

## 視 覚 の 話

### 11. ロービジョンクリニックと視覚補助具

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長

仲 泊 聡

#### 1. はじめに

渡辺文治は、東北大学の教育学部大学院で視覚欠陥学を専攻した。本連載の冒頭に紹介した原田政美が一時所属した教室だ。渡辺は、大学院を卒業後、神奈川県厚木市の緑豊かな土地にある神奈川県総合リハビリテーション事業団に就職し、当時の七沢ライトホームの訓練担当として勤務することになった。彼は、感覚訓練を主とする日常業務に加え、地域における視覚障害者支援のボランティア活動の促進にも力を注いだ。また、視覚障害者支援者のネットワーク作りにも奔走し、1992年の視覚障害リハビリテーション協会の創設にも関わっている。筆者との出会いは、1995年の7月だった。同じ事業団に属する神奈川リハビリテーション病院に筆者が勤務したときだ。筆者は、七沢ライトホームの健康管理医としての職務もあり、転勤早々に歓迎会の酒宴が催された。しかし、そこに渡辺の姿はなかった。それゆえに、他の職員から渡辺の噂が多く語られた。主に、要注意人物だから気をつけるようにという内容だった。何に気をつけるのか。「噛み付かれないように」だそうだ。それまで赴任してきた眼科医は、時として渡辺にこてんぱんにされたらしい。恐ろしいことだ。

当時の筆者は、大学の主任教授から言われた研究テーマを遂行することが本務であると認識していた。それまで片手で数えられるほどしか全盲の人を診察したことがない眼科医6年目の夏だった。しばし、緊張の日々が続いた。毎週の施設回診と毎月の評価会議、そ

して、大山登山など、七沢ライトホームとの関わりは思っていた以上に多かった。患者には正直戸惑った。そして、赴任して数ヶ月後にいきなりやってしまった。入所してきた中年女性に「あなたの眼は、もう良くならないのだから、ここでがんばってうまく生活できるようにになっていってください。」と気楽に声をかけてしまった。その方は、まだ失明宣告がされておらず、私の言ってしまったその一言が結果的に失明宣告になった。その後、その方は部屋で泣き通しの毎日を二ヶ月送った。これに見かねた他の男性入所者から「先生にもの申したい」と時間を作ることになった。2時間こんこんと聞かされた。私の一言が彼女をどれだけ深く傷つけたかを。

意外にもそんな筆者を慰めてくれたのが渡辺だった。そんなことを切掛けにして少しずつ、渡辺とする仕事が増えていった。まずは、厚木市内の特別養護老人ホームの巡回検診を行った。ロービジョンという言葉も、大学の先輩からではなく、渡辺から教わった。そして、神奈川ロービジョンネットワークを作ったのも渡辺との二人三脚によるところが大きかった。約10年間、渡辺とともにこの機関誌「LV通信」の編集校正を行ったことに、筆者の今の礎がある。

#### 2. ロービジョンクリニック

眼科では、担当医の専門を生かす目的で、外来の予約枠を限定し、特定の疾患の患者だけを対象とした外来を行っているところがある。このような外来を一般に「眼科特殊外

来」という。そして、視覚リハビリテーションを専門に行う眼科特殊外来を「ロービジョンクリニック」または「ロービジョン外来」と呼ぶところが多い。ここでは、原因疾患は何であれ、視覚に障害をもち、生活に支障をきたした患者に対して相談・支援を行う。日本眼科医会のホームページ (<http://www.gankaikai.or.jp/lowvision/>) には、ロービジョンケア施設として合計で505カ所の眼科が掲載されている。ロービジョンクリニックでは主に以下のようなことが行われる。しかし、実際の場面は現時点では非常にまちまちであり、受診者の期待に応えられるとは限らないのが実状と言わざるを得ない。

#### 1) ニーズ聴取

見えにくいことで患者が困っているかについての問診を行う。日常生活について具体的に質問しながらニーズを聴取する。

#### 2) 視機能評価

矯正視力検査、視野検査、眼位のチェックをする以外にも、たとえば、見ようとすると場所が見えない中心暗点をもつ患者の場合、偏心視域を特定するなどの必要と思われる様々な検査を行い、偏心視のアドバイスの根拠を得る。そして、その活用能力を読書速度測定などにより評価する。(偏心視は、中心窩以外の網膜部位で見ること、意図的に行わなければならない。それは、中心窩の機能が低下しているにもかかわらず、意識しないと生理的に中心窩で見てしまうからだ。偏心視域というのは、中心窩の機能が落ちた場合、よりよく見ようとして使われる網膜部分を意味する。)

