

静岡県眼科医会誌 vol.33

AUGUST 2016



症例報告 クリプトコッカス視神経炎

焼津市立総合病院 眼科 松 永 寛 美

症例：35歳男性

約1ヶ月前より感冒様症状・頭痛・両眼変視症出現。複数の内科・脳外科受診するも明らかな異常指摘されなかったが、眼症状の悪化もあり当科受診。

初診時矯正視力右0.6左0.8右RAPD(+)CFF右32左44Hz両眼の前眼部・中間透光体・隅角に明らかな異常所見を認めなかった。両眼眼底に視神経乳頭腫張とSRFを認めた。ERG・VEP上明らかな異常所見はなく、GP上マ盲点拡大を認めるのみであった。MRIT2で両眼の視神経乳頭拡張を認めるのみで脳内に明らかな異常所見を認めなかった。全身的にも高血圧・糖尿病・腎疾患などは認めなかった。

感冒様症状・項部痛・マ盲点拡大程度の視野異常を呈する視神経乳頭腫張およびSRFといった原田病に類似する症状を呈していたが、原田病特有の嚢胞様で多発するSRFと異なり剥離した神経網膜とRPEの接着部位が鋭角でアーケード内に1カ所しかなく視神経乳頭腫張の延長に生じているSRFと考えられること、前房内炎症所見を認めないことが原田病とは異なると考えられた。

そのため診断に有用と考え髄液検査施行したところ細胞数838蛋白298糖14・また採血上D-dimer1.2fibrinogen488クリプトネオAb512、これによりクリプトコッカス慢性髄膜炎とそれによる視神経炎と診断された。

図1：初診時眼底写真

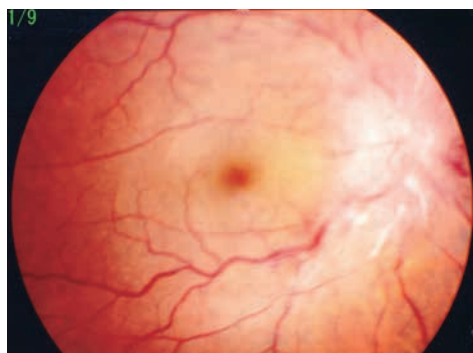


図1-1：右眼

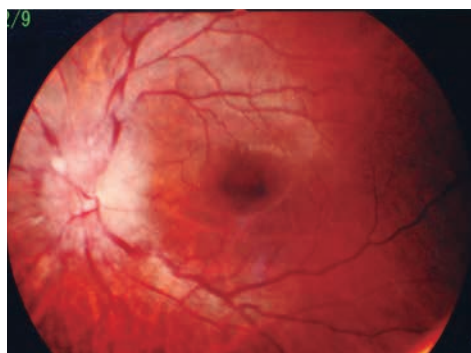


図1-2：左眼

図2：初診時OCT

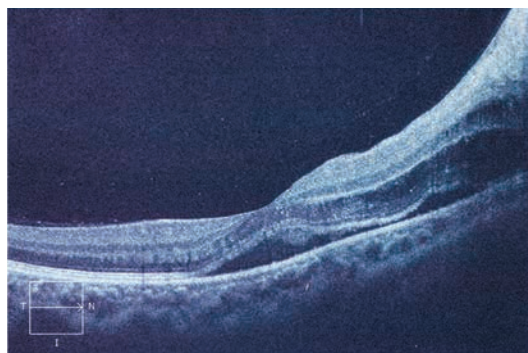


図2-1：右眼

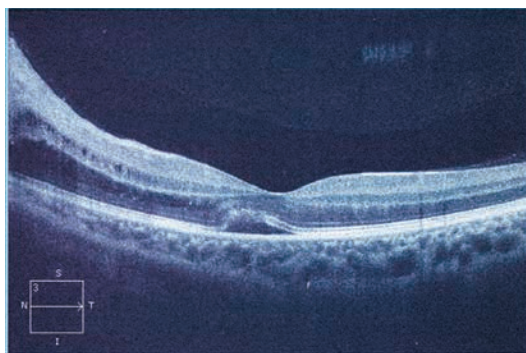


図2-2：左眼

カラー症例報告

- 1 巻頭言 川村洋行

 - 4 平成28年度静岡県眼科医会役員

 - 7 学術
 - 7 県立静岡がんセンター眼科における2015年の眼腫瘍性疾患の報告 柏木広哉
 - 11 Panel D-15の意義と目的、結果の解釈 花崎秀敏
 - 13 アイバンクのQ&A 小森雅彦
 - 15 平成27年度静岡県眼科医会総会特別講演記録
 - 23 第65回静岡県眼科医会集談会抄録
 - 37 第66回静岡県眼科医会集談会抄録
 - 54 第32回遠州眼科医会集談会抄録
 - 61 東・中・西部各ブロック勉強会記録
 - 65 平成27年度共催事業

 - 68 会長の動き

 - 71 理事会記録

 - 78 平成27年度静岡県眼科医会各委員会の動き

 - 82 平成26年度静岡県眼科医会収支決算

 - 83 東・中・西部病院紹介

富士市立中央病院、地方独立行政法人 静岡市立静岡病院、
社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院

 - 90 最近の保険審査から 矢田清身

 - 92 静岡県眼科医会関連
 - 92 アイバンクだより
 - 94 平成27年度静岡視覚障害者福祉推進協議会第13回定期総会
 - 99 静岡県眼科医会ゴルフコンペの記録
 - 100 静岡県中部眼科医会発足のお知らせ

 - 102 勤務医のページ 太田俊彦

 - 104 静岡県眼科医会事務局だより

 - 105 静岡県眼科医会総会集談会開催時の託児制度について

 - 106 第38回眼科コメディカル静岡県講習会

 - 107 平成27年度静岡県眼科医会眼科医療従事者講習会

 - 108 平成27年度高度管理医療機器等販売業管理者継続的研修

 - 109 アンケート結果報告
 - 109 静岡県 眼科学校保健アンケート（平成27年7月実施）
-

116	寄稿
116	浜松医科大学眼科教室だより 古森美和
119	オーベン 田辺芳樹
121	日本のパワースポットを巡る旅～出雲大社～ 浅井竜彦
125	趣味の話 戸田義喜

128	表彰
-----	----

129	開業および新規入会のお知らせ
-----	----------------

130	訃報
-----	----

131	追悼
-----	----

141	あとがき
-----	------



医療事故と社会的共通資本としての医療制度

静岡県 川 村 洋 行

医療事故に関する報道は、現代ではほぼ毎日と言っていいほど、テレビや新聞で報道される。また外来診療で、時間に追われて診察をしていると、小さなものも含めれば医療事故とは背中合せの毎日である。

今回、以前買ったきりそのまま本棚に収めてあった本を読む機会があった。その中に医療事故に関する記述があったので、私見も交えて紹介したいと思う。その本の題名は「医療と生命」（霜田求ら著、ナカニシヤ出版、2011）である。

医療事故（アクシデント）とは、何らかの医療行為によって、患者、医療従事者、来院者に傷害を与えることをいう。負傷者が出なかった場合はインシデントと呼ばれ、ヒヤリハット体験やニアミスも含まれる。医療事故のうち、過失（辞典によれば、過失は、不注意・怠慢などのためにおかした失敗。法的には一定の事実を認識することができるにも係わらず、注意を怠ったためにその事実を認識しないこと）が存在するものを医療過誤という。

日本で、医療事故の問題が強く認識されるようになったのは1999年頃で、横浜市大附属病院で医師と看護師が患者をきちんと確認しないことが重なり患者の取り違えを起こした事故、東京都立広尾病院で血液凝固防止剤と消毒薬を同じ型の注射器に詰めて同じ処置台の上に置いたため取り違え患者が死亡した事故が、マスコミに大きく取り上げられた。これらの事故では、人的要因、医療器具などの要因、職場環境など複数の要因が重なり事故が起きており、事故を起こした医療従事者個人の責任追及で問題が片付くことはない。他に、薬剤の投与量の桁間違いなど、頻発する医療事故の多くは医療の構造に関わる「組織事故」としてしている。日本では事故が起きた場合、医師や看護師が追及される「責任指向」の傾向が存在し、過失についての対応の仕方には、道徳的な発想があるとしている。しかし、事故調査は「誰がやったのか」ではなく「なぜ起こったか」を分析し原因解明する「原因指向」でなければならない。医療従事者の個々の行為の是非ではなく、「人は誰でも間違える」ということを前提にして、ミスがあっても安全を保つようなシステム構築が重要であり、そうした事故対策の基本は「フェイルセーフ」「フルプルーフ」という思想だそうである。こうしたことが「医療の質の向上」につながるとしている。

さて、医療過誤についてはどうであろうか？ 警察により医療機関が捜査される刑事訴訟

が時折マスコミに現れる。警察による医療機関捜査の根拠のひとつは「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めたときには、24時間以内に所轄警察署に届けなければならない」とする医師法21条とのことである。また、この21条に関し、1994年日本法医学会は診療行為に関連している死亡も異状死に含むというガイドラインを出したそうである。これに対して医療従事者からは、届出の義務化により積極的な治療ができなくなり、医療が萎縮しサービスが低下すると反発があったそうである。しかし、届出に関して、医師の裁量が大きくなると医療従事者に刑事責任が生じるおそれがある場合は届け出なくなり、事故が隠蔽される可能性が高くなることは明白である。また今までの医療界の自己改善努力には期待が持てないことも事実として挙げられている。ずっと以前に世の中を騒がせた富士見病院産婦人科事件では、医道審議会が元院長の医師免許取り消しと元勤務医に医業停止の処分を決定したのは、事件の25年後だそうである。これを受けて2002年に厚生労働省は「刑事事件とならなかった医療過誤についても、明白な注意義務違反が認められる場合、処分の対象とする」という方針を決めたとのことである。

ここで医療過誤について、私見を述べる。(1) 患者の主訴を聴取し、医学的内容を理解し、それに対する医療行為をしたら事故が生じた場合、(2) 患者の主訴を聴取し、医学的内容を理解したのにもかかわらず、それに対する医療行為をしなかった場合、(3) 患者の主訴を聴取したにもかかわらず、医学的内容を理解できなかった場合、の3つが医療過誤として考えられると思う。(3)は医師に特殊なものを除いて一般的な医学的知識が欠如している場合であり、医師の勉強不足を責められても仕方ないものである。(1)に関しては、通常の診療行為の中で生じた事故であり、医療行為に過失があるのか、医療システム上の問題であるのか原因究明が必要になる事例であろう。私が、最も問題としたいのは(2)の場合である。患者の主訴から、患者に何が起きつつあるのか、また起きる可能性があるのかを理解しているのにもかかわらず、必要な検査、医療を行わなかった場合である。この場合は、その診療行為をしたか否かが問題であり、診療行為をしたが異状所見を発見することができなかった場合は関係ない。患者が主訴を訴え医療機関を受診した時点で、医療契約が成立していると考えられるので、必要な検査や医療（他医への紹介も含まれる）を行わないことは契約違反と考えられるであろう。

事故が起こった時、その後の医療従事者の対応に対して、患者やその家族が不満をもつことがあり、医療従事者と患者のコミュニケーションが不十分で、患者側が医療従事者に対して不信感を募らせ、裁判にまでいたることが多いとのことである。どれほど事故防止対策をしても事故は起きる。事故が起こったら、何よりも患者と家族に対して誠実に対応し、嘘をつかない、隠さない、記録を改ざんしないことが基本となる。

医療制度は、「社会的共通資本」と考えられるそうである。社会的共通資本とは、その地域に住む人達が豊かな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、魅力ある社会を持続的、

安定的に維持することを可能にする社会的装置のことであり、医療制度もそうした装置のひとつであると考えられるとのことである。

事故を防止し、事故が起こったら適切に対応できる仕組みを構築し、その事故や患者およびその家族に医療従事者が真摯に対応する姿勢が、社会の共通資本としての医療制度を守ることにつながると考えられ、それにより医療の質の向上と、医師の社会的地位の確立にもつながると思われる。

平成28年度 静岡県眼科医会役員

役 職	氏 名	勤務先所在地
会 長	飯 田 文 人（中部）	静岡市
副 会 長	花 崎 秀 敏（東部）	富士市
	川 村 洋 行（中部）	静岡市
	永 田 豊 文（西部）	浜松市
	太 田 俊 彦（勤務医）	伊豆の国市
理 事	木 村 裕 子（東部）	沼津市
	小 森 雅 彦	富士市
	齋 藤 憲	富士宮市
	渡辺千恵美	富士市
	山 秋 久	沼津市
	増 田 光 司（勤務医）	富士宮市
	高 良 俊 武（中部）	静岡市
	高良由紀子	静岡市

役 職	氏 名	勤務先所在地
理 事	松 久 充 子	静岡市
	羅 錦 營	静岡市
	渡 部 大 介（勤務医）	静岡市
	青 沼 秀 実（西部）	浜松市
	片山由佳里	浜松市
	兼 子 周 一	浜松市
	小 林 和 正	菊川市
	藤 田 昌 弘	磐田市
監 事	尾 花 明（勤務医）	浜松市
	佐 藤 美 保	浜松市
	矢 田 清 身	沼津市
	柳 田 和 夫	静岡市

役 職	氏 名
名 誉 会 長	中村好邦 石川靖彦
総 会 議 長	矢田浩二
副 議 長	湯口琢磨
裁 定 委 員	青島周明 安達禎男 石川靖彦 桑名祐一郎 中村好邦
顧 問	石川靖彦 海谷忠良 兼子喜男 鈴木稔 堀田喜裕
代 議 員	飯田文人 永田豊文 花崎秀敏
予 備 代 議 員	川村洋行 太田俊彦 藤田昌弘

平成28年度 静岡県眼科医会役員業務分担及び各種委員会委員

業 務	委員長	副委員長	委 員			
総務 (庶務)	花崎秀敏	山秋久	石井るみ子	木村裕子	高良俊武	藤田昌弘
経 理	高良俊武	松久充子	木村裕子	下山勝	藤田昌弘	
公衆衛生 (アイバンクを含む)	永田豊文	小森雅彦	青島明子 川村洋行 谷口芳子	浅井竜彦 木村裕子 畠山眞行	家田貴子 齋藤 憲 増田光司	尾花 明 佐伯美和 松久充子
広 報	高良由紀子	家田貴子	石川浩平 月花 慎 中川里佳	石川靖彦 高良俊武 中村好邦	片山由佳里 小森雅彦 松久充子	川村洋行 鈴木 泉 渡辺千恵美
学 校 保 健	兼子周一	松久充子	青島真一 木村裕子 谷口芳子 畠山眞行	石井るみ子 高良俊武 辻 美和 花崎秀敏	石川浩平 小林和正 中川里佳 吉村 弦	石田玲子 鈴木 徹 永田豊文 羅 錦營
学 術	川村洋行	石川浩平	浅井竜彦 高良由紀子 土至田 宏 堀江英司	尾花 明 下山勝 長野斗志克 増田光司	小出健郎 杉浦 毅 中村竜大 松久充子	高良俊武 高橋邦昌 彦谷明子 湯口琢磨
社 保	矢田清身	青沼秀実	海谷忠良 永田豊文 柳田和夫	川村洋行 花崎秀敏 山秋久	高良俊武 堀田喜裕	小森雅彦 松久充子
医療対策	藤田昌弘	山秋久	石井るみ子 永田豊文	小森雅彦 松久充子	鈴木 徹	土至田 宏
会員福祉	花崎秀敏	小森雅彦	青島真一 下山勝 羅 錦營	池田享市 永田豊文 山中三千代	石井るみ子 松久充子 渡辺千恵美	太田俊彦 湯口琢磨
勤務医	太田俊彦	増田光司	上田幸典 小原賢一 土屋陽子 渡部大介	牛田宏昭 倉田健太郎 出口雄三	岡崎嘉樹 佐々木 康 藤谷暢子	尾花 明 佐藤美保 松永寛美
災害医療対策	川村洋行	中村竜大	牛田宏昭 永田豊文 松久充子	太田俊彦 名古良輔 柳田和夫	小出健郎 畠山眞行	佐藤美保 花崎秀敏

平成28年度 各種役員

日本眼科医会	理事	柳 田 和 夫
	代議員	飯 田 文 人 永 田 豊 文 花 崎 秀 敏
	予備代議員	太 田 俊 彦 川 村 洋 行 藤 田 昌 弘
	選挙管理委員会委員	天 神 光 充
	学校保健委員会	松 久 充 子 ※日眼医指名
	学術委員会	海 谷 忠 良 ※日眼医指名 柳 田 和 夫 (担当理事)
	眼科有床診療所検討委員会	花 崎 秀 敏 柳 田 和 夫 ※日眼医指名
	診療・介護報酬検討委員会	永 田 豊 文 天 神 光 充
	公衆衛生委員会委員	小 森 雅 彦 ※ブロック選出委員
	男女共同参画担当者	木 村 裕 子

日本眼科医連盟協議委員	飯 田 文 人
日本失明予防協会評議員	飯 田 文 人

県アイバンク	理事長	堀 田 喜 裕
	副理事長	柳 田 和 夫
	理事	兼 子 喜 男 小 森 雅 彦 土 至 田 宏 三 浦 孝 夫 緒 方 正 史
	監事	川 村 洋 行
	評議員	浅 井 竜 彦 柏 木 広 哉 高 良 俊 武 花 崎 秀 敏

社保審査委員	川 村 洋 行 永 田 豊 文 花 崎 秀 敏 高 良 俊 武 堀 田 喜 裕
国保審査委員	青 沼 秀 実 飯 田 文 人 矢 田 清 身 柳 田 和 夫

静岡視覚障害者福祉推進協議会	会 長：松久充子 監事：鈴木 徹		
	推進委員：羅 錦營 青島明子 木村裕子 湯口琢磨		
	東部世話人	中部世話人	西部世話人
	花 崎 秀 敏 山 秋 久 小 森 雅 彦 藤 谷 暢 子 増 田 光 司	中 村 竜 大 石 川 浩 平 山 中 三 千 代 石 田 玲 子	永 田 豊 文 家 田 貴 子 木 谷 聡 尾 花 明 小 林 利 恵 青 沼 秀 実 浅 井 竜 彦

静岡県身体障害者審査委員	南 波 久 斌
--------------	---------

静岡県医師会医事紛争処理委員会委員	青 沼 秀 実
-------------------	---------

静岡県医師会学校保健対策委員会委員	永 田 豊 文
-------------------	---------

静岡県医師会社会保険委員会委員	矢 田 清 身
-----------------	---------

静岡県中央身体障害者厚生相談所嘱託医	柳 田 和 夫
--------------------	---------

東海北陸厚生局静岡事務所 保険指導医	海 谷 忠 良
--------------------	---------

静岡地方裁判所専門委員	川 村 洋 行 永 田 豊 文 堀 田 喜 裕
-------------	-------------------------

県立静岡がんセンター眼科における2015年の眼腫瘍性疾患の報告

静岡県立静岡がんセンター 柏 木 広 哉

【はじめに】

県立静岡がんセンター眼科において、2015年1月から12月までの1年間で42例の眼腫瘍性疾患を経験した（頭頸部領域からの続発性腫瘍、病理組織診断で霰粒腫と診断されたものは除き、涙腺炎2例とセカンドオピニオン1例は含めた。）（図1）。男性18名、女性24名、発生部位は眼瞼13名、結膜13名、眼内4名、眼窩13名であった。良性腫瘍は20名。男性10名、女性10名。年齢は6歳から93歳（平均66.9歳）。悪性腫瘍は22名。男性8名、女性14名。年齢は49歳から91歳（平均70.90歳）であった。また、良性悪性別に居住地別の総数をグラフにまとめた（図2）。次に発生部位別に印象深かったことや関連性のある話題を簡単に述べてみる。

【眼瞼腫瘍】

母斑が多かった一方、悪性腫瘍が4名（基底細胞癌3名、脂腺癌1名）と少なかった。

【結膜腫瘍】

極めて稀な結膜悪性黒色腫が3名もあった。全例手術を拒否。2例は皮膚科にて化学療法施行中（オブジーボ治療）。加瀬が報告しているインターフェロン α -2B点眼治療も行ってみたい治療ではある。しかし費用負担などの問題もあり、現在当院の倫理委員会の承認が得られていない。良性腫瘍の涙丘部好酸性腺腫（oncocytoma, oxyphilic adenoma）は極めて稀である。赤色の涙丘腫瘍を見たときは、この疾患を考え電子顕微鏡検査を行うのが望ましい。腫瘍細胞の胞体内に多数のミトコンドリアが認められるのが特徴である。なお、この症例は第49回眼病理組織研究会（5月福岡：2016年から九州眼科学会に併設）で発表した。

【眼内腫瘍】

2015年から脈絡膜悪性黒色腫の染色体検査を開始した。今回の症例では染色体3番の対側の欠損（monosomy 3）が認められた。予後との関係のデータは確立されていないが、今後データ蓄積していく予定である。肺癌の両眼脈絡膜転移はEGFR遺伝子変異あったため、分子標的薬治療を行った。投与後完全に腫瘍が消失した。

【眼窩腫瘍】

腺癌症例は、当初マルトリンバ腫（右涙嚢から眼窩下方に存在）と考え、生検術施行。色調や硬さが異なり違和感があった。病理組織診断で腺癌診断。その後のPET検査で頸部深部リンパ節に多発集積像が認められた。眼窩内容除去術と拡大頸部リンパ節生検術を施行した。摘出したリンパ節は50個にも及んだ。右下眼瞼の症状出現から2ヶ月でのがんセンター受診であり、極めて進行が早かった。術後放射線治療を施行し、再発転移は認められていないが、厳重な経過観察を行っている。

【まとめ】

ここ数年、腫瘍症例の総数変動はない。TS-1の眼障害の予防法がここ8年経っても確立されていない。このため眼腫瘍の診療治療に使いたい時間が減ってきている。困った問題である。

良性腫瘍				悪性腫瘍			
眼瞼	男性	女性	計	眼瞼	男性	女性	計
母斑	1	4	5	基底細胞癌	0	3	3
乳頭腫	1	0	1	脂腺癌	0	1	1
脂肪腺腫	1	0	1				
脂漏角化症	0	1	1				
Moll腺嚢胞	0	1	1				
計	3	6	9	計	0	4	4
結膜				結膜			
乳頭腫	2	0	2	扁平上皮内癌	1	1	2
母斑	1	0	1	扁平上皮癌	1	1	2
好酸性腺腫	1	0	1	悪性黒色腫	1	2	3
血管奇形	0	1	1	マルトリリンパ腫	0	1	1
計	4	1	5	計	3	5	8
眼内				眼内			
脈絡膜血管腫	1	0	1	眼内悪性リンパ腫	1	0	1
				脈絡膜悪性黒色腫	1	0	1
				肺癌の脈絡膜転移	0	1	1
計	1	0	1	計	2	1	3
眼窩				眼窩			
多形腺腫	1	0	1	マルトリリンパ腫	1	3	4
IgG4関連 外眼筋炎	1	0	1	腺癌	1	0	1
黄色腫	0	1	1	乳癌の眼窩骨転移	0	1	1
涙腺炎	0	2	2	多形腺癌	1	0	1
計	2	3	5	計	3	4	7
合 計	10	10	20	合 計	8	14	22

図1 2015年1月から12月までの眼腫瘍性疾患42名

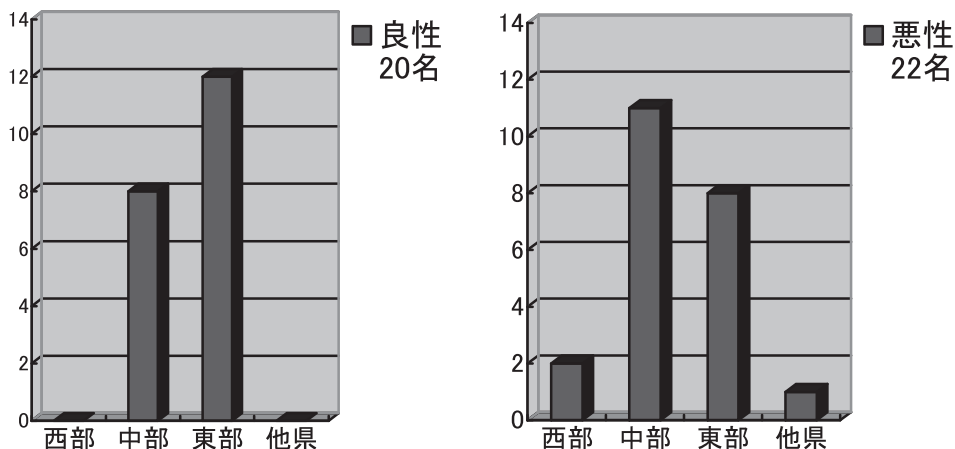


図2 居住地別眼部腫瘍性疾患数

参考文献

- 1) 加瀬諭：インターフェロン α -2b 点眼薬を補助療法として使用した結膜悪性黒色種の2例. 日眼115：1043-1047, 2015.
- 2) Kaeser PF, et al: Tumor of the caruncle: A clinicopathologic correlation . AJO 142：448-455, 2006.
- 3) 大島浩一、他：アポクリン分泌様の形態を示した涙丘部 Oxyphilic Adenoma. 日眼会誌96：1175-1180, 1992.
- 4) 柏木広哉：眼窩腫瘍に対する放射線治療について教えてください. 眼科診療クオリファイ29 眼形成手術. 東京. 中山書店. 2016 P260-265.
- 5) 柏木広哉：レジデントのための診療essence 5-FU系薬剤による眼障害はどのようなものですか (Q&A) 大腸がんperspective 2：70-73, 2015.
- 6) 柏木広哉：他科領域の悪性腫瘍治療に伴う眼科的合併症と対策. 知っておきたい眼腫瘍治療. 眼科臨床エキスパート. 東京. 医学書院2015.P182-186.

学会発表

- 1) Hiroya Kashiwagi, et al：Two cases of conjunctiva squamous cell carcinoma which led to orbital exenteration. 16th ISOO 2015. June. Paris, France
- 2) 県立静岡がんセンター眼科における、ぶどう膜悪性黒色腫の14例の総括
第33回眼腫瘍学会2014年10月. 松江
- 3) 柏木広哉 他：県立静岡がんセンターにおける涙道通過障害15例の検討.
第4回涙道・涙液学会 2015年7月. 大阪

2015年6月の17thISOO（国際眼腫瘍学会）in Parisの報告

この学会は2年に1回行われる国際学会である。今回日本からは16名の参加があった。学会の数カ月後にテロが起きる事をまったく感じさせない、天候に恵まれた穏やかなパリの街であった。

前夜：Pre meeting主催のbuffer dinnerが、シャンゼリゼ通りのFouquets（風月堂のモデルになった店とのこと）であった。パリ12区にあるキュリー研究所近くのホテルに宿泊したが、日本円で3万円する宿泊代とはかけ離れた、路地裏の質素なホテルであった。

Pre Meeting（The First Eye Cancer Working Day）：キュリー研究所の講堂で行われた。

日本からは国立がん研究センター中央病院 鈴木茂伸先生、がん研究会有明病院 辻英貴先生、私のがんセンター3人トリオのみの参加であった。朝8時から17時までタイトなスケジュールで、時差ぼけと重なり疲労はピーク。学会から配布されたワインとランチボックスを持って、近くのLuxembourg gardenで、鈴木先生との昼食が唯一の休息であった。



本学会：パリ市南方のある会場で4日間開催された。今回の私の発表はポスター：眼窩内容除去術に至った結膜扁平上皮癌2例。イスラエルの先生より組織の切り方についてしつこい質問があり苦慮した。女医Zelia Correa（Cincinnati）の経硝子体悪性黒色種摘出術（摘出前に腫瘍周例辺のジアテルミー等未施行で、さらに大胆な切除手術）の動画は、ある意味衝撃的であった。

その他：恩師の教授達（Damato, Esmaeli）や旧友にも久しぶりに会うことができ、大変有意義であった。しかし学会の食事がひどくて失望する面もあった。次回は2017年3月にシドニーにて開催される。

2017年第28回眼瞼義眼床手術学会のお知らせ

来年2017年（平成29年）2月4日沼津ウェルテで柏木が学会長で開催いたします。本学会は、代表世話人である小川豊関西医大形成外科名誉教授が、形成外科医、眼科医に呼び掛けて、平成2年に義眼床手術研究会として発足しました。第11回から形成外科医、眼科医が交互に会長を担当しています。25回から眼瞼義眼床手術学会と改称されました。義眼床に限らず、眼窩や眼瞼を対象に討論しております。静岡では16回（中村泰久会長）以来12年ぶりの開催です。眼科専門医の点数の申請中です。マイナーな学会ですがご興味がある先生がおられましたら、ご参加お願い申し上げます。

Panel D-15の意義と目的、結果の解釈

花崎眼科医院 花崎 秀敏

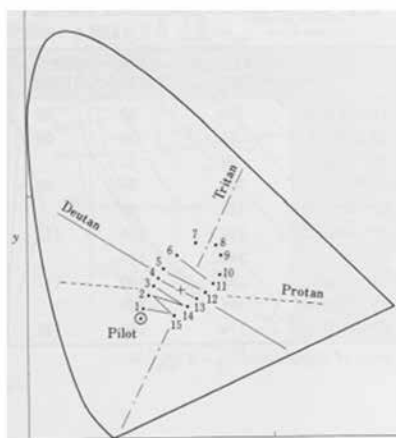
石原表を代表とする色覚検査表は、ほとんどの眼科医が手に取り検査を施行したことがあるはずだが、Panel D-15に関しては、使用経験が無い眼科医が存在し、またPanel D-15を配備していない施設も多いのではないと思われる。今回は一般眼科医にはなじみの少ないPanel D-15の意義と検査の目的、その結果の解釈について述べる。

まずPanel D-15の意義は、混同色理論に基づいて色覚異常者の弁色能を測定することにある。その目的は個人の弁色能の程度を強度異常（fail）と中等度異常以下（pass）に分類することにある。Panel D-15自身では色覚異常の検出や型の分類は出来ないのも、その前に必ず色覚検査表やアノマロスコープで赤緑色覚異常の検出と型分類を行っておく必要がある。

検査結果の解釈が重要であるが、その前にPanel D-15のキャップの色配置について説明する。図1のCIE色度図上に固定されたreference color cap（pilot cap）と15個のキャップの色配置を示す。1から15までのキャップはCIE色度図上の楕円形に近い線に沿って配置されている。色覚正常者にとっては、色度図上の距離が近い色同士が似ているように感じる。固定されたreference color capに続いて1～15の順にキャップを並べる。一方色覚異常者にとっては、色度図上の距離よりも混同色線に沿った色が似ていると感じるので、例えばProtan（1型色覚者）においてはその混同色線上に並ぶ2、3のキャップと12の色が良く似ているのでそれらを順番に並べ、Deutan（2型色覚者）では4、13、5、12が隣に来るように並べる傾向がある。同様にTritan（3型色覚者）では7、15、8のように並べる傾向にある。もちろん同じ型の色覚異常者であっても個人の弁色能には差があるので、すべてのキャップを正常に並べる例も少なくない。

以上のような理論によりキャップの色が決められているが、個人的な不注意によるminor errorsやone errorを示すことがあり、また後天性異常が潜んでいると理論的には考えられない検査結果を示す例もあるので、その際には再検

図1.Panel D-15で使用する色と混同色線



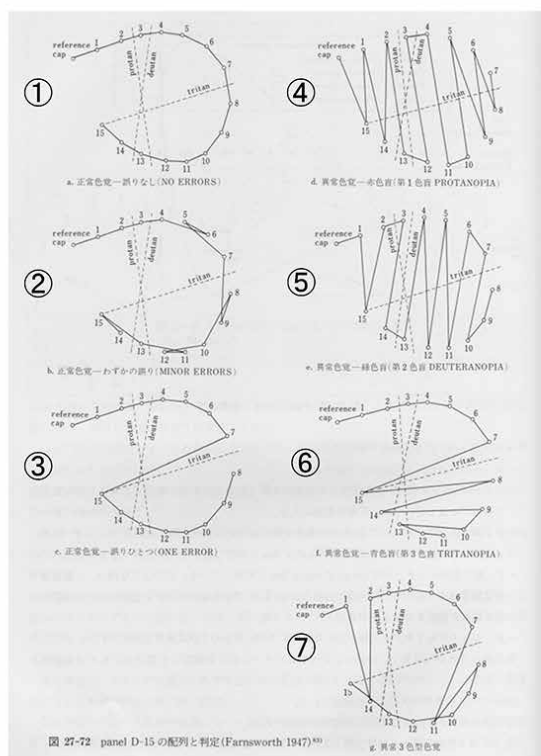
Protan:1型色覚
Deutan:2型色覚
Tritan:3型色覚

査しerrorの少ない結果を採用する。その結果failならば強度異常、passならば中等度以下の異常である。

実際の配列patternを図2に示す。①はno error、②はminor errors、③はone errorで、いずれもpassで中等度以下の異常となる。④、⑤、⑥はそれぞれ1型、2型、3型色覚の典型的なfail patternで、強度異常となる。1型と2型に関しては、failであれば先天赤緑色覚異常の2色覚（以前の色盲）または強度異常3色覚（以前の強度色弱）となるが、先天性の3型色覚は非常に稀で、また強度異常を示すことはないので、3型のpatternを示した場合、ほとんどが後天性3型異常である。⑦はborderline patternであり、強度異常と中等度異常の境界にある症例でときに認められる。この場合、2本の交叉線が大体同じ方向にあればfailと判定する。

以上、Panel D-15の意義と目的、結果の解釈について述べた。再度強調しておくが、Panel D-15は色覚異常の程度を強度（fail）と中等度以下（pass）に2分する検査であり、色覚異常の検出や分類に用いる検査ではないことを認識されたい。

図2. Panel D-15の配列pattern



①、②、③はpass

④は1型2色覚と1型異常3色覚の強度

⑤は2型2色覚と2型異常3色覚の強度

⑥は3型色覚の主に後天異常

⑦は典型的な異常と異なるがfail

アイバンクのQ&A

小森眼科クリニック 小 森 雅 彦

先生方には、日頃より静岡県アイバンクの活動にご協力いただき、誠にありがとうございます。

勤務医部会でアイバンク活動に関わる質問事項がいくつか出たので、それに対する回答を総会の中でいうことで、8月の総会で私が回答させていただきました。

総会に出席できなかった先生方にも、お伝えできるよう会報に投稿する御指示が会長からありましたので、投稿させていただきます。

今回の回答、答えは1つでないと思います。あくまで個人的な私見として、参考程度にいただければと思います。

1. 眼球摘出後に献眼者が僧侶だったので、少し瞼が開いているようにしてほしいとの家族の依頼について

あくまでも推定ですが、仏教の世界で座禅を組むときに半眼と言って、半分目を閉じて、半分外の世界のことを考え、半分自分の内面を見つめるという考え方に基づいての要望かと思われます。アイバンクより義眼挿入後に、ほとんどの先生方は縫合処置をされていないと聞きました。それでも、ここ数年、再建後に瞼が閉じていないとのクレームは受けたことが全くないとのこと。他県のアイバンクの話ですが、ポリシーとして半眼処置をあえて全例にしている先生がいるという話を聞いたことがあります。そのようなことから、半眼にしてもどんどん開瞼してくるなど、問題が起きることは、まずないと思われますので、家族の希望に沿ってもいいのではないかと思います。

2. 摘出を見学したいとの親族の依頼について

このケースは比較的よくあります。特に高齢者で、自宅で亡くなった場合に多いケースです。亡くなられるのを、ご家族もある程度覚悟していた場合です。

自宅で摘出する場合は、一人の場合、洗眼の介助をライオンズの方や遺族に手伝っていただくことは、よくあります。また自宅で夜の摘出の場合、結構暗い場所で摘出しなくてはならない場合もあります。その場合、遺族やライオンズの方に電気スタンドを持ってもらったり、最悪懐中電灯で照らしてもらって摘出したこともあります。

そのような場合に結構見学の希望がでる場合があります。私の場合は、親族にも色々な関係の親族がいるので、摘出前にご挨拶をさせていただいた親族の代表者に許可をもらってから、見学してもらっています。

ただ、摘出される先生が、嫌ならこれは断わる選択肢もあると思います。

3. 病院での摘出依頼があった場合、前もって感染症の採血を依頼してよいのか？

静岡県アイバンクは、昨年公益法人化しました。財政的にはかなり厳しい状況ですが、4年前より事務局長の中村さんが、摘出の連絡・セッティング・介助・輸送など、できる範囲で精力的にやってくれています。

献眼意思のあるポテンシャルドナーを把握している病院からアイバンクに事前に連絡をいただいた場合は、アイバンクから3か月以内の感染症の検査6項目（梅毒RPR, TPHA, HBs抗原, HCV抗体, HIV抗体, HTLV抗体）の確認をしており、不足の場合は追加検査を依頼しています。

また、病院で亡くなった後にアイバンクに連絡があった場合は、先ほどの感染症の6項目を確認して、不足があれば血液の検体の有無を確認し、提供をお願いするか、ない場合には採血を依頼しています。

病院での摘出の場合、なるべく摘出医に採血の手間をかけないようにしてくれています。ただ自宅や介護施設の場合は、その場で摘出医に採血をしていただくことが多いようです。

お手数をおかけしますが、今後ともアイバンク活動へのご協力、よろしくお願いします。

平成27年度静岡県眼科医会総会特別講演記録

平成27年 4 月25日(土)

於 山口駅前ビル 6 F 会議室 D

1. 学校保健の方向性と眼科学校健診のあり方

日本眼科医会副会長

福 下 公 子



学校保健のあり方が、健康教育の推進・発展の視点から論議されている。学校保健法から学校保健安全法に改題され、2009年（平成21年）より学校における安全管理に関する条項が加えられた。子どもたちを安全な教育環境および社会環境の中で健やかに育み守ることを目的とされ、これは、保健室の機能強化や、学校と地域との連携を深めて健康教育を学校運営の一環として捉えていく方向性を示すものである。

