

## シンポジウム 「内視鏡技師の業務内容について～現状と課題」

### S-1 チーム医療として各職種の役割を生かした内視鏡業務について

大阪医科大学附属病院 消化器内視鏡センター

○阿部 真也、柴森 直也、澤田亜利香、竹内 利寿、時岡 聡、梅垣 英次

#### 【背景】

当院における消化器内視鏡センター（以下センター）は大学病院（967床）の中央診療部門として位置づけられ、消化器内視鏡領域に関する業務体制の構築と安全で質の高い医療の提供を目的に運営している。

#### 【目的・方法】

チーム医療として内視鏡技師（技師）、看護師の役割を中心に、センターの現況と問題点および内視鏡技師としての展望を考察する。

#### 【結果】

- (1) スタッフの役割分担として、看護師は検査予約から内視鏡前処置、状態観察、家族にも配慮した患者中心の看護を担当し、技師は内視鏡機器・処置具やファイリングシステム、洗浄・消毒作業の管理、検査治療介助等の技師業務（機器側）を担当している。チーム医療として、検査前に外回り看護師と技師でカルテチェックを行い、依頼票と照らし合わせ、検査目的を細かく判断し、主訴、症状、患者状態、検査目的や過去の所見から目的に応じた内視鏡や処置具の準備をこころがけ、円滑な検査体制を構築している。
- (2) 検査体制は、通常時では患者1人に対し、外回り看護師と検査室内スタッフが医師・技師、看護師（2部屋掛持ち）の2.5人の体制で行い、ESDでは、患者1人に対しスタッフ4人体制（医師・鎮静担当医師・技師・看護師）で行うことで安全に配慮した検査体制を構築した。
- (3) チーム医療として、内視鏡治療では事前にスタッフ間で患者情報、治療内容、使用機器類のミーティングを行い情報の共用化を図っている。特にESDでは治療病変の部位や大きさから、技師がプロトコールに基づき、デバイス・内視鏡・局注液等を選択し、治療時には状況に応じた高周波治療装置の条件設定を、医師への確認伝達後、プロトコールに基づき適宜行うことで治療時間の短縮に貢献している。
- (4) 安全管理として、看護師、技師が双方の視点で、治療時における術中記録管理表を作成した。導入成果として、治療状況と患者状態を時系列で把握でき、記録事項の簡潔化と、チェック方式による統一した記録が可能となり、併せて出血時における状態変化への対応や教育、病棟との連携が効率的になった。
- (5) 各職種においてクリニカルラダーを導入し、段階に応じた教育体制により、職種ごとの目標設定が明確となり専門性を重視した教育が可能となった。また、院内カンファレンスや研究会、ESDライブにも参加したことで、チームとしてより専門性の高い志を持つことができた。
- (6) カプセル内視鏡（CE）が保険適応となり、医療従事者にも取り扱いが認められたことから、業務スケジュールに応じて、CEの取り付けから嚥下介助、検査終了後の画像ダウンロードを行い、通過臓器のチェックをすることで、医師による診断までの時間短縮につながった。現在、CEは小腸のみを対象としているが、大腸用の臨床試験が国内で始まるため、今後、大腸検診目的でCEの需要増加が考えられる。

#### 【考察】

内視鏡医療の発達により、今後、既存の職種領域でどこまで対応できるか不安が募る。現時点でも、施設環境により、技師の介助領域には、大きく異なっている。医師が求める内視鏡技師像として、内視鏡領域の専門的知識と新しい技術に適應できる介助能力が挙げられている。今後もチーム医療における理想的な内視鏡技師像を模索し業務標準化にむけて、各職種との協力体制を基本とした質の高い安全な内視鏡医療の提供を検討したい。

#### 【結語】

チーム医療として個々の専門的知識・経験・情報を全体で共有（ナレッジマネジメント）し、それぞれの専門性を生かした役割分担と、円滑な協力体制の構築が、安全で質の高い医療の提供に繋がると考える。

