

# 群大病院の改革状況

## — 改革事項から一部抜粋した資料 —

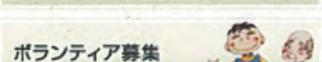
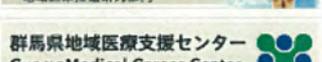
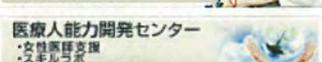
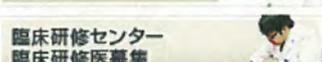
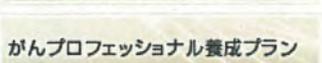
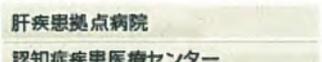
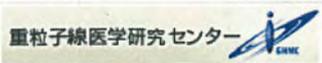
1. 外科診療センター「合同カンファレンス」の様子
2. バリエーション報告対象の「定量的・客観的」基準化
3. インシデント（バリエーション含む）報告の推移
4. すべての院内死亡の即時報告（患者死亡時・チェックシート）
5. 説明同意文書の具体例（胃がん手術）
6. インフォームド・コンセント時の「看護師同席数」の変化
7. 医学系研究科の「講座」再編

# 外科診療センター「合同カンファレンス」の様子

## 毎週木曜日、朝7時から実施しています。

群大病院の基本理念と基本方針

外来診療のご案内 入院のご案内 診療科のご案内 各中央診療施設のご案内 サービス部門のご案内 フロア施設のご案内



サイトマップ

ご寄付のお願い

教職員へのお知らせ(学内向け)

臨時休診のご案内

臨床試験部

セカンドオピニオン

患者相談

専門外来 先進医療の状況

病院からのご願い

病院だより

健康通信クラブ

トップページへ戻る

Q&A よくあるお問い合わせ

交通のご案内

### 新着情報

◀ 6月 2016 7月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

【2015年 04月 03日】

### 内科診療センター・外科診療センター設置のお知らせ

平成27年4月1日より、外科診療センター・内科診療センターが設置され、新体制での診療がスタートしました。

新体制では合同カンファレンスを行うなど、医療の質や安全体制の向上に努めてまいります。

第1回の外科診療センター合同カンファレンスには看護師も参加しています。



第1回の外科診療センター合同カンファレンスのスタート



第1回外科診療センター合同カンファレンス

桑野先生が訓示



第1回外科診療センター合同カンファレンス



[一覧へ戻る](#)

クリックして拡大

検索

# バリエーション報告対象の「定量的・客観的」基準化

## バリエーション報告 H22年10月承認

### ■ 手術・侵襲的検査に関する事象

- ✓ 手術室内あるいは手術後または侵襲的検査後 24 時間以内に生じた予期せぬ下記事項（死亡、心停止、呼吸停止、心筋梗塞、脳血管障害、肺血栓、肺塞栓、麻酔に関する有害事象）
- ✓ 予定外再手術：同一入院中あるいは退院後 7 日以内に起きたもの
- ✓ 術中の予期しない事態に対する予定外手術施行の場合（予定しない臓器の摘出など）
- ✓ 手術時間(手術室占有時間)が予定より著しく延長した場合
- ✓ 想定外の大量出血が生じ、大量輸血を必要とした場合
- ✓ 説明していない合併症、または説明してあっても予想後の後遺症が残る合併症

## バリエーション報告 平成 26 年 10 月改訂

### ■ 手術・侵襲的検査に関する事象

- ✓ 手術室内あるいは手術後または侵襲的検査後 24 時間以内に生じた予期せぬ下記事項（死亡、心停止、呼吸停止、心筋梗塞、脳血管障害、肺血栓、肺塞栓、麻酔に関する有害事象）
- ✓ 術中の予測しない事態に対する予定外手術・手技を行った場合（予定していない臓器の摘出、予定していない他科医師の応援要請など）
- ✓ 手術時間(手術室占有時間)が著しく延長した場合
- ✓ 想定外の大量出血が生じ、予定外の輸血を必要とした場合
- ✓ 術後、同一入院中の予定外の再手術ないし侵襲的治療（術前説明の有無を問わない）
- ✓ 退院後 7 日以内に生じた合併症：再手術や侵襲的治療を要するもの
- ✓ 説明していない合併症、または説明してあっても予想後の後遺症が残る合併症
- ✓ 予定手術あるいは侵襲的検査・治療後、同一入院期間内の死亡

