

# 中途視覚障害者の援助方法

— その固有性と普遍性をめぐって —

A Study of Support Methods for People with Acquired Visual Disabilities

柏 倉 秀 克

Hidekatsu KASHIWAKURA

## はじめに

中途障害者の抱える問題を緩和するためには、どのような援助が求められているのだろうか。これまでの研究を通して筆者は、配慮すべき二つの側面があると考えている。一つは、専門家によるものであれ非専門家によるものであれ、精神的にも社会的にも孤立しがちな受障者の問題を多方面からとらえ、受障者が自ら歩みをはじめめるための「援助」となっていること。もう一つは、程度の差こそあれ、すべての中途障害者が直面する心の問題に適切に対応した「援助」であること。

本稿では、上に挙げた二つの側面を念頭におき、援助方法の検討を進める。はじめに、中途視覚障害者の内面的な問題（心の葛藤など）に対してどのような援助がなされるべきかを検討する。次に筆者が過去に実施した援助事例の検討をふまえ、この問題の解決の糸口となる援助方法を総合的に考察する。その際、視覚障害分野における代表的な研究として関宏之氏を取り上げ、本研究との比較を試みる。その上で中途視覚障害者の自立をどのように支援するのかを検討し、その前提となる受障者の心の問題に配慮した援助のあり方を考察する。最後に援助の担い手として期待

される医療・福祉の専門職や非専門職を取り上げ、その役割と援助方法について検討する。

## 1 心的困難の緩和を促す援助方法

### (1) 他者の支援が心的困難の緩和に与える影響

ピア・カウンセリングやピア・サポート、セルフヘルプ・グループ内においてなされる相互支援が障害者に与える効果は、各方面で実践的な報告はなされているものの科学的な裏付けを示した報告は限られている。澤俊二氏は、運動機能系の中途障害者を対象にメンタルヘルスと他者（同一障害の仲間を含む）による支援との関連を科学的に分析した。その結果、仲間によるソーシャル・サポートが中途障害者の障害受容に有意に影響を与える知見を得ている<sup>1)</sup>。しかし中途視覚障害者を対象とした研究は見られない。

筆者は中途視覚障害者の心的困難が自立へ向けた足取りの大きな妨げとなっていることに着目し、心的困難の緩和と他者による支援の関連を分析した。中途視覚障害者を支援する臨床現場において受障者と直接関わり合う家族、友人、同一障害の仲間からなされる情緒的な支援は、受障者のメンタルヘルスの安

定、回復に効果的であるとの指摘が経験的になされてきた。このことを実証的に検討するため中途視覚障害者のメンタルヘルスと受障者の家族や同一障害の仲間によるサポートとの関連を分析した<sup>2)</sup>。

メンタルヘルスの測定は、調査対象である中途視覚障害者の内面的な問題に迫る内容となっており、協力を求めることが極めて困難な調査となった。そのこともあり、総調査対象者数は58名という限られたものとなっている。筆者は、受障者を支えるさまざまなサポート源から「家族」と「仲間（ピア）」を取り上げ、それぞれのサポートがメンタル面に与える影響を分析し、その結果を比較した。数的な限界はあるにせよ、調査結果はメンタルヘルスと他者のサポートとの間に有意な関連を示していた。この調査では、受障直後に家族のサポートが有効であること、リハビリテーションが開始される段階前後に仲間のサポートが有効であることが示された。

この結果を受けて、中途視覚障害者の援助方法を検討する上で留意すべき次の諸点が明らかになった。

- ①受障直後の家族サポートは受障者の落胆（ショック症状）を緩和する上で有効であり、専門職は家族サポートが適切になされるよう、家族そのものの支援を計画すること。
- ②リハビリテーションが開始される時期は仲間サポートが受障者の心的困難の緩和に有効であり、仲間やそのグループによる相互支援が適切になされるような環境を整えること。
- ③受障後、在宅での生活を余儀なくされる受障者の生活に着目する必要がある。各種ホームヘルプサービスの利用を促すとともに、受障者が地域におけるセルフヘルプ・グループと交流できる環境を整え

ること。

## （2）中途視覚障害のリハビリテーション

目が一生見えなくなることを知った人々の多くは、精神的に重大な混乱に陥る。中途視覚障害者の援助方法を検討する前提として、受障者の内面的な問題に対する配慮は不可欠となる。さらに、受障者の将来を見通した援助となるようさまざまな社会資源を活用することが求められる。視覚障害者に対する医療・教育・福祉分野での従来援助方法は、運動機能系の中途障害者を対象に開発された方法を援用してきたものとなっており、中途視覚障害者の問題を正面からとらえた援助方法となっていない。

障害の告知（将来的な視機能障害を予告する確定診断を含む）は、医師によってなされている。障害告知が患者の心理に与える影響は大きい。医療の管理下におかれた「患者」としての受障者が、福祉サービスの受給者である「（自己認識としての）障害者」にスムーズに移行していくためにも、障害告知は適切になされなければならない。辰巳佳寿江氏は、眼科医による障害告知が適切に機能していないとする実態を報告している<sup>3)</sup>。実際、A市（政令都市）のように、眼科の専門医療機関が複数存在し、視覚障害者の支援資源が比較的充実する地域においても、医療からリハビリテーションへの移行は、必ずしも円滑になされていない。辰巳らの調査では多くの眼科医が、障害告知を実施していると回答しているが、実際には、眼科医にとってきわめて抵抗感が強い業務となっており、①告知が意図的に遅延されるケース、②曖昧な内容で告知がなされるケースも数多く報告されている。このことは、受障者の心をより深く傷つける一因とも言われており<sup>4)</sup>、より一層の改善が望まれる。

以上の流れとは別に、近年リハビリテーション過程における障害告知は無意味だとする主張もみられる。高橋らは、眼科医は障害告知をあえて行わずに、治療中から早期にプライマリー・ロービジョンケアを開始することで患者のQOLを高め、そのことが結果的に進行性の眼疾患患者の自立に効果をもたらすと主張している<sup>5)</sup>。また国際生活機能分類(ICF)の示すように疾患と障害は本来区別されるべきものであり、「疾患の告知」ではなく「障害の告知」において機能障害や活動制限、参加制約のレベルについて「告知」すべきなのではないかという問題もある。このように、障害告知の必要性は、眼科医の意識レベルでは周知となっているにしても、実践段階では共通した認識に至っていないのが現状である。自立を支援する立場にある福祉の専門職は、眼科医によって、「いつ」、「どのようなことばで」、「誰に対して」告知がなされたのかを正確に把握する必要がある。告知

