

第14回

日本視野画像学会学術集会

The 14th Annual Conference of the Japan Imaging and Perimetry Society



埼玉県
マスコット
「コバトン」

プログラム・抄録集



視野のすすめ 道草と探求



2025年5月31日(土)・6月1日(日)

会場：ソニックシティ

会長：篠田 啓 (埼玉医科大学 医学部 眼科)



世界初、
目のかゆみ*に
1日1回のクリーム剤。

*本剤の効能・効果「アレルギー性結膜炎」の
症状の一つです。

持続性・経眼瞼アレルギー性結膜炎治療剤

薬価基準収載

エピナスチン塩酸塩眼瞼クリーム

アレジオン®眼瞼クリーム0.5%

ALESION® Eyelid Cream

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能・効果

アレルギー性結膜炎

6. 用法・用量

通常、適量を1日1回上下眼瞼に塗布する。

8. 重要な基本的注意

8.1 本剤の使用により効果が認められない場合には、漫然と長期にわたり投与しないよう注意すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.5 妊婦

妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。妊娠前及び妊娠初期試験(ラット:経口)では受胎率の低下が、器官形成期試験(ウサギ:経口)では胎児致死作用が、いずれも高用量で認められている。

9.7 小児等

12歳未満の小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常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。

11.2 その他の副作用*

眼瞼そう痒症、眼瞼紅斑 ※0.1~5%未満のみ記載

その他の注意事項等情報については電子添文をご参照ください。

2024年3月作成(第1版)

製造販売元

参天製薬株式会社

大阪市北区大深町4-20

文献請求先及び問い合わせ先 製品情報センター

第 14 回日本視野画像学会学術集会

The 14th Annual Conference of the Japan Imaging and Perimetry Society

視野のすすめ 道草と探求

会 期 2025 年 5 月 31 日 (土)・6 月 1 日 (日)

会 場 ソニックシティ

会 長 篠田 啓
(埼玉医科大学 医学部 眼科 教授)

副 会 長 高野 俊之
(埼玉県眼科医会 会長)

事務局 長 石川 聖
(埼玉医科大学 医学部 眼科)

主 催 日本視野画像学会

運営事務局 株式会社 JTB コミュニケーションデザイン
コンベンション第二事業局内
〒105-8335 東京都港区芝 3-23-1
セレスティン芝三井ビルディング 12 階
E-mail: 14jips@jtbcom.co.jp

学会ホームページ ▶▶ <https://convention.jtbcom.co.jp/14jips/>

目 次

会長挨拶	3
参加者へのご案内	4
講演規定	9
日本視野画像学会 会則	12
日本視野画像学会 役員名簿	14
IPS：国際視野画像学会ならびに JIPS：日本視野画像学会の歩み	15
交通のご案内（アクセス図）	16
会場のご案内（フロア図）	18
日程表	19
プログラム	21
抄録	29
JIPS レクチャー「網膜を診る－網膜細胞機能・視野・画像－」	30
シンポジウム 1 「視野のすすめ」	31
シンポジウム 2 「画像のすすめ」	36
シンポジウム 3 「視野と low vision」	42
特別セッション「若手研究者による最近の視野画像研究」	48
JIPS コーチングセミナー	
「高次脳機能障害へのアプローチ ～病態から検査・診察まで～」	54
企業共催シンポジウム	59
一般講演	63
共催セミナー	75
ランチョンセミナー 1 「患者さん視点の選択肢」	76
ランチョンセミナー 2 「神経眼科専門医から学ぶ NMOSD 診療アップデート」	77
ランチョンセミナー 3 「お悩み解消！前視野緑内障の診断と治療」	78
ランチョンセミナー 4 「眼科からみる NMOSD 診療について」	79
モーニングセミナー 「視機能のすすめ」	80
イブニングセミナー 1 「視神経脊髄炎スペクトラム障害における視機能改善と再発予防 ～眼科と神経内科の連携による最適な治療戦略～」	81
イブニングセミナー 2 「視野画像からの診療・手術戦略」	82
イブニングセミナー 3 「改訂！新生血管型加齢黄斑変性の診療ガイドライン」	83
後援・協力・協賛団体企業一覧	84



第14回日本視野画像学会学術集会

会長 篠田 啓

(埼玉医科大学 医学部 眼科 教授)

この度、第14回日本視野画像学会学術集会を2025年5月31日(土)、6月1日(日)の2日間、埼玉県の大宮ソニックシティにて開催させていただくこととなりました。

最初に本学会の沿革を簡単に紹介させていただきます。1963年「視野の会」が結成された。1980年「日本視野研究会」が設立された。一般演題を募集し、日本臨床眼科学会でのグループディスカッション、日本眼科学会での専門別研究会で発表・討論がなされた。2011年「日本視野学会(Japan Perimetric Society : JPS)」として再スタートした。2018年視野の探求と理解に画像検査が重要であることを鑑み、「日本視野画像学会(Japan Imaging and Perimetry Society : JIPS)」と改名した。構造と機能を融合することでより多くの知見が得られ、新たな研究テーマも創出されています。

本学会は、視野と画像を柱に、緑内障、神経眼科、網膜硝子体、ロービジョン、屈折矯正、視覚生理、眼科AIと幅広い分野にまたがっています。眼科医、神経内科医、視能訓練士、生理学者、イメージング研究者、看護師、などなど多くの分野の専門家が研究テーマをシェアして、学問としての眼科学と臨床眼科実学の発展に寄与してきました。さらには視覚障害認定、運転免許、ロービジョン学会との共同研究など、「視野とQOV」をテーマとした社会的に重要な課題に取り組んで来ました。

2025年の学術集会では、視機能画像検査、視野の島、そして疾患を探求する仲間が集い、自由闊達に意見交換をする場として、テーマを「視野のすすめ ～道草と探求～」とさせていただきました。

本会のハイライトであるJIPSレクチャーは、視野画像学会の偉大な先達であり新しい疾患をいくつも提唱されるなどご活躍でまさに眼科学のlegendでいらっしゃる名古屋大学名誉教授の三宅養三先生にご登壇いただきます。学会の本分である一般演題は、視野の探索を始めたばかりのから専門家までが一緒に楽しめる演題や教育的な演題も集まっています。

また、前眼部画像から後眼部そして脳の画像と機能まで語る、若手研究者の研究最前線、視野とロービジョン、視野と運転を考える、高次機能障害と視野など幅広いテーマや、あたらしい視野検査、ドライビングシミュレーター体験といったスペシャル企画がございます。さらに、若い先生、視能訓練士、さらに多職種の皆様のためになるJIPSコーチングセミナーを予定しております。

眼科医、視能訓練士、医療スタッフ、企業の方、他分野の方など、視野と画像に興味のある方みんなが参加しやすい内容で、きっと新たな視点に触れられると思います。期間中交流を深めていただき、臨床や研究での視野が広がった！と感じていただけるような学会となるよう、事務局と埼玉医科大学眼科医局スタッフ一同準備を進めております。

皆様ぜひ学会を楽しんでください！

2025年5月吉日

参加者へのご案内

1. 参加登録方法

参加登録は「オンライン参加登録」のみとなります。お手持ちの PC、スマートフォンよりオンラインでのお申込み・決済をお願いいたします。クレジットカード決済のみとなります。

当日登録で現地参加の場合も、オンラインでご登録をお済ませのうえ、ご来場をお願いいたします。

〈事前登録期間に登録された方〉

受付をしていただく必要はございません。事前に送付したネームカード、プログラム・抄録集引換券、コンgres バッグ引換券を忘れずにご持参ください。

〈直前・当日登録期間に登録された方〉

クレジットカード決済後に配信されている「参加登録費決済完了」メールを、ネームカード発行デスクにご提示ください。ネームカード、プログラム・抄録集引換券、コンgres バッグ引換券をお渡しいたします。(スマートフォン、タブレット端末でのキャプチャ可)

〈ネームカード発行デスク〉

場所：ソニックシティ 2F 小ホールホワイエ

時間：5月31日(土) 8:00～18:00

6月1日(日) 7:50～17:00

参加区分		事前登録費 1月15日～3月31日	直前・当日登録費 4月7日～6月1日
会員	医師（後期臨床研修医、医師の大学院生を含む）	¥10,000	¥15,000
	学生・留学生・初期臨床研修医（医師以外の大学院生を含む）	¥5,000	¥10,000
	メディカルスタッフ（視能訓練士、看護師、医療検査または医療事務に従事する者など）	¥5,000	¥10,000
	企業職員・民間研究院	¥10,000	¥15,000
非会員	医師（後期臨床研修医、医師の大学院生を含む）	¥12,000	¥15,000
	学生・留学生・初期臨床研修医（医師以外の大学院生を含む）	¥8,000	¥15,000
	メディカルスタッフ（視能訓練士、看護師、医療検査または医療事務に従事する者など）	¥8,000	¥15,000
	企業職員・民間研究院	¥12,000	¥15,000

(税区分：会員、非会員問わず不課税)

2. ネームカード

会場内では必ず着用してください。ネームカードを着用されていない方のご入場は、ご遠慮願います。

3. 領収書および参加証明書について

参加登録システム画面（メインメニュー）より、下記ダウンロード期間中に「領収書」および「参加証明書」を各自でダウンロードください。

【ダウンロード期間】

〈領収書〉 クレジット決済完了後すぐ～2025年7月1日(火)

〈参加証明書〉 2025年5月31日(土)～2025年7月1日(火)

4. コングレスバッグ

ソニックシティ ホール 2F 小ホールホワイエ「抄録集・コングレスバッグ配布所」にて、コングレスバッグ引換券をお渡しください。

コングレスバッグをお渡しします。

時間：5月31日（土） 8：00～18：00

6月1日（日） 7：50～17：00

※引換券をお忘れ、紛失された場合の再発行は出来かねます。ご注意ください。

無くなり次第配布を終了いたします。

5. プログラム・抄録集

5月上旬よりPDF版をご自身の登録アカウントのメインメニュー画面からダウンロードしていただけます。

冊子版は、学会当日ソニックシティ ホール 2F 小ホールホワイエ「抄録集・コングレスバッグ配布所」にて、お渡しいたします。

追加の抄録集をご購入希望の方には、総合受付にて1冊2,000円にて販売いたします。



6. クローク

ソニックシティ ホール 4F クロークをご利用ください。

時間：5月31日（土） 8：00～18：20

6月1日（日） 7：50～18：00

※貴重品、壊れやすい物はお預かりすることはできません。

また、これらの品物に関して、万一破損、紛失などが生じましても、その責任をお取りできませんのであらかじめご了承ください。

7. 会場での呼び出し

会場内での呼び出しは行いません。受付周辺に会員連絡板を設置いたしますのでご利用ください。

8. 会場内でのご注意

会場内での録音、写真およびビデオ撮影は、著作権法に触れますのでご遠慮ください。

また、携帯電話は、マナーモードに設定していただくか、電源をお切りください。

9. 駐車場

学術集会専用の駐車場はございません。なるべく公共交通機関をご利用ください。

10. 共催セミナー

ランチョンセミナー、モーニングセミナー、イブニングセミナーを開催いたします。

詳細は、P.75～83をご覧ください。

※事前予約はございません。

※当日整理券配布はございません。

11. 当日の服装について

当日の服装はクールビズでご参加ください。

※短パン、ビーチサンダルはご遠慮ください。

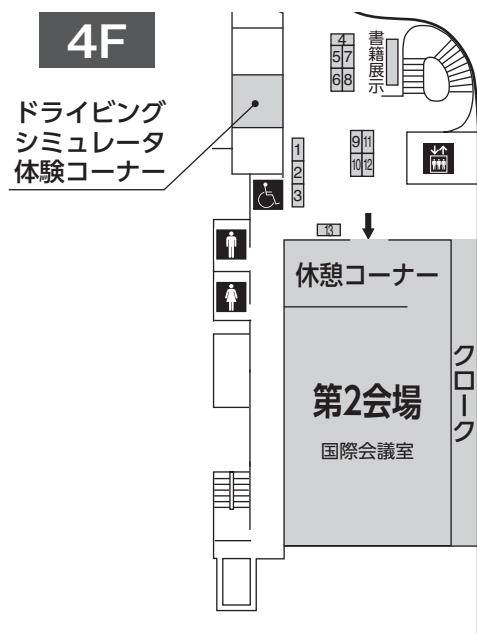
※マスクの着用は個人の判断に任せます。

12. 器械展示、書籍展示

ソニックシティ ホール 4F 国際会議室ホワイエにて開催いたします。

時間：5月31日（土） 9：30～17：30

6月1日（日） 9：00～17：30



【器械展示】

1	興和株式会社
2	株式会社トーマーコーポレーション
3	株式会社ファインデックス
4	アールイーメディカル株式会社
5	株式会社ニテック
6	株式会社KY CenterVue
7	ライカマイクロシステムズ株式会社
8	ジャパンフォーカス株式会社/株式会社JFCセールスプラン
9	株式会社トプコンメディカルジャパン
10	株式会社コーナン・メディカル
11	株式会社ビーライン
12	ファイバーテック株式会社
13	公益財団法人日本盲導犬協会 ※盲導犬歩行体験を予定しています

【書籍展示】

株式会社オービーエス

13. ドライビングシミュレータ体験

ソニックシティ ホール 4F ドライビングシミュレータ体験コーナーにて開催いたします。

5月31日（土） 9：20～18：00 最終予約時間 17：40（予定）

6月1日（日） 9：00～16：00 最終予約時間 15：40（予定）

1人20分ずつの予約枠になっております。予約時間の5分前までにお越しください。

各時間帯先着順にて締切となります。ご自身の登録アカウントのメインメニュー画面から事前にお申込みください。

空きがある場合は当日受付も可能です。

〈ドライビングシミュレータご案内〉

コースは直線で、赤信号、「とまれ」の標識、対向車の右折、左右からの飛び出しなど、視野障害が運転に及ぼす影響を評価するための15の場面で構成されています。走行時間は約5分です。

搭載された視線計測機能（Tobii Pro Spark：トビー・テクノロジー株式会社）により、ドライビングシミュレータ運転中の視線移動を観察・記録することができ、安全な運転に重要となる運転中の視線の動きを患者さんご自身が客観的に知ることができます。

14. 休憩コーナー

ソニックシティ 4F 第2会場（国際会議室）の一角を、休憩コーナーとしてご利用いただけます。

ドリンクの他、時間・数量限定で埼玉の銘菓をご用意します。是非ご利用ください。

銘菓提供時間：5月31日（土） 9：30～/14：30～

6月1日（日） 9：00～/16：30～

15. 全員懇親会

埼玉グルメを取り揃えたお料理をご用意します。お楽しみ企画も準備しております。

日 時：2025年5月31日（土） 18:30～20:00（予定）

会 場：ソニックシティ ビル棟 4F 市民ホール 401-404

懇親会費：無料

定 員：180名

※事前予約制となっており、定員に達した段階で締め切ります。お席に余裕がある場合のみ当日会場でも受付いたします。

16. 専門医制度単位取得について

■ 日本眼科学会

第14回日本視野画像学会学術集会では、c) 眼科領域講習単位、d) 学術業績・診療以外の活動実績（学会出席単位）が取得できます。

認定事業番号：59045

日 程	c) 眼科領域講習単位	d) 学会出席単位
5月31日（土）	最大1.5単位	0.5 単位
6月1日（日）	最大1.5単位	

c) 眼科領域講習単位

眼科領域講習の対象プログラムに参加した場合のみ、単位が取得できます。単位の対象プログラムと単位数の一覧は下記の通りです。

日 程	対象プログラム	単位
5月31日（土）	JIPS レクチャー	0.5
	シンポジウム1	0.5
	シンポジウム2	0.5
6月1日（日）	シンポジウム3	0.5
	特別セッション	0.5
	JIPS コーチングセミナー	0.5

【注意事項】

- ①参加者は、単位対象プログラム毎に単位受付が必要です。単位の対象となるプログラムは、会場の入口に単位受付デスクを設置し、入場時に単位受付を行います。
- ②セッション開始10分を過ぎると、単位が取得できませんのでご注意ください。
- ③単位を取得するプログラムは、開始から終了まで参加してください。

d) 学術業績・診療以外の活動実績（学会出席単位）

以下の場合に単位が取得できます。

① d) 学会出席単位受付デスクで単位受付をした場合

② c) 眼科領域講習単位を取得した場合※

※単位は自動で加算されますので、d) 学会出席単位受付用デスクでの受付は不要です。

【注意事項】

d) 学術業績・診療以外の活動実績の学会出席単位は1日ごとの単位付与ではなく、出席日数に関わらず本学会に出席されることにより0.5単位が付与されます。なお、学会出席単位の上限は5年間で6単位です。

単位受付について

単位受付のシステムが変わったため、今までの専門医更新登録証（金色のカード）は使用できません。必ず新しい専門医更新登録証（青・白色のカード）をお持ちください。

■ 公益社団法人日本視能訓練士協会 生涯教育制度認定単位 2単位

17. 託児室

託児室のご用意はございませんので、近隣の託児施設をご利用ください。なお、下記託児施設をご紹介します。

ご利用をご希望される場合は、直接お問い合わせ、お申込みをいただきますようお願い申し上げます。

ママズスマイル 大宮東口店

〒330-0802 埼玉県さいたま市大宮区宮町 1-39 斉藤ビル 1階

18. 喫煙所

全館禁煙となります。喫煙時は、ソニックシティ ビル棟 1Fの喫煙所をご利用ください。

19. Wi-Fi

学会場内にてWi-Fiをご利用いただけます。

SSID：14jips

PWD：saitama2025

講演規定

■指定講演の座長・オーガナイザー・演者の方

1. 講演時間

セッションにより異なります。別途ご連絡させていただきました内容をご参照ください。

2. 発表形式・受付・機材

PC プレゼンテーション（1面）のみとなります。スライドやビデオ（DVD 含む）による発表はできませんのでご注意ください。

詳細は下記「一般講演 座長・演者の方へ」をご参照ください。

■一般講演 座長・演者の方へ

1. 講演時間

発表 7 分、討論 3 分

討論時間を含めて、1 題 10 分です。時間厳守でお願いいたします。

2. 発表形式

PC プレゼンテーション（1面）のみとなります。スライドやビデオ（DVD 含む）による発表はできませんのでご注意ください。

PC 本体は演台にご準備しておりません。演台上のモニターで確認をし、キーボード・マウスを各自で操作し、講演を行ってください。

3. 発表について

1) 対応アプリケーション

オペレーションシステム	Windows 11
アプリケーションソフト	Windows Microsoft Power Point2024 (Power Point2021以降にて作成ください)
画面サイズ	HD (1,920 × 1,080)
推奨スライドサイズ	16:9

発表時の PC 操作については、ご自身で行ってください。

2) 文字フォントは標準で装備されているものをご利用ください。

特殊なフォントの場合、表示のずれ、文字化けが生じることがありますのでご注意ください。

【推奨フォント】日本語：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝

英語：Arial、Arial Black、Century、Century Gothic、Times New Roman

3) 演台の計時装置にて、発表終了 1 分前に黄色ランプ、終了・超過と共に赤色ランプを点灯し、残り時間をお知らせします。

4) 発表者ツールは使用できません。

5) 発表用データに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合は、必ず元データも保存し、事前に他のパソコンでの動作確認を行ってください。

万が一、リンク先が開かない、動画が動かないなどの不具合が発生した場合は、自己責任のもと割愛いただき進行してください。

〈メディア持込の方〉

・データは USB フラッシュメモリに保存してお持ちください。

・PC 受付では、ウイルスセキュリティを最新に更新し、万全を期しておりますが、ウイルスに定義されていない未知のウイルスに感染する場合がございます。会場システムへのウイルス感染予防のため、事前にメディアのウイルスチェックを行っておいてください。また、可能な限り発表データのみを保存した USB フラッシュメモリをご持参ください

・データ持込で動画ファイルのプレゼンテーションがある方は、動画は Windows Media Player で再生可能なものに限定いたします。

- 特殊な動画コーデックをご使用にならないようにご注意ください（動画は mp4（H.264）が推奨です）。
バックアップおよび、トラブル対策のため、PC 本体もお持ちください。
- ・お預かりいたしましたデータは、学会終了後、責任をもって消去いたします。

〈PC 本体持込の方〉

- ・Macintosh をご使用の場合は、PC 本体をお持ちください。
- ・プロジェクターの接続端子は、HDMI タイプ A です。それ以外の端子の場合、必ず変換コネクタをご自身でお持ちください。
- ・タブレット端末でのご発表はできません。



（図）

- ・電源アダプターは必ずご準備ください。
- ・無線 LAN 機能、スクリーンセーバー、省電力設定、ウイルスソフトなどのタスクスケジュール、ログオフ設定など、発表の妨げになる設定はご自身で事前に解除しておいてください。
- ・PC 受付にて動作確認後、発表セッション開始 30 分前までにご自身で会場内左前方の「オペレーター席」まで PC をお持ちください。発表終了後、オペレーター席にて返却いたします。

4. PC 受付

場 所：ソニックシティ ホール棟 2F 小ホールホワイエ

日 時：5 月 31 日（土） 8：00 ～ 18：00

6 月 1 日（日） 8：00 ～ 16：30

演者は、講演開始 30 分前までに PC センターにて受付をお済ませください。

PC 本体持込の場合も、動作確認のため、必ずお立ち寄りください。

- 1) PC 受付でのデータ修正はできません。
事前に必ず「文字化け」や「動画の動作」の確認をお願いいたします。
- 2) 発表データは「Microsoft PowerPoint」で作成し、「USB メモリ」でご持参ください。
また、発表用のファイル名は、「演題番号_氏名」としてください。
例) 01-1_視野太郎.pptx
- 3) Macintosh や動画を使用される方は PC 本体をお持ちください。
いずれの場合も必ずバックアップ用データを USB フラッシュメモリでご持参ください。
動画ファイルは Windows Media Player 12 以降の初期状態に含まれるコーデックで再生できるものをご準備ください。
- 4) 動画ファイルのリンクデータは、一つのフォルダにまとめて保存してください。
- 5) データは学会終了後に、事務局が責任を持って消去いたします。

5. 進行

- ・演者は、講演開始 15 分前までに会場内左前方の次演者席にお着きください。
- ・演者は座長の進行のもと、講演を行ってください。
- ・座長・オーガナイザーは、講演開始 15 分前までに会場内右前方の次座長席にお着きください。
- ・座長・オーガナイザーは、開始の合図が入り次第登壇し、セッションを開始してください。

■利益相反（conflict of interest）について

共催セミナーを含むすべての発表に関し、講演時の 2 枚目のスライドにおいて利益相反を公表してください。

演者全員が利益相反公表基準に該当しない場合は、「利益相反公表基準に該当なし」と記載してください。該当ありの場合には、各演者名に続きカテゴリーと企業名〔ただし、カテゴリー P（特許権を有する、または申請中の場合）では企業名の記載は必要ありません〕を明示してください。

記載例：視野太郎：【F】 ○○製薬、【I】 ▲▲工業
視野花子：【P】

なお、平成 27 年 10 月 21 日に「日本眼科学会利益相反に関する基準」が改正され、当該の発表内容に関するか否かにかかわらず、過去 3 年間の利益相反を公表の対象とすることとなりました。

利益相反に関する詳細については、日本眼科学会ホームページ内の倫理委員会のページ「日本眼科学会利益相反に関する基準」にてご確認ください。



日本視野画像学会 会則

第1章 総 則

第1条 (名称)

本会は「日本視野画像学会」と称する。英文名称はJapan Imaging and Perimetry Societyとし、略称は「JIPS」とする。

第2条 (目的)

本会は、我が国における視野障害による失明者をなくすことを究極の目的とし、我が国の視野障害の診療と、視野画像研究のレベル向上を実現することを目的とする。

第3条 (事業)

本会は、前条の目的を達成するために次の事業を行う。この場合、必要に応じて外郭団体と共同して事業を行うことができる。

1. 年1回以上の視野画像学会学術集会の主催。
2. 啓発書籍の出版および啓発活動等、我が国の視野障害の診療レベルの向上に寄与すると考えられるもの。
3. 視野障害の早期発見、福祉のための一般への啓発活動。

