

胃ろう(PEG)と栄養の情報紙 PDN通信

第3号
2003 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
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 在宅医療の現場から③
- 4面 地域連携カンファレンス②
- 6面 小児の在宅生活支援
- 8面 栄養教室③
- 10面 PDN 談話室 Web セミナー②
- 12面 介護施設東西南北②
- 14面 わたしのまちの病院③
- 16面 訪問看護最前線②
- 17面 患者・家族体験記③
- 18面 海外 PEG 事情③
- 20面 医療機関リスト

2月13～14日 in 盛岡

第18回

日本静脈経腸栄養学会開催 研究と教育のバランスは永遠の課題



学会初代理事長 小越章平先生(高知医科大学副学長)
今年度での退任にあたり特別記念講演が催された

第18回を迎えた日本静脈経腸栄養学会(Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition: JSPEN)は、1999年、研究会から学会に発展的移行をとり、現在の会員数は2000名を超えている。今回の会長は、岩手医科大学第一外科教授・齋藤和好先生。

外は時折雪が舞う中を、盛岡駅をまたいで、座長も演者も聴衆も、足早に会場移動に追われた2日間であったが、1800人もの会員が集い、熱い討論を繰り広げた学会であった。

わが国では海外諸国に比べ、NSTにみられるようなチーム医療やコメディカルの参加という認識が立ち遅れていた。しかしここ数年、若手の医師や管理栄養士らが中心となって、コメディカルがチームの中でその専門性を活かして患者の栄養治療に関することの有用性(治療上のメリット、患者中心の医療という意識の啓蒙など)や、NST稼働による実績について、様々な学会・研究会で報告されるようになってきた。

それを受け、わが国のコメディカルに臨床栄養教育および栄養治療への参画を呼びかけ、その支援プログラムの企画と実施が、初代理事長小越章平先生(高知医科大学副学長)の下、学会主導で立ち上げられてきた。

NST導入の実際と成果 合同シンポジウム

1. 当院のNSTとその成果 (敬称略)
丸山道生(都立大久保病院 外科)
2. 栄養士を中心にしたNST導入の実際と成果
吉田祥子(宮崎社会保険病院 栄養課)・他
3. 大学病院における全科型NSTの可能性
藤井映子(課安房医科大学附属病院 栄養管理室)・他
4. 急性期病院での全館稼働型NSTの実際
浅田康行(福井県済生会病院 外科)・他
5. 当院におけるNST活動について
佐野涉(上都賀総合病院 外科)・他
6. Potluck Party Method を用いたNSTの導入と活動現況
室井延之(赤穂市民病院 薬剤部)・他
7. 尾鷲総合病院NST&CP Complex (NCC) の設立とその後の展開
川口恵(尾鷲総合病院 NST&CP Complex)・他
8. 当院NSTにおける臨床検査技師の関わり
北西朱美(聖隷浜松病院 NST)・他
9. 鈴鹿中央総合病院NST活動と今後の展望
安井美和(鈴鹿中央総合病院 看護部・NST)・他

学会のNSTプロジェクトに参加し、自らの勤務病院にNSTを導入した医師や栄養士からの現状報告、また、すでにNST稼働の実績を持つ施設から導入と課題として、NST発足からの経年数、職種の異なる方からの報告があり、これらからNSTに取り組む者にとつては大変有意義であった」といふ書き添えられており、いか

に栄養がすべての治療の基本として重要で、すべての職種に係るかが参加者の熱気からも伝わってくるシンポジウムであった。

医学の進歩のためには研究がもちろん必要だが、同様に臨床現場のスタッフへの教育面にも力を入れていく本学会は、今後益々発展・進化していくであろう。

※NST=Nutrition Support Team
栄養管理チームの略(関連記事8面)
※コメディカル=Co-Medical
医師とともに医療を実践する職種(チーム医療を構成する職種)

臨床栄養士の活躍に期待

NST設立の機運の高まりは、同時に栄養士の役割、臨床現場における栄養士のポジションを、より明確にしていきたい。

一般口演では、術前の栄養状態を良好に保ち、術後の合併症を防ぎ、免疫力をアップさせるためにも、適切な栄養管理が重要である、との栄養士からの発表が多く聞かれた。

疾患・症状別食事指導のみならず、嚥下が困難な患者への経口摂取指導における栄養士の役割と責任は大きい。PDN代表理事の鈴木裕医師は言う。

「栄養士さんの持つ専門的な知識や技術を最大限に患者さんのために活用するには、個々の患者さんに対する指導の専門性が、医師と同じくらい要求されるかもしれない。例えば食道癌、胃癌等の術後栄養指導には、その術式や残存部位のサイズがミリ単位で影響を及ぼすこともありま



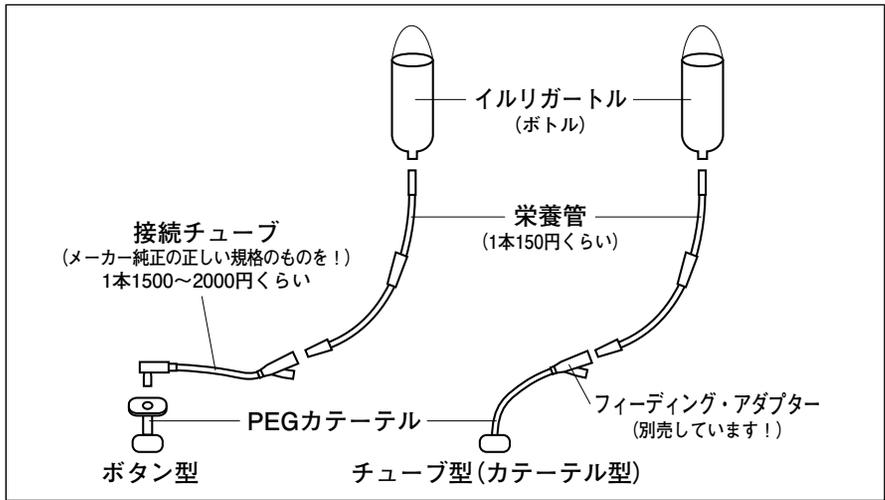
合同シンポジウム 座長・コメンテーターの先生方

第19回日本静脈経腸栄養学会 会告

- 会 長: 高木洋治(大阪大学医学部保健学科 母性・小児看護学講座)
- 会 期: 2004年1月29日(木)～30日(金)
- 会 場: 大阪国際会議場(グランキューブ大阪)
〒530-0005 大阪市北区中之島5-3-51
TEL:06(4803)5555 FAX:06(4803)5620
- 学会事務局: 大阪大学大学院医学系研究科小児外科講座 山東勲弥
〒565-0871 吹田市山田丘2-2 D-6
TEL:06(6879)3756 FAX:06(6879)3759

備品はそろっていますか？

図1. 必要物品はそろっていますか？



第18回日本静脈経腸栄養学会各会場から

NST・栄養評価・栄養管理・カテーテル管理・静脈栄養・経腸栄養・経口摂取・症例報告など、一般口演は25のセッション196の演題が各会場に分かれて発表された。

その中の症例報告4のセッションから、「NSTと褥瘡チームとの連携」(JA府中総合病院看護科・NST 石川美代子さん、他)を紹介したい。

症例は80歳の女性。クモ膜下出血後遺症、遷延性意識障害の

一般口演から

「NSTと褥瘡チーム」の連携

ため、経鼻経管栄養がなされていた。褥瘡治療およびPEG目的で来院、入院後、褥瘡治療は褥瘡

チームが、栄養補給面はNSTが介入した。PEGについては適応外と判断、PEGを施行。その後もNSTによる栄養評価、栄養管理がなされたにもかかわらず、

さて、患者さんご家族の信頼を得るための努力は本当に小さなことの積み重ねです。備品のチェックから始めましょう(図1)。まず、栄養剤は

ボタン型PEGカテーテルには、必ず「メーカー純正の正しい規格」の接続チューブを使いましょう。病院から退院する時にもらっていないのでしょうか？ 栄養管をボタンに無理やり直接ねじこんで使っている患者さんがいらつしやいました。外部パ

ボタン型の接続チューブは正しいものを

しいものに替えていきましよう。栄養管はできることなら誤接続防止の先端が太いものがベターですが、その先端はPEGカテーテルの蓋をまくつたら、うまく接続できるかどうか確かめてみてください。おっと。誰ですか、ボタン型に栄養管を直接差し込もうとしているのは？

のを流用していたり、規格の合っていないものを差し込んでいる方もいらつしやいました。それから、交換時期を過ぎ、とても汚れた接続チューブ：前回、PEG在宅管理の第一

逆流のリスクも軽減し、褥瘡も改善、良好な結果を得た。

褥瘡治療のために栄養補給は適切に行われる必要がある。しかし、栄養投与時のギャジッ

プにより、褥瘡の原因ともなる圧・ずれが避けられず、そのため褥瘡の治療が遅れる。そういうシレンマの中で、栄養チューブの留置位置の変更が

か。そういえば、ある病院ではこの接続チューブを毎食使い捨てにしていたそうです。やめてください。胃ろうの備品は、食事にたとえれば「食器」です。食事のたびに茶碗をすすっていたのでは「環境破壊」です。そのためにも、PDNご用達の専用ブラシが要りますね！

このようにエンド・ユーザーの立場で、「そろばん」をはじめながらやるのが、「在宅医療の現場」なのです。次号は、前回お約束していた「だから摂食・嚥下のリハビリテーション！」他をやる予定です。

改めて、NSTの関わる領域の広さと奥深さを感じた。

※ PTEG：経皮経食道胃管挿入術。頸部食道ろうからの栄養投与によって経腸栄養を行う。胃全摘術後などで胃ろうが造れない場合に施行されることがある。

左頸部より超音波ガイド下に食道を穿刺し、栄養チューブを留置する方法。咽頭より下で留置するために、咽頭不快もなく、誤嚥の危険も少なくなる。

地域連携カンファレンス②

茨城

PEGの受け入れは
PEGの理解から

医療法人惇慈会日立港病院(日立市)院長 末永 仁



はじめに

茨城県日立市は人口19万人の、日立製作所を中心とした、企業城下町である。公立病院がなく、日立製作所日立総合病院(日病)が地域の中核医療を担っている。日病を中心にしたいわゆる『病病連携・病診連携』は、日病、医師会とも積極的かつ友好的であり、非常に上手く進んでいる。在宅医療

PEGとの強烈な出会い

8年ほど前になるが、消化器外科医として数例の開腹胃ろう造設の経験しかなかった私にとって、PEGの第一印象は、開腹胃ろうが犯罪行為に思えた程、強烈であった。当院はいわゆる老人病院であり、嚥下困難、摂食不良、栄養状態の悪化による重症の褥瘡等には事欠かない状態であった。PEGを行なってみると、全身状態の改善に伴って嚥下訓練が進んで経口摂取可能になったり、褥瘡が改

「うちの施設では
引き受けかねます」

ある日、市内の介護系施設から、一人の患者様の紹介を受け

た。生まれつきの精神発達遅滞がある方で、脳梗塞後遺症を伴

い、嚥下障害を生じた方であった。誤嚥性肺炎を繰り返す事から、管理医がPEGの適応と判断し、当院に転院し胃ろうを造設した。退院可能なレベルになったので、受け入れの準備をお願いしたい、という申し入れに、『当施設では胃ろうの患者様は受け入れませんので悪しからず』という思いもかけない返事を頂いた。施設に対してPEGの利点、欠点、優位性、取扱いの容易さ等を事細かにお話ししたが、「そうですか、それはいいです

地域連携のカギ
看護・介護・事務職への啓蒙

昨年夏、日立市を中心に、医師、看護師、ヘルパー、事務職を対象とした第一回PEG勉強会を開催してみた。120名の参加者を得たが、約100名が看護師、ヘルパーで占められていた。PEGとは何か、何故行なうか、利点・欠点は、等を解説しアンケートを実施した。その結果、胃ろうへの関心の高さに反して、理解度の低いことがうかがえた。また、各職種間の医学知識レベルの違いから、「不十分だ」「理解できない」と相反する声がかかれた。

いすねえ。それでもうちの施設では引き受けかねます」と言うものだった。『知らないものは引き受けられない』のである。ちなみにその施設の看護サイドでは、PEGの受け入れには異論はないという事であった。

