

第120回 日本消化器内視鏡学会九州支部例会

第88回 九州消化器内視鏡技師学会

消化器内視鏡技師に求められるコンピテンシーとは
～多職種連携について考える～

プログラム・抄録集

日 時

2025年11月29日（土） 8:50～16:30

会 場

iichiko総合文化センターiichikoグランシアタ
大分市高砂町2-33

ソレイユ

大分市中央町4-2-5

主催 九州消化器内視鏡技師会

共催 第120回 日本消化器内視鏡学会九州支部例会

NIPRO Dilation Balloon Catheter

より安全な内視鏡下の消化管バルーン拡張術をサポート
穿孔防止、内視鏡通過性に優れたカテーテル

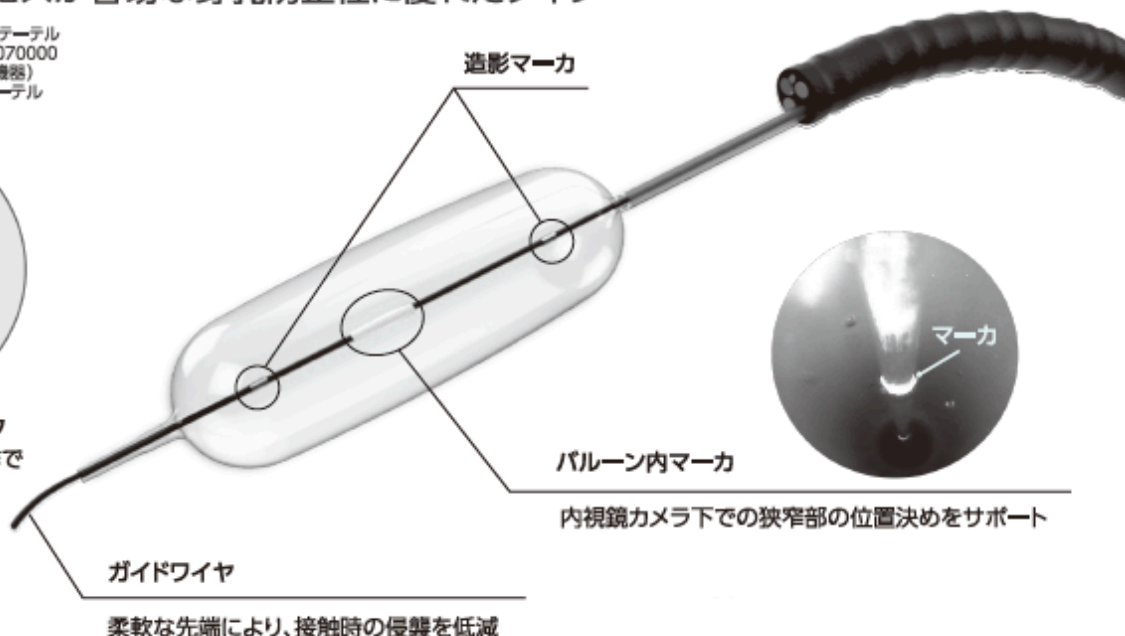
G-dive® Wireguided タイプ ニプロ消化管用バルーンカテーテル

狭窄部へのアクセスが容易な穿孔防止性に優れたタイプ

販売名：ニプロ消化管用バルーンカテーテル
医療機器認証番号：304AABZX00070000
クラス分類：クラスⅡ（管理医療機器）
一般的名称：腸管用バルーンカテーテル



2ルーメン一体コネクタ
ロックコネクタと同じ操作で
GWの固定/解除が可能



柔軟な先端により、接触時の侵襲を低減

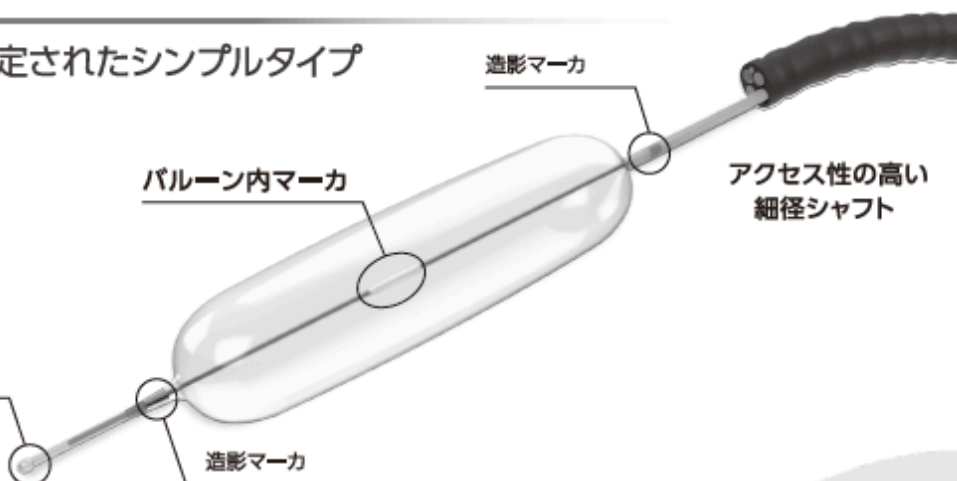
E-dive® Fixedwire タイプ ニプロ食道拡張用バルーンカテーテル

ワイヤがカテーテル内に固定されたシンプルタイプ

販売名：ニプロ食道拡張用バルーンカテーテル
医療機器届出番号：27B1X00045000126
クラス分類：クラスⅠ（一般医療機器）
一般的名称：食道用バルーンカテーテル

