



The 33rd Annual Meeting of the Japan Society of Colon Examination, Kyushu Branch

"One Team" で挑む大腸検査の未来

MIYAZAKI 2026

第33回

日本大腸検査学会 九州支部会

プログラム・抄録集

2026年8月29日(土)

会場 宮崎大学医学部総合教育研究棟

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原5200

会長 河上 洋 宮崎大学医学部
内科学講座消化器内科学分野 教授

第 33 回日本大腸検査学会九州支部会 プログラム・抄録集

会長：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座消化器内科学分野 教授）

会期：2026 年 8 月 29 日（土）

会場：宮崎大学医学部総合教育研究棟（宮崎県宮崎市清武町木原 5200）

会長挨拶



第 33 回日本大腸検査学会九州支部会

会長：河上 洋

(宮崎大学医学部内科学講座消化器内科学分野 教授)

この度、第 33 回日本大腸検査学会九州支部会会長を拝命いたしました。大変光栄に存じますとともに、ご推薦いただきました九州支部役員の先生方に厚く御礼申し上げます。

本学会は 2026 年 8 月 29 日（土）に、宮崎市の宮崎大学医学部総合研究棟にて開催いたします。テーマは「“One Team”で挑む大腸検査の未来」といたしました。本学会の特徴である、医師とメディカルスタッフが大腸検査を共通のテーマとして、互いの立場や専門性を尊重しながら活発に議論する場を大切に、「One Team」でより安全で質の高い大腸検査・治療の未来を切り拓く機会となることを目指しております。

特別講演として、日本大腸検査学会理事長であります斎藤豊先生にご講演を賜る予定です。またシンポジウムや一般演題では、大腸内視鏡診療のさらなる発展を目指し、検査手技や前処置の工夫、新しい内視鏡治療、炎症性腸疾患の診療、さらにはメディカルスタッフの皆様からの検査・治療に関する実践的な取り組みなど、幅広いテーマを募集しております。多職種が一体となって議論を深め、丸一日大腸検査について存分に考える場となれば幸いです。

開催地である宮崎は、温暖な気候と豊かな自然に恵まれた土地であり、美味しい食材にも恵まれております。新鮮な刺身をはじめとする魚料理、香ばしい地鶏料理、名物のチキン南蛮、そして日本一とも称される宮崎牛など、多彩な宮崎グルメを楽しむことができます。学会で大腸検査について大いに議論を深めていただいた後は、ぜひ宮崎の食や自然にも触れていただき、心身ともに充実した時間をお過ごしいただければ幸いです。

参加者へのご案内

1. 会場について

今回は宮崎大学医学部の篠懸ホール（臨床講義室 205）と総合教育研究棟 1F プレゼンテーションホールを使用します。

※一般演題／スポンサードセミナー／理事長講演…篠懸ホール（臨床講義室 205）

※受付／クローク／ランチョンセミナー…総合教育研究棟 1F ロビー／プレゼンテーションホール

2. 参加費について

医 師	3,000 円
メディカルスタッフ	1,000 円
学 生	無 料

本部会は現地開催のみといたします。ライブ配信、オンデマンド配信はございません。

参加受付は宮崎大学医学部総合教育研究棟 1 階のラウンジにて午前 9 時 00 分より行います。

参加費として、医師 3,000 円、メディカルスタッフ 1,000 円を現金でお支払いいただき、ネームカードをお受け取りください。

なお、学生の方は無料といたします（学生証を提示ください）。

参加証明書には、所属・氏名をご記入のうえ、会場内にてご着用ください。再発行はいたしかねますので、紛失などには十分にご注意ください。

本部会は、クールビズを推奨しております。ノーネクタイでお越しください。

3. 抄録集について

本部会の参加者へは開催当日に配布いたします。

演者・座長の方には、8 月中旬頃に運営事務局よりメール（PDF）にて送付いたします。

本部会ホームページにも 8 月中旬頃に掲載いたします。

4. クローク

日 時：2026 年 8 月 29 日（土）9:00 ～ 15:30

会 場：宮崎大学医学部総合教育研究棟 1 階 ラウンジ

5. 関連会議のご案内

＜幹事会＞

日 時：2026 年 8 月 28 日（金）18:00 ～ 18:30

会 場：ニューウェルシティ宮崎 2F 松の間

＜評議員会＞

日 時：2026 年 8 月 29 日（土）11:35 ～ 11:50

会 場：宮崎大学医学部 篠懸ホール（臨床講義室 205）

司会・座長・演者へのご案内

1. 司会・座長の先生方へ

座長の先生は、担当セッションの開始 10 分前までに、各プログラム会場の次座長席にお着きください。
セッションのスムーズな進行にご協力をお願いいたします。

2. 一般演題の演者の先生方へ

【ご発表について】

- ・発表時間：一人 8 分（発表 5 分：質疑応答 3 分）
- ・スライドの枚数は、発表時間内に提示できる範囲であれば制限はありません。
- ・発表終了の 1 分前にチンベル 1 回、終了時間にチンベル 2 回でお知らせいたします。
- ・発表データは USB フラッシュメモリーにてご準備ください。
- ・発表データは PowerPoint 2019 以上で作成してください。
- ・本例会でご用意する PC の OS は Windows11 です。
 - ※Mac で作成されたデータは、Windows にて展開いたしますので、必ず事前に Windows PC で確認の上ご持参ください。（または PC（Mac）本体をお持ち込みください）
 - ※動画の使用は可能ですが、埋め込み動画は Windows Media Player（標準コーデック）で再生可能なデータでご準備ください。（念のため PC 本体をお持ち込みください）
- ・発表のスライドサイズは、16：9（ワイドサイズ）を推奨いたします。
- ・文字化けやレイアウトのずれを防ぐため、Windows 標準フォント（MS 明朝、MSP 明朝、MS ゴシック、MSP ゴシック等）をご使用ください。
- ・発表者ツールはご使用いただけません。原稿が必要な場合はご自身で事前にご用意の上、必ず持参してください。
- ・必ず事前に最新のウイルスチェックをしてください。
- ・発表の 15 分前までに次演者にご着席ください。

< PC ご持参の方へ >

- ・PC 付属の AC アダプターを必ずご持参ください。
- ・会場で用意する PC ケーブルコネクターの形状は HDMI です。この形状に合った PC をご用意ください。変換コネクターが必要な場合は必ずご自身でご用意ください。
- ・Mac など、USB-C タイプを使用するパソコンの場合、交換アダプターの使用が必要になりますので、必ずご自身の使用されている USB-C → HDMI 交換アダプターを一緒にお持ちください。
- ・発表の妨げとなりますので、スクリーンセーバー、省電力モード、パスワード設定は解除しておいてください。
- ・PC トラブルに備えて、USB フラッシュメモリーでバックアップをご用意ください。

日 程 表

講演会場 1		講演会場 2	
篠懸ホール（臨床講義室 205）		総合教育研究棟 1F プレゼンテーションホール	
9:00		受付開始	
9:30	9:25～9:30 開会式		
10:00	9:30～10:02 一般演題（医師の部Ⅰ） O1-1～O1-4 座長：大仁田 賢（井上病院 消化器内科）		
10:30	10:02～10:26 一般演題（医師メディカルスタッフの部） O2-1～O2-3 座長：鈴木 翔（宮崎大学医学部内科学講座消化器内科学分野）		
11:00	休憩（19分）		
11:30	10:45～11:35 理事長講演 「大腸がん死亡率低下への道筋—大腸検査学会の将来展望—」 講師：斎藤 豊 （国立がん研究センター中央病院 内視鏡センター長・内視鏡科科長） 司会：河上 洋 （宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授） 共催：オリンパスマーケティング株式会社		
12:00	11:35～11:50 評議員会 休憩（10分）		
12:30		12:00～12:50 ランチョンセミナー 「潰瘍性大腸炎サーベイランス内視鏡の最前線—粘膜治癒評価から発癌診断へ—」 講師：岡 志郎（広島大学大学院医系科学研究科 消化器内科学 教授） 司会：櫻井 宏一（医療法人社団魁正会 服部胃腸科 理事長／院長） 共催：ヤンセンファーマ株式会社	
13:00	休憩（30分）		
13:30	13:20～13:52 一般演題（医師の部Ⅱ） O3-1～O3-4 座長：金城 徹（琉球大学病院 光学医療診療部）		
14:00	休憩（8分）		
14:30	14:00～14:50 スポンサーセミナー 「大腸内視鏡前処置のキホン」 講師：佐藤 貴幸（土別市立病院 内視鏡センター） 「大腸腫瘍に対する Underwater ESD における視野維持の工夫—腸管洗浄と止血戦略—」 講師：小田島慎也（帝京大学医学部 内科学講座） 司会：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野） 共催：EA ファーマ株式会社		
15:00	14:50～15:00 閉会式		

