

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙 PDN通信

第6号
2004 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 (2001年4月設立)
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

患者・家族を孤立させない —研究と情報発信のリンクを目指して—



新春
鼎
談



HEQ研究会次期代表世話人/関西PEG研究会代表世話人
曾和融生先生 (社)大阪済会病院特別顧問/大阪市立大学名誉教授
HEQ研究会世話人
鈴木博昭先生 東京慈恵会医科大学客員教授/湘南記念病院顧問
NPO法人PEGドクターズネットワーク代表理事
鈴木 裕 東京慈恵会医科大学外科講師

鈴木裕(以下Y鈴木)・・・みなさん、新年明けましておめでとうございます。このPDN通信もお陰様で2002年10月創刊以来、季刊紙として軌道に乗りつつあります。PDNは、胃ろうを正しく知っていたり、だいたいのNPO法人として出発しました。4月に設立4年目を迎える今、『患者・家族を孤立させない』全国的なセイフティネットの確立こそが、緊急、必須の条件と痛感しております。
そこで本号では、新年度からHEQ研究会の代表世話人に就任さ

れる曾和融生先生、同じくHEQ研究会世話人の鈴木博昭先生をお招きし、『患者・家族を孤立させない』という目標に向かってHEQ研究会とPDNが各々どのような活動をしてゆくべきかをおうかがいすることになりました。年頭にあたり、まず一言お願いします。
鈴木博昭(以下H鈴木)・・・お正月は神様を迎えて去年の災いと平和に感謝し、来る年の豊穡と平安を祈念する行事といわれています。その行事を通して、親は子を慈しみ育て、子は親が年老いたら面倒

と云っているような幸せでない老人が生まれ難い環境が保たれていきました。近年、日本は経済大国として国が豊かになったが、逆に、生きることに不安を抱く老人が増えているというのは何故なのか。お年寄りの人たちの病気に今後どう対応すべきか、お正月を機会に考えてみるのもよいのではないのでしょうか。
曾和・・・確かに日本は諸外国に比べると急速に高齢化社会を迎え、それへの対応が遅れているから現在のようにならざるを得ない状況が急増しているように思っています。われわれHEQ研究会やPDNのようなNPO団体が誕生して患者さんや家族のための在宅医療を提唱しても、実際にはそれを支えるシステムが整っていないという社会的要因で在宅が叶わない家庭もたくさんあるわけです。
Y鈴木・・・確実に超高齢化社会への道を突き進んでいるわが国で、患者・家族が孤立せずに地域の中で住民として生を全うしていくために、社会全体がサポートしていかなければならないのはもうわかりきっています。しかしその要求や要求レベルの高まりに現状が追いついていないために、現場では混乱とトラブルが後を絶ちません。
今後、HEQ研究会およびPDNが『患者・家族を孤立させない』ために何をなすべきか、話を進めていきたいと思っています。

をみるという子孫繁栄の精神文化を培ってきたといわれています。鏡餅の餅は生命力を与える食べ物、鏡はご神体の一つです。内視鏡も『鏡』です。PEGや消化管stent治療は患者さんの栄養不足を補い、あるいは食事の口から食べる喜びを与え、生命力を賦活するために考え出された内視鏡治療法です。日本では昔からの通う親子関係や家族構成があったので、今問題

施設を越えたいです。
曾和・・・PDNが目標に掲げている医療機関登録5000件—これは、僕らうなづける数字だと思っています。PDNの活動報告にも書かれているように、介護保険の運営母体が3000くらいはあるわけ、そのエリア内にPEGを扱う機関は少なくとも1〜2つはあるだろうから全国で6000は下らない。そこから関心のないところを除外したとしても、5000というのは算術的にも妥当だと思えます。そして登録機関が多いほど、今日のテーマの『患者・家族を孤立させない』ことにつながります。これからだんだん胃腸の患者さんが増えていくと予想されていますから、患者さんにとっては医療機関が多いほど相談できる場が身近に在るということになります。現実的にはまず1000件の登録があれば全国組織といえると思えます。

現在、胃ろうを造られた患者さんは全国に約20万人とたくさんいるわけですから、本来ならば在宅医療のサポートや管理は政府が責任もって行わなければならないのではないのでしょうか。国がすべきことをPDNのような法人が設立されて取り組んでおられるということです。

しかし、本来国がやらなければいかんことをこういう形でつづけていくと、全国組織になって活動が大きくなるに連れて財源もさらに必要になってくると思うんです。そのため、この法人の季刊紙『PDN通信』も、もともと充実させて各施設に購読してもらって少しでも収益の足しにしたり、あるいは栄養剤やPEG器具メーカーから、単発ではなく、年間幾らという協賛金を得られると良いかと思えます。同時に登録機関からも援助をいただき、少しでも財源が得られ

ればと思います。そのためには登録機関5000というのは意味を持つてきますし、そういうプロセスを経て発展し集められた現場の声は、厚生労働省に対する大きなインパクトともなり得ると思うんです。
Y鈴木・・・まさにその通りです。登録するごどんなメリットがあるのかではなく、登録すること自体が大きな力となって、患者さんご家族、医療関係者全体の利益に貢献するというところでご理解頂ければありがたいと思えます。

目指せ—登録機関5000件!

かということ、PEG施行病院を知りたいというものが圧倒的に多かったことに端を発します。ホームページ以外にも学会・セミナー会場で呼びかけたり、メーカー協力を頂いたりして、現在やっと全国500

現在、PDNの収益事業を支えているのは、各種広告掲載料、胃ドオの販売等です。これらへのご支援のお願いおよび案内は、ホームページでお知らせしている他、PDNの登録医療機関、地区の医師会、訪問看護ステーション等に呼びかけています。と同時に、将来的には登録医療機関の協力を得て、調査事業も加えてきたいと考えています。PEGに関連する調査であれば、現場の生の声を吸い上げるという意味では、登録医療機関が増えれば増えるほど、かなり正確なデータが出せるのではないかと考えます。5000の施設が賛同してくれたら、発言力もそれなりに出てくるだろうし、PDNを通しての質問・調査であれ

主な記事

- 1面 新春鼎談
- 4面 在宅医療の現場から⑥
- 6面 栄養教室⑥
- 9面 地域連携カンファレンス⑤⑥
- 12面 PDN談話室 Webセミナー⑤
- 14面 わたしのまちの病院⑥⑦
- 16面 介護施設東西南北④
- 18面 訪問看護最前線⑤
- 19面 HEQコンセンサスミーティング
- 20面 海外PEG事情④
- 22面 患者・家族体験記⑤
- 23面 PDN広場
- 24面 医療機関リスト(新規登録)

ば、相手方に目的も明確に伝わるでしょう。そういった情報収集ということも重要なPDNの収益事業として位置付けていきたいと思えます。

H鈴木：登録病院が5000になつたら、PDNがどう国民に認知され、いかに活動がしやすくなるのか、今日の鼎談の内容を含めてPD



曾和融生先生

次期代表世話人にエールを贈る

H E Q 研究会初代表世話人

北里大学名誉教授

比企能樹



生した。

H E Q 研究会 (Home Health Care, Endoscopic Therapy and Quality of Life) という珍しい名前の研究会だが、今から8年前に経皮的内視鏡胃瘻造設の普及が米国に比べて10年以上遅れているのが現在の現状に対して、このような素晴らしい技術があることを広く啓蒙するべきであると考え、スタートしたものである。この陰には、本方法を1983年に初めて日本に紹介し、その治療を改良・研究し独自のものとした門田俊夫・上野文昭両先生の貢献を忘れることができない。

折から関西では大阪を中心に曾和融生・馬場忠雄先生のご努力のもとで、新しい息吹が芽生え「内視鏡胃瘻造設研究会」が誕生した。

人間にとつて最も大切なもの、それは「家庭」と答える人が多い。老人にとつては勿論、老若男女を問わず

N通信を通じて良く説明し、広く各施設によびかけたらいと思えます。登録する側から見ると、組織が大きくなりすぎると自分たちの声が1/5000に小さくなってよく届かないのではないかと危惧する施設もあるかと思えます。拡大させたい理由を多くの施設によく理解してもらうにすればよいですね。

Y鈴木：さらに集められた情報を役立てるためには情報処理機能の整備も重要ですので、昨年秋季より着手したところで。

胃腸栄養のPDNの発展

Y鈴木：昨年のH E Q研究会で、コンセンサスマーケティングの結果を報告しましたがあれはH E Qで正式に認められたものではなく、有志によるマーケティングです。第2回目のテーマは鳴尾先生が考えてくださったのですが、このコンセンサスマーケティングをH E Qの一機能として

ず病を得たときは特に、その身を家庭に置きたいと考えるものである。病院でなく、心温まる家庭に帰りたいと訴える人は数知れない。これまで栄養管理の問題で病院に留まるしかなかった患者さん達がこの手段を講ずることにより、とりあえずは家で過ごせる、そういうことを可能にするよりよい治療法を研鑽するために、H E Q研究会は誕生したのである。

折から、この研究会も代表世話人をさせて頂いて8年を経過し、全国的にも軌道に乗せることができた。この段階において今後の更なる成長を願い、この道のパイオニアのお一人である曾和融生先生に本会の次期代表世話人を託すことが満場一致で承認されたことは、全くこの同慶の至りである。今後は曾和先生の素晴らしい企画力と実行力により、本会の益々の発展は間違いないと確信するものである。

曾和：今回の研究会(代表世話人・北野正剛教授 於・大分)での合併症の認定基準も、一つのまとめとして良かったと思えます。有志が勝手に始めたなんておっしゃいますが、そこで行われた議論の結果をH E Q研究会の会誌やPDN通信で発表していく、H E Q研究会としてもそういう方向付けをしていくべきだと考えています。将来は恐らくPEGによる長期栄養管理のなかで、代謝栄養、消化管ホルモン等いろいろな問題が出てくると思えるのですが、当面は今のメンバーでテーマごとにEBMにつながるコンセンサスをまとめていってもらえたら、いいですね。

H鈴木：コンセンサスマーケティングの結果はEBMの一つとして位置付けられると思います。H E Q研究会・PDN共催で、定期的にアンケート調査を行うのも有意義でしょう。

曾和：そうですね、アンケート調査も必要でしょう。科学的に証明されたデータが必要になってきますから。例えばこのごろ、胃からの逆流予防には、流動物を入れるよりも固形化がよい、というような発表も出てきました。実際にどういう風にするのか、その結果はどうなのかということも一つの大きな研究課題になります。また、それが逆流予防につながれば、それにこうしたところがありませぬし、そういう研究をする場合H E Q研究会なのであって、特に、在宅医療・在宅支援といった環境整備についてはPDNにも協力してもらっているいろいろな情報を集めてもらう。その中からまた研究テーマとしてH E Qが取り上げる、という役割分担も一つの方法かなと。H E QがEBM確立のために年々プロジェクトチームを作つて報告していくのは、意義のあることと思っております。

また、昔は経腸栄養という下痢が問題で、にんじん粉末が良いと



鈴木 裕 PDN 代表理事

言って使ってみたりしていましたが、最近では便秘の方が大きな問題のようです。そこで下剤として酸化マグネシウム(カマガ)も使われていますが、このカマガがカテーテルの詰まりの原因になったりするんですよ。

Y鈴木：詰まるだけではなく、カテーテルの素材がポリウレタンにしてもシリコンにしても、カマガがつくと変性してカチカチになってしまふことでもあります。

曾和：そうですね。そういう薬剤と栄養剤の問題も今後は非常に大事な領域かと思うんです。滋賀医大の薬剤部の薬剤師さんが以前、関西PEG研究会で報告してくれました。保存についても、栄養剤の種類によって開封後何時間以内で使用しなければいけない、とか扱い方が異なるんです。みんな知らないんですよ、そういう大切なことを。

H鈴木：薬剤・栄養剤の問題は他の学会では論じ難いもので、H E Q研究会やPDNで取り上げるべき良いテーマだと思います。

曾和：そうですね。方向性が見えてくるし、鈴木博昭先生の緩和と内視鏡治療という内視鏡治療に反映させれば良い結果が出てくるんじゃないかと思えます。

H鈴木：私は「緩和」という言葉は患者さんに対してだけではなく、家族として医療従事者の負担を軽くするという意味で使っています。『緩和』は pain control が主体で考え

登録医療機関へのお願い ~「PDN通信」定期購読について~

PDN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。



- ◆「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/>
- ◆一般の方も購読頂けます。

配布部数	1部×4回	年間購読料	1400円
------	-------	-------	-------

 (消費税、送料を含みます。)

合併症の定義って?

られる傾向にあります。QOLやADLの向上、家族の負担軽減など幅広い領域をカバーする用語であると考えています。

Y鈴木: 先日の合併症についての検討でも感じましたが、major complication v minor complicationの捉え方が人それぞれなんです。これでは正確な統計も取れませんよ。

曾和: 合併症の認定は大事なことです。何が合併症か、ということがはつきりと統一されていないこともPEGの普及の遅れの二つの要因ともいえます。

H鈴木: HEG研究会でも、まだ定義や用語は統一されていないのが現状です。用語委員会などを設けて、いち早く検討を始めるべきだと考えています。合併症を偶発症として取り扱ってしまうと偶発症の頻度が高くなってPEGの印象を悪くしてしまいます。

Y鈴木: まったくです。例えばPEG後2年間生存した方の腹痛・嘔吐などを、なんでも合併症とらえるのは適正なのか。スキントラブルにしても、便秘でおなか張って、ちよつと胃液が瘻孔から漏れてきて皮膚が赤くなつたとして、それを合併症としてカウントするので

ての口演やランチョンセミナーがありました。今後、こういう関連学会

—内視鏡学会、HPN・HEN研究会、在宅医療、緩和医療等の領域でPDNを含めてPEGの発表の機会を増やしていく、すなわちjoint meetingの企画などが出来ないかと思えます。

さらに、地区の医師会への対応も大切です。現在PEGに関しては生涯教育の対象として点数がつけられていませんが、点数がつくようになれば、開業医の先生方への啓蒙にもなるんじゃないでしょうか。PDNの理事の先生方がそれぞれ各々地域の講演を受け持つ、日々患者さんと接している開業医の先生たちにPEGを正しく理解してもらえよう、生涯教育の一役に加わることは大事なことかと思えます。

Y鈴木: これまでに東京都医師会や荒川区医師会からの依頼で、PDNが講師の紹介をしたり連絡係になってお手伝いをしました。これからは各地域の医師会にPDNから企画を発信して実施していきたいと考えています。

H鈴木: PDNの活動について、HEG研究会の機関誌にも、その情報を載せてもらつてよいですね。曾和: そうですね。そうすればHEGの参加者にもPDNの活動が伝えられますしね。今年は昨年よりさらに多く、550人の参加があったそうです。お互い協力しながら大きくなっていききたいですね。

Y鈴木: 来年度からHEG研究会の代表世話人を引き継がれる曾和先生、これからのHEG研究会の方向性について一言お願いします。曾和: 高齢化社会という社会的背景から考えて、これからHEG研究会が取り組む課題は、手技・合併症の検討はもちろんのこと、栄養管理まで含めた裾野の広いPEGの検討です。トランプルの原因からそ

の防止法を研究し、それが各医療機関で使われたときにどうであったかをPDNの協力でまとめてもらう、そういう活動を重ねていくことによつてHEG研究会が在宅医療や緩和医療を含めた幅広い分野の検討をする場になっていくのではないかと思います。また、今年の大坂でのDDW、内視鏡学会総会でもPEGについて

PEGドクターズネットワーク



鈴木博昭先生

やむを得ない「PDN通信」の存在

Y鈴木: PDNは、HEG研究会で1年の活動報告をさせていたたり、HEQとしてはちよつと対応が難しい細かいことをお手伝いしたいと思えます。例えば、PEGに纏わる問題を患者さんやご家族、現場の医療・介護関係者の方たちから幅広くモニターすることはお引き受けできると考えています。幸いなことにPDNにはそういうことに協力してくれる人たちが医療者にも患者・家族にも

曾和: PDN通信はさらに内容を充実させて購読者を増やさないといかんです。そのためにはいいことばっかり記事にするのではなく、不都合なことも交えたいですね。また保険の問題もあるし、患者さんにとって困つたことや、患者さんが知らなかつたために苦労したこともあるでしょうから、関連学会・研究会でのPDNやHEQのメンバーが発表したことについて、ちよつと紹介する欄があつても良いと思えます。

それから参考になるような海外情報もとり入れて欲しいですね。外国の論文は普通の医学用語ではない言葉も出てきますからよみにくい。だから、所々でそういう情報をわかりやすく入れてもらつていいかな。

H鈴木: 私が15年ほど前「消化器内視鏡」という商業雑誌の編集委員長を頼まれたときに、どうしたら買つてもらえるかという立場から、雑誌のプログラムを考えました。医師の卒後教育と、コメディカルの方の教育に徹しよう。学術的な研究発表は学会誌でやつてもらつて、本誌は第一線で活躍している医師やコメディカルの人たちにすぐ役立つような卒後教育のための論文を主体に、また特集や連載記事そしてカラー写真やイラストを多用

たくさんおられますので、HEQからお願いされることがあれば、ありがたく受けたいと思つています。

H鈴木: HEG研究会も学会に昇格して、早急に検討すべき課題は附置研究会という形で討論するということもあります。3〜4年で検討を進め、一定の結果が出たら終了する。PDNは附置研の場で活躍してもらつてもいいのも、検討に値するテーマでしょう。

Y鈴木: HEGのような研究組織で得た情報を広くわかりやすく患者サイドに伝えたいというのをPDNは念頭に置き、インターネットと印刷物、うまく補い合いながら活用していきたいと思えます。

本日は我々PDNの今後の活動にとつて示唆に富む発言をたくさん頂きました。曾和融生先生、鈴木博昭先生、お忙しい中をどうも有り難うございました。(文中敬称略)

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とは何か分かる解説書です。

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。

(第6回)

在宅医療の現場から



小川医院 (金沢市) 院長 小川滋彦

アンケートをとってみることにしました

この連載はいつも理念的でかけ声ばかりといった感じがありませんでした。私の言っていることは医療提供者側の論理であって、実際に在宅医療を受けておられる患者さんご家族の皆さまは、もしかしたら苦々しく思っているかもしれません。実は「PEGなんて余計なことをして…」と思っているかもしれない。偉そうなことを言っている。そんな不安は常に持っています。

在宅PEG患者さんへのアンケート内容

アンケートは、七つの質問と自由意見にしました(表1)。①胃ろうにしてから、せき・たん・発熱は減ったとお感じでしょうか? ②胃ろうにしてから、栄養状態が良くなったとお感じでしょうか? ③胃ろうにしてから、褥瘡(床ずれ)は良くなったとお感じでしょうか? ④胃ろうにして、良かったとお感じでしょうか? ⑤在宅医療をしてみて、良かったとお感じでしょうか? ⑥胃ろうが在宅医療に役立ったとお感じでしょうか? ⑦他の患者さまにも胃ろうをおすすめしたいですか? (別の裏をお使いください)

表1. 胃ろうについてのアンケート

次のご質問をお読みいただき、該当する数字に○をつけてください。

質問1. 胃ろうにしてから、せき・たん・発熱は減ったとお感じでしょうか?