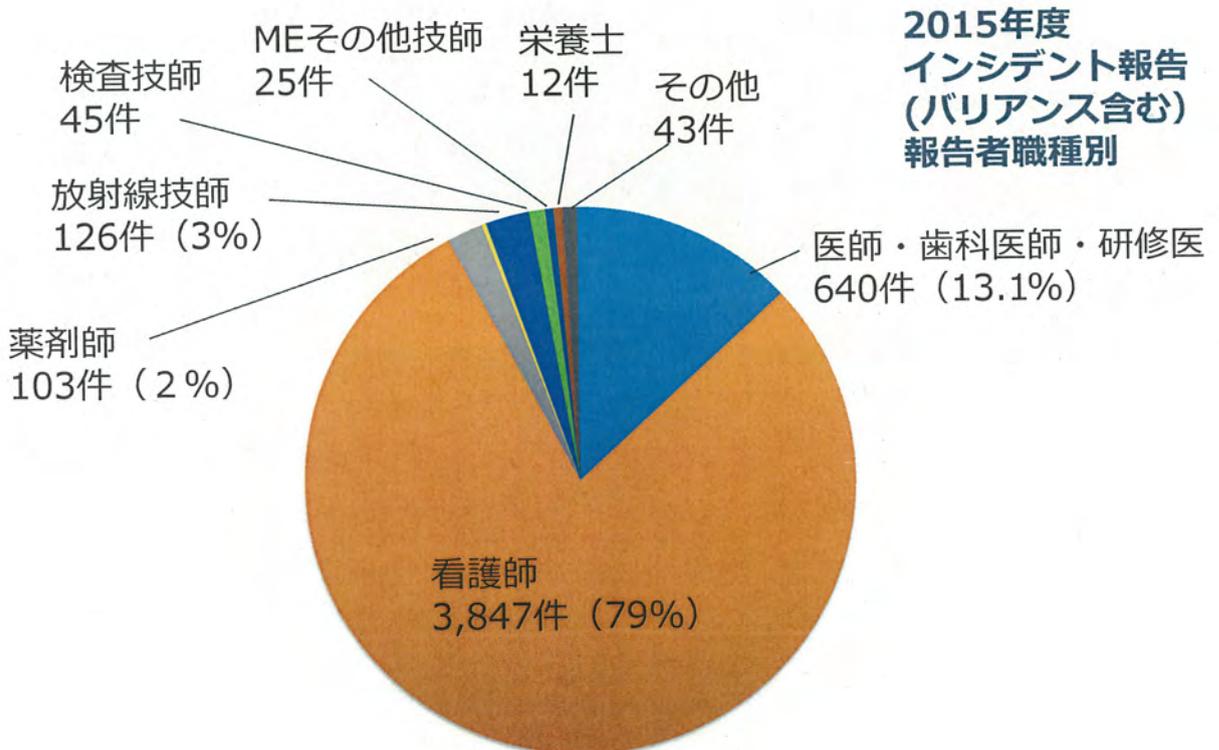
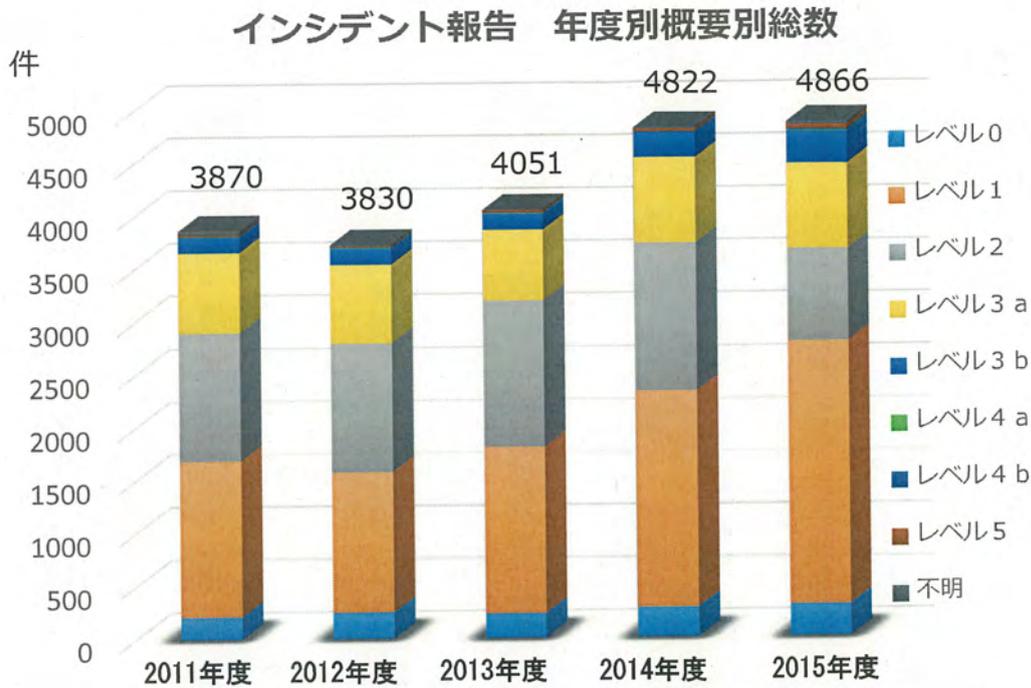
### ■ そのほかの処置・治療、医療行為に関わる事象

- ✓ 説明していない合併症、または説明してあっても予想後の後遺症が残る合併症
- ✓ 入院中の予期せぬ、あるいは予測を超える重篤な疾患の発症あるいは死亡
- ✓ 重篤な薬剤アレルギーや副作用、そのほかの処置・治療に関連する重篤な有害事象

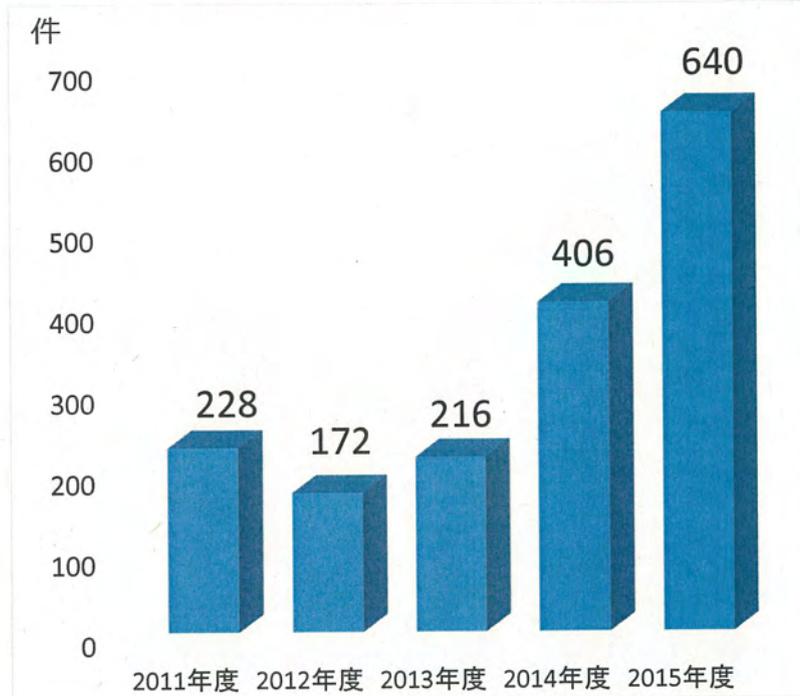
### \* さらに平成 27 年 8 月に以下のように改訂

- ✓ 手術時間(手術室占有時間)が著しく延長した場合
  - ➔ (変更) 手術時間が予定時間より概ね 1.5 倍以上（予定 2 時間以内の場合）は 2 倍以上) に延長した場合
- ✓ 想定外の大量出血が生じ、予定外の輸血を必要とした場合
  - ➔ (追加) あるいは 3,000ml 以上出血した場合

