

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙

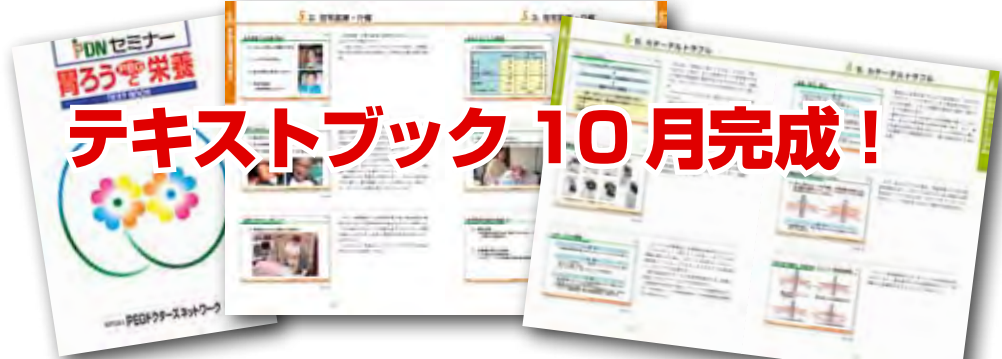
PDN通信

第9号
2004 Oct

発行所 NPO法人 PEGドクターズネットワーク
 発行者 代表理事 鈴木 裕 (2001年4月設立)
 事務局長 二宮英温
 〒104-0032 東京都中央区八丁堀3丁目22-9 石橋ビル2階
 TEL.03-6228-3611 FAX.03-6228-3730
 URL <http://www.peg.or.jp/> E-Mail info@peg.or.jp
 定価150円

● 主な記事 ●

- 4面 地域連携カンファレンス⑨
- 6面 在宅医療の現場から⑨
- 8面 栄養教室⑦
- 12面 小児のPEG
- 14面 わたしのまちの病院⑨
- 16面 PDN談話室 Webセミナー⑨
- 18面 患者家族体験記⑦
- 19面 PDN広場
- 20面 医療機関リスト(新規登録)



テキストブック10月完成!

PDNセミナー、本番に向けて始動

成果が問われる全国1000開催目標

胃ろう患者が20万人を超えた現状(グラフ)で、依然として払拭されない胃ろうへの偏見、初歩的な胃ろうの知識・技量の欠如、介護施設の患者受入拒否など、解決すべき課題は少なくありません。胃ろうの普及に伴って、日々顕在化する諸問題に、迅速適切な対応が求められています。こうしたニーズに応えるため、PDNはホームページ、PDN通信などで情報提供を行ってきました。

「近隣の場で、メディカルスタッフが基礎的な知識・技術を習得し、患者・家族中心のバリアフリーな環境を醸成したい」
 PDN通信第8号(2004年7月1日号)で、PDNは第3のプロジェクトとしてセミナー開催を呼びかけました。反響は大きく、早速、各方面から多くの提案や協賛が寄せられました。寄せられた貴重なご提案を計画に反映すべく、目下、プロジェクトの再構築に取り組みました。セミナーは当初計画よりやや遅れ気味となりますが、その分、セミナー開催のコンセプトが明確となり、内容もいっそう充実しました。呼びかけから今日までの経緯と今後の取り組みについて、改めてご報告させていただきます。

セミナー主催者とPDNの役割分担

PDNセミナーの開催方法については、各位から貴重なご提案をいただき検討を重ねました。その成案はポスターに示した通りです。即ち、主催者は、地方自治体、医師会、看護協会、各種医療機関、協賛企業、あるいはそれらの連合など、いろいろなケースが想定されます。主催者側担当者からご連絡をいただき、PDNとの打ち合わせにはいります。原則として、できるだけ経費を節減するため、主催者とPDNの打合せは、電話、ファックス、メールなどで行います。これによって小規模なセミナーにも柔軟に対応します。主催者側の主な作業は、会場の設営と参加者の募集です。そのため資料として、PDNから、開催・運営マニュアル、テキストブックなどの資料をお送りします。ご要望があれば講師のご紹介などをさせていただきます。スケジュール調整などお手伝いします。またPDNセミナー協賛企業のなかから、協力企業のご紹介もさせていただきます。すべてのケースで詳細な打合せを行います。

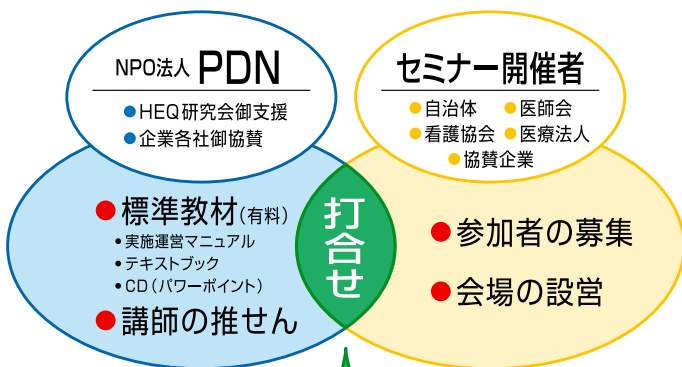
最終的にテキストブック、講師用のCD(いずれも有料)を送付します。

講師陣ネットワーク化とテキストブック作成

PDNセミナーの全国展開に際して、2つの課題に注力しました。指導力のある講師陣の布陣と実践的な教材の作成です。講師陣は全国60余名のPDN理事にご協力をお願いし、都道府県をつなぐきめ細かい

ネットワークづくりが整いつつあります。また、テキストブックの作成には、30余名の臨床に精通した専門の先生方に執筆をお願いいたしました。次ページ以下(2~5頁)に、詳細を述べます。

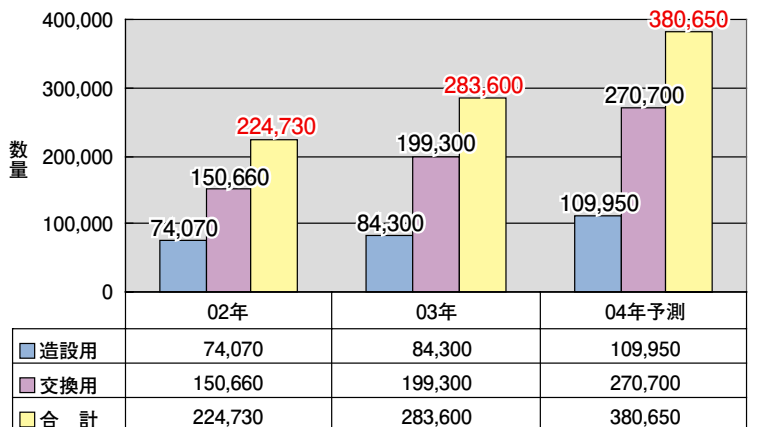
「胃ろうと栄養」セミナー開催の御相談はPDNへ



セミナー開始予定
2004年10月中旬

- 開催の詳細は次号以降のPDN通信で報告します。
- 電話、FAX、e-mailで御連絡下さい。

PEGのマーケットサイズ推移



多くの激励と協賛に感謝

PDN代表理事
東京慈恵会医科大学外科

鈴木 裕

PDNセミナーの計画呼びかけに、多くの激励と協賛をいただきました。なかでも、HEQ研究会代表世話人の曾和融生先生からおくれた熱いエールは、何よりの勇気と推進力になりました。

ふり返れば、PDNはホームページの開設・運営から出発し、「胃ろう手帳」などの書籍出版、情報紙「PDN通信」の発行と、拙速ながらも、着実に実績を積み重ねることができました。私どもはこうした活動を総称してPDN広場と呼んできていただいておりますが、PDNセミナーは、広場に新たな息吹をもたらすものと大きな希望を抱

全体像を明確化することができました。心よりお礼を申し上げます。小さな点から立ち上がったPDNは、いま、点から線へ、更に面への拡がりが見えてきました。PDN広場に集うものは患者・家族と多分野の医療従事者です。この広場では学ぶ者は、同時に教える者であり、心が通い合う相互信頼が親近感を高めています。

本プロジェクトの誕生を契機として、PDN広場が更に身近なものとなり、活性化されることを願っています。 「胃ろう患者と介護する家族を孤立させてはならない」というPDNの理念を、PDNセミナーを通じて共有できることは、何ものにもかえがたい喜びであります。何卒、これからも変わらぬご支援、ご指導をたまりますよう宜しくお願い申し上げます。

PDNセミナーに期待する

HEQ研究会代表世話人
社団法人大阪掖済会病院特別顧問
大阪市立大学名誉教授

曾和融生

このたびのPDNセミナー全国開催の企画にあたり、その教材として使用される実践的PEGのマニュアルと栄養管理を含めた介護ケアに関するテキストブックを発刊されること、誠に同慶の至りであります。

平成8年8月、北里大学東病院長消化器外科元教授、比企能樹先生のご発案によりHEQ研究会が設立され、この分野では本邦初めての全国規模の研究として注目されました。

HEQは Home health care Endoscopic therapy Quality of life

の頭文字を連ねたもので、まさに高齢者の在宅介護に向けて、経皮的内視鏡的胃瘻造設術(PEG等)の手法を用い、患者のQOL向上を目的としたものであります。本研究会は年々盛会となり、本年度第9回を迎えることになりました。しかしながら、本研究会での熱気がそのまま全国各地に浸透しているかは定かではありません。温度差も感じられます。またPEGに対する社会的認知度も未だ十分とはいえない状況にあります。このような状況の中で、PEGの普及とPEGの正しい情報提供を目的として、平成13年4

月、NPO法人PEGドクターズネットワーク(代表理事・鈴木裕、事務局長・二宮英温)が設立されました。今後はHEQ研究会との連携を密にし、PDNの成果を向上させるために、地域自治体、医師会、看護・介護協会などでのPDNセミナー開催は、介護・在宅医療の活動基盤の組織作りの支援と、地域からの登録医療機関の増加と充実にもつながらものと考えられます。

このようなことからPDNセミナー開催のために今回発行されましたテキストは、地域でのメディアカルスタッフの基礎知識と技術の習得に役立つ、ひいては患者・家族の安心できる社会環境の醸成にも貢献できるものと期待されます。(テキストブック『推薦の言葉』より抜粋)

PDN ドクターズネットワーク理事

足立 香代子	せんぼ東京高輪病院 栄養管理室
雨海 照祥	茨城県立こども病院 小児外科
有本 之嗣	須波病院 理事長
伊藤 重二	公立丹南病院 副院長
稲川 利光	NTT 東日本伊豆病院 リハビリテーション科
井上 善文	日本生命済生会附属日生病院 外科
上野 文昭	大船中央病院 消化器肝臓病センター
上符 正志	益子病院 内科
枝 幸基	仙台市立病院 消化器科
大重 京子	指宿浩然会病院 内科
大島 貞男	大島内科クリニック 院長
大谷 順	JA府中総合病院 外科
岡田 晋吾	北美原クリニック 院長
岡野 均	岡野医院 院長
小川 滋彦	小川医院 院長
小野 成樹	赤穂市民病院 消化器科
小野 博美	大滝病院内科 (留学中)

小野沢 滋	亀田総合病院 地域医療管理部
梶谷 伸顕	岡山光生病院 外科
蟹江 治郎	ふきあげ内科胃腸科クリニック 院長
木村 明	木村病院 院長
木村 知行	東京慈恵会医科大学 麻酔科
日下部 俊朗	伊達赤十字病院 消化器科
倉 敏郎	町立長沼病院 副院長
小山 茂樹	滋賀医科大学 消化器内科
嶋尾 仁	北里大学東病院消化器外科/慶洋会ケアイ飯田橋クリニック院長
城本 和明	城本胃腸科内科クリニック 院長
城谷 典保	東京女子医科大学病院 第2外科
末永 仁	日立港病院 院長
鈴木 裕	東京慈恵会医科大学 外科
曾和 融生	大阪掖済会病院 特別顧問
高橋 美香子	鶴岡協立病院 内科
瀧藤 克也	和歌山県立医科大学 第2外科
田尻 久雄	東京慈恵会医科大学 内視鏡科
津川 信彦	津軽保健生活協同組合健生五所川原診療所 所長
永井 祐吾	泉大津市立病院 副院長
新留 とよ子	富士市訪問看護ステーション 主幹
西口 幸雄	大阪市立総合医療センター 外科

二宮 英温	PEGドクターズネットワーク 事務局長
長谷部 正晴	長汐病院 副院長
畠山 勝義	新潟大学 第二外科
東口 高志	藤田保健衛生大学 外科学・緩和ケア講座
比企 能樹	北里大学 名誉教授
深沢 眞吾	巨摩共立病院 副院長
福島 亮治	帝京大学 外科
福島 亘	市立富山市民病院 外科
堀内 朗	昭和伊南総合病院 消化器科
増田 勝紀	聖路加国際病院予防医療センター 内視鏡科
松月 弘恵	東京家政学院大学 家政学部
松原 康美	北里大学東病院 看護部ETナース
松本 昌美	奈良県立五條病院 内科
松本 雄三	亀田総合病院 内視鏡検査室
丸山 道生	東京都保健医療公社大久保病院 外科
宮澤 靖	近森病院 栄養科
三原 千恵	中国労災病院 脳神経外科
村上 匡人	村上記念病院 副院長
吉田 祥吾	久留米大学外科 (留学中)
吉野 すみ	滝宮総合病院 内科

2004年8月31日現在 五十音順 敬称略

「胃ろうと栄養」の基礎知識35演題の連続ポスターセッション公開!

