

Invited Article

麻酔科 IC の倫理的問題とその改善

森川涼介（東京大学医学部）

Abstract:

Anesthesia is necessary for surgical operations, but it can cause anxiety and risks for patients. Anesthesiologists should always obtain informed consent before administering anesthesia. However, it is doubtful that, in general, autonomic patients themselves would make a decision to receive anesthesia. Ideally, informed consent should contribute to better doctor-patient relationships, and patients themselves should decide their treatment plans following the consent procedures. However, in a clinical setting, anesthesiological informed consent is often performed at bedside, in a short amount of time, and by someone other than the responsible anesthesiologist. This situation may be due to the nature of anesthesiology—in almost all cases, anesthesia is requested by each surgery department and anesthesiologists tend to be fully occupied with intra-postoperative management. Also, patients generally think they do not have control over anesthesia and tend to leave it entirely up to the anesthesiologist. To improve this situation, many measures have been taken, including performing preoperative assessment at preoperative anesthesia clinics (PACs), introducing anesthesia nurse coordinators and using audiovisual aids in preoperative evaluations. Comparing the informed consent practices with other countries, such as the United States and Germany, also serves as a good reference. While these measures may improve anesthesiological informed consent, it is important that anesthesiologists do their best to communicate with patients. To build a good doctor-patient relationship, each anesthesiologist should reexamine the importance of informed consent and continue to brush up on his/her informed consent skills.

1. 背景

麻酔をなぜ行うのか。一般的には「手術を行うために」麻酔をしているという考えを持たれることが多い。しかし、「手術をするから」麻酔をするという考えのほうが実は正しいのではないだろうか。「鎮痛」、「鎮静」、「筋弛緩」は侵襲の大きな手術を安全に行う上で必須といえ、それゆえ全身麻酔ではこれらが麻酔の3要素といわれている。この3要素が実現した状態というのはいわば昏睡状

態のようなものである。もし痛みも感じない、有害な生理反応もおこらない、さらには手術中に動きもしないといったような患者が存在していたら麻酔というものは必要ではない。実際そのような人間は存在していないわけで、麻酔によって一度昏睡状態とされて手術を行う。

この必要悪ともいえる麻酔が逆に患者にいくつかの不安を与えてしまう。具体的にはもう目覚めないのではないかという心理的問題や麻酔による

合併症が挙げられる。実際、麻酔が原因と思われる死亡率は約 10 万件に 1 件、心停止は約 10 万件に 5 件ともいわれている¹⁾。合併症としては、吐き気、嘔吐、歯の損傷、咽頭痛などが比較的頻度は高いが軽症であるのに対して、アレルギー反応や肺塞栓症、約 10 万件に 1 件といわれる悪性高熱症などの稀ではあるが重大な合併症が存在するのも事実である。

この不安は全身麻酔のみならず局所麻酔や脊椎麻酔にも該当する。局所麻酔を受けた場合にはその周囲の感覚が薄くなり、脊椎麻酔ではその高さ以下での運動神経および感覚神経が遮断され、感覚がなくなり動かせなくなる。この場合も同様であり、施術後に感覚や動きは元に戻るのだろうかという疑念や神経の損傷をはじめとした合併症が患者の不安として存在する。

そういった不安を取り除く——抗不安——という意味で麻酔科はインフォームド・コンセントをもって応えていかねばならない。しかし、その実際は本当の意味で自律的な患者による意思決定となっているのだろうか。

2. 目指すべきインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセント（以下、IC）とは医療行為に際して、医療従事者が患者へ事前に当該医療行為の目的や内容、危険性等について説明をし、患者がその実施に対して同意することである²⁾。IC は患者からしても医療者からしても重要な手続きであり、負担となってはならない。かといって、自由に行えばよいというわけではなく良好な医師患者関係に寄与するような IC が理想的といえるであろう。その理想的なモデルを司法と予後の観点から考えてみる。

司法の観点では、平成 13 年 11 月 27 日最高裁判

決の「乳がんの手術において未確立の乳房温存療法についての説明義務があるとされた事例」で示されたように、患者は意思決定という形で医療に参加する主体であり、医療者はその理解を助けるために説明責任がある。その説明責任の範囲としては具体的患者説（当該具体的患者が重要視する情報が説明されたか否かに基準を置く）が最高裁の判決では採択されていると考えられ³⁾、説明内容についても患者主体といえる。

