

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙

PDN通信

第8号
2004 Jul

発行所 NPO法人PEGドクターズネットワーク
 発行者 代表理事 鈴木 裕 (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

PDN「胃ろうと栄養」セミナー



東京都墨田区役所

1311会議室

去る四月二十六日、墨田区訪問看護ステーション連絡会とNPO法人PDN共催の「胃ろう(PEG)と栄養」セミナーが、墨田区役所1311会議室で行なわれた。夕刻六時から九時まで、三時間の勉強会には約七十名が参加、そのほとんどは看護師さんであった。

冒頭、協力いただいた墨田区役所介護保険課井上俊策課長が墨田区における介護保険給付と利用者の急増について現状説明があり、医療と介護の連携の大切さ、看護・介護技術の向上のため、このような勉強会を支援していきたいとの挨拶があった。

セミナーは、PDN代表理事鈴木裕(慈恵医大外科講師)が胃ろう(PEG)の手法、胃ろう造設時、および造設後の合併症、栄養管理としての胃ろうのメリット、胃ろう交換の問題点、インフォームドコンセントなど基礎的講座、そのあと「訪問看護ステーションしらひげ」の望月あづささんが、豊富な体験をもとに胃ろうケアと栄養管理の実践的な講演を行なった。

今回のセミナーは、望月さんからPDNに、セミナー共催の申し入れがあり、墨田区役所のご協力により実現した。これまでもPDNへのセミナー協力の要望は多く寄せられていたが、この機会をPDNセミナーの全国的展開へのステップと捉え、少ないスタッフが一丸となって準備にとりかかった。

セミナー終了後のアンケート集計で好評をばくしてほっと



訪問看護ステーションしらひげ 望月あづささん

PDN代表理事 鈴木裕先生

墨田区役所介護保険課 井上俊策課長

すると同時に、今後につながる確かな足がかりを掴んだ(グラフ・二面)。望月さん並びにご協力いただいた関係者に感謝したい。

セミナーの内容は紙面の都合で割愛せざるをえないが、ここでは当セミナーが開催された背景と今後のPDNの取り組みについて述べたい。(二・三面)

● 主な記事 ●

- 4面 在宅医療の現場から⑧
- 6面 胃瘻に関する医療事故に思う
- 8面 胃ろう周囲のスキンケア
- 10面 PDN談話室 Webセミナー⑦
- 12面 地域連携カンファレンス⑧
- 13面 胃瘻造設者のトータルケア
- 16面 特別寄稿
- 17面 患者家族体験記⑦
- 18面 湘南在宅ケアセミナー
- 19面 PDN広場
- 20面 医療機関リスト(新規登録)

BOOK SHELF

一人ひとりの胃ろうの戸籍簿
胃ろう手帳



PEG ドクターズネットワーク 編

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

B5判 32頁 500円

胃ろうへの理解を深める

PEGを味方にすれば町医者は病院に負けない!

小川医院院長・小川滋彦 著



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

四六判 300頁 1890円

お問合せ・ご注文はPDN事務局まで。

TEL : 03-6228-3611

FAX : 03-6228-3730

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

「PDN ショップ」からもご注文頂けます。

看護・介護職は、胃ろうによる長期栄養管理の要(キーパーソン)

胃ろう(PEG)による長期栄養管理は、現在約二十万人が適用になっており、いまなお全国的な規模で急増している。ところがこの普及に反して医療・介護環境は未整備で、情報不足の弊害が顕在化している。胃ろうの医療・介護現場に追いつかない受入体制のひずみといえよう。

胃ろうによる長期栄養管理は、医療と介護の親密な連携が必須条件となる。インフォームドコンセント(十分な説明と同意)を行ない、医師が胃ろうをつくる。そして術後の長期ケアは、看護・介護職や家族に委ねられている。介護にかかわる看護・介護職が正しいケアの知識とスキルを持たなければ患者・家族は孤立するしかない。胃ろう造設において、コ・メディカルの果たす役割は大きく、重い責務を負うという構図である。

医師は胃ろうの利便性を正しく伝えて、患者・家族にインフォームドコンセントを行い、胃ろうの選択肢を提示する。差

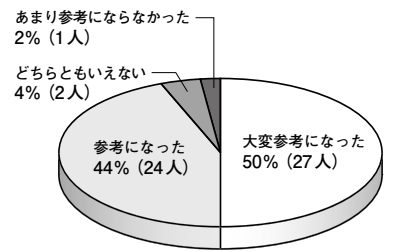
し迫った患者・家族は説明されてもその時点で介護の現実を想像できない場合が多い。「鼻のチューブがおなかの小さな口か」と問われると、いまや20万人の胃ろう造設者と年率20~30%の普及と聞けば、手術を希望するのは人情である。事実、手術を

スキルアップは、自助努力にまかされている

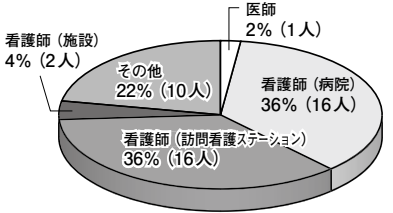
自分の職責を果たすために、看護・介護職が取り組まなければならない知識と技術の習得は、もっぱら自助努力に任せられているのが実情のようだ。こうした自己研鑽は、多忙で時間の余裕のない職業柄であれば、なかなか厳しい状況に置かれることになる。企業や団体によるセミナーやシンポジウムは、これまでしばしば行なわれてきたし、現在も続けられているが、いまだ全国的規模で、身近に習得で

受けた多くの患者・家族は胃ろうのメリットを享受している。しかし長期栄養管理が安定飛行に到達するまでには、いくつかの紆余曲折があることも否めない。たいした問題でなくても不安を感じた患者・家族がまず問いかけるのは、身近な看護・介護職であり、看護・介護職はその問題解決に取り組まなければならない。さもなければ、患者・家族は孤立し、看護・介護職は信頼を失いかねないからだ。

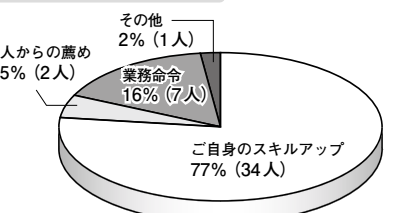
1. 今回のセミナーの内容はいかがでしたか?



2. 職種をお教え下さい



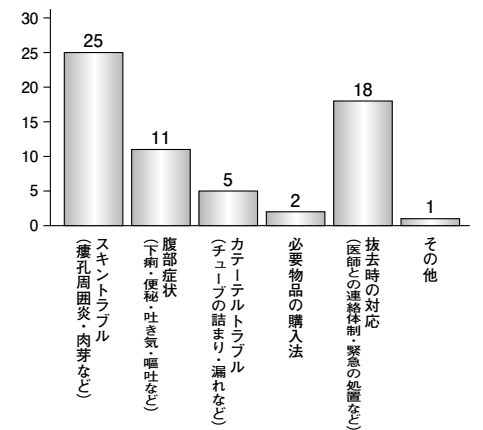
3. 参加の動機をお教え下さい



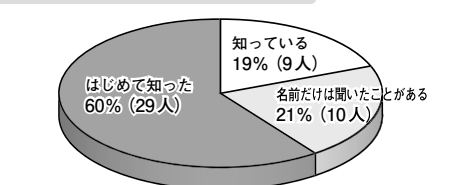
4. 今後どのような内容のセミナーをご希望ですか?

褥瘡、IVH管理、救急対応、他

5. 胃瘻のケアで困っていることがありますか?(複数回答)



6. PDN及びその活動をご存知でしたか?



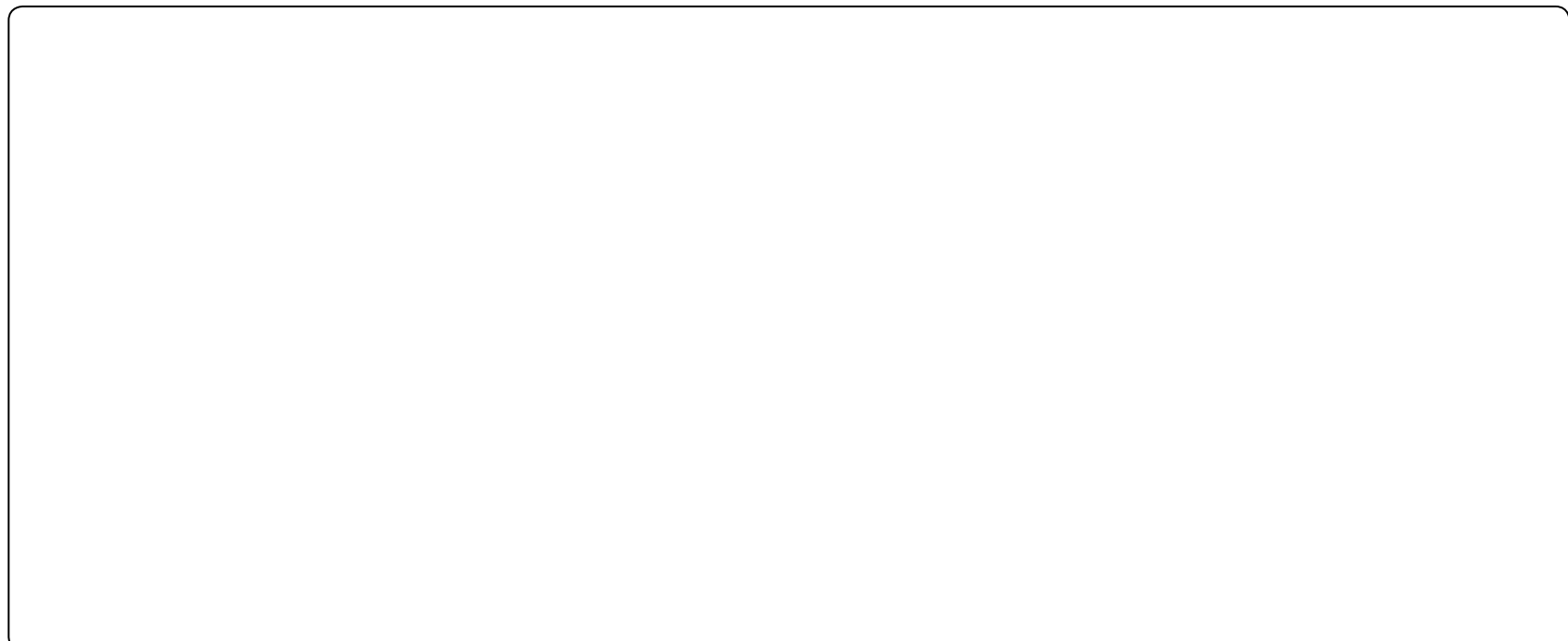
療・介護環境が整って、病診連携など一歩先んじた地域も少なくない。同じく、介護施設・東西南北で紹介した大田区の特養たまがわや世田谷区の特養さつき荘の例に見られるように、介護施設でも積極的に胃ろうの受入をしているところも増えているが、全国を俯瞰すると地域格差や施設格差

は明白といえよう。こうした格差をなくし、全国一律にどこでも胃ろうの医療・介護が受けられるような環境整備が急がれる。悪条件のなかで、看護・介護職が取り組む前向きな努力も、自分のためとはいえ、官民一体となった支援体制の仕組みづくりも視野にいれてほしい。

PDN二年間の取り組み —PDN広場 HP、PDN通信、 ネット上まPDNセミナー

さて、NPO法人PDNは、四月に設立四年目を迎えた。設立して間もなくホームページ(<http://www.pdn.jp>)を開設し、WebにPDN相談室を設けた。知名度のないPDNのホームページには、当初、数えるほどのアクセスしかなかったが、最近では毎日400~500ものアクセスをカウントしている。す

で延べ20万件を超えるアクセス数だ。相談室に寄せられる質問も1000件に達し、多くの方々から感謝の声が届く。この相談室の回答者は、胃ろうと栄養の医療従事者であるが、すべては報酬のないボランティアで支えられている。望月さんも信頼の厚い回答者のひとりである。



じ質問が繰返されたり、極めて専門的な質問が登場したりとバラエティに富んでいる。次々と新たな胃ろう患者やその家族、また介護スタッフが参加し、相談室は幅広い層に活用されている。痴呆症などと同様に論じられる高齢化社会の側面が伺える。NPO法人設立当時に問題解決に取り組んだ同じことが、日々増幅されているといってもよいだろう。

P D Nの活動を総称して「P D N 広場」と呼んでいる。誰もが自由に参加できる広場であり、必要な情報入手し、気軽に相談できる雰囲気大事にしている。広場を有益な井戸端会議の感覚に保ちたい。

P D N広場の媒体には、ホームページの他に、季刊のP D N通信がある。「胃ろうと栄養の情報紙」として定期購読者が増えている。年間4回の発行で、今回が第8号となる。この二媒体に今回P D Nセミナーを加えることになった。

P D Nセミナー、今後の展開

小規模ではあったが、墨田区でのP D Nセミナーの反響は大きく、早速各地から問い合わせがあった。一方で、P D Nセミナーを支援したいという嬉しい申し入れも多々あった。こうした声に応えて、いまP D Nではセミナーで使用する「胃ろうと栄養のテキストブック」の作成にとりかかっている。これまでのセミナー体験を踏まえ、テキストブックは看護・介護職を主対象とし、医師と看護師各一名の講師が三時間以内で講演するフレームを想定、これに開催者の地域特性にあった創意工夫を加味できるような内容にしたい。

今後の展開

これまでP D Nに収集されたスチール写真、動画、イラストなどを集大成し、パワーポイントで作成、CDに収めて郵送する方式をとりたい。

セミナーは胃ろう造設とその後のケアについての総合的、実践的なものでなくてはならない。全国市区町村、医師会、訪問看護ステーション連絡会、ケアマネジャー連絡会などのご協力をいただき、P D Nと共催する形式をとりたい。詳細は追ってWeb (<http://www.peg.ne.jp>) とP D N通信などでお知らせしたい。

H E Q研究会と連携

P D Nセミナー開催は、H E Q研究会の支援なくして成り立たない。胃ろうと栄養管理のレベル向上を図るH E Q研究会とこれを人口に膾炙するP D Nは、同じ目的をもって相互に補完する関係にある。即ち、H E Q研究会が医療従事者相互の医療レベル向上を図り、P D Nは患者・家族、看護・介護職などへの情報提供を行う組織である。両者の関係は、P D N通信5号の新春鼎談で述べられた通りだ。今回のP D Nセミナー開催にあつても早速相談に乗っていただいた。

H E Q研究会は、年一回の総会を開く全国組織である。年々規模を拡大、各地に下部組織が誕生し、実践的な活動をされている。P D Nの理事もほとんどがH

E Q研究会の世話人や幹事であることから、P D Nセミナーの開催には、主導的な役割を担っていただけるにちがいない。

行政は「胃ろうと栄養」のデータベース化を!