摂食・嚥下障害をもつ胃瘻患者は、胃瘻造設以後の長期栄養管理のウエイトが大きくなりま

す。そのため、PDNセミナーの参加者は、圧倒的に長期の介護に携わるコメディカルの方々です。

また、説明も、映像を駆使した簡潔で平易なものが求められます。

第1章 概論	
1 胃瘻(PEG)とは	有本之嗣
2 適応と禁忌	上野文昭
3 インフォームドコンセント	津川信彦
第2章 造設と交換	
1 造設手技	高橋美香子
2 内視鏡の操作	松本雄三
3 カテーテルの種類	小川滋彦
4 術前・術後の管理	枝 幸基
5 合併症	日下部俊朗
6 交換	西口幸雄
7 PEGのクリニカルパス	岡田晋吾
第3章 疾患からみたPEG	
1 脳血管障害とPEG	三原千恵
2 痴呆とPEG	吉野すみ
3 神経疾患とPEG	山口浩和
4 炎症性長疾患とPEG	小山茂樹
5 頭頸部癌とPEG	妙中直之
6 末期癌とPEG	嶋尾 仁
7 小児疾患とPEG	雨海照祥
第4章 PEG以外の栄養投与ルート	
1 経鼻栄養	野村昌哉・井上善文

2 外科的胃瘻・腸瘻	永井祐吾
3 PTEG	大石英人
第5章 長期栄養管理の基本	
1 病診連携	丸山道生
2 在宅医療・介護	小野澤 滋
3 摂食・嚥下障害のリハビリ	稲川利光
4 NSTによる栄養管理	飯田俊雄・東口高志
5 栄養評価	宮澤 靖
6 栄養管理	大谷 順
第6章 日常のケアとトラブル	
1 日常の手入れ	末永 仁
2 口腔ケア	石塚三寿
3 スキントラブル	松原康美
4 カテーテルトラブル	倉 敏郎
5 消化器トラブル	松村雅彦
6 固形化の試み	蟹江治郎
第7章 保険・その他	
1 PEGに関する保険	小川滋彦 (弁護士)
2 医療過誤への対応	岡野 均
3 PEGの問題点と展望	

また、説明も、映像を駆使した簡潔で平易なものが求められます。

講師が講義内容に応じて、自由に編集できるように工夫されています。

協賛25社、57製品掲載 現場のニーズは、特長が理解できる製品情報

テキストブックの第8章は協賛企業の製品情報のページです。

が必要で、胃瘻に関する基礎知識同様、使用される製品について

製品紹介の公平性、客観性を保つため、同一スペースで同一の表現形式をとり、各製品の特長をメーカーに明記していただき

- 協賛企業(五十音順)
- 旭化成ファーマ(株)
 - 味の素ファルマ(株)
 - アボットジャパン(株)
 - アルケア(株)
 - エーザイ(株)
 - エスエス製薬(株)
 - 大塚製薬(株)
 - キユーピー(株)
 - クリエートメディック(株)
 - 三協製薬工業(株)
 - (株)三和化学研究所
 - (株)ジェイ・エム・エス
 - 住友ベークライト(株)
 - センチュリーメディカル(株)
 - テルモ(株)
 - 日研化学(株)
 - 二本シャワーウッド(株)
 - ニプロ(株)
 - ノバルティスファーマ(株)
 - ファイプロ製薬(株)
 - ボストン・サイエンティフィック
ジャパン(株)
 - 明治乳業(株)
 - (株)メデイコスヒラタ
 - (株)メデイコン
 - (株)ヤクルト本社

長野県胃ろう研究会発足

全県的な組織として ネットワーク構築を目指す

事の始まりは長野県消化器内視鏡技師研究会にPEGのケアに関するトラブルの問い合わせが数多く寄せられるようになったからです。県内の各施設で精力的にPEGが施行されるもののその後の管理、ケアの情報を追いつかず、発生してきた問題をどこどのように対処したらよいかということが話題になつてきました。

当初、胃ろうに関する問題も消化器内視鏡技師研究会を中心に対処しようという動きもありましたが、胃ろうに関連する対象はとも多く、とても片手間に対応できる問題でないこと、内視鏡技師会自体に解決しなければならぬ問題をたくさん抱えていることなどから、この会の顧問でもある信州大学内視鏡診療部の赤松泰次先生の勧めもあつて、胃ろうに関する

独自の研究会を発足することとなりまして。以前より胃ろう造設のみならず、その後の管理にも関心があつた昭和伊南総合病院の堀内と明生会高山内科の前島が中心となり、PEGのみならず胃ろう全般を対象にすることとして「長野県胃ろう研究会」という名称で平成16年4月1日に発足しました。この会

はとにかく長野県内の胃ろうに関する情報を共有できるネットワークの構築を目指すことを目的としました。この会の活動を積極的に推進していくために出身校、所属機関、業種に左右されない人選を目指し、消化器内視鏡医だけでなく神経内科医を含めたPEG担当の医師や看護師、保健師、メディカルソーシャルワーカー、栄養士の方々にこの会の世話人として8施設から参加していただきました。

PDNの活動と足並みをそろえ、企業の公平な情報提供の場を目指す

今回の研究会における重要な目的のひとつは、お集まりいただいた方にPDNの存在、活動を伝えることにある。そのため、PDNの胃ろう手帳を研究会に参加された方全員に無料で配布し、ホームページへのアクセスおよびPEG施行医療機関へ

の登録を勧めさせていただきました。長野県胃ろう研究会の基本的な姿勢として全国展開するPDNの活動に足並みをそろえ、この会がPDNの長野県支部のような役割を果たしていきたいことを強調しました。これは、全国レベルの知識や技術を長野県



満席の会場

発表のみならず、製品展示説明会も大盛況

2004年7月4日、松本市Mウイングで第1回研究会が開催され、胃ろうに携わる医師や看護師、栄養士など約130人が参加しました。開会のあいさつ

で、この会の代表世話人である堀内は「この会の活動によりPEGに関する知識と技術の標準化を目指して、長野県内のPEGに携わる医療関係者の横の連携を強化するとともに、多くの方にPEGの恩恵を享受してもらいたい」という意気込みをお伝えしました。

はじめから終わりまで会議場周辺の通路には所狭しと各企業の製品が展示され、全国規模の学会の展示場のブースさながらの展示コーナーの前では大勢の参加者が質問をしたり、試用品をもらったりと一度に7社の企業の方から情報を得られるという貴重な機会に参加者の方に提供できたことは有意義であつたと思われました。今後も出来るだけ多くの企業の方に参加していただき、公平で自由な情報提供の場作りを目指したいと思

この日のプログラム(表1)はまず一般演題3題の発表で始まりましたが、終始活発な討議がなされ、日頃からPEGに関する問題への意識の高さが感じられました。続いて後援を頂いた7社の企業の代表の方から製品の説明を各社6分程度で行っていただきました。この時間とは別に会の

その後、我が国におけるPEGの第一人者である小川滋彦先生(金沢市小川医院)による特別講演が行われました。PEGが在宅医療には極めて有用な強い味方であること、造設後のスキンケアや栄養についての問題とその対処方法についてわかりやすく学ぶことができました。小川先生のこれまでの経験に裏打ちされた具体的かつ実践的な内容でしたのでお聞きになった方にとっては翌日からすぐに役にたつものと思われました。第1回の研究会の特別講演でありまして、小川先生にはこの場を借りて今一度深謝申し上げます。



受付をすませ製品展示にも足を運ぶ

第1回 長野県胃ろう研究会プログラム

平成16年7月4日(日) 10:30~13:00

Mウイング(松本市中央公民館)

開会の辞 代表世話人:堀内 朗

一般演題 座 長:丸の内病院 中村 直

■ 合併症回避のための経皮内視鏡的胃瘻造設術(Introducer法)の検討
更埴中央病院 宮林千春 ほか

■ 感染防止キットを用いた胃瘻造設術後合併症の検討
辰野総合病院 鈴木史恭 ほか

■ 胃ろうチューブ交換時における携帯型スコープの使用経験
昭和伊南総合病院 堀内 朗 ほか

昼食および展示説明会(7社)

特別講演 座 長:飯田市立病院 柳川宗平

「PEGを味方にして生きる一胃ろう造設後の管理とケア」
金沢市小川医院 小川滋彦

閉会の辞 代表世話人:前島信也

(敬称略)

第2回研究会の日程決定、 より大勢の方の参加を目指す

第1回研究会の終了後に回収したアンケートの結果、参加された大勢の方に満足していただくことが出来たこと、松本市での開催、時間設定はこのままでもよく、年内に第2回目の研究会を希望される声が多くありました。会場が手狭であった点を考慮して、第2回研究会は12月5日(日)に松本市総合社会福祉センター4階で「栄養」をテーマに開催の予定です。第1回より大勢の方が参加していただけるように240名収容の大会議室と企業の製品展示のスペースとして中会議室(70名収容)を確保しました。また、第1回研究会と同様に研究会開催の詳細を記したポスターを作成し9月上旬には長野県内に配布の予定です。

第1回研究会の終了後に回収したアンケートの結果、参加された大勢の方に満足していただくことが出来たこと、松本市での開催、時間設定はこのままでもよく、年内に第2回目の研究会を希望される声が多くありました。会場が手狭であった点を考慮して、第2回研究会は12月5日(日)に松本市総合社会福祉センター4階で「栄養」をテーマに開催の予定です。第1回より大勢の方が参加していただけるように240名収容の大会議室と企業の製品展示のスペースとして中会議室(70名収容)を確保しました。また、第1回研究会と同様に研究会開催の詳細を記したポスターを作成し9月上旬には長野県内に配布の予定です。



第2回にも奮ってご参加下さい(堀内)

全国の胃瘻研究会 点から線への連携を

ここ数年、全国各地で胃瘻研究会が誕生している。この夏新たに発足したのも含め、7~8月に開催された主な研究会を紹介する。

●第1回 長野県胃ろう研究会
7月4日 10:30~13:00
於:松本市中央公民館
(詳細は4、5面)

●第3回 西播地区PEGと臨床栄養を考える会
7月24日 17:00~19:00(延長)
於:赤穂ロイヤルホテル
参加者:記名者121名の他に無記名者多数
主催:赤穂郡医師会(共催として3医師会、ほか)
一般演題は「当院における嚥下造影の実際」「PEGと感染症」、特別講演は「PEG管理の最新知識」。会は延長し、閉会後の懇談会でも活発な質疑が続いた。(赤穂市民病院・小野成樹先生より)

●第15回 青森静脈・経腸栄養研究会
8月21日 15:00~18:00
於:青森国際ホテル
参加者:150名(特に、施設看護師、栄養士の参加多数)
近年、PEGや経腸栄養剤にまつわる演題が多い。特別講演「胃瘻PEG後期合併症管理と固形化経腸栄養剤の実践」のほか、PDNセミナー開催の案内が、津川信彦先生より報告された。(協賛メーカーより)

●第1回 鹿児島PEG研究会
8月21日 15:00~17:30(延長)
於:フードパル熊本

●第5回 PEGケアカンファレンス
8月21日 15:00~18:00
於:フードパル熊本

●第1回 鹿児島PEG研究会
8月21日 15:00~17:30(延長)

●第1回 鹿児島PEG研究会
8月21日 15:00~17:30(延長)



於:鹿児島医師会病院新館ホール
参加者:200名以上
各施設における造設・交換・ケアの現状報告、キットの種類と特徴、演者と参加者とのディスカッションが行われ、質問が多数あった。次回は来年2月に注入に関するテーマで開催の予定。(指宿浩然会病院・大重京子先生より)

参加者:330名(特に栄養士、他県からの参加多数)
基礎知識レクチャー「PEGの栄養剤あれこれ」、特別講演「PEGにおける栄養管理のコツ」、その内容を受けて質疑応答。
近年、固形化を含め経腸栄養剤やその投与方法に関する演題が増えている。メーカーに対しては、ゲル化された経腸栄養剤の開発を、との要望が出された。(熊本胃腸科内科クリニック、城本和明先生より)

(第9回)

在宅医療の現場から



小川医院(金沢市) 院長 小川滋彦

在宅医療は「密室医療」?

過去には在宅医療とはいわば「密室医療」でした。主治医と家族の間で「年だからもうイヤね」という暗黙の了解がなされれば、治療可能な状態であっても「末期だとみなして」治療を打ち切ることがありえた(これを「みなし末期」と言うそうです)。ところが、介護保険が始まってからはヘルパーさんやケアマネージャーさん、訪問看護師さん等々、いろいろな職種の方々が自宅に出入

病院から在宅へ

りしますから、在宅医療も「密室」ではなくなってきた。たとえば、誰かが「胃ろうをすれば元気になるんじゃないですか」なんて言い出したら、それを否定するにはかなりのエネルギーを要します。医者にとつては、昔前なら自分の裁量だけで方針決定できたわけですから、こういった「雑音」はわずらわしくないとさえ言えるでしょう。

「開かれた」医療とは

しかし、こういった複数の医療者が関わるが故の「雑音」は、「開かれた」医療のためには必要不可欠です。たとえば、われらがPDNホームページの「相談室」で語られる内容など、もし不勉強なお医者さんがいたとしたら晴天の霹靂、「なんで患者がそんなことまで知っているんだ!」とお怒りになるほど、まさしく「雑音」の最たるものと言えるでしょう。

「開かれた」医療とは、あとから第三者が見ても十分納得のできる、客観性のある医療です。とくに胃ろうに関わる患者さんたち(将来するかもしれない方たちも含みます)は、しばしば自分ひとりでは命をつなげない方々です。医療の中止はただちに死につながります。ですから、医

患者の権利とは

いま「患者さんの権利」と言いました。ここで「患者さんご家族の権利」ではないことに注意してほしいのです。よく「胃ろうをし

たら家族が感謝した」という言い方をします。逆に「家族のいない人だとわかった。感謝する人がいないのになければ良かった」と言うこともある。これっておかしくありませんか。もしそうなら、日本という国は天涯孤独の人は生きていけない国だと言うことになりますね。

よく「次の世代のことを考えなければならぬ」と言います。次の世代のために自己犠牲もやむを得ないという言い方をする人もいます。たしかに、この国は世界でまれにみる急速な高齢化社会を迎えていることは、ご周知の通りです。しかも元気がない虚弱な高齢者がどんどん増え続けている。医療費を圧迫するのはないかという漠然とした不安感から、高齢者に対する医療を差し控えようという風潮すらあります。しかし、こういう時代だからこそ、家族に大事にされていると

らわれずに、また「集団としての高齢者」というレッテルを貼らずに、一個人としての患者さんの権利に思いをはせたいのです。

なぜ医療者はリビングウイル?

