
アメリカ合衆国における 視覚障害リハビリテーション

社会福祉法人 日本ライトハウス
視覚障害リハビリテーションセンター

堺 真理*

はじめに

1994年4月より約5ヶ月間、中央競馬馬主社会福祉財団の助成を受け、アメリカ合衆国を訪れる機会を得た。目的はアメリカ合衆国における視覚障害リハビリテーション（リハビリテーションは以下リハと略す）施設における糖尿病教育、及びリハ訓練現場の視察であり、4月下旬より5月までは各地の視覚障害リハ訓練施設を中心に8ヶ所の関係機関を訪れた。また6月から8月までの3ヶ月はマサチューセッツ州にあるキャロルセンターというリハ施設で研修を受けながら、そこを拠点にさらに24ヶ所の機関を訪問した。

本稿では、まずリハ訓練施設における糖尿病教育に焦点を当て、次にキャロルセンターのプログラムのいくつかを取り上げる。それ以外の訪問機関については最後に簡単に触れることとする。

1. 糖尿病教育の現状

1. 概 要

糖尿病は日本人の国民病と言われ、視覚障害は腎障害、神経障害と並ぶ3大合併症の1つである。1992年に実施された厚生省の「視覚障害の疾病統計調査研究班」調査報告によると、日本の中途視覚障害者の失明原因の第1位は糖尿

* さかいまり 日本ライトハウス第2生活訓練部 〒538 大阪市鶴見区今津中2-4-37
電話 06-961-5521 FAX 06-961-6268

病性網膜症となっている。

糖尿病患者にとって症状の安定をはかり、合併症を避けるためには教育が欠かせない。食生活や運動が身体に及ぼす影響を患者自身が理解し、また血糖値をコントロールしていくことは、糖尿病治療の一部であるとされている。従って医師や看護婦などから教育を受け、病気に関する正しい知識を持ち、それを活かすことは、糖尿病をもちながら「健康」な生活をおくるための重要な要素である。しかしながら、視覚障害、特に全盲である場合には、糖尿病の自己管理は「無理」と判断され、本人に対して糖尿病教育が全く行われないことがある。また本人自身もできないと思い込んでいたり、中途半端な知識でかえって状態を悪くすることから、ついつい病院任せとなったり、家族や友人など周囲の人達に「お世話してもらう」傾向にあるようだ。

一方、アメリカ合衆国における失明原因の第1位は黄斑部変成症であると言われているが、糖尿病が上部に位置することに変わりはない。糖尿病患者のうち毎年37,000人に視覚障害が発生していると推測する機関もある。視覚障害リハ専門雑誌である“Journal of Visual Impairment and Blindness”では、1978年11月、及び1993年11月に糖尿病を持つ視覚障害者に対するリハについて特集を組んでおり、リハの現場がこの問題に強い関心を寄せていることが伺われる。しかしながら、病院では実際にどのような指導がされているのであろうか。

ジョスリンクリニックはマサチューセッツ州ボストンにある糖尿病の専門病院で、名前の由来である故ジョスリン博士はインスリンの発見者として名高い。博士はその著書の中で、糖尿病教育が治療に欠かせないことを指摘し、ジョスリンクリニック発行の患者向けに分かり易く書かれた糖尿病教育書は日本語に翻訳されている。病院内の薬局は一般の薬店よりも糖尿病の関連製品は充実しており、外来者も自由に購入することができる。例えば血糖測定器や教育書、料理ブックはもちろんのこと、ディスポーザルのインスリン注射器の目盛りを拡大して見易くするためのレンズや点字付きの薬の整理箱、糖尿病患者であることを示すIDカード代わりのネックレスやブレスレットなどである。

この病院の糖尿病教育は入院中に行われる場合と外来で行われる場合がある。

一般にアメリカ合衆国では保険のカバー範囲は救急医療に重点がおかれており、教育入院は保険の対象とならない。そこで教育入院を保険でカバーさせる場合は、糖尿病の治療が緊急に必要であると医師が判断しているという建前で行われ、診察の一環として血糖値の測定、インスリン注射の方法、栄養指導、運動療法などが行われる。期間は1週間程度である。

外来の場合は医師の指示によりまず看護婦との面接が行われる。ここでは本人の知識や技術をチェックするのが主な目的で、インスリン注射が必要な場合には説明をしたあと練習をする。その後、必要に応じて栄養士や運動療法士との時間が設定される。外来は保険対象ではなく、個人負担となり、内容によって料金は異なるが、およそ1回100ドルから300ドルといわれる。

さてここで筆者が立ち会ったあるケースを簡単に紹介する。クライエントは50代の女性で、糖尿病によって失明した夫を持ち、長年にわたって世話をしてきたが、本人に糖尿病が発病し、改めてインスリン自己注射や血糖測定に関する指導を受けに来院した。セッションは1時間30分で、本人の糖尿病自己管理に関する知識と注射技術を確認し、いくつかの血糖測定器の紹介と購入手続きが行われた。このケースは本人の知識・技術共に特に問題が見られなかつたため、次の予約手続きは行われずに1回で終了した。一方、視覚障害を持つ夫の自己管理については、障害による不便さをカバーする補助具や工夫については触れられず、今後も本人が夫の「世話」をするよう強く勧めていた。

では視覚に障害がある患者が単身で住んでいる場合はどうするかというと、訪問看護サービスや地域のコミッショナ・フォー・ザ・ブラインド(盲人協会、以下、コミッショナ)を紹介するという。ジョスリンククリニックの在るマサチューセッツ州の場合、コミッショナはさらにリハセンター(キャロルセンター、後述)に連絡し必要な訓練が提供されることがある。

一方、ミネアポリスにある国際糖尿病センターでは視覚障害者に対する特別な教育プログラムは特に持っておらず、必要があればコミッショナを紹介するという。コミッショナはさらに地域の視覚障害リハセンター(ビジョン・ロス・リソーシス、後述)に連絡し、所属の糖尿病教育者が訓練を行う。なお、病院内の薬局では視覚障害者用に開発された音声付きのインスリン補助具が購入

できる。

これらの僅かな例からアメリカ合衆国の医療現場の実情を判断することはもちろんできないし、危険もあるが、一般に、病院においては視覚障害者への教育に充分な時間がかけられていないとの声が病院及びリハ関係者、また視覚障害者の利用者から聞かれた。それには次の2つの理由が考えられるという。

