

# 第 76 回近畿消化器内視鏡技師学会 <WEB 開催>

WEB 配信期間:2021 年 4 月 9 日(金)13:00~4 月 26 日(月)18:00

一般演題1「内視鏡的粘膜下層剥離術の褥瘡予防への取り組み」

滋賀医科大学医学部附属病院 看護部 光学医療診療部 原田 奈々さん

## 質問 1

Q:実践に役立つ研究発表有難うございます スタッフ 5 人に対する集団研修会で褥瘡予防の理解が得られたとの評価をされた評価方法について、テストやチェックリストなどどのような方法を用いたのかをお伺いしたいです。

A:ご質問ありがとうございます。

テストやチェックリストは行わず、集団研修会后、看護師5人それぞれに口頭で理解できたかどうかの確認を行いました。口頭では、数点質問を行いまして理解度を確認しました。

## 質問 2

Q:この取り組みを行う前の褥瘡の頻度はどのくらいであったのでしょうか また、今回の取り組みでの ESD の平均所要時間はどのくらいであって予想時間(当院では所要予想時間を Dr より事前に提出してもらっています)は把握されているのでしょうか。予想時間などの識別なしに前例行うとなると、かなりの負担となると思ってお聞きしたいです。

A:ご質問ありがとうございます。

①取り組み前の褥瘡の発生は0件です。

しかし、取り組み前は、「褥瘡好発部位の観察を行う」という看護行為が周知できておりませんでした。そのため、今回の取り組みを行う前には ESD 前後の褥瘡についての観察は、スタッフ全員が行えていなかったため頻度の正確さは十分ではありません。

②ESD 平均所要時間は2時間11分です。医師から予想時間は大体〇時間とは聞きますが、延長されることは多いのが現状です。

③ESD は1日1~2件(週3回)程度です。全例行うことの負担は、多くはありませんでした。

## 質問 3

Q:情報収集の方法・終了後において、観察のチェックリストはあるのでしょうか？だれもが同じ視点で観察・評価・次への計画・対策ができると考えるので。

A:→ご質問ありがとうございます。

観察のチェックリストはありません。

集団研修時に、褥瘡好発部位の観察点を確認しました。現在、その項目をスタッフのすべて把握できているかは確認しておりません。しかし、ESD 術前訪問を行った看護師は、褥瘡に関する看護計画を立案しております。ESD 当日、介助する看護師は看護計画で立案した内容で看護を行っております。

#### 質問 4

Q:血液検査結果に対するアセスメントは考慮されていますか？低栄養の場合、褥瘡をおこしやすい。(Tb・Alb・Hb・Ht・CRP に異常のある患者の場合)

A:→ご質問ありがとうございます。

現在 ESD 術前訪問を行った看護師が褥瘡に関する看護計画を立案しております。当日は、看護計画で立案した内容で看護を行っております。院内では入院時に病棟担当看護師が日常生活自立度のランクが低い(寝たきり)患者の「褥瘡危険因子評価表」を必ず評価しております。その中に血液検査結果も含まれております。また、褥瘡のリスクが高い場合は、褥瘡対策看護計画立案すると院内で決まっております。ご質問頂きました貴重なご意見を、スタッフに伝え、内視鏡看護に繋げていきたいと思っております。

#### 質問 5

Q:皮膚障害と併せて、神経障害への看護はどのように取り組まれていますか？関節可動域の確認について。

A:→ご質問ありがとうございます。

関節可動域については、ESD 術前訪問時に担当看護師が確認を行っております。ESD 当日の介助時に、安楽枕やバスタオルなどを使用して神経障害などを起こさないよう確認しています。

#### 質問 6

Q:集合型研修は勤務時間内に行われたのか、研修に要した時間は？

A:→ご質問ありがとうございます。

勤務時間内で行っております。所要時間は15～20分程です。

#### 質問 7

Q:術前訪問も限られた時間で行われたと思うが、効果的に行うにあたっての工夫があれば教えていただきたい。

A:→ご質問ありがとうございます。

術前訪問を行う効果的に行うにあたり、情報収集の方法と訪問する時間の工夫を行っております。情報収集は、前日または当日にカルテから情報収集を行っております。検査や処置が少ない時間をみて、リーダーが担当看護師に声かけを行うように配慮しています。次に訪問する時間の工夫ですが、病棟と連携しスムーズにいけるように日頃から配慮しています。訪問前には、病棟へ訪問しても良いかの確認を行っております。病棟看護師が患者へ処置等を行っている際や患者が不在などで訪問できない場合は、訪問可能な時間を教えてもらいます。日頃から病棟看護師と連携をとりスムーズにいくように褥瘡リンクナースが配慮してくれています。訪問時間は、光学医療診療部での検査や処置の少ない時間に訪問できるように配慮し、業務に影響が少ないように工夫しています。

