

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙

PDN通信

第5号
2003 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 (2001年4月設立)
事務局 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

胃ろう管見

尾道市医師会方式

ケアマネジメントシステム

介護保険制度が導入されて4年目に入った。3年ごとの介護

保険の見直しが行なわれ、介護

保険料が全国平均13・1%上

がった。また、介護報酬の改定に

より、ケアカンファレンスの実施

が義務付けられるなど、さまざま

な変革が求められている。見

直しでは、ケアマネジャーの報酬

も17%アップされた。見直し後

すでに半年が経過する。

施設介護サービスの手厚い地

域は保険料が高く、施設整備の

遅れている地域が低いのは当然

としても、こうした表向きの保

険料格差だけでなく、真に利用

者を益する医療・介護のケア

マネジメントにも地域格差は広

がっている。

2000年4月に介護保険

制度がスタートしたとき、「全国

3200の運営主体の力量が問

い直すための良き機会であって

ほしい。

PDN通信では、胃ろうと栄

養の取材から、思いがけず尾道

システムにとり込まれた

「胃ろう造設と栄養管理」

に、ケアマネジャーの教育・養成

の研修を行なうためであった。

介護保険制度では、ケアプラ

ン作成のためのケアカンファレン

スは必須のプロセスと捉えてい

る。尾道市医師会は、その具体

的な方法論として、このケアマネ

ジメントシステムを構築したので

ある。即ち、在宅主治医とケアマ

ネジャーが中心となってケアカン

ファレンスを行ない、そこで練り

上げられたケアプランをもとに、

医療・看護・介護の包括的なサ

ビスを提供する。ケアプラン作成



尾道市医師会
片山 壽会長

市医師会方式といわれる「ケアマ

ネジメントシステム」が特筆すべき

成果をあげ、全国から注目を集

めているという事実に出会った。

「ケアマネジャーの教育・養成

の研修を行なうためであった。

介護保険制度では、ケアプラ

ン作成のためのケアカンファレン

スは必須のプロセスと捉えてい

る。尾道市医師会は、その具体

的な方法論として、このケアマネ

ジメントシステムを構築したので

ある。即ち、在宅主治医とケアマ

ネジャーが中心となってケアカン

ファレンスを行ない、そこで練り

上げられたケアプランをもとに、

医療・看護・介護の包括的なサ

ビスを提供する。ケアプラン作成

のためのケアカンファレンスは、

すべての介護保険利用者のために

に、ケアマネジャーの教育・養成

の研修を行なうためであった。

介護保険制度では、ケアプラ

ン作成のためのケアカンファレン

スは必須のプロセスと捉えてい

る。尾道市医師会は、その具体

的な方法論として、このケアマネ

ジメントシステムを構築したので

ある。即ち、在宅主治医とケアマ

ネジャーが中心となってケアカン

ファレンスを行ない、そこで練り

上げられたケアプランをもとに、

医療・看護・介護の包括的なサ

ビスを提供する。ケアプラン作成

のためのケアカンファレンスは、

すべての介護保険利用者のために

100%実施することが、尾道方

式の大前提である。尾道医師会

は、介護保険導入の混乱期から現在

まで、継続的にこれを実践し、目

標を達成している。

一方、質の高いケアプランの実

現には、病診連携、診診連携、多

職種協働という医療・看護・介

護の一元的な運営基盤も同時進

行で整備された。医師会事業とし

て運営する施設だけでなく、市内

3つの総合病院の後方支援体制、

診療所、歯科医、サービス提供

業者など専門職の多職種協働を、

医師会主導で体系化、組織化し、

包括的なケアマネジメントシス

テムを構築したのである。

さて、胃ろうによる栄養管理

も、医療・看護・介護という二元

的、包括的な体制を必須として

いるが、尾道市医師会方式のシス

テムなら、まさに理想的な医療・

介護環境といえるのではないかと

事実、尾道では、胃ろうによる長

期栄養管理(造設・ケア・管理)

は、ケアマネジメントシステムの

主要なプログラムの一つとしてす

でに機能していた。

「ケアマネジャーの業務は長期

フォローアップ業務であり、在宅

はバーチャルなクリニックであ

る」というのが片山会長の持論で

ある。在宅というバーチャルクリ

ニクは、多彩な役者が登場する

舞台なのだ。在宅主治医とケアマ

ネジャーは、ひとつ一つ異なる人

間模様を洞察するドラマの構成

者であり、演出家である。専門化

集団の協働が、要介護者のために

不安のないケアプランをたて、尊

厳のある人生を全うできるように、

尾道ケアマネジメントシステ

ムに寄せられる期待は大きい。

本号では、「地域連携カンファ

レンス」で、さらに胃ろうにスポッ

トを当てながら、尾道医師会方

式を、詳しく紹介する。

(4・5面)



ケアカンファレンス風景 (片山医院)

(第5回)

在宅医療の現場から



小川医院(金沢市) 院長 小川滋彦

PEGにまつわるいくつかの問題は、今後の高齢化社会を考える上で大きな示唆を与えてくれます。今回は私自身の医者としての心の闇を検証することで、この問題を考えてみたいと思います。

「九十歳女性が間違った血液型の輸血を受けて死亡。医療ミスで病院を訴え」

もう二十年くらい前になりました。このような新聞記事を目にした時に、恥ずかしいことですが、次のような印象を持った記憶があります。

「九十歳といえば、ほとんど天寿をまとうている。それなのに訴えるとは何事か」

完全に問題を履き違えているのですが、本当に恥ずかしいことにこう考えました。高齢なので「お目こぼし」にしてくれても良かったのではないかと。

実は、高齢化社会におけるPEGを語る時に、同じような思考過程にとらわれていることが、しばしばある。もう少し、例を出してみます。

がんの末期で余命いくばくもなく、本人も「尊厳死」の表明をしている。こともあろうに、その人に間違つて他の患者さんの注射をしてしまい、寿命を縮めてしまった。これは許されるかと言ったら、答えはノーですね。

「どうせ亡くなるのだから」という理屈は通用しません。医療に

「どうせ」はありえない。なぜなら、「人間はいつか必ず死ぬ存在」です。もともと「いつか死ぬ」存在に対して、何かを成すのが医療です。だから、「どうせ」を言ってしまう

たら、医療そのものがこの世に要らないことになってしまいます。さて、先の新聞記事ですが、もし以下のようだったら、どうでしょう。

「女性が間違った血液型の輸血を受けて死亡。医療ミスで病院を訴え」

年齢をはずしただけなのですが、読み手によっては、二十歳の若い娘さんの親御さんが訴えている様子を想像するかもしれませんね。このことは、年齢に対して持つ子どものイメージ、ひょっとして「差別意識」なのかもしれません。

結論を先に申し上げます。人は、年齢、立場(尊厳死表明の有無など)、病状の有無、お金の有無などにかかわらず、すべて「差別なく」「尊厳を持って」扱われるべきだ、ということだと思います。尊厳死の表明をした人だけが、尊厳を持って扱われるのではないことは、言うまでもないことです。

ある病院医師のボヤキ

ここで、「転じて病院勤務医である私の友人のボヤキをご紹介します」。

彼は、地域の基幹病院で消化器内視鏡医として、PEGの手術を他の科からたくさん依頼されています。もう百例以上やっていますし、全部彼に頼まれるので、そろそろ嫌気がさして「こんな年寄りに、PEGばかり付けていて、この国の将来は大丈夫だろうか」という疑問が頭に浮かんでくるようになってきたそうです。

PEGを造った患者さんのその後を彼は診ることはなく、一部は在宅になりますが、そのほとんどは施設に入所するそうです。

ところが、施設でもPEGの患者さんが増えすぎて、取り扱

いに困りあぐね、何でもかんでも彼に相談を持ちかける。彼は本来、消化器科の医者で「頼まれて仕方なく」PEGをつくっているだけなのに、PEGの患者さんがたとえ肺炎になっても、人の良い彼の所に相談が持ち込まれるのだそうです。

彼はいつぞやのように開業して、「胃ろう専門医」として誤嚥性肺炎の専門家(?)になれば、また別の充実した人生が送れると思うのですが、まだ病院の消化器専門医としてのこだわりがあり、「何でボクが肺炎を診なくちゃならないんだ」と怒っています。単なる「内視鏡屋」が肺炎の全身管理まで任されるとしたら、こんなに医者冥利に尽きることはないのだよ、と彼をなぐさめているのですが。

医者のボヤキが医療を受ける権利を奪っていないか

彼のボヤキが私との酒の上だけのことなら、それほど問題ではなかったでしょう。

「ただでさえ高齢化社会が問題になっているのに、胃ろうをつけた障害のある高齢者ばかり増やしてどうするのだ」「そして将来、医療経済を圧迫するのではないか」

彼はうかつにも、患者さんとその家族の目の前で、

PEGを受ける当事者に対して、それを言ってしまった。いや、うかつと言っただけ、正義感にかられて言ってしまったから、さあ大変。

しかし、彼はなぜ患者さんご家族が激怒したのか、まだ腑に落ちない様子。

学会では「経管栄養の倫理」と称して、彼の意見は大きく支持されたのだ、患者ご家族は間違っているのだ、

差別のない

「口から食べられなければ 終わり」ですか？

「口から食べられなくなる」「口から食べられないはずはない」という気合いを持って臨むのは大切なことです。

しかし、それが出来ない人もいます。それが出来なくても生きていく資格があるんだ、というところを認めなければ「ゴーマン」です。

そして出来ないことを無理強いはすべし「ゴーマン」です。

百歩譲って「経管栄養の否定」「経管栄養を受けている患者さんの否定」をしてはならないことを、指摘しておきたいと思えます。

もちろん、本人の了解が得られないのに、PEGの手術侵襲を加えることは是非あるでしょう。思うてみたりするわけです。

う。時には思いがけない偶発症に見舞われる危険性も皆無ではありませぬ。

しかし、本人が生きていることを拒否する明確な意志がない限りは、なるべくなら医療は継続したい。

家族にその判断を委ねることはしばしばあります。この場合、延命治療を希望するのなら、それに従うでしょうけれども、「やってくるな」という時、「はい、そうですか」と治療を打ち切った良案のものは随分悩む所です。

下手をすると密室医療の誇りを免れます。ま。こんな親、どうにでもしてやって下さい」と言われても、患者さんを守ってやれるのは主治医だけじゃないか、と思つてみたりするわけです。

それは「無意味な延命治療」なのだ。

おっと、それを言っちゃあ、おしまいよ。「無意味な」って誰にとって「無意味」なの？まさか「医者にとつて」じゃないでしょうね。俄然、私は彼に噛み付き始めたわけ。そもそも医療というものは「延命治療」です。それなのに、どうして「延命治療」のことを卑下するのでしよう。何かそれをする後ろめたいことでもあるのでしようか。自分なら、して欲しくないことを患者さんにしていたからでしょうか。

セカンド・オピニオンを 求められて…

私のクリニックには、胃ろうのみならず、栄養療法全般に関する患者さんやご家族からのいろいろな相談があります。中には、胃ろうをしていても身長や体重からすると栄養量が少ないのではないかと、といった質問や、現在の主治医の栄養療法への姿勢の甘さに対する批判に近いものもあります。簡単に言えば、老化をターミナル・ケアとして扱おうとする医者と、「たった一人の自分の親だから」と目一杯の治療を望む家族の気持ちとのズレでしょう。

「胃ろう医者」故に求められるこのようなセカンド・オピニオンのようなクリニクには、胃ろうのみならず、栄養療法全般に関する患者さんやご家族からのいろいろな相談があります。中には、胃ろうをしていても身長や体重からすると栄養量が少ないのではないかと、といった質問や、現在の主治医の栄養療法への姿勢の甘さに対する批判に近いものもあります。簡単に言えば、老化をターミナル・ケアとして扱おうとする医者と、「たった一人の自分の親だから」と目一杯の治療を望む家族の気持ちとのズレでしょう。

こう書くと、医療をすることが大変困難な時代になった、医師と患者の信頼関係が崩れてきた、と否定的な印象を抱いてしまわれるかもしれません。しかし、私はそうは思いません。

こう書くと、医療をすることが大変困難な時代になった、医師と患者の信頼関係が崩れてきた、と否定的な印象を抱いてしまわれるかもしれません。しかし、私はそうは思いません。



患者さんとツーショット

すぐれた医者は 音楽家のように

患者さんの立場になってみれば、どんな超高齢であっても高度障害であっても、たった一人の肉親なのです。年齢や社会的立場は関係ないのです。

医学的に何を差し上げればベストなのか、それは可能なのか、それができないなら次善の方策はあるのか、ただひたすら「前向きに」提案していけば良いのです。

「経管栄養を受けている人々」は最も「弱い立場」の人たちです。こういった立場の患者さんたちと敬虔な心で対峙する。今、医療は信用が失墜し混迷状態にあると言われていますが、

