

九州消化器内視鏡技師会 会誌

第31号
2019年9月

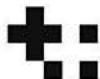


k y u s h u

九州消化器内視鏡技師会

<http://www.kyusyu-gets.com/>

新しくなったOEDで、 より安心な洗浄消毒を。^{※1}



洗剤洗浄機能を
プラス

アルカリ洗剤による洗浄機能で、より
安心な前洗浄を実現しました。



オゾン水生成能力を
プラス^{※2}

オゾン水生成能力を従来より約30
%アップさせ、より安定した濃度管理
が可能となりました。



オゾン水濃度計搭載で
プラス

消毒中、装置内部でオゾン水濃度
を自動的に維持・管理します。イン
ジケータも不要です。



オゾン水 内視鏡洗浄消毒機

OED-1000S Plus

新機能をプラスし、
より確実な消毒機へと
進化しました。



- ① 運転時間は約16.5分(洗浄消毒モード時)
- ② 洗浄時間は選択が可能(1分~10分)
- ③ オゾン水生成能力増で、
より安定した濃度維持を実現

- ④ オゾン水濃度、スコープID、患者ID等の消毒履歴を
装置内部へ自動保存
- ⑤ カラーで見やすいタッチパネル
- ⑥ 幅550mm×奥行500mmのコンパクトな設計

※1:用手洗浄を行い、内視鏡の汚れを十分取り除いた後、本機で洗浄消毒を行ってください。 ※2:OED-1000Sとの比較。

販売元



最適な提案で医療福祉社会に貢献する
新銳工業株式会社

本社 〒362-0055 埼玉県上尾市平方領領家308-2
<http://www.shinei.me>

製造販売元

株式会社IHIアグリテック

〒704-8122 岡山県岡山市東区西大寺新地170-6
TEL.086-944-6528 FAX.086-942-9030
<http://www.ihi.co.jp/iat/>

卷頭言

「令和元年」

九州消化器内視鏡技師会 会長 平田 敦美

大雨による被害に遭われた方々に心よりお見舞い申し上げます。

5月1日より元号が「令和」となり、早いもので4ヶ月が過ぎました。

「令和」への元号には、既にもう馴染んでしまっているように思えます。それは、元号改変を一度経験しているからかもしれません、「令和」という元号に太宰府が深く関わっているということでも、身近に感じているからかもしれません。

最近は、太宰府がテレビで取り上げられたりしていますが、実際、よく知らないことが多いと感じました。

私事で恐縮ですが、あまり興味がなかった万葉集を読み解いてみようとか太宰府巡りをしてみようとか、「元号改変」をきっかけに、今、思っています。

最近は、内視鏡の分野にまで「AI」が導入され、超拡大内視鏡によるAI診断が可能となりました。

私達は、新しいものを受け入れ、知り、学び、活用し、技術を習得していかなければなりません。その為に必要な情報や実践の場を提供できるように考えていきたいと思います。

技師会としましても、令和元年を期して…というわけではありませんが、新しい試みとして九州支部研究会の受付を、技師の方は会員証による自動受付を行えるよう準備中です。できる限り速やかな受付ができるように！と以前から役員の間で話は出ていましたが、やっと実現に至りました。

11月9日宮崎開催の研究会にて試験運用致します。

会員証を忘れずにお持ち頂いて、ご参加の程お願い申し上げます。

九州消化器内視鏡技師会 会誌 2019 VOL.31

— 目 次 —

• 卷頭言	1
• 第74回九州消化器内視鏡技師研究会 発表論文集	3
• 第74回九州消化器内視鏡技師研究会を終えて	49
• 第74回九州消化器内視鏡技師研究会 会計報告書	51
• 第75回九州消化器内視鏡技師研究会 発表論文集	52
• 第75回九州消化器内視鏡技師研究会を終えて	73
• 第26回日本大腸検査学会九州支部会 発表論文集	74
• 第27回日本大腸検査学会九州支部会 発表論文集	81
• 学会・研究会等開催のご案内・お知らせ	89
• 九州各県技師会活動報告・活動計画	103
• 看護委員会特別企画「大腸のお話」	120
• 2019年度消化器内視鏡技師認定試験合格者	125
• 九州消化器内視鏡技師会会則	129
• 九州消化器内視鏡技師会役員名簿	132
• 九州消化器内視鏡技師会役員會議事録	133
• 九州消化器内視鏡技師会評議會議事録	145
• 九州消化器内視鏡技師会 2018年度会計報告	150
• 九州消化器内視鏡技師会 2019年度予算書	151
• 九州消化器内視鏡技師会事務局からのお知らせ	152
• 九州消化器内視鏡技師研究会への演題提出のご案内	153
• 九州消化器内視鏡技師会誌への執筆原稿のご依頼	154
• 九州消化器内視鏡技師会会員情報変更のご案内	155
• 編集後記	163

第74回 九州消化器内視鏡技師研究会

日 時：平成30年11月10日(土) 9:00～17:00

会 場：鹿児島市 宝山ホール

医師世話人：鹿児島大学病院 消化器内科 助教 佐々木文郷

技師世話人：交易財団法人昭和会 今給黎総合病院 梅北 裕司

I. ランチョンセミナー

「大酒家のためのNBI経鼻内視鏡活用術～声を失わないために～」

講師：東京医科歯科大学 消化管外科学 講師 川田研郎

司会：鹿児島大学病院 消化器内科 佐々木文郷

II. 開会の辞 済生会川内病院 消化器内科

九州支部例会 会長 寄山敏男

III. 教育講演

「訴訟事例から学ぶ消化器内視鏡のリスクマネジメント」

講師：広島大学保健管理センター 日山亨

司会：今給黎総合病院 梅北裕司

IV. 一般演題 I

座長：千鳥橋病院

川原正幸

鹿児島市医師会病院

福富由美子

V. 一般演題 II

座長：佐賀大学医学部附属病院

大野明博

恒心会おぐら病院

前原利和

VI. 一般演題 III

座長：健和会大手町病院

出口良純

高見馬場山口クリニック

中山美和

V. 企画

「内視鏡に必要な病理検査の基礎知識」

講師：熊本保健科学大学医学検査学科

南部雅美

司会：熊本保健科学大学

亀山広喜

「緊急内視鏡時の急変対応について」

講師：公益社団法人昭和会 今給黎総合病院

救急看護認定看護師 師長 橋口恒夫

司会：大分三愛メディカルセンター消化器病・内視鏡センター診療部

大波多歳男

一般演題

一般演題Ⅰ

1. 内視鏡スコープ洗浄の現状把握と意識調査

日本赤十字社熊本健康管理センター 渡邊 和美

2. 過酢酸製剤交換基準の検討

日本赤十字社熊本健康管理センター 中野 裕美

3. 内視鏡からのC R E の院内伝播を疑った症例を経験して

社会医療法人同心会 古賀総合病院 黒木 敏子

4. 胃切術後患者の上部消化管内視鏡検査における

食物残渣滞留に関する調査

佐賀大学医学部附属病院 白武 弥紗

5. 当院における内視鏡洗浄の効率化と

ワイヤー構造型洗浄ブラシによる洗浄効果の検討

地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター 臨床工学室

浦瀬 憲一

一般演題Ⅱ

1. 鎮静下上部内視鏡検査後における安静時間のプロトコル作成

福岡リハビリテーション病院 奥 君代

2. 内視鏡的ポリープ切除術の退院指導の実際

社団医療法人財団白十字会佐世保中央病院 神田 奈央

3. 当院における大腸内視鏡検査前の取り組み

医療法人 大海クリニック内視鏡センター 平木場由美

4. 大腸内視鏡検査における新経口腸管洗浄剤の効果と
患者背景の比較検討

球磨郡公立多良木病院 消化器センター 宮原 由紀

5. 大腸内視鏡検査前処置ピコプレップ配合内容剤の有用性について

おおかど胃腸科クリニック 西村 由香

一般演題Ⅲ

1. 当院における全層縫合器の使用経験

福岡青洲会病院 三輪 恵

2. E R C Pにおける安全・安楽な体位の工夫

社会福祉法人恩賜財団済生会川内病院 内視鏡室 中島志奈子

3. 安全な内視鏡検査を提供する

～患者・検査誤認防止策の導入～

社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 内視鏡センター

佐田州摩子

4. 対局板における皮膚熱傷の危険性についての検討

社会医療法人共愛会 戸畠共立病院臨床工学科 消化器病センター

町井 基子

5. 上部消化管内視鏡検査時の咽頭部の開きやすい体位の工夫

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院 内視鏡センター 小松 知美

- 発表要旨・論文 -

一般演題(1)

1. 内視鏡スコープ洗浄の現状把握と意識調査

日本赤十字社熊本健康管理センター

外来看護課 ○渡邊 和美 吉井 珠美 小原ひふみ

中野 裕美 盛川恵美子

【背景・目的】

当施設の1日の上部消化管検査の受診者数は80名で、洗浄者1名当たりの洗浄回数は約13回である。洗浄業務に関しては、定期的に感染管理の勉強会とメーカーによる機器取扱い研修会を行い、ガイドラインに沿った洗浄マニュアルを作成し掲示している。しかし、洗浄者によって洗浄時間が違う等、洗浄マニュアルの遵守に疑問を感じた。

今回、洗浄の現状と洗浄者の意識を明らかにするため、調査を行ったので報告する。

【対象・方法】

洗浄者16名（看護職6名、看護補助者10名）を対象に、平成30年6月に半構成的面接法で調査を行った。内容は、1. 洗浄マニュアル遵守の有無2. 洗浄工程の重要箇所3. 実際の洗浄方法①汚染部位と認識している箇所②洗浄工程の重要箇所と汚染部位と認識している箇所の比較4. 洗浄業務の優先度5. 個人差（他者との相違点）6. 洗浄に関する疑問点の6項目とした。

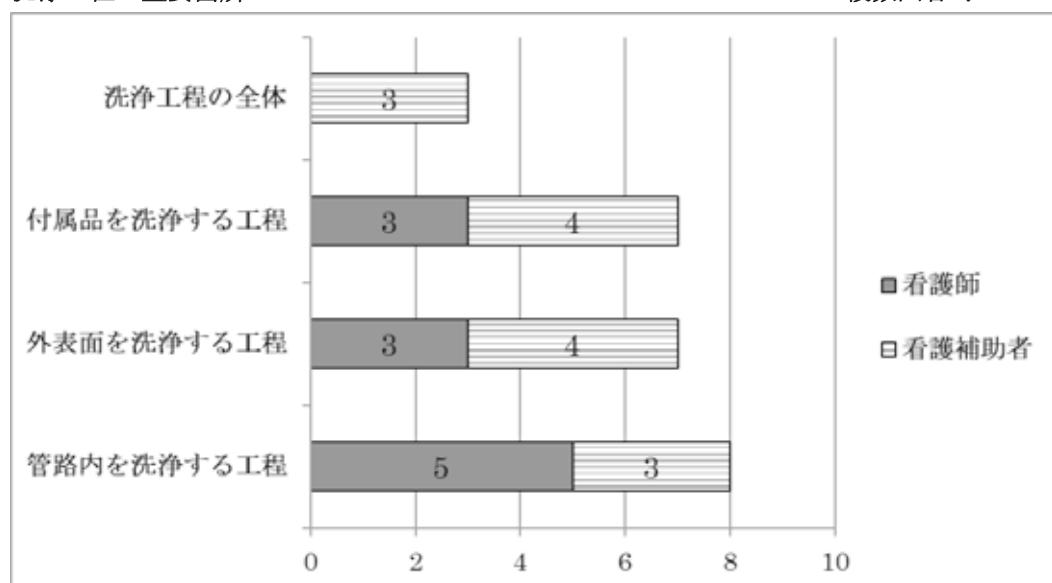
【結果】

洗浄マニュアルの遵守の有無については、時間に追われる場合も踏まえて「洗浄マニュアルを遵守し洗浄できている」と全員が回答した。洗浄工程で重要視している箇所については、全体の工程が3名、管路内が8名、外表面が7名、付属品が7名と回答した。汚染部位の認識については、外表面のみと回答したのは9名で、汚染物がどのように管路内を通過しているのかわからない等の意見であった。洗浄工程の重要箇所と汚染部位と認識している箇所を比較して、相違していたのは11名で、洗浄工程の根拠も明確な回答はなかった。一致していた者のうち洗浄工程の根拠を回答できたのは、看護師の2名であった。洗浄業務の優先度については、感染管理と回答したのは8名、感染と検査の流れが3名であった。検査の流れが最優先と回答した2名も、優先度は低くなっていたが感染管理の必要性は認識していた。個人差については、有りが8名で、洗浄の熟練度の差や、指導者の教え方の違い等の意見であった。疑問点については、有りが12名、その内解決できていないが3名

で、相談する時間がない、基礎的な事は聞けない等であった。

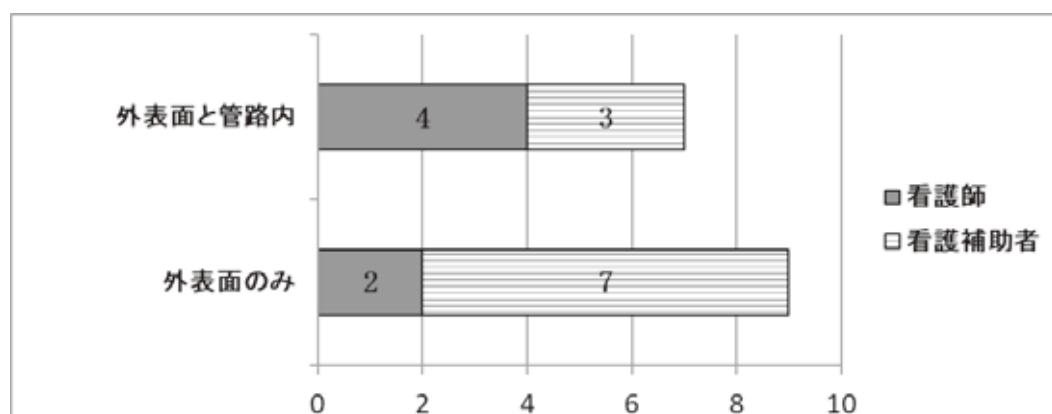
洗浄工程の重要箇所

複数回答可

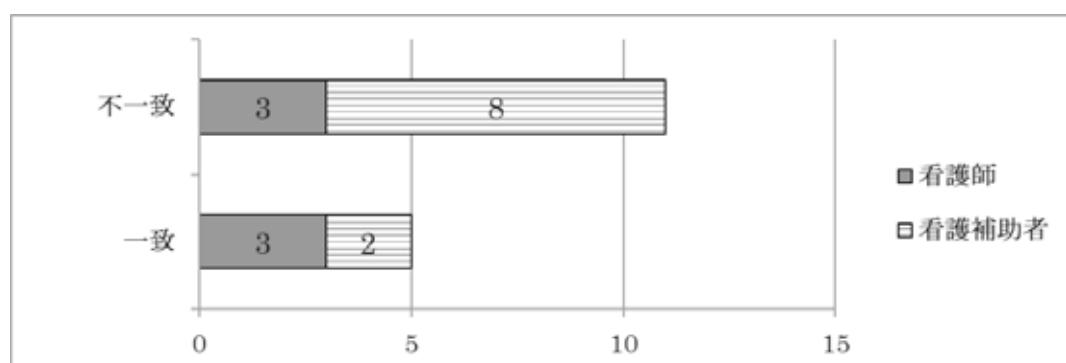


実際の洗浄方法（汚染部位と認識している箇所）

N=16



実際の洗浄方法（洗浄工程の重要箇所と汚染部位と認識している箇所の比較） N=16



【考察】

洗浄マニュアル遵守に対する意識が高い事が明らかになった。しかし、洗浄工程で重要視している箇所と汚染部位と認識している箇所に乖離が生じていたことや汚染部位は外表面のみに意識が集中している現状があった。これは、勉強会で学んだスコープの構造と機能を実際の洗浄方法に関連づけられていないためと考える。そのため、汚染部位とその洗浄方法等、管路の構造と機能の関連について教育の見直しが必要と考える。

【参考文献】

- 1) 三野さとみ；病棟看護師が行うベットサイド洗浄手順の統一，日本消化器内視鏡技師会会報誌，No.58，P85～87，2017
- 2) 阿部信也；消化器内視鏡の感染管理におけるATPふきとり検査の活用事例「見えない汚れ」を客観的に数値化、意識改革に壮大な効果，月刊HACCP，11月号，P61～67，2015
- 3) 坂田友美；内視鏡感染管理における内視鏡洗浄度調査の重要性について，日本臨床微生物雑誌Vol22，No.1，P35～41，2012

【連絡先：〒861-8528 熊本市東区長峰南2-1-1 TEL 096-384-3100（代表）】

2. 過酢酸製剤交換基準の検討

日本赤十字社熊本健康管理センター

○中野 裕美、吉井 珠美、盛川恵美子

【はじめに】

当施設ではマルチソサイエティ実践ガイドに沿ってスコープ洗浄を行っている。洗浄装置に使う薬剤は過酢酸を使用し、過酢酸は経過日数や使用環境などで劣化するため、ガイドラインを参考に当施設での交換基準を設けている。現在、最大使用回数30回もしくは5日間で過酢酸を交換し、濃度確認はアセサイドチェッカー（以下チェッカー）を用いていいるが、目視判定のため交換時期が適切なのか不安を感じた。また使用環境の面でも夜間の温度管理をしてないため、洗浄機充填後の劣化状況が気になった。

そこで今回、濃度を数値で表示できるポータブル濃度チェッカーを使用する機会を得たため、濃度チェッカーを用いて劣化状況の把握と当施設の過酢酸交換基準が適切であるか確認したいと考えた。

【目的】

当施設の過酢酸交換基準が適切か確認する

【方法及び環境】

OER4を3台使用し、チェッカー及び濃度チェッカーにて過酢酸濃度を測定した。測定は過酢酸交換後、始業前、5回目、10回目、15回目、21回目以降は毎回実施。過酢酸交換時と21回目以降はチェッカーと濃度チェッカーを併用した。

実施期間は平成29年8月2～7日で測定者は内視鏡技師1名、看護師1名。作業環境は外気温約31～37°C、洗浄室温度20～21°C、夜間の温度管理はしていない。1日の内視鏡検査数は上部消化管検査が約80名、下部消化管検査が約40名実施している。

【結果】

過酢酸の開封時濃度は0.35%で保存時の劣化はなかった。充填後の劣化状況はスコープ洗浄1回毎に平均0.003%の低下がみられ、1日経過毎に平均0.03%低下した。過酢酸有効濃度を維持できた期間は3日間で、4日目始業時の濃度確認では0.2%の有効濃度下限を示した。洗浄回数は約25～26回で有効濃度を下回った。

チェッカーと濃度チェッカーの比較では、濃度チェッカーで有効濃度を下回っていてもチェッckerでは有効という結果が得られた。

表1

	交換	5回目	6回目	9回目	10回目	14回目	15回目	17回目	18回目	20回目	21回目	22回目	23回目	24回目	25回目	26回目	27回目	28回目	29回目	30回目
OER4②番濃度チェッカー	0.35	0.325	0.285		0.280		0.270	0.250		0.245	0.235	0.230	0.230	0.225	0.200	0.175				
アセサイドチェックマーク	○										○	○	○	○	○	○				
OER4③番濃度チェッカー	0.35	0.335			0.290	0.255	0.250			0.250	0.240	0.235	0.230	0.235	0.200	0.200	0.20	0.20	0.17	
アセサイドチェックマーク	○										○	○	○	○	○	○	○	○		
OER4④番濃度チェッcker	0.35	0.345		0.285	0.340		0.280		0.295	0.245	0.240	0.245	0.245	0.240	0.245	0.245	0.245	0.260	0.225	
アセサイドチェックマーク	○									○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

※OER③番は3日目が日曜で閉館

	1日目
	2日目
	3日目
	4日目

※赤数字は洗浄効果不十分となる濃度2%以下

【まとめ】

今回の検証より当施設の交換基準では有効濃度を下回っていたことがわかった。高温多湿な地域環境による影響が大きいと考えられるため、地域性や施設環境を考慮した交換基準を検討する必要があると思われる。当施設では経過日数3日及び使用回数25回での交換を新たな基準とし実施しているが、外部気温で劣化が異なるので冬季基準に関しては今後検討していく予定である。また、チェッカーで有効濃度の判定を行っていたが、今回の結果を受け、今後は濃度チェッカーを導入し、より安全・安心な内視鏡検査を提供したいと考える。

【参考文献】

- 1) 消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド：日本環境感染学会
- 2) 伊藤有希子「季節に伴う過酢酸製剤の劣化の変動について」日本消化器内視鏡技学会雑誌No55、1343-1375、2013
- 3) 吉田晃「当院における適切な過酢酸製剤管理方法の検討～室内温度による影響を明らかにして～」日本消化器内視鏡技師会会報、No50、76-77、2013
- 4) 橋本逸子「過酢酸濃度チェックによる安心の可視化」第71回日本消化器内視鏡技師学会2013
- 5) 馬場朱美「ポータブル濃度チェッカー PC-8000の使用経験から」第71回日本消化器内視鏡技師学会2013

【連絡先：〒861-8528 熊本市東区長峰南2-1-1 TEL 096-384-3100（代表）】

3. 内視鏡からのCREの院内伝播を疑った症例を経験して

社会医療法人 同心会古賀総合病院

黒木 敏子

【はじめに】

近年、米国を中心に十二指腸内視鏡（以下内視鏡）に関するカルバペネム耐性腸内細菌科細菌（以下CRE）等の多剤耐性菌感染症の発生が報告されている。わが国では平成27年3月に、厚生労働省より「十二指腸内視鏡による多剤耐性菌の伝播について」医療機関へ周知及び指導についての通達がされた。CREは、既存の抗生素の中で効果が期待できるものが無く、CREを検出した場合は、感染症法に基づきCRE感染症として届け出が必要である。

今回、ENBDを実施した2名の患者の胆汁からCREが検出され、内視鏡からのCREの院内伝播を疑った症例を経験した。このような症例を経験したスタッフはおらず、CRE感染症として、所属施設の感染対策チーム（以下ICT）が介入し対応に苦慮した為概要を報告する。

【症例】

A氏70代女性、逆行性胆管炎にて平成28年〇月22日ERBD実施。B氏70代女性、胆管癌にて平成28年〇月26日ERBDを実施。両者の胆汁からCREを検出。

【対応】

2症例目の胆汁からのCRE検出を受けて、院内ICTの指示にて使用された内視鏡の細菌培養検査の準備を開始した。所属施設では、細菌培養検査を実施しておらず、消化器内視鏡技師会が作成し推奨している細菌培養検査プロトコールに準じて培地の準備を行った。平行してICTの定性調査（聞き取り調査、観察調査）が行われ、対象の内視鏡は細菌培養結果が判明するまで使用禁止となり、それに伴い検査件数の制限が発生した。部署内では、CRE感染症と内視鏡の洗浄消毒方法の勉強会を実施し、標準予防策の強化を図った。

【結果】

細菌培養検査は、内視鏡1本実施するのに、2名の術者と1名の間接介助者で40分の時間を要した。費用は人件費、材料費を含めず使用培地のみで3500円程度。結果は、一般細菌： ≤ 20 CFU 抗酸菌：0 CFUであり、2症例は内視鏡からのCREの院内伝播ではないと判明。内視鏡自動洗浄機の消毒液の濃度管理は記録に残されていて問題なく、内視鏡の用手洗浄については、他者評価にて手技方法に問題はないと立証された。しかし、検査時の個人防

護具の着用が不十分であったことが判明。

【考察】

内視鏡の細菌培養検査の必要性は、先行研究などで実証されているが、かかる費用や環境などすべての施設で実施されていないのが現状である。今回の症例を経験して、細菌培養検査の必要性と同様に、普段の洗浄・消毒の作業と手順、内視鏡の使用履歴、内視鏡自動洗浄機の濃度、点検管理等が重要である事を再確認できた。また、CRE等の多剤耐性菌などは無症状で腸管等に保菌されることから、標準予防策、環境整備も重要であることを再認識した。

【おわりに】

今回の経験を生かし、内視鏡関連感染の管理体制の構築を行い、内視鏡を使用した検査・治療を受ける被験者に、安心、安全な医療と看護の提供ができるに努めていきたい。

4. 胃切除術後患者の上部消化管内視鏡検査における食物残渣滞留に関する調査

佐賀大学医学部附属病院

看護師 ○白武 弥紗、福田 智子、岡田 直子、金子ゆかり
医師 坂田 資尚

【はじめに】

上部消化管内視鏡検査を行う患者は前日21時から絶食としているが、検査の際に胃内に食物残渣が滞留している患者がたびたび見受けられる。特に胃切除術後の患者ではその割合は増加する傾向にある。胃内の食物残渣滞留によって検査時の嘔吐や誤嚥のリスクが高まり、また、胃内を十分に観察できないという患者にとってのデメリットが生じる。そこで、検査前の食事制限指導内容に役立てるために、胃切除術後の患者に焦点を絞り、食物残渣が滞留しやすい患者の傾向を調査しようと考えた。

【研究目的】

胃切除術後の患者において、食物が胃内に滞留しやすい患者はどのような患者であるかを調査する。

【方法】

2017年1月から12月に上部消化管内視鏡検査を受けた胃切除術後の患者を対象とし、診療記録から年齢、性別、検査時刻、再建方法、術後経年、糖尿病の有無について情報収集し、検査時の食物残渣の有無との関連に有意差があるかどうかを調査する。なお、診療記録の情報を研究に用いることに同意のない患者、消化管狭窄等の器質的要因を有している患者、前日21時以前からの長時間の絶食期間をおいている入院患者、前日21時以降に摂食している急患患者は研究対象から除くものとする。

【結果】

対象者は211名であり、男性は150名、女性は61名であった。対象者のうち食物残渣滞留患者は46名であった。性別、検査時刻、再建方法、糖尿病の有無の項目では食物残渣の有無との有意差は認めなかった。年齢では、オッズ比による検定で80歳以上の患者で残渣が滞留しやすい傾向を認めた。術後経年では術後2年以内の患者と2年を超える患者で比較した場合に、2年以内の患者に食物残渣が滞留しやすい傾向を認めた。

【考察】

加齢に伴い消化管蠕動の機能が低下し、そのために80歳以上の患者で食物が胃内に滞留

しやすい傾向を認めたと考えられる。術後経年に関して、前年度の検査時に食物残渣について指摘された患者では自主的に夕食を早めに摂ることで絶食時間を数時間長くとっていたり、自主的に夕食を易消化食にするなどの対応をしている患者が見受けられ、また、医師が検査前数日期間のみの内服として胃排泄促進の内服薬を処方するなどの対応をしていることもあるため、その点が関与している可能性がある。

【結語】

80歳以上の高齢患者および術後経年2年以内の患者では食物が胃内に滞留しやすい傾向を認めた。それらの要因を有する患者に前日の夕食を早めにとってもらったり易消化食にするなどの指導を行うことで、より確実な検査が実施できる可能性が示唆されたが、術後経年に関しては今回調査した項目外の要素が関与している可能性もあるため、患者に対する検査前の過剰な食事制限を防ぐためには、さらなる調査を要すると考えた。

【連絡先：849-8501 佐賀市鍋島5丁目1番1号 TEL：0952-31-6511（代表）】

5. 当院における内視鏡洗浄の効率化とワイヤー構造型洗浄ブラシによる洗浄効果の検討

地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター

臨床工学室 ○浦瀬 憲一、磯本 一喜

看護部 川崎由紀子、三輪 佳子、吉田 昭子

川添 徳子、立石多佳子、神崎 弘範

満尾 祐子、田添紀美子

ワタキューセイモア株式会社

角 真由美、小松 文子、中山 弘子

【目的】

当院では、一日約30件の検査・治療を行っており、スコープ洗浄に関しては、委託業者が施行している。内視鏡洗浄時の効率化を図るため、FRギャランタイマニュファクチャリング社製ワイヤー構造型洗浄ブラシPULL THRU®(以下PULL THRU)を導入しており、現在の洗浄工程における時間とPULL THRU®の洗浄効果を測定し、洗浄効率が現在の洗浄手順マニュアルが有用であるか検討した。

【対象・方法】

1) PULL THRU®と金属ブラシの洗浄時間の測定

対象：洗浄スタッフ 3名

洗浄時間測定数 合計 N=300本

(PULL THRU®使用 150本 金属ブラシ使用 150本)

方法：検査・治療が終了したスコープを洗浄室のシンクに置き、洗浄を開始するところから、スコープ全体のすすぎ工程が終了した時点の時間を測定。

2) PULL THRU®の洗浄効果測定

対象：検査・治療で使用した大腸スコープ 40本

方法：ルミテスター PD-30®(キッコーマン社製)を用いATP値を測定。

① 検査・治療終了後、洗浄作業手順マニュアルに準じて一次洗浄を行い測定。

② PULL THRUを用いた洗浄作業手順マニュアルにて洗浄後に測定。

測定する箇所は、スコープの先端部測定に使用するルシスワブ®(キッコーマン社製)を先端部から挿入し、チャンネル内を1往復し測定。

【結果】

1. PULL THRU®と金属ブラシの洗浄時間の測定結果

PULL THRU®では、洗浄時間の平均は、

A 氏：2分23秒

B 氏：1分59秒

C 氏：2分49秒であった。

金属ブラシにて洗浄の場合、洗浄時間の平均は、

A 氏：2分53秒

B 氏：2分30秒

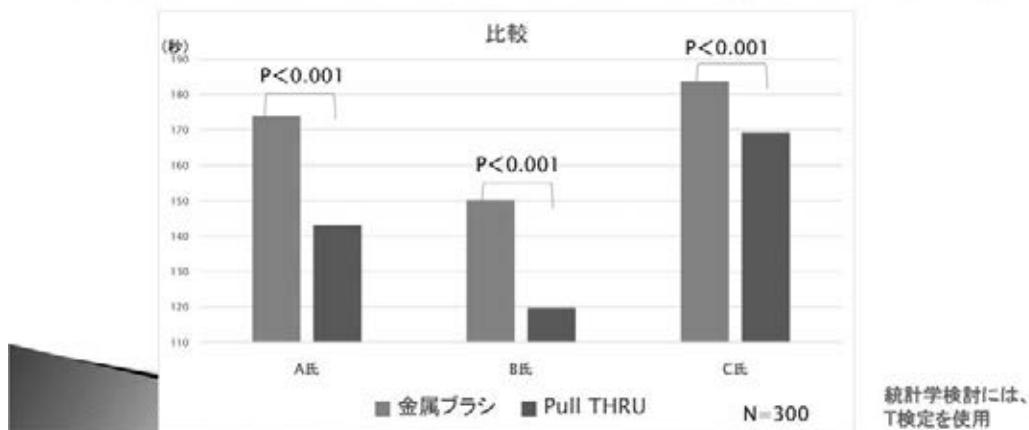
C 氏：3分03秒であった。

グラフ上では、A氏とB氏において大幅な時間短縮と統計学的有意差はないが、C氏においても100本の洗浄時間比較において時間短縮になっており、統計学的有意差はない。

統計学検定には、T検定使用

結果1

PULL THRU®と金属ブラシの洗浄時間の測定結果



2. PULL THRU®の洗浄効果測定

一次洗浄後のATP値

平均値： 334.0 ± 1408.2 RLUであった。

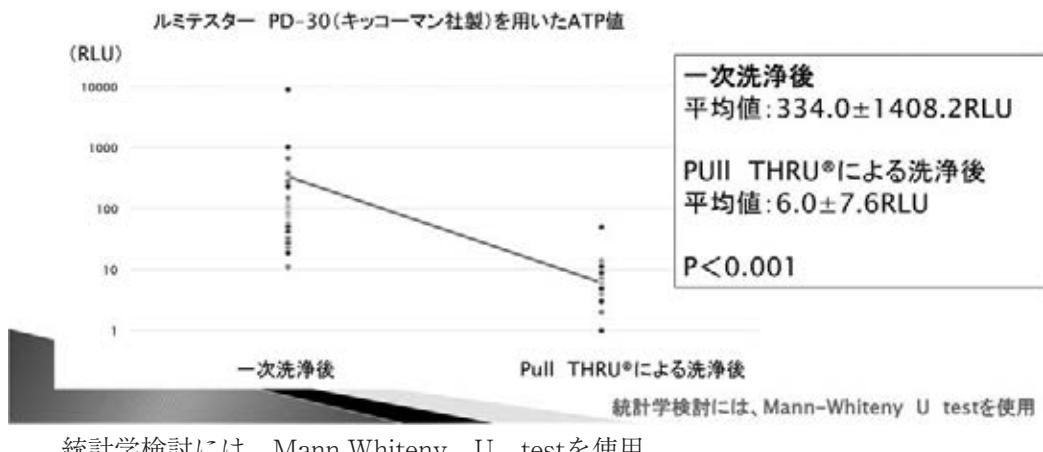
PULL THRU®による洗浄後のATP値

平均値： 6.0 ± 7.6 RLUであった。

$P < 0.001$ であった為、統計学的には、有意差は認められなかった。

結果2)

PULL THRU®の洗浄効果測定



【考察】

洗浄時間の測定にて、PULL THRU®を導入する前は、金属ブラシにて吸引管路内・鉗子口内を3回ずつブラッシングしていたが、PULL THRU®導入後、洗浄時間が30秒ほど短縮された。

ATP測定結果では、キッコーマンバイオケミファ株式会社が推奨基準値として、ATPは100RLU以下が望ましいとされており、今回PULL THRU®での洗浄を行い、各スコープの測定を実施したが、洗浄後の数値は、 6.0 ± 7.6 RLUと100RLUよりも低い値で測定でき、PULL THRU®の洗浄効果が確認できた。

【結語】

金属ブラシを使用するより、PULL THRU®を使用したほうが洗浄時間の短縮になった。また、PULL THRU®による洗浄後のATP値も指標の範囲に十分収まっていた。加えて当院で導入している浸漬洗浄も洗浄能力の向上になっているのではないかと考えられる。

【連絡先：〒857-8511 長崎県佐世保市平瀬町9-3 TEL 0956-24-1515】

- 発表要旨・論文 -

一般演題(2)

1. 鎮静下上部消化管内視鏡検査後における安静時間のプロトコル作成
～麻醉回復スコアの活用を試みて～

福岡リハビリテーション病院 外来

○奥 君代、石橋 洋子、下田 幸子、皆川知恵子、宇佐美恵美子

【はじめに】

近年、「苦痛のない内視鏡」に対する患者の要望が強くなっています。当院でも鎮静剤使用率は2016年度73.7%と施行数の半数を上回っています。先行研究では『検査後は1時間安静』とあり、当院も1時間安静が共通認識でした。しかし、覚醒時間には個人差があり、鎮静剤投与量や患者背景（性別・年齢・服薬歴・飲酒歴・内視鏡歴）により違いがあるのではないかと疑問を持った。今回麻醉回復スコアを活用し、プロトコル作成を試みたので結果を報告する。

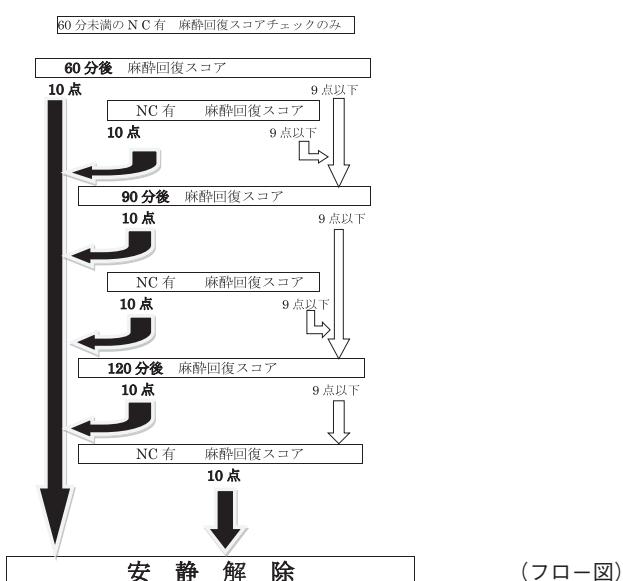
【研究目的】

鎮静下上部消化管内視鏡検査後の外来患者が安全に帰宅するために、麻醉回復スコアを活用し安静時間のプロトコルを作成する。

麻醉回復スコアチェック プロトコル(案)

ミダゾラム最終投与時間

60分間は安静とする！



(フロー図)

【研究方法】

1. 対象 ミダゾラム注を用いた鎮静下上部消化管内視鏡検査を施行した患者148名
2. 期間 2017年9月～11月
3. 方法
 - 1) 電子カルテ、看護師用観察用紙にて情報収集し患者背景を把握する。
 - 2) 内視鏡看護記録実践ガイドから引用した麻酔回復スコアと、看護師用観察用紙を用い覚醒状況の評価を行う。鎮静剤最終投与後、60分間はベッド上安静とし、60分未満での覚醒は、麻酔回復スコアチェックのみ行う。鎮静剤最終投与60分後、麻酔回復スコアにて覚醒度を評価する。9点以下は30分おきに再評価を行う。また、本人申告時も再評価を行う。10点満点にて安静解除とした。
 - 3) Fisherの正確検定及びPearsonの積率相関係数にて分析を行った。(優位水準=P<0.05)

ID	氏名	様	年齢	歳	性別	男・女	身長	cm	体重	kg
内視鏡経験	無・有	眼剤・安定剤服用	無・有				鎮静前	血圧(/)	Spo2(%)	
飲酒	無・有						ジゾラム最終投与時間(:)			
							投与量(mg)			

