

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙 P D N 通信

創刊号
2002 Oct

発行所 NPO法人 PEGドクターズネットワーク
発行者 代表理事 鈴木 裕
事務局長 二宮英温
〒104-0032 東京都中央区八丁堀3丁目22-9 石橋ビル2階
TEL.03-6228-3611 FAX.03-6228-3730
URL <http://www.peg.or.jp/> E-Mail info@peg.or.jp
定価150円

主な記事

- 2面 在宅医療の現場から①
- 4面 栄養教室①
- 5面 院内 PEG 勉強会～ TEAM PEG ～
- 6面 わたしのまちの病院
- 8面 PEG とクリティカルパス
- 10面 抑制からの解放!
- 11面 海外 PEG 事情①
- 12面 談話室～一年を振り返って～
- 14面 なんとかして! 複雑な保険請求
- 20面 医療機関リスト

創刊によせて

この PEG と
いう手技もや
ら、瞬間に
も発展して
いった。
そして、
液 (IVH) も、
同じように小
児科領域に
おいて始め
られ、瞬く
間に成人に
も発展して
いった。

PEG の歴史を振り返ると、1979年に Gauderer と Ponsky の二人の医師が、力を合せて始めた研究開発に端を発する。すなわち、二人は小児科医と消化器内視鏡医で、両方の専門医としての相互協力により、日常の臨床の現場において求められていた内視鏡胃ろう造設術が成功したことを思い出すべきを得ない。また、高カロリー輸液 (IVH) も、同じように小児科領域に

NPO活動による情報提供に期待

情報提供に期待

はり小児への栄養補給のニーズから端を発し、今日のように成人に対して幅広い適応を広げてきた。特に高齢者にとって、大変重要な栄養管理の手技となったのである。

本邦における内視鏡胃ろうが、今日のように普及してきた功績は、各関係学会での多くの報告はもとより、この手技を積極的にに行いながら経過を真面目

に追跡している研究会の果たした役割が大きい。

関東・関西地区のみならず、



患者・家族に

喜ばれる医療を

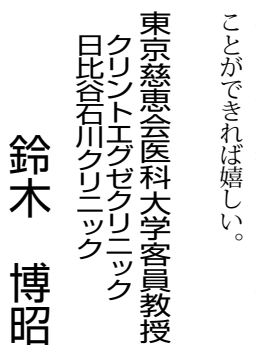
外科は医療器具を用いた治療学である。外科手術後の管理は薬物治療を中心とした内科医に委ねられる場合が多い。PEG の操作は内視鏡器具を用いた手術であり、術前・術中および術後において適応疾患や合併症の防止(感染予防も含めて)に関して細心の注意を払う必要があり、それを手際良く行うためには、手技の熟練を含めて外科医の心得が要求される。尚、施行に際しては、十分なインフォームド・コンセント、そして苦痛を避けるための「麻酔医の心」も必要である。

PEGは脳血管障害後の意識

低下、嚥下障害例、癌性食道狭窄で食事を摂取できない人などが対象になるが、必要な栄養の補給と誤嚥性肺炎の防止に極めて有効である。したがって、長期管理を含むこのような症例においては、医師、看護師、介護福祉士などの医療チームと、家族も含めた一般の人達とが協力することによって、PEG の効果が発揮される。



私と P D N の代表理事である鈴木裕君とは、慈恵医大外科と内視鏡科の同僚で、われわれは同時期に PEG を知り、多くの患者や家族と接しているうちに、PEG 普及の必要性を痛



感じた。学会や研究会で症例報告や特別講演などを重ねてきたが、昨年、PEG の普及と安全性を確保するために P D N を企画・設立した。電話やホームページを通じての問い合わせも多く、活動は軌道に乗っているが、この度さらにきめ細かいサービスを提供しようという視

東京慈恵会医科大学客員教授
クリントエグゼクティブ
日比谷石川クリニック
鈴木 博昭

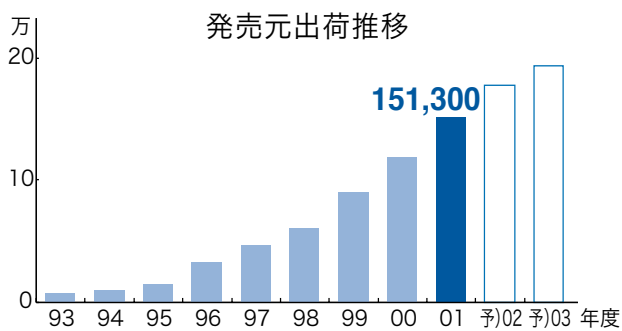
胃ろう造設・交換キット 前年比 28% up

矢野経済研究所による発売元出荷ベースにおける2001年度の市場規模は、一部流通在庫が含まれているもののキット・交換用カテテル合計で前年比28ポイントアップの十五万三千三百本、うち造設用キットが六万九千八百キット、交換用カテテルが八万五千五百本になり、2002年度も患者数の増加と交換用カテテルの増加で十七万七千本(キット)の市場規模が見込まれる。

なお、2001年2月より交換用チューブに関しては償還価格になり、2002年4月の改正ではパンパー型が二万七千二百円、バルーン型が一万三千三百円、小腸留置型が二万三千四百円に

点から、「P D N 通信」の刊行を企画した。理想を目指すものにとって、オーソドックスな前進への姿であり、この信念は継続することにこそ意味がある。

「P D N 通信」は IT を活用したホームページと連動した広報活動として、PEG の発展・普及に大きく貢献するに違いない。PEG は外科と内科の協力だけでなく、コ・メディカルスタッフとの真の協調を具体化させ、患者・家族に喜ばれる医療を目指す NPO 法人としてのモデル事業である。この事業に対して微力ながら支援することができれば嬉しい。



(株)矢野経済研究所 京都支社
ヘルスクエア部 杉山 正樹

在宅医療の現場から

小川医院(金沢市)院長 小川滋彦



(第1回)

PEG栄養は「無意味な延命治療」か？ 否！在宅医療で輝くPEG

最近、「経管栄養の倫理」といった言葉を耳にします。本人の意志とは関係なく「管を介した栄養療法」で生かされることの是非が取り上げられることがあります。たしかに今後避けて通れない、国民的議論が必要なテーマではあるのでしょうか。

ただ、ここで私どもが陥りやすい「思い込み」について若干指摘しておきたいと思います。本来、「経管栄養の倫理」という表現は妥当でしょうか。正しくは「栄養療法倫理」と言うべきでありましょう。それをわざわざ「経管栄養の…」とすり替えているところに何らかの恣意が感じられるのです。なぜ「静脈栄養の倫理」とか「点滴の倫理」と言わないのでしょうか？

単に「静脈栄養がスキ」で「経腸栄養がキライ」なだけではないのでしょうか？

意外なことに「経管栄養の倫理」という言葉は、在宅医療の担い手である「町医者」からはあまり聞かれませんが。在宅で経管栄養にならざる患者さんは、通常寝たきりであったり、高度障害であったり、到底ひとりで放っておかれることはありません。良き介護者や家族に恵まれていくことが少なくなく、「家族の団らん」の中で栄養療法を受けておられます。そんな姿を目の当たりにしている往診医者は、「無意味な延命治療」などという言葉を頭をよぎることはないのです。むしろ、在宅医療の現場では、仮に患者本人が高度障害であったとしても、その家にはその人の生きてきた歴史と足跡があり、特に患者が高齢の場合、家族における「扇の要」のような存在感を持つて君臨している姿に襟を正すのです。

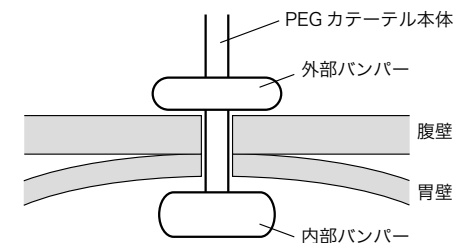
これが経管栄養で管理されるご存じPDN談話室に書き込んでいらつしやる皆さんのPEGは—文面だけからの推察ですが—どうもバンパーがきついが少なくないように感じています。皆さんのPEGは1.5cmの可動性がありますか？そして軽く回りますか？常連われらが「平成の一体さん」のボタン型PEGをビデオで見せて下さい。軽く動いていますし、隙間にティッシュなんか巻き付けていらつしやるすよね。胃ろうとPEGカテーテルの良い関係は、そのくらい余裕があるのです。

そのバンパー、きつくはありませんか!?

どこか、胃ろう部が痛いとおっしゃる貴方、赤く腫れて膿のようなものが出てくるとおっしゃる貴女、どうやら内部バンパーと外部バンパーの間がきつ過ぎるのではありませんか？

胃ろう部スキントラブルの原因の多くは、内部バンパーによる圧迫阻血が関与しています。内部バンパーに押しえつけられることによって、胃の粘膜や皮下組織の血めぐりが悪くなつて、局所が腐ってしまうのです。私は往診医者ですから、どこ

へでも往診へ行けるのが強みです。在宅・病院・施設どこへも行つて、たくさんの胃ろう部のトラブルを見してきました。そこである共通点に気がつきました。バンパーがきつくしめてあつてPEGカテーテルの可動性がないうのです。しかも多くの場合、PEGカテーテルと胃ろうの穴の間から漏れる、漏れないようにバンパーをしめつける、しめつけるので壊死に陥つて穴が大きくなる、さらに漏れるのもつとしまつつける、悪循環なのです。ですから、私のなすべき仕事は、まきつくしめつけられた外部バンパーを2cmくらい思い切つてゆるめること、そして胃粘膜に食い込んだ内部バンパーの圧着をはずすべく、PEGカテーテル全体を押し込むことでした。すると、ほぼすべての患者さんで5日もすると何らかの改善傾向が認められました。胃ろうの痛みが軽くなる。胃ろう周囲の赤味がとれて黒味をおびてくる(炎症がとれてくる)メラニン色素が沈着するのです。膿の分泌が減ってくる。抗生物質も何も使いません。ただ、こまめに分泌物(汚れ)をぬるま湯でやさしく洗つて拭き取ることをやってもいいです。もちろん、イソジン消毒なんかはしません。イソジンは使つても悪くはないのですが、1分後には必ず洗い流しておきます。イソジンが残っていると皮膚を傷めたり、かえつて不潔になるからです。



PEGカテーテル本体を通しての穴のことを「瘻孔(ろうこう)」といいます。

胃に褥瘡をつくるな!

