

↑地・スミ10%↓

快人快説

Y50≒H

色70%+スミ30% 色86%  
指定外の文字は、白スミ

Y58≒H

62a新ジB ⑦H 色80%  
⑦H

# ASA-PSを 正しく付けていますか？

Y105≒H

宮坂 清之  
MIYASAKA, Kiyoyuki  
聖路加国際病院 麻酔科

×54.5≒H  
Y157≒H

はじめに 色80%+スミ30%・白スミ

ASA-PS はカンファレンスで症例のプレゼンをする際など、術前の患者評価の一環として日常的に麻酔科で使われています。経験的に何となく1, 2, 3……と付けていませんか？ 臨床的な判断を含む分類なので必ずしも唯一の正解があるわけではありませんが、感覚的に分類してよいものでもありません。80年以上の運用実績から複数回の改訂を経てさまざまな知見が得られ、問題点も指摘されています。ASA-PS を考案した先人達の意図を汲みつつ、周術期管理にどう活用していくべきか考えていきましょう。

※本稿は、筆者が公益社団法人日本麻酔科学会 2024 年度第 17 回 周術期管理チームセミナーで講演した内容にもとづきます。

15a新ジM ⑩H  
10a見出し H A3I ⑩H  
10a新ジR ⑩H

0.2≒H  
色80%+スミ30%

14a  
ロダンB  
②H  
30w詰

11a ロダンDB  
⑩H

↑地・スミ10%↓



# 快人快説

## ASA-PSとは?

ASA-PSは、American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification, すなわち米国麻酔科学会による身体状態分類、もしくは全身状態

表1 American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification (ASA-PS) (文献1より) 11a M中G BBB (以下同)

| 分類      | 定義 (筆者訳, 原文を併記)  |
|---------|--|
| ASA I   | 正常で健康な患者<br>A normal, healthy patient.   |
| ASA II  | 軽度な全身疾患をもつ患者<br>A patient with mild systemic disease.  |
| ASA III | 重度な全身疾患をもつ患者<br>A patient with severe systemic disease.  |
| ASA IV  | 重度な全身疾患により常に生命の危険がある患者<br>A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life.        |
| ASA V   | 手術加療なしでは生存が見込まれない瀕死の患者<br>A moribund patient who is not expected to survive without the operation.         |
| ASA VI  | 脳死宣告を受け、提供のため臓器が採取される患者<br>A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purpose. |
| E       | 緊急手術には「E」を付加する<br>The addition of "E" denotes Emergency surgery.   |

表2 Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Score (ECOG PS) (文献3より)

| Score | 定義  |
|-------|---|
| 0     | 全く問題なく活動できる。<br>発病前と同じ日常生活が制限なく行える。                         |
| 1     | 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。<br>例: 軽い家事、事務作業 |
| 2     | 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。<br>日中の50%以上はベッド外で過ごす。       |
| 3     | 限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。                   |
| 4     | 全く動けない。<br>自分の身の回りのことは全くできない。<br>完全にベッドか椅子で過ごす。             |

評価などと訳されます。直近では2020年に更新され<sup>1)</sup>、公開されています (表1)。  
現行の公式な定義では分類がローマ数字 (I, II, III, IV, V, VI) で記載されています。数字が上がるとより重症で高リスクとなる要素が増えるため順序尺度として用いられることが多いですが、これは長年運用された末の結果論です。後述するように、開発当初は患者状態を表現するための名義尺度として設計されており、現行版でローマ数字表記が採用されたのは本来の用途からの逸脱を牽制する意図もあったようです<sup>2)</sup>。

ほかの「PS」と混同しないように  
患者の全身状態の評価として用いられる「PS」にはEastern Cooperative Oncology Group Performance Status Score, 通称 ECOG PS (表2)<sup>3)</sup> もあります。がん患者の日常生活動作の制限を評価するスコアとして1974年に開発されたもので、ASA-PSとはまったく関係ありません。患者の全身状態を表現し、数値に応じて疾病に伴う制限度が増す点はASA-PSと類似していますが、まったく別の概念です。がん患者を診療している病棟で「PS」と言えばこっこのECOG PSを先にイメージし、評価も混同されてしまうかもしれません。