#### 質問 8

Q:カルテ記載もフォーマットなど作られたのか？

A:→ご質問ありがとうございます。

基本のフォーマットはありますが、スタッフ各自が個別性も踏まえた記録を残しております。

質問 9

Q:限られた時間内で効果的に行われたと思うので、その点を教えていただきたい。

A:→ご質問ありがとうございます。

褥瘡予防への取り組みを効果的に行った点についてですが、経験年数の高い少人数スタッフであるため、情報共有する時間や研修会での理解は早かったと考えます。また光学医療診療部での勤務年数が長いスタッフが半数以上を占めており、そのため取り組みがスムーズに行えたのではないかと考えます。

上田道子座長よりコメント:

内視鏡検査・治療における皮膚トラブル予防に対する研究は、今後の内視鏡における看護・患者管理において貢献できる研究であると賞賛いたします。

質問に対してのご回答ありがとうございました。

今後は、テストやチェックリスト、観察のチェックリスト等を作成されることを期待いたします。それが、内視鏡看護の可視化となり、さらなる研究課題に繋がると期待いたします。

## 一般演題2「安全な鎮静下の内視鏡診療を提供するための取り組み」

滋賀医科大学医学部附属病院 看護部 光学医療診療部 山田里奈さん

### 質問 1

Q:セルフチェック表を活用された年齢と対象数？

A:ご質問ありがとうございます。

対象数は実際の運用開始 2020 年 11 月 1 日から 2021 年 1 月 31 日まで 514 件です。

年齢に関しては、鎮静剤使用する患者を対象としているので上下限は設けていません。

実際の運用期間中にセルフチェックを使用した患者年齢層は 20-90 歳代となっています。

### 質問 2

Q:マランバチの方法(鏡を見て?)、評価はどのようにされたのでしょうか？

→甲状オトガイ間の距離はどのように測定されたのでしょうか？

→自分で行いましたが、困難でした。

A:ご質問ありがとうございます。

麻酔科医指導のもと、最低限にシンプルかつわかりやすい表現としたチェック項目で安全な診療を前提に、甲状オトガイ間の距離に関しては実際測定することなく、3-3-2 の法則から、開口時3横指分のみの評価としました。

マランバチの方法は手鏡を使用し、開口時の口蓋垂を確認する方法をとりました。

### 質問 3

Q:セルフチェックの確認

→患者の自己申告と看護師の確認で相違はなかったのでしょうか？

A:ご質問ありがとうございます。

患者の自己申告を主とし、医療者の再チェックは行っていません。質問2と関連するのですが、すべてのセルフチェック表項目に関して、患者から不明な点がある場合や時間が要する患者などに対しては医療者が補足するなどの対応を行いました。

### 上田道子座長よりコメント:

鎮静・鎮痛薬投与における、事前チェックは重要で、麻酔科医師の協力とともに、セルフチェック表を作成されたことは、今後の内視鏡において非常に参考になる研究と賞賛いたします。

質問に対してのご回答ありがとうございました。

セルフチェック表項目に関して、患者から不明な点に対する質問や、時間を要する患者に対して、医療者が補足するなどの対応を可視化して、情報を共有しさらなる事前チェックの向上を期待いたします。

一般演題3「内視鏡修理費削減にむけて」 ～保守点検で見えた課題に取り組んで～  
京都社会事業財団 京都桂病院 消化器内視鏡・超音波センター 塚本有里さん

質問 1

Q: 酵素系洗浄剤の濃度を0.5%にして、ルミスターでの汚染度評価は？

A: スコープ全部をルミスターでの汚染度評価は行っていませんが、当院で設定している症例時にはルミスターで汚染度評価を行っています。0.5%にして数回の用手洗浄を要しますが、破損リスクを回避するためには多少の洗浄時間の延長は仕方ないと考えています。

