

# 胃ろう(PEG)と栄養の情報紙 PDN通信

第4号  
2003 Jul

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](mailto:info@peg.or.jp)  
定価150円

## 主な記事

- 2面 在宅医療の現場から④
- 4面 NPO法人の役割と運営基盤
- 6面 地域連携カンファレンス③
- 8面 介護施設東西南北③
- 10面 PDN談話室 Webセミナー③
- 12面 栄養教室④
- 13面 わたしのまちの病院④
- 15面 ほけんのはなし
- 16面 訪問看護最前線③
- 18面 患者・家族体験記④
- 20面 医療機関リスト

## PEG先進圏をめざして



## 第8回HEQ研究会

第8回HEQ研究会当番世話人  
大分医科大学第一外科 北野正剛



らせていただきました。反響は大きく、地元大分のみならず九州内外の活動団体やPEGを施行している個人施設からもHEQ研究会への関心をお示しいただきました。紙面をお借りしまして御礼申し上げます。

毎年の特別講演、教育講演には本研究会の趣旨に則った多岐にわたる内容で講演をいただいています。今回は、とくに在宅医療からみた実際の支援環境をとりまく課題を検討する場を1つ設けたいと存じます。どうすれば質の高い在宅医療サービスが患者さんへ提供できるのかを、現場で抱える問題を実際に提起していただく形で検討したいと考えています。

このたび8回目を迎えますHEQ研究会を、初秋の大分県別府市で、9月27日(土)に開催させていただきますことになりました。会を重ねることに飛躍・発展してまいりました本研究会を九州・大分の地で開催できますことは、このうえない喜びとともに身の引き締まる思いであります。

PEGの管理を必要とする患者さんは、様々な医療スタッフの協力なくしてはできません。急性期の主治医、消化器内視鏡スタッフ、病棟看護師と

そこで、まずPEGを中心とした内視鏡治療が普及して貢献してきたか、そしてその問題点として何が残されたかを今一度振り返ることとして、日本

### 特別講演

「消化器内視鏡の歴史と将来」

丹羽寛文先生

### 教育講演

「褥瘡医療の動向とメカニズム」

大浦武彦先生

棟看護師とそこから長期を見据えた患者さん支援となる在宅医療医(ホームドクター)、訪問看護師、介護士、ソーシャルワーカーなど、そして地方自治体、企業が連携して患者さんへ最高のサービスを提供していくことが、われわれ医療従事者の使命であります。HEQ研究会はその趣旨に則り発展してきましたことは言うまでもなく、患者さん主体の医療をめざし、今回も多様な問題に対して積極的に検討を行えますよう、鋭意準備を進めております。

EGの施行・管理に直接携わるのは、高齢者や神経障害を有する患者さんを積極的に支援する地域医療に従事する医療スタッフであります。

また、在宅支援のなかで常に大きな問題としてクローズアップされ続けていますスキナーの観点から、褥瘡・創傷治療研究所所長、日本褥瘡学会理事長の大浦武彦先生に「褥瘡医療の動向とメカニズム」と題して教育

昨年9月、私どもが主宰させていただくことが決まり早速準備

理事であります鈴木裕先生のご高配により、今回のご案内を送

機会を得ま

## 地域ネットワークの構築を

第8回HEQ研究会は、九州では初めての開催となります。九州には「関西経皮内視鏡的胃腸造設術研究会」や「北陸PEG・在宅栄養研究会」といった大きな規模の活動はありませんが、PDN通信で紹介している「PEGケアカンファレンス熊本」といった県単位や地方自治体規模の活動が存在します。とくに大分県では私の知るところ小さな活動しか行われておらず、今回の開催を機に当地での活動の場が増えることを期待しております。

第8回HEQ研究会では、医師のみならず看護師を中心としたコメディカルの参加者の方々に、本研究会が研究発表の場、討論する場のほかにエビデンスに基づく良いこと・悪いことを勉強する場として

### 第8回HEQ研究会

- 会期: 2003年9月27日(土)
- 会場: 別府ビーコンプラザ(JR別府駅よりバス5分)  
〒874-0828 大分県別府市山の手町12-1  
TEL 0977-26-7111
- 当番世話人: 大分医科大学第一外科 北野正剛
- 問合せ: 大分医科大学第一外科 松本敏文  
〒879-5593 大分県狹間町医大ケ丘1-1  
TEL 097-586-5843 FAX 097-549-6039
- HEQ2003ホームページ  
<http://www.oita-med.ac.jp/surgery1/heq/>

(第4回)

# 在宅医療の現場から

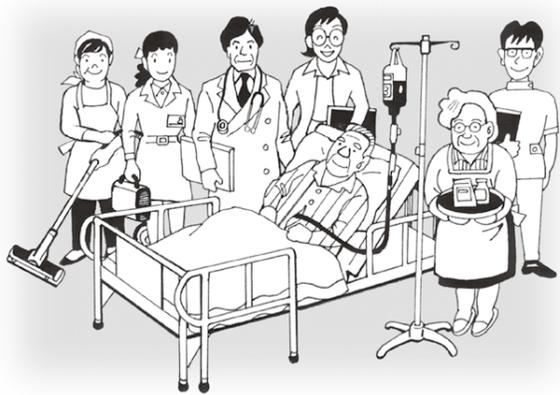
小川医院 (金沢市) 院長 小川滋彦



## 退院して良かったと思える在宅医療

在宅での胃ろう栄養がうまくいっている患者さんご家族の多くは、「退院してかえって元気になった」「思い切つて退院して良かった」と在宅医療への信頼感を示されます。むしろ「入院するとやせる・床ずれができる」「院内感染が怖い」などと、ちよつとしたことでは入院したがりません。私は現在二十数名の胃ろう栄養患者さんを往診しており、中には神経難病や意志表示ができない状態で気管切開や人工呼吸器をつけた重症患者さんもうらつしやいます。それほど高度障害で二十四時間の介護を必要とする状態であっても、「在宅が良い」とおっしゃるのです。

私はなぜなのかを考えてみました。このような患者さんご家族の方々が口をそろえておっしゃるのは、PEGによる栄養療法を導入するまでに紆余曲折があつたということです。静脈栄養の期間が長く、やせ細つてしまつてから、ようやく鼻からの管で胃に栄養剤を入れる。しかし、本人がいやがるし、肺炎が悪くなつて、また静脈栄養に逆戻りして



## 病院にお願いしたいこと、その1 「在宅医療支援の病床」

だから、やつと手にいれた「ささやかな安定」を失いたくない。もし入院ということになれば、また振り出しに戻るのではないか、次に退院する時にはまた最初からやり直しになるのではないか、という思いです。もちろん、私も町医者が手に余るような病状の悪化があれば、病院に入院させてもらうわけですから、お願ひする立場としてはあまり偉そうな

ことは言えないはずなのですが、やつぱり言っちゃいます。まず、病院にお願いしたいこと、その1、「在宅医療支援の病床をつくってほしい」。在宅医療の現場では、床ずれの予防から胃ろう栄養、痰の吸引から尿道バルーンカテーテルの管理まで、すべて同時進行でやっています。つまり、皮膚科から消化器科、呼吸器科から泌尿器科、神経内科：病院でいえばすべての科にわたる「集学的医療」を、かかりつけ医や訪問看護師が中心になって「そこそこ」行なっています。この「そこそこ」というの

## 病院にお願いしたいこと、その2 「栄養サポートチーム」

続いて、病院にお願いしたいこと、その2、「NST(栄養サポートチーム)をつくってほしい」。先のお話にも関係するのですが、どうしてPEGを決定するまでこんなに時間がかかるのでしょうか。やはり、栄養障害を早期早めに察知して、しかるべき手を打つてほしいと思います。そのために、NSTを早急に立ち上げていただきたい。静脈経腸栄養学会のガイドラインに沿つて、漫然とした静脈栄養や経鼻胃管ではなく、PEGが必要だと判断されたら、きちんとPEGのことをお話していただきたいと思ひます。インフォームド・コンセントが面倒だから、静脈栄養や経鼻胃管でいいた

う、というのは安易です。静脈栄養や経鼻胃管だつて本当はきちんとしたインフォームド・コンセントのもとに行なわれるはずなのです。PEGを知らない一般の方々にPEGをきちんとお話することは大変な労力です。しかし、それをしかるべき時にきちんとお話して、PEGの良い所も悪い所も「偏見なく」お伝えしてほしいと思ひます。

今、「偏見なく」とチクリと言いましたが、胃ろうは「強制栄養」だから怪しからん、という意見があることも知っています。

が重要で、不十分ながらも全身を診ているということです。ところが、病院は細かく専門分野に分かれ、それぞれに病棟を持つていますから、どの科に入院しても専門領域以外はどうも後手後手に回りやすい(どうやら病院という所は「病気がひとつだけある人」は得手だが、「病気が複数ある人」は不得手なんでしょうか)。たとえば、肺炎になって呼吸器科に入院したら、絶食になって静脈栄養になつて、気がついたら床ずれが悪化して皮膚科病棟に移り、そろそろ退院だけど静脈栄養ばかりでどうやって退院するんだ、胃ろうがあるじゃないか、しばらく使つていないぞ、消化器科に転科だ、また入院が長くなつたぞ、これだから胃ろうの患者は困る、いろいろな問題があるから困る、となる。これって

そもそも退院後も胃ろう栄養をしながらやらないのだから、胃ろう栄養をしながら肺炎を治す方法を考えていただき、床ずれも同時に注意して診てくだされば、一週間の入院で済む内容じゃございせんか。だから、「在宅医療支援の病床」を作つていただき、在宅医療のことが分かつているスタッフが対応する。在宅医療での良い所は不十分でもそのまま継続していただき、問題点が解消すれば可及的早期に家に帰してもらおう。このことは病院の平均入院日数短縮に寄与するばかりか、結局、患者さんご家族がご自身のペースをくずさないためにも大切なことなんです。東京女子医大ではいち早く導入されているそうですから、是非、各病院で取り入れていただきたいものです。

## 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。

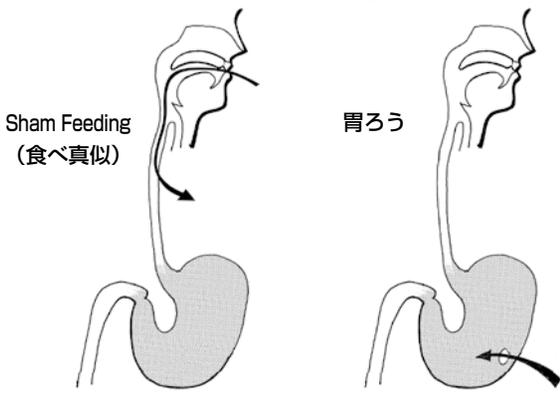
# PEGの原罪 胃ろうを「強制栄養」にしないために

胃ろうが「強制栄養」と揶揄される最大の理由は、胃の中に「何の前ぶれもなく、いきなり」栄養剤が流し込まれることにあるのでしよう。たしかに通常の食事では、まず目で見て匂いを嗅いで「うまそうだな」と感じ、口で味わい、歯ざわり舌ざわりを楽しんでから、おもむろに飲み込んでいきます。そして、食道をへてようやく食物は胃に到達します。実は、このプロセスですでに消化管ホルモンは何十倍にも分泌が促進され、胃腸は食物を受け入れる準備をしています。ところが、胃ろうではこの最も「人間的な」プロセスをすっ飛ばしているので、胃腸はおいそれとは動いてくれないことがあります。かくして、胃内容停滞や胃食道逆流(嘔吐)といった不本意な結果は、はたから見れば「本人の意志に逆らった」行為ということになります。

## だから摂食・嚥下のリハビリテーション!

連載第二回で、PEGをしなからも摂食・嚥下のリハビリテーションを続けておく、一口でいいから口から食べる努力をし続ける、と申し上げたのは、この辺りのことを意識しているのです。図1をご覧ください。右は「胃ろう」の模式図、左は「シヤム・フィードイング」と言つて、胃ろうとは反対に口で味わって一旦食したものを胃に届く前に抜き取つてしまふ、いわば「食べ真似」の動物実験モデルの模式図です。この二つの対極的な図を眺めておきますと、つづく「食べる」という点からは不完全で、右図の「胃ろう」では左図の口から胃までの部分が足らないわけですから、これを補えば完全な形になる、という理屈です。

図1. 胃ろうは生理的か? - Sham Feeding (食べ真似)と胃ろうの比較



実際、在宅医療の

胃はふだんはしぼんでいます。「さあ、食事をするぞ!」という視覚・嗅覚・味覚からの命令が下された時はじめて、胃体部が大きくふくらみ、受容性弛緩とそれに続く適応性弛緩、いわば「ドカ喰いの準備」をするわけです。つまり、人間の胃は、この状態でなければ食事を満足に受け入れることはできないはずなのです。

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ず!