## 参考文献

- 1)阿部真也, 柴森直也, 澤田垂利香: チーム医療における各職種の内視鏡業務. 日本消化器内視鏡技師会会報 2009; 43: Page54-55: 2009.9
- 2)吉村兼, 市之瀬透, 豊永高史: 当院が誇るチーム ESD の Personnel organization. 日本消化器内視鏡技師会会報 2008.9;41: Page63-65:2009.9
- 3)阿部真也, 柴森直也, 梅垣英次ほか: チーム医療における内視鏡技師としての専門業務について: 日本消化器内視鏡技師会会報: 41号: Page128-129: 2008.09
- 4)只石裕子, 井上小百合, 杉本奈帆美ほか: ESD 看護の新たな展開 チーム医療で取り組む継続看護を目指して: 日本消化器内視鏡技師会会報: 40号: Page59-61: 2008.03
- 5)松本雄三: 内視鏡検査・治療のトラブル対応ワンポイントレッスン 患者対応編 問診が不十分なため起こり得るトラブルの防止: 消化器・がん・内視鏡ケア: 12巻2号: Page98-102: 2007.06
- 6)勝健一: 内視鏡技師制度. 消化器内視鏡技師のためのハンドブック: Page81-82: 2007.05
- 7)竹内利寿, 梅垣英次, 時岡聡ほか: 消化器内視鏡センターにおけるリスクマネジメント チーム医療としてのスタッフの役割: Gastroenterological Endoscopy(0387-1207): 49巻: Suppl.1 Page865: 2007.04
- 8)楠見朋子, 森田恵理子, 藤原誠ほか: 内視鏡治療・ケア 慌てない・焦らない緊急内視鏡の治療・ケアポイント・体制づくり 内視鏡センターにおけるチーム医療の実践 緊急内視鏡の成績から: 消化器・がん・内視鏡ケア: 12巻1号: Page77-85: 2007.04
- 9)上田道子: 内視鏡ケア 内視鏡検査・治療での安全管理の具体策 事故防止・感染対策・個人情報保護 患者誤認に関連した事故防止対策: 消化器・がん・内視鏡ケア: 11巻4号: Page064-070: 2006.10
- 10)大波多歳男, 田中明美, 中川晴雄: 消化器内視鏡におけるチーム医療の在り方 より安全で安楽な内視鏡検査治療を目指して(現状と今後の課題): 日本消化器がん検診学会雑誌(1880-7666): 44巻5号: Page112: 2006.09
- 11)藤井秀康, 原浜子, 田中知恵美: 消化器内視鏡におけるチーム医療の在り方 チーム医療における内視鏡技師の専従・専任の有用性: Gastroenterological Endoscopy(0387-1207): 48巻 Suppl.2: Page1914: 2006.09
- 12)阿部真也, 梅垣英次, 勝健一: 消化器内視鏡におけるチーム医療の在り方 内視鏡センターにおけるチーム医療としてのスタッフの役割 内視鏡技師の立場から: Gastroenterological Endoscopy(0387-1207): 48巻 Suppl.2: Page1914: 2006.09
- 13)八木信明, 新井正弘, 平野初美: 消化器内視鏡におけるチーム医療の在り方 当院における ESD 施行前後のリスクマネジメント 外来・病棟間の医療チーム連携の有用性: Gastroenterological Endoscopy(0387-1207): 48巻 Suppl.2: Page1913: 2006.09

連絡先: 〒869-0802 大阪府高槻市大学町 2-7

TEL 072-683-1221

## S-2 内視鏡検査における患者誤認防止策としてのタイムアウト (チーム医療の観点から)

岡山中央病院 ○宮家 理奈・梶原 里美・春名さつき・山口 路子・蓮岡 英明  
岡山大学医療教育統合開発センター 越智 浩二

### 【目的】

タイムアウトとは、患者取り違え事故を教訓に行われている誤認手術防止（患者間違い、手術部位間違い、手術手技間違い、手術器械間違いなど）のための安全対策の一つで、行っている仕事の流れを中断し、意識を集中して確認作業を行う方法で、「ついでに確認」とか「確認したはず」という事をなくすのに、とても効果的な方法です。内視鏡検査・処置においては、その高度化・複雑化に伴って、担当者の専門性が求められる一方、一人一人の患者さんへのかかわりが希薄となり、患者誤認の危険性は高くなり、また起きた際の被害は大きくなってきている。当院では、2008年11月より手術室で導入したタイムアウトを2009年5月より内視鏡検査・処置にも応用している。その実態報告と患者アンケートを実施し、どうとらえられるかを報告する。