口から食事が摂れないか、著しく困難なひと、即ち嚥下障害患者の長期栄養管理法の第一選択肢に胃ろうがあげられ、ここ数年その造設(手術)件数が20万人を超え、年率20〜30%の増勢を続けていることは前述した通りだ。

しかし患者数の推定値は、メーカーの年間キット出荷数が唯一の手掛かりだ。年間30兆円の医療費、同じく6兆円の介護保険給付の中にあつて、胃ろうと経腸栄養に投入される金額は決して少なくはない筈だ。その割には、胃ろう造設者や介護者の実態把握を、行政は看過していいのだろうか。医療・介護のデータ

タベース化が進む時代にあつて、胃ろうの実態把握はITの域外に置かれていく。IT化の最先端にある介護保険制度と緊密な関係にある胃ろうのデータベース化が進まないのは、胃ろう普及の現状認識が希薄であるからではなからうか。患者が急増し、介護にあたる家族やスタッフの戸惑いが把握されず、社会的サポートシステムの必要性が認知されていないという現実を訴えたい。マスコミや行政サイドはリーダーシップを発揮し、問題解決に取り組んでほしい。胃ろうのしっかりした医療・介護の枠組みづくりは待ったなしの時代を迎えている。

年間1000回のセミナー開催と実行可能なプログラミング

身近なところで、看護・介護職が「胃ろうと栄養」の学習ができ、全国どこでも患者・家族が安心できる環境を作りたいというのがP D Nセミナーの目的である。したがって、全国規模のセミナー開催が前提となる。

介護保険の運営母体は3000といわれるが、各自自治体で年間一回のセミナーを開催すると3000という回数になる。確かにこのくらいの規模で開催されなければ成果は期待できないであろう。

この数字が実行可能かどうか

が問題となるが、逆に1000開催を可能にするための方法論をまず模索すべきだと考える。

いま、P D Nが準備をすすめているのが、訪問看護師などの各種団体との共催であり、全国標準のテキストブックの作成である。地域特性にあつた方式、形態を各地の開催者と共に考えた。四月二十六日の墨田区でのセミナーを「墨田方式」と呼ばせていただけでなく、経費のかからない実践的な○○方式はいろいろと発想できるはずである。

胃ろう急増の背景には、超高

参加施設一覧(申込25施設中20施設)

- 賛育会訪問看護ステーション/墨田中央病院訪問看護ステーション/鐘淵訪問看護ステーション/すみれ訪問看護ステーション/東京清風園/すみだ福祉保健センター/こうめ在宅介護支援センター/高石胃腸病院/すみだ共立診療所/白鬚橋病院/訪問看護ステーションしらひげ/訪問看護ステーションみけ/植草学園短期大学/厚生病院/訪問看護ステーション桜/梶原病院/ウェル森永墨田営業所/訪問看護パリアン/中村病院/アースサポート葛飾サービスセンター

齢化社会の進展、介護保険制度施行という社会的要因のほかに、患者さんのQOL向上、医療経済へのインパクト、介護負担の軽減などが挙げられる。

胃ろうによる栄養管理は今後も、在宅あるいは介護施設で増加の一途をたどることは疑う余地がない。

胃ろうは造設してから介護の期間が長い。さすがにいまではこのような非常識はなくなったが、「胃ろうカテーテルは一生ものだ」といわれたなどという笑うに笑えない非常識が患者・家族に伝えられたという話も聞かされた。

安易な普及を図ってはならないという苦情が寄せられたこともあった。それは取りも直さず、受け入れ体制に対する苦言であった。普及と啓蒙を混同してはならないと常に反省している。

一つの医療ミスの背後には、その何倍ものひやりはつとがあるといわれる。どれほど知識とスキルが向上しようとも、医療ミスはある確率で発生するといわれるが、患者・家族中心の最善の医療・介護の模索と努力を怠るべきではない。

まず、年間1000回のセミナー開催を達成するために、関係各位のご指導、ご支援をお願いしたい。

(第8回)

在宅医療の現場から



小川医院 (金沢市) 院長 小川滋彦

照川さんの本!

前回のこの連載で、胃ろう栄養で元気になって東京旅行を果たしたTさんの「社会復帰」のことを「誇らしげ」にお伝えしました。しかし、その記事の中の「元気がなくなった方」「元気になれなかった方」という表現には自分でも少しひっかかりを感じてお

りました。と申しますのは、私の頭にずっと「泣いて暮らすのも一生、突って暮らすのも一生(岩波書店・千六百八十円税込)を執筆された照川貞喜さんのことが離れなかつたからです。照川さんの本は、PDN通信第七号の書評で紹介されていましたの

で、すでにお読みになった方もいらつしやるかもしれませんが、ALS(筋萎縮性側索硬化症)という神経難病のため、人工呼吸器や胃ろうなどの「生命維持装置」の助けを借りながら、本の出版という偉業を成し遂げた方です。手足はまったく動かさず、呼吸も自分でできない状態ですが、光センサースイッチを用いた「伝の心」という障害者用パソコンを駆使して、メッセージを発信し続けておられるそうです。

「恥じる」文化

私は以前から、この国には肉親の延命を願う一方、障害を持つて生きることを「恥じる」文化があるように感じておりました。「恥じる」文化とは何か。それは「人と異なることを忌み嫌う」文化であり、その根底には「自分だけはそうはならない、なるはずはない」という危機管理意識の乏しさが、すなわち根拠のない楽観論があるのではないのでしょうか。

そのいつた社会風土の中で、大半を占める「健康な人」を対象にアンケートをとって、たとえば仮に「国民の大半は自分が障害をもつたら延命治療は望まない」という結果が示されたとしても、そもそも「自分だけはそうはならない、なるはずはない」と思っている人たちが

の意見だとすれば、それを元に形づくられる世論など空おそろしい。きつい言い方をしますと、「恥じる」ということが「人と異なることを忌み嫌う」ことだとすれば、容易に他者に対する「差別」につながりやすい。たとえば、自分が胃ろうを受けようとする障害をもつことを「恥じる」人がいたとしたら、その人は胃ろうを受けている人々を差別することが断じてないといえるかどうか。とにかく、これから福祉削減・医療費抑制の根拠に使えるような世論調査のデータがたくさん出てくるでしょうから、そういったものを鵜呑みにしない「心のトレーニング」をしておかなくてはなりませんね。

さて、近年、医療において「エビデンス」ということが強調されるようになりました。健康志向の高まりと共に、ちまたには星の数ほどの健康情報や民間療法があふれている時代ですから、それがイイと言うなら明確な証拠を出せ!というわけです。それでは在宅医療の現場におけるエビデンスとは何か、と問われれば、それはまさしくエンドユーザーである患者さんご家族の方々

在宅医療のエビデンス

が本当に認めて下さるかどうかが、ということだと思います。在宅医療の現場では、医者の押し付けは通用しません。良いものは良いし、良くないものは続けられない。

最近の胃ろう栄養におけるヒットとしては、「ティッシュコより」と「寒天固形化栄養」が挙げられます。いずれも患者さんご家族に紹介して「これ、イイわあ」とご評価いただき、手ごたえを感じたものです。

「医者役」の務め

「病人役」がいるから 私は「医者役」

私は考え込んでしまいました。私は「社会復帰」だとか「元気になる」といった言葉をあまりに安易に使っていたのではないかと、と。照川さんの「体」は決して元気になったわけではないかもしれないけれど、本を出してご自身の生き方を世に問うておられる。これほどの「社会復帰・社会活動」があるのでしょうか。本には氏のモットーとする「病とみちづれ」「体は不自由でも、心は自由」といった珠玉の言葉が散りばめられておりますが、その中でも「病人役」という言い方が大変印象に残りました。「...なによりも嬉しかったのは、私に『病人

役』の称号(?)をつけて私の生きる価値を見つけてくれたことである...」

役」なのであって、私とその役にありつけるのは「病人役」をやつて下さる方がいらつしやるおかげなのだ、と妙に納得してしまいました。つまり、医者も病人も「役者」として演じているのだと思ふことができれば、自然に相手の立場になつてみたり、相手を思いやる事が出来るのではないかと、もしかすると、照川さんの本は、医者・患者関係を再構築する突破口となりうる書ではないか、なんて思っています。

「病人役」という言い方が大変印象に残りました。「...なによりも嬉しかったのは、私に『病人

快適な「病人役」を演出するのが

「ティッシュより」の工夫

「ティッシュより」は、PDNホームページ上の相談室で活躍中の「平成の二休さん」がご自身の体験から編み出した、胃ろうスキンケアの極意ともいえる方法です。ガーゼは一旦濡れると乾かないため、蒸れてかえって不潔になります。ティッシュペーパー(二枚一組のうち一枚)を対角線で「こより」にして、胃ろうカテーテルの根元に軽く空結びしておくだけで、あちら不思議、ジクジクした感じがとれたきれいな胃ろうになります(図1)。ティッシュペーパーが胃ろうからの分泌物をうまく吸って乾燥し、しかも通気性がある。なんとたつて頻繁に替えても勿体無くないのが良い。「ティッシュより」をつけた患者さんが何かの理由で病院に入院すると、はじめは半信半疑のスタッフの皆さんも、そのうち良さをわかって下さり、他の入院患者さんたちにも「ティッシュより」を採用して下さいます(たまに意固地な病院があつて、旧弊たる「イソジン消毒・ガーゼ保護」にされちゃいますが)。

ただし、「ティッシュより」を結ぶには、外部バンパーが皮膚から2cm以上離れて十分な遊びがあることが条件ですからご注意ください。



ティッシュより

とどろく胃ろうお悩み

私の往診する患者さんのうち七件のお宅では、少なくとも一食は栄養剤の粘度増強あるいは寒天固形化を行なっています。粘度増強食品は稲田晴生先生が考案した方法で、この大胆でシンプルな胃食道逆流予防法に出会った時の衝撃は、拙著「PEGを味方にすれば町医者」は病院に負けな

い！(PDN・千八百九十円税込)でも述べましたように、今でも忘れることができません。私の経験した最初の患者さんでは薬にもするが思いでやってみましたが、とにかく気管切開からの痰の量が多すぎて多い方で、もしこの粘度増強法で良くならなかったら明日は入院です、と介護者の奥さんと約束して使い始めました。するとどうでしょう。夜通し吸引しなければならなかった大量の痰が翌日にはワソのように減ったのです。この患者さんでは、液体であるが故に胃から食道へ逆流した栄養剤が、気管に流れ込んでいたものと思われました。その後、寒天固形化を大変気に入って下さり、「もう二度と液体の栄養剤を使うことはありません」とイリガートル(ポトル)などの点滴セットをすべて返してしまわれたほどです。寒天は相手方の栄養剤の種類を選ばないのが利点で、在宅で保険が利く栄養剤が使用できます。入院した場合は、病院のスタッフに寒天の調理をお願いするのがむずかしく、既製品として

「食事」のように 固形化栄養は

この寒天固形化栄養の具体的手技は、発案者である蟹江治郎先生の最新刊「胃腸PEG合併症の看護と固形化栄養の実践」(日総研・二千九百四十円税込)に手取り足取り、微に入り細に入り、これでもかこれでもか、と解説してあります。調理した固形化栄養剤は、液体の栄養剤を点滴のようにゆつくりと落下させるのとは対照的に、ボラス(手押し)で注射のように短時間で注入します。

私の往診しているご家庭の例を述べますと、一回の食事が五十CCカテーテルチップ型シリンジで十本くらいになりますので、それを三本ほど連続して注入し、約二十分休んで、さらに三本、もう二十分休んで残りを…という具合に行なっています。調理の仕方

はいつしよに台所に立って最初の一回はやって見せて差し上げますが、女性の介護者だと寒天の使用は皆さんお手のもの、固さ加減や調理の手順はその家ごとの好みでアレンジされているようです。

当初の目論みとしては胃食道逆流予防の他に、注入時間短縮・介護の手間の軽減を期待してお勧めしたのですが、介護者の奥さんからは意外な感想が聞かれました。ご主人の顔色を見て声をかけながら、奥さんご自身の手加減で注入するのは、「まるで食事をあげているみたい」とおっしゃるのです。

そういえば人間は普通、液体だけ摂って生きていくわけではなく、先入観を捨てるときが来ているのかもしれない。

緊急発言

胃瘻に関する

医療事故に思う



健生五所川原診療所(青森県五所川原市) 津川信彦

1本の電話から 胃瘻の啓蒙活動が必要だ!