1) はい 2) いいえ 3) どちらでもない

質問2. 胃ろうにしてから、栄養状態が良くなったとお感じでしょうか?

1) はい 2) いいえ 3) どちらでもない

質問3. 胃ろうにしてから、褥瘡(床ずれ)は良くなったとお感じでしょうか?

1) はい 2) いいえ 3) どちらでもない

質問4. 胃ろうにして、良かったとお感じでしょうか?

1) はい 2) いいえ 3) どちらでもない

質問5. 在宅医療をしてみて、良かったとお感じでしょうか?

1) はい 2) いいえ 3) どちらでもない

質問6. 胃ろうが在宅医療に役立ったとお感じでしょうか?

1) はい 2) いいえ 3) どちらでもない

質問7. 他の患者さまにも胃ろうをおすすめしたいですか?

1) はい 2) いいえ 3) どちらでもない

質問8. その他、何かご意見がございましたら、お書き下さい。(別の裏をお使いください)

アンケートにご協力ありがとうございました。

アンケートに七つの質問と自由意見にしました(表1)。①胃ろうにしてから、せき・たん・発熱は減ったとお感じでしょうか? ②胃ろうにしてから、栄養状態が良くなったとお感じでしょうか? ③胃ろうにしてから、褥瘡(床ずれ)は良くなったとお感じでしょうか? ④胃ろうにして、良かったとお感じでしょうか? ⑤在宅医療をしてみて、良かったとお感じでしょうか? ⑥胃ろうが在宅医療に役立ったとお感じでしょうか? ⑦他の患者さまにも胃ろうをおすすめしたいですか? (別の裏をお使いください)

アンケートをお送りした方々

アンケートを送付したのは、私が過去に胃ろう管理目的で往診した三十四名の方々です。すでに故人となった八名の方はご遺族宛にお送りした封筒の中には、アンケートとその依頼文、そして返信用封筒を入れ、無記名としました。無記名ですが、ご回答いただいた患者さんとはご回答の送り先を分かりますので、アンケートを送付した三十四名の方の内訳をご説明します(表2)。

表2. 対象：在宅PEG利用者34名

- 1996年4月～2003年5月までに当院が往診した在宅PEG利用者34名
- 男性 21名、女性 13名
- 年齢 57～94歳 (平均年齢76歳)
- 自力で体位交換可 8名、不可 26名
- 一部経口摂取可 11名、不可 23名
- 34名中8名は故人

表3. 在宅PEG利用者34名の基礎疾患

●脳梗塞	20例	●ALS	2例
●脳出血	2例	●多発性硬化症	1例
●小脳出血	1例	●脊髄空洞症	1例
●クモ膜下出血	3例	●アルツハイマー	2例
●脳腫瘍	1例		
●舌癌	1例		
			計34例

たくさんのお返事

さて、二週間くらいの間に返信用封筒は続々と郵送されてきました。封を切る時はちよつとワクワクおっかなびっくりです。特に何年も前に亡くなった方のご遺族にお送りすることは大変勇気がいったのです。

結局、三十名の方からご返答をいただきましたので、回収率は三十四分の三十、八十八%となりました。予想外のご回答の多さにびっくりすると共に、大変お忙しい中、アンケートにご協力いただいた方々にはこの場を借りて厚く御礼申し上げます。その集計結果をお示しします(図1)。

②「胃ろうにしてから、栄養状態が良くなったとお感じでしょうか?」に対して「はい」と回答した方は二十二名(七十七%)と比較的多

図1. 胃ろうについてのアンケート 質問1~3 (回収30/34; 88.2%)

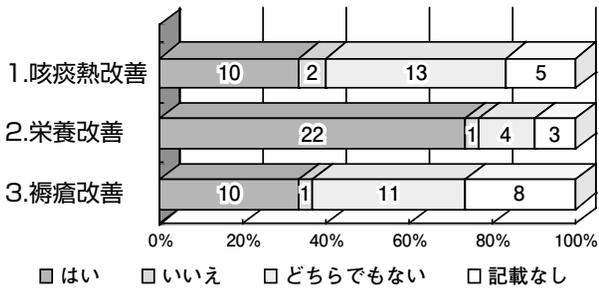
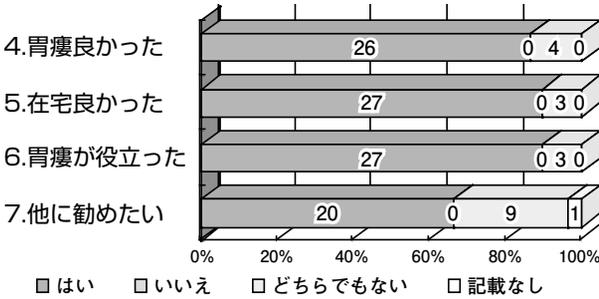


図2. 胃ろうについてのアンケート 質問4~7 (回収30/34; 88.2%)



今回の調査は、無記名とはいえ、往診医への遠慮があったことはいえ、在宅で胃瘻を受けている患者さんご家族の方の多くは、在宅医療とPEGの両方に対して肯定的であると言えて大きな間違いはないでしょう。

今年の抱負です

「患者・病人としてではなく、一人の家族としていつしよに生活する中で、胃ろうは水分と栄養補給として利用して居りました。そのうち頻りに誤飲しては咳込むようになり、胃ろうのみならず、体重が急激に減少して体力も落ち心配しましたが、先生の助言をいただいて流動食品を変えたり、量を増やしたり栄養剤を入れたり、徐々に回復して参り、生命の保持が出来ました。こうした対応が出来ましたのも、胃ろうのお陰だと思います。」

「元気がなくなったと心から喜んでる。栄養が体に入っている安心感が心の大きなゆとりをもたらす」

「薬にもすがらないで胃ろうにしたおかげで、思い通りの看護ができた。心おきなく見送ることができた」

一方、「胃ろうにしてとても良かった。ただ、入院すると胃ろうの扱いに慣れないナースがいてハラハラする」という指摘、また「皮膚のただれや交換時の苦痛に悩んだ。改善を希望します」といった課題も残されました

「今年も鼻からの管でした。新聞で見て胃ろうを決心しました。おかげで夜もぐっすり眠れるようになった。もともと早く胃ろうにすれば良かったと思います」

「他の方も」

「今年も鼻からの管でした。新聞で見て胃ろうを決心しました。おかげで夜もぐっすり眠れるようになった。もともと早く胃ろうにすれば良かったと思います」

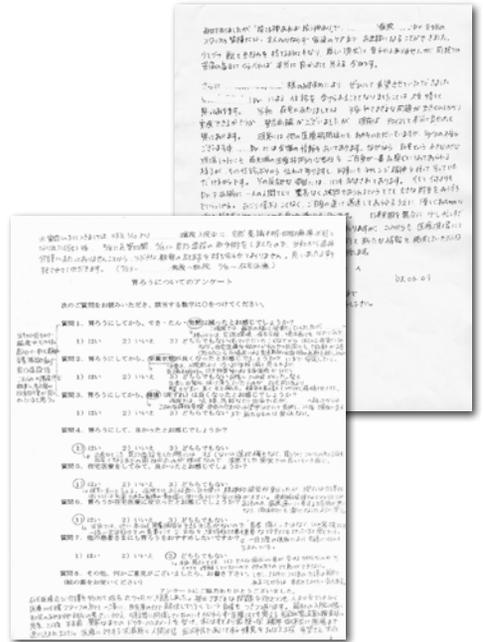
「他の方も」

「勇気づけられました！」

勇気づけられました！

集計結果を続けます(図2)。
 ④「胃ろうにして、良かったとお感じでしょうか？」⑤「在宅医療に役立ったとお感じでしょうか？」⑥「胃ろうが在宅医療に役立ったとお感じでしょうか？」
 ⑦「他の患者さまにも胃ろうをおすすめしたいですか？」
 ⑧「在宅医療は確実に良いと言え、病院ではあらゆる面に気をつかい精神的疲労が重なった。家族の一員として側にいる安心感が大きい」というご指摘、また「皮膚のただれや交換時の苦痛に悩んだ。改善を希望します」といった課題も残されました

図3.



「はじめは主に口からの食事摂取で、胃ろうは水分と栄養補給として利用して居りました。そのうち頻りに誤飲しては咳込むようになり、胃ろうのみならず、体重が急激に減少して体力も落ち心配しましたが、先生の助言をいただいて流動食品を変えたり、量を増やしたり栄養剤を入れたり、徐々に回復して参り、生命の保持が出来ました。こうした対応が出来ましたのも、胃ろうのお陰だと思います。」

「元気がなくなったと心から喜んでる。栄養が体に入っている安心感が心の大きなゆとりをもたらす」

「薬にもすがらないで胃ろうにしたおかげで、思い通りの看護ができた。心おきなく見送ることができた」

一方、「胃ろうにしてとても良かった。ただ、入院すると胃ろうの扱いに慣れないナースがいてハラハラする」という指摘、また「皮膚のただれや交換時の苦痛に悩んだ。改善を希望します」といった課題も残されました

栄養教室 Vol.6

NSTとクリニカル・パスによる経口摂取不良高齢者の管理

J A 府中総合病院 (広島県)
副院長 大谷 順



はじめに

当院は広島県東部の内陸に位置する府中市にあります。府中市は県下でも有数の高齢化率の高い地域です。当院の医療圏は約7万人で、地域の基幹病院としての役割を担っています。近年、高齢者患者数の増加、および在院日数の増加が問題となっています。

これは、高齢化社会においては「介護保険制度」のような公的果を發揮できない、ということも考えられます。

では、私達は病院内外において、高齢者の「健康と尊厳」を保つために「栄養」のことを真剣に考えているでしょうか？ 答えは恐らく「否」です。例えば、誤嚥を繰り返す80歳の高齢者が肺炎で入院してきたとしましょう。ここ数日間ろくに食べず、水分補給も不十分で脱水状態。多くの主治医は、当初は抗生剤の投与に加え、細胞外液補充の輸液で循環動態を安定させた後、維持輸液に切り替えて数日間様子を見るか、さっさと高カロリー輸液

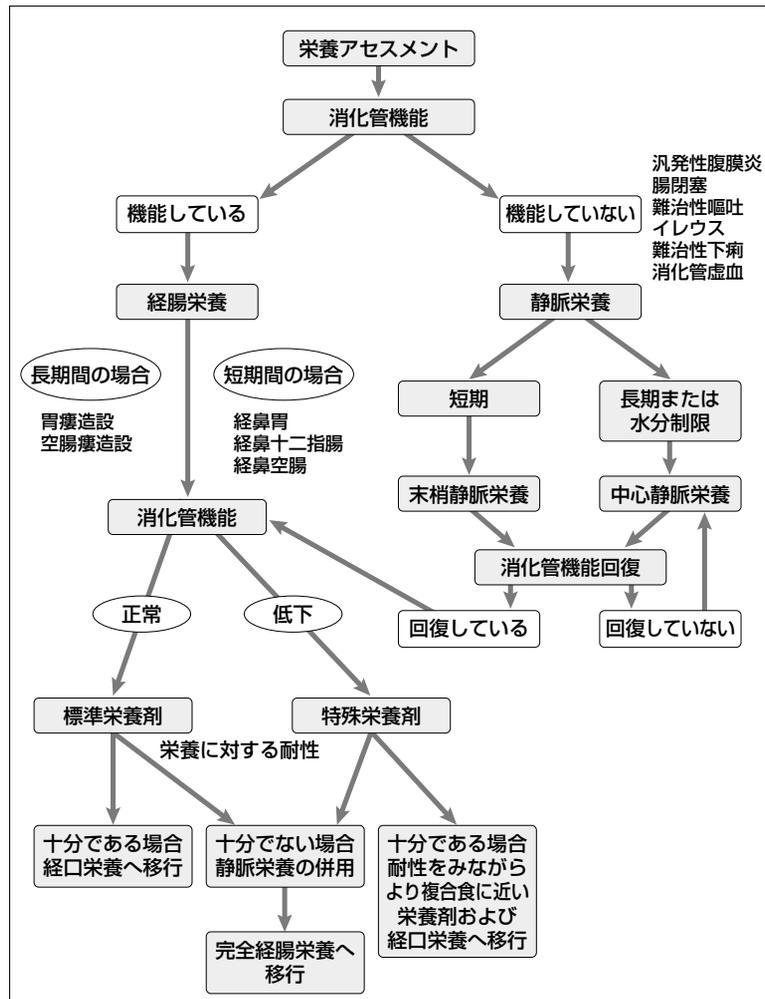


図1. 栄養療法と投与経路のアルゴリズム (A. S. P. E. N. Clinical Pathways and Algorithms for Delivery of Parenteral and Enteral Nutrition Support in Adults より)

NST-チーム

当院では、平成13年からNST(栄養サポートチーム)を導入し、とくに経口摂取不良のある高齢者患者の栄養問題を、チーム医療ならびにクリニカル・パスを用いることで解決しております。

チームは院内の各職種からスタッフを募り、院内の正式な組織として承認を得ています。

その活動内容は、病院内外の栄養上の問題を有する患者の抽出と支援です。病棟や在宅の看護スタッフから抽出された栄養不良患者に対して、回診や往診を行い、栄養アセスメントを行い、その結果をカンファレンスで検討し介入方法を決定、主治医に提言するというものです。

栄養不良患者に対するNSTのアプローチ

NSTは、入院患者全員に対して栄養スクリーニングを行います。ここで問題点として、血清アルブミン値があります。

一般に栄養指標と思われる指標ですが、マラスムスといわれる慢性の栄養不良や脱水では高値に出ることが多く、この値のみに頼っていると本当の栄養不良を見逃してしまう可能性があります。そこで、当院では、Subjective Global Assessment : SGA (主観的包括的アセスメント) といって、食事摂取歴や食を取り巻く環境、身体計測や家庭での活動状況をチェックした後、総合的に栄養状態を判断する手法を用いて栄養不良を抽出しています。これによって、たとえ輸液療法によつて、一時的に経口摂取可能になった患者であっても、潜在的な栄養不良が抽出されNSTによる栄養介入がなされることもあります。

抽出された患者の多くは必要カロリーや蛋白質量が検討されておりませんので、NSTによりこれらが算出され、栄養療法の「世界標準」とされるASPEN(アメリカ静脈経腸栄養学会)のガイドライン(図1)に従って、最適な栄養療法が検討、提示されます。

このASPENガイドラインの特徴は、豊富なエビデンスに基づき、現時点での「妥当な」栄養療法が提示されていることです。静脈栄養の適応は「腸管が使用できないとき」に限られており、基本的には経腸栄養を優先するように勧められています。

高齢者経口摂取不良患者に対するNSTのアプローチ

当院に多くみられる高齢者経口摂取不良患者に対しては、入院当初は静脈栄養による全身状態の改善が最優先されますが、安定した後は経口摂取の再開が図

腸を長期間(2週間以上)使用していない場合

経腸栄養指示

Table with columns: 月日, 種, 類, cal・輸液量, 注入速度, 時間, 指示者, 受者, 実施者. Rows show daily and multi-day feeding schedules for enteral nutrition.

- * 白湯を経口補液製剤に変更してもよい。
* 下痢への対処: ①速度を下げる②白湯を増量する③止痢剤使用 ラックB 3g 3x()
* 嘔吐への対応: ①開放して吸引②誤嚥の可能性があれば胸×P 発熱注意

末梢点滴指示

Table with columns: 月日, 種, 類, cal・輸液量, 時間, 指示者, 受者, 実施者. Rows show peripheral drip schedules for various medications and fluids.

- 1. 投与方法はポンプを使用
2. 長期間腸を使用していない場合は10ml/hで開始することもある。

腸を使用していた場合

A法(経口摂取をしていた場合:慣れているので、下痢をしにくい食物繊維含有製剤を使用)

Table with columns: 月日, 種, 類, cal・輸液量, 注入速度, 時間, 指示者, 受者, 実施者. Rows show feeding schedules for patients with long-term tube use.