の有無やその方法についての情報は、受障者の回復を支援する上で重要となる。

筆者が実施した調査で得られた知見から、眼科医療と視覚障害リハビリテーションの関係を図1-1に表した。図左の「従来型」では、医療からリハビリテーションの移行に支援の空白が見られた。この時期は、受障者にとって精神的に最もつらい時期であるにもかかわらず、受障者が自らの努力で「障害受容」を進めなければならない期間とされてきた。この時期に心理職による支援や同一疾患の仲間による相互支援を得た受障者は、心的困難の緩和が進んでいる。こうした支援を受けていない受障者は、回復が遅れてしまう場合が多い。筆者のこれまでの調査においても相談者の多くがこの時期に社会的孤立を経験しており、心理面での苦悩から精神疾患に至る事例も見られた。

こうした現状に対し、①近年眼科医療で実践されているロービジョンケアの活用<sup>6)</sup>、②

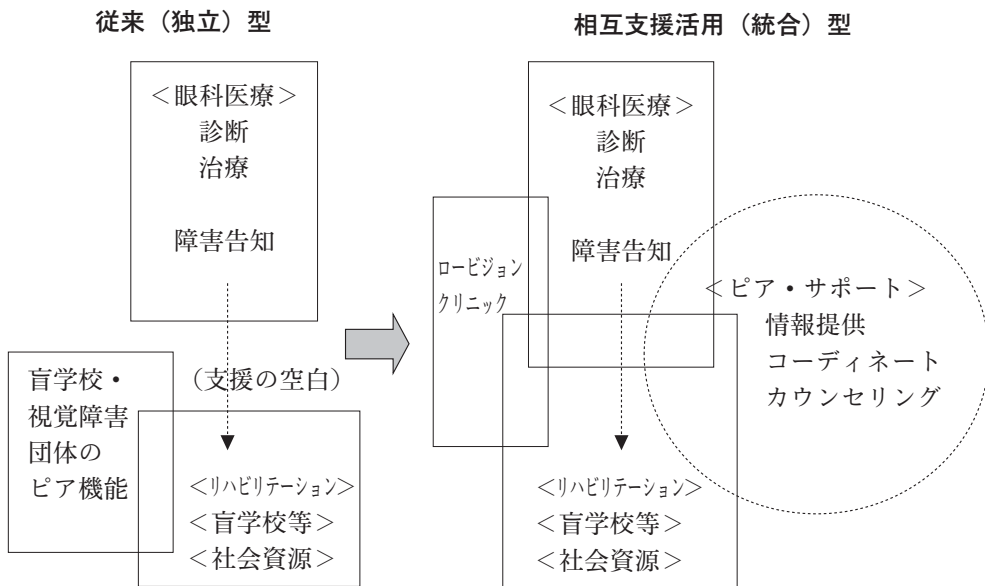


図1-1 眼科医療と視覚障害リハビリテーションの関係

相互支援を活用した支援方法を図1-1の右に統合型として表した。統合型は広い意味で、眼科医療と障害者福祉の統合を前提とした支援方法である。現状では、従来型、統合型の両者とも援助機能が十分ではなく、各資源間の連携も十分とはいえない。また医療サービスや福祉サービスの地域的な偏りも大きい。

盲学校は古くから中途視覚障害者の自立を支援してきた。本来、障害者福祉施設やリハビリテーション施設が果たすべき機能を盲学校が担ってきた。社会資源の不足する地域においては、現状においてもその役割は変化していない。視覚障害者を支援する社会資源の充実が進む地域においては、盲学校と関連資源との連携が模索されている。

### ③ 中途視覚障害者の地域生活支援

筆者は受障者の心的困難の緩和と他者による支援との関連について、受障者と直接関わり合う人々によって形成されるコミュニティ（当事者と直接関わり合う人々によって構成される心理的な意味での場）が質的に異なる2つの事例を取り上げ、比較検討した。調査した2事例のコミュニティの概要を以下に示す。

①主として家族で構成されているコミュニティ(時間の経過とともに変化)。

②主として知人や仲間が中心に構成されているコミュニティ。

両者の自立に向けた足取りは対照的な経過をたどっている。メンタル面の回復過程についても両者に大きな違いが見られた。①のコミュニティは、受障から盲学校入学に至るまでは、その中心は家族で構成されていたが、盲学校入学後は同一疾患の仲間に変化した。①のコミュニティが家族で構成されている時、メンタル面の安定は見られなかったが、コミュニティが同一障害の仲間構成されるように

なった時、メンタル面の回復が速やかに進んでいった。二人の友人で構成されていた②のコミュニティは、受障前後で変化がなかった。このコミュニティによって、②のメンタル面の安定は速やかに進んだ。さらに職業リハビリテーション期には、プログラムに参加する仲間との間で相互支援が積極的になされ、回復はより一層進んだ。

①と②を単純に比較することはできないが、少なくとも“仲間との関わり”が、メンタル面の安定に影響を与えていることは明らかである。仲間による相互支援の有効性については、すでにいくつかの報告からも明らかである。他方、家族による受障者の受け容れについては、梶原らが良好な家族関係によって障害受容が促進されることを明らかにしているが限られた報告となっている<sup>7)</sup>。

家族が受障者を受け容れる状況にない場合は深刻である。この場合、家族による受障者の受け容れを促すための支援を計画する必要がある。筆者は糖尿病がかなり進行したケースのAについて、受障から自立にいたる経過を詳細に調査し、Aに対して行われたさまざまな援助を検証し、その効果を分析した。Aが糖尿病の確定診断を受けてから糖尿病性網膜症（視覚障害）に至る期間は、比較的短期間となっている。その原因としては、初診時にすでに糖尿病がかなり進行した状態であったこと、さらに確定診断後のメンタル面での落胆から生活状態が不規則となったこと、また家族からのサポートを受けられなかったことが疾患の進行を早めた要因となっている。Aは、受障により職の継続が困難となった。精神面で不安定なAの行動は、周囲を巻き込むことが多く、家族との争いは日常的となっていた。糖尿病治療に不可欠な血糖コントロールは家族の協力が不可欠であるにもかかわらず、家族による支援は、この時期なされてい

