

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙 PDN 通信

第7号
2004 Apr

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

- 2面 NSTイブニングフォーラム
- 4面 在宅医療の現場から⑦
- 6面 地域連携カンファレンス⑦
- 8面 わたしのまちの病院⑧
- 10面 PDN談話室 Webセミナー⑥
- 12面 医療者向け特別寄稿
- 14面 嚥下障害治療におけるPEGの位置付け
- 17面 医師との上手なお付き合い
- 18面 患者家族体験記⑥
- 19面 PDN広場
- 20面 医療機関リスト



第19回 日本静脈経腸栄養学会 1月29～30日

トータルケアの共通項「栄養」

さる1月29～30日、大阪国際会議場にて第19回日本静脈経腸栄養学会(JSPEN)が開催された。2日間を通し医師・看護師・栄養士・薬剤師など2500余名が参加、同時開催の教育セミナーにも300名以上が参加した。

臨床現場での栄養を重視する本学会を、「胃ろうと栄養の情報紙」PDN通信編集部は、特に胃腸とNST(栄養サポートチーム)にスポットを当てて取材した。

メーカー共催セミナーでは、「褥瘡患者への対応と栄養管理」「共催：エスエス製薬株式会社」で「PEGのメンテナンス」「Meet the Experts」(共催：味の素ファルマ株式会社)では、「経腸栄養施行中の注意点(PEGの管理も含めて)」がとりあげられた。

(NSTイブニングフォーラム12面)



第19回会長
大阪大学保健学科教授
高木洋治先生

PEG適用領域の拡大 再び食べるために

会期中、メーカー協賛のランチョンセミナーは、どの会場も立ち見が出るほどの大盛況であった。編集部は29日のランチョンセミナー「神経疾患領域におけるPEG適用領域の拡大」(共催：ボストンサイエンティフィックジャパン株式会社)を取材した。座長は大阪市立総合医療センター外科・西口幸雄先生。演者は東京大学胃腸外科・山口浩和先生と中国労災病院脳神経外科・三原千恵先生。要旨は以下のとおり。

難病治療におけるPEGの有用性

山口浩和先生



東京大学
学胃腸外科
来開設から
1年の間に、院

内の多科から67件の胃腸造設依頼があった。神経内科からの依頼が27件と圧倒的に多く、老年病科から8件、脳外科からは4件。症状としては脳血管障害(24例)、パーキンソン病(12例)、痴呆(10例)、ALS(筋萎縮性側索硬化症(6例)などが多い。

パーキンソン病(パーキンソン症候群)は症状が悪化すると徐々に嚥下機能が低下する。それに伴い、まったく口から食事ができない状態とはいえず、十分量を食べられないこ

呼吸機能障害の進行具合によっては、リスクの高い状況にもなる。嚥下障害が起る段階では、呼吸機能もかなり低下している。ALSにおいては、

脳神経疾患領域におけるPEG適応のタイミング

三原千恵先生



脳神経
外科領域で
扱う疾患は
脳血管障害(い

わゆる脳卒中)が最も多く、そこでは原疾患に対する治療と同時に、呼吸・循環管理や栄養管理を含む全身管理が重要となる。

脳卒中で緊急入院する患者の多くは、直前まで胃腸が機能しているケースが多いため、問題がなければ引き続き胃腸を使った栄養投与(経腸栄養)を行うほうが生理的である。経腸栄養を開始する際には、脳圧亢進時の嘔吐による誤嚥、経腸栄養による下痢で脱水を起こした場合の脳循環への悪影響、チューブ誤接続の危険性などに注意が必要である。

病状回復の状態、嚥下機能検査の結果にそって、経口摂取の訓練が行われる。嚥下機能検査では、飲み込んだものが食道あるいは気道に送り込まれる様子を画像で確認できるため、同居する家族も「むせのない状態での誤嚥」(不顕性誤嚥)があることを理解しやすい。実際の嚥下訓練は訓練食(液体・流動体、固体)によって行われ、むせたときに咳によつて全部口腔内に戻すこと(「反射」ができれば誤嚥はしない。この反射の有無により、どの形態のものならば口から食べられるかを見極めることができる。

PEG適応のタイミングとしては、誤嚥性肺炎を起こす前(嚥下リハビリ開始前)・脱水・低栄養状態になる前・転院・在宅移行の前と考えている。ここでは、家族も参加したNSTで取り組む必要がある。

1月30日、学会最後のプログラムは合同シンポジウム「NSTのあり方」(病院規模別に理想と現実)。大阪府立母子保健総合医療センター・岡田正先生の司会の下、パネラーがそれぞれの立場からのNSTの理想と現実を報告した。大学病院(金沢大学・大阪大学・岡山大学)からの報告では、患者数・診療科目数の多さ、教育機関としての役割などから理想とされるNSTの活動(全科型・NST回診など)を実施するよりも、依頼された患者個々の病状に適正な

合同シンポジウム NSTのあり方

PDNホームページ談話室への投稿より

[No.821] 日本静脈経腸栄養学会JSPENに参加しました
From: NST 過疎地の栄養士

はじめまして。
NSTの過疎地域で何とかNSTを立ち上げようと努力している栄養士です。今回のJSPENに参加いたしました。

そこで、PEGの有用性を改めて認識いたしました。特にだれだったか忘れてしまいましたが、「口から食べるためのPEG」という言葉に感銘を受けて帰ってまいりました。当院は長期療養型の精神と老人の病院で少し前まではほとんどすべての患者様が経口摂取が可能でしたが、最近じわじわENの患者様が増えてきました。そんな時院長がPEGの導入を考えているとの情報を得ました。当然管理上のメリットや経営上のメリットがありますが、栄養士としてはこれで安全な補給ルートが確保されましたので、嚥下訓練食やこれに類したものの提供や、リハビリテーションが可能になったと思います。当院はまだまだ栄養管理についてはそれが何なのか、その有用性を知っているものが少ないなどの問題があります(まあまだほとんどの患者様が経口摂取可能な方で、栄養状態にも問題はありせんからそうなのかもしれません)。しかし基本的医療である栄養管理のベースアップが出来れば当然、医療全体の質が向上すると考えていますので、なんとしてもNST、PEG、その他栄養管理の充実に努力したいと考えております。

こちらで多くの勉強をさせていただきたいと思っております。

ら補給できるからこそ、再び食べるこ
とへの可能性が広がることを医療者
も患者・家族も知ってほしい。



ポスターセッション会場



小越章平先生(元高知医科大学副学長)、キヤプテン・東口高志先生(藤田保健衛生大学外科学・緩和ケア教授)の下、タスクフォースと呼ばれるエリア別の中心メンバー、更にNST稼動及び稼動希望施設(代表者はコアスタッフと呼称)で構成されている。NST稼動のための情報交換、教育、運営方式の指導のために、メーリングリストを活用しながらNST稼動に必要な資料の提供、講師派遣、NST見学受け入れ施設の紹介などを行なっている。今回のフォーラムは、このNSTプロジェクト参加者の情報交換を目的に開催された。

大柳治正先生の「NSTの意義は厚生労働省の企画官も認識している。学会としても正式に方向性を打ち出し、推進していきたい」という挨拶に続き、学会認定資格であるNST専門療法士およびその資格取得の流れについて、入山圭三先生(桑名市民病院院長)から説明があった。NST専門療法士認定は、患者の病態に応じた適切な臨床栄養管理をチーム医療として行なえるNST専門療法士の育成を目的としている。

続いて本プロジェクトキヤプテンの東口高志先生によるタスクフォース会議報告、電子(カルテ)化対応検討委員の野上哲史先生(熊本第一病院副院長)・飯島正平先生(箕面市立病院外科)からの報告がなされた。

「厚生労働省は2006年までに400床以上の病院で電子カルテを導入しようという5カ年計画を打ち出しており、NSTを含め、情報が一元化できるアプリケーションが必要となってきた。そこで求められるのは、『情報検索・参照が簡単にできること、その情報に対するコメントを簡単に書き込みできること、それらの情報をデータとして蓄積していけること』の3要件を満たす電子カルテである。学会を通して標準的な内容を備えていくことが急務」と述べた電子化対応検討委員会の活動が注目される。



最後のプログラムは、会場の参加者からの質問に壇上のタスクフォースのメンバーが答える「NSTなんでも相談」。NST稼動中の施設の悩み、稼動しようとしている施設からの相談を受けようという試みである。次々と手が挙がる会場からの質問に、自施設での例をあげながら、タスクフォースの先生方が回答された。

NSTなんでも相談 (おもなQ&Aから)

Q 患者さんの急変に、NSTはどう対応するのか。

A 急変時にチーム全体が即対応することは現実的には難しい。当院ではNST管理の患者さんには担当の栄養士が日々患者の経過を追っている。急変時にはまず医師に連絡が来る。2・3日の短いタイムスパンで栄養管理上非常に特殊な変更をしなくてはならないことが起きたときは、NSTの医師が判断せざるを得ないのが現状。その後は主治医が指示を出すことになる。栄養管理そのものの良し悪しの判断は、週に1度のミーティングでも十分だと思う。

A 当院では当番医を決めているので、緊急の要請にはその当番医が対応している。

Q 投与する輸液や栄養剤に含まれる水分量や電解質質量について、NSTはどこまで対応したらよいのか。(司会より「Iアンブルに含まれる水分量やナトリウムの量は計算するかという質問」)

A NSTは栄養管理が目的のチーム医療なので、栄養管理に関する情報はアドバイスすべきだと考える。それを使用することによって体内に入るナトリウム量のアドバイスはNSTの薬剤師がサポートできる。しかし、それをどうするかを決めるのは主治医ではないか。

A ナトリウムの管理が必要な患者であれば当然やる必要性があるが、すべてにおいて行おうとすれば、採血10ccで体内の水分バランスがくずれることになる。その重要度を考えて行おうべきだと思う。

A 使用量がわずかだからといって、死亡する確率はゼロではない。重症患者にはそういう細かいことにも気を付けて救命する情熱を持ったNSTであってほしい。

Q NSTのマンネリ化を防ぐには?

A NSTに参加して楽しかったよかった、という感想を得られるような活動をする必要がある。当院のNST勉強会では、高度な理論ばかりを続けず、ベシツクなもの、サプリメントや嚥下食の試飲・試食会なども入れている。

A 勉強会については院内の各診療科の先生に講師をお願いした。ミーティングに関してはメンバーが自分でやりたいことを決め、チームを組んで進めた。

A テーマを広げることも一つの手法。褥瘡、嚥下、外来などにも枠を広げる。その先で新たな抵抗勢力が現れることもあり、そのような状況に対応していく中で劇的な変化があらわれるとマンネリ化が払拭される。ときにはマニ

Q 当院は外部から見学者が来る機会が多く、その刺激がスタッフの士気を高めてマンネリ化を吹き飛ばし、患者を良く診るようになる。

A NSTが業務であるならば、プロとしてマンネリ化はあってはならない。それを防ぐにはコアスタッフが他のメンバーに対してその士気を高めポジショニングにも気を配りながら活動すること。私自身は、近隣病院のNSTから講師に来ていただき、見学会を行って新しい風を取り入れた。



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。

REPORT

Q NST立ち上げにあたっての失敗談やアドバイスなどがあれば。

A 私のところでは管理栄養士が院長や看護部長に話を持っていた。なかなか前進できなかったが、NSTの意義を毎日のように伝えることで理解が得られた。病院の組織を動かすのは病院運営委員会なので、その委員会で検討してもらった。積極的なドクターと病院長のバックアップで全科型のNSTとなった。病院としてどういう組織で動くのが

A NSTの下にいろいろな組織を作るのも一つの方法であり、それぞれの病院の事情でいろいろな方法があつてよいと思う。

Q 院内の組織形態として、小委員会ができていない。すべてをNSTでやるべきか。

A 組織をどこに組み込むかは栄養委員会・褥瘡チームなど、個々の病院ごとに異なると思う。あまり委員会は作り作っても会議に追われるので、既存のシステムに入れるのが合理的かと思う。

A 高齢者に焦点を当ててほしい。クリニカルパスが使えない患者におけるNSTの介入と非介入の差を見れば明らか。80歳以上の超高齢者の胃切除症例などで評価をしていただくとわかると思う。



Q NST管理となる患者のピックアップの方法は?