B法(経管栄養をしていた場合:経腸栄養に慣れているため)

Table with columns: 月日, 種, 類, cal・輸液量, 注入速度, 時間, 指示者, 受者, 実施者. Rows show feeding schedules for patients with tube nutrition.

- * 白湯を経口補液製剤に変更してもよい。
* 下痢への対処: ①速度を下げる②白湯を増量する③止痢剤使用 ラックB 3g 3x()
* 嘔吐への対応: ①開放して吸引②誤嚥の可能性があれば胸×P 発熱注意

末梢点滴指示

Table with columns: 月日, 種, 類, cal・輸液量, 時間, 指示者, 受者, 実施者. Rows show peripheral drip schedules for various medications and fluids.

- * 糖尿病の場合:アミノフリードをトリフリードかアクテットに変更。またアミノ酸補充のため、プロテアミン122を使用

図2. ENパス

経口摂取量が低下した期間が平均約40日にも及んでいたというところが判明しました。これだけ長期間腸管を使用していないと、腸管の粘膜は萎縮してしまい、たとえ稀積したとしても高浸透圧である栄養剤の投与には耐えられません。

PEG患者の栄養療法における問題点
NST活動とともに、PEGを作成して経腸栄養が行われる症例が増え、代わりに高カロリー輸液が浮上してきたのがPEG患者における、腹痛、嘔吐、下痢等の経腸栄養による合併症の多発でした。



JA 府中総合病院

PEG(経腸栄養)・PEGパスの作成
この問題に対して、NSTでは腸管の使用状況に応じて、栄養剤の種類や投与方法を変えることによつて対処できるのではと考えました。具体的には、「ENパス」と称して、2週間以上腸管を使っていなかった患者に対しては、消化管への刺激がより少ない成分栄養剤を希釈して、徐々に濃度、投与量を増やしていき、一方、腸管を使用していなかった期間が2週間未満の患者に対しては標準的な半消化態栄養剤を用いて徐々に投与量を増やします。

約40日にも及んでいたというところが判明しました。これだけ長期間腸管を使用していないと、腸管の粘膜は萎縮してしまい、たとえ稀積したとしても高浸透圧である栄養剤の投与には耐えられません。
PEG(経腸栄養)・PEGパスの作成
この問題に対して、NSTでは腸管の使用状況に応じて、栄養剤の種類や投与方法を変えることによつて対処できるのではと考えました。具体的には、「ENパス」と称して、2週間以上腸管を使っていなかった患者に対しては、消化管への刺激がより少ない成分栄養剤を希釈して、徐々に濃度、投与量を増やしていき、一方、腸管を使用していなかった期間が2週間未満の患者に対しては標準的な半消化態栄養剤を用いて徐々に投与量を増やします。

もつとも、高度ストレスのかかる患者に対しては、NSTのアセスメントにより、より蛋白含有量の多い製品がオーダーメイドで処方されることとなりますが、多くの経口摂取不良患者は中々軽度の代謝ストレス下で比較的安定していますので、ほとんどの症例がこのENパスの適応となります。また、投与方法に関するENパスに加えて、PEG作成時における術前管理、口腔・咽頭培養結果によるPEG挿入法の選択(フル/プッシュ法、イントロデューサー法)、術後管理について織り込んだ「PEGパス」も作成し、これら2つのパスを組み合わせて、経管栄養患者の管理を行っています。

パスを用いたNSTによる胃瘻栄養患者管理の実例

では、これらのパスを使ったNSTによる栄養管理の一例をご紹介します。

患者は83歳女性、既往歴として脳梗塞があり、ベッド上の生活。軽度の嚥下障害がありました。入院前までは家人の介助で何とか経口摂取が可能でした。しかし、ここ数ヶ月、経口摂取量がかなり低下してしまいました。今回、嚥下性肺炎を起し入院となり、輸液療法と抗生剤の投与で全身状態は改善しましたが、経口摂取の回復は思わしくなく、入院時よりSGAによってしっかりとマークしていたNSTスタツフによって抽出されることになりました。

主治医にNST介入の許可を得た後、スタツフによるアセスメントが始まります。身長は140cm、体重は30kgで、筋肉、皮下脂肪ともに低下していました。理想体重は測定法にもよりますが40kg前後

10kgも足りません。必要カロリーは基礎代謝量をHarris-Benedict式で860kcalと推定し、これに活動および損傷係数をかけて1240kcal、しかし、高齢で脳梗塞もあり、必ずしも推定式が当てはまらないことを知っているスタツフは、迷わず、より正確に基礎代謝量を測定できる間接熱量計による測定を行います。その結果、基礎代謝量は650kcalで、そこに係数をかけて940kcalとしました。次に蛋白質量の算定です。目標とする体重にもよりますが、一日に36〜42gが必要と算定されました。

必要カロリーや蛋白質のアセスメントの他に、経口摂取の可能性もアセスメントを行います。耳鼻科医により嚥下評価が行われ、低カロリーの訓練食のみ嚥下可能と診断されました。この結果はNSTのカンファレンスで検討され、栄養状態改善のためには経口訓練とともに胃瘻栄養の適応で、一日の必要カロリーは940kcal、蛋白質は40g、総カロリーの17%と評価されます。

この結果をもとにNSTの各スタツフは動き出します。カンファレンスで家人がPEGに対して消極的だったNSTの担当ナースは家人の説得に乗りだすとともに在宅の可能性を模索します。病棟スタツフは、パスに則り咽頭培養や全身状態のチェックを行います。咽頭培養でMRSAが検出されたことや、回診で腹壁が薄いことが判明したため、感染の少ないイントロデューサー法を選択。投与方法は、入院後2週間を過ぎていたので、腸管を使用していないパターンパスが使用されます。

また、PEG造設後は、パンフレットをフルに活用して、パス通りに速やかに在宅へのプログラムが進むこととなります。数度のケースカンファレンスの後、在宅に移行してもNSTによる「介入」は続きます。

在宅看護スタツフによりHEEN(在宅成分栄養法)やPEGのメンテナンスのみならず、経口リハビリの継続も行い、このケースでは体重も増え、経口量も増えたためPEGは除去、NSTは目出度く「卒業」となりました。静脈栄養ベースでは、このような経過は望むべくもないことです。

パス導入によるメリット

このようにパスを用いたNSTによる栄養介入の結果、ほとんどの症例が合併症もなく、早期退院が可能となりました。新規PEG導入患者の造設後入院期間についてみると、パス導入前は平均約74日であったものが導入後は平均約27日までに減少しました。

このほか、PEG造設後もNSTの在宅看護スタツフにより手厚いメンテナンスが受けられることから、地域での信頼が増しPEG造設依頼患者は増え、病院経営にも貢献しています。

おわりに

経口摂取が不良な高齢者患者を良好な結果に導くために、チームによる栄養管理は必要不可欠なものであることをNSTの活動を通じて実感しました。とくに胃瘻栄養に関しては医療側と患者側の温度差は否めず、これを医師一人の力でなくすことはなかなか難しいのですが、チームの力を借りると、いとも簡単に問題は解決されるのは驚愕に値します。さらにチーム医療において、共通の認識を持つことは非常に重要な要素であり、その意味で、医療の標準化を支持するクリニカル・パスは、NST活動における強力な武器になるものと考えます。

DDW 第66回日本消化器内視鏡学会総会

PEGに関連する演題(敬称略)

<シンポジウム>

- 臨床的に行われているPEGの適応と予後についての検討
聖路加国際病院・消化器内科 松原淳一、ほか
- 神経筋難病や老人性痴呆症などにおける緩和医療としての Percutaneous Endoscopic Gastrostomyの意義についての検討
兵庫中央病院外科 佐竹信祐、ほか
- 北陸支部における緩和医療としてのPEGの実態
小川医院内科 小川滋彦、ほか
- 緩和的内視鏡治療におけるコメディカルスタッフの役割
ー経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)を通して
亀田総合病院内視鏡室 松本雄三
- 特別発言
東京慈恵医大客員教授 鈴木博昭

<ポスターセッション>

- 経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)のクリニカルパスー大規模病院における取組み
大手町病院内科 久田裕史、ほか
- 緩和的内視鏡治療としての内視鏡的胃瘻造設術
金沢医大総合診療科 伊藤 透、ほか
- 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術の検討
名張市立病院内科 山中猛成、ほか

- 上部消化管手術例に対する内視鏡先端装着バルーンを用いた経皮的胃、腸瘻造設術
都立大久保病院外科 長浜雄志、ほか
- 創部感染防止用PEG造設キット(カンガルーPEG造設キット)における胃壁固定の有用性の検討
町立長沼病院内科 倉 敏郎、ほか
- PEG後の長期管理ー特に胃瘻ボタン交換に関して
原土井病院内科 久野千津子、ほか
- 内視鏡的胃瘻造設術後長期経過からみた挿入器具の検討
氷見市民病院胃腸科 若狭林一郎、ほか
- 内視鏡的胃瘻(PEG)施行例に関する予後調査を中心とした多施設検討
香川県立中央病院内科 高橋素真、ほか
- 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術の合併症の検討
ペガサス馬場記念病院外科 竹内一浩、ほか
- 経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)施行例における胃瘻造影所見と肺炎発症の相関性について
清田病院消化器科 村松博士、ほか
- 感染防止PEGキットは創部感染をコントロールできる
東京慈恵会医大外科 鈴木 裕、ほか
- 内視鏡的胃瘻造設術後の気腹に関する検討
奈良県立五條病院内科 大浦 元、ほか
- 内視鏡的胃瘻造設術(PEG)後のカテーテル逸脱症例の検討
埼玉医大消化器一般外科2 村上三郎、ほか
- 経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)後の早期死亡例の検討
伊達赤十字病院消化器科 日下部俊朗、ほか

地域連携カンファレンス ⑤ 北海道

北海道胃瘻研究会発足
全道より850名が参加

2003年11月1日、札幌ファクトリーホールにて第1回北海道胃瘻研究会が開催された。代表世話人は北海道大学腫瘍外科教授・加藤紘之先生。事務局は夕張郡町立長沼病院の倉敏郎先生。当初の参加者予想は400名。フタを開けてみれば、申込みが全道から殺到し、当日はナースを中心



小川先生もびっくり!参加者850名が会場を埋めつくす

に850名以上が参加した。協賛メーカーも日ごろランチョンゼミナー等で鍛えた案内係で強力にバックアップ、それでも受付がさばき切れず、10分遅れの開会となった。ついにフロアは満席となり、2階通路に座りこんで講演に聞き入る参加者の姿も見られた。「ゆくゆくは患者さんやご家族にも参加していただける研究会に育てていきたい」との加藤先生の開会の挨拶に続き、初の研究会である今回は、指定講演3題、特別講演2題のプログラムで進められた。最後に予定されていたパネルディスカッションは、小川先生への質疑応答に急遽予定変更されるほど、フロアからの質問が途切れることなく、大盛会をもって終了した。

自分たちの経験を還元しよう

本研究会発足のきっかけを、事務局担当の町立長沼病院副院長・倉敏郎先生にお聞きした。「道内でよく聞かれるのは『胃瘻患者さんのケアはどうしたらいいんですか?』という声です。造設後の受け入れ病院や施設では、結局管理はナース任せになっていることが多い。ナースとしてもドクターを通してできる情報が少なく、どうし



「言い出しっぱは僕」倉敏郎先生

ていいのかわからない状況でした。北海道は近隣の地区といっても離れていますし、初めは道内でPEGを扱っている先生も分からなかったのですが、学会発表などを通じて今回世話人になってくださった先生方とめぐり会えました。広い道内にいるるな地区の先生がいらつしやるのがわかり、それではひとつみんなが話し合える場を立ち上げよう、ということになりました。2003年のお正月過ぎあたりから動き始めました。PEGを導入してきた経験を、情報不足で困っている皆さんに還元できる場を作りたいかったです。

道内のPEG受け入れ状況

胃瘻を造ったから在宅移行率が上がるかという点、そうとも限らない。地域の受け入れ体制に格差は見られるものの、北海道のように農業が主要産業の地域では、家族は農作業の労働力であり、介護力不足は深刻だ。むしろ「何かあつたら困るから病院においでらおう」という意識の方が強いという。では在宅以外の受け入れ先ともなる後方支援病院の現実はどうなのか。会場の参加者にきいてみた。「勤務異動で今の病棟に移って初めて胃瘻を知った。胃瘻の患者さんがいるのに胃瘻についての情報が少ないので、実際に多くの胃瘻患者さんを管理されている先生方のお話を是非聞きたい」「当院で問題に

ボトムアップは基本の徹底から

PEGの施行件数は年々増加しているが、手技や管理の簡便さのみが注目され過ぎると、安易な施行という落とし穴につながる危険性もある。医療・看護・介護・福祉と裾野が広がるほど、その全てのス



代表世話人 北大の加藤紘之教授

なったのは、造設後の体型の変化に対するカテーテルの対応。ボタ型だとサイズが限られ、チューブ型だと皮膚トラブルや抜去の心配がありどう対処すればよいか困っている。「まだまだ院内全体の関心は低く、在宅管理を経験していない医師も多いので、このような場を通して医療者全体の意識を高めていく必要がある」など、受け入れ

待ったなしの状況にありながら必要な情報が不足しているというギャップを、誰もが痛感していた。

第1回北海道胃瘻研究会プログラム

平成15年11月1日(土) 午後2:00~5:30
札幌ファクトリーホール

開会のご挨拶 代表世話人 加藤紘之

指定演題

演題1) 座長: 洞爺温泉病院 中谷玲二

「PEG造設におけるチーム医療」

函館五稜郭病院外科 岡田晋吾、ほか

演題2) 座長: 札幌しらかば台病院 湯浅 博夫

「西胆振・後志地区における医療福祉関係者の胃瘻に関する意識調査」

洞爺温泉病院、深町純正 ほか

演題3) 座長: 清田病院: 村松博士

「当院でのPTEG(経皮経食道胃管挿入術)の経験」

土田病院 土田 茂

特別講演1) 司会: 伊達赤十字病院消化器科・日下部俊朗

「PEG術後のスキンケア」

北里大学東病院外科外来 松原康美

特別講演2) 司会: 町立長沼病院内科消化器科 倉 敏郎

「PEGを味方にして生きるために - 胃瘻造設後の管理」

小川医院院長 小川滋彦

閉会のご挨拶 代表世話人 加藤紘之

(敬称略)



途切れない質疑応答に熱心に聞かせる

「北陸PEG・在宅栄養研究会」は、平成十二年七月に発起人会、同年十一月六日に第一回研究発表会が開催されました。会の設立までの経緯は、拙著「PEGを味方にすれば町医者は病院に負けない!」(PDN発刊)の第九章「北陸にPEGの研究会を作ろう!」に詳細に書かせていただきました。

代表世話人は磨伊正義先生(金沢大学がん研究所腫瘍外科教授)、世話人は北陸地区の消化器内視鏡学会でPEGの発表をバイオニア的に行ってきた医師、経腸栄養およびNST(栄養サポートチーム)のリーダー、スティーブの専門家、内視鏡技師会会長、そしてPEGと在宅医療に積極的な開業医などがメンバーです。

PEGや在宅医療に結びつける内視鏡治療の研究会の後援を

「北陸PEG・在宅栄養研究会」生い立ちの記

北陸PEG・在宅栄養研究会 だいたい進化の真っ最中!