#### 3) 書類の作成

身体障害者手帳、年金、補装具、障害程度区分意見書等の各種書類を記載する際には、患者に不利が生じることのないように充分配慮する。それには、日頃からそのための情報収集に努力を払う必要がある。

#### 4) 社会資源の紹介

社会資源の紹介では、近隣の関係施設のパンフレットなどを収集し、必要と思われる患

者にタイムリーに情報を提供する。地域で行われる勉強会などに参加すると、そのような施設とのネットワークが形成されやすい。

#### 5) 視覚補助具の選定

そして、患者のニーズに合わせて拡大鏡等を選定し、使用訓練を行う。拡大鏡以外にも弱視眼鏡や遮光眼鏡の選定・処方を行う。

#### 6) 環境整備

まずは、住環境での一般的アドバイスをを行う。視覚が損なわれると記憶がそれを代償するということをふまえて「家の中の整理整頓、いつもあるべき所にあるべきものがある状態を保つこと」を伝える。次に、人的環境の整備を試みる。具体的には、就労者であれば、職場の上司や人事担当者に、就学中の児童であれば母親や担任の教師に対して病態と視覚障害による不便さの理解を促す。これにより、患者の心理的安定を促し、就労・就学環境を改善する。

### 3. プライマリーロービジョンケア

視覚障害のほとんどが眼科診療の場で生じる。それはときに突然生じ、またあるときはじわじわと起きる。眼科医は、その事実を知りながら、患者にその事実を告げることに躊躇する。ロービジョンケアは、リハビリテーションであり、いわゆる治療に別れを告げてスタートできると書かれた教科書が大変に多い。しかし、筆者は、七沢赴任時のトラウマだろうか、いまだに告知には慎重派だ。まずは、告知なしで始められるリハビリテーションがあれば、治療中からでもどんどん行うべきと思う。

プライマリーロービジョンケアという用語を使う先生がいるが、すべての眼科医が行いうる視覚リハビリテーションを指しているようだ。しかし、残念ながら日本には、いや世界には、リハビリテーションを自分の職務とする眼科医は極めて少ない。以前に紹介したスマートサイトの大本となるアメリカ版では、眼科医はすべての眼科医とリハをする眼科医の二つにわけることになった。そして、すべ

ての眼科医が行うことは、二つのRだという。recognize（認識）とrespond（反応）だ。つまり、対象者を見つけてパンフレットを渡すという反応をするだけだ。アメリカには、オプトメトリストがいるため、眼科医の役割が少ないということもいえるが、それが現実なのだ。その点、日本はその分だけ眼科医に求められる役割が大きいはずだ。

どうしたらロービジョンケアを広められるだろうかと、筆者は渡辺と何度も相談した。そして、出した答えが「大学病院」だった。開業医は、視覚障害をきたした患者に「リハ施設へ行け」と言えない。これも以前書いた。敗北感からだ。しかし「大学病院でリハについても相談してはどうか」というのはぐっと気が楽になる。そして、大学病院にリハのできる眼科医がいれば、あるいはいなかったとしても、患者の困難に耳を傾け、行くべきその先についての情報を与えてくれたら、きつとうまくいくに違いない。二人はそう考えた。そして、最初に頼ったのが横浜市立大学の高野雅彦講師（現国際医療福祉大学熱海病院教授）だった。彼は根っからのバイタリティで私たちを引っ張って県の眼科医会を動かしてくれた。

大学病院も捨てたものではない。学府だけあってわかってくれる人が大抵はいた。瞬く間に県内の四大学の講師クラスの先生方を仲間に取り込むことに成功した。ただ、そこには落とし穴もあった。人事異動だ。熱心な仲間ができたと思ったのもつかの間「4月から他県に行きますので」と辞めてしまう。ロービジョンケアを引き継いでくれる後輩が必ずしもいるとはかぎらない。そして一度途切れると再開には時間を要する。こうして、神奈川県内のプライマリーロービジョンケア改善の道は一進一退をいまだに繰り返している。その人事異動の一人がかく言う筆者自身でもあったのだが。

