世界の幸せをカタチにする。
Creating Peace & Happiness for the World
Musashino University
武蔵野大学 学術機関リポジトリ
Musashino University Academic Institutional Repository

Develop an Assessment Sheet for the Support to Residential Elderly Persons with “Blind or Low Vision”

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-03-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高田, 明子, 大島, 千帆, 下垣, 光 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/408

地域で生活する“見えない・見えづらい”高齢者支援に用いるアセスメントシート(案)の作成

Develop an Assessment Sheet for the Support to Residential Elderly Persons with “ Blind or Low Vision”

高　田　明　子*
TAKATA, Akiko

大　島　千　帆†
OSHIMA, Chiho

下　垣　　光‡
SHIMOGAKI, Hikaru

本研究の目的は地域で生活する“見えない・見づらい”高齢者支援に用いるアセスメントシートを作成することである。作成手順は、ヒアリング調査、文献調査による暫定案の作成、専門職グループ（高齢者福祉及び視覚障害リハビリテーション）による試案の検討及び作成、当事者への適合調査を経て「“見えづらさ”に関するアセスメントシート(案)」を作成した。5領域（視機能、移動能力、生活状況、外出状況、関心のある支援）29設問からなり、具体的な生活場面を通して視機能を多角的に捉え簡便に使用できるという特徴をもっている。今後はアセスメントシート(案)の妥当性・信頼性の検証及び現場での活用方法等を検討していく必要がある。

Ⅰ．緒言

本研究は地域在住の“見えない・見えづらい”高齢者支援の方法を対象にしている。

糖尿病や緑内障による中途視覚障害者の増加が報告されてから30年余が経過した。日本眼科医会は2007年に実態調査を行い、“見えない・見えづらい”高齢者（用語の定義を参照）を約100万人と推計している[1)]（図1）。増加の要因には、①中途障害者の増加（糖尿病網膜症や緑内障、網膜色素変性症等）、②若年期からの視覚障害者の長寿化（先天性、未熟児網膜症、麻疹等）、③高齢者の増加に伴い加齢による眼疾の発症者の増加（白内障、加齢黄班部変性症等）があげられる[2, 3)]。

*人間科学研究所研究員／人間科学部社会福祉学科准教授
†日本社会事業大学社会事業研究所特任准教授
‡日本社会事業大学社会福祉学部教授

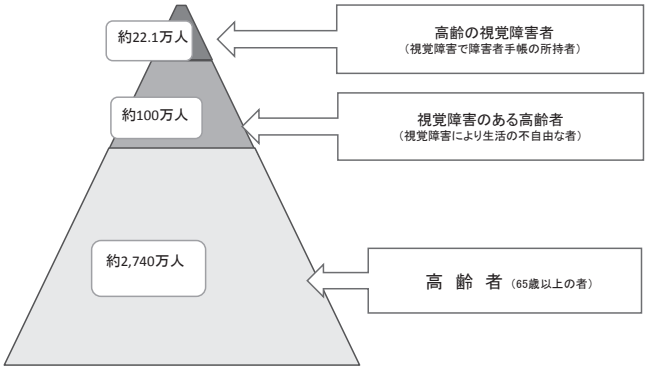

図１　2007 年における視覚障害のある高齢者の数
高田明子作成「地域における“視覚障害のある高齢者”への支援の現状と課題」[4] より引用

“見えない・見えづらい”高齢者の状態像を、米国ライトハウス[5] は行動の制限や歩行・調理の困難が生活習慣病を高めるとし、海外では転倒[6] や骨折[7] の増加、うつ病の併発[8]、死亡率への影響[9] 等が報告されている。日本では、視覚障害者リハビリテーション分野では、高齢化の問題[10] や、高齢視覚障害者の事例研究[11] や盲老人施設調査[12] などが研究されてきた。実際に地域で生活している障害者の実態[13] や制度・政策としての支援の方策を探求するというような研究は少なかった。そのような中で、高田は 2004 年にＡ市視覚障害者への全数調査を実施し、65 歳以上においては 89.7% が中途障害者であること、53.8% が鬱傾向にあることを明らかとした[14]。また、75 歳以上の後期高齢者になると家庭内における転倒・衝突は 80.0% と大きく増加し、通院を除いた外出回数は大きく減少していた[14]。高齢になるほどに、健康状態が低下し、外出意欲や外出目的も減少し、家族にも気を使い、転倒への恐怖などから家庭内生活へと移行していた[14]。

高齢者福祉の研究においては、障害者福祉の範疇である視覚障害がとりあげられることはほとんどなかった。しかし、閉じこもり対策が近年の高齢者ケアの大きな課題のひとつであり、寝たきりや認知症などの介護予防における強化分野となっている[15]。その中で視覚障害の有無は高齢者の閉じこもりのリスク因子であること[16] が明らかにされている。また閉じこもり状態である者の予後のフローが明らかになりつつある[17] とともに、閉じこもりの予防及び閉じこもり者への適切な介入効果が研究[18] されている。

“見えない・見えづらい”高齢者支援に関しては、坂本[19] は「加齢により代行感覚（聴覚や触覚）活用の困難や判断力の衰えなどによる複合障害」であるとし、特有の支援が必要と述べている。その支援の内容は、“見えない・見えづらい”ことによる生活の困難・不自由さや安全へのリスクへの対応ばかりでなく、心身の健康や日常生活の状況など包括的なケアが求められている。しかし、介護保険導入により高齢者福祉の対象に移行したこと、ニーズの把握が困難なこと、“見えない・見えづらさ”による困難はさほど介護を必要としないこと、閉じこもりが多いことなどにより、“見えない・見えづらい”高齢者への支援が届いていないことが推察される。

本研究に先行し、地域包括支援センター専門職に“見えない・見えづらい”高齢者支援に関するヒアリング調査[20] 及びアンケート調査[21] を実施した。結果は地域在住の高齢者においては“見えづらさ”のみで支援を受けている者は少なく、介護状態が優先され“見えづらさ”によるニーズは潜在化していた。ヒアリング調査によると、支援に対する考え