実は、胃ろう部のトラブルは「内部バンパー」による胃の褥瘡である」という捉え方ができます。PEGカテーテル自体による胃粘膜や周囲組織の「床ずれ」と言つても良いでしょう。「胃に褥瘡をつくるな!」これに尽きます。だから、いかに除圧するかが勝負です。

内部バンパーがゆるめてあつても、「胃の褥瘡」は発生します。たとえば、チューブ型(非ボタン型)PEGが腹帯で上から押さえつけられていると、ろう孔(胃ろうの穴)に対して「テコの応用」によって横向きのト

症がとれてくるとメラニン色素が沈着するのです。膿の分泌が減ってくる。抗生物質も何も使いません。ただ、こまめに分泌物(汚れ)をぬるま湯でやさしく洗つて拭き取ることをやってもいいです。もちろん、イソジン消毒なんかはしません。イソジンは使つても悪くはないのですが、1分後には必ず洗い流しておきます。イソジンが残っていると皮膚を傷めたり、かえつて不潔になるからです。

私は「おサル先生」ではない

私のことを「おサル先生」だと思っている人たちがいるようだが、それは大きな間違いである。「おサル先生」は、私が石川保険医新聞に連載している「おサル先生の在宅医療入門」(もうすぐ40回!)に登場する架空の人物である。彼は新米開業医という設定になっており、PEGに関してはシロウトである。だから、私自身はシリーズの中では「P先生」となって、未熟な「おサル先生」にPEGのノウハウを教えてあげているのだ。ところが、その彼が真夜中に無断で私のパソコンを使って、あちこちに書き込みをするようになってしまった。最近、私の愛用のパソコンをウイルスでクラッシュさせてしまったのも彼なのである。(小川滋彦・談)



石川保険医新聞で
おなじみのおサル先生

具体的にどうということかご説明しましょう。胃壁と腹壁の厚さが2cmの患者さんにシャフト長1.7cmのボタン型PEGが付いていたとしましょう。当然、きつすぎますからバンパーは胃粘膜と皮膚の両方に食い込んできます。局所の炎症のため浮腫がおきて、ますます食い込んで、赤く腫れたり、膿が出たりします。こういう時、膿が出るからと言って割ガゼを外部バンパーと皮膚の間にはさみ込むのは間違いです。狭い空間が余計に狭くなり、内部バンパーは吊り上げられて胃粘膜にもっと食い込むことでしょう。この結果、胃潰瘍をつくったり、内部バンパーが胃粘膜に埋没する

「バンパー埋没症候群」を来たしてしまいます。ですから、こういう時にはガゼはボタン全体を皮膚に押し付けるように外部バンパーの上から当てるのが正しい。外部バンパーを皮膚に押し付けられ、内部バンパーを多少は胃粘膜から浮かすことができるかもしれません。皮膚は後回しで良いのです。

今回は、「PEGの存在意義」と「PEGのスキンケアを再考する」といったテーマで取り留めもなく書かせていただきました。次回はおうちよつとしっかりやります!乞うご期待。

P D N 相談室は

セミナー会場の臨場感

右肩がりにP D N相談室へのアクセス数が増えている。当初予想していた患者さん・ご家族からの「胃ろうの造設とケア」についての質問もさることながら、最近では、手技とケア、キット、栄養剤、医療保険など、医療従事者からの質問が多くなった。病院や訪問看護センターの看護師、栄養士、介護福祉士など実際に患者さんの介護にかかわる方々が、日常的に直面する問題解決のための質問である。なかには医師からの専門的な質問なども散見される。

こうした質問にお答えいただく理事の先生方やカウンセラーの書き込みは、ようやく診療・治療・ビジネスから解放された深夜の作業となり、その奉仕活動には誠に頭がさがる。熱心さ

のあまり健康を害されなければよいがと心配になるほどだが、次々にあらたな質問が寄せられるため、先生方もキーボード連打の手を休めることができない。この紙面を借りて、全員のボランティアでご活躍いただいている先生方に謝意を申し述べたい。

お陰様でアクセス数は100を超える日も多い。そのため、P D N相談室は患者さん、ご家族、医療従事者が一同に会したセミナー会場の様相を呈している。ここは日本全国どこからでも、だれもが参加し発言できる情報広場である。情報価値の高い相談室のQ & Aをひとりでも多くの方々にお読みいただき、胃ろうの栄養管理に役立てていただきたい。

(編集部)



[No.294] 経管栄養のカロリー設定と水分量について From: ●●●● 2002/08/20(tue) 14:58:18

殊にお見舞い申し上げます。初めてメールさせて頂きました。介護施設で勤務しております。

先日、メデコンさんのPEGの管理についてレクチャー受けました。管理については大変わかりやすく聞かせていただきました。良い機会ですので2点、経管栄養についてお教えいただければと思います。

1、カロリーの設定の決め方と水分量について。

当施設は開業医の先生から入所のご紹介を受けました。短期入所を繰り返す方、3~4ヶ月ご利用される方とおられます。在宅の方は開業医の先生が指示をされます。いろいろなお考えがあります。体格等もちがいます。決定の根拠となる方法はなかなかと疑問に思っています。皆さんADLはO2ランクの方です。1日の水分量は私の知識としては体重×35mlをめやす1500~2000mlで理解しています。

2、O2ランクの方の理想BMIはあるのでしょうか?たとえば普通私達は22が理想とされていますが、先日背損の方の機関紙を読んでいたら、19が理想とありました。介護側からすればあまりBMIが高いのも大変です。特に腹部に脂肪がついてきた方などカロリーをダウンさせるのに栄養課は渋ります。1、とあわせて説明できる数値がありましたら、お教えくださいばうれしくおもいます。

[No.292] moemae先生ボクも教えて下さい From: 太郎 2002/08/19(mon) 08:30:15

みなさんおはようございます。太郎です。

[No.289]の書き込みで胃の中は細菌はほとんどいないということですが、高齢者の場合、基礎酸分泌量が一般成人の6~7割ぐらいで(pHはわかりませんが)、その胃に一日1000~1500mlの唾液が流入する状態で本当に感染源とならないのでしょうか? 口腔内細菌と同一の細菌が胃液から検出されると言った点については全くその通りと思いますが、「造設時の口腔、咽頭からの細菌感染」は原因の大部分だと思いますが、全てであるとはやっぱり思えないのです。

ボクが作ったイントロデューサー式胃瘻造設ではブル法に比べて頻度は少ないものの創部感染はありましたし、以前ブル式胃瘻でチューブ感染はなしに胃壁固定糸の部分のみ感染が発生したこともありました。エビデンス無しの私見で結構ですので、御指導御意見が頂ければ大変ありがたいです。

栄養教室 その1

経腸栄養管理のポイント

医療法人近森会 栄養科科长 宮澤 靖



適正栄養管理法の選択

胃ろう造設症例に対しては、栄養評価を行い栄養学的な解析に基づいた適切な栄養管理法を選択し、担当医に提言することが要求される。ただ「食べられないからPEGにすればいい」、静脈栄養法にすればいいのでは無く、正しい栄養評価に基づいて望ましい時期に造設する事が肝要である。

瘻管法(胃ろう、腸ろう等)による栄養投与は、第1に患者の消化管が安全に使用できるか、経腸栄養法に該当する症例なのかを検討し、第2段階として経腸栄養法に依存する期間はどのくらいなのか評価する。仮に6週間以上経腸栄養法に依存しなくてはならない症例については、瘻管法を選択する。

投与時の留意点

① 経腸栄養剤の取扱

通常、調製後4時間以内では細菌繁殖は少ないが、6時間以上経過すると細菌増殖の危険がある。調製後長期に室温に放置しない。また、低温の栄養剤の投与は、下痢を招くことがあるが、投与前に経腸栄養剤を温める行為により細菌が増殖することもあり、ビタミン類の失活にも繋がるため、加温の必要はなく室温で良いと思われる。

② 投与カロリー

一般に Basal Energy Expenditure (BEE) × Activity Factor × Stress Factor を乗じた式を用いて各患者のエネルギー必要量を算出している(表)。BEEを基準として、身体計測値や栄養評価の推移、合併症などを考慮し投与カロリー量を各患者ごとに調節する。

まず消化器の馴化をみて、経腸栄養剤の投与開始時は注入速度 40 mL/hr程度とし、200~400 kcal/dayから始めることとする。その後、投与速度を増加し、5~7日目には最高投与量の投与を目指し、速度を150~200 mL/hrに到達させることを目標とする。空腸の対応できる生理的な浸透圧は、およそ 270~300 mOsm/L であることされるが、経腸栄養剤の注入速度と注入量が過大であれば下痢の発生は避けられない。

③ 投与量と投与速度

経腸栄養剤の投与開始時には、注入速度を緩めてみることである。自然流動食、成分栄養剤、半消化態栄養剤のうちどれを用いても消化器系の副作用である悪心、嘔吐、腹部膨満、腹痛、下痢の発生頻度は変わらない。したがって、その対策としては止瀉剤などの投与よりも、まず栄養剤の注入速度でコントロールするのが最良の策であり、その後薬物の投与を考慮すべきである。また、食物繊維を添加したり乳果オリゴ糖液を投与してみても良い。

④ 投与を中止して腸管の安静を保つ処置が必要となることもある。

経腸栄養管理を開始したら、経腸栄養剤の投与量の記録、定期的な栄養評価を行い、現在行っている栄養療法の効果判定をする。

① 経腸栄養剤の摂取量

実際に投与された経腸栄養剤の量と処方された量とがいつも一致しているとは限らないことを常に念頭におく。経腸栄養剤の残量があれば記録し、経口摂取を併用している場合にはその摂取量も記録すべきである。

