

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

順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックの活動から

高林 雅子

〔要旨〕本研究では、これまでの眼科医療とリハビリテーションとのかかわり方について、先駆的役割の順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックの活動を歴史的に検討することで、医療と福祉が統合されていく過程を明らかにすることを目的とした。視力回復の見込みのない患者が、失明告知から社会復帰に至るまでの間には、大きな空白があった。こうした問題解決のために、順天堂大学眼科では、一九六四年眼科外来にリハビリテーションクリニックを開設し、障害の告知から心理相談指導、生活相談、進路指導、院内での生活訓練まで、視力回復の見込みのない患者への取り組みを行ってきた。その活動の中心的な意義は、視覚障害者に対して、眼科医療の分野に医療と福祉を結びつける役割を確立したことである、と考える。

キーワード——視覚障害リハビリテーション、視覚障害者、医療と福祉

はじめに

一 目的

二〇世紀後半には医療の進歩により、予防、治療法の確立した眼疾患の失明者が減少したが、遺伝性疾患、生活習慣病（糖尿病）など治癒困難な疾患が相対的に増え、視覚障害者の中でそれら疾患の占める割合が大きくなった。そのため、こうした疾患による中途視覚障害者に対する医療側の対応の必要性が主張されてきている。

しかし、眼科医がリハビリテーションの重要性に関心を持つようになったのは、一九九〇年代に入ってからのことである。⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾そのため、それ以前の治癒を期待できない中途視覚障害者は、障害によって引き起こされるさまざまな問題すべてを個人で処理しなければならなかった。

本研究の動機となったのは、こうした患者を救済するために、順天堂大学眼科では、一九六四年眼科外来にリハビリテーションクリニック（以下、クリニックと略す）を開設し、障害の告知から心理相談・指導、生活相談、進路指導、院内での生活訓練まで、視力回復の見込みのない患者への取り組みを行ったことに関心を持ったからである。なぜなら、それは日本の医科大学で最初のクリニックであり、開設者たちは日本のモデルケースとなるべく、「Rehabilitation Clinic 要綱」を定め、眼科雑誌に掲載するなど、積極的な活動を開始したからである。

本研究では、これまでの眼科医療とリハビリテーションとのかかわり方について、先駆的役割を果たした順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックの活動を歴史的に検討することで、医療と福祉が統合されていく過程を明らかにすることを目的とする。

二 方 法

クリニックスの記録とそれに関連する文献を調査した。主として用いた文献は、クリニックスに関する論文および報告書『眼科臨床医報』『臨床眼科』『日本眼科紀要』などであり、開設当時の視覚障害者の実態および厚生省(当時)の政策に関する資料として一九五〇年から一九七〇年までの「障害者実態調査結果」「厚生白書」を用いた。同時に、クリニックスの一九六四年から現在までの患者記録の統計の分析を行った。

本論文は、次のような構成からなる。第一章においてリハビリテーション医学を概観する。第二章、第三章では、クリニックス開設の背景、目的およびクリニックスのこれまでの経緯と展開について述べる。第四章では、戦後の眼科リハビリテーションにおいて医療と福祉の統合の過程に、このクリニックスが果たしてきた役割と意義を検討する。終章では以上の内容より、総括的に考察して結論を述べる。

第一章 リハビリテーション医学の歴史的経過

リハビリテーション (rehabilitation) という言葉は、ラテン語の re (再び) habilis (ふさわしい) という語源から、「再びもとの状態に戻ることに」「一度失った地位などを回復すること」という意味を持つている。

現在、一般に使われているような障害を持った人の社会復帰に、この言葉が使われるようになったのは、一九一七年、第一次世界大戦の際にアメリカ陸軍軍医総監部の下に、Division of Physical and Rehabilitation (身体再建およびリハビリテーション部門) が設置された時である。この責任者にモック (H.E. Mock) 軍医大佐がなり、多数の戦傷者に対しての社会復帰を目指し機能訓練を行った。医学世界で「リハビリテーション」という語が使われたほとんど最初であったと言われている。⁴⁾

日本では、日中戦争の戦傷者に対して一九三八年に「傷兵保護院」が設置され、一九三九年に「軍事保護院」と名称

が変わり、東京、大阪、小倉に傷痍軍人職業補導所がつけられた。失明に対しては、一九三八年に、東京盲学校内に社会復帰を意図した「失明者傷痍軍人教育所」が設置された。

第二次世界大戦後のリハビリテーションの発展には、厚生省の大村潤四郎らの働きかけが重要な役割を果たした。⁽⁵⁾ また、一九四七年の児童福祉法、身体障害者福祉法の施行は、戦傷者だけでなく、一般身体障害者に対する法的保護を初めて確立した。一九六〇年後半頃から戦傷者が減少すると、それに代わり疾病や外傷による後遺症、感覚障害と呼ばれる視覚・聴覚等の障害者や精神障害者、難治性疾患患者などにまで対象を拡大した。また、大戦後の一九四六年制定された日本国憲法第二五条（生存権、国の生存権保障義務）の「一 すべての国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する」「二 国は、すべての生活面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」によって人権意識が高揚し、国民の健康と福祉に対して国家が責任ある対応を行うことへの要求が高まった。一方、一九六〇年代に障害者に対するノーマライゼーション (normalization) の思想が展開し、一九七〇年代の自立生活運動 (independent living) の展開、一九八一年の国際障害者年を経て、障害者の人権や自己決定権等の問題がクローズアップしてきたことが、その後のリハビリテーションの在り方においても身体面の機能だけでなく、心理社会的観点から心のケアの重要性を考慮されなければならないことになってきた。

リハビリテーションの目標もまた、一九八〇年代から ADL: Activity of Daily Living (日常生活動作) の改善から QOL: Quality of Life (生命、生活の質) の向上へと変化してきた。⁽⁶⁾⁽⁷⁾

また、リハビリテーションの認識も、以下のように変化した。これまで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の四つの領域に分けてきた。こうした細分化を統合されたものにしなければいけないとの認識がしだいに発展し、リハビリテーションⅡ「全人間的復権」という、障害者の個別的な生活、その人の人生としてのトータルな生き方に焦点をあてる傾向になってきた。

第二章 順天堂大学における眼科リハビリテーションクリニックの開設

一 一九六四年以前の眼科医のリハビリテーションへのかかわり

視覚障害という言葉は、一九四九年に制定された身体障害者福祉法を契機に使われるようになった言葉である(一九五四年、身体障害者福祉法改正にともない、「視力障害」が「視覚障害」に改正された)。それ以前は、両眼1m指数以下を盲、2m指数未満を準盲とし、この基準で、内務省は一九二五年、一九三二年、一九三七年の三回にわたり全国の失明原因等の調査を実施した。⁽⁸⁾⁽⁹⁾

視覚障害には、盲 (Blindness) と低視力 (low vision) がある。「ロービジョン」という言葉は、低視力という状態を表す言葉であるが、一九九〇年代より日本では、視覚の障害に関して「ロービジョン」という言葉が使用されるようになった。この場合、Low vision の用語の意味は、Low vision rehabilitation の意味で使用されており、Low vision という用語が使われる以前(一九八〇年以前)は、残存視機能訓練という用語が使用されている。

ロービジョンの定義としては、世界保健機構 (WHO) が一九九七年に「良い方の眼が矯正で〇・三未満〇・〇五以上の視力に相当する」と定めたが、国内外の文献において、その定義はあいまいであるとの報告がある。¹⁰⁾

