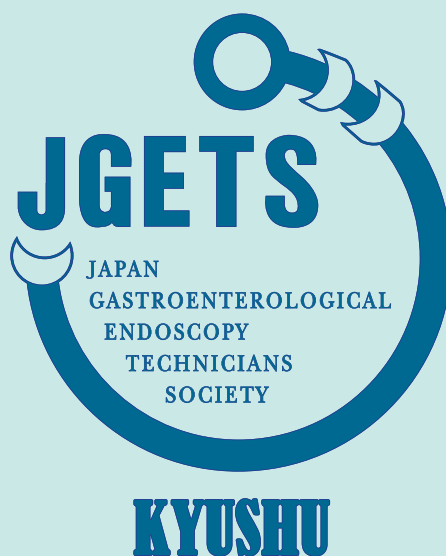


九州消化器内視鏡技師会 会 誌

第34号
2022年10月



九州消化器内視鏡技師会

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

消化器内科向け医療ウェブサイト公開中!

主要製品に加え、手技動画、症例レポート、オンラインセミナーなどの最新情報を掲載。

ウェブ面談を中心に豊富なコンタクト機能により、お気軽にお問合せいただけます。

ウェブ
面談の
流れ



お申込み
ウェブサイト内の
専用フォームにて
ご依頼ください。



確認のご連絡
ご連絡を差し上
げます。ご希望
日時をお申し
付けください。



日時の調整
調整の上、ウェ
ブ面談用の
URLをお送り
いたします。



面談時間に
URLをクリック
ウェブ面談用の
URLよりお進み
ください。

医療ウェブサイトに掲載中! 詳細情報はウェブサイトをご覧ください。



すべての内視鏡ユーザーを新たなステージへ

- ・1つのプロセッサで面順次式・同時式の2つのスコープに対応可能
- ・TXI・RDI・EDOF・高速面順次などの独自技術により、診断から治療までの内視鏡診療の質を向上
- ・5LED、タッチパネル、システムコントローラーの採用、ホワイトバランスフリー、マイCVモードなどの機能を搭載

EVIS X1

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
EVIS X1 ビデオシステムセンター OLYMPUS CV-1500	302ABB2X00017000
上部消化管内用ビデオスコープ OLYMPUS GIF-EZ1500	302ABB2X00018000
大腸ビデオスコープ OLYMPUS CF-EZ1500D シリーズ	302ABB2X00025000
上部消化管内用ビデオスコープ OLYMPUS GIF-XZ1200	302ABB2X00054000
大腸ビデオスコープ OLYMPUS CF-XZ1200 シリーズ	302ABB2X00059000

医療従事者のみなさま向け

オリンパス医療ウェブサイト：消化器内科

<https://www.olympus-medical.jp/gastroenterology>

すべてのコンテンツは、タブレットやスマートフォンからご利用いただけます。



巻 頭 言

九州消化器内視鏡技師会 会長 平 田 敦 美

COVID-19の感染状況は増減を繰り返しながら、最近は、かなり落ち着いてきました。

withコロナも3年目となり、経済活動も動き出してまいりました。

技師会も本格的に活動再開の方向で動き出しております。

消化器内視鏡技師認定試験も開催され、学会や研修会も徐々に開催が増え、技師会自体もいろいろ（会員管理システムの導入・ホームページの更改・eラーニングの導入・発表要旨のJ-STAGE掲載など）の整備が進められています。

九州支部も整備を進めており、皆様にお知らせしたいことが3点ございます。

- 1) 会員システムを変更
- 2) ホームページを一新
- 3) 会誌の電子化

- 1) 新しく会員管理システムを導入いたしました。ご案内を同封いたしております。
会員個人別にID、パスワードができ、情報入力いただき、ご自身で会費納入状況などの管理ができます。全国のシステムとは連動いたしておりませんので、ご注意ください。
- 2) 本年9月19日より一新いたしましたホームページがオープンいたしております。
これから、各県情報や案内情報など、徐々に充実したものとしていく予定で考えておりますので、定期的に閲覧いただき、ご活用いただきますようお願いいたします。
- 3) 今回で、会誌の郵送は終了となります。会員の皆様は、ホームページより会誌をご覧いただくようになります。

学会開催に関しましては、現在のところ、来年度まではハイブリッド開催形式（現地開催＋オンデマンド配信）の学会を開催予定で準備を進めております。

まだまだ、最良の方法を模索しながらではありますが、会員の皆様、技師試験を目指す皆様、内視鏡室スタッフの皆様へ、情報提供や業務へ反映いただけるような内容をご提供できるように、役員一同で取り組んでおりますので、今後とも、九州消化器内視鏡技師会を宜しく願い申し上げます。

九州消化器内視鏡技師会 会誌 2022 VOL.34

— 目 次 —

• 巻 頭 言	1
• 第79回九州消化器内視鏡技師研究会 会計報告	3
• 第80回九州消化器内視鏡技師研究会 発表論文集	4
• 第80回九州消化器内視鏡技師研究会を終えて	29
• 第80回九州消化器内視鏡技師研究会 会計報告	30
• 第81回九州消化器内視鏡技師学会 発表論文集	31
• 第81回九州消化器内視鏡技師学会を終えて	74
• 第29回日本大腸検査学会九州支部会 発表論文集	75
• 学会・研究会等開催のご案内・お知らせ	85
• 日本消化器内視鏡技師会からのお知らせ	93
• 九州消化器内視鏡技師会会則	105
• 九州消化器内視鏡技師会役員名簿	108
• 九州消化器内視鏡技師会役員会議事録	109
• 九州消化器内視鏡技師会 2021年度会計報告	120
• 九州消化器内視鏡技師会 2022年度予算書	121
• 九州消化器内視鏡技師会会誌発行に関してのお知らせ	122
• 九州消化器内視鏡技師会会員管理システムの導入のお知らせ	123
• 九州消化器内視鏡技師会会費納入のお願い	124
• 九州消化器内視鏡技師会ホームページ事務局からのお知らせ	125
• 九州消化器内視鏡技師会誌への執筆原稿のご依頼	126
• 編集後記	127

第79回九州消化器内視鏡技師研究会 会計報告書

開催日：2021年6月12日(土)

開催場所：福岡市民会館よりWeb配信

収入				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
参加費	4,000,000	5,120,000	1,120,000	4,000×1280人
機器展示料	730,000	0	0	
広告掲載費	270,000	70,000	0	5,000×4社、10,000×5社
研究会準備金	500,000	500,000	▲220,000	
預金利息		7		西日本シティ銀行預金利息
合計	5,500,000	5,690,007		
支出				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
運営費	2,340,000	2,496,862	▲156,862	九州舞台 1316,700円 福岡市民会館 89,380円 和光システム 275,000円 プロアクティブ 624,602円+クレジット手数料 191,180円
活動費	1,000,000	291,808	708,192	運営委員活動費 251,820円、昼食代 24,600円 お車代 15,000円、お茶代 388円
通信費	50,000	15,421	34,579	切手代 10,801円、振込み手数料 4,620円
印刷費	500,000	66,040	433,960	中央印刷 66,000円、コピー代 40円
消耗品費	60,000	4,195	55,805	角印代、領収書、衛生品、会計用ファイル
機器取り講習費	350,000	364,375	▲14,375	テイスト代 250円×1,285人 321,250円 講師料 10,000円、消費税 33,125円
謝礼	150,000	140,000	10,000	特別講演 (50,000円×2名) 教育講演 (20,000円×2名)
ランチョンセミナー費	550,000	0		
研究会対策費	500,000	500,000		九州消化器内視鏡技師会へ返金
その他		1,811,306		残金を九州消化器内視鏡技師会へ
合計	2,660,000	4,104,001		

第79回九州消化器内視鏡技師研究会

会計 二ノ宮 寿 美

技師世話人 二ノ宮 寿 美

監査 秦 亜希子

九州消化器内視鏡技師会会長 平 田 敦 美

第80回 九州消化器内視鏡技師研究会

日 時 : 令和3年12月4日(土) 9:00～14:00
会 場 : Web開催
医師世話人 : 長崎大学病院 山口 直之
技師世話人 : 長崎大学病院 岳下 玄征

I. 開会の辞 五島中央病院 竹 島 史 直

II. 特別講演 I

「胆膵疾患における胆膵内視鏡の役割

～より低侵襲な検査、治療を求めて～」

講師：諫早総合病院

森 崎 智 仁

司会：佐世保市総合医療センター

山 尾 拓 史

III. 特別講演 II

「上部・下部内視鏡治療 UP TO DATE

～より安全なESDを目指して～」

講師：長崎大学病院

山 口 直 之

司会：長崎北徳洲会病院

宿 輪 三 郎

IV. 一般演題 I

座長：けいめい記念病院

川 崎 正 一

たちばなペイクリニック

岩 坪 ひろみ

V. 一般演題 II

座長：指宿浩然会病院

丸 山 伸 一

長崎原爆諫早病院

伊 藤 麻 里

VI. 教育講演

「消化器内視鏡分野における高周波電気メスの応用」

講師：大分三愛メディカルセンター

高 木 基

飯塚病院

野 坂 瞭

司会：済生会日田病院

國 武 憲 章

一 般 演 題

一 般 演 題 I

1. COVID-19感染症を踏まえた内視鏡室における多職種間での感染予防について
九州大学病院 光学医療診療部 梅田 沙希
2. 内視鏡センターにおける臨床工学技士の内視鏡業務
佐世保市総合医療センター 医療技術部 臨床工学室 浦瀬 憲一
3. 光学医療診療部における充実した看護を目指して
内視鏡看護記録用紙作成とその効果の考察
長崎大学病院 光学医療診療部 石川 直子
4. 災害実動訓練を実施しての初期対応の評価
独立行政法人 地域医療機能推進機構 諫早総合病院
内視鏡センター 脇坂 志帆

一 般 演 題 II

1. 大腸内視鏡検査前処置における腸管洗浄剤2剤の有効性と患者満足度調査
たちばなベイクリニック 内視鏡室 川端亜紀子
2. 大腸内視鏡検査・治療における検査前日の家庭食と便残渣との関連性
荒尾市民病院 外来 谷口 朋子
3. 側視内視鏡を中心とした洗浄評価の培養検査からみえたもの
佐藤第一病院 消化器内視鏡センター 内視鏡技師 吉田恵美子
4. 内視鏡検査・治療における過鎮静の要因分析
社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 岩本 徳美

－発表要旨・論文－

特 別 講 演 I

胆膵疾患における胆膵内視鏡の役割 ―より低侵襲な検査、治療を求めて―

地域医療機能推進機構 諫早総合病院 消化器内科

○森崎 智仁

胆膵内視鏡はおもにERCPとEUSに大別される。ERCPは1960年代後半¹⁾、EUSは1980年代に開発されたが、難易度が高く長らく普及せずの一部の有志が行う「職人技」であった。操作性のよい専用内視鏡や専用処置用デバイスの登場により、近年は爆発的に普及し、内視鏡室と透視室を備えた有床施設では広く普及した手技となっている。ただし、胆膵内視鏡は専門的で難易度の高い手技であることに変わりはなく、関連手技の種類も数多く存在する。手技に際しては複数の医師や内視鏡技師、看護師の協力のもと行われるため、内視鏡スタッフはその特性について精通しておく必要がある。我々が胆膵内視鏡を行う理由は主に二つあり、一つ目は特に腫瘍性病変に関して低侵襲な方法で確実な診断をつけ、手術適応の可否の判断、切除範囲の同定を行い、外科へ正確な診療情報提供を行うことである。もう一つは、外科的もしくは経皮経肝的な処置でのみ治療可能であった疾患に対して、胆膵内視鏡を用いることで、より低侵襲に治療し、苦痛の軽減、入院期間の短縮、治療後のQOL向上に寄与するためである。

ERCP関連手技の中心となるのはEST（内視鏡的乳頭括約筋切開術）である。ESTは1973年に報告された手技²⁾で、多くは胆管結石を切石、碎石する目的に施行されるが、別の手技への足がかりになるものとしても用いられる。特殊な病態に対するERCPとして、巨大胆管結石に対するEHL（電気水圧衝撃波碎石術）、術後再建腸管胆膵疾患に対するバルーン内視鏡下ERCP、悪性腫瘍による胆道・十二指腸狭窄に対するDouble stentingなどがあり、ERCPにて治療できる病態の範囲が広がってきている。EUS関連手技として、最も一般的な手技はEUS-FNA（超音波内視鏡下穿刺吸引組織細胞診）である³⁾。主に膵腫瘍や消化管粘膜化腫瘍に対する組織診断目的に施行される検査手技であるが、ほかにも原因不明の腹腔内腫瘍やリンパ節、副腎腫瘍なども対象となる。近年は検査のみならず、Interventional EUSとして治療に応用されるようになり、膵仮性嚢胞に対するEUS-CD（超音波内視鏡下膵仮性嚢胞ドレナージ）や、十二指腸乳頭部からのERCPが困難な場合の閉塞性黄疸に対するEUS-BD（超音波内視鏡下胆道ドレナージ）なども施行されるようになってきた⁴⁾。また、最近ではEUSを用いた胃空腸吻合術⁵⁾も臨床応用されてきており、今後新たな胆膵内視鏡手技の発展が期待される。

胆膵内視鏡手技には様々な偶発症の危険性が伴うことを常に念頭に置いておく必要がある

る。手技に伴う急性膵炎や消化管穿孔、出血などのほかに、鎮静による呼吸抑制や誤嚥性肺炎などが挙げられる⁶⁾。内視鏡手技中の呼吸循環動態のモニタリングはもとより、処置後の腹部症状やバイタルサインのチェックは密に行う必要がある。特に膵炎や消化管穿孔は重篤になりやすく、不幸な転帰をたどり医療訴訟に発展する例もある⁷⁾。偶発症は早期発見、早期治療が重要となるため、異常時には速やかに血液検査や腹部CT検査を施行し、然るべき処置を行う。患者の状態把握に関しては医師と手技に関わる内視鏡技師や看護師、病棟スタッフとの連携が必要不可欠である。胆膵内視鏡手技は「低侵襲」を謳っており、安全性を担保するためにも胆膵内視鏡に関わる全てのスタッフはそれぞれが技量を高めつつ、一つのチームとして診療にあたる必要がある。

<文献>

1. W S McCune, P E Shorb, H Moscovitz: Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. Ann Surg 167: 752-756, 1968
2. Kawai K, Akasaka Y, Murakami K, et al: Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. Gastrointest Endosc 20: 148-151, 1974
3. Vilmann P, Jacobsen GK, Henrikseiz FW et al: Endoscopic ultrasonography with guided fine needle aspiration biopsy in pancreatic disease. Gastrointest Endosc 38: 172-173, 1992
4. Hiroyuki Isayama, Yousuke Nakai, Takao Itoi et al: Clinical practice guidelines for safe performance of endoscopic ultrasound/ultrasonography-guided biliary drainage: 2018. J Hepatobiliary Pancreat Sci 26: 249-269, 2019
5. Itoi T, Ishii K, Ikeuchi N et al: Prospective evaluation of endoscopic ultrasonography-guided double-balloon-occluded gastrojejunostomy bypass (EPASS) for malignant gastric outlet obstruction. Gut 65: 193-195, 2016
6. 古田 隆久, 加藤 元嗣, 伊藤 透, ほか: 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年までの5年間. Gastroenterol Endosc 58: 1466-1491, 2016
7. 日山 亨: 胆膵内視鏡のマネージメント: 訴訟事例から学ぶ. Gastroenterol Endosc 61: 1621-1629, 2019

【連絡先: 〒854-8501 長崎県諫早市永昌東町24-1

独立行政法人 地域医療機能推進機構 諫早総合病院 消化器内科 森崎 智仁

TEL: 0957-22-1380 FAX: 0957-22-1184 E-mail: t_msaki@hotmail.co.jp】

－発表要旨・論文－

特 別 講 演 II

上部・下部内視鏡治療 UP TO DATE ーより安全なESDを目指してー

長崎大学病院 消化器内科 光学医療診療部
山口 直之

●はじめに

早期消化管癌に対するESDは現在、全国的に急速に普及し、EMR時代では到底、治療対象ではなかった2cmを超えるような大きな病変や潰瘍瘢痕を伴う病変などが、ESD時代の到来に伴い、治療適応となり、内視鏡治療がこの20年間で目覚ましい進化を遂げた。

その恩恵は患者にとって大きな福音となった一方で、それに伴う治療手技の高度化により、克服すべき出血・穿孔・術後狭窄など様々な偶発症に対する高度な周術期管理が必要となってきている。

そのため、医師・看護師・内視鏡技師など内視鏡治療に係るすべてのスタッフに高度な医療知識や技術が必須となってきた。

そこで今回、ESDの周術期管理の現状と課題を様々な角度から当科の最新のデータを含めて発表した。

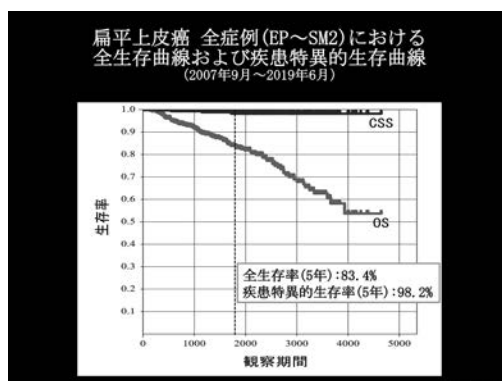
●食道表在癌に対する内視鏡治療戦略

食道表在癌に対するESDは一括治療切除率：89.2%と比較的良好で、疾患特異的5年生存率も98.2%と良好であり、安全かつ高い根治性が得られ、有用な治療法である。

また、食道ESDで問題となる術後狭窄に対しては3/4周以上の亜全周剥離症例は、従来頻回の拡張術を必要としたが、ステロイド経口投与・局注療法、細胞シート移植療法などの工夫により良好な狭窄予防効果を認め、2017年の食道癌診療ガイドラインにおいて食道ESD後狭窄予防として、予防的バルーン拡張術、ステロイド（以下SH）局注、SH内服のいずれかを行うことを強く推奨するとの具体的記載され、食道ESDの適応範囲に広がりを見せた。

しかし、そのような狭窄対策を行っても、狭窄予防治療抵抗例が存在し、その対策が喫緊の課題であったが、狭窄予防治療抵抗例に対してもSH経口＋局注併用療法が非常に有用である。

食道ESDの治療成績(自験例1120病変) (2007年9月～2021年3月)				
	食道癌 (SCC) (n=926)	食道癌 (Barrett) (n=44)	IN (n=150)	Total (n=1120)
一括治療切除率	89.2% 826/926	75.0% 33/44	100% 150/150	90.1% 1009/1120
一括完全切除率	95.2% 882/926	90.9% 40/44	100% 150/150	95.7% 1072/1120
一括切除率	99.8% 924/926	97.7% 43/44	100% 150/150	99.7% 1117/1120
平均切除径	41.4mm (5～120)	45.0mm (12～85)	29.6mm (10～80)	39.9mm (5～120)
平均腫瘍径	21.5mm (1～110)	18.3mm (5～75)	7.9mm (1～32)	19.6mm (1～110)



偶発症 (2007年9月～2021年3月)				
	食道癌 (SCC) (n=926)	食道癌 (Barrett) (n=44)	IN (n=150)	Total (n=1120)
穿孔	0.4% 4/926	0.0% 0/44	0.0% 0/150	0.4% 4/1120
後出血	0.6% 6/926	4.5% 2/44	0.7% 1/150	0.8%* 9/1120
術後狭窄	9.3% 86/926	0.0% 0/44	0.7% 1/150	7.8%* 87/1120

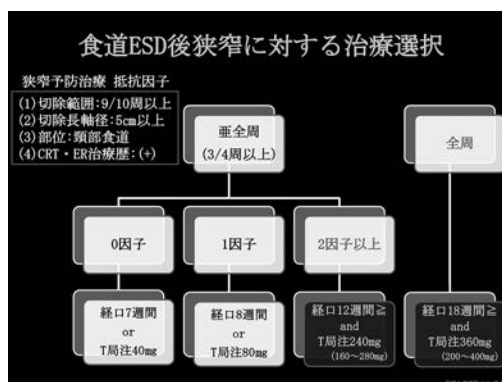
*後出血・狭窄を認めた症例は全例保存的に治療可能であった

狭窄予防治療 抵抗性因子
(SH経口投与・局注療法、細胞シート移植)

(1) 切除範囲: 9/10周以上
(2) 切除長軸径: 5cm以上
(3) 部位: 頸部食道
(4) CRT・ER治療歴: (+)

狭窄予防治療抵抗性因子数別の狭窄率				
	亜全周			全周
	0因子	1因子	2因子以上	
経口	3.9% (2/51)	0% (0/32)	35.3% (6/17)	33.3% (8/24)
局注	6.3% (4/63)	2.8% (1/36)	27.8% (5/18)	100% (4/4)
細胞シート	0% (0/2)	33.3% (1/3)	33.3% (1/3)	100% (2/2)
合計	4.3% (8/187)			38.2% (26/68)
併用群	-	-	19.3% (16/83)	

p<0.01



●ESDにおけるPGAフェルト+フィブリン糊被覆法の有用性

- ①抗血栓薬継続下ESDにおける後出血予防効果
- ②術中穿孔/術後狭窄に対する有用性

この内視鏡的PGAフェルト+フィブリン糊被覆法はPGAフェルトとフィブリン糊を併用し、ESD後潰瘍面を被覆する新しい方法で、潰瘍を胃酸・胆汁・膵液など消化酵素による化学的刺激や食物の物理的刺激から保護できること、さらに潰瘍面の組織修復再生のスカフォールドを提供し、潰瘍治癒を促進するなどの効果があると言われている。

①抗血栓薬継続下ESDにおける後出血予防効果については大腸全例及び胃SAPT/WF/DOAC症例に対しては、本被覆法により、抗血栓薬継続下においても、より安全にESDを施行できる可能性が示唆された。しかし、DAPT/ヘパリン置換/抗血小板+抗凝固薬併用例のような後出血リスクが40%を超える胃症例に対しては、十分な予防効果を認めておらず、WF例はWFまたはDOAC継続下でのESDなどさらなる工夫が必要と考えている。

②術中穿孔/術後穿通に対する有用性については、ESD術中巨大穿孔/術後穿通例などの従来は緊急手術を必要としていた症例に対し、適切に本被覆法を行うことで、創閉鎖成功率80%と比較的高い確率で緊急手術を回避できる可能性が示唆された。

内視鏡的 PGAフェルト+フィブリン糊被覆法

Multiple felts法 Single felt法

フィブリン糊

A液 (フィブリノゲン) B液 (トロンビン)

2×1.5cm 3～5cm+クリップ縫着

【①抗血栓薬継続下ESDにおける後出血予防効果】

	継続群		休薬群	非内服群
	被覆群	非被覆群		
一括治癒切除率	91.0% (212/233)	84.5% (142/168)	87.5% (42/48)	88.7% (1348/1519)
	p<0.05		N.S.	N.S.
一括完全切除率	96.6% (225/233)	95.8% (161/168)	95.8% (46/48)	96.6% (1467/1519)
穿孔率	2.1% (5/233)	2.4% (4/168)	4.2% (2/48)	3.0% (46/1519)
後出血率	6.9% (16/233)	14.3% (24/168)	6.3% (3/48)	3.6% (55/1519)
	p<0.05		p<0.001	

Fukuda H, Yamaguchi N et al: Polyglycolic Acid Felt Sealing Method for Prevention of Bleeding Related to Endoscopic Submucosal Resection in Patients Taking Antithrombotic Agents. Gastroenterology Research and Practice 2018; 2018:1-7. doi:10.1155/2018/2617484

【②術中穿孔/術後穿通に対する有用性】

症例	部位	P/F法	穿孔時期	緊急手術	年齢	性別
1	食道	成功	術中	無	78歳	女性
2	胃	成功	術中	無	79歳	男性
3	胃	成功	術中	無	64歳	男性
4	胃	成功	術後(穿通)	無	82歳	男性
5	食道	不成功	術中	有	80歳	男性

術中巨大穿孔・複数ヶ所穿孔
/術後穿通に対する
Single felt法の創閉鎖成功率
:80.0%(4/5)

PGAフェルト 貼付法の使い分けの方向性

広範囲穿孔
術後穿通
遅発性穿孔予防

穿孔部および切除面を
面で被覆、閉鎖する

Single felt法
(3～5cm+クリップ縫着)

後出血予防

点での被覆になるが、残存
期間がより長い

Multiple felts法
(2×1.5cm)

－発表要旨・論文－

一般演題 I

1. COVID-19感染症を踏まえた内視鏡室における多職種間での感染予防について

九州大学病院 光学医療診療部

○梅田 沙希、馬場 禎浩、伏原 文枝、野中 麻衣
南里 泰子、小島 明子、石村 徳彦、内藤 礼子
安養寺美会子、藤岡 審、森山 大樹、中村 雅史

【はじめに】

A大学病院の内視鏡診療は年間約14000件行われ、対象疾患は多岐に渡る。内視鏡室には多職種の従事者が関わり、患者を含め多人数が出入りする。COVID-19（以下、新型コロナウイルス）の感染拡大及び2度の緊急事態宣言を受け、2次感染やクラスター発生を念頭に置いた感染対策の見直しが必要となった。

【目的】

多職種間の情報共有の上で感染対策を実施し、2次感染やクラスター発生を防止する。

【方法】

I. 流行初期（2020年3月～4月上旬 緊急事態宣言前）

院内感染対策指針に基づき、医師と看護師、臨床工学技師、内視鏡洗浄員、事務職員で感染対策について協議のうえ実施する

II. 感染拡大期（2020年4月中旬以降）

1. 日本消化器内視鏡学会の提言に基づき、内視鏡室感染対策マニュアル（以下マニュアル）を作成する
2. 新型コロナ感染者を想定した内視鏡シミュレーションを実施する
3. マニュアルに基づき人員配置と検査室運用方法を検討し変更する

【結果】

I. 流行初期

多職種間で協議を行い、患者全員への新型コロナに関する問診・検温を開始した。内視鏡スタッフのPPEは不織布ガウン、マスク、手袋に加え、アイシールドとキャップを全例着用し、感染防止を徹底した。新型コロナ感染者に対しては長袖ビニールエプロンを使用した。

II. 感染拡大期

マニュアルと緊急内視鏡フローチャート（図1）を作成した。フローチャートには初期評価、搬送経路、検査前リスク再評価、検査体制といった評価の段階を設定した。評価の結果II（新型コロナウイルス陽性者及び感染疑いの内視鏡診療）となった患者の内視鏡診療を行う場合は、作成したマニュアルに沿って検査を行うこととした。マニュアルには感染症病棟から内視鏡室への搬送経路、エアロゾル汚染に対する養生方法、ゾーニング、患者入室時の準備、汚染物の回収・廃棄方法を記載した。検査・治療は陰圧室を使用し、使用後の注意点なども記載した。マニュアルの内容と个人防护具の着脱の手順を写真付きで陰圧室前に掲示することで一貫した対応ができるようにした。