ない。このケースの場合、適切な時期に家族からサポートを受けられなかったことが、その後の自立の阻害要因となっていた。

ピア（同一の障害のある）相談員は、①自らが受障経験を有しており、相談者(受障者)の将来を見通した支援ができる<sup>8)9)10)</sup>。②受障者にとって相談員は、さまざまな困難を経験した上で自立を果たした存在であり、将来の自分自身のモデルとなっている<sup>11)</sup>。③非障害者の前では相談しにくい内容も、同一の障害がある相談員には相談できる<sup>12)</sup>。これらの機能は、既にピア・カウンセリングの研究で明らかにされてきたことである<sup>13)</sup>。このようなピア・カウンセリングの機能に加えて、相談員の行う各種福祉資源のコーディネートは、自らの経験を最大限生かすことにより受障者のニーズに対応した質の高いサービスとなりうる。さらに就労支援や医療・福祉に関する情報提供等、受障者個々のニーズに対応したサービスを可能としている。

本研究の結果、ピア・サポートの援助効果が明らかとなったが、注意すべき点もある。

Gartnerらの著作を参考にした上で、ピア・サポートの問題点を以下にまとめる<sup>14)</sup>。

- ①非専門家の援助であり、非科学的な援助となる面がある。
- ②感情的であったり、直感的であったりする面がある。
- ③親密で熱心である反面、関係性が薄れやすい面がある。
- ④援助者は相談者と同一視してしまう傾向がある。
- ⑤ピアの仲間と過ごす居心地の良さが、地域における自立生活や社会参加を遅らせてしまう面がある。
- ⑥ピア・スタッフを確保すること、並びに各種資源に適切に配置することが困難である。
- ⑦ピア・スタッフと受障者の障害、受障原因、障害の程度等に差異がある場合、サポート効果が薄れる面がある。

以上の点を考慮しながら、地域における障害者福祉サービスにピア・サポートを位置づけていく必要がある。

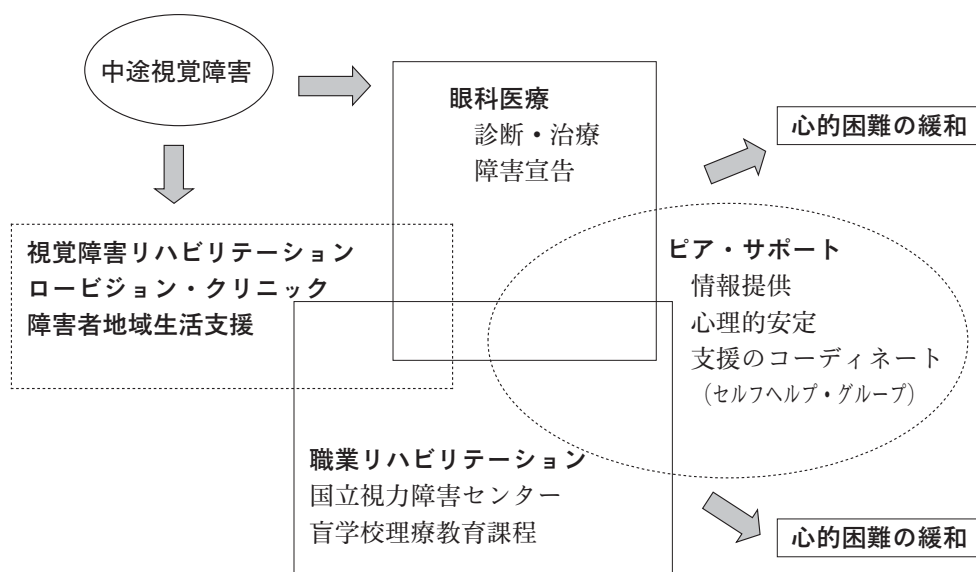


図1-2 メンタル面に配慮した地域支援とピア・サポートの位置



眼科医療（外科的治療）を終えた受障者の多くは、受障後の落胆から立ち直るため精神的に苦しんでいる場合が多い。この時期は、受障者の自立に向けた福祉的な働きかけが多方面からなされるが、社会資源間の連携が十分になされていないため、各種サービスが効果的に提供されていない現状がある。とりわけ、受障者の不安定な心の問題に配慮した支援については、援助方法として明確に位置付けられていない。

受障者の心的困難の緩和を考慮した地域支援モデルを図1-2に示した。なお、この図においては、受障後にリハビリテーションや福祉的支援を受け、職業的自立に至るプロセスが示されているが、様々な要因によりそのプロセスから外れ、あるいは高齢、全身性障害等により在宅での生活を余儀なくされている受障者が数多く存在することも事実である。またその多くが、引きこもり、またはそれに近い状態にあること。さらにこうした状況に至る原因として精神面の課題を抱えている場合が少なくないことに着目すべきであろう。

#### （4）従来の援助方法との相違

中途視覚障害者の心的困難に留意した援助研究は、限られたものになっている。運動機能系の障害者（肢体障害者）に適用されてきた援助方法を除外すると、さらに限られてくる。関宏之氏の援助方法は、中途視覚障害者のリハビリテーション現場における臨床経験にもとづく方法であるとともに、ピア・カウンセラーを取り入れた先駆的な援助方法となっている。関の援助方法と本研究を比較し、筆者が提案する援助方法の意義を明らかにしていきたい。

#### 関の援助方法<sup>15)</sup>

関によると、中途視覚障害者の心的困難は

「心理的適応」の問題であるとし、この問題の解決は、リハビリテーション体制の整備によって可能であると述べている。ただし自らの障害を受け容れることができない人に対しては、カウンセリングが必要だと述べている。ここでのカウンセリングとは、①ソーシャルワーク的な具体的解決とともに、②受障者の精神的苦痛の分析や受容といったカウンセリング本来のプロセスを無視し、施設の理念にもとづき視覚障害者としての適応を強制する場合を示している。

関はリハビリテーション（視覚障害者）施設においてカウンセラーに求められる役割を3点挙げている。

- ①視覚障害によって生ずる問題としてとらえ、それにかかわるデータの収集。
- ②対象者の提示する問題の分析、評価、診断。
- ③問題解決に向けての社会的資源の活用、発掘。

なおピア・カウンセラーは視覚障害を有するため、上記に見られるようなソーシャルワーク部門の仕事（データの収集等）は、他のスタッフとの連携が必要だとしている。関は、障害のあるカウンセラーを配置する理由として、以下の3点を挙げている。

