

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙 PDN通信

第2号
2003 Jan

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②
- 4面 地域連携カンファレンス①
- 6面 第7回 HEQ 研究会
- 7面 HPN/HEN 合同集会
- 8面 栄養教室②
- 9面 訪問看護最前線①
- 10面 PDN 談話室 Web セミナー①
- 12面 介護施設東西南北①
- 14面 わたしのまちの病院②
- 16面 もっと知りたい。小児の PEG
- 17面 海外 PEG 事情②
- 18面 患者・家族体験記②
- 20面 医療機関リスト

鈴木代表理事、熱く呼びかける

東京都医師会訪問看護ステーション実務者検討会が、平成14年11月16日(土)東京都医師会館で行なわれた。

矢野経済研究所の統計によると平成14年6月発表の胃ろう造設者は、前年比28%増の約7万人であり、今後はさらに増え、新規造設者は10万人に達し、胃ろうでの栄養管理は、20万人を越えることが予測される。

こうした胃ろうによる栄養管理は、高齢化社会における特筆すべき現実である。

東京都医師会訪問看護ステーション実務者検討会

訪問看護師が地域ネットワークの

リーダーシップを!!

り、医療、介護、あるいは保険福祉などにあたえるインパクトははかりしれないものがある。こうした現状を反映して、実務者検討会には、都内の地区医師会立訪問看護ステーションの看護師、管理者、ケアマネジャーなど、多数の参加があり、会場は熱気につつまれた。

講師をつとめたNPO法人PEGドクターズネットワーク(PDN)の鈴木裕代表理事(慈恵医大外科講師)は、胃ろう造設の背景と現状を述べると共にNPO法人としての活動の実情を強く訴えた。三時間をこえたセミナーは、鈴木講師が胃ろうの医療全般を、堀友子看護師

講師をつとめたNPO法人PEGドクターズネットワーク(PDN)の鈴木裕代表理事(慈恵医大外科講師)は、胃ろうの創部トラブルとケアについて解説した。また、今回は企業色のないNPO法人の呼びかけであったことから、18社の器具、栄養メーカーが一堂に会す自発的な参加もあり、製品の展示と説明も行なわれた。

PDN広場に 参加してください

PDN代表理事

鈴木裕

PDNは、派閥や系列色を一切排除するNPO法人です。胃ろうの医療と介護の情報開示に、いかなる学閥も派閥も企業色もあつてはなりません。私どもの目的は、患者、家族への公正な情報提供であり、主体は患者、家族なのであります。胃ろうは決して医師のみでできる医療・介護ではなく、むしろ医師は脇役といつてもよいでしょう。看護師をはじめ多くのコメディカル、行政などが一体となってこそ可能となるチームワークの医療・介護です。PEGドクター



ズネットワークという名称は、医師のみの組織という誤解をまねきかねませんが、PDNはベイスメント(患者)・ドクター(医師)・ナース(看護師)と呼んで

いただきたいと思います。今後、在宅介護を推進される訪問看護師のリーダーシップは特に重要です。

東京都医師会理事

野中博

東京都医師会では、住み慣れた地域で生活することも望まれる患者さんやご家族を支援する為に、医師と協働する訪問看護業務は不可欠と認識しています。そのため都内医師会立訪問看護ステーションの看護師の皆さんを対象とし、円滑な業務を支援する事を目的に検討会を開催してきました。

今回は、現場から多くの要望のあった「胃ろうによる栄養管理」

について東京慈恵会医科大学の鈴木裕外科講師と堀友子看護師からお話を聞く事が出来ました。

お話を聞かれた皆様には、有意義な時間と確信しています。またPDNからの呼びかけで、多くのメーカーの参加を頂き実際の助言を頂いたことに感謝します。



実務者検討会委員 日野市訪問看護ステーション 有馬みどり

地域医療の現場では、ここ数年、胃ろうでの栄養管理をされているご利用者様の数が増加傾向にあり、私も訪問看護師も、更なる知識の習得と指導方法を必要とされている中でセミナーであり、予定された3時間は短くすら感じられる、有意義な内容でした。

NPO法人らしい、大変活気のある実務者検討会がもてました。今後は各地域においても、それぞれの委員が主催して、このようなセミナーが行なわれることを望みます。

PDN 事務局長

二宮英温

PDNは平成15年4月、設立2周年を迎えます。現在、「ホームページ」の開設・運営、「P



DN通信の発行、「胃ろう手帳の販売」を三位一体の媒体ととらえて活動しております。私どもの活動全般を、「PDN広場」と呼ばせていただくならば、ここにはようやく胎動の響きが聞こえてきました。PDN広場は、常に開放的で、透明性が保たれています。患者、家族はもちろんのこと、医療従事者や医療機関、行政、企業など情報を持っている人、情報を受けたい人が、だれもが自由な立場で参加いただけるのです。PDN広場に集まる多くの参加者によって情報価値が継続的に高められていくことを願っております。

この度、東京都医師会訪問看護ステーション実務者検討会のお話をいただいたことで、私どもは大変勇気付けられました。訪問看護師の強いリーダーシップとパフォーマンスを、PDN広場で発揮していただきたいと存じます。

(第2回) 在宅医療の現場から

小川医院(金沢市)院長 小川滋彦



PEG在宅管理の第一歩は

「どんなカテーテルか」を把握するところ！

いろいろな医療機関からお電話でPEGに関するご質問を頂戴します。多くはPEGカテーテルのトラブルに関するものであり、私もなるべく現場の状況をイメージしたいので詳細をお訊ねするのですが、失礼ながらどうも当を得ないことが少なくない。今ご自分が診ておられるPEGカテーテルが「バンパー型」か「バルーン型」か、をご存じないのではないかと思います。場合すらあります。

病院からPEGを装着した患者さんが退院して来たら、在宅かかりつけ医や訪問看護師はまず一番に、おなかに付いているカテーテルのメーカー名、ブランド名、その規格(太さ、ボタン型ならシャフト長も)、そして何よりも「バンパー型」か「バルーン型」かを把握しなくてはなりません。とにかく、PEGカテーテルに記載されている文字は重要ですから、印刷がはがれて薄くなる前にしっかりと読み取ってメモしておきましょう。それでもわからなかったら、紹介元の病院にその日のうちに問い合わせます。何ヶ月も経ってからおもむろに訊ねても、「造設医は転勤でもう居ませんかから分かりません」なんて返事が

かえってきます。本当に笑い話ではありません。たとえばメーカー名を知らなかったら、もし製品に問題があった時、欠品が

まず「バンパー型」か「バルーン型」かを知る

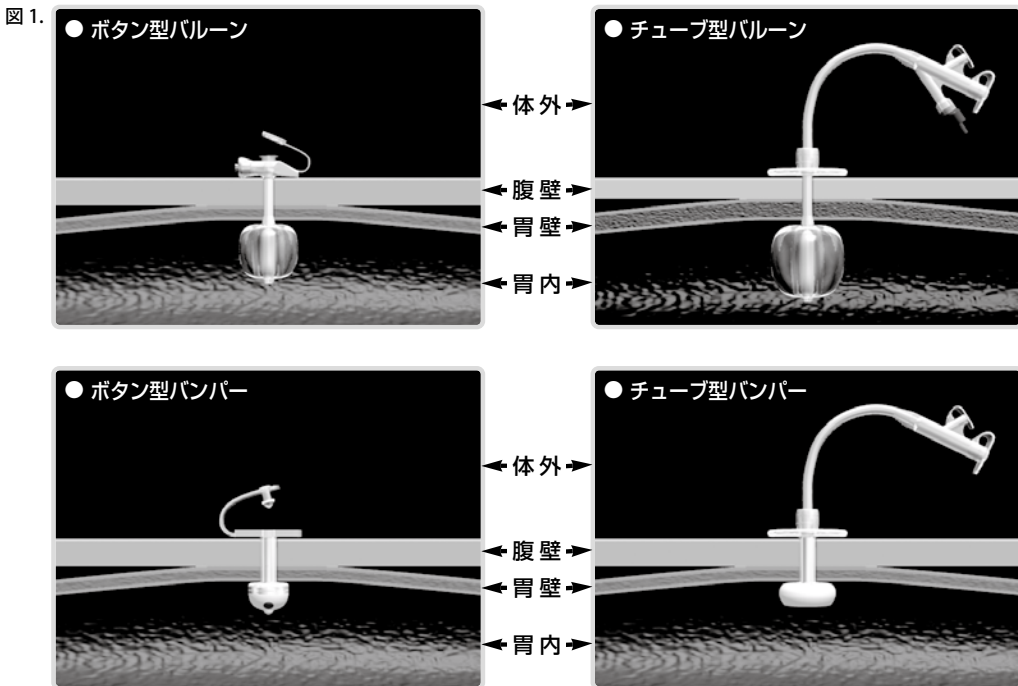
図1は「胃ろう手帳」に掲載されているカテーテルの種類を分類した模式図です。胃内固定板(内部バンパー)がバルーン(風船)のものを「バルーン型」、それ以外の形状のものを「バンパー型」と言います。体外固定板(外部バンパー)の形状で「ボタン型」と「チューブ型」に分けていますが、体外固定板から先(末梢側)のチューブ部分が取り外し式になっているものが「ボタン型」です。図の上の二つが「バルーン型」。下の二つが「バンパー型」で、左側の二つが「ボタン型」、右側の二つが「チューブ型」ですから、計4種類に分類されることになりま

す。余談ですが、個人的には「固定板」という名称は好きではありません。「固定板」は決して固定しているわけではなく、抜けそうになった時にクッションにな

あつた時にいつたどこに文句を言ったら良いのでしょうか。だから「だから胃ろう手帳」が求められるのです。患者さんの体に付いた大事なPEGカテーテルの「正体は何か」の情報、その患者さんに関わるすべての医療者が把握しておくべく「共通の財産」なのです。

ておかなければなりません。さらにバルーン水の確認を二週間に一度は行なうようなプランを立てます。「バルーン水の確認」とは、古い水を抜いて残量を確認し、新しい蒸留水を指定の量もう一度注入してバルーンをふくらますことです。

ご家族と話し合っておく必要があります。あつ！PEGカテーテルって定期的に交換するものだってことはご存じですね。カテーテルがへろへろに老朽化して汚くなったので、ご家族が病院の造設医に交換を申し出たところ、「PEGカテーテルは半永久的なものだ」と叱られて帰って来たという話があります。そうです。「バンパー型」は半年くらい(シリコーン製は半年、ポリウレタン製なら1年くらいはもつ)、「バルーン型」なら1〜2ヶ月をメドに交換しましょう。もちろん、これはあくまでも目安です。



カテーテルタイプは「PEGライフ」に反映する

「バンパー型」「バルーン型」のカテーテルタイプは患者さんの「PEGライフ」にもずいぶん影響を与えます。「バンパー型」の患者さんにとって、カテーテル交換とは半年に一度くらいの「大行事」で、ちよつと痛いし、もしかして病院へ行かなければならないかもしれない。でもそれ以外の時は、抜けることはまず考えなくても良い。一方、「バルーン型」の患者さんは、PEGカテーテルとはいつても交換するもので、気軽に抜き差しできるものだと思つていらつしやるかもしれません。それぞれのライフスタイルに合ったタイプを使つていらつしやる(むしろ、それぞれのタイプ

事を工夫し、何とか口から食べられるように努力する。しかし、すべての人においてその努力が実るわけではない。当然、うまくいかない例もあるわけで、その時PEGがセーフティ・ネットとして機能する。経口摂取の足らない部分をPEGで補うわけです。この場合、100%PEGに切り替えてしまうよりも、できる範囲で摂食・嚥下のリハビリテーションを続けておくことが望ましい(その理由は次号で述べることにします)。

今度は、PEGがうまくいかない患者さんがいたとします。そういう患者さんにはPTEG(経皮経食道胃管挿入術)や腸瘻という方法がありますし、さらには消化管の使用が困難な患者さんにはHPN(在宅中心静脈栄養法)導入への門戸を開いておく。つまり、PEGのセーフティ・ネットとしてちゃんと静脈栄養の選択肢を残しておく。そして、その場合でも消化管の閉塞など禁忌例を除き、九割の栄養が静脈栄養であっても残り一割は消化管を使えば使うに越したことはないのです(腸の萎縮を防ぐためです)。つまり、ひとりの患者さんの持つる残存機能を目いっぱい生かすように、その栄養投与ルートに割合を変えていく。

