

---

## 日本ライトハウス 第2生活訓練部の現状と課題

日本ライトハウス 第2生活訓練部

福嶋正治\*

---

### I. 序文

#### 1. 1991年10月7日第1歩が始まった

第1回目のミーティングは、重度更生援護施設で何を重度と定義するかということが検討課題であった。「重度」とは、慢性疾患や難病に対する医療的配慮が必要な視覚障害者、脳腫瘍・頭部外傷等による脳損傷からの視覚障害者と定義し、その者に対して視覚障害リハビリテーション（以後、リハビリ）を実施することとした。第2生活訓練部（以後、第2生訓という）でリハビリを受ける訓練生のイメージが定まるに、次に、訓練生達の生活のリズムは、リハビリの目的や目標は、といった具合に次々と道標が立てられていった。

こうした話し合いの中で、視覚障害者へのリハビリということは、職業・生活訓練センターで培われてきたノウハウがそのまま活用できるため、特に不安を覚えるものではなかった。しかし、慢性疾患や難病、脳損傷といった医療的知識を必要とする訓練生にどのように関わっていくのか、医療的配慮と言っても、診療部門を持たない民間の施設で何ができるのか、さらに、視覚障害者のリハビリを修了後の道はあるのか、といった問題が目の前に山積していた。

#### 2. 1992年4月視覚障害リハビリテーションセンター開設

身体障害者重度更生援護施設として、第1生活訓練部（知的障害を併せ持つ視覚障害者を対象）、定員30名、第2生活訓練部、定員30名、計60名定員で新しい施設がオープンした。視覚障害者更生施設と身体障害者重度更生援護施設、

---

\*ふくしましょうじ 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

身体障害者通所授産施設、職業訓練部、養成部等を大きくまとめて、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の開設である。

職業・生活訓練センターからの措置変更や新入生の受け入れと慌ただしい中で、第2生訓は、21名の訓練生を受け入れ、リハビリが開始された。予想していたとおり、視覚障害者へのリハビリの技術や知識等の提供は、これまでの日本ライトハウスの蓄積された方法で十分な効果が認められた。しかし、心配していた問題につきあたることがたびたびあった。

1996年で5年目をむかえる今、第2生訓でのリハビリ、訓練を受ける人達の姿と訓練上の留意点を明確にし、これまでに第2生訓を修了していった訓練生達を振り返り、現在の状況と抱えている課題を追いかけて、くりかえされる挑戦の狼煙としてみようと考える。

## II. 第2生活訓練部の訓練生と訓練について

### 1. 糖尿病を原因とする視覚障害者

#### ① 糖尿病の理解

血液中のブドウ糖が、 $170\text{mg/dl}$ を越えると尿に糖分が排泄される。尿検査で+となれば糖尿病の疑いが持たれる。空腹時の血液中の糖分（血糖値）を検査することやブドウ糖負荷検査等で正確な診断が行われる。糖尿病と診断されても必ずしも視覚に障害が発生するとは限らない。

血液中のブドウ糖は、胰臓から分泌されるインスリンの働きで、エネルギー源として細胞に取り込まれたり、余分なブドウ糖をグリコーゲンに換えて肝臓に貯えられたりしている。糖尿病には、胰臓の $\beta$ 細胞が何らかの原因で壊されてインスリンが分泌されなくなるインスリン依存型糖尿病と、胰臓の $\beta$ 細胞の働きが様々な原因で悪くなり、インスリンの分泌が低下しておこるインスリン非依存型糖尿病やその他の要因でおこる糖尿病に分けることができる。治療は、高い血糖値が続かないようにカロリーをコントロールするための食事療法・血液中の糖分を消費させるための運動療法・血糖を下げるための内服薬やインスリン注射といった薬物療法がある。

糖尿病という慢性疾患とうまく付き合えば、安定した生活をおくることができます。

きるが、食事・運動・ストレスなどの心と身体の様々なバランスが崩れた時に、合併症が進んでいく。糖尿病の三大合併症といわれるものは糖尿病性網膜症・腎症・神経障害がある。また、糖尿病によって進行が加速する動脈硬化や細菌による感染症に十分に気をつけなければならない。

視覚障害のリハビリテーションが必要になる人は、糖尿病性網膜症によって視覚に障害が生じた人である。ただ、目に症状が出るだけではなく、腎臓や神経にも症状が出ている場合が多く、主治医のもとで血糖コントロールの治療、変化や異常の早期発見と処置に努めなければならない。

