

# 2006年（平成18年）度前期日本消化器外科学会教育集会の報告

当番世話人  
東海大学医学部外科学  
幕内 博康

2006年（平成18年）度前期日本消化器外科学会教育集会には、全国各地から多数の会員のご参加を頂き、有難うございました。ここに、同集会の受講者数、講師から出題されたテストの結果、問題の解説と正答率などを報告いたします。テストの問題とその正解及び解説は各講師から頂いたものです。

開催日：平成18年7月15日（土）  
場 所：パシフィコ横浜 国立大ホール

## 主題Ⅰ. 総論

### テスト結果

マークシート提出数	2005名					
問題1 正解 e（正答率94.6%）						
解答内訳 a (0.2) b (0.5) c (1.9) d (0.3) e (94.6)	読み取り不能他 (2.4)					
問題2 正解 b（正答率96.3%）						
解答内訳 a (1.0) b (96.3) c (0.1) d (0.1) e (0.4)	読み取り不能他 (2.0)					
問題3 正解 a（正答率68%）						
解答内訳 a (68.0) b (4.8) c (3.4) d (13.5) e (2.6)	読み取り不能他 (7.6)					

## 主題Ⅱ. 食道

### テスト結果

マークシート提出数	2002名					
問題1 正解 a（正答率78.7%）						
解答内訳 a (78.7) b (4.2) c (1.8) d (1.2) e (9.4)	読み取り不能他 (4.6)					
問題2 正解 d（正答率95.6%）						
解答内訳 a (0.2) b (0.8) c (0.3) d (95.6) e (0.5)	読み取り不能他 (2.5)					
問題3 正解 c（正答率74.5%）						
解答内訳 a (12.3) b (4.1) c (74.5) d (0.8) e (1.9)	読み取り不能他 (6.4)					

## テストの問題とその正解及び解説

### 総論 問題1

- インフォームド・コンセントについて正しいのはどれか。
- (1) 十分な説明があれば医療過誤の追求は免れる。
  - (2) 未成年者には同意能力はない。
  - (3) 発生頻度が1%程度の術後合併症についても説明する。
  - (4) 患者の理解程度に応じて説明する。
  - (5) 他の選択可能な医療について説明する。

### <解答群>

- a. (1), (2), (3) b. (1), (2), (5) c. (1), (4), (5) d. (2), (3), (4) e. (3), (4), (5)

正解：e

解説：(1) × 医療過誤の有無とインフォームド・コンセントとは基本的には独立している。医療過誤があれば、インフォームド・コンセントが十分であってもその責任を追及される。しかし、例えば術後合併症などについては、十分なインフォームド・コンセントによってその責任追及の度合いが変化する可能性はある。

(2) × 未成年者であれば、一律に同意能力を認めないということではなく、未成年者でも、理解力・判断力を持つ患者が医療の実施に同意すれば、親権者の同意がなくとも医療を実施できる。ただし、この同意能力の有無は、個別の医療行為によって判断されなければならない。

(3) ○ 術後合併症は低い頻度の合併症であっても説明を要する。判例で、骨折治療における観血的治療後の感染発生率が1.5%であっても、説明義務が十分でなかったとしている。手術手技にもよるが、1%程度の発生率であっても、原則的には説明すべきである。

(4) ○ 患者が良く理解してから同意を得るのであるから、説明した内容を理解してもらう必要がある。患者が高齢者の場合には、十分には説明内容を理解してもらうのが困難な場合があり、このような場合には必ずその家族の中である程度理解してもらえそうな人を含めて説明する必要がある。

(5) ○ 近年のインフォームド・コンセントの考え方では、インフォームド・コンセントの中には治療行為に対する「同意」のみならず「自己決定」が含まれるので、治療法の選択も説明内容に含まれる必要がある。さらに、他の治療法の有効性、危険性なども説明に加える必要がある。

## 問題2

クリニカルパス（クリティカルパス）について正しいと思われるものを選びなさい

1. パスで定められた入院期間より早く退院できた場合を「正」のバリエーション、長くなった場合を「負」のバリエーションと呼ぶ。
2. バリエーションの患者は不安になるので、バリエーションが多い進行癌にはパスを適応すべきではない。
3. パスでは医師独自の方法で治療することができないので、医師の裁量権は奪われることになる。
4. パスを導入すると入院期間が短縮され、多忙となってミスが発生しやすくなる。
5. パスとマニュアルは異なるので、マニュアルがあってもパスが必要のことは多い。

<解答群>

- a. (1), (2) b. (1), (5) c. (2), (3) d. (3), (4) e. (4), (5)

正解：b

解説：パスは「その施設で、ある疾患や治療について患者が経過するであろうと考えられる臨床経過と行われる臨床活動について、医療チームが共同で作上げる最良の治療計画」である。