眼科リハビリテーションの対象は、ある程度の視力を残存しているロービジョンが中心である。低視力児への対応という課題に対して、大阪医科大学眼科の湖崎克は、一九六一年大阪府下全小中学校を対象にした弱視検診を実施する⁽¹¹⁾⁽¹²⁾など、弱視教育、弱視訓練への眼科医の対応に関する報告が一九五〇年代から一九六〇年代に多くなされている。また、一九六五年『厚生省の指標』におけるリハビリテーション特集号において、国立小児病院眼医長の植村恭夫、厚生省医務局国立病院課の三田澄夫がともに弱視への対応について報告している。⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾しかし、治療法の確立していない疾患で、機能回復の見込みのない中途視覚障害者への医療側の対応は、クリニックが開設されるまでほとんど行われていなかった。

表 1 盲学校の視覚障害原因の推移

	1925	1952	1954	1959	1964	1970	1975	1980	1985	1990	1995
伝染性疾患	36.5	18.1	16.1	12.5	9.96	3.7	1.7	1.7	1.2	1.9	2.2
外傷	3.5	4.5	4.1	3.8	3.76	2.2	3.1	2.9	3.3	3.3	3.24
中毒		0.5	0.2	0.2	0.22	1.6	5.4	10.7	13.7	12.5	12.56
腫瘍	0.9	0.5	0.3	0.3	0.64	1.8	2.6	3.8	5.5	6.6	6.94
全身病	16.4	13	8.4	9.1	6.6	4.4	4.52	4.3	4.4	5.8	7.25
先天素因	29.7	52.3	56.6	71.6	59.16	80.9	76.5	66.9	60.5	61.7	56.23
原因不明	13.7	11	14.3	2.5	19.65	6.4	6.1	8.6	10.8	8.2	11.59
無記入								1.2	0.5		

二 一九六四年開設の背景

クリニックが開設されたのは、一九六四年のことである。開設の背景には、次のような状況があった。

① 失明原因の変遷と眼疾患の疾病構造の変化

失明者の失明予防の対策をたてるために、日本眼衛生協会は、一九五二年より全国盲学校生徒を対象に失明原因の調査を行った。一九五九年と一九六四年の調査では、順天堂大学眼科教室が共同で実施した⁽¹⁷⁾。盲学校の視覚障害原因の推移(表一)に示したように、一九二五年の最大の失明原因は、感染症であったが、その後予防、治療法が確立したことにより、一九六四年は感染症による眼疾患が減少し、結果未熟児網膜症、先天性素因や原因不明の眼疾が相対的に増加してきた時期であった。

これらの眼疾の特徴は、失明にいたる重篤な視覚障害が多いことである。その患者数が外来において相対的に増加したことにより、視覚障害者への失明の告知など特別な対応が必要となってきた。

② 視力回復の見込みのない者への医療関係者の無関心さに対する危機感

一九六四年、順天堂大学眼科の紺山和一は、眼科医療側の責任者であった国立東京視力障害者センターにおいて、入所中の視覚障害者一九一名を対象に施設の入所に至る経緯に関する調査を行った⁽¹⁸⁾。

その結果を表に示した(表一、表三、表四)。

この所見から、次のことが明らかになった。

表 3

回復しないと解ってから入所までの年数		
年数	人数	%
<1	55	28.8
1~2	39	20.4
2~3	22	11.5
3~5	32	16.8
5~10	19	9.9
10~15	8	4.2
>15	9	4.7
生来	7	3.7
計	191	100

表 4

東京視力障害者センターを知った経過		
	人数	%
眼科医	18	9.4
病院	14	7.3
一般医師	3	2.1
友人・知人	56	29.3
家族	11	5.8
新聞・ラジオ・テレビ	17	8.9
福祉事務所	52	27.2
その他社会事業施設	17	8.9
治療院	2	1.1
その他	1	0.5
計	191	100

は、眼科医はだれよりも患者の状態を知っており、それが回復可能であるのか、予後がどうなるのか、リハビリテーションの必要性を最も早く知ることができ、眼科医によって

表 2

診療施設を廻った数		
施設数	人数	%
1	32	16.8
2	22	11.1
3	39	20.4
4	23	12.0
5	28	14.7
6	19	9.9
7	15	7.9
8	5	2.6
9	2	1.1
10	4	1.6
11	1	0.5
12	1	0.5
計	191	100.0%

・センターに入所するまでに、医療機関を転々としている（五カ所以上が四十%、平均して三〜四カ所を訪れている）（表二）

・患者が回復の見込みがないと自覚してから更正施設への入所までの期間が長期であった。（平均は約三年半かかっている）（表三）

・眼科医を含めた診療施設から更生施設への紹介が一九一名中わずか三五名（二八・四%）である。（表四）

以上の調査結果

や現状を正確に知らされている患者は少なかつた。すなわち眼科医をはじめとする医療関係者たちは、リハビリテーションおよび回復の見込みがない者へ無関心であり、これに、診療部門と更正部門の連携の不徹底であることが明らかになった。順天堂大学でもこれに対する危機感を抱いた。

三 開設の目的と対象

クリニックは、眼科教授中島章のもと、紺山和一（当時医局長）が主体となつて開設された。

(一) 目的

一九六五年『臨床眼科』に紺山たちが掲載した「Rehabilitation Clinic 要綱」に掲げた目的には、次のように記述している。

「視覚障害者の更生施設に入所を希望して来る者を見れば視力の障害を受けてから短いものは半年、長いものに至つては一五年にも及び、平均して三〜四年の間は多数の眼科診療所を遍歴ないしはその他の治療を行い、全く視力回復の希望なきを自ら悟つた後に最後の頼みとして訪れるものが大多数である。

診療担当者側においては視力回復の見込みのない症例に無意味に近い治療を続けなければならない事になり多忙複雑な診療体系に負担を重くする事になる。患者は徒らに更生の機会を失して経済的に同時に歳月を空費することになる。

眞の医療に用いられねばならない巨額の金がこれに支出されている。またこれら更生指導担当者側からみる時、失明の恐怖を抱き長期間不安的な精神生活を送る事は、患者にとつて大きな性格上ひずみをもたらし、更生意欲を阻害するものである。適切な指導の加わらない失明歴の長いことは更生訓練にも大きな支障を来すものである。この意味において視力回復の見込みのないもの、ないし視力減退のおそれのある者に対しては、眼科的医療に併行に本人に対しては自己の障害を自覚させ、絶望感を救い、更生意欲を喚起させ、家族に対してはその取り扱い方法を指導する等の早期更生指

導を開始することが望ましい。かように眼科医と更生施設が密接に結びつき、早期更生指導を行う事は視覚障害者の福祉を極度に増進させる事であり、本クリニクスの目的とするところである。」(傍線は、筆者による)

以上をまとめると、開設に至った動機は、視力回復の見込みのない患者に対し、できるだけ早期に社会生活への復帰の手段を得ることが、本人の将来のためにも、医療側の損失をpushさえるためにも不可欠であり、そのために、医療と福祉が密接に連携することの必要性であるという認識に立った。

ところで、一九四七年身体障害者福祉法の施行により、失明者更生施設が設置され、中途失明者の社会復帰の道が開かれるようになっていた。従って、治療効果が期待できなくなった患者へどのように失明(障害)の告知を行うか、という問題は、眼科の課題の一つである筈であった。⁽²⁰⁾しかし、当時は、患者が今後どのように生きていくのか、その方針決定に関して、眼科医は社会的責任を感じる事があまりなかった。⁽²¹⁾