## ② 訓練上の留意点

糖尿病にはインスリン注射をしているインスリン依存型と注射をしていないインスリン非依存型の2つの種類がある。歩行訓練や運動を伴う基礎訓練を実施する場合は、インスリンを注射している人は、昼食後に訓練を行うように配慮することが必要になる。食事前では、様々な場面で低血糖に注意しなければならない。最近の報告では、食後の歩行運動には、エネルギーの消費に留まらず、細胞がエネルギー源としてのブドウ糖をより多く取り入れができるようになる等の多くの利点が見つかっている。また、食後の歩行訓練の有効性が指摘されてきている。

糖尿病は慢性疾患であり、症状が徐々に進行する可能性が認められるものである。視覚障害のリハビリを受けている間に、訓練プログラムが合併症等の進行に拍車をかけないよう配慮が必要となる。第1番には、糖尿病が心と身体のバランスの崩れ、大きな心理的ストレスによって悪化したものである。訓練課題や訓練体系が、大きなストレスを生じさせないような工夫が必要である。一定の目標あるいは水準に到達することを訓練の目的とするのではなく、訓練の結果残っていくものを大切な成果ととらえる。また、視覚障害のリハビリの課題は、「できないこと」で一杯の日常生活の中で「できること」を増やしていく、気の長い、ゆっくりとしたものである。1日1日を大切にすることと、1日、1時間にこだわり続けることは、まったく別のものであり、心と身体の状態に目を向けることができるようになっていれば、「今日できることでも、明日にしよう」という気持ちになれる。この姿勢の変化こそが期待されるもの

である。

そして、訓練時間にも注目して、訓練時間を設定している。訓練時間は、人間が集中できると考えられる時間以内、50分以内、第2回では、40分に設定している。

2番目には、糖尿病の進行状態がどうかを、訓練生だけではなく指導員も理解しておくことである。特に、歩行訓練後の足の手入れ、ちょっとした外傷で化膿がおこれば、糖尿病性壊疽となり、訓練どころではなくなり、入院治療が必要になってしまう。外傷が治りにくいのと同様に、風邪などの疾患も治りにくい。さらに、神経障害や腎症が進行すれば、より大きな疾患の窓口が開かれたようなものである。ともかく、身体の状態を安定に保ち、自己実現を目指してこそその視覚障害のリハビリである。

心理的ストレスには、集団生活や訓練からのものだけではなく、家族や友人等から離れる「絆の喪失」から生じるストレスがある。「絆の喪失」は、糖尿病の訓練生に限らず、施設に入所するすべての人の大きな問題でもある。近隣の人達には週末の帰省を進めたり、遠方からの人達には、訓練期間を通じて時々帰省することを進めている。

## 2. ベーチェット病を原因とする視覚障害者

### ① ベーチェット病の理解

ベーチェット病は、口の中の粘膜に赤い円形のアフタ性潰瘍、湿疹のような皮膚症状、有痛性の外陰部潰瘍、眼球の前の部分に虹彩毛様体炎、眼球の後ろの部分に網膜ブドウ膜炎を主な症状とする慢性、再発性の全身性炎症疾患である。眼症状が本症の中でもっとも重要な症状で、網膜ブドウ膜炎が起これば、失明にいたる場合がある。副症状としては、関節炎、静脈系の閉塞等の血管病変、神経病変等が認められる。

日本が、最多発国であり、他に、中近東、地中海沿岸諸国にも認められる。原因は不明であるが、有機汚染物質や遺伝的素因を考える学者がいる。

副腎皮質ステロイド剤や免疫抑制剤等の全身的薬物療法による治療がおこなわれる。

## ② 訓練上の留意点

四季の変化、環境の変化、1日の変化等の変化や過労といったものは、ベーチェット病を悪化させたり、症状の再発をまねく恐れがある。昼と夜の逆転や波のある生活では、状態の安定は望めない。規則正しい生活の習慣化や無理をしない生活の確立を計る必要がある。寮生活を通して、夜にはベッドに入ることから朝はかならず起きるといったこと、午前中は、早い時間帯から動き出せるように、生活のリズムを確立させていくことが大切である。また、課題を無理をしてその日の内に完成させるより、自分のペースで、今日できることを明日に延ばすといったものの見方ができるように助言することが必要である。

