

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙

PDN通信

第10号
2005 Jan

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

第9回HEQ研究会 in 札幌

苦しむPEGから苦しめないPEGへ

—多くの患者さんに恩恵がもたらされることを願って



加藤紘之先生

代表世話人：大阪掖済会病院
特別顧問
曾和融生 先生
 当番世話人：国家公務員共済
組合連合会斗南病院院長
加藤紘之 先生
 事務局：町立長沼病院
倉 敏郎 先生



定員1,200名の第1会場

市民公開講座 「PEGを味方に生かす」

第9回HEQ研究会が2004年9月25日(土)、札幌コンベンションホールで開催された。医師184名、コメディカル383名、市民公開講座に参加した一般市民163名、運営スタッフや製品展示を行ったメーカー関係者などを含めると、総参加者は800名を超える大盛況であった。
 それぞれ第1・第2・第3会場を自由に行き来し、目的のテーマのセッションに参加し、各会場とも熱気溢れるディスカッションで終日に終わった。

昨年のHEQ研究会から当日の一般参加も受け付けるようになった事を受け、今回は患者さんやご家族の声を直に聞き、一緒に討論したいという加藤先生、倉先生のご意向から、一般市民を対象とした市民公開講座が企画・開催された。
 PEGを味方に生きる患者・家族を支える医師の立場から小川滋彦先生によるPEGの基礎知識を、患者の立場からは西宮春雄さんがご自身の体験を、介護者の立場からは峯岸さん一家の介護記録ビデオ「うちへ帰ろうね(制作・PDN)」の上映に続き、峯岸聡江さん・孝枝さん姉妹が

HEQの大ジャンプに向けて

ご家族の思いを、それぞれお話しされた。
 司会の倉敏郎先生、鈴木裕先生のコメントもはきみつつ、会場は熱心な質疑応答が続いた。
 質問の多くが日常のケアにおける具体的な内容で、演者のいずれか一人と共通の立場であることがうかがえた。演者と司会者による丁寧な応答により、

本通信6号でも紹介したが、『年1回の学術講演会と共に、各地域ごとの勉強会の実施、施設・管理についてのレベルアップ』を掲げている北海道胃腸研究会は2003年11月8日、札幌フアクトリーホールで第1回が開催され、道内各地から850名を超える参加があった。第2回研究会は2004年11月20日、札幌コンベンションホールで開催され、500名近い参加があった。
 人口は九州全体の1/5弱、面積は2倍強と広大な一行政区である北海道は、胃瘻の造設からケアまで、青森以南の各都府県と

大幅に時間をオーバーし、「もっと聞きたい」という声が聞こえてくるような、非常に印象深い市民講座であった。アンケート結果によると、90%以上の参加者が、西宮さん、峰岸さんのお話を聞いたことに満足と答えていたそうだ。



フロアからも積極的な参加が

主な記事

- 2面 HEQ研究会あり方委員会より
- 3面 地域連携カンファレンス⑩
- 4面 PDNセミナー実施に向けて
- 5面 特別寄稿
- 6面 在宅医療の現場から⑩
- 8面 栄養教室⑧ 病態別経腸栄養剤
- 10面 PDN談話室 Webセミナー⑨
- 12面 この人に逢いに行こう①
- 13面 第3回HEQ学術・用語委員会報告
- 14面 いろいろのいろは
- 16面 NSTレポート
- 18面 患者家族体験記⑨
- 20面 医療機関リスト(新規登録)

新刊 **そこが知りたい! PEG 100の質問**
 —太郎&花子のイキイキ胃瘻ライフ—
 鶴岡協立病院 内科 高橋美香子・著

PEGをすすめられた家族が次々にぶつかる問題や不安、それら100の質問を物語風につないで、胃瘻を使いこなすポイントを解説。一般向けに書かれた本だが、これから胃瘻・PEGに取り組もうという医療・福祉従事者の入門書としても。

B5判 144頁 定価/1,470円(税込)

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

HEQ研究会「あり方委員会」と PDNについて

HEQ研究会「あり方委員会」 北野正剛



「あり方委員会」

発足の背景

去る平成16年9月25日、北海道札幌市において加藤紘之先生を当番世話人として第9回HEQ研究会が開催されました。

全国から集まりました医師・看護師を中心とした医療従事者によりPEGの造設・管理から在宅医療にいたるさまざまな研究報告がなされ、活気ある時間が過ぎていきました。爽やかな秋風のもと盛會裡に終えられたことは大変喜ばしいことである。

“在宅医療”、“内視鏡的治療”、“QOLの向上”を3本柱とするHEQ研究会の趣旨は昨今の医療改革のなかで常に注目され、その活動はこの医療環境のなかにおいて年々拡大し続けています。このように拡大してきたHEQ研究会の活動の方向付けとして今回のHEQ研究会役員会におきまして「あり方委員会」の発足が決定されました。

現在、胃瘻を造られた患者さんは全国に約20万人ほどいますので、すべての患者さんが均等にその恩恵を受けられなければなりません。患者さんとそのご家族、そして応援する医療関係者からの問題点が、必ずしもHEQ研究会で検討されているとは限りません。小さな声は得てして同じ内容であることが多い、NPO法人PDNはその小さな声に耳を傾けて活動を続けています。

HEQ研究会はその声に真摯に応え、検討する準備をして

めには規模を拡大(学会に昇格)し、さらに新たな検討を続けていく必要があります。このためにも「あり方委員会」としましては、現場での問題点をなるべく集めることができるように、多くの方に参加を呼びかける方針を検討中であります。また、PEGをしつかりと管理できる医療従事者の育成も社会から望まれてくるかもしれません。社会のニーズに応え、多方面からみたPEGの管理に関する検討を行わなければならないと考えております。

PDNとの協力から

もたらされるもの

おります。QOLの向上を目的としてPEGを受けた患者さんが不幸にして抱えることになった問題を解決することが、HEQ研究会の大きな役割の一つです。

PDNに集まりました問題点をHEQ研究会で検討・研究させていただき、その結果を患者さんに還元できればと考えております。HEQ研究会とPDNが双方に個々の役割を果たし患者さんへ利益を提供することは、PEGに携わる者にとって最大の幸せであると存じます。

HEQ研究会 北海道から名古屋へ

第9回HEQ研究会を平成16年9月25日(土)、札幌コンベンションセンターで開催させていただきました。88題のいづれも日常臨床の現場から創意・工夫が加えられたもので、その証拠に会場からの得た数多くの質問が寄せられ、問題意識レベルの高さを感じました。参加人数も約900名とかつてない多くの方々にご参加いただき、その成果がもうすでに日常の診療に役立っていることを確信しております。

プログラムの最後に市民公開講座「PEGを味方に生かすことを企画しましたところ、約300人もの方がご参加下さり会場が満員になりました。医療関係者以外の皆さん、特に在宅ケアに直面している方々も多数出席しておられました。鈴木裕

先生、倉敏郎先生の誠実かつ気さくなご司会のもと、患者体験を西宮さん、介護体験を峯岸さん、医師の立場を小川先生が皆さん胸を打つ心のこもったお話をして下さり、聴いておられる皆さんに大きな感動と勇気を与えました。今もつてその時の情景を忘れることはできません。

これら全ての企画・運営を担当してくれました倉敏郎先生と長沼町立病院の皆さん並びに北海道胃癌研究会の皆さんに厚く御礼申し上げます。

次回は名古屋保健衛生大学の落合正宏教授が第10回を担当して下さいませ。皆さんで名古屋へ行きませしよ。

KKR斗南病院 加藤 紘之

第10回HEQ研究会 名古屋で

大分、札幌につぎ平成17年度の第10回HEQ研究会は名古屋で開催させていただきますことになりました。日程は平成17年9月24日(土)、会場は名古屋国際会議場を予定しております。

今回は第10回という節目に当たりますので、記念シンポジウムとして高齢社会を迎えたわが国での医療行政、保険診療の面からみた多くの問題点について、いろいろな分野の専門家の方々にディスカッションをお願いする予定です。また日常診療で皆様が身近に遭遇するさまざまな問題

についても幅広く取り上げたいと考えております。

名古屋は日本のほぼ中央にある交通の便の大変良いところです。ちょうど大阪万博に次いで35年ぶりにわが国で開催される世界博覧会、愛知万博「愛・地球博」の開催期間中であり、また研究会日程も連休の半ばでもあるので、万博見物兼ねて大勢ご参加いただけたらと心より願っております。

藤田保健衛生大学消化器科第3科 落合正宏

地域連携カンファレンス⑩ 各地より

全国の胃瘻研究会

点から線への連携を

この秋も、新たに胃瘻研究会が発足した。夏に発足し、12月に早くも第2回を開催しているところも。まだまだ一部の研究会しか紹介できないが、PDN宛にどしどし情報をお寄せいただきたい。

山梨

●第1回 山梨胃ろう研究会
9月4日 15:00~18:00
於:アピオタワー
参加者:350名

プログラムは当番世話人である山梨厚生病院・岩瀬輝彦先生による病・医療、特養、老健などに行つたアンケート調査の結果発表に続き、特別講演1「PEG 造設/交換手技におけるリスクマネジメント(嶋尾仁先生)」、一般演題4題(特別講演2「PEG術後の実践的ケア/管理(祐川直先生)」)。

介護老人福祉施設からの一般演題「胃ろうから経口摂取への試み」では、胃瘻造設後、無表情で介護拒否を示していた1名に対し、介護・看護スタッフ、家族一同の連携によって3食経口摂取可能になった過程が報告された。胃瘻造設が必要な状態ではあったものの、経口摂取を可能にしたのは、スタッフの日ごろの観察力と入所者との信頼関係の構築の賜物という印象を受けた。ちなみに同施設では、入所者の1割に当たる7名が胃瘻保有者とのこと。

中部地区(名古屋)

●第4回 中部PEG研究会
9月16日 19:00~21:00
於:ヒルトン名古屋
参加者:323名(コメディカル266名、医師57名)

一般演題4題に続き、胃瘻にまつわる事故が話題になる中、特別講演のテーマは「PEGの危機管理(鈴木裕先生)」。

時代の要請に応えながら、医療者が萎縮せずに患者中心の医療を展開していくための重要なテーマといえるだろう。講演の内容を自施設でのPEG施行同意書に照らし合わせ、後日PDNに質問を寄せた参加者もあった。

岡山(津山)

●美作地区の胃ろうと在宅栄養を考える会
11月8日 19:00~21:00
於:津山鶴山ホテル
参加者:360名

摂食障害患者の社会復帰を目指す、胃瘻と在宅栄養のあり方をテーマに開催された。

栄養剤メーカー、キットメーカーからの情報提供に始まり、講演「当院におけるPEGの取り組み(平良明彦先生)」、特別講演「PEGの手技と日常管理について(有本之嗣先生)」が行われた。津山市中心の医師会主催だが、対象は医師以外にも介護関係の看護師や薬剤師等、呼びかける範囲は広い。

次回からは研究会として発足・開催の予定。

北陸(金沢)

●第6回 北陸PEG・在宅栄養研究会
11月13日 15:00~18:00
於:石川県地場産業振興センター
参加者:400名以上

一般演題は「PEGの合併症」「在宅栄養管理」「摂食嚥下機能」「NST」の4テーマに分かれ、12題。各演題ごとに活発な討論が行われた。

特別講演は、聖隷三方原病院リハビリテーションセンター長・藤島一郎先生による「嚥下障害と経管栄養」。VFや内視鏡の動画を交え、嚥下障害の原因、胃瘻以外の経管栄養法の紹介、胃瘻を造るタイミングや慎重な適