医者と患者の信頼感を 取り戻すために

「経管栄養を受けている人々」は最も「弱い立場」の人たちです。こういった立場の患者さんたちと敬虔な心で対峙する。今、医療は信用が失墜し混迷状態にあると言われていますが、

こういった患者さんたちとまず、尊厳を持って向かい合うことが、医者としての信頼感を取り戻す第一歩ではないかと思うのであります。

その直後、百歳の老人が食事を摂れなくなったと運び込まれて来ても、すぐれた医者は若い命と比較して「今さら何をしたいんだ」とは決して思わないのです。すぐれた音楽家が、百回演奏したことのある曲でも、百一回目は新たな気持ちで臨むのと同じなのです。

「尾道ケアマネジメントシステム」

システム

尾道市医師会の先進性を
知るきっかけになったのは、Y
紙、2003年6月2日の社説
『在宅療養の体制整備が急務
だ』に載った次の数行であった。

『参考になるのが、広島県尾道
市の取組みだ。主治医を中心に
訪問看護師やヘルパー、家族ら
が参加して介護計画を作り、医
療と介護の従事者が一休となつ
て質の高い在宅療養を実現して
いる』

すぐさま尾道市役所の介護保
険課に電話をした。介護保険課
係長、佐藤さんの親切な応対で
医師会長の片山壽先生を紹介し
ていただき、取材を申し入れ
た。会長は快く応じてくださり、
早速、予備知識のため尾道市医
師会方式「ケアマネジメントシ
ステム」の資料を送って下さるこ
とになった。資料はケアマネジャー
の安井由枝さんから送られてき
た。拝読して、尾道医師会方式
はすでに各地で話題にのぼって
いることを知った。

「かかりつけ医に高齢者医療と
介護の指導力があり、ケアマネ
ジャーにやる気と技量がある。両
者の連携により、利用者のアセス
メントが綿密に行なわれ、長期
継続性のあるケアプランが立て
られる。このケアプランに基づい
て、これにかかわるスタッフと利
用者が、主治医のもとに集まり、
サービス担当者会議(ケアカン
ファレンス)が行なわれる。こうし

て作成されたケアプランには求
心力がある。医療・看護・介護
は二元化され、多職種協働による
有効かつ効率的なサービスが実
践される。これが資料から理解し
た尾道医師会方式のケアマネジ
メントシステムの概要であった。

尾道市医師会方式のケアマネジ
メントシステムの概要であった。
利用者本位の継続医療・継続
看護・継続介護、その実践のた
めの病診連携、診診連携、多職
種協働による在宅・施設サービ
スなど、包括支援体制から想像
できることは、まさに「胃ろうと
栄養」の一貫した長期支援シス
テムそのものではないか。

人口12万人の高齢化都市

尾道市役所介護保険課の佐藤
係長からいただいた資料による
と、平成15年5月現在、尾道市
の人口は約95,000人で、
65歳以上の高齢者(第1号被保
険者)は22,713人、高齢化
率は約25%である。要介護認定
者は3,636人で、このうち
居宅介護サービス受給者は2,
273人、施設介護サービス受
給者は669人である。今ま

に、わが国が問題解決を迫まら
れている高齢者医療・介護の典
型的な都市である。

すでに合併がまわっている御
調町、向島町も同じ尾道医師会
である。合併すると人口は12万
第1号被保険者は29,675
人、要介護認定者4,752人、
うち居宅介護サービス受給者
2,941人、施設介護サービ
ス受給者945人となる。

尾道市の胃ろう造設者は要介護者認定の10%? ケアプラン作成に、胃ろうの知識は不可欠

最初に尾道医師会、老人介護
施設やすきを訪れ、安井さん
にお話を伺った。安井さんは
尾道市医師会在宅介護支援セン
ターのケアマネジャーで、50人の
介護保険利用者を受け持ってい
る。50人のうち、胃ろうの利用者
は5人だといわれた。胃ろうにつ

いての知識レベルが高いのに驚く
と、ケアプランの作成に胃ろうの
知識は不可欠ですと、こともな
げに言われた。同じ尾道医師会
所属の訪問看護ステーションで
は91人の利用中で、胃ろうで栄
養管理されている方は12人だ
という。このように、在宅介護サ

ビス受給者の10%が胃ろう造設
者だとすれば、尾道市全体では
約300人の在宅胃ろう留置者
の計算になる。これに施設介護
サービス受給者も加えると、胃
ろうはトータルでは400人に
もなるのではないだろうか。推測
ではあるが、これは大変な数であ
ると驚いた。

胃ろうは包括的支援プログラムの一つに過ぎない

安井さんの車で、夕刻の片山
医院をたずねた。高齢化の尾道
を象徴するように、待合室には
高齢な患者さんが診療の順番を
待っていた。安井さんの案内で
先生にお目にかかった。

私はまず「尾道市医師会方式
のケアマネジメントシステム」の
感想を述べ、その中で、胃ろうは
どのように造設、ケアされ、栄養
管理が行なわれているかをたず
ねた。

片山会長の答えは、実に明快で
あった。「胃ろうは、重要な栄養管
理法として、栄養アセスメントか
ら造設、在宅ケア、モニタリング
まで、ケアマネジメントシステム
に取り込まれており、長期栄養管
理では胃ろうが標準的な選択肢
として定着しています」と、前日
医師会で承認されたばかりの「平
成15年度 尾道市医師会システ
ム運営+サービス評価機構委員
会」を見せられた。

その中の「長期支援ケアマネジ
メントプログラムの標準化」の項
目には、次の3項が医師会決定
事項として明記されていた。尾
道医師会における胃ろうのケア
マネジメントは、私の予想をはる
かに超えるものだった。

① 長期栄養管理の課題、PEG
の長期管理の増加(経鼻経管栄
養廃止の成果)



在宅復帰ケアカンファレンス(木曾病院)

片山会長は、「尾道医師会方
式のケアマネジメントシステムに
とり込まれたプログラムは、ほか
にも緩和医療や痴呆介護など幾
つもあり、胃ろうもNSTも長
期の医療・看護・介護の包括的
支援プログラムの一つに過ぎませ
ん」と言われた。

② 在宅NST(nutrition
support team)の編成、NST
と多職種協働
③ 各分野の栄養管理の見直しと
(嚥下)リハビリテーションの強
化、介護老人保健施設・訪問看
護ステーション・ヘルパーステ
ーション・在宅介護支援センター・
歯科医師・歯科衛生士・ST・
PT・OT

システム構築と人材育成は車の両輪

ケアマネジメントシステムの構築にあたって、尾道医師会が注力したのは人材の育成であった。システムを動かすのは人である。システムを作っても、それを動かす人に、やる気と知識がなければ、絵に描いた餅になってしまう。そのため介護保険導入に先駆けて、医師会事業としてケアマネジメントセンターが開設された。

まだ介護保険制度の導入に自治体の手探りであったころ、尾道では介護保険制度の理念や仕組みの勉強会を繰り返した。その成果があつて、尾道は介護保険制度の取り組みで、他に二歩も二歩も先行した。ケアプラン作成にあたって、ケアカンファレンス

医療機関・施設の建設より、システム構築 既存の医療資源を活性化

先生の話は、すべてが実践の成果として語られるから、リアリティと説得力がある。たとえば、病診連携という言葉一つをとって、実践者が言うのと、我々が



尾道市医師会高齢者医療福祉問題講演会

口にするのとではまるで迫力が違うのだ。ここで行なわれていることが全国の自治体で実践されるならば、介護保険制度はもっと充実するに違いない。

を100%実施するという目標もそのひとつで、これに総力で取り組み、目標を達成した。

胃ろうと栄養、医師会主導のNST

最後に、胃ろうについてまとめていただいた。

「在宅がバーチャルクリニックなので、そこにはいろんな医者が往診します。気管切開であれば、耳鼻科が診る。褥瘡があれば、これは皮膚科が診る。気管切開で口腔内のケアが必要なら、歯科医が診る。看護職も、介護職も協働する。主治医は内科医ですが、多職種協働して、そこに必要な資源を投入すればいいわけです。主治医が自己完結で何もかもできないわけじゃないというところは基本的なルールの中に

胃ろうも入っているわけです。尾道の医療圏では、胃ろうを造り始めたのは非常に早かったです。技術的にもスキルが上がって、経鼻経管はもう止めまじやうというところまで普及しました。だから、もうほとんど経鼻の人はいなくなりました。介護施設も胃ろうは積極的に受け入れていきます。

ここに投入されるレベルの高い人材の養成、この首尾一貫したケアマネジメントが尾道医師会方式であった。確かに許容人員に制限がある病床に比べて、在宅なら収容人員に制限はない。まさに介護保険の理念を実現するものである。

日入院します。そこで感染対策をして、もういいから帰りまじやうと家に帰ります。その後の胃ろうの交換は、外科が往診します。うちの基本はグループ診療ですからね。

また、誤嚥を起こして肺炎になつて、急性期の胃ろうになつて、次の個人病院に移る。全身のリハビリ、嚥下リハビリをして、結構そこそこ食べられるようになつたので、じゃあ、自宅へ帰りまじやうということになる。しかしここで胃ろうボタンをとるのではなく、まだ不安だから、しばらく在宅でどうランニングできるかを見る。そして本人も食べる

おわりに

今回、尾道医師会方式で学んだことは、優れたケアマネジメントシステムの構築に加えて、モチベーションの高い多職種協働の実態であった。

医療・介護の仕事が、単に労働の切り売りの場であつては、職場の魅力を失わせる。多職種が同じ目的意識で利用者を支援する協働の場であれば、スタッフは達成感を覚え、仕事の活力が生まれる。

行き詰まった高齢者医療と介護の問題解決は待たないのところに追い込まれている。まさに

自信ついたし、歩けるし、もう普通食に近いもの食べられるようになったから、胃ろうはとりまじやうというところまでいけば、ボタンはもうとっていいわけです。これは暫定的な胃ろうの場合ですね。

ところが、それが高齢者の場合だとなかなか回復しないで長くなりますので、そうすると長期の栄養管理が必要になります。これは胃ろうだけの問題ではなく、長期にフォロアップするには何が必要なのか、栄養のアセスメントをどうやって入れていったらいいか、NSTをどう組みこんでいくかというような問題が発生します。超高齢者が増えてますから、その人の適正な指標は、どれぐらいなのかを示していかないとダメなんです。

予定時間が過ぎている。医師会主導で、始まったばかりのNSTについても詳しくお聞きしたいが、NSTは再度詳しくお話を伺い、特集を組ませていただくことにした。

片山会長は、尾道という地域医療圏に誕生した高齢者支援企業の社長のようである。社員の意識改革に取り組み、ひとり一人の個性を尊重し、才能を引き出し、新しい時代の改革を推進しておられる。

尾道医師会方式「ケアマネジメントシステム」の成果は、日本という世界一の長寿高齢化国から俯瞰すると、介護保険制度に新しい指針を示した「実験プラン」のように見えた。

(2003年8月取材 二宮英温)

事例1

多職種協働により在宅を支える

尾道市在宅介護支援センターやすらぎ

介護支援専門員 安井由枝



尾道市医師会では平成12年介護保険スタート時100%に近い実施率でケアカンファレンスが開かれた。ケアカンファレンス開催により利用者のニーズの確認、各関係機関の効率的機能分担により、各関係者がケアにあたるといったケアマネジメントプロセスが確立した。

ここで一例症例をあげてみたい。平成13年より関わった当時73歳の男性、脳梗塞後遺症、パーキンソン病の診断を受け、転倒しやすいといった状態から関わりが始まり、その後、進行性核上麻痺であり、その後、中核病院に入院、気管切開、胃ろう造設により、平成15年1月に退院となった。それまでも病状の変化に伴う在宅サービス利用の変更に伴うケアカンファレンスは開かれたが、退院時にも入院先の病棟に病院主治医、病棟医師、在宅主治医、気管切開部の管理に耳鼻科医、口腔内ケアに歯科主治医、訪問看護師、訪問介護、病院でのリハビリ担当者が集まり、ケアマネジャーが立案したケアプランをもとにケアカンファレンスを開催し、退院の運びとなった。

5歳年上の妻が胃ろう造設後1ヶ月の間に病棟看護師により注入方法の指導を受け、技法を習得、現在も経管注入は80歳の妻が担当し、訪問診療、訪問看護師による全身管理、訪問介護による保清の援助、歯科医による口腔内の保清、顔面のマッサージ、リハビリ施行、耳鼻科医による気管切開部の管理、在宅主治医の全身管理が行われている。

この間、胃ろうについてのトラブルは少なく、一時的な瘻孔部の炎症は在宅主治医の処方のタリビット点眼液により治癒している。先日6月末、胃ろう造設半年後、中核病院への外来受診により、無事、初回胃ろうの交換が行われた。同時に各関係者が病院のカン

