

投稿論文

## DNAR におけるがん患者家族への支援

—医療ソーシャルワーカーの認識とは?—

山本 蒼奈

Support for Families of Cancer Patients for DNAR:

What are the Perceptions of Medical Social Workers?

Aona YAMAMOTO

**要約：**終末期医療の意思決定のひとつである DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) は、心肺停止時に心肺蘇生法を行わない決定である。家族による代理決定は、生命に関わる決断であり困難を伴う。本研究では、DNAR におけるがん患者家族への支援について医療ソーシャルワーカーの認識を明らかにすることを目的とする。がん診療連携拠点病院に勤務する医療ソーシャルワーカー 5 名を対象に半構造化面接を行い、質的統合法を用いて分析した。その結果、【家族は DNAR の方針を受け止める】、【家族は本人の意見を尊重する】、【家族の不安や戸惑い】、【認識のズレ】、【橋渡し役】、【本人が求める療養生活は何かを考える】、【時間的制約】、【急性期病院において医療ソーシャルワーカーに求められる短期間での退院調整の役割】、【介入の時期を見直し家族の思いを想像していく】の 9 つのシンボルマークが作成された。今後の課題として、医療ソーシャルワーカーの早期介入の必要性が示唆された。

**キーワード：**がん患者家族, DNAR, 医療ソーシャルワーカー

**Abstract :** Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) is an end-of-life care decision by a person requesting that CPR not be attempted in the event the person suffers from a cardiopulmonary arrest. Proxy decision for DNAR by family members is difficult, because it is a life-altering decision. The purpose of this study was to clarify the medical social workers' perceptions of the need to provide support to families of cancer patients to make a decision on DNAR on behalf of the patient. Semi-structured interviews were conducted of five medical social workers working at a base hospital for cancer treatment and the responses were analyzed using the qualitative integration method. Nine symbol marks were extracted from the analysis: [family accepts the DNAR policy], [family respects the person's opinion], [anxiety and confusion of the family], [misperception], [mediator], [thinking about what kind of recuperation life the person seeks], [time constraints], [the role of discharge coordination in a short period of time required of medical social workers in acute care hospitals], and [reviewing

the timing of intervention and imagining the family's thoughts]. The results suggested the need for early intervention by medical social workers as a future challenge for these workers.

**key words** : Families of cancer patients, DNAR, medical social workers

## I. はじめに

### 1. 終末期医療における意思決定の在り方

終末期医療においては、今後の医療行為の有無や療養場所の選定など、生命に関わる決定が患者やその家族に求められることがある。2007年、厚生労働省より「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が出され、終末期医療及びケアのあり方が提言された。ここでは、患者本人の意思決定を基本としたうえで、医療従事者と話し合いを行いながら終末期医療を進めていくことが原則とされた。また、患者の意思が確認できなく、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重したうえで、最善の治療方針をとることとされた。さらに、家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるのかを家族と医療従事者が十分に話し合いをすることで、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とした。そして、「可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である」と終末期医療の在り方が示された(厚生労働省2007)。公表以降、多くの医学会で医療・ケアの決定に関するガイドラインが公表され、終末期医療では患者本人の決定を基本としたうえで、患者と医療・ケアチームでの話し合いに基づく意思決定プロセスを重視する考えが主流になった(日本集中治療医学会倫理委員会2017a)。

この一連の終末期の意思決定プロセスは、Advance Care Planning(以下、ACP)とも呼ばれる。日本におけるACPは、2018年に厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定の

プロセスガイドライン」において明記された。ここでは、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義され、人生の最終段階における医療においてACPの重要性が強調されている。ACPのプロセスでは、事前指示書(Advance Directive:以下、AD)が作成される。ADは、①意思決定能力のある本人が、意思決定能力を失ったときに備えて、自分の希望する・希望しない医療処置について、あらかじめ指示をしておく内容的指示と、②患者本人が自分の代わりに判断する者を指名する代理人指示がある。内容的指示は、リビングウィル(Living Will)と呼ばれ、人生の最終段階を迎えた時の医療の選択について事前に意思表示をしておく文書である。内容的指示に含まれる医療行為の中には、心肺停止時に心肺蘇生法(CPR)を行わない決定である心肺蘇生不要指示(Do Not Attempt Resuscitation:以下、DNAR)が含まれている。DNARは、ADの中でも重要な意思表示となっている。

DNARは、1995年に日本救急医学会救命救急法検討委員会で「尊厳死の概念に相通じるもので、癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者などで、本人または家族の希望で心肺蘇生法(CPR)をおこなわないこと」、「これに基づいて医師が指示する場合はDNR指示(Do Not Resuscitation order)という」と定義がされた(日本集中治療医学会2016)。現在、DNRは「その患者はもしかしたら蘇生可能かもしれない」というニュアンスが含まれることから、“Do not attempt”を使用した「その患者は末期であり、蘇生の可能性がほとんどない」といった前提への変更が提案され、

