視覚リハや私の活動に興味
のある方は
私のブログ「吉野由美子の考
えている事している事を見て」
http://yoshino-yumiko.net/

ご静聴ありがとうございました

資料4-3_仲泊聡スライド

厚労科研成果発表会
H25.3.16.1400-1700/戸山サンライズ

空白への対処法

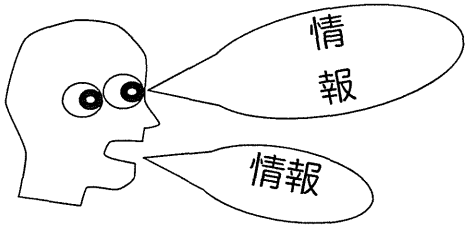
国立障害者リハビリテーションセンター病院
第二診療部　仲泊 聡

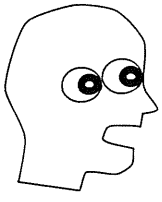
内容

1. 情報障害の○○○性
2. ○○○○が出会いの場
3. 対処法の提案
   1) ○○○○サイト
   2) ○○○アウトリーチ支援
   3) ○○○○○ステップ

---

1. 情報障害の双方向性
『視覚障害は情報障害』
『情報の80%以上は目から』

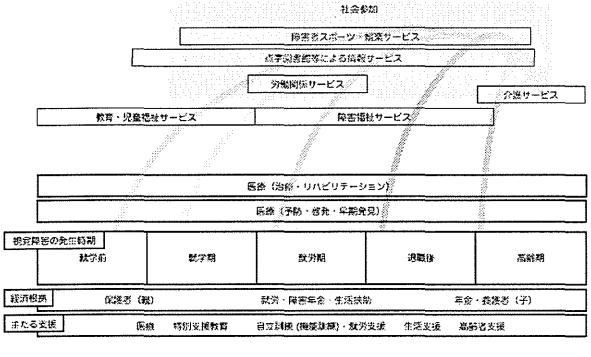




視覚障害支援の専門家
とどうやって出会えば
いいの？

---

2. 眼科外来が出会いの場



ロービジョンクリニック

ロービジョンケアを行う眼科専門外来
・原因疾患を問わない
・視覚に何らかの問題がある
・生活に何らかの支障がある
・眼科医、視能訓練士、その他
・ニーズ判定・視機能評価・必要書類
・社会資源・エイド（補助具）・環境整備

ロービジョンクリニックはどこにある？

インターネット上のLVケア実施医療施設リスト
日本眼科医会HP
日本ロービジョン学会HP
視覚障害リソース・ネットワーク
によると全国に 320 施設（2012年6月現在）