質問 2

Q: 医師への協力方法を、具体的に教えてください。

A: 直接視覚で訴える方法と口頭で伝達する方法を行いました。

視覚で訴える方法としては、医師がよく集まるカンファレンスルームにラミネート加工してポスター掲示し、検査室の目につくところにも掲示する。

口頭で伝達する方法としては、半期報告を医療機器メーカーから行ってもらう際に、事前に話し合った修理内容や注意喚起してほしい内容を情報提供してもらう。

また、医師とのカンファレンスを利用して注意喚起を促すようにしている。

質問 3

Q: スタッフへ修理費を提示され、意識改革をされましたが、その他の取り組みはありますか？

A: 取り扱いに関しても随時学習会を開催したり、危ない持ち方をしていればその都度注意して正しい持ち方を指導するなど、指導面にも力を入れました。

点検や修理完了時には報告書を閲覧するようだけでなく、朝礼の際、口頭で伝達し修理に至ったと考えられる原因と対策をスタッフで共有するようにしました。

質問 4

Q: スコープチェックの際は保護チューブをいったん外してまた再装着するのですか？

A: スコープチェックの際は保護チューブを挿入部にずらしてチェックし、チェックが完了したら保護チューブを先端方向へ戻すようにしています。

上田道子座長よりコメント:

内視鏡における保守点検は、安全・確実に医療を提供するうえで、医療従事者の責務です。

経費削減とまでになった研究は、今後の内視鏡において非常に参考になる研究と賞賛いたします。以前にも、同様の研究があります。(先行研究)参考にしてください。

質問に対してのご回答ありがとうございました。

先行研究を参考に、さらなる機器管理を期待いたします

一般演題4「内視鏡看護師の人材育成」～臨床実践能力評価表の他者評価方法を検討して～  
大阪市立大学医学部附属病院 内視鏡センター 中藤裕美さん

質問 1

Q: 1) 他者評価者の看護経験年数と、内視鏡室における経験年数は？  
2) 他者評価者の評価基準はありますか？

A: → 1) 他者評価者を担った 5 名 (各個人を A B C D E と仮定する) の看護師の資格と臨床経験年数及び内視鏡センター配属年数は以下になります。(但し、研究開始 2020.5 時点)

A(技師): 臨床 30 年・配属 4 年 1 ヶ月

B(技師): 臨床 15 年・配属 5 年 1 ヶ月

C(技師): 臨床 9 年・配属 4 年

D(技師試験受験予定者): 臨床 8 年・配属 3 年 1 ヶ月

E(技師試験受験予定者): 臨床 12 年・配属 3 年

→ 2) 今回の他者評価者は、消化器内視鏡技師学会の臨床実践能力評価表のガイドラインの評価基準 4 段階の 1 点(できない)～4 点(できる)と評価指標をもとに被評価者を評価しました。しかし、各項目の指標についての程度なら何点相当と共通認識できる具体化した基準はなく、検討課題です。

質問 2

Q: 自己評価の低い看護者への指導・教育・支援はどのようにされていますか？

A: → 委員会や業務の中での役割を付与し権限を移譲することで、個人がスキルを発揮する場を設けています。その役割を通して自己課題を達成することで自己効力感が高まると考え、副師長やチームリーダーが連携しその個人活動を支援しています。

質問 3

Q: ラダーの活用において、評価時期はありますか？

A: → 内視鏡ラダーの評価時期は、年 2 回(6 月と 12 月)を計画しています。

質問 4

Q: 他者評価にあたる内視鏡技師の有資格者の評価は自己評価のみですか？

A: → 複数他者評価を目的にしていますので、評価者 5 名はそれぞれ自己評価及び自己を除いた 4 名からの他者評価を実施しました。

質問 5

Q: 自己研鑽など推奨されていることはありますか？

A: → 日本消化器内視鏡技師学会、近畿消化器内視鏡技師学会、機器取扱い説明会など学会や院外研修、各種 WEB 研修の案内や参加の啓蒙活動を行なっています。また、内視鏡関連本の紹介や関連企業協力のもと部署学習会を開催しています。部署学習会が勤務時間外に開催となった場合、参加した本務及び短時間職員は超過勤務扱いとして参加を推奨しています。

上田道子座長よりコメント:

内視鏡看護における教育は、内視鏡看護の継続と向上に繋がります。ラダーの活用は、個人のキャリア開発にも繋がります。今後もラダーを活用し内視鏡看護の充実と向上を期待しています。

