

モヤモヤをひも解く： 4分割表を用いた情報の整理

山本 圭一郎

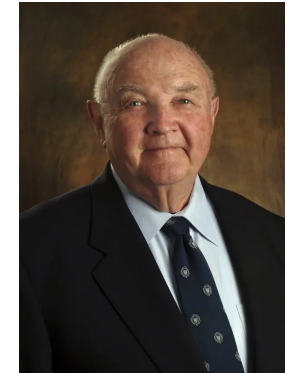
国立健康危機管理研究機構

臨床研究センター・臨床研究統括部

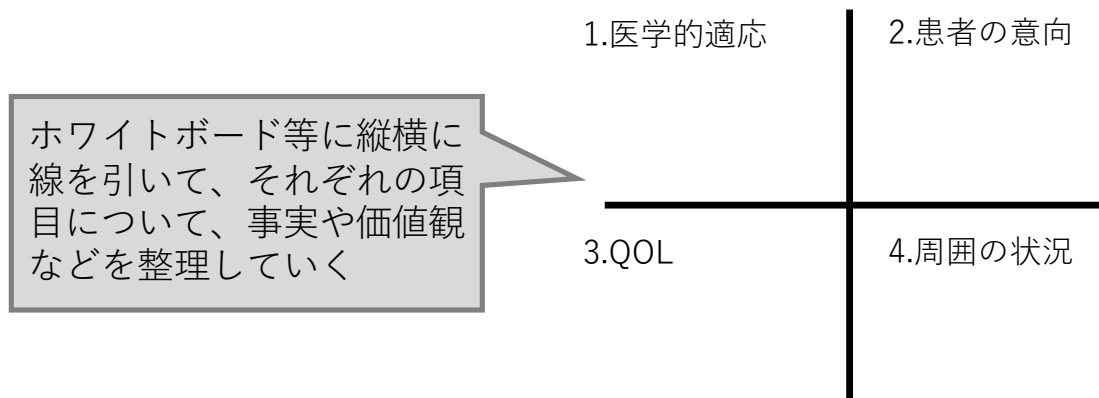


4 分割表とは？

- 米国の生命倫理学者のAlbert R. Jonsenたちが提唱した「倫理的問題を伴う症例の分析を促進するための手法」 (Jonsen et al. 2006: 2)
- 具体的には①医学的適応 (medical indications)、②患者の意向 (patient preferences)、③QOL、④周囲の状況 (contextual features) の4つの項目 (four topics) から症例を分析する方法を指す
- この分析法を赤林朗が以下のように4分割表として紹介 (Jonsenたちもこのアイデアを後に採用)



A.R. Jonsen
(1931-2020)
ワシントン大学名誉教授



A. Jonsen et al. (2006), *Clinical Ethics*: 13; 赤林朗編『入門・医療倫理I〔改訂版〕』2017年: 3, 後書き269

医学的適応 (medical indications)	患者の意向 (patient preference)
1. 患者の医学的問題は何か？ 2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？ 3. 治療の目的は何か？ 4. 治療が成功する確率は？ 5. 治療が奏功しない場合、どのような計画があるか？ 6. 要約すると、当該の患者が医学的および看護的なケアからどれくらい利益を得られるか？またどのように危害を避けることができるか？	1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 2. 対応能力がある場合、患者は治療への移行についてどう述べているか？ 3. 患者はリスクとベネフィット（利益）について知らされ、理解し同意しているか？ 4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ 5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？事前指示はあるか？ 6. 患者は治療に非協力的か、または妥協できない状態か？その場合、なぜか？ 7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？
QOL (quality of life)	周囲の状況 (contextual features)
1. 治療した場合、あるいはしなかった場合、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？ 2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的・精神的・社会的に失うものは何か？ 3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？ 4. 患者の現在の状態と将来の予想は、延命が望ましくないと判断されうるようなものか？ 5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？ 6. 緩和ケアの計画はあるか？	1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？ 2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？ 3. 財政的・経済的要因はあるか？ 4. 宗教的・文化的要因はあるか？ 5. 守秘義務を制限する要因はあるか？ 6. 資源配分の問題はあるか？ 7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？ 8. 臨床研究や教育は関係しているか？ 9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