その結果、高度な視覚障害者の場合、視力回復の見込みのない患者が多いにもかかわらず、眼科医から、患者やその家族に失明(障害)の告知を告げられず、患者は自分の進むべき方向性を知らせられないまま更生の時期を失ってしまうことが多かった。

こうした状況において、紺山たちは、眼科外来において早期に更正の機会を与える必要があるとの認識に立って、クリニクスの基本理念を次のように定めている。⁽²²⁾

- ① 医療の根本思想は各人の家庭人、社会人としての機能を回復させることにある。
- ② 治る病氣―治らぬ病氣の差がはっきりしていること。
- ③ 治らぬ病氣―(失明に対し)―視覚に代る機能を得て一日も早く社会福祉および復帰の出発を与える判断と義務が眼科医にある。

以上の基本理念に立ち、主たる目的を次のように立てた。

- ① 本人に対して自己の障害を自覚し事実を受け入れさせる。(絶望感を救う)
- ② 家族に対する患者への対応の指導
- ③ 眼科医療と更生訓練施設との空白を埋める

一九六四年二月に、以上の基本理念と目的に沿ったクリニックを、眼科の特殊外来の一つとして開設した。

(二) 対 象

以上の目的から、その対象は順天堂大学眼科の外来患者を中心として、大きく次の三群に分けた。²³⁾

- 第一群 医療を継続しながら生活指導を加えていくもの
- 第二群 医療は定期的検査の程度にとどめ、更正指導を行う(更生意欲の喚起を早急に促す)
- 第三群 更生養護施設に直ちに入所せしめる

この中でクリニックが特に重点をおいたのは、社会復帰の時期を失わせないために、失明告知によるショックから心理的立ち直りを図ることが必要な患者であった。この症例は、視力障害が高度であり、もはや回復の見込みがないにもかかわらず、未だ治療にのみ希望を託している者が多かった。

(三) 相談内容

クリニックにおいて、開設当初かけられた相談内容は、次のものであった。²⁴⁾

- ① 視力回復の見込みのないことを自覚させるとともに、絶望感を救うための相談業務
- ② 眼科治療の中に心理的更正の指導を組み入れさせる
- ③ 自己の障害を受け入れる方法指導
- ④ 疾病及び視機能の程度に応じた生活指導
- ⑤ 家族に対し障害者の取り扱い方の指導

- ⑥ 生活環境の調整
- ⑦ 障害者の情報提供
- ⑧ 更正方法の指導
- ⑨ 職能適正の総合判断
- ⑩ 更正用具の取り扱いの指導
- ⑪ 更正予備訓練
- ⑫ 障害者の措置決定

(四) クリニックの構成

クリニックは、当初、実験的に実施された。メンバーは、以下のような構成からなり、チーム医療が行われた。²⁵⁾

- ① 眼科医（一名） 診療担当医からの依頼のもとに検査を実施し、それぞれの患者に対する眼科的意見を決定する。担当医とともに今後の治療の必要性の有無および告知を行う。

- ② 眼科技術員（二名） ケースワーカーとしての訓練を受け、眼科医サイドで協力する
- ③ 更生相談員（二名） 視覚障害の認知、心理的な切りかえ、更生意欲を高める

第二章 クリニックの一九六四年から現在までの経緯と展開

一 クリニックの一九六四年から現在までの経緯と展開

一九六四年、上述したような目的で開設されたクリニックは、以来、現在まで継続して行われている。これまでの活動を、その時代の福祉の状況の関連のもとに次の三期に分ける。

- ① 一九六四年開設時から一九六七年東京都心身障害者センターに視覚障害部門が開設され、職業前訓練（生活基礎

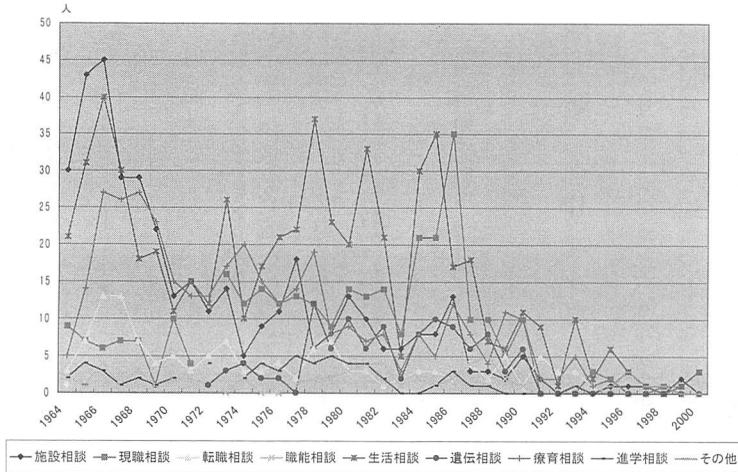


図1 1964年から2000年までの相談件数の推移

訓練)がそちらに移管するまでの一九六四年から一九六六年を初期。

② 本格的な視覚障害リハビリテーションが導入される一九九〇年代以前の一九六七年から一九八九年までを移行期。

③ 眼科領域でのリハビリテーションが注目されるようになった一九九〇年から現在までを後期とした。

図一に、一九六四年から二〇〇〇年までの相談件数および年齢、相談指導内容の年次統計を示した。(参考資料一、二) (この患者統計は、一九六四年から二〇〇〇年までの患者記録から年次ごとに分類し筆者がまとめた。)

(一) 初期の活動(一九六四年から一九六六年)

(1) 患者統計にみる相談内容

最初に対象患者は、医師の紺山による視機能の障害の判断および将来の眼科的管理、予後に関する判断が下された後、診療継続の必要者、心理的指導が必要な者などに分類された。次いで、患者の主訴により医師、相談員による本人、家族への医療指導および相談指導を行い、各症例によって具体的な生活指導および訓練が行われた。相談員による相談指導は、当時東京視力障害者センターの相談課長であった松井新二郎が担当した。

参考資料 1 1964年～2000年までの主訴の推移

主訴	年度									
	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
施設紹介	30	43	45	29	29	22	13	15	11	14
職業 (現職継続)	9	7	6	7	7	1	10	4		16
(転職相談)	3	7	13	13	7	4	5	3	5	7
(職能相談)	2	1	4	1	3	1	2	2	1	0
生活相談	21	31	40	30	18	19	11	15	12	26
遺伝相談									1	3
教育相談	5	14	27	26	27	23	15	13	13	17
弱視学級・盲学校	2	4	3	1	2	1	2		4	
その他		1								

主訴	年度									
	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
施設紹介	5	9	11	18	6	8	13	10	6	6
職業 (現職継続)	12	14	12	13	12	9	14	13	14	8
(転職相談)	3	3	4	2	6	7	3	3	1	2
(職能相談)	2			1	2	2	3	4	4	1
生活相談	10	17	21	22	37	23	20	33	21	5
遺伝相談	4	2	2		12	6	10	6	9	2
教育相談	20	15	12	14	19	8	9	7	8	3
弱視学級・盲学校	2	4	3	5	4	5	4	4	2	
その他										

主訴	年度									
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1980	1991	1992	1993
施設紹介	8	8	13	3	3	2	5	2	0	0
職業 (現職継続)	21	21	35	10	10	5	10			
(転職相談)	3	3	2	4	2	5	1	5	3	3
(職能相談)	2	1	2	4	5	2	1			
生活相談	30	35	17	18	7	6	11	9	1	10
遺伝相談	8	10	9	6	8	3	6			
教育相談	8	5	12	8	4	11	10	2	2	5
弱視学級・盲学校		1	3	1	1					1
その他										

