眼科領域のリハビリテーション

原 田 政 美*

はじめに

わが国の視覚障害者は約22万人に達するものと推定されている。これらの障害者に対する社会的・医学的リハビリテーションの体系は第1,2表のとおりである。以下これらにかんする現況と問題点を概観し、この分野に対する御理解を仰ぎたいものとする。なお視力障害者においては、両眼で見える視力（メガネで矯正可能なものは矯正値）の程度によって、盲（完全失明から視力0.02未満まで）、準盲（0.02以上0.04未満）、弱視

第1表 視覚障害者に対する主要な社会的リハビリテーション

回復不能障害	社会的施策
先天的・幼小児期の失明	盲学校教育（高等部理療科に進むものが大多数）
中途失明	職業教育（主に理療）
（疾病・高齢で自立困難）	収容施設

（0.04以上0.3未満）に分類される。本稿で失明と呼ぶのは、完全失明者だけでなくこれに準ずる強度の視力障害者をも含める。

I. 盲学校と弱視教育

先天性または幼小児期に失明した子供達は盲学校で教育を受ける。盲学校は比較的完備し、国立1・公立70・私立2を数える。盲学校のなかには幼稚部を設けているところもあるが、現在なお未発達で児童数は5名に過ぎない。小・中学部は一般義務教育で、生徒数は昭和38年度現在5,480名、就学率45.1%である。これは“ろう”の就学率67%と比較するとかなり低い。

盲学校では点字教育を主体とする。点字とは点筆と呼ぶキリのようなもので厚い紙に陥凹を作り、この紙を裏返して突起を人さし指の先でさわって読むものである（第1図）。この際6箇の基準点があり、この組合せによって文字が作られる。熟練するとラジオのニュースと同じ位の速度で読むことが可能になる。点字出版事業は官公立1, 法人等15, 点字図書館は官公立13, 法人等12があり、点字印刷機による大量生産のほかに、点訳奉仕者が自宅で作る図書も多い。これらの点字図書は一般の成人の失明者に広く利用されているが、

第2表 視覚障害者に対する主要な医学的リハビリテーション

種 類	医学的施策
失 明	開眼手術（角膜移植・白内障摘出など）
弱 視	弱視レンズ・機能訓練
屈折異常	メガネ・コンタクトレンズ
斜 視	両眼視訓練

リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン

第1図 点字の書記と触読

最近ではテープレコーダを利用し、テープを図書代りにすることが普及している。このように視覚障害を補う手段として、触覚や聴覚が活用され

* Masami Harada 東京大学医学部眼科教室

る。地図には凹凸と点字による地名記入があり、物指や分度器の目盛は小突起がつけられ、算盤にも特別な工夫がこらされている。

盲学校の子供達は通学が困難であるし、また自宅にいても近所の子供達と仲良く遊ぶことができないから、寄宿舎生活の方が望ましい。各盲学校には寄宿舎が完備し、また児童福祉法などの援助により経済的に困らないよう配慮されている。

盲学校に入学を許可されるものは盲・準盲及び視力0.1未満の弱視児である。しかし視野の高度狭窄・高度夜盲・全色盲及び視力0.1以上の弱視

第3表 普通学校で勉強している弱視児
(特殊学級で教育する必要があるもの)

		検査人員	弱視児数
東京都葛飾区	小学生	36,037	37 (0.103%)
	中学生	23,280	13 (0.056)
大阪府	小学生	481,229	284 (0.059)
	中学生	255,097	62 (0.024)
計		795,623	396 (0.049)