学校保健における学校医の役割は、児童生徒の健康診断、感染症の予防、保健指導である。眼科学校健診では、視力や眼の疾病および異常の有無を調べるスクリーニングを目的とされている。学校教育・学校生活に支障があるか否かをみるため、専門的な診断をすることが目的ではない。しかしながら、眼科学校医が専門的な見地から、眼科健診の方法や事後対応を検討し、保護者や養護教諭等に助言を行うことは必要なことである。

今後の学校保健のあり方が論議されている中で、眼科学校医の役割は健康診断の実施とともに保健指導や健康教育に、更なる関わりがもとめられている。特に、就学時および就

学前の子供の視力検査や、児童生徒の色覚検査は、子供たちが将来の社会生活に支障を来さないために、学校保健の中で論議したい課題である。

眼科健診を眼科健康教育の一つとして捉え、眼科学校医のあり方を今後の学校保健の方向性の中で考え、学校保健活動を実践していく必要があると考えている。

福下公子先生ご略歴

1974年 3 月 東京女子医科大学医学部卒業
1974年 4 月 東京医科歯科大学眼科学教室入局
1981年 4 月 東京医科歯科大学医学部講師
1983年 1 月 茨城県厚生連取手協同病院眼科科長
1984年 4 月 烏山眼科医院（東京都）開設、院長
2006年 4 月 日本眼科医会常任理事

現職 日本眼科医会副会長（2010年 4 月より）
日本小児眼科学会理事（2011年 4 月より）

資格 医学博士
日本眼科学会認定眼科専門医

日本眼科医会副会長 福下公子先生の

『学校保健の方向性と眼科学校医のあり方について』を聴いて

浜松市 兼 子 周 一

4月に入り菜種梅雨の空模様が、やっと明けて爽やかに晴れ渡った日（こんな日は、外でのんびりしたいところですが…）に特別講演は、開催されました。今回のテーマは、福下公子先生（日本眼科医会副会長）による「学校保健の方向性と眼科学校医のあり方について」でした。文部科学省の指導により平成28年4月より学校での色覚検査が積極的に進められることになりました。学校保健や地域医療の場でも児童、家族、教師などからの医療相談の機会が増えることが予想されます。と考えると実にタイムリーな講演でした。日頃は、講演に参加しても、夢うつつで話を聞いていることがほとんどの私ですが、この日ばかりは、学校保健委員長（一応）として、しっかりお話を聞かねば！と参加しました。では、講演を振り返ってみましょう。

学校の役割は、知識を獲得すること。社会性を身に着けること。心身の健康を育むことです。これに対し、学校保健の役割は、トラコーマや結核などの感染症の減少、栄養状態の改善により、感染症対策、健康管理から、学校の安全確保と管理が重要な課題となってきました。児童を取り囲む環境も①社会環境の変化、②子供の生活習慣病、感染症、アレルギー疾患、メンタルヘルス、喫煙・飲酒・薬物の乱用、性の逸脱行動、いじめ・暴力、③校内での事故、事件、死傷事件などが目立つようになりました。これらのことを念頭に学校保健法は、平成21年4月より現行の学校保健安全法へ改定されました。

学校保健安全法によれば、学校医は「学校保健安全計画の立案」「健康相談」「健康指導」に参画すること。そして、養護教諭・学校関係者と連携し学校保健や安全への助言が強く求められ、年数回の学校保健委員会への参加が義務付けられています。しかし、参加されている学校医は少数に過ぎないのが現実。学校医の対応に格差・温度差があることが以前より問題とされています。（恥ずかしながら、自分は、学校保健委員会に参加したことがありません。休診してまで参加する意味があるのか？と思っていた一人です）

眼科学校保健については、就学時健診、定期健康診断において、少なくとも視力検査、外眼部、眼位検査は丁寧に行っていただきたいこと。そして何よりも、健診後の事後措置が大切であることを強調されていました。（「アッカンベー」健診と揶揄され、眼科学校医不要論もありましたね）そして、最近の問題は、①コンタクトレンズ使用者の増加と低年齢化、②定期検査必須項目から色覚検査を除外したことによる弊害についてです。コンタクトレンズ問題については、釈迦に説法ですが、コンタクトレンズの有用性と危険性を十分指導すること。特に、カラーコンタクトレンズの問題。眼鏡と併用することが大切であ

ること。眼鏡の上から装用可能なスポーツゴーグルが有効であること。につき話されました。

さて、色覚検査についてですが、(先生は、ご自身が、学校に赴き小学4年生の検査希望者60人(1学年120人)の色覚検査(石原表、パネルD15)を行っているとのこと)平成15年度から学校での健診必須項目から除外されました。その後の弊害については皆様ご存知の如くです。以前の健診では、検査時のプライバシーが守られていなかったこと。そして、眼科医による事後措置が、適切になされなかったことが問題でした。ですから、これらのことを反省して、来年4月よりの色覚検査実施に対しては適切な対応が求められています。(「日本の眼科」83巻5号、84巻8号の特集を参照)静岡県眼科医会といたしましても県教育委員会と調整して円滑な移行を目指しております。今後、学校医・眼科医および学校関係者の色覚異常者への対応・指導のフローチャート作成、講習会なども必要と考えております。ご意見などございましたら、よろしくお願い申し上げます。

学校保健の方向性については、学校における児童、職員の健康保持・増進をはかること。健康の管理・安全双方より考えること。地域医療機関、住民と連携し対応すること。そして、学校医として、まずは学校に足を運んで、学校保健委員会への参加、啓発活動を行うことが大切であること。(「学校保健教材」は、日本眼科医会ホームページより視力、斜視・弱視、色覚の3タイトルのダウンロードが可能です)、さらに、学校保健は、健診のみでなく健康相談、教育にシフトしてきていること。関係する人との情報交換が望まれること。健診は、児童に対する確定診断ではなくスクリーニングであることを念頭に幅広い対応が望まれること。そして何よりも、児童の視機能の維持・管理に関与することが大切であること。を再度強調されました。

最後に「学校医は、学校保健のコーディネータである。」のお言葉を頂きました。学校医の心に響くお言葉でした。

＊

学校保健委員会出席は、現実には難しい。でも、今年の学校健診の時には、「コンタクトレンズ」と「色覚検査」については、学校側に助言してみよう…「そのうちに…」は、ダメですね。「いま」ですね。

「学校医の皆さん、積極的に学校行事に参加しましょう。そして、発言してみましょう。」

2. 眼内腫瘍の診断と治療 ～眼内腫瘍を診たらどうするか～

国立がん研究センター中央病院眼腫瘍科科長 鈴木 茂 伸



「腫瘍」は眼科の中では希少疾患であるが、それでも眼瞼や結膜などの眼付属器腫瘍は目にする機会もあり、生検による診断も容易で治療法も理解しやすい。一方で眼内腫瘍は目にする機会もほとんどなく、疑った時点で専門施設へ紹介すること多いため、診断や治療の現状を知る機会も少ないと思われる。患者を目の前にした時に正しい情報を持っていることはお互いの安心感につながり、良好な関係を保つことができる。今回はいくつかの疾患を取り上げ、多くの画像を提示しながら実際の診療について紹介することで、このような疾患領域があることを知っていただき、今後の診療に役立つことを期待したい。

網膜芽細胞腫は小児の眼内悪性腫瘍であり、治療の目的は生命の温存、次に眼球温存、視機能温存である。眼底検査が診断の主軸であり、必要に応じ画像検査を行い確定診断に至る。現在では放射線外照射はほとんど行われず、化学療法主体の治療が行われる。局所治療としてはレーザー、冷凍凝固に加え、小線源治療や選択的眼動脈注入、硝子体注入などの局所化学療法を駆使して、眼球温存を目指す。

脈絡膜悪性黒色腫は母斑との鑑別が重要であり、眼底検査に加えて核医学検査が有用である。治療は腫瘍の位置、大きさにより小線源治療、粒子線治療、眼球摘出が選択される。

眼内リンパ腫は仮面症候群とも呼ばれ、ぶどう膜炎との鑑別が重要である。硝子体生検を行い各種検査を組み合わせることで確定診断に至る。治療は未だ研究途上であるが、眼の治療だけではなく中枢神経に対する治療も考慮する必要がある。

脈絡膜転移癌は、担がん患者の増加に伴い増加傾向にある。眼底検査で白色隆起病変を

見た場合、眼科検査、全身検査を行って確定診断をつける。眼に対する治療は放射線治療が主体であるが、最近の薬物療法の進歩により眼病変も縮小が期待できる場合がある。

鈴木茂伸先生ご略歴

- 1993年 東京大学医学部卒業
東京大学医学部附属病院 研修医
- 1994年 東京大学眼科学教室入局
- 1995年 大宮赤十字病院（現：さいたま赤十字病院）
- 1998年 東京大学医学部附属病院 助手
- 2002年 国立がんセンター中央病院
- 2006年 同、眼科医長
- 2010年 国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科 科長

国立がん研究センター中央病院眼腫瘍科科長 鈴木茂伸先生の

『眼内腫瘍の診断と治療 ～眼内腫瘍を診たらどうするか～』を聴いて

静岡市 高 良 由紀子

私事になりますが、私は以前、浜松医療センターに勤務しており、鈴木茂伸先生は、浜松の復明館眼科医院の鈴木稔先生の御子息にあたります。また、茂伸先生の弟さんは、昭和大学眼科の後輩にあたり、彼とは仕事と研究を一緒にしましたので、今回の講演を大変楽しみにしておりました。

まず東京には、がんセンターが2病院あり、眼科に関していえば、築地にある国立がん研究がんセンターは、眼内腫瘍、がん研究会 有明病院の眼科は眼窩腫瘍を扱っていることを今回初めて知りました。鈴木先生の講演は、築地がんセンターで眼内腫瘍を扱って治療されているわけですが、4つの腫瘍についてお話をされました。

1) 網膜芽細胞腫

網膜芽細胞腫は小児の眼内悪性腫瘍です。1/15000の発症率で日本では年間80人ほどの発生があるそうです。初期は無症状であるため、眼底検査で偶然見つかる状態、中期は、生命予後はよいものの眼球温存は50%、有効な視力保存はさらにその半分、後期では、生命予後も不良となります。発見のきっかけには白色瞳孔が有名ですが、斜視もあり、斜視の子供をみたときは、一度は散瞳検査をすることを推奨されました。治療法には、レーザー、冷凍凝固、小線源療法、化学療法がありますが、特に国立がん研究センターでは、20年来、抗がん剤の選択的眼動脈注入療法を行っており、眼球温存に効果をあげています。化学療法は最近のトレンドですが、完治はできず、腫瘍を小さくして眼球温存治療の補助治療だそうです。他の治療法を組み合わせ、なんとか、眼球温存、視力の確保を目指しています。実際のスライドを拝見して、眼球摘出以外の選択肢しかないのではと思われる症例でも、治療後視力0.4で病状が落ち着いた結果を提示され、医学の進歩を実感いたしました。

2) 脈絡膜悪性黒色腫

眼底に黒い腫瘍をみると、悩ましいものです。そして、生検をすることも容易ではありません。鑑別すべきものは、(1) 黒色細胞腫 (2) 脈絡膜母斑 (3) メラノーマなどがあります。(1)の黒色細胞腫は視神経のそばにみられ、良性腫瘍で多くは無症状ですが腫瘍の壊死がおこったときは、視力、視野に変化がみられます。しかし、基本的に良性腫瘍ですので、眼底写真を定期的に撮影し、腫瘍増大がみられなければ、経過観察となります。(2)脈絡膜母斑も良性ですが、漿液性剥離、出血などが起こりますが問題となるものは、(3)メラノーマです。白人では9～20%と多いものの、日本人では稀です。診断は眼底、FA、IA、エコーにより99.5%の診断ができます。MRIではT2低信号が特徴的です。治療は、

眼球摘出か、保存療法（レーザー、小線源放射線）ですが、生命予後には、どちらも差がないというのは悩ましい結果です。

3) 眼内リンパ腫

眼内リンパ腫は (1) 眼付属器に発症するマルト型リンパ腫 (2) 眼内リンパ腫にわけられ、眼内リンパ腫には全身リンパ腫の転移と、眼中枢性リンパ腫があります。リンパ腫の治療は、放射線と化学療法になりますが、眼球病変には効果があるものの、中枢病変の発症予防にはならないそうです。

4) 転移性腫瘍

転移性腫瘍で多いものは、男性では肺がん、女性では乳がんです。眼底に黄白色隆起、漿液性剥離をみたら、FAを行います。すでに原発巣がわかっているがんであれば、良いのですが、眼症状以外の所見がないときは、悩ましいところです。眼病変を検索して、原発巣がわかることもあるという話を聞いて、以前、眼腫瘍の治療を浜松医大にお願いしたことを思い出しました。いくら検索しても、全身に異常がなかったのに、眼球摘出後、病理から肺小細胞癌の転移とわかりました。

難しい専門性の高い病気を、わかりやすく話していただき大変充実した講演でした。あまり経験がないような疾患をお話ししますということでしたが、私自身はすべて経験したことがあり、明日の診療に大変役立つ内容でした。

第65回静岡県眼科医会集談会

平成27年 8 月22日(土)

於 山口駅前ビル 6 F 会議室D

☆一般演題

座長 学術委員 小出健郎

1. 角膜内皮移植術と眼内レンズ強膜内固定術併施例の中期術後成績

順天堂大学医学部附属静岡病院 ○林 雄介 大谷洋揮 古賀暖子
桑名亮輔 松崎有修 松井麻紀
土至田宏 太田俊彦

2. 現時点でベストの最小切開白内障硝子体同時手術

中村眼科医院 ○中村竜大
焼津こがわ眼科 原田隆文

3. LSFGにおける赤雲値の臨床応用と虚血型CRVOに対する抗VEGF療法併用外科的血流再建治療

焼津こがわ眼科 ○原田隆文 田中敦子
長崎大学 松本牧子 北岡 隆
京都大学 鈴間 潔

座長 学術委員 堀江英司

4. 糖尿病黄斑浮腫に対する早期硝子体手術と閾値下凝固

石川眼科医院 ○石川浩平

5. 当院における急性網膜壊死の治療成績に関する検討

順天堂大学医学部附属静岡病院 ○松井麻紀 大谷洋揮 林 雄介
桑名亮輔 松崎有修 山本憲司
土至田宏 太田俊彦

6. ガス置換をせず内境界膜剥離併用の硝子体手術を施行し、短期間に著明な改善を認めた内境界膜下液を伴う乳頭ピット黄斑症候群の1例

市立島田市民病院 ○江崎雄也 小原賢一
焼津こがわ眼科 原田隆文
名古屋市立大学 小椋祐一郎

座長 学術委員 高良俊武

7. 原因不明の両視神経炎に対して血漿交換が有効だった1例

浜松医科大学眼科

○永田祐衣 古森美和 立花信貴

澤田麻友 堀田喜裕

金沢医科大学神経内科

田中恵子

8. 視神経炎の1症例

焼津市立総合病院

○松永寛美 松岡貴大

9. Down症候群の光干渉断層計による計測研究の結果

ら（羅）眼科

○羅 錦營 黒崎祥平 森 啓太

小澤香穂

☆特別講演

座長 会長 飯田文人

「網膜硝子体疾患の診断と治療に携わって」

埼玉医科大学医学部眼科教授 板谷正紀先生

1. 角膜内皮移植術と眼内レンズ強膜内固定術併施例の中期術後成績

順天堂大学医学部附属静岡病院 ○林 雄介 大谷洋揮 古賀暖子
桑名亮輔 松崎有修 松井麻紀
土至田宏 太田俊彦



【目的】術後無水晶体眼に対する角膜内皮移植術（DSAEK）において、一般に眼内レンズ（IOL）縫着術が併用される。しかしIOLは縫着糸のみにて眼内に固定されるため、前房内空気注入時のIOL偏位が危惧される。今回我々は、DSAEKとIOL強膜内固定術併施例の中期術後成績について検討したので報告する。

【症例】症例1は62歳男性。15歳時に火薬瓶の爆発により左角膜裂傷、26歳時に左外傷性白内障手術により術後無水晶体眼、その後左水疱性角膜症発症。当科初診時、左視力20cm/n.d. (n.c.)、左角膜内皮細胞密度（CD）は測定不能。左IOL強膜内固定術+DSAEK施行し、術後3年6ヶ月で左視力0.3×IOL（ $0.6 \times \text{IOL} \times -0.5\text{D} = \text{cyl} -1.5\text{D} \times 170^\circ$ ）、左CDは2304cells/mm²。症例2は88歳男性。23年前に両白内障手術施行、その後右眼視力低下にて近医受診したところ、前房レンズ挿入による右水疱性角膜症との診断。当科初診時、右視力0.08 (0.3)、右CD 363cells/mm²、右前房レンズ摘出+IOL強膜内固定術施行後にDSAEK施行し、術後3年8ヶ月で右視力0.5×IOL（ $0.7 \times \text{IOL} = \text{cyl} -1.0\text{D} \times 100^\circ$ ）、右CDは2793cells/mm²。2例ともに術中、術後合併症は認めず、術後経過良好である。前眼部光干渉断層計（OCT）検査においてもIOL位置は良好である。

【結論】強膜内固定術は縫着術と比較して眼内での固定はより強固と考えられ、術後無水晶体眼に対するDSAEK施行時には強膜内固定術の併用が望ましいと考えられた。

2. 現時点でベストの最小切開白内障硝子体同時手術

中村眼科医院 ○中村竜大

焼津こがわ眼科 原田隆文



【目的】 小切開化が進む白内障手術及び硝子体手術において、現時点で最良のセッティングを示す。

【方法】 観血的血圧測定装置を用いた眼内圧モニタリングシステムを使用し、白内障手術及び硝子体手術の術中眼内圧をモニタリングした。

【結果】 CENTURION[®] による白内障手術では、1.8mm角膜切開においても術中前房内圧は目標IOPにほぼ一定に保たれていた。硝子体手術では、VGFI下での術中IOPは、従来の27G cutterでは、目標IOPに対し10mmhg低く、Twin Duty Cycle cutterでは、20mmhg低下していた。IOP control system下では、術中IOPは、ほぼ目標IOPと等しかった。

【結論】 従来のcutterに比べ、Twin Duty Cycle cutterは切除吸引効率が非常に優れていた。IOP control systemは、VGFIに比べ術中眼内圧をより安定させるのに優れていた。現時点では、CENTURION[®] + Constellation[®] + UST[®] / TDC[®] が最小切開白内障硝子体同時手術のベストセッティングである。

3. LSFSGにおける赤雲値の臨床応用と 虚血型CRVOに対する抗VEGF療法併用外科的血流再建治療

焼津こがわ眼科 ○原田隆文 田中敦子

長崎大学 松本牧子 北岡 隆

京都大学 鈴間 潔



【緒言：目的】 Laser Speckle Flowgraphy (LSFG) では、視神経乳頭大血管の血流速度が測定でき、これは網膜全体の血流量を反映する。また、視神経乳頭の赤雲値は、網膜中心静脈に流れている乳頭内の静脈系毛細血管の拡張・鬱血を表す。よって、急性期の虚血型CRVOでは、網膜血流が少なくなり、赤雲が出て、病態が改善されれば血流は増え赤雲が消失する。CRVOの黄斑浮腫に

は、抗VEGF療法は、効果があるが、網膜無灌流領域の拡大や黄斑虚血を生じると予後不良であるため、網膜血流を増加させる必要がある。LSFGでCRVOの症例で、各治療法における血流と赤雲の推移について調査した。

【対象と方法】 6ヶ月以上経過観察できたCRVOの症例で、1) 抗VEGF療法のみで治療した17眼と2) 抗VEGF療法に視神経乳頭切開術を併用した21眼において、LSFGを用いて血流と赤雲を調べた。

【結果】 網膜血流の指標であるMV-MTは1) 平均28.9から32.9 (two-tail $p=0.0833$) 2) 平均21.8から38.0 (two-tail $p=1.899 \times 10^{-7}$)、赤雲値は、1) 0.26から0.31 (two-tail $p=0.0022$) 2) 0.19から0.31 (two-tail $p=1.879 \times 10^{-6}$) であった。

【結論】 虚血型CRVOに対する抗VEGF療法併用外科的血流再建治療は有用と考えられる。

4. 糖尿病黄斑浮腫に対する早期硝子体手術と閾値下凝固

石川眼科医院 ○石川浩平



【目的】 糖尿病黄斑浮腫に対し黄斑浮腫発症早期に硝子体手術を行い、浮腫の再治療に閾値下凝固（エンドポイントマネージメント、PASCAL®）を行ったので報告する。

【対象と方法】 2010年12月から2014年11月までに既に汎網膜光凝固を行ってあるびまん性浮腫で浮腫発症から12か月以内に硝子体手術を行った48眼（49-89歳、平均65.6歳）を対象とした。硝子体手術は全例内境界膜上の残存硝子体を除去した後、内境界膜除去を行った。エンドポイントマネージメントは照射2週前にラニビズマブ硝子体注射を併用した。

【結果】 観察期間は6-46か月、平均23.3か月、黄斑浮腫発症から手術までの期間は1-11か月、平均3.4か月であった。視力は治療前0.1-0.3が13眼（27%）、0.4-0.6が26眼（54%）、0.7以上が9眼（19%）で、治療後0.1-0.3が6眼（12%）、0.4-0.6が8眼（17%）、0.7以上が34眼（71%）だった。全48眼中浮腫が消失もしくは改善したものは44眼（92%）でそのうち硝子体手術後追加治療を行わなかったものは39眼、通常の網膜光凝固を追加したものが1眼、エンドポイントマネージメントを追加したものが4眼だった。浮腫改善が得られなかったのは4眼（8%）で、そのうち1眼はエンドポイントマネージメントを追加したが再度浮腫が再発した。

【結論】 糖尿病黄斑浮腫に対する早期硝子体手術の有効性は高く、再治療でのエンドポイントマネージメントも有効である可能性が示唆された。

5. 当院における急性網膜壊死の治療成績に関する検討

順天堂大学医学部附属静岡病院 ○松井麻紀 大谷洋揮 林 雄介
桑名亮輔 松崎有修 山本憲司
土至田宏 太田俊彦



【目的】急性網膜壊死（acute retinal necrosis：ARN）は健康な成人に突然発症し、急激な視力低下をきたす難治性の疾患である。今回我々は、当院にてARNと診断された症例の治療成績について検討したので報告する。

【対象と方法】対象は2011年2月から2015年4月までの間に順天堂大学静岡病院にて前房水polymerase chain reaction（PCR）法でHSVあるいはVZV遺伝子が検出され、眼所見および経過からARNと診断された6例6眼（男性4例4眼、女性2例2眼、平均年齢 45 ± 24 歳）。平均観察期間11ヶ月。性別、発症年齢、既往歴、発症から治療までの期間、視力変化、網膜所見（黄白色病変の範囲（zone分類））、蛍光眼底造影検査（FA）、光干渉断層計検査（OCT）、硝子体手術の有無について検討を行った。

【結果】視力変化は、視力改善3眼（50%）、不変2眼（33%）、悪化1眼（17%）であった。病因はVZV 5眼（83%）HSV 1眼（17%）であった。硝子体手術を施行したものは5眼（83.3%）で薬物治療のみで軽快したものは1眼（16.6%）であった。硝子体手術により視機能を維持できたものは4眼（80%）であった。シリコンオイル注入術を必要とした症例3眼はzone Iであった。薬物治療のみで治療した症例は黄白色病変の範囲が限局し、閉塞性血管炎所見が軽度であった。

【結論】ARNにおいて黄白色病変範囲が広範囲の場合、硝子体手術は網膜剥離の予防的治療および視機能維持において有用であると考えられた。

6. ガス置換をせず内境界膜剥離併用の硝子体手術を施行し、短期間に著明な改善を認めた内境界膜下液を伴う乳頭ピット黄斑症候群の1例

市立島田市民病院 〇江崎雄也 小原賢一
こがわ眼科 原田隆文
名古屋市立大学 小椋祐一郎



【緒言】乳頭ピット黄斑症候群は先天異常である視神経乳頭小窩に漿液性黄斑剥離、網膜分離を伴った疾患であるが、内境界膜下に下液を認める症例の報告は少ない。今回、ガス置換をせず内境界膜剥離を併用した硝子体手術を施行し、短期間に著明な改善を認めた乳頭ピット黄斑症候群の症例を経験したので報告する。

【症例】症例は31歳男性、2014年4月頃からの左眼視力低下、霧視を自覚し受診した。矯正視力は左眼（0.06）、視神経乳頭小窩を認め、漿液性網膜剥離、網膜分離および内境界膜下液を認めた。1ヶ月の経過観察で改善を認めず、手術を施行した。内境界膜剥離の範囲は乳頭小窩に接する視神経乳頭辺縁部にまで及び、ガス置換はせず終了した。術後5日目には漿液性剥離および網膜分離の著明な改善を認め、術後10日目には網膜下液は消退し、矯正視力も（0.2）まで改善を認めた。

【考察】篩状板の欠損したピット部位では、後部硝子体皮質から連続した脆弱な網膜組織がクモ膜下腔と硝子体腔の隔壁を成し、髄液と硝子体液の圧較差に連動した隔壁が網膜層間を分離する方向に牽引して髄液が流入するという報告がある。本症例では、内境界膜が剥離様の挙上を示し、髄液の主流路は内境界膜下へ方向であると予測された。PVDの作成が後部硝子体皮質による隔壁の牽引を解除し、さらに乳頭辺縁部にまで及ぶ内境界膜剥離により髄液の流路を硝子体腔へ逸らす経路が形成され、治癒したと考えられる。

7. 原因不明の両視神経炎に対して血漿交換が有効だった1例

浜松医科大学眼科

○永田祐衣 古森美和 立花信貴

澤田麻友 堀田喜裕

金沢医科大学神経内科

田中恵子



【緒言】ステロイド治療抵抗性の抗アクアポリン4 (AQP4) 抗体陽性視神経炎では、血漿交換が推奨されている。今回我々は抗AQP4抗体陰性のステロイド抵抗性両視神経炎に対し、血漿交換が有効であったので報告する。

【症例】54歳女性。平成26年8月に左眼視力低下を自覚。精査の結果、抗AQP4抗体陰性の左視神経炎と診断した。ステロイドパルス治療後、左視力は手動弁から0.3まで改善したが、10月に再発し光覚なしとなった。再度ステロイドパルス治療を施行したが左視力の改善はみられなかった。その後11月に右視神経炎を発症し、頭部MRIにて左視神経から視交叉部、両視索にかけての造影効果が認められた。ステロイド抵抗性であることから、原因抗体は特定できなかったが二重膜濾過血漿交換療法 (DFPP) を6回施行し、右視力は1.2まで改善し耳側半盲も消失した。しかしその2週間後に再発し右眼も光覚なしとなった。再度DFPPを7回施行した結果、右視力は1.0まで改善し中心暗点も消失した。現在ステロイド内服を漸減し経過をみているが右視神経炎の再発は認めていない。経過中に複数回施行した抗AQP4抗体および抗Myelin-oligodendrocyte glycoprotein (MOG) 抗体はいずれも陰性であった。

【考察】原因不明のステロイド抵抗性両視神経炎に対し、血漿交換が有効であった症例を経験した。原因抗体が特定できない視神経炎においても、ステロイド抵抗性の場合は早期の血漿交換が奏効する可能性が示唆された。

8. 視神経炎の1症例

焼津市立総合病院 ○松永寛美 松岡貴大



【緒言】 視神経乳頭腫張を呈する疾患は多々あるが、場合によっては経過の遷延化・治療の逆効果をもたらす可能性がある。今回我々は眼科所見からのアプローチで診断にたどり着いた症例を経験したので報告する。

【症例】 35歳男性。平成24年9月6日～頭痛・食思不振、9月15日～両眼光視症・変視症出現。内科・脳外科受診するも明らかな異常を指摘されなかったが、眼症状の悪化もあり平成24年10月12日当科受診。初診時矯正視力右0.6左0.8、右RAPD (+)、CFF右32左44Hz、両眼の前眼部・中間透光体・隅角に明らかな異常所見を認めなかったものの視神経乳頭腫張と視神経乳頭から黄斑に連続するSRFを認めた。ERG・VEP上明らかな異常所見はなく、GP上両眼ともマ盲点拡大を認めるのみであった。MRI T2では両眼の視神経拡張を認めるのみで、脳内に明らかな異常所見を認めなかった。採血にてD-dimer1.2 fibrinogen488 クリプトネオAb512、髄液検査にて細胞数838蛋白298糖14、これよりクリプトコッカス性慢性髄膜炎とそれに伴う視神経炎と診断した。内科でのアムホテリシンB・フルシトシン加療等により症状軽快。矯正視力両眼とも1.0に改善・視神経乳頭腫張も軽快し眼後遺症も認めず経過良好であった。

【結論】 クリプトコッカス性髄膜炎では眼合併症40%・脳神経麻痺を5～20%に生じるとされている。的確な診断により本症例では良好な経過をたどることができた。

9. Down症候群の光干渉断層計による計測研究の結果

ら(羅)眼科 ○羅 錦營 黒崎祥平 森 啓太
小澤香穂



【目的】 ダウン症候群の眼科的所見は多彩に認められる。多数例の研究報告はあるが、OCT所見に関してはまだ具体的な報告はない。角膜及び網膜に対して精査し、新しい所見について報告する。

【方法】 2011年～2014年までの4年間で、当施設を受診した144名に対し、外来検査122名及び全身麻酔下手術前の24名に対してOCT撮影を行った。OCT装置はSD-OCT iVue (Optovue社)と

羅式仰臥位撮影固定装置を用いた。座位固視標下と全麻下無固視標下で同じモード計測
1. Ganglion Cell Complex (GCC) スキャン、2. 黄斑全体のMAP 解析、3. 視神経周囲の厚みONH スキャン、4. 角膜パキメトリー解析について検討した。

【結果】 144名中撮影可能は81名で、撮影不可は63名であった。正常者100人のデータと比較し、網膜のGCC、MAP、ONH、はDown症では厚く、角膜厚のPACHYmetryは薄く認められた。(ANOVA, $p < 0.01$)。またGCCでの神経線維厚の分布では中心窩を囲む厚いGCC所見の分布と分類として、全周、鼻側半周、上下の厚みを持った特異的な所見が全体の75%にみられた。

【結論】 ダウン症候群のOCT所見の研究から、染色体に起因する先天的な異常または発達・発育障害がOCT所見にも認められた。黄斑部のGCCを重点に解析し、従来に見られなかった組織（胎児期に見られた一過性の組織所見（Transient layer of Chievitz））の残存が考えられた。長期的な視機能の管理にはOCTの導入検査が重要である。

特別講演

『網膜硝子体疾患の診断と治療に携わって』

埼玉医科大学医学部眼科教授 板谷正紀



最近の網膜硝子体診療は「見える」技術の発展により長足の進歩を遂げた。診断においてはOCTをはじめとする眼底イメージング技術の進歩により検眼鏡的には捉えきれなかったさまざまな病変の姿が観察可能となり、疾患の理解が進み、新しい疾患概念が生まれた領域もある。また、最適な治療選択を行うことが可能となった。講演の前半では、眼底イメージング技術の進歩を概観し、具体的な迷う症例を供覧し、OCTを駆使して真実に迫る私なりの取り組みをお話したい。また、最新のOCTアンギオグラフィーの可能性について言及したい。

一方、硝子体手術においても、器具の小孔径化に加えて、広角顕微鏡観察システム、染色技術、固定眼内照明などの「見える」技術の進歩が果たしている役割が大きい。安全で短時間の手術が可能になった。患者負担の少ない手術を目指すことができるようになったとも言える。しかし、増殖糖尿病網膜症や増殖硝子体網膜症は検眼鏡的に治っても時に生活に必要な視機能が十分残らないことがある。埼玉医大ではこのような重症な症例が多い。血管新生緑内障も実に多く、網膜硝子体手術と緑内障手術の両方を極めることの必要性を感じる。このような重症例の治療にあたることにやりがいを感じるとともに、手術技術の限界とさらなる進歩の必要性を強く感じる。さらに3Dデジタル手術についても言及したい。

埼玉の地で網膜硝子体診療にあたり感じていることをお話しさせていただき今後の網膜硝子体診療を展望する。

略歴

1990年 京都大学医学部卒業
1997年 南カルフォルニア大学ドヘニー眼研究所留学
2000年 神戸市立中央市民病院・副医長
2005年 京都大学医学研究科眼科学・講師
2009年 京都大学医学附属病院眼科・特定准教授
2013年 久留米大学医学研究科眼科学講座・准教授
2013年 埼玉医科大学医学部眼科・教授
現在に至る

日本眼科学会専門医、指導医

日本緑内障学会評議員

日本手術学会理事

2013年 AAO Achievement Award

『網膜硝子体疾患の診断と治療に携わって』を聴いて

静岡市 石川 浩平

私は名古屋大学眼科所属時代、画像班といわれる部署にいました。板谷先生も今回のご講演の冒頭で「私はビジュアルが得意」とおっしゃっており、大学時代に一生懸命取り組んできた分野の最新の知見を得られるということで、今回の講演を大変楽しみにしておりました。

ご講演では、①2003年ごろ網膜静脈分枝閉塞症に対し血管内カテーテルの挿入を試みる研究を行い、同時期に手術の支援器具の研究などもされたこと ②OCTの開発に多く携わり、スペクトラルドメインOCTが世の中に登場し、OCTは単に診断だけではなく、発症過程もみられること ③OCTとは距離を測る技術であり、タイムドメインからスペクトラルドメインなどのOCTの進歩はスピードの進歩であり、最近ではいかにノイズがない画像を取得するかが重要となり、ノイズフリー画像がスタンダードとなってきていること ④OCT読影の基本として、OCTの光は細胞層では反射しない、線維層、境界面で反射するとされており、網膜外層にみられるIS-OS lineはEllipsoidであるという最近の論争点があり、新しい補償光学SD-OCTの導入によりさらに議論されているところであるということ ⑤分層円孔は硝子体の遠心性の牽引であり中心窩網膜は薄く、黄斑上膜による偽黄斑円孔は硝子体の求心性の牽引であり網膜は薄いこと ⑥網膜色素上皮は細胞でありながらメラニン色素が豊富であるためOCTの光の反射が強く、2本のlineとして見え、さらにブルッフ膜は正常な状態では確認は困難であるがドルーゼンやポリープ状脈絡膜血管症であると確認できること ⑦OCTのノイズ除去技術の進歩により神経節細胞層がよく見えるようになり緑内障診療に有用になったが、落とし穴もありどの層が薄くなっているかをよく見て他疾患と鑑別をすることが大切であること ⑧病的毛細血管の検出が可能となりMacTelのタイプ分けもでき、さらに病態の解明にOCTが貢献していること ⑨EDI-OCTはOCT画像をミラーイメージにすることにより脈絡膜血管や篩状板が見やすくなり、原田病では脈絡膜の肥厚と炎症による脈絡膜紋理の消失、中心性漿液性脈絡網膜症(CSC)では大血管の拡張がみられる。さらに最近新しい疾患概念として、CSC発症数年後に脈絡膜新生血管が生じるPachychroid neovascularopathyというものがあり、日本人のAMDと診断されているうち症例の中にある程度存在している可能性があること ⑩補償光学レーザー検眼鏡の開発により、視細胞の可視化が可能となり、黄斑円孔の術前に視細胞の移る範囲の大きさにより視力の予後判定ができる可能性があること ⑪OCTアンギオグラフィーは3D画像を何枚もとリ、その画像の中での動きを捉える技術で、糖尿病網

膜症の毛細血管瘤を造影画像と比べると毛細血管瘤がうつったりうつらなかったりする、動きのある毛細血管瘤だけ治療すればいいのかなど今後の研究課題であること ⑫新しい話題として、網膜の4層の毛細血管網の描出、緑内障の乳頭周囲の毛細血管の減少、篩状板の毛細血管の減少についての研究 ⑬埼玉での難治症例の紹介 と非常に盛りだくさんのお話をいただきました。

私は加齢黄斑変性や脈絡膜新生血管を専門として研究をしてきましたので、今回のお話の中でPachychroid neovascularopathyやOCTアンギオグラフィーの話題には特に興味を持ちました。Pachychroid neovascularopathyはこれまで診てきた病気の中に典型的な加齢黄斑変性とは違うなと感じていたものに、新しく名前がついたもので、医療機器の発展により疾患概念も日々進化していくことを感じました。また、OCTアンギオグラフィーは加齢黄斑変性のような凹凸の大きな病変に関してはまだまだ開発がついてきていないということも、よくわかりました。私が眼科医になって15年、この短期間でもびっくりするぐらい機器が進歩し、診断、治療方法も変わってきましたが、今回の板谷先生のご講演は遠い未来ではなく、近い未来に実現しうるさらなる眼科の進歩を肌で感じる事ができ、それに合わせて私たちの知識のレベルアップも必要とされることを感じました。

第66回静岡県眼科医会集談会

平成28年2月27日(土)

