

第 87 回日本消化器内視鏡技師学会

テーマ:「思いやりのある内視鏡検査・治療を～チーム医療体制の促進に向けて～」

会場とWEB(後日のオンデマンド配信)を併用したハイブリット開催

会場:11月5日(金)・6日(土)

WEB 配信期間:11月15日(月)13:00～11月29日(月)18:00

※Q&A は原文のままとなっております。

WEB 視聴者からの質疑・回答

イブニングセミナー:「医師の立場から求める内視鏡技師とは～チーム医療体制の促進に向けて～」

関西医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科 教授 内視鏡センター センター長

島谷 昌明先生

質問1

Q: 貴重な講演ありがとうございました。質問させていただきます。

術後の吻合部を探すための胆管穿刺法では局注針を刺すことによる穿孔などの合併症などはないのでしょうか。あと、局注針は何ゲージを使用されているのでしょうか。今後の参考にさせていただきたいです。よろしくお願ひします。

A: ご質問ありがとうございます。

20G 局注針(有効長; 200cm, 針突出長; 5mm; トップ内視鏡用穿刺針)を使用しています。

(ただし、この局注針はトップ社に特注品として作成して貰っていますので、もしご使用になる機会がございましたら、遠慮無く私の方にご連絡頂ければと存じます)

質問2

Q: 50:30 局注針を用いた胆管アプローチで穿刺、造影後、ハサミで後ろをきってガイドワイヤー挿入の所について ①局注針の針外径は何Gのものを使用しているのか?

②造影後、ハサミで後ろをきってガイドワイヤー挿入の際に局注針の内筒チューブ(内針)を抜いてからワイヤーを入れているのか? 以上2つ質問お願いいたします。

A: ご質問ありがとうございます。

①20G 局注針(有効長; 200cm, 針突出長; 5mm; トップ内視鏡用穿刺針)を使用しています。

(ただし、この局注針はトップ社に特注品として作成して貰っていますので、もしご使用になる機会がございましたら、遠慮無く私の方にご連絡頂ければと存じます)

②内筒チューブ(内針)は抜かずに使用します。0.025 インチ以下の GW であれば内筒チューブ内を通ります。

質問3

Q:先生のご講演を聴講し、内視鏡技師として今後も先生方から必要とされるよう、より一層努力していこうと感じました。ありがとうございました。各職種でタスクシフト/シェアが始まり、少しでも先生方の負担を軽減できるよう業務に携わっていただけたらと思っています。タスクシフト/シェアが始まったことで先生から我々に期待することがあれば教えてください。

A:ご質問ありがとうございます。

新研修医制度により研修医の入局制限(特に都会では厳しい)があり、消化器内科は慢性的な医師不足になっています。にもかかわらず、消化器内視鏡治療の進歩は目覚ましく、専門性の高い知識と技術が要求される時代になってきました。これからは、ひとつの手技をチームで成し遂げる時代であり、医師・看護師・内視鏡技師がそれぞれの役割に専門性とプライドを持って担当し、それぞれの役割を尊敬し合える関係の構築が必要であると思います。タスクシフト/シェアが始まり、仕事の押し付け合いでなく、お互いの仕事を尊敬して助け合えるようになれることを期待しています。

特別講演:「内視鏡受診者へのケアをサポートするだけでなく、ケアのできる内視鏡技師を目指して」
医療法人西山医院 理事長・院長 西山 順博先生

質問1

Q:在宅で胃瘻交換を行なった場合の確認方法を教えてください。

当院では、上部内視鏡スコープ挿入や透視を使って確認しています。在宅ではどのように確認するのですか？

A:在宅での胃瘻交換時の確認は、スカイブルー法で行っています。PEG カテーテルを通すことのできる PEG スコープでの確認を行い、胃内の内部ストッパーを確認できると確実です。実際の手技を下記にします。

*在宅での胃瘻カテーテル交換の手技

1. 事前準備

- 1) 患者さんの年齢性別、病名、呼吸管理の有無、胃瘻造設年月日、前回の交換日のチェック。
- 2) 胃瘻カテーテル交換の必要性と方法、合併症について本人・家族に説明、在宅ならではのリスクについても付け加え同意を得る必要があります。また、抗血栓治療薬の服薬の有無についても問診する。胃瘻交換は低侵襲手技(小手術)であるために、抗血栓治療は検査後に遅薬することはあっても休薬することなく継続した状態で交換を行うことが望ましく、そのリスクベネフィットについて同意を得なければなりません。
- 3) 食事・注入が止まっていることの確認。
- 4) バイタル(体温、血圧、脈拍、酸素飽和度等)の確認、必要に応じて吸引の準備。
- 5) 胃瘻カテーテルの確認(タイプ・メーカー・サイズ・汚染状況)、胃瘻周囲のスキントラブルのチェック。

2. 在宅での実際の手技

胃瘻カテーテルの交換は、経皮的に古い胃瘻カテーテルを抜去し、経皮的に新しい胃瘻カテーテルを挿入することです。胃瘻カテーテル交換は、患者の全身状態が安定していることが大切です。発熱など、バイタルサインが不安定なときは、胃瘻カテーテルにトラブルがない限り、交換日の延期を考えます。

術者は、患者さんの右側からアプローチします。介助者は左側より解除します。

(次頁表参照)

PEG スコープにて内部ストッパーが胃内にあることを確認したときのみ、胃瘻カテーテル交換の手技料(200 点)を算定することが可能です。

病院では内視鏡や透視下の交換なら画像でわかりますが、在宅などで盲目的に交換した場合は注意しなければいけません。交換後はまず、胃内に確実に留置されているかの確認のため、胃瘻カテーテルが回転するか、交換前と変わらないかをチェックします。多少の痛みはあるものの、軽減していつているか声掛けします。そして、出血の有無を観察します。特にバンパー型では、瘻孔に大きな負担がかかるため出血のリスクが高まります。抗血栓治療中でも、交換後より翌朝まで圧迫固定することで止血できることがほとんどである。

また、交換後最初の注入前には必ず胃内吸引を行い、胃内の出血の有無を観察します。栄養剤を注入前に必ず、追加水(200ml 程度)をボラス投与してもらい、患者が痛み等を訴えないことを確認後、30 分してから栄養剤の注入をする様に指示しています。そして、栄養剤注入後も、腹痛や腹部膨満感、冷汗、顔色不良、バイタルサイン(発熱、脈拍や血圧)の変動などの症状を観察し、もしも症状が出現した場合は、栄養剤の注入を中止して医師へ報告してもらう様にしています。

質問1続き

表:

	バンパー型	バルーン型
観察	1) 胃瘻カテーテルが腹壁に対してどのような方向で入っているか(挿入する際の軸になる)、シフト長と胃瘻長との差が 15 mm程度あるか(短い場合はサイズ変更を検討)の確認 2) 着物やシーツ等が汚染されないように配慮する 3) 必要物品を準備する	
	1) キシロカインスプレーを瘻孔と瘻孔周囲に 3 回程度噴射する 2) 接続チューブ(減圧チューブ)を装着し、胃内容を吸引する 3) インジゴカルミン液(水(100ml) + インジゴカルミン(1ml))を注入 4) 300ml の空気を注入胃が拡張した状態にする 5) 胃瘻カテーテルの軸を再度確認する	
抜去	1) オプチュレーターを挿入 2) オプチュレーターで内部バンパーを引き延ばす 3) ガイドワイヤーを挿入 (2)と3)は前後することがある) 4) 左手で腹壁を押さえ、右手で胃瘻カテーテル把持し、軸に平行に抜去する	1) アダプタ(逆止弁開口用)を装着 (ない場合は、ボラス用の接続チューブを切って作成) 2) プラスティック製スターレットを挿入 (ない場合は、何らかのガイドワイヤーを使用) 3) 注水孔バルブにシリンジを押し当てバルーン内の蒸留水を吸引する 4) 左手で腹壁を押さえ、右手で胃瘻カテーテル把持し、軸に平行に抜去する
	消毒綿棒にて瘻孔から空気が漏れないように介助者が抑える	
挿入	1) キシロカインゼリーを瘻孔に塗布 2) 新しい胃瘻カテーテルにオプチュレーターを装着、内部バンパーを引き延ばす 3) ガイドワイヤーに沿って、胃瘻カテーテルを軸に平行に挿入する(腹壁→胃壁と2回抵抗を感じて胃内へ挿入される) 4) 胃瘻カテーテルを押し込み気味にして、内部バンパーを元に戻す 5) オプチュレーター、ガイドワイヤー等を外す	1) キシロカインゼリーを瘻孔に塗布 2) 新しい胃瘻カテーテルにアダプタを装着 3) プラスティック製スターレットに沿って、胃瘻カテーテルを軸に平行に挿入する(ほとんど抵抗がない) 4) 胃瘻カテーテルを押し込み気味にして、注水孔バルブに指示量の蒸留水を注入する 5) プラスティック製スターレットを外す
確認	1) カテーテルが回転するか、抜き差しできるかを確認 2) 接続チューブ(減圧チューブ)を装着し、30ml以上のインジゴカルミン液が吸引できるかを確認 3) PEG スコープにて内部バンパー全体が胃内にあることを確認 4) 瘻孔部からの出血等がないか確認し、汚染を拭い、Y ガーゼを挟む(出血がある場合には、Y ガーゼを幾重にも挟み、圧迫止血する)	1) カテーテルが回転するか、抜き差しできるかを確認 2) 接続チューブ(減圧チューブ)を装着し、30ml以上のインジゴカルミン液が吸引できるかを確認(急激に圧をかけずにゆっくり吸引) 3) PEG スコープにて内部バルーン全体が胃内にあることを確認 4) 瘻孔部の汚染を拭い、Y ガーゼを挟む