児であっても、現在または将来点字教育を必要とするものは入学を許可される。このような基準によれば、盲学校生徒の中にはかなり多くの弱視児が含まれ、またそれら弱視児は適当な方法により“すみ字”を用いた教育が可能である。すみ字とは、盲人が点字でない普通の文字を呼ぶ言葉で、教育効果は点字教育よりも遙かに大きい。したがって、例えば教科書の文字を大きくしたり、黒板に大きな字を書くというような方法をとれば、弱視児の多くはすみ字による教育が可能であり、またそれが望ましい。特に最近、盲学校では盲児よりも弱視児の方が多くなっているところがあり、この傾向は年を追って増大している。この現況に鑑みて、いくつかの盲学校内にはすみ字を用いて教育するいわゆる弱視学級が設けられ、文部省でも弱視学級用の教科書を出版している。

しかし本来ならば、これらの弱視児は盲学校でなく普通学校内に特殊学級を設けて教育すべきものである。特殊学級としての弱視学級は、精薄や難聴児などの特殊学級と比較すると普及がいちじるしく遅れ、現在のところ東京の葛飾区住吉小学

校に1学級、大阪の西区本田小学校に2学級が設けられているに過ぎない。したがって、一般の弱視児は不自由をしのいで普通学校で勉強しているか、または盲学校に入って盲児と一緒に生活することを余儀なくされている。普通学校の教育は無理であるが、盲学校に入るほどではないという程度の弱視児、すなわち特殊学級で教育することを必要とする子供達が、普通学校内にどれ位在籍しているかという調査が先般東京と大阪で大規模に行なわれた。その結果は第3表の通りで、概ね0.05%位である。今後、全国的に各地の小・中学校内に弱視学級が設立されることが切望される。

さて弱視学級においては、教室の照明・机の構造などの物的条件に考慮が払われるほか、大きな文字を用いることや拡大鏡の使用など、弱い視力を補うために各種の手段がとられている。また1人の教員が受持つ生徒数が10名内外という少数なので、個々の子供達の視力の程度や能力に応じた教育が可能であり、このことが大きな教育効果をあげている。しかしここに大きな問題点がある。これまで、視力の弱いものが無理に眼を使うと危険であるという考え方が一般に普及し、また眼科医からもそのように指導されることが多かった。その結果、かなり見える子供達が盲学校に入って点字教育を受けているのが現状である。視力の弱い眼を使って勉強させることにより、視力がさらに低下する危険があるかないか、この点に関しては眼科医自身の意見もまちまちである。しかしこの問題は、是か非かというように割り切った結論を出そうとするのが誤りで、ある種の視力障害は使っても差し支えないであろうし、また他の種類の視力障害は危険であるというように、視力障害の原因や程度により指導方針が当然異なるべきものである。

一般的にみて、眼を使うことが危険であると考えられるものは非常に少数ではなかろうか。弱視児の視力障害の原因としてもっとも多い先天的な異常、例えば小眼球、先天性白内障・白児眼などは眼を使うことの危険は少ないと思われるし、また視神経萎縮などの障害が固定しているものも同様と考えられる。眼を使うことが特に危険と思われるのは、現在進行中の炎症や眼圧上昇などであ

って、これらは極めて少数である。このように考えると、弱視児の大多数は弱視教育において、文字の読み書きを行なわせても差し支えないと思われる。更に弱視学級では、いわゆる視力保存学級という立場をも兼ねているから、生徒の視力管理には十分な注意が払われる。したがって、徒らに視力減退を不安視するには及ばないであろう。いずれにしても勉学の指導方針は、子供達の視力障害の種類や程度などに応じてケースバイケースに定められるべきであり、またこれは特に就学時の検査で適確に決定されなければならない。

第 4 表 文京盲学校（高等部）の教育課程

課程名	修 業 年 限	入学資格	免許取得資格	そ の 他
理療科 甲	高等部 3 年 専攻科 2 年 計 5 年	中学卒	あんま、マッ サージ、指圧 師、はり師、 きゅう師	高等部 3 年 卒業で、高等 学校卒業と同 等の資格。 大学入学が できる。
理療科 乙	3 年	中学卒	あんま、マッ サージ、指圧 師	
別 科	2 年	中学卒	あんま・マッ サージ・指圧 師	
専攻科 二部	3 年	高校卒	あんま・マッ サージ・指圧 師、はり師・ きゅう師	高校卒業後 眼が悪くなっ た者を教育す る。