応決定について、わかりやすく解説された。

北海道

●第2回 北海道胃瘻研究会
11月20日 13:00~18:30
於:札幌コンベンションセンター
参加者:470名

開会挨拶では「実際に胃瘻を造られた患者さん、そのご家族また介護職の方など、まさに胃瘻ケアと直面している方々にも是非会員になって頂き、現場の声を聞かせてほしい。在宅や施設で胃瘻や栄養に関して困っていることを話し、臨床現場に役立つ研究会として共に育てていきたい」と代表世話人の加藤紘之先生。

コメディカルからの発表は7題。胃瘻外来を開設したことのメリットや、全道各地で訪問看護又セッションが胃瘻ケアに携わっている現状、訪問看護師に求められる、胃瘻に対する正しい知識と判断能力などが発表された。

医師からの演題は9題。最近話題になっている、瘻孔からの細径内視鏡挿入による胃内観察についても報告があった。

共催メーカーによるイブニングセミナーは、「PEGの術後管理とトラブル対処法(祐川直先生)」。「地域と共にすすめるすこやかPEGライフ(高橋美香子先生)」の2題。長期にわたり胃瘻に関わってこられた両先生ならではの講演であった。

第3回は今回と同じ場所です。2005年10月15日に開催されるが、今後は道内各地でのPDNセミナー開催が計画されている。

神奈川(川崎)

●第1回胃瘻管理勉強会



展示販売でも人気の胃ろう手帳

11月28日 13:30~16:30
於:ミューザ川崎
参加者:約70名。主に、病院・施設のナースや訪問ナース。開業医も数名参加。

赤羽重樹・祐川直両先生による40分ずつの講義で基礎知識を学び、後半はQ&Aおよびディスカッションに75分と十分な時間が設定されたタイムスケジュールで進行された。

休憩時間中に集められた参加者からの質問に回答しながら、会場からの意見を交え討論。施行後のトラブルについての質問が多かった。

トラブル発生時の正しい対応も大切だが、トラブルを予防するための正しい理解と技術の習得の大切さが強調されていた。

第2回も今回の講師を迎え、同所で2005年1月30日に開催予定。

長野

●第2回長野胃ろう研究会
12月5日 10:00~14:00
於:松本市総合社会福祉センター
参加者:約120名

堀内朗先生より、PDNと協調して全権各地にてセミナーを開催していくという世話人会の決定事項が報告された。特別講演は長野ご出身の宮澤靖先生。

P D N セミナー

全国展開に向けて



謹賀新年

本年も何卒よろしくお願ひ申し上げます。

N P O 法人 ペグドクターズネットワーク (P D N) は皆様のご支援を頂いて本年 5 年目の節目を迎えることとなります。昨年 6 月に「胃ろうと栄養」と題した P D N セミナーの構想について、関係各位に説明、支援と参加を要請いたしました。幸いにもすべてのご出席者の賛同を頂いて、計画の具体化に早速着手しました。

標準的なテキストブックの作成

胃瘻の急速な普及に伴う医療・看護・介護、ケアネットの不備と胃瘻ケアに対する熟練看護師不足が顕在化しており、標準的なテキストブックによる全国的、簡便確実な講習会の早急な実施が望まれています。そこで、監修を H E Q 研究会



テキスト解説用 CD-ROM

反響にお応えして

すでにセミナーを実施している各地の研究会からの問い合わせが相次いでいます。メーカーからの問い合わせも多く頂いています。

院内研修として

胃ろうの正しい理解は院内スタッフから。まずは胃瘻の管理に

地域単位の

セミナーの一環として

すでに発足している各地の胃ろう研究会は、胃瘻管理に対する標準化の啓蒙が、その大きな目的となっている。P D N 発行のテキストに沿って、県内の地域格差をなくしていきたい。

在宅患者さんを支える
開業医、ケアマネジャー、
訪問ナースの研修として

介護保険の改正案では、介護

テキストブック

予防のキーワードとして筋力トレーニングと栄養管理が上げられている。在宅介護におけるトータルケアの一環として胃瘻の使いこなし方を正しく理解することが目的。医師会、訪問看護ステーションやケアマネジャーの連絡会の呼びかけで、在宅医療・介護にかかわるすべてのスタッフが知っておくべき知識としてセミナーを実施したい。

企業の社会的責任を果たすために

企業は自社製品の販売促進活動のひとつとしてセミナーを開



セミナー実施マニュアル

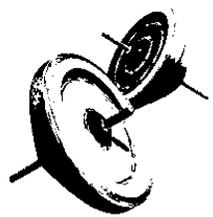
催する時代から、グローバルな視点で社会に貢献することが企業の使命のひとつであるという認識に変わりつつある。P D N との共催というスタイルで、P D N の活動を支援、正しい胃瘻理解のために尽力したい。

これらの声にお応えすべく、テキストブックに続きナレーション入りの CD-ROM を作成中です。また、全国の講師陣の組織化にも取り組んでおります。

どなたでも自由にご参加ください

P D N セミナーをデザインしてください

P D N としては、医師会、訪問看護ステーション、メーカーその他のすべての主催団体、個人からのお申し出に対して、できる限りの対応をいたします。多少の不都合は覚悟のうえで、拙速を恐れずにスタートをきりました。それぞれの地方、参加者層、参加人員等ローカルの条件により、最も効果的な方法で実施し、患者様の Q O L の向上に少しでもお役にたてばと考えています。P D N セミナーに決まった形式はありません。規模も講師も場所も、ご自由に主催者側がデザインしてください。P D N



(第10回)

在宅医療の現場から

にお邪魔しました

連載10回目を迎えた「在宅医療の現場から」、本号では、まさに「在宅医療の現場」である患者さんのお宅、高木俊夫さん宅の往診に同行させていただいた。酸素の管理や胃瘻のケア、栄養剤の固形化と、在宅医療を始め1年たった今では、奥様の冴子さんも手慣れたもの。

皆さんのお宅は、在宅医療開始からどのくらいたちましたか？

いざ往診！お隣の内灘町へ

前日の雨が上がった暖かな日曜の午後、金沢駅からバスで20分ほどの小川医院で管理栄養士の手塚波子さんと合流。今日は、小川先生がサンダーバード1号と呼んで愛用されている往診かばん(写真1)のほか、携帯用の腹部エコー、栄養剤が車に積み込まれた。

今回お邪魔させていただいた高木さんのお宅は小川医院から車で30分ほどの内灘町にある。私と手塚さんを降ろし花壇ギリギリまで車を寄せる技は、通い慣れた患者さん宅、小川先生、さすがである。トランクの開閉時には「コスモスの花を挟まないようにね」と一言。了解しました！

2003年2月、高木さん、緊急入院！

高木さんは、長年、建築設計士として公共の建造物の建築などに携わってこられた専門家である。現在76歳、原疾患はCOPD(慢性閉塞性肺疾患)。

2003年2月、前日まで食事や晩酌を楽しんでいた高木さんだが、実は相当肺炎が悪化していた。5日に緊急入院。人工呼吸器をつけられ4月まで集中治療室から出ることはできなかった。病院からは「ご家族の方をお呼びしたほうがよいでしょう」とまでいわれたとか。それでも徐々に持ち直し、いったん9月に退院。しかし、早くも3日後には熱と呼吸困難で再入院。ようやく退院のめどが立ってきたのは10月、退院後は訪問看護だけでなく、やはり医師による往診が必要というところになった。



写真1. 年季の入ったサンダーバード1号

病院担当医からの依頼を受けた小川先生は、気管切開、胃瘻造設、酸素療法の行われていた入院

中の高木さんを訪ね、在宅に向けての予定を立てていった。同年10月27日の退院の日から往診がスタートし、現在に至っている。その当時の高木さんは、やせてあば

退院当日からの往診 3ヶ月は我慢のじぶら

冴子さんに迎えられ、高木さんのお部屋へ。午後の日差しが降り注ぐ明るい部屋に、高木さんはベッドを起して待っていてくださった。

まずは通常の診察(写真2)。血圧測定、酸素濃度の測定。ちなみにこの指先にはめる測定器はご自宅でも購入、常時チェックされている。そして腹部エコーを行いながら問診。奥様だけでなく、スピーチカニューレをつけたご本人も先生にお話をされる。

「退院当初はかすれ声でよく聞き取れなかったし、長い時間お話できませんでしたから、この1年でずいぶん体力がよくなりましたねと小川先生。退院後まっさきに小川先生が行ったことは、バルン型カテーテルからパンパー型カテーテルへの交換と、妻の冴子さんへの寒天を使用した半消化態栄養剤固形化の指導。呼吸器疾患患者にとって、逆流による誤嚥には細心の注意が必要だからだ。先生自ら台所に立ち、作り方や保存の方法を示すと、すぐに段



写真2. 血圧はどうか？冴子さんも毎回、介護ノートに記録している。

ら骨が見えるほどだったという。すでに胃瘻からの栄養剤投与はなされていたが、呼吸器疾患は体力の消耗が激しいので、なかなか太れなかったのだろう。

取りをマスターされたようだ。さて順調にスタートしたかに見えた在宅生活であるが、退院後しばらくすると、また熱に悩まされた。抗生剤を投与すると下がるのだが、薬を止めるとまた上がる状態が続いた。入院中から発熱は繰り返し起きていたことで、常に肺炎などの呼吸器系の熱が疑われていたのだが、どうも原因がわからな

い。栄養剤と与えてみておなかに肉がついてきたとは言ったものの、

かみ合わせのよくなった歯で 食べてみよう！

本年5月ごろからは、歯の治療を訪問歯科診療で再開。もともと通院でお世話になっていたのと同じ先生だったので、高木さんのお口の中はお見通し。ぴったり合う、食いしばれる入れ歯を作ってくれた。

歯がぴったり合うと「気分的に違う」という高木さん。気管切開以

その割には熱が下がらずに元気がない高木さん…。

7度目の訪問である12月3日の夜、下腹の張りに気がついた小川先生。もしや？と思い、いったんクリニックに戻って携帯用腹部エコーの機械を積み込み、もう一度診察。原因は呼吸器ではなく泌尿器、尿閉であった。たまった尿が腎臓までいついたそうだった。これなら尿を出せばよくなる、と知り合いの泌尿器科の先生に緊急応援を依頼、夜間にもかかわらず駆けつけてくれた先生に導尿のカテーテルを挿入してもらい、入院を免れた。

在宅医は全身管理という視点から、問診・触診・ご家族からの情報などを総合的に判断し、さまざまな原因を考へることができ、医療が専門化・細分化している大病院では見落とされがちな部分を拾い上げることのできる良さが在宅医療にはあるといえるだろう。

尿閉による発熱以外にも、酸素濃度が下がって救急車を呼んだり(酸素濃縮器の取り扱い上の問題であることが判明し、救急隊にはお引取りいただいたとか)、血尿が出たり、小川先生が出張中に導尿のカテーテルが抜けたりと、在宅開始当初は不安材料も多かったようだ。しかし熱が下がるとともに、栄養は高木さんの持つ底力を引き出すようになっていった。

来、口からの食事から遠ざかっていたが、徐々に「あれが食べたい」というリクエストが寄せられるようになった。

このタイミングにあわせ、小川先生は手塚さんに月4回の訪問栄養指導を依頼。市販の嚥下訓練用ゼリーから飲み込む練習が始まった



写真3.「おかず系とおやつ系、どちらがいいですか?」と手塚さん

が、高木さんはむせずに飲み込むことができた。そこで嚥下訓練から食事指導へ、内容も修正。

まず、複数のメニューを示してその中から好みをきいたり(写真3)、作り方や栄養全般についてお話をする訪問があり、翌週はそれを実際に調理実習するために訪問する(写真4)。

「最初にお作りしたのはコーヒゼリーでした。もともとコーヒはお好きでいらしたので。かぶの蒸し物や温泉卵、枝豆豆腐など、あれはあまり好評じゃなかったんですけれどね(笑)。蓮蒸しも作りましたね。蓮蒸しはちよつとぎらついで失敗だったので、機会があったらもう一回作らせていただきたいなと思つていらっしゃる。手塚さんのフアイルは、おかず系とおやつ系、それぞれのメニューでいっぱいだった。

高木さんご本人は、10回目の訪問で作った救命プリンのイチゴソースがけがお気に入り(牛乳と砂糖で出来ている救命プリン。命を救うのは、やはり栄養!小田原市潤生園の時田 純先生ご考案のこと)。

さて、ここで気になるのは、手塚さんのメニューと固形化した栄養剤で、高木さんのおなかは苦しくないのか?ということである。

「いつも朝6時ごろ作つて、固まるのを待つて、7時くらいから注入を始めます。私は朝・昼・晩のつど作るんです。慣れてくると固形化はすぐ出来ます。調理の時間は10分



写真4. お台所で調理実習。お孫さんもいつかは高木さんの専属シェフか?