1. パスで定められた入院期間より早く退院できた場合を「正のバリエーション」、長期間となった場合を「負のバリエーション」と呼ぶ。

2. バリエーションの患者にとっても、パスがあれば、その理由を納得しやすい。実際にバリエーションとなった患者には、パスと異なる経過となった理由とその対策をわかりやすく説明しなければならない。バリエーションの多い胃癌や食道癌の手術でもバリエーションとなった理由を説明することで、患者と家族はその原因を理解し、変更された治療方針を受け入れやすい。たとえバリエーションとなってもパスがない場合に比べて、患者サイドの不満・不安は軽減されることが多い。

3. パスはあくまで正常に経過する場合の標準的な治療スケジュールであり、基本目標にすぎないと考えるべきである。個々の患者の病態が少しでも標準と異なるならば、その病態に合わせて治療内容も変えるべきである。むしろバリエーションを早く発見して、その対策を早期に考え、バリエーションの症例に対する治療・看護こそ「さじ加減」が必要であり、医師としての「腕の見せ所」になり、主治医の裁量の発揮どころであろう。

4. パスで治療を行えば、指示漏れやうっかりミスは減少する。また安全性の向上には、過去のインシデントのレポートを集積して検討し対策をたてる、医療従事者の個人個人が医療知識のレベルを向上させる、医療従事者間のコミュニケーションをよくして情報をできるだけ共有化する、医療の標準化を図って医療内容を効率化して無

駄な検査や治療を減らすことなどが重要で、これらのことはパスの作成・導入の過程で達成できる。さらに、バリエーションを患者自身あるいは家族が早期からパスでチェックできることも重要である。短縮されてゆく在院期間のなかで、濃厚になる診療・過密になる業務を安全に効率よく行うためにこそパスが必要との発想に変換すべきである。

5. パスは治療が効率よく行えるように総合的に作成された診療過程全体のチャート（詳細な入院診療の計画表）であり、医療者が使用する医療者用パスと、患者に渡す患者用パスがある。したがって医療者間のみで使用する通常のマニュアルやプロトコールとは異なる。またパスは多職種で構成される医療チームで作成するところがマニュアルやプロトコールとは異なる。

### 問題 3

次のうち誤っているのはどれか。

- a 医療紛争とは医療事故に起因するもののみを指す。
- b 医療過誤とは医療事故のうち、医療従事者の不注意（過失）により生じたものを指す。
- c 裁判所において過失を判断する基準は、当時の医療水準である。
- d 判決において、患者側の請求が認容されるのは40%程度であるからといって、医療訴訟は医療機関側に有利というわけではない。
- e 宗教上の理由により輸血を拒否している患者に対し、説得を試みずに出血多量でも輸血しないという説明で手術の承諾を得て、術中出血多量のため輸血を行った場合、自己決定権の侵害となる場合がある。

#### <解答群>

a   b   c   d   e

正解：a

解説：1 選択肢 a について

「医療紛争」は「医療事故」によるものに限定されない。よって、誤り。

医療紛争とは、『医療行為の全過程』で医療側と患者側との間で発生するトラブル全般を指す。医療紛争の中心は医療事故に起因するものが多いが、医療従事者の接遇に対するクレームも少なくない。したがって、医療従事者としては「医療行為さえ適切に行っていればよい」という考えを捨てる必要がある。しかし、これは患者に迎合することではない。医師には、疾病・治療方法に対する知識の差があること、治療する側を治療を受ける側という根本的な立場の違いがあることを意識した上での説明、対応が求められる。

2 選択肢 b について

医療事故のうち、医師ないしは看護師などの医療従事者の不注意（過失）により起こったものを指す。よって、正しい。

但し、医療紛争、医療事故、医療過誤について法律上明確な定義が存在するわけではない。そのため、論者によってニュアンスは異なる。医療裁判では「不注意（過失）」の有無について争われるが、これを「医療過誤訴訟」あるいは「医療過誤事件」と呼ぶ法律家も少なくない。「医療事故」「医療過誤」の区別は相対的であることを忘れてはならない。

医療行為が身体的侵襲を伴うものである以上、合併症・偶発症は不可避的である。しかし、治療の受け手である患者側がこれを理解することは困難である。患者側には医療行為の『安全神話』が存在している。報道機関において『医療事故＝医療過誤（医療ミス）』との誤解が蔓延していることもあり、診療の過程において悪しき結果が発生した場合に、患者側は「医療過誤」と受け取ることが多い。

医療従事者として、医療紛争、医療事故、医療過誤という概念を理解することは大切である。しかし、悪しき結果発生後の患者側に対する説明においてこれらの言葉を用いることは不適切である。むしろ診療経過を正確に伝達する方法を工夫すべきであろう。