小川滋彦 著  
四六判 300頁 1890円

### 主治医と造設医の対話

2003年5月29日(31日、福岡にて、第65回日本消化器内視鏡学会総会が開催された(会長・福岡大学第一外科教授・池田靖洋先生)。

PEGに関する演題は一般演題で6題、ポスター発表では9題。ポスター発表は同時に複数のセッションでおこなわれたが、PEGに関する発表のコーナーでは、合併症の一つである感染への対応をめぐる

活発な質疑応答が行われていた。初日のサテライトセッションは「PEGに対する内視鏡医の役割」というタイトル

の下、大船中央病院内科・上野文昭先生、北里大学東病院消化器外科・嶋尾仁両先生の司会で進められた(共催・ボストンサイエンティフィック/クジヤパン(株))。

PEGの施行にあたっては、主治医と造設医とが異なることが多く、安全な施行のためにはその連携が重要である。そこで

第1部では、主治医の立場として吉澤卓先生(横浜新都市脳神経外科病院)、造設医の立場として小山茂樹先生(滋賀医科大学第2内科)による

「胃瘻患者主治医と造設医(内視鏡医)との対話」が行われた。

第2部では有本之嗣先生(昭南病院)、高橋美香子先生(鶴岡協立病院)、岡田晋吾先生(函館五稜郭病院)、小川滋彦先生(小川医院)が、内視鏡医としてPEGのネットワーク構築と関わっていくかと言うテーマで進められた。

「主治医と内視鏡医は決して対立する関係ではなく、日常的に話し合いが持てる関係であること(有本先生)」、「造つて終わりの造設医ではなく消化器系以外のトラブル発生時にも責任を持って対応できる力量を備え、造設後の患者の生活に思いをはせてPEGを試行すること(高橋先生)」、「PEGパスはメリットも多いが逸脱する症例にはイージーオーダーではなくテラーメイドのサポートが必要(岡田先生)」、「PEGの在宅管理は、患者の胃の内部をイメージできる内視鏡医が行うと、内部パンパのトラブルへの対応やカテーテル交換の際に役立つ(小川先生)」等の意見が、臨床現場での体験に基づいて発表された。

最後に特別発言として、東京慈恵医大内視鏡科・田尻久雄先生が「PEGは従来の内視鏡的治療の目的と異なり、病院、施設、在宅などどこにいても行える栄養療法の入りの口である。栄養療法におけるPEGは、造つたことに意義があるのではなく、造つたあとに使いこなすことに意義がある」と結び、盛会のうちに終了した。



第65回日本消化器内視鏡学会開催

### REPORT

先生(昭南病院)、高橋

美香子先生(鶴岡協立病院)、岡田晋吾先生(函館五稜郭病院)、小川滋彦先生(小川医院)が、内視鏡医としてPEGのネットワーク構築と関わっていくかと言うテーマで進められた。

「主治医と内視鏡医は決して対立する関係ではなく、日常的に話し合いが持てる関係であること(有本先生)」、「造つて終わりの造設医ではなく消化器系以外のトラブル発生時にも責任を持って対応できる力量を備え、造設後の患者の生活に思いをはせてPEGを試行すること(高橋先生)」、「PEGパスはメリットも多いが逸脱する症例にはイージーオーダーではなくテラーメイドのサポートが必要(岡田先生)」、「PEGの在宅管理は、患者の胃の内部をイメージできる内視鏡医が行うと、内部パンパのトラブルへの対応やカテーテル交換の際に役立つ(小川先生)」等の意見が、臨床現場での体験に基づいて発表された。

最後に特別発言として、東京慈恵医大内視鏡科・田尻久雄先生が「PEGは従来の内視鏡的治療の目的と異なり、病院、施設、在宅などどこにいても行える栄養療法の入りの口である。栄養療法におけるPEGは、造つたことに意義があるのではなく、造つたあとに使いこなすことに意義がある」と結び、盛会のうちに終了した。

# NPO法人の役割と

## 求められる運営基盤



日本総合研究所 調査部  
主席研究員 藤井英彦

わが国のNPO活動が拡大している。NPO法人数は、二〇〇三年二月に一万を超え、三月末には一万六百六十四に達した。地域別にみても、都市圏のみならず、地方圏でも積極的にNPOが設立・運営され始めており、今日、わが国のNPO活動は全国的な拡がりをもつ動きとなっている。

わが国のNPO制度は、阪神淡路大震災での民間非営利団体の活躍を契機として一九九八年二月に新たに発足した。発足当初には、それまでNPOが存在しなかったわが国で、新しいNPO制度が定着するか否か、さらに成長できるかどうか、一部に疑問視する見方もあった。それだけに、発足以来、四年四カ月間で達成された今日の成長振りは目覚しく、NPOに対する注目や期待はますます大きなものとなっている。

こうしたNPOの台頭には、次の事情もプラスに作用した。すなわち、まず行政サイドでは、厳しい財政制約のもと、NPOを住民サービスの拡充を実現する有力策として位置付け、積極的に後押ししようとする動きが広がる一方、ユーザーサイドや企業サイドでは、医療や介護分野をはじめとして、行政や企業という従来の枠組みではフォローし切れない多様なニーズに対応する格好のツールとしてNPOを活用する動きが拡がっている。

そうした現下の状況から推せば、わが国NPO活動は前途

洋々とみる見方も有り得よう。しかし、わが国NPOが一段の飛躍を遂げるには未だ重大な障害がある。安定した運営を行うための事業基盤の構築問題である。この点を確認するために、NPO先進国である米国の現状を整理すると次の通りである。

### 米国のNPOの経済的インパクト

まず米国NPOの経済的インパクトという観点から、雇用創出力をみると、次の三点を指摘することができる。

第一は有給雇用者化の動きである。すなわち、NPO活動に従事する労働力の内訳をみると、ボランティア、いわゆる無給労働力よりも、有給労働力が主体となっている。この背景には、良質のサービスを安定して供給するには、ボランティアへの依存だけでは限界があり、専門的人材を常用雇用として活用し、ノウハウなど、ナレッジの蓄積を図ることが不可欠という事情がある。その意味で、今日、NPOの基盤がボランティア労働にある

という認識は必ずしも正しくない。ちなみに、過去十年間の推移を振りかえってみると、NPO全従業員数に占める有給雇用者数のシェアは、八七年の五九・四％から九七年六五・〇％、九八年六五・五％に増加している。

第二はNPO雇用の増加である。過去二十年間で、有給雇用者数は七七年の五百五十二万人から九八年には千九十九万人に、ボランティア労働も含めた全NPO労働力数は七七年の八百八十八万人から九八年には千六百六十八万人へ、いずれもほぼ倍増している。

第三は労働市場全体に占めるNPOのシェア拡大である。雇用者を、企業、政府、NPOの三セクター別に分けて、過去二十年間の推移をみると、総じて政府セクターが減少し、企業セクターが横這いで推移してきたのに対して、NPOの雇用者シェアが唯一増大している。すなわち、政府セクターが七七年の一八・三％から九七年に一五・九％へ、二・四ポイント減少する一方、NPOは、七七年の七・三％から九七年には九・三％

へと二・〇ポイント上昇し、米国の主要な雇用創出セクターに成長している。

### 事業収入を中核とした安定した収入構造

次に、運営スタイルをみると、今日、その様子はきわめて多様なものとなっている。そのため、NPOは慈善団体であって、参加者のボランティアと篤志家に支えられ、寄附を基盤とした団体という認識は必ずしも正しくない。とりわけ、米国NPO活動の中心的存在である医療や教育、研究開発NPOについてみると、事業収入を中核とした安定した収入構造となっており、寄附金が占めるシェアは一割前後に過ぎない。

さらに、主要NPOを収入金額でランキング付けしてみると、有力大学が軒並み上位に並び、いずれも単に授業料収入に依存する運営スタイルでなく、内外を問わず、政府や企業、さらには個人から資金を集め、研究・調査プロジェクトを推進する積極的な大学経営を特徴とし、強みとする。医療分野のNPOも、有力大学と同様、事業や研究・調査の積極的展開をコア・コンピタンスとする。すなわち、米国有力大学や有力医療NPOは、強固な運営基盤のもとに、人材確保やインフラ整備を積極的に進め、提供サービスの向上や新規サービスの展開など、競争力の維持・強化に向けた真摯な取り組みを積み重ねてきた結果、NPO相互間にとどまらず、営利企業や政府機関との厳しい競争を勝ち抜き、今日の地位を獲得することができたといえよう。

そうした観点を踏まえて、このところの米国NPOの推移を

みると、九〇年代半ば以降、増勢が一段と加速している。NPO団体数は、九一年の百六万から、九六年に百九十九万を経て二〇〇二年には百四十四万団体に達し、平均年間増加数は、九一〜九六年の二万七千から、九六〜二〇〇二年には四万三千八一・六倍に増加した。そうした九〇年代半ば以降の米国NPOの拡大メカニズムを探ってみると、IT革命によつて、その活動環境が大きく変化したことが指摘される。とりわけ、情報公開制度の構築とグローバル競争激化の二点が重要である。

### IT革命に対応した制度の整備

まず、IT革命の意義を改めて整理すると、情報の遣り取りが、距離や時間等の物理的障壁を超えて、低コスト、かつリアルタイムで可能になった点に集約される。そのため、IT革命のメリットを最大限享受できるかどうかは情報コストの低下を実現する制度的枠組みの成否にかかってくる。

そこで、米国連邦政府の情報公開制度を巡る動きを振り返ってみると、九〇年代半ば以降、IT革命に対応したスキームが急速に整備されてきた点が注目される。すなわち、九三年九月、クリントン政権は、全米情報基盤構想を打ち出し、開示情報の充実や情報提供インフラの整備、市民アクセス・ルートの拡大等、電子化による政府の情報提供の拡充を同構想の柱のひとつと位置づけ、同年、政府印刷局電子情報アクセス拡大法が成立した。次いで九六年には、政府情報の電磁的公開システムの中心となる電子情報自由法が成

立し、市民から提起される情報開示請求に受動的に対応し、個別に情報を逐次公開するだけでなく、重要な情報については誰でも閲覧・アクセスできるように、市民からの情報開示請求が提起されなくても政府が自主的に政府情報を開示する、いわゆる能動的な情報公開制度が法文上明記された。

そうした一連の情報公開制度の整備は、情報の非対称性、すなわち、従来、様々な情報が政府や企業に事実上集中し、個人や企業の利用が困難であった状況を一変させ、政府や企業と市民との情報力格差の解消によつて、NPOの台頭促進に作用した。

### IT革命によるグローバル競争激化

第二はグローバル競争の激化である。この端的な事例が企業の中央研究所である。IT革命によつて市場競争が激化するなか、それほど研究開発が重要でも、短期的収益に直結し難い研究開発を内部補助によつて維持することはもはや困難になった。そうした情勢下、画期的な研究技術開発でも短期間で成果を挙げることが困難なプロジェクトについては、別会社化やスピン・アウトなど、担当部署を社外に移したり、あるいは、社外の有力機関と戦略的関係を構築し、大学や研究機関等、専門的NPOを積極的に活用することで、短期的な業績向上と中長期的な企業競争力強化の二律背反となりがちな二つの目標の同時達成を目指す動きが拡大した。

を集中管理するメリットが大きいく減退するなか、新しいパラダイムのなかで、経済活力を維持しつつ、多様化し高度化する市民のニーズを多元化とIT革命のフル活用によつて充足させ、豊かな社会を形成する有力な方策と位置付けられる。

### 二元論的システムからの脱却

そもそもNPOは、従来、市民のニーズはあるものの、政府や企業では適切な供給が難しい公共的サービスを提供する相互扶助的機関等として消去法的な位置付けを受けてきた。一方、わが国では、公共の利益にかかわる

### インフラ整備

# 行政・NPO・企業による多元的なサービス提供

分野では政府がサービスを提供し、営利事業の分野では企業がサービスを提供すると、公共の利益の有無でサービスの提供主体が政府か企業かを分ける官民二元論的整理が一般に行われてきた。

しかし、有力大学や医療機関をはじめとして、近年の米国主要NPO機関の活動に即してみれば、今日、そうした消去法的なNPOの位置付けや官民二元論的整理は不適切である。

まず、政府とNPOの関係についてみると、外交や警察、国防等、純公共財以外の分野では、サービスが画一的となつたり非効率となりやすい政府でなく、市場原理で供給可能なサービスは企業に、公的関与が必要な分

野はNPOに提供主体を移す方が策が国際的に拡がっている。企業であれば財政援助は不要となり、NPOであれば政府は必要資金の一部を負担するのにとどまり、いずれのケースにおいても政府の効率化と財政コストの圧縮が実現できる。逆にユーザーサイドからみると、NPOや企業間競争を通じて、良質で多様なサービスを安く好きなきときに手に入れることが可能になる。

一方、企業とNPOの違いについてみると、一般に非営利性が指摘される。しかし、これは、株主配当等、利益の社外流出がないことを意味するの過ぎない。配当金が企業の売上高に占めるシェアが1%に満たない点を踏まえてみ

に象徴される通り、NPOにシフトすれば良い。

このようにみると、公共的分野か否かでサービス提供主体を政府か民間かに先験的に截然と分けるシステムと訣別し、政府とNPO、企業の三者が特質を生かしつつ、時には競争し合い、時にはアライアンスを組みながら、市場やニーズ、技術動向や財政余力等にに応じて適切な者が提供主体となる弾力的なシステムへの移行を図ることが焦眉の急である。そのためには、事業基盤の強化を梃子に、政府や企業と競争できるNPOの輩出が不可欠である。それでは、わが国がIT革命に対応した多元的システムへの転換に向け、NPO輩

れば、非営利性の意味は小さい。むしろ財政補助の有無こそ重要であろう。事業収入だけでは運営困難なプロジェクトについて、NPO事業という位置付けのもと、政府の資金援助が行われ、必要とされるサービスの提供が行われるという仕組みである。そのため、公益性があつても事業収入が充分であれば、環境規制など、一定の規制が要請されるとしても企業として活動すれば良く、現実に九〇年代後半の米国では、病院を中心に企業転換を図る動きが強まった。

