資料３

在宅ホスピスケア専門チーム（グループ・パリアン）による在宅ホスピスケアの実践

グループ・パリアン　症例集計　　2000/7～2002/6

疾患	在宅死148例のうち 症例数	%	末梢点滴	IVH 通常	ポート	ブロビ
肺がん	37	25%	0	1	1	1
胃がん	25	17%	6	1	5	
肝臓がん	7	5%	2		1	
膵臓がん	7	5%	1	1		
結腸がん	10	1%	0	1	1	
直腸がん	8	5%	0		2	
盲腸がん	1	1%	0	1		
大腸がん	0	0%	0			
食道がん	4	3%	0	1	2	
咽頭がん	1	1%	0			
喉頭がん	1	1%	0			
乳がん	7	5%	1			
子宮がん	9	6%	0		1	
卵巣がん	9	6%	0		1	
前立腺がん	5	3%	1			
膀胱がん	2	1%	0			
腎臓がん	2	1%	0			
尿管がん	1	1%	0			
外陰がん	2	1%	0			
脳腫瘍	1	1%	0			1
白血病	1	1%	0			
悪性黒色腫	1	1%	0			
皮膚がん	2	1%	0			
口腔がん	1	1%	0			
悪性リンパ腫	1	1%	0			
原発不明	5	3%	0	1	0	0
合計	150		11	7	14	2
重複2例	重複2例				重複1例	
	食道がん・肺がん				食道がん・肺がん	
	肺がん・肝臓がん					

モルヒネ投与	148例のうち	
1経口	84	57%
2経直腸	46	31%
3皮下注	28	19%
4硬膜外	0	0%
5 IVH	2	1%
6 フェンタニルパッチ	2	1%
合計	162	

重複例あり

モルヒネ使用患者数	102	69%

酸素投与	148例のうち	
O2濃縮器	23	16%
液化酸素	14	9%
O2ボンベ	2	1%
合計	39	

濃縮器→液化酸素　1例
O2ボンベ→液化酸素　1例
濃縮器・液化・ボンベ　1例

O2使用患者数	36	24%

第３回「新たな看護のあり方に関する検討会」資料

Ａ子様（02/7 現在 87 歳）　看護サマリー

【訪問開始日】2000 年 9 月 20 日

【疾患名】脱水　栄養失調　意識障害（00/9/20 当日）

【既往歴】なし

【訪問までの経過】

2000 年 7 月頃から経口摂取量の低下あり。また、反応が鈍くなったため、8 月中旬と 9 月初旬に墨東病院に救急受診し、末梢点滴施行した。

同年 9 月 10 日頃から傾眠傾向となり反応が鈍くなってきたため、家族より区に相談。在宅介護支援員を紹介され、担当者がｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰとなり訪問後、訪問看護の依頼があり 9 月 20 日より訪問を開始する。

【訪問後の経過】

200 年 9 月 20 日～9 月 29 日　経口摂取量の低下から脱水と考えられ、指示により連日末梢点滴 500ml 施行する。看護婦により開始後、施行中は家族が見守り、抜針その後の状態観察のため訪問する。布団上で側臥位となり水分のみ経口摂取していたが、22 日(3 日目)からは介護ﾍﾞｯﾄﾞの使用によりｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟで水分、粥を摂取する。また、食事にｴﾝｼﾞｭｱﾘｷｯﾄﾞを併用していった。発語あり、上下肢の自動運動を行うようになってきたため、25 日(6 日目)からは車椅子に移乗し食事摂取をしている。経口摂取量は徐々に増え、29 日(10 日目)にはｴﾝｼｮｱﾘｷｯﾄﾞを 700ml 摂取できたため、末梢点滴は同日で終了となる。

末梢点滴を行っている期間(9/20～9/30)は医療保険で対応し訪問を 2 回/日行っていたが、10 月からは介護保険の申請に伴い介護保険訪問となる。状態が安定したため、10/1～10/20 は 1 回/日(土日は除く)の訪問、その後 1 ヶ月間は 3 回/週、その後は 2 回/週を行っていたが、2002 年 5 月から 1 回/週の訪問を行っている。

【看護問題】

＃1　栄養状態の変調：摂取不十分

経口摂取可能となり、食事とｴﾝｼｭｱﾘｷｯﾄﾞを併用し栄養状態は保たれている。3 食以外に、水分摂取は 1000ml～1500ml 可能。

＃2　誤嚥性肺炎の可能性

意識ﾚﾍﾞﾙの低下があり嚥下困難、気道内分泌物の喀出困難、誤嚥、口腔内の不衛生から肺炎が考えられたが、意識ﾚﾍﾞﾙの回復とともに、誤嚥の兆候は無くなり、肺炎症状の出現はみられなかった。