主訴	年度						
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
施設紹介		1	1	1		2	
職業 (現職継続)	3	2			1	1	3
(転職相談)	1						
(職能相談)	1						
生活相談	2	6	3	1		1	3
遺伝相談							
教育相談	1	2			1		
弱視学級・盲学校							
その他		1	3	1	1		

参考資料 2 1964 年～2000 年までの年齢の推移

新患ケース年齢	年度	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
	1964									
0～9 歳	1	17	16	9	20	15	13	12	5	6
10 代	7	15	15	29	16	10	5	6	13	11
20 代	16	36	45	27	17	15	16	14	12	21
30 代	17	16	25	16	14	16	8	7	1	7
40 代	17	12	11	11	7	7	4	5	8	13
50 代	7	5	11	11	7	3	6	3	4	7
60 代以上	7	7	10	4	3	5	5	6	0	5
不明					1					
計	72	108	133	107	85	71	57	53	47	70

新患ケース年齢	年度	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
	1974									
0～9 歳	15	7	8	10	13	10	6	7	9	1
10 代	11	11	7	10	12	8	6	4	4	6
20 代	10	20	15	16	26	19	22	18	12	2
30 代	12	11	7	4	11	13	9	8	8	8
40 代	6	6	7	18	19	10	11	18	16	3
50 代	3	6	2	8	9	4	6	10	9	5
60 代以上	1	3	4	9	5	12	8	12	4	2
不明										
計	58	64	50	75	95	76	68	77	60	27

新患ケース年齢	年度	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
	1984									
0～9 歳	13	2	6	2	2	4	1		1	
10 代	6	11	18	6	6	7	9	3		1
20 代	6	12	14	4	7	5	7	3	1	
30 代	19	21	18	12	7	5	9	3		
40 代	14	19	15	6	10	6	13	3	2	1
50 代	18	16	14	14	3	3	3	2		1
60 代以上	9	8	3	10	5	4	4	1	1	2
不明								3	1	14
計	76	89	88	54	40	34	44	18	6	19

新患ケース年齢	年度	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	1994						
0～9 歳	1		1				
10 代	1	2			1		
20 代	2	1	1	1			3
30 代		1	2		2		
40 代	2	3	1	1			2
50 代	2	2				1	
60 代以上		3		1		3	1
不明			2				
計	8	12	7	3	3	4	6

相談指導内容は、更生施設への紹介が多い⁽²⁶⁾。当時、視覚障害者の職業の選択肢は狭く、更生施設での職業訓練も、はり・灸・あんまの訓練課程のみであった。どのような職業が可能であるのか、という選択はほとんど考えられない状況であったと理解できる。また、現職継続への相談指導が少ないことは、職場における視覚障害者の受け入れが困難であったこと、リハビリ訓練に必要な技術開発が遅れていたことなどの理由が考えられる。

当時、盲幼児に対する福祉対策はまったく行われていなかったため、幼児の教育相談も目立った。また、職業訓練を受けられない家庭の主婦が、生活上の訓練を受ける機会も施設も存在していなかった。そのため生活全般についての生活相談は、そのほとんどが女性および高齢者に限られ、点字指導、歩行訓練などが外来の中で行われた。また、盲学校や職業安定所、更生施設等の見学も行った。

当時は、将来の職業訓練を選択する指導内容が多かったが、次のような相談もあった。

ケース一は、「更生施設に入所すると、妹の縁談に差しさわりができるのではないかと懸念が家族の中にある。どうしたらよいだろうか」視覚障害に対する偏見のために施設に入所することに躊躇している相談である。

ケース二は、「子ども（小学校三年）が視力が悪く白内障と思われるので、順天堂での診察を受けたい。生活保護を受けているので医療券による受療を希望している。しかし福祉事務所では、地域によって受診できる医療機関が決まっているので、他の病院を紹介してくれない。どうしたらよいだろうか」生活保護者の医療の制限に対する不満である。

その他に、当時、紺山とともにクリニック開設に関わり、現在まで担当している赤松恒彦は、クリニックに関わったきっかけについて「当時三歳の未熟児網膜症での失明幼児が、母親に抱かれてばかりいて歩けないのを何とかして欲しいとの患者の母親の要求に答えるという形で、幼少児の療育相談の必要に迫られたから」と語っている。

(2) 一九六〇年代の福祉の状況

① 法律

順天堂大学がクリニックを開設した一九六四年は、第一次高度成長期（一九五五年から六五年）であった。²⁷

この時期、一九六〇年代前半には、社会福祉に関する法律として一九六〇年精神薄弱者福祉法、一九六三年老人福祉法、一九六四年母子福祉法が制定された。また社会保障に関しては、一九六一年国民皆（医療）保険体制を実現し、身体障害者に対しても一九六〇年身体障害者雇用促進法が施行されている。

当時、視覚障害者に対しては法律の規定により次のような援護のための主要な施策が開始されていた。

- ・ 更正相談
- ・ 失明者更正施設などによる更生訓練および職業訓練
- ・ 更正医療による障害の軽減善や障害部位の改善（のちに開眼手術などに対する医療費の補助）
- ・ 補装具の交付（盲人安全つえ、義眼、眼鏡および点字器）

② 施設

失明者更生施設は、身体障害者福祉法第三十条において「失明者を收容し、または通所させて、その更生に必要な知識技能及び訓練を与える施設とする」と定義されている。一九四八年国立光明寮設置法が施行され、同年東京、塩原に一九五一年に神戸、一九六四年に函館にそれぞれ光明寮が開設された（一九六四年国の失明者更生施設はすべて「国立視力障害者センター」に改名された。）

しかし、上記の更生施設以外のリハビリテーション訓練施設（当時、残存視機能訓練施設）は、当時どこにもなかった。順天堂大学では眼科外来の中で、点字訓練から歩行訓練の手ほどき等、実際の訓練をボランティアが週二度来院して指導を行った。

③ リハビリテーション

厚生省では、一九六三年にリハビリテーション需要調査を初めて行っており、一九六二年（昭和三七年度版）厚生白書

に初めて「リハビリテーション」という言葉が記載されている。⁽²⁸⁾一九六四年(昭和三十九年度版)、一九六五年(昭和四十年
度版)の厚生白書においても、リハビリテーション対策としてその重要性およびそのサービスの現状の記載がある。福祉
対策におけるリハビリテーションの重要性が高まってきた時期であった。

しかし、当時のリハビリテーションの問題点について、山本二郎(当時厚生省公衆衛生局保健所課)は、「厚生
の指標
(一九六五年)リハビリテーション特集一」の中で次のように指摘している。⁽³⁰⁾

「身体障害者の社会復帰の過程において、残存機能について医学的、職能的評価を行い、適正職能の判定を行う評価機
構は、リハビリテーションの全体的体系の中にあつて、交通整理の役目を果たすものとして、かくべからざるものであ
る。(中略)病院やリハビリテーション施設の一部においても、これに類した業務が行われているが、従来この面に対す
る配慮は乏しく、これがリハビリテーション体系の不備の一貫ともなっている。この体系的整備、充実が望まれる。」
障害により失われた能力を回復し、補うためのリハビリテーションは、その関連する分野が教育、医療、社会福祉、
雇用安定等きわめて多岐にわたるものであるが、日本における障害者対策は、全体としてそれぞれの部門ごとに、断片
的に実施されてきたため、相互の体系的な結びつきに欠けるところがあつた。このことは、当時の医療と福祉(更生施設)
の連携の不徹底を反映している。

