

後藤医師

東葛病院の後藤です。よろしくお願ひします。普段は救急外来をやっておりますので、救急外来でみなさんのお世話になっておると思ひます。内視鏡の検査や治療もやらせていただいております。胃ろう造設にもかかわらせてもらっております。胃カメラにより胃ろうを作るのがどういふふうにつくるのか、を説明させていただきますと思ひます。

最近よく PEG という言い方をしますが、Percutaneous(皮膚を通して) Endoscopic(内視鏡を使って) Gastrostomy(胃ろうを造る手術) 経皮的内視鏡的胃瘻造設術といひます。英語で頭文字をとって PEG と書きます。

胃ろうの体の断面の模式図です。体の外にチューブが出ておるんですが、普通人間の体には皮膚や腹壁があつて胃がぷーつと膨れると腹壁にぴったりついて、中にチューブが入るといふのが簡単な模式図です。

胃ろうにはいろんなタイプがございまして、大きくは4種類なんですけど、単純に言つて、皮膚からチューブが飛び出しているタイプと最近普及しているのが、ボタンタイプと言つて普段は外にチューブはでない。栄養剤をいれるときにチューブをくっつけてやるというタイプが増えておる。

バンパータイプかバルーンタイプかといふのは、バルーンタイプといふのは水を注入する

ことで風船のようにぷーつと膨らんですぼつと抜けるのを予防するのがバルーンタイプです。バンパータイプは傘のようになって、引っ張つても抜けないようになっている。

では、どんな作られ方をしているかといふと、順番に並べた図です。これは順番に説明させていただきます。

まず胃カメラはみなさん、検診等で受けられる胃カメラと同じです。胃カメラを飲んでいただいて、胃に空気を入れます。胃をふくらますと胃が腹壁と皮膚にピターつとくっついてくる。で、お腹をツンツンとやると中から内視鏡でお腹を見ておるんですが、そこからツンツンとついているところがわかるんですね。で、いい場所を探して、こういうふうにして糸で皮膚と腹壁を釣り上げて固定をします。ガイドワイヤーというワイヤーを通して、ちょっと太めの棒みたいなものをいれて穴を広げて、特殊な器具を使つていれるのが、バンパータイプです。スポットで入れるのが全体の流れですね。最近では胃壁固定法といふのがおこなわれている。昔は糸で固定といふのはやっていませんでした。このメリットは皮膚と胃壁を2、3ヶ所を糸で縫い付けることで胃と皮膚がぶらぶらしないので固定される。つくる時にも動かない。造つたあともしばらく糸を残しておける。どうしても傷の隙間ができますから、腹膜炎になつたりするのを予防したりとか、まちがえて違つたところに入つたりすることを予防するのに胃壁固定法を行います。

具体的にカメラでみた中からの映像とそこから見た映像を順に説明します。

さきほど言つたふつうの検診で使うのと同じカメラです。お腹をそこからツンツンすると

それが中から見えます。いい場所を探します。ツンツンしてもひびかないと遠かつたり厚かつたりする。胃壁固定法なんですけど、これは針なんですけど、針を刺すと胃の中に入つてきます。糸から紐を通すとひもが胃の中にはいつてきて、2ヶ所通してひっぱつてきて、ひもをぬくと胃が釣り上がる。2ヶ所、3ヶ所おこなうことで皮膚と腹膜や胃壁がぴたつと固定される。メスで皮膚を切開して、穴を少し広げます。特殊な棒があるんですが、この中にガイドワイヤーというワイヤーを通して、この棒をいれてチューブがはいるような穴に広げていく。つぎにさらに、もうすこし太いチューブなんですけど、棒を入れて、ここにチューブがついている。これは突つ張り棒みたいにぎゅつと伸ばすことで、ゴムのよふなチューブになっています。伸ばすことでチューブがうすくなる。傘が広がつたよふに、のびてばあつと広がつたよふになる。ざつと胃ろう造設の具体的な方法。

胃ろう造設法は、手術と同じなので、合併症がありまして、皮膚を切つたり刺したりするので、出血。あとは完全にお腹を大きく開けるわけではないので、場合によつてはそばに腸があつたりほかの臓器があるので、あやまって刺したり傷つかけたりする臓器損傷。胃に穴が開くので、腹膜にも穴が開くので胃液がもれたり、菌がはいつたりする腹膜炎。ごはなが食べられない嚥下機能が悪い人は肺炎を起こしたりとか。傷口に感染したりとか。間違つて抜けてしまつたり、あやまって抜いてしまふなど合併症があります。

こういうことに注意しながら胃ろう造設をしております。以上です。ご清聴ありがとうございました。

濱砂医師

よろしくお願ひします。私、東葛病院の外科の医師をしております。訪問診療もさせていただいています。胃ろうにもかかわってくるということです。わかりにくい言葉が出てくるかと思いますが、よろしかったらご参加者の中で医療関係者ではない方 手を挙げていただけますか？ 結構いらっしゃいますね。わかりました。もしわからない言葉があったら随時仰っていただけたらその方のためにご説明したいと思います。当院の概要を話させていただきます。約300床の病院で 急性期の病棟、いわゆる具合わるくなったら病院に駆け込もうという病床が200床くらい、そこから一定おちついて、ちょっともうすこし時間がかかりそうとか、いう場合用に障害者病棟が55床ありまして、さらにもうちょっと療養が必要だという方に36床存在します。さらに急性期の状態をぬけてリハビリが必要だという病床がひとつ。こういう形になっています。なぜこうなっているかといいますと、いま世の中の状況としまして、ぐあいがるなくなったときのために急性期と回復期リハビリとか、比較的軽い療養というふうに、病状によって、病院の機能が分かれています。世の中の急性期という病態が終わったら、次はリハビリをする病院に移っていただきますとか。一括りに病院といっても働きが分かれています。当院では最初から最期 最後という表現はアレですけど、ずっと関わっていくという仕組みになっています。今日の胃ろうの話ですが、急性期で胃ろうをつくってそのあとどうなるか というのが今回のテーマのひとつになっています。当院で実際の胃ろうを増設する流れといいますと、急に具合が悪くなって、さまざまな治療をします。その中で実際に食べるのが難しい という状況になりますと、えんげの機能 飲み込みが実際にどのくらい働きがあるだろうかを調べていきます。ST=言語聴覚療法士がのみこみとか言葉の訓練をするリハビリの人がくわわって、VF=えんげ造影といって飲み込みをレントゲンで見て飲みこみがいいかどうかを調べる。VE はえんげ内視鏡といってのみこみ具合を内視鏡で見て評価をする。飲み込みが難しくなったら、話し合いが行われます。医師、看護師、リハビリ、mswがはなしあって決定する。流れとなっておりますが、実際にどのように話し合うか？ 造るか造らないか？ 過程のところは今後の重要となってきます。今日のテーマのひとつとしてあげられるんじゃないでしょうか？