交通案内

◎会場へのアクセス

【バス】

1) 「宮崎駅前バスセンター」、「宮交シティ（南宮崎駅最寄り）」発、
「大学病院」下車

- ①宮崎交通バス 811 番線「木花台方面宮崎大学・大学病院」行
・「宮崎駅前バスセンター」より約 45 分 680 円
・「宮交シティ（南宮崎駅最寄り）」より約 30 分 560 円
宮崎駅前バスセンター～デパート前～宮交シティ（17・18 番乗り場）～国富小～木花～木花台入口～大学病院

- ②宮崎交通バス 822 番線「まなび野方面宮崎大学・大学病院」行
・「宮崎駅前バスセンター」より約 45 分 550 円
・「宮交シティ（南宮崎駅最寄り）」より約 30 分 430 円
宮崎駅前バスセンター～デパート前～宮交シティ（17・18 番乗り場）～県立看護大学～清武総合支所前～技術センター前～上木原～大学病院

- ③宮崎交通バス 832 番線「清武方面宮崎大学・大学病院」行
・「宮崎駅前バスセンター」より約 35 分 550 円
・「宮交シティ（南宮崎駅最寄り）」より約 25 分 430 円
宮崎駅前バスセンター～デパート前～宮交シティ（17・18 番乗り場）～産経大入口～清武駅前～技術センター前～黒坂観音前～大学病院

2) 「清武総合支所前（清武駅最寄り）」発、「大学病院」下車
＊お勤めしません

- ①宮崎交通バス「清武総合支所前」バス停より 621 番線「まなび野方面宮崎大学・大学病院」行、631 番線「清武方面宮崎大学・大学病院」行
・清武駅より清武総合支所（徒歩約 6 分）へ移動し乗車。
・「清武総合支所前」より約 10 分 190 円

【JR】

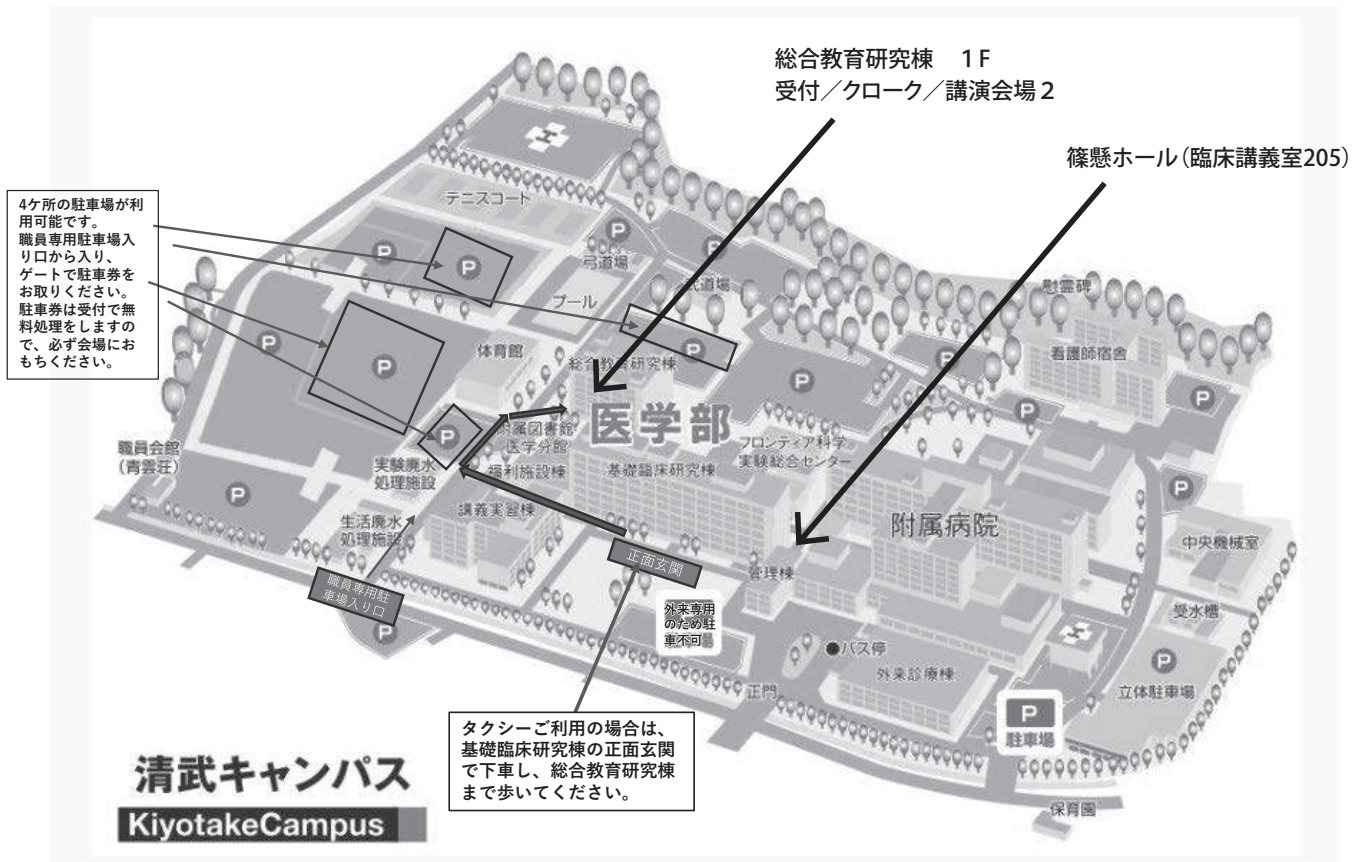
・宮崎駅、南宮崎駅、清武駅で下車後、バスをご利用の際は、【バス】欄をご参照ください。

