

〔原 著〕

眼科医における失明告知の現状と意識
—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の第一段階として—辰 巳 佳寿恵¹⁾・五十嵐 信 敬²⁾・香 川 邦 生³⁾

中途失明者に失明を告知することは、リハビリテーションの訓練を開始するために極めて重要である。しかしながら先行研究によれば、眼科医の失明告知は、リハビリテーションの開始のために必ずしも有効に機能していない。失明告知がリハビリテーションのスタート段階として機能するためには、告知の明確さやリハビリテーションに関する情報提供など、いくつかの条件が備わることが考えられるが、中途失明者に関与する専門家が、失明告知の意義をどのように認識しているかを明らかにし、また告知に関する現状の把握をする必要がある。調査対象者は57名の眼科医であった。質問紙は12の質問項目から構成された。調査の結果、対象となった眼科医の全てが失明告知を行っており、先行研究に合致しない結果であった。しかしその告知は必ずしも理想的なものであるとは言えず、告知を曖昧に行っていたり、眼科医自身の社会的資源の利用に対する意識が高くないことが明らかになった。また、眼科医とリハビリテーションセンターや盲学校のような各専門機関の連携が不十分であることも示唆された。今回の調査結果は、リハビリテーション指導員や盲学校教員に対する同様の調査結果と合わせて考察することにより、より具体的かつ客観的な考察が可能になるだろう。

キーワード：中途視覚障害者 失明告知 リハビリテーション 眼科医

I. 問題の所在と目的

リハビリテーションの開始は「回復の断念」及び「障害の自覚」から始まるということは、多くのリハビリテーション関係者によって再三述べられている。「回復の断念」及び「障害の自覚」は、例えば四肢の切断などの外形上明らかな障害より、内部疾患や中枢神経系等の障害において困難であると考えられる。本研究においてとりあげる「失明」も、回復の断念に困難をきたす障害の一つである。

一般に、中途視覚障害者のリハビリテーションは、医療ケア及び治療においてその効果が期待できない者に対する失明の告知から出発すると言われている。「回復の断念」及び「障害の自覚」は「障害の告知」によって確実性を増すものと考えられるが、「失明」のように外見的な変化を伴わない障害においては、「障害の告知」が特に重要な意味をもつ。しかし、現状では、失明の告知をすることなく医療を継続し、無駄な時間を引き延ばしていたり、リハビリテーション機関の紹介なしに失明の告知を行っているケースをみるものが少

なくない（日比野, 1989）（久保田, 1992）。

「告知」をめぐるっては、ガン告知をはじめとして、その是非についての論議が繰り返されてきている。患者の性格や状況によって自殺の可能性が考えられる場合などは、告知をしない方がよいとする考え方も納得できる。しかし、個人の人生における極めて重要な情報は、やはり本来、本人に提供されるべきである。肝心なのは、環境側に、告知後の患者を受け止め、サポートしていく準備や体制がなく、告知によって生じるマイナスの影響（患者の精神的動揺や自殺の危険性など）に対応できないために、「告知をしない方がよい」とする選択を防ぐことではないだろうか。赤松（1990）は、眼科医の立場から、医師のリハビリテーションへの取り組みの希薄さを問題点として挙げ、治療の限界を最も早く知る立場にいる医師が、リハビリテーションの導入をしなければ、障害者はいたずらに無為の日々を送ることになると述べている。また、丸尾（1992）によれば、視覚障害者のリハビリテーションには地域格差が大きく、システムが確立していない地方が多い。さらに丸尾は、システムが確立していたとしても、眼科医がなかなか回復不能と判断しなかったり、リハビリテーションに関する機関への紹介をしない、といった問題点が依然としてあることを指摘している。した

1) 筑波大学大学院心身障害学研究所
2) 元筑波大学心身障害学系
3) 筑波大学心身障害学系

がって、失明告知がリハビリテーションの導入としての役目を果たすとともに、告知後に障害者を支援するための環境の整備が検討されなければならない。この点について五十嵐 (1980) は、リハビリテーションは障害の告知から始まるのではなく、障害の告知を受け入れる条件の整備から始まらなければならないとし、そのためには、リハビリテーションがいわゆるリハビリテーションセンターから始まるのではなく、入院中の病院で開始される必要があると述べている。

医師が失明告知を行わない理由については、先行研究が次のような考察を導いている。Cholden (1958) は、告知をしない医師の心理的背景に、患者の失明が眼科医自身の能力的問題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、眼科医自身が患者に対して抱いている同一感、または親密感を破壊されるという危機感等があるのではないかと述べている。また雷坂 (1984) は、告知を受けた患者が将来に絶望し、死を選ぶかもしれないという憂慮の表れである可能性を示唆している。さらに日比野 (1989) は、告知後のどのような指導をしてよいか分からず、人間として失明を伝えることができないのではないかと推察している。

失明告知について原田 (1982) は、「『失明の宣告』は医学的見地から明確に行えばよく、ただその前後の配慮を専門家に依頼するのが正しい方法である」としている。原田の指摘は、告知の前後の配慮を依頼できる専門家の存在が、医学的見地からの明確な告知を可能にすると解釈することも可能であり、失明告知をするべきであると再三言われていても医師がそれを躊躇することには、専門家間の連携に起因する何らかの理由があると考えられる。その理由を明らかにすることによって、告知しない医師を批判するに留まらず、告知によって障害者がその後の生活に有利な選択を行うことを可能にする環境の整備のために、専門家が何をすべきかが明らかになってくるのではないだろうか。また、近年はレセプト開示の導入に表れるように、インフォームド・コンセントの重要性が一般的に認識されつつあり、それに伴って、先行研究による報告がなされた頃とは、失明告知の現状も変化していると推察される。