質問2

Q:地域医療に携わっている、クリニックの看護師です。まだまだ未熟ながらも内視鏡に関わりながら、勉強の日々ですが、地域に目を向けた取り組みについて深く考える部分がありました。高齢化がすすんでいる地域での医療に関わりながら、包括支援システムの強化の必要性を感じています。西山先生は今のサポートチームができるまでに 大変だった事、どのような働きかけをしていったのか、今の問題点、そしてこれからの課題は何か、教えていただきたいです。

西山先生の内視鏡医からの視点でのお話、大変勉強になりましたし、「その人らしく生きること」支えるチームでの取り組みの素晴らしさ、そして最後は感動して涙が止まりませんでした。西山先生 ありがとうございます。

A:行政が協力してくれたことで、一気に加速しました。苦勞したこと・苦勞していることは、同職種同士の協力だと思えます。特に医師同士の協力が困難な状況です・・・。

これからの課題は、在宅療養患者さんが増えないように、動けなくなつてからの医療介入でなく、生涯歩ける体づくりのために、早めの医療介入が必要であると思っています。

小生の2つの論文を紹介させていただきます。お時間がある時にお読みください。

参考になれば幸いです。(2つの論文のPDFファイルを、質問の回答のPDFファイルと一緒にホームページにアップしています。皆様のご参考となれば幸いです。)

[pdf\(jst.go.jp\)](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsspen/29/3/29_825/_pdf)

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsspen/29/3/29_825/_pdf

日本静脈経腸栄養学会雑誌 Vol.29No3, 825-831, 2014

QOLを高める在宅栄養管理

[ja\(jst.go.jp\)](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspen/30/5/30_1119/_pdf/-char/ja)

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspen/30/5/30_1119/_pdf/-char/ja

日本静脈経腸栄養学会雑誌 Vol.30 No.5 2015 (1119) 特集 地域の「食」を支える取り組み 日本静脈経腸栄養学会雑誌 30(5):1119-1124:2015 **最後まで食べるための在宅NST**

質問3

Q:素晴らしいご講演、ありがとうございます。内視鏡検査室では、胃瘻造設、交換の後のケアに携わることがないので、とても勉強になりました。また、地域医療の大切さを改めて感じました。私は臨床検査技師です。我々臨床検査技師が在宅医療で役立てることがあれば教えていただけますでしょうか。

A:在宅療養中の患者さんは、採血検査さえも年に数えるほどしかしていません。身体測定も中々できません。いろいろな疾病で入院されている方がおられますが、すべての患者さんが退院して自宅や施設に帰られます。高齢者だけでも、NSTと協力し入院中に、外来受診時に、栄養アセスメントしていただけますと幸いです。

加えて、血清アルブミン値の測定方法が数年前より、BCG法からBCP改良法に移行されています。測定法の違いで、3.5g/dl以下で、0.3g/dlの差が生じるといわれています。おそらくほとんどの大病院では移行していますが、開業医が利用している委託検査機関では、移行出来ていない状況です。このあたりの正しい理解や啓発を院内・院外で行っていただければ、心強いです。

感想

1. 質問ではありませんが、講演を拝聴し、大変感動いたしました。内視鏡技師として、人間の元気の素である『食』を支えている仕事なんだと改めて思い、ケアを意識して日々業務をしてゆこうと強く思いました。西山先生、素晴らしいお話ありがとうございました。

2. 内視鏡の学会で退院後の患者さんの生活を見ていく視点までお話があったので、感動しました。内視鏡の手法や検査後のケアだけではないことを振り返ることができました。実の母に胃瘻をしたことを後悔していましたが、寿命を全うできたことが良かったと思えました。ありがとうございました。

3. 素敵なお話を沢山聞いて、感動しました。

→数々のうれしい感想をいただき、これからの稼働の糧になります。感謝いたします。

特別講演:「透視下内視鏡手技における放射線被ばくの現状と防護対策」

近畿大学病院消化器内科 講師 竹中 完先生

質問1

Q:千葉県にあります大網病院の鈴木です。貴重な講演をありがとうございました。当院は眼科医による検診は一応あります。しかし、放射線技師の一部には、島津製作所の機械にかえてから線量は下がっているから大丈夫だと、看護師には言ってくる現状です。しかし、上部から放射線を出してくる機械でカバーもなく、ERCP だけでなく大腸内視鏡で腹部圧迫をするなど、リスクは高いと思います。放射線技師の言葉に、防護眼鏡をつけないスタッフがいますので、どのように言葉かけしていくことがよいのでしょうか。説得力のある働きかけのご助言をお願いいたします。

A:ご質問をありがとうございます。非常に難しい問題だと思います。どこの施設にもそのような人はいます。説得力という意味では、お話した水晶体被ばく線量の上限が改定され大きくそれを超える施設では透視使用不可になり、病院運営並びに通院される多くの患者様に大きな影響と信頼焼失につながるということに尽きると思います。問題はそれを伝えることができない、あるいは言っても聞いてくれない、ということであると思いますので病院長など病院の上長にご相談をされるのが現実的対策になりますでしょうか。

自身が防護メガネをかけずに白内障になり失明されるのは勝手ですが、防護対策を取らないことはスタッフを被ばくから守る義務放棄にもなり業務上過失に近いことであることも上長にご相談されてはいかがでしょうか。

質問2

Q:貴重な講演ありがとうございました。当院では、医師の中には防護カーテンが邪魔という事で、その医師が入る時は防護カーテンを外しています。ベテランの医師に被爆の意識をしてもらうにはどうしたらよいか、教えて下さい。

A:ご質問ありがとうございます。上述と同じご返答になります。自身が防護メガネをかけずに白内障になり失明されるのは勝手ですが、防護対策を取らないことはスタッフを被ばくから守る義務放棄にもなり業務上過失に近いことであることも上長にご相談されてはいかがでしょうか。

質問3

Q:日本は他国よりも年間被ばく量が多く特に医療被ばくが多い、という環境省 HP のグラフがありましたが、その中で「食品」からの被ばくも他国より多いのはなぜですか。また、医療被ばくが多い背景は、医療の環境が整っている(人口あたりのCT装置の量が多い?国民皆保険?など)がために行為の正当化がなされていないということでしょうか。他に他国より高くなる理由は何ですか?検査をうけたがる患者さんは多いし、医師も精査をすすめますが、先生が考える適切な検査とはどのようなものでしょうか。

A:ご質問ありがとうございます。医療被ばくが多い理由をご指摘の通り CT の影響です。日本は他国に比べて明らかに CT 装置設置数が多いですし、検査もよくおこなわれています。ただし、CT から受ける恩恵は多大ですのでそれはそれとして MRI や EUS など、被ばくをしない他の検査での代替えができるかどうかを常に考えることが重要だと思います。要は医師の意識改革が最も重要と考えます。食品の被ばくに関しては申し訳ありません、専門外でありお答えしかねます。

質問4

Q:当施設では医師が足りないため、ガイドワイヤー操作を看護師が介助についています。医師の指示でガイドワイヤーを入れたり、造影剤の注入、ESTの介助をしています。問題ないですか？
また、この処置は医師がしなければならないようなことがあったら、教えてください。

A:ご質問ありがとうございます。海外では ERCP の助手はほぼ看護師が行います。ですので介助をしていただくことに問題はありません。海外に内視鏡指導で伺う機会がありますが、どの国のどの病院にも必ず名物の素晴らしい技術を持った看護師さん、もしくは技師さんがおられ、助手をされています。ぜひ目指していただければと思います。当然被ばく対策はしっかり行った上で、お願いいたします。

質問5

Q:被曝についてとても勉強になりました。ありがとうございました。放射線防護具や防護カーテンなどをつけることが義務付けられるようになれば、各施設で安心して透視の検査につけるのにと思いました。今後そのように進んでいくために、我々が何か行っていったらよいことはありますでしょうか。

A:ご質問ありがとうございます。本当にその通りなのですが、義務付ける、ということは非常に難しいことでありまして、義務となってしまう以上、それに反する場合その病院、医師は業務停止、となります。それは地域医療崩壊に直結します。ですからなかなか“義務づける”ということは難しいのです。それを踏まえて今回水晶体被ばく線量閾値が下がったことを厚労省が認め、提言していることの重みを感じていただければと思います。何か行うこと、は難しいご質問ですが、今回のような機会に少しずつでも参加する方、興味を持っていただける方、を増やしていただくことが地道なようで重要なことなのかなとも思います。