先日、わが診療所に北海道の病院の某院長先生より電話での問い合わせがあった。「津川君元気にしているかね?ひとつ教えてほしいことがあるのだが。胃瘻を造設した後は交換するときに、どの時期にどのようにしたら良いのかなのだが。」あ、それは先生、……なんですよ」

徹底されないう造設後の管理

電話の先の院長先生は、私が胃瘻を始めた1987年3月当時、病棟の指導医長だった。内視鏡、消化器病、血液疾患、がん化学療法などを先生の下で学び、医学の基本から患者様への対応など、医師の職業倫理をたたきこまれた先生だ。その先生の病院にまでついに胃瘻が普及したことに、大変大きな喜びを覚えた。

しかしまた一方で、胃瘻の正しい維持管理についてはまだまだ

十分に理解していただかず、少し寂しい思いにかられた。こまめに胃瘻が全国的に普及するようになるにつれて、内視鏡分野のみならず、さまざまな分野の先生から注目されるようになったもの、胃瘻に関する正しい情報が届かない状態でおかれている現実。その中で暗中模索していることを聞き、これではまだまだ胃瘻の正しい普及とはいえない、もつと声を大にしていろいろな機会を通じて啓蒙活動を続けることが大切だ、と更なる勇気がふつふつと心の中から湧き起こってきた。

帳が完成している。

しかし当時の内視鏡医の中では「造設は簡単であるがその後どうなったのか知らない」「その後のフォローはしていない」「皮膚トラブルは分野が違ふ」、などさまざまな意見もあつたため、PEG術後後期合併症の問題点を術後5年間フォローし、明らかにしてきた。

私は他の内視鏡医から「胃瘻は家族の理解が大変」「看護の指導が大変」など言われ続けていた。そこで、胃瘻を普及するためには医師よりもまわりの人々に理解してもらうことが先決であり、その条件整備が大切であると考えた。看護マニュアルや胃瘻造設を受ける患者・家族のためのビデオなどを、自前で素人ながら手がけてきた。そこでは医療をうける側への説明や患者様と医療者の協同の営み、という胃瘻造設を提唱した(これらは今日では大きく発展し、PDN発行の「胃ろう手

『医師は女性患者に胃に流動食を入れるチューブを再挿入し、確認をしないまま帰宅させたが、挿入が不完全で腹腔に流動食が入り、腹膜炎を死に至らせた疑い。』

『女性患者の腹部に誤って流動食用のチューブを差し込み死亡させたとして、業務上過失致死容疑で横浜地検川崎支部に書類送検した。調べでは男性医師はチューブを胃に入れて流動食を補給していたが、チューブを交換する際、誤って腹腔内に差し込んで流動食を注入。このため女性患者は汎発性腹膜炎になり、死亡した。男性医師は「私のミスでこのような事態になってしまった」と因果関係を認められている。』

『流動食注入用チューブの交換ミスで女性患者を急死させたとして、業務上過失致死の疑いで四十六歳と五十一歳の男性医師二人を書類送検した。調べでは、二人は胃に流動食を投与するチューブの交換に失敗。気付かないまま流動食を注入したため、流動食が腹腔内に漏れ容体が急変、女性を敗血症で死亡させた疑い。』

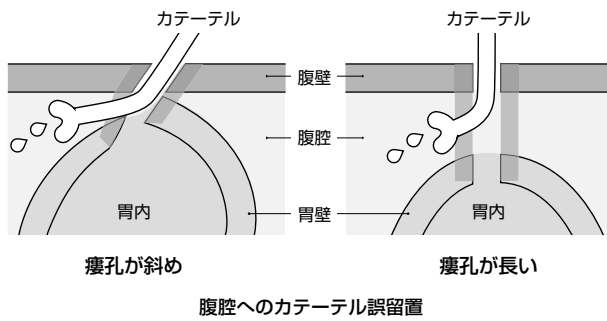
1996年にはPEGと在宅医療の全国組織の学術集会としてHEQ研究会(初代代表世話人・比企能樹北里大学名誉教授)が、2001年には「一般市民とPEG」のかかりとしてNPO法人PEGドクターズネットワーク(PDN)が設立された。また、近年、医師会雑誌にもPEGがとりあげられるようになってきたものの、医師界全体としては、残念ながら胃瘻はまだ理解してもらえていないマイナーな存在である。そこで著者の私見をのべてみたい。

基本は安全な技術の確立

著者らが1987年3月より津軽保健生活共同組合健生病院でPEGを導入し始めた当時、一時、内視鏡学会でこれは画期的な内視鏡

胃瘻造設術は栄養のルートをとる大切な手術である。手術ゆえに他の手術同様安全を期して行われるが、一定度のリスクを背負うことになる。一見造設やカテーテル交換がうまくいったように思えても、十分な確認動作を怠ったばかりに留置カテーテルの誤挿入から栄養剤を腹腔内に注入する結果となり、腹膜炎を惹き起こし、さらにとりかえしのつかない致命的できごとになり不幸な転帰に至った例がこれらの事故である。

それに対して医師個人の責任を求めても問題が正しい解決の方向に教訓をひきだすことにならず、さらに問題点を矮小化して胃瘻そのものを悪者にする風潮になることが危惧される。



的手術であると絶賛された。しかし同時期に日本に導入された腹腔鏡的胆嚢摘出術がさらに全国的発展したのに比べ、偶発する諸問題点

を学会で明らかにする研究者が少なくばかりに、胃瘻のマイナスマ面が浮き彫りになり、それを相談解決する研究会もないため、なかなか知識の集積ができていないことは、全国的に普及しなかった歴史を見れば明らかで、前述のHEQ研究会設立の機会を待つことになる。

著者のように黎明期から胃瘻に取り組んできた者には、教えてくれる師匠が不在であったから、ずいぶん遠回りをしていったと思う。しかし現在では内視鏡の名人は数多くい

胃瘻事故の原因を考える

胃瘻造設には、外科的造設とX線透視下経皮的胃瘻造設と経皮的内視鏡的胃瘻造設の3種の方法があった。

透視下法当時は、透視のできる施設で経鼻胃管を挿入・送気して胃をふくらませ、穿刺して穿刺ルートを造設方法が行われていた。この方法の問題点は、穿刺部の決定がむずかしいこと、終了時の胃内の留置状態を確実に確認できにくいこと、である。今ではPTEG(経皮経食道胃管挿入法)に発展し、内視鏡を用いず、穿刺しても破れない特殊なバルーンを目標に食道に超音波で誘導して穿刺ルートを確実にしている。

しかし何となくとも内視鏡の利点は、試験穿刺から確認でき、穿刺ルートを確保でき、さらに終了前の内視鏡再挿入の操作で、内部バルーンがくるくる回る程度におさえることを確認できることである。

ところが内視鏡を使用しなくても交換できるカテーテルは、このメリットがない。つまり交換後内部バルーンを位置を確認することが必要になる。

胃の内容物を吸引する方法では胃液が少量の場合は引けてこない。

る。普及用のビデオもあるし、手技をまねることは可能である。学会などで、名人の手技を見聞することも大切なことである。

また治療のテクニクの向上は、自らの多数の経験を積み重ねるとともに、他人の失敗を他山の石として活用することに尽きる。基本となる安全な技術を確立することから、スタートすべきである。決して自己満足に陥らず、常に試行錯誤しながら日々、自己研鑽すべきものである。

また胃瘻から空気を送って音を確認する方法では、瘻孔が破壊されて腹腔内に誤挿入された例でも音は聞こえる。空気を送るなら、あくまでも経鼻的に胃管を挿入して確認することである。またX線で位置確認することもあるが、これも本当に確実に入っていることを確認するには造影剤を使用し、胃の粘膜炎を撮影記録することになる。いずれもきっちり再挿入できたことを確認し、証拠を残し、手術後の安全を確認して終了することが大切だ。

これらの基本を諸般の事情で省略すると、それが善意によるできごとでも、悪夢へと転落するのである。

次に事故が発生したときの対応であるが、万が一事故が起きても、すばやく対応することにより、不幸な転帰を避けることは出来る。再挿入の手術が終了した時点でバイタルが安定しているのが普通である。

問題はチューブを通して栄養剤が入るところから発生するので、これまで経験のある看護師に体調の変化がおきてないか、十分注意観察のポイントを指示すること、クリニカルパスの項目のチェックも大切だろう。万が一、腹腔内注入が判

明しても、その時点で適切な医療行為が行われるならば、決して不幸な転帰をもたらさないのである。外来や在宅で交換後の確認が十分行えないと予想されるときには、もともと確実な方法である入院での交換がより望ましいといえる。投

同意書は医療者と患者家族との協同行為

胃瘻のトラブルの発見は介護者であったり看護師であったりするが、その処置には医学的知識の判断が必要である。

胃瘻交換は医師の判断で行う医療行為である。確実に安全に行う方法が選択されねばならない。交換したカテーテルの留置位置確認は、内視鏡や胃透視、造影検査でも胃内に留置できていることが確認できる。これを怠ると、不作為行為でなくとも注意義務違反に発展する。

健生病院で私どもは、全国にさがけて胃瘻に関する同意書を発表した(図)。この同意書を製する行為が、医療者と患者家族との協同行為の第一歩なのである。

さらに、互いに胃瘻の基本的構造を理解していく。

皮膚切開の長さをなぜ10ミリにしたか? チューブの脇から創傷が治癒する過程で、チューブの円周ぎりぎりの長さ(通常6〜8ミリが多い)では炎症が内部に発展するケースがある。そこで内部に感染が起きている場合でも、ドレナ

ジ(排膿)出来るのに必要

与に使用するチューブの劣化や内部狭窄などに対する清潔維持管理も必要である。チューブ内側の汚れをとるブラシなども大変有効である。

PEGは治療のための手術ではないが、胃瘻ルートは生命をつなぐ栄養を送り込むための大切な「胃のお口」なのだ。

な大きさを確保するためである。どうして内部バルーンのは先はソフトな平坦な形になったのか? 先端が突き出ているカテーテルでは機械的胃潰瘍の生じることが報告されているからである。

造設終了時にガーゼの布団を

胃瘻カテーテルは各社さまざまの製品があり、それぞれの良さと使用上の注意点があり、取り扱い法は同じではない。

胃瘻にかかわる医療事故が発生したときこそ、一度ゆっくり立ち止まり、あらためて造設・交換の手

順を確認し、器具の使用上の注意をよく読み直し、正しく使用することが重要である。そしてその行間から、安全・確実に終了しないと

厚めに置き、翌日から減らすのはなぜか? 炎症の治癒時には浮腫が生じるので、その分ガーゼを薄くして圧迫壊死を防ぐためである。

医師のもとで経験をつんだ看護師や介護者には、医師の指導のもとにある程度の行為が信頼関係の上で認められている。本来患者本人が自己で管理するものであるが、本人から行為の依頼をうけると実施が可能となる。

PDNの「胃ろう手帳」も、利用者や医療者を結びつける大切な記録簿である。人間の記憶には不確かながあるし間違いを生じやすい。そのためにも「胃ろう手帳」を有効に活用していた

きには、患者さんは不幸な転帰を迎え、社会からは厳しい評価を下されることを読み取るべきである。

「今日も、もう一度確認を」

◆津軽保健生活協同組合健生病院の同意書

内視鏡による胃瘻造設術についての説明と同意書

健生病院

- 患者さんの病名は【 】です。
- 胃瘻造設の必要について
上記の病名のため
1) 摂食不能、嚥下不能
2) 飲み込みがうまくゆかず、誤嚥性肺炎をくり返す
3) その他【 】
理由により全身の栄養管理のため経腸栄養剤の投与経路として胃瘻造設が必要です。
- 胃瘻造設の概要について(資料参照)
- 本手術の危険性について:本手術は大部分の場合順調に経過します。また本手術の際は常に細心の注意を払い、事故の起きぬよう万全を期して行いますが、治療の性格上、一定の危険を伴います。
1) 本手術を受けなければならない患者さんの多くは上記病名のごとく重症な基礎疾患があり、健常の人よりずっと全般的危険度(脳・心・腎などの障害が起こる可能性)が高いこと。
2) 手術操作に伴う偶発症について。
①内視鏡の操作に関連した偶発症
誤嚥性肺炎、喉頭痙攣による窒息、顔面筋による呼吸停止、反射性心停止など
②術後偶発症
胃腸閉塞、胆汁性または乳酸性酸中毒、胃穿孔、胃出血、胃瘻チューブトラブル(逸脱、局所圧壊死)など
③経腸栄養剤使用に関連したもの
胃食道逆流による誤嚥、胃機能低下(嘔吐、下痢、その他)
いずれも頻度は高くありませんが起こる可能性のある偶発症です。
3) 万が一、偶発症が起きた場合には最善の処置(場合によっては開腹手術)をしますが、患者さんは本来重症な基礎疾患があり重症化する可能性が十分あります。

以上内視鏡による胃瘻造設術について必要性・本手術の概要・危険性について説明しました。

年月日時分印
_____ 印
_____ 印

同意書
内視鏡による胃瘻造設術について十分な説明を受け納得しました。従って本手術を受けることに同意します。

年月日時分印
_____ 印
_____ 印

代理人(患者の) 氏名 _____ 印

胃ろう周囲のスキンケア

北里大学東病院 看護部
WOC看護認定看護師・がん看護専門看護師

松原 康美



はじめに

胃ろう周囲の皮膚は、毎日、よく観察して清潔を保つことがスキントラブルの予防

につながります。ここでは一般的な胃ろう周囲のスキンケアの方法と、スキントラブルが生じた時の対処について述べます。

I 胃ろう造設後のスキンケア

(1) 毎日のスキンケアと観察

胃ろうは、胃内に開口している穴なので、カテーテルとろう孔の隙間から茶褐色や黄茶色の

粘液がでます。粘液は、毎日少量ずつみられるので、ろう孔辺縁部は、毎日丁寧に汚れを落としておく必要があります。スキンケアが十分でない、と、粘液が

乾燥して固まり、ろう孔辺縁部にこびりついてしまうことがあります(図1)。また、スキントラブルの発生につながることもあります。



図1. 乾燥して固まった粘液の付着



図2. 微温湯で湿らせたガーゼで拭く



図3. 胃ろう周囲の皮膚の観察

胃ろう周囲の皮膚は、消毒をしたり、滅菌ガーゼで覆う必要はありません。湿ったタオルやガーゼなどで口や目の周りを拭くように毎日のスキンケアに心掛けてみましょう(図2)。

できれば、液状のボディソープや固形石けんなどの皮膚洗浄剤を使用して丁寧に洗浄しましょう。その後は、微温湯で皮膚洗浄剤を洗い流し、自然に乾燥させます。

スキンケアの際、胃ろう周囲に発赤・腫脹・疼痛・熱感などの炎症症状はないか、湿疹や滲

出液はないかなど、皮膚の状態をよく観察しましょう(図3)。

(2) シャワー・入浴

シャワーや入浴は、胃ろう周囲の皮膚を清潔に保つよい機会です。シャワーや入浴の時にろう孔部やカテーテルをビニール袋やポリウレタンフィルムで覆う必要はありません。何もあてずにろう孔の周囲や皮膚を丁寧に洗いましょう。

入浴後は、ろう孔部をシャワーで流し、カテーテルと皮膚の水分をタオルで拭きます。入浴やシャワーの後にも消毒をする必要はありません。



II 胃ろう周囲の主なスキントラブルとその対策

(1) 不良肉芽

不良肉芽は、ろう孔部の縁に一部または全周性に生じ、赤く湿潤した小さな隆起で、淡黄褐色の浸出液がみられます。不良肉芽は、術後2〜3ヶ月くらいに生じることが多いといわれていますが、術後1ヶ月くらいで発生することもあります(図4)。