事実、一九六五年の身体障害者実態調査結果によれば、⁽³¹⁾

・補装具の所持状況について、視覚障害者に必要な補装具の盲人安全つえが、必要としている者の約五〇%しか所有
していない。また所有している者の内、約二五%が不十分なもので取り替えを必要としていた(表五)。

・点字の理解状況については、十五歳以上の者で、点字を理解している状況は、表六のとおりで、読めないものが約
八割と高い。

表 5 1965 年身体障害者実態調査より

区 分	盲人安全づえ	点字器
総 数	(116 千人)	(18 千人)
	100	100
所有していないが必要	50.8	27.5
所有 (取替えが必要)	12.1	16.7
所有 (取替え不要)	37.1	55.6

表 6 1965 年身体障害者実態調査より

障害等級	読み書きが できる	読めるが 書けない	書けるが 読めない	読み書きと もできない
総 数	13.1	0.9	1.6	84.3
1.2 級	15.1	1	2.4	81.4
3.4 級	9.9	0.9	0.9	88.6
5.6 級	11.2	0.6	0.3	87.9
不 明	12.1	1.1	1.1	85.7

(二) 移行期の活動(一九六七年から一九八九年)
移行期は、一九六七年東京都心身障害者福祉センターに視覚障害部門が開設された時に始まる。その時から、訓練はそちらに移管した。そのため、リハビリテーションクリニックでは、失明の告知から社会的訓練機関への橋渡しをすることに機能をしぼった。

(一) 患者統計にみる相談内容

相談指導の内容は、初期の内容と比較して、更生施設への紹介が減少し、職業相談、特に現職継続の相談指導が増加している(特に、八〇年代後半)。これは、拡大レンズや拡大読書器などの機器の技術の開発や、東京都心身障害者福祉センターに設置された生活訓練コースに歩行訓練士が採用されたことで、リハビリ訓練の普及、訓練技術の向上が影響しているものと考えられる。教育相談も、同センターに幼児指導部門が併設されたことにより、減少している。

しかし、生活相談では、カナタイプの訓練も院内で行われるようになった。

特に目立ってきたのは、一九八〇年代後半に入り高齢者の相談が増加してきた。そのため、それまでの職業的社会的復帰を

目指した指導だけでなく、高齢者への日常生活における訓練への対応を考える必要性がでてきた。

また、疾病構造の変化による遺伝性疾患の増加により「子どもに自分の病気のことを聞かれたらどのように話したらよいのか、遺伝のことを伝えるべきなのか」など、網膜色素変性症患者の遺伝相談が増加してきたことである。(相談者は女性がほとんどであった。)

そのため、一九八四年、一九八五年には、「患者と家族のための網膜色素変性症の医療相談会」を開催し、疾患の自然史、遺伝、予後に関する情報の提供など、患者とその家族への説明を行うなど積極的な活動を行った。⁽³³⁾ また、この医療相談会が契機となり、網膜色素変性症の患者の会が結成された。

(2) 福祉の状況

身体障害者福祉法は、一九六七年の改正により、従前の「更生」に保護の意味を加味した「身体障害者の生活の安定に寄与」することが法の目的に示された。また、一九七〇年身体障害者対策基本法が制定され、従来自立更生の対象とならない重度の障害者にもリハビリ訓練を行う施策が法的に保障された。一九八二年には、医療および生活訓練、職業訓練など総合的なケアを目指すことを掲げ、国立身体障害者センター、国立東京視力障害センター、国立聴力言語障害センターが統合して、国立リハビリテーションセンターが設立された。

一九七〇年の視覚障害者の更生施設数は、国立障害者センターの五カ所の他に、府・県立の三カ所、社会福祉法人の二カ所であった。

その後、生活訓練に重点をおく社会適応訓練施設が開設されるようになり、一九八八年には、その施設数は全国に二五カ所になった。訓練形態も宿泊だけでなく通所や訪問での訓練ができるような体制が整備された。

しかし、一九八八年の日本眼科医学会の報告によれば、リハビリテーション施設入所までに三カ所以上の診療所、病院で受診している者が五三% (その内六カ所以上の九・五%が含まれている)。入所時の調査で、失明または回復不可能といわ

表 7 入所経緯における調査比較

施設を知った経過		
視力障害者センター名	東京	函館
	1964年	1982～1987年
	%	%
眼科医		
病院	18.3	6.2
一般医師		
友人・知人	29.3	18.8
家族	5.8	
新聞・ラジオ・テレビ	8.9	
福祉事務所	27.2	16.3
その他社会事業施設	8.9	46.2
治療院	1.1	1.1
その他	0.5	12.5
入所者数計	191名	80名
計	100	100

れたのが、三年前が一六・五%、四年前九%、五年以前が三七・五%であった。つまり三年前以上が六三%という数との結果が出ている。⁽³⁴⁾

また、函館視力障害センターの報告（一九八二年から一九八七年の調査）では、表七（一九六四年との比較を表に示した）に示したように、医療者からのリハビリテーション施設への紹介は一九六四年の東京（一八・三%）より少なく、わずか六・二%であった。⁽³⁵⁾

こうした実態は、特に地方では順天堂大学でクリニック開設当時とほとんど変化がなく、依然として医療と福祉の連携が不徹底であることが示された。

（三）後期の活動（一九九〇年から二〇〇〇年）

（一）患者統計にみる相談内容

一九九一年、遺伝相談に対応するために、遺伝外来がクリニックから独立し開設された。九〇年代後半には遺伝性網膜疾患を扱う網膜外来と、Low vision 者のための訓練を行う Low vision 外来とが、それぞれ特殊外来としての活動を行うようになった。その結果、クリニック自体の相談件数は相対的に減少してきた。⁽³⁶⁾

一方、一九九二年には第四五回日本臨床眼科学会シンポジウムにおいて「眼科リハビリテーション」が採り上

げられるなど、中途視覚障害者および低視力 (Low vision) 者への眼科医の関心が高まってきた。⁽³⁷⁾

また、視力障害の分類も、一九四七年身体障害者福祉法制定時の障害分類は、視力障害をA、B、Cに分類し、これをさらに二つの級に分け、以下のような基準であった(いずれも永続する障害)。

A) 一級 両眼の視力がそれぞれ明暗を弁別し得ない者(以下失明)

二級 一眼が失明し、他眼の視力が〇・〇二以下の者および両眼の視力がそれぞれ〇・〇二以下の者

B) 三級 一眼が失明し、他眼の視力が〇・〇六以下の者

四級 両眼の視力がそれぞれ〇・〇六以下の者

C) 五級 一眼が失明し、他眼の視力が〇・一以下の者および両眼の視力がそれぞれ〇・一以下のもの

六級 一眼が失明し、他眼の視力が〇・六以下の者

その後、表八に示したように、一九七〇年の基準変更を経て、一九九五年視野狭窄をも勘案して視覚障害の等級が改正された。一九九五年四月十一日通知された、身体障害者福祉法施行規則の一部を改正する省令の施行について、次のように規定している。⁽³⁸⁾

一 改正の趣旨

現在、視野障害の求心性視野狭窄の級別については、残存中心視野の角度によって級別を定めているが、今般、近年の医学的検査法の進歩に伴い、より生活実態を反映し、克視力障害の級別を定めたときに用いられた視能率を勘案し整合性を維持できるように等級表の改正を行うものである。

これは、視野狭窄および視野欠損が障害分類に加えられるようになったことで、視力障害への福祉の対応が、「見えるか」「見えないのか」という基準から「見えにくさ」への対応へと変化してきたことを示している(表八)。

