

▶ 1 説明と同意

POINT

- 患者が理解できる説明を心がける。
- 一方的な説明ではなく、患者の心情への十分な配慮をする。
- 同意を取得したからといって、トラブル時にはすべての責任を回避できるわけではない。

▶ インフォームドコンセントとは

- 医療においてインフォームドコンセントとは「説明の上での同意」、「納得医療」などといわれる。医師法第23条、医療法第1条4第2項 **memo** が医療行為に対する説明義務の根拠となっている¹⁾。
- 患者背景を把握するために過去の診療記録などからの事前の情報収集は綿密に行い、個々の状況に即したインフォームドコンセントに努める。説明は患者が十分に理解できるように、平易な言葉やイラストなどを用いて行うのがよい。また、患者は手術に対する不安を抱えていることを理解し、心情への十分な配慮が不可欠である。



医師法第23条：医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

医療法第1条4第2項：医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受けるものの理解を得るように努めなければならない。

▶ インフォームドコンセントの実際

- 実際には、同意書に麻酔方法と麻酔合併症についての説明を記載し、必要に応じてパンフレットやイラストなどを用いて説明を行い、署名で同意を取得する。
- 精神疾患、認知症、意識障害、未成年者などの同意能力や自己決定に問題がある場合は保護者などの代理人による同意が必要となる。

▶ 麻酔方法の説明

- 全身麻酔、硬膜外麻酔、脊髄くも膜下麻酔、神経ブロックなどの具体的な麻酔方法、動脈ライン確保、中心静脈カテーテル留置などの処置について提案し、イラストなどを使ってわかりやすく説明する。
- 手術当日の術前カンファレンスで最終的な麻酔方法を決定するの

で、実施する可能性がある方法についてはすべて説明が必要である。麻酔方法に関する患者の希望がある場合には配慮が必要となる。

- 「入室したら手術台で仰向けになり、点滴を取り、マスクを当て、深呼吸をして…」のような具体的な流れを説明すると入室後の患者の不安軽減につながる。

▶合併症について（表1）

- 実施する麻酔方法によって起こり得る合併症について、頻度が高い、もしくは予後不良なものについては説明の必要がある。
- 患者の既往により重点的に説明すべきポイントは異なる（例：心筋梗塞の既往があれば心合併症について）。
- 合併症リスクについての説明を詳細に行うだけではいたずらに患者の不安を煽ることになるため、「いかなる状況においても対処できるような十分な準備をして麻酔を行っている」ことを伝え、患者からの信頼を得ることが大切である。

表1 麻酔による主な合併症

麻酔方法	合併症
全身麻酔	心筋梗塞、脳卒中、肺炎、ショック、術中覚醒、歯牙損傷、術後悪心・嘔吐（PONV）、嘔声
硬膜外麻酔、 脊髄くも膜下麻酔	硬膜外血腫、硬膜外膿瘍、神経損傷、硬膜穿刺後頭痛（PDPH）、馬尾症候群、血圧低下・ショック
神経ブロック	神経損傷、穿刺部感染、局所麻酔薬中毒、気胸（傍脊椎ブロックなど）
その他	肺血栓塞栓症、アレルギー、不穩、気胸・心タンポナーデ（中心静脈カテーテル、肺動脈カテーテル）、食道・歯牙損傷（経食道心エコー）、術前合併症によるリスク

参考文献

- 1) 西山美鈴. 麻酔科レジデントマニュアル. 3版. 東京: ライフリサーチ・プレス; 2008. p.11-29.
- 2) 菊地千歌, 岩崎 寛. 術前回診の基本とインフォームドコンセント. In: 永井良三, 他編. 麻酔科研修ノート. 1版. 東京: 診断と治療社; 2012. p.46-9.

〈山本兼二〉

▶ 2 術前診察，術前評価

POINT

- 術前診察，術前評価は安全な麻酔管理の第一歩である。
- 十分な術前評価によって周術期のリスク回避が可能となる。
- 評価すべきポイントを理解しよう。

▶ 術前診察・術前評価の意義

- 術前診察を行うことで，術前に対処可能な既往歴，アレルギー歴，リスク因子などの把握が可能である．その上で安全な周術期管理のための最善の麻酔法の選択を上級医と共に行い，術当日のカンファレンスで患者情報を提示し，最終的に麻酔方法を決定する．