不良肉芽は、カテーテルの異物刺激やろう孔部の炎症の繰り返しなどによって良性の肉

芽の発達が阻害され、新生血管が減少して繊維化や浮腫などを伴って生じるといわれています。

粘液や少量の出血がみられませんが、消毒をする必要はなく、入浴やシャワーも可能です。また、栄養剤の注入にも影響しません。

【対策】

不良肉芽は以下の処置で取り除くことはできませんが、再発す

(2) ろう孔部からのもれに伴う皮膚炎
 栄養剤がもれて湿った状態の皮膚を長時間放置したり、もれ

ることも多いため、ごく小さな肉芽で痛みなどの症状がなければ、必ずしも処置の必要はありません。

② 外科的切除

不良肉芽が大きくなり、粘液や出血などが多くなると、スキンケアを行う患者様やご家族の精神的苦痛になることがあります。このような場合は、医師に相談しましょう。メスやはさみで外科的に切除する方法もあります。

① 硝酸銀液による焼灼
 不良肉芽の除去には、硝酸銀を蒸留水で調整した20～50%硝酸銀溶液を用います。硝酸銀液は、適用部位で組織蛋白を凝固沈殿し、強い表在性の腐蝕作用を示すために使用方法や取り扱いには十分に注意し、健全な皮膚や衣服に付着しないように行います。

この方法は、不良肉芽が除去されるまで2～3回程度、医師によって行われます(図5)。



図4. 不良肉芽

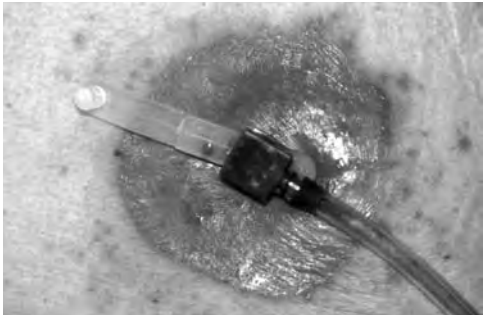


図6. 栄養剤のもれに伴って生じた皮膚炎

【対策】
① スキンケア
 スキントラブルが生じたらう

る量が多く、スキンケアが十分に行えないと、皮膚は常時湿った状態になります。湿潤した皮膚表面は、皮膚のバリア機能が低下して細菌が附着・繁殖しやすい状態になります。とくに、栄養剤が付着して湿った皮膚は、温度・湿度・栄養が十分に整い、カビにとって絶好の環境となります。高齢者で栄養状態が低下し、免疫能や皮膚のバリア機能が低下している場合は、とくに皮膚炎が発生しやすくなります(図6)。

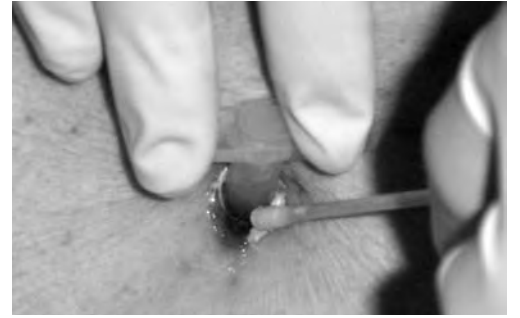


図5. 硝酸銀液による焼灼。処置後は必ず生理食塩水で洗い流す。

孔周囲皮膚は、シャワーや洗浄用ボトルなどを用いて十分に洗浄しましょう。洗浄後は、できるだけ長時間、皮膚を空気に触れさせて自然に乾燥させます。軽度の発赤や浸軟であればストーマケア用の皮膚保護パウダーを用いてもよいでしょう。ただし、カビなどが疑われる場合は、薬剤が必要なこともあります。

スキンケアが改善しても、もれが持続する場合は、皮膚保護オイルや皮膚被膜剤などを使用し、皮膚の保護と観察を続けましょう。

② もれへの対策

たとえスキントラブルが改善してもろう孔部からのもれが持続している以上は、再び同じような症状が生じる可能性があります。したがって、スキンケアを行うと同時に、もれた部位・もれた液の種類・カテーテルやろう孔の状態を観察して、もれの原因をアセスメントし、その原因に見合った対策が必要となります。

(3) ろう孔感染
 2003年に行われた第2回PEGコンセンサスミーティングによると、PEGのろう孔感染は『排膿がある場合は確定。または、発赤・腫脹・硬結・疼痛等があり、抗菌剤投与や局所の処置、胃ろう使用の中止・延期を行った場合』と定義されています。

スキントラブルが改善しても、もれが持続する場合は、皮膚保護オイルや皮膚被膜剤などを使用し、皮膚の保護と観察を続けましょう。

内視鏡的胃ろうは、腹部の皮膚に小さな切開をして造設されます。そのため、術後3日目くらいまでは創傷の正常な治癒過程として、ごく軽度の発赤や腫脹はみられます。しかし、胃壁と腹壁を固定する

るストッパーや腹壁固定糸などによって、ろう孔部に強い圧迫が加わった状態が持続すると、局所に血流障害が生じます。そこに細菌が繁殖すると感染に至るケースもあります。

【対策】

ろう孔部の炎症は、早期に見つけて発生源と考えられるものを取り除くこと、細菌を極力減少させることが重要です。

そのほか、口腔からカテーテルを挿入して胃ろうを造設する場合は、口腔や咽頭に存在する細菌がカテーテルを通してろう孔部に運ばれ、細菌が繁殖して炎症を生じることがあるといわれています。この場合の予防対策としては、手術前の口腔ケアや含嗽、抗菌剤の投与が重要です。

とくに、術前から低栄養や貧血の状態であったり、加齢に伴う組織耐久性が低下していたり、免疫能が低下している時には、感染のリスクが高まり、創治癒が遅延しやすいといえます(図7)。



図7. ろう孔感染

① 十分な洗浄と排膿ドレナージ
 感染創は、細菌の繁殖だけではなく、細菌繁殖のもととなる

異物や壊死組織などが存在している場合もあります。そのため、局所は十分な生理食塩水で洗浄する必要があります。

② 血流障害の改善

創感染を生じた部位に血流障害がある場合は、早期に改善を図り、創治癒を促す必要があります。ストッパーや腹壁固定糸などの物理的な圧迫は、早期に取り除きましょう。

また、できる限り、カテーテルの摩擦や圧迫が炎症を生じた部位に加わらないように、カテーテルは皮膚面に対して垂直に立てるように固定するとよいでしょう。

炎症が強く、排膿・膿瘍がある場合や全身的に発熱などを伴う場合は、胃ろうからの栄養を一時的に中止して局所の安静を保ち、抗菌剤の全身投与が行われることもあります。また、局所に痛みを伴うこともあります。

③ 全身管理など
 患者様の苦痛に配慮しながら、局所の処置やカテーテルの固定を行い、局所状態と全身状態を十分に観察しましょう。

おわりに
 胃ろうは、栄養剤を注入する大切な口です。快適な在宅生活を送るために、ごく簡単な毎日のスキンケアに心掛け、スキントラブルを予防することに努めましょう。

こんなこと...

Webセミナー⑦

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

んの病状についてのご相談は、やはり主治医の先生と行っていただくことが基本です。以前書き込まれていたように、医療は「医療者と患者・家族の信頼関係による共同作業」ですから、お互いに歩み寄るためのひとつの道具としてこのホームページをご活用いただければ幸いです。

●一般的な注意点

胃切除の場合、胃食道逆流が懸念されるので、できればトライツ靱帯を超えた空腸に直接穿刺するPEJが理想的。栄養剤の投与速度は時間100ml(150まで?)が上限。胃全摘後は、やはり食道逆流が懸念されるので食道空腸吻合よりもできるだけ肛門側に造設。投与速度は胃切除後同じ。栄養剤の濃度は薄める必要はない。ただし、極度の下痢を来す患者には薄めてみるのも悪くはない。固形化については不明。

うつ伏せになっても胃瘻は大丈夫?

[No.964] うつ伏せ From: NAO(沖)

脳性麻痺の四肢麻痺で、全身が反り返るくらい突っ張る緊張が強く、自ら移動することはなく、うつ伏せでいることが多い子がいます。経口摂取では誤嚥が多くなり、これから、胃ろうを検討していこうとしているところです。うつ伏せでも胃ろうの造設は可能でしょうか?皮膚のトラブルや、キズなど気になります。また、もし可能なら、その後の介護上の注意点などありましたら教えていただけませんか?

Re: うつ伏せ From: 太朗

胃ろうのチューブには、皮膚から20cmぐらいニューッとチューブが出ている「チューブ型」と、チューブが出ていない「ボタン型」があります。うつ伏せになられるなら、ボタン型がよい適応と考えます。また最近チューブ式でも、皮膚から出たあとにチューブが直角に倒れるタイプもあり、チューブ型が良いと思われても選択肢があります。一度御検討下さい。

Re: うつ伏せ From: mariru

8才になる養護学校3年の娘が胃ろうにして4年近くになります。四肢体幹機能障害・難治てんかん

の重度重複、介助が無ければ寝たきりの状態です。一緒に逆流症の手術もしたので、それ以来、嘔吐も無く点滴にも縁が無くなりとても快適に過ごしています。

うつぶせですが、今、娘が使っているガストロボタン(これは中のパンパーも柔らかいシリコンでドーム型なので胃壁を傷つける事も少ないと聞いています)にしてからはとても調子がよく、授業や訓練の時間にうつぶせの姿勢をとる事もよくあり、またPTの介助でごろごろと寝返りを楽しんだり、とても楽しい学校生活を送っています。

たまに注入してから時間がたっていなかったりして、うつぶせの時に漏れがあり服を濡らす事もあるのですが、私はそのくらいの事はあまり問題にならない(量も少ないので)、活動の制限は担任との話し合いの下で、ほとんど胃ろうではないお子さんたちと同じようにしていただいています。学校が楽しくていろいろな事に興味が出てきて、首がしっかりしてきたり(全くぐらぐらの時期が多かったものだから...)むしろ、マーゲンチューブが抜けたときを心配するよりはいいのではないかなと思っています。

ただ、以前、使っていた材質が硬いボタンの時に気がつかなかったのですが、鮮血が胃から引けた時があり、びっくりして色々アドバイスをいただいた結果、現在の柔らかいボタンに落ち着きました。

逆流と便秘、どっちを先に解決すべき?

[No.969] 逆流をとるか、便秘をとるか... From: nisse

現在誤嚥性肺炎を繰り返す脳梗塞の患者さんに固形化栄養剤を使用中です。以前より肺炎はやや改善しましたが、便秘になってしまいました。胃瘻のため、カマは詰まりやすくなるべく使用しないようにしていましたが、ラキソベロン、浣腸、プリンペランでも便秘が続き、カマも再開したところです。

今後ですが、あらゆる手を使っても便秘がきつい場合は経管固形化は断念すべきでしょうか...肺炎の悪化が懸念されます。

Re: 逆流をとるか、便秘をとるか... From: いい寝!

カマはチューブに影響を及ぼす恐れのある薬剤とされておりますが、使用後、チューブをきれいに洗浄していただければ問題ないですよ。(酢水の滞留洗浄をおすすめします)便秘の件ですが、最悪、腸瘻へ移行すれば固形化をしなくても、ある程度改善されると思いますが、1日の水分量を増やしてみれば、いかがでしょうか。(当然、固形化で)以前、同じような症状の時は、うまくいきました。

Re: 逆流をとるか、便秘をとるか... From: 魔子

今、同様の方がいます。便秘のため、ラキソベロンを毎日投与していくと、4日目ぐらいに洪水のような排便があり、困っていました。先日から、ラキソベロンはやめて、毎日ホットパックでお腹を暖めて、マッサージをして、レシカルボン坐薬を入れるということを約1週間続けていたら、本日は自然に排便が見られました。このまま、排便の習慣が戻ってきてくれるといいのですが...

Re: 逆流をとるか、便秘をとるか... From: nisse

今日は固形とは別に微温湯も300cc程入れてみました。パントシン、プリンペラン、カマ、ラキソベロン、浣腸、おまけでメンタ湿布も使ってみました。お腹の動きは良くなってきたのですが、固い便が行く手を塞いでいるようです(言い訳がましい話で恐縮です)。固形化で患者さんが便秘やイレウスになって苦しませてしまっただけの本末転倒、とも思いますが、肺炎悪化も嫌だし...ACEで誤嚥防止なんてのもやっておりますが今一つです。病院の都合で固形化の濃度は同一、一人だけ濃度を変えるのは事実上困難です。腸瘻は、病院の性質上受け入れていません(残念ながら当院では管理困難です)。こんな事じゃ、患者さんの為、なんて生意気ですね。カマのチューブへの影響、何回か痛い目にあっているのでもうも及び腰でしたが考えてみれば、その頃は酢水も使っていませんでした。酢水を武器!にして、もうちょっとカマを使用して頑張ってみます。御意見ありがとうございました。

話がちょっとずれますが、経管栄養独特の便、あれを下痢と解釈するか普通と解釈するかで、スタッフと悩んでしまいました。経管でも所謂普通の便の患者さんもいます。いっそ便の写真でも取りまくって、共通意識を作ろうか...なんて思ったりもしています。どうも下痢の判断基準が人によって微妙に違うようで。

栄養剤をもって旅行にいきますか？

[No.960] 旅行にいきたいけど From: つつー

食道がんでOP対象外と先日診断された73歳の男性の方で、ご本人様は「国内旅行及び海外旅行が可能かどうか。その際、栄養剤(現在はエンシュア)を旅行先でどうしたらいいのか。現在の体力では、持参は不可能。旅先での処方可能か。海外の場合は？」ととても気にしていらっしゃいます。どなたか教えてください。

Re: 旅行に行きたいけど… From: 太郎

この方の場合、数日程度の国内旅行なら院外処方箋(処方4日以内なら何処でも与薬可)で対応が可能だと思います。ただそれ以上になるとちょっと厳しいかも知れません。あとは沢山処方してもらい、行く先々に郵送してもらおうとか。それか旅行の期間は食品の栄養剤に切り換えるとか。海外旅行での調達は更に厳しいかも知れません。ただ海外旅行に行く体力がある方にエンシュアが必要かどうかは確認が必要かも知れません。患者さんの中には食事よりもエンシュアの方が体力が付くと誤解されている方もおみえです。