リハビリテーションに関与する専門的立場の人材としては、メディカルソーシャルワーカー (以下 MSW) を初めとするコ・メディカルスタッフの存在が大きいが、特に中途視覚障害者のための人材として考えられるのは、リハビリテーションセンターにおけるリハビ

リテーション指導員である。同様に盲学校は、失明者に伝統的な職業であるあんま・鍼・灸の職業訓練を提供できる機関であり、特に高等部教育相談担当教員はその窓口として、中途失明者に接する機会が多いと考えられる。また眼科医は、医療行為を中心に失明前から中途失明者に関わりを持ち、最も早期に「失明」という厳しい現実と直面する立場にある。したがって、失明告知がリハビリテーションのスタート段階として機能し、失明後速やかにリハビリテーション過程がスタートするためには、これらの専門家のコンセンサスのもとに、専門機関が連携して機能することが必要である。専門家間のコンセンサスや連携は、失明に限らず、様々な患者・障害者のサポートにおいて重要な条件である。ガンを代表とする病名の告知について、宗像 (1990) は、「日本ではナースやワーカーから心理職によるアフターケア体制もないわけで、まずそれを確立しなくてはならないのに、告知はいいことだとして機械的にやったら大変なことになる」という警句を発している。

失明告知に始まるリハビリテーション過程に、中途失明者が速やかに参入するための促進要因並びに阻害要因は、専門家間における失明告知の実態や意識の差異の中に潜在していることが考えられ得るが、その差異を明らかにし、共通理解のための方策を提案することは、宗像の言うアフターケア体制の確立のための一助となるはずである。

本研究は、リハビリテーションの出発点である失明告知が、現状において有効に機能していないという仮説に基づいている。したがって、本研究の目的は、失明告知の実態を明らかにし、さらにそれが有効に機能するための促進要因と阻害要因を、眼科医、リハビリテーション指導員、盲学校教員のそれぞれの立場における失明告知の実態や意識の差異の中に追求し、改善のために整備すべき条件を提供することにある。今回は、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の一環として、眼科医に対して行った質問紙調査結果を中心とし、眼科医の立場における失明告知の現状と告知に対する意識に関する考察を行う。

II. 用語の定義

本研究においては、心身障害辞典 (石部ら、福村出版、1981)、五十嵐 (1980) を参考に、「失明」「中途失明者」「失明告知」を次のように定義する。

1. 「失明」の定義

点字による教育を必要とする状態。すなわち、全盲（全く目の見えない状態）、光覚弁（光がかるうじて分かる程度）、手動弁（眼前で手を振るのが分かる程度）、指数弁（眼前で指の数が分かる程度）を含み、視力的には両眼の矯正視力が0.02未満の状態とする。

2. 「中途失明者」の定義

五十嵐（1980）の記述によれば、「中途視覚障害者」は、「かなり長期にわたって、普通の視覚的生活を経験したのちに、視覚に障害（Impairment）を負った人を指すが、年齢的基準は曖昧である。一般的には義務教育修了後に視覚障害者になった者を指す。」とされている。本研究においては、五十嵐の記述に従い、「中途失明者」を次のように定義する。

15歳以降に、両眼の矯正視力が0.02未満の状態になった者。15歳以前には弱視であり、15歳以降に失明した者も含む。

3. 「失明告知」の定義

医学的治療によって、両眼の矯正視力が0.02未満の状態から、視力の回復が望めないことを告げること。

III. 研究の方法

1. 調査研究

質問紙調査法を用いた。

2. 調査内容

質問項目は、雷坂（1984）、小村（1991）を参考に作成した。内容は、失明の告知状況と失明告知に対する意識に大別されるが、具体的に次の事柄で構成し、最も最近担当した失明患者についての回答を求めることとした。

- ① 失明告知を行ったか否か。
- ② 失明告知をいつごろ、どのように行ったか。
- ③ 失明告知の必要性の是非。
- ④ 失明告知は誰によって、いつごろ、どのようになされるべきか。
- ⑤ 紹介できるリハビリテーションセンター及び盲学校の件数。

これらの質問項目の他に、自由記述欄及び調査対象者の人口統計学的属性を明らかにするためのフェイスシートを添付した。

3. 調査対象者

本研究における調査対象者は、研修医を除く眼科医師（医師免許取得後2年以上経過した者）であった。

4. 質問紙調査票の配付と回収

調査用紙の配付は、調査への協力で同意を得られた眼科医に郵送配付する方法と、同僚の紹介を承諾してくれた医師から配付する方法の二通りを用いた。回収はいずれも、郵送によって行われた。

5. 分析方法

質問紙調査データの分析は、選択頻度集計、 χ^2 検定、二次元表による対数-線形モデルによる解析、二群の母平均値の差の検定を用いて行った。

IV. 結果

1. 回答者の概要等

調査の対象は、研修医を除く眼科医師（医師免許取得後2年以上経過した者）であり、調査の実施期間は1995年9月～12月であった。回収率は、調査への協力で同意の得られた眼科医から同僚に任意で十数部配付されているため、正確な数字を把握できなかったが、眼科医個人に直接郵送配付したものについての回収率は、100%であった。