1つは費用の問題である。糖尿病教育は「病気を直す」ことが目的ではなく、また緊急性にも欠けることから、前述のように保険会社がその費用をカバーしない傾向にある。糖尿病教育は1回で終わるものではなく、継続することが必要であり、看護婦だけでなく、栄養士や運動療法士など専門家による丁寧な指導が有効であろう。インスリン自己注射や血糖測定には看護婦による2～3回の指導が必要とされている。しかし、前述したジョスリンクリニックでは、患者の経済的な理由から1回のみのセッションで終わることが殆どだという。

もう1つの理由は、医療現場に視覚障害リハの考え方が浸透していないことがある。糖尿病教育者の多くは視覚以外の感覚を利用した指導法に熟知していないためにどうしても「誰かに頼んでやってもらひなさい」という指示を与えてしまいがちである。前述した2病院では看護婦は医療コーディネーターとしてコミッショニングに連絡し、コミッショニングはそこから地域の糖尿病教育を行っている機関に委託することで視覚障害を持つ患者にも適した指導が受けられるようシステム化されている。しかし、病院側がこのような社会資源を知らずにまたは使わずにいる場合も少なくない。またマサチューセッツ眼科耳鼻科専門病院 (Massachusetts Eye and Ear Infirmary) には視覚障害リハの部門があり、レンズの処方、補助具の紹介や指導またケースワークなどを積極的に行っているが、このような病院は全米でも珍しい例といわれる。我が国では医療とリハの連携、眼科と内科との連携などがしばしば論議の対象となるが、アメリカ合衆国でも程度の差はあれ、この点については解決されているわけではない。

「AADE (American Association of Diabetes Educators) -アメリカ糖尿病教育者協会」では視覚障害者に対するサービスの重要性を受け止め、1988年より研究班が作られた。この研究班はリハティーチャーの団体等と協力して「視覚障害者に糖尿病教育を行うにあたってのガイドライン」をまとめたが、

その冒頭には次のように書かれている。

「視覚障害者が糖尿病の自己管理を行うために必要な補助具や技術の、ここ10年間における進歩には目をみはるものがある。単一の視覚障害者にとって、本人や健康管理者がどのようなレベルの糖尿病管理を望もうとも、今や完全に自立した自己管理が可能となった。同時に、障害に応じたケアの方法を含め、現代的な健康管理の方法へのアクセス権を障害者に平等に提供することは、アメリカ障害者法（ADA）の中で明らかにされている。しかしながら、糖尿病教育者やリハティーチャー及び支援団体の多くは、視覚障害者が自己管理の自立を可能にするために必要な知識を欠いている。」

この研究班のメンバーや視覚障害団体によって視覚障害や糖尿病教育の専門誌に、リハの重要性や補助具の紹介、使用法などがレポートされたり、視覚障害者向けのテキストが作られたりしている。またこの研究班は会員同士のコミュニケーションを図るために1992年より年3回、会報を発行しており、日本からも取り寄せることが可能である。

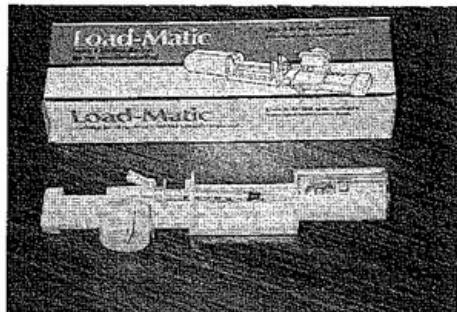
なお1994年11月に神戸市において国際糖尿病会議が開かれた。大会参加者は101ヶ国5500人を数え、5日間の大会期間中、治療法・予防・教育などについて講演や研究発表、ディスカッションなどが行われた。その中で視覚障害関係では、「障害者と糖尿病」「視覚障害を持つ糖尿病患者に対するケアと教育」という2つのセッションが組まれた。特に後者では、視覚障害者に対するリハ及び糖尿病教育の現状についてアメリカ（キャロルセンター）とノルウェー（国立視覚障害リソースセンター）からの実践報告が行われた。しかしながら、上記の障害者関連の2セッションに対する大会参加者の関心は日本を含めてあまり高いものではなく、前者では司会者と発表者をいれて8名、後者でも20名前後といったという参加状況であった。

2. リハ訓練施設の糖尿病教育

今回訪問したリハ訓練施設のうち、糖尿病教育をプログラムに取り入れている5つの施設について簡単にまとめたのが表1である。内容は機関ごとに異なるが、インスリンの計量、血糖自己測定などの機関でも指導されている基本的な事項である。

表1

	訪問	通所	入所	看護婦	糖尿病食	
ウェスタン・ブラインド・リハセンター(パロアルト)			○	2	有	退役軍人用の病院付属施設で、24時間の看護体制。医療器具は公費負担で入手可。
ヒューストン・ライトハウス (ヒューストン)		○		1	無	デイケアセンター利用者に対して行う。相談や機器の紹介を個別対応する他、軽いストレッチの時間が全員に対して設定されている。
ビジョン・ロス・リソーシス (ミネアポリス)	○	○		1	無	相談と機器の紹介が中心。訪問の場合、通常1～3回で終了。担当者は看護婦と糖尿病教育士の資格を持つが管理職兼任で、常時看護業務を行っているわけではない。
ザ・ライトハウス (ニューヨーク)		○		1	無	年2回、糖尿病教室開催。週1回8週間で\$600。
キャロルセンター (ボストン)		○	○	1	無	看護婦は7時から12時30分のみ勤務。入所生に対しては継続的な訓練が可能。



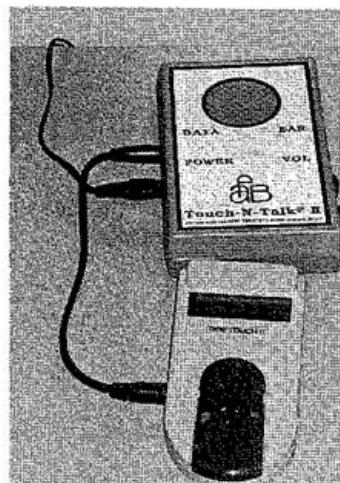
インスリン注射補助具 ロードマティック



インスリン注射補助具 カウント・ア・ドース



血糖測定器 アキュチェック



血糖測定器 ワンタッチⅡと音声装置

視覚に障害があるとインスリン液を注射器に正確に量りとることが困難となる。そこでディスポーザルの注射器を使用する場合の補助具がいくつか開発されている。この内よく使われていたのは、ロードマティック、及びカウント・ア・ドースである（写真1，2）。ほかにも日本製をふくめ7種類の補助具が視覚障害者の使用に適しているというレポートがある（クリアリー、1993）。これらの製品は日本でも購入可能であるが、基本的にはベクトン・ディッキンソン社のシリングに対応しており、他社の製品では使用できないことが多いので注意が必要である。