感想

質問ではないですが、私は現在内視鏡室から移動になり主に循環器がメインの部署にいます。今回会場でも参加させて頂いたのですが、先生の講演はとても衝撃であり凄い！面白い！と興味深く拝見しました。私の働いている所は放射線の被曝低減などどのようになっているのか確認しようと思いました。日々ぼーっと過ごしていましたが、とても為になるお話をありがとうございました。

→ご感想をありがとうございます。改めましてこのような機会をありがとうございました。ぜひご施設の状況をご確認いただければと思います。お忙しい中足を運んでいただきありがとうございました。

学会長講演(看護委員会企画):「思いやりのある内視鏡検査・治療を

～医療の変化に伴いチーム医療体制の促進に向けて～

服部病院 上田 道子先生、医療法人社団 双星会 みなみの星病院 大橋 達子先生

質問1

Q:素晴らしいご講演、ありがとうございました。看護師ではありませんが、内視鏡検査・治療の介助についています。今回のお二人のご講演を聴講し、思いやりをもって患者様に接することが重要であると改めて感じました。看護職種以外の職種が介助につく際のアドバイスをいただくとありがたいです。よろしく願いいたします。

A:

上田 道子先生より

ご質問・ご感想ありがとうございました。

内視鏡は、チーム医療です。内視鏡を安全・安心・安楽・満足に受け取られるために、さらに、「またここで内視鏡を受けたい」と思ってもらえるためには、内視鏡に携わる全ての(医師・受付クラーク・外来・病棟看護師・臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師・洗浄員・環境清掃員など)スタッフの「目の前にいる内視鏡を受ける人」への関わりが必要です。

→①受付クラーク・看護師(外来・病棟)・臨床工学技士・検査技師・放射線技師・洗浄員・清掃員さんたちの、役割を十分理解することです。「ありがとう」の言葉かけが大切です。エンパワーメントに影響します。

②知りえた情報を、チームで共有する風土が大事です。

③介助につく人は、自分から情報収集し、まわりのスタッフにアドバイスを求めていく姿勢が大切です。

→自分はこの患者さんに「安全・確実」に介助したいのでと、周りのスタッフに積極的にピーアールしていくことで、周りからいろんなアドバイスが貰えると考えます。それが、患者さんのためでもあり、ご自分の「知識・技術・智慧」となり成長に繋がっていくと考えます。

頑張ってください。

大橋 達子先生より

A:内視鏡検査の介助につく際、対象者の全身状態に気を配ることはもちろんですが、「思いやり」を意識していただければいいのでしたら、何より対象者の心に寄り添うこと、でしょうか。自分だったら、どのように感じ、どのように対応してほしいのか、を対象者の立場でイメージを膨らませ接することかと思います。ただし、自分に固執せず、自分の価値観だけで判断せず、押し付けにならないように、対象者の反応をみながら「心を配る」ことだと考えます。ケアを心がけて接する経験を重ねていくと、どのように接すると効果的かがつかめてくると思います。対象者からのフィードバックを大切に。アドバイスになったでしょうか?(大橋)

感想

1. 素敵な講演でした。現地で聞きたかったです。最近、仕事に対するモチベーションが下がっていましたが、上田先生と大橋先生の講演を聞いて、看護師の仕事の魅力を感じました。ありがとうございました。

以下は私の独語です。ご容赦ください。

⇒このような感想をいただけて、ほんとうに幸せです。想いが伝わるってうれしいことですね。(大橋)

シンポジウム:「内視鏡診療におけるチーム医療とは」

S-1:「内視鏡センターでの内視鏡技師と臨床工学室との連携 ～効率的な機器管理を目指して～」

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 看護師 内視鏡技師 山田 雅子さん

質問1

Q:機器管理が統一してできるまでに臨床工学技士の方の教育、指導の内容と1人立ち出来るまでの期間を教えてください。

A:発表でありましたように、内視鏡科の内視鏡技師枠の臨床工学技士と臨床工学室の臨床工学技士の業務内容は全く異なります。内視鏡科所属の臨床工学技士は、内視鏡検査・治療の介助がメインです。ただ、ほぼ全員が内視鏡の経験があるため、治療の介助までには、半年程度の期間で1人立ちできています。

また、臨床工学室の臨床工学技士は機器管理がメインです。2019年より1人の臨床工学技士が内視鏡業務を確立していきましたが、他の臨床工学室所属の臨床工学技士は内視鏡の経験がないため、2021年4月から1週間ローテーションで8人に指導しています。指導内容は内視鏡タワーの月一点検の方法を教えながら機器の取り扱いを教えています。スコープ修理が頻発するため代替機借用時の、洗浄履歴管理システムなどの各種登録方法を教えています。2021年12月現在、一通りの業務方法を指導することはできましたが、知識的な部分は教育途中です。どの程度で1人立ちとするかは検討中です。

質問2

Q:機器の点検時間にどれだけの時間が掛かりますか？

A:朝の使用前点検は、1台3分程度です。月1回の臨床工学室による点検は、1台7～8分程度です。

質問3

Q:管理表がわかりやすく、まとめられていました。出来るまでに大変だったことはありますか？

A:不具合対応のフローチャートのことでしょうか？こちらは内視鏡技師、臨床工学室の臨床工学技士と何度も話し合いを重ね、試行錯誤して完成しました。何度も加筆修正し今の形となりました。特に業務分担が苦労しました。お互いの業務量のバランスや得意分野を考えながら分担しました。

質問4

Q:多職種で検査・治療を行った場合、患者の急変時対応で困ったことはないですか。

A:必ず検査、治療には、看護師が入っているため臨床工学技士だけが介助に付いている事はないです。

そのため、急変時は、看護師、臨床工学技士の役割で行動でき、臨床工学技士は、必要物品・機器の手配などに従事できています。

また、看護師と内視鏡技師は、インカムを装着しているため、すぐに人手を呼べる体制となっています。

質問5

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

とてもたくさんのスコープや機器があるとのことでしたが、検査や治療をしながら点検を行っているのでしょうか？それとも点検をする日や時間を決めて行っているのでしょうか？

A: はい、検査・治療の合間に内視鏡タワーの使用前点検、電気メスの週1点検、診察台の週1点検などを主に行っています。しかしスコープの点検は本数が多いためメーカーによる半年に1回の点検のみとなっております。その他、メーカーによる内視鏡タワーの点検、洗浄機の点検、診察台の点検なども実施してもらっています。

質問6

Q: 点検することで、機器申請の際に役立つデータが取れたなどがありましたら教えてください。

A: 機器申請の役に立つという直接的なデータではありませんが、機器劣化の程度を把握することができたため、更新すべき機器の優先順位は明確になりました。

S-2:「協働かつ補完的なチーム医療の提供とタスク・シフト/シェア推進を考える」

山下病院 臨床検査部内視鏡科 馬場 朱美さん

質問1

Q: 多職種で検査・治療を行った場合、患者の急変時対応で困ったことはないですか。

A: セデーション時は必ず技師以外に看護師 1 名が患者管理として担当し、普段の検査時は上下部ともに各部屋が完全個室ではないため、隣のブースのスタッフ(技師・看護師)や患者管理または処置担当の看護師がすぐ近くにいるため応援を呼べる体制です。しかし、例えば ERCP は、医師1名、技師2名、看護師1名体制が多く、急変時はフロア(看護師長または看護主任)に応援を依頼する体制です。そのため、技師の役割として看護師を呼ぶ、救急カートや輸液セットの準備、周辺機器の移動やストレッチャー準備などはできるようにしています。

質問2

Q: 貴重な発表ありがとうございました。臨床検査技師から看護師に対し、提供し会得してもらった業務内容がありましたら教えてください。

A: 技師サイドから提供できたのではないかと思う項目は、(介助や機器管理が技師メインのため)介助のコツ、機器のトラブルシューティングや洗浄消毒(特に処置具)についてです。また生検や病理検体、培養検査等の取り扱い時の注意、例えば HER2 時のその後の流れなど、技師視点での技術的かつ知識的な内容が提供できているかと思います。

S-3:「内視鏡技師主導による内視鏡室と他部門との連携」

東京品川病院 内視鏡部 今村 倫敦さん

質問1

Q:多職種で検査・治療を行った場合、患者の急変時対応で困ったことはないですか。

A:体動が激しくなる、血圧が急上昇・急降下する、という急変は確かになんども経験します。

多職種で治療を行うにあたり、そのような事態が起きやすい患者(緊急患者や治療の症例)の場合は、多職種で介助につくと云えど最低限看護師1名は配置させるようにしています。