【タクシー】

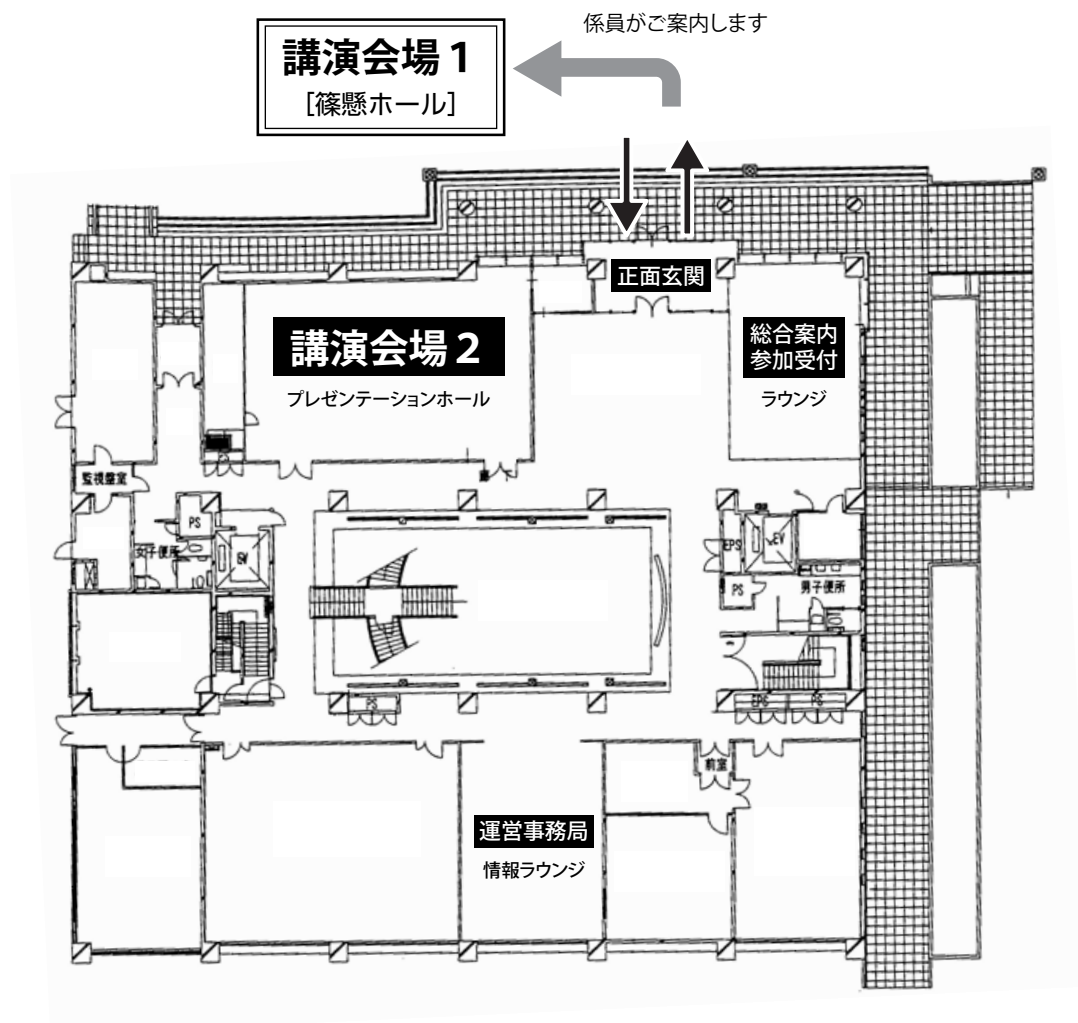
- ・宮崎空港から：約 20 分 2,000 ～ 2,500 円程度
- ・JR 宮崎駅から：約 35 分 3,000 ～ 3,600 円程度
- ・JR 南宮崎駅から：約 25 分 2,200 ～ 2,800 円程度
- ・JR 清武駅から：約 10 分 1,000 ～ 1,300 円程度



会場案内図



総合教育研究棟1階



プログラム

講演会場 1 (篠懸ホール (臨床講義室 205))

開会式

(9:25 ~ 9:30)

会長：河上 洋 (宮崎大学医学部内科学講座消化器内科学分野 教授)

一般演題 1 医師の部 I

(9:30 ~ 10:02)

座長：大仁田 賢 (井上病院 消化器内科)

O1-1 大学病院における CT colonography 運用の現状と有用症例の検討

九州大学 放射線科 鶴丸 大介

O1-2 当院における大腸悪性狭窄に対する Covered Stent の有効性・安全性の検討

大分大学医学部附属病院 消化器内科 福田 健介

O1-3 レミマゾラムを安全に使用するための対策

戸畑共立病院 土井 鴻弥

O1-4 クロウン病のストーマ造設症例における、空置腸管サーベイランスの現状と課題

福岡大学病院 消化器内科 能丸 遼平

一般演題 2 医師・メディカルスタッフの部

(10:02 ~ 10:26)

座長：鈴木 翔 (宮崎大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

O2-1 当院における消化器内視鏡でのレミマゾラム使用経験～早期離床の実現と客観的指標を用いた安全評価の試み～

服部胃腸科 西山貴美子

O2-2 大腸ポリープ切除術後出血に対し、抗血栓薬休薬後に発症した脳梗塞の一例

琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター 山城 侑也

O2-3 大腸 ESD における安全な鎮静・覚醒管理体制の構築～内視鏡室と病棟の連携および客観的指標の活用～

宮崎大学医学部附属病院 金丸明日香

理事長講演

(10:45～11:35)

司会：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授）

大腸がん死亡率低下への道筋 - 大腸検査学会の将来展望 -

講師：斎藤 豊（国立がん研究センター中央病院 内視鏡センター長・内視鏡科科長）

共催：オリンパスマーケティング株式会社

評議員会

(11:35～11:50)

一般演題3 医師の部Ⅱ

(13:20～13:52)

座長：金城 徹（琉球大学病院 光学医療診療部）

O3-1 90歳以上の超高齢者に対するレミマゾラムによる下部消化管内視鏡鎮静の安全性と有効性

佐賀県医療センター好生館 消化器内科 富永 直之

O3-2 大腸内視鏡の前処置が誘因と考えられた虚血性大腸炎の2例

春回会井上病院 大仁田 賢

O3-3 急性大腸炎を契機に発見されたびまん性黄色腫の1例

宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 幸島 悠佳

O3-4 人工肛門上に生じたIs型ポリープに対して把持鉗子による牽引を併用して内視鏡的切除を行なった1例

宮崎大学医学部附属病院 消化器内科 坂元 一樹

スポンサードセミナー

(14:00～14:50)

司会：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授）

SS-1 大腸内視鏡前処置のキホン

講師：佐藤 貴幸（土別市立病院 内視鏡センター 内視鏡技術科科長）

SS-2 大腸腫瘍に対する Underwater ESD における視野維持の工夫 — 腸管洗浄と止血戦略 —

講師：小田島 慎也（帝京大学医学部 内科学講座 教授）

共催：EA ファーマ株式会社

閉会式

(14:50～15:00)

会長：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座消化器内科学分野 教授）

講演会場 2（総合教育研究棟 1F プレゼンテーションホール）

ランチョンセミナー

(12:00～12:50)

司会：櫻井 宏一（医療法人社団魁正会 服部胃腸科 理事長 / 院長）

LS 潰瘍性大腸炎サーベイランス内視鏡の最前線 ～粘膜治癒評価から発癌診断へ～

講師：岡 志郎（広島大学大学院医系科学研究科 消化器内科学 教授）

共催：ヤンセンファーマ株式会社

抄 録

理事長講演.....	13
ランチョンセミナー.....	14
スポンサードセミナー.....	15
一般演題 1	17
一般演題 2	21
一般演題 3	24

大腸がん死亡率低下への道筋 - 大腸検査学会の将来展望 -

司会：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授）

講師：斎藤 豊（国立がん研究センター中央病院 内視鏡センター長・内視鏡科科長）

共催：オリンパスマーケティング株式会社

大腸がん死亡率低下の実現に向け、本講演では大腸内視鏡学の歴史的ブレイクスルーから最新の臨床応用、そして大腸検査学会の今後の展望について述べる。

まず、大腸内視鏡学における工藤進英教授の多大なる功績を振り返る。従来の常識を覆した陥凹型大腸癌（IIc）の発見は、早期大腸癌診断にパラダイムシフトをもたらした。その後、拡大内視鏡の開発と Pit Pattern 分類の構築、LST 分類の提唱により、腫瘍の鑑別・深達度診断および治療方針の決定が世界的に標準化された。

また、大腸 EMR の啓発による低侵襲治療の確立は、患者の QOL 向上に大きく寄与した。さらに、超拡大内視鏡を用いた細胞レベルの観察や大腸 AI「EndoBRAIN」の開発、陥凹型大腸癌の遺伝子異常の解明など、精密医療（Precision Medicine）に向けた次世代への展開は留まるところを知らない。

こうした軌跡を礎に、国立がん研究センターからは Pit Pattern 分類の臨床的発展（Invasive pattern の提唱）、LST 分類に基づく SM 浸潤様式の解明、JNET 分類の提唱などを発信し、WEO 等を通じた国際的コンセンサス構築に貢献してきた。

