

ロービジョンケアは、患者の視覚障害や疾患・病期などの状態、家庭や社会の環境、本人のやる気やニーズによって全て異なる。また、視覚障害者の原因疾患も年代によって異なり、全体では緑内障が1位であるが、60歳未満では網膜色素変性症が1位、60歳から75歳未満では糖尿病網膜症が1位で、75歳以上でやっと緑内障が1位になる。このため、実際にはロービジョン外来では、その他にも黄斑変性症や高度近視による脈絡膜萎縮など様々な疾患の対応が必要となる。

身体障害者原因疾患1位の緑内障では、視野障害の程度と位置、さらには見え方により不自由さが異なる。このため、視野のデータから患者の見え方を理解する必要がある。通常、HFAのMD値が-20dBより悪いあるいはGPで湖崎分類Ⅲ期以降はQOLやQOVに何らかの障害を来すと考えられている。特に中心視野障害が進行すると視野障害の位置によって縦文字や横文字の行替えが難しくなり、タイポスコープやリーディングガイドが必要となる。視野検査では黒く表示される視野障害の部位も実際にはかすんだり白く抜けてみえたりするため意外に羞明の訴えが多い。さらに、末期の視野障害では夜盲も認めることに注意が必要である。

糖尿病網膜症は、60歳から75歳の1位であり、他の疾患と異なり急激な視機能障害をきたすため、ロービジョン外来で対応することも多い。特に糖尿病の全身管理と眼科的管理も同時に必要となる。また、全身状態や視機能障害の状況により視機能や血糖値の変動およびロービジョンケアの内容も変化していくので継続した対応が必要となる。60歳未満の1位である網膜色素変性症に関しては、視機能障害としては、求心性視野障害と羞明、夜盲が中心である。現状では治療法が無く、社会保障制度の紹介も重要となってくる。

その他、黄斑変性症や高度近視による中心視野障害では高度な視力障害を認めるが、偏心視と拡大により周辺視野を使用することができるため、ロービジョンケアの効果が得られやすい。

全ての疾患において、ロービジョンケアの進め方として、気付、導入、介入、繋ぎの各段階と地域の連携を上手く行うことが大切であり、その中心に眼科医と視能訓練士が存在することを強調したい。