ファレンス室に集まり、栄養管理を含めた課題の再確認、ケアカンファレンスが開かれた。

ケアマネジャー立案のケアプランを元に機能分担、ケアが提供されるが、ケアカンファレンス開催により、ある意味ケアマネジャーが各関係者に支えられ、利用者の方に関わらせていただいていると感じている。

この症例は一例にすぎない。多職種協働にて、高齢の介護者であっても、胃ろうによる栄養管理がなされ、病診連携により胃ろうの交換を含めた全身管理がなされる現状がある。が、やはりケアカンファレンスを行う事により各関係機関が効率的機能分担、良質ケアを提供してこそ、在宅生活継続につながると考えている。

事例2

尾道市における訪問看護の日常とシステムとしての取り組み

尾道市医師会訪問看護ステーション
尾道市医師会介護保険サービスセンターのおのみち

管理者 檀上浩子



7月末、ある病院から「入院中の方で、いずれ退院となる60代の女性(Sさん)です。退院後、そちらの居宅介護支援事業所でお預かりいただけますか?」との連絡が入った。ケアマネジャーはすぐ病院に出向き本人と面会、担当医から情報収集し、退院後の医療処置に必要な物品の準備を病棟医師にお願いした。

Sさんは脳血管障害後遺症から寝たきり状態となり意志の疎通さえ十分でない。気管切開後気管内力ニューレ装着、頻回な吸引、嚥下困難から食事は胃ろう造設。膀胱内留置カテーテルを留置、病院では毎日膀胱洗浄という医療処置を必要として

いた。また、全身に感染性のあたる皮膚疾患をかかえ治療していた。患者を迎える家族は、30代、就学前の2児を子育て中である。8月に入り、退院。病院からの申し送りでは、「皮膚疾患は治っている。ただ、熱が出やすい状態にある。もし、在宅での生活が難しいようであれば連絡をください。」とのことであった。

訪問看護師でもあるケアマネジャーは、Sさんが医学的処置の必要な不安定な状態にあることから訪問看護師を連日訪問させ、在宅かかりつけ医との連携のもと、しばらく経過観察を行うことにした。

退院同日から訪問看護を開始。翌日、ご本人の様子を観察すると体温37.5〜38度と高い。原因は、夏の暑さとご本人の体温調整が難しいこと。また「風邪をひかせてはいけない」と過度に布団をかけすぎたことなど。と判断し、家族への介護指導を行いながら、身体清拭、寝衣を着替えるなどのケアを行い、医師の指示どおりに膀胱洗浄を毎日行なった。その他にも、吸引は正しく行っているのか、胃ろうからの食事投与はスムーズであったか、栄養剤の液漏れはないか、胃ろう周囲の皮膚にただれなどのトラブルが生じていないか、排尿状態はどうか、入院時の皮膚疾患の状態はどうか、家族介護

に困難や問題が生じていないか、今後の介護に関する留意点など、家族介護が円滑に進むようサポートに努めた。介護者は「自宅で介護して、今までどおり孫の声を聞きながら家で母に過ごしてもらいたい。」という思いがあり在宅介護を頑張りたいと思っているものの、実際に家事・育児・介護となると精神的に負担の大きいと推察した。「ケアのすべてをあなた自身が担うことは難しいです。そのためサビサービスがあるのですから。」と、具体的な介護内容(ケア)について話をした。

訪問看護は、療養生活支援の為の看護管理・医学的管理の補助・療養生活指導を実践できる看護独自のサービスである。看護の視点から家族介護に必要な可欠な情報を提供し、過度の負担を与えないことが重要であると考え、要介護度に応じてケアプランは立てられるが、必要な時に必要な種類のサービスが受けられることが、介護者も含

特別寄稿

PEGの臨床エビデンスと患者サイドに立った適用

大船中央病院内科 上野文昭



EBM時代の診療

昨今、EBMという用語を耳にする機会が多いことと思う。「根拠に基づいた医療」と訳されるEBMは、よりよい医療を患者に提供するための行動様式である。主として英国圏ではすでに臨床に根づいていて、わが国ではまだ言葉だけが一人歩きしている段階である。しかしながら、国はこれからの診療形態としてEBMを重視しその普及に力を注いでいる。厚生労働省の助成金による複数の研究事業が軌道に乗り、来年度から発足する臨床研修制度でもEBMは必修項目に含まれた。好む好まないに関わらず、EBMはこれからの診療に必須の手段となりつつある。

EBMには5つのステップからなる診療手順があるが、その中核をなしているのが情報の収集と吟味、すなわち患者によい診療を提供するためのエビデンスを得ることである。従来の診療でも決してエビデンスを疎かにしてはいたわけではない。優れた臨床論文を参考にしながら治療方針を決定することも往々にしてあった。しかしこれまでは医学理論や病態生理、臨床医の経験や直感、専門家のアドバイス、そして文献的情報などが混在しながら判断根拠となり、優先順位が明らかでないままに意思決定がなされていたように思われる。

PEGのエビデンスはあるのか

それではPEGに関するエビデンスはどの程度得られているのであろうか。周知のごとく、長期の栄養管理としてPEGによる経腸栄養は経静脈栄養や経鼻胃管を介しての経腸栄養に優ることに関しては、十分な医学理論上の根拠がある。

しかしEBMでは実際にヒトでどうなるかを重視するので、このような理論的根拠をエビデンスとは見なさない。実際にPEGに携わっている医療関係者は、何をいまさらと戸惑うことである。診療現場ではPEGの恩恵に浴している患者を目にする

機会が多い。つまり経験的にはPEGは有用である。さらに学会や研究会の報告でも医学論文でも、PEGの有用性を示す報告が多々ある。しかしこれらの報告の大部分は後向きに検討された症例報告や症例集積であり、本質的には臨床経験の延長線上にあるに過ぎない。

PEGの有用性を評価するためには適切なエンドポイントは、おそらく生命予後や疾患に立脚した指標ではなく患者側の総合的な満足度であろう。これを客観的に測定することが困難なため、結局有用性に関する質の高いエビデンスがないまま診療現場の印象だけでPEGは高い評価を受けて普及しているわけである。

ガイドラインの功罪

科学性を保持しながら医療の標準化や効率化を図る目的で、あらゆる分野での診療ガイドライン(PEG)の開発が盛んである。過去のガイドラインは専門家の意見をまとめたものに過ぎなかったが、近年のPEGでは質の高いエビデンスを重視しながら一定の手順で作成される。質の高いエビデンスの不足しているPEGに関するPEGが開発されるとどのような影響が及ぶであろうか。

患者サイドに立つPEGを考える

実はエビデンスに固執することとはEBMの本質ではなく、むしろその対極と考えた方がよい。一人一人の患者を診て、その問題点を明確にし、問題を解決するための最良の医療を提供しようという姿勢こそEBMの本質である。質の高いエビデンスがなければ個人の経験や専門家の意見をベースト・エビデンスとして適用することは、決して非EBM的ではない。

その際忘れてはならないことがある。常に患者側の視点から治療ゴールを考えると、PEGを考



であつて、単に寄りかかるためであるのではない。診療行為のもたらす結果に関するエビデンスは明確でも、それに対する個人の価値付けが異なることが多いため、ガイドラインが推奨する診療行為は有力な選択肢の一つに過ぎない。質の高い臨床エビデンスに乏しい以上、PEGはあくまでも診療オプションの一つであり、だからこそ個人の価値観を十分に考慮しなければならぬ。もちろんここで言う個人とは患者のことであり、医療側だけの視点だけで判断すべきでないことは言うまでもない。

わたしのまちの病院

5

地域医療のレベルアップの「環」で

当院におけるPEGの取り組み

医療法人近森会 近森病院(高知市)

消化器内科 岡田光生



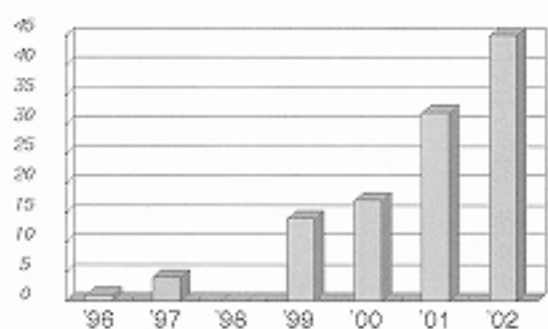
緊急搬送受け入れから 地域医療支援まで

医療法人近森会の病院施設の概要は近森病院(338床)、第二分院(精神科、104床)、メンタルクリニック(104床)、近森リハビリテーション病院(180床)、リハビリテーションクリニック(180床)の5施設、介護老人施設(50床)の計672床です。全ての施設がJR高知駅のすぐ近くに集合しており(図参照)、密接に連携しています。

当院(近森病院)は内科、外科など19の診療科目を開業し、年間5000台を超える救急搬送を受け入れる急性期病院(平均在院日数は15.7日)で、高知県中心部の急性期医療に多大な貢献をしています。さらに近森リハビリテーション病院などの連携により急性期から慢性期、在宅にいたるまで一貫した治療を行うのをモットーとしています。病診連携、病病連携にも積極的に、'03年3月には地域医療支援病院の施設基準を取得しました。

近森病院に入院する急性期脳血管障害患者は年間400例を超え、さらに近森リハビリテーション病院には回復期リハビリ目的に他院からの紹介入院もあり、嚥下障害を有する患者はかなり多くいます。

当院におけるPEG件数の推移



PEG導入

'95年に消化器内科を開業し、それまで散発的に施行されていたPEGの件数が徐々に増加し、'02年には年間44件になり、今年も増加傾向です。PEG件数の増加の背景としては医師をはじめとする医療スタッフのPEGに対する認知度が向上したことが大きいと思います。胃腸栄養を受ける人が増加するにつれ様々な問題が顕性化しています。院内においてはバスの作成、NST(栄養サポートチーム)、リハビリチーム、ケースワーカーなどの介入により、医療の標準化、質の保証を目指しています。



ます。また、退院後も在宅総合ケアセンター(近森会訪問ステーション)による訪問看護、訪問リハビリによるサポートや医療連携室を窓口とする病診連携に積極的に取り組んでいます。

'95年7月に亀田総合病院より榮枝弘司医師(現消化器内科部長)が赴任し消化器内科を開業。'96年5月には同院より私(現消化器内科部長)も赴任しました。消化器内科開設当初より高知医科大学第一内科および第二内科より人的支援を受けています。'99年5月に青野礼医師(現消化器内科部長)が第一内科より赴任し消化器内科としての陣容は整いました。症例数も増加する一方で、又、救急患者の対応に

とられる時間も多くなり、まだまだマンパワー不足であるのが現状です。

消化器内科開設当初は自分の症例を中心にPEGを施行していましたが、PEGが簡便かつ安全に施行でき、胃腸からの栄養が患者のQOL向上や介護力の軽減に大きく貢献する事が内科医師らに認知されるようになり、PEGを依頼されるケースが多くなりました。

その後、近森リハビリテーション

ン病院や他院からもPEGの依頼が来るようになりPEG件数がさらに増加しています。当初は看護師も慣れておらず、造設直後の自己抜去が目立ちました。幸いにして、1週間ほどの絶食にて事なきを得ました。PEG直後のケアに看護師が慣れるに従い、自己抜去の危険性が高い患者さんを選定し、術後1~2日は特に注意深く観察し、場合によっては抑制やつなぎ服の装着を家族の了解を得て行う事により、ここ4年間、自己抜去は防止できています。他には誤嚥性肺炎、ろう孔感染などの小さな合併症は散見されるものの、内臓穿孔(腸ろうなど)、術中の急変、術後汎発性腹膜炎などの大きな合併症は経験していませんでした。PEG造設時の技術的問題はクリアされていると思われます。

頭かになったPEGの問題点

- PEG施行件数の増加に伴い様々な問題がでてきました。以下、問題点を列記してみます。
- ① 適応の基準が不明瞭
 - ② 患者、家族への術前および術後の説明が不十分
 - ③ 栄養管理の知識が不十分
 - ④ 嚥下訓練の中止
 - ⑤ 在宅や転院先の情報提供の不備

- ⑥ 在宅や転院先での胃ろうに関する知識の欠如、トラブル時の対応
 - ⑦ 胃ろうカテーテルのないはポタンの交換と保険請求
 - ⑧ ハイリスク症例への対応
- 以下、これらの問題に関しての当院での取り組みについて書きます。

PEGの適応

栄養学会のガイドラインによれば、消化管機能は温存されている(消化吸収ができていないという意識)が経口摂取を十分に行えない状態が継続的ないしは長期間

続くと予想される症例はPEGが望ましいとされています。このガイドラインをPEGの適応の目安と考えてよいとは思いますがそれでも色々問題があります。

す。嚥下機能が廃絶されているからといって、意識も無く、経鼻栄養も問題なくできている患者で在宅を目指すわけでもなければPEGを施行する意味は希薄であると言わざるを得ません。

PEGの適応の決定には、嚥下機能の評価、全身状態の評価、栄養状態の評価、予後の評価、今後の予定(在宅か?長期療養型病院や施設への転院か?)など多角的に検討する必要があります。