第2章 会 員

第4条 (会員)

本会の会員は、次のとおりとする。

1) 一般会員

- (1) カテゴリー1：眼科医（日本眼科学会専門医、または専門医志向者）
- (2) カテゴリー2：カテゴリー1以外の医師、教育・研究機関に所属する研究者等
- (3) カテゴリー3：視能訓練士、看護師、臨床検査技師、医療事務に従事する者、その他

2) 名誉会員

本会に対し著しい功績があった一般会員は、理事長の推薦、理事会の承認を得て名誉会員とすることができる。

3) 特任理事

2020年以降に新たに名誉会員となる理事、監事および日本視野画像学会所属の各種委員会で委員を担当している名誉会員を対象とし、下記に掲げる役割を継続する者に対して新たに議決権のない特任理事を制定する。

特任理事の役割は、日本視野画像学会所属の各種委員会活動、国際視野画像学会との連携業務とし、若い研究者の指導、育成を積極的に担うこととする。

特任理事の選出は自薦ならびに他薦とし、理事会にて承認する。特任理事の任期は2年とし、再任をさまたげない。

なお、特任理事の配置については暫定的なものとし、5年程度を目処に、その継続性について、再度理事会で検討することとする。

4) 賛助会員

本会の趣旨に賛同する団体。

第5条 (入会)

入会を希望する者は、カテゴリー1会員2名の推薦のある者とする。入会希望者は所定の用紙に必要事項を記入し事務局に提出しなければならない。入会に関しては過半数の理事の承認を必要とする。

第6条 (会員資格喪失)

会員は次の場合、会員資格を喪失する。

1. 退会の届出をしたとき。
2. 会費を2年以上滞納したとき。
3. その他、本会会則に違反したとき、または、本会の名誉あるいは信用を著しく傷つけ、理事会で除名の決議がなされたとき。

第3章 組 織

第7条 (役員)

本会の運営を円滑に行うために次の役員をおく。

- 理事長 1名
- 理事 10名
- 監事 2名
- 幹事 2名

第8条 (役員職務)

本会の役員は次の職務を行う。

1. 理事長は、本会を代表し会務を総括する。
2. 理事は、本会の運営に関する事項を審議、決定する。
3. 監事は、本会業務の執行および会計を監査する。
4. 幹事は、理事長を補佐する。

第9条 (評議員)

本会に30名程度の評議員をおく。

第10条 (任期)

1. 役員、評議員の任期は2年とする。ただし再任は妨げない。なお、任期開始時に満65歳未満でなければならない。
2. 学術集会会長の任期は、前回の学術集会終了日翌日から当該学術集会終了日までとする。

第11条 (役員、評議員、監事、幹事および学術集会会長の選出)

1. 評議員は、カテゴリー1の中から選出する。また視能訓練士を若干名選出することができる。
2. 理事は、評議員より選出する。
3. 理事長は、理事の互選とする。

4. 監事は、理事の互選とする。
5. 幹事は理事長が指名する。
6. 学術集會会長は、理事会で推薦し評議員会で承認する。

第4章 会 議

- 第12条 理事会は年1回以上開催する。理事会の構成員は理事長、理事、監事、幹事、学術集會会長とする。理事会は理事の3分の2以上の出席をもって成立する。
なお、理事会の開催は電磁的方法によるものも有効とする。いずれの場合も、参加意志の表明もしくは委任状を提出した者は出席者とみなす。
- 第13条 評議員会は理事会の諮問機関とし、年1回学術集會時に開催する。評議員会の構成員は、理事長、理事、監事、評議員、学術集會会長、名誉会員、幹事とする。評議員会は評議員の2分の1以上の出席をもって成立する。
なお、評議員会の開催は電磁的方法によるものも有効とする。いずれの場合も、参加意志の表明もしくは委任状を提出した者は出席者とみなす。
- 第14条 総会は年1回学術集會時に開催し、次の事項を会員に報告しなければならない。
 1. 事業報告、事業計画
 2. 決算および予算報告
 3. 人事報告
 4. その他
- 第15条 委員会は理事会の承認を得て設置することができる。委員長および委員は、理事会が選出し、理事長が委嘱する。

第5章 会 計

- 第16条 (運営費)
本会の運営は会員の年会費および寄付金によって行う。会員の年会費は別途定める。
- 第17条 (会計年度)
本会の会計年度は、4月1日より翌年の3月31日までとする。
- 第18条 (会計報告)
本会の会計は幹事がこれに当たる。
- 第19条 (会計監査)
監事は、年度毎に会計監査を行い、その結果を理事会に報告しなければならない。

第6章 事務局

- 第20条 本会の事務局を下記におく。
<事務局所在地>
株式会社エヌ・プラクティス内
〒541-0046 大阪市中央区平野町1-8-13 平野町八千代ビル7F
TEL: 06-6210-1037 FAX: 06-6203-6730

第7章 会則の変更

- 第21条 本会会則の改廃は理事会の承認を得なければならない。

細 則

1. 本会の入会費、年会費は次のとおりとする。
 1. 入会費 5,000円
 2. 年会費
 - (1) カテゴリー1: 5,000円
 - (2) カテゴリー2: 5,000円
 - (3) カテゴリー3: 3,000円
 - (4) 名誉会員: 年会費を免除する。
 - (5) 賛助会員: 1口 50,000円 2口以上からとする。

付 則

1. 本会会則は、平成23年12月1日から施行する。
2. 本会会則は、平成26年6月27日一部改定施行する。(第4条1)
3. 本会会則は、平成26年11月13日一部改定施行する。(第5条)
4. 本会会則は、平成29年2月16日一部改正施行する。(第6章)
5. 本会会則は、平成29年4月21日一部改訂施行する。(第11条、12条、13条および細則)
6. 本会会則は、平成30年5月11日一部改訂施行する。(第1条、2条、3条)
7. 本会会則は、平成30年10月12日一部改訂施行する。(第9条)
8. 本会会則は、令和2年3月18日一部改訂施行する。(第4条)
9. 本会会則は、令和3年12月21日一部改訂施行する。(第9条)
10. 本会会則は、令和6年3月27日一部改訂施行する。(第7条)

理事長

中野 匡 (東京慈恵会医科大学眼科)

監事

仲泊 聡 (NEXT VISION/東京慈恵会医科大学眼科)

福地 健郎 (新潟大学医学部眼科)

理事

朝岡 亮 (聖隷浜松病院眼科/聖隷クリストファー大学)	中野 匡 (東京慈恵会医科大学眼科)
大久保 真司 (おおくぼ眼科クリニック)	中村 誠 (神戸大学医学部眼科)
近藤 峰生 (三重大学医学部眼科)	野本 裕貴 (近畿大学医学部眼科)
篠田 啓 (埼玉医科大学眼科)	東出 朋巳 (金沢大学医学部眼科)
庄司 信行 (北里大学医学部眼科)	

特任理事

岩瀬 愛子 (たじみ岩瀬眼科)
 鈴村 弘隆 (すずむら眼科)
 松本 長太 (近畿大学医学部眼科)

幹事

宇田川 さち子 (金沢大学医学部眼科)
 結城 賢弥 (名古屋大学医学部眼科)

評議員

赤木 忠道 (新潟大学医学部眼科)	仲泊 聡 (NEXT VISION/東京慈恵会医科大学眼科)
朝岡 亮 (聖隷浜松病院眼科/聖隷クリストファー大学)	中野 匡 (東京慈恵会医科大学眼科)
生杉 謙吾 (三重大学医学部眼科)	中村 誠 (神戸大学医学部眼科)
池田 康博 (宮崎大学医学部眼科)	野本 裕貴 (近畿大学医学部眼科)
宇田川 さち子 (金沢大学医学部眼科)	橋本 雅人 (医仁会中村記念病院 眼科)
大久保 真司 (おおくぼ眼科クリニック)	東出 朋巳 (金沢大学医学部眼科)
岡本 史樹 (日本医科大学眼科)	平澤 一法 (北里大学医学部眼科)
国松 志保 (西葛西・井上眼科病院)	福地 健郎 (新潟大学医学部眼科)
國吉 一樹 (近畿大学医学部眼科)	藤田 京子 (愛知医科大学眼科)
近藤 峰生 (三重大学医学部眼科)	藤波 芳 (東京医療センター臨床研究センター 視覚研究部視覚生理学研究室)
齋藤 瞳 (東京大学医学部眼科)	
坂本 麻里 (神戸大学医学部眼科)	増田 洋一郎 (東京慈恵会医科大学眼科)
篠田 啓 (埼玉医科大学眼科)	溝上 志朗 (愛媛大学医学部眼科)
庄司 拓平 (小江戸眼科内科/埼玉医科大学眼科)	山下 高明 (鹿児島大学医学部眼科)
庄司 信行 (北里大学医学部眼科)	結城 賢弥 (名古屋大学医学部眼科)
白柏 基宏 (木戸眼科クリニック)	若山 曉美 (近畿大学医学部眼科)

名誉会員

阿部 春樹 (新潟医療福祉大学)	鈴村 弘隆 (すずむら眼科)
岩瀬 愛子 (たじみ岩瀬眼科)	富田 剛司 (東邦大学医療センター大橋病院眼科)
遠藤 成美 (遠藤眼科医院)	前田 修司 (前田眼科医院)
柏井 聡 (愛知淑徳大学健康医療科学部)	松本 長太 (近畿大学医学部眼科)
可児 一孝 (九州保健福祉大学保健科学部)	山崎 芳夫 (山崎眼科医院)
北澤 克明 (東京都)	吉川 啓司 (吉川眼科クリニック)
白土 城照 (四谷しらと眼科)	吉富 健志 (福岡国際医療福祉大学視能訓練学科)
杉山 和久 (金沢大学/恵寿総合病院 北陸緑内障センター)	

IPS：国際視野画像学会※1 ならびに JIPS：日本視野画像学会※2 の歩み

2025年4月1日現在

	IPS			JPS/JIPS		
	開催地	開催国		開催地	世話人	
1974	第1回	Marseilles	France			
1975						
1976	第2回	Tübingen	Germany			
1977						
1978	第3回	東京(松尾治亘)	Japan			
1979						
1980	第4回	Bristol	England	初回	大阪：チサンホテル	湖崎 弘
1981				第1回	東京：帝国ホテル	鈴木 昭弘
1982	第5回	Sacramento	USA	第2回	神戸：ポートピアホテル	大鳥 利文
1983				第3回	東京：経団連会館	松崎 浩
1984	第6回	Santa Margherita Ligure	Italy	第4回	札幌：札幌市教育文化会館	太田 安雄
1985				第5回	新潟：新潟市音楽文化会館	溝上 國義
1986	第7回	Amsterdam	the Netherlands	第6回	東京：新高輪プリンスホテル	井上 洋一
1987				第7回	福岡：福岡市民会館	可児 一孝
1988	第8回	Vancouver	Canada	第8回	東京：東京プリンスホテル	北原 健二
1989				第9回	名古屋：名古屋中小企業振興会館	勝島 晴美
1990	第9回	Malmö	Sweden	第10回	東京：ホテルニューオータニ	前田 修司
1991				第11回	広島：広島国際会議場	白土 城照
1992	第10回	京都(北澤克明)	Japan	第12回	東京：新高輪プリンスホテル	坂井 豊明
1993				第13回	横浜：パシフィコ横浜	松本 長太
1994	第11回	Washington, D.C	USA	第14回	千葉：幕張メッセ	岩瀬 愛子
1995				第15回	宇都宮：栃木県文化センター	鈴木 弘隆
1996	第12回	Würzburg	Germany	第16回	京都：京都国際会議場	阿部 春樹
1997				第17回	東京：東京国際フォーラム	可児 一孝
1998	第13回	Gardone Riviera	Italy	第18回	神戸：神戸国際会議場	溝上 國義
1999				第19回	東京：東京国際フォーラム	高橋現一郎
2000	第14回	Halifax	Canada	第20回	京都：京都市勤業館	山崎 芳夫
2001				第21回	横浜：パシフィコ横浜	井上 正則
2002	第15回	Stratford-upon-Avon	England	第22回	仙台：仙台国際センター	西田 保裕
2003				第23回	福岡：福岡国際会議場	富田 剛司
2004	第16回	Barcelona	Spain	第24回	東京：東京国際フォーラム	藤本 尚也
2005				第25回	京都：国立京都国際会館	吉川 啓司
2006	第17回	Portland	USA	第26回	大阪：大阪国際会議場	白柏 基宏
2007				第27回	大阪：大阪国際会議場	高橋現一郎
2008	第18回	奈良(松本長太)	Japan	第28回	東京：東京国際フォーラム	三宅 養三
2009				第29回	福岡：福岡サンパレス	吉富 健志
2010	第19回	Tenerife	Spain	第30回	神戸：神戸ポートピアホテル	鈴木 弘隆
2011				第31回	東京：東京国際フォーラム	奥山 幸子
2012	第20回	Melbourne	Australia	第1回	多治見：まなびパークたじみ	岩瀬 愛子
2013				第2回	東京：東京慈恵会医科大学 大学 1号館	中野 匡
2014	第21回	New York	USA	第3回	東京：THE GRAND HALL/アリスアクアガーデン 品川	吉川 啓司
2015				第4回	金沢：金沢市文化ホール	杉山 和久
2016	第22回	Udine	Italy	第5回	神戸：神戸国際会議場	中村 誠
2017				第6回	秋田：秋田拠点センター ALVE(アルヴェ)	吉富 健志
2018	第23回	金沢(杉山和久、岩瀬愛子)	Japan	第7回	金沢：石川県立音楽堂	大久保真司
2019				第8回	大阪：大阪市中央公会堂	松本 長太
2020				第9回	函館：函館国際ホテル(COVID-19によりWEB開催に変更)	富田 剛司
2021				第10回	東京：KFC Hall & Rooms(COVID-19によりWEB開催に変更)	山崎 芳夫
2022	第24回	Berkeley	USA	第11回	横浜：新横浜プリンスホテル	庄司 信行
2023				第12回	名古屋：ウインクあいち	近藤 峰生
2024	第25回	Cardiff	Wales	第13回	新潟：朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター	福地 健郎
2025				第14回	さいたま：ソニックシティ	篠田 啓
2026	第26回	Bern	Switzerland	第15回	東京：東京慈恵会医科大学 講堂	仲泊 聡

※1 1974年～2008年 国際視野学会
2010年～ 国際視野画像学会

※2 1980年～2011年 日本視野研究会
2012年～2018年 日本視野学会
2019年～ 日本視野画像学会

交通のご案内 (アクセス図)

所在地

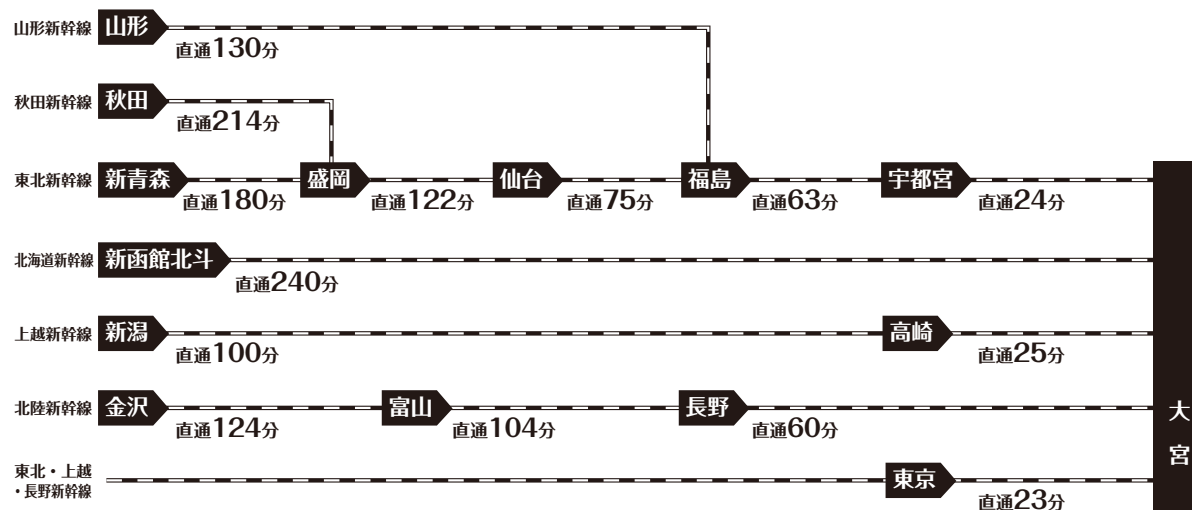
〒330-8669

埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-2

■JR大宮駅西口より徒歩3分



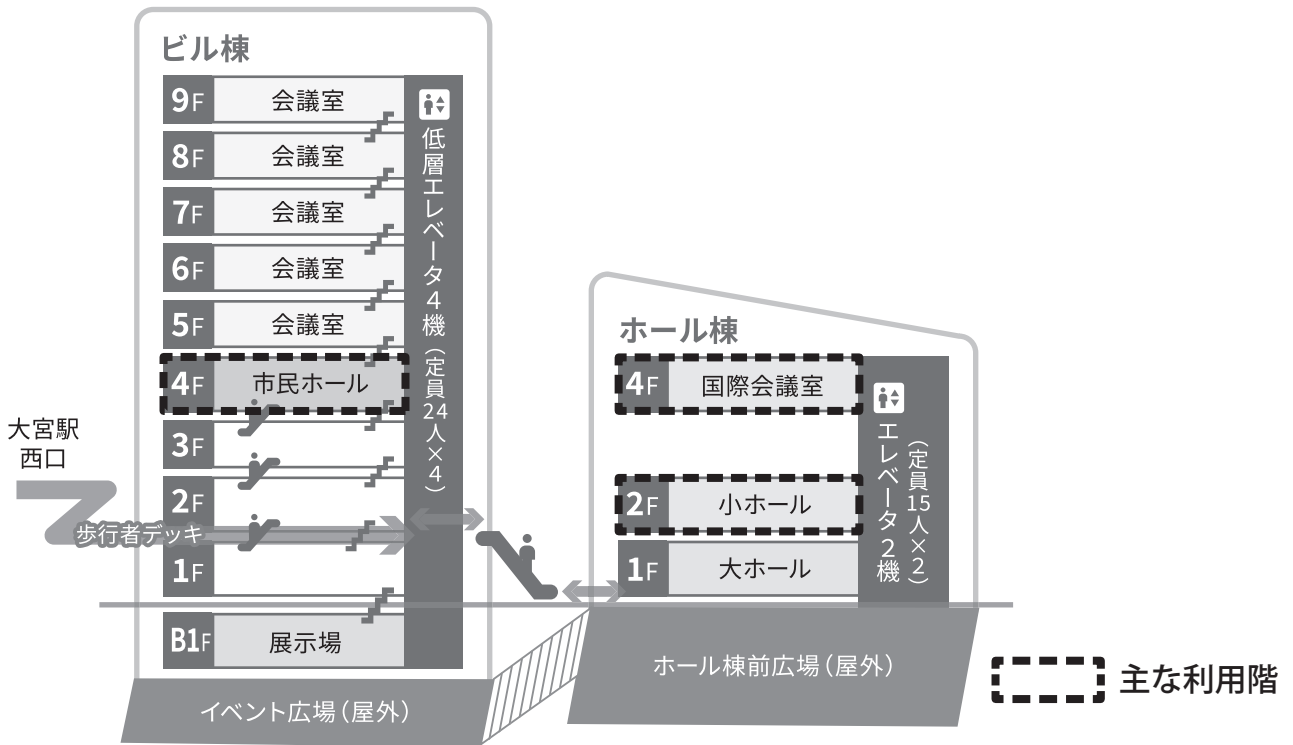
新幹線で大宮駅へ



在来線で大宮駅へ



会場案内図 建物案内図

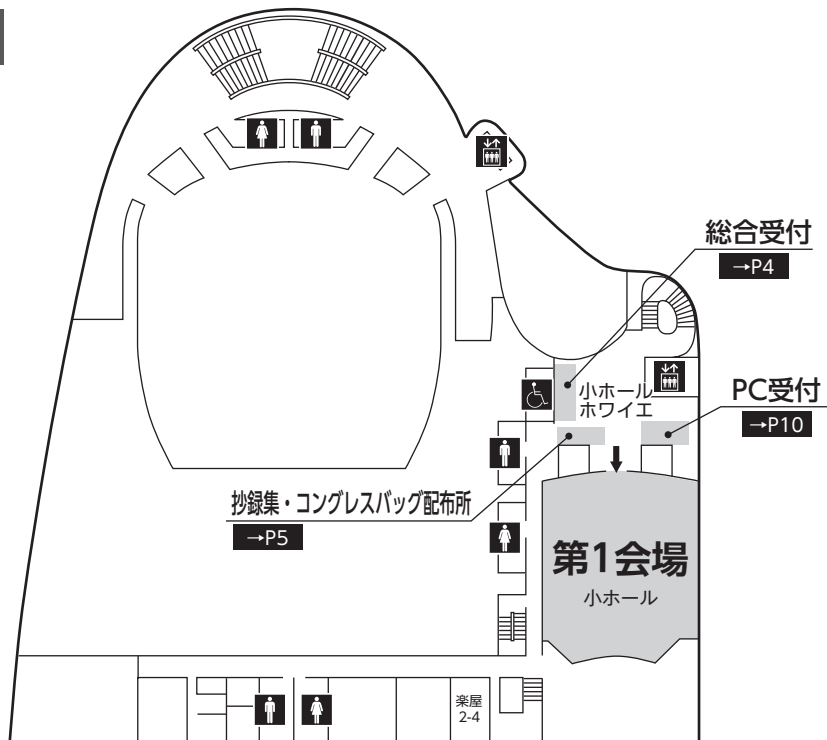


ビル棟⇄ホール棟の移動経路

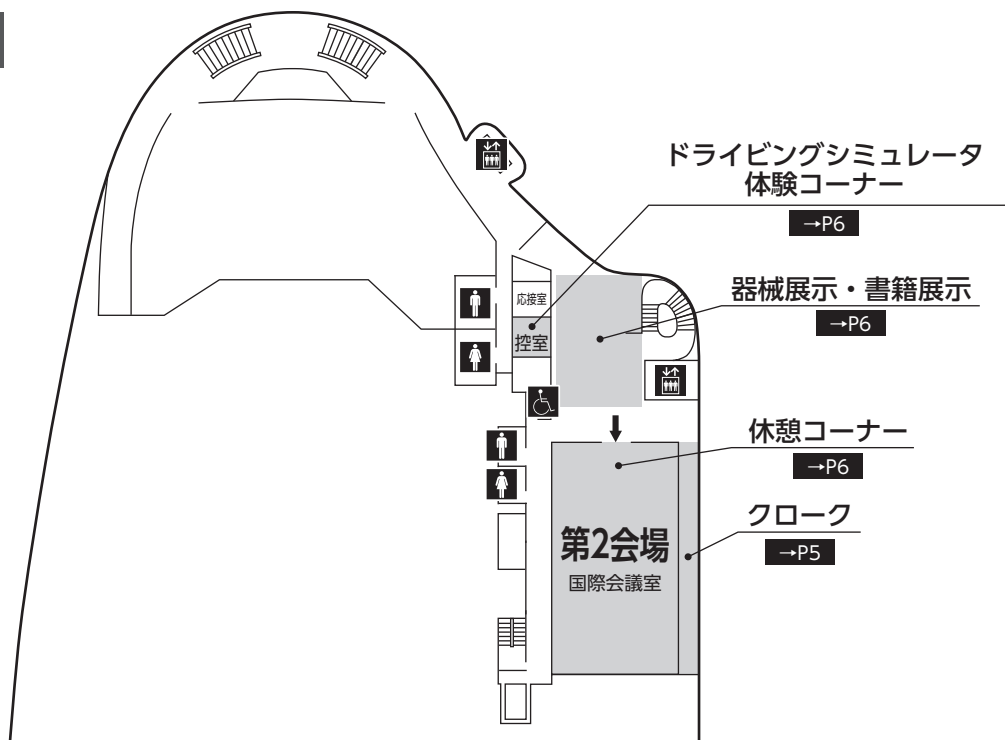


会場のご案内 (フロア図)