当院の状況としては、これが年間胃ろう造設の件数です。2001年から50件前後です。2011年ちょっと落ち込んでいる。去年と今年のところ この辺で、世間で胃ろうはどうだ？ と話題になった。それとひょっとしたら関係あるかも知れない。胃ろうは造らないでくださいという方がけっこう増えてきた。ただし胃ろうは造らないけれども、そのあと何を考えるかという話し合いが不十分なことが起きてきた。胃ろうは造らないけど、点滴は・・・医療者側からするとちぐはぐな印象があるんですけど。一般の方との話し合いはたべることではまだ不十分なところがあるのだと考えています。以前は、長期療養病院に転院する際は、胃ろうをつくっていきましようというのがあったんですが、今は医療区分ができて、簡単にいうと手間がかかる区分になると実入りがいいというものです。胃ろうはひくくて中心静脈栄養は高い。以前ほど胃ろうは絶対作るということではなくなってきた。

3年間で88例 男性が若干多い。平均75歳 35歳から97歳まで。そういう状況で飲み込みが悪い。えんげ障害 摂食障害

といういい方でもよい。飲み込む力がない方と飲みこむ意欲といいますか食べる気がない方がいる。原因はおよそ半分くらいが脳卒中です。そのほか難しい神経の病気などがあります。もともとの込むのが悪い原因はここにあるんですが、実際胃ろうをつくった方の入院時、疾患名 肺炎が一番多くて1/4。それから脳卒中。そのほか神経の病気。つまり新しく

脳卒中になってすぐに胃ろうをつくるというより脳卒中になって一旦帰る。その方が飲み込みが悪いので、誤嚥性肺炎になって入院して胃ろうをつくるというのが多いパターン。脳梗塞を起こした方が再梗塞をおこす。これらの方々のもともと持っているご病気 脳卒中が半分、肺炎がまた半分。既往歴という言い方だと、以前の病気。そのときの脳卒中でなく脳卒中をくりかえしているとか、あるいは肺炎を繰り返している。それと同時に認知症が3/4くらいいらっしゃる。さきほどもありました胃ろうが代表的で PEG内視鏡でつくるパターン。手術を選択していて、胃がない人にはお腹を開ける手術をして腸ろうを造ることがあります。胃ろうのつくり方でも内視鏡で造るパターン、お腹を開けてつくるパターンもあります。最近ではE-PEG というのがあります。胃とかない方に首のところから食道に穴を開けてつくる方法もあります。

腸ろうの頻度は以前よりはるかに高い。

胃ろうを造ったときの合併症といいます、造ってどんな具合がわるくなったことがあったか？ 5.7% 5例の方に出血をしました。穴があいて手術をしなければいけなくなった方が1名いらっしゃいました。手術後30日以内に亡くなった方2名いらっしゃいました。医療的には術死といいます、手術と関係ありと言いますが2.3%2例。ただし2例とも脳出血とか脳梗塞。全然違う病気で亡くなりました。この胃ろうの処置とは別の病気で亡くなったと解釈しています。

ちょっと話は変わりますが、「障害老人の日常生活自立度」という言葉があります。介護保険の主治医意見書に「どのくらい動けますか？」と言葉としてあります。障害老人という言葉は悪いんですが、あまり動くのが難しい方 5段階あって、・自立しています。・J 多小悪いんですが、一人で出かけられる。・A 家の中では良いが、介助ないと外にでられない。・B

自宅でベッド上が多いが、座っていられる。・C ねたきり。これがさらに細かく分けられています。わかりにくいんですが、自宅の中での介護 で入院前に7割くらいだったので、入院する。入院するというのは具合が悪くなる。動くのが難しくなる。退院するときに胃ろうがつくられる となっています。病気にとまって動ける割合がすくなくなると胃ろうがつくられることが多い。

これとは別に痴呆老人の日常生活自立度というのがある。今は認知症と言われているが、ここでは痴呆という言葉が使われている。若干おとぼけはありますがおおむね自立が1 日常生活に支障をきたす症状があっても誰かが注意していればⅡ いつも見ていないといけませんがⅢ 程度が強くなってくるとⅣ 専門医療を必要とするM 5段階。実際当院で88例を見ると、最初6割くらいだったのが、入院するときは7割5分くらいになっている。常に目を光らせないといけない。それぞれ動けない度合いと認知症度合いは全く別個ではありませんので、両方かさなってでてきます。

つぎはのみ込みの悪い人には自分だけでは不十分。何らかの補助がいる。75%の人が介入している。100%じゃないのかというと、最近は胃ろう、腸ろうをつくるために病院にきて造設している。胃ろうをつくったらまたすぐ施設等に帰る。こういう人たちには介入していない。飲み込みの弱いところで食べることができない人、食べられるが少量のため若干の栄養が取れる人、食べられる人＝正常の分類があります。実際に胃ろうを作った人で何らかの補助がいる人は6割くらいですが、リハビリをすることで補助なしがぐっと増えてくる。