於 山口駅前ビル

☆一般演題

座長 学術委員 花崎秀敏

1. 開瞼は視野確保のためだけでなく、青斑核を刺激するために行われる

栗橋眼科

○栗橋克昭

松尾形成外科・眼瞼クリニック、信州大学

松尾 清

2. 受刑中に適切な医療を受けることができず失明した症例の経験

石井第一眼科

○石井るみ子

3. 視覚障害疾患の治療とロービジョンケア（LVC）

さくら眼科

○松久充子

座長 学術委員 下山 勝

4. 最近6年間における角結膜腫瘍および腫瘍状病変の検討

順天堂大学医学部附属静岡病院

○大谷洋揮

土至田宏

古賀暖子

林 雄介

桑名亮輔

松崎有修

松井麻紀

太田俊彦

5. ROCK阻害剤が奏功した白内障手術における角膜内皮障害の1症例

焼津こがわ眼科

○田中敦子

原田隆文

6. 当院におけるIOL二次挿入術原因疾患の推移—IOL偏位・落下例についての検討

順天堂大学医学部附属静岡病院

○松崎有修

大谷洋揮

古賀暖子

林 雄介

桑名亮輔

松井麻紀

土至田宏

太田俊彦

7. 桑山式Trabeculectomyと従来のTrabeculectomyとの比較検討

杉浦眼科

○杉浦 毅

座長 学術委員 小出健郎

8. tPAの網膜下注入について

市立島田市民病院

○小原賢一

江崎雄也

9. 未治療ポリープ状脈絡膜血管症に対するラニビズマブ・トリアムシノロン併用光線力学的療法

石川眼科医院

○石川浩平

10. 滲出型加齢黄斑変性に対するアフリベルセプトによるtreat and extend治療

－1年経過例の治療間隔について－

聖隷浜松病院

○尾花 明

郷渡有子

瀬戸孝彦

11. 学校健診で発見された若年性網膜分離症に対しDorzolamide 点眼が奏効した1例
ら（羅）眼科 ○羅 錦營
なかがわ眼科 中川里佳

座長 学術委員 青沼秀実

12. 静岡県立子ども病院における虐待を疑われた小児の眼底所見

浜松医科大学¹⁾

東北大学眼科²⁾

静岡県立こども病院眼科³⁾

上野眼科⁴⁾

中東遠総合医療センター⁵⁾

静岡県立こども病院小児集中治療センター⁶⁾

埼玉県立小児医療センター 集中治療室・救急⁷⁾

○橋本清香^{1), 2), 3)} 西村香澄^{3), 4)}

澤田麻友^{1), 3)} 土屋陽子^{3), 5)}

彦谷明子^{1), 3)} 川崎達也⁶⁾

植田育也⁷⁾ 佐藤美保^{1), 3)}

13. Leber遺伝性視神経症の1例

焼津市立総合病院

○松岡貴大 松永寛美

☆特別講演

座長 会長 飯田文人

「緑内障診断と治療のトピックス」

東京大学大学院医学系研究科外科学専攻感覚・運動機能医学講座眼科学教授

相原 一先生

1. 開瞼は視野確保のためだけでなく、青斑核を刺激するために行われる

栗橋眼科 ○栗橋克昭

松尾形成外科・眼瞼クリニック、信州大学 松尾 清



【目的】開瞼でミューラー筋機械受容器を伸展すると、三叉神経中脳路核を介して、覚醒・筋緊張・交感神経の中樞の青斑核を刺激する。腱膜が瞼板より外れると、ミューラー筋機械受容器が強く伸展されるため、青斑核の刺激が強すぎるために、頭痛・肩こり・鬱症状に悩んでいる人は少なくない。これらの症状は、ミューラー筋機械受容器に強い刺激が加わらないように、外れた腱膜を固定し、眉毛挙上術を行うと、劇的に治癒することがまれでない。この手術は、青斑核を介する、様々な症状を改善する。

【症例】60代男性。主訴：夕方になると羞明と開瞼困難。慢性の肩こり、鼻閉、左耳鳴。手足の冷えと霜焼け、不眠、歯肉炎、動悸、腰痛、下腿浮腫など多彩。60代になって症状は悪化。腱膜固定を施行し上記症状の大部分が改善したが術後3週間目に再び症状出現。眉毛挙上術を施行し、術直後から症状が改善した。

【結論】腱膜性眼瞼下垂症の症状は多彩である。開瞼は、Glasgow Coma Scaleにあるように、覚醒反応であり、ミューラー筋機械受容器伸展により、青斑核を介して、覚醒の中樞である腹内側前頭前野を刺激したり、筋緊張、交感神経緊張をコントロールしている。ミューラー筋機械受容器の感度を調節するために、腱膜固定だけでなく、眉毛挙上術が必要な場合がある。

Matsuo K et al. PLOS ONE 2015; 10; e0134659. インターネットで参照。

2. 受刑中に適切な医療を受けることができず失明した症例の経験

石井第一眼科 ○石井るみ子



【目的】 受刑者にも最低限の医療を受ける権利があるはずであるが、1年半の拘留と服役の間に両眼失明した症例に出会い、法テラスの弁護士とともに国に反省を促した経験を報告したい。

【症例】 62歳男性（浜北区に家および仕事場があった）。事例：初診は2009年6月26日、執行猶予中の無免許運転と飲酒運転にて2007年12月18日から2008年4月まで拘置、その後2009年6月25日まで甲府刑務所で服役、出所翌日、沖縄在住の弟に連れられて、当院を受診した。初診時、右視力＝指数弁、左視力＝光覚なし。両眼とも視神経萎縮あり。身障の手続きをするとともに、刑務所内の医療の現状を聞き、受刑中であっても、これほど人権が軽視されているのか？と、疑問に思い、法テラスのJ弁護士とともに、国に問うことにした。緑内障は必ず失明する病気という常識が信じられている中、繰り返し、緑内障治療のAGISやEMGTやCIGTSなどの資料を添付し解説した意見書を提出、それとともに、受刑中の看守の証言や医務官の証言を集め、話し合った。

【結果】 2012年6月15日に国は和解を求めてきたため、終了とした。

【結論】 受刑者であっても、こういう不幸な事例が繰り返されてはいけない、眼科医会の先生方にも理解してもらいたく、この3年間の経験を報告する。

3. 視覚障害疾患の治療とロービジョンケア（LVC）

さくら眼科 ○松久充子



【目的】 最先端の眼科治療は非常に重要である。しかしながら治療の甲斐なく視覚障害になる症例はなくなる。視機能の低下に伴って必要なLVCを実施する連携治療が必要である。

【対象と方法】 当院でLVCを実施した症例について検討した。

【結果】 症例1. 57歳、黄斑ジストロフィー：障害者手帳の該当前に紹介され産業医と連携して環境配慮を実施して手帳取得後も定年まで勤務可能となった。

症例2. 6歳、黄斑低形成・知的障害：知的支援学級に就学予定のところ就学時健診で視

力測定不能のため受診した。3級該当。視覚支援学校に就学変更し、学校と連携して単眼鏡、書見台の使用iPad活用による学習支援を継続している。症例3. 73歳、糖尿病網膜症：硝子体術5年後に紹介受診。直ちに3級及び介護保険を申請し読み書き趣味を再開した。症例4. 38歳、網膜剥離・知的障害・保護者不在：術後6年、障害者就労施設で閉じこもり生活。直ちに2級申請し生活支援員を配置した。

症例5. 50代、緑内障：治療に専念するべきとの主治医の意見で手帳申請できず。2級該当。手帳取得後、就労支援制度の活用で通勤及び就労継続可能となった。

【結論】治療とLVCに境界を設けることは難しい。良いほうの目の視力が0.5未満、読み書き歩行の不便や羞明を訴える患者には治療と並行してLVC医との連携を勧めたい。静岡県眼科医会HPにLVC外来リストと連携依頼の雛型があるので活用されたい。

4. 最近6年間ににおける角結膜腫瘍および腫瘍状病変の検討

順天堂大学医学部附属静岡病院 ○大谷洋揮 土至田宏 古賀暖子
林 雄介 桑名亮輔 松崎有修
松井麻紀 太田俊彦



【目的】角結膜腫瘍および腫瘍状病変は比較的稀な疾患である。今回我々は、最近6年間に経験した20例の検討を行った。

【対象と方法】2009年7月から2015年6月までの6年間に、順天堂大学医学部附属静岡病院眼科で病理組織学的検索を行った角結膜腫瘍及び腫瘍性病変20例を対象に、その種類と頻度、および悪性腫瘍の占める割合についての検討を、カルテの記載をもとにレトロスペクティブに行った。なお、霰粒腫と翼状片は除外した。

【結果】対象の内訳は、男性14例、女性6例で、摘出時平均年齢は 49.8 ± 22.0 歳（2～75歳）であった。最も多かったのは嚢胞4例（20%）と炎症性細胞浸潤4例（20%）で、脂腺過形成3例（15%）、乳頭腫2例（10%）と続いた。悪性腫瘍は1例（5%）で、75歳男性の上皮内癌であった。部位別では鼻側球結膜が11例（55%）と最多で、耳側球結膜5例（25%）、眼瞼結膜2例（10%）、下方球結膜1例（5%）と続いた。悪性腫瘍は耳側球結膜由来であった。鼻側球結膜のものうち5例（25%）が涙丘部に認められ、内訳は脂腺過形成2例、乳頭腫と嚢胞と結膜上皮基底層過形成が各1例で、うち乳頭腫を除く4例で炎症性細胞浸潤を伴っていた。

【結論】悪性腫瘍は既報（土至田ら、日眼会誌99：186-9,1995）の7.9%と比較してほぼ同

等と考えられた。良性腫瘍のうち非常に稀とされる涙丘部腫瘍が5例でみられた。その発症機序は不明であるが、うち4例では炎症の関与が示唆された。

5. ROCK阻害剤が奏功した白内障手術における角膜内皮障害の1症例

焼津こがわ眼科 ○田中敦子 原田隆文



【緒言】 ヒトやサルなどの霊長類では、角膜内皮は生体内では通常増殖はしない。疾病や手術により広汎に角膜内皮が障害されると、水疱性角膜症を生じ、現時点では唯一の治療法は、ドナー角膜を用いた角膜移植である。2009年にRhoキナーゼ（ROCK）阻害剤を点眼薬として用いることで、角膜内皮細胞の細胞増殖・創傷治癒を促進することが明らかになり、臨床研究が開始されている。

今回白内障手術時に角膜中央部を含む角膜全体の60%以上のデスメ膜剥離が起こり水疱性角膜症を生じた症例にROCK阻害薬が奏功した1症例を報告する。

【症例】 74歳女性 2015年10月1日 右眼術前視力0.06の褐色白内障の症例に、皮質吸引時に残存している前囊と誤認し角膜全体の60%以上のデスメ膜を吸引除去した。術翌日、右眼視力0.01デスメ膜剥離が生じた部位では重度の水疱性角膜症で、角膜内皮は完全に消失しており、通常の消炎治療では術後3週間全く改善は認められず、10月23日よりROCK阻害薬を1日6回点眼した。

【結果】 点眼後1週間で、角膜透明性は回復し右眼視力0.5 12月1日には右眼視力1.0 角膜内皮1098cell/mm²まで回復した。

【結論】 ROCK阻害薬は、初期の水疱性角膜症や眼内手術による角膜内皮障害に有効であると考えられる。

6. 当院におけるIOL二次挿入術原因疾患の推移—IOL偏位・落下例についての検討

順天堂大学医学部附属静岡病院

○松崎有修 大谷洋揮 古賀暖子

林 雄介 桑名亮輔 松井麻紀

土至田宏 太田俊彦



【目的】近年の高齢化社会の到来によりわが国における白内障手術件数は年々増加し、IOL縫着術やIOL強膜内固定術に代表されるIOL二次挿入術を行う症例も増加している。今回我々は、白内障術後にIOL偏位や落下に至った症例の原因について検討したので報告する。

【方法／対象】対象は2005年1月から2014年12月までの10年間に順天堂大学静岡病院にてIOL二次挿入術（IOL縫着術あるいは強膜内固定術）を施行した383例407眼（男性227例241眼、女性156例166眼、平均年齢 70.9 ± 14.1 歳）のうち、原因疾患としてIOL偏位や落下を認めた104眼。診療録をもとにIOL偏位や落下の原因につき調査を行った。

【結果】IOL偏位や落下例のIOL二次挿入術施行眼全体に占める割合は、2005年の34%から2014年の49%へと増加傾向を認めた。原因疾患として、硝子体術後21眼（20.2%）、外傷10眼（9.6%）、囊外固定後9眼（8.7%）、IOL縫着術後8眼（7.7%）、落屑症候群6眼（5.8%）、チン小帯断裂3眼（2.9%）、laser iridotomy（LI）後2眼（1.9%）、ECCE後2眼（1.9%）、ぶどう膜炎2眼（1.9%）であった。またIOL縫着術後のIOL偏位、落下例の増加傾向も認められた。

【結論】10年前はIOL二次挿入術施行眼の原因疾患として術後無水晶体眼が最も多かったが、最近ではIOL偏位、落下例やIOL縫着術後の偏位例の増加が認められ、その対応が急務であると考えられた。

7. 桑山式Trabeculectomyと従来のTrabeculectomyとの比較検討

杉浦眼科 ○杉浦 毅



【目的】 桑山式Trabeculectomy (KT) と従来のTrabeculectomy (JT) の術後経過を比較検討し、KTの利点を解説する。

【症例】 原発開放隅角緑内障、及び続発緑内障を有する症例で術後2年以上経過観察されたKT施行例45眼 (KT群) とJT施行例30眼 (JT群)。

【方法】JTの欠点とKTの特徴と利点を解説し、両群の術後6ヶ月、1年、2年目の平均眼圧、術前との眼圧下降率、術後2年目での眼圧下降剤の平均使用本数、術後1年目までのNeedling施行率を比較検討した。

【結果】 JTは、術後早期の管理が難しく、Avascular cystic blebを形成し、術後blebからの房水漏出、感染症の危険が常にあり、一生抗生剤点眼を中止できないなどの欠点を有する。KTは、術後早期の管理が容易で危険も少なく、日帰り手術でも十分対応できる。さらに、Vascular blebを形成し、術後の感染の危険が少なく、抗生剤点眼も術後1ヶ月で中止できる。KT群、JT群の平均眼圧(眼圧下降率)は、それぞれ、術後6ヶ月目:11.2(53%)、12.0 (49%)、1年目:11.9 (48%)、13.0 (45%)、2年目12.5 (45%)、13.8 (42%)であった。眼圧下降剤の平均使用本数は、KT群で0.15本、JT群で0.35本であった。Needling施行率は、KT群で、18%、JT群で49%であった。

【結論】 KTは、JTに比して、術後の管理、安全性に優れ、眼圧下降率も良好で、患者のQOLの向上にも優れた術式である。

8. tPAの網膜下注入について

市立島田市民病院 ○小原賢一 江崎雄也



【目的】 加齢性黄斑変性症や網膜細動脈瘤破裂による網膜下出血を日々経験する。昨今、組織プラスミノゲン活性化因子 (以下tPA) を網膜下に注入する方法が、普及しつつある。2年前にも集談会にて3例報告した。しかし、実際注入するtPAの総量や硝子体内に置換するガスの量、溶解したtPAの網膜下への注入により、どの程度網膜剥離を作成するか、いまだしっかりした報告は

少ない。そこで、当院での経験を報告する。

【対象と方法】 最近2年間における当院での加齢性黄斑変性症および網膜細動脈瘤破裂によって生じた網膜下出血に対して、硝子体手術に加えtPA網膜下注入を行った症例について報告する。さらに、tPAの使用方法についても、時間の許す限り報告する。

【結論】 概して、硝子体手術に加えtPA網膜下注入する方法は、網膜下血腫をある程度十分にそして速やかに移動させる事が出来ると考えられる。しかし、加齢性黄斑変性症に対してこの方法をする場合、その後の抗VEGF療法が効きにくくなることにも留意しなければならない。それ故に、この手術を選択した場合には、最大限の効果を発揮出来るような各種パラメーターを考慮しなければならない。

9. 未治療ポリープ状脈絡膜血管症に対するラニビズマブ・トリウムシノロン併用光線力学的療法

石川眼科医院 ○石川浩平



【目的】 未治療ポリープ状脈絡膜血管症（PCV）に対するラニビズマブ硝子体注（IVR）と光線力学的療法（PDT）の併用療法の多施設前向き試験の結果が報告された（富士山スタディ）。それによるとIVRにPDTを初回または遅れて併用したどちらの群も、12か月の視力や解剖学的変化の改善においては類似しており、初回にPDTを併用した群で有意に追加治療を減らすことができたということだった。当院ではラニビズマブ・トリウムシノロン併用光線力学的療法（トリプル療法）を以前より行っており、未治療PCVに対する効果をまとめた。

【対象と方法】 未治療PCVに対しトリプル療法を行い、12か月（45眼）、24か月（29眼）、36か月（14眼）経過した症例を対象とした。治療方法はIVR0.5mg、トリウムシノロン20mgテノン嚢下注を行った3日後にPDTを行い、その1か月後、さらにその1か月後にIVRを施行した。滲出が再発した場合は上記治療の追加を行った。

【結果】 平均視力は治療前0.38、12か月後0.63、24か月後0.55、36か月後0.47だった。平均総治療回数は12か月IVR 3.3回、PDT 1.1回、24か月 IVR 4.7回、PDT 1.7回、36か月 IVR 6.4回、PDT 2.1回だった。平均追加治療回数は12か月IVR 0.3回、PDT 0.1回、24か月 IVR 1.7回、PDT 0.7回、36か月 IVR 3.4回、PDT 1.1回だった。

【結論】 未治療PCVに対するトリプル療法は少ない治療回数でPCVの滲出を抑えることができる可能性がある。

10. 滲出型加齢黄斑変性に対するアフリベルセプトによるtreat and extend治療－1年経過例の治療間隔について－

聖隷浜松病院 ○尾花 明 郷渡有子 瀬戸孝彦



【目的】 アフリベルセプトによる滲出型加齢黄斑変性治療は、導入期3回に続く2ヶ月毎の固定投与により良好な成績が報告されている。しかし、長期にわたる固定投与は患者の物理的、経済的負担が大きく、過剰投与の可能性もあることから非現実的である。そこで、徐々に治療間隔を延ばすtreat and extend (TAE) が検討されているが、投与方法とその成績は未だ確立していない。当科

で施行したTAE症例について、主に形態学的効果と治療回数を検討した。

【対象と方法】 対象は2014年1月～11月にTAEを施行した25眼（男17眼、女8眼、57～88歳平均 74.5 ± 7.4 歳）である。導入期にアフリベルセプトを3回投与し、その後はOCTで滲出性変化の有無を判定、1ヶ月単位で延長し最長4か月間隔とした。

【結果】 平均経過観察期間は379日（162～544日）。導入期治療で滲出が消失したのは23眼で、最終受診時に滲出なしは13眼（内5眼は線維化あり）、滲出ありは12眼であった。9眼は4か月まで治療間隔を延長でき、11眼は2～3ヵ月毎の再治療を要した。両者で病型や性別に有意差はなかった。

【結論】 37%の症例は治療間隔を4か月まで延長可能で、必要時治療（PRN）の検討結果を踏まえるとこれらは継続治療を必要としない可能性がある。一方、PRNと同様に2、3ヵ月毎に繰り返し治療を要する症例が多いことも明らかになった。

11. 学校健診で発見された若年性網膜分離症に対しDorzolamide点眼が奏効した1例

ら（羅）眼科 ○羅 錦營
なかがわ眼科 中川里佳



【目的】若年性網膜分離症は1.5～3万人に一人の稀な網膜ジストロフィーである。Xp22.1染色体にあるretinoschisin遺伝子（RS1、以前XLRS1）の突然変異に起因する。治療法は確立されていない。ドルゾラミド点眼、アセタゾラミド内服および硝子体手術による有効性が報告されているが、年少児の報告は少ない。今回、

学校健診で視力の精査目的で発見された症例に対し点眼治療した結果、視力および光干渉断層計（OCT）所見が有意に改善したため報告する。

【症例】6歳男児、父子家庭。学校健診で視力低下の精査上、OCTに黄斑部浮腫所見が認められた。精査のため紹介された。初診時視力右0.5（0.6 x +1.5D）、左0.5（0.7 x +1.5D）。両眼底に黄斑部の車軸状紋様、周辺部に金箔様変化が認められた。OCTで黄斑部に内顆粒層を中心に柱状構造物で仕切られた網膜分離腔を認め、中心網膜厚（CRT）は右470 μ m、左498 μ mであった。蛍光眼底造影では異常を認めなかった。ERG上ではフラッシュ時のb波、フリッカー、CONEの反応低下が認められた。パターンVEP及びフラッシュVEPでは左右差が認められた。初診から6か月目よりドルゾラミド1%点眼を両眼に1日3回を開始した。6か月目で視力右1.0、左0.8（n.c.）；CRT右336 μ m、左311 μ mであった。その後は一進一退のCRTを示し、6か月間視力は維持されていた。

【結論】6歳の若年性網膜分離症に対してドルゾラミド点眼治療が有効であったことを報告し、網膜の形態学的変化は受診の度に变化するが視力の改善は安定していた。長期的な観察が必要である。OCTの発達によって本症は発見しやすくなる。今後低年齢層の健診症例の増加が見込まれるため、治療内容の再検討が必要と思われる。

12. 静岡県立子ども病院における虐待を疑われた小児の眼底所見

浜松医科大学¹⁾

東北大学眼科²⁾

静岡県立こども病院眼科³⁾

上野眼科⁴⁾

中東遠総合医療センター⁵⁾

静岡県立こども病院小児集中治療センター⁶⁾

埼玉県立小児医療センター 集中治療室・救急⁷⁾

○橋本清香^{1), 2), 3)} 西村香澄^{3), 4)} 澤田麻友^{1), 3)} 土屋陽子^{3), 5)}

彦谷明子^{1), 3)} 川崎達也⁶⁾ 植田育也⁷⁾ 佐藤美保^{1), 3)}



【目的】近年、児童相談所への虐待相談件数が増加の一途をたどっており、被虐待児の診断と治療は我が国にとって重要な課題である。虐待性頭部外傷は一見外傷はなさそうに見えるが、予後不良とされる重症疾患であり、その虐待の有無の判断において、眼底出血の有無が重要とされている。我々は、静岡県内の虐待の現状を把握し、眼科所見との関連を明らかにすることを目的として、

今回の研究を行った。

【対象】2010年1月から2014年12月までの5年間に、静岡県立こども病院において、虐待の疑いで眼科診察を依頼された児を対象とした。児の性別・紹介時の年齢、受傷起点、頭蓋内合併症の有無、眼底出血の有無・程度、児童相談所へ通告の有無などについて検討した。

【結果】虐待を疑われ、当科へ紹介になった児の総数は5年間で71名であった。

眼底出血は71名中17名（24％）に認め、頭蓋内合併症は56名（79％）に認めた。眼底出血は後極を中心とし、出血の数が多く、多層性で、網膜分離を伴うものが多かった。眼底出血を認めた17名中、15名（88％）が虐待事例として児童相談所へ通告されていたのに対し、眼底出血を認めなかった54名のうち、24名（44％）しか通告されていなかった。

【結論】静岡県立こども病院眼科へ紹介となった、虐待を疑われた児について検討した。眼底出血の有無が、児への対応（通告の有無）の重要な判断材料となることが分かった。

13. Leber遺伝性視神経症の1例

焼津市立総合病院 ○松岡貴大 松永寛美



【緒言】 Leber遺伝性視神経症は10～30歳の男性に好発する難治性のミトコンドリア遺伝性疾患である。今回我々は中年発症・新鮮例のLeber遺伝性視神経症を経験したので報告する。

【症例】 51歳男性。2015年6月15日より右眼視力低下を自覚し両眼視神経炎疑いにて6月30日当科紹介受診となった。初診時矯正視力右0.04 左0.5、右RAPD陽性、中心フリッカー値は右10Hz未満 左25Hz、前眼部・中間透光体に明らかな異常所見を認めなかったものの、両眼視神経乳頭の発赤・腫脹とGoldmann視野計で中心暗点を認めた。両眼共にnegative ERG, VEP上潜時延長はないが振幅低下が見られ、蛍光眼底造影で乳頭周囲の微細血管症を、OCTでは特に右眼網膜の菲薄化を認めた。視神経炎と考え、ステロイドパルス療法を施行するも効果なく、抗AQP4抗体陰性、ミトコンドリア遺伝子G11778Aに変異が見つかり、Leber遺伝性視神経症と診断した。

【結論】 Leber遺伝性視神経症は診断・治療に苦慮することが多いが、今回左右差のある新鮮症例を経験することで、遺伝子検査とともにOCTなどの画像から診断に役立つ情報を得ることが出来た。

特別講演

『緑内障診断と治療のトピックス』

東京大学大学院医学系研究科外科学専攻感覚・運動機能医学講座眼科学教授

相 原 一



緑内障診断には最近OCTが導入されて、ある面では診断や患者教育、また一部では経過観察にも有用となってきたが、乳頭黄斑網膜組織には個人差が極めて大きいため、いくらOCTの緑内障診断プログラムで陽性になっても参考データとして利用し、従来通り視野と眼底写真での診断を優先すべきである。OCTがない頃から診断に悩ましいのは病的近視を含めた強度近視眼であり、形状異常乳頭が多く非典型的な構造および機能異常を呈し、OCT所見も全く参考にならない。近視眼は緑内障の危険因子であるが、必ずしも進行の危険因子ではなく、慢性進行性の視神経症ではなく、一過性の視神経症の可能性が示唆される。しかし、脆弱な視神経乳頭では正常眼圧でも障害を与えているかもしれない。従って、治療方針も悩ましく、高眼圧ならもちろん、正常眼圧でも進行していれば眼圧下降しか手がないのが現状であろう。このような悩ましい近視乳頭と同様に形状異常を呈する乳頭の話をしたい。また、治療については多くの薬物が可能であるが、基本は4剤が限界で、多剤併用による眼圧下降には限界があり副作用とアドヒアランス低下が増えるだけである。最近のROCK阻害薬も特徴があるため、まだその正確な臨床評価は定まっていない。このような薬物治療の現状をお話したい。

略歴

1989年 東京大学医学部医学科卒業

1998年 東京大学大学院生化学細胞情報部門卒業 医学博士

1998年 東京大学医学部眼科学教室 文部教官助手

2000年 カリフォルニア大学サンディエゴ校緑内障センター 臨床指導医
2001年 カリフォルニア大学サンディエゴ校緑内障センター 主任研究員
2003年 東京大学医学部眼科学教室 医学部専任講師
2012年 東京大学医学部眼科学教室 准教授
2012年 四谷しらと眼科副院長
2014年 東京医科歯科大学特任教授兼任
2015年 東京大学医学部眼科学教室 教授

静岡市 下 山 勝

第66回静岡県眼科医会集団会特別講演に東京大学教授相原一先生をお招きし、「緑内障診断と治療のトピックス」について御講演頂いた。三部構成で、「非典型形状乳頭と緑内障」、「薬物治療のアップデート」そして「MIGS (Minimally invasive glaucoma surgery)」について、日々の診療に役立つ新しい知見を学ぶことができた。

まず、「非典型形状乳頭と緑内障」において、OCTを用いた緑内障診断について強度近視眼を中心に多数の症例を提示して頂いた。OCTのみで緑内障と診断してはいけないこと、眼底所見もチェックし視野障害との整合性を確認するなど基本的な診察をおろそかにしてはいけないことを教えて頂いた。OCTデータの異常値を評価する際には、統計的にはずれ値があるように、統計的に正しいと言えることが個別の症例に言えるかは別であるとの重要なポイントをご指摘頂いた。確かに、「OCT緑内障」という言葉ができてしまったように、OCTでは緑内障と診断できるが実際は緑内障ではないケースは多々ある。緑内障診断には眼底写真を見る、実際に眼底所見をみることの大切さを再認識させられた。具体的には、OCTでNFLDを認めても網膜循環障害後に生じた場合もある。また、眼底血管アーケードの走行角度には個人差があり乳頭cpRNFLのhumpにズレがある症例においては、正常眼であってもOCTでは緑内障様の異常所見を呈することがある。強度近視眼では、いわゆるGCCの厚みが異常値を示すことがあるが、このような症例においては黄斑部で上下の差をみると緑内障診断の助けになるとのポイントを教えて頂いた。

眼底所見では緑内障性視神経障害を認めるが、視野に異常がでていない前視野期緑内障(PPG)の治療開始時期については、答えはでていない、積極的な治療は必要ないのでは？とのことでした。治療するか否かについては、他の視野検査方法での評価や患者の年齢、危険因子、他眼の状態、OCT所見進行の有無などを総合的に判断し個別に治療方針を検討する必要があると思われた。

近視と緑内障について、近視は緑内障発症の危険因子として知られているが、進行リスクにおいてはむしろ進行しにくいことが知られている。眼球の構造変化における神経線維断裂、篩状板や乳頭周囲強膜の脆弱化、乳頭ピット、視神経の循環障害など、構造変化や循環障害が視野障害に寄与することがある。緑内障における特異的な視神経障害の状態は緑内障性視神経症GON (Glaucomatous Optic Neuropathy) と呼ばれているが、近視性の視神経症としてMON (Myopic Optic Neuropathy) の概念も提唱されている。この項目のまとめスライドで、神経細胞数を縦軸に、正常者、非強度近視、強度近視、病的近

視の4つのパターンの経時的な変化をグラフで提示して頂いた。とても分かりやすくイメージできた。MON/GON仮説のなかに病的近視を取り入れた概念で、強度近視の症例では早い段階で神経細胞の減少を来し、その後ゆっくり減少、病的近視ではさらに早い段階で神経のダメージを引き起こす。この早い段階での障害は主にMONによるものであるが、MONとGONは独立して別々のこともあれば両者が重なる病態もある。その割合や程度は経時的に変わる可能性があるがその評価方法は確立していない。近視性のMONでも進行する可能性はある。また、病的近視においてはGONの確認は困難であることが多い。強度近視眼における緑内障診療において、MON/GONの評価、治療方針の確立は今後の研究課題と思われる。

「薬物治療のアップデート」では、眼圧下降効果について、眼圧測定値がピーク値なのかトラフ値なのかを意識することも大切と教えていただいた。論文を読む時にもこの点を意識して読む必要があると思われた。

「MIGS」は、比較的低侵襲で眼圧下降効果を期待でき今後の発展が期待されている。今回、AqueSys XENとInnFocus Microshuntについてご紹介頂いた。これらの手技はYouTubeでも観ることができる。iStentやGold Micro ShuntなどもMIGSとして以前から施行されているが、deviceを使用する手術は閉塞の危惧やトラブル時にリカバリーしやすいか否かの問題、そして適応や長期的な成績について今後評価されていくと思われる。

今回、強度近視眼の緑内障診断を中心にご講演頂いた。日常診療において迷うことが多い近視眼の緑内障治療を見直すきっかけになった。このような症例に対し必要のない治療を行っていないか、他の病態を合併していないか、今の治療が適切か、改めて個々の症例について再検討する必要があると思われた。最先端の知識も学ぶことができとても素晴らしいご講演であった。

第32回 遠州眼科医会集談会

日時：平成27年11月14日(土) 16：00～19：00

会場：グランドホテル浜松 2階 鳳東の間

☆一般講演

1. 難治症例に対する全涙道再建術

栗橋眼科

○栗橋克昭

2. 先天性上斜筋麻痺に対する下斜筋減弱術と上斜筋強化術の併用

浜松医科大学 眼科

○古森美和 鈴木寛子 澤田麻友

彦谷明子 堀田喜裕 佐藤美保

JA静岡厚生連遠州病院 眼科

原田祐子

3. 当院における人工水晶体強膜内固定と術中・術後合併症

海谷眼科

○大山泰司 齋藤恒浩 石黒利充

海谷眼科・みどり台海谷眼科・かけ川海谷眼科

大澤亮子 海谷忠良

海谷眼科・みどり台海谷眼科

湯口琢磨

かけ川海谷眼科

大城三和子

4. 剥離、再考

小出眼科

○小出健郎

5. 浜松市における幼稚園・保育園の視力検査の現状と課題

永田眼科

○永田豊文

☆特別講演

座長 遠州眼科医会 会長 永田豊文

『網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫の対処法』

済生会新潟第二病院 第4診療部長・眼科部長 安藤伸朗

1. 難治症例に対する全涙道再建術

○栗橋眼科 栗橋克昭

外傷や抗癌剤などで総涙小管を含む広範囲の涙道閉塞に対してはシリコンチューブ留置や涙嚢鼻腔吻合術（DCR）だけでは手に負えない。このような難治症例に対してはJones tubeを用いる結膜涙嚢鼻腔吻合術（CDCR）が行われている。このJones tube法は抜去すると再閉塞するので患者は一生医師の管理下に置かれるということになる。したがってJones tubeを抜去しても再閉塞しない手術法の登場が待たれている。Jones tube法に代わる手術法として筆者は全涙道再建術を開発し、拙著「身につく涙道疾患の診断と治療」（金原出版、2012）に発表した。手術顕微鏡下で行うが全涙道再建術の要点は次のようなものである。

- 1 通常は局所麻酔でときに全身麻酔で行う。全身麻酔で行うときも局所麻酔の追加をする。
- 2 涙小管の閉塞状態の探索と涙小管の再建：内眼角を中心に多数の牽引糸（Kurihashi's multiple traction sutures, KMTS）をかける。KMTSは涙丘にもかけるが涙小管の探索が容易になる。涙小管の広範囲が閉塞しているように見えても部分的に正常な部分がある。正常部分はできるだけ温存するようにする。
- 3 涙丘結膜弁の作成
- 4 DCR鼻外法を行う。ドリルを用いて骨窓を作るが涙骨・上顎縫合を利用して骨弁（bony flap）を取り除くbony flap法を行うと手術時間はごく短時間ですむ。
- 5 涙嚢粘膜前弁と鼻粘膜前弁と後弁を作る。鼻粘膜後弁はできるだけ長くする。長くすることにより外引き障害が起こらなくなる。涙嚢粘膜後弁は作らない。症例によっては涙嚢がなく、涙嚢粘膜後弁も前弁も作れないときがある。
- 6 内眼角から内総涙点、骨窓を経て鼻腔にでる新涙道を作る。
- 7 新涙道の中を先に作った涙丘結膜弁をくぐらせ涙丘結膜弁の先にある涙丘と鼻粘膜後弁を縫合する。
- 8 新涙道、骨窓を経て鼻腔にシリコンチューブを留置する。
シリコンチューブが涙丘結膜弁と鼻粘膜後弁の上に乗っているのを確認し、シリコンチューブを押さえつけるようにしてガーゼでパッキングする。
- 9 鼻粘膜前弁と涙嚢粘膜前弁を縫合する。涙嚢粘膜前弁を作れないときは鼻粘膜前弁または後弁を補うために粘膜移植が必要になることがある。

全涙道再建術の成功率は95%である。この成功率はDCR鼻外法ほどではないが、従来の

Jones tube法に取って代わる方法であろう。

2. 先天性上斜筋麻痺に対する下斜筋減弱術と上斜筋強化術の併用

浜松医科大学 眼科 ○古森美和 鈴木寛子 澤田麻友
彦谷明子 堀田喜裕 佐藤美保

JA静岡厚生連遠州病院 眼科 原田祐子

【目的】大角度の先天性または代償不全型の片眼性上斜筋麻痺に対し、下斜筋減弱術と上斜筋強化術を併用した術式に対する有効性と安全性を明らかにすること。

【方法】2002年1月から2015年6月までに、先天性または代償不全型上斜筋麻痺に対し、当院で下斜筋減弱術単独手術を行った症例（下斜筋単独群）と下斜筋減弱術と上斜筋強化術を併用した症例（上斜筋併用群）の2群に分け、カルテから後ろ向きに調査した。

検討項目は、プリズムカバーテストを用いた術前後の上下斜視角、チトマスステレオテストを用いた術前後の立体視、術前後の下斜筋機能、頭位異常の変化とし、2群間を比較した。さらに手術回数が1回であった症例を成功例、再手術を必要とした症例を非成功例とし手術成功率を検討した。

【結果】下斜筋単独群は48症例、上斜筋併用群は16症例、計64症例を対象とした。

術前の上下斜視角は下斜筋単独群（11.8 [standard deviation {SD}, 6.0] p.d.）では上斜筋併用群（26.8 [SD, 7.6] p.d.）と比較し有意に小さかった（Mann-Whitney *U*-test, $P < 0.001$ ）。しかし、術後は2群間で有意差を認めなかった（下斜筋単独群2.4 [SD, 5.7] p.d, 上斜筋併用群6.1 [SD, 10.9] p.d.）。術前後での上下斜視角の矯正量は、上斜筋併用群（20.1 [SD, 13.5] p.d）では下斜筋単独群（9.3 [SD, 7.1] p.d.）と比較し有意に大きかった（Mann-Whitney *U*-test, $P < 0.001$ ）。

立体視は下斜筋単独群で1症例悪化したが、それ以外は2群間で同様に改善した。

上斜筋併用群では術後1週間で9症例に下斜筋の内上転制限を認めたが、術後3ヶ月では1症例以外は軽快した。

頭位異常が術後改善または軽快した症例は、下斜筋単独群で44症例、上斜筋併用群で13症例だった。頭位異常が残存または逆転した症例に追加手術を行った（下斜筋単独群4症例、上斜筋併用群3症例）。

下斜筋単独群と上斜筋併用群の成功率は、それぞれ91.7% (44/48) と81.3% (13/16) で、全症例の成功率は89.1% (57/64) であった。

【結論】大角度を有する先天性または代償不全型の片眼性上斜筋麻痺に対し、下斜筋減弱

術に上斜筋強化術を併用する術式は、一度の手術で有効な結果が得られ、かつ安全な術式である。

3. 当院における人工水晶体強膜内固定と術中・術後合併症

海谷眼科	○大山泰司	齋藤恒浩	石黒利充
海谷眼科・みどり台海谷眼科・かけ川海谷眼科	大澤亮子	海谷忠良	
海谷眼科・みどり台海谷眼科	湯口琢磨		
かけ川海谷眼科	大城三和子		

【目的】近年、眼内レンズ（intra ocular lens：以下IOL）の二次挿入に際してIOL強膜内固定が行われている。当院においても平成26年1月以降、太田氏のY-fixation techniqueを参考に同術式を行っている。施行から6ヶ月以上経過観察が可能であった11例11眼（平均年齢64.1歳、25-90歳）について、合併症に関して検討を行った。

【結果】平均観察期間 13.7 ± 6.3 ヶ月において、硝子体出血を4例、網膜剥離を2例、IOL偏位を1例みとめた。網膜剥離・IOL偏位においては追加手術を要した。網膜剥離に対する追加手術後、IOLの偏心などはみとめなかった。術後視力は3例を除いて不変もしくは改善がみられた。

【結論】本術式は縫着術とは異なる特有の合併症を有している。手術中はIOL落下やループ部分破損、術後においてはループ部分の結膜上露出などのリスクがある。当院においても術中のIOL落下やループの変形などは経験があるが、いずれも重篤な合併症につながるものなかった。

長期予後に関しては、今後の症例の蓄積によって検討していく必要がある。

4. 剥離、再考

小出眼科 ○小出健郎

裂孔原性網膜剥離が原則的に手術適応である事は、異論がないであろう。特に硝子体手術の進歩・安全性の向上はめざましく、若年者の萎縮性円孔による網膜剥離以外では、初回から硝子体手術がしばしば選択されている。

