



## 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術に関する説明書

食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施するにあたり、以下の項目をお読になった後、説明にご納得いただけましたら、同意書にご署名をお願い致します。

### 1. 食道・胃・十二指腸の切除術の目的・方法についての説明

※食道・胃・十二指腸に腫瘍性病変を認めました。現在の状態は内視鏡を用いて治療可能と思われます。今回、入院の上、病変を内視鏡で切除します。

※内視鏡治療法には、3通りあります。

①内視鏡の先端から特殊な器具を出し、病変を把持しつつ針金の輪（スネア）で病変部を絞めて切除する方法（スネア・ポリペクトミー）。

②病変部を吸引し、ポリープ状に変えた後に針金の輪（スネア）で絞めて切除する方法（内視鏡的粘膜切除術：EMR）。

③特殊なナイフで病変を切開・剥離する方法（内視鏡的粘膜下層剥離術：ESD）です。病変の形状、大きさ、部位に適した治療法を選択します。切除した病変は回収して、顕微鏡による検査を行います。顕微鏡検査では、病変が完全に切除されていないと判断された場合には、外科的な追加切除を必要とすることがあります。

※治療がなるべく苦痛なく行えるようのどの麻酔に加え、静脈注射による麻酔（鎮静剤）を用いますが、希望されない方は事前にお申し出ください。

### 2. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施した場合の偶発症について

いずれの治療法においても、高周波を用いて病変を切除しますので、切除部分に人工的な潰瘍ができます。治療方法により多少の頻度の違いはありますが、潰瘍から出血・穿孔（穴があくこと）などの偶発症をきたす場合があります。最近（2003年～2007年の5年内）の全国集計（日本消化器内視鏡学会による）です。最も難易度の高いESDでは食道で4.4～6%、胃で2.961%です。また、麻酔・鎮静剤などの薬剤によるアレルギー性ショックがまれに生じることがあります。偶発症が生じた場合は、直ちに最善の処置、治療を行います。重篤な偶発症の場合、集中治療や緊急開腹・開胸手術・輸血などが必要になる場合もありますので、ご承知おきください。

### 3. 内視鏡を用いた食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施する場合の注意点について

※治療に要する時間は、病変の大きさと発生した部位などにより様々です。30分程度で終了する場合から2時間以上かかることもあります。入院後の予定、経過については別紙経過表をご覧ください。入院期間は1週間～10日間程ですが、状況により延長することがあります。

※退院後も潰瘍が治るまでの間（数週間）は出血の危険性がありますので、激しい運動、飲酒、旅行などは控えてください。入院に際しては、日程をよくご確認ください。

※心臓ペースメーカーを装着されている方は、電気メスによる障害が発生する可能性がありますので、主治医とご相談ください。

※現在何らかの病気で薬を飲んでいる方は主治医より薬の飲み方についての指示があります。特に抗凝固剤や抗血小板剤（バイアスピリン、パナルジン、ワーファリンなど）をお飲みの方は必ず飲み方を確認し、主治医の指示をお守りください。

この指示通りに服薬が守られていない場合には、安全性確保のため内視鏡による治療を延期することもあります。

**4. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施しない場合の他の治療法等の選択肢について**

※食道の場合：外科的切除術、放射線化学療法、放射線療法、化学療法等

※胃の場合：外科的切除術(腹腔鏡補助下手術、開腹切除術)、化学療法等

※十二指腸の場合：外科的切除術、化学療法等

**5. 同意書の撤回について**

同意書をいただいた後でも、同意を撤回することはいつでもできます。その場合は主治医とよくご相談ください。

**6. 不同意の場合の診療の継続について**

食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施することに同意できない場合は、主治医と今後の治療方法などについて、もう一度よくご相談ください。

**7. 緊急時の対応について**

内視鏡を用いた食道・胃十二指腸の内視鏡的切除術を実施中に、予期せぬ事態が発生した場合は、最善の対処を致します。処置内容などについては担当医の判断にお任せください。合併症による処置、治療に関する費用は、患者さんのご負担になりますことを、あらかじめご了承ください。また、帰宅後に内視鏡治療に関連して当院へ連絡を取りたい際には、下記までお問い合わせください。

東京慈恵会医科大学附属病院 電話:03-3433-1111

検査治療を担当している診療科 または 内視鏡部 (内線 3185、3186)