受け入れる側も
分からないことだらけ

更に、「この会は、施設にPEG症例を受け入れさせるためだけに行なわれたんですね」と

第一回勉強会に参加した看護師の内75名がアンケートに答えて下さった。現在PEGの看護を行なっている方が48名(64%)、今はないが経験のある方が6名、経験のない方が21名であった。看護されている方の

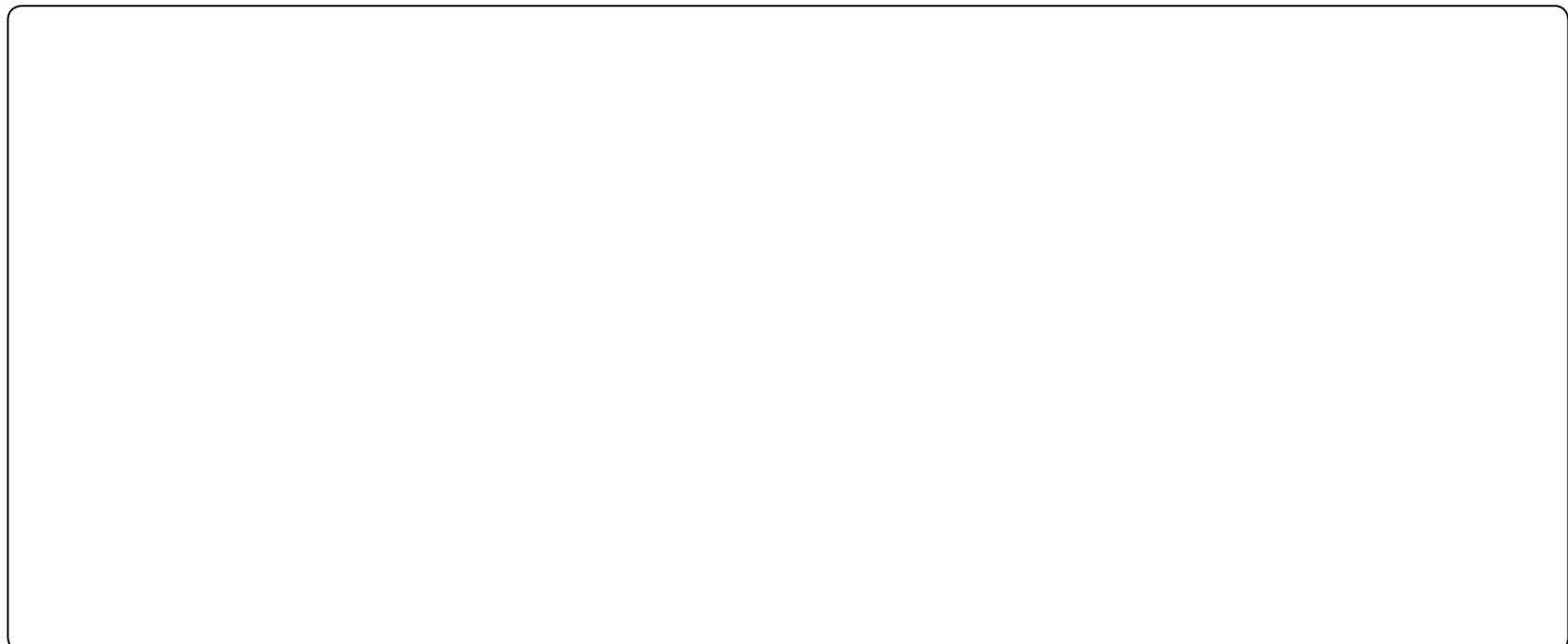
受け入れ先がなければPEGの将来は開けないではないか。何とかしなければいけない。在宅症例検討会の座長をされている齋藤義雄先生のお力をお借りして、コ・メディカルを含めた胃ろう(PEG)勉強会を開催することにした。

このまま第2回目の勉強会を行なっても誤った方向に進みかねない。折角非常に高い感心を持って頂いたのだから、何とかでも継続していきたい。

いかに優れた栄養法であつても、受け入れ先がなければPEGの将来は開けないではないか。何とかしなければいけない。在宅症例検討会の座長をされている齋藤義雄先生のお力をお借りして、コ・メディカルを含めた胃ろう(PEG)勉強会を開催することにした。

こうして本年1月22日にはヘルパークラス(参加者約130名)、23日には看護師クラス(参加者約80名)と分け、第一回日立市胃ろう(PEG)勉強会の基礎講座を、日立市医師会の主催で行なった。鍼灸師、事務職、理学療法士、介護福祉士等も参加した。

ちなみに、勤務体系の問題で参加できなかったスタッフのために、同内容で第二回、第三回も開催した。まず知識を標準化してから上乗せを図り、実践クラスも並行開催して行く予定である。





第1回日立市胃ろう(PEG)勉強会

看護する上での悩みを聞いた所、チューブの交換法、交換時期に関するものが13名(35%)、抜去事故時の対策が11名(30%)、消毒法、チューブ内腔の汚染、嘔吐予防策についてが各々11%で、「トラブル時の相談先がない」という意見もあった。

チューブの交換は本来、造設した医師が交換時期を把握し、指示すればよい。消毒は施設に移った頃には既に不要な症例がほとんどであるが、必要ならば、入浴後に簡単な消毒をしてくれるだけではないと思う。そういうアドバイスさえ受けられる環境になかった、ということを示す回答といえるだろう。

ヘルパークラスのアンケートでは、81名中79名(97%)が現在又は過去においてPEGの介護を行っており、最も多い悩みは『どこまで手を出して良いかわからない』ということであった。どこまで手を出すかは、その施設、施設で条件が異なるので一概には言えないのが現状である。

このように、胃ろう造設後の受け入れ体制や、施設に移ったあとのケアに関するフォロー体制は十分でない事が分かった。しかし、施設全体のPEG症例を一人でカバーするのは到底無理

最近では在宅症例を御紹介頂き、胃ろうを造設してお返しするケースも増えて来た。デイ・サージャリー(日帰り手術)としても可能であるが、私は、造設後3週間の管理が『そのPEGの人生』を決めると言っていると思うので、事情が許す限り、造設後3週間以降の退院をお願いしている。勿論、今の連携の成りゆきでは、十分な在宅での初期管理が行えるようになる可能性もあり、そうなればデイ・サージャリーも可能になると思われる。

最後に、在宅・施設PEGから見た今後の課題について一言。

病院入院中に医薬品タイプの経腸栄養剤を処方され、退院後もそのまま継続使用しているケースが見られたが、処方箋がいらず、自宅でも施設でも配達可能で、第6次改定・日本人の栄養所要量に準拠した(微量元素の強化・成分バランスの改良など)食品タイプをもっと見直して良いのではないかとと思われる。成分的にも医薬品タイプに遜色なく、多くのものが簡単に廃棄できる容器を使用しており、使い勝手が良いのである。使用時の混合や廃棄時の分別など手間のかかる製品は、『使って頂く』態度がみられず、淘汰されなければいけない、と言え

在宅・施設PEGを支える環境整備

そこで、将来的には各施設に数人ずつの、PEG熟練ナース、熟練ヘルパー(呼称は要検討)を作りたいたいと考えている。

その状況に応じて、これ以上は看護師又は医師に相談する、という判断ができるような、熟練スタッフの育成を進めていきたい。

また、保険の改悪で療養型病床群、老健施設ではキット交換が全て包括化されており、処置料も請求できない。バルーンタイプカテーテルの予期せぬ破裂による交換の度に、病院が11300円のキットを持ち出す事は現実問題として大きな負担であり、私は抜けない(=交換頻度が少ない)バンパー型への変更を行なっているところである。更にその交換時期を延ばせるよう、より一層チューブ類の品質や管理法を確たるものにしていく必要があると思われる。

在宅、施設の胃ろう造設後の患者様のサポートは、緊急時に即対応できる医療機関のバックアップと共に、日常生活に直結する製剤メーカー、食品メーカー、キットメーカーにも課せられた宿題であろう。

いずれにせよ、『PEGに流動食を注入するのは医療行為か否か』が云々されている間にも、確実にPEGの患者様は増加する一方である。今後も日立市のみならず、周辺市町村におけるPEGを取り巻く環境改善を図っていきたく考えている。

医師を対象としない勉強会を医師会レベルで開催して良いものか迷ったが、医師会と事務局が寛容に対処して下さっていることに、この場をお借りして深く感謝したい。

●どうしてますか？抜けたとき。

看護師、ヘルパーに共通して多い悩みが『抜けてしまった時の対処法』でした。抜けにくいカテーテルを使用するにこしたことはないのですが、ろう孔はピアス同様、放っておけば閉じてしまい、再挿入ができなくなるという性質がありますから、とにかく受診時までふさがらないように対処してほしいのです。

一般的には尿道バルーンなどの代用チューブを挿入しておきますが、私は、注射針のケースとハッピーキャス(留置型点滴針)の半透明のケース部分をとっておき、PEGの受け入れを開始していただいた施設に使用法を説明してお渡しています。

これは、造設後1ヶ月以上経過した症例に限りますが、注射針ケースで直径7mm、ハッピーキャスで直径9mmが確保されます。記録してある深さ以上、抵抗のない

方向に挿入してもらい、バンソウコウで簡単に固定する緊急対応用です。

今までの経験から、造設後1ヶ月以上経過し、しっかりしたろう孔が完成しており、抜去後6時間以内であれば、容易に再挿入できます。既に、造設後抜去4例にこの方法で対処し、無事に再挿入できています。

この方法をヘルパーさんが行なって良いかどうか、またまた議論の対象になるでしょうが、困惑しているだけではお話になりません。次のステップの勉強会では実際にこの方法をモデルを作って体験してもらい、ろう孔の性質を十分理解した上で対処して頂きたいと思います。

(末永 仁)



表1. 患児背景

No.	氏名	病名	手術理由・手術名	PEG	鏡視下	術式	手術時年齢	現在年齢
1	Y. Y	CHARGE症候群	経口摂取困難	○		内視鏡下胃瘻造設	2歳 2ヵ月	6歳 2ヵ月
2	K. I	先天性水頭症	GER		○	噴門形成術、胃瘻造設術	3歳	6歳 2ヵ月
3	D. Y	HIE	食道裂孔ヘルニア		○	噴門形成術、胃瘻造設術	2歳 6ヵ月	3歳 4ヵ月
4	F. S	HIE	GER	○	○	噴門形成術、内視鏡下胃瘻造設	4歳 5ヵ月	7歳 7ヵ月
5	I. O	Lenox症候群、CP	GER			噴門形成術、胃瘻造設術	2歳 5ヵ月	6歳 7ヵ月
6	K. N	14トリソミー	GER			噴門形成術、胃瘻造設術	16歳	21歳
7	N. F	HIE、球麻痺	GER			噴門形成術、胃瘻造設術	1歳 4ヵ月	5歳
8	A. S	HIE	GER		○	噴門形成術、胃瘻造設術	6歳 1ヵ月	7歳 1ヵ月
9	R. K	福山型筋ジストロフィー	食道裂孔ヘルニア		○	噴門形成術、胃瘻造設術	16歳 1ヵ月	16歳 7ヵ月
10	S. T	HIE	食道裂孔ヘルニア		○	Collis-Nissen	4歳 10ヵ月	5歳
11	S. K	多発奇形、精神発達遅延	GER			噴門形成術、胃瘻造設術	50日目	7歳 9ヵ月
12	S. Y	福山型筋ジストロフィー	食道裂孔ヘルニア		○	噴門形成術、胃瘻造設術	11歳 11ヵ月	12歳 2ヵ月
13	H. W	HIE、球麻痺	食道裂孔ヘルニア、短食道			噴門形成術、胃瘻造設術	7ヵ月	1歳 2ヵ月
14	J. K	CEA、先天性食道狭窄	GER			Collis-Nissen	5ヵ月	6歳 10ヵ月
15	R. T	HIE	GER		○	噴門形成術、胃瘻造設術	3歳 11ヵ月	11歳 1ヵ月
16	S. N	HIE	嚥下障害	○		内視鏡下胃瘻造設	16歳	16歳

HIE:虚血性脳症 CEA:先天性食道閉鎖 GER:胃食道逆流症

胃ろうから給食食へてみる!