地域連携カンファレンス⑥ 北陸

具体的な活動については、まさにこれから、とのことだが、世話人を中心計画である。メール・ファックスによる質問の受け付けや医師会への働きかけ、地域単位での勉強会、実技を交えたワークショップの開催などに加え、参加者の多くがナースであることから、世話人や座長にナースも参加してもらおうという声もあがった。「胃腸や栄養管理は一病院内で完結することは少なく、情報を共有し地域連携を強

誰でも参加できる研究会を

具体的活動については、まさにこれから、とのことだが、世話人を中心計画である。メール・ファックスによる質問の受け付けや医師会への働きかけ、地域単位での勉強会、実技を交えたワークショップの開催などに加え、参加者の多くがナースであることから、世話人や座長にナースも参加してもらおうという声もあがった。「胃腸や栄養管理は一病院内で完結することは少なく、情報を共有し地域連携を強

うのが、本研究会の目標の一つです。PEGに限らず医療行為には、合併症、偶発症が必ずあり、それらの防止や発生後の対処などの安全対策が喚起されていますが、それにもかかわらず、PEGに関しては非常に遅れていると感じます。常に万が一のことも想定しているが、慎重な操作やトラブルに対する迅速な対応につながると思うのです」

「恐らく10年、20年たったら胃腸は当たり前になつていいると思ふんではないか。PEGを知らない」と医者やナースとして認めないというような時代に早くなつて欲しい」と、第9回HEQ研究会の事務局も兼任している倉先生の視線は、さらに「その先」を見据えていた。(2003年11月取材 岡崎)

の医局が主導することが多いと思われませんが、当会がユニークな点は、実際にPEGを臨床に活用している一般病院や診療所の医師・コメディカルが中心となつて会を引っ張っていることではないかと。

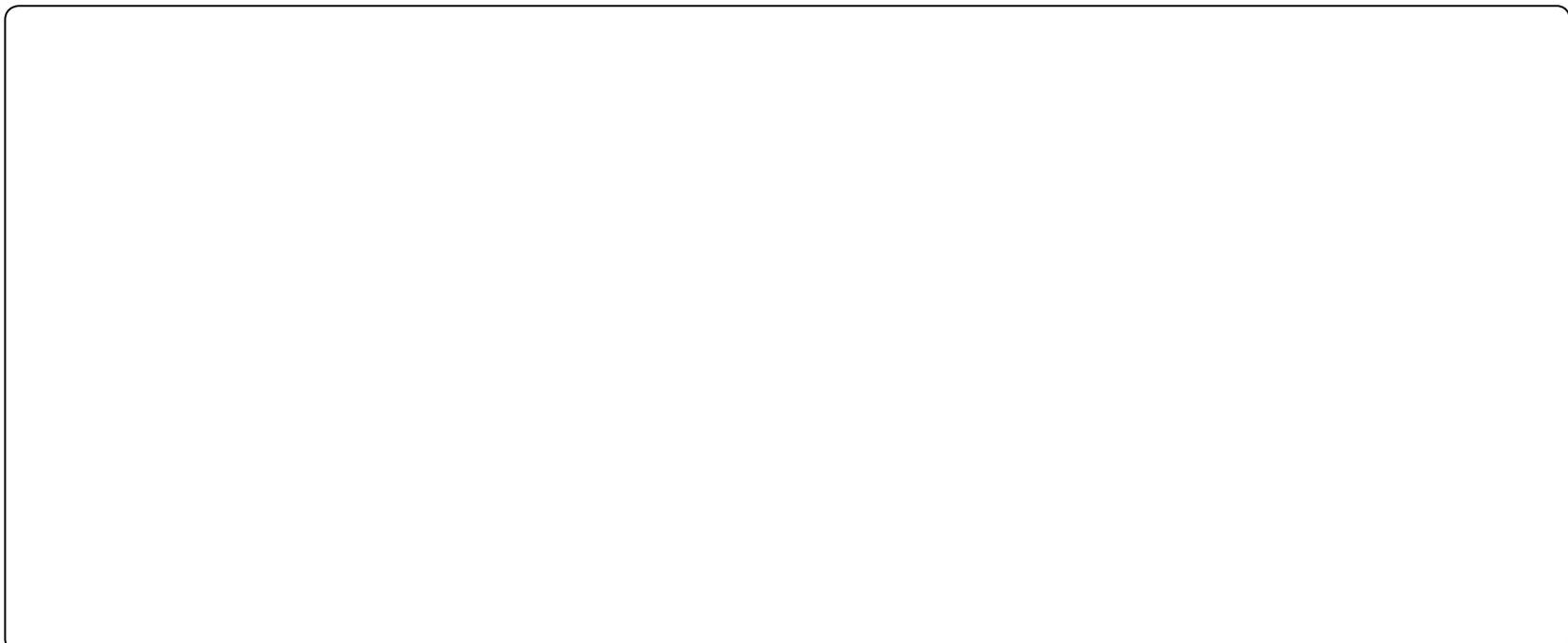
現在までの活動として十一月に開催される一回の研究発表会(表1)の他、北陸三県におけるPEG実施状況のアンケート調査(平成十三年二月実施)を行いました。また、最近のトピックスとしては、平成十五年八月三日に第一回PEGワークショップを開催しました。

表1

回	開催日	当番世話人	担当県	一般演題数	特別講演講師	特別講演演題名	企画	参加者数
1	平成11年11月6日	小川滋彦(小川医院)	石川	2	真田弘美(金沢大学保健学科) 鈴木 裕(東京慈恵会医科大学)	「褥瘡と栄養管理」 「PEG栄養管理とQOL」	基調講演 座談会	309
2	平成12年11月11日	小野博美(大滝病院内科)	福井	5	高橋美香子(鶴岡協立病院内科)	「PEGのABC-地域で受け入れられる胃腸をめざして」	Q & A	149
3	平成13年11月24日	若狭林一郎(氷見市民病院胃腸科)	富山	7	嶋尾 仁(北里大学東病院消化器外科)	「PEG造設から在宅管理まで」		241
4	平成14年11月2日	奥村義治(公立能登総合病院胃腸科)	石川	7	東口高志(尾鷲市民病院手術部)	「NST(栄養サポートチーム)から地域医療」	抄録集	327
5	平成15年11月22日	伊藤重二(公立丹南病院内科)	福井	14	有本之嗣(昭南病院外科)	「PEGからNSTへ-地域ぐるみの栄養療法-」	抄録集	380

病院を問わず地域医療全体を栄養療法で以つてレベル・アップする「地域NST」のコンセプトが、広い職種に受け入れられるのだと思つていきます。

HEQ研究会との関わり



受けている関係上、H E Q研究会への入会をおすすめしていません。当会自体は事務局の力不足もあって発表論文集は作ってありませんので(ようやく第四回から参加者のみ当日会場で四百字の抄録集を配布できるようにになりました)、「在宅医療と内視鏡治療」という独自の研究会誌を発行しているH E Q研究会の会員になつていただくことが、継続的な情報を得るチャンスではないかと考えているからです。

研究会立ち上げのポイント

さて、ここで老婆心ながら、これから各地域でP E Gの研究会を立ち上げようとお考えの先生方に、少ない経験からですが、アドバイスを：

①最初の世話人の選定がポイント。
世話人はあとからは追加しにくいものです。ご自分の大学の医局にこり固まらず、大学の垣根を越えて広く声をかけましょう。学会で活躍している先生方は日頃からマークしておいて、漏らさず世話人になつてもらいましょ。そうしないと、同じような研究会がいくつも出来て、それぞれが医局の同窓会になつてしまします。それもものんびりしていい良いものですが、地域医療変革の起爆剤にはなりません。

②なるべく会場は固定しましょう。
表1のように、当番世話人は石川県・福井県・富山県と持ち回りですが、会場は三つの県の真中に位置する石川県に固定しています。できれば会場も固定したいものです。

③実際の第二回だけが他の四回と同じ金沢市内の会場がとれず、隣の市になってしまいました。この年だけ参加者が少なめだったのは、知らない会場には行きにくい、ということを示唆しています。もちろん、ある程度、会が定着したら各県で活動を展開すれば良いのですが、その役割は次に説明するP E Gワークショップに委ねることにしました。

立松任中央病院と近隣の基幹病院を連携して石川・能美・松任地域栄養管理連絡協議会を立ち上げ、地域の開業医をも取り込んで栄養管理講習会を二年にわたり開催しておられましたので、これを大変参考にさせていただきました。

実践セミナー P E Gワークショップ

P E Gワークショップ。これからの当会の目玉になりそうなのが、この企画です。研究発表会も新しい知識を得るためには有効なのですが、やはりただ聴いているだけでは「お客さん」です。

そこで、コメディカル・スタッフを対象に、少人数にグループ分けし、自分で「手を動かし、頭を使って」P E Gの実践を学ぶ実践セミナーをやろう。このアイデアは、日本静脈経腸栄養学



写真1. 処方の実際

会のT N T (Total nutritional therapy)プロジェクトという医師向けの研修会の役員でもある八木雅夫先生が、T N Tのコメディカル版を当会主催で是非と出して下さいました。

八木先生はすでに所属する公立松任中央病院と近隣の基幹病院を連携して石川・能美・松任地域栄養管理連絡協議会を立ち上げ、地域の開業医をも取り込んで栄養管理講習会を二年にわたり開催しておられましたので、これを大変参考にさせていただきました。

第一回のP E Gワークショップは、パイロット的に世話人施設のスタッフのみ声をかけて平成十五年八月三日セミ・クローズで行われましたが、それでも三十名以上の参加者がありました。また今後、各県各地で開催するのが目的ですから、「あすは我が身が講師」と世話人も多数見学しました。



写真2. 各カテーテルの正しい取り扱い方

まず、午後一時半から三十分ずつ、八木先生の「栄養アセスメントと栄養投与量の設定」と紺家千津子先生の「瘻孔管理とスキンケア」の全体講義。共催・大塚製薬のコーヒーブレイク・セミナーの後、七〜八名ずつの小グループに分れ、四つの部屋を順番に回ります。

ワークショップは、八木先生による全体講義と同名のテーマを伊藤重二先生(公立丹南病院)が補佐して、電卓を片手に症例の一日必要栄養量を算出し、市販の栄養剤を組み合わせて処方してみます(写真1)。

ワークショップ二は「各P E Gカテーテル・タイプの留意点」寄つてらっしゃい見えてらっしゃい!あたかもバナナの叩き売りのように屋台の上に各社の交換用胃瘻カテーテルを並べて、パルーン型・バンパー型、チューブタイプ・ボタンタイプ計四種類の取り扱いの注意点を小川が解説します(写真2)。



写真3. スキンケアには製品情報も必要

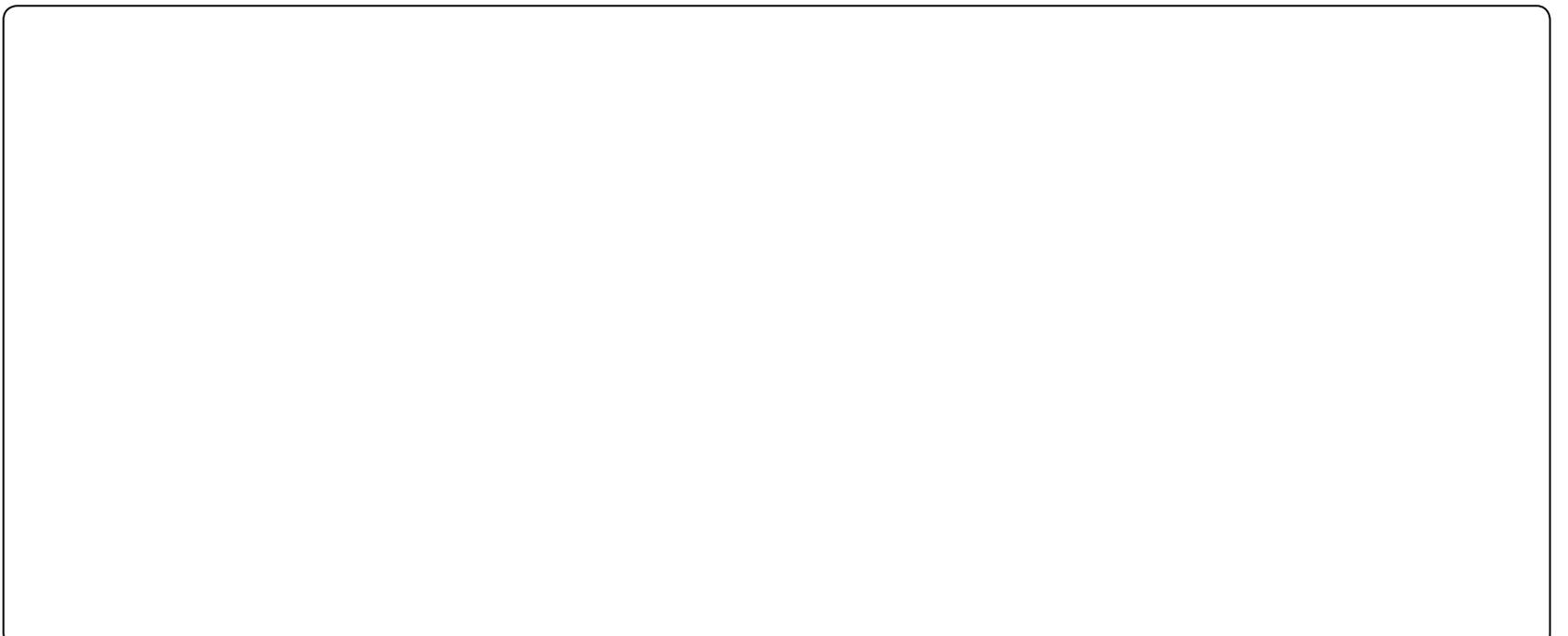
ワークショップ三「備品の確認と栄養剤投与」は、小野博美先生(大滝病院)と奥村義治先生(おむら医院)により、栄養剤からのルートの設定を実際に行ってみます。ワークショップ四「瘻孔管理とスキンケア」。全体講義も担当した金沢大学医学部保健学科の紺家先生は、ご存じ瘻瘡で有名な真田弘美先生の教室員です(写真3)。参加者はスキンケア用品を使ってケアの実践を学び、帰りにはそれらのお土産付きという豪華さでした。

ちなみに各部屋では二十五分ずつ各講師が同じことを四回しゃべりますので、最初はたどたどしくても最後は「立て板に水」になります。交換用胃瘻カテーテルやスキンケア用品、栄養剤のサンプルをご提供いただいた各社にはこの場を借りて御礼申し上げます。メーカー単独主催であれば、各社製品の長短の比較などはありえませんが、まさに研究会主催のワークショップならではの、と思えました。

実は、平成十三年二月に北陸三県の百床以上の施設を対象として行ったアンケート調査(回収率五十一%)では、六百七十三例という多数のP E G施行患者が把握されましたが(経鼻胃管施行患者六百八十一例とほぼ同数)、その一方、自由意見欄にはP E G管理に関する皆さんの質問や困っている事例の相談が寄せられました。

地域に急増するP E Gに、情報が追いついていないことを痛烈に感じさせられました。これらのニーズに対応すべく、このP E Gワークショップを各地で展開することが当会の責務であると考えております。

(文責:事務局・小川滋彦)



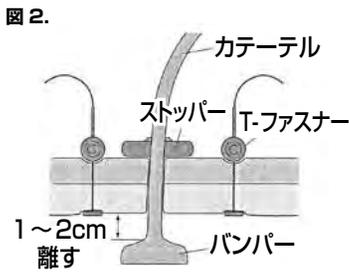
特別寄稿・Webセミナー ⑤ 合同企画

事故を考える

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

「誤挿入を防ぐには? 交換後の確認方法は? 個々の患者さんの状態や院内のコストの問題も絡んでなかなかコンセンサスの得られにくい問題ですが、現在医療者のみなさんは、交換に際してどのように考え、事故防止にあたっておられるのでしょうか。」

も簡便で有用なのは胃壁固定具を利用する方法である(図2)。瘻孔周囲に固定をおくことで、瘻孔から固定されている部位までは確実に癒着が起こる。癒着面積が広いということは取りもなおさず胃壁と腹壁がくっついている面積が広いということになる。カテーテルの誤挿入は胃壁と腹壁のくっつきが薄い部位あるいはほとんどくっついていない隙間から腹腔内に入っていくために起こるので、癒着面積を広くすることでカテーテルの誤挿入が防げることになる。



腹壁固定は2箇所で充分か?

癒着面積を広くすることは胃瘻の全周にわたって行う必要がある。部分的に癒着面積を広くしても、狭い部分からカテーテルが誤留置されれば、事故は防止できない。胃瘻カテーテルの全周に癒着をさせるためには2箇所の固定では不十分である。実際、事例2では腹壁固定がカテーテルの左右2点で行われており、しかも、その固定の糸がまだ付いている状態で誤留置が起きた。2点では全周性の癒着は期待出来ないということである。三角形に3箇所を固定(図3)するか、正方形の四隅に4点固定をし、その中心にカテーテルを留置する必要がある。

そもそも、腹壁固定は造設直後のカテーテル抜去や過剰締め付けによる瘻孔周囲炎の防止目的に行われていたこともあり、全周にわたって広い癒着をさせるという考え方がなかったため、2点固定や1点固定が行われてきた経緯がある。しかし、今後はカテーテル交換時の腹腔内誤留置を防止することも念頭にいれ、3点ないし4点固定を是非取り入れていかなければと思う。

今回、刑事事件としての胃瘻カテーテル交換事故を取り上げたが、この事故は最近でできたわけではない。従来から胃瘻の偶発症として学会発表されたり、また論文発表されてきた。多い偶発症ではないが、決して稀な偶発症ではない。交換手技が容易とされていたバルーン式カテーテルでも起こっていることに注目してほしい。あらゆる種類のカテーテルで起こり得るのである。

一方、カテーテルが誤留置されても、栄養剤が投与される前に気付けば大きな事故にはならない。栄養剤投与前に必ず胃内に入っていることの確認が必要である。痛ましい医療事故から、患者様そしてあなたを守るためにも。

寄稿2: 安全性と簡便性のバランス
—優先させなければならないのは安全性—

鶴岡協立病院内科 高橋美香子

造設時の胃壁腹壁固定は「交換時の誤挿入防止」というよりも、造設時の予期せぬトラブルや瘻孔完成前に事故抜去した場合に備えて実施している。造設時の胃壁固定が交換時の瘻孔損傷を防止するかどうかに関して、現状ではエビデンスは明かではない。

胃壁固定具の必要性

胃壁固定の有効性に関するエビデンスは現在のところないが、より安全なPEGには効果的と考える。特に、イントロデューサー法、事故抜去の可能性のある場合、腹水のある場合には有用である。

胃壁固定の問題点としては、コストがかかる、造設時間が長くなる、穿刺回数が増える、穿刺・固定の合併症の危険性などである。

(在宅医療と内視鏡治療 Vol.7 No.1 Sep.2003 p70より)

交換時に何よりも大切なことは新しい胃瘻が胃内に確実に挿入されていることの確認である。極論だが、これさえできればどこでどのような手段を用いてもかまわないと考えている。安全性と簡便性のバランスが大切であり、両者とも追求する立場が基本であるが、どちらかを優先させなければならないとしたら安全性を優先させるべきである。そして、安全性を考える時、交換操作だけに留まらず、それに附随する事項も含めて考えなければならない。

全ての方法にメリットとデメリットがある

例えば、内視鏡下の交換は確実であるというメリットがある一方で、内視鏡を挿入するリスクがある。透視下の交換も確実だが、透視で胃内に正しく挿入されていないと分かれば、次には内視鏡操作が必要になる(二度手間)。両者とも自宅や施設では実施できず、病院への搬送の手間(時間的・金銭的・人的)と、移送による患者への影響(時に車に揺られるだけで嘔吐や熱発してしまう場合)も考えられる。