有効回答の得られた調査対象者（ $n=57$ ）の人口統計学的属性を Table 1 に示した。その主な構成割合は、

Table 1 調査対象者（眼科医）の人口統計学的属性

人口統計学的属性		人数	割合
性別	男性	41	71.9
	女性	16	28.1
年齢層	20代	3	0.5
	30代	24	42.1
	40代	24	42.1
	50代	2	0.4
	60代以上	4	0.7
	未記入	1	0.2
	平均年齢(歳)		41.6
	S D		9.0
医師免許取得後の経過年数			
	10年未満	12	21.1
	20年未満	27	47.4
	30年未満	12	21.1
	40年未満	2	3.5
	50年未満	1	1.8
	平均勤続年数(年)		16.0
	S D		9.0

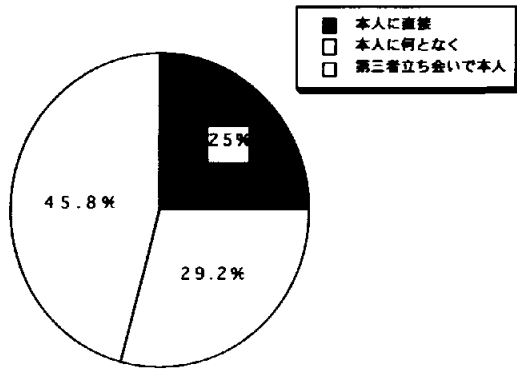


Fig. 1 最も最近担当した患者に対して実際にとった失明告知の方法

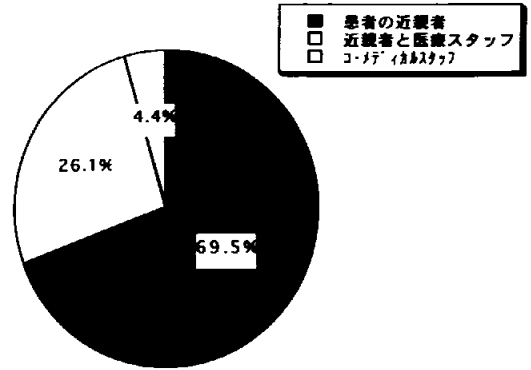


Fig. 2 最も最近担当した患者に対する実際の告知に立ち会った第三者

男性41名 (71.9%)、女性 (16名 (28.1%)、平均年齢41.6歳 (SD=9.0)、平均勤務年数16.0年 (SD=9.0)であった。

2. 失明の告知状況に関する質問

- 1) 眼科医から失明が告知される割合：中途失明者を担当した経験のある医師 (89.3%) の全てが、最も最近担当した中途失明者に失明を告知したか否かの質問に対して、告知を行ったと回答した。
- 2) 失明から失明告知に至るまでの日数と失明告知の方法：失明から失明告知に至るまでの平均経過日数は26.2日 (SD=27.2)、最短経過日数は0日 (即日)、最長経過日数は100日であった。

失明告知の方法についての集計結果を Fig. 1 に示した。この結果によると、第三者立ち会いのもとで本人に直接告知した医師が最も多く、次に、何となく本人に気づかせた、直接本人に告知した、の順であった。

告知に立ち会った第三者についての集計結果を Fig. 2 に示した。この結果によると、患者の近親者のみが最も多く、次に医療スタッフ (医師・看護婦) と患者の近親者、コ・メディカルスタッフ (MSW、福祉・リハビリ関係者等) と患者の近親者の順であった。

- 3) 眼科医が紹介できるリハビリテーションセンターの件数：調査対象となった医師が紹介できるリハビリテーションセンターの件数についての集計結果を Fig. 3 に示した。この結果によると、1/3以上の医師が紹介できるリハビリテーションセンターを全く持っていなかった。

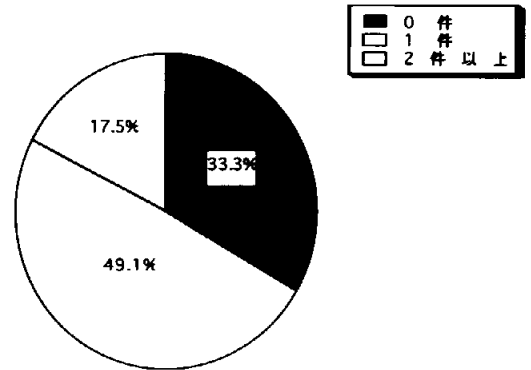


Fig. 3 調査対象となった眼科医が紹介できるリハビリテーションセンターの件数

3. 失明告知に関する意識に関する質問

- 1) 失明告知の必要性：調査対象となった医師のほとんどが、失明告知は必要であると回答した。
- 2) 理想的な失明告知の条件：失明告知は必要であると回答した医師の全てが、告知は医師が行うべきであると回答した。

告知を行うのに理想的な時期的条件についての集計結果を Fig. 4 に示した。この結果によると、本人または家族の自覚に基づくことが最も多く、医学的根拠のみに基づくこと、心理的ケアが受けられることがそれに続いた。社会的資源を利用できることを選択した医師はごくわずかであった。