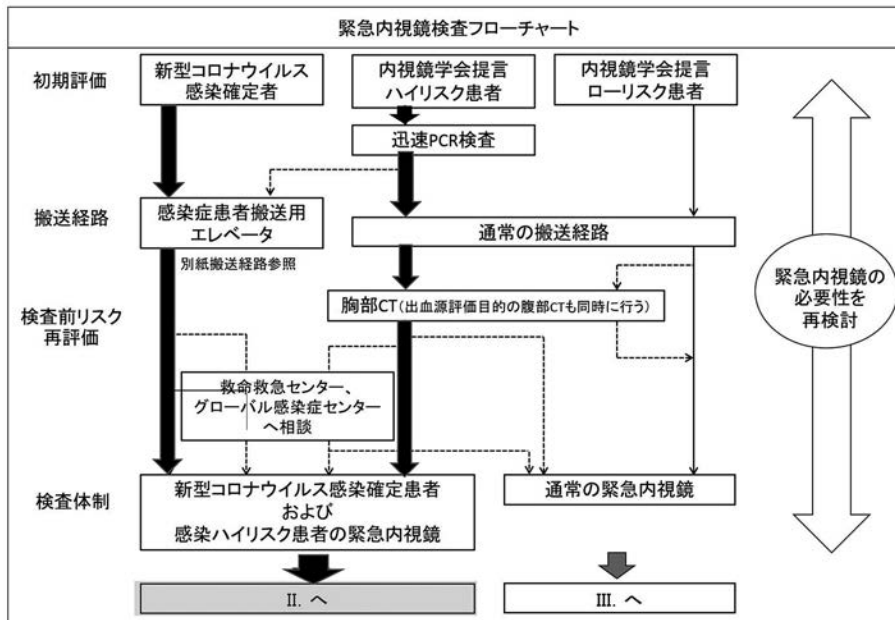


図1 緊急内視鏡フローチャート

マニュアルをもとに新型コロナ陽性者の緊急上部内視鏡止血術を想定した多職種間でのシミュレーションを行い、手順と役割を確認した。シミュレーションはタブレット端末に記録し、動画を用いて各自でトレーニングを行い、手順や認識の統一化を図った。

更に、人員配置、検査室運用方法を変更した。平時は全8室の内視鏡室を看護師が行き来するため、高い確率で感染源となりうる可能性があった。感染拡大時には検査室に看護師1名を固定配置とし検査室までの案内や検査室内での準備や検査中のケア、検査後のケアをする看護師というように機能別看護とすることで複数での患者への接触を減らした。結果、感染疑い患者への緊急検査を円滑に行う事ができ、検査後に感染が発覚した患者もいたが2次感染は起こっていない。

【考察】

感染流行初期に各職種が感染対応に必要な行動・役割を明確にしたことで、統一した行動につながった。感染拡大期にもその感染対応を継続し、感染者の緊急検査にも対応できる事前準備をすることで、2次感染やクラスター発生を防止できたと考える。

【結語】

新型コロナ感染症流行下で内視鏡検査を行うために、エアロゾル汚染に対する養生方法、ゾーニング、汚染物の回収・廃棄方法などのマニュアルを作成した。更に多職種によるシミュレーションを実施したことで感染予防が実施できた。今回の感染対策に取り組む中で出てきた待ち時間の短縮や待合室で腸管洗浄剤内服を行っている環境の改善などの新たな課題についても今後検討していきたい。

【文献】

1. 日本消化器内視鏡学会：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への消化器内視鏡診療についての提言 改定第2版，2020年4月6日
https://www.jges.net/medical/covid-19-proposal_20200406
2. 山本政司：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期における消化器内視鏡診療の現状～大阪府北部基幹病院の取り組み，日本消化器内視鏡学会雑誌，Vol62(10)，p2285-2291，2020，Oct
3. 福岡県，「福岡コロナ警報」の発動について，2021年7月28日
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/covid19emergency-details-20210728.html>
4. 佐藤公：消化器内視鏡における感染対策－感染事例の傾向と新型コロナウイルスへの対応－，消化器内視鏡，2021，33(4)，p.687-695

【連絡先：〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3-1-1 TEL：092-642-5766

九州大学病院 光学医療診療部】

2. 内視鏡センターにおける臨床工学技士の内視鏡業務

地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター 医療技術部 臨床工学室
○浦瀬 憲一、森 雅彦、田邊 義希

【はじめに】

2016年9月に日本臨床工学技士会より内視鏡業務指針が出され、高度化する医療機器に対し臨床工学技士（以下 CE）が関わり、医療機器の操作と計画的な保守管理、医療機器を介した感染対策、修理費などの経費削減も期待されている。

当院は2017年4月内視鏡センターを新築移転し、年間約4500件（上部消化管内視鏡（GS）約2700件、下部消化管内視鏡（CS）約1400件、内視鏡的逆行性胆道膵管造影（ERCP）約400件）の検査・治療を行っている。また、内視鏡本数は上部内視鏡スコープ34本、下部内視鏡スコープ19本を所有している。当内視鏡センターにおけるCEが参入することによる業務内容をまとめ、役割分担と参入効果を考察した。

【体制】

当院の臨床工学室には15名のCEが在籍している。2016年12月よりCE 2名が内視鏡業務に参入した。現在は、内視鏡業務担当CEは合計3名、1名研修中、内視鏡配属定数2名で配置内訳は、1名が専従、2名が他業務と兼務のうち1名が内視鏡担当、残りの1名が他業務、平日の日勤勤務帯に業務を行っている。

【業務内容】

内視鏡センターの主な業務は、検査・治療介助、内視鏡洗浄消毒業務、電子カルテにて、記録・会計、機器管理（日常点検・定期点検）、マニュアル作成・改訂、新規機器・物品の説明会開催、指導等であり、3名のCEで対応可能な業務範囲で業務を行っている。

〈役割分担〉

現在の看護師とCEの業務の役割分担では、共通業務としては、検査・治療介助、洗浄業務、出張内視鏡等を行っている。CEの業務としては、ESD時の直接介助・ERCPの直接介助補助、機器の保守・管理、機器トラブルの一次対応、RFA時の介助・機器操作、検査・治療の動画管理、停電作業時の対応等を行っている。看護師の業務としては、鎮静後の観察及び点滴管理、検査治療説明、説明同席とその後の対応、検査治療後の患者指導等を行っている。

〈参入効果〉内視鏡機器のトラブル一次対応をCEが行う事により、修理期間が短縮し修理件数自体も減少した。これらの結果で大幅な費用削減ができた。また、ESDの介助は、従来は不特定の看護師が交代で実施していたが、現在は常に専任のCEが実施しているため治療介助技術の向上が図れた。内視鏡センター内にCEが参入することにより、役割分

担を確立させることで内視鏡センター内スタッフ業務負担軽減に繋がった。

【展望】

現在では、内視鏡関連機器全体の保守点検で保守管理が確立してきた。また、検査治療介助の確立も目指していきたい。その為にも、内視鏡担当CEの人員の増加が必要である。

また、物品管理業務に行き届いてない為、今後物品管理業務の確立を目指したい。

夜間・休日の呼び出し対応も、条件付きではあるが開始したので確立を目指したい。

【結語】

内視鏡関連業務で我々 CE の役割は益々高まっていく分野である。今後、業務を確立し関われるメンバーを増やしていくと共に、内視鏡関連専門臨床工学技士などを取得し、内視鏡のスペシャリストとして質の高い安全な医療の提供に貢献したい。

3. 光学医療診療部における充実した看護を目指して

内視鏡看護記録用紙作成とその効果の考察

長崎大学病院 光学医療診療部

○石川 直子、上田 恵美、田川 千草、亀田 千春
森 真由美、橋本 久子

【はじめに】

当院では年間約8000件の内視鏡検査・手術が行われており、定期的に内視鏡検査を受けている患者も多い。2018年まで外来患者の記録は、使用薬剤や処置内容を記載する検査記録（図1）のみであった。おもに問診票で情報を得ていたが看護実践の記録としては残されていなかった。そこで電子カルテ（以下カルテと略す）に看護記録を残し、患者情報をつなげ看護に活かすことを目的に、光学医療診療部における充実した看護を目指した取り組みを報告する。

実施入力		記録	日付(/)	ス (+・-) 同 (+・-) 下剤(持参・自宅)			
上部・下部・気管支・小腸・ERCP							
外来 随病棟 ID() 患者氏名							
検査室() 施行医() 介助看護師()							
生検: 上部(ヶ所) 下部(ヶ所) ヘリコチエック							
手技: NBI 拡大 EUS 拡張 PEG ESD() EMR() その他()							
◇発泡剤: バリウム・プロナーゼ (:)							
◇点滴: 確保・あり・ヘパロック ラベル()							
◇麻酔: スプレー・鼻麻酔 (:)							
持参品 ☐ 眼鏡 ☐ 義歯 ☐ カギ ☐ 服 ☐ 薬物		特記事項					
☐ 補聴器 ☐ 携帯電話 ☐ その他()							
キシロカインアレルギー 糖尿病 緑内障 前立腺肥大 心疾患		鎮痙剤(:)ブスコパン()A (:)グルカゴン()A 鎮静剤(:)ジアゼパム()A (:)ミダゾラム ()mg (:)ベチジン ()A					
服薬()L × ()分 = ()L (: ~ :)							
血圧禁忌(なし・あり : 右・左・両)							
(:) BP(/)mmHg P()mmHg Spo2()%							
(:)スコープ挿入							
(:)スコープ抜去							
検査後 BP(/)mmHg P()mmHg Spo2()%							
観察: 中止・継続()L/分 点滴: 投与・継続()							
症状: □なし □腹痛 □腹部膨満感 □吐き気 □咽頭痛 □胸痛 □()							
覚醒: □良 □半覚醒 □未覚醒 絶飲食: □1時間 □2時間 □飲水のみ □その他()							
退室方法: □徒歩 □車いす □ストレッチャー 回復室退室(:)							
生食 100ml	本	生食 20ml	本	蒸留水 1L	本	蒸留水セット	
ニカルジピン	A	フルマゼシール	A	ナロキソン	A	ベンタジン	A
ウログラフィン	A	ガストログラフィン	本	ミンクリア	本	トロンピン	本
インジゴ	A	ピオクタニン	ml	ルゴール	ml	デトキソール	本

図1

【取り組み】

①看護記録をカルテに残す方法を検討

まずはタブレットによる記録入力を試みたが、検査介助と同時進行でカルテ入力をするとは患者から手や目が離れてしまい必要な看護が十分にできなかった。検査の進捗にあわせて患者が検査室内を移動するため、タブレット入力による記録は時間を要しタブレットの使用は困難だった。

②タブレット以外の記録方法を検討

検査当日は一人の患者に対して複数の看護師が関わるため、情報を共有しやすい方法が必要であると考えた。さらに問診票の情報には含まれない患者の希望や、個別的な情報を記録できることが望ましいと考えた。看護師で検討した結果タイムリーに記録を書き込み、情報が共有しやすい紙運用がよいと考えた。

③内視鏡看護記録用紙（図2）（以下記録用紙と略す）を作成

問診した内容から患者の問題点を抽出し、それに沿った対応・対策をあげチェック項目にまとめた。患者の希望や個別的な情報を共有するために、記録用紙の右上に特記事項・患者希望の欄を設け自由記載とした。検査担当看護師が医師と情報を共有し、医師の指示のもと実施した内容を右下の記事へ記録できるようになった。しかし患者への対応や反応が記録されていない現状があり今後の課題でもある。その他生検などの検査や処置内容、経時的なバイタルサイン、症状・検査終了時の覚醒レベル、回復室退室時の状態までをチェック項目とし、A4用紙一枚にまとめた。

④新たな記録用紙の運用方法について、記録用紙に関わるスタッフとシミュレーションを実施した。

[illegible]

图 2

録用紙に関わるスタッフとシミュレーションを実施し2019年3月からカルテにスキャンを実施した。

【結果】

1. 複数の看護師が情報を共有し検査介助をしながら記録するためには、紙運用が適切であった。
2. 入室から退室までの経過を記録することで、患者の希望や個別的な情報さらに実践した看護が一目でわかる記録用紙となった。
3. 記録用紙をスキャンすることで看護記録としてカルテに残せるようになった。定期的に通院する患者情報を事前に確認でき、患者に合わせた看護の提供につながっている。

【考察】

1. 記録用紙の作成とスキャン導入によって、全患者の記録をカルテに残すことができた。
前回の記録内容をもとに患者情報を確認できることで、患者に合わせた安全・安楽を考慮した看護の提供につながった。
2. 問診時に得た患者の希望や個別的な情報を複数の看護師で共有できるようになった。
3. 既往疾患に沿った禁忌薬の確認や医師の指示、検査後の患者への指導内容を記録する

ことでより安全な看護の提供にもつながった。

【結語】

カルテに看護記録を残すことができるようになり、看護の充実につながった。今後も記録項目や安全確認のための内容を見直す機会を持ち、患者に寄り添ったよりよい看護の提供を目指していきたい。

【参考文献】

1. 電子カルテを利用した内視看護記録の試み テンプレートを利用して
佐々木美幸、千葉礼子、森川貴之、千葉佳恵、小林美保、三宅浩之、山本威久
(0915-3071) 17号page91-93 (2011. 09)
2. 教えて、ロンドン先生!消化器内視鏡看護のここだけ “TiPs” (第8回) 理解していますか?内視鏡前後の申し送り 内視鏡室から申し送りすべきこと
今村倫敦
消化器ナーシング (2434-4575) 26巻3号 Page274-276 (2021.03)
3. 胆道内視鏡検査・治療の介助－基本から応用まで－ 胆膵系の検査・治療における看護記録様式の検討と導入までの取り組み
田口てるみ
胆道 (0914-0077) 32巻3号 Page454 (2018.08)
4. 電子カルテを利用した内視鏡看護記録の試み－内視鏡技師の視点から－
岡本澄美子, 池内亜紀, 三谷福美, 奥田直美, 谷口照子, 小笠原智子, 長野春江, 真鍋範子
医療マネジメント学会雑誌 11 (suppl) : 359-359, 2010.

【連絡先：〒850-8102 長崎県長崎市坂本町 1－7－1 TEL：095-819-7336】

4. 災害実動訓練を実施しての初期対応の評価

独立行政法人 地域医療機能推進機構 諫早総合病院
内視鏡センター：○脇坂 志帆、佐藤 唯、谷口 侑里、吉田絵梨子
福島 友美、福島 昌子、一瀬 幸子

【はじめに】

日本は他国と比べて自然災害の多い国であり、災害による被害を軽減するために様々な防災対策が求められる。A病院内視鏡センターでは、災害机上訓練の実施、アクションカード（以下AC）、被災状況報告書の作成を行ってきたが、実際に災害が起こった時に活用できるかの検証は行っていなかった。そこで今回、災害実動訓練を実施し評価を行ったので報告する。

【目 的】

ACと被災状況報告書を使用した災害実動訓練を行い、迅速な初期対応の確立に繋げる。

【方 法】

震度5の状況を設定し、スタッフ6名（看護師5名、医師1名）で災害発生から一時避難までの実動訓練を行った。実動訓練直後にACと被災状況報告書を活用できたか、不足がないかディスカッションを行った。その後看護師5名に実動訓練中の行動に関する自己評価を記載してもらい分析を行った。

【結 果】

ディスカッションでは、「検査室担当看護師用ACに沿って初期対応、被災・検査状況の情報共有が行えた。」「初期対応が慌てずに行えるよう受付看護師や外回り看護師用のACも必要。」との意見が出た。

災害実動訓練中の行動に関する自己評価では「概ねできた」「よくできた」のみであり、内視鏡センター経験年数による差異はなかった。自由記載には情報共有を更に円滑にするためにACの改善点が挙げられた。意見を基に、検査室担当看護師用AC・被災状況報告書の修正と、受付看護師用・外回り看護師用ACを新たに作成した。

【考 察】

今回行った災害実動訓練の自己評価では経験年数に差異がなかったことから、災害時の初期対応にはACが有用であったと考える。災害時の状況や行動について一人一人がイメージし考えることができたため、ACに対する改善点が多く出された。今後、様々な状

況を想定した訓練を重ね、A Cを見直していくことで、初期対応を確立できると考える。

【結 論】

1. A Cを使用することで経験年数に関わらず迅速な初期対応ができた。
2. 検査室担当看護師用A C・被災状況報告書の修正が必要だった。
3. 新たに受付看護師・外回り看護師用A Cが作成できた。
4. 迅速な初期対応のためには定期的な実動訓練の実施、A Cの見直しが必要である。

【参考文献】

- 1) 石井正：「使える」マニュアル整備のための見直しポイント,p12-24,Emergency Care vol.27 no.3
- 2) 高橋純子：内視鏡室における災害訓練の取り組み—アクションカードを導入して—日本消化器内視鏡技師会会報,no.52,p89-91,2014

【連絡先：〒854-8501 長崎県諫早市永昌東町24-1 TEL：0957-22-1380】

－発表要旨・論文－

一般演題Ⅱ

1. 大腸内視鏡検査前処置における腸管洗浄剤2剤の有効性と患者満足度調査

たちばなペイクリニク

内視鏡室 ○川端亜紀子、岩坪ひろみ、池邊 佳子

医師 南 ひとみ

【背景】

大腸内視鏡検査（以下CS）の前処置で使用する腸管洗浄剤は「のみにくさ」や「水分量の多さ」また排便による「腹部刺激」「夜間の睡眠不足」などの苦痛を伴うとの声が多く聞かれる。これらの声を受け、当院では2017年よりモビプレップ配合内用剤（以下モビプレップ®）に加え、内服量の少ないピコプレップ配合内用剤（以下ピコプレップ®）を採用した。

【目的】

採用後2年が過ぎ、被験者の腸管洗浄剤への満足度及び、洗浄効果を調査するためアンケートを行った。

【対象・方法】

2020年9月～11月の期間に当院で腸管洗浄剤を服用しCSを受けた被験者30歳～80歳代までの男女118名に検査終了後アンケート用紙を渡し自己記入を依頼、本人による記入が困難な場合は看護師による聞き取りを行った。回収数は男性が44名、女性が59名 計103名（回収率87.2%）だった。

ピコプレップ服用者 P群 76名(73.8%) モビプレップ服用者 M群 27名(26.2%)

【服用方法】

被験者の年齢や普段の排便状況、定期的な下剤服用の有無などを考慮し前日夜のセンノシド及びピコスルファートの量を加減した。

P群：前日夕食後 センノシド4錠又は2錠 ピコスルファート5～10ml

ピコプレップ1包

当日 ピコプレップ1包

M群：前日眠前 センノシド4錠又は2錠 ピコスルファート5～10ml

当日 モビプレップ 500～1000ml（洗浄効果により加減）

【結果】

全例で前処置を完了し、途中脱落した症例はなかった。

服用開始から洗浄効果良好となるまでの平均洗浄時間は P 群 151.3分 M群 120分

飲みやすさ：飲みやすい P 群 65.8% M群 18.5%

水分摂取量：多い P 群 14.5% M群 40.7%

味：良い P 群 27.7% M群 0%

悪い P 群 3.9% M群 48.1%

夜間の排便について：排便で目覚めた P 群 57.9% M群 22.2%

洗浄効果：良い P 群 82.9% M群 74.1%

やや不良 P 群 11.9% M群 18.5%

不良 P 群 3.9% M群 3.7%

次回の洗浄剤の希望：同じものが良い P 群 88.2% M群 55.6%

別のものが良い P 群 9.2% M群 40.7%

【考察・結論】

洗浄効果および洗浄剤服用時の症状（腹痛・嘔気・腹満感）、内服方法の難しさについての有意差は無かった。平均洗浄時間と夜間の排便による睡眠への影響についてはM群の方が少なかったが、飲みやすさ・量・味においてはP群の方が満足度が高かった。又、次回も同じ腸管洗浄剤を希望すると回答した被験者はP群の方が多かった。

【結語】

ピコプレップ®は夜間の排便が睡眠に影響し軽度の苦痛を伴う傾向にあったが、飲みやすさの面などで被験者の満足度が高く、次回も同じ洗浄剤を選択した数の差より導入は有意義だったと考える。このことを踏まえ今後も被験者の好む腸管洗浄剤を提供していきたい。

《利益相反：無》

【連絡先：長崎県長崎市網場町487-8 TEL：095-830-1188】

2. 大腸内視鏡検査・治療における検査前日の家庭食と便残渣との関連性

荒尾市民病院 外来

○谷口 朋子、筒井 直美、村上 美雪、斎智 洋

【はじめに】

A病院では、検査・治療前の腸管洗浄度向上の目的で、2020年より検査食が導入された。検査食は個人負担が発生することや、主治医の方針などから購入を強制できず、実際に検査食を摂取し検査・治療を受ける症例は全体の2割程度であった。残りの8割の症例は家庭食を摂取しているが、説明通りに摂取できているか確認は行っていないのが現状である。便残渣をなくすためには、検査前日の食事が重要なポイントであるが、検査食の摂取が少ないため、家庭食摂取内容と便残渣の関連性を明らかにする必要があると考えた。

【研究目的】

大腸内視鏡検査における検査前日の家庭食（低残渣食と低残渣食以外）が便残渣に影響を及ぼすかを明らかにする。

【研究方法】

1. 研究期間：令和2年8月～11月
2. 研究対象及び方法：検査・治療患者で同意を得た家庭食摂取者230名に対し、A病院倫理委員会の承認を得て、作成した調査用紙を使用し聞き取り調査を行った。
 - 1) (1) 性別・年齢別に、低残渣食を食べている群と低残渣食以外を食べている群にわけ、腸管洗浄度を調査項目別に比較分析する。
(2) 低残渣食以外を食べた理由を、低残渣食を知っていて低残渣食以外を食べた群と知らずに低残渣食以外を食べた群にわけ、腸管洗浄度を比較分析する。
- 2) 分析方法：マン・ホイットニー検定を使用し、 $p < 0.05$ を有意水準とする。

【結果】

低残渣食を食べている群の方が、低残渣食以外を食べている群より腸管洗浄度が高い傾向にあったが、有意差は認めなかった。低残渣食を食べている群は、年齢70歳未満 ($p = 0.003$)・便秘既往なし ($p = 0.015$)・常用下剤なし ($p = 0.037$)・緩下剤服用1日 ($p = 0.009$)の項目で、腸管洗浄度が有意に高かった。

低残渣食を知っていて低残渣食以外を食べた群の方が、知らずに低残渣食以外を食べた群より腸管洗浄度が高い傾向にあったが、有意差は認めなかった。

【考察】

高齢や便秘などの腸管洗浄効果が低くなる要因がない場合、低残渣食を食べている群の腸管洗浄度が高かった事で、説明された低残渣食を摂取することは重要であるとする。

検査前指導で低残渣食のメニューを知っていて低残渣食以外を食べた群が多かった事は、現在の指導の不十分さが考えられ、今後、指導内容・方法の検討が必要である。

【結論】

今回、患者の状態が家庭食が便残渣に影響を及ぼすことがわかった。そのため、患者の状態に応じた個別の指導の工夫をしていく必要がある。

3. 側視内視鏡を中心とした洗浄評価の培養検査からみえたもの

佐藤第一病院 消化器内視鏡センター

内視鏡技師 ○吉田恵美子、大江 枝里

内視鏡室 折口 初美

【はじめに】

近年米国で側視内視鏡における薬剤耐性菌の感染事例が報告され安全情報が発表された。側視内視鏡は先端部の起上装置・陥凹部の複雑な構造をしており、徹底した洗浄・消毒を行う品質管理が必要である。ガイドラインでも年1回の培養検査を求められていることから、側視内視鏡を含めた、経口・経鼻・大腸内視鏡の洗浄評価を培養検査プロトコルに準じて行った。その結果、抗酸菌はすべて陰性、一般細菌は経口内視鏡の吸引管路から *Enterobacter aerogenes* 2.0×10^6 CFU/ml、鉗子栓より *Micrococcus luteus* 1.0×10^6 CFU/ml（皮膚常在菌）が検出された。これらの細菌が検出されたことから洗浄方法の見直し策を講じた結果を報告する。

【目的】

細菌検出の原因究明を行い洗浄プロセスの見直しと洗浄の質の向上を図る

【対象】

内視鏡センター看護師 8名 臨床検査技師 2名 計10名（うち内視鏡技師 2名）

【方法】

1. 検査中、検査直後、洗浄方法（1次・2次洗浄）の問題点の洗い出し
2. クラルス・インスペクションスコープTMによる内視鏡管腔内の破損の有無、汚れ、変色の視覚的な検出の実施

【結果】

原因をふまえて対策を立案した。

1. 検査時に出し入れする処置具の取り扱い方法の見直し
2. 洗浄時に使用する材料、洗剤の見直し
3. 洗浄工程の見直し

これらの対策を5ヶ月間実施した後、経口内視鏡の培養検査を行った結果 *Enterobacter aerogenes*、*Micrococcus luteus*を含む一般細菌は0CFU/mlであった。

【考察】

統一した洗浄ができていたと思っていたが、今回初めて培養検査を行い基準値内であったが細菌が検出された。そのことにより原因究明を行い洗浄方法のさらなる見直しをしたことで、細菌が検出されなかったことは、対策後の洗浄方法が効果的であったと考えられる。

培養検査は数値として確認できるため、スタッフの洗浄・消毒に対する認識を高めることができた。

【結語】

今回培養検査の結果をふまえ洗浄プロセスの見直しを行い、細菌が検出されなかったことは効果的な洗浄方法の改善につながった。内視鏡による感染事故等を起こさないためにも、新しい洗浄方法の標準化と定期的な培養検査の継続をしていく。またクラルス・インスペクションスコープTMでの管腔内の目視検査を実施していくことが今後の課題である。

4. 内視鏡検査・治療における過鎮静の要因分析

社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院

○岩本 徳美、中田みゆき、榊 貴美子、徳田 照恵
今福 美香、光田 明美

【目的】

A病院では安全で苦痛のない内視鏡を行う為に「中等度鎮静」を目標にガイドラインを作成し、鎮静剤の投与量を年齢と体重で定めている。しかし、患者の状態によっては鎮静剤の追加投与や麻薬の併用を行い、呼吸循環動態の変化に伴い、拮抗薬を使用することもある。そこで、今後の安全性を確保するために拮抗薬を使用した症例を過鎮静と定義し、過鎮静患者の要因分析を行った。

【対象・方法】

(対象) 2016年4月～2019年9月に内視鏡検査・治療時、鎮静剤を使用した患者28847名
(方法) ①拮抗薬を使用した全患者50名(使用群)、拮抗薬未使用患者のうち無作為に抽出した300名(未使用群)の2群に分け、患者基本・身体的・医学的要因ごとにカルテ検索②検索したデータをMann-WhitneyのU検定、Fisherの直接法、カイ2乗検定で分析

【結果】

年齢の中央値は拮抗薬使用群81歳、未使用群70歳、体重の中央値は使用群47.5kg、未使用群58kgで共に有意差を認めた。併存疾患では、透析、循環器疾患で有意差を認め、呼吸器・脳疾患、糖尿病で有意差を認めなかった。検査時間の中央値は使用群21分、未使用群17分であり有意差を認めた。緊急検査・治療の割合は使用群48%、未使用群7%、麻薬使用の割合は使用群54%、未使用群28%で共に有意差を認めた。鎮静剤使用量では年齢、体重を鑑みた分析は行っていないが、使用群・未使用群で有意差は認めなかった。