心理面や環境面のみならず、身体的状態においても同様のもの見方が獲得できるように注意しなければならない。関節炎やアフタ性潰瘍等ができる時や体調の悪いときは、休むように助言し、理解できるようにする必要である。視覚障害のリハビリを考えるとき、今日、明日、何かの成果が期待されるものではなく、長い時間の中で成果が現れるものである。こここのところを十分に訓練生に理解させて、「あせらない」・「あきらめない」ことが身につくように助言、指導にあたらねばならない。

ベーチェット病の場合、ステロイド剤や免疫抑制剤を服用している訓練生には、感染症に十分注意するよう指導しなければならない。帰宅後、十分に手を洗うことや「うがい」をすることを習慣化することが重要な課題である。ライトハウスのような寮での集団生活をおくる場合は、風邪が流行しかけた時などは、「風邪ぐらい」とは考えずに十分な予防、初期の治療に心がけるよう助言が必要である。また、風邪をひいたような時は、早い時期に自宅で療養する姿勢が大切になる。これは、ベーチェット病に限らず、糖尿病や他の難病をかかえている訓練生にも共通するところである。寮での生活は、設備が十分に整えられていたとしても、トイレや食堂に行くためには、ベッドから起き上がり、2、3軒先の隣家を訪ねるぐらいの距離を移動しなければならない。また、同室の人への気兼ね等の心理的ストレスなどがあり、ゆっくりと静養できる環境ではない。これでは、良くなるものも悪くなるようなものである。悪化へ転がり出せば、さらに病状も悪くなってしまう。訓練を続けるのであれば、ゆっくり

りと自宅で静養し、治癒すれば再び訓練を受けるというような姿勢を身につけていくことも日本ライトハウスでのリハビリの成果と考えている。

### 3. 脳損傷による視覚障害者

#### ① 脳についての理解

脳は、中枢神経系として様々な感覚の統合、運動機能の制御、生命の維持、記憶や学習といった機能を持つ器官である。脳は、大脳と運動を司る小脳に分けられる。さらに大脳は、左右一対の大脳新皮質、大脳辺縁系と大脳基底核、脊椎と連絡する脳幹に分けられる。脳内の最小単位としては、情報を伝達する神経細胞（ニューロン）と栄養俸給等の役割を担うグリヤ細胞がある。神経細胞は互いに樹状突起を延ばし、神経の回路を形成する。神経回路が形成されることが、行動の獲得や記憶といった学習が成立することを意味している。

大脳には、約140億個の神経細胞があり、生まれる前にその数は決定されている。現在は、神経細胞は再生しないと考えられており、1日に10万個は死滅している。神経細胞が減少しても、他の神経回路が形成されるとか、周囲の神経細胞が役割を肩代わりすることで、重大な障害がないまま人は生きていくことができる。

中枢神経は、それぞれの場所で機能や役割が異なっており、これを、局所局在と言う。また、大脳新皮質は左右に別れており、身体の右の感覚や運動は左半球で処理・制御され、左側は、右半球の役割となる。脳梗塞や脳内出血がおこり、神経細胞が死滅すると、死滅した神経細胞の働き・場所に対応して、たとえば、手が動かなくなる、言葉が話せなくなるといった障害が生じる。

脳損傷の原因としては、脳梗塞・脳内出血・脳血管障害・脳腫瘍・脳挫傷等が考えられる。現代の医学では、科学技術の進歩により発見・診断・治療が驚異的に進み、生存率の向上や予後の安定化が進んでいる。脳損傷が原因となる視覚障害は、視覚神経伝導路の損傷と後頭部の視覚野（視覚情報を処理する場所）の損傷、そして、視覚刺激を統合し、「見える」を生み出す連合野の損傷に分けることができる。視神経の萎縮や視覚野の損傷は、「見えない」という答えがかえってくるだけであるが、連合野等の認知に関係する部位が損傷すると「見えるが、見えない」「人は見えるが、物は見えない」といった、本人も

周囲の人も理解が難しい状況が生まれる。

外科的治療が中心で、施設を利用しようと考えるまでには、脳に対する直接的治療は完了している場合が多い。予後は、痙攣発作を止めるための抗痙攣剤の服用や血液の流れを良くする為の内服薬等が継続的に処方される。予後の良好な場合は、経過観察のための定期受診のみという場合もある。