逆に、事業収入が減少し、営利企業として事業継続が困難になれば、少なくとも公共の利益から必要である限り、近年の米国大手企業の中央研究所の動き

出の実現に必要な施策は何か。NPO活性化のための施策

### NPO活性化のための施策

まず、情報公開制度の整備・強化が喫緊の課題である。一国経済のなかで最大の経済主体である政府が、積極的に情報公開を推進し、政府や企業と市民との情報格差の解消を図ることが大前提である。

一方、NPO自体についてみれば、財政資金が投入され活動が支援されるだけに、営利企業以上に厳格な情報公開義務に服し、国民に対して活動状況や今後の計画を明確に示す義務がある。さらに、NPOの活動分野のなかには市場競争を通じて非

効率な部分が淘汰されるメカニズムが期待し難い分野があるため、情報公開の強化によつて擬似的な市場競争メカニズムを作動させ、NPO活動をより活性化させることが可能になる。学校や病院毎に、成績や医療サービス等、成果の開示を義務付け、競争原理の導入を図った英国の公教育改革や医療改革はその端的な事例といえよう。

加えて、NPO事業の基盤や法制度を整備・強化する必要がある。とりわけ、憲法八九条後段の解釈変更と優遇税制の拡充の二点が重要な課題である。

まず憲法問題である。これまでも日本国憲法八九条後段は公金支出制限事項として位置付けられてきた。しかし、制定当時の情勢を振り返ってみると、宗教団体の慈善事業等に対する公金支出禁止と解釈すべきである。そうした解釈に基けば、憲法八九条は信教の自由を保障した二〇条を財政面から制約を課した規定と位置付けることが可能になり、逆に、通常の慈善・博愛活動に対する財政支援については、むしろ積極的な推進が要請される筋合いとなる。

次に、NPOに対する優遇税制問題である。寄附金に対する優遇税制を享受できるNPOが、米国では二〇〇二年で九十一万団体に達しているのに対して、わが国では本年二月で十二団体に過ぎない。この主因のひとつが、厳格な特定認定法人の認定基準にある。とりわけ、総収入金額等に占める受入寄附金総額等の割合が問題である。本年四月から、この基準は、従来の三分の一から時限的に緩和された。しかし、緩和された五分の一以上必要という現在の基準ですら、多くの米国NPOがクリアできない条件である点を直視すれば、早急に見直されるべきであろう。

地域連携カンファレンス③ 熊本—その後—

目標！日本縦断

PEGネットワーク網

城本胃腸科内科クリニック 院長 城本和明



スタートから大規模な研究会で

『PEGケアカンファレンス熊本』の発足から1年が経ちました。大きな失敗もなくほっとしています。PDN通信第2号で述べたように、最初から全県対象で大規模にスタートしたのは、今思えばなかなか大胆なことでした。しかし、PEGがテーマの会だからこそ出来たと思つてい

ます。造設手技自体は、ほぼ確立した間口の広い技術なのですが、必要不可欠なケアにおいては試行錯誤的要素が多く、関係する分野も多岐にわたります。基礎疾患、全身状態の管理のみならず、口腔ケア、嚥下、栄養、スキンケア、チューブ管理が重要となります。さらに、PEGに関わる人達(患者家族を含め)の連携

を保つことも必要です。それぞれの立場で、うまく管理できるための「公式」が欲しいと思つても、手に入らないものどかしさが少なからずあったのではないのでしょうか。そんな時、一人(二つの医療機関)で知恵をしばつたとしても、なかなか見つからないものです。ならば、たくさんの方の知恵を出し合うことで、いくつかの選択肢が出てくるのではないのでしょうか。その中から「この方法が現在のところでは最良である」とみんなが認めた方法を広く告知することで、PEGに関わる医療機関全体の質の向上に繋がると思っています。「大きく産んでもっと大きく育てる」これがPEGの研究会に関しては何よりも思っています。そして最初から大きな規模の研究会にした一つの要因でもあります。

発足一年を振り返って

第1回プログラム(2002年6月29日(土))

- 1. 「熊本市のPEGの現状」
- 2. 「PEGにおける栄養剤の選び方」
- 3. 「PEGスキンケアの基本」

第2回プログラム(2002年12月14日(土))

- 1. 「小児のPEG」
- 2. 「PEGと嚥下障害のリハビリテーション」
- 3. 「スキントラブルQ&A」



第2回PEGケアカンファレンス熊本

実際のカンファレンスの様子を振り返ってみます。第1回は昨年6月に行いました。世話人28名、共催は熊本市医師会とメーカー3社、そして400人超の

参加者という大盛況なカンファレンスとなりました。その波に乗った形で同12月に開催した第2回は、世話人33名、共催は熊本県・市医師会、メーカー7社にグレードアップしました。ところが……参加人数は200数十名にダウン(涙)。これには訳がありました。実は、忘年会シーズンたけなわだったのです。周囲から「どうして、こういう時期にするのか?」という苦情が殺到。『PEGケアカンファレンス熊本』も、忘年会の誘惑には勝てなかったということでしょうか?! このとき、会の運営にはプログラムの選択以外に開催時期も非常に大切だという教訓を得ました。ところで、この会の発足におい



休憩時間も話はずむ

て、医師会の共催を得るのは割合スムーズにいったと思われま

す。趣旨を明瞭にし、会則厳守、そしてカンファレンスのプログラムを事前に提出したうえで理事会に認めていただき、市県の医師会報で広報されました。他県の場合も似たようなものだと思いますが、理事会次第では十分な根回しが必要なのところもあるでしょう。新規に研究会の発足を考える際には、事前に理事前に相談されることをお勧めいたします。

- ・プログラム
- ・開催時期
- ・医師会の共催



運営のあれこれ

この研究会の運営で意外と悩まされるのが費用の問題です。カンファレンスの参加費は500円、不足分はメーカーさんから提供していただいています。各回の共催費は1社あたり10万円以内が目標ですが、第2回は少しオーバーしてしまいました。

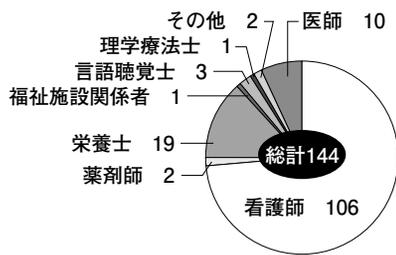
そのため先日世話人会では、抄録集の発行は中止し、その代わりにホームページを立ち上げてサイト上で講演の記録を掲載することで経費削減しようという意見が出ました。しかし、第2号で廃刊というのはちょっと問題がありそうですし、熊本におけるインターネット人口はまだ少ない。それに、「手に取って読む」ことができるという何にも代えがたい資料的価値は捨てがたいと思うのです。という訳で、当世話人会では抄録集の継続問題が当面の課題となっております(ある意味・楽しい・悩みごと



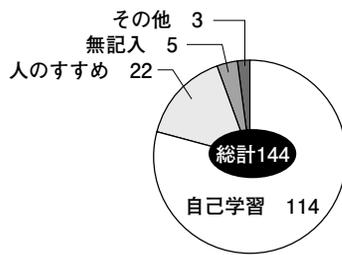
既刊の抄録集

第2回PEGケアカンファレンス熊本 アンケート結果より

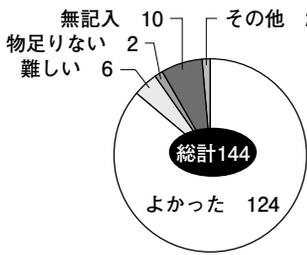
1. 職種を教えてください



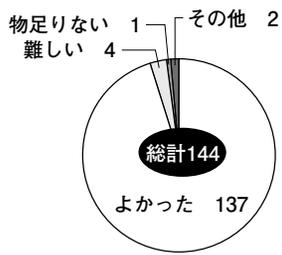
2. 参加の動機を教えてください



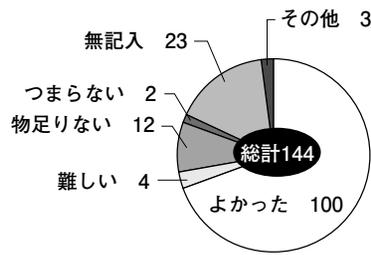
3. 本日の内容はいかがでしたか



小児のPEG



PEGと嚥下障害のリハビリテーション



スキントラブルQ & A

4. 次回以降の発表テーマに興味があるものを教えてください

PEGと在宅医療	PEGとスキンケア	PEGと栄養アセスメント	PEGと嚥下	PEGとNST	PEGと臨床パス	小児のPEG
65	39	61	39	16	40	2
PEGと医療経済	PEGと行政	PEGのEBM	PEGコーディネーター	メーカーパネルディスカッション	その他	総数
15	15	9	12	22	3	338

その他の内訳：栄養剤の選び方、下痢・嘔吐対策、PEGとその副作用、自己抜去

一例を挙げますと、アンケートに「患者や家族が参加できる会にしてほしい」という意見が寄せられていましたので、さっそく世話人会で報告。そして、いづれ無料の「市民公開講座」を開催し、従来の会と2本立てで行っていくことも検討しており、実現の方向に向かいそうです。カンファレンスに参加した一人の方の声を、一つの新たな展開を始めた訳です。

このように、研究会自体がまるで生き物のように自立し成長して行くのは、私にとってワクワクする喜びであります。できれば他県でも、『PEGケアカンファレンス○○』(名称は何でもいいのですが)が発足し、横の繋がりができたら面白いだろうなあ...と思っています。総本山のPDNのもと、日本を縦横に走るネットワーク網「ちよつと」が壮大すぎて非現実的ですが、情報交換の機会が増えることで情報質が上がります、そしてその延長線上にある利益は、患者に必ず還元されていくと信じています。



第2回PEGケアカンファレンス熊本

【第3回PEGカンファレンス熊本プログラム】

- ◆開催要項◆
  - 会期：2003年7月12日(土) 午後3時～午後6時
  - 会場：熊本テルサ(熊本市水前寺公園28-51 TEL 096-387-7777)
  - 会費：500円

- ◆プログラム◆
  - 1. 開会の辞 (15:00～15:05) 熊本地域医療センター 明石隆吉
  - 2. 講演1 (15:05～16:05) 司会 熊本リハビリテーション病院 内科 中村太造先生  
「**コメディカルのためのPEGケアの実際**」 鹿児島昭南病院副院長 有本之嗣先生
  - 3. 講演2 (16:15～17:05) 司会 江南病院 外科 水本誠一先生  
「**熊本県訪問看護ステーションにおけるPEGの現状と問題点**」 熊本市医師会在宅ケアセンター 松本ヤヨイ先生ほか
  - 4. ディスカッション (17:10～18:00) 「**PEGトラブルQ&A**」 司会進行 八代総合病院 内科 高田信勝先生
  - 5. 閉会の辞 (18:00) 城本胃腸科内科クリニック 城本和明
- ◇ 共催 ◇  
PEGケアカンファレンス熊本、熊本県医師会、熊本市医師会、(株)メディコン、大塚製薬(株)、味の素ファルマ(株)、センチュリーメディカル(株)、ポストンサイエンティフィックジャパン(株)、アボットジャパン(株)、クリエートメディック(株)

まずは九州地区から

最後に『PEGケアカンファレンス熊本』の宣伝をちよつとだけ。来る7月12日(土)に第3回カンファレンスを開催します。熊本の近県の方のみならず、遠方でもご都合のつく方はふるってご参加ください。北海道の方も...ぜひ！

また、9月には大分の別府市で九州初のHEQ研究会が開催されます(当番世話人は大分

最後に「PEGケアカンファレンス熊本」としても、ぜひ成功していただきたく応援したいと思っています。

なにより、とりとめの話になりません。九州の田舎でこんなことをやっているのを知っていたら、この記事の目的は半ば達成できたと思います。

医科大学第一外科 北野正剛先生

# 介護施設

## 『世田谷区民のための特養ホーム最新情報』から

# 特養ホームの胃ろう受入れを考える



『世田谷区民のための特養ホーム最新情報』という130頁に及ぶ情報誌が、世田谷区老人問題研究会(世老研)から発行されて反響を呼んでいる。この中に、医療的対応を要する入居者数の項目があり、「経管・PEG」の入居状況が示されている。世田谷区の特養における胃ろうの受入を概観する。

### 今日は他人の身、明日は我が身

老人大学OBが活動するボランティア団体であるから、政治色、行政色、企業色は一切ない。もちろん市民オンスマンでもなく、透明性の高い組織である。

「今日は他人の身、明日は我が身、いざという時、あなたはどうされますか。世田谷区民として、入居可能な特養ホームは、世田谷区に23施設あるのですが、その施設を知るためのまとまった情報は、区内の何処を探してもなく、また、個々の施設状況を知りたくても、調べる方法がないのが現状です」とリーダーの田中宏實さんが、情報誌を作った背景を語る。

なるほど、ここには利用者の目線で、区民の知りたい特養ホームの情報が網羅されている。世田谷区は、区内に14、区外に9、あわせて23の特養ホームをもつが、これまで区内12施設については既に「特養

調査項目「経管・PEG」から

この情報誌を細部にわたってご紹介する紙幅もなく、胃ろうと栄養の専門紙である『PDN通信』の性格からは、若干目的を異にする

ため内容のほとんどを割愛せざるを得ない。ここでは関連する調査項目、「No.19医療体制のうち「医療的対応を要する入居者数」7項目の中の「経管・PEG」の項目について掘り下げ、新たに取材を加えて詳述したい。

この「経管・PEG」の項目は、世老研のメンバーの一人である野田久人さんの提案で追加された。



特養ホーム最新情報

### 受入態勢に格差

「経管・PEG」の項目について、世田谷区内14施設を集計してみた。

14施設の総定員数は1062、その内、経管栄養の利用者は63名である。経管の中で経鼻チューブとPEGの区別はなく、この内、胃ろうによる栄養管理が何名かは明確にされていないが、PEGの割合は決して少ない

くないであろう。参考までに『PDN通信』第2号では、特養たまたがわを特集したが、同施設の場合は定員120名で、経管26名、そのうち経鼻は1名のみで、25名が胃ろうであった。「特養たまたがわ」の場合は極端な例かも知れないが、示唆に富む数字であろう。

0人	4施設
1人	4施設
2人	4施設
3人	3施設
4人	2施設
5人	2施設
6人	1施設
9人	1施設
12人	1施設
22人	1施設

23施設の集計

### 医療行為というカベ

特養ホームにおける胃ろう患者の受け入れに戸惑いがあるのは、経管栄養の投与が医療行為にあたり、夜間に看護師がいなため、受け入れが出来ないというのが主な理由である。医療行為という縛りがあるためだ。そこで、PDNではこのあたりの事情を詳しく調べるため、田中宏實さんにご案内いただいて、「経管・PEG」5名のさつき荘を取材していただいた。

### 「さつき荘」の場合

対談 橋本施設長 田中宏實さん

### 入所がきまったら胃ろうを造る方も

田中 5人の経管栄養の方が入所されていて、全員が胃ろうと伺いましたが、その5人の方々が胃ろうにされた過程はどのような?