3 選択肢 c について

過失の有無（注意義務違反）の有無は、「不注意（過失）」は、当時の医療水準に適っているか否かにより決せ

られる法的概念である。よって、正しい。

医療裁判における「医療水準」とは、医学水準とは異なり『臨床医学の実践における医療水準』である。全国的な統一基準ではなく『当該医療機関の性格、その所在する地域の医療環境の特性等の諸般の事情』を考慮して決定されることになる。実際の裁判では、医薬品の添付文書、厚生労働省のガイドライン、一般文献等の客観的資料を基に、当該診療当時、どのような診療が法的に期待されていたかが検討されることになる。

なお、医薬品を使用するに当たっては、医薬品の添付文書（能書）に記載された使用上の注意事項と異なる慣行によった場合には、合理的な理由がない限り医療水準を満たさないものとして『過失』が推認されることになる（H8.1.23 最高裁判決“いわゆる「能書判決」）。『医療慣行』の多くはEBMに基づくものであろうが、裁判所の要求する医療水準の内容を理解した上で、自らの診療行為が正当化できるか検討が必要である。

#### 【医療水準に至るまでの過程】

実験的な段階：学会や雑誌で紹介された程度の研究段階。正しい治療（知見）か未だ未確立な段階

医学水準：専門家の間では正しい治療（知見）として認められるが、特殊な設備・特殊な環境（スタッフ）が必要とされる段階

医療水準：当該治療（知見）に対して追試が行われ、自然経過との比較検討、遠隔成績、治療効果と副作用等もある程度確認され、学会として一応正しい治療（知見）として認められた後、この治療（知見）が普及し、臨床専門医の間で当然の治療（知見）として定着した段階

#### 4 選択肢 d について

判決に至った場合の認容率（患者の請求が認められる割合）は、概ね40%前後を推移している。通常事件の認容率が85%であることからすれば、医療訴訟は医療側に有利な構造かのようにも思われる。しかし、医療訴訟のうち判決に至るものは40%程度であり、50%は和解により終了している。和解では、ほぼ全例で医療側に金銭的支払いが求められている。医療側が勝訴する割合は訴訟事件全体の30%にも満たない。したがって、医療裁判が医療機関側に有利ということとはできない。よって、正しい。

なお、医療訴訟に至るのは医療紛争のごく一部である。医療側に「落ち度」があると考えられる事案では、訴訟に至る前に患者側との間で『示談』が成立する場合も多い。医療訴訟へと発展するのは、医療機関側において『診療内容に不適切な点はない』と判断しているものがほとんどである。医療側では、この現実を重く受け止めなければならない。

#### 5 選択肢 e について

『エホバの証人輸血拒否事件（H12.2.29 最高裁判決）』において、自己決定権の侵害が肯定されている。よって、正しい。

本判決について、エホバの証人に輸血をしたことが違法（自己決定権の侵害）という誤解している医療従事者も少なくない。しかし、同判決は、説得のための十分な時間がありながら、当該医療機関において輸血の必要性についての説得を試みようとして、出血多量でも輸血しないという『虚偽の説明』により手術の承諾を得たことを捉えて、自己決定権の侵害としたものである。

したがって、エホバの証人に対して輸血した場合に常に自己決定権侵害となるわけではない。

救急医療の現場では、説得のための時間的猶予がない場合、また患者が意識障害を伴っている場合も少なくない。このような場合に輸血を行い救命した場合について自己決定権の侵害となるかについての判断は未だ示されていない。エホバの信者であったとしても輸血をしなければ救命できない場合に、輸血を希望せず「宗教的信念」を全うするか、あるいは「生命」を優先するかは不明である。そこで、医療従事者としては医療水準に則った最善の治療（輸血）を行わざるをえないと考える。

## 食道 問題 1

食道表在癌について謝っているものはどれか。

- (1) m3・sm1 癌にはリンパ節転移がほとんどなく、EMRの絶対適応である。
- (2) 胸部中部食道癌のリンパ節転移の好発部位は、胸部中部食道傍リンパ節である。
- (3) リンパ節転移診断には、高周波数細径超音波プローブが適している。

- (4) sm2・sm3 癌のリンパ節転移率は 40・50% である。  
 (5) 0-I 型や 0-III 型は sm 癌であることが多い。

<解答群>

- a. (1), (2), (3) b. (1), (2), (5) c. (1), (4), (5) d. (2), (3), (4) a. (3), (4), (5)

正解：a

解説：(1) ×：m3・sm1 癌のリンパ節転移率は 10・15% であり，EMR の相対適応病変である。

(2) ×：胸部中部食道は食道癌の好発部位であるが，そのリンパ節転移部位は頸部，縦隔内，腹部と 3 領域におよぶ。その傾向は m3・sm1 癌でも同様で，転移個数は 1，2 個のことがほとんどである。