**8. 質問の機会について**

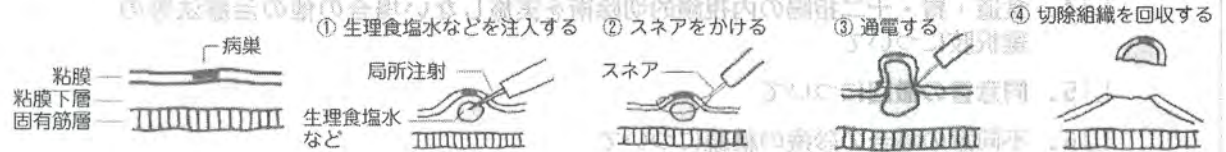
説明された内容についてわからないことがある場合は、遠慮なくご質問ください。同意書をいただいたあとでも、質問することはできます。

**9. その他**

## ① スネア・ポリペクトミー



## ② EMR (内視鏡的粘膜切除術)



## ③ ESD (内視鏡的粘膜下層剥離術)



以上



食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術  
に関する同意書

説明実施日

説明医師：\_\_\_\_\_

同席者：\_\_\_\_\_

施行予定日：\_\_\_\_\_

- ☐ 1. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術の目的・方法についての説明
- ☐ 2. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施した場合の偶発症について
- ☐ 3. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施する場合の注意点について
- ☐ 4. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施しない場合の他の治療法等の選択肢について
- ☐ 5. 同意書の撤回について
- ☐ 6. 不同意の場合の診療の継続について
- ☐ 7. 緊急時の対応について
- ☐ 8. 質問の機会について
- ☐ 9. その他

私は、食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術について必要性とその内容、これに伴う危険性について十分な説明を受け、理解しました。つきましては、これを実施すること、および実施中に緊急処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置することについても併せて

☐ 同意します

☐ 同意しません

東京慈恵会医科大学附属病院 病院長 殿

20 年 月 日

患者（代諾者）署名：\_\_\_\_\_

（代諾者の場合、患者との続柄：\_\_\_\_\_

緊急連絡先：\_\_\_\_\_）

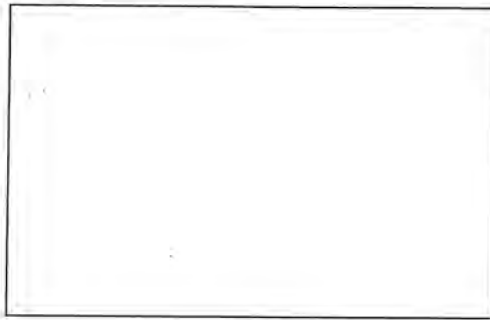
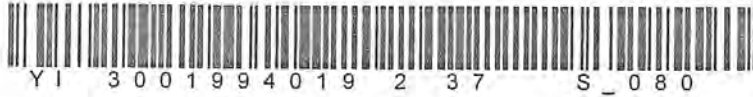
※患者さんが未成年もしくは心身障害や重篤な病状のため、同意能力を欠く場合や署名ができない場合は、代諾者（配偶者または家族、親権者等）が署名してください。

患者関係者署名：\_\_\_\_\_

（患者との続柄：\_\_\_\_\_

緊急連絡先：\_\_\_\_\_）

※手術又は侵襲を伴う処置・検査などでは、患者さんご本人だけでなく、説明を受けられたご家族もしくは関係者も署名してください。



## 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術 に関する同意書

説明実施日：

説明医師：\_\_\_\_\_

同席者：\_\_\_\_\_

施行予定日：

- ☐ 1. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術の目的・方法についての説明
- ☐ 2. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施した場合の偶発症について
- ☐ 3. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施する場合の注意点について
- ☐ 4. 食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術を実施しない場合の他の治療法等の選択肢について
- ☐ 5. 同意書の撤回について
- ☐ 6. 不同意の場合の診療の継続について
- ☐ 7. 緊急時の対応について
- ☐ 8. 質問の機会について
- ☐ 9. その他

私は、食道・胃・十二指腸の内視鏡的切除術について必要性和その内容、これに伴う危険性について十分な説明を受け、理解しました。つきましては、これを実施すること、および実施中に緊急処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置することについても併せて

☐ 同意します

☐ 同意しません

東京慈恵会医科大学附属病院 病院長 殿

20 年 月 日

患者（代諾者）署名：

（代諾者の場合、患者との続柄：

緊急連絡先：

）

※患者さんが未成年もしくは心身障害や重篤な病状のため、同意能力を欠く場合や署名ができない場合は、代諾者（配偶者または家族、親権者等）が署名してください。

患者関係者署名：

（患者との続柄：

緊急連絡先：

）

※手術又は侵襲を伴う処置・検査などでは、患者さんご本人だけでなく、説明を受けられたご家族もしくは関係者も署名してください。