一方自宅で経皮的に交換する場合は、上手くいけば患者に与える負担は少ないが、確実に胃内に挿入されたという確認方法が慣れないと難しい場合があり、気付かずに栄養剤の注入をうと汎発性腹膜炎にいたる危険性がある。

バルーン型の交換はバンパー型よりも容易だが、交換頻度が増えるために交換時の瘻孔損傷挿入の危険に関しては無視できない。また、頻回の交換を要するバルーン型を毎回病院で内視鏡下に交換するのは現実的ではない。

私個人は自宅での交換と病院での交換が半々くらいで、病院での交換時も内視鏡で確認することはめったにないが、この場合、胃内留置の確認を行うために細心の注意を払う。ご家族には、交換時の誤挿入の危険とそれによって引き起こされる状態、対応方法などを分かる範囲で説明しておくようにし、交

換に携わる看護師や訪問看護師にも誤挿入の防止の知識と技術、そして発見の方法と対応策をきちんと知ってもらうようにしている。

経皮的交換でのポイント

- 1) 胃を膨らませた状態で交換を行う(栄養剤あるいは白湯だけでも注入し空気で膨らませた造設時と同じ位置関係にしておく)。
- 2) 一気に古い胃瘻をぬき、その瘻孔の方向へ一気に奥まで新しい胃瘻を入れる。(瘻孔を無理に広げたりすると瘻孔が壊れることがあるので、同じサイズの入れ換えの時はペアンなどで拡張しない)。
- 3) 入れ換え後は、逆流防止弁を少し押し下げるか胃瘻チューブの蓋をあけて腹圧をかけ、胃内内容物が逆流してくることを確認する。
- 4) お湯を少し注入してみて患者が痛がったり苦痛がないことを確認する。
- 5) 交換後の注入は白湯から行い、10分間は様子を観察し、冷汗やチアノーゼ、血圧低下、うなり声などの異常がないことを確認する。

以上のポイントを押さえれば自宅でも十分に安全に交換可能であるが、自信がない時は内視鏡で確認する慎重さを持ってほしい。まず初めは内視鏡下の交換から開始し、慣れてくれば経皮的交換を内視鏡室で行い、十分習熟してから患者宅や施設での交換を行うようにステップを踏むことを強調したいと思う。

今後、より安全確実に簡便な自宅での交換を可能にするため、先端開口の胃瘻製品や使いやすいガイドワイヤーなどが開発されることを希望している。

寄稿3: 理想の胃瘻

小川医院(金沢市) 小川滋彦

私の考える理想の胃ろうは、適切な位置に最短距離でつくられた胃ろう、十分に腹壁と胃壁が癒着した胃ろうである。カテーテル・タイプは、バンパー型で最初から20fr以上のなるべく太いもの。それを1年くらい使用する。初回の交換は、造設した病院の責任で同じバンパー型に。初回の交換が問題なければ2回目以降は、交換手技に熟練した医師が在宅で行っても良いだろう。胃内に確実に入ったことを確認することは言うまでもない。

造設の基本はまっすぐに、適切な位置に造ることである。胃の蠕動運動に一番支障を来さず無血管野で

寸言

ある胃体部前壁が最も安全であり、指押しサインと試験穿刺により最適の位置を決めることをまず徹底したい。

私が胃壁固定をする場合は、チューブの自己抜去による腹膜炎の危険性がある場合である。その場合も、固定してからの穿刺では逆にどの方向にでも刺すことが出来るため、まっすぐに穿刺してから固定する。抜去の危険性がなければ胃壁固定は行わない。あくまでもケースバイケースである。

本来、誰が操作をしても、安全に痛くなく確実に造設出来るキットが出来れば、医療者の技術や設備の差による事故発生の危険性は激減できると考える。よりよい製品の開発を望んでいるのは、まさに当事者である患者・家族であったはずだ。その現実を知っているながら「良い製品を開発しなければ売れない。その姿勢を持たないメーカーは撤退せざるを得ない」という正しい警告をメーカーに発し、実現するよう問題提起しなかった医療者としての姿勢を深く反省している。

全ての医療者が、自己のスキルアップの向上と共に、患者・家族の負担軽減にも貢献するような製品開発のために働きかけていくことが求められているのではないだろうか。

東京慈恵会医科大学外科 鈴木 裕

私なりの安全な方法(談話室より)

[No.703] Re:胃瘻交換時の事故について From: PEG-UX50

私たちの施設では胃ろうの交換はすべて内視鏡を使っています。内視鏡の患者様に与える負担、多少の危険性もあり、批判も受けるかもしれませんが、トラブルはありません。内視鏡下に現状の胃ろうを確認し、交換すべき胃ろう(バンパータイプ)の長さを決定します。新しい胃ろうを挿入したあとも内視鏡下に確認し、交換終了です。自分たちはもっとも安全だと考えているのですが。

Re:胃瘻交換時の事故について From: mariru

胃ろうのオベから3年近くたった7才10ヶ月の娘は、オベ後半年はバンパー型チューブを使い、半年後の初めての交換(ボタン型)から今までずっと、内視鏡下でも透視下でもなく、外来の診察室ですと抜いて新しいものを挿入しています。小児の場合、内視鏡は全身麻酔になるのでかえってリスクが大きいです。

Re:胃瘻交換時の事故について From: 太郎

個人的には「長い瘻孔」にならず体外固定板管理も容易にする目的で、経皮胃壁固定を行っています。ただPull法では同時梱包されているキットがないのが現状です。医療器具メーカーさんにも是非関心を持っていただきたいものです。

チューブ交換に関しては、在宅で寝たきりの方を診たり、老健で胃瘻管理をしたりする医師の立場としては、御家族の負担を考えると全例内視鏡下交換という方法はなかなか難しい部分もあります。

【基本的なこと】胃瘻チューブ交換には誤挿入が起こりうることを認識する。

【造設時の処置】可能ならば経皮胃壁固定は行う。

【交換時の予防策】内視鏡下交換ができない場合はガイドワイヤー利用下交換を行う。チューブ交換後、注入前には挿入の確認を確実にを行う。

交換用チューブではガイドワイヤーがキットに組み込めないか働きかけていきたいと思えます。

Re:胃瘻交換時の事故について From: konkon

当院ではバンパー型については透視下で造影しながらおこなっています。しかし、現在ではPEG挿入直後の感染予防の為にイントロデューサー法で(つまりバルーンタイプを使用)造設をほとんど行っています。このタイプは必ず胃壁固定をするので安心感があります。また、個人的にはガイドワイヤーなどあればもっと安全に交換できると思いますが。

寄稿1:胃瘻カテーテル交換の医療事故を考える

北里大学東病院消化器外科 嶋尾 仁

数年来、医療事故がたびたびマスコミに取り上げられるようになってきている。従来の医療事故の多くが民事事件だが、最近の報道をみると刑事事件として取り上げられている。被告である医療者側は業務上過失傷害や過失致死罪容疑で書類送検あるいは起訴されている。残念なことに、胃瘻造設術関係では2003年10月に2度にわたり胃瘻カテーテル交換時におこった痛ましい医療事故の報道がなされた。

<事例1>神奈川県。2002年11月、入院中の横浜市の女性患者(当時54)に対し、担当医師は同年11月18日午前10時ごろ、流動食注入用の胃瘻チ

胃瘻カテーテル交換の医療

胃瘻カテーテル交換時の誤挿入による医療事故が報道されると同時に、PDN談話室にも多くの書きこみが寄せられました。北里大学東病院消化器外科・嶋尾仁先生にお願いした特別寄稿でもこの問題が取り上げられたことをきっかけに、今号では特別寄稿・webセミナー合同企画として「胃瘻カテーテル交換の医療事故を考える」をテーマにお届けします。↗

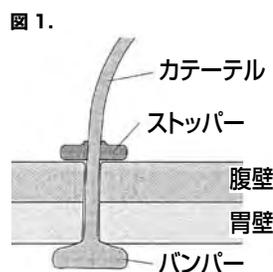
チューブ交換の際、患者の胃にチューブを挿入しようとして、誤って腹部に挿入。患者は汎発性腹膜炎を起こし、翌日に死亡。(2003年10月17日 朝日新聞夕刊)

<事例2>千葉県。2002年2月28日、入院中の女性患者(当時24)の胃瘻チューブ交換の際、チューブ(太さ約5ミリ)が胃に留置されていないまま放置し、流動食が腹腔にたまったことによる敗血症で同年3月2日に死亡。また他の医師は、看護担当者から「流動食が入らない」などの報告を受けながら、緊急性の判断を誤った疑い。患者には数段階に分けて徐々に太いチューブに取りかえる方法がとられており、事故当時は約5ミリのチューブを入れる3度目の処置を受けていた。担当医は、胃にチューブが留置されたかの確認は、胃に空気を入れて音を聞く方法で「確認した」という。(2003年10月21日朝日新聞)

いずれも刑事事件として取り上げられ、担当医は書類送検されている。

胃瘻カテーテルの外側の瘻孔は?

栄養剤がカテーテルの中を通るためか、カテーテルの外側の瘻孔そのものには、なかなか関心がいけない。胃瘻が完成し、安全に使えるためにはカテーテル周囲の胃壁と腹壁が全周性に亘って癒着している癒着している(くっついている)必要がある。癒着していないと、胃液や一旦胃の中に注入された栄養剤はカテーテルの外側を通り腹腔内に漏れてしまい、その結果、腹膜炎が起こることになる。この癒着を促進するために、造設時に胃瘻カテーテルのバンパーとストッパー(図1)で胃壁と腹壁を締める操作が行われる。しかし、この操作によってどの程度、胃と腹壁がくっついているのかを直接に確認する方法は実際にはなく、このくらいはくっついているだろうと想像しているだけで、むしろ癒着することで胃の動きが悪くなるため(蠕動障害が発生するため)、栄養剤が食道側に逆流し、逆流性食道炎や嚥下性肺炎おこるのではないかと心配されていた。



通常胃瘻造設術ではくっついている厚さは2~3mm程度

しかし、胃瘻造設症例が増加することで、中には他疾患のため開腹手術や腹腔鏡手術を行う方がでてきた。そのような機会に実際の癒着の程度をみてみると、癒着の幅はせいぜいで2~3mm程度で、決して我々が想像していた程の広い癒着があるわけではなく、むしろ癒着としては期待しているよりは、はるかに少ないことがわかった。このような薄い癒着であれば、古いカテーテルを抜去し、新しいカテーテルを留置する際、挿入方向を少し間違え、癒着している面に直接押し込む力が働けば、カテーテルはそれ程の

抵抗なく腹腔内に入ることが想像された。

カテーテル交換の際の確認方法は?

カテーテルを交換した際、そのカテーテルが確かに胃の中に入っていることを確認する必要がある。最も確実な方法は内視鏡の観察下での交換であるが、この方法は、状態の悪い患者様にとっては侵襲的な検査法であるし、検査手段をもたない施設では他の施設への移動を考えなくてはならない。交換が頻回の場合にはより負担が大きく、胃瘻症例の全例にすべての交換を内視鏡下にするのは現実的でないと思われる。カテーテル留置後、水溶性造影剤を注入し消化管造影で確認するのも確実な方法の一つで、内視鏡検査ほどの侵襲性はないが、これもX線撮影装置が必要となる。

ここで我々が行っている方法を紹介する。交換はその9割を外来での用手的交換法で行っており、交換当日、朝の栄養剤はやめてスポーツドリンクを500mlを胃瘻より注入し、外来受診していただく。新しいカテーテルを留置したら、胃内容がひけてくるかどうかを確認する。スポーツドリンクに混じって粘液などがひけてくれば確認となる。スポーツドリンクを注入することで胃を造設時に近い状態に膨らませる、吸引での胃内容の確認が容易であるといった利点があるし、水分の補給にもなる。内容物が引けてこない時には、生理食塩水を100~300ml注入し、同様に引いて内容物を確認する。これで確認できない場合にのみ、造影や内視鏡検査を行っている。

ただ、我々が内視鏡下や造影下ではなく、用手的な交換を行っているのも、全例に後述する腹壁3点固定を行っていることが大きな条件のひとつとなっている。

空気注入で胃内の確認はできるか?

胃瘻ではカテーテルから空気を注入して先端が胃内に留置されたかどうかを確認することはできない。カテーテルの先端が胃内であろうが、腹腔内であろうが、空気を注入すると音は聞こえる。この方法は経鼻あるいは経口的にカテーテルを入れ、その先端が食道内(或いは気道系内)か、胃内かを検査する方法であり、経鼻や経口的では腹腔内への誤留置を考える必要はないのである。

胃瘻は腹壁に垂直に出来ているのか?

胃瘻カテーテルは造設時は胃を空気で膨らませた状態で体表と直角に近い角度で刺す。しかし、交換の際には栄養剤をとめた状態で行うことが多く、この状態では胃は小さくなっており、瘻孔の方向も体表に垂直ではなく、斜めになっているのが普通である。この体表とカテーテルの角度に関する研究は論文となり、Digestive Endoscopy vol.12 No.2に掲載されている。

誤留置の防止まで考えた胃瘻造設方法は?

瘻孔周囲の癒着面積を増大させるために、現在最

わたしのまちの病院

6

藤田保健衛生大学胃瘻外来 退院後も変わらぬ長期栄養管理のサポートを

上部消化管外科 櫻井洋一先生
公衆衛生看護科 野田潤子師長

中央部門としての胃瘻外来

藤田保健衛生大学胃瘻外来は、2001年6月に開設された。専属メンバーは、櫻井先生と野田師長を初めとする5名のナース。更に積極的に関わろうという栄養士、薬剤師も参加して月に2度、胃瘻に関するカンファレンスを開いている。



櫻井先生と野田師長

「公衆衛生看護科はこの科にも属さず、看護部直属の中央部門で、もともと在宅へ向けての指導も行っていました。看護協会認定のWOCナースのような資格は持っていませんが、この部署自体が自由診療の診療科でも行かれます。するとPEG患者さんが多い病棟で関心のあるナースは、患者さん一人一人の様

子から退院後の療養先も含めてこまめに情報提供してくれるので、非常に院内の風通しが良くなりました。

また、実際の胃瘻管理を通して特殊技術を身につけた専門的なエキスパートナースを養成するプロセスとしての意味もあります」と野田師長。

PEG施行件数は増加しているが…

月曜日の胃瘻外来日には、適応の判断や瘻孔ケア目的の入院患者、交換を含む外来患者などを診察する。ここ半年、受診者は増加しており、開設当初からの外来患者の合計は、入院患者も含めて100名以上。これは全国的にも見られる傾向だが、入院期間短縮のニーズが高まっていること、患者・家族にも胃瘻が認知され始めたことによるのではないかと櫻井先生は言う。

一方、「当院でPEGを施行された方の在宅移行率は1割。入院日数短縮にしばらく、ゆっくり在宅までの準備を整えてあげられず、ご家族が不安なのかもしれない。また、胃瘻を造ったために、デイサービスやショートステイなどが受けられず、ご家族の負担が増えたという話や、受けてくれる施設に利用者が集

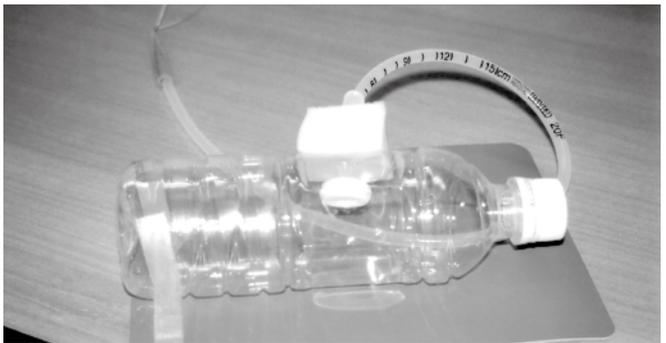
中して、なかなか順番が回ってこないという話も耳にします」(野田師長)と、現実には問題は多い。

造設後も継続した栄養評価を

胃瘻を造る理由は栄養の確実な補給であり、それが長期にわたる患者に対する栄養評価は非常に重要、と櫻井先生。

「栄養は不足しても過剰であっても良くないですから、定期的な胃瘻外来で栄養状態を確認していきたいですね。実際には入院患者さんの場合は短くて2週間に1回、長くても1ヶ月に1回は栄養状態の評価をし、主治医と連絡を取り合って適正な栄養管理に努めています。退院された患者さんも交換は当院の胃瘻外来で行いますので、そのときに栄養評価をし、修正の必要があれば、かかりつけ医や受け入れ施設に連絡します。これは当院の胃瘻外来の特徴ともいえるのですが、退院した患者さんにも、長期的な栄養管理を行うことを基本としています」

胃瘻外来と名乗っているものの、胃瘻を造っていない患者の栄養評価や栄養改善の提言も行うという。退院指導を受けに来る患者との関わりの中で、それぞれが抱える問題をどう解決した



野田師長が説明用に作った模型。
上：チューブ型バンパー。スポンジを使ってチューブを垂直に保つ。
下：ボタン型バルーン。(バルーンは見えやすいように着色した水を入れてある)

依頼する側の責任

退院が決まった時点で在宅か施設入所か、また介護認定が済んでいるかを確認することから、退院後の長期栄養管理がスタートする。胃瘻外来のスタッフは実際に患者宅を訪問出来ないため、ケアプランの中に訪問看護をいれてもらうよう要請、退院前に担当の訪問ナースに来院してもらい、胃瘻の管理法、患者の状態、家族構成(介護力の判断)、夜間緊急時の対応などについて話し合う。「受けてもらった方にはこちら側の責任もきちんと果たさなければ」という野田師長の心意気だ。