カテゴリー	観察項目	点数	分	コール	60	コール	90	コール	120	コール	コール
			：	：	：	：	：	：	：	：	：
1. 意識レベルの回復	呼びかけに対して、はつきり答える事ができる	2	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	呼びかけに応じて目覚めるが、覚醒が維持できない	1	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	呼びかけに対しても、いずれの反応もみられない	0	：	：	：	：	：	：	：	：	：
2. 運動機能の回復	手足を自由に動かせ、ふらつきなく歩ける	2	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	手足を動かせるが、範囲に制限がある	1	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	手足を自由に動かすことが出来ない	0	：	：	：	：	：	：	：	：	：
3. 呼吸状態の安定	深呼吸や咳が自由にできる	2	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	呼吸困難や頬呼吸がみられる	1	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	無呼吸状態が見られる	0	：	：	：	：	：	：	：	：	：
4. 術業活動の安定	収縮期血圧 > 100mmHg 以上 or 麻酔前値まで回復	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	収縮期血圧：麻酔前値より < 50% 以内の減少	1	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	収縮期血圧：麻酔前値より > 50% 以上の減少	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5. 酸素飽和度の安定	酸素なしの状態で、Spo2 > 92% を満たしている	2	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Spo2 > 90% を維持するために、酸素投与が必要	1	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	酸素投与しても、Spo2 < 90% までしか回復しない	0	%	%	%	%	%	%	%	%	%
合計											
サイン											

(チェック用紙)

【倫理的配慮】

研究目的および参加者の権利について説明し、文書と口頭にて参加の同意を得た。研究倫理審査は研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

鎮静下上部消化管内視鏡検査を受けた患者の男女比は男性59名39.8%、女性89名60.2%、年齢は23歳から97歳、平均年齢は66.8歳であった。鎮静剤最小投与量は1mg、最大投与量は6mg、平均鎮静剤投与量は3.17mgであった。眼剤・安定剤服用は、ありが18.2%、な

しは81.8%であり、飲酒歴はありが41.9%、なしは58.1%、内視鏡経験は、ありが93.2%、なしは6.8%であった。覚醒時間は60分が63.5%、61～90分が24.3%、91～120分が8.1%、121分以上が4.1%であった。

覚醒時間は薬剤投与後60分で、男性より女性の割合が有意に高く（P=0.0089）、眠剤安定剤服用の有無では、服用なしと有意に覚醒は早かった（P=0.01）。年齢と薬剤投与量、覚醒時間を分析した結果、年齢が高齢であれば薬剤投与量は少なく、覚醒時間は早かった。覚醒時間と内視鏡経験の有無（P=0.2）と、覚醒時間と飲酒歴（P=0.6）では有意差はなかった。

【考察】

麻醉回復スコアを活用することで、患者の覚醒状態の観察項目を客観的に評価でき、またプロトコルを活用することで覚醒レベルの評価が容易になり、安静解除が明確になったと考える。麻醉回復スコアやプロトコルを活用することにより、看護師の経験や知識による判断のばらつきも防ぐことができ、統一した看護の提供につながると考える。

【結論】

鎮静下上部消化管内視鏡検査後の外来患者が安全に帰宅するために、麻醉回復スコアを活用した安静時間のプロトコル作成ができた。

【連絡先：〒819-8551 福岡市西区野方7丁目770番地 TEL 092-812-1555】

参考文献

- 1) 日本国内視鏡技師会 看護委員会 内視鏡看護記録実践ガイド P18 2013年10月改定
- 2) 日本国内視鏡技師会会報No.55 O26 P70～71 フルニトラゼパムの効果と鎮静後の患者管理
- 3) 日本国内視鏡技師会 内視鏡看護委員 消化器内視鏡看護 基礎と実践値 日総研出版 2012

2. 内視鏡的ポリープ切除術の退院指導の実際

～退院個別チェックシートと退院指導用パンフレットを導入して～

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院 5階西病棟消化器内視鏡センター

○神田 奈央、村田 由貴、上田 恭子

須賀崎香織、山口由美子、小柳 順子

【はじめに】

A病棟は病床数48床の消化器内視鏡科の専門病棟である。平成28年度は内視鏡を含む諸検査が8596件あり、うち434件を内視鏡的ポリープ切除術が占めていた。各検査・治療別のパンフレットを用いて退院指導を行っているが、看護師の経験年数や知識不足で指導内容が異なり、外来への情報提供も不十分で継続した看護が行えているとは言い難い現状があった。そこで、内視鏡的ポリープ切除術に関する勉強会を行い知識の向上に努めた。更に、パンフレットの内容を見直し、退院個別チェックシートの作成をすることで個別性があり、一定水準の統一した退院指導を行うことができるのではないかと考え、研究に取り組んだので報告する。

【目的】

退院個別チェックシートを作成することで、個別性のある退院指導を行うことができる。
病棟外来間の情報共有を行うことで継続看護に繋げる。

【方法】

1) 介入前後にカルテ記録からの退院指導内容の現状調査 2) 介入前の退院指導に関する質問紙調査 3) 改訂後のパンフレットを用いた勉強会の開催・確認テストの実施
結果に対して対応のあるt検定を行った 4) 退院個別チェックシートの作成と導入 5)
介入後の退院指導記録に関する質問紙調査

【結果 考察】

勉強会前後でテストを行った結果、胃ポリープ切除術は勉強会前、平均17.4点、勉強会後25点。大腸ポリープ切除術は勉強会前17.8点、勉強会後24.2点で、有意水準0.1%で有意差を認めた。また、介入後の退院指導記録に関する質問紙調査ではカルテ記載率は40%から75%へと上昇した。介入前後で調査した退院指導記録について、「指導記録にアセスメントや個別性の記載があるか」23%から介入後94%へ上昇した。

勉強会を開催したことはテストの平均点が上昇し、スタッフの経験年数にかかわらず知識向上に繋がったと考える。更に、退院個別チェックシートの導入、パンフレットの改訂

をしたことで、アセスメントや個別的な内容のカルテ記載が増えている。これにより指導した看護師以外の看護師が退院指導記録内容をみても患者の生活背景や個別性が伝わりやすくなつた。外来受診の際も病棟での退院指導内容をカルテから情報収集でき、患者の退院後の生活について確認でき、外来での生活指導に繋げることができる。斎藤は1)「退院後の生活においては個別性のある適切な看護を考え、イメージしやすい内容で指導を行うことが必要である」と述べている。患者情報を共通理解し指導につなげていくことは継続看護を行っていくうえで必要不可欠である。

【結語】

退院個別チェックシートの作成は、個別性のある退院指導に繋がる。パンフレットの改訂と看護師への勉強会は、統一した退院指導に繋がる。個別性のある記録を残し、病棟外来間の情報共有を行うことは継続看護に繋がる。

【引用文献】

- ・斎藤裕子、消化器看護 日総研出版 4,5月号 P11 2017

【参考文献】

- ・寺脇文香、藤下エリ、松永容子他：退院指導パンフレット活用についての意識調査、第44回日本看護学会 - 看護総合 - 学術集会抄録集 2013
- ・渡部圭子、岡野郁美、濱本美佳：退院支援シート導入による情報共有に伴う看護師の意識の変化、第40回看護総合2009

3. 当院における大腸内視鏡検査前の取り組み

～患者説明用DVD更新後の理解度アンケート調査～

医療法人 大海クリニック内視鏡センター

内視鏡技師 ○平木場由美、堀口 直美、塗木 良幸

看護師 星原 和美、有村 房代

診療放射線技師 森 真貴

【背景】

当院は、平成13年に開業し、当初は大腸内視鏡検査の前処置の説明を口頭で行っていた。しかし、スタッフ間で説明にバラツキがあり、平成23年より統一化を図るために検査前の説明用DVDを作成し使用してきた。近年、多様化した検査前処置方法に対応するために平成29年に更新を行った。更新後患者の理解を得られる内容となっているかアンケート調査を実施。更新後スタッフの補足説明は必要であったかについても調査を実施。今回、DVDの内容更新は有効であったかについて検証したので報告する。

【調査期間と方法について】

- ①DVDアンケート調査実施期間：平成29年10月2日～11月2日までの31日間。期間内の大腸内視鏡検査予約患者数142名に6項目のアンケート調査を実施。対象者：男性64名 女性78名。平均年齢76.4歳。性別年齢に関しては無作為とした。
- ②看護スタッフアンケート調査実施期間：平成30年2月1日～2月7日までの7日。
DVD説明後に携わった看護スタッフ23名に対し3項目のアンケート調査を実施。

【結果①】

検査予約から検査終了までの流れについて、良くわかった（78.2%）わかった（20.4%）わからなかった（1.41%）。検査食の食べ方について、良くわかった（79.6%）わかった（18.3%）わからない（2.1%）。下剤の飲み方について、良くわかった（75.4%）わかった（21.8%）わからない（2.1%）未記入（0.7%）。DVD全体を通してみて、良くわかった（82.2%）わかった（15.5%）わからない（2.3%）。今後、検査を受ける場合、今回のDVD説明で良い（88.7%）口頭での説明が良い（11.3%）。検査説明用DVDは、今回のDVDが良かった（24.6%）以前のDVDが良かった（0.7%）どちらとも言えない（14.8%）初回（2.82%）記入無し（57.0%）であった。

【結果②】

DVD説明後に携わった看護スタッフ23名にアンケート調査について報告する。今回の

DVD説明を見た後、補足説明は必要であったか？いいえ（52.2%）はい（47.8%）。以前使用していたDVDと更新したDVDを比較して補足説明は、減った（87.0%）どちらともいえない（13.0%）増えた（0%）。理解不十分で当日に処置を変更したケースがありますか？いいえ（91.3%）記入なし（8.7%）はい（0%）であった。

【考察】

今回のアンケートでDVDの説明でほぼ患者の理解がえられていることが確認できた。その中で性別による理解度に優位差はなかった。検査回数については、初回の場合は年齢に関係なく質問がみられたが、複数回検査されている高齢患者については、質問が多かったという結果から回数に関わりなく十分な説明が必要であることもわかった。スタッフの補足説明についても、質問の内容をあげ整理することでどの部分に説明が必要か具体化し、スタッフ全体で内容を共有することができた。そして更新DVDの対応で検査当日の処置変更もなく検査がおこなわれていることから前処置が理解され実行されていると考える。開業から行っていた口頭による説明からDVDに変えたことで説明に要する時間の短縮と内容の統一化を図ることができた。また検査内容の変化に伴い第2段のDVDを作成し状況に応じた説明が可能となった。今回のアンケート調査で、より患者の思いを知り年齢や大腸検査の回数なども考慮しなければならないことも再確認できた。

【結語】

DVD使用による前処置説明は有効であると思われる。

【連絡先：〒895-0072 鹿児島県薩摩川内市中郷3丁目65番地 TEL 0996-27-6700】

4. 大腸内視鏡検査における新経口腸管洗浄剤の効果と患者背景の比較検討

球磨郡多良木立病院 消化器センター

○宮原 由紀、永井 里美、早田 春美、松本 望
新村 照子、羽瀬田久美、松下 恵

【はじめに】

当院では年間約600件の全大腸内視鏡検査を実施している。前処置にはニフレックTMを用いていたが、飲用量が多く服用中に吐き気などの副作用が現れることがあった。後藤ら¹⁾の先行研究において、「モビプレップ法は従来のニフレック法と同等の洗浄効果があり、患者の受容性も高く被検者の負担の少ない全処置法として有用である」と報告されている。2016年10月1日よりモビプレップTMの新規導入を行なった。しかし残渣が目立つとの指摘が多く聞かれ、水洗浄を行なうことが頻回にあった。今回、患者背景と洗浄効果に関連性があるのかを検討する。

【対象・期間】

2016年10月1日～2017年3月31日

モビプレップTMを内服し、全大腸内視鏡検査を受けた176名中、排便評価シート⑤（堀井製薬）と判断された111名

【方法】

腸管洗浄不良因子と考えられる①年齢、②性別、③便秘、④腹部手術歴、⑤憩室、⑥食事、⑦下剤内服、⑧前日の水分摂取、⑨当日の水分摂取、⑩運動に分けてアンケート（図1）を行い検査前排便が排便評価シート⑤の患者に対し腸管洗浄度を残渣あり、残渣なしで評価した。腸管洗浄度不良因子①はマンホイットニ検定、②～⑩はX2独立性の検定を行なった。

【結果】

腸管洗浄度は111名中、残渣なし33名、残渣あり76名であった。③便秘（P値：0.00001）、④腹部手術歴（P値：0.00064）、⑤憩室（P値：0.00023）で有意差ありとなった（図2, 3）。

【考察】

検査予約時に病歴や排便状況、ADLなど患者周辺情報を聴取しオリエンテーションを行なっていた。今回の研究で便秘、腹部手術歴、憩室が腸管洗浄不良の有意な因子として検出された。そのため排便コントロール、下剤の内服状況等にも注意を払い、食事も個別

表1 アンケート

大腸内視鏡検査チェック表	
年齢	
食事	検査食 低残渣食
便秘	有 無
下剤内服（定期・頓服）	有 無
腹部手術歴	有 無
前日の水分摂取（1.5L）	有 無
当日の水分摂取（コップ1杯）	有 無
運動	1 2
検査前排便	1 2 3 4 5
憩室	有 無
腸管内洗浄度（洗浄）	有 無

* 便秘なし 毎日排便があり、残便感がない人。下剤内服なし
 * 運動 1、運動しなかった 2、運動した（20分以上の運動・腹部マッサージ）

表2 結果

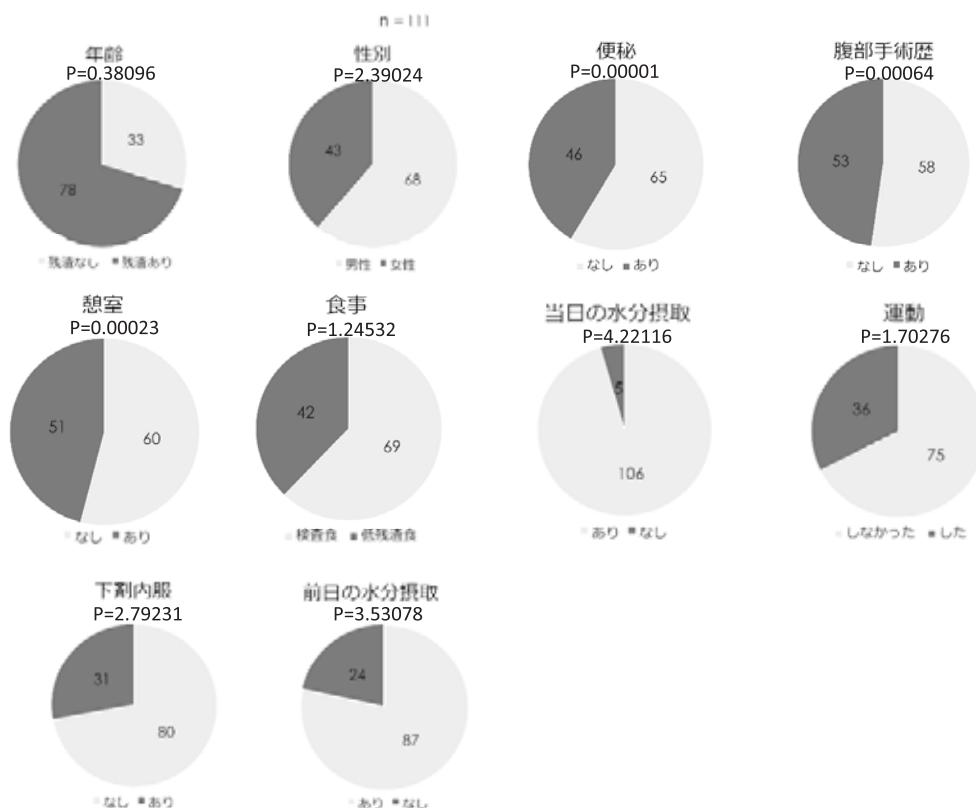
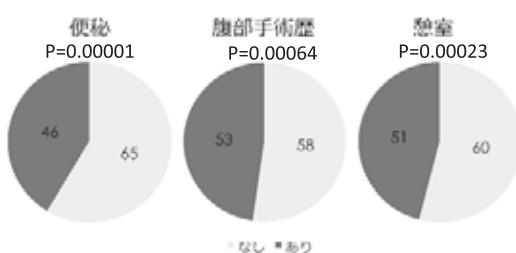


表3 有意差があった項目



的に指導を行なっていく必要がある。今回の研究では有意差はみられなかつたが、三木ら2)の先行研究において「朝の水分摂取は腸管洗浄度を高め、服用量の減少と前処置時間の短縮に効果があり、苦痛軽減に有用であった」

と報告されている。当院では111名中106名の患者が朝の水分摂取を行なっていたため、有意差なしの結果になったのではないかと考える。

【結論】

当院における経口腸管洗浄度不良因子は便秘、腹部手術歴、憩室で有意差ありの結果となつた。

【おわりに】

経口腸管洗浄剤の内服は苦痛を伴うため、患者の病歴、患者周辺情報の聴取に注意を払い、個別性のあるオリエンテーションを行なう必要がある。腸管洗浄度は高めつつ、更なる飲用量の減少につながるよう今後も検討を行ないたい。

引用、参考文献

- 1) 後藤ひろみ、ほか：大腸内視鏡検査における前処置法の検討
日本消化器内視鏡技師会会報No.56
- 2) 三木明子、ほか：大腸内視鏡検査を受ける患者に対する苦痛の少ない前処置の検討
—朝の水分摂取を実施して—
日本消化器内視鏡技師会会報No.57

5. 大腸内視鏡検査前処置ピコプレップ配合内容剤の有用性について

おおかど胃腸科クリニック

看護師 ○西村 由香、草野真由美、白木 礼

松原 智子、西村美津子

内視鏡技師 高村 佳子、足達真里子、小山祐深子

雪見 照志、森本 道代、本田 悅子

臨床検査技師 坂井 優紀

医師 吉満信一郎、安東 恵子、後藤 二郎、大門 秀光

【はじめに】

当院では患者の特性に合わせ6パターンの方法で前処置を実施している。しかし、下剤の独特な味や、飲用量が多いなどの理由で患者に与える負担は少なくない。今回我々は、服用量が少なく、好みの水分を選択できるピコプレップ配合内容剤（以後ピコプレップ法と略す）の運用を行ったのでその有用性について報告する。

【期間・対象】

H29年11月28日～H30年3月3日

当院で使用している従来法（マグコロール1P300ml、ニフプラス+マグコロールP混合液1800ml）を過去に経験したことのある75歳以下の患者101名

【実施方法】

検査2日前より低残渣食の指導を行う。検査前日午後8時からピコプレップ1包を150mlの水に溶解し服用、その後1250ml以上の透明な飲料（お茶、リンゴジュース、コンソメスープ、炭酸水など）を1時間程かけて飲用させる。検査当日は午前6時からピコプレップ1包とガスコン散1gを150mlの水に溶解し服用、その後、750ml以上の透明な飲料（同上）を1時間程かけて自宅で飲用させる。検査終了後に、排便開始時間、排便回数、大腸洗浄効果、患者受容度、副作用についてのアンケート調査を行った。また、アンケートおよび洗浄度評価を実施するにあたっては十分な倫理的配慮を行った。

【結果・考察】

排便開始時間 25分～675分（平均時間175分）

前日排便回数：0～11回（平均4.1回） 当日の排便回数：1～14回（平均5.2回）

合計排便回数：平均9.3回

洗浄効果の判定は、当院内視鏡医による検査時の視野、残便状況などの5段階評価で行つ

た。従来法での大腸洗浄効果の判定Ⅰ、Ⅱ（良好な視野）では90%であったのに対し、ピコプレップ法では77.2%と、洗浄効果がやや低下する結果であった。判定Ⅲ～V（洗浄不良）の内訳では23例中20例が大腸憩室、腹部手術歴、精神安定剤服用、重症便秘症を有していた。文献上は、ピコプレップの最大洗浄効果が発揮されるのは下剤服用後から4～6時間後であると記載されているが、当院では検査開始までに最大10時間ほど要する症例もあり、検査開始遅延も洗浄効果を低下させる一因であると思われた。以上の要因を考慮して大腸内視鏡検査の際には、患者の特性、状況に合わせた適切な前処置法を選択すること、検査開始時間を考慮しピコプレップ服用開始時間を工夫することが重要であると考えられた。ピコプレップの受容度と次回検査時下剤の希望について両回答の約7割の患者は受容度が良好で、約3割の患者が「排便開始時間が遅い」「すっきりしない」「便の回数が少ない」などの理由で従来法での検査を希望された。理由としては、従来法の方が排便回数が多く、便の性状も次第にきれいになる経過を実感できること、また以前に経験したことがある下剤でもあり、安心感や達成感にもつながったと考えられた。下剤の量に関してはピコプレップ法で「問題ない」97%と評価は良好であった。下剤の味や量が苦手の方でも好みの飲みやすい「透明な飲料」であれば量が多くても摂取可能であることが示唆された。

【まとめ】

- ・ピコプレップ法は、従来法に比べると大腸洗浄効果はやや落ちるが、下剤の量や味などの受容性の評価は良好であった。
- ・検査開始時間を考慮しピコプレップの服薬開始時間を工夫する必要があった。
- ・大腸憩室、腹部手術歴、精神安定剤服用、重症便秘症を有する症例にはピコプレップでの前処置は不向きであると考えられた。
- ・下剤の味が苦手で量を多く摂れない患者にはピコプレップ法も大腸前処置法の選択肢の一つとなり得ると考えられた。

参考文献 経口腸管洗浄剤ピコプレップ配合内用剤製品概要文献 フェリング・ファーマ

【連絡先:おおかど胃腸科クリニック 〒865-0058 熊本県玉名市六田38-6 TEL 0968-72-5611】

- 発表要旨・論文 -

一般演題(3)

1. 当院における全層縫合器の使用経験

福岡青洲会病院 内視鏡技師 ○三輪 恵
臨床工学技師 前田 康貴
医師 古巣 央

【背景】

近年、内視鏡検査・治療は広く普及し、その難易度も高度となっている。全層縫合器 Over-The-Scope-Clip (以下OTSC) は欧州で開発され、2011年に本邦で認可された。従来型クリップでは対応不可能な消化管出血、穿孔、瘻孔などの偶発症にも対応可能となつたが、昨年度当院にて7例の使用を経験したので報告する。

【対象】

平成29年4月から平成30年3月に使用した7例。内訳は、大腸内視鏡検査時の直腸穿孔1例、S状結腸切除術の術後吻合部縫不全1例、内視鏡的粘膜下層剥離術（以下ESD）時の穿孔3例、ESD時の偶発症予防が2例であった。

【方法】

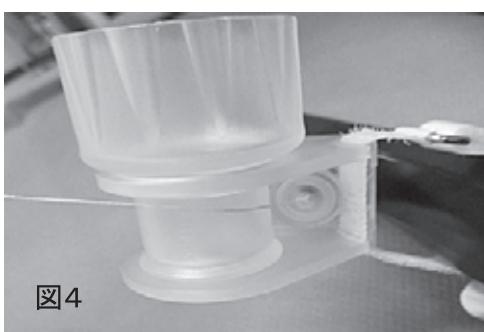
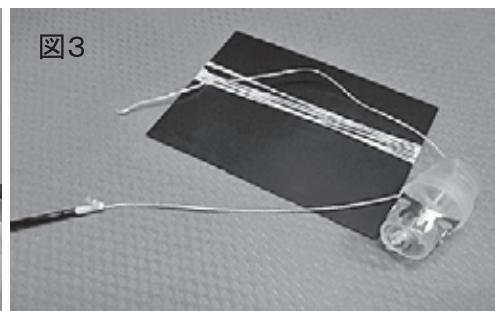
OTSCはクリップ、アプリケーター・キャップ、スレッドリトリーバー、ハンドホイールの4部からなる。また、9mm、10mm、11mmの3サイズとGタイプとTタイプの2タイプがあり、症例によって選択が可能である。アプリケーター・キャップには予めクリップが装填されており、クリップを留置する際に使用する。スレッドリトリーバーは、内視鏡内にアプリケーター・キャップのスチャー（ひも）を通す際に使用し、ハンドホイールは、アプリケーター・キャップのスチャーを引っ張るために使用する。（図1）

まず、ハンドホイールを内視鏡の鉗子口に挿入しストラップで固定。（図2）スレッドリトリーバーを鉗子口より挿入しアプリケーター・キャップのスチャー（ひも）を鉗子チャンネル内に通す。次にスチャーをハンドホイールに固定後、（図3）クリップが装填されたアプリケーター・キャップを内視鏡先端に装着し準備は完了する。（図4）

内視鏡を挿入し、クリップの留置目標部位にアプリケーター・キャップの先端を押し当て、内部に組織を十分に引き込んだ後、ハンドホイールを時計回りに回してクリップを留置する。必要に応じ補助鉗子のツイングラスパーで目標部を把持する方法もあるが、吸引が制限されること、コストが高額になることから当院ではツイングラスパーは使用せず、全症

例吸引法のみでクリップを留置した。

注意として、①アプリケーターキャップに接続しているスチーナーの位置を内視鏡先端の鉗子口側へ向ける。②クリップの誤発射を防ぐため、スチーナーにテンションがかからないようにする。③内視鏡の破損を防ぐため、クリップを留置する際の手応えをキャッチすることなどがある。



【結果】

症例1、94歳女性。CS時、直腸にてスコープを反転した際、直腸穿孔をきたした症例。OTSCにて閉鎖を試み、穿孔部は完全に閉鎖できた。症例2、48歳男性。S状結腸切除術後に縫合不全を起こし、外科より依頼を受けた症例。OTSCにて閉鎖に成功した。症例3、68歳女性。直腸がんに対しESDを施行し穿孔した症例で、OTSCにて穿孔部を閉鎖し

た。症例4、88歳男性。胃体部後壁のがんに対しESDを施行、穿孔した症例でOTSCにて閉鎖した。症例5、75歳男性。S状結腸の絨毛状線腫に対しESDを施行、穿孔した症例でOTSCにて閉鎖した。5症例ともに、追加処置は不要で、偶発症予防のために使用した2症例を含む7症例全てにおいて、現在に至っても経過は良好である。(表1)

尚、OTSCは全症例T Type 10mmを使用した。

表1当院におけるOTSC使用7症例の患者背景と評価

	性別	部位	原因	追加処置	手技結果
症例1	F	直腸	CSによる医原性穿孔	無	成功
症例2	M	S状結腸	術後縫合不全	無	成功
症例3	F	直腸	ESD時の穿孔	無	成功
症例4	M	胃体中部後壁	ESD時の穿孔	無	成功
症例5	M	S状結腸	ESD時の穿孔	無	成功
症例6	M	上行結腸	遅発性穿孔予防	無	成功
症例7	F	直腸	遅発性穿孔予防	無	成功

【結論】

OTSCは従来型クリップでは対応が難しい偶発症に対して有効であると思われる。平成30年5月より保険適応が認められ、需要が増えると示唆される。

【連絡先：〒811-2316福岡県糟屋郡柏屋町長者原西4-11-8 TEL 092-939-0010】

2. ERCPにおける安全・安楽な体位の工夫

～腹臥位での患者の苦痛を軽減させるポジショニング～

社会福祉法人恩賜財団済生会川内病院 内視鏡室

看護師 ○中島志奈子、今村 誠

内視鏡技師 佐貫 礼子、栢木 香織

【はじめに】

内視鏡的逆行性胆管造影（以下ERCP）は、上部消化管内視鏡検査と違い腹臥位の体位で行うことが多い。当院のERCP件数は年々増加しており、手技も複雑化して検査時間も長時間に及ぶことがある。

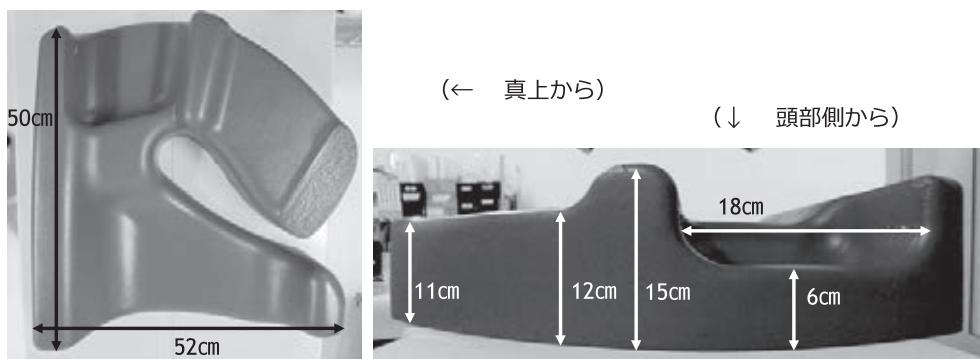
しかし、腹臥位での検査は苦痛を伴うことも多く、頻繁な体動に対して鎮静剤の追加や上肢抑制にて対応しているが、検査前後において「体勢がきつい」と訴えもあり身体的苦痛の軽減が図れていない現状がある。今回私達は、ERCPにおけるポジショニングについて検討を行ったので報告する。

【目的】

ERCP時の腹臥位で、身体的苦痛を軽減させるポジショニングについて検討する。

【方法】

- ① 体型の異なる健常者（病院職員）6名が従来のERCP施行時の体位をとり、苦痛を感じる部位や程度を調べ、さらに左頬部、右胸部、左腸骨部の3箇所で体圧を測定した。
- ② 体位の工夫、および体位を保持する体位固定枕（図1）、クッションの使用で苦痛を軽減するポジショニングを決定し、再度体圧測定を行った。
- ③ ERCPの再検査を受ける患者に新しいポジショニングを実施し、苦痛の程度を前回の検査時と比較した。



【図1 当院で使用している体位固定枕】

【結果】

従来の体位では健常者6名中全員が首の痛みを、2名が腸骨部の痛みを訴えた。また、男性2名が喉の圧迫感などを自覚した。さらに頸部にいたっては「頭が最初の位置から少しづれただけで痛みが強くなった。」との意見があった（表1）。体圧はすべての体型で左頸部が最も高く、痩せ型では全ての位置で体圧が高くなる傾向が見られた（表2）。

体位固定枕を使用し、左上肢は枕を抱くように挙上させ、胸部・腹部・足首に隙間があればクッションや低反発マットを挿入したところ、体型に関わらず苦痛が軽減した（図2）。従来の体位と比較し左頸部・左腸骨部の体圧は減少したが、右胸部の体圧は上昇した（表2）。ただし、胸部圧迫感は認めなかった。

【表1 従来の体位による身体的苦痛の状況】

痛みの部位と程度評価 (VRS疼痛スケール：5段階の痛み強度を表す言葉で評価)

	40代 男 痩せ型	60代 女 痩せ型	30代 男 標準型	40代 女 標準型	20代 男 肥満型	50代 女 肥満型
左頸	0	0	0	0	2	0
左頸部	2	2	1	2	2	3
喉	0 (圧迫感)	0	0 (息苦しさ)	0	0	0
左肩	0	0	0	0	0	2
腸骨部	1両側	0	0	1	0	0

【表2 従来の体位と新しいポジショニングの体圧】 体圧 (mmHg)

	痩せ型		標準型		肥満型	
	検討前	検討後	検討前	検討後	検討前	検討後
左頸	79.4	51.2	54.1	47.6	42.7	35.8
右胸部	39.8	48.4	26.5	33.0	17.9	27.3
左腸骨	38.3	10.6	10.6	8.6	27.6	23.1



(検査台)

(腹臥位ポジショニング) ※実際は右側臥・上肢の抑制あり

【図2 新しいポジショニング】

そこで以前ERCPにて「首が痛かった。もうしたくない。」と訴えた患者のERCP再検において、新しいポジショニングを実施した。検査前に苦痛の程度を確認したところ「この体勢なら大丈夫そうだ。前よりいい。」と話され、検査後には「今回はとても楽だった。」

との意見が聞かれた。

その後、ERCP検査を受ける患者でポジショニング可能な32名にも実施し、検査後の身体的苦痛について調査した。検査中に体位変換を行なった患者では、体位固定枕からの頭部のずれや体幹の左右へのずれがあり、検査後の肩の痛みを訴えた。しかし、他の患者は検査中の体動は頭部に多くみられたが、検査後の痛みの訴えはなかった（表3）。ポジショニングが行えなかった患者は、呼吸状態が悪い場合、頸部や左肩に痛みや可動制限がある場合、腹臥位が困難な場合であった。

【表3 検討後の体位による検査後の身体的苦痛の状況】 人数（対象患者32名）

	頸部	喉	肩	上肢	腸骨部	足首
疼痛あり	0	0	1	0	0	0
疼痛なし	32	32	31	32	32	32

【考察】

従来の体位は、体位固定枕と身体との隙間があった。特に胸部に隙間を認めたことで頭部が支点となり左頬部の体圧は上昇したと考える。さらに体位固定枕からの頭部のずれは、より頸部に負担がかかり苦痛の原因となっていたと考える。

検討したポジショニングは、体位固定枕やマットとの隙間をなくすことで右胸部の体圧は上昇したが、他の部位の体圧が減少することにより、体圧が分散される体位となった。また、体位固定枕を抱くように左上肢を挙上し抑制することで枕からの頭部のずれを防ぐことができ、さらにクッションや低反発マットレスを使用し隙間を埋めることで、痛みの軽減が図れたと考える。

【結語】

腹臥位でのERCP施行時には、体位固定枕とクッションによる体位保持、左上肢の挙上が苦痛の軽減に有効であると考えられた。

【連絡先：〒895-0074 鹿児島県薩摩川内市原田町2番46号 TEL 0996-23-5221】

3. 安全な内視鏡検査を提供する～患者・検査誤認防止策の導入～

社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 内視鏡センター

看護師 ○佐田州摩子、井上 秀子、野瀬喜代美

廣松 沙織、仲 幸代、森 三樹子

医師 河野 弘志

【はじめに】

当院内視鏡センターでは、2017年度約6000件の内視鏡検査が行われている。上部消化管内視鏡検査・下部消化管内視鏡検査・胰胆管系内視鏡検査・カプセル内視鏡及び小腸内視鏡検査・気管支鏡検査が行われている。看護スタッフは10名が従事し、うち4名が内視鏡技師である。業務内容は検査準備から検査介助・治療・受付・洗浄と多岐にわたっている。今回、検査種別の確認不足によるインシデントが発生し、患者の安全確保に向けた検査誤認防止策を導入し評価したので報告する。

【目的】

患者・検査種別確認手順書を新たに作成しそれを用いたことによる誤認防止の効果について評価

【期間・対象】

期間：平成30年4月～平成30年9月

対象：上部消化管内視鏡検査および下部消化管内視鏡検査2989件（無作為）

【方法 1】

内視鏡センターでの患者・検査内容の確認手順をスタッフ間で見直し、統一するため患者・検査種別確認手順書を作成（表1）

【結果-1】

内視鏡件数2989件中、患者・検査種別確認手順の未実施18件（図1）

内視鏡室での患者・検査内容の確認手順

1. 护当看護師は、検査室へ患者を連導する
2. 护当看護師は、IDカードを持参し患者より此名・生年月日を名乗ってもらい検査内容を患者と再確認する。
（麻酔患者の場合はリストバンドも確認する）
3. 护曲杖薬剤の有無を、問診票・申し送り表・検査オーダーで確認する。
4. 护当看護師は、患者をベッドに体位させる。
5. 护当看護師と担当看護師で検査一覧表を照れて①既名 ②検査項目 ③検査剤薬剤用の有無を声だし確認する。
主導は、どちらでもよい（追加・緊急の場合 → 一覧表の変わりに検査内容を項目を確認する）
※内視鏡室以外で行われる場合 → 検査一覧表を持参して各項目を確認する。
※確認ができなかった場合スキャンシートの誤差欄に理由を記入すること！

（表1）

【結果-2】

看護記録の記入漏れの理由としてはすべて記入忘れであり、患者・検査種別誤認はなかつた。（図2）

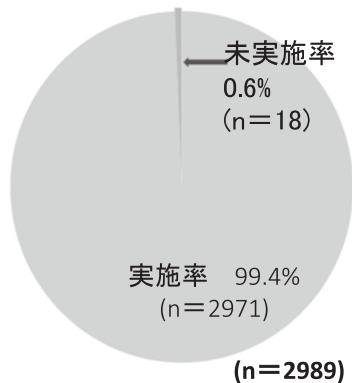


図1 「患者・検査種別確認」手順の実施率

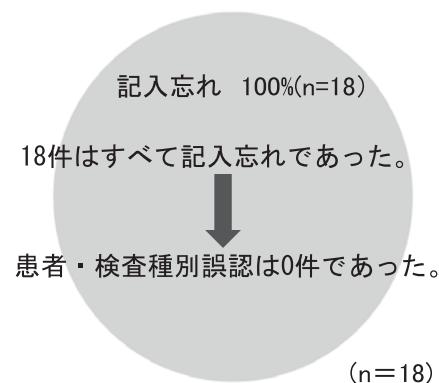


図2 看護記録記入漏れの理由

【方法 2】

日別の内視鏡看護リーダーが、検査医と検査担当看護師が協働し「患者・検査種別確認手順書」に基づき、遵守できているか評価表を用いて評価。内視鏡センター看護記録の「患者・検査種別」の記入欄にチェックされている場合には患者・検査種別の誤認なしとした。
(表2)

表2

(30年8月27日～30年9月1日) チェック漏れ···

回数 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

項目

1 氏名、生年月日の確認 ○○○○○○○○○○

IDカードで氏名、生年月日の確認（本人に名乗ってもらう）

（病棟患者の場合はリストバンドも確認）

2 抗血栓薬服用の有無を確認する ○○○○○○○○○○

問診票、申し送り書、依頼書で確認

3 看護師と施行医の確認項目 ○○○○○○○○○○

検査一覧表で①名前②検査項目

③抗血栓薬服用の有無を声を出して確認

4 追加緊急の場合（内視鏡室の場合） ---

RIS画面にて3の項目を確認する

5 内視鏡室外で行われる場合 ---

検査一覧表を持参し3の項目を確認する

表3 「患者・検査種別確認」評価表

【巡回期間・対象】

- 期間：平成30年7月～平成30年9月
- 対象：当院センター医師・検査担当看護師

当院内視鏡センターで内視鏡検査を施行した1554件中、無作為抽出した120件

【結果】

患者・検査種別確認手順の実施率は、手順通りできていた98%

手順書通りできなかった理由（図3）

1. 咽頭麻酔後に体動が激しい、患者より外れる事ができず問診票のみの確認
2. イレウスチューブ挿入の際に急遽、内視鏡使用となり内視鏡画面での確認

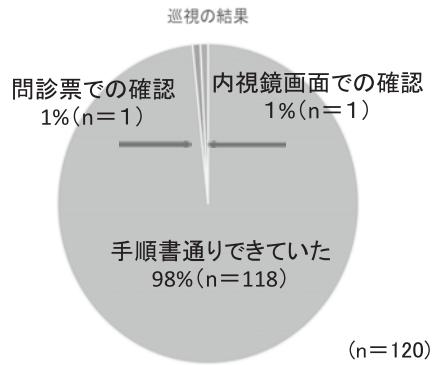


図3 「患者・検査種別確認」手順の実施率

【考察】

1. 「患者・検査種別確認手順書」を作成し導入する事により患者・検査誤認防止の繋がり、医師看護師と確認事項を協働することで安全性を得ることが出来た。
2. 看護記録への未記入が多く見られたため、記録の重要性を再認識し定着化を図る必要性があると考える。