先端チップ

先端加工により、接触時の侵襲を低減



柔軟なバルーン材質
収縮後、内視鏡からの抜去が容易に

1本で3段階の拡張



・「E-dive」および「G-dive」はニプロ株式会社の登録商標です。



製造販売

ニプロ株式会社
大阪府摂津市千里丘新町3番26号

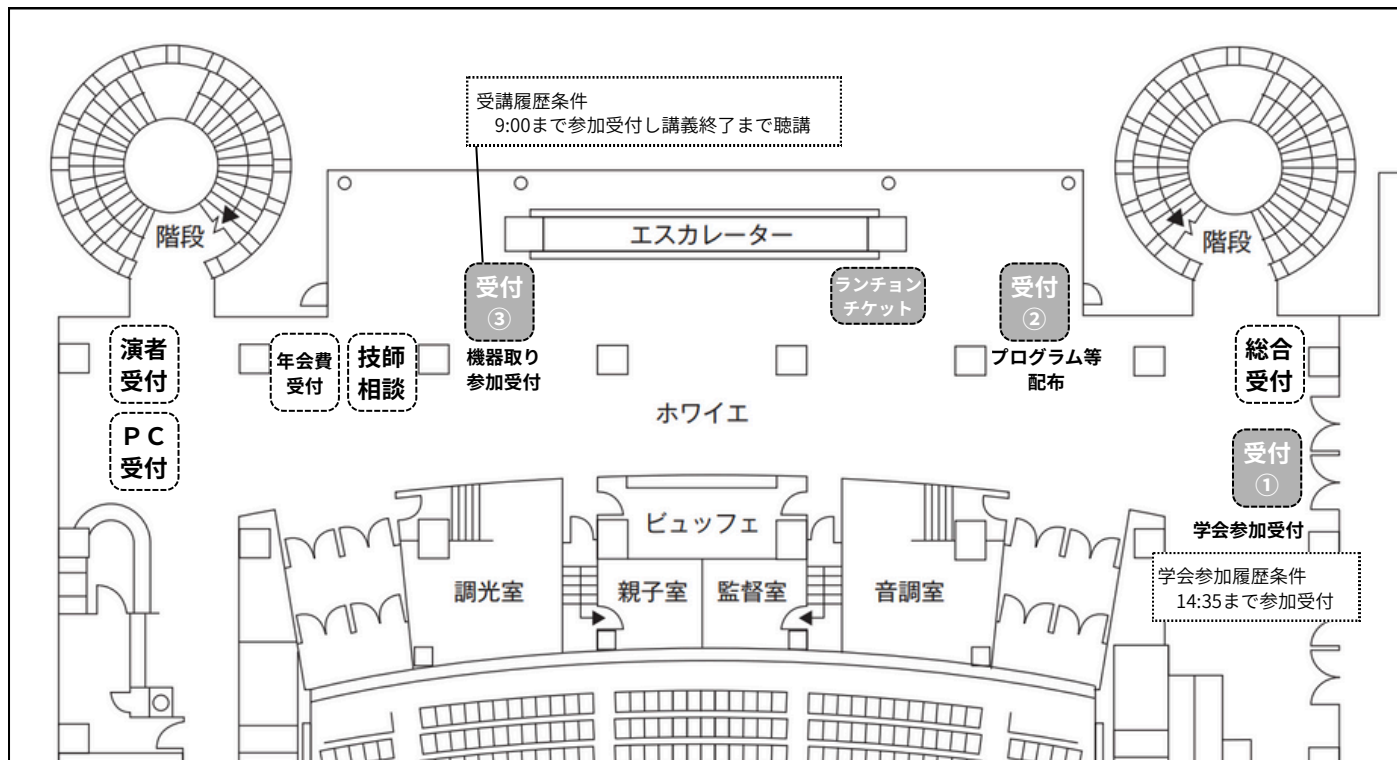
製品に関するお問い合わせ

医療機器情報室 ☎0120-226-410
受付時間：9時～17時15分（土・日・祝日・弊社休業日を除く）

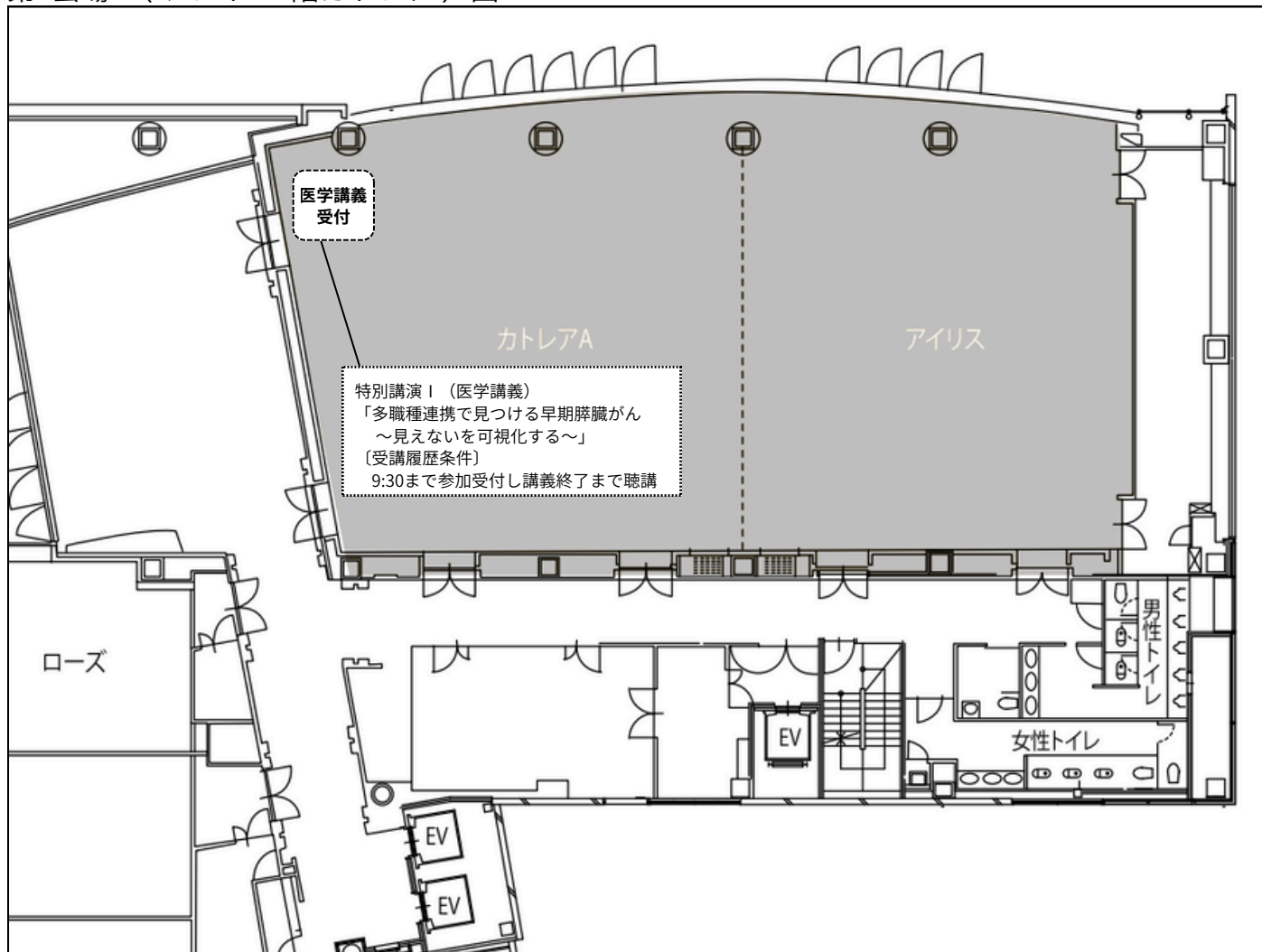
2025年6月作成【●2506130935】

会場案内図

第1会場（iichikoグランシアタ2階 入口付近）図

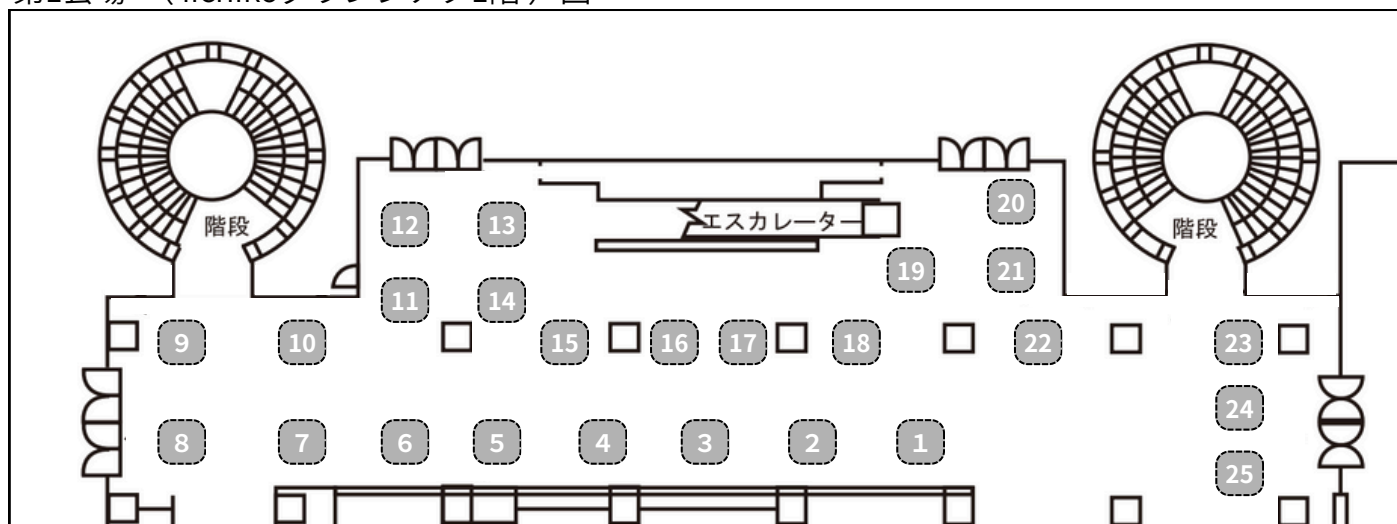


第2会場（ソレイユ7階カトレア）図



機器展示会場図

第1会場（iichikoグランシアタ1階）図



- | | |
|----------------------|----------------------------|
| ① センチュリーメディカル株式会社 | ⑭ 株式会社アビス |
| ② 株式会社アダチ | ⑮ Nuno屋 |
| ③ メリットメディカル・ジャパン株式会社 | ⑯ 新鋭工業株式会社 |
| ④ カイゲンファーマ株式会社 | ⑰ 株式会社アステム |
| ⑤ 宮野医療器株式会社 | ⑱ エム・シー・メディカル株式会社 |
| ⑥ アムテック株式会社 | ⑲ 日本アッシュ株式会社 |
| ⑦ オリンパスマーケティング株式会社 | ⑳ ボストン・サイエンティフィックスジャパン株式会社 |
| ⑧ ASP Japan 合同会社 | ㉑ オカダ医材株式会社 |
| ⑨ 株式会社オカダ電子 | ㉒ ORTメディカル株式会社 |
| ⑩ アイオーク株式会社 | ㉓ 富士フイルムメディカル株式会社 |
| ⑪ ゼオンメディカル株式会社 | ㉔ 株式会社HC研究所 |
| ⑫ 株式会社長谷川綿行 | ㉕ 興研株式会社 |
| ⑬ 堀井薬品工業株式会社 | |

企業展示スタンプラリー開催

参加受付時に、スタンプラリーカードを配布します。

1階展示ブースに足を運び、スタンプを **14個以上** 集めましょう。

先着200名様 に景品を差し上げます。

※景品交換は **14時35分以降** に、**グランシアタ2階 入口** にて行います。

第88回 九州消化器内視鏡技師学会 プログラム

第1会場 iichikoグランシアタ		第2会場 ソレイユ 7階カトレア	
8:15	受付開始	9:00	受付開始（医学講義）
8:50	開会の辞 九州支部例会長：兒玉 雅明 先生	9:30 10:30	特別講演Ⅰ（医学講義） 「多職種連携で見つける早期膵臓がん ～見えないを可視化する～」 講師：佐上 亮太 先生 座長：大波多 歳男
9:00 11:30	内視鏡機器取扱い講習会（基礎編） 富士フイルムメディカル株式会社 講師：岩田 佳之 西川 友一朗	10:35 11:45	特別講演Ⅱ 「九州大地震 内視鏡室から患者は守れるか ～熊本地震：震度7,2回の残像から思えること～」 講師：淡路 誠一 先生 座長：松島 貴博
11:35 12:25	ランチ前セミナー 「浸水下内視鏡治療および創部縫縮の 最前線 -セッティング・介助・患者ケアの実際」 講師：峯崎 大輔 先生 座長：有村 彰洋	12:20 13:10	ランチョンセミナー 富士製薬工業株式会社 共催 「安全な腸管洗浄を目指して」 講師：玉井 尚人 先生 座長：後藤 康彦 先生
12:25	軽食配布・休憩	13:40 14:20	特別企画セミナーⅠ 「適切な内視鏡検体の取り扱い方・ 病理レポートを読み解く」 講師：佐藤 啓司 先生 座長：石坂 繁和
12:50 13:40	教育講演Ⅰ 「医師・内視鏡技師の多職種協働における 到達点と課題」 講師：橋口 慶一 先生 座長：永田 かほり	14:25 15:15	特別企画セミナーⅡ 「PEGに関わる医療安全 ー造設とカテーテル交換についてー」 講師：松本 敏文 先生 座長：丸山 伸一
13:45 14:35	教育講演Ⅱ 「消化器内視鏡分野におけるAIの現状」 講師：福田 健介 先生 座長：水上一 弘 先生	15:20 16:00	特別企画セミナーⅢ 「安全で効果的な高周波設定 ～消化器内 視鏡治療における実践ポイント～」 講師：阿部 豪介 先生 座長：梅北 裕司
14:35 15:10	一般演題Ⅰ（5演題） 座長：福島 昌子 南 雄一	<div>機器展示会場 グランシアタ1階</div> <div>8:30 15:30</div> <div>機器展示</div>	
15:10 15:45	一般演題Ⅱ（5演題） 座長：秦 亜希子 中村 志津子		
15:45 16:20	一般演題Ⅲ（5演題） 座長：大野 明博 工藤 千佳		
16:20 16:30	閉会の辞 第88回学会長：永田 かほり 表彰状授与 会長：大波多 歳男 第89回学会長：光田 暢		

第88回 九州消化器内視鏡技師学会

お知らせとお願い

●参加証

会場内では「参加証」を常にご着用ください。「参加証」は出席証明書ではありません。

●参加証明について

本学会では「紙の出席証明書」は発行しません。出席証明は、日本消化器内視鏡技師会会員管理システム内「受講履歴ポイント照会」にて確認可能です。

【第88回 九州消化器内視鏡技師学会】

本学会において、現地で参加受付された方は学会参加証明（10ポイント）として日本消化器内視鏡技師会の受講履歴へ反映します。 ※14時35分以降の入場は反映できません。