当院で胃ろう、腸ろうを作った多くの方は脳梗塞、寝たきり、認知症がある。そこに誤嚥性肺炎がくわわってくる。

生活の場所ですが、半数ちょっとのひとがおうちにいた。退院時在宅に戻れる方は3割をきるくらいになる。

多くの方々が長期療養の施設に。胃ろうを作ったあとはおうちで過ごしていない方が増えている。

胃ろう造設をご本人が判断しているか？ 本人の希望があったか？ 88冊のカルテを全部確認してみました。大部分の方が認知症があつてご自分で判断できないことが多い。10%くらいの方が希望がある。ない方もいる。希望が無い方にも胃ろうを造っている。ご家族の希望と医療者の話し合いできまってくる。

医師は胃ろう造設以外に何を提示したのでしょうか？ カルテ上の記載です。私たちはこの場合の説明では、このままでは栄養補給が難しいですね。どうしましょうか？ 胃ろうという方法があります。中心静脈栄養の点滴。特殊な点滴でたべることと同じくらいの栄養が入る。あとは通常の点滴で、これは栄養の上では十分ではないので、徐々に衰弱してくる。栄養が足りなくなることは承知の上で食べられなくなっているの、静かにこのまま寿命を全うしましょう。こういう提示をしている。で、いずれも提示していないことがじつは多かった。胃ろうしかないという提示しかしていないことが多かった。最終的にはご家族との話し合いで決まってくる。ご家族と相談の上のことですが、かならずしも提示していない場合が多かった。胃ろうを造った人で調べているので、胃ろうを作っていない人の数字はでていない。そこまでは調べられないので、実際はどうだったかは定かでない。家族から本人は 「延命治療はしてほしくない」といっていましたとか、微妙な発言をされている家族が少なからずいらっしゃいました。そのとき、でも栄養はとらないわけにはいかないですよというものが前提としてある。多くの場合は胃ろう増設は本人の希望は加味されていない。医療者は胃ろう造設以外の選択枝を提示していないことが多かった。医師がサボっているわけではない。病院が抱えている問題として、さきほど急性期の病院があつて、その次が急性期でないほかの病院があると説明しました。だんだん、入院期間は短縮されてきている。当院でも急性期病棟の平均入院期間は18日から

19日以内くらいと決められている。そうすると一定病状がおちつくと話し合いが不十分でも、とりあえず次考えなくちゃ となりかねない。当院はさきほど申し上げたように急性期と他の病棟をあわせもっているのも、もうちょっと考える時間が取れるので、まだましな方かもしれませんけど。おおくの急性期だけの病院はかなりシビアな対応が迫られる。その結果としてどうするか十分な話あいができない可能性がありうる。一方で急性期の病院での治療が終わったあとにつぎの病院はどうするか。医療区分がありまして、手がかかるとなるとあまり診療報酬はあげませんよ と理解してもらえるとわかりやすい。そうするとなかなか受けにくい状況がある。最近は特別養護施設などの施設ではどうか。特養さんが終の人生の住処 となってきましたが、そもそも存在しないという問題があります。 家以外は準備させないということがある。大きな問題となっている。病院は早く帰ってほしいというのがあるし、施設も受けにくい状況がある。 施設でも難しい。じゃあどうすりゃあいいんだというのがある。一方で本人、ご家族の価値観はどうか？ ご家族で胃ろうはつくらないでください。そのあとどうする というのがない。胃ろうは作らないでくださいでおわり。人が食べられなくなったとどうするか？ 考え方についての熟成がまだまだ必要。なにもしない。点滴もしない。どうかな？ というのがいま、しばしばある。点滴だけで死ぬのを待つということがある。また医療者側の方なのですが、特に医師は、患者が徐々に衰弱して本当に寿命なのかなあ？ 自分の判断は本当に妥当か？ そもそも医療者は人を生かすのが仕事です。そういう悩みがついてきている。私もそういうことをどう考えるか？ 私自身医者教育でまなんだことはない。現場で手探りで考える。今はこういう考える場ができてきているのでまだいい。ではどうするのか？ 今後のテーマですが、事前の意思確認が必要なのかなというのを改めて考える。さきほど時間がないと話をしました。その前の話でたとえば脳卒中で入院したが、いったん帰ってまた肺炎になって入院してくる間に時間がある。その間に考える時間が実はあるのでは。これは単に病院だけの問題でなく、一般の家庭、施設でもみんなで話し合う時間がある。作る前、作った後の話し合い。作っておしまいじゃなくて、みんなで考える時間が必要なのか。いまでいうとDNRの文書などそういうことがわかる。

またどこを終の棲家とするか。最後の場所はいまだはっきりしない。 いまだこういう風にすればいいというのはない。そこをどう考えるかがおおきなテーマと考える。

以上当院の状況についてお話ししました。

参考までにいまの話はネットで引けるんです。「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として」 倫理的な立場で日本老年学会が出しています。非常に長い文ですが、現場の人がとても考えたんだな。悩んでいるのがよくわかります。読んでいただくと幸いです。以上です。

荒木ケアマネージャー

よろしくお願ひします。普段は在宅でご本人様やご家族と話をするくらいで大勢の前で話をしていないので、緊張して、お聞き苦しいところがあると思います。私は居宅介護支援事業所のケアマネージャーとして要介護認定を受けられた方やそのご家族を支援させていただく立場です。胃ろうの方が在宅に戻る際の支援としましては、神経疾患等でえんげができない方、脳血管疾患や認知症で自発的に摂食できない方、誤嚥性肺炎を繰り返す方には十分な栄養補給をおこなうことができない。栄養補給をおこなうために胃ろうが造設された方が、在宅にもどるために、まず病院の地域医療連携室の担当ソーシャルワーカー＝MSW（病院の相談員）から連絡があります。本人、家族、病棟の担当医師、病棟看護師、訪問診療医師、訪問診療看護師などがあつまってご本人の全身状態の確認等を含めて入院中に退院に向けてカンファレンスが開かれます。また退院後にも介護保険サービスを利用するにあたりサービス担当者会議が開かれます。ご本人、ご家族、訪問診療医師、訪問看護師、訪問介護事業者（ヘルパー）、訪問入浴事業者、福祉用具事業者等、いっせいに集まるのが困難な場合は、時間をずらしてもご本人、ご家族より何が困っているか。どのような生活を送りたいか。どのように支援してもらいたいのか等意向をうかがって、どのように支援していくか専門他職種の見解をいただきながら、在宅の支援計画（居宅サービス計画書）をいっしょに作らせていただきます。介護保険のサービスとなりますと、基本は自立支援です。胃ろうの方の自立支援でなんでしょうか？ QOL（生活の質＝その人らしい生活の豊かさ）を高めることって何の支援をしていくべきか。①外出したい方はその方の身体状況にもよりますが、送迎のある通所利用を希望されるのか、福祉送迎サービスを利用して通院や買い物等にでかけたいのか。家族と旅行したいのか等の意向を支援いたします。②ベッド上の生活でありお話しできない方でも認知症があつて意思疎通が全くとれない方にもいままでの生活をうかがいながら、すこしでも安楽な姿勢で楽しみの持てる療養生活を送れるようにお身内といっしょに考えます。③まったく難しい方もいらっしゃいます。食えることが生きがいなら、どのような姿勢でどの形態のどのような食べ物なら口から食べられるようにできるか？ 在宅診療医師の診察や訪問看護師と相談しながら、いっしょに考えていきます。体調面に関しては訪問診療医師の診察・助言、訪問看護師の指導および助言は受けられますので、不安なく在宅生活を過ごしていただくことができると思います。