セーフティ・ネットとしてのPEG

前号で「経管栄養の倫理」といつた言葉自体を揶揄した表現で語つたことをちよつと反省しています。しかし、「食事を十分に摂ることができない」という言わば「致命的な障害を持つてしまった」ひとりの患者さんを支えようとする時、いろいろな職種(医療者が手を差しのべようとするであろう、そのプロセスの中でPEGを含めた経管栄養を捉える必要があると思います。したがつて、「倫理」を議論する場合、致命的な障害を持つてしまった人を「栄養療法で支えよう」とする医療行為自体の「倫理」を問うのと、「PEGという経管栄養療法」に限定した

「倫理」を問うのでは大きく異なつてくるはずで

PEGはセーフティ・ネットです。食事が摂れなくなつた時、まずリハビリや歯科の医師とコメディカル・スタッフ、言語聴覚士等が摂食・嚥下のリハビリテーションを行い、栄養士が食

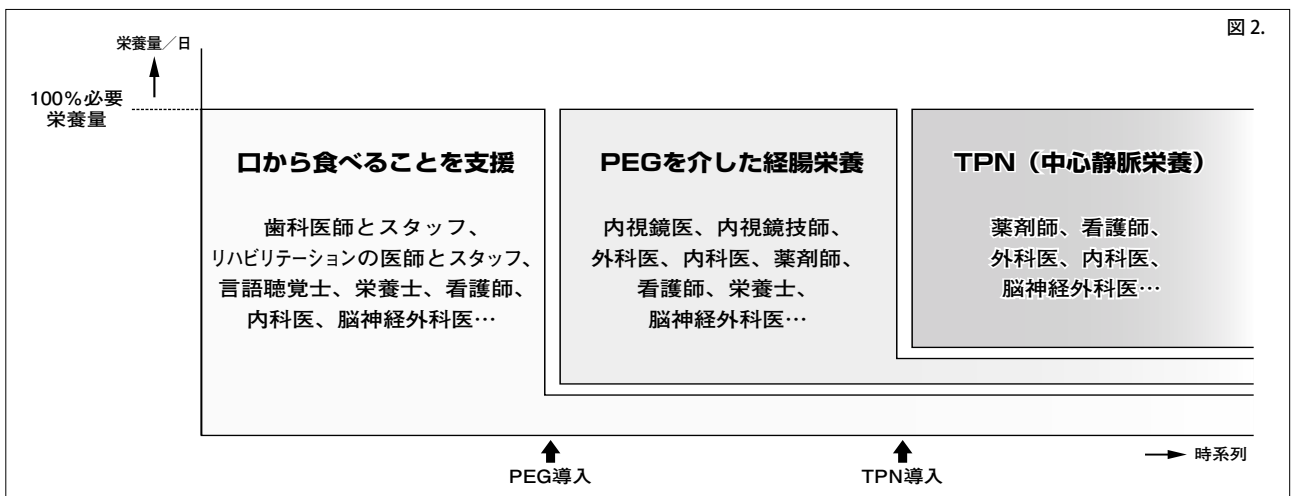
あらゆる医療職による「集学的」栄養療法

—その中でPEGを捉える

ところが、よくこんなことを言う医療者がいます。「PEGになると患者家族が必死の思いで

嚥下訓練をやらなくなるので困る。」これは自分の専門領域でしかものを見ようとしないう我田引

図2.



動をしてしまふきらいがありますが、これもまた我田引水です。消化管の働きが悪く、経腸栄養がうまくいかない人たちも決して少なくない。静脈栄養を否定することはそういつた患者さんたちを見捨てることになつてしまふ。

図2をご覧ください。この図は栄養療法がいろいろな職種の医療者による「集学的治療」であり、決してどれか一つだけが正しいのではなく、段階を踏んであらゆる栄養法が補完しあうべきことを示しています。PEGはこの「集学的治療」の一つの手段であり、この中でその位置付けを論じるべきだと思ひます。

あたり前のことではあります。が、とにかく医療者は「自分の専門分野を主体」に考えるのではなく、「患者さんを主体」に考えるようにします。患者さんを中心に考えれば、自分の専門分野を超えた他の医療職との協力が不可欠であることが、自ずと理解されるはずで

すべての利益は患者へ

城本胃腸科内科クリニック(熊本市)院長 城本和明



はじめに

平成14年6月29日、PEGケアの標準化とネットワーク化をかねて第1回「PEGケアカンファレンス熊本」を開催しました。「熊本市のPEGの現状」「PEGにおける栄養剤の選び方」「PEGスキンケアの基本」の3講演を行いました。

私の内なるPEG

私とPEGの本格的な付き合いは平成5年にさかのぼります。勤務先の病院に脳血管障害で寝たきりのひが多かったため必要に迫られてはじめてわけですが、すぐにPEGのメリットに惚れ込みました。先達の諸先生の、特に上野文昭先生、小川滋彦先生、嶋尾仁先生、鈴木裕先生の業績には大いに啓発され参考させていただきました。文字どおり「がんが」PEGを行ったわけですが、ほ

らったこともありませぬ。(さすがに無謀なときもありましたが)また他の施設で造設しほつたらかしになっていったケースの後始末も多々ありました。

このころ私がいつも思っていたことは「知識、技術はひろく共有すべきである。そして、すべての利益は患者へ」ということでした。でも私の力量不足でPEGチームは院内だけにどまり外に向かつて発信するだけのエネルギーはありませぬでした。

とが起ころうる。そこでチームを作り直しました。言語聴覚士、栄養士、看護師、内視鏡技師が参加し、手順を決めパスを作り、VFも導入し嚥下食を作製しました。病棟でスキンケア、口腔ケアの指導もしました。介護者用パンフは手作り、胃ろうの往診訪問も行いました。造設時には外科以外に循環器科、神経内科、皮膚科、呼吸器科、放射線科の医師に実際に切開穿刺しても

私の外なるPEG

近年、PEG施行数が増えていると感じていました。同時にトラブル例もかなり見聞きしてました。熊本で実際どのくらいPEGが施行され、患者さんはその後どうなり、ケアの中でどんな

表1. まとめ ~熊本市111施設の実態~

- 熊本市の年間胃ろう造設術は、20施設(22.5%) 166症例であった。
- 造設をふくむ全胃ろう管理数は、40施設(36%)のべ230症例であった。
- 診療所、病院、老健施設から在宅へ、203例中25例12.3%が移行した。
- 嚥下リハビリの施行や言語療法士・栄養士のPEGへの関与は全施設においてまだ不十分と考えられた。
- 今後の胃ろうに関して、訪問看護ステーションと病院は胃ろうに積極的だが、老健施設と診療所はやや消極的であった。その理由はさまざまであった。

(第7回HEQ研究会発表演題より)

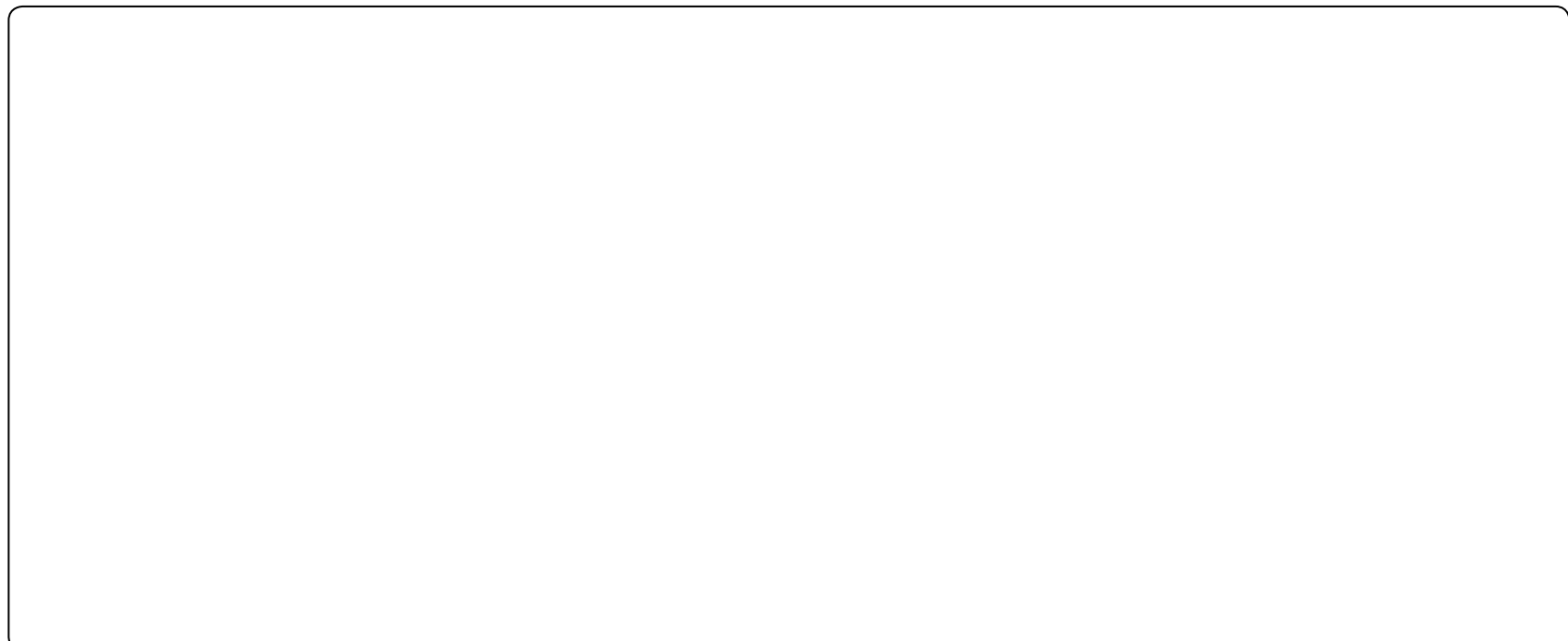
表2. 介護施設における胃ろう患者受け入れ体制

	特 老		特老以外		全施設	
積極的に受け入れる	3	17.6%	3	12.0%	6	14.3%
要請があれば受ける	11	64.7%	14	56.0%	25	59.5%
できれば受けたくない	1	5.9%	4	16.0%	5	11.9%
まったく受け入れない	1	5.9%	3	12.0%	4	9.5%
なんともいえない	1	5.9%	1	4.0%	2	4.8%
計	17		25		42	

11月にPEGネットワークカンファレンスin福岡で発表しました。また追加調査とあわせ、第7回HEQ研究会でも発表しました(表1・2)。ある意味で予想通りの結果でした。

何らかの形でPEGの管理に携わっているのは市内で3割を越えます。にもかかわらず嚥下訓練の実施や栄養士さんの関わりは少ない。老健施設のPEGの受け入れはかならずしもよくはない。造設はするがその後のケアに

関してはまったく知らないという病院も多い。ある医師は「要請があるので作るが、本音を言うとあまり関わりたくない、興味がないんだよね」ともおっしゃいました。いろんな考え方があるものです。数字の結果以上に私が驚いたのはコメディカルスタッフの熱心さでした。「訪問看護師です。在宅で嚥下訓練をしたいが、なかなかうまくいかない。教えて下さい。」365日、同じ栄養剤です。微量元素とか塩分の不足が