そうすると「自己決定」を重視しようという動きが出てくるのは当然です。昨年、厚生労働省の「二〇〇二年度終末期医療に関する調査結果」が発表されました。この中で、生前に文書によって延命治療等に対する自らの意思表示をする「リビングウイル」について賛成と回答した国民が半数を超えることが明らかにされたそうです。

ただ、私はヘソ曲がりですから、次の結果には大変イヂワルな考えがあふつと湧いてきました。リビングウイル「賛成は、一般国民五十九%に対して医師・看護職員ともに七十五%と多かったというのですが、これって高度障害の現実の厳しさを医療関係者はよく知っているのに、延命治療中止に心が動きやすいからでしょうか?しかし、たかさんの人の死を看取ったからと言って、それは決して当事者としての体験ではないのです。医療関係者ゆえの陥りやすい「カン違い」だというのは厳し過ぎる意見でしょうか。

せめて、「まず、生きることの保障を」尊厳死はあくまで個人の選択で。私が役員をしている石川県保険医協会の機関紙・石川保険医新聞の社説ともいうべき「持論」に掲載された記事をお目にかけます(図1)。五年以上前に発表されたものですが、せち辛い今の世にこそ生きるメッセージだと信じています。

現代医学のトレンドは?

かつてペニシリンが発見された時、人類は感染症を克服するチャンスを手に入れました。そのくらいエポックメイキングであったことは、どなたでもご存じでしょう。それに継ぐのはコレステロールを下げる薬の発見で、私の出身医局・金沢大学第二内科の馬淵宏教授の論文が世界的な医学雑誌に掲載された時、後にノーベル賞を受賞するゴールドシュタイン博士に「動脈硬化に対するペニシリン」と評されました。

ペニシリンに代表される抗生物質など「特効薬」の発見は医学の進歩そのものとも言えますが、皮肉なことに日本の医療における「薬漬け」の構造的な体質と切り離せないことはたびたび指摘されています。高価な抗生物質は湯水のように使うくせに、患者さんの全身状態改善の大元である栄養療法には無関心であったため、薬の効かない耐性菌出現の機会をつくってしまったのではないかと、栄養状態さえ良くしておけば、自ずと感染症に対する抵抗力が得られたはずなのに、このような反省から、NST(栄養サポートチーム)という考え方が支持されるようになったのだと思います。

在宅医療の「ペニシリン」!?

たいへん逆説的な言い方になってしまいましたが、それでも医学の進歩を代表する言葉が「ペニシリン」だとすれば、やはり現

開かれた医療を

代医学の「ペニシリン」は栄養療法です。栄養療法の価値に少しも早く気がついた医療機関が患者さんの信頼を勝ち得るのだと思います。そして、栄養療法はとりわけ「在宅医療におけるペニシリン」であると提唱したいと思えます。なぜなら、私も開業医にとって、これまで在宅医療には「いかに死を受容してもらうか」という選択しかなかったように思います。もちろん、悪性疾患の最期の時を在宅で過ごしたいというニーズはありますから、終末期医療は在宅医療のもうひとつの柱といえます。しかし、抗生物質のない時代に肺炎に罹ったら、じつと死を待つしかなかったように、栄養療法の考え方がなかった時代には、在宅医療は常に死と隣り合わせだったとい

えましよう。
もちろん、何も胃ろう栄養だけが栄養療法ではありません。しかし、胃ろう栄養はある意味「強制栄養」であるが故に、栄養療法の効果を「極端な」形で見せてくれます。床ずれが良くなる、呼吸状態が良くなる、活気が出てくる等々、その効果といったら枚挙にいとまがありません。少なくとも私は胃ろうを通して在宅医療における栄養療法の素晴らしさを確信するに至ったわけです。

湘南セミナーで学んだこと

さて、そうすると次なる活動に目覚めます。「胃ろう栄養の効果はわかったが、それほどの栄養障害になる前に何か手立てはなかったのか」と素朴に思いました。

ちょうど先の号に報道記事がありましたように、去る四月十一日藤沢市民会館で開催された第五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!」
に私もパネリストとして参加して参りました。私自身たいへん勉強になったのですが、なかでも厚木市のお二人(看護師の小山珠美さんと管理栄養士の江頭文江さん)のお話には度肝を抜かれました。カルチャーショックでした。とにかくその発想が「患者さん中心」なのです。「患者さんに必要だから」胃ろうもするし、口から食べられるように精一杯の工夫をする。ああ、医療の原点はここにある!と素直に感動しました。胃ろうにこだわっている自分が何だか小さく思えました(もちろん胃ろうは使いこなしてナンボですが)。

「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!」
に私もパネリストとして参加して参りました。私自身たいへん勉強になったのですが、なかでも厚木市のお二人(看護師の小山珠美さんと管理栄養士の江頭文江さん)のお話には度肝を抜かれました。カルチャーショックでした。とにかくその発想が「患者さん中心」なのです。「患者さんに必要だから」胃ろうもするし、口から食べられるように精一杯の工夫をする。ああ、医療の原点はここにある!と素直に感動しました。胃ろうにこだわっている自分が何だか小さく思えました(もちろん胃ろうは使いこなしてナンボですが)。

いよいよ

在宅NST!

人はなぜ痩せてくた、寝たきりになって、床ずれができるのでしょうか?入れ歯をなくして、噛めなくなつたから?何かのはずみで転んで起きられなくなつた

「尊厳死を押し付ける」危険性があるからだ。日常会話で何気なく語られる「中風のみじめな姿をさらして生かしておくのは可哀相」「もう寿命なんだから

から?それとも気持ちが悪く、つらくなってしまったから?高齢で通院困難になったごく普通の患者さんたちの間で、いつのまにか栄養障害が進行している。「体が弱っていく」その実態は栄養障害なのです。痩せて、骨が突出して、むせやすい。ちよつとしたことで、床ずれができたり肺炎になつてしまふ。何とかそれを事前に食い止めたい。

NSTで

真の病診連携を

NSTはもともと病院で発生した考え方です。病院内の多職種が「入院患者さんの栄養を守

「尊厳死を押し付ける」危険性があるからだ。日常会話で何気なく語られる「中風のみじめな姿をさらして生かしておくのは可哀相」「もう寿命なんだから

る」という発想で横のつながりを持つとうとするチーム医療です。しかし、考えてもみてください。昔と違って、一般病院の入院期間は二十日未満、長くても三ヶ月です。つまり病院は患者さんにとって通過点に過ぎない。だから、病院でどんなに立派なNSTをやったとしても、退院後に継続されなければ何の意味もありません。在宅でも施設でも、地域のどこに居ても、患者さんには「自らの栄養が守られる」権利があるのです。

NSTで

真の病診連携を

NSTはもともと病院で発生した考え方です。病院内の多職種が「入院患者さんの栄養を守

「尊厳死を押し付ける」危険性があるからだ。日常会話で何気なく語られる「中風のみじめな姿をさらして生かしておくのは可哀相」「もう寿命なんだから

持論

近年、「尊厳死」の意義が広く認められつつある。個人の人生観・死生観に重きを置いた「尊厳死」の思想は、延命のみを究極の目的とした現代医学の在り方に一石を投ずるものとして、高く評価されつつある。

しかし、「尊厳死」はあくまでも個人が選択するものであつて、決して日本風「皆と同じようにあなたもそうしなさい」的発想で捉えてはならない。意志表示のできない虚弱者に対して

まず、生きることの保障を

尊厳死はあくまで個人の選択で

「尊厳死を押し付ける」危険性があるからだ。日常会話で何気なく語られる「中風のみじめな姿をさらして生かしておくのは可哀相」「もう寿命なんだから

図1. 石川保険医新聞1998年12月15日号より

栄養教室 Vol.7

その経腸栄養剤、 どうして選んだの？

その1

名古屋経済大学臨床栄養センター 早川 麻理子
久留米大学医学部小児外科 田中 芳明

栄養剤選択の現状 — 根拠はなんですか？

最近では、治療を目的とした病態別経腸栄養剤も上市され、現在日本で市販されている経腸栄養剤の数は、食品、医薬品を含め、100種を超えているのをご存知でしょうか。この多くの経腸栄養剤の中から、個々の患者さんに最も適した栄養剤を選ぶことは至難の技であり、何を基準に選んだら良いのか迷うところです。また栄養剤をはじめ、経腸栄養法に対する患者情報が二元化されていないため、

転院や転所前に投与されていた栄養剤の投与目的やその栄養組成を把握することは、容易ではありません。「うちの病院で、〇×△という栄養剤に代わるものは何？」と、ドクターから尋ねられることがあると思います。しかしながら、栄養剤の選択基準は、値段が安いから？いつもこれだから？病態がそれだから？保険が利くから？経口であれば飲みやすいから？・・・と言った具合にさまざまで、投与目的が不明な場合もあります。このような状況で、患者さんや施設のニーズに合った栄養剤を効率よく取捨選

択するには、現在どのような栄養剤が存在しているか、どのような用途で投与できるのか、また価格や保険の適・不適など、栄養剤の特長を把握した上で、それぞれの患者さんに適した栄養剤、組成、容量および妥当な価格かどうかを評価することが大切であると思います。施設における経腸栄養剤の採用では、まず標準的な栄養剤を決定し、次にそれぞれの施設の必要に応じて、高濃度経腸栄養剤、病態別経腸栄養剤をどこまで用意するのか決めることが肝要であり、病態別経腸栄養剤の採用時には、各施

設で対象者を分類することが必要であると思われれます。経腸栄養法が適応となる対象者の目的を「維持」に主眼をおくのか、「治療」に主眼をおくのかに大別し、積極的な栄養療法を必要とする患者さんの病態を分類します。病態別栄養剤の使用は、標準的な栄養剤や高濃度な栄養剤を用いても栄養管理が不可能であると同時に、少ないリスクで明らかでないリスクが期待できる場合に用います。

●投与カロリー (Harris-Benedict Equation)

1) 基礎消費エネルギー量 BEE (kcal/day)
 男性: $66.5 + 13.8 \times \text{体重 kg} + 5 \times \text{身長 cm} - 6.8 \times \text{年齢}$
 女性: $655.1 + 9.6 \times \text{体重 kg} + 1.9 \times \text{身長 cm} - 4.7 \times \text{年齢}$

2) 必要エネルギー量 TEE (kcal/day) = BEE × (1 + AF + SF)
 活動係数 AF: Activity factor 寝たきり 0 ~ 0.1
 ストレス係数 SF: Stress factor 37°Cを1°C超える毎に 0.13*

●投与タンパク質量 (g) = TEE ÷ (Cal/N比) × 6.25

●糖質 / 脂質 (エネルギー) の割合
 $\text{糖質} (\%) = \{ \text{TEE (kcal/day)} - \text{Protein (g)} \times 4 \} \div \text{TEE} \times 100$
 $\text{糖質 (g)} = \text{TEE (kcal/day)} \times \text{糖質} (\%) \div 4$