A. Jonsen et al. (2006), *Clinical Ethics*: 13; 赤林朗編『入門・医療倫理I〔改訂版〕』2017年: 81-2.

4 分割表の使い方

- ここでは『NCGM臨床倫理コンサルテーション・ケースブック（仮題）』（医学書院から2023年度中に公刊予定）の中にある架空事例の1つを使用

A（男性・75歳）は70歳の頃には、アルコール性肝硬変・食道静脈瘤のため都内の病院の消化器内科に通っていた。身寄りとなる人はいなかったが、生活保護を受けながら自立して生活をしてきた。しかし、やがて脳出血を発症し、同年X月X日に当病院に入院することになった。入院後、Aは病院食を拒否したり、入院時に見られた右手足運動障害を克服するためのリハビリの実施も頑なに拒否したりした。Aが非協力的なので、担当医や看護師たちはリハビリ目的での転院を断念するほかなかった。時期を同じくして、Aは「自宅に帰りたい、自宅に帰してくれ」と周りに懇願するようになった。しかし、身体能力は徐々に改善していたものの、元の生活に戻り一人暮らしができるほどの回復ではなかった。病院のスタッフがAのケアについてどうすべきか悩みつつ、在宅環境調整を目的とした転院を調整していた夏の終わり頃、彼は「家に帰る」と言って離棟・離院未遂を起こした。こうした中、彼のケアに関する診療カンファレンスを実施された。主治医は、安全に自宅退院ができる状況でなく、患者の意思決定能力も十分にあるとはいえないと判断している一方で、病棟看護師の中には退院させてあげたいと考えているスタッフもいる。また、ソーシャルワーカーたちは転院がベストな選択ではないかと考えていて、結局のところカンファレンスでは意見がまとまらなかった。

架空事例：医学的適応に関する臨床倫理カンファレンスの内容

医学的適応（medical indications）

- **Aの担当医師：**患者さんは75歳男性で、以前からアルコール性肝硬変・食道静脈瘤で通院されていましたが、X月（1か月前）に脳出血で倒れて当院に救急搬送されてきました。手術はせず、保存的に治療していますが、入院時にみられた左視床の脳出血による右手足の麻痺はある程度緩和されてきました。しかし、患者さんはリハビリを拒絶しており、未だに安定した歩行ができません。歩行自体は可能なのですが、誰かがついていないと転倒のリスクが高いと考えます。医療チームではこの点を心配しています。また、主治医として患者さんの意思決定能力も十分であるとは言えないと考えています。
- **担当看護師：**少し補足させていただくと、現在患者さんは病院内では、手すりや杖を使用してですけども、結構自由に歩いてらっしゃいます。自宅の中でしたらご自分で移動できそうです。ただ、自宅の外に出て買い物に行くといった移動はさすがに難しいと思います。
- **ソーシャルワーカー：**自宅退院となると、独居になります。どうやら家族とも疎遠で友人もいないようで。少なくとも現時点では介護者はいないようです。
- **臨床倫理コンサル側からの質問：**内服されているのか、食事は現在とっているのか、脳出血の治療は終わっているのか？
- **担当医師・看護師からの返答：**内服されているが本人は内服管理できない状態、食事拒否の傾向あり、常食は厳しいが水分補給だけはむせずにできている、脳出血の治療はすでに終わっている。

架空事例：医学的適応に関する臨床倫理カンファレンスの内容 ⇒ 4 分割表の記載例

医学的適用（medical indications）

- 脳出血（左視床）で入院
- アルコール性肝硬変、食道静脈瘤←当院かかりつけ
- 当初右手足運動障害→改善するも独居できるまでには至らない
- 食事拒否、リハビリ拒否→リハビリ目的での転院も難しい
- 内服薬あり
- 脳出血の治療は完了している
- しばらく入院し治療・リハビリを続ければやがて自宅に戻ることも可能

