

視覚障害者（児）を初期の段階から関わるのは眼科医および視能訓練士であり、視覚障害をきたす疾患やその視機能および予後について最も理解しているのも眼科医および視能訓練士である。その立場から彼らの疾患に対する不安、将来の様々な生活面での不安を軽減するのみならず、その時点での日常生活での支障や希望を理解し、適切なアドバイスや他の関連施設への橋渡しなどを積極的に行うのが LVC の目的である。

本総論 1 では LVC の定義およびリハビリテーションの意味、実際の LVC における眼科医および視能訓練士が担当する分野を解説した。次いで、日本における視覚障害の頻度について解説した。2013 年に厚労省が身体障害者手帳交付数からまとめたものでは約 32 万人弱で対人口比では 0.23% であるのに対し、2007 年に報告された日本眼科医会の独自調査では視覚障害者（児）は約 160 万人、対人口比では 1.3% であり、この数字が日常診療では有用である。つまり、受講者が住んでいる、例えば人口 100 万都市では約 1 万 3 千人、同 50 万地域では約 6 千 500 人の視覚障害者（児）が支援を待っていることになる。

視覚障害を来す原因疾患については、日本では緑内障が第 1 位であり世界とは若干異なっている。小児においては先天性が常に 50% 以上あるが、第 2 位に未熟児網膜症が（酸素）中毒として位置している。低出生体重児・早期産児には何か異常があるかもしれないと注意が必要である。

最後に多くの時間を使って LVC の実践に必要な基礎的な事項を紹介した。まず、視機能評価で屈折矯正の意義、視覚障害のシミュレーションによる見え方の理解が重要であることを強調した。どういう不安事項があるか、例えば、移動の問題、日本における就学・就労の状況などについても説明できるようにしたい。さらに、ガイドヘルプの知識とある程度の指導ができること、他施設へ紹介する医学的資料、福祉施設の知識、連携のための努力、視覚補助具の知識と指導、その他白杖や盲導犬の知識なども必要である。また、最近の遺伝子治療や人工視覚、再生医療のことなども少なくとも患者さん以上に関心を持っておきたい。そのためには地域での研修会や全国的な研修会（日本ロービジョン学会や今回のような講習会も含め）に積極的参加し、知識向上と仲間づくりに努力して戴きたい。