2F



4F



日程表

1日目 5月31日(土)

領域 : c) 眼科領域講習単位が取得出来る対象プログラム

	第1会場	第2会場	展示会場
	2F 小ホール	4F 国際会議室	4F ホワイエ
8:00-			
9:00-	9:00~9:10 開会式 9:10~10:00 一般講演 1 座長：鈴木 弘隆 (すずむら眼科) 福地 健郎 (新潟大/新潟南病院)		9:30~17:30
10:00-	10:05~10:45 一般講演 2 座長：近藤 峰生 (三重大) 岡本 史樹 (日本医大)		
11:00-	10:55~11:55 JIPSレクチャー 領域 「網膜を診るー 網膜細胞機能、視野、画像 ー」 座長：中野 匡 (東京慈恵医大) 演者：三宅 養三 (名古屋大学名誉教授)		
12:00-	12:05~12:55 ランチョンセミナー 1 「患者さん視点の選択肢」 共催：千寿製薬株式会社/大塚製薬株式会社	12:05~12:55 ランチョンセミナー 2 「神経眼科専門医から学ぶ NMOSD診療アップデート」 共催：中外製薬株式会社	
13:00-	13:05~14:15 企業共催シンポジウム 株式会社JFCセールスプラン/ジャパン フォーカス株式会社、 株式会社ニテック、キヤノン株式会社、 株式会社クリュートメディカルシステムズ、興和株式会社、 アールイーメディカル株式会社、カールツァイスメディテック株式会社		器械展示
14:00-	14:25~15:45 領域 シンポジウム 1 「視野のすすめ」 オーガナイザー： 岩瀬 愛子 (たじみ岩瀬眼科) 庄司 拓平 (小江戸眼科内科/埼玉医大)		
15:00-	15:55~17:15 領域 シンポジウム 2 「画像のすすめ」 オーガナイザー：楠原仙太郎 (神戸大) 石川 聖 (埼玉医大)		
16:00-	17:25~18:15 イブニングセミナー 1 「視神経脊髄炎スペクトラム障害における視機能改善と再発予防 ~眼科と神経内科の連携による最適な治療戦略~」 共催：アレクシオンファーマ合同会社	17:25~18:15 イブニングセミナー 2 「視野画像からの診療・手術戦略」 共催：日本アルコン株式会社	
17:00-			
18:00-			

2日目 6月1日(日)

領域 : c) 眼科領域講習単位が取得出来る対象プログラム

	第1会場	第2会場	展示会場
	2F 小ホール	4F 国際会議室	4F ホワイエ
8:00-	8:00~8:50 モーニングセミナー 「視機能のすすめ」 共催：株式会社クリュートメディカルシステムズ		
9:00-	9:00~9:50 一般講演 3 座長：中村 誠 (神戸大) 齋藤 瞳 (東京大)		9:00~17:30
10:00-	9:55~10:45 一般講演 4 座長：東出 朋巳 (金沢大) 山下 高明 (鹿児島大)		
11:00-	10:55~12:15 シンポジウム 3 「視野とlow vision」 領域 オーガナイザー： 仲泊 聡 (公益社団法人NEXT VISION/東京慈恵医大) 植木 麻理 (永田眼科)		
12:00-			
13:00-	12:25~13:15 ランチョンセミナー 3 「お悩み解消！前視野緑内障の診断と治療」 共催：参天製薬株式会社	12:25~13:15 ランチョンセミナー 4 「眼科からみるNMOSD診療について」 共催：田辺三菱製薬株式会社	器械展示
13:25~13:55	総会・表彰式		
14:00-	14:05~15:05 特別セッション 領域 「若手研究者による最近の視野画像研究」 オーガナイザー： 大久保真司 (おおくぼ眼科クリニック) 結城 賢弥 (名古屋大)		
15:00-	15:15~16:05 イブニングセミナー 3 「改訂！新生血管型 加齢黄斑変性の診療ガイドライン」 共催：バイエル薬品株式会社/参天製薬株式会社		
16:00-	16:15~17:35 JIPSコーチングセミナー 領域 「高次脳機能障害へのアプローチ ～病態から検査・診察まで～」 オーガナイザー： 仲泊 聡 (公益社団法人NEXT VISION/東京慈恵医大) 松井 孝子 (国立障害者リハビリテーションセンター病院)		
17:00-	17:35~17:40 閉会式		
18:00-			

第14回日本視野画像学会学術集会

視野のすすめ 道草と探求

プログラム

プログラム

領域 : c) 眼科領域講習単位が取得出来る対象プログラム

■2025年5月31日(土) 第1会場(ソニックシティ 2F 小ホール)

9:00~9:10 開会式

9:10~10:00 一般講演 1

座長: 鈴村 弘隆 すずむら眼科
福地 健郎 新潟大/新潟南病院

- | | |
|---|--------------|
| O-1-1 緑内障患者における重症度ごとのHFAとMP-3の比較および検査点のずれの検討 | 井岡 大河 名古屋大 |
| O-1-2 24-2におけるsmart StrategyとSITA-Standardの緑内障進行解析の比較 | 平澤 一法 北里大 |
| O-1-3 緑内障視野進行経過観察におけるHFA単独使用とimo切り替えの進行評価精度比較 | 海老根 亮 東京慈恵医大 |
| O-1-4 正常眼におけるゴールドマン視野検査のインプタ別測定時間 | 高野 玲紋 三重大 |
| O-1-5 ゴールドマン視野検査における病期進行とインプタ定量指標・測定時間の関連 | 黒沢 恭花 三重大 |

10:05~10:45 一般講演 2

座長: 近藤 峰生 三重大
岡本 史樹 日本医大

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| O-2-1 網膜色素変性における暗算課題による課題依存性視覚野反応 | 飯田 将展 東京慈恵医大 |
| O-2-2 悪性黒色腫の化学療法中に片眼性視野障害を生じた1例 | 柏木 広哉 静岡県立静岡がんセンター |
| O-2-3 調節痙攣を伴う片眼性の心因性視覚障害の一例 | 坂本 麻里 神戸大 |
| O-2-4 羞明で発症し後天性の双極細胞異常が疑われた1例 | 吉田亜莉沙 埼玉医大 |

10:55~11:55 JIPS レクチャー

座長: 中野 匡 東京慈恵医大

領域

網膜を診る - 網膜細胞機能、視野、画像 -

三宅 養三 名古屋大学名誉教授

12:05~12:55 ランチョンセミナー 1 患者さん視点の選択肢

(共催: 千寿製薬株式会社/大塚製薬株式会社)

座長: 篠田 啓 埼玉医大

患者さん視点での視野検査の選択
患者さん視点での緑内障治療薬の選択

庄司 拓平 小江戸眼科内科/埼玉医大
溝上 志朗 愛媛大

13:05~14:15 企業共催シンポジウム

座長：庄司 信行 北里大
宇田川さち子 金沢大

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| 1 | ハーグシュトライト社スリットランプ用3Dイメージング「IM910」のご紹介 | Coelen Patrick ハーグシュトライトジャパン(株) |
| 2 | あらたなOCT画像「SNマップ」の利用法について | 市川 明 (株)ニデック |
| 3 | キヤノンOCT-R1、CR-10の特徴と機能のご紹介 | 岩瀬 好彦 キヤノン(株) |
| 4 | アイモ [®] vifaによる新たな視機能評価プログラムの紹介 | 乙黒みなみ (株)クリュートメディカルシステムズ |
| 5 | スマートな視野検査をめざして2025 | 島田 賢 興和(株) |
| 6 | EyeSuiteについて | 武田 大輔 アールイーメディカル(株) |
| 7 | 人生100年時代の視野マネジメント | 伊藤 善明 カールツァイスメディテック(株) |

14:25~15:45 シンポジウム I 視野のすすめ

オーガナイザー：岩瀬 愛子 たじみ岩瀬眼科
庄司 拓平 小江戸眼科内科/埼玉医大

領域

- | | | |
|------|--------------------------|--------------|
| SI-1 | 両眼視野について | 石井 宏和 埼玉医大 |
| SI-2 | 中心10度内における視野異常の早期発見と経過観察 | 西島 義道 東京慈恵医大 |
| SI-3 | 非医療機器によるスクリーニング | 七部 史 近畿大 |
| SI-4 | 視野計の歴史とその未来形 | 松本 長太 近畿大 |

15:55~17:15 シンポジウム 2 画像のすすめ

オーガナイザー：楠原仙太郎 神戸大
石川 聖 埼玉医大

領域

- | | | |
|------|--------------------------------------|--------------------|
| S2-1 | 人工知能の力を借りて角膜を評価する | 上野 勇太 筑波大 |
| S2-2 | 屈折矯正白内障手術のための角膜形状スクリーニング | 前田 直之 湖崎眼科 |
| S2-3 | 全周隅角カメラ画像を用いた新規隅角判定法の確立と隅角自動判定アルゴリズム | 松尾 将人 岐阜大 |
| S2-4 | Retcamを通して診る小児眼底疾患 | 吉田 朋世 国立成育医療研究センター |
| S2-5 | 補償光学OCT(AO-OCT)による黄斑部微細構造の可視化と病態解明 | 加登本 伸 京都大 |

17:25~18:15 イブニングセミナー I

(共催：アレクシオンファーマ合同会社)

座長：篠田 啓 埼玉医大

視神経脊髄炎スペクトラム障害における視機能改善と再発予防
～眼科と神経内科の連携による最適な治療戦略～

尾上 祐行 獨協医大・
埼玉医療センター
脳神経内科/
埼玉県済生会加須病院
脳神経内科

■2025年5月31日（土） 第2会場（ソニックシティ 4F 国際会議室）

12:05～12:55 ランチョンセミナー 2 神経眼科専門医から学ぶNMOSD診療アップデート
（共催：中外製薬株式会社）

座長：町田 繁樹 獨協医大埼玉医療センター

難治性視神経炎の臨床的特徴とその治療

石川 均 北里大・医療衛生

17:25～18:15 イブニングセミナー 2 視野画像からの診療・手術戦略
（共催：日本アルコン株式会社）

座長：朝岡 亮 総合病院聖隷浜松病院

早期緑内障手術治療による視野維持～Hydrus®緑内障マイクロステント～
緑内障手術と視野障害
NGENUITYを用いて視野と画像を活用した網膜硝子体手術

庄司 拓平 小江戸眼科内科/埼玉医大
野本 裕貴 近畿大
米田 一仁 さくら眼科グループ/晶会アイセンター

■2025年6月1日（日） 第1会場（ソニックシティ 2F 小ホール）

8:00～8:50 モーニングセミナー 視機能のすすめ (共催：株式会社クリュートメディカルシステムズ)

座長：篠田 啓 埼玉医大

検査を探求する	両眼同時視野検査	松浦 将人	新潟大
疾患を探求する	神経眼科の症例	坂本 麻里	神戸大
機能を探求する	ERG 含めた視機能検査	篠田 啓	埼玉医大

9:00～9:50 一般講演 3

座長：中村 誠 神戸大
齋藤 瞳 東京大

O-3-1	オンライン視野検査 Melbourne Rapid Fields 24-2 Rapid とハンフリー 視野計との比較	杉原 佳恵	倉敷成人病センター
O-3-2	AIにて生成したゴールドマン視野画像と新たな定量評価の試み	増田 敬翔	三重大
O-3-3	視神経炎の治療経過における中心視野および周辺視野の定量的評価	橘 緑	埼玉医大
O-3-4	Time of Flight(TOF)センサーを用いたタブレット型視野計における検査距離測定	杉野 日彦	近畿大
O-3-5	RPE65 網膜症と RPGR 網膜症における全視野刺激検査 (FST) による光感度の比較	藤波 優	東京医療センター・臨床研究センター

9:55～10:45 一般講演 4

座長：東出 朋巳 金沢大
山下 高明 鹿児島大

O-4-1	8.5歳から6年間の黄斑湾曲度の変化と眼軸長との関係	山下 高明	鹿児島大
O-4-2	7年間の眼底健診における緑内障発症と網膜血管シフトとの関連	菅原 芽生	鹿児島大
O-4-3	眼位による視神経乳頭血流変化は緑内障の有無で異なるか？：LSFGによる検討	宇田川さち子	金沢大
O-4-4	視野障害者の運転適正評価～長野県における取り組み	園原 和樹	桔梗ヶ原病院
O-4-5	視野障害患者の視線特性と事故回避	佐藤菜摘子	西葛西・井上眼科病院

10:55～12:15 シンポジウム 3 視野と low vision

オーガナイザー：仲泊 聡 公益社団法人NEXT VISION/東京慈恵医大
植木 麻理 永田眼科

領域

S3-1	FSTを用いたウルトラロービジョン評価	藤波 芳	東京医療センター・臨床研究センター 視覚研究部・視覚生理学研究室
S3-2	災害時の low vision care	蒔田 潤	埼玉医大
S3-3	パラスポーツにおける視覚障がいクラス分けの現状と課題	清水 朋美	国立障害者リハビリテーション センター病院
S3-4	視野検査の結果をロービジョンケアに活かす	阿曾沼早苗	中之島アイセンター/大阪大
S3-5	中心暗点患者の low vision care	石子 智士	森山病院

12:25～13:15 ランチョンセミナー 3 お悩み解消！前視野緑内障の診断と治療
(共催：参天製薬株式会社)

座長：篠田 啓 埼玉医大

診断のお悩み解消！
治療のお悩み解消！

庄司 拓平 小江戸眼科内科／埼玉医大
結城 賢弥 名古屋大

13:25～13:55 総会・表彰式

14:05～15:05 特別セッション 若手研究者による最近の視野画像研究

オーガナイザー：大久保真司 おおくぼ眼科クリニック
結城 賢弥 名古屋大

領域

SS-1	人工知能を併用したスクリーニング視野プログラムの開発と実装	西島 義道	東京慈恵医大
SS-2	緑内障の進行評価における OCT・OCTA	富田 遼	名古屋大
SS-3	緑内障眼における水平方向固視偏位と視感度への影響	山口 彩織	埼玉医大
SS-4	Touch response accuracy using a tablet tool of the Multi-Stimulus vision tester	七部 史	近畿大
SS-5	網膜変性による視覚入力喪失後の第一次視覚野における課題依存性反応	飯田 将展	東京慈恵医大

15:15～16:05 イブニングセミナー 3
(共催：バイエル薬品株式会社／参天製薬株式会社)

座長：篠田 啓 埼玉医大

改訂！新生血管型加齢黄斑変性の診療ガイドライン

飯田 知弘 上尾中央総合病院

16:15～17:35 JIPS コーチングセミナー 高次脳機能障害へのアプローチ ～病態から検査・診察まで～

オーガナイザー：仲泊 聡 公益社団法人NEXT VISION／東京慈恵医大
松井 孝子 国立障害者リハビリテーションセンター病院

領域

CS-1	高次脳機能障害の症例診察のポイント～神経眼科医の立場から～	橋本 雅人	医仁会中村記念病院
CS-2	高次脳機能障害症例における視野検査のポイント	高取 昌江	かがわ総合リハビリテーション病院
CS-3	高次脳機能障害症例との接し方や日常生活の様子	吉原 理美	名古屋市総合リハビリテーションセンター
CS-4	高次脳機能障害とはなにか ～視空間認知障害を中心に～	東山 雄一	横浜市大 神経内科学・脳卒中医学

17:35～17:40 閉会式

■2025年6月1日（日） 第2会場（ソニックシティ 4F 国際会議室）

12:25～13:15 ランチョンセミナー 4
（共催：田辺三菱製薬株式会社）

座長：山野井貴彦 上尾中央総合病院 脳神経内科

眼科からみるNMOSD診療について

澤村 裕正 帝京大

第14回日本視野画像学会学術集会

視野のすすめ 道草と探求

抄 録

網膜を診る
— 網膜細胞機能、視野、画像 —



演者

三宅 養三
名古屋大学名誉教授



座長

中野 匡
東京慈恵医大

網膜は神が造った最高の臓器と言われるだけあり、その機能は複雑で多岐に渡っている。しかしそれだけ奥の深い謎の多い臓器でもある。今回は各種の網膜細胞機能を軸に視野を中心とした自覚的視機能と近年目覚ましい発展を遂げている各種画像から得られる情報で、どの程度病態の謎が解けるかを私の過去の経験を基に語ってみたい。網膜細胞としては視細胞(桿体と錐体の視野、青の色覚の不思議)、双極細胞(ON型、OFF型と視野、色覚の関係、羞明)、神経節細胞(PhNR)等を掘り下げる。

今回私はこれまでに発見した5つの網膜疾患(先天停止性夜盲のCSNB1, CSNB2, CSNB3, 急性片眼性双極細胞機能不全、Occult macular dystrophy)を用いて双極細胞と黄斑部の謎にも迫りたい。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】該当無

【IC】該当無

演者略歴

1967年 名古屋大学医学部卒業
1968年 名古屋大学医学部眼科入局
1976~79年 Retina Foundation (Boston),
Senior Research Associate
1997年 名古屋大学眼科教授
2005 名古屋大学名誉教授
2005~07年 国立感覚器センター所長
2007~09年 愛知淑徳大学教授、病院長
2010~19年 愛知医科大学理事長
2014~23年 神戸 Next Vision 代表理事
2019~24年 株式会社メニコン取締役

座長略歴

1987年 東京慈恵会医科大学 医学部 卒業
1989年 東京慈恵会医科大学 医学部 助手
1993年 東京労災病院 眼科 医員
1995年 神奈川県立厚木病院 眼科 主任医長
2005年 東京慈恵会医科大学 眼科学講座
講師
2013年 東京慈恵会医科大学 眼科学講座
准教授
2017年 東京慈恵会医科大学 眼科学講座
主任教授
2019年 東京慈恵会医科大学附属病院
副院長兼任

視野のすすめ



オーガナイザー

岩瀬 愛子
たじみ岩瀬眼科



庄司 拓平
小江戸眼科内科/
埼玉医大

オーガナイザーの言葉

視野検査は、現代の眼科診療において不可欠な検査の一つであり、外的な視覚刺激をどの程度認知できるかを評価する心理物理学的手法です。とくに、再現性が高く効率的に視野を定量化する方法の確立は、長年にわたり課題とされてきました。自動静的視野計の登場から30年以上が経過し、視野検査は日常診療に広く普及しましたが、それとともに限界や新たな課題も明らかになっています。

本セッションでは、4名の先生方をお招きし、視野検査の過去から現在までを振り返りつつ、今後の新しい評価手法に関する取り組みを紹介いただきます。埼玉医科大学の石井宏和先生には、片眼遮蔽下と両眼開放下での視野検査の相違点について解説していただきます。東京慈恵会医科大学の西島義道先生には、中心10度内視野異常の早期発見と経過観察のためのプログラムについてご講演いただきます。近畿大学の七部史先生には、非医療機器を用いたスクリーニングの有用性についての知見を共有していただきます。松本長太先生には、視野計の歴史を俯瞰しながら、過去の蓄積を基盤とした今後の展望についてご講演いただきます。

本セッションは、視野検査の「温故知新」を短時間で学ぶことができる、大変有意義なプログラムです。参加者の皆様には、これまでの知識の整理に加え、新しい視野検査への挑戦と進化の過程を実感していただけるものと確信しております。

岩瀬愛子 略歴

- 1980年 岐阜大学 医学部 医学科 卒業
- 1995年 多治見市民病院 眼科 診療部長
- 2005年 多治見市民病院 副院長・眼科診療部長
- 2009年～ たじみ岩瀬眼科 院長
- 2013年～ 大阪大学 医学系研究科 保健学科 招聘教授
- 2015年～ 名古屋大学 未来社会創造機構 客員教授
- 2015年～ 金沢大学 医薬保健学医学系眼科 臨床教授
- 2020年～ 東京慈恵会医科大学 医学部 眼科 客員教授
現在に至る

庄司拓平 略歴

- 2002年 防衛医科大学校医学部卒業・同病院初任実務研修医
- 2004年 陸上自衛隊大久保駐屯地医官・千原眼科医員
- 2008年 防衛医科大学校病院 専門研修医
- 2012年 埼玉医科大学 眼科 講師
- 2016年 米国 UCSD (カリフォルニア大学サンディエゴ校) ハミルトン緑内障センター 客員研究員
- 2019年 埼玉医科大学 眼科 准教授
- 2022年 埼玉医科大学 眼科 客員教授・小江戸眼科内科 院長
現在に至る

SI-1

両眼視野について

石井 宏和¹、庄司 拓平^{1,2}、篠田 啓¹¹埼玉医大、²小江戸眼科内科白内障・緑内障・糖尿病クリニック

両眼視野は視覚の重要な構成要素であり患者の視野障害が生活に与える影響を理解するためにも重要である。一方で眼科診療においては、片眼を遮蔽して行う片眼視野検査が眼疾患の診断や経過観察において広く普及している。しかし、日常生活においては片眼でもものを見ることはあまりなく、多くの場合は両眼開放下で得られる視覚情報が視覚伝導路の過程で処理され、中枢で認識される。

眼科診療においては緑内障や網膜色素変性症などによる視野障害を呈する症例を診察する場面は多く、両眼での視野評価は視野障害症例における日常生活への影響を測定する上で重要である。

両眼視野の評価は、両眼開放下で行う Esterman 試験や左右単眼視野データから両眼開放視野を推測する Integrated Visual Field などが行われることが多いが、近年ヘッドマウント型視野計 (imo[®])と後継機である imo[®] vifa が開発され、日々の診療に活用されている。

imo[®]は独立した2つの光学システムと瞳孔モニタリングシステムを備え、両眼開放下で左右眼どちらの眼でも独立して視標提示と瞳孔モニタリングを行う事ができる。imo[®]を使用することにより、片眼遮閉測定の視野と両眼開放で測定される視野には一部解離が生じることや、非検査眼の開放ないし遮蔽という状態によって検査眼の視野感度が異なることも判明してきた。

本講演では imo を用いた視野評価について自験例を踏まえながら述べたい。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 該当無

略歴

2014年 埼玉医科大学医学部 卒業
 2016年 埼玉医科大学病院眼科 後期研修医
 2019年 丸山記念病院眼科 医員
 2020年 行定病院眼科 医員
 2021年 埼玉医科大学病院眼科 助教

SI-2

中心10度内における視野異常の早期発見と経過観察



西島 義道

東京慈恵医大

緑内障性視野障害は多くが周辺領域から生じるが、初期緑内障の段階でも中心10度内に異常を認める例があり、QOLや日常生活に大きな影響を及ぼす可能性が報告されている。中心10度内における視野障害の評価には10-2がゴールドスタンダードであるものの、日常の臨床現場において24-2や30-2との併用は患者や医療スタッフに大きな負担となる。そこで近年24-2の中心10度内に10点を追加した24-2C SITA Fasterが開発された。これまでに24-2Cの有用性は報告されてきており、我々は24-2 SITA Standardと比較して初期緑内障の中心10度内の視野障害を短時間かつ正確に検出できることを報告した。さらに現在、24-2C SITA Standardの特定臨床研究を進めており、その有用性を検証中である。また、初期緑内障における中心10度内の視野障害の長期経過を評価するため、我々は初期緑内障で中心10度内に視野障害を有する患者群を10年以上縦断的に解析し、視野障害パターンを含む多様な因子から進行リスクを評価した。加えて、24-2Cのデータに深層学習技術を応用し、10-2の予測可能性についても現在検証を行っており、一定の精度での予測が可能となってきている。本シンポジウムでは、これらの知見に基づき、中心10度内における視野障害の早期発見と経過観察の重要性について再考し議論を深めたい。

【利益相反公表基準】 該当有

【倫理審査】 承認有

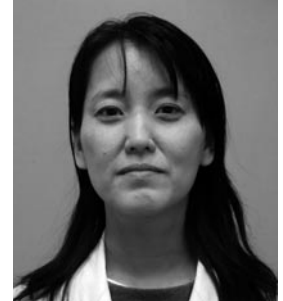
【IC】 取得有

略歴

- 2014年3月
東京慈恵会医科大学卒業
- 2016年4月
東京慈恵会医科大学眼科学講座 助教
- 2017年4月
東京慈恵会医科大学大学院
- 2017年4月
東京都医学総合研究所
視覚病態プロジェクト
- 2024年4月
東京慈恵会医科大学眼科学講座 講師
現在に至る