【結語】

今回、患者・検査種別確認手順書の作成・導入により、患者・検査誤認防止にすることができた。

【連絡先：〒830-8543 福岡県久留米市津福本町422番地 TEL 0942-35-3322】

4. 対極板における皮膚熱傷の危険性についての検討

社会医療法人共愛会 戸畠共立病院 臨床工学科¹⁾ 消化器病センター²⁾

○町井 基子¹⁾ 灘吉 進也¹⁾ 大田 健志¹⁾

久野慎太郎¹⁾ 田中 龍哉¹⁾ 宗 祐人²⁾

【背景】

当院内視鏡センターにおいて、モノポーラ電極を使用する際、高周波手術装置にはERBE社製VIO300D[®]を使用し、対極板は同メーカーのネッシーオメガ対極板[®]を使用している。高周波手術装置の安全機能として、対極板が剥がれや空気が混入により、対極板の接触面積が小さくなると抵抗値の上昇を感知し皮膚熱傷の危険性が及ばないために通電されない工夫がなされている。止血術やESD等の治療時においてSOFT COAGやFORCED COAG Effect 1の10W等のタンパク質の熱変性を目的としたモードや出力設定の特殊性から連続通電時間が長くなることがある。そのため、そのような治療時には対極板の皮膚熱傷について特に留意しておかなくてはならない。

【目的】

対極板における皮膚熱傷の危険性についての検討を行った。

【対象】

30歳代男女の上腕に対極板を皮膚に貼り、高周波手術装置の安全機能が働く限界の接触面積を求めた。乾燥した皮膚では抵抗値が上がるため、極力保湿された皮膚で検証を実施した。

【使用機器】

高周波手術装置にはVIO300D[®]、対極板にはNESSYオメガ対極板[®]を使用した。VIOの安全機能として対極板と皮膚の接触抵抗が119Ω以下になると、赤いランプが点灯し通電されないようにになっている。

【方法】

1) 被験者は30歳代の男女5人で、上腕に対極板を貼り付けた状態から徐々に対極板を剥がし、赤いランプが点灯しない最小面積を求めた。2) 安全機能が働く限界の接触面積と内視鏡治療時に使用する一般的なモードで、1番電流量の多いSOFT COAG Effect 5の100W (0.7A) 設定時において45°Cに到達するまでの通電時間を算出した。算出方法は相対的エネルギー密度ファクタ $J2t = [A2/cm^4 \cdot s^{-1}]$ を使用した。Pearceらの報告により

と、対極板温度が45°C以上になると皮膚障害が起き、その際の相対的エネルギー密度ファクタは0.2であるとされている。

表1. 方法2

相対的エネルギー密度ファクタ [A ² /cm ⁴ ・s ⁻¹]	温度領域 [°C]	熱的反応
< 0.2	< 45	1/7 で顕微鏡的障害
0.2 ~ 0.7	38 ~ 47	5/10 で2度の熱傷
0.7 ~ 1.6	49 ~ 55	9/11 で2度の熱傷
1.6 ~ 7.5	55 ~ 81	13/13 で2度の熱傷

【結果】

1) 高周波手術装置の安全機能が働く限界の接触面積は対極板の総面積85cm²に対し、41cm²(総面積の48%)であった。2) SOFT COAG Effect 5の100W設定時、45°Cに到達するのは、対極板の接触面積85cm²のとき2940秒で、41cm²では686秒通電した場合であった。

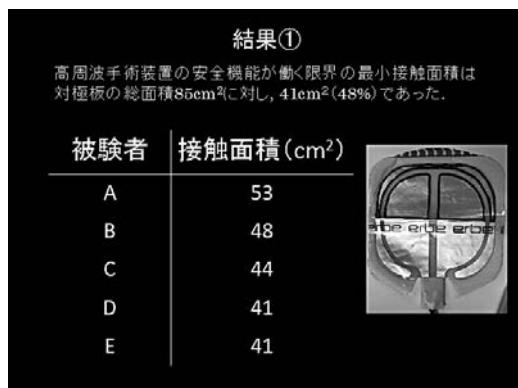


図1. 接触面積

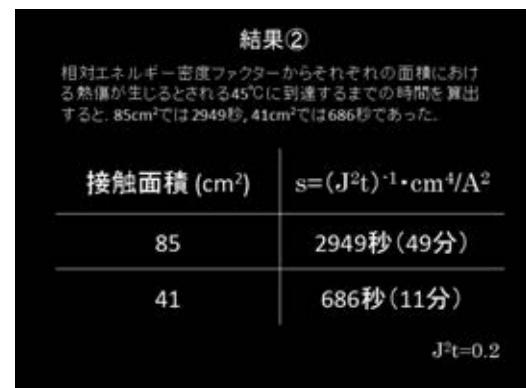


図2. 最小面積時の熱傷までの通電時間

【考察】

高周波手術装置の対極板に対する安全機能は対極板全体の48%接触していれば作動せず、通電出来ることが分かった。そのため11分を超えない短時間の治療であれば皮膚熱傷の可能性は低い。しかしながら、止血術やESD等の内視鏡治療にかかる時間が11分を超える可能性のある治療は十分に皮膚熱傷の可能性が考えられた。現在の高周波手術装置の安全機能だけでは皮膚熱傷に対する危険防止は十分ではない。そのため対極板の装着時や体位変換時に対極板が剥がれていなか目視確認が非常に重要であることが考えられた。

【結語】

対極板の皮膚接触面積が十分でなくとも安全機能が作動せず、通電出来ることが分かった。安全機能を過信せず目視での確認が非常に重要である。

《利益相反：無》

【参考文献】

- 1) Pearce JA et al: Skin burns from electrosurgical current, Med Instrum 1983; 17 (3) :225-231
- 2) 小野 哲章：電気メスによる熱傷事故とその対策—対極板熱傷と分流熱傷—clinical Engineering 2014; Vol.25 No.1:22-28

【連絡先：〒804-0093福岡県北九州市戸畠区沢見2丁目5番1号 TEL 093-871-5421】

5. 上部消化管内視鏡検査時の咽頭部の開きやすい体位の工夫

～体位調整マーキング法によるゴリラ・スタイルの工夫～

公益財団法人慈愛会いづろ今村病院 内視鏡センター

○小松 知美、森 さおり、新原佳那子、重吉 早紀

山元優佳子、梅田 弥生、永吉 麻子、石田 美香

【研究目的】

当院では上部消化管内視鏡検査時の頭部の固定は直接介助者が行っている。直接介助者それぞれによって、首の出し方や頭部の位置が異なり良好な基本姿勢がとれないことが多々あった。咽頭部の開きが不十分であると、内視鏡が舌根部に触れてしまい嘔吐反射を誘発する等被検者の苦痛につながる。咽頭部の開きやすい基本的姿勢を誰もが統一してできる方法がないか日々疑問に思っていた。今回、検査台と枕に体位調整のマーキングを行い咽頭部が開きやすくなるようなゴリラ・スタイルの基本的姿勢を導入し、咽頭部の見え方に差があるか検証した。

定義：当院では咽頭部の開きが良いとは咽頭後壁、披裂、左右の梨状陥凹の全てが観察できる状態とする

【対象・方法】

当院で上部消化管内視鏡検査を受けた被検者207例

期間 2018年4月18日～2018年6月22日

対象 体位調整マーキング法を使用しない106例（A群：平均年齢47.5歳 男性45名 女性61名）

体位調整マーキング法を使用した101例（B群：平均年齢48.9歳 男性58名 女性43名）

方法 ①ベッド上に左殿部を合わせるAライン、枕の位置を合わせるBラインにビニールテープを貼る。（図1）枕に乗せる頭部の位置にCテープを貼る。（図2）ABCに左殿部、枕、頭部の位置を合わせる。

②カメラ挿入時に頭をカメラ方向に出してBのラインに額、頸の位置を合わせる。

図 1

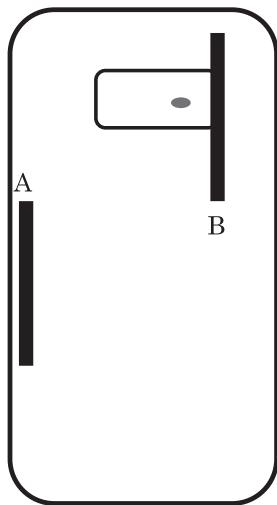


図 枕

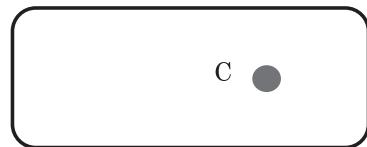
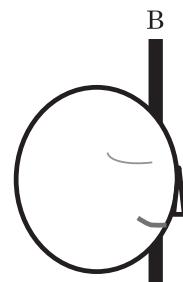


図 3



【結果】

A群 咽頭部の開きが良好な被検者71名、不十分な被検者35名 (N=106)

B群 咽頭部の開きが良好な被検者79名、不十分な被検者22名 (N=101) であり有意差が認められた。($P=0.048$)

【考察】

枕の位置の固定、顔の位置、腰の位置を固定したゴリラ・スタイルを導入する事で画像上で咽頭部の開きが良くなり良好な観察が可能となった事は質の高い検査につながると考えられる。また、マーキングをしたことは被検者と一緒に視覚的に位置を確認できて簡単な説明でも基本姿勢をとることができた。当院においてゴリラ・スタイルが体位調整マーキング法を用いて標準化される事は、新人教育においても均一化された指導方法となりえると考える。

【結語】

体位調整マーキング法を用いたゴリラ・スタイルは介助者誰もが容易に咽頭部の開きやすい基本的な姿勢へ誘導できる方法である。《利益相反：無》

参考文献

- 1) 消化器内視鏡技師のためのハンドブック, 編集：日本消化器内視鏡学会・消化器内視鏡技師制度委員会, 医学図書出版(株) 2007

- 発表要旨・論文 -

特別企画

1. 内視鏡に必要な病理検査の基礎知識

熊本保健科学大学 保健科学部 医学検査学科

南部 雅美、亀山 広喜

適切な治療には適切な診断が必要であり、病理診断は最終診断として重要な役割を担っている。病理標本は、内視鏡にて採取された生検検体をパラフィンに包埋し、僅か $5\mu\text{m}$ ($1/200\text{mm}$) の厚さにスライスした後、切片をスライドガラスに貼付け、染色を施して完成する。病理医は作製された標本を顕微鏡で観察し、細胞および組織構築の微妙な変化を捉えて病理診断を行う。よって正しい病理診断のためには、適切な病理標本の作製が必須であり、そのためには内視鏡と病理の医療スタッフ間での密な連係プレーが欠かせない。

そこで病理検査にかかる重要な事項として下記の3項目について解説する。

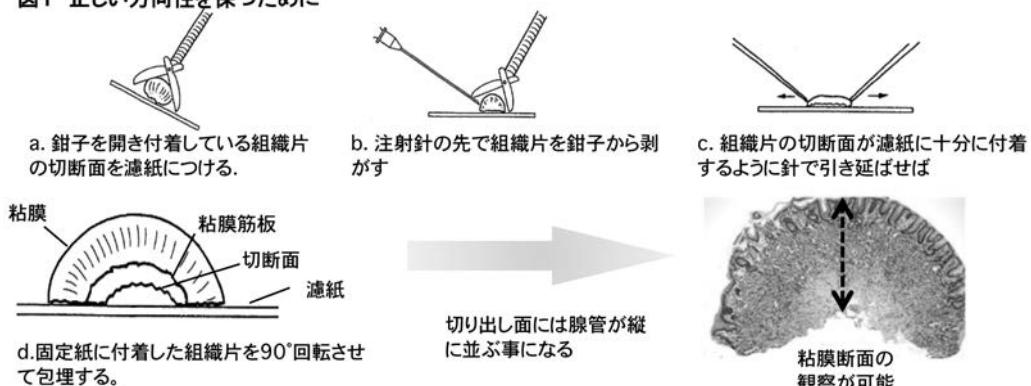
A・確かな病理診断のための適切な病理標本を作製するには

1. 生検組織片の方向性 (orientation)

病理医が期待する病理標本とは、適切な方向性が保たれた病理標本のことである。

特に消化管の生検では、粘膜の表層から下層の粘膜下組織を粘膜の断面として観察できる標本が理想である。しかし消化管の内視鏡検体は極めて小さく、病理標本作製時に、その方向性の確認が困難である場合が多くある。よって検体採取時に、鉗子を開く際、その切断面を滤紙につけ、組織片の切断面が滤紙に十分に付着するように針で引き延ばした状態でホルマリン固定液に入れれば滤紙からはずれることも少なく、orientationが保たれた標本ができる可能性が高くなる（図1）。

図1 正しい方向性を保つために



2. 迅速かつ適切な固定

固定とは、薬品により蛋白質を安定化させ自己融解を防ぎ、生きた状態に近い組織・細胞形態と微細構造を保つことであり、病理標本作製において極めて重要な意義を持つ。適切な固定とは、検体を生のままで放置することなく、診断の目的に適合した固定液で、適切な時間固定する事である。ほとんどの場合、ホルマリン固定が用いられるが、目的に応じた特殊な固定法の知識も重要である（表1）。近年、分子標的治療薬のためのコンパニオン診断が、病理標本における免疫組織化学染色にて行われている。免疫組織化学染色による蛋白発現の検索は、ホルマリン固定液の組成と濃度に影響を受けることから、日本病理学会の「ゲノム医療用病理組織取り扱い規程」では、固定条件の標準化として、10%中性緩衝ホルマリンが推奨されている（表2）。

表1 目的別各種固定法

固定液名	目的・対象	温度条件
10～20% ホルマリン	広範	室温
2～4% グルタールアルデヒド	電子顕微鏡標本用前固定	4°C
4% パラホルムアルデヒド	免疫組織化学	4°C
PLP固定液	免疫組織化学	4°C
ブアン液	内分泌顆粒(内分泌腫瘍)	室温

表2 10%中性緩衝ホルマリンによるゲノム医療用組織固定条件

がん種	効果予測マーカー	対象分子	検査法	固定時間
乳癌	HER2	タンパク	IHC法	6～72時間
	HER2	DNA	ISH法	
	ER/PgR	タンパク	IHC法	
肺癌	EGFR	DNA	PCR法	6～48時間
	ALK	タンパク	IHC法	
	ALK	DNA	FISH法	
	PD-L1	タンパク	IHC法	6～48時間
胃癌	HER2	タンパク	IHC法	6～48時間
	HER2	DNA	ISH法	
大腸癌	RAS(KRAS/NRAS)	DNA	PCR法	6～48時間

B・ホルマリンの取り扱いについて

病理組織検査にて固定液として汎用されているホルマリンとは37%ホルムアルデヒドの事である。平成20年3月1日に特定化学物質障害予防規則等が改正され、ホルムアルデヒドは第3類物質から特定第2類物質へ変更されたことより、その取扱いがかなり厳しくなった。ホルマリンを扱う作業所では局所排気装置やプッシュプル型換気装置の設置および定期点検、作業に従事した労働者の作業概要及び従事期間の記録が義務付けられた。内視鏡室でも多量のホルマリンを保有するとホルマリンを取り扱う作業場と見做されかねない。病理検査室がある施設では、病理検査室でホルマリンを管理し、無い施設であれば小容量（500cc程度）の10%ホルマリンを購入して使用することを薦める。

C・検体取り違えによる医療事故について

病理診断は最終診断であるため決してミスは許されない。この共通認識があるにも関わらず検体取り違えによる医療事故は後を絶たない。「医療事故情報収集等事業・第45回報告書」によると2011年3月～2016年3月までの5年間で病理診断における検体取り違

えが8件報告されている。その内の2件が内視鏡室における患者ラベルの貼り間違えである。日本病理学会の「病理検体取扱いマニュアル」に記された奨励と指針を示す(図2)。

図2 病理検体取り違えを防ぐために



＜推奨＞

- * 患者確認は直接に行う
- * 開かれている電子カルテは本人のものか、必ず確認する
- * 患者情報ラベルには患者氏名はフルネームで記載し、患者IDなど2つ以上の情報を記入する
- * 患者情報ラベルは容器本体に貼付する
- * 容器に検体を入れる際には再度、患者情報を確認する

＜禁忌＞

- * 検体容器に患者情報ラベルを仮張りする
- * 患者情報ラベルを蓋に貼る
- * 検体を容器に入れたのちに患者情報ラベルを貼る
- * 複数の患者を同時に扱う

2. 緊急内視鏡における急変対応ショック

公益社団法人昭和会 今給黎総合病院 看護部
救急看護認定看護師 橋口 恒夫

かつて消化管の早期がんの治療は、外科手術の独壇場であったが、内視鏡粘膜切除術が開発され内視鏡は治療にも関わるようになった。その後も、多くの先駆者により現在は根治性を担保しつつ、より低侵襲な治療をめざし進歩している¹⁾。根治術が行える内視鏡にとって、内視鏡的止血術や胆嚢内視鏡治療など状態が不安定な患者の治療も低侵襲かつ短時間で実施できる利点がある一方で状態が急変するリスクも伴う。今回、患者急変をショックと捉え、病態生理から学ぶことで早期のショックの認識ができ、必要な処置に対し予測・準備・行動が実施できる。リスクを理解し事前に準備できることで、より安全な内視鏡が可能となる。

ショックとは、生体に対する侵襲あるいは侵襲に対する生体反応の結果、重要臓器の血流が維持できなくなり、細胞の代謝障害や臓器障害が起こり、生命の危機にいたる²⁾状態である。ショック状態が遷延すると死亡率は高くなることから、早期に認識し介入する必要がある。血圧低下が一般的にショックと捉えがちではあるが、これは代償機能が破綻した状態である。ショックは臨床的に多彩な症状を呈するが、代償機能が働いているときに呈する特徴的な症状「ショックの5P：①蒼白（pallor）、②虚脱（prostration）、③冷汗（Perspiration）、④脈拍触知不能（pulselessness）、⑤呼吸不全（pulmonary deficiency）」³⁾を理解できることで早期認識が可能となる。

次に、ショックの分類でみると、消化器内視鏡では循環血液量減少性ショックと血液分布異常性ショックを呈する病態が多い。このことから、これら2つのショックを理解することで、疾患から予測されるショックを予測・準備・対応できるため、解説する。

参考・引用文献

- 1) 小野裕之 医学の歩み 今日の医学動向を伝える総合医学週刊誌 医歯薬出版株式会社 250巻10号2014.9
- 2) 日本救急医学会 H P 医学用語解説集 <http://www.jaam.jp/html/dictionary/dictionary/word/0823.htm>
- 3) ファーストエイド すべての看護職のための緊急・応急処置 日本救急看護学会 へるす出版 2014.4

第74回 九州消化器内視鏡技師研究会を終えて

第74回九州消化器内視鏡技師研究会
公益社団法人昭和会
今給黎総合病院
世話人 梅北 裕司

この度、平成30年11月10日に鹿児島県にて第74回九州消化器内視鏡技師研究会が開催されました。私自身、このような大きな研究会の運営を任されることが初めての経験であり、右も左もわからず手探り状態でのスタートでした。世話人という職責を与えていただいたことで、これまでにない経験をさせていただき、自分自身の成長にも繋がりました。

今回の研究会は、明治維新150年、大河ドラマの影響で大変な盛り上がりをみせていた鹿児島での開催ということで、会場は西郷隆盛銅像の目の前、隆盛像の後方には我が国最後の内戦と呼ばれる西南戦争の激戦地の城山、周辺には島津斉彬公を祀る照国神社とともに、明治維新の始まりの地といつても過言ではない場所でした。

開催当日は、天候にも恵まれ、九州役員の方々と県役員、協力施設スタッフの皆様のご支援を賜り、800名の多くの方にご参加いただきました。多くの方に鹿児島の文化や歴史、自然に触れていただけたのではと思います。

本研究会では、オリンパス株式会社様にご協力をいただきランチオンセミナーにて鹿児島県出身者でもある、東京医科歯科大学 消化管外科学講師 川田研郎先生に「大酒家のためのNBI経鼻内視鏡活用術」と題しましてご講演いただきました。鹿児島弁を交え、経鼻内視鏡の活用について大変明るく楽しく学ばせていただきました。教育講演では大塚製薬株式会社様にご協力をいただき、広島大学保健管理センターの日山亨先生に「訴訟事例から学ぶ、消化器内視鏡のリスクマネジメントについて」ご講演いただきました。「訴訟」というと医療者からすれば暗いテーマになってしまいますが、実際の判例や症例を元に、会場を大いに巻き込んだ明るいご講演となりました。

また、午前1部ではサテライト会場を設けて熊本保健科学大学医学部検査学科の南部雅美先生に内視鏡検査に必要な病理検査の基礎知識を実際の画像を使って詳細にご講演いただき、2部では私の上司でもある、救急看護認定看護師の橋口恒夫先生に緊急内視鏡時の急変対応について、看護師の立場からショックの病態、看護や対応についてご講演いただきました。サテライト会場へも100名を超える方にご参加いただき、感謝するとともに会場の大きさや音声、映像の中継の面で課題が残ったことをお詫び申し上げます。

一般演題では、九州各県より15題という大変多くの演題をいただきました。改めてお礼申し上げます。それぞれが問題意識を持ち、専門性を発揮して取り組まれており、活発な

議論が交わされていました。

この会誌がお手元に届く頃には新たな時代が始まっていると思います。平成の30年余りで内視鏡をはじめ医療技術は格段に進歩しました。我々、内視鏡技師の役割もより大きなものになりました。新しい時代は、AIやJEDプロジェクト等のビッグデータを大いに活用した医療技術が発展していくと思われます。しかしながら、我々の持つ人の手の温もりを伝えること、寄り添うこと、五感をフル活用して患者や、内視鏡機器と接し従事していくことの大切さは変わらないと思います。

本研究会が盛大に開催され、無事に終了することができたことは、ひとえにご来場いただいた皆様、九州消化器内視鏡技師会役員の方々や鹿児島県役員、協力施設スタッフの皆様および、運営や会場設営、多くの広告や機器展示に多大なるご協力をいただいた協力企業の皆様によるものと深く感謝し、誌上を借りてお礼申し上げます。

最後に、今後の九州消化器内視鏡技師会および消化器内視鏡技師のご活躍、消化器内視鏡のより一層の発展を祈念いたします。

第74回九州消化器内視鏡技師研究会 会計報告書

開催日：平成30年11月10日(土)

開催場所：鹿児島宝山ホール

収入				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
参加費	2,600,000	3,200,000	600,000	4,000×800人
機器展示料	815,000	950,431	135,431	35,000×27社・書籍販売収入(¥5,431)
広告掲載費	250,000	390,000	140,000	30,000×3社・20,000×12社・15,000×4社
研究会準備金	1,000,000	1,000,000	0	九州支部より運営準備金
利息		2	2	鹿児島信用金庫
合計	4,665,000	5,540,433		
支出				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
運営費	2,350,000	3,222,800	▲872,800	会場費・会場設営・機材費等
活動費	480,000	509,276	▲29,276	運営委員活動費・交通費・昼食代
通信費	52,000	28,324	23,676	切手・はがき・収入印紙・振込み手数料等
印刷費	300,000	323,878	▲23,878	ネームカード・プログラム抄録集・機器受講証明書
消耗品費	60,000	32,980	27,020	ネームホルダー・用紙・インク・事務用品等
機器講習費	173,000	202,500	▲29,500	講師料・テキスト(710冊)・消費税
ランチョンセミナー費	150,000	80,000	70,000	弁当100個
謝礼	100,000	94,177	5,823	教育講演講師料・他
研究会対策費	1,000,000	1,000,000	0	九州消化器内視鏡技師会へ返金
その他		46,498		残金を九州消化器内視鏡技師会へ
合計	4,665,000	5,540,433		

第74回九州消化器内視鏡技師研究会

会計 有村 彰洋

技師世話人 梅北 裕司

監査 福富 由美子、重山 智美 九州消化器内視鏡技師会会长 平田 敦美

第75回 九州消化器内視鏡技師研究会

日 時 : 2019年5月26日(日) 9:00 ~ 16:30
会 場 : 久留米シティプラザ
医師世話人 : 福岡赤十字病院 平川克哉
技師世話人 : 福岡赤十字病院 鬼塚智子

I. 特別講演 I

「在宅での看取りを通じて

～急性期病院と連携する訪問看護ステーションの立場から～」

講師: 福岡赤十字病院 井手麻利子
司会: 九州消化器内視鏡技師会 岩坪ひろみ

II. 特別講演 II

「口腔機能向上と五感に働きかける口腔ケア」

講師: 北九州市立医療センター 中村真理子
司会: 佐賀市立富士大和温泉病院 野田麻由

III. ランチョンセミナー

「胃がん内視鏡検診におけるIEE有用性と運用効率

～当施設の経験から～」

講師: 鹿児島厚生連病院 宮原広典
司会: 福岡山王病院 小林広幸

IV. ランチョンセミナー

ガイドラインに基づいた抗血栓薬服用者への消化器内視鏡診療」

講師: 九州大学病院光学医療診療部 藤岡審
司会: 福岡赤十字病院 工藤哲司

V. 開会の辞

第107回日本消化器内視鏡学会

九州支部例会 会長 青柳邦彦

VI. 教育講演 I

「対策型胃がん検診の歴史と新たな展開」

講師: 福岡赤十字病院 平川克哉
司会: 服部胃腸科 木下伸任

VII. 教育講演 II

「内視鏡の進歩は小腸疾患診断をどのように変えたか？」

講師: 佐賀大学医学部付属病院 江崎幹宏
司会: 佐賀大学医学部付属病院 大野明博

VIII. パネルディスカッション

「内視鏡検査におけるベッドサイド洗浄の実際」

座長: 千鳥橋病院 川原政幸
座長: 九州医療センター 石原えつ子

IX. 一般演題

座長: 花牟禮病院 有村彰洋
座長: 柳川病院 江口美佐

一般演題

一般演題

1. 上部内視鏡検査における咽頭麻酔法の工夫

～スプレー法を導入し、受検者の不快解消を目指して～

社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院 内視鏡センター

大城 敦

2. 大腸内視鏡検査前処置を約100分で完了するための腸管洗浄剤服用法

大腸肛門病センター高野病院 内視鏡センター

松平美貴子

3. 新製品ディスポーザブルクリップ装置の使用経験とその有用性について

大腸肛門病センター高野病院 内視鏡センター

西坂 好昭

4. 内視鏡検査への臨床工学技士の新規参入を通じて

琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部

西俣 友博

5. 内視鏡業務に臨床工学技士が介入して

社会医療法人財団白十字会白十字病院臨床工学部

境 大樹

- 発表要旨・論文 -

パネルディスカッション

1. 内視鏡検査時のベットサイド洗浄の実際について

医療法人松坂会 松坂クリニック 佐藤亜寿佳

2015年9月に35年以上歴史のある医療法人社団香椎胃腸科医院を承継し2017年2月新クリニック新築移転に伴い、名称を「医療法人 松坂会 松坂クリニック」に改名。(医師は2名体制)

1日の検査数は約20件で治療件数はESD, EMR, 止血処置、異物除去なども含め、年間約550件ある。

当クリニックは本格始動して3年目に入り、毎年約800件の増加がみられている。2018年は約4300件の症例数があり、今年は約5000件見込みの予定で、急成長しており、ほとんどが検診ではなく症状があつての来院で、疾患が見つかって治療に繋がるケースが多いのが当クリニックの特長である。

<検査終了後>

終了後、施行医がスコープを光源の右側に掛けた後、中性酵素洗剤液が入ったカップに浸けてもらい、すぐに吸引ができる状態にしている。

外表面拭き取り用の容器はスコープを置いた光源の上に置いている。

<ベットサイド洗浄の際、使用している物品>

中性酵素洗剤はメディポールEX-2を0.6%にて作成している。

プラスチック容器にその日の件数分のガーゼを入れ、メディポール液にて浸しておく。そして検査終了後にそのガーゼを1枚使用し外表面の汚れを拭き取っている。吸引液はカップに500mlのメディポール液を作成して入れておく。もうひとつのカップには水だけを入れておりAWチャンネルアダプターを使用する時の送気用のカップになる。

<ベットサイド洗浄の手順>

- ① 検査後すぐに内視鏡の外表面に付着した汚物を中性酵素洗剤液を染み込ませたガーゼで拭き取り、吸引チャンネル内の洗浄の為に、200ml以上の酵素洗浄液を吸引する。
- ②光源の送気を停止させ、送気ボタンとA／Wチャンネルアダプターを交換する。そして水だけが入ったカップに内視鏡先端部を入れ約30秒間A／Wチャンネルアダプターボタンを押して送気を行った後にボタンから指を離して、内視鏡先端部を水から出し、水が

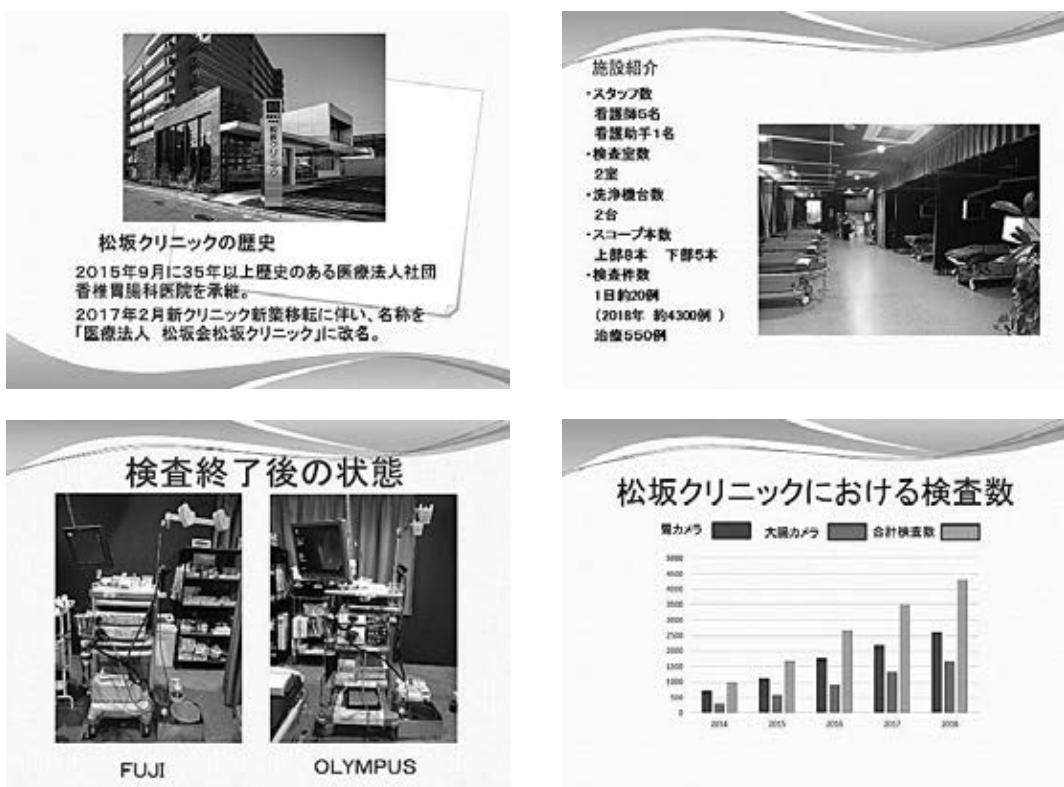
出なくなるまで約10秒以上送気する。

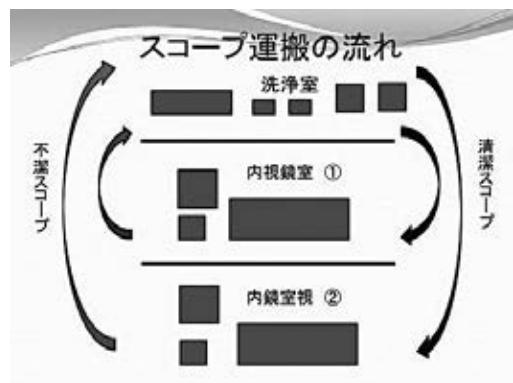
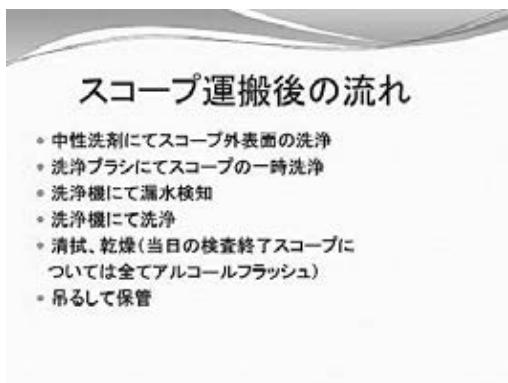
当クリニックのベットサイド洗浄のマニュアルは◎洗浄・消毒のガイドライン◎消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド◎消化器内視鏡の洗浄・消毒標準化にむけたガイドラインを基に作成している。

<今後の課題>

- ① 内視鏡室全体の感染対策。もちろんベットサイド洗浄について、そしてスコープの洗浄・消毒についても、ガイドラインに基づき実施していくことは重要である。しかしそれだけではなく内視鏡システム本体、周辺機器、ベットなど環境の清潔に努めるとともに、スタンダードプリコーションにより、患者・医療者に対してもを含め、全体的な内視鏡室の感染予防を課題としている。
- ② マニュアルの作成、見直し。ガイドラインの追加や診療報酬の改定など、新しい情報や必要な知識を常に得るように努力し必要に応じてマニュアルの追加や作成などを徹底することで安全な医療を提供していく。

【連絡先：〒813-0013 福岡県福岡市東区香椎駅前1丁目3番12号 TEL 092-671-7871】





2. 内視鏡検査時のベッドサイド洗浄の実際

国家公務員共済組合連合会 千早病院
内視鏡室 内視鏡技師 前田 政子

当院は病床数175床で昭和21年に開院した病院です。内視鏡室は年間約4500例の上部・下部検査・治療を行っています。所属するスタッフは消化器内科医師が3名、看護師が6名（うち内視鏡技師が3名）です。スコープは、上・下部の直視鏡が11本、側視鏡が3本あり計14本を保有しています。検査室は2部屋あり、検査・治療が行われ、ERCPは透視室に移動します。検査室の奥に、不潔区域である洗浄シンク、清潔区域である手洗い場がありますがレイアウト的に清潔・不潔が混在しています。不潔のスコープと清潔のスコープも導線が同じなため、できるだけ声掛けをしながら交差しないように配慮し、動いています。もし、不潔になった物品、場所があれば速やかに適材な物で清拭し環境を整えていきます。内視鏡室のレイアウトにおいては、金銭的にもすぐに解決できる問題ではありません。ですから、スタッフ間での声掛け、ICTによるラウンドやアドバイスを受けながら、感染として問題が無いように工夫・改善をおこなっています。

洗浄機はOER-5を2台所有し洗浄担当看護師が洗浄を行っています。洗浄担当者はゴーグル、マスク、袖付きエプロン、手袋をして洗浄にあたります。そして、極力洗浄に徹し清潔区域には入らないようにします。

ベッドサイドの洗浄の実際として、使用する物品はスポンジ、ブラシ、酵素系中性洗剤（メディザイム）を使用しています。まず、検査が終わると医師が挿入部分をガーゼで拭き取ります。準備している中性洗剤を約100cc吸引し、先端保護カバーを装着します。その後洗浄担当者が、残りの中性洗剤約100ccを吸引し計200cc吸引します。続けて、送気・送水ボタンをA/Wアダプターに変え30秒押さえます。その後、電源を落とし送水チューブ・吸引チューブを外し、液だれがしないように先端を持ち洗浄シンクに速やかに移動します。

スコープ運搬後の流れとしては、内視鏡のリプロセスに沿って洗浄者が1次洗浄を行い、ボタン類も洗浄・ブラッシングを行っていきます。1次洗浄後は機械洗浄に移ります。1次洗浄時は、目視で汚れがきちんと除去できた状態で機械洗浄に移ります。

洗浄が終了したスコープは、乾燥したタオルでふき取り、不潔のスコープと区別できるように札をスコープに下げておきます。そして、必ず先端保護カバーをしてレンズの傷や破損が無いようにします。

検査室は、次の検査・治療に備えるため、トランスのキーボード、電源部分、送水チューブ、吸引チューブなど、アルコールを含んだ不織布で拭き取ります。また、患者が使用したベッド、枕、触れたであろう部分をアルコール不織布で清拭していきます。そして、スタッフの手指消毒をして次の患者を検査室に案内します。

【連絡先：〒813-8501 福岡市東区千早2丁目30-1 TEL 092-661-2211（代表）内視鏡室】

3. 当院におけるベッドサイド洗浄の実際

福岡赤十字病院 内視鏡室 浅野奈穂子

1) 当院の概要について

当院では年間10000例の内視鏡検査を行っており、内訳としては表のようになっている。スコープは上部用14本、下部用8本、気管支鏡用3本、ERCP用2本など計27本を使用している。スタッフは看護師15名（内視鏡技師7名）、看護助手2名が所属し、1日に看護師が7～8名、看護助手が1名配属されている。検査室は内視鏡室が4室、透視下内視鏡室が1室、洗浄機4台で稼働している。検査室には光源と対面モニター、検査用ストレッチャー、生体モニター、処置用ワゴン、看護師用パソコンを配置している。洗浄室には清潔用・不潔用シンク、4台の洗浄機、超音波洗浄機、スコープ保管庫を配置、中央には清潔台を設置している。