方は経験や地域、専門資格等によってかなりの相違や濃淡があった。

この結果から“見えない・見えづらい”高齢者を福祉サービスと結びつけるためには、該当者を抽出し、そのニーズを把握し、支援へと結びつけることが必要と考えられた。そこで地域の高齢者福祉専門職が誰も同じように“見えない･見えづらい”高齢者の支援ニーズを把握できるアセスメントシート（地域の支援対象者をキャッチアップする第一次アセスメントシートと、そのニーズを詳細に把握し実際の支援へと結びつける第二次アセスメントシート）の必要性が考察された。

以上のことから、本研究の目的は、地域包括支援センターにおいて支援対象者をキャッチアップあるいはスクリーニングするために、“見えづらい・見えづらい”高齢者の見えづらさによる困難や不自由、ニーズに関する設問と項目を含んだアセスメントシート(案)を作成することである。

〈用語の定義〉

本研究において、「“見えない・見えづらい”高齢者」とは、日本眼科医会の研究[3)]に基づき「眼疾、あるいは視覚障害により日常生活において見ることに何らかの不自由を感じている 65 歳以上の者」と定義した。アセスメントシート作成にあたり、「視覚障害」という言葉はまだ特別な存在というイメージが強く、対象を広く一般的な存在ととらえるために、また当事者の理解や社会啓発のために“見えない・見えづらい“を用いた。

「高齢者福祉専門職」とは、資格や法律的根拠のある名称ではなく、「地域の高齢者福祉の相談機関（地域包括支援センター、在宅介護支援センター、福祉事務所、行政の窓口、社会福祉協議会など）で、高齢者への相談業務を行っている者の総称」と定義した。

Ⅱ．研究方法

1．アセスメントシートの枠組みと作成手順

(1) アセスメントシート作成の視点と枠組み

アセスメントシート作成の視点は、「“見えづらい”状態であること及びそれにともなう困難を把握し、支援の必要性を認識できるもの」とした。アセスメントシートの使用者は、地域包括支援センターや在宅介護支援センターなどの地域での高齢者福祉専門職やホームヘルパー及び“見えない・見えづらい”高齢者と家族等とした。アセスメントシートの対象者を、介護保険の要介護認定審査や二次予防事業の対象者調査等で見えづらいのではないかと抽出された者、グレーゾーンにある者、地域在住の高齢者等とした。

アセスメントシート作成の枠組みは以下の通りとした。

① 要介護認定審査や二次予防事業対象調査のアセスメントシートと併用できるもの
② 見過ごされてしまうような“見えづらさ“特有のニーズを明確にするもの
③ 危険な外出、生活の困難、閉じこもり状態にある高齢者を見出できるもの
④ “見えづらい”高齢者が生活の不便さや危険を自覚する助けとなるもの
⑤ “見えづらさ”が身体に及ぼす影響に配慮し予防介護へとつなげるもの
⑥ 支援計画作成に有用であり福祉サービスや社会資源に繋げられるもの

(2) アセスメントシート作成における本研究の範囲

アセスメントシート作成における作業内容と手順を図２にまとめた。本研究の内容は点線で囲った範囲とした。

作成の手順は、まず文献調査からアセスメントシート暫定案を作成した。次に、専門家（視覚障害リハビリテーション＆高齢者福祉）によるグループディスカッションを通して内容や項目の妥当性・有用性を検討しアセスメントシート試案を作成した。続いて“見えない見えづらい”高齢者に対して面接調査を実施し適応状況を確認しアセスメントシート（案）を完成した。

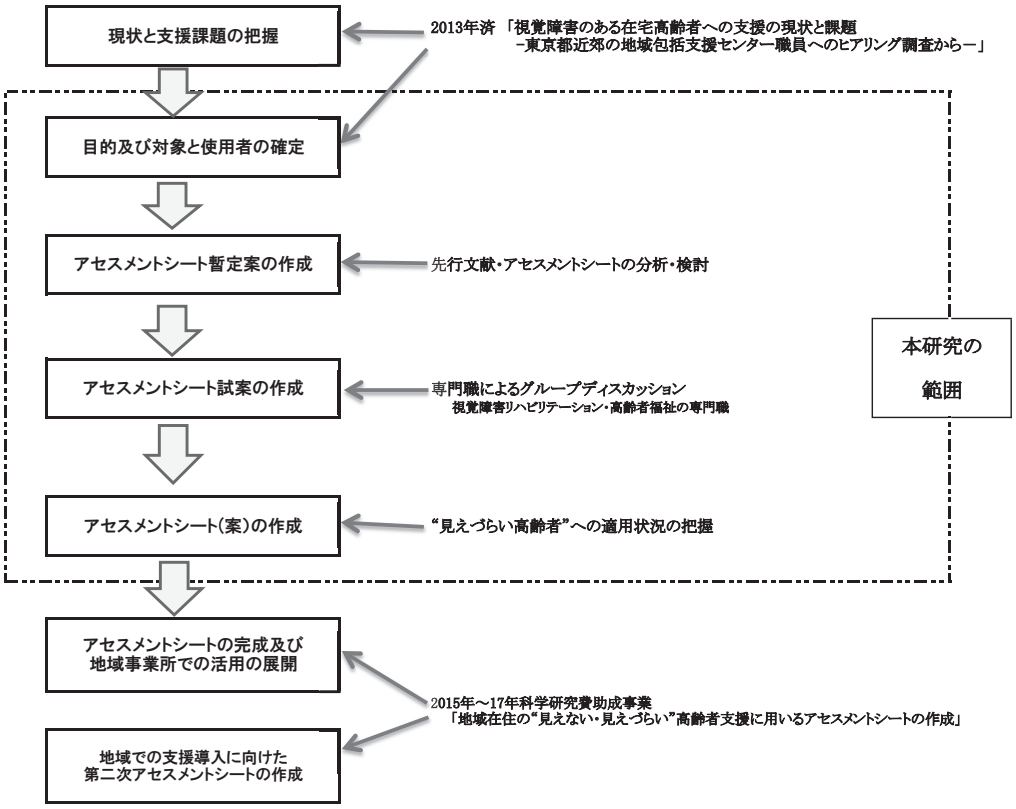

図２　アセスメントシート（案）作成のフローチャート

２．研究の方法

(1) 文献調査によるアセスメントシート暫定案の作成

既存研究、既存調査、既存アセスメントシートの文献調査をもとに、“見えない・見えづらい高齢者の生活状況やニーズに関連する考えられる全ての項目を網羅したアセスメントシート暫定案を以下のような手順で作成した。

