

#### 4. 眼科医の「失明宣告」と視覚障害者のリハビリ テーション過程に関する一考察

国立塩原視力障害センター

雷 坂 浩 之

##### はじめに

視覚障害者のリハビリテーションは、一般の心身障害者のそれと異なり、医学的リハビリテーションの分野が非常に少ないことが特徴である。失明してしまった者の視力を回復させることは困難な場合が多く、リハビリテーションの対象者は機能回復の不可能なものとなる。このことが、まさに視覚障害者、特に「中途失明者のリハビリテーションの特徴は、Disabilityの克服にある」（小田島、1981）とされる所以である。ところで、視覚障害者も他の心身障

害者と同様に障害を蒙って後すみやかにリハビリテーションの過程に組み込まれ、一日も早い社会復帰が望まれることはいうまでもない。しかし、視覚障害者に対する数多くの調査によると、障害を受けて後、早急にリハビリテーション過程に乗ってくる者は極めて数が少ないので現状である。このことから多くの視覚障害者が自らの社会復帰の方途を得ず、無駄に日々を過していることは容易に想像がつく。

よって、本稿ではまず視覚障害者のリハビリテーション体系、特に医学的リハビリテーションの為す役割及び眼科医の「失明宣告」の位置付けを基に、上記のような現状を成立させる起因を考察し、加えて視覚障害者に対する今後のリハビリテーションのあり方や、しいては眼科を持つ病院の今後の課題について論をすすめることとする。

### 第1章 視覚障害者のリハビリテーション体系と「失明宣言」

今日視覚障害者が精神的、経済的、社会的に自立するまでの過程、すなわち視覚障害者のリハビリテーションの過程は、領域として便宜的に、「①医学的リハビリテーション（文献によっては、身体的リハビリテーションと呼ぶ場合もある）、②社会的リハビリテーション、③心理的リハビリテーション、④職業的リハビリテーションの4つに大別されている。」（坂本、1981）（以下リハビリテーションは、リハビリと略す）簡潔にこれらの領域に於いて為される処遇及びそれらを担うリハビリ専門職員の役割を述べると以下のようになる。

#### 第1節 リハビリ過程各分野と担当する専門職員の概要

まず、①医学的リハビリの領域は、眼疾患ないし眼外傷により対象者が病院に入院してから治療の必要性がなくなるまでの時期を主に受けもつ。失明の事実が患者（この領域においては、視覚障害者はまだ患者というラベルのもとにある）にとって回避不可能となる、あるいは、眼疾患や眼外傷の治療効果の期待できぬ時期を迎えた場合、この時期からリハビリサービスが開始されなければならない。この時のリハビリ処遇のチームリーダーは、当然医師である。従って、カウンセラーやケースワーカーは、医師の指示のもとで医療の妨げとなる範囲でサービスの提供をすべきである。しかし、入院治療の必要がなくな

ってきた時点では、医師はチームリーダーではなく、社会的、職業的リハビリコースに患者をすみやかに乗せる為のスターー的役割を負うものと化するのである。そして、その後も社会的、職業的リハビリを行う上に必要な眼科的情報の提供者ともなる。例えば、ペーチェット氏病、糖尿病等の全身病や内科的疾患のあるもののリハビリにおいては、医学部門との綿密な情報交換や連携が必要となってくる為、この時点で眼科医の役割が終焉する訳ではない。また弱視者にとっての視能訓練士の役割もこの領域に含まれるものである。

次に、②社会的、③心理的リハビリは、ケースワーカーがチームの中心となり、視覚障害者（この領域で始めて患者から障害者としてラベル付けされる）が、リハビリを受け始めてから社会的に自立するまで継続されるものである。ケースワーカーが、各訓練部門の専門職と調整して視覚障害者の社会復帰の処遇方針を立てるのもこれらの領域へ移行してからである。また視覚障害者の障害の克服に重要な役割を担う、日常生活訓練、点字、オプタコンなどのコミュニケーション訓練、行動能力向上の為の歩行訓練、そして、それら各種訓練の基礎となる感覚訓練等の生活適応訓練はこの領域で行なわれるのが常である。各個人のリハビリ目標に適した訓練が開始されるのもこの領域であり、同時にそうした訓練は、職業的リハビリにおける基礎的能力の向上といった目的も有する。障害の受容、リハビリ目標（リハビリゴール）の照準設定等は、心理的リハビリ部門が主として受け持つことになる。

