

## 徳洲会消化器内科部会 第14回 ENDO CLUB 学術集会 プログラム

【日時】2026年5月9日（土）

【場所】TKPガーデンシティPREMIUMみなとみらい

時刻	内容	会場
11:45-13:30	第1回 ENDOCLUBハンズオンセミナー ～大腸内視鏡挿入法を極める～ 講師：福岡徳洲会病院 副院長：仲道孝次先生 出雲徳洲会病院 副院長：駒澤慶憲先生 出雲徳洲会病院 内視鏡センター長：結城美佳先生	ホールF
13:30-14:00	世話人会	ルームL
13:30-14:00	受け付け	
14:00-14:05	開会の挨拶 消化器内科部会長（神戸徳洲会病院院長）尾野 亘先生	
14:10-14:30	【特別企画】 「24時間オンコールシステムのご紹介」 講師：北谷徳洲会病院 院長 仲間直崇先生	ホールF
14:35-15:05	症例発表【Group A】（発表4分/質疑応答2分）×5演題	
15:10-15:40	症例発表【Group B】（発表4分/質疑応答2分）×5演題	
15:40-15:50	休憩	
15:50-16:45	【特別講演】 「非侵襲的大腸がんスクリーニングAIシステムの開発と臨床展開」 講師：Boston Medical Sciences株式会社 代表取締役社長 岡本将輝先生	ホールF
16:45-17:00	休憩	
17:00-17:24	症例発表【Group C】（発表4分/質疑応答2分）×4演題	
17:29-17:59	症例発表【Group D】（発表4分/質疑応答2分）×5演題	ホールF
18:00-18:05	閉会の挨拶 次回当番病院 担当の先生	
18:05-18:20	移動・写真撮影	
18:30～	懇親会 開会の挨拶：出雲徳洲会病院 結城美佳先生	
(18:35-20:00)	---【ENDOCLUB CUP】病院対抗大腸挿入選手権---	ホールE
20:00～	懇親会 中締め挨拶：神戸徳洲会病院 井上太郎先生	
～20:30	懇親会終了	

ちょこっとですが、出雲からお菓子をお持ちしていますので休憩時などにご賞味ください。  
自然豊かな「出雲の風」を感じてもらえたら嬉しいです。



## 症例発表

**【Group A】** 座長：小泉先生（湘南鎌倉総合病院） 14:35-15:05

(発表4分/質疑応答2分)×5演題

1	札幌東徳洲会病院	西山 光佑	下部消化管出血を契機に診断された回腸神経内分泌腫瘍の一例
2	岸和田徳洲会病院	東 龍徳	食物残渣嵌頓による某十二指腸憩室炎から菌血症にいたった一例
3	湘南鎌倉総合病院	佐野 舞	EST後穿孔を術中診断しカバード金属ステント留置により保存的に加療し得た2例
4	札幌東徳洲会病院	李 鵬	クローン病腸管切除術における術中内視鏡の有用性
5	岸和田徳洲会病院	南 佑樹	造影CT検査とバルーン内視鏡検査で出血部位を推定できた空腸憩室出血の1例

**【Group B】** 座長：前本先生（札幌東徳洲会病院） 15:10-15:40

(発表4分/質疑応答2分)×5演題

6	神戸徳洲会病院	郡山 隆志	EUSの先端バルーン圧迫にて胆汁漏を回避できたEUS-CDSの一例
7	福岡徳洲会病院	野田 尚吾	噴門側胃切除術後ダブルトラクト再建法患者におけるERCP結石除去を試みた1例
8	名古屋徳洲会総合病院	中村 太亮	消化管ALアミロイドーシスによる腸重積に対して内視鏡治療で改善した一例
9	出雲徳洲会病院	石飛 ひとみ	大腸ステント留置術のダブルバルーン内視鏡、極細径内視鏡の有用性
10	岸和田徳洲会病院	露口 恵理	神戸徳洲会病院内視鏡チームの活動と検査・治療件数の推移

**【Group C】** 座長：井上先生（神戸徳洲会病院） 17:00-17:24

(発表4分/質疑応答2分)×4演題

11	八尾徳洲会総合病院	西村 東人	八尾徳洲会総合病院におけるIBD科設立の経緯とUC初期治療における課題
12	帯広徳洲会病院	大下 まりこ	入院ポリペクと外来ポリペクの違いについて
13	岸和田徳洲会病院	山崎 康臣	特発性食道破裂に対してOver-The-Scope Clip (OTSC) を用いた内視鏡的治療が有用であった1例
14	札幌東徳洲会病院	前本 篤男	より良いTQM胃内視鏡的粘膜下層切開剥離術 (ESD) パスを目指した取り組み