くらいですかね。1日に1500kcalですが、朝と昼が1・5缶で562kcalずつ、夜が1缶で375kcalです。1・5缶使うときは注射器8本分になりますが、あんまり量が多いとおなかがあふれるので、2〜3本残しておいて、中間におやつ感覚でまな入れるんです(ご本人も「8本一度に入れたら多いけど、5〜6本なら大丈夫だぞうだ」。

でも、実習の日は、朝の注入を半分くらいに減らしておいて、実習で作ったものを食べた後、何回かに分けて注入しています。実習で作ったものは、冷めるまで待たないと食べられないものもありますから、それまで何にも入れないというのも

栄養の効果はゆっくり 確実に現れる

手塚さんの訪問食事指導で、栄養剤の他におかずやおやつを食べるようになった高木さん。退院当初は椅子に座することもできなかったが、今年の6月頃からは車椅子に座することもできるようになった。そして在宅医療を始めて1年を経過した今、自分でひげをそり、痰を出せるようになってきている。酸素の量も4Lから2Lに。導尿用のカテーテルにいたっては、抜けてしまったのをきつかけに取ることができ、2月には自力で排尿できるようになった。全身に筋力がついてきたことがうかがえる。

退院後、1ヶ月1ヶ月が勝負だった。3ヶ月を過ぎる頃からだんだん高木さんの状態も安定し、3月には気管支炎、5月には風邪が原因と思われる肺炎で入院したものの、いずれも長引かず退院できた。「やつぱり栄養が入っていたお蔭だと思ふんです」と高木さんは振り返る。

半年を過ぎる頃からは、これといったトラブルもなく、先生も訪

問を忘れそうになるほど安定した毎日だという。そうすると、次の目標は活動性の向上である。この先、経口摂取の割合が増えるに連れて、もつとも活動性が上がるのではと、ご本人、ご家族、小川先生、手塚さん、みんな楽しみにしているようだ。

車椅子に座つて外を眺めたりすることが高木さんの気分転換にもなるので、起き上がる練習も必要だが、「起きる姿勢に慣れていないと、起き上がった瞬間に起立性低血圧を起こして脳貧血のような状態になるので、血圧の低下には注意が必要だ。特にトイレでの移動や排尿そのものが血圧低下を招きやすいので、焦らずゆっくり取り組んだ方がいいと思います」と小川先生。起き上がった瞬間のめまいをどのように解消していくかが、リハビリ上の課題だ。

自力で痰をたすコツがあるそうなので、高木さんにお聞きした。「一番最初に出る痰が黄色っぽいから、静かに呼吸をして待つてからもう一度出すと、よくとれるのだとか。それでも、ゴロゴロいうときは、高木さんの出番。まず吸入で痰をやわらかくしてから吸引すると、ラクに黄色い痰のかたまりが取れ、呼吸が静かになり酸素濃度も上がつてくるそうだ。

「ご家族は、高木さんの昨年の入院で寝たきりや痴呆症状の出現を心配したが、意識は変わることなく明晰で、最近はお手付がけた仕事の設計図も思い出すという。今回の取材中にも小川先生と縁のある方々のお名前や略歴をすらすらとお話されていた。

「それでもたまに『死にたい』なんていうことがあるんですよ。先生、なんとか言つてやつて下さいよ」という高木さんに「やかましい家内を黙らせるにはこれが一番効くんだ」という高木さん。これには一同爆笑。参りました。

こんなに明るい口喧嘩をされるのも、安心して在宅医療を継続できているからであろう。医療的ケアや介護にまつわる様々な知識や手順を習得し、落ち着いて取り組めるようになるには、高木さん宅の場合、高木さんご本人の状態が安定し始めた3ヶ月を過ぎた頃からだった。

退院直後のトラブルをできる限り防ぎ、夜間を含む緊急時に対応できる連携システムの確立、そして「必ず良くしてみせたい」という前向きな展望こそが、在宅医療の現場からの最大のニーズであると思われた。

最後に、高木さんからのメッセージを。

「介護者のストレス解消方法は? :と悩むこともございます

時々、主人に発奮を促すために、きつい言葉掛けをする私ですが、なかなか乗つてくれません。そんな時、落ち込んだり反省したりして悩むことも多々あります。

私の場合、2人の息子夫婦と3人のかわいい孫たちとの触れ合いが、ストレス解消の起爆剤になっています。また、小川先生をはじめ訪問して下さるスタッフの方々に助けられ、その方々との触れ合いを楽しめるようにもなり、介護生活1年で、すこしゆとりが出て来たかな?と思う昨今です。

今後も主人の回復を願つて、介護生活を乗り切りたいと思います。焦らず、ゆっくりと...

◇ ご自宅への取材を快くお引き受けくださった高木さんご夫妻、どうもありがとうございました。(岡崎佳子)

表1 糖尿病(耐糖能障害)用経腸栄養剤 エネルギー比(%)

	たんぱく質	脂質	炭水化物	n-6/n-3	Cu (mg)	Zn (mg)	Se (μg)	Cr (μg)	Zn/Cu
グルセルナ	16	48	34	12	0.2(0.1)	3 (0.3)	-	-	40
ライフロンQL	16	44	40	3	2.9(2.0)	21 (2.3)	96 (2.4)	66 (3.3)	7
タピオン	15	38	47	4	2.3(1.6)	15 (1.7)	75 (1.9)	45 (2.3)	18
インスロー	20	30	50	2	0.3(0.2)	12 (1.3)	42 (1.1)	45 (2.3)	7
アリアミアプラス	20	34	46	8	0.1(0.1)	23 (2.6)	11 (0.3)	-	307

* ()は対DRIs (70歳以上女性)

その経腸栄養剤、 どうして選んだの？

名古屋経済大学臨床栄養センター 早川 麻理子



その2

病態別経腸栄養剤

糖尿病と腎不全

糖尿病(耐糖能障害)に対する経腸栄養剤の使用

糖尿病とはインスリン分泌不足、またはインスリン抵抗性増大により、インスリン作用不足から血糖の上昇と種々の代謝異常をきたす疾患です。

血糖コントロール不良の糖尿病患者さんでは、過剰な還元糖に起因したタンパクのglycationの発生や、それに関連した酸化ストレス傷害によって合併症が認められます。急激かつ高度のインスリン作用不足では血糖値の著しい上昇、ケトアシドーシス、高度脱水症、糖尿病昏睡をきたし、高血糖状態が持続すると細動脈の異常、末梢神経障害、易感染症等が起こります。したがってこれらの合併症を予防するためには、血糖管理の目標をHbA1c 6.5%未満、常時血糖値140~180mg/dl未満とし、血糖値を正常に近づけることが大切です。

40000人であり、推計で入院が3万4100人、外来が18万5800人と言われています。また「平成14年糖尿病実態調査」では、糖尿病が強く疑われる人は約740万人と推計され、成人の6人に1人は糖尿病かその予備軍であると報告されています。

経管栄養法を受けている患者さんにおいても同様の割合で基礎疾患に糖尿病を持っているケースが推測され、病態を悪化させないためにも血糖値を上げない工夫が必要です。特に感染や発熱、損傷が著しく、代謝が亢進しているような患者さんでは、その代謝栄養管理は容易ではありません。体重減少や肥満の是正を行いながら、病態に合わせたカロリー設定と栄養組成を踏まえた適切な栄養管理が肝要であると考えます。

炭水化物の含有量が低いことから糖尿病(耐糖能障害)に対して用いることが可能と思われる経腸栄養剤は、5種類あります(表1)。

代謝が亢進しているにもかかわらず血糖コントロールが困難な時期には、投与カロリーを下げて血糖のコントロールを行うのではなく、必要エネルギー量確保のために低炭水化物・高脂質・食物繊維含有の経腸栄養剤を選択し、短時間で多量の炭水化物が投与されないように速度制限を行います。

またGlycationの抑制を目的に、抗酸化物強化(CoQ10、Vt・A、Vt・C、Vt・E、α-3脂脂肪酸など)を考慮した栄養組成とするために、グルセルナ(アポットジャパン)とライフロンQL(日研化学)を組み合わせて投与すると良いでしょう。その場合、血糖値の日内変動がもっとも高いときにグルセルナを用いると効果的です。



表3 腎不全用経腸栄養剤(基質栄養素)

	リ-ナリ Pro3.5	レウエル 3	リ-ナリ Pro1.0	レウエル A
容量 (ml) /1P	250	125	250	125
熱量 (kcal) /1P	400	200	400	200
円/kcal	0.9	1	0.9	1
販売会社	明治乳業	アール	明治乳業	アール
濃度	1.6	1.6	1.6	1.6
浸透圧	500	340	500	390
タンパク質 (%)	14	6	4	1.5
(NPC/N比)	(157)	(400)	(613)	(1680)
脂質 (%)	25	40	25	40
炭水化物 (%)	61	54	71	58.6
Pro(g)	3.5	1.5	1	0.38
Fat(g)	2.8	4.45	2.8	4.45
CHO(g)	16.2	13.5	18.7	14.7
食物繊維 μg	15	22.5	15	22.5

表4 腎不全用経腸栄養剤(1500kcal あたりのビタミン・ミネラル含有量)

	リ-ナリ Pro3.5	レウエル 3	リ-ナリ Pro1.0	レウエル A
Na (mg)	900	450	450	450
K (mg)	450	150	450	150
Ca (mg)	450	75	450	75
Mg (mg)	225	22.5	225	22.5
P (mg)	525	150	300	150
Fe (mg)	13.5	18.75	13.5	18.75
Cu (mg)	90	30	60	15
Zn (μg)	2.1	0.45	0.75	0.375
Mn (μg)	120	97.5	90	82.5
Se (μg)	19.5	0	6.6	0
Cr (μg)	31.5	0	10.35	0
Mo (μg)	21	0	31.5	0
I (μg)	35.7	0	90	0
VtA (μg)	750	750	750	750
VtB1 (IU)	1.5	3.75	1.95	3.75
VtB2 (mg)	1.8	5.1	2.25	5.1
VtB6 (mg)	9.45	7.5	6.3	7.5
VtB12 (mg)	3	18.75	3.75	18.75
VtC (μg)	75	225	75	225
VtD (mg)	75	37.5	75	37.5
VtE (IU)	15	45	19.5	45
VtK (mg)	37.5	120	37.5	115.5
ナイシン (μg)	19.5	60	25.5	60
パント酸 (mg)	4.8	27	6.3	27
葉酸 (mg)	0.945	0.75	1.26	0.75
ビチン (mg)	7.5	0	7.5	0