さらに AI 技術（CADe/CADx/ESD AI）の進化や、腸内細菌（コリバクチン）と発癌の関連研究など新たな領域も切り拓かれている。

一方で現在の大腸癌検診は、便潜血検査や精密検査（全大腸内視鏡）の受診率低迷という喫緊の課題を抱える。

大腸検査学会の新理事長として、AI 等の最新技術や新たな非侵襲的検査の導入、多職種連携と市民啓発を通じた受診率向上、全国的な検査の質の均て化、若手育成に尽力していきたい。「大腸癌死亡をゼロにする」という使命を当学会の最大の使命として継承・発展させ、共にその実現を目指したい。

潰瘍性大腸炎サーベイランス内視鏡の最前線 ～粘膜治癒評価から発癌診断へ～

司会：櫻井 宏一（医療法人社団魁正会 服部胃腸科 理事長 / 院長）

講師：岡 志郎（広島大学大学院医系科学研究科 消化器内科学）

共催：ヤンセンファーマ株式会社

潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis: UC）診療において、近年は単なる症状改善のみならず、“粘膜治癒（mucosal healing）”を重要な治療目標とする時代へと移行している。さらに近年では、内視鏡的寛解のみならず組織学的治癒（histological healing）が再燃抑制や長期予後改善、さらには UC 関連腫瘍（UC-associated neoplasia）発生リスク低減とも関連することが報告され、より精緻な炎症評価の重要性が高まっている。

UC 関連腫瘍は慢性炎症を背景に発生し、平坦あるいは境界不明瞭な形態を呈することが少なくないため、早期診断には高度な内視鏡診断能力が求められる。近年、拡大内視鏡観察や画像強調観察（image-enhanced endoscopy: IEE）の進歩により、pit pattern や微細血管構造を含めた詳細な粘膜評価が可能となり、組織学的炎症や腫瘍性変化との関連について多くのエビデンスが蓄積されつつある。また、従来のランダム生検主体のサーベイランスから、ターゲット生検主体への移行も進んでいる。

さらに近年のガイドラインでは、罹病期間、炎症範囲、PSC 合併、家族歴、既往 dysplasia などに基づくリスク層別化を行い、患者ごとにサーベイランス間隔を個別化する戦略が推奨されている。本講演では、UC における粘膜治癒・組織学的治癒の意義、拡大観察・IEE の最新エビデンス、適切なサーベイランス間隔の考え方、さらに UC 関連腫瘍の早期発見に向けた内視鏡診断戦略について概説する。

大腸内視鏡前処置のキホン

司会：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授）

講師：佐藤 貴幸（土別市立病院）

共催：EA ファーマ株式会社

【背景・目的】

大腸内視鏡検査の前処置において、腸管洗浄剤の選択は検査の質を左右する重要な要素である。北海道における腸管洗浄剤アンケート調査では、患者は「味が良く量が少ないこと」「食事制限や前日下剤が不要であること」「副作用がないこと」を、スタッフは「検査説明の簡便さ」「患者を選ばず使用できること」「洗浄剤の統一」を、医師は「残渣のない良好な観察」「副作用がないこと」「低コスト」をそれぞれ求めていることが明らかとなった。また、当院で高張液を服用した際に脱水による有害事象を経験したこと、高齢患者が多く大量の腸管洗浄剤を服用できない症例も少なくない現状があることから、これらのニーズを踏まえ、モビプレップ配合内用剤の変法投与（チェイサー法／1杯2杯法）により全例に簡便かつ安全に使用できるかを検討した。

【方法】

チェイサー法はモビプレップ 200ml を服用後、水 100ml を飲用する工程を 10～15 分間隔で繰り返し、残渣が消失するまで続ける方法である。当院での使用症例 310 例（40 歳代～90 歳代）を対象に、年代別の服用量および前処置完了時間を検討した。

【結果】

モビプレップ総服用量の中央値は年代により 1450～1800ml であり、前処置完了時間の中央値は 125～165 分であった。75 歳以上の群でやや時間を要する傾向がみられた（ $P=0.0147$ ）。また、全例で高圧浣腸の追加なく前処置を完了した。

【結語】

モビプレップのチェイサー法は、高齢者を含む幅広い年代で安全かつ確実な腸管洗浄が可能であり、受容性・簡便性に優れた前処置法と考えられた。安全で確実な検査の実現に向け、患者・医師双方の満足を追求する取り組みが重要である。

大腸腫瘍に対する Underwater ESD における視野維持の工夫 — 腸管洗浄と止血戦略 —

司会：河上 洋（宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授）

講師：小田島慎也（帝京大学医学部 内科学講座 教授）

共催：EA ファーマ株式会社

Underwater ESD（UW-ESD）は、浮力効果による粘膜下層への潜り込みやすさに加え、安定した術野と良好な粘膜下層視認性を特徴とする手技であり、大腸 ESD における有用性が注目されている。一方で、UW 環境では微細な残渣や少量の出血であっても視野不良に直結し、その後の剥離操作に大きく影響する。このため、UW-ESD を安全かつ効率的に施行するには良好な視野を維持することが重要であり、その実現には良好な前処置による術野形成と、術中出血を最小限に抑える血管処理戦略の双方が重要となる。

UW-ESD 症例では、高い洗浄力による良好な術野形成が求められ、前処置の質は処置効率や安全性にも影響する可能性がある。当院では大腸 ESD 症例において、比較的少量で良好な洗浄効果が期待でき、残液や残渣の少ない術野形成につながることから、モビプレップを推奨している。

また、UW-ESD は従来 ESD と同様の高周波設定でも施行可能であるが、UW 環境では非 UW 環境と比較して通電・熱伝達環境が異なる可能性があり、特に出血制御において工夫を要する場面がある。非 UW 環境では局所組織温度が上昇しやすく、動的通電でも血管収縮やタンパク変性を伴う止血が成立しやすい。一方、UW 環境では水による冷却の影響などから、同一設定下でも止血効率が異なる可能性があり、動的通電を主体とした血管処理では十分な血管収縮が得られにくい場面を経験する。しかし、UW 環境の特性を理解し、通電時間や接触様式を意識したナイフ先端による静的焼灼を適切に用いることで、出血を抑制しながら安定した剥離操作が可能となる。

本講演では、UW-ESD における視野維持の工夫という観点から、前処置の重要性に加え、UW 特有の通電・熱伝達特性を踏まえた出血制御戦略について、実際の動画を交えて解説する。

01-1 大学病院における CT colonography 運用の現状と有用症例の検討

つるまる だいすけ
鶴丸 大介

九州大学 放射線科

【目的】

CT colonography (CTC) は、大腸癌スクリーニングのみならず、術前評価や内視鏡補完検査としても有用性が期待されている。とくに、大学病院における CTC 運用では、多職種間の役割分担や効率的な検査体制構築だけでなく、大腸癌の術前検査としての比重が大きく質的診断が重要となる。本演題では、当院における CTC の適応、運用体制、および CTC が有用であった症例について報告する。

【方法】

当院における CTC の適応は、①大腸癌術前評価、②スクリーニング・内視鏡補完検査に大別される。術前評価では、病変局在診断、深達度診断、血管マッピングを目的として施行している。スクリーニング領域では、便潜血陽性例の精密検査、内視鏡挿入困難例、内視鏡検査拒否例などを対象としている。

運用面では、現在は医師が経肛門カテーテル挿入を行い、その後の撮影、画像解析を診療放射線技師が担当している。さらに今後は、安全性を担保しながら、送気開始およびカテーテル抜去についても診療放射線技師へのタスクシフトを進める方針である。