- ①カウンセラー自身が対象者の持つ問題点を何らかの形で克服してきたこと。
- ②家族や社会の持つ態度（偏見）に接したことがあることで、対象者の葛藤やストレスを受容し理解することができること。
- ③対象者の心理的束縛を取り除き、盲目の限界や、本人の置かれた状況を（時には依存的になるかもしれないが）話すことができること

さらに関は、受障者が適応できる状況を作るためのカウンセラーの業務として、家族に対する指導を挙げている。一人の構成員の受

障が家族そのものに与える影響は大きい。離婚をはじめとする離別、家庭内での暴力行為、子の眼疾患が遺伝性であった場合の親の罪悪感や自責の念、その家族全体に向けられる近隣の好奇な目に対する反動等、受障者とその家族の悩みは深い。また、家族による受障者の受け容れ拒否や過度の保護的対応が見られる場合も多い。このようにカウンセラーが家族が抱える問題に介入することも重要な役割だと関は述べている。

なおこれまで述べたカウンセリングを実施しても効果のない事例の典型として以下の5ケースを挙げている。

- ①障害について、または他から見て明らかな逸脱を苦痛と感じていない場合。
- ②情緒的に障害を受けているにもかかわらず、それがそのまま定着した適応状況を作っている場合。
- ③ある面で強いプライドを持っている場合。
- ④基本的人格傾向や文化的宗教的態度のため、対象者と人間関係が結べない場合。
- ⑤対象者の学習能力が極端に低くて（機能的障害など）レポートが作れない場合。

#### 関の援助方法と本研究における援助方法の相違

関は障害受容による援助方法の2つの誤りとして、①社会的不利を排出している社会構造の欠陥を隠蔽している点、②障害者問題の解決を障害者自身に委ねている点を指摘している。その上で関は受障者の抱える心的困難を障害受容ではなく、「心理的適応」ととらえ直し援助方法を展開し、「心理的適応」に関する業務をリハビリテーション施設内のカウンセラーに位置付けている。

関がカウンセラーに求める機能は、①ピア（同一の障害）であることから受障者に与える好影響を生かした支援であること、②ピアのメリットを生かしたソーシャルワーク的な

支援であることの2つに分けられる。①はピア・カウンセリングと基本的に性格を同じくするものである。②については、ピア・カウンセリングの範疇に納まらない面を含むことから、ピア・サポートと呼ぶことがより適切と思われる。

関は、障害者の家族の支援について積極的な提案をしている。障害者の心的困難は、当事者自身が抱える問題だけでなく、家族や他者との関係の変化が原因することにより深刻化する場合が多い。そこでカウンセラーは積極的に家族の問題に介入する必要があるとしている。

以上の方法（関の援助方法）は、筆者が提案する援助方法と基本的に認識を共にするものである。次に、関の援助方法と異なる点について述べる。

関の援助方法では、受障者の精神的苦痛（本研究における心的困難）についての配慮が積極的になされていない。むしろ施設の理念にもとづくリハビリテーションを受けさせることが受障者の職業的自立に結びつき、それが結果的には受障者の「心理的適応」につながるとする。つまりリハビリテーションを通じた職業的自立が受障者の抱える問題の解決につながるという思想が、関の援助方法の根底に存在する。この方法では、職業的自立に至らない人々は、支援の対象から除外されてしまうことになりかねない。

伝統的に視覚障害者の就労は、理療業に依存する傾向が強い。ところが受障後、理療業で職業的に自立する受障者は限られている。このことは同時に、理療師の国家試験に合格できない人々、理療業以外の就労を希望する人々のニーズに対し、専門職や社会資源はどのように対応すべきかを問いかける問題となっている。さらに職業的リハビリテーションに依存する援助方法を、高齢の受障者や重複障

害者に適用することは、現実的でない。

関は、同一の障害のあるカウンセラーを相談、援助に位置付けている。日本においてピア・カウンセリング事業が開始される前にいち早く、さらに視覚障害分野において取り入れた先駆的意義は大きい。関は、主としてリハビリテーション施設内の支援サービスにピア・カウンセラーを位置づけているが、筆者は事業所内のサービスに限定せず、より広い領域（障害者地域生活支援全般）への展開を考えている。

筆者が提案するピア・サポートの視点にたった援助は、受障直後の「落胆（ショック症状）」に対して効果的である。受障後の一定の時期、晴眼者（非障害者）とのコミュニケーションを意図的に避ける受障者が多い。この時期、同一の障害のあるスタッフによる相談、援助の場を設定すること、病棟内やリハビリテーション施設内の仲間による相互支援の場を設定することが受障者の心的困難の緩和、将来に対する不安からの緩和を促す。

さらにピア・サポートの視点にたった援助は、リハビリテーション期における「メンタルヘルス」の安定に効果的である。受障後、家族関係が悪化し家族と離別する受障者、就労の継続が困難となり職場を失う受障者の心的困難は深刻である。この時期、うつ症状が悪化し、精神症状を引き起こす事例、職業リハビリテーションを断念する事例は珍しくない。リハビリテーション施設や盲学校（職業課程）のスタッフは積極的にピアの専門職と連携することにより、メンタルヘルスの安定を促すことができる。このことは受障者のリハビリテーションに向けた取り組みに好影響を与えることも予想される。その際、支援機関の専門職にピア・スタッフが含まれる場合はより効果的な支援となる。

関の援助方法は、リハビリテーション施設

への入所を前提としたものであり、施設内でのリハビリテーション訓練を経て、その後の職業的自立へ向けたプロセスを想定した援助方法となっている。そのため、筆者が提案する援助方法と同一の条件で比較することは困難である。さらに関の援助方法は、1980年代に提唱されたものであり、その後の障害者を取り巻く社会環境の変化は大きい。これらの点を考慮しても、関が提案した援助方法の意義は大きい。

## 2 問題解決の方法

### (1) 援助のプロセス

受障後、家族の支えが十分受けられないため家族によるサポートをあきらめ、早期に家を出たことが、結果的に自立の歩みを速めたケースがある。他方、受障後家族支援を受けやすい環境にあるにもかかわらず、家族による受障者の受け容れがうまくいかず、回復を遅らせてしまうケースがある。受障後、家族内に生じるさまざまな問題は、時間をかけて解決していくべき課題である。支援に携わる専門職は、受障者の回復に影響を与える身近な人々の存在と、そのサポート力を適切にアセスメントする必要がある。