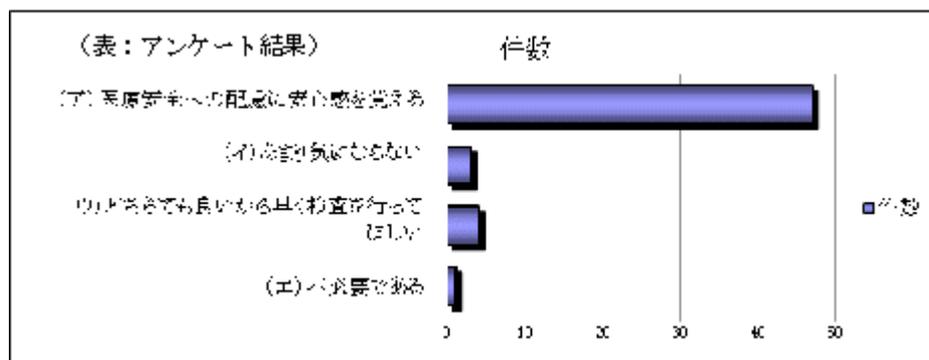
### 【方法】

内視鏡検査・処置直前に、施行医が白板に記載された患者名・年齢・予定手技・所要時間・使用薬剤の有無等を声に出して、その場で携わる直接介助内視鏡技師・間接介助看護師・他医師・研修医の前で確認した後、検査・処置を施行する。その様子を患者アンケートによって、どう捉えるかを確認した。

### 【結果】

平成21年9月14日～9月27日までに内視鏡検査を受けられ、協力を得られた方55名で、年齢は34歳～84歳、男女

比約1：2、検査内容は当院の特徴もありGF 8件、CF43件、ERCP 4件でした。結果は、行うことで安心感を覚える方が55名中47名で85%を占めていた。どちらでも良いという方は、検査の待ち時間が長くそのこと自体が不満となったためだった。スタッフの間では予定される手技が前もって確認ができ、医療安全面から安心であり、またチームとして携わっている実感が得られ、好評であった。



### 【総括】

内視鏡検査における患者誤認は報告されていないが、挿入前の患者情報の誤認や、ヒヤリハットなどはどこでも経験していると考える。今後、より手術に近づいていく内視鏡検査・処置においては、それに並行して安全対策の向上が求められる。このタイムアウトは、わずかな時間と手間で、患者誤認、予定手技の間違いなどを防止し、医療安全面、また内視鏡検査・処置が専門家集団のチーム医療で成り立っていることの再確認にも役立ち有効な方法であり、さらに医療施設として患者安全に気を使い、努力している姿は被検者の安心・満足につながるものとする。

連絡先：〒700-0017 岡山県岡山市北区伊島北町6-3

Tel. 086-252-3221

## S-3 内視鏡看護師に求められるケアとは

～ ESDにおけるフィジカルアセスメントとクライシスマネジメント～

京都第一赤十字病院 救命救急センター ○只石裕子

大阪厚生年金病院 内視鏡センター長 道田知樹

### 【背景】

近年、ESD治療は適応拡大病変など手技的難易度が高い病変や、またハイリスク患者にも積極的に行われていく一方で、偶発症の発生頻度も増加している。阪大ESDグループにおける胃ESDにおける偶発症の重症化や術関連死例の調査結果では、適応拡大病変患者に偶発症の重症化が多く、穿孔・出血のみならず、呼吸器合併症の肺炎が死因としたケースもあがっている。

ESDが高度化する中では、患者に安全で安心したESD治療を提供するために、内視鏡医の診断学や技術の向上のみならず、私たち内視鏡看護師の看護ケアの質の向上も求められているのではないかと。

### 【目的】

重篤な偶発症やハイリスク患者に対応していくためにはチーム医療におけるトータルマネジメントが必要であり、より安全で質の高い医療を提供するために、役割分担して各職種の専門性を発揮することは理想といえる。しかし当院のように臨床工学技士がおらず、内視鏡技師と看護師を兼ねている施設もまだまだ多く、内視鏡技師兼看護師として、介助技術の向上のみならず、看護ケアの向上にも努める必要がある。そこで今回、安全で質の高い医療を提供するための看護ケアでの役割とは何かについて、現状と課題を検討した。