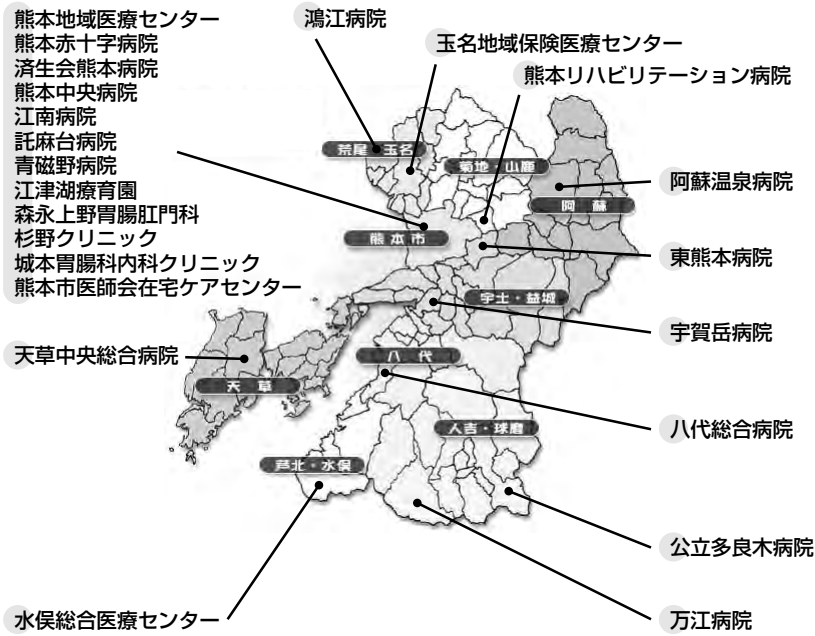


PEGケアカンファレンス熊本の始動

当初から私の中では、どうせやるなら大きな会にしたいと思っていました。リスクを伴いますが理由はこうです。小さな会では情報伝達のスピードが遅いこと。小さくまとまると同好会的になり閉鎖的であとから参加しづらくなること。PEGという裾野が広い分野では、医師のみならず栄養士、言語聴覚士、看護師、内視鏡技師、福祉関係者、患者及び御家族、業者の参加が不可欠で、規模は大きくならざるを得なかったのです。市や県を基盤にした「極端に大きな胃ろうチーム」をイメージしました。PEGドクターズネットワークやHEQ研究会、PEGネットカンファレンスの活動は私に確信を与えてくれました。絶対うまく行くはずだと。ただ準備期間が短いことだけが不安でした。

世話人の選定は私のアンテナ、業者からの情報を総動員して行いました。学閥や上下関係、公的施設、民間施設の差などいっさい無視しました。おおよそむねスムーズにいきましました。少し前ならこうはいかなかったでしょう、時流は追い風でした。県北、県央、県南、阿蘇、天草地区計23施設28人の世話人が揃いました(図1)。医師以外に、栄養士、言語聴覚士、看護師、内視鏡技師にも参加していただき

図1. ネットワークの拠点分布図



会場にあふれる参加者

第1回のカンファレンスは人数制限をせざるを得ない程多くのひとに参加していただきました。けれど一度うまくいったからといって油断は禁物です。実は問題は山積みです。まず、今後500〜600人規模の会場を年2回確保しなければなりません。さらに世話人数が多いために意思疎通がスムーズとは言えず、私の連絡不備からクレームが出ることもたびたびです。今は世話人会報を発行して、独断専行にならないように努めています。世話人や共催メンバーも今後増える見通しです。年1回は県外から講師をお呼びして風通しを良くしたい。各世話人に順番に発表の機会を持っていただきたい。また飽きがない

これからのPEGケアカンファレンス熊本

ました。またPEGの原点として小児科医にも入っていただきました。カンファレンスの骨子はPEGケアの標準化およびネットワーク化をはかる。②カンファレンスの記録をきちんと残す。④特定の施設への利益誘導はしないこと、などです。具体的には、熊本県内どこにいても質の高いケアが等しく受けられるように各世話人はその地域でPEGケアの教育的活動をし、年2回のカンファレンスで情報、知識、技術の交流をはかり、抄録集を発行して資料として蓄積してゆく。また特定の施設がPEGの患者の囲い込みをしないよう非営利的な立場を守るなどです。個人的には「すべての利益は患者へ」が実行できるように、広報活動に専念しました。

問題は医師会の共催でした。県の共催は間に合いませんでした。市の方は結果として共催の許可がおりたのですが、冷や汗ものでした。根回しらしきことは皆無でしたので、理事の方々に「話を聞いてない」「売名行為じゃないのか」「名称が気に食わない」などの発言があったようです。結局、私を知る理事の先生から「ごたごた言わずや」と許可がおりたようです。(医師会の共催がなくてもカンファレンスは開催するつもりでした)

表3. カンファレンス希望テーマ(会場アンケートより)

PEGと在宅医療	85	13.4%	PEGと医療経済	26	4.1%
PEGとスキンケア	102	16.1%	PEGと行政	12	1.9%
PEGと栄養アセスメント	107	16.9%	PEGのEBM	21	3.3%
PEGと嚥下	117	18.5%	PEGコーディネーター	27	4.3%
PEGとNST	56	8.9%	メーカーパネルディスカッション	11	1.7%
PEGとクリニカルパス	52	8.2%	その他	2	0.3%
小児のPEG	14	2.2%			

ような演題テーマの選択もしなければなりません(表3)。今後は、他県のカンファレンスとジョイントでカンファレンスを開くのが夢です。またホームページやメーリングリストの設置も視野に入れていきます。PEG自体が、将来的にはNSTさらにはTotal Nutrition Careの一部門に収斂されて行く日も近いと思われれます。その時はじめてPEGケアカンファレンス熊本の役割は完了するのだと思います。

以上、これから地域連携や勉強会、研究会を起そうと計画されている方々の参考になれば幸いです。



REPORT

コンセンサスミーティング報告

より安全なPEGを目指して

第7回 PEG 研究

9月14日、鎌倉プリンスホテルにて第7回PEG研究会が開催された。

一般演題および特別プログラムに加え、株式会社メティコンの後援で行われたPEGコンセンサスミーティングでの検討結果が、東京慈恵会医科大学外科・鈴木裕先生により報告された。本ミーティングメンバーは、上野文昭先生(大船中央病院)、嶋尾仁先生(北里大学東病院)、小山茂樹先生(滋賀医科大学)、有本之嗣先生(昭南病院)、小川滋彦先生(小川医院)、鈴木裕先生(東京慈恵会医科大学)、高橋美香子先生(鶴岡協立病院)、平野太進PM(メティコン)と、わが国では早期からPEGを導入し、PEGの持つ光も影も体験されてきた方々である。

検討項目は、現在なかなかコンセンサスが得られにくい6項目に選ばれた。

絶対禁忌

- ① 通常の内視鏡検査における絶対禁忌
- ② 補正できない出血傾向
- ③ 内視鏡が通過困難な咽頭・食道狭窄
- ④ 胃前壁を腹壁に近接できない

理にも若干の工夫が必要である。
 対策↓画像診断(CT、胃透視)で穿刺部位を確認
 造設時の試験穿刺
 造設時の透視や超音波検査
 ② 極度の肥満
 日本人にはあまり多くないが、造設と管理はやや難しい。
 対策↓皮膚の大切開
 皮下組織の剥離
 造設法の選択(Pull法、Push法が好ましい)
 ③ 妊娠
 PEGは可能。
 対策↓産科医、麻酔科医にコンサルト
 ④ 腹水
 腹水の程度によるが、極端に多い場合以外は施行可能。
 対策↓造設法の選択(Pull法、Push法が好ましいが、十分な胃壁固定ができる場合にはIntroducer法でも可能)
 胃壁固定具の使用
 PEGの検討
 ⑤ 腫瘍性・炎症性病変
 基本的には病変部の穿刺は避けるべきであるが、損益バランスを評価して適応を決定。

相対禁忌と対策

① 腹部(特に胃)手術の既往
通常よりも造設が難しく、管

対策↓画像診断や内視鏡所見で病変の局在を確認
 ⑥ 著明な肝腫大
 基本的には肝臓の貫通は避けるべきであるが、損益バランスを評価して適応を決定。
 対策↓画像診断(CT)で肝臓の解剖学的な状況を把握し、損益バランスを評価。
 ⑦ 門脈圧亢進
 術後出血がコントロールできれば施行可能。ただし止血困難な場合は禁忌。
 対策↓薬剤などを用いた出血傾向の補正をはかる。
 ⑧ 腹膜透析
 造設時の感染を避ける。
 対策↓造設法の選択(感染コントロールの難しいPull法、Push法は避けIntroducer法を選択)
 胃壁固定具の使用
 PEGの検討
 ⑨ 出血傾向
 門脈圧亢進のケースに順ずる。
 対策↓出血傾向の補正
 ⑩ 全身状態・生命予後不良例
 1ヶ月以上の生命予後が見込まれる場合。
 対策↓綿密な管理と損益バランス



熱心に聴き入る参加者達

評価

① 一般内視鏡検査の相対禁忌

栄養開始時期と延期すべき場合

● 栄養開始時期
 一般的に、造設後1〜3日目。
 ※必ず患者の全身状態を評価して決定する。
 創部感染は胃の停留現象(胃内容物の排出遅延)を生じ、胃食道逆流による誤嚥性肺炎を誘発する危険性が高くなるので、創部感染を生じた場合には栄養投与には細心の注意が必要。重篤である場合には、栄養を一時中止した方が安全。

胃壁固定具の必要性

【結論】より安全に造設を行うには必要性あり(世界的にみると、全症例に胃壁固定をするコンセンサスはない)
 ● 有用な症例
 ● Introducer法を用いる場合
 ● 事故(accident) 抜去の可能性
 ● ある場合
 ● 腹水がある場合
 ● 問題点
 ● コスト高
 ● 手術時間の延長
 ● 穿刺回数が増加
 ● 固定針の締め過ぎ等による痛みや虚血

外部バンパリの設置方法と適切な距離

造設直後↓割ガゼを挟んで外部バンパーを固定
 翌日↓創部の腫れの状態に合わせてガゼを抜去
 適切距離↓体表部(皮膚)から約1cm
 ※外部バンパー移動は極力行わない。
 ※牽引による強めの固定を行わない。↓腫れてから緩めるのではなく、初めから緩めに。

特殊症例に対する手技の選択(表)

	Pull & Push法	Introducer法	補足
残 胃	○	△	穿刺針が細い方が安全。(Introducer法でも適切な固定できれば、問題はない)
胃食道噴門部狭窄	×	○	狭窄の理由が癌性のものであった場合、咽頭や食道の癌が移植されてしまう危険性が高い。狭窄部に出血等を起こす可能性あり。
腹 水	○	○	胃壁固定を行わない場合はPull法、Push法が好ましいが、胃壁固定をすればどの方法でもよい。
減圧胃ろう	○	△	穿刺針が細い方が安全。
咽頭MRSA保菌者	△	○	創部感染の原因の多くが口腔・咽頭・食道等の菌に起因しているため、感染防止処置がないPull法、Push法は避けるべき。

発表後の質疑応答では、PEGの施行で在宅療養が可能になったものの、介護の長期化に対する社会的な支援が不十分である、PEGを施行する側は、そういう問題に対しても積極的に訴えていく必要があるのではないか、という福祉との連携の必要性を訴える意見もあがった。
 鈴木先生は、「この問題は、今後このような研究会を通して、介護の面からみたコンセンサスを我々が考える機会を持つということが、大変重要になってくると思っています」と結んだ。

REPORT



目の前で展開される討論

第25回在宅経腸栄養(HEN)研究会
第17回在宅静脈栄養(HPN)研究会

在宅療養のキーワード

日常性の回復

合同集会
開催

9月28日、パシフィコ横浜会議センターにて、HPN・HEN合同集会在宅栄養管理という大きなテーマの下、数年前より合同で開催されている。今回の会長はさいたま市立病院副院長の遠藤昌夫先生(HPN)、北里大学東病院消化器内科の勝又伴栄先生(HEN)。
これからの在宅医療の課題となるテーマが、各会場で話し合われた。

経腸栄養長期管理を支えるために

ラウンドテーブルディスカッションのテーマは「経腸栄養長期管理のルートの確立」。長期経腸栄養管理が必要となる対象は、脳血管障害や神経障害による嚥下障害、通常の食事をとると消化管の炎症が悪化してしまうクローン病、上部消化管手術患者の術後栄養障害など多岐にわたる。

では、家庭や会社でのより通常の生活に近い状態での治療の継続が要求される。
成分栄養剤の投与は、ほとんど経鼻チューブによるルートが第一選択であった。近年、経鼻チューブの挿入を拒む患者へ、胃ろうを提案する医師も増えてきており、効果を上げている。
しかし、クローン病という炎症性疾患の性質上、造設による刺激が与える影響についての明確な結論がわが国では出ていないことから、現時点では積極的には勧められていないような印象を受けた。

また、在宅での安全、安心な経腸栄養管理を支えてゆくには、緊急時、いつでも対応してくれるスタッフが必要な。限られた人数で24時間サポートの体制を築くには、クリニカル・パスの活用やカンファレンスによって患者情報を共有し、共通の認識をもつ多数のスタッフが関わってゆかさるを得ない。
ここで問題なのは、司会の高添先生が発言されたように「医療者の理解度をチェックするシステムが現在のところ何もない」ということである。栄養管理およびそれに伴うケアに関する医療者の認識や、ケア・対応法

今、改めて問う 在宅療養の意味

ランチョンセミナーでは井上善文先生(日本生命済生会日生病院外科)が、「良性患者に対する在宅栄養療法—こんなに元気でアクティブです—」と題してご自身の在宅患者さんのケースを紹介された。井上先生は、ターミナルの患者さんであろうとみられると、在宅療養の意味は、自分が自分らしくありたいという「患者自身の日常性の回復」と位置付けられている。それを支えるために家族や住みなれた家が必要な条件となったときに、在宅療養となるわけである。
末期患者の場合、残された命が短いことを本人も家族も知った上での在宅療養は、患者や家族に何をもちたのか。患者自身、家族との関りを最期まで持てたことを感謝する思いと、病名や余命を告知されたことへの辛い思

経腸栄養剤の 選択基準とは?