A 当院では栄養評価表を作っており担当のナースが入院時一度スクリーニングする。そこでチェック項目にひとつでも該当するケースがNSTに登録され、それ以降退院まで1週間ごとに繰り返し行っている。

A ナースの立場として、そのドクターの下で所属ナースたちを通して主治医の先生を取り込むようにしている。カンファレンスや勉強会などに出てきて教えていただいたという姿勢で一緒に参加して計画を立てる段階から関わってもらくと、こちらの意見にも耳を傾けてくださるようになった。

A 主治医との折衝はハードだがNSTの働きと主治医の治療は決して対立するものではない。主治医をサポートするシステムがNSTだという意志の疎通を図ることが必要だろう。

Q 1年ほどNSTを運営してきたが、リコメントーションを行うても治療に活かされるのは1/3くらい、という状況。

A 1年ほどNSTを運営してきたが、リコメントーションを行うても治療に活かされるのは1/3くらい、という状況。

タスクフォース会議報告

今こそ地域ぐるみのNSTを

藤田保健衛生大学外科学・緩和ケア教授
東口高志先生



果といえる。経営者対象の勉強会や講演会などを、近隣の病院や医師会、看護協会などを巻きこんでいくことで、稼動施設も加速的に増えるのではないかと思う。

DPCをNSTの追い風に

NST稼動の背景として、DPCの導入により在院日数の短縮や薬剤経費の節減が各医療機関の課題となつていくことがあげられる。NSTがそれらに対して有用であると認識されてきている証と思われる。縦割り社会特有の右へならえが指摘される大学病院においても、いったんNSTが取り上げられるようになれば、その影響は関連病院への波及のみならず一般病院への影響力も大きい。多くの一般病院がNSTを立ち上げ、逆に大学病院が取り組みやすい状況を作ること大切である。とにかく、稼動施設を増やすことで社会の中にNSTを一般化させていきたい。

地域ぐるみ、社会全体でのNST啓発活動

NST稼動地区を中心に、地域単位のNST研究会が全国各地で発足しているが、できるだけ地域ぐるみで稼動施設を増やし、NSTの質を高める活動をしてほしい。どの病院にも当り前のようにNSTがあり、それぞれが情報交換をしながら充実させていくことが必要。

昨年、尾鷲で栄養サポートフォーラムを行なった際、「市民のための公開講座」を同時開催した。市民にNSTという言葉覚えてもらおうと、参加した市民へのさまざまなアクセスメントや、栄養食品の試食・試飲を行なつてNSTをアピールした。そのような地元での活動を各地域で継続して欲しい。全国で同時多発的にNST市民講座を開催するなどということになれば、メディアも注目し、その効果も大きい。昨年、日経新聞に取りあげられその反響は大きかったが、社会に注目される活動も並行して進める必要がある。

少子高齢化社会への対策ツール

NST介入による適正な栄養投与ルートの選択は、静脈栄養剤使用量が減る分、経腸栄養剤使用量(コスト)が増えるという現象も生み出す。しかし、『栄養部門での赤字こそが、病院経営を良くしている証である』という視点に転化していく必要がある。また、すでに在院日数が短縮している場合も、質の低下した医療で最終的なしわ寄せを患者サイドに負わせることのないように、取り組んでほしい。

栄養管理の必要性をNST稼動施設数で、医療費削減効果をNSTによるさまざまな経済効果で、いずれも数字に表すことが最も説得力があると思われる。

真の改革とは、一気に炸裂することではなく、少しずつ確実に力をためて浸透させながら進めていくものだと思う。NSTは少子高齢化社会がはらむ多くの問題解決のための対策ツールとなることを確信している。

(編集部まとめ)

※DPC(=Diagnosis Procedure Combination)：診断群分類包括評価(2003年4月から大学病院などの高度な機能を持つ全国の82病院に取り入れられた、入院診療報酬評価の見直し(包括化)のこと。病室ごと(現在、1860診断群分類)に検査・治療・投薬などの費用が一定の金額に定められており、実際にかかった費用にかかわらず、診療報酬は定額払いとなる。ただし、医師の手術、麻酔、放射線治療、内視鏡検査などは従来の出来高払いであるため、実際の診療報酬点数は包括部分と出来高部分の合算となる。

（第 7 回）

在宅医療の現場から

小川医院（金沢市） 院長 小川滋彦



胃ろう栄養で社会復帰

最近とてもうれしいことがありました。九十五歳のTさんが、寝たきりだったTさんが、胃ろう栄養で元気になって三泊四日の東京旅行を果たしたからです。

正直に白状すると「PEG、PEG」と念仏のように唱えながら、疑り深い私は、在宅医療と胃ろう栄養のことを心底信じていたわけではなかったのかもしれない。今さら何を言うんだ、とお叱りを受けるでしょう。でもそのくらい胃ろうが本当に喜ばれているのか、わが事のように心配していたのです。先の号で胃ろう利用者さんたちにご回答いただいたアンケート調査の結果をご報告しましたが、そ

こに書き込んで下さった数々の言葉に私はどれだけ励まされたかわかりません。どうやら医者というものは、患者さんに勇気をもらって成長していくものなのでしょう。

元気になった理由は

（一）とにかく胃ろう栄養を選択した
Tさんの肺には重い病気を疑う影があり、栄養状態も悪く超高齢でもあり、主治医の先生は胃ろうの導入に当初は反対していたらしいのですが、訪問看護師さんの強いすすめで胃ろう手術に踏み切ることができた。最初のこの決断がなければ、母は今頃この世にいないはずだと娘さんはおっしゃっておられます。

（二）あきらめずに胃ろう栄養を継続した
高齢者の場合、よい結果を出せるまでに一年はかかる。三ヶ月くらいで良くならないからと言ってあきらめてはいけません。一年は地道にこれでもか、これでもかと手を抜かずに胃ろう栄養を続けてみるのです。

Tさんを初めて往診した時、酸素が低いので在宅酸素療法を受けておられ、体はやせ細り、ご自分から言葉を発することはありませんでした。私の往診は月に一〜二回、これで約二年です。半年くらいたったある日のこと、寝たきりだと思っていたのに坐っ

表1. Tさんの歩み -胃ろうと共に-

平成13年	6月	胃ろうの手術。
平成14年	2月	ゴフルを口にする。1日に栄養剤750kcal+ジュース200mL+白湯300mL注入。
	3月	小川医院に往診依頼。身長137cm、体重29kg。
	4月	ベッドから転落。大腿骨頸部骨折で手術。術後1週間で退院。
	6月	アジの塩焼きを一口。家族と同じ食卓で。
	8月	「まだまだ死にたくない」ゴフル5〜6枚。
	9月	胃ろうボタン(バンパー型)を在宅で交換(1回目)。
	10月	座位をとることが多くなる。
平成15年	12月	車椅子に坐っていることが多い。サバの味噌煮を一口。体重34kg！
	1月	「ごはんはまだか」トイレへ自力で行った。
	4月	JRで京都旅行！
	6月	胃ろうボタン(バンパー型)を在宅で交換(2回目)。トイレへ自分で行くように。
	7月	一日中ずわっている。「まずエイヨー！」要介護5が要介護4になる。
	8月	転倒するが辛い骨折なし。声をはっきり出るようになった。
	9月	テーブルで卓球ゲーム。ゴフルに飽きて、辛いせんべいが好きに。
	10月	念願の東京旅行へ！！
	11月	口からの食事量が増加。食事が先で不足分を胃ろうから(1日に栄養剤500kcal)。
	12月	ブラックコーヒーが好きに。胃ろうボタン(バンパー型)を在宅で交換(3回目)。現在体重36kg。

ておられる！またある日のこと、坐って編物をしておられる！！そのまたある日のこと、「イツモアリガトウゴザイマス」えっ？お話なさるんだ。つい先日、同居の娘さんがしみじみと語ってくださったのですが、ずっとスランプが続いて、ある日突然何かが出るようになる。また何ヶ月かスランプが続いて、またある日突然事態は好転する。まるで受験勉強のようですね。努力と成績は正比例しない。ゆっくりと階段を登るようにここまで来ましたと(表1)。

(三) たった二口でも好物を食べていた
Tさんにとって好物は、クリームを間にはさんだ西洋せんべい

胃ろうはお年寄りの 生きようとする気持ちを

本当の「自己決定」とは？

もちろん、一部始終を見守っていらした娘さんの献身的な介護が大きな要因であったことは間違いない。でも、この娘さんがおっしゃるのです。胃ろうによつて、必要な栄養が確実に母の体に入っていく安心感は、何ものにも替えがたい。

実は、一年くらい前に例のアンケート調査を行なった時には「胃ろうは介護者にとつて良いことは間違いないが、本人がそれをどう受けとめているかは分らない」と、その点だけを心配しておられました。

ところが、お話が出来るようになった今は、朝起きるとまずイリガートル(ポトル)を指差して「エイヨー」と胃ろう栄養を要求されるのだそうです。朝一番に栄養が入ってくると体に活力が出

ることを身を以てわかっているのではないかと、言うのです。

今のTさんはご自身に胃ろうが必要なものであることを「体で理解」しておられます。しかし、二年前寝たきりで酸素吸入した状態でこの「自己決定」はできたのでしょうか？

最近「自己決定」という言葉がひとり歩きしていますが、衰弱したり追い詰められた状態における「自己決定」は本当の「自己決定」と言えるのでしょうか？もしこの時、言葉をしゃべることができたら、気弱になつてこう言つてしまつたかもしれません。「もう年やから何もしてくれない」と。ハイそうですか、とそこで止めていたら、今のTさんの社会復帰はおろか命はなかつたと思

医療費の無駄遣い!?

私は美談でこのお話を終わらせるつもりはありません。今、九十歳を超えた方の社会復帰について述べました。でもイデワルな意見があることは百も承知です。「障害を持った高齢者ばかり長生きしては医療費のムダづかいではないか」

実際の所、Tさんの医療費は元気になるにつれて、どんどん減つてきています。まず在宅酸素のレンタル料がいなくなつた。経口摂取が増えたので、経腸栄

養剤の一日必要量が半分になつた。私の往診回数も減りましたから、医療費は当初の三分の一以下になつていると思います。その分、生活費(食費)は増えていますが、まさかそれも含めてムダだとおっしゃるのではないでしょうね。そうお考えの向きは、医療福祉の現場から即刻退場していただくのがよろしいでしょう。

Tさんは「まだ死にたくない」といみじくもおっしゃいました。一人の人間として生きる意思を表明されました。年齢や立場は関係ないのです。むしろ、私も医療者の方が「社会的立場」で医療の適応を勘案しているのではないかと、と自問自答すべきでしょう。

「チューブはずし」の 金科玉条よりも

おそらくTさんは今後も胃ろうのお世話になつていくでしょう。それでも、今はやりの「チューブはずし」運動をTさんに適応しなければならぬのでしょうか。

私は思います。「チューブはずし」は、あくまでも医療者のこだわりであり、医療提供側の論理です。患者さん当事者のことを本心に考えれば、チューブが付いていようがいまいが、尊厳を以て接する。患者さん中心の医療や介護を提供しようと思えば、「チューブ」の有無で差別すること自体が的外れなのではないでしょうか。

昨年ある有名新聞に「胃ろうがお年寄りの生きようとする気持ちを奪っている」といった記事が出た際、Tさんの娘さんはちよつとおかしいのではないかと憤慨しておられました。たしか施設に所属するリハビリの先生の意見だつたと思いますが、きつとその施設では病状の軽い人しか受け入れていないのかも



本院と在宅にいます。気管切開していたり、人工呼吸器がついていたり、尿を出す管がついていたり、時間ごとに体位を変えなければすぐに床ずれが出来てしまうような重症の方々、家族がつきつきりて手をかけていなければならぬ方々は在宅にいます。そういう過酷な状況か

ら、千載一遇のチャンスでTさんのように復活してくる人もいます。もしかしたら、運良くTさんは胃ろうのチューブから卒業できるかもしれない。でも、この二年間を共に歩んできたTさんご家族は、胃ろうで元気になつたことを決して忘れることはないでしょう。最後のおいしいところだけ見て、「だから胃ろうはいらなかった」「それみたことか口から食べられたじゃないか」といったあたかも介護だけで良くなつたごとき意見はあまりに乱暴です。あまりに我田引水です。

私が単にPEGのプロモーションをするのが目的ならば、Tさんの物語をもつと「ウケる話」に仕立てる書き方もあつたわけです。しかし、その有名新聞の轍を踏まないために、あえてこのような歯切れの悪い書き方になつたことをご理解ください。

中部PEG研究会の御紹介

ふきあげ内科胃腸科クリニック（名古屋市中区）
院長 蟹江治郎



知識が追いつかない

現在を遡ること14年、研修医であつた私は、経口摂取が可能にもかかわらず嚥下性肺炎を繰り返す担当症例について、指導医に内視鏡的胃瘻造設（PEG）を行つてはどうかと提案した事があります。臓器別診療に対し違和感を覚えていた私は、学生時代から老年科医を目指していた事もあり、当時は新しい技術であつたPEGという方法に着目していたのです。しかし結果は「聞いたこともない方法」「前例がない」「胃に穴をあけるなんて」などの理由で却下。研修医時代

というと、つい最近のことのように思い出すのですが、PEGに關していえば当時はまだそんな時代でした。その後、時代がすすむにつれ

PEGに對する理解も深まり、PEGの普及はPEGに對しての基本知識が啓蒙される速度を上回つた勢いで進んでいきました。そのため、PEGについての基本知識や最新知見を学ぶ場を作ることが急務となつてきていました。

中部PEG研究会の誕生

そういう状況の中、井口昭久教授（名古屋大学老年科学教室）の発起のもと、平成13年に中部PEG研究会が誕生しました。関西PEG研究会、石川PEG研究会

在宅栄養研究会に遅れること2年の発足でした。本研究会のテーマは“栄養とPEG”についてであり、それらの知識と技術を広く共有し患者利益へとつなげる事を目的としています。研究会は毎年9月に開催され、本年度第4回目の開催となります。中部圏といえは北陸地方が日本のPEG先進地域として有名ですが、太平洋側の東海地方はPEGの啓蒙が遅れた感があり、現在では中部圏におけるPEG知識の均一化とレベルアップに努めています。

第4回 中部PEG研究会

【開催日】平成16年9月16日(木)

【場所】ヒルトン名古屋 5階(銀扇の間)

【当番世話人】藤田保健衛生大学外科 落合正宏

【当番幹事】藤田保健衛生大学外科 桜井洋一
ふきあげ内科胃腸科クリニック 蟹江治郎

【スケジュール】

19:00 開会の辞 藤田保健衛生大学外科 落合正宏
19:05 パネルディスカッション(発表7分 5演題 質疑応答20分)
座長 藤田保健衛生大学外科 桜井洋一
ふきあげ内科胃腸科クリニック 蟹江治郎
検討課題 PEGによる経管栄養の適応と評価
※演題は世話人からの推薦となり、一般公募はいたしていません。

20:00 特別講演(発表50分 質疑応答10分)
座長 藤田保健衛生大学外科 落合正宏
演者 東京慈恵会医科大学外科 鈴木 裕

21:00 閉会の辞 名古屋大学老年科 井口昭久
※閉会后、懇親会を予定しております。

【参加費】500円

【共催】中部PEG研究会／アボットジャパン株式会社

本研究会の特徴としては、経腸栄養剤に携わる医療従事者に広く門戸を開け、分け隔てなく活発な議論が可能になっているところです。実際参加者の内訳も半数が看護師、医師は3割、あとは薬剤師、栄養士、介護士と、幅広く参加されています(表1)。

	第1回	第2回	第3回
開催日	平成13年9月20日	平成14年9月19日	平成15年9月18日
当番世話人	名古屋大学老年科教授 井口昭久先生	朝日大学村上記念病院院長 井田和徳先生	名古屋市立大学病院臨床病態外科教授 真辺忠夫先生
当番幹事	名古屋大学消化器内科教授 後藤秀美先生 名古屋大学老年科助教授 葛谷雅文先生	小川医院院長 小川滋彦先生 朝日大学村上記念病院副院長 加藤隆弘先生	名古屋市立大学病院臨床病態外科助教授 竹山廣光先生 藤田保健衛生大学七栗サトリウム外科教授 東口高志先生
開催場所	名鉄ニューグランドホテル(名古屋)	ホテルキャッスルプラザ(名古屋)	ホテルキャッスルプラザ(名古屋)
参加人数	220名	183名	219名
特別講演	PEG学のすすめ —内視鏡・胃運動・スキンケア・在宅医療— 小川医院院長 小川滋彦先生	PEG学とはじめ —地域で受け入れられる胃瘻を目指して— 鶴岡協立病院消化器内科 高橋美香子先生	PEGのい・ろ・は 大阪市立総合医療センター外科 西口幸雄先生
一般演題数	4	4	5

表2.