これに対し、単純な網膜弁状裂孔へは、通常、網膜光凝固術が選択されるであろう。しかし、「硝子体出血」や「硝子体混濁」を伴う場合や、裂孔周囲に剥離を伴う「剥離裂孔」の場合は、どうであろうか？

もちろん網膜光凝固術単独が奏効する事もあるが、「硝子体出血」や「硝子体混濁」が強く残存した場合の社会的生活への影響もありうる。また「剥離裂孔」から結局、網膜剥離へ悪化する事もある。そして『いつ、剥離するか？』という精神的不安は、いつになったら払拭されるのであろうか。また、短期的に事無きを得ても、後に黄斑パッカーが生じ、結局、硝子体手術を行う場合も少なくない。

つまり、下記の3パターンが考えられる。

- (1) 光凝固単独治療で終了する場合。
- (2) 一期的に硝子体手術を行う場合。
- (3) 光凝固を行うも、後日、硝子体手術となる場合。

実臨床では、その時代の「コンベンショナル」な治療法をもとに、個々の術者が自らの技術や経験を加味し、総合的に考慮し治療を選択しているのが一般的であろうと考えている。

網膜剥離の機序と硝子体手術の意義について再考察し、当院が開院してからの症例の顛末について、レトロスペクティブに検証することで、これらの症例の境界がどこにあるのかについて検討してみた。

5. 浜松市における幼稚園・保育園の視力検査の現状と課題

永田眼科 ○永田豊文

【はじめに】

平成22年3月23日、文科省から全国教育委員会等に、幼稚園の視力検査が適正に実施されるよう通知が発出された。これを受けて静岡県眼科医会は幼稚園・保育園で適切な視力検査ができるようバックアップすることとなり、マニュアル作成（後の日本眼科医会版マニュアルの土台となった）、職員への指導等を行った。この結果、公立幼稚園・保育園のすべて、民間幼稚園・保育園の多くが視力検査を実施し、受診勧告書を出すようになった。その後、現在に至るまでの状況と課題を報告する。

【幼稚園・保育園の視力検査結果】

浜松市に依頼し視力検査結果を集計していただいた。このうち平成24年度のデータを紹

介する。公立幼稚園（76園）では視力検査を受けた幼児は3,953人、そのうち受診勧告を受けたものは308人（7.8%）、受診結果を提出したものは166人（4.2%）。公立保育園（24園）ではそれぞれ950人、179人（18.9%）、120人（12.6%）であった。受診した園児の中から22名の弱視が発見された。弱視の園児が多数把握され早期治療に結びついたことは、浜松市の3歳児健診の要精検率がわずか0.9%（平成24年度）と低率であることを考えると画期的なことである。なお、幼稚園と保育園とで要受診率が異なっていたが、原因については現在分析中である。

【視力検査における現状と課題】

平成27年7月に浜松市の主催により幼稚園・保育園の視力検査研修会が開催され、その際、園での視力検査の状況や問題点についてアンケート調査を行なった。

幼稚園・保育園100園が参加し、92園から回答を得た。

【問1】視力検査の結果を保護者に通知していますか。

- 書面で通知：85園（93%） ●口頭で通知：5園（5%）
- 通知しない：1園（1%）

【問2】書面で通知する場合、その様式はどのようなものですか。

- 眼科医会作成の様式：52園（61%） ●眼科医会の様式を修正：16園（19%）
- 園独自で作成：13園（15%） ●その他・分からない：4園（5%）

【問3】結果通知や受診結果について、保護者からの反響等を教えてください。

- ・園での判定と受診時の判定が大幅に違った。
- ・園では見えなかったが、受診したところ正常だった。
- ・弱視、遠視がわかり、保護者に喜ばれた。
- ・早期に乱視が発見でき治療を受けることができたと保護者から報告があった。
- ・受診を勧めても、まだ小さいからと言って受診してもらえなかった。他

【今後の課題】

視力検査の器具が眼科医会推奨のものとは限らず、統一してもらうよう働きかけていきたい。視力研修を定期的に行わないと検査の精度が下がるおそれがある。また、眼科医は保護者に対して、幼児の視力検査は大切だが難しく、スクリーニング検査の意義と特徴を説明し、幼稚園・保育園の努力に配慮することが重要である。

特別講演

『網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫の対処法』

済生会新潟第二病院 第4診療部長・眼科部長 安 藤 伸 朗

網膜静脈閉塞症は、临床上よく遭遇する疾患である。急激に片眼の視力低下を来とし、しかもかなり重篤な視力障害を来すこともある。時として血管新生緑内障なども合併し、失明に至ることもある。視力の予後は軽度視力低下や自然回復するものもあるが、かなりの視力低下を来し回復しないものまで様々である。結構、厄介な病気なのである。

治療としては、全身合併症がある場合は、原因疾患（高血圧・糖尿病等）の治療が基本である。眼局所療法として、従来は、内服・点滴、網膜光凝固術、硝子体手術などが行われてきたが、抗血管内皮増殖因子（VEGF）薬が登場してからは、本疾患治療の本流と捉えられている。

しかし抗VEGF治療にも、再発しやすいこと、効かない病型があること、高価であること、感染の危険性がゼロではないことなど欠点がある。

1991年から1年間、米国Duke大学に留学しMRIを用いた血液眼関門の研究をした。実際には実験的増殖性網膜硝子体症を家兎眼で作成し、血液眼関門の障害の程度をガドリニウムを用いてMRIで定量的に測定した。次にトリアムシノロンを投与することにより血液眼関門の障害が軽減し、増殖性網膜硝子体症の発症が抑えられるということを見出した。興味深いことに。トリアムシノロンは2種類の血液眼関門の中でも、血管内皮型の関門障害に有効であった。

さらに当院では1990年代より積極的に黄斑浮腫に対して硝子体手術を行い良好な成績を収めてきた。成果は1999年Vail Meetingで発表し、2000年米国眼科アカデミーのRetina Subspecialty Dayに招かれ講演した。

本講演では、こうしたことを踏まえ、当院で行っている網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫の対処法についてお話したい。

東・中・西部各ブロック勉強会記録

【東部眼科フォーラム】

H27.5.28

「オキュラーサーフェス疾患と炎症」

日本医科大学眼科教授 高 橋 浩

「糖尿病網膜症－診察の進歩」

名古屋市立大学大学院医学研究科眼科学教授 小 椋 祐一郎

【東部眼科医会講演会】

H27.6.4

「神経眼科学の基礎と応用」

日本大学視覚科学系眼科学講座 加 島 陽 二

「緑内障点眼薬の眼表面への影響」

金沢医科大学眼科学教室 福 田 正 道

H27.11.5

「眼科アレルギー疾患up date」

鶴見歯科大学歯学部附属病院眼科教授 藤 島 浩

「緑内障進行判定のノウハウ『ここまで見えてきた構造変化』」

福井県済生会病院眼科 新 田 耕 治

H28.2.25

「医療における費用対効果の考え方」

順天堂大学医学部眼科先任准教授 平 塚 義 宗

「強度近視眼の緑内障－病態、診断と手術のコツ－」

金沢大学眼科教授 杉 山 和 久

【東部眼科医会放談会】

H27.9.3

「アトピー性皮膚炎に伴う眼瞼皮膚潰瘍に対する、保存療法・手術療法・湿潤療法」

本田さくら眼科 本 田 治

「涙丘部腫瘍3例の検討」

順天堂大学附属静岡病院眼科 大 谷 洋 揮 他

「新しいUS Tipの使用経験－Dewey TipとMK Tip」

杉浦眼科 杉 浦 毅

「当院における最近10年間の眼内レンズ二次挿入術原因疾患の推移」

順天堂大学附属静岡病院眼科 松 崎 有 修 他

「著明な視神経乳頭浮腫の1例」

富士宮市立病院眼科 望月美奈 他

「原田病との鑑別に苦慮したAPMPPEの1例」

富士市立中央病院眼科 杉山 敦 他

「裂孔原性網膜剥離に対するMinimal Surgery」

矢田眼科医院 堀江英司

【沼津ベイエリア眼科フォーラム】

H27.10.8

「原発閉塞隅角症／緑内障の治療戦略」

神戸市立医療センター中央市民病院眼科部長 栗本康夫

「網膜硝子体手術のアップデートとピットフォール」

東邦大学医療センター佐倉病院眼科教授 前野貴俊

【中部眼科茶話会】

H27.4.21

「原因不明の両眼性角膜混濁」

静岡市立静岡病院 堀井崇弘

「自然治癒した後天性黄斑分離の1例」

かわむら眼科医院 川村洋行

「lucky or unlucky?-眼球破裂を合併した全層角膜移植の1例」

やなぎだ眼科医院 柳田和夫

「片眼眼瞼皮膚炎の1例」

高良眼科医院 高良俊武

H27.5.19

「カラーコンタクトレンズデータファイル 2015年春版」

呉服町栗林眼科 栗林秀治

「ソフトコンタクトレンズデータファイル 2015年春版」

呉服町栗林眼科 栗林秀治

「若年発症のCSC」

静岡市立静岡病院 曾根雄一郎

「網膜動脈炎疑いの1例」

静岡市立静岡病院 堀井崇弘

H27.6.16

「強膜炎にともなう緑内障の1例」

石川眼科医院 石川浩平

「虚血型CRVOに対する抗VEGF療法併用外科的血流再建治療」

焼津こがわ眼科 原田隆文

H27.9.15

「サージカルガイダンスシステムを用いた白内障手術」

石川眼科医院 石川浩平

「糖尿病網膜症？（滲出性網膜症？）の1例」

かわむら眼科医院 川村洋行

H27.10.20

「CNVと診断されアイリーア無効な1例」

石川眼科医院 石川浩平

「網膜色素線条の1例 OCTとFAF」

かわむら眼科医院 川村洋行

「アキュフォーカスリングの1例」

高良眼科医院 高良俊武

H27.11.17

「輪状網膜変性症？の1例」

かわむら眼科医院 川村洋行

「黄斑部に色素沈着した1例」

高良眼科医院 高良俊武

H28.2.6

特別講演会

『先天赤緑色覚異常』

花崎眼科医院 花崎秀敏

『加齢黄斑変性の病態と日常診療のコツ』

名古屋市立大学医学部眼科学教室准教授 安川力

H28.3.24

「静岡県中部眼科医会（仮称）設立について」

「診療報酬改定に伴う保険請求について」

かわむら眼科医院 川村洋行

【遠州眼科医会放談会】

H27.5.30

特別講演

「アレルギー性結膜疾患の病因と治療、2015」

順天堂大学浦安病院教授 海老原 伸 行

H27.9.5

特別講演 I

「白内障手術の最近の変遷」

岩手医科大学教授 黒 坂 大次郎

特別講演 II

「急性視神経炎のみかたー抗AQP4抗体陽性視神経炎診療ガイドラインの活用法」

愛知淑徳大学 健康医療学部視覚科学教授 柏 井 聡

H28.3.5

特別講演

「皮膚科の最近の話題と眼科との接点」

浜松医科大学皮膚科教授 戸 倉 新 樹

【遠州眼科医会集談会】

H27.11.14

特別講演

「網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫の対処法」

済生会新潟第二病院眼科部長 安 藤 伸 朗

平成27年度 共 催 事 業

【第15回静岡県眼科学術セミナー】

平成27年 5 月16日(土)

於 静岡グランドホテル中島屋

共催：ファイザー

(佐藤教授 卒)

『OCTによる緑内障診断と薬物治療のタイミング』

東京慈恵会医大 中 野 匡

『神経眼科疾患の診かた』

兵庫医大 木 村 亜希子

【第12回静岡県東部眼科フォーラム】

平成27年 5 月28日(木)

於 沼津リバーサイドホテル

共催：日本アルコン

(太田教授 卒)

『オキュラーサーフェス疾患と炎症』

日本医大 高 橋 浩

『糖尿病網膜症－診察の進歩』

名古屋市立 小 椋 祐一郎

【第5回静岡県眼科医会アップデートセミナー】

平成27年 7 月18日(土)

於 静岡第一ホテル

共催：大塚製薬

(会長 卒)

『眼表面疾患診療に役立つ4つのメカニズム』

京都府立 横 井 則 彦

『角膜内皮疾患実践教室』

愛媛大学 大橋 裕一

【平成27年度第2回遠州眼科医会放談会】

平成27年9月5日(土)

於 オークラアクトシティホテル浜松

共催：千寿製薬

(堀田教授粋)

『白内障手術の最近の変遷』

岩手医大教授 黒坂 大次郎

『急性視神経炎のみかた

－抗AQP4抗体陽性視神経炎診療ガイドラインの活用法－』

愛知淑徳大学 柏井 聡

【第16回静岡県屈折矯正セミナー】

平成27年10月3日(土)

於 ホテルアソシア静岡

共催：日本アルコン

(会長粋)

『コンタクトレンズ素材のメリットとQOL』

あすみが丘 佐野眼科 佐野 研二

『眼鏡処方の基本～近視抑制と小児眼科の現場より～』

川崎医大 長谷部 聡

【ふじのくに眼科フォーラム】

平成28年1月16日(土)

於 ホテルアソシア静岡

共催：参天製薬

(堀田教授粋)

『よくある角膜疾患の診断と治療』

【平成27年度第3回静岡県東部眼科医会講演会】

平成28年 2月25日(木)

於 沼津リバーサイドホテル

共催：参天製薬

(太田教授 卒)

「医療における費用対効果の考え方」

順天堂大学医学部眼科先任准教授 平 塚 義 宗

「強度近視眼の緑内障－病態、診断と手術のコツ－」

金沢大学眼科教授 杉 山 和 久

【第6回静岡県眼科フォーラム】

平成28年 3月12日(土)

於 サンパレスホテル

共催：千寿製薬

(佐藤教授 卒)

「色覚異常：その特性と課題」

安間眼科院長 安 間 哲 史

「緑内障手術治療の進歩」

福井大学医学部眼科教授 稲 谷 大

平成27年度「会長の動き」

平成27年

- 4月4日(土) 平成27年度日本眼科医会定例臨時代議員会、
 ～5日(日) 日本眼科医連盟協議委員会 東京コンファレンスセンター品川
 12日(日) 第1回 代議員会総務・経理合同常任委員会 日本眼科医会事務局
 25日(土) 平成27年度静岡県眼科医会総会及び学術講演会 山口駅前ビル
 講師：福下公子先生・鈴木茂伸先生
- 5月16日(土) 静岡県眼科学術セミナー 静岡グランドホテル中島屋
 講師：中野 匡先生・木村亜紀子先生
 共催：ファイザー
- 27日(水) 静岡県眼鏡商業組合総会 浮月楼
 28日(木) 東部眼科フォーラム 沼津リバーサイドホテル
 講師：高橋 浩先生・小椋祐一郎先生
 共催：日本アルコン
- 6月7日(日) 東海北陸眼科医会連合会・ブロック講演会 名古屋国際ホテル
 11日(木) 学校保健委員会 静鉄ホテルプレジオ
 14日(日) EYEフェスタin静岡（静視協） グランシップ静岡
 21日(日) 網膜色素変性症静岡支部総会・講演会 静岡県総合福祉会館
 25日(木) 社保国保審査委員連絡協議会 静岡県眼科医会事務局
 26日(金) 勤務医委員会 ホテルセンチュリー静岡
 28日(日) 日本眼科医会定時代議員会 ザ・キャピタルホテル東急
- 7月2日(木) 会計監査役員会 静岡眼科医会事務局
 3日(金) 目の健康講座打ち合わせ 静岡眼科医会事務局
 9日(木) 災害医療対策委員会 静鉄ホテルプレジオ
 10日(金) 目の健康講座打ち合わせ 静岡眼科医会事務局
 11日(土) 浜松医科大学症例検討会 グランドホテル浜松
 講師：飯島裕幸先生
- 18日(土) 第5回静岡県眼科医会アップデートセミナー 静岡第一ホテル
 講師：横井則彦先生・大橋裕一先生
 共催：大塚製薬
- 21日(火) 中部茶話会 納涼会 一柳（静岡市）
 23日(木) 学術委員会 静鉄ホテルプレジオ
 30日(木) 静岡県眼科医会理事役員会 静鉄ホテルプレジオ

- 8月6日(木) 中部眼科医会発足準備委員会 静鉄ホテルプレジオ
 22日(土) 第65回静岡県眼科医会集談会 (H27年度総会) 山口駅前ビル
 講師：板谷正紀先生
 29日(土) 静岡OCT講習会 ホテルアソシア静岡
 講師：舟木俊成先生・川瀬秀和先生・鈴間 潔先生・寺崎浩子先生
 共催：順天堂大学医学部附属静岡病院
 9月12日(土) 第26回日本緑内障学会会長招宴 名古屋マリオットアソシアホテル
 10月3日(土) 第16回静岡屈折矯正セミナー ホテルアソシア静岡
 講師：佐野研二先生・長谷部 聡先生
 共催：日本アルコン
 10日(土) 第3回静岡ロービジョン研究会 グランドホテル中島屋
 講師：永井春彦先生
 17日(土) 日本眼科医連盟協議委員会 東京コンファレンスセンター品川
 18日(日) 都道府県眼科医会連絡会議
 第1回日本眼科医回総務経理部会 東京コンファレンスセンター品川
 20日(金) 防災無線講習会 静岡市静岡医師会
 24日(土) 第69回日本臨床眼科学会会長招宴
 ANAクラウンプラザホテルグランコート名古屋
 29日(木) 第11回静岡県中部糖尿病眼合併症フォーラム ホテルアソシア静岡
 11月12日(木) 学校保健委員会 静鉄ホテルプレジオ
 14日(土) 平成27年度高度管理医療機器等販売業者継続の研修 山口駅前ビル
 26日(木) 勤務医委員会 ホテルアソシア静岡
 12月10日(木) 順天堂大学医学部附属静岡病院 忘年会
 12日(土) 浜松医科大学眼科症例検討会・忘年会
 講師：不二門 尚先生 アクトシティ浜松コンgresセンター
 15日(火) 中部茶話会 忘年会 とみ井 (静岡市)
 19日(土) 静岡県眼科医会理事役員会・忘年会 山口駅前ビル～ホテルアソシア静岡

平成28年

- 1月7日(木) 社保・国保審査委員連絡協議会 静岡県眼科医会事務局
 14日(木) 学術委員会 静鉄ホテルプレジオ
 16日(土) ふじのくに眼科フォーラム ホテルアソシア静岡
 講師：山上 聡先生・ビッセン宮島弘子・白神史雄先生
 共催：参天製薬

- 1月21日(木) 静岡県眼科医会理事役員会 静鉄ホテルプレジォ
23日(土) 眼科医療従事者講習会 グランシップ静岡
24日(日) 第2回日本眼科医会代議員会総務・経理合同常任委員会 日本眼科医会事務所
- 2月6日(土) 中部眼科茶話会特別講演会 サンパレスホテル
講師：安川 力先生
7日(日) 眼科コメディカル講習会 パルシェ
10日(水) 会誌編集委員会 静鉄ホテルプレジォ
13日(土) 東海眼科学会世話人会 興和紡績株式会社本社ビル（名古屋市）
27日(土) 第66回静岡県眼科医会集談会（臨時選挙総会） 山口駅前ビル
講師：相原 一先生
- 3月3日(木) 静岡県眼科医会理事役員会 静鉄ホテルプレジォ
5日(土) 第3回遠州眼科医会放談会 オークラアクトシティホテル浜松
講師：戸倉新樹先生
12日(土) 静岡県眼科フォーラム サンパレスホテル
講師：安間哲史先生・稲谷 大先生
共催：千寿製菓
13日(日) 東海北陸眼科医会連合会 中日パレス（名古屋市）
19日(土) 第16回静岡県小児眼科研究会 グランシップ静岡
講師：稲垣理佐子先生・杉谷邦子先生・近藤寛之先生
30日(水) 新規開業予定者と面談・オリエンテーション 静岡県眼科医会事務局

第1回 理 事 会

平成27年 7 月30日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者20名

青沼秀実、飯田文人、片山由佳里、兼子周一、川村洋行、高良俊武、小森雅彦、
佐藤美保、天神光充、永田豊文、中村好邦、花崎秀敏、藤田昌弘、増田光司、
松久充子、矢田清身、矢田浩二、柳田和夫、山秋 久、湯口琢磨

【決算総会関連】

1. スケジュール確認

- | | |
|---|---------------|
| ☐ 総 会（山口駅前ビル） | 15時00分～15時30分 |
| ☐ 健保講習（矢田清身先生） | 15時30分～16時00分 |
| ☐ 集 談 会 一般講演 | 16時00分～18時00分 |
| 特別講演 | 18時00分～19時00分 |
| ☐ 懇 親 会（ホテルセンチュリー静岡） | 19時30分～ |

2. 議事内容確認

- ①平成26年度静岡県眼科医会事業報告
- ②平成26年度決算報告

【各委員会より】

●総務（花崎）

- ①平成27年度 高度管理医療機器販売管理者継続研修会

●経理（高良俊武）

- ①4月総会収支報告
- ②出張旅費の規定について

●公衆衛生（永田）

- ①静岡県視覚障害者支援センターからの依頼について
- ②東海北陸ブロック介護、在宅アンケートについて

●学校保健（兼子、永田）

- ①平成27年第1回学校保健委員会報告
- ②色覚検査の結果のお知らせ、受診勧告の様式と参照文の作製について
- ③全国学校保健に関する学校アンケートについて

●学術（川村）

①学術委員会の報告

●社保（矢田清身）

①平成27年度第1回 社保国保審査員連絡協議会の報告と承認を得る件について

●医療対策（藤田）

①視能訓練士（ORT）に関するアンケート調査報告

●勤務医（太田）

①勤務医委員会の報告

②アイバンクQ&Aについて

●災害対策（川村）

①災害対策委員会の報告

【検討事項】

●新A会員審査について

●議事録作製のお願い（松久）

●事務局職員の報酬議題提出の際の討論方法について（松久）

●平成27年度当会事業計画の確認（松久）

●視能訓練士養成校について（松久）

●名誉会長の立場について（松久）

●理事会懇親会開催について

●平成28年度「目の健康講座」開催について

●視覚障害関連情報のHP掲載等について

【報告事項】

1. 太田俊彦先生第42回日本眼科手術学会学術総会会長就任

2. 平成26年度眼球摘出件数報告（静岡県アイバンク）

3. 静視協事業報告（EYEフェスタ in 2015静岡）

4. 東海北陸眼科医会連合会第99回委員会審査委員連絡協議会報告

5. 事務局パソコンウィルス駆除作業報告

6. 眼科サマーキャンプ開催日の生涯教育事業認定負荷について

7. 保健医療機関におけるCL等の医療機器やサプリメント等の食品販売について

8. 中村眼科医院理事長、院長継承について（中村）

第2回 理 事 会

平成27年12月19日(土)

於 山口前ビル

出席者22名

青沼秀実、飯田文人、石川靖彦、尾花 明、兼子周一、川村洋行、片山由佳里、
木村裕子、高良俊武、高良由紀子、佐藤美保、天神光充、永田豊文、中村好邦、
花崎秀敏、藤田昌弘、松久充子、増田光司、矢田清身、柳田和夫、山秋 久、羅 錦營

【各委員会より】

●総務（花崎）

- ①平成28年度高度管理医療機器等販売業管理者継続的研修会の日程
- ②平成27年 2 月27日選挙総会スケジュール
- ③その他

●会計（高良俊武）

- ①平成27年 8 月22日開催総会、第65回集談会収支報告
- ②平成27年度 決算11月までの経過
- ③その他

●公衆衛生（永田）

- ①東海北陸ブロック在宅医療アンケート結果報告
- ②平成27年度全国都道府県在宅医療担当理事連絡会

●広報（高良由紀子）

- ①会誌第32号の報告
- ②その他

●学校保健（兼子、永田）

- ①平成27年11月12日 開催委員会の報告
- ②色覚検査の結果通知、受診報告様式について
- ③静岡県 眼科学校保健アンケートについて
- ④その他

●学術（川村）

- ①今後の総会、集談会、学術共催事業予定
- ②平成28年 2 月27日開催 第66回集談会
- ③タイムスケジュール確認
- ④平成28年度「目の健康講座」について

⑤その他

●社保（矢田清身）

①1月7日社保、国保審査員連絡協議会について

②その他

●医療対策（藤田）

①静岡福祉医療専門学校よりO R Tアンケート閲覧要望について

②その他

●会員福祉（花崎）

①第38回眼科コメディカル講習会

②平成28年1月23日(土)開催 眼科医療従事者講習会

③その他

●災害医療対策（川村）

①「大規模災害時の行動指針」冊子の配布についての報告

②静岡県内の総合病院、眼科医院の位置を期した地図(ハザードマップと対応させて)
を、作成中

③2月委員会は、MLでの開催予定

④その他

【検討事項】

1. アイバンク当番免除規定について（花崎）
2. 第25回 視覚障害リハビリテーション研究発表大会協賛、後援名義使用許可依頼(松久)
3. 理事会摘録について
4. 「大規模災害時の行動指針」冊子の会員外配布について
5. その他

【報告事項】

1. 愛彩会、なでしこ会の報告（木村）
2. 静岡県医師会のウェブサイト更新について
3. 平成28年度会費免除申請について（承認）
4. 第15回静岡県眼科学術セミナー開催報告
5. 新専門医制度について
6. 中医協資料 CLの院内販売について
7. 平成28年度総会集談会日程
平成28年4月23日(土)

平成28年 8 月20日(土)

平成29年 1 月21日(土)

8. 平成27年度10月23日実施 静岡県医師会消防訓練の報告

9. その他

第3回 理 事 会

平成28年 1 月21日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者25名

青沼秀実、飯田文人、石川靖彦、太田俊彦、片山由佳里、川村洋行、木村裕子、
高良俊武、高良由紀子、兼子周一、小林和正、小森雅彦、佐藤美保、永田豊文、
中村好邦、花崎秀敏、藤田昌弘、増田光司、松久充子、矢田清身、柳田和夫、
山秋 久、羅 錦營、渡辺千恵美、渡部大介

【確認事項】

- 選挙スケジュール、立候補予定者の確認
- 2月27日(土)開催 集談会のタイムスケジュール

【各委員会より】

●総務（花崎）

- ①平成28年度高度管理医療機器等販売業管理者継続的研修

開催日：平成28年 7 月16日(土) 15：00～17：00静岡商工会議所

講師 土至田宏

●経理（高良俊武）

- ①平成27年度 高度管理医療機器等販売管理者継続的研修会計報告

●医療対策（藤田）

- ①ORTアンケートに関する調査結果データ

●学校保健（永田）

- ①色覚検査の結果通知と受診報告の様式について

●学術（川村）

- ①平成28年 1 月14日開催学術委員会の報告

●社保（矢田清身）

- ①平成27年度 都道府県眼科医会健保担当当理事連絡会の報告会並びに承認を得る件について

●勤務医（太田）

- ①平成27年11月3日開催 勤務委員会の報告

【検討事項】

- 代議員、予備代議員、役員の改選の件（業務分担および各種委員会委員選出）
- 静岡地方裁判所専門委員の任期切れに伴う再任もしくは変更について
- 平成28年度静視協活動後援について（依頼）
- 「大規模災害時の行動指針」冊子の会員外配布について
- その他

【報告事項】

- 中村学園視能訓練士科設立について

第4回 理 事 会

平成28年3月3日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者18名

青沼秀実、飯田文人、石川靖彦、片山由佳里、兼子周一、川村洋行、高良俊武、高良由紀子、佐藤美保、中村好邦、花崎秀敏、藤田昌宏、松久充子、矢田清身、柳田和夫、山秋 久、羅 錦營、渡部大介

【各委員会より】

●総務

- ①平成28年度高度管理医療機器等販売業管理者継続的研修

開催日：平成28年7月16日(土) 15：00～17：00

会 場：静岡商工会議所 5階ホール

会 費：7000円

講 師：基礎講習 花崎秀敏

発展講習 土至田宏

②平成28年度事業計画について

●経理

①平成28年度予算（案）について

②会計報告（医療従事者講習会、コメディカル講習会、）

③平成28年度事務局職員の雇用契約の承認

●広報

①33号会誌編集委員会の報告

●学術

①平成28年4月23日開催 総会について

②行事予定について

●社保

①診療報酬改定の会員への東、中、西部での講習会について

●会員福祉

①眼科医療従事者講習会報告

②第38回静岡県眼科医会眼科コメディカル講習会報告

③眼鏡商業協同組合へ大規模災害時における眼鏡配布に関する要望書について

●災害医療

①第2回委員会報告（津波災害マップ、診療所、病院マップ）

②「大規模災害時の行動指針」県外配布

【検討】

①第1回静岡県眼科手術看護講習会の後援依頼（太田）

②各種委員会委員の人数制限について（矢田清）

③静岡県眼科医会会則施行細則の変更（飯田）

④集談会の参加費の値上げについて（飯田）

⑤アイバンクについて、摘出委をメールで公表する件（飯田）

⑥新規開業の手引き（飯田）

【報告】

①平成27年度当会眼科学会世話人会の報告（飯田）

②平成28年3月13日開催東海北陸眼科医会連合会の当県提出議題（飯田）

③静視協の活動報告（松久）

④平成28、29年度日眼医代議員および予備代議員名簿

⑤平成28年1月21日開催理事会摘録

平成27年度静岡県眼科医会各委員会の動き

〔第1回 社保・国保審査委員連絡協議会〕

平成27年 6 月25日(木)

於 静岡県眼科医会事務所

出席者：青沼秀実、飯田文人、天神光充、川村洋行、高良俊武、中村好邦、矢田清身、
柳田和夫

1. 平成27年度 全国審査委員連絡協議会
2. その他

〔第2回 社保、国保委員・審査委員合同会議〕

平成28年 1 月 7 日(木)

於 静岡県眼科医会事務所

出席者：青沼秀実、飯田文人、川村洋行、高良俊武、天神光充、永田豊文、中村好邦、
矢田清身、柳田和夫

1. 平成27年度都道府県眼科医会健保担当理事連絡会の報告および承認の件について
2. その他

〔会計監査役員会〕

平成27年 7 月 2 日(木)

於 静岡県眼科医会事務所

出席者：飯田文人、高良俊武、天神光充、松久充子、柳田和夫

1. 決算の報告と承認
2. その他

〔第1回 学術委員会〕

平成27年 7 月23日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者：浅井竜彦、青沼秀実、石川浩平、飯田文人、川村洋行、小出健郎、高良俊武、
高良由紀子、下山勝、杉浦 毅、土至田 宏、花崎秀敏、彦谷明子、増田光司、
松久充子

1. 第64回静岡県眼科医会集談会について

2. 平成27年度学術共催事業について
3. 平成28年度学術共催事業について
4. 平成28年2月静岡県眼科医会総会・集談会について
5. 平成28年4月静岡県眼科医会総会について
6. 平成28年8月静岡県眼科医会総会・集談会について
7. その他

〔第2回 学術委員会〕

平成28年1月12日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者：浅井竜彦、青沼秀実、飯田文人、石川浩平、川村洋行、小出健郎、高良俊武、
高良由紀子、下山勝、杉浦 毅、土至田 宏、花崎秀敏、彦谷明子、
増田光司、松久充子

1. 第65回静岡県眼科医会集談会について
2. 平成28年度学術共催事業について
3. 平成28年4月静岡県眼科医会集談会について
4. 平成28年8月静岡県眼科医会集談会について

〔第1回 勤務医委員会〕

平成27年6月26日(金)

於 ホテルセンチュリー静岡2F

出席者：飯田文人、上田幸典、牛田宏昭、太田俊彦、川村洋一、佐々木康、土屋陽子、
出口雄三、柏木広哉、土至田 宏

1. アイバンクQ & A
2. その他

〔第2回 勤務医委員会〕

平成27年11月26日

出席者：太田俊彦、佐々木康、土屋陽子、出口雄三、牛田宏昭、上田幸典、
倉田健太郎、佐藤美保、飯田文人、川村洋一

1. 「11月3日に開催された全国勤務医連絡協議会」に関する報告
2. その他

〔第1回学校保健委員会〕

平成27年6月11日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者：飯田文人、石井るみ子、石川浩平、上村健太郎、兼子周一、木村裕子、
高良俊武、鈴木徹、谷口芳子、伴野正明、中川里佳、永田豊文、花崎秀敏、
畠山眞行、松久充子、芳村弦、羅 錦營

1. 色覚検査の結果通知、受診報告様式と参照文作成について
2. 静岡県 眼科学学校保健アンケートについて
3. その他

〔第2回学校保健委員会〕

平成27年11月12日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者：青島真一、飯田文人、石井るみ子、石川浩平、上村健太郎、兼子周一、
木村裕子、高良俊武、鈴木徹、谷口芳子、伴野正明、中川里佳、永田豊文、
花崎秀敏、畠山眞行、松久充子、芳村弦、羅 錦營

1. 色覚検査の結果通知、受診報告様式について
2. 静岡県 眼科学学校保健アンケートについて
3. その他

〔広報委員会〕

平成28年2月10日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者：飯田文人、家田貴子、石川浩平、石川靖彦、川村洋行、月花 慎、高良俊武、
高良由紀子、小森雅彦、中川里佳、中村好邦、花崎秀敏、松久充子

1. 33号静岡県眼科医会誌の編集について
2. その他

〔第1回災害対策委員会〕

平成27年7月9日(木)

於 静鉄ホテルプレジオ

出席者：飯田文人、牛田宏明、太田俊彦、川村洋行、小出健郎、佐藤美保、中村竜大、

天神充光、永田豊文、名古屋良輔、畠山眞行、花崎秀敏、松久充子、柳田和夫

〈医療サイドから〉

1. 被災地会員の消息確認（勤務医も含む）
2. 急性期における行動指針
3. 大学、総合病院との通信手段
4. 各医療期間の役割
5. 各団体との連絡
6. ディスポーザブル製品、眼鏡、CLの供給と保管場所
7. 急性期医療と慢性期医療

〈患者サイドから〉

8. 患者の薬剤情報、薬剤手帳、眼鏡、CLの度数など
9. 避難所往診
10. 住民への情報伝達
11. 視覚障害団体と連携して視覚障害者をサポートする

〔第2回災害医療対策委員会〕

バーチャル会議：平成28年2月8日～12日

出席者：飯田文人、川村洋行、中村竜大、太田俊彦、花崎秀俊、永田豊文、松久充子、
柳田和夫、天神光充、佐藤美保、牛田宏昭、小出健郎、名古屋良輔、畠山眞行

1. 第2回委員会報告（津波災害マップ、診療所 病院マップ）
2. 「大規模災害時の行動指針」県外配布

決算報告

静岡県眼科医会 平成26年度決算

収入 21,312,309 円
支出 17,182,817 円
差引残高 4,129,492 円

<収入の部>

△はマイナスを表す

(単位:円)

科 目	26年度予算	26年度決算	増減	26年度内容
前年度繰越金	6,936,517	7,260,359	323,842	国際斜視学会助成前渡し金 ¥200,000を含む
年会費	8,000,000	7,915,900	△ 84,100	A:¥42,000 B:¥13,000 C:¥3,000
寄付金	-	-		
補助金	600,000	581,630	△ 18,370	日本眼科医会、静岡県医師協同組合、県医師会社保等
雑収入	4,800,000	5,554,420	754,420	眼科コメディカル受講料参加費等、集談会等参加費、広告費
合 計	20,336,517	21,312,309	975,792	

<支出の部>

科 目	26年度予算	26年度決算	増減	26年度内容
1. 事業費				
1) 講演会費	1,300,000	1,366,256	66,256	講師謝礼、交通費、宿泊費、手土産、懇親会費等
2) 会場費	600,000	494,782	△ 105,218	会場費、垂幕等
3) 会員福祉費	2,000,000	2,032,011	32,011	
4) 社保対策費	250,000	195,960	△ 54,040	社保国保委員会交通費、会場費
5) 公衆衛生活動費	400,000	400,000	0	静視協後援金
6) ブロック補助金	2,100,000	2,100,000	0	東中西ブロック補助金
7) 負担金	600,000	564,000	△ 36,000	東海北陸¥224,000、東海眼科学会¥140,000、国際斜視学会前払金¥200,000
2. 会議費	1,900,000	2,382,280	482,280	
1) 役員・委員会費	1,900,000	2,382,280		理事会、委員会 交通費、食事
3. 事務費	4,500,000	4,387,073	△ 112,927	
1) 人件費	2,000,000	2,128,153	128,153	含+雇用保険医会負担分
2) 通信費	800,000	622,949	△ 177,051	はがき、切手、運送代、FAX、電話、プロバイダー料金など
3) 印刷費	1,700,000	1,479,081	△ 220,919	眼科医会会誌、総会資料、集談会プログラム、封筒など
※ 4) 事務消耗品費		156,890	156,890	文具、コピー機サポート料金など
※ 事務局維持費	1,100,000	下記、賃貸料、リース料へ		下記、賃貸料、リース料へ
※ ホームページ管理費	2,500,000	1,252,800	△ 1,247,200	今年度のみ
※ 会計業務委託費	100,000	54,000	△ 46,000	来年度から、雑費に組み込み
4. 旅費	600,000	696,670	96,670	
1) 役員出張費	600,000	696,670		東海北陸眼科学会出張(交通費、日当)(2回/年)
5. 渉外費	200,000	50,000	△ 150,000	祝儀、弔電、香典など
6. 備品費	100,000	144,834	44,834	タイムレコーダー、専門医用プリンターなど
7. 賃貸料		345,540	345,540	医師会館家賃
8. リース料		608,580	608,580	コピー機、事務局パソコン、ビジネスホンなど
9. 雑費	400,000	108,031	△ 291,969	会費徴収手数料、送金手数料等
今年度合計	18,650,000	17,182,817	△ 1,467,183	
翌年度繰越金	1,686,517	4,129,492	2,442,975	
合 計	20,336,517	21,312,309	975,792	