なお長期間眼疾治療のため休学を余儀なくされる子供達のために、病院内弱視学級が 2 か所に設けられている。それは大阪医大附属病院と、宮城県公立刈田総合病院である。

さて、盲学校や弱視学級で教育を受けた子供達であっても、能力が許すならば一般の高校や大学に進学し、また一般社会で一般の人達と同様に活動することが期待される。実際にそのような人達があるが、その数は非常に少ない。わが国の現状では、眼の不自由な人達は一般社会には容易に容れられないから、やむをえずアンマ・マッサージ・指圧・ハリ・キュウなどの理療の道に進むほかはない。盲学校に入学することは、将来理療を生涯の仕事として選ぶように運命づけられてしまうわけである。このような現況のため、盲学校の高等部では理療科の教育が主体となっている。普通科や音楽科もあるが、生徒数は少ない。

盲学校高等部の代表として東京都立文京盲学校を選び、その教育課程と卒業生の進路とを第 4、5 表に掲げる。第 2 図は解剖の講義で、骨格模型を、手で触わって理解を容易にしているところ、第 3 図はマッサージの実習である。理療を職とするためには、都道府県の免許を受ける必要があり、上記の課程を修了すればその免許試験受験資格がえられる。もちろん失明者の試験は点字で行なわれる。

この学校の卒業生のもっとも大きな望みは病院マッサージ師になることであるが、視力障害者は

第 5 表 文京盲学校卒業生の進路（最近 5 年間）

進 路 別	人 員
病 院 勤 務 (国・公立)	30 名 (9)
(私 立)	(21)
治療院勤務	48
開 業	33
進 学	10
そ の 他	12
計	133

病院で採用してくれない傾向が強い。英国では全盲のものでも病院マッサージとして勤務しているのに対し、身体障害者に理解があるべき病院においてすら、視力障害者を敬遠する傾向があるわが国の現状は非常に残念である。全盲のものはカルテを読むことが出来ないし、患者の機能を評価することも困難である。したがって独立して病院マッサージ師の職責を遂行することは不可能であるが、もし比較的に視力が良い同僚と組んで仕事をすることができれば、英国の例のように不可能ではない。しかし盲学校卒業生といっても完全な失明者だけではない。理解ある医師の指導により、十分に職責が遂行できる程度の視力を持っているものが多いのである。P・T 制度の発足とともに、視覚障害者の取扱いが議論されているが、この点につき大方の御理解を願ってやまない。

II. 中途失明者の社会復帰

回復困難な中途失明者のための社会復帰の施策の主体は職業教育である。主な教育内容は盲学校

第2図

盲学校高等部における解剖の講義

第3図

盲学校高等部にけるマッサージ実習

高等部と同じようにアンマ・マッサージなどの理療である。点字印刷・養鶏・椎茸栽培・ピアノ調律などもあるが、これらは比較的小規模である。教育施設は国立4・公立6・社会福祉法人立等25と、かなり充実している。その代表的なものは東京視力障害センター（もとの国立光明寮）である。以下、このセンターについて内容を御紹介してみよう。毎年入所人員は約100名で2年間の教育でアンマ・マッサージ・指圧に関する免許受験資格を与える。ハリ・キュウのためには更に2年間の教育が必要である。在所生を視力別にみると全盲23%，手動弁 ~ 0.04 が44%， $0.05 \sim 0.62$ が33%となっている。これは両眼の視力の和であるが、完全な盲人ではなくかなりの視力が残っている人達が多いことが判る。

入所直後には歩行訓練や点字教育などがあり、基礎医学教育を経て理療に関する専門教育と実技

訓練が行なわれる。なお自分の意見を他人に伝える手段として、カナタイプが重視され、その訓練に力が注がれている。このセンターに入る人達のそれまでの職業は千差万別で、私ども医師であっても失明した場合には、このセンターに入るよりほかに生きて行く道はないのである。