PEGのパス作成

PEG自体は簡単にできます。これは非常に良い点ではあるのですが、安易に造設されることにより発生する問題もあります。

嚥下障害やPEGについて経験の少ない主治医と造設医で造設されるケースもあります。こういったケースでは、適応も妥当でなかったり、患者、家族にも十分な説明もなされなかったり、造設後も十分な管理がなされず合併症をおこしたりと、いろんなトラブルの温床となります。

PEGの施行にあたってある程度のクオリティーを保つために、クリニカルパスを作成しました。'03年1月より手始めにケアマップを作成しこれに沿ってPEG施行前後の管理を行いました。少しずつ修正を加え、'03年8月より正式にパスとして運用を開始しました。

当院のパスは入院診療計画書、兼承諾書、患者用治療計画書、医療者用治療計画書(ケアマップ)、変動・逸脱などのチェックシート、パス取り扱い説明書からなっています。原則的に全てのPEG症例に使用しています。入院診療計画書、治療計画書

す。現在は主治医より私が依頼をうけ適応の決定を行っています。個々の症例において判断が難しい場合は、適宜、リハビリDr.に嚥下評価を依頼したり、退院後の予定をケースワーカーと相談したりしています。当院には嚥下機能訓練チーム、NSTなど多職種職種からなるチームがあり(私も一員です)今後はこれらチームでPEGを検討できた

察項目のスケジュールを書いたり、これに沿って医師、看護師、栄養士、薬剤師、PT、OT、ST、ケースワーカーが介入します。パスを利用する事により、主治医、造設医、病棟にかかわらず、患者は同じような医療情報を受けられるとともに、多職種間の医療従事者の意識統一が可能になりました。

はPEGの方法、合併症、術後経過、入院期間、費用の概略について、図解をおりませ一般の人でも解りやすい文章で書いています。また、この中で胃ろう手帳についても説明し、購入を勧めていますが、全例、購入されています。以前PEGを施行された家族より購入希望される場合もあります。術前に、主治医、造設医、看護師が、これらの資料を使って患者、家族に説明します。

ケアマップは術後8日目までの検査、輸液、抗生剤、安静度、栄養、投薬、創処置、リハビリ、栄養評価、患者家族指導および観察項目のスケジュールを書いたり、これに沿って医師、看護師、栄養士、薬剤師、PT、OT、ST、ケースワーカーが介入します。パスを利用する事により、主治医、造設医、病棟にかかわらず、患者は同じような医療情報を受けられるとともに、多職種間の医療従事者の意識統一が可能になりました。

PEGの適応の決定には、嚥下機能の評価、全身状態の評価、栄養状態の評価、予後の評価、今後の予定(在宅か?長期療養型病院や施設への転院か?)など多角的に検討する必要があります。

「胃ろう手帳」の活用

先ほども触れましたが、PEG造設時に家族に「胃ろう手帳」を購入してもらっています。これは胃ろうについての知識を得られると共に、転院や退院後の申し送りにも役立ちます。手帳にはいつどのような胃ろうチューブ・ボタンが挿入され、今後いつ交換が必要か、などの情

報の他、栄養剤の種類、量など記載する欄が設けてあり、非常に重宝しております。リハビリについて記載する欄があったらもっと便利かなとも思ったりしますが、かえって複雑になるかもしれません。

胃ろう手帳

胃ろうカテーテルの交換

転院先、あるいは訪問診療で交換が可能な場合、初回は当院外来にて行い、バルーン型にして以後は転院先、ないし在宅で交換してもらっています。この

ときに本人、家族や職員の方となるべくコミュニケーションを多くとり、製品の取り扱い方を説明し、問題点が無いかを聞くように心がけています。

地域連携

当院では地域医療連携室という部門を設け、他院との連携や一般の方からの問い合わせの窓口としています。地域医療連携室には看護師、ケースワーカー、ケアマネジャーが常駐しています。他院からのPEGに関する相談、造設依頼、胃ろうカテーテル、ボタンの交換の依頼なども地域医療連携室が窓口となっています。また、PEGに関する

知識の普及のために、先日当院外の医療者を対象に勉強会を開催し、35施設、151人もの多くの方々に出席をしていただきました。PEG、栄養管理、リハビリ、褥瘡ケアに関しては地域全体での取り組みが必要です。地域支援病院として、地域一体としての医療、ケアの充実、向上に今後もいっそう努めていきたいと思っています。

誰にも感謝されないPEGにならないように

以上、当院におけるPEGの取り組みについて書いてきました。PEGは患者、家族、介護者に感謝されていますが、適応やその後の管理を疎かにすればだれにも感謝されません。どうすれば喜んで

もらえるのか、スタッフと考えながら取り組んでいます。



新館

めぐる話題

Webセミナー④

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

ゝ寄せられています。

三大トラブルは患者さんのもとより、介護者にとっても頭の痛い問題。原因の究明とその対処法については、今後、更なる研究と理論的裏づけが進められるものと思われます。当Webセミナー会場で、大いに意見&情報交換をおこなってください。

る可能性大。

経腸栄養剤を固形化する際にポイントなどありましたら是非ご指導ください。お願いします。

【寒天調理の注意事項 From: <http://www.fukiage-clinic.com/peg/ronbun/kokeika/kokeika.htm>

太郎先生のホームページ】

1. 寒天溶解はしっかりと

粉末寒天は「沸騰」した熱湯で「2分間」攪拌して溶解する。

2. 熱湯に粉末寒天を入れない

粉末寒天は水道水程度の温度ならよく水になじむが、熱湯に直接入れると必ずダメになる。

3. 経腸栄養剤は人肌程度に暖める

沸騰した寒天溶解液を冷えた経腸栄養剤に混合すると不均一な固形化が起こり、液体成分が残ってしまう。

4. 経腸栄養剤の特性を考える

寒天は水と水を結びつけることによって固形化するので、脂肪分の多い経腸栄養剤はかたまりにくい。濃度の濃い経腸栄養剤は乳脂肪が多く、通常より多くの寒天を必要とする場合がある。

5. 寒天は温度で硬さが変わる

いったん固形化した寒天は80℃まで溶解しないが温度が高いと軟化する。冷蔵保存中は適切な硬さでも、室温や体温では十分な固形化が得られていない場合もあるので注意する。

【Re: 経腸栄養剤固形化(寒天使用)について From: しろう】

Hp 拝見しました。経腸栄養剤を固形化して注入を始めていた患者さんに、寒天がかたまらないから一時中止ですと話したとき非常に残念がられていたので、この効果のほどがよく身にしました。何がよかったかを聞いてみたら、時間が早いこと、満腹感がでることを強く言われてました。

ビタミンの崩壊は心配無いですか？

【〔No.580〕 Re: 固形化経腸栄養剤の調理でビタミンは大丈夫か? From: 太郎】

メーカーさん曰く「温度より空気に触れることが大きく影響する」のだそうです。経腸栄養剤は多くの場合水と混合希釈して使用されることが多いので

すが、この混合の際、勢い良く攪拌するとビタミンが崩壊するそうです。この点は固形化栄養剤調理の過程でも考慮する必要があります。

【Re: 寒天による経腸栄養剤の固形化過程での熱によるビタミン崩壊について。 From: 薬師】

今回、太郎先生が言われている熱によるビタミンの安定性について、情報がありましたのでほんの少し報告します。「月刊薬事」2002. 8で、経腸栄養剤エレンタール溶解後の安定性について、記載がありました。

「高温の水を使うと極めて短時間で溶解できるが、含有しているアスコルビン酸は、40度、60度の水溶液で分解が促進するため、調製の際には高温の水を使用することは避ける必要がある。」

医薬品を本来の使用と少しでも異なる方法で使用する際は、成分の一部は変化すると思います。もし固形化によるビタミンの低下に注意するとしたら、ビタミン類の補給(アセロラゼリーなど)を投与してもいいのではないかと思います。

ところで胃食道逆流減少の根拠は？

【〔No.497〕 固形過栄養剤ちよこっとエビデンス From: 太郎】

経腸栄養剤固形化により胃食道逆流が減少するという点についてのデータをご紹介しましたが、このたびその結果が Journal of American Geriatrics へ掲載されることになりました。これまで固形化栄養剤の有効性に関しては体験談の域を超えたものをお示しできませんでしたが、ちょこっとエビデンス的なもの出せたのではないかとということで、その内容を略記します。

対象: 安定期にある胃ろう栄養症例

人数: 17名

方法: 患者家族に研究目的と考える問題点を説明し同意の上で研究を行った。胃食道逆流の判定は造影剤含有の経腸栄養剤を作成し投与後、胸部CTを撮影し放射線科専門医が食道内の造影剤の有無を確認する事によって行った。

結果: 液体経腸栄養剤で胃食道逆流を認めた症例は17名中10名であったが、これらの症例の経腸栄養剤を固形化することにより、胃食道逆

流の頻度を4名に減少し得た。

	胃食道逆流有り	胃食道逆流無し
液体経腸栄養剤投与	10名(58.8%)	7名(41.2%)
固形化経腸栄養剤投与	4名(23.5%)	13名(76.5%)

Mc Nemar's test P=0.014

余談ですが、固形化にした後も胃食道逆流がある4名のうち3名では、逆流する栄養剤の減少を認めています。

【Re: 教えてください From: 陸の孤島の遭難者】

ご存知のように、近年、胃食道逆流症(GERD)はいろいろな報告がなされていますが、やはり、下部食道括約筋(LES)の弛緩が問題となるように思われます。確かに胃排出速度を低下させることにより、CCK(コレシストキニン: 十二指腸粘膜細胞から放出される消化管ホルモン)の分泌はある程度抑制されることが考えられますが、逆に胃底部の伸展刺激によるLESの弛緩は固形化により増加する可能性を危惧していました。どうも物理的性状による逆流防止の説明には無理があるのでは…と考えておりました。すみません! なぜなら、GERD関連の報告でLESの弛緩に関して健常人だったと思いますが、固形物、流動物による差がないという報告が一般的なようだからです。

私の書込みは、いつも固形化に否定的にとられるかもしれませんが、決してそんなわけではなく、これだけの皆様の支持を受けられているのだから、効果は明白と思われます。ただ、消化管ホルモンや神経伝達といった基礎的根拠が明白となれば、さらにコンセンサスを得られると思われます。非常にタイムリーな問題ですので、協力者は多いと考えられます。今後のご報告を楽しみにしております。

【Re: 経腸栄養剤固形化(寒天使用)について From: 太郎】

固形化経腸栄養剤に関しては、その有用性に関しては、まだまだエビデンスにはほど遠いレベルで民間療法段階だと思います。しかし「エビデンスがない」事は「否定」ではなく「今後可能性がある」事だと思っています。固形化経腸栄養剤に関しては、今後「肯定」ないし「否定」のエビデンスが必要だと考えており、これからもコツコツ続けていきたいと思っています。またこれからも批判意見を含め色々とお指導下さい。宜しくお願いします。

今回の話題については、「下痢予防は固形化の効果というよりも、固形化に使う寒天に含まれる食物繊維の作用では」「今まで時間をかけて注入されていた患者さんにとって、短時間での注入は苦痛なはず」「胃が栄養を受け入れる体制になるよう、これから食事だという信号(刺激)を与えることも重要」他、書きこみ以外にも事務局宛てのメールを通して様々な意見が寄せられました。経腸栄養剤の形状、成分、投与速度など、何が安全かつ患者さんの体への負担を軽減するのか、引き続き皆様のご意見や経験談をお寄せ下さい。(PDN編集部)

寸言

PDN ブラン

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: 500mm 750mm

価格

1本 1,500円 送料別

製造・発売

NPO法人 PEG ドクターズネットワーク
TEL.03-6228-3611 FAX.03-6228-3730

こんなことで困っています

【(No.279) 嚥下障害は困る From:koji5050】

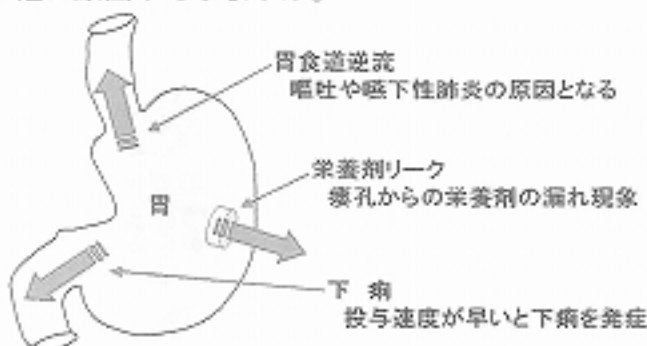
特養にてPEGのご老人のお世話をしております。30度傾斜にてゆっくり栄養を落としているのですが、どうしても咽頭に痰が多く、幾ら吸引しても解決せず点滴を施行することが多くなっています。体位交換やタッピングなども頻回にしているのですがやはりだめです。

【(No.502) 瘻孔からの漏れはどうすればよいですか From:genちゃん】

山梨で開業し、時々老健施設で胃瘻造設および胃瘻管理しているものです。瘻孔からの漏れが多く困っています。また漏れによる皮膚のただれがあり、漏れとただれの悪循環です。栄養剤の固形化、粘度調整食品の使用を考えています。

【(No.517) 教えてください From:しん】

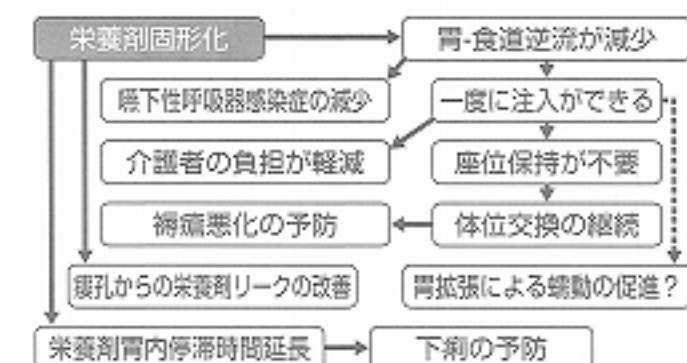
ボタンタイプ・バンパー型を使っている患者様で、PEGと瘻孔の間から内容物が漏れることがあります。毎食前の減圧と栄養剤注入時の体位をかえたりしているのですが、はっきりとして効果がありません。内視鏡で検査していただいたんですが、腸の方には狭窄(閉塞?)などありませんでした。ボタンにも適度の緩みがあり、瘻孔壊死していません。何か他に原因がありますか。



栄養剤の固形化によって期待できる効果とは?