② 栄養パラメータ

a 体重測定
体重測定は最も容易で簡便な経腸栄養剤投与の有効性を測る指標である。腹水や浮腫が高度の場合には補正することを忘れてはならない。

b 身体計測

体脂肪や骨格筋量の評価には、上腕三頭筋部皮厚、上腕囲、上腕筋圍などが有用であるが、短期間の治療の効果判定には鋭敏であるとはいえない。

c 生化学的評価

経腸栄養法開始時には、高血糖が起これないかどうかを検査する。また、血中の電解質異常のチェックは理想的には週に2回行い、特に低栄養状態が高度である場合には血中カルシウムとリン濃度を注意深くモニターする。急性の低リン血症が呼吸不全などの原因になることがあるといわれている。血中の亜鉛やマグネシウム濃度も測定し、異常があれば補正すべきである。窒素バランス、血中総蛋白、アルブミン、トランスフェリンなども栄養療法のマーカーとなりうる。

腸中セレンやビタミンE濃度などは欠乏症の臨床症状が明らかでない場合には無理に測定する必要はない。血中アミノ酸濃度や Rapid turnover proteinであるレチノール結合たんぱく質やプレアルブミン濃度の測定は短期間の栄養療法の効果判定にも有用である。

③ 栄養素、食物繊維、水分の欠乏

a ミネラル
ミネラルは難溶性無機塩類と可溶性塩類(イオン)がある。以下にその働きを示す。
Ca・P・Mg-骨、歯の構成成分
Na・Cl・Ca・P(イオン)-浸透圧調節、水分平衡、酸アルカリ平衡
Ca・Mg・Na・K-神経、筋肉の機能
Ca・Mg・Mn-酵素の活性化
Ca-血液凝固

b 微量元素

微量元素の体内量は少なく、人体にとつての必須微量元素はFe・Zn・Cu・Co・I・Se・Mn・Moである。微量元素は酵素などの機能の中心物質、微量活性物質の重要な構成成分である。現在市販されている経腸栄養剤は1000~1200 kcal/日を投与する場合、100%充足するように含有されている。

c 食物繊維

経腸栄養法の最大の合併症である下痢や便秘に深く関与し、腸内細菌叢の正常化、有害物質の吸着効果などがあるが腸管の安静が必要な場合は禁忌となる。食物繊維は水溶性、不溶性とがあり、その種類により効果が異なる。一般的に下痢には不溶性が有効とされている。必要量は10g/1000kcalである。

d 水分

経腸栄養剤では、下痢、嘔吐などの症状がある症例や高エネルギー(1.5~2.0 kcal/mL)製剤では水分不足にならないよう注意する。基本的にはIn-Outが等しくなるよう調整する。1 mL、1 kcalの標準的な水分含有量は80%の160 mLである。また、脱水の場合はNa欠乏か水分欠乏か、混合型かの判定をする。

正しい栄養管理は合併症を低減し、薬効を促進するものである。にもかかわらず、臨床現場の中では最も経験的に捉えられていた領域といえる。経験ももちろん大切であるが、基礎的な正しい知識に裏打ちされた栄養管理の重要性を、医療従事者すべてが認識すべきであろう。

表 Harris - Benedict 式 (BEE)

投与エネルギーの決め方 (1日必要エネルギー量 kcal/日)
$BEE \times Activity Factor \times Stress Factor$
Harris - Benedictの基礎エネルギー消費量 (BEE: kcal/日)
男性: $66.47 + 13.75 (W) + 5.0 (H) - 6.76 (A)$
女性: $655.1 + 9.56 (W) + 1.85 (H) - 4.68 (A)$
W: 体重 (Kg) H: 身長 (cm) A: 年齢
Activity Factor
寝たきり: 1.0 歩行可: 1.2 労働: 1.4~1.8
Stress Factor
術後3日間
軽度: 1.2 → 胆嚢・総胆管切除、乳房切除
中等度: 1.4 → 胃全摘、大腸切除
高度: 1.6 → 胃全摘、胆管切除
超高度: 1.8 → 脾臓十二指腸切除、肝切除、食道切除
臓器障害 → 1.2 + 1臓器につき0.2ずつup (4臓器以上は2.0)
熱傷 → 熱傷範囲10%毎に0.2ずつup (Maxは2.0)
体温 → 1.0℃上昇 → 0.2ずつup (37℃:1.2, 38℃:1.4, 39℃:1.6, 40℃以上:1.8)
東口高志: 鈴鹿中央総合病院 NST Old&New 1998より引用

ナースのリーダーシップで 院内胃ろう勉強会TEAMPEG発足



医療法人財団健康文化会 小豆沢病院

小豆沢病院のプロフィール

東京都板橋区の医療法人財団健康文化会小豆沢病院は、ここ板橋を拠点に、北区と練馬区に診療所と訪問看護ステーションを持つている。

小豆沢病院はベッド数134床、訪問看護ステーション、小豆沢歯科を併設し、地域医療・在宅医療の充実をスローガンに掲げている。

PEGの導入は1996年頃で、それまでは開腹術による胃ろう造設が年間1〜2例行われていた。

造ったはいいけれど...

さて、胃ろうの造設患者は増えてきたものの、院内での受け入れ体制はどうなのだろうか？ナースとしては、一応のケアはしているわけだが、基本的な胃ろうのしくみを知らないために、トラブル発生時にその原因がわからない。したがって、対応も人それぞれで、病棟間で処置が異なる、という事態が発生。

さらに施行件数が増えるという問い合わせも多くなる。「下痢をした」「チューブが詰まった」「解決する薬を出して」といわれる薬剤部。「この人だけ何でこんなに手間のかかる食事なんですか?」と調理師に尋ねられる管理栄養師。「入院中と同じ器具(栄養剤)を使えないのは何故ですか」と患者家族に詰め寄られる訪問看護師...

そんな状況で施行件数だけ増えても、患者さんのための正しい看護は出来ない!医療者自身が胃ろうを正しく理解しようと立ち上がったのが、手術室・内視鏡室看護師長の堤さんであった。

胃ろう手帳発売以来、何度もまとまった数を注文してくる堤さんに、「これは患者さんにお渡ししているのですか?」と尋ねたところ、TEAMPEGという勉強会のテキ



見本をさわって学ぶ薬剤師&栄養士さん

「これはつづけるに上下を逆にするののポイントです。ポケットの空気が下になると、手を入れにくいでしょう? (二回うなづく)でも、本製品は造設時には使用しないでください、という注意書きがあります。ろう孔部が隠れてしまうので観察しづらくなることと、ろう孔が圧

ストに使っている、という。勤務時間外にさまざまな職種のスタッフが集って自主的に行っている胃ろうの勉強会だというので、さる7月17日、3月の発足

情報のキャッチボール

今回のメインテーマは3つ。
・第4回PEGネットカンファレンスの報告
・PEGに関する必要物品の保険点数
・小豆沢病院編「胃瘻看護マニュアル」(医療従事者用)の内容検討

PEGに関連するものなら何でも集めようという意気込みの堤さんから、過日開催されたPEGネットカンファレンスで展示されていた腹帯が紹介される。胃ろうをどうしてもいじってしまふ患者さん。少なくともろう孔完成まではなんとか触らずにいてほしいのがみんなの願い。そこでこの腹帯がいいのではないかと、実際に見てさわって、身体に巻きつけて。



堤有里看護師長、進行もテキパキ。

以来4回目となるTEAMPEGの会合にお邪魔することとなった。出席者は16名、併設の小豆沢歯科や院外処方のみどり薬局からも参加があった。

追われることが理由だそうです」という説明に、一同がっかり(しつつも時折おせんべいをポリポリとかじる音が...)。勤務終了後から始まるのだから、お腹も減るわけだ。また、造設後1週間イソジン消毒をしていたというが、「開放創へのイソジン消毒は創傷治癒を遅

ゴールはNST

小豆沢病院のTEAMPEGのメンバーを見てみると、歯科医・薬剤師・栄養士・医療事務スタッフ・MSW・ケアマネジャーと、すでにNST(栄養サポートチーム)ともいえる顔ぶれである。

わが国ではまだ一部の施設でしか稼働していないNSTであるが、従来のNSTは、どちらかというと医師主導型であり、看護師が先頭に立って胃ろう患者のチーム医療を呼びかけ、活動を継続している例はまれである。

しかし考えてみると、患者・家族からの訴えを最も多く受けているのが看護師であれば、それらもまた自然なことなのかもしれない。

最後に、堤さんの目標は「TEAMPEG発足当初から、ゴールは院長に認められるNST

らせるだけ」という徳永恵子教授(宮城大学看護学部)の講演内容も忘れず伝達。明日から即、実践されるのだから。院内のガイドラインも見直して修正するそうだ。次いで医事課からは、PEGに関連する保険点数の解説。胃ろう患者さんのカルテ記入例を元に、療養型病棟の胃ろう患者は薬剤も検査もまるめ扱いで単独請求できない、一般病棟の胃ろう患者は医薬品扱いの栄養剤については保険請求可能、と説明。それに沿って、堤さんがホワイトボードに書きこんでいく。常に患者側の負担額まで計算されていた。

最後に、小豆沢病院編「胃瘻看護マニュアル」(医療従事者用)の内容の検討。目次の項目を読み上げ、誰が担当するかを決めてゆく。とにかく院内および在宅患者宅でのPEGの管理・ケアを統一し、同じレベルの認識を持つよう、という強い意気込みが感じられた。

と考えています。最近少しずつですが、ドクターからの依頼で、PEGを施行される患者・ご家族への指導の機会が増えてきました。でも私としては、施行決定前の段階―患者さんやご家族が胃ろうを選択するかどうかという段階から関りたいのです。この2年間で集めた見本を見せながら、自分の先入観抜きで提案・指導できるコーディネーターを目指しています。今はまだ勤務時間外の自主的活動ですが、実績を積んで、病院として取り組んでもらえるようアピールしていきたいと思えます」

ナースに限らずいかなる職種であろうと、患者さんの回復、苦痛の軽減を願う思いは等しいものと思う。次はあなたの病院でTEAMPEGが誕生しますように!