① 現行の「介護保険」「二次予防事業」のアセスメントで“見づらさ”のニーズ把握が可能であるかの検討。

② 「介護保険・特定高齢者」「閉じこもり」「視覚障害」「高齢者の生活機能」に関連するアセスメントシートを収集。“見えない・見えづらい”高齢者への支援ニーズが把握できるものがあるかの確認。

③ 地域で生活する“見えない・見えづらい”高齢者に必要と考えられる全てのアセスメ

ント項目を抽出し、要因別にまとめ、領域カテゴリの設定。重複している設問は最適と判断したものを残すこととした。

④ 各領域のコアとなる文献を中心に読み込み、項目の尺度や設問の順序を検討し、アセスメントシート暫定案を作成した。

(2) 専門家によるグループディスカッションによるアセスメント試案の検討及び作成

アセスメントシート試案作成のための項目の抽出、尺度の設定などを検討する手段として、専門家によるグループディスカッションを用いた。第１回目に視覚障害リハビリテーション専門家グループ５名による検討を行い、第２回目に高齢者福祉専門家グループ４名による検討を実施した。専門家の詳細は表１にまとめた。

調査の手続きは、まず簡単な自己紹介、グループディスカッションの目的と手順の説明、用語の定義説明、アセスメントシート作成に関しての経過説明を行った。グループダイナミクスとグループの専門性を大切にするために、ファシリテーターは指示的ではなく参加者が自然な意見交換を行えるよう意図した進行を心掛けた。

グループディスカッションの課題は、①“見えない・見えづらい”高齢者の生活状況に関してのヒアリング　②アセスメントシート試案の各項目内容の検討　③アセスメントシート試案の全体としての課題や修正点の検討　④アセスメントシート使用方法についてとした。

表１　グループディスカッション参加の専門職プロフィール

視覚障害リハビリテーションの専門職	高齢者福祉の専門職
A 地域の行政機関で視覚障害者リハビリテーションに関する業務を15年間実施している者	A 高齢者福祉領域で介護7年・相談13年を経験し、視覚障害高齢者支援に詳しい地域包括支援センターの職員
B 視覚障害者リハビリテーション7年、地域包括支援センター主任介護支援員5年、現在は居宅介護支援センター介護支援員	B 社会福祉協議会の高齢者福祉分野で20年以上勤務し、現在は地域の高齢者支援センター長
C 視覚障害者リハビリテーション専門職育成校で20年以上教え、高齢視覚障害者支援の科目を担当している教員	C 高齢者福祉や福祉環境、介護福祉に関する研究者
D 地域や国立の施設で視覚障害者の相談とリハビリテーションの経験が7年ある研究者	D 本討論のファシリテーターであり、視覚障害者支援の研究者
E 本討論のファシリテーターであり、高齢者福祉の研究者	

(3) “見えない・見えづらい”高齢者への面接調査による適用性の検討

“見えない・見えづらい”高齢者に対し面接調査を実施した。アセスメントシート試案の適用状況を確認し、必要があれば修正してアセスメントシート(案)を完成させた。

調査の対象者は緑内障による中途視覚障害（身体障害者手帳視覚障害１級）の都内在住の 72 歳男性であり、調査の方法は対象者の自宅にて平成 25 年 1 月 25 日に実施した。最初に「アセスメントシートを用いた面接」を行い、次に「ほぼ同じ内容の開かれた質問で自由回答が中心のインタビューガイドを用いた面接」を行った。アセスメントに関する面接を終了した後に、他の必要と思われる内容や項目の確認をし、最後に「アセスメントシート」と「インタビューガイド」面接の相違点を尋ねた。所要時間は約 2 時間 10 分であった。

３．研究の倫理的配慮

グループディスカッションに関しては、調査の主旨と方法について説明するとともに、事例および専門職と所属機関が特定されない配慮、調査データの保管や終了後の処理などの研究倫理について説明し了承を得た。アセスメントシート試案の妥当性や信頼性に関する検討に意見を集約し、事例に関しての情報は削除した。

事例適用に関する面接調査に関しては、調査対象者に調査の主旨と方法について説明するとともに、回答の拒否権、プライバシーの保護、調査データの保管や終了後の処理などの研究倫理について、文書を用いながら説明し了承を得た。適用に際しては、作成したアセスメントシートの妥当性や信頼性、適合性に関する内容の発言を集約し、本研究に必要なこと以外の事例に関する情報は研究報告には記載しないこととした。

※ 調査に際し日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理員会の承認（12-0201）を受けた。

Ⅲ．結果

１．文献調査によるアセスメントシート暫定案の作成

(1) アセスメントシートの必要性の確認

まず「介護保険」「二次予防事業」によるアセスメント状況を確認した。「介護保険」の要介護認定審査では、視力確認票と視認距離の見え方を中心に５件法で聞いていた。「二次予防事業」の介護予防チェックリストでは「目は普通に見えますか」という２件法の主観的評価が用いられていた。現在のアセスメント状況では、“見えない・見えづらい”高齢者を把握し、“見えづらさ“に関する支援ニーズを把握することは難しいと判断した。

続いて、「閉じこもり」「視覚障害」「高齢者生活機能」に関連するアセスメントシートを CiNii　Articles の文献検索をもとに収集し、“見えづらい”高齢者のニーズ把握ができるのかを検討した。しかし、どれもそれぞれの側面の特徴を把握することは可能であるが、“見えない・見えづらい”高齢者の複雑な支援ニーズを把握することは困難であった。

