

表2 高齢者虐待の類型

1. 身体的虐待（意図的に物理的な力を行使し、身体の傷、痛みまたは欠損を結果としてもたらすもの）
2. 性的虐待（あらゆる形態の高齢者との合意のない性的接触）
3. 情緒的/心理的虐待（脅かし、侮辱、威圧、などの言語による、または、非言語による虐待的行為によって、心理的または情緒的な苦痛を意図的に与えること）
4. 放任（ネグレクト）（意図的または結果的にケア提供者がケア提供にかかわる約束、または義務を履行しないこと）
5. 経済的虐待（許可なくして高齢者の金銭、財産、または、その他の資源を使うこと）
6. 自己放任/自虐（セルフネグレクト）（高齢者自身による自身の健康を損ねたり、安全を脅かすような、怠慢な、または自虐的なふるまい）
7. 遺棄・放置（介護や世話ができなくなった者、または介護や世話を拒否する者が高齢者を病院やナーシングホームに置き去ること）

表3 地域密着型サービスの種類

- 小規模多機能型居宅介護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
（29人以下の特別養護老人ホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
（29人以下の介護専用型特定施設）
- 認知症対応型共同生活介護
（認知症高齢者グループホーム）
- 認知症対応型通所介護

とくにこの法律では介護者支援に配慮する必要性を示した。医師はとくに身体虐待を発見する場合があります。適切な対応を要する場合があります。生命にかかわる高齢者虐待は通報義務がある。表2に高齢者虐待の種類についてまとめた。

4. 地域密着型サービスについて

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村の指定、監督が行われるサービスとして位置づけられた（表3）。とくに小規模多機能居宅介護サービスは在宅を1日でも長く在宅を続け、リロケーションダメージを回避することで、新しいかたちのサービスといえる。認知症をもつ人にとって有用な地域の認知症や独居高齢者対策サービスとして期待される。その後、有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。今後は民間の高齢者専用

賃貸住宅等の住居の拡充が予想される。

5. 介護施設の変化について

認知症生活介護としてのグループホームサービスの成功を踏まえて、介護施設においてもユニットケア化が徐々に図られようとしている。よりよい環境の確保とケアの質的向上が重点化され、また介護職への研修が必須化されている。介護福祉施設において個室は70%を確保され、介護老人保健施設においては個室50%を確保することが重点目標とされている。さらに施設の地域展開が検討されており、施設のサテライト化や小規模多機能型居宅介護の進展が進められている。

6. 認知症の介護予防について

認知症の介護予防はエビデンスがまだ十分でないことから、筋力トレーニング、口腔ケア、栄養プログラムのみが先行している。したがって認知症の介護予防はより若い高齢者を対象に地域支援プログラムとして位置づけされている。音楽療法や学習療法など種々の取り組みがなされているが、なかでも回想療法が重要な位置を占めるとされる¹⁾。介護保険の改正により、各市町村の地域包括支援センターにおいて、介護予防の対象者は介護予防ケアマネジメントが提供される。すなわち介護予防プランに位置づけられ、デイサービス、デイケアをはじめ訪問リハなどが対象となる²⁾。しかし質のよいサービスがなければ、介護予防の効果はない。また定年後の生きがいづくりの活動も認知機能の予防の役に立つに違いない。戸外での活動や運動も有効であると思われる。また認知症に音楽を取り入れた運動療法を行ったところ、気分や認知機能において改善がみられた。15人の中等度から重度の患者で3か月介入をしたところ、MMSEのスコアが有意に改善した³⁾。さらにバイアスロンをする人を対象とした研究で言語性短期記憶を改善することを示した報告もある⁴⁾。

認知症の非薬物療法には病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリテーションや多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容については音楽療法、芸術療法、運動療法、現実

見当識訓練などがあり、それぞれの療法により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではない⁴⁾。しかし、認知症患者の表情や抑うつなどの気分がよくなったり、反応がよくなったりなどの変化が観察される場合がある。基本的には認知症そのものは改善することは困難であるが、認知症の行動心理症状 (BPSD) の改善が観察されたり、認知機能が維持できることにより、間接的ではあるが認知症の進行を遅らせることができるかどうか大きな課題となっている。少なくとも認知症に対するリハビリを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上を図ることが重要である。さらにいえば、これらの取り組みをミニデイや宅老所などで行えば、認知症の進行遅延が可能となることを示唆しており、認知症の介護予防そのものとなる。またデイサービスやデイケアで行えば、それはアクティビティであり、より専門的に行えば、認知症の認知リハビリテーションとなる。われわれは回想療法の認知症に対する効果を検証しており、最近パソコン回想法と名づけたソフトを開発した。また認知症の個別ケアを推進するために、センター方式 (認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式) が開発された⁵⁾。困難事例において有用性が示されている。

7. 認知症のかかりつけ医研修、サポート医研修

認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師はとくに認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。真に地域医療の最大の担い手として、医師はこれまでもかかりつけ医として役割を果たしてきた。しかし、認知症は専門外として、相談や診療を避けてきた面も一部にみられた。急性期病院においても認知症の診療に困難をきたし始めている面もある。そこで、われわれは認知症 (痴呆症) のクリニカルパスを作成し、病棟での診断・治療・看護の指針を作成した²⁾。一方地域では厚労省と医師会が協力して、国立長寿医療センターが地域の核となるサポート医の研修を開始した。サポート医はかかりつけ医研修を支援し、地域での診断や治療をチームでサポートし、認知症になっても安心して地域で生活を継続できる体制を構築できることを計画している。今後の新しい動向として期待される。