	第1回	第2回	第3回
一般演題①	胃瘻交換用チューブ ストメイトの 有用性について 名古屋大学第二内科 田口 歩先生	当院のPEGにおけるクリニカルパスの検討 朝日大学附属村上記念病院内科 中島知明先生	PEG施行困難例に対するPED、PEJ 藤田保健衛生大学外科 桜井洋一先生
一般演題②	PEG 造設後数年を経過して発症したGER 金沢医科大学小児外科 谷内真由美先生	医療者および患者に対する 適切なPEGのクリニカルパスについて 浜松医科大学光学医療診療部 竹内 健先生	buried bumper syndromeの1例 知多厚生病院外科 谷口正哲先生
一般演題③	PEG 造設症例における長期的追跡と合併症 藤田保健衛生大学外科 桜井洋一先生	当院におけるPEG症例の検討 ー栄養サポートチーム(NST)との関わりについてー 済生会松阪総合病院内科NST 清水敦哉先生	当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術に伴う 合併症についての検討 三重大学医学部第二外科 大森教成先生
一般演題④	高齢者における栄養アセスメントの 方法について 名古屋大学老年科 神田 茂先生	PEGのクリニカルパス 藤田保健衛生大学外科 桜井洋一先生	胃瘻造設後汎発性腹膜炎をきたした2例 三重大学医学部第二外科 大森教成先生
一般演題⑤			PEG造設後の瘻孔長の変化に関連したと 思われるスキントラブルの一例 河村病院診療部栄養科 早川麻理子先生

PEGは一般的には簡便で安全な栄養投与手技といわれている。

知識を定着させるために

ます。しかしその管理を行うためには経鼻胃管には無い知識や

また本会においては特別講演に先立つて、近隣施設からの一般演題報告の時間を設けています(表2)。この一般演題は第2回目開催以後、ある程度のテーマを決め一般演題の募集を行うようにしています。

ちなみに第2回研究会の一般演題のテーマは“クリニカルパス、NSTとPEG”についてでした。この会においては、報告のあった各施設のクリニカルパスへの取り組み方や内容に様々な考え方や意見があり、非常に興味深く話を聞くことが出来ました。

第3回の研究会での一般演題

テーマを決めて討論

本会はパネルディスカッション形式の一般演題発表、特別講演に引き続き、懇親会を行うという3部構成になっています。第1回の研究会は本会の幹事も務めてみえる小川医院の小川滋彦先生に「PEG学のすすめ」内視鏡・胃運動・スキンケア・在宅医療」について御講演を頂きました。小川先生の相変わらずの饒舌な講演でPEGについての基本的な知識から、在宅患者様の楽しいエピソードや苦労話をお聞かせいただきました。

第2回の研究会では我が国におけるPEG最先駆者である鶴岡共立病院の高橋美香子先生に「PEG学ことはじめ」地域で受け入れられる胃瘻を目指し

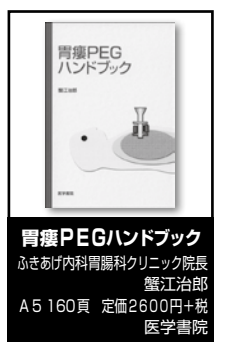
のテーマは“ちよっと困った症例”としました。この会においては各施設が経験した希な合併症についての報告があり、非常に興味深い内容となりました。

次回の第4回においては“PEGによる経管栄養の適応と評価”について演題を求めていると思います。PEGは簡便で安全であることから、経鼻胃管に置き換わる経管栄養管理法として普及しつつありますが、逆に導入の選択が安易に行われているのではないかと危惧する意見も出されています。その点について討論していきたいと考えています。

て」についての御講演を頂きました。この講演では高橋先生の1000例(！)を超えるPEG患者様の臨床データをもとに、経験が豊富な先生ならではの内容の濃い講演を頂きました。

第3回の研究会では大阪市立総合医療センター外科の西口幸雄先生に「PEGのいろ・は」ではイロハかるた形式で「い」から順番に、関西の先生らしく歯切れの良い語り口で、PEGについての知識を幅広く御説明を頂きました。

今年行われる第4回の中中部PEG研究会では、PEG領域の大御所でありPDN代表理事でもある東京慈恵医大の鈴木裕先生の御講演が予定されています。



コツが多く含まれます。例えばバンパー埋没症候群のように不適切な管理によって引き起こされる合併症や、チューブ交換後誤挿入に伴い発生する汎発性腹膜炎などチューブ挿入確認を怠ることにより発生する合併症もあります。体外固定板の管理やチューブ挿入部のスキנקケアなども、経鼻胃管には無い注意点も必要です。これら各々の管理法や注意点については確かに“簡便”ですが、PEGの経験のない施設にとつては目新しい知識でもあります。目新しい知識の場合、教科書で二端目を通して知識の定着は得やすいものもの知識とは言えません。これらの知識は、研究会における講演やパネルディスカッションにおいて、はじめて身近なものとして感じ得るものと思います。本研究会では参加者の方にとって、目新しいことを脳裏に定着させるための様々な試行錯誤もしています。

今後の中部PEG研究会では、会場は交通のアクセスの良い名古屋駅周辺としつつ、当番世話人を各県の先生で持ち回りとし進めていきたいと思ひます。また研究会の内容も少人数編成の実技講習の時間を設けたり、講師も医師ばかりではなく、ETナース、看護師、内視鏡技師、薬剤師、栄養士などPEGに携わる様々な方に御願ひしていきたいと思ひております。

今後とも皆さんの御指導御鞭撻をいただくとともに、何か要望がありましたら事務局の方へ御意見を頂ければ幸いです。

わたしのまちの病院

8

在宅医療のコーディネーター

―在宅医療支援・推進部の役割―

東京女子医科大学（東京都新宿区）

城谷典保先生



大学病院のような急性期病院に担ぎ込まれた患者が退院し、自宅に帰っていくのは、本人や家族はもちろんのこと、関わったスタッフにとっても嬉しいことだろう。しかし、安心して在宅でも継続した医療が行なわれるためにはその環境を整えることが重要である。

本号では、本邦で早期からチーム医療に取り組んできた東京女子医科大学を訪れ、病院の中央部門である在宅医療支援・推進部のスタッフの皆さんに、お話をうかがった。

在宅医療支援・推進部とは

東京女子医科大学における在宅医療支援の歴史は古く、HOTT（在宅酸素療法）やHITT（在宅経管栄養療法）を普及させる活動が活発に行なわれていた。1993年10月に発足した在宅医療研究センターの活動を継承し、在宅医療推進委員会、在宅医療検討プロジェクトを経て、1997年12月に現在の在宅医療支援・推進部（以下推進部）が発足。

現在は専任の看護師3名、事務職1名、兼務で東間紘部長（現院長）、城谷典保副部長（第二外科）、看護師長、薬剤師各1名の他、MSW（医療社会福祉室）、栄養士（リハビリテーション科）、5診療科医師により運営され、病院の中央部門として全診療科を対象に在宅支援を行なっている。

対象となる患者は発症後約6年間でおよそ1500名、年平均250名前後である。

在宅支援の依頼は、病棟・外来の担当医、看護師、MSWからが

患者の希望する医療機関、あるいは出来るだけ自宅近くの機関を探し、必要な医療処置ができることを確認し、可能な限り病院で患者・家族と一緒に打合わせをして合意が得られてから退院、在宅医療開始、という流れだ。退院時共同指導は保険の中でも認められているので、これからも積極的に進んでいくそう。

患者・家族の信頼につなげる情報交換

在宅医療のための情報交換は、地域の医療者、病院側の医療者、お互いにとって、欠かすことができない。「訪問していただく先生の必要に応じて、コメディカル、業者とのコーディネーターや、患者様の状態が悪化した時に当院を含む後方支援病院との連携方法についても情報提供させていただきます。訪問をしていただく先生が当院にみえて、患者様やご家族が同席の上、申し送りをするごこともあります。連携の内容や場面を患者様やご家族に見ていただくことの意味が大きいからです。退院によって医療が打ち切られるのではなく、継続して引き継がれているという姿勢をきちんとお見せすることが、患者様の安心感につながるのだと思います。」と篠聡子看護師は語る。

一方、病院スタッフには見えにくい在宅スタッフからの情

「在宅医療という特殊な領域があるのではなく、基礎疾患、褥瘡ケアを含め患者さんの全体を在宅で診るわけですから、これらができなければ、在宅医療は成り立ちません。わたし達の役割は、そのための情報を退院後のかかりつけ医に伝達しサポートする、という後方支援です。もちろん、病院での医療処置が必要な場合はいつでも受け入れますが、わたし達は基本的にサポートとコーディネーターを行なうのであって、直接在宅医療に関わっているわけではありません。在宅医療に移行する前にこのような調整を行なうことが患者さんの安心感とQOLを高め、在宅医療の継続を可能にするんだという認識がなければ、在宅医療は根づかないでしょう。」と、城谷先生は言う。

教育機関としての役割

病院から出た後の継続医療の環境を整えることが推進部の役割というが、その環境整備の中には、在宅担当の医療者への指導も含まれる。

前述した在宅移行前の共同指導をはじめ、外来通院が困難な患者の胃瘻交換を、在宅担当医が行なえるように病院の医師が技術指導することもある。

「患者様の診察日時に合わせて在宅担当医の先生に来ていただいて、城谷先生の指導の下で交換する、そうやって実際に交換の経験を積ん



東京女子医科大学総合外来センター

胃瘻カテーテルの選択においても、病院側が使いやすいと思って選定したものが在宅では使いにくかった、というケースもあつたのと。

「お互いに知らない部分、見えな部分部分を密な情報提供で補い合いながら患者サービスを充実させてい、という考えです。そうやって蓄積してきた情報が増えれば増えるほど、新しく在宅に取り組もうという地域の先生にも、そのケースに合った情報提供ができます。これこそが、推進部設立から今日に至るまでの、わたし達の財産だ

で、在宅で交換されている先生もいらつしやいます。在宅医療は継続医療ができなくては、という考えが基本にありますから、病院で行っていた医療をいかに在宅の先生にバトンタッチするかという問題です。例えば胃瘻を造った患者さんの在宅医療を考えると、どのタイプのカテーテルならかかりつけの先生が交換できるか、訪問ナースが管理できるか、というようなこともそうです。胃瘻の関連器材はメーカーの種類もサイズもたくさんあるので、患者様ご自身の病状、ご家族の介護



カンファレンス風景

状況や希望と、連携する医療者の意向を確認して決定しています。スムーズな在宅移行には、患者・家族や地域の医療機関の視点にたった検討が必要です(篠看護師)。

「患者さんに対して在宅担当の医療者に対しても、相手が何を求めているか、何が不足しているか

常に「やる前・やった後」への評価を

医療の場が病院であれ在宅であれ、評価なしに漫然と行われる医療はありえない。

毎週木曜日、NST(栄養サポートチーム)カンファレンスにおいて、個々の症例検討が行なわれている。また、毎週火曜日には、在宅医療部として院内外多職種が集まり、ケースカンファレンスを開

いている。胃瘻はトータルケアの中に位置付けられており、受け入れ体制として、在宅医療の本質を理解しているか、実際のネットワークをどう築いていくかを知っているか、胃瘻が必要という以上、栄養管理の方法を正しく勉強しているか、適正な栄養評価ができるかなどが検討項目となる。

また、在宅医療を通して患者が地域に戻った後の定期的な評価も必要である。外来診察時には、担当医による退院後の病状評価だ

というところを調整するのも、教育機関であり急性期病院である大学病院の役割だと考えています。それによつて在宅医との新しい関係が構築され、またひとつ支援部の財産となり、患者様にとつては選択肢が増えることにもなるのです(長井浜江主任)。

けでなく、城谷先生自身が栄養評価を行なう。適正な栄養量が確保されているか、栄養素の過不足による問題はないか、などの評価に必要な情報の収集から、評価の結果、軌道修正が必要な場合の地域の医師やナース・家族への伝達方法の検討、実際の指導まで、推進部のナースがかかわる。