医療的ケアは生活介護の一部

淀川キリスト教病院(大阪市)小児外科 塩川智司先生



従来、難病や障害を持つ子どもたちの生活は、そこに医療的ケアが必要であることを理由に、様々な制限を余儀なくされてきた。近年、そういった壁をなくそうとする動きが活発になってきてはいるものの、未だに「経管栄養法」は医療行為か否かが議論されているのが現状といえるだろう。

しかし大阪府の教育機関では、いち早く経管栄養法を含む医療的ケアは治療ではなく生活介護の一部であるとして、医療者の許可・指導の下で医療者以外の介護者が行うことを積極的に支援している。

大阪市東淀川区、淀川キリスト教病院では大阪府医師会勤務医部会、小児の在宅医療システム検討委員会に参画し、小児科・小児外科医師が医療的ケアを必要とする子ども・家族への在宅支援のサポートに努めている。

同院小児外科の塩川智司先生を訪ね、お話を伺った。

栄養管理の必要な子どもたち

当院でのPEG症例は今までに50例、その中で小児への施行は3例です。ほとんどの子どもが嚥下障害のほかGER、食道裂孔ヘルニアを合併しているため、腹腔鏡を使った鏡視下手術が開腹下での胃ろう造設が多くあります。現在フォローしている胃ろうをもつ子ども達は17名、虚血性脳症、先天性の神経疾患や染色体異常などが多いです(表1)。

学童期を含む小児期においては、成長段階における適切な

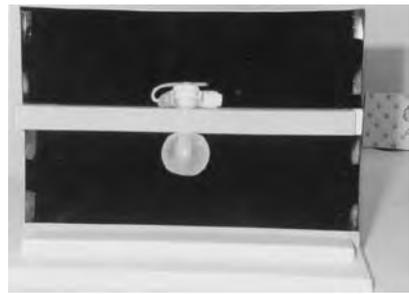


写真1. 胃ろうの説明用に作ったツール。お好みでバックのカラーが変えられる。

には胃ろうを勧めます。最近の胃ろうカテーテルは、素材もシリコンなど、体にやさしいですし、鼻からのチューブ栄養に比べ、管理が楽になったという方が多いですね。

ご両親は胃ろうと言われても、見るのも聞くのも初めてという方が多いので、胃ろうの説明には、カテーテルの实物をお見せして説明します(写真1)。ただ、当院には胃ろうにしている子どもたちも結構いますから、どういふものかを直接見せてもらったり、ケアの方法をお母さん同士でお話されたりしています。

在宅でのケアについての指導は入院中に何回か一緒にナース達と行ってもらい、手順を覚えてから退院ということになります。

退院後、在宅生活のフォローは、当院の訪問看護センターと、訪問診療をしてくださる地域の登録医の方にお願ひしています。1ヶ月に1回のペースで外来受診してもらい、カテーテル交換をしています。

私はボタン型バルーンを使って居るのですが、胃ろうに関するトラブルはまずありません。



写真2. 抜去後のバルーン型カテーテル。緊急用の予備として持ち帰る。お母さん「一度これのおかげで助かりました」塩川先生「それが役に立つようなことは、無い方がいいのですけどね…」

不安のない在宅生活のために

胃ろうに関して最初にお母さん達が悩むのは、医療的ケア・技術に対する不安からくる自信のなさです。そういう時はとにかく勇気づけてあげること、いつでも一緒にいるからなんでも相談してください、という安心感を抱かせてあげることです。

当院は幸なことに小児科医がたくさんいますので、24時間いつでも受け入れ体制をとっています。緊急時の受け入れとして24時間対応できることが、何よりも必要だと思えます。その次に経済的な不安もあるでしょうし、周囲に対する孤立

ん。家での投与時は、バルーンの内留置された後の交換は保険適用になりましたから、現在はほぼ1ヶ月で交換しています。それ以降、交換前のバルーン破裂などはほとんどなくなりまして、抜去したカテーテルは1ヶ月の交換だとまだまだ使えるくらいきれいですから、ご自宅で万が一破損した場合の予備として持ち帰ってもらっています(写真2)。毎月の交換が本人やご家族の負担にならないければ、カテーテルは新しくきれいなものがいいですね。

栄養教室 Vol.3

栄養管理はすべての治療の基本

「NSTって何？」

尾鷲総合病院外科・手術室 東口高志



NSTは栄養管理の専門チーム

NSTという言葉をご存知ですか？これは Nutrition (栄養) Support (サポート) Team (チーム) の略で、1970年に米国のシカゴで、医師、栄養士、薬剤師らが中心となって栄養管理専門のチームとして誕生しました。当時米国では、高いコストがかかる上に、カテーテル敗血症という合併症が頻発するTPN(高カロリーを中心静脈から投与する栄養法)の乱用を制御する必要に迫られていたという事情がありました。そのためにも、栄養評価を正確に行い、TPNの適応となる患者の適正な選定を行う専門チームが必要である、ということから、NSTが誕生したのであります。

表1. NSTの主な役割

- ① 栄養管理が必要か否かの判定→栄養評価の施行
- ② 適切な栄養管理がなされているかのチェック
- ③ 各症例に最もふさわしい栄養管理法の指導・提言
- ④ 栄養管理に伴う合併症の予防・早期発見・治療
- ⑤ 栄養管理上の疑問に答える(コンサルテーション)
- ⑥ 資材・素材の無駄を削減
- ⑦ 早期退院や社会復帰を助け、QOLを向上
- ⑧ 新しい知識の修得・志気の向上

NSTの主な役割を表1に示します。①～⑤を実施すれば⑥～⑧の効果が得られるという大きな削減という大きなメリットをもたらし、欧米にはあつという間に普及したのです。南米やアジアの国々でも、NSTの必要性が認識され、その概念やチームそのものが確立されてきています。

ところがわが国では栄養管理への認識が低く、世界からは置き去りの状態です。ここ数年、栄養・代謝の専門家や関連学会の呼びかけによって、やっとNST稼働の機運がたかまつてきました。

NSTは経口摂取をしている症例も含めたすべての患者さんを対象に栄養評価を行い、栄養管理が必要か否かの判定をし、適切な栄養管理がなされているかどうかをチェックします。で、院長直属の全科型専属チームが望ましいのですが、人員削減が行われている状況のわが国では困難です。

そこで私は PPM (Potluck Party Method) つまり一人一品ずつ持ち寄って行うホームパーティと同様に、院内の各部署・部局からほんの少しずつ人・知恵・力を持ち寄ってNSTを運営する新しい方式を考えました。各部・病棟から1～2名を選出し、通常業務を行いながらNSTの仕事も兼任するというこの方法では、スタッフの負担や拘束時間を軽減することが

できます。医者だけ、ナースだけで頑張ろう、というのではなく、病院全体で同じ方向を向いて走りましょう、ということを目指してわけてです。

NSTを中心に院内機構を革新する

1998年6月1日、私がチェアマンを務め、鈴鹿中央総合病院にPPM方式でNSTを立ち上げました。その2年後、2000年1月1日の赴任から半年後の7月1日には、この尾鷲総合病院でもNSTを立ち上げました。

質の高い医療の提供で患者さんに満足していただき、一方では医療費の合理的な節減で健全な病院経営を進めていくことが求められる時代です。そこで尾鷲では、全職員がひとつの方向を向くだけの集中力を持ち、すべての職員の知恵と力を持ちよってNSTを推進しようと、334名の職員全員がスタッフとなるPPM-IIという、鈴鹿の時よりもさらに進化した形をとりました。NSTのスタッフは、6ヶ月で交替になりますから、数年もすれば職員全員がNSTを経験する可能性がある、という綿密な計画によるものです。

尾鷲総合病院のNSTは、NST本隊の下に褥瘡チーム、摂食・嚥下障害チーム、呼吸療法チーム、生活習慣病対策チーム、

ム、病院食改善チームの5つのワーキング・チームがあり、このNSTに加えて、急性期症例に対応し医療の標準化を推進するクリニカル・パスチーム、死亡・合併症・逸脱症例を検討するMMVチームという3チームでNCC (NST & CP Complex) を形成し、これらが当院のチーム医療の基本をなしています。さらにリスクマネージメント委員会、感染対策委員会、輸血管理委員会、接遇・サービス改善チーム、などの各チームのトップの人間を中心に、医療安全管理・機能推進委員会 (TSM: Total Safety Management System) という機構を組織しています。ここで決まったことはポトムアップで管理者会議にかけられ、そこで決定されたことがまた降りてきて、各チームに情報伝達されます。確実に末端まで届くために機能しているのが、週に2回のNSTランチャイムミーティングです。ここにはメンバー以外の各病棟の看護師長、主任、時には院長、総看護師長らも出席してくれます。

で無駄を出していたのです。当然残されることも多いでしょう。食材を買うのにも残飯として棄てるのにもお金を出すという無駄、そして患者さんも完食の満足感を得られずにいる。これを是正しようということで、当院ではNSTがハーフ食を導入しました。

2000kcalの常食を主食・副食ともに半分にして1000kcalにします。これによって、無理なく残さず食べるとい喜びを得られる患者さんがでてきました。不足する場合は、必要に応じて濃厚流動食を1日3本まで、病院食の経費でまかなってつけています。このハーフ食の導入によって、食材および残飯の廃棄にかかっていた費用を年間1200万円削減することができました。

無駄を省き不足を補うハーフ食

また、もうひとつ高齢者にとっての大きな問題は、傷が治りにくい、あるいはきちんとして管理をしても褥瘡ができてしまう、ということ。高齢者の必要カロリーはハーフ食で足りるけれど、創傷治癒に影響するビタミンやミネラルまで半分にして良いのだろうか？という疑問が生じ、ビタミンと亜鉛が多く含まれている栄養補助食品(ブイクレス アルファ)を食事につけて、創傷・褥瘡治癒の経過を見ました。すると、なんと創傷治癒が早くなり、褥瘡症例も1/4くらいに減りました。ハーフ食で浮いた病院食の経費を回しているの、患者さんの新たな負担もありません。

栄養はすべての治療に通じる、といいましたが、私たちはまず、入院患者さんの70%近くを占める、70歳以上の高齢者の病院食に目を向けました。70歳以上の高齢者の必要カロリーを計算すると1000kcal前後なのですが、現実には一律に2000kcalの常食を出すという、病院としてあるまじき行為

率14.9%、稼働後は5.6%にまで減っています。褥瘡発生率が下がったことによって、年間

1800万円の経費削減になり
ました。ベースにNSTがあっ
て褥瘡チームがある、という特
色が活かされた結果だと考えて
います。

適正な栄養管理のための病院
食の工夫、つまり栄養に対する
医療従事者の認識が、患者さん
にとっても病院のコスト削減に
とっても有用であることがわか
りいただけたと思います。

早期経腸栄養開始で 免疫能アップ

患者さんの全身状態が悪く
なる原因の一つに、不必要な長
期絶食というのがあります。実
は、脳外科疾患はもとより外科
疾患でも、術後早期すでに消化
管機能に問題ないことが多く、
意外に早く経腸栄養を始められ
るはずなのです。静脈ルートか
らの栄養投与によって絶食期間
が長くなると、必ずといってよ
いほどMRSA腸炎が起こりま
す。もちろん抗生剤の使い方に
も問題があるのですが、腸
管免疫がどんどん下がっていく
のです。下手をすれば患者さん
がMRSA肺炎で亡くなるかも
しれません。一体誰が責任をと
るのでしょうか？

本来健康に機能している臓
器の能力を、医療を施すことに
よって逆に悪くさせてはいない
か、という反省をもとに、早期
経腸栄養がアメリカでも日本で
もなされようとしているわけ
です。脳神経外科の早期経腸
栄養の効果をみてみますと、絶食
期間3日以内で経腸栄養を始め
ると、従来の1週間の絶食期
間後の経腸栄養とは、ICU
の利用日数も在院日数もほぼ
半分、合併症の発症も2/3ほ
どに減っています。合併症の減

少に伴い、医療費も2/3ほど
減っています。しかも、患者さ
んたちの精神・神経学的な回復
も早いように思います。適正な
栄養管理法の選択という見地か
ら、嚥下機能に障害があっても
消化管が使えるならば経腸
養、6週間未満は経鼻胃管で
が、それ以上になったらNSTの
回診で迷わずPEGと決まりま
す。患者さんやご家族の受け入れ
も、NSTが組織だつて行うこと
により、大変スムーズです。

一方、疾患や病状によつては
早期に経腸栄養を始めたとしても
始められないケースもありま
す。1週間以上の絶食がどうし
ても必要な症例や、急性膵炎な
ど大きなストレスを抱えている
患者さんでは、腸管粘膜が萎縮
し、それによつていろいろな不
都合が起こります。B T (バク
テリアル・トランススロケーショ
ン)と一口に言いますが、もつ
と状況はシビアです。