質問に対してのご回答ありがとうございました。

他者評価者の皆さんの配属年数が、3年～5年とのこと。実践能力も同様位であると想定いたします。是非共通認識できる具体化した基準の検討に頑張ってください。期待しています。

## 要望演題1「当院における新型コロナウイルス感染防止の取り組み」

～ニュースタンダードへの変革～

JCHO 滋賀病院 内視鏡室 看護師 鶴丸千里さん

### 質問 1

Q:発表お疲れ様でした。口元に不織布を覆うことで感染予防を図ることに、大変興味を持ちました。質問ですが、口元を不織布で覆うことで、検査中の唾液はどのように流れて行きますか？ 普段患者さんにはエプロンを装着してもらい、枕と左ほほあたりにティッシュを敷き、唾液はお口の端からだらだらと流れるままにして呑みこまないでくださいねと、お声掛けしています。不織布が全ての唾液を吸収するのは困難で、溢れる事もあるかと思いますが、いかがでしょうか？

A:ご質問ありがとうございます。まず枕の位置を頭部側にずらして、寝てもらいます。次にエプロンを装着してもらい、口元に空間を作ります。スコープ挿入後梨状窩を超えたら、顔を軽度下向きにして、ポジショニングをとり、唾液が流れやすいようにしています。不織布マスクは唾液を吸収する目的ではありませんので、やはり唾液があふれることもあります。

### 質問 2

Q:アンケート結果の中で、「息苦しく感じた」の患者の SPO2 の値は？

A:ご質問ありがとうございます。全例 SpO2 を測定しているわけではありませんが、息苦しいと訴えた方には測定しています。いまのところ SpO2 に変化はございません。また前例検査前に不織布マスクを装着して息苦しくないかは確認しております。

### 質問 3

Q:コロナ感染予防参考になりました。当院では行えていないことが多いです。ニュースタンダードに取り組み、コロナ終息にかかわらず、どこまでを持続必要と考えられていますか？

A:ご質問ありがとうございます。患者さん自身、感染対策の意識が高く、私たち医療従事者の感染に対する意識も以前より高まっています。それが日常となっている昨今、感染対策のスタンダードとなっております。日本(世界)の感染状況を注視しつつ、今後も継続していく必要と考えています。

上田道子座長よりコメント:

新型コロナウイルス感染防止にたいして、「不織布マスク」の取り入れは感染防止対策において、参考になる研究と賞賛いたします。

高橋陽一コメンテーターよりコメント:

新興感染症として出現した COVID-19 は今まで経験のない状況の中、世界的なパンデミックとなり、本邦においても 2020 年 1 月 16 日初の感染者が確認されてから、現在では第 4 波となり感染は拡大を続けています。その中で、適切な内視鏡医療を提供するために様々な対策を必要とします。COVID-19 は発症の 2 日前からウイルスを排出することから、無症状の陽性者をキャッチすることが困難です。これらを踏まえ、咳を誘発する内視鏡では、すべての患者に対して感染防止対策を実施する必要があります。報告ではソーシャルディスタンス、環境消毒、換気、コロナバージョンの感染防止マニュアルの作成など様々な対策を実施されていました。上部内視鏡においては、患者に不織布マスクを装着することで飛沫を拡散しないよう工夫され、着用した患者からの評価について調査研究されていました。各設問内容に対する患者の評価は良好で、経鼻、経口では差は認められませんでした。またコロナ禍において感染防止対策について賛同されていることから、安心、安全な内視鏡医療を提供されていると思います。今後も新たな課題が出てくることが予測されますが、患者・医療者双方の安全を追求してください。



## 要望演題2「内視鏡室での新型コロナウイルス(COVID-19)感染予防対策」

JCHO 神戸中央病院 内視鏡室 西川明子さん

### 質問 1

Q: 下部消化管内視鏡検査・治療時の感染対策は、どのようにされましたか？

A: 下部内視鏡時は、上部と同様にスタンダードプリコーションで、医師は袖なしのエプロンはせずに、毎回長袖エプロンを交換しています。N95 マスクに関しては、下部では使用していません。コロナ問診でコロナに罹患している可能性の低い患者の検査を行っており、マスクを患者、医療者ともにしているため N95 は使用していません。

### 質問 2

Q: COVID-19 に関しては、まだまだ分かっていないことが多々あり、常に新しい情報を取り入れてスタッフ全員に周知徹底していく必要がありますが、どの施設も周知徹底をするにあたり、苦勞していると思っています。新しい情報をスタッフ全員に周知徹底するにあたり、何か工夫していることはありますか？