どうしてこんなに少ないの？

ロービジョンクリニックが流行らないわけ

時間がかかる
人手がない
知識がない
収入に繋がらない

平成24年4月からちょっと変った

ロービジョン検査判断料

1) 診療報酬って何？
2) 誰が払うの？
3) 診療報酬化されてよかったこと

1) 診療報酬って何？

医療機関の報酬根拠となる定価で
検査、治療項目のそれぞれについている

初診料	270点	
視力検査	69点	
眼底検査 片目	56点 x 2	
細隙灯顕微鏡検査	48点	
処方せん料	68点	合計567点

1点あたり10円で5670円が眼科の売り上げ
（ロービジョン検査判断料…250点）

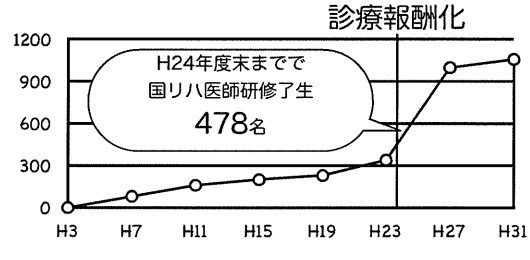
2) 誰が払うの？

施設基準※を満たし申請した特定の眼科で
ロービジョンケアを受けた
身障手帳所持者（相当者）が支払います。

いくら？　月1回750円（3割負担の場合）

※ 施設基準：国リハの医師研修を受けた
眼科医が常勤で勤めている医療機関

3) 診療報酬化されてよかったこと

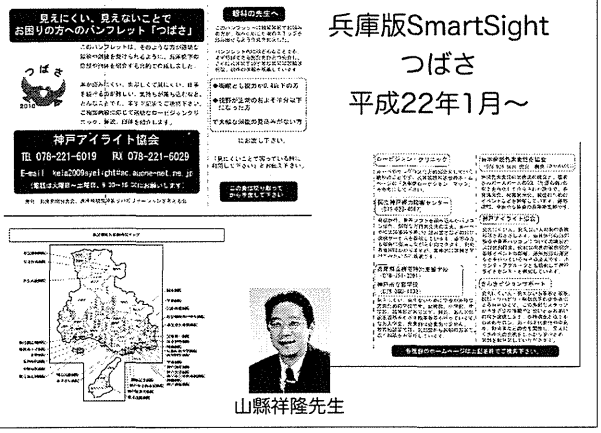


スマートサイト

眼科ベース
視覚障害者支援ネットワーク
情報パンフレット・システム

スマートサイト

例）兵庫県の場合
眼科主治医が具体的な紹介先を持っていなくても、眼科医から手渡されたパンフレット「つばさ」に記載された情報をもとにロービジョンケアのできる他の眼科医や視覚障害専門施設などに患者は繋がることができる



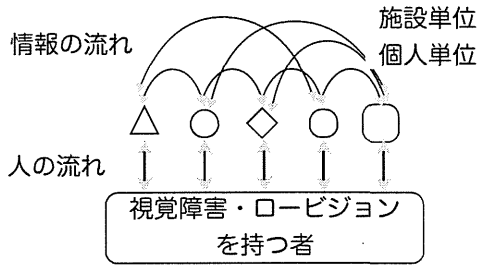
兵庫版SmartSight
つばさ
平成22年1月～

山縣祥隆先生

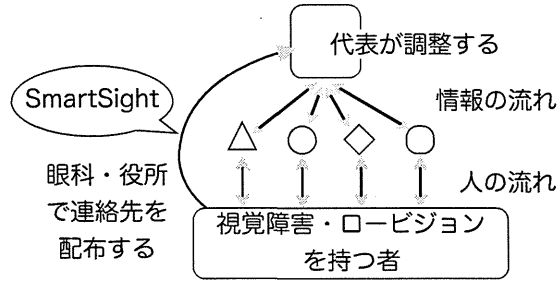
スマートサイト

眼科医にとって極めて手軽だが
それを支える調整役の人材と
紹介先となる社会資源が存在して
はじめて成立するシステム

これまでの連携



スマートサイト



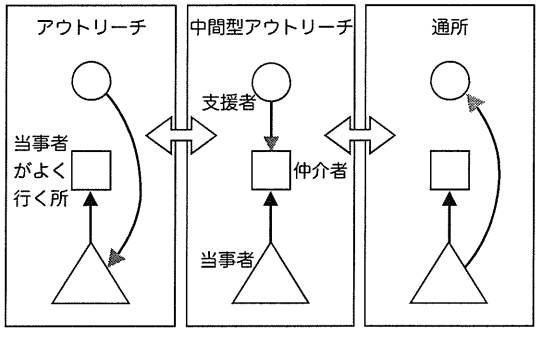
スマートサイトは、ロービジョンケアを得意としない大多数の眼科医に、対象の発見と連携への始動を促します。しかし、どこでも可能とは限りません。

連携を阻む
二つの心のハードルがある
　医者：施設紹介＝治療の敗北
　患者：施設に行くのは障害者
　（障害者になりたくない！）

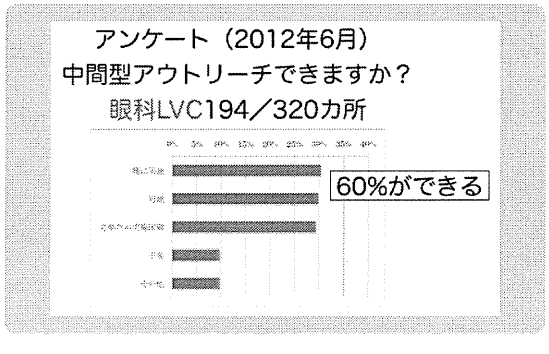
心のハードルを下げる方法
　医者：「○○施設に行ってみませんか」より「来月○日に、専門家が来るのでちょっと相談してみませんか」のが言い易い

