

第81回 九州消化器内視鏡技師学会 プログラム	
8:30	受付開始
9:00	総会 九州消化器内視鏡技師会 会長 平田 敦美
9:15	開会の辞 第113回日本消化器内視鏡学会九州支部例会 例会長 嬉野医療センター 綱田 誠司
9:30	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 消化器内科 医長 富永 直之 司会：佐賀大学医学部附属病院 光学医療診療部 大野 明博
10:30	ワークショップ 「内視鏡検査・治療における鎮静について」6題 座長：佐賀大学医学部附属病院 福田 智子 医療法人社団魁正会 服部胃腸科 古庄 誠二
11:50	休憩
12:00	ランチョンセミナー 「内視鏡診療へのあくなき追及 ～最適なワークフローに欠かせないIEEとAI～」 講師：如水会 今村病院 内視鏡センター長 橋口 一利 座長：嬉野医療センター 消化器内科 医長 山口 太輔 共催：富士フイルムメディカル
13:00	休憩
13:10	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 第1内科 副部長 宮原 貢一 座長：JCHO諫早総合病院 消化器内科 部長 森崎 智仁
14:10	技師試験説明 九州消化器内視鏡技師会 学術委員長 川崎 正一
14:20	一般演題Ⅰ 6題 座長：国立病院機構佐賀病院 福島美登理 国立療養所 沖縄愛楽園 大内和歌子
15:10	一般演題Ⅱ 5題 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
15:50	閉会の辞 九州消化器内視鏡技師会 会長 平田 敦美 学会長 齊藤 直美 次回学会長 古庄 誠二

【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

消化器内科 医長 富永 直之

座長 佐賀大学医学部附属病院

光学医療診療部 大野 明博

内視鏡治療は内視鏡機器の進歩や技術革新により、この20年で目覚ましい進化を遂げた。診断の分野ではインジゴカルミンやヨードを散布する以外にも、画像強調機能（NBI, BLI, LCI）やピオクタニン染色を併用して、新規病変を発見する方法や病変を拡大観察して診断する方法が確立した。AIも診断の一翼を担う様になった。治療の分野では病変の大きさと位置にかかわらず、表在性消化管腫瘍の一括切除を可能にする内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が標準治療として確立した。その治療手技の高度化により、克服すべき出血・穿孔・術後狭窄などの偶発症に対して、様々な治療デバイス、牽引デバイス、術後狭窄予防薬（内服法・注入法）などが考案された。また以前から存在する内視鏡的粘膜切除術（EMR）も、通電せずに切除する方法（Cold snare polypectomy）や水・ジェルに浸水させて切除する方法（Underwater EMR, Gel immersion EMR）など、より安全な治療法も考案された。鎮静の分野も以前より使用されているジアゼパム以外にも、プロポフォールやデクスメトミジンなどの鎮静法も確立した。昨今のコロナウイルス蔓延に伴う感染症対策の分野も、現在早急に対策が検討されている。

それに伴い、医師・看護師・内視鏡技師など内視鏡治療に関わる全てのスタッフに、様々な医療知識や技術が必要となってきた。そこで今回、内視鏡治療の現状と課題を様々な角度から最新のデータも含めて概説する。

【ワークショップ】

座長 佐賀大学医学部附属病院 福田 智子
座長 医療法人社団魁正会 服部胃腸科 古庄 誠二

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

2. 内視鏡室で行う鎮静下胃ESD ～プロポフォ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

○古賀ハルミ 山口 直美 池末 峰子
犬走 香織 淵野 美紘 冨永 直之
緒方 伸一

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 片瀧由美子
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

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
消化器内科 西山 仁

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～

尾田胃腸科内科・内科

○石坂 繫和

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

【ランチセッション】

『内視鏡診療へのあくなき追及 最適なワークフローに欠かせないIEEとAI 〜』

講師 如水会 今村病院

内視鏡センター長 橋口 一利

座長 嬉野医療センター

消化器内科 医長 山口 太輔

共催 富士フイルムメディカル

【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

第1内科 副部長 宮原 貢一

座長 JCHO諫早総合病院

消化器内科 部長 森崎 智仁

超音波内視鏡（Endoscopic ultrasonography:EUS）は、当初観察のみに用いられてきたが、2010年に超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-guided fine-needle aspiration biopsy:EUS-FNA）が保険収載されたことをきっかけに、急速な発展を遂げた。