ラウンドテーブルディスカッションのテーマは「経腸栄養剤の特微と選択法」。経腸栄養剤全般と、クローン病における経腸栄養という二つの話題に対する報告と質疑が繰り返された。
現在わが国で市販されている経腸栄養剤(医薬品・食品)は110種類以上におよぶ。しかし、自然流動食・半消化態栄養剤・消化態栄養剤、成分栄養剤を基本に、1mL当たりのカロリー、形状(粉末・液体)などで分類されており、栄養療法を考慮した分類はメジャーになってはいない(名古屋市立大学病院栄養管理係・内田由美子先生)。
一方、アメリカ、イギリスなど欧米では、標準・消化態・病態別という分類が一般的で、世界のスタンダードとなっているようだ。最近わが国でも、グルタ

ミン、アルギニン、核酸、^ω3系脂肪酸などを含んだ免疫力強化の栄養剤が登場している。
また、微量元素製剤の添加の問題(現在は食品扱いの栄養剤は食品衛生法に抵触するため不可)、投与時間を短縮できる高蛋白・高濃度の栄養剤の開発、そして経腸栄養剤の種類による保険適用と非適用の問題などへの対応に、医療者や経腸栄養剤の製造メーカーも働きかけていく必要があるだろう、と姫路聖マリア病院NST・曾田益弘先生は語った。
長期経腸栄養剤投与における微量元素欠乏についての発表では、投与の際に微量元素の添加の有無を確認すること、可能であれば、僅かな量でも経口摂取を併用することが望ましいという報告があった(京浜病院・柴山朋子先生)。
高齢になるにしたがって、必要栄養量や1回の食事が少なくなるので、実際にどのくらい食べているのかも大切なチェックポイントとなること、特定の薬剤が体内の微量元素を排出してしまう作用を持つ場合があるので、薬剤部とも連携して情報を共有していきたい、という意見もあがった。
「日常性の回復」というキーワードに近づいていくためには、医療・介護スタッフは、在宅医療を支えるハード面(技術と知識の蓄積)とソフト面(双方方向のコミュニケーションによる信頼関係の構築)を兼ね備えていることが、益々要求されていくに違いない。食事・栄養という領域は、最も日常生活に影響することである。これからの在宅医療のあり方を考えていく上で、さらなる情報の公開・共有・討論が展開されてゆく必要があるだろう。

訪問看護 最前線

1

住み慣れた家で 安心して過ごせる条件とは

富士市訪問看護ステーション 新留とよ子



い頃でしたから、私にはチューブの廻りが赤くただれた光景しか浮かばず、年齢的にもそこまでしなくてもいいのではと乗り気にはなりませんでした。

鈴木先生は、「そのように困っている人に胃ろうを作ってあげたいんだ」とPEGのメリット、デメリットを熱っぽく話してくださり、私も、もしかしたらSさんには良いことではないかと思

い、奥様に相談しました。奥様は「夜中に騒いで隣近所から苦情があると、その度にいつそ二人で死んだ方がいいと思う」とさえある、看護婦さんが良いと

思うならいいよ」と言われ、鈴木先生のインフォームドコンセントで、私にとっては、第一号のPEGの患者さんとなりました。

胃ろうにして自宅での生活には目を見張る程の変化が見られました。胃ろうを造設した後も経口摂取の訓練を続けました。

口からおやつ等を食べ、栄養と水分は胃ろうから投与しました。夜間の不穏状態が解消され、車椅子で散歩にも出かけるようになりました。この時のPEGとの出会いは今も忘れることができません。

「ばあさんとの家です」と暮らしてきたんだ、この家が一番いい」とSさんは4年の間入院することもなく、住み慣れた家で過ごされ、そして最期は自宅で奥様に看取られました。



富士市訪問看護ステーション スタッフの皆さん

ついで強く望んでいることを申し上げたいと思います。

私たちは多くの症例から、胃ろうがQOLやADLを高め、介護の負担をかるくすることに、経鼻チューブよりも優れており、安全であることを体験的に学びました。

脱水により入院を繰り返したあげく胃ろうにするのではなく、誤飲や二次的危険性を予測して、本人や家族に十分な説明を行って導入されることを望んでいます。また胃ろうをつくるタイミングがいかに大切であるかも見えてきました。

しかし、だからといって、私たちはPEGが絶対とは、決して思っておりません。口から食べられなくなった時、いろいろな選択肢を調べ、理解し、その中から、PEGは選ばなければならないかもしれません。PEGよりよい方法が見つかれば、そちらを選ぶのは当然です。そのためには主治医を含めた医療スタッフと慎重に検討することが大切です。

いま、胃ろうによる栄養管理は、訪問看護師の必修科目になりました。栄養投与、ケアなど私たちが習熟しなければならぬことはたくさんあります。また、緊急時の対応など、胃ろうのケアには地域医療機関のネットワーク体制も大切であると思います。

PEGの歴史

8年前の平成6年、私が地域保健科勤務となり、訪問看護の仕事についたとき、PEGとの出会いがありました。

在宅介護の中でも食事の問題は家族を悩ませ本人にとっても一番つらいものです。その方(Sさん)は、誤飲による肺炎で入院を繰り返して、とうとう経鼻経腸栄養となったのですが、不快感でチューブを抜いては入れられる繰り返しでした。チューブを抜くだけならともかく、夜間大声を張り上げる等の不穏状態が日々激しくなり近隣からの苦情で介護者の奥様は眠れぬ日々を送っていました。

このまま在宅で過ごせるだろうか？奥様の身体のことを考える

と施設入所も仕方のないことではないだろうか？と私も不安でしたが、奥様はいつも「おじいさんがどんなにわがままを言っても嫌わないでね。私が嫁に来たからおじいさんと二人で暮らしたこの家で最後までいたいよ」とおっしゃるのが口癖でした。

ちょうどその頃、以前、富士市立中央病院と一緒に勤務していた鈴木裕先生が再赴任してこられました。私はSさんの経鼻チューブの自己除去や夜間の不穏状態などについて相談しました。

鈴木先生は「良い方法があるよ、PEGはどうだろう」と言われ、PEGはPEGといわれていな

い頃でしたから、私にはチューブの廻りが赤くただれた光景しか浮かばず、年齢的にもそこまでしなくてもいいのではと乗り気にはなりませんでした。

胃ろうの在宅介護 実際を見てもらう

最近私どもにも胃ろうについてのご相談が増え、インターネットで調べたり、直接ご相談に来られたりします。自発的に胃ろうを希望される場合も、こちらからアドバイスする場合も、胃ろうの長所、短所を充分にご理解いただくことが最も大切だと思います。まずPDNから出ているビデオや著書で説明しますが、希望される方には、実際に胃ろうで栄養管理をされている方を一緒に訪問して、介護の実際を見たり、聞いたりしていただきます。こうした機会をもつことで、私たちが伝えきれない介護の実際を知る手助けにな

りますし、胃ろうの事だけでなく介護全般について同じ立場で本音を言い合ったり、励まし合ったりすることが出来ます。

最近胃ろうもようやく市民権をえたようで、造設の病院も増えてきました。以前はPEGの交換は往診をしてくださる主治医により自宅で交換していただくことも出来ます。御家族の負担もかなり軽減され、胃ろうによる栄養管理が広く認知されつつあります。PDNの『胃ろう手帳』も、有効に活用させていただいております。

最後に、私たちが胃ろう造設に

Webセミナー①

先生「PEGの適応」の問いかけ

また、1500頁、症例以上もPEGを施行した鈴木裕代表理事が、一般向けに上梓した『おなかに小さな口-PEG』の第六章・光と影でも、代表理事は同じ思いを問いかけている。

PEG施行の難しさは、個々の症例において、各々の死生観、倫理観、宗教観があり、個別に結論をえなければならぬことにある。PEGはそのメリットのみを誇張したり、安易に施行してはならないことは自明の理である。白浜先生他3名の先生方のご指摘のように、医療者は専門的な情報をわかり易く提示し、専門医として、その選択肢についての個別の洞察を語り、問題解決に取り組んでほしいという提言は、すべての医療者に届けたいメッセージである。

●これからの課題

PEGの医療経済効果に関しては、欧米の文献同様日本でも効果が期待されます。しかし、その患者にとって本当に良かったか否かについては、疑問がのこるのが現実です。私は、食道外科医ですが、この問題はPEGに係わらず、外科領域にも同様の疑問があります。適応・効果と患者・家族の満足度の評価は、医学の永遠の問題だと思います。このテーマを取り上げた「緩和内視鏡治療」という本が2002年10月、医学書院から出版されました。私は編者ですが、各領域のスペシャリストによる、医療人としての倫理観・死生観を含んだ内容には、感動を覚えます。

【Re:PEGの適応 From:みっくん先生】

選択された人生を最後まで支える

私は中規模病院で消化器内科(一般内科も)をやっています。みっくんといえます。

私の場合のキーワードは、「栄養補助療法をするかしないかの選択を一番はじめに十分話し合う」「利点も欠点も伝える」「医学的に明らかに意味のないことは拒否する」「ご本人とご家族の決定を尊重し、最後まで支える」「時に十分な知識なしに決定することがあるので、十分な情報を提供する」です。

以前に、医療従事者や、患者家族を対象に、食べられなくなった時にどうしてゆきたいかを、痴呆の有無や、ADLの自立度に応じて、患者の場合、家族の場合、自分の場合と分けて、アンケート調査したことがあります。その要点をまとめると、1)いずれの場合も栄養療法を行う場合の選択肢は胃ろうを選択する率が高かった。2)いずれの場合も看護師は他の職種より胃ろうを選択する率が高かった。3)栄養補助を行わないという選択は、自分自身、家族、患者の順に多かった。4)痴呆がある場合はない場合より、栄養補助を行わないという選択

が増えた。5)ADL自立度が低下するにつれて、栄養補助を行わないという選択が増えた。というものでした。この結果から、「栄養補助治療を行うのかどうか」という選択に一番時間をかけて十分なインフォームドコンセントを行うべきだと考えました。(本人に判断能力がある場合は本人の意向を一番に尊重、本人が判断できない場合は一番近いご家族に決定してもらいます。)もちろん、「行わない」という選択がなされた場合はそれを尊重し、そのための援助を最後まで行います。(しかし、この時、いつでも考えを変えられるということにも触れておく必要があるでしょう。)時に、説明すらくこうとせず妄信的に「胃に孔をあけるのは絶対嫌だ」と言い張る方がおられますが、この場合でも必ず補助栄養についての説明をきいた上で判断していただくようにしています。(行わない場合は、衰弱しいずれ死にいたるといふ決断をするわけですのでその点をきちんと理解していただきます。)