どうしても配置できない場合は、医師に患者管理をお願いすることもあります。

夜間緊急時には、管理当直の看護師が内視鏡にヘルプに行ける看護師を探してくれるようなフローができています。

それ以外には、なるべく軽度の急変では困ることがないように、リスクファクターとその対応方法については職種に限らず急変時対応のできる知識を共有するようにしています。

質問2

Q:貴重な発表ありがとうございました。消化器以外の呼吸器・泌尿器・耳鼻咽喉領域の運営・管理を行うにあたり、どの様に知識を得たか教えてください。

A:基本的には書物と先生からの伝言、各部門にこっそりとおかれているマニュアルなどを参考にしています。

洗浄消毒などに関してはインターネットでガイドラインなどが掲載されていたので、そちらを参考にしています。何事も、ある程度の知識を持って接触していかないと先生方にも相手にされないと思いますので、なるべく事前に知識を得てから接触するようにしています。

内視鏡関連の知識については、メーカーの方にも協力してもらっています。

S-4:「患者参加型のサインイン・タイムアウト・サインアウトの実施の効果」

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 看護師 森下 亜紀さん

質問1

Q:多職種で検査・治療を行った場合、患者の急変時対応で困ったことはないですか。

A:急変時は、多職種で、検査を行っているため、メリットも多く、医師がその場にいるので、指示も明確で、リーダーとなり対応して下さり心強いです。透視検査中の急変時には、放射線技師も透視台の高さの配慮や放射線装置の調整などを担当し、頼りになりました。看護師は年に2回救急シミュレーショントレーニングを行い、急変時に柔軟に対応できるよう、教育訓練を行なっています。

質問2

Q: 全員で患者の事を把握することは、インシデント、アクシデントを減らす目的もあると思いますが、①サインインする時の人数と時間、患者様の反応を教えてください。②患者様には、先に話をしているのでしょうか？③患者様へ話せない内容もあると思います。その時はどうしているのですか？

A: .EGD や CF、ポリペクトミーでは、医師、看護師、患者の 3 名で 1~2 分程度で行います。ESD などの治療時は、上記に ME も加わります。患者さんの反応は、アンケートをとっているわけではないので、直接聞き取りをしたわけではないですが、検査前にサインインで、患者の質問に答えることができおり、患者の疑問点を解決してから検査や治療を受けることができている印象があります。また、医療者に気をつけてもらいたいことなどを検査直前に、直接介助者に伝えることができているので、安心できると聞いたケースもありました。

サインイン、タイムアウト、サインアウトを行うことを事前に患者に伝えてはいません。入室時に、今からサインインを開始しますと看護師または医師が宣言し、患者を含み進めていきます。

患者の既往歴でメンタル疾患などは、口に出しづらいので、問診用紙を参照しながら、指さして医療者同士で共有しています。

質問3

Q: 貴重な発表ありがとうございました。サインイン・タイムアウト・サインアウトの項目ですが、JCI で定められた項目以外は、インシデント報告などを参考にし、内容を見直すなどを行っているか教えてください。

A: JCI で定められた項目以外にもインシデント報告をあげて、スタッフ全員に周知し、対策を考えています。

一般演題 1「看護1」

O-1:「内視鏡室で行う内視鏡的粘膜下層剥離術の術前体験型オリエンテーション効果」

新小山市市民病院 看護部 西塚 尚美さん

質問1

Q: 術前体験型オリエンテーションについて、質問です。患者本人のみの参加ですか？人数制限はあるのですが、家族も一緒に入院日当日にオリエンテーションに参加するのでしょうか？

A: 患者さんご本人と、ご家族も一緒に参加して頂いています。人数制限は特に設けておりませんが、ご家族の参加人数は1名から2名でした。

質問2

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

術前体験型オリエンテーションを行う際、実際の検査や治療を行っていない時間帯で実施しているのでしょうか？どの様にスケジュールを組んでいるのか教えてください。

A: 午前の検査終了後から、午後検査開始までの空き時間(12:30～13:30)を利用しています。術前体験型オリエンテーション実施予定がある場合、12:30 迄に検査室が空くよう調整をとっています。

質問3

Q: 術前体験型オリエンテーションの所要時間を教えてください。

A: 30 分間です。

O-2:「術前・術後訪問による内視鏡看護師の関わりの変化

～ESD 術前・術後訪問を開始して～

公益財団法人 浅香山病院 救急外来・検査 辻野 一さん

質問1

Q: 貴重な発表ありがとうございました。術前・術後訪問を開始したことで、内視鏡技師のモチベーションが上がったとのことでしたが、医師や病棟看護師において、開始前と開始後で何か変化したことがあれば教えてください。

A: 訪問を開始して医師は、訪問した時の状況を聞いてくれるようになりました。

訪問開始前は病棟看護師と ESD や患者について話すことはありませんでした。

訪問開始後は訪問した時に直接 ESD 当日担当看護師に患者の様子や不安・要望などを伝えています。

病棟看護師からは「ESD のことを詳しくわからないので助かります」と「ESD をしているときの状況を見てみたい(内視鏡全般)」とコミュニケーションが多く取れるようになりました。

これらはプラスの変化と感じています。

感想

貴重な意見ありがとうございました。今後、自分達も生かせるよう努力します。

感想に関しては当部署の看護研究を聞いてそう感じていただけたことが、自分たちにも刺激になり発表することの意義を改めて痛感しました。ありがとうございます。

O-3:「Water Pressure 法による十二指腸 ESD に関連した便失禁の影響因子についての検討」 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 坂戸 恵さん

質問1

Q:生食の濃度はどのくらいですか？また一症例どのくらいの量を使用しますか？

インアウトは体液やシリンジで洗浄したガスコン水なども入っての計算ですか？

A:希釈せずにそのままの濃度で使用しています。一症例に使用する生食量は、1L と少量の場合もあれば、10L を超える場合もあります。平均で3~4L 使用しています。インアウトは、内視鏡で回収した液体をアウト量として計算しているため体液も含まれています。シリンジで洗浄したガスコン水は、治療で使用することはほとんどないため(ウォータージェットの生食を使用しているため)カウントしていません。

質問2

Q:Water Pressure 法の ESD (WP-ESD) の際の灌流液に関して質問です。

WP-ESD は有用とは思いますが、泌尿器や整形外科などの内視鏡(膀胱鏡・関節鏡)検査でも生理食塩水を灌流液として使用します。しかし、電気メスを使用する内視鏡処置・治療の場合、生理食塩水は電気を通してしまうため専用の灌流液(ウロマチック・アルスロマチック)を使用する必要があると私は理解しています。消化器内視鏡における生理食塩水による浸水法での電気メス使用の悪影響はないのでしょうか？

A:医師から返答をもらいました。電解質がないと切開できないために生理食塩水を使用しています。消化器内視鏡治療で使用する出力であれば、現時点では他粘膜への悪影響はみられていないということでした。

質問3

Q:体内に残った生食をどのようにしてカウントしているのですか。また、ESD 後の便失禁について把握するには病棟へ協力を求めデータを取られたのか教えて下さい。

A:「体内に残った生食量」は「使用した生食量(IN)」から「吸引等で回収し得た液体量(OUT)」を差し引いたものとしています。「吸引等で回収し得た液体量(OUT)」は「内視鏡用排液バッグ」、「ウォータージェット残量」「口腔内吸引バッグ」としています。

ESD 後の便失禁については、電子カルテからの情報収集と、患者さんへ術後訪問での聞き取りになるので、内視鏡スタッフのみで行いました。

質問4

Q: 貴重な発表ありがとうございました。術中に便失禁があると、紙パンツが濡れて気持ち悪くなり、体動が増えるなど検査に支障をきたすこともあると思ったのですが、紙パンツが濡れることに関し、何か対策をされていたら教えてください。

A: 医師に返答をもらいました。医師の経験から、便失禁により処置に影響を及ぼすほどの体動はないそうです。どちらかというと膀胱内に尿が溜まることでの体動のほうが生じやすく、治療が長くなる場合はあらかじめ尿バルンを留置するなどして対応しています。便失禁はこまめに防水シートを取り替えるなどしています、もしベッドから滴るほど多量に便汚染した場合は、治療を中断して更衣をする場合もあります。

一般演題 2「看護 2」

Q-4:「上部消化管内視鏡検査に伴う苦痛に対する患者の不安への関わり」

自治医科大学附属病院 光学医療センター 内視鏡部 落合 早苗さん

質問1

Q: 貴重な発表ありがとうございました。今回インタビューした看護師のような内視鏡看護を、どの看護師も標準的に行えるようになるために、何か具体的に行っている教育がありましたら教えてください。

A: ご質問有難うございます。

内視鏡看護を、どの看護師も標準的に行えるようになるために、看護師の背景(臨床経験、内視鏡看護の経験の有無等)によって教育内容や方法、進め方を考慮して新規配属者ごとに内視鏡看護の教育オリエンテーションの計画を立てています。また、オリエンテーションを行う都度に評価して、教育方法や進め方等の調整を行っています。