DNAR という言葉が使用されるようになった。DNAR は CPR 以外の医療行為に影響を与えてはならないが、DNAR 指示が出た際に、非蘇生行為もかなりの割合で終了・減量・差し控えが考慮されている現状がある（日本集中治療医学会倫理委員会 2017c）。そこで、日本臨床倫理学会から、生命を脅かす疾患に直面している患者においては、CPR 以外の医療処置への具体的指示を含めた PLOST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment) が提唱されている（箕岡 2019）。

## 2. がん患者家族による DNAR の選択の現状

我が国では、死因の第 1 位はがんであり、およそ 3 人に 1 人ががんで亡くなるといわれている。しかし、医学の進歩やがんの種別によっては療養期間が長いことから慢性期疾患とも言われるようになった。がんへの罹患は本人や家族にとって少なからず死を意識させて、これまでの日常生活を大きく揺るがすことになる。家族は、患者ケアを提供する存在として捉えられ、患者の日常生活の世話や情緒的ケア、生活を支える収入や治療費などの社会的な問題への対応などの役割を担っている。一方で、がん患者家族は、「第二の患者」と呼ばれているように、患者ががんと診断されてから死別後までに家族に生じる問題は多面的である。がん患者家族が経験する問題は、主に身体的、精神的、社会的に分けられるとされている（内富ら 2011）。身体的な問題としては、介護による過重労働、免疫機能低下、慢性的睡眠障害などが挙げられる。精神的問題は、がん患者家族は他の慢性患者家族に比べて抑うつ症状を呈しやすく、うつ症状を発症する際は適応障害であることも多いとされている。社会的問題に関しては、家族内のバランスの変化がある。家族は、これまでの家族内の役割に加えてケアの提供者としての役割が求められることになる。家族によるケアとは、看護、患者に対する情緒的なケア、診察への同行などが

ある。また、看病のため失業を余儀なくされる場合もある。他にも、患者自身が主な収入源であった場合には、経済的な問題が発生する。このように、がん罹患したことによって、家族内のバランスが変化するなか、DNAR など生命に関わる意思決定を行うことは家族にとって心理的負担が大きいと考えられる。

しかし、患者の病状悪化などの理由から、意思決定が家族に求められることは珍しくなく、DNAR と家族に関する課題について救急搬送の現場で多く報告されている。日本臨床救急医学会の報告によると、家族からの救急搬送要請の多くで傷病者は DNAR の選択をしている人であったという事例が発生している（日本臨床救急医学会 2017）。救急隊は、患者本人が DNAR を選択していても事前に DNAR を記載した文書が存在しなければ CPR を開始することになり、患者自身が選択した医療行為にならないことがある。また、救急搬送後、短時間で意思決定をしなければいけない状況で代理意思決定をした家族は、PTSD 症状や抑うつ症状を呈することが報告されている（Gries et al. 2009）。以上により、DNAR に対して家族の課題や困難が報告されるなか、患者中心の研究が進み家族への支援に関する研究はまだ少ない。主に先行研究では、DNAR に対する法的課題が問われてきた（加藤 2015）。また、看護分野では DNAR における支援の困難感（日本集中治療医学会倫理委員会 2017b）や救急医療における DNAR の対応についての報告されている（片岡ら 2016）。

## 3. DNAR における医療ソーシャルワーカーの役割

医療ソーシャルワーカーの業務指針では、保健医療の場において社会福祉の立場から患者や家族の心理的・社会的問題を支援する役割が示されている。したがって、DNAR 等の生命に関わる意思決定を行う家族への心理的支援も業務の範囲で

ある。DNARを考えはじめる機会としては、急性期病院での治療が困難になってきた段階が多く、医療ソーシャルワーカーはこの段階で今後の療養場所の選択のために介入することになる。退院支援をしていくにあたり、療養型病院、緩和ケア病棟、在宅医療などではDNARを取得していることが求められることもあり、DNARについては留意していく必要がある。終末期におけるDNAR等の意思決定支援においてガイドラインでは、医師だけの判断ではなく、患者や家族と医療従事者が話し合いを行うことが望ましいと示されているが、医療従事者に向けた具体的な指針は示されていない(厚生労働省 2007)。

医療ソーシャルワーカーにおけるDNARに関する研究はほとんどなく、DNRに関する唯一の研究では、高齢者施設において急変した入所者の医療機関への搬送や、入院加療後の再入所に際して本人のDNRの意思等が十分に反映されていない問題が明らかとなり、施設側と病院側のソーシャルワーカーの連携やインフォームドコンセントの重要性を報告している(北出 2008)。また、類似研究として、意思決定に関する研究では、ソーシャルワーカーによる判断能力のない患者に対して権利擁護の点からの代弁機能の役割(林ら 2020)、患者の自己決定を尊重した支援(上山崎 2016)などの重要性が明らかになっている。