補助栄養を行う場合には消化管の機能その他から自ずと最適な方法は決まってきます。可能なら経腸栄養が第一選択です。経腸栄養においては胃ろうと経鼻胃管については利点欠点の話はしますが、ここについては体力的に許す場合は胃瘻をすすめます。(QOL、管理、トラブルなどの点で胃ろうの優位性は明らかだからです。)

補助栄養を行わない場合に自宅や病院でだらだらと長期に末梢輸液を行うことはほとんどしません。(家族や医療者の満足だけであり、本人にとって実が伴わないと考えるからです。)途方に暮れるご家族の場合には、「点滴」ではなく、できる限りコミュニケーションの時間をとってもらうために、どんなアプローチの方法があるか具体的にアドバイスを心がけます。

少ない経験ですが、PEGを選択される方もされない方もいます。そのどちらであっても、選択した人生の方法をできる限り支えるという立場にたち、決し

て、決定そのものを代行してはいけなと思っています。本人の意思が確認できない時に家族が代行することの是非はあると思いますが、現状では家族以外が代行することは困難だと思います。どの選択を選ばれた方であっても、いい人生を全うされたと最後に思ってもらえるように関わりたいです。(ご本人の意向で「意識がなくなったら胃ろうからの栄養剤投与は中止する」というお約束に従ったこともあります。)

選択の自由はいろいろな選択ができてはじめて成り立ちます。選択肢すらない状況は決して自由ではないはず(その昔、皆が自宅で自然に亡くなっていったのは決して尊厳死ではなく、それしか方法がなかっただけなのです。)。尊厳死も自宅で看取りも、それ以外の選択もできる状況であってこそ自由意思で選べるのだと考えます。誰でも長く生きたいし、長く生きてもらいたい、それは自然な感情で、命そのものに価値を見出すような感情も大切にしていきたいと思っています。

【From:白浜先生】

誠実な回答に感謝します

現場の先生方のコメント本当に有り難うございます。あまりにPEGさえすれば末期の栄養補給の問題は解決するというようなPEGに対して過度の幻想があるようで、あえて問題提起させていただきました。誠実に回答いただいたことに感謝します。

予後の見通しの上で立って、PEGを勧めるかどうかを判断し、そのことを患者(家族)の意見も聞きながら一緒に決めていくことが、医師の仕事だと思います。全く中立の立場で、PEGはしてもしなくてもいいですよ、後は家族でお決め下さいとって家族に委ねられても、家族は困りますし、結局治療がうまくいかなければ、家族の方が同意されたでしょうといくらいっても、PEGのことを最初に持ち出した医師に不満をもたれることは避けられないことだと思います。

PEGをするしないよりも、まず、食べられなくなったということは、患者さんが、終末期に近づいたという認識をして、その状態の中でどのように周りの人間が対応することが患者にとってよいかを話し合うことが何より大切な気がします。

みっくんさんが述べられた「PEGを選択される方もされない方もいます。そのどちらであっても、選択した人生の方法をできる限り支えるという立場にたち、決して、決定そのものを代行してはいけなと思っています。本人の意思が確認できない時に家族が代行することの是非はあると思いますが、現状では家族以外が代行することは困難だと思います。どの選択を選ばれた方であっても、いい人生を全うされたと最後に思ってもらえるように関わりたいです。」という関わりを私もさせていただきたいと思っています。

しむのです！

「肉体的損傷・術後障害・意思障害・運動障害」等々、これらは悲しく辛く悔しいことですが、このことを幾ら深く掘り起こし質疑検討してもいい結論は出てこないのです。しかし、人間各々に過去があり未来への夢を持って生きている限り、又「他人と比べて」己の不幸を嘆き悲しみ苦しむのは当然のなりゆきで、患者・家族が一度は通らなければならぬ険しき「峠の道」ではないでしょうか。「何故俺が！何故この時期に！こんな目に遭うのか」と自問自答する度にやり切れない悔しさや感傷がゴチャゴチャと湧き上がり、色々と不運な面ば

“満足”という言葉がありますが、私の場合は「食道全部」と「胃の2/3」や「幽門の1/3」或いは「胸骨の何本」かは「食道癌手術」で「切り落とす」ので、充分どころか五体満足なんて言葉はとも当てはまるとは言えない状態だったし、当初はそう念っていました。しかし「胃ろう」というキットに出会いそれを造設することで全身状態が良好になるに従って、「不満足」という価値観は逆転現象を起こし、一変したと言っても過言ではありません。この胃ろうというキットを使いこなすこと、経腸栄養剤ツイインライン800ml/日を十二指腸から安全に且つ簡単な操作で投与できること、お陰さまで、からくも「生命を支えてもらっている」という現実を直視することが、時間が経つにつれて「満足ではないけど：不満足でもないな」と言う実感となり心底から湧き上って参りました。



平成の一体さん

私も一言



養護第一課長
高橋好美さん

大田区立特別養護老人ホームたまがわを訪ねて

《胃ろう》の経管栄養、 ただいま 24名



胃ろうによる経管栄養
養護とは、医療行為と
定められている。その
ため人員が少なく夜勤
帯のない看護師の医療
行為に頼る施設では、胃ろう造設
者の受け入れに消極的にならざる
をえない。最近はこの傾向も
実態と乖離してきたため、少しづ
つ緩和されつつあるが、なお都市
部の介護施設では入所拒否の理由
にされることが多い。

大田区立の特別養護老人ホ
ム「たまがわ」では、24名の胃ろ
う造設者を介護されていると聞
いて、養護課長の高橋さんを訪
ね、お話をきいた。当施設の運営
は、あらゆる面で見張るもの
であったが、今回は胃ろうに焦点

私の信条「在宅でできるけど、なぜ、 専門職集団の特養にできないのか!」

高橋さんは准看護師の経験が
あり、社会福祉士の資格をもつ
て、メデイカルソーシャルワ
ーカーの仕事が長かった。

高橋さんには、施設の仕事
で、どうしても納得できないこ
とがあった。それは、専門職集
団の介護施設でありながら、在
宅ケアでできることをさせて
もらえない。目の前の入所者が
困っているのに、ケアワーカー
は職務上、手が出せない。介護
と医療の役割分担の線引きに、
高橋さんは合点がいかなかった。
「在宅でやれることは、特養
でもできるというのがわたしの
基本的なスタンスです」

高橋さんの開口一番には、こ
の強い信念があった。高橋さん
は、5年前、同じ大田区立の公
設特養で、公設としては、はじ
めて胃ろうの要介護者を受け入
れたことでも知られている。

をあててリポートしたい。

大田区立特別養護老人ホ
ムたまがわは、介護老人福祉
施設200人、短期入所生活介護
施設(ショートステイ)40人と
いう大規模な公設民営の介護
施設である。建物・設備・管理
は大田区が、運営は民間の社
会福祉法人、池上長寿園が受
託している。高橋さんは池上
長寿園の社員であるから、公
務員ではない。

高橋さんは、話の筋道が
明快で、すこぶる歯切れが
いい。質問に間髪をいれずぼん
ぼんと答えてくださるのがとて
も印象的だった。情報はすべて
オープンにしているという施設
の透明性も特筆したい。

「特養には看護師もいる。沢
山のケアワーカーもいる。理学
療法士も、栄養士も、ソーシャ
ルワーカーも、嘱託医もいま

胃ろう管理のリスクは、 経鼻チューブよりも小さい

高橋さんは、経鼻チューブの
トラブルをたくさん見てきた。
誤嚥性肺炎の危険性が高い。自
己抜去のため、止むを得ず手足
を拘束しなければならぬ。傍
目にも惨めで、本人は違和感が
たまらない。経鼻チューブで嚥
下障害者を介護した経験者なら
誰もが感じることだ。これを知
り尽くしている高橋さんだけ
ら、嚥下障害者の長期の栄養管
理では、胃ろうがよりベターな
選択肢と考えている。

高橋さんはメデイカルソ
シャルワーカーとして、人工呼



胃ろうの方もレストランでみんなと一緒に

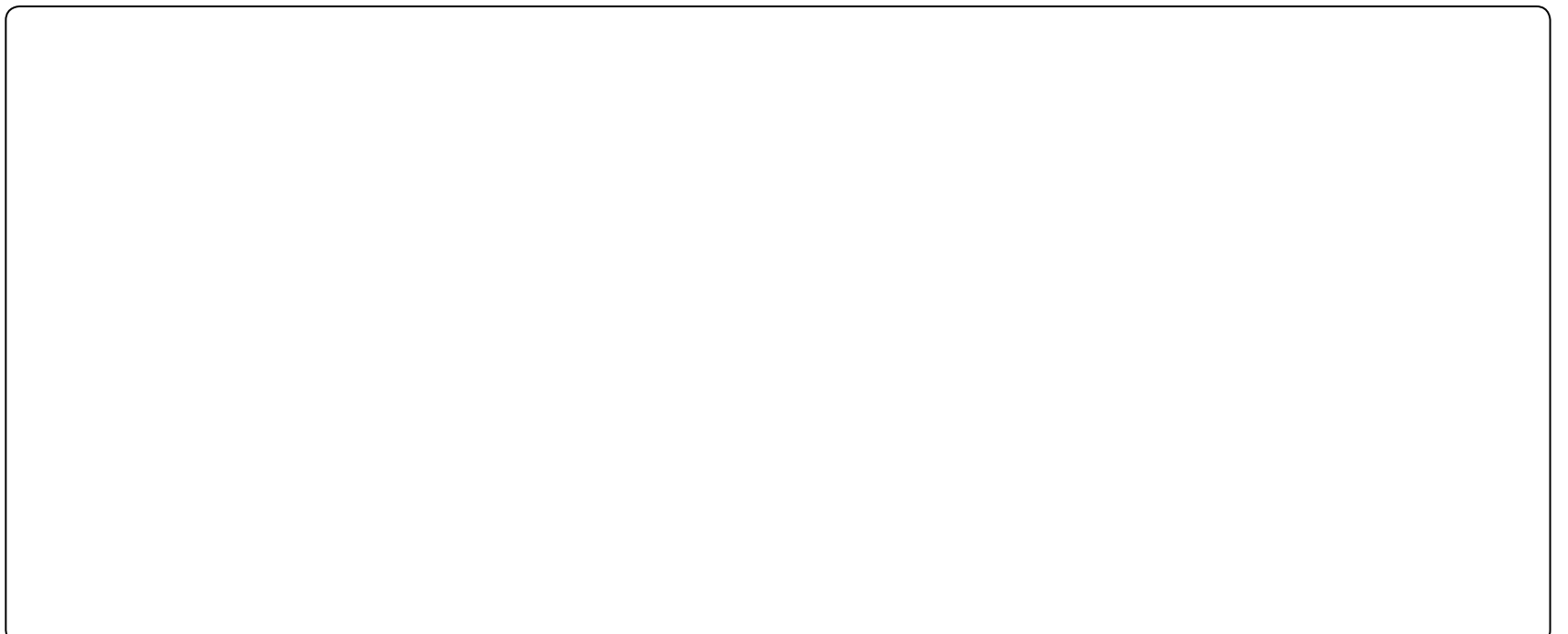
ルワーカーも、嘱託医もいま
す。介護環境は在宅よりずっと
恵まれているのです。それなの
になぜという疑問が、仕事の原
動力となり、パワーとなりました。
でも、わたしが区の職員で
あったら、こんなことは出来な
かったかも知れませんね」と、
最後の言葉は少し声を細めた。
この言葉には、医療と介護の狭
間に、いまなお法の規制が存在
することの不可解さがこめられ
ていた。

吸器をつけた重度の患者さんの
在宅ケアをコーディネートした
経験もある。それに比べれば、
いま、24名の経管栄養者を受け
入れることに、介護職としての
個人的な知識とスキルがある。
しかし、そんな個人的なスキル