Re: 旅行に行きたいけど… From: 魔子

エンシュアリキッドは経口摂取されているのでしょうか？胃瘻や経管栄養なのでしょう？それによってまたアドバイスの仕方も変わってくるのではないのでしょうか？味を気にしないという経管栄養の方なら、エレンタールのような粉末状の物を持っていき、投与する前に溶解すれば、あまりかさ張らず重くないのではないのでしょうか。また経口摂取している方で栄養補給という意味だけなのであれば、旅行先ではカロリーメイトのような物で代用することなら現地調達は容易かと思えます。

海外旅行中です！！ From: JERIKO

私の母が2月下旬に胃瘻を造設致しました。そもそも私が胃瘻を決断したのは、母を海外旅行に連れていくためでした。最初は胃ろうなんか造ったら管理が大変だから旅行に行けなくなる、と(勝手に)思い拒否し続けてきましたが、誤えん性の熱発を繰り返したためPEGに踏み切りました。その際、主治医より、海外に行くなら胃瘻があったほうが良いとも言われました。

そして今、カナダに来ております。6月の2日から30日まで約4週間の予定です。日本ではエンシュアを服用しておりましたが、こちらに来てからは、こちらの栄養缶(?)のようなもの—日本と言うカロリーメイトのようなもの—を使用しています。ち

どうしましょう？あんなこと、

ここ数ヶ月、ホームページへのアクセスが急増しており、談話室もさらににぎやかになってまいりました。書き込みの内容も多岐にわたり、意見交換の場を提供することが皆さんのお役に立っていれば、こんなに嬉しいことはありません。ただホームページ上の情報はあくまでも「ご参考」であり、全てにあてはまるというものでもありません。個別の患者さ

なみにこちらでは、ドラッグストアやスーパーで簡単に手に入ります。ダイエットコーナーにあたりします。多少成分も異なると思いますので、下痢や便秘等を起こす可能性もありますが、今のところは何事も無く順調に過ごしております。旅行先にもよるとは思いますが十分可能だと思います。

Re: タイトルなし From: ゆうじ

私も外出が不安で、今まで何処へも行きませんでしたが、四月末思い切って京都から佐賀まで一泊二日ですが、出かけました。私は口からは唾液すら飲み込むことが出来ません。普段はエンシュアも使っていますが、持っていくには重たいので、テルミール(ワンパック400キロカロリー)を利用しました。これで自信がついたので又秋にはどこかへ行くつもりです。

Re: タイトルなし From: つつー

御家族の不安と御本人様の不安も強いので、国内旅行(伊豆あたり)になりそうとのこと。でも、国内でも旅行をするということは、その方にとっては、きっと海外に行くのと同じくらい不安だと思います。少しでも、不安の軽減につながればと、旅先へは慣れた現在の製剤(エンシュア)のまま行っていただくかと考えていますが、御本人様・御家族の方と早めに旅行実現に向けてご相談していければと思います。カテーテルもバルンタイプなので、抜けた際の心配についても、併せて対応していければと。とても参考になりました。ありがとうございました。

胃切後の胃瘻造設はできますか？

[No.962] 胃部分切除後のPEGの適応は？ From: ケイ

PEG導入をある程度経験している内科医です。胃部分切除後の脳血管障害の患者さんを中心静脈栄養で管理しているのですが、胃瘻の造設はしない方がいいのでしょうか？

Re: 胃部分切除後のPEGの適応は？ From: みっくん

胃部分切除の方でも大部分の方は通常の方法と同様にPEGを施行し、なおかつ使用することが出来ます。ただし、残胃に(あるいは吻合部以下に)内視鏡的に胃瘻(または腸瘻)を造設するのは手技的に若干の熟練を要するため、経験をつんだ施設で基本に忠実に実施していただければ問題はないと思います。胃切除後とはいえ消化吸収能は十分ある訳ですから、中心静脈栄養をつづけるよりも経腸栄養を行ってゆく方が望ましいと思います。横行結腸が胃の前にあたり、残胃が殆ど胸郭内にあたりして造設ができない場合も時にみられますが、その時はセカンドチョイスとしてPTEGはどうでしょうか。前検査はエコー、CT、胸腹部単純写真、採血などの一般的なものの他に、初めのうちは、事前に胃内視鏡を行い穿刺部位が確保できるかどうかの判断と仮マーキングをするのがよいと思います。残胃のPEGのコツは胃壁固定の併用を行い、手技を短時間で手早くやることです(過送気になりすぎないように)。初めの1針の胃壁固定がかかってしまえば後は余裕をもって安心して出来ます。

Re: 胃部分切除後のPEGの適応は？ From: moemoe

胃切除後でも胃全摘後でも問題なく栄養瘻は造設できます。使い勝手も悪くありません。みっくんの指摘通りです。ただ、慣れない施設では慎重に行うことは言うまでもありません。

●術前検査(必須検査) 1 仰臥位腹部単純レントゲン検査 2 造影剤を注入(薄いバリウム使用、多くは経鼻から注入)この2つで十分です。

●術中検査 1 Illumination test (部屋を暗くして透過光で内視鏡の先端を確認) 2 Needle insert test (細い23G針で試験穿刺) 3 指押し試験 4 体外的な超音波検査他の腸管の介在の有無のチェックに優れている。

内視鏡から送水して体外的なエコーを2方向からあてて確認。



滋賀PEGケアネットワーク発足

県内全体のボトムアップを 目指して

2004年5月1日、滋賀県草津市・草津エストラシアホテルにて第1回滋賀PEGケアネットワーク勉強会が開催されました。本勉強会は、代表として滋賀医科大学消化器内科・小山茂樹、事務局は滋賀医科大学消化器内科・石塚泉と琵琶湖養育院病院胃腸相談室・伊名田有里にて発足いたしました。「PEGケア」と銘打った勉強会とし、胃腸管理を主に行う看護師の方を中心とした会を目指しました。当日は推進委員13名の医師・看護師の方と滋賀県内で胃腸に携わる方の計140名強の参加をいただきました。

会を開催し、各施設のPEGの現状と今後の本会の活動方針について討議していただきました。推進委員は9施設からPEG担当の医師、3施設よりPEG担当の看護師、1施設

より臨床検査技師の方々が参加していただき、今後は療養型中心の病院や開業医師、栄養士の方を推進委員に推薦していただき拡充を図る方針となりました。

今秋には第2回勉強会を行うこととし、看護師さんの胃腸管理工夫例、管理困難症例の紹介などを中心にプログラムを組む予定となりました。

知識と技術の標準化は ネットワーク作りから

PEGの急速な普及とともに数々の問題点が指摘されるようになってきた現状に対し、「ちよつとした工夫や熱意で安全に造設・管理ができることを県内に広く知ってほしい。」「県内全体のボトムアップを図りたい。」という事務局の思いから、昨年の第8回H.E.Q研究会後より計画し、やごと本勉強会の発足に至りました。

第1回滋賀PEGケアネットワーク勉強会は、事務局から会の趣旨を説明したあと、代表である小山茂樹より「PEGの現状と課題」と題し、主にPEGコンセンサスマーケティング

で話し合われた内容から、特に偶発症の問題や管理上の注意点を強調した教育講演を行いました。続いて地域連携カンファレンスの代名詞とも言える小川滋彦先生に特別講演をいただきました。事務局側からは是非ネットワーク作りの事を話していた

PEGの急速な普及とともに数々の問題点が指摘されるようになってきた現状に対し、「ちよつとした工夫や熱意で安全に造設・管理ができることを県内に広く知ってほしい。」「県内全体のボトムアップを図りたい。」という事務局の思いから、昨年の第8回H.E.Q研究会後より計画し、やごと本勉強会の発足に至りました。

第1回滋賀PEGケアネットワーク勉強会は、事務局から会の趣旨を説明したあと、代表である小山茂樹より「PEGの現状と課題」と題し、主にPEGコンセンサスマーケティング

で話し合われた内容から、特に偶発症の問題や管理上の注意点を強調した教育講演を行いました。続いて地域連携カンファレンスの代名詞とも言える小川滋彦先生に特別講演をいただきました。事務局側からは是非ネットワーク作りの事を話していた

PEGの急速な普及とともに数々の問題点が指摘されるようになってきた現状に対し、「ちよつとした工夫や熱意で安全に造設・管理ができることを県内に広く知ってほしい。」「県内全体のボトムアップを図りたい。」という事務局の思いから、昨年の第8回H.E.Q研究会後より計画し、やごと本勉強会の発足に至りました。

第1回滋賀PEGケアネットワーク勉強会は、事務局から会の趣旨を説明したあと、代表である小山茂樹より「PEGの現状と課題」と題し、主にPEGコンセンサスマーケティング

で話し合われた内容から、特に偶発症の問題や管理上の注意点を強調した教育講演を行いました。続いて地域連携カンファレンスの代名詞とも言える小川滋彦先生に特別講演をいただきました。事務局側からは是非ネットワーク作りの事を話していた

PEGの急速な普及とともに数々の問題点が指摘されるようになってきた現状に対し、「ちよつとした工夫や熱意で安全に造設・管理ができることを県内に広く知ってほしい。」「県内全体のボトムアップを図りたい。」という事務局の思いから、昨年の第8回H.E.Q研究会後より計画し、やごと本勉強会の発足に至りました。

第1回滋賀PEGケアネットワーク勉強会は、事務局から会の趣旨を説明したあと、代表である小山茂樹より「PEGの現状と課題」と題し、主にPEGコンセンサスマーケティング

で話し合われた内容から、特に偶発症の問題や管理上の注意点を強調した教育講演を行いました。続いて地域連携カンファレンスの代名詞とも言える小川滋彦先生に特別講演をいただきました。事務局側からは是非ネットワーク作りの事を話していた

PEGの急速な普及とともに数々の問題点が指摘されるようになってきた現状に対し、「ちよつとした工夫や熱意で安全に造設・管理ができることを県内に広く知ってほしい。」「県内全体のボトムアップを図りたい。」という事務局の思いから、昨年の第8回H.E.Q研究会後より計画し、やごと本勉強会の発足に至りました。

第1回滋賀PEGケアネットワーク勉強会は、事務局から会の趣旨を説明したあと、代表である小山茂樹より「PEGの現状と課題」と題し、主にPEGコンセンサスマーケティング

で話し合われた内容から、特に偶発症の問題や管理上の注意点を強調した教育講演を行いました。続いて地域連携カンファレンスの代名詞とも言える小川滋彦先生に特別講演をいただきました。事務局側からは是非ネットワーク作りの事を話していた

PEGの急速な普及とともに数々の問題点が指摘されるようになってきた現状に対し、「ちよつとした工夫や熱意で安全に造設・管理ができることを県内に広く知ってほしい。」「県内全体のボトムアップを図りたい。」という事務局の思いから、昨年の第8回H.E.Q研究会後より計画し、やごと本勉強会の発足に至りました。

第1回滋賀PEGケアネットワーク勉強会は、事務局から会の趣旨を説明したあと、代表である小山茂樹より「PEGの現状と課題」と題し、主にPEGコンセンサスマーケティング

で話し合われた内容から、特に偶発症の問題や管理上の注意点を強調した教育講演を行いました。続いて地域連携カンファレンスの代名詞とも言える小川滋彦先生に特別講演をいただきました。事務局側からは是非ネットワーク作りの事を話していた



各地で引張ダコの小川先生



参加者同士でも熱い討論

と技術の標準化を目指していくことが重要だと考えております。

発足に関して苦労した点を挙げさせていただきます、やはり本年1月号のPDN通信で小川先生も書いておられますが、世話人の選定が一番の悩みでした。ネットワークの拠点はたくさんあればあるほど良いと考え、なるべ

「裾野を広げる」を目的に ひとつになる

次に協賛企業の問題があります。今回は会場設定をはじめ、株式会社メディコンの全面的なバックアップのもとでの開催となりました。も

とも今回のネットワーク構想をメディコンの担当者に話したところ賛同いただき、協賛企業となっていた

のですが、非常に精力的に動いていただいたため、他社への呼びかけを躊躇したのが実際のところでした。し

かし胃腸を語るには、各社製品の長所・短所を遠慮なく話せる場である必要があります。もちろんメディコン

からは、PEGの裾野を広げることが目的であり、そのような気遣いは全く必要ないとのことでしたので、企

業色のない会となりました。今後は各PEG関連企業に広く協賛いただき、ブースといった大掛かりなもの

なく、会場に実際の製品を持ち込んでいただき、参加者が手にとりなが

く多くの方に推進委員をしていただくとう当初は考えておりました。しかし実際には、滋賀県内の施設からはPEGに関する学会発表はそれほど多くなく、各施設の状況など全くわからない状態でした。

そこでまずPEG造設・交換件数が多い病院をピックアップし、その病院のなかでも中心になつてPEGに携わっておられる医師に声をかけました。その先生方から看護師や他職種の方の情報を得て

リストアップしたのが今回の推進委員の方々でした。そのため、開業医師や長期管理を行っている療養型病院・介護施設、訪問看護などの方々に全く声をかけることができな

いままの編成となりました。そういった方々に趣旨をご理解いただき、2回目以降に追加・拡充していきたいと考えております。

ら意見を交換できるような協力をお願いしようと考えています。

滋賀は全国的にみればそれほどPEGに関して遅れた地域ではありませんが、それでもまだ裾野は狭く、またすべてが高いレベルとは言

えません。滋賀PEGケアネットワークにより多くの熱意が集まり、全県的な組織としていくことを目標に事務局として努力していく所存です。

(文責: 滋賀PEGケアネットワーク事務局 石塚泉、伊名田有里)



これからの活動にご期待下さい

胃瘻造設者のトータルケアは

医療・介護の連携から

胃瘻造設によって必要な栄養が十分投与され、少しずつ口からの食事が出来るようになることは、本人にとっても家族にとっても喜ばしいことだ。しかし、最近こんな話を耳にすることが多い。「通所リハビリ目的のデイケアを申し込んだら、胃瘻の方は対象外といわれた(東京・板橋区)」「パーキンソン病の悪化で医師に勧められて胃瘻を造ったものの、在宅主治医の紹介もいまま特養から在宅となり、一番大変な時期にショートステイも断られ、とても辛い思いをした。口からも食べられるようになってやっとな、デイケアを週に1回うけいれてもらえようになった(神奈川県・津久井郡)」「栄養剤の投与が医療行為とされているため、夜間、看護師がいなくても理由に特養から受け入れを断られた。我が家のケースは日勤の看護師の勤務時間帯に投与は終了していたのに(東京・世田谷区)」等々。