クリニックの一〇年間の相談内容における特徴は、①高齢者に対するリハビリ訓練の課題、②相談内容の主訴が明確

表 8 視覚障害等級新旧対照表

厚生省「視野障害認定の手引き」(平成7年4月)より引用

[旧] 1970年改正

[新] 1995年改正

級別		級別	
1級	両眼の視力(万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ。)の和が0.01以下のもの	1級	両眼の視力(万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ。)の和が0.01以下のもの
2級	両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの	2級	1. 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの
3級	両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの		2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95%以上のもの
4級	1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2. 両眼の視力がそれぞれ5度以内のもの	3級	1. 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90%以上のもの
5級	1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2. 両眼の視力がそれぞれ10度以内のもの 3. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの	4級	1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの
		5級	1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの
6級	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を超えるもの	6級	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を超えるもの

でないものが多い。⁽³⁹⁾それは、視力低下に対する漠然とした不安であったりなどの心理的な混乱を抱えた患者である。

あるケースでは、視野狭窄の八〇歳男性が、

「部屋の中では不自由なく歩けるが、食事をする時おかずがどこにあるのか見えない。死ぬまで元気でいたいと思ってるが、目が見えないということで、人も離れてしまっているような気がする。本も読めなくなってきた、なんとかもう一度読めるようになりたい。訓練を受けたいが妻は家の中に人が入ってくるのを嫌がる」

このケースに見るような社会的自立が難しい高齢者のリハビリ訓練への課題が残されている。

赤松は一九八九年『日本眼科紀要』の「視覚障害者リハビリテーションクリニック二五年の経験」の中ですでに高齢者のリハ訓練の必要性を次のように指摘していた。⁽⁴⁰⁾

「視覚障害者の福祉施設が近來、老人や重複障害者が増加しているにもかかわらず、リハビリの対象外にしており、また視覚障害者の就労についてもきめのこまかい指導と対応がなされていないために、社会から取り残される者が多く出ている。(中略)職業的社会的復帰に偏重した体系を、それ以外の視覚障害者に広げ、障害者が等しくリハの恩恵を浴し、持っている能力をフルに発揮できるような施設が必要である。」

この指摘は、現在、特に重要な課題でもある。

四 眼科リハビリテーションの現状

表九は、東京都心身障害者センターにおける過去四〇年間の年度別の視覚障害の原因疾患の推移である。⁽⁴¹⁾近年、網膜色素変性症などの予後不良な疾患が増加傾向にある。(なお、障害者手帳を持つすべてを対象とした厚生省の身体障害者実態調査では、累積障害者数のため時代を反映した原因疾患が統計に出にくい)

順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックで対象とした患者では、当初より現在に至るまで、進行性で治癒の見

表 9

東京都心身障害センターにおける視覚障害の原因疾患			
1968年	1978年	1988年	1998年
1. 強度近視	1. 強度近視	1. 強度近視	1. 網膜色素変性症
2. 視神経萎縮	2. 網膜色素変性症	2. 網膜色素変性症	2. 糖尿病網膜症
3. 網膜色素変性症	3. 老人性白内障	3. 糖尿病網膜症	3. 強度近視
4. 角膜混濁	4. 角膜混濁	4. 老人性白内障	4. 緑内障
5. 老人性白内障	5. 視神経萎縮	5. 緑内障	5. 老人性白内障
6. 未熟児網膜症	6. 緑内障	6. 視神経萎縮	6. 脳血管障害
7. ぶどう膜炎	7. 糖尿病網膜症	7. ぶどう膜炎	7. 黄斑変性
8. 先天性白内障	8. 先天性白内障	8. 黄斑変性	8. 角膜混濁
9. 小眼球	9. ぶどう膜炎	9. 未熟児網膜症	9. 視神経萎縮
10. 緑内障	10. 小眼球	10. 小眼球	10. ぶどう膜炎

込みのない疾患である網膜色素変性症の占める割合が大きい。筆者は、二〇〇二年から中途視覚障害の上位を占める網膜色素変性症の患者への聞き取り調査を行い、患者が抱える心理社会的課題と医療の課題を検討してきた^②。その結果、以下に示したような心理社会的課題が浮かび上がってきた。

- ① 有効な治療法がないということで、診断の告知の時点で医療との関係が終わってしまい、孤立しやすい
- ② リハビリテーションや福祉サービスの情報が患者に伝わりにくい

医療の課題としては、

- ① 診断の告知後の心理的援助への対応の必要性
- ② 医療、福祉、社会というフィールド間の不理解を解消するための連携の構築と、長期的支援の必要性

であった。

これらの問題は、一九六四年順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックが開設当初すでに指摘していた問題でもある^③。約四〇年後の現在でも解決されていない課題といえる。

しかし、現在は四〇年前に比較して、残存視機能に対する拡大読書器など視覚補助具の急速な開発や訓練施設の整備により、身体的、機能的

課題（すなわち視覚障害の機能的な障害部分そのものが引き起こす困難さ）は、徐々に解消されつつある。とはいえ、視力回復の見込みのない者が抱える心理的課題は残り、それに対する医療側の対応は、始まったばかりと言える。

第四章 考 察

以上のような経過において、順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックは、一九六四年から、眼科医療において最初に、医学的リハビリテーションから社会的リハビリテーションに至るまで包括した体系を確立し、治癒不可能な患者の心理面への援助に積極的に取り組んできた。

この結果を各時期ごとの考察をすると以下ようになる。

一 クリニックが果たしてきた役割

(一) 初期

身体障害者福祉法は、制定当初は「更生」ができる障害者が対象であり、福祉施策を受けるためには、診療機関から地域ごとに設置された更生相談所に紹介されることになっている。しかし、医療側にとっては、視力回復の見込みのない患者への関心は低く、治療から更生施設への転換には大きな空白があり、これが十分に機能していない状況であった。クリニック開設は、こうした患者に対応するために、告知から心理相談・指導、生活訓練を行うことで、福祉施策を受けるまでの空白を埋める試みを行った。

対象とした患者は、順天堂大学の眼科外来からの受け入れが主であり、その中でも高度な視覚障害をもつ患者が多かった。

そのため、クリニックでは告知の時点から患者の心理面への援助を重視するために数回にわたる面接を行い、その過

程の中で、患者自身が自分の将来に向けて方向性を採択できるような援助を第一として行った。

しかし、初期には、かかげた理想と現実にはおおきなギャップがあつたと考えられる。

赤松は、当時の状況について次のように記述している。⁽⁴⁾

「一九六七年まで、盲幼児の療育相談をする機関もなく、まして指導するところもなかった。盲学校に入学するまではなんらの指導も受けない状態で素人の両親に任されており、盲児としての養育指導はまるでたらの状態であつた。社会福祉政策はまだまだ十分でなく、家庭の経済中心となつていたものが視覚障害になつた場合は、どのように食べていくかが問題で職業の選択など考える余地はなかつた。」

一九六四年当時は、盲に対する職業訓練が主であり、更生施設も職業訓練が併設されていたため、訓練施設入所イコール三療（あんま・はり・きゅう）であり、職業の選択の幅も狭かつた。中途視覚障害者の残存視機能への訓練を行つても、それを活用し職を得るといふ選択肢はほとんどなかつたのである。

患者への社会復帰を目指し、さまざまな活動内容を行うべく理想をかかげたクリニックであつたが、初期の時期は、患者への指導内容は、施設への入所あるいは自宅での日常生活訓練に対する指導的な活動が多かつた。