まず腸管粘膜での蛋白合成が
低下します。腸管由来のホルモ
ンの分泌低下によつて代謝制御
が乱れます。粘液の生成が減少
し、細菌の腸管壁への侵入を抑
制するIgA(ガンマグロブリン)
は、本来腸管で合成され粘液の
中に分泌されたり門脈に入つて
胆汁から分泌されるのですが、
そういった機構がすべてダメに
なつてしまい、腸内の異常細菌
の増殖を惹起してしまいます。

このような腸管機能の低下に
対し、GFO療法というものを
考えました。グルタミン(G)
水溶性ファイバー(F)・オリ
ゴ糖(O)を混ぜて少量の水に
溶かし、これを1日3回投与す
るのです。グルタミンと水溶性
ファイバーは腸管粘膜の栄養源
となり、オリゴ糖は腸内細菌叢
を正常に保つ機能をもちます。

このGFOを投与するかしない
かで、MRSA感染率は約1/
3に減り、MRSAに対する製
剤の使用頻度も1/10に減つ
ています。多少のMRSA感染
は、全部栄養で治してしまえる
のです。

これからのNSTは 地域一体型

NSTを中心としたチーム
医療は、地域を巻き込んでこそ
正しい栄養管理の継続に力を
発揮します。当院の褥瘡チーム
は36名中9名が、摂食・嚥下障
害チームも39名中7名が地域の
施設や訪問看護ステーションの
ナースです。このような地域一
体型のNSTに発展してこそ、
在宅栄養管理も全面的にサポー
ト可能になると思います。

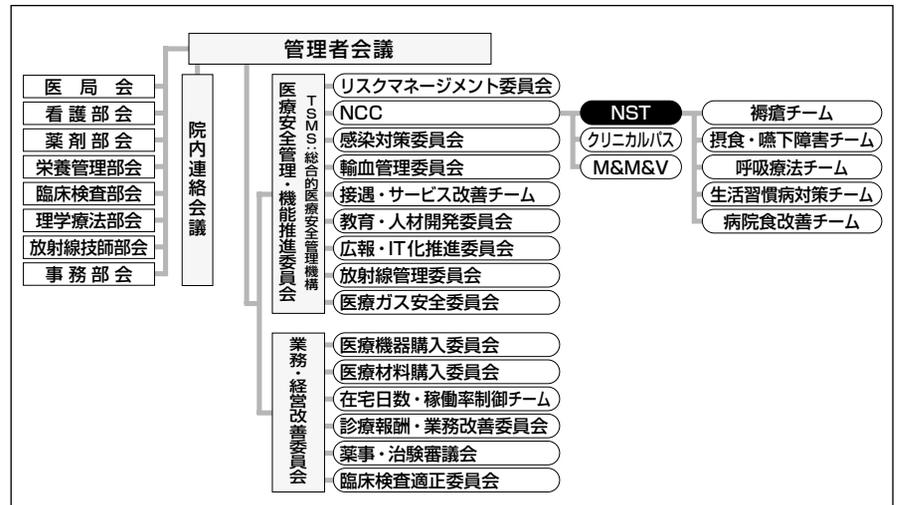
もともと尾鷲総合病院にNS
Tをたち上げるときに、Total
Nutrition Systemとこう構想が
あり、NSTを立ち上げて1年
以内に病診連携、訪問看護、福
祉施設との連携の構築を目指し
ていました。それが実り、紀北
病診施設連携推進協議会という
組織を立ち上げることもでき
ました。尾鷲市周辺の医療圏の
42の施設の代表、いわゆるオー
ナーとか理事長とか言われる
トップ陣が集つてきています。

この協議会ではお互いに抱えて
いる問題や意見を述べ合います。
最初は経鼻チューブだけしか
受け入れていただけなかった施
設が、今はきちんとPEGの管
理をしていただけるようになった
のは、直接トップと話がで
きるこの協議会のおかげです。
PEGの受け入れ施設もだんだ
ん増えてきています。
また、この協議会では病院と
施設がプランニングの情報交換

を行うこと
によって、早
期入院の
推奨がで
きるよう
になりました。
多くの老
健施設
では、入
所に何ヶ
月待ち
の状態
ですから、
ベッドを
あけて
おくとい
うことが
非常に
難しい。
それをう
まく調
整できる
ことによ
つて、お
互いに
メリット
が生まれ
ます。

病院側と
しては、患
者さんの
退院後
も一貫し
た栄養
管理が
継続で
きるよ
うに、必
ずNST
スタッフ
が技術
提供を
します。
介護を
される
方に
病棟に
きてい
ただき、
どうい
う栄養
剤を使
つてど
ういう
介護を
してい
るかを
お教え
するの
です。
ソーシ
ャルワ
ーカー
は、ど
の施設
がどん
な栄養
剤や機
材を使
つてい
るかを、
事前に
調べて
おく必
要があ
ります
が、こ
れも先
ほど紹
介した
協議会
でお話
してい
ただけ
れば、
情報入
手が可
能です。
地域全
体、ど
こへ行
つても
ほぼ同
じレベ
ルの
栄養
管理
・介護
が継続
できる
よう、
努力
してい
るここ
です。

図1. 尾鷲総合病院の新機構図



効果は、当院の場合、年間
1億4000万円の経費削減と
して報告されています。経費削
減という病院経営にとってのメ
リットは大きいですが、病院の
次世代を担うスタッフがNST
というチーム医療の中から育つ
てくるということは、お金には
換えられないものです。

しかし何よりも大切なことは、
常に患者さんのことを考える愛
情です。これを忘れてしまつた
ら、NSTもチーム医療も意味
がありません。患者さんをよく
するために医療的な技術はも
ちろん必要ですが、愛情が何よ
りも大切だと考えています。

スタッフ一人一人が、その職
種にかかわらず自己研鑽を重
ね、「医療人」として患者さん
のために愛と力を注いでほしい
と思います。

何よりも大切な 患者さんへの愛情

このように、NST、NCC
という機構による全体の経済

経腸栄養剤の保険適用

Webセミナー②

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

【[No.424] 教えてください。From: MK】

療養型病院に勤めています。最近介護保険の審査が入り、胃ろうよりの栄養にラコール注入していたんですが通らないと聞かされました。商品名でも結構なのですが保険に通るような物を教えてください。一応L4・L5と言う商品も考えてます。

【Re: 教えてください。From: もっち】

MKさんこんにちは、訪問看護師兼介護支援専門員のもっちです。

さて、「介護保険の審査が入った」とのことなので「保険に通るような物」の保険とは介護保険のことです。療養型病床群を有する病院における介護療養施設サービスのなかで、経管栄養剤に関する厚生省告示は、①第23号の十五「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表第二食事の提供に要する費用の額の算定表の注3の厚生大臣が定める特別食」②第30号「厚生大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数を定める件」の5「介護栄養食事指導」・第32号「厚生大臣が定める特定診療費に係る特別食及び特別な薬剤を定める件」の一「厚生大臣が定める特別食」があります。「経管栄養

のための濃厚流動食は各栄養素の質的構成に十分考慮が払われているとともに、1g(1ml)につき1kcal程度の熱量を有するもの」ですので、病院の栄養課で調理された濃厚流動食または、食品扱いの栄養剤(MA-7やアインソカル等)と考えられます。提供される濃厚流動食が薬価収載されている場合は食事ではなく、医療保険における手技料及び薬剤費を算定することになっています。取扱いの違いは下記の通りです

- 介護保険施設での濃厚流動食が薬価収載されている場合、基本食事サービス費及び特別食加算は算定しない。
- 手技料及び薬剤料を協力医療機関において算定する。

とのことです。そして、胃瘻は”箸やストロー”、注入のためのチューブやボトルは”茶碗や湯のみ”とのことでした。すなわち、なんで、食費や茶碗まで保健で負担しなければならないのかということです。(疑問に思い直接、問い合わせました)

介護保険施設では、出来るだけ安く仕入れられる栄養剤を使うことが、経営的には重要となるわけです。

当然、医療保健適用になっている消化態栄養(エンターール、ツインライン、エンテルード)、半消化態栄養(ラコール、エンシュアリキッド、ハーモニックなど)と食品として販売されている多数・・・無数!の栄養剤の違いに気をつけてください。ご存知かもしれませんが、日本の食品衛生法では、医療保険適用となっていない食品に微量

元素やVitK、ビオチンの添加は認められていません(同じ商品でも欧米では入っているのに、日本ではわざわざ抜いています)。長期に経腸栄養剤のみで栄養する場合には、これらの不足因子を追加しなければなりません。

徐々に、面倒な話になってきましたが、私は、味噌汁の注入を勧めています(具はな

しですよ)。鰹や昆布には微量元素が十分に含まれていますし、納豆汁なんかだとVitKもたっぷり・・・しかも、給食の残りでも十分で、安上がり。

最後に、食品を馬鹿にしてはいけません。確かに安いだけのものもありますが、糖尿病用(グルセルナ)、慢性呼吸器疾患用(プルモケア)、慢性腎不全用(リーナレンなど)、下痢用(ジェビティ)なんか保険適用となっているものより特殊性があり秀逸な作品があります。入所者の状態を考慮した栄養など考えるのも楽しいかもしれません(非現実的ですが)。

少し、横道にそれているかもしれませんが、ダラダラと書込してしまいました。

経腸栄養剤 保険適用か食品扱いかで 患者負担とサービス内容が変わる

○手技料及び薬剤料は基本施設サービス費に包括されており、算定できない。

○濃厚流動食が薬価収載されていない場合は、基本食事サービス費及び特別食加算を算定する

但し、平成12年3月31日に示されたに老企第58号「特定診療費の算定に関する留意事項について」の中で「経口での摂取が困難な患者への特別食は、基本食事サービス費の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる」とありますので、PEGからの経管栄養に関しては、介護保険上は特定療養費の特別食という扱いになり、基本食事サービス費1920円/日(常勤管理栄養士が配置されている場合は2120円/日)+介護栄養指導178単位×10円=1780円/月と思います。特定療養費の詳細については介護保険資料をご参照下さい。私は、在宅の介護支援専門員なので、手持ちの資料を参考にしましたが、間違いがあるかもしれませんので、どなたか補足してください。

結論としては、薬価収載されていない(食品扱いの)栄養剤に変更されるのが無難だと思います。医療保険と介護保険が入り混じるとややこしくなり、監査等の前の書類のチェックに手間がかかります。

【栄養剤について From: 陸の孤島の遭難者】

栄養剤について・・・

もっちさんのお答えを要約すると、介護保険施設では栄養剤はすべて食事なのです(ラコールに限らず)。厚生省の見解では、”誰でも食費はかかるでしょ”

医療機関の泣き寝入りに終わるわけですが、問題はその先です。

交換用胃瘻カテーテル費用の支払い拒否を経験した医療機関において、すでに胃瘻患者の受け入れ拒否がはじまっているようです。一部の良心的な医療機関ががんばろうとしても、保険請求できない状態でいつまでも持ちこたえられるわけがありません。結局、回りまわって被害を被るのは、患者さんたちです。

早急な対応策を厚生労働省に求めていく必要があります。



寸言

胃ろうの新規造設者が年間10万人、胃ろうによる栄養管理の患者が20万人に達するいま、P D N相談室には、交換カテーテルと栄養剤の保険適用について、様々な疑問や医療現場との乖離など、多くの質問が寄せられます。P D N通信では、引き続き次号でも、保険適用の現状、その問題点などを明かにし、問題解決に取り組んで参りたいと考えています。本P D N通信、あるいはホームページに、皆様のご意見をお寄せ下さい。

(P D N編集部)



概略仕様

芯線: SUS304、シングルスパイラル
ブラシ材: ナイロン L: 500%_m 750%_m

価格

1本 1,500円

製造・発売

NPO法人 PEG ドクターズネットワーク

TEL 03-6228-3611 FAX 03-6228-3730

教えてください。交換キットと

PDN 談話室 No.261・No.316・No.424

患者さんに買ってもらう？

【No.316】特定保険医療材料費について From: 算定っこ
うちの病院(療養病棟)は胃ろう交換のキットを患者負担で買ってもらっています。包括されているため保険請求できないとのことでしたが、先日特定保険医療材料費として保険請求できると言われ調べましたがわかりません。入院中の方は請求できますか？医療保険適用病床と介護保険適用病床と分かれています。介護病床の方は外来扱いで保険請求はできますか？