経腸栄養剤を固形化されることにより、胃食道逆流(嘔吐)の減少、栄養剤の漏れの改善、下痢の防止が得られる例があります。また、短時間での注入が可能になるため介護者の負担が軽減され、注入中の座位保持も不要なので、従来のような長時間、圧が一点に集中するために起こる褥瘡の悪化予防にもつながると考えています。

固形化により胃食道逆流が減少する理由については、単純に物理的狭小部を液体より固形物の方が通過しにくいからと考えています。水溶性下痢の時にくしゃみをすると漏れそうになるのと同じではないでしょうか。(失礼!) From:太郎



経腸栄養剤の固形化を

胃ろうの管理の中で多くの方が悩んでおられる三大トラブル、逆流・瘻孔からの漏れ・下痢…。その原因は様々で、とても一くりに語ることはできません。しかし、経腸栄養剤が液体であることに起因して発生するトラブルがあるならば、経腸栄養剤を固形化させることでこれらに対処できないか、と考えた太郎先生。それも、市販の粘度調整食品ではなく誰でも手軽に入手できる「寒天」を使用しての固形化に挑戦。寒天の亡者とも固形化マニアとも自称される太郎先生のレポートに対し、成功談・失敗談・疑問など、様々な意見が

固形化? どうやって?

【(No.311) Re: 固形化剤の選択

From: 固形化マニア 太郎】

経腸栄養剤を固形化して注入する際の固形化剤に関してはいろいろ試してみましたが、以下の点を考慮して選択をしました。

1. 安価であること
2. 粘度を増さないこと→粘度があると注入しにくい
3. 体温で溶解しないこと
4. カロリーに影響を与えないこと
5. 入手が容易であること
6. 調理が容易であること
7. 硬度の調整が容易であること

当初固形化は卵を使用していましたが、1・4の点で問題があり断念、ゼラチンも考えましたが3の点で問題があり試す前に断念、試行錯誤の末、粉末寒天にたどり着いたわけです。ムースについては試していませんが、2の点でもしかしてチョット引かかるかな?

① 栄養剤を加温

経腸栄養剤を寒天溶液と混合するとき、栄養剤が冷えていると、凝固が不均一になることがあるため、あらかじめ人肌程度の温度に暖めておきます。

② 栄養剤を注入

寒天調理に先立って、加温した経腸栄養剤をボールなどの容器に入れておきます。寒天溶液の混合は経腸栄養剤が冷める前に行います。

③ 粉末寒天を準備

粉末寒天を準備します。1本のスティックは4gです。半端があるときは予め計量しておくとうれいでしょう。

④ 冷水に寒天を入れ加熱

症例の必要水分量を鍋の中に入れ、火をかける前に粉末寒天を入れて攪拌し寒天と水をなじませます。そして攪拌しながら加熱していきます。(熱水に直接粉末寒天を入れると、ダマになるので冷水状態で入れます。)

⑤ 寒天を溶解

寒天は湯が沸騰した状態で攪拌を行い、約2分で溶解します。この煮沸時間は重要なので、時計を見ながら調理すると良いでしょう。

⑥ 寒天溶解液と栄養剤を混合

寒天溶解液を経腸栄養剤の入ったボールに入れ、30秒程度攪拌し混合します。



⑦ 経腸栄養剤を吸引

あらかじめ準備したプラスチックシリンジ(カテーテルチップ)で栄養剤を吸引します。

⑧ 口の部分をラップで封印

静置凝固する際に栄養剤が漏れ出さないようにするため、プラスチックシリンジの口をサランラップなどで覆います。

⑨ 静置して凝固

寒天の混合した経腸栄養剤の入ったプラスチックシリンジを静置し、栄養剤を凝固します。



やってみました!

【(No.472) はじめました! 固形化 From: のはら】

私の勤務している病院でも、ついに流動食の固形化を1名ですが始めました。先月、心筋梗塞(小さな)をおこした患者さんで、以前より栄養剤を3時間かけておとしていましたが、その間の血圧の低下がいちじるしく心配ということで、固形化を試してみることにしました。始めてまだ4日ですが、トラブルもなく血圧も安定しています。500mlを10分ちよっとで、シリンジにて注入しています。本人さんは注入後200mlくらいではわからないようですが、400mlをすぎてくるとおなかいっぱいになったと感じるようです。と、いうことは忘れられてらしい空腹感もどおり、摂食訓練に移行しやすくなったかと思ったりします。

【(No.596) 経腸栄養剤固形化(寒天使用)について From: しろろ】

おすすめのレシピに従って経腸栄養剤を寒天使って固形化してみましたが、固さにばらつきが出てしまいました。その結果は下記の通りです。

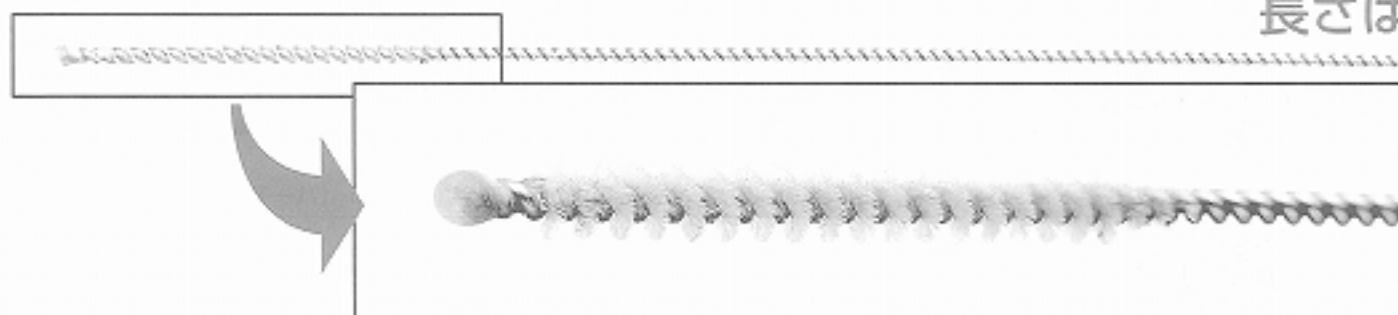
- 手 法: 1. 経腸栄養剤+寒天を80度に熱した場合 → ○
2. 経腸栄養剤+寒天を60度に熱した場合 → ×

結 果: 手法1でなければ経腸栄養剤固形化が出来ませんでした。

問題点: 経腸栄養剤を熱すること

60度に熱することですらビタミンが失活してしまう可能性があるのに、まして80度に熱してしまったらビタミンが失活してしまうのは間違いなし。長期に使用することでビタミン不足に伴う症状が出

長さは50cmと75cmの2種類



栄養教室 Vol.5

届け栄養、大腸まで！ 腸内細菌叢の乱れが下痢を招く

奈良県立五條病院内科 非常勤医
足立医院(奈良県五條市) 副院長
足立 聡先生

経腸栄養剤を利用されている患者さんや介護されている方にとって、下痢・便秘などの腹部症状は悩みの種です。水分量や栄養剤の温度には気をつけているのに、何故？
今回は、第9回関西経腸栄養学会で「PEG下経腸栄養剤中の下痢に関する一考察―特に薬剤起因性腸炎を中心に―」というテーマで発表された、足立聡先生に、薬剤起因性下痢とその対処法について、お話をうかがいました。



めとする乳酸菌がその代表です。一方、悪玉菌は有害な作用をする細菌で、クロストリジウム、フィシル(以下CD)、ウェルシュ菌、病原性大腸菌などが起ります。私たちの身体の中で

とは実証済みです。また、腸管粘膜は能動輸送といわれているように、水分や栄養分など必要なものだけを通過して、不要なものや有害なものは通さないという機能を持っています。通常の食事をしているときには特に問題がなくても、長期の静脈栄養(点滴)により絶食期間が長くなると、腸管粘膜が萎縮して消化・吸収や免疫機能が低下し、当然物質の能動輸送もうまくいかなくなり、それによって下痢しやすくなったり、通常は通過しない細菌たちが腸粘膜のバリアーを越えていくbacterial translocationという状況が起こるわけです。

通常の経腸栄養剤は小腸の絨毛でほとんど栄養を吸収されてしまうので大腸まで栄養が届かず、大腸の腸内細菌が増殖で

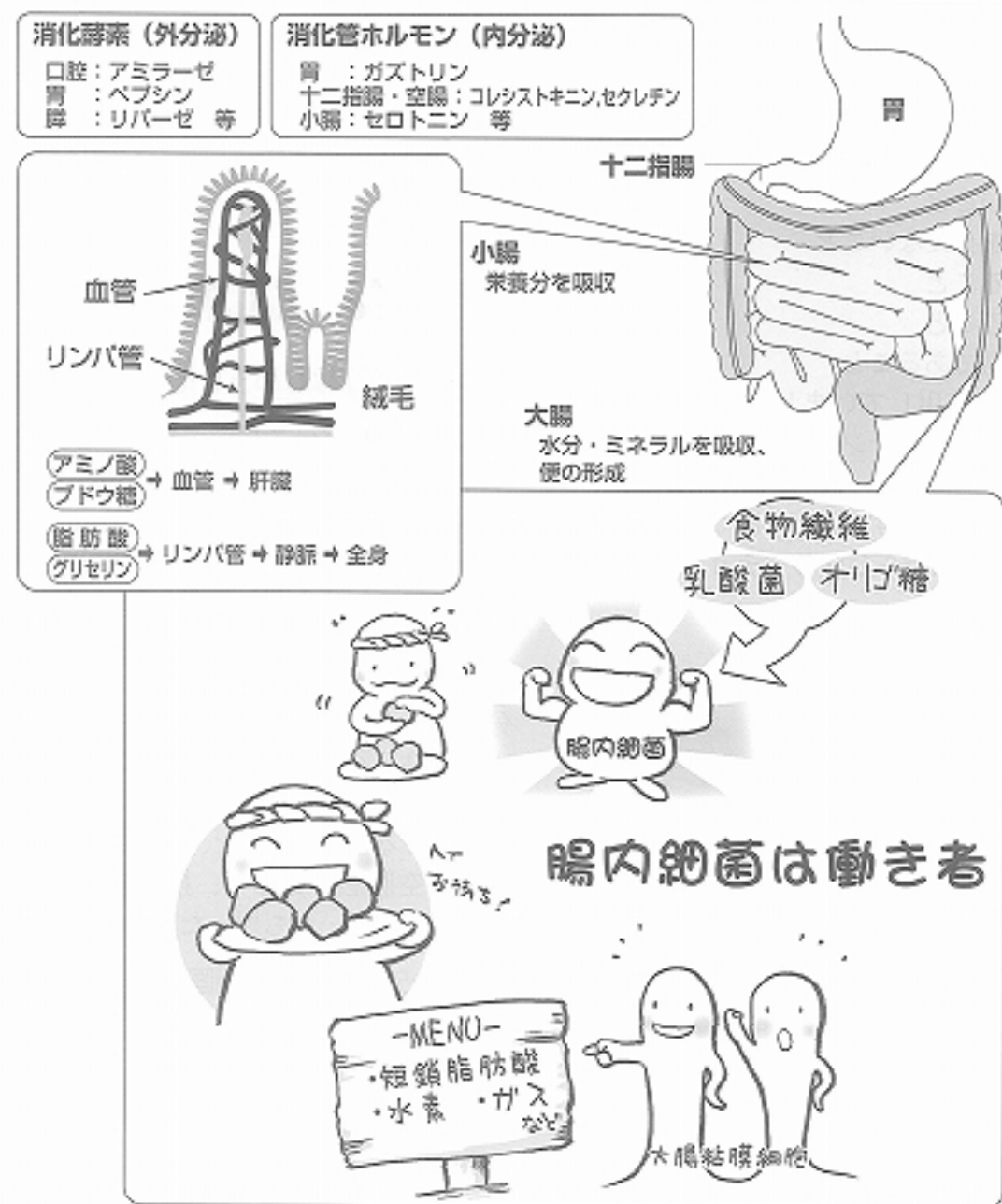
地方から都市への情報発信

奈良県は全体的に栄養についての認識が低い地域だと思えます。そういう私自身、栄養への認識を持ち始めたのは五條病院に來てからのことです。治療型の病院なのに、患者さんはほとんど退院しない。退院後の受け入れ施設は少ないし、自宅で介護するにもサポートシステムについての情報を家族は知らない、人件費の問題でMSWのいない病院もあり、退院・在宅に向けたことまで医師が全て行わなければならない。これが地方の現状に開業しました。