心のハードルを下げる方法
　患者：「わざわざ○○施設に行くのは大変だし、嫌だ」から「眼科で専門家に会えるんだったら、ちょっと相談してみようかな」に変化するかも

中間型アウトリーチ支援

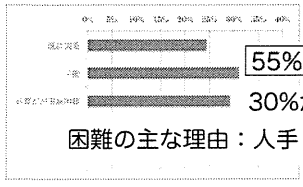


中間型アウトリーチ支援



中間型アウトリーチ支援

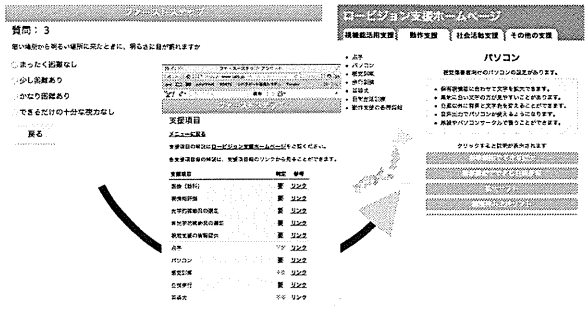
アンケート（2012年7月）
中間型アウトリーチできますか？
支援施設74／100カ所



55%ができる
30%が困難
困難の主な理由：人手・資金

中間型アウトリーチ支援は、敷居の高い視覚障害者支援について、専門施設への紹介とともに紹介施設からの職員の出張による相談の場を提供します。

ファーストステップ



ファーストステップは、スマートサイトを補い、中間型アウトリーチ支援が効率よく機能するように役立ちます。

内容

1. 情報障害の双方向性
2. 眼科外来が出会いの場
3. 対処法の提案
   1) スマートサイト
   2) 中間型アウトリーチ支援
   3) ファーストステップ

資料4-3_原田敦史スライド

視覚リハの空白地帯

地域の空白

堺市立健康福祉プラザ
視覚・聴覚障害者センター
原田　敦史

本日考えたいこと

- どこが空白地なのか
- 本当に空白地なのか
- 空白地ではないところがあるのか
- 空白地ではどんなことが起こっているのか
- まとめ

どこの地域が空白なのか

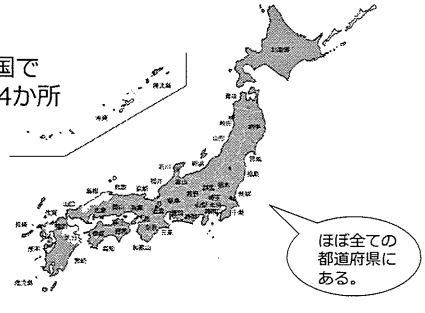
私が以前働いていたのは
日本盲導犬協会仙台訓練センター
よく言われていたのは
東北はリハビリテーションの空白地域。
→働いているものとしては、それなりに対応をしているつもりではあったが、残念ながら、更生施設ができる予定もなく、空白地域という表現から脱却はできなかった。

リハの位置づけにもよるが、全国ではどうなっているのか

視覚障害者情報提供施設 盲学校(視覚支援学校)がある地域

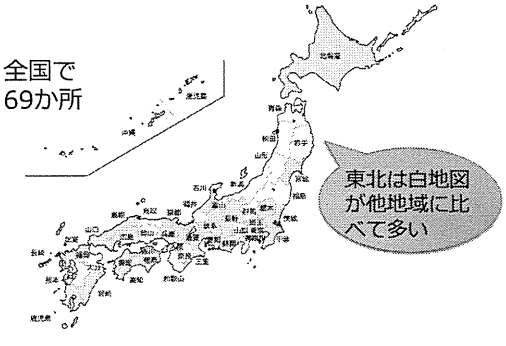
ロービジョン対応医療機関がある地域 (ロービジョン学会ホームページより)