【機器取扱い講習会（基礎編）】

消化器内視鏡技師資格認定試験受験、および認定資格更新に必要な機器取扱い講習会出席証明（10ポイント）として反映します。

【医学講義】（特別講演Ⅰ）

認定資格更新に必要な講習ポイント1時間（2ポイント）を受講履歴に反映します。

※機器取扱い講習会については講習会を全て受講された場合、医学講義については現地受付を行い9時30分～10時30分まで受講された場合、受講証明として反映します。途中参加及び途中退席については反映できません。なお、「機器取り扱い講習」「医学講義」どちらかのみのポイント取得となります。

●年会費・技師相談

年 会 費：会場で九州消化器内視鏡技師会 年会費を受け付けております。

新システム移行に伴い、学会場での年会費のお支払いを廃止しましたが、一定の移行期間として、今学会より従来通り学会場でのお支払いを再開します。なお、お支払い年数に関しては、システムの関係上、今年度分（2025年）までといたします。（2026年以降の先払いは致しかねます）

技師相談：資格試験や更新について、担当がご対応いたします。

発表に関するお願い

●発表形式

Windows Power Pointでの発表となります。発表前に2階 演者受付にてご確認ください。

●発表時間

一般演題の発表時間と討論時間は、発表：5分 討論：2分 となります。

発表時間の計時に関しては、ランプ・ブザーによるお知らせはございません。

各自、発表時間を厳守してください。

●演者席

一般演題が始まる15分前に、次演者席にご着席ください。

演者は発表終了後、座長総括が終了するまで会場内でお待ちください。

日本消化器内視鏡学会認定

第88回 九州地区 内視鏡機器取扱い講習会（基礎編）

消化器内視鏡技師資格認定試験受験条件 消化器内視鏡技師資格更新条件

- 日 時 2025年11月29日（土）
9:00～11:30（受付開始 8:15）
- 会 場 iichiko総合文化センター iichikoグランシアタ
- 講 師 富士フイルムメディカル株式会社
岩田 佳之（日本消化器内視鏡技師会認定講師）
西川 友一朗
- 内 容 ○内視鏡の原理と構造
○内視鏡の取扱いと保守、管理
○質疑応答（日頃お困りな点について）
○受講証明書の発行

※受講履歴は講習会を全て（2時間30分）受講された方のみ、日本消化器内視鏡技師会
会員ページの「受講履歴ポイント照会」へ反映されます。

第88回 九州消化器内視鏡技師学会

●開催日 2025年11月29日（土）

●会場 iichiko総合文化センター iichikoグランシアタ / ソレイユ

第120回 日本消化器内視鏡学会九州支部例会

例会長 兒玉 雅明（大分大学医学部 先進医療科学科）

医師世話人 水上一弘（大分大学医学部 消化器内科学講座）

第88回 九州消化器内視鏡技師学会

学会長 永田 かほり（大分大学医学部附属病院 高度内視鏡診療センター）

九州消化器内視鏡技師学会

会長 大波多 歳男（社会医療法人三愛会 大分三愛メディカルセンター）

開会の辞（8:50～9:00）

第120回 日本消化器内視鏡学会九州支部例会 例会長 兒玉 雅明

閉会の辞（16:20～16:30）

第88回 九州消化器内視鏡技師学会 学会長 永田 かほり

【ランチ前セミナー】（11:35～12:25）グランシアタ

『浸水下内視鏡治療および創部縫縮の最前線 ー セッティング・介助・患者ケアの実際 』

講師：大分大学医学部附属病院

峯崎 大輔

座長：済生会川内病院

有村 彰洋

MEMO

【教育講演Ⅰ】 (12:50~13:40) グランシアタ

『医師・内視鏡技師の多職種協働における到達点と課題』

講師：長崎大学病院
座長：大分大学医学部附属病院

橋口 慶一 先生
永田 かほり

MEMO

【教育講演Ⅱ】 (13:45~14:35) グランシアタ

『消化器内視鏡分野におけるAIの現状』

講師：大分大学医学部附属病院
座長：大分大学医学部附属病院

福田 健介 先生
水上一弘 先生

MEMO

【一般演題Ⅰ～Ⅲ】 (14:35~16:20) グランシアタ

一般演題Ⅰ (14:35~15:10)

座長：諫早総合病院 福島 昌子
新別府病院 南 雄一

1. 内視鏡部にMEが配属になる前の準備・配置後発揮したコンピテンシーについての考察
産業医科大学病院
岩永 明子
 2. 手術室での内視鏡タスクシフト
福岡徳洲会病院 臨床工学科
坂野 梨絵
 3. “察してよ”では伝わらない！
～B to BとB to Cで読み解く内視鏡室の信頼関係～
北九州市立医療センター 内視鏡室
川原 佑太
 4. 当センターにおける診療報酬算定の現状と改善への取り組み
大分大学医学部附属病院 高度内視鏡診療センター
安部 絵里沙
 5. 洗浄業務の一元管理を目指した内視鏡センターと他部署との連携
大分大学医学部附属病院 高度内視鏡診療センター
川野 美穂
-

一般演題Ⅱ (15:10~15:45)

座長：安本病院 秦 亜希子
えとう内科病院 中村 志津子

1. 下部内視鏡検査前処置の実態と課題～なぜ自宅前処置が増えないのか～
医療法人敬愛会 中頭病院 内視鏡センター
久高 香織
2. 意識下鎮静法上部消化管内視鏡検査を受けた患者を安静解除する看護師の臨床判断
公益社団法人鹿児島共済会 南風病院 消化器検査センター
渡嘉敷 貴美子
3. 咽頭麻酔なしでも鎮静下上部内視鏡検査を安全、安楽に施行するための取り組みの報告
日本赤十字社長崎原爆病院 治療外来
渡瀬 聡子

4. 動画を活用したeラーニング導入による課題と新たな課題

九州大学病院 臨床工学部門 光学医療診療部

利田 晋治

5. 大腸内視鏡検査の前処置時の多量飲水により急性水中毒を来した1例

あべ胃腸病内視鏡クリニック

佐藤 みなみ

一般演題III (15:45～16:20)

座長：佐賀大学医学部附属病院

大野 明博

大分三愛メディカルセンター

工藤 千佳

1. 内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査(ERCP)における

看護師の放射線被ばく線量の低減を目指して

NHO長崎医療センター 治療検査センター

原田 由佳

2. ATPふき取り検査を活用した上部消化管内視鏡スコープ清浄度評価

— 「濃度・温度・時間」の洗浄方法を統一して —

久留米大学医療センター

東 直美

3. 座位介助による疲労軽減効果の検討

健和会大手町病院 臨床工学部

柿山 樹里

4. テープ型内視鏡先端フードの有用性検証：感染対策とコスト効率の両立を目指して

地方独立行政法人 北九州市立病院機構 北九州市立医療センター

金丸 淳平

5. 内視鏡スコープ洗浄における弱アルカリ性洗剤の有用性

社会医療法人製鉄記念八幡病院 内視鏡センター

内藤 翼

【特別講演Ⅰ（医学講義）】 | (9:30~10:30) ソレイユ

**『多職種連携で見つける早期膵臓がん
～見えないを可視化する～』**

講師：大分大学医学部附属病院 佐上 亮太 先生
座長：大分三愛メディカルセンター 大波多 歳男

MEMO

【特別講演Ⅱ】 (10:35~11:45) ソレイユ

**『九州大地震 内視鏡室から患者は守れるか
～熊本地震：震度7, 2回の残像から思えること～』**

講師： 淡路 誠一
座長：金子病院 松島 貴博

MEMO

【ランチョンセミナー】 (12:20~13:10) ソレイユ

『安全な腸管洗浄を目指して』

講師：東京慈恵会医科大学 玉井 尚人 先生
座長：新別府病院 後藤 康彦 先生
共催：富士製薬工業株式会社

MEMO

【特別企画セミナーⅠ】 (13:40~14:20) ソレイユ

『適切な内視鏡検体の取り扱い方・病理レポートを読み解く』

講師：大分三愛メディカルセンター 佐藤 啓司
座長：尾田胃腸内科・内科 石坂 繁和

MEMO

【特別企画セミナーⅡ】 (14:25~15:15) ソレイユ

『PEGに関わる医療安全ー造設とカテーテル交換についてー』

講師：別府医療センター 松本 敏文 先生
座長：指宿浩然会病院 丸山 伸一

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

【特別企画セミナーⅢ】 (15:20~16:00) ソレイユ

**『安全で効果的な高周波設定
～消化器内視鏡治療における実践ポイント～』**

講師：大分赤十字病院 阿部 豪介
座長：いまきいれ総合病院 梅北 裕司

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

一般演題 抄録集

【一般演題Ⅰ】

1. 内視鏡部にMEが配属になる前の準備・配置後発揮した コンピテンシーについての考察

産業医科大学病院
○岩永 明子

【はじめに】

A病院内視鏡部では年間約8000件の内視鏡検査が実施されており、医師・看護師・看護補助者が連携し業務を行っている。看護師の業務は、検査の前処置から点滴管理、搬送に加え、スコープのセッティングや取り外し、生検介助と多岐にわたる。そのような中で2025年6月より臨床工学技士（以下ME）1名が内視鏡部に配属されることとなった。A病院では内視鏡部にMEが配属されることが初めてであり、タスクシフトやMEとの連携強化の必要性を感じた。そこで内視鏡部看護主任としてMEを迎え入れるにあたって発揮したコンピテンシーを考察し振り返りを行った。

【目的】

MEが参入するにあたって、タスクシフトや多職種連携を行う際に重要となったコンピテンシーについて考察する。

【方法】

MEが内視鏡部に参入するにあたり取り組んだ事例を基に、書籍「看護管理に活かすコンピテンシー」を用いて発揮したコンピテンシーについて評価を行う。

【結果・考察】

ME参入前に、臨床工学技師長、ME、内視鏡部長、看護師で話し合いを行った結果、MEは内視鏡検査介助の経験にブランクがあったことがわかった。看護師としてはスコープの装着や取り外しなどを行ってもらい、洗浄などは今まで通り看護補助者に行ってもらいたい希望があったが、MEから「洗浄もMEとしての重要な業務です。」との発言があり、本人の意思を尊重して洗浄