地域とのネットワークシステムを構築しながら10年以上在宅医療に関わつてこられた城谷先生らは、胃瘻を造つて自宅に帰つても「患者様の生活レベルが上がらなければ意味がない」と、その評価は厳しい。胃瘻を造つて在宅医療が

支援部開設当初、年間20例程度だった胃瘻造設件数は、2003年末には年間60例と3倍に増えている。「当院では、内視鏡を使う胃瘻造設術(PEG)ができない頭頸部癌や腹部大動脈瘤など、リスクの高い患者様への胃瘻造設を集中的に扱っています。ですから内視鏡下ではなく局所麻酔で4cmほど小開腹をして、PEGと同じように造設することが多いのです。

合併症を回避していかに安全に栄養補給ルートを確認するかとい

進められたのであれば、問題点があるのかないのかといった情報を集め、それぞれの専門である多職種によるカンファレンスを定期的に開き、問題があれば軌道修正することが大切、という。

『食べる』という日常生活が障害され胃瘻が造られたとき、胃瘻のメリットはメリットとして充分活用するにしても、生活面から『本来、胃瘻は自然ではない』という認識を推進部のスタッフは持つてい

る。だからこそ、できるだけ違和感なく生活の一部として胃瘻栄養が継続されるためにも「造設後のケアの方法、栄養剤の使用方法、栄養管理の知識がない人が胃瘻を造つてはいけない。大切なのは、どのように患者さんを評価し、何が患者さんを地域に帰し自立させるために必要なかを個々のケースごとに検討すること」と城谷先生

そこでの評価・検討を踏まえて、最も良い方法やシステムを用意するために、一医療者、一職種のみによる判断ではなく多職種が多方面から患者・家族の在宅生活を見ることのできるチーム医療の必要性が強調されるのだから。

胃瘻PEGではない

いろいろな手段の中の二つの選択肢がPEGなのであり、胃瘻PEGというわけではありません。しかし医療現場や研究論文などでは、造つた胃瘻そのものをPEGと呼んでいる場合が多く、その結果、胃瘻は内視鏡を使って造らな

るかもしれません。

在宅医療というしくみにうまく乗せるための栄養投与手段として胃瘻が注目されてきた側面もあるので、PEGだけが浮き立つてしまつと、内視鏡を使って造らないといけないのではないかという誤解も生じます。もちろん、内視鏡を使うほうがメリットのあるケースも多いですが、術者の内視鏡技術も含め、安全を第一に術式を考

えるべきだと思います」と城谷先生は指摘する。

本来PEGは「経皮内視鏡的胃瘻造設術」の略で、術式を示す言葉である。しかし実際には、造つた胃瘻そのものをPEGと呼んでいることも少なくない。それが一般的となることは別に、内視鏡的に造る意味やその適応を忘れてはならないだろう。

更に城谷先生は言う。

「嚥下機能評価をすると、この人は内視鏡で胃瘻を造るPEGの適応なのか、内視鏡のリスクが高いから小開腹の適応なのか、という基準が出てきます。そういう評価をせずにPEGを施行し、内視

更なるニーズに応える

包括医療が本格的に稼動すれば、よりいっそう効率的な医療が求められることになる。在院日数の短縮も、大学病院のような急性期病院では尚のこと切実な問題である。そういった医療制度、ニーズの変化に対応し、支援部にはどのようなことが求められるのだろうか。

「現在は退院直前に依頼を受けて在宅に向けた調整業務を行っていますが、これからは入院時に病棟でアセスメントを行なうことで、退院後にどのような医療処置や介護が必要になるかを見極めて介入し

鏡を飲み込むときに誤嚥性肺炎を起こして亡くなっている方が、特に高齢者にはみられます。嚥下機能の評価もせずにPEGを施行することはあつてはならないことです。

また、胃瘻を造設すると経口摂取できないと思われがちですが、栄養評価をしながら栄養改善をはかり、嚥下トレーニングをすることで経口摂取が可能となった患者様も多いです。実際、外来でフォローしている胃瘻患者様の中には、食事を経口摂取しながら不足分や水分だけを胃瘻から注入したり、胃瘻が不要となり閉鎖した患者様もいらつしやいます。そのためには嚥下機能評価を行なうことは不可欠です」。

- 【参考：PEG以外の主な造設方法】
- ・エックス線透視下経皮的胃瘻造設術(percutaneous radiologic-assisted gastro-stomy:RAG)
 - ・超音波下胃瘻造設術(percutaneous ultrasound-assisted gastrostomy:UAG)
 - ・腹腔鏡的胃瘻造設術(laparoscopic gastrostomy:LG)
 - ・開腹胃瘻造設術(surgical gastrostomy:SG)

ていくことになるでしょう。治療経過が良くなった時点ですでに地域との支援体制が整つていて、今よりもっとスムーズに在宅医療に移行できるような調整が求められると思います」と長井主任。

トップダウンで施行される医療制度の変化に対しても、患者の生活の視点を持つて在宅医療に取り組んできた医療機関として蓄積された財産が、多様なニーズに対応する力を発揮することだろう。

(2003年12月 岡崎佳子)

8万のアクセス

Webセミナー⑥

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

ゝおりません。現在、簡易検索でお調べいただくというお手数をおかけし、みなさんには大変申し訳なく思っております。いずれは内容を整理し、役立つデータバンクとしてお届けするつもりです。

このQ&Aの中に、あなたが知りたいと思う質問が、きっとあるはずです。談話室同様、「メーカーさん、おしえて」の情報も見逃せません。あなたのハテナ？をみんなで考えるこのPDN相談室を、もっともっとご活用下さい。（編集部）

Re:口腔ケアについて教えて下さい From：太郎

「凍らせたパイナップル」の件は皆さんの返答がないところを見ると、あまりメジャーな方法ではないのかも知れませんが（もっともボクが知らないだけなのかも・・・）でもボクが患者の立場なら、舌に対して凍ったパイナップルを擦られるのは勘弁してもらいたいです。よほど顕著な効果が明らかならば我慢しますが。

Re:口腔ケアについて教えて下さい From：陸の孤島の遭難者

お久しぶりです。陸の孤島の遭難者と申します。太郎先生がおっしゃるように、パイナップルで舌苔の処置をするのは、ある特定の病院などで行なわれているだけで、一般的なコンセンサスは得られていません。この方法は、生パイナップルの蛋白分解酵素の作用を使って舌苔を除去しようとするものですが、専門家（口腔外科など）の意見では、正常の舌組織まで障害を与える危険が大きいため、勧められないと言われています。もう一つ、異常に増殖した舌苔は、感染の原因になりますが、舌苔が全くないのも異常であることを認識してください。

最近、ホームページなどの情報が氾濫し、一般的にコンセンサスの得られていない経験的な方法が、まるで効果的であるかのように無責任に公開されているため、それを見る側が再確認することが不可欠です。

Re:口腔ケアについて教えて下さい From：めい

太郎先生、陸の孤島の遭難者さんお返事ありがとうございます。ご指摘のとおり、“これがいらない”と聞くとあまり理由も確かめずに飛びついてしまいます…。パイナップルの情報も軽率でした。指摘していただいて冷や汗が出る思いでした。「舌苔が全くないのも異常である」というのも知りませんでした。（何年も看護師をしているのにお恥ずかしいです）とにかくキレイに取り除けなきゃいけないと思い込んでいました。もう一度勉強しなおします。ありがとうございました。

Re:口腔ケアについて教えて下さい From：太郎

めいさんこんにちは。陸の孤島の遭難者先生、いつも本当にありがとうございます。質問する時って本当に冷や汗かきますね。恥ずかしい！って思っても、その後得るものがあれば良いんじゃないでしょうか。（ボクも負けずに恥かいてます。）

緊急避難としての胃瘻について

[No.839] 普段使わない胃瘻の方は…？ From：悩める息子

はじめまして。68 歳になる父は、57 歳の時にクモ膜下出血を体験しました。右片麻痺と失語症があり、ときどきてんかん発作をおこしたり、手間は掛かるものの、週3回デイケアに行って在宅で普通に暮らしていました。1月の半ば過ぎ、熱はないものの、うまく歩けず食事がとれない風邪様の症状がでて診察をうけた結果、肺に曇りがあり「誤嚥性を含む・・・肺炎とおもわれる」とのことで入院しました。レントゲンでは、肺の下部そして背中側にくもりがありました。4～5日もいれば退院できるものと考えていたのですが、なかなか炎症がおさまらず長くなってしまいました。

入院してから、点滴が8日間、おかゆ・ゼリーなど少々が18日、おかゆ・ミキサー食になって9日たちました。現在はおかゆ・ミキサー食・きざみ食をまぜて、時間は掛かりますが必要な分だけ口から食べられる感じです。

入院してまもなくから、胃瘻を勧められているのですが、口から食べさせたくて断ってきました。ただ、退院してからもデイケアなどを利用する事を考えると、再び誤嚥性肺炎などを起こしはしないか、入院しているこの機会に胃瘻の造設をした方がよいのだろうか悩んでしまいます。今回のように風邪をひいて体調が悪くなるような時、食べ物はもちろん、あっけなく水分や薬もとれなくなる大変さがわかったからです。普段は口から普通に食事をとって、例えば年に1、2度の体調の悪いときだけ胃瘻を使う…そのような使い方をされている方はいらっしゃるのでしょうか？

病室を見ていて、長い時間座位をとっているお年寄りや、発熱等々の症状のあらわれた患者さんを見ると、考えてしまうのです。

胃瘻の手術を入院中にしたものかどうか、そして、もしもの緊急避難としての胃瘻造設をなさった方がいらっしゃるのなら、是非お教えください。よろしく願いいたします。

Re:普段使わない胃ろうの方は…？ From：beach5

悩める息子さん、こんにちは。beach5です。私は今、自宅介護に日夜奮闘している者です。貴方の一文を拝見して、半年前の自分を見ている様で緊急避難の回答にはなっていませんが、矢も楯も堪らずこれをしたためております。

私の妻も半年前に胃瘻を造設しました。病院にいた間は微熱が続いておりました。就寝時の唾液の誤燕があるのではないかと、という事でした。ここ1、2年前から食が細くなり、少しずつ痩せてきており、飲み込みも悪く、お茶や水を飲んでも時々むせておりました。病院で胃瘻を薦められた時はどうしたものかと、本人もなかなか納得しないし、私も突然のことで予備知識もなく途方に暮れて、当談話室の諸先生にご相談して結論を得ました。その当時はお腹に穴を開ける等、それがたとえ医療行為であろうと、思考の範疇外のことでしたし、なにか恐ろしい感じがさえました。

胃瘻造設後、口からは嗜好品のみで（ケーキ、時には寿司なども）90%は胃瘻経由で賄っております。胃瘻を造るかどうかで当時はかなり迷いましたが、今になって考えると、胃瘻にしたお陰で体調も回復し好調を保っております。微熱も無くなりました。私にとってはかなりの決断ではありましたが、正に正解でした。

嚥下不良の方の食事時間も時間がかかって大変なことだと思います。胃瘻における栄養剤の注入にしたところで、数時間かかりますし、胃瘻のケアもかなり気を遣います。しかし胃瘻が他に替え難い、ある意味での延命として得がたいものである事を実感しております。

諸先生方には当時本当にお世話様になりました。幸便ではありますが有難うございました。重ねて、もっちさん有難うございました。その後、胃瘻の具合はすこぶる良好です。肉芽の赤みも半年ぶりになくなりました。今は何の問題もありません。これもすべて皆様のお陰と思っております。これからもどうぞ宜しくお願いします。ご活躍を祈っております。

Re:普段使わない胃ろうの方は…？ From：おサル先生

悩める息子さん、はじめまして。beach5さん、お久しぶりです。おサル先生と申します。

胃ろうは本当に使いようだと思います。悩める息子さんやbeach5さんのような肉親を大切にすることお気持ちさえあれば、胃ろうは最大効果を発揮することができると思っています。障害を持ちながらも、その人なりに社会復帰するための突破口になる可能性を秘めているものです。（逆に言いますと、せっかく胃ろうの手術をしても、それをうまく使いこなしていない方がいかに多いことか！胃ろうの管だけ付けて、十分な栄養剤を入れていない、などは最たる例です）

生意気を言って申し訳ありませんが、お二方とも心より応援しております。今後ともよろしく願い申し上げます。

PDN談話室

検索条件

キーワード

検索する

検索条件

キーワード

検索する

検索条件

キーワード

検索する

＜簡易検索の方法＞

調べたい事柄のキーワードをいれ、「検索する」をクリックしてください。その言葉の含まれる過去の書き込みを見ることができます。

- 胃ろうからのブルモケア24時間持続経腸栄養が著功した慢性呼吸不全の1例
KKR 高松病院 吉田福子、ほか
- PEG造設後の瘻孔長の変化に関連したと思われるスキントラブルの一例－PEG造設後の瘻孔長の変化とPEG瘻孔不適合症候群
河村病院栄養科 / 岐阜大学総合病態・予防医学講座 早川麻里子、ほか
- 経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)の術後ケアが手術部位感染(SSI)に及ぼす影響
鶴川サナトリウム病院内視鏡室 祐川 直、ほか
- NST活動報告～PEG後の血糖コントロール不良に対して特殊組成栄養薬品が有効であった1例～
伊達赤十字病院 NST/ 薬剤部 村井建夫、ほか
- 地域におけるPEGトータルケアの試み
伊達赤十字病院消化器科 日下部俊朗、ほか
- NST導入による医療経済効果－新規PEG造設症例における検討－
済生会松坂総合病院 NST/ 内科 清水敦哉、ほか

