

一般演題 「教育・研修」

〇-5. 経鼻内視鏡検診車による出張胃内視鏡検査における技師の役割

池田病院附属健康管理センター 内視鏡室

内視鏡技師 ○安井 潤一・小林 波江・植松 克代・勝又 剛
医師 池田 聡・岡村 博文・池田 誠

【はじめに】

楽で安全な経鼻内視鏡検査（経鼻）は、病院、医院などで導入され、特に検診施設では上部消化管スクリーニング検査に用いられている。また一般にも広く認知され“鼻からの楽な胃カメラ”として定着しつつある。

当院・附属健康管理センターでは経鼻内視鏡検査システムを平成17年11月に導入。これまでに外来・入院・院内検診・人間ドック受診者など合わせて14,000件以上の検査を行い受診者より好評を得ている。重大な偶発症もなく、また無症状のいわゆるスクリーニング検査における胃癌・潰瘍性病変・ポリープなどの病変発見率では従来の経口内視鏡検査（経口）との有意差は認めず、“経鼻”は楽で安全なだけでなく精度の高い検査と言える。当施設では以前より院内検診・人間ドックなどで胃の検査を受診される方に対しバリウムでの胃X線検査と胃内視鏡検査は同額・検査枠制限なしに受診者希望選択制で受診して頂いている。従来から内視鏡検査を希望される方が70%程であったが、“経鼻”を導入してからは内視鏡検査を受ける方の割合が90%と増加し、胃癌などの早期発見・治療に役立っているものと思われる。実際、1年間の人間ドックスクリーニング内視鏡検査にて受診者2242名のうち5名が早期胃癌と診断。うち4名が“経鼻”受診者であり、すべてESD・内視鏡切除可能であった。

今回我々は専用検診車を用い、経鼻内視鏡検査を出張にて行った実際から、出張胃内視鏡検査における技師の役割を考察した。

【目的】

院内検診で“経鼻”を受ける方のみでなく巡回検診でも積極的に内視鏡検査を提供し、その際の内視鏡技師の役割を考察。

【方法】

富士フィルムメディカル社と共同開発した『経鼻内視鏡専用検診車』を平成20年10月に当院導入し、約1年間で約1,000件の出張胃内視鏡検査を行った。受診者アンケート、所見などを検討。

【結果】

当院での出張胃内視鏡検査における技師の仕事としては、前処置・検査介助等は院内で検査を行う際のものとは変わらないが、それ以外に現場到着後の器材の準備、検診車のセッティング、メンテナンス等の仕事がある。受診者が検査をする為に院内に来るのではなく検診施設側が検査に行くのであり、準備の際には使用機材・薬剤の不具合・不足等がないように特に注意をする。また緊急時に備え救急薬剤・蘇生器具などの用意もする。

導入後1年間の受診者アンケート結果では、“経鼻”を初めて受診した方が85.8%、バリウムに代わり“経鼻”を受けて良かったと思う方が97.0%、出張での経鼻内視鏡出張検診が良かったと思う方が88.4%、次回の胃検査も“経鼻”を希望された方84.3%であった。

【考察】

経鼻内視鏡専用検診車を用いた出張内視鏡検診は健診施設、事業所、受診者各々にメリットがあり胃癌検診としても非常に有用であると考えられる。また“経鼻”は鎮静剤を使用せずに検査が可能のため検査後も仕事に支障をきたすことはなく、事業所側にもメリットは大きい。

また当施設では経鼻内視鏡検診車を利用した検診の新しいかたちとして、事業所に出向いて人間ドックの項目を行う『出張型人間ドック』、午前中に時間のとれない事業所へ出向いて夕方から内視鏡検査を行う『イブニングスコープ検診』等も行っており、経鼻内視鏡検診車の応用方法は幅広い。

【結論】

経鼻内視鏡検診車により、一次検診にてより精度の高い内視鏡検診を提供することができ、ESD可能な早期胃癌を検診で発見し内視鏡治療していく時代となった。

経鼻内視鏡検診車のニーズが増えると今後我々内視鏡技師も検診・出張にて検査の補助をする事になると予想されるが、適応力・応用力を発揮して受診者へ楽で安全かつ精度の高い胃内視鏡検査を提供していくことが重要と考える。

連絡先：〒411-0945 静岡県駿東郡長泉町本宿 411-5

TEL 055-986-8600

○-6. パンフレット作成による上部消化管内視鏡および超音波内視鏡についての検査説明の試み

伊達赤十字病院 内視鏡室

○吉田ひとみ・市橋 裕美・白石 智美・山本 珠美・渡部 美幸

太細めぐみ・山本 知美・宮崎 悦・阿部清一郎・田中 育太・久居 弘幸

【はじめに】

内視鏡治療の普及とともに、より安全で、安楽な医療の提供が求められ、患者様の精神面を含めた援助が重要視されている。当院では内視鏡検査の方法や内容の説明は、医師による外来での説明後、当日内視鏡看護師が、検査室に入室してから口頭で行ってきた。実際、患者様は検査について理解されないまま検査室に入り、不安を抱えて検査に臨むことが少なくない。そのため、検査方法や内容をより理解し、安心して検査が受けられるよう援助が必要であると考えた。

「パンフレット」 図1
経口内視鏡検査（表）

口からの内視鏡検査の流れ

- 検査前の準備
胃の中をキレイにするため、検査前夜は禁食します。
- 検査室へのご案内
入室時、メガネは外して下さい。
- どの麻酔
ゼリー状の麻酔が効きます。
- ベッドに横になり検査
お口をきれいに拭き、お口の中をきれいにします。
- 肩に筋肉注射をします
胃の動きを抑えることで検査がスムーズに行きます。
- どの麻酔（2回目）
スプレー状の麻酔をします。そのあとマウスピースをくぐります。