橋本 ここで状態が悪くなって造った人が3人。後は、入所がきまったら、胃ろうを造ってから入っていた方がお一人。そして、あと一人は以前からつけていた方です。

田中 状態が悪くなって胃ろうをつくった方についてお話ししていただけますか。

橋本 状態が悪くなって、ムセたり、食事が減ったり、誤嚥で肺炎になったり、栄養障害を起して病院へ入院ということになりますと、医師も含めて、ご家族との話し合いで、では胃ろうにしましょうということになるケースが多いです。ご家族の方からも、随時入院の話は相談があつたりしますしね。やはりこちらに戻って来られるにあたり、長期になるということであれば、胃ろうで来ていただいたほうがよるしいんじゃないですかという相談になりますね。

田中 状態が悪くなって入院し、胃ろうで戻ってこられた人は、ここに籍があるわけですから、再入所を拒めないというのは、他所でも聞きます。でも、入所が決まったら、胃ろうにして入所してもらうというふうな積極的な例は少ないようですが。

橋本 以前にも、やっぱり入所が決まったら、経鼻から胃ろうに切り替えてもらった方がおられます。これは以前、併設施設があり、医療体制が十分ありましたので、対応としては何かあっても直ぐに対応できるという

うことで、胃ろうは結構受け入れていたんですね。ですから、いまでも胃ろうの方の受け入れに、抵抗感はないですね。

### 医療行為という規制について

**橋本** 看護師は昼だけなんですけれどもね。うちでは栄養剤は、実際のカロリー摂取として、8000から9000kcalなんです。お元

**田中** スタッフのかたもある程度なれていらつしやったんですね。胃ろうの医療行為についてはどのように対応されていますか。

気がな方ですと、胃ろうですべて栄養を摂るには少ないようですが、寝たきりで運動量が少ない方なので、ドクター指示で8000から9000という量を2回の栄養投与で入れておられます。これが一日3回入れなきゃいけないとなると、看護師が居ない時間帯になって難しいという部分がでてくるのかなと思います。朝夕という看護師の日勤帯の範囲でやっております。

**橋本** 経鼻チューブがないことによつて、口から食べやすくなっているというのがあります。それで、捕食的に胃ろうであったり、その逆になったり…

**田中** 介職の方は？

**橋本** そのくらいでいいみたいですね。痩せていくっていうことは必要なカロリーがとれるっていうことですね。

**橋本** うちが介護職は胃ろうについてはまったくノータッチです。ですから、医療行為をさせているっていうことは全くありません。

**田中** つまり、二食でも十分必要なカロリーがとれるっていうことですね。やはり、経鼻チューブです。

**田中** 看護師さんの勤務時間帯でやられているんですね。

**橋本** でもね、介護職の一部には正直言って、胃ろうへの抵抗感がありますよね。口から食べてもらいたいという気持ちが強いんですから。

**橋本** ですから、カロリーの的なもので、出来る条件かもしれないですね。1200kcalを投与しなさいといわれると、ちよつと2回で入れるのはきついですからね。ま、多少は時間帯をずらして看

**田中** 今の話は、かなり理想的なものなかにありますけどね。

**橋本** 経鼻チューブがないことによつて、口から食べやすくなっているというのがあります。それで、捕食的に胃ろうであったり、その逆になったり…

**田中** 非常に自然っていう感じがしますね。もうあんた胃ろうになったんだから、百パーセント胃ろうだよじゃなくて…。口から楽しみたいものは口から楽しむわけですね…。

### うれいのはもう一度口から…

**橋本** 経鼻チューブがないことによつて、口から食べやすくなっているというのがあります。それで、捕食的に胃ろうであったり、その逆になったり…

**田中** 非常に自然っていう感じがしますね。もうあんた胃ろうになったんだから、百パーセント胃ろうだよじゃなくて…。口から楽しみたいものは口から楽しむわけですね…。



(対談) 橋本施設長、田中宏實さん

と、本人の苦痛だけでなく、介護上も逆流しやすいとか、そういうこともあるかと思うんです。本人にとつて胃瘻は苦痛ではないと理解して。また、経鼻チューブがないほうが、口から食べるための摂食訓練もできますしね。口から食べられる状態になったら、また口から食べてもらいます。

と、本人の苦痛だけでなく、介護上も逆流しやすいとか、そういうこともあるかと思うんです。本人にとつて胃瘻は苦痛ではないと理解して。また、経鼻チューブがないほうが、口から食べるための摂食訓練もできますしね。口から食べられる状態になったら、また口から食べてもらいます。

### ショートステイの受け入れ

**田中** いわゆる原疾患っていうのは？

**橋本** やつぱり脳梗塞があつて痴呆が出てというのが多いですね。

**田中** 脳卒中で痴呆？

**橋本** はい。脳卒中で痴呆、両方ともという場合もあるわけですよ。それからパーキンソンの方もいらつしやいます。

**田中** ALSの方は？

**橋本** おられません。いま、利用者さんから胃ろうの問い合わせが多いですね。先ほどもあつたんです。胃ろうでも受け入れてくれませんかという…。いま、世田谷区もポイント制の入所の基準とかそういう見直しをしているところなんです。緊急性のある方ですね。

**田中** 他所もそうでしょうか？

**橋本** はい。緊急性のある方ですね。急性のある要介護者に、優先順位がシフトされて、世田谷区も九月頃から切りかえということですね。しばらく駄目だと諦めていた人が順位が上がつてですね。あなたももう順番だから、どこに入りたいかと云われたときに、初めて選択権をもつたという認識ですね。こういう冊子が必要になつてきて、さつき庄だつたら、胃ろうの方を5人も受け入れていたんだから大丈夫そうだとおもうな認識はでてくるでしょうね。

**橋本** それは、調査の締め切りが

# 牛、PDN談話室には貴重な情報が満載!

## Webセミナー③

<http://www.peg.ne.jp/>

一休さんから  
こころを込めて



### 回答陣のボランティアに感謝!

PDNホームページの人気コーナーはPDN相談室。相談された皆様も、ご返事を下さった先生方のことをお知りになりたいはず!そこで、最近俳優業にも忙しい平成の一休さん(編集部注:もともと新派の役者さんで、最近芸能界に復帰しCMやドラマで活躍中のお坊さん)ですが、今回は尊敬する先生方の紹介役を買って頂きました。まずは、我が身を削って、夜な夜なキーボードを叩いてくださる先生方に、この場を借りて感謝の意を表します。合掌三拝。

#### 「おサル先生」:北陸地区

PDN相談室開設時からご協力頂いている先生で、そのPEG実績及び施設後のケアについては、押しも押されぬ存在です。先生は在宅患者さんを訪問する開業医であると同時に、家庭の悩み事や相談にも応じるカウンセラーでもあり、「細やかなテクニックの相談」や「メンタルケア」が実に見事です。名医と呼ばれる人にありがちな驕りや自惚れがまったくなく、他者と同じ目線でお話を受け答えされる人格者で、尊敬に値する数少ない先生のお一人です。

講演や執筆依頼も多く、4ヶ月先のスケジュールも埋まっているというハードスケジュールにもかかわらず、ご自分の患者さんを診るように一つの質問に丁寧に対応して下さる先生です。

#### 「boeder.S」先生:北海道地区

PEGは北海道では遅れている、との声がかかる中、PEG-褥瘡-クリティカルパスを3種の神器(?!)と、それらを組み合わせる患者さんの栄養管理、全身状態の改善に取り組んでおられる外科の先生です。

#### 「道産子長ちゃん」先生:北海道地区

PEG実績が多く、患者さんの多くはお年よりの方の方です。ですから、先生のコメントは、おじいちゃん・おばあちゃんに対する対応が実に親切です。研究会や学会にも精力的に出かけておられるようで、時には非常にわかりやすい学会レポートを書きこんでくださいます。

#### 「みっくん」先生:東北地区

PEGの実績は1000例以上、その間直面した様々な困難を乗り越えてこられたようで、「テクニック」と患者さん・ご家族様への「メンタルケア-癒し-」の両方を身につけておられる、理想的な先生像と尊敬いたしております。守備範囲も広く、的確かつ優

しい心配り溢れる回答を寄せて下さり、その回答数もおサル先生同様、大変多いです。

#### 「太郎」先生:中部地区

別名「名古屋の若旦那」で親しまれている、開業医の院長先生です。「胃からの栄養剤逆流防止」について、寒天の利用を含め熱心に寄り組んでおられます。その一方、文献提示による解説や他者の意見の尊重など、決して独善的でない姿勢に信頼がおけます。

#### 「陸の孤島の遭難者」先生:近畿地区

この間まで、全く居所不明の覆面先生でした。私は「忍者のような名医」との印象を持っております。コメントを拝見いたしますと、誰もが避けて通る話題に対しても、ズバリと進言・提言・提供されています。PEGは万能ではないが、必要性の高いキットである点をフォローされています。

#### 「moemoe」先生:関東地区

PEG施行数は2000症例に達しようとしており、国内では群を抜いた実績をお持ちの外科医です。医療者の都合ではなく、患者さん・ご家族様のために医療者は何をしたら良いのかを常に模索し、実践されています。PEG関連キットの改善や開発にも力を注ぎ、臨床・研究・教育他、何足ものわらじはいてご活躍です。客観的、科学的なコメントでありながら、人間的な温かみを失うことのない回答は、先生のお人柄を良く表していると思います。

#### 「もっち」さん:関東地区

訪問看護ステーションの責任者で、先頭指揮官として仕事にける熱意は賞賛に値します。訪問看護師でありながら患者さんの「介護的」奉仕もなさっており、「医療行為・介護行為」の枠を超えた行為にはただただ脱帽です。談話室での回答やご自身から発せられる質問には実際的なものも多く、共感者・賛同者・支持者を得られている点は見事としか言い用がありません。女性の強さを改めて教えて頂きました。

#### 「つつー」さん:関東地区

もっちさん同様、ご家族を抱えながら「手術・内視鏡室勤務」の激務をこなしていらっしゃいます。更に、今年から地域の緩和ケアの課題に取り組む活動をなさり「緩和研究会」と言うチームをセンターに立ち上げ活発に勉強会を開き、順調に運動に協力者の方が増えてきたそうです。院内のPEG勉強会のリーダーシップをとられる他、院内NSTや緩和ケア研究会の立ち上げにも精力的にとりこんでおられます。

#### 「konkon」先生:所在不明

外科の先生とのことですが、PEGに関してはべ

テランと推察いたします。患者・家族に対してインフォームド・コンセントを丁寧になされた上、更にセカンド・オピニオンもお勧めになっている点が、先生の医療者としての特筆すべき姿勢として見え隠れしています。(順不同)

紙面の都合で全員をご紹介できませんでしたが、丁寧に回答頂いているいる皆さまに、改めて心からお礼申し上げます。と同時に、この談話室に質問をされた方は、今度はあなたがその情報を同じようなことで悩んでおられる方のために広く活かして頂きたいと思っております。

### 質問から

さて、談話室にはどんな質問が寄せられているのでしょうか?その一部をご紹介します。みなさん、この談話室を訪れてくださいネッナー!