【考察】

高齢者、透析、循環器疾患患者は心機能、腎機能、肝代謝が低下するため、血中濃度は半減期が延長し、長時間にわたり薬効が停滞する。さらに、低体重患者は血中濃度が上がり深鎮静に陥りやすく、麻薬併用で相乗効果が得られ、より深鎮静となりやすい。また、緊急患者は、呼吸循環動態が不安定な患者であり、鎮静剤使用により偶発症の発生も考えられ、状態の悪化を予測した対応が必要である。一方、呼吸器疾患患者、鎮静剤使用量に有意差がなかったのは、事前にリスクを評価し、鎮静剤使用量を増減したことや、既往歴

など様々な要因が関係していたことが考えられる。

【結語】

過鎮静を防ぐためには『年齢』や『体重』など患者の背景や状態の把握が重要である。また、『呼吸器疾患』『鎮静剤使用量』においては、リスクを予測した個々の調整を標準化していく必要がある。さらに、内視鏡検査・治療の安全性を確保するために、鎮静に関わるスタッフの育成と鎮静ガイドラインの再検討に取り組んでいきたい。

【連絡先：〒861-4193 熊本市南区近見5丁目3-1 TEL096-351-8000】

第80回 九州消化器内視鏡技師研究会を終えて

第80回九州消化器内視鏡技師研究会

技師世話人

長崎大学病院 ME機器センター 岳下 玄征

令和3年12月4日に出島メッセ長崎にて第80回九州消化器内視鏡技師研究会をWeb開催させていただきました、この度は技師世話人という身に余る大役ではございましたが役員の皆様にご協力いただきながら研究会の準備を進めていきました。

開催会場を決め準備を始めた頃は新型コロナウイルスの第3波の始まる前でした、会場も来年の11月に完成するため建設途中であり、会場開催かWeb開催かを悩みましたが新型コロナウイルスの感染拡大状況も考えWeb開催を決めました。

当日はWebでの開催が不慣れなこともあり不行き届き点もございましたが大きなトラブルはなく無事研究会を終えることができました。

特別講演では森崎智仁先生（諫早総合病院）より胆道内視鏡を用いる有用性、また山口直之先生（長崎大学病院）より内視鏡手術の高度化とそれに伴う内視鏡技師の高度な医療知識や技術の必要性をご講演いただきました、教育講演では内視鏡分野における高周波装置として高木基先生（大分三愛メディカルセンター）と野坂瞭先生（飯塚病院）にご講演いただきました、私も臨床工学技士として普段から高周波装置を扱っておりますがこのような応用的内容を視聴でき見聞を広める事ができました。一般演題も8題あり様々な視点からの演題でどの内容も今後の業務に活かせるような有意義な内容でした。

今回私も運営する側になり一つの研究会を開催するにあたりこれだけの時間と多くの方にご協力をいただくとこのような素晴らしい研究会が開催できるのだということが実感でき大変勉強になりました、今後の自分の教訓になったと思います。

最後になりましたが第112回日本消化器内視鏡学会九州支部会会長 竹島史直先生（長崎県五島中央病院）をはじめ医師世話人の山口直之先生（長崎大学病院）、講演をしていただいた先生・座長の皆様、九州・長崎役員の皆様、関係各社の皆様本当に有難うございました、そして多忙な業務のなか準備・発表をしていただいた演者の皆様に深く感謝申し上げます。今後の皆様の益々のご健勝とご活躍お祈りし申し上げます、お礼の言葉にかえさせていただきます。

第80回九州消化器内視鏡技師研究会 会計報告書

開催日：2020年12月4日(土)

開催場所：出島メッセ長崎よりweb配信

収入				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
参加費	2,800,000	3,328,000	528,000	クレジット4,000×813 振り込み4,000×19
機器展示料	0	0	0	
広告掲載費	0	85,000	85,000	10,000×6社 5,000×5社
研究会準備金	500,000	500,000	0	九州支部より運営準備金
預金利息	0	3	3	
その他	0	0	0	
合計	3,300,000	3,913,003		
支出				摘要
項目	予算額	決算額	予算差	
運営費	2,250,000	2,426,929	▲176,929	会場費、会場設営、機材費等
活動費	350,000	316,002	33,998	運営委員活動費、交通費、昼食代
通信費	20,000	13,202	6,798	切手、送料、振込み手数料他
印刷費	10,000	91,300	▲81,300	出席証明書、プログラム抄録集、 機器受講証明書
機器講習費	10,000	162,250	▲152,250	講師料、テキスト代250×550、消費税
謝礼	140,000	237,320	▲97,320	教育講演講師、教育講演座長 特別講演講師、座長、講師宿泊費、交通費
消耗品費	20,000	9,599	10,401	研究会角印、事務用品等
研究会对策費	500,000	500,000	0	九州消化器内視鏡技師会へ返金
その他	0	156,401		残金を九州消化器内視鏡技師会へ
合計	3,300,000	3,913,003		

第80回九州消化器内視鏡技師研究会

会計 岩坪ひろみ／福島昌子

技師世話人 岳下玄征

監査 川口順子

九州消化器内視鏡技師会会長 平田敦美

第81回 九州消化器内視鏡技師学会

日 時 : 令和4年6月25日(土) 9:15 ~ 16:00
会 場 : 佐賀市文化会館
医師世話人 : 嬉野医療センター 山口 太輔

I. 開会の辞 嬉野医療センター 綱 田 誠 司

II. 特別講演

「内視鏡治療技術革新の現状と課題」

講師: 佐賀県医療センター 好生館 富 永 直 之
司会: 佐賀大学医学部附属病院 大 野 明 博

III. ワークショップ

「内視鏡検査・治療における鎮静について」

座長: 佐賀大学医学部附属病院 福 田 智 子
服部胃腸科 古 庄 誠 二

IV. ランチョンセミナー

「内視鏡診療へのあくなき追求

～最適なワークフローに欠かせないIEEとAI～」

講師: 今村病院 橋 口 一 利
座長: 嬉野医療センター 山 口 太 輔

V. 教育講演

「進化するInterventional EUS ～より安全な手技を目指して～」

講師: 唐津赤十字病院 宮 原 貢 一
座長: JCHO諫早総合病院 森 崎 智 仁

VI. 一般演題 I

座長: 佐賀病院 福 島 美登理
沖縄愛楽園 大 内 和歌子

VII. 一般演題 II

座長: 嬉野医療センター 古 川 芙美子
JCHO諫早総合病院 福 島 昌 子

一 般 演 題

一 般 演 題 I

1. 内視鏡看護師の技術習得状況可視化と評価方法確立への取り組み
伊万里有田共立病院 山口 進
2. 内視鏡室におけるCOVID-19感染対策に関する取り組み
独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター 大安 正俊
3. 当院の内視鏡室における放射線技師の業務参加への試み
社会医療法人 祐愛会織田病院 山本衣里子
4. COVID-19感染症における内視鏡室での感染対策への取り組み
独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院 谷口 侑里
5. 当院におけるCOVID-19感染予防の対策と実際
地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター 浦瀬 憲一
6. 当院内視鏡検査に及ぼした新型コロナウイルス感染症の影響
唐津赤十字病院 丸尾 美紀

一 般 演 題 II

1. 当院における内視鏡検査介助者の負担軽減への取り組み
医療法人 大光会 城北胃腸科内科クリニック 永廣 忠士
2. 当院における大腸ポリープ摘除術の現状と今後について
医療法人 悠池会 池田内科 自見 志保
3. ESDにおける治療介助のAAA
～究極の安全・安心・安楽と医師が望む介助を目指して～
医療法人社団如水会 今村病院内視鏡治療センター 馬場 仁美
4. 事例を通した消化器内視鏡検査の安全管理体制の構築
医療法人社団高邦会 高木病院 消化器センター 江崎智佳子
5. 下部消化管内視鏡腸管洗浄剤の自宅服用への取り組みと評価
～自宅服用移行の割合と安全性の評価～
JCHO佐賀中部病院 野中 美和

－発表要旨・論文－

特 別 講 演

内視鏡治療技術革新の現状と課題

佐賀県医療センター好生館 消化器内科 医長
 冨永 直之

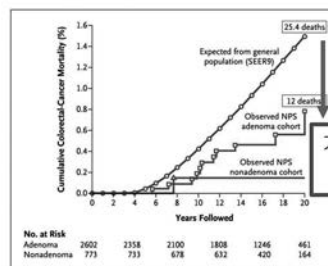
近年、内視鏡分野における技術革新は目覚しく、次々と新しい機器やテクニックが登場している。

経鼻内視鏡は苦痛の少ない内視鏡として流通するようになった。内視鏡の光源はキセノン光からレーザー光となり、より遠くまで鮮明に描出することが可能となった。狭帯域光モードやピオクタニン染色法を併用し、内視鏡の倍率を上げて観察する方法は、腫瘍・非腫瘍の判断をより正確にした。Linked Color ImagingモードやAIの登場は、病変の発見・診断を行う内視鏡医をサポートし、見落としや誤診の可能性が下がることが予想される。

大腸癌の予防には腺腫性ポリープを可能な限り切除することが有効であることが分かり（図1）、Cold Snare Polypectomyという偶発症発生が極めて低い治療法が汎用されるようになった。巨大な病変は粘膜下層剥離術（ESD）による治療が望まれるが、難易度が高い手技であり、治療を支援する様々なデバイスが登場した（図2）。最近では牽引デバイスやハサミ型ナイフが治療難易度を下げることに役立っている。またPocket Creation Methodや右側臥位法などのテクニックも、病変によってはとても有効である。Red Dichromatic Imagingモードは、色調を変えることで出血点の同定に寄与し、内視鏡的止血術の成功率が上がる可能性が示唆される。広範な病変に対しESDを行った場合、術後に

大腸カメラでがんを予防

最低2回の内視鏡（およびポリープ切除）



N Engl J Med 366 : 687-696, 2012

Saga-Ken Medical Centre Koseikan

（図1）

ESDをサポートするデバイスや機器



佐賀大学光学診療部 下田先生のご厚意による

(図2)

狭窄する可能性があるが、ステロイド内服や局所注入を行うことで、ある程度予防することが可能となった。透析患者は治療中のシャント閉塞に配慮が必要であるが、電動式油圧リストスケーラーを併用した対策は有用と考えられる。

内視鏡に伴う苦痛を軽減させるために、鎮静剤が併用される。新規薬剤として、デクスメトミジンやプロポフォールなど、鎮静の調節性が良好な薬剤が登場した。しかし循環抑制や呼吸抑制には十分配慮が必要で、相応の知識も必要である。また鎮静剤使用後の運転は、拮抗薬を使用したとしても安全ではなく、訴訟問題に発展することもあり、細心の注意が必要である。

昨今蔓延しているコロナウイルス感染症は、内視鏡における感染対策の分野を大きく変化させた。防護衣の充実、被内視鏡者のマスク使用などの感染対策は、内視鏡室におけるクラスター発生を抑制した可能性がある。

内視鏡の分野は今後も日進月歩で変化を遂げると予想され、我々も日々知識・技術を更新できるよう、精進していく必要があると考える。

－発表要旨・論文－

ワークショップ

1. 内視鏡室リカバリーエリアの再整備における取り組み

佐賀大学医学部附属病院

○白武 弥紗、福田 智子、田中 舞、水之江鈴子

【はじめに】

当院では年間5000件超の内視鏡検査・治療を行っており、鎮静下検査の割合は、2019年は11.4%、2020年は13.2%、2021年は16.4 %と増加傾向にある。2021年の外来再整備に伴い、内視鏡室エリア内にリカバリーエリアを設けることとなった。限られたエリアの中で、患者の安全確保と医療者の業務効率を両立させるための検討を重ねた。完成したリカバリーエリアについて報告する。

【目的】

鎮静下検査の増加に伴い2019年7月よりリカバリーエリアの設置を行ったが、設置場所には内視鏡室エリア外であった。リカバリーエリアに配置されるスタッフは看護師1名で、検査後の移動や、他のスタッフとの連携の取りにくさへの不安を感じていた。2021年11月に外来再整備に伴い内視鏡室エリア内にリカバリーエリアを設けることとなり、問題を改善できるよう検討した。

【実践・結果】

約3年間をかけ、設計案が提示される毎に多職種で検討を重ねた。2019年に他施設の内視鏡エリアを見学した際の情報も踏まえ、ベッド移動に十分な広さを確保すること、中央配管や電源の位置、トイレの位置と広さ、プライバシーの配慮等について意見を提出した。患者の安全確保のため生体モニターの測定値は内視鏡エリア内のリカバリーエリアとモニタリングルームで誰もが確認できるようにし、2021年11月に完成した。

【考察】

検査後の移動の際にベッドごと入れ替えることが可能になり、臥位のまま移動する患者の搬送が容易になった。以前はトイレが遠く検査後の排泄時移動の困難さを感じていたが、再整備後は容易になった。また、以前は看護師1名で患者の観察を行っていたが、再整備後はリカバリーエリアが内視鏡室エリア内に設置されたことや検査後の患者の生体モニターの数値を2ヶ所に表示できるようになったことで、医師および看護師の複数のスタッ

フが患者の異常を察知できる環境が整った。これにより患者にとってより安全な環境が整い、リカバリーエリア担当看護師の不安も軽減された。

【課題】

各ベッドサイドスペースが狭く、急変時はベッドごと通路側に移動させる必要がある。高齢者や睡眠時無呼吸症の患者など、急変を起こすリスクが高い患者の情報について事前に共有し、より対応がしやすい配置にあるベッドを優先的に用いるようにする工夫が必要である。また、急変対応を想定したシミュレーションを行う必要がある。

2. 内視鏡室で行う鎮静下胃ESD ～プロポフォール使用に伴う安全対策～

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 看護部内視鏡室

看護師、内視鏡技師 ○古賀ハルミ、山口 直美、池末 峰子

看護師 犬走 香織、淵野 美紘

消化器内科医師 富永 直之、緒方 伸一

【はじめに】

当院内視鏡室では、内視鏡的胃粘膜下層剥離術（以下胃ESDとする）の鎮静に静脈麻酔薬としてプロポフォールを使用している。プロポフォールは短時間作用型の特性をもつ鎮静剤であるが、副作用として呼吸抑制や血圧低下を認めることがある。そのため当院ではプロポフォール使用について管理者からの許可を受け、麻酔科医から教育指導を受けた消化器内科医師管理のもと安全対策を整備したうえで治療を行っている。今回は当院のプロポフォール使用下の胃ESDの安全対策の効果について検討したので報告する。

【当院のプロポフォール使用下胃ESDの安全対策】

「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」（以下ガイドラインとする）の中で重要とされる6つの対策を基にした安全対策を整備

1. 術前患者評価：病歴・身体所見の確認 医師と情報共有
2. 患者モニタリング（意識レベル、呼吸、循環）：

モニタリング項目は血圧、心拍数、酸素飽和度、意識レベルの4項目とし、治療終了までは5分ごとに測定、その経過がわかるように看護記録の統一をしている

3. 鎮静担当者の確保とその訓練：医師3名（治療医含む）、看護師2名体制としている
4. 緊急用機材の準備と薬剤投与：急変時使用薬剤（6種類）の使用手順の標準化
5. 薬剤投与方法の原則：

鎮静開始時は、ペンタゾシン（ソセゴン）15mg静脈内投与、その後はプロポフォールを手順に沿って使用する

6. 回復期ケア：意識清明な覚醒を確認し病棟へ申し送りを実施

※ 2～5に対しては、定期的に見直しシミュレーションを実施

※ 6項目におけるマニュアル整備

- ・褥瘡対策（皮膚チェックシート作成・活用）
- ・急変時対応（マニュアル作成・活用）
- ・看護記録（胃ESD看護記録¹⁾、生体情報用紙作成²⁾・活用）
- ・胃ESD準備の標準化（ピックアップリスト作成・ESD必要物品セット化運用）

【方法】

1. 対象及び期間

2021年1月～12月（1年間）のプロポフォール使用下胃ESDを受けた患者75例

2. 方法

1) 上記の期間のインシデント・アクシデント発生状況

2) モニタリングの4項目（血圧、心拍数、酸素飽和度、意識レベル）について治療中の患者状況について看護記録の後方検証

【結果・考察】

上記の期間中、治療を中断するような偶発症の出現やインシデント・アクシデント発生を認めなかった。またモニタリング4項目について、症状出現し処置が必要であったのは23例であった。その内訳は、酸素飽和度低下に伴う補助換気施行6例、血圧低下に伴う昇圧剤使用7例、心拍数低下に伴う抗コリン剤使用3例、鎮静不良に伴う追加鎮静剤使用7例であった。その全ての症例において、適切な処置により治療は完遂できていた。以上の結果から、当院内視鏡室で行うプロポフォール使用下の胃ESDは、ガイドラインに基づく安全対策を整備していることで、安全な治療が提供できていると考える。

【参考文献】

内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン（第2版） Vol.62(9).Sep.2020

【連絡先：〒840-8571 佐賀県佐賀市嘉瀬町中原400番地 TEL0952-24-2171】

1) 【上部 ESD 看護経過記録】

上部ESD看護経過記録		年	月	日	ID	氏名
時間	病棟	治療前申し送り ()		ESD同意書 (有・無)		輸血同意書 (有・無) 身体拘束同意書 (有・無)
	内視鏡室	()		アレルギー食物・薬品 (有・無)		()
(専用 ・普通) ストレッチャーにて搬入 フリーシーツの有無 (有 ・ 無) 弾性ストッキング装着 (有 ・ 無) 持参品確認 抗生剤 (有 ・ 無) プロボフォル (有 ・ 無) 処方箋 (有 ・ 無) 酸素カニューレ (有 ・ 無) 治療前点滴刺入部発赤 (有 ・ 無) 滴下 (良好 ・ 不良) 疼痛 (有 ・ 無) 確認項目 義歯 (有 ・ 無) 歯グラツキ (有 ・ 無) 残歯 (本) 金属物 (有 ・ 無) 湿布 (有 ・ 無) 皮膚観察部 (左耳・左頬部 前胸部 ・ 左肩・ 左腸骨・ 左大転子部・ 左腓骨・ 左外踝部) 治療前皮膚トラブルの有無 (有 ・ 無) 四肢の痺れ (有 ・ 無) 弾性ストッキングの装着状況確認「しわ 緩み」 (有 ・ 無) 発赤 (有 ・ 無) 搬入時VS BP HR SPO2 【備考】						
内視鏡室ESD体位マニュアルに沿って体位固定実施 対極板()貼布 患者に左側臥位による痛みや不快な部位はないか確認しながら実施 ストレッチャーに全身用フリーシーツ使用し徐圧実施(別紙皮膚チェックシート使用) 両足の間に足枕使用 背中に体交枕使用 治療中の安全のため左上肢抑制帯使用 右下腿部にて5分毎血圧測定実施 咽頭麻酔2%キシロカインビスカス 酸素2L経鼻カニューレにて開始 静脈麻酔開始 ソセゴン1A(15mg) 静注 【80歳以上・HD患者は使用不可】 1%プロボフォル開始 () プロボフォル終了OFF 鎮痙剤(ブスコパン1A ・ グルカゴン1V) 筋注 スコープ挿入 マーキング開始 マーキング終了 スコープ交換 () 局所注射 切開開始 抗生剤 (セファゾリンNa1g生理食塩水100ml) 開始 抗生剤 (セファゾリンNa1g生理食塩水100ml) 終了 切開剝離終了 病変回収 止血処置 ソフト凝固 アルト散布 治療終了スコープ抜去 治療後点滴刺入部発赤 (有 ・ 無) 滴下 (良好 ・ 不良) 疼痛 (有 ・ 無) 皮膚観察部 (左耳・左頬部 前胸部 ・ 左肩・ 左腸骨・ 左大転子部・ 左腓骨・ 左外踝部) 治療後皮膚トラブルの有無 (有 ・ 無) 対極板貼布部皮膚トラブルの有無 (有 ・ 無) 四肢の痺れ (有 ・ 無) 治療部疼痛の有無 (有 ・ 無) 最終VS BP HR SPO2 覚醒状況 ()						
【特記事項】						
麻酔担当医師 () 内視鏡室 治療後申し送り () 術者 () 病棟 ()						

2) 【生体情報経過記録】 一部分

生体情報経過記録		年	月	日	ID	氏名
時間	VS			酸素(L)	患者状況	薬剤(プロボフォル)
	BP	HR	SPO2			ボーラス投与 持続投与

3. 鎮静内視鏡後の安全な患者管理の実現に向けた取り組み

～入院での患者管理を導入して～

国立病院機構佐賀病院

内視鏡室 ○福島美登理、小副川莉麻、片寫由美子、今村 妙美

江頭美保子

消化器内科 井手 康史、澤瀬 寛典、島村 拓弥、平井 哲

【はじめに】

当院の内視鏡室にはリカバリー室が無く、鎮静後の患者管理が困難なため、鎮静剤を使用しない内視鏡検査を基本としていた。しかし、鎮静は患者が内視鏡検査に対して抱く苦痛や不安の軽減に非常に有用であり、希望する患者が安全に鎮静下内視鏡検査を受けられる環境であることが望ましいことから、2021年1月より鎮静検査後は入院にて管理を行うことにした。今回、鎮静内視鏡の実態を調査したので報告する。

【対象・方法】

2021年1月～12月に当院で施行した内視鏡検査2060例中鎮静後に入院管理をした242例（上部：1323例中129例 [9.7%] 下部：737例中113例 [15%]）を対象とし、①鎮静剤の種類及び平均使用量②鎮静による偶発症率③当日退院率を検討した。

* 鎮静前後の患者管理

運用方法：鎮静深度はRamsayスコア2～3を目標とし、鎮静剤の種類及び使用量を決定した。検査後は入院とし、覚醒するまでモニター管理を実施。覚醒状態の評価は看護師及び医師が行い、下記を満たした場合のみ当日帰宅可とした。

- ① 意識清明または検査前の状態まで回復。正常な応答が可能
- ② むせなく飲水可能。吐き気・嘔吐無し
- ③ 検査前と同様の運動機能あり。ふらつきなく歩行能力に異常無し
- ④ 呼吸・循環に異常無し

* 運用上の安全対策として、咽頭麻酔前に以下の問診を実施

- ・検査当日は公共交通機関か送迎で来院。終日車の運転は禁止
- ・鎮静に伴う注意点・危険性・偶発症を理解しているか確認
- ・検査後は安全のため入院で管理を行うことに同意が得られているか確認
- ・検査記録に鎮静剤使用量・経過を記載し病棟スタッフと情報共有を行う

【結果】

- ① 鎮静剤の種類及び平均使用量

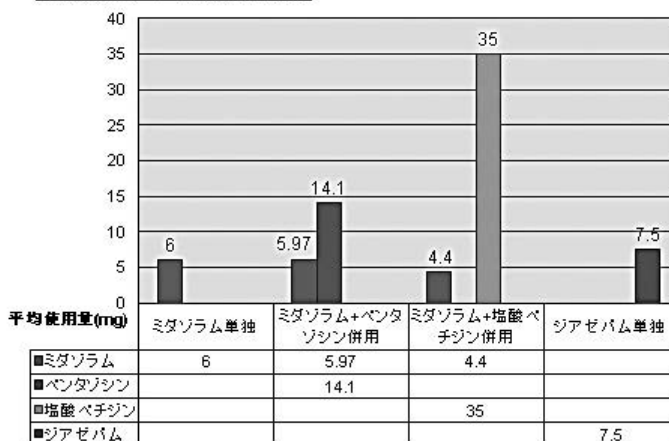
ミダゾラム単独：242例中205例 [84.7%] 平均使用量6mg (2～10mg)、ミダゾラム＋ベンタゾシン併用：242例中17例 [7%] 平均使用量順に5.97mg (2～10mg) /14.1mg (7.5～15mg)、ミダゾラム＋塩酸ペチジン併用：242例中14例 [5.7%] 平均使用量順に4.4mg (2～10mg) /35mg、ジアゼパム単独：242例中6例 [2.4%] 平均使用量7.5mg (5～10mg)
(図1)(図2)

鎮静剤の種類



(図1)

鎮静剤平均使用量



(図2)

- ② 鎮静による偶発症率0.4% (迷走神経反射1例のみ) 循環動態不全・呼吸抑制は認められなかった
- ③ 当日退院率99.6% (1/242) 上述の迷走神経反射症例の1例のみ翌日軽快退院となった

【結語】

これまでリカバリー室がないことで鎮静下での検査を安易に行えない現状であったが、この取り組みを行うことで、安全な鎮静前後の患者管理が出来るようになり、また、今まで内視鏡検査を受ける事に不安や恐怖を抱いていた患者に対し、鎮静剤使用の選択肢が広がることで、ニードに沿った内視鏡検査の提供が可能になった。今後の課題として、患者が不安や恐怖感なく鎮静下内視鏡検査を受けられ、早期発見・治療につながるよう定期的に検査を受けたいと思う関わりとなったか等含め患者満足度調査を実施したいと考える。また、その一方で1例あたりにかかる医療費が高額となること、リカバリー室設置の検討などが挙げられる。

【参考文献】

1) 内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン (第2版)

日本消化器内視鏡学会雑誌 Vol.62(9).Sep.2020

【連絡先：〒849-8577 佐賀県佐賀市日の出1丁目20-1 TEL：0952-30-7141 内視鏡室】

4. 当院の外来患者における鎮静下内視鏡検査の実際

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 内視鏡センター
内視鏡技師 ○久富 奈美、原田 由佳、村上由記子
石橋 和子、菅 明美、福本 明美
消化器内科 西山 仁

【はじめに】

内視鏡検査・治療における鎮静は、患者の身体的・精神的負担を軽減し、かつ医療者側も検査・治療を安全に行う上で欠かせないものになっている。当院は年間約4500件の上・下部内視鏡を行っており、約62%が鎮静剤を使用している。外来においても約50%に使用しており年々増加傾向である。

【目的】

外来患者の鎮静下内視鏡検査を安全に行うための取り組みの実際と今後の課題を報告する。

【取り組みの実際】

- 1) 説明と同意：鎮静剤使用のリスクや検査当日に車の運転ができない事を同意書に記載。医師の説明・同意取得後、外来看護師が注意事項を含めて再度説明し記録。検査当日は問診時に内視鏡看護師が帰宅方法や付き添いの有無を確認。
- 2) 鎮静剤の選択・タイムアウト：薬剤の選択は施行医が行い、主に過去のレポートや看護記録の情報から検討し決定。安全対策として、検査前に施行医とタイムアウトを行い、与薬原則の6Rと声出し確認を徹底。
- 3) 鎮静管理：問診後にバイタルサインを測定し、血管確保。鎮静剤投与から5分毎に血圧測定、酸素飽和度・脈拍のモニタリング。検査後、リカバリー室へベッドのまま移送しモニタリングを継続。リカバリー室担当看護師へ引継ぎ、30分毎にバイタルサイン測定と全身状態の観察。覚醒基準は安静解除スコアボードで判断。
- 4) 環境と体制：各検査室の人員配置は施行医1名・看護師1名。内視鏡室の中央フロアには救急カートを設置。各検査室のモニターを確認できるようセントラルモニターを設置。急変時にもすぐに対応できるレイアウトになっている。
- 5) 問題点：使用薬剤に関わらず安静時間を一律化し、安静解除を鎮静剤最終投与時間の2時間後から評価している。その為、予定時間より早く覚醒した患者が安静時間の短縮を希望される場合がある。また鎮静剤を使用する件数の増加により、リカバリー室が不足している。