しかしご本人に対する支援とはいへ、ご家族も日に3回の栄養剤の注入手順を繰り返さなければなりません。入院中に病棟の看護師の指導により、栄養剤注入は練習してあるため、退院後の手順に困ることはないかと思いますが、日に3回の手順を繰り返すことは家族にとつても負担になります。対応できるご家族が何人もいらっしゃる方はよいのですが、夫婦二人で妻か夫が一人で介護しなければならないケースは、本人納得の上ですが、デイサービスの利用していただいたり、お泊りのショートステイの利用していただいて家族のレスパイト（介護の一時中断、休息、息抜き）の導入も行います。また平成24年4月の制度改正によりホームヘルパーが都道府県の実施する基本研修を受講し、指導者登録をしている看護師等による実地研修終了後、都道府県から「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受け、そのヘルパーが所属している事業所が「登録特定行為事業者」として都道府県に登録してある場合にホームヘルパーが家族に代わって準備～栄養剤注入～後片付け等一連の行為を支援することができます。現実には特別支援事業所や老人介護施設等の登録が多く、在宅には少ない。在宅においては環境整備が大切です。またベッド上の生活になられる方が多いので、本人がおちつく空間がよいと思います。必要な方は住宅改修により手すり設置および段差解消工事等を行い、福祉用具の貸与および購入により本人は安楽に、家族は負担軽減できるような環境整備を行います。特殊寝台、背上げ機能、高さ調整、足上げ機能、サイドレール、サイドテーブル、介助バー、マットか床ずれ防止器具、点滴棒等の貸与品、ポータブルトイレ、自宅で入浴できる方の浴槽に手すりを設置等の購入品。また身体保清のため、の入浴ですが、本人の状態にあわせて自宅で家族が介助、訪問看護による入浴介助、寝たきりの方には入浴車による支援、通所およびショートステイ等の入浴支援や排尿および排便等排泄管理は訪問看護。・口腔ケアは家族及び訪問看護師が対応する。他サービス担当者会議で検討させていただきます。

その後は初回および定期（月1回）モニタリング 本人および家族の満足度、サービス利用状況確認、サービス継続かプラン変更か を行いながら在宅支援していきます。

ケアマネージャーとして、倫理のもんだいについては、近年は入浴等の機会に延命措置に関する意思確認

が行われるようになり、在宅では延命治療に関してのお話ができることがあります。人工呼吸器は希望しないが栄養補給や水分補給は希望する。栄養補給を希望しているが、胃ろうはいやだなど人それぞれの考え方や思いがあります。私たち、在宅のケアマネージャーはご本人および家族の意向に寄り添いながら、決定されるのはご本人およびご家族です。しかし本人が老衰で食べられなくなった方が胃ろう造設して栄養を確保するというのはご本人も望まないでしょうし、QOLの高い生活には結びつかないのではないかと考えています。

三枝医師

みなさん、こんにちは。野田南部診療所の所長の三枝と言います。うちでやっている胃ろうの現状、症例発表をふくめてお話しさせていただきたいと思います。さっきからいろいろ発表が出たので、この辺は飛ばしてお話しします。在宅で行われる栄養方法。栄養の取り方なんですけど、静脈から普通の点滴です。点滴が血管に入りにくい方が多いので、持続皮下注という特殊な点滴方法があります。、IVH＝中心静脈栄養、昔でいうと鼻腔栄養、いまでいうと経鼻栄養。胃ろう、腸ろう 一番は口から食べられるのが一番いい。一番多いのは口から食べましょう。胃ろうの長所。さきほどからずっと出ていますが、作るときは苦痛がありますが、交換が少ない、めだたない。経鼻とか点滴とかIVHに比べて管理が簡単。食べれない以外の生活は保たれていることが多い。ここは後で報告します。いちばんいいのは、胃ろうを造っても口から食べることができる。腸の動きがいい。これが一番いい胃ろうの長所。欠点は、手術で作っているんで手術した部位からの感染がある。ここは以前勧めるときに医者が話していたと思うんですが、食べれないからよく誤嚥性肺炎を起こしますので胃ろうを作りましょうとって作った。実際には誤嚥性肺炎は胃ろうをつくってもつくらなくても予防できたという報告はまだないです。末期がんとか老衰で胃ろうをつくって命が伸びたという報告は出ていない。余命は変わらないという報告はあることはある。生活の質が損なわれることがある。さっきと逆ですが、あとで説明します。下痢、嘔吐しやすい。

うちでやっている胃ろうの症例ですが、だいたい脳血管障害、神経障害、認知症とか。あと悪性腫瘍が時々あります。在宅と病院 あまりやり方は変わらない。管理の仕方は他のやり方よりも楽なので、家族でできる。食事と一緒にできる。寝たきりの場合、ほとんど口が動かなくてもできる。胃ろう交換 うちでは実際病院におねがいするが、在宅でも交換できる方法がある。