表2 血糖コントロール困難症例に対する経腸栄養投与例

	Plan 1	Plan 2
グルセルナ	750	
ライフロン QL	800	800
タピオン		750
エネルギー - kcal	1550	1550
炭水化物 %E	37	44
タンパク質 %E	16	16
脂質 %E	46	41
n-6/n-3	7	3
CoQ10(mg)	40	40
Cu(mg)	1.6 (1.1)	2.7 (1.9)
Zn(mg)	12.7 (1.4)	18.7 (2.1)
Se(μg)	51.2 (1.3)	88.7 (2.2)
Cr(μg)	35.2 (1.8)	57.7 (2.9)
Vt.A(IU)	4188 (2.1)	3475 (1.7)
Vt.C(mg)	316 (3.2)	295 (3.0)
Vt.E(IU)	53 (5.3)	53 (5.3)
食物繊維 (g)	14.3	17.5
乳糖 (g)	2.0	7.8

* () は対 DRIs (59-68 歳男性)



中等度ではレナウエル3(テルモ)、リーナレンPro1.0(明治乳業)を用いて、さらに病態が悪化している場合にはレナウエルA(テルモ)を使用します。

透析療法を受けていたり、水分管理を優先する場合には、タンパク投与量、カリウム投与量などの検討を行った上で、エネルギー2.0のようにタンパク含有量(エネルギー比14%)、カリウム(50mg/100kcal)が低めの2.0kcal/mlの高濃度経腸栄養剤を組み合わせ、必要カロリーを補います。

ビタミン・ミネラルの含有量は、腎の排泄能を考慮した特殊な組成となっているため、過不足に留意する必要があります(表4)。

また日本透析医学会腎性貧血治療のガイドライン案では、鉄剤投与について、鉄欠乏状態で禁忌がない場合は、鉄欠乏状態に陥ったら鉄剤投与を一時的に行い、欠乏を脱するに中止するよう推奨されています。サックタイプFe(太陽化学)は無味無臭で水に溶けやすいため、調理に用いるだけでなく、経腸栄養剤のサプリメントとしても手軽に使えます。

次号は田中芳明先生に「Immunonutritionと抗酸化療法」について執筆いただきます。

中等度ではレナウエル3(テルモ)、リーナレンPro1.0(明治乳業)を用いて、さらに病態が悪化している場合にはレナウエルA(テルモ)を使用します。

透析療法を受けていたり、水分管理を優先する場合には、タンパク投与量、カリウム投与量などの検討を行った上で、エネルギー2.0のようにタンパク含有量(エネルギー比14%)、カリウム(50mg/100kcal)が低めの2.0kcal/mlの高濃度経腸栄養剤を組み合わせ、必要カロリーを補います。

ビタミン・ミネラルの含有量は、腎の排泄能を考慮した特殊な組成となっているため、過不足に留意する必要があります(表4)。

また日本透析医学会腎性貧血治療のガイドライン案では、鉄剤投与について、鉄欠乏状態で禁忌がない場合は、鉄欠乏状態に陥ったら鉄剤投与を一時的に行い、欠乏を脱するに中止するよう推奨されています。サックタイプFe(太陽化学)は無味無臭で水に溶けやすいため、調理に用いるだけでなく、経腸栄養剤のサプリメントとしても手軽に使えます。

次号は田中芳明先生に「Immunonutritionと抗酸化療法」について執筆いただきます。

>_<)! 後ろにいてくれるようで心強い!

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

の「業務外」といわれれば、ご家族が待機していなければならない現実があります。さらに、ご家族の負担のみならず、成長段階にある子供たちの自立面での問題も考えられるべきではないのでしょうか。

えば違法になるのです。ただし、「緊急避難」にあたる場合はやむを得ず認められます。

行政というのは、いわば法律の専門家です。保身のためとか、面倒だからとか、そういう理由もあるのだろうと想像されますが、その一方で「法を遵守しなければいけない立場」にあることも理解してあげてほしいと思います。現実的な解決法は、今のところ「お金をかけて看護師を配置すること」しかないと思います。根気強く「上手に」交渉を続けて下さい。

児童福祉サービスの一環では? From: No.1130の質問者

私自身は最近PEGを始めた者ですが、実は「福祉屋」です。しかも障害のある子供さんのことは、いろいろやってきた者です。

近年は、医療行為と介護行為、保育内容のボーダーレス化にあるのです。これはあまり使いたくない表現ですが、健常児に「食事やミルクを与えている」これは、保育にかけることを、親に代わってやっているのだから、注入を「ミルクをあげるがごとく」するのは、通園施設の「児童福祉サービス」として当たり前、という解釈をする児童福祉施設も増えています。ですから、ミルクを与えるのと同じ行為を「親権者としての保護者がリスクを知って委託しています」と施設側に説明してみてもいいのではないでしょうか。

勿論、喧嘩や法律違反を薦めているのではなく、理解してもらいつつ、あくまでも「親権者の代理行為」、保育にかける児童に対する、障害児保育、親の責任放棄ではないこと、これは十分に話し合っ



みてはいかがでしょうか。前例のないことは、職員も善意であっても不安ですから。

一歩前進! From: ピヨパル

今の状況をお話します。私もいろいろ行動したり、理解ある作業療法士さんの助言などで、来週の外科の外来日に障害福祉課・通園施設の保育士さんと、訪問看護の看護婦さんに病院に来てもらい、直接主治医の先生と話をしたり、胃瘻交換を実際に見てもらったりする機会を作ることができました。だから、その日に向けてどういう風に話を持っていこうか、作戦検討中です。元気が出てきたピヨパルでした!! (^_^) /

この後、今度は主治医の先生、病院の総合相談部のケースワーカーさん2名、訪問看護師さんが施設を訪問し、胃瘻についての説明および注入を行うか否かの話し合いが行われたそうです。一時は否という結論が出され悔し涙を流されたそうですが・・・

朗報! 皆様ありがとうございました。From: ピヨパル

主治医の先生や各方面からの働きかけや、励ましと支えのおかげで、園で看護師による胃瘻からの注入を認めていただけるようになりました。

現在、ピヨパルの子、パルパルはペースト状の食事を食べることが出来るようになり、当面園での必要な医療行為はシリンジで水分を入れることです。とりあえず、このことから始めようと言うことになりました。

現場・現状を直接見ってもらうことで、だんだん理解して下さる方が増えました。

病院へ同行してもらい、医師から直接説明を受け、胃ろうの交換を見てもらいました。オペ室で交換すると思われていたようで、診察室で、短

時間の交換にびっくりされていました。

また、主治医も積極的に動いて下さったおかげで壁にひびが入りました。園に向いて下さり、園の見学と病院に来なかった関係者に胃ろうの説明・話し合いと、熱意を持って働きかけて下さいました。やっぱり、実際に現状を見てもらうのが説得力ありますね。

まずは、パルパルの園生活を順調に軌道に乗せていけるよう、がんばります。これから、もしかしたらトラブル発生?!なんてこともあるかもしれませんが、でも、そのトラブルも前進への糧にして、困ったことが起きたら談話室でお知恵をお借りしていき、この事例を確立して、まだ未開の園への働きかけに役立てていければと思っています。

本当にお力添えいただき、ありがとうございました。そして、これからもまだまだよろしくお願ひします。

超負けず嫌いのピヨパルより

寸言

ということで、パルパル君の「他の通園児と変わらない保育」をあきらめなかったピヨパルさんの熱意と多くの方の働きかけとが、現状を変える力となりました。これからさらに校外学習やキャンプなど、学校行事で長時間家族と離れるようなケースも出てくるでしょう。そんな時、どんな形が理想なのかは、みなさんそれぞれ思いは異なると思いますが、mariruさんがご紹介くださったホームページには、アメリカの、医療的ケアを必要とする重度の障害を持つ子供を主な対象とするサマーキャンプのことが紹介されていました。

1週間のキャンプ期間中は親から離れ、マンツーマンの担当カウンセラーから、医療的ケアを含むすべての介助を受けるそうです。このキャンプはボランティアによって運営されており、カウンセラーは医療・福祉関係者をはじめ、教師や学生、高校生のこともあるのだとか。医療機関のバックアップも強固で、この20数年間に事故は1件もないとのこと。日本から参加した娘さんのお母さんは、「障害の重い子には、これほど濃密なかかわりはなかなか経験できません」と述べておられました。日本でも実現できるよう、力を結集しましょう!

(PDN編集部)



法の壁って、超分厚い! (>_<) From:ピヨパル

現在うちの子は年中さん(4歳)。障害児の通園施設に通っていますが、知的障害児通園施設(一部肢体不自由児を含む)なので、看護婦さんは一人いるのですが、園で胃瘻からの注入(いわゆる医療行為)をお願いすることができません。

障害児のための施設なのに、経管栄養であるが為に、ほかの子と同様の条件で母子分離してもらえません。親は、母子分離の日(注1)でも、注入の時間には登園して注入しなくては行けないのです。

園で注入するにはどんな条件を整えなくては行けないのでしょうか?園で注入を必要とする子はうちだけです(注2)。

(注1:子供の自立を促すために、親の付き添いをなくしている日)

(注2:来年、経管栄養で入園予定のお子さんが1人いるとのこと)

役所よりも現場の長の熱心さ From:mariru

東京都で一番規模が大きい肢体不自由養護学校に通っている小3の娘が胃瘻からの注入です。

通園時代・今の学校を見ていると、医療的ケアへの対応は役所と言うより、施設長、校長が医療的ケアに対してどれだけ理解しているかで、各学校の違いが大きいです。

看護師が注入をやってくれればよいようなものですが、一番進んでいる宮城方式(訪問看護師の拡大解釈で学校に派遣)、これも医療的ケアを必要とする子供が増え、予算の関係でお昼は注入の子供を一室に集めて注入しているとか、費用の点でも行き詰まってきたようです。

子供にとっての食事の時間は、ただ注入をすればいいものではないと思うんです。娘の場合は口からもペースト状のものならば食べられるので(1日の全部は無理なので注入と併用です)、学校では担任の介助で給食を食べていますが、これも教育の一環、貴重な先生とのコミュニケーションタイムなんです!でも、担任からたべさせてもらえるようになるまでも、私がずっと通って何回も先生方に見てもらって少しずつ娘のことをわかってもらうための時間が必要でした。

娘の学校でも長年、医療的ケアの為に付き添いで通っている親が何人もいます。担当教諭に医療的ケアをやってもらうことも可能なのですが、そこまでの道のりがとてもとても長いです。まず担当教員の医療的ケア研修から始めて指導医の前で実際にやってみたり、その間に何回もの会議があって、聞いただけでも気が遠くな

No.1107 法の壁って、超分厚い! (でも、応援団が行)

わが国では高齢者への施行が圧倒的に多い胃瘻造設ですが、No.1107の書き込みにもみられるように、胃瘻を造った子供たちの受け入れについては、高齢者同様、地域や施設ごとの格差が大きいのが現状です。

医療的ケアに対する国の対応が刻々と変化しつつある一方、胃ろうも含め経管栄養にかかわることが施設職員

りそうです。

養護教諭で教育現場での医療的ケアに熱心に取り組む全国的な情報交換の組織を作っている方がいます「医療的ケアが必要な子供と学校教育 (<http://homepage3.nifty.com/kazupage/>)」。よかったら、こちらのサイトをご覧ください。

訪問看護へのニーズは「居宅」だけではない! From:もっち

訪問看護師のもっちです。訪問看護ステーションでも小児の訪問看護を行っているところが増えてきましたが、現在の法律では「居宅」にしか訪問看護ができないということが最大のネックです。「居宅」という制約がなければ、訪問看護師がどこへでも出かけることができ、ケアを提供したり、医療的なことを指導したり、ご本人・ご家族と学校・施設などとの橋渡しができるのにといつも思っております。

今、介護保険では、医療と介護の連携や小規模多機能事業ということが言われており、訪問看護の延長で、訪問看護ステーションに通所する「通所看護」(訪問看護ステーションの医療型サービス、この他ショートステイ機能についても検討されている)ということモデル事業で行っていますが、介護保険だけではなく医療保険でも可能であれば、年齢に関係なく訪問看護ステーションを活用していただけたらと思っております。