**【Group D】** 座長：前田先生（名古屋徳洲会総合病院） 17:29-17:59

(発表4分/質疑応答2分)×5演題

15	湘南鎌倉総合病院	佐々木 亜希子	除菌後逐年検査で発見された粘膜下層以深浸潤癌の臨床病理学的特徴
16	岸和田徳洲会病院	五味 邦代	胃ESD後潰瘍に対するSide Hole Method (SHM) による縫縮の成績
17	湘南鎌倉総合病院	上石 英希	Under water EMRにより治療したラズベリー様腺窩型胃腫瘍2例の検討
18	湘南鎌倉総合病院	服部 哲也	より安全な内視鏡的粘膜切除術 (Endoscopic Mucosal Resection ; EMR) を目指したスネア開発
19	神戸徳洲会病院	恒木 直人	内視鏡業務の標準化に向けた取り組み ～業務の属人化解消と教育標準化に向けて～

## 注意事項

- ・発表時間4分、質疑応答2分にてお願いします。
- ・発表3分経過後、ベルを1回、4分経過後ベルを2回鳴らします。
- ・プログラムの円滑な進行のため、時間厳守にてご協力をお願いいたします。
- ・会場用意のPCは、Windowsを使用いたしますので、Macにて発表を行う方は変換コネクタをご持参ください。

## A-1 下部消化管出血を契機に診断された回腸神経内分泌腫瘍の一例

研修医

西山光佑 深町俊之

札幌東徳洲会病院 外科・研修

小腸神経内分泌腫瘍（NET）は比較的稀な腫瘍であり、無症候あるいは腹痛や腸閉塞を契機に発見されることが多い。今回、血便を契機に診断に至った回腸NETの1例を経験したため報告する。症例は50歳男性。血便を主訴に前医を受診し、憩室出血疑いで当院紹介となり入院となった。上部消化管内視鏡検査では出血源を認めなかった。下部消化管内視鏡検査にて回腸末端に出血を伴う腫瘍性病変を認め、生検および内視鏡的止血術を施行した。その後再出血を認め、再度内視鏡的止血術を施行した。病理組織学的検査にて神経内分泌腫瘍（NET、G1）と診断された。待機的に腹腔鏡下回盲部切除術（D3郭清）を施行し、術後経過は良好で退院となった。小腸NETは出血を契機に診断されることは比較的稀であり、本症例のように内視鏡的止血を要する場合もある。原因不明の下部消化管出血においては、小腸病変、とりわけ回腸NETの可能性も念頭に置く必要があると考えられた。

## A-2 食物残渣嵌頓による某十二指腸憩室炎から菌血症にいたった一例

研修医

東龍徳 郡山隆志

岸和田徳洲会病院

【症例】78歳女性。

【主訴】心窩部痛、嘔吐。

【現病歴】心窩部痛と嘔吐を認め当院受診。腹部造影CTにて十二指腸と膵頭部の間にairを伴う被包化液貯留を認め、十二指腸憩室炎および穿通の可能性が疑われ入院となった。

【既往歴】高血圧、脂質異常症。

【経過】絶食、PPIにて保存的加療を開始したが、発熱および炎症反応上昇を認め抗菌薬を開始した。画像上液貯留の増大を認めたが、内視鏡検査にて傍乳頭憩室内に食物残渣および膿瘍貯留を認めた。内容物除去により膿瘍の流出を得て、ステント留置を行った。以後症状および炎症反応は速やかに改善し、画像所見も軽快したため退院となった。

【結語】十二指腸傍乳頭憩室炎に対し、内視鏡的ドレナージが有効であった1例を経験したため報告する。

## A-3 EST後穿孔を術中診断しカバード金属ステント留置により保存的に加療し得た2例

専攻医

佐野舞、小泉一也、木村かれん、上石英希、眞一まこも、増田作栄  
湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

症例1：78歳女性。急性胆嚢炎に対し内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージを試み、パピロトームを用いることで胆管挿管は可能であったが、透視上、後腹膜腔にガス像を認めた。手技中にガスは減少傾向であったためESTを施行したところ、後腹膜ガスの増加を認め、穿孔を疑った。穿孔部位が同定できなかったため、胆嚢にステントを留置した後に、穿孔部を覆う目的で胆管内にカバード金属ステント(CMS)を留置した。保存的に加療で退院となった。