胃瘻によって栄養状態は改善していくのは裏腹に、デイケアやショートステイなどの居宅サービスが制限されている現状を踏まえ、療養の場が何処であろうと格差のない医療・介護を受けられるためのトータルケアの実現について考える。

新宿区の在宅医療の現状

東京都新宿区では「かかりつけ医機能推進事業」「緊急一時入院病床確保事業」など、区独自の事業によって在宅療養生活を支援している。36年前、区内の看護職等が有機的に連携し、地域看護の発展強化及び区民の健康の保持・増進を図ることを目的に発足した新宿地域看護業務連絡会は、医療機関・行政機関・教育、研究機関・在宅サービス事業者などの看護職(保健師・看護師)が参加し、定期的に連絡会を開催している。2004年3月末日現在、41施設が会員となっており、本連絡会の事務局は新宿区健康部におかれている。

患者サイドの困惑 「いっちははずではなかった」

アンケートは2003年8月末時点でショートステイや入院中の患者を除いた、訪問看護利用者948名を対象に行われた。948名中58名(6.1%)が胃ろう造設者であるが、胃瘻を造ったことによりこれまでデイケアで行っていた通所リハビリやショートステイを、拒否されること紹介されている(図1)。

また、「造設時に説明を受けたか?」という質問に対して17名(29.3%)が「受けたが不十分」と回答している。その中には「こ

こういう状況を目の当たりにしている訪問看護ステーションのスタッフと、施設の利用制限を知らずに医学的な面からのインフォームドコンセントを行いがちな病院スタッフ、胃瘻からの栄養剤注入は医療行為として利用を制限せざるを得ないという施設スタッフ、そして実際に胃瘻を造設する患者と介護する家族。それぞれが共通認識を持ち、解決策を模索していくためには、情報の開示・共有が必要であると、参加者の多くが痛感している。

平成13年	10月	要介護度4 リハビリ目的で2回/週の訪問看護 常食・常菜刻み食(自分で)
	12月	一般通所介護開始(2回/週) 車椅子生活ながら皆勤
平成14年	1月	むせ始まる 自宅ボヤで避難目的のショートステイ16日間
	3月	通所1回/週 上旬発熱肺炎のため入院
	4月	胃瘻造設
	5月	通所不可 区内ショートステイ・施設利用不可 通所再開を申し込むが、胃瘻を留置しているだけで「危険」とのこと。 区外の介護療養型医療施設のショートステイを利用

図1 事例紹介
H・K氏 86歳女性 アルツハイマー型痴呆 乳癌(左)術後慢性気管支炎 誤嚥性肺炎

施設サイドの苦悩 — 人員・予算・医療行為の三重苦

さらに本連絡会のメンバーであり新宿区立訪問看護ステーション管理者の古屋美津子さんにお話をうかがった。

「新宿区には老健が2施設ありますが、対応可能な医療処置を確認してみると、現時点ではどちらの施設も入所・ショートステイともに胃瘻は不可でした。特養でも1箇所は「胃瘻の方は入所させていない」ということでした。入所後、状態が悪くなると胃瘻になった方は転院ないし在宅しかありません。特養2施設が「胃瘻ということだけで断ることはない」と前向きに入所を検討してくださっています。特養のショートステイは1施設のみが相談に応じて受け入れ可能です。私たち訪問看護ステーションが間に立っている場合は、胃瘻造設の意図や造設患者さんのケアにおける注重点、予想されるトラブルとその対

処法などを、施設の方に理解していただけるよう説明し、緊急時には私たちが対応しますというサポート体制を強調しないとなかなか受け入れられないように思います。」

デイケアに関しては、現在胃瘻造設者を受け入れているのは1施設のみだそう。また、条件付で受け入れられている施設もあるというが、その条件とは、施設スタッフが栄養剤の注入をしないこと。通常、10時から16時くらい利用になるが、その間に栄養剤や水分の注入が必要な場合は、家族や訪問ナースが来て行い、注入後もしばらく様子を見て変化がないかどうかの確認までしてほしい、というのが施設側の意向だ。

「このとき連絡会に参加していた施設職員からは、『胃瘻の方の介護には時間がかかる』『デイケアでもショートステイでも、最近では痴呆の方の利用が増えており、その方たち

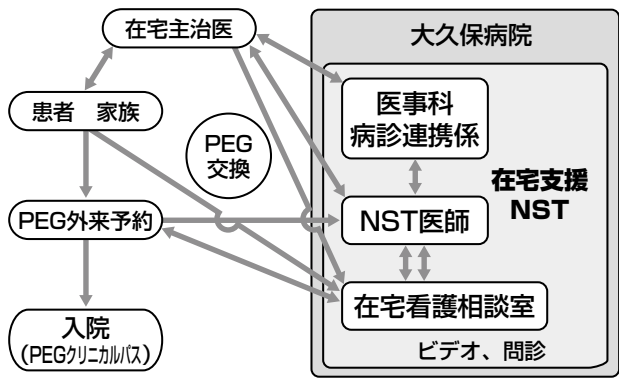


図2 地域医療連携PEGシステム

新宿区歌舞伎町に位置する東京都保健医療公社大久保病院(旧称・東京都立大久保病院)は、東京都と東京都医師会が基本財産を出資した財団法人で地域支援病院として指定・運営さ

大久保病院で通常の外科の診察・手術を行いながら胃瘻外来担当、NSTの責任者、依頼された在宅患者宅へのカテーテル交換と、病院と在宅医との橋渡しに奔走されている丸山道生先生をお訪ねした。

「新宿区ではもともと在宅医療に取り組み開業医のネットワークの活動が活発で、若手の開業医の先生を中心に、歯科・眼科・脳外科・皮膚科なども含む訪問診療が10年以上前からスタートし現在に至っています。私もそこから一緒に在宅医療に取り組んできましたから、在宅医の先生とは旧知の仲で連絡しやすい関係ですし、大久保病院の地域医療連携PEGシステムがこの連携を有効に機能させてい

今回例に上げた新宿区をみても、胃瘻造設後在宅で過ごしている患者・家族は、居宅サービスの制限や、その理由ともなっているヘルパーによる

栄養剤投与不可の壁に直面し、頭を悩ませていることが多い。一方、医療者による十分な研修の後、医療者以外が栄養剤投与を行っている特養や

養護学校があること、看護師の勤務時間をずらして夕方の投与終了まで見守って受け入れている特養があることも事実である。また、ALS患

療養の場を問わないトータルケアのために —医療と介護の壁を越えて

「新宿区ではもともと在宅医療に取り組み開業医のネットワークの活動が活発で、若手の開業医の先生を中心に、歯科・眼科・脳外科・皮膚科なども含む訪問診療が10年以上前からスタートし現在に至っています。私もそこから一緒に在宅医療に取り組んできましたから、在宅医の先生とは旧知の仲で連絡しやすい関係ですし、大久保病院の地域医療連携PEGシステムがこの連携を有効に機能させてい

今回例に上げた新宿区をみても、胃瘻造設後在宅で過ごしている患者・家族は、居宅サービスの制限や、その理由ともなっているヘルパーによる

栄養剤投与不可の壁に直面し、頭を悩ませていることが多い。一方、医療者による十分な研修の後、医療者以外が栄養剤投与を行っている特養や

養護学校があること、看護師の勤務時間をずらして夕方の投与終了まで見守って受け入れている特養があることも事実である。また、ALS患

在宅療養を支える地域医療機関の連携

異なる生活環境(経済力、介護力、住宅環境など)でそれぞれの在宅療養を可能にするためには、サポート体制を継続していくチームワークとネットワークが必要だ。

新宿区歌舞伎町に位置する東京都保健医療公社大久保病院(旧称・東京都立大久保病院)は、東京都と東京都医師会が基本財産を出資した財団法人で地域支援病院として指定・運営さ

大久保病院で通常の外科の診察・手術を行いながら胃瘻外来担当、NSTの責任者、依頼された在宅患者宅へのカテーテル交換と、病院と在宅医との橋渡しに奔走されている丸山道生先生をお訪ねした。

「新宿区ではもともと在宅医療に取り組み開業医のネットワークの活動が活発で、若手の開業医の先生を中心に、歯科・眼科・脳外科・皮膚科なども含む訪問診療が10年以上前からスタートし現在に至っています。私もそこから一緒に在宅医療に取り組んできましたから、在宅医の先生とは旧知の仲で連絡しやすい関係ですし、大久保病院の地域医療連携PEGシステムがこの連携を有効に機能させてい

今回例に上げた新宿区をみても、胃瘻造設後在宅で過ごしている患者・家族は、居宅サービスの制限や、その理由ともなっているヘルパーによる

栄養剤投与不可の壁に直面し、頭を悩ませていることが多い。一方、医療者による十分な研修の後、医療者以外が栄養剤投与を行っている特養や

養護学校があること、看護師の勤務時間をずらして夕方の投与終了まで見守って受け入れている特養があることも事実である。また、ALS患

大久保病院で通常の外科の診察・手術を行いながら胃瘻外来担当、NSTの責任者、依頼された在宅患者宅へのカテーテル交換と、病院と在宅医との橋渡しに奔走されている丸山道生先生をお訪ねした。

「新宿区ではもともと在宅医療に取り組み開業医のネットワークの活動が活発で、若手の開業医の先生を中心に、歯科・眼科・脳外科・皮膚科なども含む訪問診療が10年以上前からスタートし現在に至っています。私もそこから一緒に在宅医療に取り組んできましたから、在宅医の先生とは旧知の仲で連絡しやすい関係ですし、大久保病院の地域医療連携PEGシステムがこの連携を有効に機能させてい

今回例に上げた新宿区をみても、胃瘻造設後在宅で過ごしている患者・家族は、居宅サービスの制限や、その理由ともなっているヘルパーによる

栄養剤投与不可の壁に直面し、頭を悩ませていることが多い。一方、医療者による十分な研修の後、医療者以外が栄養剤投与を行っている特養や

養護学校があること、看護師の勤務時間をずらして夕方の投与終了まで見守って受け入れている特養があることも事実である。また、ALS患

栄養剤投与不可の壁に直面し、頭を悩ませていることが多い。一方、医療者による十分な研修の後、医療者以外が栄養剤投与を行っている特養や

養護学校があること、看護師の勤務時間をずらして夕方の投与終了まで見守って受け入れている特養があることも事実である。また、ALS患

者の声は、医療行為である吸引をヘルパーにも認めさせた。社会全体の正しい理解があつてこそ、行政や法を動かす可能性が出てくるのではないだろうか。

「介護保険制度の見直しに向けた東京都からの提案」

昨年10月、東京都は2005年の介護保険制度見直しに向けた東京都からの提案(試案)を公表し、広く都民から意見を募集。本年4月5日、都の取りまとめた提案書を厚生労働省に提出した。どのような意見が寄せられたかを、東京都福祉局保険部介護保険課の山口真吾係長にうかがった。

「胃瘻造設者にかかわらず」ショートステイについて一定数のベッドを緊急用の枠として確保するための財政措置の制度化、つまり公費による施設への運営補償や、区市町村または基幹型在宅介護支援センター等が中心となって、緊急性・必要性の高い方が優先的に利用できる仕組みを導入するなど、具体的な措置を講じるよう提案しました。しかし同時に考えなければいけないことは、施設に入所しなくても安心して暮らすことの出来る介護体制を地域

関わる以上は胃瘻を正しく理解して

前出の古屋さんは言う。「確かに現在は医療行為をヘルパーの方が行うことは出来ませんが、在宅において見守りのケア(介護)を提供しているヘルパーさんは、何が正常で何がトラブルなのかの判断ができる基本的な知識は持つべきではないでしょうか。これからの在宅医療は、ヘルパーさんの参画なくしては成り立ちません。少し前までは、看護領域に介護部門が進出することに對しては難色を示すケースが多かったことを思うと、ナースだけでは対応しきれなくなっている現場からの悲鳴が聞こえてくるようだ。

及びスキンケア、定期的な栄養評価及び全身状態の評価と必要に応じた補正、正しい嚥下機能評価と段階に応じた訓練、これらを徹底することで胃瘻造設者のトラブルを減らし、ケアにおける負担を減らすことが出来るのではないかと考える。さらに身体介護あるいは生活介護をおこなう

スタッフが日常的な観察から軽微なトラブルを発見できる知識を身につければ、先手先手の対応が可能になり、重篤なトラブルを引き起こす前に対処できるのではないだろうか。

保健・医療・福祉がその壁を越え連携する必要性は、行政においても認識されている。第一面、報告しているが墨田区役所で開催したPDNセミナーでも、井上俊策介護保険課長が「医療と介護が一体となつて地域の在宅医療を支えていく時代」と述べている。そういう社会的ニーズを先取りして医療・介護の連携による包括ケアシステム

を稼働させている尾道方式では、胃瘻はトータルケアの一部として組み込まれており、ケアマネジャーはじめ患者のケアに関わるスタッフはカンファレンスによってお互いの持つ情報を提供し共有している。

今回の取材を通して、胃瘻造設者の生活をサポートするためには、胃瘻のケアが何処で誰によって行われようと、その質を低下させることなく継続されるように、職種を越えた共通の認識と正しい理解が不可欠であることを改めて痛感した。

(2004年5月 岡崎佳子)

図3 胃ろう造設術の手術を受ける患者様へ(入院診療計画書)

患者氏名 _____ 種 別 _____ 病名 _____ 在宅医療機関 _____ 訪問看護ステーション _____
 入院期間 _____ 胃ろう造設予定日 _____ 在宅主治医 _____ 訪問看護担当看護師 _____
 病院主治医 _____ 病院担当看護師 _____