機のチェックとスコープの洗浄から導入していった。ここでのコンピテンシーは「領域1」個人の特性C「感情の自己認識」、D「セルフコントロール」、E「内省力」、「領域4」影響力のA「対人感受性」に繋がっていくと考えた。ME参入後は本人の意向を確認しながら、スコープの装着、取り外し、スコープのアングルチェックなど段階的に行ってもらった。「領域3」企画実行力B「顧客志向」、MEを顧客としてとらえ本人が実力を発揮できるスコープの装着や取り外し、看護師では行っていなかったスコープのアングルチェックなどを依頼するようになった。ここでも「領域4」のA「対人感受性」やB「対人影響力」などを踏まえて交渉を行ってきた。事前にスコープのアングルチェックを行うことにより、異常の早期発見と早期対応ができ「領域3」企画実行力D「質保証」にもつながっていくと考えた。

【結語】

多職種連携の目的は患者の安全・安楽のためそれぞれの専門職がもつ専門性を発揮して質の高いサービスを提供することであり、看護師は多職種間を取り持ち調整することが役割となっている。また多職種連携では日頃からのコミュニケーションを積極的に行い多職種同士で尊重しあうことが必要であり、多職種への理解、相手の気持ち感情を察知して配慮していくことが重要と考えた。

2. 手術室での内視鏡タスクシフト

福岡徳洲会病院 臨床工学科
○坂野 梨絵 藤野 真知可

【背景】

2022年これまで内視鏡検査室でおこなっていた上部の内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic Submucosal Dissection：ESD）を手術室全身麻酔下でおこなう事になった。それに伴い、手術室看護師が介助業務を対応していたが、2023年にはスタッフの人員不足により、介助業務が困難となり2024年4月から手術室ESDを臨床工学技士（CE）にタスクシフトをおこなった。

【目的】

当院で手術室看護師からCEへタスクシフトをおこなった事で、それに伴う手術室ESD業務内容の見直しや運用方法について報告する。

【方法】

内視鏡対応可能なスタッフは8名いたが、専任ではなく兼任業務の為、人員の調整が必要となり手術室ESDを週一回の固定曜日とした。更に使用する物品についても全て見直しをおこない専用物品カートを導入しESD準備をし易くした。当日使用するスコープや高周波装置などは手術室スタッフが内視鏡室へ朝取りに来るなど運用ルールを決めた。

【結果】

これまで手術室ESDでは手術室看護師が2名（介助・記録）で対応していたが、CEへタスクシフトをおこなった事で1名（記録）対応となった。2024年度の手術室ESD件数は50件（胃31件・食道19件）おこなっており、CEが介助に入る事でデバイスや高周波装置の取り扱いトラブルによるCEの呼び出しはなくなった。更に医師からは「治療に集中できる・嬉しい」などの声もあり、治療に対す

る安全性も向上した。

【結語】

手術室ESDをCEにタスクシフトをおこなった事で、手術室看護師の慣れないESD介助業務の負担・人員不足の軽減に繋がった。しかし、医師の都合により固定日以外の手術室ESD予定が入る事もあり、対応するCEスタッフの人員調整等の問題も今後検討が必要となった。今回のタスクシフトにより医師からの必要性なども感じられ、今後も様々な部署でタスクシフトによる業務見直しをおこなっていきたいと思う。

3.”察してよ“では伝わらない！

～ BtoB と BtoC で読み解く内視鏡室の信頼関係 ～

北九州市立医療センター 内視鏡室

○川原 佑太 川野 孝司 宇都宮 リエ 堀田 恵里奈 真鍋 美也子 佐藤 知明 松田 隆太

株式会社エヌジェーシー 福岡支社 三戸岡 祥美

北九州市立医療センター 消化器内科 隅田 頼信 秋穂 裕唯

【目的】

当内視鏡室では、医師・看護師・臨床工学技士・受付スタッフといった多職種が関わり、検査や処置を支えている。チーム医療をより強固にするには、日々のコミュニケーションと信頼関係の構築が重要である。そこで、ビジネス領域で用いられるBtoB（Business to Business）とBtoC（Business to Consumer）の視点を医療現場に応用し、職種間連携を“BtoB”、患者対応を“BtoC”と捉え、多職種間の信頼構造を再考した。現場には「言わなくても伝わるはず」「察してほしい」といった暗黙の期待が根付いており、円滑な連携を妨げる要因になっている。BtoBとBtoCの観点から、内視鏡室における信頼形成とその課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】

内視鏡室に勤務する看護師・臨床工学技士・受付スタッフを対象に、無記名アンケートを実施。対象者には調査の趣旨を説明し、同意を得て匿名で回答してもらった。本調査では職種のみ記載し、個人が特定される情報は収集しておらず、倫理審査の対象外と判断した。設問は5段階評価と自由記述を組み合わせ、「業務連携」「感謝」「頼みやすさ」「急変対応」などBtoB・BtoC両面の項目を設定した。また、社会的交換理論（Social Exchange Theory）を活用し、感情的報酬や行動のバランスに注目した。【結果】アンケート結果からは、看護師・臨床工学技士ともに「言わなくて

もわかってほしい」という傾向があり、実際に”察してもらえない“ことによるギクシャクを経験したという回答が多数見られた。また、日常業務や急変時の連携については「普段から会話している人とは安心して動ける」という回答が全職種で多く、日常の関係性が連携の質に直結していることが示唆された。一方で、スタッフ間の感謝や声かけに関する項目では、「一方通行になっている」「感謝が返ってこない」「役割の偏りを感じる」などの回答もあり、社会的なGive and Takeの不均衡が見られた。受付スタッフからも「情報の提供がもう少し欲しい」という意見もあり、多職種間の心理的距離や温度差が存在することが明らかとなった。

【考察】

医療現場におけるBtoBの信頼形成は、言葉かけや感謝といった“見えない報酬”の交換に支えられている。社会的交換理論が示すように、Give and Takeの非対称は関係性の摩耗を招く。BtoBが良好であれば、BtoCの対応にも好影響がみられ、結果として患者満足度にもつながる。情報共有の偏りや感謝の片方向性といったBtoBの関係性を見直す必要がある。

【結語】

“察してよ”では伝わらない。多職種間の信頼と対話を見詰め直し、BtoBとBtoCを行き来する柔軟な視点を育てることで、全員が安心して動けるチームを築くことができると考える。

4. 当センターにおける診療報酬算定の現状と改善への取組み

大分大学医学部附属病院 高度内視鏡診療センター

○安部 絵里沙 永田 かほり 川野 美穂 甲斐 美乃里

消化器内科学講座 水上一弘

【背景】

当センターでは、2022年1月内視鏡情報管理システムの更新に伴い、システム内の診療報酬算定に関する実施入力画面の見直しを行った。内視鏡検査においては、検査後に施行医が実施入力画面に検査項目を入力し、それに基づいて医事課が診療報酬の点数算定を行う。実施入力画面には「手技」・「病理」・「処置」・「薬剤」の4項目があるが、検査項目の不足が多く確認されたため、医事課・医療情報部・F社・N社と連携し、実施画面の改訂を行った。また、改訂により誤入力が懸念されたため、当センター独自の実施入力支援ツールを作成し運用を開始した。また、2023年12月外来患者の内視鏡検査において処置項目の未入力が判明した。入院患者の場合、医事課が実施入力とカルテの双方を確認し会計処理を行うが、外来患者の場合は実施入力のみが確認対象であり、未入力があると請求漏れが発生する。現在は、技師が確認を徹底しており、請求漏れが発生した場合は、医事課を経て患者に連絡し、次回来院時に未請求分を徴収する対応をとっている。

【目的】

内視鏡処置の実施入力状況の調査を行い、現状の把握と、改善に向けての対策を講じ効果があったかを評価する。

【方法】

対象は、2024年1月～12月に当センターで処置を実施した消化器内視鏡検査837件（透視検査を除く）。1月から3月を対策前、4月以降を対策後とし、各期間の実施入力状況を比較した。

【結果】

対策前に正確に実施入力できていたのは91.0%（181件/199件）であったのに対し、対策後は93.6%（597件/638件）であった。

【考察】

今回の対策で、実施入力状況は2.6%の改善が認められた。この要因としては、調査と対策により医師・技師への意識付けに繋がったことも要因として考えられた。改善できなかった項目としては、「内視鏡的粘膜切除術」と「内視鏡的粘膜下層剥離術」のような類似項目の誤入力が多く見受けられた。誤入力や未入力は依然として認められており、4月や10月の医師の異動時期に多かった。確実に点数算定を行うためには、診療報酬の改訂を把握することや、新規機器の導入の際には新たな処置・加算項目を随時システムに反映していく必要がある。また定期的なオリエンテーションも必要だと感じた。

【結語】

内視鏡技師の業務は、検査助助や洗浄などが主であるが、検査に関わるシステム管理や診療報酬の算定における積極的な支援も円滑な内視鏡センター運営に貢献しうることが示唆された。今後も他部門や多職種と連携し、継続的な業務改善に努めていきたい。

5. 洗浄業務の一元管理を目指した内視鏡センターと他部署との連携

大分大学医学部附属病院 高度内視鏡診療センター
○川野 美穂 永田 かほり 安部 絵里沙 甲斐 美乃里
消化器内科学講座 水上一弘

【背景】

当院高度内視鏡診療センター（以下、当センター）では、消化器内科・外科、呼吸器内科・外科および救命救急科で使用したスコープの洗浄・消毒業務を担ってきたが、耳鼻咽喉科病棟（以下、病棟）で使用したスコープは、病棟にて医師が個別に対応していた。症例ごとにエンドシース®を交換して使用しており、全症例終了後、換気設備のない処置室で高水準消毒を実施していた。2024年7月の病院機能評価受審に向け、エンドシース®の使用を中止する方針となり、医師のみでの洗浄・消毒対応が困難となった。このため病棟での作業環境を見直すとともに、洗浄・消毒業務の一元管理が求められた。