症例2：75歳男性。遠位胆管癌の精査目的にERCPを施行した。EST施行後に胆道鏡を挿入し、生検を行った。胆道鏡終了時に乳頭を観察したところ穿孔が確認された。同部位をクリッピングしたが、完全閉鎖の確認が得られなかったためCMSを留置したところ、保存的に改善し退院となった。

考察：EST後穿孔の発生頻度は1%未満とまれとされるが、ひとたび生じると重篤化することもある。今回の2例では特徴的所見に着目することでいずれも内視鏡中に穿孔を認識でき、早期の対応が可能であった。またEST穿孔の場合、穿孔部が明確にわからなくてもCMSで覆うことで穿孔の悪化を防ぐことができる可能性が示唆された。

## A-4 クロウン病腸管切除術における術中内視鏡の有用性

専攻医

李鵬、松永滉平、伊藤貴博、前本篤男  
札幌東徳洲会病院 IBDセンター

【背景・目的】クロウン病の小腸検査は、高度狭窄・瘻孔・癒着により術前の全体評価が困難な場合がある。当センターでは術中内視鏡を施行し、外科医との協議のもと活動性病変の評価と切除ラインの決定を行っている。本研究はその有用性を後ろ向きに検討した。

【方法】2008年4月～2025年1月にクロウン病腸管切除術を施行した184例を対象とした。術中内視鏡は切除予定部近傍から外科医が手動的に挿入し内科医が評価した。

【結果】手術適応は狭窄127例（68.6%）、高度炎症39例（21.2%）などであった。術前に小腸全体の評価が可能であったのは113例（61.4%）にとどまった。術前に全小腸を観察出来なかった症例を中心に83例（45.1%）で術中に全小腸観察を行った。術前検査と術中所見の一致率は157例（85.3%）であったが、27例（14.7%）では新規病変を発見した。術後合併症は33例（17.9%）に認められたが術中内視鏡に起因するものはなかった。全例で活動性病変のない部位で吻合した。

【結論】術中内視鏡は術前評価で見逃された病変の検出を可能とし、適切な切除範囲の決定と炎症のない部位での吻合に貢献する有用な手技である。

## A-5 造影CT検査とバルーン内視鏡検査で出血部位を推定できた空腸憩室出血の1例

専攻医

南佑樹

岸和田徳洲会病院 消化器内科

【症例】54歳男性。【現病歴】血便を3回認め、体動困難となったため救急搬送された。【既往歴】糖尿病、慢性心不全があり、心筋梗塞に対して経皮的冠動脈インターベンション後のため低容量アスピリンを内服している。【経過】来院時、収縮期血圧80mmHg以下で出血性ショックを呈し、血液検査でHb 9.2 g/dLと低下を認めた。腹部造影CT検査では大腸憩室が散在したが、造影剤の血管外漏出像を認めなかった。大腸憩室出血を疑い、輸液および輸血を開始し、アスピリン休薬のうえ入院とした。血圧低値と血便が持続したため、入院2日目にS状結腸内視鏡検査を、入院4日目に上下部消化管内視鏡検査を行ったが出血源を認めなかった。血便が持続し大量輸血を要したため入院5日目に腹部造影CT検査を再検したところ、近位空腸憩室に造影剤の血管外漏出像を認め、小腸出血を疑いバルーン内視鏡検査を施行した。バルーン内視鏡検査で近位空腸に多発憩室を認め、そのうち凝血塊付着を唯一認めた憩室を出血源と推定し、クリップ2個を留置し止血およびマーキングを行った。その後のCT検査で近位空腸の出血部にほぼ一致してクリップが留置されていることを確認した。しかし、入院6日目も血便の持続と貧血進行を認め、外科と協議し手術の方針とした。最終的にマーキング部を含む小腸約50cmを部分切除し、その後再出血なく経過し入院22日目に退院した。【考察】原因不明の血便では、初回の造影CT検査で漏出像を認めなくても、造影CT検査の再検が出血源推定に有用となる場合がある。さらに、画像で推定した部位に対してバルーン内視鏡検査を行い止血およびマーキングを行うことで、外科的止血における切除範囲の最小化や確実な治療方針決定に寄与し得る。本症例は大量出血を来した空腸憩室出血に対し、造影CT検査とバルーン内視鏡検査により出血源が推定でき、手術による止血が可能となった貴重な1例であり報告する。