SI-3

非医療機器によるスクリーニング



七部 史

近畿大

視野障害が徐々に進行する緑内障や網膜疾患においては、患者自身が視野障害の有無を自覚しにくく、進行した視野障害を生じていることがある。このため、視野障害を簡便に検出するスクリーニングツールは、原因疾患に対し早期の介入を行う重要なツールとなる。

現在一般の健診では眼底写真により、視神経乳頭陥凹拡大や網膜神経線維層欠損などの形状の変化を捉えることで緑内障含め眼疾患スクリーニング検査が行われている。一方、視野評価にはハンフリー、オクトパス視野計といった静的視野と動的視野があるが、これらの機器は高額であり、検査の条件(暗室、スペース、検査員など)に制約があるため病院外で広く用いることは困難である。

このため、これまで様々な視野障害のスクリーニングを目的に短時間で簡便に使用できる視野障害を検出するチェックツールが開発されてきた。これらのツールは 病院以外の場所で被検者自身が行うことになるため、我々の日常でよく用いられる紙媒体、近年広く普及したタブレットやデジタルデバイスの画面など様々な媒体を用い開発されてきた。

ここではこれまで開発された様々な非医療機器による視野障害検出ツールの特徴と当院で開発されたクロックチャート、Multi-Stimulus vision tester (MVT-s)について紹介する。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2001年 近畿大学医学部 卒業
- 2001年 湘南鎌倉総合病院 初期研修医、ER 後期研修医
- 2004年 近畿大学病院 眼科入局
- 2011年 近畿大学大学院医学研究科外科学系 修了
- 2014年 近畿大学病院眼科 医学部講師
- 2015年 メルボルン大学留学
- 2017年 近畿大学病院眼科 医学部講師
- 2020年 近畿大学病院眼科 講師
- 現在に至る

SI-4

視野計の歴史とその未来形

松本 長太
近畿大

視野の歴史は古い。視野の概念が『物の見える広がり』から『視覚の感度分布』へ移行し、近代的な量的視野測定法の確立ならびに眼科診療における視野検査法の標準化の背景には、1945年に開発された Goldmann 視野計の貢献が大きい。そして、Harms、Aulhorn らが開発導入した Tübinger 視野計による静的視野測定法は、その後 Octopus 視野計、Humphrey 視野計をはじめとする自動静的視野計へと発展した。自動視野計の測定アルゴリズムにおいても、閾値測定法、固視監視法、キャッチトライアル評価法において、近年においても様々な新しい考え方が導入されている。視野検査の対象となる『視覚』の種類も、一般的な視野検査で測定される明度識別閾値の他に、機能選択的視野検査法や種々の生体信号を指標とした他覚的視野検査法へと広がりを見せている。さらに近年では、ヘッドマウント型視野計、タブレット型視野計など医療機関を離れて様々なフィールドでの視野検査を可能とするツールが開発されている。

視野検査は、緑内障、神経眼科疾患、網膜疾患をはじめとする実に多くの眼疾患に関わる非常に重要な視機能検査法である。本講演では視野検査の歴史の変遷、対象疾患や検査目的の多様性ならびに将来の展望について触れる。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

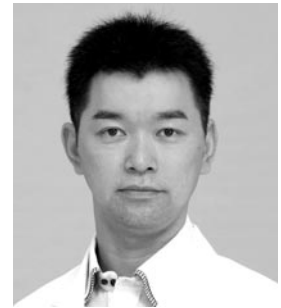
略歴

- 1983年 近畿大学医学部卒業
- 1989年 近畿大学大学院医学研究科修了、多根記念眼科病院
- 1990年 近畿大学医学部眼科 講師
- 1998年 The Johns Hopkins Hospital, The Wilmer Eye Institute 客員講師
- 1999年 近畿大学医学部眼科 助教授
- 2007年 近畿大学医学部眼科 准教授
- 2008年 近畿大学医学部眼科 教授
- 2024年 近畿大学医学部眼科 客員教授

画像のすすめ



オーガナイザー

楠原仙太郎
神戸大石川 聖
埼玉医大

オーガナイザーの言葉

近年の眼科領域における画像解析技術の進歩はめざましく、人工知能(AI)や高度な光学技術を駆使した新たな診断支援ツールが次々と登場しています。本シンポジウムでは、各分野の第一線で活躍する先生方に最新の眼科画像解析技術とその臨床応用を紹介していただきます。

上野勇太先生からは、AIを活用した角膜評価の現状と展望について紹介していただきます。AIによる診断支援が医療者の経験を補い診断精度向上にどのように寄与するかについて興味深いお話をいただきます。

前田直之先生からは、屈折矯正白内障手術における角膜形状解析の重要性について講演していただきます。術前の解析が手術適応や眼内レンズの選択に与える影響に関して詳しくご解説いただく予定です。

松尾将人先生には、緑内障診断に不可欠な隅角検査の新手法を紹介していただきます。全周隅角カメラを活用した新たな自動判定アルゴリズムによって緑内障診療レベルが向上すると期待されます。

吉田朋世先生には、Retcam®を用いた小児眼底疾患の診断について講演していただきます。先生の紹介される未熟児網膜症を含む多くの症例から、Retcam®の活用法を学びたいと考えています。

加登本伸先生からは、補償光学OCT(AO-OCT)を用いた黄斑部微細構造の可視化について報告していただきます。AO-OCTによる高解像度イメージングにより網膜疾患の理解がさらに深まることと思います。

本シンポジウムは最新の眼科画像解析技術とその臨床応用を学ぶ良い機会になると期待しております。ご聴講いただきました皆様にとって意義のある「画像のすすめ」となれば幸いです。

楠原仙太郎 略歴

- 1998年 3月 神戸大学医学部卒業
- 2004年 4月 理化学研究所 発生・再生科学総合研究センター (幹細胞研究グループ) リサーチ・アソシエイト
- 2007年 4月 兵庫県立尼崎病院 眼科医長
- 2008年 4月 神戸大学大学院医学研究科 外科系講座眼科学分野 助教
- 2012年 6月 神戸大学若手教員長期海外派遣制度によりロンドン大学に長期海外出張
- 2014年 5月 同 帰国
- 2016年 12月 神戸大学医学部附属病院 眼科講師
- 2018年 4月 神戸大学大学院医学研究科 外科系講座眼科学分野 講師 現在に至る

石川 聖 略歴

- 2006年 防衛医科大学校 卒
- 2006年 防衛医科大学校病院 初期臨床研修
- 2008年 自衛隊横須賀病院 医長
- 2011年 防衛医科大学校病院 医員
- 2014年 自衛隊中央病院、国家公務員共済組合連合会三宿病院
- 2015年 埼玉医科大学病院 助教
- 2020年 埼玉医科大学大学院 臨床医学研究科眼科 卒
- 2021年 埼玉医科大学病院 講師

S2-1

人工知能の力を借りて角膜を評価する

上野 勇太

筑波大



従来から眼科診療は画像を中心としたデータを扱うことで成り立っており、これまで臨床医と技術者がともに知恵を絞って画像解析を行い、数多くの有用なプログラムが出回っている。一方、2000年代に入りディープラーニングが登場し、人工知能(AI)を用いた画像解析が活発となり、医療応用が試みられている。これまで臨床医と技術者が行ってきた作業にAIの力を融合することで、新しい観点からプログラム開発が可能となっており、既に眼底分野では通常のカラ写真や広角眼底カメラ、光干渉断層計などに実装されている。一方、前眼部においてもカラ写真を基に教育されたAIプログラムが報告されるようになり、医師と同等以上の診断能力をもつと報告されるようになった。角膜疾患のように観察しやすく医師の経験が診断精度に直結する分野では、AIによる画像診断支援の需要が見込まれ、経験の乏しい医療者にとって心強い味方になり得る。演者は国内の角膜AIプロジェクトの中心で活動しており、国立情報学研究所および日本眼科医療機器協会とともにプロトタイプソフトを開発し、社会実装直前の段階まで進んでいる。講演では角膜疾患の画像に対してAIを用いることでどのようなことが分かるのか、今後どのように社会実装されていくのかについて解説する。

【利益相反公表基準】 該当有

【倫理審査】 承認有

【IC】 該当無

略歴

- 2007年 筑波大学医学類 卒業
- 2009年 筑波大学眼科入局
- 2015年 筑波大学眼科 病院講師
- 2018年 筑波大学眼科 講師

S2-2

屈折矯正白内障手術のための角膜形状スクリーニング



前田 直之

湖崎眼科

白内障手術の進歩により、白内障手術は単に水晶体の混濁を除去する手術から同時に屈折矯正を行う屈折矯正白内障手術へと発展している。

屈折矯正白内障手術においては、手術自体が問題なく施行されていても、術後屈折誤差や眼内レンズ(IOL)の選択で患者が術後の視機能に不満を持ち、術後のトラブルの原因になりやすくなる。

術前の角膜形状解析は、手術適応、IOLの選択、IOL度数計算式の選択に有用であり、我々は、スクリーニング検査として有用である。

本講演では、我々の提唱している屈折矯正白内障手術のための角膜形状解析の4つのチェックポイントを紹介し、系統的な解釈の方法に関して具体例を示しながら解説したい。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 該当無

【IC】 該当無

略歴

1984年 高知医科大学卒業

1992年 米国ルイジアナ州立大学眼科
リサーチフェロー

1999年 大阪大学眼科学教室講師

2001年 大阪大学大学院感覚機能形成学助教授

2004年 大阪大学大学院視覚情報制御学寄附講座
教授

2017年 湖崎眼科副院長

S2-3

全周隅角カメラ画像を用いた新規隅角判定法の確立と
隅角自動判定アルゴリズム

松尾 将人

岐阜大

隅角鏡とスリットランプを用いて眼科医の手によって行う隅角鏡検査は隅角検査の基本であり、全ての眼科医にとって必須の検査法である。緑内障には様々な病型が存在し、その病型ごとに眼圧上昇機序が異なるため、房水産生と排出の場である隅角部の評価は、緑内障病型診断・病態評価、治療方針の決定を行う上で必要不可欠である。また、隅角検査は単に開放隅角か閉塞隅角かというだけでなく、周辺虹彩前癒着、線維柱帯色素沈着、サンパオレシ線、隅角結節、隅角新生血管、隅角後退、前房出血、前房蓄膿、異物、隅角形成異常などの有用な情報を臨床医に提供し、ぶどう膜炎、眼外傷の診断を含む前房隅角の病態評価において重要な役割を果たす。加えて、近年、広く施行されるようになった低侵襲緑内障手術(MIGS)やレーザー虹彩切開術、レーザー線維柱帯形成術、緑内障インプラント手術を含む緑内障手術前後の評価の際にも隅角部の詳細な観察が重要となる。一方で、隅角鏡検査には習熟を要し、評価は主観的で、半定量～定性的検査であり、医師・患者ともに少なからず時間と労力を要し、検査実施率が低い、といった限界があった。本講演では、隅角全周の静的隅角鏡検査様画像を、眼科医の手によらずとも容易に取得できる全周隅角カメラについて、実際の運用も交え解説したい。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2011年 防衛医科大学校医学科 卒業
- 2019年 島根大学医学部医学系研究科医科学専攻眼科学 博士課程修了
- 2019年 島根大学医学部眼科学講座 臨床助教
- 2020年 島根大学医学部眼科学講座 診療助教
- 2022年 岐阜大学大学院医学系研究科医科学専攻感覚運動医学講座眼科学 臨床講師
- 2024年 Department of Ophthalmology & Visual Sciences, Dalhousie University Post Doctoral Fellow
- 2025年 岐阜大学大学院医学系研究科医科学専攻感覚運動医学講座眼科学 臨床講師 現在に至る

S2-4

Retcamを通して診る小児眼底疾患

吉田 朋世

国立成育医療研究センター



接触型の広画角眼底カメラである Retcam は、未熟児網膜症の記録・評価を目的とする機器だが、通常の眼底カメラで撮影が困難な年少児において、特に蛍光眼底造影検査が必要な多くの小児眼底疾患の評価に有用である。本講演では、評価に有用な疾患である未熟児網膜症をはじめ、網膜芽細胞腫、第一次硝子体過形成遺残、家族性滲出性硝子体網膜症、色素失調症、先天感染症、朝顔症候群・乳頭周囲ぶどう腫などの様々な Retcam で撮影した症例を供覧し、画像所見や蛍光眼底造影検査所見について解説する。また、Retcam®の撮影の方法、コツや注意点についても解説する。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2012年 鹿児島大学医学部 卒業
- 2012年 川口市立医療センター 初期研修
- 2014年 国立成育医療研究センター
眼科レジデント
- 2016年 国立成育医療研究センター 眼科医員
- 2023年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
博士課程卒業

S2-5

補償光学 OCT (AO-OCT)による黄斑部微細構造の可視化と病態解明



加登本 伸

京都大

黄斑部の観察において、視機能に直結する視細胞や黄斑部の血流の健全性の評価が重要であるが、視細胞や血球を直接観察することは、細隙灯顕微鏡検査やカラー眼底カメラでは光学分解能の視点から困難である。Optical coherence tomography: OCT は高い光学縦分解能を有しており(3-7 μm 程度)、組織切片像のように視細胞層を観察可能だが、市販 OCT では視細胞単位の解像は困難である。細胞レベルでの高解像度の眼底イメージングを達成するためには縦分解能だけでなく高い光学横分解能も必要となる。補償光学(adaptive optics: AO)は、波面収差をリアルタイムに補正して光の回折限界の高解像度の像を得る技術である。眼科検査機器に応用することで理論値に近い光学横分解能を達成でき、ヒト黄斑部の細胞レベルのライブイメージングが可能となった。我々は光学縦-横分解能 3 μm を実現する prototype AO-OCT を開発し、市販 OCT では生体眼で観察困難であった錐体細胞の核やミュラー細胞の可視化を実現した(Kadomoto S et al. Transl. Vis. Sci. Technol. 2021, Kadomoto S et al. JAMA Ophthalmol 2023)。視細胞・グリア細胞等、個々の細胞レベルの構造を可視化することは、網膜の病態生理の理解に重要であり、AO-OCT は細胞レベルでの網膜構造の詳細な観察を可能にする次世代のデバイスである。本講演では、AO-OCT によって可視化された網膜疾患の微細構造変化に関する新たな知見について考察する。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2013年 京都大学医学部医学科卒業
- 2013年 神戸市立医療センター中央市民病院 初期研修医
- 2015年 京都大学医学部附属病院眼科
- 2016年 公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院
- 2021年 京都大学大学院医学研究科博士課程医学専攻眼科学 終了
- 2021年 カリフォルニア大学ロサンゼルス校 (UCLA) Doheny Eye Institute research fellow
- 2023年 大阪赤十字病院
- 2025年 京都大学医学部眼科 特定病院助教

視野と low vision



オーガナイザー

仲泊 聡
公益社団法人 NEXT VISION/
東京慈恵医大



植木 麻理
永田眼科

オーガナイザーの言葉

視機能は人の生活にとって大切なものである。視機能の評価方法で視力についてはある程度確立されているが視野は動的視野、静的視野があり、視野を計測する方法や視野測定機器によって評価方法が異なる。異なる視野検査方法や測定機器間での結果を直接比較検討することは難しい。また、視野障害には中心暗点、周辺視野狭窄、半盲などさまざまな形態があり、視野障害の種類や程度によって視覚障害者に対するロービジョンケアは大きく異なるが、種々の視野検査結果を定量的に評価し、視覚障害者の QOL 向上にどのように利用するかは確立されていない。

本シンポジウムでは、従来の視野検査では評価できないウルトラロービジョンの評価方法を東京医療センター 藤波芳先生、災害時に知っておくべきロービジョンケアを埼玉医科大学 蒔田潤先生、パラスポーツにおける視野検査のクラス分けの問題点を国立リハビリテーションセンター 清水朋美先生、実際の視野検査結果をどのようにロービジョンケアに活かすかを大阪大学 阿曾沼早苗先生、中心暗点を有する症例へのロービジョンケアについて森山病院 石智士先生という5名のエキスパートに講演いただき、これからのロービジョンケアにおける有用な視野評価を一緒に考えたい。

仲泊 聡 略歴

1989年 東京慈恵医科大学医学部卒業
1991年 同大学医学部助手
2003年 同大学医学部講師
2007年 同大学医学部助教授
2008年 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院第三機能回復訓練部長
2016年 理化学研究所多細胞システム形成研究センター網膜再生医療研究開発プロジェクト研究員
2022年 同大学客員教授

植木麻理 略歴

1991年3月 大阪医科大学（現、大阪医科薬科大学）卒業
2003年10月 大阪医科大学 講師
2005年5月 高槻赤十字病院 部長
2009年4月 大阪医科大学 講師
2018年4月 高槻赤十字病院 部長
2019年10月～ 永田眼科 勤務

S3-1

FSTを用いたウルトラロービジョン評価

藤波 芳^{1,2,3,4,5}¹東京医療センター・臨床研究センター 視覚研究部・視覚生理学研究室、²英国 Institute of Ophthalmology, University College London、³英国 Moorfields Eye Hospital、⁴慶應義塾大学医学部 眼科学教室、⁵東京大学大学院 理学系研究科 生物科学専攻

全視野刺激検査(full-field stimulus test: FST)は全視野光刺激に対する網膜感度についての閾値を同定する検査で、ウルトラロービジョン(ULV: 完全盲ではないが、形態認識が不可能な高度視機能障害)の網膜機能の定量的測定等に有効である。2005年に視野計を改造したもので、全視野刺激光に対して光覚の自覚の有無を測定して、光覚閾値を算出した形が原型とされる(Roman AJ et al, 2025)。その後、ganzfeld刺激装置、刺激アルゴリズム・解答ボックス・閾値算出プログラムが一体化した、検査システムが普及する形となり、本邦では2017年12月Diagnosys社のRed Profile™ Systemが医療機器として初めて承認された。特に、遺伝子治療での活用が爆発的に広がっており、Luxturna注をはじめ多くの治療薬において、夜盲の重症度を質的に評価する方法として運用されている。撮影・評価プロトコルの策定を支援し、有意義な施設間・研究間比較を促進する事を目的とし、国際視覚電気生理学会(ISCEV)・国際視野学会(IPS)の共同チームより、2024年にFSTガイドラインが発出された(Jolly JK et al. 2024)。網膜電図(ERG)/視覚誘発電位(VEP)で反応消失となるようなULV症例においても、定量的な評価が可能となる本検査を活用する事で、今後のULVへの評価・治療の発展が期待される。本講演では、FSTのガイドラインや実臨床への応用について、最新の知見を踏まえて紹介される。

【利益相反公表基準】 該当有

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2004年 名古屋大学医学部医学科卒業
- 2004年 名古屋第一赤十字病院 前期研修医
- 2006年 東京医療センター眼科 後期研修医
- 2009年 英国 Moorfields Eye Hospital
臨床フェロー
- 2013年 東京医療センター 眼科・慶應義塾大学
大学院博士課程(網膜細胞生物学研究室)
- 2016年 英国 UCL Institute of Ophthalmology
遺伝学 主任研究員
- 2017年 東京医療センター・臨床研究センター
視覚研究部・視覚生理学研究室 室長
- 2018年 英国 Moorfields Eye Hospital 遺伝性
眼疾患 客員顧問(併任)
- 2020年 英国 UCL Institute of Ophthalmology
遺伝学 客員教授(併任)
- 現在に至る

S3-2

災害時の low vision care

蒔田 潤

埼玉医大



災害に被災した low vision 者の多くは、住み慣れた自宅を離れ、勝手の分からない避難所での生活を余儀なくされる。例えば手探りで行っていたトイレは、体育館の居住エリアから遠く離れた場所となり、トイレのスイッチも紙の位置も今までと異なる。水洗機能が維持されている可能性は低い。食事、情報などの様々な問題があり、被災 low vision 者には low vision に特化した支援が災害初期から必要となる。

演者は、普段大学病院でのロービジョン外来を担当しており、令和6年能登半島地震での被災地にて low vision 者の支援に参加した経験から、実際に被災地で行った low vision care の例、平时にクリニックや福祉施設で行われている low vision care と被災地での違い、low vision care に必要なポイントなどを解説したい。

視力も視野も、検査結果なしで行う low vision care は、身体障害者手帳を持っていればその内容と、本人からの聞き取り、行動観察だけが資料となる。本学会での多くの講演からするとまるで対局の場面となるが、実は学会目的には即しており、視野と画像検査に詳しい学会参加者に low vision care に関心を持って頂き、来るべき次の災害での被災地 low vision care への参加も考えて頂ける機会となれば幸いである。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 該当無

【IC】 該当無

略歴

- 1996年 福井医科大学卒業
- 2005年 米国 University of Nebraska Medical Center 研究員
- 2006年 福井大学医学部大学院卒業 医学博士
- 2007年 福井大学医学部眼科助教
- 2014年 福井赤十字病院眼科部長
- 2019年 埼玉医科大学眼科准教授

S3-3

パラスポーツにおける視覚障がいクラス分けの現状と課題



清水 朋美

国立障害者リハビリテーションセンター病院

クラス分けは、パラスポーツの競技では欠かせない。できるだけ近い障がい程度の選手同士が公平に競技できるように考えられたシステムであり、パラスポーツの競技を成立させる根幹にもなっている。クラス分けには、国際クラス分けと国内クラス分けが存在する。国際クラス分けは、基本的に視力と視野の結果に基づき、国際パラリンピック委員会(IPC)と国際視覚障がい者スポーツ連盟(IBSA)が定めたB1、B2、B3という3つのクラス分け基準に沿って、IPCとIBSAに認定された国際クラシファイアがクラス分けを実施する。国内クラス分けは未整備な部分が多いが、国際クラス分け基準を参考に一部の競技で実施されている。

国内外を問わず、視覚障がいクラス分けの課題のひとつに、どこでどの機器を用いて実施するのかという点がある。視力検査は、指定された携帯可能な視力チャートがあり、測定距離と明るさを保てれば支障はないが、視野検査の検査機器は統一されていない。選手はロービジョンであり、ゴールドマン視野計(GP)での測定が適しているが、GPが普及していない国も多い。自動視野計での測定も認められているが、固視点が定まらない視覚障がいの選手では検査の信憑性が低いこともあり、明確な判断に支障を来す。本講演では、視覚障がいクラス分けの現状と課題に加え、選手が安心してクラス分けを受検できるように眼科医療者は何ができるのかについても触れていきたい。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 該当無

【IC】 該当無

略歴

- 1991年 愛媛大学医学部卒業
- 1995年 横浜市立大学大学院医学研究科修了
- 1996年 ハーバード大学医学部スケペンス眼研究所
リサーチフェロー
- 2001年 横浜市立大学医学部眼科学講座助手
- 2005年 聖隷横浜病院眼科主任医長
- 2009年 国立障害者リハビリテーションセンター
病院 第二診療部 眼科医長
- 2017年 国立障害者リハビリテーションセンター
病院 第二診療部長
現在に至る

S3-4

視野検査の結果をロービジョンケアに活かす



阿曾沼早苗

中之島アイセンター／大阪大

眼科でロービジョンケアを行うメリットは、医学的な情報に基づいて対応ができることである。客観的・定量的な検査結果に基づいて行うロービジョンケアは科学的で効率的でもある。

臨床での様々な検査結果から、ロービジョンケアに役立つ情報を得ることができる。これらの検査の結果から、生じる機能障害を念頭におき日常生活での困難を推察する視点をもつことは患者の Quality of life (QOL) を上げるためには大切である。

中でも視機能を理解するためには、視野の情報は不可欠である。視野の検査により、見える範囲と見えにくい～見えない範囲（欠損・暗点）、欠損・暗点の位置や深さ、感度の分布、変視の状況などがわかる。今回は、視野障害を中心視野障害と周辺視野障害に大きく分けて、それぞれに生じる視機能障害と対応策を解説する。