A: 周知徹底する方法ですが、朝のミーティング時に新しく決定したり、変更があった事は申し送りをしています。時間帯が違うスタッフは、申し送りノートに必ず目を通すようにしています。申し送りノートの内容は、記載した日から 1 週間は朝ミーティングで読み上げています。感染委員が中心に時間内に勉強会も開催しており、出席できなかったスタッフにも日時を変更して必ず勉強会には参加してもらっています。感染委員会からのお知らせは、職員全員に院内メールで送られてきますので全員チェックしています。部署によってはテストを作成し、コロナに関する知識を履修していました。

### 質問 3

Q: 感染力が強い変異株が増加している中、新たに取り入れたことがありましたら教えてください。(内視鏡検査以外でも、感染防止策として感染対策室より院内に配信された内容などがありましたら、それも含め教えてください。)

A: 感染力が強い変異株ですが、スタンダードプリコーションを遵守することが重要であることに変わりがないので、新たに取り入れたことはありません。換気やスタンダードプリコーションの重要性、休憩中黙食の励行やマスクなしでの会話の禁止、3 蜜がないようになど感染管理室が気になった内容を、院内メールでの再喚起や手指衛生チェッカーを全職員(事務職も含)に施行するなど、感染管理室から情報がタイムリーに送信されてきます。4 月からは入院予定の患者全員に PCR 検査を施行することになったため、緊急入院の PCR 検査施行場所にクリーンパーテーションの増設などを行っています。

上田道子座長よりコメント:

新型コロナウイルス感染防止にたいして、3つのカテゴリーは、参考になる研究と賞賛いたします。

高橋陽一コメンテーターよりコメント:

COVID-19 の感染拡大に伴い、内視鏡室での標準予防策に加え、COVID-19 に対しての感染予防対策を新たに 11 項目作成し運用した報告でした。

- ①患者説明用紙の作成
- ②スタッフのスタンダードプリコーションの徹底
- ③緊急性のない検査の延期
- ④説明文の掲示とコロナ問診
- ⑤換気
- ⑥検査台の消毒
- ⑦掛け物の廃止
- ⑧スコープの準備は患者退室後、またはマスク着用後
- ⑨環境消毒
- ⑩勉強会の開催
- ⑪PPE の着脱チェック

マニュアルでは写真を多数掲載し明確に示されていたので理解しやすい内容でした。期間内に COVID-19 感染者はゼロでしたが、①～⑪の防止対策は不可欠で継続して対応しなければなりません。また、新たな対策を患者にも示し、また、スタッフ間で周知したことは、仮に SARS-CoV-2 陽性者が受診した場合においても、患者・医療者とも濃厚接触者の発生はなく、感染拡大する危険性は限りなく小さいと思われます。11 項目の感染防止対策の取り組みは、視聴した参加者の施設で不足している項目を確認することができ、参考になる内容と思われます。COVID-19 の感染拡大から 1 年以上経過したことで、さまざまな知見が得られてきました。消化器内視鏡に関する感染防止対策もアップデートし、今後も安全な内視鏡医療を追求してください。

## 基調講演「日常生活における COVID-19 の感染対策」

大阪労災病院 出野 憲由技師

### 質問 1

Q: 不織布マスクを単回利用することが望ましいですが、繰り返し利用できるマスクを利用し、除菌して再度使用する場合の除菌方法として、中性洗剤での洗浄、UV ライト照射除菌、除菌スプレー散布などがありますが、これらの除菌方法は効果があるのでしょうか？

### A:【繰り返しの使用について】

材質の違いにより一概に言えないこともあります。

私自身も、布マスクを使用することがあります。「和装などで、不織布のマスクはちょっとな〜。」と思うときもありますね。その場合は布が合わせになっていて、間にフィルターとなるものを入れる構造のマスクを使用しています。間に入れるものは、帯電させた不織布シート(市販もされています)を切って入れています。