【Re: 特定保険医療材料費について From: 太郎】
算定っこさんこんにちは
太郎といいます。

介護保険病床はチューブなど材料費は包括扱い(請求できない)となり、他診療施設で交換しても、その患者さんが介護保険施設に入所の場合は、交換した診療所からの保険請求は出来ないと覚えています。

つまり外来で交換に行っても材料は介護保健施設から持参する必要があるということです。ウロ覚えなので保険医協会などで御確認下さい。

【No.261】特定保険医療材料費について From: やんさん
うちの診療所では胃瘻交換のキットの費用を去年からとっていないのですが、先日業者より取れるはずといわれました。いまはガストロボタンのかたとカンガルーボタンのかたがおられるのです。こちらのホームページではとれるとあるので社会保険事務局から厚生労働省へ問い合わせしました。在総診と栄養管加算をとっているとれないという回答でしたがどうなのでしょう。

保険請求できる？

【Re: 特定保険医療材料費について From: シュウ】
私もまったく同じ経験をしました。おサル先生の解釈ですと別に請求できるということですが、どうなのでしょう。

【Re: 特定保険医療材料費について From: おサル先生】
やんさん、シュウさん。こんにちは。おサル先生です。2001年2月以前の運用がまだ適用されていたということですか!?在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している場合は…?あるいは外来で交換処置をした場合は…? なんだか自信がなくなってきました。私もいろいろ調べてみます。しばらくお時間をください。

【Re: 特定保険医療材料費について From: やんさん】
おサル先生よろしくお祈りします。在宅での分はなかなかどこにも資料がなくて…またほかのことも色々お聞きしたいので今後ともよろしくお祈りします。

【Re: 特定保険医療材料費について From: おサル先生】
シュウさん、やんさん。遅くなりました。どうもこの件に関しては、いろいろな解釈があるらしいのと、都道府県によっては全く理解のできない運用がされていたりで、たいへんむずかしい問題だということだけが分かりました。たとえば、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定していたら、交換用胃ろうカテーテルはそれに付随する栄養管セット加算

いずれにせよ、もう少しお時間をいただきたいと思えます。

【Re: 特定保険医療材料費について From: シュウ】
おサル先生、素早い対応をいつもありがとうございます。私の狭い経験の中で言わせていただきますと、胃瘻に関する「保険解釈」については、医療機関の方も行政の方も実はまだよく分かっていないという状況のようですが、それは日本における胃瘻そのものがまだまだ発展途上ということでしょうか。しかしそれは、おサル先生のおっしゃるように「こうあるべき」姿を我々の努力によっては実現できるということですね。なんだかファイトが湧いてきました!

【Re: 特定保険医療材料費について From: やんさん】
シュウさん、おサル先生お疲れ様です。

やはりなかなか難しい問題なのですね。うちの都市ではキットもセット加算に含まれるという解釈らしくかなり厳しいようで、泣くしかないのが現状なのです。いまは少しでも、交換頻度を少なくするよう、バンパータイプを使用するしかないかなと思っています。ただ交換時の患者様の苦痛を思うとつらいのです。都道府県の統一見解が得るのはいつになるのでしょうか。

あっ、少しぐちゃってしまいました。すみません…でもやはりおかしい。PEGの認知度をあげて、アピールですね!!

交換手技料が設定されていない

【Re: 特定保険医療材料費について From: おサル先生】

こんばんわ。おサル先生です。
さて、いろいろ調べているうちに、この件に関する本質的な問題が少しずつ見えて参りました。つまり、特定保険医療材料だけ存在しても交換用胃瘻カテーテルの「交換手技料」が設定されていないことが、そもそもの悲劇の元凶であるようです。本来、特定保険医療材料費はそのままメーカーに支払う費用ですから、どんなことがあっても請求できないのはおかしいことです。「交換手技料」が包括化されたとしてもです。

「胃瘻カテーテル交換手技料」が設定されていないため、「特定保険医療材料費が在宅療養指導管理料に包括化される」といった保険者に都合の良い解釈がまかり通るのではないのでしょうか。

このような特定保険医療材料費の支払い拒否は、

特定保険医療材料費 いろいろな解釈がある

に含まれるとする解釈や、クリニックの外来に連れてくれば、別途、特定保険医療材料費が算定できるとする解釈、いや在宅でも算定できるのだとする解釈…。在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している場合は、特定保険医療材料費は算定できないとする解釈、それではかわいそうだから代替請求で認めているとする都道府県、いや出来るんだとする解釈、一方、それを算定していても外来に連れてくれば交換用胃ろうカテーテルを特定保険医療材料費で算定できるとする解釈…。

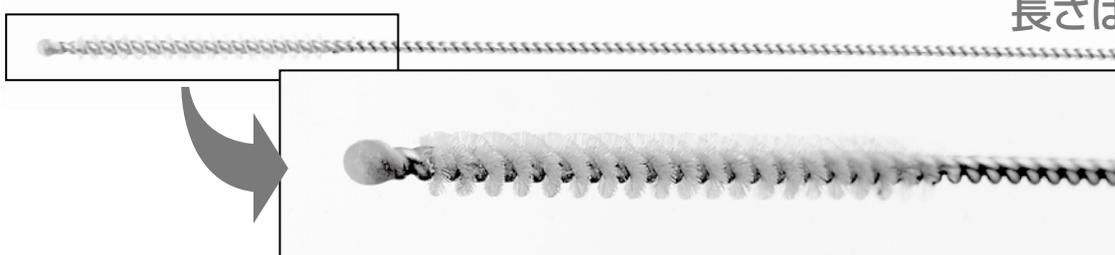
ただ、この掲示板で厳しい解釈を提示して「これがスタンダードですよ」とやってしまうと、それが認められていた都道府県に悪い影響を与えてしまう危険性もありますね。

いずれにせよ、交換用胃ろうカテーテルが医療機関の持ち出しになるようなことがあるなら、現在、包括点数の施設において問題になっているような、「胃ろう拒否」につながる恐れがあるのではないのでしょうか。

在宅で交換したら保険はダメ、外来へ連れてきたらOKという解釈も、在宅医療の実態を無視したおかしな解釈だといえますまいか。もしそうだとしたら、バルーン型を使用するメリットはほとんどなくなってしまいますね(バルーン型を好む医療機関の多くは、在宅で交換をしたいという方が多いのではないのでしょうか)。

これは誰かに聞いてみて「ああ、そうですか」という以上に「こうしてほしい。こうあるべきだ」と訴えていくべきことであるように思います。

長さは50cmと75cmの2種類



社会福祉法人東北福祉会せんだんの里を訪ねて



胃ろうは安全で快適な生活のための一手段

住居介護部 看護師 白井富久子さん
管理栄養士 千葉陽子さん
ソーシャルワーカー 千脇隆志さん



左から千脇さん、白井さん、千葉さん

仙台駅からバスで30分ほど市街地を抜け、国見ヶ丘5丁目下車。「せんだんの里」の看板に沿って坂道を降りていくと、東北福祉大学の校地内にたどり着く。というのは、このせんだんの里は、社会福祉法人東北福祉会の運営する関連施設である東北福祉大学・せんだんの杜(保育園、ボランティアセンターも隣接)・せんだんの丘・せんだんの家などに続く介護老人福祉施設なのである。同時に、国(厚生労働省)の補助事業としてはわが国で初めて設置された研究機関「高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター」でもある。痴呆介護の知識・技術を、全国の高齢者介護現場に普及させることを目的として、全国に3ヶ所設置された研究機関の一つとして、2001年4月に開所した。

「せんだんの里」とは

受け入れの規模は、介護老人福祉施設としての長期入居者が150名、敷地内とランチ施設

口からの食事へのこだわりが危険をまねくことも

経口摂取が困難で経管栄養を行っている長期入居者は、150名中10名。9名の方が胃ろうで1名が経鼻チューブ。現在入院中で、近々胃ろうを造って戻ってこられる方も2名いらっしゃるとのこと。

設として設けられている痴呆対応型協同生活介護施設(1棟8名)が4棟で32名、短期入所生活介護施設に50名、通所介護施設がランチ施設を合わせて35名となっている。52歳から98歳までの長期入居者の平均年齢は80歳台である。



社会福祉法人東北福祉会せんだんの里全景

ケアワーカーが食事状況や変化を確認し、経口摂取が困難な方は、適切な栄養管理を行うために嚥下機能の評価を行う。ケアワーカー、ナース、栄養士、PTからも食事の支援に参加し、それぞれの専門的見地から、飲みこみの状態やむせこみ・嘔吐などの状態を見きわめ、必要に応じて食物形態を変え、それでも経口摂取が難しいと思われる場合は嘱託医に相談し、本人やご家族に経管栄養法が提案されるという流れである。

「初めての胃ろう管理は、開所後1ヶ月半の頃でした。始めは対応がわからず、一からの勉強でした。入居所の皆様の中には、食物形態を変えて流動食にしても、むせこみが激しく、お食事の最終にも吸引や酸素吸入を行うような方もいらっしゃいます。これでは苦しくて、必要な栄養量がとれないだけでなく、むせこみによる肺炎の危険性もあります。嘱託医が嚥下機能評価に基

づいて胃ろうの適応だと判断された時点で、ご本人・ご家族に提案致します。ご家族の希望を聞きながら、提携病院やその方の状態に適した専門病院に、造設をお願いしています(白井さん)。状態は常に山あり谷あり。調子が良くなってくれば、ご家族も「わざわざおなかに穴を開けなくても」と、その時点では胃ろうを受け入れないこともある。しかし、ご家族は毎日毎食、様子を見ているわけではないので、むせこみの具合や吸引の場面は知らないことが多い。「ですから、ご本人の苦痛や誤嚥の危険性を知っていた上で、それらを軽減できるのが胃ろうなのだ、ということをお、私たちがうまくご家族にお伝えできたら、胃ろうへのご理解も変わってくると思います。食べる、という私たちにとってはごく普通の行為が、危険と紙一重であることを、実際にみて

胃ろうは最終手段ではなく 食べ方の選択肢の一つ

千葉さんにうかがったところ、胃ろうによる経管栄養については「医療」の側面が強いためか、学生時代の栄養士カリキュラムでは、胃ろうによる栄養管理についての実践経験は、



日中はコーヒーサービスとおしゃべりで賑やかなホール

快適な生活は 私たちがサポート

ほとんどなかったと言う。
 「栄養士になって、こちらに来て初めて、胃ろう栄養を毎日の仕事として自分自身が関るようになりました。」
 当初は、お口から召し上がるのが味覚、楽しみの面からも理想ですから、胃ろうは食べられなくなつたときの『最終手段』なのかなと思つていました。
 ところが、全く食欲がなくなつて入院された方が、胃ろうからの栄養を始めたとしても状態が良くなつて食欲も出てきて、お食事時間に『どうして私にはご飯がないの? ちようだい!』と言うんです。必要な栄養が補給されて元気になる、食欲も戻ってくるのだなあと、私自身の胃ろうに対する見方も大きく変わりました。
 栄養は生きてゆくために欠かせないものですから、その摂り方は変つても、十分な栄養によって体力・気力が戻ってくれば、たとえ結果的に経口摂取ができなくても、食事以外の生活の楽しみを得るチャンスも増えてくると、今では思います。」

「だからこそ」と白井さんは続ける。「私たちスタッフは、長所だけでなく、リスクについてもきちんとお伝えする責任があります。」
 ご本人が意思表示できない場合はご家族に決定していただく、といっても、胃ろうに関する情報をどのくらいお持ちかによつて、選択肢も変わつてくると思います。ですから、ある時点で経鼻チューブを選択されても、それが最終決定なのではなく、お会いする都度、今こういう危険な状態でお食事をされていますが、今後どうしますか? という確認とご提案を行っています。
 基礎疾患の悪化で全身状態が急激に悪化してお食事がとれなくなつた方がおられました。お口から食べられるようになって胃ろうの必要がなくなれば、抜くことができる、という説明をしたところ、胃ろうを選択されました。その結果、全身状態の改善と共に血圧の薬も必要なくなりました。今までのお薬は一体なんだつたんでしようね(笑)。」