経口内視鏡検査（裏）

経口内視鏡検査（裏）

- 内視鏡検査
食道・胃・十二指腸を確認します。検査時間は5～10分程度です。必要に応じて、リポソールを投与し、お口をきれいに拭き、お口の中をきれいにします。
- 後述同様・・・
検査終了後、お口をきれいに拭き、お口の中をきれいにします。

【次のよう方はお申し出ください】
口の中が痛い、お口の中が腫れている、お口の中が乾燥している、お口の中が臭い、お口の中が苦い、お口の中が酸っぱい、お口の中が辛いです。

経鼻内視鏡検査

鼻からの内視鏡検査の流れ

- 検査前の準備
鼻の中をきれいにします。検査前夜は禁食します。
- 検査室へのご案内
入室時、メガネは外して下さい。
- どの麻酔
ゼリー状の麻酔が効きます。
- 鼻に麻酔をします
鼻の動きを抑えることで検査がスムーズに行きます。
- どの麻酔（2回目）
スプレー状の麻酔をします。そのあとマウスピースをくぐります。

超音波内視鏡検査（表）

超音波内視鏡検査の流れ

- 検査前の準備
胃の中をきれいにします。検査前夜は禁食します。
- 検査室へのご案内
入室時、メガネは外して下さい。
- どの麻酔
ゼリー状の麻酔が効きます。
- 超音波内視鏡検査
超音波内視鏡を使用して、胃の中を詳しく検査します。
- どの麻酔（2回目）
スプレー状の麻酔をします。そのあとマウスピースをくぐります。

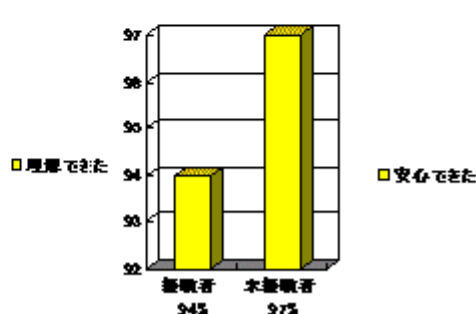
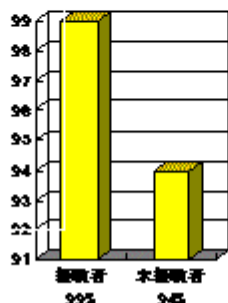
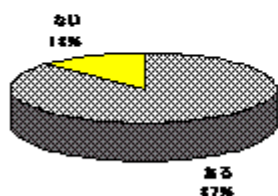
超音波内視鏡検査（裏）

超音波内視鏡検査（裏）

- 検査前の準備
胃の中をきれいにします。検査前夜は禁食します。
- 検査室へのご案内
入室時、メガネは外して下さい。
- どの麻酔
ゼリー状の麻酔が効きます。
- 超音波内視鏡検査
超音波内視鏡を使用して、胃の中を詳しく検査します。
- どの麻酔（2回目）
スプレー状の麻酔をします。そのあとマウスピースをくぐります。

「患者アンケート結果」 表1

- 1) 当院で胃内視鏡検査、超音波内視鏡検査を受けたことがありますか？
- 2) 検査前にパンフレットを読んで理解できましたか？
- 3) パンフレットを見ることにより安心して検査を受けることができましたか？



【目的】

内視鏡検査の方法や内容を記したパンフレットを使用することで検査をより理解し、安心して検査を受けることができたか検討する。

【方法】

対象は平成21年1月～4月までに上部消化管内視鏡（経口・経鼻）、超音波内視鏡（EUS）を施行された外来患者様・検診者269名（年齢25歳～89歳、平均57歳、男性123例、女性146例）。検査内訳は経口内視鏡134例、経鼻内視鏡82例、経口内視鏡+EUS46例、EUS7例。経口、経鼻内視鏡、EUSについてのパンフレット（図1）をそれぞれ作成し、検査室入室前に読んでいただき、入室後、読んで理解できなかったことを確認し、再度口頭でも説明した。検査終了後にアンケートを配布し回収した。

【結果】

（表1）1) 当院で経口内視鏡、経鼻内視鏡、EUSを受けたことのある方は87%（235/269）ない方は13%（34/269）であった。2) 「検査前にパンフレットを読んで理解できたか」については、理解できた方は、当院での検査経験者99%（233/235）、未経験者94%（32/34）であった。3) 理解できた方のうち、「パンフレットを見ることにより、安心して検査を受けることができたか」については、当院での検査経験者94%（219/233）、未経験者97%

(31/32) であった。

【考察】

パンフレットを使用することで概ね検査についての理解が得られた。検査経験者の安心度が低かったのは、過去の経験からの不安や検査結果、病状に対する不安などが考えられた。より安心して検査を受けていただくには、コミュニケーションをとることだけでなく検査中の声かけや励ましなどで、リラックスしてもらうことが大切である。また、検査後は医師の説明をどのように理解しているかを把握し、不明な点があれば、理解できる言葉で補足することも必要である。

【おわりに】

今回の調査で患者様のニーズを再認識することができ、内視鏡看護を見つめ直す良い機会となった。内視鏡看護はトータル・ケアが必要であり、今後、パンフレットを予約時から活用し、外来検査のみならず入院患者様や他の検査に対してもオリエンテーションの充実を図っていきたい。