理想的な失明告知の方法についての集計結果を Fig. 5 に示した。この結果によると、第三者立ち会いのもとで直接本人に告知する、が最も多く、何となく本人に気づかせる、直接本人に告知する、がそれに続いた。第三者を通しての告知はあまり選択さ

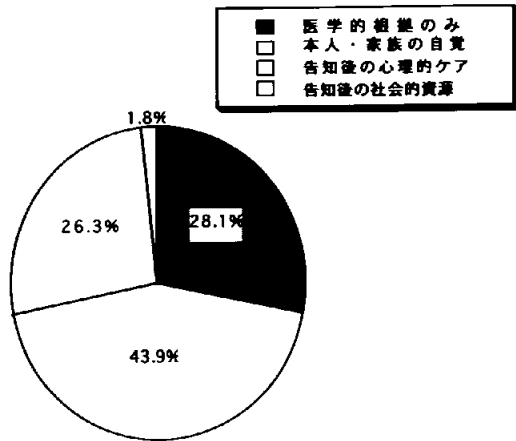


Fig. 4 告知を行うのに理想的や時期的条件

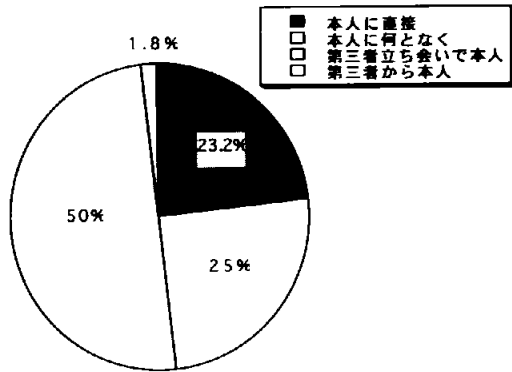


Fig. 5 理想的な失明告知の方法

れなかった。

告知の際に第三者の立ち会いはまたは介入を理想とした医師に、さらに具体的に、第三者として誰が適切だと思うかについて質問した集計結果を Fig. 6 に示した。この結果によると、患者の近親者が最も多く、コ・メディカルスタッフ（MSW、福祉・リハビリ関係者、教師）がそれに続いた。医療スタッフの選択はわずかであった。

3) 自由記述回答による分類：有効回答者57名中25名から自由記述欄への回答が得られた。自由記述の内容は、告知に対して積極的な意見を述べたものの、消極的なもの、中立的なもの、告知の際の条件等について述べたもの、その他にまとめることができた。なお、回答によっては複数の項目を含むため、()内の人数は重複する。

① 告知に対して積極的な意見を述べたもの

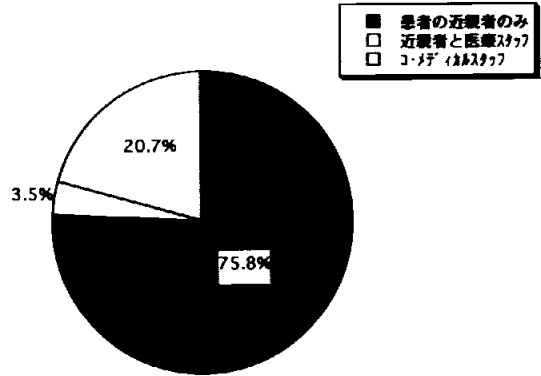


Fig. 6 告知に立ち会う理想的第三者

(a) 進行性疾患の場合は予後を予測し、将来の覚悟と計画を立ててもらうことが必要である（5名）

(b) 失明告知は眼科医の義務であり、必ずなされなければならない。（2名）

① 告知に対して消極的な意見を述べたもの

(a) 告知はしたくない。告知しても必ず将来に回復の希望を持たせるような言い方をするようにしている。（2名）

(b) 進行性疾患の失明告知は難しい。（1名）

(c) 失明はいずれ本人が自覚する。（1名）

(d) 告知によって自殺する可能性がある時は、告知をしないのも医師の務めである。（1名）

(e) 眼科医にとっての「失明」は、内科医にとっての「死」と同じである。（1名）

③ 告知に対して中立的な意見を述べたもの

(a) 失明告知は患者の性格や失明の状況（急性か進行性か）等に応じて、ケース・バイ・ケースの対応をするべきである。（5名）

④ 告知の際の条件等について述べたもの

(a) コ・メディカルスタッフの養成が必要である。（4名）

(b) 告知の際には患者との信頼関係が成立していることが必要である。（3名）

(c) 盲学校はいきなり点字教育を行うので、年輩の中途失明者には紹介できない。（1名）

(d) 告知時に、中途失明者の集まりや、点字図書館、リハビリテーションセンターの存在を教え、一度のぞいてみるように勧めている。（1名）

(e) リハビリテーションセンターの存在と住所は知っているが、直接の交渉はもっていない。（1名）

⑤. その他の意見

- (a) 失明の可能性のある患者はできるだけ早めに大学病院を紹介するようにしている。(1名)
- (b) (本研究が対象としているところの) 失明の定義がよくわからない。本来は視力が0または光覚の状態を指すのではないか。(3名)