## B-1 EUSの先端バルーン圧迫にて胆汁漏を回避できたEUS-CDSの一例

医師

郡山 隆志

神戸徳洲会病院 消化器内科

内視鏡超音波ガイド下胆道ドレナージ（EUS-BD）は、悪性胆道閉塞やERCPが不能な患者に対する代替治療法である。EUSガイド下総胆管十二指腸瘻孔形成術（EUS-CDS）はEUS-BDの一種で、これまでの研究では、EUS-CDSにおける胆汁漏の発生率が2.8%、腹膜炎が1.4%と報告されている。一方、EUS胃肝内胆管瘻孔形成術（EUS-HGS）は肝実質による圧迫で胆汁漏を防ぐが、EUS-CDSでは複数の臓器が関与しないため、胆汁漏を防ぐのが難しいとされている。症例は70歳女性、膵頭部癌による閉塞性黄疸にて入院。ERCPは乳頭部の腫瘍浸潤のため失敗し、代替的にEUS-CDSを実施した。超音波内視鏡を使用し十二指腸球部から拡張した総胆管を確認。FNA針で穿刺し、ガイドワイヤーを挿入。バルーンを用い瘻孔を4 mmに拡張。瘻孔拡張後、金属ステント挿入前に胆汁漏れを防ぐため、エコー内視鏡先端のバルーンを膨らませて瘻孔部を圧迫しながら金属ステン（SEMS）を透視下で挿入した。術後CTでは胆汁漏れが確認されず、SEMSが適切に配置されていることが確認された。瘻孔拡張後、金属ステント挿入前に瘻孔部をエコー内視鏡先端のバルーンで圧迫することで、EUS-CDSにおける胆汁漏の合併症を軽減できる可能性がある。

## B-2 噴門側胃切除術後ダブルトラクト再建法患者におけるERCP結石除去を試みた1例

医師

野田 尚吾、松岡 景馬、片山 隼杜、藤村 和弥、八木 裕佳子、福田 容久、仲道 孝次  
福岡徳洲会病院 消化器内科

症例は90代男性。1年前に進行胃癌に対して当院にてロボット支援下噴門側胃切除術を施行され、ダブルトラクト法再建となっていた。3日前に発熱と体動困難で前医搬送となった。血液検査では肝胆道系酵素上昇、閉塞性黄疸があり、腹部造影CTで総胆管結石疑い、肝膿瘍疑いのリング状増強効果を指摘された。ピペラシリン・タゾバクタム4.5g1日3回点滴静注で加療開始された。その後のERCP加療目的に手術元である当院に転院となった。

当院転院時は発熱は改善し、血液検査での肝胆道系酵素上昇や閉塞性黄疸は改善傾向となっていた。食道胃接合部癌などにおいては、臓器温存の考え方から、ダブルトラクト法再建が選択される場合がある。ダブルトラクト法再建でのERCPは挿入ルートに空腸を介するため、通常の側視鏡での挿入は困難となる場合が多い。一方乳頭の向きは通常通りのため、胆管挿管に関しては、バルーン小腸内視鏡よりは、通常の側視鏡の方が望ましい。我々は今回、挿入に一工夫をかけることで側視鏡でのERCPに成功したため、ここに報告する。

## B-3 消化管ALアミロイドーシスによる腸重積に対して内視鏡治療で改善した一例

医師

中村太亮  
名古屋徳洲会総合病院 消化器内科

【背景】アミロイドーシスは、 $\beta$ シート構造を豊富に持つ可溶性のタンパク質が不溶性のアミロイド線維に変化し、全身の諸臓器の細胞外に沈着し、臓器や器官の機能障害を引き起こす疾患群である。本症例は、消化管ALアミロイドーシスによる腸重積に対して内視鏡治療で改善した症例を経験したため報告する。

【症例】症例は86歳女性であり、血便を主訴に救急搬送された。造影CT検査でS状結腸の重積所見を認めた。下部消化管内視鏡検査では重積先端部が内圧上昇による内出血やうっ血所見とともに高度な浮腫を伴っていた。腸閉塞や再重積のリスクが高いと判断し、整復後に減圧や再発予防のために経肛門的腸管減圧チューブを留置した。その後、腸閉塞や再重積の所見は認めず、自覚症状も改善した。入院5日目にチューブを抜去した。病変に対して行った生検の病理診断はamyloid軽鎖( $\kappa > \lambda$ )、amyloid A(-)、prealbumin(-)を示しAL型アミロイドーシスの診断であった。経過中に腸管壊死や腸管穿孔等の合併症はなく、退院後も腸重積の再発を認めていない。