Ⅲ. 今後の課題

介護保険が改正され、いくつかの課題がまた明らかになってきた。たとえば介護予防のサービスの質と量の問題、介護予防チェックリストの問題、小規模多機能居宅介護がそれほど増加していないこと、介護療養型医療施設が転換されることなど、多くの課題がある。また若年性認知症の課題も山積している。しかしながら最大の課題は受給者の拡大である。現在も議論が続けられているが、知的、身体、精神障害者も介護保険の対象となる可能性がある。しかしその前途には多くの課題が存在する。

すなわち介護保険制度は改正をしながら、時代のニーズに合わせてその形態を変えていくことになる。そのために5年ごとに、よりよい介護保険に改正していく必要がある。その課題は要介護認定の方法であり、サービスの量と質の向上である。またサービス利用者の増加に伴い、保険料が増加する。これ以上の負担は困難であると考えられ、そのためには被保険者の年齢を40歳以上から30歳以上か20歳以上に引き下げることがもっとも現実的な対応である。

介護保険はもともと新たな挑戦であり、当初より井形昭弘氏によれば「走りながら考える」とされた。つまり法律の改正を経て、継続させることが重要であり、よりよい制度に変えていく必要がある。また介護保険の最大のテーマは認知症である。認知症の医療と生活の質の向上の緊急プロジェクトが開催され、今後の認知症対策について検討会が開催された。その内容は認知症疾患医療センターを創設すること、コールセンターをおくなど、若年性認知症対策を行うこと、疫学調査を行うこと、研究や薬物、検査方法の開発、人材育成を行うことなどである。これらの政策により、認知症対策が前進することを期待している(図4)。

おわりに

認知症のケアは現在、パーソンセンタードケアの言葉に則り、さまざまな取り組みがなされ始めている。介護保険の制度を利用して、在宅療養を継続

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及および本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症にかかわる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の患者が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の確保・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ（①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応）ごとの視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もがみずからの問題と認識し、認知症に関する理解の普及 認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症にかかわる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 経済産業省、文部科学省と連携し、とくに、①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中 アルツハイマー病の予防因子の解明（5年以内） アルツハイマー病の早期診断技術（5年以内） アルツハイマー病の根本的治療薬実用化（10年以内） 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断ガイドラインの開発・普及と支援 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 認知症医療にかかわる研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症にかかわる精神医療等のあり方の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの評価のあり方の検討 認知症サポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<ul style="list-style-type: none"> 【短期】 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 国民に対する広報啓発 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症対応の介護サビスの評価 就労継続に関する研究

図4 今後の認知症対策

している認知症高齢者も多くみられる。また介護施設はケアの改善を図り、介護者の介護負担の軽減に役立つことができる。今後かかりつけ医師、サポート医は地域での認知症の医療とケアに大きく関与することが期待される。

文 献

- 1) 遠藤英俊：いつでもどこでも回想法；高齢者介護予防プログラム。ごま書房，東京（2005）。
- 2) 遠藤英俊：痴呆性高齢者のクリティカルパス。日総研出版，名古屋（2004）。
- 3) Grebot C, Gros Lambert A, Pernin JN, Burtheret A, et al.: Effects of exercise on perceptual estimation and short-term recall of shooting performance in a biathlon. *Percept Mot Skills*, 1107-1112 (2003).
- 4) 中村重信編著：痴呆疾患の治療ガイドライン。ワールドプランニング，東京（2003）。
- 5) 認知症介護研究・研修東京センター：認知症の人のためのケアマネジメント；センター方式の使い方・活かし方。認知症介護研究・研修東京センター，東京（2005）。
- 6) 鈴木憲一：介護保険制度の見直し；新予防給付を中心として。群馬県医師会報，676：8-16（2004）。
- 7) Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W, Dom R : Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clin Rehabil*, 253-260 (2004).

第5章

身体障害の理解と介護の留意点

身体障害者とは、「身体に障害があり、その程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号の1級から6級に該当する者であって、身体障害者福祉法第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者」とされ、なおかつ18歳以上の者のことである。

またそのとき、障害は「永続するもの」とされており、治療が終了してなおかつ、その障害が将来にわたって回復の可能性が極めて少ないものとなっており、身体障害者福祉法の、自立と社会活動への参加促進をはかるという理念にしたがって、近い将来生命の維持が困難となるような場合は除外される。

1 視覚障害の理解と介護の留意点

視覚障害の概要

1 眼の構造と機能

視覚障害を理解する前に、眼の構造や機能を知っておく必要がある。人間の感覚情報の約80%は、視覚器によるものであるといわれている。その視覚器は、外界にさらされた脳ともいわれ、眼球、視神経・視路、視覚中枢、眼球付属器によって構成されている。眼球は、前後径が約24mmで角膜、強膜、ぶどう膜（虹彩・毛様体・脈絡膜）、網膜で囲まれ、その中に水晶体、硝子体、房水がある。網膜と視覚中枢^{*}を結んでいる神経線維束を視路といい、視神経、視交叉、視索、外側膝状体、視放線、視覚中枢（後頭葉）から構成されている。

外界の光は、虹彩によって眼球内に入ってくる光量がコントロールされ、角膜を通過・屈折し、瞳孔に入り房水、水晶体、硝子体でさらに屈折し、網膜上に像を結ぶ。網膜では、視細胞が光を吸収し、興奮が生じ、その興奮が