- 当院におけるNST：嚥下障害を中心として
中国労災病院脳神経外科 三原千恵、ほか
- 胃ろうからのミキサー食注入の臨床的検討
KKR 高松病院 田島佳代子、ほか
- 胃瘻カテーテルの肉眼的汚染に対する実態調査
愛知医科大学付属病院看護部 齊藤晴美、ほか
- 内視鏡的胃瘻造設術を併用した食道癌放射線治療施行時の栄養介入
東京都立大久保病院外科 長浜雄志、ほか
- 胃瘻造設術後刺入部感染に対し、一時的な経鼻経腸栄養法を選択した一例
仙台オーブン病院看護部 小野寺さよ子、ほか
- 胃瘻造設時に胃粘膜に血腫を生じた症例
帝京大学医学部外科 白鳥昌利、ほか

簡単な手術じゃないんですか？

[No.801] 胃ろうの手術について From：nina
父が胃ろうの手術をして、水を飲ませてやることも出来ないまま、2週間を待った結果、胃ろうが繋がっておらず、化膿していたため抜き取って縫い合わせたそうです。手術前は簡単な手術だからとの説明だったんですが、胃ろうの手術の成功率は何パーセント位でしょうか？

胃ろうが間に合わないからということで、IVHも試されましたが、針が肺に刺さってしまいそれも失敗されてしまいました。今日、MRSA菌が出ているからということで隔離されてしまって、欲しがっていた水をまた飲ませることも出来ずにいます。

患者の家族は何も言うこともすることも出来ないのでしょうか？重いご相談で申し訳ありませんが、どうぞよろしくお願いいたします。

Re:胃ろうの手術について From：魔子

ninaさん、はじめまして。有床診療所の院長をしている魔子です。お父様は本当にお気の毒だと思います。全てが裏目に出ているという感じですね。良かれと思ってしたことがうまくいかず、不安・不満のはけ口を求めているという気持ちはよく解ります。

でもここで、相談しても何も始まらないのではないのでしょうか？今は昔と違って、先生に全てお任せしますという時代ではありませんよ。納得がいかなかったら、しっかり主治医と話し合ってくださいね。そして解決策を探してください。

お父様のようなことは頻度の多いことではありませんが、全くありえない状態ではありません。全て悪い方向に目が出てしまったというところではないかと思います。今後いい方向にむけていくにはどうしたらいいか、よく話し合ってください。いい報告をお待ちしています。

Re:胃ろうの手術について From：nina

魔子先生、お忙しいところ、お返事ありがとうございます。

不安・不満のはけ口を求めて掲示板にお邪魔したわけではありません。「簡単」だと言われ、「経過は順調」だと2週間言われ続けた結果、「失敗だった」と平気でおっしゃる先生に、どう対応したらいいのか、情報が欲しかったのでお邪魔しました。

実は“「胃ろう」か「IVH」、どっちをする？”って突然主治医の先生に言われ時、ネット検索でこのHPを知り、「胃ろう」について読ませてもらいました。その時は「胃ろう」の手術にまさか失敗があるなんて思いもしませんでしたので、こんなことが頻繁にあるのかどうかをお尋ねしたかったのです。

主に母が看病しているので「専門知識がないから説明してもわからないでしょう」と言われたそうです。私に対しては「ボクは専門じゃないので詳しくはわからないもの」という病状の説明をしてもらいました。ひどい病院もあったものだと思いますが、悲しいかな、そこから転院する病院が近くにない九州の田舎に住んでいますので(私は東京ですが)、こういう話し合いをしたらいいのかと思い悩んでいるところです。このHPの趣旨に沿わない相談を書いてしまったのであれば申し訳ありません。ただ

PDN談話室 850のQ&Aに

この4月、PDNは設立4年目を迎えました。1日に数件のアクセスでスタートしたホームページも、いまでは総アクセス数17万件を超え、談話室では850件以上のQ&Aを読むことができます。それぞれのQ&Aには、医療従事者からの専門的なアドバイスのほか、患者・家族のみなさんからも貴重な体験談や感想が書き込まれています。

この膨大かつ貴重な財産であるQ&Aは、私たちの力不足でいまだ「過去の質問」として整備できてい

け口のため、ご相談に伺ったのではないことだけは解っていただきたいと思います。

Re:胃ろうの手術について From：みっくん

ninaさん、こんにちは。田舎の病院で内科をやっているみっくんと申します。

お父様の病状と経過は皆さんがいわれるとおり、やることなすこと裏目にでてしまっている感じで本当にお気の毒です。ただ、主治医の先生の治療方針と対応は決して非難されるような方向ではないように思います。口から栄養が十分にとれなければ何らかの栄養補助をしてゆかなければなりませんし、その方法としては、長期に渡ることが予想される場合、胃腸に病気がない場合は胃瘻造設が可能ならば胃瘻造設がまず最初の選択肢としてあげられます。そして、それが不可能な場合にIVHが検討されます。胃瘻造設後の経過が思わしくなく2週間たっても使用できないようであれば、(胃瘻部が化膿しているということであれば胃腸は使用できなくなります)やはりIVHを考慮するべきだと思います。

問題は、胃瘻にしてもIVHにしても治療処置である以上は合併症や偶発症が発生する可能性がある、ということがご家族に十分理解されないままに処置が行われ、不幸にして合併症が発生してしまった、という点にあるようです。全ての手技は100%成功ということはありません。どんなに細心の注意をはらっても予期しないトラブルの発生はあり得ます。そして、お父様に発生した合併症はいずれも胃瘻やIVHを行う場合、気をつけていても発生しうる合併症だと思います。文面から判断する限り、主治医の先生は一生懸命お父様の治療に臨んでいると思われるのですが、残念ながら処置後の経過が思うように行かないことが続いているようです。私にもこういう経験はあります。やることがことごとく上手く行かなかったりトラブル続きだったりする巡り合わせ、悪循環が不思議にもおこります。臨床家であれば皆そんな経験があることでしょう。決して悪意でも手抜きでも医療ミスでもないのです。でも、やはりご家族にしてみれば「なぜ？」の思いがあるのは当然でしょう。

主治医の先生との(あるいは担当の看護師も含めて病院側との)コミュニケーションの不足と行き違いがあるように思います。今後、ninaさんを含めたご家族と主治医の先生(と病院側)との間で信頼関係が築けるかどうかが大事だと思います。key person(ご家族の中で代表となって病院側と話し

合う方)はお母様なののでしょうか？ninaさんなののでしょうか？お母様だとすればお母様が主治医の先生や病院に対してどのように感じておられるかもとても大切だと考えます。不信感を持ちながら話し合ってもあまり良い解決は得られません。主治医との間で信頼関係が得られないのであれば病院の上層部に主治医変更を願い出るという方法もあります。また、病院が信用できないのであれば(たとえ遠方になったとしても)やはり転院しかないと思います。きっと主治医の先生はお父様の事を一生懸命考えて一生懸命に治療をおこなっているに違いないということをninaさんにわかってもらいたいのです。その上で納得できるかどうかはninaさんの考え方次第だと思います。

最後に、参考ですが、当院の場合、胃瘻造設をされた方の約10%が胃瘻造設後2週間目で順調に胃瘻を使用できず(クリティカルパスから逸脱)、また、10%は3ヶ月後には様々な理由(肺炎、嘔吐、他病の悪化など)で、胃瘻を使用できない状況になっています。

Re:胃ろうの手術について From：nina

みっくん先生のお言葉、しっかり伝わりました。実はももとの病気が手術できない脳腫瘍なので、胃ろう造設10日目に熱が出ていたのに、そういう父の体の変化はすべて脳腫瘍からとの説明しか受けなかったそうです。key personは母で、毎日付き添って変化を看ているのですが、母の訴えに対する病院側の対応に信頼できないものを感じているようです。先生方のご意見を伺うことができましたので、母に別の助言がしてあげられます。ありがとうございました。

ご注意！情報は見る側が再確認を

[No.832] 口腔ケアについて教えて下さい From：めい

個人病院で看護師をしています。今年は口腔ケアの充実に努めていこうと思っていたところ、ここで貴重なお話を聞かせていただきました。

ところで、私のところでは口腔内の清拭にお決まりのようにお茶を使っているのですが、皆様はどんな薬剤を使っておられるのでしょうか？最近、舌苔の除去には“凍らせたパイナップルでこするとよい”という話を聞いたりしてきつと他にも色々なものがあるのではないかと考えております。皆様のされている情報をいただけたらうれしいです。

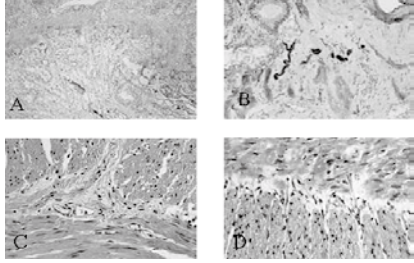
第19回日本静脈経腸栄養学会

胃瘻に関するおもな演題(敬称略)

- NSTによるPEGクリニカルパスの効果
松阪中央総合病院 NST/薬剤部 谷口賢二、ほか
- 胸部外科手術後、呼吸器合併症による重症病態にPEG、経腸栄養が奏功した7例
藤田保健衛生大学外科 桜井洋一、ほか
- 経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)におけるNSTのかかわりとその評価
亀田メディカルセンター内視鏡室 松本雄三、ほか
- 経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)後胃潰瘍の検討
伊達赤十字病院消化器科 萩原誠也、ほか

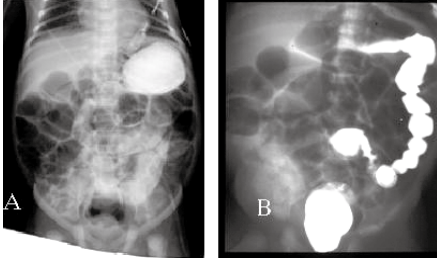
- 胃瘻造設による胃食道逆流、胃酸度、胃排出機能の変化に関する検討
愛知医科大学消化器内科 飯田章人、ほか
- 半固形食品による胃瘻からの短時間注入法の適応に関する検討
香川医科大学総合診療部 合田文則、ほか
- 胃瘻造設者の現状と問題点
姫路聖マリア病院看護部 村下純子、ほか
- PEG施行困難例に対するPED,PEJ
藤田保健衛生大学外科 桜井洋一、ほか
- PEG施行患者の栄養状態との予後予測に関する検討
藤田保健衛生大学食養部 西田卓明、ほか
- NSTでのPEGパスへの栄養士の関わり方について
医療法人舟山病院 NST褥瘡対策委員会/栄養科 三原法子、ほか

図2. 病理組織学的検査



(A, B) : 直腸粘膜生検でのアセチルコリンエステラーゼ染色では粘膜筋板を越え陽性線維が粘膜固有層にある。(C) 横行結腸と (D) 回腸の H-E 染色 : 筋層間神経叢は小さく正常神経節細胞は存在しない。

図1. 出生後消化管造影



(A) 出生後前医での上部消化管造影 ; 造影剤が拡張した腸管内 (小腸) に淡く認められる。
(B) 当院での注腸造影 ; caliber change は脾臓曲部まではあきらかでない。

表 1. 小児に対する経腸栄養の適応、投与方法、投与経路の実施ガイドライン

1. 早産児および状態の思わしくない新生児は栄養学的なリスクを有している。正規の栄養アセスメントと栄養管理計画の作成が必要な患児を特定するためには、栄養スクリーニングを実施する。	(B)
2. 妊娠 32 ~ 34 週以降に出生した乳児には呼吸器疾患がなければ直接授乳する。	(B)
3. 乳児に対する経腸栄養は、経鼻胃チューブあるいは経口胃チューブから行う。この場合、最長 3 日間チューブを留置する方法と投与毎に挿管し、終われば抜管するという方法のいずれでも良い。	(A)
4. ほとんどの満期産児には、母乳または鉄分を強化した牛乳ベースの特殊調整乳を使用する。	(B)
5. 早産児には強化乳または早産児用調乳を使用する。	(B)
6. 疾患のある乳児または早産児に対する栄養法は、生後数日のうちに 1 日 20kcal/floz (約 30mL) かつ 20mL/kg で開始し、状態に応じて 1 日に 20mL/kg ずつ増加させる。	(B)
7. 2 ~ 3 ヶ月以上にわたり経管栄養が必要な場合には、乳児への胃瘻造設術を考える。	(C)
8. 経鼻胃チューブ、経口胃チューブ、または経胃瘻いずれの場合も、栄養剤はボラス投与ででも持続投与でもよい。	(A)

A. ガイドラインを裏付ける十分な研究に基づいている (前向き無作為試験)
B. ガイドラインを裏付ける比較的十分な研究に基づいている (十分に計画された非無作為試験)
C. ガイドラインは専門家の意見および専門委員会のコンセンサスに基づいている

直腸肛門内圧検査では直腸肛門反射が陰性で、直腸粘膜生検でアセチルコリンエステラーゼ活性陽性神経線維の増生を認め (図 2)、Hirschsprung 病の診断で開腹した。腸管全層生検による迅速診断では横行結腸と回盲弁から 20 cm 口側の 2 ケ所の Auerbach 神経叢には神経節細胞は認められず (図 2)、50 と 60 cm 口側の腸管神経叢に数の少ない未熟な神経節細胞が認められた。広範囲 Hirschsprung の診断で、回盲弁から 60 cm 口側、Treitz 靱帯から 110 cm 肛門側の回腸に二連続式人工肛門を造設し第 1 回手術を終了した。授乳を開始したが、再び腸閉塞症状が出現した。出生後 2 週経過しており、中心静脈栄養 (カフなし) カ