【まとめ】

当院の外来患者における鎮静下内視鏡検査は「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」と「内視鏡看護記録実践ガイド」に準じて安全を考慮し取り組んでいる。しかし、安静時間を一律化していることがリカバリー室のベッド調整を困難とし、安静時間に対する患者の不満が生じる要因ともなっている。安全性を重視し尚且つ患者の安楽を配慮した上での覚醒基準を再検討していくことが今後の課題である。

5. 時代とともに変わる鎮静剤の使い方 ～質の高い内視鏡検査を行うために

尾田胃腸内科・内科

石坂 繁和

【はじめに】

質の高い内視鏡検査を行うにあたり、鎮静は重要度の高い医療行為である。当院ではプロポフォール静注1%[®]（以下プロポ）を導入し内視鏡検査及び治療を行っている。プロポ鎮静下で患者に苦痛がなく、かつ質の高い内視鏡検査を提供できることは、患者や内視鏡スタッフにとって満足度は高い。当院でのプロポ使用経験を報告する。

【使用方法】

上部消化管内視鏡検査（以下GF）及び下部消化管内視鏡検査において、前投薬としてペチジン塩酸塩注射液[®] 1 / 2 A、ジアゼパム注射液[®]（以下ジアゼパム2.5mg～5mgを使用。検査開始直前にプロポを40mg～100mg程度使用している。

【検査中の注意点及び検査後の状態】

プロポ単独では、鎮静状態が不安定で咽頭反射のコントロール不良や著明な体動を招き、著しく検査の質が落ちてしまう。少量のオピオイド性鎮痛薬やベンゾジアゼピン系薬剤を使用することにより格段に鎮静効果が上がり、検査の質が向上する。プロポ使用に当たり注意しなければならない副作用として声帯閉鎖がある。GF時スコープ挿入の刺激から咽頭反射が起こり、声帯が閉鎖することによって吸気障害が起こり血中酸素濃度が急激に低下する。

緊急時の対応として、アンビュー（非同期）や経鼻内視鏡を用いた気管内挿管を行う必要がある。気管内挿管まで至る例は非常に稀なケースではあるが、有事の際の準備として定期的に緊急時の対応について院内勉強会を行い、内視鏡検査に関わるスタッフが一様に緊急対応できるよう知識や技術の維持・向上に努めている。検査後は15分もすれば自力歩行可能な状態となり、離床が可能である。プロポは覚醒がよく検査結果説明の際もすっきり目覚めた状態で説明を行うことが出来る。

【鎮静剤の相性について】

覚醒後の会話や歩行状態よりジアゼパムの方がミダゾラム注射液[®]10mgよりもプロポとの相性が良い印象を受ける。ジアゼパムは浸透圧の高さから血管痛や静脈炎が頻発する。そのため、しっかり希釈をして使用する必要がある。

【考察】

プロポは覚醒の質がととも良く、内視鏡検査後の覚醒時間、離床時間、離院時間が短縮される。検査のみならず治療においても、咽頭反射や体動の抑制ができ医師、内視鏡スタッフにとっても満足度は高い。プロポの特徴を知り、緊急時の対応をスタッフ全員で行えるよう教育やシミュレーションを適宜行っていくことで、安全に使用することができる優れた薬剤である。

【連絡先：TEL096-375-0028 FAX096-375-0029】

6. 当院における胃・大腸内視鏡検査、ESDの鎮静

～胃がん、大腸がんで亡くなる人を減らしていくために～

大分三愛メディカルセンター 消化器病・内視鏡センター

がん化学療法看護認定看護師、消化器内視鏡技師 山崎 賢一

工藤 千佳、高木 基、大波多歳男、佐藤 孝生

佐上 亮太、錦織 英史

がん化学療法看護認定看護師、消化器内視鏡技師として看護業務を行っていく中で、がん患者と関わる機会は多い。根治を期待することは難しい患者から「去年、内視鏡検査を受けていれば治る段階だったでしょうか？」と聞かれることも少なくない。もっと早くに検査することができていればと、変えることのできない現状を目の当たりにし、その言葉を受け止めるしかないことも多くある。

胃がん、大腸がんで亡くなる方を減らしていくためには、定期的に質の高い内視鏡検査を提供していくことが重要である。そのためには「痛みなどの苦痛」と「嚥下反射や苦痛に伴う体動」をできる限り取り除くことが重要だと考える。この2点が解決できれば、患者は定期的に内視鏡検査を受けやすくなり、検査を行う医師としても落ち着いて観察できることで、微細な病変の見落としを防ぐことができ、質の高い内視鏡検査の提供に繋がると考えている。内視鏡検査時に鎮静剤を適切かつ効果的に使用し、患者が静かに眠っている状態の中、検査を行うことで苦痛がなく質の高い内視鏡検査を行うことができる。

ESDにおいても十分な鎮静下では苦痛が少なく、術操作を行いやすくなることから、安全、安楽で確実な病変切除に繋がる。

当院の鎮静剤は主にドルミカム、プロポフォールを使用し内視鏡治療、検査を行っている。検査時の苦痛や体動をできる限り取り除くために、検査開始前に前回検査時の導入鎮静量と追加鎮静の有無、体動、嚥下反射の有無などを確認し、鎮静量を決定している。

ESDにおいては、患者の年齢、全身状態、難易度を考慮し導入鎮静量、持続鎮静量を決定している。治療中、適切な鎮静状態を保つことができるように適宜、鎮静状況の変化に対応している。

今回、当院の胃・大腸内視鏡検査、ESDにおける鎮静の実際について、振り返りを行ったのでここに報告する。

－発表要旨・論文－

一般演題 I

1. 内視鏡看護師の技術習得状況可視化と評価方法確立への取り組み

伊万里有田共立病院 外来内視鏡室

内視鏡技師 ○山口 進、齊藤 千夏

【はじめに】

近年、内視鏡のニーズが高まり、ますます高度化、複雑化し検査件数は増加している。A病院の2020年度内視鏡件数は、上部内視鏡3,121件、下部内視鏡1,188件、ERCP104件である。内視鏡業務は、検査に合わせた内視鏡器具の準備、問診、検査前処置、検査中の医師の操作介助、検査前から検査後の看護、緊急内視鏡の対応、さらには内視鏡器具の洗浄と多岐にわたり煩雑な環境である。

2012年に内視鏡看護教育ガイドラインが発表され、その中で「内視鏡検査・治療の場に勤務する看護師は、医療チームの中で重複する業務を果たしながら検査・治療を受ける患者に対して、看護ケアを安全に提供することが求められる。内視鏡看護師は、内視鏡を担う専門職業人として配属された新人期から継続的に自己研鑽を積むことが必要不可欠である」と記されている。

自部署において新配属者の技術習得状況の把握が出来ていない現状があり、より安全な看護を提供するためには、技術習得状況を明確にし、評価に繋げていくことが必要であると考えた。

今回、技術評価表と経験値確認表を作成し、新たに内視鏡へ配属された看護師へ活用することで、技術習得状況を可視化し評価方法を確立したためここに報告する。

【目的】

内視鏡新配属者の教育に技術評価表、経験値確認表を活用し可視化することで技術習得状況を把握し評価方法が確立できる。

【方法】

2020年4月～2021年10月

対象者：内視鏡実務経験1年未満の新配属看護師3名、（1名は専任、2名は他部門兼任）

方法：1. 技術評価表、経験値確認表を作成。2. 新配属者へプリセプターを配置し1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月に自己評価、他者評価を実施し進捗状況の把握と問題点の抽出。3. 実技についてはプリセプター以外の看護師も関わりながら実技チェッ

クを実施。目標回数を設定し指導を受けながら実施後は1人立ちでの実施の回数を1年間チェックしてもらう。技術評価表と経験値確認表使用後の新配属者へのアンケートを実施。

技術評価表

氏名： _____ プリセプター： _____

目標：内視鏡検査、治療に伴う基本的な看護を助言や支援を受けながらできる

	自己評価・他者評価			
	1ヶ月 ()	3ヶ月 ()	6ヶ月 ()	12ヶ月 ()
4：できる 3：だいたいできる 2：助言があればできる 1：できない				
①バイタルサイン・検査データの正常値がわかる				
②消化器の解剖・生理・主な疾患の病態生理がわかる				
③消化管出血時の基本的看護について理解している				
④患者の身体状況の全体像と検査の必要性が理解でき説明することができる				
⑤緊急内視鏡時、各部署の準備ができる（止血術・イレウスチューブ挿入・ERCP）				
⑥内視鏡検査前の準備ができる				
⑦使用する内視鏡スコープの準備ができる（上部・下部・十二指腸）				
⑧患者に説明し同意を得ながら、検査前の準備ができる				
⑨処置の内容が理解できる（止血術・イレウスチューブ挿入）				
止血血管の処置具の定位置がわかる				
⑩イレウスチューブ挿入、ERCPの準備物品の定位置がわかり、準備手帳に沿って準備できる				
⑪検査時の患者の介助（体位保持、口腔内吸引等）ができる				
⑫検査中の患者のバイタルサイン、状態観察と共に患者に声掛けができ、苦痛の緩和に努めることができる				
⑬検査後の電子カルテの実施入力（汎用）、看護記録へ記載できる				
⑭検査後の患者の援助ができる（体位交換、口腔内吸引、更衣、移動等）				
⑮検査後のスコープのベッドサイド処理ができ、スコープを安全に洗浄場所へ移動できる				
⑯スコープの洗浄方法を理解し実施できる				
⑰検査後、使用した処置具の洗浄、処理方法を理解し実施できる（デブス・ラウス）				
⑱検査終了時のシステム画面操作、終了方法を理解し実施できる				
⑲検査終了後、病棟看護師へ患者の状態、使用薬剤等申し送りができる				
⑳助言を受けながら緊急度に応じた観察ができ報告できる				
㉑鎮静時の部屋の調整、連絡、報告ができる				
㉒内視鏡関連の研修会参加、または自己学習にて知識を深める事ができる				
㉓患者に関わる多職種と内視鏡との連携ができる				

経験値確認表

年 月 日～ _____ ※経験したら日付を記入

氏名： _____ プリセプター： _____

項目／目標回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
受付	5回									
麻酔（経口）	5回									
麻酔（経鼻）	5回									
ファイバー洗浄	10回									
上部内視鏡（直接介助）	5回									
下部内視鏡（直接介助）	5回									
止血術（直接介助）										
上部止血	3回									
下部止血	3回									
ポリベクトミー（直接介助）	5回									
EVL（直接介助）	3回									
EIS（直接介助）	3回									
異物除去（直接介助）	3回									
胃ろう造設（直接介助）	3回									
胃ろう交換（直接介助）	3回									
イレウス管挿入										
上部（経鼻）	2回									
下部（経肛門）	2回									
大腸スtent（直接介助）	5回									
捻転解除術（直接介助）	3回									
ESD（直接介助）	5回									
ERCP（直接介助）	5回									
処置具準備（間接介助）	5回									

【結果、考察】

技術評価表、経験値確認表活用前の新配属者は技術習得状況が可視化出来ておらず、何がどこまでできるのか不明瞭で、適切な評価が出来ていなかった。また、技術において問題点の抽出も出来にくい状況であった。今回、自己評価することで、技術習得状況を認識でき、またプリセプターが評価毎に経験実績を確認することで、スムーズな実践へ繋げられるようスケジュールを立てることが出来た。アンケート結果からも「学習の目標が立てやすい」「経験値が把握でき意欲が持てた」「自信をもち検査、処置に対応することが出来るようになった」などの意見が聞かれた。一方、他部門兼任の新配属者からは「期間が空くと不安」「目標回数までなかなか進まない」との意見もあった。結果を可視化することで習得度とそれに基づく課題の明確化ができた。内視鏡新配属者でも専任・兼任と習得ペースも違うため、個々の能力を適切かつ段階的に評価し、実践能力にばらつきなく内視鏡看護実践能力の統一が図れるよう、目標回数の設定や、1人立ちの時期の調整は必要である。新配属者が内視鏡検査・治療介助が出来るようになって、内視鏡に関連した事柄を熟知するには経験と時間を要する。今後は、評価方法を基に指導計画作成にも活用し内視鏡新配属者教育体制の構築に向けて取り組んでいきたい。

【結論】

技術評価表、経験値確認表を活用し指導することで、新配属者の段階的な技術習得状況が把握、評価できた。

【参考文献】

- 1) 内視鏡看護教育ガイドライン 日本消化器内視鏡技師会 2012改訂

【連絡先：849-4193 佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲860番地 TEL0955-46-2121】

2. 内視鏡室におけるCOVID-19感染対策に関する取り組み

独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター

看護師 ○大安 正俊、太田 律子

医師 山口 太輔

【はじめに】

近年我が国では新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の拡大により緊急事態宣言やまん延防止等重点措置が発出されてきた。日本消化器内視鏡学会の提言では、消化器内視鏡診療に関連したCOVID-19の発生・拡大の可能性を危惧しており、消化器内視鏡診療における感染リスクを考慮し、確実な感染対策が必要とある。当院では2020年度内視鏡検査を4543件実施しており、様々な消化器内視鏡診療を行っている。当院全体のCOVID-19感染対策マニュアルはあるが内視鏡室独自のマニュアルは存在していなかった。

安全な消化器内視鏡診療を継続するため、内視鏡看護師やクラーク、看護助手（以下、スタッフ）が感染対策を意識した行動をとれるよう基準を示す必要があると考え、ガイドライン作成とその標準化に取り組んだ。

【目的】

内視鏡室におけるCOVID-19感染対策に関するガイドラインを作成することで、感染対策方法を明確にして感染対策に準じた行動ができる。

【方法】

1. 日本消化器内視鏡学会や日本感染症学会にて示されているガイドラインを参考に、独自の内視鏡室の感染対策に関するガイドラインを消化器内科医師や院内感染対策室に助言を受けながら作成する。
2. ガイドラインをスタッフへ伝達して周知を図り、対策に準じた行動を統一する。

【結果】

感染対策に関するガイドラインを作成してスタッフへ感染対策方法の周知を図った。その後、受付で患者への検温や手指消毒の促し、感冒症状を有する場合の自己申告の呼びかけ、スタッフによる問診等でのトリアージを実施した。また、検査介助時の個人用防護具（以下、PPE）・上部内視鏡時のN95マスク装着の徹底、スコープの運搬のための清潔・不潔導線の明確化、スコープの洗浄方法、処置具の取り扱い方法、環境整備方法等の統一することができた。

【考察】

ガイドライン作成をきっかけに内視鏡室での業務内容の見直しが行え、機器取り扱いなど基本的な業務内容の再認識にも繋がり、スタッフ間で処置介助時のPPE装着を声掛け合う場面も多くみられる。このことから、感染対策に対するスタッフの意識が高まり、安全な消化器内視鏡診療を行うことができていると考える。また、専門的な業務内容に携わるスタッフの教育にも繋がったと考える。今後もCOVID-19出現で予断を許さない状況は続いているため、安全な消化器内視鏡診療ができるようスタッフ一人一人が感染対策を継続していく必要がある。

【結論】

感染対策に関するガイドラインを作成することでスタッフの意識が高まり、感染対策に準じた行動を統一することができた。

3. 当院の内視鏡室における放射線技師の業務参加への試み

社会医療法人 祐愛会織田病院

外来・手術センター ○山本衣里子、重松かおり

消化器内科 松永 圭司、坂田奈津子、竹内 祐樹、長妻 剛司

【はじめに】

内視鏡技師の資格は看護師や臨床検査技師、臨床工学技士、放射線技師などが取得できる資格であり、多くの施設の内視鏡室で多職種が協力し、日々の検査を行っている。近年の内視鏡検査の増加、特にERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）の増加に伴い、内視鏡検査や処置に放射線技師が介入する機会が増えてきている。当院でも内視鏡検査に興味を抱く放射線技師がおり、本格的な内視鏡室業務への参加を計画した。

【目的】

当院の内視鏡室は外来・手術センターに配置されており、看護師は一般外来、救急外来、手術室、アンギオ室の業務と兼務している。日々の勤務状況や業務形態により担当スタッフが変わり、固定するのが難しい状況であった。内視鏡技師の育成という医師の要望と多職種連携という病院の方針が合致し、今回放射線技師の内視鏡室業務への参加を行った。

【現状】

当院の内視鏡室は検査室を2室、透視室を1室有しており、通常医師2名、看護師3名、看護助手1名で業務を行っていた。放射線技師は放射線科の業務と兼任ではあるが、看護師1名に代わって固定スタッフとして勤務の調整がつく限り内視鏡業務に関わっている。看護師1名はリーダーとして内視鏡室内の調整、予約管理や機器・物品の管理を行う。他1名と放射線技師は各部屋の第一介助者としての記録や請求入力も担う。放射線技師に対しては業務手順に沿ってオリエンテーションを行い、洗浄や処置に重点を置いた教育を先に行い、その後第一介助者による指導と協働へと移行した。感染対策・医療安全については入職時の教育、院内の定期的な学習会へ参加し、また内視鏡室における感染対策、侵襲や偶発事故についての学習を行った。上下部の検査内視鏡の介助を優先的に行い、その後医師の指導協力も得て内視鏡治療の直接介助技術の習得まで順次行うようにした。技術習得チェックで現状を把握し、リーダー看護師が共通把握できるよう日々評価を行った。現在はEMR（内視鏡的粘膜切除術）やESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）、ERCPの第一介助なども行いながら、内視鏡技師免許習得を目指している。また夜勤業務の際には緊急処置の応援として参加している。

【結果】

薬剤の投与など一部限定される処置はあるものの、放射線技師でも滞りなく内視鏡業務を執り行うことができおり、また夜勤就業時の緊急内視鏡時にはマンパワーの充実につながっている。一方で放射線科業務と兼任しているため、内視鏡業務に関われる時間が限定されており、技術の習得に時間を要している。

【今後の展望】

今後も取り組みを継続し、リーダー業務などへの拡大や人員のさらなる充実を図ってきたい。そのためには各職種に応じた教育ツールや評価方法が必要となると考えられ、長期での教育計画の作成を行い、今後の育成を充実させ、最終的には多職種での業務連携を行うことで安全で円滑な質の高い医療の提供へと繋げていく。

4. COVID-19感染症における内視鏡室での感染対策への取り組み

独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院

内視鏡センター ○谷口 侑里、徳留 未怜、佐藤 唯

吉田絵里子、福島 友美、福島 昌子

【はじめに】

内視鏡検査・治療は、医師・看護師ともに患者からの体液・エアロゾルを暴露するリスクが高い。

COVID-19感染症の感染拡大に伴い、A病院の感染対策マニュアル（以下マニュアル）が提示されたが、内視鏡室独自のマニュアルは流行初期には確立されていなかった。

内視鏡業務は、外来部門の中でも特に感染リスクが高い部署である事から、マニュアルに基づき内視鏡室独自の感染対策を行う必要があると考え取り組んだ。

【目的】

A病院のCOVID-19感染対策マニュアルに基づき、内視鏡室独自の感染対策を図る。

【方法】

内視鏡医師・看護師で意見を出しマニュアル化するとともに、環境整備に取り組む。

県内の医療機関での内視鏡に関する感染対策について情報共有を行い、スタッフ間で対応や手順を統一する。

【結果・考察】

感染流行初期よりA病院のCOVID-19感染対策会議で作成した外来・検査問診フローチャートに基づき、問診フローを作成し内視鏡検査前のスクリーニングを開始した。次に、内視鏡検査実施に関して県内医療機関の内視鏡対応指針を参考に、医師・看護師で協議を行い検査基準を定めた。同時に検査室・前処置室などの環境整備に取り組んだ。また、防護具の管理基準を定め、感染対策委員会と連携し物品の確保状況を踏まえて防護具の個人管理の徹底に努めた。これらの感染対策を取決め、A病院における「内視鏡室COVID-19対応指針」の作成に至った。作成にあたり、A病院のICTや感染対策委員会との連携、県や県内医療機関からの情報提供に基づいて現在まで改訂を行っている。取り組みの中で、偽陽性後の再検査で陰性が確認された患者の検査を、陽性症例としてシミュレーション訓練を実施した。これにより、対応の見直しや検討事項などマニュアルの改善に至り、スタッフのイメージトレーニングにもなった。また、高機能空気清浄器やクリーンパーテーション[®]の設置、感染流行状況によって変更になるA病院や県の対応指針に合わせ内視鏡室の

マニュアルの見直しを行い、現在までに検査・治療後に感染が確認された事例はない。

以上、ICTや感染対策委員会、県内医療機関との連携を行い、内視鏡室独自のマニュアルが確立できたと同時に、スタッフが統一した行動を取り感染対策へ取り組むことが出来たと考える。

【結論】

マニュアルに基づいた、内視鏡室独自の感染対策をスタッフ間で統一し取り組むことができた。

【連絡先：長崎県諫早市永昌東町24番1号 TEL：0957-22-1380】

5. 当院におけるCOVID-19感染予防の対策と実際

地方独立行政法人 佐世保市総合医療センター
内視鏡センター 臨床工学技士 ○浦瀬 憲一

【はじめに】

当院は長崎県県北地域の拠点病院であり、急性期及び総合医療を担っている。

2020年度内視鏡検査・治療件数は、4767件、そのうち緊急内視鏡件数が512件。

COVID-19の感染拡大に伴い、当院では通常内視鏡検査時の感染対策に加え、COVID-19陽性患者の緊急内視鏡対応マニュアルを作成した。

今回COVID-19感染後陰性化確認された患者のERCPを行う機会がありシミュレーションを兼ね対応した取り組みについて報告する。

【対策と結果】

- COVID-19陽性患者の緊急内視鏡マニュアルに沿って準備した。
- 機器・物品類の保護にはビニール製養生シートを使用し、床の養生には防水シートと養生テープを使用、人員3名で作業時間は約2.5時間を要した。
- PPEについては、着脱手順マニュアルを各部屋に貼付したがスムーズに着脱出来なかった。また、ゴーグル使用時に曇りで視界不良となり、治療に支障が生じた。
- スリット入りサージカルマスクを使用し、エアロゾルの飛散防止に努めた。

【考察】

準備でもっとも時間を要したのは、機器・物品類の保護・床の養生だった。壁や床などの環境表面が医療従事者への感染に関わることは稀であり、緊急内視鏡の際には必要最低限の時間・物品・労力で準備から対応を行うことが求められている。過剰な準備対策より、PPE・手指衛生・使用後の清掃の徹底が重要であることがわかった

【まとめ】

日々内視鏡検査・治療を行う患者に、後日COVID-19感染が判明する症例が増加している今回はCOVID-19陽性患者の緊急内視鏡を想定してシミュレーションを行ったが、全ての患者に対して感染対策を徹底するとともにスタッフ間のマニュアルの周知、感染対策に関する手技の向上に向けた取り組みを行い、安全な内視鏡検査・治療が提供できるよう努めていきたいと考える。

6. 当院内視鏡検査に及ぼした新型コロナウイルス感染症の影響

唐津赤十字病院

内視鏡室 ○丸尾 美紀、森岡 美和、坂本麻衣子、野口 侑子

【はじめに】

内視鏡検査の目的は検診・一般診療に大別され、一般診療においても定期検査/スクリーニング・一般診療・緊急・治療等多様な目的で施行される。また、施行施設も急性期病院・一般クリニック・検診専門施設等様々である。2020年以降の新型コロナウイルス感染症パンデミックは内視鏡診療にも多大な影響を及ぼしているが、その影響の程度は検査施設や検査内容などにより異なるものと考えられる。

【目的】

新型コロナウイルス感染症が、地域中核病院である当院内視鏡検査に及ぼした影響を検討する。

【対象と方法】

2017年1月から2021年12月まで当院にて施行された全内視鏡検査について、内視鏡ファイリングシステムを用いて、上部消化管内視鏡・下部消化管内視鏡・胆膵内視鏡それぞれについて、全検査数・検査目的・内視鏡的腫瘍切除数・緊急治療数・休診日検査数を算出した。そして、それらを新型コロナパンデミック前の2017-2019年の3年間とパンデミック後の2020-2021年で比較検討した。

【結果】

上部および下部消化管内視鏡は経年的に増加傾向であったが、パンデミック後は減少に転じ、2019年比で2020年/2021年は上部：91.9%/89.9%、下部：83.9%/88.2%であった。目的別では、上下部とも検診精査や一般診療は減少したが、定期フォローの減少は認めなかった。胆膵内視鏡はパンデミック前後での検査数の変動は認めなかった。上部消化管の腺腫・癌の内視鏡治療件数はパンデミック前後での変化を認めなかった。大腸ポリープ切除数はパンデミック後も経年的に増加したが、治療方針の変化によるものと思われた。上下部消化管緊急内視鏡治療（止血術・異物除去・ステント挿入）はパンデミック後は2020年・2021年とも2019年比64.8%と減少した。休診日に施行した上下部消化管内視鏡検査も、パンデミック後は7割前後に減少した。

【考察】

新型コロナウイルス感染症パンデミック後は上下部消化管内視鏡検査数や緊急内視鏡数・緊急治

療数の減少が認められ、パンデミックによる検診抑制・受診抑制が影響したと思われた。一方、消化管腫瘍に対する内視鏡治療数の減少はなく、がん診療への悪影響は認められなかった。また、胆膵内視鏡への影響も認めなかった。

【結語】

新型コロナウイルスパンデミックが内視鏡診療に与えた影響は、その種別や内容により様々であった。

【連絡先：〒847-8588 佐賀県唐津市和多田243 TEL：0952-72-5111】

－発表要旨・論文－

一般演題Ⅱ

1. 当院における内視鏡検査介助者の負担軽減への取り組み

医療法人 大光会 城北胃腸科内科クリニック

内視鏡技師 ○永廣 忠士、生田 朋美、坂本 由佳、宮崎 悦子

看護師 佐藤 恵子、内古閑まりえ、坂下 涼子、高井 陽子

医師 井戸 佑美、大門 裕貴、川上 孝男、大門 秀光

【はじめに】

当院では年間約2200件の大腸内視鏡検査（以下CS）を、基本的にミダゾラム®とペチジンを使用した鎮静下にて行っている。その際、無意識で体動のある患者の抑制や、CSの体位変換や体位の保持等を行う検査介助者の身体的負担が大きい。特に体格の小さい女性介助者にはかなりの力仕事となることが多いため、負担軽減の工夫が必要ではないかと考えた。

そこで今回、CS施行時足組み姿勢の体位保持における負担軽減を目指し「CS時の仰臥位足組み姿勢用補助具の導入」を検討した。

【目的】

CS施行時の仰臥位足組み姿勢用補助具を作成し、体位保持による介助者の負担軽減を図る

【方法】

1. 仰臥位足組み姿勢時に左の軸足が滑ることを抑制する「ノンスリップスリッパ」。
2. 「ノンスリップスリッパ」を使用しても左右のグラつきが強い場合に、足を組まずに右足の拳上に使用する「右足拳上用の足台」