4. 失明告知の方法に関する、現状と理想との比較

実際にとった告知方法別に、理想とする告知方法を集計した結果を Table 2 に示した。「曖昧に告知した」と回答した医師の多くが、理想的方法としても「曖昧に告知する」を選択しており、直接的な告知の選択は2割程度であった。「直接本人に告知した」「第三者立ち会いのもとで直接本人に告知した」と回答した医師については全員が、直接的な告知を理想的方法として選択した。

告知に立ち会う第三者において、現状と理想に有意な差があるかどうかを二次元表による対数-線形モデルを用いて分析を行った。その結果を Table 3 に示した。分析の結果、第三者に関して理想と現状との間に有意な偏りがみられた。すなわち、現状においては、患者の近親者と医療スタッフが立ち会うことが多く、

コ・メディカルスタッフが立ち会うことが少ないが、理想においては、現状よりは、専門職として医療スタッフのみが立ち会うことよりも、コ・メディカルスタッフの立ち会いが望まれていた。

V. 考 察

調査の結果から、まず、有効回答が得られた医師のうち、中途失明者の担当経験のある医師の全てが、最も最近担当した中途失明者に失明を告知していたことが分かった。これは雷坂 (1984)、日比野 (1989)、久保田 (1992)、丸尾 (1992) による先行研究に述べられているような、医師による失明告知がなされにくいという指摘に合致しない結果であった。日比野、雷坂らの研究から本研究の実施までに約10年が経過しているが、この10年間に起こった変化の一つとして、医療現場において患者の知る権利の尊重を含むインフォームド・コンセントの重要性が支持され、レセプト開示の導入が実現したことが挙げられよう。日比野、雷坂らの研究結果と本研究結果との相違の理由の一つとして、患者の病状や治療法を詳しく本人に知らせ、治療内容への同意を得ることを望ましいとする動向の反映が推察される。ただし、失明告知の方法として、何と

Table 2 実際にとった告知方法別にみた理想的な告知方法

(n=51)

		理 想 的 な 告 知 方 法		
		曖昧に告知する	直接本人に告知する	第三者立ち会いの元で告知する
実 際 に と っ た 告 知 方 法	曖昧に告知する 100%	75.0%	12.5%	12.5%
	直接本人に告知する 100%	0%	69.3%	30.7%
	第三者立ち会いの元 で告知する 100%	0%	0%	100%

Table 3 失明告知に立ち会う第三者の現状と理想の差を検証するために対数-線形モデルを当てはめた場合の交互作用効果

変 数	効 果	誤 差	標準値
現状：患者の近親者のみ	-0.106	0.277	-0.383
現状：患者の近親者と医療スタッフ	0.949	0.406	2.336*
現状：パラ・メディカルスタッフを含む	-0.843	0.406	-2.075*
理想：患者の近親者のみ	0.106	0.277	0.383
理想：患者の近親者と医療スタッフ	-0.949	0.406	-2.336*
理想：パラ・メディカルスタッフを含む	0.843	0.406	2.075*

* P<.05

なく本人に気づかせたといった曖昧な告知方法が約3割選択されており、必ずしも失明告知が患者に伝わっているとは限らない可能性がある。「告知を行っている」と認識している医師が、あえてそれを「曖昧に行う」理由としては、次の二つが考えられる。まず一つは、曖昧な告知こそ望ましい方法であると考えている場合、もう一つは、曖昧な告知がよいとは思わないが何らかの阻害条件により、曖昧にせざるを得ない場合である。もし、前者の理由であれば「曖昧さ」の功罪を追求すると共に、リハビリテーションの現場が求める「早期の明確な告知」が望ましいと認識されない理由を問い直すことが必要となろうし、後者であれば、その阻害要因を明らかにし、除去する努力が必要となろう。したがって曖昧な告知方法をとった医師が、どのような告知方法を理想としているかを知ることが重要な示唆を与えたと考えられた。実際にとった告知方法別に、理想とする告知方法を集計した結果からは、曖昧な告知方法をとっている医師の多くが、やはり曖昧な告知方法を望ましいと考えていることが分かった。したがって、これらの眼科医に対しては、リハビリテーションの現場が求めているところの明確な告知の重要性や意義、さらにリハビリテーションに対する理解を促進するための、何らかの対策が必要であると考えられた。

同様に、「直接本人に告知する」「第三者立ち会いのもとで直接本人に告知する」と回答した医師については、理想的にも、直接的な告知を選択した。さらに第三者の立ち会いを得て告知した医師は、理想的にも同じ方法を選択しているが、立ち会いを得ずに本人に告知した医師の約3割が、理想的には立ち会いを望んでいることが分かった。

第三者の立ち会いまたは介入を伴ったケースにおいて、具体的な第三者は、近親者と医療スタッフがほとんどであり、コ・メディカルスタッフが立ち会ったケースは、ごくわずかであった。これに対して、理想的な

告知状況において望まれる第三者としては、やはり近親者が7割以上を占めるが、コ・メディカルスタッフが約2割選択されており、失明告知の際のコ・メディカルスタッフの介入は、多くの医師に望まれているわけではないが、現状よりはそのような専門職の協力が必要とされていると考えられた。第三者に関する現状と理想について、二次元表による対数-線形モデルを用いて分析を行ったところ、有意な偏りがみられ、すなわち、現状においては、患者の近親者と医療スタッフが立ち会うことが多く、コ・メディカルスタッフが立ち会うことが極めて少ないが、理想においては、現状よりは、専門職として医療スタッフのみが立ち会うことよりも、コ・メディカルスタッフの立ち会いが望まれていることがわかった。この結果は、眼科医が、失明告知にコ・メディカルスタッフが立ち会い、告知の前後のケアを何らかの形で任せることを望んでいても、現状はそれを満たす条件が整っていないことを示唆している。