「たまがわ」では、毎週一回の摂
食嚥下指導も行なっている。担当
医は昭和大学の向井教室から派遣

週一回の摂食嚥下指導、 嚥下障害者を出さないために

で、養護課長という重責を担え
るものではないし、また担って
はならない。高橋さんの信念を
ささえているのは、しっかりと
た施設の組織対応力であり、教
育研修の実践であり、利用者中
心に専門職が一体となるチー
ム力である。リスクを伴うケアに
は細心の注意を払っている。さ
らに、すべてをオープンにした
利用者や家族へのインフォーム
ドコンセントを徹底する。経腸
栄養の投与は医療行為であり、
ケアワーカーが行なうのは、本
当は法律違反になるが、利用者
のニーズに応えるためには止む
をえず行なうことを説明し同意
を求める。決して強要ではなく、
理解を求めるのだ。利用者や家
族に異論は聞かれないことが多
く、決して施設がイケイケ・ド
ンドンでやっているのではない。
ただ、心の中には、利用者の思い
に込めるのだという自負もある。
「医療ミスが看護師個人、ケ
アワーカー個人にふりかかるな
ら、誰も積極的に仕事をしたが
りません。良いと信じて、自分
の職務に励み、万一失敗があつ
ても、責任をとってくれる人が
あると思えば、生き生きと仕事
ができます。そして、その気持
が利用者や家族に伝わり、信頼
感が生まれます。すべての責任
は施設運営にあり、現場責任者
の私にあります」
高橋さんはきつぱりと言いきつ
た。なるほどここには澁刺とした
職場の息吹がみなぎっている。





週一回の摂食嚥下指導

「七十代後半で胃ろうをつくった方でしたが、植物状態になったその方が忘れられませんか。その方は時折、指や衣服の端をしゃぶっていることがあります。これは食べる能力が残っているのだと思います。お口

でも、介護施設は人手が足りず、身体介護で

「介護には身体的なケアよりも一つ心のケアがあります。身体的ケアは大切ですが、それだけをしていると、利用者者は落ち込み、気力が衰えていきます。だから、喜びや楽しみや生甲斐を与えてあげるという心のケアが大切です。」

「私は人寄せパンダですよ」と高橋さんは声を立てて笑った。人寄せパンダといわれるが、どうして高橋さんはボランティア

私は人寄せパンダ

のマッサージなどのリハビリをする、体力もついて、少しづつ口から食べられるようになりました。食べたいという意欲を神が復活させてくださったのだ

胃ろうの手術は提携病院で、約一週間の入院で帰ってくる

胃ろう造設は、提携病院で行なっている。造設が終わる、栄養投与が可能になると、約一週間の入院で施設に戻ってくる。しかし、胃ろうを造ったからそれで終わりというのではない。嚥下障害者もスタッフも、最後まで食べることをあきらめてはいない。「とても稀なケースですが」と断って高橋さんが云った。

主治医、摂食・嚥下指導の先生、家族などと相談し、充分なインフォームドコンセントを行なったうえで、胃ろう造設を行なう。現在、25名の経管栄養者のうち1名だけは経鼻チューブだが、それはご家族の胃ろう造設への理解がえられないからだ。もちろん外部から当施設へ、胃ろうの方も受け入れている。

と、感謝しました。なんとというかなげな人間の営みであるうかとスタッフは感動しました。もちろん充分でない分は胃ろうから入れました。発語も多くなりまし

ケアプラン会議

「介護には身体的なケアよりも一つ心のケアがあります。身体的ケアは大切ですが、それだけをしていると、利用者者は落ち込み、気力が衰えていきます。だから、喜びや楽しみや生甲斐を与えてあげるという心のケアが大切です。」

「一杯になります。だから利用者に喜びや楽しみや生甲斐のケアをしていただくのがボランティアの方々です。私の一番の仕事は人寄せパンダなんです。」

定期的な胃ろうカテーテルの交換も、提携病院で行なう。交換は外来で行い、入院はしない。



大田区立特別養護老人ホームたまがわ全景

話が終わって、高橋さんが時計をご覧になった。予定の時間が大幅に過ぎていた。間もなくケアプラン会議が始まるというので私たちは腰をあげたが、ケ

ケアプラン会議のことが気になって立ったままで尋ねた。「介護保険の運用基準にケアプランを提示して、利用者や家族に同意を求めるという事項が

「ボランティアの方に、あなたは何がお出来になりますかと、最初にお尋ねします。唄でも、手芸でも、お洗濯でも何でもいいのです。私はボランティアの方に、あなたのお出来になることを自由になさってくださいと云います。お年寄りが喜んでくださる顔を見て、自分の喜びにしたいだければいいからです。」

「ボランティアの方に、あなたは何がお出来になりますかと、最初にお尋ねします。唄でも、手芸でも、お洗濯でも何でもいいのです。私はボランティアの方に、あなたのお出来になることを自由になさってくださいと云います。お年寄りが喜んでくださる顔を見て、自分の喜びにしたいだければいいからです。」

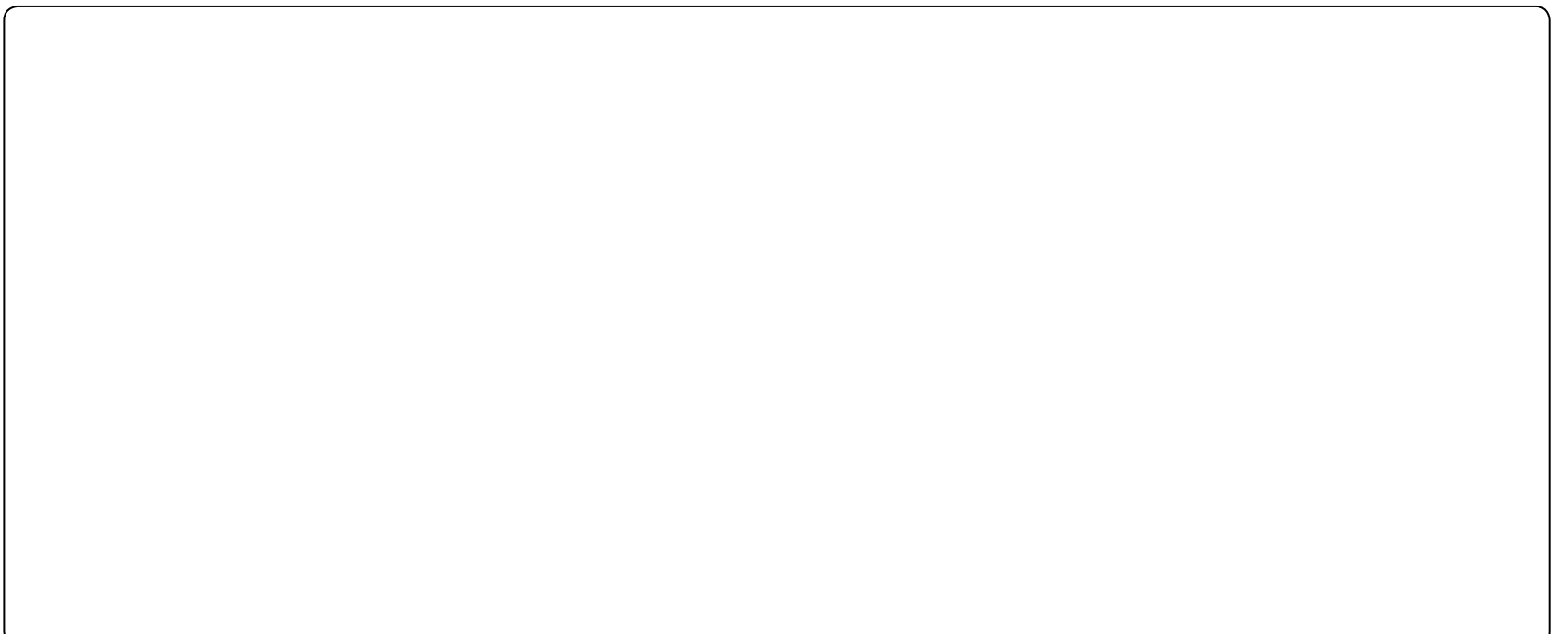


ケアプラン会議

「ボランティアの方に、あなたは何がお出来になりますかと、最初にお尋ねします。唄でも、手芸でも、お洗濯でも何でもいいのです。私はボランティアの方に、あなたのお出来になることを自由になさってくださいと云います。お年寄りが喜んでくださる顔を見て、自分の喜びにしたいだければいいからです。」

「ボランティアの方に、あなたは何がお出来になりますかと、最初にお尋ねします。唄でも、手芸でも、お洗濯でも何でもいいのです。私はボランティアの方に、あなたのお出来になることを自由になさってくださいと云います。お年寄りが喜んでくださる顔を見て、自分の喜びにしたいだければいいからです。」

あります。そうであるなら、職員間で作成したケアプランを提示してこれに同意してくださいという形はおかしいです。利用者や家族のニーズを把握するためには、ご本人やご家族にケアプラン会議に参加していただくのがいちばんだと考え、このような会議をもってあります。この説明にも共感した。帰り際、施設内の写真を撮ってもいいですかとたずねると、「どうぞ自由に撮ってあげてください。ここはすべて隠し事はありません。利用者だって、自分が幸せに暮らしていることを皆さんに見て欲しいのです。このまえ、NHKの取材がありました。利用者の明るい姿にスタッフの方が驚いていました」と云われた。



わたしのまちの病院

2

病院。地域全体で取り組む PEGの挑戦

鹿児島県 医療法人愛誠会 昭南病院

「PEGは有効」という手応え

当院は鹿児島の大隅半島中部に位置し、農業・畜産の盛んな農業地帯にあります。人口1万4千人、高齢化率31%と非常に高齢化の進んだ地域ですが周辺の町村も合わせて約10万人の診療圏での活動をしています。

当院では平成8年7月に脳梗塞後遺症のため食道狭窄で通腸障害のある、介護を要する患者さんに第1例目のPEGを施行しました。その1年後、症例数が30を越え、患者さん・介護者を対象に「患者さんにとって本当にPEGは有効なのか」

をアンケート調査しました。

PEGによる栄養療法を行っている方は、大部分が寝たきりの患者さんですが、体重の増加、皮膚の状態の改善、言語を発する頻度の増加、表情が豊富になる、等の利点が増え、中には経口摂取ができるようになる患者さんも数名ありました。特に、誤嚥性肺炎による熱発で入院する頻度が極端に少なくなった、と言う結果がでました。

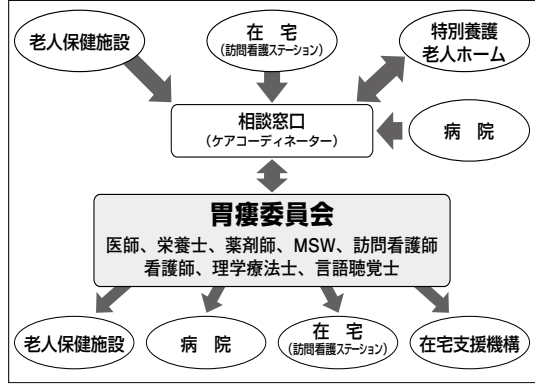
この結果に自信を得て、当院ではPEGを積極的に推進していく取り組みを始めました。

危険度評価のみならず、栄養状態の評価と今後の目標を明確に設定します(表)。

表. PEG術前検討会

目的	チームにおけるPEG施行患者の最終目標の明確化と情報の共有
1	造設の目的と適応、危険度評価
2	患者の現在の栄養状態と今後の栄養目的
3	現在の生活自立度と嚥下機能評価及びリハビリ目標の設定
4	予測的な総合的評価と個人的な治療・ケア計画
5	介護者の介護力評価
検討内容	
1	PEG施行の目的
2	栄養評価
3	身体機能評価・嚥下機能評価
4	介護力評価
5	全身機能評価

図1. より良い在宅ケアを目指した支援システム



病院全体で積極的に取り組む

●胃瘦委員会

平成9年、院内に胃瘦委員会なるチームを結成しました(図1)。同委員会は、医師・看護師・栄養士・薬剤師・理学療法士・言語聴覚士・臨床心理士・訪問看護師等、専門職種により組織され、胃ろうをめぐる諸問題を討議し解決する場として、共通のフィールドとなりました。

●術前検討会

術前検討会では、PEGを造設する患者さんの

危険度評価のみならず、栄養状態の評価と今後の目標を明確に設定します(表)。

●クリティカルパスの活用

当院では、平成10年にクリティカルパスを作成しました。患者さんを中心に、病院全体が統一した内容で効果的な胃ろう造設に関すること、また単にパス通りに物事を

を進めるのではなく、絶えず内容の検討と改善を続けるためのスタートの基準を作ったという2点において、大変有効だったと思います(図2)。

胃瘦委員会から

栄養療法委員会へ

胃ろうを造設し、使いこなすということから考えると、経腸栄養のみならず栄養療法への全般的取り組みが必要ですから、胃瘦委員会そのものが栄養療法に本格的に取り組みをするきっかけとなりました。院内学習会・回診・栄養アセスメント等、又地域における情報交換会も行っています。

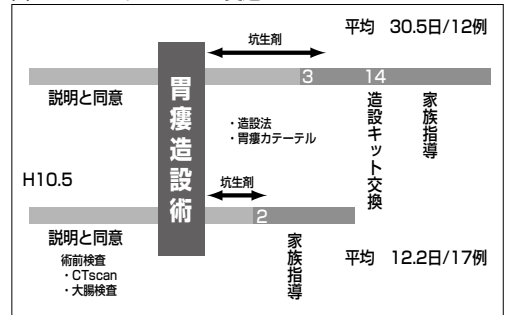
副院長・外科部長

有本之嗣



熱弁を振るう有本先生(後ろ中央)

図2. クリティカルパスの変遷



患者様。ご家族の

笑顔に込めるケアを

もし自分や家族が

胃ろうをつ造ったら...