## ② 訓練上の留意点

脳に大きな損傷がある視覚障害のリハビリを考える場合、「あきらめない！へこたれない！」ことがもっとも重要である。これは、リハビリを提供する側にも、受ける側にも共通していることである。どんな訓練でも、どんな練習でも同じと思われることではあるが、特に、心に銘記させる必要がある。

たとえば、脳の記憶に関係する部位が壊れているような場合は、「覚えられない」ことは、その場所が壊れていれば「覚えられない」わけである。本人の意思や意欲や学習課題といったもので、「覚えられない」ことに何か改善の方法を見つけられるものではない。「覚えられない」という事実しかそこにはない。「覚えられない」ことを認めることしか残らない。では、どうするのか。

大脳新皮質の神経細胞の数は、約140億個、小脳等を合わせると、頭蓋骨の中には、千数百億個の神経細胞があると考えられている。そして、神経細胞のネットワークこそが重要であり、神経細胞の数が重要ではない、という事実に目を向けなければならない。一つの回路が壊れれば、別の回路でかわりができるか、回路の修復はできないかに着目する。言葉、あるいは、知識としての記憶や学習ができなければ、運動・行動・反射といった学習の可能性に注目する。局所局在としての脳の機能分化があるが、点ではない。面積をもつ局所であり、局在であるなら、周囲の神経細胞が機能を担うことができないだろうか。リハビリの中で、0.01が残るなら、100回繰り返せば、目に見えるものとして「1」が残る、いいかえれば、99回では見えない「1」が生まれると考える。これには時間がかかる。まさに、「あきらめない！へこたれない！」でないと、流れていく時間の中で溺れてしまう。

訓練や学習の過程で注意が必要なことは、頭を使い過ぎないということである。神経細胞は電気的信号を伝えるだけではなく、神経細胞同士の伝達には神

経伝達物質という化学物質を受け渡ししている。いいかえると、脳は、化学物質の微妙なバランスの上で機能している。「頭を使い過ぎる」ということは、通常の化学的環境が変化している場合が多く、脳に損傷を持つ人にとって安定した機能が期待できなくなる。興奮が持続したままであるとか、一つの事柄に意識が集中し過ぎて、まわりが見えなくなる等のマイナスが生じてしまう。これでは、残るものも残らないという結果になる。気分転換や休憩を効果的に織りませながらゆっくりと気長に取り組まなければならない。

そして、目標に向かって訓練や練習を集約するのではなく、訓練や練習した結果、残っていくものを大切に積み重ねていくことが重要である。脳の中で起きていることを把握することはできない。特に、脳損傷の場合は、本人も周囲も理解できないことが多い。刺激と反応との関係を理論化した学習心理学の基本的理論が通用しないことが多く、系統的、あるいは予想をたてるといったことができない。とにかく、プラスと考えられることを繰り返し、繰り返し、試していく。そして、残っていくものを積み重ねていくことが重要となる。

また、家族や周囲の人達の見方や考え方も新しく組み立てる必要がある。視覚障害のリハビリが始まると、できることが、一つ、また、一つと増えていく。そうなると、家族や周囲の人達の期待も膨らんでいく。励ましや期待は、大きな荷物となって訓練生の肩にのしかかり、焦りや気持ちの高ぶりは、回復しつつある脳にとってはマイナスでしかなくなる。もう一つの難題は、リハビリが進むにつれて、元の状態に戻っていく様に見えることである。大きな脳の損傷にもかかわらず、回復してきたとなると、家族や周囲の人達の接し方、言葉使いや表現が元のように戻っていく。これが訓練生の混乱の火種になりそれまでの訓練成果が、積み重ねてきたものが壊れてしまう。日本ライトハウスでのリハビリは、家族や周囲の人達に訓練生の変化していく姿を見てもらいながら理解を深める手助けをすることが重大な課題である。

#### 4. その他の慢性疾患、難病を持つ視覚障害者

それぞれの訓練生は、一つあるいは複数の慢性疾患を抱えて、視覚障害のリハビリに取り組んでいる。指導員は、訓練生の医療情報を参考に、それぞれの訓練生に適した訓練の提供を考えなければならない。

たとえば、高血圧症の訓練生の場合には、歩行訓練の前に血圧を測定し、自分の身体の状態を自分で知る姿勢を持ってもらうことや、冬の外出時には深呼吸等の準備運動をすることを習慣化できるように助言する必要がある。