全国で
164か所



視覚リハが提供されている地域 (日ラ養成部調査2008より)

全国で
69か所



空白＝支援がない？
空白でない＝支援が届いている？

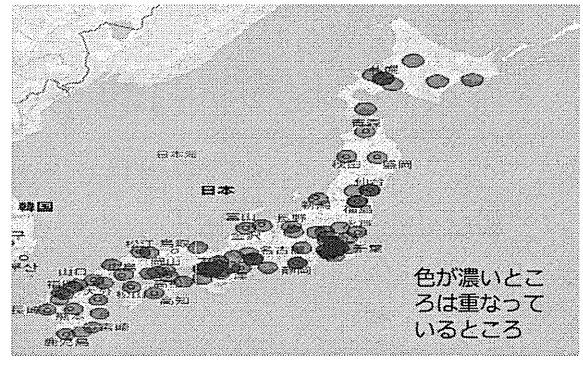
多くの施設は県庁所在地に集中している。色が塗られている県でもすべての人がそこまで出ていけるのか。どこまで距離なら容易に移動できるのか。

地方生活圏という考え方があり、そこで考えると半径30キロが一つの範囲か。

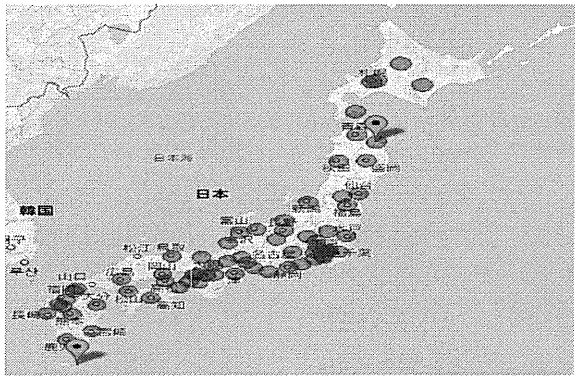
＊参考　建設省（現国土交通省）「地方生活圏の圏域構成」
（１）地方生活圏＝半径２０～３０km　人口１５万人　総合病院、各種学校、中央市場等の広域利用施設。
（２）２次生活圏＝半径６～１０km　人口１万人以上　商店街、病院、高等学校等の地方生活圏、中心都市の広域利用施設に準じた施設。
（３）１次生活圏＝半径４～６km　人口５０００人以上　役場、診療所、集会場、小中学校等基礎的な公共公益的施設。
（４）基礎集落圏＝半径１～２km　人口１０００人以上　児童保育、高齢者福祉などの福祉施設。

拠点を中心に半径30キロの円を描いてみた

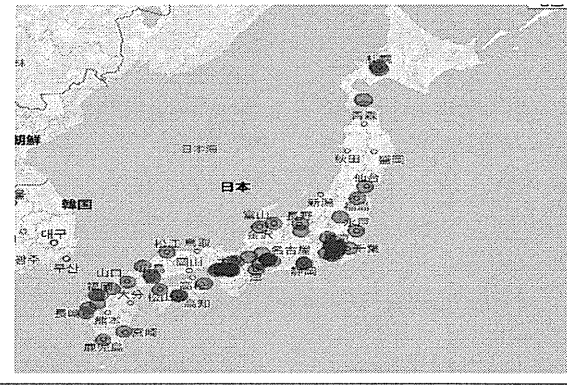
情報提供施設がある地域
(半径30キロ円)



盲学校(視覚支援学校)がある地域
(半径30キロ円)



視覚リハが提供されている施設(半径30キロ円)
(日ラ養成部調査2008より)



以上のことから考えてみると・・・

- 東北・北海道が空白のところが多いのは事実
- 全国にも空白地は多いんじゃないか
- 支援する場所は大都市周辺に集中しているのではないか
- 西日本では中国・九州地方にも広い空白が見られる