## ASA-PSの歴史

起源 11a M中G BBB (以下同)

1941年にASA-PSを考案したのは、後に日本の近代麻酔科学の幕開けの立役者となる麻酔科医 Meyer Saklad です<sup>4)</sup>。Saklad は1950年来日し、日米連合医学教育者協議会での講義を通じて独立した診療科としての麻酔科という存在を日本に知らしめました<sup>5)</sup>。その歴史的な来日のおよそ10年前、Saklad (当時40歳) とともにASA-PSの開発を担った委員として名を連ねる Emery Andrew Rovenstine (当時46歳) と Ivan Benjamin Taylor (当時35歳) もまた米国麻酔科界の偉人であり、全米の主要な麻酔科学教室の師弟関係の系譜をたどればこの二人に行きつきます<sup>6)</sup>。ASAの学術集では毎年、優秀な業績を挙げた会員により Rovenstine 記念講演と題した基調講演が行われ、学会賞が授与されます。Taylor は Rovenstine の弟子で、師匠とともに編集委員として同時期

表3 Sakladらによる初代ASA-PS分類 (文献4より)

| 分類       | 定義 (筆者訳, 原文を併記)   |
|----------|---|
| Class 1  | 器質的病態がない、または局所に限局し全身的な異常をきたしていない病態の患者。<br>No organic pathology or patients in whom the pathological process is localized and does not cause any systemic disturbance or abnormality.  |
| Class 2  | 中等度だが明確な全身性の異常で、手術加療の適応となる原疾患またはほかの併存病態によるもの。<br>A moderate but definite systemic disturbance, caused either by the condition that is to be treated by surgical intervention or which is caused by other existing pathological processes.   |
| Class 3  | 重度な全身性の病態で、原因は問わない。重症度は臨床判断であり、程度を具体的に示すことはできない。<br>Severe systemic disease from any cause or causes. It is not possible to state an absolute measure of severity, as this is a matter of clinical judgment.  |
| Class 4  | 極度な全身疾患により治療の有無を問わずすでに生命の危機が切迫している。疾患の内容ないし継続期間によりすでに不可逆的な損傷が生じている。全身状態が特に優れない重症患者だけが分類されることを意図している。<br>Extreme systemic disorders which have already become an eminent threat to life regardless of the type of treatment. Because of their duration or nature there has already been damage to the organism that is irreversible. This class is intended to include only patients that are in an extremely poor physical state. |
| Class 5  | Class 1 または Class 2 に分類されるような緊急症例。<br>Emergencies that would otherwise be graded in Class 1 or Class 2.   |
| Class 6  | Class 3 または Class 4 に分類されるような緊急症例。<br>Emergencies that would otherwise be graded in Class 3 or Class 4.   |
| Class 7* | 手術加療の有無にかかわらず24時間の生存が見込まれない瀕死の患者。<br>A moribund patient not expected to survive 24 hours with or without an operation.  |

7は文献4に記載されておらず、正式採用に至るまでの検討で学会が追加したものです<sup>7)</sup>。

(1940年)に学会誌『Anesthesiology』の創刊にも携わっています<sup>7)</sup>。ASA-PSの開発には麻酔科学の巨匠らが名を連ねているわけです。

## 初代ASA-PS (1941年):

Saklad はかく語りき (表3<sup>4)</sup>)

Saklad 委員会メンバーは、米国麻酔科学会から麻酔に関する統計データを収集・集計する仕組みを作るよう委任されました。麻酔管理で必ず検討される重要項目の一つが手術に際してのリスクです。ASA-PS以前から各施設で独自に患者を耐術能などに応じて分類することが試みられていましたが、全米的に使えるような汎用性の高い分類は存在しませんでした。なぜなら、まったく同じ背景の患者でも診断や術式、麻酔方法によってリスク評価が変わるからです。Saklad が記した例だと、コントロール不良な糖尿病患者の爪周肉炎に対し局所麻酔下でドレーナージ術を行うリスクは低いかもしれませんが、同じ患者の壊疽性胆嚢炎の全身麻酔下手術リスクは高いと言えます。