最終的に、④職業的リハビリの領域では、職業的技能を習得するために、それぞれの職種における各種技能に熟達した専門家（職業指導員、職業カウンセラー）がサービスを提供することとなる。ここでは、視覚障害者が社会復帰する為の具体的方途を獲得することを目標とするのであるが、現在我国では、理療師（あん摩、マッサージ、指圧師、はり師、きゅう師）の養成の他、電話交換手、コンピューター・プログラマーなどの養成が、その為の施策として実施されている。但し実際には、職業的リハビリの手前で生活適応訓練コースを経て後、家庭の主婦として復帰したり、原職へ復帰する者、又は盲学校、大学等の教育機関へ進む者もいる。

## 第2節 「失明宣告」の位置付け

以上のように我国における視覚障害者のリハビリは、多少の語弊はあるとしても、視覚障害者を人格を有する一個人として人間尊重の立場から、医学的、心理的、社会的、職業的各側面からなる総合的諸科学を基礎として、組織的かつ能率的に体系付けられているのである。また、こうしたリハビリ過程を通して、視覚障害者自身の精神的経過も初期の眼症状に対する回復を期待する、又は逆に失明に対して不安感を蒙る時期から徐々に障害を克服し再度盲人として生きる意欲を見いだし、社会復帰に強い希望を懷くというように段階をもって変遷を遂げてゆくものである。

ところで、本論の主題である眼科医の「失明宣言」であるが、これが医学的リハビリが終了し、患者自身がその後の社会的、心理的、職業的リハビリへ移行する前段階において為されなければならないことは、いまさら云うまでもない。よって、「失明宣言」の位置付け及びリハビリ過程に乗ってからの患者→視覚障害者の心理的変化等を含むリハビリ体系全体を図式化すると図1のようになる。

## 第2章 「失明宣言」の意義

リハビリ過程における眼科医の立場は、社会的、心理的、職業的リハビリコースへ患者を乗せていくスター的存在であることは前にも述べた。その意味では、眼科医が為す「失明宣言」とは、リハビリ過程のスタートラインであると云っても過言ではない。失明するということは、人間にとって計り知れぬ恐怖を伴う現象であり、このことが従来の平穏とした、また、将来の希望に満ちた生活設計を一瞬にして崩壊させうる緊急事態であることは、“見えない”ことを経験できぬ我々にとっても容易に想像がつく。失明した視覚障害者の中に“自殺”を考えたことがある者の多いのも失明が如何に恐怖や絶望へその者を陥れるかを知る良い指標である。但し、こうした失明による絶望を乗り越えた所にその者の障害者としてのリハビリ（人生の再出発＝社会復帰）があるのである。

しかし、実際には本稿の序論で述べたように、入院治療終了後ただちにリハ



(図1) 視覚障害者のリハビリテーション体系

リハビリ過程に乗ってくる視覚障害者は極めて少数である上に、リハビリ過程ですでに更生訓練中の障害者の中にも、いまだ自己の障害を受容していない者さえ存在するは何故であろうか。また彼らが退院からリハビリに参加するまでの空白は何故生まれるのであろうか。よって、本章では、まずこうした疑問と現状の起因について、国立身体障害者リハビリテーションセンターと私の勤務する国立塩原視力障害センターで行った意識調査を基に論を進め、加えて眼科医にとって「失明宣言」とは如何なる意味を持つものか併せて考察してみたいと思う。

### 第1節 意識調査に見る「失明宣言」を受けた視覚障害者の心理

以下に掲げた表1～表3は、国立身体障害者リハビリテーションセンター（旧国立東京視力障害センター）で過去昭和49～56年の間に行った入所者の入所時の意識調査の結果であるが、これらの調査資料は、我々視覚障害者のリハビリに従事する者にとって、失明が視覚障害者となった者に及ぼす心理的影響を理解しようと努める際、充分参考となるものである。