- No.552 胃切除(5/4)者への胃ろう手術の是非(やっくん)
- No.545 経腸栄養剤固形化計画総集編(太郎先生)
- No.536 胃瘻交換時の処置料(まさ)
- No.535 胃瘻部からのMRSA(かあか)
- No.513 減圧胃瘻について教えてください(もっち)
- No.508 自己抜去防止の方法は?(RX78)
- No.502 瘻孔からの漏れどうすればよいですか?(genちゃん)
- No.475 消化態栄養剤と半消化態栄養剤の違い(ぴよんちゃん)
- No.456 チューブ型からボタン型への交換(えびびも)
- No.440 注入時の体位(真紀)
- No.377 胃ろう刺入部の消毒(KAMO)
- No.366 PEGのチューブ接続は医療行為?(越村&はじめ)
- No.335 胃瘻接続チューブの交換と保険請求(勉強不足医師)
- No.331 ろう孔が塞がりません。(ベッキイちゃん)
- No.327 カテーテルを抜いた後の瘻孔部(金魚)
- No.318 術後の瘻孔感染の防止(藤田昌明)
- No.316 特定保険医療材料費(算定っこ)
- No.294 経管栄養のカロリー設定と水分量(倉増真由美)
- No.284 胃ろう-経管栄養を与える速度(ケイ)
- No.272 経鼻チューブからPEGにして良かったことは?(じゅんまる)
- No.250 栄養チューブや延長チューブは実費?(かつ吉)
- No.228 PEGの適応、特に年齢について(小倉和雄)
- No.225 パルーン型胃ろうチューブの水交換(Hiro-chan)
- No.215 肉芽の対処の仕方(ミント)
- No.197 PEJを薦められていて迷っています。(おぼん)
- No.84 チューブにカビ???(あゆみ)
- No.23 入浴について教えてください(村上美恵)
- No.10 胃ろう患者とショートステイ(SOS)

全部読むには大変だわ、こりゃ。一休み一休み。今日はちよっぴり胃ろうからビールだな…。

(一休こと臨濟宗妙心寺派僧侶 西宮宗春)

PDN ブラシ

概略仕様

芯線: SUS304、シングルスパイラル  
ブラシ材: ナイロン L: 500<sup>m</sup> 750<sup>m</sup>

価格

1本 1,500円

製造・発売

NPO法人 PEGドクターズネットワーク  
TEL 03-5733-4361 FAX 03-5776-6486

# 3年目を迎えて

NPO法人  
PEG ドクターズネットワーク

# 質問件数550件

## 今日のたずねる人は明日のこたえる人

P D N 談話室に寄せられる質問は日々増え続けています。たずねる人は多数で、答える人は少数。主たる回答者のドクターや経験豊かな看護師、栄養士のボランティアも限界に近づきつつあります。談話室が長期にわたって維持継続されるためには、答える人がふえることが必要かつ不可欠です。教わってよい結果が得られた人は、次に答える側に立つことを望みます。同じ人が、ときにたずねる人であり、ときに答える人という段階的な展開が、持続的な談話室の発展を支えるでしょう。事実、そのような関係が芽生えつつあります。「今日のたずねる人は明日の答える人」でありたいですね。

談話室での質問は多岐にわたり、細部に及びます。これこそP D Nが掲げるP D N広場の目的です。類似質問を整理統合し、答える先生方の負担を軽減するのはP D Nの仕事ですが、いまだその責務を果たせておらず、これからの課題と考えています。それにしても、550件という質問数はコミュニケーション量としても膨大で、この数字が600、700と増えていくのはもはや時間の問題でしょう。

「患者・家族を孤立させてはならない」というP D Nの設立理念は、ここP D N談話室で、見事に花開き、新たな責任と使命を覚えます。胃ろうと栄養の情報がほしい人々の数は膨大ですが、いまだP D N談話室の存在を知らない人は多く、談話室に初めて訪れた人は、このようなHPがあったことに、まず感動の一言を述べて下さいます。嬉しいようで、我々のP R不足を思い知らされて複雑な気持ちにさせられます。(編集部)

### 行政との連繋で特定医療領域の活動推進



P D N代表理事  
慈恵医大 外科講師  
鈴木 裕

情報提供活動を含めると6年間の活動体験をもつ。高齢化社会の急激な進展と2000年4月の介護保険の導入がインセンティブとしてはたつき、「胃ろうによる栄養管理」が普及する反面、当然のように新しい医療の情報不足とそれに起因する弊害が顕在化した。現在もその状況は解消されているとはいえないが、こうした時代背景と患者・家族のニーズに応えるためのP D Nの設立であった。

日本経済新聞(2003.3.3・17朝刊)によれば、厚生労働省は患者の疑問や苦情に対応する相談窓口「医療安全相談センター」を来年度中に設置するよう都道府県に求め、すでに今年四月から十二県でスタート、年内に二十五府県が開始すると報じている。これは東京都が2001年度から始めた「患者の声相談窓口」(年間二万件の相談件数)をモデルに、厚生省が全国都道府県に展開しようとする施策であり、診療・医療の情報開示が叫ばれる昨今、患者にとって朗報であり、実効の上ることを期待したい。

厚労省施策の「医療安全相談センター」と「P D Nの活動」との違いは、前者が包括的で広大な医療領域を対象としているのに対して、P D Nは「胃ろうと栄養」という狭い専門分野に特化し、日々、患者、家族が直面する個別的な医療相談に対応する小回りのきくNPO法人というべきか。仮にこうした個別部門の活動を官が担い、全医療領域を網羅する情報提供を行なおうとするならば、そこには膨大な予算と人材を必要とし、実際には機能しないように思われる。P D Nのような小さい情報提供組織は、「医療安全相談センター」という大きな体系をささえる個別分野という位置付けが適切であろうか。胃ろうと栄養という専門分野に

### 活動をふりかえり、明日をめざして進む



P D N代表監事  
公認会計士  
小澤康弘

深く携わり、そこから管見すると、総論は行政で、各論は複数のNPOや企業でという構図が見えてくる。望むべくは、我々は官の強力な情報収集力などの支援をいただきながら、

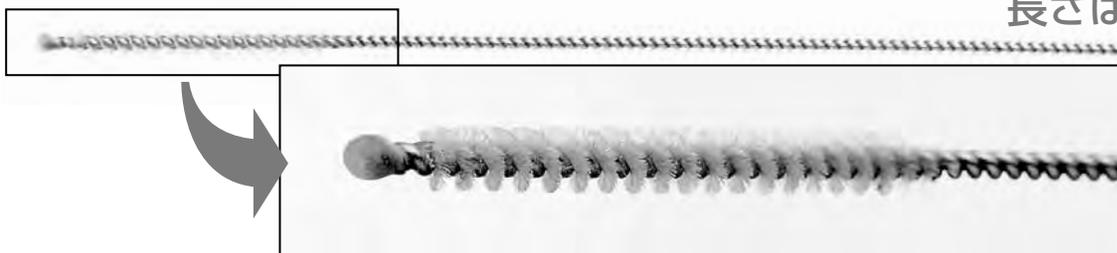
公益を忘れず、整合性のある連携プレーをしていきたい。P D Nの活動が、こうした国のビジョンを展開するためのモデルケースとなるよう切磋琢磨したい。

さて今回、「P D N通信」第4号に、日本総合研究所、主任研究員、藤井英彦氏から「NPO法人の役割と求められる運営基盤」という玉稿をいただき、感銘を覚えるとともに、今後のわれわれの活動指針に大きな示唆をいただいた。この機会に、藤井英彦氏の論旨にそって、P D Nの活動の軌跡を振り返り、今後を展望してみたい。

有利な状況が生まれ、公益的分野において確固たる地位を占めるようになったこと、同時に民間からの寄付、政府からの財政援助だけでなく、関連する収益事業にその財政基盤を置くようになったこと、などを指摘されている。日本においても、行政、NPO、営利企業の三者が、それぞれの特色を生かしつつ、時に競争し、時に協調しながら市場動向に応じて、いずれかが必要ならサービスを提供する、柔軟で弾力的なシステムが求められていることに変わりはない。藤井氏は、このような多面的なシステムへの移行は、焦眉の急であり、そのためには事業基盤の強化を梃子に政府や企業と競争できるNPOの輩出が不可欠であり、その実現に必要な施策として、情報公開制度の整備・強化とともに、行政からの財政支援制度と税制度の整備・強化が必要であると提言されている。

以上を、われわれP D Nの過去、現在、未来にあてはめてみると学べることが多い。P D Nもまた、財政基盤の確立を何処に求めるかを模索し、試行錯誤してきた。二年間の実績として、「ホームページの開設」、「P D N通信の発行」、「胃ろう手帳の発行」など、働きかけるべき対象を拡大することに勢力を傾けながら、同時に、情報ネットワークの核となる、「胃ろうを造設しケアする医療機関」のネットワークづくりを呼びかけてきた。五月現在、登録医療機関は、大学病院、地域基幹病院など400機関にのぼっていることは周知の通りである。本年度はさらに、ひとつの介護保険の運営母体に、少なくとも一医療機関を紹介するという目標をかかげ、「全国5000病院の情報ネットワークづくり」を目指し、協力を呼びかけている。P D Nの活動全般を、われわれはP D N広場と呼びかけていた。P D Nの活動全般を、われわれはP D N広場と呼びかけていた。P D N広場には多くの参加者が集まり、反響の輪は広まりつつある。重い責任と使命を感じないではない。患者、家族に軸足を置き、その活動に専門性を生かし、広く公益に貢献すべく官とNPO連繋の一翼を担っていき

長さは50cmと75cmの2種類



# 栄養教室 Vol.4

## どうなってるの？ 経腸栄養剤の選択と自己負担

「PDN通信」3号のWebセミナーで取り上げた経腸栄養剤について、その選択と利用者の自己負担についての問合せが多く寄せられています。例をあげてまとめてみましたので、みなさんと一緒に復習しましょう。

### 栄養剤の選択

経腸栄養剤の種類は大変豊富ですが、分類としては圧倒的に多数を占める食品扱いのものと、医師の処方をする医薬品扱いのものがあります。成分やカロリー量が同じようなものでも、医薬品は内服薬と同じ扱いになるので医療保険の適用になります。現在医薬品として薬価収載されている経腸栄養剤は次のものです。(表1)

エレンタール、エレンタールP/エンシュアリキッド、エンシュアH/エンテルド/クリニミール/ツインライン/ハーモニック-M、ハーモニック-F/ラコール

### 〈医薬品の特徴〉

- 微量元素、薬品が添加できる。
- 医師の処方箋が必要
- 保険適用なので、患者は一部負担

### 〈食品の特徴〉

- 微量元素は添加できない
  - 医師の処方箋は不要
  - 購入は自己負担
  - 味が良く飲みやすい
  - 料理への応用がしやすい
- どちらを選択するかは医療者が決定しますが、成分や自己負担額のことも含め、説明を聞き納得した上で利用することが望ましいですね。個人で通信販売などを利用する場合も、主治医

### 療養の場によって異なる自己負担

1kcal=1ml=1円を経腸栄養剤の平均的な相場とし、1日に1200kcal必要と医師が判断したと仮定しましょう。この方の1ヶ月分(30日として計算)の経腸栄養剤の費用は、1200円×30日=36000円かかることとなります。

この例を、食品扱いと医薬品扱いで、また療養の場によって、1ヵ月当たりの負担額がどのように変わるかをみてみます(食品扱いのものを食、医薬品扱いのものを薬、と略します)。

### ■在宅の場合

食 全額自己負担で36000円となります。  
薬 本人にとってはお食事ですが、薬剤費として医療保険適用となり、老人保険で1割負担の場合3600円となります(表2)。

### ■介護老人福祉施設(特養)の場合

食 全額の入所者のお食事に對して、1日当たりの基本食事サービス費として2120円が介護保険から施設に支払われています。このうち780円(本人の収入により減額もあり)が、一般の入院時の食費にあたる自己負担となるので、780円×30日=23400円となります。

や栄養士さんに相談することをお勧めします。

これは食品扱いのものであれば、何をしても同じです。

薬 医薬品と言っても毎日のお食事ですから、継続的に提供されなければなりません。したがって定期的に配置医や協力医療機関の医師の処方を受けるので、在宅の場合同様、医療保険適用となり、老人保険で1割負担ならば、3600円になります(表3)。

■介護老人保健施設(老健)及び介護療養型医療施設の場合  
食 特養の場合同様、1ヵ月で23400円となります。  
薬 医療保険の特技料・薬剤費については既に1割負担している基本施設サービス費に含まれている(いわゆる「まるめ」)ので、新たな薬剤費の自己負担はありません(表4)。

取材協力：東京都福祉局/厚生労働省老健局  
参考資料：平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長「老健第40号 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス、痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護に係る部分)及び指定施設サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」/「在宅栄養管理と診療報酬(2002年10月改訂版)」(株)医学通信社制作・大塚製薬(株)発行

### ※「まるめ」の影響は…?

老健及び介護療養型医療施設では、医薬品扱いの経腸栄養剤を提供した場合、食品扱いの経腸栄養剤で算定できた(基本食事サービス費2120円-利用者負担780円+経管栄養に対する特別食加算350円)×30日=50700円は、食事ではないので介護報酬として請求できません。さらに実際にかかる栄養剤の費用(1日当たり1200kcalと想定すれば36000円)は基本施設サービス費からの持ち出しとなるので、実質的には収入減です(図)。そのことが、入所者へのサービスの質に影響を及ぼさないだろうか、との声も聞かれます。

さて、みなさんはどうお考えでしょうか…?