診断においてはEUS-FNAを行うことにより、膵臓、消化管膜下腫瘍、副腎、腹腔内リンパ節など、これまでは組織の採取が困難であった部位も確定診断が可能となった。特に膵臓においては、がん遺伝子パネル検査の普及も相まって必要不可欠な検査となっている。また消化器領域に留まらず、縦隔病変などの診断でもEUS-FNAが果たす役割は大きい。

治療においても、Therapeutic Interventional EUSと総称される様々な治療手技が登場している。Therapeutic Interventional EUSは、大きく2つに分類されるが、1つはドレナージを目的とした手技群、もう1つは薬剤などを注入するのが目的の手技群である。ドレナージを目的とした手技群には、EUSガイド下胆嚢/胆管ドレナージ術、EUSガイド下膵管ドレナージ術、EUSガイド下胃空腸バイパス術など従来では考えられなかったような治療法が開発されている。

以上のようにInterventional EUSは急速に飛躍・発展してきたが、それゆえに専門医以外にはあまり周知されていない。Interventional EUSで行える事が消化器内科領域に留まらないことを考慮すると、多くの医療者にInterventional EUSに関して情報を発信していくことは重要な課題と言える。

また、Interventional EUSの実施に際しては、必要な知識や技術・道具が多岐にわたることから、医師・看護師・内視鏡技師間で綿密な連携が必要となる。そこで今回、Interventional EUSの現状や課題を概説すると共に、より安全に実施するための取り組みを様々な視点から考察する。

【一般演題Ⅰ】

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、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。

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2年未満の新配属看護師3名、（1名は専任、2名は他部門兼任し期間半年）

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。

【結果、考察】

技術評価表、経験値確認表活用前の内視鏡新配属者は技術習得状況が可視化出来ておらず、適切な評価も出来ていなかった。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が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。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。

新配属者が内視鏡検査・治療介助が出来るようになってからも、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。

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。

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（endoscopic retrograde cholangiopancreatography：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、はじめは洗浄や処置に重点を置いた教育を行い、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（endoscopic mucosal resection：内視鏡的粘膜切除術）やESD（endoscopic submucosal dissection：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ており、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いきたい。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。

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ことから、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】

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。

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ウイルスパンデミック前の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感染症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2430 TEL：0952-72-5111】

【一般演題Ⅱ】

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の体位変換等を行う検査介助者の身体的負担が大きく、その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挙上を使用する「右足挙上用の足台」

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

【結果】

まず、ノンスリップスリッパは、左足用のシリコン製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。仰臥位足組み姿勢時に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ることなくなった。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、組んだ足を支えることも大変な力を要することがあり、さらなる補助具が必要な場合もあると思われた。

そこで、足を組まずに右足挙上用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。足台はCS挿入操作に支障のない空間が確保できるように高さを検討し、最終的に25センチとなった。そこで高さ25センチの「バスチェア」を購入して作成した。しかし、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ため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、セデーション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。

【考察】

ノンスリップスリッパや足台を使用することで、腹部圧迫介助に集中できたり、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。これにより、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」はセデーション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。

〒860-0085 熊本市北区高平3丁目14-35

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】

年齢、男女比、平均切除数に関して両群に有意な差は認めなかった。肉眼的分類、ではCSP群で有意にIs（無茎性）が多い結果となった。病理組織学的診断に関しては大きな差は認めなかったがCSP群では3例の病変回収不能例を認めた。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全例に拡大内視鏡スコープを用いている。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。

ESDにおける治療介助のAAA ー安全・安心・安楽と医師が望む介助を目指してー

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

看護師 佐藤 佳代、薬師寺恵美、山口 真実

臨床工学技士 石橋 孝司、井 晶子

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るが、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測り知れない。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（CE）の6名体制にて行っており、介助者は医師ではなく看護師とCE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できているかを検討した。

【当院での取り組み】

①カンファレンスでの情報共有とスタッフ配置：施行医の熟練度や困難症例に応じて第一介助者を調整する。②治療室のレイアウト：医療機器の配置や術者に合わせたベッドの高さの調整、各フットペダルの位置調整。③デバイスの準備：スコープに先端フード装着しナイフが干渉しないかの事前確認を行う。トラクションデバイス使用が予測される場合は糸付きクリップや独自作製したクリップの準備などを行う。④タイムアウト：ストラテジーを共有することにより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。⑤治療中における工夫：各種デバイスは1回目の鉗子口挿入時に適切な位置にテープにてマーキングを行う。デバイスの入れ替えは第一助手、第二助手がスライド式にて交換し時間短縮を図り、デバイス入れ替えによる止血時のタイムラグや施行医のストレスを軽減する。高周波の設定は、状況に応じてCEが変更を提案する。⑦術中管理：バイタルサインや鎮静深度の評価、腹部所見や皮下気腫などの観察をおこない異常の早期発見に努める。