連絡先：〒052-8511 北海道伊達市末永町 81 番地

TEL：0142-23-2211 FAX：0142-23-2215

E-mail: jrc.date.kangobu@diary.ocn.ne.jp

〇-7. 上部消化管内視鏡検査における患者説明の検討

～話しやすく分かりやすい説明用紙の作成～

群馬県原町赤十字病院

内視鏡検査室 ○関 美喜男・平石 良美・中村 和義

消化器科医師 鈴木 秀行

<はじめに>

当院での上部消化管内視鏡検査は年間約 3300 件、約 9 割は外来患者（平均 64.2 歳）であり、予約時間システムで検査を実施している。外来患者の予約は内科・外科外来と健診センターが担当、予約時に検査説明を行っている。内視鏡スタッフ数は 3 人で対応しており、少人数と限られた時間の中で、患者情報を簡便に得る為に今まで「問診票」に重点を置いてきた。しかし検査説明においては説明用紙の種類や渡し方、説明方法が統一されてなく部門別で説明方法が異なっていた。その結果、患者は検査についての理解度が異なり時折クレームが聞かれることがあり、一方で予約部門のスタッフからも検査説明の仕方や用紙に関する不満の声が聞かれていた。そこで患者および検査説明するスタッフ両方の立場を考慮し、さらに検査説明の統一性を図る為、新たに説明用紙を作成し、検討した。

<目的>

説明用紙を変更・使用することにより短時間かつ効果的に説明でき、また患者の統一した理解が得られたかどうかを検討する。

<方法>

平成 21 年 9 月 28 日～10 月 30 日に説明用紙を使用した内科・外科外来看護師と健診センタースタッフ計 6 名にアンケート実施。以前と今回の説明時間・全体の見やすさ・文字の大きさ・分かりやすさ・内容の量・スタッフから見た患者の理解度を比較検討した。

下記の 4 項目を重視し説明用紙を作成した。

1. 地域的に高齢患者が多い為、文字を大きく、また印刷や説明が簡便に行え、用紙を自宅に持ち帰り復唱できるよう A4 片面 1 枚にした。(用紙が増える為絵は入れなかった)
2. 検査前日・当日・終了後と検査の流れに沿って明記した。(食事や水分の摂取・内服薬・検査前にして頂くこと)
3. 重要部分はアンダーラインを引いた。
4. 抗血小板薬等の薬品名と内服禁止期間を明記できる欄を作成した。

<結果>

以前の説明時間は 2～15 分で平均 5.6±4.7 分に対し、今回作成した説明用紙使用での説明時間では 2～10 分となり平均 4.0±3.2 分。全体の見やすさは「見やすい 2 名」「普通 2 名」「見にくい 2 名」。文字の大きさは「ちょうどいい 6 名」。分かりやすさは「分かりやすい 5 名」「まあまあ 1 名」。内容の量は「ちょうどいい 4 名」「や

や少ない1名」「やや多い1名」。スタッフから見ての患者の理解度は「ある程度理解できている5名」「理解できている人とできていない人がいる1名」。説明用紙の要望として「カラーにして欲しい」「文字に大小の変化が欲しい」「糖尿病患者にも対応できるようにして欲しい」という意見があった。

— 上部消化管内視鏡検査を受けられる方へ —

内視鏡検査が苦痛です。当日の検査時間予約になっております。また検査の時間によって開始時間や検査の順番・お待たせする場合がございますのでご了承くださいようお願い致します。

当日までに検査の「問診票」を記入し頂き、この用紙と一緒に必ず持参できるようにお願い致します。

＜上部消化管内視鏡検査とは？＞

当科が行われる検査は通常「胃カメラ」といいます。9ミリの細い管を口から飲み、食道・胃・十二指腸の一部を観察します。検査時間は5～10分くらいです。

＜検査の前日＞

- 1) 夕食は検査の前日までに済ませてください。
- 2) 水分(水・お茶・スポーツドリンク等)は飲んでも大丈夫です。

＜検査の当日＞

- 1) 朝食は検査に5分前までに済ませてください。また検査前日は禁食です。コップ1杯の水(水・お茶)を飲んでください。 血圧・血糖の要内服して頂く方は、水分と血糖に留意してください。
- 2) 予約時間の5～30分前までに到着ください。

＜検査当日～＞

- 1) 「検査受由」または「再来受診」にて受診をすませて、内視鏡検査室(1階12番)においでください。記入し頂いた「問診票」を内視鏡スタッフにお渡しください。
- 2) 事前に内視鏡検査室に電話してあります自覚血圧計で血圧を測ってください。

＜検査が終わったら＞

- 1) 検査後の注意事項の書き渡し致します。
- 2) 正確な診断のために「組織検査」や「化ロリ固検査」等の検査をした場合は、後日診察して頂く場合がございます。

・血をサラサラにする薬(抗血小板薬等)を内服している方へ・・・

安全に検査を行う場合、医師の指示により
() といわれれば () 月 () 日から禁食してください
() といわれれば () 月 () 日から禁食してください
日頃より水分は多めに摂取してください

※ 予約日の変更の際は、必ず予約した科に連絡ください。

当日はお気を付けて、時間に余裕を持って来院ください。

原町南十才病院 内科外来・外科外来

検査センター・内視鏡検査室

TEL 0279-68-2711 (F)

＜考察＞

各部門で説明用紙を新しく使用することで説明内容が統一かつ要約されていることにより説明時間が短縮、バラツキも少なくなったと考えられた。さらに別紙や欄外に記入していた抗血小板薬の内容を明記する欄を付加することによって、より説明しやすく患者に伝えやすくなったと考えられた。文字の大きさは好評だったが、糖尿病患者の対応、重要度によって大小の変化やカラー化にすることも今後の検討課題と思われた。しかし内容の追加はA4片面1枚では厳しく、両面使用では印刷の手間や特にカラー化ではコスト等の問題も発生してくる。今回の説明用紙は部門別スタッフには良い印象が感じられ、スタッフから見た患者の理解度も高くなっているように思われた。説明内容が統一されたことによって部門別でも患者が同じ理解度が得られ、また用紙を自宅に持ち帰ることによりさらに理解が深められたと思われた。しかし患者から見た説明用紙についての内容や理解度は今後の検討課題である。