筆者は、これまで中途視覚障害者の受障後の経過を詳細に調査した。その結果、自立の足取りが確かな受障者の多くが回復過程において適切な支援を受けていることを確認した。受障後の各局面に対応した援助方法について以下に述べる。

### 受障直後

失明した直後は、本人さらに家族にとって最もつらい時期となる。受障者のメンタルヘルスは極めて不安定であり、受障者から目が離せない状態がしばらく続く。この時期になされる家族によるサポートは、受障者の落胆



(ショック状態)、気分の落ち込み(うつ状態)の緩和に効果的であることが明らかとなっている。支援に携わる専門職は受障者本人の心的状況を把握するとともに、受障者を迎えた家族の状況を把握し、家族によるサポート力を適切に評価する必要がある。また、家族が受障者に対する支援機能を十分果たしていない場合は、地域の社会資源と連携し、障害者を含む家族全体を支え、エンパワメントすることが求められる。支援に携わる専門職は、当事者と家族のニーズを適切に把握し、眼科医、心理職、リハビリテーション・ワーカーと連携した支援を計画する必要がある。

### 退院支援

医療的ケアを終え、混乱しながらも受障後の自分自身に向き合い、自立への道を模索し始めた受障者に対しては、心的困難の緩和に配慮した支援が重要である。この時期、受障後うつからの回復が遅れ、引きこもり状態になる受障者が少なくない。さらにうつ重症度が高い場合は、企死念慮が強まることも予想され、心理の専門職による援助が重要となる。こうした支援は、眼科医、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー(MSW)との連携による退院支援が重要となる(図2-1を参照)。

### 福祉的支援の開始

自立へ向けた中途視覚障害者の歩みは、①医療機関での相談、②福祉事務所での障害者手帳の申請、③職業安定所(特援)、障害者職業センターでの相談、④障害者地域生活支援センターでの相談、⑤リハビリテーションセンターでの相談、⑥盲学校等の職業リハビリテーション機関での相談が、その第一歩となる。

従来は中途視覚障害者を専門的に支援する

社会資源の不足が問題となっていた。今日では社会資源は増えてきたが、それらの連携が十分になされていない。中途視覚障害者を支援する地域の社会資源が連携を深め、情報交換を積極的に行い、受障者のニーズに対応した支援を計画することが必要である。支援全体をコーディネートする機能をどの資源(専門職)が担当すべきかは、地域の社会資源の状況により一概に決められない面がある。筆者の調査した地域では、障害者地域生活支援センターを中心に他の社会資源との良好な連携(地域支援ネットワーク)が構築されつつある。地域においては、社会資源の整備に差があり、地域の実情に応じた取り組みが求められている。

### 孤立しがちな障害者に配慮した支援

近年、同一の疾患患者や同一の障害者で構成される患者会、セルフヘルプ・グループが増えてきており、障害のある人々が仲間として相互支援を受ける機会も多くなっている。一例を挙げると、視覚障害関係では「日本網膜色素変性症協会(JRPS)」に代表される患者会がある。こうした疾患(障害種別)に対し、交通事故や労働災害で失明した受障者、発症率の極めて低い眼疾患患者の場合は、受障原因を共有する仲間と交流する機会が限られている。これらの受障者は、眼科病棟やリハビリテーション・プログラムにおいて孤立しがちな存在となっている。支援に携わる専門職は、孤立しがちな受障者の心的困難に配慮するとともに、医師や心理の専門職と連携しながら個別のサポートを計画する必要がある。

### 職業的リハビリテーションと自立

障害者の自立に対する政策側のとらえ方は、1949年に制定された「身体障害者福祉法」の

目的においてその本質を見ることができる。同法の目的は、身体障害者を一定の職業につけ、社会経済活動に参加させることにあるとしている。この法では職業的に自立させることが障害者にとっての自立（更生援護）を意味していた。このような背景で進められてきた中途視覚障害者を対象とするリハビリテーションは、専ら理療業による職業的自立にその重点が置かれてきた。大泉溥氏は障害者の自立は発達達成の過程を経てなされるものと述べ、自立を以下の5つに整理している<sup>15)</sup>。

- ①日常生活における自立
- ②人間関係や集団生活における心理的・精神的自立性
- ③職業生活における労働者としての自立性
- ④家庭生活における生活者としての自立性（経済的な自立性を含む）
- ⑤社会生活や社会参加活動における自立性

従来の自立支援は、大泉の「人間的自立」からすれば③に偏ったものとなっており、高齢な障害者や就労困難な重症糖尿病患者は支援の対象から除外されてきた。その背景には、職業的更正（経済的自立）を前提とした伝統的自立観が存在しており、こうした自立観にもとづく支援方法の問題点に着目する必要がある。

職業リハビリテーション・プログラムを終えた視覚障害者の多くは、理療師の国家資格を得ている。ところが就労先が見出せないケース、短期間で離職してしまうケースが後を絶たない。その背景要因の一つに、近年増加している非障害者の理療業進出がある。理療師全体に占める非障害者の割合が増えた結果、障害者の雇用条件が意図的に低く設定されるケースが増えている。さらに眼疾患の進行によるQOLの低下、進行性患者に特有の失明不安等がメンタルヘルスの低下要因となり、離職や在宅（引きこもり）に結びついてしま

う事例も多い。このような現状が各地に見られるが、視覚障害者の就労支援事業は限られたものとなっている。今後、地域における就労支援の柱として期待される「障害者就業・生活支援センター」を中心に、職業安定所の障害者就労支援部門、障害者職業センター、盲学校や国立視力障害センターの就労支援部門、障害者地域生活支援センターの相談部門が連携を深め、生活支援と就労支援を組み合わせた地域支援システムを構築する必要がある。

## (2) 援助の担い手

受障者の心に寄り添い、受障者の自立を芯から支えるためには、受障後の回復過程に即した支援が求められている。さらに福祉、医療、リハビリテーションの専門職がコーディネーターを中心に連携し、フォーマルな部門、インフォーマルな部門を問わず、各種サービスを積極的に活用することが必要となる。前者についてはコストの問題、時間や場所が限定されている等の問題があるのに対し、後者は受障者にとって身近で、日常的になされるサービスで、受障者の心の問題に寄り添うことができるサービス資源となっている。