2) ベッドサイド洗浄について

検査終了後はスコープの先端保護と床汚染防止の為、スコープの先端を光源の横に設置した紙コップに入れるように先生達に依頼しているが、全例実施できていないことが課題である。洗浄は看護助手がメインで行い、塗抹曝露防止の為にゴーグル、マスク、エプロン、手袋を着用している。現時点での問題点として、腕が露出している事が挙げられており、今後改善予定である。ベッドサイドにはAWチャンネル洗浄アダプターを光源の上の紙コップの中に、おしほりは光源横に配置している。酵素洗浄液は1日分を作成し、光源横に配置している。まずは使用したスコープの外表面に付着した粘液を、おしほりを使用して上部から先端に向かって拭き取る。以前は水に浸したガーゼを1日分作り置きして使用していたが、夕方までに乾燥すること、余った物を乾燥する事、衛生的な面から見直しを行い、個装されたおしほりを使用するようになった。ガーゼに比べて大きく、厚みもあるため拭き取りやすくなった。おしほりの拭き取りが終了後、先端保護カバーを装着する。これまでレンズ欠けの修理件数が多かったが、2017年度に導入後より修理件数は0件である。送気・送水ボタンをAWチャンネルアダプターに交換し送水、酵素洗浄剤（エンザイム）を200ml吸引後、スコープを取り外し洗浄室へ運搬する。内視鏡室全体は図のような作りになっており、感染防止の観点から汚染した物品は裏側の不潔用通路を通り、洗浄室へ運搬するようにしている。

3) ベッドサイド洗浄後について

洗浄室では酵素洗浄液の入ったバケツに一旦浸漬させ、その後スポンジで外表面を拭き

取り不潔用のシンクに移す。不潔用シンクにはスコープ保護のためにマットを敷いており、中性洗剤を使用しスポンジで外表面を洗浄する。吸引口、鉗子口にはブラシを通し管腔を洗浄、副送水管には専用チューブで送水、ボタンや鉗子栓、先端保護チューブは専用ブラシで洗浄する。二次洗浄は「OER4」を使用し、ボタン類、先端保護チューブも一緒に洗浄している。洗浄後は清潔台にバスタオルを敷き、タオルを使用し拭き上げ、乾燥させた先端保護チューブを装着し一次保管棚に置く。次の検査時には表側の清潔用通路通り、スコープを運搬し光源に装着し作動チェックを行う。最後にスコープ上部から先端に向かってアルコール綿で清拭し、準備完了としている。

【連絡先：〒815-8555 福岡県福岡市南区大楠3丁目1-1 福岡赤十字病院】

4. 内視鏡検査におけるベッドサイド洗浄の実際

九州大学病院 医療技術部 臨床工学部門 峰 慎太郎

当院の光学医療診療部（内視鏡室）での年間施術件数は10年で約4,400件増加し（平成29年度の総件数13,943件）、それに伴いスタッフ数も年々増員を行なってきた。現在、医師70名以上、看護師14名、臨床工学技士1-2名、外部委託スタッフ5名と多くのスタッフで構成しているため、医療安全・院内感染対策には様々なルールを設け予防を図っている。当院のベッドサイド洗浄は医師が行うため、間違いが起こりにくく以下のようない下工夫を行なっている。①内視鏡スコープをかけるスコープハンガーは、内視鏡システムの左側に消毒済み、右側に使用済みと独立した形で設置している。（図1）②ベッドサイド洗浄用の洗浄液はディスポーザブルのカップに1検査毎に準備している。③ベッドサイド洗浄後は必ず先端保護チューブを装着してもらう。それぞれの効果は、①使用済みのスコープを別の患者に使用してしまう事故を防ぐ、②ベッドサイド洗浄が確実に行われたかどうか確認することができる、③検査後軽視されがちなスコープ先端部の保護、及びスコープに必ず先端保護が装着されているという意識付けを行うことができ、故障予防に繋がっている。また、ベッドサイド洗浄後のAW洗浄アダプターや副送水口の洗浄については、メーカー推奨を遵守した際、スコープによって方法が違い煩雑であるため、臨床工学技士または外部委託スタッフによって確実に行なうようにしている。



図1 消毒済みと使用済み

一方、当院では、手術部、集中治療部、耳鼻科外来など院内で使用する内視鏡のほぼ全てを内視鏡検査室で洗浄し、洗浄の中央化を行なっている。今回、集中治療部の洗浄を中央化する際に、これまで行なっていなかったベッドサイド洗浄を以下のような工夫で徹底することができたので紹介する。気管支ファイバーに消毒済みラベル（印刷したA4紙）を巻きつけ、そのラベルを剥がさないと使用できないようにした。ラベルには使用手順、使用履歴、ベッドサイド洗浄のサイン、及び洗浄履歴を印字することで情報や洗浄の漏れをなくすことができた（図2, 3）。

今や多職種が関わる内視鏡の洗浄工程において、様々な工夫やルールによって適正な洗浄を行い、洗浄管理の質を保つことが望まれる。今後も臨床工学技士として、適正使用を現場で可能にするにはどのように行えば良いのか考え、実践した内容を学会、研究会を通じて情報共有していきたい。

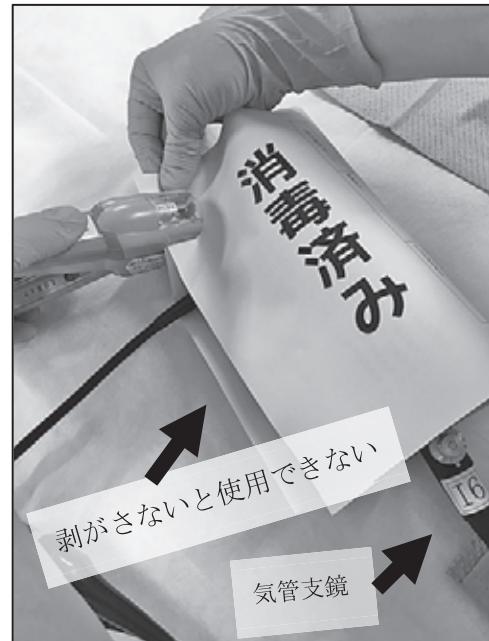


図2 気管支鏡にラベル

図3 ラベルに使用手順やベッドサイド洗浄サイン欄等を印字

【連絡先：福岡県福岡市東区馬出3-1-1 TEL 092-642-5515】

- 発表要旨・論文 -

一般演題

1. 上部内視鏡検査における咽頭麻酔法の工夫

～スプレー法を導入し、受検者の不快解消を目指して～

社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院 内視鏡センター

○大城 敦、宮城 愛子、上江洲さやか、前田るみ子

伊佐 杏澄、照屋あづさ、渡久山すえの、喜屋武香織

【はじめに】

当院、内視鏡センターでは平成24年度より受検者の苦痛軽減を図る目的で、オリゴ糖入りキシロカインビスカス氷片法を導入した。しかし、氷片法は氷が溶けるまで時間がかかる事や氷を含む間の味や食感が苦手な受検者の意見が多く聞かれた。

近年、8%リドカインスプレーを咽頭に噴霧するスプレー法も簡単で効果が高いと報告を受け、当院も平成30年9月よりスプレー法での咽頭麻酔法を導入し、受検者の不快解消を目指した。スプレー法における咽頭麻酔効果の検証を行ったので報告する。

【目的】

咽頭麻酔が簡易かつ効果的に行え、受検者の不快解消を図る。

【対象】

平成24年以降、当院で氷片法を経験した受検者215名

【方法】

1. 統一した手技のスプレー法

2. アンケート調査

①咽頭麻酔スプレー法における苦痛度

②スプレー法の麻酔効果と次回希望する咽頭麻酔法

③PNS（パートナーシップ ナーシング システム 以後PNSと略す）外回り経験内視鏡スタッフ12名による麻酔業務の評価

3. 所見における氷片法とスプレー法の同一受検者反射度の比較

4. 当院人間ドック受検者における検査終了時間の比較

【結果 考察】

1. スプレー法は7割の受検者きつくもなく麻酔効果が効いていると答え、8割の受検者がスプレー法を希望した。
 2. 同一受検者の反射度を所見で比較した結果、有意差はなかった。
 3. スプレー法導入はスタッフ全員が業務短縮につながったと答えた。
- 咽頭麻酔スプレー法は苦痛度が低く、受容度も高いため咽頭麻酔に有効な麻酔法だと考えられる。スプレー法導入はコスト削減と内視鏡業務時間削減につながった。

【結語】

スプレー法は、リドカインショックのリスクが高いため、今後はスタッフの医療安全への意識向上を高めていきたい。

【連絡先：〒901-2492 沖縄県中頭郡中城村字伊集208番地 ハートライフ病院】

2. 大腸内視鏡検査前処置を約100分で完了するための腸管洗浄剤服用法

大腸肛門病センター高野病院 内視鏡センター
内視鏡技師 ○松平美貴子、西坂 好昭
医師 野崎 良一、中村 寧、山田 一隆

【はじめに】

当院における大腸内視鏡検査（TCS）件数は、1日30～40件、年間8000件を超える。AM予約症例は7：30までに来院してもらい、腸管洗浄剤モビプレップ（以下モビ：EAファーマ株式会社）を院内で服用後、9時から検査を開始している。PM予約症例は8：30～11：00頃からモビを服用開始し午後から検査を施行している。前処置が早く完了した症例から検査を開始するようにしているため、2018年以降前処置時間の短縮を目指し、モビ服用法を2-1分割法に変更した。今回、2-1分割法の有用性が得られたため報告する。

【モビプレップ服用方法】

従来は、モビ1000mL→水500mL→モビ500mL→水250mLで一般的な服用方法を行っていた（従来法）。当院で導入した2-1分割法は、5分間隔にモビコップ1杯→モビコップ1杯→水コップ1杯を繰り返し服用する方法である。

【調査方法】

2018年10月1日～10月31日に当内視鏡センターでTCSを施行した外来症例を対象に前向き調査を行った。基礎疾患・腹部手術歴・排便状態などは問診情報から、前処置所要時間、排便回数、モビ服用量は看護記録から、腸管洗浄効果は施行医が評価した。なお、前日は検査食エニマクリンコロミル2食タイプ（堀井薬品株式会社）、20時ピコスルファートナトリウム15滴、当日は病院来院後当センターでモビを服用した。

【結果・考察】

症例は555例（男性304例、女性251例）、平均年齢 59.3 ± 13.0 歳（15～83歳）。モビ服用開始から看護師が反応便を見て前処置完了と判断した時間：前処置所要時間の平均は 105.6 ± 34.4 分（45～298分）だった。100分以内に前処置が完了した症例は282例（50.2%）だった。平均排便回数は 5.7 ± 2.0 回（3～15回）、平均モビ服用量は 1541 ± 274 mL（500～2000mL）だった。腸管洗浄効果は優良・良好が526例（94.8%）、やや不良29例（5.2%）、不良は0例だった。AM施行例（モビ服用開始は7：30）とPM施行例（モビ服用開始は8：30～11：00）を比較すると、前処置所要時間・排便回数・服用量・腸管洗浄効果全てにおいてAM施行例の方が有意に優れていた（表1）。従来法と比較すると、前処置所要時間・腸

管洗浄効果において2-1分割法の方が有意に優れていた(表2)。所要時間が長くなる要因は、女性、70歳以上、糖尿病・心疾患治療中、腹部手術歴・服用開始時間の遅さがあげられた。排便回数が多くなる要因は、女性、70歳以上、脳疾患治療中、腹部手術歴、子宮・卵巣手術後、憩室多発、服用開始時間の遅さだった。腸管洗浄効果が悪くなる要因は、70歳以上、憩室、服用開始時間の遅さであった。

表1. AM症例とPM症例の比較

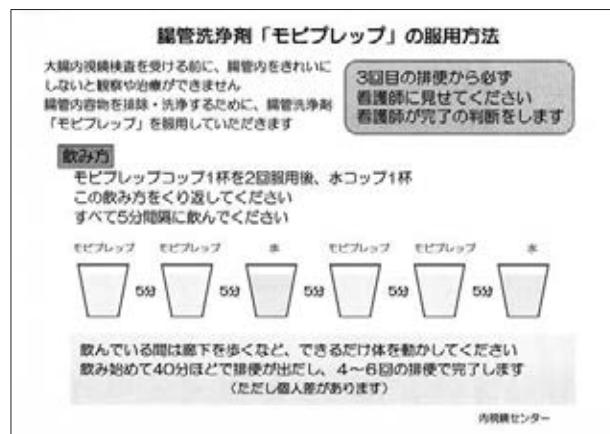
	AM施行例	PM施行例	解析結果
前処置 所要時間	102±30分	109±37分	P<0.05
排便回数	5.5±2.0回	5.9±2.1回	P<0.05
モビ服用量	1515±277mL	1566±268mL	P<0.05
腸管洗浄効果	優良・良好：96.8% やや不良：3.2%	優良・良好：92.8% やや不良：7.2%	P<0.0001

表2. 従来法と2-1分割法の比較

	従来法	2-1分割法	解析結果
症例数	1002例 男545・女457	555例 男304・女251	N.S.
前処置 所要時間	123±53分	105±34分	P<0.0001
腸管洗浄効果	優良・良好：88.9% やや不良：11.3% 不良：1.8%	優良・良好：94.8% やや不良：5.2%	P<0.0001

当内視鏡センターでは、全例が病院来院後に2-1分割法でモビを服用し、センター内通路を歩くことと3回目以降の反応便は見せてもらうように指導し、完了の判断は看護師が行っている(図1)。また、7:30からのモビ服用開始に対応できるようにフレックス業務(7:30~16:30勤務)体制を導入している。これらの取り組みが、前処置所要時間の短縮や腸管洗浄効果の向上につながり、業務改善が図れたと思われる。

図1. 2-1分割法の服用指導用紙



【結論】

モビプレップの新しい服用法である2-1分割法は、前処置所要時間の短縮化と優れた腸管洗浄効果がみられたことから、大腸内視鏡検査前処置法として有用であると考える。

【連絡先：〒862-0971 熊本市中央区大江3丁目2-55】

3. 新製品ディスポーザブルクリップ装置の使用経験とその有用性について

大腸肛門病センター高野病院 内視鏡センター

内視鏡技師 ○西坂 好昭、松平美貴子

医師 野崎 良一、中村 寧、山田 一隆

【はじめに】

クリップ装置とは本来ポリープ切除後の予防的止血や、緊急時における止血術、マーキング法に用いられる装置である。クリップ装置には、把持力やコントロールのしやすさ、クリップの回転性、操作の簡便性などが求められる。今回新しくディスポーザブルのクリップ装置が発売された。そこで従来から使用しているクリップ装置と比較した結果、優れていたため、その有用性について報告する。

【新製品ディスポーザブルクリップ装置の紹介】

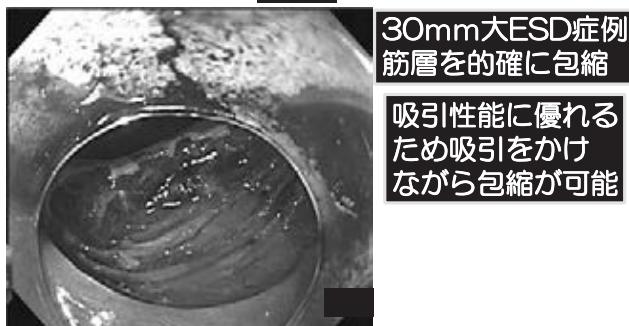
クリップ装置は、Tomel Clip (Century Medical)、SAIKEI (株式会社カネカ) 2社より併売している。クリップは先端角度90°と135°の二種類があり、アプライヤの有効長は1650mmと2300mmのラインナップがある。またシース外径は2.3mmと細径である。なお適応鉗子口径は2.8mm以上となっている。ハンドル部は他社の製品と大きな変化はなく、ハンドルとスライダーで構成されている。クリップもカートリッジに収納されており、クリップを装填する際も同様の操作である。製品の特徴として、掴み直しが可能、シースが細径のため吸引に支障をきたさない、回転性能に優れる、不意に粘膜壁にクリップが接触しても腸管内で脱落しない、アプライヤが一患者ごとのディスポ製品のため感染管理上有利、クリップのブレードが湾曲しているため、粘膜面を的確に把持することが可能、操作が簡便などがあげられる。

【方法】

当院で従来から使用しているクリップ装置（従来型）と新製品ディスポーザブルクリップ装置と比較した。対象の期間は平成30年9月～10月、対象症例数20症例。比較内容として、①クリップの装填性、②鉗子口内への挿入性、③クリップの脱落の有無、④負荷がかかった場合の回転性能、⑤把持力（図1）、⑥送水及び吸引性能への影響、について検討をおこなった。

(図1)

症 例



【結果】

当院で全大腸内視鏡検査下にポリープ切除を行った症例に対し使用し比較した。新製品のクリップは従来型よりも掴み直しができることで、的確なクリッピングを行うことができた。また、シースが細径で、金属シースの外周が樹脂製のシースで覆ってあるため、シースの操作感並びに吸引性能に優れている。そしてクリップが脱落しないことでクリップが無駄にならない。把持力と回転性にも優れている。さらに、カネカ細径はディスボ製品のため感染管理上安全である。従来型と比較した結果、性能面、操作性において劣る点は見られず、既存の製品より性能が優れていた。

以上の使用経験を、実際の動画を交えて提示する。

【まとめ】

今回カネカ細径クリップ用アプライヤを使用し従来型と比較した結果、操作性、安全性に優れていた。したがって今後従来型に代わるクリップ装置として大変有用であると思われる。

【連絡先：〒862-0971 熊本市中央区大江3丁目2番55号 TEL096-320-6500 Fax096-320-6555】

4. 内視鏡検査への臨床工学技士の新規参入を通じ

琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部

臨床工学技士 ○西俣 友博

内視鏡技師 金城真由美、大城美智子

看護師 比嘉 紀晃、山城里美香

【背景】

2016年9月に日本臨床工学技士会から内視鏡業務指針が公開され、全国的に内視鏡検査・治療領域における業務支援として、臨床工学技士が積極的に携わりはじめた。当院でも急激に進歩を続ける内視鏡検査・治療領域において、使用する医療機器の管理は高度化し、医師と看護師だけでは機器の管理が難しくなった。そこで、2017年11月から臨床工学技士が内視鏡業務へ参入し始めた。今回、参入したことで確立できた業務内容と、今後の課題についてまとめたので報告する。

【方法】

日本臨床工学技士会内視鏡業務指針に基づいて、それまでは看護師や看護助手が行っていた以下の業務を臨床工学技士が行うこととした。①毎朝の内視鏡洗浄装置の始業前点検と消毒液の濃度チェック。②検査前の準備として使用するスコープの取り付け及び点検。③検査中の処置具を用いた処置介助や検査時の内視鏡関連機器のトラブル対応。④検査終了後の片づけや清拭。⑤洗浄終了後のスコープの取り上げと保管。以上の業務に加え、それまで行っていた内視鏡洗浄装置の消耗品の交換や、ベッドサイドモニタや高周波発生装置などの定期的な点検も継続して実施することとした。また、スコープに関しても新たに定期点検表を作成し、1年に1回定期点検を行うようにもした。

【結果】

臨床工学技士の内視鏡業務への参入により、それまで看護師が行っていた医療機器管理業務の負担が軽減され、患者さんのケアにより一層専念できることになった。また、検査前の準備や検査後の片づけなどを臨床工学技士が行うことで、患者さんの入れ替えが円滑に進むようになり、業務時間の負担の軽減にもつながったと考えられる。

【考察】

内視鏡業務において医師や看護師と情報を共有することは医療安全の向上にもつながる。そのために臨床工学技士も解剖学や生理学、内視鏡所見の理解を深める必要があると考えられる。また、現在は1名の臨床工学技士のみ対応しているため、病棟内対応などその他

の業務も併せて行っているため、毎日常駐することができていない。今後、新人教育なども行い、内視鏡業務に携わることのできる臨床工学技士を増やし、より看護師の負担軽減につなげ、安全に検査を実施できるようにしていかなければならない。

【結語】

当院で臨床工学技士が内視鏡業務に新規参入したことで、工学的な知識を活かしながら医療機器の管理をすることができ、患者さんに安全で質の高い医療が提供できると考えられる。

【連絡先：〒903-0125 沖縄県中頭郡西原町字上原207番地 TEL 098-895-3331】

5. 内視鏡業務に臨床工学技士が介入して

社会医療法人財団白十字会白十字病院臨床工学部

○境 大樹、吉岡 健志、岡田 卓也、浦田 英明

【はじめに】

当院の臨床工学技士（以下、ME）は、2012年より内視鏡業務に参入しており自身も2015年6月より参入となった。介入当時は洗浄器や高周波の使用前点検、スコープの洗浄、検査や治療の介助、内視鏡機器トラブル時の対応がメインで故障予防などに関してはほぼノータッチの状態であった。2017年の時点で内視鏡担当MEは9名となったが。同年3月にベテラン技士2名の退社。残りの7名全員内視鏡歴3年未満と経験の浅い者のみとなり、その中で内視鏡のセクションリーダーとなった。

【目的】

2016年度のスコープ全体の修理金額は過去最高となり、前年度より396%増加であった。また、そのうちスコープ先端系のみの修理金額も過去最高となり、前年度より3317%増加となったため、スコープの故障予防を始めることとなった。

【対象、方法】

当院の年間症例数は約3500件でスコープの保有本数は上下部合計で16本となっている。2017年のオリンパスセミナーに参加しME内で勉強会を行うことにより洗浄方法の手技統一を図り、先端保護チューブTM（TmediX社製）を装着することとした。しかし、推奨された運用方法では購入時のコストや手技の煩雑化が考えられるため、スコープを搬送する流れから最も故障リスクが考えられる工程を調査し、上部消化管内視鏡検査前の上部用スコープの待機時のみの使用とした。

【結果、考察】

洗浄手技の統一と先端保護チューブTMの使用により、2017年度の修理金額は2016年度より上部用スコープ全体が62%減少。上部用スコープ先端系の故障は16%減少となった。また、2018年度は上部用スコープの修理件数は0件（12月時点）と共に減少した。2017年度に上部用スコープ先端系で高額なCCDの修理があったため、前年度と金額ではあまり差が見られなかつたものの改善はされたと言える。また、スコープ全体での修理件数も減少したため、スタッフの洗浄技術の向上も見られたと思われる。

【結語】

今回は上部用のみ対策を行ったが、ME介入後の故障件数は上部用、下部用でほぼ同数であったことから今後は下部用で対策も検討していきたい。

第75回 九州消化器内視鏡技師研究会を終えて

技師世話人
福岡赤十字病院

鬼 塚 智 子

令和元年5月26日（日）に福岡県久留米市の久留米シティプラザにて、第75回九州消化器内視鏡技師研究会が開催されました。天候にも恵まれ1000人を超える多くの方々にご来場いただき、盛会のうちに開催出来ましたことを大変嬉しく思います。

久留米シティプラザは、2016年オープンの新しい施設で、1500人収容可能なグランドホール以外にも久留米座という400人収容可能な小ホール、広い機器展示ブースがあります。参加者の方に充実した研究会が提供できるよう、多くのプログラムを準備しました。

グランドホールでは、午前中の機器取扱い講習に引き続き、ランチョンセミナーⅠでは鹿児島厚生連病院の宮原広典先生に「胃がん内視鏡検診におけるIEE有用性と運用効率～当施設の経験から～」についてご講演いただきました。効率的に検査室を運用していくことは、多くの施設が抱えている課題ではないかと思います。教育講演Ⅰでは当研究会の医師世話人でもある平川克哉先生より「対策型胃がん検診の歴史と新たな展開」のテーマで、私達技師に期待する役割についてもお話をいただきました。教育講演Ⅱでは佐賀大学医学部附属病院の江崎幹宏先生より「内視鏡の進歩は小腸疾患診断をどのように変えたか？」をテーマとしてご講演いただき、小腸の内視鏡診療に直接かかわっている施設やスタッフはあまり多くないかもしれません、小腸内視鏡について学ぶ貴重な機会となりました。

久留米座では、特別講演Ⅰとして、福岡赤十字病の訪問看護ステーションでご活躍されている井手麻利子先生に「在宅での看取りを通じて~急性期病院と連携する訪問看護ステーションの立場から」について、特別講演Ⅱでは、北九州市立医療センターの歯科衛生士長の中村真理先生に「口腔機能向上と五感に働きかける癒しの口腔ケア」についてご講演頂きました。事例を交えわかりやすくお話ししていただき、こんなケアがしたいと改めて感じる内容でした。ランチョンセミナーでは九州大学病院の藤岡審先生に「抗血栓薬服用者への内視鏡診療」についてご講演頂き、私達が日常業務の中で必要な知識を改めて学ばせていただく機会となりました。

一般講演は5題と演題数は少なかったのですが、看護師や臨床工学技士の方から発表していただき、今後内視鏡分野がさらなる発展を遂げていく上で、他職種が協働していくことの重要性を改めて実感いたしました。パネルディスカッションでは、機器取扱い講習や内視鏡のガイドラインを基に、実際に各施設がどの様にベッドサイド洗浄に取り組んでいるのかを共有し、自施設の洗浄について再度振り返る機会となりました。

たくさんの先生方にご講演いただき、明日からの内視鏡診療に生かしていくことのできる多くの知識を得る研究会となりましたことを改めて厚く御礼申し上げます。

最後になりましたが、第107回日本消化器内視鏡学会九州支部例会 会長の青柳邦彦先生、医師世話人の平川克哉先生、研究会プログラムにご協力賜りました講師の先生方や座長の皆様、運営を支えていただいた九州役員や福岡県役員の皆様方、協賛いただいた関係各社の皆様に心より感謝申し上げます。九州消化器内視鏡技師会ならびに会員の皆様の益々のご健勝と内視鏡技師研究会のさらなる発展を祈念いたしております。

第26回 日本大腸検査学会九州支部会

日 時：平成30年8月18日(土) 9:25～16:00

会 場：アクロス福岡国際会議場

会 長：原田直彦（九州医療センター 光学診療部長）

I. 一般演題（医師の部）

座長：宮崎大学消化器血液学分野 山本 章二朗

II. 一般演題（メディカルスタッフの部）

座長：服部胃腸科 櫻井 宏一

III. 理事長講演

「大腸内視鏡検査のさらなる発展」

演者：昭和大学横浜市北部病院 消化器センター長

工藤 進英

司会：久留米大学消化器病センター 教授

鶴田 修

IV. 評議員会

V. ランチョンセミナー

「炎症性腸疾患診療のup to date」

演者：医療法人原三信病院 消化管内科主任部長 中村 和彦

司会：大腸肛門病センター高野病院 副院長 野崎良一

VI. 特別企画

「内視鏡室3Kの管理～「環境、感染、故障」三角関係の行く末～」

演者：九州医療センター治療検査センター 内視鏡室 内視鏡技師

石原えつ子

司会：福岡県済生会二日市病院 院長代行

壁村哲平

VII. ワークショップ

「Cold polypectomy -九州での現状と今後-」

司会：九州医療センター 光学診療部長 原田直彦

一般演題

一般演題（メディカルスタッフの部）

座長 櫻井 宏一（腹部胃腸科）

- EMR後再受診案内送付の結果報告

鮫島病院 久米 千冬（鹿児島）

- 大腸内視鏡検査前処置における検査食の再検討

医療法人 康陽会 花牟禮病院 北原 朱美（鹿児島）

- 内視鏡挿入困難例のCT colonographyにおける

水溶性ヨード造影剤経内視鏡散布の有用性

大腸肛門病センター高野病院 放射線科 渡邊 敦史（熊本）

- 当院におけるインシデントからの対応

公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院 臨床工学科

合澤 達矢（福岡）

特別企画

「内視鏡室3Kの管理～「環境、感染、故障」三角関係の行く末～」

演者：石原えつ子

（九州医療センター治療検査センター 内視鏡室 内視鏡技師）

司会：壁村 哲平（福岡県済生会二日市病院 院長代行）

共催：富士フィルムメディカル株式会社

一般演題（メディカルスタッフの部）

EMR後再受診案内送付の結果報告

鮫島病院

内視鏡技師 ○久米千冬、山村みち子、柳久美子、永手ちとせ、見玉 律子、
前原修一、藤島恵里

医師 今村芳郎、前畠良智、平川あさみ、鮫島由規則

【はじめに】

当院では年間約4000例の大腸内視鏡検査（以下CS）を行っている。またEMR件数は年間約550件である。EMRを受けた患者へは1年後の再検査を口頭で勧めていたがそのまま放置しているケースも少なくない。そこでEMR後の定期検査推進目的で患者へハガキを郵送し、再検査にどのくらい来院したか調査を行ったので報告する。

【方法】

平成25年4月～平成28年3月までの当院でEMRを施行した患者へ約1年後ハガキを郵送する。発送時期については、検査多忙期、閑散期を目安に分散し郵送を行った。ハガキ発送は担当者が毎月、院内ネットで管理を行い、住所間違い、名前間違いがないように印字シールを作成し隨時発送を行った。尚、紹介患者、検診異常での被検者は郵送対象から除いた。

【結果】

3年間のEMR後の患者1275名に対し再検査案内のハガキを郵送し、694名がCS再検査を受けている。再検率は54.4%であった。年代別に観ると再検率の高かった年代は60歳代で59%、低い年代は40歳代で47%であった。

【考察】

実際にハガキが届いたことで検査予約を入れるなどの効果があり再検査受診率に貢献できていると考えられたが全体の再検率が54%であり定期検査推進への対策を更に検討する必要がある。また働き盛りの40歳代の再検率が低いため専門病院の役割として早期発見早期治療の為にどのように再検査を受けてもらうか今後の課題となった。

大腸内視鏡検査前処置における検査食の再検討

医療法人 康陽会 花牛禮病院

看護師 ○北原朱美、上野裕子

内視鏡技師 有村彰洋

医師 花牛禮康生、本田昭彦

【はじめに】

当院は、人口およそ、3万人弱の地域で消化器内視鏡を中心とした、地域医療に携わっている。その中で、全大腸内視鏡検査（以下TCS）は、年間約800例施行している。TCS検査では、優れた腸管洗浄効果が、検査の精度を高めるために必要であり、その為には、腸管洗浄剤の使用は必須であるが、当院では検査前日の検査食もTCS検査に影響があると考えている。今回、検査前日の検査食のみに焦点を置き、患者の立場としてどのような検査食が有用なのか検討したので報告する。

【目的】

TCS検査を希望する患者の検査食の有用性の検討を行った。

【期間・対象】

平成30年4月～平成30年6月末までの3か月間

TCS検査で前日に検査食を使用した患者162名

【方法】

検査食4種類を、患者に選択して頂き、検査食の味、量、時間について、アンケートを実施した。

内容は、エニマクリン®eコロン、エニマクリン®PO、クリアスルー®JB3食、クリアスルー®3食

【倫理的配慮】

調査した内容は、研究の為だけに使用することを口頭で説明し同意を得た。

【結果】

① 検査食を患者に選択してもらうことによって、検査食を選ぶ楽しみが患者にはあり、それが、検査への積極性へ繋がる患者もみられた。

② 年齢、職業、家族構成によって、味や量や食事をする時間に差が認められた。

【考察】

① 今回の検討で、患者の検査食に対する受容性が分かり今後の参考になった。

② 大腸がんリスク原因の一つとして、下剤飲用への不安や下剤に対する抵抗があり、発見が遅れ進行した状態で病気が発覚する場合が多いのも現状である。今後は、検査食も含め、前処置全てに、患者側の立場となり、検査前処置に対する不安や抵抗を軽減できるよう対応していきたい。

内視鏡挿入困難例のCT colonographyにおける 水溶性ヨード造影剤経内視鏡散布の有用性

大腸肛門病センター高野病院 放射線科

○渡邊淳史、伊牟田秀隆、北村燎平、中尾祐也、松本徹也、前崎孝之、有馬浩美

同 消化器内科

野崎良一

同 消化器外科

山田一隆

【背景】当院では、全大腸内視鏡検査において内視鏡挿入困難と判断された場合、代替検査としてCT colonography（以下CTC）を当日に追加で行っている。しかしながら、本来のCTC前処置とは異なり、内視鏡検査のための腸管洗浄液のみによる前処置しか行われていないため、残液により観察が不十分になる可能性が危惧される。そこで、内視鏡挿入困難となった症例に対し、tagging目的として経内視鏡的に水溶性ヨード造影剤を散布することによるCTCでの有用性について検討した。

【方法】2016年6月～2018年6月の期間で当院にて全大腸内視鏡検査で挿入困難となり、鉗子口より水溶性ヨード造影剤10%を100ml散布し同日CTCを行った21例（男性10例、女性11例、年齢61.7±11.4歳）を対象とした。評価方法として大腸を6区分に分け、仰臥位のaxial像を用いて各区分の液体残渣が一番多い部分を4段階評価した（0：液体残渣無し～3：液体残渣有り）。taggingの質的評価については、各区分において造影剤の染まりが薄い部分のCT値（HU）を測定し、一番低値のCT値を記録した。また、視覚的評価として診療放射線技師2名で観察を行い、両者の合意に基づき3段階評価した。

【結果】全大腸区分における液体残渣量の平均スコアは1.90であった。taggingの質的評価の分布として、全大腸区分において150HU以上を記録した割合は52.2%（59/113）であった。さらに内視鏡挿入困難となった部位より深部の領域に限定してみるとその割合は25.9%（15/58）であり、A群（脾臍曲部より深部で挿入困難）、B群（脾臍曲部より手前で挿入困難）で比較した場合、それぞれ61.5%（8/13）、15.6%（7/45）であり、前者で有意に高いtagging効果を示した（ $p<0.01$ ）。視覚的評価においても質的評価に類似した分布を示した。

【結語】内視鏡挿入困難例に対して同日CTCを行う場合の水溶性ヨード造影剤散布は、読影精度を高める要因と考えられる。さらに脾臍曲部より深部での挿入困難例に対してはより高い効果が示された。

当院におけるインシデントからの対応

公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院 臨床工学科

○合澤達矢、鐘ヶ江潤一、副島由美子、曾田綾子、岩原亜裕美、三木智枝、川原政幸

【はじめに】

当院にてEMRを行った際、トラップのキャップと受け側がずれておりポリープが直接吸引ボトルに入り組織が見つからずインシデントとなった事例があった。その際どうすれば未然に防げるか検討し改善策を立てた事を今回報告する。

【経過】

現在使用しているトラップにてキャップと受け側がずれているとポリープが吸引ボトルに直接入ってしまう状況である。実際にインシデントが起こり、その事例に対し医療安全担当部長と内視鏡室室長（医師）と内視鏡室看護師より臨床工学技士へ改善策の依頼があった。

【取り組み】

他社製の使用検討を行うのと同時に現在使用中のトラップを改良出来ないか改善検討を行った。

【改善点】

現在使用中のトラップではキャップ部分は全部白く目印部分である矢印部分の認識がしにくい為矢印部分を赤く塗り視覚的に分かりやすくしたが根本的な解決には繋がらずトラップの後に透析装置に使用されている主にゴミをキャッチするフィルターを取り付けることにした。またスコープからトラップへ繋がるチューブがビニール製だったのでシリコン製に変更しチューブ自体の強度を上げた。

フィルターを取り付けるにあたり吸引圧の測定も行い吸引圧が減少しない事を確認した。

【考察】

トラップにフィルターを取り付けた事により検体の紛失を免れた症例もあるが、先日当院のコンセプトと近い製品が発表されたので今後導入の検討も行いつつ改良が必要な場合は検討して行く。

特別企画

「内視鏡室3Kの管理

～「環境、感染、故障」三角関係の行く末～

九州医療センター 内視鏡技師 看護師

石原 えつ子

内視鏡室において、環境管理（K）、感染管理（K）、故障管理（K）は日常自然に行われている業務といえる。この内視鏡室における基本的3つのKは、お互い関係性を持ち影響しあっている。これらの管理ができなければ患者に安心安全な内視鏡の提供が困難となる。

＜愛ある環境づくりは感染防止につながる＞

マルチソサエティ実践ガイドによると、「内視鏡に関連した感染対策は一般にスコープの洗浄・消毒のみに注意が払われがちであるが、内視鏡システム本体、周辺機器、ベッド、床などの内視鏡室全体の環境に対しても清潔を保つ配慮が必要である。」と書かれている。

内視鏡室の環境においては、常に粘液や血液に暴露される環境にあることを念頭に、おかなければならぬ。今回、当院における検査周辺環境を清潔に保つための工夫について紹介する。また、年1回、院内保有の軟性内視鏡培養検査を行っているが、前年度、一般細菌と共に腸内細菌の検出を認めた。そこで消毒効果や洗浄方法の確認とマニュアルの見直しを行った。さらに、内視鏡ATPふき取り検査を行い、汚染度を数値化することで洗浄効果を評価した。

＜愛ある教育環境は、故障防止につながる＞

当院では、月1回の内視鏡安全管理委員会にて内視鏡に関わる各科医師、内視鏡を保有する手術室のスタッフ、内視鏡技師による修理報告、意見交換を行っている。また、年度初めに、新任医師を対象とした内視鏡取り扱いオリエンテーションを行っている。特に夜間休日は、医師のみで内視鏡を使用するので、故障予防のための注意点、ベッドサイド洗浄、予備洗浄までの実践を内視鏡技師が指導している。内視鏡の部位別に故障件数を調査すると、先端部の故障が多くみられ、多額の修理費が発生したため使用者への注意喚起や意識向上を目的にポスターを作成し配布や掲示を行った。以上の活動、取り組みは修理費の削減につながった。

＜まとめ＞

検査環境と教育環境が整えば、感染のリスクや故障のリスクは抑えることが出来る。内視鏡3Kの管理において良好な状態を維持するためには、更なる管理体制の強化と、レベルアップが求められる。超高齢化社会は急速に進行し、並行して内視鏡検査治療も増加していくものと思われる。その中で、変わることなく安全な検査治療環境を提供するための鍵を握るのは、人であり、チーム力であると考える。