＜結語＞

新しく作成した説明用紙を導入したことにより説明内容や説明方法の統一、説明時間の短縮が認められた。

＜参考文献＞

- 1) 一瀬雅夫・岡政志編集：すぐに使える消化器内視鏡治療の患者説明用ハンドブック. 文光堂 2009

＜連絡先＞ 〒377-0882 群馬県吾妻郡東吾妻町原町 698

TEL 0279-68-2711 (代)

○-8.当院における表在性下咽頭腫瘍の内視鏡的切除術の一事例

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター

内視鏡室看護師 ○藤本 邦弘・重松 佳子・松本 直子・岸田 容子
消化器内科医師 堀 伸一郎

【背景・目的】

近年医療機器の進歩により、特殊光観察機能をもつ電子内視鏡システムの臨床的有用性が確立されつつある。先進施設においては頭頸科領域の表在腫瘍に応用する新分野の治療として内視鏡的切除術の有用性が報告されており、当院でも2008年9月より現在まで11事例16病変の表在性咽頭腫瘍の内視鏡的切除術(以下咽頭ESD)を施行した。今回、咽頭ESDへの取組みを行った一事例を報告する。

【事例紹介】

A氏 50歳代男性 喫煙歴なし。機会飲酒。

2008年にStage0(T1.N0.M0)の早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術を2度施行した。その後の経過観察中に右下咽頭の表在性病変を発見し、高度異形成上皮と診断。2009年2月咽頭ESD施行し2病変を切除した。現在再発の兆候もなく定期内視鏡経過観察中である。

【経過】

1.術前：当院は内視鏡検査全例に咽頭部観察を行っている。咽頭ESDを受けた11事例全例が食道がんを合併しており、食道治療後経過観察中に咽頭病変を発見した。咽頭部観察の注意点として、1)咽頭麻酔前に含漱を促し粘液を除く。2)鎮静剤は舌根の沈み込み誘発の為、なるべく使用を控える。3)検査中は咽頭反射増強の為、介助者は今まで以上に患者がリラックスできるように意図的な介入に努めた。2.当日：内視鏡的切除術は消化器内科(内視鏡)医師、頭頸科医師、麻酔科医師、歯科医師、手術室看護師、内視鏡室看護師で行う。内視鏡医師が手術室においても治療に専念できるように内視鏡室に近い環境づくりの為に機材の配置調整を行った。患者の全身状態管理は麻酔科医師が行い、内視鏡室看護師は内視鏡医師の介助を行った。大型モニターで病変の範囲や安全な切除のアシストなど、チームとして情報を共有し協力しながら手術を行った。3.術後：外来で食道治療経過観察と咽頭ESD後の観察を行い、頭頸科と双方でフォローした。

【考察】

咽頭部の積極的観察が実施されるようになり、咽頭反射に伴う苦痛が増強していた。そこで、含漱を奨励し十分な咽頭麻酔を行い、言葉掛けによる精神的ケアに努めることが苦痛の軽減および異常の早期発見に繋がると考える。更なる咽頭麻酔の工夫が必要である。また、咽頭ESDが安全で円滑に行われるには、チーム全員で情報を共有し協力しながら手術を行うことが重要である。

【結語】

咽頭ESDの成功には、他職種との協力的体制の構築が最も重要である。内視鏡室看護師には胃・食道ESDの知識を応用した習熟した介助が求められる。

【参考文献】

- 1) 森田周子ほか：下咽頭表在癌の内視鏡手術, JOHNS, Vol. 25, No. 2, 233-237, 2009.
- 2) 森田周子ほか：当院における頭頸部表在性癌に対する診療のための体制構築, 耳鼻咽喉科展望; Vol. 51, . 471-471, 2008 .

【連絡先】〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲 160

TEL089-999-1111 FAX089-999-1100

○9. 胆・膵超音波内視鏡検査の至適検査時間

医療法人鉄焦会 亀田総合病院 内視鏡検査室

内視鏡技師 ○金高 恵美・竹生田 裕・岩堀 寛之・松本 紀子・佐藤 京子
山本 雄介・太田江利子・高橋 英幸・一河 勇二・網仲 幸司
内藤 幹雄・斉藤 進一・富永 和宏・松本 雄三

臨床検査技師 高山 麻衣

看護師 高橋 康子・飯沼 幸枝

事務 大宮由香里・田仲 光子

医師 若杉 聡・平田 信人

はじめに

膵癌早期発見を目的に膵癌リスクグループに対し超音波内視鏡検査(EUS)の積極的な導入を考えている。2008年11月より外来患者を対象としたEUS枠を増設した。現在、検査時間を1検査当たり60分に設定し、午前中に3枠設けている。

目的

胆・膵EUSの至適な検査時間を検討し、業務の効率化を図る。

対象

2008年11月~2009年4月にラジアル型超音波内視鏡(オリンパスGF-UM2000)にて胆・膵EUSを受けた外来患者84名(平均年齢65.0歳、男女51:33)

方法

- 1) スコープが門歯を越えて挿入された時点で時間測定を開始、門歯を越えて抜去された時点で測定を終了した。測定時間を5分毎に区分し度数分布表とヒストグラムを作成し検討した。
- 2) 検査の体感時間についてフェイススケールを用いたアンケートを配布・回収。検査時間との相関関係を調べた。