▶ 術前診察の実際

- 緊急手術→I-1-7. 緊急手術の術前評価（19頁）参照。
- 通常はあらかじめカルテや術前検査の情報を収集した上で，手術前日にベッドサイドにて患者および家族に医療面接，診察を実施する（[図1](#)）。
- 病室が個室ではない場合は，プライバシーへの配慮が必要であり，場合によっては面談室などを確保するなどの対処が必要である。
- [図2](#)のような各施設独自の術前評価シートを用いて情報収集，術前評価を行う。
- 術前に把握すべきポイントは以下のようなものである^{1,2)}。
 - ・ 全身状態（ASA physical status 分類 [[表1](#)]，NYHA 分類 [[表2](#)]，Hugh-Jones 分類 [[表3](#)])
 - ・ 検査データ（血液検査，血液ガス分析，心電図，呼吸機能検査，胸・腹部レントゲン，CT，MRI，心エコー など）
 - ・ 既往歴，合併症（アレルギー，喘息，喫煙歴・禁煙期間 [[表4](#)]，ラテックスアレルギーに関する食品や職業歴なども [[表5](#)])
 - ・ 麻酔歴（麻酔合併症の既往なども）
 - ・ 内服歴
 - ・ 気道確保困難の評価 [[表6,7](#)]（Mallampati 分類 [[図3](#)]，3-3-2 チェック [[図4](#)]，upper lip bite test [[図5](#)]，thyroidmental distance [[図6](#)] など）
 - ・ その他（意思疎通，聴力・視力，出血傾向，消毒液アレルギー，運動・神経障害，動揺歯，感染症，悪性高熱症の家族歴など）

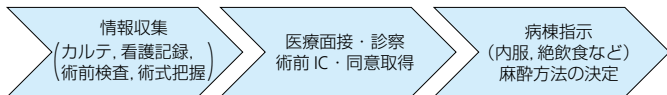


図1 術前診察の流れ

氏名:		手術前評価記録用紙	
ID:		麻酔計画・周術期リスク項目	
ASA I II III IV V VI: E		歳	cm kg
NYHA I II III IV			BMI:
H-Jones I II III IV V			
Mallampati分類 I II III IV			
SAS・いびき	+/-		
開口制限	+/-		
動揺歯	+/-		
頸伸展困難	+/-		
脳血管障害	+/-		
瞳孔不同	+/-		
神経障害	+/-		
喘息	+/-		
喫煙 本/日			
風邪(1カ月以内)	+/-		
高血圧	+/-		
心疾患	+/-		
腎疾患	+/-		
肝疾患	+/-		
糖尿病	+/-		
アレルギー	+/-		
出血傾向	+/-		
麻酔歴	+/-		
悪性高熱症	+/-		
妊娠・授乳	+/-		
予防接種	+/-		
静脈確保	難/易		
Allen Test	右 可/不可 左 可/不可		
心電図			
HR			
NSR ・Af ・AVB			
NAD ・LAD ・RAD			
LVH ・ST change			
呼吸機能			
%VC VC			
FEV1% FEV1			
最終経口摂取時間			
日付/診察医署名			
年 月 日	(担当医)		/(指導医)

図2 術前評価記録用紙

表1 ASA physical status分類

Class 1	正常健康患者
Class 2	軽度の全身性疾患を有する患者（軽度の糖尿病，高血圧症，喫煙，肥満など）
Class 3	高度の全身性疾患を有する患者（軽症のCHF，安定狭心症，病的肥満など）
Class 4	常に生命を脅かすほどの高度の全身性疾患を有する患者（不安定狭心症，症候性CHFなど）
Class 5	手術を行わなければ延命が期待できない瀕死の患者
Class 6	ドナー目的で臓器摘出される脳死宣告された患者

※緊急手術には末尾にEをつける

表2 NYHA（New York Heart Association）心機能分類

1度	心疾患を有するが，そのために身体活動が制限されることがない患者．日常動作で疲労，動悸，呼吸困難，狭心症症状を起こさない．
2度	心疾患を有し，そのために身体活動が軽度に制限される患者．安静時は無症状だが，通常身体活動で疲労，動悸，呼吸困難あるいは狭心症症状を起こす．
3度	心疾患を有し，そのために身体活動が高度に制限される患者．安静時は無症状であるが，通常以下の身体活動で疲労，動悸，呼吸困難あるいは狭心症症状を起こす．
4度	心疾患を有し，そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者．安静時においても心不全症状あるいは狭心症症状をきたす．

表3 Hugh-Jonesの呼吸困難の重症度分類

1度	同年齢の健康者同様の労作ができ，歩行や階段昇降も同様にできる．
2度	同年齢の健康者と同様に歩行はできるが，坂道や階段の昇降はできない．
3度	平地でさえ健康者並みには歩けないが，自分のペースならば1.6km以上は歩ける．
4度	休みながらでなければ50m以上は歩けない．
5度	会話，衣服の着脱にも息切れがする．息切れのために外出できない．

表4 禁煙期間と効果

	呼吸器		循環器・その他
4～6日	線毛運動の回復	12～24時間	CO・ニコチン血中濃度減少
5～10日	気道過敏性の回復	24～48時間	酸素運搬・組織微小循環改善
2～6週間	喀痰分泌の正常化	3～4週間	創傷治癒遷延改善・感染症減少
3カ月以上	気道クリアランスの改善	2カ月	免疫反応と薬物代謝正常化
4週間～6カ月	末梢気道障害の改善		

(讃岐美智義. In: 高崎眞弓, 他編. 麻酔科トラブルシューティングA to Z. 1版. 東京: 文光堂; 2010. p.14-5³⁾; 飯田宏樹. 日臨麻会誌. 2013; 33: 709-18⁴⁾)