わたしのまちの病院

1

地域で受け入れられる 胃ろうを目標として

庄内医療生活協同組合 鶴岡協立病院

提携外の施設からも 造設依頼は多い

山形県庄内地域の南部に位置する鶴岡地区は、1市6町1村からなる、いわゆる高齢化の進んだ農村地区である。

今回紹介する庄内医療生活協同組合鶴岡協立病院は、ベッド数約230床の一般病院で、協力施設にリハビリテーション専門病院と老人保健施設、訪問看護ステーションがあるが、提携する特別養護老人施設はない。

しかし、従来より、地域の福祉施設での胃ろう患者の受け入れはスムーズであった。さらに近年は、栄養状態の低下している入所者へ胃ろう造設をすすめ、造設を同院に依頼するケースも増えてきているという。

その背景には、同院で1976年からスタートした訪問看護、および1982年に結成された訪問看護対象者の家族



セミナー講師としても大活躍の高橋美香子先生

会(希望の会)の活動をはじめ、受け入れ施設の職員と病院側との風通しのよい情報交換による

ところが大きいようだ。



鶴岡協立病院における PEGの施行状況

同院におけるPEG施行患者は脳卒中後遺症の寝たきりの症例が多く、経口摂取量不足患者や誤嚥を繰り返すケースには、早期に胃ろうを造設し、自宅療養への移行を進めている。

造設は1987年の第1例以来、手法が安定して行くにつれて施行件数が徐々に増加し、ここ数年、年間110件前後が新規に造設されている。2002年度に入り、総症例数は1000例を突破した。

1987年から1995年までにPEGを施行した365例についての検討では、死亡退院例と生存退院例を比較すると、造設前の栄養状態が悪いケース(アルブミン値が低い・貧血がある・炎症反応がみられるなど)は生存退院に結びつけることが難しくかったという。

また、1995年11月から1996年7月にPEGを施行した60例における術後栄養状態の検討では、経管栄養開始後1ヶ月目で栄養状態の改善が見られ、

そのうち1/3の症例で経口摂取の併用が可能になったものの、術前の栄養状態が悪い症例や腎機能不良症例では術後3ヶ月以内の死亡が多い傾向にあった。

これらの検討結果を踏まえ、同院内科の高橋美香子先生は、PEGの適応の必要条件が満たされれば、栄養状態が悪くなる前に、あるいは栄養状態を他の栄養管理法で改善させてから、なるべく早期に造設することが、術後の栄養状態改善、QOLの向上につながることを指摘している。

同院でのPEG施行におけるポイントには、前述の造設のタイミングの他に、

- ・造設についてのインフォームドコンセントの徹底
- ・経口摂取を併用する
- ・リハビリテーションを積極的に行う
- ・造設の時から退院を視野に入れた計画を立てる
- ・造設時から介護者への指導を開始し早期退院を実践する

胃ろう受け入れへの さまざまな取り組み

等があげられる。特に、インフォームドコンセントは重要で、「栄養補助療法を行うかどうか」という点を一番初めに十分に確認する。このとき「行わない」という選択肢もある

ことをきちんと提示する。もちろんその結果を理解してもらった上でである。さらに、一度の決定が全てではなく、常に何度でもそこに立ち返り確認してゆくように努めているという。

《患者・家族に対して》

まず最初の取り組みは、患者・家族に正しく胃ろうを理解してもらうことから始まる。独自のパンフレットや、胃ろうをつけたクマのぬいぐるみ(写真)、実際に施行された患者の腹部写真などを用いた説明で、胃ろうをイメージしてもらおう。造設後は、チェックリストにそって、見学から自分で管理出来るようになるまで段階を追って指導

し、本人や介護者が不安なく管理できるようにすることを確認して退院となる。

何回かという指導で覚えられるかという点、平均指導回数は3・51回であるが、高齢者に指導する場合は10回以上ということもあるとのことであった。

それと並行してケアプランの確認、必要ならば家庭訪問も行うという。退院は通常、瘻孔が完成する術後約2週間としている。それ以前に退院させることも技術的には可能だが、瘻孔完成前の院外でのトラブルは重大事故につながる危険がありこの期間を目安にしているとのこと(図1・2)。

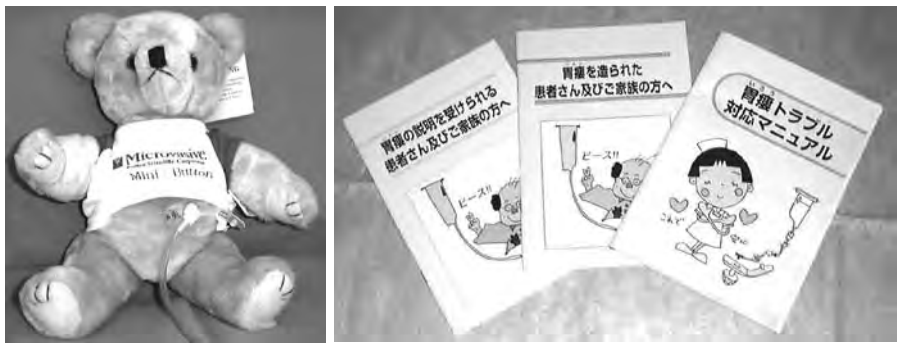
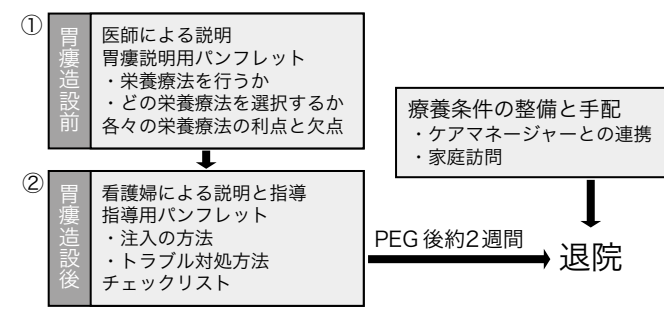


図1. 造設から退院まで



同院では、介護者および地域内の全ての福祉施設を対象にアンケートを行っており、その結果からこの地域での胃ろうの受け入れ状況を把握することが出来る。

アンケートに見る胃ろうの受け入れ状況

《受け入れ施設に対して》

そのような状況に合わせ、自宅以外の地域での受け入れ体制をいかに整備するかも考えなければならぬ。

胃ろうは日常の管理はもとより、交換についての基本的な知識や、交換に対する理解も必要である。

また、退院後直接自宅に帰るケース他に、リハビリテーション目的に転院してから自宅に戻るケース、あるいは特別養護老人施設を利用するケースが増えている。胃ろう造設後の生存率も3年生存率が最近では6割に近づいており、造設後の人生が長くなった事がわかる(図3)。

・他の医療機関や他科の医師への情報提供を継続的に行う。
・バルーン型胃ろうカテーテルの交換については看護師が行えるようにしておくため、自院の看護師だけでなく他院や訪問看護ステーション・施設の看護師にも交換方法を施行医が直接指導する。
・などに努めている。

胃ろうに関するトラブル発生時の対処としては、病院側の窓口の一本化、胃ろうカテーテルのタイプ別トラブル対応マニュアルの作成などによって統一した指示を出せるようにしている。

・胃ろうを受け入れたことがない施設への退院に際しては、患者入院中に施設の職員に来院してもらい、病棟看護師が直接指導を行う。

図2. チェックリスト

	(1回目)	(2回目)	(3回目)	(4回目)	(5回目)	(6回目)	(7回目)	(8回目)
1	上半身を起こす							
2	クレンメの開閉							
3	容器への注入							
4	チューブの接続							
5	注入速度の調節							
6	薬を溶かす							
7	薬を注入する							
8	チューブを外す							
9	容器の洗浄							
10	胃ろうの管理							
11	入浴時の対応							
12	閉塞時の処置							
13	抜去時の対応							

▲：説明見学
△：看護婦と一緒に
○：看護婦の指示で患者さん又はご家族で行える
◎：すべてを患者さん又はご家族で行える

図3.

胃瘻造設後の累積生存率

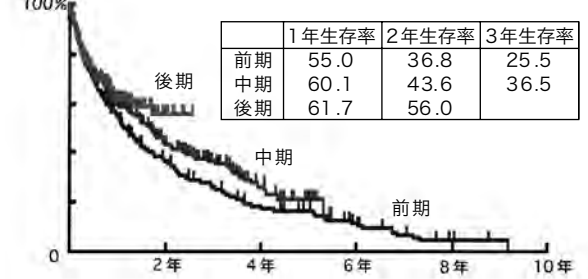


図4.

経管経腸栄養患者の内訳

施設	年	胃瘻	経鼻胃管
当院	1998年 (n=48)	77.1%	
	2001年 (n=33)	87.9%	
福祉施設	1998年 (n=69)	60.0%	
	2001年 (n=169)	82.3%	

1998年のアンケートでは、開業医師や施設職員はマイナスのイメージを多く持っているという結果がうかがえたという。では現在は、どうだろうか。2000年に行われた介護者59名への調査では、「胃ろう造設前後でのゆとりの変化」について、時間的ゆとり、精神的ゆとり共に54.2%が「増えた」と回答している。「胃ろうを造ってよかったか?」という設問には、78%が「よかった」と答えている。具体的には、

・患者が元気になった(82.5%)
・患者の表情がよくなった(60%)
などである。

主な介護者である家族にとつての胃ろうは「日常生活を制限するもの」でも「無意味な延命」でもなく、「自分が同じ状態になったときに選択する」栄養管理方法として受け入れられていることがわかる。

鶴岡地区の経管栄養の状況は、鶴岡協立病院においても地域内の福祉施設(特別養護老人ホーム・老人保健施設など)においても胃ろうの患者数、割合ともに増加している(図4)。

1998年と2001年での、同じ設問に対するアンケート結果がある(図5)。特に「積極的に経口摂取を併用している」という回答が増えているという事は、『胃ろうにしたから食べられない』といった誤った認識が払拭されつつあることを示すのではないだろうか。

図5.