中心視野障害の場合、変視や中心暗点、視力低下、色覚異常が生じるため偏心視や読み書き等への対応が必要となる。周辺視野障害の場合、欠損～感度低下している範囲に合わせた運転や Orientation & mobile(O&M)への対応が要る。杆体領域に視野障害がある場合は、夜盲や光順応障害を生じるため、暗所や光順応への対応も行う。また、視野障害全般において、羞明やコントラスト感度低下をきたすため対策が必要であり、社会的・心理的な問題への配慮も重要である。

本講演が皆様の臨床での一助になれば幸いである。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 該当無

略歴

- 1990年3月
国立大阪病院（現：国立病院機構大阪医療センター）附属視能訓練学院卒業
- 1990年4月
大阪大学 眼科 視能訓練士
- 1997年4月
医療法人ガラシア会 ガラシア病院 眼科
- 1999年12月
大阪大学 眼科 視能訓練士
- 2013年4月
大阪大学 眼科 視能訓練士主任
- 2016年3月
大阪教育大学大学院教育学研究科健康科学専攻修士課程終了
- 2024年4月
中之島アイセンター 視能訓練士主任
大阪大学 眼科 視能訓練士（兼任）
現在に至る

S3-5

中心暗点患者の low vision care



石子 智士

森山病院

通常の視野検査では正面を向いた状態での視野を評価する。しかし、黄斑疾患を有する患者では障害の程度によって中心暗点を生じ中心窩で物を見ることは困難になる。そのような患者ではモノを見る際に中心外の網膜領域を用いて固視するようになることがあり、その領域は偏心視域と呼ばれている。偏心視域が確立するとモノを見る中心が移動し視野中心に対する暗点の位置関係が変化する。そのため、通常の視野検査で得られた結果を low vision care に生かすためには、その結果のみならず偏心視域の位置を考慮して日常生活における視野の広がりを考える必要がある。

しかしながら、偏心視域は一領域に固定するとは限らず、対象物自体あるいは対象物と有効視野との関係によって変化する。一般的な視野検査においても眼底視野検査でも、検査を行う際の背景輝度は日常生活環境とは異なる暗い条件であるため必ずしも日常生活における視機能を評価しているとは言えない。ここではこれまでに明らかになってきた検査条件による偏心視域の特徴について解説したい。

本講演が、皆様の行う low vision care に役立てば幸いである。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 1987年 旭川医科大学医学部 卒業
- 1991年 旭川医科大学大学院 医学研究科 修了
- 1991年 旭川医科大学医学部 眼科 医員
- 1992年 旭川医科大学医学部 眼科 助手
- 1998年 ハーバード大学医学部
スケペンス眼研究所 文部省在外研究員
- 2000年 ハーバード大学医学部
スケペンス眼研究所 客員研究員
- 2001年 ハーバード大学医学部 眼科 客員講師
- 2002年 旭川医科大学医学部 眼科 講師
- 2004年 旭川医科大学医学部 眼科 助教授
- 2010年 旭川医科大学医学部 医工連携総研講座
特任教授
- 2023年 森山病院 眼科 部長
- 2023年 旭川医科大学医学部 眼科 客員教授
- 2024年 旭川医科大学医学部 眼科 臨床指導
教授
現在に至る

若手研究者による最近の 視野画像研究



オーガナイザー

大久保真司
おおくぼ眼科クリニック



結城 賢弥
名古屋大

オーガナイザーの言葉

本セッションは「若手研究者による最近の視野画像研究」と題し、視野や画像分野の新進気鋭の若手研究者が講演を行います。視野検査機器の進化、OCTの発展、人工知能の導入などにより、近年の視野画像研究は急速に進展しており、これに追いつくことが求められています。このセッションでは、慈恵医大の西島義道先生による「人工知能を併用したスクリーニング視野プログラムの開発と実装」、名古屋大の富田遼先生による「緑内障の進行評価におけるOCT・OCTA」、埼玉医大の山口彩織先生による「緑内障眼における水平方向固視偏位と視感度への影響」、近畿大の七部史先生による「タブレットツールを用いたMulti-Stimulus Vision Testerでのタッチ応答精度」、慈恵医大の飯田将展先生による「網膜変性による視覚入力喪失後の第一次視野における課題依存性反応」というテーマでお話いただきます。1時間という短い時間ですが、視野や画像に関する最新的话题を深く掘り下げていただけることを楽しみにしています。

大久保真司 略歴

1991年 島根医科大学医学部卒業
1991年 金沢大学医学部眼科入局
1996年 やわたメディカルセンター眼科医長
1997年 金沢大学大学院医学研究科修了
2003年 金沢大学医学部附属病院眼科助手
2006年 金沢大学大学院医学系研究科内講師
2011年 金沢大学附属病院病院臨床准教授
2015年 金沢大学医薬保健研究域医学系
臨床准教授(学外)
おおくぼ眼科クリニック院長
2016年 金沢大学医薬保健研究域医学系
臨床教授(学外)

結城賢弥 略歴

2001年 慶應義塾大学医学部卒業
2001年 慶應義塾大学医学部眼科学教室
2002年 足利赤十字病院
2003年 国立病院機構栃木病院
2004年 慶應義塾大学医学部眼科学教室助教
2008年 慶應義塾大学医学部大学院博士課程
2013年 ハーバード大学ボストン小児病院
2015年 慶應義塾大学医学部眼科学教室専任講師
2022年 名古屋大学医学部眼科学教室 講師
2023年 名古屋大学医学部眼科学教室 准教授
現在に至る

SS-1

人工知能を併用したスクリーニング視野プログラムの開発と実装

西島 義道
東京慈恵医大



緑内障は進行性かつ不可逆的な神経変性疾患であり、早期発見と進行抑制が極めて重要である。我々はこれまで、両眼開放下で視野検査を行う視野計アイモ (imo) を用い、独自に開発したスクリーニングプログラム (imo screening program : ISP) が短時間かつ高精度に緑内障を検出できることを報告してきた。さらに、機械学習を応用し、ISPの結果から Humphrey Field Analyzer (HFA) 24-2 のグローバルインデックスやトータル偏差 (TD)、パターン偏差 (PD) の確率プロットを予測するアルゴリズム (DeepISP) を開発した。さらに、ISP 測定時の Mean Deviation (MD) slope や Visual Field Index (VFI) slope を同時に推定することで、スクリーニング段階での緑内障の有無、重症度、進行傾向を一括して評価する試みを行っている。ISP は既に企業検診や人間ドックに導入され、大規模スクリーニングにおいてもこれらの有用性を検証中である。本シンポジウムでは、我々のこれらの試みと機械学習の意義を再考し、緑内障スクリーニングにおける今後の可能性について議論を深めたい。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2014年3月
東京慈恵会医科大学卒業
- 2016年4月
東京慈恵会医科大学眼科学講座 助教
- 2017年4月
東京慈恵会医科大学大学院
- 2017年4月
東京都医学総合研究所
視覚病態プロジェクト
- 2024年4月
東京慈恵会医科大学眼科学講座 講師
現在に至る

SS-2

緑内障の進行評価における OCT・OCTA



富田 遼

名古屋大

一般的に、緑内障の進行評価は視野検査によって行われる。しかしながら、視野検査は主観的な手法であるため、検査結果のばらつきが比較的大きく、進行評価には長期の観察を要する。一方、客観的な評価指標である網膜光干渉断層計(OCT)によって計測される網膜神経線維層厚や神経節細胞層厚などのパラメータは、既に臨床に取り入れられており、視野検査と比較して測定間変動が小さいという利点がある。ただし、OCTで得られるこれらの構造パラメータの変化は、視野検査のような視機能検査の所見と必ずしも一致しないことが報告されている。さらに、OCTパラメータには、菲薄化が高度に進行すると追加的な変化を検出しにくくなる、いわゆる「フロア効果」を受けやすいものがある。これらのことから、OCTパラメータを用いた進行評価を行う際には十分に注意が必要である。

また、OCT angiography (OCTA) により測定される網膜表層の毛細血管密度と緑内障との関連に関しては、既に多くの研究が報告されており、比較的フロア効果を受けにくい可能性が示唆されている。しかしながら、現時点では緑内障診療においてOCTAが広く活用されているとは言い難い。

本講演では、主に縦断データから得られた知見を基にOCTパラメータによる緑内障の進行を評価する際の注意点を整理するとともに、OCTAパラメータの経時変化に関する知見についても解説する。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2013年 三重大学医学部卒業
- 2015年 名古屋大学医学部附属病院眼科 医員
- 2016年 公立西知多総合病院 医員
- 2018年 名古屋大学医学部附属病院眼科 医員
- 2020年 名古屋大学医学部大学院博士課程 卒業
- 2020年 名古屋大学医学部附属病院 病院助教
- 2023年 Dalhousie 大学 リサーチフェロー
- 2024年 名古屋大学医学部附属病院 病院助教
- 2025年 名古屋大学医学部附属病院 助教

SS-3

緑内障における水平方向固視偏位と視感度への影響

山口 彩織¹、庄司 拓平^{1,2}、西田 崇³、峰 いずみ²、
橋本 真歩¹、小坂 朱音¹、篠田 啓¹

¹埼玉医大、²小江戸眼科内科、³カリフォルニア大学サンディエゴ校 眼科



目的：水平方向の眼球運動が視神経および篩状板に引き起こす牽引負荷は磁気共鳴画像法や光干渉断層撮影により示されている。本研究は緑内障患者における水平方向固視偏位が視野平均感度(MS)に与える影響を imo 視野計を使用して評価することを目的とした。

対象と方法：本横断研究では、117名の参加者から161眼(原発開放隅角緑内障[POAG] 85眼および健常眼 76眼)が含まれた。年齢、性別、眼軸長を交絡因子として考慮し、POAG眼と健常眼間での傾向スコアをロジスティック回帰で計算し、1:1マッチング分析を実施した。中心固視(CG)、6°外転(AB)、6°内転(AD)の各固視位置で imo 視野計を用いて MS を測定した。全条件下での MS 比較には混合効果モデルと事後ボンフェローニ補正を使用した。

結果：平均(標準偏差)年齢は 68.0(11.0)歳で、Humphrey 24-2 視野解析による平均偏差(MD)値は POAG 眼で -9.9(6.6)dB、健常眼では -1.0(1.9)dB であった。健常眼の MS は CG[27.0(1.8)dB]、AB[27.1(1.9)dB]、AD[26.9(2.2)dB]間で有意差が認められなかった(P=0.650)。一方、POAG 眼では AD[17.2(5.9)dB]は、CG[18.1(5.9)dB]および AB[17.9(5.9)dB]に比べて有意に低い MS を示した(P=0.001 および P=0.022)。

結論：特に内転位置での水平方向固視偏位は POAG 眼において視感度の有意な低下を引き起こす。これは注視位置が視神経に機械的ストレスを加える可能性があることを示唆し、その臨床的意義を解明するためにさらなる研究が求められる。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

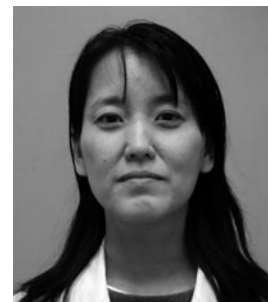
- 2020年 埼玉医科大学医学部 卒業
- 2020年 埼玉医科大学総合医療センター 初期臨床研修医
- 2022年 埼玉医科大学病院 眼科 助教
- 2024年 丸山記念総合病院 眼科 医員
- 2025年 埼玉医科大学病院 眼科 助教

SS-4

Touch response accuracy using a tablet tool of the Multi-Stimulus vision tester

七部 史¹、松本 長太¹、石橋真里佳¹、
野本 裕貴¹、日下 俊次¹、岩瀬 愛子²

¹近畿大、²たじみ岩瀬眼科



緑内障は失明原因の第1位であり、視野に不可逆的な変化を生じますが、自覚症状が少ないため早期発見が重要です。そこで我々は、簡便に視野障害を検出するスクリーニングツールとしてタブレット端末を用いた Multi-Stimulus Vision Tester (MVT-s) を開発しました。MVT-s はフリック視標による多点刺激法を用い、最大3個の視標を同時に呈示し、被検者が直接視標をタッチし応答します。本研究ではタッチ応答の精度を示すタッチ距離(呈示視標と被検者がタッチ応答した位置)と反応時間を検討しました。

方法：対象は緑内障45眼と健常眼31眼でMVT-sを施行し、各群における最初または2.3番目に呈示される視標でのタッチ距離と呈示視標に対する反応時間について比較検討しました。

結果：最初の視標に対する反応時間はそれぞれ健常眼で1166ms、緑内障眼で1535ms、2および3番目の視標では健常眼で492ms、493ms、緑内障眼が630ms、538msで、最初の応答時間の約半分で応答が得られました ($p < 0.01$)。1, 2, 3番目の視標でのタッチ距離は正常群でそれぞれ1.9、1.8、2.1度、緑内障群で1.7、1.9、2.6度でしたが、応答順におけるタッチ距離に有意差は認めませんでした。またタッチ距離の最大値は約5度でした。

結論：多点刺激におけるタッチ応答の精度は現在のツールにおいてタッチの許容範囲内であり、緑内障スクリーニングツールとして有用であることが示唆されました。

【利益相反公表基準】 該当有

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

2001年 近畿大学医学部 卒業
 2001年 湘南鎌倉総合病院 初期研修医、ER 後期研修医
 2004年 近畿大学病院 眼科 入局
 2011年 近畿大学大学院医学研究科外科学系 修了
 2014年 近畿大学病院眼科 医学部講師
 2015年 メルボルン大学留学
 2017年 近畿大学病院眼科 医学部講師
 2020年 近畿大学病院眼科 講師
 現在に至る

SS-5

網膜変性による視覚入力喪失後の第一次視覚野における課題依存性反応

飯田 将展

東京慈恵医大



網膜変性により視覚入力を失った第一次視覚野(V1)の神経回路の構築と機能は、保存されているのだろうか？再生治療を中心とした視覚再建により視覚入力が復活した際にV1は再び機能できるのであるだろうか？この問いを明らかにするために、われわれは functional MRI(fMRI)を用いた検討を行ってきた。

fMRIは、視覚をはじめとした感覚入力に対する脳活動を非侵襲的に記録することができ、ヒトにおける視覚情報処理システムの解明にも有用な手法である。われわれは、網膜変性(若年性黄斑変性・網膜色素変性)症例において、視覚・聴覚・触覚刺激によるV1反応を課題の有無により計測した。課題は one-back task (同じ感覚刺激が2度繰り返されたらボタンを押す)を課した。

その結果、視覚入力を失ったV1が、課題依存的に反応することを発見した。この反応は視覚のみならず、聴覚や触覚に関する課題でも生じた。これは、V1が視覚伝導路とは独立した課題依存性信号を受容していることを示唆する。

本講演では、課題依存性V1反応の意義や特性、課題依存性シグナルの起源について、現在明らかになっている知見を紹介する。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

略歴

- 2018年 東京慈恵会医科大学医学部医学科卒業
- 2018年 東京慈恵会医科大学附属第三病院
初期研修医
- 2020年 東京慈恵会医科大学附属柏病院眼科
- 2021年 東京慈恵会医科大学附属病院眼科
現在に至る

高次脳機能障害へのアプローチ ～病態から検査・診察まで～



仲泊 聡
公益社団法人 NEXT VISION/
東京慈恵医大

オーガナイザー



松井 孝子
国立障害者リハビリテーション
センター病院

オーガナイザーの言葉

眼科医や視能訓練士が多く参加する本学会の JIPS コーチングセミナーでは、専門領域を超えた横断的なつながりを意識し、「高次脳機能障害」をテーマとしました。

演者は、高次脳機能障害の患者さんの診断・治療、生活支援に関わる 4 名のエキスパートをお願いいたしました。

橋本雅人先生(中村記念病院)には、神経眼科医の立場から視覚性入力に依存した認知的障害である半側空間無視と空間認知に関連する障害である視野障害、大脳性色覚異常、相貌失認についてご講演いただきます。

高取昌江先生(かがわ総合リハビリテーション病院)には、視能訓練士の立場、回復期リハ施設の立場から、検査時の患者対応、視野検査実施の注意点についてご講演いただきます。

吉原理美先生(名古屋市総合リハビリテーションセンター)には、作業療法士の立場から病院でのリハビリテーション後に、患者の生活に起こる不自由を医学的・福祉的側面から就労、自動車運転など高次脳機能障害と共に生きる当事者の事例をご紹介します。

東山雄一先生(横浜市立大学医学部 神経内科学・脳卒中医学)には、神経内科医の立場から認知症や脳卒中診療においても重要な高次脳機能障害で、今回は眼科診察に役立つ視空間認知障害について入門的な解説をお願いしました。

限られた時間ですが、眼科で担う検査・診断の先にある高次脳機能の患者の生活の中で起こる困りごとになるであろう見え方について皆さんと勉強していきたいと思えます。

仲泊 聡 略歴

- 1989年 東京慈恵医科大学医学部卒業
- 1991年 同大学医学部助手
- 2003年 同大学医学部講師
- 2007年 同大学医学部助教授
- 2008年 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院第三機能回復訓練部長
- 2016年 理化学研究所多細胞システム形成研究センター網膜再生医療研究開発プロジェクト研究員
- 2022年 同大学客員教授

松井孝子 略歴

- 1992年3月 国立小児病院附属視能訓練学院 卒業
- 1992年4月 北里大学病院 入職
- 1999年4月 北里研究所病院 入職
- 2010年9月 秋田大学大学院医学系研究科地域医療連携学講座 入職
- 2015年9月 秋田大学医学部附属病院 入職
- 2019年4月 国立成育医療研究センター 入職
- 2022年4月 国立障害者リハビリテーションセンター病院 入職

CS-1

高次脳機能障害の症例診察のポイント ～神経眼科医の立場から～



橋本 雅人

医仁会中村記念病院

高次脳機能障害とは、運動麻痺や感覚、知覚障害では説明ができない言語、認知、動作に関わる脳機能障害の総称です。ここでは、視覚と関わりの深い高次脳機能障害について解説していきます。視覚性入力に依存した認知的処理の障害として、空間性注意に関連する障害と視覚性モダリティを通じた対象の認知障害があります。前者の代表が半側空間無視であり、後者では視野障害、色名呼称障害、大脳性色覚異常、相貌失認などの連合型視覚性失認です。これらの臨床的特徴について解説していく予定です。また、高次脳機能障害として近年注目を浴びているのが降雪視 (visual snow) 症候群です。Visual snow 症候群は 1995 年に Liu らによって、持続する視覚陽性現象 (persistent positive visual phenomenon) として報告されたのが最初ですが、2014 年 Schankin らが visual snow 症候群の診断基準を提案して以来、注目度が増した神経眼科疾患です。Visual snow 症候群と類似の疾患に閃輝暗点を伴う片頭痛があり、共に視覚陽性現象であり合併も多いとされていますが、一方で両者は別の疾患概念であるとの見方もされてきているのが現状です。

今回のセミナーでは、これらの視覚に関する高次脳機能障害疾患について皆さんと共に勉強していきたいと思えます。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 該当無

【IC】 該当無

略歴

学歴

1988 年 札幌医科大学医学部卒

職歴

1988 年 札幌医科大学眼科学入局

1994 年 カリフォルニア大学サンフランシスコ (UCSF) 留学
(神経眼科学 Post Doctor Fellow)

1997 年 札幌医科大学眼科助手

2000 年 札幌医科大学眼科講師

2006 年 札幌医科大学眼科助教授

2007 年 札幌医科大学眼科准教授

2015 年 医仁会中村記念病院眼科部長

CS-2

高次脳機能障害症例における視野検査のポイント



高取 昌江

かがわ総合リハビリテーション病院

高次脳機能障害とは、脳血管障害や頭部外傷など脳損傷に起因する認知機能障害全般をさす。代表的な症状として、「注意障害」「記憶障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」がある。これらの症状は損傷の部位や大きさにより重複して現れることも多く多岐にわたる。

かがわ総合リハビリテーション病院(以下当院)では、回復期のリハビリテーションを行っている。眼科では主治医からの依頼で高次脳機能障害を持つ患者の視機能評価や眼疾患の治療、視能訓練、ロービジョンケアなどを行っている。

今回、当院で視野検査を実施した高次脳機能障害症例において眼科受診の動機、視野異常の有無、検査時の配慮等について調査した。対象者の9割以上はゴールドマン視野計またはハンフリー視野計にて定量的な視野検査が可能であった。しかし、定量的な視野検査を実施した症例のうち約4割は検査を2回に分けて行っていた。その要因として、高次脳機能障害の特性である注意障害や易疲労性などが考えられた。調査から得られた特性をもとに視野検査を実施する際に配慮すべき点について整理したい。

略歴

1995年 川崎医療福祉大学 医療技術学部
感覚矯正学科 視能矯正専攻 卒業
1995年 かがわ総合リハビリテーション病院
眼科

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 承認有

【IC】 該当無

CS-3

高次脳機能障害症例との接し方や日常生活の様子



吉原 理美

名古屋市総合リハビリテーションセンター

高次脳機能障害とは、脳損傷に伴う認知・行動障害を表す包括的な呼称である。医学的には、一般に大脳の器質的病変に伴い、失語・失行・失認に代表される比較的局在が明確な巣症状を含む注意障害、記憶障害、感情障害、行動異常などを呈する状態像を指す。一方で、日常生活や社会生活に制限があっても受けられる福祉サービスがないという制度の狭間にあったことから、平成13年より実施された高次脳機能障害支援モデル事業を経て、高次脳機能障害の診断基準が作成された。行政的な診断基準として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害の4つが挙げられ、これらによって生活に支障があると診断された場合、器質性精神障害として精神障害者保健福祉手帳の申請対象に含まれることとなった。

以上のように、高次脳機能障害といっても、その定義や障害の様態はさまざまである。本セミナーでは、医学的・行政的側面の双方の立場から、病院でのリハビリテーション、障害福祉サービス、就労、自動車運転など、高次脳機能障害と共に生きる当事者の事例を紹介する。高次脳機能障害は目に見えない障害であるがゆえに、当事者も周囲も見逃してしまう恐れがあるが、適切な支援があれば生活の質を向上させることができると考える。

本セミナーが、明日からの実践の一助となれば幸いである。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 該当無

【IC】 該当無

略歴

- 2012年 信州大学医学部附属病院
- 2017年 名古屋市総合リハビリテーションセンター
作業療法科
- 2019年 運転と作業療法研究会世話人、
愛知県作業療法士会運転に関する
作業療法委員
- 2021年 名古屋市総合リハビリテーションセンター
なごや高次脳機能障害支援センター配属
現在に至る

CS-4

高次脳機能障害とはなにか ～視空間認知障害を中心に～

東山 雄一

横浜市大 神経内科学・脳卒中医学



近年、増加の一途をたどり大きな社会問題になっている認知症であるが、記憶障害以外にも、失語症や視空間認知障害など様々な症状が出現することが知られており、その診断はますます複雑化している。脳卒中診療においても、発症数時間以内の脳梗塞はMRIなどの画像検査で病巣が描出されない可能性もあり、診察所見が唯一の診断手掛かりとなることもある。このように認知症や脳卒中診療において重要な高次脳機能障害であるが、特に視空間認知障害を有する患者は“見えにくさ”を主訴に眼科を受診することもあるため、眼科診療においても適切な診断・対応が求められる。そこで、本セミナーでは主に視空間認知障害についての入門的な解説を行う。

視覚情報は大きく“腹側経路 (what 経路)”と“背側経路 (where 経路)”という2つの経路で処理される。側頭葉を中心とした腹側経路は、形態や色、質感などの、対象が何であるか (what) についての情報処理を担う。一方、頭頂葉を中心とした背側経路は、対象の空間的位置 (where) についての情報処理を行う。これらの損傷により、視覚性失認 (対象を見ても何か分からない) や視覚性注意障害 (同時に複数の対象を認識できない) などの様々な高次脳機能障害が出現する。本セミナーでは、視空間認知障害の中でも頻度が高い半側空間無視のほか、視覚性失認やバリエーション症候群などを中心に、それぞれの診察方法や臨床現場で気づくべきポイントについて概説する。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 該当無