Q-5:「安全安楽な内視鏡検査を目指して記録を活用した情報共有の有用」

大阪赤十字病院 3階外来 内視鏡室 渡邊 有起子さん

質問1

Q: 患者本人に前回の苦痛の有無を確認していましたが、看護記録には鎮静剤投与後の患者の状態(嘔吐反射が強い、)など記載され、その部分と合わせて前回の苦痛を確認しているのですか？

A: そうです。前回記録で、嘔吐反射が強くても記憶にないこともありますし、問題なく検査を終了していても「減量すると辛かった」という反応もあります。医師にその情報を提供し、今回検査の鎮静剤投与量を調整しています。

質問2

Q: 以前と同容量の鎮静量であるが過小過多鎮静の場合どのように評価し次に繋げているのでしょうか。

A: 医師の判断で鎮静剤(ミダゾラム®)を 0.5mg ずつ増量しています。ただ、外来の患者さんに安全に帰宅していただくために、標準投与量の 3mg は超えないようにしています。3mg で過小鎮静になる場合は、患者さんに、当院ではこれ以上の鎮静量は安全のために投与していないことを説明しています。鎮静剤を減量した時は、検査後、患者に苦痛の有無を確認して、記録に残しています。

質問3

Q: 検査数が多い中、記録をするだけのマンパワーが大変だと思うが、具体的に患者の様子などどのように記載したのか、またマンパワーや記録に費やす時間はどれほどか教えてください。

A: 主に、バイタルサイン、嘔吐反射、体動、むせ、その他特記事項を手書きで記録しています。簡潔に書くので、記録自体に時間がかかることは少なく、検査中、または検査後 1、2 分で記録自体は完了します。検査室には看護師 1 名が介助につきます。

質問4

Q: 安静解除後の複合的動作についてどのような動作確認を行なっているのか教えてください。

A: 検査終了から 30 分後にバイタル測定を行い、室内を歩いてもらいます。ふらつきなく歩行できる、または、来院時の ADL が保てていれば(車椅子の方など)「麻酔回復スコア」の運動機能の項目は 2 点としています。

質問5

Q: 患者の情報は記録に残すとありますが、紙記録でしょうか、電子化なのでしょうか？患者の事が分かりやすく、今後の看護に活かせる様な看護記録を目指しているのですが、今回の発表の中では見えなかったのので教えて欲しいです。

A: 外来は紙記録、入院は電子カルテで記録をしています。紙記録に関しては、記録用紙に「スコープ挿入」「スコープ抜去」「麻酔回復スコアの評価(点数)」「バイタルサイン」を書く欄があらかじめ印字してあります。検査記録は、嘔吐反射あり、体動あり、むせありなど、簡潔に書いています。患者が不安を訴えた時は、不安の内容、それに対する説明の内容も記載しています。また、患者の状況に対して行った「声かけ、タッチングで落ち着く」「口腔内吸引」なども記載するようにスタッフに指導しています。

質問6

Q: 前回記録を確認しているのはどなたですか？情報収集量が増えることでの業務への影響はありましたか？教えていただけるとありがたいです。

A: 当院では、最終の検査オーダー時間が前日の 15:30 までになっています。15:30 以降に翌日の検査オーダー一覧をプリントアウトし、空欄に前回記録から、鎮静剤投与量、バイタル異常、回復遅延、過小鎮静の場合も患者の反応を簡単にメモします。全ての内視鏡検査を合わせると件数が、60 から 70 件分あるので、上部、下部を見るスタッフに分けています。スタッフ 2 人で分担できるように、調整していますが、忙しいときには、検査室に介助に入っていない問診係が、問診業務をしながら行うこともあります。

質問7

Q: 貴重な発表ありがとうございました。検査中の患者の反応を評価するにあたり、表現方法がある程度一定なほうが評価しやすいと思ったのですが、評価しやすいよう何か工夫していることがあれば教えてください。

A: 検査記録は、嘔吐反射あり、体動あり、むせありなど、簡潔に記載するように統一しています。問題なく検査が終了している時には、バイタルサイン以外の、患者の様子に記載はなくても良いことにしています。

O-6:「非鎮静下大腸内視鏡検査における検査中の患者の苦痛」

日本赤十字社長崎原爆病院 治療外来 内視鏡センター 南里 由紀子さん

質問1

Q:何故、非鎮静患者が多いのですか？患者自身が非鎮静を選ぶのか？

鎮静を行なっている患者の苦痛の訴えは無かったのか？

A:ご質問ありがとうございます。観察目的の外来大腸内視鏡検査同意書取得時は、医師が本人へ鎮静剤使用希望の有無を説明し、本人が『鎮静剤希望する・希望しない』にチェックと署名をして同意書を取得しています。

患者自身が非鎮静下大腸内視鏡検査を選ぶ理由は2つあると考えています。1つ目は、大腸内視鏡検査が2回目以降の患者は、今までの検査経験から苦痛を強く感じていないことが考えられます。2つ目は、外来で行う鎮静下内視鏡検査後は、事故防止の観点から、車やバイクを運転しないように説明しているため、帰院時交通手段の不便さから患者自身が非鎮静下の内視鏡検査を選んでいるのではないかと考えています。

鎮静を行なっている患者の苦痛の訴えに関しては、今回の研究では調べていないので詳細は分かりませんが、日頃苦痛の訴えは特にありません。

質問2

Q:貴重な発表ありがとうございました。非鎮静下での大腸内視鏡検査時の腹部関連の苦痛を軽減することは難しいと思います。苦痛を少しでも和らげることができるよう、何か工夫していることがあれば教えてください。

A:ご質問ありがとうございます。検査前に、年齢、性別、腹部手術歴の有無などの情報をもとにスコープの選定を行います。また事前に、検査中に排ガスを遠慮なく出していいことを説明しています。検査中は、医師の指示のもと腹部の用手圧迫や、声かけ、タッチングを行なっています。少しでもリラックスして検査を受けられるよう、検査室内では音楽を流しています。

O-7:「内視鏡検査鎮静後の外来患者が安全に帰宅するための取り組み

～オリジナルスコアを用いた安全な帰宅判断～

越谷市立病院 三村 千穂子さん

質問1

Q:下部内視鏡患者のみにオリジナルスコアを使っているのか？上部には使用していないのか？上部、鎮静患者に行なっている取り組みは？

A:上部内視鏡患者で鎮静剤を使用する患者が少ないため研究の際には対象外としたが、現在は鎮静剤使用患者全てにオリジナルスコアを用いて判断をおこなっている。

質問2

Q:オリジナルスコアの提示をとのご意見が多数ありました。下記です。提示は可能でしょうか？

- ・安全帰宅に対する取り組みが興味深いものだった。オリジナルスコアの提示をぜひお願いしたい。
- ・外来患者さんを帰宅する際のスコア表はどんなのを使用しているのか？
- ・オリジナルスコアを是非、見せてください。
- ・オリジナルスコアの具体的な内容が知りたいです。
- ・帰宅判断のオリジナルスコアの資料も参照したい。
- ・オリジナルスコアの詳細が知りたいです。ぜひ参考にしたいと思います。
- ・具体的な表もあるとわかりやすいので教えてほしいです。
- ・オリジナルスコアが参照してみたいです。
- ・オリジナルスコアの開示をお願いします。
- ・オリジナルスコアはどのようなものでしょうか 拝見したいです。
- ・オリジナルスコアの内容を教えていただくとありがたいです。

A:オリジナルスコアは、日本消化器内視鏡技師会会報 N0.68 (2022 年 3 月)に掲載予定です。会報にてご参照ください。

質問3

Q:発表ありがとうございます。スケールに引っかかる場合どおしているのか？ご質問です。よろしくお願ひ致します。

A:仰臥位となるベッドではなく、リクライニングチェアへ移動し、ファイラー位の状態で 30 分間の安静臥床時間を追加した後、再度評価している。さらに引っかかった際には、再度 30 分間の安静臥床をついかさる。

質問4

Q:直線歩行での動作確認だけでは、帰宅時にふらつく患者がいたので複合的な動作確認に変更したと なっているが具体的に教えていただきたい。

A:2mの直線歩行の後、左折し 1mの直線歩行。その後、2.3m斜めに始点へ戻るという複合歩行での確認をおこなっている。

質問5

Q:鎮静後の拮抗薬の投与は行なっていますか？

A:検査医師の指示に従い、フルマゼニル静注液 2.5mL (0.25mg)を投与している。

質問6

Q:

- ・帰宅判断をするためのオリジナルスコアは、何を参考にして、点数を決めているのか教えてください。
- ・オリジナルスコア作成にあたり何を基準・参考にされましたか。

A:発表中にも申したが、Aldrete Scoring System を参考に作成した。しかしながら、全身麻酔からの覚醒を確認するための score であったため、歩行し帰宅するための score を作成した。

質問7

Q:帰宅判断基準をおこなった患者さんは、自家用車使用か、公共交通機関使用かどう内訳か。帰宅に不安を感じながら帰宅した人がいたのか。年齢と鎮静剤の効果との関連の分析などはされていたのかと思いました。