6年前、当院で初めてPEGが施行されたとき、私達はPEGに関する情報を検索し、管理・ケア・指導法などについての文献を探しましたが、今のように教材もなくインターネットでの情報も豊富ではありませんでした。そうこうしている間に2例目、3例目と次々にPEGが施行されていきます。更にはいよいよ在宅に帰って行かれる患者様もあり、ご家族への指導、地域との連携等、PEGをめぐる様々な問題に遭遇しました。

常に「もし自分が胃ろうを造ったら、どんなケアを受けたいか? もし自分の家族が胃ろうを造るとしたらどんな医療・ケアをして欲しいか」と胃ろうを造る側、ケアする側の視点に立って看護を考え実践してきました。この間、患者様・ご家族の喜びの言葉や笑顔は、PEGに携わる私達に勇気と感動を与えて下さいました。



先日ご家族より頂いたお便りを紹介させて頂きます。
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

など考えさせられました。早く胃ろうが特別なことではなく普通のこととして受け入れられるようになって欲しいと思います。長崎の方からでした。
まだまだ胃ろうについて地域での受け入れにはばらつきがあるようですが、だからこそ胃ろうを造る先生は責任をもって頂きたいですね。わたしたち看護師も、入院から在宅までを通して、胃ろうを造って生活される患者様・ご家族が途方にくれることのないよう、ケアしサポートしていきたいと思えます。

『胃ろうを造ったのに、なぜ口から食べる必要があるんですか』
という医師がいます。しかし、患者様は人として食べたい、ご家族は胃ろうを造っても食べさせてあげたいと思えます。

『胃ろうを造ったのに、なぜ口から食べる必要があるんですか』
という医師がいます。しかし、患者様は人として食べたい、ご家族は胃ろうを造っても食べさせてあげたいと思えます。

『胃ろうを造ったのに、なぜ口から食べる必要があるんですか』
という医師がいます。しかし、患者様は人として食べたい、ご家族は胃ろうを造っても食べさせてあげたいと思えます。

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

手作りの「胃瘻ケアマニュアル」に 全国から問合せが殺到

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

地域胃瘻ケアネットワーク 研究会の発足

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

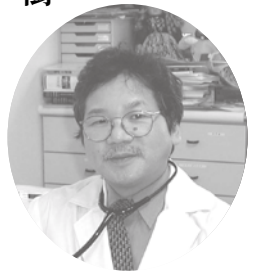
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』
『あれから母も転院しました。胃ろうであるということに断られる病院もあり、こんなものか』

もっと知ってほしい！

小児のPEG

北谷クリニック(石川県)院長 北谷秀樹



小児にこそ積極的な施行を

1979年、PEGが初めてアメリカで施行された症例が小児であったことは、周知のとおりである。

欧米では臨床的な検討に基づき適応症例が検討され、瞬く間に普及していったが、わが国でそのメリットに注目し、自験例を増やしていった医師は当初は極一部であった。

筆者は、金沢医科大学小児外科に在籍していた1981年5月、外科的に作成された胃ろうの瘻孔拡大に悩む1歳児に、PEGを用いて胃ろうを再建した。これがわが国における小児へのPEGの第一例目である。以来、PEGの有用性を目的の当りにし、小児に限らず成人のPEGも積極的に行ってきた。現在までに同科での小児でのPEG施行患者は40例に達している(著者は1998年7月まで在籍)。PEG施行時の年齢は生後26日から9歳までで同時期の成人を含む施行症例全体の20%、そのうち約半数が1歳未満、さらにその大半が生後6ヶ月未満の乳児である。

PEGの適応となる疾患は広範である。先天性あるいは後天性の疾患(脳・神経疾患、咽頭・喉頭・食道疾患など)によって自立栄養が阻まれ、成長・発達に必要な栄養が補給されない乳幼児には、何らかのルートで栄養補給しなければならず、PEGは安全面と患児と家族の quality of life を考えるなら最適の手段である。因みに、筆者が手がけた患児の中で、

もっとも長期にPEGを使用しているのは16年間に及んでいる。また、欧米の一部で行われているように、重症消耗性疾患(肝臓移植・骨髄移植・悪性腫瘍)の管理手段としても考慮されてもよいであろう。移植待機期間中の栄養状態低下防止や化学療法による経口摂取困難への対応として、PEGのメリットは大きい。

施行には細心の注意が必要

ただし、小児への施行は全身麻酔で行われるため、術前の全身状態の把握が重要になる。全身麻酔が原疾患に悪影響を及ぼさないかどうかの検討も当然必要である。もとよりPEGの施行には小児の特性を熟知した者による、繊細な操作が不可欠である。体も臓器も小さいため、使用するカテーテルは小児専用のものである。選択し、圧迫による血行障害・感染・壊死を避けるため、胃壁と腹壁をきつく牽引しないことを理解しておかねばならない。

重度の神経障害を持つ小児では胃食道逆流症(GERD)を伴う場合が多く、その場合のPEGは、GERDを考慮して行われなければならないリスクも高くなる。常にGERDに対する治療の影響を検討し、逆流防止手術の付加も含めて、逆流防止の工夫をする必要がある。

以上のように、PEGは手技が簡便とはいえ、小児への施行は慎重に行われなければならない。術中・術後の合併症(感染、イレウス、瘻孔損傷など)の防止にも細心の注意が必要である。PEGの適応と考えられる症例に対し、実際の施行症例数が増えないのは、PEGのメリットとリスクの狭間で小児科医が葛藤している結果かもしかもしれない。しかし、PEGがわが国に導入されてから今日に至るまでに、その手技や器具は格段に進歩してきた。最新の技術と細心の注意を携えれば、安全性は十分確保されるものであり症例は確実に増えるはずである。

もっと情報がほしい

「おなかにわざわざ手術をして傷をつけるなんて!」とPEGに對し否定的な意見も聞かれる。もちろん賛成・反対あらゆる情報が十分に提供されてこそ選択の自由がある。だが、情報は科学的な根拠のある、具体的な正しい情報でなければ意味がない。

今こそ、小児科領域で一人でも多くの子どもたちがPEGの恩恵に浴することができるよう、正しい情報を発信していかねばならない。

小児医療に関する医療者はもとより、PEGを選択したご家族、選択しなかったご家族からも、広く情報を提供してもらい、公開共有すべきではないだろうか。メリットだけでなくPEGにまつわる問題点も明らかにし、そこに多くの者の知恵と技術が結集することで、子どもたちやご家族、そして小児科医にとっても、もっと受け入れやすいPEGへの道が開けるのではないだろうか。

PDNにもこんなご意見が...

◆Mariさん

小1の娘が重度の障害児です。成長とともに嚥下が困難になり、経口摂取と経鼻経管栄養の併用を2年ほど続けた後に逆流がある事が確認され、内視鏡による噴門部形成・胃ろう造設の手術を5歳の時にいたしました。娘にPEG、というきっかけになったのが「日経新聞2000年10月23日夕刊」の、PEGの紹介記事でした。結果は本当に思い切つてやつてよかったです。逆流症が改善されたため、肺炎で入院、吐いては点滴という生活から解放され、親子ともストレスだったチューブの交換も無くなり、チューブを止めるテープでかぶれていた頬がきれいになり、経口摂取もスムーズ、今の所いい事です。体力もあり、逆流症が進む前のタイミングのいい時に手術が出来た事で、これからの成長を楽しむ心のゆとりが出来ました。

◆康ちゃんママさん

息子はバックグラウンドに染色体異常を背負った心室中隔欠損症です。出生から1年3ヶ月後、術後心不全となりましたが、今、しっかりと鼓動している心臓、康ちゃんにエールを送りたい。乳幼児となり、胃食道逆流症、アデノイドと闘いながら、やっと息子の医療的ケア、胃ろうのページを含め、ホームページを公開するまでたどり着きました。胃ろうを決心して、今、本当によかったと思つています。私たちに明るいお食事方法(PEG)が見つかり、とっても楽なケアで助かってます。

重産児を抱える親にはなかなかPEGの情報が無く、小児科医も消極的な方が多いように感じます。娘の主治医は重産児医療に尽力されているドクターですが、先生の賛成があつて胃ろうに踏み切れ、その後驚くほど娘が元気になったので、先生も他の患者さんに前向きに胃ろうを薦めるケースがあるようです。

ただ、ホームページ上で「胃ろうのオベがうまくいきました」と書いた所、胃ろうの事をよく理解してない方から、「小さい子供の体に不必要にメスを入れて虐待じゃないか?」と言う書き込みがありました。その一方、ネットで交流のあるお母さん方でも子供の胃ろうのオベに積極的な人が多くなり、いずれ、きちんとした記録を残したいと思つています。

(http://homepage2.nifty.com/mari-kay)
(http://www.bekwak.com/~yuniko)
(関連記事 18ページ)

【参考文献】
・Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr : Gastrostomy without laparotomy : a percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg 1980 ; 15(6) : 872-5
・北谷秀樹 : 小児のPEG一適応と手技の実際一. 内視鏡的胃腸造設術. 永井書店. 2001

PEG海外事情 -2-

どんな質問にもお答えします

経皮内視鏡的胃ろう造設について知っておきたいこと

＜アメリカ編～クリーブランドクリニックHPより＞

インターネットにより、国内外を問わず、簡単に情報を入手できる時代になりました。海外にも目を向けて「PEG」を検索すると、たくさんHPに出会うことができます。本号では、アメリカのHPからクリーブランドクリニックでPEGを施行される患者さん向けに情報提供されているページを紹介いたします。

(監修：鈴木 裕)

Q 経皮内視鏡的胃ろう造設(PEG)とは、どういう手術ですか？

A PEGは(適応する場合)は食物や飲み物、薬を直接胃の中に送り込む安全で効果的な方法です。口から食事を飲み込むこと(嚥下)が困難な患者さんにPEGを施行します。

AQ どうして私に胃ろうが必要なのですか？
継続して適切な栄養摂取を維持するためには、胃ろうをつけるのが良いと主治医が推奨したからです。

Q 胃ろうの造設は、具体的にどんな手順で進められるのですか？

A 先ず内視鏡(直径127cm程度の長い、細いしなやかな器具)を口にいれます。内視鏡はさらに食道(口から胃に通じている食物のパイプ)から胃へと進みます。内視鏡は胃の中のペグチューブ(別名補給チューブ)の正確な位置決めを確実にこなうように胃の中に止まり、一方は腹部の皮膚の外側に出てきます。