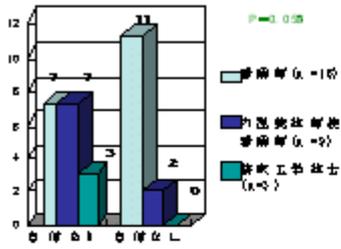
### 【方法】

協力施設の内視鏡室に勤務する看護師・内視鏡技師兼看護師・臨床工学技士30名を対象として、4つのカテゴリー（フィジカルアセスメントについて・急変時の対応について・内視鏡看護ケアにおける自己のスキルアップについて・チーム医療（情報の共有）について）を分類し、アンケートにて意識調査を実施。分析方法は $\chi^2$ 検定を用いた。

表1

急変時の対応

職種と緊急時対応への自信の関係



職種におけるICLS・BLS・ACLSの資格取得者の割合

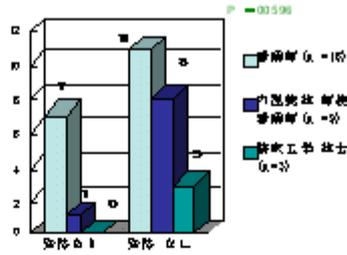
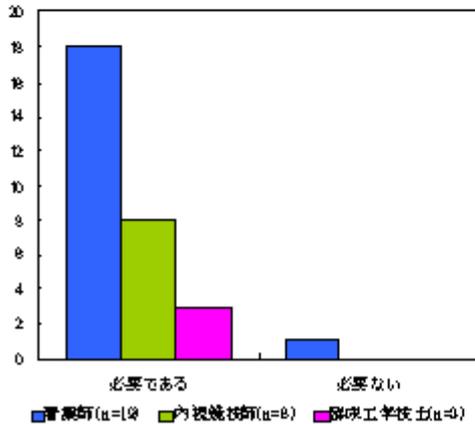


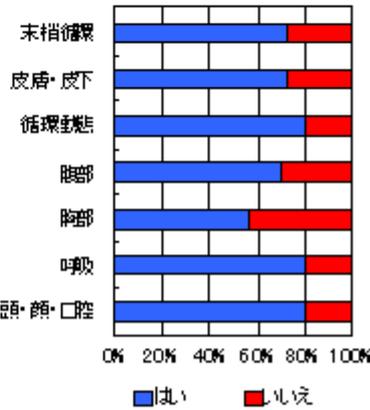
表2

フィジカルアセスメントにおけるアンケート結果

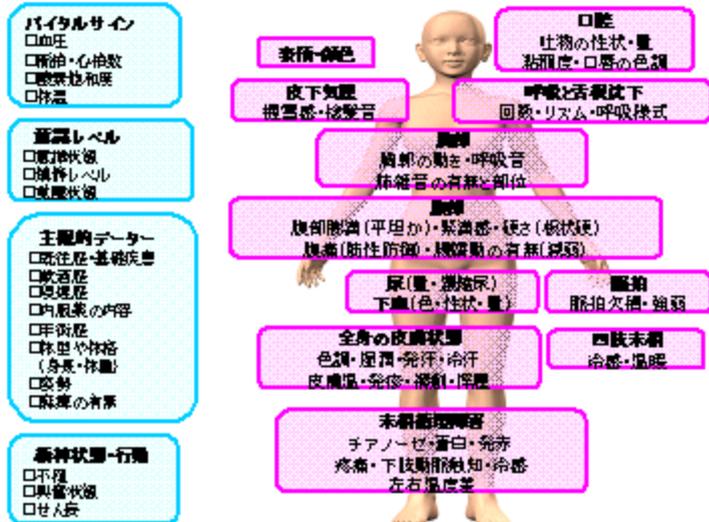
ESDケアの質の向上に「フィジカルアセスメント」は必要か？



どの身体部位で「フィジカルアセスメント」を行っているか？



ESDにおけるフィジカルアセスメントポイント



【結果・考察】

フィジカルアセスメントにおけるアンケートでは、「ESDケアの質の向上にフィジカルアセスメントが必要か」との回答には全体の 97%であったが、「実際にどの身体部位でフィジカルアセスメントを行っているか」という質問においては、術後肺炎のリスクマネジメントとして重要な胸部のフィジカルアセスメントが行っていた人は 57%と低い結果にあった (表1)。フィジカルアセスメントにおいてはどのスタッフにおいても漏れのない情報収集が必要であり、提供する援助の均一化を図るためにも、図1のようなツールに沿ったアセスメントも重要である