A:当院では、基本的に鎮静剤使用患者は付き添い者が必要であることを患者に依頼しているが、一人で来院する患者へは公共交通機関を使用し来院してもらうこととしている。今回の研究においては、交通手段の分析はおこなわなかった。

年齢と鎮静剤の関連については発表内でも申し上げているが、関係性があるとは言えないということが分かっている。

質問8

Q:貴重な発表ありがとうございました。オリジナルスコアが10点でも患者と付添者に注意喚起が必要とのことでしたが、具体的にどのような内容の注意喚起を行っているのか教えてください。

A:「鎮静剤の影響でふらつきがあり、起こすための薬も使っているが、脱水であったり、寝不足であったりすることで、まどろんだ状態が続く方もいるため、ふらついた際にはすぐに支えられるようにそばにいてください。」と注意喚起している。

一般演題 3「管理」

O-8:「ERCP 術中に過鎮静による CO₂ ナルコーシスを発症した事例を経験して」

医療法人誠高会おおたかの森病院 内視鏡センター 林 かおるさん

質問1

Q: ERCP 実施日の前夜から呼吸状態の悪化が見て取れるのですが、COPD ということもあり、低量酸素のみで対応されていますが、SpO₂ のみのチェックだけだったのでしょうか？ 検査まえから 90 前後だったというところが気になりました。

A: ご質問ありがとうございます。前夜から発熱があり、呼吸状態の悪化がありましたが、SpO₂ の測定、検査当日採血を行っています。今回このような経過になり、動脈血液ガスの測定も必要と考えられました。

質問2

Q: 貴重な発表ありがとうございました。今回は救急担当医や救急看護師の協力を得て迅速な対応ができたとのことでしたが、普段から急変時に各部署との連携ができるよう何か行っていることがあれば教えてください。

A: ご質問ありがとうございます。今回の発表でもお伝えしましたが、当院では急変時のスタットコール体制がありません。普段から他部署とのコミュニケーションは密に取っています。

救急看護師指導の下、BLS や ICLS に積極的に参加し、急変時対応の指導をしてもらっています。また、特に救急外来では、緊急内視鏡対応の方もいますので、日勤帯で行えるよう、貧血・黒色便・黄疸などの方は医師を通して連絡が来るようになっています。夜間帯は救急看護師、病棟発症の緊急内視鏡に関しては、病棟看護師に介助・洗浄に付いて頂いています。そのため、年に1回院内全体の内視鏡研修、希望時は個別に内視鏡研修を行い、院内における内視鏡知識・体制を理解し、協力して頂けるよう工夫しています。それぞれの部署の特性がありますので、そこをうまく活かしお互いに協力し合い、安全な医療の提供ができるよう連携をとっています。

O-9:「悪性胆管狭窄の病理診断に対する内視鏡用軟性生検鉗子の検体処理法の検討」

医療法人財団中山会 八王子消化器病院 内視鏡センター 佐藤 真己さん

質問1

Q: 色々なデバイスがありますが、どのようにして選択されていますか？

A: 当院では、Trefle・生検鉗子・細胞診ブラシを使用しております。基本的には Trefle を第一選択として使用しておりますが、狭窄が強い場合・肝内胆管病変・膵管擦過など Trefle が挿入困難な場合や出血等の偶発症リスクが高い場合は細胞診ブラシを使用しております。また、今回の検討からは除外しておりますが、乳頭部腫瘍の場合、当院では生検法の成績が良いため、生検鉗子を用いての生検を行っております。

質問2

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

病理検査を外注に出しているとのことでしたが、先端部金属ループを切断し、付着組織と共にホルマリン固定を行ったものを外注先に提出しても普通に標本を作製し、結果を返してくれるのでしょうか？それとも特別に何か要望を出しているのでしょうか？

A: 予め外注先(BML)に検体提出方法を提案して許可をとっております。先端部金属ループから組織を取り外す際にホルマリン固定後のほうが容易になるとのことであるため直接ホルマリン固定をして外注先に提出しております。特別な要望はしておりません。

質問3

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

セルブロック作成も技術を要すると思うのですが、胆汁から目視で組織診断検体を採取、微細組織の濾紙貼り付けはかなりの技術を要しますか？また、検体処理を行なう者により、実際のところ差は生じていますか？

A: 技術・知識はある程度必要になります。差が生じるかは検討しておりませんが、なるべく差が生じないように、検体処理方法や使用する物品などの工夫をしております。

・透明なトレーやガラスシャーレに付属スポイトで胆汁を展開する際、下からライトを当てると検体が視認しやすくなる。

・ピンセットも先端が細い物を使用すると回収しやすい。

・検体を採す際、赤色検体は血液成分のため、白色検体を回収してろ紙に貼り付ける。等

また、検体処理のマニュアルを作成して、業務の標準化を図っております。

O-10:「COVID-19 感染患者に対する上部消化管緊急内視鏡のシミュレーション研修」

日立製作所ひたちなか総合病院 看護科 宇佐美 理恵さん

質問1

Q: 不安のなか業務に従事していると思います。感染予防、意識付けできともよいと思います。医療スタッフはN95を装着し介助されていますか？

A: COVID-19 の対応は全例 N95 マスクを装着しています。

質問2

Q: 夜間、休日等の緊急内視鏡は救急外来の看護師さんが担当ですか？内視鏡スタッフはオンコールなどで入りますか？

A: 当院の救急外来は、緊急内視鏡が対応できるスタッフが常時おりその者が対応しています。よって、平日の内視鏡室に従事しているスタッフは、オンコール体制ではありません。

質問3

Q: 具体的な役割を教えてください。

A: 平日時間内・・施行医(消化器内科医)、直接介助(看護師)、室内外回り(研修医)、室外外回り(看護師)

休日・時間外・・施行医(消化器内科医)、直接介助(消化器オンコール医)、室内外回り(研修医)、室外外回り(救急看護師)

質問4

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

今後もシミュレーションを定期的に行ったほうがよいとの結果で、しかし続けるには内容を検討することが必要とのことでしたが、今後の研修内容の見直しは、多職種で検討していく予定ですか？

A: はい。医師、看護師、ICNを交えて検討していく予定です。

質問5

Q: 定期的につけていくために、多職種間で相談する場を設けるなど何か行っていることはありますか？

A: 月に1回、救急看護師とのカンファレンスで内視鏡従事者(医師、ME)と情報の共有を図っています。

O-11:「消化器内視鏡介助からの発展を目指して～泌尿器内視鏡介助導入への取り組み～」 東京品川病院 内視鏡部 今村 倫敦さん

質問1

Q: 泌尿器系は排尿機能検査士の資格も併用しないといけないと思いますがいかがでしょうか。内視鏡技師会でもそのあたりを承認していただけると幸いです。

A: 排尿機能検査士については、すみません初めて耳にしました。そのような認定があることはしらず調べてみたのですが、主に外来での業務に関連する業務のようでした。(残尿測定など)

今回の発表は手術領域での介助ではありますが、外来・手術含めて内視鏡に関わることに参加していけることはとても有意義なことだと思いますし、理想的です。

今後は排尿機能検査士の領域にも進んでいけるように部門を強化していきたいと思っています。

内視鏡技師会は、あくまで内視鏡を主体とした学会であり、現状は消化器内視鏡技師会という消化器特化の学会だと考えています。今回の発表も、消化器領域を飛び出した発表であり、いささか場違いかと思いましたが、これまでの消化器の経験を生かした発表ということで話をさせていただきました。

新たに、泌尿器内視鏡技師学会、というものや、泌尿器技師学会、などが立ち上がれば、より盛り上がることと思います。貴重な質問・ご意見ありがとうございます。

質問2

Q: 貴重な発表ありがとうございました。複数の内視鏡技師が介助に入ることができたほうがいいと思いますが、色々と得た技術を維持、向上していくには、ご苦労も多いのではないかと考えています。泌尿器内視鏡介助は、EMR や ERCP 手技に類似するものが多いとのことでしたが、技術を維持、向上させていくためには、定期的に介助に入らないと難しそうですね？教えてください。

A: やはり定期的に入らないと難しいと思います。手術、ですので生半可な対応では先生方からの信頼も得られません。当院は火曜日・金曜日が泌尿器の手術日ですが、手術日はもちろん、その他曜日の緊急もなるべくスタッフを出してお手伝いさせていただけるように誠意を見せています。専門領域に長けた医師は、他科の領域の事情を知りません。大変かもしれませんが、なんとか続けることによって、医療人として成長していると感じております。例をあげると、下腹部痛のような症状の場合、大腸内視鏡をしてポリープを取ることもありますが、実は尿管・膀胱結石の場合もあります。同じ下腹部痛でも消化器・泌尿器の症状があることがわかり、どちらにも関わっていると非常に興味深いです。もし、導入を検討されておりましたら、是非見学含めて当院を見に来ていただけるといいかもしれません。お待ちしております。