【IC】 該当無

略歴

- 2005年 横浜市立大学 医学部 卒業
- 2007年 横浜市立大学 医学部 神経内科学・脳卒中医学 入局
- 2009年 国際医療福祉大学三田病院 神経内科 研究員 (国内留学)
- 2014年 横浜市立大学 医学部 神経内科学・脳卒中医学 助教
- 2019-20年 シドニー大学, Brain and Mind Centre 研究員 (海外留学)
- 2022年 横浜市立大学 医学部 神経内科学・脳卒中医学 講師
- 2025年 横浜市立大学 医学部 神経内科学・脳卒中医学 准教授

共催：株式会社 JFC セールスプラン/ジャパン フォーカス株式会社、株式会社ニデック、キヤノン株式会社、株式会社クリュートメディカルシステムズ、興和株式会社、アールイーメディカル株式会社、カールツァイスメディテック株式会社

1

ハーグシュトライト社スリットランプ用 3D イメージング「IM910」のご紹介

○Coelen Patrick

ハーグシュトライトジャパン株式会社 カントリーマネージャー

2

あらたな OCT 画像「SN マップ」の利用法について

○市川 明

株式会社ニデック 国内営業推進一部 医療製品課

Haag-Streit は、スリットランプ用のイメージングシステム「Imaging Module 910 3D」を発売しました。

このシステムは、高品質な画像をストリーミングおよび保存が可能です。システムはカメラとコネクターボックスで構成され、2 台の 4K カメラを搭載しています。カメラは 3D 対応で、簡単にアップグレードすることで並列（サイドバイサイド）の 3D 画像や動画を作成できます。

この機能は、教育目的や教育病院にとって有益であるだけでなく、「ヘッズアップスリットランプビューイング」に関心のある方にも魅力的です。さらに、IM 910 3D は遠隔診療のためのツールとして、一人の医師が患者を診察する際に、別の場所にいる医師が 3D 映像を視聴しながら診察をサポートすることができる可能性を秘めています。

眼底疾患における読影画像の進化は多様で、近年多くの情報が提案されています。その中でもディープラーニング技術を網膜の層境界検出に利用した「SN マップ(構造マップ)」は、各層境界線毎に学習データと異なる部位を眼底画像上にカラー表示させることで、注目すべきポイントを分かり易く誰でも簡単に効率的な読影ができる可能性が期待されています。但し情報にはアーティファクトも含め注意すべき点も含まれる為、いくつかのポイントを含め利用法を簡単にご案内できればと思います。

3 キヤノン OCT-RI、CR-10 の特徴と機能 のご紹介

○岩瀬 好彦
キヤノン株式会社

近年の OCT は、高精細から広角イメージングへと進化をしています。これまで Xephilio シリーズとして、高縦分解能 SD-OCT である OCT-AI、広角 SS-OCT である OCT-SI を販売し、それぞれの特徴を活かした病態研究や実臨床にご利用いただけてきました。

これから先、今より OCT が広く普及するために、操作者のスキルによらず簡単に撮影ができることが望まれます。キヤノンでは、ユーザビリティを重視した OCT-RI (OCT+眼底カメラの複合機) と CR-10 (眼底カメラ) を 2023 年に発売しました。

OCT-RI と CR-10 は、タッチ操作で片眼の位置合わせを 1 回行うだけで、両眼合わせて最大 10 検査を自動で撮影出来るため、検査の負担を減らします。また、撮影時には被検者を音声で誘導する音声ガイダンスを搭載しており、さまざまな被検者の方の撮影をサポートすることも可能です。そして、本体が小型化され、PC などの付属部品と一緒に 1 台の光学台にまとめられるため、限られたスペースにも設置可能です。

本日は、OCT-RI と CR-10 の特徴と機能、ソフトのバージョンアップによる新機能についても可能な限り紹介させていただきたいと思います。

4 アイモ®vifa による新たな視機能評価プログラム の紹介

○乙黒みなみ
株式会社クリュートメディカルシステムズ

アイモ®vifa は、Visual Function Analyzer の頭文字から名づけられた視機能評価機で、視野検査およびコントラスト感度検査機能を搭載しています。本機器は暗室を必要とせず、省スペースで設置できることに加え、検査時の遮蔽が不要なため、検査準備時間を短縮できます。そのため、患者さまと視能訓練士双方にとって「使いやすく」「優しい」検査機器となっています。本シンポジウムでは、新たに搭載予定の 3 つのプログラムを紹介いたします。

1) 高輝度コントラスト感度検査

暗所・薄暮・明所に加え、高輝度背景(明所背景の 5 倍の輝度)での検査が可能となりました。視標は縞視標とリング視標を採用し、視力が良好でも羞明を主訴とする白内障患者さまの手術適応判断に有用です。

2) スクリーニング視野検査

長時間の視野検査が困難な患者さま向けに、最小限の検査を行うプログラムです。検査点は 28 点で、視標が見えた・見えなかったの 2 段階で判定します。検査時間は両眼最短 1 分 40 秒程度です。

3) 両眼同時視野検査

従来の両眼ランダム視野検査は片眼ずつ視標を呈示していましたが、本プログラムでは両眼同時に同一検査点へ呈示します。これにより、より実視野に近い評価が可能になります。

今後は、各プログラムの臨床的有用性についてさらに検証を進め、より多くの患者さまにとって有益な検査機器となるよう改良を重ねてまいります。

5 スマートな視野検査をめざして2025

○島田 賢

興和株式会社 医薬事業部 研究・開発本部
IOL・機器研究開発統括部 企画開発室

本講演では、自動視野計コーワ AP-7700 について、OCT 対応視野検査、短時間検査アルゴリズム smart Strategy、視覚障害等級判定支援機能を紹介したい。

OCT 対応視野検査は、OCT 画像の異常部位を選択的に視野検査することで、構造と機能の対応の把握を容易にする検査である。前視野緑内障で構造異常が発生しやすい部位に対応した検査点配置も搭載しており、視細胞と網膜神経節細胞との偏位を考慮した表示で前視野緑内障の視野異常の検出を支援する。

smart Strategy は、変分近似ベイズ線形回帰による視野予測モデルを応用した検査アルゴリズムである。視野予測モデルは、4,278 例 7,268 眼の各眼 5 回以上の視野データから、視野障害の空間パターンと時系列パターンを学習して構築している。検査では、各検査点の感度を予測しながら進めることで、視標提示回数を減らして検査時間を短縮している。smart Strategy は、通常使用される中心 30 度、24 度、10 度のプログラムに加え、中心 24 度の検査に任意の検査点配置を追加できるプログラムにも適用できる。各プログラムの臨床研究が進められており、正確性を損なわずに検査時間の短縮が得られている。

視覚障害等級判定支援機能は、静的視野検査と動的視野検査のそれぞれの結果、および視力値から、視覚障害等級判定に必要な項目を自動算出して、判定を支援する機能である。

本講演を通じて、我々の取り組みを皆様に共有いただき、視野のすすめ～道草と探求～を推し進める一助となれば幸いである。

6 EyeSuite について

○武田 大輔

アールイーメディカル株式会社 マーケティング部

Octopus 視野スコア VFS と両眼加算視野について

EyeSuite9.17 より搭載予定の VFS (Visual Field Score) は、SAP (Standard Automated Perimetry) で測定された正常視野を 100%とし、感度が残っていない 0%までの範囲で表したスケールです。

VFS は Humphrey VFI™ Visual Field Index™とよく似ていますが、VFS ではびまん性の視野感度低下を評価する DD (Diffuse Defect) の指標を、 $\leq 10\text{dB}$ 、 $10\text{dB} < DD < 15\text{dB}$ 、 $\geq 15\text{dB}$ の 3 段階に分けて補正します。DD が $\leq 10\text{dB}$ まではパターン偏差、DD が $10\text{dB} < DD < 15\text{dB}$ ではパターン偏差からトータル偏差に推移、DD $\geq 15\text{dB}$ を上回るとトータル偏差でスコア評価を行います。これにより VFS の連続性が確保され、中程度以降の視野検査結果を含めた変化の評価に適しています。

また、片眼ずつの視野検査結果を重ね合わせたような、両眼視のシミュレーションについてもご案内をさせていただきます。

7

人生100年時代の視野マネジメント

○伊藤 善明

カールツァイスメディテック株式会社

厚生労働省より昨年公表された令和5年の患者調査によると、眼科疾患の総患者数のうち緑内障が262万人余りで最多でした。令和2年の前回調査より11%の増加です。緑内障患者の年齢構成は70歳以上が60%近くを占め、90歳以上の患者も10万人程度いると推定されています。

また、同省の第9回NDBオープンデータ(令和4年度)によると、静的量的視野検査(片眼)の件数は年間1,300万件を超えています。前回調査(令和3年度)と比較して7%増加しました。

緑内障患者数の増加に伴い静的視野検査数も増加しているいま、ご施設において多数の視野検査をいかに効率的に実施するかがひとつの課題と考えています。

また、高齢の緑内障患者に対して、可能な限り視野検査を受けていただく必要があること、これまで以上に長い期間を見据えて視野進行スピードをモニタリングする必要があることも課題ではないかと考えています。

本講演では、これらの課題に対してZEISSのハンフリー視野計でできることをご紹介します。

O-1-1

緑内障患者における重症度ごとのHFAとMP-3の比較および検査点のずれの検討

○井岡 大河、冨田 遼、小南 太郎、
望月麻里衣、結城 賢弥
名古屋大

【目的】原発開放隅角緑内障(primary open-angle glaucoma: POAG)患者において、MP-3 マイクロペリメトリ(MP-3)と Humphrey Field Analyzer (HFA)の視野結果を重症度別に比較し、固視のエラーに起因すると想定される感度分布の変化をシミュレートする新しい方法を検討すること。

【対象と方法】POAG患者を対象とした。MP-3とHFA 10-2を使用して68点の同一の検査点で視野を測定し、HFA 10-2におけるmean deviation (MD)ごとに初期、中期、または後期に分類した。信頼性指標と測定時間を比較し、両デバイスの検査点ごとの感度の関係および感度の分布を比較検討した。

【結果】23患者35眼(初期10眼、中期12眼、後期13眼)が対象となった。後期のPOAG群では、MP-3はHFA 10-2よりも有意に低い偽陽性率と高い偽陰性率を示した(いずれも $P = 0.03$)。各検査点での両デバイス間の視野感度を比較する回帰分析から得られた二乗平均平方根誤差と、MP-3の視野感度との間には有意な負の相関がみられた($P < 0.01$)。18眼では感度分布のシフトがあり、HFA 10-2のMD値とこのシフトの存在との間に有意な相関がみられた($P < 0.01$)。

【結論】後期のPOAG症例では、2つの視野計で信頼性指標が有意に異なっていた。MP-3は進行したPOAGにおいて偽陽性率が低く、とりわけこの患者群の視野評価に有用な可能性がある。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

MP-3(マイクロペリメトリ):眼底に光刺激を投影し、直接観察しながら局所の網膜感度を測定する検査で、黄斑部周辺の視感度を詳細に評価できる。

O-1-2

24-2におけるsmart StrategyとSITA-Standardの緑内障進行解析の比較

○平澤 一法¹、眞田 侑季²、小森 涼平²、
藤野 友里^{3,4}、村田 博史⁵、庄司 信行¹、
稲谷 大²、朝岡 亮⁴、
smart Strategy 共同研究者^{1,2}、
¹北里大、²福井大、³島根大、⁴聖隷浜松病院、
⁵国立国際医療研究センター

【目的】24-2プログラムにおけるSwedish Interactive Threshold Algorithm Standard (SITA-S)とsmart Strategy (sS)およびsS alpha (sS α)による緑内障進行解析の途中経過を報告する。

【対象と方法】本研究は、135例135眼を対象に、各smart StrategyとSITA-Sを2~3年の観察期間中に8回施行する多施設前向きコホート研究である。このうち、4回以上の視野検査を施行した緑内障患者56例56眼(sSとSITA-S:33例、sS α とSITA-S:23例)を解析対象とした。各コホートにおいてMean Deviation (MD)の単回帰分析を行い、線形混合モデルを用いてスロープの差を比較した。

【結果】平均観察期間および平均検査回数は、sSとSITA-Sのコホートで1.2年・5.2回、sS α とSITA-Sのコホートで1.0年・4.5回であった。MDスロープの平均値[95%信頼区間]は、sS:0.031 dB/y [-0.50, 0.56]、SITA-S:0.056 dB/y [-0.46, 0.53]で有意な差を認めなかった。同様に、sS α : -1.0 dB/y [-1.8, -0.23]、SITA-S: -0.58 dB/y [-0.47, 1.4]でも差を認めなかった。

【結論】本解析の途中経過では、sSおよびsS α はSITA-Sと同等の進行評価が可能であることが示唆された。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

smart Strategy, sS alpha:ハンフリー視野検査のプログラム。smart strategyは視野予測モデルで効率化。sS alphaは従来法と組み合わせ、さらに検査時間を短縮。

O-1-3

緑内障視野進行経過観察におけるHFA単独使用とimo切り替えの進行評価精度比較

○海老根 亮¹、西島 義道¹、小川 俊平¹、野呂 隆彦^{1,2}、斎藤 友香¹、篠原 大輔¹、大平 亮¹、奥出 祥代¹、中野 匡¹
¹東京慈恵医大、²麻生総合病院

【目的】緑内障視野経過観察において、Humphrey 自動視野計(HFA)単独使用の場合と imo vifa®(imo®)に切り替えをした場合で、各グローバルインデックスが両者近似した精度で視野進行評価が可能であるか比較検討をし、臨床での有用性を評価することを目的とした。

【対象と方法】東京慈恵会医科大学附属病院にて2019年から2021年にHFA 24-2 SITA Standardを3回以上施行し、2022年から2025年にHFA 24-2 SITA Standardおよび、imo AIZE Rapid 24plus(1-2)を同日に施行した緑内障患者28名28眼(平均年齢62.9±10.1歳、平均等価球面度数-3.36±2.97D、病期:早期>-6dB 15眼、中期-6≤-12dB 8眼、後期<-12dB 5眼)とした。

全期間HFAで経過観察をした場合と、2022年を境にimoに切り替えた場合で、HFA24-2との一致点におけるMean Deviation(MD)、Pattern Standard Deviation(PSD)、Visual Field Index(VFI)各値の回帰直線を求め視野進行評価精度を比較した。

【結果】HFA単独群とimo切替群両者間のMD、PSD、VFIの回帰直線の傾きに有意差はなく(Willcoxon signed-rank test:p>0.05)、正の相関を認めた(Spearmanの相関係数MD:R=0.52、PSD:R=0.85、VFI:R=0.49)。

【結論】HFAからimo®に切り替えた場合でも、従来のHFAデータを継続的に用いた緑内障視野進行評価が可能であることが示唆された。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

O-1-4

正常眼におけるゴールドマン視野検査のイソプタ別測定時間

○高野 玲紋、黒沢 恭花、増田 敬翔、生杉 謙吾、間瀬 陽子、山下 修人、永嶋竜之介、加藤久美子、近藤 峰生
 三重大

【目的】ゴールドマン視野検査(GP)は動的量的視野検査として広く用いられている。本研究では、GPの効率化や標準化をあらためて検討することを目的として、正常視野を対象に標準的検査指標による総検査時間およびイソプタごとの測定時間を検討したので報告する。

【対象と方法】対象は40歳未満の眼疾患のない正常者14例26眼(男性5例、女性9例。平均年齢26.1±5.7歳)である。3名の視能訓練士が標準的な検査手順に従い、各イソプタ(V/4e,I/4e,I/3e,I/2e,I/1e)を測定した。各イソプタの測定開始から終了までの時間をストップウォッチにて計測し平均測定時間を算出した。

【結果】総検査時間は、465.2±113.3秒(平均±標準偏差)であった。各イソプタの平均測定時間はそれぞれV/4e 70.3±18.1秒、I/4e 67.1±20.1秒、I/3e 70.5±18.4秒、I/2e 85.6±33.9秒、I/1e 71.3±27.0秒であった。I/2eは他の指標に比べ測定時間がやや長く、ばらつきが大きい傾向があったが、各群間に有意差を認めなかった(p=0.476, repeated measures ANOVA)。被検者間の総検査時間には有意差を認めた(p<0.01, One-way ANOVA)。視能訓練士間の総検査時間には有意差を認めた(p=0.012, One-way ANOVA)。

【結論】正常眼におけるGPの総検査時間は約8分で、イソプタごとの測定時間に大きな差はないが、I/2eの測定時間がやや長く、個人差が大きい可能性がある。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

imo®: 2015年に登場したヘッドマウント型視野計。コンパクトで暗室が不要、両眼同時測定可能、視野以外の多くの視機能評価が可能で、2021年にimovifa®としてバージョンアップされた。

O-1-5

ゴールドマン視野検査における病期進行と
イソプタ定量指標・測定時間の関連

○黒沢 恭花、増田 敬翔、高野 玲紋、
生杉 謙吾、間瀬 陽子、山下 修人、
永嶋竜之介、加藤久美子、近藤 峰生
三重大

【目的】ゴールドマン視野検査(GP)では一般にV/4e, I/4e, I/3e, I/2e, I/1eの5つのイソプタが疾患の診断および病期評価に用いられるが一方、静的視野検査と比較し定量評価の標準化や検査効率の向上が課題となる。またGP定量評価では視野角度が用いられているがイソプタの詳細な形状評価や測定時間の検討は十分おこなわれていない。本研究ではGPの各イソプタを定量化する新たな指標と測定時間の関連性を検討する。

【方法】対象は三重大学病院にてGPを施行した20例20眼(平均年齢57.3歳)。原因疾患は、緑内障8眼、その他12眼である。GP画像をデジタル化し、ImageJによりピクセル値をmm単位に変換後、各イソプタのGP定量指標(Area, Perimeter, Circularity)を算出した。各イソプタの測定時間を記録しGP定量指標との相関を検討した。

【結果】GP測定時間は 440.3 ± 233.5 秒(平均 \pm 標準偏差)であった。V/4eでは 126.0 ± 42.5 秒、I/4eでは 107.4 ± 105.8 秒、I/3eでは 98.5 ± 62.6 秒、I/2eでは 88.2 ± 74.7 秒、I/1eで 48.9 ± 20.0 秒であった。I/2eの測定時間はArea($r=0.64$)と、I/1eの測定時間はPerimeter($r=0.69$)と有意な相関を認めた。総測定時間に占めるI/4eの測定時間は約23%、I/2eは約19%であった。

【結論】GPの定量評価および検査効率の向上を検討した。新たなGP定量指標と測定時間に一部有意な相関を認めた。測定イソプタをI/4e, I/2eの2つに減らすと約60%の時間短縮が可能であると推定される。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

O-2-1

網膜色素変性における暗算課題による課題依存性視覚野反応

○飯田 将展¹、増田洋一郎¹、寺尾 将彦²、
渡邊隆太郎³、山下 歩³、天野 薫³、
小川 胡桃¹、堀口 浩史¹、仲泊 聡¹、
松元 健二⁴、中野 匡¹

¹東京慈恵医大、²山口大、³東京大、⁴玉川大

【目的】網膜変性が生じた部位に対応する視野は欠損し、同様に一次視覚野(V1)の対応する領域(LPZ)の反応も欠損する。しかし、V1-LPZは視覚、聴覚、触覚に関連する課題に対して課題依存性に反応する^{1,2,3}。今回は、作業記憶に基づく暗算課題によっても課題依存性反応が生じるかを検討した。

【対象と方法】対象は、網膜色素変性(RP)1例。機能的磁気共鳴画像法を用い、V1反応を計測した。セッション開始時にランダムな3桁の数字を口頭で被検者に提示し、ピープ音が鳴るたびにその数から7を減算し、セッション終了後に最終値を報告してもらう条件を暗算課題条件とし、開眼、閉眼状態それぞれで実施した。各セッションで、active phase(15秒間、5秒ごとに3回ピープ音呈示)とrest phase(15秒間、ピープ音なし)を10回繰り返した。また、暗算を行わない課題なし条件においても撮像し、active phaseの脳内活動を比較した。課題以外の刺激条件は同一であった。

【結果】課題なし条件ではV1の反応は認めなかったが、暗算課題条件では開眼および閉眼状態の両方においてV1反応を認めた。

【結論】RPにおいて、作業記憶に基づく暗算課題によりV1に課題依存性反応が認められた。課題形式に依存しない課題依存性フィードバック回路の存在が示唆された。

1) Masuda et al., Cereb Cortex. 2008

2) Masuda et al., Invest Ophthalmol Vis Sci. 2010

3) Masuda et al., Curr Biol. 2021

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

一次視覚野(V1領域)：後頭葉に位置し、網膜からの信号を最初に受け取る領域。線の形や色などの基本的な視覚要素を処理し、高次視覚野へ情報を送る。

LPZ(Lesion Projection Zone)：視覚入力欠損した場合、対応するV1の領域を指す。

O-2-2

悪性黒色腫の化学療法中に片眼性視野障害を生じた1例

○柏木 広哉
静岡県立静岡がんセンター

【目的】2002年に当院は新規開院し23年が経った。多くの視野障害の患者を診てきた中で、興味深い症例を提示する。

【対象】60歳女性。

【臨床経過】右拇指の悪性黒色腫(MM)の全身転移のため、ペンプロリズマブ(キイトルーダー®) & イマチニブ(グリベック®)治療を開始した。2か月後、左眼の霧視を自覚し眼科を紹介受診した。初診時所見：視力右0.3(1.2X-3.00D)、左0.1(0.8X-3.00D=Cyl-1.00D)。イマチニブによる両眼瞼浮腫を認めた。対光反射には異常なく左眼に軽度白内障を認めたが、眼内炎症は認められなかった。また視野検査では異常を認めなかった。頭部MRI、血液検査(抗MOG抗体、抗APQ4抗体、抗リカバリン抗体など)では、異常は認められなかった。免疫関連有害事象(irAE)の糖尿病があり、眼部irAEも考え休薬指示も考えた。しかし視機能障害が軽微なことより、癌治療優先として経過観察とした。その1年後に急激な左眼の視力低下(視力0.2)と視野狭窄を生じた。髄液検査で癌性髄膜播種は否定され、化学療法は中止となりステロイドパルス療法を施行した。視力は0.5に視野も改善し、2か月が経過した。

【結論】免疫チェックポイント阻害薬(ICI)による眼障害は増加している。今回もICIによる視神経障害も考えるものの、片眼発症であることやイマチニブなどの関係などもあり、診断に苦慮している。

【利益相反公表基準】該当有

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

免疫関連有害事象(immune-related Adverse Events: irAE)：免疫チェックポイント阻害薬による治療で生じる副作用。全身の臓器に炎症反応を引き起こし、早期発見と適切な対応が重要。

O-2-3

調節痙攣を伴う片眼性の心因性視覚障害の一例

○坂本 麻里、島内 深希、和田 友紀、
中西 裕子、中村 誠
神戸大

【目的】調節緊張を伴う片眼性の心因性視覚障害の一例を報告する。

【症例】17歳女性、授業中に突然黒板が見えなくなり近医受診し、精査目的で紹介となった。矯正視力は右(1.5)、左(0.04)、屈折値は右S-0.25D=cyl-0.25D、左-0.50D=cyl-0.50D、限界フリッカ値は右42Hz、左32Hz、瞳孔に異常なく、対光反応および相対的求心路瞳孔障害(RAPD)は認めなかった。アイモ®静的視野では、単眼測定で左眼に視野障害認めるも、両眼ランダム測定で視野障害の改善みられ、眼内所見および網膜光干渉断層計(OCT)で器質的異常認めないことから心因性視覚障害と診断し、経過観察の方針となった。1年後、左眼の視力低下が改善せず、内斜視を認め再度紹介受診した。矯正視力右(1.5)、左指数弁、RAPD陰性で眼内所見およびOCTではやはり器質的異常は認めなかった。眼軸長は右23.51mm、左23.34mmと左右差ないものの、屈折値は右S-0.75D、左S-7.5D=cyl-0.5Dと左眼に強い近視を認め、眼位は内斜視であった。HESS赤緑試験では指数弁の左眼でも視標を確認でき、内斜視パターンを呈した。調節麻痺薬点眼後、左眼の近視は改善し、片眼性の調節緊張と診断した。心因性視覚障害に調節痙攣を伴うことがあり、両眼性の報告が多い。本症例は、片眼性の心因性視覚障害に調節痙攣を伴い、アイモ®両眼ランダム測定、HESS赤緑試験および調節麻痺前後の屈折検査が診断に有用であった。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】該当無