## 4. 視覚障害者用補助具

### 1) 視覚障害者用補助具の種類

視覚障害者用補助具の中には、身体障害者手帳所持者が給付を受けられる「補装具」と「日常生活用具」がある。また、手帳とは無関係の補助具もあり、視覚障害者のための「便利グッズ」などと呼ばれる。補助具の中で、視覚そのものを補助するための道具を指す場合は「視覚補助具」という用語を用いる。視覚補助具には、レンズやフィルターといった光学器機を用いた「光学的視覚補助具」とそうではない「非光学的視覚補助具」がある。視覚補助具に対し、白杖のような視覚以外の感覚にはたらきかける補助具は「視覚補助具以外の補助具」という（詳細は、日本ロービジョン学会ホームページ <http://www.jslrr.org/page/guideline> を参照）。以下、特に眼科が関わるべきと思われる事項として、視覚補助具を利用する場合の屈折矯正の役割と遮光眼鏡を使用する際の注意事項としての色覚について述べる。

### 2) 拡大鏡・弱視眼鏡と屈折矯正

拡大鏡や単眼鏡などでは、近・遠視の矯正をした方が効率よく使用できる。たとえば、ピントを合わせて卓上式拡大鏡を使用するには、-1D程度の近視あるいは調節が必要なので、強度近視ではピントが合わず、強度遠視では足を浮かせないピントが合わない。また、ケプラー式単眼鏡では、接眼レンズが凸レンズのため、遠視の人が裸眼で使用すると、その倍率は減り、近視では増える。ガリレオ式では、接眼レンズが凹レンズのため、その逆に、近視で倍率は減り、遠視では増える。高倍率を得る目的で、あえて未矯正で単眼鏡を使用する場合もあるが、乱視があるときは、より鮮明な網膜像を得るために、矯正眼鏡を装着した状態で単眼鏡を使用すべきだ。

### 3) 拡大読書器と眼鏡

拡大読書器を使用する際の視距離は、ほとんどが40cm以内なので、近用眼鏡を装着しての利用が望ましい。拡大読書器は、ルーペに比べ、広い視野が確保され、拡大率も十分

得られるため、ピントが合っていないくとも楽に見えるまで大きくしてしまう傾向がある。しかし「見る」ためでなく「読む」ためには、視野内に入る文字の大きさだけでなく文字数が重要で、見える範囲で少しでも小さな文字を利用することが有利であり、これを確保するために屈折矯正は不可欠だ。矯正視力が著しく低下している場合、文字だけでなく画面全体を大きくしなければならない。画面に近づくことで、文字も画角も大きくなるが、近づくほど度数の強い近用眼鏡が必要になる。羞明や昼盲の著しい患者では、白黒反転や輝度調整といった拡大読書器の機能だけでは十分ではなく、遮光眼鏡を装用した方が見やすい場合がある。

#### 4) 遮光眼鏡と色覚

3つの錐体のうちS錐体の感受性のピークとなる波長は約420nmだ。遮光眼鏡の多くは、この波長帯の光をカットしている。したがって、遮光眼鏡をかけると本来の色がわかりにくくなる。屋内でも羞明を感じる人や拡大読書器などの使用時に遮光率を弱めた製品を使用する人が増えている。しかし、網膜色素変性症患者にみられるような青黄異常を主とする色覚異常があると、遮光率が弱くても遮光眼鏡を使用することによりその色覚異常を助長することがある。より鮮明に見えるということで利用する場合が多いが、その際は、色の見え方に注意を促す必要がある。

#### 5. 視覚障害支援専門職の眼科との関わり

視覚特別支援学校にお勤めの先生に、「視覚障害のご専門ですか」と聞くと大抵は笑って否定される。しかし、視覚障害を負った児童を生徒をそして学生を教育していることに偽りはない。同じ質問を眼科医にしてみるとどうか。実に結果は同じだ。これを変と思わないで何を変というのか。では、視覚障害の専門家はいったいどこにいるのか。筆者の現在の勤務先の国立障害者リハビリテーションセンターには学院という専門学校があり、そこに視覚障害学科という学科が存在する。そ

こでは、カリキュラムの多くが白杖歩行の指導法の教育に充てられている。日本ライトハウスでは、そこに先んじて1970年代からこの養成コースを立ち上げ、世に「歩行訓練士」と称される人材を送り出してきた。