(2) アセスメントシート暫定案の作成

各領域の文献の中からアセスメントを検討するコアとなる文献として、①見えづらさに関しては「日常生活評価表改変版」[22] を、②閉じこもりに関しては「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票」[23] を、③高齢者の生活機能に関しては「老研式活動能力指標」[24] を基にして検討した。そこから地域で生活する“見えない・見えづらい”高齢者に必要と考えられる全てのアセスメント項目を抽出し、要因別にまとめ、領域カテゴリの設定を行った。領域内で重複している設問は最適と判断したものを残した。続いて、介護保険審査、二次予防調査でアセスメントできる項目、教育や就労に関連する項目を削除した。各領域の文献を読み込み、項目の尺度や設問の順序を検討した。

その結果、まずアセスメントシートの元となる資料を作成した。「閉じこもりと移動能力」17 項目、「生活状況」34 項目、「視機能」6 項目、「今後の生活のために」12 項目が抽出され 4 領域 68 項目が設定された。

続いて、検討会を繰り返し、図３のようなアセスメントシートシート暫定案を作成した。暫定案は、「視覚障害」「心身の状況」「生活状況」「困難・不便」「希望・要望」「生育歴・

アセスメントシート暫定案

文献調査により抽出した要因			
領域	要因	項目	尺度・選択肢
視覚障害	視機能	眼疾患	疾患名（　　）
		現在の視機能の状況	日常生活に支障がない、形がわかるがはっきり見えない、ほとんど見えない
		視覚障害の時期	先天的、学齢期、青年期、壮年期、高齢期
		補助具等の使用	眼鏡、拡大鏡、コンタクト、白杖、音声パソコン、音声時計など
心身の状況	移動能力	歩行の状況（屋内歩行）	単独可能、見守り、一部介助、介助、不可能
		歩行の状況（屋外歩行）	単独可能、見守り、一部介助、介助、不可能
		主な介助者	家族、友人・知人、ガイドヘルパー、ボランティア、その他（　）、介助はいらない
		外出時の状況	白杖、歩行用の杖、車いす、盲導犬、何も使わない、一人では外出できない
		転倒の経験	ある、ときどきある、たまにある、ない
	身体的要因	健康状態	良好　疾患名（　　）
		障害状況	障害　肢体不自由、聴覚障害、内部障害　他）
		身体的状況	日常生活自立度　（Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ａ２　Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２）
		運動に関して	可能か　or　している　のどちらで聞くか？
	精神的な状態	精神面の障害	認知障害、精神障害、他
		精神面の状態像	状態像　（自立　Ⅰ　Ⅰａ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ）
	精神的な状況	情緒の不安定	
		意欲・自己効力感の欠如	
		睡眠障害	
生活状況	生活スタイル	日中の状況	主にすごす場所、誰とすごしているか、何をしているか（よく動いている。座っていることが多い。横になっていることが多い。一日中ベットですごす）
		外出頻度	週に1回以上、月に1回位、ほとんどない
		他者との交流頻度	週に1回以上、月に2回位、ほとんどない
		集団行動への参加	週に1回以上、月に3回位、ほとんどない
			近所、親戚、友人づきあい、趣味活動、その他
	ＡＤＬ	トイレの利用	単独可能　見守り　一部介助　介助
		入浴をする	単独可能　見守り　一部介助　介助
		食事を食べる	単独可能　見守り　一部介助　介助
		食事の用意をする	単独可能　見守り　一部介助　介助　不可能
		金銭の管理ができる	単独可能　見守り　一部介助　介助　不可能
		自分で服薬ができる	単独可能　見守り　一部介助　介助　不可能
		身だしなみを整える	単独可能　見守り　一部介助　介助
		整容ができる・清潔を保つ	単独可能　見守り　一部介助　介助
困難・不便	一日の流れで	午前	
		午後	
		夜間	
希望・要望	当事者	①当事者の希望・望み	
	その他	②家族の希望・望み	
		③友人、知人、支援者の望み	
生育歴 人生経験	見えづらくなる以前		職業、家庭生活、趣味、習慣など
	見えづらくなる以後		職業、家庭生活、趣味、習慣など
	大きく変化したこと		
環境	屋内住環境	照明や明るさに関して	
		手すり	
		段差	
		コントラスト	
	家族	視機能への理解	
		視覚障害への受け止め	
福祉サービス	制度・施策	介護保険	介護保険の審査申請、二次予防審査、サービス活用（通院介護、ディサービス、ショートスティなど）
		障害者総合支援法	障害区分の審査申請、サービス活用（同行援護、生活訓練、ガイドヘルパーなど）
		身体障害者福祉法	身体障害者手帳取得している（　　級）、していない
		障害者年金	受給している（　　年金）、していない
		生活保護	受給している（　　扶助）、していない
	その他	有償サービス	
		ボランティアサービス	
		インフォーマルな支援	

専門家による検討

アセスメントシート試案

最終的な要因		
領域	項目	選択肢
視機能（5）	見えづらさの状態特記事項	図6　アセスメントシート(案)の作成に記載
	障害名（病名）	
	視覚障害の時期	
	補助具等の使用	
	見えづらさへの不安や心配	
移動能力（2）	一人での移動範囲	
	主な介助者	
生活状況（11）	ドアの半開き	
	郵便物を読む	
	置き場所の移動	
	薬のラベルの見分け	
	紙幣の弁別	
	手足の爪切り	
	洋服の前後・裏表	
	食品の痛みや腐り	
	ゴミの分別	
	リモコン操作	
	お金や通帳の管理	
	外出回数	
外出時の状況（7）	外出先	
	転倒の経験	
	看板や商品に衝突	
	商品を探せない	
	バス行先が読めない	
	外出への意向	
関心ある支援（4）	健康増進教室	
	安全な外出先	
	見えづらさへの機器	
	福祉サービス	

＊「身体的要因」は、介護保険の要介護認定調査でアセスメントできるので削除した。

＊「生活スタイル」「困難・不便」「希望・要望」「生育歴・人生経験」「環境」「家族」「福祉サービス」に関しては、見えづらいと抽出された高齢者に対しての支援に結びつける第二次アセスメントシートで用いるので、今回は保留とした。