項目	入院前	入院日	手術日	術後1-2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	退院日(7日目)	退院後
目標	入院の準備ができる	造設術の準備ができる	造設術を受けることができる	説明やパンフレットを参考に「胃ろう」の取扱いがわかり、実施できる 在宅での日常生活の準備ができる	病院主治医の指示により口からも食べられます					在宅主治医や訪問看護師の支援を受けながら療養生活をおくる ことができる
食事	在宅主治医に確認してください	午後9時からは、飲んだり食べたりできません	飲んだり、食べたりできません							食事の内容については在宅主治医に確認してください
内服薬	在宅主治医に確認してください	病棟看護師に内服薬を渡してください	病院主治医の指示により内服薬があります							中止した薬等については在宅主治医に確認してください
検査・手術		血液検査・レントゲン検査があります	内視鏡室で手術を行います							
点滴			朝より点滴が始まります				本日の点滴で終了です			
消毒			病院主治医が行います							消毒は退院後1週間続けてください (通常術後2-3週間頃より不要)
栄養剤										説明内容にそって栄養剤の注入を行なってください
入浴			入浴・シャワー浴はできません 看護師が体を拭いたり着替えのお手伝いをします				病院主治医の指示によりシャワー浴ができるようになります			入浴については在宅主治医に確認してください (通常術後20日頃より可)
手続き	受診時、入院予約の手続きを1階の入院窓口で行なってください	午前10時までに1階の入院受付にお越しください 病棟へご案内いたします 病棟看護師に同意書をご提出ください						会計票をお渡します 1階の計算窓口②まで手続きをしてください		
準備	受診後1階の看護相談室へお越しください 胃ろうの説明をいたします	入院準備をしていただきます 必要な物 ・寝衣(パジャマも可) ・バスタオル・タオル ・洗面道具 ・飲み物(必要時) ・お飲みになっている内服薬 ・同意書 ・この用紙 来院のための車の手配をお願いします	自宅での介護の方法を説明しますので、来院してください ・栄養剤の注入方法 ・胃ろうのお手入れ方法 ・抜けてしまったときの対処方法 ・詰まってしまったときの対処方法 ・交換時期について(看護相談室にお越しください)	退院のための車の手配をお願いします 退院日を在宅主治医に連絡してください	退院時にお渡しする物 ・診察券 ・お預かりした内服薬 ・栄養剤 ・注入器具 ・消毒薬など ・診察情報提供書 ・退院証明書 手続きが終了しましたら お忘れ物がないかを十分に確認いただき、退院となります	在宅主治医の往診を受けてください その際、栄養剤・注入器具の入手方法を確認してください 胃ろうチューブの交換は4-6ヶ月後となります (方法) ①自宅在宅主治医が交換 ②当院外来で交換 ③当院短期入院交換 ④当院からの往診による交換 大久保病院で交換される場合は 在宅主治医と相談のうえ、看護相談室にご連絡ください	ご不明な点は、在宅主治医・訪問看護ステーション・看護相談室にお尋ねください 夜間・休日・緊急でお困りの時は、在宅主治医と相談のうえ 当院の救急外来へご相談ください			

入院当日、必ずこの用紙を持参してください

〒03-5273-7711

東京都大塚病院 2003年1月

特別寄稿

知識習得の楽しみと P D N セミナーへ期待

亀田メデイカルセンター 内視鏡室 松本雄三



プロフィール

私の所属する亀田メデイカルセンター(亀田総合病院/亀田クリニック)は千葉県南部の鴨川市にあります。職員数は約1900人、診療科は31科、病床数は858床を有する地域の基幹医療施設として機能しています。

近年では、各ジャーナリズムの行う医療機関ランキングでも常に上位にランキングされています。誇らしい反面、「これぞか」と恥ずかしくなることもしばしばあります。

内視鏡診療件数は年間約2万件です。PEGは1991年頃から導入されています。PEG導入当初は失敗も多く、あまり良い思い出はありません。創感染の率も52%に達していたとのデータも残っています。

PEGについて勉強し、PEGコーディネーターを名乗る

私がPEGに入れ込んだのは、東京都町田市にある鶴川サナトリウム病院の祐川直氏と知り合ってからです。祐川氏とはじめてお会いし、名刺を交換したのは2000年の春でした。彼の名刺には、肩書きにPEGコーディネーターとあり、自身で作成したホームページ(H P)のURLも載っていました。帰宅後、早速、名刺に記載されるURLにアクセスしました。その時の衝撃は忘れられません。

H Pのタイトルは「オンライン

私は、約20年間、准看護師兼内視鏡技師として勤務しています。現在は、内視鏡室の長として、内視鏡診療の補助に加え、コメディカルスタッフの管理及び指導にあたりています。一方、院内の職員教育担当者として、全職員を対象とするセミナーや研修の企画・運営にも携わっています。

内視鏡技師業界での私は、日本消化器内視鏡技師会及び関東消化器内視鏡技師会の役員、千葉県消化器内視鏡技師会の会長を務めています。ここでもセミナーや講習会を企画・運営し、組織を超えて内視鏡技師の知識および技術の向上、及び内視鏡技師の社会的認知度を高める努力を続けております。

PEG相談」でした。内容は、医療者ばかりでなく、市民に対してPEGの相談窓口を設けたものでした。当時、診療の補助ばかりでなく内視鏡技師の主体的な行動や内視鏡における継続看護を模索していた私にとっては、まさに「これだ!!」の思いでした。

正直、それまで私はPEGを他の内視鏡治療同様に扱っていました。もちろん、手技には細心の注意を払うのですが、「無事に済めばそれでよし」と考えていたのです。恥ずかしな

ら、私はPEGにより自分の思っていた以上に、患者・家族のQOLが高まること、またPEG自体は通過点であり、その後のケアや使い方が重要であることを、この時、初めて認識したのです。

PEGネットワークの活動

PEGの面白さを知った私は、祐川氏とともに、「PEGの啓蒙とケアの標準化」を使命とするPEGネットワーク(通称・PEGネット)なる有志の会を設立しました。PEGネットには、スーパーバイザーとして大船中央病院の上野文昭先生をお招きし、代表には祐川氏が就任しました。私はこれまでの経験を生かして企画・運営を担当しました。

PEGネットでは、全国主要都市で約3年間に8回のPEGネットセミナーを開催しました。セミナーの内容は、医師による「PEGの概要」、ETナース等による「スキニングケア」、栄養士による「栄養管理」の講演と講師全員による「パネルディスカッション」などを基本構成としました。

セミナーの運営は、メーカーの協力は一切受けず、会場費も講師謝礼も受講者の参加費で賄いました。スタッフは原則ボランティアで、ダイレクトメールの印刷、折り詰め、郵送、テキストの作成、パッケージまですべて手作りのでした。開催当日も会場設定から受付、後片付けまで自分らでやりました。時には

その後、私もPEGについて勉強し、PEGコーディネーターを名乗りました。まず、PEGのクリティカルパスをつくりました。その結果創感染をはじめとするPEGのトラブルは飛躍的に減少しました。胃瘻カードを作り、交換やトラブル時の対応窓口も設けました。自ずとチーム医療の概念も身につきました。発足にも一役買うことができました。こうして、亀田メデイカルセンターでは、PEGのケアやそれを用いた栄養療法においても、そこそこの成果を上げるようになってきました。

講師の先生方にもそれら運営を手伝って頂きました。

セミナーは、いずれも日曜日の開催でしたが、毎回盛況で300人前後の会場は満杯でした。受講者は熱心で、医師対象の学会や研究会にない雰囲気であると講師の先生方も驚かれていました。受講

毎回盛況であったPEGネットセミナーですが、2003年秋をもって終了しました。同時に、PEGネットも解散しました。理由としては、①当初から活動期間を2年〜4年と決めていたこと、②主要メンバーひとりの取り巻く環境に変化が生じたこと、③各地で主体的に同様のセミナーを開催する意思が芽生えてきたこと、などがあげられます。

PEGネットでは、PEGの啓蒙とケアの標準化につき、これら活動を通じて、ある程度の達成感を得ることができました。一方で、有志個々のボランティア活動の限界も感じました。各地で主体的にPEGに関する情報交換を行う機

運が生まれてきた今こそ、PDNのような社会的にも信用される組織で、PEGの啓蒙とケアの標準化が完遂されることが期待されます。

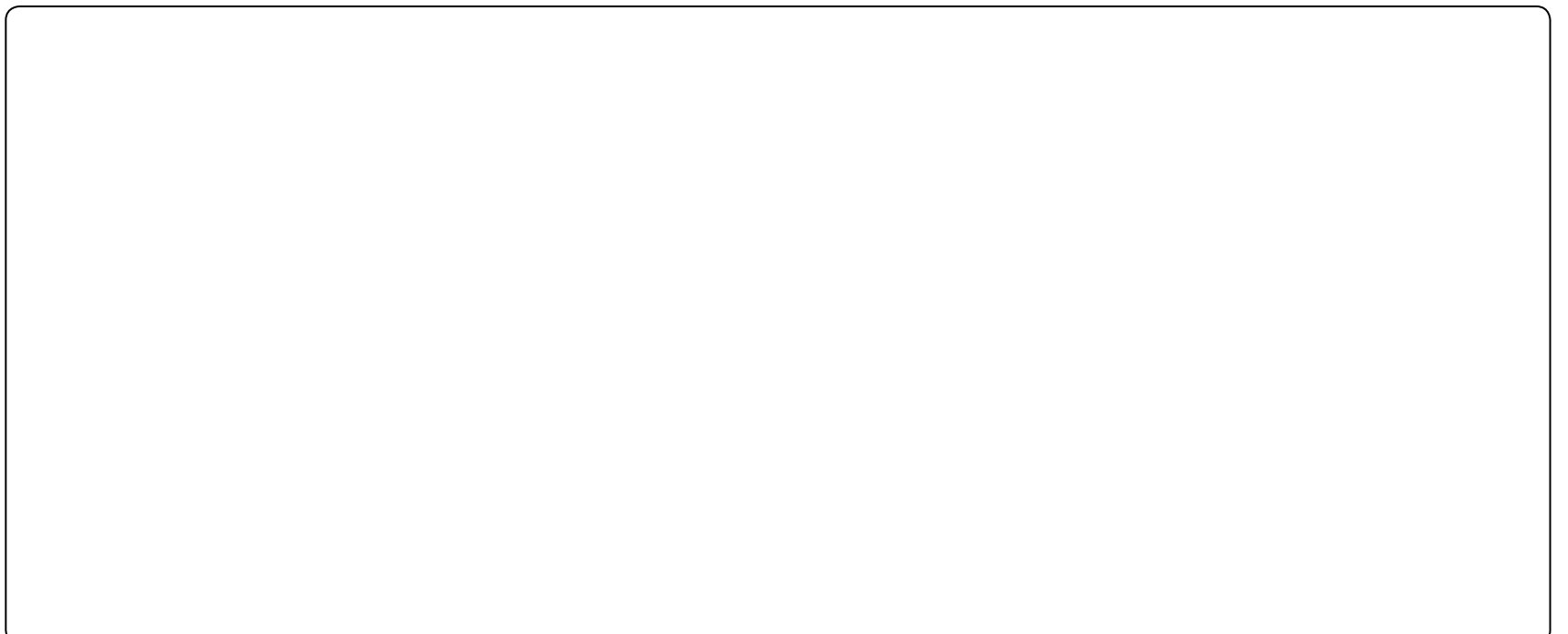
PEGネットの解散、意思はPDNへ

この度、PDNでも年間1000回を目標とするセミナー開催が企画されています。私たちPEGネットメンバーもPDNから協力要請を受け、コンテンツの作成やセミナー開催のノウハウを伝授しています。

私自身、PDNセミナーに協力することにより、PEGネットを感じていた個人活動の限界を超えることができるのではないかと楽しみにしています。皆様もPDNセミナーの今後の展開にご注目ください。



2002年6月 仙台会場



胃腸はゲストじゃない



泉 岳志 (香川県高松市在住)

1968 奄美大島にて誕生
 1976 進行性筋ジストロフィー症(DMD)と診断される
 1977 国立療養所徳島病院入院
 1988 結婚
 1989 退院 香川県にて在宅となる
 1992 気管切開
 2003 胃ろう造設
 現在、周囲の支援を受けながら、コンピュータによる創作活動(音楽、イラスト、エッセイなど)を展開中!?
<http://ken-moon.hp.infoseek.co.jp/index.html>

もしかして...? やっぱ!!

2002年の夏頃、急に体力が落ちた。流動食にしたが、吸引の回数も増え、一回の時間も異常だ。時々、食べたはずの物の色が痰に混ざって取れる。まさかと思いつつ、やがてもしかしてやっぱりという気持ちになった頃、恩師に電話をかけた。ふだん、なかなかつかまらないはずの彼が一度でつかまり、近況を話すと、胃ろうという道を奨めてくれた。

高松赤十字病院の外科で胃ろうは造ってもらえる。ただ、筋ジウスの患者は初めてなので、やるとしたら完全装備、手術室にて臨みたいとのM医師の言葉だ。この身体の弱ったところへ肺炎を患ったら終わりだと思った。迷う余地などなかった。

スタートは痛みとの戦い

妻の反応はおおらかだった。気管切開のときに比べればリスクは少ない。PEGの可能性と

スタッフたちへの信頼感から、特に不安はなかったようだ。入院中は外科病棟の理解を得ることができ、自宅での生活に近い日程で過ごすことができた。入院から2日目。手術は15分で終わった。胃カメラの飲み込み方が上手だったと誉められたが、心中ではとても長い時間を感じた。緊張を失う寸前だった。術後、おなかが張っているせいか、苦しい。ろう孔が痛い。坐薬をもらったが、きつり効き目が切れる。睡眠薬を点滴してもらってやつと一日が終わった。

計画予定表には、手術の翌日から起きてほしいとあったが、痛みとろらふらふらで無理だった。あせつてみても身体がついてこない。きょうは休んで、あすの昼からとりかえすべきなのだと思いつき、自身に言い聞かせた。結局、車椅子に乗ったのは入院から4日目の午前中だった。車椅子のベルトが当たって痛い。胃ろう周辺に触れただけなのに刺激があり、前にもたれづらひ。ナースステーションから大きなハサミを借りて応急処置をした。最後には作ってくれた人に申し訳ない程、カットした。5日目。いよいよ、胃ろうを使

う。ナースが胃ろうセットを見せられた。点滴のイメージのもの。おなかのふたを開ける。ザクツという感覚。胃ろうセットの取り付け口がギョツと突き刺さる。白湯をスタートしたとたん、ふわふわとした気分になった。そうか。こんな風なのかと感心するとまもなく、下腹がケイレンし始めた。激痛に耐えられず、初日ということで、きょうは休み、あすから注入食だ。へこんだ気分の中、もっとたいへんな人もあるのだから、という妻の言葉に黙つてうなづいた。