第27回 日本大腸検査学会九州支部会

日 時： 2019年8月31日(土) 10:00～15:00

会 場： 鹿児島医師会館

会 長： 花牟禮 康生（医療法人康陽会 花牟禮病院院長）

I. 一般演題

司会：鹿児島大学病院 消化器外科 助教 盛 真一郎

II. 理事長講演

「大腸癌のde novo 発生と遺伝子」

演者：昭和大学横浜市北部病院 消化器センター長 工藤 進英

司会：大腸肛門病センター 高野病院 副院長 野崎 良一

III. 評議員会

IV. ランチョンセミナー

「日常診療における下部消化管用スコープ【EC-L600ZP7】の有用性」

演者：佐賀大学医学部附属病院 光学医療診療部 下田 良

司会：神保消化器内科医院 院長 神保 勝一

V. 特別講演

「がんゲノム医療元年：大腸がんにおける個別化医療」

演者：国立がん研究センター 理事長 中釜 齊

司会：医療法人康陽会 花牟禮病院 院長 花牟禮 康生

VI. CT Colonography ハンズオンセミナー

－実際のワークステーションを用いたわかりやすい大腸解析－

演者：長崎みなとメディカルセンター 医長 本田 徹郎

大腸肛門病センター高野病院 放射線科 科長 有馬 浩美

長崎県上五島病院 放射線科 主任 安田 貴明

VII. 特別企画

「高齢者の下部消化管内視鏡検査の現状と課題」

－消化器内視鏡技師の視点から－

鹿児島県消化器内視鏡技師会からの報告

司会：服部胃腸科 木下伸任

特 別 企 画

特 別 企 画

「高齢者の下部消化管内視鏡検査の現状と課題」

－ 消化器内視鏡技師の視点から －

鹿児島県消化器内視鏡技師会からの報告

司会：服部胃腸科 木下 伸任

1. 高齢者における大腸検査前処置について

医療法人あさひ会 金子病院 松島 貴博

2. 高齢者における大腸内視鏡検査時の鎮静について

医療法人浩然会 指宿浩然会病院 丸山 伸一

3. 高齢者の大腸内視鏡検査における抗血栓薬の取り扱いについて

鹿児島市医師会病院 福富由美子

4. 高齢者の大腸内視鏡検査における医療安全について

公益社団法人昭和会 今給黎総合病院 梅北 裕司

特別企画

『高齢者の下部消化管内視鏡検査の現状と課題』

—消化器内視鏡技師の視点から—

鹿児島県消化器内視鏡技師会

2018年の鹿児島県の高齢化率は31.3%であり、超高齢社会である。2017年の国立がん研究センターのがん部位別死亡例によると女性2位、男性3位が大腸癌である。大腸癌早期発見には下部消化管内視鏡検査（以下CS）が不可欠であり超高齢社会を迎える、高齢者に対するCSの需要は今後も増加する。

これまで高齢者のCSについては様々な議論・検討されているが明確な指針はない。

今回、鹿児島県の消化器内視鏡技師へ高齢者のCSの現状についてアンケートを行った。その結果を踏まえ、消化器内視鏡技師の視点から高齢者のCSのあり方について考える。

高齢者の下部消化管内視鏡検査における現状と課題

—内視鏡技師へのアンケート調査を通して—

公益社団法人昭和会 今給黎総合病院 内視鏡技師

鹿児島県消化器内視鏡技師会 会長 梅北 裕司

1. 高齢者における大腸検査前処置について

医療法人あさひ会 金子病院 内視鏡技師 松島 貴博

2. 高齢者における大腸内視鏡検査時の鎮静について

医療法人浩然会 指宿浩然会病院 内視鏡技師 丸山 伸一

3. 高齢者の大腸内視鏡検査における抗血栓薬の取り扱いについて

鹿児島市医師会病院 内視鏡技師 福富由美子

4. 高齢者の大腸内視鏡検査における医療安全について

公益社団法人昭和会 今給黎総合病院 内視鏡技師 梅北 裕司

高齢者の下部消化管内視鏡検査の現状と課題

－内視鏡技師へのアンケート調査を通して－

鹿児島県消化器内視鏡技師会

○梅北 裕司 松島 貴博 丸山 伸一 福富由美子

2018年の鹿児島県の年齢別推計人口調査（2018年10月1日現在）¹⁾によると65歳以上の老人人口50万242人（総人口に占める割合：31.3%）75歳以上は26万6430人（総人口に占める割合：16.7%）であり、超高齢社会の定義（総人口の25%）をすでに大きく上回っている。

2017年の国立がん研究センターのがん部位別死亡例のデータ²⁾によると男性：1位肺がん、2位胃がん、3位大腸癌の順である。女性においては1位大腸癌、2位肺癌、3位膵臓癌の順であり、男女とも大腸癌が上位を占めており早期発見が重要である。

大腸癌早期発見のためには下部消化管内視鏡検査（以下CS）が不可欠であり、CSの需要は高まっている。超高齢社会をすでに迎え2025年問題を目前にしている現在、高齢者に対してCSを行う機会はさらに増加すると思われる。

これまでの高齢者に対するCSについての先行研究において林は、我が国には高齢者の下部消化管内視鏡検査をどのように行うべきか記した指針はなく各施設、各医療者にその判断が求められているのが現状である。高齢者は基礎疾患を複数患っていることが多く、身体的予備能が低下していることが多いため、非高齢者と比較すると下部消化管内視鏡検査も相対的にハイリスクとなる。³⁾と述べており前処置方法、前投薬の内容、内視鏡治療の適応病変、さらには大腸内視鏡検査を行うこと自体においても慎重な判断が望まれることが指摘されている。また、藤井によれば今後の長寿社会に向けて超高齢者への大腸内視鏡検査の需要性が高まると考えられ、有意義かつ安全な大腸内視鏡検査を施すために超高齢者に対する大腸内視鏡検査は大腸内視鏡検査の適応を含め整理する段階にあると考えられる。⁴⁾ことが指摘されている。

このように高齢者のCSは今後、需要の増加が見込まれるが、明確な指針はなく整理されることが望まれている状態である。

鹿児島県においても超高齢社会を迎えており、鹿児島県消化器技師会は県内の内視鏡技師の技術向上、知識の交換、内視鏡技師の育成に寄与することを目的として活動しているが知識の交換としての高齢者のCSについての現状や、問題点等は明らかになっていない。

以上のことから本研究は高齢者に対するCSの現状と課題について明らかにすることを目的とする。

1. 高齢者における大腸検査前処置について

医療法人あさひ会 金子病院 内視鏡技師 松島 貴博

高齢者のCS前処置に関する取り決めや腸管洗浄剤飲用と環境について3施設で高齢者のCSの前日処置薬剤の取り決めや2名以上の状態での下剤飲用と統一した問診票に沿い便秘等に対応する前処置の処方や判断をしていた。腸管洗浄剤の飲用環境は、院内外来での飲用は3施設（クリニック含む）11施設が患者状況に応じて入院か外来か選択していた。1施設は患者状況に応じて自宅か入院かの選択であった。

使用している腸管洗浄剤についてはモビプレップ[®] の使用が14施設と最も多かった。服用開始量については1.0Lが9施設で最も多く、次いで1.5Lが2施設、その他の服用方法2施設として0.8Lから開始、モビプレップ[®] の2杯1杯法があがった。

服用時間は約2時間が最も多く8施設となった。約1時間が3施設、1.5時間が2施設、患者ペースに服用時間は合わせるが2施設。2～3時間が1施設となった。

また、高齢者のCS時に家族の付き添いを依頼している施設は3施設、状況によっては依頼している施設が13施設となった。

年齢や基礎疾患、排便状態、ADL、服薬内容を確認し画一した取り決めは設けず、医療者が個々の高齢者に合わせ対応している状況があった。

嚥下障害等で腸管洗浄剤が飲用できない患者への対応は浣腸での対応が5施設と最も多い結果となった。経鼻胃管注入が2施設、上部内視鏡での注入も1施設あった。内服困難であればCSを行わない施設が2施設あった。施設の役割により服用ができない患者が検査対象としていない施設もあった。腸管洗浄剤が飲用できない患者への対応

最も多い処置は浣腸施行となった。少数ではあるが上部での注入、経鼻胃管での注入を行う施設もあった。経鼻内視鏡や胃管でどうにか注入をして、検査を実施する施設と、健診対象などで嚥下機能の低下患者の検査がないと答えた施設があったことから、急性期病院や健診が多い施設では対応が違い、各施設の役割も影響していると考える。樺田は、腸管洗浄液服用中には誤嚥性肺炎、マロリーワイス症候群をきたし得る。検査開始後、胃内に残った腸管洗浄液を嘔吐し鎮痛、鎮静の影響もあって誤嚥性肺炎をきたした症例も経験している。¹⁾ 経鼻胃管、上部内視鏡で腸管洗浄液の注入行っている施設もあるが、注入を行うような症例は意思疎通が困難な場合もあり、症状を伝えられないため十分に腹部症状に注意する必要がある。

1) 樺田博史：大腸内視鏡検査の偶発症予防と対応 消化器内視鏡 29 (11) P2028-2033
2017.

2. 高齢者における大腸内視鏡検査時の鎮静について

医療法人浩然会 指宿浩然会病院 内視鏡技師 丸山 伸一

高齢者のCSの鎮静と安静については、希望があれば鎮静剤を使用するが14施設となった。希望に関わらず必ず使用する施設が1施設、希望に関わらず使用は医師の判断である施設が1施設の結果となった。鎮静剤の使用に関して同意書がある施設が8施設、ない施設が4施設、未回答4施設との結果となった。

消化器内視鏡関連の偶発症に関する第6回全国調査報告2008年～2012年の偶発症発生数219件のうち死亡例が4例認められ、前処置に関する偶発症の中で最もも多い事項である。鎮静剤の使用に関する同意書を取得している施設が8施設、取得していない施設が4施設見られた。日山によると平成24年に東京地裁にて同意なく麻酔注射と生検を行ったとして提訴した事例を紹介している。この中で、同意書は裁判において重要な証拠となるため取得した方がよいと思われる。もし取得しないのであれば説明内容およびそのことに対して患者から同意があったことを毎回カルテに記載しておく必要がある。¹⁾と述べている。このことから、取得していない施設は毎回、記録に記載するか、鎮静剤使用に関する同意書の取得を検討する必要性がある。使用薬剤については、ミダゾラムが最も多く、次いでジアゼパムの使用が多かった。これは日本消化器内視鏡学会による第6回全国調査による鎮静剤の使用状況と同じである。併用としてオピオイド鎮痛薬（麻薬：ペチジン）やオピオイド鎮痛薬（非麻薬：ベンタゾシン）等の使用が多かったが、いずれの薬剤も高齢者は副作用が出現しやすいため少量から開始するなど適応をみて、慎重投与が望まれている。高齢者への鎮静において引地らは、本人から鎮静の要望が強い場合には使用を妨げる特別な理由がない限り躊躇する理由はない。しかし、非高齢者以上に検査中および検査後の慎重な監視が必要であり生体防御反射が抑制されることによる誤嚥や覚醒遅延、転倒などへの注意が必要である²⁾と述べている。検査後の安静時間と離床のタイミングについて、6施設は明確な取り決めはなかったが日本消化器内視鏡技師会看護委員会が策定した内視鏡看護記録実践ガイド³⁾によると、鎮静剤使用の場合：覚醒状態（意識レベル・運動機能・呼吸状態・循環動態・酸素飽和濃度）拮抗剤使用（時間・薬剤名・使用量・効果）を記録し、覚醒スコア（Ramsay Scale）、リッチモンド興奮・鎮静スケール（RASS：Richmond Agitation-Sedation Scale）、麻酔回復スコア等での覚醒評価を推奨しているため、高齢者において慎重な監視と覚醒遅延、転倒に注意する必要性が示されているため、これらのスケールを用いた評価が必要であると考える。

1) 日山亨 田中信治 吉原正治：消化器内視鏡と医療訴訟 消化器内視鏡

- 2) 引地拓人 小原勝敏 高木忠之他：消化器内視鏡診療時の鎮静の偶発症とその対策
消化器内視鏡 内視鏡データリファレンスブック2017
- 3) 日本消化器内視鏡技師会看護委員会 (2013) 内視鏡看護記録実践ガイド2

3. 高齢者の大腸内視鏡検査における抗血栓薬の取り扱いについて

鹿児島市医師会病院 内視鏡技師 福富由美子

高齢者の抗血栓薬服用時の対応については、必要時中止とする施設が8施設、全例中止しない施設が5施設、全例中止する施設が2施設であった。中止の判断については、抗血栓薬の処方医が4施設、検査を決めた主治医等の医師が1施設であった。処方医と検査を決めた医師の両方である施設が2施設となった。

高齢者の抗血栓薬の取り扱いについては、未回答が多い項目ではあったがほとんどの施設では全例中止するあるいは、必要時中止としていた。休薬の判断も処方医が多くを占めた。抗血栓薬服用患者に対する消化器内視鏡診療ガイドラインでは、内視鏡医と抗血栓薬の処方医とで個々の患者における最良の方法を選択することが重要である。内視鏡医の判断だけで抗血栓薬の休薬を行うことは避けなければならない¹⁾と述べている。また永尾らは、継続すべき薬剤と休止する薬剤を明確に指示することは極めて重要である。自己中断で休薬する例も多々あり、被検者にしっかり説明、指示すべきである。²⁾と述べている。血栓塞栓症は一度発症すると、重篤かつ生命予後に関わる病態が多いため医師は、患者本人に検査や治療の必要性や利益、出血や血栓塞栓症などの不利益を十分に説明した上で明らかな同意のもとCSを実施することが望まれる。そのためにも、検査に関わる消化器内視鏡技師や医療従事者は、抗血栓薬服用患者に対する消化器内視鏡診療ガイドラインを理解して医師と見解や方針を統一させ、高齢者においては自己休薬の危険性の説明と検査前までに既往歴や基礎疾患、薬手帳などの内服歴などの確実な問診や情報収集が重要になると考える。

- 1) 加藤元嗣 上堂文也 掃本誠治他：抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン 直接経口抗凝固薬（DOAC）を含めた抗凝固薬に関する追補2017 日本消化器内視鏡学会雑誌gastroenterological endoscopy 59 (7) 2017.
- 2) 永尾重昭 伊藤傑 西村慎他：超高齢者やハイリスク患者の内視鏡診療における対策 消化器内視鏡 29 (11) P1967-1974 2017.

4. 高齢者の大腸内視鏡検査における医療安全について

公益社団法人昭和会 今給黎総合病院 内視鏡技師 梅北 裕司

高齢者のCSにおける医療安全に関する経験では、個人における経験を質問した。最も多かった経験が前処置不良による検査中止、前処置によるバイタルの変化や、イレウスの発症、鎮静後の転倒や転落であった。

前処置不良による検査中止、前処置によるバイタルの変化やイレウスの発症、鎮静後の転倒や転落を経験している内視鏡技師が多かった。永尾らは、内視鏡検査にとって超高齢はリスク因子であり前処置、鎮静などはさらにリスクを高めるため事前準備と対策が必要である。¹⁾と述べている。高齢者の想定外の事態を防ぐために心疾患、脳血管疾患、重度の呼吸器疾患、高度の肥満、高度の貧血、ショック状態の患者などの内視鏡検査のハイリスク患者を検査前の問診などによる全身状態の把握と全身状態の把握等の対策が必要と考える。

- 1) 永尾重昭 伊藤傑 西村慎他：超高齢者やハイリスク患者の内視鏡診療における対策
消化器内視鏡 29 (11) P1967-1974 2017.

【結論】

1. 各施設において明確な高齢者の定義や画一した取り決めはなかったが、施設の役割や状況で関わる医療者が高齢者へ個別に介入し、様々な判断をして高齢者のCSを実施している現状が明らかとなった。
2. 鎮静剤の同意書、使用後の覚醒の評価については施設間で差があった。すでに示されているガイドラインがあれば、それらを理解し、施設や医師と見解と方針を統一させ標準化することが課題である。

**学会・研究会等
開催のご案内・お知らせ**

第76回

九州消化器内視鏡技師研究会 プログラムのご案内

令和元年11月9日土 13:30~16:30

■会場／宮崎市民プラザ オルブライトホール

住所／宮崎市橋通西1丁目1番2号 TEL: 0985-24-1008 ※研究会内容の問い合わせはできません

注) 研究会開始後、14:30以降に入室された方につきましては、証明書の発行はできません。

■内容

【開会の辞】13:30~13:40

医師世話人 宮崎大学医学部附属病院 鈴木 翔

【教育講演】13:40~14:40

講 師 宮崎大学医学部附属病院 消化器内科 鈴木 翔

演 題 「検査中の見方を変えよう!ピロリ(HP)・非HPの上部消化管内視鏡検査所見」

協 賛 富士フィルムメディカル株式会社

【一般演題I】14:40~15:15

- 1.胃内視鏡検査前の腹部超音波検査による胃内残渣判定～胃内残渣物誤嚥予防のために検査前US有用性の検討～
城北胃腸科内科クリニック 永廣 忠士
- 2.光線力学療法導入に伴う取組みについて
九州大学病院 光学医療診療部 小柳 亜衣
- 3.遮蔽カーテンを使用した医療者の被ばく線量低減の取り組み～透視下内視鏡検査における空間放射線量調査
第一報～
長崎大学病院 放射線部・光学医療診療部 医療技術部放射線部門 諸熊 妙子
- 4.極細径スコープを用いたESDの経験～細径シースデバイスを用いた治療戦略～
医療法人社団如水会 今村病院 内視鏡センター 馬場 仁美
- 5.内視鏡スコープ修理件数及び修理金額削減への取り組み～先端保護チューブを導入して～
地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター 臨床工学室 浦瀬 憲一

【一般演題II】15:15~15:50

- 1.大腸内視鏡検査時のペチジン使用による鎮痛効果の評価
社会医療法人 敬愛会 中頭病院 内視鏡センター 前上門江美子
- 2.ディスポザブルクリップ装置(新型装置)の有用性の評価-リユース既存装置との比較-
大腸肛門病センター高野病院 内視鏡センター 西坂 好昭
- 3.腸管洗浄剤の飲用方法変更がもたらす効果
福岡青洲会病院 三輪 恵
- 4.小腸カプセル内視鏡の排出確認と自己管理スキルの関係
長崎みなとメディカルセンター 放射線科内視鏡室 中村 智子
- 5.大腸内視鏡検査前処置の副作用要因分析
恩賜財団済生会熊本病院 6西病棟 長谷 梨沙

【一般演題III】15:50~16:20

- 1.内視鏡未経験者への教育～処置習得進捗一覧表の作成の取り組みと今後の課題～
いづろ今村病院内視鏡センター 小松 知美
- 2.内視鏡検査・治療時の災害対策への取り組み
独立行政法人地域医療機能連携機構 謙早総合病院 谷口 侑里
- 3.多職種を交えたハンズオントレーニングを実施して
熊本地域医療センター 内視鏡検査部 西村美寿穂
- 4.内視鏡取り扱いのスキル向上を目指して～外部業者による内視鏡機器取り扱い調査を取り入れて～
社会医療法人同心会 古賀総合病院 外山 道子

【閉会の挨拶】16:20~16:30

第76回九州消化器内視鏡技師研究会世話人 川崎 正一

※当日の参加につきましては、受付にて参加費4,000円をお支払い頂ければ、どなたでも参加可能となっております。事前予約の必要はございません。
※内視鏡技師の方は認定証(会員証)を持参してください。

問い合わせ先

〒880-1111 宮崎県東諸県郡国富町大字岩知野762 医療法人 慶明会 けいめい記念病院 川崎 正一
TEL 0985-75-7007 FAX 0985-30-6677

日本消化器内視鏡学会認定
消化器内視鏡技師制度にもとづく

第78回

九州地区内視鏡機器取り扱い等 講習会のご案内



令和元年

11月9日土

9:10~11:40

受付開始

8:00

■会場／宮崎市民プラザ オルブライトホール

住所／宮崎市橋通西1丁目1番2号

TEL: 0985-24-1008

※研究会内容の問い合わせはできません

■内容

- 内視鏡の原理と構造
- 内視鏡の取り扱いと保守、管理
- 質疑応答(日頃お困りな点等)
- 受講証明書の発行

■参加費／4000円(予約の必要はありません)

*講習会をすべて受講された方のみ、「機器取り扱い受講証明書」を発行します。

*時間を過ぎてからの証明書発行には応じかねますので、ご注意ください。

*内視鏡技師資格をお持ちの方は、会員番号を控えてお越しください。

(当日の手続きに要)

*締め切り時間間際は、混雑が予想されますので、時間に余裕をもってお越しください。

*お子様連れのご入場は、ご遠慮願います。

[交通のご案内]

*バス：橋通1丁目バス停をご利用ください。橋通1丁目バス停から徒歩3分

*電車・バスご利用の方：宮崎駅・南宮崎駅からバスで10分、徒歩30分

*空港をご利用の方：宮崎空港からバスで25分、タクシーで20分

※お車でご来場の際は、近くの有料駐車場をご利用ください。



会場付近地図

九州消化器内視鏡技師会 看護委員会企画講演

●日時／令和元年11月9日(土) 12:30~13:30

●会場／宮崎市民プラザ オルブライトホール

住所:宮崎市橋通西1丁目1番2号 TEL 0985-24-1008

●演題／「イレウスと腸閉塞(仮)」

講師：産業医科大学 医学部 第三内科学 熊元 啓一郎

第77回 九州消化器内視鏡技師研究会 開催のお知らせと一般演題募集のご案内

令和2年 6月20日土 9:00~17:00予定
受付開始 8:30予定

※開催時間・受け付け開始時間は、第2報の案内にて最終確認をお願いします。

■会場／福岡市民会館

住所／福岡県福岡市中央区天神5丁目1-23
TEL: 092-761-6567

※研究会内容の問い合わせは出来ません

[交通のご案内]

*バスでお越しのお客様

JR博多駅より約25分

博多駅前A乗り場 BRT(黄色の二連結バス)乗車「福岡市民会館」下車、徒歩すぐ

博多駅前シティ銀行前F乗り場 46番乗車⇒「市民会館南口」下車、徒歩4分

西鉄福岡天神駅・地下鉄天神駅よりソラリアステージ前2A乗り場約6分

BRT(黄色の二連結バス)乗車⇒「福岡市民会館」下車、徒歩すぐ

20番・80番・90番乗車⇒「市民会館南口」下車、徒歩4分



会場付近地図

*天神から徒歩でお越しのお客様

天神から北方向にお進み下さい。

(地下街を通る場合は、「東1a」出口より出て下さい。)

■内容／①第79回内視鏡機器取り扱い等講習会(基礎編)

②教育講演

③一般演題(動画発表の場合、パソコン持参をお願いいたします)

●応募要項 ①九州消化器内視鏡技師会のホームページよりご応募下さい。「演題申し込みに関する要項」をご参照下さい。

※演題名・所属・筆頭演者及び共同演者・抄録内容の順に10.5ポイント、全角1100字以内、A4用紙ワード
又はエクセルにて作成して下さい。

②演題発表はWindows Power Point2007以上でお願いします。

●応募締切日 令和元年12月31日(火)必着

●お問い合わせ先

技師世話人／〒814-0001 福岡市早良区百道浜3丁目6番45号

福岡山王病院 世話人 古川 裕美、杷野 純美

Tel: 092-832-1100

E-mail:fs-naishikyo@kouhoukai.or.jp 古川裕美宛

※内視鏡検査・業務に関するどんな演題でも結構です。多数のご応募をお待ちしています。

※なお、当日の参加につきましては、受付にて参加費4,000円をお支払いいただければ、何方でもご参加いただけます。

予約の必要はありません。

第77回九州消化器内視鏡技師研究会

医師世話人 ————— 福岡山王病院 消化器内科

久保倉 尚哉

技師世話人 ————— 福岡山王病院 外来

古川 裕美

九州消化器内視鏡技師会会长 久留米大学消化器病センター

杷野 純美

平田 敦美

九州消化器内視鏡技師会ホームページ <http://www.jgets-k.com/>

第83回 日本消化器内視鏡技師学会

内視鏡技師として、
大切にしなければならないことは何か
—被験者の目線から考える—

会期: 2019年 11月22日(金) 23日(土)

会場: 大阪国際会議場グランキューブ

〒530-0005
大阪府大阪市北区中之島5丁目3-51
<http://www.gco.co.jp/access>

学会長: 山口 謙二 (富良野協会病院内視鏡センター)

演題応募につきましてはweb登録のみとなります
詳細は<http://www.jgets.jp>をご参照下さい

学会長: 山口 謙二 (富良野協会病院内視鏡センター)

〒076-0037 北海道富良野市住吉町1番30号

TEL 0167-23-2181 FAX 0167-22-4256

E-mail shimogoryoh@msknet.ne.jp

事務局長: 内藤 健 (日鋼記念病院消化器センター内視鏡科)

〒051-8501 北海道室蘭市新富町1丁目5番13号

TEL 0143-24-1331 FAX 0143-24-1064

E-mail takeru-naitoh@hgets7.sakura.ne.jp

主催: 一般社団法人 日本消化器内視鏡技師学会



第83回日本消化器内視鏡技師学会 プログラム 2019年11月22日(金)・23日(土)

11月22日(金)		11月23日(土)					
第1会場		第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	機器展示	
10F:1001～3	10F:1001～3	12F:特別会議場	10F:1004～7	10F:1009	10F:1008	12F:1202*	
900人	900人	360人	350人	200名	100名	ホワイエ	
8:30-							
9:20-							
9:30-		開会式					
9:40-		一般演題1 「教育」 O1～O8	一般演題4 「前処置」 O20～O25	一般演題6 「洗浄消毒1」 O34～O39	一般演題9 「機器処置具1」 O51～O54	第4会場中継	
10:00-		座長: 横見 朗子 松本 裕子	座長: 真藤 純子	座長: 藤原 章光	座長: 亀山 広喜		
10:30-			【特別講演2】 「体外式超音波検査で 見る、消化管疾患(仮)」		一般演題7 「洗浄消毒2」 O40～O44	一般演題10 「機器処置具2」 O55～O59	
10:40-			講師: 西田 瞳 司会: 土田 徹	座長: 浅黄谷 美里	座長: 萩山 貴博		
10:50-		一般演題2 「看護1」 O9～O12	見る、消化管疾患(仮)				
11:30-		座長: 伊賀 ゆかり					
12:00-		ランチョンセミナー1 「○○○○○○○○○○」 司会: 講演: 共催: オリンパス(株)	ランチョンセミナー2 「内視鏡室が抱える問題点の攻略法～思う気持ちが業務フローを変える～」 講演: 高橋 祐樹 今川 敦 司会: 松本 裕子 共催: 富士フィルムメディカル(株)	ランチョンセミナー3 「○○○○○○○○○○」 司会: 講演: 共催: ASPジャパン合同会社	ランチョンセミナー4 「○○○○○○○○○○」 司会: 講演: 共催: (株)バイオラックス メディカルデバイス	ランチョン4 サテライト (中継)	
13:00-							
13:10-							
13:40-		【特別講演1】 「AIは、内視鏡診断をどう変えて行くのか?」 講師: 三澤 将史 司会: 内藤 健	ベンダープログラム 「○○○○○」 司会: 講演: 共催: ボストン・サイエンティフィックジャパン(株)	シンポジウム 「より良い内視鏡検査を提供するには?」 S1 吉村 兼 S2 藤本邦弘 S3 長谷川真理子 S4 古川晴美	一般演題5 「治療」 O26～O33 座長: 出野 肇由 岩本 納緒	一般演題8 「管理」 O45～O50 座長: 秋山 仁	公開ミーティング 「内視鏡洗浄の標準化」 司会: 高橋 陽一 佐藤 純子 田村 君英
14:10-							
14:20-							
14:30-		一般演題3 「看護2」 O13～O19 座長: 上田 兵吾					
15:10-							
15:20-							
15:30-							
15:40-							
16:00-		閉会式					
18:30-							
19:00-							
会員懇親会 12Fレストラン							
5:30-							
17:00-							
17:30-							
18:00-							
18:30-							
19:00-							
受付							
ランチョンセミナー整理券 配布(15:20～)							
イブニングセミナー 「胃癌の内視鏡診断～除菌後発見胃癌の特徴 を含めて～」 司会: 山口謙二 講演: 清本英剛							
会員懇親会 12Fレストラン							
機器展示							

第84回日本消化器内視鏡技師学会のご案内および演題募集のお知らせ

第84回日本消化器内視鏡技師学会を下記の要項にて開催いたします。皆様の多数の演題申し込みとご参加をお願いいたします。

学長：出野 憲由（労働者健康安全機構 大阪労災病院）
会期：令和2年5月22日（金）・23日（土）
会場：神戸ファッショントマート
神戸市東灘区向洋町中6丁目9番地
TEL 078-857-8001 <https://www.kfm.or.jp/>

【メインテーマ】 「かわらない基本に学び すすみゆく未来を創造する」

元号も変わり令和となりました。より多くの情報を処理する時代となるような気がします。ですが、我々が日常行っていることに何が必要・大切なのでしょうか。一期一会の患者さんとの出会い、そこから始まります。基本の学びの繰返しから、新しい発見をすることを経験といいます。内視鏡の仕事を始めたばかりの方には新しい学びを、長く内視鏡で働いてきた方にはもう一度基本を見直す機会となればと思います。さらに、すすみゆく未来について皆さんとともに創造する学会となれば幸甚です。

【イブニングセミナー】 「アバターロボットを活用した社会参加事例】

株式会社オリィ研究所 CEO 吉藤オリィ

TBS「夢の扉+」、NNNドキュメント、パンキシャなど多くのドキュメンタリー番組、ラジオ出演などメディア出演でご存じの方もおられると思います。実際に大阪でお話しを伺い、心も身体も感動でふるえました。分身ロボット「OriHime」とも初めての出会いでした。

ぜひとも、ぜひともお聞きいただきたい。時代が生み出した天才です。



吉藤オリィ（プロフィール）

孤独解消を目的とした分身ロボットの研究開発を独自のアプローチで取り組み、自身の研究室を立ち上げ、2012年株式会社オリィ研究所を設立、代表取締役所長。青年版国民栄誉賞「人間力大賞」、スタンフォード大学E-bootCamp日本代表、ほかAERA「日本を突破する100人」、フォーブス誌が選ぶアジアを代表する青年30人「30 Under 30 2016 ASIA」など。2018年デジタルハリウッド大学大学院特任教授就任。

著書：『サイボーグ時代～リアルとネットが融合する世界でやりたいことを実現する人生の戦略～』
『「孤独」は消せる。』

【会場参加型シミュレーションセミナー】(予定)

実際に起こりうる内視鏡現場（吐血対応、モニター心電図波形大丈夫？、地震がきた！など）のビデオ模擬演習を行います。それぞれの場面ごとに、会場ともやり取りをしながら進めていきたいと考えています。初めての企画ですが、何かの新たな発見が生まれれば幸いです。

【特別講演】「外国人患者に対する医療の提供」(仮)

内閣府・厚生労働省・国土交通省（観光庁）が中心となり、訪日外国人旅行者等が安心・安全に日本の医療サービスを受けられる体制を充実させていくことが、政策としてすすめられています。

【教育講演】「新たながん診断法～がんゲノムプロファイリング～」(仮)

近年、がん診療において、腫瘍中のゲノムプロファイルを取得し、患者さん固有の遺伝子異常を解析し、診断や治療、抗がん剤の選定に有用な情報を得ることが可能となりました。2019年6月に保険適用されました。生検はなくなっていくの？内視鏡検査との関係は？

【一般演題】

内視鏡における看護、検査、前処置、洗浄・消毒関連、治療、器具、管理、教育など、内視鏡に関するなどを広く募集致します。

※応募演題においては、倫理的配慮（実験研究における2群振り分けの詳細についても）の記載のない場合は採択されない可能性があります。

◆演題応募について◆

※すべてWebでの応募・登録となります。

★演題登録期間は令和元年（2019年）9月6日（金曜日）から令和元年11月18日（金曜日）です。

※演題募集の詳細は日本消化器内視鏡技師会ホームページ、または、日本消化器内視鏡技師会報No.63号をご参照ください。

※プログラム構成は、演題数、内容などにより変更（一般演題およびポスター）することができますのでご了承ください。

☆優れた演題発表を選出し日本消化器内視鏡技師学会長賞、日本消化器内視鏡技師会長賞を授与します。

★学会参加費：7,000円〔2日間共通〕

(開催当日の受付にてお支払いください。事前登録・申し込みはありません。)

【機器展示・書籍・相談コーナー】

内視鏡関連企業のご協力により内視鏡機器、器具、消毒薬剤、感染管理、その他多くの内視鏡関連製品の展示会を開催します。

第84回 日本消化器内視鏡技師学会

学会事務局：第84回日本消化器内視鏡技師学会 運営事務局

事務局長：松本 裕子（医療法人 錦秀会 阪和住吉総合病院）

〒650-0034 神戸市中央区京町83

三宮センチュリービル3階 株式会社アクティブ内

Tel 078-332-2505 FAX 078-332-2506

（平日9:30～18:00）

《速報》

第99回日本消化器内視鏡学会総会 第84回日本消化器内視鏡技師学会・合同シンポジウムのお知らせ

第99回日本消化器内視鏡学会総会学会長 橋口和秀先生のご厚意により、
第84回日本消化器内視鏡技師学会との合同シンポジウム
を下記の要項にて開催することとなりました。現在企画進行中です。

第99回日本消化器内視鏡学会総会シンポジウム

主題 日本消化器内視鏡技師会との合同シンポジウム
「進化し続ける内視鏡診療に対するチーム医療の挑戦
—教育・安全管理の側面から—」

司 会：伊藤 透（金沢医科大学 消化器内視鏡学）
阿部真也（大阪医科大学附属病院 内視鏡技師）

会 期：令和2年5月24日（日）受付8時30分 9時開始予定
(合同シンポジウムの受付は当日のみ行います。)

会 場：国立京都国際会館

京都市左京区岩倉大鷲町422番地

Tel 075-705-1229 <https://www.icckyoto.or.jp/>

参加費：2,000円

(合同シンポジウムの参加費となります第84回日本消化器内視鏡技師会の参加費とは別です)

合同シンポジウム参加者は、日本消化器内視鏡学会総会のランチョンセミナー・機器展示・発表などに参加可能です。

※注意 合同シンポジウムの参加証明書は技師学会参加証明書とはなりません。

【合同シンポジウムのみの参加の場合】

日本消化器内視鏡技師学会参加とはならず、学会参加のポイントもつきません。
更新申請時に必要な出席ポイント4点(日本消化器内視鏡学会総会)のみ付与されます。

【第84回日本消化器内視鏡技師学会と合同シンポジウムの両方参加の場合】

第84回日本消化器内視鏡技師学会の参加証では合同シンポジウムの出席はできません。
必ず、5月24日(日)に技師専用受付において、参加費をお支払ください。

第9回 集中医学講義のご案内

日本消化器内視鏡技師会の委員会の一つである国家認定推進委員会では、消化器内視鏡技師認定試験の受験申請に必要な専門医による医学講義を、年2回程度全国各地で開催しています。今回は、第83回日本消化器内視鏡技師学会（大阪）の翌日に開催致します。内視鏡技師を目指す方、内視鏡技師として更なる自己研鑽を目的とする方など、多くの方々の参加をお待ち申しあげます。

日時：2019年11月24日（日）9:30～16:20（受付は9:10開始）

場所：新大阪丸ビル別館 2F 2-3号室（大阪府）

住所：〒533-0033 大阪市東淀川区東中島1-18-22 丸ビル別館

受講料：6,000円（昼食込み）

- ・JR新大阪駅東口より 徒歩2分
- ・地下鉄御堂筋線新大阪駅り、⑥番改札出口より 徒歩8分
- ・提携駐車場はありません（近隣のコインパーキングのみ）



プログラム（予定）

9:30 開会の辞・オリエンテーション	13:10 医学講義4（60分） 「カプセル内視鏡がもたらす小腸病変の所見と ダブルバルーン内視鏡による治療戦略」 社会医療法人祐生会 みどりが丘病院 能田 貞治 先生
9:40 医学講義1（30分） 「技師認定試験に必要な生理学・生化学・病理学」 熊本保健科学大学 龍山 広喜 技師	14:10 休憩（10分）
10:10 休憩（10分）	14:20 医学講義5（60分） 「コンベックスEUSによる胆嚢領域の新世界」 大阪医科大学附属病院 小倉 健 先生
10:20 医学講義2（60分） 「上部消化器疾患の最新内視鏡診断と各治療法 ～動画によるリアル解説～」 京都府立医科大学附属病院 消化器内科 土肥 純 先生	15:20 休憩（10分）
11:20 休憩（10分）	15:30 医学講義6（30分） 「内視鏡業務における鎮静剤投与時の注意点」 公益社団法人有識厚生会 富士病院 大内 紀寿 技師
11:30 医学講義3（60分） 「大腸疾患の拡大内視鏡診断と 医師が求める治療介助のポイント」 大阪大学医学部附属病院 消化器内科 吉井 俊輔 先生	16:00 閉会の辞・医学講義受講証明書配布 (受講番号順に配布予定)
12:30 昼食休憩（40分）※お弁当配布	

主催：国家認定推進委員会

一般社団法人日本消化器内視鏡技師会 国家認定推進委員会
第9回集中医学講義のご案内 －申込方法－

《注意事項》

- 受講者には医学講義受講証明として5時間分を発行いたします。
①内視鏡学総論 ②内視鏡検査と診断 ③内視鏡的治療（時間配分は未定）
- 原則的に遅刻や早退は認めません。交通機関に余裕をもってお越しください。
- 昼食は受講料に含まれておりますので、予めご了承願います。
- 領収書は講習会1週間前までに入金が完了している方には印字で用意いたします。
- 領収書は昼食込み分での用意となります。昼食代を省いた分を必要な方は当日対応します。

《申込方法》

- 各自PCまたはスマートフォン等により「必要事項」を記入して送信願います。
- 申し込みURL
PCから⇒ <https://form.os7.biz/f/85ce2e2f/>
携帯電話およびスマートフォン等からの入力用QRコード⇒

- PCメールの受信可能なアドレスからお申し込みください。
- **申込期間：2019年8月1日（月）～11月15日（金）まで。（先着順）**
- 定員（200名）に達した時点で締め切ります。お早めにお申ください。
- 登録完了後、5分以内に振込口座の案内メールを送信致します。メール内に記載されている指定口座に受講料(6,000円)を2週間以内にお振り込みください。
- 口座案内のメール連絡がない場合は、通信トラブルの可能性が考えられます。事務局に登録確認の連絡を下記e-mailメールにてお願い致します。
- 当会にて入金を確認した段階で受付完了となります。
※システムの都合上、入金後の受領確認メールはありません。
- 受講料振込時には、参加申込者の氏名がわかるようにお願い致します。
- 振込手数料は申込者側でご負担ください。（グループ単位は不可）
- 所属施設からの振込の場合には、事前に事務局宛にe-mailで連絡をお願いします。
- 期日までに未入金の場合はキャンセル扱いとし、追加募集席に廻します。