(二) 移行期

職業自立を目指した更生施設から生活訓練施設、点字図書館などが全国に設置されるようになり、福祉サービスは、その目的によって対応できるように選択の幅が広がつてきた。しかし、依然として、眼科医からのリハビリテーション施設への紹介は少なく、いまだ医療と福祉の谷間に取り残された患者が多く、眼科医がこの問題に無関心であつたことを物語っている。そのため、視覚障害者の実態は、こうした福祉の援護が十分に普及していない（活用されていない）状況にあつた。

こうした医療と福祉（更正施設）との溝、連携の不徹底さに対して、クリニックは、高度の視力障害者に対して社会的

自立の出発点までの橋渡しをクリニックの一つの機能としてとらえ、一貫した方針のもとで具体的なスケジュールを組み立て、残存視機能における訓練準備を行ってきた。

相談指導内容も、施設への紹介から現在の職業をいかに継続すべきか、いかに福祉施策を利用して、社会生活を送ることができているのか、という相談への対応に変化していった。しかし、いかなる更生施設等の福祉施策が整備されても、更生意欲および社会復帰への動機づけがなければ、更生時期を失ってしまう。そのため、患者への心理的対応をさらに重視する必要性があり、患者自身が自分の将来の選択をすることができるとの援助が重要となった。

また、網膜色素変性症の医療相談を行ったことで、遺伝に関する相談も多くその対応にも積極的に活動してきた。

(三) 後 期

視覚障害者に対しては、音声パソコンやさまざまな補助具や職業継続のための援助が整備されてきた。また、眼科医たちのリハビリテーションへの関心も高まってきた時期である。クリニックも、一九九〇年代後半から網膜外来、Low vision外来などの特殊外来の細分化により、リハビリテーションクリニックの患者数は減少してきている。

このクリニックの患者数は減少してきたが、近年、糖尿病性網膜症、緑内障による中途視覚障害者は増加傾向にあり、その特徴は、働き盛りの四〇代から五〇代が多いこと、心理的にも社会的にも急激な変化に直面することが挙げられる。こうした患者への今後の対応として、医療の中のリハビリテーションがより必要になっている。そこで、順天堂大学眼科でのこれまでの経験が、さらに重要であると考ええる。

この時期の患者の特徴は、次のような二つに分類することができる。

① そのほとんどが視野欠損の高度な視覚障害者であり、その疾患の多くは、網膜色素変性症などの有効な治療法がない疾患であること。その相談内容は比較的軽微な症状が軽微な時点で診断が可能のため、心理的ショックが大きい。なかなか障害を認めることができず心理的立ち直りができないために、さまざまな福祉サービスを選択できず将来の方向性がきめ

られないケースが多い。告知後の心理的援助とともに障害者として新たな生活への「適応」への援助がますます必要となつてゐる。医師がどんなに正確な情報提供を行つても、患者、家族の心理的ショック、混乱は大きい。患者はどんな場合でも視力回復への望み、医師への期待が強い。そのためこうした心理的ショックから引き起こされるさまざまな感情への対応を十分に行うことが必要となる。

② 高齢者の増加。相談内容は、残存視機能をいかに有効に活用しながら、通常の生活ができるのか。職業訓練が主体であつた初期と比較して、日常生活でのリハビリ訓練への対応が求められるようになった。

患者数は減少したが、そこには、現在の眼科リハビリテーションが未解決のまま抱える課題が残されている。

二 クリニック開設の意義

クリニックの活動の歴史的意義は、

「視力回復の望みのない症例にも、社会人としての機能を最高度に維持発揚出来る方向に考慮すべきである。即ち眼疾に対する我々の治療能力が未だ万能でない今日、特に高度の視力障害者に対しては盲人福祉の出発点まで眼科臨床が関与せねばならない。」と、紺山はクリニックの目的について述べていることには⁽⁴⁾じまる。現在眼科医が Low Vision への関心を高めたのは、その成果の一つである。

一九六四年クリニック開設の背景は、医療側には、

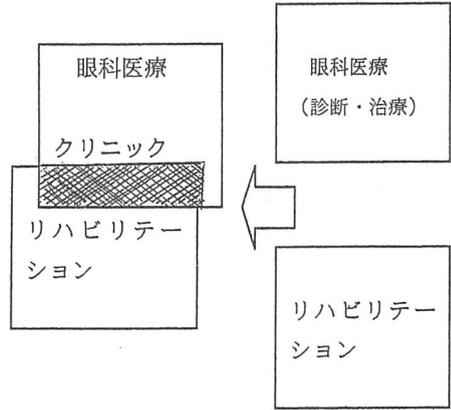
① 告知の問題（いつ告げることが適切か）

② 告知後の対応の問題（福祉、行政などへどのように繋げていくべきなのか）

また患者側には、

① 告知によるショック、混乱

診療とリハビリテーションの関係図
 <クリニックの活動> ← <従来の診療>
 統合化 独立



ニックは、開設当初から医療は病気を対象とするのではなく、クライアアントに対して全人格の尊厳を回復することを目指して対処する方向を見出すための活動を行ってきたのである。

結論

本論文では順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックの活動を検証し、医療と福祉が統合されていく過程を明らかにした。

眼科リハビリテーションにおいて、視力回復の見込みのない患者への本格的な対応は、ようやく始まったばかりとい

② 治療法を求めて病院を転々とする（患者の経済的負担増）↓社会復帰が遅れる

など、双方にとって大きな課題が存在していた。

こうした課題に対して、順天堂大学眼科では、本論に示したように医療と福祉の統合をめざして、日本の国内で民間施設としてきわめて早い時期にリハビリテーションクリニックを開設し、回復の見込みのない患者への対応を行ってきた。

失明告知から立ち直るまでの間にはおおきな深い心理的な谷間がある。順天堂大学眼科リハビリテーションクリニックの活動は、その問題解決のために、眼科医療の分野（医療の分野）に医療と福祉（社会的資源）を結びつける役割を確立したことがもつとも中心的な意義である、と考える。そして、クリ

える。例えば、リハビリテーションの訓練においても、開設当初の時代は、失明者の社会復帰、自立更生のための職業訓練にいかに関係していかのか、ということが第一の目標であった。そのためには、遠隔地での施設入所による訓練が必要であった。現在では、コミュニティの中で、孤立せずにいかに援助できるのか、という援助のあり方に変化してきた。高齢者の人口増加にともない、相談者の年齢分布に見るように現在は、高齢者の視覚障害者のための生活自立の訓練が、眼科リハビリテーションの今後の課題となってきた。

一九八〇年にWHOが発表した国際障害分類により、これまで障害を機能・形態障害 (impairment)、能力障害 (disability)、社会的不利 (handicap) 三つの次元で総合的にとらえるという基本的視点があった。しかしこの三つの次元の概念と分類の批判により、一九九九年国際障害分類 β -2 試案の発行へと至った。⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾ その試案は、活動制限、参加制約、環境因子の評価から障害の問題を捉えることにより、個人の生活およびコミュニティに根ざしたりハビリテーションという考え方に変化してきた。

眼科リハビリテーションは、医療、福祉がそれぞれ独立した機能の活用から、地域社会を含めた医療・福祉・地域社会という領域を超えた長期的支援のシステムにかわりつつある。

心理的援助もまた、告知後の対応とともに重要になってきた。そのためには、活用できる福祉サービスをいかに活用し、障害に起因する新たな生活への「適応」できるのかという、患者自身の自己決定への援助などが今後のリハビリテーションの活動に必要であると考えられる。また、遺伝子解析、遺伝子治療などの開発にともない、今後は遺伝相談の需要が増すと想像される。その対応も今後は重要な課題である。