こうした調査結果を考

察すると、まず表1は、何か所の病院へ行ったかという質問に対して得た回答であるが、これによると2ヶ所以上の病院を歩きめぐっている視覚障害者が全体の約80%を占めていることが解る。また、その理由の約40%が「まだ他に治療の方法があると思った」と述べている（表3）。この時点では視覚障害者の多くは、必死の思いで眼を治したいという心境におかれることはである。この事実は、彼等にとってまさに失明してしまうのではないかという恐怖の時期を意味している。さらに、独りで歩けなくなったらどう

（表1）何ヶ所の病院へ行ったか

回数	年度	52	53	56	合計
1か所	15(22.1)	9(20.1)	8(16.6)	32(20.0)	
2か所	13(19.1)	8(18.3)	12(25.0)	33(20.6)	
3か所	11(16.2)	8(18.3)	12(25.0)	31(19.5)	
4か所	7(10.3)	4( 9.1)	7(14.5)	18(11.3)	
5か所	7(10.3)	6(13.7)	3( 6.2)	16(10.0)	
6か所	9(13.2)	3( 6.8)	4( 8.2)	16(10.0)	
7か所以上	6( 8.8)	6(13.7)	2( 4.5)	14( 8.6)	
計	63(100)	44(100)	48(100)	160(100)	

単位：人（ ）内%

（表2）失明宣言を受けたのは何番目の病院か

回答	年度	52	53	56	合計
なし	4( 6.3)	5(12.2)	7(14.6)	16(10.5)	
1番目	28(43.8)	11(26.8)	15(31.3)	54(35.3)	
2番目	15(23.4)	9(22.0)	10(20.8)	34(22.2)	
3番目	8(12.5)	7(17.1)	8(16.6)	23(15.0)	
4番目	1( 1.5)	3( 7.3)	2( 4.2)	6( 3.9)	
その他	8(12.5)	6(14.6)	6(12.5)	20(13.1)	
計	64(100)	41(100)	48(100)	153(100)	

単位：人（ ）内%

（表3）何か所もの病院へ行った理由は何か

回答	年度	49	50	56	合計
他に治療があると思った	22(37.9)	18(36.0)	15(37.5)	55(36.9)	
医師がはっきり説明しなかった	10(16.9)	5(10.0)	9(22.5)	24(16.1)	
医師等の指示紹介	17(28.8)	14(28.0)	13(32.5)	44(29.5)	
その他	10(16.9)	13(26.0)	3( 7.5)	26(17.5)	
計	59(100)	50(100)	40(100)	149(100)	

単位：人（ ）内%

しようとか、視覚情報のない生活では現在の仕事もつづけられないのではないかといった漠然とした不安や、視覚障害者になることに対する抵抗を示し持つ時期である。よって、表2においてわかるように、失明または回復不能の宣告を、比較的早期の1番目あるいは2番目の病院で過半数の者が受けているにもかかわらず、約60%の者が何とかして眼を治し、こうした不安、絶望から逃れようと、ワラをもつかむ心境で「治る」と言ってくれる医師を探し何ヶ所もの病院を駆け巡るのである。そして、無駄な時間と金銭を使い果し、拳句の果は諦めの心境とともに自己の障害を容認することとなる。この時期には、視覚障害者の多くは眼そのものよりも、一体これから的人生をどう生きるか、生活をどうしたら良いのかと苦悩する。個々人によって具体的な問題は異なるが、職業のこと、結婚のこと、子供の教育のことなど様々な要因が一挙に自分の身の上に押しかぶさってくる。この時期は、視覚障害者が直面する諸問題を解決していくプロセスであり、その意味でまさに葛藤の時期である。

こうした葛藤の時期をすぎ、苦しみと悲嘆の生活から脱皮して後の段階には、盲人=視覚障害者としての自己を受容する、いわば障害の受容の時期が考えられる。アメリカのカンザス州立失明者更生センターにおいて、失明者の心理的更生指導に従事した、ルイス・S・チャルドン博士(1958)は、「失明者は、目の見える人間としては死に、盲人となって生まれ変わり、新しい世界にもう一度生きることを学ばなければならない。(中略)換言すれば、失明者は、目が見えないことを自己の生活において自然の条件として受け入れることを学ばなければならない。」と述べているが、この言葉は、視覚障害者の障害の受容について非常に端的な表現であると思う。