【考察】

効率的にESDを行うために、事前準備から術中管理まで介助者の果たす役割は大きい。カンファレンスをおこない役割を明確にすることで治療参加の意識向上し、ストラテジーを共有することで予測して動くことが出来るなど目に見えない相乗効果がある。上記取り組みにより医師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られる。

【結語】

医師の高度な技術に各医療スタッフの適切なサポートが加わることで、円滑かつ効率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。
〈利益相反：無〉

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

【はじめに】

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。

【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】

- 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。
- 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。
- 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、考察】

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、そのうちレベル3b以上の重大と思われる事例は2例認めた。

事例1：十二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。

事例2：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。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り、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。

事例を通して下記の改善点が挙げられた。

- ①術前に、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。

【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。

【連絡先：〒831-016 福岡県大川市酒見141-11 TEL：0944-87-0001（代表）】

下部消化管内視鏡腸管洗浄液の自宅服用への取り組みと評価

JCHO佐賀中部病院 看護部 外来内視鏡室

○野中 美和、山下 里美、東 佑美

古賀 洋子、飯盛英美子

【はじめに】

当院では2020年度まで、下部消化管内視鏡（以下大腸カメラ）の前処置を全症例院内で行っていた。しかし、ハード面や看護師の多重業務、新型コロナウイルス感染拡大に伴う前処置部屋の密の問題が発生した。他施設では自宅前処置が多く、当院でも安全な自宅前処置へ移行したいと考え取り組んだ。まもなく約1年が経過するにあたり、評価が必要と考え現状を報告する。

【目的】

自宅服用が可能であった割合と、安全性の問題の有無を明らかにする。又、自宅前処置の気分不良発生数と自覚症状の内容・対処方法を明らかにする

【対象】

2021年4月～2022年1月の外来腸管洗浄液服用患者488名

- 自宅服用予定283名
- 院内服用205名

【方法】

（1）自宅服用開始まで

- ①「医療事故再発防止に向けた提言第10号」を参考に自宅服用チェックリストの作成
- ②自宅服用説明書の作成
- ③腸管洗浄剤の検討
- ④医療安全委員会・診療情報委員会・医局会での承認

（2）評価方法

- ①対象者全体より自宅前処置割合を明確化
- ②自宅服用受検者の電話対応内容の把握

【結果】

- ①受検者の58%自宅服用へ移行
- ②自宅服用受検者の電話対応と内容（n = 16）
 - 排便回数報告（2件）
 - 嘔気と腸管洗浄剤の残量服用拒否（8件）
 - ピコスルファートナトリウム内用液（以下ピコスルファート）（前日21時服用）服用後の腹部違和感
 - ピコスルファート服用後の冷汗・腹痛
 - 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

【考察】

今回、外来での大腸カメラ受検者の58%が自宅服用へ移行できた。院内服用者の中でも自宅服用でも可能と推測する受検者も含まれおり、上半期は移行期であったことから全診療科医師への浸透が不完全だったと予測する。又、自宅での急変を心配し緩徐に進めた医師もいた。

チェックリストの決定事項で、定めた年齢以外で受検者の安全確保の要素がある場合は主治医の判

断で自宅服用を可能としている。75歳以上を院内服用と定めているが、70代の5割は自宅服用で問題なく、80代の2割が自宅服用を希望され可能であったことから年齢範囲の拡大が望めると考える。

電話対応16名に重症例はなく、適切な対応ができた。腸管洗浄剤を中心に現状把握を行うなかで、ピコスルファートでの気分不良が明らかになった。いずれも検査中止となっており、予約説明の段階より注意喚起の重要性を改めて認識できた。

【結語】

- ①自宅服用への取り組みは安全性が確保できるものであった
- ②受検者の自覚症状に対する対応は適切であった
- ③ピコスルファートの注意喚起を強化する

【連絡先：〒849-8522 佐賀市兵庫南3丁目8-1 TEL：0952-28-5311（代表）】