
国立福岡視力障害センターにおける生活訓練課程の現状と課題 —10年間を経過して—

国立福岡視力障害センター指導課

上田幸彦*

1. はじめに

平成2年度にスタートした生活訓練課程も平成11年3月をもって10年が経過した。この10年間で訓練内容・訓練体制・評価法等、試行錯誤を繰り返すうちに、現在の「福岡視力障害センターの生活訓練課程」という形が出来上がったようと思われる。ここでこれまでの経過を振り返ると同時に問題点・課題を明らかにして、今後更に良いサービスの提供できる生活訓練課程にするには何をすべきかを考える必要があると思われる。

2. 10年間の概況

福岡視力障害センターは九州・沖縄全県と山口県を対象としている。1期6ヶ月の訓練コースであり各期の定員は10名である。これまでの10年間で18期が経過した。この間に生活訓練課程に入所した者の人数は135人であり、修了した者の数は131人（男性96人、女性39人）である。治療優先等の理由により修了できずに中途退所した者が4名あった。年齢別に見ると男女ともに40歳代が最も多く（図1）。障害別に見ると網膜色素変性症が最も多く、ついで視神經萎縮、糖尿病網膜症の順となる（図2）。視力別に見ると「全盲・光覚」の群と「0.01～0.1」の群が多いことが分かる（図3）。また視覚障害のみでなく他の障害を併せ持つ者も多く入所した。その内訳は表1の通りである。これらのケースには従来通りの訓練ではなく、それぞれの障害を考慮した訓練が必要であった。