結果

- 1) 度数分布表、ヒストグラム(表1、2 図1)から

~5分:0名(0.00%)

6~10分:6名(7.14%)

11~15分:12名(14.29%)

16~20分:23名(27.38%)

21~25分:15名(17.86%)

26~30分:12名(14.29%)

31~35分:5名(5.95%)

36~40分:4名(4.76%)

41~45分:3名(3.57%)

46分~:4名(4.76%)

最長検査時間 50分

最短検査時間 10分

平均値 24.75分

最頻値 20分

中央値 23分

- 2) 検査時間と体感時間では相関関係があるとはいえなかった($P=0.193$ 、 $rs=0.248$)。(図2)

考察

平均値、中央値、最頻値から平均的な検査時間は20~25分くらいと考えられた。度数分布表とヒストグラムより、検査の約80%は30分以内で終了し、約90%は40分以内で終了していることから、30~40分以内で多くの検査が終了すると考えられた。また、統計上相関は認められなかったが、散布図を見ると30分を越えた頃から体感時間も長くなる傾向にあった。検査時間の増加とともに精神的負担も増加してくると推察される。

以上より、洗浄、前処置、準備の時間を加味しても1検査当たり45分で設定できると思われた。

結論

現在、60分×3枠=180分間、EUSのために検査室が使用されているが、45分に設定すると45分×3枠=135分

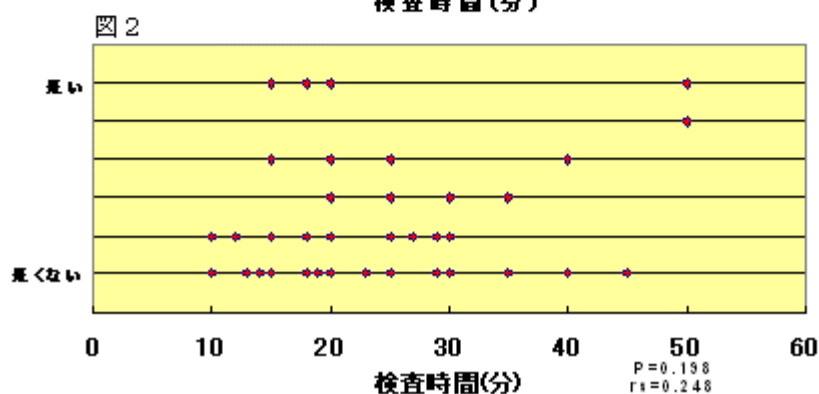
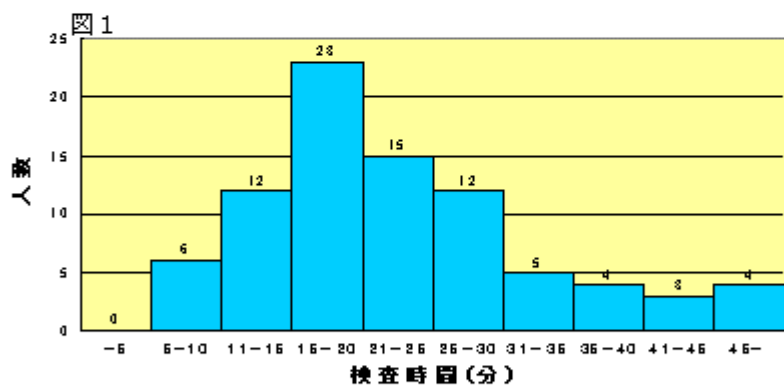
間となり、45 分間の余裕が出来ることとなる。この 45 分間を EUS 検査枠増設する、ないし、他検査に使用する等、有効利用することで、業務の効率化が可能と思われた。

表 1

検査時間(分)	人数(人)	累積人数(人)	相対人数(%)	累積相対人数(%)
~5	0	0	0.00	0.00
6~10	6	6	7.14	7.14
11~15	12	18	14.29	21.43
16~20	23	41	27.38	48.81
21~25	15	56	17.86	66.67
26~30	12	68	14.29	80.95
31~35	5	73	5.95	86.90
36~40	4	77	4.76	91.67
41~45	3	80	3.57	95.24
46~	4	84	4.76	100.00

表 2

最長検査時間	50分
最短検査時間	10分
平均値	24.75分
最頻値	20分
中央値	23分



連絡先：〒296-8602 千葉県鴨川市東町 929

TEL:04-7092-2211

○-10 岡山県内視鏡看護勉強会報告（第4報）：

被験者の視点を重視したCFオリエンテーションツールの作成

岡山中央病院	○梶原 里美・蓮岡 英明
岡山赤十字病院	池上 洋子
チクバ外科	田中 広子
南岡山医療センター	黒岡 昌代・前川 紀子
津山中央病院	藤原まゆ美
長船クリニック	桑田 洋子
倉敷第一病院	嶋津 志織
岡山労災病院	梶原みゆき・遠部 絹子

【はじめに】岡山県内視鏡技師研究会を母体として平成18年発足した岡山県内視鏡看護勉強会は、その活動状況を第60・62回の当学会で報告したが、平成21年度も内視鏡技師としての知識技術向上を目的に医師・メーカーの協力を得て講義を行うとともに、県内内視鏡看護の標準化を目的に被験者の視点を重視した下部消化管内視鏡検査オリエンテーションツールを作成した。（以下CFツール）