H18年は、大規模な医療保険と介護保険の改正がある年です。この機会に乗じて、できることからコツコツと既成事実を作って、関係機関にその効果をアピールして、医療・介護双方とも「居宅」だけでない訪問看護の必要性を働きかけていかなければと現場ではがんばっております。皆様も色々な手段で現場の声をどんどん行政にアピールしていきましょう。

うちの子供が教えてくれました From:ピヨパル

私以外にも、何人か胃ろうや経管栄養のお友達がいて、みーんな同じ悩みを抱えています。教えていただいた情報を整理して、友達にも伝え、そして今から私たちがどんなことに取り組んでいくべきなのか、話し合っ前に進んでいきたいと思ひます。

今は、自分の子供の胃ろうのことだけを考えてしまいがちですが、将来私も病気か何かで胃ろうになるかもしれない…。今、健康な人も、何かで障害者になる可能性はあると思ひます。だからこそ、ある日突然自分や自分の家族が病気や障害を抱えても安心して暮らしていけるように、今元気に働ける人たちはしっかり財政面から社会を支え、福祉や医療に携わる方は親身になって福祉の中身の充実を図っていただきたいと思ひます。これが、うちの子供が教えてくれたことです。だから、頑張っ私は声を発し続けたいと思ひます。

園の中で経管栄養はうちの子一人で、発言するのめすごく勇気があることだったので、なんだか応援団が後ろにいてくれるようで心強いです。これからも、よろしくお願ひいたします。

相手の立場も考えて根気よく交渉を! From:まっくば

みなさんどこでも同じような苦勞を背負っがんばっおられるようですね。ただ、どうしようもない「法の壁」があることは認めざるをえないものと思ひます。

残念ながら現在の法律では、「医師法第17条」という大原則があり、看護師は医師の指導の下で医業を行っているにすぎません。ではなぜ患者の家族が行うのは良いのかと言うと、「それが仕事ではない」からです。つまり障害児を預かって世話をする「仕事」をしている者は、看護師以上の資格を持っていないと、「医療行為」を行

この人に会いに行こう

その1

自分から世界を狭めなさい!
それがピヨパール流

ピヨパールさん(神奈川県大和市在住)

PDN談話室でピヨパールさんの書き込みを読み、どうしてもこのパワフルなお母さんに会いたくなった。自称「超負けず嫌い」とのことであるが、どんな『ピヨパールな日々』を送っておられるのだろうか? 10~11面 Webセミナーと合わせてお読み下さい。

ピヨパールさんの息子、
ハルパール君登場

ドアを開けると、汗だくになってお掃除しているピヨパールママと「ダレドロウ、コノヒトハ」と言いたそうな笑顔のハルパール君4歳が迎えてくれた。



ママ特製のスポンジクッション

飲み込む力が弱く、経鼻からの経管栄養を続けていた。しかし、次第にチューブが首にまきつく、などのトラブルが多くなり、また、通園施設への入園も希望していたため、昨年の夏、3歳半のときに噴門閉鎖術と共に胃瘻造設術を受けた。

バルン・ボタン型カテーテルを使用しているが、一度だけボタンが回らなくなったことがあり、PDNの談話室に書きこんでアドバイスを受けたことだが、大きなトラブルは経験ないそうだ。投与中は、足元からチューブを出し、なるべく気にならないようにしている。それでもチューブを引張つたらすぐわかるように、風鈴が



ほんとにはアイスクリーム食べたいヨ

あるとき、お兄ちゃんのアイスクリームを分けてもらい、その美味しい刺激が食べることへの意欲を引き出したようだ、とピヨパールさん。それ以来、冷凍庫の閉鎖の音には敏感なハルパール君なのだとか。

一緒に吊り下げられていた。滴下速度の調整は、ご主人のみならず、小4のお兄ちゃんもマスターしているという。ずり這いで素早く移動するハルパール君のボタン部分は、スポンジを使ったクッションでガードされている。皮膚がかぶれないように、粘着力の弱いテープを捜すのも一苦労。現在、食事もとれるようになってきたが、便秘になりやすいので状態をみながら昼と夜だけ。みんながそろそろ夕食時には一緒に食べている。



訪問ナースさんと手遊び

かばんとかメラが大好きで、お兄ちゃんのかばんを肩に引つ掛けた中に入っているものを見たりしながら、部屋中を高速すり這いで移動する、なかなかの力持ちである。カメラを向けるとこんなときでもニクッ。その笑顔にはこちらもつい一緒にニクッ。

自分から仕事を増やす人。
その心は?

「みんなに言われるんですよ。自分で自分の首絞めてるって」そういってピヨパールさんは笑う。

「確かにハルパールの世話だけでも大変です。でもお兄ちゃんの見守りやサッカールのこともちゃんと見てあげたいし、主人の晩酌だって付き合いたい。ハルパールの世話に比重がかかるのは当たり前なんですけど、ハルパールと私だけの世界にどっぷりつかるとは嫌なんです。自分から世界を狭めたくないというか。だから結構なんでも受け入れちゃって、それで自分としてのバランスが取れてたりするんですよ。」

「確かに、便秘になりやすいので状態をみながら昼と夜だけ。みんながそろそろ夕食時には一緒に食べている。あるとき、お兄ちゃんのアイスクリームを分けてもらい、その美味しい刺激が食べることへの意欲を引き出したようだ、とピヨパールさん。それ以来、冷凍庫の閉鎖の音には敏感なハルパール君なのだとか。」

緊急でなくても
ショートステイ

ピヨパールさんが倒れてしまったら、ご主人は仕事、お兄ちゃんも学校、ハルパール君はどうするのだろうか?

「藤沢の方に県立の総合療育センターがあつて、そこでは重度心身障害児のレスパイトショートステイができます。私が具合悪くなつたときや身内に不幸があつたときに備えて(ご実家は山口県)使いたいなあと、初めて見学に行こうというその日に、本当に私の具合が悪くなつてしまひました。急遽タクシーで駆けつけてその日から預かってもらったことがあります。」

それ以来何度か利用していますが、そこが満床の場合も考え、横浜市の受け入れ施設も調べてあります。頻りに利用しておいた方が、施設側のナースもハルパールの扱いに慣れるし、ハルパールも施設のナースに慣れてストレスが減るから、ちよつとした理由で作つてショートステイは利用しておいた方がいいのでは、と病院の先生にも言われました。

でも、季節を選べばハルパールもだんだん一緒に連れていけるようになってきましたね。全国どこでもそのようなショートステイの受け入れ施設があり、誰でも希望時に利用できるようにしてほしいのは、高齢者だけではない。

みんなをハッピーにするよ!

はっぴーくろーばーのメンバーは、現在12~13人で、こちらもピヨパールさんの自宅が会場所になることが多い。座位保持椅子が2台あることも、経管栄養のお子さんを待つお母さんたちにとってはありがたいようだ。

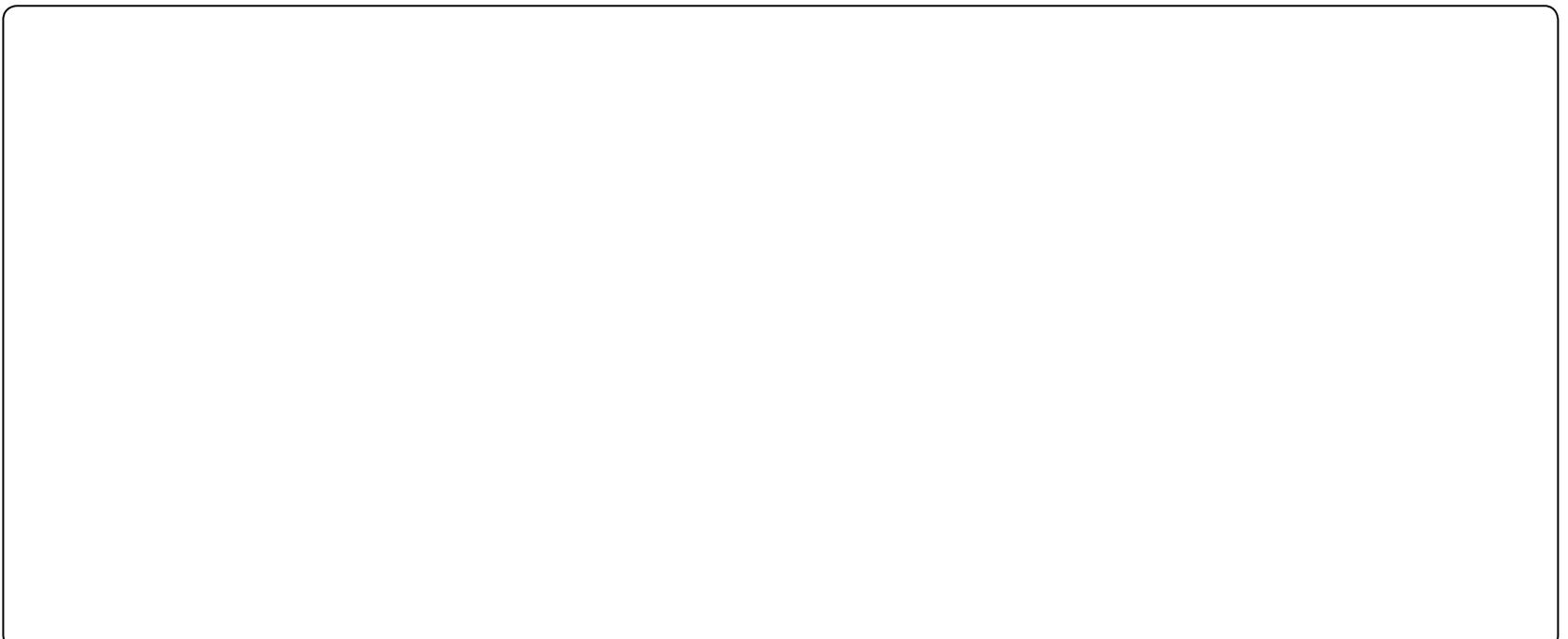
在宅という各々異なる環境での介護において、ほかの家ではどうしているのか?と気になる事を情報交換することで参考になることは多いという。また、お母さん同士話をしながらも、目と意識は常にその場に集まった子供たち全体に注がれている。このときばかりは「自分の子を自分だけで見なければ、というストレスから解放される」のだそうだ。

以前、園の懇談会でピヨパールさんが経管栄養実施を要望していることについて、他のお母さん方に意見を求めたことがある。そのとき、あるお母さんが「かつて、うちの子どもも経管栄養だった。自分以外に経管栄養を見られる人がいるというそのことが、親にとつては大きな支えになると思う」と発言されたという。

より多くの人の知恵と行動力を持ち寄つて、みんなをハッピーにすること、それをバリアフリーと呼ぶのではないだろうか。



大好きなママと。一緒にニヘッ





大阪市立総合医療センター外科
西口幸雄 先生

第9回HEQ研究会

第3回 HEQ 学術・用語委員会報告

REPORT

「カテーテル交換」について (Delphi 法より得られたコンセンサス)

HEQ研究会では、以前行われていたコンセンサスミーティング報告を「用語・学術委員会」と改め、今回「カテーテル交換」をテーマに検討された内容を、大阪市立総合医療センター外科の西口幸雄先生が発表された。委員の先生方は以下の通り(敬称略)。
西口幸雄(大阪市立総合医療センター外科)・上野文昭(大船

中央病院特別顧問)・嶋尾仁(ケイアイ飯田橋クリニック)・小川滋彦(小川医院内科)・有本之嗣(須波病院外科)・小山茂樹(滋賀医科大学消化器内科)・鈴木裕(東京慈恵会医科大学外科)・高橋美香子(鶴岡協立病院内科)・蟹江治郎(ふきあげ内科胃腸科クリニック内科)・倉敏郎(町立長沼病院内科消化器科)