依頼先の病院で胃ろうを造設し施設に戻つてくると、まずその方にとって最適な生活のための検討が行われる。
 カテーテルやその他の用具についてはある程度施設内で使用する種類を定めているが、栄養剤の選択段階では、サンプルを取り寄せ、成分や個々の疾患および腹部症状(下痢・便秘など)に合わせて比較検討し、選択する。
 「その方の体質に合っている

かどうかは、離乳食開始時期のように様子をみながら判断しています。まづ朝3日間、次にお昼も3日間使つてみて、異常がないことを確かめて次の段階に進むようにしています。
 1袋500mlでは一回では使い切れなくて、残りを保管しなければなりません。それならば1パックの容量がもっと少量のものの方が使いやすいし衛生的です。そういう点も考慮します。
 また、胃ろうを造つたからといって、私たちスタッフがお口からの食事を止めてしまつてはならず、可能性があるかぎり、経口摂取にもトライしていきます。」(白井さん)

安全で快適な生活のために 社会全体が認識を変えよう

高齢者になればなるほど、「もうそこまでしなくても…」という声が聞かれる。もちろん本人の意志が最優先ではあるが、苦痛は取り除かれるに越したことはない。
 「胃ろうの方のお話ではないのですが、以前、脱肛で辛い思いをされている方がお二人入居されていました。80歳、90歳を過ぎた方たちで、ご家族も以前かかっていた病院の方でも、「もう年をとつているからこのままでもいいじゃないか」ということだったので、毎日座薬を入られたり排便のたびに苦痛を感じておられるわけです。その苦痛の原因は取り去つたほうが良いに決まつて

いますよね。毎日の生活を気持ちよく過したい、過ぎてあげたい、という希望に対して、年齢を理由に決めてしまうのはどうかと思ひます。胃ろうについても同様に、高齢だからもういいのではなく、安全で快適な生活のための一手段として考えていきたいですね。」と現場からの率直な意見を白井さんは述べられた。
 最後に、ケアマネジャーの千脇さんのご意見を伺つた。
 「超高齢化社会における施設サービスは、

経験は今の所ないという、好成績である。それよりも、チューブ型カテーテルの汚れが気になること。ドクターとも相談し、その対応を検討しているそうだ。



今日もいいお天気。お散歩でちょっと疲れませんか?

社会全体がその概念を変えていく必要があると思ひます。最期まで安心して尊厳を保つて過ごしていただく場であるということとを、ご家族もスタッフも踏まえていく必要があるのではないのでしょうか。住む場所は変わつても、その方の生活環境はなるべく変えず、安心して生活できるようにみんな支えていけたら、と思います。
 また、施設サービスを利用しなくても、済みなれた地域で安心して暮らしていけるようになれば、とも考えています。」
 ケアマネジャーとして在宅介護支援に奔走されている千脇さんだからこそ、住みなれた地域での介護にまで思いが及ぶのであろうか。高齢者介護を支えているスタッフ・家族らの、心のこもつたケアを、社会全体がどうサポートシステムとして築いていくかが、今、問われている。
 (2003年1月取材)



お昼近くなるとパンの販売もあります

わたしのまちの病院

3

患者やご家族も安心だ 「喜ばざる道」

青森県 健生五所川原診療所 所長 津川信彦

わが町、青森県五所川原

青森県の平均寿命は、平成7年のデータで男子74・7(全国平均76・7)歳、女子82・5(全国平均83・2)歳となっており、男子は全国最下位、女子は同46位と、全国で最も低い水準にあります。いわゆる「短命県」です。死亡率は、人口10万対で全国平均765・7に対し、青森県は893・2(平成12年)と、全国平均を約127ポイントも上回っています。これには高齢化率16%と高いことも起因していると考えられますが、死因別で見ると悪性新生物、脳血管疾患、心疾患が全国平均を20ポイント以上も上回っており、県の特徴とみられます。

青森県五所川原市は西北津軽



自慢の立佞武多

地域の中心都市として行政、医療、教育、文化、産業など各方面で重要な役割を担っています。人口5万で津軽平野の中央に位置し、主な産業は農業です。また、平成8年に市民有志の手によって復活した、高さ20メートル以上のねぶた「立佞武多」はその圧倒的な偉容と存在感で全国へその名を轟かせ、市民の夏祭り

津軽地方にはPEGの適応と

なる高齢者が多い

四方を山に囲まれ、比較的温暖な気候に恵まれている弘前市は青森県では人口数3番目、17万7千人の津軽地方における中心都市です。りんごや米を中心に、津軽塗やブナコ細工など、地域に根ざした伝統の技もあります。町の中心部には弘前城を有する広大な弘前公園をはじめ数多くの名所史跡を随所に残し、緑濃い自然景観に恵まれた町並みは古き良き時代の面影を色濃く漂わせています。

文化面では国立大学をはじめとする、数多くの教育施設を備えた学都として栄えてきました。大規模な総合病院は、弘前大学医学部付属病院、国立弘前病院

「五所川原立佞武多」は地域の祭りから全国的な祭りへと飛躍を遂げました。この地に20年前、健生五所川原診療所は医療協会の診療所として開設されました。私も4年前に所長として赴任しました。昭和61年弘前大学医学部を卒業した私は、弘前市の津軽保健生活協同組合健生病院に入職し、基礎研修、病棟研修、救急担当医などの研修をしていました。まずはこの健生病院からご紹介しましょう。

約35万人です。第2次医療圏では津軽保健生活協同組合健生病院は、病床数288床ですが、救急車の搬入件数は年間1100件を超え、管内での救急車の20%の搬入を受け入れ、その4割が70歳以上で、さながら高齢者救急医療となつています。その1/3は脳血管障害です。やはり東北地方は未だ1日の塩分摂取量が多く、脳卒中多発地帯と言えます。

医師数40名、一日平均外来患者数780人、年間退院患者総数3600人、脳卒中専門外来の慢性疾患登録患者数600名以上、在宅専門診療所での管理

患者数は180名前後の健生病院は、日本医療機能評価機構審査上の病院分類で、地域が必要とする各領域の医療において、基幹的、中心的な役割を担い、高次の医療にも対応しうる一定の規模を有する一般病院(B)に認定されました。現在臨床研修指定病院取得にむけ準備中です。病院の理念は、脳卒中の急性期治療からリハビリまでと、急性期医療に重点をおきます。そのため脳卒中後遺症による嚥下困難や嚥下障害の高齢患者さんが多くなり背景的に

文献と現場の狭間で試行錯誤

PEGとの出会いは、早朝の医局の抄読会で、アメリカの文献でPEGを勉強しました。これは当院では大変必要な出来事でした。そして健生病院でのPEGの第1例が1987年3月、施行されました。

それから医局ではPEGに関する文献研究と実際の問題との試行錯誤の連続であり、まさに「いばらの道」ともいえる日々をおくり続けることになりました。この症例ではPEGは可能か、在宅療養希望の方に、「施設からの紹介だから3日で頼む」など、かなり無理な注文にも可能なかぎり果敢にチャレンジしてきました。

私自身のPEGに関する医学研究発表は1991年、日本内視鏡学会東北支部例会での予後不良例の検討でした。当時は適応と注意症例の区別の難しさがテーマとなっていました。

その後もPEGの症例は増える一方でしたが、この分野での日本



私がPEGと出会った健生病院

も胃ろうが必要な方が多くあり、津軽でのPEGによる経腸栄養は日の目を見ることになりました。 における研究グループもなく、これ以降、基礎データの蓄積を開始し、すべての症例を経時的に追跡調査することになりました。

その後PEGの施行後2週から4週もすると病院から積極的に退院できる症例が増えてゆき、これは患者さんや家族にとつて多くの恩恵をもたらす画期的な新手術であるとの考えを抱くようになりましたが、一方ではみえない医療現場となった在宅や施設の問題やトラブルを抱えこむことになり、さらに問題を大きく複雑化することになりました。この時期、病院には24時間PEGに関するトラブルの問い合わせが相次ぎ、あるときは内視鏡室から、あるときは救急外来から、またあるときは病棟からと対応がチャンネル毎にバラバラになり正しいPEGの看護ができないこともしばしばだったのです。 ところでまず内視鏡スタッフと、PEGトラブル対応の看護

マニュアルの基準作りから始めることとなりました。これは後に院内統一の看護マニュアルに進化し、対外的にも胸をはれる内容のものとなりました。

また、市内8箇所にある施設に対しても巡回し、根気よく現場指導することになりました。それはいつまでも私は一介の勤務医であり、病院創立記念日で休日の日とか年次有給休暇の日を利用して、平日に行いました。

これである程度問題解決したかと思えば、また新たな問題が生じました。現場で経験した銅欠乏症の症例です。3年6ヶ月の長期にわたる同一の経腸栄養剤使用による問題であると判明し、今度は栄養剤の成分構成の検討を進めることになりました。これについては、2000年改定の第六次日本人の栄養所要量に準拠した製剤がいまは完成し使用できる世の中になりました。必要量だけでなく、栄養成分のチェックも重要であることは、昨年の県栄養士会の研修会で講演もしました。

PEG普及のためには医師レベル、看護レベル、市民レベル、それぞれの分野で普及活動にとりくむこととなります。青森県経腸栄養研究会での発表、地域医師会の医療講演会6回、看護師対象の経腸栄養セミナーにおける北海道・東北地区での講師、看護雑誌、医学雑誌への執筆、自作の普及ビデオ作成など、啓蒙活動には力をいれてきました。現在の『PEG口から食べられない人の新しい栄養管理法/医療従事者「一般用」』というビデオの内容には、よく見るとこれらの片鱗がもりこまれています。

病棟では、手術前の患者家族の説明に、自作ビデオやパソコン

のストライドショーを用いて栄養補給の必要性、手技の説明、偶発症、遠隔成績など自献例で説明しました。



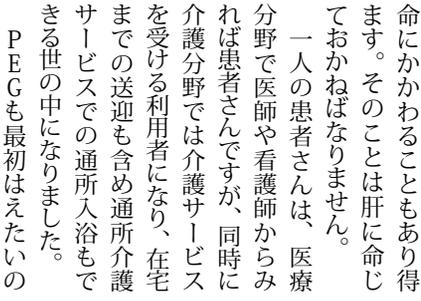
健生五所川原診療所

近年の津軽PEG事情

医師レベルの啓蒙活動では、日本経腸栄養学会の総合臨床栄養講座(TNT)のインストラクターになり、東北各地で講師を務めました。特に胃ろう造設の実技セッションでは、多

くの参加医師がコツを会得し、有意義なワークショップでした。その他にも、弘前在宅医療懇話会を開催し鹿兒島県昭南病院の有本之嗣先生や金沢市小川医院の小川滋彦先生にも特別記念講演をお願いしました。全国のPEG先進的推進役の先生と共に、文献から実践への道歩んできました。

現在、内科医の私が所長として赴任している健生五所川原診療所はベッドのない診療所ですが、月曜日から土曜日まで1日平均で外来診療70名、通所リハビリで10名前後、そして送迎、昼食、入浴、レクリエーションなどにぎやかです。在宅訪問医療管理を行っているのは12名ほどで、それぞれのお宅を週1回、遠く津軽平野の隅々までの広い範囲で行っています。ある時は、わずか5件の訪問診察なのに津軽平野の隅から隅へとなんと走行距離100kmのこともありました。



雪が降っても訪問診察は欠かせません

あまり目立たないながらも、地道に着実に、地域の中ではなくてはならない医療機関として、健診などの予防医療から慢

性疾患療養援助や脳卒中リハビリまでのトータル医療を展開しています。



ではまた来週、伺います



今日の具合はいかがですか？

性疾患療養援助や脳卒中リハビリまでのトータル医療を展開しています。

現在、胃ろうによる経管栄養の患者さんを訪問診察しているのは1例です。

72歳の男性で、脳梗塞後遺症、完全個室ブロックのため心ペースメーカー移植術後、1990年に胃ろうを造設しました。その後、在宅にて完全経管栄養管理で現在にいたっています。寝たきりのベッド上生活で、介護保険認定申請の結果、要介護度は4でした。経腸栄養剤は半消化態栄養剤のエンシユアキッド250mlを1日5本投与しています。胃ろうカテーテルはパルーン型、3ヶ月毎に在宅にて主治医の私が交換しています。枕元の『胃ろう手帳』には交換記

録や栄養剤内容、栄養評価などがしつかり記入されています。さて、公的介護保険の時代、今も昔も、胃ろうの管理は「医療行為」であり「看護業務」であるとの法解釈が行われていま