表1. 栄養管理のポイント

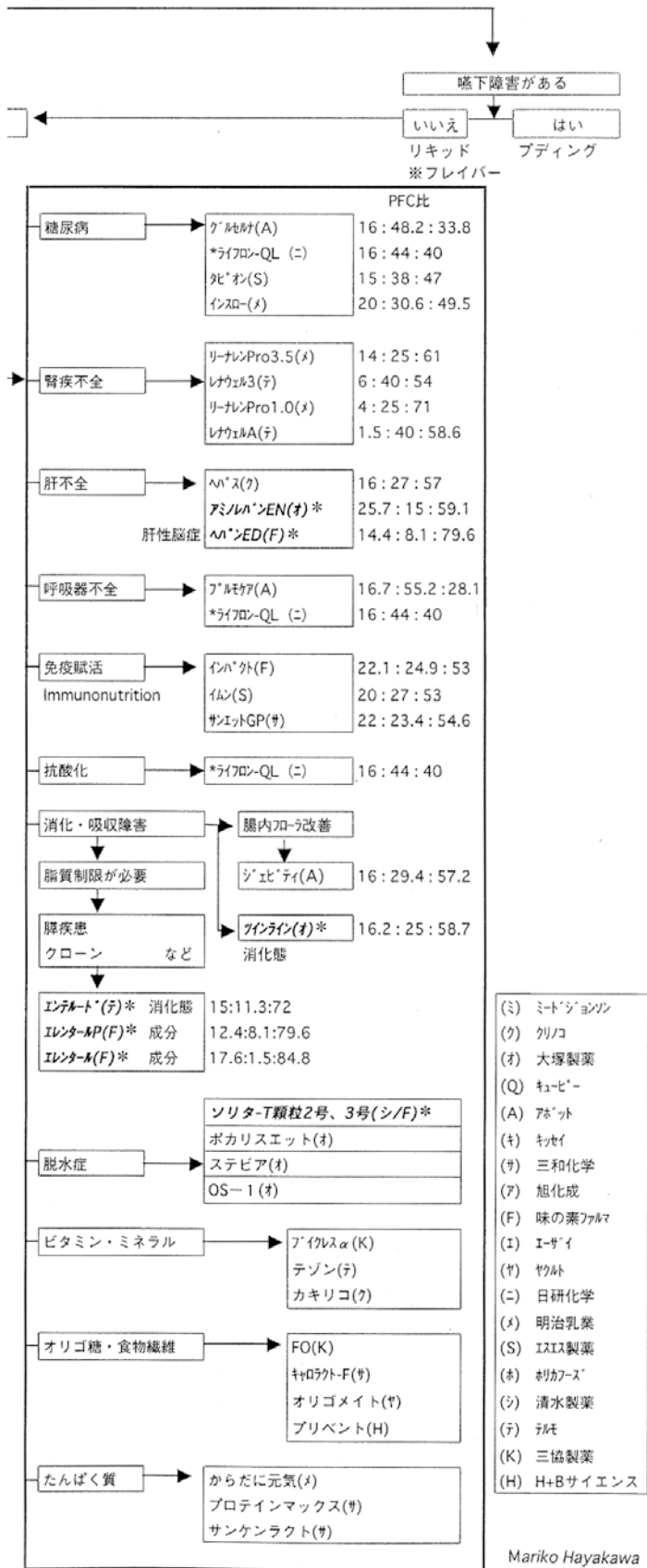


表2. 経腸栄養剤の選択 EN-Map

経口摂取ができる

いいえ → 腸管が使える → いいえ → 10日以上完全静脈栄養法を続ける → はい → 中心静脈栄養 / いいえ → 末梢静脈栄養

はい → 経口的にサプリメントが必要である

中等度以上の臓器障害がある

いいえ → 水分制限がある → いいえ → 1.0-1.2kcal/ml / はい → 1.5-2.0kcal/ml

炭水化物の調整 E%		たんぱく質の調整 E%(C/N比)			
		1低め <15 (170<)	2ふつう 15≦P<17 (170≦P<150)	3やや高め 17≦P<19 (150≦P<130)	4高め 19≦ (≦130)
A低め<50	アイソカ [®] ・RTU(ミ)				
Bやや低め 50≦C≦55	インリツSF (D) K-1 (Q) インシュアリキット [®] (D)*	ニューイソタン [®] - (F) サニットL(サ)			ル-エックM(S)(シ)(F)* ル-エックF(S)(シ)(F)* ライロン6(ニ) ライロン-PZ II (ニ) ライロン-PZ(ニ)
Cふつう 56≦C<60	NEW K-2(Q) MA-7 (ク)	グリコ [®] TEN (イ) MA [®] #150 (ク) MA-8 (ク) メ [®] イ [®] リキット [®] (F) カロリアン-L (ヤ) L-2(ア) ライロン-L(ニ) カロリアン-L200MCZ(Q) ファイレン [®] YH(メ) メ [®] イ [®] ランスC(メ) メ [®] イ [®] ランスS(メ) メ [®] イ [®] ランスC [®] シ [®] クス(メ)	メ [®] イ [®] リ [®] ソ [®] ク(フ) メ [®] イ [®] リ [®] ソ [®] ク(F) リ [®] カ [®] リ [®] SOY(サ)	サニット-SA(サ) L-6PM7 [®] ラス(ア) サ [®] ノ [®] SA(サ) メ [®] イ [®] ランスCHP(メ) サ [®] ノ [®] SC(サ)	
D高め 60≦	ハイネックスR(オ)	サニット-N3 (サ) L-5 (ア)	サ [®] ノ [®] SNT-5(サ) E-4(ク) E-5(ク) E-6(ク) E-1(ク) L-3 [®] メ [®] イ [®] ン [®] -ス [®] (ア) サ [®] ノ [®] SNT-3(サ) K-4(Q) エ [®] コ [®] サ(オ)*	E-3(ク) CZ-F(ク) CZ-Hi(ク) E [®] ア [®] ア [®] ア [®] (S) L-7(ア) サ [®] ノ [®] サ [®] (ア) カロ [®] リ [®] メ [®] イト(オ) PN-Hi(ク)	

炭水化物の調整 E%		たんぱく質の調整 E%(C/N比)			
		1低め <15 (170<)	2ふつう 15≦P<17 (170≦P<150)	3やや高め 17≦P<19 (150≦P<130)	4高め 19≦ (≦130)
A低め<50	アイソカ [®] 2K(ミ)				
Bやや低め 50≦C≦55	インシュア [®] H(A)* サ [®] ノ [®] サ [®] ニ [®] コ(ア) サ [®] ノ [®] サ [®] ニ [®] コ [®] (ア) サ [®] ノ [®] サ [®] ニ [®] コ [®] 2.0(ア)	笑顔倶楽部(ア) リ [®] カ [®] リ [®] Mini(サ)			メ [®] イ [®] ア [®] メ [®] ア [®] ラス(F) ・紅茶 ・バナナ/プレーン ・黒ごま
Cふつう 56≦C<60		E-6 1.5(ク) MA-81.5(ク) メ [®] イ [®] ランスC1.5(メ)			
D高め 60≦		L-4 [®] メ [®] イ [®] コ [®] リ [®] (ア) MA [®] #200(ク) MA2.0(ク) メ [®] イ [®] ランス2.0(メ)	カロリアン-L300(ヤ)		

炭水化物の調整 E%		たんぱく質の調整 E%(C/N比)			
		1低め <15 (170<)	2ふつう 15≦P<17 (170≦P<150)	3やや高め 17≦P<19 (150≦P<130)	4高め 19≦ (≦130)
A低め <50					
Bやや低め 50≦C<55		ニューメ [®] イ [®] 7(F)			
Cふつう 55≦C<60		L-1(ア) カロリアン(ヤ) クリニミ [®] ル(エ)*			
D高め 60≦	ハイネックスR(オ)				

MA-3 (ク)

low Fat Fat 16
P:F:C 10:16:74

ア[®]ニ[®]ト(ミ)

Fat 8 Fat 15
17:8:75 19:15:66

サニットA(サ)

- :食物繊維○・オリゴ糖○
- :食物繊維○・オリゴ糖×
- ×:食物繊維×・オリゴ糖○
- ×:食物繊維×・オリゴ糖×

斜体*: 医薬品

個別栄養剤一覧 - 栄養剤の組成と特徴 -

臨床栄養 Vol.104 No.5・No.7 2004
Units : nutrient-based dietary reference intake (6次改定日本人の栄養所要量栄養摂取基準) >70歳女性

Table with 2 columns: 浸透圧 (mOsm/L) and 特徴. Rows include products 350, 390, 403, 400, 470 with detailed nutrient composition and characteristics.

Table with 2 columns: 浸透圧 (mOsm/L) and 特徴. Rows include products 1229, 770, 770-195, 510, 249 (等張) with detailed nutrient composition and characteristics.

悩んだ時の一覧表

ランに合った製剤を選択し、必要であれば2種類以上を組み合わせて、投与のタイミングを考慮します。

ここで、日本の市場にある経腸栄養剤を臨床的に選択するための decision tree として作成した「EN-Map (経腸栄養剤一覧) (表2) を紹介します。エネルギー基質栄養素に基づいた標準的な半消化態栄養剤および高濃度栄養剤の分類と病態別栄養剤を1枚のシートにまとめました。

物物の含有量が高く、右へ行くほどタンパク質の含有量が高くなっています。たとえば、糖尿病で低タンパク血症を併存し、軟便状態であるが病態がある程度安定している患者さんであれば、ブロッケン4のライフロン6を選択します。それでも血糖コントロールが困難な場合は、病態別栄養剤の糖尿病用を病態に合わせて投与します。斜体で示したのが医薬品なので、栄養組成が適当であれば、外来処方在宅で使用する場合に保険適用になります。

それぞれの長を知る (標準型・高濃度・病態別)

標準的な栄養剤は、長期投与することが多いと思われるが、2004年4月までに発売された標準的な経腸栄養剤84種を1500kcal投与した場合のビタミン、ミネラルの含有量と食事摂取基準値 (nutrient-based dietary reference intakes: DRIs) 最低基準 (70歳以上の女性) とを比較した結果、100%充足できるものは1つも存在しませんでした。したがって、標準的な経腸栄養剤を投与する場合に微量栄養素まで考慮する際には、例えばビオチンのみ充足できないライフロン6とヨウ素のみ充足できないリカバリーSOYを用いるなど、2種以上の標準的な経腸栄養剤を組み合わせる方が安全であると考えられます。最近ではビタミン・ミネラルが800kcalで1日の所要量をほぼ充足できるサンエツトISAが発売になりましたが、Non Protein Cal/N比89(%Eタンパク質22%)と高タンパク度やカリウムは低めです。このようにビタミン、ミネラルが充足できてもカリウムやナトリウムが低めの栄養剤もあるので、どのような栄養剤を使用する場合でも、長期投与では、十分な注意が必要とな

ります。したがって、特に長期的に投与する栄養剤の選択は、少なくとも1000~1500kcalで、ビタミン、ミネラルがDRIsを充足できるように配慮することが望ましいと考えます。

2 高濃度栄養剤

高濃度経腸栄養剤は、炭水化物含有量が5%以下で微量栄養素の組成が良く、経口併用の15~16kcal/ml、20kcal/mlを1種ずつ揃えておくことは、カロリーアップや水分制限時に有益です。

3 病態別栄養剤

病態別栄養剤(表3)は、目的に応じた栄養組成にしているため、バランスの悪い栄養組成になつてしまうことは当然と言えます。そのアンバランスに対し、各栄養素の過不足の不満を言うのではなく、もっとも効果的な基となる栄養剤を選択し、追加処方を行うことが大切であると考えます。不足することは可能でも、取り除くことはできないという

4 経口用栄養剤

経口用栄養剤の主な投与目的は、経口摂取のみでは目標栄養量が充足できない時に、少量でカロリーやタンパク質を補いたいという場合が多いと思います。

5 サプリメント用栄養剤

脱水症予防や軽度な脱水改善を目的に、OS-1、ポカリスエット、ポカリスエットステビアなどを経腸(経口)補液栄養剤として用いることが可能であると考えます。ビタミン、微量元素の補強には、ブイクレースα、テゾンなどがあります。

◆次号では病態別栄養剤について、代表的な疾患をとりあげて解説していただきます。ご期待ください。(P D N 編集部)