1. カテーテルの交換時期 (緊急交換を除く)

診療指標項目	最高値	最低値	中央値
バンパー型では4~6ヶ月毎を交換の目安とする(4ヶ月毎に保険請求可能)	9	8	9
バルーン型ではカテーテルに問題が生ずれば随時交換する	9	5	9
バルーン型では1~2ヶ月毎を交換の目安とする	9	7	8.5
バルーン型では1ヶ月毎を交換の目安とする	9	5	7.5
イントロドゥーサー法での瘻孔拡張を目的とした早期の交換は、造設の一環と考え原則として造設した医師が行う	9	7	8.5

2. 交換カテーテルの選択

診療指標項目	最高値	最低値	中央値
交換カテーテルはそれぞれに特徴があり、どのカテーテルがよいかは一概にはいえない	9	5	9
患者の活動性(基礎疾患)、誰が注入を行うか(患者の家庭状況)、交換の状況(予定か緊急か)により最適な交換カテーテルのタイプが決定される	9	8	9
バンパー型は胃壁への圧迫力が強く、事故(自己)抜去に抵抗する	9	5	8
バルーン型は事故(自己)抜去の危険が少なくないため、緊急対応できる体制があることが望ましい	9	7	9
身体活動度の高い患者では、ボタン式カテーテルが好ましい	9	7	8

3. 手技の実際 (交換方法)

診療指標項目	最高値	最低値	中央値
バルーン型の場合は内視鏡を用いる必要はない	9	5	7
バンパー型の場合、初回は内視鏡の使用を勧める	9	6	8
バンパー型の場合、2回目以降は経皮的でよい	9	5	8
バルーン型の場合、2回目以降は経皮的でよい	9	5	8
内視鏡を用いないで交換する場合でも、交換カテーテルがスムーズに挿入されない場合には直ちに中止し、内視鏡補助下に行うようにする	9	7	9
交換の経験が少ない施設では内視鏡を使用するほうが安全である	9	6	8
バンパー型では交換時は痛みを伴うため、鎮痛薬・鎮静薬の投与を考慮する	9	5	7
切断した内部バンパーは必ず内視鏡を用いて回収する	9	7	9
挿入されているカテーテルの抜去法は製品により異なるため、確認する必要がある	9	9	9
交換方法は製品により異なるため、キットの説明書を参照する	9	8	9

本コンセンサスが得られるに至った軌跡

学会主導や厚生労働省班研究で作成された多くの「ガイドライン」は、目的、利用者、作成方法が不明瞭で、遠慮と配慮と医師相互の利害調整が見え隠れし、きわめて日本的な結論となっており、診療ガイドラインの体をなしていない。たとえば、「大先生の意見が支配的になったり、「声の大きい人」の意見にひきずられたり、意見が偏り必ずしもコンセンサスとは言えない。今回は、委員から提示された診療指標について、まずコンセンサス会議においてその適切性を専門医が討議した。その後再構築された指標項目を専門医に配布し、適切性を9段階で評価した。評価結果を集計後、採択の是非が微妙な項目につき専

門医が再評価し、最終的に9段階評価で中央値7点以上かつ最大値・最小値の幅が4点以下の項目を適切な指標として採択した(Delphi法)。採択された指標のまとめをコンセンサスが得られたものとして以下に解説する。

2. 交換カテーテルの選択

カテーテルの選択にあたっては、患者の活動性や、介護者の状況によって考えるべきである。

1. カテーテルの交換時期

バンパー型では4か月毎に、バルーン型では1か月毎に保険請求が可能であるが、一応の目安として示した。交換は原則として医師が行ったほうがいいであろう。

4. 確認方法

新しいカテーテルが胃内に正しく挿入されていることの確認が最も重要である。それには胃液を吸引されれば確実であるが、そうでない場合は何らかの手段を講じて、新しいカテーテルが胃内に挿入されていることを証明されなければならない。なお、交換後最初の栄養剤注入に際しては十分な観察が必要である。

3. 交換方法

初回のカテーテル交換、特にバンパー型の場合は、内視鏡の使用が勧められる。2回目以降は経皮的でもよいが、不安な場合は内視鏡補助下が望まれる。なお、切断された内部バンパーは必ず内視鏡下に回収されなければならない。

5. 合併症と対策

瘻孔破損を生じた場合、栄養剤の注入前後では対応が異なる。注入前であれば速やかに内視鏡検査を行ない、然るべき処置を行えば大事には至らないこ



胃内容物の吸引による確認



① 胃瘻なら ヤッぱり 負担の少ない PEG

外科的に造っても胃瘻の機能に変わりはないが、局所麻酔で内視鏡を使って短時間で施行する PEG は、患者の体への負担が小さい(医療費の節減にもつながる)。世界的にも胃瘻造設方法の第一選択となっている。



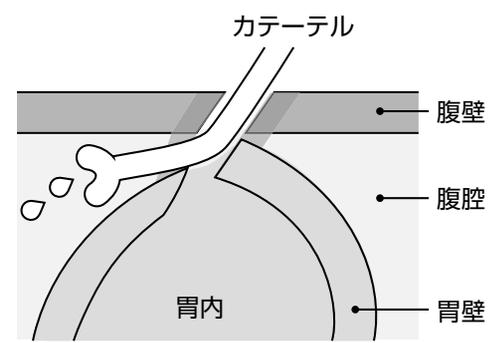
③ 瘻孔も お口も ケアを忘れずに

食べられない方こそ口腔ケアは欠かせない。誰でも口の中はすっきりして欲しいし、汚れた口にたまった唾液は誤嚥すると肺炎を起こす危険性もある。

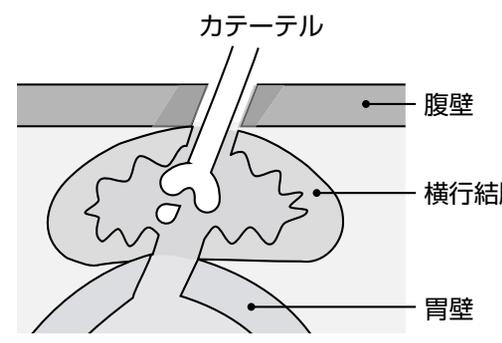


④ 鼻からの チューブを しっかりと入れれば

胃瘻は直接胃にカテーテルが留置されるので、顔面の違和感もなく、嚥下リハビリも進めやすい。また、鼻にチューブを挿入する苦痛だけでなく、顔面固定のためのテープかぶれが辛いという声も聞かれる。



腹腔内への誤挿入



横行結腸内への誤挿入

とが多い。注入後であれば腹膜炎を念頭に起き、外科医との相談が必要である。横行結腸挿入はまれに報告されているが、疑われればX線造影や内視鏡検査で確認する必要がある。

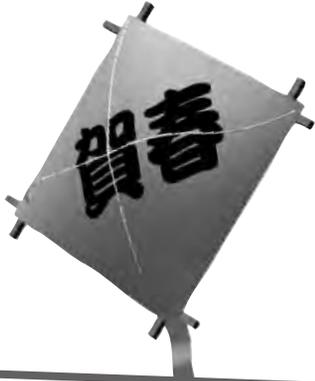
以上、委員会でも得られたコンセンサスを示したが、①医療側と患者側の臨床判断を支援するために、②個人と集団の教育の指針のために、③保険医療資源の配分の指針のために、④医療過誤の訴訟危険の減少のために、一助となれば幸いである。(西口幸雄)

4. 手技の実際 (確認方法)

診療指標項目	最高値	最低値	中央値
交換後チューブからの送気音を確認する方法は推奨できない	9	3	9
交換後、吸引による胃内容物の逆流により適切な挿入を確認できる	9	5	8.5
胃液の逆流が確認できない場合には、内視鏡による確認か造影剤注入による透視下の確認が必要である	9	7	9
内視鏡や透視を用いる方法は確実だが大掛かりである	9	7	8
内視鏡や透視を用いる方法は外来や在宅でできないという欠点がある	9	8	9
交換後の栄養剤注入初期は、患者の全身状態に注意する	9	7	9
最も注意すべきことは、新しいカテーテルが胃内に正しく挿入されていることの確認である	9	9	9

5. 合併症と対策

診療指標項目	最高値	最低値	中央値
カテーテル交換時の最も注意すべき合併症は、瘻孔破損に伴う腹膜炎・敗血症である	9	9	9
栄養剤注入前に異常に気付けば直ちに内視鏡を行い、状況を確認する	9	7	9
栄養剤注入後であれば外科治療を念頭に置き、直ちに外科医との相談が必要である	9	9	9
カテーテル交換後に下痢を生じた場合は横行結腸誤挿入を疑う	9	7	8
横行結腸誤挿入はX線造影や内視鏡検査で確認する	9	8	9



へ 偏屈を拒否は知らない不安から

胃瘻患者の受け入れ拒否は、胃瘻についての誤解や知識不足が原因のことも。造設医や訪問ナースが積極的に施設へ働きかけて胃瘻への正しい理解を深め、またどのような不安があるのかを聞き出して対処法をともに検討することで、確実に対応は変わるはず。



に 日常の手入れが大事 消毒よりも

感染していないのに消毒を続けられれば、健全な皮膚を傷めることになりかねない。感染がなければ微温湯による洗浄や清拭、可能なならシャワーや入浴により瘻孔周囲をきれいに保つことが大切。

いろいろのいろいろは 其ノ壱

お正月号にちなんで、「いろいろのいろいろはカルタ」を作ってみました。原案および監修は大阪市立総合医療センター外科の西口幸雄先生。イラストは、「胃ろう手帳」「PEG100の質問」でおなじみの木佐森隆平さん。連載でお届けいたします。読者の皆さんからも募集しますので、奮ってご参加下さい！



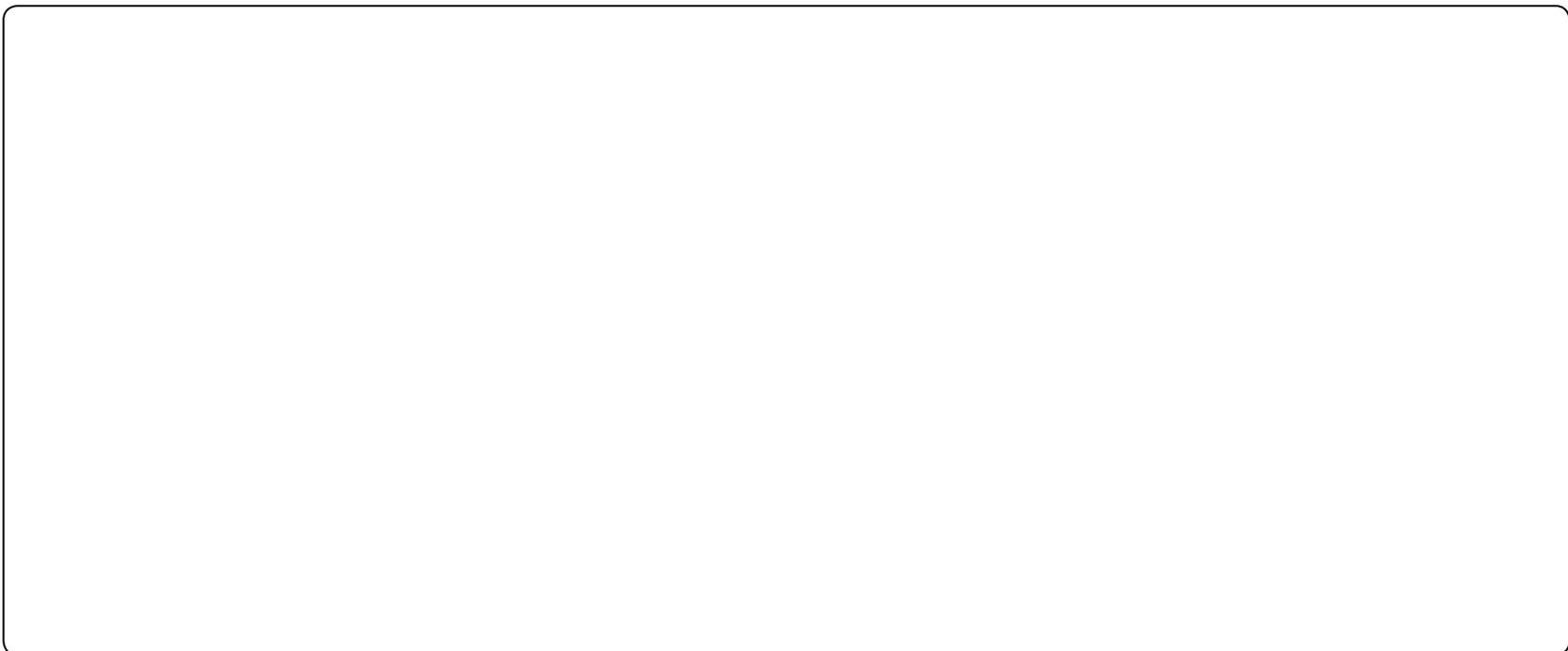
と 投与量 過不足ないか 気をつけて

投与過多は肥満によるデメリット(心臓や関節への負担、カテーテルのサイズ不適合など)、不足は栄養不良によるデメリット(全身状態の低下によるトラブルなど)が生じる。定期的な栄養評価で適正な必要量を投与しなければ、胃瘻のメリットを發揮できない。