*うえだゆきひこ 国立福岡視力障害センター 〒819-0165 福岡市西区今津4820
電話 092-806-1361 FAX 092-806-1365

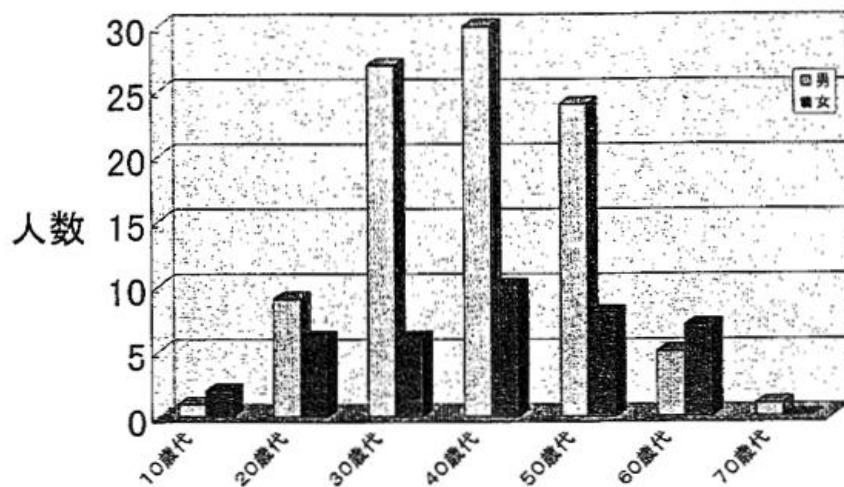


図1 年齢別入所者数

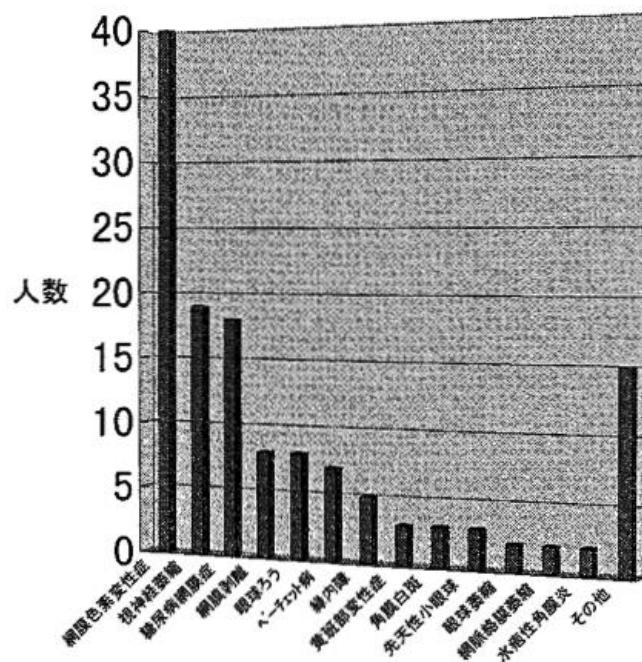


図2 眼疾患別入所者数

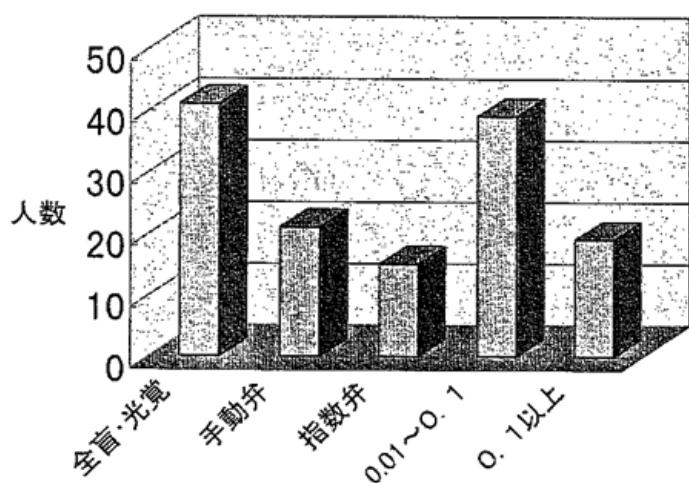


図3 視力別入所者数

生活訓練課程修了後の進路別に見てみると（図4）、本センターの理療教育課程が最も多く、ついで家庭復帰の順となるが、男女別に見ると女性においては理療教育課程に進む者より家庭復帰の方がわずかに多い。

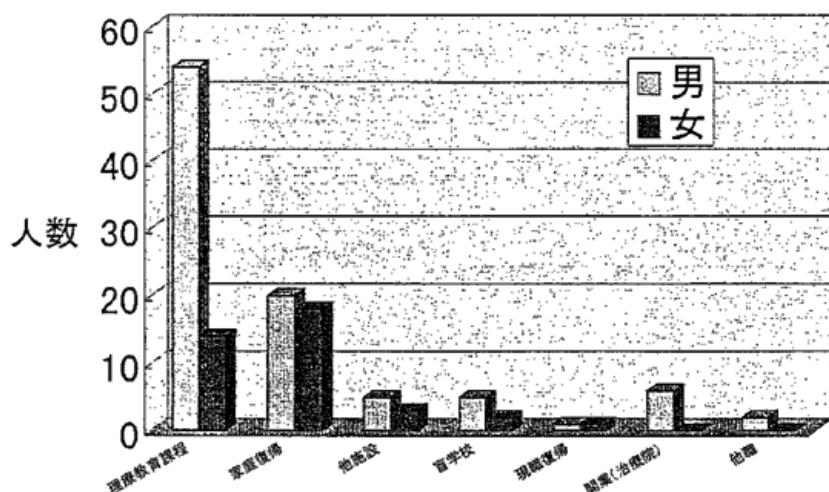


図4 進路別修了者数

3. 訓練内容

現在の生活訓練課程の訓練内容は図5の通りである。この内容は平成2年度のスタート時から若干の変更が為されながら現在に至っている。スタート時には行う予定であったオプタコンはほとんど実施することではなく自然消滅し、またカナタイプは平成10年度からはずされている。これは時代の趨勢として音声ワープロが一般的になってきたことと、カナタイプの機器自体がメーカーで製造中止になったことによる。それとは逆に当初は歩行訓練や日常生活訓練の中で適宜行われていた感覚訓練が平成6年頃から単独の訓練としてプログラムに組み込まれている。夜間歩行訓練も平成6年頃から積極的に取り組まれるようになり、現在では特にロービジョンに対しての夜間方向訓練は歩行訓練全体のかなりの割合を占めるようになっている。また始めのうちは時間外に行われていた障害受容が不十分な者や訓練が順調に進まず心理学的介入が必要な者に対しての心理面接も、平成9年度から臨床心理士によってプログラムの中で行なわれるようになってきている。