※科目間の流用を認める

監査の結果、適正と認めます。

平成27年 7 月 2 日

静岡県眼科医会会長

平成27年 7 月 2 日

静岡県眼科医会監事

飯田 文人
柳田 和夫
天神 光亮

〈東部〉富士市立中央病院

眼科 藤谷 暢子

病院の概要

当院は、昭和24年、当時の富士町が日本医療団富士病院を買収し、町立富士中央病院として診療科目5科（内科、外科、産婦人科、小児科、眼科）、99床で富士市元市場に設立されました。その後、市制施行、市町村合併による名称変更、病棟の増改築、診療科の開設などを経て、昭和59年に現在の富士市高島町に移転し、現在は診療科目23科、病床数520床となっています。

患者さんから信頼される病院、市民の皆様の期待に応える病院であるよう、病院理念は「地域の基幹病院として、市民の皆様により良い医療をやさしく安全に提供し、常に医療の向上につとめます」と定め、常に患者さんに快適な療養環境を提供するため、「患者サービスの向上」「良質の医療の提供」「経営基盤の強化」に取り組んでいます。

当院の立地は、富士駅からバス・タクシーで10分、新富士駅からタクシーで10分と交通の便が良いとは言えず、自家用車で来院される患者さんが多いようです。

平成21年5月から電子カルテシステムを導入し、導入当時は眼精疲労がひどく、電子カルテを恨みましたが、今となっては何とか共生しています。

平成25年6月から院外処方体制に移行し、病院の周辺に調剤薬局が5軒ほど立ち並んでいます。職員も院内処方では許されず、院外に処方箋を持っていくのですが、早々と店じまいをされてしまって、うっかり残業すると受け取りに困ることもあります。



眼科紹介

眼科外来は、病院の正面玄関から入り、右手にあります。玄関から近いのが利点かもしれませんが、冬は屋外の寒気がダイレクトに入り込み、足元が冷え、患者さん用にひざ掛けを用意しています。

外来診療は、眼科医2名、視能訓練士3名（平成28年4月から増員となりました）、看護師2名、医療補助1名、受付1名で行っています。必要以上に点眼処方を希望される患者さんには、看護師が点眼指導も行う等、きめ細かい対応を行っています。

基本的に、月・火・水・金曜日は2診、木曜日は1診です。

午前中は、紹介予約枠を使った紹介初診を最優先とし、9時から予約診療を行っています。予約外や初診は、11時までの受付となります。午後は完全予約検査であり、視野検査、眼位検査、レーザー、蛍光眼底撮影、抗VEGF薬硝子体注射、ボツリヌス毒素注射、涙点プラグ・鼻涙管シリコンチューブ挿入・霰粒腫等の外来小手術、小児の弱視・斜視外来などを行っています。

平成24年から、ロービジョン外来も行っています。月1回（現在は、基本的に第4木曜午後）予約制で、補助具を合わせ、日常生活のアドバイスを行っています。iPadによるロービジョンケアも取り入れており、他院からロービジョン外来のみのご紹介も受け付けています。

また、平成26年から、オルソケラトロジーも開始しました。

平成27年から、2か月に1回ほど、山梨大学飯島裕幸教授の診察日を半日設けています。難しい症例を診て頂くことで、患者さんのためにもなりますし、私達の勉強にもなっています。

中央手術室での手術は、月曜午後と火曜午後に行っています。白内障を中心に、緑内障、翼状片、眼瞼内反症、斜視など行っています。

白内障手術は、片眼2泊3日の入院で行ってきましたが、平成28年4月からは、日帰り入院手術も導入し、患者さんの選択肢を増やしました。認知症や精神発達遅滞等のために全身麻酔で行うこともあります。その場合前日入院となり、入院は4日となります。

硝子体疾患については、月1回、山梨大学から硝子体手術医を招いて行っているため、緊急硝子体手術には対応できませんが、少数ながら万全の体制で手術を行っています。

富士・富士宮地区は、手術をなさる開業医の先生方が多く、当科が貢献できることが少ないことを心苦しく思っています。当科が貢献できることは、総合病院として他科との連携だと思っています。他に疾患を抱える患者さんが、1つの病院で複数科にかかるメリットを生かしつつ、当科でできる治療の質を上げられるよう、今後も努力したいと思います。

病診連携

当院にご紹介頂く際には、紹介状をご用意ください。事前にFAX予約をなさるようお勧めしています。連携室直通のFAXをご利用いただければ、15分以内に連携室から予約日時のお返事を貴院に致します。平日の月～金曜日 8：30～17：15、下記の連携室まで、お願いします。

患者さんのご都合で、来院できる日時が不明であれば、紹介状をお渡し頂き、平日の月～金曜日 8：15～11：00に受付をするようお伝えください。

緊急の際は、ご連絡頂ければ、受付時間外でも対応いたします。

富士市立中央病院

〒417-8567 富士市高島町50番地

TEL：0545-52-1131（病院代表）

FAX：0545-53-3708（連携室直通）

ホームページ：<http://www2.city.fuji.shizuoka.jp/~byoin/>

〈中部〉 地方独立行政法人 静岡市立静岡病院

眼科 井 上 亮

【沿革 概要】

当院は静岡市の中心部、駿府城公園の内堀と外堀の間に位置する12階建ての病院です。10階にある医局からは駿府城公園の緑、天気がよければ富士山も眺めることができます。歴史は古く、明治2年の藩立駿府病院に始まり公立静岡病院を経て明治38年市立静岡病院と改称、今年4月1日に地方独立行政法人静岡市立静岡病院に移行しました。

病床数は506床（一般病床：500床、感染症病床：6床）。

診療科は内科（内科初診外来）、腎臓内科、内分泌・代謝内科、血液内科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、精神科、外科・消化器外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科・形成外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、口腔外科、リハビリテーション科、放射線治療科、放射線診断科、麻酔科、病理診断科、ハートセンター、脳卒中センター、消化器総合センター、血液浄化センター、市民健診センターがあります。

東海地方一の心臓血管外科がある病院で、心疾患治療歴のある患者さんが多いことも特徴です。

【眼科の体制】

◇外来◇ 外来スタッフは眼科医4人（井上亮、櫻井美晴、井上志帆、堀井崇弘）、看護師3人（うち2名が交替で配置）、視能訓練士3人、メディカルクラーク1人、メディ



カルアシスタント1人、事務1名です。外来診察室は3診あります。月曜日、水曜日は一日手術があり、外来診療（交替制）は午前のみ。火曜日、木曜日、金曜日は3名で一日外来診療を行っています。カルテは病院全体には電子カルテが導入されていますが、眼科は現在も紙カルテを併用し紙カルテをスキャンする形で電子カルテに保存しています。

主な機器：ハンフリー、GP、マルチカラーレーザー、YAGレーザー、3D-OCT、
眼底カメラ（FA IA 自発蛍光）、ERG、前眼部OCT、Bモード、
ウェーブフロントアナライザーなど

◇病棟◇ 病棟は主に内分泌・代謝内科、血液内科との混合病床で現在眼科病床は9床となっています。

◇手術◇ 手術は月曜日、水曜日に一列で行っています。執刀医、介助医、不潔介助看護師で実施しています。清潔の準備を医師がしなくてはいけないこと、眼科専任の看護師がいないため必要なもの（鑷子や硝子体手術で用いる小物など）を伝えてもなかなか出てこないことが悩みです。白内障手術は両眼で7泊、片眼で3泊でしています。また通院可能な方には通院手術も選択していただいています。硝子体手術は25Gを中心に行っています。

主な機器：ツァイスVISU、トプコンOFFISS、コンステレーション、硝子体内視鏡
網膜剥離用ジアテルミーなど

【連絡 紹介先】

地域医療支援室をご利用ください。事前に紹介状（診療情報提供書）をFAXしてください。（※当院の診察券がない患者さんの場合は保険情報も併せて送付してください。）

また緊急疾患につきましては随時対応しております。ご紹介前に御一報いただけますと待ち時間短縮につながりますのでご協力のほど何卒よろしくお願い致します。

地域医療支援室 054-252-0358

病診連携ホームページもご参照ください。

http://www.shizuokahospital.jp/medical_personnel_byoushin.html

最後になりましたが、近隣の病院医院の先生方には日頃からお世話になりましてありがとうございます。今後もしもご指導ご鞭撻くださいます様何卒よろしくお願い申し上げます。

〈西部〉社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院

眼科 宮 道 大 督

1930年5月、貧しくて結核を病み行き場を失ったひとりの青年のために、数名のクリスチャン青年が力を合わせ、三方原台地に小さな病舎を建てました。ベテルホーム(神の家)と名づけられた小屋、それが社会福祉法人聖隷福祉事業団の始まりです。

1973年に現在の聖隷三方原病院に改称されておりますが、その想いは現在まで紡がれ、キリスト教精神に基づく「隣人愛」の基本理念に基づき、地域にしっかりと根ざし住民に信頼される病院づくりを目指して、日々診療を行っています。

急性期病院としてDPCⅡ群に指定される地域拠点病院であり、診療科目は33科を標榜し、病床数は934床、全科一日平均外来患者数は約1200人です。全国で36箇所に限られた高度救命救急センターの認定を受けており、ドクターヘリ・ドクターカーを運用し、24時間365日救急患者の受け入れに備えています。934床には結核病床20床、ホスピス病床27床(日本で最初に開設)、精神科病床104床が含まれ、やや特徴的な病床構成は聖隷精神が反映されたものとなっています。

当科は浜松医科大学から派遣された医師により構成されており、宮道大督、藤田太一、上田将弘の3名が常勤しています。最近話題の「新専門医制度」においては、浜松医科大学を基幹病院とする眼科専門研修プログラムに属し、地域の中核病院として専門研修連携施設の役割を担っています。

専門研修連携施設として手術は1900件、硝子体注射は450件を行い、手術は火、金曜日の午後半日と木曜日は終日で行っています。2013年に形成外科が発足し、外眼手術は減少傾向にありますが、地域のニーズに合わせて白内障手術、網膜・硝子体手術などを主に行っています。専門研修としてこれだけの症例数が確保できますのは、ひとえに近隣の先生方のお力添えのおかげと、深く感謝いたします。

外来は、一般外来を木曜日を除く月曜日から土曜日の午前に行い、FA検査やレーザー治療などを行う特殊検査外来は月曜日と水曜日の午後に行っています。原則として予約制で、紹介状なく初診された方はこの4月より特定療養費5400円をいただくなくてはならなくなりました。救急疾患については24時間随時対応しております。当院へご紹介頂く際は、地域医療連携室(053-439-0007)へご連絡頂けますようお願いいたします。紹介状に所定の形式は定めていないため、普段使われているフォーマットで頂戴できますと幸いです。

地域医療の歯車のひとつとして、地域に求められている自らの役割を模索しております。

地域医療に少しでもお役に立てますように、地道に頑張っていきます。今後も先生方には、ご指導賜れますようお願いいたします。



平成28年度診療報酬改定

静岡県眼科医会 社保委員長 矢 田 清 身

今年も診療報酬改定の年となりました。眼科関係はあまり大きな改定はなく済みましたが、混乱を生じていた“短期滞在手術等基本料3”については改定され片眼の手術では点数が引き下げられましたし、コンタクトレンズ検査料については何やら細かな制約が付き、ジェネリック薬品についても一度では理解のできない制約が付きました。しかし眼科学的検査の包括化は免れました。これはやはり政治的な力で抑えられたようですが昨年3月に自民党内に“眼科医療政策推進議員連盟”が立ち上がりその先生方のご理解ご尽力が大きかったようです。この会には日本眼科医連盟より役員が出席し意見を言い、お願いもしています。当県も以前に比べると眼科医連盟への加入数は増加していますが、まだまだごく一部の先生方しか参加されておらず、特に勤務医の先生方の参加が少ないように思います。眼科医連盟は開業医、勤務医共通の問題について活動していますので、勤務医の先生方も保険請求の方法についてもっと勉強して頂くと共にこちらへの参加も是非宜しくお願い致します。

さて、昨年の県眼科医会誌のこの項では、厚生局の眼科指導の内容につき書かせて頂きましたが、今回は、審査における“医療機関からの再審査の処理”について少しお話します。

日頃審査委員はレセプトを審査する時、県眼科医会の社保委員会で決まった事項に従い粛々と審査を進めていますが、そのルールから外れている算定については返戻もしくは査定しています。またその医療機関のレセプト全体を見まして、あまりにもある項目について他の医療機関と比べて傾向的に多い或いは異質な算定等有るときはその理由を伺うため返戻をする事も有ります。査定されたレセプトについて医療機関は、特別に算定したもっともな理由が有れば再審査請求をして頂く事になりますが、その中でも多いケースが“病名漏れ”です。基本的にあってはいけない事ですが、再審査請求されるときは、1)カルテの1号用紙(病名欄)に病名が記載されており、2)且つ2号用紙にその病名に対する記載のある資料、(その他に検査データ等それを裏付けるものが有ればなお良い)を添付する事が原則です。審査員はそれを基に“原審”“復活”等を判断させて頂いています。当たり前ですが、1号用紙に病名の後書きや追加が有る場合は原則不可とします。

その他少し複雑なレセプトの算定をされる場合は面倒でも出来るだけ保険者にも理解できるように、注記(あるいは詳記)をお願いします。最近は社保関係の保険者がかなり厳しくレセプトを審査しています。その月の日計表や過去数か月に遡ってのレセプトの閲覧等も行っており、少しでも全国の社保関係の平均レセプトと異なった算定が有ると、審査員を通さず査定してくる傾向にあります。(この様な風潮については審査員から事務方に強

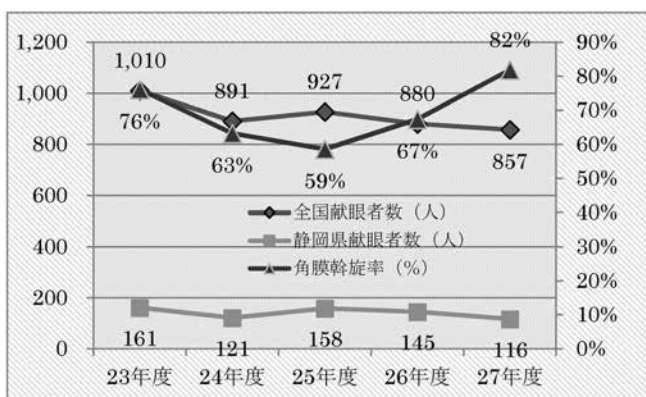
く指導はしているのですが) 企業もかなり努力していますので、会員の先生方もその目に
耐えられるしっかりとした裏付けのあるレセプトを提出されるようお願い致します。

アイバンクだより

公益財団法人静岡県アイバンク事務局長 中 村 亘 宏

平成28年3月度より、県内において献眼摘出出動いただいた内容を、静岡県眼科医会事務局を通じて先生方にお知らせできるようになりました。従来は、「静岡県アイバンクだより」に掲載している資料のみで、年一回摘出状況の報告でしたが、メールにてお知らせするシステムにより、タイムリーな献眼状況を知っていただけるようになり、身近で献眼が行われていることがお伝えできるこのシステムを導入していただいた飯田会長に対し、心より感謝申し上げます。

平成27年度の事業実績は、県内の新規献眼登録者数は778名、献眼者数は116名でした。また、ここ数年の角膜の幹旋移植状況は、年率に換算した場合、平成24年度63%、平成25年度58%と低迷し、事業運営における財政面においてかなり厳しい内容でした。平成26年度は67%と後半から少し回復の兆しがみられまし



たが、上半期の低迷を取り戻すまでには至りませんでした。平成27年度に関しては、前年度後半から幹旋情報の開示方法を工夫し取り組んだことや、堀田理事長が学会会場で角膜移植医の先生方に声掛けをしていただき、全国の移植医療機関の先生方のご協力もあり幹旋率82%と大きく改善することができました。

しかし、前述のとおり、献眼登録者数も献眼者数も県内だけではなく、全国的に減少傾向にあります。日本アイバンク協会もこの点に関して大きな懸念を抱いており、アイバン



クの啓発活動に力を注いでいます。昨年のこの場でもご紹介しましたが、日本アイバンク協会が設立50周年記念事業として新しい啓発活動用資料として作成した「ヒ・カ・リ」。アイバンク協力医として参加していただいている先生方にもご視聴いただき、先生方のご協力を得ながら、ひとりでも多くの角膜疾患の患者様に角膜提供の橋渡しになれるようにがんばっていきたいと思います。

また、厚生労働省、(公社)日本臓器移植ネットワークが主催する「臓器移植推進国民大会」が、平成28年度は静岡県において開催されます。全国の都道府県が順次開催していますので、次回静岡県で開催されることがあれば、単純に47年後となり、約半世紀に一度ということになります。今回、静岡県も主催者となり、県疾病対策課からこの大会に静岡県らしさを組み入れるために、献眼が全国でトップクラスのアイバンクにも参加協力を求められ後援することになりました。

「第18回臓器移植推進国民大会」の概要

開催日時：平成28年10月23日(日)13時開始

会 場：グランシップ中ホール 静岡市駿河区池田79-4

タイトル：「ふじのくにから広がる命のきずな」

内容については県疾病対策課を中心に各団体とSBSプロモーションが参加し検討中ですが、式典で厚生労働大臣感謝状贈呈式のあと、基調講演を戦場カメラマンとして活躍している渡部陽一氏（富士市出身）に依頼予定。このほか、移植医療の関係者や一般の大学生が参加するパネルディスカッションを行う予定です。臓器移植について考えてみる機会が身近で催されますので、アイバンクとしても会場エントランスにて「ヒ・カ・リ」の上映などを行いたいと計画しています。是非、多くの県民の皆様が会場に足を運んでいただけるよう、先生方のお力をお借りできれば幸甚に存じます。

平成27年度静岡視覚障害者福祉推進協議会 第13回定期総会

日時：平成27年 6 月14日(日) 15：30～

会場：グランシップ910会議室

1 平成26年度事業報告

(1) 通常活動

役員会……3回開催。ほかメールによる協議は随時。

8月9日……静岡総合福祉会館シズウエル（10名出席）

1月10日……視覚サポートなごみ（13名出席）

3月28日……静岡総合福祉会館シズウエル（10名出席）

(2) 啓発活動

① 主催事業

E Y E フェスタin浜松（主催事業） 参加者 約300名

日時：平成26年10月5日(日)

会場：静岡文化芸術大学（日本眼科医会社会適応訓練講習会助成事業）

内容：講演会、各種相談会、歩行体験会、機器展示会

② 後援事業

JRPS静岡支部特別講演会

日時：平成26年6月8日(日)

会場：シズウエル

演題：「iPS細胞を用いた網膜再生医療の実現に向けて」

講師：平見恭彦氏（独立行政法人理化学研究所）

③ 40周年記念事業

ホームページ立ち上げ準備

ホームページ作成委員会を3回開催。ほかメールによる協議は随時。

(3) 情報ネットワーク化事業

① 研修会

第1回研修会 8月9日(土) 15:00～17:00

テーマ「焼津市における3歳児眼科検診の取り組み」

講師：こども病院 視能訓練士 小関裕乃さん

会場：静岡総合福祉会館シズウエル

第2回研修会 1月10日(土) 18:30~21:00

テーマ「世話人同士の親睦を深めよう!!」

会場：静岡市 みぜん

第3回研修会 3月28日(土) 14:30~16:30

テーマ「視覚障害者の就労支援について」

会場：静岡総合福祉会館シズウエル

事例報告者：後藤光夫氏

② 各種ネットワーク会議への参加

中部バリアフリー推進協議会への出席

2 平成26年度決算報告

収入の部

費 目	本年度予算	本年度決算	備 考
繰 入 金	1,766,876	1,766,876	預金1,753,949 現金12,927
後援費・会費	430,000	425,000	眼科医会・会費25名
総会参加費	90,000	110,000	総会情報交換会参加費
特別事業費	250,000	235,520	日本眼科医会助成金 JRPS (EYEフェスタ共催費)
利 息	234	268	利息
合 計	2,537,110	2,537,664	

支出の部

費 目	本年度予算	本年度決算	説 明
事 業 費	540,000	431,702	研修会58,782 EYEフェスタ372,920
会 議 費	50,000	53,872	役員会会場費、交通費等
総 会 費	90,000	121,300	総会、情報交換会参加費
事務局費	160,000	189,016	通信費、パソコン、物品費等
予 備 費	20,000	6,083	慶弔
繰 越 金	1,677,110	1,735,691	預金1,735,691
合 計	2,537,110	2,537,664	

上記のとおり、報告します。

平成27年3月31日

会 計 久 田 まり子

監査の結果、上記のとおり相違ありません。

監 事 鈴 木 徹

監 事 疋 野 幹 男

3 平成27年度 役員および会員 (◆新会員)

●役員 14名

松 久 充 子 (会 長)	眼科医
立 花 明 彦 (副会長)	教員
石 光 和 雅 (副会長)	歩行訓練士
興 津 久美子 (事務局長)	施設職員
杉 山 典 行 (事務局)	施設職員
松 岡 悟 (事務局)	施設職員
久 田 まり子 (事務局・会計)	施設職員
斯 波 千 秋	施設職員
羅 錦 營	眼科医
青 島 明 子	眼科医
山 本 敬 子	教員
古 橋 友 則	歩行訓練士
鈴 木 徹 (監 事)	眼科医
疋 野 幹 男 (監 事)	眼鏡業者

※松岡（事務局へ異動）、久田（会計 山本より交代）

●世話人

◇東部地区 10名

山 秋 久	眼科医
木 村 裕 子	眼科医
小 森 雅 彦	眼科医
花 崎 秀 敏	眼科医
藤 谷 暢 子	眼科医
船 村 直 正	O R T
◆後 藤 讓 治	施設職員
前 田 敏 昭	歩行訓練士
堀 江 智 子	歩行訓練士
◆柏 木 雅 章	教員

※後藤恵美子（施設職員）辞任

◇中部地区 12名

津 島 一 晃	眼科医
中 村 竜 大	眼科医
小 関 裕 乃	O R T
望 月 清 子	歩行訓練士
黒 瀬 和 成	歩行訓練士
今 村 光 宏	盲ろう通訳介助者
◆小 川 宏 之	施設職員
◆川 口 綾	団体職員
宮 原 良 明	団体職員
磯 野 博	教員

土 居 由 知	施設職員
渡 邊 博 和	教員

※多々良善哉（施設職員）、久保田道子（団体職員） 辞任

◇西部地区 11名

木 谷 聡	眼科医
家 田 貴 子	眼科医
永 田 豊 文	眼科医
尾 花 明	眼科医
稲 垣 理佐子	ＯＲＴ
芦 野 良 木	ＯＲＴ
田 中 恵津子	ＯＲＴ
金 子 俊 淳	教員
佐 藤 建 一	施設職員
伊 藤 友 治	教員ＯＢ
◆山 本 佐智子	ＯＲＴ

4 平成27年度事業計画案

- (1) 通常活動（役員会）を継続して行う。
- (2) 啓発事業…下記の通り、主催、後援を行う。

① 主催事業

E Y E フェスタ2015in静岡

日時：平成27年 6 月14日(日)

会場：静岡グランシップ

② 後援事業

JRPSなど関係団体の要請に応じ、後援および参加支援

③ 40周年記念事業

静視協ホームページの開設と運営

④ 第25回 視覚障害リハビリテーション研究発表大会への協力

(3) 情報ネットワーク化事業

① 年3回を目標に「研修会」の開催

② 各種ネットワーク会議への参加

(4) その他

- ・平成27年度「E Y E フェスタ2015in静岡」は第25回視覚障害リハビリテーション研究大会のプレ大会の要素をもって開催する。
- ・平成28年度予算編成の際に少なくとも例年のE Y E フェスタに関わる費用を協力金として承認する。

・賛助会員の団体会費については、一口5,000円以上ということで承認する。

5 平成27年度予算案

収入の部

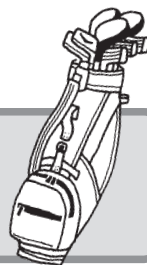
費 目	前年度予算	本年度予算	説 明
前年度繰入金	1,766,976	1,735,691	預金
後援費・会費	430,000	430,000	眼科医会400,000、会費30名
研修参加費	90,000	101,200	総会懇親会参加費
寄 附 金 等	234	16,268	預金利息、寄付16,000
特 別 事 業 費	250,000	352,000	日本眼科医会、JRPS（EYEフェスタ共催費）、パンフレット広告料
合 計	2,537,210	2,635,159	

支出の部

費 目	前年度予算	本年度予算	説 明
事 業 費	540,000	390,000	勉強会30,000×3、フェスタ300,000
40周年記念事業		100,000	HP開設
会 議 費	50,000	60,000	役員会会場費、交通費等
総 会 費	90,000	101,200	総会会場費、懇親会費等
事 務 局 費	160,000	160,000	通信費、物品費等
予 備 費	20,000	20,000	
次年度繰越金	1,677,210	1,803,959	
合 計	2,537,210	2,635,159	

ただし、費目間の流用を認める。

静岡県眼科医会ゴルフコンペの記録



平成27年度 第1回大会 平成27年8月23日(日) リバー富士カントリークラブ

優勝	矢田清身
準優勝	月花慎
3位	高橋邦昌
4位	柳田和夫
5位	堀井崇弘
6位	羅錦營
7位	中村好邦
8位	半田忠良

平成27年度 第2回大会 平成27年11月29日(日) 浜松シーサイドゴルフクラブ

優勝	柳田和夫
準優勝	上野眞
3位	月花慎
4位	伊東丈嗣
5位	青島周明
6位	高橋邦昌
7位	矢田清身
8位	外山裕子
9位	矢田晏代
10位	外山喜一
11位	横井えり子

平成27年度 第3回大会 平成28年3月13日(日) 葛城ゴルフクラブ

優勝	伊藤丈詞
準優勝	横井えり子
3位	月花慎
4位	外山喜一
5位	上野眞
6位	外山裕子
7位	青島周明

静岡県中部眼科医会発足のお知らせ

会 長 川村洋行
副会長 高良俊武（診療所代表）
井上 亮（病院代表）
会 計 高良広美
理 事 飯田文人 石川浩平 石田玲子 牛田宏昭 小原賢一
清水紀恵 鈴木 泉 鈴木 徹 辻 美和 中村竜大
松永寛美 松久充子 柳田和夫 羅 錦營
監 事 石川靖彦 中村好邦

発足の経緯

静岡県中部地区では、症例検討会として中部眼科茶話会を開催していたが、今回、中部眼科茶話会を発展させ且つ学術以外の様々な課題につき意見集約の場として、静岡県眼科医会の下部組織に位置する立場で平成28年4月1日に静岡県中部眼科医会を発足した。

静岡県中部眼科医会会則

第1条 本会は、静岡県中部眼科医会と称す。

第2条 本会は、静岡県眼科医会と協力し、医学医術の研鑽を期し、静岡県中部地区の眼科医療の正しい発展と普及、並びに会員の良好な連携をはかることを目的とする。

第3条 本会は、会務を処理するため事務局を本会会長の医療機関内におく。

第4条 本会は、静岡県眼科医会名簿による静岡県中部地区の眼科医院医師および病院眼科医師で、かつ静岡県眼科医会会員である者を以て組織する。

第5条 本会に入会、又は本会を退会しようとする者は、その旨、本会事務局に届け出るものとする。

第6条 会員は、退会、除名、解散によって、その資格を失うものとする。

本会および本会会員に対し、不信の行為があった場合は理事会の決議によって除名することができる。

第7条 本会は、第2条の目的を達成するため、静岡県眼科医会の活動に協力し、次の事業を行う。

- (1) 医道の高揚、医学および医術の振興に関する事業
(中部眼科茶話会の開催)
- (2) 公衆衛生の啓発指導に関する事業
- (3) 地域医療の啓発充実にに関する事業

- (4) 救急医療、災害医療対策に関する事業
- (5) 県アイバンクに関する事業、失明予防事業、視覚障害者福祉 事業
- (6) 眼科医療従事者に関する事業
- (7) 医業経営の改善に関する事業
- (8) 病診連携に関する事業
- (9) その他本会の目的に沿った事業

第8条 本会は、次の役員をおく。

会長1名、副会長2名、理事（会長および副会長を含む）11名以上20名以内、監事2名。理事および監事は、静岡県眼科医会中部在住の理事と、会員の中から選出する（各地区から理事の選出が行われるよう努める）。会長は理事会で互選する。副会長は理事の中から会長が委嘱する。

第9条 会長は、本会を代表し、本会を総括する。副会長は、会長を補佐し、会長に事故のあるときはその職務を代行する。理事は、会長の指示する業務を行う。

役員の任期は2年とする。補欠のため選任せられた者の任期は前任者の残余期間とする。

役員は、任期満了後であっても後任者の就任するまでその職務を行うものとする。

第10条 役員は、すべて無給とする。

第11条 本会の会議は、理事会および総会とし、会長がこれを招集し、その議長となる。

第12条 理事会は、定例理事会および臨時理事会とし、定例理事会は毎年1回開催し、臨時理事会は会長が必要と認めたときに開催する。

第13条 理事会は、出席者の過半数以上の同意により議決する。賛否同数の場合は議長の決するところによる。

第14条 総会は定例総会および臨時総会とし、定例総会は毎年1回開催し、臨時総会は会長が必要と認めたときに開催する。

第15条 総会は、出席者の過半数以上の同意により議決する。賛否同数の場合は議長の決するところによる。

第16条 本会の運営に要する経費は、静岡県眼科医会のブロック補助金などを以てこれに充てる。

本会則は、理事会出席者の2／3以上の同意により変更できる。

本会則は、平成28年4月1日からこれを実施する。

（平成28年3月24日静岡県中部眼科医会設立総会にて承認）

勤務医のページ

順天堂大学医学部附属静岡病院眼科 太田 俊彦

平成27年度の業務につきご報告させていただきます。

第1回勤務医委員会（平成27年6月26日、静岡市）

委員11名、飯田文人会長、川村洋行災害医療対策委員長出席

平成26年4月の診療報酬改定による白内障手術点数の変更による影響とその対応、県内の病院の夜間眼科救急患者受け入れ状況、勤務医が働きやすい環境整備、男女共同参画、待遇改善、全科当直、眼科志望者数減少などの諸問題につき議論が行われました。また川村洋行災害医療対策委員長より災害緊急時連絡網についてあらためて説明がありました。

第16回全国勤務医連絡協議会（平成27年11月3日、東京、品川）

特別講演として、名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部教授

長尾能雅先生より「医療事故調査制度の開始にあたって」というテーマ

で講演がありました。平成27年10月に医療事故調査制度がスタートしましたが、院内で死亡事故に代表されるような重大な事故が発生した場合には特殊な調査体制が必要となり、(1) 精度高く医療事故を把握する体制の確保 (2) 検証すべき事例を適切に選定する体制の確保 (3) 公正な調査を可能とする体制の確保など三つの前提が必要であることなど、医療事故調査制度設計に至るまでの経緯と、新しい制度の運用等について述べられました。その後に各支部からの提出議題とディスカッションが行われました。内容は広範囲にわたるため、詳細は「日本の眼科」平成28年3月号をご覧ください。

第2回勤務医委員会（平成27年11月26日、静岡市）

委員10名、飯田文人会長、川村洋行災害医療対策委員長出席

第16回全国勤務医連絡協議会の報告から始まり、新専門医制度に伴う日本眼科医会への影響、平成28年4月の診療報酬改定における白内障手術点数の変更、抗VEGF薬の薬剤費急増などの諸問題について議論を行いました。また川村洋行災害医療対策委員長より、当委員会で作成した災害緊急時連絡網を他の東海北陸4県でも作成して災害緊急時における情報の共有化と全国への普及を図るため、第100回東海北陸眼科医会連合会勤務医部会において提案する旨依頼がありました。

第100回東海北陸眼科医会連合会勤務医部会（平成28年3月13日、名古屋市）

第16回全国勤務医連絡協議会の報告から始まり、新専門医制度に伴う日本眼科医会への影響、平成28年4月の診療報酬改定における白内障手術点数の変更、抗VEGF薬の薬剤費急増、眼科入局者数減少などの諸問題について議論を行いました。当県からは、静岡県眼科医会が作成した災害緊急時連絡網を他の東海北陸4県においても作成して災害緊急時における情報の共有化と全国への普及を図ることを提案しました。

第1回勤務医委員会（平成27年6月26日）



第2回勤務医委員会（平成27年11月26日）



静岡県眼科医会事務局だより

平素は静岡県眼科医会の運営に特段のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

現在、会員の皆様の変更や移動に関しては、先生方からの自己申告が唯一且つ貴重な情報源となっております。つきましては、勤務先、会員種別や診療所の電話・FAXの番号等何か変更が生じた際には、速やかに「変更・移動届」をご提出願います。用紙は事務局に用意しておりますので、ご連絡（FAX・メール）くだされば送付いたします。

ただし、支部の移動が生じたときは、書類が異なるため移動後の支部にご連絡ください。

事務局では、正確な会員管理に努め、有用な情報をできる限り漏れなくお伝えして参りたいと考えております。ご理解とご協力のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。また、ご意見・ご要望・ご質問等がございましたら、お気軽に下記までご連絡を賜りたく、よろしくお願い申し上げます。

〈住 所〉

〒420-0839 静岡市葵区鷹匠3-6-3 静岡県医師会館内5F

TEL：054-277-9937

FAX：054-277-9934

E-MAIL sizgan@sweet.ocn.ne.jp

※エレベーターを4Fで降り、左側より裏に回り階段を上がる

〈業務時間〉

■月・水・木曜日 8時00分～15時00分

■火曜日 8時00分～12時00分

■金曜日 8時00分～17時00分

※昼休み 12時から13時は不在となります

夏休み：平成28年8月10日(水)～15日(月)

冬休み：平成28年12月29日(木)～平成29年1月3日(火)

【メーリングリストのご案内】 全会員293名中145名がご登録いただいています！

ご自分のアドレス（携帯電話不可）を上記事務局まで、メールにてご登録ください。

計報以外FAXでのご連絡がメールにて受信できます。（通信費節約、用紙の削減）『日眼医通信』・東海北陸眼科医会連合会からの最新情報・ホームページの新着情報・会員間の情報交換等メーリングリストのみのお知らせも多数ございます。

災害時には重要なツールとなりますので、メールアドレスをお持ちの方は全員登録をお願いいたします。

静岡県眼科医会総会集談会開催時の託児制度について

平成20年度より、静岡県眼科医会総会ならびに集談会の会場に『託児室』を準備しています。子育て中の先生も安心して勉強して頂けますので、是非、ご利用ください。

既にご利用になられている先生もいらっしゃいますが、ここで利用方法についてご説明いたします。

毎年総会（４月・８月・１月）のご案内状の中で託児申込期限をお知らせいたします。

ご利用希望者は申込期限までにFAX又はメールでご利用になるお子様のお名前と年齢（保育士の人数に関係します）を事務局までお知らせ下さい。

後日、事務局より託児受付完了のお知らせと簡単なお子様についての調査用紙をお送りさせていただきますので、ご回答ください。

会場により若干内容が異なりますが、調査内容は下記のとおりです。

【お子様の様子について】

- ①呼び名（愛称）
- ②健康状態（アレルギーや喘息について）
- ③用便について（自分で出来る・おしっこが言える）
- ④オムツ等をつけているか
- ⑤預けた経験の有無
- ⑥シッターさんに知らせておきたい事

なるべく、専用の託児室が常設されている施設（グランシップ・あざれあ等）で総会開催を予定しておりますが、県行事と重なりどうしても他の施設での開催となった場合は、別室を託児室用にお借りしております。



第38回眼科コメディカル静岡県講習会

会 場	日	予定時間	講 習 内 容	講 師
パ ル シ エ	1/17(日)	9:30～9:40	開講式、オリエンテーリング	花 崎 秀 敏
		9:40～10:40	眼科コ・メディカルの責務 眼科受付・予診	花 崎 秀 敏
		10:50～11:50	視器の構造	松 井 麻 紀
		12:40～14:40	視機能（屈折以外）	青 島 真 一
		14:50～16:20	屈折・調節とその異常	池 田 享 市
		16:30～18:00	視力検査法	下 山 勝
山 口 駅 前 ビ ル	1/24(日)	9:30～11:30	光学の基礎	永 田 豊 文
		12:20～14:40	眼疾患の基礎知識	湯 口 琢 磨
		14:50～15:50	眼科用薬剤	石井るみ子
		16:00～17:00	他の検査法	山中三千代
パ ル シ エ	2/7(日)	9:30～10:30	静岡県模擬テスト	
		10:30～11:20	テスト解説	花 崎 秀 敏
		11:20～12:00	修了証書授与式	飯 田 文 人

会場 講習会 1日目 パルシェ 7F 第1・2会議室
 講習会 2日目 山口駅前ビル 5F 会議室5-C
 模擬テスト パルシェ 7F 第1・2会議室

受講者数 89名（東部20名・中部35名・西部34名）

静岡県模擬テストの結果 受講者 89名

平均点 68.02点（78点満点）

平成27年度静岡県眼科医会 眼科医療従事者講習会

(日本眼科学会専門医制度 認定事業 19992 2単位)

日 時：平成28年1月23日(土) 15:00～17:00

会 場：静岡県コンベンションアーツセンター グランシップ 交流ホール

受講者数：147名 (東部 51名・中部 87名・西部 9名)

「先天色覚異常」

静岡県眼科医会 副会長 花 崎 秀 敏 先生
(花崎眼科医院 院長)

「視覚障害者に光を届ける－角膜移植の話」

順天堂大学医学部附属静岡病院眼科准教授 土至田 宏 先生

平成27年度高度管理医療機器等販売業管理者継続的研修

日 時：平成27年11月14日(土) 15：00～17：00

会 場：山口駅前ビル会議室5-D

受講者数：97名

- 1) 薬事法その他薬事に関する法令
- 2) 医療機器の品質管理
- 3) 医療機器の不具合報告及び回収報告
- 4) 医療機器の情報提供

講師 静岡県眼科医会副会長 花 崎 秀 敏 先生

- 5) 「コンタクトレンズに関する医療情報」

順天堂大学医学部附属静岡病院眼科准教授 土至田 宏 先生

静岡県 眼科学校保健アンケート（平成27年7月実施）

（静岡県教育委員会教育総務課の協力を得て実施）

はじめに

静岡県内の学校保健の実情や問題点を把握するため、静岡県眼科医会はこれまでも種々のアンケート調査を行なってきた。しかし、県下すべての学校や幼稚園から情報を得ることは難しく、一部の学校の情報から傾向を推測するにとどまっていた。このたび、静岡県医師会と静岡県教育委員会の意見交換会（平成27年3月6日開催）において、静岡県教育委員会教育総務課の理解を得、県下のすべての公立学校・幼稚園に対してアンケート調査を行なうことが実現した。