【考察】本症例は高齢でADLが低下した患者であったことに加え穿孔所見も無かったため、外科手術と比べ侵襲度が低い内視鏡治療を第一に選択した。結果として保存的にアミロイドーシスによる腸重積の整復に成功しており有効な治療法になりうる。

【結語】消化管ALアミロイドーシスによる腸重積に対して内視鏡治療で改善した症例を経験した。

**B-4** ダブルバルーン内視鏡と極細径内視鏡の併用による大腸ステント留置の工夫

医師

石飛ひとみ、結城美佳、文田昌平、江角 隼、宋本暁承、新垣昌利、駒澤慶憲  
出雲徳洲会病院 消化器内科

内視鏡的消化管ステント留置術は悪性消化管狭窄に対する姑息的治療法の一つである。我々は大腸ステント留置時にダブルバルーン内視鏡（以下DBE）、極細径内視鏡（以下UTI）を併用することにより

（1）挿入困難回避および時間の短縮（2）狭窄部突破を目指した工夫を行っている。大腸ステント留置術においては十分な前処置ができないことが多く、悪条件下での内視鏡挿入は病巣までの到達に難渋することも経験する。DBEであれば、適宜オーバーチューブを利用し消化管を短縮しながら確実な深部挿入が可能である。また、ステント留置が必要な狭窄においては、通常径内視鏡では狭窄部を突破できないことも多く経験する。ガイドワイヤー留置も透視像を頼りに探らざるを得ず、また、病巣の口側腸管の評価も不十分となり閉塞性腸炎の有無や腫瘍の広がりを見誤る可能性もある。UTIで狭窄を突破することで、ガイドワイヤーの確実な留置が可能となり、また、病変の正確な把握も可能となる。これらの特性を組み合わせたステント留置の工夫について、当日は症例を提示しながら実際の留置方法やコツについて報告する。

**B-5** 神戸徳洲会病院内視鏡チームの活動と検査・治療件数の推移

医師

露口恵理

岸和田徳洲会病院

神戸徳洲会病院に赴任して2年間が経った。この間、内視鏡チームの体制整備と診療の質向上を目的に様々な取り組みを行ってきた。本発表では、当院内視鏡チームの取り組み内容とともに、内視鏡検査および治療件数の推移について報告する。

## C-1 八尾徳洲会総合病院におけるIBD科設立の経緯とUC初期治療における課題

医師

西村 東人

八尾徳洲会総合病院 消化器内科・炎症性腸疾患科

2025年1月、八尾徳洲会総合病院にIBD科を設立した。2021年に34名であったUC受診患者総数は、2025年には97名にまで増加した。特に常勤医として赴任した2025年には、院内外より計31例のUC新規患者の紹介を受けた。これら新規症例における5-ASA不耐率は64.5%（20/31例）に達した。紹介患者の多くが5-ASA投与によるコントロール不良例であり、多種多様な分子標的薬が登場した今日においても、UC診療の要諦は初期治療の適切な判断にあることを再認識した。

UC患者30万人時代を迎え、徳洲会グループ内においても①消化器内科医のIBD診療能力の底上げ、②専門医の養成、③消化器内科とIBD科の緊密な連携、は急務である。消化器一般診療が多様化する中で、地域に密着したIBD専門科のニーズは高まっている。今後、IBD診療に志を持つ若手医師を育成する体制を構築し、地域医療に貢献したい。

## C-2 入院ポリペクと外来ポリペクの違いについて

コメディカル

大下 まりこ

帯広徳洲会病院 内視鏡技師

1、はじめに 当院の消化器内視鏡は、全症例をグループ内の応援体制の下、検査・処置・治療を行なっている。

その中、大腸ポリペクは全症例予約入院で行なっている。理由として、常勤の消化器内科医が不在のため緊急対応不可、ベッド調整困難、人員不足などが挙げられる。

しかし、時代背景や患者のニーズによっては、日帰りポリペクも検討しなければならない。偶発症や合併症に対しての体制の整備、入外院ポリペクのコスト算定の違いについて比較検討が必要と考える。