と考えられる。また、クライシスマネジメントに必要な急変時の対応については、「緊急時に対応への自信があるか」という質問に自信ありと回答した人は全体の 57%があると答えている。しかし、その中において救急の教育に基づいた救急蘇生の資格 (ICLS, BLS, ACLS, など) を持っている人が、意外と少ないのが現状であった (表2)。内視鏡現場において、安全なリスク管理やクライシスマネジメントに対応するためにはそういった資格取得などで自己研鑽も必要と考えられた。

## 【結語】

ESDにおける看護の専門性を高めるための今後の展望として、

- 1) [異常を発見できるフィジカルアセスメント能力と緊急度の判断] [確実に実施できる急変時の対応 (クライシスマネジメント=危機管理)] として「クリティカル・救急看護ケア」の向上、2) [自己研鑽と内視鏡看護のスキルアップ] としては1) に加え、Sedation 管理において鎮静患者における知識・管理能力として「ICU・手術看護ケア」の向上や患者・家族のメンタル・倫理面では「がん看護ケア」の向上、
- 3) そして医師・外来看護師・内視鏡看護師・内視鏡技師・病棟看護師・薬剤師・栄養士などそれぞれの各役職との連携を図っての情報の共有とチーム医療の調整が、ESD におけるトータルマネジメントとして今後内視鏡看護師にも求められるであろう。

連絡先：〒605-0981 京都市東山区本町15丁目749番地

京都第一赤十字病院 救命救急センター

TEL：075-561-1121 (2408)

## S-4 ESDにおける臨床工学技士の業務範囲

～Clinical Engineer の視線が追いかけるもの

京都大学医学部附属病院 医療器材部

内視鏡技師 (臨床工学技士) ○樋口 浩和、新田 孝幸

### 【背景と目的】

近年、内視鏡業務においては、様々な検査や処置が行われ、それに伴い、内視鏡スタッフの役割も多様化してきている。

今回、安全な処置進行に直接影響する注射液の性能について種類別に検証をするとともに、ESD 介助において、臨床工学技士の視線が追いかけるポイントはどこにあるか、どこに向けるべきかの検証を行ったので報告する。

### 【方法1】

注射液に使用するヒアルロン酸ナトリウムとグリセオール、生理食塩水の膨隆持続力の違いについて豚食道を使い、経時的に記録するとともに、圧力測定器を用いて注射針の注入抵抗値を測定した。

### 【対象】

- ・豚食道
- ・ヒアルロン酸ナトリウム ムコアアップ：ジョンソンエンドジョンソン社
- ・グリセオール グリセレブ：テルモ社
- ・生理食塩水 日本薬局方生理食塩液：大塚製薬
- ・上部消化管用注射針 23G ノーマル (以下N)、23G インパクトフロー (以下IF)、23G インパクトフローハイブリッド (以下IFH)、25G-N、25G-IF、25G-IFH：TOP社

### 【方法2】

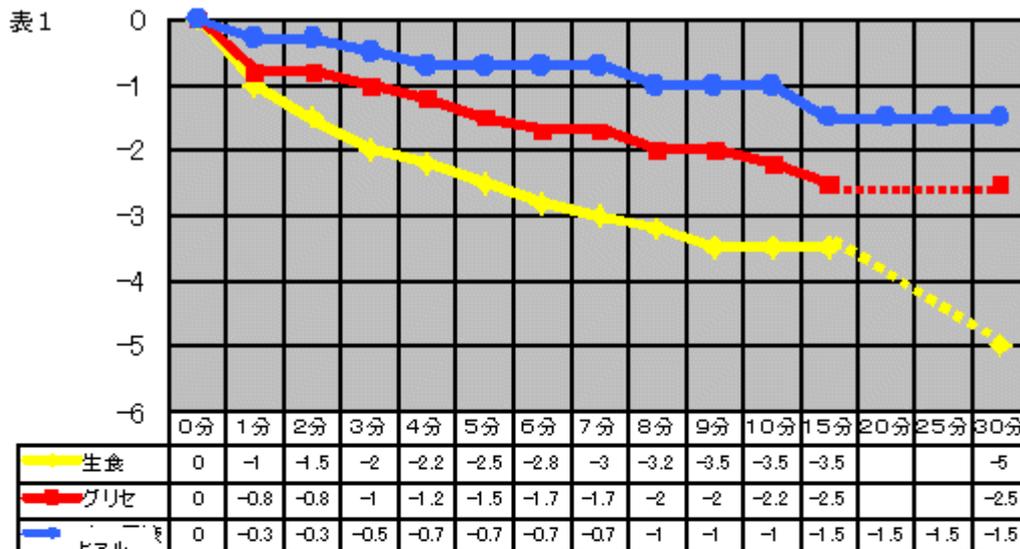
作業者の視線の動きを追尾できるシステム (ディテクト社製：視線追尾システム) を利用して ESD 施行時に臨床工学技士が確認しなければならない内視鏡画面情報、処置具の動作性、生体情報などの確認作業を動画記録し、各スタッフに理解しやすい意識ポイントビデオを作成した。