ほ ボタンにチューブ、バルンにバンパー、カテーテルは4種類

それぞれのカテーテルの特徴と、患者の活動性や介護環境を考え合わせて、個々の状況に適したカテーテルを選択することが、快適な胃瘻ライフの第一歩。交換方法も異なるので、慎重に選択されるべき。



NST
レポート

金沢・在宅NST研究会発足

報告



この度「金沢・在宅NST研究会」を立ち上げ、平成十六年九月八日にその第一回を開催しましたので、報告させていただきます。

まずは、その設立趣意書をご紹介しますが、正直に申しますと本紙の「在宅医療の現場から」第九回に掲載した後半の内容そのままです。この「いよいよ在宅NST」の原稿をしたためていた時点では、まだ全くの夢物語だった「在宅NST」が、思い立った一ヶ月後にはすでに第一回の研究発表会を終えていたわけですから、われながら何ともはや強引というか、本当に周囲の皆さんにはご迷惑のかけっぱなしです。紙面を借りてお詫びを申し上げるとともに、ご協力への厚い感謝の意を表します。

「金沢・在宅NST研究会」設立趣意書

NST (Nutrition support team)

近年、栄養管理をキーワードとした多職種によるチーム医療が、病院医療の質を上げることが知られています。しかし、どんなに素晴らしいNSTの効果も上げたいとしても、昨今入院期間は短いわけですから、それが退院後に継続されなければ何の意味もありません。

一方、在宅で「胃ろう栄養」の患者さまをみておられますと、決められた栄養が入ってまいりますので、栄養療法の効果が「端的」に感じられます。体重が増える、褥瘡が良くなる、呼吸状態が良くなる、リハビリテーションがすすみ、うまくいけば再び口から食べ



満員の会場は嬉しい誤算

るようになる方も少なくありません。まさに栄養療法が在宅医療においていかに大切であるかを如実に物語ってくれます。

しかし、考えてみれば、脳卒中の仮性球麻痺や恒久的な嚥下障害を除けば、高齢者の蛋白質・エネルギー低栄養状態(PEM)はもう少し早く何らかの介入ができれば、胃ろうにまでしなくてよかつたケースもあるのかもしれない。歯科医が往診して入れ歯を治す、歯科衛生士が口腔ケアを、言語聴覚士が摂食嚥下のリハビリテーションを行い、栄養士が栄養摂取量を評価し、食べやすい食事を工夫する。そしてかかりつけ医、訪問看護やヘルパーが同じ視点で関わることによつて、在宅医療が快適なものとなる。何よりも「年寄りに栄養はいらない」などといった意識を変え

るべく、地域住民に対して啓蒙していくことも大切かもしれない。今まさに地域における多職種のチーム医療「在宅NST」を立ち上げる機運が盛り上がりつつあるように思います。NSTという、病院との「共通言語」を持つことによつて、「病院医療と在宅医療がリアフリー化」し、地域医療が栄養で支えられる「日が遠くないことを願ってやみません。

以上が設立趣意書です。この会ではセミクロースドであり、日頃なにかと患者さんのことでご相談させていただいているクリニックや病院の先生方、訪問歯科の先生方、訪問看護ステーションはじめコメディカルスタッフの方々に声をかけさせていただきました。ですから、こじんまりした「顔の見える」会にして、お弁当でも食べながら二十人くらいで在宅栄養に関する四方山話でも…と呑気に構えておりましたところ、段々と話が大きくなり「五十名を下らないのでは」と慌て出し、なんと研究会当日はどこで聞きつけたか、予測をはるかに超える九十名の参加者がありました。広めの会場を用意してありましたが、座席はひっそり、お弁当は足らなくなるので、このテーマに関する皆さんの関心の高さをひしひしと感じながら、うれしい悲鳴を上げておりました。

世話人の構成メンバーを見ると、その会の目指す所が一目瞭然だと思ふのですが、歯科開業医二名、歯科衛生士二名、言語聴覚士二名、管理栄養士二名(クリニックと大病院)、薬剤師(調剤薬局)二名、医科開業医十一名、そして病院勤務医九名です。

第1回「金沢・在宅NST研究会」プログラム

期 日：平成16年9月8日(水)午後7時20分～9時10分
会 場：ホテルイン金沢 3Fダイヤモンドルーム
金沢市堀川町1番10号 TEL (076) 223-1111

- 1) 情報提供 経腸栄養剤の最近の話題
大塚製薬工場 学術部
- 2) 会の発足にあたって 一なぜ今、「在宅NST」なのか?
小川医院 院長 小川 滋彦先生
- 3) 在宅でのPEM (Protein energy malnutrition; 蛋白質・エネルギー低栄養状態)への対応(1)
一管理栄養士が訪問して経口摂取を保っている咽頭癌の一例(胃ろう導入を目前にして)
金沢調理師専門学校 非常勤講師 手塚 波子先生
小川医院 院長 小川 滋彦先生
- 4) NSTとは何か 一北陸病院におけるNSTの取り組みと実践
KKR北陸病院 内科 増永 高晴先生

共 催：金沢・在宅NST研究会
大塚製薬株式会社
株式会社大塚製薬工場
明祥株式会社

最後の勤務医というのは、金沢市の各基幹病院からNSTのチエアマン(責任者)の先生方を一名ずつ出していたので、考えてみれば随分いたくな話です。そして、本会の三十分前に第一回世話人会を開催し、筆者を代表世話人にご選出いただきました。実は、この世話人会の人選には大きな「仕掛け」がしてありまして、これこそ「都会型」地域連携のモデルケースだと言えるのです。と申しますのは、基幹病院を中心にとままとつていけるような地域であれば、NSTは病院から発信していけば良いのですが、金沢市のような医療過密地域では、たとえば開業医がどこかの病院と連携を組もうと思つても、患者さんはその病院に行つてくださるとは限らない。救急車を呼んでも、今回お声かけをした九つの病院のどこへ運ばれるか分からないわけです。だから、私のような開業医、かかりつけ医が中心になってNSTを発信し、そこに病院が乗つて下されば、各病院が個別に開催

する病診連携オープンカンファレンスそれぞれに参加しなくても、この分野に関する会は一回で済むのではないかと、大胆にも考えたわけです。日頃たいへんお世話になっている病院を相手取つて生意気の極致ですが、ここは「町医者」は病院に負けない! (PDN発刊の著者だと思つて大目に見てやつていただきます)。

当日のプログラムですが、共催の大塚製薬工場からの情報提供の後、筆者が「会の発足にあつて」と題して設立趣意書の解説を、続いて当院の管理栄養士・手塚が訪問栄養指導の実例を紹介し、最後に北陸病院NSTチエアマンである増永高晴先生より同院のNST取り組みを通して、病院NSTの実際を分かりやすく、ご講演いただきました。さらに閉会のごあいさつとして、金沢大学医学部心肺総合外科・大村健二先生より当会設立に対する期待を込めた熱いメッセージを頂戴しました。

今後は、日常診療における栄養の問題に対して病院側・在宅

側として各職種が共通の認識を持つことができるよう、年四回は開催して密に顔を合わせたかと思つています。最初は何かかわけもわからず集まっていたいたわ

けですが、これからは立場の違いによる意見がぶつかり合うこともしきつとあるでしょう。しかし、そのような議論を通じて本当の「患者中心の地域医療像」が皆で

イメージできて、なおかつ実現できれば素晴らしい!と夢みております。
(文責:代表世話人・小川滋彦)

インタビュー

第2回 三重NST研究会学術集会 — 松阪フォーラム —

11月6日、松阪「コミュニティー文化センター」で、第2回三重NST研究会学術集会が開催された。一般の参加者40名ほどを含む、約250名が集まった。

各医療機関からのNST活動報告に続いて行われた特別講演は小川滋彦先生の「NSTって何?地域で健やかに生きる権利『栄養』を保障すること」。これは市民公開講座として誰でも自由に参加できるので、質疑応答では一般の方も積極的に手を挙げていた。演者が小川先生であつて、ご家族の胃ろうの写真を見せて質問する姿も。

本研究会の顧問である藤田保健衛生大学外科学・緩和ケア講座教授の東口高志先生は、かねてより厚生労働省にも働きかけ栄養療法、栄養管理の重要性とメリット、それを実施するためのNSTの普及に力を注がれている。その普及活動目標として、「市民と一緒に栄養療法を日本の医療の中にとりこむ」ことは、厚生労働省企画官からの指導要綱のひとつになっているそうだ。

NSTを成功させるには 一般市民の理解を

NSTで何が変わるか

「NST発足以前は、中心静脈栄養が多く、栄養療法に関する治療方針が立っていませんでした。その結果入院日数も長期化し、患者さんにも病院にもデメリットがありました。こういう点を是正し栄養管理を向上させるために、必要投与カロリー」の提案



清水敦哉先生

や胃瘻の管理も含めてNSTがアドバイスさせていただいてます。褥創や嚥下リハビリのチームとも連携しているので、全般的に栄養管理については向上したのではないかと思つています」と、代表世話人の清水敦哉先生(済生会松阪総合病院・内科)。

東口先生も「栄養療法の導入およびその正しい適応についてNSTが取り組み、その結果を明らかにすることで、まず、今までの医療の見えなかったマイナス部分が明らかにされました。次に、それを改善していくためにNSTがどのように取り組んでいるか、そのこととどんなメリットが生まれるのかも明らかに



東口高志先生

なってきました」とNSTの成果をあげられた。

病院と地域をつなぐパイプ

この地域でも、院内環境と退院後の療養場所との環境の格差は大きく、退院後、栄養状態の低下が全身状態の悪化を引き起こし再入院される方が少なくない。栄養管理は地域連携ができていないと、患者さんにとつての良い状態を維持し改善していくことは難しい。

胃瘻の正しい理解や管理法も含め、栄養管理における地域連携を進めていくために、研究会開催時には、近隣施設に参加を呼びかけたり、院内のNSTの講演会の講師を開業医の先生にお願いしたり、病院と地域の連携が途切れないように工夫されているようだ。



一般の方も参加

栄養管理は 食事と医療の接点

公開講座を通して行つていきたと思ひます。
市民の皆さんの認識というのは、良いNSTが育つための大切な要素になるでしょうし、おそらく病院をも変えていく力になつていくでしょう。そういう意識を持つて、これからは医療を提供する側と受ける側、それぞれの意識を高めていくNST活動を進めていきたいと思います」と清水先生。

NHKの特集番組でもNSTが取り上げられるようになり、市民の栄養療法に対する関心は、今後ますます高まつていくと思われる。その二一スに込めるべく、一般市民向けの情報も増えていくことだろう。

その結果、病院は市民の判断によつて選択されるようになるので、選ばれる病院を目指した医療の質の改善、NSTの導入にもつながる。これは、患者、病院そして国にとつてもメリットのあることだ。

「市民の皆さんが関心を持つようなテーマとして、『医食同源』があげられると思ひます。薬の効果にあたるものを食の中に求め、それで治してきた歴史があるのだから、当然医療の中にもその概念は必要ではないか、ということとで栄養管理に結びつきます。

生活・健康を守るものとしての食事と医療との接点、これは一般の方にもわかりやすく関心のあるテーマとして、今後さらに話題にのぼつていくのではないのでしょうか」と東口先生も語る。

次回の市民公開講座が待ち遠しい。
(岡崎佳子)

僕の胃瘻は

リハビリの友

PN (名古屋市在住) 30歳

バイク事故による脳幹損傷・嚥下障害などにより、入院中に胃瘻造設・交換を経験。胃瘻の使用期間は約一年、退院時に抜去。現在は在宅にてリハビリ中。

僕は特殊?