# インシデント（バリアンス含む）報告の推移



## 医師のインシデント(バリアンス含む) 報告件数



## 医師のインシデント(バリアンス含む)報告数 割合

	全体報告数	医師報告数	医師報告数割合(%)
2010年度	3366	226	6.7
2011年度	3870	228	5.9
2012年度	3734	172	4.6
2013年度	4047	216	5.3
2014年度	4822	406	8.5
2015年度	4866	640	13.1

# すべての院内死亡の即時報告

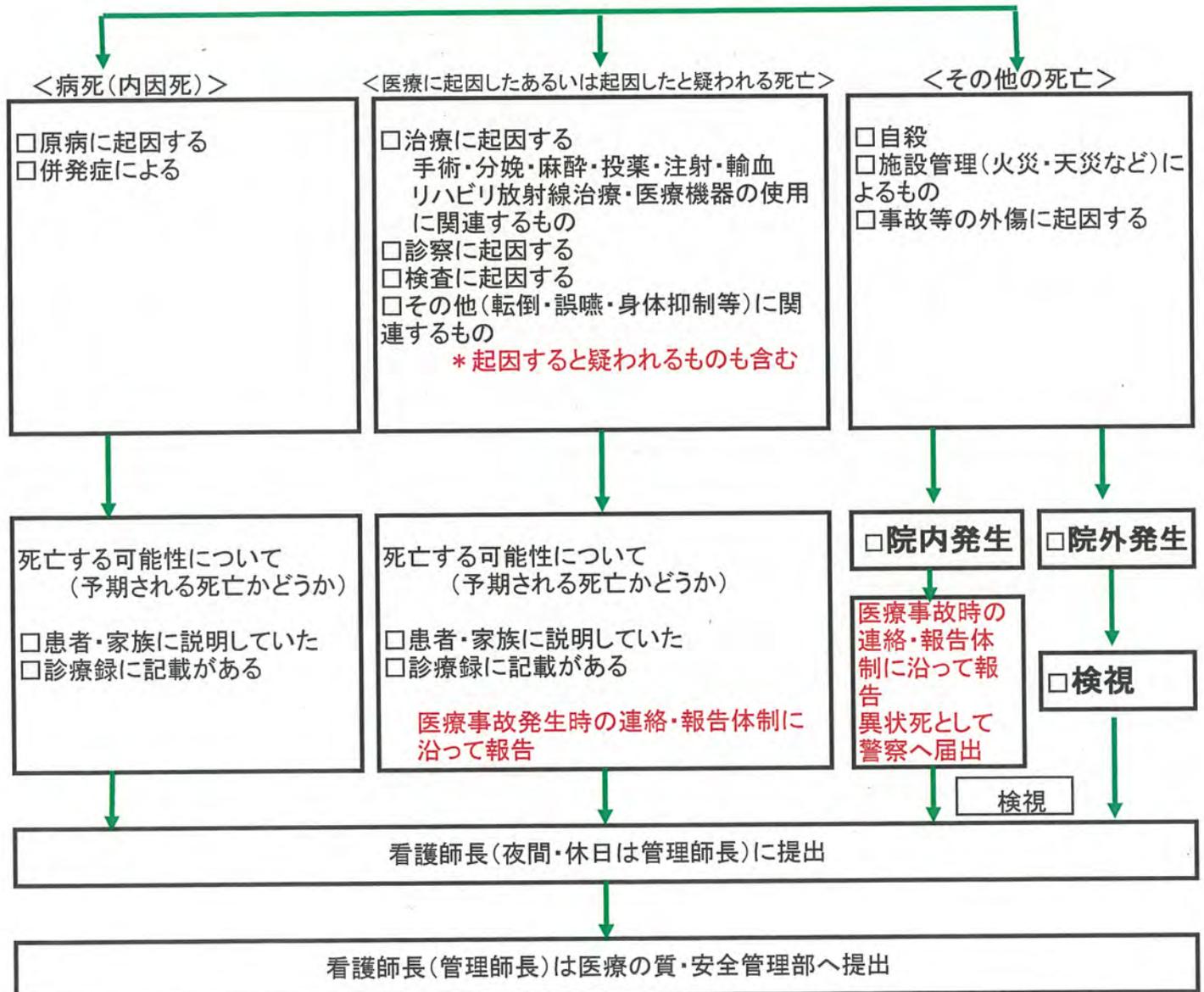
## 患者死亡時 チェックシート（提出用）

報告日：平成 年 月 日

患者		報告者： <input type="checkbox"/> 担当医 <input type="checkbox"/> 日当直医		死亡日 平成 年 月 日 時 分
ID		所属部署		
診療科		氏名		
氏名				