患者の失明から告知までの経過日数は、平均で約1カ月弱であり、最短で即日、最長で3カ月以上を有していた。池田(1977)は、障害受容の促進条件として、「医師による失明告知の明確さ」と「失明から告知までの経過時間が短いこと」を挙げている。すなわち、最も促進的なのは、失明からできるだけ早い時期に明確に告知することであり、逆に阻害的なのは、失明からかなり経過した時期に曖昧に告知することである。そこで、直接本人に告知した、第三者立ち会いのもとで直接本人に告知した、といった明確な告知方法をとった医師と、何となく本人に気づかせた、何となく第三者に気づかせた、といった曖昧な告知方法をとった医師について、患者の失明から告知に至るまでの経過日数に有意な差があるかどうかを検定するために、2群の母平均値の差の検定を行った。その結果をTable4に示した。検定の結果、明確な告知方法をとった医師群と曖昧な告知方法をとった医師群における、

Table 4 明確な告知を行った医師群と曖昧な告知を行った医師群における失明から告知に至るまでの経過日数の母平均値の差の検定

変数名 群(群変数の値)	標本数	平均値	不偏標準偏差	等分散の検定	等分散の場合	Welchの検定
告知方法	41	26.902	27.630	2.572	3.016	2.380
明確な告知方法	31	20.161	21.584	[9, 30]	[39]	[11.35]
曖昧な告知方法	10	47.800	34.618	(0.0502)	(0.0045)	(0.0365)

上段〔 〕：自由度 中段()：有意確率

患者の失明から告知に至るまでの経過日数の差は有意であった($t=3.02, df=39, p<.01$)。すなわち、明確な告知方法をとった医師群は、曖昧な告知方法をとった医師群より有意に早い時期に告知を行っていた。この検定結果から次のことが推察された。

先に述べたように、日比野 (1989) は、失明告知の現状を、「それぞれの病院ではつきりと告げるようなことはなく、無駄な時間を引き延ばすのみに留まっていることが多い。」とし、雷坂 (1984) は、その現状を「こうした医師の態度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。」と説明している。さらにその理由として、Cholden (1958)、雷坂 (1984)、日比野 (1989) は、医師が患者の失明を自分の失敗であるように感じることに、患者の自殺を憂慮すること、失明後の指導方法がわからないことを挙げている。したがって、これらの不安が高ければ、告知を一日延ばしにすることになり、告知の方法も曖昧になる可能性が高いと考えられる。

また、失明後の患者の指導を委ねるリハビリテーション機関と医師が連携していることは、医師の失明告知を早期に明確に行わしめる要因の一つであると考えられる。そこで、告知後に紹介できるリハビリテーション機関を持つ医師と持たない医師とでは、失明告知の方法や失明から告知に至るまでの経過日数に有意な差があるかどうかを、 χ^2 検定および2群の母平均値の差の検定により検討した。その結果を Table 5、Table 6 に示した。紹介できるリハビリテーションセ

ンターを持つ医師群と持たない医師群における、失明告知の方法についての χ^2 検定結果から、告知方法に有意な偏りは見られなかった。同じく失明から告知までの経過日数の母平均値の差を検定したところ、有意な差は見られなかった。この結果は、リハビリテーションセンターを紹介できるだけでは、先行研究に述べられるような医師の不安を解消できないことを示唆している。また、本研究に用いた質問紙では、リハビリテーションセンターの存在を知っている程度なのか、連携がとれているのかということまでは判断できない点も考慮する必要がある。

理想的な失明告知の時期的条件については、本人または家族の自覚に基づくことが多く望まれ、社会的資源が利用できることへの選択が少なかつたか、 χ^2 検定の結果からも、有意な選択の偏りがみられ ($\chi^2 = 72.143, df = 3, p < .01$)、すなわち、眼科医においては、失明告知の時期的条件として、眼科医は、本人または家族が失明を自覚することにより、告知のショックが軽減される時期に告知することを望ましいとしており、逆にリハビリテーションセンターや盲学校等の社会的資源にはあまり関心を寄せていないと推察された。社会的資源の利用は、自ずとコ・メディカル専門職との連携につながるが、この選択がわずか2%にも満たないことと、告知に立ち会うべき第三者としてコ・メディカルスタッフが約2割選択されていることは矛盾する結果であると考えられた。その理由として、コ・メディカルスタッフを病院内においてのみ必

Table 5 眼科医における、紹介できるリハビリテーションセンターの有無による失明告知の方法の差を検証するためのカイ2乗検定の結果

	本人に直接(%)	第三者立ち会い(%)	本人に何となく(%)	合計(%)
リハセンターあり	4 (8.3)	5 (10.4)	7 (14.6)	16 (33.3)
リハセンターなし	8 (16.7)	17 (35.4)	7 (14.6)	32 (66.07)
合計	12 (25.0)	22 (45.8)	14 (29.2)	48 (100.0)