以上の2点を作成し、令和3年6月～12月までの間に鎮静下で脱力状態の患者約50人に使用して検証した。

まず、ノンスリップスリッパは、EVA素材のスリッパ底面にノンスリップマットを両面テープで貼り付けて作成した。【図1】

仰臥位足組み姿勢時の軸足に履かせて使用したところ、ナイロン製のストレッチャー表面でも軸足が滑らなくなり、膝が崩れることがなくなった。【図2】

しかし、体重が重く足の重量がある方や股関節の柔らかい女性等は、組んだ足を支えておく必要があるため、足の左右方向への保持をした状態で腹部圧迫介助等、力を要するこ

とが多く、さらなる補助具が必要な場合もあった。【図3】

そこで、足を組まずに右足挙上のみにて検査ができるように「右足挙上用の足台」を作成した。ドクターのCS挿入操作に支障のない空間が確保できる高さを検討するために、足台の高さを20センチ、25センチ、30センチで試作し比較した。低めでは挿入操作に支障があり、高めでは足の挙上不安定となるため最終的に25センチが最適な高さとなった。それを踏まえ、高さ25センチの「バスチェア」を購入して上面にタオルと防水シートでクッション性をもたせた足台を作成した。【図4】

実際に使用してみると高さやクッション性には問題がなかったが、足台の上で足が転がり左右方向への不安定さが見られた。

そこで伸縮性のあるマジックテープ付きベルトを足台に取り付けて足を固定したところ、不安定さが解消され安定して使用でき、鎮静下で完全に脱力状態の患者への使用でも、ほぼ足を支える必要がなくなった。【図5】

【結果】

ノンスリップスリッパや右足挙上用の足台を使用することで、体位保持の労力が軽減された。これによりさらに腹部圧迫介助に集中ができたり、患者さんへ不安軽減の声掛けを十分に行うことができた。

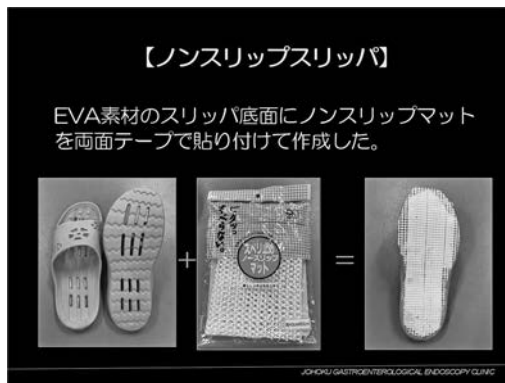
【考察】

スリッパ・足台ともに体位保持の補助具としてメリットがあり、大きなデメリットは見られなかった。以上のことから、CS介助者の負担軽減は勿論ながら、術者、介助者ともに検査に集中することができるため、より円滑なCSが実施できると思われた。

【結語】

「ノンスリップスリッパ」は軸足の滑りを防ぎ、「右足挙上用の足台」は鎮静下で完全に脱力状態の患者でも、ほぼ足を支える必要がなくなりCS体位保持による介助者の負担軽減に有用であった。今後さらなる負担軽減への取り組みを検討していきたい。

【連絡先：〒860-0085 熊本市北区高平3丁目14-35 TEL096-341-5050】



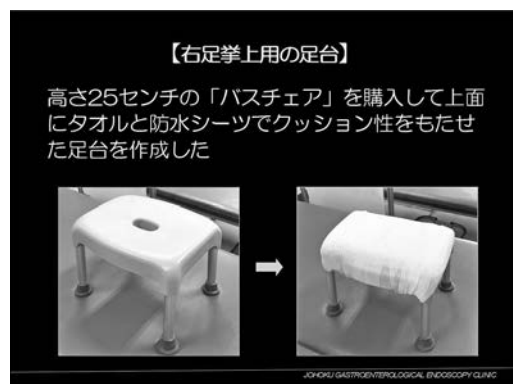
【図 1】



【図 2】



【図 3】



【図 4】



【図 5】

2. 当院における大腸ポリープ摘除術の現状と今後について

医療法人 悠池会 池田内科
内視鏡技師 ○自見 志保
看護師 片渕 杏奈
医師 池田 圭

【背景、目的】

近年、本邦では大腸ポリープ摘除術の一つとしてcold snare polypectomy (CSP) が広く普及してきている。当院でも大腸ポリープ摘除術の多くでCSPが行われるため、もう一つの摘除法であるEndoscopic mucosal resection (EMR) との比較を行うことで、適切な治療法、介助法について考えた。

【方法】

2020年9月から2021年12月において当院にて76例の大腸ポリープ摘除術を施行した。16か月間でCSPが施行された症例57例、EMRが施行された症例19例について、年齢、男女比、平均切除数、平均腫瘍径、肉眼的分類、JNET分類、組織型を比較した。

【結果】

平均年齢はCSP群で68.4歳、EMR群で67.2歳と差を認めなかった。また男女比、切除数についても両群で差は認めなかった。腫瘍径については、CSP群で1-6mmの平均3.42mm、EMR群で4-20mmの平均7.68mmと差を認めた。肉眼的分類ではCSP群で有意にIsポリープが多かったことに対して、EMR群では亜有茎性や有茎性ポリープの割合が多くなった。JNET分類についてはCSP群ではType1の割合がやや多くなった。組織型については大きな差はなかったが、EMR群で1例、adenocarcinomaを認めた。断端評価不能病変はCSP群での1例のみに認めた。

【考察】

CSPは本邦で認知されている通り、当院でもclean colon達成に寄与する重要な治療法と考えている。しかし無茎型ポリープを切除することがEMRと比べ多くなるという特性があるため、不完全切除割合が高くなる傾向にあると考えられる。そのため確実な良悪性の診断のために当院では最新式の内視鏡システムを導入し、CSPについてはコールド専用スネアを使用、また、全例に拡大内視鏡スコープを用いている。そのため数mm程度の小ポリープでもNBI拡大観察で悪性化を疑いEMRが選択されることもある。そして、ポリープ切除時には熱変性をきたさないため、またサイズの小さな検体は回収時に紛失や断片化

する可能性が高まるため、それを防ぐ意味でも病変よりもやや大きめに切除することが多いことから、介助者（内視鏡技師、看護師）はそれを認識しておく必要がある。スネアリング時は、EMRと異なり局所注射による粘膜の色調変化での十分なマージンの認識ができないため術者はスネアを粘膜面に押し付けやや距離をとり介助者も含めて視野の確保を十分できるようにしている。

【結語】

CSPは本邦において急速に普及し、当院でも大腸ポリープ摘除術の7割程度を占めるようになってきている。それに伴い介助者もCSP施行時の介助法の習得が必須となってきている。当院ではこれまでCSP時の断端評価不能病変をほとんど認めておらず、また、現時点で担癌症例は認めていないが、一般的には10mm未満のポリープでも担癌症例が認められることから、より慎重な介助が求められていると考えられた。

	CSP	EMR
平均年齢	68.4歳(43-85)	67.2歳(38-93)
男女比	30人:27人	9人:10人
切除数	1.59個(1-3)	1.68個(1-4)
腫瘍径	3.42mm(1-6)	7.68mm(4-20)
肉眼的分類(I s: I sp: I p:2A)	(51:5:0:1)	(6:11:2:0)
JNET分類(1 : 2A)	(12 : 45)	(2 : 17)
組織型 (adenoma:adenocarcinoma:その他)	(46:0:11)	(14:1:4)

【連絡先：〒843-0302 佐賀県嬉野市嬉野町大字下野丙39-1

医療法人悠池会 池田内科 TEL0954-43-2123】

3. ESDにおける治療介助のAAA

－究極の安全・安心・安楽と医師が望む介助を目指して－

医療法人社団如水会 今村病院内視鏡治療センター

内視鏡技師 ○馬場 仁美、平橋 知栄、山口 真実

看護師 佐藤 佳代、薬師寺 絵美

臨床工学技士 櫻 井晶子、石橋 孝司

消化器内科 小林 起秋、田中 亮介、橋口 一利

【はじめに】

内視鏡的粘膜下層剥離術（以下ESD）は標準治療として確立していますが、巨大病変や観察さえ困難な症例も多くあり、術者のストレスは図り知れない。術者が確実な手技を施行し、短時間での低侵襲で安全な治療を提供することができるよう、医療スタッフのサポートは重要である。当院でのESDは術者、麻酔科医、第一助手、第二助手、看護師、臨床工学技士の6名にて行っており、助手は医師ではなく、内視鏡技師、看護師、臨床工学技士である。

【目的】

チーム医療の中で安全・確実な治療のため医師と共にESDをいかに円滑にかつ効率的に行えるかを検討・施行した。

【当院での取り組み】

- ① カンファレンスの実施：担当医師から、病態、治療戦略、所要時間、使用デバイスなどの情報提供がりにこの時にタイムアウト表を作成する。
- ② 治療時に使用するデバイスのレイアウト：不必要な物品は極力省き、必要な物品のみを配置し、治療中においてもカート上の整理整頓は怠らない（図1）。
- ③ ソフト面でのレイアウト：各術者の身長、好みの高さにベッドを調整し、フットペダルは移動しないように滑り止めマットを使用する（図2.3）。
- ④ 各デバイスの準備：スコープに先端フードを装着しナイフが干渉しないかを臨床工学技士が事前確認する（図4）。また、S-Oクリップ以外の独自作製したリング付きクリップなどの準備を行う。
- ⑤ タイムアウト：タイムアウトを行うことによりストラテジーを共有し各スタッフが治療の流れをイメージしながら介助に望むことができる。
- ⑥ 治療における工夫：各種デバイスは1回目の鉗子口挿入時にテーピングを行う。このテープがストッパーとなり次回からのデバイス挿入作業が容易になる（図5）。また、

デバイスを渡す際は鉗子口へ垂直になるように術者へ渡し（図6）、術者が手元を見ずに画面へ集中できるように行う。

- ⑦ デバイス入れ替え：デバイスの入れ替えはスライド式にて行う。第一助手がデバイスを引く際に、第二助手が次に使用するデバイスを準備し、術者の手元に渡す（図7）。第二助手は出血や治療の流れを予測し事前に動くことを要求されます。
- ⑧ 高周波説定に関するハンズオン：医師と臨床工学技士にて鶏肉を用いて模擬試験を実



(図1)



(図2)



(図3)



(図4)



(図5)



(図6)



(図7)



(図8)

施し、各種モードの確認を行い、状況に応じて設定変更できるようにトレーニングを行っている（図8）。

- ⑨ 術中管理：看護師はバイタルサインや鎮静深度の評価、腹部所見や皮下気腫の有無などの観察を行い異常の早期発見に努め、タイムキーパーの役割も兼ねている。

【考察】

効果的にESDを行うため、事前準備から術中管理まで各スタッフの果たす役割は大きい。カンファレンスを行い、役割を明確にすることで治療参加の意識が向上し、ストラテジーを共有することで、予測して動くことができるなど、目に見えない相乗効果がある。この取り組みにより術者のストレスが軽減し、治療に集中できることで治療時間が短縮し、結果として「AAA」に繋がっていると考ええる。

【結語】

ESDにおいては年々新しいデバイスが開発されているが、介助者としての役割は変わらない。医師の高度な技術に各スタッフの適切なサポートが加わることで、円滑かつ効果的な治療が成り立つ。常に「AAA」を目指して適宜改良し施行時間の短いESD介助に取り組む姿勢が重要であると考ええる。

【連絡先：医療法人社団如水会今村病院 内視鏡治療センター

〒841-0061 佐賀県鳥栖市轟木町1523-6

TEL：0942-82-0489 FAX：0942-85-2190

URL：http://www.josuikai.or.jp E-mail：hitomi-baba@josuikai.or.jp】

4. 事例を通した消化器内視鏡検査の安全管理体制の構築

医療法人社団高邦会 高木病院 消化器センター

臨床検査技師 ○江崎智佳子、稲益 杏衣、野中 静玖

飯田 夏妃、中島 久恵

消化器内科 山内 康平 中村昌太郎

【背景】

近年消化器内視鏡検査において、苦痛の少ない検査に対するニーズの高まりもあり、鎮静薬を使用するケースが増加している。鎮静薬を使用する事で検査の苦痛や不安を解消する事が可能となる一方、偶発症による患者の不利益となる可能性もある。

【目的】

当院で発生した近年の鎮静薬使用による問題事例を通して、内視鏡室の安全管理体制の改善を図る。

【対象・方法】

- a. 2020年3月～2021年10月の間、鎮静下内視鏡（主にERCP）に関連したインシデントを抽出する。
- b. 検査に関する問題点について、医療安全委員会、麻酔科医師を交えた検討会で改善策を協議する。
- c. 検査前のリスク評価、検査時の麻酔管理体制についてマニュアルを作成する。

【結果】

鎮静下内視鏡検査に関連したインシデントは8件抽出され、原因疾患は総胆管結石性胆管炎が半数を占め、症状は血圧低下が62%と一番多く次いで呼吸停止、インシデントレベルは3aが75%であった。今回、呼吸停止を起こした事例について検討した。

事例1：57歳男性、十二指腸乳頭部癌に対して内視鏡的胆道ドレナージ術目的にERCを施行した。ミダゾラムで鎮静を開始したが、検査中に体動が激しくなり、プロポフォールに鎮静薬を変更した。変更5分後にSpO2測定不可能となり、閉塞様呼吸がみられたため検査は中断し、バックバルブマスク換気を開始した。頸部が太く、気道確保に難渋したものの、徐々にSpO2の上昇が得られ、呼吸状態は安定した。後にこの患者に対して日本麻酔科学会気道管理ガイドラインの術前に評価すべき12の危険因子にあてはめると合計9項目に該当し、マスク換気困難と気管挿管困難が同時に発生する予測危険クラスはVに分類された。

事例2：86歳男性、2カ月前より黄疸出現。2週間前より体動困難で意識障害出現したため救急要請された。救急搬送時の検査にて診断された胆管癌による閉塞性黄疸に対して内視鏡的胆道ドレナージ術目的にERCを施行した。当日、他の内視鏡検査も行われていたため、この事例は消化器医師1名、看護師2名、臨床検査技師2名で対応することになった。ジアゼパム、プロポフォールで鎮静を開始後に呼吸停止状態となったため、薬剤を中止し消化器医師1名、臨床工学技士2名、看護師数名のスタッフ追加要請をただちに行った。その後、気管内挿管、人工呼吸器管理を行いながら胆道ステントを留置した。後にアメリカ麻酔科学会術前状態分類（ASA-PS分類）にあてはめるとクラスⅢ～Ⅳに該当した。

【考察】

- ① 術前に評価すべき12の危険因子、マスク換気困難と気管挿管困難が同時に発生する可能性（Kheterpalモデル）を用いて鎮静薬使用による呼吸状態悪化リスクの高い患者のスクリーニングを行う。全身状態に関してはASA-PS分類を用いてclass Ⅲ以上は麻酔科へのコンサルトを考慮する。
- ② 術前評価でハイリスクと判断した症例については、麻酔科もしくは救急科医師の立ち会いを依頼し、これが難しい場合は急変対応要員を含めた複数の消化器内科スタッフで検査にあたる。または他の検査法の検討を行う。

【結語】

現在改善策を元に、麻酔科、救急科と実際の運用方法についてフローチャートを協議中である。引き続き内視鏡室の安全管理体制改善に向けて努力していきたい。

《利益相反：無》

【参考・引用文献】

日本消化器内視鏡学会：内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン（第2版）2020年

【連絡先：〒831-016 福岡県大川市酒見141-11 TEL0944-87-0001（代表）】

5. 下部消化管内視鏡腸管洗浄剤の自宅服用への取り組みと評価 —自宅服用移行の割合と安全性の評価—

JCHO佐賀中部病院 看護部 外来内視鏡室

内視鏡技師 ○野中 美和

看護師 山下 里美、東 佑美、古賀 洋子、飯盛英美子

医師 中野 良

【はじめに】

当院では下部消化管内視鏡（以下大腸カメラ）は年間約900件であり、日帰り検査・治療は約800件行っている。2020年度まで大腸カメラの前処置は全症例院内で行っていた。以前より受検者からトイレ数が少ない事、前処置室（以下前室）からトイレまでの距離があり不安という意見が多々あった。又、胃カメラ介助とカメラ室と隣接しない大腸カメラ院内服用者の観察を行う事は、十分な看護になっていないのではと不安に感じていた。更に新型コロナウイルス感染拡大に伴い前室入室可能人数を制限した方がよいとの意見もでてきた。現在では自宅前処置を行っている施設も多く、これらの問題解決の為に当院でも自宅服用へ移行したいと考え取り組んだ。

【目的】

- ①自宅服用が可能であった割合の明確化
- ②気分不良発生数とその内容・対処方法を把握
- ③自宅服用への取り組みは安全が確保できるものであるか検討
- ④問題解決につながるものであったかを検討する

【倫理的配慮】

本研究は、当院倫理委員会の承認を得て、受検者が特定されないよう配慮した

【対象】

2021年4月～2022年1月の自宅前処置受検者283名

【方法】

- ①医療安全委員会へ自宅前処置意向の申請と承認
- ②自宅前処置可否指標のフローシート作成
- ③上記プレテスト
- ④チェックリストへ変更（医療安全管理委員会承認）

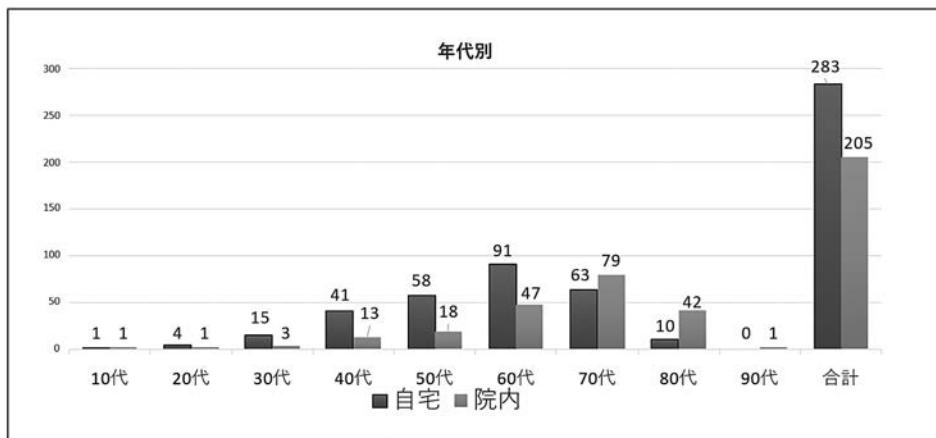
- ⑤薬剤の検討
- ⑥自宅前処置用説明書作成（診療情報委員会・医療安全管理委員会承認）
- ⑦全館医師へ自宅前処置周知、外来看護師へ自宅前処置説明内容周知
- ⑧2021年4月チェックリスト運用、自宅服用開始
- ⑨当日の電話相談内容を後ろ向き調査

【結果】

- ①受検者の約58%が自宅服用となった（図1）
- ②自宅服用受検者の電話対応と内容（n = 16）
 - ・排便回数の報告（2件）
 - ・嘔気と腸管洗浄剤の残量服用拒否（8件）
 - ・ピコスルファート（前日21時服用）服用後の腹部違和感→院内前処置へ変更
 - ・ピコスルファート服用後の冷汗・腹痛→後日院内前処置へ変更
 - ・腸管洗浄剤服用中の頭痛薬服用の問い
 - ・腸管洗浄剤服用前の下痢症状の問い
 - ・腸管洗浄剤服用2時間後の未排便

結 果①

受検者の約58%が自宅服用となった



（図1）

【考察】

自宅で気分不良が発生した場合は受検者やその家族に連絡などの判断が委ねられる。自宅前処置は受検者の安心安全が確保されたシステムの体制が必要と考える。

自宅服用者の電話連絡について、受検者の気分不良や相談時は病院へ連絡ができており、医療者側も受診の勧めや院内服用に切り替える等の対応ができています。これは看護師の予約時の説明がスムーズに行えた事、又、受検者の有事の際の説明書の活用ができたことは、安全性の高い自宅服用のツールだったと判断する。又、ピコスルファートによる気分不良の連絡があった事は、チェックリストや説明書内へ追加修正の必要があると考える。

チェックリストでは70歳以上から院内服用と定めているが、様々な理由で自宅服用を希望する受検者もみられる。その際は安全性が確保できると判断した場合に限り主治医の許可で自宅服用を可能とした。今回70代（75～79歳含む）の5割、80代の2割に自宅服用が可能であった事は、チェックリストが有効なものであり今後は年齢範囲の拡大も期待したい。

しかしながら年齢や服用場所に関わらず受検者の精神面や要望に応じた対応は必要である。安心安全に前処置ができ、検査に至るように援助する事が重要であり、今回の取り組みは問題解決の前進になったのではないかと考える。

【結語】

- ①チェックリストを使用したことで、医療者・受検者の両者が統一したトリアージができ、安全性が高かった
- ②受検者の自覚症状に対する対応は適切であった
- ③前処置服用場所は年齢に関係なく受検者のニーズに合わせた対応が重要である

【連絡先：〒849-8522 佐賀市兵庫南3丁目8-1 TEL0952-28-5311（代表）】

第81回 九州消化器内視鏡技師学会を終えて

第81回九州消化器内視鏡技師学会

嬉野医療センター

学 会 長 齊藤 直美

学会長補佐 古川美美子

令和4年6月25日（土）佐賀県佐賀市文化会館におきまして第81回九州消化器内視鏡技師学会がハイブリッドで開催されました。また、研究会から学会へと昇格された最初の学会ということで学会の名にふさわしい会にしよう九州役員、佐賀役員の皆様とともに準備をしまいいりました。初めてのハイブリット開催であり、更に感染対策も十分に行える人数として現地参加者を佐賀県内に勤務する方限定とさせていただいたため参加者の皆様にはご不便をおかけし申し訳ありませんでした。

また、学会の運営側に携わったことのない私たちがこのような大役を担っていきけるのかとても不安でした。しかし現地では90名の方が観覧していただき大きなトラブルもなく無事に会を終えることが出来ました。Web参加においては1069名の方にご視聴いただき大変嬉しく思っております。

特別公演では、佐賀県医療センター好生館 消化器内科 医長 富永直之先生に診断から治療までを細かく御教授いただきました。ランチョンセミナーでは、如水会 今村病院 内視鏡治療センター長の橋口一利先生による内視鏡診療・最適なワークフローに欠かさないIEEとAIに関するご講演。教育講演では、唐津赤十字病院 第一内科副部長の宮原貢一先生にEUSを使った患者様への侵襲の少ない処置、内視鏡治療の進化についてご講演いただき大変興味深い、勉強になる内容でした。

今学会のテーマを“思いやりのある内視鏡”とし、『内視鏡検査・治療における鎮静について』をテーマにワークショップを企画いたしました。佐賀県内、長崎県、熊本県、大分県のご施設からも発表していただき、各施設による共通点や違いが分かり自施設の課題が見つかったと言っていた方もおられました。

一般演題に関しては、11題も登録いただいたこと、とても感謝しております。内容も内視鏡治療介助のコツ・スタッフ教育、前処置・感染管理に関することなど様々な視点から多くの演題を発表いただき幅広い知識や技術を参加された皆様と共有できたものと確信しております。

最後になりましたが、第113回日本消化器内視鏡学会九州支部例会会長綱田誠司先生（嬉野医療センター）をはじめ医師世話人の山口太輔先生（嬉野医療センター）、今学会プログラムにご協力賜りました各施設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の皆様、佐賀県実行委員の皆様、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。今後の皆様の益々のご健勝をお祈りし、御礼の言葉に代えさせていただきます。ありがとうございました。

第29回 日本大腸検査学会九州支部会

日 時 : 令和4年8月20日(土) 9:00～15:20

会 場 : 沖縄県医師会館 3Fホール

会 長 : 琉球大学病院 金城 徹

I. 開会挨拶 琉球大学病院 金城 徹

II. 一般演題 医師の部

座長: 中頭病院 座 覇 修

宮崎大学医学部附属病院 山 本 章二郎

III. 一般演題 メディカルスタッフの部

座長: 琉球大学病院 金 城 真由美

佐賀大学医学部附属病院 大 野 明 博

IV. 理事長講演

「大腸がんの診断 pit pattern診断からAI・遺伝子診断まで」

司会: のぞき消化器IBDクリニック 野 崎 良 一

演者: 昭和大学横浜市北部病院 工 藤 進 英

V. ランチョンセミナー

司会: 浦添総合病院 金 城 福 則

「日常診療における大腸カプセル内視鏡活用術

ーがん診断ツールとしての有用性ー」

演者: 弘前大学大学院医学研究科 平 賀 寛 人

「Point-Of-Care Ultrasound (POCUS) によるクローン病診断と

ウステキスマブを用いた治療」

演者: 川崎医科大学 松 本 哲 志

VI. 教育講演

司会: 井上病院 大仁田 賢

「『熊本地震からの警告』～大腸内視鏡検査中の対応を含む～」

演者: 元熊本地域医療センター 淡 路 誠 一

「AI時代における大腸内視鏡スクリーニング」

演者: 筑波大学 坂 本 琢

一 般 演 題

一 般 演 題：メディカルスタッフの部

O-07 大腸内視鏡検査前処置中に行う

簡易的なエントログラフィー検査についての検討

埼玉メディカルセンター 放射線技術部 田中 一臣

O-08 当院の大腸CT検査導入までの取り組み

北部地区医師会病院 放射線室 仲間 慶介

O-09 大腸内視鏡検査前処置におけるモビプレップ配合内容剤の分割投与の有効性と安全性の検討

医療法人潤愛会 鯨島病院 古別府美和

O-10 アルコールベース銀系抗菌製剤による内視鏡室における抗菌効果の検証

医療法人康陽会 花牟禮病院 立神 潤

O-11 COVID-19患者に対応した消化器内視鏡検査の感染対策

琉球大学病院 光学医療診療部 島袋 敏江

O-12 クリニック開業における内視鏡室の工夫

～パート1：レイアウト編～

のぞき消化器IBDクリニック 西坂 好昭

－発表要旨・論文－

一般演題：メディスタの部

O-07 大腸内視鏡検査前処置中に行う簡易的なエントログラフィー検査についての検討

¹⁾ 独立行政法人 地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 放射線技術部

²⁾ 公益社団法人 東松山医師会病院 放射線科

田中 一臣¹⁾、田島 大¹⁾、関本 将大²⁾

【目的】

ポイツ・ジェガース症候群のような消化管隆起性病変に対しての検査方法は、小腸カプセル内視鏡やバルーンを用いてのバリウム検査・造影CT検査などがあり、装置等のインフラ面・検査技師の技術的な問題等で検査不可や踏み切れない事もあるかと思います。そこで今回は、小規模・中規模医療機関においても導入実績が多いCT装置を用いての検査方法であるエントログラフィーにおける腸管検査について検討します。