【結果】

CTC は、術前評価において病変の局在把握や周囲血管走行の可視化に有用であった。また、内視鏡挿入困難例では、口側結腸の評価が可能であり、内視鏡検査を補完する役割を果たした。さらに大腸癌症例では、側面像や任意横断面像から深達度診断や病理組織所見の予測に有用であった。画像解析や 3D 画像作成を診療放射線技師が担うことで、検査効率の向上および読影支援体制の強化にもつながった。

【結論】

CTC は、大腸癌術前評価や内視鏡補完検査において有用であり、特に内視鏡挿入困難例や大腸癌の病理所見予測において有効性が示された。適切な役割分担と運用体制整備により、大学病院における CTC のさらなる活用が期待される。

01-2 当院における大腸悪性狭窄に対する Covered Stent の有効性・安全性の検討

○^{ふくだ}福田 ^{けんすけ}健介、^{けいしやう}鹿子嶋洋明、^{かみ}峯崎 大輔、^{こさか}小坂聡太郎、^{つゐ}堤 康志郎、^{ひら}平下 有香、^{こがわ}小川 竜、^{みづ}水上 一弘

大分大学医学部附属病院 消化器内科

【目的】

大腸悪性狭窄に対する自己拡張型金属ステント（SEMS）は、Bridge to Surgery（BTS）および緩和治療として広く用いられている。一方、Covered stent は腫瘍内増殖を抑制できる利点がある反面、逸脱の頻度が高いことが懸念され、本邦での報告は少ない。当院における Covered stent 留置の有効性および安全性について検討した。

【対象・方法】

2019 年 9 月から 2026 年 4 月までに当院で大腸悪性狭窄に対して Covered stent を留置した 32 例を後方視的に検討した。患者背景、狭窄部位、治療目的（BTS または緩和）、手技成功率、CROSS スコア、合併症、逸脱率などを評価した。

【結果】

対象は 32 例（男性 18 例、女性 14 例）、平均年齢 66.4 歳であった。治療目的は BTS 28 例、緩和 4 例であった。全例で留置に成功し、手技成功率は 100% であった。留置後はいずれの症例でも経口摂取が可能となり、BTS 症例では待機手術へ移行可能であった。Covered stent 特有の合併症として逸脱を 8 例（25.0%）に認めたが、多くは再留置や待機手術により対応可能であった。穿孔や重篤な出血など致命的合併症は認めなかった。また、逸脱症例の背景因子について解析したところ、CT 上イレウス所見を認めない症例で逸脱が多い傾向を認めた。

【結論】

大腸悪性狭窄に対する Covered stent は高い手技成功率と良好な減圧効果を有し、安全に使用可能であった。一方で、逸脱は一定頻度で認められ、特にイレウス所見に乏しい症例では注意が必要と考えられた。Covered stent の適応を適切に選択することで、有用な治療選択肢となる可能性が示唆された。

01-3 レミマゾラムを安全に使用するための対策

○土井^{どい} 鴻弥^{ひろや}、大津 健聖、高野 恵輔、松田 恵伍、黒木 大世、宇野駿太郎、
中村 彬博、橋本 崇、佐々木 優、宗 祐人

戸畑共立病院

【目的】 レミマゾラムは超短時間作用型ベンゾジアゼピン系鎮静薬であり、消化器内視鏡診療時の鎮静薬として使用が広がっている。レミマゾラム投与における安全性の報告が多くなされているが、全身麻酔の報告に置いて、低い確率ながらもアナフィラキシーなど重篤な副反応も報告されている。当院導入後、急速静注（ワンショット iv）としたところ有害事象を認めた。これに対して、副作用対策として多職種カンファレンス後に投与方法を見直し、2026 年 2 月から麻酔導入および追加投与を緩徐投与（1mg/5 秒）へ統一した。下部消化管内視鏡検査において発症した副作用症例を抽出し、各症例の特徴を文献と合わせて検討し、当院における対策を報告する。

【方法】 2025 年 9 月から 2026 年 7 月に、当院でレミマゾラム鎮静下で大腸内視鏡検査を施行した症例を対象とした単施設後ろ向き研究である。年齢、性別、検査目的、初回投与量、総投与量、鎮静度、検査時間、覚醒までの時間、有害事象を診療録より抽出した。

【結果】 対象期間に 624 例に対してレミマゾラムを投与した。副作用を発現した症例は 5 例（0.8%）。年齢中央値 30 歳、男性 3 例、女性 2 例であった。検査目的はスクリーニング 1 例、サーベイランス 3 例、精査 1 例であった。初回投与量中央値 5mg、総投与量中央値 5mg であり、鎮静度は概ね良好で、副作用出現時間中央値 4 分、検査時間中央値 19 分であった。副反応発現率は急速静注期 1.6%（5/322）、緩徐投与期は 0%（0/302）であった。副反応は体幹部から頭頸部の発赤・皮疹を全例に認め、1 例で嘔吐を伴った。重篤な呼吸循環抑制や検査中止例は認めなかった。

【結論】 下部消化管内視鏡検査においてレミマゾラムは、導入時緩徐投与により副反応は減少した。投与方法の標準化が安全使用に重要と考えられた。

01-4 クローン病のストーマ造設症例における、空置腸管サーベイランスの現状と課題

○^{のうまる}能丸 ^{りょうへい}遼平、久能 宣昭、木野 智博、楊 晃慶、藤井 陽三、犬尾 和子、
柯 懿玲、柴田 衛、松岡 弘樹、向坂 秀人、船越 禎広、芦塚 伸也、
平井 郁仁

福岡大学病院 消化器内科

【目的】近年、クローン病（CD）に対して様々な分子標的薬が使用可能となり、病勢コントロールが向上している。一方、内科的治療に抵抗性を示し、ストーマ造設に至る症例も一定数存在する。当施設におけるストーマ造設後の空置腸管サーベイランスの実態と課題を明らかにし、今後のフォローアップ方針を検討することを目的とした。【方法】2020年1月から2025年12月の間に当院にて診療したストーマ造設後のCD患者を対象とし、患者背景、空置腸管の検査実施状況、および悪性病変の検出率について後ろ向きに検討した。【結果】当施設のストーマ造設患者は31例（男性19例、女性12例）。ストーマ造設までの期間の中央値は176.5カ月（0-425ヶ月）、観察期間中央値は164.1カ月（10.5-540.5ヶ月）であった。ストーマ造設の契機は膿瘍12例、狭窄7例、悪性腫瘍（dysplasia含む）6例、瘻孔5例、穿孔4例、不詳4例であった（重複あり）。空置腸管が観察可能であった症例は23例であり、うち17例にサーベイランスが実施されていた。観察例のうち、5例では肛門狭窄のためブジー拡張処置後に内視鏡観察を行った。6例で空置腸管または肛門管に悪性腫瘍を認め、外科的治療が施行された。このうち2例は肛門管癌治療目的での紹介症例であった。1例は術後化学療法を施行されたが、21か月後に死亡した。【結論】CDのストーマ造設例の空置腸管、特に肛門病変を有する症例では悪性腫瘍を認めることがあり、定期的なスクリーニングが重要である。ストーマ造設後は臨床症状が乏しく、空置腸管に対しては通常のTreat to Targetの実践が困難なことが多い。一方で、癌の既往や狭窄など悪性腫瘍のリスクを有する症例が多く、定期検査の必要性を啓発し、確実にサーベイランスを継続できる体制の構築が必要である。

02-1

当院における消化器内視鏡でのレミマゾラム使用経験
～早期離床の実現と客観的指標を用いた安全評価の試み～にしやま き み こ
西山貴美子

服部胃腸科

【目的】

超短時間作用性ベンゾジアゼピン系鎮静薬レミマゾラムは、循環動態の安定と速やかな覚醒が特徴である。当院では、上部・下部同日検査のハイリスク患者や処置を伴わない下部検査症例を対象とし、レミマゾラムを使用した鎮静管理を導入した。本研究では、看護師の視点からその有効性と安全性、および薬理学的特性に基づき設定した離床基準の妥当性を検討することを目的とする。