予後、すなわち治療効果の面においてはどうかであろうか。安原³⁾によれば患者が主体として医療に参加することによって治療成績が高まることが医学的に論証されている。これは、病気を乗り越えるにあたって主体として参加することでメンタルヘルスが保たれやすく、意欲が向上し、不安も減りやすくなることによると考えられる。患者側としても医療者側としても治療成績が向上するというメリットがあるため、自身の治療は自身が決定すると自覚した患者が望ましいといえる。

以上より、私は①患者が「適切に」説明を行い、②患者は「積極的に」理解をしようと試み、③最終的に患者が「主体として」同意し治療法が決定される、ということが IC の理想と考える。このような患者主体でありつつ互いに歩み寄った IC が実現されたならば、互いの信頼関係はますます深まり、不安も軽減されていくといえる。

3. 麻酔科 IC の実態とその原因

麻酔科の IC は実臨床ではどう行われているのであろうか。IC の内容と IC が行われる状況（いつ、どこで、誰がなど）とからみていきたい。麻酔科 IC において説明する内容には、厚生労働省⁴⁾の指針に従えば、処方する薬剤名、服用方法、効能並びに副作用、代替的治療法がある場合にはそ

の詳細並びに利害得失、手術や侵襲的な検査の概要、危険性、施行しなかった場合の危険性及び合併症の有無が該当するであろう。実際、術前診察においては麻酔法及び合併症、副作用に関する説明がメインで行われているようである⁵⁾。説明義務に基づいた説明が実現しているのであれば、説明内容に関しては特に問題はないように考えられる。

IC の状況はどうであろうか。奥田・新井ら⁶⁾によると、麻酔の説明は手術の前日に行われ、麻酔科医と実際に麻酔を行う麻酔科医が異なることがしばしばであると述べられている。さらに、研修医や標榜医前後の麻酔科医といった麻酔科として熟練した技術を持ち合わせているとは決して言い難い医師が代行者となっているという。実際、中尾⁷⁾によると術前麻酔の説明の8割以上が手術前日に行われ、9割以上がベッドサイドでの説明であり、6割が研修医による説明であったという。さらに、日本麻酔科学会第24回大会のICについてのセッションで行われた参加者アンケート⁸⁾によると、術前診察は手術前日70%、手術2日前15%、当日含むその他15%という結果、診察場所については病室60%、外来27%、病棟の決まった部屋10%、その他3%という結果、一人当たりの術前診察時間は15分程度51%、30分程度29%、5分程度15%、30分以上5%という結果、そして、約半数の施設では一般診察含めて15~30分程度で終わっていることが報告されている。

患者側はどうかというと、ベッドサイドにおいて術前診察が行われることに起因してか、術前説明中にテレビを見ている例や、以前に麻酔経験済みなのでお任せしますなどといった、主体的に参加しないという状況を耳にすることが少なくない。また、麻酔の話程度ならプライバシーも問題ない

だろうと捉えている可能性が高く、ベッドサイドでの説明も甘受されている傾向がある。

術前外来などのシステムが整い、担当麻酔医によるICが徹底されているような病院も確かにあるだろう。しかし、医療者側はICを形式的に行うにすぎず、患者側も特に麻酔に関して興味も持たないお任せ医療となっている面が見受けられる。

この状況は麻酔科が他科と異なっている位置づけであるのに起因しているであろう。端的に言えば、麻酔は患者から依頼されて行われているのではなく手術を担当している外科から頼まれている。すなわち、患者からすると麻酔は外科の一部であり、麻酔「科」の存在についてはほとんど注意が払われていないのではないだろうか。また、主治医・担当医という責任も希薄になりがちである。その原因として、患者の生死や予後を綿密に追っているのは主科であり、麻酔科は手術中及び術後管理に専念することが多く、患者自身を診る余裕や意欲は少ないと思われる。また、ある入院患者に対してその専門外科や内科のエキスパートたちが複数人態勢で治療に当たる一方で、麻酔科では一人あるいは二人ほどが多岐にわたる各症例にあたっているに過ぎない。そんな状況では各症例の麻酔における注意事項に集中し術中術後管理だけで手一杯となり、十分に医師患者関係を築きにくいのも納得である。こういった点で、麻酔科医・主科担当医・患者はアンバランスな三角関係を築いており、この関係性ゆえに麻酔科ICの複雑さが生じていると考えられる。