例えばA市（政令都市）の場合、多くの視覚障害者が福祉的支援を求めて最初に訪れる相談窓口は障害者地域生活支援センター（以下、支援センター）となっている。受障直後、多くの受障者は激しい落胆（ショック症状）を経験する。退院後、引きこもり（うつ様状態）となる事例も少なくない。受障後、精神的に不安定となっている受障者の心に寄り添い、受障者の将来を見据えた援助計画を立てていくことが障害者地域生活支援の課題である。地域における援助の担い手と関連資源の構想を図2-1に示した。

医療職、リハビリテーション・ワーカー、

障害児（者）教育教員，家族や知人，セルフヘルプ・グループ，ピア・サポーターを取り上げ，援助のあり方について述べる。

### ソーシャル・ワーカー

1960年代，アメリカで開始された自立生活運動は，専門職の援助のあり方を根本から問い直す契機となった。この運動は，障害者支援の目的をADLの自立からQOLの充実へ変更するものとなった。近年この思想を発展させたものとして，障害者の自己決定権と選択権を尊重した自立理念が示されている。自立生活運動の視点から見直すと，従来の援助は専門職主導による介入とみなされ，ADLの自立に援助の主眼が置かれていた。これに対し，新たな援助観では，当事者自身が自立の目標を決定し，サービスのメニューも当事

者自身が選択するものとされ，援助の中心は当事者の自立支援におかれている。自立生活の理念をふまえた専門的な援助について小澤は，「従来の専門家ともサービス提供者とも異なり，障害者自身の思いを理解・共感できる感性が必要」と述べている<sup>17)</sup>。

中途視覚障害者支援において受障者の自立を支える視点が重要となっている。中途視覚障害者を支援する専門職には，①福祉事務所の相談窓口，②障害者地域生活支援センターの相談員，③視覚障害者関連施設の生活指導員やケア・ワーカー，④医療機関の医療ソーシャル・ワーカー，⑤その他が挙げられる。この中で，②が果たす役割に筆者は注目している。障害者地域生活支援センターの相談窓口は，地域における障害者支援の中核的役割が期待されている。

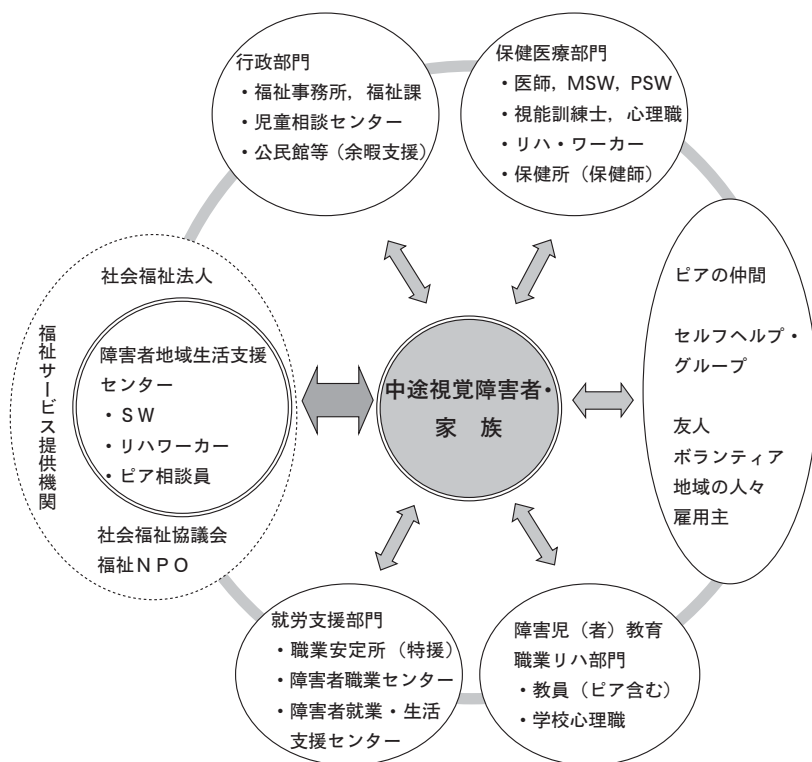


図2-1 援助の担い手と関連資源

中途障害者が地域で快適に生活する上で福祉サービスの果たす役割は大きい。さらに質の高い福祉サービスを提供するためには、各種資源のコーディネートが重要となってくる。ピアの専門職もしくはそれらを含む専門職チームによって各種福祉サービスをコーディネートすることができれば、中途障害者を芯から支える援助となるのではないだろうか。橋本は、専門職領域への当事者の参入の促進は、障害者人権運動の見地から重要な課題であると述べている<sup>18)</sup>。

- ①自分たちの職場で積極的に<当事者>を雇用し、<当事者>とともに現場で働きながら、<当事者>がもつ「障害」そのものを個性ないし職能の1つとして生かす職場と職業のあり方を研究・整備する。
- ②<当事者>による専門的な知識や技術の習得を支援する。

以上のように、ピアの専門職を支援の現場（チーム）に積極的に迎え入れることが重要であり、こうした視点を積極的に取り入れていくことが専門職に求められている。

## 医療職

受障者は受障後の一時期（ケースによっては長期間）、自己に生じた障害の問題で心を悩ませることになる。中途障害者の心の問題に対する適切な解決方法は、現時点では存在しない。これまでの援助研究では、いくつかの解決策らしい提案はなされているが確実な方法に至っていない。

解決方法の一つ目は、広い意味で時間が解決するというもの。これは1980年代に隆盛を極めた障害受容における段階理論が中心となっている。受障者に対する積極的な援助というより、受障者自らが時間をかけて立ち直っていく姿を一定の距離をおいて援助していこうとする方法である。この方法は、主として運

動機能系の中途障害者に用いられてきたものである。

二つ目は、最新の脳科学の成果を背景に医療やリハビリテーション技術を駆使して積極的に受障者のQOLを高めようとするものである。従来、「悲嘆」とされてきた受障後のうつ症状に対する抗うつ剤による積極的な治療、進行性の患者の失明不安を払拭する積極的なロービジョンケアがこの方法にあたる。これらは、EBM（Evidence Based Medicine）の普及に伴い1990年代以降、欧米を中心に積極的に進められてきた。日本においても厚生労働省が「21世紀の医療提供の姿」を公表したが、その中で質の高い効率的な医療の提供、根拠に基づく医療の提供として掲げている<sup>19)</sup>。