カイ2乗値 (自由度) 2.86364 (2) 有意確率 0.238874 cramer の関連係数 0.244252

Table 6 眼科医における、紹介できるリハビリテーションセンターの有無による患者の失明から眼科医の失明告知までの経過日数の母平均値の差の検定

変 数 名	標 本 数	平 均 値	不 偏 標準偏差	等 分 散 の 検 定	等 分 散 の 場 合	Welchの 検 定
群 (群変数の値)						
紹介機関の有無	42	26.262		1.243	0.145	0.152
リハセンターなし	12	27.250	25.162	(29, 11)	(40)	(22.55)
リハセンターあり	30	25.867	28.724	(0.7294)	(0.8855)	(0.8806)

上段 () : 自由度 中段 () : 有意確率

要としているか、リハビリテーションセンター等に勤務するコ・メディカルスタッフと連携することを望んでも、その実現に向けて医師が行動を起こせる状態ではないことを示唆しているとも考えられた。

本調査結果から、有効回答数が十分でないという問題点はあるものの、眼科医全体としてのリハビリテーションに対する理解の消極性、または個人間の理解程度の大きな開き、さらに、他の専門機関との連携の希薄さがうかがわれた。この点については森信(1992)は、中途失明者を対象として行った調査結果から、総じて医師の中途失明者の関わり方が不十分であることを明らかにし、その一因として、「失明告知のあり方に対する医師の考え方の相違、及び積極的に失明告知をしても、その後に続く体制がないこと」を指摘している。本調査結果は、森信の考察をある程度裏付けるものとなった。失明告知やリハビリテーションが、中途失明者にとっていかに重要な意味をもつかを理解することは、換言すれば、障害者となった後の第二の人生が、これまでと変わらぬ価値や重要性を有することを専門家がいかに理解するか、ということになろう。自由記述回答にみられた「眼科医にとって失明は死と同じである」という意見は、たとえ僅かであっても回復の可能性に賭けて診療にあたる医師の率直な気持ちであるが、視覚の回復に賭ける情熱が、リハビリテーションへの導入を妨げている可能性も否定しきれない。山梨(1992)は、障害受容の基本は、たとえ目が見えなくなってもそれがその人の全人格を喪失するものではないこと、単に目が見えないだけであって人間としての尊厳は前とは全く変わらない点を理解させることであり、そのためには、まず医療スタッフや家族がそのことを認識し、正しい態度で失明者に接する必要があると述べている。眼科医を初め、中途失明者に関わる専門家の共通理解・認識が、失明告知とその後続く体制を整えるための根本であることは明らかであり、そのためには専門家の理解・認識の差異がどこで生じているかを見いだす必要があると考える。さらに、「視覚障害リハビリテーション」が、いずれの専門職にも共通した信念に基づき、概念としての成熟をみなければならぬだろう。

VI. リハビリテーション関係職員を対象とした、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への展望

本研究においては、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の一環として、眼科医に対し

て行った質問紙調査結果を取り上げ、眼科医が認識する失明告知の現状と理想について、いくつかの側面からの分析を試みた。医師のもとで治療を受けていた「患者」が、「障害者」として第二の人生を歩み始めると、次にその人を援助する専門家は主に、リハビリテーション指導員もしくは盲学校教員である。先行研究によれば、これらの専門家は、できるだけ早期に、明確な告知が行われ、中途失明者が無駄な時間を過ごすことなくリハビリテーションを開始できることを望んでいる。

「失明告知」を境界線にして、中途視覚障害と深く関わるこれらの専門家は、失明告知の現状と理想をどのようにとらえているのであろうか。また、眼科医の認識するそれらと比較して、共通点や相違点はどの程度みられるのであろうか。これらの点を明らかにすることによって、さらに失明告知に関わる考察を深める必要がある。そこで、この研究を発展させるために、リハビリテーション指導員、盲学校教員を対象とした同様の質問紙調査結果を分析し、眼科医、リハビリテーション指導員、盲学校教員のそれぞれの専門家の立場からの、失明告知の現状と理想を比較検討するとともに、これらの調査結果を踏まえたケース・スタディにより、さらに本質的なアプローチを行う予定である。

尚、本論文の共同執筆者であり、辰巳が御指導いただいた五十嵐信敬教授は、平成9年12月に永眠されました。生前のお導きに感謝申し上げますと共に、謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

文献

- 1) 赤松恒彦(1994) 視覚障害者のリハビリテーション、看護のための眼科、塚原勇編、メディカ出版、139-152.
- 2) 赤松恒彦(1985) 視覚障害の現状と未来、眼科、27(11)、1303-1312.
- 3) 赤松恒彦(1988) 失明の告知—その配慮と問題点—、第29回IBM ウェルフェアセミナー報告集、15-26.
- 4) 赤松恒彦(1989) 視覚障害者のリハビリテーション、眼科、31(11).
- 5) 赤松恒彦(1990) 視覚障害者リハビリテーションの現況と将来、あたらしい眼科、7(8)、1103-1110.
- 6) Carrol, T.J. REV (1961) Blindness, What It Does, and How to Live With It, Little Brown