\*患者の死亡・死産がいずれに起因するか、該当するものにチェックしてください。

### 死亡・死産が



# 説明同意文書の具体例（胃がん手術）

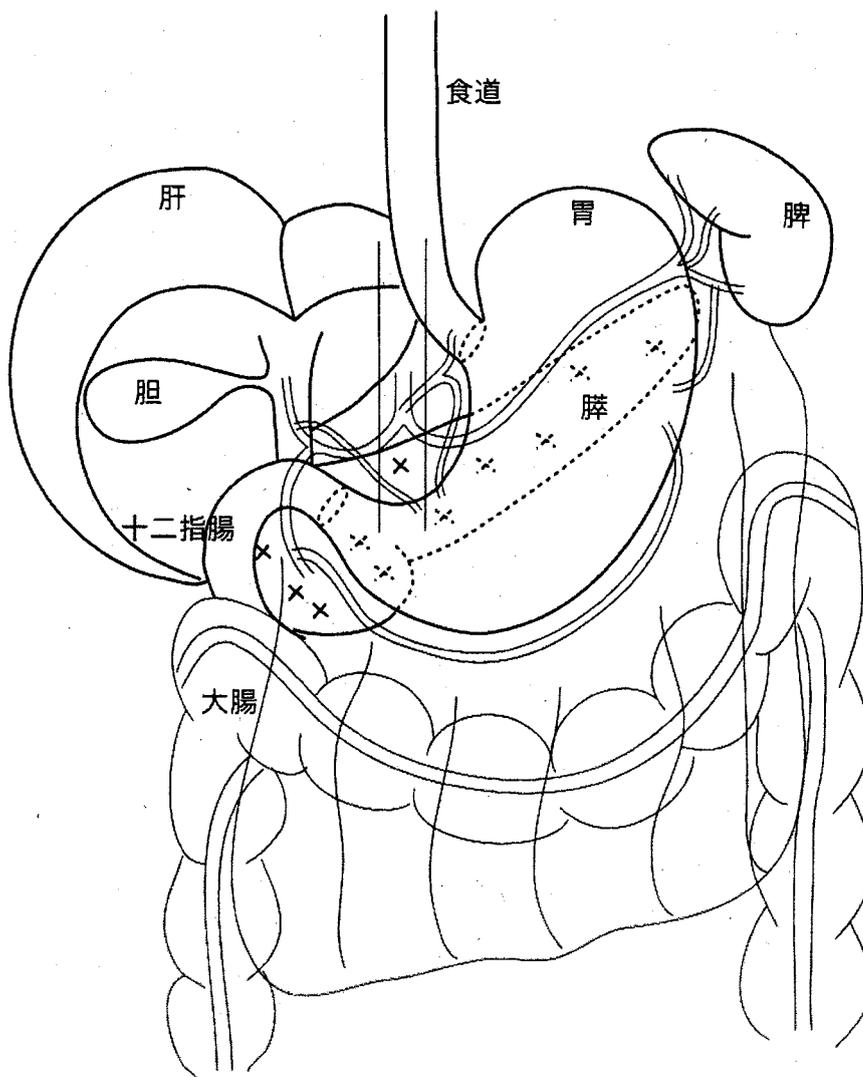
## 説明同意文書

胃癌の手術を受けられる  
患者さん、ご家族のみなさまへ

この説明書は、胃癌の手術について説明したものです。わからないことがありましたら、担当医にお尋ねください。治療を受けられる場合は「同意文書」に署名をお願いいたします。

### 1. これまでの検査でわかっている、あなたの病名、病気の進行度

- 病名は胃癌<sup>いがん</sup>です。下の図の部位に癌があります。
- 胃癌の組織型（顕微鏡で見た型）は（分化型・未分化型）です。

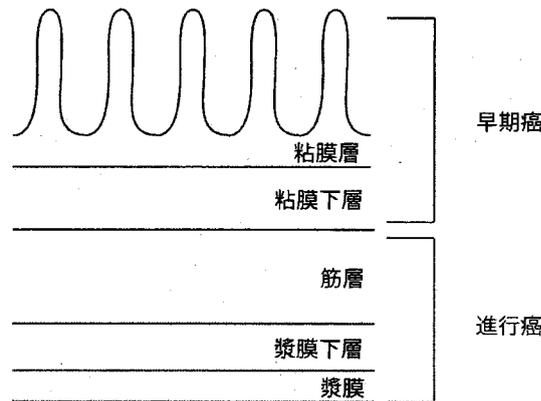


胃癌の進み方には、以下の3通りがあります。

1) 下の図は胃の壁の断面ですが、胃癌は胃の最も内側（食物が通る側）の粘膜層にできます。胃癌が進行すると、胃の外側に向かって浸潤（癌が潜っていくこと）します。あなたの胃癌の深さは、（粘膜層・粘膜下層・筋層・漿膜下層・漿膜面）までと考えられ、（早期癌・進行癌）です。

胃癌が漿膜面に達し、（膵臓・脾臓・横行結腸・横行結腸間膜・肝臓・総肝動脈・脾動脈・胃十二指腸動脈）に浸潤している可能性があります。

胃癌が漿膜面に達し、腹膜播種（腹腔内に癌が散らばっていること）している可能性があります。



2) 胃壁内のリンパ管の中に癌が浸潤すると、癌細胞がリンパ液の流れに乗ってリンパ節に転移します。前のページの図の部位に転移を疑うリンパ節があります。転移リンパ節の個数は（ ）個と考えています。

3) 胃壁内の血管の中に癌が浸潤すると、血液の流れに乗って肝臓、肺、その他の臓器や組織に転移します。

CT等で確認できる肝臓や肺への転移はありません。

CT等で（ ）への転移が疑われます。

胃癌の取扱い規約（第14版）での病期（ステージ）診断（術前診断）

T（ 1 , 2 , 3 , 4 ）（ \_\_\_\_\_ までの浸潤）

N（ 0 , 1 , 2 , 3 ）（リンパ節転移 \_\_\_\_\_）

M（ 0 , 1 ）（遠隔転移 \_\_\_\_\_）

Stage ( IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV)

最終的な診断、病期(ステージ)は手術で摘出した標本(胃、リンパ節など)の病理学的診断(顕微鏡の検査)で確定します。その結果によっては追加の治療が必要になることがあります。

「日本胃癌学会」によると日本の2006年胃癌登録からみた胃癌の治療成績(5年生存率)は、病期によって異なりますが、IAで約92%、IBで約84%、IIで約70%、IIIAで約55%、IIIBで約35%、IVで約17%であり、胃癌全体の約70%が治療しているとされます。ただし、これは胃癌取扱い規約第13版に基づいた結果であり、あなたの病期(第14版に基づく)と完全に一致するものではありません。症例数や観察期間が異なるため、単純比較はできませんが、当院における5年生存率は全国平均と比較し遜色のない成績となっています。

2. 手術の目的・必要性・有効性

あなたの胃癌は現在、前に示したような病態にあり、治療しなければ徐々に進行して最後はあなたの命を脅かすことになってしまいます。

治療法の選択

胃癌の治療法は胃癌がどこまで進んでいるか(病期:ステージ)によって変わってきます。胃癌治療ガイドライン第4版(胃癌の標準的な治療法が記載された冊子)に、進行度ごとの推奨治療法が下記の表のように記載されています。

進行度	推奨治療法
IA(粘膜層・粘膜下層に留まる分化型の癌の一部)	内視鏡(胃カメラ)による切除
IA(上記以外)、IB、IIA、IIB、IIIA、IIIB、IIIC	手術による切除
IV	化学療法、放射線治療、緩和手術、対症療法