【使用装置】

GE社 Revolution GSI 根本杏林堂 Dual Shot

【患者】

性別：男性 年齢：35歳

【当日のタイムスケジュール】＊詳細は当日のパワーポイントに明記します

9：00 マグコロールやニフレック等の下剤を飲み始める

10：00 全体量の6割以上飲んでいる事を確認する

10：10 検査説明を行った後、造影CT検査実施

10：20 造影CT検査終了

14：00 大腸内視鏡検査施行

【造影プロトコル】

単純CT：腹部～骨盤 動脈相（Smart Prep）：腹部～骨盤 遅延相（注入後90秒）：胸部～骨盤

ヘリカルピッチ：0.984：1 ASiR：50% ローテーションタイム：0.5秒

造影剤：イオパミドール300 100ml

【結果】

小腸・大腸内は下剤（水分）に満ち腸管の拡張を認めた。最小サイズで5mm程度の隆起性病変も確認出来たため、腸管における隆起性病変のスクリーニング・フォローアップに効果的な検査だと考えます。

【所感】

欠点として造影CT検査前に腸管の拡張具合を確認する方法が無いためクオリティーの担保が難しい事や、造影CT検査中において便意の我慢があるため、年齢や病気による制限が考えられる。

しかし、同日に検査が行え大腸内視鏡検査とCT検査の保険請求も可能である事から病院経営にも繋がると考えます。

何より地方において、遠くの大学病院・先進医療機関等に行かず比較的身近な医療機関で疾患のフォローアップが可能になると考えます。

O-08 当院の大腸CT検査導入までの取り組み

¹⁾ 北部地区医師会病院 放射線室

²⁾ 消化器内科

仲間 慶介¹⁾、関口 智子¹⁾、喜納 裕一¹⁾

大湾 朝尚²⁾、諸喜田 林²⁾

【背景】

大腸がん患者数は年々増加しており、沖縄北部医療圏においても増加傾向にある。

また、検診以外の通常診療で病期が進んで発見される問題がある。

そこで、今まで大腸検査を避けていた方の入り口になる選択肢を提供するために、大腸CT検査の導入を決定した。

【導入の道のり】

導入にあたり検査を困難にしたのは大腸CTの標準化がなされていなかったことであり、他施設見学や、文献を参照することで独自に試行錯誤しなかった。

そのため担当技師を注腸検査の経験者、または研修を受けた者に限定した。

【現状】

2019年の開始から現在までに53症例の検査を行っているが、その大半が内視鏡挿入困難例、過去の内視鏡検査の疼痛により検査を渋る患者で、大腸内視鏡検査の代わりとして貢献している。またドックにも導入し、興味を示して検査を受ける方も少しずつ増えてきている。

【課題】

残念ながら、一般住民はもちろん、医療従事者においても大腸CT検査の認知度は低い状態にある。したがって、必要な方に大腸CT検査を受けて頂くためには、住民健診の場を利用したり、県北部医療機関を対象として啓蒙・広報活動を積極的に行う必要がある。並行して院内においても技師の育成、撮影技術の向上が必須の課題となる。

O-09 大腸内視鏡検査前処置におけるモビプレップ配合内容剤の分割投与の有効性と安全性の検討

医療法人潤愛会 鯨島病院

古別府美和、山村みち子、久米 千冬、柳 久美子
児玉 律子、永手ちとせ、藤島 恵里、西俣 友博
長井 伯浩、新地 直仁、明日 育子、上野真里南
宮下 麻美、前原 修一、濱元ひとみ、家守 雅大
西俣 伸亮、平川あさみ、鯨島由規則

【目 的】

本邦においては高齢化が進む一方で、日本人は便秘及び大腸癌の疾患率が高いとされており、大腸内視鏡検査の重要性は高まっている。高齢者や便秘の患者は、大腸内視鏡検査の前処置で1-2Lのモビプレップ配合内容剤（以下モビプレップ）を数時間で内服することは誤嚥や腹痛等のリスクもあり慎重を要す。当院ではそのような患者には検査前日入院とし、モビプレップを検査前日及び検査当日の午前中の分割投与としている。今回、分割投与における服用量や洗腸効果、ならびに患者の忍容性についてアンケート調査を行ったので報告する。

【対象と方法】

2022年2月21日から2022年4月30日までの70日間、検査前日入院でモビプレップの分割投与を行った59例。検査前日及び当日のモビプレップ服用量やその忍容性についてのアンケートに加え、検査施行医に大腸各部位においての洗腸効果について評価を行った。

【結 果】

年齢中央値は76歳（43-91）で男女比は24：35。検査前日のモビプレップ服用量は中央値500ml（500-1000）で内服後初回排便までの時間は中央値80分（19-210）で同日の排便回数は中央値で6行（1-20）であり、検査当日のモビプレップ服用量は中央値1000ml（1000-1500）で内服後初回排便までの時間は中央値50分（0-165）で同日の排便回数は中央値で7行（2-16）であった。本投与法での副作用は11例（18.6％）に見られ主な副作用は嘔気6例、頭痛3例、腹痛3例だったがいずれも許容範囲で検査は完遂可能であった。洗腸効果については55例（93.2％）で検査に支障のない範囲での洗腸効果であった。最後に次回以降も同様の検査法を希望されるかの問いについては49例（83.0％）が希望された。

【結 論】

大腸内視鏡検査前処置におけるモビプレップの分割投与は患者の忍容性、洗腸効果共に有効であった。

O-10 アルコールベース銀系抗菌製剤による内視鏡室における抗菌効果の検証

¹⁾ 医療法人康陽会 花牟禮病院

²⁾ 富士フィルムメディカル株式会社

立神 潤¹⁾、花牟禮康生¹⁾、本田 昭彦¹⁾、有村 彰洋¹⁾

橋口 和明¹⁾、佐野 晃史²⁾、木須 正幸²⁾

【目 的】

内視鏡室の日常的使用下における検査装置および環境表面の汚染状況を明らかにし、継続的な使用により抗菌効果が向上するアルコールベース銀系抗菌製剤を用い、臨床現場において本製剤の継続的使用による抗菌効果向上の検証を行う。

【方 法】

1) 菌採取は環境微生物検査用一般生菌数測定用クリーンスタンプ（ニッスイ）SCD寒天とATP検査用ルミテスター（キッコーマンバイオケミファ）を使用し汚染の程度を目視と数値で確認した。なお、菌の同定はしていない。

2) 現状汚染状況調査

内視鏡室、更衣室を対象とし、患者待合から退室までの検査フローの中で、患者および技師が接触する7箇所から診療終了後に菌採取を行い、菌が検出されかつ特に多く触れる4箇所について調査を行った。

3) HydroAg⁺アルコールクロス・スプレー（富士フィルム株式会社）効果検証

同構造の内視鏡室・更衣室各2室a・bのうち、aを対象群、bを使用群とした。待合ソファは1台を半分に分け使用群と対象群とした。両群にて検証開始前にアルコール製剤で清拭を行い、菌採取およびATP測定により初期値を測定した。その後、対象群はアルコール濃度80%のクロスおよびスプレーを使用、使用群はHydroAg⁺クロスおよびスプレー80%を使用し診療終了後に1回/日の清拭を行い、7日目および14日目の診療終了後（清拭前）に菌採取とATP測定を行った。

【結 果】

1) 効果検証

対象群はATP検査数値が各検査で数値のばらつきがみられたが、使用群においては清拭直後、7日目、14日目と減少傾向が見られた。

【結 論】

アルコールベース銀系抗菌剤の継続使用によりATP測定値の減少傾向がみられたことからアルコールベース銀系抗菌製剤（HydroAg⁺）のコーティング塗り重ねによる抗菌効果向上の可能性が示唆された。

【考 察】

アルコールベース銀系抗菌剤は、同一箇所に繰り返し使用することにより銀系抗菌剤を含んだコーティング層が塗り重ね抗菌効果が向上すると報告されている。しかし内視鏡技師をはじめ、入院/外来患者が混在し、検査時には内視鏡技師・患者の両者が環境表面を高頻度で触れる内視鏡室での検証報告はない。本研究によりアルコールベース銀系抗菌製剤を内視鏡室に継続的に使用する事で菌数増加を抑制できる可能性がある。

O-11 COVID-19患者に対応した消化器内視鏡検査の感染対策

琉球大学病院 光学医療診療部

看護師：島袋 敏江、大城チエミ、比嘉 紀晃

内視鏡技師：金城真由美

医師：金城 徹

【はじめに】

今般、新型コロナウイルス（以下、COVID-19）の流行により世界が感染の脅威にさらされている。日本消化器内視鏡学会からは、密閉された空間での高濃度の汚染されたエアロゾルによるウイルス感染が高頻度であることや、糞便からのウイルス排出の感染拡大も指摘されている。COVID-19患者の消化器検査受け入れを想定にシミュレーションを行った結果、役割行動を明確にしていく必要性を感じたため、COVID-19患者への内視鏡検査マニュアルを作成し、患者・スタッフともに安心・安全に検査が追行できるように役割行動を可視化した。今回「COVID-19患者検査時マニュアルを作成」に至るまでを報告する。

【目的】

COVID-19患者に於ける消化器内視鏡検査の対応をスタッフ全員が安全に行うことができる。

【方法】

1. COVID-19患者の消化器内視鏡検査を受け入れる想定で医師・看護師・臨床工学技士と合同でシミュレーション実施する。
2. COVID-19患者検査時マニュアル作成する。

【結果・考察】

COVID-19患者の消化器内視鏡検査受け入れを想定し、シミュレーションを数回行ったが、初回の検査受け入れは想定外の対応が多く、各自の役割行動がつかめなかった。COVID-19患者の検査室の準備・検査中の対応・防護具着脱・検査後の汚染物の廃棄方法・検査室片づけ・UV照射方法・CS物品の処理・スコープ洗浄に於ける一連の流れについて役割を明確にし、ゾーニングを定める必要性を感じた。そこで、レッドゾーン・イエローゾーン・グリーンゾーンの各役割行動を、検査前・検査中・検査後に振り分けてCOVID-19患者の検査時マニュアルを作成した。役割行動をマニュアル化する事で、COVID-19患者の検査受け入れ時、各自の役割行動が可視化できた。又、マニュアル化を図った事で過剰に不安になることなく、安全・安心に検査が追行できたと考える。

【結論】

マニュアルを可視化することで安全かつスムーズな役割行動がとれる。

O-12 クリニック開業における内視鏡室の工夫

～パート1：レイアウト編～

のぞき消化器IBDクリニック

内視鏡技師：西坂 好昭、松平美貴子

医 師：野崎 良一

【はじめに】

当クリニックは、熊本県下で初めての炎症性腸疾患専門のクリニックとして令和3年9月1日に開院した。内視鏡検査・治療に対しては、消化器内視鏡指導医と消化器内視鏡技師による質の高い検査・治療を提供することを理念としている。

以前は166床を有する病院に勤務していた。病院の移転リニューアルの際、内視鏡センター部門を新設することになりレイアウト構築から携わった。その経験を活かし今回のクリニックも設計の段階から関わり、設計士とともに検討を重ねた。その成果を報告するにあたり、今回レイアウトに絞って報告する。

【方 法】

マルチソサエティガイドラインに沿って理想的な内視鏡室の実現に向けて、レイアウト構築において工夫したことを述べる。

1. 洗浄・消毒室の工夫

- ① 洗浄室は汚染シンクと清潔シンクを区別し、運用は時計回りの一方通行とした。
- ② シンクの広さ・高さ・深さを指定し、前屈姿勢による身体的負担を軽減。
- ③ 床面は清掃しやすい素材。
- ④ 蛇口はセンサ使用で温度調節可能。
- ⑤ 天井と30cmの高さに換気扇（6回/時間の換気）設置。

2. 内視鏡検査・治療室

- ⑥ 電源ケーブルは天井吊り下げにした。
- ⑦ 吸引機専用個室を設け、吸引機からの臭気防止対策を行った。
- ⑧ 職員用手洗いシンクは自動活栓を設置。
- ⑨ 収納棚は床面より140cmの高さに設け、下部は機器類格納スペースとして確保した。

3. 前処置・リカバリー室

- ⑩ 前処置中・安静中の患者が常に観察できるレイアウトを構築した。
- ⑪ 十分なトイレの確保。
- ⑫ 汚染した際のシャワー室の完備。
- ⑬ ストレッチャーでスムーズに移動できるリカバリー室の配置。

【結 論】

前処置～検査・治療～安静～結果説明までの患者の一連の流れは、時計回りの動線が確保できた。それにより、患者同士が交差することがなく、さらにはスタッフと患者も交差しない動線が可能になった。また、環境整備・感染対策・事故防止対策にも十分対応できる効率の良いレイアウトが構築できた。

【まとめ】

今回、クリニックの設計の段階から携わり、設計士とともに検討を重ねレイアウトを構築した。その結果、マルチソサエティガイドラインに遵守した効率のよい内視鏡室、理想的な内視鏡室が完成できたと思われる。

《利益相反：無》

**学会・研究会等
開催のご案内・お知らせ**

第82回九州消化器内視鏡技師学会 プログラムのご案内 ～ 内視鏡技師を極める ～

2022年12月3日(土) 9:00～15:20

会場／熊本市国際交流会館

熊本市中央区花畑町4-18 TEL(096)359-2020 ※学会内容の問い合わせはできません

・今学会はハイブリット開催となります。

WEBで参加される方のリアルタイム配信はありません。オンデマンド配信期間内で視聴下さい。

配信期間：2022年12月19日(月) 12:00～2023年1月18日(水) 12:00

・参加には事前登録（現地参加の方も）が必要です。

・学会開始後、現地参加の方について11:30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。

・Web参加の方の証明書の発行には、240分以上の視聴履歴が必要となります。

規定の視聴履歴が確認されない方につきましては、証明書の発行はできません。

■内容

【開会の辞】9:00～9:10 例会長 医療法人社団魁正会 服部胃腸科 院長 櫻井 宏一

【特別講演Ⅰ】9:10～10:10

演題「大腸腫瘍における内視鏡診断と治療」

講師：熊本大学病院 消化器内科 特任助教 具嶋 亮介

【ワークショップ】10:15～11:25

演題「クリニックにおける大腸検査の現状と課題 ～前処置から治療後ケアまで～」

1. 服部胃腸科・熊本 2. おおかど胃腸科クリニック・熊本 3. 平野消化器科・宮崎
4. たちばなペイクリニック・長崎 5. かわもと記念クリニック・鹿児島

【技師試験説明】11:30～11:45

九州消化器内視鏡技師会 学術委員会

【休憩】11:45～11:50

【教育講演】11:50～12:50

演題「内視鏡室における病理検体用ホルマリンの取り扱い」

講師：株式会社ファルマ 今西 健二

【休憩】12:50～13:10

【特別講演Ⅱ】13:10～14:10

演題「今さら聞けないピロリ菌の話 ～基本から最近の知見まで～」

講師：医療法人社団魁正会 服部胃腸科 藤江 里美

【一般演題】14:15～14:55

1. クリニックにおける内視鏡室の良好な環境と効率的な業務について ————— のぎき消化器IBDクリニック
2. 大腸内視鏡前処置における急性腹症に対する当院での取り組み ————— 医療法人社団魁正会 服部胃腸科
3. 上部消化管内視鏡における感染管理について ————— 尾田胃腸内科・内科
4. 特殊検査助の育成についての取り組み ————— いづる今村病院
5. 大腸ステント安全留置のポイント ————— 社会医療法人 製鉄記念八幡病院

【機器取り扱い講習会オンデマンド配信説明】15:00～15:10

【閉会の挨拶】15:10～15:20

第82回九州消化器内視鏡技師学会 学会長 古庄 誠二

第83回九州消化器内視鏡技師学会 学会長 佐田州摩子

※当日参加の方も事前登録・事前支払いとなっています。参加費 4,000 円をお支払い頂けば、どなたでも参加可能となっております。

※ご都合により不参加となった場合でも返金はいたしませんのでご了承ください。

問い合わせ先

〒860-0004 熊本県熊本市中央区新町2-12-35

医療法人社団魁正会 服部胃腸科 古庄 誠二

TEL096-325-2300 FAX096-352-4778

E-mail:se-furu@hattori-clinic.com

※学会についての詳細は九州消化器内視鏡技師会HPでご確認ください。

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82回

九州地区内視鏡機器取り扱い等 講習会のご案内

WEBでのオンデマンド配信となります。

..... 配 信 期 間

2022年12月19日(月) 12:00 ~

2023年1月18日(水) 12:00

.....

- 講習会受講には、第82回九州内視鏡技師学会の参加事前登録が必要です。
- 登録方法・受講方法につきましては、九州内視鏡技師会ホームページの特設サイトでご確認ください。

■講習会内容

- ◎内視鏡の原理と構造
- ◎内視鏡の取り扱いと保守・点検
- ◎受講証明書の発行

担当講師：富士フィルムメディカル株式会社

- 証明書発行には下記の条件が必要となります。
 - ◎講習会(2時間30分)を全視聴いただくこと。
 - ◎講習会中表示されるキーワードをWeb申請フォームにて入力申請していただくこと。
- キーワード申請期間
2022年12月19日(月)12:00~2023年1月18日(水)12:00

注) ※受講につきましては、事前登録のみとなっています。受講費4,000円お支払い頂ければ、どなたでも受講可能となっております。(クレジットまたはペイジーでの決済のみ)
※ご都合により受講されなかった場合でも返金はいたしませんのでご了承ください。
※機器取り扱い(基礎編)は、オンデマンド配信のみとなります。
学会プログラムも現地開催後、上記期間にてオンデマンド配信をいたします。

第83回九州消化器内視鏡技師学会 開催のお知らせと一般演題募集のご案内

観往知来(かんおうちらい)～明日につなぐ内視鏡～

日 時 2023年5月13日(土) 9:00～17:00予定

開催形式は現地・WEBでのハイブリッド開催を予定しております

※新型コロナウイルス感染状況により開催形式が変更になる場合がありますので、
詳細は九州消化器内視鏡技師会ホームページおよび第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

福岡県福岡市中央区天神5丁目1-23
Tel.092-761-6567

※学会内容の問い合わせはできません。
内容につきましては九州消化器内視鏡技師会
ホームページおよび第2報でお知らせ致します。

(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

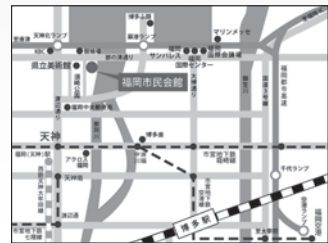
46番乗車⇒「市民会館南口」下車、徒歩4分

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」出口より出下さい。)

内 容 第83回内視鏡機器取り扱い講習会(基礎編)

①教育講演 ②特別講演 ③ワークショップ

④一般演題 ⑤ランチョンセミナー

演題応募要項 ①九州消化器内視鏡技師会ホームページよりご応募下さい。

「演題に関する注意事項」をご参照ください。

②演題発表はWindows Power Point2016以上でお願いします。

演題応募締切日 2022年12月31日(土)必着

※内視鏡コメディカル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115回日本消化器内視鏡九州支部例会

例会長

聖マリア病院

河野 弘志

第83回九州消化器内視鏡技師学会

医師世話人

聖マリア病院

上野恵里奈

学 会 長

聖マリア病院

佐田州摩子

九州消化器内視鏡技師会会長

平田 敦美

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

第 89 回 日本消化器内視鏡技師学会 プログラム

【学会長】有村 彰洋（医療法人康陽会 花牟禮病院）

【会 期】2022 年 10 月 28 日（金）・29 日（土）

【会 場】アクロス福岡

【主 催】一般社団法人 日本消化器内視鏡技師会

※プログラム等内容が変更となることがありますので、学会ホームページで最新情報をご確認ください。

第 89 回日本消化器内視鏡技師学会 学会 H P <https://www.pac-mice.jp/jgets89/>

第89回日本消化器内視鏡技師学会 第 1 日 2022年10月28日（金）

	第 1 会場 【1 階 シンフォニーホール】 1800席
	<イブニングセミナー> 受付は16:00～ ※参加証は2日間共通 (第2日目の受付は不要)
16:00	受付16:00～17:00
17:00	【イブニングセミナー】 「医療現場に活かす行動心理学 & 効果的なコミュニケーション」 講師：晴香 菜子 司会：有村 彰洋
18:30	
19:00	

第89回日本消化器内視鏡技師学会 第2日 2022年10月29日(土)

	第1会場 【1階 シンフォニーホール】 1800席	第2会場 【地下2階 イベントホール】 800席	第3会場 【4階 国際会議場】 300席	第4会場 【7階 大会議室】 200席	展示会場 1階:円形ホール 2階:交流ギャラリー ※一部メーカーは、 地下2階イベントホール 4階国際会議場 7階第5会議室前で 展示します。	
8:00	受付開始					8:00
8:50	開会式					9:00
9:10						
9:20	【教育講演1】 「感染対策とは！ ～新型コロナウイルス感染症対 策～」 講師：吉森みゆき 司会：岩永 明子	【教育講演3】 「内視鏡室における鎮静と課 題」 講師：佐藤 貴幸 司会：松島 貴博	一般演題4 「教育①」 ○14～○17 座長：藤本 邦弘	【特別企画】 「ここに注目！胃鏡施設と交換 のツボ ～実際にやってみよう～」 講師：伊東 徹 草間 龍一 司会：丸山 伸一 宮脇 葉月		9:30
10:00						10:00
10:10						10:10
10:20						10:20
10:30	【学会長企画講演】 「シームレスな協働に向けて動機 づけ面接のスタイルがもたらすも の」 講師：尾植 香織 司会：有村 彰洋	一般演題1 「管理」 ○1～○5 座長：萩野 和広	一般演題5 「教育②」 ○18～○20 座長：谷道 清隆			10:30
10:40						10:40
10:50						10:50
11:00			一般演題6 「安全管理」 ○21～○23 座長：岡林さよみ	一般演題9 「治療・処置具」 ○35～○38 座長：高木 基		11:00
11:30						11:30
11:50						11:50
12:00		【ランチョンセミナー1】 「即解決！内視鏡機器の点検ト ラブルシュート ～安心・安全・円滑な内視鏡 検査の実現へ～」 講師：土田美由紀 司会：出口 京子 共催：オリンパスマーケティング㈱	【ランチョンセミナー2】 「医師とメディカルスタッフの 協業から考える経鼻内視鏡のこ れから」 講師：原田 直彦、青木亜由美 司会：大波多歳男 共催：富士フイルムメディカル㈱	【ランチョンセミナー3】 「内視鏡業務における働き方改 革」(仮) 講師：松本 健太 司会：田村 君英 共催：ASPジャパン合同会社	機器・資料 展示会	12:00
13:00						13:00
13:10	【特別講演】 「消化器内視鏡診療における 多職種連携の重要性と課 題」 講師：引地 拓人 司会：佐々木文郷	【教育講演4】 「上部消化器疾患の内視鏡診療 と治療について」 講師：永田 信二 司会：石崎 淳子	【ベンダープログラム】 「「今、医師は何を求めている？」 最新の犬猫がん内視鏡治療のす べて！」 講師：根本 大樹 司会：大智智栄子	一般演題10 「洗浄・消毒」 ○39～○43 座長：古庄 誠二		13:10
14:00	【パネルディスカッション】 「シームレスな協働とは？ ～福島県と鹿児島県の内視鏡 医療コミュニケーション～」 福島県：佐々木裕子・遊佐 律子 氏家洋幸・本田 毅 鹿児島県：福富由美子・中村 志麻 假屋 佑紀・梅北 裕司	一般演題2 「看護①」 ○6～○9 座長：白石 智美	一般演題7 「感染管理」 ○24～○29 座長：川崎 正一			14:00
14:10						14:10
14:20				【機器等検討委員会企画】 「実際に深いERCPの基本手技…。 この場で福まるかもしれない、座 談会」 座長：吉村 兼 川西 幸洋		14:20
15:00						15:00
15:10						15:10
15:20	【教育講演2】 「あわさの内視鏡Forever ～内視鏡を求めて～」 講師：淡路 誠一 司会：山田 雅子	一般演題3 「看護②」 ○10～○13 座長：川原 政幸	一般演題8 「前処置・介助」 ○30～○34 座長：吉田 匡良			15:20
15:30						15:30
15:40						15:40
15:50						15:50
16:00						16:00
16:20	閉会式					16:20
16:40						16:40
17:00					撤収	17:00

**日本消化器内視鏡技師会から
認定試験・資格更新のお知らせ**

2023年度（第42回）消化器内視鏡技師認定試験実施のご案内

（※2022年6月3日更新）

■2023年度（第42回）消化器内視鏡技師試験申請の注意事項

- 受験申請期間が例年より早期・短期間となりますのでご注意ください。
- 受験資格の業績について2022年10月1日以降に開催の各講習会は対象外となります。
また、2022年9月中にWEB参加された場合も申請書提出時点で出席証がお手元にご用意できない場合は申請受理できかねますのでご注意ください。
- 学術試験はCBT方式・試験会社委託の全国のテストセンターでの実施を予定しております。
- 受験会場は受験者ご自身でオンライン予約をしていただきます。詳細や予約受付期間は学術試験案内送付の際（12月上旬頃）にご案内致します。
- 各会場の座席数には限りがございますので、希望会場の予約ができずお住いの近隣他県で受験いただく可能性もございますこと、予めご了承ください。
- 天災や今後の新型コロナウイルス感染症の影響により、日程や会場の変更・中止等になる可能性もございますが、交通手段及び宿泊費のキャンセル料は受験者ご自身の負担となりますこと、予めご了承ください。

【日程表（予定）】

受験申請書配信期間	2022年8月29日（月・正午頃）～2022年9月30日（金）
受験申請受付期間	2022年9月1日（木）～2022年9月30日（金・当日消印有効）
書類審査可否通知	2022年12月上旬頃に自宅宛てに郵送（予定）
学術試験日時	2023年3月5日（日） 受付時間：12時30分～12時45分 ※時間厳守・遅刻受入不可 試験時間：13時00分～15時00分
学術試験方法・会場	CBT方式で、試験会社委託の全国のテストセンターにて実施 （書類審査合格通知受領後に自身でオンライン予約）
学術試験可否通知	2023年5月上旬頃に自宅宛てに郵送（予定）

1. 受験資格について

受験申請時点で下記の1)～6)のすべての要件を満たしていることが必須です。

3)～4)については、参加済み・参加予定の学会や講習会が受験資格の対象であることをご確認ください。

1) 次のいずれかの医療関連法定資格を有していること。

対 象 資 格
看護師（助産師・保健師含）、准看護師、衛生検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、薬剤師

2) 過去5年以内に、日本消化器内視鏡学会認定の専門医（非常勤含む）が従事する施設で、内視鏡に従事した勤務年数が満2年以上であること。

- ・勤務年数が満2年以上であっても、他部門勤務期間や専門医不在期間は無効です。
- ・受験申請時に満2年以上であることが必要です。

3) 申請時点で日本消化器内視鏡技師会・技師会各支部主催の「消化器内視鏡技師学会」または「消化器内視鏡技師研究会」に2回以上出席していること。

- ・申請する年から遡って5年以内の出席に限ります。（第42回試験は2017年3月以降が対象）
- ・出席証明書紛失の場合は無効です。
- ・機器取扱い講習会、医学講習会、講演会、懇話会、消毒研究会、フォーラム、各種セミナー、内視鏡学会総会や支部セミナー及び支部例会は対象外です。