歩行訓練士という名称がまた、世間の人にわかりにくい。足の悪い人の訓練をするように聞こえるのだ。視覚障害者のためのリハは白杖だけではない。点字、デイジー、音声パソコン、日常生活のあらゆる場面でのノウハウがある。成り行き的に歩行訓練士がこれらの他のカテゴリについても勉強し、関わる視覚障害者に支援する場合も少なくない。しかし、もともと白杖歩行ではなく、これらの他の訓練指導を得意とする者も少なからずわが国には存在する。そして、当然、視覚特別支援学校の中にもそういう専門性を持った方は存在する。

しかし、今の制度の中で、どこにどのような専門職がいるのか眼科医には皆目見当がつかない。何かよい方法はないものか。それを解決するためにも人と人のネットワークが必要だというのが、これまた神奈川ロービジョンネットワークの原点だ。年に何度かの勉強会で顔を突き合わせ可能なら飲みかわす。古くさい日本型で最近の若者には受けない方法だが、渡辺と筆者の世代にはまだ受け入れることができた。つまり、すべての眼科医が視覚障害者支援専門職との繋がりがなくてもいい。しかし、すべての眼科医は、視覚障害者支援専門職と繋がりのある眼科医を知っていなければならない。これさえできれば、すべての眼科医のところにいる視覚障害者が視覚障害者支援専門職と出会えるチャンスを得ることができる。

#### 6. おわりに

診療報酬としての「ロービジョン検査判断料」が、平成24年4月にスタートした。診療報酬とは、医療機関の報酬根拠となる定価のことで、検査や治療項目等のそれぞれに細かく規定されている。例えば、初めてかかった

眼科医院で視力検査と眼底検査と細隙灯顕微鏡検査をされて診察を受け、点眼薬をもらって帰るとすると、平成24年4月現在では、初診料270点、矯正視力検査69点、眼底検査片眼56点、細隙灯顕微鏡検査48点、処方せん料68点で計567点となり、1点あたり10円と決められているので5670円がその眼科医院の報酬となる。このしくみの中で、ロービジョン検査判断料は250点だ。ロービジョン検査判断料は『身体障害者福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するものに対して、眼科学的検査を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、それに応じた適切な視覚補助具の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定する。』そして、『厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること』という施設基準が設けられている。

ロービジョンケアは、これまで眼科医にとって重要だという認識はあるものの、不人気だった。その主な理由は、1) 時間がかかる、2) 人手がかかる、3) 収入がない、だ。眼科という場合は、視覚リハビリテーションのスタート地点として重要な役割をもっている。したがって、ロービジョンケアが保険点数化されたことによって、これに関わる眼科医が増えるのではないかという期待が高まる。しかし、月1回までで1件につき250点(2500円)の収益にしかならないロービジョンケアに平均1時間くらいの時間がかかる。これは、

病院経営者にとって、それほど魅力的な話ではない。それにもかかわらず、平成24年度の前述の長い名前の研修会は大盛況が続いた。それは、これまで参加したいと思っていたが、何の収益にも繋がらないために勤務先から研修会参加の許可がおりなかった医師が、これで参加できるようになったためと推察される。また、大学病院から眼科教授が参加する割合が高まった。これには、教授職にある者は異動の機会が少なく施設基準を維持しやすいという実質的な事情もあると思われるが、眼科の教授が率先してロービジョンケアを理解することは、共に眼科医療を担う若手医師や医学生の卒前・卒後教育におけるロービジョンケアの啓発に寄与するところが大きい。この点が、今回の点数化の最も大きな利点なのではないかと筆者は考えている。このロービジョン検査判断料は、筆者が渡辺と模索したロービジョンケアの拡大のための最初の策だった大学病院を拠点とすることをもしかしたら実現に導いてくれるかもしれない。

さて、本稿を終えるにあたりもう一つ筆者が渡辺に教わった大事なことがある。「視覚障害者は物を言わない。自己主張できる視覚障害者はむしろ何とかなる。自己主張できず、こもっている視覚障害者の数は数えられないが決して少なくはない。」ということだ。筆者は、5年前より職として障害者福祉に携わるようになり、何とかこの実態を明らかにし、もの言わぬ視覚障害者のニーズを引き出せるしくみを考えていきたいと思っている。