経腸栄養の主役、「腸」を元気に！

腸の役割は食物の消化・吸収だけでなく、免疫機能も重要です。腸管も免疫応答しているということが言われ出したのは、まだ最近のことです。

菌が存在していますが、大腸には約400〜500種類の細菌が住んでいるといわれていて、善玉菌と悪玉菌にわけることが出来ます。善玉菌は、身体に有益な細菌で、ビフィズス菌をはじめ





胃ろうからの経腸栄養中の 下痢の原因は？

多種多様な菌によって形成されている、体内で最も大きい細菌の集合体を腸内細菌叢といいますが、これが正常であれば多少の細菌に対しては抵抗力があるもので、生体が悪さをすることはあまりありません。昔、床に落ちたパンなど平気で食べていませんでしたか？

ところが、この細菌叢のバランスが崩れると、細菌への抵抗力が極端に落ち、容易に感染したり、吸収障害を起こしたりします。胃ろうからの経腸栄養を行っている方が下痢で悩んでいるという話はよく聞きます。一般的には栄養剤の浸透圧、温度、投与速度、不潔な扱いによる細菌性腸炎などが原因に挙げられますが、さらに薬剤に起因する

きません。そこで、腸内細菌の主なエネルギー源となる糖質を大腸に届けるものとして食物繊維が注目されています。食物繊維は「人の消化酵素で消化されない食物成分」です。さらに乳酸菌(いわゆる善玉菌)とその主たる栄養

源であるオリゴ糖を追加することによって、腸内細菌の働きを助けることになります。腸が使えるなら腸を使おう、これは五條病院でも定着しており、胃ろうも経腸栄養法の二つとして、市民権を得ています。

スガ前院と、細菌への抵抗力が極端に落ち、容易に感染したり、吸収障害を起こしたりします。胃ろうからの経腸栄養を行っている方が下痢で悩んでいるという話はよく聞きます。一般的には栄養剤の浸透圧、温度、投与速度、不潔な扱いによる細菌性腸炎などが原因に挙げられますが、さらに薬剤に起因する

腸炎を考慮する必要があります。ここでいう薬剤とは、治療に使われている薬剤および経腸栄養剤そのものをさします。五條病院でPEGを施行した90人の患者さんのうち、経腸栄養施行中に治療を必要とする下痢を認めた31例について、その原因を調べてみました。

抗生物質が原因といわれる偽膜性腸炎(CD感染症)は、便中のCDトキシゲン(毒素)を調べると陽性になります。CDは通常の便培養では検出することは不可能であり、トキシゲンを産生しない(特に害のない)菌も存在します。そのため、腸内細菌叢が正常であれば通常は検出されることのないCDトキシゲンを検出する必要があります。まず、このCDトキシゲンの有無を確認したところ、陽性(=CD関連下痢症)だったのは13例で、胃ろうからの経腸栄養中の下痢の42%が、このCD関連性下痢症でした。これらに対する治療は投与中の薬剤の中止とバンコマイシンの投与が効果を現しました。ここで使用されていた経腸栄養剤は、消化態栄養剤が8例、半消化態栄養剤が5例です。

抗生物質が原因といわれる偽膜性腸炎(CD感染症)は、便中のCDトキシゲン(毒素)を調べると陽性になります。CDは通常の便培養では検出することは不可能であり、トキシゲンを産生しない(特に害のない)菌も存在します。そのため、腸内細菌叢が正常であれば通常は検出されることのないCDトキシゲンを検出する必要があります。まず、このCDトキシゲンの有無を確認したところ、陽性(=CD関連下痢症)だったのは13例で、胃ろうからの経腸栄養中の下痢の42%が、このCD関連性下痢症でした。これらに対する治療は投与中の薬剤の中止とバンコマイシンの投与が効果を現しました。ここで使用されていた経腸栄養剤は、消化態栄養剤が8例、半消化態栄養剤が5例です。

CDトキシゲンが陰性だった18例のうち、MRSA腸炎が1例確認されましたが、恐らく感染予防のために投与された抗生物質が腸内細菌叢を壊してしまい、MRSAが優位になって生じたものでしょう。残る17例は、食物繊維、オリゴ糖、乳酸菌などの添加によって改善していききました。また、これとは別に、全

く抗生物質に関係ない下痢も3例経験しています。調子良く経腸栄養を進めていたのに、突然下痢が始まって高熱を出したので、原因はともかくこの3人が使っていた経腸栄養剤にあったようです。クロロン病や難治性腸疾患の患者さんにとっては腸の炎症を抑えるために腸管の安静が必要で、そのため消化の必要がなく、窒素源がアミノ酸にまで分解され医薬品として作られたのが成分栄養剤で、3人とこの成分栄養剤を使用していたのです。当然食物繊維も入っていません。

さらに、成分栄養剤に含まれるアミノ酸がCDを増殖させ、CDトキシゲンの産生を促進にするとの報告もあり、肺炎や尿路感染などのために、抗生物質を使う機会が多い胃ろう患者さんでは特に注意が必要であると考えられます。このような薬剤に起因する腸炎・下痢があるということを知っておく必要があるでしょう。以前経験したMRSA腸炎ですが、バンコマイシンの投与でMRSAが消失した状態で経腸栄養を始めたが、またMRSA腸炎を起こしたことがありました。こ

このような薬剤に起因する腸炎・下痢があるということを知っておく必要があるでしょう。以前経験したMRSA腸炎ですが、バンコマイシンの投与でMRSAが消失した状態で経腸栄養を始めたが、またMRSA腸炎を起こしたことがありました。こ

の繰り返しで患者さんはやせていくばかり。MRSAが消失したのはバンコマイシンを使ったからであって、腸内細菌叢が正常になっただけではないのです。この方には積極的に食物繊維、オリゴ糖、乳酸菌を摂ってもらい、腸管そのものを元気にしてから経腸栄養を再開したところ、下痢も収まりました。

当院では感染性下痢、吸収障害などが否定された下痢には、経腸栄養を再開する前に、まずアイソトニック(浸透圧が体液と等しい)飲料を投与して、腸管の様子を見ます。ここで下痢が起これなければ、次のステップとして食物繊維・オリゴ糖・乳酸菌による腸内細菌叢正常化に取り組みます。個人差はありますが、この方法で治療は成功しています。

私見 在宅用の経腸栄養剤

日本では、在宅で栄養管理されている方が多くが高齢者です。しかしながら、真に在宅用の、いわゆる高齢者用で特化した経腸栄養剤はまだありません。腸管機能の低下したお年寄りの腸内細菌叢を正常化する成分もそうですが、必要なカロリーを、お年寄りの消化・吸収能にあわせた

少ない量で満たすためにはどうしたら良いか、値段は食費として考えたときに妥当かどうか、使用前後の扱いや廃棄が簡単なものはどんな容器なのか。在宅で使う身になって考えると、改善してほしい点はまだまだあるようです。(2003年7月取材 岡崎佳子)

保険適用の経腸栄養剤の中で食物繊維が含まれている製品は限られています。食品扱いの経腸栄養剤の中には食物繊維と、オリゴ糖が十分含まれていてアイソトニックである優れた下痢用製品もあるので、このような製品に乳酸菌も添加するかどうか。試してみたいかがでしょうか。

小児のPEGの重要性

優ちゃんと優ちゃんの物語り

筑波大学臨床医学系小児外科 雨海照祥



ある国のある時に生まれた

双子の姉妹のお話

やっこのこととお母さんのおなかのなかに、「コウノトリが赤ちゃんを運んできました」と産科の先生に伝えられた日、未来に希望を込めてあなた達のお父さんとお母さんが夜遅くまで話し合っていたことをあなた達に伝えたいと思いました。それも授かった赤ちゃんは、ひとりではなく2人だったんです。

それを知ったときのお父さんとお母さんの驚きと喜びようといったら、2人で2倍になったように、赤ちゃんが2人となればその倍で4倍。だから貴重児2人のそれぞれに掛けられた愛情も2倍。

しかし実はそれと同じ分だけ、双子の赤ちゃんはお父さんとお母さんに2倍を超えた喜びを運び続けたのです。それからというものの、一生懸命お父さんは働き続け、一生懸命お母さんは2人の赤ちゃんのため洋服を縫い続けました。

そして2人の赤ちゃんは生まれました。一卵性双生児でした。ふたりは優ちゃん、愛ちゃんと名付けられました。優ちゃん、愛ちゃんはほんの少しだけ周りの赤ちゃんとは違っていました。それはお母さんの分娩に時間がかかって、2人とお母さんを結ぶヘソの緒、臍帯がねじれてしまっ

たため、ほんの数分間、ふたりのいのちを支える血流がぐうんと減ってしまったのです。以来、優ちゃんと愛ちゃんから、自分の口でお母さんのミルクをもらう力は奪われてしまいました。

そして2人は別々の施設に預けられました。優ちゃんはYOU施設へ、愛ちゃんはI施設へと別々に引き取られていったのです。

脳神経1ダースが占める 摂食と嚥下

脳神経のお勉強を少し。脳神経は左右1ダースずつ(表1)。それらのうちで自分の口に運ばれた食べ物をまず識別するのは視神経。その食べ物が自分のからだに危害を加える危険な構造、例えばトゲや針をもっていないか

見定める。次に鼻の嗅神経で臭いをチェックする。その食べ物はたしてくさっていないのか。同様にものが口に入ってから、5つの味覚(甘み、塩味、苦み、酸味、うまみ)を駆使して、やはり腐敗した酸味や神経毒を含んだ毒物をチェックする。怪しい味は口からはき出し、体を守る。これら摂食共同運動の一連に連なるゲートキーパーの許可を受けた安全な食べ物だけがのどを通り、食道を下がって胃の中に到達する。

さて、こうした一連の摂食・嚥下行動の全ては脳神経の制御を受ける。普段私たちがこの作業をとくに意識することはない。



初めての「食べ物」に何を思う…?

表1 脳神経1ダース
ゴシック体は顔面・味覚関連: V, VI, IX, X, XIIの5系統、なんと脳神経の約半分が関与!