積極的に経口摂取を併用しているか

1998年 (n=102, 個人)	43.1%	積極的ではない 43.1%	
2001年 (n=15, 施設)	積極的に行っている 35.9%	6.7%	その他 6.7%

胃瘻で経鼻胃管より誤嚥性肺炎が少ないことを知っているか

1998年 (n=102)	知っている 62.7%	知らない 31.4%
2001年 (n=256)	63.3%	33.6%

胃瘻による日常生活の制限を感じるか

1998年 (n=102)	感じる 63.7%	感じない 31.4%	
2001年 (n=256)	38.3%	30.1%	わからない

無意味な延命と感じるか

1998年 (n=102)	感じる 73.5%	感じない 22.5%	
2001年 (n=256)	35.9%	44.5%	無回答



い認識、対応というものも、今後の啓蒙活動のポイントとして押さえていきたいと思っております」と語られた。(2002年6月取材)

PEGとクリティカルパス

函館五稜郭病院外科医長 岡田晋吾

はじめに

内視鏡的胃ろう造設術(以下PEG)は今や経腸栄養ルートとして第一選択になりつつある。我々が始めた頃は、造設キットがやっとなし始めたばかりで胃壁固定具もなくPEGはストレスそのものであった。しかも折角造設しても受け入れ先の病院の看護師たちが見ることがないという理由で受け入れを拒否されることもあった。現在では比較的安全に短時間で造設可能なキットが複数発売され患者にあわせて選択可能となっており、PEGの適応も広がってきている。

PEGの手法は標準化されており、また在院日数や管理法その施設の造設において大体決まっていることが多い。このような処置に対してはクリティカルパス(以下パス)のいい適応になると考えられ、現在では多数の施設でPEGのパスが作成されている。PEGのパス作成とそのメリットについて、簡単に紹介する。

クリティカルパスとは

パスは元々はアメリカにおいてDRG/PPS(診断群別定額前払い方式)の導入にあわせて短期間の在院日数の中でいかに効率的に医療を行うかという問題解決のためにK・Zander女史らによって開発されたケアマネージメントツールである。日本には1990年代初めに看護部門から医療の質

保証のツールとして紹介された。初めは急性期病院加算対策のための在院日数短縮のためや業務改善のために導入するところが多かったが、その後医療の標準化、インフォームドコンセントの充実、チーム医療の推進などに非常に効果のあることがわかり、最近ではほとんどの病院で導入されてきている。概念的にはパスはその疾患の治療や検査など入院中に行われることを経時的にケアの介入や観察項目をあらかじめ書きこまれてあるものである。ただその様式は一定の決められたものではなく電子カルテのものから単なるフローチャートであるものまで施設によって使いやすしい形で作られている。スタッフが見られるもの(スタッフ用)と患者が見られるもの(患者用)の両方を作成するのが標準的である。

当院のPEGとパスの導入

約5年前に私が赴任してきた時には当院ではPEGはまだ行われておらず、訪問看護師は経鼻の胃管が抜けたときに夜でも出かけていって挿入していた。そこでPEGを紹介、造設したところ徐々に院内で認知され現在では年間約40件程度行っている。最近では消化器内科の医師が行ってくれることが多いが、患者は脳神経外科呼吸器科など複数の科より紹介があり、また他院からの造設依頼も増加してきている。造設方法はIntroducer法とpull法を患者に

あわせて選択している。手技や管理方法も安定してきた昨年、病院全体のパス導入にあわせて消化器内科病棟が中心となってPEGのパスが作成された。

作成の目的としては業務の効率化、観察項目の設定による合併症の早期発見、医師、看護師、栄養士によるチーム医療の実現が考えられた。もちろん患者用も作成することによって患者やその家族に情報を伝えることも目的とした。また患者は消化器内科病棟に必ずしも入院しているとは限らず、他科の病棟でも同様に使うことによりその病棟のスタッフも安心して造設前後の患者のケアに当たれることを目指した。

クリティカルパスの実際

当院ではパス委員会が中心となってパス導入の推進を行っている。当初各病棟のパスはそれぞれの形式であったが、病棟が変わっても使えるように最低限の部分でフォーマットされている。PEGパスも同様でパスの中に温度表、看護記録を一体化したパスを作成し使用している。看護記録は叙述的なものではなく標準的な観察項目を決めてチェックすることによって患者情報を収集し、標準的な状態から外れた場合(いわゆるバリエーション)を特記事項として従来どおりの叙述の記録で記載している(CBE:チャータニング・バイ・エクセプション)。これにより記録に伴う業務が改善され、初めて受け持つ看護師



も観察項目が絞られているので早期の合併症の発見が可能である。尚、医師記録は別になっており指示表も別になっている。

◆造設前

経鼻チューブが入っている方は前日に抜去し、点滴のルートを取っている。抗生剤のテストを行うが、剃毛などは行わない。抗生剤はキット製剤の2種類から選択となっており、業務量の減少や間違い防止にも効果を挙げている。特に抗凝固剤内服の有無や出血時間は重大な合併症の元であるので必ずチェックしている。

◆造設時

当日は直前より抗生剤を投与して、内視鏡室にて行っている。造設中にも使用できるように記入欄があり、申し送りもスムーズにできるように作成されている。観察項目は腹痛、創痛、出血、カテーターの埋没・抜去、挿入部の発赤・腫脹、下痢、便秘の有無についてであり、異常がある場合には記録し対処するようになっている。

◆造設後

点滴の内容、量も決まっております。通常は6日目までに終了する。2日目から白湯より開始し、決められた3種類の経腸栄養剤の中で選択されたものを投与、腹部症状を確認しながら量を増やしていく。投与量の増やし方も標準化されており、パス上に記載され間違いのないようになっている。また医師による指示の違っても少なくなくなり、以前より業務もスムーズに行われるようになった。

◆退院について

通常は1週間前後で退院されているが、退院や転院先の状況にあわせて考慮している(北海道では、地元での受け入れ先が見つからないことも多い)。他院からの造設依頼で行った場合でPEGの管理に慣れている施設の場合には、1週間以内で転院されパスをそのまま引き継



き持っていていただくこともある。

◆患者用パスについて

スタッフ用パスに絵を入れて経時的に書いてあるので、患者や家族が標準的な経過について理解することが可能であり、予定が立てやすい。またスタッフとのコミュニケーションにも役立つ。これとは別にPEGの基本的な説明を書いたパンフレットをお渡ししている。もちろん希望者にはPDN発行の胃ろう手帳も差し上げている。

おわりに

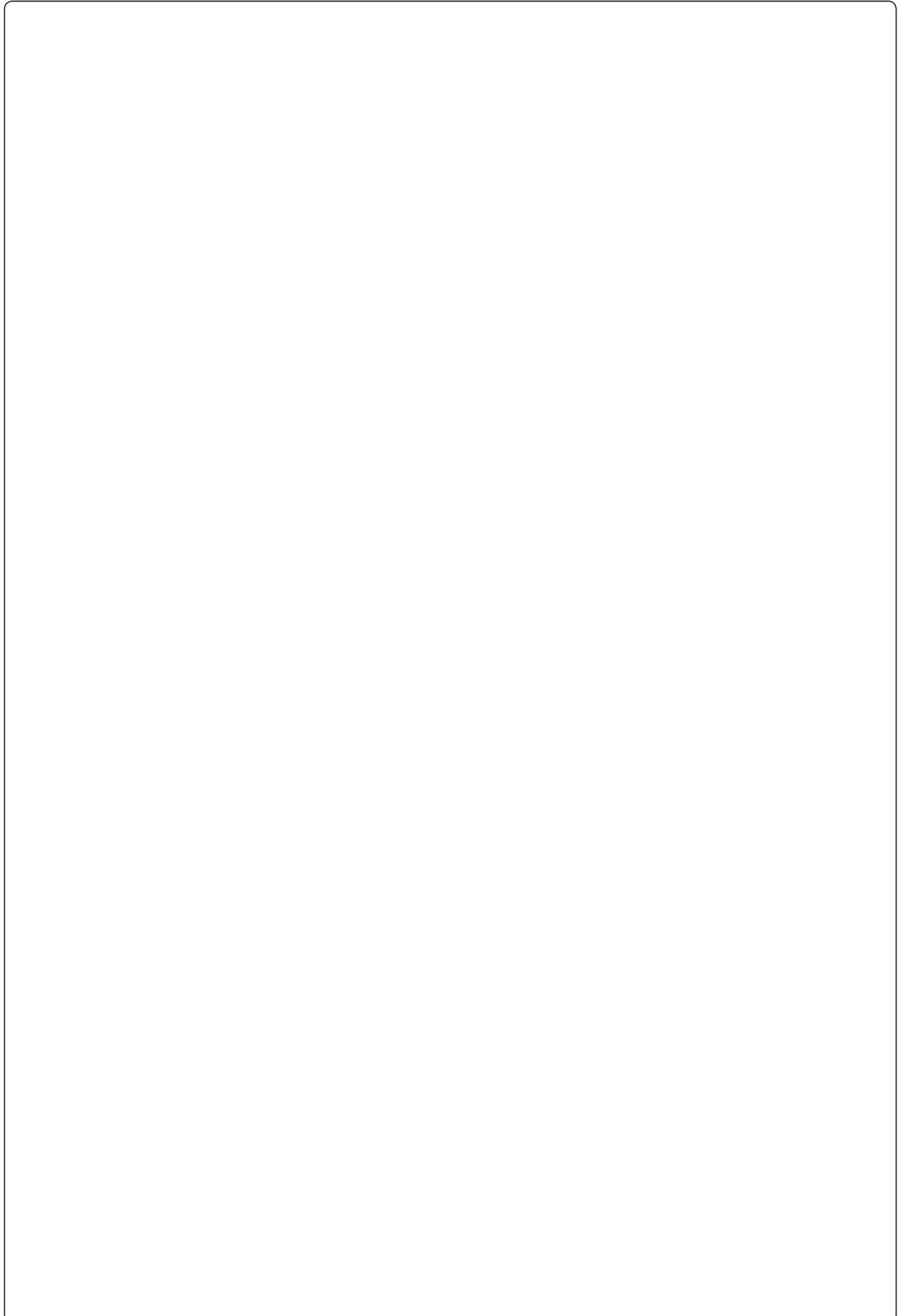
PEGは先人の方々のご努力により手技としては単純化されており、また術後処置などの管理法も標準化されパスのいい適応と考えられる。パス作成において医師、看護師を中心としたチーム医療を達成することが可能で、医療が標準化されること

によりムダ、ムリ、ムラのない医療が行えるようになった。このことは患者の負担軽減にも役立っている。

またPEGは増加しているが、造設患者は他科からの依頼が多く造設科の病棟と違っている場合も多い。このような場合でもパスで情報の共有が可能のため、安全に造設可能で医療スタッフにとっても安心である。

パスは一度作成したら完成というわけではなく、改定によってその質を高めていくことが大切である。今回1年以上使用して2回目の改定中であるが一層いいものを提供できるように考えている。

最後にパスは便利なものがあるが、それを利用するのは人であり、パスを利用しつつ今までの以上の説明がなされるためには、パスを効果的に使いこなせるスタッフの育成も考慮する必要があります。



抑制からの解放! そして、再び食べられるために...