【目的】

病棟で使用したスコープの洗浄・消毒を担うにあたり、運搬方法や履歴管理システムを構築する。

【方法】

病棟で朝の回診時に使用したスコープを「使用済み運搬トレイ」（リッド・トレイ®）に収納し、当センターへ搬送する体制とした。この際、「使用済み運搬トレイ」と「消毒済み運搬トレイ」の動線が交差しないように、運搬スケジュールを組んだ。スコープの使用履歴管理を行うにあたり、ランニングコストをおさえるため現在使用しているシステムを利用した。患者IDバーコードは電子カルテ内の「患者ラベル回収用紙」（以下、回収用紙）を活用した。検

査終了後、「回収用紙」にスコープ番号や感染症情報を記入して、「使用済み運搬トレイ」に貼付した。当センター到着後は、一次洗浄および洗浄装置による消毒を行った。「洗浄・消毒履歴」については、スコープに貼付している「スコープ番号バーコード」と「回収用紙」に印刷されている「患者IDバーコード」を読み込むことにより、既存の洗浄履歴管理システムで管理可能となった。消毒済みのスコープは「消毒済み運搬トレイ」に収納し、病棟へ返却する運用とした。

【結果】

病棟でのスコープ洗浄・消毒業務は廃止され、当センターでの一元管理が可能になった。2024年7月から2025年7月までに、病棟で使

【考察】

病棟管理では、スタッフ不足や洗浄環境の改善が課題であったが、一元管理では、洗浄・消毒業務の教育を受けたスタッフが、換気設備の整った洗浄室で作業をおこなうため、一症例ごとの高水準消毒が可能になった。

【結語】

「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチサエティ実践ガイド」に準拠した洗浄・消毒の重要性を他科と共有でき、院内の洗浄業務一元管理体制が構築された。今後は、泌尿器科や産婦人科のスコープ洗浄・消毒業務も視野に入れ、院内全体の感染制御に対する意識を高めていきたい。

【一般演題Ⅱ】

1. 下部内視鏡検査前処置の実態と課題

～なぜ自宅前処置が増えないのか～

消化器内視鏡技師

医療法人敬愛会 中頭病院 内視鏡センター

○久高 香織 前上門 江美子 比嘉 千裕 栄野川 知美
看護師 満 知枝

【はじめに】

当院の下部内視鏡検査（以下C S）は、当院他、法人内クリニック、健診センターより依頼され、「院内前処置」または「自宅前処置」を選択できるようにしている。しかし、院内前処置が圧倒的に多く自宅前処置の普及は進んでいない。検査を受けられる患者の高齢化も進んでおり、患者の安全面、前処置担当者の負担、トイレ等の設備環境の制約を考えると自宅前処置の推進が不可欠と考えられた。そこで本研究では自宅前処置の実態調査の結果とその課題について報告する。

【目的】

自宅前処置の現状を把握し、自宅前処置増加に向けた介入策を検討する。

【方法】

研究期間：2025年2月～2025年5月

1. 院内で前処置を行った患者へのアンケート（161人）
2. C S 検査担当医へのアンケート（14人）
3. 自宅前処置説明者へのアンケート（44人）

*個人が特定されないように十分に配慮し個人情報保護を遵守した。（承認番号：2025038）

【結果・考察】

患者へのアンケートでは「安心するから」という理由で院内前処置を希望する患者が最も多く、特に高齢層にその傾向が強かった。また、検査経験者でも約7割の患者が次回も院内前処置を希望した。それは医療従事者がいる「安心感」という心理要素が働いた結

果だと思われる。次回自宅前処置を希望する理由としては、利便性や快適さを重視する回答が多く、年齢別でみると40代が最も多かった。一方で自宅前処置の認知度は約半数と低く情報不足が浮き彫りとなり、医師より前処置場所の提示がなかったと回答した人も同様に半数を占めた。自宅前処置の認知度を向上させ安全性や利便性を伝えることで、比較的风险の低い患者や若年層は自宅前処置へ移行できると考えられる。

検査担当医へのアンケートでは約9割の医師が自宅前処置可能な患者でも院内前処置を選択することがあると回答。その背景として、「患者側」「医療者側」「システム側」の要因が複合的に重なっていると推察された。

説明担当者へのアンケートでは、自宅前処置の説明の際に困ったことがあると約9割が回答し、説明の際に使用するツールに関しては施設ごとに異なり説明方法が統一されていない現状があった。今後説明ツールの標準化とICT活用により説明担当者の負担の軽減、および患者の安心に繋がると示唆される。今後必要な支援としては、医師への協力依頼、適切な患者選定の他、説明の工夫、電話連絡体制の充実などがあげられた。

【結語】

自宅前処置の普及には、患者の不安軽減、医療者間の連携・業務改善、自宅前処置認知度

向上のための広報活動及びシステム整備が必要である。それらの課題を改善することで

自宅前処置の普及は推進すると期待される。

2. 意識下鎮静法上部消化管内視鏡検査を受けた患者を安静解除する看護師の臨床判断

公益社団法人鹿児島県済会 南風病院 消化器検査センター

○渡嘉敷 貴美子 横路 朝美 定岡 小百合

【はじめに】

A病院ではミダゾラムを使用した意識下鎮静法による上部消化管内視鏡検査（以下EGD）を行っている。看護師は検査後基準に基づき、安静解除できるかを判断したが、その後、転倒の事例を経験した。意識下鎮静法でEGD後の転倒予防として、帰宅基準の統一化に関する研究は存在する¹⁾。しかし、内視鏡業務を担当する看護師の臨床判断に注目した研究は見当たらなかった。

【目的】

意識下鎮静法でEGDを受けた患者の安静を解除する看護師の臨床判断（以下臨床判断）を明らかにする

【対象・方法】

質的記述的研究（半構造化面接法）

A病院の内視鏡室に従事する看護師6名に、インタビューガイドに基づき、録音し逐語録を作成した。調査期間は2024年3月～6月。分析方法は、逐語録から対象者の語った「気づく」「解釈する」「反応する」を抽出しコード化する。コードを「気づく」「解釈する」「反応する」毎に意味内容の類似したものをカテゴリー化する。

【倫理的配慮】

本研究はA病院倫理審査委員会の審査を受けた（登録番号R2023024）。対象者に目的、方法、参加の自由、個人情報の保護、不利益がないことを書面と口頭で説明後同意を得た。

【結果】

意識下鎮静法上部消化管内視鏡検査を受けた患者を安静解除する看護師の臨床判断（以下臨床判断）「気づく」は「立位の瞬間と歩行

バランスの悪さ」「看護師が感じる違和感」など7カテゴリー、「解釈する」は「覚醒が不十分である」「過鎮静の副作用」など4カテゴリー、「反応する」は「安静解除後の歩行の見守り」など5カテゴリーを抽出した。

【考察】

臨床判断での「気づく」は「看護師が感じる違和感」に気づいた。これは類似した内視鏡業務経験から予測したといえる。「解釈する」の「鎮静剤の副作用による不随意運動がない」は安静解除の判断に、意識レベルを確認し、さらに臥位から端座位、立位、その場で足踏みと段階的に確認することで運動機能の回復を慎重に評価した。「患者の自覚症状と看護師の観察のズレ」は看護師が観察した事実と患者の自覚症状のわずかなズレを「何か変」と意識化し、それを拡大して次の行動に移せるようにした。

【結語】

臨床判断「気づく」は「安静中の起き上がり動作」「転倒のリスク」「鎮静剤による過鎮静」「呼吸・血圧の低下」「立位の瞬間と歩行バランスの悪さ」「安静解除後から歩き出すまでの反応の良さ」「看護師が感じる違和感」「解釈する」は「覚醒が不十分である」「過鎮静の副作用」「鎮静剤の副作用による不随意運動がない」「患者の自覚症状と看護師の観察のズレ」、「反応する」は「患者が自己判断で行動しないように観察・説明した」などが明らかになった。

3. 咽頭麻酔なしでも鎮静下上部内視鏡検査を安全、安楽に施行するための取り組みの報告

日本赤十字社長崎原爆病院 治療外来
渡瀬 聡子

【目的】

鎮静下内視鏡検査において看護の目標は安全、安楽である。鎮静下上部内視鏡検査の咽頭麻酔の実施有無は施設や医師により異なる。A病院では全例に咽頭麻酔を施行していたが、2024年12月からの咽頭麻酔薬の供給制限を受け、外来鎮静下検査では使用を中止する方針となった。咽頭麻酔の中止により、患者の苦痛増大、鎮静薬過剰投与などの有害事象が懸念されたが、A病院では患者の安楽度や適切な鎮静を評価し記録する体制が不十分であった。そこで今回、記録、評価体制を整え、咽頭麻酔をしない鎮静下上部内視鏡検査において、患者が安全、安楽に検査を受けられているかを調査した。

【方法】

2025年3月1日から31日までの外来で鎮静下上部内視鏡検査を受けた患者59名を対象とした。独自に作成した「鎮静下内視鏡経過記録」を用いて、①スコープ咽頭通過時の咽頭反射（独自作成の0～4の5段階スケール）、②検査中の鎮静深度（RASS）、③覚醒後に患者自己評価による「咽頭つらさ」（NRS 10段階スケール）、薬剤の使用状況、鎮静薬（主にミダゾラム）単独で使った「単独群」と、鎮静薬に鎮痛薬（ペチジン又はソセゴン）を併用した「併用群」に分け、安全性、安楽性を検討した。分析方法は記述統計、カイ二乗検定を使用した。データは個人が特定されないよう処理しており、インフォームドコンセントは不要と判断した。

【結果、考察】

調査対象59名のうち、有効回答は47名（平均年齢69.7歳、男性26名、女性21名）。内訳は単独群30名、併用群17名であった。患者の安楽性について、「咽頭つらさ」のNRS評価では、47名中41名（87.2%）がNRS 0（つらさなし）と回答し、咽頭麻酔なしでも多くの患者に安楽な検査を提供できた。ミダゾラムの健忘・筋弛緩作用によるものと考ええる。単独群に強い苦痛（NRS7）2名みられ、併用群には強い苦痛の患者はいなかった。安全性について、スコープ挿入時の咽頭反射の比較では、単独群で「強い反射（スコア3）」が5名、「非常に強い反射（スコア4）」が2名いたが、併用群ではスコア3以上の強い反射はみられなかった。両群間の咽頭反射に統計的有意差は認めなかったが（ $p=0.149$ ）、臨床的には併用群で咽頭反射が抑制される傾向が見られた。また、単独群では過鎮静（遷延性低酸素血症を呈した1例）や脱抑制（RASS 3～4）が計3名に認められたが、併用群ではこれらの有害事象は認めなかった。NRS 0と回答した患者において、両群間の鎮静薬平均使用量（約0.06mg/kg）および平均RASS（-3）に大きな差はなかった。安楽、安全な検査であったか客観的評価を行うことで、安全、安楽ではなかった患者に対し、次回検査の対策が可能になると考える。