さて、布マスクですが、再生時に繊維の縮みや、網目が粗雑になることによるフィルター効果の減弱を招く恐れがあります。上記のような工夫をされてはいかがでしょうか。

ウレタンのマスクについては、正直申し上げて、あまり良い答えを持ち合わせていません。

### 【再生方法について】

不織布については、電子顕微鏡で確認をした報告を参考にしますと、6回までを目途に再生が可能という報告もあります。洗濯機は×。日常の消毒効果のある洗剤については詳しくは、北里大学のプレリリースにある「医薬部外品および雑貨の新型コロナウイルス不活化効果について」や、製品評価技術基盤機構「新型コロナウイルスに有効な界面活性剤が含まれている製品リスト」を検索してください。使用後の不織布には、洗濯用の漂白剤を100倍程度に薄めたものに軽く押し洗いし、10分以上浸けおき、3回以上すすぎます。ただし、すすぎをしっかりとしないと、漂白剤臭が残ります。おすすめは、通常の洗濯用洗剤(粉・液体とも)を規定量に薄めたものを使用します。室内陰干ししてください。私が行っていた時は、浸けおきにジップロックを使っていました。押し洗いではなく、水平にして左右にゆすって洗っていました。

その他の UV や、除菌スプレーなどにつきましては、製品ごとに異なりますので、使用するにあたって販売企業と取扱説明書を信頼するしかないと思います。

## 質問 2

Q:まん延防止等重点措置の要請内容の1つとして「4人以下でのマスク会食の徹底」とありますが、マスク会食を行うことで十分な感染予防効果は得られるのでしょうか？

A:マスク会食についてです。

医療職であれば容易にご理解いただけると思います。

マスク表面は、ウイルスを付着させるためにあります。その表面に触れることなくマスクのズレなどを戻すことの困難さは容易に想像が付きまします。また、実際に家で行ってみました。片耳のひもを外し飲食し、耳ひもを戻してみると、まず元の位置に戻りません。油断すると、ピコーンと飛ばしてしまいます。頻繁に位置調整が必要です。そのたびに指先が汚染されます。都度指先を消毒しないと感染の機会を逆に増やしてしまいます。

あくまで、個人的な感想です。無理です。

『手指消毒が必要な5つのタイミング』(マスク会食偏)

- 1, 飲食店に入る前
- 2, 飲食店から出た後
- 3, 飲食物品接触後
- 4, マスク操作(着け外し)後
- 5, マスクのずれを直した後

これに加えて、同時に飲食しないことや、マスク無しで話をしないとか 考えると

まず……………できませんよね。

## 質問 3

Q:感染力の強い変異ウイルスが主流となってきています。今までの感染対策とはまた違った感染対策が必要でしょうか？家庭内や通勤時(公共交通機関利用時)など日常生活での予防方法はこういったものがありますか？

A:基本的には、感染対策は変わりません。3密厳禁、手指消毒(職場退出時には手洗いです。アルコールに耐性がある他のウイルスがいるからです)と目の保護(普段に眼鏡をしていない人は、度なしの眼鏡を推奨いたします。)が主となります。それに加え、不要不急の外出を自粛することです。蔓延防止時にドライブなら良いと思って出かけてしまい、ドライブインや道の駅がすごい人で驚きました。今もあまり変わらないようです。

また、感染対策がクローズアップされがちですが、日常生活の上で「なおざり」になりがちな体調管理です。睡眠不足などは、免疫力の低下(睡眠時間6時間未満では、風邪などの感染が4.2倍)につながり感染しやすい体内環境となります。睡眠時間のことを言うと、医療職においては時間が不規則になりがちですので、体調管理は感染管理と意識することから始めてください。だらだらと起きていることは止めましょう。

食事では、時間をずらす、テーブルでは互いの前に座らないなど、工夫をしています。感染で最も多いのが家庭内感染であるからです。わが子だけでも100%の信頼をおけず、彼らの友達関係を含めると、どこから持ち込まれるかわかりませんので、最低限度の対策だけでもと考えています。息子たちは一番下が19歳とほぼ大人ですので、やりやすい面もありますが。

以上 回答しましたことが、少しでも参考になりましたら幸甚です。 出野憲由 拝

高橋陽一コメンテーターよりコメント:

近畿消化器内視鏡技師会の出野会長の基調講演で、「日常生活における COVID-19 の感染対策」でした。SARS-CoV-2 の詳細な内容を分かりやすく動画を含めて解説いただき視聴した参加者は理解を深めることができましたと思います。また、飛沫やマスクの効果について詳しく解説いただき私自身勉強させていただきました。COVID-19 は我々人類が経験したことのない新興感染症です。一年が経過し少しずつ明らかになってきたことありますが、まだまだ未知な感染症です。最前線で医療を提供している医療者は、日々不安を抱えて業務を行っています。内視鏡診療の最前線で活躍している医療者に対して、安心と安全に業務を行っていただくためにも、引き続き会員に対して新しい情報を提供いたしますようお願いいたします。