第9回用

《申込方法》

- 座席配置や証明書の引換は受付(入金完了)順での優先案内となります。
- 筆記用具等は各自にて必ずご用意ください。
- 申込み確認の証明として、『振込票控え』や『決済画面の写真画像』等を必ず持参してください。受付時に入金日の確認をする場合があります。
- 入金後のキャンセルに伴う払い戻しは出来ませんのでご了承ください。
- 天災等により開催不可な状況が発生した場合には延期開催とします。
- 不明な点がございましたら、メールでお問い合わせください。

《第9回 集中医学講義 事務局》

大阪医科大学附属病院 消化器内視鏡センター 阿部真也
E-mail : jgets-igaku@outlook.jp (学会開催期間中は本メールによる対応は不可となります。)

第10回機器取り扱い講習会実践編

日 時 令和2年2月8日（土）

《受付》12:30～ 《講演時間》13:00～18:00（予定）

場 所 流通情報会館 501号 《住所》熊本市南区流通団地1丁目24番地

受講内容 皆様が日頃お困りの点を、スライドを交えてわかりやすくご説明します

【応募資格】

I 消化器内視鏡技師資格取得者

II 消化器内視鏡技師資格がない方で機器取り扱い講習会（基礎編）の受講歴のある方

内視鏡機器取り扱い講習会（基礎編）は過去5年間の受講の方が対象です。また申し込み時受講証明書が必要です。

※I・IIに該当されない方は申し訳ございませんが今回の講習会は受講できません

プログラム

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1、スコープとシステムの点検 | 5、洗浄・消毒・滅菌 |
| 2、機器のトラブルシューティング | 6、高水準消毒薬の使用にあたっての留意点 |
| 3、高周波装置使用時のトラブルシューティング | 7、機器の点検管理 |
| 4、処置具の取り扱いとトラブルシューティング | 8、電気安全について |

参 加 費

会 費 4,000円（参加費は当日会場受付にて申し受けます）

定 員 80名（先着順）

参 加 申 し 込 み に 関 し て

本講習会は事前予約性となっております。

受付方法はQRコード・WEBのみで予定しています。

受付開始時期は11月上旬を予定しております。（それまでは一切事前受付を行いません）

詳細が決まり次第、熊本県の施設へご案内、熊本県技師会HPで掲載致します。

（注意）技師資格のない方は申し込み時、内視鏡機器取り扱い講習会（基礎編）の受講証明書（コピーでも可）が必要です。受講証明書がない場合参加できません。

『内視鏡機器取り扱い講習会（実践編）』の受講証明書を発行致します

〔内視鏡技師資格更新される方〕 本講習会の受講証明書で申請できます。

〔内視鏡技師試験を受けられる方〕 本講習会の受講証明書では申請できません。

【主催】 日本消化器内視鏡技師会
九州消化器内視鏡技師会

【共催】 オリンパス株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
丸石製薬株式会社

＜お問い合わせ先＞

服部胃腸科

〔住所〕 熊本市中央区新町2-12-35

〔電話〕 096-325-2300 〔FAX〕 096-352-4778

〔担当〕 古庄・志垣 〔mail〕 se-furu@hattori-clinic.com（古庄）

※電話でのお問い合わせは業務の関係上16:00～17:00の間でお願いいたします。

第28回

日本大腸検査学会

九州支部会

■会期／令和2年8月29日(土)

■会場／長崎ブリックホール 3階国際会議場

■会長／大仁田 賢(春回会 井上病院)



九州各県技師会活動報告・活動計画

第20回 福岡県消化器内視鏡技師研修会

● 日 時： 2019年9月7日（土）

14:55 ~ 17:00 (受付開始 14:30~)

● 場 所： 西新パレス（西新パレス3F 貸しホール）

福岡市早良区西新 2-10-1 TEL: 092-841-2251

地下鉄博多駅または、天神駅より姪浜方面行き乗車 地下鉄西新駅 7、8番出口より徒歩1分

● 参加費： 2000円

● プログラム

1 総 会 14:55 ~ 15:00

2 講 演 15:00 ~ 16:00

「あわ爺の内視鏡介助術～内視鏡愛を伝えます～」

熊本地域医療センター 内視鏡室 講師：淡路 誠一先生

3 休 憩 16:00 ~ 16:05

4 シンポジウム 16:05 ~ 17:00

「当院での内視鏡介助術」

～安楽に検査を受けていただくための工夫～

司会：九州医療センター 内視鏡室 石原えつ子

数施設に検査時の工夫について発表していただきます。

*技師試験・更新に関する証明書等の発行は致しません

*申し込み締切日：8月25日〆切り、又は定員になり次第締め切れます。

*申し込み方法：下記のアドレスにE-mailで参加希望者の氏名、所属施設

連絡先を記載し送信してください。受領返信が来たら参加申し込み完了です。

応募先アドレス : m.kawahara@kyusyu-gets.com

お問い合わせや返信がない場合は 092-641-2761 へ連絡ください。

(公益社団法人 福岡医療団 千鳥橋病院 内視鏡室 川原政幸)

主催：福岡県消化器内視鏡技師会

第29回 大分県消化器内視鏡技師研修会のご案内

日 時： 2019年9月28日（土） 13:30～17:00（受付開始 13:00）

会 場： 大分三愛メディカルセンター2F会議室

大分市大字市1213番地 TEL: 097-541-1311

会場への直接のお問い合わせはできません。

参加対象者： 消化器内視鏡技師会員、内視鏡業務に携わる医療従事者

参加費： 1,000円

講 演

【大分県消化器内視鏡技師会活動報告】 13:40～13:50

大分大学医学部附属病院 内視鏡診療部

永田 かほり

【教育講演1】 14:00～14:50

「消化器内視鏡に伴う

迅速細胞診（rapid on-site cytologic evaluation；ROSE）について」

講師：大分三愛メディカルセンター 検査部部長 佐藤 啓司 先生

座長： 大分大学医学部附属病院 内視鏡診療部

永田 かほり

【教育講演2】 15:00～15:50

「《大腸内視鏡検査の介助》」

講師：亀田総合病院附属幕張クリニック 鎌田 博之 先生

座長：

「EMR ハンズオンセミナー」 16:00～16:50

・モデルを使用したEMR局注法

・高周波装置の設定・ERCPガイドワイヤー操作モデルトレーニングなど

事前の申し込みは、必要ありません。

当日、会場受付にて参加費1,000円をお支払いいただければどなたでも参加ができます。

※技師研究会(全国・九州)の出席証明書は発行致しませんのでご了承ください。

【お問い合わせ先】

大分大学医学部付属病院 大分県消化器内視鏡技師会

永田 かほり

TEL: 097-549-4411

主催：大分県消化器内視鏡技師会

共催：ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

令和元年度 沖縄県消化器内視鏡技師会 教育講習会 プログラムのご案内（第1報）

【日 時】 令和元年7月27日（土）18：30～20：30
受付開始 18：00
【会 場】 社会医療法人敬愛会 中頭病院 2階中頭ホール
住所 〒904-2195
沖縄県沖縄市登川 610 番地

【教育講習】 18：30～20：30

演題：(仮)「故障予防とトラブルシュート
～実機を触ってレクチャーを受けよう～」

講師：オリンパス株式会社
富士フィルムメディカル株式会社
株式会社中央医療器
(3社合同でのハンズオンセミナー)

※参加につきましては、事前予約の必要はございません。
当日受付にて参加費2,000円をお支払い頂ければ、どなたでも参加可能となっております。

※沖縄消化器内視鏡技師会では、領収書の発行は、ご本人様のみのお名前でお渡しします。
病院名やトータル人数の金額では領収書の発行はいたしませんので、ご了承ください。

※駐車券を持参していただき、講習会終了後受付にて無料化処理を行います。

注) 証明書の発行はいたしません。

【問い合わせ先】 〒903-0215 沖縄県西原町上原207
琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部
金城 真由美
TEL 098-895-3331

沖縄県消化器内視鏡技師会情報交換会

会期：2019年11月30日（土） 時間未定

会場：ハートライフ病院（予定）

内容：鎮静剤使用後の対応

前処置について（上部・下部）

第29回熊本県消化器内視鏡技師研究会プログラム

日 時／2019年7月15日（月/祝日）13：00～16：30

受付開始／12：00（地下1F大会議室前）

会 場／熊本県立劇場（クマモトケンリツゲキジョウ）（大会議室）

大会議室（地下1F）

【開会の辞】13：00～13：10

熊本県消化器内視鏡技師会会长 西坂 好昭

【一般演題】13：10～13：40（座長 服部胃腸科 古庄 誠二）

1. 当院のコールドスネアポリペクトミーの現状

医療法人社団魁正会 服部胃腸科 志垣 文浩

2. 当院における十二指腸腫瘍に対する治療戦略

医療法人社団賢清 尾田胃腸内科・内科 石坂 繁和

3. 内視鏡業務における臨床工学技士の役割

熊本市医師会熊本地域医療センター 相浦 勇太

【教育講演Ⅰ】13：50～14：50（司会 城北胃腸科内科クリニック 永廣 忠士）

演 題：大腸疾患の内視鏡診断・治療

講 師：国家公務員共済組合連合会熊本中央病院 医長 庄野 孝 先生

【教育講演Ⅱ】15：00～16：00

演 題：大腸用手圧迫実践セミナー

講 師：大腸肛門病センター高野病院 内視鏡技師 松平美貴子・西坂 好昭

【閉会の挨拶】16：00～16：10

熊本県消化器内視鏡技師会副会長 古庄 誠二

※内視鏡検査に関する機器展示及び診療材料展示（16：00まで）

※消化器内視鏡技師試験受験資格・更新手続きの際に必要な研究会出席証明書を発行します

※内視鏡機器取り扱い受講証明書の発行はありませんのでご注意ください

当院のコールドスネアポリペクトミーの現状

医療法人社団魁正会 服部胃腸科

内視鏡技師 志垣 文浩 古庄 誠二

医師 武市 卒之 蓮田 究 櫻井 宏一

【目的】

当院では2015年4月より10mm未満のポリープに対してコールドスネアポリペクトミー（C S P）を導入している。このC S Pの後出血と内視鏡メディカルスタッフから見た業務負担軽減を検討した。

【方法】

2015年4月より2018年3月までのC S P 4225例と同期間中実施した従来からのホットスネアポリペクトミー（H S P）567例での後出血率と治療介助時の必要物品や装置等などの比較を行った。

【結果】

後出血例はC S Pで27例、後出血率は0.64%であった。H S Pでは20例、率は 3.52%であった。必要物品に関してC S Pは専用スネアのみで高周波装置や付属のコード類、フットスイッチ、対極盤は必要ない。

【考察】

C S Pは後出血が少なく安全な治療手技と考えられた。必要物品や装置も非常に少なく経済的にも低コストと考えられる。また治療の労力も少なく治療時間短縮になっており、患者とスタッフの負担軽減につながると考えられる。

【結語】

10mm未満のポリープ治療にC S Pは非常に有効な治療法であると考えられる。

《利益相反：無》

当院における十二指腸潰瘍の治療戦略

医療法人社団 賢清 尾田胃腸内科・内科 内視鏡技師 石坂 繁和
医師 尾田 恭

【背景】

上部消化管内視鏡検査においてしばしば十二指腸に腫瘍が発見される。以前、当院では十二指腸の治療はLECS（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery）を行っていた。LECSは切除部位によって難易度が異なり、脾臓側での縫合は困難を極め

ていた。また、患者への身体的な負担や医療費の負担増もあり、今回糸付きクリップによるけん引法を用いた縫縮を試みた症例を報告する。

【方法】

①クリップ（HX-610-135[®] オリンパス社製）にナイロン糸を結びつける。②鉗子口よりクリップ装置（HX-110QR[®] オリンパス社製）を通しクリップを装着する。③切除創の肛門側に糸付きクリップを打つ。④対側にナイロン糸をつかみクリップを打って滑車を作る。⑤ナイロン糸を引っ張り切除創を閉じ、順にクリップを打ち縫縮していく。

【結果】

術後の経過観察GF時、残クリップあり。しっかりと縫縮されており離解なし。術後1週間の絶食にて術後合併症は見られなかった。

【結語】

糸付きクリップによるけん引法を用いた縫縮は、安価で患者への負担も軽く。術後の経過も良いことから今後、十二指腸腫瘍に対する治療には有用であると考える。

《利益相反：なし》

内視鏡業務における臨床工学技士の役割

熊本地域医療センター 内視鏡検査部

臨床工学技士 ○相浦 勇太

内視鏡技師（臨床工学技士） 杉本 慎治

内視鏡技師（看護師） 松尾ひとみ 淡路 誠一

西村美寿穂 池上 慎一

【背景】

内視鏡機器の発展と発達は日進月歩であり、それに伴い種々の機器管理が重要となっている。2016年には、日本臨床工学技士会より「内視鏡業務指針」が開示され、高度な検査、治療が行われる内視鏡において、綿密な機器の保守点検、管理が求められている。当院では、新たな体制として2015年から臨床工学技士（以下CE）の資格を兼任した内視鏡技師を加え、よりよい安全な管理体制のもとに内視鏡業務を遂行できるよう取り組んでおり、その役割について報告する。

【業務内容】

【内視鏡技師の主な役割】

- ・検査介助 　・内視鏡機器の洗浄消毒と感染管理 　・処置具等の物品管理
- ・検査画像管理 　・履歴管理 　・患者介助 　・点滴確保と前投薬投与

- ・患者管理
- ・看護記録
- ・検査説明と同意

【CEの主な役割】

- ・内視鏡の日常点検および保守管理
- ・高周波装置の保守管理
- ・内視鏡洗浄消毒装置の日常点検および保守管理
- ・修理内容の分析
- ・多職種への業務支援
- ・多職種への機器の取り扱い説明

【考察】

工学的知識を生かした機器管理業務を担うことは、故障や問題発生時の早期対応ができるようになり、安全な検査治療の提供に繋がると考えられた。看護師業務の負担を軽減しながらかつチーム医療として各職種間の連携も強化され、お互いの知識を還元し活かすことで、検査業務の質の向上に繋がっている。

【結語】

医療機器の工学的知識を有するCEが加わることで、役割が明確化し、知識や情報を共有することで、より安全で質の高い医療を提供できる。

<利益相反：無>

熊本県内視鏡機器マスター講座

令和元年度 第1回 熊本県内視鏡機器マスター講座のご案内

内視鏡に携わって間もない方、周囲に相談することが出来ない方などを対象とした内視鏡機器に関する実践講座です。今回は「デバイス」を主としたハンズオンです。

会期：令和元年9月14日（土）14:00～17:00（受付時間13:30～）

会場：熊本市流通情報会館5F 第1、2研修室（熊本市南区流通団地1丁目27番）

会場整理費：2,000円（当日受付にて徴収いたします）

定員：60名（申し込み先着順）8月10日（土）開始

*同一施設よりの参加は3名までとさせて頂きます。

14:00～14:40 「消化器内視鏡機器取り扱い講義」 オリンパス株式会社

14:50～16:00 「ハンズオン トレーニング」（下記のブースをローテンション）

・各処置具の取り扱いブース～スネア・クリップ装置・鉗子～

・内視鏡の構造を知るブース～スケルトンタイプの内視鏡～

・内視鏡の洗浄ブース～超音波洗浄機・内視鏡のブラッシング方法～

16:10～16:40 「質疑応答」

注意！【本研修会では「機器取り扱い講習会受講証明書」は発行致しません】

◎展示企業ブースを設置しておりますので是非ご覧下さい。（13時～終了まで）

【問い合わせ先】

事務局：〒860-0811 熊本中央区本荘5-16-10 熊本地域医療センター内視鏡検査部

TEL 096-363-3311（16時以降） 担当：池上・松尾・杉本

主催：熊本県消化器内視鏡技師会

協力：オリンパス株式会社

令和元年度 第2回 内視鏡マスター講座

会期：2020年1月18日（土曜日）

会場：未定

第22回 長崎県消化器内視鏡技師研究会 「研究会出席証明書発行」

会期：2020年2月8日（土）予定

会場：諫早総合病院

内容：一般演題
教育講演

第18回鹿児島県消化器内視鏡技師研究会

日 時／2019年7月27日（土） 10：00～15：00

受付開始／10：00

会 場／鹿児島大学医学部 鶴陵会館

【開会の辞】 11：00～11：05

鹿児島大学病院 消化器内科 助教 佐々木文郷

【ランチョンセミナー】 11：15～12：15

演 題：内視鏡診療における鎮静について

講 師：嬉野医療センター 消化器内科 山口 太輔

司 会：鹿児島大学病院 消化器内科 助教 佐々木文郷

【教育講演】 14：00～15：00

演 題：消化器内視鏡領域における坑血栓薬の取り扱い

講 師：鹿児島市立病院 消化器内科 科長 那須雄一郎

司 会：今給黎総合病院 内視鏡室 梅北 裕司

【一般演題】 15：00～15：30（座長：医療法人あさひ会 金子病院 松島 貴博）

1. 当院内視鏡室における臨床工学士の役割

社会医療法人 天陽会中央病院 臨床工学部 假屋 佑紀

2. 食べるための経皮内視鏡的胃瘻造設術に向けたA病院の現状と課題

－多職種術前カンファレンスを通して－

公益社団法人昭和会 今給黎総合病院 内視鏡室 梅北 裕司

3. 当院の臨床工学士による内視鏡業務

－内視鏡業務の現状と今後の展望－

社会医療法人緑泉会 米盛病院 CE課 中原三佐誉

【閉会の辞】 15：30

鹿児島県消化器内視鏡技師会 会長 梅北 裕司

当院内視鏡室における臨床工学技士の役割

社会医療法人 天陽会中央病院 臨床工学部

假屋 佑紀、上森 光洋、染川 宜輝
高倉 将樹、喜田 佳介、福山 歩美

【背景】

当院の内視鏡室は、医師・看護師で構成されていた。しかし、院内看護師の不足、また内視鏡室で使用する医療機器の多種多様化、それに伴う業務の複雑化により看護師の負担が多くなっているのが実状であった。そこで、医療機器の取扱いを専門にしている臨床工学技士（以下 CE）が2016年4月より内視鏡業務に新規参入することとなった。

【目的】

今回、当院内視鏡室でのCEの役割について考察を含め報告する。

【業務内容】

主な業務内容は、①始業前の準備（スコープ点検・取り付け等）、②検査中の処置具を用いた介助・機器のトラブル対応、③検査終了後のスコープ回収・洗浄、④スコープの終業点検をCEが主体で行なっている。他にも、CEの専門性を活かし、使用機器の点検方法を見直し、スコープ・高周波発生装置・ベッドサイドモニタの点検表を作成、内視鏡洗浄機の各種フィルター交換は使用期限を超過しないようにチェック表を作成し管理している。また、新規購入を検討する機器に関しては医師・看護師と相談し、機器管理の観点から選定に関わっている。

【考察】

CEの内視鏡業務への参入により、看護師は機器管理業務の負担が軽減され、患者のケアにより専念できるようになった。特に、消化管出血やERCP、ESDといった治療時には、看護師は治療中のバイタルサインの確認・記録・薬剤の準備、CEは使用機器の治療前準備・設定、処置具の入れ替えなどの介助を中心に業務分担することで医師が治療を円滑に進めることが可能となり、安全性の向上に繋がった。今後、医師や看護師と情報を共有するためにも解剖・病態・内視鏡所見を理解する必要があると考えられる。

【結論】

臨床工学技士の工学的知識を内視鏡検査・治療に活かし、使用機器の管理体制を臨床工学技士の元に一元化することで機器の安定した運用、そして安全で質の高い医療の提供に繋がる。

食べるための経皮内視鏡的胃瘻造設術に向けたA病院の現状と課題

- 多職種術前カンファレンスを通して -

公益社団法人昭和会 今給黎総合病院 内視鏡室

○梅北 裕司、山元真貴子、江口 万美、新門 美保
小橋口直美、隈元 美幸、有薗 佳那

【はじめに】

わが国では急速な高齢化と在宅医療の推進から経口摂取不良患者への経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下PEG）が急速に普及した。しかし、漫然とPEGを造設することが問題視され、2014年の診療報酬改定にて診療報酬が10070点から6070点へ大幅に引き下げられ、様々な要件も追加された。2016年改訂では 術前に多職種によるカンファレンスの実施等が示され事実上、食べるためのPEGの推進となった。A病院では2017年1月よりPEGを施行するすべての患者に対し、多職種PEG術前カンファレンス（以下PEGカンファレンス）を実施してきた。A病院では紹介元からの依頼での造設、転院の手段として造設する患者が多い現状があり、本来の食べるためのPEGと現状の差に疑問を抱いた。

【目的】

食べるためのPEGに向けたA病院の現状と課題を明らかにする。

【対象】

PEGカンファレンスに定期的に出席しているA病院職員15名へ自作のアンケート用紙を用いた調査を実施した。

【倫理的配慮】

本研究は、今給黎総合病院倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

【結果】

カンファレンス開催頻度については、ちょうどよいという職員が13名であった。MSWや退院支援看護師等の出席が必要であるとの意見が多くった。実用的な経口摂取が見込めなくてもPEGは必要と14名全員が答えた。現状のカンファレンスが有益と答えた職員が12名、有益でないと答えた職員が2名であった。現状では「家族の意向があっても今後抜去できると思っているのか、造設のまま在宅等を見据えているのかが不明」「医療者がどこまで説明しているのかが不明」との意見も聞かれた。

【結論】

PEGカンファレンス参加者は、造設ありきの現状にジレンマを抱えていた。また早期の退院支援のためMSWや退院支援看護師のカンファレンス参加が望まれた。食べるためのPEGが基本であるが、患者状態によっては緩和的な側面のPEGも必要である。目的や本人、

家族の意向をカンファレンスで統一した見解で共有しPEGを実施することが望まれた。

当院の臨床工学技士による内視鏡業務～内視鏡業務の現状と今後の展望～

社会医療法人緑泉会 米盛病院 CE課 中原三佐誉
森永 大稀、花田 祐菜、中原 希、淀川 星奈、奥野 稔
重久 海斗、川原 未伎、鎌田 清嗣、崎向 成人、福島 昭博
西村 崇志、鶴田潤一郎、外口 久代、久保田尚幸、村岡 亮

【背景】

低侵襲の観点で急激な進歩を遂げた内視鏡検査・治療領域は、高度先進医療の代名詞といつても過言ではなく、内視鏡検査・治療領域における業務支援として、臨床工学技士が積極的に携わりはじめている。2016年には日本臨床工学技士会が内視鏡室における内視鏡業務指針を公開した。当院は2014年9月の新築移転に伴い、24時間365日対応するハイブリットERを備えた外傷センターを開設し、民間医療ヘリやドクターカーなど機動力を最大限に生かした救急医療を行っている。今回、当院の臨床工学技士による内視鏡業務の現状と今後の展望について 報告する。

【方法】

臨床工学技士の内視鏡業務を臨床業務、機器管理業務、その他業務に分けて検討する。

【結果】

当院では主に医師、看護師、臨床工学技士にて内視鏡検査及び治療を行っている。臨床業務では、検査・治療前は電子スコープの取り付けや処置具の準備と生体情報モニターや救急カードなどの環境の準備を行い、検査・治療中は患者様の観察、声かけを行い、また当院の内視鏡的治療において症例が最も多かった内視鏡的止血術では局注法、機械的止血術、熱凝固法、薬剤散布法のそれぞれの治療方法に応じて医師の介助を行っている。検査・治療後は電子スコープ、処置具の洗浄及び消毒を行っている。機器管理業務では電子内視鏡装置システム、高周波電気手術装置、アルゴンプラズマ凝固装置、備品、室内環境などの始業点検と使用後点検、処置具の管理、機器に関しては定期点検を行っている。洗浄履歴は紙管理にて行っている。その他業務では、内視鏡画像などの情報管理や各機器の接続等の配線管理、機器とデバイスの管理、医療機器の購入検討や運用管理、コスト管理などの内視鏡室のマネージメントを行っている。

【考察】

臨床業務、機器管理業務ではスタッフの知識・技術の統一や環境整備が重要である。その他業務に関してはスタッフ間での情報共有、また内視鏡に関する学会、勉強会へ参加し

知見を広めることが重要である。

【結語】

臨床工学技士は今後ますます発展していくと考えられる内視鏡検査・治療領域に対して、安全な内視鏡検査・治療を提供できるように積極的に貢献していくべきと考える。

看護委員会特別企画「大腸のお話し」

九州消化器内視鏡技師研究会 看護委員会 岩永明子

近年、消化器内視鏡検査はますますの普及と増加傾向となり、それに伴い内視鏡の取り扱いに関する技術も進化し続けています。検査を行う医師と共に介助を行う医療従事者にとっても、より専門的な知識や技術が求められるようになってきています。

消化器内視鏡技師は医師の監視下のもと消化器内視鏡業務に従事しますが、その内容は内視鏡および関連機器の管理、補助、整備、修理をはじめ患者の看護と検査医の介助、事務業務、検査予約、オリエンテーション、資料の管理・保存等多岐にわたります。

内視鏡を使用した治療も増加しており検査や治療中の不足の事態に対応していくなければなりません。

内視鏡での業務は看護師が行う業務と重なる内容が多くあるため、内視鏡技師の中では看護師が大半を占めています。現在九州消化器内視鏡技師研究会では約3500名の会員が在籍していますがそのうちの約8割が看護師です。内視鏡での業務の中で患者に対する看護は一般の病棟での看護に準ずるものが多いのですが、その他の業務は一般的な看護業務とは異なり特殊な業務です。内視鏡室での業務や内視鏡介助の方法や手技を覚えて、ある期間が過ぎると内視鏡室から他の部署への配置転換となります。そして新しく配置された看護師は一から業務と手技を覚えなくてはならずそのことにより内視鏡の配置転換を希望されない看護師が多数おられると思います。

看護委員会は看護師の立場から難しい内視鏡業務習得の手助けをすることができないかを考えました。また各施設では細かな指導マニュアルがないこともアンケートで知り、内視鏡介助に関する一つ一つを看護師や介助を行う介助者の目線で考え「いまさら聞けないシリーズ」として5年ほど前より企画をすすめて展示を行ってきました。まとめた内容は食道から胃、十二指腸、小腸、大腸、脾・胆・肝の各部署に分けて基本的な解剖、生理学、薬理、内視鏡での代表的な治療、内視鏡検査時の看護についてです。

九州消化器内視鏡技師研究会では会員の皆様に何を発信していくことが会員の皆様のためになるのか考えて行動していくことが重要な任務と考えています。今後もアンケートや会員の方からのご意見を頂きながら行動に移していきたいと思っておりますのでご協力をお願いいたします。

いすさらきげない

大腸のはなし

九州消化器内視鏡研究会!
看護委員会

消化器とは…

消化器臓器は胎生期の内胚葉から形成された臓器で元は1本の管腔と枝分かれして伸びていった臓器で形成される。口腔と唾液腺、咽頭、食道、胃、十二指腸、空腸、回腸、大腸、肛門、胆嚢と胆管、肝臓、脾臓で構成されている。

消化器臓器の最も重要な生理機能は食べ物を消化吸収して、それを体に必要な安全な成分に変換することである。消化器疾患を理解するためには消化器臓器の構造と生理機能を理解しておくことが重要である。

目次

1. 大腸の解剖
2. 大腸の構造
3. 大腸の血流
4. 大腸の代表的疾患
5. 大腸の検査・治療
6. 検査時の看護



1. 大腸の解剖

大腸の解剖

- ・大腸は小腸から続く約2mの消化管(直径5~8cm)
- ・盲腸、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸、直腸S状部、直腸、肛門管からなる。(回腸は小腸の一部)
- ・水分の吸収と便の形成、排泄、腸内常在菌による内容物の発酵、粘液の分泌による便の中和が行われる。
- ・横行結腸とS状結腸は腸間膜を持ち腹腔内に浮遊しているが、上行結腸と下行結腸は後腹膜に固定されている。



腸間膜とは？

- ・腸膜の一部で2枚合わせて腹腔内の腸管を保持する膜
- ・空腸と回腸の腸間膜が最も多い
- ・腸管に血管と神経を導く
- ・腸間膜には中性脂肪がたまりやすく、メタボの根本原因として注目されている
- ・S状結腸と横行結腸に付着する膜は長く、腸がぶらぶら動く構造になっている。これが内視鏡の挿入を困難にする原因

2. 大腸の構造

- 
- ・大腸壁では筋層が発達し、外縫筋層が3本の束になり、結腸ヒモ(間膜ヒモ、自由ヒモ、大網ヒモ)を形成する。
↓
半月ひだ(粘膜面より)、ハウストラ・腸管隆起(粘膜面より)
 - ・輪状ひだや絨毛構造はない。
 - ・直腸の下1/3、男性では直腸膀胱窩、女性ではダグラス窩(直腸子宫窩)に空間ができる腹水貯留や腹膜播種が起こりやすい。
 - ・肛門管の下部には歯状線があり、歯状線より口側は単層円柱上皮、肛門側は重層扁平上皮でおおわれている。

回盲部の構造

- ・回盲部は小腸と大腸の境目で、回腸が回盲弁(ペウヒン弁)を通じて盲腸に連絡している。
- ・回盲弁は上下のひだでできており盲腸から回腸への内容物の逆流を防いでいる。
- ・多種の病変的好発部位…虫垂炎、クローン病、憩室炎、UCなど
- ・消化管ペーチェット病的好発部位でもある。

3. 大腸の血流

★上行結腸

- ・右結腸動脈・回結腸動脈
- (両方とも上腸間膜動脈の枝)が栄養

★横行結腸

- ・中結腸動脈が栄養
- ・肝臓の右葉、脾臓に接している

3. 大腸の血流

★下行結腸

- ・腸間膜なし
- ・左結腸動脈が栄養

★S状結腸

- ・腸間膜あり
- ・S状結腸動脈が栄養

3. 小腸・大腸の血流

★直腸

- ・上1/3
下腸管脈動脈→上直腸動脈
- ・中1/3
内腸骨動脈→中直腸動脈
- ・下1/3
内腸骨動脈→内陰部動脈
→下直腸動脈



大腸の生理・機能

細菌による食物繊維の発酵、および一部の栄養素の吸収と水分の吸収が行われる部分である。また吸収されずに残ったものが便を形成し、排泄されるまでの間貯留される部位でもある。

大腸が分泌するアルカリ性の大腸液には消化酵素が含まれておらず大腸壁の保護や内容物の輸送を促す作用を担う。

大腸内の物質の分解は大腸菌をはじめとする常在菌が行う。これらは発酵作用を通して物質を吸収可能な電解質まで変換させ、その過程で酪酸や酢酸またはメタンなどのガスを発生させる。またアミノ酸分解においてアミン類のインドールやスカルルなどが生じこれが排泄物のにおいの一因となる。

※吸収された発酵産物や水分は門脈を経由して肝臓で処理されるが
直腸下の静脈は門脈を経由せず、直接下大静脈に注いで全身を
めぐる……座薬が早く効く♥

大腸の病気 種類

腫瘍性	大腸腺腫、大腸癌、カルチノイド腫瘍など
炎症性	感染性腸炎、潰瘍性大腸炎、クローン病など
出血性	大腸憩室出血症、急性出血性直腸潰瘍
機能性	過敏性腸症候群など

主な大腸の疾患①

- ・感染性腸炎 O-157 キャンピロバクター サルモネラ…
- ・虫垂炎 俗に「盲腸」「盲腸炎」と言われるもの
- ・クローン病 口腔から肛門までの消化管全域に炎症および潰瘍を起こす原因不明の疾患。自己免疫疾患の一つ。
- ・潰瘍性大腸炎 大腸に潰瘍やびらんができる原因不明の疾患。自己免疫疾患の一つ。クローン病とともに炎症性腸疾患に分類される。
- ・過敏性腸症候群 炎症や潰瘍はないが、下痢や便秘などの症状が起きる。



Crohn病(クローン病)

- ・好発：10代後半～20歳台
- ・原因不明の肉芽腫性炎症性疾患
- ・回盲部に好発
- ・非連続性に病巣を形成(縫走潰瘍、歎石像、非乾酪性類上皮細胞肉芽腫)
- ・症状：腹痛、下痢、体重減少、肛門病変(難治性)
- ・血液検査：貧血、CRPの上昇、血沈↑、低蛋白血症
- ・治療：根治治療はない
1)栄養療法2)薬物療法3)顆粒球吸着療法4)外科的治療

潰瘍性大腸炎(UC)

- ・主に大腸粘膜を侵しひらんや潰瘍を形成する原因不明のびまん性炎症性疾患
- ・好発：10代後半～30歳前半
- ・症状：繰り返す粘血便、下痢、腹痛、発熱、体重減少、しづり腹
- ・血液検査：貧血、CRP上昇、血沈↑
- ・直腸から連続性、びまん性に血管透見像消失、偽ボリポーチス、ハウストラの消失(鉛管像)
- ・生検病理検査で粘膜にびまん性炎症細胞浸潤、陰窩腫瘍、杯細胞減少などを認める
- ・治療1)薬物療法2)血球成分除去療法3)外科療法(大腸全摘+回腸囊膣吻合術など)

主な大腸疾患②

- 消化管憩室症
- ・大腸の収縮が強まり、そのため弱い部分に袋ができるもの多発することが多い。
 - ・盲腸～上行結腸、S状結腸に出来やすい。
 - ・無症状のことが多いが、憩室が多発したり炎症、出血を起こしたりすることで様々な症状が出現する。
 - ・大腸内視鏡で観察、必要時止血処置。その後内服もしくは点滴治療。
 - ・真性憩室…Rokitansky憩室、胃憩室、Meckel憩室
 - ・仮性憩室…Zenker憩室、横隔膜上憩室、Meckel憩室以外の十二指腸・大腸憩室

主な大腸疾患③

- ・アフタ性大腸炎 細菌感染や薬物のアレルギーによって赤い斑点を多発する大腸炎
- ・細菌性腸炎と炎症性腸疾患の初期の場合がある
- ・原因は不明
- ・排便障害 便が出ていく状態で、いろいろな原因から生じている

主な大腸疾患④

- ・虚血性腸炎 大腸の血流障害により大腸粘膜に炎症や潰瘍が発生し、突然の腹痛と下痢・下血をきたす疾患。
- 1)血管側の問題 動脈硬化や血栓・塞栓
高齢者や糖尿病・高脂血症などの動脈硬化や血流低下をきたす基礎疾患有持つ人に発症しやすい
- 2)腸管側の問題 慢性的の便秘や浣腸などによる腸管内圧の上昇
好発部位：脾曲部や下行結腸、S状結腸など大腸の左側

腸軸念転症

- ・S状結腸に好発
- ・高齢者が多い
- ・腸管壊死の可能性はないと考えられる場合は、大腸内視鏡や経肛門的レバース管を用いて整復する。
- ・整復不能、または腸管壊死の場合、頻回の再発の場合は手術を行う。

主な大腸疾患⑤

- ・大腸ポリープ 大腸の内側の表面から隆起したものの総称。

	腫瘍性	非腫瘍性
上皮性	大腸腺腫、大腸癌	過形成性ポリープ
非上皮性	リンパ腫、カルチノイド腺腫	炎症性ポリープ

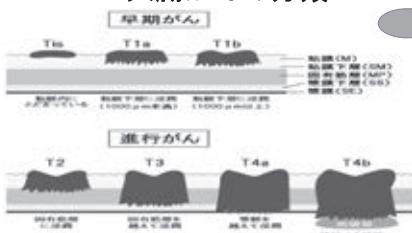
大腸癌

- ・大腸腫瘍の中で良性を大腸腺腫、悪性を癌とする。
「悪性」とは無秩序に増殖して浸潤、転移し生命を脅かすものを指す。
- ・症状 早期の段階では自覚症状はほとんどない。進行すると血便、下血、下痢と便秘の繰り返し、排便困難、残便感、腹部膨満感、腹痛、貧血、体重減少
- ・大腸癌は腺癌、扁平上皮癌、腺扁平上皮癌に分かれる。大腸がんのほとんどが腺癌である。腺癌は乳頭腺癌、管状腺癌、低分化腺癌、粘液癌、印環細胞癌、髓様癌に分かれる。
- ・遺伝性のある家族性大腸腺腫症やリンチ症候群、炎症性の病気である潰瘍性大腸炎やクローン病などがある人は大腸がんを発生しやすい傾向である。

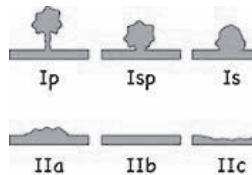
LST(laterally spreading tumor)

- ・LSTとは径10mm以上の表層(側方)発育を主体とする病変のこと
発育形態を表したもので肉眼的分類とは別の概念である
- ・内視鏡による肉眼的な顆粒の有無により顆粒型(LST-G)と
非顆粒型(LST-NG)に分類
- ・TisやT1癌であることがおおく、主にEMRやESDによる治療が行われる

大腸がんの分類



肉眼的分類(内視鏡的治療で重要)



5. 大腸の検査

- ・注腸造影検査
- ・腸管の全体像や病変の大きさ・部位などを描出できる。
- ・検査前日は検査食と下剤の服用
- ・肛門よりバリウムと空気を注入して造影



検査的所見
クローン病
・縦走潰瘍・歯石像
潰瘍性大腸炎
・ハーストア
膿血性大腸炎
・母子圧痕像
大腸癌
・apple core sign
腸重積症
・カニ爪状