図３　文献調査によるアセスメントシート試案の作成過程

人生経験」「環境」「福祉サービス」の８領域からなり、17 要因、53 項目の設問から成り立っている。

２．専門家グループによるアセスメントシート試案の検討及び作成

(1) 専門家が捉えた“見えづらい”高齢者の生活状況

専門家グループによる検討内容を表２にまとめた。【生活状況】に関しては、[加齢]（『何で困っているか明確でない。視覚障害のためか、高齢で注意力散漫のためか、病気のためか。』）があった。他にも、[見え方]（『見えないという自覚は生活状況や活動範囲を狭めているが、まだ見えているという自覚は危険への認識を甘くする。』『茶碗を洗えても、掃除ができても、それができているかを自分で確認できない。』『急に見えなくなると対応が大変。見えないからご飯も美味しくなくて食べたくないとか、幻視が見えるとか。』）[外出状況]（『一人での外出の機会は減少。サイドミラーや植木に当たったり、道路や建物内を迷うことも多い。転倒は家の中が多い、風呂場とか。）などの意見が主に視覚障害リハビリテーション専門家のグループディスカッションで挙げられた。

(2) アセスメントシート全体とアセスメント項目の検討

アセスメントシートの内容に関しては、[生活場面]（『見ること関しては物が新しくなった時の使い方や対応方法が難しい。日々変わる情報を把握するのも困難。）や、[環境]（『環境は、暗い廊下や暗い照明が多い。手すりや階段のコントラストや蛍光テープも有効。眩しい暗いとかまず灯りの調節。液晶画面も見えづらい。』）などの発言があった。

アセスメントシート全体に関しては、[緊急時]（『火災や地震などの災害時や、入院や転居などの環境が変わった時の対応は困難。』]）[視機能の設問]（『近見視の項目が多く、中間視や、遠方視に関することが少ない。』）[設問の絞り込み]（『視覚障害に絞った方がよい。もっと絞らないと使う気持ちにならない。）や、[当事者の自覚促進]（『見えないこと / 見えることの自覚が明確になるようなものが必要。』）や、[設問の順序]（『視機能の質問を最初に持って行った方がよい。意識が高まって回答も明確になりやすい。』）[設問の形式]（『チェックシートの方が良い。説明したり読み上げながら具体的なイメージができる。』）などがあげられた。

アセスメントシートの使用方法に関しては、高齢者福祉の専門家から『職員によっても個人差があるから、使用案内を付けるとよい。』とか、『この次の段階の第２アセスメントとして、見えづらさや、困っている内容、支援ニーズなどを丁寧に聞きとるアセスメントシートが必要』などの意見があった。

(3) アセスメントシート暫定案の修正内容および使用に関して

以上の内容を検討し、視覚障害リハビリテーション専門家からの「近見・中間・遠方視の見え方の違いによる設問」「生活場面における具体的な設問の設定」、高齢者福祉専門家からの「簡便であること」「当事者が自覚できること」「支援につなげること」などの意見を参考にアセスメントシート暫定案に修正を加え、５領域（29 項目）のアセスメントシート試案を作成した。

表２　グループディスカッションにおける専門職の意見

	要因	発言内容
生活状況	加齢	・何で困っているかが明確でない。視覚障害のためか、高齢で注意力が散漫になったためか、病気のためか。（高齢） ・認知や判断力、指の巧緻性なども、影響している。（視覚） ・活動能力が落ちてきていて、見えなからと気づかないことも多い。（視覚）
	制限・適応	・家の中のことは、見えないからできない。高齢だからできないということは少ない。情報が少なくなり、生活もスローになり、それに適応している。（高齢） ・見る、聞く、関わるといったことが少なくなっている。情報が少なくなり、生活が制限されていく。（視覚） ・視力が落ちると、手で確認したり、人に聞いたりと、見えていた時よりも必要とされるアクションが増えるので、だんだんと億劫になって物事を諦めてくる。（視覚）
	見え方	・「見えないという自覚」は生活状況や活動範囲を狭めているが、「まだ見えているという自覚」は危険への認識を甘くする。（高齢） ・見ると眼が疲れる。見ようと思ってもよく見れない。あるかないかがわからなくて危険なことも多い。（視覚） ・見えている周りの人からはわかりにくい状況。しかも、ひとりひとり見え方は違うし。（視覚）
	生活場面	・茶碗を洗うことができても、掃除はできても、洋服が選べても、自分で確認することができない。（視覚） ・テレビは、寂しくて　明るさや声が欲しいのか　ほとんどの人がつけっぱなし。（高齢） ・70歳80歳代で急に見えなくなったという人の対応が大変。見えないからご飯も美味しくなくて食べたくないとか、幻視が見えるとか。（高齢）
	外出状況	・外出の機会が減っている。特に一人での。一人で外出して、転倒したよりも、サイドミラーや植木に当たることが多い。あと道路や建物内を迷ったことも多い。転倒は、家の中の方が多い。風呂場とか。（高齢）
項目と尺度	視機能	・視機能は良くできています。原因は特定した方がよい。見え方にも影響する。時期（先天と中途と加齢）にも影響する。（視覚）
	生活場面	・生活面の文字は賞味期限や添加物など。電話番号が押せない。携帯電話は出るのが専門。バスの行き先がわかる・売り場がわかる・値段がわかる。重要なのは爪切りや薬の見分け。・整容や清潔の確認はどうしているのか。電化製品（エアコンの温度調節、電磁調理器、風呂の操作盤など）の操作も難しい。（高齢） ・見るという行為に関しては、物が新しくなった時の使い方や対応方法が難しい。あと日々変わる情報を把握するのが困難。（視覚）
	環境	・環境に関して、暗い家や暗い照明が多い。手すりなどのコントラストや階段の段鼻の蛍光テープなどもあると有効だけど。眩しい暗いとかまず灯りの調節。液晶も疲れる。（視覚）
	見ること	・見たい欲求・見て楽しみたいという欲求・見て確認したいという欲求はあるはず。（高齢）
	時間軸	・「最近、見えにくい」はいつからだかわかりにくいことが多い。「最近」の概念が広すぎて曖昧、10年以内はいつでも最近とか。（視覚）
全体的なこと・使用方法	絞り込み	・通常のアセスメントと同じことを何度も聞いている。重ならないように。もっと、視覚障害に絞った方がよい。（高齢） ・もっと絞らないと使う気持ちにならない。項目をもっと絞った方が良い。（高齢） ・過去よりも、現在どうなのかに焦点を絞ったほうが。（視覚）
	自覚促進	・具体的に、どのように見えなくなって、どういうことができて/できなくて、どういう支援が必要かが自分でわかること。（視覚） ・チェックしながら当事者も気が付いていけるもの。自分自身で気づいていただくきっかけになれば。（高齢）
	原因	・日常生活の状況をできるか、できないかを聞いて。その後に、見えないからか、認知の問題か、身体か、面倒なのか、聞いた方がいいのではないですか。（視覚）
	緊急時	・火災や地震などの災害時や、入院や転居など環境が変わった時の対応はできないかも。（高齢）
	全体	・視機能の質問を一番最初に持って行った方が、意識が高まって、回答もあやふやしないで明確になりやすい。（高齢） ・近見視の項目が多く、中間視や、遠方視に関することが少ないようです。（視覚）
	チェックシート	・項目を絞って絶対にこれに回答してもらうことを聞くのか、チェックや○をつける方式 にするのか。（高齢） ・チェックシートの方が良い。説明したり読み上げながら具体的なイメージができる。（高齢）
	使用方法	・地域包括（地域包括支援センター）職員によっても個人差がある。同じアセスメントシートを使っても、使う人によってどの程度抽出できるのか。使用案内とかも付けたら。（高齢） ・これは初回とか2回目の第一アセスメントのチェックシートとして使用、第２アセスメントとして、見えづらさや、困っている内容、支援ニーズなどの把握が必要になる。（高齢）