視覚中枢

視中枢ともいう。大脳の後頭葉にあり、ブロードマン17野（一次視覚野）・18野（二次視覚野）・19野（視覚連合野）からなっている。

視神経に伝わり、視交叉、外側膝状体、視放線を通じて視覚中枢に伝達される。その後、大脳の高次中枢によって処理されて視覚が生じる。

視覚には、視力に代表されるような、さまざまな機能がある。視力ほかに、視野、色覚、光覚、調節、両眼視などの機能がある。ここでは視力と視野について解説する。

視力は、物の形や存在を認識する能力のことで、一般的には、図5-1に示すランドルト環を用いて測定される。視野は、目を動かさずに同時に見える範囲をさし、通常、耳側95度、鼻側と上方で60度、下方は70度までの範囲で見える。視野は、見る対象物の明るさや大きさによって異なる。視覚障害者の中には、視野障害をもつ人が多く、視野は障害の理解にとって重要な眼の機能である。

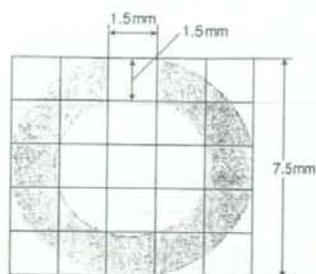


図5-1 ランドルト環
(丸尾敏夫：エッセンシャル眼科学 第7版、医歯薬出版、2000、p.29.)

2 視覚障害を引き起こす主な眼疾患

1) 糖尿病性網膜症 糖尿病は、インスリンの量が不足したり、量が正常であってもその働きが悪いために起こる代謝障害で、さまざまな合併症を伴うことがある。網膜症、腎機能障害、神経症がその3大合併症である。糖尿病性網膜症は、網膜の血管に異常をきたし、視力の低下を引き起こす。慢性型と急性型の症状があり、慢性型は高齢者に多く、毛細血管瘤(こぶのようにふくらんだ状態)・出血、白斑がみられ、進行すると硝子体出血を起こし、増殖性網膜症、網膜剝離を引き起こす。一方、急性型は若年者に多く、静脈の怒張(血管などがふくれあがること)・蛇行・血管新生が起こり、硝子体出血・増殖性網膜症・網膜剝離を引き起こして失明する。

2) 白内障 白内障は、水晶体たんぱく質の変化によって水晶体が白く混濁したものである。自覚症状は、主に視力障害である。白内障には、先天性白内障、老人性白内障、糖尿病性白内障、外傷性白内障などがある。老人性白内障は、水晶体の代謝障害によって、水晶体が混濁する。

3) 視神経萎縮 視神経萎縮は、視神経乳頭が蒼白になり、視力低下や視野障害の自覚症状がある。その原因は、先天性、頭部外傷、脳腫瘍、スモン*1、レーベル氏病、緑内障などがある。視野障害は、中心暗点*1になっているものが多い。

4) 網膜色素変性症 網膜色素変性症*2は、半数が遺伝性素因によるものであり、夜盲(暗いところで目が見えにくくなること)から始まり、杆体細胞と網膜色素上皮から変性し、錐体と脈絡膜に及ぶ。杆体細胞が多く分布して

*1 図5 p.138参照。

中心暗点
視野障害の一つで、中心窩(か)の視野異常がみられ、中心視力が低下している。

*2 図5 p.142参照。

求心性視野狭窄
視野障害の一つで、
周辺視野が急性性し、
中心の視野が残って
いる。

④ p.140参照。

潰瘍

皮膚や粘膜の上皮組織の損傷が、一定程度の深度まで達した状態。皮膚では真皮(しんぴ)に達し、胃腸などの粘膜では粘膜筋板まで損傷が及ぶものをいう。

身体障害者福祉法
1949(昭和24)年に
戦後初めて制定され
た障害者に対する法
律。第4条において、
初めて身体障害者
に対する定義が登場
する。制定当時は、
対象者が中・軽度の
視覚、聴覚、肢体不
自由に限定されてい
たが、同法施行規則
別表にみられるよう
に、内部障害者や職
場復帰の困難な重度
者、高齢者にも拡大
され、1998(平成10)
年には、ヒト免疫不
全ウイルス(HIV)に
よる免疫機能障害も
対象とされるように
なった。

いる20~30度の視野がまず見えなくなり、徐々に求心性視野狭窄^{せいしんせう}になっていく。

5) ベーチェット病 ベーチェット病^{べーちえつとびょう}は、ぶどう膜炎、口内炎、陰部潰瘍^{かいぶよう}を3主症状とする全身性の疾患である。ぶどう膜炎の再発を繰り返していくと視力低下がみられる。

3 視覚障害の法的な定義

視覚障害の定義は、置かれた立場によって異なっている。一般的に、視覚障害は盲と弱視に分類される。盲とは、視覚を用いて日常生活を営むことが困難なものをさし、弱視は視覚による日常生活は可能であるが著しく不自由なものをさす。この分類の定義も、医学、教育、福祉の立場によって異なる。

表5-1では、身体障害者福祉法^{せいたいしょうがいしゃふきしほほう}に規定されている視覚障害の定義を紹介する。身体障害者福祉法は、自立と社会経済活動への参加を促進する観点から、障害者自立支援法とともに身体障害者に関係する福祉制度を規定している。そのうち視覚障害は、視力障害と視野障害の2つの機能に着目して定義されている。視力障害の観点からは、両眼の視力がそれぞれ0.1以下のものと、一眼の視力が0.02以下であり、かつ他眼の視力が0.6以下のもの、視野障害の観点からは、両眼による視野がそれぞれ10度以内のものと、両眼の視野がそれぞれ2分の1以上欠けているものが視覚障害である。