【IC】取得有

O-2-4

羞明で発症し後天性の双極細胞異常が疑われた1例

○吉田亜莉沙¹、井川 佑郎¹、峰 いずみ²、
今野 聡美¹、橋本 真歩¹、橘 緑¹、
庄司 拓平^{1,2}、三宅 養三³、篠田 啓¹
¹埼玉医大、²小江戸眼科内科、³名古屋大

【緒言】近年、突然の羞明を自覚し、網膜電図は混合応答で陰性型を呈し、杆体、錐体、フリッカー応答はほぼ消失、しかし夜盲の訴えはなく、視力、色覚、視野は比較的保たれる、という共通の特徴を持つ症例が複数報告され、acute diffuse occult innerretinopathy (ADOIR)と呼ばれている(Kidoら, Doc Ophthalmol 2016, Ozawaら, Doc Ophthalmol 2019, Uenoら, Jpn J Ophthalmol 2019, Hirakataら, Jpn J Ophthalmol 2020)。我々は本症が片眼性に発症した症例を経験したので報告する。

【症例】75歳女性。202X年10月、右眼の羞明と視力低下の原因精査目的で近医より紹介にて埼玉医科大学病院を受診した。5か月前に、右眼に数時間の光視症の後羞明を自覚した。夜盲の訴えはなく、視力は右眼(1.0)左眼(0.9)、眼圧は13/13mmHgで、両眼眼内レンズ挿入眼で、両眼に軽度硝子体混濁、左眼底に黄斑前膜を認めた。ゴールドマン視野検査では内部イソプターの軽度低下を認めた。網膜電図は両眼とも錐体応答は減弱、右眼の混合応答は陰性型でα波は軽度減弱、杆体応答は消失していた。多局所網膜電図は、右眼はほぼ消失し、左眼は黄斑周囲のびまん性の応答密度の低下を認めた。両眼ともに翼状片切除術、水晶体再建術後で、現病歴、薬剤歴、家族歴に特記事項はない。

【結論】本症例は羞明を呈することと網膜電図で網膜内層機能異常を呈する点において上記疾患群と類似しており類似した病態が考えられた。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】該当無

【IC】取得有

O-3-1

オンライン視野検査 Melbourne Rapid Fields 24-2 Rapid とハンフリー 視野計との比較

○杉原 佳恵¹、Yu Xiang George Kong^{2,3}、
細川 満人¹、岡野内俊雄¹

¹倉敷成人病センター、

²Centre for Eye Research Australia, East Melbourne, Victoria, Australia、

³The University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australia

【目的】Melbourne Rapid Fields (MRF)とは、Web ブラウザの視野検査である。MRF 24-2 はハンフリー視野計(HFA)と比較し、高い相関性と有効性が既に報告されている。本研究は、偽陰性の評価の省略により検査時間の短縮を実現した新しい protocol である MRF24-2 Rapid (MRF24-2R)の評価を目的とする。

【方法】前向き横断観察研究で緑内障患者 37 人 37 眼を対象とした。MRF24-2R の結果を HFA24-2 SITA Standard と比較した。平均偏差(MD)、標準偏差パターン(PSD)、偽陽性率、検査時間を評価した。MRF24-2R は 2 回施行し再現性も評価した。

【結果】MRF24-2R は HFA 24-2 SITA Standard と比較し、MD($P < 0.001$, 相関係数 $R = 0.931$)、PSD($P < 0.001$, $R = 0.918$)ともに有意な相関を示した。クラス内相関係数は MD 0.963、PSD 0.955 であった。Bland-Altman 解析による標準誤差は、MD -1.06 dB (95% 誤差許容範囲 LoA -6.99 dB, +4.87 dB)、PSD +1.00 dB (LoA -2.59 dB, +4.59 dB) であった。MRF24-2R の再現性について、標準誤差は MD +0.05 dB (LoA -4.40 dB, +4.50 dB)、PSD +0.13 dB (LoA -2.88 dB, +3.14 dB) であった。偽陽性率は MRF24-2R が有意に低率であった($P < 0.001$)。検査時間は MRF24-2R (177 ± 44 秒)は HFA (362 ± 76 秒)と比較し 50%以下に有意に短時間であった($P < 0.001$)。

【結論】MRF24-2R は可搬性・検査信頼性が高く、短時間で施行でき、緑内障スクリーニングに有効な視野検査であると示された。

【利益相反公表基準】該当有

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

O-3-2

AIにて生成したゴールドマン視野画像と新たな定量評価の試み

○増田 敬翔、高野 玲紋、黒沢 恭花、
生杉 謙吾、間瀬 陽子、山下 修人、
永嶋竜之介、加藤久美子、近藤 峰生
三重大

【目的】ゴールドマン視野検査(GP)の定量評価として、2018年に改正された身体障害認定基準の視野角度がある。本研究では、イソプタ形状の特徴を定量評価する新たなパラメータを提案し、その有用性を検討する。

【対象と方法】ChatGPT-4oを用いて仮想的に作成したGP画像20枚を対象とした。正常、水平半盲、垂直半盲、中心視野狭窄例をそれぞれ5枚ずつ含め、I/4e イソプタを生成した。GPをデジタル画像として取得、ImageJ 1.54gを用いピクセル単位をmm単位に変換した。評価指標として、Area(面積/mm²)、Perim(周囲長/mm)、その他、Major、Minor、Angle、Circ、AR、Round、Solidity等のパラメータを算出した。

【結果】視野角度8方向の総和の平均は274.2 ± 66.8度、Areaは6315.4 ± 3102.8mm²、Perimは334.3 ± 117.7mmであった。視野角度の総和と新しいパラメータの相関を検討した結果、Area、Perim、Major、Minorとの間に相関係数0.9以上の強い相関を、Circ、AR、Round、Solidityとの間には0.4~0.7の中程度の相関を認め、Angleとの間には有意な相関はなかった。視野角度(8方向)の標準偏差と新しいパラメータにおいても同様の相関がみられたが、Circでは視野角度の総和より標準偏差との相関が高かった($r = -0.448$ v.s. -0.581)。

【結論】新たなGPの定量法は視野角度の総和と相関を認め、イソプタの特徴をより客観的に評価できる可能性がある。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

ChatGPT-4o: テキスト・画像・音声を同時処理し、高速で正確な応答を生成するAIモデル。他に Gemini, Claude, Copilot, Perplexity などがある。

O-3-3

視神経炎の治療経過における中心視野および周辺視野の定量的評価

○橘 緑¹、西山 友理¹、井川 佑郎¹、
石川 弘¹、可見 一孝²、篠田 啓¹
¹埼玉医大、²滋賀医大

【目的】視神経炎の治療経過におけるゴールドマン視野(GP)の変化を中心30度と周辺に分割して定量的に評価し、視力および視野の回復について検討する。

【対象と方法】2023年4月から同年12月の間に埼玉医科大学病院で視神経炎に対しステロイドパルス(SP)療法がおこなわれた14例16眼のうち、初診時(T1)、初回SP直後(T2)、最終経過観察時(T3)の3時点で視力検査とGPが行われた症例を診療録から抽出した。GPのインプター面積測定にはSketchUpを使用した。各インプターをSketchUp上でトレースし面積をdeg²で算出した。各面積値に対し視標輝度に対応した感度値を乗じて体積値(deg²×dB)を算出し、中心30度と周辺のGP体積値と視力を比較検討した。

【結果】年齢は36.4±21.4(平均±標準偏差)歳で、性別は男性1例2眼、女性8例9眼であった。T1、T2、T3におけるlogMAR平均は1.40、0.50、0.09であった。同様にGPの視野体積(deg²×dB)の平均値は、中心30度においては23240、63214、792723、30度外は32590、127669、163006といずれも改善していた。T1-T2におけるlogMARの推移はp=0.0113、T2-T3はp=0.0063であり、中心30度視野体積の推移はT1-T2:p=0.0020、T2-T3:p=0.0104、30度外視野体積の推移はT1-T2:p=0.0006、T2-T3:p=0.1310であった。T2-T3における30°外体積のみ有意な回復を認めず、その他は全て有意な改善を示していた。

【結論】視神経炎の視機能の回復は視野の中心と周辺で異なる可能性がある。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】審査中

【IC】該当無

O-3-4

Time of Flight(TOF)センサーを用いたタブレット型視野計における検査距離測定

○杉野 日彦¹、野本 裕貴¹、松本 長太¹、
七部 史¹、乙黒みなみ²、木村 伸司²、
井上 智²、日下 俊次¹
¹近畿大、²(株)クリュートメディカルシステムズ

【目的】タブレット型視野計での視野検査では機器と被験者の距離が検査結果に大きく影響するが、検査距離が測定できるタブレット型視野計は現在存在せず、適切な距離で検査が行えているか評価が難しい。今回、我々は検査距離の測定が行えるTOFセンサーを内蔵したタブレット型視野計を開発し、その検査結果と検査中の検査距離を評価した。

【方法】使用機器はTOFセンサーを内蔵し、年齢に応じて10、12、14dBのフリッカー視標(背景光は100.9cd/m²)を4点同時に呈示するタブレット型視野計(Multi-Stimulus Vision Tester: MVT)を用いた。検査開始時に検査距離が25cmとなるように頭位を調整し、検査結果、所用時間、検査中の検査距離の変化を主要項目として解析を行なった。

【結果】36例58眼のボランティア眼(平均年齢47.8±15.1歳)において、視野検査の結果は24刺激視標に対し平均23.8±0.7に回答を認め、平均検査時間は67±33秒であった。検査距離は中央値26.6cm(Inter quarter range: 25.3, 28.1cm、最大31.3cm、最小20.9cm)、25cm未満が10眼、25cm以上が48眼であった。また、検査距離と年齢(相関係数0.15、p=0.256)、検査時間(相関係数0.06、p=0.665)に相関は認めなかった。

【結論】検査中の検査距離は25cmよりも大きくなる傾向があった。その中で前後5cm以上距離が変わる場合もあり、タブレット端末での視野検査では距離が変わることにより検査結果に影響を与える可能性が考えられた。

【利益相反公表基準】該当有

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

Time of Flight (TOF) センサー：光や音の反射時間を使って物体までの距離を測る装置。

O-3-5

RPE65 網膜症と RPGR 網膜症における全視野刺激検査 (FST) による光感度の比較

○藤波 優^{1,2,3}、鈴木 泰賢¹、Jeff Farmer⁴、
角田 和繁¹、藤波 芳^{1,3}

¹東京医療センター・臨床研究センター、

²慶応義塾大学 医学部 医療政策管理学教室、

³Department of Genetics, UCL Institute of
Ophthalmology, London, UK、

⁴Diagnosys LLC

【目的】全視野刺激検査 (FST) は、重度視覚障害患者の暗順応下視機能の評価し、光閾値を測定する手法である。遺伝子治療の重症度評価や治療効果判定に広く用いられ、2024 年に ISCEV/IPS ガイドラインが発出された。本研究では、RPE65 網膜症と RPGR 網膜症の FST 測定結果を比較し、光感度の特性を検討した。

【対象と方法】東京医療センターで RPE65 網膜症または RPGR 網膜症と診断され、FST を受検した遺伝性網膜ジストロフィー (IRD) 患者を対象とした。FST は 45 分間の暗順応後、赤 627 nm、青 448 nm、白色刺激で測定 (Diagnosys, LLC) し、ISCEV/IPS ガイドラインに準拠した。マニュアルグレードで高質と判断されたデータで FST 閾値を比較した。

【結果】RPE65 網膜症 7 例 14 眼、RPGR 網膜症 12 例 24 眼を対象とした。対象者の中央値は年齢 31.5 歳、発症年齢 3 歳、LogMAR 矯正視力 1.0 であった。FST 閾値 (\log_{10} cd.s.m⁻²) は、RPE65 群 / RPGR 群で、赤色刺激 -3.05 (-5.93 ~ -1.71) / -5.57 (-7.65 ~ -0.18)、青色刺激 -1.17 (-3.59 ~ -2.18) / -3.26 (-5.36 ~ -0.10)、白色刺激 -2.46 (-5.05 ~ -1.17) / -4.71 (-6.87 ~ -0.14) であり、すべての刺激色で統計的に有意差が認められた。

【結論】RPE65 網膜症と RPGR 網膜症では、赤・青・白色刺激に対する網膜感度に有意差が確認された。幼少期に夜盲を呈する 2 疾患で異なる網膜感度が示され、FST 評価の個別化医療への有用性が示唆された。

【利益相反公表基準】 該当有

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

RPE65 網膜症、RPGR 網膜症：本邦で遺伝子治療またはその治験が行われている遺伝性網膜疾患。

ISCEV/IPS ガイドライン：International Society for Clinical Electrophysiology of Vision と Imaging and Perimetry Society。視覚に関する 2 つの国際的な学会が推奨している検査手順や報告方法

O-4-1

8.5歳から6年間の黄斑湾曲度の変化と眼軸長との関係

○山下 高明¹、朝岡 亮²、芳原 直也¹、
柿内奈保子¹、坂本 泰二¹
¹鹿児島大、²聖隷浜松病院

【目的】コホート研究で8.5歳と14.5歳時の黄斑湾曲度を数値化し、6年間の眼軸伸長との関連を調査した。
【対象と方法】対象は本研究に同意し、平成26年10月(8.5歳)から令和2年10月(14.5歳)に毎年継続して検査できた鹿児島大学附属小学校75人の右眼。光学式眼軸長測定装置OA-2000(TOMEY)を用いて眼軸長を測定し、最終年度から初年度の眼軸長を引いて眼軸伸長を算出した。3D OCT-1 Maestro (TOPCON)の黄斑縦断面の色素上皮層の湾曲度をImageJのcurve fitterプログラムで2次曲線に近似し、X2乗の係数で黄斑湾曲度として数値化した。8.5歳時の眼軸長、黄斑湾曲度と眼軸伸長との相関を調査した。
【結果】平均眼軸長は8.5歳時23.34mm、14.5歳時24.82mmで有意に長くなった($p<0.001$)。平均黄斑湾曲度は8.5歳時0.014、14.5歳時0.041で有意に大きくなった($p<0.001$)。6年間の眼軸伸長量は8.5歳時の眼軸長($r=0.23$ 、 $p=0.046$)、黄斑湾曲度($r=-0.28$ 、 $p=0.014$)と有意な相関を認めた。
【結論】8.5歳からの6年間では初年度の眼軸長が長く、黄斑湾曲度が小さいほど眼軸伸長が大きい傾向があった。8.5歳時の眼軸長と黄斑湾曲度は学童期の眼軸伸長の予測因子となりえる。

【利益相反公表基準】該当有
【倫理審査】承認有
【IC】取得有

O-4-2

7年間の眼底健診における緑内障発症と網膜血管シフトとの関係

○菅原 芽生¹、山下 高明¹、朝岡 亮²、
藤野 友里²、村田 博史³、杉原 一暢⁴、
谷戸 正樹⁴、武藤 繁貴⁵、坂本 泰二^{1,5}、
¹鹿児島大、²聖隷浜松病院、
³国立国際医療研究センター病院、⁴島根大、
⁵聖隷健康診断センター

【目的】健診で継続して撮影された眼底写真を用いて、緑内障発症と網膜血管シフトとの関連について調査した。
【方法】対象は2010年9月から2019年3月までに聖隷健康診断センターで収集された眼底写真で、7年間経過観察できた10455人の右眼のうち、経過中に緑内障性視神経萎縮が新たに出現した331眼。無散瞳眼底カメラDG-10(Canon)で眼底写真を撮影し、非接触式眼圧計TX-F(Canon)で眼圧を測定した。パワーポイントで初年度と半透明化した最終年度の眼底写真を重ね合わせたのち、半透明化を解除してアニメーションのフェードで網膜血管シフトの有無を調査した。網膜血管シフトの有無で2群に分け、初年度の年齢・眼圧・性別に差についてMann-Whitney U testとカイ2乗検定で調査した。
【結果】男性222眼、女性109眼、初年度の年齢は平均55.2歳、眼圧は13.5mmHgであった。網膜血管シフトを105眼に認め、網膜血管シフトあり群となし群では初年の年齢・眼圧・性別に有意差はなかった。
【結論】7年間で新規に緑内障性視神経萎縮を生じた眼では31.7%に網膜血管シフトを認めた。

【利益相反公表基準】該当有
【倫理審査】承認有
【IC】取得有

O-4-3

眼位による視神経乳頭血流変化は緑内障の有無で異なるか？：LSFGによる検討

○宇田川さち子、東出 朋巳、介田 理子、
山下 陽子
金沢大

【目的】眼位変化によって視神経乳頭や視神経に強い負荷が生じるとされている。眼位による視神経乳頭血流変化が緑内障の有無によって異なるかを Laser Speckle Flowgraphy (LSFG) によって検討した。

【対象と方法】正常 24 例 24 眼(平均年齢：48.9 歳、平均眼軸長：24.6mm)、緑内障 55 例 55 眼(平均年齢：54.7 歳、平均眼軸長：25.8mm) に対し、正面視(内転 0°)、内転 15°、30° の 3 つの眼位にて LSFG で視神経乳頭部を撮影した(フォローアップ機能使用)。内転量と視神経乳頭(組織部位)全体および 4 象限それぞれの平均 mean blur rate (MBR)、波形パラメータ (skew、BOS、BOT、Rising rate、Falling Rate、FAI、ATI、RI、Fluctuation)、拍動成分パラメータ (BS、BOM) との関係、年齢、眼軸長、眼圧、心拍数、平均血圧、視神経乳頭面積、ハンフリー視野 24-2MD 値を制御変数とした多変量線形混合効果モデルにて検討した。

【結果】MBR(乳頭全体および下方象限)は正常眼では内転量が大きいほど有意に低下した ($\beta = -0.02$ 、 $p = 0.004$ 、 $\beta = -0.02$ 、 $p = 0.003$)。波形パラメータの ATI(全体)と拍動成分パラメータの BS(下方)は正常眼では内転量が大きいほど有意に低下した ($\beta = -0.04$ 、 $p = 0.003$ 、 $\beta = -0.02$ 、 $p = 0.004$)。緑内障眼では MBR および全てのパラメータで内転に伴う有意な変化はなかった。

【結論】正常眼では内転によって視神経乳頭血流と波形が有意に変化した。緑内障眼では有意な変化がなかった。

【利益相反公表基準】 該当有

【倫理審査】 承認有

【IC】 取得有

O-4-4

視野障害者の運転適正評価
～ 長野県における取り組み

○園原 和樹
桔梗ヶ原病院

【目的】緑内障や脳血管障害による視野障害と交通事故との関連が報告されているが、運転能力を損なう視野障害の範囲は明らかとなっていない。日本の道路交通法では、視野障害者の運転可否に関する明確な基準は設けられておらず、両眼が視力を有していれば視野についての制約はないのが現状である。一方で、脳血管障害の後遺症として視野障害を生じることがあり、今回、視野障害を有する脳血管障害者の運転適正評価について検討した。

【方法】長野県には、医療機関・指定自動車教習所協会・運転免許センターの関係者が集まり、脳血管障害者の運転支援について協議する「長野県障がい者運転支援連絡会」が存在する。2022 年から 2023 年の 2 年間にわたり、信州大学医学部附属病院眼科学教室の協力を得て、視野障害を有する脳血管障害者の運転適正評価に関する話し合いを行った。

【結果】長野県障がい者運転支援連絡会では、視野障害を有する脳血管障害者の運転適性評価について、次のように定めた。(1)視野障害が示唆された場合、視野検査を実施して視野障害の部位を定量的に評価する、(2)運転適性評価は医療機関・教習所・免許センターの三者が連携して実施する、(3)医療機関での評価と教習所の実車評価を組み合わせ、多角的な視点から運転能力を総合的に評価する。

【結論】運転適性評価の方法を定めることで、視野障害を有する脳血管障害者の運転再開への道が開かれた。

【利益相反公表基準】 該当無

【倫理審査】 該当無

【IC】 該当無

Laser Speckle Flowgraphy(LSFG)：レーザーの反射散乱光を利用して眼底血流分布を可視化する装置。視神経乳頭、網膜、脈絡膜の局所血流の定量分析も行われている。

O-4-5

視野障害患者の視線特性と事故回避

○佐藤菜摘子¹、國松 志保¹、平賀 拓也¹、
岩坂笑満菜¹、千葉 るい¹、桑名 潤平²、
伊藤 誠²、横田 聡³、広田 雅和⁴、
溝田 淳¹、井上 賢治⁵

¹西葛西・井上眼科病院、²筑波大学システム情報系、

³神戸アイセンター病院、

⁴帝京大学医療技術学部視能矯正学科、⁵井上眼科病院

【目的】視野障害患者の事故リスクは明らかになっていない。今回われわれは、視線追跡装置を用いたドライビングシミュレータ(DS)を施行し、視野障害患者の事故回避に必要な因子を検討した。

【対象と方法】2019年7月から2025年1月までに運転外来を受診した網膜色素変性(RP)20名(RP群)、緑内障169名(緑内障群)に対して視力検査、Humphrey視野検査(HFA24-2)、エスターマン視野検査とDSを施行した。DSでは、左右の飛び出しなど全14場面での事故の有無を記録し、据え置き型視線計測装置(Tobii Pro Nano)にて測定した走行中の水平方向の視線位置の標準偏差を「視線の広がり」と定義した。HFA24-2より両眼重ね合わせ視野(IVF)を作成し、上下13-24度内、12度内に分割し平均網膜感度を求め、両群を比較検討した。

【結果】RP群は、緑内障群より若年であり($P < 0.0001$)、視力良好眼の視力、視野良好眼・不良眼の mean deviation、エスターマンスコア、IVF 上下13-24度の平均網膜感度が有意に低下していた($P = 0.023$, < 0.0001 , 0.0071 , < 0.0001 , < 0.0001 , < 0.0001)。DS事故数(RP: 1.3 ± 1.9 件、緑内障: 1.4 ± 1.4 件、 $P = 0.41$)、IVF 上下12度内の平均網膜感度に有意差はなかった。RP群の視線の広がり、緑内障群よりも大きかった(RP: 232.5 ± 61.4 px、緑内障: 178.9 ± 38.5 px、 $P = 0.0002$)。

【結論】視野障害患者は、周辺視野障害を視線の動きで補填して、事故を回避している可能性がある。

【利益相反公表基準】該当無

【倫理審査】承認有

【IC】取得有

第14回日本視野画像学会学術集会

視野のすすめ 道草と探求

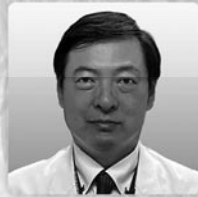
共催セミナー

ランチョンセミナー1

日時：2025年5月31日（土）12:05～12:55

会場：第1会場（ソニックシティ 2F 小ホール）

患者さん視点の選択肢



<座長>

篠田 啓先生(埼玉医科大学)



講演1

『患者さん視点での視野検査の選択』

庄司 拓平先生
(小江戸眼科内科/埼玉医科大学)



講演2

『患者さん視点での緑内障治療薬の選択』

溝上 志朗先生
(愛媛大学)



共催：第14回日本視野画像学会学術集会 / 千寿製薬株式会社 / 大塚製薬株式会社

SENJU

Otsuka

共催：千寿製薬株式会社 / 大塚製薬株式会社

ランチョンセミナー2

日時：2025年5月31日（土）12:05～12:55

会場：第2会場（ソニックシティ 4F 国際会議室）

第14回日本視野画像学会学術集会

神経眼科専門医から学ぶ NMOSD診療アップデート



日時：2025年5月31日（土）12:05～12:55

会場：ソニックシティ 国際会議室 第2会場

座長



町田 繁樹 先生 獨協医科大学埼玉医療センター
眼科 主任教授

1989年 岩手医科大学医学部卒業
1994年 岩手医科大学医学研究科修了、医学博士
1997年 岩手医科大学医学部眼科講師
1998年 米国ミシガン大学ケロッグアイセンター研究員
(2年3ヶ月)
2005年 岩手医科大学医学部眼科助教授（准教授）
2015年 獨協医科大学越谷病院眼科主任教授