麻酔科学の共通言語として将来的に集計したデータから麻酔薬や麻酔法の影響について解析することを目的とするなら、術式に応じた手術侵襲や麻酔方法といった交絡因子を排除し、あくまで患者の術前の身体状態 (physical state) だけにとづく分類を作成する必要があると Saklad らは考えたのです。つまりASA-PSは純粋な患者属性であり、手術や麻酔の都合で変わるものではない。これがASA-PS命名の由来であり、根源にある考え方です<sup>4)</sup>。

## 2代目ASA-PS (1962年)

初代ASA-PSは20年ほど運用され、全米で広く使われるようになりました。各施設で実績が積みまれ、麻酔後の転帰に関するデータも集まってきます。ASA-PS改訂のきっかけとなったのは1961年に Dripps らが出版した論文でした<sup>8)</sup>。Dripps はASA-PS考案者の一人である Taylor の弟子で、1965年にペンシルベニア大学麻酔科の初代教授となる人物です。当時は筋弛緩薬の使用が死亡率



快人快説

▼表4 Dripps らによる分類 (文献9, 10より)

| 分類   | 定義 (筆書き、文献10の原文を併記)  |
|------|--|
| PS 1 | 正常で健康な患者<br>A normal healthy patient.  |
| PS 2 | 軽度の全身疾患がある患者<br>A patient with a mild systemic disease.  |
| PS 3 | 重度な全身疾患により身体活動の制限を伴うが寝たきりではない患者<br>A patient with a severe systemic disease that limits activity, but is not incapacitating. |
| PS 4 | 全身疾患により寝たきりの状態で、常に命の危険にある患者<br>A patient with an incapacitating systemic disease that is a constant threat to life.          |
| PS 5 | 手術加療の有無を問わず24時間の生存が見込まれない患者<br>A moribund patient not expected to survive 24 hours with or without operation                 |
| E    | 緊急手術の場合は数字の前にEを付加する<br>In the event of emergency operation, precede the number with an E.                                    |

増加をまねき危険なのではないかという議論があり、Dripps らはそれを否定すべく自施設の10年分、約12万例の麻酔記録から麻酔関連死亡と筋弛緩薬使用の有無との相関を調べました。1950～60年代はパソコンどころか、電卓も普及していないような時代です。倉庫に保管された紙の麻酔記録を1枚1枚、確認したのでしょう。集計の結果、麻酔関連死亡に影響するのは筋弛緩薬使用の有無ではなく、患者の術前状態(つまりASA-PS)でした。

結果的に注目されたのは論文の内容より、Dripps らが使用していた初代ASA-PSを独自にアレンジした分類でした。Dripps らのPS分類は1～4までは初代ASA-PSのClass 1～4の定義に準じていましたが、Class 7をPS 5に振り替え、緊急手術は分類の数字を変えずEを付加することで表現していました。翌年の米国麻酔科学会代議員会でDripps らの分類を正式に採用する議案が1962年に可決され、それを少々改変したものが2代目ASA-PSとして会員向けに告知されました(表4)<sup>10)</sup>。

その後、1980年頃に脳死ドナーを想定した「PS 6」が追加され、PS 5の文言から「24時間」の記載が省かれた以外は大きな修正なく約50年間運用されることになります<sup>11)</sup>。

3代目ASA-PS (2014年、2020年改訂、現行)

初代ASA-PSでは、Classごとに具体的な疾患の例が併記されていました。例えばClass 1の例として、骨折(ショックや貧血など全身症状を伴わないもの)が記されていました。しかし、2代目はDripps らの論文から抜粋されたため具体的な分類例は記されていません。このため、評価者の主観によって分類が変わりやすいことが指摘されていました。2014年にこの評価者間信頼性の低さを報告する論文が相次ぎました<sup>12, 13)</sup>。その後すぐに米国麻酔科学会は公式分類例を復活させ、それが評価精度の向上に有効であるという報告<sup>14)</sup>も受け、小児や産科領域に特化した分類例が2020年に追加されています(表5)<sup>1)</sup>。