中途視覚障害者を支援する現場においては、上述した両者が混在する状況が続いてきたが、近年確実に後者が隆盛となりつつある。この動きに拍車をかけたのが国際生活機能分類（ICF）の普及ではないだろうか。ICFでは、個人の生活機能は健康状態と背景因子との相互作用によるものと定義している。ICFでは、前者の方法に見られた、当事者個人の努力を前提とした援助方法ではなく、障害の社会的側面との関係で問題を解決すべきと提唱する。筆者は福祉の視点で中途障害者の援助論を展開する立場であり、医療者が行うケアのあり方に対して直接言及する立場にない。ただし受障直後になされる医療的ケアは、患者の家族、地域、職業など社会的側面をふまえた援助となるよう、専門職として適切な援助を行うべきだと考える。

## リハビリテーション・ワーカー

リハビリテーションは、国連の定義にもあるように、①医学的リハビリテーション、②社会的リハビリテーション、③教育的リハビリテーション、④職業的リハビリテーション



に分けられている。①については(2)で述べた。③④については(5)で述べる。②の視覚障害者に対する社会的リハビリテーションは、生活指導の専門職によって行われる場合が多い。その内容は、社会適応訓練が中心となっており、歩行、点字、日常生活動作等の訓練によって構成される。受障者にとってこの時期は、メンタル面で不安定な場合も多く、専門職は心理面に配慮した支援が重要となる。

A市内のリハビリテーション施設の例を見ると、訓練はグループワークを積極的に取り入れた形で進められている。施設内では訓練のため通所している受障者（ピアの仲間）同士による相互支援がなされており、通所開始後にメンタル面が急速に安定する受障者が多い。さらに同施設には、ピアの専門職が専任のリハビリテーション・ワーカーとして勤務している。この専門職は、視覚障害者用情報機器の活用に関する支援を専門としているが、受障者が希望する場合、心理面や生活面での相談に応じる機会も多い。施設ではグループ内における受障者間の相互支援に加え、リハビリテーション・ワーカーによるピア・サポートがリハビリテーション・プログラムを側面から支援していることが質の高いサービスを生んでいる。

### 障害児（者）教育教員

中途視覚障害者を専門的に支援する社会資源は地域差が大きく、適切な支援を居住地域で受けることは難しい。このような事情もあり、盲学校は設立当初から自立支援機関としての役割を果たしてきた。本来、盲学校は視覚障害教育機関であり、幼稚部から小・中・高校段階の教育を担っているが、高等部に設置されている理療師養成課程については他と性格を異にしている。この課程は、伝統的に職業リハビリテーション機能を併せ持つてお

り中途視覚障害者の自立を支えてきた。

盲学校には視覚障害者が職業科の教員として理療師養成に携わっている。これらは本来、ピア・スタッフとして意図的に配置されたものではないが、現状では中途視覚障害者の相談援助に重要な役割を果たしている。筆者の調査においても、視覚障害教員によるサポートが自立の手がかりとなったとする報告は多く、障害のある教員が中途障害生徒の相談に携わることは重要である。さらに盲学校における障害のある教員と非障害の教員による協働のモデルは、ノーマライゼーション社会を考える上においても重要な取り組みととらえることができる。

### 家族や知人

家族の一員が受障すると、家族というコミュニティに大きな変化が生まれる。受障者が生計を支える父親の場合、家族の生活基盤が一時的に危機的状況となる。受障者が子の場合、親は障害のあるわが子を精神的に受け容れる問題で苦しむことになる。原因疾患が遺伝性の場合にはより深刻で、病因をめぐって父方（祖父母）と母方（祖父母）が対立するケースも少なくない。

筆者が調査した家族の中には、別居、離婚、心中といった悲劇的な様相で家族コミュニティが変質するケース、受障前と後で変わらぬサポートを続けるケース、受障者が早い時期に家族から離れたことで、（家族の干渉を受けずにすんだため）福祉サービスを受けやすくなり、結果的に自立を早めることとなったケース等、多様な回復プロセスを見せていた。いずれにせよ、多くの家族はその構成員の受障前と受障後で何らかの「変質」または「再生」を見せていた。

受障者に対する調査によると、受障直後に受けた最も効果的なサポート源は、家族であっ

たとしている。受障後に家族内に諍いが起こるなどして家族サポートを受けられない場合、専門職には家族をエンパワメントするための支援が求められる。受障後、家族崩壊の状況にある受障者に対しては、できるだけそれに代わるサポート源の提供が必要となる。

受障後、良好な回復を見せる受障者の多くは、身近なコミュニティ（家族の有無にかかわらず）が受障前後で変化していない。中途障害者問題は、どのようなコミュニティにおいても起こりうる問題である。専門職は、受障者のサポート源としてコミュニティの役割を再認識する必要がある。

#### セルフヘルプ・グループ、ピア・サポーター

セルフヘルプ・グループは、「共通の体験によるわかちあい」を基本的な機能として持っている<sup>9)</sup>。視覚障害者による相互扶助の歴史は古く、中世においてすでに「当道座」、「瞽女座」、「盲僧座」にみられる自治的互助組織が存在していた。今日では、日本盲人会連合（日盲連）、全日本視覚障害者協議会（全視協）をはじめ、受障原因別に日本網膜色素変性症協会、網膜剥離友の会等が視覚障害者の福祉の向上を目指し、多彩な活動を展開している。

筆者がオブザーバーとして参加している「視覚障害児を持つ親の会」（仮称）の活動では、①メンタル面の相互支援、②最新の眼科医療情報の共有、③視覚障害教育に関する情報の共有に加えて、④眼科医療行政への圧力団体としての機能まで備えている。グループ機能の一例を挙げると、白内障の子を持つ母親Bは、出産後早期にグループに所属することにより、Bの不安が軽快した。さらに最新の医療情報を入手することができた。その結果、専門医による乳児期の手術治療で視機能障害が飛躍的に改善された。現在（調査時）子どもの視機能は正常範囲内となっているが、

親の会との交流は続いているという。

従来、セルフヘルプ・グループの恩恵を受けることができるのは、グループが集中する都市部の住民に限られる傾向が強かった。現状では、インターネットの普及により地域を選ばずにグループに参加することが可能となっている。専門職は、受障者（家族）のニーズを的確に把握し、受障者をセルフヘルプ・グループに結び付けるための支援が重要である。