在所生の失明原因は第6表のごとく、先天素因によるものが約半数を占めている。従来はトラコーマや性病などによる後天的失明が多かったのであるが、最近これらは非常に少なくなった。先天素因のもので遺伝関係が確認または推定されるものは約半数に及ぶ、特に血族結婚による影響が注目される。代表的な先天素因による疾患は網膜色素変性である。これは幼時から夜盲が認められるのであるが、視力は比較的良好なのが普通である。しかし成長とともに次第に視力が低下し、特に視野の狭窄が著明になって日常生活が困難になる。

第 6 表 国立東京視力障害センター在 所 性 の
失明原因 (昭39)

原 因 別	比率(%)	備 考
先天素因	46.4	網膜色素変性, 小眼球など
伝 染 病	13.4	麻疹, 結核, 梅毒など
全 身 病	11.9	血液病, 糖尿病, ベーチェット病など
外 傷	10.3	電撃, 放射線, 爆傷など
そ の 他	4.2	中毒, 中枢神経病など
不 明	13.8	

一般の眼疾患の治療がかなり成功するようになって、先天素因による疾患には確実な治療法を期待することが無理と思われるから、将来ともこれらの失明者が減小することはないであろう。

ところが最近、後天的な疾患であるベーチェット病による失明者が増加してきたことは注目に値する。ベーチェット病は眼・粘膜・皮膚症候群として、眼以外に多くの全身症状を伴う難治の疾患である。このために失明した患者が東京視力障害センターに入所する数は次第に増加し、在所生総数に対するベーチェット病患者の比率は昭和33年に2.7%であったものが、39年には8.4%と上昇している。これらの人達は、眼は完全に失明しているのでそれ以上の問題はないが、全身症状の発作がしばしば反復するため職業訓練を満足に受けることができない現状である。ベーチェット病による失明者をどうしたらよいか、大きな問題点として解決が迫られている。

次に東京視力障害センターへ入所する迄に、失明者は各地の眼科医を転々と歴訪し、入所までの期間が非常に長く無為に過されている点に注目しなければならない。失明者は足が達者であるから、有名な眼科医があることを伝え聞くと遠方でも出かけて行く。しかし現状では眼科医が患者を適確に指導しないため、更生の道をたどる迄には幾多の曲折を経ることになる。症状が固定してから入所まで10年以上かかったものもあるほどで、転々として歴訪した病医院数が13に及ぶものもあるという。ところが本センターの存在に関して医師から教えられた患者は非常に少なく、医師自身の患者の更生に対する知識と熱意が不足していることを表わしているものと思われる。(第7表)

失明者を医師が診療したときの処置としては、

第 7 表 東京視力障害センターにおける 調 査
結果 (総数191名)

症状固定から入所までの年数	
2年未満	49.2%
2～10年	38.2
10年以上	12.6
診療施設を何か所廻ったか	
1～3ヵ所	48.7%
4～7ヵ所	44.5
8ヵ所以上	6.8
本センターをどうして知ったか	
医 師	18.3%
知人・家族	35.1
福祉事務所	27.2
そ の 他	19.4

(1)角膜移植などの手術により開眼的治療の可能性があるかどうかを検討し、(2)もしその可能性がない者で多少の視力が残存している場合にはレンズ類でその残存視力が活用できるかどうかを検討し、(3)どうしても見込のないものは更生施設を紹介するなど社会的リハビリテーションの道を進ませるべきであるが、現状ではこの体系化が極めて不充分である。然し最近、順天堂大学と東京視力障害センターが協力して医師とケースワーカー等のグループによる更生医療相談、すなわちリハビリテーションクリニックが開設された。これは画期的な出来事で、今後の発展と、同様なクリニックが各地に開設されることが望まれる。