地域医療に情熱を燃やすスタッフ一同

一人の患者さんは、医療分野で医師や看護師から見れば患者さんですが、同時に介護分野では介護サービスを受ける利用者になり、在宅までの送迎も含め通所介護サービスでの通所入浴もできる世の中になりました。

PEGも最初はえたいの

知れない魔物のように世間で受けとめられていたが、今は情報公開によって普通のかたでもよくわかるものになってきました。今おもえば隔世の感があります。

PEGとの出会いは、ひきこもりがちな内視鏡室から地域へと、私のフィールドを大きく広げてくれました。そしてそこには長き患いとのかいという患者さんの生活がありました。看護師、介護者や家族など、多くの人とのPEGに関する情報の共有、そしてそこから得た教訓と学習産物なるものは、やがて地域でのPEGネットワークに発展していきました。いつの間にか、PEGが人と人を結びつける接着剤に質的变化を遂げ、「喜ばれるPEG」への道となったのです。その道を歩んできた私を振りかえってみると、自身の医療の仕事も生活者の視点になり、ごく普通の、まるで自然に呼吸をするような生活に変わっていました。

訪問看護 最前線

2 増加する胃ろう保有者を支える訪問看護

済生会三田訪問看護ステーション

所長 藤原 泰子

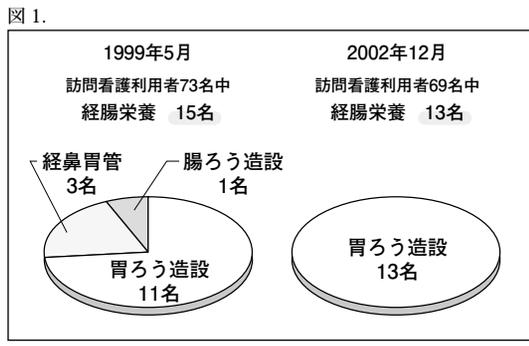


わが国は諸外国に例を見ない早急で高齢化社会となり、それに伴い在宅療養者も介護者も高齢者、というケースが増加傾向にある。在宅療養者の原因疾患の4割が脳血管障害といわれており、その後遺症である嚥下障害などで経口摂取が困難となり、経管経腸栄養になるケースも同様増加している。そういった老老介護の状況で在宅療養を継続するためには、介護者の負担を軽減しながら援助していくことが必要となる。

当ステーションの経腸栄養法利用者の状況

当訪問看護ステーション(以下ステーション)は、平成9年に港区で2番目に設立され、利用者の約4割が脳血管障害患者、75歳以上の後期高齢者が70%を占めている。

ステーション開設2年目(1999年5月)は、利用者73名中、経腸栄養法利用者は15名(20%)で、その中の20%が経鼻胃管挿入によるものであった。介護者も高齢者であることが多く、退院後もトラブルにより介護に慣れるために時間がかかり、介護負担は重いものだったと思われ



る。2002年12月現在では、利用者69名中経腸栄養法利用者は13名で、そのすべてが胃ろうである(図1)。

ステーション開設当初は、経鼻胃管の閉塞・自己除去などで介護者から緊急連絡の電話があった際に、緊急訪問を行っていた。胃ろうは経鼻胃管に比較し、閉塞や自己除去などが少ないため、在宅療養者のQOLは向上しつつあると考えている。

胃ろう保有者への訪問看護の実際

胃ろう保有者が自宅へ帰る場合は、在宅での介護者が入院中に、そのケア方法を病院看護師から指導を受けるのが通常である。しかし、初めて行う介護の内容に、高齢の介護者は戸惑うことも多く、その指導内容を十分理解することは困難である。

胃ろう保有者に多いトラブルは、誤嚥性肺炎、スキントラブル、下痢・便秘、管やボタンの除去などである。そこで、退院直後から訪問看護師は、病院で指導された内容を確認しながら、介護者の理解度に合わせ、介護方法を指導している。前述のように高齢者が多いため、繰り返し指導することが求められる。

訪問看護師の訪問頻度は、介護者の状況や利用者の状態により異なるが、大体1週間に1~2回で、1回1時間程度である。その限られた時間内に病状の観察のほかに介護者の状況(介護内容、方法、健康状態など)を把握し、次回の訪問までの指導を行っている。

91歳のAさんは、1997年10月、経鼻胃管による経腸栄養となり、退院と同時に訪問看護を利用している。介護はAさんの妻、85歳

退院直後のAさんはベッドでの寝返りもできない状態で、仙骨部に褥瘡があった。妻がその処置と経鼻チューブからの栄養注入を行っていたが、チューブはよく閉塞し、頻りに緊急電話があった。慣れるまで約1ヶ月以上かかったが、閉塞時の対処法もマスターし、予定通りの栄養量が注入できるようになった。

その後、Aさんが経鼻胃管の異和感を訴え、経口での摂取を強く望んだため、主治医へ胃ろう造設の可否について相談した。また、本人と家族に胃ろうのビデオ「家へ帰ろうね(制作・PDN)」を見ていただき、胃ろう造設への希望を確認した。

退院後1年目にあたる1998年10月、胃ろうを造設し、介護者である妻もガストロボタンの取り扱いに慣れ、約3年間は入院もせず経過した。しかし、在宅介護6年になっ

た現在、介護疲労が蓄積し、介護が十分にできなくなってきた。介護者自身の健康への自信もなくなり、今後の介護に不安をのぞかせている。当ステーション利用者の30%の介護者が介護協力者をもたない。介護者の健康障害は、在宅療養者の在宅での療養継続困難を意味する。

介護負担軽減の意味から介護保険の利用を薦めているが、多くの高齢者が、特に第三者を自宅内へ入れるサービス(ヘルパーの利用など)を利用しながらない。家族が介護することに慣れていないため、世間体などを気にして自分の健康を害するまで頑張ってしまうことが多い。介護者のQOLも考慮しながら、在宅での療養が長く継続できるような支援することが、訪問看護師の大きな役割だと考えている。

介護保険は胃ろう保有者と介護者を支えているか?

介護保険制度発足後3年になるうとしているが、胃ろう保有者の介護者、介護負担を軽減するための介護保険サービス(特に短期入所)は利用できにくいと感じている。筆者は訪問看護師とケアマネジャーとを兼務しているが、短期入所サービスの利用ができてくると、介護者に休養をとらせてあげられないもどかしさを感じている。

前述のAさんの妻のように、高齢で長期間の介護に疲れてくる介護者も多い。しばらくの間施設に預けて介護者の休養をすることに、再び介護の意欲も生まれてくる。ところが、慢性的な介護疲労は、思わぬ介護放棄、虐待など介護者の心身の健康保持のために、一時的な介護からの解放が必要となる。



済生会三田訪問看護ステーション スタッフの皆さん

おわりに

多くの患者やその家族は、胃ろうについての情報を得る機会が少ないので、不安や恐怖を与えないような医療従事者のかかわりが重要である。

当ステーションでは、「胃ろう手帳」やビデオなどを利用してできる限り情報を提供し、不安の軽減に努め、最終的に本人や家族が選択・決断できるように働きかけている。今後は胃ろう保有者に関わる各職種間でのカンファレンスなどができるようにしたいと考えている。

また、多くの老健施設や特養などで胃ろう保有者の短期入所サービスの受け皿が少ない。入所者に経腸栄養者が増えたため、あるいはマンパワー不足などがその理由であるが、今後益々胃ろう保有者は増加傾向にあるので、施設の拡充といつでも受け入れができる体制を望みたい。

本年4月からの介護報酬見直しにより、療養型病床における胃ろう保有者などへ加算がつくようになるため、今後、敬遠されている状況が改善されることを期待するものである。

患者・家族体験記 No.3

ホームページではおなじみの飛田洋さんが、今回PDN通信のためにご寄稿下さいました。飛田さんは、平成10年11月に脳梗塞を発生し、完全四肢麻痺、構音障害、嚥下障害を認め、入院中に胃ろう造設術、気管切開術が施行されました。平成12年6月に在宅へ移行され、かすかに動くようになって指先でパソコンを操り、作詞創作活動を続けています。毎日書きためたものは、月刊誌としてまとめられ、製本されています。

胃ろうとソング

飛田 洋(京都府在住) 59歳 脳梗塞

自営業の関係で朝食前に両親のどちらかの送迎をして、戻るのは昼食前後、従って、いつものまにか二食が普通になった。外食しても妻に準備させても、一食は毎日、ラれそやで、空腹を満たすのにビールを飲んでいました。

で暫くして点滴が変わったが、他人に無造作に腕を触れられて針がはずれ、その結果、私の腕の血管が細いとかでナースたちも点滴にたえず苦勞し、私は苦痛を味わった。当時の主治医がO先生にお願いされたらしく、PEGを装着することになった。

ラれそや、とは私の大好物で、ラーメン、冷麺、素麺、うどん、焼きそばであった。早くて簡単で、外食しても大きな当たりはずれはなかった。15年は、やってたろうか。

苦肉の策か? 最善の策か? PEGとの遭遇。手術室で胃カメラ検査のあいだに、予想外に簡単に、気づかぬまま、初めのPEGは装着されていた。退院前に交換して貰い、その後は六ヶ月毎に自宅のベッドでTVを見ながら、今は気楽に交換して貰っている。

50を越え、生活習慣病が気になり、血液検査で健康管理をしていた。近くのT医院では母の通院の時にも血圧当を測っていて、異常なしと言われていた。毎週のように通っていて、T医師からも特別な指示はなかった。

八ヶ月の入院では、床擦れ防止で食後に二時間おきに体位を変えられTVどころでなかったし、死語になったがタッピング(痰を出す)やすくするために手をカッパのようたてて軽打すること)も欠かさずお世話になっていた。

それが突然倒れ、気がついたときは脳梗塞とかで、命は取りとめたが、言葉はうしないナースコールもできぬ寝たきりであった。

退院後もO医師にはお世話になつていて、インフルエンザもどこふく風邪?である。PEGにして、栄養状態が良かったのか動かなかった指が、自宅療養八ヶ月して動き出し、パソコンで意思伝達が出来るようになった。

始めの頃は鼻からチューブで栄養補給をしてたらしいが記憶にない。このことはPDNのホームページに書いたが(編集部注:1ヶ月に1回のペースで連載「なにくそ!俺はここにいる」を執筆中)、入院中、不具合

O医師の薦めもありパソコン



で作詞してPDNのホームページで社会参加?している。考えてみれば自宅療養して、慎重な私すら介護入浴でヘルパーさんに最近言われるまで、家族も床擦れの事を忘れていた。ラれそや時代に比べて栄養状態が良いのか健康そうに

なった現在である。今年になって気づいたのだが定期的に排便しているのもPEGにしたからだろう。確信出来たら報告したい。この春には9回目のPEGの交換で、もちろん最善の策で、不自由さは無い。

あなたの投稿お待ちしております!