＃3　皮膚統合性の障害：褥創

長期臥床や栄養状態の低下による褥創形成が考えられたが除圧ﾏｯﾄを使用したこと、栄養状態の改善で褥創形成はしていない。

＃4 介護者不足に関連した介護負担

同居の次男が一人で介護を行っている。介護が初めてで、寝たきり患者の介護方法について、おむつ交換や、食事介助等介護指導を行っていった。わからないことは電話で対応し、ゆっくりであるが介護できるようになり、介護に対する不安が軽減していった。仕事中はﾍﾙﾊﾟｰが対応し介護をしている。

＃5 排泄パターンの変調

排泄がすべてｵﾑﾂとなり以前の排泄習慣と異なったが、尿意、便意の自覚がないため、ｵﾑﾂを使用して排泄は行っている。訪問開始後、排尿量は500ml程度だったが、10日間末梢点滴を行った後1000mlになった。また、排便は1ヶ月以上確認されていなかったが、9月24日(5日目)から排泄されている。現在は適宜ﾗｷｿﾍﾞﾛﾝを使用し、排泄のｺﾝﾄﾛｰﾙを行っている。

＃6 身体可動性の障害

ﾄｲﾚ歩行を目標にしていたため、自立歩行のための計画を行っていたが、痴呆もあり十分なﾘﾊﾋﾞﾘができなかった。また、上肢の腫脹と疼痛があったため、ROMができず、硬縮してしまった。ADLの低下防止のため、ROMを中心に筋力低下防止に努めている。

＃7 上肢の腫脹

2001年初頭から指関節から始まり、上腕まで移動する腫脹と疼痛があった。原因はわからず、ｲﾝﾃﾞﾊﾞﾝ軟膏の塗布で様子をみることで徐々に消失する。現在、腫脹は改善し硬縮による疼痛のみ持続している。

【ADL】

	訪問時(2000年9月20日)	現在(2002年7月16日)
移動	全介助	介助を要するが、端座位、立位になれる
食事	水分のみ摂取 臥床した状態で介助を要す。	車椅子に移乗し摂取 手指が拘縮しているため介助必要 ｶｯﾌﾟの使用はできる
排泄	尿失禁　ｵﾑﾂ使用せず	ｵﾑﾂに排泄。交換は介助で行う
清潔	1ヶ月以上清潔ｹｱ行っていないため、垢蓄積。	週に1回巡回入浴 家族、ﾍﾙﾊﾟｰ、看護師により清拭
意思疎通	呼名反応なし	会話可能。痴呆あり会話がかみ合わないことある

以上、訪問看護師からのレポート

医師の関わり

00/9/20　初回往診。皮膚の乾燥、意識Ⅲ-100

/22　訪問診察

/27　訪問診察。大変元気になった。点滴は29日までとする

/10/2　訪問診察。大変元気になった。エンシュアは一日平均500m l 飲んでいる。

/7　訪問診察

/14　訪問診察。挨拶も十分言える。水分摂取も1000ml近く可能

/23　訪問診察

/11/7　訪問診察。普通に会話

・　・・・

/12/15　訪問診察。不変、早く死にたいと笑いながら言っている

在宅緩和ケアのさまざまな取り組み；かかりつけ医を中心とした在宅緩和ケア

在宅ホスピスケア専門チーム(グループ・パリアン)による在宅ホスピスケアの実践

川越　厚
Kawagoe Koh
ホームケアクリニック川越・院長

●要旨：在宅ホスピスケア専門チーム(グループ・パリアン)の開設1年間の実績を紹介した。死亡例78のうち75例(96.1%)が在宅死で，ケアの平均期間は32日間であった。年間死亡者数は16～20床規模の緩和ケア病棟の死亡数に相当し，施設ホスピスの平均在院日数よりも短かった。施設ホスピスに偏重するわが国のホスピス・緩和ケアのあり方に，グループ・パリアンの働きは一石を投じたものと考えられる。
●Key Words：在宅ホスピスケア(Home hospice care)，グループ・パリアン，医療内容

はじめに

在宅での緩和ケアが患者のニーズに見合った形でうまく機能するためには，サービスを提供する医療機関の機動性，すなわち患者のニーズに24時間きめ細かく応えていくことがきわめて重要である。患者が不安になって医療者の訪問を望むときにすぐ応えられないこと，我慢させることは，ホスピスケアの理念に反する。この点から考えると，在宅でのホスピスケアの担い手はかかりつけ医がもっとも適任であり，その医師がホスピスケアに精通していればベストのケアを提供できると考えている。

筆者がホスピスケアの概念とケアのプログラムを明確にし，末期がん患者を在宅でケアするようになってから12年が経過した。その間にかかわった症例はすべて登録制にして，記録に残している。在宅ホスピスケアの提供形態により5期に分類しているが，通算して239例の死亡例があり，そのうち202例(84.5%)が在宅死であった(表1)。

本稿では，診療所をベースとし，在宅ホスピスケア専門チーム(グループ・パリアン)による開設以来1年間にわたる在宅ホスピスケアの実践を紹介することとする。

I　グループ・パリアンとは

パリアンの語源，グループ・パリアンのめざすものおよび組織図は図1のとおりである。クリニックは医師1名，看護婦1名，事務員1名よりなる。訪問看護・パリアン(常勤看護婦4名)，ホームヘルプサービス・パリアン(常勤ヘルパー1名)，ケアマネジメント・パリアンは，株式会社パリアンの中に含まれている。その他，パストラルケア担当員(パート1名)，研究専門員(常勤1名)が職員として働いている。ボランティア組織は現在整備中であるが，すでに会報作成，ボランティア養成講座の準備に取り掛かっている。

その他に，高カロリー輸液製剤，塩酸モルヒネ注の処方などに際しては，保険調剤薬局との協働がなされている。

臨牀看護，27(11)：1637-1643，2001.