指導員が注意しなければならないことは、訓練生からの身体状況についての質問に安易に受け答えしないことである。指導する場合には、ある程度の医療的知識を持つようにしてはいるが、素人の判断や指示は十分すぎるほど慎まねばならない。内服薬は複数、慢性疾患の症状も複数、原因不明の難病を抱えているのであれば、病状が安定しているという意味での健康（動ける）である。状態に変化があれば、主治医の診断や指示を受けた上で、その時々の最良の道を選択しなければ、その日一日が、全ての可能性を消し去ってしまうかもしれない。そういった「あやうさ」を持った人達とつきあっていることを知り、障害の克服よりも、人に注目して、「生きること」に目をむける手立てを考えなければならない。

### III. 第2生活訓練部で訓練を受けた訓練生たち

1992年から1995年までの間に第2生訓で訓練を受けた訓練生の人数や性別、障害等級等を整理すると以下のようになる。1996年9月現在の入所者の男女比は、1：1であるが、これまでの入所者数をみると、男性の比率が非常に高い（表1）。年齢的には、中高年者にかたよっている。これは、成人病といわれる糖尿病が原因で、視覚に障害が生じた訓練生が全体の48.4%（表4）と一番多いことが原因と考えられる。年齢が低いインスリン依存型の若年性糖尿病の

表1. 男女別年齢区分（1992年～1995年）

	合計	10代	20代	30代	40代	50代	60代～	平均年齢
男性	56人	2	7	12	16	16	3	42.66
女性	33人	2	8	7	5	10	1	39.66
合計	89人	4	15	19	21	26	4	41.55

表2. 視覚障害等級別区分

	総数	1級	2級	3級	4級	5級
男性	56	33	13	4	4	2
女性	33	17	13	0	2	1
合計	89	50	26	4	6	3
%		56.2	29.2	4.5	6.7	3.4

訓練生は、この4年間で2名であったが、今後増加する可能性が大きいと考えられる。

視覚障害の程度に目をむけると、第2生訓の入所者は、大半が1・2級である。重度の視覚障害の割合としては、85.4%にも達する（表2）。

障害等級別では表に現れないが、脳損傷の弱視者では、検査結果で3級、4級と判定されても、普通「見える」ことが、実際に見えるという認知につながらない場合があり、指導や寮生活では配慮が必要であった。また、慢性疾患や難病が原因の訓練生の場合は、日によって視力が変化するため、行動面のみならず心理面でのケアも重要な課題である。

第2生訓の訓練生は、医療機関や福祉事務所から日本ライトハウスでのリハビリの情報を得て、リハビリを受けるようになった場合が多い。そのため、日本ライトハウスの所在地である大阪市を中心として入所者が分布し、地域的特色が認められる。

このような特色が認められる原因としては、関東地方を中心にリハビリの施設が充実してきたこと、地域に密着したリハビリの提供が進んできたことが考えられる。次に考えられることは、視覚障害者のためのリハビリについての情報が、十分ではないことである。つまり、医療機関や福祉事務所からしか情報が得られないためである。今後、十分な情報の提供と、リハビリについての理解を深める方策が、検討されなければならないと考えている。第2生訓の訓練生は重症の慢性疾患や難病、大きな脳損傷があるため、それまで治療を受けて

表3. 出身地・出身地域別区分（1992年～1995年）

総 数	大阪市	大阪府	兵 庫	奈 良	滋賀 三 重 京 都	北 陸	中 国	四 国	九 州
89人	27	24	17	7	3	5	3	1	2
%	30.3	27.0	19.1	7.9	3.4	5.6	3.4	1.1	2.2

表4. 視覚障害原因別区分（1992年～1995年）

	人数	%
糖尿病（糖尿病性網膜症）	43	48.4
ペーチェット病	12	13.5
脳損傷（脳腫瘍）	13	14.7
脳損傷（脳内出血・脳血管障害等）	9	10.2
脳損傷（外傷性・交通事故等）	2	2.2
緑内障・白内障（微細脳損傷）	1	1.1
膠原病	2	2.2
サルコイドーシス	1	1.1
多発性硬化症	2	2.2
エーラスダンロス症候群	1	1.1
ウェゲナー肉芽腫症（気道切開）	1	1.1
先天性視神経萎縮（ネフローゼ症候群）	2	2.2
合 計	89	100.0

