

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2013.03) 平成23年度:52-55.

境界性パーソナリティ障害を有するがん終末期患者の意思決定支援

笹田豊枝、阿部泰之、木下千尋、間宮敬子、岩崎 寛

境界性パーソナリティ障害を有するがん終末期患者の意思決定支援

○笹田 豊枝^{1,2}、阿部 泰之^{1,2}、木下 千尋³、間宮 敬子^{2,4}、岩崎 寛^{1,2,4}

¹旭川医科大学病院 緩和ケア診療部、²旭川医科大学病院 緩和ケアチーム、

³旭川医科大学病院 医療支援課 社会福祉係、⁴旭川医科大学 麻酔科・蘇生科

【はじめに】

境界性パーソナリティ障害（以下 BPD）を有するがん患者の意思決定支援を行い、自宅で死を迎えるまで緩和ケアチーム（以下 PCT）で支援した症例を経験した。

【症例】

倫理的配慮は、個人が特定されないよう配慮し学会報告することを遺族に説明し承諾を得た。30代女性。X年にがんを発症し、化学療法及び手術療法を受けた。翌年再発し放射線療法を開始するが、治療時に体を触れられることを理由に中途中止。その後も病棟看護師を蹴る等の行動化があり対応に苦慮し、PCTに依頼があった。患者の操作・行動化への対処方針を一貫したものとするため、市橋のいう『ボーダーライン・シフト』をツールとして、関係各科の医師、看護師とカンファレンスで共有した。患者の苦痛に共感を示し、医療者が対応できる

こととできないことを提示しながら話し合い、できることを誠実に対応することで行動化は消失し、療養の希望を支えることができた。

【考察】

BPD患者に対しては医療者が一貫した対応を取ることが必要である。ボーダーライン・シフトの《なにかしてあげてはならない》という部分は、BPDを有するがん終末期患者に対してジレンマを感じざるを得なかった。しかし、患者の嫌なことをしない、療養を支えるという一貫した軸を持ち、医療者が患者のために“～してあげない”という選択肢を持って関わることで行動化を防止し、更に関係性の構築、継続的な支援につながった可能性が示唆された。

演題番号：2P-457
発表形式：示説発表
発表群：事例検討（その他）
発表日時：2011年7月30日（土）
発表場所：第16回 日本緩和医療学会学術集会
ロイトン札幌

境界性パーソナリティ障害を有する がん終末期患者の意思決定支援

○笹田 豊枝^{1,2} 阿部 泰之^{1,2} 木下 千尋³ 間宮敬子^{2,4} 岩崎 寛^{2,4}

¹旭川医科大学病院 緩和ケア診療部
²旭川医科大学病院 緩和ケアチーム
³旭川医科大学病院 医療支援課社会福祉係
⁴旭川医科大学 麻酔科・蘇生科

はじめに

境界性パーソナリティ障害（以下BPD）を有するがん患者の意思決定支援を行い、自宅で死を迎えるまで、緩和ケアチーム（以下PCT）で支援した症例を経験した。倫理的配慮は、研究の趣旨と個人が特定されないよう配慮し学会報告することなどを遺族に口頭と書面で説明し承諾を得た

症例

- A氏30歳代女性
- X年5月
がんを発症し、化学療法および手術療法施行
- X+1年9月
再発し、放射線療法を開始するが、治療時に体に触れられたくないことを理由に中途中止。その後も病棟看護師を蹴る等の行動化があり、対応に苦慮し、PCTに依頼がある
- A氏は、痛みの症状緩和、心のケアの専門の医師と看護師に受診するようにと勧められ受診

意思決定支援の実際・・・1

緩和ケア初診時：行動化への対応後・・・

A氏の語りができた

「うつと過食で辛い思いをしてきたので、がんになったことで周りは優しくなるし、がんで死ぬことはむしろ嬉しい。放射線が効いて腫瘍マーカーが下がったと聞いた時はショックで嫌だった。治療で命は長らえたくないけど、苦しい思いはしたくないから専門の先生のところにかかった」「夫は考え込む性格だから負担をかけたくないし、両親だって年をとって、子供がこんなになって寂しいよね。だから隠さずに私に直接教えてほしい」

意思決定支援の実際・・・2

- 患者の操作・行動化への対処方針を一貫したものとするため、市橋のいう『ボーダーライン・シフト』をツールとして用い、医療者、福祉関係者とカンファレンスで共有
- A氏の苦痛に共感を示し、医療者が対応できることとできないことを提示しながら話し合い、できることを誠実に対応することで行動化は消失し、療養の希望を支えることができた
- 神経障害性疼痛などの専門的な身体症状緩和のケアの実施
- 亡くなるまで、療養の希望（夫との小旅行、母との生活、家で過ごすなど）を支えることができた

カンファレンスでの共有： 《対応姿勢》

ボーダーライン・シフトのうち主に赤字の7項目の実践を共有していた

1. なにかしてあげてはならない
2. 医師の指示以外のことを行ってはならない
3. 話を聞いてあげてもよいが、患者に入れあげない
4. 他のスタッフに対する批判を真に受けない。患者の話を真に受けない
自分に対する「陰性感情」は「症状」の一つと割り切ること
5. 起こしたことの責任を自分自身に引き受けさせること
6. 大丈夫と言ってあげること
7. 互いに情報を綿密に交換する
8. 自殺企図などの深刻な行動化が起こっても過剰反応しない
9. 患者のユーモアの才能を引き出すこと
10. 待つこと、我慢させることが治療の力になる