脳神経の番号	脳神経	機能	脳神経の12ヶ月カレンダー(2003, 雨海)
I	嗅神経	嗅覚	1月—お正月のおせち、いいにおい、嗅神経
II	視神経	視覚	2月—鬼は外、福は内、年の数だけしっかり見て豆を数える、視神経
III	動眼神経	眼球の運動	3月—童顔(動眼)のたかし君も来月から1年生
IV	滑車神経	// (眼球を斜め外下方)	4月—お花見、桜の下で、カシャカシャ(滑車)踊る
V	三叉神経	顔面の知覚	5月—5月病で、仕事もさんざん(三叉)
VI	外転神経	眼球の運動(外転)	6月—長引く梅雨にお店はまたも、がいてん(外転、開店)休業
VII	顔面神経	表情筋の運動	7月—夏休みで顔面真っ黒
VIII	内耳神経	聴覚	8月—ニッパチ(28)不景気月、内助(内耳)の功でなんとか乗り切る
IX	舌咽神経	舌の後1/3の味覚	9月—お月見のお団子絶品(舌咽)、舌鼓
X	迷走神経	喉頭蓋の味覚・消化管の運動	10月—神無月、神様不在で神社は迷走
XI	副神経	胸鎖乳突筋・僧帽筋の運動	11月—服(副)もすっかり冬支度
XII	舌下神経	舌の運動	12月—1年の中でも下(舌)の下(舌下)

愛ちゃんと優ちゃんのいのちを分けた 運命のいたずら

では愛ちゃんと優ちゃんの場合、合はどうか。分娩時のホソのわずかの神経のいたずらが、彼女らからこれら脳神経の一連の共同作業を奪った。その結果、彼女たち2人は、口に入った物を飲み込むことができない。遠く離れた別々の施設に連れ

表2 小児のPEGと経鼻胃管(NG)の比較

	PEG	NG
再挿入時に気道への誤挿入	ない	ありうる
気道への誤挿入による致死的な事故	ない	ありうる
全身麻酔	要	不要
食道への逆流頻度	低い	比較的高い

ドイツからのお客様

て行かれた2人のその後は、何が同じで、何が違ってしまったのか。

優ちゃんが収容されたYOU施設には、充分の予算がないために、スタッフは不足し、経鼻胃管(NG)を使い、地球の重力を使った自然滴下による経腸栄養剤の投与が行われた。しかし、さまざまな理由で頻りにNGは事故除去、何度かの再挿入に際しては、NGは気道を通過し肺に入ってしまった緊急事態を引き起こし、そのたび毎に何とか急を逃れた優ちゃん。しかし運命のときはやってきた。誤挿入に気づかぬまま経腸栄養剤が注入され肺に入った栄養剤により幼い優ちゃんのはかない命は失われた。

一方優ちゃんはどうなったか。I施設には、栄養をこの上なく理解するスタッフがそろっていた。優ちゃんがお誕生日を迎える前からすでに、すくすく優ちゃんが育つようにと、栄養補給が

如何に大切かを熟知していたスタッフ達は、週に最低一度は話し合いを開いて考えた。

その結果、成人と異なり、たとえ小さな外科的侵襲に対しても全身麻酔が必要だったが、内視鏡を使って胃ろう(PEG)が造られた。PEGを使って、栄養士さんに綿密に計算し尽くされたメニューを時間毎、経腸栄養剤ポンプを使った栄養ケアが行われた。

ある日、奇跡の神様が優ちゃんに舞い降りた。突然声を上げるようになり、少しずつだが食べ物を自分で口にする。テレビを見るようになり、ついには自分の意思を僅かの言葉を使って伝え始めた。よいことはどんどん進む。そしてPEGは抜け、歩いてI施設を退院した。いま優ちゃんは、小さな職場で毎日楽しくて仕方がない。

優ちゃんと優ちゃんの小さな物語はこれで終わり。

実は先日、ドイツの医師が私のいるつくばの田舎を訪れてくれた。彼らと話をわかったことは、彼の勤めるドイツの小児病院では、いかに多くの胃ろう造設術が日常的に行われ、一方私の知る限り日本でおこなわれる小児の胃ろう造設術がいかに少ないか、ということ。

先に挙げた優ちゃんと優ちゃんの様な、分娩時のアクシデンの発生率にこのふたつの国の間に大きな差があるとは考え難い。恐らく彼に違うのは、PEGに対する医療スタッフ、もつとはつきり言えば医者認識の大きな差ではないのか。

[No.642] 新生児のPEG造設について From: そら 2003/08/23(sat) 09:29:53

返信

はじめまして そらと申します。
子どもがまだ3ヶ月なのですが先日内視鏡にてPEG造設をしました。その際、チューブ式のものとつけましたがボタン式のものにはならないのでしょうか？
どうもコネクターらしきものや太いチューブが小さな体には負担に思えてなりません。

Re:新生児のPEG造設について From: gucchi 2003/08/23(sat) 21:00:44
こんにちは。小児外科をやっておりますgucchiと申します。新生児での胃ろうボタンも可能と思いますが、お子さんがどういった疾患でPEGになったのかも関連しますし、体重や体のサイズによっても変わってくると思います。またボタン自体がむしろ負担になる場合もあり、細いチューブ式のほうが有利なこともあります。一般に新生児の胃ろうでは造設時にはいわゆるカテーテル式が多いのですが、まだ造設から時間も経っていないようですから、次の交換時にご相談されてはいかがでしょうか。

Re:新生児のPEG造設について From: そら 2003/08/24(sun) 12:04:58
gucchiさん早速にお返事ありがとうございます。
息子は仮死状態で産まれ原因は不明です。体重も2500gを超えていました。現在は約2800gあります。
喉下障害で鼻のチューブからの注入でしたがこれから訓練をするのに胃ろうのほうが上達する可能性が高いだろうという医師のすすめで造設しました。
内臓系は特に問題なしといわれています。
しかし造設後、胃の消化が悪くなり胃に空気がいっぱいたまっているといわれました。
消化が悪くなったのは造設とは関係ないのでしょうか？
このまま回復しない事もありますか？
造設後は、術後1週間退院もできるしお風呂にも入れます。つけてあるチューブもそのままだらんとぶらさげておいて平気だといわれていたのですが、1週間たっても穴のまわりは赤くなっているしミルクは漏れてきているしチューブもぶらさげておくには大きすぎるように思います。ボタン式はどの位成長したらとりつけられるものなのでしょうか？また今つけているチューブはぶらさげておいて大丈夫ですか？
おむつもしくどうしたらよいのでしょうか？
質問ばかりですみません。
よろしくお願ひします。

Re:新生児のPEG造設について From: おせり先生 2003/08/26(tue) 17:24:47
そらさん、はじめまして。おサル先生と申します。胃ろう手術後ごくしばらくは胃からの排出が低下する場合があります。胃に空気がいっぱいたまっているのであれば、ミルクを差し上げる前に管を開放、あるいは吸引をかけてガスを抜いてあげてください(胃ろうの管からグップをさせるわけです)。
チューブはただぶらさげておくと、その重みで引っ張られて、胃の粘膜に内部バンパー(胃の中で固定しているもの)が食い込んで圧迫し、穴のまわりの発赤や炎症の原因になったり、穴が大きくなって漏れる原因になります。管の外側には外部バンパーといって固定するものがついているはずですが、十分に緩めてあるでしょうか。管全体が1~2cm軽く動くでしょうか。軽く動く、軽く回る状態であれば、きつと絞めすぎです。ゆるめてもらいましょう。もし、ゆるめてあっても、ただぶらさげておくだけでは、引っ張られてしまいます。おむつといっしょに引っ張られてしまう場合もあります。とにかく愛嬌的にみていく必要があります。
以上、ご参考になれば幸いです。今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

PDN ホームページ(談話室)より 小児・新生児のPEG情報が求められている

医療は、いつもが進行形

PEGと経鼻胃管とを、誤挿入や関連事故の観点からだけ比較してみた(表2)。優ちゃんの事故は、われわれ医療従事者にとつて決してYOUの話ではない。

一人称のIのおはなし。他人事ではない。同様の不幸がある大学病院で起きた報道に、肝を冷やし背筋に冷たい物が流れたのは、きつと私だけではないはずだ。

あなた、なんて他人事と思わずにおこう。優ちゃんもわたし、優ちゃんもわたし。このコインの裏と表の切つても切れない関係が、日本とドイツの医療現場で同時進行しているとするれば、PEGとNGのメリットとデメリットを冷静に天秤皿の上に静かに乗せ、どちらが重いのかを目盛りの真つ正面から自分の目で判断するときに、そろそろ来たことに気づかなければならない。

同じ時間を共有する、遺伝子

予告 ドイツと日本の小児PEG事情

さてこの原稿を書いている1ヵ月後、私を訪れてくれたドイツ人医師の、小児のPEGが頻繁に行われている小児病院を訪問する予定だ。もしチャンスがあれば、彼の国の小児PEG事情を、お伝えすることができるとも知れない。それまではコインのうらの優ちゃんの国が、優ちゃんの国になるために、少しばかりの努力をしていることだけをお伝えするのを許しただきたい。

あ、世でお父さん、お母さんに、まだこちらに来るのは早すぎますよ、と怒られてはいないだろうか。優ちゃん、あなたの分まで愛ちゃんに、私たちの精一杯の幸せを、分け与えることでお許し下さい。

医療の進歩のために、いつでも何がベターで、ベストは何かをいつもいつも考え続ける。PEGも含めて、医療はいつもが進行形。常に進化し続けなければならない。

介護に励むご家族に休息を

訪問看護

最前線

4

地域の「元ナース」が支える在宅ケア



訪問ボランティアナースの会 キャンナス代表

菅原由美さん

〈URL〉 <http://www.nurse.gr.jp/>

有限会社ナースケア 取締役

キャンナスとナースケアで
多様なニーズに対応

介護保険施行以前の措置制度の下ヘルパーは、管が一本でも入っていると、家事援助はするけれども身体に付いてはいけないという制約がありました。ですから寝たきりの患者さんのいるご家庭にとっては、お掃除ではなくてオムツ交換や清拭といった身体介護をお願いしたくてもヘルパーは対応できませんでした。私は、大学病院退職後、地域の保健所で働いていたこともあり、個人的に知り合いの保健婦さんからの依頼でそういうご家庭を訪問していました。同じ頃、主人の両親を在宅で看取るという体験を通して、自分のナースとしてのライセンスが役立つことに気づきました。

私のような元看護師は地域にたくさんいるはずですが、そういう方と一緒に在宅介護をされている地域の方のお役に立ちたい、そういう思いが地元紙に取り上げられ、それに賛同してくれた28名で1997年3月、訪問ボランティアナースの会「キャンナス」を設立しました。当時、「医者の指示書が無いのにナースが勝手に利用者の家でケアをする」とは、たとえ顔をくくことであってもゆるぎない行政サイドから呼び出されたりもしました。ですが、最終的には監督官庁のないボランティア団体であるキャンナスの活動に行政は口出ししないということで現在に至っています。

キャンナスは有償ボランティア団体としてナース・ヘルパー340名に送迎ドライバーや家事援助などを行うスタッフを合

わね、約450名が会員登録しています。現職でボランティアナースに登録される方もいます。藤沢の湘南本部が母体となり、県央(座間)・横須賀・知立(愛知)・高知・板橋(東京)・麻生(川崎)の6支部がそれぞれ独自に活動しています。利用料金は各支部ごとに若干異なります。キャンナスが非営利の任意団体であるのに対して、ナースケアは1999年12月、介護保険指定事業者として設立された有限会社です。キャンナスで培った介護の精神とノウハウを活かし、常勤スタッフ30名と登録スタッフ230名が、介護保険の申請代行、ケアプラン作成、介護保険適用の訪問看護・介護サービス提供にあたりています。キャン

胃ろう患者さんの
訪問に思うこと

活動を始めた当初は経鼻胃管の方が多かったのですが、介護保険がスタートしてからは胃ろうの方が増えてきているという印象があります。現在キャンナスとナースケアで訪問している450件中、胃ろうの方は50件くらいです。私どものスタッフはヘルパーといってもナースの資格を持つ者が大半ですから、「胃ろうって何?」と聞いてきた者は400人以上の会員の中でも数人です。扱ったことがなくても初回は必ず常勤ナースが同行して指導するので、接続して注入することや速度等の管理はナース

ナース同様、藤沢の湘南本社の他、県央・鎌倉・茅ヶ崎の支店を持っています。登録ナースはキャンナスとナースケアの両方に所属するので、二本立てにすることによって利用者のニーズに応じたサービスを提供できます。投薬や褥瘡の処置を含む訪問看護サービスはナースケアのナースとして、外出や通院時の車の送迎サービスや旅行への付き添いなど、介護保険の適用にならないことはキャンナスのヘルパーとして対応します。一人のナースが1日利用者につき添ってこれらを使い分けることもあります。

また、キャンナスでは昨年から病児・障害児保育を含む子育て支援(託児室キャンズ)も事業活動に加えました。個々のSOSにお応えするためには何でもやりましよう、どんなときでも断つてはいけないというのが私のポリシーです。

第4回湘南在宅ケアセミナー
胃瘻があっても食べられる!?