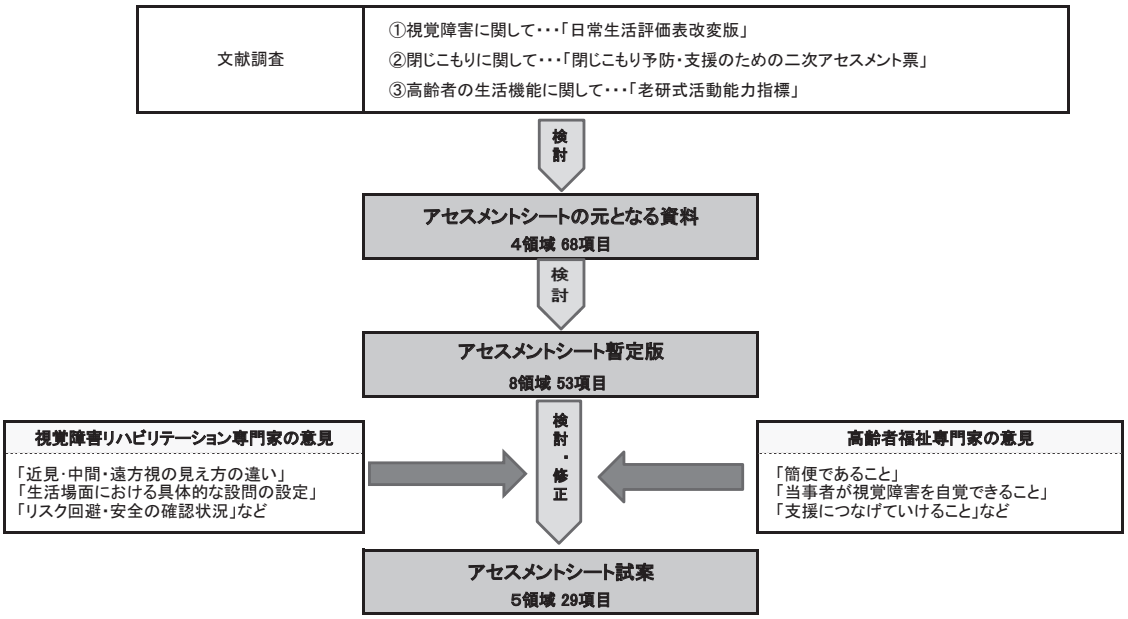

図４　アセスメントシート試案作成のプロセス

３．適用性の確認

“見えない・見えづらい”高齢者への適用に関する調査の結果を表３にまとめた。アセスメントシートによる面接内容とヒアリング調査による回答の内容は表３にある通りにほぼ整合していた。アセスメントシートを用いた場合は、短時間で生活の中の具体的な“見えづらさ”の把握が可能であった。ヒアリング調査では、趣味や交友関係などの生活にかかわる深く広い内容や、“見えない・見えづらい”高齢者が語りたいことを自由に話せ満足感があったという当事者からの声があった。

アセスメントシートの特徴としては、「短い時間で多くの事柄を確認できる」「使用者に知識がないことでも確認ができる」「聞き取った回答に対してある程度の基準を持って判断し対応ができる」「質問をしながら利用者の知識や理解を深められる」等があげられた。一方で自由面接法のヒアリング調査は、「利用者の相談したい内容を聞き取り満足度も高い」「話題を広めたり深めたりその対応も柔軟に展開させることができる」という特徴があった。

表３　“見えない・見えづらい”高齢者への面接調査の結果

	視機能	移動能力	生活状況	外出状況	支援の方策	特　徴
アセスメントシートを用いた面接	○	○	○	○	○	・短時間で多くのことを確認することができる。 ・知識のないことでも把握することができる。 ・ある程度の基準を持って聞き判断ができる。 ・質問しながら利用者の知識や理解を深められる。
ヒアリング調査	○	○	◎	○	△	・時間を必要とする。 ・相談を受ける者に知識とスキルが必要とされる。 ・利用者の相談内容を受け取れ満足度も高い。 ・話を広く深く柔軟に展開することができる。

※　◎は的確に把握できる、○は確認できる、△はやや困難の内容を表示している。

図5　作成したアセスメントシート(案)