【方法】

対象は、2026年1月から4月までに当院でレミマゾラムを使用した症例340例（平均年齢67歳、上部146例、下部166例、上下部28例）とした。方法として鎮痛薬ペチジンを併用し、初期投与後、2分以上の間隔を空けて追加投与を行うプロトコルとした。独自に作成した鎮静記録用紙を用い、MOAA/Sスコア、呼吸・循環動態、Aldreteスコアを記録した。離床基準は、従来のミダゾラムの運用に基づき本剤の半減期を考慮して25分後と設定したが、最終的判断は看護師による眠気やふらつきの身体的アセスメントに基づき個別調整した。

【結果】

総投与量は平均8.2mlであった。血圧変動は30%、SpO2低下（90%以下）は11%に認められたが重篤な合併症はなく、拮抗薬の使用は0.6%（2例）のみで安全性は良好であった。検査直後の開眼率は79%、会話率は80%と速やかな覚醒が得られた。離床時間は全体平均46分（上部48分、下部43分、上下部45分）であり、45分以下の離床が64%（219例）で可能であった。一方で、ふらつき等が残存した症例では観察時間を延長し安全管理を徹底した。課題として、検査開始までの鎮静導入に一定の時間を要する点が挙げられた。

【結論】

レミマゾラムとペチジンの併用は、安全かつ質の高い鎮静管理と早期離床を両立させる。半減期に基づいた離床基準の設定は妥当であるが、客観的指標と看護師による個別アセスメントを組み合わせることで、より安全な内視鏡看護の確立が可能になると考えられる。

02-2

大腸ポリープ切除術後出血に対し、抗血栓薬休薬後に発症した脳梗塞の一例

○山城 ^{やましろう} 侑也¹⁾、金城 ^{ゆうや} 徹²⁾、東 映月³⁾、山城ゆりか³⁾、佐久川寛子²⁾、
宮城 遥²⁾、山里 雄飛²⁾、志喜屋好令²⁾、潮平 朝成²⁾、柳田 明希²⁾、
宮城 泰雅²⁾、東江 大樹²⁾、溜田 茂仁²⁾、太平 哲也²⁾、伊良波 淳³⁾、
新垣 伸吾³⁾、前城 達次³⁾、山本 和子³⁾

¹⁾ 琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター

²⁾ 琉球大学病院 光学医療診療部

³⁾ 琉球大学病院 感染症・呼吸器・消化器内科学講座

【症例】70代男性【現病歴】既往に非弁膜症性心房細動、うっ血性心不全、腎梗塞がありアピキサバン5mgを内服されていた。X年6月中旬に8個の大腸ポリープに対して切除術を行った。処置のためアピキサバン5mgは前日より休薬し、処置後血便や腹痛なく翌日より再開とするも、同日夜より血便2回、右上腹部痛を認め、当院救急外来を受診され入院となった。【入院経過】特にバイタルに異常なく、来院当日に下部消化管内視鏡を施行し、ポリープ切除部位からの出血を認め、クリップによる止血を行った。入院後からのモニター管理中は洞調律であり、f波は認めなかった。血便消失を確認し食事、抗血栓薬を再開とした。抗血栓薬を再開した同日に、JCS II -20の意識障害（開眼しているが声かけに応答なし、痛み刺激に反応あり）、および右上下肢の不全麻痺を認めた。頭部単純CT検査、頭部単純MRI検査にて、左内頸動脈閉塞と左MCA領域の広範な脳梗塞を認め、心原性脳梗塞と診断した。消化管出血のためt-PAは適応外であり、血栓回収療法を施行し全身管理のため神経内科に転科となった。その後、意識障害はJCS I -3に改善し右下肢のMMTは0から3に改善したが、失語と右上肢の完全麻痺は持続していた。右下肢は徐々に介助で歩行訓練できる程度に改善した。超音波検査で心内、頸動脈、下肢静脈に塞栓源となる血栓を認めず、リハビリ継続のため第49病日に転院となった。【考察】ポリープ切除後出血に対して、抗血栓薬の休薬中に脳梗塞を発症した症例を経験した。抗血栓薬服用者に対して消化管内視鏡を行う際は、脳卒中リスクと出血リスクを吟味しつつ、休薬期間を決定するが、一定の割合で休薬による大きな合併症を生じることがあるため、十分なインフォームドコンセントと管理が必要である。当院の内視鏡検査の流れと文献的考察を加えて報告する。

02-3 大腸 ESD における安全な鎮静・覚醒管理体制の構築 ～内視鏡室と病棟の連携および客観的評価指標の活用～

かねまる あ す か
○金丸明日香、松田 恵美

宮崎大学医学部附属病院

【目的】

A 大学病院では年間約 1530 件の下部内視鏡検査・治療を実施している。その中でも、大腸 ESD は長時間かつ侵襲性が高く、鎮静に伴う呼吸抑制や循環動態変動リスクを有するため、鎮静剤使用に伴う安全性には十分な配慮を要する。

そこで、医師および医療安全管理部と協働して統一した鎮静・覚醒に関する安全管理体制を整備し、内視鏡室と病棟間における円滑な情報共有と連携体制を構築することで、大腸 ESD における鎮静・覚醒時の安全性向上を図る。

【方法】

安全かつ統一した鎮静・覚醒管理体制の整備を目的に、医療安全管理部の助言を得て鎮静マニュアルおよび手順書を改訂し、麻酔科医師による医師・看護師への OJT を実施した。内視鏡室看護師は、①術前に問診票や申し送り票からリスク評価を行い、②術中はバイタルサインや意識レベルの継続的評価と異常の早期発見・医師への報告に努めた。③術後は Modified Aldrete Score を用いて覚醒状態を評価し、呼吸抑制リスクの有無を病棟看護師へ申し送った。④病棟看護師は帰室後、呼吸抑制や転倒・転落予防を目的に、初回離床や飲水開始時に再評価を実施し、一貫した安全管理を徹底した。

【結果】

Modified Aldrete Score の実施率は 100% であり、全症例において客観的評価を活用し、患者特性に応じた覚醒状態やリスク情報の病棟看護師への共有の確実性が向上した。これにより、病棟帰室後も継続的な呼吸抑制や転倒・転落リスク予測に基づく看護実践が可能となり、一貫した安全な鎮静・覚醒管理体制の構築および看護の質向上に繋がった。

【結論】

大腸 ESD における鎮静・覚醒管理において、看護師は内視鏡室と病棟を繋ぐ重要な橋渡し役を担う。本実践による安全管理体制の整備と客観的評価指標の活用は、一貫した安全な鎮静・覚醒管理体制の構築に有用であった。今後も多職種と協働し、さらなる鎮静管理の質向上と看護師の役割の明確化を推進していく。

03-1

90 歳以上の超高齢者に対するレミマゾラムによる下部消化管内視鏡鎮静の安全性と有効性

○^{とみなが}富永 ^{なおゆき}直之、木村 拓郎、鍋島 沙織、阿部日向子、野村 忠洋、森田 竜麻、
松永 拓也

佐賀県医療センター好生館 消化器内科

【目的】

下部消化管内視鏡（colonoscopy：CS）における鎮静は、患者の苦痛軽減と検査の円滑な遂行に有用である。一方、90 歳以上の超高齢者では薬剤代謝や循環予備能の低下により、過鎮静や循環抑制が懸念され、鎮静薬の選択に難渋することが多い。超短時間作用型ベンゾジアゼピンであるレミマゾラムは特異的拮抗薬を有し循環動態への影響が少ないとされるが、90 歳以上の超高齢者における安全性の報告は乏しい。今回我々は、90 歳以上の症例に対するレミマゾラム鎮静の有効性と安全性を検討した。

【方法】

2024 年 9 月から 2025 年 2 月までに当院で CS を施行した症例のうち、90 歳以上の 5 例を対象に後ろ向きに評価した。鎮静の評価には Modified Observer's Assessment of Alertness/Sedation (MOAA/S) スコア、覚醒の評価には Modified Aldrete スコアを用い、鎮静成功は「MOAA/S スコア 4 点以下で検査完遂」、覚醒は「Modified Aldrete スコア 9 点以上」と定義した。