一般演題 4「感染制御」

O-12:「上部内視鏡用飛沫抑制マスクの患者及び Medical staff の忍容性の検討」

独立行政法人 国立病院機構京都医療センター 外来治療部門 北野 由美さん

質問1

Q: Y字フィルター付きマスク飛散抑制できて良いと思います。250円ということですが上部内視鏡に全例使用されているのですか？

感染対策として内視鏡検査時、医師、看護師、技師はN95を使用されていますか？

A: 飛散抑制 Y 字フィルター付きマスクに関しては、上部内視鏡検査で全例使用しています。EUS や ERCP でも使用するようになりました。治療内視鏡時においても Deep Sedation 中に予期せず、むせ込むことがあります。その際に、術者は安心して検査・治療ができるとの意見で、治療内視鏡医・胆膵内視鏡医からの依頼があり飛散抑制 Y 字フィルター付きマスクを使用しています。また、内視鏡室全体の汚染も軽減できると思います。

コストに関しては割高のように思えますが、エンドバリアでもフィルムが 1 枚 230 円、フレームは販売納入で¥75,000 であり、ほとんど値段的には変わりません。設置の手間やゴミ処理のカサを考えると、マスクの方が便利であると思われています。

N95 に関しては、病院として支給してもらっていますが、なかなか使用できていないのが現状です。特に飛散抑制 Y 字フィルター付きマスクを使用してからは、メディカルスタッフの N95 の使用はほとんどしていません。

質問2

Q: 貴重な発表ありがとうございました。下記 2 点につき教えてください。

① 今までと比べコストがかかると思いますが、新型コロナウイルスの感染リスク軽減には必要なことだと思います。導入するにあたり、ご施設の承認を得るために具体的に行ったことはありますか？

② 新型コロナウイルスの感染が収まってきても、継続使用する予定でしょうか？

A: 飛散抑制 Y 字フィルター付きマスクを導入した際は、緊急事態宣言中であり、病棟でもクラスターが起こった後だったこともあり、緊急材料委員会の承認を得て導入しました。コストの面で少し割高であるとの意見もありましたが、クラスターが起こり、診療ができなくなるの方がデメリットであると判断してもらい採用となりました。

当院のメディカルスタッフにアンケートしたところでは、新型コロナウイルス感染が収まっても、継続使用したいとの結果でした。

O-13:「COVID-19 感染予防のための内視鏡用ウイルス感染防御システムを導入して」
坂出市立病院 内視鏡室 亀山 宏美さん

質問1

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

今までと比べコストがかかるとは思いますが、新型コロナウイルスの感染リスク軽減には必要なことだと思います。導入するにあたり、ご施設の承認を得るために具体的に行ったことはありますか？

A: 導入についてですが、坂出市医師会よりエンドバリアの説明会があった事とフレームの無料支給がありましたので当院ではスムーズに導入となりました。

質問2

Q: 新型コロナウイルスの感染が収まってきても、継続使用する予定でしょうか？

A: 飛沫感染予防のため継続予定です。

質問3

Q: 患者がむせた時や体動があった時などで、介助者が介助しにくいなどはなかったですか？

A: 導入初期は体動時の介助が難しかったです。介助側の慣れは必要ですがビニール袋なので可動性があり自由に動かせるので、現在では体動時の介助が難しいと感じる事はありません。

O-14:「上部内視鏡用感染防護フィルムの安全性・認容性についての検討」
西山脳神経外科病院 内視鏡診療科 松下 明子さん

質問1

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

今までと比べコストがかかるとは思いますが、新型コロナウイルスの感染リスク軽減には必要なことだと思います。導入するにあたり、ご施設の承認を得るために具体的に行ったことはありますか？

A: 御質問ありがとうございます。

当院ではエンドバリアを患者様負担としています。患者様からは自己負担する旨の同意書を得た上で使用しています。

質問2

Q: 新型コロナウイルスの感染が収まってきても、継続使用する予定でしょうか？

A: 御質問ありがとうございます。

当院では今後も上部内視鏡における感染対策としてスタンダードな使用を予定しています。吐血による緊急内視鏡の際にも使用しています。実際に血液汚染はエンドバリア内のみであり、患者側へのセッティングも少しの工夫をする事で顔や衣服への血液汚染は、ほぼ見られませんでした。感染リスクや後片付けなどの点からも非常に良いと感じています。

質問3

Q: 患者がむせた時や体動があった時などで、介助者が介助しにくいなどはなかったですか？

A: 御質問ありがとうございます。

体動が強い場合には、エンドバリア開口部を肩まで引き上げ、頭部と肩のみをエンドバリア内に残す事で抑制しやすくなります。むせた時や吸引が必要な際は、エンドバリアに設けている専用の吸引口から行う事で対応しています。特にこれまで介助しにくいと感じたことはありません。

O-15:「片端チャンネルブラシと両端チャンネルブラシについての比較検討 ～スコープ洗浄の効率化を目指して～」

国立がん研究センター中央病院内視鏡科 岡村 綾乃さん

質問1

Q: 貴重な発表ありがとうございました。洗浄員に対し、業務に関して定期的に聞き取りを行う、勉強会を行うなど実施していることがあれば教えてください。

A: ご質問ありがとうございます。当院の洗浄員は全て外部委託業者となっておりますが、医師・看護師・内視鏡技師・洗浄員で、一ヶ月に一度業務に関する報告会を行っています。その際に洗浄に関する悩み等があれば報告してもらい、業務改善を行えるようにしています。また、普段から洗浄員とはコミュニケーションを取るようしており、話しやすい環境になるよう心がけております。

新規の物品やスコープ等が導入された際のメーカーによる説明会には、必ず洗浄員も参加してもらっています。また、洗浄員を対象にメーカーによるスコープ・機器の勉強会を年一回実施し、知識の向上も図っています。

O-16:「手指衛生遵守率向上に向けた取り組み ～動画による視覚的効果を用いて～」

NTT 東日本関東病院 内視鏡センター 青木 亜由美さん

質問1

Q: 動画撮影は患者さんにどのような説明をして許可を得たのですか？

A: 本研究のために作成した説明同意書を用いて、同意を得ました。

質問2

Q: 検査室内のビデオ撮影について、患者が映り込みプライバシーや肖像権などへの配慮が必要になるのかどうか、その辺りの配慮について詳しく知りたい。利用目的が調査評価に使用するためのみだとしても、許可やお知らせなどどのあたりまで了承や許可を得ているのか、患者への表示や説明了解を得ているのかなど詳しく知りたいです。

A: 倫理審査会の承認を得るために、研究対象となる看護師だけではなく、動画に映る可能性のある医師、技師、患者を対象とした説明同意書、同意撤回書の提出が必要となります。審査で承認を得た同意書を看護師以外の職種からも取得して、本研究を実施しました。

質問3

Q: 手指消毒が増えたことで、手荒れをおこしたスタッフはいませんでしたか？対処方法で困ったことはありませんでしたか。

A: 手荒れを起こしたスタッフはおりません。当院では数種類の手指消毒剤が採用されており、スタッフが使用感などを試した上で、個々が使用したい消毒剤を選択しています。また、当内視鏡センターには使い勝手の良い場所を検討して手指の保護剤を設置しています。手指消毒の妨げとならないように、手荒れにも配慮しています。

質問4

Q: 興味深い発表でしたありがとうございます。動画撮影用のカメラや三脚などの器材はどのようにして準備したのでしょうか、病院所有のものでしょうか？

A: 当院の特徴として、内視鏡治療を積極的に行う施設であり、医師が治療を撮影しています（治療同意書にも撮影についての記載があります）。そのため、内視鏡センターには三脚やビデオカメラが数台あります。本研究の撮影は、治療日以外でカメラが使える日を選んで行ないました。

質問5

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

手指衛生遵守率を 100%にするには難しいが、必要なタイミングについて理解が深まったとのことでしたが、新しいスタッフが入った時に、必ず必要なタイミングなどを伝えるマニュアルのようなものを作成する予定はありますか？

A: 当院内視鏡センターには既存の手指衛生マニュアルがあります。マニュアルを動画で作成しているので、新しいスタッフにはオリエンテーションの一環としてマニュアルを視聴してもらうことにしています。また、各検査室には WHO の 5 つの手指衛生のタイミングのイラストに具体的なタイミングを記載したポスターも掲示して、いつでも確認できるように対応しています。

質問6

Q: 貴重な発表ありがとうございました。

この取り組みに関し、どれ位 ICT に介入してもらいましたか？

A: ICN には、研究計画書の作成段階から相談しました。グループ討論に参加できる時は参加してもらいました。また、討論で出た疑問に、部署の感染対策係では回答できなかった内容については、ICN に相談し、疑問の解決に繋げました。