表3. 病態別

病態	製品名	エネルギー比 (%)			区分	濃度	浸透圧 mOsm/L	特徴	
		たんぱく質	脂質	炭水化物				基質栄養素	その他
呼吸不全	ブルセキ 250ml/375kcal/P	17	55	28	食品	1.5	384	● たんぱく質は標準 ● 高脂質、低糖質で、呼吸商 (RQ) を考慮 ● 脂肪組成は、吸収しやすいMCTを20.6%含有	● 抗酸化ビタミンC、ビタミンE、β-カロチン強化 ● Ca (96mg/100kcal) は多く含んでいるが、微量元素はほとんど含まれていない ● カスタード風味で、経口で飲みやすい
	ハイス 200ml/200kcal/P	16	27	57	食品	1	572	● たんぱく質は標準でフィッシャー比40、BCAA 2460mg/100kcal、7メチル 350mg/100kcal 含有 ● 脂肪組成は、n-6/n-3=1.6と非常に低い ● 炭水化物は標準、オリゴ糖 (2.5g/100kcal) を多く含有	● ビタミン以外のビタミンは600kcalでDRIsを充足 ● Zn以外の微量元素は含んでいない ● コーヒー味で補食に適す
肝不全	アミノバロン EN 50g/210kcal/P	26	15	59	医薬品	粉末	640 (1kcal/ml 調整時)	● 高たんぱくでフィッシャー比38.4、BCAA 2892mg/100kcal 含有 ● 脂質、炭水化物は標準	● 特にVt.Cが少なく、その他のビタミンは2000kcalでDRIsをほぼ充足 ● Se、Cr、Mo、Iは含有せず、その他のミネラルも2000kcalでDRIsをほぼ充足
	アミン ED 80g/310kcal/P (併用性脳症用)	14	8	80	医薬品	粉末	633 (1kcal/ml 調整時)	● たんぱく質はやや低めで、フィッシャー比61、BCAA 1764mg/100kcal 含有 ● 低脂質、高糖質	● Vt.C、ナイアシン、パントチン酸は1500kcalで、その他のビタミンは1000kcalでDRIsを充足 ● Zn以外のミネラルに乏しく、Se、Cr、Moは含有せず
	リーナシ Pro3.5 250ml/400kcal/P	14	25	61	食品	1.6	500	● たんぱく質はやや低め (NPCN比 157) ● 脂質は標準 ● 炭水化物はやや高めで、糖質はβ-キストリンおよび五、六糖類が主成分で、ショ糖は使用しておらず、食物繊維は1g/100kcal 含有	● ビタミン、Vt.A以外は2000kcalでDRIsを充足 ● Cr以外のミネラルは1500kcalでもDRIsに満たない低P56mg/100kcal、低K48mg/100kcal、低Na48mg/100kcal、Ca:Mg=2:1
腎不全	レナセル 3 125ml/200kcal/P	6	40	54	食品	1.6	340	● たんぱく質はやや低め (NPCN比 400) ● 脂質は高め ● 炭水化物は標準	● Vt.A、Vt.D、ビタミン以外のミネラルは1000kcalでDRIsを充足 ● Fe以外のミネラルはほとんどDRIsを充足できず、低P10mg/100kcal、低K10mg/100kcal
	リーナシ Pro1.0 250ml/400kcal/P	4	25	71	食品	1.6	500	● 低たんぱく (NPCN比 613) ● 脂質は標準 ● 高炭水化物で、β-キストリンおよび五、六糖類が主成分、ショ糖は使用せず、食物繊維は1g/100kcal 含有	● ビタミン、Vt.A以外は2000kcalでDRIsを充足 ● Mo以外のミネラルは1500kcalでもDRIsに満たない、低P32mg/100kcal、低K48mg/100kcal、低Na48mg/100kcal、Ca:Mg=2:1
	レナセル A 125ml/200kcal/P	2	40	59	食品	1.6	390	● 超低たんぱく (NPCN比 1680) ● 脂質は高め ● 炭水化物はやや高め	● Vt.A、Vt.D、ビタミン以外のミネラルは1000kcalでDRIsを充足 ● Fe以外のミネラルはほとんどDRIsを充足できず、低P10mg/100kcal、低K10mg/100kcal
糖尿病	インスロー 250ml/250kcal/P	20	30	50	食品	1	500	● たんぱく質はやや高め ● 脂肪組成はn-6/n-3=2.4 ● 糖質はβ-ガラクトース、高分子分岐β-キストリン、食物繊維を配合し、糖の消化吸収を遅らせる	● カルシウム (80mg/100kcal) はやや低めCu、Mnは少量 ● Vt.A、Vt.K、Vt.D、ビタミンは少なく、その他のビタミンは1000kcalでほぼDRIsを充足 ● カスタード風味で、経口として飲みやすい
	外ビオン 200ml/200kcal/P	15	38	47	食品	1	250	● たんぱく質は標準 ● 脂肪酸組成はn-6/n-3=3.6で高MUFA (オレイン酸68.8%) ● 糖質はβ-ガラクトース (多糖類) で、食物繊維 (大豆ふすま: 不溶性63%、水溶性37%) 3.6g/P、オリゴ糖1g/Pを含有	● Mo、I、ビタミン以外の微量元素は1000kcalでDRIsをほぼ充足でき、比較的微量元素のバランスが良い
	ゲルル 250ml/250kcal/P	16	48	34	食品	1	299	● たんぱく質は標準 ● 高脂質で、MUFA (オレイン酸32.1%) を多く配合 ● 低糖質で、ショ糖を含有しておらず、食物繊維 (大豆多糖類) 3.5g/Pを多く含有	● Vt.K、ビタミンは含有せず、その他のビタミンは1000kcalで充足 ● 微量元素をほとんど含有していない
消化器疾患	ツインライ 200ml/200kcal/P	16	25	59	医薬品	1	595-640	● 消化態栄養剤で、たんぱく質、脂質、炭水化物はともに標準	● Vt.KはDRIsの10倍含有し、その他のビタミンは1000kcalで充足 ● ミネラルの含有量は全体的に少ない
	エンテール 100g/400kcal/P	15	11	72	医薬品	粉末	510-550 (1kcal/ml 調整時)	● 消化態栄養剤で、低分子ペプチドはアミノ酸より吸収が速く、吸収バランスも良い ● 低脂質、高糖質	● Vt.CはDRIsの5倍、Vt.Eは10倍、その他のビタミンも1000kcal以上で充足、Vt.Kは25倍 (125μg/100kcal) 含有しているため、ワルファリンの作用の拮抗に注意 ● Cr、Mo、Iは含有せず、微量元素の含有が少量
	エンテール 80g/300kcal/P	18	2	84	医薬品	粉末	760 (kcal/ml 調整時)	● 成分栄養剤で、窒素源は総遊離アミノ酸から成り、たんぱく消化が不要 ● 腸管蠕動運動を亢進する脂肪の含有量は最小限で高糖質	● Vt.C、Vt.K、ナイアシン、葉酸の含有量が少なく、その他のビタミンは1500kcal以上でほぼ充足 ● Se、Cr、Moは含有しておらず、その他のミネラルも2000kcal以上でほぼ充足できる程度
	エンテール P 40g/156kcal/P	12	8	80	医薬品	粉末	520 (1kcal/ml 調整時)	● 母乳のアミノ酸組成を基本としている ● 低脂質、高糖質	● エンテールと同様に成分栄養剤で小児用 ● ビタミンは1000kcalでDRIsを充足 ● Se、Cr、Moは含有していない

病態	製品名	エネルギー比 (%)			区分	濃度	*DR
		たんぱく質	脂質	炭水化物			
Immunonutrition	イムン 200ml/250kcal/P	20	27	53	食品	1.25	
	イムバト 250ml/250kcal/P	22	25	53	食品	1	
	サウゼット GP 200ml/200kcal/P	22	23	55	食品	1	
	ラコール 200ml/200kcal/P ×2	18	20	62	医薬品	1	
抗酸化作用	ライオン QL 125ml/200kcal/P	16	44	40	食品	1.6	
病態	製品名	1P当たりの重量 (g)			区分	濃度	*DR
		たんぱく質	脂質	炭水化物			
微量栄養素強化	ブイリスα 125ml/80kcal/P	0.7	0.1	21.2	食品	0.64	
	テノン 100ml/15kcal/P	0	0	3.3/3.6	食品	0.15	
	ゲランキ 125ml/200kcal/P	5	5.3	33	食品	1.6	
腸内フローラ改善	ハイメス・ゼリー 100ml/88kcal/P	0	0	22	食品		● ハイメス (レゾバチン) ● ハイメス ● Na5
	ジエビティ 500ml/500kcal/P	16	29	57	食品	1	

小児のPEG

おなかの口から 子供たちに十分な栄養を!

大阪大学医学部附属病院 小児外科 曹 英樹



はじめに

今では成人を中心に日本でも広く行われているPEGですが、もともとは、大人に比べて小さく弱い小児に対して、出来る限り簡単に、体に負担をかけないようなやさしい方法で胃瘻を造るために、小児外科医によって考案された手技でした。

その後は、小児に適切な器具が少ない、鎮静・麻酔の必要性など、小児特有の問題により、小児に対するPEGは成人ほど十分に普及しているとはいえません。ここでは、小児に対する胃瘻としてPEGについて、解説します。

なぜ胃瘻を造るのか

「胃瘻」と「PEG」の二つの言葉が出てきますが、胃瘻とは、胃に直接チューブを入れて栄養を行う方法であり、PEGとは経皮的内視鏡的胃瘻造設術といい、内視鏡を使って胃瘻を造ることを指しています。



成長のためには十分な栄養が必要

小児のPEGは、成人とほぼ同じく、経口摂取が困難、長期の経管栄養(チューブからの栄養)を必要とする、という子供たちが対象になります。小児に特有の疾患は、脳性麻痺や精神発育遅延などの重症の中枢神経障害、先天性の神経・筋疾患などです。さらに、慢性偽性腸閉塞症、難治性下痢、短腸症候群などの消化管の重症な病気が対象になることもあります。このような子どもたちに対しては、お母様方が頑張つて、時間をかけて少しずつ食事を与えているか、鼻から細いチューブを入れてそこから栄養剤を与えている場合が多いと思います。

口から食事をとると、ということとはとても大切なことです。ゆつくりと時間・手間をかけるということと、味わう、ということだけでなく、「食べる・飲み込む」という刺激や動作が、病気の進行をやらげたり、より生理的な状態を維持したりするのに重要な役割を果たします。ところが、こういった疾患の子供たちは、ゆつくり時間をかけてもうまく飲み込めなかつたり、むせたりすることがあるのも事実です。その結果、栄養障害を来し、風邪などの感染に対する体の抵抗力が低下したりします。そして、むせる、すなわち口の中のものや気管や肺に誤って入ること(誤嚥)により、肺炎などの呼吸器感染を来すこともあります。これは重症化し、危険な状態に陥ることもあります。食事を続けるのは大切な

ことです。しかし、口から食べるだけでなく十分に栄養を与えることが出来ないときは、子供たちのためにもチューブによる栄養剤の投与(経腸栄養)を考える必要があります。経腸栄養では、鼻からチューブを胃に入れて、そのチューブから栄養剤を注入する場合があります。簡単で、どこでもできて、手術などの処置を必要とせずに行えます。この方法でも、栄養剤を与えることは出来ます。短期間で済むなら、有効な栄養剤投与経路になります。しかし、長期間になると、ずつと鼻から咽頭にチューブを入れていくため、その刺激で鼻汁や唾液などの分泌物が増えて、それが喘鳴(ゴロゴロいうこと)、誤嚥を引き起こす可能性もあります。また、顔にチューブをずつとテープで貼り付けられるのもうとうといものだと思いますし、チューブを入れ換えるときの鼻への刺激はつらいものです。また、確認さえすれば滅多には起こらないのですが、チューブを胃に入れたつもりが気管の中に入っており、肺に栄養剤を注入してしまい、呼吸が出来なくなつて危険な状況に陥る、という事故もあるようです。そこで、胃瘻です。胃瘻は鼻や咽頭を通らず、おなかから胃に直接チューブを入れます。ですから鼻や咽頭に刺激がありません。顔にも何も貼らないのですっきりします。服を着れば外からは全く見えません。チューブの交換も容易です。鼻からチューブを入れ換えるよりはるかに簡単で、何よりも子供たちにほとんどストレスを与えることなく入れ換えることが出来ます。痛みも全くと言っていいほどありません。もちろん、胃瘻があつても、きちんとふたをしていけば漏れたりしません。そして、病状が許す限りは口から食事をとることが出来ます。

全身麻酔が必要なわけ

もともとPEGは全身麻酔もなしで簡単に胃瘻造設できるというのが利点でした。しかし、小児では、検査に対する本人の理解や協力は期待できません。そのため麻酔や眠り薬なしでは、胃内視鏡を行うことさえ危険な場合も多いです。不意の体動などが起こるとむしろ危険だと思えます。

特に、重度の中枢神経障害を有するお子様では、側彎が強かったり、筋肉の緊張も強い場合が多く、内視鏡を入れるという刺激だけで口腔内の分泌物が増加したり、筋緊張や痙攣がおこり、呼吸困難になってしまうこともあります。

このため、小さな、あるいは重度の中枢神経障害がある子供たちでは、やはり、全身麻酔下行う方が安全だと思えます。何よりも、麻酔をかけて行うということは、本人の痛み、負担なども遙かに少ないと思います。もちろん、麻酔による危険も全くゼロではありません。しかし、麻酔の危険性は、無理矢理に麻酔なしでPEGを行うことによる危険よりもずっと小さいと思えます。

造設には細心の注意を払って

PEGの施行方法はほぼ成人と同様です。ただ、小児は体が小さく、おなかの壁も薄くて柔らかいので、いくつか注意すべき点があります。

- ①胃と腹壁がはずれないようにしっかりと固定する。
- ②カテーテルは体格に合わせて成人よりも小さいものを選ぶ。
- ③のどを痛めないように、お腹から直接カテーテルを入れるイントロデューサー法を選択することもある。(口から入れる方法もある)

ただし、側彎が強いお子様や、お腹に常にガスがたまっている場合、そして、後述するように胃内容物の食道への逆流が強い場合は、慎重に行わなければなりません。その場合は、十分に検査をした後、他の方法を行うことになりま。

PEGの合併症は成人と同じです。ただ、中枢神経障害を有する子供たちは、腸管の動きが悪く、ガスなどで拡張している場合が多く、胃の上に大腸などが重なっている場合も多いです。その際、誤つて腸に穴を開けてしまうこともあります。我々小児外科医は、そのような場合も十分に想定し、PEGを行います。また、他の施設でPEGは無理だ、といわれた方も、小児外科など小児専門の医師に相談してください。PEGの他にも、体に優しい方法で胃瘻を作る方法があります。PEGを行うのが危険な場合は決して無理をせず、開腹手術や腹腔鏡手術などにより胃瘻を造設します。安全に、確実に行うことが優先されます。

胃食道逆流症



通常、われわれの食道、胃は、噴門の機能により、食道から胃への方向しか食べたものは流れないようになっています。この機能が破綻し、胃から食道にものが逆流することを胃食道逆流症(Gastroesophageal reflux disease: GERD)と云います。

GERDになると、嘔吐がおこります。嘔吐がおきなくても、食道に胃液が逆流するだけで逆流性食道炎という病気を引き起こし、胸やけ、痛み、重症になると吐血や食道の狭窄を来します。また、逆流により唾液などが増えたり、いったん咽頭まであがった胃液や食べたものが肺に入ると誤嚥性肺炎といって、重症の肺炎を来します。

特に、脳性麻痺などの重度の中枢神経障害を伴う子供たちは、GERDを伴う場合が多いとされています。このような場合、胃にものを入れたりすると、ゼコゼコと呼吸症状を起したり、肺炎を繰り返したりします。時には重症化することもあります。そのようなGERDを伴っている子供たちにPEGを行うと、GERDが増悪するという報告があります。PEGとGERDの因果関係は必ずしも明らかではありませんが、一般には、中枢神経の障害を有する子供たちにPEGを行う際は、必ずGERDの検査をするようにしています。

GERDを伴わなくても、胃瘻を造ることによって、GERDが起ることもあります。十分に主治医の先生と相談されることをお勧めします。我々は十分に検査をし、ご両親に十分説明し、納得していただ

た上で内視鏡下やその他の方法で胃瘻を造り、場合により逆流防止術を同時に行います。これは、胃を食道に巻き付けることによって、逆流を防止する手術です。

近年では、腹腔鏡という、体に優しい手術が普及してきております。腹腔鏡下の噴門形成術とPEGを同時に行うことにより、安全に胃内に栄養剤を注入できるようにになります。

造設後の管理



胃瘻を作った後の状態が気になるお母様も多いと思います。「お腹に穴を開ける」これだけで大変なことに思われるかもしれませんが、しかし、胃瘻の管理はそう大変なものではありません。