## 教育講演「WITH コロナ時代の消化器内視鏡を考える」

府中病院 高橋 陽一技師

### 質問 1

Q:内視鏡の処置具についてはディスポーザブルが望ましいですが、ハイリスク患者に対し内視鏡検査または処置の施行を余儀なくされる場合、使用後のスコープやトロリーの取り扱いについてどのように指導されるか教えてください。

A:陽性が判明しているハイリスク患者の内視鏡では、ヒトが PPE を着用するように内視鏡室のトロリーを含む機材などをビニール袋などでカバーすると直接的な汚染を防ぐことができます。また、ベッドのシーツなどは使用後に廃棄できるディスポーザブルを使用してください。使用後の環境は次亜塩素酸ナトリウムやアルコールまたはペルオキソ-硫酸水素カリウム(ルビスタ®)、0.5%加速化過酸化水素水(アクセルプリベンション RTU®)も有効とされていますので、これらで環境消毒を行ってください。

使用後のスコープはビニール袋で覆った搬送用のケースなどに入れ洗浄室まで搬送し、洗浄・消毒方法は通常対応で可能です。高水準消毒が完了すれば感染リスクはなくなります。洗浄・消毒担当者はフル PPE(手袋、長袖ガウン、マスク、キャップ、フェイスシールド)で行い、作業終了時に着用していた PPE を感染性廃棄物として廃棄してください。環境や機材からの感染は接触感染になるので経路を遮断する感染防止対策が要求されます。

### 質問 2

Q:現時点でワクチン接種が始まってはいますが、ワクチン接種率と感染予防効果についての見解はどのようなのでしょうか？

A:接種率については、3月より医療者の優先接種が始まりましたが4月末の時点では医療者全体の20%といわれています。また高齢者への接種は4月12日よりスタートしましたが、進んでいない状況で全体にいきわたるまでにはまだまだ時間がかかります。

予防効果(有効性)については各メーカーによって違いはありますが、現在医療者に接種しているファイザーは95%、今後使用予定のモデルナは94.1%、アストラゼネカは70%といずれも高い確率で効果が示されています。

### 質問 3

Q:ワクチンを接種できるのに時間差がありすぎるのが予測されますが、それでも感染拡大予防につながるのでしょうか？

A:ワクチンには、「個人を守る」と「社会を守る」の2つの目的があります。ワクチンを接種するとその病気に対する免疫がつくれ感染症の発症を防ぎます。ワクチンを接種しても100%発症を防ぐことはできませんが、発症したとしても重症化を予防することができます。また、多くの人が予防接種を受けることで免疫を獲得すると、集団の中に感染患者が出ても流行を阻止することができる「集団免疫効果」があります。さらに、ワクチンを接種することができない人を守ることもつながります。出来るだけ早期に全国民へのワクチン接種を完了することが必要です。それまでは、個人が感染予防行動を徹底して行き流行の拡大を予防することが求められます。

#### 質問 4

Q: 現在接種されているタイプのワクチンは生涯に一度でよいのでしょうか？それともインフルエンザのように毎年受ける方向になるのでしょうか？

A: 今のところ明確な解答はありません。接種後の流行状況を見ながら再接種の必要性が検討されると思われます。SARS-CoV-2 は変異株の出現など、インフルエンザに近いと考えられているため、「ワクチン接種は毎年必要になる可能性がある。」とワクチン開発元であるファイザーの関係者は示しています。

司会者吉岡とし子さんよりコメント:

感染予防策の基礎から大変詳しく教えていただきありがとうございました。また、質問に対し、丁寧なご回答をいただきありがとうございました。手指衛生や標準予防策、PPE の着脱方法など感染予防の教育を受けてきましたが、臨床の場面でコロナ感染が疑われる患者対応が増える中、正しい感染予防行動が実践できているか不安に思うことが多々あります。私たち医療者は患者だけでなく自身も感染から守らなくてはなりません。感染拡大の中でも通常の医療を止めることはできませんし、より安全な医療を提供するうえでも講演で得た知識を実践の場で役立てていきたいと思えます。