謝 辞

本論文の作成にあたり、ご指導、ご校閲を賜りました順天堂大学医史学研究室酒井シツ客員教授、ご教示を賜りました順天堂大学中島章名誉教授、眼科リハビリテーションクリニック赤松恒彦先生、石野砂智子先生に深謝いたします。

引用文献および参考文献

- (1) 丸尾敏夫 「眼科リハビリテーション 現状と今後の課題」『臨床眼科』第六四卷三号、一二五〜二二八頁、一九九二
- (2) 久保田伸枝 「眼科リハビリテーション 医師の役割」『日本の眼科』第六三卷二号、一二五〜一二九頁、一九九二
- (3) 森信隆吉 「眼科リハビリテーション 失明告知に関する一考察」『日本の眼科』第六三卷二号、一四五〜一四七頁、一九九二
- (4) 上田敏 「リハビリテーション医学の世界」一一二〜一一四頁、三輪書店、東京、一九九二
- (5) 鈴木明子 『日本における作業療法教育の歴史』六〇〜八八頁、北海道大学図書刊行会、北海道、一九八六
- (6) 前掲書 (4)、一四八〜一六八頁
- (7) 上田敏 『科学としてのリハビリテーション医学』七四〜八五頁、医学書院、東京、二〇〇一
- (8) 内務省衛生局予防課 「眼科衛生資料」『眼科臨床医報』第二二号、一八六〜一八七頁、一九二七、『眼科臨床医報』第二七号、五六四〜五六五頁、一九三三、『眼科臨床医報』第二八号、八二〜八七頁、一九三三
- (9) 厚生省予防局 「失明者ニ関スル統計」(昭和十一年一〇月一〇日調査)、一〜五八頁、一九三八
- (10) 守本典子、大月洋 「ロビジヨンの定義確立に向けての提言」『日本眼科紀要』第五一卷二二号、一一一五〜一二二〇頁、二〇〇〇
- (11) 潮崎克 「弱視療育に関する学校保険法の立場」『眼科』第二卷八号、六三二〜六三四頁、一九六〇、「弱視児の教育的措置に関する研究 その一 教科書活字について」『日眼会誌』第六五卷九号、一九九〇〜一九九五頁、一九六一、「弱視レンズの処方と使用法」『眼科』第七卷一二号、三六九〜三七六頁、一九六五
- (12) 久保田伸枝 「弱視レンズの種類」『眼科』第七卷八号、五七二〜五七七頁、一九六五
- (13) 原田政美他 「弱視レンズについて」『臨床眼科』第五七卷一号、一〜八頁、一九六三
- (14) 植村恭夫 「小児眼科の重要性」『厚生指標 リハビリテーション特集一』第一二卷一六号、一三〜一四頁、財団法人厚生統計協会、一九六五
- (15) 三田澄夫 「弱視」『厚生指標 リハビリテーション特集一』第一二卷一六号、二二〜二四頁、財団法人厚生統計協会、一九六五

- (16) 菊池正 「リハビリテーション施設」『厚生 の 指標 リハビリテーション特集一』第一二巻一六号、四〇〜四二頁、財団法人厚生統計協会、一九六五
- (17) 日本眼衛生協会 「一九六四年盲学校生徒、視力障害者センターの失明原因調査から」一九七六
- (18) 紺山和一 「眼科 Rehabilitation Clinic に ついて」『臨床眼科』第一九巻二号、一一三頁、一九六五
- (19) 前掲書 (18) 二一八頁
- (20) 原田政美 「リハビリテーション医学の立場からみた眼科領域の諸問題」『眼科臨床医報』第五八巻十二号、一〇〇九頁、一九六四
- (21) 前掲書 (20) 一〇〇〇〜一〇〇一頁
- (22) 紺山和一他 「眼科臨床相談所―同所で得た二、三の知見を中心として―」『日本眼科紀要』第一八巻六号、六三九頁、一九六七
- (23) 前掲書 (18) 一一七頁
- (24) 前掲書 (22) 六四一頁
- (25) 前掲書 (22) 六四〇頁
- (26) 参考資料 参照
- (27) 右田紀多恵編 『社会福祉の歴史』三一五〜三二九頁、有斐閣選書、東京、二〇〇一
- (28) 厚生省 「厚生白書」財団法人厚生問題研究所、一九六二
- (29) 厚生省 「厚生白書」財団法人厚生問題研究所、一九六四、一九六五
- (30) 山本二郎 「リハビリテーションの体系化」『厚生 の 指標 リハビリテーション特集一』第一二巻一六号、五〜一〇頁、財団法人厚生統計協会、一九六五
- (31) 岩橋英行監修 『世界盲人百科事典』一七〜二四頁、社団法人日本ライイトハウス、大阪、一九七二
- (32) 参考資料 参照
- (33) あせび会だより 「患者と家族のための特集号 網膜色素変性症とは」三一号、三五号、稀少難病者全国連合会(あせび会)、一九八五

- (34) 社団法人日本眼科医会総務部報告 「中途失明者に対するリハビリテーションの紹介について」『日本の眼科』第五九巻一
号、四九頁、一九八八
- (35) 前掲書 (34)、五〇頁
- (36) 参考資料 参照
- (37) 丸尾敏夫 「眼科リハビリテーション 第四五回日本臨床眼科学会シンポジウムから」『日本の眼科』第六三巻二号、一二
三～一二四頁、一九九二
- (38) 厚生省 「身体障害者福祉法施行規則の一部を改正する省令の施行について」一九九五年四月一日 (社援更第八八号 各
都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省社会・援護局長通知)
- (39) 参考資料 参照
- (40) 赤松恒彦他 「視覚障害者リハビリテーション二十五年の経験」『日本眼科紀要』第四〇巻五号、一二〇五～一二一〇頁、一
九八九
- (41) 坂上達志他 「東京都心身障害者福祉センターにおける三〇年間の視覚障害者の原因疾患の推移」『臨床眼科』第九四巻十
号、一二〇五～一二〇九頁、二〇〇〇
- (42) 高林雅子 「網膜色素変性症患者の視点からみた心理的援助の課題」『日本眼科紀要』第五四巻八号、六三〇～六三六頁、
二〇〇三
- (43) 赤松恒彦他 「眼科リハビリテーションクリニック一〇年間の経験より」『臨床眼科』第二九巻二号、一七七～一八六頁、一九
七五
- (44) 前掲書 (40)、一二〇九頁
- (45) 前掲書 (18)、一二三頁
- (46) 「WHO 国際障害分類第二版 β 二案 (日本語版)」 WHO 国際障害分類日本協力センター、二〇〇〇
- (47) 佐藤久夫 「障害構造入門」四～一三頁、青木書店、東京、一九九二

A Combination of Clinical Medicine and Social Welfare Activities of the Ophthalmic Rehabilitation Clinic at Juntendo University

Masako TAKABAYASHI

I intend to analyze in this paper the activities of the Ophthalmic Rehabilitation Clinic at Juntendo University in order to clarify how social welfare is incorporated with medical care in rehabilitation. The patients who feel little hope of recovery often suffer a great sense of emptiness until they finally manage to rehabilitate themselves in society. The clinic was founded for them in 1964 inside the Department of Ophthalmology, Juntendo University. The Department has been providing consultation with the visually handicapped. The program consists of counseling, educational guidance, daily training, etc. It is quite remarkable that the rehabilitation program, in addition to the medical examination, has been introduced to the outpatients who have visual handicaps.