胃瘻が完成すれば、消毒なども不要です。お風呂もそのまま入ってもらってかまいません。弱酸性のせっけんなどできれいに洗ってあげてください。

心配なのは、カテーテルが抜けてしまった場合です。いったん抜けてしまうと、すぐに瘻孔がふさがってしまうのです。そこに無理にまた入れようとすると、胃と腹壁の間に誤挿入されて腹膜炎になってしまうこともあります。万が一抜けてしまったら、すぐに入れてもらうこと、ただし、入りにくい時は無理せず、病院に連絡し、医師の指示を受けてもらってください。

また、小児の繊細な皮膚では、胃の内容物が漏れて、胃瘻の周りがあったり(瘻孔周囲炎)、肉芽というものができて出血することがあります。たいていは、細やかに手入れをしたり、胃瘻から栄養が十分行きわたると共に出血しなればそのままです。肉芽も出血しなればそのままにしておいてかまわない場合が多い

うです。ごくまれに、非常に頑固な炎症や肉芽ができて、瘻孔が広がって胃の中のものが漏れてしまうことがあります。その場合はいったん胃瘻をふさぐことが必要になることもあります。

一人一人にあったカテーテルの選択を

カテーテルには胃の中に入る部分の形状で分けると、バンパー型とバルン型があります。市販されているバンパー型では、交換に内視鏡を必要とするものや、サイズが大きくて小児の繊細なお腹には適さないものが多いようです。バルン型は交換にストレスがなく、子供にも適した小さなサイズがあり、使いやすいと思えます(図1)。ただし、抜けやすいという欠点があります。

乳児などの小さなお子様やカテーテルを入れ換えるときのストレスを避けたい場合には細い栄養チューブを直接胃瘻から挿入し、絆創膏で固定する方法をお勧めしています(図2)。この方法も非常にシンプルで、安全で、お母様方にも簡単に交換できることができます。本人の負担もバルン型同様、少ないと思えます。また、通常の胃瘻専用カテーテルを使っているご家庭に



図1. バルン型カテーテル
左: 挿入・抜去時の固定水を抜いた状態



図2. 瘻孔完成後10Fr.の栄養チューブに交換したケース(11ヵ月男児)

も、万が一抜けたときの緊急対策としてこの方法が自宅で出来るように、ご指導させて頂いております。

胃瘻が不要になったら

では、胃瘻がいらなくなったらすればいいのか? 簡単です。抜いておけばほぼ自然にふさがります。そのため手術が必要になることはほとんどありません。言い換えれば、一度胃瘻を造っても、やっぱり不満だ、口から食べさせるので十分だ、と思えば、簡単に塞いでしまうことが出来る、ということになります。

実際に、胃瘻を造って十分な栄養を補給してあげることにより、病状や全身状態が改善し、口から十分に食べられるようになる場合もあります。その場合も、簡単に抜いて塞ぐことが出来ます。(注:ごくまれに、小さな手術が必要となることもあります。)

おわりに

小児の胃瘻造設や逆流防止手術を施行する中で感じるのです。ご両親、特にお母様がお子

さんのお世話の中心となつてがんばっておられるように思います。介護には労力を惜しまず、たとえ、時間がかかっても、いろいろな工夫をして、口からものを食べさせておられるようです。その情熱と愛情には頭が下がる思いです。

ただ、症状の進行とともに十分な食事摂取ができなくなり、栄養障害を来してしまっている場合もあります。そして、自分が管理しやすくなるためだけに、子供の体に処置を加えることに強い抵抗を感じておられるお母様が多いのも事実です。それは当たり前だと思います。また、口から食事を摂る、ということを大切にしておられ、胃瘻を造ることで経口摂取できなくなることをご心配している方も多いようです。

もちろん、出来るかぎり口からものを食べて、出来る限りお子さんに傷をつけずにませる、というのは当然のことです。ただ、それにこだわらあまり、栄養障害が進行したり、肺炎を繰り返したりと、子供たちにとってよくない状況になっていくことも現実には少なくないのです。

PEG・胃瘻と言われると抵抗があるとは思いますが、実際に選択されたお母様方からは「栄養が十分にいきわたって顔色がよくなった」「風邪をひきにくくなった」「元気が出てきて、かえってものを食べられるようになった」という声が聞かれます。

胃瘻はそれほど本人にストレスをかけるものではありません。PEGを行ったとしても経口摂取は症状に応じて十分に可能です。口から食事が摂るのが困難になつてきたら、一度、胃瘻について専門家に相談されることをお勧めします。

わたしのまちの病院

9

『使える胃瘻』は造設時期の検討と

造設後の受け入れ整備

社団法人山梨勤労者医療協会 巨摩共立病院
副院長 深沢眞吾先生



平成の大合併で2003年4月1日に4町2村が合併して生まれた山梨県南アルプス市。今回訪れた巨摩共立病院は、合併以前よりこの地域を主な診療圏とし、救急医療や高齢者医療を担ってきた中核病院である。
1995年より導入されたPEGがどのように位置づけられて今日に至っているのか、同院副院長で、このほど登壇した山梨胃ろう研究会代表世話人のお一人でもある深沢眞吾先生にお話を伺った。

医療に対するニーズ

巨摩共立病院は山梨県民主医療機関連合会(民医連)に参加する医療機関として、1965年9月に開設された。合併以前よりこの地域の救急医療を支えてきたが、介護保険施行の2000年を機に、153床の病棟の一部(47床)を療養型病床に転換した。当時、90歳代の超高齢入院患者は全体の入院患者の7~8%を占めていたが、近年では、10%に増加しているとのこと。

「当院はこの地域での救急患者の多くを受け入れているので、地域医療の実態は外来や救急病棟に反映されるという状況がありました。病棟の中で患者さんの年齢の推移を見ていると、医療の需要が変わってきているということを実感します。高齢者の急性期医療へのニーズ診療科の充実、病院間の連携などが求められている。一方、退院後の在宅や施設での生活を支えるため、介護分野を重視した高齢者医療にも力を入れています。自宅に戻る患者さんのための福祉部門との調整や、地域の開

胃瘻で経鼻チューブから解放

1993年、巨摩共立病院に異動してこられた深沢先生の目に映ったものは、経管栄養と経鼻チューブという現実。以前、筋ジストロフィーで口から食べられなくなった小児にPEGを施行した経験から、経鼻チューブゆえのトラブルや問題を解決できるのではと、1995年からPEGを導入した。

胃瘻がまだごく限られた人しか施行されていなかった当時、脳血管障害や痴呆、肺炎などの疾患に対して胃瘻を造るのはいかがなものか、という議論もあったそう。実際、導入初年度のPEG施行者は13名。経鼻チューブから胃瘻に変更したケースである。

業医・特養・老健などとの連携強化を働きかけてきたので、この地域では胃瘻患者さんの施設利用もスムーズになっています」と

深沢先生。

現在、山梨県民医連では巨摩共立病院を含む3病院・8診療所・7訪問看護ステーションそして歯科センターを擁し、都市部、僻地にかかわらず、住民のニーズに応える医療・福祉の実践に力を入れている。

この13名(あるいはその家族)を対象としたアンケートでは、「わざわざわしい顔面のチューブから解放され、患者を外に連れ出せるようになった」

「介護者の負担が非常に軽くなった」「入浴が不安なくできる」など、メリットをあげた回答が多かったという。

使える胃瘻を造ろう！

PEGを施行した本人や介護する家族から評価された胃瘻であれば、施行数を増やし、胃瘻のメリットを世の中に広めていきたいと考えるのは自然なことだろう。しかし、安易な造設はあつてはならない。造る以上は使える胃瘻でありたい。

そこで同院では、PEG導入初期のまとめとして、症例の分析を行い、その適応や施行の時期についての議論を重ね、在宅復帰率、造設前後などについてのまとめを発表した(図1)。

「栄養状態が落ちていて、胃ろうを造っても回復が遅いですね。積極的に栄養評価を行い、必要ありと判断されたら早めに導入をした方が、結果的には術後のトラブルも少なく全身状態の回復にもつながります。」

たとえば脳梗塞で倒れ、救急で運ばれてきた方がいたとします。昨日まで普通に食事をされていた方ですから、胃腸は使えるわけです。意識状態が悪ければ食事をすることが出来ませんから、一時的には中心静脈栄養や経鼻栄養で栄養管理を行うことになる。

この時期に栄養状態を低下させないことが重要なのです。緊急入院から1ヶ月以内に現疾患が落ち着き、栄養状態や胃瘻の適応が評価・判断され、胃瘻を作られた方は、造設後の状態もいいため、しかし、入院した時点ですでに低

- 1995年9月より1999年3月までに当院で施行されたPEG82例について調査した。
- 導入疾患は脳血管障害と肺炎が多かった。
- PEG後6ヶ月生存率は70%であり、平均生存期間は12.8ヶ月であった。
- 在宅復帰率は62%であった。
- PEG後合併症は肺炎が多く、今後のPEG施行において、重要な因子であると考えられる。

図1. PEG導入初期の調査結果(2002年9月)

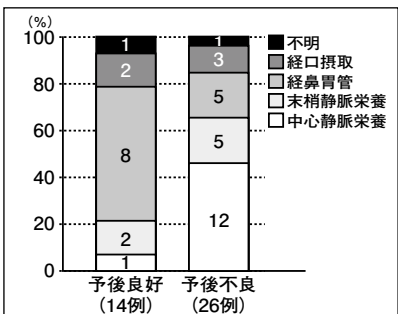


図2. PEG導入前栄養法

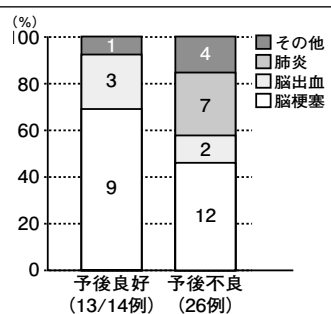


図3. PEG予後良好例と不良例の比較

栄養状態の方や、誤嚥を繰り返して十分な栄養量が確保されていない方など、栄養状態が悪い状況で造る胃ろうというのは、なかなか良い結果になりません。また、長期の静脈栄養で栄養状態は保たれていても腸管の機能が衰えているケースなどは、やはり経腸栄養に切り替える段階で苦勞します。(図2)。

栄養評価の指標はいろいろあるが、よく使われるのが造設時のアルブミン値である。一般にアルブミン値が低ければ、低栄養状態で

あると判断され、栄養管理が必要とされる。

深沢先生は予後良好例と不良例の比較(図3)から、造設時のアルブミン値が2.55g/dlを下回らないよう、栄養管理に努めているようだ。

「造るからには良い胃瘻、使える胃瘻にしたいのです。そのため

造設・退院後の 安心な生活のために

図1であげた対象患者の在宅復帰率は62%と高く、現在もこの数字はそれほど変わっていないという。

発表当時の62%の中にはもともと経鼻栄養を在宅で行っており、胃瘻造設後、また自宅に帰られた方も含むとのことだが、そのまま在宅での生活が継続されている上に先のアンケートの結果も踏まえて考えると、胃瘻は在宅栄養管理も含めたQOLの向上に貢献しているといつてよいだろう。

一方、造設・退院後の定期的な診察は、外来受診できない場合は訪問診療を受けることになるが、誰が在宅のかかりつけ医を引き受けているのだろうか。また、福祉施設や福祉サービスを利用する際、胃瘻を造った事がネックとなる(前号の東京都新宿

には造る前の段階で、栄養状態や造る時期を慎重かつ迅速に検討すべきですね。同じ脳血管障害で食べられないといっても、どの程度胃腸が使われてきたかなど、個々にその中身はものすごく違うので、そのところをもう少し見極められるようになっていくことが大事かと思っています。」

この病院の特徴としては、訪問看護ステーションが早くからあつて、在宅にも非常に力を入れてきました。現在、私も含め6人の医師が訪問診療を行っています。木曜日以外はこの6人が手分けして、必要に応じた回数、患者さんのお宅へ出かけて行きます。

今年の3月の数字ですが、訪問対象患者さんは88名、その中で胃ろうの方は10名です。救急で運ばれて緊急入院してから、胃瘻造設、病棟での診察、退院後は在宅や施設を訪問して原疾患や胃瘻を管理、という流れの中で、患者さんの生活環境も含め、総合的にかかわり医療を継続していきます。」

施設への積極的なアプローチ

「退院後の在宅以外の療養の場としては、施設や当院以外の病院ということになります。当院の診療圏内にある特別養護老人ホームや老健施設などの6つの施設は、現在すべてが胃瘻造設

者を受け入れていますから、こちらへも訪問診療に出かけます。勿論、はじめは施設のスタッフもわからないことだらけでしたから、私や訪問看護ステーションの責任者が全施設を回りまし

た。施設の責任者やスタッフと懇談会をもって患者さんの療養の場として受け入れてもらえるよう調整すると共に、胃瘻そのもののケアの方法についてもお話ししてきました。われわれ病院サイドとしては、退院後の患者さんの生活の場となる施設の表情も知りたかつたし、施設がかかえている問題点を把握し、病院と施設との関係を風通しよくした上で受け入れてもらいたかつたのです。

胃瘻についての講演会だけではなく、嚥下機能を評価するSTや入院中担当していたドクターも、誤嚥予防のための食べさせ方や食事の内容を、施設スタッフといろいろ話をしたいということとで、お互いが交流を持つことで胃瘻への理解と受け入れが築かれたといえます。

今では胃瘻についての認識だけではなく、食べることもそのものの問題の中に胃瘻がある、という理解が施設のスタッフの間でも非常に深まってきました。

わからないことがあつたらすぐ当院の内視鏡室に連絡を、と言ってきたわけですが、こうして胃瘻患者さんのケアも受け入れてもらえるようになるにつれて、初歩的な質問はほとんどなくなりました。

今は、他の医療機関で胃瘻を造ってきた利用者がいると、「診に来てほしい」といわれたり、交換のスケジュールについて問合せがあつたり。当院は胃瘻造設だけではなく、この地域に住む胃瘻患者さん全ての相談につてくれる病院、と位置づけられていることを実感しています。」