さて日本で視覚障害者がインスリン自己注射を行う場合、ディスポーザル注射器からペン型へとその使用器具が変化しているが、アメリカ合衆国においてはディスポーザルの注射器が一般的である。その理由の一つはペン型注射器の生産メーカーの一つであるノボ・ノルディスク社（以下、ノボ社）が、視覚障害者の自社のペン型注射器の使用禁止を求める通達を医療機関に出したためである。ノボペンは日本を含め各国の視覚障害者に使われており、注射液量はノッチの音と手応えの両方で確認することができる。しかしこの部分が故障し、音も手応えもなくなるといった問題が見られることは我が国でも指摘されている。このような故障に気付かない、あるいは気付いても他に確認方法がない場合には、不適切なインスリン量を注射して重大な事故につながる危険性がある。このことから、ノボ社は自社の責任追求を避けるためこのような通達を出したとされている。一方ベクトン・ディッキンソン社はペン型注射器も販売を開始したので、今後この状況が変化する可能性もある。

しかしペン型が普及しないもう一つの理由は価格にあるともいわれている。つまり、ペン型であっても注射針は毎回交換が必要であり、保険ではカバーされない。従ってディスポーザルの注射器を使った方が安価であるというわけであろう。

血糖値自己測定については音声モニターのついた器具が販売されているが、これは手順や結果等、液晶ディスプレイに表示された文字を音声化するものであり、はじめから視覚障害者用に開発されたものから、既製の測定器に音声モニターを別に接続するものなど数種類ある（写真3、4）。対応言語は英語、スペイン語、フランス語などであり、日本語には対応していない。

今回訪れたリハ施設ではインスリン注射や血糖測定を自分で行うための補助具の紹介や使用説明及び練習を1、2回の訪問または通所訓練で行うことが多かった。継続的に訓練が行える場合はこの他に、食事療法や運動療法の講義及び実技、病気や治療に関する最新の情報、ディスカッション等の時間が設けられることがある。資料1はヒューストン・ライトハウスで使われている糖尿病教育の評価表である。

教育担当者は全て看護婦であり、筆者の見た限りリハティーチャーが関わる

資料1 TCB- DIABETES EDUCATION
DIABETES EVALUATION REPORT

DATES OF EVALUATION(S):

TOTAL NUMBER OF HOURS FOR EVALUATION(S)

RECOMMENDATIONS FOR EQUIPMENT:

- | | | | |
|---|-----------------------|---|----------------------------------|
| — | One Touch II | — | AccuChek Freedom II |
| — | Touch-N-Talk II | — | Other, please specify |
| — | ½ cc Count-A-Dose | — | Control Injection Monitoring Kit |
| — | 1 cc Count-A-Dose | — | Pill Organizer |
| — | Other, please specify | | |

— TOTAL NUMBER OF HOURS EXPECTED TO BE NEEDED FOR BLOOD GLUCOSE MONITORING TRAINING AND INSULIN MEASURING DEVICE TRAINING.

RECOMMENDATIONS FOR EDUCATION:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------|
| — | Meal Planning | — | Injection Technique |
| — | General Diabetes Education | — | Foot Care |
| — | Record keeping and patterns in blood glucose levels | — | Exercise |
| — | Prevention of complications | — | Other Specify: _____ |
| — | Hypo and hyperglycemia | | |
- TOTAL NUMBER OF HOURS EXPECTED TO BE NEEDED FOR DIABETES EDUCATION.

OTHER RECOMMENDATIONS AND COMMENTS:

姿は見られなかった。また、給食サービスを行っている施設でも栄養士をおいている所は病院付属の施設以外にはなかった。また、リハ現場の職員の何人からかは、糖尿病教育は医療従事者の役割であってリハの仕事ではないという声も聞かれた。職務分担を明確にわけるこのような考え方は一般に現場を強く支配しているが、一方クリアリー（1993）は、リハティーチャーは視覚障害の機能的な問題を理解して適切な指導方法を知っており、また有効な社会的資源を紹介するといった点において、医療サイドの糖尿病教育者をリハの立場から援助するというコンサルタントとしての重要な役割を持っているとしている。リハティーチャーと糖尿病教育者の役割分担については以下のようにガイドラインが示されている。

*糖尿病教育者

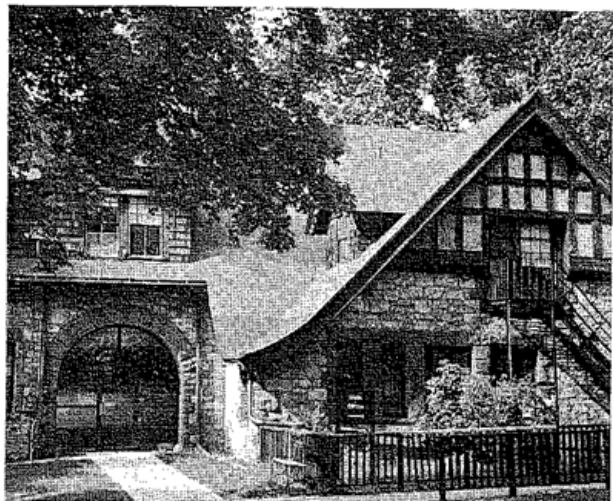
- ・糖尿病に関連する自己管理技術を教える
- ・クライエントにリハサービスを行う地域の機関を紹介する
- ・インスリン注射、血糖測定、血圧測定といった自己管理を行うための機器や方法、また足のケアを視覚以外の手段で行うやり方を説明する
- ・手順を観察し、適切な機器を選び、入手を手伝い、フォローアップし、クライエントの能力を評価する
- ・クライエントが適切な自己ケア計画を遂行していくよう、他の医療関係者やリハ関係者と同様、家族とも協力体制を取る
- ・望ましい食事計画に沿っていくよう、栄養士と共にクライエントを援助する