見えづらい高齢者のためのアセスメントシート

氏名：	
日付：	記入者：

Ⅰ．見えづらさについて

見えづらさの状態（最も近い状況に◯）

1. 日常生活に支障がない	特記事項（視野や、暗い所や眩しい所での見え方など）
2. 新聞の見出しは読めるが文字は読めない	
3. 茶碗に残ったご飯に気づかないことがある	
4. 人の顔がぼんやりわかるがはっきり見えない	
5. 道路の白線が見えない	
6. ほとんど見えない	

見えづらくなった時期

およそ　　歳ぐらい

障害名（病名）

1. 網膜色素変性症	2. 糖尿病性網膜症	3. 緑内障
4. 白内障	5. 視神経萎縮	6. 加齢黄斑変性
7. 網膜はく離	8. 加齢にともなって	9. その他（　　）

補助具等の使用

1. 眼鏡	2. 拡大鏡	3. 白杖	4. 音声時計	5. その他（　　）

視覚障害や眼疾について

1. 常に心配や不安である	2. 時々心配や不安になる	3. 心配や不安はない	4. よくわからない

Ⅱ．移動能力に関して

一人で自由に移動できる範囲は

1. 家の中	2. 自宅の近所	3. バスや電車に乗って

主な介助者（手引き者）は

1. 介助は必要ない	2. 家族、親戚	3. 友人、知人、近隣の人
4. ガイドヘルパー	5. ボランティア	6. その他（　　）

⇒　裏面に続きます。

Ⅲ．生活状態について

1) ドアの半開き状態が	1. わかる　2. 状況に応じて　3. わからない
2) 家庭内の物品の置き場が変わった時に	1. わかる　2. 状況に応じて　3. わからない
3) 郵便物を読むことが	1. できる　2. 文字の大きさや字体によってできないことがある 3. できない
4) 薬のラベルの見分けが	1. できる　2. できるけれど間違えることがある　3. できない 4. できるけれどしていない
5) 紙幣を見分けることが	1. できる　2. たまに間違えることがある　3. できない
6) 手足の爪切りは	1. できる　2. 見守りがあればできる　3. できるが課題あり 4. できない　5. できるけれどしてもらう
7) 洋服の裏表や前後を間違えることが	1. ない　2. たまにある　3. よくある
8) 食品の傷みや腐り具合が	1. 確認できる　2. 確認しているけれど時々心配になる　3. 確認できない
9) ごみの分別が	1. できる　2. しているけれど間違えることがある　3. できない 4. できるけれどしていない
10) テレビやエアコンのリモコン操作が	1. できる　2. 間違えることがある　3. 間違えることが多い 4. できない
11) お金や通帳の管理は	1. 全て自分で　2. 部分的に家族　3. 家族　4. その他

Ⅳ．外出状況について

1) 外出の回数は	1. 週に１回以上　2. 月に１回以上　3. 月に１回未満
2) 外出先は	1. 通院　2. 散歩　3. スーパーやコンビニでの買い物 4. 理容院・美容院　5. 銀行や郵便局　6. 趣味やサークル活動 7. 選挙　8. その他（　　）
3) 踏み外しや転倒の経験が	1. ほとんどない　2. たまにある　3. よくある
4) 看板や商品などにあたった経験が	1. ほとんどない　2. たまにある　3. よくある
5) 売り場や商品を探せないことが	1. ほとんどない　2. たまにある　3. よくある 4. 買い物に行かない
6) バスの行先表示が読めないことが	1. ほとんどない　2. たまにある　3. よくある 4. バスを利用しない
7) 外出への意向	1. もっと外出したい　2. 周囲に負担でなければもっと外出したい 3. 現状のままでよい　4. 外出はあまりしたくない

Ⅴ．興味・関心のある支援

1) 足腰のための運動や健康増進のための教室に興味が	1. ある　2. ない
2) 安全に外出できる機会/場所に関心が	1. ある　2. ない
3) 音声時計などの見えづらさ対応の機器に関心が	1. ある　2. ない
4) ガイドヘルプやホームヘルプなどの福祉サービスに関心が	1. ある　2. ない

以上のような手続きを経て、最終的に図５のような「視機能」５項目、「移動能力」２項目、「生活状況」11 項目、「外出状況」７項目、「興味・関心ある支援」４項目の５領域29 項目からなるアセスメントシート(案)が作成された。

Ⅳ．考察

１．アセスメントシート(案)の特徴

本研究で作成したアセスメントシート(案)は、大きな３つの特徴を持っている。

第１の特徴は、視機能を多角的にとらえる構成になっていることである。視力低下により文字を読むのが困難というような“見えづらさ”の程度を、近見視（通帳残高の確認)、中間視（ドアの半開きなど)、遠方視（看板の確認など）の視距離によって確認できるようになっている。また視野狭窄や半盲など視野障害によって実際にあるものが見えていないという状態は危険を伴うことが多く転倒などのリスク要因になるので、看板への衝突や段差の踏み外しなども尋ねている。その他の見え方としては、動体視力をバスの行先表示で、コントラストを茶碗に残ったご飯や道路の白線で聞いたり、まぶしさや夜盲などにも気づくように工夫している。

第２の特徴は、生活場面から具体的な困難を把握していることである。例えば、薬のラベルや、食品の賞味期限や痛み具合、リモコンの操作、ゴミの分別などの状況を把握できるようにしている。生活に関わる詳細な状況をとらえようとし、視機能低下を当事者が認識でいるように具体的な日常生活場面を通して把握できるようにしている。

第３の特徴は、介護保険や二次予防の審査と併用できるように、A4 版両面１枚とコンパクトに作成し、項目をチェックするという様式を用いて簡便にしている。“見えづらさ”をチェックでき、困っていることをチェックでき、サービス利用意向をチェックでき、支援へとつなげていける様式になっている。

２．本研究の位置づけと意義

本研究によって高齢者の“見えづらさ”に関する「視機能を多角的に把握する」「生活場面の困難を具体的に捉える」「使用が簡便である」という３点の特徴を持ったアセスメントシート(案)が作成された。アセスメントシート(案)は介護保険の要介護認定審査や二次予防事業の対象者調査の際に用いるが、現状では最も手軽に多くの高齢者から“見えづらさ”に関する情報を入手できる手段と考えられる。