NTT東日本伊豆病院 リハビリテーション科 稲川利光

リハビリと栄養

当院には100床の回復期のリハビリテーション病棟があり、連日入院の患者さんで賑わっています。リハビリテーションを必要として当院に入院してくる患者さんの約7割は脳血管障害の患者さんで、他はパーキンソン病や脊髄小脳変性症、リュウマチや骨折、脊髄損傷などです。

脳血管障害や変性疾患の患者さんは、比較的高齢で重度の障害を持つ方が多く、四肢の麻痺に加えて、嚥下障害があり、入院時より経鼻胃管やIVHが入ったままであったり、気管切開がなされ、カニューレが入ったまま、という場合が多くみられます。嚥下障害を改善し、経鼻胃管やIVHを外し、気切カニューレを抜いてゆくということは、非常に根気のいることではあります。患者さんが徐々に口から食べられるようになり、これらのチューブが抜けてゆく時の快感は、患者さんはもちろんのこと、私達にとっても、何とも言いえないくらい良い



ものです。リハビリテーションを行う上で、咀嚼や嚥下という部分は非常に重要な意味をもっています。口から食べられるようになれば患者さんは元気になるし、元気になるれば、さらに食欲は増し、上手に食べられるようにもなつてきます。栄養の補給は非常に大切なところで、良質な栄養を得ることなしには、食べられるだけの力も出てきません。

しかしながら、嚥下障害が重度で、食べるまでには至らない患者さんが多いのも事実です。患者さんが繰り返す誤嚥性肺炎を繰り返したり、十分な栄養が摂れない状況が続く場合は、何らかの方法で栄養をきちんと摂ってゆくことが必要です。

鼻チューブの現実

経鼻胃管はいわゆる、「鼻チューブ」と呼ばれているもので、鼻から咽頭、喉頭、食道を経てチューブが留置されるものです。とりあえずは、どこでも行える栄養摂取の方法ですが、チューブが留置されたままだと、鼻や咽頭の粘膜からの分泌物が増加し、痰や唾液、鼻汁などが増えて、それらがチューブにこびりつき、そこに雑菌が繁殖し、これが肺炎の機縁となつてしまいます。誤嚥を防止するつもりで入れた経鼻胃管が、かえって誤嚥やそれによる

肺炎の危険性を高めていることさえあるので要注意です。嚥下の訓練をしようにも、チューブによって咽頭や喉頭の動きが妨げられていて、不快感をともない、訓練どころではなくなつてしまいます。

鼻チューブでは、その不快さのあまりに、患者さんが自分でチューブを抜いてしまうことがよくあります。チューブで食道を塞いだり、注入中の栄養剤を誤嚥する、という事故もおこり得るので、チューブ抜きの常習者は、チューブが摘めないような手袋をはめさせられたり、手をベッド柵に縛られたり、といった抑制を強いられることになつてしまいます。そういう抑制を強いることになるような経鼻胃管の留置だけは、絶対に避けたいものです。

OE法もあるけれど...

OE法という方法がありますが、これは、間歇的口腔食道経管栄養法 (Intermittent Oro-esophageal Tube Feeding) 略して、「OE法」と言われている方法で、食事の時だけチューブを飲み込んで、先端を食道まで挿入し、栄養剤を注入し、それが終われば抜去するというものです。チューブの先端が食道に位置するので、経鼻胃管で直接胃に栄養剤を入れるのに比べて、より生理的で、栄養剤の注入速度

を早くすることができません。経管栄養としては非常に理想的な方法ではありませんが、食事の度ごとにチューブを安全に出入れしなくてはならないし、また、チューブを飲み込む時に「ゲーッ」と嘔吐反射が出てしまうことも多く、だれにでもできるものではありません。

胃ろうのメリット

以上のような状況から、経鼻胃管留置が長期にわたることが予想される患者さんで、OE法も難しいといった方には、日常の嚥下状態を評価し、嚥下造影検査(VF検査)などの結果を加味しながら、胃ろうの適応を慎重に検討していくことになりま

す。胃ろうを使うようになれば、鼻から胃へのチューブの留置は不要となり、患者さんは不快感から解放され、抑制を受ける必要もなくなつてきます。患者さんにとつても、私たちにとつても、この抑制からの解放ほどありがたいものはありません。鼻からチューブがなくなれば、患者さんの異様な顔つきは一変し、すっきりしたいい表情になつてくれます。そして、人前にも出てゆこうという気分が芽生え、生活全体が活性化してゆきます。食事の味も改善するので、食べようとする意欲も湧き、食欲が出てきます。当然嚥下の訓練もしやすくなつてきます。

胃ろうの適応については、一般に、何らかの障害で「食べよう」とする意欲が得られない場合。・嚥下機能の障害で嚥下ができないか、できても誤嚥性肺炎を繰り返す場合。・経鼻胃管の長期的な留置を余儀なくされるような場合。・顔面や口腔内、食道や噴門部などの病変で経口摂取ができないか、経口摂取がふさわしくない場合。・その他、クローン病などの患者さんで長期の成分栄養が必要な場合、と言われています。

胃ろうで全身状態を良好に

胃ろうの第一の目的は、栄養管理を行って全身状態を良好に保つことです。「胃ろうで全身状態を整え、ひいては、経口摂取を可能とし、あわよくば、胃ろうが抜去できること」を目標にしながら、「まったく食べられない」といった地獄から、何とか救ってあげられるような胃ろうの適応を今後も考えてゆきたいものです。

青柳清治



1985年 米国オキシデンタル大学卒業(専攻:生化学)
協和発酵工業株式会社に入社、研究所に配属
1990年 協和発酵の社内留学生として米国イリノイ大学大学院へ留学
1992年 同大学より修士号取得(栄養生化学)
1994年 同大学より博士号取得(栄養生化学)
米国アボット・ラボラトリーズに入社
同社ロス・プロダクツ・ディビジョンで主任研究員として病態別の経腸栄養剤の開発に従事
1998年 アボット・ラボラトリーズの日本の子会社であるダイナボット株式会社へ赴任
医薬品事業部マーケティング本部栄養剤企画部部長

腸が動くなれば腸を使え!

日本の造設数はアメリカの1/4程度

日本の医療現場における栄養治療の捉えられ方、術後の早期経腸栄養による栄養治療の重要性、またPEGの利点に関し、いつも熱く語っておられる鈴木裕先生の情熱には刺激を受けています。近年、日本でもPEGは注目され始めましたが、今回は米国を中心とした海外におけるPEGの歴史と現状を、日本の現状と比較して紹介させていただきます。

こんなに違う PEGの施行数

PEGは、1979年にボンズスキーらによって米国クリープランド(オハイオ州)において小児用として開発され、1980年の米国小児外科学会で発表されました。発表当初、この新しい手技に対し多くの小児外科医は懐疑的でしたが、翌1981年の米国内視鏡学会における成人への応用例の発表により、多くの消化器外科医によって奨励され、主に成人用としてこの画期的な手技は普及していきま

栄養法への認識の差

まず、第一に、医師らによる経腸栄養の重要性に対する認識の差が考えられます。本来、PEGは長期的、あるいは短期的(6週間以上)に経口的な

患者・家族の認識の差

第二に、患者や患者の家族の認識が異なります。米国では「おなかに穴をあけてでも、早く回復して通常の生活をおくらせたい」と考える場合が多く、胃ろうに対する認識が回復への早道であるという捉え方が確立しています。一方、日本では「おなかに穴をあけてまでも、経腸栄養をしながらもいいのでは?」と考える場合が多く、胃ろうを作ることが経鼻管が鼻からぶら下がっているよりも不憫と思う風潮があるように感じます。

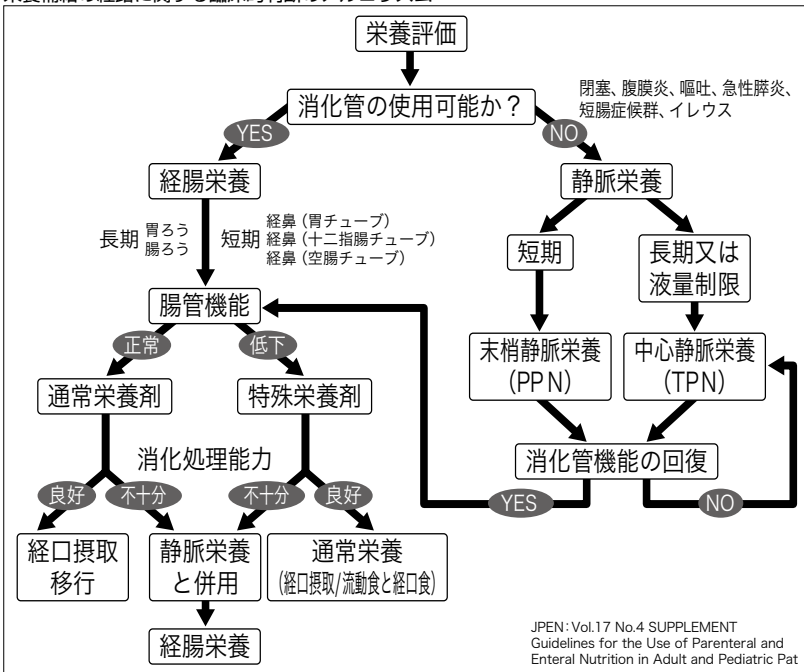
ろう孔ケア教育レベルの差

第三に、看護師に対するろう孔ケア教育レベルの差が考えられます。米国では、長期経腸栄養が必要な患者は、胃ろうが造設されていることが高齢者施設への入所条件になっており、看護師もろう孔ケアのノウハウは熟知しています。