*リハティーチャー

- ・日常生活上の非医療的な事柄に対し、必要な技術や機器の使い方を教えた
り、機器の購入先やその他いろいろな情報を提供する
- ・自己管理のやり方を習うために地域の糖尿病教育者を紹介する
- ・機器をふくめた自己管理のやり方に加え、一般的な糖尿病教育を補強する
- ・クライエントが適切な自己ケア計画を遂行していくよう、他の医療関係者やリハ関係者と同様、家族とも協力体制を取る
- ・調理の訓練をし、作り方は点字や拡大文字やテープで提供する

ガイドラインは上記の内容をさらに食事・運動療法他いくつかの項目にわけて解説しているが、その中で「血糖値コントロールに関するリハティーチャーの義務」は次のようにまとめられている。

- ・タイマーや時計など、時間が自分でわかるような用具の使い方を教え、購入を手伝う
- ・記録、ダイアル操作、ラベリング、用具の取り扱いを教える
- ・障害によって出来なくなっている行動に替わるものを見つける
- ・自分で確認できるように糖尿病カードなどへのラベルの付け方を教える
- ・適切なリソース情報を提供する
- ・自分に責任を持たせる
- ・家庭でクライエントが練習してきたインスリン注射の正確さや薬の管理法を確認する
- ・日常及び緊急時に必要な物の準備の仕方を教える
- ・緊急時には晴眼者から適切な援助が得られるようにしておくことの必要性を強調する
- ・単身生活の場合、毎日の健康状態を報告できるシステムを作ておく
- ・病気の時は晴眼者に状態を見てもらう必要があることを強調する



キャロルセンター訓練棟

2. キャロルセンター (The Carroll Center for the Blind)

1. 概 要

マサチューセッツ州ボストン近郊のニュートン市にある民間の視覚障害リハ施設で、約 2 ヘクタールの敷地に英国チューダースタイルの建物 4 棟が建てられている（写真 5）。1936 年にカソリックギルドとして発足し地域の視覚障害

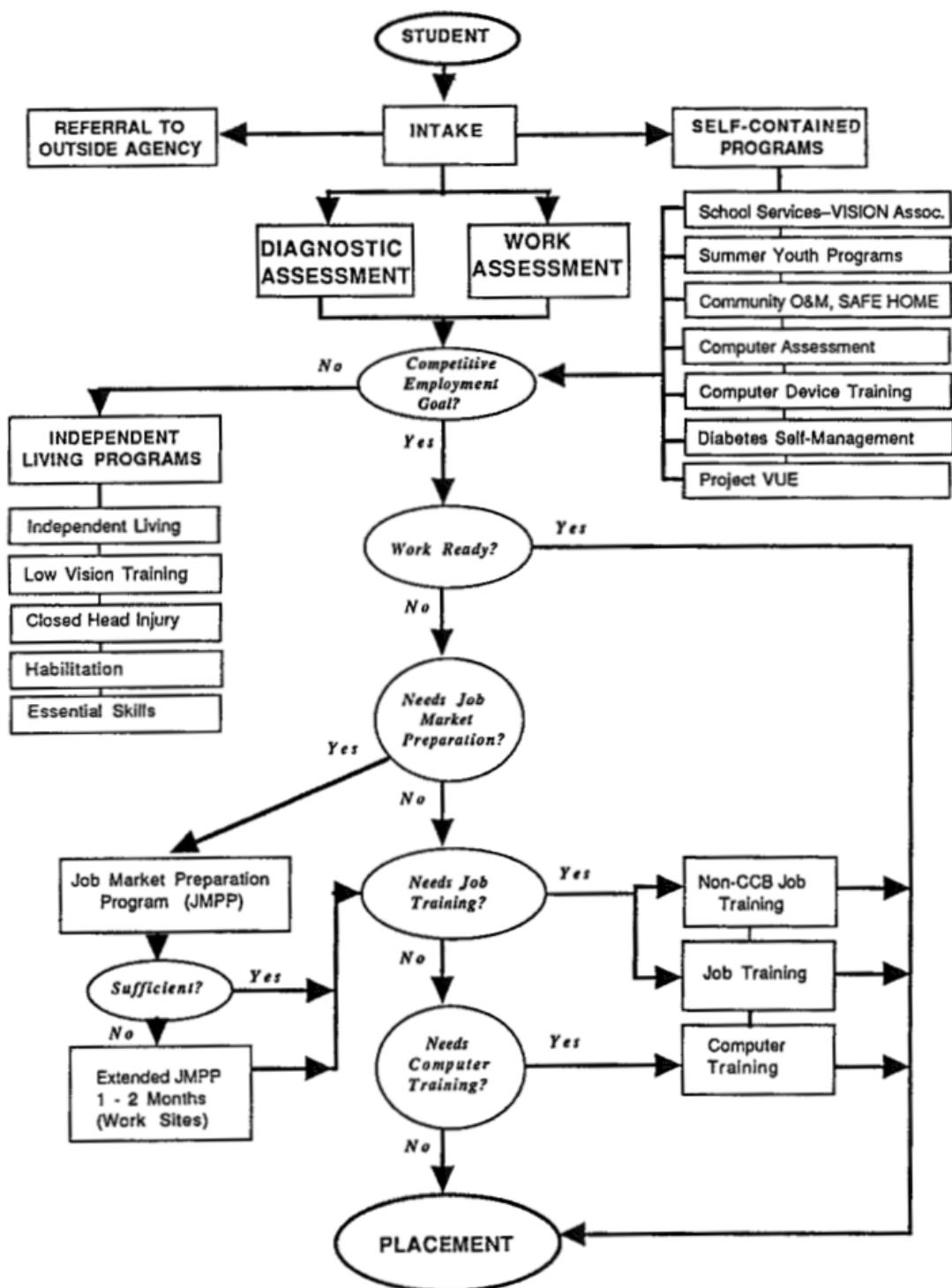
者に様々なサービスを提供してきたが、1954年、キャンパスベースのリハプログラムを開始した。これは入所型のプログラムとして世界で初めてのものといわれ、日本を含め世界各地の生活訓練プログラムのモデルとなった。トーマス・キャロル神父は『Blindness（「失明」樋口、1977、日本語版は絶版）』の中で中途失明者に対するリハビリテーションの考え方を著しており、失明によって引き起こされる不便さを「20の喪失」としてまとめている（表2）。