テール使用) が開始された。術後 1 ヶ月癒着性腸閉塞を発症し癒着剥離術を受けた。その後も腸閉塞が持続した。生後 3 ヶ月、神経節細胞の未熟性にもなう回腸人工肛門の機能不全と考え、更に口側 10 cm の拡張回腸にチューブ腸瘻 (14 Fr, Foley カテーテル使用) を造設した。チューブ腸瘻は機能し経口摂取が可能となったが不十分であり、静脈栄養主体の栄養管理が行われた。生後 5 ヶ月、長期留置用 Broviac カテーテルによる静脈栄養管理に移行した。在宅栄養管理を前提に、生後 7 ヶ月チューブ腸瘻を二連続式人工肛門に変更し、初回造設の人工肛門は閉鎖した。生後 10 ヶ月、在宅栄養管理に移行した。1 歳 5 ヶ月となり治療方針決定のため腸管機能と形態学的検査が再検討された。回腸人工肛門の末梢側の造影検査で蠕動運動が認められ、直腸肛門反射も陽性となった。回腸人工肛門の肛門側と直腸の全層生検を行ったところ Auerbach 神経叢に数は少ないが成熟神経節細胞が認められた。他施設病理医にコンサルトし DH と診断された。蠕動の認められた空置回腸での経腸栄養の可能性を明らかにするため、回腸人工肛門の末梢にチューブ腸瘻 (8 Fr Foley カテーテル使用) を、更に腸管蠕動障害は横行結腸以下で特に遅延していることから消化管減圧の目的でチューブ虫垂瘻 (10 Fr, Foley カテーテル使用) を造設した。経口からは幼児食、チューブ腸瘻から成分栄養剤の注入が開始された。しかし、成分栄養剤の注入は患児の協力が得られず 1 日 1 回 (エレンタール 1000 mL / 日、0.6 kcal / mL) が限度であった。患児の親が回腸人工肛門の閉鎖を強く希望し、3 歳 2 ヶ月に閉鎖術を行った (図 3) その際、下部腸管の蠕動障害は bacterial translocation を惹起し減圧が必要であること、敗血症をくり返す場合には人工肛門の再造設を行うことなど話あった上、吻

合部口側にチューブ腸瘻 (14 Fr 腎盂用バルーンカテーテル使用) が造設された。4 歳の現在、栄養管理は HPN と経口栄養を併用し、人工肛門閉鎖以後腸瘻栄養は中断している。

【考察】

(1) 経腸栄養の適応、投与方法、投与経路の実施ガイドライン

静脈・経腸栄養の施行に際し、A・S・P・E・N・ガイドライン (2002 年) ※2 は、研究に基づいた証拠の強さを加味しており、栄養管理に携わる医師、看護師、栄養士、薬剤師などに最も利用価値のあるガイドラインである。表 1 は小児の経腸栄養の適応、投与方法、投与経路の実施ガイドラインである。

小児の経腸栄養では、妊娠 32 ~ 34 週以後に出生し、呼吸器疾患のない乳児のように経口摂取が原則である。新生児集中治療室 (NICU) で治療を受けている早産児 (妊娠 32 ~ 34 週未満) 2 歳、衰弱し、極めて状態の悪い乳児は経口摂取は困難で、経鼻あるいは経口胃管による経腸栄養が行われる。しかし、胃内容排出遅延のある乳児のような例では、胃管栄養は時に危険であり、経鼻十二指腸あるいは空腸管栄養を実施することがある。胃瘻管は経口的に 2 ~ 3 ヶ月栄養摂取ができない乳児のような例で考慮される栄養投与経路である。神経学的に直接授乳が不可能な、消化管奇形のある乳児では胃瘻造設による経管栄養の実施が推奨される。以上が小児の経腸栄養の基本的考え方である。

経腸栄養は、静脈栄養と比較して生理的であり、経腸投与のリスクが患児にないとき感染症の合併が少なく、腸管運動および消化吸収機能に良い影響が期待できること、など静脈栄養の利点を凌駕している。

一方、静脈栄養の実施ガイドラインでは、必要栄養所要量を経口あるいは経腸栄養で摂取不可能な不十分

医療者向け特別寄稿

ボタン型腸瘻を排泄路とした在宅栄養管理中の広範囲腸管神経節細胞減少症の 1 例

秋田大学医学部外科学講座 小児外科学分野

蛇口達造、吉野裕顕、森井真也子、蛇口 琢、加藤哲夫



蛇口達造

【はじめに】

腸管神経細胞減少症 ※1 (hypoganglionosis、以下 H) は Hirschsprung 病類似疾患のひとつであり、広範囲腸管神経細胞減少症 (disseminated hypoganglionosis、以下 DH) は H のなかで最重症型である。確定診断には腸管全層生検による組織化学検査が必須である。

腸管運動障害の範囲にもよるが、静脈栄養管理から離脱できない例から離脱例まで報告されている。今回の症例は、現在も経口栄養と静脈栄養の併用で在宅栄養管理中であるが、栄養投与と排泄路として複数のチューブ腸瘻管理が行われた。ボタン型腸瘻を排泄路として利用して有用と思われたので、我々の経管栄養管理の現状も含めて報告する。

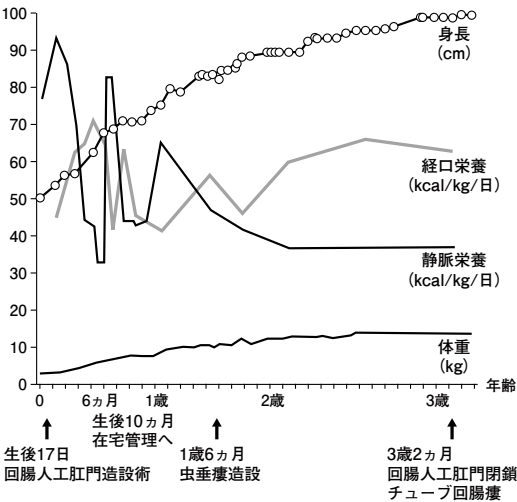
【症 例】

1999 年 12 月 1 日、満期自然分娩、2825g にて出生した男児。出生直後から腹部膨満があり胎便排泄遅延が持続した。経鼻胃管を留置され、生後 10 日、当院小児科に入院した。Hirschsprung 病の疑いで生後 16 日当科に転科した。注腸造影で caliber change の存在は明らかではなかった (図 1)。

直腸肛門内圧検査では直腸肛門反射が陰性で、直腸粘膜生検でアセチルコリンエステラーゼ活性陽性神経線維の増生を認め (図 2)、Hirschsprung 病の診断で開腹した。腸管全層生検による迅速診断では横行結腸と回盲弁から 20 cm 口側の 2 ケ所の Auerbach 神経叢には神経節細胞は認められず (図 2)、50 と 60 cm 口側の腸管神経叢に数の少ない未熟な神経節細胞が認められた。広範囲 Hirschsprung の診断で、回盲弁から 60 cm 口側、Treitz 靱帯から 110 cm 肛門側の回腸に二連続式人工肛門を造設し第 1 回手術を終了した。授乳を開始したが、再び腸閉塞症状が出現した。出生後 2 週経過しており、中心静脈栄養 (カフなし) カ

テール使用) が開始された。術後 1 ヶ月癒着性腸閉塞を発症し癒着剥離術を受けた。その後も腸閉塞が持続した。生後 3 ヶ月、神経節細胞の未熟性にもなう回腸人工肛門の機能不全と考え、更に口側 10 cm の拡張回腸にチューブ腸瘻 (14 Fr, Foley カテーテル使用) を造設した。チューブ腸瘻は機能し経口摂取が可能となったが不十分であり、静脈栄養主体の栄養管理が行われた。生後 5 ヶ月、長期留置用 Broviac カテーテルによる静脈栄養管理に移行した。在宅栄養管理を前提に、生後 7 ヶ月チューブ腸瘻を二連続式人工肛門に変更し、初回造設の人工肛門は閉鎖した。生後 10 ヶ月、在宅栄養管理に移行した。1 歳 5 ヶ月となり治療方針決定のため腸管機能と形態学的検査が再検討された。回腸人工肛門の末梢側の造影検査で蠕動運動が認められ、直腸肛門反射も陽性となった。回腸人工肛門の肛門側と直腸の全層生検を行ったところ Auerbach 神経叢に数は少ないが成熟神経節細胞が認められた。他施設病理医にコンサルトし DH と診断された。蠕動の認められた空置回腸での経腸栄養の可能性を明らかにするため、回腸人工肛門の末梢にチューブ腸瘻 (8 Fr Foley カテーテル使用) を、更に腸管蠕動障害は横行結腸以下で特に遅延していることから消化管減圧の目的でチューブ虫垂瘻 (10 Fr, Foley カテーテル使用) を造設した。経口からは幼児食、チューブ腸瘻から成分栄養剤の注入が開始された。しかし、成分栄養剤の注入は患児の協力が得られず 1 日 1 回 (エレンタール 1000 mL / 日、0.6 kcal / mL) が限度であった。患児の親が回腸人工肛門の閉鎖を強く希望し、3 歳 2 ヶ月に閉鎖術を行った (図 3) その際、下部腸管の蠕動障害は bacterial translocation を惹起し減圧が必要であること、敗血症をくり返す場合には人工肛門の再造設を行うことなど話あった上、吻

図3. 成長と栄養管理



芽を形成する。炎症を起こし肉

中、胃粘膜の脱出を来すことがあり、肉芽との鑑別が必要となる。胃粘膜の脱出例では程度にもよるが麻酔下に切除する。瘻孔とチューブ径および長さが合わずに胃あるいは腸液が漏れて炎症を起こし肉芽を形成する。として記載されている。

量。の排便ではあるが母親に教えるよ

である患児に静脈栄養法を適用することが基本的考え方である。

吸入不全のため、CPの2人が在宅管理中心肺停止の状態で見えられた。経口栄養へ離脱できたのは4人で食道閉鎖症2人、食道狭窄と高位空腸閉鎖症が各1人であった。19人は現在も胃瘻あるいは腸瘻管を使用中である。手術時胃瘻用医療材料として我々は年齢に応じて10、14、16 Frのシリコン製Foleyカテーテルを使用し、4週以後に胃瘻交換用チューブに変更している。その際、ボタン型にするかチューブ型にするか利点と欠点を説明し選択してもらうことになる。初期に使用したガストロボタンは長期使用には逆流防止弁が耐えられず、経皮的交換には苦痛を伴うなど問題が多く、現在、第一選択として薦めているのは経皮的に無痛で交換可能なバルーン式バンパーで、逆流防止弁が長もちし、チューブ長および外径の種類が豊富で、シリコン製であるボタン型のバードMICKEY(ミッキー)胃瘻チューブである。原則として交換は4ヵ月毎に行い、毎週1回バルーン内の注入蒸留水量を確認し、破裂による事故除去に備えることにしている。原因は不明であるが1例のみ、バルーン内の蒸留水が変色し、逆流防止弁が1ヵ月で無効となる例を経験した。チューブに関係する合併症として多く経験するのは肉芽形成である。通常、硝酸銀で焼灼し対処する。長期間留置中、胃粘膜の脱

出を来すことがあり、肉芽との鑑別が必要となる。胃粘膜の脱出例では程度にもよるが麻酔下に切除する。瘻孔とチューブ径および長さが合わずに胃あるいは腸液が漏れて炎症を起こし肉芽を形成する。として記載されている。

量。の排便ではあるが母親に教えるよ

である患児に静脈栄養法を適用することが基本的考え方である。

吸入不全のため、CPの2人が在宅管理中心肺停止の状態で見えられた。経口栄養へ離脱できたのは4人で食道閉鎖症2人、食道狭窄と高位空腸閉鎖症が各1人であった。19人は現在も胃瘻あるいは腸瘻管を使用中である。手術時胃瘻用医療材料として我々は年齢に応じて10、14、16 Frのシリコン製Foleyカテーテルを使用し、4週以後に胃瘻交換用チューブに変更している。その際、ボタン型にするかチューブ型にするか利点と欠点を説明し選択してもらうことになる。初期に使用したガストロボタンは長期使用には逆流防止弁が耐えられず、経皮的交換には苦痛を伴うなど問題が多く、現在、第一選択として薦めているのは経皮的に無痛で交換可能なバルーン式バンパーで、逆流防止弁が長もちし、チューブ長および外径の種類が豊富で、シリコン製であるボタン型のバードMICKEY(ミッキー)胃瘻チューブである。原則として交換は4ヵ月毎に行い、毎週1回バルーン内の注入蒸留水量を確認し、破裂による事故除去に備えることにしている。原因は不明であるが1例のみ、バルーン内の蒸留水が変色し、逆流防止弁が1ヵ月で無効となる例を経験した。チューブに関係する合併症として多く経験するのは肉芽形成である。通常、硝酸銀で焼灼し対処する。長期間留置中、胃粘膜の脱

出を来すことがあり、肉芽との鑑別が必要となる。胃粘膜の脱出例では程度にもよるが麻酔下に切除する。瘻孔とチューブ径および長さが合わずに胃あるいは腸液が漏れて炎症を起こし肉芽を形成する。として記載されている。

量。の排便ではあるが母親に教えるよ

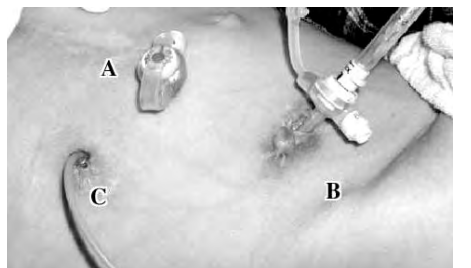


図4. 虫垂瘻(B)からの洗浄には図のように真直ぐの接続チューブを使用する。口側回腸瘻(A)は腸液排泄用で40~50g/kg/日である。成分栄養剤投与経路として造設したチューブ回腸瘻(C)。

