

Kyorin Eye Center Newsletter

vol. 37
Spring
2012

〒181-8611東京都三鷹市新川6-20-2 杏林アイセンター Tel: 0422-47-5511 (ext. 2606) Fax: 0422-46-9309

- ◆杏林アイセンターロービジョンルーム(新井千賀子) …<1>
- ◆杏林アイセンター・フォトアルバム ……………<4>
- ◆ロービジョンルームの患者さんの傾向と
QOL評価結果の分析から(新井千賀子) …<2>
- ◆イベント情報 ……………<4>
- ◆ロービジョンルームにおける
移動技術指導の現状と課題(尾形真樹) ……<3>
- ◆編集部からのコメント ……………<4>

<執筆者:括弧に明記 production: 岡田アナベルあやめ、堀江大介、仲嶋みずき>

杏林アイセンターロービジョンルーム(新井千賀子)



新井 千賀子

ロービジョンルームも開設から15年目になり、国内の病院でロービジョンケアを提供する機関としては古株になってしまいました。最近では、古株になったせいか見学や研修に来る方も増えて来ています。私立の大学病院で15年間、毎日ロービジョンケアを提供できる

体制を維持できたのは、アイセンターの先生方の熱い支援と病院の大きな理解あってのことだと思います。古いだけで中身が伴わなければ...と、できるだけ一人一人の患者さんに丁寧に対応するように心がけています。また、患者数が多く常に多忙なアイセンターのスタッフと患者さんとの潤滑油として、患者さんが少しでも前向きに治療に取り組めるようなケアができるように努力しています。

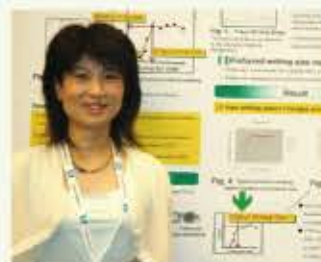
最近、ロービジョンルームで取り組んでいることでは、ケアのデータベースの充実です。年間約700件実施しているケアのデータの蓄積と分析は、今後のロービジョンケアの体制を考えると大事なものになると思います。毎日、患者さんが帰ったあとに尾形さんと二人でこつこつと入力しています。また、ORTの皆さんにも忙しい時間を調整してもらいロービジョンルームのケアに関わってもらうような協力体制を作ってきています。新しい試みとしては、院内のケアだけでは十分に対応できない症例の対応方法や地域施設との連携方法など課題に取り組み始めています。

現在の体制は、歩行訓練士の尾形さんとORTの新井の2人体制で、午前は新患、午後は再来の予約制でやっています。できるだけ多くの患者さんに対応するため、一日5人まで対応できるようにしました。院外からご紹介いただく時には事前にロービジョンルームに患者さんから直接ご連絡をいただければ調整を致します。研究などの指導は引き続き東京女子大学教授の小田浩一先生に、ずっと非常勤で手伝っていただいていた田中恵津子さんにも引き続きアドバイザーをお願いしています。15年という時間は、一つの領域が成熟する時間を考えるとまだまだ産声を上げているような時期だと思います。ロービジョンケアには様々な課題が山積していますが、患者さん一人一人が視機能の低下と上手につきあえるように地道に支援していくことで結果をだしていきたいと思っています。今後どうぞご支援をよろしくお願いいたします。

ロービジョンルームのサポーターのお二人



小田 浩一先生
国際ロービジョン学会
KVision2010
(マレーシア)での招待講演



田中 恵津子さん
国際ロービジョン学会
Vision2008
(モントリオール)のポスター発表

ロービジョンルームの患者さんの傾向とQOL評価結果の分析から(新井千賀子)

— 昨年のデータになりますが、2010年度のロービジョンケア実施件数は720件、ケアを受けた患者さんは315名でした。一人平均2回程度ケアを受けに来ていることとなります。年齢は0歳から95歳と幅広く、65歳以上が51%と半数を占める一方で20歳未満の乳幼児をふくむ未成年が20%いました。視力は0.1から0.3以下が38%、0.4から0.9が25%でした(図1)。比較的高い視力が多くなっていたのは、ロービジョンケアが治療と平行して行われている結果ではな

