

「消化器内視鏡」次号予告 第37巻 第4号 (増大号)
特集 消化器内視鏡寸言集2025

序説	山本博徳
I. 全般	
[一般論]	
心の内視鏡が大切	小原勝敏
患者の“いらいら”への積極的対応とは？	田中三千雄
偶発症発生時の心得3か条	赤松泰次
始める前に、忘れずに！	松田浩二
言葉が生む鎮静力	堀尾高任
脈拍変動は鎮静効果判定のよい指標	貝瀬満
ペンギンに空を飛べと言ってはいけない	
—パワーハラスメントと言われない指導法とは？—	草野央
忘れない、感染経路としての消化器内視鏡	佐藤公
内視鏡レポートはメモにあらず、	
一枚一枚が名刺の代わり	小澤俊一郎
スコープを握る手で被検者の身体と会話する	貝瀬満
内視鏡の達人は空気量を支配する	貝瀬満
送気でだめなら浸水で！	田島知明
水でだめならGelで！	田島知明
アップアングルいっぱいならば	
左右アングルを追加せよ	今枝博之
右手の感覚を大切に、	
スコープはgentleに操作せよ	今枝博之
赤信号、黄色信号なら怖くない	宮口和也
弘法こそ筆を選ぶ	増永哲平
論文完成、さあ投稿！	
—その前に共著者の再チェックを—	藤田直孝
Priorityを大切に	土屋貴愛
形態は機能に従う	栗林志行
消化管運動は厄介者？	栗林志行
[診断]	
「木を見て森を見ず」はNG	池原久朝
レンズ周りのケアで視界を守れ！	平澤俊明
見たことがないものは診断できない	平澤俊明
診断できないならさっさと生検しろ！	後藤田卓志
生検診断を嚥呑みにするな！	赤松泰次
病理医とはface to faceで接する	今枝博之
AIも間違える！	三澤将史
AIも画面にうつらなければ役立たず	宮口和也
症状あれば一見正常でも生検せよ	都築義和
眼と脳内の視覚情報処理機構(VIPM)を	
ご存知？	田中三千雄
腫瘍性病変は横からも観察せよ！！	杉本啓
拡張血管をみたらSM浸潤を疑え	山崎嵩之
[治療]	
デバイスの出し入れは常に慎重であれ	竹内弘久
処置具の出し入れには左指も活用しよう	樫田博史
ESD：助手は術者の動きの先を読め！	竹内弘久
夜間の緊急内視鏡は7割で十分	松田浩二
ちょいかけクリップはないに等しい	樫田博史
クリップは粘膜に平行にかけよう	樫田博史
最善を祈って最悪に備える	後藤田卓志

ESD術中穿孔はあわてて	
クリップ縫縮すべからず	小田切啓之
II. 咽喉頭・食道	
いざスコープ挿入、舌だけで口蓋弓が見えない?!	
—Lingual horizonを連れ！—	藤田直孝
左がダメなら右鼻腔	河合隆
経鼻内視鏡による鼻出血	
—頻度が高いのは誰？—	河合隆
見逃すな口蓋メラノシシス、	
咽喉頭・食道癌のバイオマーカー	有馬美和子
咽喉頭・食道挿入は“Sniffing position”	有馬美和子
右側を素通り注意、頸部食道	有馬美和子
頸部食道はゆっくり抜きながら観察する	今枝博之
縦横溝はEoE	今枝博之
表在型食道癌、ひとつ見つけて喜ぶな	有馬美和子
EP癌といえども食道腺を取り残すべからず、	
食道ESD	有馬美和子
食道・胃静脈瘤治療にはEUSが不可欠	小原勝敏
EISとEVLの適応を考慮せよ！	小原勝敏
III. 胃・十二指腸	
過送気による嘔吐反射に気をつけろ！	阿部展次
迷いのcardia	赤松泰次
自然出血は小胃癌の存在を疑うべし	赤松泰次
NBI非拡大による早期胃癌発見のヒント	
—唐茶色と利休色を理解せよ—	貝瀬満
胃のBrownishは胃癌疑え	宮口和也
胃炎と間違えるなGAVE	宮口和也
増加・増大する胃ポリープは酸分泌抑制薬を	
中止または減量せよ	今枝博之
逆萎縮をみたらAIG	岸野真衣子
洗っても剥がれない粘液・・・	
自己免疫性胃炎か？ポノプラザンか？	岸野真衣子
泥沼除菌は自己免疫性胃炎(A型胃炎)の	
可能性を考慮すべし	赤松泰次
止血後の胃潰瘍病変は生検を考慮せよ	宮口和也
十二指腸副乳頭をポリープと間違えるな	今枝博之
Brunner腺過形成、多彩な顔に注意せよ	長谷部修
十二指腸・小腸は絨毛にも注意せよ	今枝博之
十二指腸、安易に生検するなから	長谷部修
十二指腸EMR/ESDは縫縮が命	石井侃
IV. 空腸・回腸	
過送気は百害あって一利なし	小黒邦彦
水なら進むよ、どこまでも	小黒邦彦
困難な形状を無理して越えるのではなく、	
形状を整えて容易な形にしてから	
進むのがよい	小野友輔
先端フードの利用は	
小腸での内視鏡治療を容易にする	大和田潤
挿入・短縮時にジグリングテクニックを	
活用しよう	林宏樹
屈曲部を越えるコツと	
スコープ先端バルーンを活用した挿入法	林宏樹