いた医療機関と主治医との連携をとりながら、訓練を進めていく必要がある。そのため、大阪から遠距離の訓練生の場合、近郊の訓練生と比べるとリスクが大きくなる場合があり、このことからも、地域でのリハビリが重要となることを知らせていく必要がある。

第2生訓の訓練生は、表4のような疾患や外傷等が原因で視覚障害が生じている。糖尿病性網膜症が、原因の約半数を占めている。 $\frac{1}{4}$ が脳に何らかの損傷がある場合で、残り $\frac{1}{4}$ がベーチェット病を含む難病ということになる。

今後、国民病と呼ばれている糖尿病が原因で視覚障害になるケースが増加することが予想される。また、救急医療の発達によって重大な交通事故での救命率が上昇し、頭部外傷による脳損傷の視覚障害者の増加が考えられる。

現代は、医療の急速な発達の時期であり、医療の発達や進歩に合わせるように、救われた人達への自立や自己実現の手助けに取り組まねばならないと考えている。

#### IV. 課題と施設の限界

##### 1. 心と身体の関係から

「病は気から」という諺がある。第2生訓に入所すると、訓練生達は適度のストレスと達成感、目的意識と目標の設定といったことで充実した毎日をおくようになる。自分の可能性が見えはじめることや、楽しいことに没頭していると心と身体が安定していく。「病は気から」という諺が、目の前で生きている。これは、リハビリのプラスの面であり、訓練生達の生きる姿勢はどんどん変わっていく。

訓練生達の訓練課題から受けているストレスが、許容範囲の内は問題なく安定しているが、課題がより困難なものになっていくと安定が徐々に失われていく。目標が高い場合には、ストレスとともに大きくなっていく。例えば、盲学校や国立視力障害センターへの進学を希望する場合には、受験の時期が近づくにつれ、ストレスが大きくなっていく。

第2生訓でリハビリを受ける場合、1年をめどにしているが、修了時期が近くと、日本ライトハウスでの生活が終わることや修了後の生活の漠然とした

不安が、心と身体の安定を失わせる。

近年、ストレスが心と身体におよぼす影響について研究が進んできている。大きなストレスにさらされると、免疫力は低下し、身体的緊張状態は、血糖の上昇を生み、心臓を軸とする循環系の失调を引き起こす。また、自律神経系のバランスが崩れ、胃腸等の消化器系にも深刻な影響が生じる。糖尿病の悪化の過程や難病の陰には、解決されないストレスが見え隠れしている。

ストレスへの対処は、原因の究明と消去であるが、第2生訓の訓練生の場合には、ストレスとその原因が大きく多様でリハビリと並行して処理できるものではない。第2生訓でできることは、ケースワークの充実とカウンセリングやリハビリによる自己修復の促進であり、自律訓練法等のストレス低減のプログラムの実施である。これらのこととは、どこまでいっても自己修復の過程の手助けであり、間接的な関わりに留まってしまう。これが施設の限界であり、そのためにも、具体的な働きかけを、家族や周囲の人達から、そして、地域社会から行なうことが大切になってくる。

入所施設の持つもう一つのストレスは、家族や周囲の人達から遠く隔たっていることから生じる「絆の喪失」というものがある。これは、「単身赴任の父親達は病気になりやすいのは何故か」、という研究の中で確認されたストレスの一つである。入所施設においても同様のストレスが見え隠れしている。遠方からの訓練生も帰省する期間をつくり、絆の確認をすることで、このストレスの状態を改善することができる。また、このような期間は、集団生活からのストレスを低減させる効果も期待できるため、リハビリには欠かせないものと考えている。

## 2. 訓練生とその人を取り巻く人間関係から

経済的課題や人間関係などを直視しなくともよい施設での生活は、訓練生にとって非常に安定したものである。しかし、自分自身の目の前にある様々な課題を見ない限り社会的自立は望めない。様々な課題や問題は、家族との生活や地域での生活の中で自ら解決しなければならない。訓練生達は、糖尿病や難病の治療過程で長い闘病生活を送ってきており、視覚障害まで進行していると、本人と同じように、家族や周囲の人も辛い時期をおくっている。リハビリが修