ところで、すでに社会的・心理的リハビリ過程から職業的リハビリ過程に移行している視覚障害者の多くは、こうした障害の受容を為し得ていると一般に思われがちである。以下に掲げた、表4～表7は、国立塩原視力障害センターにおいて昭和57年度に行なった入所者意識調査の一部であるが、すでにリハビリ過程に乗っている視覚障害者の障害の受容について考える上で参考となる資料である。

(表4) 失明後経過年数別対象者数

学年区分	一部 1年	一部 2年	一部 3年	一部 4年	一部 5年	小計 (%)	二部 1年	二部 2年	二部 3年	小計 (%)	合計 (%)
1～2年	8					8 (10.3)	4			4 (8.0)	12 (9.4)
3～5年	3	2	1	2		8 (10.3)		5	3	8 (16.0)	16 (12.5)
5～10年	4	6	5	2	7	24 (30.7)	5	4	7	16 (32.0)	40 (31.3)
11年以上	7	10	7	9	5	38 (48.7)	7	6	9	22 (44.0)	60 (46.8)

(表5) 障害をうけてから「自殺」を考えたことがあるか

学年回答	一部 1年	一部 2年	一部 3年	一部 4年	一部 5年	小計 (%)	二部 1年	二部 2年	二部 3年	小計 (%)	合計 (%)
はい	11	8	3	6	8	36 (46.2)	4	5	9	18 (36.4)	54 (42.2)
いいえ	11	10	10	7	4	42 (53.8)	12	10	10	32 (64.0)	74 (57.8)

(表6) 「白杖」を持って歩くことに抵抗はあるか

学年回答	一部 1年	一部 2年	一部 3年	一部 4年	一部 5年	小計 (%)	二部 1年	二部 2年	二部 3年	小計 (%)	合計 (%)
はい	15	12	7	6	9	49 (62.8)	11	11	13	35 (77.8)	84 (65.6)
いいえ	7	6	6	7	3	29 (37.2)	5	4	6	15 (21.2)	44 (34.4)

(表7) 「障害者」という言葉に抵抗があるか

学年回答	一部 1年	一部 2年	一部 3年	一部 4年	一部 5年	小計 (%)	二部 1年	二部 2年	二部 3年	小計 (%)	合計 (%)
はい	9	12	3	3	11	38 (48.7)	11	11	11	33 (66.0)	71 (55.5)
いいえ	13	6	10	10	1	40 (51.3)	5	4	8	17 (34.0)	57 (44.5)

まず表4は、入所者の失明後の経過年数別対象者数であるが、理療科1部（中卒程度）、2部（高卒程度）過程ともども、センターでの在籍年数を加算しても、多くの者が失明後リハビリ過程に乗りこむまでに比較的長期にわたり空しい日々（面接等によると、盲学校からの編入や若干の例外を除いては、ほとんどが病院めぐりか、又は絶望にあえぐまま家に閉じこもっていたものと推測される）を送っていたことを表わしている。表5からは、入所者の約40%が

障害を受けて後、自殺心を持った経験を有することがわかる。但し、こうした「死にたい」という回避反応は、センター入所後は徐々に消滅していくのが常である。その理由としては、センターでの生活を通じ専門的ワーカーにより、職業も方向づけられ、将来の見通しもより確かなものとなり、彼らが積極的に生きる意欲を抱くようになったことが考えられる。絶望の状態にあった彼らの気持ちを引き立たせた大きな要因として、多くの入所者が述べていることは、「たとえ見る能力を失っても残された能力を生かし、同じ境遇の盲人が立派に頑張っている姿を知ったり、見たりしてから生きる勇気がわいてきた」という点である。