4. 訓練体制・スタッフ

福岡センターの訓練体制で特徴的なことは、全ての課、つまり指導課・教務課・庶務課が訓練に関わることである。これは平成2年度から生活訓練課程を始めるに当たっての三課の合意事項であった。具体的にはほとんどの訓練は指導課が行うが、コミュニケーション訓練は教務課、調理訓練・栄養指導は庶務課が行うというものである。これは生活訓練を導入するに当たって指導課だけに負担が集中しないようにと考えられてのことであった。いつか時期が来たらこの体制を見直そうとのことでスタートしたが、現在でもこの体制には変わりがない。しかし訓練が三課にわたることにより様々な弊害も生じている。これについては後に述べる。指導課は全員で10名であるが、生活訓練に直接に関わるのは、業務係長、保健指導専門職以外の8名である。この中に課長、主任も含めて歩行訓練士が7名おり、入所者10名の歩行訓練を担当する。原則としては歩行訓練はマンツーマンであるが、歩行訓練士より入所者が多い場合はロービジョン

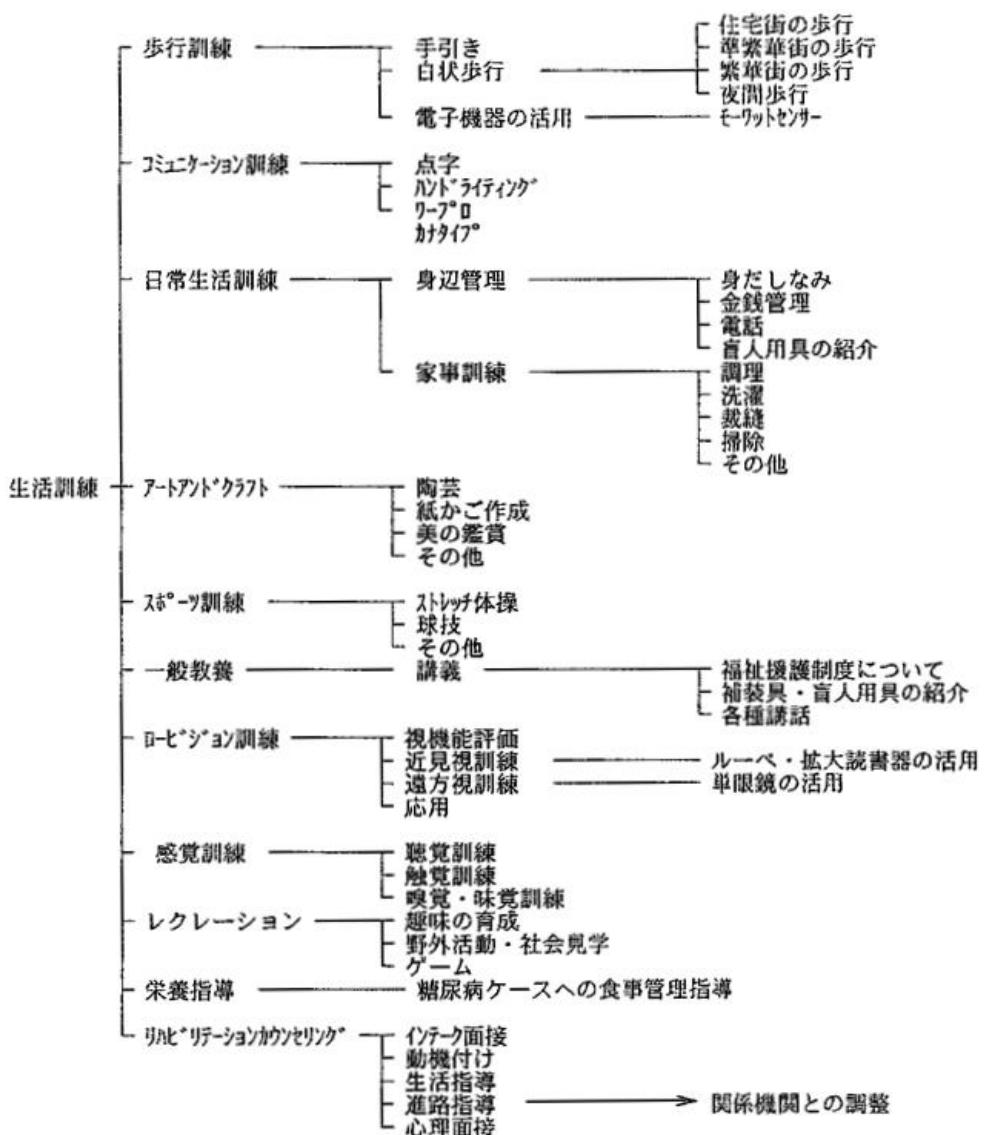


図5 生活訓練課程の訓練内容

ケース2人に対し訓練士1人の形で対応している。日常生活訓練は2名の女性職員が全員に対して行っている。

調理訓練は庶務課が依頼した外部講師が行い、糖尿病ケースへの栄養指導は庶務課の管理栄養士が行っている。コミュニケーション訓練は教務課20名の職員が1年間の前期と後期、各10名ずつで点字、ワープロ、ハンドライティングを行っている。

5. これまでの到達点と問題点

この10年間は確固たる自信もないままに、自らの実践と外部からの様々な情報を手がかりとしてここまでなんとかこぎつけてきたといえる。そこで我々もこれまでの10年間の実践を振り返るために、修了生全員に対してアンケート調査を実施した。その結果の詳細については後日報告するつもりであるが、修了生からの生活訓練に対する感想は概ね「満足している」であった。また訓練開始前と修了時期に実施している心理テストからは、生活訓練によって不安、劣等感が低下し、情緒が安定するという結果が出ている。これについても後日報告するつもりである。