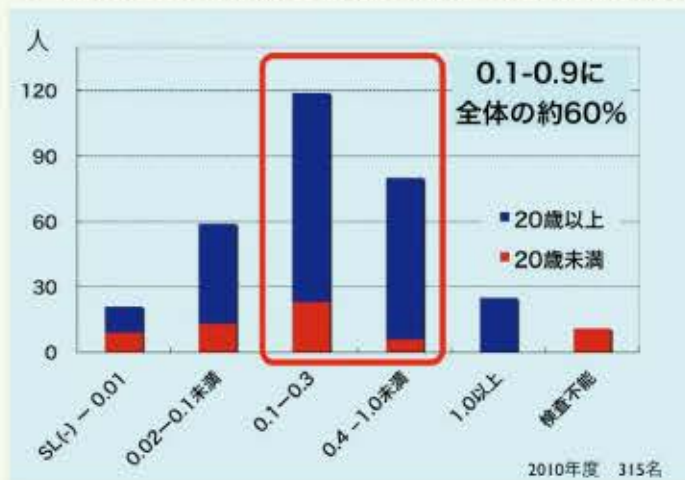


図1 ロービジョンケア受診者の視力分布 (2010年度 n=315)



図2 20歳以上のロービジョンケア受診者の疾患 (2010年度 n=253)

いかと考えています。成人の疾患の特徴としては多い順に加齢黄斑変性、網膜色素変性症、糖尿病網膜症、強度近視、緑内障の5疾患で全体の80%を占めていました(図2)。20歳未満では、先天異常の次に未熟児網膜症が多く知的障害などの他障害の合併率が多いことが特徴でした。

患者さんの多くのニーズは読み書きのための光学的補助具の処方ですが、移動や就労、日常生活に関する工夫など多岐にわたっています。患者さんのニーズとロービジョンによるQOLへの影響度を評価してケアに役立てるために、杏林アイセンターQOL評価表(西脇ほか2000)を使用しています。これは以前のスタッフだった西脇さんと田中さんが中心になって、当

時のNEI VFQ-51やその他の質問紙と患者さんからのニーズ聴取の結果を分析してロービジョン用に作ったQOL評価表です。QOL評価の結果をもとに患者さんのニーズをお聞きして具体的なケア内容を決定しています。またケア終了後に実施してケア目的の達成度の確認やアウトカム評価にも使いはじめています。

昨年、このデータを利用してケアを受ける前のロービジョンの患者さんのQOLの状態を分析してみました。その結果、ロービジョンによるQOL低下の要因が読み書き、移動と歩行、近見作業(食事、お茶を入れる、TVのリモコン操作など)時計、入浴掃除などの家事や自己管理、生活への満足度と不安の5つの要因が関係し、読み書きが最も大きく影響している事が判りました。この読み書きの領域については、任意の文字サイズ(臨界文字サイズ)以上の大きさまでは読書速度が一定でそれよりも小さくなると読書速度が低下すること、またこの臨界文字サイズは視力値とは異なることが判っています。従って、視機能に応じて効率がよく読みやすい文字の大きさが臨界文字サイズになります。ロービジョンルームではMNREAD-J, JKを使用して臨界文字サイズを求め、拡大鏡の倍率、パソコンや拡大読書器の画面の文字の大きさ等を決めています(図3)。視力から予測できない読書の困難があるような中心暗点のある疾患や加齢黄斑変性の患者さんに有効な検査です。

さらに、ロービジョンによるQOLの低下には疾患別の傾向がみられました。加齢黄斑変性では、読み書きと近見作業に顕著な影響がみられ読書評価と作業に適した補助具の検討が必要なこと、網膜色素変性症は読み書きよりも移動や歩行についてのQOLが大きく低下し歩行訓練士の専門的な介入が有効であること、糖尿病網膜症では、掃除などの家事や自己管理に困難があり糖尿病そのもののセルフケアや福祉的介入など他領域との協力が必要となることが考えられました。こうした傾向は、臨床では日々感じていることですが統計的な結果が得られたことで、エビデンスに基づくケアを考えられるようになりました。このような取り組みはまだまだ始めたばかりですが、より良いケアが効率よく患者さんに提供できるように進めていきたいと思っています。



図3 MNREAD-J(左:漢字仮名まじり文章), MNREAD-JK(右:平仮名のみ)

小田浩一先生がミネソタ大学のGordon E. Legge 教授の研究室と共同開発した読書チャート。文字サイズ毎に読書速度と読み間違えを測定し読書速度を求め、J, JKとも白地に黒文字と白黒反転のものがあり、羞明の読書への影響も評価できる。