表2 20の喪失

1. 身体的な完全さの喪失	11. 楽しみを視覚的に感じる力の喪失
2. 残存感覚に対する自信の喪失	12. 美を視覚的に観賞する力の喪失
3. 環境との現実的な接触能力の喪失	13. レクリエーションの喪失
4. 視覚的背景の喪失	14. 職業上のキャリア、目的、機会の喪失
5. 光の喪失	15. 経済的安定の喪失
6. 移動能力の喪失	16. 独立心の喪失
7. 日常生活技術の喪失	17. 社会的地位の喪失
8. 読み書きによるコミュニケーション能力の喪失	18. めだたない存在であることの喪失
9. 会話によるコミュニケーション能力の喪失	19. 自己評価の喪失
10. 情報収集力の喪失	20. 全人格の喪失

キャロルセンターの広報部門では、ボストン地域のテレビ放送を使って訓練やレクリエーションの様子を放映し、一般の啓発活動をはかると同時に訓練生の募集も行っている。訓練希望者の多くはマサチューセッツ州とその近郊のニューヨーク州、コネティカット州、ニューハンプシャー州に集中している。受講手続きは本人からの直接の問い合わせ、また州立のコミッショナ所属するケースマネージャーからの依頼によって始まる。医療機関からの依頼は少ないという。インタークは、施設近郊に居住しているいないに関わらず、原則的にその居住地で行われる。このことによる利点は、本人にとって施設に足を運ぶ手間がはぶけ、また心理的に安定した状態で面接が受けられるということにある。施設側にとっては本人の生活状況が把握しやすいこと、州のケースマネージャーに対して施設の宣伝活動ができ、将来的にさらに多くの訓練希望者

資料2 プログラムフローチャート



を期待できることが挙げられる。

訓練費用は通常公費負担であるが、例外的に個人負担やライオンズクラブなどの寄付で賄われる場合もある。昨今は、将来職業自立の可能性のある人、特に学生の場合には訓練だけでなく、必要な補助具やパソコン購入の際も援助が受けやすいが、高齢者など生活訓練が職業に結び付かないと判断された場合には、レクリエーション中心のいわゆる老人福祉センターや月に数回の訪問指導を紹介されることが多いという。これは、合衆国の経済状態の悪化から福祉予算の削減が行われており、少しでも失業率を減らし、経済効果を高めることが重要視されているためである。また特に大都市ではエイズやホームレスといった問題を解決することの方が視覚障害者の問題解決よりも優先順位が高い。

従って、コミッショングのケースマネージャーによってデイケアセンターや訪問指導が適当と判断されたにもかかわらず、どうしても生活訓練を希望する場合には、訓練費用は個人負担となる。資料2は、インテークしてからどのような流れで受講プログラムが決定されていくかを示している。

2. 成人向け生活訓練プログラム

プログラムはコミュニティベースの訓練（いわゆる訪問指導）とキャンパスベース（入寮または通所）の訓練の大きく2つに分かれている。コミュニティベースは、様々な理由から長期にわたって家庭や職場を離れることが難しい人を対象としており、本人の希望する場所に指導員が出向き、主に歩行やロービジョンの訓練を行うが、糖尿病教育に関しては本人がキャロルセンターに1回から数回来所する形をとる。キャンパスベースのプログラムはキャロルセンターを訓練の場として月曜から金曜までの週5日間8時30分より17時まで、空き時間は殆どないようにして授業が組まれる。対象者の年齢や目的にあわせて7つの評価プログラムと8つの成人向け生活訓練、3つのユース対象の生活及び職業前訓練、3つの職業訓練プログラムからなっている。

この内、日本における「中途視覚障害者に対する生活訓練」プログラムのモデルとなったのは Independent Living Skills と呼ばれているもので、期間は8～16週間である。他に、先天視覚障害者で経験不足により生活上の問題を抱えている人には身辺処理や歩行を中心とした生活全般にわたる訓練が20週

間行われ (Habilitation) 、進学や就職、結婚など近い将来に具体的な目標があり、訓練の効果が短期間で期待できると評価された場合は、内容を絞り込んだ4週間のプログラムとなる (Foundation of Independent Living)。また高齢者で、健康や心理面の問題から家庭を長期に離れるに問題があったり、日常生活上の簡単な工夫を指導する程度で問題が解決するとされた場合は2週間の短期プログラムとなる (Essential Skills)。

訓練科目は感覚、歩行、点字、ハンドライティング、タイピング、ワープロ操作、身辺処理、調理、木工、ロービジョンの他、フェンシングやディスカッション、カウンセリング、健康管理などである。

視覚を代行する残存諸感覚の訓練は、トマス・キャロル (1977) がその著書『失明』の中でリハの4つの要素の第1にあげているもので、各種技術の訓練とは別にしてとりあげられている。キャロルによれば、環境認知に不可欠な音源定位や障害物知覚などの聴覚の利用や触覚、筋運動感覚、視覚化など残存感覚能力の向上や統合は、訓練によって発達させることができるという。また、このような諸感覚の利用は歩行や日常などすべての技術を習得するうえでの基礎となるものである。そのためアメリカの他のリハ施設では、かえってそれだけを取り出して訓練するということはほとんどないといわれる。しかし、キャロルセンターでは現在もこの「感覚訓練」を重要視しており、全訓練生に対して1対1、或いは1対2で授業を組んでいる。またフェンシングは諸感覚訓練の発達に大変効果的であるとされており、『失明』には「このような訓練コースなしにはリハ計画は考えられない」と記されている(写真6)。

3. 青少年向け生活訓練プログラム (YIT : Youth In Transition)

1985年から始められた中高生を対象とした6週間の夏季プログラムで、受講料は寮費を含め4500ドルである。自律心を養い、成人として独立した生活を営む為に必要な生活技術を身につけることを目的としている。参加者の多くは先天性疾患で失明しており、ひもが結べない、缶ジュースのふたの開け方がわからない、洗濯機を使ったことがないなど、基本的な日常生活動作に課題が多い。これまでに家庭や学校で指導されていないのが大きな問題ではあるが、同時にこのような課題の解決こそ、親がYITプログラムに期待している点でもある。