5. 大腸の検査

- ・大腸内視鏡検査
- ・大腸疾患の診断や治療に不可欠。



特徴的所見	
クローン病	・歯石像・縦走潰瘍
潰瘍性大腸炎	・血管透視像の消失
偽膜性大腸炎	・黄白色の偽膜

下剤の内服説明と観察事項

大腸内視鏡検査時の下剤の種類



内視鏡での治療

- ・大腸ポリベクトミー
キノの太い傘と細い茎(軸)に当たる部分をもつ腫瘍に対しで行う
- ・大腸EMR
キノの茎(軸)を持たない、平らな形をした腫瘍に用いられる粘膜下に薬剤を注入してから、スネアで切除
- ・大腸ESD
EMRでは取れない腫瘍を一括で切除する方法
2~5cmの腫瘍を一度に切り取った場合は、健康保険が適応される

必要物品

- 局注針
- 局注入する薬剤
- 高周波装置
- 高周波スネア(留置スネア)、各種デバイス
- クリップ装置
- 鎮静剤、鎮痛剤
- 患者監視モニター
- 急救カート



抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン

- ・通常の内視鏡は休薬の必要なし
- ・出血低危険度の内視鏡はワーファリン以外は休薬の必要なし。ワーファリン内服患者はPT-INRが通常の治療域であることを確認
- ・出血高危険度の消化管内視鏡では血栓塞栓症の発症リスクが高いアスピリン単独服用者は休薬はないが血栓塞栓症の発症リスクが低い場合は3~5日の休薬
- ・出血高危険度内視鏡において、アスピリン以外の抗血小板薬単独内服は休薬が原則
- ・出血高危険度内視鏡においてワーファリン、ダビガラン単独投与の場合はヘパリン置換

<p>内視鏡での治療 腸閉塞とイレウス</p> <p>・「急性腹症診療ガイドライン2015」では「腸閉塞」と「イレウス」を使い分けることを提案。腸管が機械的、物理的に閉塞した場合を「腸閉塞」とし、麻痺性のものを「イレウス」と呼ぶこととなった。</p> <p>↓そのため 今までの「絞扼性イレウス」は「絞扼性腸閉塞」となる。</p> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>腸管内腔が閉塞することによって生じる 腸閉塞</p> <p>術後の狭窄、狭窄 腫瘍(大腸癌など) ヘルニア(虫垂性、大腸、横、斜膜孔) 内ヘルニア 腸捻転 腸冗積 食物・便・異物・胆石・寄生虫塊 上腸閉鎖動脈症候群 その他</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>腸管機能が低下して生じる イレウス</p> <p>(閉腹)術直後 炎症(乳頭性憩室炎など) 腸管弛緩沈黙者(上腸閉鎖動脈閉塞症、腸管壞死など) 薬剤 脳梗塞など中枢疾患 平滑筋疾患 電気質異常 肛門塞栓 脊椎疾患 ヒドリード その他</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>抗コリ作用を持つ薬剤</p> <p>平滑筋弛緩作用を持つ薬剤 神經弛緩を起す薬剤 低カリウム血症を防ぐ薬剤 カルシウム、アルミニウムを含む薬剤 鉄を含む薬剤</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>抗コリ作用薬、抗ヒスタミン薬、抗ペニシリン・青黒カビ</p> <p>アヘン類、Caチャンネル拮抗薬 ピングクリスチン、刺激性下剤(長期使用) 利尿薬 制酸薬 鉄剤</p> </td> </tr> </table>	<p>腸管内腔が閉塞することによって生じる 腸閉塞</p> <p>術後の狭窄、狭窄 腫瘍(大腸癌など) ヘルニア(虫垂性、大腸、横、斜膜孔) 内ヘルニア 腸捻転 腸冗積 食物・便・異物・胆石・寄生虫塊 上腸閉鎖動脈症候群 その他</p>	<p>腸管機能が低下して生じる イレウス</p> <p>(閉腹)術直後 炎症(乳頭性憩室炎など) 腸管弛緩沈黙者(上腸閉鎖動脈閉塞症、腸管壞死など) 薬剤 脳梗塞など中枢疾患 平滑筋疾患 電気質異常 肛門塞栓 脊椎疾患 ヒドリード その他</p>	<p>抗コリ作用を持つ薬剤</p> <p>平滑筋弛緩作用を持つ薬剤 神經弛緩を起す薬剤 低カリウム血症を防ぐ薬剤 カルシウム、アルミニウムを含む薬剤 鉄を含む薬剤</p>	<p>抗コリ作用薬、抗ヒスタミン薬、抗ペニシリン・青黒カビ</p> <p>アヘン類、Caチャンネル拮抗薬 ピングクリスチン、刺激性下剤(長期使用) 利尿薬 制酸薬 鉄剤</p>
<p>腸管内腔が閉塞することによって生じる 腸閉塞</p> <p>術後の狭窄、狭窄 腫瘍(大腸癌など) ヘルニア(虫垂性、大腸、横、斜膜孔) 内ヘルニア 腸捻転 腸冗積 食物・便・異物・胆石・寄生虫塊 上腸閉鎖動脈症候群 その他</p>	<p>腸管機能が低下して生じる イレウス</p> <p>(閉腹)術直後 炎症(乳頭性憩室炎など) 腸管弛緩沈黙者(上腸閉鎖動脈閉塞症、腸管壞死など) 薬剤 脳梗塞など中枢疾患 平滑筋疾患 電気質異常 肛門塞栓 脊椎疾患 ヒドリード その他</p>				
<p>抗コリ作用を持つ薬剤</p> <p>平滑筋弛緩作用を持つ薬剤 神經弛緩を起す薬剤 低カリウム血症を防ぐ薬剤 カルシウム、アルミニウムを含む薬剤 鉄を含む薬剤</p>	<p>抗コリ作用薬、抗ヒスタミン薬、抗ペニシリン・青黒カビ</p> <p>アヘン類、Caチャンネル拮抗薬 ピングクリスチン、刺激性下剤(長期使用) 利尿薬 制酸薬 鉄剤</p>				
<p>イレウスの治療</p> <p>・内科的治療 胃管挿入、イレウス管挿入、ステント留置</p> <p>・外科的治療 壊死腸管の切除</p> 	<p>イレウス管</p> 				
<p>大腸内視鏡時の合併症の症状</p> <p>出血 血圧低下、頻脈、動悸、眩暈</p>  <p>穿孔 腹痛、発熱</p>	<p>鎮静剤のメリット・デメリット</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>メリット</p> <p>検査に対する恐怖、不安感の軽減 検査の様な痛み、苦痛を緩和する ・スコープによる視覚の違和感 ・肛門を開拓しきらめている不快感 ・腸内に空気が充満することによる痛み ↓ 大腸のひだをしっかり広げて丁寧な観察が可能となる</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>デメリット</p> <p>呼吸器や循環器への影響 検査後すぐに帰宅できない 検査当日の自動車、自転車、バイクの運転ができない</p>  </td> </tr> </table>	<p>メリット</p> <p>検査に対する恐怖、不安感の軽減 検査の様な痛み、苦痛を緩和する ・スコープによる視覚の違和感 ・肛門を開拓しきらめている不快感 ・腸内に空気が充満することによる痛み ↓ 大腸のひだをしっかり広げて丁寧な観察が可能となる</p>	<p>デメリット</p> <p>呼吸器や循環器への影響 検査後すぐに帰宅できない 検査当日の自動車、自転車、バイクの運転ができない</p> 		
<p>メリット</p> <p>検査に対する恐怖、不安感の軽減 検査の様な痛み、苦痛を緩和する ・スコープによる視覚の違和感 ・肛門を開拓しきらめている不快感 ・腸内に空気が充満することによる痛み ↓ 大腸のひだをしっかり広げて丁寧な観察が可能となる</p>	<p>デメリット</p> <p>呼吸器や循環器への影響 検査後すぐに帰宅できない 検査当日の自動車、自転車、バイクの運転ができない</p> 				
<p>大腸内視鏡検査時に使用する薬剤</p> <p>1. 鎮静薬 -ドルミカム 抗不安・鎮静・睡眠作用 -プロボフォール ドルミカムよりも深い鎮静 持続時間は20分 麻酔薬 -ロビゾノール 全身麻酔の導入、局所麻酔時の鎮静 急性狭隔角線内障、重症筋無力症禁忌</p> <p>2. 鎮痛剤 -オビスタン 激しい疼痛時の鎮静 -ベンタゾンジン(ソセコン、ベンタジン) 鎮痛効果が高い</p> <p>3. 拘抗薬 -フルマゼニル -ナロキソン</p>	<p>大腸内視鏡検査での看護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大腸内視鏡検査決定後食事指導、内服の休薬が必要かの確認 ・検査前に下剤を内服(内服方法を説明) ・下剤内服中の状態観察、異常時の対応 ・検査前の既往歴の確認・抗凝固剤の有無・出血傾向 ・アレルギーの有無 ・必要に点滴確保(ボリープの切除時等は止血剤を混入する) ・鎮静剤・鎮痛剤を使用(呼吸抑制やバイタルサインの変動に注意) ・用手圧迫や体位変換の介助・声かけ ・腹部の状態 ・出血・穿孔時の対応、急変時の対応 ・差恥心への配慮 帰宅後の注意事項説明 				
<p>消化管ストーマ</p> <p>・ストーマの種類 ①回腸ストーマ(イレオストミー) ②結腸ストーマ(コロストミー)</p> <p>・開口部の数による分類 ①単孔式 ②双孔式</p> <p>・ストーマ器具の種類 ①ワンピース系器具 ②ツーピース系器具</p> 	<p>ストーマ患者の大腸内視鏡検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査前のストーマおよびストーマ器具の種類を確認 ・必要な物品の確認(剥離剤、面板、ストーマ器具、皮膚保護材など) ・上部消化管内視鏡検査時、必要であればストーマの排泄口を開放。解放口にビニール袋などを設置し排泄物の処理を行う。 ・大腸内視鏡検査時にストーマ周囲をガーゼやビニールで排泄物を受け止める。検査後はストーマ周囲の洗浄を行いストーマ器具の装着の援助を行う。 ・必要時はスコープの保持援助を行う。 ・必要時ストーマやはがした面板の観察を行い記録に残す。 				

2019年度 日本消化器内視鏡学会認定 消化器内視鏡技師認定試験合格者

●福岡

太田 利徳	佐々木 さおり
多治見 千鶴	田 中 弘子
広渡 真紀	四 宮 美佳
池本 幸恵	村 上 友美
八並 久美子	秋 本 隆朗
松原 友子	馬 場 楠浩
木船 総史	豊 田 沙弥香
浅田 祥子	大 塔 真澄
下見 恭子	岩 根 亜依里
前田 康貴	上 村 祐輝
長野 智美	松 本 佑子
土屋 一	東 直美
佐藤 仁哉	飯 森 美由紀
藤野 真可	柴 田 香織
近澤 絵名	
石橋 智恵	●長崎
和田 麻未	山 崎 千亜妃
矢野 靖恵	山 口 歩美
仲谷 曜南	川 口 愛
増永 智子	谷 山 素子
河津 真樹	原 田 由佳
日吉 由加里	岳 澤 直美
平松 愛	

●宮崎

大石 祐佳	川 野 俊也
山口 瑞木	谷 口 順子
川渕 直以	平 田 健一
佐々木 優湖	有 川 さくら
増田 真由美	猪之俣 優
指原 伶一	角 田 美保
渡邊 哲章	池ノ上 功一
野口 栄一	石 黒 さち子
宮竹 由紀子	

●熊本

大池 梢	
高橋 真由美	橋 本 奈緒
吉村 直剛	米 田 麻里絵

●鹿児島

刈川 百恵	
上原 可菜子	
野地 亮平	
中島 篤史	
上野 真里南	
中村 謙一郎	
高倉 將樹	
野坂 華苗	
小橋口 直美	
有蘭 佳那	
山下 実里	
岩元 友美	
正徳 晴瞳	
吉野 聖華	
竹内 久美子	
和間 由加里	
小川 貴代	
工藤 千佳	
清水 綾子	
増野 佑介	
石田 裕伸	
戸上 千津子	

●大分

吉野 聖華	
竹内 久美子	
和間 由加里	
小川 貴代	
工藤 千佳	
清水 綾子	
増野 佑介	
石田 裕伸	
戸上 千津子	

●佐賀

局 裕子	
浪口 真理子	
栗山 みゆき	
福島 愛子	
山口 澄子	
柴田 美奈子	
松浦 己佳	
岡田 直子	
友貞 里美	
秀島 あや	
田中 有紀	

●沖縄

島袋 裕子	
嵩西 秀美	
仲田 和紀	
遠山 有彦	
野口 康彦	
大湾 末子	
赤嶺 尚子	
宮國 洋平	
知花 文廣	
大城 広美	
砂川 美夕紀	

九州消化器内視鏡技師会

関 係 資 料

九州消化器内視鏡技師会会則

- 第1条（名 称） 本会は九州消化器内視鏡技師会（以下九州技師会）と称する。
- 第2条（目的） 本会は日本消化器内視鏡技師会の支部会であるとともに、日本消化器内視鏡学会九州支部会に付設する組織であり、九州の消化器内視鏡技師（以下内視鏡技師）の技術の向上を図り、研究発表、知識の交換並びに将来内視鏡技師を志す者の育成に寄与することを目的とする。
- 第3条（事業） 本会は第2条の目的を達成するために、次の事業を行う。
1. 総会の開催。
 2. 九州消化器内視鏡技師会研究会（以下支部会研究会）の運営。
 3. 教育講座の開設と補習教育の実施。
 4. 各県組織との連絡を密にし、情報の交換を円滑にする。
 5. 事業の企画運営、調査研究。
 6. 会報の刊行。
 7. 年会費の徴収
 8. その他、本会の目的達成に必要な事業。
- 第4条（会 員） 会員は、日本消化器内視鏡学会認定の消化器内視鏡技師で、別に九州技師会で定められた会費を納めなければならない。
- 第5条（会 費） 会費は、年2,000円とする。
- 第6条（退 会） 会員はいつでも退会することができる、ただし、本会に対してあらかじめ退会の予告をするものとする。
- 第7条（役 員） 本会は九州支部の内視鏡技師をもって組織し、次の役員をおく。
- | | |
|-------|--------|
| 会 長 | 1 名 |
| 副会長 | 2 名 |
| 事務局 | 2 名 |
| 会 計 | 2 名 |
| 監 査 | 2 名 |
| 年会費担当 | 2 名 |
| 幹 事 | 20 名以内 |
- 第8条（選出方法） 役員は現役員の推薦を経て、会員の中から選出され総会で承認する。
- 第9条（役員任期） 役員の任期は、それぞれ2年とするが、再任を妨げない。
- 第10条（役員職務） 本会の役員は次の職務を行う。
1. 会長は本会を代表し、会務を統括する。
 2. 副会長は会長を補佐し、会長不在の時は、その職務を代行する。
 3. 事務局は、役員の名簿管理・施設に依頼文送付・会議の連絡・書記を行う。
 4. 会計は本会の出納の責にあたり、年度末に会計報告をする。
 5. 監査は本会の事業内容、会計内容を監査する。
 6. 年会費担当者は、会員より会費を徴収する。

7. 幹事は本会則に定める会務を処理するとともに、その事業の執行を図る
8. 本会では活動の基本を委員会活動と定め、以下の委員会を設置する。
 - (1) 学術委員会
 - (2) 渉外委員会
 - (3) 編集委員会
 - (4) 看護委員会
 - (5) 医療安全委員会
 - (6) 財務委員会
 - (7) マニュアル委員会

- 第11条（所在地）
 1. 本会の事務局の所在地は、会長の所属する所に定める。
 2. 本会の年会費担当の所在地は、年会費担当者の所属する所に定める。

- 第12条（役員会） 役員会は技師会役員で構成し、原則として支部会研究会時に開催する。

役員会では、下記の事項を付議する。付議事項の決定は、内視鏡学会九州支部会評議員会（九州支部長）の承認を得なければならない。

1. 事業報告
2. 決算報告
3. 事業計画の決定（支部会研究会の開催地、技師世話人等）
4. 予算案
5. 本会則を施行するために必要な諸規則の制定
6. その他

- 第13条（評議会） 評議会は役員会の円滑な運営のための討議の場とし決議事項は、役員会で承認を得る。

1. 評議会は、会長、副会長、事務局、各県代表幹事で構成される。
2. 評議会は定期評議会として毎年度4月に1回開催するほか、必要時に開催する。

- 第14条（総会）
 1. 総会は（九州技師会で）選出された役員が代表として参加する。
 2. 総会には参加希望する会員のそれを妨げない。

- 第15条（事業年度） 本会の事業年度は、毎年3月1日から翌年2月末日までとする。

- 第16条（会則の変更） 本会則の変更は役員会の決議を経て内視鏡学会九州支部会支部長の承認を得なければならない。

研究会に関する細則

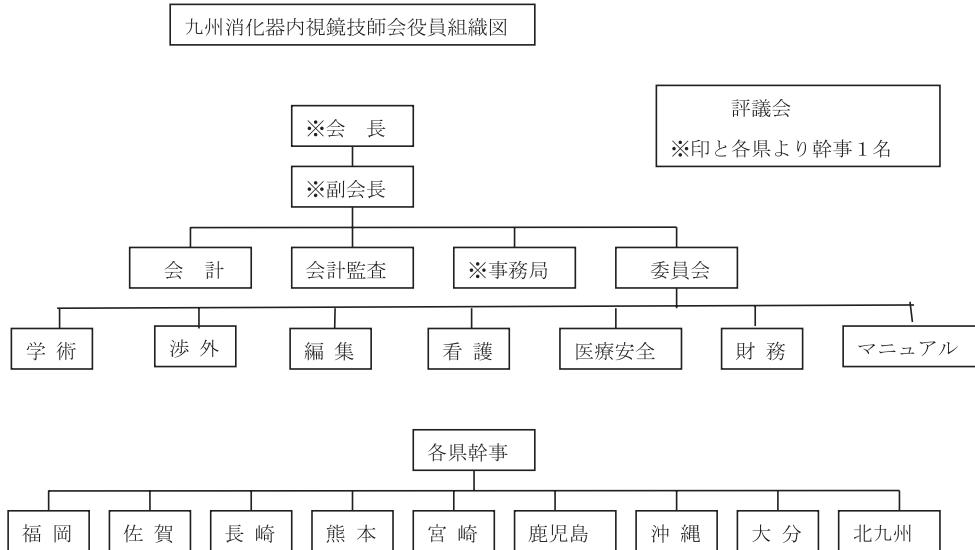
1. 内視鏡学会九州支部例会時に開催される支部会研究会は、九州支部例会長並びに医師世話人の指導のもとに、技師世話人が運営する。
2. 技師世話人は内視鏡学会九州支部例会が開催される地方より選出され、役員会にて承認される。
3. 技師世話人は内視鏡学会九州支部例会長及び医師世話人と連絡を密にして、研究会

の運営を円滑にする。

- 将来内視鏡技師を志す者も研究会に参加することができる。

役員に関する細則

- 役員に欠員が生じた場合、役員会で再選出する。その場合任期は、前任者の残存期間とする。
- 本会の職務に不都合を生ずる可能性がある場合は、その役員の退任を命ずる。



(付 則) 本会は、平成3年12月6日に設立。

本会則は、平成3年12月6日より実施する。

本会則は、平成14年7月6日より実施する。

本会則は、平成18年6月3日より実施する。

本会則は、平成21年6月20日より実施する。

本会則は、平成25年6月21日より実施する。

本会則は、平成30年6月8日より実施する。

九州消化器内視鏡技師会 役員名簿

役職	氏名	所属地	委員会	所属施設	住所
会長	平田 敦美	久留米		久留米大学病院 消化器病センター	〒830-0011福岡県久留米市旭日町67 TEL 0942-35-3311 FAX 0942-31-7712
副会長	木下 伸任	熊本	編集・財務	医療法人社団 魁正会 服部胃腸科	〒860-0004熊本市中央区新町2-12-35 TEL 096-325-2300 FAX 096-352-4778
副会長	大波多 歳男	大分	マニュアル・ 財務	大分三愛メディカルセンター 消化器病センター 診療部	〒874-0833大分県大分市大字市1213 TEL 097-541-1311 FAX 097-541-5218
会計	眞野 弘美	北九州	編集・財務・ マニュアル	自宅	
会計	川間 美津代	熊本	看護・財務	社会福祉法人 恩賜財団 済生会みすみ病院	〒869-3205熊本県宇城市三角町波多775-1 TEL 0964-53-1611 FAX 0964-53-1618
年会費	松島 貴博	鹿児島	財務	医療法人 あさひ会 金子病院 内視鏡室	〒896-0055鹿児島県いちき串木野市照島6002 TEL 0996-33-0011 FAX 0996-33-1713
年会費	古庄 誠二	熊本	編集	医療法人社団魁正会 服部胃腸科	〒860-0004熊本県熊本市中央区新町2-12-35 TEL 096-325-2300 FAX 096-352-4778
監査	秦 亜希子	久留米	学術・財務	医療法人白壽会 安本病院	〒830-0112福岡県久留米市三潴町玉満2371 TEL 0942-64-2032 FAX 0942-65-0614
監査	古波倉美登利	沖縄	学術・財務	社会医療法人 かりゆし会 ハートライフ病院 内視鏡センター	〒901-2492沖縄県中頭郡中城村伊集208 TEL 098-895-3255 FAX 098-895-2534
事務局	川原 政幸	福岡	マニュアル	公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院	〒812-0044福岡市博多区千代5-18-1 TEL 092-641-2761 FAX 092-633-3311
事務局	野田 麻由	佐賀	学術	佐賀市立 富士大和温泉病院	〒840-0516佐賀市富士町大字梅野1721-1 TEL 0952-63-0111 FAX 0952-51-0138
幹事	岩永 明子	北九州	看護	産業医科大学病院 内視鏡部	〒807-8555北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1 TEL 093-603-1611 FAX 093-691-7396
幹事	出口 良純	北九州	医療安全	健和会大手町病院 内視鏡室	〒803-8543北九州市小倉北区大手町15-1 TEL 093-592-3261 FAX 093-592-2726
幹事	大野 明博	佐賀	涉外	佐賀大学医学部附属病院 光学医療診療部	〒849-8501佐賀県佐賀市鍋島5-1-1 TEL 0952-31-6511 FAX 0952-34-2017
幹事	亀山 広喜	熊本	医療安全	熊本保健科学大学 医学検査学科	〒861-5598熊本県熊本市北区和泉町亀の甲325 TEL 096-275-2268 FAX 096-245-3172
幹事	川西 幸洋	熊本	医療安全	熊本大学医学部附属病院 光学医療診療部 内視鏡室	〒860-8556熊本県熊本市中央区本荘1-1-1 TEL 096-373-5704
幹事	川崎 正一	宮崎	学術	医療法人 慶明会 けいめい記念病院	〒880-1111宮崎県東諸県郡国富町岩知野六江762 TEL 0985-75-7007 FAX 0985-30-6677
幹事	岩坪 ひろみ	長崎	学術	自宅	
幹事	有村 彰洋	鹿児島	学術	医療法人 康陽会 花牟禮病院	〒896-0014鹿児島県いちき串木野市元町190 TEL 0996-32-3281 FAX 0996-32-1946
幹事	丸山 伸一	鹿児島	涉外	特定医療法人 菊野会 菊野病院	〒897-0215鹿児島県南九州市川辺町平山3815 TEL 0993-56-1135 FAX 0993-56-5654
幹事	犬丸 吉人	大分	マニュアル	医療法人新生会 高田中央病院	〒879-0627大分県豊後高田市新地1176-1 TEL 0978-22-3745 FAX 0978-22-3788
幹事	村上 由記子	長崎	医療安全	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター	〒856-8562長崎県大村市久原2-1001-1 TEL 0957-52-3121
幹事	金城 真由美	沖縄	看護	琉球大学医学部付属病院 光学医療診療部	〒903-0215沖縄県西原町字上原207 TEL 098-895-1342

第60回九州消化器内視鏡技師会役員会議事録

開催日時：平成30年11月9日（金） 14:00～17:00

開催場所：宝山ホール 第3会議室（鹿児島）

出席者：平田 敦美・木下 伸任・大波多歳男・眞野 弘美・川間美津代・大野 明博
岩永 明子・川崎 正一・岩坪ひろみ・川原 政幸・有村 彰洋・丸山 伸一
亀山 広喜・古波倉美登利・古庄 誠二・松島 貴博・出口 良純・川西 幸洋
秦 亜希子・村上由記子・金城真由美・犬丸 吉人・川畑 浩子・梅北 裕司
鬼塚 智子・野田 麻由

I. 報告事項

1. 73回九州消化器内視鏡技師研究会（北九州）について・会計報告、反省、その他

＜報告者：技師世話人 川畑 浩子＞

①会計報告 参加者：1205名

②研究会の反省（別紙参照）について

*受付時に機器取り扱い講習会不参加で無効印を押した方は、毎回証明書を確認しないとわからなかった。来場者も不快な思いをしないように、今回の研究会（鹿児島）はネームにシールを貼らせて頂き対応する。また今後、検討していく必要あり。

2. 第75回九州消化器内視鏡技師研究会（久留米）開催の詳細と準備状況の報告

＜報告者：技師世話人 鬼塚 智子＞

会期：2019年5月26日（日曜日）

場所：久留米シティープラザ（久留米）

技師世話人：鬼塚 智子（福岡赤十字病院）

医師世話人：平川 克哉（福岡赤十字病院）

①予算（別紙参照） 参加予定人数800名、機器展示25社予定

②進行状況（別紙参照）

*当日の第77回内視鏡機器取扱い講習会（基礎編）はオリンパス予定

*久留米座で午前中特別講演は2題（口腔ケア・終末期：看取り）企画予定

*ランチョンセミナー：抗血栓薬ガイドライン変更後による消化器内視鏡について
教育講演2題（対がん検診・小腸疾患における内視鏡診断の役割）企画予定

*今後の予定 12/28 一般演題締め切り、1/19（土）査読

3. 第74回九州消化器内視鏡技師研究会（鹿児島）運営説明

＜報告者：技師世話人 梅北 裕司＞

運営計画書に基づいて運営についての説明

①会場レイアウト、役割分担の説明

②プログラム詳細、注意事項の説明

4. 委員会報告

①学術委員会 <報告者：学術委員長 川崎 正一>

* ホームページ業者が変更になったが、抄録受付等も問題なく対応できた。

* 機器取り扱い講習会実践編（北九州：ウェル戸畠）H30年2月9日（土）学術より
岩坪が出席予定。

②涉外委員会 <報告者：涉外委員長 大野 明博>

* 第74回研究会での機器展示メーカー 28社・会誌広告11社

③編集委員会 <報告者：編集委員 木下 伸任>

* 編集活動マニュアルの変更（別紙あり）

* 今後の会誌作成について

・ 内容の充実を目的として各種委員会の活動報告や他の関連学会等の案内、期日の掲載も行い、会員の方へ幅広く提供していく予定。

・ 会誌発送のミスを少なくするため、今回から郵便による発送を行った。

（発送費は増えたが、返還は少なく良かった）

④看護委員会 <報告者：委員長 岩永 明子>

* いまさら聞けないシリーズは次回の研究会までにすべて（食道、胃、大腸、小腸、胆・肝・脾）仕上げ、展示を行なう。

* 抗血小板薬服用者に対する消化器内視鏡について次回久留米で講演予定。

⑤医療安全委員会 <報告者：委員長 川西 幸洋>

* 鹿児島研究会 「内視鏡検査に必要な病理検査の基礎知識」 臨床検査技師 南部雅美先生

* 第8回集中医学講座 来年度 熊本（6/23）で開催予定。

⑥マニュアル委員会 <報告者：委員長 大波多 歳男>

- * 各委員会のマニュアルの更新（追加・修正）、各委員長は改訂管理票をマニュアル委員長に提出する。マニュアル委員会のマニュアルの新規作成。
- * ホームページ業者変更後、問題なく活用できている。
- * 会誌記載用の原稿データも今後、ホームページでやり取りしていく。

⑦事務局 <報告者：川原 政幸>

- * 事務局で保管している紙媒体を電子データ化して電子媒体として保管する。（来年度予算）
- * 各委員会の議事録には必ず番号をつける。今後、その議事録をどう管理していくか検討が必要。（役員用・会員用など）
- * 会誌の管理も PDF で編集委員会から受け取って保管する。

⑧財務委員会 <報告者：財務委員長 真野 弘美>

- * 九州消化器内視鏡技師会経費支払いに関する内規の変更。（別紙：青字箇所が変更分）

5. 会計報告 <報告者：財務委員長 真野 弘美>

平成30年度上半期会計報告（別紙参照）

6. 日本消化器内視鏡技師学会 第29回評議員会報告

<報告者：会長 平田 敦美>

①編集委員会（別紙あり）

- ・未更新による退会通知：9月16日発送（523名）
- ・故木下千万子の功績を称え、会報第62号に「故木下千万子を偲んで」として掲載予定。

③学術委員会

- ・総務委員会発足により、並木副委員長退任（総務会委員長）がされ、大波多さんが副委員長。
- ・発表演題については、全く同一の内容では発表不可（二重投稿となる）だが、切り口を変えての発表は可となっているので、支部の査読実施の際にも注意が必要である。

④内視鏡看護委員会

- ・内視鏡看護セミナー 2018年6月24日（日）全電通労働会館（東京）にて開催。
参加者：366名（会員：204名、非会員：162名）
- ・内視鏡看護教育ガイドラインの見直し→2020年を目標にやっていく。
- ・内視鏡看護実践ガイド→2017年6月で完売 1000部増刷

④国家認定推進委員会

第6回集中医学講義 2018年6月3日（日）仙台で開催 参加者 約80名

第7回集中医学講義 2018年11月4日（日）京都で開催予定 定員170名

・集中医学講義を今後幅広く、開催していく方向であり来年度、2019年6月23日熊本開催予定である。集中講義に参加する方々の目的として、技師試験(8割)レベルアップ(2割)であり、もっと地方でも講義をやって欲しいという意見もあった。

・内視鏡技師の業務を明確化し、業務指針を学会に提示していくようにしていく。

⑤機器検討委員会

・第4回内視鏡処置介助セミナー 2018年12月9日（日）広島国際会議場で開催予定。

・認定講師試験の判定保留者の再評価方法が2018年から変更になっている。

・機器取り扱い講習会（基礎編）テキスト第4版が改訂終了。

⑥安全管理委員会

・高水準消毒薬使用にあたっての留意点のパンフレット改訂中で今年度中にはできる予定。

・富士フィルム社の培養プロトコルの見直し・洗浄消毒DVDを監修。

⑦財務

・田中義次氏を財務委員会参与として就任。

⑧広報委員会

・今年度より更新ポイントが変更になっているが、今後は発表ポイントをつける方向で検討していく。また、会長賞や学会長賞などにも追加ポイントをつけていく。

⑨総務委員会（新設）

・技師学会場に関しては、内視鏡学会開催地にできるだけ近い所で開催していく方が良い。

・有村さん（九州役員）に学会長依頼がきており、2022年にDDWが福岡開催の為合わせて九州でできればと考えている。

9. 機器取り扱い講習会（実践編）について

第9回内視鏡機器取り扱い（実践編）北九州報告 <報告者：出口 良純>

会期：2019年2月9日（土曜日）

場所：ウエル戸畠（北九州）

予算書の確認

参加者：80名予定

担当：出口 良純

10. 研究会企画について

*ランチョンセミナー

- ・九州役員が世話人のサポートを行なう。
- ・各メーカーの予算申請時期に来年度のランチョンセミナーの依頼を九州支部として行う。→来年度は渉外委員会が担当する。
- ・最近は会場によって、ホール内で飲食ができないところも増えている。ランチョンセミナーとしての主旨も違ってきている為、検討が必要。

11. 県活動計画・報告

①大分 10/13（土）大分県消化器内視鏡研究会 三愛メディカルホールにて70名程参加

今後、証明書発行の研究会を開催していく方向で考える。

②長崎 2/16（土）長崎県消化器内視鏡研究会 諫早病院にて150～200名の参加予定
教育講演・演題あり、証明書発行あり。

③熊本 8月にマスター講座済、2月に2回目を実施予定。来年度は研究会（証明書発行）
を計画している。

④福岡 9月 福岡県消化器内視鏡研究会 ウエル戸畠にて50名程参加

今後は、各地区（北九州・福岡・久留米など）で開催の勉強会をどのようにしていくか検討を行なっていく。

12. その他

第76回九州消化器内視鏡研究会 2019年11月9日 例会長：河上 洋先生（宮崎大学）

第77回九州消化器内視鏡研究会 2020年 春 例会長：小林 広幸先生（福岡山王）

平成30年11月26日

文責：野田 麻由

第61回九州消化器内視鏡技師会役員会議事録

開催日時：令和元年5月25日（土）14:00～17:00

開催場所：久留米シティープラザ スタジオ2（久留米）

出席者：平田 敦美・木下 伸任・大波多歳男・眞野 弘美・川間美津代・大野 明博
岩永 明子・川崎 正一・岩坪ひろみ・有村 彰洋・丸山 伸一・古波倉美登利
亀山 広喜・松島 貴博・出口 良純・川西 幸洋・秦 亜希子・金城真由美
犬丸 吉人・梅北 裕司・鬼塚 智子・川原 政幸・野田 麻由

I. 報告事項

1. 74回九州消化器内視鏡技師研究会（鹿児島）について・会計報告、反省、その他

＜報告者：技師世話人 梅北 裕司＞

①会計報告 参加人数 800名

②研究会の反省（別紙参照）

- ・私物のPCを使用したため、確認不足でサテライト会場の映像が乱れた。今後は私物の使用はしない。
- ・受付冊子の準備が何度もやり直しになり、機器取り扱いの冊子が入っていないものを配布してしまった。前日準備の際にきちんと確認するようにする。
- ・受付2の際に記入漏れ（特に控え）がないかしっかりと確認が必要。
- ・後日、椅子に不具合の報告あり（食べ物が挟まっていた）3台分弁償となり支出が増えた。

2. 第76回九州消化器内視鏡技師研究会（宮崎）開催の詳細と準備状況の報告

＜報告者：技師世話人 川崎 正一＞

会期：2019年11月9日（日曜日）

場所：宮崎市民プラザ オルブライトホール（宮崎）

技師世話人：川崎 正一（けいめい記念病院）

医師世話人：未定

①予算報告（別紙参照） 参加予定人数500名、機器展示20社予定

②進行状況（別紙参照）

- ・教育講演は富士フィルムメディカル株式会社協賛で宮崎大学の先生を予定している。
- ・ランチョンセミナーは依頼中で大会議室（100名）のみ飲食可能
- ・今後の予定 6／30（日）一般演題締め切り、7／20（土）査読

3. 第9回機器取り扱い講習会（実践編）の反省

＜報告者：眞野 弘美＞

①会計報告 参加人数32名

②研究会の反省（別紙参照）

- ・基礎編への参加がない人からの問い合わせが多かった。実践編の証明書は資格取得には使えないため、今後も基礎編受講資格は必要とする。
- ・証明書を紛失されており8年前に基礎編を受講したことであった。受講を確認できたため、今回は参加としたが受講から8年もの時間が経過しているので受講からの年数を制限するように検討する。
- ・開始時間から10分ほど遅れた参加者がいた。受講可能な時間の基準を設け基礎編のように案内に明記する。
- ・今後開催する時は事前に準備委員会を開催して、県に学術委員がいないときは1名派遣とし実践編の担当者へ運営方法の指導をする。

*以上の反省点を今後、学術委員でマニュアルを見直していく。

4. 第75回九州消化器内視鏡技師研究会（久留米）運営説明

＜報告者：技師世話人 鬼塚 智子＞

運営計画書に基づいて運営についての説明

①会場レイアウト、役割分担の説明

②プログラム詳細、注意事項の説明

5. 三役会議・評議会報告

＜報告者：会長 平田 敦美＞

①印刷物についての確認

- ・研究会での各種証明書は印刷会社チューインで行う。
- ・研究会プログラムは原則、開催県で印刷するが、希望があれば印刷会社チューインへ依頼することも可能である。
- ・県開催研究会での出席証明書は開催県で印刷する。
- ・機器取り扱い講習会（実践編）の受講証明書は印刷会社チューインで印刷する。

③郵送物について＜報告者：副会長 木下 伸任＞

- ・支部技師会でゆうメールの特約申請し登録した。今後は春（定型内）81円／通、秋（定型外）は500gまで93円／通で郵送することができる。
- ・委員会や役員が郵送する時にも活用できる。

- ・印刷会社から郵便局までの郵送物運搬は、印刷会社チューインが請負う。

④会員データ管理について<報告者：副会長 木下 伸任>

- ・技師会でクラウドサーバーを契約し、会員データの管理の試験的運用を始めた。当面は木下副会長、眞野編集委員、古庄編集委員、印刷会社チューインにてシステムの構築を行い、支部運営に利用できるよう進めている。
- ・将来的には、事務局が管理している出席証明書、機器取り扱い受講証明書、会誌などのデータもクラウドサーバー管理を計画している。
- ・研究会の受付で使用する自動受付システムを、業者（和幸システム）へ依頼している。
- ・会員データはファイルメーカーからエクセルに変換して、役員が使えるよう計画している。

⑤機器取り扱い証明書の書式について

- ・現在使用の基礎編と実践編の証明書は、学会からのひな型に準じているが、各支部にてアレンジされているところもあるようで、日本消化器内視鏡技師会本部が各支部使用の証明書を確認の上、次回評議員会にて統一ひな型を提示される予定である。
- ・証明書の開催県名（地域）、講師名、メーカー名を入れる。

⑥メーカーへの趣意書について

- ・研究会プログラムの広告について公正取引法の関係でメーカーより趣意書の追記の依頼があった。渉外は問題なく行っているが、改めてマニュアル委員会の「趣意書の書き方」マニュアルを参考に、プログラム広告の趣意書作成方法を書き換えてマニュアルに載せる。次回宮崎での研究会に向けて試行できるようにし、来年度から本格的に使用できるよう今年度中に検討する。

⑦広告の案内について

- ・広告の案内がメーカーに届いてないことがある。部署宛てでは届かないので担当者に直接郵送する。
- ・プログラム広告、機器展示は研究会世話人が担当し、会誌は支部が担当していたが、渉外がメーカー担当者を把握しているので、研究会世話人から出していった趣意書（プログラム広告・機器展示）を今後渉外から郵送してもらうようする。