さらに、身体障害者福祉法施行規則で、身体障害者手帳に記載される障害等級が定められている(表5-2)。視覚障害の認定にあたっては、視力は屈折異常がある者は、眼科的に屈折矯正後の視力によって判定される。視力表は、万国式を基準としたものを用いることになっている。視野の測定については、ゴールドマン視野計および自動視野計またはこれに準ずるものを用いるが、ゴールドマン視野計を用いる場合、中心視野は1/2の指標を、周辺視野は1/4の指標を用いる。

「両眼の視力の和」とは、両眼視によって測定された視力ではなく、右眼、左眼のそれぞれの視力の値を合計した数値である。つまり、右眼が0.01、左眼が0.01であれば、両眼の視力の和は0.02となり、障害等級の2級に相当す

表5-1 身体障害者福祉法に規定されている視覚障害の定義

1 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

- ①両眼の視力(万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ)がそれぞれ0.1以下のもの
- ②一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの
- ③両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの
- ④両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの

(厚生労働省:身体障害者福祉法 別表, 1949, より一部改変。)

表5-2 視覚障害の障害程度等級(身体障害者障害程度等級表より抜粋)

1 級	両眼の視力(万国式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、矯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	①両眼の視力の和が0.02以上0.04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
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
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

(厚生労働省・身体障害者福祉法 施行規則 第7条第3項別表第5号、1950、より一部改変)

る。視力が0.01未満のうち、**光覚弁(明暗弁)***または**手動弁***は視力0として、50 cm以下の**指数弁***は0.01として計算する。

視野障害の「両眼の視野が10度以内」とは、求心性視野狭窄の意味であり、輪状暗点*がある場合は、中心の残存視野がそれぞれ10度以内のものも含む。視野の正常の範囲は、内・上・下内・内上が60度、下が70度、上外が75度、外下が80度、外が95度とされ、合計560度として計算することになっている。両眼の視野について「視能率の損失率」とは、それぞれの眼の8方向の視野(上・上外・外・外下・下・下内・内・内上)の角度を測定し、その合算した数値を560で割ることによって損失率を求めることである。「両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの」とは、両眼で1点を注視して測定した、視野の生理的限界の面積が2分の1以上欠損していることである。

2 視覚障害による不自由さ

人は、視覚障害を受障することによって、日常生活を営むうえで多くの不自由さを体験する。買い物に行こうとしても、望んでいる店に行けなくなったり、新聞を読めなくなったり、食事が思うようにできなくなったりする。また、眼疾患や障害の程度によって、日常生活上の不自由さも異なってくる。ここでは、視覚障害によって生じる日常生活上の不自由さを、移動、コミュニケーション、日常生活の領域で解説する。

1 移 動

視覚障害によって、光も感じるができないほど全く見えない状態(全

光覚弁(明暗弁)
光を感じとり、明暗を弁別(違いをわかきまえ区別すること)できる能力。

手動弁
眼の前で手の動きがわかる能力。

指数弁
眼の前で指の数を数えられる能力。

輪状暗点
視野内にドーナツ状に見えない領域がある場合をいう。

盲)になると、移動すること自体が困難になってくる。長年住んでいた自分の家の中でも、トイレ、浴室、食堂などへの移動に不自由を感じる。いつもは開けっ放しになっているドアがたまたま閉まっていた場合など、ドアに頭をぶつけることもある。移動技術を習得していなければ、階段で転倒したり、頭をぶつけたりする。このような全盲の状態では、屋外での移動はほとんど困難である。

光覚弁の視覚機能をもって、重度の視力障害のある人は、昼夜の区別はできても移動することは困難である。眼前手動弁の視覚機能をもっている人は、約1 m程度まで近づくと、コントラスト(背景と物体の濃淡の差)が高い物体を「何か物体があるなあ」という程度に判断できる場合がある。しかし、慣れ親しんでいる自宅の中を移動するときにも注意深く移動する必要がある。眼前手動弁でも、15 cmでわかる人や30 cmでわかる人など程度によって違いがある。いずれにしても、屋外を安全に移動することは困難である。指数弁の視覚機能をもっている人は、コントラストの高い物体であれば、約1 m程度まで近づくと何があるかを判断することができる場合がある。また、慣れ親しんでいる自宅の中をなんとか移動することができる人もいる。しかしながら屋外の場合、かなり注意をしながら移動しないと危険を伴う。

視力が0.01ある人は、慣れ親しんでいる自宅の中の歩行は可能である。また、屋外の移動はなんとかできるが、安全に移動するためには、^{はくせい}白杖などの歩行補助具の使用法を習得し、慎重に移動する必要がある。

視野障害のある人は、視力があるといっても安全性の点から問題を抱えている。特に求心性視野狭窄の視野障害をもっている人は、小さなトンネルを通過しているような状態であり、足下の視覚情報を入手できないので、階段や段差を発見できなくて危険を伴うことがある。一般的に、視野が10度以内であれば、路地、四つ角、目的地を発見することが困難であるといわれている。