フェンシング訓練



青少年キャンプ集合写真

成人向けのプログラムと同様歩行や日常、コミュニケーションなどの生活訓練が行われる他に毎週1回遠足、見学などの行事が組まれる。放課後は地元のカヌー教室やプールに出かけたり、陶芸、フェンシングのクラブ活動などが行われる。また週末には映画観賞や買物など自由参加のレクリエーションが企画されるなど、余暇活動も活発である。中でも陶芸は生徒のほとんどが参加する人気クラブでスタッフ一人では手が足りず、筆者もボランティアとしてお手伝いさせていただいた。クラブ活動の時間はただ楽しむだけでなく、準備や後片付けはもちろんのこと、何を作るか、何をどう手伝って欲しいのかを本人に決めさせ、考えさせるトレーニングの場面として使われる。

行事は毎週1回アイスクリームパーティーやバーベキュー、隠し芸大会などが企画されるが、生徒に主体性や責任感をもたせるため15名の生徒を3つに分け、それぞれ一つずつを受け持つ。例えば、バーベキュー大会の担当チーム“グリーンモンスター”的面々は、歩行訓練の時間を使って買い物に行き、日常の時間に調理をし、招待状はコミュニケーションの時間に作るというよう訓練に具体的な目的が与えられ、準備段階から全員が無理なく参加できるよう配慮されている。

第5週目には2泊3日のキャンプが行われ、筆者もスタッフとして参加した。テントの設営から食事作り、キャンプファイアーやハイキング、カヌーや水泳など、どのプログラムもよく考えられ楽しめるよう企画されていた（写真7）。生徒のほとんどは普通学校で教育を受けているにも関わらず、このような体験

のない者が少なくない。参加したことはあっても常にお客様扱いで、役割を与える最後まで責任を持ってやり遂げるといった経験は少ないようだ。

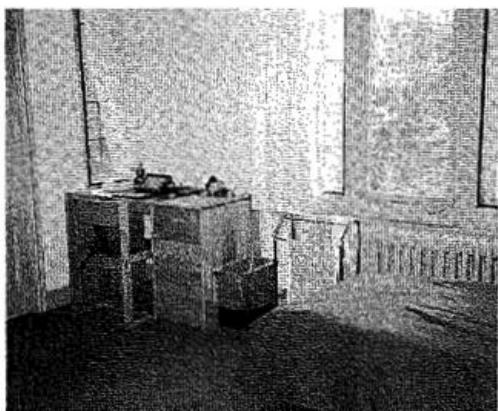
さて6週間の内には、カップルが誕生したかと思えば三角関係でもめたり、仲間外れにあって訓練や行事への出席をこばんだりといった思春期に特有な問題も生じた。また、盗みや性的ないたずらなどの事件も起こる。このような問題は通常カウンセラーやプログラムディレクターが当人と充分に話し合う形で処理され、場合によっては謹慎処分やプログラムへの参加停止などの処置もある。またカウンセラーが進行役となって、週1回グループディスカッションが行われる。ビデオや詩を鑑賞したりロールプレイを行ったりしながら友達や親、教師などとの適切なコミュニケーションの取り方、自己決定の重要性などが取り上げられ、自分の行動を省みる機会を設けている。

4. 寮生活

宿泊しながらのリハ訓練は訓練費が通所形態にくらべて費用がかかるという経済上の理由もあり、合衆国においては施設よりも生活地域でサービスを受けるのが一般的である。キャロルセンターは、アメリカでは珍らしく入所形態による訓練を行っている。

寮は訓練棟と同じく約100年前に建てられた屋敷を改造して作られている。地上3階地下1階で1人部屋が8、2人部屋が6、4人部屋が1つで、最大24人が宿泊可能である。盲導犬使用者は個室が与えられる（写真8）。バスは共同で5ヶ所、トイレは共同で7ヶ所にあり、洗濯機と乾燥機は全体で1台ずつ設置されている。共同キッチンでは自由に調理することができるが、平日は原則として訓練棟の食堂で提供される食事をとることになっている。生活訓練生の一部は、訓練の最終週に寮内のバス・トイレ・キッチン付きの個室で自炊し、訓練の総仕上げを行う。他に自習室とエクササイズルームがあるが、あまり利用されていない。

車椅子利用者の受け入れは制度上可能であるが、というよりもADAにより受け入れを拒否することはできないが、特に廊下やバスルーム、エレベータなどに車いすを自由に操作する上でのスペース上の問題があり、実際の利用は大変困難である。筆者が滞在中にも車椅子利用者の見学があったが、介助無しに



寮の1室



ITP集合写真

は安全が確保できず特にスタッフの手薄になる夜間と休日に不安があると親が判断し、訓練の受講手続きはされなかった。

当直者は1名でスーパーバイザーと呼ばれ、建物と訓練生の安全管理に責任を持つ。平日は17時から翌朝7時までの勤務だが、週末は金曜日の17時より日曜日の17時までの48時間連続勤務となることが多い。スーパーバイザーは特に社会福祉に関心がある人ばかりではなく、視覚障害者のリハに関して専門的な知識は必要とされない。就職難の合衆国ではフルタイムの仕事を見つけることが難しいためか、スーパーバイザーの仕事はいくつかのパートタイムジョブの一つという感じである。またアメリカにはコミュニティサービスといって、罪を犯して刑務所で服役する代わりに地域への奉仕活動でその罪を償う制度があるが、その制度のもとにスーパーバイザー業務を行っている人も数人いた。

さて筆者は4週間を成人の訓練生と、2週間を中高生と共に寮生活を体験した。訓練生は一人一人訓練開始時期や期間が違うため、それぞれの卒業が近づく度に在所生の誰かによってスナックパーティーが企画され、心尽くしのプレゼントが用意される。キャロルセンターでの寮生活は人間をストレス状態に置くと同時に、あるいは置かれているが故に仲間との緊密な結び付きを生み出し、障害の受容、心理的な安定に大きな効果を与えていたように感じた。

5. ITP (International Training Program)

このプログラムは、諸外国の視覚障害教育・福祉従事者に対してアメリカ合衆国における視覚障害福祉サービスの技術と方法を紹介し、また各国の専門家

が互いの知識を交換し視野を広げることを目的として1988年より開始された。ディレクターはイスラエル人で自国でリハサービスを行っているが、ボストンカレッジで歩行訓練士の資格をとり(現在このコースは廃止)、その後一時キャロルセンターで働いていた経験を持っている。この講習会にはこれまでに21ヶ国28人が参加しており、日本人は筆者で3人目となる。