⑧県開催研究会マニュアルについて

- ・学術委員会を中心に、開催手順を編集し、県開催研究会のマニュアルを見直す。
- ・各県の九州支部役員は再度マニュアルを把握し県研究会開催をサポートする。
- ・隣県同士の合同での研究会開催は、各県技師会運営に問題がなければ今後検討

する。

- ・沖縄でも県の研究会開催予定

⑨技師会備品について

- ・次回の久留米研究会時、備品を見直しリスト表を作成する。チェックする時は今回の世話人だけでなく次回の世話人（県担当者）と共に確認する。
- ・段ボールは廃止し専用備品ケースを購入し管理とする。

⑩役員会資料について

- ・各委員会は資料を全員にメール添付するようにしていたが、今後はホームページ（役員用）を活用し、資料も配布できるよう計画、準備する。
- ・事務局は各委員会、役員に研究会の一週間前までに資料を役員フォルダーに入れるように連絡する。

⑪委員会再編について

- ・役員改選時に委員会の再構成を検討する。また、各委員長は人員不足や再編・活動のあり方提案があれば今月中に会長へメールをする。

⑫会誌と研究会抄録集に関して

- ・研究会プログラムに展示メーカーリストを別紙で挟み、会場にもブース案内を掲示する方向で検討する。
- ・会誌を充実させるために特別講演、パネルディスカッション、ワークショップの発表を掲載していく。今後、講演依頼をするときに発表原稿（後抄録）の原稿をお願いする。雛型（依頼文・文字数制限・書式など）を学術委員会で検討する。またパネルディスカッションやワークショップでの討論も司会の総括として会誌に掲載していく方向で検討する。

⑬メーカーとの関わり＜報告者：渉外 大野 明博＞

- ・研究会のプログラム広告・ランチョンセミナーの趣意書・申込書を渉外から世話人へ送り、世話人よりメーカー（取引業者）に郵送する。機器展示は渉外・プログラム広告とランチョンセミナーは世話人へ返信していただくようにしていく。
- ・新しい趣意書を作成中（渉外）であり、内容を役員にメールで確認してもらう。
- ・消費税増税もあり、今後プログラム広告を値上げする。

⑭その他

- ・九州技師会ホームページを活用して、資料の配布など役員間の連絡ができるようになる。今後、役員にはパスワードの配布を行う。
- ・プロジェクターを購入し、プロジェクターを使って会議を開催する。また、研究会のサブスクリーン用としても使用する。

- ・研究会会場の確保が難しいこともあり、技師世話人や役員等で業者に頼んだ方が会場を探しやすいこともあるため、各県で柔軟に対応する。
- ・日本消化器内視鏡技師学会へ支部から運営委員として派遣依頼があるが、個人的に学会に行く方がいたら、会長まで事前に知らせる。また、九州支部でも予算を立てて、今後派遣をしていく。
- ・研究会開催を日曜日になると翌日仕事の人が多く、地域によっては帰宅時間が遅くなる等の理由により土曜日開催が望ましい。
- ・第1報発送までに医師世話人が決まっていないときは例会長名を入れる。ただし、例会長に名前を入れてよいか確認が必要である。
- ・役員会などの招聘状は役員本人へはメールで、上司宛は郵送で送る。
- ・機器取扱い講習会（基礎編）テキストが久留米の研究会から新しくなる。
- ・研究会後のお礼状は役員にはメールで行い、先生方や協力業者には郵送で送る。

6. 委員会報告

①学術委員会 <報告者：学術委員長 川崎 正一>

- ・機器取り扱い講習会実践編(熊本)令和2年2月8日(土)学術より川崎が出席予定。
- ・実践編のマニュアルの変更を行って、マニュアル委員会に提出をする。
- ・今回から会誌に載せる原稿もWEBからの提出としたので、問題がないか確認していく。

②涉外委員会 <報告者：委員長 大野 明博>

- ・第75回研究会での機器展示メーカー 24社（書籍）・会誌広告社 新規1社

③看護委員会 <報告者：委員長 岩永 明子>

- ・いまさら聞けないシリーズはすべて（食道、胃、大腸、小腸、胆・肝・脾）完成し、来年度の福岡まで展示を行なう。また、ホームページにも載せる予定。
- ・76回（宮崎）研究会では、産業医科大学病院消化器内科 熊元啓一郎先生による講演を予定。
- ・77回（福岡）研究会では、講演が可能であればファイバーのトラブルシューティングを予定したい。
- ・内視鏡室配属の新人看護師についての教育マニュアル・プログラムを整備予定のため、次回研究会でアンケートを行う。

④編集委員会 <報告者：編集委員 木下 伸任>

- ・ファイルメーカーの元号変更に伴うマニュアルの変更（別紙あり）
- ・評議会での報告（編集委員会議事録）参照

⑤医療安全委員会 <報告者：委員長 川西 幸洋>

- ・医療安全委員会として学習会（60～90名程度）を熊本で開催予定

⑥マニュアル委員会 <報告者：委員長 大波多歳男・眞野 弘美>

- ・ホームページで役員名簿、議事録、連絡事項等をファイルで見ることができる。
- ・会員の掲示板、Q&Aも再開することができる見通しとなった。
- ・研究会の受付もQRコードやバーコード（スマホも活用）を端末で読み取り、受付できるようにしていくために夏までに話を進め、宮崎で試行していく。機械購入は追加予算となる。
- ・編集委員会と研究会マニュアル、交通費一覧を変更しているので、各自確認を行う。
- ・各研究会が終了した後に随時、研究会マニュアルを見直す（眞野まで連絡）。
- ・研究会の運営計画書（終了した分）をマニュアルに入れていく。
- ・学術、渉外、研究会マニュアルの修正変更をかけ眞野までメールで送る。

⑦財務委員会 <報告者：財務委員長 真野 弘美>

- ・2018年から年会費が2000円に値上げしているが、そのまま1000円で振り込まれている方もいるため、研究会参加の場合は追加徴収する。
- ・交通費一覧表の変更（別紙あり）
- ・プロジェクト購入と管理・運営を大波多副会長にお願いする。
- ・委員会や役員個人での作業や事務処理等の負担を考慮し、役員統一金額として年間5,000円を役員手当として、今年度から予算にあげる。
- ・木下副会長の今後の委員会活動は、財務委員会から外れて学術委員会に帯同し、技師会誌作成に努める。

7. 会計報告 <報告者：財務委員長 真野 弘美>

II 会計報告

- ・2018年度決算報告、2019年度予算案→承認（別紙参照）

8. 県活動計画・報告

- ・大分 9/28（土）大分県消化器内視鏡研修会 三愛メディカルホール
教育公演とERCPハンズオンセミナー予定

- ・大分 9/28（土）大分県消化器内視鏡研修会
場所：大分三愛メディカルセンター 第1会議室
教育公演とモデルを使用したEMR粘膜注射、ERCPガイドワイヤートレーニングハンズオンセミナーを予定している
- ・長崎 2月予定 長崎県消化器内視鏡研究会 諫早総合病院
- ・熊本 7/15（土） 熊本県消化器内視鏡研究会 熊本県立劇場
- ・福岡 9/7（土） 福岡県消化器内視鏡研修会 場所：未定
- ・鹿児島 7/27（土） 鹿児島県消化器内視鏡研究会 鹿児島鶴陵会館
- ・沖縄 7/27（土） 教育講演、トラブルシューティング
- 9・10月 離島セミナー（宮古島・石垣島）

9. 機器取り扱い講習会（実践編）について

第10回内視鏡機器取り扱い（実践編）熊本報告 <報告者：川間美津代>
会期：2019年2月8日（土曜日）
場所：熊本流通会館（熊本）

10. その他

研究会開催予定

- ・第76回九州消化器内視鏡研究会：宮崎 オルブライトホール 令和元年11月9日
例会長：河上 洋先生（宮崎大学）
 - ・第77回九州消化器内視鏡研究会：福岡 福岡市民会館 令和2年6月20日
例会長：小林 広幸先生（福岡山王）
 - ・第78回九州消化器内視鏡研究会
- 場所：大分いいちこ総合文化センター音の泉ホール700名収容
ホテル日航大分21Fカトレアホール240名収容 令和2年12月5日
例会長：猪俣 雅史（大分大学医学部 消化器・小児外科学講座）
代表世話人：丸 吉人 世話人：高木 基
・第27回日本大腸検査学会九州支部例会 鹿児島医師会館 令和元年8月31日
・第8回集中医学講義：くまもと県民交流館パレア10階パレアホール
令和元年6月30日
250名定員 現在204名の参加申し込み

令和元年6月10日
文責：野田 麻由

第11回 評議会議事録

日 時：平成31年4月13日（土）13：00～16：20

場 所：エイムアテイン6A会議室

出席者：平田 敦美・大波多歳男・眞野 弘美・大野 明博・岩坪ひろみ

古庄 誠二・川崎 正一・有村 彰洋・古波倉美登利・野田 麻由

【討議事項】

I. 三役会議報告<報告者：平田会長>

1. 編集委員会

① 印刷物についての確認

- ・研究会での各種証明書は中央印刷（熊本）で印刷する。
- ・研究会プログラムは原則、開催県で印刷する。但し、出来ない場合は支部（中央印刷）で印刷することも可。
- ・県の研究会出席証明書は開催県で印刷する。
- ・機器取り扱い講習会（実践編）の受講証明書は支部（中央印刷）で印刷する。

② 郵送物について

- ・支部技師会でゆうメールの特約申請し登録した。特約カード（木下副会長管理）と郵便物差出表を持参し郵便物（特約印鑑を押した封筒に限る）を窓口に提出すると春（定型内）は81円／通、秋（定形外）は500gまで93円／通で郵送することが出来る。請求は特約手続きの都合上、木下副会長へ請求されるようにしている。委員会や役員が郵送する時にも活用できる。

③ 会員データ管理について

- ・技師会でクラウドサーバーを契約し、会員データの管理や役員が会員データ活用のために、試験的運用を始めた。当面は木下副会長、眞野編集委員、古庄編集委員、チューイン（中央印刷）で運用し問題なくシステム運用できた時点で各役員がサーバーにアクセスできるよう計画をしている。
- ・将来的には、事務局が管理している出席証明書、機器取り扱い受講証明書、会誌などのデータもクラウドサーバ管理できるようにする。
- ・研究会の受付もQRコードやバーコードでスマートフォン等の端末で読み取り、受付できるよう検討する。

④ 機器取り扱い証明書の書式について

- ・基礎編と実践編の証明書のひな型が統一されていないので日本消化器内視鏡技師

会本部へ確認後、変更して統一する。

- ・証明書の開催県名（地域）、講師名、メーカー名を入れる。

2. メーカーへの趣意書について

- ・研究会プログラムの広告について公正取引法の関係でメーカーより趣意書追記の依頼があった。渉外は問題なく行っているため渉外からマニュアル委員会へ趣意書の書き方のマニュアルを入手しプログラム広告の趣意書作成方法を書き換えてマニュアルに載せる。宮崎の研究会に向けて試行できるようにし、来年度から本格的に使用できるよう今年度中に検討する。

3. 広告の案内について

- ・広告の案内がメーカーに届いてないことがあり、部署宛てでは届かないので担当者に郵送する。広告、機器展示は研究会世話人が担当、会誌は支部が担当していたが渉外がメーカー担当者まで把握しているので、これまで研究会世話人から出していった趣意書を今後渉外から郵送してもらうようする。

4. 県開催研究会マニュアルについて

- ・学術委員会を中心を開催するまでの手順もきちんと入れて県開催研究会のマニュアルを見直す。
- ・各県の九州支部役員は再度マニュアルを把握し県研究会開催をサポートする。
- ・隣県同士の合同での研究会も各県の会計等がしっかりしていれば今後、視野に入れてもよい。
- ・沖縄でも県の研究会開催予定

5. 技師会備品について

- ・次回の久留米研究会時、備品を見直しリスト表を作成する。チェックする時は今回の世話人だけでなく次回の世話人（県担当者）と共に確認する。
- ・段ボールは廃止し専用備品ケースを購入し管理とする。

6. 役員会資料について

- ・各委員会は資料を全員にメール添付する。
- ・事務局は各委員会、役員に研究会の一週間前までに資料を配布するように通達する。

7. その他

- ・九州技師会ホームページを活用して資料の配布など役員間の連絡ができるかホームページ業者へ確認し（4月末打ち合わせ予定）検討する。
- ・役員会の資料は、これまでのよう各委員会などが全員に配布する。
当日はプロジェクターを使って会議を進めていくようにし、研究会のサブスクリーンとしても使用できるようにする。
- ・研究会会場の確保が難しいこともあり、個人で探すより業者に頼んだ方が会場を確

保しやすいこともあるため、各県で柔軟に対応する。

- ・日本消化器内視鏡技師学会へ支部から運営委員として派遣依頼があるが、個人的に学会に行く方がいたら、会長まで事前に知らせる。また、九州支部でも予算を立てて、今後派遣をしていく。
- ・研究会開催を日曜日になると翌日仕事の人が多く、地域によっては帰宅時間が遅くなる等の理由により土曜日開催が望ましい。
- ・宮崎の医師世話人がまだ決まっていない。第1報発送までに医師世話人が決まっていないときは例会長名を入れる。ただし、例会長に名前を入れてよいか確認が必要である。
- ・役員会などの招聘状は役員本人へはメールで、上司宛は郵送で送る。
- ・九州支部支部長に筑紫病院の5/31付で八尾先生が就任される。

II. 会計報告

- ・30年度決算報告、31年度予算案（別紙参照）

III. 研究会開催予定

- ・第76回：宮崎 オルブライトホール 令和元年11月9日
- ・第77回：福岡 福岡市民会館 令和2年6月20日
- ・第78回：大分 いいちこ音の泉ホール 令和2年12月5日
- ・第27回：日本大腸検査学会九州支部例会 鹿児島医師会館 令和元年8月31日

IV. 委員会再編について（5月の役員会で決定）

- ・看護委員会などメンバーが不足している委員会があるため委員会の再構成を検討する。
また、各委員長は人員不足や再編の提案があれば今月中に会長へメールをする。

V. 機器取扱い講習会（実践編）について

第9回機器取り扱い講習会（実践編）の反省 <報告者 真野弘美>

日時：2019. 02. 09 13:00～17:30 場所：ウェル戸畠（北九州）

スタッフ：7名（会長、学術委員1名、役員3名、地元スタッフ2名）

参加者：32名

(1) 参加者について

- ・基礎編への参加がない人からの問い合わせが多かった。実践編の証明書は資格取得に使えないため、証明書は発行しないが受講は可能であることを明文化して受講者数を増やすよう検討する。
- ・過去に基礎編参加を確認せずに参加させている事実があるため検討が必要。

→ 基本的には基礎編を受けた人のみの参加とするが、実務経験等を踏まえて参加したい人がいれば支部で検討し、参加して頂いてもよい。

(2) 証明書紛失者の対応について

- ・ 応募時点での証明書を紛失していたが8年前に受講したこと。受講を確認できたため、今回は参加としたが、受講から8年もの時間が経過しているので受講からの年数を制限するように検討する。

(3) 受付時間の対応について

- ・ 開始時間から10分ほど遅れた参加者がいた。受講可能な時間の基準を設け基礎編のように案内に明記を検討する。

(4) 機器取り扱い講習会（実践編）について

- ・ オリンパス担当者との連絡が取れなかった。窓口となる担当者を決めてほしい。
- ・ プログラムの丸石製薬はそのまま修正がなかつたため参加者にはそのまま配布した。
- ・ 丸石製薬の講師への連絡を行っていなかつたためオリンパスが担当したが、丸石製薬への連絡はどこが行うのか明確にする必要がある。窓口を会長とし、業者を通して一度会長に連絡をしてもらうようとする。
- ・ 今後開催する時は事前に準備委員会を開催して、学術委員から実践編の担当者へ運営方法の指導をしてもらう。（学術委員でのマニュアル見直し）
- ・ テキスト部数を必ず、開催前に確認する（基礎編と同様）

VII. 会誌と研究会抄録集に関して

- ・ 研究会プログラムに展示メーカーリストを別紙で挟み、会場にもベース案内を掲示する。
- ・ 会誌を充実させるために特別講演、パネルディスカッション、ワークショップの発表を掲載していく。今後、講演依頼をするときに発表原稿（後抄録）の原稿をお願いする。雛型（依頼文・文字数制限・書式など）を学術委員会で検討する。またパネルディスカッションやワークショップでの討論も司会の総括として会誌に掲載していく方向で検討する。

VIII. メーカーとの関わり<報告者：渉外 大野 明博>5月の役員会で決定予定

- ・ 今後、研究会の機器展示・プログラム広告・ランチョンセミナーのすべての趣意書・申込書と一緒に渉外よりメーカーに郵送する。機器展示は渉外へ、プログラム広告とランチョンセミナーは世話人へ返信していただくようにしていく。
- ・ 新しい趣意書を作成中（渉外）であり、内容を役員にメールで確認してもらう。
- ・ 消費税増税もあり、今後プログラム広告の値上げを検討。

VIII. その他

- ・機器取扱い講習会（基礎編）テキストが久留米の研究会から新しくなる。
- ・研究会後のお礼状は役員にはメールで行い、先生方や協力業者には郵送で送る。

<編集委員会より：報告者 古庄 誠二>

- ・封入作業の負担軽減と入れ間違いを防止するため、年会費納入状況用紙内に郵送宛名を付け、窓付き封筒を用いて郵送する方法を行う。
- ・九州内視鏡技師会会員への情報提供の充実を図る目的で、他の関連学会、研究会等の抄録・資料（特に九州開催）を会誌に掲載していく方向で検討することとした。尚、大腸検査学会九州支部会のメディカル部門の抄録に関しては、学会評議委員会で承認済みにて次回会誌から掲載する予定。
- ・九州内視鏡技師研究会で特別講演していただいた方々にも原稿を依頼することとし、各県開催の研究会・セミナーの案内や委員会活動報告に関しては今後も掲載していく。
- ・リーフレットのレイアウト見直しを図り、同日開催する研究会、機器取り扱い講習会のプログラム・案内に関しては、A4用の別々の印刷ではなく、A3用紙にまとめて印刷し対応することとした。
- ・2019年度よりクラウドサーバーを設置しているが、現在は編集委員で試験的に運用している。将来的には九州内視鏡技師会の各役員もアクセスできるようにしていきたいが、アクセスミスでデータが消えたりする危険性を考えて、もう一台予備のサーバーを入れるか検討が必要。またサーバー内で保管するもの（マニュアル・会員名簿、会誌）も今後検討していく。

<財務委員会より：報告者 真野弘美>

- ・交通費の現一覧表の金額が正式ではないので、新一覧表に変更する。各委員会予算では現行で構わないが、決算は新一覧表を使用する。
- ・委員会や役員個人での作業や事務処理等の負担を考慮し、役員統一金額として5,000円（年度）役員手当を出すこととする。
- ・木下副会長は現在、財務委員会・編集委員会に所属しているが、編集に費やす業務が膨大なため、また研究会案内等の作成など緻密な作業に関して学術委員会に参加した方が活動しやすい。そのため財務委員会から外れて学術委員会（メンバーでなく）の活動にも加わることの提案。

平成31年4月23日
文責：野田 麻由

九州消化器内視鏡技師会 2018年（平成30年）度会計報告

2018年3月1日～2019年2月28日

収入の部				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
前年度繰越金	3,541,315	3,541,315	0	
活動費	200,000	200,000	0	日本内視鏡技師会より活動費
年会費収入	4,000,000	3,987,000	▲13,000	第73回・第74回会場、口座振込み
広告料収入	260,000	265,000	5,000	会誌30号(9社)
会誌収入	5,000	0	▲5,000	会誌販売
受取利息	200	18	▲182	銀行
雑収入	5,000	22,500	17,500	徽章・洗浄DVD販売
研究会対策費	0	1,690,370	1,690,370	[返金]第73回・第74回研究会 [第9回機器取り講習会]
その他の収入	1,000,000	2,192,557	1,192,557	[残金] 第73回・第74回研究会
合計	9,011,515	11,898,760		
支出の部				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
印刷費	1,300,000	1,552,150	▲252,150	会誌30号、案内、封筒
通信費	1,278,000	1,357,952	▲79,952	会誌発送・案内発送、ホームページ、 クラウドサーバー、振込手数料、他郵送費
荷造運賃	3,000	0	3,000	宅配
消耗品費	30,000	30,170	▲170	ポロシャツ、事務用品
会議費	860,000	755,200	104,800	第10回評議会、第59回役員会、 第60回役員会
委員会活動費	1,012,954	1,082,954	▲70,000	学術、編集、渉外、医療安全、看護、財務、 マニュアル、会長、事務局
研究会対策費	1,660,000	2,835,300	515,070	[前金]第74回・75回・76回研究会、第9回機器取り [活動費]第73回、第74回、商品券
その他の活動費	124,000	74,000	50,000	会員管理・年会費活動費、第81回学会派遣
雑費	2,000	40,756	▲38,756	ガイドライン、徽章、残高証明、 両替手数料
次年度繰越金	2,741,561	4,170,278		
合計	9,011,515	11,898,760		

上記の通り報告します。

平成31年2月28日

会計 真野 弘美 ・ 川間 美津代

監査の結果、上記の通り相違ありません。

平成31年3月30日

会計監査 古波倉 美登利 ・ 秦 亜希子

九州消化器内視鏡技師会 2019年度予算

2019年3月1日～2020年2月28日

収入の部		摘要
前 年 度 繰 越 金	4,170,278	
活 動 費	200,000	日本消化器内視鏡技師会本部より
技 師 年 会 費 収 入	3,600,000	2,000円×1,800口
広 告 料 収 入	260,000	会誌広告収入
受 取 利 息	50	銀行
雑 収 入	10,000	会誌・徽章・洗浄DVD・ガイドライン販売収入
研 究 会 対 策 費	1,200,000	第75回・第76回研究会、 第10回機器取り講習会準備金
そ の 他 の 収 入	500,000	第75回・第76回研究会残金収入
合 計	9,940,328	
支 出 の 部		摘要
印 刷 費	1,600,000	案内・会誌31号
通 信 費	720,000	会誌発送、案内発送、ホームページ維持費、 振込手数料
荷 造 運 費	2,000	宅配等
消 耗 品 費	80,000	プロジェクト、事務用品他
会 議 費	720,000	第11回評議会、第61回役員会、第62回役員会
委 員 会 活 動 費	1,308,000	学術、編集、涉外、医療安全、看護、 マニュアル、財務、会長、事務局
研 究 会 対 策 費	1,800,000	[準備金]第77回研究会、第10回機器取り講習会 [活動費]第75回・第76回研究会、商品券
そ の 他 の 活 動 費	239,000	学会派遣、役員手当、 年会費・会員管理活動費
雑 費	100,000	
次 年 度 繰 越 金	3,371,328	
合 計	9,940,328	

九州事務局からのお知らせ

年会費納入について

九州消化器内視鏡技師会は、会員皆様の年会費2,000円（2019年度より変更）により運営されております。円滑な運営のためにご協力お願い申し上げます。

会費納入は、同封の振込用紙にて、郵便局にてお振込み、又は、九州支部会研究会会場にてお願い致します。

変更届け・退会届について

氏名、住所、施設、連絡先等に変更および退会を希望される場合は綴じ込みのはがき、または九州技師会ホームページの変更届をご利用下さい。

ホームページ事務局からのお知らせ

九州消化器内視鏡技師会のホームページ(<http://www.kyusyu-gets.com/>)より「演題応募」と「会員情報の変更」ができるようになりました。

詳しい手順は次ページに掲載しておりますので、参考になさってください。

それに伴い、会誌巻末に添付しておりました【演題申し込み用紙】および【演題受領・採用通知ハガキ】は、廃止することにいたしました。

これからも円滑な運営のため、ご協力お願い申し上げます。

【ホームページ事務局】

〒874-0833 大分県大分市大字市1213番地
大分三愛メディカルセンター
消化器病・内視鏡センター 診療部 大波多 歳男
TEL 097-541-1311 FAX 097-541-5218
t-oha@san-ai-group.org

日本消化器内視鏡技師会ホームページの紹介

インターネットに日本消化器内視鏡技師会のホームページを掲載しています。
URL（アドレス）は <http://www.jgets.jp/> です。（すべて半角の英小文字）

掲載内容：日本消化器内視鏡技師研究会の案内

各支部の学会・研究会、医学講習会等の開催案内

日本消化器内視鏡技師学会の案内および発表要旨

お知らせ、ニュースほか

技師会および掲載情報に関するご意見、ご質問等がありましたら、ホームページ上からEメールでお送り下さい。（Eメールアドレス info@jgets.jp）

ホームページの抄録閲覧は会員専用となっております。

閲覧にはユーザーID、パスワードが必要です。閲覧を希望される方は編集委員会（editor@jgets.jp）へメールでお問い合わせください。



①



ホームページを開きます。

<http://www.kyusyu-gets.com/>

②

九州消化器内視鏡技師研究会
演題応募

演題募集 ボタンをクリック

③



演題募集フォーム にご記入ください。

- ① 全角 1100 字以内、A4 用紙ワードまたはエクセルにて作成してください。
(演題に関する注意事項を参照してください)
- ② 下記フォームより演題を送信してください。
- ③ 演題発表は、Windows Power Point 2007 以上をお願いします。

演題データを添付してください。

添付ファイル

入力内容の確認 をクリック

④

メールフォーム

メールアドレスを入力して下さい。よろしくお問い合わせ用添付データを添付して下さい。

お名前	test
性別	男
会員登録	test
会員登録番号	000-0000
会員登録名	大山島
会員登録	testmember
会員登録	000-0000-0000
E-mail	000@0000
Fax	000-0000

入力内容を確認後に「送信」をクリック

以上で「演題応募」は完了です。

原稿執筆のご依頼

平素より、九州消化器内視鏡技師会事業にご支援、ご協力を賜りお礼申しあげます。また、この度の本研究会への研究発表に感謝申しあげます。

本研究会での研究発表を技師会誌「九州消化器内視鏡技師会誌」に掲載し、文献として会員へ提供したいと考えています。つきましては、下記要領で、執筆を依頼しますのでお願い申しあげます。

執筆要領

1. 内容

本研究会における研究発表と、発表当日の内容等も考慮に入れて、原稿執筆をお願いいたします。

2. 執筆者

表題の後に、施設名、所属、職種（必要であれば）、演者名（頭に〇印を付けてください）、共同演者名を必ずお書きください。（本文の後に連絡先を必ずお書きください）

3. 書式について

本文はWordによるA4版、横書きとし、1,500字以内とします。この文字数の中には、表題、施設名、所属、職種、演者名、共同演者、図表、参考文献等、連絡先は含みません。

4. 図表などについて

図表はB5版1頁範囲内とします。Excel形式またはPowerPoint形式で作成した元図を、本文と分けてお送りください。

白黒印刷（図表がカラーの場合）で不鮮明になり判読できなかったり、1頁を超えて印刷原稿として不適切な場合には、図表の縮小や割愛をすることもありますので、事前にご了解ください。

5. 締め切り、原稿送付について

締め切りは、**技師研究会発表後10日以内（厳守）**。完成原稿でご提出ください。この日までに原稿が送られてこない場合には、原稿執筆をされないと判断し抄録（予報集）を掲載しますのでご了承ください。

執筆原稿は、九州消化器内視鏡技師会ホームページの「会誌原稿受付」または、下記までE-mailにてお送りください。

- ・九州消化器内視鏡技師会ホームページから→会誌原稿受付→ユーザー名→kaishi→パスワード→3172を入力し登録して下さい。
- ・【木下伸任 E-mail : no-kinoshita@road.ocn.ne.jp】

6. その他

参考引用文献は、著者名/標題/雑誌・書籍名/雑誌No/掲載頁/発行年等を必ずお書きください。
(会誌投稿規程参照)

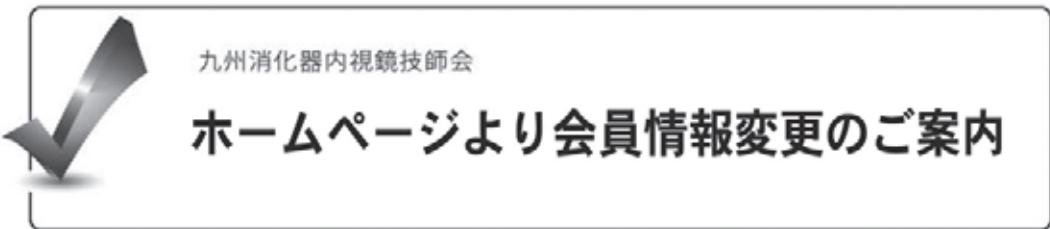
書式、内容等にご不明の点がありましたら、ご連絡または既刊の技師会誌をご参照ください。

木下伸任

服部胃腸科 096-325-2300

熊本市中央区新町2-12-35

E-mail : no-kinoshita@road.ocn.ne.jp



九州消化器内視鏡技師会

JGETS

①メールで会員情報変更時はお知らせをクリック

②登録情報変更届をクリック

③文章をコピーする

④メールB O Xをクリックし文章を貼り付けし変更内容を記載し松島貴博宛てに送信する

お問い合わせ
contact us

HP事務局

九州消化器内視鏡技師会
氏名・所属・住所変更届け

認定番号： 年 月 日現在

氏名 旧(ふりがな) 現(ふりがな)

勤務先 旧・前 施設名・所属
異動・退職 施設名・所属
所在地 〒

TEL

自宅 新 所在地 〒

TEL

会報送り先(どちらか選択し削除してください) 勤務先 自宅

変更届けお送り先

※上記変更届けをコピーしてメールに貼り付けて、変更部分を記載してお送り下さい。

〒808-0062 福岡県北九州市若松区古前1丁目 24-10

080-5217-4365

endo.12615-h.mano@wak.bbitq.jp

眞野弘美

ESD/EMRに。



内視鏡用粘膜下注入材

リフトル®K

高度管理医療機器／特定保険医療材料

新発売



単回使用内視鏡用注射針

リフティン®ニードル
(販売名) KP内視鏡用注射針
管理医療機器

新発売

使用目的又は効果、使用方法等、禁忌・禁止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。

(資料請求先) カイゲンファーマ株式会社 大阪市中央区道修町二丁目5番14号 <https://kaigen-pharma.co.jp>

多様化した“検査＆生活スタイル”に応じた前処置システム

薬価基準収載

[处方せん医薬品]

クエン酸マグネシウム製剤(散剤)

マクコロール®P
《包装》ラミネート袋入り:50g×10、100g×10
パウチ入り:100g×6

〔パウチ100g包装〕

等張液投与

おいしさと健康
Glico 大腸検査食 エニマクリン®シリーズ

目的・用途に応じた5つのバリエーション

3食セット



エニマクリン® エニマクリン® Biolon エニマクリン® PO

2食セット



エニマクリン® Colamil エニマクリン® CS

患者さんにやさしい
大腸内視鏡検査前処置

※禁忌、効能・効果、用法・用量、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。

胃・腸の診断と治療を通じて奉仕する -

**堀井薬品工業株式会社**

〒540-0038 大阪市中央区内淡路町1丁目2番6号

TEL 06-6942-3481(代)

(資料請求先:安全性情報部)

<http://www.horii-pharm.co.jp>

0120-010-320

2019年4月作成

Captivator™ COLD

キャプチベーター コールドポリベクトミースネア

シャープな切れ味

- ◆ ワイヤを約24%細径化 ※自社従来品との比較
- ◆ 切れ味をサポートする2.4mm硬性シース
- ◆ 耐久性のあるループ形状

確かな押さえつけ

- ◆ コシのあるStiffワイヤ
- ◆ 絞扼時の滑りにくさを実現する起伏に富んだ3本編ワイヤ
- ◆ 病変を捉えやすい真円ループ



Captivator COLD
販売名：キャプチベーター コールドポリベクトミースネア
製造販売届出番号：13B1X00043000082

製品の詳細に関しては添付文書等をご確認いただき、弊社営業担当へご確認ください。
© 2019 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.
All trademarks are the property of their respective owners.

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス
www.bostonscientific.jp
PSST20180830-0773

～鏡内侍IIGが内視鏡洗浄消毒のお手伝いをします～

内視鏡室にゆとりを

先生、
早いだけじゃなく
楽なんです!



検査に
ゆとり
が生まれます

作業に
ゆとり
が生まれます

スペースに
ゆとり
が生まれます

みんなが喜ぶ、機能満載!

自動ブラッシング機能付き 内視鏡洗浄消毒装置

鏡内侍 II G

管理医療機器(特定保守管理医療機器)
医療機器認証番号301AGBZX00019000

詳しくは



え!
もう終わったの?



興研株式会社

ハイジニック器機ディビジョン 〒102-8459 東京都千代田区四番町7番地
TEL:03-5276-1920 FAX:03-3265-1976 <http://www.koken-ltd.co.jp>

2本同時だけじゃない。 1本で時短、 待たずに入スタート。

ESR-200新機能

シングルモード

1本のみ

洗浄消毒する際の
工程時間を
短縮できます。

ESR-200新機能

温調タイマー

過酢酸の加温タイマーで
朝一から作業を開始できます。



内視鏡洗浄消毒機

ESR-200



ENDOSTREAM

内視鏡洗浄消毒システム

ESR-100/ESR-200特長

- 1 過酢酸製剤
エスサイド消毒液6%
- 2 感染予防に配慮したコンパクト設計
- 3 12,000件の洗浄消毒履歴を保管



1本
タイプ
なら



販売名：内視鏡洗浄消毒機 ESR-100（認証番号：22200BZX00609000）一般的な名称：軟性内視鏡用洗浄消毒器・内視鏡洗浄消毒機 ESR-200（認証番号：225AABZX00223000）
製造販売元：富士フイルム株式会社／販売名：エスサイド消毒液6% 一般名：低濃度過酢酸平衡混合物 承認番号：22200AMX00284000 製造販売元：富士フイルム RIファーマ株式会社

想いを行動に変え、
行動に確かさを加える
そして、支え、支えられる
お客様のベストパートナーを
めざします

yamashita
TOTAL MEDICAL SUPPORT

+sure

確かな商品であること。確かな情報であること。
確かなサービスであること。確かな技術であること。
いつでも確かであること。誰に対しても確かであること。
そして、社員一人ひとりが確かであること。
「確かさ」は私たちとお客様との約束です。

医療機器事業、低侵襲治療事業、ソリューション事業推進部



山下医科器械株式会社

本社／〒857-8533 長崎県佐世保市湊町3-13 TEL0956-25-2112

福岡本社／〒810-0004 福岡市中央区渡辺通3丁目6-15 5F/6F TEL092-726-8200

福岡支社 福岡西営業所 筑後支社 大牟田営業所 対馬営業所 北九州支社 筑豊営業所
佐賀支社 武雄営業所 唐津営業所

長崎支社 佐世保支社 長崎中央営業所 島原営業所 五島営業所

熊本支社 八代営業所 天草連絡所 大分支社 中津連絡所 鹿児島支社 奄美連絡所 宮崎営業所
医療環境センター 鳥栖物流センター 長崎物流センター

Medical Value Coordinate

■保守事業

近年、医療機関に求められる医療機器保守管理の水準は高まる一方です。私どもでは関連会社とサポート体制を整え、お客様のニーズにお応えする事業を行っています。

■内視鏡事業

私たち株式会社MVCは消化器内視鏡のエキスパート。

商品のコーディネートからメンテナンス、スタッフサポートまで、経験豊富なスタッフがお客様の信頼にお応え致します。

■一般医療機器事業

その他、各種医療機器も取り扱っております。どうぞお気軽にご相談ください。



株式会社 MVC

福岡県福岡市東区香椎浜ふ頭2丁目5番1号

TEL:092-663-1230

FAX:092-663-1240

Precisely place biliary stents with controlled release.



Evolution® Biliary

CONTROLLED-RELEASE STENT

警告：本品の血管内における使用の安全性および有効性は実証されていません。



製造販売元
Cook Japan 株式会社
〒164-0001 東京都中野区中野4-10-1
中野サンプラザタワー
TEL:03-6853-0472
www.cookmedical.co.jp

© COOK 04/2018 ESC-D35305-JA

販売名：COOK Evolution胆管用ステントシステム 承認番号：22800BZX00399000
販売名：COOK Evolution胆管用カーバードステントシステム 承認番号：22800BZX00400000

広告掲載社名一覧

- ・オリンパス(株)
- ・カイゲンファーマ(株)
- ・興研(株)
- ・新鋭工業(株)
- ・富士フィルムメディカル(株)
- ・ボストン・サイエンティフィックジャパン(株)
- ・堀井薬品工業(株)
- ・(株)山下医科器械
- ・Cook Japan(株)
- ・(株)MVC

(50音順)

編 集 後 記

いよいよ5月1日から令和元年がスタートしました。日本政府によるとこの新元号「令和」の出典は古典の万葉集からで、日本の国書である万葉集からの出典は初めてとのことで話題を呼びました。「和」はこれまでの元号で19回も使われている一方で、「令」は、元号で初めて使われた漢字だそうです。この漢字「令」には、立派な、おめでたい、喜ばしいという意味があり、万葉集では「令月」という言葉で漢字「令」が使われています。「令月」の意味は、何事をするにも良い月、めでたい月であり、新しい時代の始まりとして、「令和」には新元号にふさわしい意味が込められています。世界でもこの元号制度が残っているのは唯一日本だけです。誇りをもって令和を過ごしていきたいと思っています。

九州消化器内視鏡技師会会誌 2019年 VOL.31
2019年9月 発行

編集委員：木下伸任、古庄誠二、眞野弘美
発 行 所：九州消化器内視鏡技師会
事 務 局：〒830-0011
福岡県久留米市旭町67
久留米大学病院 消化器病センター
平 田 敦 美
印 刷：株式会社チューイン 熊本中央区細工町1-51
TEL 096-354-4191 FAX 096-354-4165

OLYMPUS®

安心と安全に「使いやすさ」をプラスした、
2本掛けタイプの内視鏡洗浄消毒装置。



製造販売元 オリンパスメディカルシステムズ株式会社
販売名 医療機器番号
内視鏡洗浄消毒装置 OER-5 230ABBZX00104000

- スコープのセット性向上を目的に改良された洗浄槽
- ワンタッチで交換可能になった水フィルター
- 実施者の負担を軽減した消毒液濃度チェック

内視鏡洗浄消毒装置

OER-5

