② 早期リハの必要性：対象者にとって、視覚障害受障の早期にリハを受けることのメリットは大きいと思われるが、現実的には早期にリハを開始できるような体制はできあがっていない。

生活訓練は一般的に視覚障害者更生施設で行われている。施設は身体障害者福祉法に基づく運営となっているため、その対象者は視覚障害の程度等級表に該当する者で、身障手帳を取得した者とされている。また、施設の利用については、福祉事務所の措置を必要とするため対象者対福祉事務所、そして福祉事務所対施設という事務手続きを要すること、施設入所の時期は定期が一般的であり隨時に施設の利用ができない現状があること等々の問題が挙

げられる。

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の5年間の統計から、受診者の手帳取得状況を見ると、手帳所持の該当は受診者全体の87.1%、その内54.5%が手帳を所持していなかった。また、手帳未取得者の該当等級では、5級（視野1/2欠損の者で、視力は良い者が多い）が45.4%で5・6級の者を合わせると56.2%であった。

臨床経験から身体障害者手帳の取得に抵抗を持つ者は非常に多く、特に5・6級に該当する軽度の者の場合は顕著である。

- ③ 対症療法的訓練の必要性：視覚障害の進行途上にあるロービジョン者の場合、視機能の状況に応じた訓練・指導が必要と思われる。また、生活訓練を受けた者についても、家庭環境の変化（同居家族の変更）などにより改めて訓練を要する場合がある。
- ④ 社会環境の整備の必然性：生活訓練の臨床経験は、社会環境の整備に貢献すべきである。

社会に対して視覚障害の正しい理解や援助の方法を、あるいは居住環境や都市環境の整備などに積極的にアプローチすることによって、リハの効果を推進する必要がある。つまり身体障害者のリハは障害者の訓練・指導と、障害者を受け入れる社会の環境整備とが両輪となって、はじめて“権利の回復”としてのリハが成立するのではなかろうか。従来のリハはどちらかというと、障害者個々人に一方的に自立をテーマに叱咤激励してきた。しかし彼らが社会の一員である以上、彼らを受け入れる我々もそのテーマに添って変わらなければならぬ。そのためにはハンディキャップの軽減を、社会環境の改善という側面からも推進する必要があると考える。

（3）職業訓練領域

視覚障害者の職業訓練の現状を「視覚障害者雇用の現状と雇用拡大に関する調査研究（1989）」及び「雇用ガイドブック（1993）」などをもとに考察すると、次のような問題や課題が考えられる。

- ① 晴眼者の三療の進出が著しい現状と、理療師の質の向上を目的とした法律改正が行われ、資格取得が厳しくなってきている。

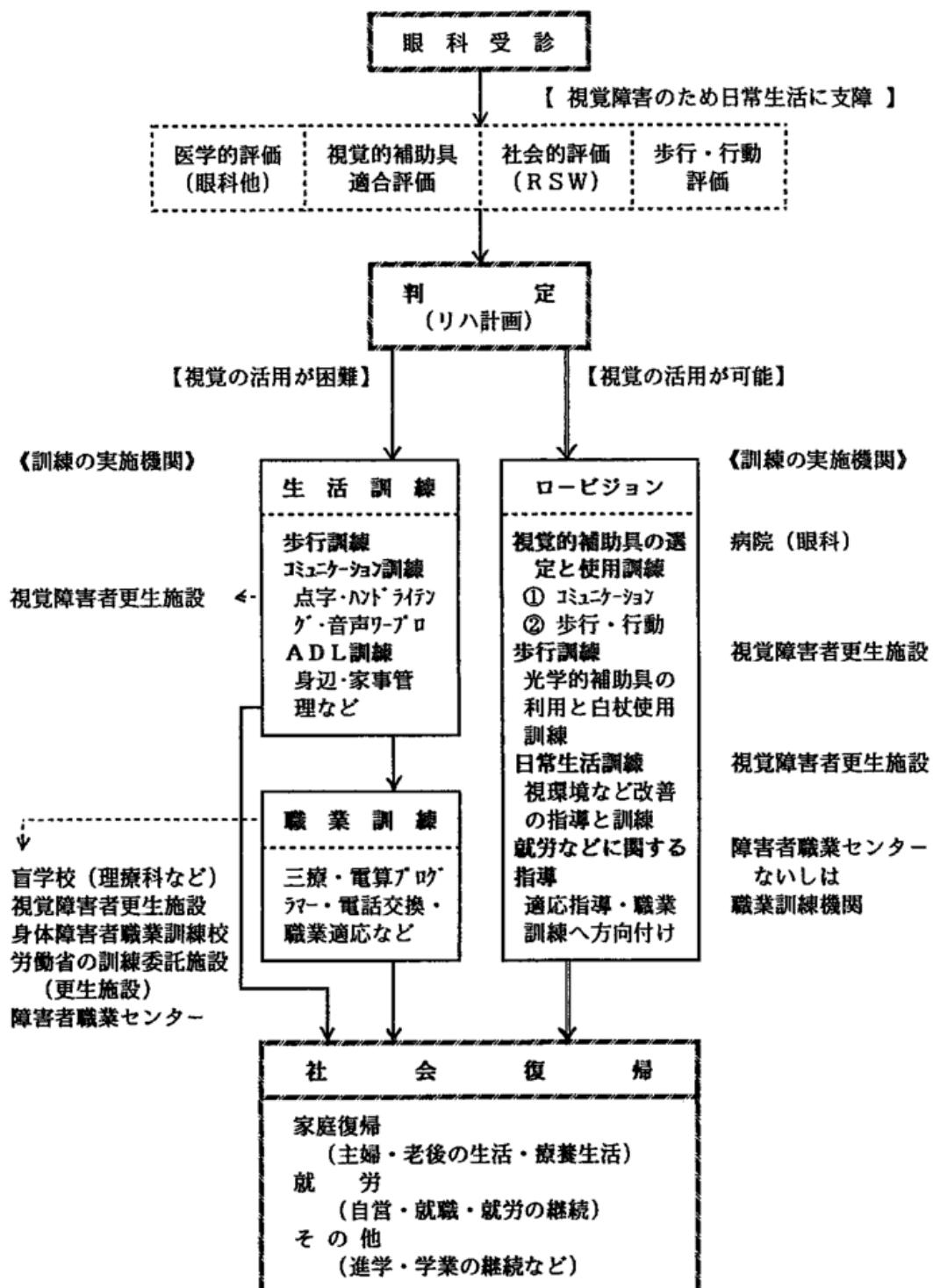
- ② 視覚障害者の職域拡大が、行政（労働省）レベルにおいても努力されてきているが、進展は見られない。
- ③ 一般社会の視覚障害者に対する正しい理解はいまだ乏しく、社会の受け入れは厳しい。