【方法】1.県内各施設で現在使用しているCFツールの提出と内容分析。2.オリエンテーション時に求める項目についてCF被験者アンケートを実施。3.1、2の結果から被験者の求める内容を組み込んだCFツールを作成。4.アンケート結果とCFツールを岡山県内視鏡技師研究会において発表報告。5.各施設にCFツールの使用状況と問題点を提出していただく。

【結果】現在各施設で使用しているCFツールは前回報告したGFツール作成時の結果同様、検査前に関する注意事項に集中し、特にCFは正確かつ円滑な検査のためには検査前処置が重要なことから、特に検査前から検査当日までの情報がほとんどであり、注意事項などは検査後に提供している施設が大半であった。被験者アンケートを15施設、928名に行い、その結果、被験者は検査前の注意事項や検査内容などのほか、検査を受ける以前から検査後の注意事項や検査結果の判明時期・検査費用など検査後の項目を必要としていることと、不安を抱えている事が分かり、検査を中心に前後の流れが一目で理解しやすいツールの必要性を考え作成した。平成22年2月に開催される岡山県内視鏡技師研究会にて、ツールを発表予定で、その後各施設からのアンケートを実施し、この会で報告する予定である。【総括】岡山県内視鏡看護勉強会は今後も毎月の講義・勉強会・機器講習会を通して技術・知識のレベルアップとQ&A集やオリエンテーションツールなどを県レベルで作成することにより、標準的な内視鏡技術の普及を目指して活動を続けたいと考える。またチーム医療を念頭に置き、その中心となる医師の意見も取り入れ、より高度で安全な内視鏡技術の提供を続けていきたい。

連絡先：〒700-0017 岡山市北区伊島北町6-3

TEL086-252-3221

○-11.内視鏡的治療 ESD に対する病棟と内視鏡室の連携

～ESD の勉強会・事例検討会を実施して～

社会保険神戸中央病院

外来（放射線・内視鏡） ○植田 千恵・有 博美・近藤 裕子

外来科長 中村 裕子

消化器内科部長 安田 光徳

前神戸看護大学 高田 早苗

はじめに

当院では2008年度から内視鏡的粘膜下層剥離術（以下、ESDと略す）を導入した。ESDの最大の利点は開腹せずに大型腫瘍の一括切除が得られることであるが、合併症として穿孔・出血が全体の約10%の確率で起こると言われている。またセデーション下で同一体位による長時間の治療となるため呼吸・循環動態の変化や体圧の上昇などがあり、術中・術後の観察や看護が重要となる。病棟看護師と内視鏡室看護師のESDに対する認識を従来の内視鏡治療から手術へと変化させ、看護の知識を部署間で共有する場として勉強会を実施した。勉強会後に事例検討会を行い病棟看護師と内視鏡室看護師が情報提供し、互いの看護を振り返り今後の看護について話し合った。その経過を報告する。

目的

ESDの知識・看護についての勉強会・事例検討会が情報共有の場として効果的であったかを明らかにする。

方法

(1) 放射線 内視鏡室看護師への勉強会実施

(8月 所要時間 60分)

(2) 院内勉強会実施 (9月 所要時間 90分)

全看護職員に対し各部署に勉強会のお知らせを配布

①目的

ESDの知識・看護についての情報を共有し看護の質の向上につなげる。

②内容

- ・早期胃癌の治療と ESD の特徴
- ・ ESD の実際と流れ
- ・ ESD 中の偶発症（観察点・看護）
- ・ ESD 後の合併症（観察点・看護）

③アンケートによる評価

(3) ESD 事例検討会 (2月 所要時間 60分)

70代男性、2ヶ所の早期胃癌で2度の ESD を受けられた事例について実施。全看護職員に対し各部署に事例検討会のお知らせを配布。

①目的

ESD 前・中・後の患者の状態と看護を振り返り今後の看護について検討する。

②内容

- ・ 2 回の ESD の経過報告
- ・ 内視鏡室と病棟での患者の状態と看護の振り返り
- ・ 申し送り用紙・内容の検討

結果・考察

内視鏡室では日々20～30件の検査があり ESD は各週 1～3 件で、手術を受ける患者を受け持つ病棟は限られている。治療よりも検査が多いため、内視鏡=検査のイメージが強くなりやすい。ESD は外科的手術と比べ身体的な浸襲は少ないとはいえ、長時間セデーション下での施術、偶発症・合併症のハイリスクであることから病棟看護師と内視鏡看護師は、ESD は手術であると共通認識し、術前から術後の看護について知識を深めた結果、アンケートでは「ESD についてイメージできた」「治療の内容が分かり帰宅後の看護に活かせる」という意見があり、専門性の高い看護を提供するために効果があったと思われる。

事例検討会では一人の患者の術前から術後について振り返り、ESD を理解した上での意見交換であったため、病棟看護師は術後の安全・安心の看護に向けて、内視鏡室看護師は術中の患者の不安に向けて役割を見出せたと考える。ESD は新しい治療・看護であり知識の不十分なまま看護を行っていたが、早期にマニュアルの作成や勉強

強会を開催し、患者に対する看護の視点を共有する事が重要であると再認識した。部署間を越えたお互いの看護を理解しあう事で専門性を追求した看護を提供する為に、効果があったと考える

結論

継続看護は、患者に対する看護の視点が部署間で共通しなければ充実しない。病棟と内視鏡室との継続看護には勉強会や事例検討会の開催が情報の共有や連携に効果的である

【参考文献】

- 1) 高橋修一：内視鏡検査・治療・ケアがよくわかる本，照林社，2007，P64-77，2004.11
- 2) 洲崎宇一郎：早期胃がんに対する新しい内視鏡治療
- 3) 猪熊哲朗：膵・胆道疾患の治療・IVR治療，総合消化器ケア，P10-33，vol. 10，no6，2005
- 4) 田村君英：ナースのための消化器内視鏡マニュアル，学研，2003，P128-139，2003.8
- 5) 田中三千雄：消化器内視鏡看護，日総研，2003，P14-22，2003.4
- 6) 渡部みずほ：部門別 知識&技術 手術部 月刊ナーシング，P85-88，vol.28，no4，2008