アンケートの実施方法

静岡県医師会を通して静岡県教育委員会教育総務課に依頼し、静岡県下の公立幼稚園、公立小学校、公立中学校、公立高校にアンケート用紙を送付していただいた。回答用紙は静岡県医師会にて回収し、集計は静岡県眼科医会学校保健委員会が行った。

アンケートの調査項目

アンケートの調査項目は、静岡県眼科医会学校保健委員会（平成27年6月11日開催）にて検討した。今回は学校医配置や視力検査の実施状況について調査することとなった。学校にとって回答しやすく回収率を上げるために設問は3項目にしばった。

小・中・高校には問1、2に、幼稚園には問1、3に回答していただいた。

【問1】眼科学校医の配置について

(1) 貴校（貴園）には眼科学校医（園医）は配置されていますか。☑で回答ください。

1. ☐ はい 2. ☐ いいえ

(2) 「いいえ」の場合、どなたが眼科の定期健康診断を行っていますか。

1. ☐ 他科の医師 2. ☐ 養護教諭等による視力検査等にとどめている
3. ☐ 視能訓練士 4. ☐ 眼科の健康診断はしていない

【問2】定期健康診断の視力検査では、左右眼別にAからDの評価をつけていますが、

(1) どの生徒に眼科医療機関への受診を勧めていますか。（複数回答可）

1. ☐ 裸眼、眼鏡を問わず、一眼でもB以下であれば受診を勧める
2. ☐ 裸眼視力が一眼でもB以下であれば、眼鏡視力のいかににかかわらず受診を勧める

3. ☐ 裸眼、眼鏡を問わず、B以下の眼があっても受診を勧めないことがある
- (2) 3と回答された方へ。それはなぜですか。(複数回答可)
1. ☐ 学校医の指示 2. ☐ 学校の裁量 3. ☐ 保護者への配慮

【問3】幼稚園の視力検査について

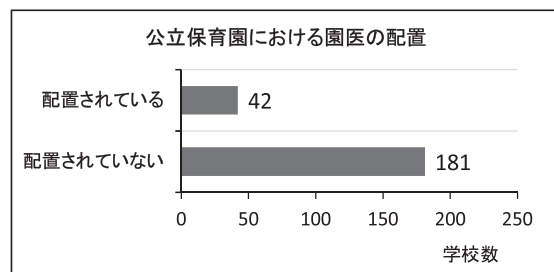
- (1) 定期健康診断として視力検査を行っていますか。
1. ☐ 年少、☐ 年中、☐ 年長児に実施（実施しているものに☒してください）
2. ☐ 視力検査は行っていない
- (2) 視力検査を実施している場合、結果は父兄に知らせていますか。
1. ☐ 文書で知らせている 2. ☐ 口頭で知らせている
3. ☐ 知らせていない

アンケート結果

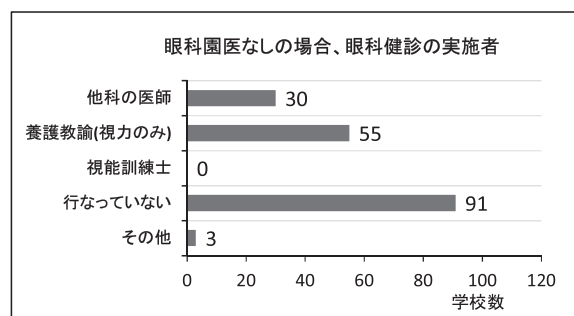
●公立幼稚園（対象255園 子ども園は所管課が異なるため含まれていません）

【問1】眼科園医の配置について

- (1) 貴園には眼科園医は配置されていますか

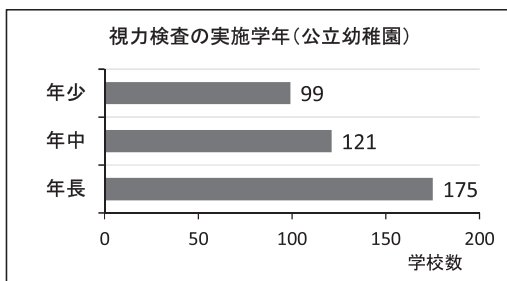
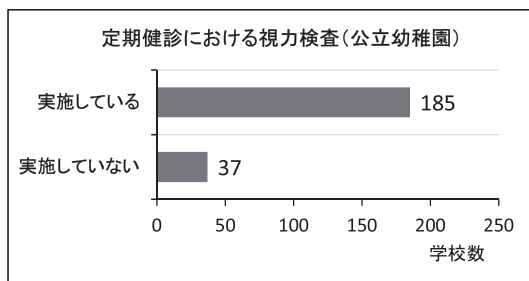


- (2) 配置されていない場合どなたが眼科の定期健康診断を行っていますか

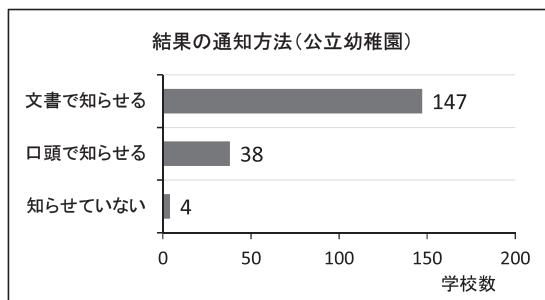


【問3】幼稚園の視力検査について

(1) 定期健康診断として視力検査を行なっていますか。



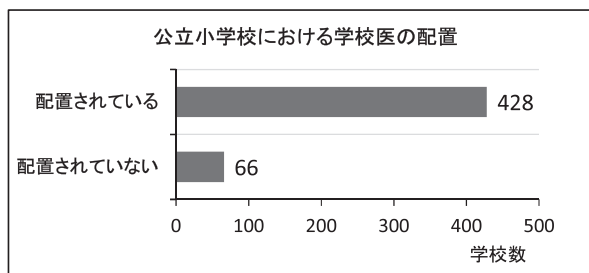
(2) 結果は保護者に通知していますか



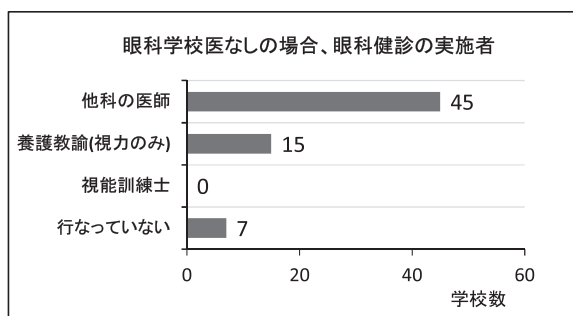
●公立小学校（対象505校）

【問1】眼科学校医の配置について

(1) 貴校には眼科学校医は配置されていますか



(2) 配置されていない場合どなたが眼科の定期健康診断を行っていますか



【問2】視力検査では、左右眼別にAからDの評価をつけていますが、

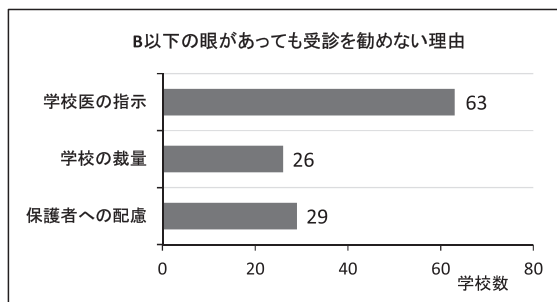
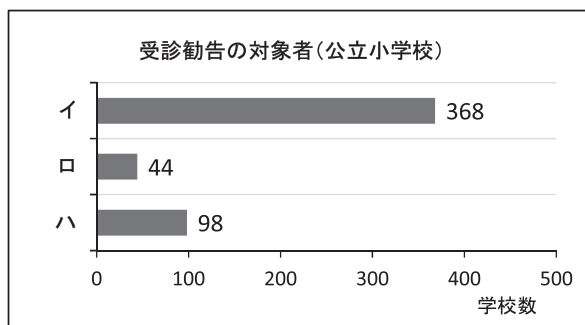
(1) どの生徒に眼科医療機関への受診を勧めていますか（複数回答可）

イ) 裸眼、眼鏡を問わず、一眼でもB以下であれば受診を勧める

ロ) 裸眼視力が一眼でもB以下であれば、眼鏡視力のいかにかわらず受診を勧める

ハ) 裸眼、眼鏡を問わず、B以下の眼があっても受診を勧めないことがある

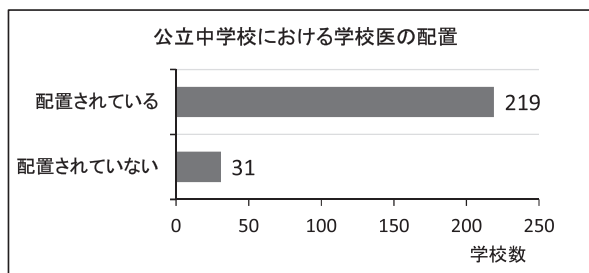
(2) B以下の眼があっても受診を勧めないのはなぜですか



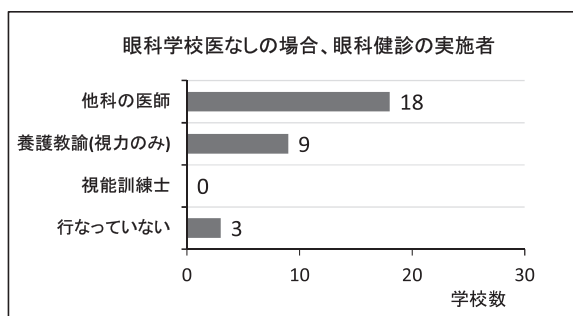
●公立中学校（対象263校）

【問1】眼科学校医の配置について

(1) 貴校には眼科学校医は配置されていますか



(2) 配置されていない場合どなたが眼科の定期健康診断を行っていますか



【問2】視力検査では、左右眼別にAからDの評価をつけていますが、

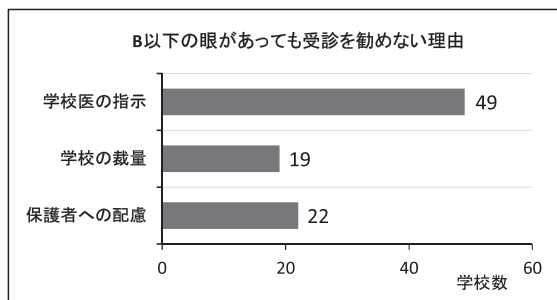
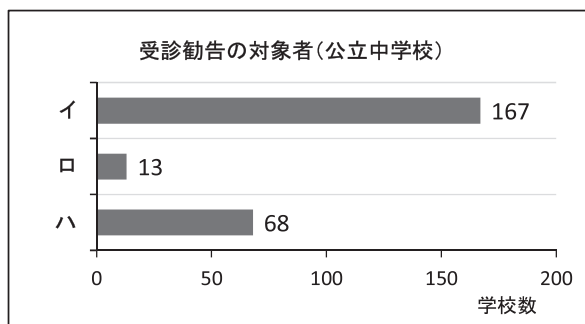
(1) どの生徒に眼科医療機関への受診を勧めていますか（複数回答可）

イ) 裸眼、眼鏡を問わず、一眼でもB以下であれば受診を勧める

ロ) 裸眼視力が一眼でもB以下であれば、眼鏡視力のいかにかわらず受診を勧める

ハ) 裸眼、眼鏡を問わず、B以下の眼があっても受診を勧めないことがある

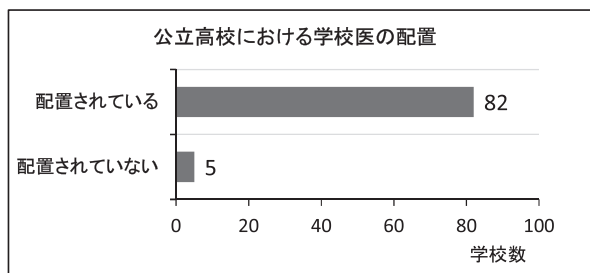
(2) B以下の眼があっても受診を勧めないのはなぜですか



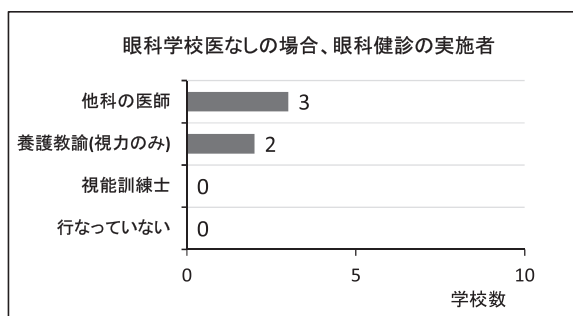
●公立高校（対象92校）

【問1】眼科学校医の配置について

(1) 貴校には眼科学校医は配置されていますか



(2) 配置されていない場合どなたが眼科の定期健康診断を行っていますか



【問2】視力検査では、左右眼別にAからDの評価をつけていますが、

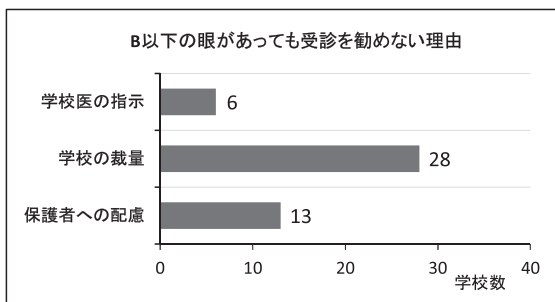
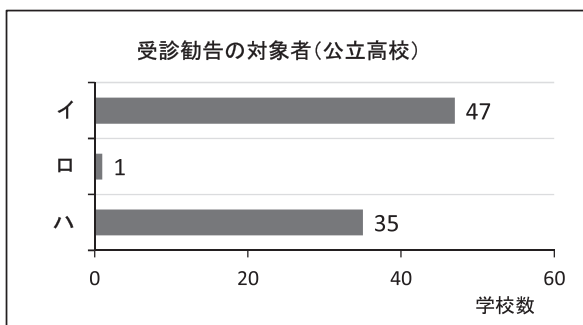
(1) どの生徒に眼科医療機関への受診を勧めていますか（複数回答可）

イ) 裸眼、眼鏡を問わず、一眼でもB以下であれば受診を勧める

ロ) 裸眼視力が一眼でもB以下であれば、眼鏡視力のいかにかわらず受診を勧める

ハ) 裸眼、眼鏡を問わず、B以下の眼があっても受診を勧めないことがある

(2) B以下の眼があっても受診を勧めないのはなぜですか



眼科学校医未配置の公立学校（幼稚園を除く）

静岡県 公立小学校 眼科未配置校

	市 町	校 名
1	伊豆市立	修善寺小
2	伊豆市立	修善寺東小
3	伊豆市立	熊坂小
4	伊豆市立	天城小
5	伊豆市立	修善寺南小
6	伊豆市立	中伊豆小
7	伊豆市立	土肥小
8	伊豆の国市立	長岡南小
9	伊豆の国市立	大仁小
10	伊豆の国市立	韭山小
11	伊豆の国市立	韭山南小
12	伊豆の国市立	長岡北小
13	御前崎市立	第一小
14	御前崎市立	御前崎小
15	御前崎市立	白羽小
16	御前崎市立	浜岡北小
17	御前崎市立	浜岡東小
18	掛川市立	上内田小
19	掛川市立	倉真小
20	掛川市立	大瀬小
21	掛川市立	土方小
22	掛川市立	和田岡小
23	掛川市立	横須賀小
24	掛川市立	白坂小
25	掛川市立	佐東小
26	掛川市立	桜木小
27	掛川市立	曾我小
28	掛川市立	千浜小
29	掛川市立	中小
30	掛川市立	原田小
31	掛川市立	東山口小
32	掛川市立	大坂小
33	掛川市立	中央小
34	掛川市立	城北小
35	掛川市立	原谷小
36	掛川市立	西郷小
37	河津町立	西小
38	河津町立	南小
39	河津町立	東小
40	川根本町立	中央小
41	川根本町立	中川根南部小
42	川根本町立	中川根第一小
43	菊川市立	小笠南小
44	菊川市立	河城小
45	菊川市立	横地小
46	菊川市立	六郷小
47	菊川市立	内田小
48	菊川市立	堀之内小
49	菊川市立	加茂小
50	菊川市立	小笠東小
51	菊川市立	小笠北小
52	島田市立	神座小
53	島田市立	伊久美小
54	西伊豆町立	田子小
55	西伊豆町立	仁科小
56	西伊豆町立	賀茂小
57	浜松市立	有玉小萩原分校
58	松崎町立	松崎小
59	南伊豆町立	南伊豆東小
60	南伊豆町立	南中小
61	南伊豆町立	南上小
62	森町立	天方小
63	森町立	森小
64	森町立	三倉小
65	森町立	飯田小

静岡県 公立中学校 眼科未配置校

	市 町	校 名
1	伊豆市	土肥中
2	伊豆市	中伊豆中
3	伊豆市	修善寺中
4	伊豆の国市	大仁中
5	伊豆の国市	韭山中
6	伊豆の国市	長岡中
7	御前崎市	御前崎中
8	御前崎市	浜岡中
9	掛川市	東中
10	掛川市	大浜中
11	掛川市	西中
12	掛川市	城東中
13	掛川市	北中
14	掛川市	原野谷中
15	掛川市	大須賀中
16	掛川市	栄川中
17	河津町	河津中
18	川根本町	本川根中
19	川根本町	中川根中
20	菊川市	岳陽中
21	菊川市	菊川東中
22	菊川市	菊川西中
23	島田市	北中
24	西伊豆町	賀茂中
25	浜松市	積志中萩原分校
26	東伊豆町	熱川中
27	松崎町	松崎中
28	南伊豆町	南伊豆東中
29	南伊豆町	南伊豆中
30	森町	泉陽中
31	森町	森中

静岡県 公立高校 眼科未配置校

市 町	校 名
浜松市	天竜高校春野校舎
森町	遠江総合高校
御前崎市	池新田高校
菊川市	小笠高校
川根本町	川根高校

浜松医科大学眼科教室だより

浜松医科大学眼科 古森美和



平素より静岡県眼科医会の先生方には大変お世話になっております。今年1月より医局長に就任した古森美和と申します。このたび浜松医科大学眼科教室だよりを執筆させていただく機会をいただきましたので、日頃の感謝を込めて医局の現状をご報告申し上げます。

まずは2016年6月現在、大学で勤務するメンバーにつき、若干の主観を入れてご紹介させていただきます。この4月より保健管理センター長に就任され、多方面でご活躍される堀田喜裕教授、国内外の眼科医はもちろん、学生や患者様にも絶大な信頼と人気を誇る佐藤美保病院教授、小児・斜視弱視を専門としながら病棟医長も兼任される彦谷明子講師、いつも穏やかな雰囲気を保ちつつ大学の硝子体術者を率いる永瀬康規助教、角膜から硝子体、外傷までオールマイティーに診療される野嶋計寿助教、若手の指導に熱心でリカバリー能力にも優れた3人目の硝子体術者の立花信貴助教、研究者ならではの細かな気配り目配りがありがたい細野克博助教、外勤や当直の調整を担当する私(助教)、子育てをしながら未熟児診察や研究に打ち込む大学院生の鈴木寛子医師。以上9名のメンバーは昨年同様の顔ぶれですが、4月から新たに聖隷三方原病院で部長をされていた倉田健太郎医師が大学院生として、焼津市立総合病院で1年間研修された松岡貴大医師が医員として大学に戻って参りました。さらに、札幌医大で経験をつまれた王瑜医員、浜松医療センターで2年間の初期研修を行った武内宏樹医員が今年度から浜松医科大学眼科教室に入局され大学と一緒に働いております。また、航空自衛隊静浜基地医官の阿部竜大医師が通修として非常勤で研修されるなど現在大学には実に多彩な顔ぶれが集まっています。今年の入局者は、前2名の先生方に加え、成田記念病院部長を務めていただいております石黒利充医師、初年度より焼津市立総合病院勤務となった飯田秀輝医師の合計4名と、昨年同様多くの先生方に入局いただくことができました。数年前は、入局者ゼロが続きご開業される先生方もおられた中で医局員の減少が続いていた時期もありましたが、お蔭様でここ数年は増加傾向です。

では、このように大学に医師が多くなると心配される医局内の「不仲説」ですが、こちらもお蔭様でまったく心配ない状況です。他大学から研修に来られた先生方にも医局の雰囲気の良さにつきご好評いただけますことは嬉しい限りです。しかしながら、まだまだ若手の医師が多い中で、経験不足や技量不足が否めないところもあり、近隣や関連病院の先生方にはご迷惑をおかけしていることも多々あると思います。この場をお借りしてお詫び

申し上げます。

今の医局を一言で表すと「居心地の良い職場」と言えます。しかし、決して「暇」、「楽」いう意味ではありません。では、なぜそのように感じるのか？ 私なりに大学の役割である、臨床、研究、教育の面から考えてみました。

まず臨床ですが、2014年6月より始まった電子カルテも早いもので2年が経過しました。初めは眼所見の記載や検査結果の入力などに手間取り時間を要していましたが、今では個々のやり方で電子カルテを使いこなし、手術室やカンファレンスでも容易に閲覧、記載が可能であることや、過去の診療録や他科の診察記事を容易に閲覧できる便利さをしばしば実感します。また、4名の視能訓練士に加えて看護師、看護助手、クラークの方達も以前より増員され、患者様の誘導や処置の介助、書類作成など様々な面で私達医師をサポートしてくれる体制に変わりました。居心地の良い職場である理由はこのようなコミディカルの充実が大きく関係していると思います。

診療につきましては、小児・斜視弱視を担当するグループと、網膜・硝子体を担当するグループの大きく2つに分かれておりますが、グループ内、グループ間の連携も大変良いと感じます。個々のやり方を尊重しながら時には相談し、情報を共有し合います。若手医師の指導においては、日々の症例を一緒に振り返ることで、共に学び高めて行く体制を目指しています。その甲斐あってか、彼らは早朝の回診から夜遅い手術まで一生懸命勉強し、技術を身に付けようという意欲で溢れています。そんな若手のパワーに医局全体が元氣をもらっているように感じます。

専門分野では、堀田教授の網膜外来を始め、佐藤病院教授や彦谷講師の小児・斜視外来、永瀬助教を始めとする網膜・硝子体外来には、近隣の先生方を始め、遠方からも多くの患者様をご紹介いただき、大変感謝しております。一人一人の患者様が「浜松医大に紹介されてよかった」と思っていただけの医療を提供できるよう今後も努めて参ります。

次に研究ですが、特にここ数年網膜色素変性症などの遺伝子研究につき堀田教授および細野助教が主体となり多くの学会発表や論文投稿をしています。また、臨床研究においては、佐藤病院教授を筆頭に斜視グループ一丸となって「外眼筋に関する光干渉断層画像を用いた研究」や、「斜視手術に伴う眼圧変化についての研究」など今後の斜視治療において、よりよい診断や治療方法を確立する研究に励んでおります。日頃から堀田教授は医局員の自主性を尊重されます。自分達が日常診療において疑問に思ったこと、関心を持ったテーマだからこそ、興味深く研究できるのだと感じます。さらに、その研究を助言、サポートしてくださる環境にも感謝しています。私自身も医局員のやる気に後押しされ、「上斜筋麻痺に対する手術法の検討」というテーマで現在研究を進めているところです。このような研究環境も「居心地の良い職場」と感じる理由の一つだと思います。

次に教育ですが、ここ数年は6年生の選択ポリクリでは眼科実習を希望する学生が多く、

抽選になるという嬉しい状況になっております。5年生のポリクリではたった1週間しか実習しない眼科がこれほど人気である理由は、若手の医師が指導してもらいながらのびのび手術を行っている姿や、やりがいを持ち楽しく働いている医局員の姿、自由に意見を述べているカンファレンスの様子、そして医局員同士の連携の良さなど、学生にとって将来働きたいと思っていただけるような雰囲気を伝えられているからではないかと思います。もちろん、眼科学の興味深さについても、1週間の中で出来る限り伝えます。視能訓練士の方にも協力頂き、自分達の眼についてまず関心を持ってもらうことから始めます。個々のクルズスに加え、斜視の全身麻酔手術時には、結膜縫合の糸切りを実習して頂きます。学生達は顕微鏡を初めて覗き、術者の指導の元、手を震わせながら恐る恐る糸を切ります。感想は様々ですが、実習後に眼科への好感度が増していることは事実です。実際に自分で体験し感じたことはどんな講義や勉強よりも彼らの心に残るのではないかと思います。

眼科は必修の臨床研修科ではないため、一生のうちでポリクリ時の1週間しか実習せずに終わってしまう医師がほとんどです。その中で、いかにこの大切な1週間で眼科に興味を持ってもらうかが将来の眼科医を育てる第一歩だと信じ、医局員みんなで協力しながら指導にあたっています。

上記のように臨床、研究、教育すべてにおいて、今の医局の雰囲気の良さが土台となり正の循環が作用しているように感じます。このような医局の中で医局長を務めさせて頂けることは大変ありがたいです。さらに医局員の個々の能力を最大限発揮できるような環境を整え、近隣や関連病院の先生方との潤滑油になれるよう努めていきたいと思っています。

私事ですが、2015年に結婚し旧姓の佐伯から古森に改姓し現在働いています。周りの方々のご理解とご協力のお蔭を持ちまして結婚前と同様に大学勤務をさせて頂けますことに心より感謝しています。今後も皆様にご指導賜りながら、細くても長く眼科医を続けていきたいと思っています。

最後に、静岡県眼科医会の先生方のますますのご活躍とご健勝を願い、ご挨拶とさせていただきます。今後とも浜松医科大学眼科教室を何卒よろしくお願い申し上げます。



オーベン

浜松医療センター 田 辺 芳 樹



まず、私のようなものがこの場に書かせていただくことになり誠に恐縮です。私は自慢出来る経歴もない医師で、当初このお話は辞退させていただこうと思っていましたが、これまで「オーベンとの出会い」には大変恵まれたと思いますので、その話をさせていただきます。

私が所属するS大学は本院以外に3つの分院があり、入局当時、米沢から鹿児島まで出張先がありました。最近、多くの大学において医局員の減少が話題にあがりますが、私が入局した2007年の頃は今ほどではなく、外傷を生業とする医局の雰囲気は、活気に溢れる体育会系でした。定例の医局会後、教授はお酒が入ると「だからお前達はダメなんだあ！」と我々を叱咤し、ご自身が学生時代、アイスホッケーでインカレに出場した時、どれだけ血の滲むような努力をされたかを引き合いに「諦めるな！屈するな！」と闘魂注入を繰り返されていました。また我々医局員は、サッカー日本代表の試合の中継時、試合前の「君が代」斉唱は緊急手術の前であっても熱唱し、一体感を高め手術室へ向かっていきました。臨床、研究、訓練（飲み会）で多忙を極めたため、あの頃には戻りたくありませんが、振り返ると不思議と感謝の気持ちばかり生まれます。オーベンのA先生は初めてお会いした時、レスラーのような逞しい体に白衣とピンクのシャツをまといわれていました。開口一番「先生は真面目？」と質問され「この人にはなんと答えればいいのか？」と悩んだ場面は今でも覚えています。A先生と臨んだ当直初日、彼氏に目を殴られた女性が来院しました。自分が彼女の顔を細隙灯にのせ、診察しようとする「んだ、テメー！気安く触んな！」と彼氏が烈火のごとく怒り出しました。焦りから汗が滝のように吹き出てくるのを感じたその時、彼氏の前にA先生が立ち上がり「邪魔ですから出て行って下さい！」とドスを効かせた声を出しました。しかもA先生は顔を彼氏の顔にキスしそうな距離に近づけ睨みつけていました。あとで何うと「顔が離れてるから殴られるんだ。不良の常識だよ。覚えといて。」とのことでした。A先生は技術を丁寧に教えて下さるのみならず、色々な事を教えて下さいました。

そんな1年目を終え2年目、私は長野県浅間山の麓に位置するM病院に出張していました。人口1万人と小さな町の町民は温厚な方が多く仕事のしやすい環境でした。ただ救急に関しては、軽井沢に隣接するためか観光客による深夜のコンビニ受診が多く、自分も東

京出身なのに東京からきた患者さんを診るたびに「やっぱり東京の人間はダメだ」と勝手に凹んでいました。今度のオーベンのB先生は野球をこよなく愛する方でした。第1回WBC（ワールドベースボールクラシック）で日本代表の試合が延長に突入した時は「すまん、今オペどころじゃない。オペ出し待ってくれ！」と懇願し看護師を激怒させる程でした。ただ普段は後輩思いの先生で「先輩を信じるな！教科書を読め！」と言いつつも熱心にご指導して下さいました。また自分がよくわからない疾患の患者さんをノロノロと診察していると「お前は教授じゃない！わからない事を認めるのも大切だ。時間はお前だけのものじゃない。お前が終わらないとスタッフも帰れないんだ。丁寧は良いがよく考えろ！」と指摘して下さい、自分のひとりよがりを気づかせてくれた事は感謝しています。

そして4年目、浜松医療センターに着任しました。当科は昔、5診体制でしたが数年前ついに1診となりました。近隣には前眼部から網膜硝子体、眼付属器まで優れた先生方がいらっしゃり、また夜間救急を開業医の先生方が協力して下さいのおかげで、今日まで何とかやってくる事が出来ました。しかし未熟児網膜症だけは自院でなんとかするしかなく薄氷を踏む思いでやってきました。「安心、安全、信頼される病院」をスローガンとする当院は近年、産婦人科医の院長の元で、周産期医療体制の向上へ邁進しました。産婦人科医は10人体制となり分娩件数も県内トップクラスとなりました。しかし、在胎25週未満の極小未熟児の出生が増えるに伴い、APROPと思われる厳しい症例も認めるようになり、光凝固の件数は増加の一途を辿っています。また現場の感覚として、未熟児診療における眼科医の役割に対する周囲の評価は正當とはいえないものがあり、正直辞めたいと思う時が多々ありました。そんな中、自分を支えて下さったのは当科で長らく医長を務められたK先生でした。未熟児に光凝固が必要な時は駆けつけて下さり、また自分が目標を見失いそうな時は、学会発表や論文作成を勧めて下さりにご指導していただきました。

これまで9年間、教授をはじめ様々なオーベンから技術、意識づけ、処世術を教えていただきました。本来、後輩に伝えてゆかねばならないのですが、医局の事情で後輩が来る可能性は限りなく低そうなのが悔やまれます。今後も努力してまいりますので、どうか宜しくお願い申し上げます。

昭和大学万歳！

日本のパワースポットを巡る旅～出雲大社～

浜松市 浅井 竜彦

皆様は何か趣味をお持ちでしょうか。人に誇れる様な特技、或いは仕事も忘れて夢中になれるような趣味をお持ちでしょうか。勿論、友人のSNSに投稿された路傍の草木や四季折々の日常の素晴らしい写真が掲載された投稿を眺めるのも大好きであるし、仕事でお会いする時とはまるで別人の様に趣味に没頭する様を動画にて拝見するのは本当にワクワクするものです。しかし、いいね！をクリックする度に最近は何か少しでも趣味を見つけなくてはという強迫観念にも似た感覚で満たされているのです。せっかく開業して自分の時間を作るチャンスが増えたのだからとも欲張った気分になるものです。

そんな私もよくプロフィール欄の趣味について書く場合は決まって旅行と書くことにしています。大抵はお盆や年末の休みに家内の実家である香川県高松市に帰省するだけなのですが、年に1回の帰省旅行でも趣味は旅行と書いてしまうのだからホントに都合の良い趣味です。空欄を埋めるだけの趣味と言っても過言ではないでしょうか。

最近、こんな私のマイブームは全国のパワースポットに出かける事です。パワースポットといっても特別の場所ではなく、神社仏閣など学会で訪れた場所で近隣の有名寺院や神社等へふらりと出かける程度の事です。これではとても趣味とは言いがたいのですが、日頃は自宅と職場の往復しかしていない私にとっては格好の気分転換になっています。最近の事例としては、京都国際会議場の学会の時は平安神宮や下鴨神社、東京国際フォーラムでの学会の時は靖国神社や明治神宮などへ参拝に行くことなどです。参拝後にスマホで写真を撮ったり、参道付近のお茶屋さんでお茶するだけなのだが平日に人もまばらな神社仏閣はさすがにいい気分になれるものです。

さて今回は殆ど思いつきで鳥根県出雲市にある出雲大社へ出かけることにしました。私は香川医科大学の卒業であるのでしばしば中国四国地方の名所は訪れたことがありました。学生時代に大山へスキーに出かけた帰りに寄り道して一度だけ出雲大社へ参拝したことがあります。しかし20数年前の事で、参拝の記憶はあるものの、スキー部員で食べた出雲そばの味の方がより鮮明に覚えているのみで肝心の出雲大社参拝の記憶は忘却の彼方でした。自身のクリニックの開業前は伊勢神宮に参拝し、これまでの浜松医大眼科での約20年間を無事に勤め上げられた事への感謝の気持ちを込めた参拝をさせていただきました。式年遷宮の年でもあったため遷宮前と遷宮後で新しいお社で参拝したいという目論見もあ

っての事であります。今回出雲大社への参拝を思い立ったのは、縁結びの神である大国主命を祀っている出雲大社へ参拝して卒業後授かった様々な人々との良縁を感謝し、今後の良縁を授かるための参拝と位置づけてのことです。

さて“キングオブ縁結び”と言えやはり島根県の出雲大社でしょう。ここは恋愛だけでなく様々な“良いご縁”をたぐりよせる神社として知られています。出雲大社は伊勢神宮の前年に60年に一度の遷宮を終えていて、伊勢神宮と出雲大社が共に遷宮を迎えるのは私が生きている間にはもうあり得ない事も今回、出雲大社参拝を計画したもう一つの動機でした。遷宮でパワーアップした出雲大社は、縁結びの効果もパワーアップが期待出来るそうです。

しかし、ここ静岡県から島根県の出雲大社までの道のりはかなり遠い!! 浜松からは新幹線のほぼ始発のひかりに乗り、名古屋にてのぞみに乗り換え、約3時間で岡山駅に到着です。しかしここから先が更に長い! 特急「やくも」に乗り換えて出雲市駅まで更に3時間かかるのです。途中は単線区間になっていてすれ違いの特急の待ち合わせがあり旅情を更にかき立てます。浜松を午前7時に出ると、およそ6時間後の午後1時半頃、出雲大社への最寄り駅である出雲市駅へ到着しました。今回は時間短縮のため出雲市駅前でレンタカーを借りて出雲大社へ向かいます。

出雲大社周辺には無料の大駐車場（各駐車場は普通車300台程）が何カ所か用意されていてレンタカー利用でも困ることは殆どありません。混雑を避けるため、やや離れた駐車場にレンタカーを置いて徒歩でゆっくり参拝に向かいます。各駐車場からは無料のシャトルバスも出ているのですが徒歩で田園風景を見ながらの旅もいいものです。

さて出雲大社には4つの鳥居があります。しかも、それぞれ鳥居の材質が違っていて、1つ目の鳥居が石。2つ目が木（写真1）。3つ目が鉄。4つ目が青銅なのです。出雲大社の鳥居は、自然のものを結集しているのです。鳥居が4つ? これは不吉なとは思わないで下さい。何故なら四つの鳥居をくぐることから四逢わせ…「幸せ」と言われているのだそうです。当然我々も徒歩で4つの鳥居をくぐります。正門前の2つ目の鳥居をくぐると、出雲大社の参道は下り坂になっています。大体神社は上り参道が多いのですが、出雲大社の下り参道是全国的にも珍しいものだそうである。足が自然に先へ先へと吸い込まれるように進んでいきます。

下り参道の途中、一番最初に右側に見えてくるのが「祓社(はらえのやしる)」という小さなお社。ここは、罪や汚れをおとしてくれる場所なので、出雲大社へ来たらまずここで参拝して綺麗にな



写真1



写真2：3番目の鳥居の前にて記念撮影

ってから先へ進むことになります。ちなみに出雲大社のおまわりは「2礼、4拍手、1礼」です。さて写真（写真2）の鳥居は、3つ目の鳥居なので、鉄で作られています。各々の鳥居は神域の入り口ですので一礼してお社に進みます。

続いて、松並木の参道を渡り手水舎でお清めし、写真の御仮殿（拝殿）と本殿へ向かいます。御仮殿（拝殿）は、出雲大社の遷宮期間中に「大国主大神（おおくにぬしのおおかみ）」が祀られていたところです。ここでは、地面にあるピンク色の3つの丸い跡（写真3）に注目してみてください。出雲大社は、昔高さ48mの場所に神殿が作られていました。その時の柱の痕跡が大きな神殿が実在していた証なのです。なお出雲大社のお隣に古代出雲市博物館という立派な博物館がある

のですが、ここも是非とも立ち寄りたいスポットです。平安時代の地上48mにあったと想像されている出雲大社神殿の模型や実際に掘り出された柱の遺構が見られます。（写真4）

さていよいよ出雲大社本殿に参拝です。優しさと癒しの神様「大国主大神（おおくにぬしのおおかみ）」が祀られています。出雲大社の、開放的で優しいオーラをたっぷり浴びて、これまでのご縁を感謝しつつ参拝致しました。

さて出雲大社の隠れパワースポット！ご本殿裏にある「素鷲社（そがのやしろ）」でしょう。こちら



写真3：古代の御本殿の岩根御柱の位置

には、大国主大神様の親神 スサノオノミコトが祀られています。素鷲社は、出雲大社の隠れパワースポット！素鷲社の砂を家の四隅に置いておけば、家を守ってくれるとも言われています。その素鷲社の裏にあるのは、八雲山。強いパワーを感じられる八雲山は、この山自体がご神体となっています。丁度参拝したときは山全体にモヤが立ちこめていて大変荘厳な雰囲気でした。残念なのは雰囲気に圧倒されてしまい写真を撮り忘れてしまった事でしょうか。