### 【結果】

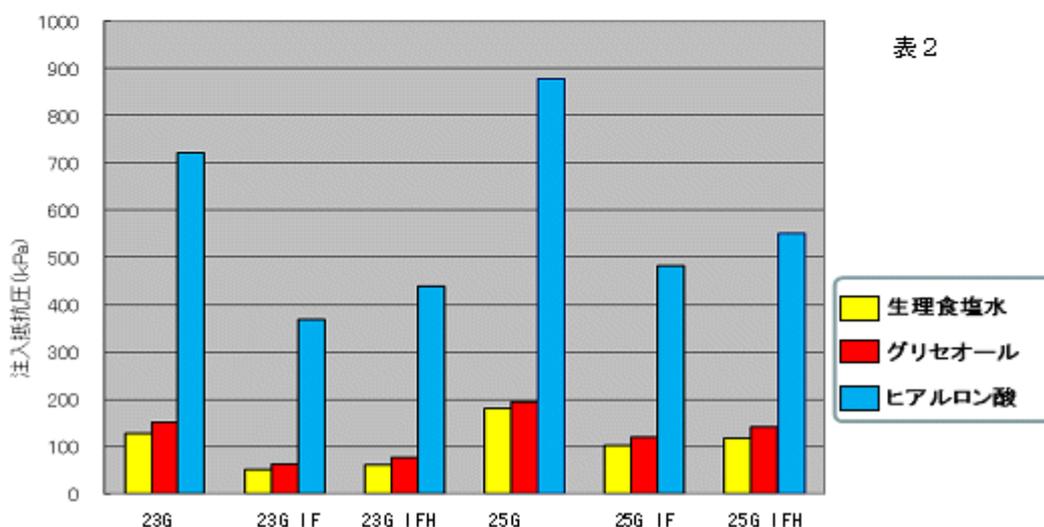
1. 注射液の膨隆維持力は、注入 30 分後の高さが生理食塩水で-5mm、グリセオールが-2.5mm、ヒアルロン酸ナトリウム-1.5mm であった。(表1)  
注入抵抗圧の測定値は、生理食塩水では、23G で 50 kPa～157 kPa、25G で 101 kPa～210 kPa、グリセオールでは、23G で 63 kPa～177 kPa、25G で 132 kPa～222 kPa、ヒアルロン酸ナトリウムでは、23G で 368 kPa～1100 kPa、25G で 482 kPa～1400 kPa であった。(表2)
2. 視線追尾システムは実際に見るポイントが作業者目線からよくわかるので、どこに注意して作業すればよいか確認でき、各業務を理解しやすくなった。

【考察】

1. 膨隆維持力はヒアルロン酸ナトリウムが一番高かったが、注入抵抗値では、ヒアルロン酸ナトリウムが生理食塩水の約4~5倍高く、注入に適した注射針の選択が必要と考えられた。



次に、NタイプとIF、IFHの注入抵抗比較では、Nタイプより約3割低いIFやIFHタイプを使用するほうが操作しやすいと考えられた。ESD処置は医師、看護師だけでは工学的に気付けない側面もある。本来、臨床工学技士は処置の直接介助は行えないが、基礎実験を行い、正しい知識を得ることで、経験や感覚だけに頼らない処置具選択が可能となる。その上でこうした情報を潤滑剤