症例ですが、現在うちで往診件数は80件あります。胃ろうをつかっているのは2例しかないんです。ここ2年は新規はゼロです。新規の胃ろうがない。最近では中心静脈が多い。いまうちで胃ろうを管理している2例ですが、対照的です。

まず食事もしているし胃ろうも使っている方です。

10年前に脳梗塞をおこした。脳梗塞で摂食障害がおきたので、胃ろうを造りましょうと言って作った。発症の時でも嚥下用のゼリーなんか食べられるんですが、ゼリー一口だけでは栄養がとれないので胃ろうをつくった。最初は体力低下もいろいろあって誤嚥性肺炎をおこした。それ以降は肺炎も起こさず特別に入院することもなく安定していた。4年くらいに呑み込みもたべられそうだ。誤嚥性肺炎も起こしていない。ちょっとおたのしみでゼリーから大目に食べさせてみましょうと食事を始めた。誤嚥性肺炎の危険性も話しているが、たべさせてみた。1年後くらいにどんどん食べられるようになった。あんこが好きだったので小さなおはぎとか食べるようになった。さらに2年後くらいにおはぎがたべられるんだったら、ふつうのきざみ食＝嚥下障害がある方に食べさせる食事にレベルアップしてみた。普通に食べられる。一日1回やってみようかと言ってやってた。いまはですね、朝だけは寝起きが悪いので、ぼーっとしているんで、朝だけは胃ろうから入れて、昼、夜はきざみ食でたべています。1日1回は胃ろう。これも自分ではなくせるんじゃないと思っているんですが、家族は朝は不安だということで朝だけ胃ろうを使っている。

もう1例は、寝たきり。さっきとは全然違う症例です。寝たきりで胃ろうをつかっている。もともとベースに認知症があった。4年前に胆嚢炎と心不全で入院されています。入院してかなり大きな病気だったので、体力を消耗した。1日ほとんど寝ている。ときどき「こんにちは」と声をかけると目を覚ます状態なので栄養を取らないと言って、胃ろうをつくった。はじめから食事食べれない状態。一口も食べられない。ただ栄養を十分取れば目が覚めている時間が長くなるかと期待できた。実際胃ろう1日2食朝、夕で。体が大きくないので1日800kcalくらい。お昼はおい水だけ。

退院後3ヶ月くらいから、呼びかければ、ありがとう、おはようございますくらいは話すことができるようになった。話すことができるようになったが、それ以上はむずかしかった。98歳、高齢の方で老衰で体力がなくなってきて、いまはほとんど目を覚ますことがない状態です。さきほどの方もこの方も現在熱がでてしまって胃ろうをやめて点滴にしています。熱が戻れば胃ろうにしようと思っています。

この二つの症例をまとめますと、どちらの症例も胃ろうをつくらなかったら、栄養が取れなくて亡くなってしまうんですが、胃ろうを造ったことで生きる時間が増えた。自宅にいられる時間も増えた。どちらも施設

ではなく自分の家でご家族が胃ろうをつかっている。違う点は初めの例では胃ろうをつくったことで食べられるようにもなって生活の質は改善している。2例目は一時的には改善できたが、十分改善したかという改善していない。現状維持の状態。ここからは個人的な意見ですが、一緒にいる時間を長くいたいと考えるなら、この2つの症例のようにながく命をのばすことができるので胃とうを造るべきなんですが、問題は生活の質 食べられるかどうか。その判断が大切。さきほど浜砂医師がおっしゃられた生活の質 胃ろうをつくったあとのこと。生活の質がどうか重要なのではないかと自分は思っています。以上です。

伊原

よろしくお願ひします。流山市訪問看護 ST の所長の伊原です。4月の人事異動で所長ということになり、訪問看護 s t にいます。当ステーションは市直営の訪問看護ステーションです。24時間体制ではないのですが、小児から高齢者まで、人工呼吸器装着の患者さんについても他の24時間の訪問看護ステーションの方々と協力していっしょに訪問看護をやらせてもらっています。

今日は胃ろうというテーマですごく深く考える機会をいただいて、とっても感謝しております。それでは皆さんと一緒に考えたいと思います。まず訪問看護の現場からということで、私がいままでお会いした方々を3名ほどご紹介したいと思います。まず、Aさんです。病気によって体が動かなくなって口から食べることもできなくなりました。だけでも胃ろうからの経管栄養をおこなうことで生命を維持して、ご自分の意志で必要な介護受けながら望む療養生活をおくっていらっしやいます。この方はパソコンを使ってインターネットで社会とつながったりされています。それからBさん。口から食べられなくなってお薬のめなくなった。どんどん衰弱していく一方だった。ご家族がもう一回本人と話がしたい。もう一回本人のわらい声が聞きたいということで、先ほど話が出ていました鼻腔からの経管栄養を実施しました。すぐには改善が分かりにくかったのですが、徐々に回復していらして、もう一回口から食べさせてあげたいとご家族は願っています。アイスクリームとかね。つぎにCさん。病気で体が動かなくなりました。口から食べることもできないし、意識も確認しにくい、はっきりしません。言葉を発することも今はできなくなりました。ご家族のつよい希望で胃ろうを選択して経管栄養で生命を維持しています。この方は介護者にとっては最愛の存在で、ご家族の中での存在感ですね、命の輝きを放ち続けていらっしやいます。医療の発達とともにポジティブな場面にも結構お会いする機会があるのでご紹介させていただきました。

では胃ろうってひとにとってどんな意味があるのだろうかと思って、ガイドラインがありますが、自分なりに考えまして主に3点をあげてみました。①よりよく人生を生き続けるための胃ろう、②回復を望む、願う胃ろう、③人体の生命活動維持のための胃ろう。言い方がいいかわからないんですが、わかりやすい言葉として自分なりに自分の言葉でおいてみました。とくに3番目の人体の生命活動維持のための印象が強く出た場合にいろいろなところで話題に取り上げられるだろうとおもいました。人によっていろいろな思いがあって、ガイドラインで目安はあってもびつたりのは本当に存在しないなってつくづく思います。いろんな思いがあるのが普通だと思います。