豊富な分類例、それでも迷う

具体例が多く提示されているにもかかわらず、重症度の臨床判断を要する場合など分類に迷うことは少なくありません。各施設で分類の精度を向上させ、部署間でのコミュニケーションや認識の共有を円滑にするために、独自の分類例を追加することを米国麻酔科学会は認めています。例として、大動脈弁狭窄症(AS)はmild ASなら軽度な疾患としてASA-PS II、mild-moderateまたはmoderate ASは中等度の疾患に該当するためASA-PS III、severe ASは重症弁膜症としてASA-PS IVに分類するといった基準を作成して周知することが考えられます。そのほかに、よく迷う例について詳しくみていきます。

喫煙・禁煙

ASA-PS Iの具体例に「非喫煙者」、ASA-PS IIには「現在喫煙者」と記載されています。厚生労働省による現在喫煙者の定義は、これまでの生涯で合計100本以上、または6か月以上喫煙している者であり、最近1か月間も吸っている者とされます。世界保健機関(WHO)や米国疾病管理センター(CDC)の定義も類似しており、生涯で100本以上、そして現在も毎日ないし数日間に1本以上喫煙している者が現在喫煙者とされます。

では、喫煙歴はあるが、現在は禁煙している「過去喫煙者」はどちらに分類すべきなのでしょう。日本麻酔科学会の「周術期禁煙プラクティカルガ

快人快説 ◆ ASA-PSを正しく付けていますか？

▼表5 ASA-PS分類 (現行、2020年改訂版)の公式分類例 (文献1より、筆者訳)

| 分類      | 成人  | 小児  | 産科   |
|---------|---|---|--|
| ASA I   | 非喫煙者、非飲酒者または最小限の飲酒  | 健康(急性や慢性の疾患がない)、年齢相応のBMI正常範囲内   |  |
| ASA II  | 有意な機能的制限を伴わない軽度な疾患のみ: 現在喫煙者、機会飲酒者、妊婦、肥満 (30 < BMI < 40)、コントロール良好な糖尿病・高血圧、軽度の肺疾患   | 無症候性の先天性心疾患、コントロール良好な不整脈、増悪のない喘息、コントロール良好なてんかん、インスリン非依存性糖尿病、年齢相応のBMI正常範囲を逸脱、軽症～中等症の閉塞性睡眠時無呼吸症候群、寛解中の悪性腫瘍、軽度な制限を伴う自閉スペクトラム症  | 正常妊娠、コントロール良好な妊娠高血圧、コントロールされ重症化していない妊娠高血圧症候群、食事療法でコントロール可能な妊娠糖尿病 |
| ASA III | 有意な機能的制限; 中等度や重度の疾患が一つ以上。コントロール不良な糖尿病・高血圧、COPD、病的肥満 (BMI ≥ 40)、肝炎、アルコール依存や乱用、ペースメーカー植込み、中等度のEF低下、透析患者(末期腎不全)、心筋梗塞・脳卒中・TIA・冠動脈ステント留置の既往 (> 3か月前) | 未修正だが安定している先天性心奇形、増悪を伴う喘息、コントロール不良なてんかん、インスリン依存性の糖尿病、高度肥満、るい瘦、重症の閉塞性睡眠時無呼吸症候群、悪性腫瘍、腎不全、筋ジストロフィー、囊胞性線維症、臓器移植の既往、脳や脊髄の奇形、症候性水頭症、修正<60週の未熟児、重度な制限を伴う自閉スペクトラム症、気道困難症、長期の完全静脈栄養、<6週の正常産児 | 重症に該当する妊娠高血圧症候群、合併症を伴うまたは高用量のインスリン投与を要する妊娠糖尿病、抗凝固療法を要する血栓性疾患     |
| ASA IV  | 直近(<3か月)の心筋梗塞・脳卒中・TIA・冠動脈疾患/ステント留置、継続する心筋虚血または重症弁膜症、重度のEF低下、ショック、敗血症、DIC、定期的な透析を行っていない急性または慢性腎不全  | 症候性の先天性心奇形、うっ血性心不全、早産合併症、低酸素性虚血性脳症、ショック、敗血症、DIC、植込み型除細動器、人工呼吸器依存、内分泌疾患、重症外傷、重度の呼吸促進、進行した悪性腫瘍  | HELLPなど合併症を伴う重症妊娠高血圧症候群、EF<40%の周産期心筋症、未修正または非代償性の心疾患(先天性・後天性問わず) |
| ASA V   | 腹部/胸部大動脈瘤破裂、重症多発外傷、マスエフェクトを伴う脳出血、多臓器不全や重症心疾患を伴う腸管虚血   | 重症多発外傷、マスエフェクトを伴う脳出血、ECMOを要する状態、呼吸不全や呼吸停止、高血圧緊急症、非代償性心不全、肝性脳症、腸管虚血または多臓器不全  | 子宮破裂   |