筆者の参加した1994年第7回目はアルゼンチン、シンガポール、タンザニア、パプアニューギニアそして日本の5人で構成され、ボストンカレッジ及びキャロルセンターの寮で共同生活を行いながらの研修となった。シンガポールを除き、どの国も経済的には豊かであるとはいはず、また政治的にも不安定な要素を持っている。彼等を通じ、各国の福祉サービスに関する生の声を聞くことができたことは大変貴重な体験であった(写真9)。

この期間中、大学、医療機関などの外部講師による講義が行われるが、内容は毎年多少の変化がある。1994年はサンフランシスコ州立大学で開発された歩行訓練士養成ビデオ教材の紹介、フィラデルフィア大学のロービジョン評価技法など計8回であった。また、パーキンス盲学校、AFB、ニューヨークライトハウス、ヘレンケラーナショナル、シーイングアイ等世界的にも有名な機関の他、盲老人デイケアセンター、点字・テープ図書館、盲導犬訓練所、作業所、病院、研究機関等、計24機関を訪れた。以下はその内容等である。

①期間：1994年7月6日～8月26日(8週間)

②内容：

- ・キャロルセンター訓練見学及び実習
- ・講義(キャロルセンタースタッフ及び外部講師による)
- ・近郊の視覚障害関係機関見学(マサチューセッツ、ニューヨーク、ニュージャージー、コネティカット州)
- ・ボストンカレッジ教育学部修士課程聴講(歩行理論、視覚障害関係テクノロジー)
- ・プレゼンテーション(自国の視覚障害福祉及び勤務している施設について)
- ・論文(自由課題)

③参加資格：

- ・視覚障害リハまたは教育における専門的な教育を受けたことがあること
- ・同じ分野で3年以上の経験があること
- ・現在、管理職、教師、リハ訓練指導者等、視覚障害児・者に関わる仕事をしていること
- ・帰国後、現職にもどること
- ・読み、書き、会話に必要充分な英語力を有していること
- ・雇用主からの推薦書があること
- ・合衆国内で有効な健康保険に加入していること

3. その他

紙数の関係上、訪問機関全てを記すことができないので、特に印象に残った機関について簡単に報告する。

1. ヒューストン・ライトハウス (The Lighthouse of Houston)

生活・職業訓練、ワークショップ、デイケアセンター、グループホームなどのプログラムを持つ大規模な民間施設である。デイケアセンターの利用者は知的障害を伴う重複障害者か高齢者がほとんどで、生活訓練と称したリハプログラムはレクリエーション的な要素が強いように感じられた。寄付活動は成功しており、屋内プールを作ったりアパート提供サービスを始めたりと意欲的に活動を展開している。ワークショップは連邦政府の援護で軍に納める清掃溶剤や筆記具を生産し、安定した業績をあげているようである。

新しいプログラムとしては高校生に対する作業訓練がある。これは教育委員会の委託事業で、学校教育場面では充分な指導が行えない高校生に対し行っているもので、作業能力評価の他、金銭管理、対人関係などのチェックも行う。生徒は毎日ライトハウスの工場内的一角に設けられた作業場に「登校」する。また、週に1日はダウンタウンに出かけ、買物や映画などレクリエーションを通して「社会性」を育むようにしているという。ADAの効果もあり、職業選択の幅は広いのだが、知的障害を伴う場合の一般就労は依然、きわめて難しい。このプログラムでは紙器の組立てやメイリングなどの軽作業を訓練することに

より、ワークショップや一般的工場での就労を目指している。

2. ビジョン・ロス・リソーシス (Vision Loss Resources)

ミネソタ州の州都であるセントポール市及び隣接したミネアポリス市をカバーする民間のリハ施設で、通所と訪問による生活訓練を行っている。運営は順調とは言えず、数年前に比べ職員のカット、サービスの縮小をせざるを得ないという。

さて、オリジナルのプログラムの他に、コミッショングの委託で訪問による歩行訓練を行っている。コミッショング自体もリハ訓練のプログラムを持っているのだが、歩行訓練士は雇用していないため、その部分に関しては民間に委託する形がとられている。同伴させていただいた2ケースは地域の作業所に通う精神障害者の作業所内歩行と、工場で実習を行っている知的障害者の工場内歩行の訓練であった。週1回1時間弱の訓練のため、本人に対する直接的な指導とともに、その施設の職員をトレーニングすることも大きな目的となる。しかし施設の職員は短いサイクルで辞めていくことが多く、トレーニングの効果があがりにくいのが悩みだという。

3. シカゴ・ライトハウス (The Chicago Lighthouse)

生活訓練の他、職業訓練やワークショップを持つ民間施設である。州立のリハ訓練施設は通りをはさんで隣接しており、対象者を区別することで共存している。サービスは就職相談とロービジョンの他、重複障害児・者の利用が多い。また教育委員会からの委託を受け、視覚障害重複乳幼児に対する保育プログラムを持っている。周知の通り、合衆国の視覚障害教育は障害の程度に関わらず、普通校での統合教育が中心となってきており、必要であれば、巡回教師や補助教員の制度が利用できる。しかし、実際には視覚以外に聴覚や脳に障害がある重複障害児に対しては発達に応じた専門的な個別訓練が必要であり、それを一般校で効果的に行なうことは難しい。その他に3才未満の乳幼児とその家族に対しての早期教育を行っており、利用者は年々増えているという。

4. ハドリー盲学校 (Hadley School for the Blind)

通信による教育を行う全米唯一の盲学校で、年齢、国籍等に関係なく誰でも無料で利用できる。教材は主に点字またはテープで提供され、一部の教科につ

いては拡大文字でも作られている。高校レベルの教科学習の他、点字、語学、アマ無線、コンピュータ、糖尿病教育等、様々なコースがある。学校業務は教科書の作成及び電話相談が主で、教師は全米各地に点在しており、生徒から送られてきた課題の添削に当る。

4.まとめ

アメリカ合衆国は「合州国」であるという言葉があるように、州ごとに独自の法律や制度を持っている。地域が変われば構成する人種、文化にも違いが見られ、アメリカの視覚障害福祉とは、と一言で語ることはできない。従ってここで述べることはあくまでも筆者の個人的な印象であることをお断りしておく。