種類	食品	医薬品	主な製品
天然濃厚流動食	食品		オクノス流動食品A(ホリカフーズ)など
人工濃厚流動食	半消化態栄養剤	食品	CZ-Hi(クリニコ)、K-4S(キューピー)、メイバランス(明治乳業)エンリッチ-SF(アボットジャパン)、ライフロン-6(日研化学)、L-7(旭化成)、メディエフバッグ(味の素ファルマ)、テルミール2.0α(テルモ)、ほか多数
		医薬品	エンシュアリキッド/エンシュアH(アボットジャパン)、クリニミール(エーザイ)、ハーモニック-M/ハーモニック-F(エスエス製薬)、ラコール(大塚製薬)
消化態栄養剤		医薬品	ペプチド栄養剤 エンテルド*(テルモ)、ツインライン*(大塚製薬)
		成分栄養剤	エレンタール*/エレンタールP*(味の素ファルマ)

表1 \*これらの医薬品は、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料の対象となり、医療機関は器具加算(栄養管セット、注入ポンプ)を算定できる。この場合、注入用バッグ・ボトル、チューブ、延長チューブなどは医療機関から支給される。

表2 在宅

食品	全額負担	1ヵ月の負担額
食品		1200 × 30日 = ¥36000
医薬品	保険適用 老人保険の場合1割	1ヵ月の負担額
医薬品		1200 × 30日 × 1割 = ¥3600

(1日当たり1200kcalと仮定 1kcal=1円として換算)

表3 介護老人福祉施設(特養)

食品	標準負担額	1ヵ月の負担額(栄養剤の種類、投与量は問わない)
食品		780 × 30日 = ¥23400
医薬品	保険適用 老人保険の場合1割	1ヵ月の負担額
医薬品		1200 × 30日 × 1割 = ¥3600

(1日当たり1200kcalと仮定 1kcal=1円として換算)

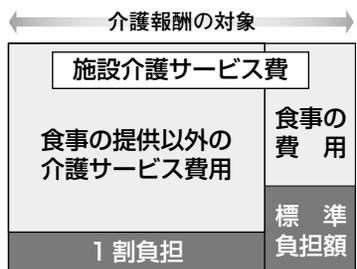
表4 介護老人保健施設(老健)及び介護療養型医療施設

食品	標準負担額	1ヵ月の負担額(栄養剤の種類、投与量は問わない)
食品		780 × 30日 = ¥23400
医薬品	薬剤費としての負担なし (包括制のため)	1ヵ月の負担額
医薬品		基本施設サービス費の1割に含まれる

(1日当たり1200kcalと仮定 1kcal=1円として換算)

### 〈食品扱い〉

特養・老健・療養型病棟全て同じ



【1日の食費】

基本食事サービス費	2120円
(介護報酬1340円)	
(利用者負担780円)	
特別食加算(介護報酬)	350円
合計	2470円

### 〈医薬品扱い〉

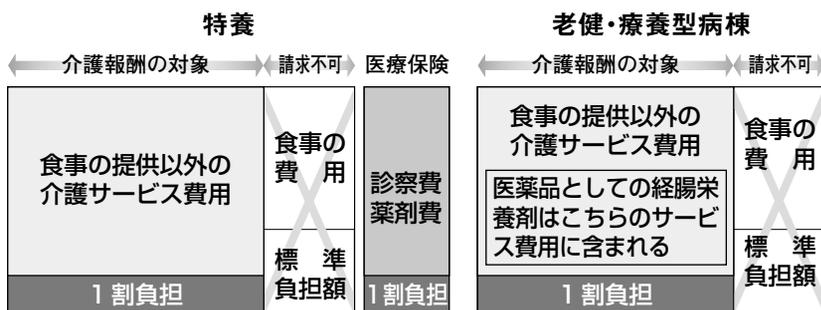


図1 □ 介護報酬 □ 診療報酬 ■ 自己負担

わたしのまちの病院

4

# チャレンジング精神で医療の質をアップ

## PEG-NST・電子カルテの導入

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

### 急性期・慢性期、 いずれも当院が受け入れます

**小野澤** 当院は、南房総地域で第三次救急まで受け入れている中核病院です。房総地域以外にも重症患者がヘリコプターで搬送されてくる急性期病院として、また研修医の受け入れ施設としても知られていることと思えますが、1992年に設立された「在宅医療部」という独立した部署が、退院後のいわゆる慢性期の在宅患者さまをフォローしています。往診や、個々の患者さまごとの栄養管理、口腔ケア、リハビリなどの医療サービスを提供しています。

\*在宅医療部…当部署の医師は病棟の担当はなく、外来も週に2単位。専任ドクター3名、専任ナース11名、専属栄養士2名、兼務栄養士1名、兼務薬剤師4名、専属のPT・OTが各1名というメンバー構成。

この地域の開業医の方々の間では、まだPEGについて正しく理解されていない部分もあります。ですから、退院後の受入を在宅医療部でもひきうけるようになりまし。カテーテル交換は、最初の交換時にバルーン型に変えていて、家でも交換できるようにしています。早めの交換を心がければ、

院長以下、病院全体が「患者さまによいことはなんでも取り組もう」というチャレンジング精神で医療の質向上のために取り組んでいます。



在宅医療部長 小野澤滋先生

### 52%に合併症?! パス作成でケアの標準化を

**小野澤** 当院におけるPEGの導入は、1990年頃と早く、現在までの10余年で約400例施行しています。神経内科が全体の6割、脳外科と総合内科がそれぞれ2割で、ほとんどが脳血管障害や神経難病です。

**松本** 当院のPEG導入初期の成績は悪かったです。1991年1月から1996年5月までの76施行例について、術後1週間をretrospectiveに調査した結果では、合併症は全体の52%に発生し、そのうちの95%は、潰瘍形成、38℃以上の発熱、12000/μl以上の白血球増加などの創感染症状でした。抗生剤の投与や消毒で症状は軽快しましたが、腹膜炎から敗血症ショックに陥って重症になった症例も3例ありました。そのうち2例は「なくなっています」。

その他、カテーテルが胃から外れたために栄養剤が腹腔内に流れこんで腹膜炎を生じた症例や、胃ろう造設後に出血して腹膜炎を起した症例もありました。

内視鏡術そのものは20000件以上行われていますが、昨年のPEG施行数は70件くらいです。導入はしたけれど術前後管理はおろそかだった、その結果が合併症52%という数字として現れたと言わざるを得ません。

そもそも、多くの患者さまは消化器疾患患者ではなく、脳神経外科や神経内科、呼吸器科の患者さまです。ですから術者が主治医であることは稀で、原疾患の経過や全身状態について全て把握しているわけでもありません。一方主治医はというと、PEGそのもののへの

理解やその後のケアについて必ずしも深い認識があるとは言いきれない状態でした。その結果、適切な指示がなされないまま、合併症の発生につながったのだと思います。

そこでPEGの術前・術後管理の標準化を目指して、2000年7月、PEGのクリティカルパスを作成しました。実施にあたっては、内視鏡検査技師の私たちも病棟後訪問を行い、このパスの導入前・後の患者さまの予後を比較しました。スキントラブルで見ると、導入前25%が導入後8.8%、抗生剤の追加投与は45%が20.6%に減少するという改善がみられました。

### 在宅栄養管理を病棟NSTへ

**小野澤** 5年ほど前、在宅医療部に入ってきた栄養士スタッフは、在宅患者さまの栄養評価を行って患者さまのQOL向上に役立てていました。一方、病棟では入院時の調査ではすでに低栄養となつている患者さまが多く、また胃ろうを造つた後でさえ低栄養状態ということもありました。理由は「高齢で体格も小さいし寝たきりだから、これくらいいいだろう」と、何の評価も科学的根拠も無く栄養が処方されていたためです。この状態

を改善するためには早期からの栄養管理が必要、ということ、在宅で効果を上げていた栄養管理を病棟でも正式に取り入れることになったのです。2002年5月9日、第1回NSTカンファレンスが開かれ、病院長を含む14名が集り、まずは神経内科病棟から導入することになりました。



内視鏡検査室長 松本雄三さん

術後のケアを標準化し、一部の誰かではなく、誰でもが正しいケアができるようにしようとパスの作成に取り組みましたが、作成当時から、それぞれの職種に多くのスペシャリストがいることを知りまし。PEG患者さまたちの状態を改善するためには、そういうスペシャリストの情報が必要と考え、PEG情報交換会も開きました。嚥下障害治療などにも活動が広がっていくうちに、PEGのことから嚥下障害者の全体を捉える会に発展し、最終的に同じ目的のために進化・発展してNST(栄養サポートチーム)としてひとつになりました。私自身、NSTを通じて、内視鏡技師としてだけではなく医療スタッフのひとりとして自分の自分を見られるようになりました。

現在のNSTカンファレンスは、毎週水曜日の昼間、事前に問題症例としてピックアップされていた神経内科病棟の患者さま

の回診を行い、夕方5時半からはミーティングを開いています。先日より、総合内科でも木曜正午からの回診が始まりました。NSTが活動を始めて1年半ですが、明らかに患者さまの状態が改善されてきたとい

## 自己負担増加への防衛策

**小野澤** 現在当院の在宅医療部で訪問している胃ろう患者さまは30名くらいです。経管栄養の場合はほとんど胃ろうで、経鼻の方はほんのわずかです。

リットがあるのではないかと考えています。

身体障害を持つ患者さまの場合、市町村で対応が異なります。

う印象を、医師も看護師も持っていますね。1病棟でも徹底して栄養管理できるところができれば、少しずつでもそこから次に広がると思います。神経内科と総合内科を完璧にフォローしていくことが当面の目標です。

ですが、ある等級以上は医療費の自己負担分が返金されます。かけた時点で一旦支払いますが、領収書をつけて手続きをすることによって、自己負担分が後日戻ってくるのです。何級以上から払い戻しがあるかは地域差がありますが、胃ろうを造るほどの嚥下障害のある方は3級の認定はおろかと思えます。

ただ、この4月から措置費制度に変更になったので、医療費の免除がいつまで続くかはわかりません。この1年くらいを乗りきる手段と考えたほうがいいでしょう。

## 情報共有を可能にした電子カルテの役割

**小野澤** 当院では亀田クリニック開設から、一斉に電子カルテになりました。当初は大変でしたが、院内のスタッフは自分の部署で患者のカルテ情報を確認することができるようになりました。当院のNSTも、この電子カルテがあるおかげで、NSTという組織自体の進化が早いと思います。カンファレンスでみんなが集ったときに、パソコンを囲んでカルテを経時的にチェックすれば、ある程度の栄養評価もできます。

**和田** 今までは病棟を通してみせてもらっていたカルテも、必要ときに自分で見ることができるようになったのは本当に助か

ります。NSTからの書きこみに対してドクターからお返事を頂くことはほとんどありません(笑)。でも、ああ、読んで参考にして頂いているんだな、という感触があります。実際、私たちの書きこみ後のカルテでは、栄養処方が変わっていたこともありま

## 本当のPEGの啓蒙とは？

現時点では、PEGを施行した患者さまは身体障害者申請をしたほうが、自己負担を減らせます。今までは申請手続きの煩雑さや身障者扱いされることへの抵抗感などから申請しない人が多かったようですが、自己負担増加への防衛策としてはメ

わたしたち栄養士は、まだまだ知識不足で未熟なのですが、経験を積みながら積極的に取り組んでいかなければ、と痛感しています。

**小野澤** 現在、私たちが見ている患者さまのカルテですが、閲覧のお申し込みをして頂いた患者さまは、ご自宅でもインターネットを利用してご自身のカルテを見ることが出来ます。「主治医は何も言わなかったけれど、NSTのスタッフはこういうところを見てくれているんだな」「NSTが書きこんだアドバイスが活かされていないのではないか」という風に読む患者

**小野澤** 経管栄養全体に比べると、それをやるのが本当にその患者さまの利益になるのか、ということをいつも考えています。急性期病院ではその場を乗りきるためのPEG、経管栄養が長期になると考えられる場合は自動的にPEGの適応、となりがちです。ですから、当院には長期の経管栄養の患者さままで経鼻チューブの方はほとんどいません。

ば、あえて造設術というリスクを冒さなくても、そのままいいわけです。例えば、術中死亡率1%というのは施行数の多い施設の数であって、現実にはもっと多いと私は考えています。さらに、手技的には経験を積んでい

たとしても、死亡のリスクがゼロというのはありえないし、施行時にはうまくいっても、内視鏡を入れたことで肺炎を起こして後に亡くなることもあるかもしれません。

誤解しないで頂きたいのは、PEGが危険だといっているのでは

\*身体障害者認定・申請のためには、市町村の役場で咀嚼嚥下機能障害用の用紙をもらい、その地域で障害認定できる医師を教えてください。咀嚼嚥下機能障害を認定できるのは耳鼻科医か神経内科医、その経験のある医師だけなので、そこへ用紙を持っていき「咀嚼嚥下機能障害用の診断書」を依頼する。申請できる年齢に制限があるので注意。



栄養室長 和田聡子さん



電子カルテを囲んでNSTカンファレンス



全景は空撮で。亀田メディカルセンター

なく、その適応の見極めや術者のスキルにはまだまだ検討しなければならぬ状態にあることを知って欲しい、知らせなければいけないということ

自分自身の体験からもPEGのメリットは十分理解してはいますが、日本では医師であれば誰でも術者になれますから、ベテランの医師ばかりとは限りません。PEGを勧める以上は、誰が行っても失敗なく造設できるような体制を作るべきです。

PEGというものは物理的な手技を示すのであって、これをどう使うのか、どう活かすのか、ということこそが、今後、HEQ研究会やPDNなどでディスカッションされていくべきテーマだと思います。

PEGというものは物理的な手技を示すのであって、これをどう使うのか、どう活かすのか、ということこそが、今後、HEQ研究会やPDNなどでディスカッションされていくべきテーマだと思います。

—文中 敬称略—  
(2003年4月取材)