以上を踏まえて、医療ソーシャルワーカーがDNARとがん患者家族に対してどのような認識のもと支援が行われているのかを明らかにすることは、医療・ケアチームにおける終末期医療の意思決定支援の在り方を検討するうえで意義があると考えられる。

#### 4. 研究の目的

以上の背景に基づき、本研究の目的はDNARにおけるがん患者家族への支援について医療ソーシャルワーカーの認識を明らかにすることである。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象者

がん患者の診療が多いと考えられるがん診療連携拠点病院で3年以上の経験がある医療ソーシャルワーカーを対象とした。がん診療連携拠点病院とは、がん医療の均てん化を目標として、専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の整備、患者・住民への相談支援や情報提供などの役割を担う病院である。2022年4月現在、全国に408か所設置されている。最新のがん診療連携拠点病院等院内がん登録報告書では、全国の初回治療開始患者の70.9%をカバーしている(国立がん研究センター・がん対策情報センター 2021)。

### 2. データ収集方法

研究対象者に対し、WEB会議システムZoomを用いて、インタビューガイドに基づく60分程度の半構造化面接を一人あたり1回実施した。

面接では、DNARにおけるがん患者家族への医療ソーシャルワーカーの支援の認識を明らかにするために「DNARにおける患者家族についてどう思いますか」、「DNARにおける患者家族の支援について大切にしていることはありますか」、「DNARと患者家族についてソーシャルワーカーとして困難に感じていることはありますか」、「DNARと患者家族について課題と考えていることはありますか」について質問した。

面接内容は、研究対象者の承諾を得た上で、Zoomの録画機能を用いて録音をした。

### 3. 分析方法

KJ法(川喜多 1996)を基礎としている、質的統合法(山浦 2012)を参考に以下の方法で分析した。質的統合法を用いた理由は、DNARにおけるがん患者家族への支援について、医療ソーシャルワーカーの認識に関する全体像を把握し、構造

化するためである。

分析手順は、逐語録を繰り返し読み、「がん患者家族への支援に対する医療ソーシャルワーカーの認識はどのようなものか」を表している部分に着目をしてラベルを作成した。次に、類似性に着目をしてラベルを集めていった。集まったラベルをグループごとにまとめ、その内容を要約する一文にして表札をつけた。この流れを、グループ編成と呼ぶ。同じ手順で、グループ編成を繰り返していき、グループごとの関係性を構造化した空間配置を行い、図解化をした。そこから、ラベル同士の関係をより明確にするために記号と添え言葉で示した。その後、各ラベルの内容を凝縮したシンボルマークを示し空間配置図とした。

逐語録から作成したラベルの総数136枚を、3段階にわたって統合し、最終的に9つのシンボルマークにした。文中の【 】はシンボルマーク、[ ]は最終ラベル、『 』は元ラベルで示す。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、日本女子大学人を対象とした実験研究に関する倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した。（課題番号：第472号）

研究対象者には、インタビュー調査実施前に研究趣旨説明書、研究参加同意書を郵送した。インタビュー開始前、研究参加者には文書、および口

頭での研究趣旨、参加は自由意志に基づくこと、個人情報保護等について説明し、署名による研究参加の同意を得た。研究参加同意書はインタビュー終了後、郵送にて取得した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 研究参加者の概要

研究参加者の概要を表1に示す。研究参加者はすべて異なる病院に所属する5名、面接は一人につき1回、面接時間は35分～55分で平均45分であった。

#### 2. シンボルマークを用いたDNARにおけるがん患者家族への支援に対する医療ソーシャルワーカーの認識のストーリーライン

医療ソーシャルワーカーは、【家族はDNARの方針を受け止める】ことや、DNARの方針を決めるにあたり【家族は本人の意見を尊重する】という認識をしていた。

しかし、DNARの方針決定後、医療ソーシャルワーカーの介入時に、【家族の不安や戸惑い】が表出される。そして、【家族の不安や戸惑い】から、家族と医療者の間にDNARへの想いに関する【認識のズレ】が発生する。そのため、医療ソーシャルワーカーは家族と医療者の【橋渡し役】となり、家族のDNARに対する想いを医療者と

表1 研究参加者の概要

参加者	性別	資格	経験年数※
A氏	女性	社会福祉士・精神保健福祉士	7年
B氏	女性	社会福祉士	7年
C氏	女性	社会福祉士	7年
D氏	女性	社会福祉士・精神保健福祉士	6年
E氏	女性	社会福祉士	5年

※医療ソーシャルワーカー経験年数

共有できる場を調整していた。その後、医療ソーシャルワーカーは、がん患者家族と【本人が求める療養生活は何かを考える】ことが、DNARとがん患者家族支援において最も大切にしていることとしていた。