【結果】

年齢中央値は 92 歳（91-95 歳）、男女比は 3：2 であった。BMI 中央値は 21.8 で、肝・腎疾患を有する症例はなかった。全例で内視鏡開始前に MOAA/S スコアが 4 以下となった。レミマゾラムの初回投与量は中央値 2mg（2-4mg）、総投与量は中央値 4mg（2-16mg）、検査時間は中央値 59 分（2-139 分）であった。全例で検査を完遂し、検査終了後の Modified Aldrete スコアは全例 9 点以上、覚醒は全例 0 分と速やかであった。重篤な有害事象は認めず、フルマゼニルを要した症例はなかった。

【結論】

90 歳以上の超高齢者においても、レミマゾラムは少量で良好な鎮静が得られ、迅速な覚醒と良好な安全性を示した。レミマゾラムは超高齢者の下部消化管内視鏡鎮静において有用な選択肢となりうる。

03-2 大腸内視鏡の前処置が誘因と考えられた虚血性大腸炎の2例

○大仁田 賢^{おお に た けん}、福田 大毅、濱崎 俊輔、植原 亮平、東 俊太郎、
井上健一郎
春回会井上病院

【はじめに】

大腸内視鏡検査（CS）の前処置ではさまざまな偶発症を生じることがあるが、虚血性大腸炎の発症は稀である。今回、CS 前処置後に虚血性大腸炎を発症した2例を経験したので報告する。

【症例1】

79歳、男性。既往歴は膀胱癌術後、心房細動に対するカテーテルアブレーション。当院関連健診センターで施行したCSで大腸ポリープを指摘され、内視鏡的切除目的に当院紹介となった。CS前日夜にピコスルファートナトリウム75mgを服用後、当日午前3時頃より下腹部痛が出現し、その後血便を数回認めた。本人は痔出血と考え、ナトリウム・カリウム・アスコルビン酸配合剤散を服用後に当院を受診した。CSでは下行結腸から左側横行結腸にかけて浮腫、発赤、びらんを認め、虚血性大腸炎と診断した。腹部CTでも下行結腸の壁肥厚と周囲脂肪組織濃度上昇を認め、虚血性大腸炎に矛盾しない所見であった。2日間の絶食により腹痛、血便は改善した。

【症例2】

79歳、男性。既往歴は高血圧、脂質異常症。前立腺癌に対し他院でホルモン療法中であった。体重減少と倦怠感の精査のため、かかりつけ医よりCS目的で当院紹介となった。CS前日夜にピコスルファートナトリウム75mgを服用し、当日朝よりナトリウム・カリウム・アスコルビン酸配合剤散を内服した。約3時間で1.5L服用した時点で激しい左下腹部痛が出現し、救急搬送となった。腹部CTでは下行結腸からS状結腸にかけて壁肥厚と周囲脂肪組織濃度上昇を認めた。排便（血便）後に腹痛は軽減したためCSを施行したところ、下行結腸からS状結腸にかけて浮腫、発赤、びらんおよび血豆様所見を認め、虚血性大腸炎と診断した。5日間の絶食および補液により軽快した。

【考察】

症例1では発症経過からピコスルファートナトリウムが誘因として考えられた。一方、症例2ではピコスルファートナトリウムおよびナトリウム・カリウム・アスコルビン酸配合剤散の両剤を使用していたが、発症時期からナトリウム・カリウム・アスコルビン酸配合剤散の関与が示唆された。CS前処置に伴い虚血性大腸炎を発症することがあり、前処置中に腹痛や血便を認めた場合には本疾患を念頭に置く必要がある。文献的考察を加えて報告する。

03-3 急性大腸炎を契機に発見されたびまん性黄色腫の1例

○幸島 ^{こうじま}悠佳¹⁾、三池 ^{はるか}忠¹⁾、中村佳菜子¹⁾、魏 峻洸²⁾、佐藤勇一郎²⁾、
春山 幸洋³⁾、河上 洋¹⁾

¹⁾ 宮崎大学医学部内科学講座 消化器内科学分野

²⁾ 宮崎大学医学部附属病院 病理診断科

³⁾ 山笑会 はるやま医院

【背景】消化管黄色腫は胃に多く、大腸での発生は比較的稀である。多くは直腸やS状結腸に単発し、原因として慢性粘膜障害や脂質異常症などが関与するとされる。今回われわれは、急性大腸炎を契機に発見され、全大腸にびまん性多発黄色腫を認めた若年女性の1例を経験したため報告する。

【症例】22歳、女性。2022年7月に発熱、下痢、腹痛を主訴に前医を受診した。血液検査でCRP上昇、造影CT検査で上行と下行結腸に浮腫状変化を認めた。脂質異常症は認められなかった。入院の上で絶食・抗菌薬投与により症状は軽快した。同年9月の大腸内視鏡検査（TCS）により、盲腸から直腸にかけて多数の黄白色斑を認め、生検にて大腸黄色腫と診断された。2023年3月のTCSでは黄色腫に変化はなかったが、回盲弁上にびらんを認め、その後、腹痛と下痢が増悪したため、同年6月に当院へ紹介となった。当院受診時は腹部症状は改善しており、同年9月に待機的TCSを施行した。盲腸から直腸にかけてびまん性に黄白色斑が認められた。2024年3月、2025年3月に施行した定期的TCSでも内視鏡や病理組織学的所見には変化はみられなかった。上行・横行・S状結腸および直腸の黄色斑からの生検では泡沫マクロファージの集簇を確認しており、大腸びまん性黄色腫と診断した。なお、直腸病変はポリープ様の形態を呈していた。その後は腹部症状の再燃や内視鏡所見の変化を認めず、当院での定期的な経過観察を終了した。

【結論】本例は基礎疾患や脂質異常症のない若年女性であり、全大腸にびまん性に多発する黄色腫の報告は極めて稀である。前医受診時の激しい急性大腸炎による広範な粘膜傷害が生じ、その修復過程で泡沫マクロファージが局所に集簇した結果、病変がびまん性に形成された可能性が示唆された。自然消退はみられなかったものの、以降の経過は良好であった。本病態の解明における貴重な経過観察例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

03-4 人工肛門上に生じた Is 型ポリープに対して把持鉗子による牽引を併用して内視鏡的切除を行なった 1 例

○坂元 ^{さかもと かずき} 一樹¹⁾、三池 忠¹⁾、中村佳菜子¹⁾、山本章二郎^{2,3)}、河上 洋¹⁾

¹⁾ 宮崎大学医学部附属病院 消化器内科

²⁾ 延岡市医師会病院 消化器科

³⁾ いきめ大腸肛門外科内科

【症例】49 歳男性。21 歳時にクローン病と診断され、26 歳時に上行結腸切除・回腸切除術、32 歳時に回腸・S 状結腸切除および人工肛門造設術を施行された。その後、インフリキシマブが導入され、以後は他院で継続加療により、臨床的・内視鏡的寛解を維持していた。定期的な大腸内視鏡検査（CS）で人工肛門上にポリープが認め、診断的治療目的に当院紹介となった。CS では人工肛門上に 8 mm 大の Is 型ポリープを認めた。また、一部に白苔付着を伴い、炎症性変化の合併を疑った。NBI 拡大観察では JNET 分類 Type 1 であり過形成性ポリープを第一に考えたが、血管視認性がやや目立つことから腺腫も否定できず、診断的治療として内視鏡的切除を計画した。通常のスネアリングではポリープが滑り十分に把持できなかったため、Strip biopsy 法と同様に把持鉗子で病変を牽引しながらスネアリングを行ったところ、容易に病変を把持することができ、一括切除が可能であった。手技偶発症は認めず、病理組織学的診断により炎症を伴う過形成性ポリープと最終診断した。

【考察】人工肛門上のポリープに対する内視鏡的切除の報告は少ない。ストマ上では体外での操作となるためスコープの固定が難しく、病変が滑りやすいことからスネアリングに工夫を要する。一方で、内視鏡観察により病変境界を明瞭に確認でき、適切な切除範囲を設定できる利点がある。本症例では、把持鉗子による牽引を併用した Strip biopsy 様手技によりスネアリングが容易となり、安全に一括切除が可能であった。本手技は介助者による牽引のみで実施可能であり、人工肛門上の病変に対する簡便かつ有用な工夫となる可能性が示唆された。

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing.