表1 筆者が経験した在宅ホスピスケア登録症例
—期別分類，サービスの特色，在宅死の頻度—

期別分類	提供するサービスの特色	登録例	死亡例	在宅死例(頻度%)
第1期 1989/4～1992/11	特定の会員(患者)に限定されたサービス	20	20	18 (90.0%)
第2期 1992/12～1994/6	診療所をベースとし，一般的な在宅ケアサービスチームによるケア	28	28	27 (96.4%)
第3期 1994/7～1998/3	一般病棟をバックとした，一般病院からの在宅ホスピスケア	71	68	63 (92.6%)
第4期 1998/4～2000/5	緩和ケア病棟をバックとした，一般病院からの在宅ホスピスケア	51	45	19 (42.2%)
第5期 2000/7～2001/6	診療所をベースとし，在宅ホスピスケア専門チームによるケア	97	78	75 (96.1%)
	合計	267	239	202 (84.5%)

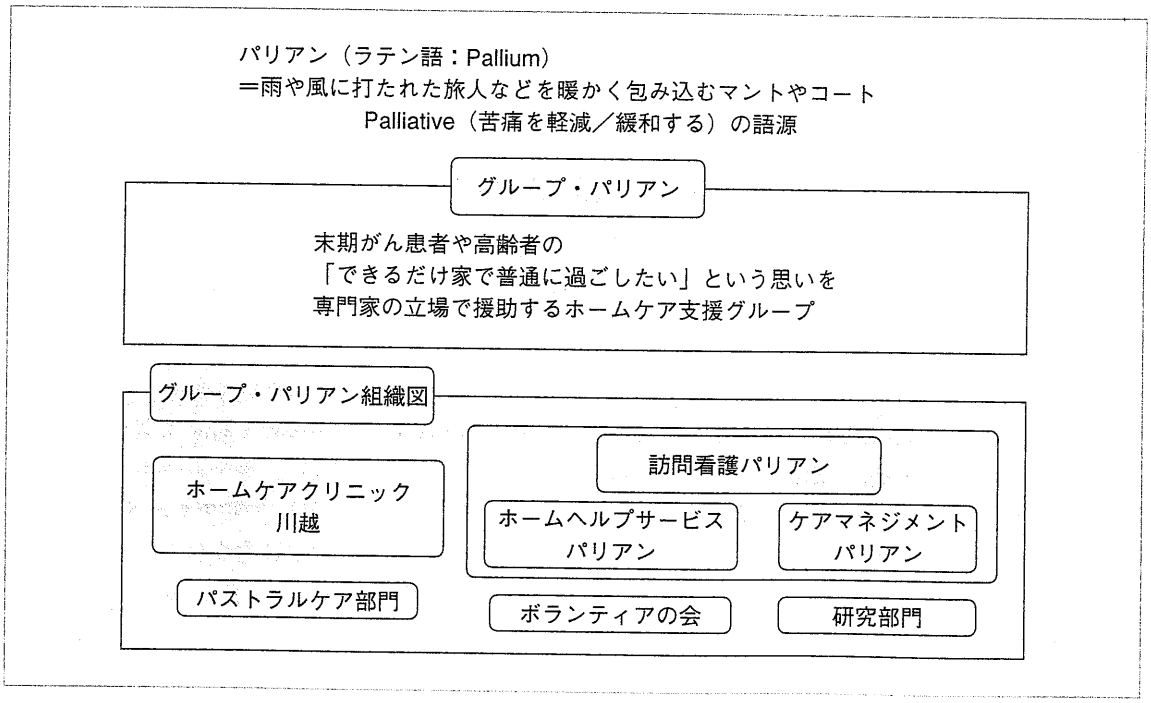

図1 グループ・パリアンとは

Ⅱ 在宅ホスピスケアの実績

クリニックが保険診療を開始した2000年7月から2001年6月までの1年間における，グループ・パリアンの実績は以下のとおりである。死亡者78名のうち75名(96.1%)が在宅で死亡しており，月平均6.5人が32日の平均在宅ケア期間をもって死亡している(表2)。平均在宅ケア期間は緩和ケア病棟(以下，PCUと略す)の平均在院日数(施設ホスピスの場合，47.7日)に相当するが，両者を比較すればわかるように，われわれのケアの平均