しかし、医療ソーシャルワーカーは、支援をしていくにあたって【時間的制約】があることで、

病院内で期待されている医療ソーシャルワーカーとしての役割と専門職の価値との狭間で葛藤が生じ、困難を抱えていた。そこには、【急性期病院において医療ソーシャルワーカーに求められる短時間での退院調整の役割】が影響している。そのため、今後は【介入の時期を見直し家族の思いを想像していく】ことが課題とされた。(図1)

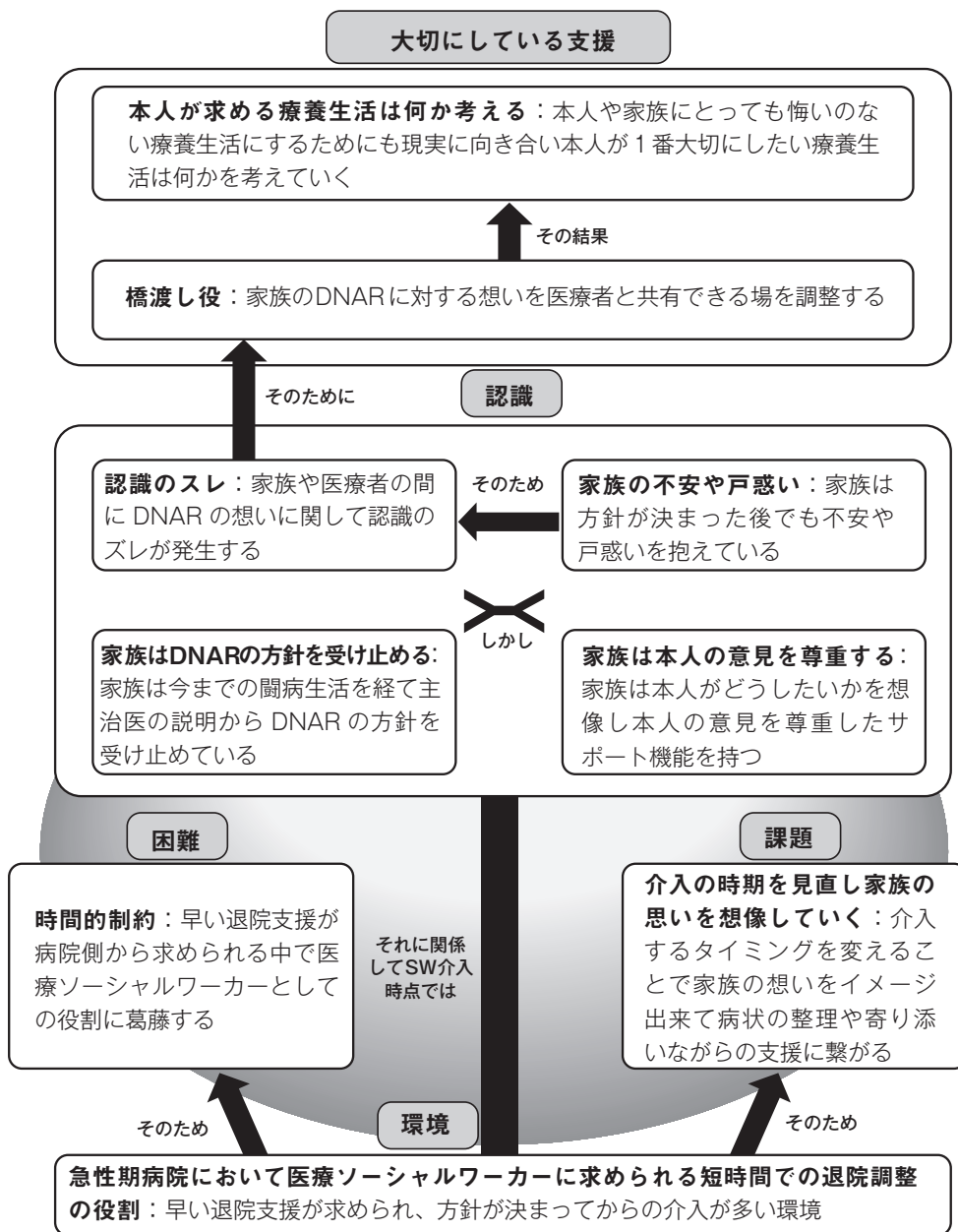


図1 DNARにおけるがん患者家族への支援に対する医療ソーシャルワーカーの認識 (空間配置図)

### 3. 各シンボルマークについて

#### (1) 【家族の不安や戸惑い】

最終ラベルは「家族は方針が決まった後でも不安や戸惑い抱えている」である。家族は、主治医からの説明でDNARの方針を受け止めた後でも、正しい選択であったのか不安や戸惑いが残ることがあるとしていた。元ラベル例は、『家族がいたり子どもがいたり小さい子供がいたりだとかそういう方も多いので、配偶者の方は今後どうしていったらいいのかみたいな戸惑いみたいな』、『かなり受け止めるのに時間がかかったりとか他に治療はなのかという思い』、『裏では結構本当に大丈夫なのかなとか不安な気持ちとかそういうのが見え隠れしている患者さん家族も多いです』であった。