患者さんが良い状態で在宅管理を継続できるように

地域の情報収集は公私織り交ぜ、非常に多方面に広がっている。病診連携による、地域医師会や提携病院、訪問看護ステーションとのつながりはもとより、地域の開業医がつくっている在宅のネットワークにもアンテナを張り巡らせ、医療依存度の高い神経難病患者の受入を取りつけることもあるという。保健師の資格も持つ野田師長は、保健所を要にネットワークを組むことも可能だ。

長期の在宅介護を支えるのは、安定した、トラブルのない栄養管理。その土台となるスムーズな情報交換および共有。長期にわたる管理だからこそ、介護者の声は切実だ。退院後の患者・家族の不安は、先ず電話にあらわれる。在宅介護を行っている家族は胃瘻の扱いに慣れない上、福祉サービスを利用することによって多職種のスタッフが家を

訪れるため、ストレスも大きい。ちよつとした愚痴から胃瘻管理についての質問まで、受けた電話は親身になって相談に乗る。さらに明らかに問題があると思われる場合は、ケアマネジャーをはじめ、その患者に関わる全てのスタッフを集めて調整会議を開く。原疾患の進行状況、胃瘻の管理方法、栄養剤の投与量・投与方法などをお互いに理解する場である。このような調整を行うのが患者を送り出した病院の役目なのか、地域の保健所あ

るいはケアマネジャーの役目なのか。正式に定められているわけではないし、多職種が一度に集ると自体、なかなか難しいことだが、患者・家族の困り果てている姿に、胃瘻外来が舵取りをしているのが現状だ。

なによりも「胃瘻患者さんに関わるすべてのスタッフが共通の理解と共通の管理法を身につけること」が、良い状態で退院した患者さんが良い状態で在宅管理を継続できるための大切な条件であること



藤田保健衛生大学

わたしのまちの病院

7

東京大学胃瘻外来 院内他科サービスと PEGのリスクマネジメント

胃・食道外科 山口浩和先生



胃瘻外来、 1年を振り返って

東京大学胃瘻外来の旗揚げは2002年7月。院内に潜在的な胃瘻の需要が多いと感じたことと、同じ方法、同じキットに統一して造設した方が、合併症対策や造設後の管理上もメリットがあるだろうと、山口先生は考えた。「依頼を出していただければ私たちが病棟へ往診し、適応であれば消化管外科で内視鏡を使って胃瘻を造ります」と本院と分院の全職員に宛ててメールを一斉発信したそう。

依頼箋が届くと、夕方カルテを持って病棟に往診。原疾患の状態や体型なども含め、主治医との相談で適応を決定する。こ

の1年間の施行数は70件。そのほとんどが入院患者で「今のところは院内他科サービスです」と山口先生。

胃瘻外来開設の意義についてうかがった。

「造る側が旗揚げしたことで、依頼しやすくなったこと、つまり適応患者さんに早目の対応ができるようになったことがあげられます。もうちよつと鼻からのチューブで様子を見てみよう、という期間が短縮されてきたように感じます。」

また、リスクマネジメントという面が一番大きなメリットだと思います。造設時の誤嚥性肺炎の経験から、誤嚥を防ぐために口腔内の唾液を吸引することにしました。それ以降造設時の誤嚥による肺炎は無くなりました。

ミスや教訓として活かし、2度と起こさないということを徹底しやすいのです。」

扱う以上は万全の 安全対策を

造設担当医は固定メンバーが5人ほどおり、手技的にも統一され安定している。造設は10分あれば終わるといふ。術後3日間は毎日胃瘻外来の医師がチェックし、それ以降は各病棟のナースにケアを任せる。PEGのパスを作成している病棟も増えてきたので、いずれは一緒に取り組んでいきたい、とのこと。

一時期、続けざまに胃瘻力アップに伴うトラブルが報道されたが、ここではどのような対策がとられたのだろうか。

「当院では安全管理対策室の看護師長と話し合い、再び院内にメール発信を止ました。交換後、原則として透視、造影、内視鏡いづれかの方法でカテーテルが胃内に正しく留置されていることを確認すること、空気を送って音で確かめる方法は不確かであること、このような注意喚起も胃瘻外来から発信しています。ただし、これが外部の医療機関への発信となると、コンセンサスが得られていない現在、「こうしたべき」と標準化することは難しい問題ですね。」

また、造設時の位置決めや角度が事故に関係してくることを考えると、医師の技術の確かさが要求されます。ならば、一定地域内の胃瘻専門病院による造設や指導のセンター化も、一つの対応方法と考えられます。簡単な手技だということだけが広まりつつある時期に、事故が起こり始めるんです。ですから完全に広がりきらないうちにある程度中央化し、マニュアルを整備し、そこで経験を積んでから自分でも扱うようにするというプロセスを踏めば、安全対策としては非常に有効だと思えます」と、事故予防の対策を語る山口先生。

また、「決して内視鏡が最終手段ではありませんし、胃瘻を作ることが目的ではないのですから、無理はしないことです」と警鐘を鳴らします。

栄養管理の 組織化を目指す

安全対策と並行し、NSTを立ち上げ栄養管理を組織化することが次の課題だといふ。東大のような規模の大きい病院でも可能なのだろうか。

「NSTはいずれ必要に迫られて組織されることになるでしょう。それに備えて胃瘻外来も枠を広げ、造設後の栄養管理を長期的に見ていく、胃瘻そのものの管理だけではなく栄養状態の管理を定期的にチェックする体制を確立してゆきたいと思っています。胃瘻を造る目的は必要な栄養を確実に補給することにあるので、栄養状態のデータを残していくシステムを築いていくことも必要でしょう。」

国立大学も独立行政法人化され、特定機能病院として難病治療に取り組むだけでなく、あらゆる疾患を受け入れてベッドを回転させなければいけません。そのことが地域に開かれた医療に取り組みやすい状況を生み出すのではないかと、という気もします。そうなるかと、我々がどうアピールしてどうフォローするかの体制も考えないとはいけませんから、組織化が必要になつてくるのです。」

組織の確立のためには、院内の教育体制が必要だが、当面は胃瘻外来のメンバー自身の体制から整えたい、とのこと。他科、他職種との連携が難しいといわれる大学病院で、どのようにチームを組み栄養管理を組織化してゆくのかが、今後ますます注目されてゆくだろう。

(2003年10月取材 岡崎)



東京大学医学部

神経内科医師・施設長 近藤清彦先生
小林朗子看護主任
伊澤けい子看護師長

—公立八鹿病院介護老人保健施設の現状—

PEG施行患者の在宅療養 社会復帰支援について



長瀬和子看護主任

はじめに

公立八鹿病院介護老人保健施設は、平成4(1992)年11月に開設した、入所98名、通所40名の施設である。兵庫県北部但馬地方の八鹿町に位置し、公立八鹿病院が母体となった、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、看護学校等の併設施設の中の一つである。

現在のスタッフ構成は、看護師(14名)、介護職(37名)、PT

(3名)、OT(1名)、管理栄養士(1名)、支援相談員(3名)、事務職(3名)で、夜間対応は看護師1~2名を含む夜勤5名体制をとっている。

治療困難な疾患や障害を持つ人に対しての在宅ケア、広い意味でのリハビリテーションを含む福祉活動など、人口約20万人、過疎化と高齢化の進んだ但馬地域の保健、医療、福祉にわたる包括医療を実践している。

当施設の特徴

平成14年の利用状況から

当施設の特徴は、胃瘻等の経管栄養や気管切開等、医療依存度の高い利用者の受け入れと、在宅復帰率の高さである。また、通所利用も同様に、医療依存度の高い方が多い。

利用者の要介護度は、3以上が占める割合が76.1%(図1)であり、在宅への復帰率は79.1%であった(図2)。

入所期間は1~14日以内が614人で全体(総入所者数1155人)の53%を占めている。短期間でも施設サービスとして対応する場合もあれば、ケアプ



注入食開始 美味しく栄養がつかますように

在宅支援を支える体制

併設病院内の在宅ケア部内には、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士が、専従で配置され、身体的、社会的、精神的な在宅支援を行っており、当施設と連携を取っている。

併設病院における在宅ケアは、介護保険が施行される20年前、昭和56(1981)年に脳神経疾患患者で気管切開をされた寝た

ランが作成されていれば居室サービスとして2週間以上の利用をする場合もある(図3)。

利用者の年度別医療処置数を図4に、実人数を表1に示す。経管栄養が著明に増えていることがうかがえる。

入所中、原疾患の影響もあり合併症が多い中、肺炎、骨折、脳血管疾患等、発生時には併設病院を受診し、入院対応が迅速になされている。

食は、人間が生きていくにあたり最も重要な要素の一つで、「口から食べられること」はその基礎条件になる。だが、高齢者

食べたい気持ちが 在宅療養につながることも

食は、人間が生きていくにあたり最も重要な要素の一つで、「口から食べられること」はその基礎条件になる。だが、高齢者

さりの方への訪問看護が始まりで、その訪問看護を受け継ぐ形

Mさんの生活は基本的には在宅です。老人保健施設の3ヶ月の施設サービスとショートステイサービスを上手に利用されています。

写真1. 本日は習字教室に参加しています。PEG患者さんとわかるように、あえてチューブを出してもらいました。

写真2. 文化祭出品の生け花に挑戦中。チューブが無ければ経管栄養患者様とわかりませんね。MさんもPEGに変更してから肺炎を起こさずに生活されています。



で訪問看護ステーションが平成5年2月に開設された。さらにこの在宅ケアを支援する施設として当老健が開設され、その目的と取組みは現在も受け継がれている。

老健入所中に行われる在宅へ向けての指導は、担当職員(看護・介護職)が行い、医療依存度が高い場合は看護師が担当する。自宅での生活のための訓練は、退院後の生活を見通してチームケアを行い、必要時は回復期リハビリテーションへの転棟もある。

カンファレンス、地域ケア会議等を開催し、1人の利用者に対して入所(あるいは入院)中から情報の共有化を図っている。

一人暮らしの方の場合にも在宅関連職種と連携し、通常の在宅移行同様、併設ステーションあるいは地域のステーションが担当となつて定期的に訪問し、在宅生活を支援している。

地域ケア会議は、在宅介護支援センターが主催して在宅前中、後に問題のある方に対して定期的に開催している。対象者をとりまく関係職種(主治医・地域民生委員・地域保健師・社会福祉協議会・ケアマネージャー・訪問看護師・病棟看護師・介護支援センター・老健など)が参加する。

このような、退所後のサマリーの情報交換、情報提供を緊密に行うことで、在宅支援がスムーズに出来ているものと思われる。

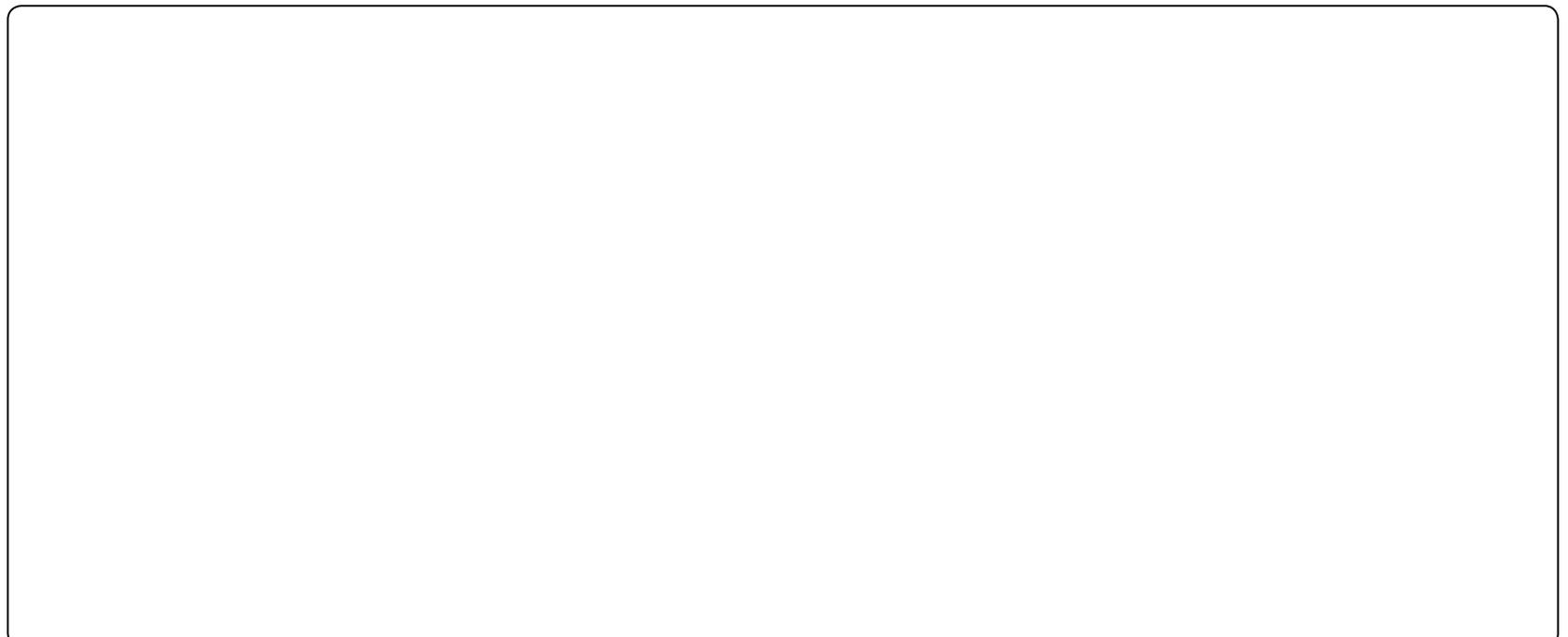
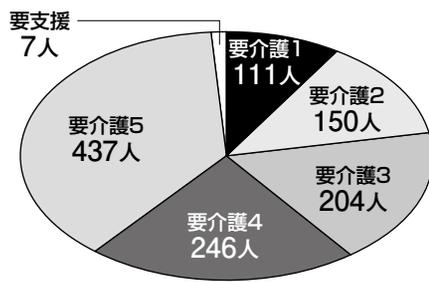


図1. 要介護度別(入所: 1155人)



一方、近年PEGの普及により、経鼻胃管よりも、胃瘻のほうが、QOLの改善が見られ(表2・3)、在宅医療にも貢献している。入所中、胃瘻の方への栄養は、看護師・介護職・栄養士が行っている。ご家族からも「管理がしやすくなった」「経鼻と比べると本人の見え目がよくなった」などの意見が聞かれる。

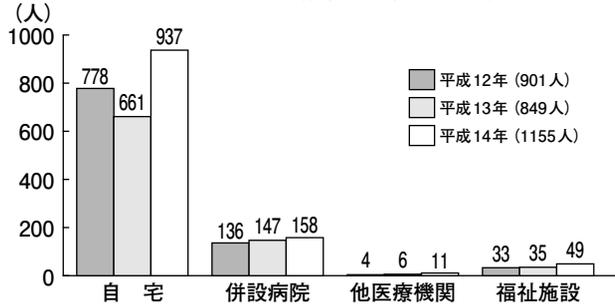
当施設では、経管栄養の方に對しても、口から食べることを目指して援助を行っている。嚥下機能評価は主治医・OT・併設STが行い、現在、胃瘻と経口摂取併用の方は2名、過去に4名を経験している。

食べたいというニーズに働きかけることは、食生活のみならず、QOLの向上につながることで、食事量の増加とともにADLも向上したことから、食べることにトータルリハビリテーションにつながる、在宅療養を可能にした一要因となったといえる。

(文責: 長瀬 和子)

図2. 入所前居所

自宅の937人は全体(1155人)の81%を占めている。



退所先

自宅の916人は全体(1144人)の79%を占めている。

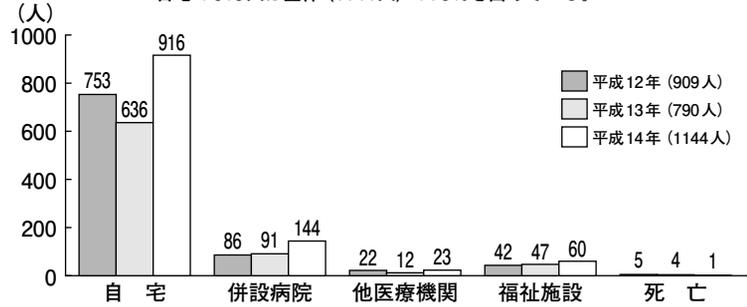


図4. 医療処置(重複あり)

経管栄養が著明に増えている。

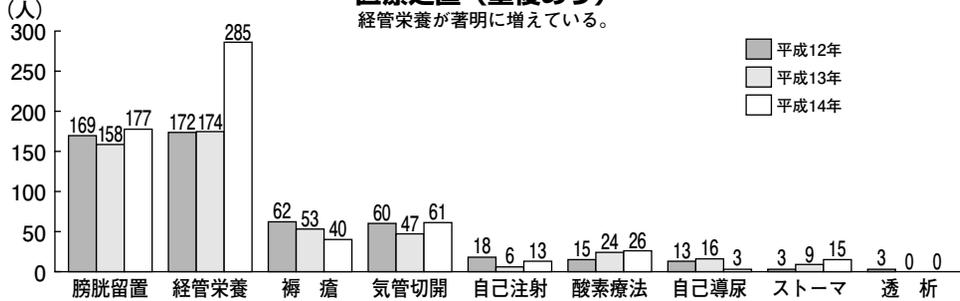


図3. 入所期間

1~14日以内が614人ということは全体(1155人)の53%を占めている。短期間でも施設サービスとして対応する場合もある。またケアプランが作成されている場合には、居宅サービスとして2週間以上の利用をする場合もある。120日以上142日までの方は4人である。これらの理由は、介護者病氣2名、疥癬1名、流角1名である。