造設の前に



先ず、消化器部門の医師・栄養士および在宅療養コーディネーター(ホームケアコーディネーター)と打ち合わせをします。これら専門家はあなたの病歴を精査して、手術手順を話し合い、

PEGに関するどんな質問にもお答えします。

◆あなたの身体その他に特別な条件がある場合

◆もし肺や心臓が特別な健康状態にある場合、出血性素因、ある種の薬物に対するアレルギーをもっている場合は医師にその旨を申し出て下さい。

◆薬物治療中の人

◆もし糖尿病でインスリンを使用しているときは、当日はインスリンの投薬量を調整する必要があるかも知れません。主治医にその旨伝えれば調整するように対処してくれます。糖尿病の薬は病院へ持参してください。手術が終わればそこで飲むことができます。

◆もしクマールディン(ワーファリン)、ペルサンチン(デビルリダモール)又はチオリッド(チオロピジンクロロイド)のような抗凝固剤を服用している場合はあなたの主治医にその旨申し出て下さい。

◆手術の前1週間以内はアスピリン、又はアスピリン、抗炎症剤(アドビル、モルトリン、ナプロシン、インドシン)等を含む製剤は決して服用しないでください。

◆必ず守ること…どんな薬でもあなたの主治医または関係医師に相談しないで服用を中止することは絶対にしないでください。

◆飲食(ドクタ)

手術前8時間は、すべての飲食を中止してください。

◆交通手段(ドクタ)

手術後の介護者として、責任をもてる成人を同伴してください。手術後24時間は自動車の運転や機械操作をしてはいけません。手術中の注射や薬が眠気を催すために、自動車の運転や機械操作の安全が保てなくなります。

◆宿泊施設

PEG施行の当日は、当クリニックから30分以内の財

団敷地内施設に一泊してください。
●クリーブランドクリニックゲストハウスとインターネットコンテナタルスツホテルはクリニックの敷地内にあります。宿泊予約は電話、又はweb siteでどうぞ。

◆手術当日の用意

手術当日は院内に一泊していただきますので、身の回りの必要な品をひとまとめに用意してください。

内視鏡ユニットで医師に会って、併発症および副作用を含めて、手術についての詳細な説明を受けます。医師はあなたのどんな質問に対してもお答えします。

手術の日には



●病院ガウンを着ていただきます。眼鏡と義歯は外してください。

●PEGに豊富な経験をもった医師が手術を担当します。

●鎮痛、鎮静剤を静脈に注射します。それによってリラックスして、眠くなります。

●PEGチューブを造設する箇所の部分麻酔をします。

●内視鏡医が口から胃のなかへと内視鏡を挿入します。内視鏡は呼吸の妨げにはなりません。

●内視鏡を通じて胃の内側をよく調べて、PEGチューブを造設する位置を決めます。

●PEGチューブが外に出てくる腹部の皮膚に小さな切り口をひとつ造ります。

●手術の時間は30〜45分です。

手術後は



●手術後あなたは、どんな感染症からもしっかりと監視保護されます。

●PEGチューブは腹部にテープで止められます。

●手術後は責任をもてる成人の付き添い人が必要です。24時間は運転や機械操作はしないでください。

●手術後24〜48時間はPEGの回りにいくらかの体液の染み出し(ドレナージ)が見られることがありますので、ご承知おきください。

●無菌のガーゼ布を切開部の回りに当てます。担当の看護師が必要に応じてガーゼを取り替えます。

●ガーゼが取り除かれて、切開部が治癒して落ち着いたら、必ずPEGの回りを毎日石鹸と水で洗ってください。

●栄養治療科の栄養士があなたのPEGチューブの使用法と手入れについて説明し、腸の経管栄養法(胃腸系を通じての直接栄養補給)を開始します。

●栄養士は経管栄養補給の決まった方式を経済面から比較し、選定する手助けをします。

●2〜3日はPEGチューブを挿入した腹部に軽度の痛みを感じるかも知れません。これは筋肉が引きつるような感じですが、手術後の数日は、この痛みを緩和するために薬物治療を受けることになるでしょう。

●PEGチューブの手入れについては、患者によって異なります。一般的には、数か月は取り替え不要です。ある場合には、2〜3年は機能し続けることさえあります。

●もしPEGチューブについて問題があれば、胃腸科のPEGナースに電話をして下さい。

This article has been reprinted by permission of Web Administrator and Editor, Department of Patient Education and Health Information, Cleveland Clinic, Cleveland, OH. URL: <http://www.clevelandclinic.org>

以上はクリーブランド、クリニック、ウェブサイトの責任者の許可を得てホームページの一部を翻訳・転載したものです。(訳：編集部 谷口卓郎)

◆注意

これはアメリカにおけるHP上の情報ですので、ご承知おきください。

患者・家族体験記 No.2

今回登場頂いたのは、胃ろうという友を得て、難病と向き合いながら、少しずつ行動半径を広げている渡辺浩代さん。そして、小児のPEGについてもっともっと正しく理解してほしいと願う、康ちゃんママさん(16ページ)です。

20年ぶりに電車に乗りました

渡辺浩代(川崎市在住) 1980年生まれ 22歳。進行性骨化性筋炎



早く良くなりたい一心で

私は進行性骨化性筋炎という筋肉が硬くなる病気で、口が開かなくなりはじめたのは13歳の頃のこと。何年もかけて徐々に開く間隔が狭くなっていき、高校生の頃には食べられるものが限られて、元々偏食だったから同じメニューばかり、飲み物は3口が精一杯でした。

行動半径が広がる

造設後帰宅してからの生活は、食事PEGになり、最初の1年は接続や準備は全て母任せでした。2年目からは自分でやれる余裕が出てきて、3年目の今年、パソコンボランティアの親睦会に出席したり、9年

至っています。

PEGは食事方法のひとつ

PEGのことを説明する時に、

ぶりに電車に乗ったりと、今までできなかったことが少しずつできるようになってきました。精神的にも体力的にも楽になってきて、胃ろうにして良かったとつくづく実感しています。

(お母様からの一言)

PEGのおかげで今日があると思っております。またこの巡り合わせに感謝しておりますと共に、常に娘の精神的幸せを念じております。

PEGで毎日健康管理 私なりの発見も教えます



前吸引でわかる 康ちゃん健康状態

私は毎日、PEGで康ちゃんの健康管理をしているんです。ガストロタンから前吸引をして、康ちゃんの胃の中をちよつと拝見させてもらいます。その日の体調が、吸引されてくる中身で分かるというわけです。

消化液だけの時、吸引して30ccまでは大切なバランスを保つ体液なので、このまま胃の中に戻します。

モグモグお喋りをして空気をたくさん飲みこんでいる時は、エ

康ちゃんママ(千葉市在住) 診療情報管理士の仕事。康ちゃんとの時間・ホームページの更新と毎日フル回転。

アを抜いてあげるとお腹がペコペコに柔らかくなります。どうも風邪の前兆か、なんだか調子が悪い時の前兆か、なんだは、SPO₂(酸素の飽和度)の値が低めの時(≡低酸素状態)に影響を受けやすいのが上・下部の消化管の動きなんです。つまり動きが悪くなるため、胆汁が逆流して胃の中にあつたり、飲み込んだ痰が見えたり...と、このPEGからちよつと覗いた胃の中の具合で、康ちゃんその日の体調がだいたい予測できるんです。最近では、この吸引による予測が結構

1歩前進! 在宅の医療的ケア

このように、栄養を得るための目的以外に、健康管理にも役立つPEGのすばらしさ。「のぞく」というのはおかしな表現かもしれませんが、私は実際に見られることで安心を得ています。これは医師に教えてもらおう前の、私なりの発見です。

今、そばに康ちゃんがいるんです。一緒に風呂に入ったり胃ろうもボクの手もゴシゴシしてきたところです。生じる不快感や苦痛をできるだけ少なく

あなたの投稿お待ちしております!

胃ろうを造られた方、ケアする方... あなたと胃ろうの出会いや胃ろうにまつわる出来事などをお寄せ下さい。「ここを取材して!」という情報提供も大歓迎! お問合せはPDN事務局まで。

TEL: 03-6228-3611 FAX: 03-6228-3730 E-Mail: info@peg.or.jp

(北谷先生からの一言)

康ちゃんママの観察には、感心と感動を覚えました。PEGの日常管理のなかで胃液を観察し、胃腸の状態から全身状態の把握をするということは、実は、私たちが小児外科の術前・術後の管理の中で日々神経を張り巡らせて行ってきた大切な方法そのものなのです。そして、胃液が多量のことを語ってくれるのは事実なのです。康ちゃんママは素敵なママであり、また、仕事場では、明るく信頼されていることは、間違いないような気がします。

「PDN通信」の定期購読は…5部(年間20000円)・10部(同40000円)・20部(同70000円)を指定の上「TEL(03-5733-4361)・FAX(03-5776-6486)またはホームページ(http://www.peg.ne.jp)」にてお申込下さい。



故 本間日臣先生

2001年、NPO法人PDNが企画出版した第一号本は、本間日臣先生著『若い医学徒への伝言(message)』であった。

同書は呼吸器内科の第一線で永く活躍され、斯界における泰斗として内外に高い名声を得てこられた本間先生が、臨床医学者として歩いて来られた医学、医療、研究、教育、



人生観、世界観の断章を一冊に集成されたもので、高邁なる内容に満ちているが、敢えて本の標題を『若い医学徒への伝言』とされたところに、医療に携わる次世代への並々ならぬ先生の思い入れが感じられたのだった。先生に本書の上梓を懇願し、その希望が叶えられた私は、い

PDN出版第一号『若い医学徒への伝言』に誇り

一本間先生の遺訓を守り、当法人の励みに

あつた大島欣二軍医大尉の戦死を綴った『サザンクロス』では『若い医学徒への伝言』にはその『サザンクロス』も収録されている。本書には、本間先生と一高以来の畏友で詩人・フランス文学者として著名な宇佐見英治先生が序文を寄せ、お二人の厚誼を共に喜び合わせたばかりだった。今年の晩夏に宇佐見先生、晩秋に本間先生と相次いで旅立たれた今、茫然とした私の頭の中に、両先生の温和な風貌が浮かび、天国でのお二人の静かな会話の場面を想像したりしている。

PDN事務局長 二宮英温

ご協賛・ご支援、誠に有り難うございました。(順不同)

- 株式会社メデイコン
大日本製薬株式会社
株式会社トップ
明治乳業株式会社
株式会社矢野経済研究所
森 健吾様
渡辺浩代様
植田定敏様
二宮きよ子様
望月医院 望月博之様
川崎市立看護短大
今泉郷子様
合計63万円
(平成14年11月30日現在)

BOOK SHELF

一人ひとりの胃ろうの戸籍簿 胃ろう手帳

PEGドクターズネットワーク 編



いつ、どこの病院で、誰(医師)が胃ろうを造り、次の交換日はいつ頃かなど、最低限知っておかねばならないことを記録し、一人ひとりの胃ろうについての情報を、患者さん・介護者と医療者が共有するための手帳です。カテーテルの特徴や日常のお手入れ、困ったときの対処法もついています。

B5判 32頁 500円

胃ろうへの理解を深める

PEGを味方にすれば町医者は病院に負けない!

小川医院院長・小川滋彦 著



筆者は自ら「胃瘻専門医院」を名のって開業、PEGならではの在宅栄養管理を実践されています。医療制度の根本が問われるいま、開業医自らの改革を訴える本書は、開業医復権のシナリオを示すと共に、一般読者にもPEGとは何かがわかる解説書です。

四六判 300頁 1890円

お問合せ・ご注文はPDN事務局まで。

TEL: 03-6228-3611

FAX: 03-6228-3730

URL: http://www.peg.or.jp

「PDN ショップ」からもご注文頂けます。

編集後記

ホームページ開設に続き2002年は「PDN通信」を創刊しました。ホームページ上の話題からどんどん裾野が広がって、2号も情報満載でお届けしましたが、いかがでしたでしょうか? 季刊・3万部でスタートしましたが、ゆくゆくは月刊に、そしてもっともっと多くの方に読んでいただける新聞にするためにも、皆さんからのご投稿やご要望をお待ちしております。どうぞPDN広場にご参加を!(お)