(3) ×：超音波の周波数は高いほど分解能がよく，表在癌の精密な深達度診断には高周波数細径超音波プローブが適している。食道癌のリンパ節転移の検索には，頸部・縦隔・腹部の 3 領域を系統的に検索する必要がある。プローブにバルーンが装着できるタイプが良い。また，超音波ビームの penetration がよい，7.5MHz 位のプローブがリンパ節の検索に適しているため，EUS 専用機が適している。

(4) ○：sm2・sm3 癌のリンパ節転移率は 40・50% であるため，根治手術が第 1 選択の治療方法となる。

(5) ○：明らかな隆起 (0-I 型) や明らかな陥凹 (0-III 型) を示す食道癌は sm 癌である可能性が高い。食道癌取扱い規約上，0-I 型の高さの目安は 1mm を越えるもの，0-III 型は陥凹底が粘膜筋板を越えると推定される陥凹とされている。特に，辺縁の立ち上がり不明瞭で上皮に覆われていたり，粘膜下腫瘍様の形態 (0-Isep 型) を示していたりする場合には小さくても深達度は深く，リンパ節転移の頻度も高い。

## 問題 2

進行食道癌について正しいのはどれか。

- (1) 食道癌のリンパ節転移率は胃癌よりも低率である。  
 (2) 粘膜下層癌 (T1b) から進行癌として取り扱うべきである。  
 (3) 進行食道癌の標準治療は 3 領域リンパ節郭清手術である。  
 (4) 食道癌のリンパ節転移好発部位は反回神経周囲リンパ節である。  
 (5) リンパ節転移個数が多数 (10 個以上) であっても手術によって根治できる確率が高い。

<解答群>

- a. (1), (2), (3) b. (1), (2), (5) c. (1), (4), (5) d. (2), (3), (4) e. (3), (4), (5)

正解：d

解説：(1) × 食道癌のリンパ節転移率は他の消化管癌よりも高率であり，食道癌の粘膜下層癌 (T1b) のリンパ節転移率は約 50% あり，これは胃癌の mp 癌のリンパ節転移率に相当する。

(2) ○ 上述の理由により，食道癌では粘膜下層癌から進行癌として取扱い慎重に治療を行うべきである。

(3) ○ 食道進行癌では頸部から腹部にいたる広い領域にリンパ節転移が認められ，これらの領域のリンパ節郭清を行う 3 領域リンパ節郭清手術が標準治療法である。

(4) ○ 食道癌のリンパ節転移好発部位は他の消化器癌とは異なり主病巣から離れた上縦隔～頸部の反回神経周囲と胃上部小彎のリンパ節である。

(5) × 食道癌ではリンパ節転移個数は非常に強力な予後因子であり，転移個数が 6 個以上になると予後が急速に不良となる。

## 問題 3

次のうち正しいものはどれか。

- (1) T4 食道癌では化学放射線療法が適応である。  
 (2) 瘻孔形成症例に化学放射線療法は適応外である。  
 (3) 下部食道癌の頸部リンパ節転移陽性例は切除手術の適応である。

- (4) 化学放射線療法による集学的治療には Salvage 手術は不可欠である。
- (5) 高度食道狭窄例には食道ステント挿入後に化学放射線療法を行なう。

<解答群>

- a. (1), (2), (3)   b. (1), (2), (5)   c. (1), (3), (4)   d. (2), (4), (5)   e. (3), (4), (5)

正解：c

解説：(1) 食道癌治療ガイドラインで、T4 症例については通常行なわれる治療は化学放射線療法とされている。化学放射線療法後に down-staging を得られた症例に対して切除手術を行うか、切除手術の対象とせず根治的放射線療法を行なうかの結論は出ていない。

答え：正解

(2) 瘻孔のある症例に化学放射線療法を行い瘻孔が閉鎖したという報告があり、適応外とはいえない。瘻孔のある症例に対する化学放射線療法のレジメも今後の検討課題である。

答え：誤り

(3) 下部食道癌の頸部リンパ節転移陽性例でも切除術後の5年生存率は20%を超えており、3領域郭清を伴う根治手術の適応といえる。

答え：正解

(4) 切除可能食道癌に対する化学放射線療法の成績は外科切除手術に匹敵すると考えられる。しかし、少なからぬ症例に Salvage 切除が行われ、生存例に Salvage 切除症例が多く含まれることから、化学放射線療法では遺残と再発に対する Salvage 手術による補完が不可欠であると考えられる。

答え：正解

(5) 放射線照射後に食道ステントを挿入した症例では高い治療関連死亡率が報告されている。ステント留置は化学放射線療法後の効果を確認した上で検討する必要がある。

答え：誤り