白内障や角膜混濁の眼疾患をもっている人は、周囲に比べ駅の階段や目的地の看板などのコントラストが低いと認識することが難しい場合がある。また、屋外でまぶしさを訴える人もいる。このような人は快晴の日に屋外を移動するとき、まぶしさを感じ見づらくなってくる。網膜色素変性症などの疾患で、杆体細胞が働かなくなったり眼疾患をもっている人は、夜盲をきたし、夜間歩行が困難になってくる。

2 コミュニケーション

視覚障害者のコミュニケーション手段として、**点字**がよく知られており、表音文字として視覚障害者の間に定着している。一般的に、視覚障害者は音

声言語のコミュニケーションには不自由しないと思われがちである。しかし普段私たちは、話し相手の表情や身振りを観察しながら会話を進めており、視覚障害者は、表情や身振りがわからないため、会話が円滑に進まなかったり、集団での話し合い場面で、場違いなことばを発したり、一人で自分の意見を言い続けたり、場の状況を把握できず失敗することがある。

視覚障害者がコミュニケーションにおいて最も不自由しているのが、読み書きである。全盲の人は、点字の習得やパソコンを活用することによって、コミュニケーション手段を獲得することができる。視覚障害者の中で視力を有する人も読み書きについては不自由している。視力低下が進み、新聞や書籍を読むことができなくなるからである。網膜色素変性症などの原因で求心性視野狭窄をもつ人は、視野が狭いため一度に処理する文字数に制限があり、読む速度が遅くなる。また、中心暗点をもつ黄斑部変性の眼疾患をもつ人は、中心視力が低下しているため、文字が読みづらくなる。また、白内障や角膜混濁などの眼疾患をもつ人は、白地に黒色で書かれた文章は読みづらくなる。例えば、日常的に視覚障害者が困っている問題の一つは、銀行などで書類に記入することである。

3 日常生活

視覚障害者は、日常生活において基本的な生活習慣、身辺管理、家事管理などでも不自由している。視覚障害は、運動機能障害ではないので、動作そのものを遂行できないことはほとんどないが、日常生活の動作において確認・識別・判断が難しくなるためである。

身辺管理として、爪切り、歯磨き、化粧、整髪、トイレの使用、入浴、金銭管理、電話のプッシュボタンを押すこと、髭剃りなど確認や識別ができな

事例 ①

Aさんは、眼科医から「眼の回復は見込めません」と言われた。自分の将来の見通しを立てられず、これからどのようにしたらよいか全くわからなくなった。その後、自宅で悩んで無為に過ごしていたが、このままでは何も打開できないと感じ、眼科医や相談支援専門員に相談した。相談支援専門員はAさんの思いを聞きながら、Aさんと一緒にAさんのための支援計画を作成した。その結果、Aさんは在宅で視覚障害者の自立訓練を受け、身辺自立(ADL自立)から生活自立をめざした。現在、電車を利用して隣町まで行けるようになり、日常生活のほとんどは自分自身でできるようになった。

障害者自立支援法に規定されている指定相談支援事業者に配置されている相談業務を専門とする職種である。

☞ 事例研究 Ⅱ 視覚障害者は、このようにして自立訓練を受けることによって自信をもてるようになり、人生に積極的に取り組んでいけるようになる。

いために動作そのものに不自由している。金銭管理では、紙幣や貨幣の識別ができなくて買い物がうまくいかない場合もある。

家事管理として、洗濯、掃除、調理、裁縫、衣服の手入れなど家事全般にも不自由している。最近は家電製品がタッチセンサー方式に切り替えられ、視覚障害者は触覚を頼りにする傾向にあるため、旧式タイプの家電製品のほうが使用しやすいこともある。

3 視覚障害による心理的影響

視覚障害者が視覚障害という現実をどのように克服し、どのように受け止めているかを知ることは、介護するうえで極めて重要である。視覚障害者を障害の発症時期からみると、先天性視覚障害者と中途視覚障害者に、また、視力の保有状況からみると、視覚情報が全く入らない全盲の人と視覚情報がある程度入るロービジョン*の人に分けられる。

ロービジョン
視覚的なオリエンテーション(方向づけ)をもっている人で、視覚機能を保有しているのが盲とは区別される。

先天性視覚障害者で全盲の人は、「見える世界」を直接体験していない。視覚機能以外の感覚情報、例えば、聴覚、嗅覚、触覚などを活用して、社会に適応することになる。そして成長する中で、他人との違いに気づいたり、周囲の人々の態度を理解することによって視覚障害に対する自覚をもつようになる。

中途視覚障害者は、「見える世界」を直接体験している。「見える世界」から「見えない世界」になることによって、適応しなければならない課題が出てくる。「見える世界」から「見えない世界」への移り変わりが突然に訪れることはまれである。眼科的な治療を受けながら、自分の眼は治るかどうか不安を抱く時期がある。「見えない世界」を自分なりに理解しており、失明に対する恐怖の時期が最初に訪れる。この時期は、眼科医にわらをもすがら気持ちで眼の回復を訴え、眼の回復を望んで、優秀な緑内障の眼科医がいると聞けばその病院を訪問するなど、転院が多くなることもある。

事例①のAさんのように、眼科医から「あなたの眼は回復する見込みはありません」と告げられたとき、^{びんごん} 果敢として視覚障害という肉体的な打撃と同時に精神的な打撃を受ける。この失明の直後の時期はショック段階といわれている。視覚障害が発症した直後は、その衝撃から自分を守ろうとして、感情の表出がなくなり、自分を取り巻くまわりの刺激から逃れようとする。このような心の動きを適応機制*や防衛機制^{ぼうえんきし}という。これが病的になると、感情の^{まどろみ} 麻痺やうつ状態になることもある。