はじめまして。僕(現在30歳)が胃瘻を使っていた時のお話をします。

僕は平成14年7月にオートバイの単独事故で病院に運ばれ、50日近く意識不明でした。医師が言うには、怪我した場所から生存していることが不思議らしいです。ただ、事故で脳挫傷を負い、その時の後遺症で嚥下障害は極めて多数の障害とつきあっており、現在車椅子生活です。

入院中に胃瘻を造り、入院期間終了当日に胃瘻を取りましたので在宅になつてからの経験はありません。現在は100%口から



おへそ?いいえ胃瘻の跡です。

胃瘻を造った訳

胃瘻造設の話が出たのは、僕の意識レベルが改善、安定し、理学療法(PT)のリハビリをベッドで受けていたときです。この時は薬などの点滴を左鎖骨付近から、栄養は鼻からチューブで入れてました。

『口を開けて、舌を出してみろ。アツカンペーをするみたいに』と言われ、やってみました。次の日は言語聴覚士(ST)もやってきて、前日と同じことを言われました。その時、舌の伸びはほとんど無かったです。以降STのリハも加わり、僕はなんでこんなことをするのか疑問に思い聞いてみました。すると、舌が筋肉で食べ物をお腹へ送る時に、いろんな臓器が微妙なバランスで働いていること、僕の場合はその

バランスが崩れていることを説明され、リハを継続してました。しかし、鼻から入れているチューブが喉を刺激して痰や唾が出る。上手く飲み込めない。むせるの繰り返しでした。後で分かりました。誤嚥による肺炎を起こしていたようです。今となっては想像もつきませんが、痰や唾を吐き出し受け取るのにティッシュを使うことを使うこと...

そんな時、胃瘻の話があり、胃瘻とはどのようなものか、またそのメリット・デメリットについて説明がありました。造設するとなれば、手術ですから当然同意書を書かれます。(こういう時によく思うのですが、〇〇病院はいいとか悪いとか聞きません。しかしそれは本人の経験では無く身内や人から聞いたなどが多いです。仮に病院に運ばれた人が亡くなると、あそここの病院は殺されるからいやだ、などと口にする人がいますが、僕はそういう事を言うのはおかしいと思います。自分が医師で治療が出来る立場の人が言うなら説得力がありますが、そうでない人が不必要に騒ぐことは、他の人に迷惑だと思えますし不安を煽るように思えてなりません。見て、治療を受けて、もし比べる事が出来るのなら、それから口にしてほしいです。)



バルン・チューブ型カテーテル

胃瘻を使ってみると...

胃瘻を造設してすぐには使えません。白湯からスタートし、初めて胃瘻を通し栄養剤を入れた時は下痢を起こしましたが、これはほんの数回程度で、栄養剤を入れる時間や種類を変えたらそれは

全く無くなりました。その後すぐに1回目の転院でした。10月の頭です。リハビリ主体の付属病院で、消化器専門の科は無く一般的な内科、外科などしかありませんでしたが、胃瘻の認知や経験もあり主治医、看護師、リハビリ担当、何も問題なく過ごせました。事故から約4ヶ月間、ずっとエアーマットを敷いたベッドに寝たきりで(幸い褥創は出来ませんでした)、栄養投与の時もベットを30度ぐらいに起こして注入していました。ここで本格的リハビリが始まると、つくづく胃瘻を造って良かったと思えました。邪魔になるチューブ等が顔などに無い上、見栄えが良いし、何よりリハに集中できます。いろんな事を気にしなくていいのは助かりました。また毎日胃瘻部分のチェックをした上で、入浴も本当に久しぶりに出来ました(140日間くらい、ベッド上でタオルで拭いてもらうだけ)。この病院では嚥下の検査も受けました。病院ではVFとよんでました。レントゲン室で造影剤を使い口に入れたものがどう動くか何処に入って行くかを見るのです。結果は散々なもので、検査自体早々に中止、口に入れたものがほとんど気管の方に入っていく状態...。それから暫くひたすらリハビリの日々です。一生懸命リハをしていたら体重が減ってきてしまいました。原因は摂取カロリーの不足でした。主治医の読み以上に僕の身体に筋肉が付きエネルギー消費が大きいようでした。栄養を増やして対処したら体重減少は無くなりました。摂取カロリーをコントロールしやすいのも栄養剤を使用する利点です。年明けの2月頭に2度目の転院

をしました。この病院では特に嚥下の検査は無く、STのリハビリを受けてきました。また在宅介護を視野に入れ、家族は胃瘻の取り扱いなど看護師から指導を受けていました。ここで少しづつ声が出るようになってきました(事故以来発声が弱くなっていた現在でも普通の人の声の大きさは出ません)。この病院でもまた体重が減り力ロリーを増やしました。以前と同じ原因です。燃費の悪い身体だ。

継続は希望につながる

15年のゴールデンウィーク明またまた転院で前に居たりハビリの付属病院に戻りました。声が以前と比べ格段と(普通に聞いたら虫の声ですが)出るようになり、すぐに嚥下の検査がありました。前回は散々な結果でしたが、今回は結果が良好で、1日にまずペースト食1回、制限時間20分監視付のもと、口から摂取が始まりました。はつきり言って「感動」です。初めは完全は無理だったので、不足する力ロリーは胃瘻から入れていました。徐々に完全食が出来るようになり、1日1回だったペースト食も1日2回に、その後朝、昼、晩と3回の食事になっていきました。また口腔ケアもそれまではガーゼにインジンを液をしめらせ、掃除してもらっていました。歯ブラシで自分で行うようになっていきます。

胃瘻も使いながらSTリハ

胃瘻を取り外す前は、1回につき大体500〜600ml(多少白湯を混ぜる)の栄養剤を20〜30分に入れていました。看護師が投与速度を調節していましたが、自分で注入するスピードを上げていきました。早く落としても全く体調に変化は無かったです。よく「お腹こわすよ〜」としかられませんが、栄養剤を入れている時は動けないので、それが苦痛?だったのです。この時は車椅子に座ったの注入でした(この病院の特徴として、特に身体の不調が無い限り、極力車椅子に座らせません)。

胃瘻は一度交換手術をしました。交換の理由はチューブがへたってきたこととチューブの中に栄養剤の力が溜まり不衛生になってきたこと。当然詰りが出てくるので栄養剤の落ちが悪くなります。交換は15分弱ですぐに終わりました。内視鏡などいれなくてもいいので、身体への負担はほとんど



ありませんし、交換したその日から使用出来ます。ただし、交換の直前の栄養剤は逆流防止の為に食でした。入院期間が1年と40日、転院4回、4つの病院でリハを受けました。同じ病院に2回入院したのが最初と最後では全然様子が違うと驚かれました。STリハの内容は4つの病院共に異なりましたが、舌を前後左右に動かす。舌を伸ばす(自分で出来るだけ伸ばす)、言語療法士の道具で引張る、という口の運動は共通で継続しました。それから喉の奥を刺激してゴクソンの反復練習「ば・た・か・ら」と発声する(これは舌の運動。すべて舌の動きが異なります)、首周りの筋力強化などを繰り返して行いました。

今、胃瘻に頼らない食生活

嚥下障害では、一番飲み込みにくいのが「水」です。喉から二気にお腹に入りますが、その過程で気管に入り誤嚥を起こします。そこで、胃瘻が取れた現在でも、水分には「トロミ」をつけています。ゼリー状の物が摂取しやすく、スポーツ飲料タイプの物が市販されています。気をつけなければならぬのは、

細くなるもの(ゴロッケのパン粉部分やオカラなどは喉につかえやすい)や、極端に刺激のあるもの(酢のものや極端に辛いもの)、こんにやく、はんぺん、イカ、タコなど口の中で噛んでも形があまり変わらないので、餅類などで、これは飲み込むときに注意が必要です。また炭酸飲料にはトロミがつかないで、ビールやサワーなどは危険です。しかし最近某コンビニが発売したシャーベットのような物がアルコールを摂取出来ませんでした。退院して1年になります誤嚥による発熱等は起こしていません。点滴↓鼻からのチューブによる栄養剤摂取↓胃瘻による栄養剤摂取↓胃瘻からの栄養剤とペースト食の併用↓ペースト食↓胃瘻除去↓水分以外普通食、で今に至っています。嚥下障害を負い、口から食べられる事のありがたさを痛感しました。約1年、口から摂取していませんでした。以前は偏食が多く、本当に食べ物の好き嫌いが多かったのですが、今はほとんどの食材を口に入れられます。僕はラーメンが好きだったので、麺にスープが絡んで危険だと言われましたが、今では食べられます(普通にすするのは無理ですが)。また、ガムも口に出来ます。もちろん噛んでいると唾液がでますが、十分注意して飲み込むので、むせる事はほとんどありません。この1年を「たった」と考えるのか「1年も」と考えるのか。なんにしろ口から摂取出来る自分は幸せです。今の問題は、水分が多い食物(最近だとナシ、西瓜、油揚げ)を食べると、鼻から水分が垂れてしまう場合があることです。まあ、原因はわかっていますから。また、栄養剤の時は力ロリーの調節が簡単でしたが、過剰に栄養を摂取しないように甘いもの誘惑には我慢など調節が必要です。肥満化がオソロシイので...

以上、かつて胃瘻を使っていた僕からの体験談でした。

PDN広場

ご協賛・ご支援、誠にありがとうございました。
匿名 1万円
Y.M.様 シール貼り協力

編集後記

早いもので、また新しい年の始まりです。読者の皆さんは、どんな抱負をお持ちでしょうか?

本号で取り上げたNST(栄養支援チーム)が一般市民の間で理解され市民権を得られますように。PEG症例の増加が、造設後のトラブルに苦労されている方の増加になりませんように!

新連載「いろいろのいろは」も患者・家族バージョンを募集しています。これだけは分かってほしい!という事柄をカルタに託してご応募ください。

本年もどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

(編集部 岡崎)

登録医療機関へのお願い ~「PDN通信」定期購読について~

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

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

- ◆一般の方も購読頂けます。
配布部数 1部×4回 年間購読料 1400円
(消費税、送料を含みます。)

- ◆お申込・お問い合わせは事務局まで・・・
TEL: 03-6228-3611 FAX: 03-6228-3730
- ◆ホームページからもお申し込みいただけます。
<http://www.peg.or.jp/>