まず口から食わずに胃に物が入るっていうのはどういう感じなんだろうと思いました。体験してみたら自分の言葉で語れると思ってやってみました。これがその写真です。実際には経管栄養のちゃんとしたボトルがありますのでもっと扱いや見た目が良いと思います。チューブを買ってきて自分のステーションでスタッフに入れてもらってやってみました。この硬い表情をご覧ください。「怖いです」ってスタッフから言われました。ただあの顔しか最初できませんでした。こちらはだいたいぶうける印象が違うと思います。どうだったか聞かれると胃のチューブ、経鼻からですけど、挿入に際して理屈じゃなくてこわい。とにかく怖い。入れてもらおうとき、ものすごい嘔吐の反射で意識が清明もあるんでしょうけど、こわくてこわくて実は1回途中で引き抜きました。ちょっとタイムって。やり直しをして最後は寝ていれようと。座ってやっても苦しくて引き抜いて。何度も吐きそうになって。背中をさすってもらってやっとなんか胃管を挿入してあの固い表情でした。人体に対する侵襲の恐怖って本当に理屈じゃないなってつくづく思いました。あと技術とか慣れとか状況にもよるので、一概に言えないんですけど、胃ろうのほうの扱いがはらくかもしれないなって思って。今もし自分が口から食べられなくなったら胃ろうは体験していないんですけど、比較はできないですけどたぶん胃ろうを選ぶかもしれないなって思いました。あと流動食、経管栄養のちゃんとした専用のものを400CC入れて、おなかはいっぱいになって空腹はすごく満たされた感がありました。そのあとは普通に活動していました。ただ苦しかったので固い表情をご覧くださいというのはそういう意味です。チューブのひりひり感とか、横にすれる感じが結構つらかった。みんな同じかどうかわかりません。

胃ろうとリビンクウイルスについて訪問看護でできることを今現在で全力で考えました。在宅で胃ろうになる方もいらっしやるので、まずは胃ろうをおこなうかどうか。本人と家族が迷いに際しては、プラス面と、もしかしたらちょっと困っちゃうかもしれないよっていう面についてはいいいに情報を提供したいと思います。これは訪問看護単独ではなくて医師といろいろなスタッフとチームかなって思います。いっしょにまよ

って一緒に考えたいと思います。とことん一緒に考えてお話をききます。本人とご家族で決めたことはその時の最善だとも思います。その結論を全力で支援して日々のケアなどサポートしていきたいと思います。

最後、これからも考え続けたいと思います。人の生き方と医療の発達。その塩梅って何がいいのかなっていうのを考え続けたいと思います。今日は胃ろうがテーマなんですが、臓器移植、IPS いろいろな物がこれから出てくると思います。それと人の生き方の塩梅がいいのは何かになってこれからも考え続けることが今日のテーマに対する現状の報告になります。ご清聴ありがとうございました。

木内 特別養護老人ホームリバーパレス流山で生活相談員とケアマネをしています。特別老人ホーム うちの移設は100名の施設です。設立が昭和62年なのでかれこれ30年くらい。流山では2番目に古い施設でかなり長期に入院している方もいらっしゃいますので胃ろうの方もけっこうふえています。当施設の100名の食事状況なんですが、経口摂取困難なかが32名います。そのうち胃ろうが25名。胃ろうの栄養剤種類が一時期4種類あったのが今は2種類。半固形のスポーツ飲用のジェル状になっていて、ちゅちゅっすうようなあれを直接胃ろうの接続部位に看護師が手でまいてじゅっといれるタイプ。さきほど写真であったようなつるしてボトルで液状のタイプ。看護師がやっています。さきほど医師から中心静脈栄養。うちではポーチをいれてそこにさして24時間。高齢な方が多いので、通常病院では10時間とか12時間で落とすかもしれませんが、24時間やっています。看護師がストップウォッチをもって10秒で3滴とか計算して調整してやっています。うちの施設では夜は看護師がいないので、もしぬけちゃったら、病院にそのまま行くしかありませんが、看護師がきてまたさしなおしもたまにあります。施設の状況を簡単に説明したいのですが、入所者100名。平均年齢男性約80歳、女性約88歳。要介護平均4.23。介護4と言いますと、だいたい身体的に日常生活はほとんど介助。食事も食べさせてもらう。着替えもできない。お風呂は機械浴で体を洗ってもらう。いわゆる寝たきり。認知症の方で歩いている方だと暴力だったり不潔行為だったり、つねにそばにいないといけなくらいの重さの人たちです。うちの施設は高齢化、重度化がかなり進んでいる現状です。胃ろう以外の食事をたべるかたの介護状況です。食事介助する方が28名。自力摂取が40名。食事介助にかかる職員が平均14名とか15名。一人の職員で二人くらいの方を食事介助をする。職員の人数は厚労省の基準を上回って多い配置なんですが、つねに介護度が重いこともあって業務に追われて慢性的に人手が足りない状態なんです。食事介助に関しても1時間、2時間くらいかけてじっくりやれば食べられる方もいるかもしれませんが、そこまで時間をかけていられない現状です。胃ろうの人が増えたことによって、いろいろでてきた問題をここに挙げています。一番の問題は喀痰吸引。以前は医療職しかやってはいけなくなりましたが、介護職も日常的におこなえるようになった。ここ2年くらいで一定の研修を受けた介護職員は吸引は実施できるようになりました。夜は介護職員しかいないので、介護職員がやるしかない。夜勤をする介護職員はぜったい持っていないといけない。ただし研修はすごい日数を要します。10日くらい研修をに行つて試験を受けて、そのあと3日実技をやらなければいけない。

口腔ケアの充実を図る。さきほど肺炎に関係があるかどうかわからないといわれましたが、普通の人よりは肺炎になりやすいと聞いています。口の中に唾液がない分、雑菌が増えるということでいろいろ製品をつかって口の中をきれいにしたりやっています。でも肺炎にはなります。食べなくなるということでADLはかなり落ちます。ADLはさきほどの生活の質をふくめて一気にレベルが落ちます。施設全体の活気が病院みたいになってしまいます。施設なのに病院みたい、活気が特養らしさがなくなっちゃう。