協 賛 一 覧

共催セミナー

EA ファーマ株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

広告

アボットジャパン合同会社
社会医療法人慶明会 けいめい記念病院
ゼリア新薬工業株式会社
武田薬品工業株式会社
ファイザー株式会社
医療法人社団誠和会 藤木病院
富士フイルムメディカル株式会社
宝来メデック株式会社
独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院

寄附

医療法人就和会 こさい胃腸科外科
社会医療法人耕和会 迫田病院
三宮胃腸内科
医療法人春光会 春光会記念病院
医療法人伸和会 延岡共立病院
医療法人社団宏庸会 平野消化器科
ひろの内科クリニック / 内科
公益社団法人都市北諸県郡医師会 都城健康サービスセンター
医療法人魁成会 宮永病院

おかげさまで創立70周年を迎えました！



独立行政法人地域医療機能推進機構

地域医療支援病院 在宅療法後方支援病院

宮崎江南病院

院長 白尾 一定 副院長 松尾 剛志 副院長 益山 松三

健康管理センター長 宮田 裕子 消化器内科医師 増田 稔

〒880-8585 宮崎市大坪西 1-2-1 TEL 0985-51-7575（代表） FAX 0985-53-8821

<https://miyazaki.jcho.go.jp/>

《附属施設》

健康管理センター ／ 附属介護老人保健施設 ／ 附属訪問看護ステーション



新発売



スフィンゴシン 1-リン酸受容体 (S1P_{1,4,5}) 調節薬

薬価基準収載

ベルスピティ錠 2mg

Velsipity® Tablets 2mg エトラシモド L-アルギニン錠

創薬、処方箋医薬品¹⁾

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、
電子添文をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先:

Pfizer Connect / メディカル・インフォメーション 0120-664-467
<https://www.pfizermedicalinformation.jp>

販売情報提供活動に関するご意見:

0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

VEL72P009A
2025年9月作成

サイエンス＆テクノロジーの未来に貢献

1. 理化学医学研究部門



遺伝子解析・操作、蛋白解析合成、
成分分析等の試薬・消耗品・機器・設備の販売

2. 臨床検査部門



生化学検査、生理機能検査、病理検査等の
体外診断用医薬品・分析装置・検査システムの販売

3. 産業、生産、環境部門



水質・空気分析、食品分析、細菌チェック等の
試薬・消耗品・機器・設備、原料薬品の販売

4. 農業（アグリ事業）部門



消臭剤、土壌改良剤、農業資材の販売

本 社 〒891-0123 鹿児島市卸本町5番29号
☎099-260-2445
宮崎支店 〒880-0916 宮崎市恒久字草葉974-6
☎0985-53-3611
延岡営業所 〒882-0837 延岡市古城町4-2
☎0982-22-0855
熊本営業所 〒862-0967 熊本市南区流通団地1丁目69番B棟
☎096-377-5520

HouRai
MEDECH

宝来メデック株式会社

IT'S MORE THAN A TEST.

検査の、その先を見つめる。

たったひとつの検査結果で人生は変わるかもしれない。
だからこそ、現状に妥協しない。

検査の可能性を追求し、
安心安全な医療で人生を強く支えていく。

その志を、あなたと共に。



アボットジャパン合同会社 診断薬・機器事業部

〒108-6305 東京都港区三田3-5-27 住友不動産三田ソインビル西館
TEL. 03-4555-1000 URL: <http://www.abbott.co.jp>

©2022 Abbott. All rights reserved. All trademarks referenced are trademarks of either the Abbott group of companies or their respective owners. Any photos displayed are for illustrative purposes only. Any person depicted in such photos may be a model. :ADD-142107-JAP-JA 11/22



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、
事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp





日本標準商品分類番号 87219

医薬品リスク管理計画対象製品

高カリウム血症改善剤

処方箋医薬品^注 薬価基準収載

ビルタサ[®] 懸濁用散分包8.4g

Veltassa 8.4g powder for suspension (Single-dose package)

パチロマーソルビテクスカルシウム

注) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること



製造販売元

ゼリア新薬工業株式会社

〔文献請求先及び問い合わせ先〕 お客様相談室

東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351 TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等については電子添文を参照ください。

2025年12月作成

創立51周年
新病棟・外来棟リニューアル中



医療法人社団誠和会
藤木病院

藤木病院：緩和ケア・療養病床
0935-47-0415

藤木内科外科クリニック：
呼吸器内科・一般内科外科
・訪問診療
0985-47-0852

ケアホームふじき：
介護付き有料老人ホーム
0985-78-4808

医療法人社団誠和会 藤木病院
宮崎市大字小松2988
<http://www.fujiki-hp.com>

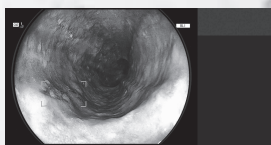
AIが見つめる、内視鏡検査の未来

CAD EYEとは富士フイルムの内視鏡診断支援機能のブランド名称です。膨大な臨床データから深層学習(Deep Learning)を活用して開発。内視鏡検査における病変の検出と鑑別をサポートします。

検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

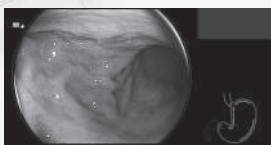
検出支援モード

食道扁平上皮癌疑い領域検出支援



食道扁平上皮癌または、胃腫瘍性病変である可能性のある領域を検出し、その結果を内視鏡画像に重ねてリアルタイムにモニターに表示します。

胃腫瘍性病変疑い領域検出支援



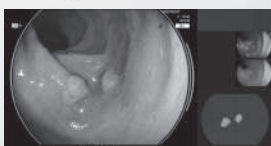
検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

検出支援モード



大腸ポリープの可能性のある領域を検出し、その大腸ポリープが腫瘍性または非腫瘍性である可能性を推定し、リアルタイムに推定結果をモニターに表示します。

鑑別支援モード



REiLi

「ヒトがAI技術と共創する」
富士フイルムはその先を見据える

機能拡張ユニット EX-1

EX-1にプログラムをインストールすることで様々な機能をご提供します。

動画静止画保存・ネットワークプログラム

EW10-SC01

静止画記録 | 動画記録 | ネットワーク機能



検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

EW10-EG01

病変検出支援機能

検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

EW10-EC02

病変検出支援機能 | 疾患鑑別支援機能

一般的名称: 病変検出用内視鏡画像診断支援プログラム
販売名: 内視鏡検査支援プログラム EW10-EG01
承認番号: 304006ZX00217000 JANコード: 4547410477122

一般的名称: 疾患鑑別用内視鏡画像診断支援プログラム
販売名: 内視鏡検査支援プログラム EW10-EC02
承認番号: 30200BZX00288000 JANコード: 4547410425949



社会医療法人 慶明会

けいめい記念病院

病気にならないための病院を目指して



診 療 科 目

内科/消化器内科/循環器内科/呼吸器内科/リウマチ科/脳神経外科
眼科/ 整形外科/リハビリテーション科/耳鼻咽喉科

院 長 金丸 吉昌

〒880-1111 宮崎県東諸県郡国富町大字岩知野762
病院代表 Tel 0985-75-7007 / fax 0985-30-6677



- ・ けいめい記念病院介護医療院ひまわり
- ・ 訪問看護ステーション かがやき