視覚障害者の就労は職業訓練の現状や就労状況、そして不況下にある社会情勢を考えると明るい材料に乏しいと思われる。しかし視覚障害者リハにおいては積極的な医療（眼科）の関わりが見られ、得に眼科医療において視覚障害者の大半を占めるロービジョン者に対するサービスがようやく実施されるようになってきている。このことは医療の段階、つまり受障早期から視覚障害者の状況に応じた適切な処遇を早期に進めることによって、できるだけ「元に戻す（就労の継続）」機会の確保につながるものと思われる。そしてそれらの臨床例の実績は視覚障害者の積極的な社会参加を促し、活躍する視覚障害者を通して一般社会に対する視覚障害者の正しい理解の啓蒙につながるものと期待されるのである。

視覚障害者の一般就労を促進するためには、職業リハと眼科医療領域、生活訓練領域などの機関との連携を密に行う必要がある。

視覚障害者の就労職種は歴史的伝統的な三療を中心とする現状にある。従って職業訓練においても三療の職業教育訓練が主流を占め、視覚障害者の一般就労を目的とする労働省所管の職業訓練校や障害者職業センターを利用する視覚障害者は少ないと聞いている。しかし労働省所管の職業リハのシステムは、職業カウンセリングから訓練終了後の職場適応指導、事業主に対する助言・指導まできめ細かく一貫したシステムの基に実施されていることから、早期リハの対応と専門領域間のスムーズな連携により、極力受障以前の視覚経験（そして知識や技術）を生かした就労継続が期待される。従って医療から職業までの一貫したサービスを、各領域間のスムーズな連携によって実施するための条件整備を行う必要がある。

図1 リハビリテーションの流れ



引用・参考文献

- 市川宏他 1984 視覚障害とその代行技術. 名古屋大学出版会.
- 菊入昭 1989 低視力者のためのリハビリテーション、ロービジョン・クリニック. メディカル・ジャーナル社, 第145号.
- 菊入昭 1989 糖尿病性網膜症患者に対する助言・指導. メディカル・ジャーナル社, 第146号.
- 菊入昭他 1990 低視力者の就労の要件と指導上の留意点について. 身体障害者リハビリテーション研究集会.
- 菊入昭 1992 社会評価と助言・指導. あたらしい眼科, Vol. 9, No. 8, メディカル葵出版.
- 菊入昭他 1992 視覚障害者更生施設入所者の障害原因調査結果について. 第9回関東眼科学会.
- 厚生省大臣官房統計情報部編 1985 WHO国際障害分類試案(仮訳) 財団法人厚生統計協会.
- 国立身体障害者リハビリテーションセンター 1990 平成元年事業報告.
- 湖崎克 1965 弱視レンズの処方と使用法. 眼科, Vol. 7, No. 12, 838-909.
- 雇用問題研究会 1992 障害者雇用ガイドブック. 日本身体障害者雇用促進協会.
- 芝田裕一 1992 医療関係者視覚障害リハ研修会について. 第一回視覚障害者リハビリテーション研究発表大会論文集, P72-75.
- 高木憲次 1924 クリュッペルハイムに就いて. 国家医学雑誌, 第449号.
- 日本盲人福祉研究会 1989 視覚障害者(児)の教育・職業・福祉/その歴史と現状.
- 築島謙次他 1991 ロービジョン・クリニック. 福祉図書.
- 労働省・日本身体障害者雇用促進協会 1989 視覚障害者雇用の現状と雇用拡大に関する調査研究、平成元年度、研究調査報告書, No. 150.