4) 申請時点で日本消化器内視鏡学会支部長が承認した消化器内視鏡技師会・技師会各支部主催の「機器取扱い講習会基礎編」に1回以上出席していること。

- ・申請する年から遡って5年の出席に限ります。（第42回試験では2017年3月以降が対象）
- ・受講証明書紛失の場合は無効です。
- ・各種研究会、講演会、トレーニングコース、機器取扱い講習会実践編、学会支部長承認のない機器取扱い講習会は対象外です。

5) 日本消化器内視鏡技師会・技師会各支部主催の医学講習会に参加または勤務先の日本消化器内視鏡学会認定専門医から、医学講義を20時間以上受講していること。

講義内容と規定時間		
消化器内視鏡に関する基礎（20時間以上）		
①内視鏡学総論	②内視鏡検査と診断	③内視鏡的治療

- ・申請する年から遡って5年以内の受講に限ります。（第42回試験では2017年3月以降が対象）
- ・カリキュラムの詳細は「医学講義カリキュラム」を参照してください。
- ・技師会・支部技師会開催の医学講習会に参加されると「医学講義受講証」が交付されます。この交付をもって医学講義受講と認められ、受講証に記載の時間を受講時間としてカウント可能です。
- ・技師学会や技師研究会などに参加・演題聴講しただけでは医学講義受講となりませんのでご注意ください。

- ・医学講習会参加と勤務先専門医からの受講を合算することも可能です。

6) 次の部位項目における申請者本人の消化器内視鏡介助症例数の合計が年間100件以上かつ本学会認定専門医より証明及び推薦が得られること。

部位項目		
①上部消化管（検査・処置）	②下部消化管（検査・処置）	③胆・膵（検査・処置）

- ・介助件数の申告は、原則直近1年間の介助件数に限ります。
- ・直近1年間で休職・無職・専門医不在施設に勤務の場合は、過去5年以内の年間介助件数を申告してください。

2. 提出書類について

- ・提出書類に不備がある事例が多数あります。不備の申請書により申請期間内に受理できない事例もございますのでご留意ください。
- ・申請書①～申請書⑥は日本消化器内視鏡学会のホームページよりダウンロードしてご用意ください。
- ・後日掲載の記入要項を確認のうえ作成・提出してください。

1) 申請書①消化器内視鏡技師受験申請書

2) 申請書②業績目録

技師学会・技師研究会・機器取扱い講習会（基礎編）の出席証明書コピーを同封してください。

3) 申請書③消化器内視鏡部門の勤務証明書

施設代表者（病院長・理事長）もしくは所属する診療部・診療科の指導責任医師（部長や教授に限る）からの証明が必要です。

4) 申請書④消化器内視鏡講義受講・消化器内視鏡介助実績証明書

日本消化器内視鏡学会認定専門医からの証明が必要です。

技師会開催の医学講習会に参加の場合は受講証明書コピーを同封してください。

5) 申請書⑤推薦書

日本消化器内視鏡学会認定専門医からの推薦・証明が必要です。

6) 申請書⑥受験料振込証明書の添付用紙

受験料振込証明書のコピーを申請書⑥に貼付してください。

7) 指定医療関連法定免許証の写し

受験資格（1）に定める指定医療関連法定免許証のコピーを同封してください。

（例：看護師免許のコピー等）

3. 受験申請書類の配信期間について

2022年8月29日（月・正午頃）～2022年9月30日（金）

＜入手方法＞

- 日本消化器内視鏡学会ホームページよりダウンロードしてください。
- 過去年度の申請書では受理できません。必ず申請年度版の申請書（今回は第42回（2023年度）版）を使用してください。
- 申請書のダウンロードは申請するご本人に限らせていただきます。
- PC環境がなく申請書のダウンロードが出来ない方は、事務局へお問い合わせください。

4. 受験申請受付の期間について

2022年9月1日（木）～2022年9月30日（金・当日消印有効）

【提出方法】郵送でのみ受付。

【提出先】〒101-0062東京都千代田区神田駿河台3-2-1

新御茶ノ水アーバントリニティビル4階

一般社団法人日本消化器内視鏡学会 技師試験申請係

- 締切日以降は一切受付できかねます。
- 申請書の受領連絡は致しません。到着確認もできかねますので簡易書留等の配達記録が残るかたちでの提出を推奨致します。
- 提出書類に不備がある場合はメールにてご連絡致します。なお、書類一式を着払い（佐川急便飛脚特定信書便）にて返送する場合もございます。
- 受付期間内に書類完備できなければ受理できません。締切日消印で到着した場合も不備の場合には受理できかねますのでご留意ください。早めの書類申請を推奨致します。

5. 受験料・認定料について

1) 受験料：10,000円

支払方法：受験申請時に指定口座へ振込み

＜振込先口座＞

*金融機関名：三井住友銀行 神田支店

*口座番号：普通 3391775

*口座名：イッパンシャダンハウジン ニホンショウカキナイシキョウガッカイ

一般社団法人 日本消化器内視鏡学会

- 振込証明書を申請書に貼り付けて提出いただきます。
- 申請受付期間内に受験料が振り込まれていない場合は、受験申請の受理はできかねます。

- 一度納付された受験料はいかなる理由でも返金できかねます。

2) 認 定 料：10,000円

支払方法：学術試験合格後に指定先へ納付（※学術試験合格者のみ）

- 学術試験合格者は、認定料及び技師会年会費として認定料の納付が必要です。
- 詳細は学術試験合格通知に同封してご案内致します。

6. 書類審査基準について

受験申請期間内に全ての受験資格条件を満たしていること。【勤務先や本学会認定専門医からの勤務・医学講義受講・介助実績証明・推薦、業績目録や必要書類に不備がないこと】

- 必要な業績（受験資格3・4）は、2017年3月以降～受験申請書提出時点までに出席し、出席証明書や受講証明書の交付を受けている必要があります。
- 申請書提出時点で参加予定（参加証等の交付がなく申請書に添付されていない状態）では申請受理できかねますので、ご注意ください。

7. 学術試験について

- 試験日程：2023年3月5日（日）
- 受付時間：12時30分～12時45分 時間厳守・遅刻受入不可
- 試験時間：13時00分～15時00分
- 方法・会場：CBT方式で試験会社委託の全国のテストセンターにて実施（※）

※受験会場は書類審査合格通知受領後にご自身でオンライン予約していただきます。

※学術試験案内送付時（12月上旬頃）に詳細や予約期間等をご案内致します。

※席数に限りがございますため、ご希望に沿えず近隣他県で受験いただく場合もございますこと予めご了承ください。

※指定の予約期間内に会場予約をされなかった場合は「学術試験欠席」となり、受験料返金や翌試験への振替は一切対応できかねますこと予めご了承ください。

8. 合否通知について

合否に関わらず下記のとおり通知致します。通知時期になってもお手元に届かない場合は必ずお問い合わせください。

- 1) 書類審査合否通知：2022年12月上旬頃に自宅へ郵送（予定）
- 2) 学術試験合否通知：2023年5月上旬頃に自宅へ郵送（予定）

資格更新手続きについてのお知らせ

一般社団法人 日本消化器内視鏡技師会

消化器内視鏡技師資格を継続するものは、日本消化器内視鏡学会認定消化器内視鏡技師制度規則に従い、5年ごとに更新手続きを行うことになっています。

下記の項目を確認の上、適切に更新手続きを行ってください。更新手続きを行わないと資格喪失し、再度取得するためには試験を受けなければなりません。

1. 内視鏡技師資格更新の流れ

- ① 認定期間(更新時期)を確認する(会員各自)
- ② 必要書類を準備し、更新申請書を作成する(会員各自)
- ③ 申請書類を技師会に提出(会員各自)
- ④ 更新書類審査(技師会)
- ⑤ 更新書類審査結果通知(技師会)
- ⑥ 更新料支払い(会員各自) [資格更新確認] から確認
- ⑦ 更新決定(技師会、日本消化器内視鏡学会)
- ⑧ 会員情報確認(会員各自)

↓ 審査で更新可となった場合、会員管理システムで「更新承認」を通知します。

↓ 書類に不備があり更新できない場合は封書で不備内容を通知しますので、再提出してください。

会員証(カード)は発行しません。PC やスマートフォン等からデジタル会員証をご確認ください。

2. 認定期間および更新時期の確認方法

- 消化器内視鏡技師認定証または日本消化器内視鏡技師会会員証でご確認ください。
※ 更新該当者には更新期限の概ね6月前に内視鏡技師会からお知らせしますが、日頃から会員自身で確認し、更新時期に遅れないようにご準備ください。
- PC やスマートフォン等から、会員管理システムを利用して各自で更新時期の確認ができます。
- 連絡先住所やメールアドレスをご確認ください。変更があれば会員管理システムで修正してください。

3. 更新申請期間

認定期限が2023年3月までの方は、2022年9月～2023年2月の間に申請手続きを行ってください。

認定期間が2022年3月までの方で、1年の更新申請延長をした場合も、2022年9月～2023年2月の間に申請手続きを行ってください。

4. 更新申請の条件

1) 内視鏡技師会年会費を完納していること

技師会年会費に未納分がある場合は手続きできません。更新申請前にその年までの年会費を完納してください。会費納入状況は会員管理システムで確認できます。また、会員管理システムからクレジット決済またはコンビニ支払いもできますのでご利用ください。

2) 内視鏡技師学会または内視鏡技師研究会および内視鏡機器取扱い講習会に参加し、規定のポイント(点数)を取得していること

※ 現在、内視鏡業務に従事していない方、退職している方も上記条件がそろっていれば申請できます。

5. 更新に必要なポイント

- 1) 更新に必要な最低ポイントは、学会・研究会の出席ポイント 30 点と機器取扱い講習ポイント 10 点の合計 40 点とする。

学会・研究会 出席ポイント	日本消化器内視鏡技師会・各支部が 主催する学会または研究会 30点 (10 点×3 回)	日本消化器内視鏡技師会本会・支部 が主催する学会または研究会 20点 (10 点×2 回)
		他学会への参加 合計 10点以上
機器取扱い講習会 受講ポイント	10点	10点
合計ポイント	40点	40点

2) 学会・研究会の出席ポイント・・・30 点

- (1) 日本消化器内視鏡技師会または各支部が主催する内視鏡技師学会または内視鏡技師研究会(以下、内視鏡技師学会等と記す)の出席ポイントは 10 点とする。
(県技師会が主催する研究会等は支部長が出席証明書を発行したものに限り)
- (2) 内視鏡技師学会等への出席 2 回(20 点)は必須とし、残りの 10 点は内視鏡技師学会等の他、指定関連学会への出席ポイントの合計点で充てることができる。
- (3) 内視鏡技師学会等は同一の主催者の学会であっても複数回出席も有効とするが、指定関連学会の出席の場合、同一学会への出席は 1 回のみ有効とし 2 回目以降のものは無効とする。
- (4) 指定関連学会の更新ポイントの設定
更新ポイントが付与される指定関連学会およびその点数は、ポイントチェックシートで確認してください。
※ 出席ポイントを付与する関連学会等の指定は日本消化器内視鏡技師会理事会で決定する。
※ 下記の学会、研究会等への出席については、各々の学会の規程に従ってください。

3) 機器取扱い講習会受講ポイント・・・10 点

機器取扱い講習会基礎編または実践編は内視鏡技師学会等とは別に必須とする。

4) 各出席証明書および受講証明書の有効期間は 5 年以内のものに限る。

6. 更新申請に必要な書類

会報秋季号に綴じ込みしていますが、ホームページからもダウンロードできます。

- ① 消化器内視鏡技師資格更新申請書
- ② 学会、研究会等の出席ポイント(点数)チェックシート

チェックシートには、技師学会・研究会および指定関連学会等並びに機器取扱い講習会(基礎編または実践編)の出席点数を必ず記入してください。

③ チェックシートに記載した学会、研究会、講習会等の出席証明書、受講証

- 出席証明、受講証明書等は原本を提出のこと。コピー不可。領収書では証明書と見なしません。

- ◎ 更新申請書は、更新が受理された場合返却しません。

●証明書の添付について

- ・証明書等は更新申請書の裏面に貼付して下さい。
- ・証明書等原本にはマジックかボールペン(鉛筆不可)で出席者名したものに限りです。
無記名およびコピーのものは無効です。
原本に記名欄がない場合は余白部に記名してください。
- ・出席していても当日、証明書等を受け取らなかった場合、また紛失した場合は無効です。
- ・ネームプレート型の小型証明書は、複数をもとめて1枚の用紙に貼ってください。
- ・技師学会・研究会(支部会開催を含む)の3回分、機器講習 1 回分のみ提出してください。
なお、技師学会・研究会の1回分を指定関連学会出席(10 ポイント以上)に替える場合はその出席証明書を提出してください。
- ・証明書等が複数枚になる場合は貼付例のように斜線部を糊付けし、重ねて貼って結構です。

【貼付例】
斜線部のり付け



更新申請書の裏面

7. 更新申請書類の送付先

一般社団法人 日本消化器内視鏡技師会事務局

〒171-0021 東京都豊島区西池袋 3-22-15 大林ビル2F

Tel:03-5992-1520 FAX :03-5992-1521

※ 可能な限り「ゆうメール」など追跡ができる方法でお送りください。

8. 更新可否の通知

- ① 更新申請書類が更新要件を満たしているか技師会で審査し、更新条件が揃っておれば「承認(更新可)」となります。会員管理システムで通知しますので、「資格更新確認」画面で確認してください。技師会事務局に書類到着後、概ね1週間で通知します。
- ② 書類に不備があり更新できない場合は、封書で不備内容を通知しますので、再提出してください。

9. 更新手数料について

- ① 会員管理システムの「資格更新確認」画面で「承認」となった方は、支払手続きへ進み、更新手数料として3,000円を納入してください。クレジット決済またはコンビニ決済が選択できます。

10. 認定証および会員証について

更新手数料の納付を確認し、更新を決定します。

会員証はスマートフォン等で表示するデジタル会員証に移行します。今後、カード型の会員証の発行はありません。認定証(賞状型)は従来通りです。

11. その他

- 1) 新たに制度審議会で定めた国家資格(新受験資格参照)を取得した方は免許証コピーを添付してください。
- 2) 現在、内視鏡業務に従事していない方、退職している方も上記条件がそろっていれば申請できます。

12. 更新に関するお問い合わせ

一般社団法人 日本消化器内視鏡技師会事務局

〒171-0021 東京都豊島区西池袋 3-22-15 大林ビル2F

Tel:03-5992-1520 FAX :03-5992-1521

E-mail : info@jgets.jp

※携帯電話やスマートフォンからメールでお問い合わせされる方は、

[@jgets.jp](mailto:info@jgets.jp) からのメールが受信できるように設定しておいてください。

問い合わせはできるだけホームページの問い合わせコーナーから、またはメールでお問い合わせください。

ホームページからのお問い合わせフォーム :

<https://web.gogo.jp/jgets/form/contact>

電話による問合せは、月～金曜日(祝祭日を除く) 午前9時30分～12時30分



**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学会（以下支部学会）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. 会誌の刊行。
 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2000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 |
| 総 務 | 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（役員任期等） 役員の任期は、それぞれ2年とするが、再任を妨げない。
2. 会長の任期は2年とし再任を妨げないが、通算8年以内とする。
 3. 役員の定年年齢を70歳とする。ただし、評議会において支部運営上必要と判断された場合に限り、役員会の承認を得て延長する事が出来る。
- 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. 総務は、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) ホームページ委員会 (8) 学会運営委員会

第11条（事務局） 本会の事務局は下記におく。
福岡県久留米市東町

第12条（役員会） 役員会は技師会役員で構成し、原則として支部学会時に開催する。
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、会計、前会長、各県代表幹事で構成される。
2. 評議会は定時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。

支部学会に関する細則

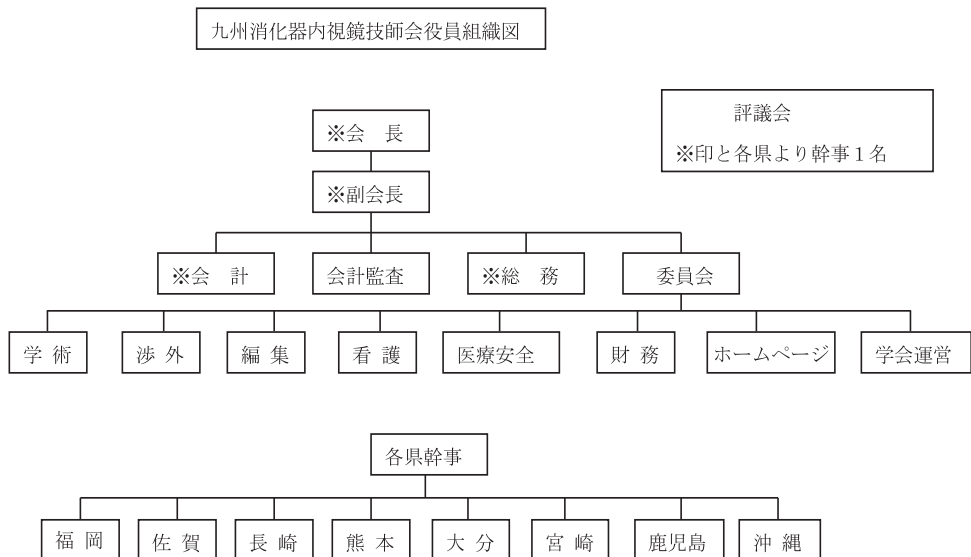
1. 内視鏡学会九州支部例会時に開催される支部学会は、九州支部例会長並びに医師世話人の指導のもとに、学会長が運営する。
2. 学会長は内視鏡学会九州支部例会が開催される地方より選出され、役員会にて承認

される。

3. 学会長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、学会の運営を円滑にする。
4. 将来内視鏡技師を志す者も学会に参加することができる。

役員に関する細則

1. 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。
2. 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。

本会則は、令和3年4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	福 岡	財務 学会運営	自 宅	メールアドレス dprdt646@ac.cyberhome.ne.jp
副会長	木 下 伸 任	熊 本	編集・財務 学会運営	ツジ胃腸科	〒839-0863福岡県久留米市国分町1163-1 TEL 0942-21-1582 FAX 0942-21-7272
副会長	大波多 歳男	大 分	HP・財務 学会運営	大分三愛メディカルセンター 消化器病・内視鏡センター	〒874-0833大分県大分市大字市1213 TEL 097-541-1311 FAX 097-541-5218
会計/ 年会費	眞 野 弘 美	福 岡	年会費・財務 編集・監査	自 宅	メールアドレス endo.12615-h.mano@wak.bbiiq.jp
会 計	川 間 美津代	熊 本	看護・会計・ 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/ 監査	松 島 貴 博	鹿児島	年会費・財務 監査	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・年会費 財務・学会運営	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	福 岡	学術・財務・ 会計	医療法人白壽会 安本病院	〒830-0112福岡県久留米市三瀬町玉満2371 TEL 0942-64-2032 FAX 0942-65-0614
事務局	川 原 政 幸	福 岡	総務・ HP	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	総務・ 学会運営	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	福 岡	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	大 野 明 博	佐 賀	渉外	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	福 島 昌 子	長 崎	看護	独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院	〒854-8501長崎県諫早市永昌東町24-1 TEL 0957-22-1380 FAX 0957-22-1184
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	渉外・ 学会運営	医療法人浩然会 指宿浩然会病院	〒891-0402鹿児島県指宿市十町1130 TEL 0993-22-3295 FAX 0993-23-4093
幹 事	内 藤 翼	福 岡	学術	社会医療法人 製鉄記念八幡病院	〒805-8508福岡県北九州市八幡東区春の町1-1-1 TEL 093-672-3176
幹 事	茅 野 未 佳	大 分	医療安全	自 宅	
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
幹 事	大内 和歌子	沖 縄	学術	国立療養所 沖縄愛楽園	〒905-1635沖縄県名護市済井出1192番地 TEL 0980-52-8331
幹 事	高 木 基	大 分	学会運営	大分三愛メディカルセンター 消化器病・内視鏡センター	〒874-0833大分県大分市大字市1213 TEL 097-541-1311 FAX 097-541-5218

第65回九州消化器内視鏡技師会役員会議事録

開催日時：令和3年12月3日（金） 14：00～17：00

開催場所：出島メッセ長崎 会議室108（ZOOM併用）

出席者：平田 敦美・木下 伸任・大波多歳男・眞野 弘美・岩永 明子・有村 彰洋
古庄 誠二・川原 政幸・大野 明博・川間美津代・川西 幸洋・亀山 広喜
犬丸 吉人・川崎 正一・丸山 伸一・村上由記子・福島 晶子・岳下 玄征
二ノ宮寿美・斎藤 直美・野田 麻由
（以下WEB参加）金城真由美・茅野 未佳・大内和歌子・古川美美子

I. 2021年度九州支部事業報告・事業計画

1. 第79回九州消化器内視鏡技師研究会（福岡）について

<報告者：技師世話人 二ノ宮寿美>

①会計報告（別紙参照） 参加者1280名

②その他

- ・2回目のWEB開催となり、今回機器取り扱い講習会をリアルタイムで配信を行ったが、途中でシステムダウンのトラブルがあり、受講者の皆様に大変なご迷惑をお掛けした。今後はオンデマンド配信等が行えるような体制を整えていく。
- ・メーカーや業者広告の動画や静止画をセッションの合間に入れる事で時間を有効に使えた。
- ・今後も現地開催ができない状況が続くかもしれないため、九州支部としてWEBでの研究会マニュアルの構築を行っていく。（今年度より学会運営委員会を新設）
- ・現在も参加者からの問い合わせが続いており、証明書の郵送対応等もしなければいけない状況である。決算を行った後の対応となるので、学会運営委員会予算から支出する。

2. 第81回九州消化器内視鏡技師学会（佐賀）について

<報告者：学会長 斎藤 直美>

会 期：2022年6月25日（土曜日） 9：00開始予定

場 所：佐賀市文化会館（佐賀）

例 会 長：嬉野医療センター 綱田 誠司 先生

医師世話人：嬉野医療センター 山口 大輔 先生

学 会 長：嬉野医療センター 斎藤 直美

テーマ「思いやりのある内視鏡」～内視鏡検査や治療を安全・安楽に行うために～

①予算（別紙参照）

②進捗状況

- ・第81回より研究会から学会へ名称変更となる。
- ・学会テーマを決め、開催していく。
- ・今回の役員会にてハイブリッド（現地開催＋オンデマンド配信）での開催を決定した。
- ・一般演題締め切り12/31、査読（プログラム委員会、学会運営委員会）1/22（土）
- ・教育講演「ERCP・EUSについて」宮原 貢一先生（唐津赤十字病院）、特別講演「ESDについて」富永 直之先生（佐賀県医療センター好生館）に依頼済み。特別講演をランチョンセミナーとして行う事ができれば、そちらの方向で準備する予定。
- ・ワークショップ「内視鏡検査・治療における鎮静について」を近県の施設に依頼中。
- ・機器取り扱い講習会をオンデマンド配信で行う。オリンパス、富士フィルムどちらでするかは今後検討する。

3. 第12回内視鏡機器取り扱い実践編（宮崎）について

<報告者：川崎 正一>

会 期：2022年2月5日（土）開催予定 先着100名として事前登録

場 所：WEB開催（オンデマンド配信）1週間程度

- ・実践編を初めてWEBで行う為、和幸システムに配信等の依頼を行っている。また、事前登録で参加費の入金がある為、通帳の用意も行った。

4. 第89回日本消化器内視鏡技師学会（福岡）について

<報告者：有村 彰洋>

会 期：2022年10月28日（金）29日（土）

場 所：アクロス福岡 ハイブリッドでの開催予定（事前予約）

学 会 長：有村 彰洋（九州役員）

①進捗状況

- ・学会テーマ「質の高い内視鏡検査におけるシームレスな協働」
～コミュニケーションと内視鏡技師教育のこれから～
- ・イブニングセミナー、特別講演や教育講演、学会長企画やディスカッションなどの多彩な企画予定。ランチョンセミナー・ベンダープログラムも各業者に依頼中。
- ・第88回日本消化器内視鏡技師学会終了後に89回学会専用ホームページを開設予定。
- ・学会リーフレットを全国の各支部に配布予定。九州支部には各県に配布予定。
- ・学会サービスは九州舞台とプロアクティブの双方で運営準備予定。
- ・学会の手伝いを九州役員（福岡）で行っていく。

5. 第82回九州消化器内視鏡技師研究会（熊本）について

＜報告者：古庄 誠二＞

- ・2022年12月3日（土）熊本国際交流センターにてハイブリット開催予定
- ・例会長：櫻井 宏一先生（服部胃腸科） 学会長：古庄 誠二

6. 第80回九州消化器内視鏡技師研究会（長崎）について

＜報告者：岳下 玄征＞

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

- ・WEB開催（機器取り扱い講習会はオンデマンド配信）
- ・一般演題の演者の方は、1施設以外はすべて来場での現地発表となる。
- ・一般演題後の質問はセッションごとにまとめて行う。
- ・広告は12社（動画6社、静止画6社）、映像はスライドの中に入れ込んでいる。

II. 委員会報告

1. 学術委員会 ＜報告者：川崎 正一＞

- ・第81回学会の査読（プログラム委員会）は第4土曜の1/22（土）に行う。現地開催予定だが、コロナの状況によってはWEB開催で行う。また、学会運営委員も参加する。
- ・第12回内視鏡機器取り扱い講習会（実践編）2022年2月5日（土）宮崎（WEB）開催予定。

2. 渉外委員会 ＜報告者：委員長 大野 明博＞

- ・会誌広告10社であった。
- ・次回開催県の佐賀はハイブリット開催となったため、機器展示も行う方向で考える。
- ・WEB用広告（動画・静止画）の適正価格（流す時間や回数も決定）を今後決めていく。

3. 編集・プログラム委員会 ＜報告者：編集委員 木下 伸任＞

- ・会誌（2,433部）を10/25に発送済みで、今回から宛名の用紙を変更している。何かあれば古庄氏までご意見をお願いしたい。
- ・会誌の中に退会届を入れたが、今後は電話番号も記入するスペースを入れる。

4. 看護委員会 ＜報告者：委員長 岩永 明子＞

- ・日本消化器内視鏡学会の医療関係の皆様へ「新型コロナウイルス感染症に関する消化器内視鏡診療についてのQ&A」について、委員会でもまとめ上げた。1月末で完成す

るのでホームページに掲載する。

- 来年1月に看護セミナーが京都で開催予定。

5. 医療安全委員会 <報告者：川西 幸洋>

- コロナ感染対策についての講演依頼をしていたが、諸事情でできなくなったしまったため、ホルマリン管理をテーマにした公開学習会（WEB開催）を来年1月中旬～2月上旬にできるよう準備をしている。
- 開催方法は検討中だが、日本消化器内視鏡技師会のe-ランニングを活用できるか角森会長に相談する。

6. マニュアル・ホームページ委員会 <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）をしていく。各委員長は今まで通り、改訂管理票をマニュアル委員長に提出し、マニュアル委員会が精査してWEB倉庫に入れるようにする。
- WEB開催倉庫の不具合（ログイン）もあったが、現在使用できるようになっている。
- ホームページのリニューアルを今後、考えている。日本消化器内視鏡技師会のレイアウト等を参考にしながら、和幸システムに依頼予定。