うになり、自立が期待される。本症例では、サイズの多いバードMICKEY(ミッキー)胃瘻チューブを、回腸瘻(16 Fr)と虫垂瘻(14 Fr)に使用したが、排泄路としても短時間で処置を終えることができるようになり有用であった。(図4)

【おまけ】
経腸栄養を基本に、静脈栄養を従とした考えは安全な栄養管理を行うため必須である。経管栄養に使用する医療材料の進歩は目覚ましく、初期に使用したガストロボタンから現在のバードMICKEY(ミッキー)胃瘻チューブに変更するのに時間を要しなかった。チューブ交換を経皮的に行う際の患児の苦痛は耐え難いものであったと反省している。医療者側は安全性の上に治療方針を考えるが、時に患者側からの要望に答えるべく冒險することもある。そこに医療側と患者(家族)間で治療に対する考え方にずれが生ずることになる。それを解消するためには、疾患を的確に把握し最新の情報の下に、患者(家族)とよく話し合う必要がある。

【参考文献】

- 1 Scharli AF, Sossai R : Hypoganglionosis. Semin Pediatr Surg 7:187-191, 1998
- 2 ASPEN. Board of Directors and the clinical guidelines task force : Guidelines for the Use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 26(1). Suppl. Jan-Feb. 2002 (JG ASPEN. ガイドライン改訂版の邦訳が日本静脈経腸栄養研究会監修で大塚製薬株式会社から出版された。)
- 3 Scharli AF, Meier-Ruge W: Localized and disseminated forms of neuronal intestinal dysplasia mimicking Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg 16:164-170, 1981
- 4 岩下公江, 田沢英幸, 久保雅子 : ヒルシュブルング病類縁疾患における腸瘻の適応と乳児期管理の問題点について。小児外科 34:27-31, 2002

嚥下障害治療における

PEGの位置付け

N T T東日本伊豆病院（静岡県）
内科・リハビリテーション

稲川利光

はじめに

嚥下障害に対する当院での取り組みを、VF検査や内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の導入を含めて紹介し、嚥下障害治療におけるPEGの位置付けについて考えてみたいと思います。

当院での嚥下障害へのアプローチ

当院は1996床の病院で、この内100床を回復期リハビリテーション病棟として運用しています。リハビリ目的で入院してくる患者さんの約8割は脳梗塞や脳出血などの脳血管障害やパーキンソン病・背髄小脳変性症といった変性疾患の患者さんで、嚥下障害をもつ方が非常に多くみられます。病棟の運用上、急性期を過ぎた時点ですぐに入院して来られる方が多く、経鼻胃管や気管カニューレを着けた状態で入院もみられます。発症後まだ一度も物を口にしていないという患者さんもありますので、これらの方々に対して経口摂取の可能性を早期に探ってゆかねばなりません。

咀嚼や嚥下の機能には、意識レベルや呼吸の状態、麻痺の程度やADL等々、全身状態や生活環境が密に関わってきます。したがって、PT・OT・ST・

図1. 当院での嚥下障害へのアプローチ

問題点の把握・評価・観察・VF
（訓練内容および食事内容の検討）

治療・訓練

胃瘻造設など

食事の場面での評価・観察が大切である。VF検査などの結果を参考にしながら訓練内容や食事の内容を検討する。ケースによっては胃瘻の適応を考えてゆく。

VF（嚥下造影）検査について

写真1はVF検査を行っている



写真1. できるだけ家族に参加してもらい、一緒に嚥下の状態を評価・検討するようにしている。

VF検査での異常所見

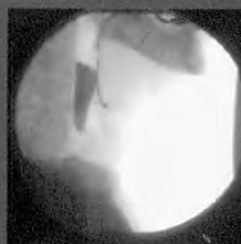
VF検査でみる嚥下の主な異常所見を写真2に示します。

①嚥下前の咽頭侵入・嚥下反射がおこる前に食塊が咽頭や喉頭のあたりまで落ち込んでしまう。舌運動の低下などで、食塊を舌の上にタイミングよく保持できない場合にみられる。

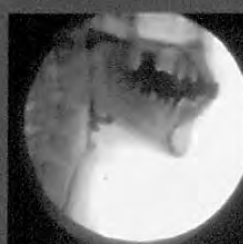
②鼻腔への食塊の逆流・嚥下時の軟口蓋の挙上不全で起こる。

③喉頭蓋谷や食道入口部などにおける食塊残留・舌骨や喉頭の挙上不全、咽頭筋の収縮不全、それに伴う上部食道括約筋の弛緩不全などで起こる。嚥下後に残留物が喉頭や気管に流れ込む

主な嚥下障害の所見



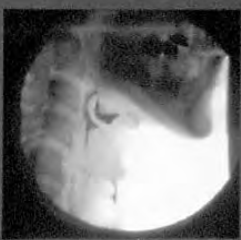
① 嚥下前の咽頭侵入



② 鼻腔への逆流



③ 喉頭蓋谷・食道入口部残留



④ 喉頭蓋の反転不良



⑤ 喉頭侵入



⑥ 気管内侵入（誤嚥）

写真2. VF検査でよくみられる嚥下障害例

日々の継続したアプローチの重要性

当院でのVF検査記録用紙を

紹介します（図2）。この記録用紙は、一枚の用紙に依頼書・報告書・摂食機能療法計画書が一体となっており、食事内容の評価や摂食訓練への指示が具体的に示されるようにしています。特に、嚥下訓練に関しては、摂食機能療法計画書に対応した「訓練マニュアル」が作成されており、看護師や介護職など、だれもが共通の訓練を行えるようになっています。また、患者さんやその家族に対しては、自主的に訓練を続けて頂くための、患者さん向け訓練マニュアル（図3）なども作っています。これら一連の評価や訓練のシステムはSTや看護師らが中心となり共同で作成してきたものです。「VF検査は

PT：理学療法士 OT：作業療法士 ST：言語聴覚士



写真3. 毎日、昼食前の30分間、音楽にあわせて体操をする。

図3. 患者さん向けの
訓練マニュアルの一例

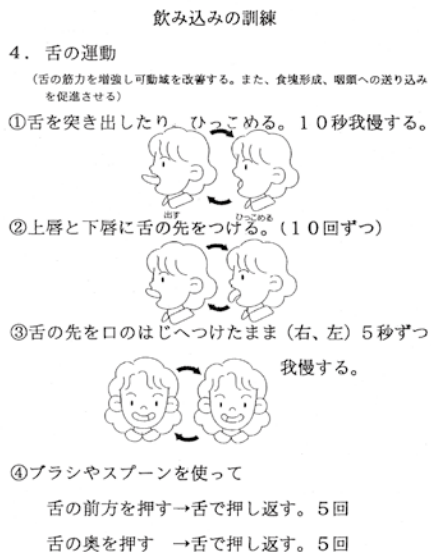


写真4. 嚥下障害の説明や訓練の意味などを説明した壁新聞



図2. VF用紙
(依頼書・報告書・摂食機能療法計画書)
摂食機能療法計画書については、
その指示内容に応じた訓練マニュアルがあり、だれもが共通の訓練
を行えるようにしている。



写真5. 嚥下障害にはOTやPTなどの協力は欠かせない。

嚥下障害へのチーム アプローチの大切さ

当院では、食堂の隅にOTコーナーがあり、OTも常時患者さんの食事に関わることができるようになっています。PTも姿勢や呼吸といった全身の状態

あくまで参考であり、嚥下障害をみるには実際の食事の場面で観察と評価に勝るものはない」というスタッフの認識と意気込みは強く、日常の食事の介助や口腔ケアの場面で嚥下の状態を観察し、全身の変化に気を配るようになっています。

写真3は看護師や嚥下体操の一面です。看護師や介護職が中心になって、毎日30分、昼食前に対象の患者さん全員で体操を行なっています。音楽や歌にあわせて、集団で楽しく体操を行うことで、患者さんの訓練意欲は高まってくるようです。

看護師たちで作った「嚥下の壁新聞」は嚥下障害の説明や訓練の意義などを分かりやすく載せたもので、手作りの暖かさが患者さんやその家族に好評です(写真4)。

看護師たちで作った「嚥下の壁新聞」は嚥下障害の説明や訓練の意義などを分かりやすく載せたもので、手作りの暖かさが患者さんやその家族に好評です(写真4)。

経口摂取が可能になった患者さんは必ずといっていいほど元気になります。うまく食べられない患者さんでも、なんらかの方法で栄養摂取が確保できれば、リハビリテーションは効果的に進み、元気になります。元気になれば、食べられるようになってきます。このようなことから、私たちは、栄養をきちんと摂取できるといことがリハビリテーションを行う上での重要な要

PEGは経口摂取を 促すための二段 栄養摂取はリハビリ テーションの要――

大きな課題です。PEGは経口摂取を促すための二段栄養摂取はリハビリテーションの要――

PEGは経口摂取を促すための二段栄養摂取はリハビリテーションの要――

PEGは経口摂取を促すための二段栄養摂取はリハビリテーションの要――

特別寄稿

外科医の独り言

医師との上手なお付き合い

(財)日本生命済生会付属日生病院(大阪市)

外科 井上善文



プロフィール

みなさん、こんにちは。日生病院外科の井上善文でございます。日生病院は大阪市西区、地下鉄阿波座駅の6番出口から歩いて5分くらいの比較的便利な場所にあります。私はこの病院の外科部長をしております。現在はPEGの患者さんを診る機会が比較的小さいのですが、依頼がくれば、どの施設よりもきちんと管理ができるという自信はありますよ。

私は1993年にアメリカ留学から帰国し、大阪府立病院の消化器一般外科でPEGとめぐり合いました。当時、大阪府立病院ではPEGはまったく行われておらず、鼻からチューブを入れられている患者さんがたくさんいました。これは外見から病人らしいし、しんどいだろうな、自分に入れられたくないな、そう思った時、PEGをやろうと思いついたのです。実は、アメリカへ留学する前1988年に阪大病院で第1例目は経験していました(この時使用したPEGキットは初期のもので、留置した日の夜、パンパーとチューブの接合がはずれ緊急手術が必要になるという、非常に不幸な経験をしております)。帰国して久しぶりに臨床に戻った時、栄養管理が確実に行え、患者

さんに楽な治療として、PEGの意義を再確認したということです。

外科の患者さんでは、癌末期の癌性腹膜炎によるイレウスに対する減圧処置としてのPEGが多かったように思います。もちろん、食道癌や胃噴門部癌の患者さんに対する栄養投与経路としてのPEGも施行しました。そのうち、脳血管障害や頭頸部癌の患者さんに対しても行なうようになり、院内に徐々にPEGが普及しました。日本で最初のPEG研究会である関西PEG研究会が発足したのは、1995年のことでした(曾和融生先生が代表世話人で、第10回研究会を2004年6月19日に開催します。私が当番世話人ですの

で、どうぞお越しください)。

1997年に大阪大学第一外科に帰局。ここでは心臓血管外科、呼吸器外科、消化器外科の患者さんを診療しています。そこで、術後合併症、呼吸不全、循環不全の患者さんに対する栄養投与経路としてのPEGを数多く経験することになったのです。いわゆる『急性期PEG』ということになりますでしょうか。ですから、私は急性期も慢性期も、PEG症例を経験していることになります。

患者さんが元気になる理由

さて、私自身のPEG履歴を簡単に紹介させていただきましたが、本題に入ります。PEGに関する論文を読んだり発表を聞いたりしている

と、PEGを施行したら患者さんが元気になるという発表が多いのですが、それは明らかに間違いで、栄養管理をしっかりとやるようになるか

ら元気になるのです。どうも、この辺りに誤解がありそうに感じています。慣ればPEGという手技は、誰でも安全・確実に(もちろん、コツというものはあります)実施できますが、造設後、どれだけ注意して管理するかの方に重点が置かれるべきであるこ

医師とのいい関係のために

さて、今やPEG造設後の管理の主役は、特に在宅での管理の場合、家族や訪問看護をしているナースやヘルパーさんになりつつあります。ドクターは管理の最終決定権は持っているかもしれませんが、「これは絶対間違っているのに、ドクターが話をきいてくれない、ドクターが認めない」というナースやヘルパーさんの声があります。これはなぜか?医者うちゅうのは、プライドだけは高い人種でもあります(これは正直言いますと認めた

ですか?この年ですから、ナースやヘルパーさんの意見は聞きます。よく話を聞いた上で、「そうですか。その方がいいですね。そうしましょうか。」と、意地を張らずに考えることができます。

また、家族の方からは、「納得できる説明が聞けない、ちやうど話を聞きたくてもドクターが会ってくれない」などという不満の声もしばしば聞きます。正直言いますと、忙しい時に患者さんや家族の方が、ご自分の都合だけで突然「話が聞きたい」と言ってきたら、現実的に困る場合も結構あります。胃瘻を管理する場合、チューブが抜けたなどという場合以外は、あわてて処置をしなければならぬことは少ないと思います。ですから、特別な場合を除き、予定外でドクターと話したい場合、アポイントをとることをお奨めします。外

来の場合、ドクターの外来日に、あらかじめ予約をすればいいと思います。ちゃんとカルテを出してもらい、正式に話をすればいいのではないのでしょうか。そうすれば、ドクターもいやがらず、ちゃんと話を聞くし、必要な処置もしてくれるはずです。それがドクターの義務ですから。しかし、

とを強調したいのです。

ドクターにも自分の生活があります。それを大切にしたい時と、自分の生活を犠牲にしても医者としての仕事をしなければならぬ時を、使い分けて仕事をしているということも理解してあげてほしいと思います。

と、かなり医者寄りの意見を書いています。しかし実際には、このようにナース、ヘルパー、家族の方が配慮しても、どうしようもないドクター、自分の生活を守ることを最優先しているドクターがいることも間違いありません。そのような場合、どうすればいいのか…?