あなたの場合、以下の理由で手術療法をお勧めいたします。

- 1) 病期IAだが内視鏡による治療では治療効果が不十分であると考えられるから。
- 2) 病期(IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC)だから。
- 3) 病期IVだが \_\_\_\_\_ という理由から。

手術の目的

- 胃、リンパ節、その他（<sup>ひそう</sup>脾臓・<sup>すいそう</sup>膵臓・<sup>おうこうけつちょう</sup>横行結腸・<sup>おうこうけつちょうかんまく</sup>横行結腸間膜・<sup>かんそう</sup>肝臓）を切除し、癌を完全に<sup>こんちしゆじゆつ</sup>取り除くことを目的とします（根治手術）。

3. 手術の内容、効果

手術の方法は、癌が胃のどこに存在するかによって決まります。あなたの場合は、胃の（入口付近、出口付近、中央）に存在するために以下の手術を選択することになります。

なお、リンパ節<sup>かくせい</sup>郭清、合併<sup>がっぺいせつじよそうき</sup>切除臓器については、以下のとおりです。

- 1) 標準的リンパ節郭清（D2 郭清）
  - 2) 縮小リンパ節郭清（D0 または D1 または D1+郭清）：理由\_\_\_\_\_
  - 3) 拡大リンパ節郭清（D3 郭清）：理由\_\_\_\_\_
- ・合併切除臓器：なし，胆嚢，脾臓，膵臓の一部，横行結腸，その他（\_\_\_\_\_）  
理由\_\_\_\_\_

手術日：            年            月            日            曜日

予定術式：

- 開腹（横切開・縦切開）・<sup>ふくくうきよう</sup>腹腔鏡下・腹腔鏡補助下
- <sup>いぜんてき</sup>胃全摘 Roux-en Y 再建術・<sup>ゆうもんそくいせつじよ</sup>幽門側胃切除 Billroth-I 法再建術・<sup>ビルロート</sup>
- <sup>ゆうもんそくいせつじよ</sup>幽門側胃切除 Roux-en-Y 再建術
- <sup>ふんもんそくいせつじよ</sup>噴門側胃切除 <sup>いかん</sup>胃管再建
- <sup>かくせい</sup>リンパ節郭清（あり・なし）
- <sup>すいたいび</sup>膵体尾部合併<sup>がっぺいせつじよ</sup>切除（あり・なし）
- <sup>ひ</sup>脾合併<sup>がっぺいせつじよ</sup>切除（あり・なし）
- <sup>おうこうけつちょう</sup>横行結腸（<sup>かんまく</sup>間膜）合併<sup>がっぺいせつじよ</sup>切除（あり・なし）
- <sup>すいぶぶん</sup>膵部分合併<sup>がっぺいせつじよ</sup>切除（あり・なし）
- <sup>だんのうてきしゆつじゆつ</sup>胆嚢摘出術（胆嚢疾患であり・胆石予防であり・なし）
- <sup>じゆつちゆうじんそくびようりしんだん</sup>術中迅速病理診断（あり・なし）

胃およびリンパ節、切除する必要のある周囲臓器<sup>てきしゆつ</sup>を摘出したのち、食物の通り道をつなぎ直します（再建）。

- \* <sup>ふくくう</sup>腹腔内（お腹の中）をみて、<sup>ふくまくはしゆ</sup>腹膜播種など予想以上に癌がひろがっていた場合、予定の手術を行わず、別の治療法に変更することがあります。他臓器<sup>しんじゆん</sup>浸潤をみとめた場合、<sup>じゆつしき</sup>術式を変更することがあります。

せつじょさいけんす  
切除再建図

□ 予定手術時間： 時間

- このほかに麻酔<sup>ますい</sup>や準備、回復室で休む時間などがかかります。
- 病期の進行具合、肥満度<sup>ひまんど</sup>、腹腔内の癒着<sup>ゆちやく</sup>の程度により、手術時間は数時間長くなる場合があります。

□ 開腹手術の場合

皮膚切開創<sup>ひふせつがいそう</sup>に沿って、筋肉と腹膜を切開し、腹腔内を直接見て手術を行います。

□ 腹腔鏡手術<sup>ふくくうきょう</sup>の場合

- ① 腹腔内を二酸化炭素<sup>にさんかたんそ</sup>のガスで気腹<sup>きふく</sup>（膨らますこと）して、腹腔内に空間を作り、φ12mmのトロカールという器具を（ ）本、φ5mmのトロカールを（ ）本挿入<sup>そうにゅう</sup>し、トロカールからカメラおよび手術器械を挿入して手術を行います。
- ② 臍<sup>へそ</sup>のトロカール創<sup>そう</sup>を延長して3～5cmの小開腹として、ここから切除したものを腹腔外へ取り出します。
- ③ トロカールの本数および小開腹の部位は、手術状況により変わることがあります。最後に、腹腔内に1～3本、ドレーンという管を入れます。

ふくくうきょうかしゅじゅつ  
[腹腔鏡下手術について]

- 開腹手術に比べて歴史が浅く、胃癌治療ガイドライン第1版（2001年出版）～最新の第4版（2014年）まで一貫して臨床研究としての治療法であると記載されています。2002年に保険適応の治療法となっています。
- 腹腔鏡下幽門側胃切除術：内視鏡外科診療ガイドライン（2014年版）では、胃癌取扱い規約第14版のStage IA および Stage IB の胃癌には推奨できる（推奨度 B、つまり「行うよう勧められる」と記載されています。一方、Stage II 以上の進行癌に対しては、現時点で推奨する根拠は極めて乏しいと記載されています。
- 腹腔鏡下胃全摘術：内視鏡外科診療ガイドライン（2014年版）では、胃癌取扱い規約第14版のStage IA および Stage IB の胃癌には考慮してもいいが、十分な科学的根拠はない（推奨度 C）と記載されています。また、Stage II 以上の進行癌に対しては、十分なデータがありません。
- 腹腔鏡下手術の手術時間は、開腹手術の手術時間の1.5～2倍程度です。きずが小さい分、痛みが少なく、術後の回復が早いのが最大の利点です。