深沢先生を中心とした訪問チームは、院内では使える胃瘻を造り、院外でも造設後の管理に責任をもつ。継続的な訪問診療の中で、胃瘻そのもののケアだ

けではなく、患者さんやご家族あるいは地域が抱えている問題にも向き合い、その解決のために奔走されているようだ。その

院内からの発信と院内への発信

深沢先生が代表世話人を務められている山梨胃ろう研究会は、地域や職種による胃瘻の認識・胃瘻造設者の受け入れ格差をなくそうと発足された。現在、「胃瘻からの栄養投与は医療行為」という法制的規制とのかねあいで、施設の職員数から引き受けられる胃瘻造設者の人数がおおざり決まってしまうため、〇名以上は受け入れられない、という状況も出てきているという。それだけ胃瘻造設者が増加し、医療や福祉によるサポートが必要になっているということであり、受け皿の整備は早急に行われなければならない。

「15年前くらい前から年に1回、病院主催で地域の開業医の先生たちとの懇親会をひらいています。そういう場で胃瘻のことが話題になったこともあり、中には「胃に穴をあけてまで」という先生もやはりいらつやいました。これからは開業医の先生も胃瘻の患者さんを引き受けることが増えるでしょうから、もつと地域の先生に胃瘻を理解していただく努力をしていかなければならないと考えています。

先日、郡医師会の会長さんにも出席していただきました。お互いに名前と顔の分かる関係として、信頼関係を築いて病診連携、病病連携していくことが、患者さんのために必要なことだと思います。

地域のの人たちと一緒にこの地に住み安心して暮らせる、そういう仕組みの中で医療が負う役割はとて

も大事です。しかし、地域から病院

結果、「胃瘻はトータルケアの一部、安心して生活するための環境の一つ」という意識が地域全体に定着してきたのだろうか。

を眺めてみると、病院の中だけでできることというのは、本当に限られています。ですから、医療のシステムにしても、街づくりの運動も含め地域の方々と一緒に取り組む、というスタンスでありたいと考えています。」と深沢先生。

そしてもうひとつの課題は、院内における胃瘻ケアの標準化。胃瘻の管理・ケアに詳しいスタッフがいても、異動によっていなくなってしまうことはしばしば耳にする。また、百戦錬磨のベテランになつてくると、個々の特別なケースにも正しく対応できる専門的な力が身につく。しかしそれは、初めて胃瘻を知った新人スタッフの基礎的な基準とはなり得ない。

そこで、来年のPEG導入10周年を節目とし、もう一度見直しを行い院内の統一を図ることを、深沢先生は計画されている。地域の施設職員や開業医といった外堀を見事に埋めてきただけに、内堀の基礎固めは尚のこと力が入るようだ。

(2004年7月 岡崎)



巨摩公立病院

チューブ型もよく使用していますが、この太さはめったなことでは詰まりません(お酢の使用を併用すればなおさらです)。詰まっても比較的安心して入れ換えできます。当方ではバルンの蒸留水は1週間毎に確認交換し、チューブ本体は1ヶ月毎の交換を目安としています。

さて、バルン型胃瘻の交換は「安全で痛くない」と言うイメージが定着しつつあるようですが、ここに思わぬ落とし穴があります。当院で近年紹介されてくる瘻孔損傷、腹膜炎のほとんどは、バルン型胃瘻の交換時のものです。この理由は二つ考えられます。

一つはバルン型は交換期間が短いため、交換時の事故発生率がバンパー型より少ないにしろ交換の総回数が増えてしまい、その結果、事故発生数は多くなると言うこと。

もう一つは、以前おサル先生もご指摘になったと思いますが、バンパー型の交換が比較的経験豊富な術者が慎重に行うことが多いのに比べて、バルン型は胃瘻についてあまり明るくない医師でも手軽にベッドサイドや自宅で出来てしまうために(このことは利点でもあるのですが)正しく挿入されたかどうかの確認を曖昧にしがちであると言うことです。

だからといってせつかく在宅で往診を受けている患者さんを入れ換えの度に毎月病院につれてきて内視鏡や造影で確認するのは、何のための在宅医療かわからないですよ。つまり何が言いたいのかと言うと、「バルン型なら安全」という思い込みこそが事故をまねかかねないと言うことです。交換時は製品のタイプに関わらず慎重をきすことが大切です。

誰の判断でカテーテル変更を?

From: 魔子

今回このような問題提起をしたのは理由があります。現在デイケアで関わっている方(パーキンソン氏病による嚥下困難でほぼ寝たきりの状態)が、鼻腔チューブによる経管栄養から、バンパー・ボタン型胃瘻になりました。4ヵ月後、造設病院での交換で、バルン・ボタン型になりました。

家族も訪問看護の方もこれまで胃瘻の管理を丁寧にされていて、ボタンにも何の問題もなかったですし、瘻孔もきれいで、100点満点をあげたいぐらいの管理をされていました。だから、なんで今の時期に家族や主治医がバルン型への交換を希望したのだろう?と置いていたところ、家族はボタンの種類が変わったことは、何も説明を受けていなかったのです。当然、バルンの蒸留水の交換や管理のこともご存知なく、戸惑っておられました。

訪問看護には連絡がいつているかと確認したところ、看護師さんも交換から戻ってこられて初めてバルン型に変わったのを知ったとの事でした。蒸留水の管理のことはおぼろげには知っているようでしたが、交換の仕方や頻度などもご存知でなく、指示書をもらっている往診医も同じレベルと聞いて、在宅ではバルン型というのが一般的になってきているのだろうか...と思ひ、問題提起をさせていただいたのです。皆さんの意見を頂いて、バルン型・バンパー型どちらも一長一短で苦労されているのがとてもよく解りました。貴重なご意見、ありがとうございました。

私はバンパー型に軍配 From: おサル先生

平成の休さんの交換の度の痛みや苦しみも承知の上で書きます。病院からやっとの思いで退院した患者さんにとって、最初の1週間や2週間でカテーテルが抜ける度に救急車を呼んだり、夜中に何回も医者や看護師を呼び出したりしては、在宅医療に対して、あるいは胃ろうに対して不安感・不信感を抱かざるをえなくなってしまいます。まず、それは回避すべきではないでしょうか。

次に、私の知る一般のお医者さんたちは、バルン型であるということも知らずに診ている方がほとんどでした。そんなお医者さんたちに、バルン型なら管理できるはずだと期待するのはちょっと難しいように感じております。

そういう意味で、交換方法に難はありますが、私はバンパー型に軍配を上げます。約半年ごとの交換は胃ろうに自信のある医師(あるいは造設医)に責任を持ってやってもらうのが、現状ではベストだと考えています。

メーカーさん、お願い! From: nisse

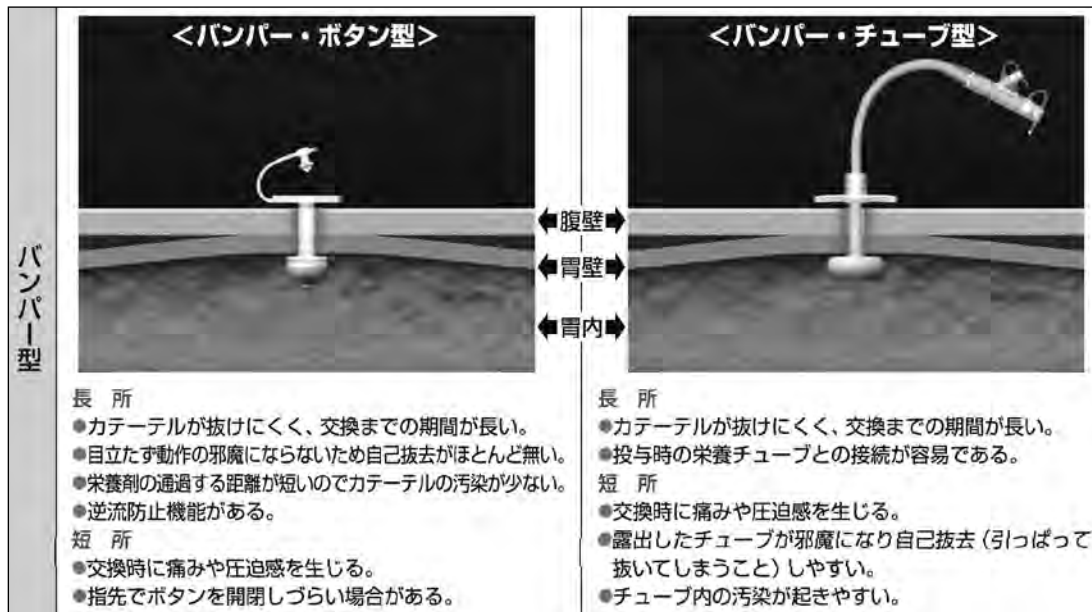
私は造設時はバンパー型、次回交換時にはバルン型をお願いしております。なぜならやはりバンパー型は交換時に痛みを伴うからです。患者さんの家族が、あまりのすざまじさに泣いてました。

カテーテルは、交換に痛みを伴わず、管理しやすく価格も安くして欲しいと切に願います。

私は医者ですが医者ほど痛がる例を紹介します From: itaitai

地方の医者です。医者としての経歴も長く、胃瘻造設患者でもあります。数年前、胃瘻造設するときにバンパー型を選択し、1年後に交換しましたが、その痛さ・苦痛は言葉では語り尽くせないほどの激痛で失神しそうでした。患者には負担の重いものであることを訴えます。

1日も早く痛くないバンパー型カテーテルが承認されることを祈る次第です。



2004年改訂版「胃ろう手帳」より

カテーテルの選択にあたって、**寸言** どのメリットを優先し、それによるデメリットをどう補っていくのか。各タイプの特徴を知った上での正しい管理法を徹底させるには、どうしたらよいのか。これらの問題を解決するためにも、現場の声をメーカーや行政関係者に届けましょう! 更なるご意見をお待ちしています。(PDN編集部)

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。)



痛みの少なさか、抜けにくさか？

Webセミナー ⑧

No.982 在宅管理に適するのは、バルン型？バンパー型？

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

毎日さまざまな立場の方からの書き込みでにぎわっている談話室ですが、カテーテルにまつわる話題も多く見受けられます。バンパー・バルン、ボタン・チューブの組み合わせで、カテーテルのタイプは4種類。交換時にタイプを変更することもあります。それは何故、誰のための変更なのでしょう？

医療者が「良かれ」と思って変更したとしても、患者さん・ご家族が望まない変更だったり、正しい管理法の指導がなされなかったりすれば、「良くない」変更にもなりかねません。

タイプ別カテーテルの特徴と選択理由について、ご一緒に考えてみましょう。



在宅でのPEGの管理について From: 魔子

在宅でのPEGの管理は、バルン型とバンパー型、どちらが適していると思われますか？

私は、バルン型は交換に痛みが伴わないという利点より、自然抜去というリスクの方が勝ってしまうように思い、在宅では、バンパー型が適しているように思います。

ボクだったらバルン型…かな？ From: 太朗

在宅でのPEGの管理におけるバルン型とバンパー型の選択ですが、その適否に関しては患者さんを取り巻く環境によると思います。ボクの今まで従事した医療施設では、バンパー型は専ら医師の仕事ですが、バルン型に関しては訪問看護師がその業務に携わる事例もありました。

ちなみにボクですが自分の往診患者さんと自分の出入りする老人保健施設ではバンパー型を、胃瘻造設目的でチョコチョコお邪魔する病院では胃瘻管理に明るいこともあり、バルン型を選択しています。

ボクがPEGの適応になったら、可能ならバルン型をおねがいしたいかな？

一長一短で迷います From: めーぐ

私は訪問看護師ですが、バルン型で困るのは薬剤の注入だと思えます。水が入る道がある分内径が細くなるので、この点ではバルン型は不利ですね。

でも、交換が簡単で苦痛が少ない利点は捨てがたいです。在宅を始めて3年ですが痴呆の方でも自己抜去の経験はありません。もしあってもバルン型ならナースが緊急処置出来ますし。

交換による経済的負担も考慮 From: もっち

訪問看護師のもっちです。バルン型・バンパー型両方の経験があり、私が関わっている患者さん・ご家族のお話です。バルン型は確かに交換時痛くなくて良いのですが、交換が頻回になるため、コストがかかり、経済的に負担だそうです。

また、抜けるのではという心配がいつも頭の中にあり、精神的な負担もあるそうです。

困って迷って教えてください From: beach5

今はバンパー・ボタン型を使用しておりますが、使用しているうちに逆流防止弁が働かなくなります。メーカーさんに問い合わせると「経口摂取等でどうしても弁に物が付着するから働