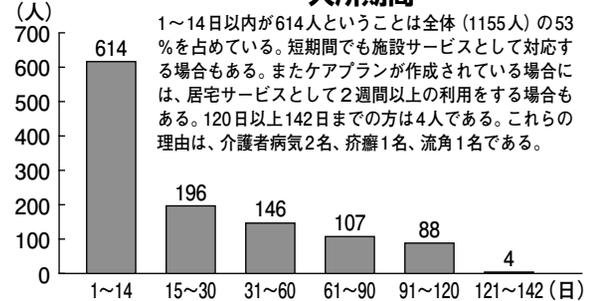


表2. PEGのメリット・デメリット

	メリット	デメリット
ボディイメージ	表情が保たれ、外見が良い	
自己抜去	経鼻より少ない	痴呆・不穏状態で自己抜去
呼吸器感染症	逆流が改善し、嚥下性肺炎は減少	高度の嚥下閉鎖不全例では、胃・食道逆流が残存し、肺炎は改善しない
スキントラブル	胃瘻周囲の皮膚を清潔にし、乾燥状態に保てる	不良肉芽ができることがある
入浴	胃瘻部の保護は不要	
在宅	取り扱いが容易(移動時・入浴時・着脱等)	閉塞時の対応 自己抜去時の対応 種類によっては短く、取り扱いが困難

表1. 医療処置(実人数)

	胃瘻	経鼻	気管切開
平成12年	30名	16名	11名
13年	34名	13名	9名
14年	46名	17名	14名
15年(10月現在)	47名	13名	10名

表3. 症例 71歳女性パーキンソン病

平成 5年4月	パーキンソン病発症 無動・筋固縮・歩行障害が中心であった。症状は徐々に進行していく。
平成14年2月	歩行障害は進行し、起立性低血圧や幻覚・妄想状態が高度となってきた。この為、ほぼ寝たきり。症状悪化にて入院。誤嚥性肺炎を繰り返し経鼻となる。
平成15年3月	PEG施行 経口摂取併用、全粥・小刻み食を朝・夕摂取され、肺炎なく過ごされている。意欲的であり、栄養状態も改善され、表情も良い。

訪問看護 最前線

5

安心出来る医療環境は 看看連携から始まる

愛知県厚生農業協同組合連合会(愛知県安城市市)
更生訪問看護ステーション 山田利江

はじめに

平成4年老人保健法の改正により、老人訪問看護制度が制定されました。昭和61年から訪問看護を実施していた安城更生病院訪問看護部は、利用者の声・病院看護部の強いバックアップの下で、平成5年3月に愛知県下2番目に病院利用者の訪問看護から、地域における療養者への訪問看護「更生訪問看護ステーション」として、愛知県安城市を中心に活動が開始されました。

PEG導入の背景

(図1・2)

当ステーションとPEGとの関わりは、平成5年5月、ある業者から「こんなものが出たんですよ」と紹介を受けたことから始まります。早速内視鏡部長にPEGが可能かどうか確認し、施行可能な返事を頂いた所からスタートしました。

経管栄養者の多い、神経内科・脳神経外科医師等への紹介や、医師会主催の研修会、西三河訪問看護連絡会での学習会で啓蒙を図りました。それから10年、563名(実人数)の利用者の中で経管栄養実施者は183名(32.5%)、経管栄養

者の中では、経鼻経管者52名(28.4%)、胃瘻1名(0.5%)、中心静脈栄養15名(8.2%)、経鼻から胃瘻1人(0.5%)、合計183人

図1. 経管栄養者

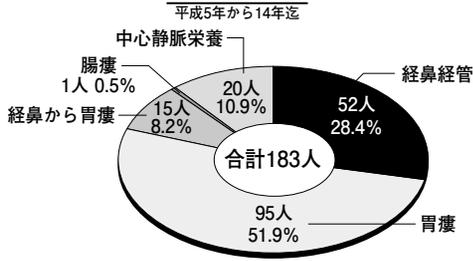


図2. 比較 経管栄養者

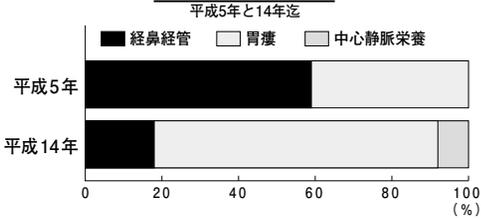
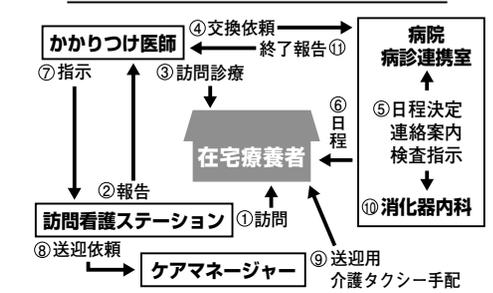


図3. PEG・胃瘻チューブ交換を巡る連携



病院で看護師がすべて実施してくれたいことを抱え込むこととなり、指導された通りに出来ていても、実際に自信が無く、医療器具装着に関

する不安は大きく、医療従事者が至極当然のことと思われる事であっても、介護者にとっては不安の材料となり得る事を認識し、指導支援していくことが求められました。施設内と在宅の医療環境の違いを十分理解した対応が必要となります。

PEG・胃瘻チューブ交換を巡る連携(図3)

胃瘻造設は入院中に実施され、消化器症状が安定した段階で在宅療養となります。トラブル発生時の再施設も、1週間から10日の入院で実施されます。胃瘻交換は、4カ月に1回とされていますが、抜去してしまつた・胃瘻周囲に大きな炎症症状がでてきた・胃瘻チューブや瘻孔から栄養剤が逆流してくる等の大きなトラブルがない限り、1回/年の交換を原則とし、病院外来での対応となります。従つて、かかりつけ医師は消化器内科あてに胃瘻交換の依頼を病院内にある病診連携室に送ります。

終わりに

保健医療福祉制度の改革とともに、短期入院・早期退院と在宅への移行は拍車がかかり、十分な退院指導を受けられないまま、不安を抱えて在宅療養開始となつていきます。PEG施行者の退院指導も、各部署によつて差が出ています。PEGに関係する部署の知識に留まらず、より一般的な知識としての普及を望みます。これには、看看連携が必須であり、積極的な働き掛けが必要となるでしょう。

在宅療養に関しても、医療の視点をもつた看護師が積極的に働き掛けを行く事で、各サービス業者の理解が得られ、受け入れも可能になつていくものと信じています。病診連携・看看連携・他職種の連携があつて、在宅療養者が安心して生活して行ける環境作りが出来るのではないのでしょうか。



REPORT 第2回 PEGコンセンサスメETING報告

Complication について



昨年に続き、第8回HEQ研究会において、第2回PEGコンセンサスメETINGの検討結果が、鶴岡協立病院の高橋美香子先生により報告された。今回の検討項目はcomplicationについて。一般に「合併症」と訳されているものの、「合併症」「偶発症」の何れの意味合いも必要と考え、あえて「complication」をタイトルとしているという。その定義や基準が曖昧なため、PEGにおけるcomplicationの発生率を一概に比較できないというのが現状のようだ。発表内容から一部抜粋する。

Major complication と Minor complication の定義

< Major complication >

PEGに関連した死亡、または何らかの全身的な処置・治療(注1)を行わなければ死に至ったり、重篤な後遺症(注2)を残すcomplication。

注1) 通常、開腹手術等の外科的治療や2週間以上の入院治療。

注2) 不可逆性の精神・身体機能障害の発生か、または明らかな増悪。

< Minor complication >

Major complication 以外の、何らかの処置や治療を要するcomplication。

- 嘔吐時の誤嚥の目撃。
- 気管内吸引による誤嚥の確認。
- <出血>
- 出血による死亡。
- 止血術を必要とする出血。
- 輸血が必要な出血。
- 血圧低下・頻脈を伴う出血。
- 出血に対する補液が必要。
- 入院(入院期間の延長)が必要な出血。

< 腹膜炎 >

- 通常の診療に準じて、以下の症状・徴候・検査所見などから総合的に診断。

* 腹痛(もし訴えることができるならば)

* 発熱

* 腹部圧痛・反跳痛・筋性防御

* 白血球増多・CRP高値などの炎症所見

- 以上のような所見から腹膜炎と診断し、開腹術・ドレーナージ術や抗菌薬投与を行った場合。

注)炎症症状を伴わない「気腹」は除外する。

< 麻痺性イレウス >

- 以下の症状・徴候・検査所見の多くを満たす必要があり、経腸栄養剤の中止・減圧等の処置を行った場合。

* 嘔気・嘔吐・腹満・腹痛などの症状

* 診察上、腹部膨満・鼓音・腸管音減弱

*画像(とくに単純X線)にて、小腸の拡張を伴う腸管ガスの貯留(注)造設時に軽度の麻痺性イレウスはおこり得る。

大切なことは、Minor complicationを認識し、Major complicationに移行する前に適切な対応策を実施することである。

参考資料1 - PEGに関連した主なcomplication - (日本消化器内視鏡学会監修 消化器内視鏡ガイドライン第二版)

参考資料2 - 創感染の診断 Jainの基準 -

■ 発赤

- 0: 発赤なし
- 1: 直径<5mm
- 2: 直径6~10mm
- 3: 直径11~15mm
- 4: 直径>15mm

■ 浸出液

- 0: 浸出液なし
- 1: 漿液
- 2: 漿液血液状
- 3: 血性
- 4: 膿性

■ 硬結

- 0: 硬結なし
- 1: 直径<10mm
- 2: 直径11~20mm
- 3: 直径>20mm

■ スコアの合計が8点以上、もしくは明らかな膿汁の流出が見られたときに「感染あり」とする。

PEGのcomplicationとしての定義

< 創感染・瘻孔感染 >

- 膿瘍・排膿があれば確定。
- 発赤・腫脹・硬結・疼痛等があり、「感染」と診断し、抗菌薬投与や局所の処置、胃瘻使用の中止・延期を行った場合。
- PEGの創感染・瘻孔感染について、Jainの基準が存在している。

< 誤嚥性肺炎 >

- 造設手技に関連した誤嚥性肺炎。
- 経腸栄養剤の逆流(嘔吐)と誤嚥。

去る平成15年9月27日、秋風薫る大分県別府市ピーコンプラザにおきまして、第8回HEQ研究会を開催させていただきました。今回は、HEQ研究会のHome health care, Endoscopic therapy, Quality of life に関して、各分野のリーダー的存在の方々にご講演いただくことができました。日本消化器内視鏡学会理事長の丹羽寛文先生、日本褥瘡学会理事長の大浦武彦先生、亀田総合病院地域管理部の小野澤滋先生のご講演には、会場は参加者で溢れるほどの大盛況でありました。

HEQ研究会 九州から北海道へ バトンタッチ

演題は55題を数え、参加数も過去最高の600名近くとなり、盛会裡に終了することができました。

今回は九州で初めてのHEQ研究会開催でしたが、その反響は大きく、この分野の関心度は社会のニーズに応じてますます高まる一方です。来年度の開催は北海道となっており、大分と同じく初めての開催であり、必ずや盛会になるものと確信しております。HEQ研究会がさらなる発展を遂げますことを祈念申し上げます。

大分大学医学部第一外科 北野正剛

北野正剛教授が主催された第8回HEQ研究会を引継ぎ、平成16年9月25日(土)札幌コンベンションセンターに於いて第9回研究会を開催させていただきました。9月の北海道は爽やかな秋晴れの続く絶好の季節で、おいしい空気(無限)食(食べ物が)、飲み物(札幌ビール、十勝ワイン)に恵まれ、体も心も洗われます。

研究会では、その方面のご経験が深く、またご見識の高い方々からのお話を伺いつつ、会員の皆様に「生の体験」をありのままに語っていただき、お互いの知恵

第9回HEQ研究会 北海道でお待ち申し上げます

を寄せ合う会に出来たらと願っております。もとよりHome health care、Endoscopic therapy、Quality of lifeは医療関係者だけでなく、家族の皆さん、ボランティアの方々のお力添えがあつてはじめて達成されるものです。

当日はどなたでも参加できる開かれた会とすべく、2500名収容可能な札幌コンベンションホールを予約しました。全国の皆さん、勉強とリフレッシュを兼ねて是非、北海道へお越し下さい。心を込めてお待ちしております。

北海道大学病院第一外科

PEG海外事情 -4-



横のつながり

ドイツにはまだ無い? P D N



筑波大学臨床医学系小児外科
文・写真 雨海照祥

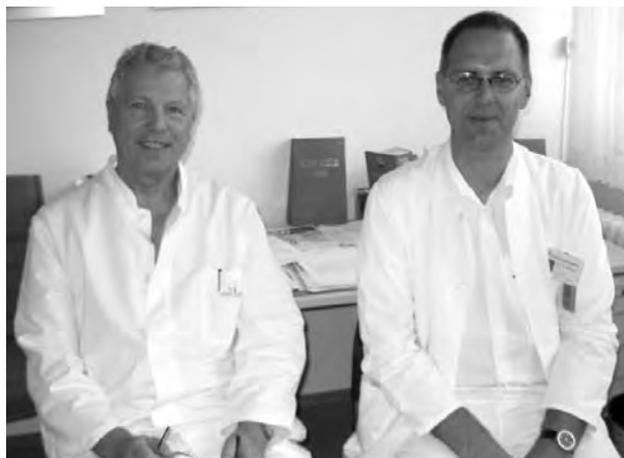
2003年、夏の終わり、遠路はるばるドイツから日本のPEG事情を知りに4人のドイツ人が日本を訪れたこと、前回の本紙でもご紹介した。その際彼ら、勿論このPDNの理事長、鈴木先生のところをも訪れていた。鈴木先生の前座として、その前日、彼らはお互いに寄つてくれた。縁は奇なもの。一度の出会いを通して、今回その4人のうちのひとりドーマン氏が活躍する施設を訪問する機会をつかった。その際に見たドイツPEG事情を今回は報告。

ミンデンのアジエンダを追う

ミンデン総合病院、消化器病科のドーマン(D)氏。なんと彼私(雨)と同行のN氏の2人のためだけに、その日の予定表(アジエンダ)を作つてくれていた。それも夜まで。そのアジエンダに沿つて彼らのPEGを追つてご紹介。

謙虚・真面目なドイツ医師たち

極度の多忙を極めるD氏が、日本からの、ただ一度会つただけの来訪者のために、恐らく夜の自分の時間を削つて作つたに違いないPCスライド。そのPCを



北ドイツの知る人ぞ知る(あたりまえか?)ミンデン総合病院、ドーマン先生(右)と彼のボス

が作つた今日だけのためのプレゼンを見て、教授も同席し4人で討論。ときおりする質問に、心から謙虚な彼を確かめた。「以前に栄養士さんのため、セミナーをやつたんですよ。あれはそう、今から丁度10年前ですね」奥ゆかしい教授の、きつと誇りに思うセミナーだつたに違いない。

ドイツにはまだ無いPDN

さて、D氏その朝のドイツ栄養事情に関するプレゼンは、栄養ケア全般、ドイツ国内全般にわたつた。そこでわかつたこと。ドイツには国レベルのみならずが持つようなPEG組織がまだ無い。国レベルのPEG組織の有無―これはその国の、栄養ケア・医療ケアのレベルの患者からの評価判定基準なのではないかと勝手にいふ。

しかしその一時の妄想、D氏の10数分のプレゼンで、簡単に砕け散る。D「私の施設でのPEGの年間経験数、それほど多くはありませんが約500例」

その彼らの数だけでなく、D氏のいつもの、飾り気のない語り口がいい。純朴で裏がない。彼ほんとにこの数字を少ないと思つている様子。

D「ドイツ国内で、いまPEGの横のつながりを作りたい」雨(日本は? PDNがあるじゃん、ね)」

やっぱり鈴木ちゃん、失礼、鈴木先生のPDNは、世界の先を行つている。

医師が撮影台の上につつ伏せ?!

彼の病院でも、順調にPEGをこなす彼らは優遇されている。特別に配られた時間帯、彼らは

自分達の患者さんのため、自由にレントゲンの部屋を調整し、患者さん達との情報交換を行つていた。その時間を見学。

雨(透視の絵、左右、逆じゃない?)年間多数のPEGを経験する彼ら。ひとりひとり、ひとつひとつの工夫がPEGを命の綱とする患者さん達の命にしっかりとつながつている。あとで尋ねたら、そのときの操作によって、左右逆にしたり、しなかったり。

この日の1例目の患者さんPEGのポート(腹壁の孔)から十二指腸経由で空腸にチューブを挿入。その際、自分が撮影台の上につつ伏せのイメージで操作する方が彼はやりやすいのだそう。たしかに胃内にはいつたチューブを進めていく際に、横で操作する自分の体をくねくね汗をたらたら垂らしながらの内視鏡。彼の頭の中、自分が消化管の中を駆けめぐる。イメージは大切ですねえ。自分の腕ひとつで患者さんを守る職人芸。これまた人の気持ちを架け橋として、ドイツも日本も同じと感じた次第のお粗末。

成長期の栄養を支える小児のPEG

そのあとボックス・ランチ。お



ドイツでも活躍の小児PEG (通称ちびベグ)



大きな病気と果敢に戦うドイツの戦士フランシスカちゃんにとってPEGはつよ〜い味方。そしてお母さんももちろん大きな味方!