連絡先：〒651-1145 兵庫県神戸市北区惣山町 2-1-1

TEL：078-594-2211

○12. 内視鏡検査介助を短期間で習得するための効果的な教育方法

～OJT・Off-JT教育を中心に～

医療法人白雄会 白根病院

内視鏡技師（臨床検査技師）○成田 京子

内視鏡技師（看護師）小野リサ子・森元喜也子・佐々木祥子・高橋 智子

坂井 雅子・門間由美子・照井 理香

医師 白根 研二

【背景】

当院の内視鏡室は2009年に検査部から看護部に移行したことをきっかけに、看護師全員が内視鏡介助の基本技術を習得することを目標に掲げた。多くの初心者を対象に短期間で内視鏡教育を行なっている当院の取り組みを報告する。

【方法】

1. 1回目 Off-JT(Off the Job Training)：看護師全員を対象に、内視鏡技師がプリント教材を用いて内視鏡の基本講義を行った。その後スコープの取り扱い方とセッティングの実技研修を行い、最後に介助の不安な点についてアンケートを実施した。アンケートの結果、8割の看護師が生検の介助を不安に感じていることがわかった。
2. 2回目 Off-JT：実際の生検鉗子を用いて操作の体験を行なう研修会を実施。同時に生検の介助方法に関するプリントを作成し、全員に配布。
3. 2009年8月より、実際の内視鏡業務につきながらマンツーマンで教育を受けるOJT(On the job Training)を実施。実習期間は1人1週間とし、3名の内視鏡技師が交代で指導を行なった。
4. 2009年10月からは「OJT到達度チェックリスト」を用いた教育を開始。到達目標は「上部内視鏡検査の生検までの介助と洗浄消毒ができる」とした。チェックリストには指導者が項目毎に実習者の介助回数と評価コメントを記録し、一日の終わりに実習者が振り返りと次回への課題を記録する。

【結果】

OJT開始当初はOJT到達度チェックリストがなく、実習者には臨床の現場に応じた指導をその都度行なっていたため、

1. 指導内容や技術習得までの期間に個人差が出てしまう。
2. OJTの途中で指導者が交代する場合、実習者の技術到達度が曖昧なため教育の引継ぎがうまくできない、という2つの問題点があった。

OJTチェックリスト導入後は指導内容や習得期間の個人差が目立たなくなり、実習者のほとんどが3日目でス

コープのセッティングから生検までの介助を一人でできるようになった。また、チェックリストで介助経験値が明確となり、指導者のコメントも記録されているため、指導者が交代した場合でも教育の引継ぎが確実にできるようになった。

2009年8月～2010年1月まで、14名の看護師がOJTを受けた。既に内視鏡技師資格を取得している7名を加えると、内視鏡の基礎知識と介助経験を持つ看護師は、半年間で病院全体の81%に達した。

【考察】

OJTは仕事に直結した教育ができるため、即戦力を育てるには最も効果的な方法の一つである。その反面、教育よりも仕事が優先されがちで、教育にある程度の時間がかかる。また、マンツーマンで行なうOJTは教育内容が指導者のレベルに大きく左右される。

今回、内視鏡介助に必要な基礎知識については、最初に資料を用いてOff-JTで指導したことで集団に効率的に教育を行うことができたと同時に、その後のOJTへの導入もスムーズになった。生検の技術習得についても、最初にOff-JTでシミュレーションを重ねた後に実践することで臨床現場での戸惑いも少なく、短期間でほとんどの実習者が目標を達成することができたと思われる。

このようにOJTとOff-JTを組み合わせることは、多くの初心者に短期間で内視鏡教育を行なうのに有用であった。さらにOJTにはチェックリストを活用することで、効率的なOJTが実践できるものと思われる。

【結語】

1. OJTとOff-JTを組み合わせた教育は、内視鏡介助を短期間で習得するのに有用である。
2. OJT到達度チェックリストはOJTを効率化するツールとなる。

【参考文献】

- 1) 田村君英, 星野洋編集: 消化器内視鏡技師・ナースのバイブル
- 2) 森 和夫: 人材育成の「見える化」(下巻) 実施・評価編—「何を」・「誰に」・「どうやって」

連絡先: 〒010-0922 秋田県秋田市旭北栄町5-29

TEL: 018-862-1330

E-mail: shirane2@sunny.ocn.ne.jp

○13.内視鏡検査における Quality Indicator

聖路加国際病院 消化器センター 内視鏡室

○宮前ちひろ・今村 倫敦・中島 浩子・土屋優賀里

秋山 仁・遠山久美子・岡田 修一

【背景】

アメリカでは「医療の質 (QI)」とは、「個人や集団を対象に行われる医療が、望ましい健康状態をもたらす可能性の高さ、その時々専門知識に合致している度合い」と定義されており、それはつまり根拠に基づいた医療 (EBM) をどのくらい行えているか、ということと解釈される。当院では、他の施設や医療者との比較、当事者へのフィードバックによる医療の質の向上を目的とし、2007年から電子カルテデータより Quality Indicator (QI) の算出を行い、公表している。そこで今回、内視鏡検査における QI とは何かを考えた結果、特に検査に対する患者理解の程度によって検査の質が大きく左右される下部内視鏡検査の前処置について QI を探ることにした。