* p.28参照。

また、失明の直後には、さまざまな残存感覚への信頼を喪失するといわれている。視覚以外の残存感覚機能には異常はないが、それらから入手した情報を信じることができない。そのため、生活のほとんどを他人に依存し、そ

事全般に
与えられ、
製品のほ

に受け止
障害者を
こ、また、
覚情報が

ない。視
、社会に
たり、周
つように

世界」か
課題が出
に訪れる
どうか不
失明に対
がる気持
いと聞

込みはあ
打撃と同
といわれ
して、感
する。こ
ると、感

といわれ
手した情
存し、そ

のことを快適なものとして受け止め、自分の力で生活しようとする意欲をなくしてしまうことすらある。さらに、視覚障害という現実を精神的に受け入れることができても、他人に依存しないで生活することができるわけではない。その他の残存感覚への信頼を回復するためには、移動能力を獲得したり、コミュニケーション手段などを新たに習得することによって日々の活動の中で自信をつけ、障害の受容⁹へとつながっていくのである。

⁹ 広野 p.27参照。

ロービジョンの人の多くは、進行性疾患である。いつか失明するのではないかという精神状態で生活しており、情緒的に不安定になっている。また、ロービジョンの人は、全盲の人より「見える人」として認知される一方、健常者からみると「見えない人」として認知される。このようにどちらにも属さない者は周辺人とみなされている。周辺人の特徴として、心理的な不安があり、強い緊張、過度の自意識、劣等感、不安定な社会的行動がみられることがある。

4 視覚障害者の介護の留意点

視覚障害者の介護は、移動、コミュニケーション、日常生活、情報収集など広範囲にわたる。そこで、介護を行ううえで、基本的な留意点を理解し、介護技術を知っておく必要がある。

1 基本的な留意点

視覚障害者の生活は、見えないあるいは見えにくいことからくる視覚情報の入手が課題となる。視覚情報が入手できないあるいは入手しにくいことから、活動や社会参加に制限や制約を受けている。

1) 介護の必要性は当事者のニーズによって決まる 全く見えない全盲の人は、ロービジョンの人に比較して介護を必要とするという考えは間違っている。介護の必要性は、当事者の生活ニーズによって決められるべきであり、機能障害の程度によって決めてはならない。介護は障害の状況や、その人の置かれている環境などを考慮しながら実践する。

2) 中途視覚障害者の心理的様相を考慮する わが国では中途視覚障害者が圧倒的に多いこともあり、彼らが障害をどのように受け止めているかを理解したうえで、介護を行う必要がある。すでに視覚障害の心理的影響の項で指摘したように、中途視覚障害者は、視覚障害という現実を認識するのに時間を要する。そのため、介護を実践するとき、視覚障害者が障害の受容のどの段階にあるのかを理解する必要がある。失明直後であれば、視覚障害という絶望の状態にあるかもしれない。そのような状態のある人には、心理的サポートを考慮しながら介護する必要がある。また、ロービジョンの人で進

行性疾患であれば、自分の眼疾患の進行状況から、いつ失明するかもしれないという不安を抱き続けている。このようなケースでは、眼疾患の話題を好ましく思わない人もいる。さらに失明前のその人のパーソナリティによっては、失明後に攻撃的になったり、逆に意気消沈して無反応になったりすることもある。介護職は対人サービスであり、このように当事者の心理的様相に敏感であってほしい。

3) 基本的な介護技術を確実に習得する 視覚障害者に対する介護は、科学的な介護技術に基づいて実践されるべきである。視覚障害者は、生活を送るうえでその人によって生活技術を工夫しているものである。しかしながらその生活技術が、安全で合理的であるかということとそうでないこともある。特に移動介助は、科学的な介護技術に沿っていない場合もある。つまり、視覚障害者自身が自分なりの工夫によって介助を受けていることもある。そのような場合、安全性に欠けることもあるので、介護職員は視覚障害者が好んで用いる技術がどのようなリスクを背負っているかを理解しよう。移動介助では、一歩間違えば大げや命にかかわることもあるため、特に注意を要する。

2 移動介助技術

手引き歩行
誘導法、ガイドなど
ともいわれ、視覚障
害者と介護者が一緒
に屋内・屋外を移動
する手段である。

移動介助は安全性を優先させて介助すべきである。視覚障害者の移動手段には、手引き歩行^{*}、白杖による歩行、盲導犬による歩行、電子機器を活用する歩行、白杖と電子機器を活用する歩行、残存視力による歩行などがある。移動介助は、手引き歩行の移動手段によって行う。すべての視覚障害者が、

手引き歩行の技術を習得しているわけではないので、介護者から「手引き歩行をご存知ですか?」と尋ねてみよう。もし手引き歩行の技術を知らなければ、介護者が基本的な移動介助を教えながら介助することになる。

1) 手引き歩行の開始の方法 手引き歩行を始めるときは、介護者は声をかけながら、手引きする手の甲で利用者の手の甲に接触する。そうすることによって、利用者は介護者の肘の少し上を握りやすくなる。

2) 手引き歩行の基本姿勢 手引き歩行は、介護者が利用者の半歩前を歩き、利用者に握られている腕をリラックスさせて伸ばし、緊張しないように心がける。利用者には、介護者の肘の少し上を握るとき手首を伸ばして、親指で介護者の肘の少し上の外側と、他の4指で肘の内側を握ってもらう。さらに、前腕と上腕がほぼ直角になるように肘の角度を