として各職種で共有し、意識するポイントを再確認することで、より安全な治療を提供できると考えられた。

2. 視線追尾システムは内視鏡スタッフ教育にも使用でき、習得する側だけでなく教える側の指導方法確認にも使用できると考えられた。

【課題】

視線追尾システムのERCP介助や洗浄業務など他の内視鏡業務への水平展開。

【結語】

多岐にわたる内視鏡処置業務において、臨床工学技士は工学的なデータを重視した検証を行い、医師を含む他スタッフとの連携を強化してゆくことで、より安全な処置につながると考えられた。

1. ESD 2. Clinical Engineer

連絡先：〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54

TEL：075-751-3111 (代表)

## S-5 カプセル内視鏡導入における内視鏡技師の読影トレーニングシステム

大阪警察病院 内視鏡センター

内視鏡技師 ○松本 裕子、川上 美里

臨床検査技師 松尾 英樹、内藤 由貴、奥田 恵理

医師 阿部 孝、柚木崎鉦司、東 大里、李 兆亮、水谷昌代、赤松 大樹、辻本 正彦

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学

医師 岡崎 博俊、亀田 夏彦、渡辺 憲治、荒川 哲男

大阪大学大学院 基礎工学研究科

八木 康史

### 【背景及び目的】

近年、内視鏡機器及び技術の発達により、カプセル内視鏡検査（以下CEとする）、ダブルバルーン小腸内視鏡検査（以下DBEとする）など様々な機器が開発され、全小腸の観察及び小腸の内視鏡治療も可能となった。当院では、2004年7月よりDBEを導入し小腸検査を行ってきた。しかし、DBEで全小腸を観察しても、出血源がわからないことをしばしば経験した。CEとDBEを組み合わせることにより、診断率が上昇すると考えて、2009年1月よりCEを導入した。しかし、医師だけでは読影に長時間を要した。そのため、大阪市立大学病院と大阪大学八木研究室開発のカプセル内視鏡診断学習システム on the web（以下学習システムとする）によるコ・メディカルの読影トレーニングに、当院内視鏡技師が参加することで、上記問題点が解決できたので報告する。



図1. カプセル内視鏡診断学習システム on the Web (インターネット環境下で学習)

### 【対象と方法】

2009年2月から4月までの間（内視鏡画像を短期間で繰り返し見たほうが、トレーニング効果が高いため、開始から2週間以内でトレーニングを終了する）、学習システムによるコ・メディカルの読影トレーニングが実施された。上記トレーニングには5施設（合計9名）のコ・メディカルが参加した。方法は、インターネットが接続された環境下より指定されたIDとパスワードでログインし、学習を受けるというシステムであった。まず、事前評価試験（1症例の診断、現在の能力を評価するため）を受けた後、診断学習（Tutorialステージ1回にて短い

動画で様々な種類の疾患を体験し疾患名と特徴を覚える。診断学習ステージ：奇数ステージ約10秒×映像20セット、偶数ステージ約45秒×映像4セットにて学習。）により様々な種類の疾患を体験し、疾患名とその特徴を覚えた。診断学習は何度でも繰り返し復習ができる。最後に最終評価試験（1症例の診断、学習システム実施後の能力判定）を受け、学習システムを終了とする。（図1）トレーニング終了後コ・メディカルにより、45件の当院CEの第一読影を実施した。

#### 【結果】

様々な種類の疾患を体験し、疾患名とその特徴を覚える診断学習により、コ・メディカルも微小病変の拾い上げができるようになった。インターネットからのアクセスでの学習であることより、自由な時間で学習ができた。

#### 【考察】

CEは、読影に時間を要し、医師に負担がかかると言われているが、コ・メディカルが第一読影をすることで、医師の負担が軽減されると思われる。今回学習システムに参加できなかったコ・メディカルも、繰り返し診断学習を実施することで、第一読影の開始が可能となった。読影を医師とコ・メディカルでダブルチェックすることで、見落としなどのリスクも軽減できると考える。また、インターネットからのアクセスで学習できるため、学習者の自由な時間でトレーニングができ、短期間で研修ができた。各個人のデータを保存できるため、不得意な分野をチェック、見落としした部分を拾い上げ再学習など指導にも役立てると考える。

#### 【まとめ】

CEは読影の負担などの問題で、医師不足の中、各施設で導入が遅れている。読影トレーニングシステムにより、コ・メディカルが第一読影をすることが可能となり、CEが普及していくことを期待する。