【結語】

ほとんどの患者に咽頭麻酔なしでも安全安楽な検査を提供できたが、そうではなかった患者に対しては対策が必要である。

4. 動画を活用したeラーニング導入による課題と新たな課題

九州大学病院 臨床工学部門¹ 光学医療診療部²

○利田 晋治¹ 酒井 玲美¹ 定松 慎矢¹ 海老原 かおり² 蓑田 洋介² 長末 智寛² 仲田 興平²

【背景】

当院の内視鏡室は、消化管内科や肝臓・脾臓・胆道内科をはじめ、呼吸器内科、消化管外科、放射線科、総合診療科、産婦人科、小児外科など、多くの診療科が関与する部門であり、年間約15,000件の検査・処置件数が施行される。その一方で、毎年4月に多くの医師やコメディカルスタッフが、異動に伴い光学医療診療部に配属されるため、さまざまな課題が出てくる。臨床において、多数の検査・処置を安全かつ効率的に実施するためには、業務の流れやルール、規則の周知徹底が不可欠である。当院では、全ての内視鏡業務従事者を対象に対面形式で教育を行っていたが、動画を活用したeラーニング形式に変更したため、その結果を検証する。

【目的】

対面形式からeラーニング形式に変更したことによる習熟度の確認を行う。

【方法】

2023年度94人（医師53人、コメディカル41人）、2024年度102人（医師62人、コメディカル40人）がeラーニングで聴講した。光学医療診療部の医師・看護師・臨床工学技士がそれぞれ聴講時間約40分のeラーニングを作成し、医師が内視鏡室の概要、看護師が内視鏡室のルール、臨床工学技士が内視鏡の故障と取り扱いについて担当した。習熟度の確認に対してはアンケート調査（氏名、診療科、理解度、質問）にて確認する。

【結果】

eラーニング聴講後のアンケート結果では、次のとおりである。
2023年度：医師53人中、「よくわかった」40人・「わかった」13人、コメディカル41人中、「よくわかった」31人・「わかった」10人。
2024年度：医師62人中、「よくわかった」47人・「わかった」15人、コメディカル40人中、「よくわかった」35人・「わかった」5人。
理解度ではそれぞれの年度で様々な意見が出た。また、対面形式で行っていた研修会の参加人数が2019年度は70人で、動画を活用したeラーニング形式に変更した2023年度は94人、2024年度は102人と参加人数が増加した。

【考察】

院内勉強会に動画を活用したeラーニングを導入したことで、検査・処置を安全に行うために業務の流れやルール、規則の周知徹底を行うことができた。また、今後は理解度をより客観的に把握し、定着を図るために、「業務上の注意点」や「ヒヤリ・ハット事例」などを基にした確認テストの導入を検討している。さらに、新規導入機器や変更された運用ルールなどについても、積極的にeラーニングを用いて迅速な情報共有ができるよう検討していきたい。

5. 大腸内視鏡検査の前処置時の多量飲水により急性水中毒を来した1例

あべ胃腸病内視鏡クリニック

○佐藤 みなみ 和田 未来 高倉 志伸 黒川 百合香 甲斐 久美

河村 菜月 工藤 心 村尾 綾乃 東利 恵子

医師 阿部 寿徳 渕野 貴文 水上一弘 兒玉 雅明 村上 和成

【はじめに】

大腸内視鏡検査の前処置における代表的な重篤合併症として腸閉塞や腸管穿孔が挙げられるが、今回我々は前処置時の多量飲水による重度低ナトリウム血症、急性水中毒を来した1例を経験したので、若干の文献の考察を加え報告する。なお今回の報告にあたり対象者のプライバシー保護に配慮し本人の同意を得た。

【症例】

66歳男性。活動期潰瘍性大腸炎にて入院加療中で、病状経過確認目的のため内視鏡検査を予定していた。前処置として経口腸管洗浄剤（サルプレップ[®]）1本（480ml）あたり1000mlの水を飲むように指導を行い服用開始し、排便15回目にて、淡々黄色の水様便、カスなしで前処置完了となった。前処置完了までにサルプレップ[®]は最大量の960mlを服用していた。その後検査準備のため訪室すると、両手の振戦、過呼吸、冷汗が出現した。声かけに対して返答なく、不穏で多動な状態であった。バイタルサインは、血圧187/105mmHg、心拍数112回/分、SpO₂99%、意識レベルはJCSⅠ-3、下腹部痛と下腹部の緊満が認められた。頭部単純CTでは明らかな出血や脳ヘルニアなどの所見はなく、胸腹部単純CTにおいて膀胱内に著明な液体貯留を認め、膀胱内留置カテーテルを挿入すると希釈尿1600mlの排出あり。血液検査にて、WBC：12200 μ L、CRP：0.0mg/dL、Hb：12.8g/dL、CPK：1235IU/L、Na：118meq/L、K：3.0meq/L、Cl：84meq/L

と著明なNa低値を認め、急性重症低ナトリウム血症による意識障害、痙攣発作であると考えられた。点滴加療による電解質補正を行い意識障害はやや軽減するも残存しており、精査加療目的で高度医療機関への転院搬送となった。その後、意識障害も改善し本人よりサルプレップ[®]960mlに対して水5000-6000mlを飲用したことが聴取された。

【考察】

本症例は、短時間に多量飲水を行った事が急性水中毒を引き起こしたと考えられた。

【結論】

前処置薬飲用の説明指導の徹底、および実際の飲水量把握などの見直しにつながった教訓的な症例であり報告した。

【一般演題III】

1. 内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査(ERCP)における看護師の放射線被ばく線量の低減を目指して

1)NHO長崎医療センター 治療検査センター

2)NHO長崎医療センター 診療放射線部

3)NHO熊本再春医療センター 放射線科

4)NHO長崎医療センター 肝臓内科

5)活水女子大学 看護部看護学科

○原田 由佳¹⁾ 伊東 ますみ¹⁾ 大石 景子¹⁾ 石橋 和子¹⁾ 芦刈 智美¹⁾

森 政裕²⁾ 米丸 雄大³⁾ 佐伯 哲⁴⁾ 幸 史子⁵⁾

【はじめに】

令和3年4月に、眼の水晶体の等価線量限度が改訂され、より放射線被ばくから防護する工夫が求められるようになった。ERCPは医師1～2名、デバイス操作を行う直接介助看護師（以下「看護師A」という）、患者ケアを行う看護師（以下「看護師B」という）で実施している。今回、看護師A側には透視検査台の既製品である放射線防護具を設置し、看護師B側には医療従事者の被ばく低減の有効性が証明されている廃棄予定のプロテクターを再利用した放射線防護具を設置した。

【目的】

放射線防護具を新たに設置することがERCPの介助を行う看護師の被ばく線量の低減に有効であるのかを明らかにする。

【方法】

- 1.研究デザイン：量的研究（前後比較試験）
- 2.対象：看護師14名
- 3.データ収集方法：現状調査・防護具設置後の調査（ERCP各50症例）
①看護師の被ばく線量（ μSv ）②看護師の身長（cm）③患者情報：身長（cm）・体重（kg）④透視時間（分）⑤基準空気カーマ（mGy）
- 4.データの分析方法：平均値比較：t検定（ p 値＜0.05）
測定データの変数間の相関関係：ピアソンの積率相関係数
- 5.倫理的配慮：院内倫理審査にて承認（承認番号No.2023080）

【結果】

1. 防護具設置前後の被ばく線量の平均値について看護師Aは現状調査では4.32 μSv 、防護具設置後は2.98 μSv であり有意差は無かった。看護師Bは現状調査では10.78 μSv 、防護具設置後は4.18 μSv となり有意差がみられた。（ $P=0.004975$ ）

2. 透視時間と被ばく線量の関係について、看護師Aは防護具設置前の相関係数は0.54、防護具設置後は相関係数が0.27となり防護具を設置することで透視時間と被ばく線量の相関は弱くなった。看護師Bの相関係数は防護具設置前0.647、設置後0.653であった。

【考察】

1.看護師Aの立ち位置は看護師Bとは対照的に、管路や患者、寝台からの距離が遠く医師や医師のプロテクターに遮蔽されるため被ばく線量が少ないと考えられる。看護師Bは患者や寝台からの距離が近く散乱線の影響を受けやすい立ち位置であったため自作防護具の設置により遮蔽ができ被ばく線量が有意に減少したと考える。

2.看護師A・B共に透視時間が長くなると被ばく線量は増加する。看護師Aは既製防護具を設置することで散乱線を遮蔽することができ透視時間が長くなることによる被ばく線量の増加を抑制できたと考えられる。よって看護師A側の既製防護具の設置は有効であり活用していくことが望ましいと考える。看護師Bは防護具設置後も、透視時間が長くなると被ばく線量が増加するため、看護師B側の検査介助の時間や回数への配慮が必要であると考えられる。

【結語】

- 1.看護師Aは既製の防護具の設置を増やすことで透視時間が長い検査でも被ばく線量の増加を抑制できる。
- 2.自作の防護具を寝台に設置することで看護師Bの被ばく線量の低減に繋がる。

2. ATPふき取り検査を活用した上部消化管内視鏡スコープ清浄度評価

—「濃度・温度・時間」の洗浄方法を統一して—

久留米大学医療センター

外来看護師 ○東 直美 江川 正子 實本 幸代 北島 美夏 白水 由美香 大北 美紀

感染対策室 江崎 祐子

消化器内科 江森 啓悟 山崎 博

【はじめに】

A病院では、年間上部消化管内視鏡検査約720例、下部消化管内視鏡検査約410例が行われている。従来、内視鏡スコープ（以下、スコープ）洗浄は主に看護助手が実施していたが、検査介助から洗浄までを1人の看護助手が行うようになった。A病院では日本消化器内視鏡技師会「消化器内視鏡の洗浄・消毒標準化に向けたガイドライン」に準じ、ベッドサイド洗浄、用手による一次洗浄、洗浄機による洗浄・消毒作業を行っている。洗浄液の濃度はメーカー推奨の濃度で作成しているが、洗浄液の温度や浸漬時間は実施者によるばらつきがあり、スコープ洗浄が確実に実施できているか疑問を持った。そこで、洗浄液の温度や浸漬時間を決めた新洗浄法を取り入れ、洗浄手技の統一を図った。