架空事例：QOLに関する臨床倫理カンファレンスの内容

QOL (quality of life)

- **担当医師：**入院前の状態に戻ることは難しいです。食事やリハビリを拒絶されていますので、身体機能の向上、つまりADLの向上は見込めません。仮に自宅退院するとして、この状態では本人のQOLはますます下がるだけだと予想されます。
- **臨床倫理コンサル側からの質問：**本人は自分のQOLについて最善の判断は下すことできるのか、認知症の疑いはないのか？
- **担当医師・看護師からの返答：**アルコール性の認知症の疑いがあります。看護師たちの間でも「ときどき言うことがおかしいね」と話しています。特に記憶力が低下しているように感じます。昨日確認した事項も「聞いてない」と覚えていないことが多いようですし・・・でも、こうした反応はご本人の性格の問題という側面もありそうで現場では判断に困っているところです。
- **ソーシャルワーカー：**実は私もこの患者さん、前回の入院の時から知っているのですが、この方の性格からすると、実際には覚えているのに故意に「忘れた」と言っている可能性もなきにしもあらずで、前回の退院時も、約束を破って隠れて自宅などで飲酒していたみたいなんです・・・。
- **臨床倫理コンサル側からの質問：**本人の意思決定能力は低いと言えるのかどうか？
- **担当医師・看護師からの返答：**本人のパーソナリティもありますが、われわれ医療チームとしては「意思決定能力は怪しい」という点で意見が一致しています。

架空事例：QOLに関する臨床倫理カンファレンスの内容 ⇒ 4 分割表の記載例

QOL (quality of life)

- 安定した歩行は難しい（室内はフリー）→リハビリ拒否しているのでこれ以上の改善は困難
- 内服・健康管理は自分ではできない可能性大
- 入院前の生活・独居に戻ることは難しい
- 自宅退院した場合、本人にとって不利益となる可能性が高い→健康上の不利益、延いては命にもかかわる恐れもある

架空事例：患者の意向に関する臨床倫理カンファレンスの内容

患者の意向（patient preference）

- **担当看護師たち：**本人は自宅に帰れると信じ切っています。食事は「宅配サービス使えば何とかできる」と仰っていました。先日は「うるせー！自宅に帰る」と暴言を吐きながら、フラフラ病棟のエレベーターまで歩いて行って・・・私たちが病室に連れ戻して少し話しをすると落ち着くんですが、他の患者さんをケアしている際に「帰る」と言いながらまた病院を出ようとするんです。昨日は「死にたい」と発言されて・・・行動には移していないですしそのようなそぶりもないので、さすがに実行しないとは思いますが。
- **担当医師：**先ほども少し話がありましたが、記憶力が乏しく、アルコール性の認知症も疑われるような状況で、判断能力は十分であるとは言えないと考えています。患者さん自身の人生ですから好きに生きて欲しいとは思いますが、主治医としては患者さんにとっての最善の利益を考える義務と責任もあります。その観点からすると、本人にとって不利益になる可能性が高いと思われる自宅退院を許容してよいのか、悩みます。医師側からは、退院すると病気が悪化するとは伝えています。
- **担当医師・看護師たち：**ご本人は「死んでもいいから自宅に帰りたい」というスタンスだと理解しています。転院になった場合、ご本人から同意を得られるかも不明です。
- **臨床倫理コンサル側からの意見：**「自宅に帰りたい」という意思については一貫性が見られる。本人の自己決定権の問題になるのではないかと。他方で、本人は自宅に戻ることにリスク等についてきちんと認識・理解しているのか不明。病院側としては責任があるから「はいそうですか、自分の好きにしてください」と突き放すことはなかなかできない。