COPD: 慢性閉塞性肺疾患, EF: 駆出率, DIC: 播種性血管内凝固, ECMO: 体外式膜型人工肺

イド<sup>15)</sup>によると、4週間(1か月)以上の禁煙で術後呼吸器合併症の頻度は低下しますが、非喫煙者と比較すると禁煙1年以内の過去喫煙者は術後呼吸器合併症の発症者が有意に多いようです。このことから、あくまで個人的な見解になりますが、喫煙歴があってもほかの呼吸器合併症[換気障害や慢性閉塞性肺疾患(COPD)など]がなく、少なくとも1年以上禁煙できていれば非喫煙者と同等に分類することを検討してもよいかもしれません。

飲酒

ASA-PS Iの具体例に、「最小限の飲酒」と記載されています。飲酒習慣がある患者は多く、日本人は平均的な飲酒量も多いようです。厚生労働省によると、「節度ある適度な飲酒」は純アルコールとして男性20 g/日、女性10 g/日とされます。

米国国立衛生研究所(NIH)による類似した“Moderate drinking”の定義は純アルコールとして男性24 g/日、女性12 g/日とされます。ASA-PSにおける最小限の飲酒とはおそらく、上記の飲酒量以下と解釈すべきでしょう。例えばビール(アルコール度数5%)の350 mL缶は純アルコールを14 g含むため、男性でビール1日1缶程度なら「節度ある適度な飲酒」の範囲内ということでASA-PS Iに分類してよいかもしれません。ただし、飲酒習慣がある患者の多くはこの範囲を超過するためASA-PS IIに分類すべきかもしれません。

BMI

BMIの正常範囲は18.5～25までと定義され、25以上は過体重、30以上が肥満と定義されます。米国では人口の半数以上が過体重であるという背



景を考慮したのか、成人ではBMI 30からをASA-PS IIに分類しています。ASA-PS Iに該当する人がほとんどいなくなってしまうのは分類として不本意なところではありますが、みんなそうだから、という理由で肥満に伴うリスクがなくなるわけではありません。BMIの正常範囲が再定義されることがなければ、記載どおりの解釈を行うべきでしょう。

#### 妊娠

合併疾患がない妊婦は「正常で健康」といえますが、ASA-PS IIに分類するよう指定されています。妊娠は疾患ではありませんが、ASA-PS Iの非妊婦とは明確に生理学的な差があるという観点から、あえて同一の分類にしないという公式見解が示されています。妊婦に限らず、分類に迷った際には分類例に記載されているような患者と明確な生理学的な差があるかという観点から考えてみるとよいかもしれません。また、妊婦は全員ASA-PS IIなわけではなく、公式例として、血栓性疾患に対し抗凝固療法を要する妊婦はASA-PS III、HELLPなど肝機能障害・腎機能障害を伴うような妊娠高血圧症候群はASA-PS IVに分類されます。