しかし、実際には、表6及び表7を見るとわかる通り障害の受容においては、慘々たるのが現状である。こうした障害の未受容状態は、その後に続く更生訓練の実施に対し様々な弊害を生じる。特に国立視力障害センターのように、職業的リハビリを主軸に運営される更生施設では、生活適応訓練よりも職業訓練の充実が重視される傾向にあるため、例えば、入所者の行動能力の向上を目指し歩行訓練等を行う上にも、その動機付けは非常に困難なのが実情である。なおかつ、職業訓練の主体が、三療師養成にあり、その専門的知識の習得においては、主に全盲者は点字による学習を強いられるため、点字の習得は彼らが将来自立する上で絶対必須条件となる。よって、センターでは、職業訓練とともに生活適応訓練の一環として、入所後1~2ヶ月間で点字を重点にコミュニケーション訓練を実施する訳であるが、常に形だけの実施に終わり、その後も入所者の多くは点字習得がままならず、しいては理療の専門科目を理解できぬといった、その慢性化した、かつ致命的悩みを職員に打ちあけることが多い。こうした場面に直面するたびに彼らの多くがもっと早期に、眼科医の「失明宣告」を積極的に受け入れ、障害の受容を為し、更生する上で必要な基礎的能力を習得するための生活適応訓練を早期に修了していればということを痛感するのである。

## 第2節 「失明宣言」に伴う眼科医の意識及び本来の眼科医の役割

視覚障害者の多くが、自己に科せられた失明という事態の及ぼす絶望を乗り

越え、自己の障害を受容し克服するまでに、様々な葛藤を経験し、その不安や絶望から逃れるために病院を転々としたり、信仰の道へ進んだりと空しくかつ無駄な日々を送っていること等については、前節において論じた通りである。こうした視覚障害者が過ごす空白の期間や障害の未受容状態は、ひとつに失明の事実を患者に知らせるという、眼科医の「失明宣告」のあり方に起因して生じるものと思われる。

ところで、「失明宣告」を受ける患者にとって、眼科医のひと言ひと言はすべてであり、かつ絶対的な意味を持つだけに、眼科医は、宣言の際に充分な患者に対する配慮が必要である。しかし、現実は前節表3に戻って考察してみると、「他に治療があると思った」、「医師がはっきり説明しなかった」と答えている視覚障害者が全体の約40%近くいることから解るとおり、この調査資料が示すものは、仮に眼科医が明確な診断を下さなかったとしても、結果的には、彼らは患者に対して無言のうちに、「他の医師の努力によってか、または将来医学や手術が進歩することによって、視力が回復するかもしれない」という希望を与えていていることになるのである。そして、こうした希望が、前にも述べたとおり視覚障害者の多くに対し、リハビリまでの空白期間を生み出させ、しいては彼らの障害の受容から更生（社会復帰）を遅らせる結果となるのである。よって、眼科医は、可能な限りあいまいな宣言は避けるべきであることを痛感する。

しかし、こうした眼科医の態度の背景には、患者に対して失明の事実を知らせたくないという心理の働いていることが推察される。その心理的背景には、「患者の失明が眼科医自身の能力の失敗を示すものとして世間の非難を被るかもしれないという不安感、あるいは、眼科医が患者に対していだいている同一感、または親密感を破壊されるという危機感」等があると、前出のルイス・S・チャルドン博士は述べているが、他に宣告を受けた患者が将来に絶望し、死を選ぶ行動に対する憂慮の表われであるかも知れない。

しかし、いずれにせよ患者が失明する現実を一番早く知るのは眼科医であり、それを患者に告げることができるものも眼科医である。従って、眼科医は、自身

に「失明宣言」をせねばならない患者の更生過程を援助する最初の機会が与えられていることを自覚すべきである。そして、失明を余儀なくされている患者に対し、予め心の準備をさせておき、失明による痛手を軽減する配慮として、眼科医は患者に対して病状の特徴をはっきり説明しながら失明の危険性について話さねばならない。また患者が「失明宣言」後に示すであろう危険な精神状態やその後に陥いる絶望的な気持ちを引き立たせ、障害を受容させる為、盲人が成し遂げた業績についての事例をあげたり、失明状態に立派に適応している盲人たちに親しく接触させる等、医師としての医学的知識とは別にケースワーカー的知識も兼ね備えておかねばならないのではないかろうか。こうした医師の配慮は、患者が失明してからの自己調整やりハビリ過程までの空白期間の短縮及び将来の生活設計を立てる上できっと有効であると思う。また、こうした配慮は、リハビリ過程における最初の、そして最も重要な役割を演じる医師としての最小限の義務であろうと確信する。加えて医師として、「失明宣言」後、患者が進むべきリハビリ過程を実施する各機関、施設の存在を知り、そうしたリハビリ施設等の紹介をすることも重要な役割の一つである。