2、目的 病院側・患者側による、入外院ポリペクのメリットデメリットを抽出し、今後院内全体で検討していく。

3、方法 直近1年間の大腸ポリペク後の偶発症・合併症が発生した件数を出す。

入外院時ポリペクコスト算定の詳細を医事課に確認する。

4、結果 合併症発生件数は313件中2件と0.64%となった。いずれもポリペク後出血で消化器内視鏡医在中の翌日に止血術を施行し無事退院となっている。入院時の算定についてはDPC（診断群分類包括評価）によって、一日あたりの定額で医療費の計算をされるため、入院基本料・投薬・注射・検査・処置の一部は包括評価になるが、ポリペクは手術項目にあたり出来高計算となる。その反面、一回の手術での臓器加算は1と決められており、ポリペクにおいての最大3臓器加算（1臓器につき860点）は加算対象外となる。一方、外来でのポリペクでは手技料・使用した薬剤・臓器数などもそのまま算定可能となる。ただ、入院基本料が算定されない分、合計点数は入院ポリペクの方が高い。

5、考察 全症例を入院ポリペクで行う体制は、患者の時間制限や、金銭的負担を強いる事になり患者離れが懸念される。ハイリスク症例を選別し、それ以外は外来ポリペクを検討しても良い。一方で、コストコ算定では外来ポリペクだと一見あたりの単価が下がるため、回転率を考慮しなければならない。それには、病院全体の体制の構築が必須となる。

6、終わりに 時代背景、安全な医療の提供、保険制度改革、医師不足、患者のニーズ、病院の経営など様々な課題を考慮し、システムは随時更新していくべきだと考える。

### C-3 特発性食道破裂に対してOver-The-Scope Clip (OTSC) を用いた内視鏡的治療が有用であった1例

医師

山崎康臣、共同演者： 篝 健司、竹谷 利加、田中 宏典、郡山 隆志、小山 忠宣、森田 拓  
岸和田徳洲会病院 消化器内科

【症例】40歳代男性。

【主訴】胸部絞扼感、背部痛、呼吸苦。

【既往歴】くも膜下出血、髄液漏術後、糖尿病、逆流性食道炎。

【現病歴】搬送当日に友人とバーベキューをしていた際に複数回嘔吐した。その後より胸部絞扼感、背部痛、呼吸苦が出現し、前医へ救急搬送された。特発性食道破裂の診断で当院へ紹介搬送となった。

【経過】絶食、NGチューブ留置、MEPMによる保存的加療の方針とした。同日、NGチューブ留置目的に経鼻内視鏡を施行し、切歯30cmに穿孔部位を認めた。経口内視鏡に変更し、OTSCにて同部位を縫縮した。造影剤を流し明らかな漏出がないことを確認後、W-EDチューブを留置して処置終了とした。第4病日より半消化態流動食を開始した。第9病日に上部内視鏡検査および胸腹部単純CTを施行し、縫縮部に明らかな瘻孔はなく、造影剤を流しても明らかな漏出を認めなかった。第10病日より流動食を開始し、徐々に食上げを行った。第13病日、第17病日にフォローの胸腹部単純CTを施行したが明らかな異常所見は認めず、第18病日にPPI加療継続のうゑで自宅退院となった。

【考察】今回特発性食道破裂に対してOTSCを用いて治療し得た1例を経験したため報告する。

### C-4 より良いTQM胃内視鏡的粘膜下層切開剥離術 (ESD) パスを目指した取り組み

医師

前本篤男1)、赤松直樹2)、東靖広3)、田畑梨紗4)、新田康晴5)

1) 札幌東徳洲会病院IBDセンター、2) 徳洲会インフォメーションシステム、3) 湘南藤沢徳洲会病院QIセンター事務局、4) 湘南藤沢徳洲会病院看護部、5) 岸和田徳洲会病院内科

札幌東徳洲会病院 IBDセンター

質の高い医療の実現と診療標準化を目指しTQM (Total Quality Management) 胃ESDパス開始されて8年が経過した。2018年5月から2026年2月までにレセプトデータ解析で内視鏡的胃十二指腸ポリープ切除術 (レセプト) を行った37施設のうちTQM胃ESDパスは17施設 (45.9%) で施行され、パス適応率は62.4% (TQMパス2869/適応症例4598)、アウトカム達成率は86.7% (達成109,120/アウトカム125,923) であった。アウトカム以外の検査や点滴等は施設によって変更は認められているため差異を検討した。またアウトカム自体も必要性を再検討し、より重要なものを単純化し評価しやすくなるように変更し、2025年から順次変更の手続きを行っている。今後も解析をすすめ更に良い標準パスになるよう修正していきたい。