答えは、主治医を変え、病院を変えることです。それしか方法はないでしょうね。自分が満足できる医者を探すことも、ある意味、大切だと思ったりもしています。

医者とは患者さんとの関係にも、相性というものはあります。私自身は結構、どんな方にも合わせることでできる年代になつてきたな、と思っておりますが、それでも、長い付き合いをすることがしんどいと感じる患者さんも、正直言っています。もちろん、医療従事者として必要な部分は絶対に守りますが、むずかしい問題です。医者として、人として、いろいろ考えている、まもなく50歳、医者になつて25年になる外科医の独り言です。



(財)日本生命済生会付属日生病院

岩田ひろ子さんは、PDNのホームページに同タイトルの体験記を寄稿して下さっています。
発病から11年を経た今、順調に過ごされている娘、織絵さんのPEGとの出会いをご執筆いただきました。

PEGは魔法！

岩田ひろ子（函館市在住）

突然の発病

今から十一年程前の平成五年の三月、『送ってくれなくても良いヨ』と我家から二キロと離れていない函館空港から、長身のジーンズ姿で、『語学と世界史を勉強して国際人になるんだ』と胸を張って娘の織絵は信州へと旅立つて行きました。

信州大学人文学部二年の秋に、突然の発病でした。二カ月後には飲み込み不能となり気管切開、IVHを経て経鼻栄養となりました。娘に残されたのは、『個性だけ』と、宣告されました。信大付属病院第三内科（神経内科）入院中の八ヶ月間、並びに故郷の函館へ転院し、市立函館病院神経内科での八ヶ月間の入院生活につきましては割愛させていただきます。在宅生活に備えての、カニュレやマーゲンチューブの交換手順につきましては、市立病院のドクターとナースに教わっておりまして。これらの医療行為は母である私の強い希望によるものでした。

辛い辛い苦しい絶望的な入院生活を終えまして、在宅に入りましたのが平成七年二月。織絵の二十一歳の誕生日を目前にしておりまして。私共夫婦の全てを

（とは言いましても何をどうするのかわかりませんが）とにかく娘の回復の為にのみ捧げて生きて行こうと心に決めての在宅生活のスタートとなりました。

病名は多発性硬化症の劇症型と告げられておりましたが、後の平成十一年七月に、信大の関島ドクターにより、新たな病名（同心円硬化症）＝Baio病であるとの回答を頂きました。

PEGは魔法！

発病から五年が経過しました平成十年の夏に、信大の最後の主治医であり、かつ、函館まで転院させて頂いた、先に述べました関島ドクターにより、初めて『胃ろう』に替えてみては・・・というお手紙と資料とビデオが送られてきました。それがPEGとの出会いであり希望であり、模索の始まりでもありました。

当時、インターネット上でも、『PEG』に関する情報を得る事は出来ず、関係する書籍等も入手することが出来ずにおりました。やっと日本多発性硬化症の前身事務局長さんである三好様より、織絵と同じ年頃の娘さんのM子さんが『胃ろう』を施術された栃木県のK様を紹介され

まして何度か交信がりましたが、M子さんの経過が思わしくない様子とのことで、慎重になるように、賛成しかねるとのご意見を頂きました。

暗中模索のうちに二年以上の歳月が流れました。その頃に、国際MS（多発性硬化症）支援基金日本支部MSキャンビン代表であり、同病の中田様より、鈴木裕先生の『おなかに小さな口ーPEG』を送って頂いた時には、これこそが私達夫婦の探し求めていたものと、興奮したものでした。

と同時にPEGドクターズネットワークという強い味方もできまして、事務局とのメール通信が始まり、数本のビデオも送って頂きました。何としても娘の織絵を、鼻の管から解放させてあげたい！

やっと『PEG』に向けての織絵独自の具体的な計画を考えられるようになりました。平成十三年の春になっておりました。

しかし、まだその頃の娘は、口を十分に開けられる程には回復しておりませんでした。毎週訪問して下さっている金井内科、ならびに西部訪問看護ステーションのナースさんたちに数種類のマウスピースを用意して戴き、それをくわえる練習が開始されました。また、市立函館病院の神経内科外来を数度受診することができまして、丸尾ドクターの許可も頂くことが出来ました。その後、季節と体調に合わせた最も良い時期であり

ます平成十四年五月に、函館市医師会病院の鎌田ドクターにより施術して頂けました！織絵二十八歳の快挙となりました。『PEG』にしたいと思ひましてから何

と四年近くの歳月が流れましたが、娘にとりましては、不可欠の期間だったのではと考えており、最も良い時期に施術して頂けたと納得し、喜びと感謝の気持ちでいっぱいです。八年以上に及ぶマーゲンチューブのお付き合いでしたが、今では忘却となつてしまいました。

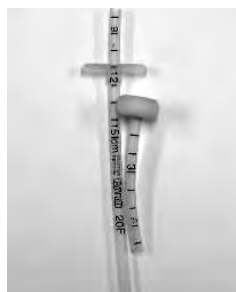
交換・リハビリも順調

施術後は、PDN相談室を参考にさせて頂いております。訪問看護師さんにも、ヘルパーさん達にも驚かれる程に、トラプル皆無の状態が一年位経過しました頃に、保健士さんから、キット交換の話がありました。毎日二十四時間ほぼ付きつきりて介・看護している私の目から見まして、腹部内では何らかの異状が起きている様には見受けられずにおりました

が、皆様方のご意見等考え合わせまして、再び娘の体調と季節を選び、平成十五年十月、前回と同じく鎌田ドクターにより、内視鏡にて抜去交換して頂きました。一年五ヶ月間の初回キット使用でした。その間の経過ですが、
(一)肉眼では全く劣化を認めませんとドクターの説明を受け、記念に交換済みキットを頂いてきました。
(二)ドームとストッパーとの間隔が初回三センチ（一）↓今回二センチ（十）となりました。
(三)毎日お湯洗浄しておりました



ちょっと寒いのでカーディガンを前から掛けていますが、お顔がキリリとして良いナ～と思いました。
後ろでヘルパーさんが支えて下さってます。



チューブ型バンパー-20Fr
1年5ヶ月使用

が、カスの付着が減少し、二日に一度となり、かつカスが取れやすくなりました。

四襟首の方からイルリガートルを接続している為、チューブの長さをやや長めの二十九センチにしてもらいました。

(四)酢水一対十を、チューブ内に留置する方法は、たまに行っております。

現在もトラプル皆無状態が続いております。娘にとりましては勿論、介護する私達にしましては、100パーセント以上の有難い『PEG』と全員同感で、一番嬉しいのは、外出しましても、見た目が普通の状態である事です！加えてとてもリハビリがし易くなりました。特に、毎日来てくださっているヘルパーさん達に、励まし続けられながら、いつの日かきつと立ち上がり歩き出す事を夢見ながら、織絵にだけ与えられたこの状態を、過去十年から未来の十年後に向かつて歩み続けられたら・・・と願わずにはいられません。

最後に、私の目標です。キットは二年以上使用するゾッ！

そして、娘をここまで回復するまで支援して下さいた数え切れない程の方々は今後も暖かく見守られながら、ともに歩み続けて欲しいと、心より願っております。

編集部より

織絵さんへの愛情あふれるケアの賜物か、こんなにきれいなカテーテル！でも、一般的な交換時期も頭に入れておいて下さいね。交換時のトラプル防止のために。

「PDN通信」の定期購読は…5部(年間2000円)・10部(同4000円)・20部(同7000円)を指定の上「TEL(03-6228-3611)・FAX(03-6228-3730)またはホームページ(http://www.peg.or.jp)」にてお申し込みを。

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

第10回 関西PEG研究会

日時：平成16年6月19日(土)午後2時～6時
場所：大阪ビジネスパーク MID シアター
大阪市中央区城見 2-1-61
当番世話人：(財)日本生命済生会付属日生病院外科 井上善文
プログラム：①一般演題(公募) PEGに関する演題
②ミニレクチャー 小児に対するPEGのコツ
PEG挿入部管理のコツ
経腸栄養剤選択のコツ
特別講演
申し込み要項：演題名、所属、演者名と和文400字程度の要旨を下記まで送付してください。郵送、FAXおよびE-mailにて受け付けます。
演題受付締切：平成16年4月23日(金)必着
発表方法：PC(Windowsのみとさせていただきます)
演題送付先：〒550-0012 大阪市西区立売堀 6-3-8
(財)日本生命済生会付属日生病院外科
第10回 関西経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)研究会事務局
井上善文
TEL：06-6543-3581 FAX：06-6432-6481
E-mail：inoue.yoshifumi@nissay-hp.or.jp

編集後記

2月末、池袋の書店で行われたトークセッション「私が在宅介護するしかなかったワケ」に顔を出した。6号に体験記をご寄稿いただいた小山朝子さんと、ゲスト菅原由美さん(5号でご登場いただいた訪問ボランティアナースの会キャンパス代表)のトークに参加者からの質問や意見も交え、あっという間の2時間(実は、ここでPDN通信を配布させてもらったのである)。

病院ではカバーできない在宅介護の良さがある一方、介護者の不安や負担が軽減される社会的なサポートシステムがなければ、その継続は難しい。今号で取材した東京女子医大のように、病院からかかりつけ医への橋渡しをするチームは非常に心強い存在だ。地域ごとに、それを誰が担うかは異なるのかもしれないが、『介護の社会化』は、この調整チームにかかっているといっても過言ではないだろう。

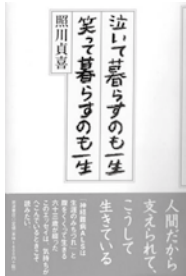
介護保険の見直しと併せ、介護現場での栄養投与法を選択と実施がどのように行われているのか、今後も追っていきたいと思う。

(岡崎佳子)

BOOK SHELF

「泣いて暮らすのも一生 笑って暮らすのも一生」

照川貞喜・著 岩波書店(1600円+税)



「PEGへのご案内」(PDN発行¥500)やホームページでおなじみの、照川貞喜(てるかわ さだよし)さんが、昨年岩波書店より「泣いて暮らすのも一生 笑って暮らすのも一生」というタイトルのエッセイ集を上梓された。1989年に神経難病のALSを発病、1991年に人工呼吸器をつけ、1996年には胃瘻を造り、現在千葉県勝浦市の自宅で在宅療養を続けている63歳。

照川さんのモットーは「病とみちづれ」「体は不自由でも、心は自由」。そのエッセイは、過酷な神経難病を背負っているとは思えないほど、気負いがなくユーモアあふれる内容ばかり。自宅での危なかった体験すら笑い話のように語ってしまう。「泣いて暮らすのも一生、笑って暮らすのも一生、それならば笑って暮らしたほうが楽しいや」と、1999年からは頬につけた光センサースイッチを貼り付けて障害者用パソコン「伝の心(でんのしん)」とフル回転する頭脳を駆使し、エッセイの執筆、メール交換、旅行、講演など、多くの人と交流をもつ。

照川さんはメールを使って囲碁にも挑戦、1998年には5段を取得している。身体も声も自由にならないからとあきらめず、本人のやる気と少しの工夫があれば達成できるものはある、と言う。「みちづれになったのは(ALSより)私のほうが先」という妻・恵美子さんも、体は病に冒されても心は冒されず、健康な人の中にも堂々としていく照川さんにエールを送る。対等に喧嘩もするそうで、『今の夫を見ていると、惨めで可哀相と思う心の痛み、つらさは自分たちが感じることで、そういう思いを自分たちがしたくないという自分勝手な理屈であったのだと反省させられる』と記している(これは「胃に穴を開けてまで…可哀相!」と胃瘻を拒絶する理屈にも通じるのではないだろうか)。

本書の帯に書かれた紹介文「へこんでいるときこそ読みたい」は、まさにそのとおり。改めて、生きていることへの感謝と生きていくことへの勇気を思い起こさせてくれる1冊である。(編集部・岡崎佳子)

VIDEO SHELF

「往診医がおしえる胃ろうの正しい在宅管理法」

監修：小川医院(金沢市)院長 小川滋彦先生 (1000円：送料込み)

製作・問合せ：株式会社メディコン <http://www.peg.gr.jp/productinfo.html>

電話：06-6203-6546 Fax：0120-606-448 (フリーダイヤル)

内容：1胃ろうカテーテルに野管理について 2スキンケアについて 3栄養剤の注入について
4胃ろうカテーテルの種類 5トラブル時の対処法① 6トラブル時の対処法②



皆様こんにちは、平成の一休さんです。

さて、本紙創刊号より「在宅医療の現場から」を連載中の小川滋彦先生が、「往診医がおしえる胃ろうの正しい在宅管理」というビデオを作られました。これから胃ろうを造設しようとしている人、或いはすでに造設されている方々向けに、実に判り易くきめ細かい解説がなされております。

今回のビデオでは、小川先生が直接ご担当されているPEG患者さんの往診時に、どのように患者・家族の皆様と対処されているかをカテーテルの種類ごとに操作方法を解説してあります。微にいり細にいりご説明なさるので、小川先生の持ち味が充分発揮されていました。特に一番印象に残りましたのは、画面一杯に溢れる小川先生の優しく温かな人柄です。又、手技の場面では人一倍手先の器用さを特筆すべきと感服しました。更にキット別に、取り扱い方法・注意点・実際のトラブル症例の対処方法・嘔吐や漏れ対策等実践的な対処方法が手取り足取りきめ細かなことをゆっくり口調で判り易く編集されておりましたので、初心者の方々でもベテランの方々でも【座右のビデオ】になると確信致します。ぜひ一度ご覧下さい。合掌三拝 (臨済宗/妙心寺派/桂雲寺 西宮宗春)

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