### 第3章 今日のリハビリテーション施設の現状と医療機関の今後の課題

ここまで、眼科医の「失明宣言」を基にして、主にリハビリの体系とりハビリ過程に組みこまれる前段階の視覚障害者の心理及び眼科医の果すべき役割等について論じてきた。よって本章においては、今までの論稿を基礎として、眼科医を含む医療機関の課題と視覚障害者にとっての今後のリハビリのあり方について論じてみることにする。

#### 第1節 リハビリテーション施設の現状

第1章で触れたように、今日の視覚障害者のリハビリ過程は、理論的には、医学的リハビリから社会的・心理的リハビリを経て職業的リハビリへと、段階的に、ある法則性を持って体系化されている。こうした理論に忠実に従って、各段階をふまえたりハビリ過程を実施すべきことが、最も望ましいのはいまさらいうまでもない。しかし、例えば国立視力障害センターに関していえば、職業訓練前の生活適応訓練を受けずにそのまま入所してくる者もあり、その対策

として形式的にではあるが、職業訓練主体のなか、生活適応訓練を同時に実施していることは前にも述べたとおりである。ところが、点字の習得に関して悩みをうちあける入所者の例でわかる通り、こうした社会的リハビリの一貫である生活適応訓練と、職業的リハビリの一貫である職業訓練という2つのリハビリ過程の段階を同時に行なうことは、その訓練成果を能率的かつ有効なものとして得られないばかりでなく、視覚障害者の更生に必要な意欲、あるいは精神的安定を低下せしめ、結果的には、社会への復帰乃至自立を遅らせてしまうことにもなりかねない。このように、現在我国に15箇所あるといわれる失明者更生施設のほとんどが、国立視力障害センター（国立リハビリ・センターは除く）のような、社会的リハビリ過程と職業的リハビリ過程を同時に行なっている所、あるいは、前者だけ実施の所、または後者のみの所等々様々で、各段階ごとのリハビリ過程を実施している施設は、ごく僅かであるというのが現状である。

こうした現状は、各施設が抱える予算面または職員数の絶対的不足の問題および制度面の不備、おののの施設の設置目的の違い等の理由から、一朝一夕に好転するものとは思われない。但し、視覚障害者のリハビリ過程が、段階を経ずに行なわれている近年の実情に対する見直し傾向は、総合的リハビリセンターの登場や、国立身体障害者リハビリテーションセンターでの生活訓練課の設立、および国立視力障害センターにおける短期生活訓練過程の実施など、本来のリハビリ理論に則した段階的アプローチを方針として持つ施設の出現によってもわかるとおりである。

#### 第2節 新しいリハビリテーションのあり方と医療機関の今後の役割

第1節で述べた、一般の失明者更生施設や訓練施設では、対象者の眼疾患ないし眼外傷に対する治療がすでに終了しており、また症状がある程度固定している者でないと入所が困難な現状もある。そこで、かつていわれてきたリハビリ理論では、治療が必要である反面、早急にリハビリを開始することが望ましいと思われる者に対する措置を、今後どのように行なうかが大きな問題となるのである。よって、視力の回復する見込みがないとわかっている者や将来失明

の恐れのある者にいたずらに期待を持たせ、空しい日々を送らせることよりも、眼科医が自己の役割を忠実に遂行し、より適格に、かつ、より適切な時期に「失明宣言」を行なって、患者の障害に対する受容を促し、なるべく早期にリハビリを開始させ、一日も早く彼らが社会復帰できるような条件作りを行うことが急務であると思われる。