（用語の定義）

新洗浄法：①ベッドサイド洗浄用洗浄液を患者毎に交換、温度は38～42度に設定

②一次洗浄の浸漬温度38～42度、浸漬時間5～15分以内とする

【目的】

洗浄後のスコープ汚染の比較を行い、新洗浄法の評価を行う。

【対象・方法】

（対象）使用頻度の高い上部スコープ2本（品番：GIF-H290Z、GIF-H290T）

（方法）2023年11月～2024年6月に洗浄度評価を実施。スコープ清浄度評価は、アデノシン三リン酸（以下、ATP）ふき取り検査（A3法）を用いた。測定部位は、用手による一次洗浄後の①スコープ先端、②鉗子口～チャンネル内、③吸引口金の3か所とした。従来の洗浄法と新洗浄法で夫々30症例の清浄度を比較した。分析は検定で行い、5%未満を有意差ありとした。

（倫理的配慮）本研究はA病院の倫理委員会の承認を得て行った（承認番号2025-07）

【結果・考察】

ATP測定結果は、①スコープ先端従来法（90.9RLU±57.7）／新法（38.6RLU±23.3）、②鉗子口～チャンネル内従来法

（113.8RLU±80.4）／新法（43.4RLU±23.4）、③吸引口金従来法

（393.7RLU±273.7）、新法（79.1RLU±49.0）であり、3か所全てにおいて $p<0.0001$ で有意差を認めた。新洗浄法に変更しATP値が有意に低下したことは、消毒薬の効果に影響を与える要因である「濃度・温度・時間」を決め、人によってばらつきがあった用手洗浄法を統一したことによると考える。よって、新洗浄法は、従来法に比べ洗浄効果が高く、効果的であると考えられる。

（結論）新洗浄法として手技を統一したことで高い洗浄効果を得ることができ、効果的であった。

3. 座位介助による疲労軽減効果の検討

1健和会大手町病院 臨床工学部

2健和会大手町病院 臨床検査部

3健和会大手町病院 消化器内科

○柿山 樹里¹ 穂吉 美智子² 佐竹 真明³

【目的】

内視鏡検査・治療における介助業務において、長時間の立位姿勢がスタッフの身体的負担の一因となっている。当院では座位介助の導入を検討しており、正式導入に先立ち、1週間の試行期間を設けた。本研究では、座位介助がもたらす疲労感への影響とその使用感について、スタッフおよび内視鏡医の意見を収集・分析し、導入可否の判断材料とすることを目的とした。

【方法】

試行期間中に座位介助を経験した内視鏡スタッフ9名と、同期間中に座位介助下で検査を実施した内視鏡医4名を対象とした。各対象者にアンケート調査を行い、スタッフにはNRS（Numerical Rating Scale、0～10）による疲労感の評価に加え、疲労部位の変化や所感を、医師には座位介助に対する印象や意見をそれぞれ記入してもらった。立位介助での疲労に関する評価は、従来業務の記憶をもとに回顧的に回答を得た。本アンケート調査は、対象者に目的や内容を説明し、同意を得た上で実施した。個人情報の取り扱いにも配慮した。

【結果】

試行期間中に実施された検査の平均時間は、上部が9分、下部が46分であった。NRSスコアは立位平均5.0から座位平均2.1（ $p=0.02$ ）へと有意に軽減した。座位介助では、「下肢」の

疲労を訴えたスタッフが7名から2名に減少し、「疲労なし」と回答したスタッフが2名存在した。自由記述では「下肢や腰部の疲労軽減」や「長時間の検査に有効」といった肯定的な意見が多数を占めた。「座位でも立位と変わらず介助できた」という意見があったが、一方で「処置時は立位の方がやりやすい」「患者の体動を抑制しにくい」との指摘もあった。医師からは「技師がやりやすければ問題ない」「状況に応じて使い分ければよい」「医師も座位での検査を検討してみたい」などの前向きな意見が得られた。

【考察】

座位介助は下肢の疲労軽減に効果が期待される結果が得られた。処置の内容や状況に応じて座位と立位を適切に使い分けすることで、スタッフの身体的負担を軽減できる可能性があると考えられる。疲労軽減は業務満足度や集中力の向上につながり、医療安全の確保にも役立つと期待される。

【結論】

座位介助は内視鏡スタッフの疲労軽減に有効であった。処置の内容や状況に応じた柔軟な活用を前提とした導入は妥当であると考えられる。

4. テープ型内視鏡先端フードの有用性検証：感染対策とコスト効率の両立を目指して

地方独立行政法人 北九州市立病院機構 北九州市立医療センター

○金丸 淳平 川原 佑太 植屋 健太 村上 将一
永野 真紀 加藤 帆夏 隅田 頼信 秋穂 裕唯

【背景】

内視鏡フードは観察や処置の質向上に不可欠だが、フードのリユースは洗浄負担や感染リスクが課題となっている。この問題に対し、ディスポーザブルで自由に加工できるテープ型「Tape Q透明フード®」（以下、Tape Q）に着目し、その臨床的有用性とコスト効果を検証した。

【目的】

フードの使用頻度が高い下部消化管内視鏡（以下、CS）検査を対象に、Tape Qを1/2サイズにカットして使用した場合の有用性を評価する。特に「臨床使用における評価」と「現行フードとのコスト比較」の2点に焦点を当て、感染対策、コスト、挿入性、操作性、視認性の観点から総合的に検討し、汎用性の高いディスポーザブルフードとしての可能性を探る。

【方法】

臨床評価として、複数の医師がCS検査でTape Qを1/2にカットして使用した。使用後、医師25名から「挿入性」「視野確保・水切れ」「処置時の操作性」の3項目について5段階評価（①非常に悪い～⑤非常に良い）アンケートを収集した。コスト分析として、6月のCS検査140件を基に、現行フード（2,310円/個）と1/2カットTape Q（350円/件）の費用を比較した。

【結果】

臨床評価（n=25）において、「挿入性」は9割超（24/25名）が「普通」以上と良好であったが、「悪い」との評価も1件あった。「視野・水切れ」は全員が「普通」と評価した。「処置時の操作性」では約7割（18/25名）が「普通」以上であったが、約3割（7名）は「悪い」と評価した。自由記述では「装着がしづらい」との意見が複数見られた。コスト面では、1件あたり1,960円の削減となり、月間140件の試算で約274,400円の削減効果が示された。

【考察】

Tape Qの1/2カット使用は、著しいコスト削減効果をもたらす。臨床評価では「挿入性」や「視認性」で実用レベルを維持できしており、ディスポーザブルのため洗浄が不要で、スタッフの負担軽減と感染リスクの排除に繋がる点は医療安全上、極めて重要である。一方で、「処置時の操作性」に関する一部の低評価や、「装着しづらい」という課題も確認された。今後は、装着方法の指導ツールの整備が望まれる。

【結語】

Tape Qは、実用性を維持しつつ大幅なコスト削減を実現する有用なデバイスである。感染対策、コスト効率、運用の柔軟性を両立できるため、今後の内視鏡診療における標準的な選択肢となる可能性を秘めている。

5. 内視鏡スコープ洗浄における弱アルカリ性洗剤の有用性

社会医療法人製鉄記念八幡病院 内視鏡センター¹⁾ 臨床工学部²⁾

消化器内視鏡技師 ○内藤 翼¹⁾²⁾

臨床工学技士 田村 実穂¹⁾²⁾ 甲斐 崇廉¹⁾²⁾ 佐藤 福太郎¹⁾²⁾ 佐野 拓哉²⁾ 山内 大樹²⁾

【背景】

内視鏡洗浄に用いられる洗浄剤は中性酵素洗剤（以下、中性酵素）または弱アルカリ性洗剤の使用を関連ガイドラインで推奨されている。多くの施設では中性酵素洗剤を用いて内視鏡一次洗浄を実施しており当院でも同様であった。しかしATPによる洗浄評価を開始した結果、測定部位による数値のバラつきや温度管理の難しさが課題となっていた。

これを受け、2022年より洗浄精度の向上を図るためHC研究所社製弱アルカリ性洗剤「Hクリーン™」を導入した。今回、内視鏡スコープ洗浄における弱アルカリ性洗剤の有用性について検討した。

【倫理的配慮】

本研究において個人情報等の倫理的配慮を要するデータは含まれていない。

【目的】

弱アルカリ性洗剤の洗浄効果と有用性を評価する。

【方法】

対象スコープは上下部汎用スコープとし、中性酵素群（A群）、Hクリーン群（B群）の2群に分類した。測定部位はスコープ先端部、鉗子口、鉗子口内部の3点箇所とし、それぞれにキッコーマンバイオケミファ社製ルミテスターSmart™によるATP測定（A3法：RLU）にて一次洗浄評価を行った。

洗浄条件は当院マニュアルに準拠し浸漬洗浄、チャンネル開口ブラシはオリンパス社製MAJ-1339™、チャンネル内ブラシはボストン社製ヘッジホッグ™を使用した。洗浄実施者はランダムとしATPの測定は内視鏡技師が実施した。

統計解析にはMann-Whitney U検定を用い有意水準 $p < 0.05$ とし、データ抽出はA群、B群ともに各測定部位 $n = 20$ ずつとした。

【結果】

上部汎用スコープ 先端部：A群99RLU（27.5-198）、B群43RLU（21-72.7）、有意差あり。（ $p = 0.045$ ） 鉗子口：A群81RLU（44-153）、B群23.5RLU（9.5-42.5）、有意差あり。（ $p = 0.0047$ ） 鉗子口内部：A群25.5RLU（14-75）、B群10.5RLU（7.5-25.5）有意差あり。（ $p = 0.0264$ ）