#### (2) 【家族はDNARの方針を受け止める】

最終ラベルは「家族は今までの闘病生活を経て主治医の説明からDNARの方針を受け止めている」である。これは、家族は患者の病期を知り今後の療養先に進むべく、DNARの方針を受け止めているとしていた。元ラベルは、『やることはやったではないけれど今まで頑張ってきたから、もうゆっくりしようみたいな本人も落ち着いていたりとか、家族も結構予定を立ててきているので最後は是非お家でというようなわりとはっきり意思をもってお話されるご家族も多い印象ですね』、『今まで頑張ってきたから無理なことはしたくないっていう風な意見になっている患者さん家族が多いのかな』であった。

#### (3) 【家族は本人の意見を尊重する】

最終ラベルは「家族は本人だったらどうしたいかを想像し本人の意見を尊重したサポート機能を持つ」であった。これは、家族がこれまでの生活や闘病を振り返り、患者の思いを馳せることができるようにしていた。元ラベルは、『家族も本人

がそう言うのだったら、かねてから本人が急変時に心臓マッサージしたり、呼吸器を繋いだりして何とか生き延びるみたいなのはしないでくれって言っていた方もいらっしゃるし、そういうので家族の中で本人の意思を尊重する』、『家族は本人だったらどう言うのかなってところを想像して、話しをどうするか、意思を伝えるとかそういうのが大前提として多いかなとは思いますが』、『本人にとって（家族は）サポーターであることが多くって、そのサポーターがやっぱりなかなかうまく機能するというとあれだけれども、上手くサポートしてもらわないと本人にとってもあまり良くないかなと思う』であった。

#### (4) 【認識のズレ】

最終ラベルは、「家族と医療者の間にDNARの想いに関して認識のズレが発生する」であった。これは、主治医からの説明後も家族にDNARの方針が正確に伝わっていないことがあるとしていた。元ラベルは、『どうしても先生が言っている、DNAR取りましたっていう話と、患者さん・家族の受け止めのギャップっていうのはあると思っていて』、『患者さんとか、本人家族が（DNARを）認識をしてないのにいきなりドンとホスピスとか、緩和ケア病棟の話をして入っていかない』、『大体予後が半年以内の人しか入院できないですとか、向こうで積極的な治療はできないですっていう話をするんだけど、え、じゃあ、もう化学療法ってできないんですかとか、って面談の場で言われてしまう』、『先生があまりにもこうや柔らかに伝えすぎて意図が伝わってないとか、そういうケースは結構ある』、『患者さんのお話の中で、今後のこととか今の病状のところとか、どういうふうに受け止めているかっていうのを総合的にお話を伺って、医師だとか、あとはご家族だとか、ズレがあるときは、ん？っていうふうになったりする』であった。

#### (5) 【橋渡し役】

最終ラベルは、[家族のDNARに対する想いを医療者と共有できる場を調整する]であった。これは、家族にDNARの方針の理解の援助のために家族と医療者間の方針共有の場の調整をしていた。元ラベルは、『もう1回先生に戻して、ICの日程組んでもらってってということが結構ある』、『改めて医師の方にフィードバックして、どんなお話になりました、だとか、DNAR取得した時どんな反応でしたかとかそういう風に聞くことはあります。』である。

#### (6) 【本人が求める療養生活は何かを考える】

最終ラベルは、[本人や家族にとっても悔いのない療養生活にするためにも現実に向き合い本人が1番大切にしたい療養生活は何かを考えていく]である。これは、家族が本人の希望を尊重することに焦点を当てられるように支援をするとしていた。元ラベル例は、『1番に大切にしたいことは何かっていうのを整理する機会や場の設定、決める情報になるようなものの設定だったり情報提供だったりっていうことは退院支援をするソーシャルワーカーとしては必要なと思っていて』、『家族にとっても本人にとっても悔いのない生き方っていうのをどうすればサポート出来るのかっていうのを考えながら、そこは念頭に置いて支援している』、『本人がどうしたいか聞けたらなと思っていて、どうしても結構家族と面談する機会の方が多かったりするんだけども家族がどうしたいから家族がこうだからこういう方針にするのではなくって、家族がちゃんとご本人だったらどう考えるかみたいなのを考えてもらったうえで、療養先を決められるように』、『両方叶えられるってことが難しいことも多くって、じゃあ現実的にどうしたらいいのか、みたいなのを本人たちがちゃんと考えられるようにはしています』であった。