表1 重複障害ケース

障害名	人数
聴覚障害	3
下肢障害	2
半身運動知覚障害	2
軟骨異常症	1
記憶障害	1
精神障害(ツーレット症候群)	1
指欠損	1

また表1に示したような重複障害ケースや処遇上困難さを抱えるケースも受け入れてきたわけであるが、それらに取り組み、ある程度の成果をあげられたことは我々の自信につながったと思われる。

例を挙げれば

- 聴覚障害を併せ持つケースが2例あった。そのケースに対しては歩行訓練士が手話を交える等のコミュニケーション手段を工夫することで訓練を可能とした。
- 現職復帰をしたケースが2例、理療以外の職に就職したケースが1例あった。視覚障害者の職域開拓の必要性が叫ばれて久しいが、理療以外の職に就くことは現在でも非常に困難な状況である。そんな中で3例が可能となった。その過程ではケースワーカーの職場との頻繁なやりとり、本社との交渉、現場

に出向いての職場環境の調整・機器の紹介と導入、職業安定所職員との連携、本人のやる気が失われそうになることを立て直す等の相当な努力を必要とした。

○入所が困難なケースに対して、病院まで歩行訓練士が出向いて訓練を行ったケースが2名あった。それにより病院内での移動や日常生活動作が改善され、本人の看護婦に依存する度合いが大幅に減少した。また病院関係者へも視覚障害者の生活訓練をアピールすることが出来た。

○頭部外傷により記憶障害を持つケースが1名あった。各種文献や、以前そのケースが利用していた訓練施設からも情報を聴取し、メモの利用、記憶のための訓練、現実的・具体的な訓練を徹底して行う等により本人も理療教育課程に進むという現実的な目標を持てるようになった。

○大腿部切断ケースや骨異栄養症により身長110cmに満たないケースにも従来の白杖歩行のテクニックをアレンジして指導することで単独歩行が可能となつた。

これらの経験から、かなりの困難ケースでも訓練可能であるという自信を訓練士も得ることができた。しかし、10年間で残ったものは良い面ばかりではない。10年経過しても解消されることなく次第に露わになってきた問題点も存在する。