#### 4. この手術に伴う危険性とその発生率

手術は100%安全ではありません。一定の確率で合併症<sup>がっぺいしょう</sup>が起こりますし、一定の確率で手術関連死亡があります。例えば、日本外科学会など外科系10学会で組織する、一般社団法人 National Clinical Database (NCD) のデータによると、胃切除術の死亡率は1.07%(このうち腹腔鏡手術のみでは0.43%)、胃全摘術の死亡率は2.27%(このうち腹腔鏡手術のみでは0.89%)でした。

以下に考えられる合併症を記載します。頻度に関しては、全国集計での頻度を記載しました。

- (術中、術後) 出血：術中に十分止血を行いますが、術中出血量が多かったり、術後に出血する場合があります。出血が多く貧血が進む場合、輸血を行うことがあります。出血の程度が高度であれば緊急で開腹止血術や血管内カテーテル治療を要することがあります。
- 縫合不全<sup>ほうごうふぜん</sup> (1.5-3%)：消化管と消化管を縫い合わせた吻合部<sup>ふんごうぶ</sup>がつかずに開いてしまい、消化管内の消化液や食物が腹腔内に漏れてしまう合併症です。縫合不全が起きてしまった場合のために、手術の終わりに腹腔内に管を入れてきます。縫合不全が起きた場合、食事をやめこの管から漏れた消化管内容を腹腔外へ出して、腹膜炎<sup>ふくまくえん</sup>になるのを防ぎつつ、吻合部の穴が閉じるのを待ちます。CTなどで見ながら追加で管を入れたり、稀に再手

術が必要になることもあります。

- 手術部位の感染（1-2%）：消化管の中は無菌ではありませんが、消化管の手術では消化管を切って縫合する必要があります。消化管の中の細菌などが創や腹腔内に感染を起こす事があり、必要に応じて膿を出す処置を行ったり、抗菌薬を投与したりします。
- 胃内容の排出遅延（0.2-1.5%）：胃の形や位置が変わったり、術後の消化管麻痺により起こります。多くの場合、短期間食事をやめたり減らしてもらうことで軽快します。
- 膵液漏（0.2-5%）：切除する胃の周りのリンパ節やリンパ管は、胃の周りの脂肪の中に存在しています。この脂肪を、膵臓に沿って切除しなければいけない部分があります。その際に、膵臓に傷がつくと、本来、十二指腸の中に流れるべき膵液という消化液が腹腔内に漏れ、腹腔内に膿瘍（膿のたまり）を作ったり、血管がほころんで出血したり、吻合部がほころんで縫合不全を起こしたりします。膵液漏が起きた場合のために、手術の終わりに腹腔内に管を入れます。膵液漏が起きた場合、この管から漏れた膵液を腹腔外へ出して膵液が漏れなくなるのを待ちます。CTなどで見ながら追加で管を入れたり、稀に再手術が必要になることもあります。膵炎と同じ病態を引き起こしかねない危険な合併症です。
- 腸閉塞症（0.2-2%）：手術後は、腹腔内で腸管が腹壁や臓器に癒着することがあります。腸管が屈曲して癒着すると、そこに食物が詰まり消化管が閉塞し、それより口側の腸管に消化液が貯まって腸管が拡張し、腹痛、嘔吐などの症状が出ます。また、腸閉塞は手術後何年もたってから起こることもあります。治療のために、食事をやめ点滴を行い、減圧するためのチューブを鼻から消化管の中に入れたり、手術が必要になることもあります。
- 吻合部狭窄（0.2-2.5%）：食事をやめてもらったり、胃カメラで見ながら風船で吻合部を広げる処置（内視鏡的拡張術）を複数回おこなうことがあります。
- 乳び腹水、リンパ漏（0.2%）：リンパ節郭清に伴い、脂肪分を多く含むリンパ液が漏れる状態です。腹腔内の管から乳び腹水やリンパ液を腹腔外へ出しつつ、止まるのを待ちます。長期間食事をやめる場合があります。
- 肺炎（1-4%）：全身麻酔では気管に管を入れるため、術後に痰が増えることがあります。痰の中には細菌などが含まれています。手術の後、痰がからまったままにすると、痰とともに細菌等が肺にたまり肺炎を起こします。きずが痛むこともあると思いますが、咳をして痰を貯めないように心がけて下さい。また、ベッド上で横になっていると、横隔膜が上がり、肺の広がりが悪くなり痰が出しにくくなります。また、重力で肺の背中側に痰が貯まりやすくなります。日中はなるべくベッドを起こして座って、時々歩くようにして下さい。肺炎になってしまった場合、抗菌薬の投与を行います。稀ですが、

高度の肺炎では人工呼吸器が必要になったり、気管切開が必要になることもあります。

- 肺血栓塞栓症（<sup>けっせんそくせんしゅう</sup>0.5%）：飛行機に乗った場合の、エコノミークラス症候群と呼ばれている物と同じです。手術中や手術後に、足を動かさないでいると、足の深い部分にある静脈の中に、<sup>けっせん</sup>血栓（血の塊）ができ、これが流れていき、心臓や肺の近くの大きな血管をふさぎ、呼吸困難や心停止に至ることもある危険な合併症です。別紙の説明同意書にありますような予防処置はとりますが、患者さん自身でも、術当日からベッド上で時々足を動かす、翌日からは時々歩くなどして予防に努めて下さい。
- 脳血管障害（脳出血、<sup>こうそく</sup>脳梗塞）、<sup>きょけつせいしんしゅかん</sup>虚血性心疾患（<sup>こうそく</sup>心筋梗塞など）：手術中や手術後は体にストレスが加わった状態ですので、脳血管障害や虚血性心疾患がおこる頻度は、通常的生活をしている状態より高くなります。発症した際には命に関わることや、生活の質を落としかねない<sup>こういしゅう</sup>後遺症が残ることがあります。専門医に治療をお願いすることになります。

術後合併症の発生には、術前の<sup>きそしゅかん</sup>基礎疾患、合併症の有無が大きく影響します。術前基礎疾患、合併症が存在すると術後合併症のリスクが上がることにご注意ください。