### ほけんのはなし

胃ろうを造る側の視点で語られることの多い保険のはなし。PDNには直接患者さんやご家族に関係のある質問も多く寄せられています。都道府県によっても対応が異なること、あなたの地域の情報お待ちしています。

### 「まるめ」はPEG患者の受け入れを悪くする?

費用が請求できない包括制、いわゆる「まるめ」によってPEG患者さんの受入が悪くなる

今、医療がまるめになっていくのは老健と療養型病床です。バルーン型の交換用カテーテルの公定価格11300円は、ほぼ老健の1日分の入所費に相当します。そのコストが施設の持出になるわけです。

ですから、交換のコストが10000円以上であれば、経営的な理由で受け入れられないという状況にもなりかねません。せめて、材料費だけは別枠で確保してもらわないと、老健は本当にやっていけません。

長期療養型病床群は、たいてい医療保険適用の一般病床群を併設していますから、同じ病院の中で医療処置が必要と言うことで一般病床に移って、そこで交換して落ち着いたから戻ってくる、という方法も可能ですが、

特養は受け入れてくれるのですか? 老人保険はこれからどんどんまるめになっていくと思いませんか? 今はまるめになっていない特養も、次は狙われるかも

しれませんね。

老健は施設内に医者がいるから材料費の問題がクリアできれば乗りきれられるかもしれませんが、特養は嘱託医に交換を依頼して処置料を払うか、あるいは外来受診となれば、材料費だけではなく診察料も払うことになり、1回の交換で2〜3万円かかるといえます。これは、丸々2日分+αの入所費です。交換の費用はまるめからは不足してもならないと、将来的に増えるであろうPEG患者さんの受入ができなくなりますよね。

では交換用カテーテルを患者さんが自己負担すればいいのでしょうか? それはやってはいけません。材料費も入れ

老健などが自施設で交換できないとなると、他の医療機関に受診することになります。その場合、受診料からカテーテルのコストから全部老健に請求がきます。総額20000円くらいになると思えます。それだった

ら、1日12000円の入所料が取れなくても一時退所してもらった方が負担が減ることになるわけです。交換を行った病院は、医療保険で材料費を請求できます。

### 経費節減。代用チューブはどうだぞ?

安い器具があるそうですが、それで代用できませんか? 経済的な理由から、胃ろう用ではない腎臓等のカ

テーテル、(いわゆる尿道バルーン)を使わざるをえない施設もあります。こちらは一本1000円程度ですから、胃ろう用のカテーテルより断然安いです。ただ、胃ろう用ではないから、ストッパーもついていないし、何かトラブルがあったときには責任問題が発生しますし、訴訟になれば負けます。そういうリスクを追わなければPEG患者さんの受入を継続できないという状況こそ、変えていかねればなりませんよね。

保険の細かい規定を決定する場には、PEGについて多くの症例をもち、メリット・デメリットを良く知り、また現状における問題点を指摘できるような現場の医師の方々を中央に引き入れて討議してもらわなければ、実情から乖離する制度ができるだけです。現状に即していない制度に対しては、声をあげていかないとだめですね。

必要な備品は誰が用意するの? 栄養剤の注入に必要な備品の支給は、医療機関からの支給ですか?それとも自己負担ですか?

栄養剤の種類によって異なります。栄養管セット加算をとれるのはエンテールド・エレンタール(含エレンタールP)・ツインラインのみです。これらの加算をとっている医療機関は、注入養バッグ(ポトル)、栄養管、延長チューブ、フラッシュ用の注射器等を患者さんに支給しなければなりません。医師も患者もそれを知らないことがありません。ひどいのは、病院側は加算をとっているのに必要物品を支給しないで患者さんに購入させるという悪質なケースも残念ながらあるようです。

当院では、栄養剤に関わらず支給しています。栄養チューブが200円、シリンジ(注射筒)が30円くらいで、大量注文しているものから、それくらいは必要に応じて差上げています。でも、ボタン方カテーテルの接続チューブ、これは高いので、メーカー頼みになりますね。サンプルとして持ってきてもらったものを在庫しておき、緊急用に支給することもあります。また、カテーテルキットには接続チューブが2本セットとして入っているの、交互に大切に使用してもらったり、交換だからといって今まで使っていたものを棄ててしまうのではなく、本当に使えなくなつてから次の接続チューブを使うようにしてもらっています。長持ちするように、洗える部分はブラシを使って清潔にしておくことが大切です。

回答者: 某地方における大規模基幹病院勤務医。現在の保険制度の不備を鋭く指摘する一方、胃ろう保有者を含む在宅患者を往診し、日常生活の負担を減らすために、何ができるかを日夜考えている熱血医師。

訪問看護  
最前線  
3

# 「Generalist」として、 「Specialist」として



医療法人社団誠和会 訪問看護ステーション しらひげ  
管理者 望月 あづさ

## 「下町人情訪問看護」

東京の下町、隅田川に架かる白鬚橋のたもとに、「訪問看護ステーションしらひげ」はあります。「下町人情訪問看護」を合言葉に、ステーションから3kmの範囲を5人の看護師が雨の日も風の日も自車で訪問しています。私達が主に訪問する墨田区・台東区・荒川区は、東京23区の中でも高齢化率の高い地域で、高齢者世帯も多いことから、利用者さんは49歳から97歳まで、平均年齢は80歳です。

「訪問看護」というと皆さんは何を思い浮かべるでしょうか？私達の仕事は、文字通り看護師が利用者宅を訪問して看護サービスを行なうことですが、訪問看護はとても奥深いのです。障害や疾病をかかえて生活するということは、思ったよりも大変です。日常の健康管理に関することはもちろん、日常生活動作を維持・向上するためのリハビリの知識、生活する上で不自由なことを補う福祉用具や住宅改造の知識、介護保険をはじめとした障害者・高齢者制度等の福祉の知識、年金・住宅・税金・ボランティアetc. etc. いろいろなサービスや制度、日々の暮らしのことを考えると、平均年齢80歳の利用者さんとご家族の頭はパンク寸前です。訪問看護師は、医療的なサポートを中心に、リエン・コンサルテーション(心身両面の総合的な立場から、ご本人の精神的な問題について相談のつたり助言したりすることや、ご家族やサービススタッフ間の利用者への対応に関する助言や問題の解決や教育までも含み、心身両面から患者のQOL (quality of life) をどうしたら向上させられるかを一緒に考

えていくこと↓日本語で簡単に言うところの精神的支援ということになるのでしょうか)を行わないながら、障害や疾病をかかえて在宅で療養してゆく方が、安心して生活できるように、またその人独自の生活スタイルや希望を最大限に実現してゆけるように、プロの知識と技術、そして「より良い暮らしのために少しでもお役に立ちたい」という熱いハートをもって、療養生活をサポートしています。もちろん、利用者さんやご家族からもたくさんのご意見を教えていただいて、私達訪問看護師も人間的に深みが出てきます。まさに、「下町人情訪問看護」…と私達は思っています。

## 「Generalist」

### ユツノ役割

街のかりつけ医がそうであるように、訪問看護師もジェネラリスト(=広範囲な知識・技術・経験をもつ人)でなければなりません。訪問看護の利用者さんは、実にさまざまな疾病や障害を抱えています。ひとりの方が、いくつもの疾病や障害を抱えていることも少なくありません。在宅は、病院のように24時間365日医療者がいるわけではないので、訪問したその時に色々な角度からアセスメント(=情報収集を行ない、判断をして医療につなげたり、次に訪問するまでセルフケア(=自分で自分の身の面倒を見ること)が出来る様に指導・助言をしていきます。在宅では、訪問看護師が一番身近にいる医療者だと自負しています。さまざまな疾病や障害に対応するには、訪問看護師は博学でなければなりません。訪問看護は看護の最前線、毎日が勉強です。

## 「Specialist」

### ユツノ役割

PEG(胃瘻)やIVH(中心静脈栄養)・HOT(在宅酸素)・人工呼吸器・膀胱留置カテーテル・ストーマ(人工肛門)・人工膀胱)・褥瘡等の医療機器の管理や医療処置が必要な方はスペシャリスト(=特定分野について深い知識やすぐれた技術をもつ人)のケアを必要としています。

私達のステーションで、スペシャリストのケアを必要としている利用者さんは58名中18名、そのうちPEGの利用者さんは現在3名です。医療機器の管理や医療処置が必要な方は利用者全体の約3割ですが、私達は看護のスペシャリストとして、ひとりひとりの利用者さんの状態に応じて最新の知識と看護を提供しています。スペシャリストのケアを必要としている利用者さんが多いとか少ないとかではなく、ひとりひとりの利用者さんにとっては「Specialist」でありたいという思いから、訪問看護師の知識と技術を結集して看護にあたっています。訪問看護は看護の最前線、本当に毎日が勉強です。

## 「Coordinator」

### ユツノ役割

スペシャリストのケアを必要としている方を支えるのは訪問看護だけではありません。在宅主治医・病院専門医・外来看護師・病棟看護師・リハビリスタッフ等の医療スタッフ、ヘルパー・訪問入浴・デイサービス・ショートステイ・テクニカルエイド(障害を補助する目的で開発された道具で補助器具や福祉用具とも訳される)等の介護スタッフ

も含め、チーム一丸となってサポートしていかねばなりません。しかし、利用者本人・ご家族の話だけでは、在宅で療養されている方の状況が個々のスタッフに伝わりにくいようです。特に、病院のスタッフは在宅生活がイメージしにくいこともあり、在宅では対応不可能なぐらいの厳密(過剰)な指導を行なっていたり、慣れている医療スタッフと素人の利用者・家族との間にギャップがあるため、逆にあつさりした指導しか行っていないかたり、必要な医療器材・衛生材料が供給されていなかったりということもしばしば。また、介護スタッフの所属する事業所には看護師もいますが、介護系の施設や事業所では最新の医療情報が入手しにくいのが現状です。利用者側もきちんとした指導を受けてこなかったり、指導を受けても忘れてしまったり、自己流に行なったりという問題もあります。訪問看護師は、最新の知識と技術を利用者さん・ご家族そしてサポートスタッフに解りやすく噛み砕いて説明・指導して行くと共に、ひとりひとりの在宅生活に合ったサポート方法を編み出し、最新の知識と技術を応用していきます。また、チームのコーディネーターとして、利用者・家族も含め、色々な物事を調整し、よい方向にまとめていくのも訪問看護師の役割です。

## 「PDN」

### 出逢い

PDNとの出逢いは、研修でいただいた医療者および医療関係者向け「PEGへのご案内」という一冊の冊子でした。ホームページの「談話室」やPDN通信等でPEGにまつる最

新の情報を入手でき、患者・家族・医療者・介護者・病院・施設・在宅・地域そして日本のPEGだけではないより良い医療の方向性を模索し続けて行かれるPDNと出逢い、参加でき、熱く語れる日々に、今、充実感を覚えています。

私達のステーションで訪問看護をしているPEGの利用者さん3名は、今でこそ何のトラブルもなくPEGとお付き合いをしています。過去さまざまトラブルに見舞われてきました。栄養剤の漏れ・瘻孔周囲の発赤・不良肉芽・下痢・嘔吐・便秘・カテーテルの詰り・バルン破裂によるカテーテルの抜去・メーカー純正接続チュー

# 在宅介護で 思うこと

野田 久人

在宅介護は、核家族化と少子化の時代には介護者(夫又は妻)の負担が大きすぎます。このままでは老後である晩年には老々介護で人生は終り、挙句の果てには病人が病人の介護者となってしまう。これからは、現在の在宅介護中心の介護保険によるホームヘルパーの派遣等の施策だけでは介護者の負担の軽減にはならないと思います。

PEG以外の製品での栄養注入・PEG造設医と在宅主治医の連携不足によるPEG用備品の不備・老々介護による介護疲れがあるがPEGからの栄養注入が医療行為のためヘルパーでの対応が出来ず介護者が倒れる・経胃瘻的空腸チューブからの長時間の経管栄養によるストレスから栄養注入を拒否され経腸栄養剤の固形化を模索・腹痛による緊急カテーテル交換時に本人の希望とは違うタイプのカテーテルに交換されそうになる・PEGのため

も造設医に相談するように言われPEGを見てくれないと家族が在宅主治医に不信を抱く等、「胃ろう手帳」にあるトラブル例や「談話室」で話題に上ったことばかりのオンパレードでした。そんな時、PDNでPEGに関する最新の情報が収集できたことや、PDNに参加されている先生方から実践の根拠に基づいたお話しを伺い、研究資料を紹介していただいたことは、利用者さん・ご家族・サポートスタッフへの相談・助言・指導に関することのみならず、病院医師・在宅医師・施設や業者と交渉する「知恵と勇気と情熱」を与えてくれました。

訪問看護には医師のように内科や外科のような医療の専門はありませんが、私達は地域ケアの専門家です。さまざまな疾病や障害に対応出来る「Generalist」として、ひとりひとりの利用者さんの状態に応じて最新の知識と看護を提供する「Specialist」として、その人独自の生活スタイルや希望を最大限に実現していけるサポートを日々心掛けています。



訪問看護ステーションしらひげ スタッフの皆さん

補完的(1日24時間のうち2時間程度)なもので家族にとつて重圧であることには変わりません。そこで在宅介護の支援のための短期入所施設を早急に整備充足する必要があります。頑張らない介護(公共サービスの利用)ということが叫ばれるようになりましたが、介護保険制度は有難く目いっぱい利用していても現状は毎日昼夜にわたつて介護に追われ休養日もなく、新聞さえ満足に目も通せない日々を送らざるを得ない状況です。施設(特養ホーム、医療ショートステイ、老健施設)の短期入所を利用したくても希望が多く極端に不足しており利用できない状態が続いていることは、介護保険制度そのものが機能不全に陥っていることに他ならず、これでは片肺飛行です。現に私自身、一時的に預かってもらえないのが最大の悩みになっています。