上記(1)の開眼手術の代表的なものは角膜移植である。これは角膜が混濁しているため視力が障害されている者に対し、その混濁角膜を切除して屍体眼球から採った透明な角膜を移植するものである。最近各地に眼球銀行が設立され、屍体眼球の入手が容易になったので、この手術により開眼できる者が多くなった。これは大変喜ばしいことである。また白内障の手術法の進歩により、白内障患者の社会復帰が容易になったことにも注目しなければならない。従来、白内障の手術は十分に熟するまで長時間待つ必要があった。未熟なうちに手術すると術後の成績が不良で、開眼の目的を達

することができない。これは手術法として囊外摘出法を採用していたためである。これに対し囊内摘出法を行えば、未熟な場合でも好い成績をおさめることができるのであるが、残念ながら手技が難しいという欠陥があった。ところが最近キモトリプシンを使用する方法が普及し、囊内摘出法が非常に容易にできるようになった。したがって日常生活や職業上に支障をきたす程度に視力が低下したならば、完全に熟すのを待つまでもなく手術を行ない、短時日のうちに社会復帰が可能になったものである。

このような開眼手術により視力向上の見込のある人達が、現在なお自宅に多数引きこもっていることに注目すべきである。私どもは時々開眼検診と称する無料の集団検診を行なうことがあるが、開眼可能な人達が多数存在することを発見する。もちろん開眼検診は大病院などのない田舎で行なうため、高度の手術の恩恵に浴することができない人達が残されているということも一つの理由であるが、もっとも大きな理由は経済的な事情である。経済的あるいは家庭的な諸問題を解決しないと、手術を受けることが出来ないという悲しむべき事実遭遇することが多く、この意味でケースワーカー等の積極的な活動が期待される。

一般に視覚障害者はどうしても自宅に引きこもりがちになるから、そのリハビリテーション達成のためには自宅を訪問するケースワーカーの活躍が必要となる。しかし現状では自宅訪問は殆んど行なわれず、この面の打開が切望される。

III. 弱視レンズ

完全な失明ではなく、ある程度の視力が残存している人達においては、弱視レンズを利用することにより新聞を読むことができるようになるなど、残存視力を有効に活用することができる。特に弱視学級の生徒では、この利用により教育効果が大きくあがる。弱視レンズといっても特別なものではなく、望遠鏡・拡大鏡などの外界を拡大する光学的補助具の総称で、デパートや眼鏡店の店頭でその幾種類かを見ることができる。第4図は各種の弱視レンズを集めたもので、片眼用の望遠鏡・スポーツグラスなど既に一般に市販されてい

るものから、倍率が10倍以上の拡大鏡で顔を近づけるので暗くなるため豆電球の照明装置がついているものまである。このように弱視レンズには種々の型や倍率があり、弱視者の視力や障害の状態及び用途によってそれらを適切に定める必要がある。第5図は5倍の眼鏡型弱視レンズで読書が可能になった1例であるが、このレンズは英国のキラー社製のもので、レンズの表面が非球面に仕上げられている、いわゆる非球面レンズが使われ、薄くて性能が優秀である。また合成樹脂製で軽くて便利であるが、国産化は未だ困難である。したがって高価なため(3万円程度)、普及が遅れているのは残念である。

盲学校に弱視児が多数在籍していることは先に述べたが、東京都内の盲学校の弱視児につき弱視レンズの適応を調査した結果は第8表の如くである。このうち不用者40名というのは、本を近づければ字が読めるもので、このような子供達がこのように多数盲学校に在籍していることは奇妙なことであるが、このことについてはすでに述べた。不適応者34名の半数は、精薄合併者とか、眼を使うことが危険であると教えられているため(既述)、本を読むこと自体に熱意がないものである。本を読みたくても適合するレンズがないもの、あるいは装用が不適当と思われる眼障害といった真の不適応者は半数の17名に過ぎない。したがって弱視レンズの対象として選ぶべきものは総検査人員107名中50名で、その3分の2の33名に適応がみられたことになる。私どもが先に成人の弱視者について調査した成績では、やはり60%以上に適応がみられている。このような弱視レンズを試みるべき弱視者は全国に10万人位存在するものと推定され、その60%以上に適応があるとすれば数はかなり多いものとなる。補聴器の普及状況にくらべて弱視レンズの普及は非常に遅れているが、その原因の一つとして経済的な問題がある。補聴器は身体障害者用の補装具として公的な購入援助を受けることができるが、弱視レンズはまだその恩恵に浴していない。この点について関係各位の御理解を仰ぎたいものと考え。