了するまでの長期間、家を留守にしていると、訓練生ぬきのリズムで家庭が動いてしまい、訓練生の帰る場所がなくなってしまう。また、家族や周囲の人達も視覚障害の不便さや訓練生の持つ可能性を理解できなくなる。これでは、リハビリの目標である社会参加が壊れてしまう。

この問題を解決する手段として、訓練生が週末に帰省するとか、家庭に戻る期間を作ることで、視覚障害者が家族や周囲の人達の中にいて、姿が見えている状態を作ることである。また、家族に視覚障害についての理解を深める機会を作り、障害体験を含めた学習会や行事の参加を進めていくことも効果的である。寮に訓練生が宿泊しているだけの入所施設ではなく、視覚障害者とその人を取り巻く様々な人間関係の中で、リハビリがダイナミックに組み立てられていく施設でなければならないと考えている。

訓練生を帰省させることは、人間関係の修復のみならず、主治医との関係を強め、慢性疾患から生じる様々なリスクの解消の期間でもある。

糖尿病で食事療法・運動療法・インスリン療法を並行して受けている訓練生を考えてみよう。施設に入所すると、1日に5,000歩から10,000歩の移動距離が日常生活の中で生じる。治療の指針は、普通の家庭生活の中で組み立てられたものであり、施設で生じる運動量を考えには入れていない。施設入所になれば、摂取カロリーやインスリン注射の単位が変更されなければ、低血糖が起こりやすくなる。安定した身体の状況を作らなければ、リハビリは前進しない。どうしても、主治医の診断と助言を得なければならない。そのためには、帰省期間が、必要かつ重要であると考えられる。

### 3. リハビリ修了後の道について

リハビリの修了後は、「何をするのか」、「何ができるか」が、訓練生にとっても、施設にとっても大きな課題である。訓練生の身体の状態が安定しさえすれば、可能性は拡がっていく。しかし、訓練生が、自分自身の抱えている病気を目を向けようとしない限り、その可能性を自分自身で壊していく。糖尿病の食事療法を維持するためには並大抵の努力ではできないし、今日できることを明日に延ばすという生き方はなかなか身につかない。リラックスして生きていこと、目的や夢を実現するための忍耐とプラス思考は、今の自分自身の中に

カギがあることを訓練生自身が知る必要がある。

近年、インスリン治療を受けていたる視覚障害者が自己注射できる場合、理療科への進学が可能となった。そのため、糖尿病であっても理療免許取得の可能性が膨らんでいる。しかし、施設開所後、あまり年数がたっていないので、まだ未だ未知の要素が大きいと考えている。理療免許取得を目指す道は、20人(29.0%)の修了生が選択した進路である(表5)。

表5. 修了者の進路(1992年~1995年)

進 路	人 数	(%)
就職(理療)	1	1.5
就職(一般)	0	0
原職復帰	3	4.3
自 嘗	0	0
大学進学	0	0
盲学校進学(理療科)	8	11.6
施設進学(理療科)	12	17.4
他施設入所	3	4.3
内部施設移行	4	5.8
家庭復帰	38	55.1
その他の	0	0
職業訓練移行	0	0
修了者合計	69	100
退 所 者	7	

人数にして、38人（55.1%）の修了生が家庭に復帰していった（表5）。家庭にもどるというと、何もなかったかのような印象を持つが、家族や地域の中で生きていくことは、意味ある選択である。ただ、その内の何人かは、重症の慢性疾患や自己免疫疾患をかかえており、選択の道が閉ざされいた。重症の人達が増える傾向があるため、生きていく上での「質の向上」や生きる「張り」といったものに目を向けつづリハビリを展開することが、これからの中2生訓の課題である。また、単身者や人工透析等の重症者が、安全に生活できる場の確保や地域サービスの充実も必要と考えている。その中でも、早急に実現して欲しいものは、毎日の食事の提供である。安定して食事が供給されれば、安定した生活をおくることができる。生活が安定しきさえすれば、社会参加の可能性も広がるものである。

授産施設への移行者は、7人（10.1%）であった。仕事をしたいが、自分自身の身体や疾患の状態から、一般企業等で仕事ができないと判断し、選択した道である。ただ、治療しながらの施設利用は難しく、受け入れ可能な施設はまだ少ない。

自分自身の人生をどう組立てていくかによって、選択できる道は増えてはいるが、十分ではない。家族や周囲の人達、大きくいえば社会が、心の状態を含めて、慢性疾患や脳損傷を理解し、援助や協力ができることが期待される。