それは、

ア、三課協力体制のためにコミュニケーション訓練は教務課が行うこととなつたが、教務課は理療教育課程の授業を持っているために生活訓練のために割ける人数と時間が限られている。その為にコミュニケーション訓練は集団訓練となる。特に点字においては集団訓練であるだけでなく、指導する職員が毎回代わるために、訓練内容が重なっていたり、あるいはある段階が飛ばされていたりということが生じている。訓練士同士は密に連絡をとろうとしているが、この方法では訓練効果を挙げるのには限界がある。特に能力が低い者にとってその悪影響が強く現れ、6ヶ月経過しても実用レベルに達しない者、理療教育課程で点字による学習ができない者も排出することとなっている。またコミュニケーション訓練をやれる時間帯が午後の5、6時間目と限られ、それによって全体の訓練プログラムを組むことにおいて融通性が失わ

れることとなっている。

イ、訓練をほとんど担っている指導課における問題点は、前に述べたように、行わなくなった訓練よりも新たに開始された訓練の方が多く、その為に指導課職員は生活訓練に費やす時間が次第に増え、現在では1日のほとんどを訓練に費やすこととなっていることである。それにより理療教育課程入所生に対しての生活指導、ケースワークの時間が取り難くなっている。問題を持つケースに対して事前に早期から介入することなく、問題が発生してからの対応に終わってしまうことになりがちである。

夜間歩行も導入されており、それに対しては残業という形で対応しているが、明らかに業務量としてはオーバーワークであり、訓練士の疲労・ストレスは解消されないまま持ち越されることとなっている。

ウ、訓練評価の方法が曖昧である。現在の評価は5段階（表2）であるが、この評価基準は訓練目標と実用性と技能到達度が混交しており、実際に技能がどれだけ獲得されたのかが明確にならない。その為に修了の判定において、そのケースが進む進路において実用的な技能を獲得しているか否かの議論が漠然としたものになってしまっている。時には修了させるのだからと「2」の評価を「3」に変更することも行われることがあった。

表2 生活訓練課程における評価基準

- | |
|--------------------------------------|
| 5. 訓練目標を達成、実用的かつ応用的に活用できる |
| 4. 訓練目標は概ね達成、実用的に活用できる |
| 3. 訓練目標未到達な部分はあるが周囲の援助や今後の努力で実用可能である |
| 2. 訓練で習得したことを実用するには不十分な状況である |
| 1. 実用には程遠い状況である |

6. これからの課題そして理想

これからの福岡視力障害センターの課題は以上のア、イ、ウの問題をまず解決することである。

問題点アに対しては教務課と話し合い、マンツーマンの点字訓練を可能にする体制を組む必要がある。

問題点イに対しては指導課内で議論をし、まず最低限必要な訓練は何か、ブ

ラスアルファで良い訓練は何かを明らかにすることが必要である。マンパワーにも時間にも限りがあるわけであるから、まず「そのケースに本当に必要な訓練を、でき得る限り最小限の時間で提供する、その後に時間的にも余力があるならばプラスアルファの訓練を行う」という共通の認識に立つ必要がある。訓練士としては、そのケースにできる限りのことをしてあげたいという誘惑にかられることはよくある。生活の質も限りなく向上させてあげたいと思いがちである。しかしそれは訓練士とケースが「対等」の立場に立った関係ではなく、一方的に「与える」関係である。ケースのニーズを客観的に把握し、そして、我々が現実的に提供できるサービスの限界をよく知った上で訓練を提供するという「対等な関係」による訓練体制を組んでいく必要がある。

この2点を可能にするためにも問題点ウにあるような曖昧な評価ではなく、まず訓練効果の評価法（技能レベル）の確立、そして各進路において求められる技能レベルの明確化が急務である。それらが明らかとなれば、必要なレベルに達成するために、より効率の良い、無駄の少ない訓練をいかに行うのかについての検討が可能となる。

そしてそれらが確立された後に、さらに質の高いサービスを提供しようとするならば、各訓練士の質の向上が必要となってくるだろう。

これからの中長期は、以上のような課題を解決しながら、将来的にはケースの地元に出向いての歩行訓練や職場に出向いて早期から介入することで現職復帰や継続が可能となるような訓練等、個々のケースに合わせた柔軟な動きが可能な体制を組んでいくべきであろう。