第 4 図
各種の弱視レンズ

第 5 図
キーラー型 5 倍の弱視レンズで読書が可能になった弱視児

第 8 表 盲学校の弱視児に対する近用弱視レンズ適応検査成績

適 応 者	33名	最も多いのは疾患別で小眼球, 倍率で5倍
不 適 応	34名	17名は本を読む意志がない。真の不適応は17名
不 用 者	40名	本を近づければ字が読めるのでレンズ不用
計	107名	久我山盲学校57名, 葛飾盲学校50名

IV. 視機能訓練

眼科領域において, 訓練によって視機能の向上がみられるのは弱視と斜視とである。先ず弱視について述べるが, ここで注意していただきたいことは, これまで述べてきた弱視と, 訓練効果が認められる弱視とでは, 名前が同じでも性質が全く

異なることである。弱視教育や弱視レンズの項で述べた弱視というのは, 両眼に回復不能の器質的障害があるもので (Partially sighted), 訓練を行なっても視力の向上を期待することはできない。これに対し, 例えば斜視になっている眼においては, 何等の器質的变化がないのに機能だけが低下し, 片眼だけ視力が著るしく低下している場合がある。すなわち機能弱視であって (Amblyopia), その場合には機能異常を矯正する訓練により視力の向上が期待できるわけである。昔から廃用性弱視などと呼ばれてきたものがこれに相当し, その視力低下の最大原因は, 眼の中心で物体を固視する力, すなわち中心固視能力が失なわれていることである。網膜ではその構造上中心窩附近がもっとも視力が良く, 中心窩で物を見れば良い視力が得られるのであるが, 斜視になっている眼は中心窩を外れた周辺部の網膜で物を見るた

第 6 図
弱視訓練用器械（プレオプトフォア）

第 7 図
弱視訓練用器械（コオルジナトル）

め、視力が低下する。したがって矯正訓練の第1歩は中心窩で目標を固視する力を獲得させることである。

第6図はプレオプトフォアという器械で、患者の眼底を見ながら中心窩に光刺激を与えて、中心窩で固視する力を訓練しようとするものである。訓練器械としてはこのほか、中心窩を用いる固視の方法を残像を利用して覚えさせるオイテスコープという器械や、第7図のようなコオルジナトルという器械がある。これは偏光板を回転させる装置である。一般に偏光板を通して光を見ると Heidinger の brush と呼ぶ陰影が認められるが、これは中心窩だけで見えるものであり、偏光板を回転すると認識が容易である。中心窩から外れた網膜部位で物を見ている弱視では、この brush が視線の方向以外に認められることにな

る。この brush が視線の方向に見られるように訓練すれば、中心固視が確立できるわけで、コオルジナトルはこのように用いられる。

このような器械を用いることができないような幼児では、視力の良い方の健眼を数日間眼帯で遮蔽することにより、弱視眼の中心固視が確立して視力の向上がもたらされる。なお上述の器械で訓練した場合においても、中心固視が可能になれば健眼遮蔽により視力は次第に向上する。このようにして治療した斜視弱視の訓練効果を第9表に示す。これは私どもの経験のほんの一部であるが、成績の良いものをとってみると、例えば7才の男子で視力0.1であったものが、約半年後に1.2の健常視力まで回復したものなどがある。しかしこの反面、長期間訓練してもあまり視力の向上がみられないものもある。