#### 年齢

分類の基準に年齢は含まれていません。加齢に伴う合併症があれば考慮されますが、単に高齢だからといって分類を変えることはしません。高齢であっても高血圧や大動脈弁狭窄症などの加齢性疾患がなく、年齢相応に健康で日常生活動作に制限がなければASA-PS Iに分類してよいです。

### 中等度から重度な疾患が一つでもあればASA-PS IIIに該当する

ASA-PS IIIの定義は原文では「one or more moderate to severe diseases」であり、中等度から重度な疾患が一つでもあればたまたまにASA-PS IIIに分類しましょう。該当する疾患の具体例として、3か月以上経過した脳卒中・一過性脳虚血発作（TIA）の既往があります。例えば、卵円孔閉鎖を背景として脳梗塞を発症し、後遺症なく回復して閉鎖術を行った患者については、完全に可逆性の病態としてASA-PS IIやASA-PS

Iへの分類を議論する余地があるかもしれませんが、基本的には脳卒中の既往があれば自動的にASA-PS III以上に分類されます。ちなみに直近（3か月以内）であった場合は後遺症のないTIAであったとしてもASA-PS IV以上に分類します。

### 厚生労働大臣が定める重症の患者（表6）

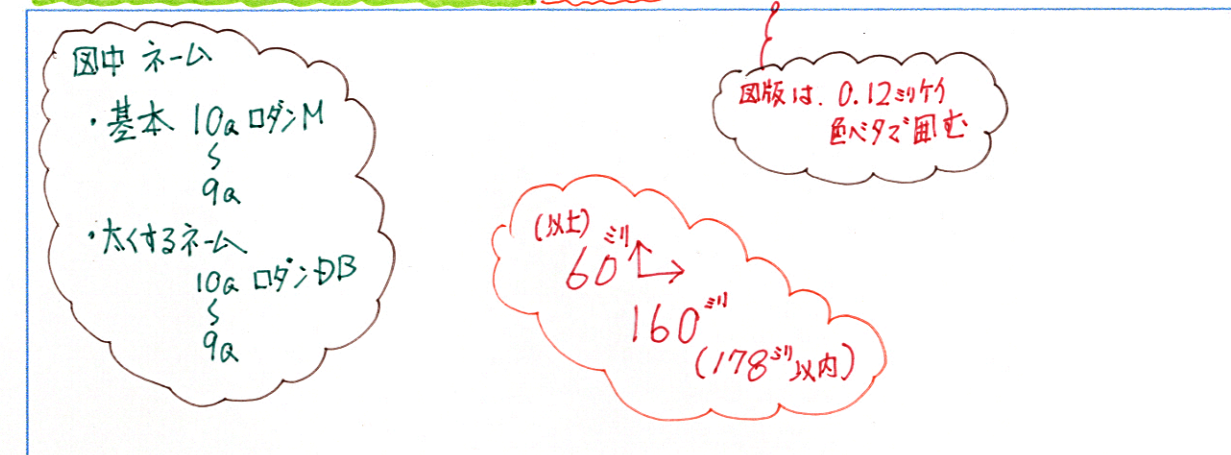
厚生労働省と米国麻酔科学会で正式な申し合わせはありませんが、麻酔管理料の重症加算に該当する患者（表6）は明らかに重度な全身疾患を伴うため、ASA-PS III以上に分類することが妥当と考えられます。解釈の余地があるASA-PSと異なり、重症加算は保険点数の算定基準として具体的な病名や検査値・検査方法まで示されており判断は比較的容易です。

### 緊急って何だろう？

Sakladの初代分類における緊急手術の定義は「a surgical procedure which, in the surgeon's opinion, should be performed without delay」、つまり外科医の意見で延滞なく行うべきと判断された手術でした。現行の原文は外科医の意見によらず「when the delay in treatment of the patient would lead to a significant increase in the threat to life or body part」、つまり治療の遅延が生命や身体（臓器・四肢）への危険性を有意に増加させる場合が緊急であると記されています。ただし遅延の具体的な時間や、危険性増加の有意水準については具体的な記載がありません。急性疾患の進行は流動的であり、治療開始まで何分・何時間の猶予があるか、遅延により危険性がどのくらい増加するかを具体的に算出することは困難です。個人的な解釈にはなりますが、一つの目安として絶飲食が不十分であっても手術治療を先行させる患者は「緊急」といえるでしょう。つまり、胃内容物の排出を待つ2～6時間で病状が進行し治療のゴールデンタイムを逃すリスクが、フルストマックで全身麻酔導入を行う誤嚥リスクを上回る、という臨床判断です。