今回で第4回目になる湘南在宅ケアセミナー(2003年8月17日開催)では、胃ろうと経口摂取の取り上げました。胃ろうがある口から食べられないかと思われている方がとても多いからです。胃ろうがあつた

として全然問題ありません。ところが、胃ろうの構造になると、見えない胃の中がどうなっているかわかりません。胃ろう用ではないカテーテルを挿入されているために何度も抜けてしまい、訪問医に連絡しても「洗って入れておいてもらえれば私が訪問時に見ます」というばかり、ということもあります。またまだ胃ろうについての正しい知識がない医療者が多いことを実感します。

胃ろうの方法にしろ、「皮膚と胃壁を圧迫するような切り込みガゼの入れ方はよくない」といわれているにもかかわらず、キツキツにガゼが入っている患者さんも見られます。家族はそれを退院指導で受けてきているので、我々がそれは必要だといつてもスムーズに受け入れられないこともあります。そういう指導をした病院の医療者との人間関係も考えなければなりません。仕方ないので「枚数減らしていいか」と笑うに笑えないようなこともあります。



託児室キャンズ。病児も預かります

方が、私たちケアをする者にとっても安心なのですが、夏などは食が細くなる方もいらっしゃる。胃ろうを使えば、本人も苦痛なく必要なカロリーや水分がとれるのですから。



車椅子対応者の送迎。乗り降りもお手伝い

もともとヘルパーの仕事はナースの仕事の一部だと私は思っています。ナイチンゲールが野戦病院で清潔にベッドを整えて死亡者を減らしたということからわかるように、やはり人間は心地よく生きるための環境整備が大変重要で、環境整備、つまり掃除です。そして食

ナースの仕事はヘルパーの仕事からスタート

また、今のところ胃ろうしか使えない、嚥下は無理という人でも、専門家による嚥下訓練を行えばアイスクリームぐらいは口の中で溶かせるかもしれない。長く口を使わずにいると口の口の中が汚くなりますし、汚れた唾液の誤嚥が原因で肺炎を起こすこともあります。そういう患者さんのQOLという面においても、口から食べることを意味を今回の講演のメインにしたいと思

たのです。医師も訪問看護師も、誤嚥性肺炎の危険性ばかり言います。もちろん、肺炎になっても、真夏の暑いときに力キ氷一口でも口の中に入れたら、気分的にとっても爽快になるでしょう。介護をする以上、危険性ももちろん知らなくてははいけないのですが、そういう口から味わう楽しみも可能だということを知り、その可能性にかけてみようという努力をしていきたいですね。

今回伝えきれなかったことは、パート2を開催して取り上げたと思います。



訪問看護と生活支援どちらもに対応

事の介助をする、それで病人が減ることからいえば、ナイチンゲールもヘルパー業務からスタートなわけです。それを医療者や法律が「ヘルパー業務」「ナースの業務」と線引きしてきたことは事実です。実際、病院勤務のナースは多忙で、ナースでなくても出来る仕事はナース以外の方にお願ひしてききました。しかし、訪問看護は病院ではなく各家庭で行うものですから、病院ほどハードな業務があるわけでは無いはず。

呼吸器の疾患があるのに、ごみやほこりだらけのお家にいけば、いくら呼吸器ハビリの効果を語っても意味ありません。まず家の中できれいな空気を吸ってもらうことは、という話になるわけです。また、私たちヘルパーさんよりは医療のことが出来るだけであって、ヘルパー業務で私たちが出来ないことは二つもないと思っています。



デイサービスの一コマ。みなさんで楽しく外食

私どものスタッフの中には、ナースとして働く自信はないけれども、お食事作りやお掃除はできますから、ヘルパーとしてお手伝いさせてください、という元ナースの主婦が多いです。この場合、通常はヘルパーとして医療的な業務には携わらないのですが、熱や褥瘡が生じた時などは、状態が落ち着くまでの間、医師の指示を受けて医療的なケアを行うナースの立場で訪問してもら

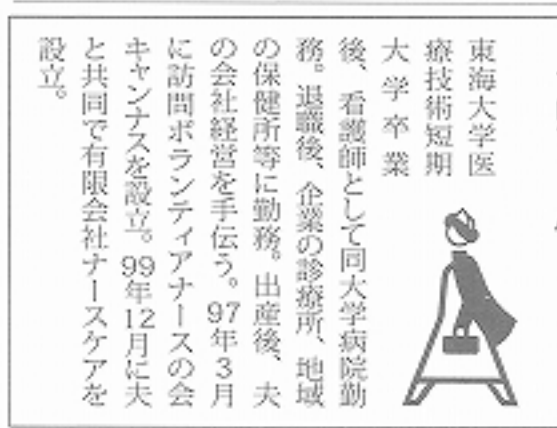
地域に喜ばれてこそその看護職

全国で100万人ともいわれる現職ナース・元ナースの中には、目の前で困っている方たちの役に立ちたいという人たちがたくさんいます。キャンパスやナースケアの活動に興味を持ちご自身の地域でも同様の組織を立ち上げたいと、研修にこられる方もいます。残念ながら、現在私たちが設立のお手伝いを充分にすることはできませんが、ナースには苦手な経営とか運営とかいう部分をサポートして、地域のお役に立ちたいというナースを



訪問スケジュールは私達がパソコン管理

し、情報を共有するためにも共通の言語を持つことは大事なことでですね。



プロフィール



東海大学医療技術短期大学卒業
後、看護師として同大学病院勤務。退職後、企業の診療所、地域の保健所等に勤務。出産後、夫の会社経営を手伝う。97年3月に訪問ボランティアナースの会、キャンパスを設立。99年12月に夫と共同で有限会社ナースケアを設立。

支えていきたいと思っています。それぞれのキャリアや個性に応じて適材適所、コーディネートすれば、地域の人に喜んでいただけるサービスを展開していくことができます。

(2003年7月取材 岡崎佳子)

REPORT

第65回日本消化器内視鏡学会サテライトシンポジウムより

PEGに対する造設医(内視鏡医)の役割

基礎疾患の治療に当たる主治医と、その治療成績向上の力を握る栄養補給の授与ルート「胃ろう」の造設医との、PEGを巡る認識の差。PEGの施行件数が急増していることは周知のとおりであるが、本来内視鏡治療を行わない診療科(神経内科など)の患者への適応もそのなかに多数含まれている。

PEGは内視鏡治療のなかでも簡単な手技と言われているが、その技術を持つか否か以前の問題として、また医師本人がPEGを好む好まないは別として、PEGへの正しい認識を全ての医療者が持つことは、PEG適応患者の増加という社会的背景の中では、避けて通れないことと思われる。早期からPEGに取り組んでこられた先生方の、本シンポジウムでの講演内容を紹介する。

院内PEGチームの活動の広がり

昭南病院外科 有本之嗣先生

病院全体でPEGに取り組み、ために立ち上げたのが胃瘻委員会。内視鏡医と他科の医師とのPEGの認識のズレを統一する、全体のアウトラインを作するために設けられた。個々の症例に対する術前検討委員会、組織間の調整を行うコーディネーターが結果的にチームを築いたことになる。独自のケアマニュアルの作成にも発展したクリティカルパスの活用は、パスの内容を常に検討・改善し続けるための基準を設けたという意味で有効なこともある。

地域でのPEGネットワーク作り

鶴岡協立病院内科 高橋美香子先生

PEG施行後の患者の退院後は、他の医療機関、福祉施設、開業医によるケアが必要。会の開催を通して啓蒙活動を行

た。個々のケースに対応するコミュニケーションの確立も重要である。地域のPEGネットワークを円滑にするために造設医に求められる役割は、●造設時のイン

クリティカルパスの活用でより良いPEGを

函館五稜郭病院外科 岡田晋吾先生

クリティカルパスのメリットは、標準を示すことによる逸脱例や異常への対応がしやすくなること。さらに、チーム医療を進めるにあたり、他職種間の情報交換にも役立つ。当院ではPEG造設チーム・栄養サポートチーム・スキンケアチームらがパスを使って情報交換をしながら連携して栄養管理を行っている。逸脱症例にはチームメンバーのサポートも(栄養剤が必要な場合は試飲によって患者が選択)考慮する。PEGは造設医に限られていることが多く管理方法が標準化

内視鏡医による在宅PEG患者の管理

小川医院 小川滋彦先生

在宅では内視鏡を使えるわけではないが、内視鏡医は患者の胃の内部をイメージできる。スキャントリアルはしばしば問題となるが、多くのトリアルは内部パンパーと胃粘膜の間で起きており、皮膚よりも胃粘膜の方が弱いというように、胃内部のトリアルやカテーテル交換の際、内視鏡

とは多い。毎日のケアを第一に考えられる主治医であってほしい。

以上の発言にもみられるように、PEGに関わるスタッフが共通の認識を持ってPEGの管理・栄養療法にチームで取り組むことが患者にとつてのよりよいPEG、より良い医療の提供につながる。院内のチーム医療だけでなく、退院した患者は地域で生活するということを念頭に置いた、造設医と主治医(かかりつけ医)の密な連携も今後必要不可欠になってくるであろう。

◆参加者の声◆

本シンポジウムに参加されていた、亀田総合病院内視鏡室長の松本雄三氏に感想をうかがった。

「私どもの施設でもPEGは主治医と施行医が異なる、ねじれた内視鏡治療です。施行医がPEGを単に内視鏡を用いた胃ろう造設の手技としてだけでなく、胃ろうを使った栄養療法と位置付け、他科の患者に関わっていくことはなかなか難しいことです。問題点としては、院内のシステム、施行医の熱意とマンパワーがあげられますが、私は、看護師をはじめ栄養士・リハビリのスタッフ・薬剤師などのコメディカルが積極的に治療に介入することでクリアできると思っています。ただ、そうなるにはコメディカルも、個々のスキルアップはもちろん、それぞれの職能についての理解と協調性を高めなければいけませんね」

最後に「よし、がんばろう」と一言。PEGに携わる医療者としてのこれからの決意がこめられているように感じた。

PDN広場

ご協賛・ご支援、
誠に有り難うございました。

渡辺 浩代様
匿名

合計4万円
(2003年6月1日～8月31日)

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、宜しくお願い申し上げます。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。

◆「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。)

◆一般の方も購読頂けます。

◆お申込・お問い合わせは事務局まで・・・

TEL.03-6228-3611 FAX.03-6228-3730

◆ホームページからお申し込みいただけます。

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

BOOK SHELF

女三代介護物語

朝子の介護奮戦記

小山朝子 著



フリーランスのライターである著者が、クモ膜下出血で倒れた祖母の介護を通して医療・介護現場、世間、そして家族の絆。それまでを自ら「優しくなかった」とふりかえる当時20代だった著者が、パービー(祖母の呼び名)の入院、転院、在宅と療養の場を点々とする(させられる?)中で、見たこと・感じたこと・行動を起こしたことの克明な記録。その経過はまさに母と二人三脚の「奮戦」である。在宅介護を開始して4年目、多発性脳梗塞をきっかけに嚥下障害

が出現したパービーに胃ろう造設を決意する際、PDNのホームページも参考にすると聞いている。介護によって一時中断していた執筆活動も、2年前より高齢者介護分野を中心に再開。すでに交換も経験済みで、「命の力強さを教わった」パービーに感謝しつつ、母と交替で在宅介護を続けながら、パワフルに活動中。「介護を始めてから我が家には笑顔が増えた」という言葉が印象的。

著者ホームページ→<http://www.koyama-asako.com>

四六判 254ページ 定価1600円(税別)
まどか出版 TEL:03-5814-9292

編集後記

奈良の足立先生をお訪ねしたときのこと。五條まで行く電車は、無人駅では一つの車輌の一つのドアしか開きません。さらに北宇智という駅では、客の乗降が終わると一度バックして、ポイントを切り替えて坂を登っていくスイッチバック方式です。同じ踏切を3回通過したというわけです。こんな体験も取材ならではの楽しみです。

PDNも3年目の半分を過ぎ、やりたい事、やるべき事、まだやっていない事がジグソーパズルのように入り乱れています。まっすぐに進むことが難しい場合は一度スイッチバックして、しかも目標を見失うことなく確実な前進を目指していきたいと思っています。

(岡崎)

第5回北陸PEG・在宅栄養研究会

下記要領にて「第5回北陸PEG・在宅栄養研究会」を開催いたします。

特別講演には、鹿児島県でPEGとNSTをキーワードに地域医療を盛り上げているリーダー、昭南病院外科部長・有本之嗣先生をお招きする予定です。

- 会 期：2003年11月22日(土) 15:00～18:00
- 会 場：石川県地産産業振興センター 大ホール
金沢市鞍月二丁目一番地(TEL:076-268-2010 <http://www.ishijiba.or.jp/>)
- 特別講演：「PEGからNSTへ―地域ぐるみの栄養療法―」
有本 之嗣(医療法人愛誠会 昭南病院 外科部長)
- 一般演題：経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)および在宅栄養法に関する演題
- 代表世話人：金沢大学がん研究所 腫瘍外科 磨伊 正義
- 当番世話人：公立丹南病院 内科 伊藤 重二
- 事務局：小川医院 小川 滋彦 (TEL 076-261-8821)

共 催：北陸PEG・在宅栄養研究会 / 大塚製薬株式会社
後 援：HEQ研究会

PEG施行医療機関にご登録を!

点から線へ、線から面へ、 全国3000病院の登録を目指して

PDNは2001年4月の設立以来、一貫してPEG施行医療機関のご登録をお願いしております。2003年9月現在、500弱のご登録を頂きました。

大きな組織の病院から個人病院まで、公私の別なく、患者さん・ご家族に役立つ情報を提供すべく、頑張っています。

ご登録頂いても、特典はとくに差し上げられませんが、北から南まで文字通りのネットワークを完成することで患者さん・ご家族の利益となり、結果的に全ての関係者の目的にかなう活動に育ててゆきたいと考えています。

すでに胃ろうの新規造設者10万人、胃ろう保有者は20万人を越えたと言われる現在、胃ろう造設施行病院が500をはるかに越えていることは明白です。PDNは地域におけるweb上のPEG情報提供機関として、今後も引き続き登録の呼びかけを行い、情報発信拠点の充実を目指しています。医療機関各位のお力添えをお願い申し上げます。