さて最後に立ち寄ったのは出雲大社で欠かせない“大しめなわ”がある神楽殿（かぐらでん）（写真5）です。1本の太さを比べても、両手一杯に広げても有り余るほどの大き



写真4：平安時代の出雲大社神殿



写真5：神楽殿

さ！この大しめなわは、傷みがひどくなるとかけかえられます。島根県のとある村人のおじいちゃんおばあちゃん達、数十名が手作りで作ったものなのです。近くで見るとその迫力に圧倒されます。ここでお守りを購入して出雲大社参拝もようやく終わりです。そしてこのお守り（写真6）は、「平成の大遷宮」と書かれた縁結びのお守りで、お守りを包んでいる紙に遷宮前の屋根材（ヒノキ）が使われています。このお守りは、出雲大社の遷宮が完全に終わる平成28年までの期間限定品だそうです。

です。遷宮が終わる前に出雲大社を訪れて、ご利益がたっぷり詰まった“えんむすびのお守り”を手に入れてみてはいかがでしょうか。

すべてのものが幸福になるための“ご縁”を結ぶ出雲大社の神様は、神話「因幡の白兎」でサメに襲われたウサギに傷を治す方法を教えたという、優しさと癒しの神様です。また、出雲大社の神様は、あらゆる「ムスビ」の神様なので、男女の縁、子宝の縁、仕事やお金の縁など、さまざまな縁を結んでくれるでしょう。これで当院の縁結びも盤石となりましたでしょうか？私達は殆ど自己満足の旅をして1泊2日が出雲を後にしたのでした。思いの他、同行した家族も出雲大社への旅行を楽しんでくれたようです。写真6：えんむすび御守

家族全員で出雲そばを味わい帰宅の途につきました。さて、次の我が家のパワースポットを巡る旅は安芸の宮島、厳島神社参拝を計画中です。これからも日本各地の素晴らしいパワースポットを巡っていきたいと今から計画しています。



写真6：えんむすび御守

趣味の話

富士宮市 戸田 義喜



どうしても良いことだが、子供の頃から、いわゆる「読み、書き」が嫌いで、事ある毎の作文の宿題は、どうも苦手であった。そして自分のような、どうしても良いような人間に「静岡県眼科医会誌」寄稿の依頼がきた。趣味、旅行記、海外学会に参加した印象記、何でも結構とのこと。で、どうしても良い人の趣味の話。

山梨出身で山梨医大、当然医局も現山梨大学、山梨に比べると静岡には知人が極端に少ないという意味で、どうしても良い人と書いたのだが…昔から、ひとつの事に没頭するタイプ？今でいう「ハマる」人間のように、中、高の学生時代は漫画、家庭用テレビゲーム。ドラゴンボールやドラクエ、懐かしい。あと将棋と麻雀。大学生時代は、競馬ゲーム→競馬という、ありがちな流れで、競馬には、かなりハマった。山梨には幸いなことか？場外馬券場があり、コツコツ貯めたバイト代を毎週末、納めに通った。わざわざ競馬場（札幌、新潟、中山、東京、京都）にも貯金しに行った。卒業と同時に忙しくなり、場外にも、競馬場にも行かなくなった。一番の思い出は1996年に行われた第44回阪神大賞典を場外馬券場の大スクリーンで観戦できたことだ。競馬では長距離の3000メートルのレース、春の天皇賞の前哨戦。ナリタブライアンとマヤノトップガンというG1ホースの一騎打ちになった。第3コーナーから2頭が競り合う形となり、第4コーナーから400メートルにわたって、抜きつ抜かれつのデッドヒートとなる。今でもテレビで競馬観戦はしていて、もう20年以上競馬を見てきたことになるのだが、自分の中では競馬史上の一番のレースだと思う。競馬を知らない人でも一見の価値あり。その時の馬券？もちろん買っていない。馬連で210円の配当では、お金持ちしか買えない。競馬トータルの収支は高級車まではいかないが、普通車一台分程度の貯金。多分もう一生下せない。

大学生時代はもう一つハマったものがあつた。大鍬形の採集である。当時（約20年前）、日本での大鍬形の3大採集ポイントは福島、山梨、福岡であつた。今はどうか？日本虫和会なるものが存在し、当時会長であつた山梨在住のH氏と親しくなり、色々教わつた。大学の同級生のN氏（現在内科医、山梨勤務）も大鍬形採集にハマっていて、よく3人で山を駆け回つたものだ。当時、時間があつたこともあり、週3回以上は採集に行き、実家での生活で場所もあつたということもあり、家には100頭以上の採集個体を管理していた。

繁殖個体も合わせれば、その数は一体いくつだったか？競馬同様、卒業と同時に忙しくなり、大鰱形採集には行かなくなったのだが…静岡に来てから仲良くなった、趣味が昆虫採集のK先生（眼科医）に、このことがバレてしまい、去年、皆で大鰱形採集に山梨まで行ってきた。結果はボーズ。約20年の記憶をたどり色々ポイントを回ってみたのだが、甲虫、鋸鰱形、小鰱形などの要らない昆虫は沢山採れたのだが、大鰱形はちょっと行って、簡単に採れるものではない。今年は去年の教訓を生かし、今でも大鰱形採集を継続している前述の同級生のN氏と連絡を取ることが出来、ガイド役をお願いし、7月にリベンジで、もう一回皆で大鰱形採集に山梨まで行く予定になっている。さてどうか？

医者になってからは、さすがに趣味の時間は少なくなり、ハマるまでのものは、なかなか出来なかった。強いて挙げるとするなら近くの温泉？お風呂？サウナ？に行くぐらい。山梨は何故か市街地にも沢山の温泉施設があり、色んなところに行った。勤務医時代の前の前の赴任地である、山梨のT病院の時には、市営の温泉が病院近くにあり、仕事後毎日のように通ったものだ。2005年のことである。2006年の7月頃、11月から次の勤務地が静岡のS病院との内示を受け、この地で何かしようと思い立った。富士急ハイランドが近いだけで、何にも無い所だったが、一級河川の桂川があった。鮎釣り、溪流釣りが有名な川だ。釣りも好きだったが、それまではハマるまででは無く、学生時代に何回か行ったことがある程度で、ほぼ初心者だった。当然、釣れない。性格か？若かったからか？仕事前や仕事後も、とことん川に行くようになった。仕事帰りの温泉への足が遠のいた。さすがに雨の日などは川には行かず、温泉へ行った時の事、60歳ぐらいのオジさんが声を掛けてきた。最近、温泉に来なくなり何かあったのか？という旨。11月にこの地を離れるにあたり、釣りを始めたとの返答をしたところ、自称釣りの名人で釣りを教えてくれるという。Yさんと懇意になる、きっかけであった。一緒に飲みに行ったり、自宅に泊めてもらったりもした。もちろん釣りにも連れて行ってもらい、仕掛けやポイントなど教えてもらい、人並みに釣れるようになった。静岡に来てからも何回も一緒に釣りに行った。ここ数年は会っていないのだが、Yさん元気かな～？

その頃から趣味が「釣り」と、はっきり言えるようになってしまった。静岡に来てからは、やはり海釣り。



2016.4 勘八

S病院で医局の部屋が同じだった、T先生（産婦人科医）に教えを乞い、船でルアーフィッシングをするようになった。2010年に開業したが、開院当初はさすがに忙しく、釣りどころではなかったが、今ではライフワークのように毎週、時間さえあれば船に乗っている。何を釣るのか？よく聞かれるが、何でも釣れる魚。釣って嬉しいの魚はダントツで勘八。底物だと真羽太、九絵。中深海だと赤鯮。もちろん、なかなか簡単には釣れない。何が楽しいか？やはり、魚を掛ける瞬間。ルアーフィッシングなので、常に竿を動かしていないと釣れず、その分、魚の当たりがダイナミックに伝わる。大きな魚なら、ドスン！いつくるか全くわからない。もちろん、そこまでのアプローチも大事。どんな道具を使うか？どんな動かし方をするか？状況判断が大切。そして魚を掛けてからのやりとりも重要。これは経験が必要。釣ったことのある魚なら、魚の引きである程度、魚種や大きさが分かる。最後に魚を食すこと。魚屋で買ったり、鮎屋で食べたりするほうが、断然安い、やはり自分で釣った魚はプライスレス。魚を捌くのも、ずいぶん上手くなった。

温泉に行くのが唯一？の趣味であった母がいた。2015年他界した。2014年1月に末期癌の診断で約1年の闘病生活を送り、逝ってしまった。享年72歳だった。大きな病気もせず、健康と思っていただけに大きなショックだった。今回の熊本地震でも多くの方が亡くなった。人生いつ何が有るか誰にも分からない。今、自分は生きていくために釣りに行くのか？釣りに行くために生きているのか？よく分からないような生活をしている。母のこともあり、とにかく「毎日、頑張っている」と言えるよう、逆に言い訳にして、これからも週末の釣りを、楽しみに続けていきたい。

祝

瑞宝双光章



高田英元 先生

(平成28年2月26日)

日本眼科医会会長表彰

邱 信夫 先生

(平成27年6月28日)

日本眼科医会会長表彰



玉井春子 先生

(平成27年6月28日)

開業および新規入会のお知らせ

	氏 名	羽 鳥 公 将		
	医 院 名	はとり眼科		
	生年月日	S 52.12.25		
	所在地	〒411-0942 駿東郡長泉町 中土狩337-5		
電 話	055-987-6789	F A X	055-987-6795	
最終勤務病院	諏訪赤十字病院			
自己PR 昨年5月に長泉町にはとり眼科を開業いたしました。出身大学は山梨医科大学（現 山梨大学）で平成15年卒になります。これまで山梨県を中心に、静岡県・長野県の病院で勤務してきました。専門は白内障・網膜疾患で、白内障手術・硝子体注射をクリニックで行っております。微力ではありますが地域医療に貢献できるよう、今後も邁進してまいります。				

	氏 名	中 村 竜 大		
	医 院 名	中村眼科医院		
	生年月日	S 51.6.10		
	所在地	〒424-0809 静岡市清水区 天神1丁目11-24		
電 話	054-366-8488	F A X	054-366-8949	
最終勤務病院	中村眼科医院			
自己PR 平成21年3月に静岡市立静岡病院を退職し、平成21年4月より中村眼科医院に勤務し、平成27年7月から父(中村好邦)より院長を引き継がせて頂きました。これまで、良い上司や先輩の先生方に恵まれて、眼科医療に携わることができました。おかげで、現在の自分があると考えております。まだまだ、人間としても眼科医としても未熟ではありますが、今後とも御指導、御鞭撻の程何卒よろしくお願い申し上げます。				

	氏 名	石 川 友 昭		
	医 院 名	石川眼科医院		
	生年月日	S 44.11.21		
	所在地	〒412-0026 静岡県御殿場市 東田中851-2		
電 話	0550-83-5656	F A X	0550-78-7690	
最終勤務病院	東京医科大学（現在も兼任講師として勤務中）			
自己PR 御殿場市の石川眼科医院を、父 石川 昭（慈恵医大卒）より継承いたしました石川友昭と申します。県立沼津東高等学校を卒業、東京医科大学を平成8年に卒業した後、同大学眼科学教室に入局、関連病院も含め、約18年間に渡って研鑽を積んでまいりました。大学ではぶどう膜外来を担当し、同分野で学位を取得、臨床面では、出向先での経験を生かし、網膜硝子体手術を中心に診療に携わってまいりました。現在も大学病院で兼任講師として月1回診療を行っております。1年前に医院を新医院へ移転し、現在は網膜硝子体日帰り手術まで行っております。今後は、今までの経験を生かし、静岡県東部の地域医療に貢献すべく、日々精進してまいり所存です。どうぞ宜しくお願い申し上げます。				

訃 報

池田 米繁 先生

平成27年 9 月15日逝去 享年80歳



故 池田 米繁 先生 経歴
平成27年 9 月15日逝去 享年80歳

・ 経歴

昭和10年 4 月23日生

昭和29年	清水東高卒
昭和38年	東北大学医学部卒
昭和43年	東北大学医学部大学院卒
昭和43年	東北大学眼科学教室
昭和45年	帯広市志田病院眼科医長
昭和47年	池田眼科医院勤務
昭和49年	池田眼科医院院長
平成21年－23年	清水医師会健診センター施設長
昭和61年	清水市医師会理事
平成 2 年	清水市医師会副会長
平成 6 年－20年	静岡県医師会理事
平成14年－21年	静岡市清水医師会会長
平成21年	静岡市清水医師会顧問

・ 事務局名簿調べ 静岡県眼科医会役職

昭和57年度～平成20年度	国保審査委員
昭和58年度～平成 3 年度	監事
平成 4 年度～平成11年度	理事
平成12年度～平成19年度	監事
平成20年度～	顧問

池田米繁先生を偲ぶ

静岡市清水区 中 村 好 邦

池田米繁先生に初めてお会いしたのは、私が清水厚生病院に眼科一人医長として勤務していた頃でしたので、およそ38年間のお付き合いをさせていただき、後輩としてご指導いただきありがとうございました。

先生は、昭和10年4月23日にお生まれになり、眼科開業医のご子息として清水で育ち、静岡県立清水東高校を経て、昭和38年3月に東北大学医学部をご卒業後、同大学院に進まれました。昭和45年からは帯広市の志田病院眼科に勤務され、昭和47年に清水に帰省され、その後、暫くしてから池田眼科を継承され医師会会員、眼科医会会員として、長い年月地域医療のために貢献されました。

私の知る限りでも、清水医師会健診センター施設長、県医師会理事、県眼科医会監事、清水医師会会長、清水医師会顧問、県眼科医会顧問、国保審査委員などの重職を長年にわたりお勤めになり、ご多忙の毎日が続かれたものと拝察いたします。

特に私の印象に残っているのは、現在より清水の眼科医がだいぶ少なかった時代に、校医の分担を決める際、一番遠方にある小学校6校、中学校4校、高校2校お引き受けになられた時でした。

私が先生から県眼科医会の会計を引き継いだ時も、東海北陸眼科医会連合会審査委員連絡協議会に同行した時も、いろいろ懇切丁寧に教えていただきました。

御子息、享一先生も立派に眼科医として地域医療に貢献されておりますので、全く何の心配もありません。

大変お世話になりました。謹んで先生のご冥福をお祈り申し上げます。

合 掌

静岡県の視覚障害者・児の相談及び支援施設・団体

県内に視覚障害支援の一括窓口はありません。紹介先が決まらない場合はロービジョン外来のある眼科にご紹介いただくことをお勧めします。

所在地	施設・団体名	支 援 内 容	電 話	歩行訓練士	CC TV 稼働	支援形式
東部	沼津市	静岡県立沼津視覚特別支援学校	055-921-2099	○		通学・寄宿舍・情報提供
	沼津市	ブラザティンク(就労継続支援B型・就労移行支援)	055-963-5718	○		通所
	富士宮市	日本盲導犬協会「富士ハーネス」	0544-29-1010	○		入所・訪問
	静岡市	静岡県立静岡視覚特別支援学校	054-283-7300	○		通学・寄宿舍・情報提供
	静岡市	静岡県視覚障害者情報支援センター	054-253-0228	○		情報提供・相談
	静岡市	静岡県補助犬支援センター	054-253-8180		○	情報提供・相談
	静岡市	静岡県障害者スポーツ協会	054-221-0062			情報提供・相談
	静岡市	ワーク春日(就労継続支援B型)	054-221-1630			情報提供
	静岡市	障害者働く幸せ創出センター	054-251-3515			通所
	静岡市	静岡障害者職業センター	054-652-3322			情報提供・相談
中部	静岡市	視覚サポートなごみ(就労継続支援B型)	054-266-6314	○	○	通所・相談
	静岡市	静岡医薬福祉センターライオンホーム(盲人ホーム)	054-282-2944			通所・相談
	島田市	ワークセンターきらり(就労継続支援B型)	0547-46-3040			通所
	静岡市	アイサービス花桃	054-267-2111			通所
	静岡市	静岡市静岡老人ホーム	054-278-1727			入所
	静岡市	ありんこの里	054-284-4054			通所
	静岡市	静岡光の家	054-285-5473	○		通所
	静岡市	静岡県視覚障害者協会	054-251-8090			情報提供・相談
	静岡市	静岡県網膜色素変性症協会(JRPS静岡)	054-259-6948			情報提供・相談
	静岡市	静岡中途視覚障害者の会「かがやきの会」(代表:宮原)	054-385-5511	○		情報提供・相談
西部	静岡市	静岡盲ろう者友の会	054-345-0296			情報提供・相談
	静岡市	パーフェクト病友の会静岡県支部(代表:秋山)	090-8737-7952			情報提供・相談
	静岡市	AJOC(アジヨック) 疋野	054-251-7777		○	販売・相談
	静岡市	オグラ眼鏡店	054-253-1813		○	販売・相談
	静岡市	すずらん薬局	054-262-2000			販売・相談
	浜松市	静岡県立浜松視覚特別支援学校	053-436-1261	○		通学・寄宿舍・情報提供
	浜松市	ウイズ半田(就労継続支援B型)	053-435-5225	○	○	通所
	浜松市	ウイズ蛸塚(就労継続支援B型)	053-489-5560	○	○	通所
	浜松市	第二光園(養護老人ホーム)	053-428-3128			入所
	菊川市	光陽荘(障害者支援施設)	0537-36-5051			入所
全国 用具	静岡県	視覚障害者情報機器アクセス支援グループ「CATS」	0538-43-8954			サポート
	静岡県	盲人福祉研究会	053-463-2764			販売・相談
	東京都	日本盲人会連合	03-3200-6422			販売・相談
	東京都	日本点字図書館 わくわく用具ショップ	03-3209-0751			販売・相談
	大阪府	ジオム社	06-6463-2104			販売・相談
	東京都	大活字文化普及協会	080-4071-9402			販売・相談
	東京都	イベント文化普及協会	054-266-6314	○	○	情報提供・相談・体験
	県内	静岡県視覚障害者福祉推進協議会主催で1年に1回、県内各地で開催しています。				
	県内	静岡県視覚障害者福祉推進協議会主催で1年に1回、県内各地で開催しています。				
	県内	静岡県視覚障害者福祉推進協議会主催で1年に1回、県内各地で開催しています。				

日常生活用具の情報提供は特別視覚支援学校や歩行訓練士在籍施設に是非、ご紹介ください。

静岡県内のロービジョン外来（残存視機能の評価とその説明・補助具選定・社会資源との連携）一覧 (平成28年4月1日現在)

所在地	施設名称	電話番号	遮光眼鏡	ルーペ	拡大読書器	単眼鏡	ICT指導	備考	
東部	富士宮市 富士宮市立病院	0544-27-3151	○	○	○	○			予約制
	富士市 富士市立中央病院	0545-52-1131	○	○	○	×			予約制
	富士市 加藤眼科	0545-34-0011	○	○	予約制	○			
	三島市 吉村眼科内科医院	055-984-1333	○	○	紹介	×	紹介		
中部	静岡市 さくら眼科	054-263-4363	○	○	○	○	○	歩行訓練士・視覚特別支援教育士	予約制
	静岡市 やなぎだ眼科	054-258-7860	○	○	○	○			
	静岡市 ら眼科	054-202-1688	○	○	○	○	○		
	静岡市 静岡済生会総合病院	054-285-6171	予約制	紹介	紹介	紹介			院内のみ
西部	磐田市 青島眼科	0538-32-2356	○	○	×	×			
	浜松市 海谷眼科	053-476-3388	○	○	○	○			
	浜松市 兼子眼科	053-450-7551	○	○					予約制
	浜松市 聖隷浜松病院	054-474-2222	○	○	○	○			紹介制
	浜松市 浜松医科大学付属病院	053-435-2656	○	○	○	○			予約制

複数のCCTVを同時体験したい場合は、インサイト・ナイツ・タイムズコーポレーション等に貸出依頼してみてください。

国リハ視覚障害補装具適合判定医師研修会修了医師のいる施設

静岡市 イイダ眼科
島田市 おおるり眼科
榛原郡 いしだ眼科

紹介にあたり屈折・視野検査のデーターはつけてください。

眼科間での紹介は主治医での治療継続の上でロービジョンケアの依頼と考えています。

・ロービジョンケア開始の目安

（普通自動車運転免許が更新できない、運転を止めたほうが良いと進言するべき視野）

・ロービジョンケアが必要な視機能

1. 両眼の視力が0.2以下
2. 良い方の視力が0.5下
3. 視野が正常の1/2以下
4. 羞明・夜盲
5. ロービジョンの就学児・就労者・主婦

ロービジョン外来検索サイト

<http://www.gankaikai.or.jp/lowvision/shizuoka/>（日本眼科医会）

http://www.jslrr.org/m_list/tokai_hokuriku（日本ロービジョン学会）

<http://www.cis.twcu.ac.jp/~k-oda/VIRN/inst/LVclinic.htm#list-Shizuoka>

（視覚障害リソースネットワーク）（杏林アイセンター）

ロービジョンケア外来紹介状例（支援施設・支援団体への転用可）

屈折・視野検査・なるべく下記の内容を記載してください。

治療は紹介元で継続し、ロービジョンケアの依頼です。

ロービジョンケア依頼書 平成 年 月 日							
依頼先				紹介元			
フリガナ		I D		生年月日	年	月	日
患者氏名		電話番号		年 齢		性別	
住所				職 業			
病名							
障害者手帳	有 ・ 無	視力	級(級該当)	年	月	日	取得
障害年金	有 ・ 無		級(級該当)	年	月	日	取得
遠見視力	右	(×)	D = D A °)				
	左	(×)	D = D A °)				
近見視力	右	(×)	D = D A °)				
	左	(×)	D = D A °)				
所持眼鏡（遠用・近用・その他） 屈折度数等も記載 お願いします。							
視野	添付お願いします。		読書評価(MNREAD-J)	あれば添付お願いします。			
その他	羞明（有 ・ 無 ） 夜盲（有 ・ 無 ）						
全身疾患 （糖尿病：インスリン・コントロール状態・透析等） （高次脳機能障害） （その他）							
紹介元の治療内容及び 通院期間・間隔予定							
生活動作の注意点							
紹介先への要望							

回答書をお願いします。

視覚障害認定基準等級表

級別	視 覚 障 害	
	視力	視野
1 級	両眼の視力（以下同じ）の和が0.01以下	
2 級	両眼の視力の和が0.02以上0.04以下	両眼の視野が各10° 以内で かつ両眼視野の視能率による損失率95%以上
3 級	両眼の視力の和が0.05以上0.08以下	両眼視野が各10° 以内で かつ両眼視野の視能率による損失率90%以上
4 級	両眼の視力の和が0.09以上0.12以下	両眼視野が各10° 以内
5 級	両眼の視力の和が0.13以上0.2以下	両眼視野が2分の1以上欠損
6 級	両眼の視力の和が0.2を超え、 一眼0.02以下、他眼0.6以下	
	視力とは万国式試視力表によって測った矯正視力	中心視野はⅠ/2の指標 周辺視野はⅠ/4の指標

2つ以上の障害が重複する場合は等級別指数表の各障害の指数の合計

障害等級	指数	⇒	合計指数	認定等級
1 級	18		18	1 級
2 級	11		11～17	2 級
3 級	7		7～10	3 級
4 級	4		4～6	4 級
5 級	2		2～3	5 級
6 級	1		1	6 級

※合計指数の算定には限度特例あり

障害年金認定等級表

(平成26年4月1日現在)

厚生労働省 日本年金機構 <http://www.nenkin.go.jp/>

障害の状態		障害等級	
視力障害	両眼の視力の和が0.04以下	1級	
	両眼の視力の和が0.05以上0.08以下	2級	
	両眼の視力が0.1以下	3級（厚生年金のみ）	
	両眼の視力が0.6以下	障害手当金	
	一眼の視力が0.1以下		
視野障害	身体の機能の障害が障害等級2級相当と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、または日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの		
	両眼の視野が5度以内（Ⅰ/2視標）	2級	
	次のいずれにも該当する場合（平成25年6月1日追加）		
	①両眼の視野が10度以内（Ⅰ/4視標） ②中心10度以内の8方向の残存視野のそれぞれの角度の合計が56度以下（Ⅰ/2視標）		
		両眼による視野が1/2以上欠損	障害手当金
両眼の視野が10度以内のもの			
その他の障害	両眼のまぶたに著しい欠損を残す		
	両眼の調節機能及び輻輳機能に著しい障害を残す		
	身体の機能に、労働が制限を受けるか、または労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を残す（平成25年6月1日追加）		
		「瞼の運動障害」のうち眼瞼痙攣等で常時両眼の瞼に著しい運動障害を残すことで作業等が続けられない	
		「瞼の運動障害」のうち麻痺性斜視で複視が強固のため片眼に眼帯をしないと生活でできないため、労働が制限される程度	
「瞳孔の障害」のうち、散瞳している状態で対光反射の著しい障害により羞明を訴え労働に支障をきたす程度			
併合認定	視力障害、視野障害、まぶたの欠損障害、調節機能障害、輻輳機能障害、まぶたの運動障害、眼球の運動障害または瞳孔の障害が併存する場合には、併合認定の取り扱いを行う		

下記の条件すべてに該当すること

- ①20歳前、国民年金の被保険者期間中または被保険者の資格を失った後でも60歳以上65歳未満で日本国内に住んでいる間に、障害の原因となった傷病の初診日がある。（ただし、老齢基礎年金の繰上げ支給を受けている者を除く）
- ②障害の程度が20歳に達したとき、または障害認定日に、1級または2級の状態になっていること。
- ③保険料の給付要件を満たしていること。

用語の説明

初診日	障害の原因となった傷病について、初めて医師の診療を受けた日
障害認定日	障害の原因となった傷病の初診日から起算して1年6か月を経過した日、または1年6か月以内にその症状が固定した日
保険料の納付要件	①初診日の属する月の前々月までの被保険者期間のうち、国民年金の保険料納付済み期間（厚生年金保険の被保険者期間、共済組合の組合員期間を含む）と保険料免除期間を合わせた期間が2/3以上であること。 ②初診日の属する月の前々月までの直近の1年間に、保険料の未納期間がないこと。

支給される年金・手当金の額

障害の程度	障害厚生年金・障害手当金	障害基礎年金
1級	(報酬比例の年金額) × 1.25 + (配偶者の加給年金額)	983,100円 + 子の加算額
2級	(報酬比例の年金額) + (配偶者の加給年金額)	786,500円 + 子の加算額
3級	(報酬比例の年金額) 589,900円に満たない時は589,900円	—
障害手当金	(報酬比例の年金額) × 2 1,150,200円に満たない時は1,150,200円	—

眼科医への注意事項

初診医：

病歴が長期にわたる疾患の場合、障害年金申請の際にカルテの保存義務期間をすぎている、閉院・死亡などで初診医がいない、などが理由で、年金納付条件を満たし困窮しているにも関わらず、初診日を特定できないがために権利分の障害年金を受給する権利をあきらめざるを得ない場合があります。このような疾患（網膜色素変性症など）を診断する初診医は患者に初診日の領収証の保存と年金納付義務を果たすこと指示することが大切です。

経過観察医：

60～65歳未満で年金の繰上げ申請をする時障害年金の申請は不可となります。この間に疾患が進行して障害年金等級に該当する可能性がある場合は、年金の繰上げ申請をしないように指示しておくべきです。

診断書の記載：

等級表の文言をしっかりと読んで等級を満たす書き方及び著しく困窮していることを示す文言が必要です。医師の不用意な文言が原因で申請を却下されると、再申請は困難を極め、権利分の障害年金満額を受給することは通常不可能になります。

視覚障害認定と障害年金の等級は内容が異なりますので注意してください。

自賠責後遺障害認定等級表 (自賠責施行令 別表第二)

	等級	認 定 基 準
視力障害	第1級1号	両眼が失明（矯正視力0.01未満）
	第2級1号	1眼が失明，他眼が ≤ 0.02 以下
	第2級2号	両眼が ≤ 0.02 以下
	第3級1号	1眼が失明，他眼が ≤ 0.06 以下
	第4級1号	両眼が ≤ 0.06 以下
	第5級1号	1眼が失明，他眼が ≤ 0.1 以下
	第6級1号	両眼の視力が ≤ 0.1 以下
	第7級1号	1眼が失明，他眼が ≤ 0.6 以下
	第8級1号	1眼が失明，または1目の視力が ≤ 0.02 以下
	第8級2号	1眼が ≤ 0.06 以下
	第9級1号	両眼が ≤ 0.6 以下
	第9級2号	1眼が ≤ 0.06 以下
	第10級1号	1眼が ≤ 0.1 以下
	第13級1号	1眼が ≤ 0.6 以下
調節機能障害	第11級1号	両眼調節機能が正常の1/2以下
	第12級1号	1眼の調節機能が正常の1/2以下
眼球運動障害	第10級2号	正面を見た場合に複視
	第11級1号	両眼の眼球に著しい運動障害
	第12級1号	1眼の眼球に著しい運動障害
	第13級2号	正面以外を見た場合に複視
視野障害	第0級3号	両眼に半盲症，視野狭窄又は視野変状
	第13級2号	1眼に半盲症，視野狭窄又は視野変状
眼瞼欠損障害	第9級4号	両眼のまぶたに著しい欠損
	第11級3号	1眼のまぶたに著しい欠損
	第13級4号	両眼のまぶたの一部に欠損，又はまつげはげ
	第14級1号	1眼のまぶたの一部に欠損，又はまつげはげ
眼瞼運動障害	第11級2号	両眼のまぶたに著しい運動障害
	第11級3号	1眼のまぶたに著しい運動障害
	まぶたに著しい運動障害： まぶたを閉じたときに角膜を完全に覆えない状態 まぶたを開いたときでもまぶたが瞳孔を覆ってしまう状態	

労働災害障害認定等級表

等 級	障 害 程 度
1 級	両眼が失明
2 級	1 眼が失明し、他眼の視力が0.02以下 両眼が0.02以下
3 級	1 眼が失明し、他眼0.06以下
4 級	両眼が0.06以下
5 級	1 眼が失明、他眼が0.1以下
6 級	両眼が0.1以下
7 級	1 眼が失明し、他眼が0.6以下
8 級	1 眼が失明、又は一眼が0.02以下
9 級	両眼の視力が0.6以下 1 眼の視力が0.06以下 両眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状 両眼のまぶたに著しい欠損
10級	1 眼の視力が0.1以下 正面視で複視
12級	1 眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害 1 眼のまぶたに著しい運動障害
13級	1 眼の視力が0.6以下 1 眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状 正面視以外で複視 両眼のまぶたの一部に欠損又はまつげはげ
14級	1 眼のまぶたの一部に欠損又はまつげはげ

補装具・日常生活用具について

申請から購入までの流れ 事前に生活支援課に相談→処方箋の内容で眼鏡店で見積書作成→申請→助成券郵送（自己負担金額告知）→眼鏡店→眼鏡作成→出来上がり眼鏡店での記載事項あり→眼科で確認し助成券に証明→助成券を眼鏡店へ→眼鏡店が市に提出
補装具・日常生活用具は申請前に購入すると補助の支給対象にならない。 本人及びその配偶者（障害児の場合は世帯員）のひとりでも市民税所得割額が46万円以上では支給されない。 対象物によって限度額、その1割の自己負担。 市民税課税額に応じて1か月の負担上限額設定で1割の自己負担金額のその負担上限額まで。 市民税非課税は自己負担金額減免。

補装具（視覚障害）

補装具の種類	意見書 (○必要、✕不要)		備考
	大人	児童	
盲人用安全杖（普通用と携帯用） ※処方内容の確認等で意見者が必要な場合がある	✕		遮光眼鏡：症状による条件あり（視野障害は度なしが原則）・屋内用と屋外用・視野障害は度なしのみ・弱視眼鏡（単眼鏡）：高倍率は就労・就学等の条件あり 矯正眼鏡：視力障害が適応。原則1個。遠近両用眼鏡：二つの眼鏡とみなされるため原則不可。特例補装具の意見書も必要（療養が必要な理由がしっかり必要） 耐用年数4年以内の眼鏡の更新は成長・術後の意見書必要
眼鏡（矯正・遮光・弱視眼鏡・コンタクトレンズ（耐用年数 4年） ※眼鏡の度数変更にも、意見書が必要です。 義眼（普通義眼・特殊義眼・コンタクト義眼（耐用年数 2年）	○新規 ○再交付 ✕修理	○新規 ○再交付 ✕修理	

日常生活用具（大人・児童・難病） 例：静岡市大人

	種 類	限度額(円)	対象者	性 能 等	耐用年数
自立生活支援用具	火災報知器	15,500	2級以上		8年
	火災報知機（屋外用）	37,800	2級以上		8年
	自動消火器	28,700	2級以上		8年
	電磁調理器	41,000	2級以上		6年
	歩行時間延長信号用小型送信機	7,000	2級以上		5年
	地震防災用具（食料品・水を除く）	50,000	4級以上		5年
在宅療養等支援用具	視覚障害者用音声体温計	9,000	2級以上		5年
	視覚障害者用音声体重計	18,000	2級以上		5年
	視覚障害者用音声血圧計	15,000	2級以上	医師の診断書が必要	5年
情報・意思疎通支援用具	情報・通信支援用具	150,000	2級以上		4年
	点字ディスプレイ	383,500	2級以上		6年
	点字器	10,400	視覚障害者		5年
	点字タイプライター	63,100	2級以上		5年
	視覚障害者用ポータブルレコーダー ①録音再生用②再生専用機	①85,000 ②35,000	2級以上	①DAISY方式による録音、再生が再生が可能なもの ②DAISY方式による再生が再生が可能なもの	6年
	視覚障害者用活字文字読上げ装置	99,800	2級以上		6年
	視覚障害者用拡大読書器 ①据置式・携帯型②携帯型電子ルーペ	① 198,000 ② 28,400	視覚障害者	①携帯型と②携帯型電子ルーペの併給は不可	①8年②5年
	視覚障害者用時計	13,300	2級以上		5年
	視覚障害者用ラジオ	29,000	2級以上	テレビ放送等の音声を受診する機能を有するもの	5年
	点字図書	市長決定	視覚障害者	1年あたり6タイトルまたは24巻まで	
	視覚障害者用音声ICタグレコーダー	59,800	2級以上		5年
居宅生活動作補助用具	住宅改修費	200,000	2級以上	介護保険の適応を受けないもの	1件

※障害者総合支援法による視覚障害者が受けられる福祉サービス例

同行援護・自立訓練（機能訓練・生活訓練）・宿泊型自立訓練・就労移行支援・就労継続型支援A型とB型

※災害対策として市町村の避難行動要支援者への登録を勧めましょう。

あとがき

本年度も多くの先生方から原稿をお寄せいただきありがとうございました。感謝いたします。長い間静岡県眼科医会誌の編集長を勤められた川村洋行先生におきましては、新米編集委員長のお手伝いということで2年間、編集副委員長をお願いしておりましたが、眼科医会副会長の仕事に専念していただくため、28年度から家田貴子先生に副編集委員長をお願いすることになりました。よろしくお願いいたします。昨年度は、視覚障害者の関連資料を別表にいたしましたが、予算等の関係もあり本年度は会誌内に入れさせていただきました。変更点もありますので、字が小さくて恐縮ですが、参考にしていただければ幸いです。静岡県眼科医会の予算が逼迫しておりまして、会誌についても、赤字にならないよう努力したいと思えます。

今年度は池田米繁先生がご逝去されました。永く静岡県医師会関連のお仕事も引き受けられ、地域医療に貢献されました。心よりご冥福をお祈りいたします。

高良由紀子

編集委員

家田貴子、石川浩平、石川靖彦、片山由佳理、川村洋行、月花 慎、高良俊武、
高良由紀子、小森雅彦、鈴木 泉、中川里佳、中村好邦、松久充子、渡辺千恵美

表紙題字

故 小川 博 名誉会長

表紙絵

本年度は、昨年に続き石井るみ子先生が描いた絵をお借りしました。夏らしい朝のピンクの蓮の花がきれいです。

発	行	平成28年 8 月25日 静岡県眼科医会 〒420-0839 静岡市葵区鷹匠3-6-3 静岡市医師会館内 5 F
編集兼発行人	会長	飯 田 文 人
事務局Eメール		sizgan@sweet.ocn.ne.jp
印 刷 所		大日三協株式会社

さあ、笑顔をつくりに。



協和医科器械株式会社

本 社 〒422-8005 静岡県静岡市駿河区池田 156 番地の2 TEL : 054-655-6600

沼津支店	TEL055-926-1100	横浜支店	TEL045-595-2785	ベネッセ静岡	TEL054-265-3001
浜松支店	TEL053-423-2110	厚木営業所	TEL046-230-2500	ベネッセ沼津	TEL055-926-1106
焼津支店	TEL054-623-2222	名古屋支店	TEL052-884-7370	ベネッセ浜松	TEL053-423-2116
掛川支店	TEL0537-22-2101	小牧支店	TEL0568-74-7351	ベネッセ岡崎	TEL0564-53-1980
甲府支店	TEL055-232-0010	豊橋支店	TEL0532-57-6337		
		岡崎営業所	TEL0564-53-0922		

<http://www.kyowaika.co.jp/>



確かな相加作用

— 2成分の力、そのままに —

炭酸脱水酵素阻害剤／β遮断薬配合
緑内障・高眼圧症治療剤

薬価基準収載

アゾルガ®配合懸濁性点眼液

プリンゾラミド/チモロールマレイン酸塩配合懸濁性点眼液

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- (1) 気管支喘息、又はその既往歴のある患者、気管支痙攣、重篤な慢性閉塞性肺疾患のある患者〔β-受容体遮断による気管支平滑筋収縮作用により、喘息発作の誘発・増悪がみられるおそれがある。〕
- (2) コントロール不十分な心不全、洞性徐脈、房室ブロック(II、III度)、心原性ショックのある患者〔β-受容体遮断による陰性変時・変力作用により、これらの症状を増悪させるおそれがある。〕
- (3) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (4) 重篤な腎障害のある患者〔使用経験がない。プリンゾラミド及びその代謝物は、主に腎より排泄されるため、排泄遅延により副作用があらわれるおそれがある。〕