本研究の意義は、アセスメントシート(案)の活用により“見えない・見えづらい”高齢者が支援とつながり、日々の生活の安全が向上し生活の範囲も拡大し心身の健康にも影響され人生に大きく貢献すると考えられる。同時に転倒による寝たきりや孤立による認知症などの予防介護にも活用できる可能性がある。地域での支援に関しては、支援者側の経験知や熱意によるのではなく同一の支援提供が担保されると共に、専門外のアセスメント情報を収集する時間の短縮にもなる。加えて“見えない・見えづらい”高齢者支援のアセスメントシート(案)は特別養護老人ホームや老人デイサービス等においても活用できる可能性は高いといえる。

３．本研究の限界と今後の課題

アセスメントシート(案)は、チェックシートとするために簡便にしたので、深い聞き取りをすることは難しい。支援ニーズが確認された高齢者には、新たにオープン化した質問形式で“見えづらさ”やニーズを丁寧に聞き取り実際の支援に結びつけていくアセスメントシートが必要である。同様に、簡便にする目的で設問項目を厳選したために専門職から重要と指摘があった心理面や環境面については今回のアセスメントシート(案)には組み込んではいない。具体的なケアプラン作成に結びつけるには、これらも含めた生活全体に関わる“見えづらさ”に関してのアセスメント（第二次アセスメントシート）が必要といえる。

今後の課題としては、アセスメントシート(案)について定量調査による妥当性や信頼性、定性調査による適合性や有用性などの検討が必要である。アセスメントシート(案)もより精査し必要あれば修正を加える予定である。加えて、活用条件等を考察し、地域包括支援センター・在宅介護センター等で活用するための戦略も検討していく必要がある。

今後は、“見えない・見えづらい”高齢者への支援は、高齢者福祉専門職の経験知や考え方によるのではなく、“見えないこと・見えづらさ”に対応したプログラムやマニュアルを用いた支援が実施されることが重要と考える。具体的な方策として、“見えない・見えづらい”高齢者支援のフローチャート、“見えづらさ”に関連する支援マニュアル・社会資源活用マップなどのツールの開発が求められる。

参考文献

1）日本眼科学会（2009）：日本における視覚障害の社会的コスト，日本の眼科，80(6)，付録
2）八子恵子（2003）：高齢者によくみられる視覚障害，Aging&Health, 2003(1), 6-10,（財）長寿科学振興財団
3）簗島謙次（2003）：高齢者の視覚障害とロービジョンケア，Aging&Health, 2003(1), 6-10,（財）長寿科学振興財団
4）高田明子，大島千帆，下垣光（2015）：地域における“視覚障害のある高齢者”への支援の現状と課題，地域リハビリテーション Vol.10 No.11, 784-787，三輪書店
5）Lighthouse national Survey on Vision Loss (1995): The Experience,Attitudes,and Knowledge of Middle-Aged and Older Americans, New York The Lighthouse
6）Crews,J.E&Cambell,V.A. (2001): Health conditions, activity limitations, and participation restrictions among older people with visual impairments. Journal of Visual Impairment and Blindness, (95) pp453-67
7）Felson.D.T.etc (1989): Impaired vision and hip fracture, *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 495-500
8）Rovner.B.W, Zisselman.P.M, & Shmuely-Dulitzki. Y. (1996): Depression and disability in older people with impaired Vision, *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 181-184
9）Laforge R.G., Spector W.D & Stemberg J. (1992): The relationship of vision and hearing impairment in one-year mortality and functional decline, *Journal of Aging and Health*, 4(1), 126-148
10）新阜岐義弘（2008）：視覚障害者の『老』についての考察　―アンケート調査から高齢視覚障害者と介護険制度を考える，視覚障害，239, 36-45
11）狩野勝也（1997）：視覚障害高齢者の健康状態と介護条件について，視覚障害リハビリテーション，45, 5-16
12）全国盲老人福祉施設連絡協議会（2003）「盲老人の幸せのために　―第７回全国盲老人ホーム利用者実態調査報告書―」

13）植村英晴（1997）：高齢の視覚障害者や聴覚障害者の生活・福祉ニーズに対する地域生活支援システムの構築と評価のあり方に関する調査報告書 ,（財）長寿社会開発センター委託事業
14）高田明子、佐藤久夫（2012）：「地域で生活する視覚障害者の外出状況とニーズ」社会福祉学 53 巻 2 号
15）藤田幸司（2004）：地域在宅高齢者の外出頻度別に見た身体・心理・社会的特徴，日本公衆衛生誌，51(3), 168-179
16）久保昌昭，横山正博（2006）：在宅高齢者の閉じこもりに関連する要因 , 社会福祉学，46（3），38-47
17）山下幸子（2012）：閉じこもり研究の動向と課題―心理的支援の観点から―, 老年社会科学，34（3），426-430
18）杉原陽子（2004）：地域における転倒・閉じこもりのリスク要因と介入研究，老年精神医学雑誌，15（1），26-35
19）坂本洋一（2002）: 視覚障害者リハビリテーション概論，中央法規
20）高田明子，大島千帆，下垣光（2013）：「視覚障害のある在宅高齢者への支援の現状と課題　―東京近郊の地域包括支援センター職員へのヒアリング調査結果報告」日本社会事業大学『社会事業研究 No52』
21）高田明子，大島千帆，下垣光（2015）：“見えない・見えづらい高齢者”への支援に関する専門職の支援状況と意識，視覚障害者リハビリテーション研究大会報告論文集
22）仲泊聡，西田朋美，飛松好子他（2012）：視覚障害者に適合した機能的自立度評価表の改変，臨床眼科，66（4），481-85
23）安村誠司編著（2006）：地域ですすめる閉じこもり予防・支援　効果的な介護予防の展開，東京
24）鳥羽研二編著（2010）：高齢者の生活機能の総合的評価 , ㈱新興医学出版社，東京