- and Company.
- 7) Cholden, L.S. (1958) Psychoatric Aspects of Informing the Patient of Blindness, American Foundation for the Blind.
 - 8) Dembo, T., Levition, G.L., Wright, B.A. (1956) : Adjustment to misfortune —A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limb* 3, 1-16.
 - 9) 原田政美 (1982) リハビリテーション医学全書12 視覚障害, 医歯薬出版株式会社.
 - 10) 日比野清 (1989a) 中途失明者のリハビリテーションとその課題, 第30回 IBM ウェルフェアセミナー報告集, 25-36.
 - 11) 日比野清 (1989b) 失明告知とカウンセリング, 歩行研究, 4, 3-12.
 - 12) 本田哲三・南雲直二・江端広樹・渡辺俊之 (1994) 障害受容の概念をめぐって, 総合リハビリテーション, 22(10), 819-823.
 - 14) 五十嵐信敬 (1980) 中途視覚障害者のリハビリテーション, 佐藤泰正編 改訂心身障害学, 岩崎学術出版, 48-53.
 - 15) 池田秀暁 (1977) : 視覚障害者の障害の受容・克服における促進, 阻害条件の研究, 広島大学教育学研究課教育心理学専攻1977年度修士論文 (未公開)
 - 16) 石部元雄・伊藤隆二・鈴木昌樹・中野善達 (1981) : 心身障害辞典, 福村出版, 205-206.
 - 17) 伊藤浩美 (1987) : 国立大学医学部付属病院におけるリハビリテーション導入に関する一考察 (厚生省委託昭和61年度歩行指導員養成研修会研究論文), 視覚障害研究, 26, 49-64.
 - 18) 小村妙子 (1991) : 北海道における視覚障害リハビリテーションに関する眼科医の意識—アンケート調査から—, 視覚障害研究, 34, 65-75.
 - 19) 久保田伸枝 (1992) : 医師の役割, 日本の眼科, 63(2), 125-129.
 - 20) 丸尾敏夫 (1992) : 眼科リハビリテーション, 日本の眼科, 63(2), 123-124.
 - 21) 三沢義一 (1985) : 障害の心理, リハビリテーション医学講座第9巻, 医師薬出版株式会社
 - 22) 水島繁美・土肥信之編著 (1992) : 精神心理的アプローチによるリハビリテーション医学, 医歯薬出版株式会社
 - 23) 森信隆吉 (1992) : 中途失明者に対する眼科医のかわりと今後の課題, 日本の眼科, 63(2), 145-148.
 - 24) 宗像恒次 (1990) : 医師・患者関係の心理, 日本医師会雑誌, 103(4), 485-491.
 - 25) 永井昌夫 (1984) : リハビリテーションにおける心理学的アプローチ, 総合リハビリテーション, 12(10), 25-26.
 - 26) 南雲直二 (1994) : 骨髄損傷患者の障害受容, 総合リハビリテーション, 22(10), 832-836.
 - 27) 雷坂浩之 (1984) : 眼科医の「失明告知」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, 視覚障害研究, 19, 74-88.
 - 28) 職業研究所 (1972) : 盲人の視覚障害リハビリテーションに影響を及ぼす要因について, 職研資料シリーズII-7.
 - 29) 続有恒・村上英治 (1975) : 心理学研究法9 質問紙調査法, 東京大学出版会
 - 30) 上田敏 (1980) : 障害の受容—その本質と諸段階について—, 総合リハビリテーション, 8, 515-521.
 - 31) 上田敏 (1981) : 目で見る脳卒中リハビリテーション, 東京大学出版会
 - 32) 渡辺俊之 (1994) : 切断者の障害受容, 総合リハビリテーション, 22(10), 837-841.
 - 33) Wright, B.A. (1960) : Physical Disability-A Psychological Approach, Herper & Row, New York.
 - 34) 山田幸男・小野賢治 (1989) : 視覚障害者のリハビリテーション, 日本メディカルセンター
 - 35) 山梨正雄 (1992) : 視覚障害者の教育とリハビリテーション, 日本の眼科, 63(2), 137-143.
 - 36) 横田碧 (1995) : ケア技術としてのコミュニケーション, 臨床看護, 21(13), 1850-1855.

Oculist's Cognition of Informing the Patient of Blindness —A Step of Rehabilitation Process of Visually Handicapped Persons—

Kazue TATSUMI, Nobutaka IGARASHI and Kunio KAGAWA

Informing the patient of blindness is very important in order to start rehabilitation. However, the findings from previous studies show that the oculist's informing is not necessarily effective when it comes to starting rehabilitation. This comes from the fact that some oculists do not understand the meaning of informing well and therefore hesitate to tell reality to the patients.

So, the oculist's lack of understanding of this matter has to be taken up.

The purpose of this study was to investigate factors in informing the patient of blindness facilitating rehabilitation of the visually handicapped.

The subjects were 57 oculists. The questionnaire contained 12 questions, which inquired about how oculists informed the patient of blindness and what they thought about it.

The result indicated that all the oculists informed the patients of blindness. These results were not consistent with those of the previous studies. However, the informing was not necessarily direct and accurate.

In addition, they put much weight on the patient's realization of his own blindness.

Oculists felt they didn't need social resources much, that is, they did not cooperate with such professional institutions as rehabilitation centers or schools for the blind.

These findings would become more understandable in the light of the same research for rehabilitation trainers and teachers of schools for the blind.

Key Words : visually handicapped persons, informing the patient of blindness, rehabilitation, oculist