また、患者状態に応じた臨床的緊急と、業務上の緊急は同じではないと個人的には考えています。

▼図1 ASA-PS評価の不一致と30日死亡のオッズ比（文献17より）



締切後や当日申込、時間外であることを理由に緊急の「E」を付けるべきとは思いません。なぜならASA-PSは麻酔科や手術室の都合など患者以外の要素からは独立させ、純粋に患者の状態にもとづく分類が意図されているからです。

### なぜ「正しい」分類にこだわるのか？

ASA-PS評価にこだわる理由は点数としての正しさより、チームが同じ認識で患者評価を共有できているか確認するためにあります。2022年にシンガポールのKwaら<sup>17)</sup>は単一施設での全身麻酔

4万6284例について後方視的に外科医と麻酔科医がそれぞれ術前に記録していたASA-PSと、術後30日死亡などの転帰との関連を調べました。その結果、外科医と麻酔科医のASA-PS評価が一致しなかった例が32.6%（1万5098例）あり、その場合の30日死亡のオッズ比は2.00と増加していました。麻酔科医が分類を低く評価していた場合はさほどオッズ比の増加はなかったものの、外科医が2～3分類過小評価していた場合はオッズ比が5.52と大きく増加していました（図1）。さらに結果の詳細ではASA-PS IとIIで評価が相違していた場合は転帰にほとんど影響がなかったものの、ASA-PS IIIとIVで認識違いがあった場

重症の患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

- ア NYHA III度以上の心不全
- イ CCS分類III度以上の狭心症
- ウ 心筋梗塞発症後3月以内の者
- エ 大動脈弁閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全であって、II度以上のもの
- オ 大動脈弁平均圧較差 50mmHg 以上の大動脈弁狭窄、僧帽弁平均圧較差 10mmHg 以上の僧帽弁狭窄
- カ 動脈血酸素分圧 60mmHg 未満、又は動脈血酸素分圧・吸入気酸素分画比 300 未満の呼吸不全
- キ 1秒率 70% 未満かつ肺活量比 70% 未満の換気障害
- ク 治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返す気管支喘息
- ケ HbA1C 8.0% 以上、空腹時血糖 160mg/dL 以上又は食後2時間血糖 220mg/dL 以上の糖尿病
- コ 血清クレアチニン値 4.0mg/dL 以上の腎不全
- サ Child-Pugh 分類B 以上の肝不全
- シ Hb6.0g/dL 未満の貧血
- ス PT-INR2.0 以上の凝固能低下
- セ DIC
- ソ 血小板数 5万/μL 未満の血小板減少
- タ SIRS を伴う敗血症
- チ ショック（収縮期血圧が 90mmHg 未満となるもの）
- ツ 人工呼吸、心肺補助、大動脈内バルーンポンピング、又は透析を行っている者

表6  
厚生労働大臣が定める重症の患者（文献16より）

色バタ

色20%

83%  
133%



合は30日死亡のオッズ比が5.24～5.57と有意に大きく増加していました。重症度が高い患者の状態についてチームで適切に認識の共有ができていない状況、特に外科医が患者の重篤な合併症を見逃していると予後不良をまねきやすいと解釈できます。