製品種類の差

最後に、PEGに関する造設用キットや交換用のチューブの種類も、欧米の方が選択に幅があります。現在、国内に流通しているPEG関連製品のほとんどは、輸入品ではないでしょうか。造設用キットの部品、チューブのサイズやコネクタなども日本人に照準を合わせたもの、また日本の医療事情にあわせたものを提供していくことが、我々メーカーの使命ではないかと痛感し、反省している次第です。

栄養補給の経路に関する臨床的診断のアルゴリズム



JPEN: Vol.17 No.4 SUPPLEMENT Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Pat



Takayuki Nishimiyama

PDNホームページ談話室

～この1年を振り返って～



Keiko Okazaki

PDNに相談が寄せられるわけ

2001年7月にPEGドクターズネットワークのホームページが誕生し、早いもので1年以上が過ぎました。当初は書きこみの少なかつた談話室も、今では最も読まれている人気コーナーになっています。

本号では、談話室のみならず、困っている人がいれば車を飛ばして駆けつけ、カウンセラーとしても大活躍の臨済宗のお坊さん「平成の休さん」こと、西宮宗春さんに登場していただきました。

岡崎 西宮さん、いつも素早いお返事を書きこんでくださってありがとうございます。楽しい顔文字もすっかり定着して、みんなの人気者ですね。たまにフライングされることもありますけど…(笑)。

西宮 ほんとにね。でもそういうときは、すぐにツツコミが入りますから。皆さん良く読んでくださっているようです。

でも僕だって、「主婦業やらなくちゃ」って書いたら「ええ！一休さんって女の人だったの？」と書かれたこともありますから。ご覧の通り、男ですよ！

岡崎 動く一休さんをご覧になりたい方は、PDN制作ビデオ「PEGに出会わなければ私は死んでいたかもしれない」をご覧下さい。あ、宣伝しちゃった(笑)。

さて、これまでの談話室への書きこみを振り返ると、いくつもの大切なテーマが見つかることが出来ると思うのですが、本来、胃ろうを造るときインフォームドコンセントがきちんとなされていれば、こういう質問は出ないのでは？というものも見つけられましたね。

西宮 言葉とかパンフレットで説明はしているのでしょうかね。やっぱり実物を見せてもらうのがいちばんわかりやすいと思うんですよ。「こういう胃ろうカテーテルの種類があるんだ

けど、どれがいいでしょうかね。あなたの場合はこのタイプをオススメします」と、お医者さんから言われた人はあまりいないでしょうね。

でした。さらに、栄養状態は良くなったけど排気がうまくいかなかったから、二つ目の胃ろうを造ることを思いついて先生に提案したんです。恐らく世界初だろうって言われています。僕はスゴイ特殊な例といわれているけれど、自分の病気に挑む姿勢は、誰でも同じじゃないかと思う。

だから、ホームページの書きこみにしても、事務局にかかってくる相談の電話にしても、自分が主体的に取り組まないで「どうしたらいいでしょうか？」って言うのは、これからは通用しないよ、と言いつづけているわけです。

それと関係しますが、談話室の書きこみで、みつく先生もおっしゃってますよ。「患者サイドと医療サイドが対等の立場にたつことはよいことで、絶対に必要です。でもそれは疑ってかかることや対立することではなく、納得し協力することであるべきです。(略)医療の基本にあるのは信頼関係ですから、これが根底からくつがえされてしまつと、どんなに腕のよい医師も、一生懸命な医師も、よい医

岡崎 PEG施行に関して、特に年齢的なことが話題になりましたね。

西宮 そもそも、僕はPEGっていうのは社会復帰のための有力な方法だと思ってるんです。幼子にとっては幼稚園や学校で友達と生活することが社会復帰でしようし、中高年の働き盛りの世代は、術後やクローン病等に対する栄養療法としてPEGを施行している人も多いですが、まさに社会復帰しないわけにはいかないんですよ、家族のためにも。そして高齢者の方々は、確

療を行うことはできなくなってしまう。ほとんどの医療者にとって一番の報酬は患者さまの回復であり、本人や御家族の方からの言葉なのだと思えます」と。日本人はどうも先生と言う肩書きに及び腰になりがちですが、「先生に聞きにくくて…」説明はしてもらったのですがどうもよくもわからなくて…」というの、そろそろ卒業しなくちゃね。聞くんですよ、わかるまで。それは患者の権利だし、きちんと信頼関係を持つためのコミュニケーションは医療者任せではなく、一緒につくっていかなければなりませんよ。

高齢者へのPEG施行

実際に栄養が行き渡ること、眠っていた身体機能がめざめることもあるでしょうか？この前まで自分でトイレに行けなかった方が、口からは飲み込めなくても胃ろうからの栄養で体力がついて、自分で再びトイレに行けるようになったら、これは立派な社会復帰ですよ。

岡崎 その通りですね。ただ、意思表示が出来ない方や、寝たきりの状態で何年も過ごされている方への施行には、ご家族も悩まれると思います。実際に、「何歳まで可能なのか」胃ろうの良

実には、ご家族も悩まれると思います。実際に、「何歳まで可能なのか」胃ろうの良

さは認識しているけれど、まだ胃ろうにしている「現在胃ろうから栄養を摂っているが、本人にとってよいことだったのだろうか」といった書きこみもありました。生体倫理、あるいは人としての尊厳について考えさせられましたね。

西宮 僕も仏教者の視点・立場と前置きして、「自分の意志がはっきりしている場合は、もっと生きたいと言う」「本人の生きる意欲次第」ではないでしょうか。又ご本人の意思が確認できない方が対象となると「ご家族を含めての合意」とご本人の「元氣な当時の生きる意欲」がどうだったか出来るものなら確認される必要性があるような気が致します。(略)【いいとか・わるいとか・賛成とか・反対とか】といった決め事とか線引きとか出来ない領域かと念いますが如何がでしょうか?」と書かせてもらいました。

岡崎 P D Nは、PEGの情報提供と啓蒙活動を行っているわけですが、決してPEGを万能と考えているわけではありませぬ。日本では高齢者への施行が多いですが、人生のゴールを飾るにふさわしい、その方の尊厳を出来る限り守るためのものとして活用されて欲しいと願っています。

賛否両論あるでしょうが、介護環境も病状も異なるお一人お一人のご意見を、談話室を通じて共有し、へ私にとつてのPEGを考えていけたらと思えます。

提供つなげて欲しいですね。

西宮 それからドクターからの書きこみも、印象深いものがたくさんありました。恐らく通常の診療や訪問診療を終えて、ご自分の休む時間を削って書きこまれていると思ふんです。

カルテもなく、患者さんの書き込みだけを頼りに、考えられるトラブルの原因や対処法を丁寧にわかりやすく回答して、まるで自分の患者さん同様に、カテテルのタイプや交換時期についても気にかけてくれて。

岡崎 ほんとですね。介護されている方へのいたわりの言葉も添えられてたり。PDNは本当にすばらしい先生方に支えていただいで、こんなに心強いことはないですね。

西宮 そのとおり!ご自分の失敗談や、解釈を間違つて「ごめんなさい」を公的なホームページに書ける先生って、なかなかいな

せつせつと輪を広げよう

いんじゃないですかね。そういうドクターに続いて、一番現実を見て知っている看護師さんたちも、もっと参加して欲しいですね。悩みがあったら、ここにぶちまけちゃえばいいんですよ。一看護師の悩みじゃないくて、医療者主体、あるいは医療行政全体で考えなければいけない問題かもしれないから。

岡崎 看護師さんが導火線となつてくれたら、薬剤師さん、栄養師さん、ヘルパーさんやケアマネージャーの方へも確実に広がっていくだろうと、期待しています。

西宮 褥瘡、いわゆる床ずれですけど、これも栄養不良だといつまでたつても治りにくいということですし。以前、栄養サポートチームの話をホームページのレポートコーナーで紹介しましたけれど、患者さんが少しぐらいのことでは肺炎を起こさない抵抗力・体力、治療効果をアップさせる自己治癒力は、パランス良く栄養をとることが基本なんだということを、栄養の専門家である栄養士さんからもアピールして欲しいですね。

西宮 そのためには栄養士さんも臨牀的に患者さんを見る訓練が必要だし、医学的な知識が要求されることもあるだろうし、すごく大変ですよ。

岡崎 その分、やりがいも大きいでしょうね。栄養のプロとしては。

栄養はすべての基本

最後に、PDNのこれからについて、ご意見を。

西宮 先ず、患者さんや家族を孤独に追い込まないこと。患者同士の集いを地区別に開催したいですね。

岡崎 たしかにそういう声は多いです。同じ状況に置かれている患者さんやご家族が交流を持つて、胃ろう歴(?)の長い方の経験や日常のケアの工夫を

在宅介護を進めようとしている国にも、もっと積極的に取り組んでほしいですね。

西宮 「胃ろう手帳」やホームページもこれだけ活用されているのだから、情報の追加や改訂も進めていかないと。どんどん発信していきましょうよ。積極的に。

岡崎 発信といえば、平成の一休さんは首相官邸あてにも、メールを送りつつつけていらっしやるんですよ?