米国から導入されたピア・カウンセリングは、JILやDPEが普及に努めた結果、全国の自立生活センターにピア・カウンセラーが配置されるようになった。谷口明広氏は米国のピア・カウンセリング事業との比較から、日本における事業の問題点を以下のように指摘している<sup>12)</sup>。

「米国におけるピア・カウンセラーは、大学院等で相当のカウンセリング教育を受け、経験も豊富な者が相談者として活躍しているが、わが国の場合には障害をもつ人たちへの教育環境整備が遅れたことも原因となり、当事者相談員の量や質にも大きな問題を抱えている」

谷口が述べているようにピア・カウンセリングの有効性が確認されているにもかかわらず、現状ではピア・カウンセラーは十分に機能していない。カウンセリングの専門的な関係性に固執するのではなく、さまざまな資源においてサポート可能な、より幅の広い機能を備えたピア・サポートが求められている。

ピア・サポートは受障者のメンタル面の回復、自立に向けた各支援において重要な役割を果たしている。上述したように、ピア・サポートが開始された契機を、仲間との「たまたま」の出会いとするのではなく、ピア・サポートを地域における支援ネットワークの一つに位置づけ、援助方法の一側面として整備することが重要である。

## おわりに

本稿は筆者がこれまで実施した中途視覚障害者に関する調査をもとに援助方法を検討したものである。他者のソーシャル・サポートが中途視覚障害者の抱える心の問題の緩和に与える効果は、メンタルヘルスの調査とソーシャル・サポート尺度の関連を分析することにより実証することができた。

中途視覚障害者の回復は、直接関わり合う他者との関係が重要な条件となっている。当事者と直接関わり合う人々で構成されるコミュニティが、①家族で構成される場合、②同一の障害のある仲間と構成される場合を比較した結果、それぞれのサポートに質的な違いが見られた。両コミュニティに共通して、仲間による支援が中途視覚障害者の心の問題の緩和に効果的であった。このことから、援助のさまざまな場面に仲間のサポート（ピア・サポート）を取り入れていくことの意義が明らかになった。ピア・サポートの視点に立った援助として、①公的な相談援助部門へのピア・スタッフの配置、②ピアの仲間やセルフヘルプ・グループにおける相互支援が考えられる。

視覚障害者を対象とするリハビリテーションは、理療業での職業自立に特化した形で進められてきた。伝統的な理療業での職業自立については、社会情勢の変化があり、かげりが見え始めている。当事者の自己選択にもとづく幅広い職域への就労支援、元の職場（学校）への復職（復学）支援を検討する時期に来ている。

医療からリハビリテーションへの移行期は、心理的に困難な状況にある場合が多い。この時期の「支援の空白」は、当事者の心的困難の緩和の足かせになっている。この空白は、障害者に対する社会資源のコーディネートが適切になされていないことにその原因がある。

適切なコーディネートのもと、空白を埋める支援としてのロービジョン・クリニック、ピア・サポートの活用が求められる。

援助方法を提案するにあたり、この分野における先駆者である関宏之氏の援助方法を取り上げた。関は早くからピアによる支援を視覚障害リハビリテーションに取り入れ、当時隆盛であった「障害受容」による方法とは一線を画した援助論を展開している。筆者の提案する方法との相違として、①ピアによる支援をリハビリテーション施設内の援助に限定していた。②自立の目標が職業的自立におかれていた点を明らかにした。

援助方法の検討にもとづき、援助のプロセス、援助の担い手とその役割についての提案を試みた。中途視覚障害者の心理面に配慮した援助方法をめぐる議論は端緒についたばかりである。本研究が絶望の淵をさまよう多くの中途視覚障害者の心の安定と自立に向けた歩みに寄与できれば幸いである。

## 引用文献

- 1) 澤俊二 (2003) 「障害受容と情緒的支援ネットワークを支えられていると実感すること」『総合リハビリテーション』31(9), 827-35
- 2) 柏倉秀克 (2007) 「中途視覚障害者のリハビリテーション・プログラムにおけるメンタルヘルスとピア・サポートの関連」『金城学院大学論集』3(2), 100-7
- 3) 辰巳佳寿江 (2001) 「中途視覚障害者のリハビリテーションにおける課題」『大阪ソーシャルサービス研究紀要』1, 49-74
- 4) 辰巳佳寿江・他 (1999) 「中途視覚障害者のリハビリテーション過程に関する研究」『身心障害学研究』23, 37-50
- 5) 高橋広・山田信也 (1998) 「産業医科大学病院眼科におけるロービジョンケアの現況と包括的ロービジョンケア」『九州ロービジョンフォーラム』, 22-5
- 6) 高林雅子 (2003) 「眼科リハビリテーションに

- おける医療と福祉の統合過程—順天堂大学リハビリテーションクリニックの活動から—」『日本医誌学雑誌』, 581-613
- 7) 梶原敏夫・他（1994）「脳卒中患者の障害受容」『総合リハビリテーション』22(10), 825-31
  - 8) 石川到覚・他（1998）『セルフヘルプ・グループ活動の実際』中央法規
  - 9) 岡知史（1999）『セルフヘルプグループ』星和書店
  - 10) 久保紘章（2004）『セルフヘルプ・グループ—当事者へのまなざし』相川書房
  - 11) Brown Barbara（1997）梁島謙次（訳）『ロービジョン・ハンドブック』診断と治療社
  - 12) 安積遊歩・他（1999）『ピア・カウンセリングという名の戦略』青映舎
  - 13) 谷口明広（2005）『障害を持つ人たちの自立生活とケアマネジメント—II概念とエンパワメントの視点から—』ミネルヴァ書房
  - 14) Gartner & Riessman(1977)久保紘章（訳）『セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際』川島書店, 129
  - 15) 関宏之（1982）『中途視覚障害者と社会参加—リハビリテーションの現場から—』相川書房
  - 16) 大泉溥（1989）『障害者福祉実践論—生活・労働の援助と人間的自立の課題』ミネルヴァ書房
  - 17) 小澤温（2003）「自立生活運動の問いかけたもの」『よくわかる障害者福祉』ミネルヴァ書房, 111
  - 18) 橋本義郎（1996）「<当事者>側から専門家への提言—障害者人権運動をめぐる—」『現代の障害者福祉』有斐閣, 241
  - 19) 手束美和子（2006）「エビデンス」『実用介護事典』講談社, 94