以上のことと総合的に考察した上で強調すべき点は、眼科医には患者の生活の再建、すなわち、視覚障害者のリハビリ過程を援助する最初の機会が与えられている訳であり、眼科医にとって必要なことは、視力の回復のみに関する治療者である他に、患者の心的傷をも治療（障害の受容）することができる立場にいる自己を自覚することである。また、ほとんどの視覚障害者は、自身の眼の治療を目的として眼科医を訪れる訳であるが、このことは、視覚障害者が最初に接する施設が失明という現実を彼らに直面させうる病院であるということを意味するものである。従って、先にあげた現在の失明者更生施設の現状を考慮するならば、これからリハビリ過程の“進行”は、眼科医が患者に対して「失明宣言」後、適切な処遇のもとに障害の受容が充分なされ、その後も病院という場において、しいては眼科医をチームリーダーとしてワーカーや歩行訓練士等の専門的スタッフの準備のもと、社会的リハビリの一貫である生活適応訓練が実施されることが望ましいと思われる。

なお、このように生活適応訓練が病院においてなされるということは、第1に、従来のような障害を受容できずに空しい日々を送る視覚障害者の多くと対比してみると、リハビリ過程に要する時間を短縮する上で非常に有効である。第2に、家庭復帰乃至原職復帰を希望する視覚障害者は、退院後生活適応訓練を実施する他の施設へ移行せずとも復帰できる。第3には、病院において生活適応訓練を修了した者で、職業的リハビリへの移行を希望するものは、限定はあるにせよ自身の生活設計に見合った職業訓練を実施している施設を選択することができるなど、極めて重要な意義を持つものであると確信する。このように、医療機関がリハビリ過程における役割を拡大してゆくことは結果的には視覚障害者のリハビリの充実につながるものである。

現在、上記のような従来のリハビリ理論の見直しから病院内にリハビリ過程を設ける必要性を認識し、実際に生活適応訓練を実施している所がある。医療機関としては、静岡県済生会病院、総合新川橋病院（川崎市）、聖霊病院（名古屋市）がそれである。しかし、まだこうした病院の存在は一般に知られてないのが実情であるため、これらの病院の今後の活動は、視覚障害者のリハビリのあり方に多大な影響をもたらすものとして大いに期待できるものである。また、現存する更生施設との緊密な連携のもとに、行政面からの指導や病院自体が内的に生活適応訓練の必要性を認め、上記の例と同様形態の病院が今後一層多く誕生してゆくことが必要である。

#### おわりに

視覚障害者のリハビリテーション施設に従事する者として今日のリハビリがどのような方法で、かつ如何なる理論のもとに実施されているかを知ることは当然の義務であろうと思う。よって、この論文は、私自身のリハビリに対する見識を整理する意味でまとめてみた。本論文では従来のリハビリ理論と、眼科医の本来の役割及び、新しいリハビリ過程のあり方に関して不充分ながらも言及したつもりである。

また、この論文を通して、視覚障害者をとりまく今日の社会が如何に多くの問題を抱えているかをあらためて知らされたことは、私にとって大きな収穫であった。

今後とも、この論文を一つの足がかりとし、継続して視覚障害者のリハビリを考えてゆきたいと思う。

#### 参考文献

坂本洋一、視覚障害者の心理的リハビリテーション、リハビリテーション研究会編、1981

小田島明、中途失明者のリハビリテーション過程に関する一考察、第11期歩行講習会論文集、1981

松井新二郎、視覚障害者のリハビリテーション（看護技術8月号）、メヂカルフレンド社、1974

原田政美、視覚障害（リハビリテーション医学全書）、医歯薬出版、1971

Holden, L.S., *Psychiatric Aspects of Informing the Patient of Blindness, A Psychiatrist Works with Blindness*, American Foundation for the Blind, 1958

国立塩原視力障害センター、入所者意識調査結果、1982

望月とよみ、病院内の眼科リハビリテーションについて、視覚障害研究第14号、日本ライトハウス、1981

石光和雅・長岡雄一、静岡済生会病院における視覚障害者の歩行訓練、視覚障害研究第14号、日本ライトハウス、1981