図5-2 手引き歩行の基本姿勢

とり、リラックスして腋をしめてもらう(図5-2)。介護者と利用者の位置関係は、介護者の握られている腕の肩が利用者の握っている腕の肩と一直線になる。手引き歩行の基本姿勢ができれば、介護者は二人が通れる幅を確保しながら前進する。

3) 狭い場所を通過する方法 基本的な姿勢で通過できない改札口や狭い通路では、介護者は利用者^に握られている腕を背中に回して、手首を腰より少し上の真ん中にもってくる。これは、狭いところを通過することを利用者^に知らせる合図で、この合図が出されたら利用者^は腕を伸ばして介護者の真後ろに移動する。

4) 階段昇降の方法 階段昇降は、視覚障害者にとって不安や恐怖をもつ場面である。介護者は階段に対して直角に近づき、階段の縁のところ^で立ち止まり、「昇り階段です」「降り階段です」とことばで知らせ、利用者^が階段昇降の準備ができたところで、階段昇降を始める。階段昇降が終わったら、介護者はまた立ち止まり、階段が終わったことを知らせる。踊り場でも同様に立ち止まることを忘れないようにする。

5) 開閉を伴うドアの通過の方法 ドアを通過するときは、利用者もドアを閉めるという能動的な役割を演じる。ドアの開閉にはいくつかの種類があるので、介護者は「手前に引くドア」「奥に押すドア」「右にスライドさせるドア」などことばでドアの種類を知らせる。開閉を伴うドアの通過の原則は、利用者^が蝶番側あるいはドア袋側^に立ち位置をずらして、ドアを閉めやすくすることである。利用者^がドアを通過するとき、ノブをしっかりとつかみ、ドアを閉めてもらうようにする。ドアを通過したら、介護者は基本姿勢に戻るために、いったん立ち止まる。

6) その他の場面で用いる方法 自動改札口の通過、電車・バス・車の乗降、エスカレーターの利用、混雑しているところの歩行など、手引き歩行の基本的な技術がそれぞれある。これらの移動介助技術も、確実に実行できるように熟練する必要がある。

3 コミュニケーションの介護

コミュニケーションの介護では、視覚障害者が用いるコミュニケーション手段に習熟する必要がある。点字は、点字図書館や視覚障害者の団体などで点字教室が開催されているので、これらの教室で点字を習得しておく^とよい。点字は、左3点、右3点の合計6点を一つの単位として1マス^といっている(図3-2、図3-3を参照)*。

* P.43-45参照。

点字を学習するためには、清音、濁音、半濁音、拗音、拗濁音、拗半濁音、特殊音、数字、英文文字、促音符、長音符、感嘆符、継ぎ符、かぎかっこな

どを習得する。

視覚障害者のコミュニケーション手段には、コンピューターを用いた文書作成もある。コンピューターを活用することによって、視覚障害者のコミュニケーション能力は飛躍的に向上する。私たちが毎日読んでいる新聞も、読み上げソフトがインストールされているコンピューターであれば、私たちと同じように情報入手ができる。

日常的に視覚障害者に接するとき介護者が特に注意すべきことは、音声言語による会話である。全盲の視覚障害者は、物の位置関係を知ることができないので、話すことばを選ぶ必要がある。「ドアを背にすると、1時の方向に食卓テーブルがある」などとわかりやすく、確実に位置関係を示すことばを使う。「黄色のソファの横に食卓テーブルがある」などといっても位置関係を理解することはできないので、注意が必要である。

④ 日常生活における介護

日常生活の介護では、主に身辺、家事、情報収集などの介護が必要になってくる。

1) 身辺 視覚障害者は、身辺処理において物の位置を念頭に入れながら生活している。居室の物の位置が変わると探すことが難しくなるため、普段よく使うものは、使用後に一定の場所に置くことを励行しなければならない。また、廊下や居室に歩行の妨げになるような障害物を置くことも視覚障害者にとっては歩行しにくくなるばかりである。介護者は衣類などの身の回りの物はしっかり整理し、いつでも利用者にわかるようにする。タンスなどの整理整頓は、点字ラベルや目印によって区別できるように配慮する。

2) 食事場面 例えば、お皿の位置や料理の種類などを説明する必要がある。位置を知らせるのにクロックポジション*の方法を用いると、視覚障害者が記憶しやすくなる。7時の位置にご飯、4時に味噌汁、12時にぶりのお刺身などと具体的に伝える。また、おしぼりを近くに置いておくことも心がける。

3) 入浴場面 入浴では、石けん・シャンプー・リンスなどの入浴用品の場所を決めておく。入浴用品を区別することが難しい場合、輪ゴムなどで区別して利用者に触ってもらう。また、浴室の環境を知らせることも大切である。

4) 情報収集 視覚障害者は書類やチラシなどを見ることができない。そのため、身近な人に尋ねなければわからないことも多いが、一人でコンピューターなどを利用して情報を収集できるようになることも大切である。ま

クロックポジション
視覚障害者が物体の位置関係を把握し、記憶しやすくなるために時計の文字盤の位置を用いる。

た、通信販売などによって品物を購入することもあるので、介護者は利用者の情報収集能力を見極めて、適切なアドバイスをするようにする。

5) 福祉用具の活用 視覚障害者は、福祉用具を活用することによって生活が便利になる。視覚障害者が活用する福祉用具には、さまざまな種類がある。例えば、コミュニケーションをはかるために書字用下敷き^{*}、点字タイプライター、点字器などがある。日常生活用具では、白黒まな板^{*}、視覚障害者用の体温計、体重計、時計、針通し器などがある。介護者は、これらの福祉用具の特性や使い方を理解し、利用者に適切にアドバイスをする必要がある。