このように斜視眼が弱視に陥っている場合には先ずそれを治療するのであるが、斜視眼が弱視であるのは20%位で、その他の斜視は両眼とも視力が良いのが普通である。斜視では、斜視手術を必要とするものと、眼鏡をかけるだけで治るものとがある。後者は遠視が原因で内斜視を起こすもので、

第 9 表 斜視弱視の訓練による治療成績の一部

症 例	年 齢	視 力	
		治 療 前	治 療 後
1	3 歳	0.05	0.7
2	5 歳	0.08	0.5
3	7 歳	0.1	1.2
4	9 歳	0.1	0.2
5	12歳	0.1	0.8
6	14歳	0.02	0.08
7	16歳	0.01	0.4
8	18歳	0.1	0.6

遠視を矯正する眼鏡をかければ斜視がなくなる。斜視手術を行なう場合においては、手術をしても両眼で物を見る力（両眼視機能）が不足しているため、複視を生じたりして困る場合がある。また両眼視機能が確立しないと、遠近感覚などの高等な機能が発揮できないので、器械を使って両眼視を訓練する。この訓練器械の代表的なものはシノプトフォアである（第8図）。これは、例えば片眼には金魚、他眼には金魚鉢のスライドが見えるようにし、両眼が正しく使えれば金魚が金魚鉢の中に入るように工夫された器械である。第9図はカイロスコープと名付けた器械で、鏡を介して片眼に写った図形を、他眼で描記しているところである。

このような弱視や斜視は、なるべく早期に発見して早期に治療すれば成績が良い。私どもは小学校入学前に治療を終わることを理想としている。

第 8 図

両眼視訓練用器械（シノプトフォア）

第 9 図

両眼視訓練用器械（カイロスコープ）

このためにはこれらの子供達のこの検査や訓練にあたる専門職がぜひ必要である。この Orthoptist (略して ORT) と呼ぶ専門家は通常女性で、外国では養成のための学校があり、独立した仕事が許されるほど地位が確立している。しかしわが国では各病院毎に養成している現況で、地位も確立していない。最近、国家検定による制度化を目標にして関係者が努力しているので、実現は近いものと思われる。

V. 眼鏡とコンタクトレンズ

近視・遠視・乱視などの屈折異常者や、老眼の人達に眼鏡を与えることは、眼科のリハビリテーションとして代表的な行為である。わが国は欧米と比較して近視が非常に多い。近視であっても、眼鏡をかけさえすれば日常生活に何の不自由もないはずであるが、近視の者は眼鏡をかけるべきでないという指導が行なわれたり、眼鏡をかけることを恥ずかしがる風潮があるのは一考を要するであらう。

近視はこれまで過度の近業により発生する悪い病気考えられてきたが、近業がすべての近視を発生するという科学的根拠がないばかりでなく、生物学的 Variation のあらわれとして近視が存在することは当然と考えるべきである。また眼鏡をかけると近視が進むという考え方についても、それを証明した信頼できる報告には接していない。これらはすべて根拠のない推論であって、近視であることを恥じる必要もなければ、眼鏡を嫌うことの意味は全くない。

学校においては、ある程度の視力がなければ黒板の字をはっきり見ることができない。近視の子供達が眼鏡をかけない場合には、視力が低くて不自由である。どの程度の視力があれば、黒板の字を見ることができるかにつき調べた結果を第10表に示す。小・中学校の健康診断を行なってみると、近視のため視力が0.2以下になった子供達でさえ、眼鏡をかけていないものを見かけることが多い。視力が0.6以下になれば、必要に応じ眼鏡をかけなければ学習に困難を感じるのであるが、私どもがある小学校で調査した成績では、眼鏡を必要とするものの35.4%しか実際に所持していな

いことが判った。不所持の理由としては、眼鏡をかけることが恥ずかしいとか、友達に悪口をいわれるというものほかに、近視が進むと困るからというものも多数あった。眼鏡をかけると近視が進むのではないかという単なる不安感から、不自由をしのいでいるというのはリハビリテーションの大敵であるとともに、近視の人達が安心して眼鏡をかけることができるような世の中にして行くことが、ぜひ必要と思われる。