西宮 そうそう。医療の問題だけじゃなくてね、「小泉首相最近笑い顔が少くないよ」とか(笑)。そのあとの記者会見では、久しぶりに笑ってましたよ。いや、本当ですって。毎日寄せられるメールを仕分けする人がいるでしょ。一休さんもだいぶ知られてきたはずですよ。

岡崎 うーん、一休さんのような地道な活動の積み重ねが山を動かすんですね。

一休さん、本日は主婦業の合間を縫つて、お忙しいところを有り難うございました。

西宮 あ、ほんとだわ。早く帰つて洗濯もの入れてアイロンかけなきゃ。ではお得意の顔文字でさようなら!ニマッ(人)

これからPDNの課題

新米の方に伝授して欲しいですね。あらかじめ知っていると知らないのでは、心の持ちようもかわつて来ると思ふんです。

西宮 PEG施行医療機関リストへの登録も、もっと呼びかけていきましょう。各都道府県にPEGの拠点となる基幹病院が数施設あるといいですね。これからPEGを取り入れる病院は、そこで研修してもらつとか。



次号も
おたのしみ!



胃ろうカテーテル交換

胃ろうカテーテル交換 おからびんを保険請求

公定価格は絵に描いた餅?

老人病院を経営する知人の院長が悲鳴をあげていた。交換用胃ろうカテーテルの保険請求ができないので、PEG施行患者はもう受け入れたくない。どうしても交換しようというのなら、うちの病院で使い慣れた経鼻カテーテルに全部入れ替えてしまいたい。

そんな彼を非難するのは簡単だ。しかし、バンパー型なら

1本27200円もするPEGカテーテルの保険請求を認めない今の制度はそのまま良いのだろうか。せつかく2001年2月に晴れて特定保険医療材料として公定価格が決まった交換用胃ろうカテーテルだが、その保険請求が多くの医療機関において「絵に描いた餅」になっている。なぜか?

交換手技料の要求が先決

それは、まず交換用胃ろうカテーテルの「交換手技」の保険点数が設定されていないことが第1の問題といえる。PEGカテーテルの交換とりわけバンパー型の交換時には危険を伴うくらい高度な技術を必要とする。この交換手技の技術料が認められていないことがそもそもおかしい。

悲劇はそれに留まらない。本来、特定保険医療材料は交換手技料に付随するべきものであり、たとえば交換手技料が包括化され、その部分だけ保険請求不可能であっても、交換用胃ろうカテーテルの費用はそのままメーカーに支払う額であるから、特定保険医療材料だけは、何があっても保険請求できないのは不合理である。

ところが、交換手技料が設定されずに特定保険医療材料だけが存在する現在の状態では、交換用胃ろうカテーテルの費用はまったく「継子扱い」であり、保険者のいように査定(保険料の支払い拒否)できてしまうのである。

一部の都道府県においては、交換用胃ろうカテーテルの特定保険医療材料を在宅寝たきり患者処置指導管理料に含むと解釈すままかり通っているという。どう考えても27200円(PEGカテーテル代)が10500円(指導管理料)に包括化できるはずがない。

したがって、このような暴挙を許さない理論的根拠として、「胃ろうカテーテル交換手技料」を要求しなくてはならない。

医療機関の泣き寝入りで最後に泣くのは患者

次に、PEGカテーテルは患者にとつては生命線—ライフラインである。包括点数(いわゆる「まるめ」)の老人病院や老人保健施設であっても、人工透析の保険請求が認められているように、同じくライフラインである交換用胃ろうカテーテルの保険が別途請求できるべく厚生労働省に強く働きかけていく必要がある。

医療機関の泣き寝入りは、結局、胃ろう患者の受け入れ拒否

次に、PEGカテーテルは患者にとつては生命線—ライフラインである。包括点数(いわゆる「まるめ」)の老人病院や老人保健施設であっても、人工透析の保険請求が認められているように、同じくライフラインである交換用胃ろうカテーテルの保険が別途請求できるべく厚生労働省に強く働きかけていく必要がある。

医療機関の泣き寝入りは、結局、胃ろう患者の受け入れ拒否



（小川医院院長 小川滋彦）

続々と寄せられる意見

「療養型病産群および介護保険施設でのPEGの交換は保険請求できないのでしょうか？また、療養型の介護保険対応施設では、外来扱いで請求できますでしょうか(CTや薬物血中濃度はできる)。PEGの交換で大変困っています」

「患者さんに交換用PEGを購入して頂いているのが現状です。介護保険では、PEGは経鼻カテーテルの範疇に解釈されています(ちなみに気管切開、ストーマは個別の項目になっている)」

「うちの診療所では胃ろう交換のPEGの費用を去年からとっていないのですが、先日業者より取れるはずと言われました。社会保険事務局から厚生労働省へ問い合わせたところ、在総診と栄養管加算をとっていると取れないという回答でしたがどうなのでしょう？」

「交換用胃ろうカテーテルが医療機関の持ち出しになるようなことがあるなら、現在、包括点数の施設において問題になっている「胃ろう拒否」につながる恐れがあるのではないのでしょうか。在宅で交換したら保険はダメ、外来へ連れてきたらOKという解釈も、在宅医療の実態を無視した解釈では？」

——他にも栄養剤の種類と管理料の算定、それに伴う備品の提供の可否、地域格差についてなど。

ご意見を お寄せください

PDN相談室へのアクセスが増えるにつれ、胃ろうカテーテルの交換に伴う保険適用可否の問題、栄養剤の種類による注入器具の支給・自己負担の問題などの書きこみが多く見られるようになった。

胃ろう患者に関する保険の適用は、まるでパッチワークである。ある機関では医療保険、ある機関では介護保険。この4月の診療報酬改訂は初のマイナス改定であり、包括払い、いわゆる「まるめ」の範囲が拡大され胃ろうカテーテルは経鼻チューブと同じ扱い。

医療機関にとつては死活問題とも言える保険の適用。小川先生が「継子扱い」と指摘された「交換用胃ろうカテーテルの交換手技料」は、胃ろう患者の医療と介護の現場で混乱を招いている代表的な問題である。急激に増えている胃ろう患者の現状を把握して、この際パッチワーク的な胃ろうの保険収載を、総合的に見直してもらいたいものである。PDNでは胃ろうの保険適用に関する医療機関、介護施設からの公正なご意見をお寄せいただき、解決の糸口をみつけていきたい。

(編集部)



公正な情報提供

「PEGの簡単さ」を安易に発信してはならない！ しかし、情報は正しく発信し続けなければならぬ！



P.D.N.代表理事
東京慈恵会医科大学外科講師
鈴木 裕

から学んだ経験の集大成を考え「おなかに小さなPEG」という書籍を出版しました。すると、嚥下機能障害の患者さんやご家族の方から大量

から解放されました。それについてには感謝しております。でも、受入体制が出来ていないのが残念です」
そのご婦人の最後の言葉は、

私を勇気づけてくれました。これは間違いなくPEGの肯定であり、受入体制の不完全さへの叱責だったのです。

胃ろう手帳の発刊

私は食道・胃・大腸などの上部消化管の外科医ですが、十数年前に、日本ではほとんど行われていない状況の中で、PEGを施行してきました。すでに1200人以上の患者さんに胃ろう造設をしております。700件を過ぎた頃、PEG

のメールが寄せられ、PEGに対する関心の高さに反して情報不足であることを実感したので、これが、二〇〇一年四月、NPO法人「PEGドクターズネットワーク」を設立し、同年七月にホームページを開設する直接の動機となりました。

丁度その頃、胃ろうを造ってもあととは知らないというような無責任な医療体制を改め、間違ったPEGの知識を是正するため、P.D.N.では三十五名の理事に諮って「胃ろう手帳」の発行を計画してまいりました。胃ろうは長期管理になるので、次の交換のため「どこで、だれが、いつ、どのキット(器具)を使って造設したか」という記録が重要になります。胃ろう手帳では、造設時および交換年月日と医療機関、担当医師の氏名、メーカー・製品名、交換キット

の型名、サイズ、次回交換予定日を継続して記録できるようになっています。また、栄養投与方法やケアについても要点をまとめています。
「胃ろう手帳」は発行前に、読売新聞の、やさしい介護学、で紹介していただいたり、発行後もマスコミ各紙誌で取り上げていただいたおかげで、大きな反響を呼びました。現在、患者さんやご家族のみならず、全国の医療機関でも好評裡にご活用いただいております。誠にうれしい限りであります。

ある介護者のお叱り PEGの受入体制がない！

昨年十月、P.D.N.の活動をマスコミに取り上げていただいたとき、ひとりのご婦人から、お叱りの電話をいただきました。それは、胃ろう(PEG)は簡単だという情報を安易に発信しないでくれというものでした。「PEGは簡単だというけれど、少しも簡単ではありません！」

ろうを造っても、受入体制が整っていないではないか」という怒りの言葉に、強く反省させられたのです。このとき私が痛感したことは、「PEGは簡単だ」という情報を、安易に発信してはならないという戒めであり、同時に、造設も介護も容易なPEGの利便性についての正しい情報は、PEGへの偏見や誤解のある方、あるいは情報を求める方々に、これからは広く発信し続けなければならないことを強く感じたのです。

「それはどういことでしょうか」
患者さんやご家族のためになる情報活動と信じていた私は、ショックを受けましたが、「胃

「母は鼻のチューブの苦しみを

そして、P.D.N.通信の創刊

さて、「P.D.N.通信」は、これまでの活動成果を補完し、さらに相乗効果をあげるために計画しました。一年二ヵ月先行して開設したHPは、すでに35000件の累積アクセス数となり、最近では日々2000件近くをカウントしております。中でもP.D.N.相談室は患者・家

族・医療者など立場の異なる方々のQ&Aで、お役立ていただいております。こうした状況下、パソコンを操作できない高齢者の方々は、早くから定期刊行物発行の要望が寄せられておりましたが、P.D.N.の体制が整わず、今日に至ってありません。



この度、念願が叶い「P.D.N.通信」の発刊ができましたことは、一重に多くの医療機関や医療従事者、メーカー、介護サービス提供会社各位のご支援の賜であります。厚くお礼を申し上げます。
「P.D.N.通信」の発刊にあたりましては、パソコン操作が不得手な方々のみを対象とするのではなく、活字メディアのもつ特長を最大限に活かした、価値のある「胃ろうと栄養の情報紙」に育てていきたいと念じております。当面は季刊としますが、将来は月刊紙として発刊できるよう努力して参ります。重ねてご支援、ご鞭撻のほどよろしくお願ひ申し上げます。