介護職員の憂鬱。おかげさなですけど、職員にももし自分が食事摂取困難になったらどうなんだろうと聞くと、ほとんどの人は胃ろうはしたくないと言います。ただし利用者さんのなかで食事摂取困難になったらどうですかと聞くと、やっぱり胃ろうや点滴をしたほうがいいんじゃないかな？と話が出てきます。なぜかという目の前で衰えていくのを見ていられない。誤嚥して苦しそうにしているのを見ていられない。誤嚥性肺炎になったらどうしようかなというのはあります。食事介助は結構怖いんです。いのちがけという感じで食べさせる人もいますし、そこまでして食べさせるのはどうかなというのが正直な気持ちだと思います。最後なんですが、家族や本人の元気な時の意志を含めて何もしないでほしいというケースが最近増えています。何もしないでくださいと言われても施設として困ってしまいます。目の前に生きてる人がいるんだから何もしないでいいと言われても困るんです。医療的な行為はしないはわかるんですが、看取り、介護をやらざるを得ない部分もある。実際、障害になるのは担当医師がみ取り介助対応はとれない。今からきてくださいと言ってもうちと契約している医師は普通に診察を行っているの、そんなすぐにはいけないよとなってしまい

ます。介護職員も知識不足や心の準備不足というのもあります。看護職員が24時間常勤ではないというのもかなり大きな要因になっています。施設にある問題を取り上げておはなしさせていただきました。

司会 施設の現状をお話しいただきました。おひとりくらいなら質問を受けられます。

フロア 今、うちで娘の介護をしている母です。ちょっと異色ですけど。うちの娘は40台で胃ろうになったんですけど、その子の命と向き合って今に至っている。問題は福祉と医療が上手にドッキングされていない。制度的に。入所施設は外来対応。うちは今、全く在宅で見えています。完璧に守られていると思えばMS。母親だからできていると。命と真っ向から向き合って生きていつか死に向かっていくんだけど、医療と福祉がかみ合っていないのが問題だと思います。

木内

特別養護老人ホームリバーパレス流山で生活相談員とケアマネをしています。特別老人ホーム うちの移設は100名の施設です。設立が昭和62年なのでかれこれ30年くらい。流山では2番目に古い施設でかなり長期に入院している方もいらっしゃいますので胃ろうの方もけっこうふえています。当施設の100名の食事状況なんですが、経口摂取困難な人が32名います。そのうち胃ろうが25名。胃ろうの栄養剤種類が一時期4種類あったのが今は2種類。半固形のスポーツ飲用のジェル状になっていて、ちゅっちゅっすうようなあれを直接胃ろうの接続部位に看護師が手でまいてじゅっと入れるタイプ。さきほど写真であったようなつるしてボトルで液状のタイプ。看護師がやっています。さきほど医師から中心静脈栄養。うちではポーチをいれてそこにさして24時間。高齢な方が多いので、通常病院では10時間とか12時間で落とすかもしれませんが、24時間やっています。看護師がストップウォッチをもって10秒で3滴とか計算して調整してやっています。うちの施設では夜は看護師がいないので、もしぬけちゃったら、病院にそのまま行くしかありませんが、看護師がきてまたさしなおしたまにあります。施設の状況を簡単に説明したいのですが、入所者100名。平均年齢男性約80歳、女性約88歳。要介護平均4.23。介護4と言いますと、だいたい身体的に日常生活はほとんど介助。食事も食べさせてもらう。着替えもできない。お風呂は機械浴で体を洗ってもらう。いわゆる寝たきり。認知症の方で歩いている方だと暴力だったり不潔行為だったり、つねにそばにいないといけないくらいの重さの人たちです。うちの施設は高齢化、重度化がかなり進んでいる現状です。胃ろう以外の食事を食べるかたの介護状況です。食事介助する方が28名。自力摂取が40名。食事介助にかかる職員が平均1.4名とか1.5名。一人の職員で二人くらいの方を食事介助をする。職員の人数は厚労省の基準を上回って多い配置なんですが、つねに介護度が重いこともあって業務に追われて慢性的に人手が足りない状態なんです。食事介助に関しても1時間、2時間くらいかけてじっくりやれば食べられる方もいるかもしれませんが、そこまで時間をかけていられない現状です。胃ろうの人が増えたことによって、いろいろでできた問題をここに挙げています。一番の問題は喀痰吸引。以前は医療職しかやってはいけなくなりましたが、介護職も日常的におこなえるようになった。ここ2年くらいで一定の研修を受けた介護職員は吸引は実施できるようになりました。夜は介護職員しかいないので、介護職員がやるしかない。夜勤をする介護職員はぜったい持っていないといけない。ただし研修はすごい日数を要します。10日くらい研修を行って試験を受けて、そのあと3日実技をやらなければいけない。

口腔ケアの充実を図る。さきほど肺炎に関係があるかどうかわからないといわれましたが、普通の人よりは肺炎になりやすいと聞いています。口の中に唾液がない分、雑菌が増えるということでいろいろ製品をつかって口の中をきれいにしたりやっています。でも肺炎にはなります。食べなくなるということでADLはかなり落ちます。ADLはさきほどの生活の質をふくめて一気にレベルが落ちます。施設全体の活気が病院みたいになってしまいます。施設なのに病院みたい、活気が特養らしさがなくなっちゃう。