第10表 黒板に比較的淡い字を書いた場合の見え方(大中小は見える字の大きさ)

視 力		0.2	0.3	0.5	0.7	0.9	1.2
座席	前列	(-)	大	大	小	小	小
	中列	(-)	(-)	大	小	小	小
	後列	(-)	(-)	(-)	中	中	小

しかし現状では、美容上の見地から眼鏡をかけたくない人達が多数存在するのもやむを得ない。その人達にとっての大きな救いはコンタクトレンズである。コンタクトレンズは最近急速に進歩し、終日装用しても殆んど害がないようになっている。わが国では100万人以上の人達が装用しているものと推定されるほど、広く普及している。しかしコンタクトレンズの本当の使命は眼鏡では職業上困る人(社会的適応)、及び眼鏡では救えないような強い屈折異常者など(医学的適応)を救うことである。眼鏡レンズには水分が付着してくもり易いとか、収差が大きいという欠陥があるからである。医学的適応としては、強い近視や乱視などのため眼鏡では矯正困難なもの、片眼だけ度が強い場合眼鏡では収差が強くて装用困難なもの、円錐角膜や不正乱視のため眼鏡レンズが無効なものなどがある。

コンタクトレンズは、数日間の練習で数時間連続して装用することができるようになり、それから次第に、装用時間を延長して終日装用が可能になる。(第10図)はレンズを指先にのせて、自分で開いた眼に装着するところであり、装脱は容易である。殆んど無害であるといっても、処方適

第 10 図
コンタクトレンズ装用

切で使用法に注意した場合であって、時に眼障害を起こす危険がないわけではない。突然眼障害を発生して東大病院眼科外来を訪れるものが1年間に20名ほどあり、眼科医の指導と監視のもとに装用するようにしなければならない。

ま と め

以上は簡単に主要点を概観したもので、これ以外にもとりあげるべき多くのものがあることは論を俟たない。特に最後に強調したいことは視覚障害者の職業についてである。特有な職業として確保されてきた理療の分野にも、最近は見える

人達が進出してきたため前途多難である。電話交換や機械工までも盲人の職業として配慮されている外国の現状をみると、新職業分野の開拓がぜひとも要請されるが、この道もまた前途はけわしい。さらに精薄・肢体不自由・ろう、あるいは上述したパーチェット病など、障害を合併したもののえの対策には殆んどみるべきものがない。各科、各分野の諸先生方の御理解、御協力をえて、これらの面の打開をはかって行きたいものとする。

(終りに臨み特別講演の機会を与えられた大島会長ならびに会員各位に深謝します。)

■ お知らせ

米国アレルギー・アカデミーより会員各位へ

米国アレルギー・アカデミーはその学術会議の社会復帰委員会を通じ、喘息その他の肺疾患の更生企画について、国家的並びに国際的調査を実施しています。

当委員会では喘息患者のために、合衆国及び他の地域に設けられている厚生センターや身体調整施設の名簿を作製中で、更生の基礎標準の確立に資する情報がこの分野で働いている研究者間で交換されるようその便を計っています。

喘息患者のため、基本的タイプの更生企画が現在積極的に実施されています。

その第一は、入院治療の型、第二は入院と通院を併用する型、第三は通院の型です。

この情報が国内外に普及せられ、当委員会の目的遂行の助けとなる連絡網を確立するため、更生企画について何らかの情報を有する方々が米国アレルギー・アカデミー社会復帰委員会宛連絡の労をおとり頂くよう、当委員会では希望しております。

皆様の御協力をお願い致します。

2月14日

社会復帰委員会委員長
Merle S. Scheerr, M.D.

連絡先

The American Academy of Allergy Executive Office
756 N. Milwaukee Street Milwaukee 2, Wisconsin U. S. A.