#### (7) 【時間的制約】

最終ラベルは、[早い退院支援が病院から求められる中で医療ソーシャルワーカーとしての役割に葛藤する]である。これは、病院組織の在院日数の短縮化の役割期待とソーシャルワークの価値に対立が生じていた。元ラベルは、『ソーシャルワーカーとしては、ご家族にずっと寄り添って時間的にずっとずっと何時間もお話を聞いてあげてとか時間的にそういうわけにもいかないので、決めるまでのタイムリミットが頭の中でチラついたりとかするのでこっちが焦ったりすることもあります』、『早く決めてって先生からも病棟からも言われて、すみません時間かけちゃって、なかなかもうちょっと待たなくてってそれを言わざるを得ない場面もあってそれをどうしてもある程度ここまでねっていうタイムリミットの中で腑に落ちていなさそうな雰囲気を決めるしかない』、『病院からは早く退院しなきゃっていう状況の役割みたいなのある種求められているところもありますのでそういうジレンマ的なものはソーシャルワーカーとしてあります』である。

#### (8) 【急性期病院において医療ソーシャルワーカーに求められる短期間での退院調整の役割】

最終ラベルは、[早い退院支援が求められ、方針が決まってからの介入が多い環境]である。医療ソーシャルワーカーは、方針決定後、限られた日数で療養先を検討していく支援が求められ、意思決定支援に多くの時間をかけられないとしていた。元ラベルは、『全体的にある程度方針が決まってから介入することが結構多い』、『今後の療養先を先生がICするなかで患者さん・ご家族に聞いてから介入することが多い』、『DNRに関しては治療の決定場面、意思決定の場面に同席したりとかそこから関わったりすることはあまりない』、『病院からは早く退院しなきゃっていう状況の役割も求められる』、『とにかく早く退院支援をって



言われるのでなかなかゆっくり意思決定という場面に時間をかけてという訳にはいかない日々』、『結構ある程度方針が決まってから、そこからソーシャルワーカーが介入することが多いけれど、それまでの過程のなかにいろんな気持ちの変化だったりとか受容の段階とかもあったりして、そういうのを全部すっ飛ばして一部でしかソーシャルワーカーが入っていない感じがする』である。

#### (9) 【介入の時期を見直し家族の思いを想像していく】

最終ラベルは「介入するタイミングを変えることで家族の思いをイメージ出来て病状の整理や寄り添いながらの支援に繋がる」である。今後、医療ソーシャルワーカーは早い段階での介入から家族に寄り添う支援が必要としていた。元ラベルは、『DNARを取った後に家族のどういう気持ちで決定をしたというイメージをもっと自分の中でふくらましていかないといけない』、『早い段階から関わられたらいいなと思っていて』である。

## IV. 考察

本研究は、がん診療連携拠点病院の医療ソーシャルワーカーを対象として、がん患者家族へのDNAR支援に対する医療ソーシャルワーカーの認識を検討した研究である。質的統合法による分析の結果、9つのシンボルマークが作成された。以下、詳細について考察していく。

### 1. 医療ソーシャルワーカーのがん患者家族と

#### DNARに対する認識と支援

医療ソーシャルワーカーは、介入時点では、主治医の説明から【家族はDNARの方針を受け止める】といった認識をしていた。背景として、家族は、これまでの闘病生活を『今まで頑張ってきたから無理なことはしたくない(略)』と評価し、次の療養先に進むためにDNARの方針を受け入

れる形で決定していた。また、DNARを家族が決めていくにあたり、【家族は本人の意見を尊重する】として、今までの闘病生活で患者から語られていた、「心肺停止時はDNAR方針」という考えを尊重していた。また、医療ソーシャルワーカーは、支援をしていくにあたって、患者を中心に捉え、家族は患者を支える存在として関わっていた。

しかし、【家族は方針が決まった後でも不安や戸惑いを抱えている】現状がある。不安がある状況下での意思決定は衝動的な決定を行う「短慮」か、決定を遅らせる「防衛的回避」が行われるとされている(広田ら2002)。また、医療機関の機能分化により、終末期の治療や療養先に関する決定は短期間で結論を出すことが求められる。そのため、患者と家族は強いストレスを受けるとなり、質の低い「短慮」か「防衛的回避」の決定プロセスに陥りやすいとされている(櫻井2013)。また、患者と代理決定者の意向の一致率は68%であり必ずしも家族の代理決定は患者の意向をくんでいるとは限らないとの報告もある(Shalowitz et al. 2006)。DNARの方針決定は、患者の生命にかかわる意思決定であり、家族に心理的負担がかかる。がんの終末期において医療ソーシャルワーカーは、患者と家族の心理的・社会的側面への介入援助など専門的知識、技術を活かして関わる必要性が高いとの報告がある(本家2002)。このことから、医療ソーシャルワーカーは、DNARにおける家族の心理的負担を認識し、望ましい意思決定に向けて支援することの必要性が示唆された。

さらに、【家族の不安や戸惑い】は、DNARに対する認識や想いで医療者とがん患者家族間に【認識のズレ】をもたらした。療養先選定にあたり、転院先の機関からDNAR方針であることを求められることも多く、家族が正しい認識でなければ転院先で患者・家族が求めていた療養生活に相違やトラブルが生じてしまう。そのため、医療