このような状態が継続されるとしたら、まさに病人が病人の介護者になることは確実です。どうか行政当局は、早急に施設の整備促進のため、例えば短期入所専用の施設を造るなど、真剣に取り組んでいただくように、切に希望します。

「Generalist」vs「Specialist」は相反する言葉ですが、訪問看護の「Specialist」とはそういうものだと思います。ば、退職を余儀なくされ、生活は深刻な状態になっていったかと思っております。

この数年の間に胃ろう(PEG)が市民権を得たように胃ろうの患者が急増しているようです。そのような中でも、いまなお特養ホームの胃ろう患者の受け入れは一部を除き全体としては敬遠されています。特養ホームの管理者からは経管栄養の投与は医療行為になり、特養ホームは看護師不在のため対応できないという言葉が返ってきます。しかしながら、自宅で介護して解つたことですが、栄養剤の投与は、看護師の昼間の勤務時間帯に終了しますので、全く理由になりません。胃ろうそのものは病気でなくても、夜間対応する必要は全くないのです。経鼻管の挿入と違い、管の抜きなども考えにくいから、また、病状を常時観察の必要性がある方の特養ホームの入所は当然

然無理なことと思いますが、病状が安定期にある人に対しては栄養剤の投与など誰でもできるような簡単なものであり、全く問題は無いと思います。なお、特養ホームでの栄養剤の投与の量などは事前に嘱託医の指示によることは当然のことです。

このようなことから、単に嚥下障害のためにつけた胃ろうの人を敬遠することは許されないと考えます。特養ホームの管理者も胃ろうについて理解を深めて頂きたいものです。

最後に関係機関には、介護保険料など公金で特養ホームは運営されていることでもあり、特養ホームに任せることなく胃ろうの患者も受け入れるよう適切な指導を期待したいと思います。

野田 久人(68歳)  
東京都世田谷区在住。  
3年前に胃ろうを造設した介護度5の妻を12年介護(特養ホーム3年間を含む)。世田谷区老人問題研究会メンバー。↓8面参照

胃ろう栄養の管理は医療行為…。この壁に突き当たって困っている患者さん・ご家族がたくさんいらっしゃいます。今回はALS(筋萎縮性側索硬化症)患者さんご自身からのご寄稿を紹介いたします。厚生労働省のお役人さんたちにも、是非、耳を傾けていただきたいですね。

# 胃ろうの栄養管理はだれに頼むの？

そよかぜ (西宮市在住)

みなさま、はじめまして。私は四肢の筋力低下と言語障害があるALS患者です。4年前に胃ろうを造りました。全介護が必要な状態ですが、私自身の日々の介護を如何にしていくかを決めていく、介護者の立場でもあります。

私が出来るのは思考、判断で、手足となって胃ろうの栄養管理をするのは他人の介護者をお願いしているのですが、今の制度では他人(つまり家族以外)の介護者がしてはいけないことになっています。

## 退院後の受け入れは八方塞り

4年前、咽(むせ)るようになって食べられなくなり、42kgあった体重が28kgにまで減少したため、胃ろうを勧められました。

ある病院の検査室で胃ろう造設は行われました。術後、胃ろうの横が化膿して38〜39℃の熱の上下が3週間続き、退院する迄二ヶ月ほど掛りました。やっと退院して来ると、胃ろうの経管栄養管理は医療行為に当るので介護保険のヘルパーさんは出来ない…。

経管栄養が出来る医療からの訪問看護婦さんは1日1回(土・

日・祝日なし)、それも他の患者宅を回る都合上、経管栄養・投薬3回の内、1度も時間が合いません。

行政は国の制度だから仕方ないと言いますが、そう言われても現実に介護者がいない患者は生きていけない事になります。経管栄養の出来る介護人探しでは、八方塞りでした。あちこち探ししましたが、大手の介護事業所はどれも受けてくれませんでした。「難病お断り」と言う介護事業所まで現れて、社会環境の認識のなさ、受け入れ体制の遅れに驚きました。

支援してくれる事業所を探し回り、介護事業所・ケアマネージャーを何度も変わり、やっと「人道的に放つて置けないから」と、黙認という形で協力して貰えるようになりましたが、ごく少数です。

## 時代のニーズにそった制度の改正を

しかし、いつも少数の人たちの行為にだけ頼っていて済む事ではありません。早急に制度の改正が待たれます。行政に「早く胃ろう食の管理ができるヘルパーさんを認め、育成をお願いしたい」と、ここ3年機会あるごとに話していますが、とても難しい問題だ、と進展していません。一日も早く、胃ろう患者が安心して在宅療養できるサポート体制がほしいものです。

なぜ、胃ろう食の管理(医療的ケア)が医療行為と云われて制度からははずせないのでしょうか？

私は粉末のエレンタールを使っていきます。粉ミルクを溶くのと同じ程度の準備です。接続のガスポートタンクは、ブラウスの小さなスナップをポチンと押す程度の力です。学生や素人の主婦が一週間もあれば慣れてできるようになる事が、なぜプロのヘルパーさんには出来ないのでしょうか？

もはや胃ろうは時代のニーズです。介護保険は、最も介護の必要な重度の患者を優先して考えてほしいのです。誰が何故、ヘルパーさんがするの



を反対するのか。医療行為なら、何故、医療従事者が胃ろう食や薬の注入に来てくれないのか。不思議に思う事ばかりです。

# 自立支援を阻む大きな音

照川貞喜 (勝浦市在住)

ALSである私のお話を話すと、私は、呼吸筋をおかされて平成4年4月に呼吸器をつけたので、間もなく11年になります。その後、食べることもお茶さえも喉を通らなくなり、平成8年3月に「胃ろうの造設」をしたので、間もなく7年になります。その半年後から、安定的に栄養の摂取がされているか、栄養士さんの訪問を月1回受けて現在に至っています。

## 家族もやっつけろ！

医療行為とは、医師や看護師しかやっつけられないのですよね？だけど、私方に医師の往診と看護師の訪問を合わせても、1日当たり1時間とはないのです。後の23時間は女房の1人介護です。その女房は、医療はズブの素人で、私が在宅療養をするので、主に病院の看護師から吸引の仕方やアンビュー操作など在宅療養に必要な最少限度のことを教えてもらいました。

だからと言って、「あなたは、在宅療養に必要な過程を修了しました」などの修了証書をもらうことなく、在宅介護を行なっています。その後、「胃ろうの造設をしたときも、イリゲータを用いて流動食の入れ方を教えてもらって行っています。このように、ズブの素人でもできることが医療行為といわれているのです。

### ヘルパーは「医療行為」に弱い

家族のことを考えた場合、23時間の介護は決していい訳はありません。介護保険法が実施されヘルパー訪問が受けられるようになり、家族介護の人たちは「これで強い味方が出来た」と思ったことでしょう。何しろ、「要介護5」の人は、月に36万円弱使用出来るので、月に入浴サービスを4回(12500円/回)受けて、身体介護を月に約72時間(1日平均24時間)(4020円/時間)受けられる計算になります。

しかし、ヘルパー事業所の大半は、医療行為と言う言葉に弱いのです。例えば、痰の吸引は、「しない、出来ない、関知しない」の図式が出来あがっているようです。ヘルパーは、患者家族のQOLの一番の担い手と思っただけで、当て外れでした。PEGもそうです。短期在宅療養者なら、家族介護でも充分ですが、長期になれば家族だけでは支え切れません。かわってくれる多くの人の支えが必要で。

### 自立支援はみんなの力で

ヘルパーは、正しくは訪問介

護員であって訪問看護員ではありません。つまり、医療者ではなく、福祉関係者なのです。しかし、その目的は、障害者の自立支援にあります。より自立を支援しようとするればするほど、家族に近づいて行きます。家族とみなすか同等と考えれば、家族がやることが出来ず、今の医療は、医師と看護師による医療スタッフのみでなく、いろいろな人の力を結集した総合力の時代になっていると思えます。そう言う意味でも、PEGはヘルパーがフォロー出来るように、医師法という立ちはずだかつた大きな岩を取り除いて欲しいです。



### 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



### 登録医療機関へのお願い ~「PDN通信」定期購読について~

PDN(PEGドクターズネットワーク)は、胃ろうと栄養の公正な情報提供を行う特定非営利活動法人です。PDNの運営は、「PDN通信」、「胃ろう手帳」、「ホームページ」その他各種出版の事業収益によって支えられております。現在、登録医療機関各位には、「PDN通信」の年間定期購読をお願いし、PDNの運営をご支援頂いております。定期購読料は別記のとおり、送付部数により3種類が設定されております。何卒、ご高配賜りたく、宜しくお願ひ申し上げます。なお、定期購読者はPDNの会員として登録させていただいております。

### ご協賛・ご支援、誠に有り難うございました。

藤原泰子様  
株式会社ダイヤライフ

合計3万円  
(2003年3月1日~5月31日)

- ◆「PDN通信」は購読料をお選びいただけます。  
配布部数 5部×4回 年間購読料 2000円  
配布部数 10部×4回 年間購読料 4000円  
配布部数 20部×4回 年間購読料 7000円  
(消費税、送料を含みます。)

- ◆お申込・お問い合わせは事務局まで・・・  
TEL: 03-6228-3611 FAX: 03-6228-3730
- ◆ホームページからもお申し込みいただけます。  
<http://www.peg.or.jp>

◆一般の方もご購読頂けます。

### 第4回 湘南在宅《誰でもわかる介護講座》ケアセミナー

「もう一度自分の口で食べたい!!」胃瘻があっても食べられる!?

- 日時: 2003年8月17日(日) 10:00~17:00 (懇親会17:30~)
- 場所: 藤沢市民会館 大ホール (JR・小田急藤沢駅南口 徒歩7分 0466-23-2415)
- 参加費: 1000円 懇親会費 3000円 (参加費・懇親会費とも当日集金)  
※昼食希望の方は事前にお申し込みください(1000円)
- 特別講演: 「好きな物を食べると人は元気になる!」  
三好 春樹先生  
「口から食べられると何故元気になるか!」  
加藤 武彦先生
- パネルディスカッション:  
「なぜ胃瘻を作るの?在宅ケアにおける食の現状と今後のあり方について」
- 申込: 参加ご希望の方は [cannus@nurse.gr.jp](mailto:cannus@nurse.gr.jp) まで

### 在宅栄養アドバイザー E-net ホームページ開設

今年で活動5年目となったE-net。「楽寿食パーティー」「フーズパーティー」を通して、家庭で楽に作れるおいしい介護食を提案している。このたび、これまでの歩みをHPに掲載することになった。

<http://www.rakujushoku.jp>

### 編集後記

PDNの活動も皆様に支えられ3年目に入りました。ここで、第1期・第2期の決算書と第3期予算書を掲示させていただきます。まだまだ厳しい台所事情ですが、NPOとしての経営基盤の確立と、患者さん中心の情報提供拡充に努力を続けていることを、ご理解頂ければ幸いです。藤井先生の「NPO法人の役割と求められる運営基盤」には、PDN一同励まされる思いです。今年度もPDN通信、書籍、ビデオの制作・発行等と共に、ホームページの充実も心がけております。ご支援、ご協力をお願い申し上げます。

本号では栄養剤の選択と自己負担について、東京都福祉局を訪ねたり厚生労働省に電話取材したり、なんとか紙面を仕上げました。お忙しい中をご協力頂いた担当者様、誠に有り難うございました。複雑な保険のしくみが、少しずつわかってきました。ところで、編集後記を書いている間にも、患者さんのご家族から、「保険のきく栄養剤を教えてください」というお電話を頂きました。情報公開と言われながらも、ほしい情報が身近にないという現実。PDNに求められる使命は大きいものと、改めて襟を正す次第です。(岡崎)

### ご報告

#### 第2期 収支計算書

単位: [千円]

科目	第1期	第2期
	13.5.7~14.3.31	14.4.1~15.3.31
経常収入		
会費収入	50	1,310
寄付金収入	—	253
事業収入	8,167	12,313
雑収入	—	7
合計	8,217	13,883
経常支出		
事業費	9,573	7,445
管理費	8,740	10,125
(人件費)	(4,034)	(5,615)
(物件費)	(4,706)	(3,174)
合計	18,313	17,570
経常収支差	△ 10,096	△ 3,687
その他資金収支差	14,450	4,060
当期収支差	4,354	373
前期繰越収支差	—	4,354
次期繰越収支差	4,354	4,727

#### 第3期 予算書

(15.4.1.~16.3.31.) 単位: [千円]

科目	予算額	備考
経常収入		
会費収入	10,000	
寄付金収入	1,000	
事業収入	40,000	
(ホームページ事業収入)	(12,000)	コンテンツの拡充
(「PDN通信」事業収入)	(10,000)	年4回発行
(図書等頒布事業収入)	(8,500)	新刊図書2冊
収入合計	51,000	
経常支出		
事業費	30,000	
(ホームページ事業費)	(9,000)	
(「PDN通信」事業費)	(8,000)	
(図書等頒布事業費)	(6,000)	
管理費	16,000	
予備費	2,000	
支出合計	48,000	
経常収支差	3,000	