きが悪くなる。メーカーとしては4ヶ月を一応の目安にしている」との回答でした。しかし、今使用しているのは2ヶ月持ちませんでした。

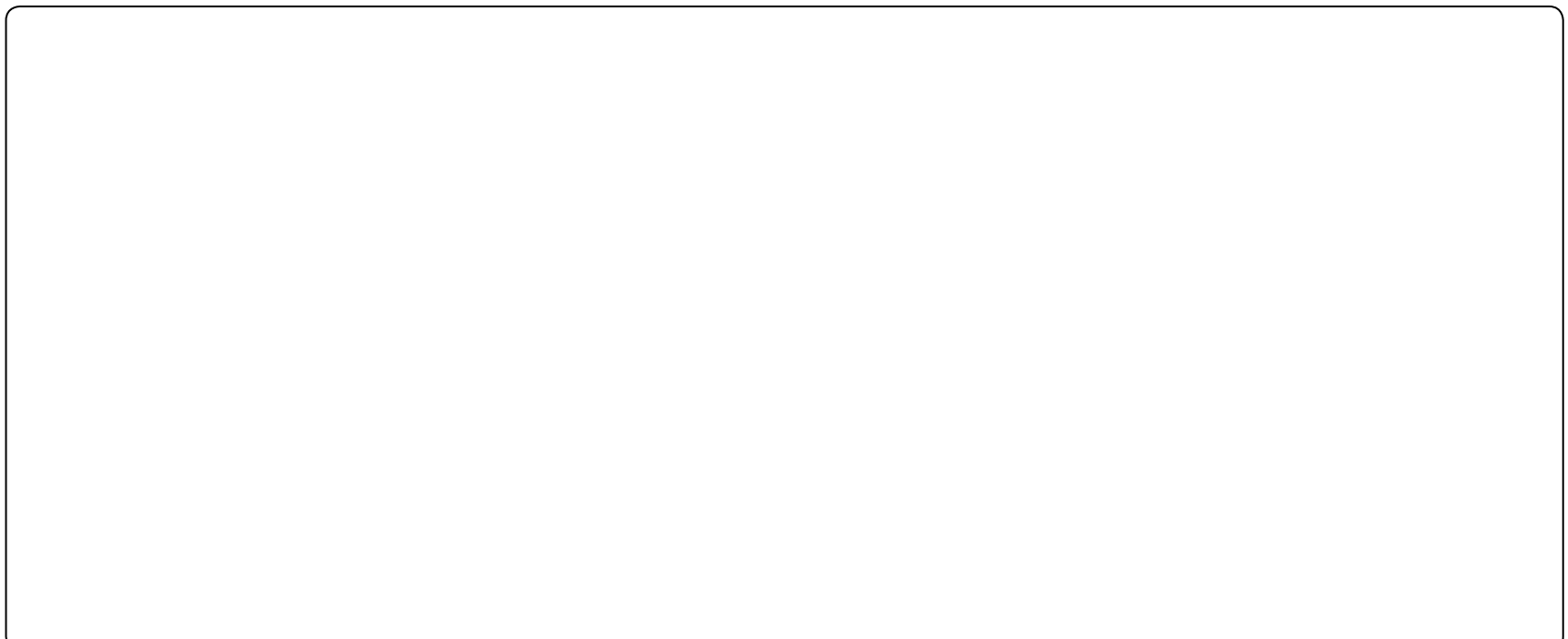
平成の一休さんのお話ではバンパーの引き抜き等で瘻孔が傷ついてその都度かなり難儀されているように聞き及んでおります。その点ではバルンの方が良いかなと思っております。

バルンだと腹部の出っ張りがボタンと比較にならないのと、シャフトに水路がある為に詰まりやすいとのことですが、24Frでもその危惧はあるのでしょうか。また、バルン水の交換頻度、バルン型カテーテルの交換期間等ご教示頂けませんか。

バルン型は安全?? From: みっくん

まずbeach5先生へ。当院では24Frバルン・

	<バルン・ボタン型>		<バルン・チューブ型>
バルン型		←腹壁→ ←胃壁→ ←胃内→	
	<p>長所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルン内の蒸留水を抜いて挿入・抜去(出し入れ)するので、交換が容易である。 ●目立たず動作の邪魔にならないため自己抜去がほとんど無い。 ●栄養剤の通過する距離が短いのでカテーテルの汚染が少ない。 ●逆流防止機能がある。 <p>短所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルンが破裂することがあり、短期間で交換になることがある。 ●指先でボタンを開閉しづらい場合がある。 		<p>長所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルン内の蒸留水を抜いて挿入・抜去(出し入れ)するので、交換が容易である。 ●投与時の栄養チューブとの接続が容易である。 <p>短所</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バルンが破裂することがあり、短期間で交換になることがある。 ●露出したチューブが邪魔になり自己抜去(引っばって抜いてしまうこと)しやすい。 ●チューブ内の汚染が起きやすい。



お父さんへ帰るのね

峯岸 聡江 (東京都豊島区在住)

第9回HEO研究会の市民公開講座で、介護者としての体験をお話された峯岸さん。なんと
してもお父さんを家に連れて帰りたい、その実現のために選択した胃ろうでした。PDN作成
の「ビデオおうちへ帰ろうね」は、峯岸さん一家のご好意によって撮影させていただいたものです。

「三社祭、見せてあげられな
かつたわね」これが八年間父を介
護した母が洩らした一言です。
三社祭のビデオを注文し、お神
輿好きの父に見せる予定でした
がそれが叶わず、母には心残り
なのです。

お父さんが倒れた!

父勇造は平成八年十月、散歩
の途中に脳出血で倒れ、すぐに
救急病院へ搬送。一命はとり止め
たものの、気管切開、吸痰、経鼻
胃管栄養という重度の障害を負
うことに。母と姉妹三人で支え
た五九〇日間の苦難の病院生活
と六年間の思い出深い在宅介護



故 峯岸勇造さん。自宅にて。

の始まりでした。

術後合術症の肺梗塞も癒
え、五カ月後の落ち着きを取り
戻した頃です。声を失い、鼻から
栄養を摂る父は、経鼻管の苦痛
から逃れるため、やっと動く左手
で、多いときは日に五回もチュ
ーブを抜きました。その度に泣き
ながら動かない体を懸命に使い、
嫌悪と拒絶を示す父を、看護婦
さんと一緒に押さえて管を挿入
するのです。また面会中は手の
拘束を外す許可を得ましたが、
面会時間の終りには、家族の私
たちが父の手を拘束して帰らな
ければなりませんでした。

そんなある日、私たちが恐れ
ていた、病院からの転院勧告が。
慢性期に入った父は、救急病院
には置いてもらえず、あてのない
私たちに、病院は二カ所の老人
病院を紹介してくれました。

一つ目の病院は六十九歳の父
は若すぎるといふ理由で断ら
れ、二つ目の病院は、気管切開
は重症病室扱いとなるため、入
院の順番待ちでした。通院距離
も私たちが毎日通うには無理で
した。

結局、自力で治療とリハビリ
が可能な病院を探すしかなく、
会社を休んで一日中、姉が購入

した本を頼りに何十箇所もの病
院に問い合わせました。運良く
母のかかりつけ医の紹介で、都内
で二十床程の小さな病院が見つ
かり、薬をも掴む思いで転院し
ました。

胃瘻との出会い —迷ってはいられない

しかしその頃の父は高熱と吐
下血を発症。「このままでは父が
死んでしまう!」こんな切羽詰
まった私たちに光が射したのは、
平成九年七月二十八日付、読売
新聞の医療情報欄に掲載された
『胃に「口」作り栄養補給』とい
う胃瘻(PEG)の記事でした。早
速、院長先生にこのことを話し
ましたが、返ってきた言葉は「そ
んな医療は知らない。胃によく
ない」と否定の一点張りでした。
それでも私たちは諦めず、「記事
にある益子病院へ行ってみよう」
と、三人で直接病院を尋ねまし
た。「今いる病院では確実に父は
死んでしまう!」口にはしないも
の、私たちにはもう時間が無
かったのです。間髪を入れずに益
子病院へ転院。最後の望みを託
しました。

『セカンドオペニオン』とい
う

言葉を最近耳にします。私たち
にとって、この新聞記事こそがセ
カンドオペニオンでした。記事に
賭けた私たちの決断が、結果と
して父の解放と幸せへ繋がりを
しました。

倒れてから一年後の平成九年
十月、胃瘻(PEG)手術は転院
当日、鈴木裕医師によって行わ
れました。十分程度の簡単な手
術でした。数十分は要すると思っ
ていた私たちにとても驚きでし
た。一年ぶりに管のとれた父の顔
は、穏やかで別人のようでした。
あの時の感激は生涯忘れること
はありません。

在宅介護の 実現に向けて

それにしては医療の選択がこ
れほどまでに人の運命を左右す
るものとは。吐血の原因は、
極度の精神的なストレスによる
潰瘍からであり、二週間後には
完治。運命の女神が、私たちに
微笑みかけたのです。翌年三月、
リハビリ専門病院へ転院。まさ
かと思っていた在宅介護が現実
のものとなり、父はリハビリに
私たちは在宅介護の勉強とい
う希望の生活が始まりました。

私たちが在宅介護の勉強とい
う希望の生活が始まりました。
迷走と不安で過ごす日々と目標
に向う日々では、何という違い
でしょう。

リハビリ二カ月後、病棟主催の
観桜会へ父は車椅子で参加する
までに回復し、ベッド端に介助無
しで十五秒も座ることが出来る
ようになりました。五九〇日も
の間、「父が淋しがるから」と大
雪で電車が間引き運転しようと
も、一日も欠かさずに通う母を
看護婦さんは不憫に思い、「きち
んと見てから旅行でもして
らっしゃい」と勧めて下さり、一
度だけ二泊旅行をしました。

我が家に帰ってきた お父さん

右上下肢機能全廃、第一級身
体障害者、介護保険「要介護5」
の父でしたが、念願が叶って平成
十年六月より在宅介護が始まり
ました。訪問入浴、訪問看護や在
宅主治医の往診、更に硬縮予防の
マッサージ。摘便から自分で力ん
で便を出すまでに体力も回復し
ました。退院祝いに買った大画面
のテレビも、自分でリモコン操作
が出来るまでになり、大好きな時
代劇を楽しんでいました。ゆえに
なおさら母は父に、三社祭のビデ
オを見せたかったのです。

平成十五年三月、父勇造は狭
心症のため七十六歳で旅立ちま
した。丸六年間の在宅介護で一
度も床ずれを作らず、医師から
褒められたことは母の自慢です。
会社から帰った姉と私に、音の
無い声で話し聞かせていた父は、
今、家のあちこちから微笑
んでいると母は言います。
「お父さん、ずっと一緒なものね」

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 : 03-5733-4361 FAX : 03-5776-6486
E-Mail : info@peg.ne.jp

「PDN通信」の定期購読は…5部(年間20000円)・10部(同40000円)・20部(同70000円)を指定の「FAX」(03-6228-3611)・「FAX」(03-6228-3730)またはホームページ(http://www.peg.or.jp)にてお申込ください。

PDN広場

ご協賛・ご支援、誠にありがとうございました。尚、PDN セミナーへのご協賛につきましては3面をご覧ください。

渡辺浩代様 足立眞理様

合計1万円、切手2524円

第6回湘南在宅ケアセミナー

日 時：2004年12月12日(日) 10:00～17:00 (懇親会 17:30～)
会 場：藤沢市民会館 大ホール
JR・小田急藤沢駅南口 徒歩7分(TEL:0466-23-2415)

テ ー マ：介護保険はどう変わる!?

特別講演：「介護保険はこう変わる」
厚生労働省介護保険課長 藤木則夫氏

基調講演：「在宅医療の現況と今後の課題と展望」
筑波大学社会医学系教授 大久保一郎氏

シンポジウム：「この大改革を乗り越えるために」
日本経済新聞編集委員 浅川澄一氏
日本医師会評議員、神津内科医院院長 神津 仁氏
ジャーナリスト 和田 努氏
キャンナス代表 菅原由美

定 員：先着800名

参 加 費：¥1000 懇親会費：¥4000 (当日集金)

講 演：藤沢市/藤沢市医師会/藤沢市歯科医師会/藤沢湘南ライオンズクラブ
鎌倉市医師会/鎌倉市歯科医師会/茅ヶ崎市医師会/茅ヶ崎市歯科医師会

問 合 せ：訪問ボランティアの会キャンナス 担当 河野・利根川
〒251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-4
tel 0466-26-3980 fax 0466-27-8280
E-mail cannus@nurse.gr.jp

第6回北陸 PEG・在宅栄養研究会

日 時：2004年11月13日(土) 15:00～18:00
会 場：石川県地場産業振興センター 大ホール
金沢市鞍月2-1 (TEL:076-268-2010)

特別講演：「嚥下障害の機序と治療、リハビリテーション(仮題)」
藤島一郎先生(聖隷三方原病院 リハビリテーションセンター長)

一般演題：経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)および在宅栄養法に関する演題

代表世話人：金沢大学名誉教授 磨伊正義

当番世話人：藤が丘クリニック 藤岡照裕

事 務 局：小川医院 小川滋彦(TEL:076-261-8821)

共 催：北陸 PEG・在宅栄養研究会
大塚製薬株式会社/株式会社大塚製薬工場

後 援：HEQ 研究会/日本静脈経腸栄養学会

BOOK SHELF



2004年改訂版 胃ろう手帳

2002年2月に発行した『胃ろう手帳』を、このたび2004年改訂版として増刷しました。カテーテルのタイプ別特徴や栄養剤の投与方法、日常のケアは勿論のこと、今回の改訂では造設後のトラブルとケアについての『困った時の対処法』に力を注ぎました。正しい理解と管理法を身につけて、第二のお口『胃ろう』を使いこなすために、この手帳をどうぞお役立て下さい。

B5判 カラー 36ページ
定価500円(税込) 送料別
発行・販売：PEGドクターズネットワーク
TEL:03-6228-3611

編集後記

日本では、胃瘻造設をされる方の多くが介護保険の適用でもあります。8月18日、函館市では要介護認定のための訪問調査を行う調査員(ケアマネジャー)を対象に、知識の差をなくし、平等な調査を実施するための研修会を開きました。正しい調査資料の作成のためには、胃瘻やストーマなどについての基本的な知識のレベルは同じでなければならない、と同市介護高齢部福祉課がテーマに選んだそうです。

PDNセミナーは、このような行政主催の研修会もお手伝いさせていただきたいと考えています。お気軽にご相談下さい。一緒に、まず一歩を踏み出しましょう。(編集部 岡崎)

長さは50cmと75cmの2種類

価格
1本1,500円
送料込

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