介護職員の憂鬱。おかげさなですけど、職員にももし自分が食事摂取困難になったらどうなんだろうと聞くと、ほとんどの人は胃ろうはしたくないと言います。ただし利用者さんのなかで食事摂取困難になったらどうですかと聞くと、やっぱり胃ろうや点滴をしたほうがいいんじゃないかな？と話が出てきます。なぜかという目前で衰えていくのを見ていられない。誤嚥して苦しそうにしているのを見ていられない。誤嚥性肺炎になったらどうしようかなというのはあります。食事介助は結構怖いんです。いのちがけという感じで食べさせる人もいますし、そこまでして食べさせるのはどうかなというのが正直な気持ちだと思います。最後なんですけど、家族や本人の元気な時の意志を含めて何もしないでほしいというケースが最近増えています。何もしないでくださいと言われても施設として困ってしまいます。目の前に生きている人がいるんだから何もしないでいいと言われても困るんです。医療的な行為はしないはわかるんですが、看取り、介護をやらざるを得ない部分もある。実際、障害になるのは担当医師がみ取り介助対応はとれない。今からきてくださいと言ってもうちと契約している医師は普通に診察を行っているの、そんなすぐにはいけないよとなってしまいます。介護職員も知識不足や心の準備不足というのもあります。看護職員が24時間常勤ではないというのかなり大きな要因になっています。施設にある問題を取り上げておはなしさせていただきました。

司会 施設の現状をお話いただきました。おひとりくらいなら質問を受けられます。

フロア 今、うちで娘の介護をしている母です。ちょっと異色ですけど。うちの娘は40台で胃ろうになっ

たんですけど、その子の命と向き合って今に至っている。問題は福祉と医療が上手にドッキングされていない。制度的に。入所施設は外来対応。うちは今、全く在宅で見えています。完璧に守られていると思えばMス。母親だからできていると。命と真っ向から向き合って生きていつか死に向かっていくんだけど、医療と福祉がかみ合っていないのが問題だと思います。

岩瀬

こんにちは。ご紹介いただいた岩瀬です。このような場で私がお話するのは、まったく初めての経験ですので、失言とかあるかと思えます。その時にご容赦ください。私の母は現在90歳です。7年半くらい前に大腿骨を骨折しまして、入院して人工骨頭の手術を受けたんですが、その直後に脳梗塞を発症いたしました。後遺症がかなり出て寝たきりとなって左半身不随。そして認知症になりました。そのため3ヶ月ほど入院いたしました。その後は老人ホームに入所しました。そのときは弟ががんの末期だったので母を在宅は考えていなくて、老人ホームに入所しました。入所後は、だんだん体力が月日とともに衰えていって、また母は原因はわからないんですが、意識を失うことがありました。入院を繰り返していてどんどん体力がなくなって医師から胃ろうを勧められました。その時もちろん母は自分で決断する意思はなかったので、本人に確認することはできなかつた。私自身で可否を考える余裕もなかつたので、は何も考えずに胃ろうを造設しました。胃ろうを造設した後は、栄養は補給されるので、体重はどんどん増えていきましたが、母はどんどん無表情になり人間というよりは、私から見たら物体のような石のような感じになりました。体は本当に石のように硬直して、話しかけてもまったく無反応。なにか言っているような気がするんですが、私には感じられませんでした。造設当初は胃ろう造設にたいして後悔しておりました。入院して6ヶ月入院していましたので有料老人ホームの料金と入院費用が掛かって支払いが高額でした。おもいきって在宅にしよう病院と相談しました。すぐに対応していただきました。それから在宅で4年がすぎようとしています。在宅になりましても当初は経管の摂取量も多く、排便おもうようにできませんでした。吸痰もしなくちゃいけなくて私の負担は多かったような気がします。それに伴ってトラブルが多々ありました。往診の医師に相談して薬の量を半分近くに減らしていただきました。経管も様子を見ながら減量していただいて、訪問看護師さんやケアマネージャーさんのアドバイスを受けながら半年ほど経過していきました。その頃は私もちょっと肩の荷が下りたような楽な感じがしていました。半年ほどたって母のそばで私が食事をしていたら、母がわたしをじっとみつめるんですね。なにか食べることに興味を持ってくれたのかなと思ひまして、はじめはスプーンにはちみつを載せて一口ふくませたんです。そしたら母がおいしいって言ったんです。それまでほとんど発語はなかつたんですが、私も嬉しくなっていまして。はちみつをなめただけでおいしいって言うくれたんで、その後は母が食べられるものはないかっていろいろなものに挑戦してみたんです。案外上手に食べてくれるようになったんです。なんでそうなったのか私にもよくわからないんですが、普段、訪問リハビリを受けたり、いろいろしていたので、少しずつ体力が回復してきたのかとおもいます。時間がかかりましたが、いまでは麺類は自分でおはしをもって短くきってやると自分で口に運んで自分で食べます。ジュースもストローでグックとむせるんじゃないかって心配するくらいの勢いで飲みます。むせても誤嚥性肺炎を起こすことはなく、ここ3年以上誤嚥性肺炎はまったく起こしていません。いま栄養は経管栄養でとってそれ以外、母の好きなものを作って食べています。昼はほとんど口からうどんやグラタンにして食べています。母のために作るんじゃなくて、私と夫が手をかけずに食べたあまりものを母と一緒に食事いたします。胃ろうを造設した当初は、無表情で感情表現はまったくなかつた母ですが、いまはけっこういっしょにハハハと笑ったりします。発語も多くなって簡単な言葉のキャッチボール、会話も少しですができるようになってきました。本当に在宅当初では想像できない母の人間らしさに喜んでおります。それは私が元来ずぼらな人間ですので、特に何か大変なことをしたということはまったくなくて、自然によい方向に向いていったと思います。私一人では到底できなかつたことで、往診の医師、訪問看護師さん、ケアマネージャーさん、ヘルパーさん多くの人に助けられて今があると思ひます。私はショートステイも利用しています。ショートステイで母が1週間ほどいない間は、仕事をしたりドライブをしたり、どこかに行ったり楽しんでます。最近胃ろう造設について否定的な意見を多く聞かれますが、母の場合は、私自身があの時胃ろうを拒否していたら、いまのように人間らしい生活を送る母をみることはできなかつたわけですし、母自身も人間らしさを取り戻すことはできなかつたと思うんですね。もしかしたら、最後の時をかなり早々に迎えていて、私はかなり大きな後悔をしたのではないかなと思ひます。介護をされている皆さんもご家族の方々も胃ろうに対するマイナス面だけではなくてプラス面も多々あると知っていただけたらいいかなと思ひまして、今日はお話に上がりました。へたなお話でたいへんもうしわけないです。

拍手 拍手