やはり東北はリハの空白地？

2008年で見ると東北6県でリハ施設があるのは宮城県のみ。

→現在は秋田の盲学校でも生活訓練が開始された。

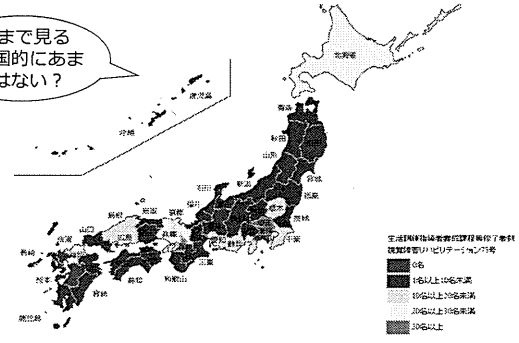
秋田を足しても半分以上は空白

リハ施設でなくて、養成課程の修了者数で見ると・・・

養成課程修了者数(現任者のみ)

視覚障害リハビリテーション73号(2011年)

10名まで見ると全国的にあまり差はない？



手帳発行数から見る 歩行養成修了者一人あたりの視覚障害者数

やはり東北が一番多くなっていた。

地方	視覚障害者手帳交付台帳数	養成課程修了者	一人あたりの視覚障害者数
北海道	17986	20	899人
東北地方	28139	16	1758人
関東地方	98557	182	541人
中部地方	57736	59	978人
近畿地方	67367	113	596人
中国地方	28798	44	652人
四国地方	17359	17	1021人
九州地方	58034	40	1450人

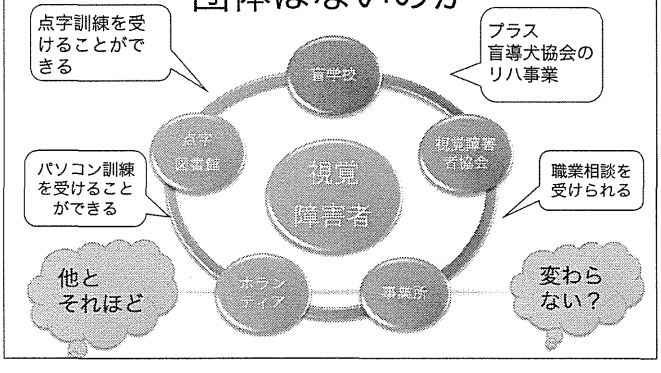
社会福祉行政報告　身体障害者手帳交付台帳登載数より
視覚障害者リハビリテーション73号より

空白地では どんなことが起きているのか?

視覚障害者に関わる人たちであれば、多くの中途の視覚障害者に情報がうまく届いていないことを知っている。

- 支援の情報を知らない
- リハ訓練について知らない
- 相談場所を知らない
- 同じような人がいることを知らない
- 用具について知らない

それでは、東北には 視覚障害者を支援する施設 団体はないのか



東日本大震災が勃発した時のこと

視覚障害者の支援対策本部を立ち上げ

↓

視覚障害者への支援開始

2割程度

↓

支援の情報が届かず、一部の人にしか支援するできない状態

↓

行政と連携をしてようやく支援の情報を届けることが可能に。

情報を届ける難しさを再実感

そして必要な情報が届いていなかった

- 支援の情報が行き届かないだけでなく、知っているはずの補そう具、日常生活用具の情報を知らないという人が多数。

音声機器等を知らない 43%

申請したことはない 56%

伝わっているはずの基本的な情報が伝わっていないという現状が明らかに・・・

⇩

誰がどのように伝えるのか

一般的には
相談の窓口はどうなっているのか・・・

- 福祉事務所
- 盲学校
- 点字図書館
- 更生施設・病院
- NPO団体
- ボランティア団体
- 視覚障害者協会・団体

相談できる場所は、東北も含めて、各地域に多くあるが・・・

情報を届ける体制はどの程度できているか。

情報が届いていないことが分かるデータがないか調べてみると

⇩

政府統計で補装具交付数というものがあることがわかった。
日常生活用具だとよりよいと思い探したが、国としてはデータの統計はとっていないということであった。

白杖交付数が平均を上回った都道府県

平成20年度	平成16年度	平成11年度
白杖交付数が人口10万人当たり全国平均を上回った都道府県		
北海道	北海道	北海道
埼玉県	栃木県	栃木県
千葉県	埼玉県	埼玉県
東京都	千葉県	千葉県
神奈川県	東京都	東京都
愛知県	神奈川県	神奈川県
京都府	愛知県	愛知県
大阪府	京都府	京都府
兵庫県	大阪府	大阪府
福岡県	兵庫県	兵庫県
	福岡県	福岡県
		鹿児島県