ソーシャルワーカーは、医療者とがん患者家族の【橋渡し役】となり、医者に家族の不安や悩みがある状況を伝え、再度 DNAR の説明を行う IC の設定をして、医療者と家族が共通認識のもと信頼関係を築き今後の療養先を選定していく支援を行っていた。先行研究において、医療ソーシャルワーカーは、院内や医療者と家族間における連携や仲介の中心的役割を担っていることが報告されている（鍵井 2013；上山崎 2016）。DNAR における支援においても、医療者と家族間の【橋渡し役】は医療ソーシャルワーカーの重要な役割として語られていた。以上のことから、本研究においても【家族の不安や戸惑い】からなる【認識のズレ】を解消するべき方法として【橋渡し役】の重要性が重ねて支持された。

その後、医療ソーシャルワーカーは、家族と「本人や家族にとっても悔いのない療養生活にするためにも現実に向き合い本人が1番大切にしたい療養生活は何かを考えていく」ために【本人が求める療養生活は何かを考える】支援をしていた。終末期の意思決定において、患者の病状悪化等から意向を明確に把握することに困難が生じる場合があり、医師と家族間で、意思決定を進めていかなければならない状況が発生する。その際、医療ソーシャルワーカーは患者の意思を尊重するため、『本人がどうしたいか（中略）家族がちゃんとご本人だったらどう考えるかみたいなのを考えてもらったうえで、療養先を決められるように』投げかけ、家族に患者の意思をはかれるような決定が行えるように支援をしていた。

## 2. DNAR とがん患者家族の支援に対する

### 医療ソーシャルワーカーの困難と課題

DNAR とがん患者家族への支援について、【急性期病院において医療ソーシャルワーカーに求められる短期間での退院調整の役割】の環境から、医療ソーシャルワーカーは、【早い退院支援が求

められ、方針が決まってからの介入が多い環境】であった。急性期病院は、診断群分類包括評価の導入や病院機能分化などから入院期間の短縮が求められている。そのため、医療ソーシャルワーカーは【時間的制約】を受けながらの支援をしなければならない現状に困難を抱えていた。具体的には、主治医から DNAR の方針の説明の場には同席出来ずに、DNAR の方針決定後に医療ソーシャルワーカーが介入していく現状である。そのため、療養先を調整していく中で『病院からは早く退院しなきゃっていう状況の役割も求められる』ことや、『急性期のソーシャルワーカーとしては、ご家族にずっと寄り添って時間的にずっとずっと何時間もお話聞いてあげてとか時間的にそういうわけにもいかないので、ちょっとその決めるまでのタイムリミットがあるって頭の中でチラついたりとかするのでこっちが焦ったりすることもあります』というジレンマが生じていた。そして、『本当は、（家族と）何度も何度もお話しする時間を取って決められるまでお付き合いするとかソーシャルワーカーとしてしたいなっていうことでもありますけど、そういうわけにはいかない』といった、家族に寄り添った支援が行えていないと考えてしまい、葛藤をしていた。つまり、医療ソーシャルワーカーは、病院側から求められる早期退院の役割とソーシャルワーカーとして【家族の不安や戸惑い】で揺れ動く間で困難が生じ、支援の限界が示された。田中らが医療ソーシャルワーカーに業務上の不安を調査した研究においても、平均在院日数の短縮化のプレッシャーから、面談やケースについて考える時間を削らなければいけないとの負担が報告されている（田中 2015）。DNAR の家族支援においても、病院と家族からの求められていることの差異に板挟みになりジレンマがあることが示された。

一方で、医療ソーシャルワーカーには、患者家族、医者や看護師などの医療スタッフから、家族

への心理的支援が期待されている(片岡 2007)。そのため今後は、DNAR 支援において【介入の時期を見直し家族の思いを想像していく】ことは、上記のジレンマの解消の一助として語られていた。【時間的制約】があるなかで、特に DNAR の方針決定に伴う【家族の不安や戸惑い】が強くと表れると予測されるケースについては、方針決定の IC の場に同席をしていける体制作りの必要性が示された。そして、早期に医療ソーシャルワーカーが介入していくことで、【家族の不安や戸惑い】を軽減することができ、より良い療養先選択への支援に繋がる可能性が示唆された。

### 3. 本研究の限界と課題

本研究では、複数の病院の医療ソーシャルワーカーからデータを得たが、経験年数に偏りもあることから、直ちに一般化できない可能性がある。また、各病院内で医療ソーシャルワーカーに期待される役割は異なるがその影響については分析していない。今後の研究課題として、病院の特徴や経験などに着目し、対象を拡大したさらなる研究が必要である。一方で、DNAR におけるがん患者家族への支援について医療ソーシャルワーカーの認識を検討した研究はない。そのため、今後、医療ソーシャルワーカーの介入法を開発していく上での基礎的知見として本研究には価値があると考えられる。