架空事例：患者の意向に関する臨床倫理カンファレンスの内容 ⇒ 4 分割表の記載例

患者の意向（patient preference）

- 家に帰りたいと懇願している状態
- 食事拒否の傾向あり、リハビリは拒否
- 自宅での食事は宅配でOKと考えている
- これまでの何度も「帰る」と言って病棟のエレベーター前まで移動
- たまに暴言を吐く→昨日は「死にたい」と大きな声で話していた（ただ実際に行動に移すわけではない）
- 「自宅に帰りたい」という意向については一貫性がある
- 生活破綻の可能性が大きい→自宅退院することで生じうる不利益・リスクを本人がきちんと理解しているのか分らないところがある
- アルコール性認知症による判断能力の低下があるかもしれない
- 転院になった場合に本人の同意を得られるかは不明

架空事例：周囲の状況に関する臨床倫理カンファレンスの内容

周囲の状況（contextual features）

● ソーシャルワーカーからの説明：

本人は元バス運転手なのですが、現在は生活保護を受けています。身寄りなし・・・なのですが、厳密に言えば、離婚した奥さんと、その方との間に息子さんが2人いらっしゃるみたいです。元奥さんとは完全に音信不通、また、患者本人から「かなり迷惑をかけたので長男には絶対連絡しないでくれ」と懇願されました。そこで、次男はどうなの？ということで、「次男なら問題ない」と確認とれたので生活保護の担当者経由で連絡を取ったのですが、「親父の面倒なんかみたくない」と拒否されてしまいました。次男の話では、どうやら本人は30代までは会社で働いていたけど、何らかの理由で会社をクビになり、その後しばらくは定職に就くことなく日雇い労働とかしていたようです。稼いだお金はパチンコなど娯楽のために使って、知人や消費者金融などからお金を借りて自転車操業だったようです。

こんな状態なので、結局40代の頃に離婚。お子さんは奥さんが連れて行きました。でも子どもが成人して働き出すと、「お金を貸してくれ」と奥さんのところによく現れてたようです。奥さんや子どもたち2人に親子関係を完全に断ち切られた後、これじゃダメだと思ったのでしょうか、バスの運転手となったようです。でも勤務してから1年後にはアルコール性肝硬変を発症されて、以後、入退院を繰り返されている状態です。収入も預貯金もなく、入院費を支払うことができないので50代の頃から生活保護を受給されています。その後もかなり問題が多くて。実際、病院に入る前にこの方をケアしていた地域包括支援センターの担当者は「いやいや、本人生活が破綻しているから自宅退院なんて無理ですよ」とあからさまに狼狽されていました。

架空事例：周囲の状況に関する臨床倫理カンファレンスの内容

周囲の状況（contextual features）

- **ソーシャルワーカーからの説明（続き）**：本人に意識障害があった時にも、施設に入るか転院するか議論になったそうです。施設に入ると本人の年金収入のみで賄えてしまうため生活保護の受給が切れてしまう。そうすると役所の関与がなくなるので、身元引受人がいなくなってしまうと、結果、施設に入ることも難しくなってしまう。とまあ、このように難しい選択に迫られちゃったそうなんです。自宅での生活を考えた場合、生活保護担当者からは、介護認定が下りてからでないと介護保険サービスを利用できないと言われています。その認定が下りるまでは、地域包括支援センターとしては自宅退院を避けて頂く方が本人には一番だろうという話でした。
- **質疑応答**：介護認定が下りるのはいつ頃か⇒（回答）2週間はかかるそう。介護は入れば独居でも生活破綻せずに生活できそうか⇒（回答）再入院のリスクは下がるかもしれませんが、介護が入っても厳しいと予想。自宅で独居する場合の転倒の可能性は？⇒（回答）どんなお住まいなのか家屋の評価ができていないですし、介護認定が下りないと世話をする人が毎日出入りしないですから・・・1人の時に転倒する可能性は高いと思います。現時点では、デイサービスを週2日、ヘルパーさんを週2日入れるのが精一杯。ご本人は介護認定やサービスには賛成か⇒（回答）一応は賛成しているかと。でも本人の意見がころころ変わるので・・・。介護認定まで当院で預かるという以外に何か選択肢はあるか⇒地域包括ケア病棟に転院して、今後のことを検討するのもありかなと考えて打診していますが、現在は空床待ちの状態です。でもこの選択肢は本人から拒否される恐れはあります。