食事時間は短縮、栄養は確実

6日目。ラコールは土色の液体。栄養の固まり。見ただけで味は想像できる。ふわふわと不安の中、注入が始まった。痛みは来ない。わずかのスピードでドキドキしたり、げつぷが出たり、吐き気があつたりするが、とりあえず成功。あとは日課を整理して、注入カローを増やすことだった。

まずは、起きる時間を早くした。午後からしていた排便を、一番目にした。車椅子に乗り、すぐにラコールと薬を入れると、ヒ

ゲ剃りと歯磨き、顔を拭き、時計を見てびくつき。食事をしないだけではないか。なにはともあれ、口から食べなくていいことが、喜びとなった。昼寝をして、夕方から2回目のラコールを注入。妻には食事と唯一の睡眠時間を取ってもらう。とても分りにくいかもしれないが、ぼくが横になるといふことは、妻が熟睡できぬということなのだ。実は、体位交換は熟睡する時間を喰つてしまう化物なのだ。

成功の秘訣は「在宅流」

午後10時には寝ぼけ眼の妻を起し、薬を注射器に作り、注入食終了の時間を確認。この1年間、苦しみ続けてきた食事とは一体なんだっただけ? 確実に栄養が入っていくことの安心感にうちひしがれている(?)と、胃に直接入れるからか、抗不安薬の効果で以前より増してぼんやりとしてきた。人工呼吸器の音を背景に一日の終わりとタイトルを付けた。

久しぶりの自宅は、ぼんやりと薄暗く、生暖かだった。のんびりできるのは今だけ。現実を生きねばならぬ。妻一人だけですべてを抱え込むのは不可能だ。さつそく、母に手伝ってもらうことに。胃ろうの最も優れたところは、素人でも日常的に扱えること。形は点滴なので、区別するために、薬や、白湯を入れる注射器も注射器と言わず、「カテーテルチップ」としやれたカタカナで呼ぶ。無駄を省き、できるだけ、必

要なことを順番としてこなすのが在宅流。ひとつひとつに集中しすぎては身と心がもたない。もっとも大切なのは患者本人が気を取られないでもカローリが注入できること。今にして思えば、ぼくが苦しんだのは、自発呼吸のまま車椅子に乗り、胃ろうを使つていた点にあった。「胃ろうはゲストじゃない。もっと楽にこう!」恩師の励ましの言葉で、ラコールを入れるときには、座つていても人工呼吸器をつけることにした。とたんに、7時間近くかかっていた注入が4時間に短縮され、身体も楽になった。また、口から何か食べたいという気持ちも芽生えてきた。鳥の行水程度の短い時間だが、定期的にお風呂に入ることもできている。

紆余曲折あつたが、注入量は950mlとなり、いくらかふくらしてきた。ミキサー食の頃は食費もかかり、台所の片づけも追いつかぬほど、妻への介護負担は限界に近かつたのが、改善できたと思う。

改めて、医療技術の進歩と、研究、臨床の場で実践しておられるすべてのスタッフに感謝! P D N 通信スタッフに感謝! 妻と母、援助して下さいましたすべての皆様に、感謝を捧げます。



REPORT

第5回湘南在宅ケアセミナー

正しい知識をもつてこそ 味方にできるPEG

さる4月11日、藤沢市民会館で第5回湘南在宅ケアセミナー「もう一度自分の口で食べたい! 胃瘻があっても食べられる!? パート2」が開催された。朝10時から夕方5時まで熱心にメモを取り質問をし、明日の看護・介護に活かそうと800名近くの参加者が集まった。

PEGを味方にして 生きるには?

昨年夏のパート1で言及されなかった、「再び食べるための胃瘻」とそのための正しいケアの方法を、今回のパート2ではPDN理事の小川滋彦先生が「PEGを味方にして生きるー胃ろうをしている方々への応援歌」と題して特別講演のトップで登場。正しい知識、技術を持って造設・管理して初めて、PEGを味方に出ることを強調された。



パネラーの先生方

瘻孔完成後は愛護的な清潔管理でよいのに、漫然とイソジン消毒を行って結果的に皮膚を傷めている「イソジン塗りたくり症候群」のような、医療現場でしばしばみられる間違ったケアも示しながら、カテーテルの種類ごとに正しいケアの方法とその根拠を明快に解説された。また、ティッシュのこよりの紹介や、栄養剤が漏れるときこそカテーテルを緩める、というケアのポイントを繰り返しお話しされ、参加者からも「知らないうことがたくさんあった」「間違ったスキンケアを続けるところだった」という声がかげられた。

口腔を通した 継続的なケア

午後のプログラムは歯科医師・五島朋幸先生の「生きる」こと、食べることで地域を支える口腔ケアからスタート。1997年11月から通常の診療の合間を縫って訪問歯科診療を行い、在宅患者さんの生活をサポートしている。入れ歯を治したから終わりなのではなく、それによって患者さんの食生活や栄養状態がどのように変わってきたかを評価し、より良い状態を継続していくことが訪問歯科診療の役目である、と語られた。



始まるのを待つ参加者

胃瘻を使って 経口摂取につなげる

続いて看護師・小山珠美先生は「患者さんと共に食べる喜びを知った! こだわりの看護を展開して」と題してご自身の体験を通してお話しされた。胃瘻に出会った当初、栄養投与方法として優れた方法であると直感し、同時にこれは再び食べられるようになるための通過点だとも感じていたという。ところが実際には自施設の胃瘻造設者の退院後の栄養摂取状況を追跡してみると、経口摂取との併用というケースはごくわずか、早期の嚥下リハビリへのアプローチの重要性を痛感したそうだ。医療者は機能評価だけではなく食欲や満足度などにも注目し、「これはできない」だけでなく「これならできる」という視点でアプローチし、さまざまな残存機能を刺激し使っていくことで可能性を高めていくことを呼びかけられた。

きざみ食は 食べやすいか?

パネルデイスカッション「食べられるための工夫ー食べる意欲を起こさせる工夫」では、まず管理栄養士の江頭文江さんが講演された。江頭さんは、咀嚼・嚥下機能の低下に対しては、安全に嚥下の出来る食形態を考へることは基本であるが、そこで止まっていべきではなく、個々の嚥下機能の段階に応じた食形態を考え、摂食・嚥下機能をひきだしてあげべきだ、という。

嚥下機能障害をもつ患者さんの食事では、とかく素材がわからないほどつぶされたものが多いが、ちがちな嚥下訓練食だが、盛り付けや提供時の工夫(色合い、香り、かんだときの音なども考慮を、実際に作った献立の写真を使って紹介された。飲み込みが悪くなるにつれて、きざみ食が当然のように選択されているが、果たして本当に食べやすいのだろうか?と疑問を感じた江頭さんは、「きざみ食は嚥まらずに飲み込めるので逆にまとまりにくく誤嚥の危険性もあり、口中にも残りやすい。むしろ一口大で、上あご舌でつぶせる程度のやわらかさになれば、舌を使って食べ物を喉のほうへと送り込む訓練になるし、味わうという面からお薦めしたい」と強調された。

家族が判断できる 情報がほしい

介護分野を専門とするライターの小山朝子さんは、脳梗塞



「胃ろう手帳」を手にとって

で後遺症の残った祖母を在宅介護する家族として、まず日常の在宅介護生活を撮影したビデオを上映した。その中で、家族側への情報がほとんどないまま胃瘻を薦められることへの不安とまどい、また全ての経管栄養患者(経鼻チューブも胃瘻もチューブで一括りにされていることが多い)にチューブはずしのメリットが当てはまるとは限らないのではないかと、ということも発言された。

会場から

もつと情報を!

最後のプログラムは、参加者とパネラーの先生方との質疑応答。主治医とのコミュニケーション不足による誤解や摩擦に悩む患者家族、「医療行為」と定められている胃瘻の栄養投与方法に対して自分らも積極的に関与していきたいと訴える言語聴覚士、医療スタッフでありながら、胃瘻や栄養管理に関する情報の入手先がわからないという看護師。改めて早急に解決されるべき課題が浮きぼりになったといえよう。年々胃瘻保有者が増加しているのが国では、安心・安全な在宅療養を支えるために、ケアに当たるすべてのスタッフが、職種を越えて正しい認識と技術を持つこと、そして「食べるための胃瘻」という意識を持つことが求められている。

PDN 広場



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。

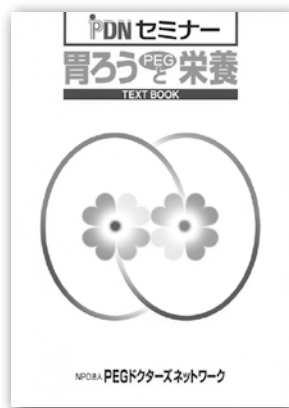
- ◆「PDN通信」は購読料をお選びいただけます。
 配布部数 5部×4回 年間購読料 2000円
 配布部数 10部×4回 年間購読料 4000円
 配布部数 20部×4回 年間購読料 7000円
 (消費税、送料を含みます。)
- ◆一般の方も購読頂けます。
 配布部数 1部×4回 年間購読料 1400円
 (消費税、送料を含みます。)

- ◆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/>

第9回 HEQ 研究会

会 期 : 2004年9月25日(土)
 会 場 : 札幌コンベンションセンター
 札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1
 当番世話人 : 斗南病院院長、北海道大学医学部名誉教授 加藤紘之
 内 容 : ランチョン・セミナー「PEG スキンケアに関して」(仮題)
 山名敏子(川口市立医療センター 副総看護師長)
 市民公開講座「PEG と共に生きること」(仮題)
 患者の立場から 西宮春雄
 介護者の立場から 峰岸聡江
 医師の立場から 小川滋彦
 ワークショップ「安全なPEGカテーテル交換手技の追求」(予定)
 一般演題
 ①栄養剤の逆流と洩れを防ぐ工夫②合併症を防ぐための工夫③管理(スキンケア、チーム医療、パスとNST、地域での連携)④PTEG(PTEGとPEGの使い分け)、ステントなど
 参 加 費 : 医師 3,000円 コメディカル・一般 1,000円
 ※市民公開講座は無料です
 問 合 せ : 町立長沼病院 倉 敏郎
 〒069-1332 北海道夕張郡長沼町中央南2丁目2-1
 TEL 0123-88-2321 FAX 0123-88-2586
 E-mail: kurato@sapmed.ac.jp

PDN「胃ろうと栄養」セミナー



開催のご相談はPDN事務局へ

03-6228-3611 (代)

テキストブック & CD-Rom 作成中

8月完成

NPO法人PDN (PEGドクターズネットワーク)

BOOK SHELF

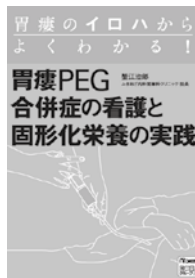


経皮内視鏡的胃瘻造設術の入門書、実用のための解説書
経皮内視鏡的胃瘻造設術

JA広島総合病院消化器内科部長 徳毛宏則・著

PEG施行件数が増える一方で「知識不足から来る胃瘻管理の不振から致命的な経過となった事例」も重視し、造設する医師のみならず胃瘻にかかわる全てのスタッフが活用できる情報が詰め込まれている。

B5判 64ページ 定価3,000円(税別) ISBN4-88002-624-7
販売: 新興医学出版社 TEL: 03-3816-2853



胃瘻のイロハからよくわかる!
胃瘻PEG合併症の看護と固形化栄養の実践

ふきあげ内科胃腸科クリニック 蟹江治郎・著

「わが国におけるPEG手技の普及は、正直なところPEGに対する基本知識が啓蒙される速度を上回る勢いで進んだ感があります。・・・」と述べる著者。基本的な知識を身につけ正しいケアを行う、問題点を放置せず解決のために工夫する、という姿勢に貫かれた本。

B5判 174ページ 定価2,800円(税別) ISBN4-89014-898-1
販売: 日総研出版(株) TEL: 052-483-7311

第15回 青森静脈・経腸栄養研究会

会 期 : 2004年8月21日(土) 15:00~18:00
 会 場 : 青森国際ホテル2F「春秋の間」
 青森市新町1-6-18 TEL 017-722-4321
 当番世話人 : 津軽保険生活協同組合 健生五所川原診療所 内科 津川信彦
 特別講演 : 「胃瘻PEG後期合併症管理と固形化経腸栄養の実践」
 ふきあげ内科胃腸科クリニック 院長 蟹江治郎
 問 合 せ : 健生五所川原診療所 所長 津川信彦
 〒037-0016 五所川原市一ツ谷508-7
 TEL 0173-35-2542 FAX 0173-35-8442
 事 務 局 : 弘前大学 第一内科 福田真作
 TEL 0172-33-5111(内線5053)
 共 催 : 青森静脈・経腸栄養研究会/テルモ株式会社

編集後記

今号の内容を振り返ってみると、改めて「よい胃瘻を造ること」「正しいケアを行うこと」そのために「正しい情報が提供・共有されること」の必要性が、共通項として見えてきました。一方、先日事務局が受けた電話では、バルーン・チューブタイプのカテーテルが8ヶ月間交換されていないという現実も…。バルーンの固定水の入り口をテープでふさいで(=固定水の確認・交換をしていなかった!)使っているとのことで、それを医療スタッフが良しとしていたのであれば、正しく使うための情報さえ徹底されていないこととなります。各地で発足している胃瘻研究会と協力しながら、PDNセミナーもケアの標準化のお手伝いをさせていただきたいと思っております。(岡崎)

VIDEO SHELF

笑顔が見たくて ~わが家の介護~



介護専門ライター小山朝子さん宅の介護の記録。胃瘻を造った祖母、介護する母と娘の三人が、同じ屋根の下で笑顔を決やさずに生活している。初めての介護の中で体験した出来事に、悩み、迷い、怒り、右往左往しながらも、自分たちが納得できる結論を求めて一つ一つ折り越えてきた母娘の笑顔からは、自らが関わり選択していく医療・介護に対する自信がうかがえる。

VHS 12分 1,500円(税込)

販売: PEGドクターズネットワーク TEL:03-6228-3611

長さは50cmと75cmの2種類

価 格
1本1,500円
送料込

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