## V. おわりに

DNAR におけるがん患者家族への支援に対する医療ソーシャルワーカーの認識が明らかとなった。医療ソーシャルワーカーはがん患者家族を、闘病生活を経て本人の考えを想像し、尊重していくなかで、DNAR の方針を受け止めていくと認識していた。そして、がん患者家族への支援をしていくにあたって、患者を中心に捉え、家族の意向も尊重できるようにしていた。一方で、家族の

不安が表出され、DNAR の認識に医療者側と相違がある際は、医療者と家族を繋ぐ役割を果たしていた。

しかし、支援をしていくにあたって、DNAR 方針決定後からの介入や急性期病院の在院日数の短縮化を担う立場から、家族に寄りそう支援が行えないことへ困難を抱いていた。そのため、今後は早期介入の体制を構築する必要性が示唆された。

## 付記

本論文は、日本女子大学人間社会学部社会福祉学科に提出した 2021 年度卒業研究に追加インタビューを行い、大幅に加筆修正したものである。

## 謝辞

本研究にご協力して戴きました医療ソーシャルワーカーの皆様へ心より感謝を申し上げます。また、卒業研究のご指導、および本論文執筆の際にご助言くださいました日本女子大学赤澤輝和先生に深謝いたします。

## 文献

- Gries, C. J., Engelberg, R. A., Kross, E. A., et al. (2010): Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*, 137(2), 280-7.
- 林真帆・織原保尚・日和恭世 (2020) 「判断能力が不十分な人への意思決定支援と医療ソーシャルワーカー-医療ソーシャルワーカーへのアンケート調査を踏まえ-」『別府大学紀要』61 59-74.
- 東尚弘 (2021) 『がん診療連携拠点病院等 院内がん登録 2018 年全国集計報告書資料』「院内がん登録割合(カバー率)と二次医療圏別登録数」. 国立がん研究センター・がん対策情報センター.
- 広田すみれ・増田真也・坂上貴之編 (2002) 『心理学が描くリスクの世界—行動的意思決定入門』慶應義

- 塾大学出版会.
- 本家裕子 (2002) 「ターミナルケアにおける医療ソーシャルワークに関する研究の動向」『臨床死生学年報』7 64-72.
- 一般社団法人日本臨床救急医学会 (2017) 「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」(<http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/sennyu/c221-JSEM.pdf>, 2020.12.3).
- 鍵井浩一 (2013) 「病期から考えるこれからの医療ソーシャルワーカーの役割」『関西福祉大学紀要』17 43-59.
- 上山崎悦子 (2016) 「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの IPW - 2つのインタビュー調査から」『日本福祉大学社会福祉論集』135 111-132.
- 片岡恵理・伊東美佐江 (2016) 「わが国の DNAR の選択をゆだねられた家族への看護援助に関する文献検討」『家族看護学研究』22 (1) 37-47.
- 片岡靖子 (2007) 「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題」『九州保健福祉大学研究紀要』8 71-77.
- 加藤 慎 (2015) 「DNAR の法的課題」『蘇生』34 (2) 71-74.
- 北出直子 (2008) 「急変加療とその後の再入所の現状と問題点」『医療』62 (2) 89-92.
- 厚生労働省 (2002) 『医療ソーシャルワーカー業務指針』.
- 厚生労働省 (2007) 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』.
- 厚生労働省 (2017) 『人生の最終段階における医療に関する意識調査』.
- 箕岡真子 (2012) 『蘇生不要指示のゆくえー医療者のための DNAR の倫理』 ワールドプランニング.
- 箕岡真子 (2019) 「DNAR 指示に関するワーキンググループの成果報告」日本臨床倫理学会.
- 日本集中治療医学会倫理委員会 (2017a) 「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」『日集中医誌』24 208-209.
- 日本集中治療医学会倫理委員会 (2017b) 「日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査」『日集中医誌』24 244-253.
- 日本集中治療医学会倫理委員会 (2017c) 「日本集中治療医学会評議員施設及び会員医師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査」『日集中医誌』24 227-243.
- 日本集中治療医学会 (2016) 「医学用語解説集」(<https://www.jaam.jp/dictionary/dictionary/word/0308.html>, 2020.12.4).
- 櫻井智穂子・眞嶋朋子 (2013) 「終末期の緩和を目的とした療養への移行におけるがん患者の家族の決断のゆれに関する研究」『文化看護学会誌』5 (1) 20-27.
- Shalowitz, D. I., Garrett-Mayer, E. and Wendler, D. (2006) : The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. Arch Intern Med, 166(5), 493-7.
- 田中結香・望月総一郎 (2015) 「医療ソーシャルワーカー (MSW) が抱える業務上の不安と解消の手立て」『保健医療福祉連携』8 (2) 146-154.
- 内富庸介・小川朝生編 (2011) 『精神腫瘍学』医学書院.
- 山浦晴男 (2012) 『質的統合法入門 考え方と手順』医学書院.