## V. まとめ

第2生活訓練部は、視覚障害者のリハビリテーションを実施している施設であるが、対象者が慢性疾患や難病、脳腫瘍等をかかえているため、病院のように生と死が見え隠れするといった特徴がある。訓練生達は、一日一日の「生」の中でいろいろなものを学びとろうとしている。しかし、「太く、短く」という生き方の人達には、リハビリテーションセンターで身につくものは何もないと考えている。視覚障害、病気、人間関係等から目を背けている限りは、自分自身を見つめることができない。つまり、心と身体の安定を自分の力で獲得することができないということである。自分自身に目を向け、自分自身を知り、自分の可能性に果敢に取り組んでこそ、リハビリによる前進が始まると考えて

いる。我々にできることは、自ら立ち上がり、歩き出そうとする人への手助けでしかない。

糖尿病、自己免疫疾患等の難病の影には、ストレスが見え隠れしていると言われている。最新のストレスについての研究は、心と身体の結び付きの重要性を明らかにしている。「病は気から」という日本の諺が、科学の力で解明され始めている。リハビリを受けている間は、学びの緊張感と楽しさ、毎日の充実感から心と身体がとても安定していく。リハビリを受けている間に、安定した中で自己修復を進めて欲しいと考えている。

脳についての研究が進み、医療が進歩した現代では、頭部の重大な外傷や脳腫瘍でも、命が守られるようになった。脳に重大な損傷を持って生きていく人達への援助やりハビリはまだ十分ではない。脳梗塞のリハビリ等、手足の機能回復のためのリハビリや言語障害についてのリハビリは、質、量とも向上してきている。しかし、視覚障害についてのリハビリは、何もないに等しいと言える。脳損傷からの視覚障害を持つ人達のリハビリは、時間をかけてゆっくりと、それぞれの人のリズムで根気よく進められなければならないし、家族や周囲の人達の十分な理解なしにはうまく生きていくなくなる。糖尿病や難病等の慢性疾患をもつ人達にも共通することであるが、家族や周囲の人達、そして、社会が、人を人として暖かく見守り、病気をもった人、障害をもった人を受け入れ、互いに理解し合うことが、今、必要であると考えている。

#### 参考文献

- L. ジョン・メイソン 菅原はるみ訳 1987 ストレス・リダクション法. 日本教文社.
- 久保田競他 1985 脳の手帳. 講談社ブルーバックス.
- 小暮久也 1993 脳損傷の理解. メディカル・サイエンス・インターナショナル
- 塩川優一編 1977 難病必携. 第一出版株式会社.
- 塩見文俊、江原嵩 1993 糖尿病と神経症状・精神症状—臨床の手引き. 新興医学出版社
- ジャック・アディントン 叉村絢訳 1993 人生が面白くなる心理学. 日本文

教社.

- 高田明和 1989 「病は気から」の科学. 講談社ブルーバックス.
- 高田明和 1992 「病は気から」の科学PART 2. 講談社ブルーバックス.
- 高田明和 1995 「病は気から」の科学PART 3. 講談社ブルーバックス.
- 高田明和 1991 心のストレスがとれる本. 光文社.
- 中原英臣、佐川峻 1995 感染するとはどういうことか. 講談社ブルーバックス.
- 橋本信也 1991 難病の事典. 小学館.
- 平田幸正編 1992 からだの科学 [増刊] 糖尿病. 日本評論社.
- 星恵子 1993 ストレスと免疫. 講談社ブルーバックス.
- 森昭胤編 1991 脳 100の新知識. 講談社ブルーバックス.
- 松岡健平監訳 1993 糖尿病の生活ガイド第3版. 医歯薬出版株式会社.

## ■住みよい環境づくりを実現するために…



磁気誘導と音声案内による一人歩きに

### ■視覚障害者誘導システム HANMYO<sup>(みちしるべ)</sup>

目標物の確認と道案内は

### ■音声標識ガイド・システム

音声・触知・点字によるトータル・インフォメーション

### ■サイン・システム



池野通建株式会社

福祉システム開発部

〒114 東京都北区東十条2-5-5 桜木ビル ☎03(5390)1661  
本社 〒114 東京都北区東十条2-13-9 ☎03(3313)6111(大代表)