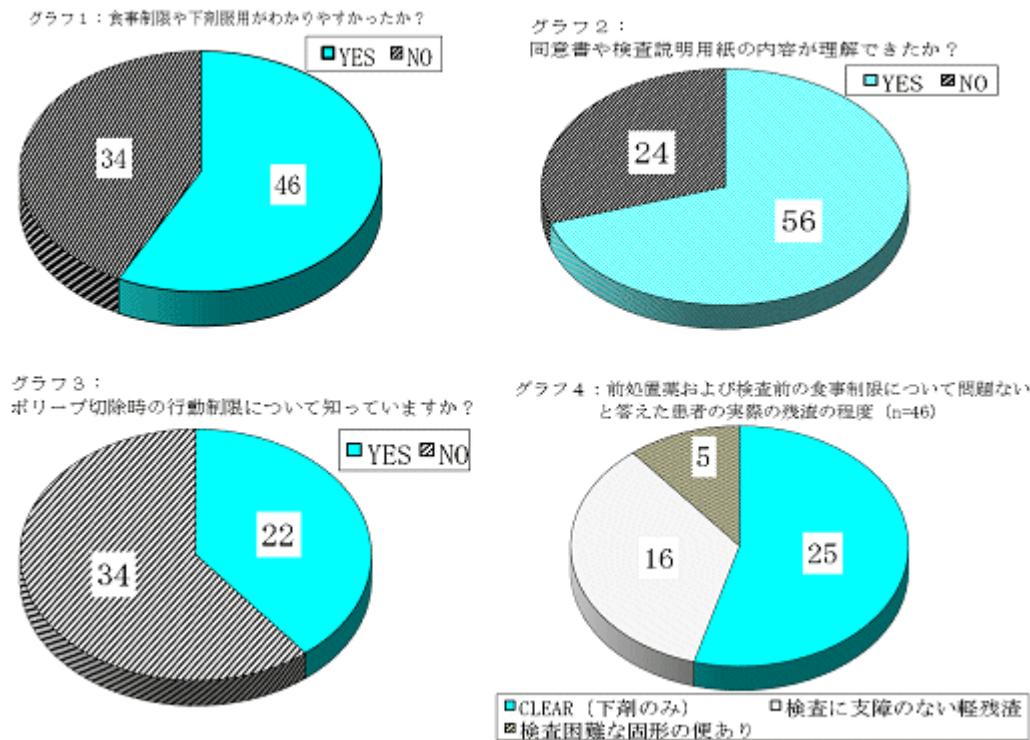
【目的】

当院で行われている下部内視鏡検査の前処置説明に関して、患者の理解がどの程度であるか、また実際の検査内容にどのような影響があるのかを検討した。

【方法】

対象は前処置説明・下剤方法の統一のために外来患者のみとし、複雑な食事制限や下剤の処方・抗凝固薬の制限など検査理解に対する評価の指標として、患者に対してアンケートを用いたヒアリングを行った。さらに、検査実施後の画像・レポートから、実際の検査にどのように影響していたかを比較検討した。アンケートからは、検査説明所での説明および検査説明用紙による前処置薬・休薬・その他検査に対する注意事項がわかりやすかったかどうかを、検査後のレポートからは大腸内食物残渣の有無、抗凝固薬・旅行や行事等の予定調整によるポリ

ープ切除の可否を評価の対象とした。それぞれの結果から、患者側の検査理解度と実際の検査内容について検討した。



【結果】

アンケートによるヒアリングの結果では、食事制限や下剤服用に関して問題なく行えたと答えた患者は 80 人中 46 人 (58%) (グラフ 1)、検査説明用紙および同意書の内容を理解できたと答えた患者は 80 人中 56 人 (70%) (グラフ 2)、そのうちポリープ切除時の行動制限について知っているとは答えた患者は 22 名 (39%) (グラフ 3) と、こちらの想像をはるかに下回り低かった。一方で実際の検査内容を見てみると、先程の食事制限および下剤について問題なく行えたと答えた 46 人のうち腸管内残渣がほとんどなかった患者は 40 名 (87%)、固形便が残っていた患者は 5 名 (11%) <グラフ 4>であった。ただし、腸管内洗浄の阻害因子として多数の憩室保有者を除くと、前述の割合はともに 92%、5%となり、前処置における患者理解と実際の腸管内残渣にはやはり強く正の相関があることがわかった。

【考察】

今回のアンケートでは、患者の心証を傷つけないよう尋問的な質問を避けた。そのため、前処置理解を妨げている具体的な要因を探り当てるまでに至らなかった。しかし、今回大腸内視鏡検査における QI ということで、これまで誰も設定しなかった指標の中で、患者側の前処置理解が高まることで腸管内残渣という適切な内視鏡検査を行う上で不可避な要因の 1 つを解決できるという実証を得たことは大きな進歩だと考える。今後も、QI をいう大きなテーマのもと、患者理解を妨げている原因とその解決方法を早急に解明していきたい。

<参考文献>

- 1)S.Moran Sanchez,et al. Colonoscopy quality assessment. Rev Esp Enferm Dig 2009;101(2):107-116
- 2)Hala Fatima MD,et al. Patients' description of rectal effluent and quality of bowel preparation at colonoscopy.
- 3)Modi,Chintan et al. Inpact of patient education on quality of bowel preparation in outpatient colonoscopies.
- 4)聖路加国際病院 QI 委員会, Quality Indicator 2009 「医療の質」を測り改善する

連絡先：〒104-8560 東京都中央区明石町 9-1

TEL : 03-5550-7044 E-mail:miyachi@luke.or.jp