バルーンの活用がバルーン内視鏡を	
最大限活かすコツである	小林 卓 真
処置具が出にくい時は	
少量のオリーブオイルを	宮 原 晶 子
V. 大腸・肛門	
早期癌は盲腸挿入前に観察するべし	平井悠一郎
Push するべからず	魚 住 健 志
大腸内視鏡挿入時の強い痛みは危険信号	都 築 義 和
大腸内視鏡挿入困難使えるものは	
なんでも使う	小林 清 典
なぜ右側臥位にしないの？	檜 田 博 史
太っちょさんは腹臥位で	檜 田 博 史
木を見て、森を見る	三 澤 将 史
淡い発赤を見逃すな	三 澤 将 史
内視鏡治療前の生検は控えよう	檜 田 博 史
大腸内視鏡では肛門病変もチェックする	都 築 義 和
縦走潰瘍の介在粘膜：赤は潰瘍性大腸炎、	
白は Crohn 病	都 築 義 和
赤黒い粘膜は腸管壊死のサイン	都 築 義 和
黄色調の粘液付着は SSL を疑え	今 枝 博 之
直腸前壁優位の病変は	
直腸粘膜脱症候群を疑え	宮 口 和 也
盲腸だけの汚い白苔の潰瘍はアメーバを疑え	今 枝 博 之
Cold polypectomy でも、検体は展開しよう	檜 田 博 史
EMR は局注が命	小 田 実
EMR の局注は、多すぎてもだめ	檜 田 博 史
良性なら、病変を刺しても構わない	檜 田 博 史
局注は、時には口側から	檜 田 博 史
直腸 NET に ESD は必要ない	檜 田 博 史
VI. 胆膵	
胆膵内視鏡診療でも画像記録は大切	安田健治朗
ERCP はカニューレやガイドワイヤではなく、	
内視鏡を使ってカニューレションすべし	中 路 聡

ERCP：十二指腸でのスコープの	
ストレッチ操作は右手を添えて	安 田 一 朗
Do something different!	松 田 浩 二
十二指腸乳頭処置は優しく・丁寧に	安田健治朗
端っこでチマチマするな。	
真ん中でカッコよくキメてくれ	良 沢 昭 銘
乳頭は発見できれば99%で挿管可能	南 裕 人
胆管が透けて見えたら一人前	小 嶋 啓 之
胆膵内視鏡処置は	
引き出しの多さが成否を決める	安田健治朗
ERCP 後膵炎は理不尽に発症する！	藤 田 直 孝
たわませ切り、実は真横に切っている	平 川 徳 之
EUS 観察：膵体部腹側表面は	
意外とビットフォール	安 田 一 朗
EUS 観察：振動子を SDA にあてたら	
門脈が出せる	安 田 一 朗
EUS-FNA のすべらない話をしようか	良 沢 昭 銘
EUS-FNA：ROSE なんて要らない	安 田 一 朗
EUS-FNA：ストロークは3回で十分	安 田 一 朗
コンベックス型 EUS は、シャフトを	
まっすぐにしてショルダーターン	良 沢 昭 銘
失敗したくないなら、画面から目を離すな	良 沢 昭 銘
VII. 病理	
病理はコントロールの学問	加 藤 洋
病理診断に適・不適な検体を知ろう	下 田 将 之
病理診断依頼書・報告書は臨床医と病理医との	
重要な交流の場	下 田 将 之
肉眼所見は病理診断の基本	
―伸展固定の重要性を認識しよう	下 田 将 之
パラフィン包埋標本は形態観察のみならず	
さまざまな分子病理学的解析手法を	
受け入れる	下 田 将 之
EUS-FNA 検体提出の心得：見る、思いやる	石 田 和 之