#### 【参考文献】

- 1) 河上真紀子ほか：当院におけるカプセル内視鏡検査（VCE）の検討，日本消化器内視鏡技師会会報2008；No.41：99-100
- 2) 河上真紀子ほか：カプセル内視鏡検査（VCE）画像の内視鏡技師による読影の試み，日本消化器内視鏡技師会会報2009；No.42：96

【連絡先】〒543-0035 大阪府大阪市天王寺区北山町10-31

TEL：06-6771-6051 FAX：06-6775-2862

## S-6 消化器内視鏡技師業務の標準化への課題

医療法人 母恋 日鋼記念病院 消化器センター内視鏡科

内視鏡技師、臨床検査技師 ○内藤 健

内視鏡技師、臨床工学技士 野木 育恵

看護師 野家登喜子、清水ひとみ、川原木 聡

近年、医療現場のみならず社会全般でも医師不足と言われ、特に地方においては、都市部に比べその傾向が顕著である。

そこで、多職種が職務領域の専門性を尊重しながら業務分担するチーム医療のスタイルがトレンドとなっている。

内視鏡検査・治療は、多くの職種・人材が関わっており、日常的にチーム医療の渦中にあるなかにおいて、技術的介助を医師が行うのであれば問題ないが、当院のように医師不足に悩まされている施設では消化器内視鏡技師や他職種が介助を行っているのが現状である。しかし、業務については各施設に委ねられているのが現状であり、適切な業務は施設間差があるため、標準化と内視鏡技師の地位向上は急務である。

当センターでは、より安全で質の高い内視鏡検査・治療、室内空間を含めた、より良い環境を受療者に提供すること、不足している、医師・看護師の負担を減少させる、そのために看護的業務・技師的業務・事務的業務を完全に分化し、其々の専門性を発揮出来る様な労働環境作りを進めている。

そこで、まず問題となったのが検査室内の環境であり、運良く諸条件が整い、新規移転することとなったが、詳細は要望演題で同僚の発表があるので、概要のみとする。

本年5月に移転・新築した新検査室は、旧検査室の約2倍のスペースをいただき、室内レイアウト等は全て一任していただいたので、「ハード・ソフト両面での利便性、機能性、安心感の達成安全性」をコンセプトに、機能性、快適性を兼ね備えた検査室作りを目指した。

室内環境は劇的に改善され、スコープ動線と受療者が絶対的に交わらないレイアウトにより安全性の向上が図ら

れ、集約化した機能、中待合を新設するなど、受療者へのサービスの向上と、スタッフの働きやすさが両立出来ていると考える。

当センターでは、看護的業務と技師的業務を完全に分化しており、さらに技師的業務の中でも、技術系業務と洗浄系業務を分化している。

看護的業務と技師的業務の分化は5年前より行っており、看護師は短期間にローテーションするため、業務内容をできる限り簡素化、一定の水準を保てるように配慮している。

洗浄・消毒については、医学的基礎知識の重要度がさほど高くなく、この種の感染対策については、各種ガイドラインなどが整備されており十分な教育が可能であったことからガイドラインに沿ったマニュアルの整備と、消毒の履歴管理により助手の業務として可能であると判断し、洗浄系業務を内視鏡技師の指導のもと助手に一任、スコープは洗浄・消毒、保管、各種デバイスの洗浄・滅菌物の管理・保管を行っている。

技術系業務は侵襲的要素を含んだ、生検、EMR・ESD、胆膵領域ではガイドワイヤー操作、EML装置など各種デバイス操作といった介助を行っている。

当院では施設長の了承を得て行っている業務であるが、個々の基本職種、知識、経験、努力などにより治療介助が行われており、この部分の業務標準化が現場としては最も求めている。

標準化となると、現状通りで良い分野、技師資格を有した後に更なる教育、修練が必要となる分野、手を出してはいけない分野の詳細なカテゴリー分類が必須となるであろう。そして、この結果から今後チーム医療の中で消化器内視鏡技師の役割について、ある程度の方角付けが出来るのではないか。また、業務標準化に向け、他職種との更なるディスカッション、関連団体・学会へのアピールの必要性を強く感じた。

連絡先：〒051-8501 北海道室蘭市新富町 1-5-13

TEL0143-25-1331 内線 8667

Fax0413-24-1064

E-mail [takeru.naitoh@nikko-kinen.or.jp](mailto:takeru.naitoh@nikko-kinen.or.jp)