- あなたには基礎疾患として（ ）がありますので、（ ）などの合併症の危険性が高くなります。

## 5. 偶発症発生時の対応

万が一、偶発症、合併症が起きた場合には最善の処置を行います。なお、その際の医療は通常保険診療となります。

## 6. 代替可能な治療

抗癌剤治療：手術で切除可能な病状の場合、手術に比べると抗癌剤治療では完全に治せる可能性は低くなりますが、癌の進行を遅らせ生存期間を延長する可能性はあります。胃を切除することによる後遺症は出ませんが、抗癌剤による副作用が出る可能性があります。また、抗癌剤が効かなくなり癌が進行すると、癌による様々な症状が出現します。

## 7. 手術を行った場合に予想される経過

### 【術後の経過】

- ・手術の 日後から水分の摂取が可能となります。また、歩行も可能となります。
- ・幽門側胃切除等では、術後 日から食事が開始となります。流動食から開始し、4 日程で全粥食になります。

- ・胃全摘等では、術後 1 日から液体を開始し徐々に粥食になります。
- ・幽門側胃切除等では、術後 7-9 日目前後に退院となります。
- ・胃全摘、噴門側胃切除等では、術後 8~12 日目前後に退院となります。
- ・術後に何らかの合併症が発生した場合は、外来通院が可能になった時点で退院となります。

#### [退院後]

- ・進行度に応じて、定期的に血液検査や CT 検査、内視鏡検査を行いながら、5 年間再発がないかどうかを外来で診ていきます。紹介してくださった先生にこれをお願いすることもあります。
- ・進行度によっては、予防的に抗がん剤による治療（補助化学療法）を行います。
- ・再発が確認された時点で、再発の仕方に応じて、抗がん剤などによる治療を行います。

#### [術後の消化吸収機能]

胃癌手術後にはいろいろな術後障害、後遺症が発生します。代表的なものを以下に示します。

- ・胃が小さくなる、あるいはなくなることによる摂食不良、体重減少
- ・消化液の食道への逆流による逆流性食道炎
- ・鉄やビタミン B12 の吸収障害による貧血
- ・カルシウムの吸収障害による骨粗鬆症
- ・食べたものが急に腸へ流れることにより発生するダンピング症状
- ・術後胆石の発生

これらの後遺症が少しでも軽くなるように、医師、看護師、薬剤師、栄養士らが連携し、食事指導や栄養指導を行っていきます。また、お薬や手術によりこれらを予防、治療することがあります。

#### 8. 何も治療を行わなかった場合に予想される経過

胃癌の進行に伴い様々な症状が出現します。例えば、胃癌が大きくなると食物が胃を通過できなくなり、ものが食べられなくなったり、胃癌から出血があり貧血が進行したりします。この他、胃癌細胞が胃からこぼれて腹腔内にひろがったり、血液の流れによって他の臓器へ転移したり、リンパ液の流れによって胃から遠いリンパ節に転移します。この段階での根治手術は不可能になります。生命の危機に瀕する状況となります。

### 9. 患者さんの具体的な希望

治療に関して何かご要望があればお伝えください。

セカンドオピニオンを希望する場合はお申し出下さい。これにより不利益を被ることはありません。

### 10. 手術の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、治療が開始されるまでは、治療を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

### 11. 連絡先

治療について質問がある場合や、治療を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

**【連絡先】**

住所：群馬県前橋市昭和町3-39-15

病院：群馬大学医学部附属病院 消化管外科

(担当医： )

電話：027-220-8229、8248 (外科外来、月～金曜の日中)

027-220-8227 (北5階病棟、夜間・休日)

説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師： \_\_\_\_\_

\* 説明同意文書は電子カルテにスキャンしてください。

ID: @@SYPID@@ @@ORIBP\_KANJI@@ 様

## 同意文書

群馬大学医学部附属病院 病院長 殿

私は、胃癌の手術 を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この治療を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療を受けることに同意します。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 治療の目的・必要性・有効性
- 治療の内容と性格および注意事項
- 治療に伴う危険性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替可能な治療およびそれに伴う危険性とその発生率
- 治療を行った場合の予測される中長期的経過・予後
- 治療を行わなかった場合に予想される経過
- 患者さんの具体的希望
- 治療の同意撤回
- 連絡先