架空事例：周囲の状況に関する臨床倫理カンファレンスの内容 ⇒ 4 分割表の記載例

周囲の状況（contextual features）

- 無職（元バス運転手）、独居、生活保護受給
- 元妻、長男、次男あり
- 元妻→音信不通
- 長男→患者本人から接触拒否
- 次男→面倒はみないと拒否
- 施設に入る→年金のみで賄える
年金のみで賄える→生活保護が切れる
- 生活保護受給者→介護保険サービスの暫定利用が難しい
⇒ 地域包括支援センター「介護認定でるまでは自宅退院を避けて欲しい」
- 地域包括ケア病棟の打診中（空床待ち）

医学的適応 (medical indications)	患者の意向 (patient preference)
● 脳出血（左視床）で入院 ● アルコール性肝硬変、食道静脈瘤←当院かかりつけ ● 当初右手足運動障害→改善するも独居できるまでには至らない ● 食事拒否、リハビリ拒否→リハビリ目的での転院も難しい ● 内服薬あり ● 脳出血の治療は完了している ● しばらく入院し治療・リハビリを続ければやがて自宅に戻ることも可能	● 家に帰りたいと懇願している状態 ● 食事拒否の傾向あり、リハビリ拒否 ● 自宅での食事は宅配でOKと考えている ● これまでの何度も「帰る」と言って病棟のエレベーター前まで移動 ● たまに暴言を吐く→昨日は「死にたい」と大きな声で話していた（ただ実際に行動に移すわけではない） ● 「自宅に帰りたい」という意向については一貫性がある ● 生活破綻の可能性が大きい→自宅退院することで生じうる不利益・リスクを本人がきちんと理解しているのか分らないところがある ● アルコール性認知症による判断能力の低下があるかもしれない ● 転院になった場合に本人の同意を得られるかは不明
QOL (quality of life)	周囲の状況 (contextual features)
● 安定した歩行は難しい（室内はフリー）→リハビリ拒否しているのでこれ以上の改善は困難 ● 内服・健康管理は自分ではできない可能性大 ● 入院前の生活・独居に戻ることは難しい ● 自宅退院した場合、本人にとって不利益となる可能性が高い→健康上の不利益、延いては命にもかかわる恐れもある	● 無職（元バス運転手）、独居、生活保護受給 ● 元妻、長男、次男あり ● 元妻→音信不通 ● 長男→患者本人から接触拒否 ● 次男→面倒はみないと拒否 ● 施設に入る→年金のみで賄える 年金のみで賄える→生活保護が切れる ● 生活保護受給者→介護保険サービスの暫定利用が難しい →地域包括支援センター「介護認定でるまでは自宅退院を避けて欲しい」 ● 地域包括ケア病棟の打診中（空床待ち）

4 分割表を用いた情報の整理：おわりに

- 4 分割表を用いた情報の整理は、問題となっているケースを分析するうえで役に立つ⇒ケースの特徴を（ある意味視覚化し）共有することが可能
- とりわけ、臨床倫理カンファレンス等において、複数の関係者で「もやもや」を共有し、「どうすべきか」を考えるうえで有用
- 他方で、4 分割表はあくまでも「情報の整理」でしかなく、そうした情報に基づいてアドバイスや結論を導くためには、医療倫理の4原則をはじめとした原則や理論、個人情報保護法などの法律や指針、各種ガイドライン、院内のポリシーや規程等を適宜参照する必要もある。