● ● ● ● 50%  
先人達はASA-PSを麻酔科のためだけの分類ではなく、チーム全体で簡便に患者状態を共有するための共通言語として開発しました。ASA-PSは純粹な患者状態の評価であり、予定術式や麻酔方法の影響を受けないことを前提とした分類です。米国麻酔科学会が示す具体例を参考に分類することで分類の精度は上がるため、米国麻酔科学会ホームページにある英語の表を印刷している施設も多いと思いますが、自施設で分類例を追加することにも認められています。表5の筆者訳を参考に、日本語で分類表を作って掲示することなども検討してください。公式な分類例にも解釈の余地があり、分類の目標は必ずしも数字の正しさではなく、患者の状態をチームが適切に把握し対応していることです。重症な症例ほど認識のずれが予後に響いてきます。患者状態を吟味し、正しい分類とその根拠をチームで共有し議論することで周術期管理の質を向上させていきましょう。

12. 5a 星 31 MB 31  
文献 色ベタ  
1. American Society of Anesthesiologists Committee on Economics. Statement on ASA Physical Status Classification System. 2020年12月13日更新. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system> (2025年1月30日閲覧)  
2. Abouleish AE, Leib ML, Cohen NH. ASA provides examples to each ASA physical status class. ASA Monitor 2015; 79: 38-49.  
3. 日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG). ECOGのPerformance Status (PS) の日本語訳. <https://jco.jp/doctor/tool/ps/> (2025年1月30日閲覧). 原文: Common Toxicity Criteria, Version 2.0. Publish Date April 30, 1999. [http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_applications/docs/ctcv20\\_4-30-992.pdf](http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcv20_4-30-992.pdf)  
4. Saklad M. Grading of patients for surgical procedures. Anesthesiology 1941; 2: 281-4.  
5. Matsuki A. [Influence of Meyer Saklad's lectures on the development of modern anesthesiology in

Japan -an assessment of their influence on the publication of special issues on anesthesiology in Japanese medical journals]. Masui 2016; 65: 863-8.  
6. Ortega R, Binda DD, Lavanier SA, et al. The Aqualumni Tree: two score years later. Anesth Analg 2024; 138: 740-5.  
7. Marsh HM, Tennyson E. Anesthesiology - a neglected aqualumnus and his department: Ivan Benjamin Taylor and Detroit's Wayne State University. [https://anesthesiology.med.wayne.edu/pdf/history\\_of\\_wsu\\_anes.pdf](https://anesthesiology.med.wayne.edu/pdf/history_of_wsu_anes.pdf) (2025年1月30日閲覧)  
8. Keats AS. The ASA classification of physical status - a recapitulation. Anesthesiology 1978; 49: 233-6.  
9. Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE. The role of anesthesia in surgical mortality. JAMA 1961; 178: 261-6.  
10. New Classification of Physical Status. Anesthesiology 1963; 24: 111.  
(注: 単独の記事ではなく、1963年24巻1号111ページの余白に会員向けの告知として記載されています。同110-111ページに掲載されたCullen SC, Cybermethesiaという論説の誌面から参照できます)  
11. Horvath B, Kloesel B, Todd TM, et al. The evolution, current value, and future of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System. Anesthesiology 2021; 135: 904-19.  
12. Sankar A, Johnson SR, Beattie WS, et al. Reliability of the American Society of Anesthesiologists physical status scale in clinical practice. Br J Anaesth 2014; 113: 424-32.  
13. Riley RH, Holman CDJ, Fletcher DR. Inter-rater reliability of the ASA physical status classification in a sample of anaesthetists in Western Australia. Anaesth Intensive Care 2014; 42: 614-8.  
14. Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, et al. Adding examples to the ASA-Physical Status Classification improves correct assignment to patients. Anesthesiology 2017; 126: 614-22.  
15. 日本麻酔科学会. 周術期禁煙プラクティカルガイド. 2021年9月15日. [https://anesth.or.jp/files/pdf/kinen-practical-guide\\_20210928.pdf](https://anesth.or.jp/files/pdf/kinen-practical-guide_20210928.pdf) (2025年3月9日閲覧)  
16. 厚生労働省. 診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について. 保医発第0306001号平成18年3月6日. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1b01.pdf> (2025年3月9日閲覧)  
17. Kwa CXW, Cui J, Lim DYZ, et al. Discordant American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification between anesthesiologists and surgeons and its correlation with adverse patient outcomes. Sci Rep 2022; 12: 7110.