書字用下敷き

視覚障害者が手紙やはがきを書くときに下敷きとして用いる補助具で、これを使うと字の配列、改行、字の大きさなどをそろえてスムーズに書くことができる。

白黒まな板

白黒反転にしたほうが見やすくなるロービジョンの人が使用するものであり、一方が白でもう一方が黒の両用まな板である。

2 聴覚・言語障害の理解と介護の留意点

1 聴覚・言語障害の概要

1 聴覚障害とは

聴覚障害とは、聞こえの機能になんらかの障害があるために話しことばが聞こえない、あるいは十分に聞こえない状態をいう。一般に、ほとんど聞こえない状態を聾³³、少しは聞こえる状態を難聴という。

私たちは、周囲で話していることばを聞いて、自然に話しことばを習得し、コミュニケーションに用いる。しかし、聴覚に障害があると、話しことばの自然な習得が困難である。したがって、生まれつき、または3歳以前の幼児期^{*}から重度の聴覚障害がある場合、聾学校等〔2007(平成19)年の学校教育法改正によって特別支援学校に変更〕で長期間教育を受けたとしても話しことばの習得が不十分で、明瞭に話せないことが多い。このために幼児期から重度の聴覚障害がある人たちの多くは、手話を用いてコミュニケーションを行い、この人たちを聾者という。一方、話しことばを習得した後に聴覚に障害を負った人たちを中途失聴者という。この中途失聴者は、聞こえないが比較的明瞭に話すことができる。したがって聴覚障害者は、難聴者、中途失聴者、聾者に分類することができる。

難聴者は、補聴器などを用いることによって話しことばが少し聞こえ、ことばでのコミュニケーションが可能な人である。そして、ことばも比較的明瞭で、静かな明るい場所であれば1対1の会話は比較的成立しやすい。

中途失聴者は、人生の途中で耳が聞こえなくなった人で、話しことばは明瞭であるがほとんど聞こえない場合がある。したがって、中途失聴者が発言

3歳以前の幼児期人間は周囲の人々が話すことばを聞いて、3歳頃までに基本的な言語概念を形成し、一つの言語を自然に習得する。したがって、3歳頃まで聞こえていた聴覚障害者は、母語として音声言語の習得が可能と考えられている。

2 障害者自立支援法に基づく主な専門職

障害者自立支援法は、新たな障害者の自立システムを構築することを目指し、施設・事業体系を見直し、事業の人員や運営基準を示している。本節では、障害者自立支援法における指定事業所で障害福祉サービス等に携わる専門職種を概観する。

1 | 相談支援専門員

■ 法における位置づけ

相談支援専門員は、「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」（平成18年度厚生労働省令第173号）の第3条において、「指定相談支援事業者は、当該指定に係る事業所（以下「指定相談支援事業所」という。）ごとに専らその職務に従事する相談支援専門員（指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるものをいう。以下同じ。）を置かなければならない。ただし、指定相談支援の業務に支障がない場合は、当該指定相談支援事業所の他の職務に従事させ、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができるものとする」と規定されている。

■ 相談支援とは

障害者自立支援法の第5条第17項に、相談支援とは、「地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与すること」と規定されている。さらに、サービス利用計画作成対象障害者等の依頼を受けて、支給決定にかかる障害者等の心身の状況、そのおかれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事項を勘案し、サービス利用計画を作成するとともに、障害福祉サービスの提供が確保されるよう指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行う指定相談支援がある。

■ 相談支援専門員の要件

相談支援専門員の要件は、「指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年厚生労働省告示第549号）に規定されている。

この規定によれば、相談支援専門員は、障害特性や障害者の生活実態に関する専門的な知識と経験が必要であるので、実務経験と都道府県知事が行う相談支援従事者初任者研修の受講を要件としている。

具体的な実務経験の範囲は、表6-1に示しているように、①障害者の保健、医療、福祉の分野における相談支援の業務および介護の直接支援業務、②障害者の就労、教育の分野における相談支援の業務に携わっていた者を定めている。

相談支援従事者初任者研修は、都道府県知事が行う研修で、障害者等の意向を踏まえ、必要な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスを、総合的かつ適切に利用するための援助に関する知識および技術を習得させることを目的としている。なお、相談支援専門員は、相談支援従事者現任研修を5年に1回以上受講しなければならない。

2 | サービス管理責任者

■ 法における位置づけ

サービス管理責任者は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）において、療養介護、生活介護、共同生活介護、児童デイサービス、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型のそれぞれの人員に関する基準のなかで利用者数に応じて配置されることとされている。

■ サービス管理責任者の責務

サービス管理責任者の責務については、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）の運営に関する基準において規定され、療養介護における第58・59条がほかの障害福祉サービスにも準用されている。この規定によれば、サービス管理責任者は表6-2の業務を担うことになる。

また、個別支援計画（療養介護計画、児童デイサービス計画、共同生活援助計画、共同生活介護計画、自立訓練（機能訓練）計画、自立訓練（生活訓練）計画、就労移行支援計画、就労継続支援A型計画、就労継続支援B型計画）の作成に関する業務を核としながら、関係機関との連携を図るとともに、従業員への助言、技術指導を行う。