胃ろうを造られた方、ケアする方... あなたと胃ろうの出会いや胃ろうにまつわる出来事などをお寄せ下さい。「ここを取材して!」という情報提供も大歓迎! お問合せはPDN事務局まで。

TEL: 03-6228-3611 FAX: 03-6228-3611 E-Mail: info@peg.or.jp

平和への呼びかけ

過激な発言 するよりも 素晴らしいものなのさ どうだと ものはない

ラビン追求 イラク攻撃 地球は一つ 破壊破壊は 再生後始は

自然の環境 天変地異が 地球は皆の 国連査察の 誤爆の殺戮

泣くも笑うも人生さ

おきて半胃 寝て一胃 欲を張り 終りたぞ 満足せねば 人の取り分 泣くも笑うも 同じさ

化粧美人が 整形美人の 中年過ぎて 君の魅力に 老いも若いも

不幸不運と 悪いことだけ 辛抱我慢の 枝も広がる さきか後かて

なにくそ

気楽に寝てる これでも俺は 気力もあるし 無駄な努力も 続けることで

五体そろって なまける奴に 指尊されても 工夫のあとが 個性なんだろ

徘徊するより 常時してるし 役に立たず 目は開いてる 知恵は今でも

(主治医より一言) 改めて患者さんに対する姿勢を 考えさせられました。 ありがとうございます



PEG海外事情 -3-

PEGのガイドライン

経腸栄養補給が食物を供給する最適の方法です

訳: 編集部 谷口卓郎

監修: 鈴木 裕

<イギリス編~エジンバラ王室病院 HP より>

御紹介

PEGの提案は全病院の医療スタッフが内視鏡ユニット担当の登録医師及び看護婦長に対して行います。指示書は担当チームにより必要事項をすべて記入し、内視鏡部へフックス入れます。適応とみなされた場合は、代替栄養補給の方法を病棟の管理栄養士と相談することが重要です。術後の管理について助言のできる栄養看護師にも連絡がとられます。

栄養士の役割

栄養士は次のような事項についての情報を提供します。すなわち、栄養状態の評価、栄養摂取の評価、栄養的要求の評価、あるいは栄養補給の手段としてはPEGは唯一最良の方法ではないかも知れないなどの諸点です。

PEG

一般的には3日以上食事の摂れない患者については栄養の補給を考慮すべきです。経腸栄養補給が常に食物を供給する最適の方法です。非経口補給は改善の策であるべきです。短期の場合には、経鼻チューブ方式がよい方法ですが、3~4週間を越える期間の補給が見込まれる場合にはPEGが提案されます。嚥下機能の不良又は意識の低下によって飲み下しのできない患者も含みます。

PEGの適応の目安

●5日以上も食べることができない、適切な栄養が取れない状態の患者で、3~4週間以上の

栄養補給が必要と見られる患者に意識がないか又は意識が非常に低いかで食べることができない患者

●嚥下が困難な患者、例えば卒中発作後、4週間以上も嚥下障害が続く場合にはPEGを考慮すべきです。

●発作(脳卒中)の患者は2~3週間以上も嚥下機能が回復しませんが、その間は経鼻(NGチューブ)による栄養補給がより適切な方法と言えます。

●頭部外傷、運動ニューロン疾病、多発性硬化症、脳性麻痺、筋緊張性ジストロフィーなどの神経性の諸条件を持った患者

●頭部及び頸部の悪性疾患 ●嚢胞性繊維症 ●腸運動性不良 ●消化管不良 ●AIDS患者

●食欲異常を持った精神病患者 ●経鼻胃管に耐えられない患者、又ははしかるべき理由のために長期に経鼻胃管からの栄養補給が適切ではない患者 ●減圧治療

PEGを施行すべきではない場合の目安

絶対的な禁忌の目安としては、内視鏡的にも腹壁からも胃にアクセスが不可能な場合、例えば以前に胃の大切除を受けたような場合です。

●大掛かりな胃の手術を以前に受けている場合は、腸を誤穿孔する危険が大きくなります。

●患者の一般的な健康不良、例えば心臓、肺の不調

●腹部の皮膚感染症が見られる場合は、短期的な禁忌の目安となります。なぜならばPEGチューブの回りの感染の危険が増大するからです。

内視鏡登録医師は患者個人について詳しく調査し、PEGの安全性を第一に決定します。

患者の用意するもの及び心構え

多くの患者にとって、PEGの造設は極めて心理的苦痛を与え兼ねないものと言えます。ですから、患者は適切な心の準備をしておくことが重要です。とりわけ精神的に警戒心の強い患者の場合はなおさらです。栄養担当の看護婦長は手術の概要や使用するチューブの形式等についての情報を十分持っています。

そのほかに、普通は患者、介護者双方にガイドとなるメーカーの冊子があります。PEG造設後のケアについてはどんな問題についても担当栄養士の助言が受けられます。瘦孔のケアとその手順、口腔ケア、その他一般的な問題点等については、PEG前の用意

- 患者はルーチン内視鏡検査と同様に、手術前のチェックリストに書き込んでおくこと ●手術用ガウンを着ること ●氏名表示バンドを両手にそれぞれつけること ●患者又は親族から署名した書面による同意書を内視鏡へ移送する前にもらうこと ●医師/看護師ノットは入手可能であること ●必要事項を記入済みのPEGリクエストフォームは内視鏡室で入手可能であること ●Cordol 洗浄液10mlを手術前日の夜10時に与えること ●患者は手術当日午前6時から、径口、経鼻による一切の摂取を控えること ●当日8時に Cordol 液10ml をもう一度与えること

●Cefotaxime 1gをPEGチューブ挿入の1時間前に静脈投与。免疫力低下の患者に対してはCefotaxime 1gとMetronidazole 500mgを静脈投与。

PEG後のケア

患者はメデイカルノットの中心にファイラされた内視鏡レポーターを持って病室へ戻ります。ノットにはどの形式のチューブが使われたか記録されています。通常は、使われたチューブの形式と工場の製造ナンバを示したラベルが内視鏡レポーターに貼り付けてあります。患者が特定のチューブでどんな困った事態を経験したか、又はチューブを取り外すべきであるという助言をするような場合に非常に役立つ事が証明されます。チューブの種類によっては内視鏡を使つてのみ除去が可能となるので、後者の場合には特に重要な情報といえます。(当病院ではこの形式のチューブは極く稀にしか使われません。)

Abbot PEGチューブは前腹壁から内視鏡なしでも抜き取れますが、習慣的に現状では内視鏡ユニットを使用しています。病室へ帰る時には以下のことが重要となります。

- 観察 ①2時間の間は30分ごとに脈拍と血圧の測定。次の2時間は1時間ごとに脈拍と血圧の測定。次の2時間後に脈拍と血圧の測定。 ②最初の24時間は4時間ごとに体温の測定。 ③さらに患者の腸音と腹膜炎をおこしてはいないかのチェック ●投与の開始 PEGチューブの挿入後、腸音を確認できた場合は、4~6時間位で5%ブドウ糖液1lをPEGチューブから注入する。

●その他
 ①最初の2日間は日に2回傷の部分きれいにし、乾燥した状態に保つておく。
 ②最初の24時間は胃ろう周囲の感染拡大にとって重要な時期のため、皮膚の発赤、腹部の腫れ、胃からの洩れ等の定期的チェック(3〜4回/日)が絶対に欠かせない。
 ③PEGチューブの挿入から4〜6時間も腸音が聞こえない場合は、液の注入を中止して2時間ごとにチェックを繰り返しておこなう。もし翌日まで聞こえないときは胃腸科の手術チームに連絡する。腸雑音が再び聞こえてくるまでは決して再開しない。

介護上の一般的注意事項

●日常の口腔ケア：必要があれば口腔の洗浄は続けること
 ●衛生：患者はチューブ挿入後その回りがしっかりと固まるまでは、全身をお湯に沈めるような風呂には絶対に入らないこと。但し、シャワーを浴びることは構わない。
 ●PEGチューブ回りのヨードに対して患者がアレルギーがあれば、ヒビテンを代用する。
 ●体表側のストッパーの下にはどんな敷物も入れないこと。しっかりと固まるまでは(約2週間)ストッパーははがさない。ろう孔の肉芽がひどい場合には、硝酸銀棒で処理する。
 ●PEG後、チューブ周辺の浮腫が消えるにつれて、チューブの固定がすこしゆるく見えることがあるが、何も漏出していなければ特別な手当は不要。
 ●患者の体重が増えてくると体表側のストッパーの位置を再調整する必要があるが、最初の28週間はそういう事はほとんど起きない。問題が生じたときは、消化器専門医か内視鏡登録医のアドバイスを受けられる。

長期的合併症

●胃ろう周囲の汚染：胃ろうのファイディングチューブの継ぎ目からの洩れによって起きるものと思われる。
 ●食道の逆流によって引き起こされる誤嚥性肺炎：患者は上体を真つすぐに立てた姿勢又は右側を下に横たわった状態でのみ、投与を受けること。
 ●チューブの閉塞
 ●胃ろうチューブの事故(自己)除去：このような事故を防止するために、3ヶ月以上胃ろうを必要とする患者に対しては、造設後10〜12週間経ってからロープロフィットボタン(突出の少ない型のチューブ)に取り替えることが望ましい。

以上はエンジンバラ王室病院老人ケア科及び栄養看護科のコンサルテーションを受けて、まとめたものです。エンジンバラ西一般総合病院の胃腸ユニットで使用されているガイドラインを参考にしました。

This article has been reprinted by permission of Web Administrator and Health of Wales Information Service's website. URL=<http://www.nph.ed.ac.uk/endo/downloads/gjpeg.htm>

〈注意〉これはイギリスにおけるHP上の情報ですので、ご承知置きください。

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おとおり、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。なお、定期購読者はPDNの会員として登録させていただいております。

◆「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

◆ホームページからお申し込みいただけます。
<http://www.peg.or.jp/>

BOOK SHELF

PEGの現況をわかりやすく解説
胃瘻PEGハンドブック
 ふきあげ内科胃腸科クリニック院長・蟹江治郎 著



胃瘻のイロハから応用まで、PEGに携わる全ての方に、PEGを総合的に理解してもらおうと、造設法や合併症はもとより管理法やトラブル解決法まで「現場で本当に役に立つ」実践的な内容を、図表を多用して解説。他の成書やメーカーからの情報でまかなえる細かい知識はあえて避け、なるべくやさしい表現で記述してある。

A4判 160ページ 定価2,600円(税別)
 医学書院 TEL : 03-3817-5600

病院と在宅での看護の違いがわかるハンドブック
基本からとっさのときまで 在宅看護
 済生会三田訪問看護ステーション所長・藤原泰子
 日本赤十字九州国際看護大学教授・大塚邦子編 著



在宅で行われている看護と病院で行われている看護とは、その環境の違いから自ずと異なってくる。在宅看護に関わる者は、まずそのことを認識して実際の看護や、患者・家族への指導に当たる必要がある。本書は看護の基本と在宅でのポイント、トラブル発生時の対応がわかりやすく解説されている。巻末には「介護保険の上手な使用方法 & 事例」も掲載。

B6判 132ページ 定価2,400円(税別)
 真興交易(株)医書出版部 TEL : 03-3798-3315

第8回 HEQ研究会

●会 期：2003年9月27日(土)
 ●会 場：別府ビーコンプラザ(JR別府駅よりバス5分)
 〒874-0828 大分県別府市山の手町12-1 TEL 0977-26-7111

●当番世話人：大分医科大学第一外科 北野正剛
 ●特別公演：丹羽寛文(日本消化器内視鏡学会理事長)
 「消化器内視鏡の歴史と将来」
 ●教育講演：大裏武彦(褥瘡・創傷治療研究所所長、日本褥瘡学会理事長)
 「褥瘡治療の動向とメカニズム」
 ●ランチョンセミナー：小野沢 滋(亀田総合病院地域医療部副部長)
 「在宅医療の実践<仮題>」
 ●問い合わせ：大分医科大学第一外科 松本敏文(事務担当)
 〒879-5593 大分県別府市大ケ丘1-1
 TEL 097-586-5843 FAX 097-549-6039

●HEQ2003 ホームページ
<http://www.oita-med.ac.jp/surgery1/heq/index.html>

第9回 関西経皮内視鏡的胃瘻造設術研究会

●会 期：2003年6月14日(土) 午後2時～6時
 ●会 場：大阪ビジネスパーク MID シアター
 〒540-6131 大阪市中央区城見2-1-61 TEL 06-6941-0941

●当番世話人：京都大学医学研究科 消化器内科 千葉 勉
 ●プログラム：①一般演題(公募)経皮内視鏡的胃瘻造設術に関する演題(スライド又はビデオ)
 ②パネルディスカッション
 ③Q&A 報告
 ④特別講演：脳外科領域における『PEGの有用性』について
 中国労災病院 脳神経外科医長 脳ドック室長 三原 千恵先生

●申し込み要項：演題、所属、演者名と和文400字程度の要旨を下記まで送付して下さい。郵送、FAX及びE-mailにて受け付けます。
 ●演題受付締切：2003年4月19日(土) 必着
 ●演題送付先：〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54
 京都大学医学研究科 消化器内科
 第9回関西経皮内視鏡的胃瘻造設術研究会 事務局 澤田 光孝
 TEL 075-751-4302 FAX 075-751-4303
 E-mail : msawada@kuhp.kyoto-u.ac.jp

編集後記

2月23日の日本経済新聞(29面)に、「『胃ろう』脚光 自宅療養に道」という記事が掲載されました。胃ろうによる在宅での栄養管理法の良さを紹介と共に、栄養投与を医療行為とする現行の法解釈では、ご家族の負担が依然として残されていることへの指摘も。本号で取り上げた胃ろう患児支援への取り組みも、地域差が大きいのが現状。真に患者中心の医療を実現させるために、まずは現実を「知ること」「知らせること」から始めましょう！この「PDN通信」も、どうぞご活用下さい。(お)