4. これからの麻酔科ICのために何ができるか

病気本来の説明とは関係のない麻酔に興味を持たない患者・ICに多くの時間を割きたくないあるいは割ききれない医療者（麻酔科医・主科担当医

含めて)の間では前述のような一見するとウィンウィンなICが行われている。最高裁の医事関係訴訟委員会によれば平成23年～29年の医療訴訟件数は一年あたり2～9件ほど⁹⁾であり、専門医一人あたりの訴訟件数から見ても比較的少ないのが現状である。しかし、訴訟を起こさない＝良い医療ではない。確かに麻酔は直接には病気を治してくれるものではない。しかし、最初に述べたように多くの危険をはらむ必要悪な存在であることを忘れてはいけない。それゆえ、このようなIC事情は看過されてはいけない。多くの医師がこの現状に警鐘を鳴らしており、麻酔科領域ではICに関して比較的多くの論文が書かれ、様々な対応策が生み出されていっている。以下でその具体的方策について考えていきたい。

(1) 術前外来クリニック (PAC) における診察

術前説明の一つの形として術前外来が挙げられる。これは「前日に」、「ベッドサイドで」、「経験不足の医師による」、「短時間で済まされる」ICを防ぐことに有用である。術前外来では術前説明の内容に関してはベッドサイドとは変わらないものの、その環境は大きく異なっているといえる。術前外来のメリットとしては①看護師のサポート下で入念にICを行うことができる、②リスクごとに患者を扱うことができ、多職種連携も有用に行える、③患者側の麻酔に対する意識が向上する、などが挙げられる¹⁰⁾。

リスクの高い患者に対してのみ術前外来にて診察を行う病院は比較的多く存在する。PACが利用されている病院はおおよそ半分であり大病院ほど導入している傾向がある¹¹⁾という報告がある。しかしこれは比較的大きな病床数を抱える病院の話であり、小規模病院における導入率が低いことは

想像に難くない。PACはコミュニケーションの場の確保と効率化に寄与できる一例といえる一方で、インパワーが十分でないと導入できないのも事実である。

(2) AV機器併用の術前説明

麻酔のICは手術の不安を取り除くことにも大きくかかわっている。CD-ROMやビデオを用いた術前説明には不安度を低下させるという報告¹²⁾¹³⁾がされており、麻酔科領域でもその試みがなされている。水野¹⁴⁾によれば麻酔説明用映像を視聴することによって手術患者の麻酔についての理解度及び満足度は増加するといわれている。不安に関しては軽減される傾向がある一方で、手術室のリアルな風景や合併症の存在に新たに不安を抱く例が見られた¹⁵⁾。つまり、AV機器の使用によって患者は麻酔というものを理解しやすくなることはICの向上につながるとともに、視聴によって顕在化した不安を聞き出して取り除いていくことでより一層深まった医師患者関係が構築できるのではないだろうか

(3) 麻酔科コーディネーター

コーディネーターとは、予定手術を受ける患者およびその家族と手術に携わるすべての医療者と連携を取りつつ手術をつつがなく始められるように調整を行う看護師のことである。コーディネーターは手術を受ける患者の情報収集や術前検査チェック、追加検査、患者教育などを行っている。このうち、麻酔科コーディネーターは、麻酔科の術前外来に麻酔科医に準じて術前説明の補足やオリエンテーションを行っている¹⁶⁾。このコーディネーターは麻酔科医に比べてより長い期間を患者に費やすことができ、良好な看

護師患者関係を形成しやすい。また、麻酔科コーディネーターは麻酔科医と術前外来を共同で行うことで十分に連携がとれる。従来通りの数少ない接点であっても麻酔医患者間に麻酔科コーディネーターが入ることでコミュニケーションは捗りやすいものと考えられる。つまり、良好な医師患者関係とは異なった観点として、麻酔科医・主科担当医と患者のアンバランスな三角関係を看護師を介して崩すことで新たな医療形態を提供するという点で、前者二つとはまた毛色の異なった方策といえる。

(4) 諸外国との比較

世界の IC の状況も参考となるであろう。アメリカでは麻酔科の倫理に関する論文¹⁷⁾が出されている。その中では、外科医の顔色を窺って麻酔法を決めるような外科医の下僕と化す状況を避けるべきとし、手術を担う対等なパートナーであることを忘れてはいけないとしている。また、麻酔科医は他科よりも複雑な医療倫理事情が存在していることを胸に抱き続けるべきともある。