1) 市橋秀夫：パーソナリティ障害—境界性人格障害の治療技法—精神科治療学,13: 105-110,1998. 引用一部改題

カンファレンスでの共有： 《意思決定、療養支援について》

- 《A氏の性格特性》と《対応姿勢》
ボーダーライン・シフトの共有
- 真実を話し合えるA氏と家族の強み
- A氏の嫌なことをせず、苦痛を緩和しながら
継続的な意思決定や療養の支援が目標
- 自宅で安楽に療養支援を継続するための
訪問看護、訪問診療の導入のタイミングと
方法

意思決定支援の実際・・・3

腫瘍の進展で水腎症。高カリウム血症、血尿。・・・腎ろう
を入れるかどうかの意思決定支援の場面

- A氏の揺らぎ・・・泌尿器科の医師の説明に「やめます・・・（入れない命にかかわるかもしれない）じゃあ入れる」と一旦は、入院して腎ろうを入れることに同意した
- 母・・・廊下で入院まちをする間、困ったような心配そうな表情、表出を促す。「Aが一番最初に泌尿器科の先生に、やめますっていったあの言葉が一番本当の気持ちのような気がします。腎ろうを入れることで命が一時的に長らえても結局はがんで死ぬんだよ。A、それでも入れるの？」→A氏・・・「（前に管は嫌って言ってたけど、どうして入れようと思ったの？）生きたかったからさっきは入れるって言ったの・・・でも、やめる」「もう、疲れるから迷わさないで」

■緩和ケア認定看護師の患者・・・延命治療はしてほしくない、でも苦痛はとってほしい・・・と以前からの意思。眠気が強く、せん妄と思われる状態で意思決定をA氏に今、ゆだねていいのか？母の思い、また、夫や、父の思いはどうだろうか。

- A氏・・・「エコーをしたことは覚えていないけど、迷って腎ろうを決められなかったことは覚えている。・・・もう入れないことに決めた。自然にならざるべくいい。家に帰りたい。（看護師に）明日からいないの？じゃあ、もう会えないね。ありがとう、私の事を忘れないでね」
- 夫・・・「Aのいいようにするのが、一番いいんじゃないか。それを応援するだけだよ」
- 父・・・「親も騙すような子なので、本当にいろいろなことを言って、困らしていると思います。本人のいいようにしてやってください。私達はそれでいい。」
- 母・・・「家で過ごさせたい」
- 認定看護師が、泌尿器科の医師と再度話し合えるよう調整し、腎ろうは中止。入院。せん妄、眠気があり、オキシコンチンをパピナールに変更し、減量した量で開始。翌日、せん妄は改善し、改めて、腎ろうについてなどの話し合いをA氏、両親、夫と行う。A氏の意識は清明であり、意思決定能力はあった。死期が近くなることもA氏、家族は理解して、迷いながらも話し合って決断するプロセスを経ていた。→訪問看護に加え新たに訪問診療医を導入。自宅で看取る体制に調整し、3日後退院。自宅で看取られる。

陰性感情、負担感のコントロール

対応する医療者の陰性感情、負担感が大きかった

症状緩和の窓口を緩和ケア認定看護師に統一

緩和ケア認定看護師

- ①ジレンマ【終末期のがん患者になにかしてあげてはならない・・・の加減、本人の意思と家族の希望】
- ②陰性感情【操作されるのではないかと・・・】
- ③負担感【自分の関わり次第で行動化がでたら・・・】

緩和ケア医師や他の看護師、MSWに表出、綿密に情報共有し話し合えたことでジレンマの折り合いをつけること、陰性感情、負担感のコントロールができた

考察

- BPD患者に対しては医療者が一貫した対応を取ることが必要である。ボーダーライン・シフトの《なにかしてあげてはならない》という部分は、BPDを有するがん終末期患者に対してジレンマを感じざるを得なかった。

- 患者の嫌なことをしない、療養を支えるという一貫した軸を持ち、医療者が患者のために“～してあげない”という選択肢を持って関わるのが行動化を防止し、更に関係性の構築、継続的な支援につながった可能性が示唆された
- 意思決定支援においては、A氏、家族と真実の話し合いができたことは強みでもあり、それらをA氏、家族、医療者、福祉関係者間で共有できたことは、最期まで療養の希望を支えることが可能となった要因でもあった可能性が示唆された

引用・参考文献

- 1) 市橋秀夫：パーソナリティ障害—境界性人格障害の治療技法—,精神科治療学,13 : 105-110,1998.
- 2) 市橋秀夫：境界性人格障害の初期治療,精神科治療学,6 (7) : 789-800,1991.
- 3) JENNIFER L.HAY and STEVEN D.PASSIK :THE CANCER PATIENT WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER:SUGGESTIONS FOR SYMPTOM-FOCUSED MANAGEMENT IN THE SYMPTOM-FOCUSED MANAGEMENT IN THE MEDICAL SETTING.PSYCHO-ONCOLOGY9:91-100(2000)
- 4) 小川朝生・内富庸介（編）,精神腫瘍学クイックリファレンス,東京,創造出版,2009,136-139
- 5) 山崎智子（監）,精神看護学,第2版,京都,金芳堂,2001,218-221
- 6) 野末聖香（編）：リエゾン精神看護,第1版,東京,医歯薬出版株式会社,2007,235-341
- 7) 山内俊雄（総編集）,精神科専門医のためのプラクティカル精神医学,第1版,東京,中山書店,2009,272-277
- 8) 笹田豊枝：境界パーソナリティ障害を有する子宮がん終末期患者の看護,第25回日本がん看護学会学術集会講演集,2011,203
- 9) 笹田豊枝：境界性パーソナリティ障害を有する進行がん患者の療養支援～看護師の認識変容を促進した看・看連携～,日本看護研究学会第21回北海道地方会学術集会,2011