- 大都市を含む都道府県が中心で栃木と鹿児島以外は人口100万人を超える政令指定市が含まれている。
- いずれの地域にもリハ施設がある地域であった。

白杖交付数が少なかった都道府県

平成20年度	平成16年度	平成11年度
白杖交付数が人口10万人当たり交付数が少なかった都道府県		
鳥取県	山形県	福井県
秋田県	福井県	山梨県
山形県	山梨県	山形県
山梨県	島根県	鳥取県
島根県	鳥取県	秋田県
香川県	沖縄県	島根県
青森県	石川県	石川県
徳島県	佐賀県	岩手県
福井県	徳島県	沖縄県
石川県	秋田県	富山県

- どの年度も6割はリハ施設がない地域
- 高齢化率が平均を上回っている地域
- 県内人口が少ない地域
- 訓練士の少ない地域

まとめ

空白地域では情報が届いていない

空白でないところでも情報が届いてない

空白を埋めるためには
リハ施設があればいいのか
訓練士が多くいればいいのか

すでにある相談の窓口を活用することでもっとスムーズに情報提供をし、支援をしていくことができるのでないか。どんな情報が必要で、何を望まれているのか本当につかんでいるのか、地域だけが問題ではないのではないか。

以上です。
ありがとうございました。

資料4-3_渡辺文治スライド

視覚障害者支援の

選択肢は十分か？

神奈川県
総合リハビリテーションセンター
七沢更生ライトホーム
渡辺　文治

神奈川県
総合リハビリテーションセンター
七沢更生ライトホーム

中途の視覚障害者の
生活訓練を目的とした視覚障害者支援施設
（入所・通所・訪問）

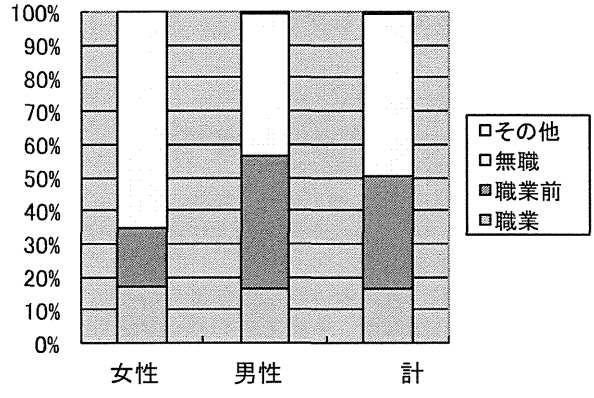
生活訓練以外に多くの相談
眼科のロービジョン外来支援等を実施

七沢更生ライトホーム利用者の進路

（～2011、通所者を除く）

	女　性	男　性	計
職業	35	87	122
職業前	37	211	248
無職	136	225	361
その他	0	3	3
計	208	526	734

七沢更生ライトホーム進路割合



無職の内訳

	女性	男性	計
家　庭	122	175	297
生活施設	13	37	50
病　院	1	13	14
計	136	225	361

※　生活施設は、　救護・更生・療護施設と老人ホーム
※　老人ホーム　女性3、男性8、計11名

- 生活施設への50名、病院への14名、計64名、全体の8.7%は様々な原因で単身生活ができないあるいは困難な方
- さらに、家庭に帰った者のかなりの割合も単身生活ができない方々
- 進学者の中にも予備軍が
- 単身生活が困難な方は、
  全利用者の少なくても1割以上