7. 事務局 <報告者：川原 政幸>

- 役員の所属変更や上司の変更等ある時は、各自でWEB倉庫内の名簿を変更する。
- 新規役員もいるので、大波多副会長よりWEB倉庫の入り方の最新版を役員に送りWEB倉庫の活用をしていく。

8. 学会運営委員会 <報告者：犬丸 吉人>

- 今年度より委員会が新設され、方向性が定まっていないが、今後学会がスムーズに運営できるよう活動をしていく。
- 特設サイトや事前登録方法について再検討をしている。
- コロナ下でWEB配信やハイブリッドなど開催方法が毎回異なっており、WEBに対するマニュアルも作成予定である。

9. 財務委員会 <報告者：財務委員長 眞野 弘美、古庄 誠二>

- 今回の会誌で会員へシステム移行案内とIDパスワード案内の発送を終えた。
- 年会費データは、3年間のみの移行しか出来ない為、2017年以前は削除した。
- 会員データ移行が予定より遅れているが、今後は会員管理システム（プロアクティブ）

を活用し、個人で情報の変更を行うようになる。

- 年会費のクレジット決済については、手数料などの問題もあり、全国でも導入予定を検討してあるため今回は保留とする。
- 役員の役員会・研究会の参加者フォームを作成し、会計の負担を図った。今後は事務局で運用していく。
- 来年度から役員の宿泊費・交通費は旅費として扱う。日当はそのままの項目で残す。

Ⅲ. 県活動計画・報告

- 新型コロナウイルス感染症の影響もあり、各県での活動もほぼできていない。
- 鹿児島では11/22に大塚製薬協賛でセミナーを開催した。参加人数を100名としていたが、多くの参加申し込みがあり、参加できない方もおりご迷惑をお掛けした。来年度の全国の学会でも行いたいと思っている。

Ⅳ. 日本消化器内視鏡技師会 第35回評議員会報告

＜報告者：川原 政幸＞

- 資料参照

Ⅴ. 会計報告

＜報告者：財務委員長 眞野 弘美＞

1. 2021年度上半期会計報告（別紙参照）

Ⅵ. その他

- WEB開催に伴い、参加費の入金確認のために通帳管理になるとプロアクティブに週1回の通帳の写しを送らなければいけない。今後、ネットバンキング等を使っていくことも運営委員会で検討していく。
- 九州役員以外の外部委員については、所属の委員会より経費を出す。
- 教育講演の座長や演者（医師以外）については、謝礼交通費込み2万円としていたが、遠方からの参加者では交通費が高くなるため、交通費は実費支給とする。今後の謝礼等の検討も運営委員会と財務で行っていく。

令和3年12月15日

文責：野田 麻由

第66回九州消化器内視鏡技師会役員会議事録

開催日時：令和4年6月24日（金） 14：00～17：00

開催場所：佐賀市文化会館 特別会議室108

出席者：平田 敦美・木下 伸任・大波多歳男・眞野 弘美・秦 亜希子・岩永 明子
有村 彰洋・古庄 誠二・川原 政幸・大野 明博・川間美津代・川西 幸洋
亀山 広喜・犬丸 吉人・松島 貴博・茅野 未佳・川崎 正一・村上由記子
福島 晶子・高木 基・金城真由美・大内和歌子・斎藤 直美・野田 麻由

I. 2022年度九州支部事業報告・事業計画

1. 第80回九州消化器内視鏡技師研究会（長崎）について

＜報告者：村上由記子＞

①会計報告（別紙参照） 参加者832名（WEB開催）

②その他

- ・電話対応はWeb開催ログインできないとの問い合わせが殆どだった。
- ・『研究会のキーワードがわからなかった』『視聴出来ない』の2つだった。キーワードは機器取扱いだけで研究会はキーワードがないことを、分かりやすいように記載の工夫が必要と思う。
- ・講師と座長の先生の待機場所は別で用意したが、待機する間に打ち合わせをされるので同室の方がよい。
- ・WEBからの質問は質問係で番号、名前付き整理されていた為、演者への質問がしやすかった。リアルタイム配信の際は質問係が重要。
- ・発表会場で電話対応も行っていたので、会場内に声が聞こえるさかった。電話対応は配信とは別室で行った方がよい。
- ・事前登録が終わってからの参加要望の連絡も多かった。

2. 第82回九州消化器内視鏡技師学会（熊本）について

＜報告者：学会長 古庄 誠二＞

会 期：2022年12月3日（土）

場 所：熊本国際交流センター（大ホール）ハイブリット開催予定

学会テーマ：「内視鏡技師を極める」

例 会 長：櫻井 宏一先生（服部胃腸科）

医師世話人：具嶋 亮介先生（熊本大学特任准教授）

学 会 長：古庄 誠二

①予算書（別紙あり）参加予定者数 現地200人 WEB800人

②進捗報告

- ・会場の関係上、機器展示はないが日本消化器内視鏡学会九州支部の学会長に支部会場内の機器展示に行けるように許可あり。
- ・幕間広告の料金設定については今後、検討していく。（機器展示＋展示、広告のみ）
- ・特別講演：具嶋亮介先生（熊本大学消化器内科特任准教授）大腸ポリープ（60分）
- ・教育講演：藤江里美先生（服部胃腸科）ピロリ菌（60分）
- ・教育講演：九州消化器内視鏡技師会 医療安全委員会企画 ホルマリン管理（60分）
- ・パネルディスカッション：熊本県技師会企画
『病院・クリニックにおける内視鏡業務についての理想と現実』
- ・ランチョンセミナーについては企業協賛での開催は予定なし、教育講演が医療安全委員会の企画となるため、学会よりお弁当を提供する予定である。

3. 第12回内視鏡機器取り扱い実践編（宮崎）について

<報告者：川崎 正一>

会 期：2022年2月5日（土）開催 参加者38名

場 所：WEB開催（オンデマンド配信）2/5 12：00～2/11 23：59

①会計報告（別紙参照）

②その他

- ・宮崎県内は14名の参加で東京や神奈川など関東からのWEB参加もあった。
- ・実践編の初めてのWEB配信だったが大きなトラブルはなかった。
- ・38名の参加予定だったが、1名は受講できず（個人の問題）37名への証明書発行となった。

4. 第89回日本消化器内視鏡技師学会（福岡）について

<報告者：有村 彰洋>

会 期：2022年10月28日（金）29日（土）

場 所：アクロス福岡 ハイブリッド開催

学会テーマ：「質の高い内視鏡検査におけるシームレスな協働」

～コミュニケーションと内視鏡技師教育のこれから～

学 会 長：有村 彰洋（九州役員）

①進捗状況

- ・一般演題応募44題（うち1題は査読落ち）で11演題が抄録再提出中である。
- ・学会サービスは九州舞台で事前受付や学会ホームページに関してはプロアクティブ

対応となっている。

- ハイブリッド開催の後日配信はeラーニングを活用する予定。
- 九州役員の教育講演や一般演題での司会、座長の協力あり、宿泊ホテルの確保はJTBとプロアクティブに依頼中。
- 学会に関する情報はすべて学会ホームページで確認できる。

②タイムテーブル（別紙参照）

5. 第81回九州消化器内視鏡技師学会（佐賀）について

＜報告者：学会長 斎藤 直美＞

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

- 初のハイブリット開催となる。リアルタイム配信でなく、後日オンデマンド配信となる。
- 会場は中ホール800名なので、密は避けられる。
- 受付で自動受付機を使用する為、受付の人数や配置換えを行う。
- 受付の入口を会員証ありとなしに分け、会員証ありの方は自動受付機を使用する。
- 現地参加の方は受付前に体温測定、健康確認書の提出をして頂き、受付をする。
- 機器展示業者14社（幕間広告：動画8社、静止画7社）

②プログラム詳細、注意事項の説明

- 事前登録を行っているが、佐賀県内の現地登録と限定していたため、県外の演者の方の参加費のやり取りが数名出てくる。演者受付でお願いしたい。
- 中ホールの入口は1か所とし、入口に手指消毒を配置し一方通行とする。

6. 第83回九州消化器内視鏡技師研究会（福岡）について

＜報告者：平田 敦美＞

会 期：2023年5月13日（土）

場 所：福岡市民会館

学 会 長：佐田州摩子（聖マリア病院：久留米）

学会長補佐：猪口 章子（聖マリア病院：久留米）

例 会 長：河野 弘志先生（聖マリア病院）

医師世話人：上野恵里奈先生（聖マリア病院）

Ⅱ. 委員会報告

1. 学術委員会 <報告者：委員長 川崎 正一>

- 第82回学会の演題締め切りを6/30から7/31へ変更し、査読（プログラム委員会）も8/20（土）予定とする。学会運営委員2名参加。
- 第83回学会の査読（プログラム委員会）1/14（土）予定。学会運営委員4名参加。
- 第13回内視鏡機器取り扱い講習会（実践編）長崎での開催予定。
- 第82回学会より、感謝状は学術委員で準備をする。

2. 渉外委員会 <報告者：委員長 大野 明博>

- 機器展示もコロナの影響でできない状況が続いていたが、今回81回学会で久々に行う。
- WEB用広告（動画1分・静止画15～20秒）の適正価格を決めていく。学会運営委員会と渉外で今後検討していく。会誌広告も電子化に伴い、どのようにしていくかも考えていく。

3. 編集委員会 <報告者：委員長 木下 伸任>

- 会誌発送については、今年度34号までは今まで通り郵送での発送を行うが、次々回35号からは電子化を予定している。
- 学会の開催については、WEBとハイブリットでの開催に伴い、抄録やプログラムの土台ができたので、マニュアルを改正していきたい。

4. 看護委員会 <報告者：委員長 岩永 明子>

- 前回までオンデマンドでの研究会開催であった為、アンケートができてなかった。今回と次回の学会で参加者にアンケートをお願いする。
- 第18回看護セミナーがオンデマンドで開催予定。参加をしたうえで、今後の九州支部での企画に繋げていきたい。沖縄の学会では高齢者の内視鏡として認知症認定看護師のシンポジウムなどを計画したい。

5. 医療安全委員会 <報告者：委員長 川西 幸洋>

- 第82回学会でホルマリン管理について講演を行う。
- 今後もWEBでの公開学習会やオンデマンド研修会を行う（開催時期未定）
- コロナ禍でもある為、医療安全として感染対策にも力を入れ活動をしてもらいたい。今後の学会では感染対策を行ってもらおう。
- 今後、委員長を村上さんへ変更

6. 財務委員会 <報告者：委員長 眞野 弘美>

- 委員会活動費

今後、交通費・日当を現地で支払い出来ない委員には振込みで支払う。

現状の領収書で、領収印の欄は「振込み」とし振込み済み用紙を添付する。

- 新会員・年会費管理

データー移行はすべて終了した。今秋の会誌発送前を目途に会員向けに本稼働予定。

新規会員は自己登録の方向で行いたいのので、詳しい案内を会誌に入れる。

年会費の先払いが出来ないシステムなので、先払いお断りの案内も入れる。

各県単位では、会員登録や変更の閲覧が出来ないため必要時は年会費担当者に依頼する。

7. ホームページ委員会 <報告者：委員長 大波多 歳男>

- マニュアルはWEB倉庫に入れ管理していく方向だが、1人が管理しないと倉庫内の処理がうまくできないようなので、総務が管理していく。

- ホームページのリニューアルを行っている。以前のホームページより見やすく、分かりやすくなっているが、何かあれば委員長まで。

- 会誌の電子化も検討しており、ホームページも会員専用を作り見れるようにした方がよいのではないかな。

8. 事務局 <報告者：川原 政幸>

- 役員会の資料は必ず委員会番号を付けて各委員会送るようにする。①学術②学会運営委員会③渉外④編集⑤看護⑥医療安全⑦財務⑧ホームページ⑨総務とする。

- 役員会の議題に沿って、番号を付けて1週間前までに送るようになっているが、遅れるときは役員に連絡メールを送る。各役員も資料を受け取ったら、なるべく確認メールを送るようにする。

9. 学会運営委員会 <報告者：委員長 犬丸 吉人>

- コロナ下でWEBのみとハイブリッドでの開催を行ったうえで、学会マニュアルを作成予定である。

Ⅲ. 県活動計画・報告

- 新型コロナウイルス感染症の影響もあり、各県での活動なし。

IV. 全国評議員会報告

＜報告者：古庄 誠二＞

- 資料参照

開催日時：5月13日（金）13：00～17：00

開催場所：みやこめっせ（京都）

V. 会計報告

＜報告者：財務委員長 眞野 弘美＞

- 2021年度会計、2022年度予算報告（別紙参照）
- 役員作業費基準（別紙参照）の説明を行った。今年度使用し修正を行っていく。

VI. その他

- 日本消化器内視鏡技師会の動きに合わせて、九州支部として動く。
- 九州支部の査読レベルを上げるため、日本の学術委員より情報を頂きながら今後は行っていく。
- 委員会については、今年度の活動はそのまま行い、1年後に動きの確認をして編成を行う。
- 役員改正については、犬丸さんが退任となり、新しく高木さん（大分）、内藤さん（福岡）が役員となった

令和4年7月9日

文責：野田 麻由

九州消化器内視鏡技師会 2021年度会計報告

2021年3月1日～2022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	6,088,931	6,088,931	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	3,200,000	3,682,000	482,000	口座振込み、会場
広 告 料 収 入	200,000	250,000	50,000	会誌33号(8社)
受 取 利 息	30	34	4	銀行
雑 収 入	1,000	3,000	2,000	徽章販売
研究会対策費	1,200,000	1,000,000	▲200,000	[返金]第79回・第80回研究会
その他の収入	1,500,000	1,967,707	467,707	[残金]第79回・第80回研究会
合 計	12,389,961	13,191,672		
支 出 の 部				摘 要
項目	予算額	決算額	予算差	
印 刷 費	1,500,000	1,530,650	▲30,650	研究会案内・封筒・会誌33号
通 信 費	1,820,000	1,291,855	528,145	案内発送、会誌発送、サーバー運営費、Zoom管理費、会員管理システム料、振込手数料、他
荷 造 運 賃	3,000	0	0	
消 耗 品 費	5,000	0	0	
会 議 費	530,000	447,284	82,716	第13回評議会、第64回・第65回役員会
委員会活動費	820,000	545,103	274,897	学術、編集、渉外、医療安全、看護、学会運営、マニュアル、財務、会長、事務局
研究会対策費	2,220,000	1,742,340	477,660	[前金]第80回・第81回研究会、第12回機器取り講習会 [活動費]第79回・第80回研究会、商品券
その他の活動費	263,000	173,000	90,000	役員手当、会員管理・年会費活動費、事務局管理費
雑 費	10,000	4,770	5,230	残高証明、両替手数料、他
次年度繰越金	5,218,961	7,456,670		
合 計	12,389,961	13,191,672		

上記の通り報告します。

令和4年3月26日

会計 眞野 弘美 ・ 川間 美津代

監査の結果、上記の通り相違ありません。

令和4年3月26日

会計監査 秦 亜希子 ・ 松島 貴博

九州消化器内視鏡技師会 2022年度予算

2022年3月1日～2023年2月28日

収 入 の 部		摘 要
前 年 度 繰 越 金	7,456,670	
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	3,500,000	2000円×1750口
広 告 料 収 入	250,000	会誌広告収入
受 取 利 息	30	銀行
雑 収 入	3,000	会誌・徽章・洗浄DVD・ガイドライン販売収入
学 会 対 策 費	1,380,000	第81回・第82回学会、 第12回、第13回機器取り講習会
そ の 他 の 収 入	1,000,000	第81回・第82回学会残金収入
合 計	13,789,700	
支 出 の 部		摘 要
印 刷 費	1,600,000	案内・会誌34号
通 信 費	1,540,000	会誌発送、案内発送、会員管理システム費、サーバー運営費、 Web会議運用費、HP更新料、振込手数料
荷 造 運 賃	20,000	宅配等
消 耗 品 費	5,000	事務用品他
旅 費 ・ 交 通 費	1,330,000	第14回評議会、第67回・第68回役員会
会 議 費	210,000	[活動費]第14回評議会、 第67回・68回役員会、会場費
委 員 会 活 動 費	1,580,000	学術、編集、渉外、医安、看護、学会運営、 財務、会長、事務局、HP
学 会 対 策 費	1,380,000	[前金]第82回・第83回学会、第13回機器取り講習会 [活動費]第81回、82回学会、商品券
そ の 他 の 活 動 費	124,000	全国学会派遣費、事務局管理費、事務費
雑 費	10,000	
次 年 度 繰 越 金	5,990,700	
合 計	13,789,700	

九州消化器内視鏡技師会会誌発行に関してのお知らせ

会誌発行に関しまして、下記の通り変更させていただきますので、ご確認のほど宜しくお願い申し上げます。

○会誌発行変更点

- 1) 2023 年第 35 号より会員様への郵送は行わず、ホームページでの閲覧に変更いたします。
- 2) 閲覧方法について
九州消化器内視鏡技師会ホームページから閲覧いただけます。
来年度、全会員様宛に閲覧用 ID とパスワードを郵送でお送りいたします。
ID と PW パスワードを入力・ログイン後、閲覧可能となります。
尚、PDF データーを取り出し、印刷も可能です。
- 3) 会員情報変更について
新会員管理システムより変更をお願いいたします。
- 4) 会費納入について
会誌に綴じ込んでおりました振込用紙は、学会案内送付に同封いたします。
- 5) 日本消化器内視鏡技師会、九州消化器内視鏡技師会、研修会情報、消化器内視鏡技師認定試験及び資格更新については、ホームページにてご案内してまいります。

以上

【九州消化器内視鏡技師会会員管理システムの導入のお知らせ】

本年度秋より九州消化器内視鏡技師会会員情報を九州消化器内視鏡技師会 HP 上にて
確認・変更と年会費の納入状況が閲覧できるシステムを導入致しました。
システムで必要となります ID・パスワードについては別紙同封しております。
紛失なさらぬよう必ず保管して下さい。

【 会員管理システムについて 】

〔現在稼働中の内容〕

- * 会員の年会費納入の確認
- * 会員情報の確認・変更

なおシステム内でメールアドレスを登録された方には、九州消化器内視鏡技師会を含めた学会等についての案内の配信を予定しています。

【 会員情報の確認のお願い 】

〔 会 員 情 報 〕

会員情報について必ず一度ログインし内容に間違いがないかご確認をお願い致します。

変更等あればご自身で変更をお願い致します。

《重要》システム上改姓など苗字の変更はできませんので下記担当者へご連絡をお願い致します。

〔会員システム内の書類等郵送先・連絡先について〕

会員システム内の『書類等郵送先』『連絡先』については以下で利用致します。

書 類 等 郵 送 先 年 2 回技師会案内や会誌等の郵送先となります。

連 絡 先 技師会より会員様へ連絡が必要な場合の連絡先となります。
メールアドレスで登録されますと今後学会の案内など一斉配信予定です。
携帯電話キャリアメールでは受信できないことがありますのでお控え下さい。

〔年会費納入状況〕

年会費納入状況についてはシステム移行に伴い 2018 年度以降の納入状況を反映しています。

個別にお知らせが必要な方については会誌と同封しました通信欄に記載しておりますので確認をお願いします。

〔会員 ID とパスワードについて〕

別紙同封の ID・パスワードは、個人ページにアクセスするための重要なものです。個人情報の更新、
年会費納入状況確認で必要となります。紛失されないよう、慎重な取扱いをお願いします。

パスワードは自動的に付与したものですので、失念しにくいご自身独自のパスワードに変更する事をお奨めします。

ご不明な点については下記担当者へ問い合わせ下さい。

九州消化器内視鏡技師会 会員管理システム担当 古庄 誠二

〔mail〕 se-furu@hattori-clinic.com 〔TEL〕 096-325-2300（服部胃腸科）

※電話での問い合わせについては業務の都合上 16:00～17:00 にてお願いします。

【九州消化器内視鏡技師会 会費納入のお願い】

九州消化器内視鏡技師学会についての年会費納入状況については九州消化器内視鏡技師会 HP 内より ID・パスワードを入力し納入状況の確認をお願いします。

※ID・パスワードについては本会誌と同封しております

【年会費】

九州消化器内視鏡技師の年会費は 2000 円となっております。

※日本消化器内視鏡技師会年会費 5000 円とは異なります。ご注意ください。

【九州消化器内視鏡技師会会員について】

- ① 内視鏡技師試験合格と同時に、日本消化器内視鏡技師会支部会の九州消化器内視鏡技師会の会員となります。
※但し、都合により退会することが出来ます。その場合は、退会届ハガキにて退会希望・退会理由をご記入し、切手を貼って投函してください。
- ② 年会費は、技師会会誌の作成・情報の案内・学会運営費として活用させていただいております。
円滑な技師会運営のためにご協力をお願いします。
- ③ 学会会場にて認定証（会員証）をご持参して頂くと、自動受付対応となり受付がスムーズとなります。
- ④ 会員システムにメールアドレスを登録されると九州消化器内視鏡技師学会開催の案内等の情報を受け取ることができます。
- ⑤ 会費を 5 年間滞納の場合は、九州技師会会員を抹消する場合があります。

【振り込みでの納入について】

新システム導入に伴い 2022 年までの納入をお願いします。

なおシステム上、次年度（2023 年度）以降の支払いはご遠慮願います。

- ① 振込み用紙には、会員番号・[]年度分会費（複数年度可：～2022 年まで等）・ご氏名・勤務先（自宅）ご住所を必ずご記入ください。
- ② 振込み用紙の控えは領収書となります。必ず保管をお願いします。

【個人情報について】

会員名簿は、内視鏡技師会に関するもののみに使用し、他の目的に使用することは一切ありません。

厳重に保管・管理し情報の複製・流出等がないよう慎重に取り扱います。

その他ご不明な点がございましたら、下記担当者までお問い合わせ下さい。

九州消化器内視鏡技師会 年会費担当 眞野 弘美

E-mail endo.12615-h.mano@wak.bbq.jp Tel 080-5217-4365

九州消化器内視鏡技師会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://kyusyu-gets.com/>)より「演題応募」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ありますので、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。

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上げます。また、この度の本学会への研究発表に感謝申し上げます。

本学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上げます。

執筆要領

1. 内容

本学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○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 頁を超えてい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、**技師学会発表後 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ございましたら、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

ツジ胃腸科 0942-21-1582

久留米市国分町 1163-1

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

編 集 後 記

今夏は猛威を奮ったオミクロン株により職員やご家族の感染が相次ぎ、残されたスタッフで患者様へ安心・安全な医療提供できるかを考える日々でした。

同じ医療従事者である皆様もご苦勞絶えなかった夏だったかと思います。

未だに新型コロナウイルスが蔓延している中ではありますが、行動、イベント制限も段階的に緩和され賑わいを見せつつあります。この状況が続くことを切に願っております。

また近年の異常気象の影響で、近年九州各地で発生する豪雨や猛烈な勢力台風の接近・上陸が頻繁に発生しております。この環境に慣れることなく毎年初心に帰り“備える”ことの重要性を再認識頂ければと思います。

本年度は学会開催について新たな試みとして現地・WEBのハイブリッド形式を開催致しました。編集委員会としても会誌内容の充実を目標に新たな会誌の形態を考えていきたいと思っています。

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
お客さま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 福岡市博多区下川端町2-1博多座西銀ビル10階 TEL092-402-2950

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

～鏡内侍II Gが内視鏡洗浄消毒のお手伝いをします～

内視鏡室にゆとりと感染対策を

先生、
早いだけでなく
楽なんです!

ブラッシング時の
飛沫から守って
くれるんです!



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?

感染対策も
安心だね!



病院様のよき相談相手として。

いつものように使えること…



株式会社MVC は
アフターフォローを充実させていきます

■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。

■保守・点検事業

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「ME機器サポートセンター」によるトラブル時の迅速な対応や専門のメンテナンススタッフによる内視鏡機器を中心とした定期保守点検事業を展開いたしております。

■医療機器調達・運用支援

機器は適正に運用されてこそ、その価値が生まれます。皆様のニーズに合わせた商品のコーディネートいたします。

■新規開業支援

「成功するクリニック」造りをするために専門のスタッフがお手伝いいたします。

MVCオリジナルのサポートをご提供いたします。



株式会社 MVC

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

KAIGEN

ESD/EMRに。



内視鏡用粘膜下注入材

リフタル® K

高度管理医療機器 / 特定保険医療材料



単回使用内視鏡用注射針

リフテイン® ニードル

(販売名) KP内視鏡用注射針
管理医療機器

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

[処方せん医薬品]
クエン酸マグネシウム製剤

マグコロル® 散

68% 分包 100g

【パウチ100g包装】



患者さんへの
思いやりが
カタチに
なっています

患者さんにやさしい
大腸内視鏡検査前処置

おいさと健康 **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® E-colon



エニマクリン® PO

2食セット



エニマクリン® コミビ



エニマクリン® CS

※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

FUJIFILM
Value from Innovation

ENDOSTREAM
内視鏡洗浄消毒システム

内視鏡洗浄消毒のワークフロー改善に貢献する。

**1本
タイプ**



内視鏡洗浄消毒機
ESR-110



**2本
タイプ
なら**



内視鏡洗浄消毒機
ESR-200

特長1 離れた場所からでも一目で状態を視認できるLEDインジケーター



(ESR-110のみ)

特長2 感染予防に徹底配慮したゾーン別コンパクト設計



手で触れるスイッチ類は、メインパネルに集中。



洗浄蓋の開閉やスタート操作は足のみで可能。



フットペダルで電動開閉できる洗浄蓋

特長3 過酢酸製剤「エスサイド消毒液6%」を使用



特長4 12,000件の洗浄消毒履歴を保管



特長5 開始時刻に合わせて消毒液を加熱できる音調タイマー搭載



●ESR-110(販売名:内視鏡洗浄消毒機 ESR-110 認証番号:303AABZX00043000 製造販売業者:富士フイルム株式会社) ●ESR-200(販売名:内視鏡洗浄消毒機 ESR-200 認証番号:225AABZX00223000 製造販売業者:富士フイルム株式会社) ●過酢酸製剤エスサイド消毒液6%(販売名:エスサイド消毒液6% 承認番号:22200AMX00284000 製造販売業者:富士フイルム富山化学株式会社)

富士フイルムメディカル株式会社

〒106-0031 東京都港区西麻布2丁目26番30号 富士フイルム西麻布ビル tel.03-6419-8045 (代)

<https://www.fujifilm.com/fms/>

広告掲載社名一覧

- ・ オリンパスマーケティング(株)
- ・ カイゲンファーマ(株)
- ・ 興研(株)
- ・ 新鋭工業(株)
- ・ 富士フイルムメディカル(株)
- ・ 堀井薬品工業(株)
- ・ 山下医科器械(株)
- ・ (株)MVC

(50音順)

九州消化器内視鏡技師会会誌 2022年 VOL.34
2022年10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：福岡県久留米市東町
平 田 敦 美

印刷：株式会社チューイン 熊本市中央区細工町1-51
TEL 096-354-4191 FAX 096-354-4165

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——

新鋭工業株式会社

本社 〒362-0055 埼玉県上尾市平方領家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.ihico.jp/iat/>