実際の IC の比較として、嶋田・野坂ら¹⁸⁾は日本とドイツの術前麻酔説明文書を比較している。日本は麻酔の内容を理解しやすくするために、簡便なイラストの使用や合併症の発症率を明記するといった工夫が目立つ。これは「麻酔科医は患者に情報を提供し、何とか理解してもらおう」ことを重視していることの表れともいえる。一方、ドイツの説明文書には「患者と麻酔科医との合意のための麻酔説明」であることを強調するための冒頭での署名、さらには患者自身に歯牙の状況や特別事項を記載させるというように「患者の自発性を重んじ、患者自身に語らせよう」という努力がみられる。すなわち、患者自身に麻酔のことを考えさ

せる場をうまく生み出すことが肝要と考えられる。

5. 麻酔科 IC のこれから

医療の主体である自律した患者は適切な説明を受けたうえで、積極的に医療について考え、理解をし、治療方針に同意し決定していくものである。医療者はそのような患者に医療レベルの向上をもって貢献していかなければならない。前述の方策は医師患者間のコミュニケーションを促進するいわば助燃剤にすぎず、医療者側が患者とのコミュニケーションを試みなければ全く意味をなさない。患者が命を預けている麻酔科医は本来、患者と最も深い信頼関係を築かなければならない。それゆえ、麻酔科医は数少ない接点である IC の重要性を再確認する必要がある、常に IC 技術を研鑽し続けるべきなのではないだろうか。

参考文献

- 1) 滋賀県立医科大学医学部附属病院麻酔科. 麻酔に関する説明書. 2016
- 2) 前田正一. “第 8 章 インフォームド・コンセント”. 入門・医療倫理 I. 赤林朗編. 2017. p.151-168.
- 3) 関西大学法学論集—医師の説明義務(2・完). 関西大学法学会. 2012, 62, p.1-61
- 4) 診療情報の提供に関する指針. 厚生労働省. 2000.
- 5) 安原忠彦. 患者を医療の主体に. LiSA. 2015, 22(11), p.1100-1103.
- 6) 奥田泰久・新井丈郎. 患者・家族にどう説明したかではなく、患者・家族がどう理解したか. LiSA. 2014, 21(4), p.312-314.
- 7) 中尾美和子. 術前診察はいつ、どこで、誰が行うか? — 1. 日臨麻会誌. 2005, 25(7),

- p.595-602
- 8) 津田喬子. 術前診察はいつ、どこで、誰が行うか? - 2. 日臨麻会誌. 2005, 25(7), p.603-607.
- 9) 医事関係訴訟事件(地裁)の診療科目別既済件数. 最高裁判所医事関係訴訟委員会 http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms_lf/29052604sinryokakmoku.pdf (参照 2018-3-28)
- 10) 石川真士・坂本篤裕. 麻酔科術前外来の効率化. 日臨麻会誌. 2016, 36(5), p.590-592.
- 11) Amaya F, Shimamoto S, et al, Preoperative anesthesia clinic in Japan: a nationwide survey of the current practice of preoperative anesthesia assessment. *Journal of Anesthesia*. 2015, 29(2), p.175-179.
- 12) Ayral X, Gicquere C, et al: Effects of video information on preoperative anxiety level and tolerability of joint lavage in knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2002, 47, p.380-382.
- 13) Danino AM, Chahraoui K, et al: Effects of an informational CD-ROM on anxiety and knowledge before aesthetic surgery: a randomized trial. *Brj Plast Surg*. 2005, p.379-383.
- 14) 水野樹. 術前の麻酔説明用映像市長後の手術患者の理解と満足と不安. 日臨麻会誌. 2018, 38(1), p.43-49.
- 15) 水野樹ほか. 順天堂大学手術患者向け麻酔説明用 DVD の製作と運用. *臨床麻酔*. 2017, 41, p.195-199
- 16) 志田麻樹・鈴木利保. 安全かつ効率的な術前外来-麻酔科医とコーディネーターの連携-. *手術医学*. 2011, 32(4), p.332-335.
- 17) Spike JR, Anesthesiological ethics: can informed consent be implied? *J Clin Ethics*. 2012, 23(1), p.68-70.
- 18) 嶋田文彦・野坂修一. 麻酔関連文書の比較. 日臨麻会誌. 2008, 28(7), p.993-999.