【効能・効果】

次の疾患で、他の緑内障治療薬が効果不十分な場合：緑内障、高眼圧症

＜効能・効果に関連する使用上の注意＞ 単剤での治療を優先すること。

【用法・用量】

1回1滴、1日2回点眼する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 肺高血圧による右心不全のある患者〔β-受容体遮断による陰性変時・変力作用により、症状を増悪させるおそれがある。〕
- (2) うっ血性心不全のある患者〔β-受容体遮断による陰性変時・変力作用により、症状を増悪させるおそれがある。〕
- (3) 糖尿病性ケトアシドーシス及び代謝性アシドーシスのある患者〔アシドーシスによる心筋収縮力の抑制を増強するおそれがある。〕
- (4) コントロール不十分な糖尿病のある患者〔低血糖症状をマスクすることがあるので血糖値に注意すること。〕
- (5) 肝障害のある患者〔使用経験が少なく、安全性は確立していない。〕
- (6) 角膜炎(角膜上皮細胞の減少等)のある患者〔安全性は確立していない。角膜上皮細胞数の減少により角膜浮腫の発現が増加する可能性がある。〕

2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤は1mL中にプリンゾラミド10mgとチモロールマレイン酸塩6.8mg(チモロールとして5mg)を含む配合点眼液であり、プリンゾラミドとチモロールマレイン酸塩双方の副作用が現れるおそれがあるため、適切に本剤の使用を検討すること。
- (2) 本剤は点眼後、全身的に吸収されるため、スルホンアミド系薬剤又はβ-遮断剤全身投与時と同様の副作用があらわれるおそれがあるので注意すること。重篤な副作用や過敏症の兆候があらわれた場合には、投与を中止すること。
- (3) 縮瞳剤からチモロールマレイン酸塩製剤に切り替えた場合、縮瞳作用の消失に伴い、屈折調整を必要とすることがあることから、本剤投与の際も注意すること。
- (4) 急性閉塞隅角緑内障患者に対して本剤を用いる場合には、薬物治療以外に手術療法などを考慮すること。
- (5) 本剤の点眼後、一時的に目がかすむことがあるので、機械的擦や自動車の運転には注意させること。

3. 相互作用

本剤の配合成分であるプリンゾラミドは、主としてCYP3A4によって代謝され、またCYP2A6、CYP2B6、CYP2C8、CYP2C9によっても代謝される。一方の配合成分であるチモロールは、主としてCYP2D6によって代謝される。

【併用注意】(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
アドレナリン ジビペフラン塩酸塩	散瞳作用が助長されたとの報告がある。	機序不明
カテコールアミン 枯渇剤：レセルピン等	交感神経系に対し、過剰の抑制を来すことがあり、低血圧、徐脈を生じ、眩暈、失神、起立性低血圧を起こすことがある。	カテコールアミンの枯渇を起こす薬剤は、β-遮断作用を相対的に増強する可能性がある。
β-遮断剤(全身投与)： アテノロール プロプラノロール 塩酸塩メトプロロール	血圧下降あるいはβ-遮断剤の全身的な作用が増強されることがある。	作用が相対的にあらわれることがある。
カルシウム拮抗剤： ベラパミル塩酸塩 ジルチアゼム塩酸塩	房室伝導障害、左室不全、低血圧を起こすおそれがある。	相互に作用が増強される。
ジギタリス製剤： ジゴキシン ジギトキシン	心刺激伝導障害(徐脈、房室ブロック等)があらわれるおそれがあるため、心機能に注意すること。	相対的に作用(心刺激伝導抑制作用)を増強させる。
CYP2D6 阻害作用を有する薬剤： キニジン 選択的セロトニン 再取り込み阻害剤	β-遮断作用(例えば心拍数減少、徐脈)の増強が報告されている。	これらの薬剤はチモロールの代謝酵素であるP450(CYP2D6)を阻害し、チモロールの血中濃度が上昇する可能性がある。
炭酸脱水酵素阻害剤 (全身投与)： アセタゾラミド等	炭酸脱水酵素阻害剤の全身的な作用に対して相対的な作用を示す可能性があるため、異常が認められた場合には、投与を中止すること。	作用が相対的にあらわれる可能性がある。
アスピリン (大量投与)	本剤を大量のアスピリンと併用すると、双方又は一方の薬剤の副作用が増強されるおそれがあるため、異常が認められた場合には、投与を中止すること。	アスピリンは炭酸脱水酵素阻害剤の血漿蛋白結合と腎からの排泄を抑制し、炭酸脱水酵素阻害剤は血液のpHを低下させ、サリチル酸の血漿から組織への移行を高める可能性がある。

4. 副作用

国内で実施された第Ⅲ相臨床試験において、副作用は432例中46例(10.6%)に認められた。主な副作用は眼刺激15例(3.5%)、点状角膜炎14例(3.2%)、味覚異常6例(1.4%)であった。

(1) **重篤な副作用** 次のような副作用が発現するおそれがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

- ① **眼類天疱瘡(頻度不明)**：結膜充血、角膜上皮障害、乾性角結膜炎、結膜萎縮、睫毛内反、眼瞼球嚢着等が発現することがある。
- ② **気管支痙攣、呼吸困難、呼吸不全(いずれも頻度不明)**
- ③ **心ブロック、うっ血性心不全、脳虚血、心停止、脳血管障害(いずれも頻度不明)**
- ④ **全身性エリテマトーデス(頻度不明)**

●その他詳細は製品添付文書をご参照ください。

●禁忌を含む使用上の注意の改訂には十分ご注意ください。

Alcon

a Novartis company

製造販売元(輸入元)
(文献請求先・製品情報お問い合わせ先・メディカル統括部学術情報部 0120-825-266)

日本アルコン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂2-17-7

PMP201-1
201603

© 2016 Novartis

見える、を護る。

緑内障治療[※]に唯一の α_2 、アイファガン[®]



アドレナリン α_2 受容体作動薬
緑内障・高眼圧症治療剤

薬価基準収載

アイファガン[®]点眼液0.1%

APHAGAN[®] OPHTHALMIC SOLUTION 0.1%

プリモニジン酒石酸塩点眼液

処方箋医薬品^(注)

(注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※他の緑内障治療薬が効果不十分又は使用できない場合

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- (1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 低出生体重児、新生児、乳児又は2歳未満の幼児
〔「小児等への投与」の項参照〕

【効能・効果】

次の疾患で、他の緑内障治療薬が効果不十分又は使用できない場合：緑内障、高眼圧症

効能・効果に関連する使用上の注意

プロスタグランジン関連薬や β 遮断薬等の他の緑内障治療で効果不十分又は副作用等で使用できない場合に本剤の使用を検討すること〔臨床成績〕の項参照。〕

【用法・用量】

通常、1回1滴、1日2回点眼する。

【使用上の注意】(抜粋)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 脳血管障害、起立性低血圧のある患者〔血圧低下により、症状が悪化するおそれがある。〕
- (2) 心血管系疾患のある患者〔血圧及び脈拍数の変動により、症状が悪化するおそれがある。〕

2. 重要な基本的注意

- (1) 全身的に吸収されるため、アドレナリン α_2 受容体作動薬の全身投与時と

同様の副作用(眠気、めまい、徐脈、低血圧等)があらわれることがあるので留意すること。

- (2) 眠気、めまい、霧視等を起こすことがあるので、本剤投与中の患者には、自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事する場合は注意させること。

3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

- 降圧剤
- 中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体 オピオイド系鎮痛剤 鎮静剤 麻酔剤 等)
- アルコール
- モノアミン酸化酵素阻害剤

4. 副作用

承認時の臨床試験での総症例444例中、副作用は122例(27.48%)に認められた。主な副作用は結膜炎(アレルギー性結膜炎を含む)38例(8.56%)、点状角膜炎30例(6.76%)、眼瞼炎(アレルギー性眼瞼炎を含む)20例(4.50%)、結膜充血17例(3.83%)、眼そう痒症10例(2.25%)、目の異質感5例(1.13%)、接触性皮膚炎4例(0.90%)であった(承認時)。副作用が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

2015年1月添付文書改訂

●その他の使用上の注意につきましては、添付文書をご参照ください。

※ご使用に際しては、「警告・禁忌を含む使用上の注意」の改訂に十分ご留意ください。

資料請求先：千寿製薬(株)カスタマーサポート室

製造販売元 千寿製薬株式会社
大阪市中央区平野町二丁目5番8号

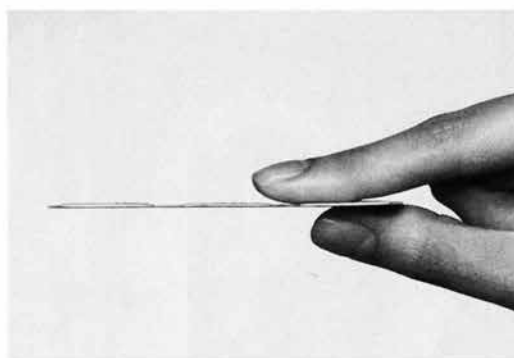
販売 武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

Magic

1day Menicon Flat Pack



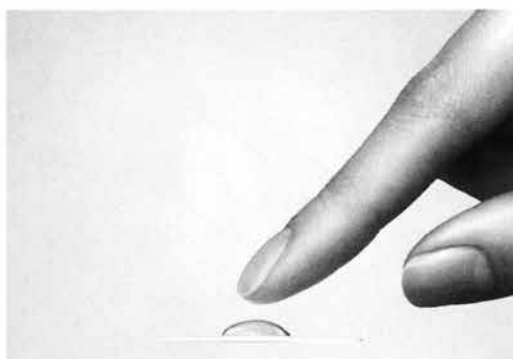
www.magic.menicon.jp



約1mm。驚きのうすさ。
誰も見たことのない
1日使い捨てコンタクトレンズが
誕生しました。



※10シート・30枚入り



※画像はイメージです。

※「Magic」は特徴的な包装を表現するものであり、コンタクトレンズの視覚的機能・効果ではありません。

お願い：コンタクトレンズは高度管理医療機器です。必ず眼科医の指示を受けてお求めください。●装着時間・期間を正しくお守りください。●取扱方法を守り、正しくご使用ください。●眼の検査は必ずお受けください。●少しでも異常を感じたら直ちに眼科医の検査をお受けください。●添付文書をよく読み、正しくご使用ください。

販売名：メニコン1DAY フラットパック 医療機器承認番号：22100BZX01098000

株式会社メニコン 〒460-0006 名古屋市中区葵三丁目21番19号 TEL (052) 935-1515 <http://www.menicon.co.jp>

See, Discover, Explore

PERFORMANCE
YOU CAN COUNT ON

TOPCON

NEW

DRI OCT Triton Series

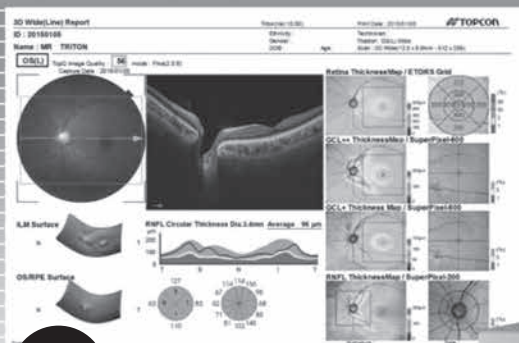
3次元眼底像撮影装置

Swept Source OCT

+

多機能眼底カメラ (カラー/レッドフリー/FA/FAF)*1

- ≫ 究極のオールインワン
- ≫ 硝子体から脈絡膜まで鮮明に描写
- ≫ 前眼部 OCT 撮影機能 *2
- ≫ スキャン速度 100,000 A-scans / 秒
- ≫ 正常眼データベース
- ≫ 正確なトラッキング 
- ≫ 多彩な解析機能
- ≫ ユーザーフレンドリー



NEW

便利なコンビネーションスキャン



*1 FA、FAF撮影機能はDRI OCT Triton plusのみ
*2 前眼部撮影には前眼部アダプタメントが必要です (別売付属品)
販売名: 3次元眼底像撮影装置 DRI OCT Triton 医療機器認証番号: 226AABZX00146000

株式会社 トプコンメディカルジャパン

本社 〒174-8580 東京都板橋区蓮沼町 75-1 TEL.(03)5915-1800
営業本部 TEL.(03)5915-1803 札幌営業所 TEL.(011)207-3250 大阪営業所 TEL.(06)7659-2904
システム部 TEL.(03)3558-3272 仙台営業所 TEL.(022)292-3009 広島営業所 TEL.(082)294-8971
サービス部 TEL.(03)5915-1804 横浜営業所 TEL.(045)591-4471 松山営業所 TEL.(089)969-1427
東京営業所 TEL.(03)6867-0123 名古屋営業所 TEL.(052)934-0761 福岡営業所 TEL.(092)483-3751

製造販売 **株式会社 トプコン** 本社・アイケア国内営業グループ
〒174-8580 東京都板橋区蓮沼町75-1 TEL. (03)3558-2506
ホームページ <http://www.topcon.co.jp>

株式会社 トプコンサービス
〒174-8580 東京都板橋区蓮沼町 75-1(株)トプコン内 TEL.(03)3965-5491

2015.2

カルテ保管の悩みを解消!!

～紙カルテの運用をそのままに電子化を実現～

01



受付

「本日のカルテ」を印刷する。

03

診察

過去のカルテはPCを参照しながら、「本日のカルテ」に所見や処方等を記入する。



05



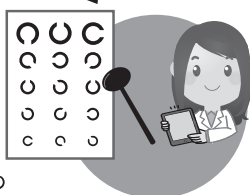
スキャン

会計が終わったカルテはまとめてスキャンし、電子保存する。

検査

02

過去のカルテはPC・iPadを参照しながら、「本日のカルテ」に検査結果を記入する。レフ・ノンコン等のレシートを貼り付ける。



会計

「本日のカルテ」を見ながらレセコンで会計理をする。



04



スキャンしたカルテは
時系列に表示されます

NEW コンセプトカルテシステム

*i*カルテ
カルテビューアシステム



カルテ発行時に QR コードを印字またはシールを貼りつけます。
QR コードの情報をもとに、カルテを自動的に仕分けて保存します。

QR コードは(株)デンソーウェブの登録商標です



眼科医療機器専門商社

株式会社 リッツメディカル

本社営業部／愛知県豊川市伊奈町新屋 279 番地

TEL.0533-72-5210 FAX.0533-78-3120

URL <http://www.ritz-med.co.jp/>

【営業所】 東京・品川・西東京・千葉・埼玉・茨城・横浜・厚木・山梨・松本・長野・静岡・浜松・名古屋・名古屋西・春日井

愛岐・三重・京都・大阪北・大阪・奈良・和歌山・兵庫・広島・高松・北九州・福岡・宮崎・熊本・鹿児島

Vivinex*i*Sert® Model XY1

新たな疎水性アクリル素材「Vivinex」を用いた
1ピース非球面眼内レンズ



極小切開対応プリロードIOL

●PCO抑制に寄与

(国内3施設にて実施した臨床試験結果：
当社「HOYA エイエフ-1 (UY)」比)

●極小切開に対応

(推奨切開創サイズ：強角膜1.8mm ～ 角膜2.0mm ～)

販売名：HOYA Vivinex アイサート
承認番号：22400BZX00498000

EzSpec ディスボ開瞼器

PMMA製の滅菌済みディスプレイザブル開瞼器です。
睫毛を広範囲にカバーし、透明のため状態が容易に確認できます。
また、アーム径によって開瞼力が異なるソフト・ハードの
2種から選択が可能です。

モデル：TG-2 (ソフトタイプ)

TG-4 (ハードタイプ)



販売名：イージースペック
認証番号：222AFBZX00032000

製造販売業者：HOYA株式会社

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-10-1

HOYA Surgical Optics

HOYA株式会社 メディカル事業部

お問い合わせ先：関東営業所

〒164-8545 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス 6F

TEL 03-5913-2341

HOYA
SURGICAL OPTICS

2016-05-31_HSOJ_XY1_EzSpec_AD_JP_01



Clearly Toric

TECNIS® Toric OptiBlue® 1-Piece IOL



TECNIS® T
OPTIBLUE® TORIC

販売名：テクニストリーク オプティブルー
医療機器承認番号：226008ZX00508000

エイエムオー・ジャパン 株式会社 名古屋営業所
〒461-0004 愛知県名古屋市東区葵3-15-31 千種ニュータワービル11F
TEL.052-934-0591 FAX.052-934-0593

TECNIS, OptiBlue are trademarks owned by or licensed to Abbott Laboratories, its subsidiaries or affiliates.
©2015 Abbott Medical Optics Inc.

Abbott
Medical Optics

T135AZCV1-15Q10002



眼科手術補助剤、硝子体内注用副腎皮質ホルモン剤 <トリウムシノロンアセトニド>製剤
処方箋医薬品（注意 — 医師等の処方箋により使用すること）

マキュエイド[®] 硝子体内注用40mg

MaQaid[®] intravitreal injection 40mg

薬価基準収載

本剤の「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細につきましては製品添付文書をご参照下さい。

※資料請求先 わかもと製薬株式会社 医薬学術部

製造販売元
（輸入品）



わかもと製薬株式会社
東京都中央区日本橋本町二丁目2番2号



眼科用VEGF[※]阻害剤

薬価基準収載

アイリーア[®]硝子体内注射液 40mg/mL

EYLEA[®] solution for IVT inj. 40mg/mL [アフリベルセプト(遺伝子組換え)硝子体内注射液]

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

※) VEGF: vascular endothelial growth factor(血管内皮増殖因子)

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。



製造販売元・資料請求先
バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
<http://www.bayer.co.jp/byl>



発売元
参天製薬株式会社
大阪市北区大深町4-20
<http://www.santen.co.jp/>

2015年3月作成



新薬で人々のいのちと健康に貢献します。

私たちノバルティス ファーマは、

分子標的薬や抗体医薬など最新の技術を生かして、

世界で140もの開発プロジェクトを進めています。

くすりを必要としている患者さんに、革新的な新薬を。

ノバルティス ファーマの新薬は、これからも進化を続けます。

 **NOVARTIS**

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>

旅行先でも点眼を

緑内障・高眼圧症治療剤

キサラタンとザラカムの保存方法



服薬指導の ワンポイント

かばんの中など
暗い所で
保存しましょう

※1



夏場の車の中など
高温になる場所は
避けましょう

天候により車内は思わぬ高温に
なることがあります



旅行中も常に
冷蔵庫で
保存する必要は
ありません

※1



※1 直射日光を避け、1～30℃で保存してください

キサラタン、ザラカムは開封後4週間以内は
専用の袋に入れておけば、室温(1～30℃)で
保存することもでき
ます(冷蔵庫での保
存も可能です)^{※2}。
旅先にも点眼液を
持参して、点眼を続
けましょう。



※2 開封前は冷蔵庫(2～8℃)で保存してください。

患者指導箋を
ご用意しております。
ご希望の場合は、
ファイザー株式会社
MRIにお申し付け
ください。

キサラタン点眼液0.005% ザラカム配合点眼液の保存方法

● 冷蔵庫(2～8℃)で保存してください。

● 専用の袋に入れておけば、
室温(1～30℃)で保存することも
できます(冷蔵庫での保存も可能ですが、
開封後4週間経過後の場合は、
推奨を使用しないでください)。

● 凍結された点眼液(1日1回)を凍りかたし、
室温(1～30℃)で解凍してください。
● 凍結後の点眼液は、
凍結後4週間経過後の場合は、
推奨を使用しないでください。

● 点眼後、しみる、かゆみ、
目の痛みや腫れ、目や
すにまみれまみれは、
すぐに点眼を中止し、
医師に相談してください。

旅行先でも点眼を続けましょう

キサラタン、ザラカムは開封後
4週間以内(室温(1～30℃)
で保存)でも大丈夫です。
旅行にも点眼液を持参して、
点眼を続けましょう。

● 旅行時のワンポイント

● かばんの中など暗い所で
保存しましょう

● 室温の車の中など
高温になる場所は避けましょう

● 旅行中も常に冷蔵庫で
保存する必要はありません

ファイザー株式会社

視能訓練士養成学科担当教員募集！



子ども心理学科

保育士、幼稚園教諭



総合福祉学科

社会福祉士、福祉レク・ワーカー



介護福祉学科

介護福祉士、レク・インストラクター



医療情報秘書科

医療事務、福祉事務、薬局事務

静岡県内初 視能訓練士養成学科設置予定!!

学校法人中村学園

文部科学省職業実践専門課程認定校

静岡福祉医療専門学校

創立以来、就職決定率100%！

静岡駅南口徒歩5分！

＜併設校＞

専門学校静岡電子情報カレッジ

ロボット創造学科

ゲーム応用学科

映像・音響デザイン学科

＜姉妹校＞

第一ひかり幼稚園

＜託児所＞

キッズハウスひかり

※教員も割引価格で利用可能！

【お問合せはこちらまで】

〒422-8061

静岡市駿河区森下町 4-25

中村学園総合インフォメーション

電話：054-280-0173

e-mail: info@can.ac.jp



コンタクトレンズ・眼鏡の総合商社

先生方の様々なご要望におこたえ致します。
コンタクトレンズと眼鏡の専門技術者です。

コンタクトレンズ・眼鏡卸業・眼科開設・運営サポート
EYBS 株式会社 アイズ

〒422-8066 静岡県静岡市駿河区泉町9-10
TEL. 054-287-0015/FAX. 054-281-3777

www.sun-con.com
株式会社 サンコンタクトレンズ



私たちの思い——

はじめに、眼ありき

カスタムメイドという発想。

私たちは一人ひとりの眼に合わせたレンズ設計こそが最良と考え、
眼科医療と社会への貢献を目指します。

私たちの理念

社会への貢献

会社の発展は社会に貢献した度合いによって決定される

ベストの製品づくり

最小であっても最良のコンタクトレンズを提供する会社でありたい

安全な視力の提供

レンズそのものを売るだけでなく安全性や快適さ
というソフトウェアを付けて売る会社でありたい



サン コンタクトレンズ

本社 〒604-0983 京都市中京区駄屋町通夷川上ル笹屋町475
TEL 075-221-6861 <http://www.sun-con.com>





よりよい視界の提供で、
人々の暮らしを豊かに。

© 2016 Novartis

アルコンの使命。それは、人々によりよい視界を提供し、豊かな暮らしに貢献することです。そのために、サージカル、ビジョンケア、医薬品において幅広い製品を提供するとともに、25,000人の社員が医療従事者の方々と協力し、世界各地で待ち望まれているアイケア製品の開発に取り組んでいます。暮らしを豊かに変える、革新的な製品を皆様のもとへ。アイケアの未来はアルコンが切り拓いていきます。

www.alcon.co.jp

Alcon

a Novartis company



前眼部OCT

CASIA2

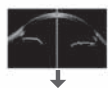
★ パーフェクトな白内障手術をサポートする前眼部OCT

進化したイメージング

◆「より深く、より広く」一枚の画像にうつる角膜と水晶体。

より深く

CASIA2は光源の可干渉性能を向上させ従来より深さ方向の感度の向上を実現しました。



SS-1000



CASIA2

より広く

角膜トポグラフィモードでも隅角全周までの撮影が可能になりました。角膜形状解析と同じ画像で隅角の描出・解析やIOLの観察を行います。



CASIA2

SS-1000
角膜トポグラフィモードでも隅角全周までの撮影が可能になりました。角膜形状解析と同じ画像で隅角の描出・解析やIOLの観察を行います。



白内障手術向けアプリケーション

CICS -CASIA IOL Cataract Surgery-

- ◆CASIA2は白内障手術向けの検査アプリケーションCICS【キックス】を搭載。パーフェクトな白内障手術をサポートします。
- ◆CICSは「術前検査」「術後検査」の二つの機能があります。それぞれの機能を使用するためには、それぞれの検査プロトコルで撮影を行います。

・Screening：プレミアムIOLの適用可否に有用な角膜球面収差や角膜高次収差などのスクリーニング機能
・Toric IOL：WEB上のカリキュレーターを使わずに計算するToricカリキュレーター機能
・IOL Cal.：IOLの球面度数計算機能

白内障手術検査向けアプリケーション
CICS

術前検査向け
【Pre-op Cataract】
・Screening
・Toric IOL
・IOL Cal.

術後検査向け
【Post-op Cataract】
・Thumb
・Image

高いユーザビリティ

簡単測定

撮影は液晶モニターによるタッチアライメントもしくは装置に付属するジョイスティック操作で行います。



検査プロトコル

検査目的別に設定された検査プロトコル（スキャンタイプの組み合わせ）を選択し撮影を開始します。



製造販売元

株式会社 トーメーコーポレーション

〒451-0051 名古屋市中区則武新町二丁目11番33号
TEL (052) 581-5321 FAX (052) 581-5626 URL <http://www.tomey.co.jp>

TOMEY



[薬価基準収載]

プロスタグランジンF_{2α}誘導体
緑内障・高眼圧症治療剤

ラタノプロスト点眼液 0.005%「ニットー」

Latanoprost Ophthalmic Solution 0.005% 「NITTO」

処方せん医薬品（ラタノプロスト点眼液）

（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

【効能・効果】、【用法・用量】、【禁忌】を含む【使用上の注意】等については、
製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
 **日東メディック株式会社**
富山県富山市八尾町保内1-14-1
（資料請求先）
日東メディック株式会社 おくすり相談窓口
〒104-0033 東京都中央区新川1-17-24

2010年4月作成

This is トノレフ®

レフ
REF

トノ
TONO

ケラト
KERATO

パキ
PACHY

レトロ
イルミネーション
Retro
illumination

アコモド
Accommodation

オートレフケラト/トノ/パキメータ
 **TONOREF® III**

4つの主要な測定機能と
2つの付加機能を搭載

設置スペースの縮小

スピーディーで快適な検査をご提供

7.0インチタッチパネル
カラーLCDモニター搭載（チルト機構付き）

販売名：オートレフケラト/トノ/パキメータ TONOREF III



Eye & Health Care
株式会社 ニデック

本社／愛知県蒲郡市拾石町前浜34番14 〒443-0038 TEL.0533-67-8840
営業拠点／札幌・仙台・埼玉・東京・千葉・横浜・蒲郡・金沢・京都・大阪・高松・広島・福岡
URL <http://www.nidek.co.jp> <蒲郡支店> TEL (0533)67-8260

これは、プレミアムなコンタクトケア体験。

クリアデュー
cleadew 誕生。

これまでにない
消毒力!

雑菌や汚れを徹底ガードする
「ポビドンヨード」

ソフトコンタクト
レンズ用

消毒+洗浄+タンパク除去+すすぎ
充実の4機能!ハイスペックケア



販売名: バイオクレンファーストケアc [医薬部外品]

日本の瞳に、日本製のコンタクトケアを。

株式会社 オプテクス 神戸市中央区港島南町5-2-4 www.ophtecs.co.jp

オプテクスお客様相談室 ☎ 0120-021094 受付: 月~金(祝日は除く) 9:00~17:00

CooperVision®

ない上質は、つくればいい。

世界中で、私たちにしかつukれないプレミアムなコンタクトレンズがある。

時代の先を行くスマートシリコーン™素材。その世界初の技術だから実現できた

新発想のやわらかさ。このレンズで、あなたの毎日をもっと素敵に華やかに。



クラフトマンシップとサイエンスが生んだ
プレミアム1dayコンタクトレンズ

MyDay®上陸

マイデイ クーパービジョン

検索

・コンタクトレンズは高度管理医療機器です。眼科医による検査、処方をお願いします。特に異常を感じなくても定期検査は必ず受けるようにご指導ください。・患者様がコンタクトレンズを使用する前に、必ず添付文書をよく読み、取扱方法を守り、正しく使用するようにご指導ください。販売名: マイデイ 承認番号: 2270082X00320000 クーパービジョン・ジャパン株式会社

BAUSCH + LOMB

米国での新たな臨床研究に基づき、
日本人に適した栄養成分・摂取量を考慮した
「プリザービジョン2」の誕生です。



Ocuville.
PreserVision.

ボシュロム オキュバ이트
プリザービジョン



Ocuville.
PreserVision.

ボシュロム オキュバ이트
プリザービジョン キルカイン



Ocuville.
50+

ボシュロム オキュバ이트
50プラス



Ocuville.
+Lutein

ボシュロム オキュバ이트
+ルテイン

将来を見守るケアに、確かな指針を。

PreserVision®・Ocuville®は自信を持ってお勧めいただける、
確かな理由と品質を追求しつづけるサプリメントです。

ボシュロムジャパン株式会社 〒140-0013 東京都品川区南大井6-26-2 大森ベルポートB館 TEL:(03)5763-3861(代) www.ocuvite.jp

国産 2 週間交換ソフトコンタクトレンズ

新発売

シード 2week Pure

シード ツーウィークピュア

うるおいプラス

販売名：シード 2weekPure UP 承認番号：22500BZX00276000



+5.00 から
-16.00 まで
対応！



水分たっぷり
うるおう



キレイが続く



日本品質で
安心をお届け



瞳を守る
UVカット付き

- ◆ベースカーブ 8.6mm ◆直径 14.2mm / 13.8mm
◆度数 + 5.00D ~ + 0.50D (0.25Dステップ)
± 0.00D
- 0.50D ~ - 6.00D (0.25Dステップ)
- 6.50D ~ - 16.00D (0.50Dステップ)

シード 2weekPure CM (特注度数) のご案内

+10.00D ~ +5.50D (0.50Dステップ)
-17.00D ~ -24.00D (1.00Dステップ) は、
従来品「シード 2weekPure」で
ご用意しております。
(特注・直径 14.2mm のみ)

SEED 株式会社 シード

It's EYE



RE224FJ
2013年4月作成

禁忌(次の患者には投与しないこと)
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

効能・効果

アレルギー性結膜炎

用法・用量

通常、1回1～2滴を1日4回(朝、昼、夕方及び就寝前)点眼する。

使用上の注意

1.重要な基本的注意

重症例には本剤単独では十分な効果が得られないので、他の適切な治療法への切替えあるいはそれとの併用を考慮し、本剤のみを漫然と長期に使用しないこと。

2.副作用

トラナラスト点眼液が投与された5,951例中、副作用が報告されたのは72例(1.21%)88件であった。その主なものは、刺激感・しみる22件(0.37%)、眼瞼炎12件(0.20%)、眼掻痒感12件(0.20%)、眼瞼皮膚炎8件(0.13%)などであった。(再審査終了時)

	頻度不明	0.1～5%未満
過敏症 ^(注)	接触性皮膚炎(眼周囲)	眼瞼皮膚炎、眼瞼炎
眼	結膜充血、眼瞼腫脹	刺激感、掻痒感

注)：発現した場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

※その他の使用上の注意につきましては、製品添付文書をご参照ください。

アレルギー性結膜炎治療剤

薬価基準収載

リザベン[®]点眼液0.5%

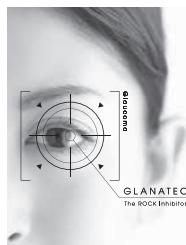
RIZABEN Eye Drops 0.5% 日本薬局方 トラナラスト点眼液

製造販売元

キッセイ薬品工業株式会社

松本市芳野19番48号 <http://www.kissei.co.jp>
資料請求先：くすり相談センター 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号

TEL:03-3279-2304



Rhoキナーゼ阻害薬 - 緑内障・高眼圧症治療剤 - 薬価基準収載

グラナテック[®]点眼液0.4%

GLANATEC[®] ophthalmic solution 0.4%
(リバシジル塩酸塩水和物点眼液)

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



製造販売元 **興和株式会社**
(資料請求先) 東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

挿入器付後房レンズ

アバンシ[™]プリセット

高度管理医療機器
承認番号：221008ZX00979000 [NATURAL]
226008ZX00197000 [UV]

後房レンズ

アバンシ[™]

高度管理医療機器
承認番号：218008ZX10026000 [NATURAL]
226008ZX00185000 [UV]



単回使用眼内レンズ挿入器

メドショット[™]

管理医療機器
認証番号：219AGBZX00138000

販売元 **興和創薬株式会社**

東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

16.4作成

ドライアイ治療剤(ムチン産生促進剤)

薬価基準収載

ムコスタ[®]点眼液UD2%

Mucosta[®] ophthalmic suspension UD2%

レバミビド懸濁点眼液

◇効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。



製造販売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー



〈12.11作成〉



循環障害改善剤

カルナグリン®

(カリジノゲナーゼ製剤)

CARNACULIN®

薬価基準収載

錠 **25**
錠 **50**
カプセル **25**

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては添付文書をご参照ください。



製造販売元
株式会社 三和化学研究所

名古屋市東区東外堀町35番地 〒461-8631

● ホームページ <http://www.skk-net.com/>

資料請求先・問い合わせ先

コンタクトセンター

0120-19-8130

受付時間：月～金 9:00～17:00(祝日は除く)

2012年1月作成

<1F/2>

PF
Preservative Free

防腐剤を含まないマルチドーズ点眼薬

健保適用

新発売

角結膜上皮障害治療剤

ヒアルロン酸ナトリウム PF点眼液 0.1% 日点。

精製ヒアルロン酸ナトリウム点眼液

緑内障・高眼圧症治療剤

ラタノプロスト PF点眼液 0.005% 日点。

ラタノプロスト点眼液

持続性 緑内障・高眼圧症治療剤

レボノロール 塩酸塩 PF点眼液 0.5% 日点。

レボノロール塩酸塩点眼液

緑内障・高眼圧症治療剤

チモール PF点眼液 0.25%・0.5%

チモールマレイン酸塩点眼液

緑内障・高眼圧症治療剤

イソプロピルウノプロストン PF点眼液 0.12% 日点。

イソプロピルウノプロストン点眼液

緑内障・高眼圧症治療剤

ニブラロール PF点眼液 0.25% 日点。

ニブラロール点眼液

緑内障・高眼圧症治療剤

フロキレート PF点眼液 1%・2%

カルテオロール塩酸塩点眼液

抗アレルギー剤、非ステロイド性抗炎症剤、ステロイド剤の防腐剤無添加製剤もございます。

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

【資料請求先】 **Alcon** 日本点眼薬研究所 営業本部学術部学術課 名古屋市南区桜本町40番地の2 〒457-0038

(2011年7月作成)



静岡県眼鏡商業協同組合

〒422-8067 静岡市駿河区南町2-2 3 コーポマックス6D

TEL/FAX: 054-288-9108

- おもな事業
- ・静岡県眼科医会後援講習事業
 - ・SSS級認定眼鏡士資格取得のための講習会
 - ・スキルアップ事業
 - ・老人施設慰問
 - ・共同仕入れ事業



レンズが涙液層と一体化する独自のテクノロジー。^{*}
眼を酷使する環境下でも、疲れ知らずな眼へ。



ワンデーアキュビュー®オアシス®

○コンタクトレンズは高度管理医療機器です。眼科医による検査、処方をお願いします。特に真実を感じなくても定期検査は必ず受けるようにご指導ください。○患者さんがコンタクトレンズを使用する前に、必ず添付文書をよく読み、取り扱い方法を守り、正しく使用するようにご指導ください。

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 ビジョンケアカンパニー
〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号

^{*} 当社独自の「ハイドラリュクス™」テクノロジー。涙を模した成分とシリコン素材が密に絡み合うことで自然な涙液層の構造を模倣し、まるで涙液層の一部のように働きます。

販売名：ワンデーアキュビューオアシス
承認番号：22800BZX00049000
登録商標 ©J&J KK 2016

うるおい、届けたい

Santen

BAK[®]
フリー

©無断転載禁止 ※ベンザルコニウム塩化物

ドライアイ治療剤(ムチン/水分分泌促進点眼剤)

処方箋医薬品

(注意一医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

ジクアス[®]点眼液3%

DIQUAS[®] ophthalmic solution 3%

ジクアホソルナトリウム点眼液

禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

ドライアイ

<効能・効果に関連する使用上の注意>

涙液異常に伴う角結膜上皮障害が認められ、ドライアイと診断された患者に使用すること。

【用法・用量】

通常、1回1滴、1日6回点眼する。

【使用上の注意】

1. 副作用

承認時

総症例655例中、副作用(臨床検査値異常変動を含む)が認められたのは155例(23.7%)であった。主な副作用は、眼刺激感44件(6.7%)、眼脂31

件(4.7%)、結膜充血24件(3.7%)、眼痛18件(2.7%)、眼そう痒感16件(2.4%)、異物感14件(2.1%)、眼不快感7件(1.1%)等であった。

使用成績調査(第6回安全性定期報告時)

総症例3,196例中、副作用が認められたのは202例(6.3%)であった。主な副作用は、眼刺激感30件(0.9%)、眼脂30件(0.9%)、眼痛22件(0.7%)、流涙増加20件(0.6%)、眼瞼炎19件(0.6%)等であった。副作用が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

種類	頻度	頻度不明	5%以上	0.1~5%未満
過敏症	—	—	—	眼瞼炎
眼	角膜上皮障害(糸状角膜炎、表層角膜炎、角膜びらん等)、結膜炎	刺激感	眼脂、結膜充血、眼痛、そう痒感、異物感、不快感、結膜下出血、眼の異常感(乾燥感、違和感、ねばつき感)、霧視、羞明、流涙	
その他	—	—	頭痛、好酸球増加、ALT(GPT)上昇	

発現頻度は承認時までの臨床試験の結果に基づき算出した。

2. 小児等への投与

低出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

3. 適用上の注意

1) 投与経路:点眼用にのみ使用すること。

2) 投与时:

(1) 薬液汚染防止のため、点眼のとき、容器の先端が直接目に触れないように注意するよう指導すること。

(2) 他の点眼剤と併用する場合には、少なくとも5分間以上の間隔をあけて点眼するよう指導すること。

●詳細は添付文書をご参照下さい。

●添付文書・使用上の注意(解説)の記載には十分ご留意しご使用下さい。

製造販売元

参天製薬株式会社

大阪市北区大深町4-20

資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

Diquas

2015年10月作成
DA15J000B51WB_A