単身生活ができない

あるいは困難な方の実例

ケース1

介護の必要度の高い者
※ 服薬・健康の管理、日常生活の動作ができない

プロフィール　性別:男性　年齢:60代
- 疾患等:急性大動脈解離による虚血性視神経症
  重度の高次脳機能障害
- 支援の状況:移動や洗面着替え等指示が必要
  ほぼ全介助に近い状況
  徘徊を防ぐためベッド脇・居住域にセンサー
- 利用期間:8ヶ月
- 進路:家庭　※ 娘夫婦と同居
  問題点:地誌的記憶　意欲　日常生活全般

ケース2

- 退所先が無いケース
  ※ 家族の受け入れが難しい

プロフィール
- 性別:男性　年齢:50代
- 疾患等:眼内炎・敗血症性肺塞栓症
  高次脳機能障害
- 問題点:地誌的記憶　記憶　意欲
- 支援の状況:移動や行動するのに指示が必要
- 利用期間:31ヶ月
- 進路:家庭　老人ホームには年齢が不足
  ※ 両親は認知症、子育て中の妹一家と同居
  長期間連絡がなかった兄弟　関係も良くない

ケース3

先天盲　盲学校卒の場合
介護の必要度が高い　2回目の利用
プロフィール
- 性別:男性　年齢:50代
- 疾患等:小眼球
- 支援の状況:生活の場を設定する
- 利用期間:30ヶ月
- 問題点:日常生活の技能が不足している
  金銭の管理ができない
  明確な意思の表明ができない
  親族の金銭横領に対して抗議できない
  ※意志が明確では無いため法的な手段がとれない
- 進路:施設　老人ホームには年齢が不足

ケース4

先天盲　未就学で介護の必要度が非常に高い
学力・生活力・社会性等の欠如
プロフィール
- 性別:女性　年齢:50代
- 疾患等:先天小眼球
- 利用:25ヶ月以上
- 支援の状況:経験する　生活の場の設定
- 問題点:日常生活の技能が不足している
  計算不可・・・金銭の管理ができない
  社会経験の欠如等

ケース5

高齢、家族有りの場合　介護の必要度が高い
プロフィール
- 性別:女性　年齢:60代
- 疾患等:網膜色素変性症
- 利用期間:38ヶ月
- 進路:施設　老人保健施設
- 問題点:当初老人ホームには年齢が不足
  体力がない
  骨折し、さらに行動に制限
  収入が少ないため、住居の確保ができない
  視覚障害者としての日常生活の技能が不足
  家族(子)は有るが同居できない

ケース6

医療管理が必要な場合

プロフィール

- 性別:男性　年齢:50代
- 疾患等:糖尿病網膜症他
- 利用期間:31ヶ月
- 進路:病院
- 問題点:医療の必要度の高い者

※　服薬の管理や健康の管理が困難

糖尿病網膜症の場合に必要となること

- 糖尿病の場合、一般に薬が多い
- 多くは、10種類以上の点眼薬、服薬の管理が必要
- もちろんインシュリンの管理が必要なことが多い

投薬数は10.1で、他に比べると3倍

- 視覚が使えず、点字も読めない状況ではこれらの薬を区分けし、保管することは困難
- 定時に、正しく薬を飲むために、時間(朝食前・後、昼食前・後、夕食前・後、就眠前等)に合わせ区分けしておく
- 時間ごとに薬を分け、順序に取れるよう保管する習慣
  ピルケースの利用等

食事の管理

- 制限食が必要

量や味付けに関し意識してもらう。

制限食を作るのは大変

※　味や量に関し、苦情、不満は非常に多い

緊急時の対応

- 低血糖時の対策

(糖分補給用の飲み物等の携帯、準備等)

※　外出時や夜間の対応

利用者の進路問題

- 七沢更生ライトホーム利用者の年齢は、特に早期盲や女性で2つのピークがみられる
- 失明時期だけではなく、それまで過ごしてきた生活に何らかの制限が表面化したときが利用の時期と言える
- これらのケースの多くは、生活訓練だけでは生活できるようにはならない
- 家庭復帰や進学は問題の先送りの場合も多い