つまみ手術は見るもの なのだから

この日の午後は、ある栄養関係の会社が数年ぶりで新製品ビデオ、D氏が主演の日。ビデオは私たちがミンデン小児病院を訪れているとき、すでにスタートしていた。この日はPEG新製品によるPEGの作成。

患者さん、あなたは段々眠くなる。麻酔がかかり、ビデオ撮り用、特別に深い眠りの真つ最中。勿論、前日までにインフォームドコンセント(ICC)がなされていた。ただこの日の朝、1件ドタキャン。そのニュースを携帯で聞き、そのときはちよつとブルーだったD氏。恐らく自分のおこなったICCが、充分に患者さんを満足させられなかったと、自分を責めていたかも知れない。



ドーマン氏(写真向こう)、PEG新製品でビデオ作成中。疲れたって。その晩、ワインでリフレッシュ!

「日本のPEGの患者さん達へ...」あなた達はとも技術の高い日本の医療の中で、PDNという、これまた極めて先進的な活動の中、毎日楽しく暮らされることに敬意を表します。PEGによる栄養ケアの重要性、国が変わっても、変わることはありません。あなたのPEGが、あなたの大切な生きるツール

あなたの感性を あなたの主治医に

というわけで、全然お役に立つ情報を提供できずに恐縮だけど、ここの稿を終わることにする。

...? おっと待った!ドーマン氏から日本のPEGの患者さんへの大事なメッセージ、お伝えするのを忘れるとごだった。お伝えします、皆様に...

であることを、どうか忘れないでいてください。そして、日本のPEGの社会が進化し続けるならば、その原動力は、あなたの感性があなたの主治医に伝わることです。つねにあなたの感性、感じたことを、あなたの目の前の医師に発信してください。それがあなたの後に続くPEGを必要とするひとのために、さらにはあなたのためになるのですから」 By Dorman

ドーマン氏の自宅での夕食とワインセラー

D氏の奥さんは精神科医のメニューは覚えてる。パートタイムでクリニックに勤務。実はD氏から事前には暗い(日本の夜が明るすぎがいい?)と聞かれ、他人の迷惑顧みず、ミンデンの家の中を見たいという、ご自宅のご馳走を選んだ次第。その日のメニューが気になるのでしょ...。ならない?じゃあ、いわな...。気になる?でもいわな...。じゃあどっちにしても言わな...。いやない。



写真提供: 医歯薬出版 西谷 誠氏

注:ドーマン氏の英語の、まじめで微妙な感覚を充分にお伝えすることができずに恐縮です。ここで使ったことばが、きわめてあまがい流になっていることをお許し下さい。それでも彼のまじめさが、少しでもあなたの心に届いたならば、彼もきつと喜んでいてあります。そのことが本稿の、本当の狙いであつたのですから。ごきげんよう、さようなら。

もしかしただの回り道。でも納得の選択。

小山朝子(東京都在住)

祖母の在宅介護を続けながら、ノンフィクションライターとして活躍。最新刊『朝子の介護奮戦記』まどか出版。



経鼻栄養で始めた在宅介護

現在、私は要介護5の祖母を母と二人三脚で介護しています。そもそも、祖母が立つことも、歩くこともできない現在の状態になったのは6年前の平成10年のことです。突然発症したクモ膜下出血が原因でした。浴室で倒れた祖母は、大学病院に運ばれ、手術で一命をとりとめ、車いすですぐ食事ができるまでに回復しました。

ところが、大学病院から転院した老人病院で状態が悪化しました。仙骨部に褥瘡ができ、院内感染でMRSA菌が体にいることが発覚。二六時中、呻吟(苦しむ)の音(こ)し、一時的に無呼吸になることもありました。このままでは命さえ危ぶまれると転院を申し出て、薬をもつかむ思いで東京都老人医療センターへ。ここで喉の部分に穴を開ける気管切開の手術を受けたことで、全身状態が安定し、体調も徐々に回復してきます。しかし、「病院より手厚いケアを望むなら、自分たちでするしかない」と覚悟を決め、母と私は在宅介護へ

向けての準備を始めました。病院では、必要な医療処置を教わる一方、家では介護用ベッドを入れるなどの環境づくりや定期的な往診してくれる主治医を探すために奔走する毎日。私と母が「胃ろう」という言葉に直面したのは、この主治医探しのときでした。

「気管切開もしているし、褥瘡の処置もあるし、これでは家族の負担も大変でしょう。鼻からではなく、胃から栄養を入れたほうが負担は軽くなります」

ある医師からこう言われまし。しかし、このときは胃に穴を開けることが、祖母にとって酷なことであるように感じたのです。結局、私達は別の医師を選び、鼻からの経鼻栄養のまま在宅介護をスタートしました。

試行錯誤で始めた在宅介護も日を追うごとに慣れ、祖母の様態もみるみるよくなりました。そして、私達はなんとか祖母の鼻の管を抜くことはできないものかと考え始めました。というのも、祖母は病院にいたときから、この鼻の管を麻痺のない左手で引き抜いていたのです。そのため、手をベッド柵に縛られてい

たこともあり。祖母が鼻の管に対して無言の抵抗をしているかのように思えました。

在宅介護を始めてからも、祖母のこの行為は続きます。日に二度、三度と管を抜いてしまうことさえありました。

鼻の管の入れかたは在宅介護を始める前に看護師から教わっていたので、私がそのたびに新しい管を入れ直しました。祖母が抜いたら、また私が入れるという、まるでイタチごっこ。私はすっかり鼻から管を入れる「プロフェッショナル」となり、一分もかからずに入れられるようにさえなっていました。しかし技術的なことでは滞りなく行えるようになって、そのたびに胸が痛みました。管を鼻の穴の奥へ突き刺す瞬間、祖母の苦痛に歪んだ顔。その顔を見ることがつらくてたまらなかつたのです。

そして平成12年、在宅介護を始めてから1年後にとうとう鼻の管を抜きました。それからはずりーやヨーグルト、アイスク

経口のみの摂取で水分不足に

そして平成12年、在宅介護を始めてから1年後にとうとう鼻の管を抜きました。それからはずりーやヨーグルト、アイスク



水分とお薬が確実に入れられる安心感

リームなどを口から摂ってもらうことで水分補給をしていますが、ところが、鼻の管を抜いてからしばらく経って、祖母が脳梗塞になり入院するという事態が起きたのです。

脳梗塞は水分不足から起きることもあると聞いていました。なんと口からと頑張ってみたものの、祖母が必要とする水分や栄養が与えられていなかったのかも知れません。

結局、脳梗塞を起したことが原因で、祖母の鼻には再度管が入られ、栄養と水分は鼻から摂取することになりました。

そして、在宅介護を始めて4年めの平成14年、祖母は再び多発性脳梗塞を発症します。祖母に胃ろうを造るべきではないかと真剣に考え始めたのは、在宅介護を始めてから2度目のこの脳梗塞がきっかけでした。

脳梗塞は点滴による治療で回復しましたが、祖母は再び家に戻り、その後もずっと鼻から管を下げる生活が続くのかと思うといたたまれなかつたのです。

私はこのとき胃ろうについてどんなものであるのか、危険はないのかなどの情報を集めました。なかでもっとも参考になったのが、PEGドクターズネットワークのホームページでした。とりわけ、競艇選手として活躍する永

滝芳之さんの記事を読んだときには、祖母に胃ろうを造るかということはもちろん、介護に立ち向かっている私自身が勇気をもらった気がしました。

胃ろうは水分補給のための手段

私達の申し出によって祖母には胃ろうが造られました。すでに気管切開の処置で穴の傷口の消毒は日課になっていた母と私にとつて、毎日の胃ろうの処置はそう難しいことではありませんでした。

始めての胃ろう造設で祖母には、チューブ型のバルーンが適用されました。今後の状況によっては、ボタン型に変えてもよいだろうという指示が出ました。

けれど、始めて胃ろうを作ってから一年半経った現在でも、祖母の胃ろうはバルーン型です。というのも、少々太りすぎで、ボタン型だとおなかの皺にボタンが食いこんでしまう可能性があるからです。

食べるのが大好きな祖母は、今、胃ろうから水分補給をしなから、口でも食事をしています。我が家では胃ろうは水分補給のための手段なのです。

具体的には、家族が慌ただしい午前中だけ胃からの経管栄養にし、昼と夜は口から食事を摂って、昼夜の食後は必ず水分と薬を胃ろうから補給しています。このサイクルは、介護する母と私が一番無理なくできるパターンだからです。

水分が確実に補給できるというところで、家族は安心できます。し、祖母も二度の食事を心待ちにして毎日を過ごしています。朝の胃ろうからの栄養摂取と二度の食事のときは必ず車いすに

座っています。このことが生活にメリハリをもたらしています。野菜不足かなと思ったりときには、青汁を胃ろうから流すことでもあります。母などは「胃からだと苦味も感じなくていいわね」などと冗談を言っています。

胃ろうを利用して無理のない介護を

これまでは、半年に一度、胃ろうのチューブを交換するために入院をしていました。ちなみに、祖母は要介護5で医療的な行為が多く手がかかるために、民間のショートステイなどは利用を断られてしまいました。そのため、胃ろうのチューブ交換のための短い入院期間は、家族にとつてわずかな「骨休み」なのです。けれど、その骨休みも、もうなくなってしまうました。この前の交換で、新しくバルーン型のチューブに変えたため、入院を必要とすることなく、普段往診にきている先生が在宅でチューブ交換できるようにしたからです。祖母にとつては入院をしなくてもすむので嬉しいことなのでしょうが、骨休みを心待ちにしていた母の心境は正直、複雑なようです。

経管栄養を利用しながら、本人も家族も無理のない穏やかな介護生活を送る選択は誰も否定できないのではないのでしょうか。在宅介護は家族が主体なのです。「チューブはずし」が本人や家族にとつて負担になるのなら、無理して行う必要はないのではないのでしょうか。これは、かつて無理をして鼻の管を抜き、その結果、祖母を水分不足の状態に陥らせてしまった経験をした私の感想です。

それならば、在宅介護を始め

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

母と私の介護は迷いの連続です。迷って迷って自分たちで導き出した回答が、ときとして正解ではない場合もあるかもしれません。けれど、その経験が糧となつて、次に降り掛かるかもしれない難題へ立ち向かってゆけるのだと信じています。

母と私の介護は迷いの連続です。迷って迷って自分たちで導き出した回答が、ときとして正解ではない場合もあるかもしれません。けれど、その経験が糧となつて、次に降り掛かるかもしれない難題へ立ち向かってゆけるのだと信じています。

HEQ研究会のご支援に感謝

NPO法人PEGドクターズネットワーク事務局長 二宮 英温

NPO法人PEGドクターズネットワーク(PDN)が設立されて、本年四月には三周年を迎えます。振り返れば試行錯誤、暗中模索、トライ&エラーの三年でした。途惑う患者・家族に、胃ろう情報を提供するためPDNは船出したのですが、NPO法人の設立そのものが、いささか唐突であり、準備不足を内省する日々だったのです。PDNはある日勝手に名乗りをあげたことも事実であり、一般的な認知には時間を要しました。

活動を始めてまず直面したことは、情報提供は単に胃ろうの啓蒙・普及の問題に止まらないという厳しい現実でした。PDNの活動が広くマスコミに報じられるようになったとき、患者のご家族から「胃ろうは簡単だ」という安易な発信をしないでほしい」という苦言をいただきました。「胃ろうのメリットを信じて胃ろうを造ったが、患者・家族は孤立している」という現実に対するお叱りでした。

事実、胃ろう造設者の急増に追いつかない社会体制の不備が顕在化し始めていました。胃ろうと栄養の解決すべき課題は、単に胃ろう(PEG)という新しい栄養法の紹介だけでなく、医療、介護、福祉、保険、倫理、制度に及ぶ社会問題でした。胃ろうは唯一の生命維持装置として選択されることも多く、医療者は患者の個性と対峙し、全人的なかかわりもつことを求められ、時には、患者・家族の人生観、世界観をも洞察しなければならぬ困難な局面と向かい合います。こうした患者、家族の声を真摯に受け止め、問題解決の発信をすることの難しさに、PDNが途惑いを感

じたことも事実です。 目前の問題を乗り越えるために、PDNは「ホーム・ページ」、「胃ろう手帳」、「PDN通信」、「専門書」の出版と、活動媒体を広げていきました。現在も着手しなければならぬ課題が山積しておりますが、これから取り組む活動も全て包括して「PDN広場」というスローガンを掲げることになりました。

PDN広場の意味するものは、医療従事者、患者・家族、行政、企業など全ての人が集まり、胃ろうと栄養の情報を、誰もが発信し、誰もが受け取れる情報広場をイメージしています。患者・家族の受益が目的で、ここにはいかなる学閥、医療閥、企業色も介在していません。 HEQ研究会の比企能樹代表世話人並びに多くの先生方には、PDN設立当初より、理事として参画していただき、PDN広場の発

展にご尽力いただきました。特に比企先生には、大局に立った提言や励ましをいただきました。 この度、曾和融生先生に代表世話人をバトンタッチされることになりましたが、この場をかりて比企先生に深甚の感謝を申し上げるとともに、今後とも変わらぬご指導を賜りたいと存じます。

新任の曾和先生、世話人の鈴木博昭先生には、早速PDN代表理事鈴木裕先生との新春鼎談をお受けいただきました。この鼎談で、PDNへの期待や今後の課題をお示しいただいたことは、誠にありがたく、甚だ意を強くいたしました。特に、HEQ研究会がもたらす胃ろうと栄養の成果を、患者・家族の側に立つPDNから、わかり易く情報発信するという役割分担をご提示いただいたことは、光栄であると同時に、使命感の重大さに身の引き締まる思いであります。PDNはこれを契機として、HEQ研究会のご指導を仰ぎながら、人口に膾炙する情報提供の役割に努めたいと存じます。同時に、医療・介護の現場ニーズを汲み取り、HEQ研究会にフィードバックすることもその責務と受けとめ、PDNの今後の活動に生かしていきたいと思

います。 また鼎談では、Web上に登録された医療機関とのSOHOの情報システム構築とその活用について提言をいただきました。 医療機関登録はPDN設立初期より取り組んで参りましたが、昨年11月末には500機関を超えました。介護保険の運営



ご協賛・ご支援、誠に有り難うございました。
渡辺 浩代様 1万円
(2003年9月1日~11月30日)

また鼎談では、Web上に登録された医療機関とのSOHOの情報システム構築とその活用について提言をいただきました。 医療機関登録はPDN設立初期より取り組んで参りましたが、昨年11月末には500機関を超えました。介護保険の運営

いままPDN広場に参加する人々は、日々増加の一途をたどっています。PDNの今後の活動は、『PDN広場』の更なる活性化と拡大です。そのためには、専門職の各位が、それぞれの立場からイニシアチブをとっていただき、価値ある情報広場をお育ていただくことを願ってやみません。

胃ろう造設者はすでに20万人を超え、なおも毎年20~30%の増勢が続いています。今後も胃ろう(PEG)についての正しい情報が全国的に求められますが、これに対応する社会環境はいまだ十分とは言い難いと云えます。知識不足、情報不足で途惑うのは患者・家族ばかりでなく、医療・介護にたずさわる人々でもある筈です。

編集後記

餅もすき酒も好きなり 今朝の春 虚子

毎年の事ながら、積み残した課題のあれこれに思いを致し、多少の達成感と共に、まだまだNPO組織としての力不足を痛感しております。

幸いにも今年にはHEQ研究会の比企代表理事より巻頭のお言葉をいただきました。鼎談では次期代表理事の曾和融生先生、理事の鈴木博昭先生よりPDNの進むべき方向と活動に対して示唆に富むご助言と、HEQ研究会の全面的協力と支援のお約束を頂きました。鈴木代表理事はじめスタッフ一同大変にありがたく、心強い仕儀と感謝しております。

去年今年 貫く棒の如きもの 虚子

正月といっても特に改まった一日があるわけではなく、旧年から連続の一日、いちにちを地道に消化して行くつもりです。本年も読者のみなさんのご支援とご愛読を、心より願います。(谷口)

第19回日本静脈経腸栄養学会(JSPEN)

—進化し続ける栄養学Up-to-date—

会長：高木洋治(大阪大学医学部保健学科 母性・小児看護学講座)

会期：平成16年1月29日(木)・30日(金)

会場：グランキューブ大阪(大阪国際会議場)
〒530-0005 大阪市北区中之島5-3-51
TEL06-4803-5555 FAX06-4803-5620

- 合同シンポジウム 「NSTのあり方—病院規模別における理想と現実—」
- パネルディスカッション 栄養部：メディカルフードについて 薬剤部：NSTへの参加のために 看護部：クリティカルパスにおける 栄養管理と看護師の役割
- 一般演題(口演・ポスター) / 教育セミナー / 共催企画
- 事務局：大阪大学大学院医学系研究科小児外科講座 山東勤弥
〒565-0871 吹田市山田丘2-2 D6
TEL06-6879-3756 FAX06-6879-3759
- 葛西森夫記念講演 岡田 正(大阪府立母子保健総合医療センター)
- 武藤輝一記念教育講演 谷口直之(大阪大学生化学・分子生物学講座)
- 国際シンポジウム 「静脈栄養における脂肪投与のコンセンサス」

長さは50cmと75cmの2種類

価格 1本1,500円 送料別

PDN プラシ 製造・発売 NPO法人PEGドクターズネットワーク TEL 03-6228-3611