一般演題 5「前処置」

O-18:「経鼻内視鏡前処置において鼻息鏡を用いた挿入鼻腔の選択方法の検討」

独立行政法人国立病院機構函館病院 内視鏡室 佐藤 千代子さん

質問1

Q:左右差がない場合は、何故、左を選択したのですか？

A:医師の指示です。左側臥位で左の鼻腔は下になり、体位と鼻腔の構造的に医師にとって左の方が内視鏡を挿入しやすいそうです。

静岡赤十字病院川田先生も経鼻内視鏡セミナーで左右差がない場合は左を選択するとはなされていました。

質問2

Q:発表お疲れ様でした。私は東京都ベーネ浅草レディース健診クリニックの関田と申します。鼻息鏡を用いての結果にとっても興味をもちました。当院でも使用していきたいなと思いましたが、現在コロナ感染が騒がれている中で、鼻息鏡はどのように消毒をしているのでしょうか？またはディスポでしょうか？使用している鼻息鏡のメーカーなどもお分かりでしたら教えていただけますでしょうか？

A:鼻息鏡(キリアン氏)使用

製品の消毒方法でハイター消毒不可だったので、使用ごとにアルコール消毒を行っています。

質問3

Q:貴重な研究であったと思います。お疲れ様でした。鼻息鏡の使用は有効であったとの結果でしたが、鼻息鏡の使用で前処置は両鼻から片方の鼻だけで済むようになったのでしょうか？

A:鼻息鏡はトラマゾリンを両鼻に噴霧後に使用していたので、トラマゾリンは両鼻に行います。その後のキシロカインビスカス以降の前処置は自覚法よりも片鼻ですむことが多くなりました。

質問4

Q:経鼻内視鏡の前処置は、処置が多くあり、更に鼻息法を取り入れることは、大変だったと思います。患者の自覚による通気性の確認は、硝酸ナファゾリンの点鼻後に施行されているのでしょうか？

A:はい。

質問5

Q:「鼻息鏡法でスティック挿入に抵抗がある場合には、挿入鼻腔を変更すると、内視鏡の入れ替え率を減らすことができる」とあります。スティック挿入の抵抗のみにて、挿入鼻腔の選択が可能であると考えられるのですが、どのようにお考えでしょうか？

A:スティックの抵抗が強い場合はもちろん挿入鼻腔を変更しますが、抵抗が軽度な場合でスティックを挿入できる時もあります。その場合、そのあと内視鏡を挿入できる時とできないときがあります。スティックは柔らかいので鼻腔に合わせてある程度変形可能ですが、内視鏡はそうはいかないからです。そのため、スティック抵抗が少しでもあったらすぐに鼻腔を変更するとその後の内視鏡入れ替え率が減少すると研究結果からの分析です。

質問6

Q:鼻鏡の数、いくつありますか？

A:2つあります。

質問7

Q 貴重な発表ありがとうございました。鼻鏡を用いることで、手間が増え、スタッフの業務負担が増えたなどのデメリットはなかったでしょうか？

A:鼻鏡は鼻にあてて息を吐き出してもらうだけなので特別な手間もなく、デメリットは特になさそうです。

O-19:「経鼻内視鏡検査前処置法の変更による業務改善の試み」

真生会富山病院 消化器センター 内視鏡室 石丸 ひとみさん

質問1

Q:注入法のみで挿入できなかった患者はその後スティック法に変更したとありますが、変更した事で前処置にかかる時間がどのくらい増えたのか教えてください。

A:注入法で挿入困難であった被検者は2名でしたが、その年の検査は細径スコープによる経口内視鏡検査に変更となりました。マウスピースの用意くらいで1分もかかっておりません。

次の検査時にスティック法に変更を検討している被検者ということをご理解頂ければと思います。

質問2

Q:スティック法と注入法の研究ですが、安楽な経鼻内視鏡の前処置には 8%キシロカインの噴霧が有効とされており、その処置を省略してなお前回より苦痛が軽減または変化なしとなった結果は良いと思います。変化なしというのはあいまいな評価とも考えられる(患者さんが緊張や鎮静のためによく覚えていない、前回も痛かったけど耐えられないほどの痛みではなかった、痛みのスケールの個人差など)自分の施設でも実践してみようと動機付けられるような評価できるものはないですか？

A:経鼻内視鏡による検査の場合は鎮静はなしで行っています。

緊張や前回の事は覚えていないということも考えられますが、前回のスティック法前処置による検査の際に記憶に残るほどの出血や痛みがなかった方を対象に今回注入法を行いました。次回は、痛みスケールを用いた評価を検討したいと思います。

質問3

Q:経鼻内視鏡の全体数から注入法で実施しているかたは半数という結果でしたが、それは通らない方や痛みが強い方が多いということでしょうか？

A:2019年度経鼻件数は445件で、その内初めて経鼻を受けられた被検者は129名、スティック法で痛みを感じた被検者は91名でした。残りの半数は、この被検者の方々になります。

質問4

Q:注入法で挿入できなかった方が 2 名いらっしまったということでしたが、スティック法と比べてどうですか？

A:今回注入法の被検者は前回スティック法で痛みや出血などなかった方を対象としています。

2名の方もスティック法で痛みがなかった為、注入法としましたが、挿入困難になった原因は今後検討していきたいと考えています。

質問5

Q:貴重な発表ありがとうございました。

今回の研究で、スティック法と注入法では、鼻血などの偶発症において差はなかったでしょうか？

A:今回の研究では同一被検者で前回スティック法と今回注入法の比較を行ったものです。前回痛みや出血があった被検者に対して今回は注入法を行っておりませんので比較検討が困難な状況です。今回注入法で行った被検者のうち鼻出血があった被検者は1名でしたので差はほぼないと考えられます。

質問6

Q:前回スティック法で苦痛を感じた患者にも、今後、注入法を導入していく予定でしょうか？

A:前回スティック法で苦痛を感じた被検者に対しては次回スティックそのものの苦痛であったか、スコープ挿入時の苦痛であったかを聞き取り、スティックによる苦痛であった場合は先行研究にあった2.8%リドカインによる注入法も検討していきたいと考えています。

O-20:「当上部内視鏡検査前の水分摂取量が検査時間に及ぼす影響」

独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 看護部 中野 完さん

質問1

Q:検査前まで飲水しているとのことでしたが、検査直前のガスコン水は省いているのでしょうか？

A:水 80ml にプロナーゼ MS20000 単位 1 包+炭酸水素ナトリウム1g+ガスコンドロップ内用液 2%5ml のガスコン水を前処置として飲用いただいています。

質問2

Q:発表内に

- ①200ml 以上の方もいた様ですが、実質的にどれぐらいの量なのか？
- ②GIF 施行時には、胃腔内に残った水はなかったのか？
- ③発泡剤系の服用は、していたのか？
- ④最終飲水後どれだけの時間が経って検査開始ですか？
- ⑤飲料水は、お水？お茶？ポカリスエット？ですか？

先行研究で飲水後観察しやすいと聞いた事があります。司会の方がお話ししたように誤嚥の危険性も有ります。もっと詳細なデータがあったら、他の病院でも取り入れやすく、患者へ安全で楽な検査へとなっていくと思います。頑張ってください。

A:

- ①0ml8 名、水一口程度 4 名、100ml～200ml13 名、200～300ml15 名、400～500ml14 名、800ml1 名
ご期待されている回答となっていなければ申し訳ありません。
- ②前処置水を飲用してもらうため、胃内に水は残っておりました。
- ③発泡剤は服用していません。
- ④今研究では、検査何時間前まで水分摂取可能という指示はしておらず、最終水分摂取時から検査開始までの時間はデータとして収集できておりません。
- ⑤検査当日の飲料水はお茶、お水のみ可能と案内しています。

質問3

Q:水分摂取のタイミングや制限はしていないとのことですが、誤嚥を考えると大量の水分摂取をすることは危険性あることも理解できます。検査をされる時間帯にもよりますが、夏場など検査の前に水分摂取できないことで体調を崩される方もいます。このようなケースに対しては時間などを正確にお伝えする必要があるのではないかと思います。そういった場合は検査の時間から逆算して水分摂取をしても可能なお時間をお伝えしているのでしょうか。(例えば、何時まで水分摂取可能ですなどの説明)もしくは、お考えですか。取り組みを教えてくださいと幸いです。

A:水分摂取のタイミングとしては、検査前の〇〇時間前に摂取という案内はしていません。検査直前まで少量の水、お茶の飲水は可能とご説明しております。

質問4

Q: 飲水群の最大800mlということでしたが、検査時胃内には水は残っていたのでしょうか？

A: 胃内に水は残っていましたが、吸引量のデータはとっていないため、他との比較が困難です。

質問5

Q: 貴重な発表ありがとうございました。経口での内視鏡でも、粘液が少なく洗浄回数が減った方が、検査時間が短くなり、安楽な検査の提供ができるのではないかと思うのですが、今後、経口での内視鏡検査予定の方にもこの方法を導入していく予定はありますか？

A: 現在、経鼻、経口スコープを問わず上部内視鏡検査を受けられるすべての方へ同様のご説明をしています。