【特別講演】

「難治性視神経炎の臨床的特徴とその治療」

演者



石川 均 先生 北里大学医療衛生学部
視覚機能療法学専攻 教授

1988年 北里大学医学部卒業
1994年 北里大学大学院博士課程眼科専攻修了
1994～1996年 米国オハイオ州立大学薬学部薬理学教室留学
1996年 北里大学医学部眼科学講師
2002年 国際医療福祉大学附属熱海病院眼科学助教授
2005年 北里大学医療衛生学部視覚機能療法学教授
2005年 北里大学大学院医療系研究科視覚情報科学教授

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー3

日時：2025年6月1日（日）12:25～13:15

会場：第1会場（ソニックシティ 2F 小ホール）

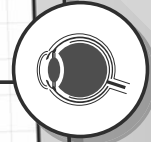
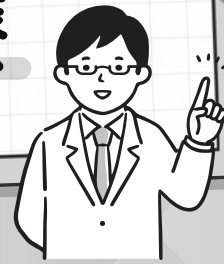
Santen



お悩み解消！



前視野緑内障の 診断と治療



座長



篠田 啓 先生
(埼玉医科大学)

人生100年時代と言われて久しい昨今、緑内障診療においては長期管理の重要性がますます高まりを見せています。患者さんが生涯にわたり良好な視野を維持するために、まず重要なことは早期発見ですが、とりわけ前視野緑内障の診断と治療では悩まれることが多いのではないのでしょうか？

近年では検査機器の発達により、緑内障の微細な構造変化や機能変化の検出が可能で、より早期の診断や進行判定につなげることができるようになってきました。

また、現在多数の治療薬がありますが、治療を開始する際には、初期の治療脱落の回避や長期管理を見据えた薬剤選択が求められます。

患者さんにとって望ましい緑内障診療とはいかなるものか、本セミナーでは前視野緑内障の診断と治療に焦点をあて2人のエキスパートに先生方のお悩みを解消していただきます。

明日からの診療にお役立ていただける内容となっていますので、一人でも多くの先生方のご参加をお待ちしております。

演者1

診断のお悩み解消！

庄司 拓平 先生
(埼玉医科大学・小江戸眼科内科)



演者2

治療のお悩み解消！

結城 賢弥 先生
(名古屋大学)



共催：参天製薬株式会社

ランチョンセミナー4

日時：2025年6月1日（日）12:25～13:15

会場：第2会場（ソニックシティ 4F 国際会議室）

座長

山野井 貴彦 先生

上尾中央総合病院 脳神経内科 科長



演者

澤村 裕正 先生

帝京大学医学部 眼科学講座 准教授



演題

「 眼科からみるNMOSD診療について 」

共催：田辺三菱製薬株式会社

モーニングセミナー

日時：2025年6月1日（日）8:00～8:50

会場：第1会場（ソニックシティ 2F 小ホール）

視機能のすすめ

【座長】



埼玉医科大学
篠田 啓 先生

アイモ vifa の強みは“明室で使えてコンパクト”だけではありません。
両眼それぞれに独立した液晶による検査は、
より深い視機能の探求を実現します。
本セミナーでは、検査・疾患・機能の3つの切り口から
アイモ vifa だからできる視野検査の可能性をご紹介します。



演者①



☑検査を探求する

両眼同時視野検査

新潟大学医歯学総合病院
視能訓練士

松浦 将人 先生

【略歴】

2009年 あきば眼科
2010年 新潟大学医歯学総合病院
2014年 東京大学医学部付属病院
2020年 さど眼科
2021年 北里大学大学院 修了
2022年 新潟大学医歯学総合病院

演者②



☑疾患を探求する

神経眼科の症例

神戸大学医学部 坂本 麻里 先生

【略歴】

2003年 神戸大学医学部 卒業
2003年 神戸大学医学部附属病院
2004年 兵庫県立柏原病院
2005年 神戸大学医学部附属病院
2018年 神戸大学大学院医学研究科
外科系講座眼科学分野 助教
2025年 神戸大学大学附属病院眼科 病院講師

演者③



☑機能を探求する

ERG含めた視機能検査

埼玉医科大学 篠田 啓 先生

【略歴】

1990年 慶應義塾大学医学部 卒業
1995年 杏林大学で網膜硝子体臨床フェロ-
チュービンゲン大学 留学
2001年 慶應大学医学部眼科 助手
2002年 東京医療センター 眼科医長
2005年 大分大学医学部眼科 准教授
2007年 帝京大学医学部眼科 准教授
2009年 同教授
2013年 同教授
2016年 埼玉医科大学医学部眼科 教授

共催：株式会社クリュートメディカルシステムズ

イブニングセミナー 1

日時：2025年5月31日（土）17:25～18:15

会場：第1会場（ソニックシティ 2F 小ホール）

第14回日本視野画像学会学術集会

ES1 イブニングセミナー1

開催場所：ソニックシティ

〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目7-5

日時

2025年5月31日(土)
17:25～18:15

座長

篠田 啓 先生
埼玉医科大学 眼科 教授

講演

17:25～18:15

「視神経脊髄炎スペクトラム障害における視機能改善と再発予防」
～眼科と神経内科の連携による最適な治療戦略～

演者

尾上 祐行 先生
獨協医科大学埼玉医療センター 脳神経内科 准教授
埼玉県済生会加須病院 脳神経内科

ALEXION[®]
AstraZeneca Rare Disease

共催 アレクシオンファーマ合同会社

ユルトミリス[®]
(ラブリズマブ)

共催：アレクシオンファーマ合同会社

イブニングセミナー 2

日時：2025年5月31日（土）17:25～18:15

会場：第2会場（ソニックシティ 4F 国際会議室）

視野画像からの 診療・手術戦略



座長

朝岡 亮先生
(聖隷浜松病院)



早期緑内障手術治療による
視野維持～Hydrus®
緑内障マイクロステント～

演者

庄司 拓平先生
(小江戸眼科内科 白内障・
緑内障・糖尿病クリニック)



緑内障手術と
視野障害

野本 裕貴先生
(近畿大学)



NGENUITYを用いて
視野と画像を活用した
網膜硝子体手術

米田 一仁先生
(さくら眼科グループ・
晶会アイセンター)

共催：日本アルコン株式会社

イブニングセミナー 3

日時：2025年6月1日（日）15:15～16:05

会場：第1会場（ソニックシティ 2F 小ホール）



第14回日本視野画像学会学術集会
イブニングセミナー3
ES3

日時

2025年6月1日（日）
15:15～16:05

会場

第1会場（ソニックシティ 小ホール）
〒330-8669
埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5

『改訂！新生血管型加齢黄斑変性の診療ガイドライン』



座長

埼玉医科大学医学部眼科 教授

篠田 啓 先生



講演

上尾中央総合病院 副院長/アイセンター長

飯田 知弘 先生



共催：第14回日本視野画像学会学術集会



Bayer バイエル薬品株式会社



参天製薬株式会社

MTG25-00382969-20250219 PP-EYL_8mg-JP-0135-26-03

共催：バイエル薬品株式会社／参天製薬株式会社

後援・協力・協賛団体企業一覧

第14回日本視野画像学会学術集会開催にあたり、多大なるご協力に感謝いたします。

第14回日本視野画像学会学術集会

会長 篠田 啓

(埼玉医科大学 医学部 眼科)

後援団体

埼玉県眼科医会

公益社団法人日本視能訓練士協会

協力団体

視覚障害者の安全運転支援プロジェクト

日本ロービジョン学会

協賛団体・企業

アールイーメディカル株式会社

株式会社アイネクスト

アムジェン株式会社

アレクシオンファーマ合同会社

エイエムオー・ジャパン株式会社

株式会社エムイーテクニカ

大塚製薬株式会社

株式会社オービーエス

カールツァイスメディテック株式会社

キヤノン株式会社

株式会社クリュートメディカルシステムズ

株式会社 KY CenterVue

興和株式会社

医療法人小江戸

株式会社コーナン・メディカル

参天製薬株式会社

株式会社 JFC セールスプラン

ジャパン フォーカス株式会社

千寿製薬株式会社

田辺三菱製薬株式会社

中外製薬株式会社

株式会社トーマコーポレーション

株式会社トプコンメディカルジャパン

日東メディック株式会社

公益財団法人日本盲導犬協会

株式会社ニデック

日本アルコン株式会社

ノバルティス ファーマ株式会社

バイエル薬品株式会社

株式会社ビーライン

ファイバーテック株式会社

株式会社ファインデックス

HOYA 株式会社

ライカマイクロシステムズ株式会社

(2025年4月25日現在、五十音順)

第 14 回日本視野画像学会学術集会
プログラム・抄録集

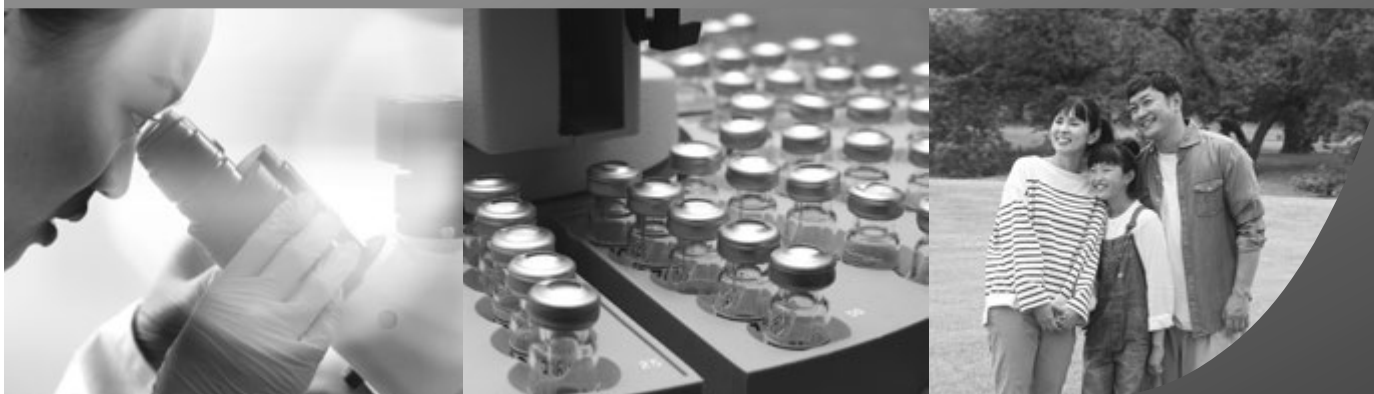
発行日：2025 年 5 月 1 日

会長：篠田 啓

主催事務局：埼玉医科大学 医学部 眼科
〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷 38

運営事務局：〒105-8335 東京都港区芝 3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング 12 階
株式会社 JTB コミュニケーションデザイン コンベンション第二事業局内
E-mail: 14jips@jtbcom.co.jp

AMGEN



To serve patients

患者さんのために、今できるすべてを

アマジェンは1980年、バイオテクノロジーの黎明期に米国カリフォルニア州ロサンゼルス近郊にて産声を上げました。

バイオテクノロジーを患者さんのために役立てることを決意し、以来、探求を重ねてきました。

今日、アマジェンは世界最大規模の独立バイオテクノロジー企業へと成長しました。

日本では、循環器疾患、がん、骨疾患、炎症・免疫性疾患、神経疾患、希少疾患をはじめとする

アンメット・メディカル・ニーズが高い領域に重点を置き、臨床開発から販売までの活動を行っています。

アマジェン株式会社の
詳細につきましては
こちらをご覧ください



2024年7月 CA240055SH1



小江戸眼科内科

白内障・緑内障・糖尿病クリニック

川越駅 西口 徒歩1分

日帰り白内障・緑内障・硝子体手術・レーザー治療

お問い合わせ **049-247-8777**



ホームページで
リアルタイム
待ち時間を
ご覧になれます

[診療時間] 9:00~17:00(土曜午後・日祝除く)

川越市脇田本町15-13 東上パールビル1F
JR・東武東上線「川越駅」西口より徒歩1分/提携駐車場 有

WEB
予約
24時間受付中



鶴ヶ島小江戸眼科 クリニック

鶴ヶ島駅 西口 徒歩2分

レーザー治療・硝子体注射

各種手術相談可能

お問い合わせ **049-234-2015**



ホームページで
リアルタイム
待ち時間を
ご覧になれます

[診療時間] 9:00~17:00(土曜午後・日祝除く)

川越市鯨井新田6-1 第3今泉ビル2F
東武東上線「鶴ヶ島駅」西口より徒歩2分

WEB
予約
24時間受付中



NEW

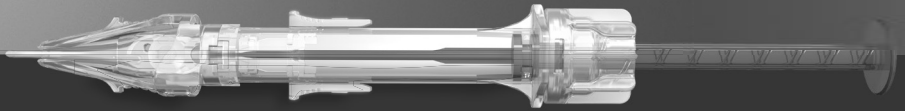
日本企業発

非球面・回折型3焦点10L

Vivinex Gemetric Vivinex Gemetric Plus

同一加入度数でありながら遠近のエネルギー配分が異なる2タイプをご用意。重視する距離に応じて、

- ▶左右眼で2種を入れ分けるParing
 - ▶両眼Vivinex Gemetric
- の選択が可能。



Vivinex Gemetric

モデル: XY1-G
販売名: Vivinex ジェメトリック
承認番号: 30500BZX00263000

Vivinex Gemetric Plus

モデル: XY1-GP
販売名: Vivinex ジェメトリックプラス
承認番号: 30600BZX00229000

Vivinex Gemetric Toric

モデル: XY1-GT2, XY1-GT3, XY1-GT4, XY1-GT5, XY1-GT6
販売名: Vivinex ジェメトリック トーリック
承認番号: 30500BZX00264000

Vivinex Gemetric Plus Toric

モデル: XY1-GPT2, XY1-GPT3, XY1-GPT4, XY1-GPT5, XY1-GPT6
販売名: Vivinex ジェメトリックプラス トーリック
承認番号: 30600BZX00230000

製造販売元: HOYA 株式会社
東京都新宿区西新宿6-10-1

Vivinex, multiSert, Gemetric, Gemetric Plusは
HOYA株式会社またはその関連会社の商標または
登録商標です。

HOYA
SURGICAL OPTICS

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

2025-01-30_HS0J_XY1-G_XY1-GT_XY1-GP_XY1-GPT_AD_JP_01



Rhoキナーゼ阻害薬 / α_2 作動薬配合剤
- 緑内障・高眼圧症治療剤 -

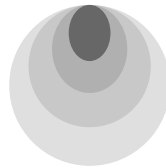
薬価基準収載

ガラアルファ® 配合点眼液

GLA-ALPHA® combination ophthalmic solution

〈リパズル塩酸塩水和物・プリモニジン酒石酸塩配合点眼液〉

処方箋医薬品: 注意—医師等の処方箋により使用すること



Rhoキナーゼ阻害薬 - 緑内障・高眼圧症治療剤 -

薬価基準収載

ガラナテック® 点眼液 0.4%

GLANATEC® ophthalmic solution 0.4% (リパズ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

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。



挿入器付後房レンズ

アバンシィ™

YP2.2R

プリロード1P

高度管理医療機器 承認番号: 22500BZX00348000



製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)
興和株式会社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2025年3月作成

iCare HOME2

眼圧日内変動データに基づいた 緑内障マネジメント

患者さん自身が、昼夜問わず様々な時間帯に眼圧を測定できます。眼圧日内変動やピーク値、時間帯ごとの眼圧値のデータが得られ、変動のパターンが明らかになります。

高い精度と使いやすさ

- スマートライトガイドの色で、正しい測定位置をお知らせします。
- 眼圧の測定値や測定履歴は本体のディスプレイで確認できます。
- 専用ソフトウェアで眼圧日内変動の詳細なグラフを確認できます。



M.E.Technica
www.mettechnica.co.jp



新しいコンセプトの
単焦点 IOL



TECNIS
Eyhance® IOL

with TECNIS SIMPLICITY® Delivery System

OptiBlue®

販売名：テクニス アイハンス VB Simplicity
医療機器承認番号：30300BZX00084000



エイエムオー・ジャパン 株式会社

東京都千代田区西神田3丁目5番2号

© AMO Japan K.K. 2023

Johnson & Johnson VISION

PP2021CT4616
M892ADIB0-21Q20008

RetCam Envision™

広画角デジタル眼撮影装置

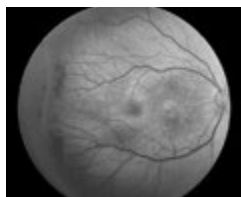
natus.

新しく誕生する全ての命に 明るい世界を見てほしい

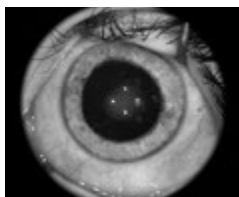
世界85か国以上の眼科や小児科のほか、手術室、NICUで2,500台以上の RetCam が稼働。1,500万人を超える子どもたちの、眼底疾患治療のために活用されています。更なる進化を遂げた RetCam Envision は、革新的機能で次世代の眼科診療に貢献します。

鮮明で繊細な画像イメージにより 様々な眼疾患の早期発見に寄与

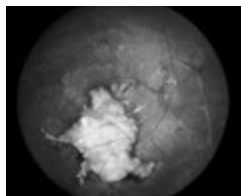
革新的な Light Shaping Technology や大型タッチスクリーンモニターの採用で、より鮮明で繊細な画像イメージの再現が可能に。様々な眼疾患の早期発見に寄与するとともに、各診療科との連携もシームレスに行えます。



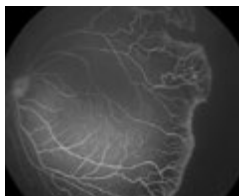
ROP with Hemorrhages



External View of
Retinoblastoma Through Pupil



Retinoblastoma



ROP



iNEXT

株式会社 アイネクスト

〒261-0023 千葉県千葉市美浜区中瀬1丁目9-1 スターツ幕張ビル13F

TEL/FAX : 043-307-5533 URL : <http://www.inext-med.com>

AUTOMATIC PERIMETER

OCTOPUS600

自動視野計オクトパス 600

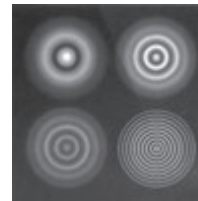


Pulsar と
White-on-White の
視野測定を
1つの機器で

Pulsar視野測定

視認性の高い視標での検査

従来の White-on-White 検査のように、視標が小さな光（ゴールドマンサイズⅢ/0.43°）ではなく、波紋状、輪状の大きな視標（5°）で、呈示時間も従来の 0.1 秒より 0.5 秒間の呈示となっており、検査を受けられた多くの患者さまに、従来の視野検査より楽に検査ができた、という評価を得ています。過去数十年間におけるさまざまな研究によって、緑内障では、コントラスト感度とフリッカー感度が影響されていることが示されています。Pulsar 視野測定は10Hzで反相点滅するフリッカー及びコントラストの調整されたリング視標を呈示する、両方を組み合わせた新しい視野測定です。



White-on-White視野測定

長期フォローアップのために

緑内障及びさまざまな他疾患の長期フォローアップでは、標準的な White-on-White 視野測定が推奨されています。オクトパス 600 では TFT 技術を使用し、ちらつきのない画面で標準的な視野測定が可能です。



1分スクリーニング検査 (GST)

片眼わずか約 1 分でスクリーニング検査を行える機能が搭載されています。従来の W/W 検査の他、Pulsar 検査にも対応しています。

コンパクトな設計で設置場所を選びません

人間工学に基づいたデザイン

HS HAAG-STREIT
DIAGNOSTICS

スイス ハーグストレイト社

検査中の固視監視による 検査結果の高い信頼性

OCTOPUS 独自のアルゴリズムによる短い検査時間に加え緑内障検出に適した G プログラムの他 30-2、24-2、10-2 等の標準的な検査プログラムに対応。

静的視野計による視野障害者認定で用いるエスターマン検査にも対応しています。

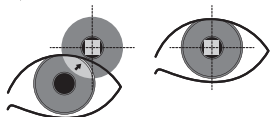
✓ 自動固視監視

患者がまばたきをした瞬間に視標呈示をした場合、固視不良と認識し時間を置いて再検査を行います。その為患者は普段通り自由にまばたきをしても検査結果に影響はありません。



✓ 自動瞳孔追尾機能による高速処理

自動瞳孔追尾（オートアイトラッキング：AET）を使用すると測定眼の位置ずれを検知し、最適な位置に自動的に調整する機能です。この機能により、レンズリム部のアーチファクトを生じるリスクを最小限に抑え被検者の手間を軽減させ、検査時間の短縮にもつながります。



✓ 「フォローアップ」ボタンで時間を節約

✓ ネットワーク対応 ✓ ペンタッチ入力

AUTOMATIC PERIMETER

OCTOPUS900

自動視野計オクトパス 900



アールイーメディカル株式会社
R E MEDICAL, INC.
www.re-medical.co.jp



眼科用VEGF^注阻害剤 薬価基準収載

ベオビュ[®] 硝子体内注射用 キット120mg/mL

(ヒト化抗VEGFモノクローナル抗体一本鎖Fv断片)

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

Beovu[®] プロルシズマブ(遺伝子組換え)硝子体内注射液

注) VEGF: VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR(血管内皮増殖因子)

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。



製造販売(輸入) (文献請求先及び問い合わせ先)

ノバルティス ファーマ株式会社
東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

ノバルティス ダイレクト 販売情報提供活動に関するご意見
TEL: 0120-003-293 TEL: 0120-907-026
受付時間: 月~金 9:00~17:30 (祝日及び当社休日を除く)

2022年6月作成

 **NOVARTIS**

見える、を想う。
おも

ふたつの光で、花開く アイラミド®



α_2 作動薬 / 炭酸脱水酵素阻害薬配合剤
緑内障・高眼圧症治療剤

薬価基準収載

アイラミド® 配合懸濁性点眼液

AILAMIDE® COMBINATION OPHTHALMIC SUSPENSION

プリモニジン酒石酸塩・布林ゾラミド配合懸濁性点眼液
処方箋医薬品^{※1} (注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）
- 2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
 - 2.2 低出生体重児、新生児、乳児又は2歳未満の幼児 [9.7.2 参照]
 - 2.3 重篤な腎障害のある患者 [9.2.1 参照]

4. 効能又は効果

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

5. 効能又は効果に関連する注意

単剤での治療を優先すること。

6. 用法及び用量

1回1滴、1日2回点眼する。

8. 重要な基本的注意

- 8.1 全身的に吸収される可能性があり、 α_2 -作動剤又はスルホンアミド系薬剤の全身投与時と同様の副作用があらわれることがあるので、留意すること。
- 8.2 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。
- 8.3 本剤の投与により血管新生等を伴う角膜炎があらわれることがあるので、患

者を定期的に診察し、十分観察すること。また、充血、視力低下、霧視等の自覚症状があらわれた場合には、直ちに受診するよう患者に十分指導すること。 [11.1.1 参照]

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

- 9.1 合併症・既往歴等のある患者
 - 9.1.1 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。
 - 9.1.2 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。
 - 9.1.3 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炎の発現が増加する可能性がある。
 - 9.1.4 急性閉塞隅角緑内障の患者
薬物治療以外に手術療法などを考慮すること。

10. 相互作用

10.2 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、炭酸脱水酵素阻害剤（全身投与）アセタゾラミド等、アスピリン（大量投与）

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常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。

11.1 重大な副作用

11.1.1 角膜炎（頻度不明）

[8.3 参照]

11.2 その他の副作用

主な副作用は、霧視（5%以上）、眼刺激、点状角膜炎、味覚異常（いずれも1~5%未満）であった。

21. 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

●その他の注意事項等情報につきましては、電子添文をご参照ください。

製造販売元 千寿製薬株式会社
大阪市中央区瓦町三丁目1番9号

文献請求先及び問い合わせ先：
千寿製薬株式会社 カスタマーサポート室
〒541-0048 大阪市中央区瓦町三丁目1番9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

提携 大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

文献請求先及び問い合わせ先：
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