### 【説明】

説明年月日：平成 年 月 日

説明した医師：

同席者：

### 【同意】

同意年月日：平成 年 月 日

同意者（本人）：

同意者（家族）：

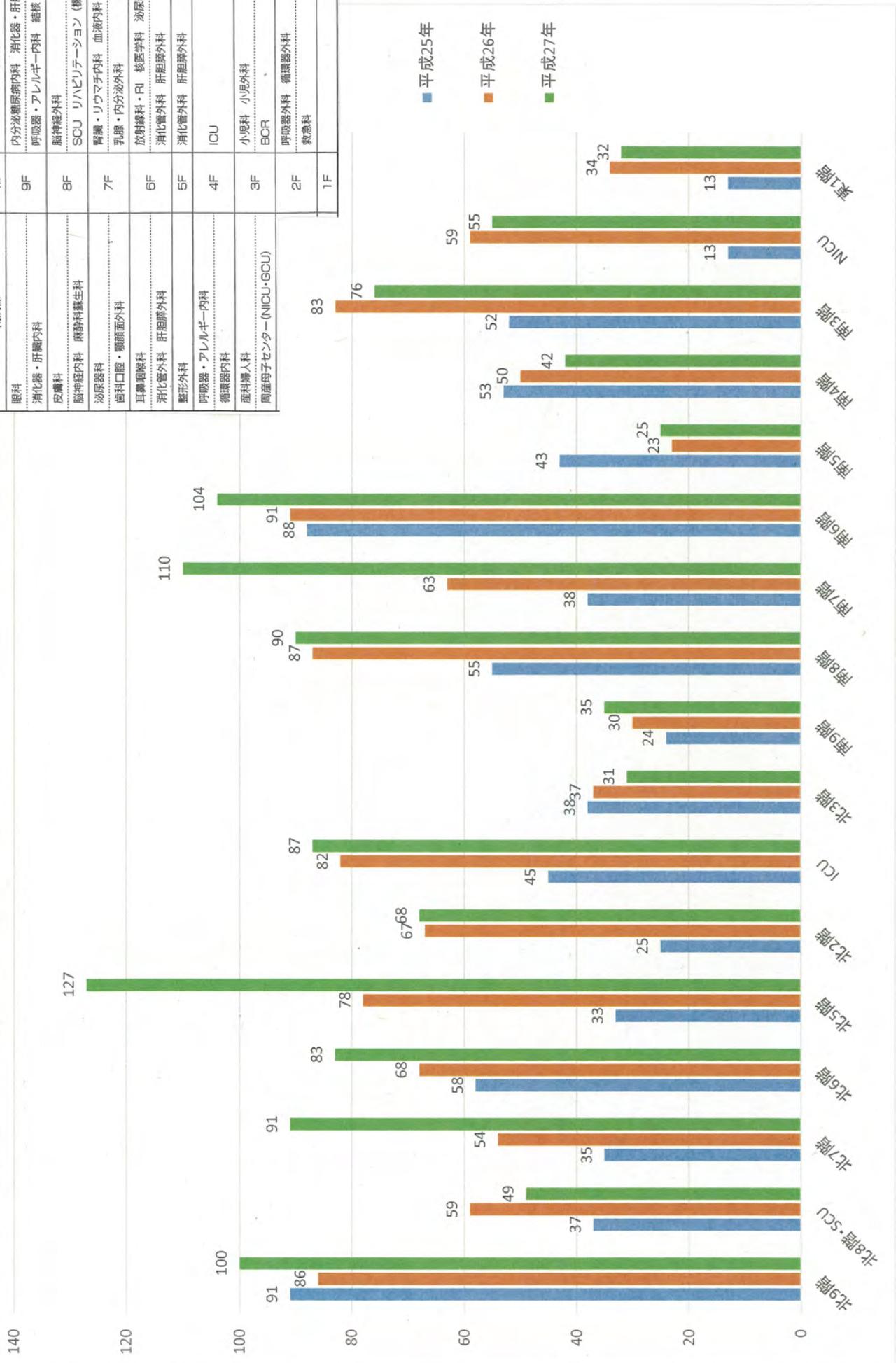
\*患者さんに判断能力がない場合にのみ、代諾者が、自筆署名、もしくは記名押印してください。

（代諾者）：

（患者さんとの関係： ）

# インフォームド・コンセント時の「看護師同席数」の変化

階	南病棟	北病棟
9F	眼科 消化器・肝臓内科 皮膚科 脳神経内科 泌尿器科 歯科口腔・顎顔面外科 耳鼻咽喉科 消化管外科 整形外科	内分泌糖尿病内科 消化器・肝臓内科 呼吸器・アレルギー内科 脳神経外科 腎臓・リウマチ内科 血液内科 乳腺・内分泌外科 放射線科・RI 核医学科 泌尿器科 消化管外科 肝胆脾外科 消化管外科 肝胆脾外科 ICU
8F	脳神経内科 麻酔科 産科 周産母子センター (NICU・GCU)	呼吸器・アレルギー内科 循環器内科 産科 産科婦人科 周産母子センター (NICU・GCU)
7F		
6F		
5F		
4F		
3F		
2F		
1F		



# 医学系研究科の「講座」再編

・平成27年11月 再編の検討開始  
 ・平成28年1月 医学系研究科教授会承認  
 ・平成29年4月1日 講座の改組(再編)日

## 【再編前】

講座	分野
脳神経病態制御学	脳神経再生医学(生理学第二)
	病態病理学(病理学第一)
	脳神経内科学(神経内科)
	脳神経外科学(脳神経外科部門)
	眼科学(眼科学)
脳神経発達統御学	神経薬理学(行動分析学部門)
	遺伝発達行動学(行動生理学部門)
	分子細胞生物学(分子病態学)
	神経精神医学(神経精神医学)
	麻酔神経科学(麻酔・蘇生学)
器官代謝制御学	生体構造学(解剖学第一)
	病態制御内科学(内科学第一)
	泌尿器科学(泌尿器科学)
	産科婦人科学(産科婦人科学)
	臨床薬理学(臨床薬理学)
器官機能制御学	生化学(生化学)
	機能形態学(解剖学第二)
	応用生理学(生理学第一)
	臨床検査医学(臨床検査医学)
	整形外科学(整形外科学)
	臓器病態内科学(内科学第二)
病態腫瘍制御学	病態腫瘍薬理学(薬理学)
	病理診断学(病理学第二)
	病態総合外科学(外科学第一)
	腫瘍放射線学(放射線医学)
	放射線診断核医学(核医学)
	顎口腔科学(口腔外科学)
	臓器病態外科学(外科学第二)
	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学(耳鼻咽喉科学)
	肝胆膵外科学
生体防御機構学	分子予防医学(衛生学)
	細菌学(微生物学)
	国際寄生虫病学(寄生虫学)
	法医学(法医学)
	生体統御内科学(内科学第三)
	小児科学(小児科学)
	皮膚科学(皮膚科学)
社会環境医療学	公衆衛生学(公衆衛生学)
	医学哲学・倫理学(医学基礎)
	総合医療学
	救急医学
	リハビリテーション医学

基礎系分野

## 【再編後】

臨床系のみ

講座	分野
内科学	循環器内科学
	呼吸器・アレルギー内科学
	消化器・肝臓内科学
	内分泌代謝内科学
	腎臓・リウマチ内科学
	血液内科学
	脳神経内科学
外科学	循環器外科学
	呼吸器外科学
	消化管外科学
	乳腺・内分泌外科学
	肝胆膵外科学
	小児外科学
腫瘍放射線学	腫瘍放射線学
放射線診断核医学	放射線診断核医学
神経精神医学	神経精神医学
麻酔神経科学	麻酔神経科学
救急医学	救急医学
総合医療学	総合医療学
リハビリテーション医学	リハビリテーション医学
臨床検査医学	臨床検査医学
病態病理学	病態病理学
病理診断学	病理診断学
小児科学	小児科学
産科婦人科学	産科婦人科学
泌尿器科学	泌尿器科学
脳神経外科学	脳神経外科学
眼科学	眼科学
耳鼻咽喉科・頭頸部外科学	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学
皮膚科学	皮膚科学
形成外科学	形成外科学
整形外科学	整形外科学
臨床薬理学	臨床薬理学
顎口腔科学	顎口腔科学