合衆国では利用者のニーズに合わせてサービスが提供できるよう、地域ごとに大小様々な機関が存在する。多様な文化を持つ人種が入り混じり、絶えず変化するアメリカ社会、福祉予算の厳しいカットの中でこうしたサービスを支えるのは、ADAをはじめとする法律や専門家養成教育制度である。

日本の視覚障害リハの社会適応訓練における専門教育は、日本ライトハウスで1970年より、歩行訓練士の、1994年よりリハティーチャーの養成が厚生省委託で行われ、現在は、歩行指導者養成課程（歩行養成、社会適応訓練指導者養成前期コース）とリハ指導者養成課程（リハ養成、社会適応訓練指導者養成後期コース）となっている。また、国立身体障害者リハ学院では1990年より2つをあわせた養成が行われている。しかし、訓練士として制度化されているわけではなく、合衆国の大学院レベルでの教育にくらべるとその量・質とも充分なものであるとはいえない。合衆国でもリハ訓練施設に勤める際に専門職としての学位が必要であるとは限らないし、現場職員の給与は高いものではないので、学位があるからといって社会福祉の分野に進むとは限らない。また、職務の分業化が他の分野に関する無関心を呼ぶ危険性もある。しかしながら「地域福祉」の実践という観点から見る時、歩行訓練士やリハティーチャーが専門職として位置づけられ、地域に配備されていることは、視覚障害者がいつでもどこででも必要な訓練を受けられることに最低必要なことである。その意味に

おいて、日本でも視覚障害リハの専門職の制度化、設置義務化が強くのぞまれる。

さて、合衆国においても民間の特に小規模の機関では経済的な問題を常に抱えている。国全体の経済状態は現在多少上向きになったとはいえ、地方財政の特に福祉予算はカットされる傾向にあるという。特に1対1で行われる訓練プログラムはお金がかかり効率も悪いため、高齢者や重複障害者に対しては集団で対処できるレクリエーションや作業などのプログラムが中心となる。また予算の関係から常勤の職員が全体に占める割合は低く、パートタイマーやボランティアによって実際の活動が行われることもしばしばである。政府の援助はプログラムの利用率によって変わるため、広報活動に力を入れて常に利用者を確保し、また募金活動にもつとめているが、そのために同業者同士で視覚障害者の取り合いが起こることも事実である。また、施設自身の運営の失敗や政府の予算のカットのためにプログラムの縮小、職員の解雇はもちろんのこと、施設の倒産が起こることも少なくないという。

我が国でも近年は地域に密着した福祉サービスやボランティア活動の推進が叫ばれているが、地域社会で障害者が人間として当たり前に生活するためには、生活の場、教育の場、労働の場、娯楽の場等を提供するきめ細かなサービスが必要となる。そのためには公立、民間を問わず、小規模なプログラムに対する公的な経済援助が不可欠である。地域福祉やボランティア活動の奨励といった動きが、実際には安上がりの福祉や公的責任の転嫁につながらないよう、充分に気を付けなければならない。

おわりに

5ヶ月にわたる合衆国での研修を終え感じることは、合衆国の広大さと文化の多様さである。飛行機だけでなく鉄道を利用して移動したり、後半の2ヶ月を諸外国からの研修生と共に過ごしたことがその印象を強くしているのかも知れない。また「自由の国アメリカ」といわれるが「障害者らしく、高齢者らしく」なく、自由にその人生を選びとっている人たちに多く出会うこともできた。

その合衆国のどこにいっても聞かれた言葉は“Independence”そして

“Decision”である。「自律」とか「自己決定」といった言葉は、日本の社会福祉の世界でもごく一般的な用語ではあり、乱暴な言い方をお許しいただければ、いささか乱用気味とも思える程である。今回の研修を通し、個人の意思を尊重し当り前の生活を保証するということが現実場面ではいかに難しく、しかしながらいかに大事な理念であるかということを、この言葉を聞く度に考えさせられた。

主な研修先一覧（本稿に直接関係のないものは省略）

The Carroll Center (キャロルセンター)

770 Centre St. Newton, MA 02158

The Chicago Lighthouse (シカゴライトハウス)

1650 West Roosevelt Road Chicago, IL 60608-1298

The Hadley School for the Blind (ハドリー盲学校)

700 Elm St. Winnetka, IL 60093

Joslin Diabetes Center (ジョスリンクリニック)

One Joslin Place Boston, MA 02215

The Lighthouse Inc. (ニューヨークライトハウス)

111 East 59th St. New York, NY 10022

The Lighthouse of Houston (ヒューストンライトハウス)

3530 West Dallas, P. O. BOX 130465, Houston, TX 77219-0435

Massachusetts Eye and Ear Infirmary (マサチューセッツ眼科耳鼻科専門病院)

243 Charles St. Boston, MA 02114

Vision Loss Resources (ビジョンロスリソーシス)

1936 Lyndale Ave. South Minneapolis, MN 55403

Western Blind Rehabilitation Center (VA病院付属リハ施設)

3801 Miranda Ave. Palo Alto, CA 94304

参考文献

- トーマス・キャロル（樋口正純 訳） 1977 失明。日本盲人福祉委員会。
- Carroll, T. 1961 Blindness. Little, Brown & Company.
- Cleary, M. 1993 Partners Provide Adaptive Education for People Who Are Visually Impaired. *The Diabetes Educator*, 19-4, 280-285.
- Cleary, M. 1993 Placing Blood on the Target : A challenge for Visually Impaired Persons. *The Diabetes Educator*, 19-5, 378-384.
- Cleary, M. & Hamilton, J. 1993 Nonvisual Adaptive Devices for Measuring Insulin. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, November, 345-347.
- Cleary, M. & Sawa, R. 1993 Rehabilitation Services for People with Diabetes and Visual Impairment in Japan. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, November, 359-361.

《インフォメーション2 研究雑誌1 1994年10月～1995年3月》

視覚障害者の新聞情報へのアクセスラジオ・コンピューターを使ってー

（仲野純子） 第12回海外研修報告書 平成5年度 清水基金

Pp. 57-79 1995年4月

アメリカ合衆国における視覚障害リハビリテーション（堺真理）

平成6年海外研修報告書集（第24回） Pp. 29-49

中央競馬馬主社会福祉財団 1995年3月

アメリカ、イギリスにおける社会福祉への取組みについて（渡辺明夫）

平成6年海外研修報告書集（第24回） Pp. 51-71

中央競馬馬主社会福祉財団 1995年3月