下部汎用スコープ 先端部：A群12.5RLU（10.5-27.5）、B群18.5RLU（14-23）有意差なし。（ $p = 0.1629$ ） 鉗子口：A群12.5RLU（6.75-18）、B群18RLU（13.7-25）有意差なし。（ $p = 0.1131$ ） 鉗子口内部：A群11.5RLU（9.75-23.2）、B群6.5RLU（3-10）有意差あり。（ $p = 0.0006$ ）

【考察】

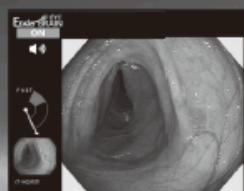
上部汎用スコープの測定部位すべてにおいてHクリーン™に有意差を認めた。Hクリーン™使用群でRLU値が優位に低く、洗浄効果が高いことが示された。弱アルカリ洗剤の特徴として温度に左右されず管理が容易であり、高いレベルの有機物分解が期待できることから洗浄者の技量を補正できることが推測される。今回の検討において下部汎用スコープでは有意な差は認めなかったがRLU値のバラつきは少ない傾向であり総じて安定した効果を示した。

【結語】

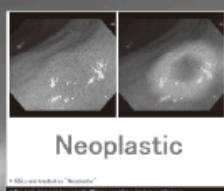
弱アルカリ性洗剤は高い洗浄効果を示し、内視鏡一次洗浄に有用性が期待できる。

Beyond Experience

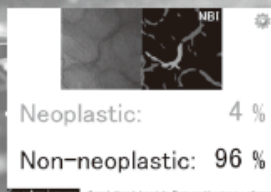
リアルタイムでの診断支援
AIによる新たな内視鏡環境の実現



EndoBRAIN-EYE



EndoBRAIN-X



EndoBRAIN



EndoBRAIN-Plus



EndoBRAIN-UC

内視鏡AIの歴史が、ここから始まる。

内視鏡画像診断支援プログラム

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

EndoBRAIN-EYE EndoBRAIN-X

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

EndoBRAIN EndoBRAIN-Plus EndoBRAIN-UC

製造販売元 サイバネットシステム株式会社

販売元 オリンバスマーケティング株式会社

販売名	医療機器番号
内視鏡画像診断支援プログラム EndoBRAIN-EYE	30200BZX00208000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア EndoBRAIN-X	30500BZX00007000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア EndoBRAIN	23000BZX00372000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア EndoBRAIN-Plus	30200BZX00235000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア EndoBRAIN-UC	30200BZX00136000

軟性内視鏡用洗浄消毒器／クリーントップ KD-1

管理医療機器
(特定保守管理医療機器)

医療機器承認番号
22700BZX00388000

CLEANTOP KD-1 SAKURA®

POINT
01

標準工程 **14** 分で完了
(洗剤洗浄▶消毒▶送気)

POINT
02

広範囲の微生物に有効※1
な強酸性電解水を使用

POINT
03

有効塩素濃度を含む **3物性**の
自動モニタリング機能搭載

+

NEW

1回あたり
最大約 **8L**
節水※2

作業工程を
4 パターン
まで登録可

※1 一部の細菌やウイルスにて効果を検証 ※2 旧モデルとの比較



【資料請求先】

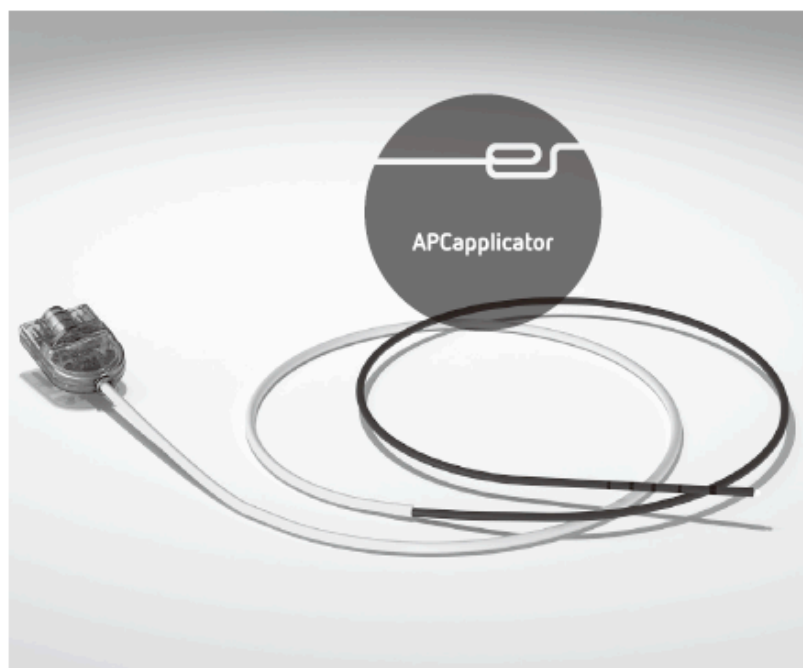
KAIGEN カイゲンファーマ株式会社

大阪市中央区道修町二丁目5番14号

<https://kaigen-pharma.co.jp>

CKDS-A01-01

erbe FiAPC プローブ



Advantages:

(消化管/気管支のAPC治療)

- 広範囲な組織に対して、効果的、かつ迅速な凝固が可能です。
- 最小限の組織の失活で、効果的な治療効果が得られます。
- 蒸散させないので、穿孔の危険性を最小限に抑えます。
- サージカルスモークの減少により、より明瞭な視野が得られます。
- プローブが組織に接触しない非接触的な治療が可能です。
- メタルステントへのダメージリスクを最小限にします。
- 手技の習得も簡単です。

一般的名称：物質併用処置用能動器具
販売名：FiAPCプローブ
承認番号：22300BZX00279000

治療用電気手術器

erbe エルベVIO3/APC3 高周波手術装置



VIOシリーズ最上位モデル

VIO3の各モードは25,000,000回/秒の組織抵抗計測により、切開・凝固の再現性がさらに向上しました。進化したドライカット、フォースド凝固に加え、新たなモードとしてプレサイズセクトが搭載されました。また、ウージングに対し、アルゴンプラズマ凝固(APC)による迅速な止血が有用です。

特徴

- 毎秒25,000,000回の組織抵抗フィードバックにより、切開、凝固の再現性が向上
- 最大6個までのリモートプログラム設定可能
- 設定はエフェクトのみの調整でシンプルに

一般的名称：治療用電気手術器（物質併用電気手術器）
販売名：エルベVIO3/APC3 高周波手術装置
承認番号：23000BZX00353000

アムコ ライブラリー 検索

会員登録頂くと、製品に関するケースレポート、講演会やセミナー動画、学会・セミナー記録集などの情報がご覧頂けます。
医療関係者の方を対象としております。



株式
会社

アムコ

www.amco.co.jp

本社/〒102-0072 東京都千代田区飯田橋4-8-7 TEL:03(3265)4263 FAX:03(3265)2796

「地域医療に貢献する」



山下医科器械株式会社

佐世保本社 佐世保市湊町3-13 TEL 0956-25-2112

福岡本社 福岡市博多区下川端町2-1 博多座・西銀ビル10F
TEL 092-402-2950

支 社：佐世保、長崎、佐賀、福岡、北九州、筑後、熊本、
大分、鹿児島

営 業 所：長崎中央、島原、対馬、五島、唐津、武雄、福岡西、
筑豊、大牟田、八代、宮崎

連 絡 所：天草、中津、奄美

セ ン タ ー：鳥栖物流センター、長崎物流センター、
鳥栖SPDセンター、福岡SPDセンター

yamashita
TOTAL MEDICAL SUPPORT

広告掲載社名 一覧

(掲載順)

ニプロ株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

カイゲンファーマ株式会社

株式会社アムコ

山下医科器械株式会社

ティームディクス株式会社

新鋭工業株式会社



スコープ運搬トレイ

使用済み内視鏡の運搬時の感染対策に
「故障予防」をプラスしてみませんか？

フタ付きトレイで 感染対策をしながら 「故障予防」

内視鏡に特化したデザインで、
運搬時の感染対策に加えて
故障予防にも役立ちます。

シンプル・効率重視

リッド(フタ)、交換シート、トレイの3層構造。
運搬後はリッド・トレイを清拭し、
新しい交換シートに換えればOK。
すぐに次の運搬に備えられます。

軽量 & 省スペース

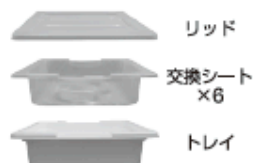
軽量なので手持ちでもカートでも
ご使用いただけます。
リッドとトレイをそれぞれ重ねて置けば、
よりコンパクトに収納できます。

お気軽に導入できるスターターキットをご用意しています。

＼お気軽に始められる！/ スコープ運搬トレイ スターターキット

リッド・トレイ・交換シートがセットになっていますので、
ご購入後すぐにご使用いただけます。
そのほかリッド・トレイセット、交換シートセットをご用意しております。
詳細はスタッフにお尋ねください。

セット内容



スコープ運搬トレイの情報は
こちらからもご覧いただけます



オゾン水内視鏡洗浄消毒機

OED-2000

管理医療機器 認証番号22000BZZ00009000 特定保守管理医療機器該当



～内視鏡の再生処理を支援する Re:Aid～

オゾンの力で、
医療と地球にやさしい毎日を。



NEW

》 OED-2000 の新機能

洗剤自動投入機能

洗剤タンクを内蔵し、自動投入できるようになりました。洗剤ボトル1本を投入可能。約15回の洗浄消毒が可能です。



フットセンサー式 オープンカバー

足元にフットセンサーを内蔵。両手に内視鏡を持った状態でもスムーズにカバーを開けることができます。



活性炭入り 給水フィルターを内蔵

水道水に含まれる有害物質（塩素消毒副生成物、有機フッ素化合物、など）を除去し、装置本体や内視鏡へのダメージを軽減させます。



セットし易くなった 内視鏡トレイ

内視鏡がセットし易い高さで保持できるようになり、従来機に比べて視認性が良くなりました。



使用水量を20%削減

消毒槽の工夫により使用水量が70Lから55L※に減少。約20%節水することができました。※従来機との比較



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

福岡支店 〒813-0034福岡県福岡市東区多の津5-11-25
TEL.092-622-0055 FAX.092-622-0052
<https://www.shinei.me>



IHI
Realize your dreams