利用者の進路問題

全ての視覚障害者が自立できるわけではない

- 医療・介護の必要度の高い者
- 収入が無い、あるいは少ない
- 金銭の管理ができない
- 明確な意思の表明ができない
- 日常生活の技能が不足している
- 等々

どうすればいいのか？

視覚障害者のリハビリテーション

全ての視覚障害者が自立できるわけではない

視覚障害者のリハビリテーションとは何か？

- Re ・・・・・ 再び
- habilis・・・適した（人としてふさわしい、生きやすい）
- Ation ・・・ 状態にする

いわゆる、自立ではない

生活出来る環境

生活できる環境を整えることがリハビリテーションの基本

- 家族があっても同居が可能なわけではない
- 誰もが単身で生活できる訳ではない

- 施設の利用は重要な選択肢

施設の現状

- 受け入れ施設は限られている
- 入所して生活する施設は少ない
- 年齢によって利用できる施設は限られる

- 訓練施設では、利用できる期間が決められている

※ 1年間で必要な技能が身に付けられるわけではない
生活する環境の調整には時間がかかる

利用者の進路問題

全ての視覚障害者が自立できるわけではない
自立できない場合、保護的環境が必要となる

家族に押しつけることは解決にならない

家族が保護的環境を維持できなくなった場合
新たに作り上げるためにはより高いコストと
手間がかかる

施設の柔軟な利用が考えられるべきである

まとめ

選択肢は十分か？

入所・訓練施設、入所生活施設等は必要

だけでは当然不十分！

制度の空白？

制度だけが問題ではない

教育での、選択肢は十分か？

- 盲学校・弱視学級　数自体少ない
  県に1校しかないという場合も多い。特にこどもが小さい場合利用できない
- +αの障害　重複　知的　聴覚　高次脳機能障害
- 複数の障害を持つ場合

福祉での、選択肢は十分か？

- 施設利用では、地域に大きな偏りがあり、利用しにくい
- +αの障害がある場合
  重複　知的　聴覚　高次脳機能障害への対応が難しい
- 経済的負担が大きい

医療では、選択肢は十分か？

- 視覚障害を理解している眼科医は非常に少ない
- 視覚障害を理解している視能訓練士も少ない
- ロービジョンクリニックの利用では、地域に大きな偏りがあり、利用しにくい
- +αの障害がある場合
  重複、肢体・知的・聴覚障害や　高次脳機能障害への対応が難しい
- 光学的機器以外のサービス面が弱い

専門家が少ない

- 少ないのはどの分野も同じ
- 教員に専門家が少ないのはよく知られているが
  さらに養成の問題が起きている
- これまでですら、盲学校教員免許を有する教員が少なかったのに、さらに　・・・

専門家が少ない

- 福祉に関しても、歩行訓練中心の養成
- 歩行訓練以外の専門家の養成が弱い
- 特に、LVに対応できる職員が少ない
- リハ施設では、幼児や学齢児の相談、訓練のできる職員が少ない

専門家が少ない

- 医療に関しても専門家の養成は一部で行われているのみ

サービスを受ける際の相談体制の不備

- サービス対象者、七沢更生ライトホーム利用者の変化
- 本来必要な方が利用できなくなっている可能性
- 手帳に該当しないため
  必要なサービスが受けられないロービジョンの存在

解決策は？

- 全てのケースに、十分なサービスが提供できればベスト
- だが、現状では、難しい
- とりあえずできるのは、今あるものを利用すること
- そのためには、できるだけ多くの分野で、連携すること

厚生労働科学研究費補助金　障害者対策総合研究事業　感覚器障害分野

総合的視覚リハビリテーションシステムプログラムの開発

平成24年度　総括・分担研究報告書

発行日　平成25（2013）年3月

発行者　「総合的視覚リハビリテーションシステムプログラムの開発」
研究代表者　仲泊　聡

発行所　国立障害者リハビリテーションセンター研究所
〒359-8555　埼玉県所沢市並木4-1
tel 04-2995-3100 fax 04-2995-3132

つたわるフォント