## D-1 除菌後逐年検査で発見された粘膜下層以深浸潤癌の臨床病理学的特徴

医師

佐々木亜希子, 柴康平, 斉藤力, 服部哲也, 長山未来, 隅田ちひろ  
湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

【目的】除菌後逐年検査で発見される粘膜下層以深の浸潤癌と粘膜内癌の臨床病理学的特徴を比較する。  
 【対象】本研究はピロリ陰性時代の胃癌に関する研究会参加施設による多施設共同研究である。2001年1月から2022年12月までに研究参加18施設で診断した除菌後胃癌のうち、逐年検査下で発見された粘膜下層以深の浸潤癌を手術例も含めて対象とし、同時期の粘膜内癌を比較対象として解析を行った。  
 【結果】逐年検査下で診断された浸潤癌は116例、粘膜内癌は189例であった。浸潤癌では除菌理由が胃癌治療後（30.2% vs 11.1%,  $p < 0.01$ ）、除菌後10年未満が有意に多かった（87.9% vs 74.6%,  $p < 0.01$ ）。地図状発赤が少なく（35.3% vs 86.2%,  $p < 0.01$ ）、U領域に多くみられた（33.6% vs 13.2%,  $p < 0.01$ ）。組織型は純粹未分化型（13.8% vs 4.8%）と組織混合型（38.0% vs 7.4%）が有意に多くみられた（ $p < 0.01$ ）。多変量解析では除菌理由胃癌（Odds ratio(OR) 2.4, 95%CI 1.1-5.2）、地図状発赤なし（OR12.2, 95%CI 6.28-23.8）、U領域（OR 2.9, 95%CI 1.4-5.8）が抽出され、除菌後10年未満も関連する傾向があった。  
 【結論】除菌後逐年検査下の浸潤癌は、除菌理由胃癌、地図状発赤が少ない、U領域に多いという特徴がみられ、除菌後内視鏡検査時に留意すべき特徴と考えられた。本研究は2025年1月にDENに受理された(Dig Endosc. 2026 Jan;38(1).)。

## D-2 胃ESD後潰瘍に対するSide Hole Method (SHM) による縫縮の成績

医師

五味 邦代  
岸和田徳洲会病院 消化器内科

【目的】近年胃ESD後出血予防に潰瘍底縫縮が有効との報告も散見される。縫縮法としてSide Hole Method (SHM) を採用し有用性を検討した。  
 【方法】2024年11月～2025年6月に胃ESD後にSHMにより潰瘍底縫縮を施行した連続30病変（平均年齢76歳、男性83.3%）を後方視的に解析した。縫縮は1名の内視鏡指導医が施行し、ESD当日よりボノプラザン20mg内服、術翌日にEGD、術後4日に腹部X線で評価した。  
 【結果】BEST-J score中央値1点(0-6)、3点以上は26.7%、後出血率6.7%であり、後出血2例のBEST-J scoreは3点、5点であった。縫縮成功率は96.6%、翌日の完全縫縮率は93.1%、POD4の完全縫縮率は75.0%であった。縫縮時間中央値は21.5分(10-54)、使用したクリップ本数の中央値は16.5本(9-28)であった。前庭部小弯の縫縮は難易度が高く、縫縮時間中央値は35分(24-90)であった。  
 【考察】ROLMは縫縮成功率100%、縫縮時間35.6分、翌日のX線での完全縫縮率は100%と報告されている。SHMの縫縮成功率はやや劣るものの縫縮時間は短く、許容される縫縮法であると考えた。本法の利点は特別な器具を必要とせず、他の縫縮法と比較し安価な点である。少数例の成績であり縫縮による後出血予防効果については今後検討予定である。

## D-3 Under water EMRにより治療したラズベリー様腺窩型胃腫瘍2例の検討

医師

上石英希、佐々木亜希子、服部哲也、長山未来、西野敬祥、市田親正  
 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

【背景】ラズベリー型腺窩上皮型腫瘍は、多くが粘膜内に留まり、治療法として主にEMRやESDが選択されている。今回本疾患をuEMRにより治療した病変について、EMR・ESDを施行した病変との臨床病理学的な比較を行った。

【症例】2020年から2026年に自施設で治療した5例を対象とした。uEMRが2例、EMR・ESDが3例であった。男性4名で、4例（80%）がU領域、3例（60%）が大彎、全例が前壁にみられた。治療時間はuEMRで11.5分に対し、EMRは36.5分、ESDは30分と、uEMRで短い傾向にあった。断端はuEMRとESDで陰性に対し、EMRでは1例が焼灼の影響で断端不明瞭、1例は分割切除となった。5例とも後出血や穿孔はみられなかった。

【考察】大腸ポリープではあるが多施設ランダム化比較試験において、uEMRはEMRよりも高い一括及び断端陰性切除割合を示した論文が報告されている。ラズベリー様腺窩上皮型腫瘍に対するuEMRによる治療は、EMR、ESDと比較して検査時間が短く、臨床経過や病理組織学的評価について遜色がなかった。EMRで難しい水平断端の確保の点、ESDで難しい水没条件となりやすいU領域大彎前壁に好発する点からも、uEMRは本疾患の治療に適していると考えられた。

## D-4 より安全な内視鏡的粘膜切除術（Endoscopic Mucosal Resection ; EMR）を目指したスネア開発

医師

服部哲也、佐々木亜希子、長山未来、隅田ちひろ  
 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

【目的】消化管腫瘍に対するEMRには重大な合併症として消化管穿孔があり、頻度は約1-3%とされる。穿孔を予防しより安全なEMRを目指して、スネアでの筋層把持の有無を視覚化することを目的とし、横浜国立大学との連携研究を開始した。

【対象と方法】基礎研究として、スネアによる硬さの違いの視覚化が可能かを国大チームを中心に開始した。通電対応のスネアを利用し、対象は硬度を調整したグミと市販の生肉（赤身と脂肪部分）とした。スネアに力触覚伝達システムを連動させ、検体（生肉とグミ）を通電させない状態のスネアで把持→切除する動作を行い、硬さの違いを可視化する方法で検証を行なった。

【結果】生肉では脂肪成分の方が柔らかいと想定されたが、検者間で差が生じた。一方でグミでは硬度が増すごとに切れにくく、必要握力も増すことが分かった。また握る時間が長いほど徐々に切れ込みが深くなり、切れやすさと握る時間が関連すると考えた。

【展望】今後は粘膜下層と筋層のモデルを使用した硬さの違いが評価可能か検証する。更に手術検体を用いた実験を予定している。将来的には徳洲会消化器部会の各御施設にご協力頂き、症例を集めた多施設研究から実用化に近づけたい。

## D-5 内視鏡業務の標準化に向けた取り組み～業務の属人化解消と教育標準化に向けて～

コメディカル

恒木 直人

神戸徳洲会病院 臨床工学科

## 【背景・目的】

当院臨床工学科では、内視鏡業務が特定スタッフに依存する属人化が課題であり、休暇取得の必要性の高まりから業務標準化が求められていた。今回、業務の可視化と標準化の有効性を検討した。

## 【方法】

内視鏡業務を文章および動画で可視化し、動作レベルまで分解したマニュアルを作成した。これを用いて内視鏡経験1年以下のスタッフ2名に対し8か月間の教育を実施し、独自の5段階スキル評価により教育前後の習熟度を比較した。

## 【結果】

マニュアル活用により業務は3名で分担可能となり、両名ともスキル評価が向上し多くの業務で独り立ちが可能となった。これにより業務継続性が向上し、男性スタッフの育児休暇取得が実現した。

## 【考察】

マニュアル化により手順や注意点が明確化され、業務の統一化と教育の再現性が確保された。これにより柔軟な人員体制の構築が可能となり、今後の効率的な人材育成にも寄与すると考えられる。一方で、テクニカルスキルやトラブル対応の標準化には課題が残る。

## 【結語】

内視鏡業務の可視化とマニュアル整備により属人化の解消と標準化が進み、柔軟な業務体制の構築が可能となったが、今後はさらなる改善が必要である。

## ラジオ番組「トク徳元気！スタジオ」

出雲徳洲会病院では、お耳のサブリになるような「プチ情報」をラジオにて地域へ発信しています。

当院ホームページ[\[トク徳元気！スタジオ！\]](#)からぜひ聞いてみてください。

クスッと笑える話がきっとあります



【島根県出雲市（定番）観光スポット】



出雲大社(いづもおおやしろ)



日御碕灯台



沖御前神社

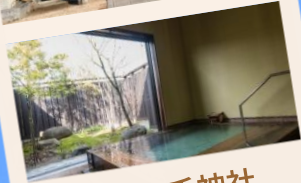


島根ワイナリー

【近隣観光スポット】



上:出西齋  
下:木綿街道



上:万九千神社  
下:湯の川温泉



おすすめ  
スポット

【地元グルメ】



【お取り寄せグルメ】



出雲徳洲会病院から車で15分圏内!!

