

Run & Up

[ランナップ]

夏

SUMMER 2014
Vol.10 No.2 通巻38号

人が好き・街が好き、いきいき・はつらつ、在宅ケアを支える仲間たちを応援します。

●Basic Eye—座談会

文化としての看取り

後編～再び地域に看取りを取り戻すために～

<司会>中山 康子 さん [元NPO法人在宅緩和ケア支援センター虹 代表]
<出席>市橋 正子 さん [在宅緩和ケアセンターほすびす 所長]
田中 美保 さん [訪問看護ステーションのぞみ 所長]

●QOLの観点から栄養を考える—第22回

監修：川越 正平 先生 [あおぞら診療所 院長]

(座談会)第一部 胃瘻の原点にかえる

<司会>太田 秀樹 先生 [医療法人アスムス 理事長]
<出席>(五十音順)
長尾 和宏 先生 [長尾クリニック 院長]
東口 高志 先生 [藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座 教授]
丸山 道生 先生 [田無病院 院長]

●地域支援室発—私たち、こうやっています! File 26

小児在宅医療推進に向けた地域の取り組み
北九州市立総合療育センター地域支援室 (福岡県北九州市)

●行ってきました!

全国在宅療養支援診療所連絡会 第1回全国大会
セミナー「かかりつけ医の在宅医療」

●在宅ケアQ&A—第2回

カンファレンスを短時間で

回答者：当間 麻子 先生 [一般社団法人在宅医療推進会 代表理事]

●在宅こぼれ話—第2回

約束 太田 秀樹 先生 [医療法人アスムス 理事長]

●FORUM

半固形化栄養材の最新情報 蟹江 治郎 先生
[ふきあげ内科胃腸科クリニック 院長]



2012年に実施された在宅療養高齢者の栄養状態に関する大規模調査により、在宅療養高齢者の約8割が低栄養または低栄養のリスクがあることが明らかになりました。一方、同じく2012年に日本老年医学会が「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～」（AHNガイドライン）を発表して以降、様々な議論が起こっています。そこで本稿では、在宅療養患者における栄養管理の在り方や胃瘻にまつわる問題、現状の取り組み、AHNガイドラインの影響等について、2号に渡ってご議論いただきます。

監修：川越正平 先生（あおぞら診療所 院長）

《座談会》第一部 胃瘻の原点にかえる

<司会>

太田 秀樹 先生 医療法人アスミス 理事長

<出席>（五十音順）

長尾 和宏 先生 長尾クリニック 院長

東口 高志 先生 藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座 教授

丸山 道生 先生 田無病院 院長



左より丸山道生先生、太田秀樹先生、東口高志先生、長尾和宏先生

在宅療養患者の栄養状態と 栄養管理の重要性

太田 私は栃木県で開院した1992年以降、在宅療養中または要介護状態の高齢者の大部分は栄養障害を抱えているという印象を持っていました。そこで、2012年に国立長寿医療研究センター等とともに、全国初となる在宅療養高齢者を対象とした栄養状態の調査を行ったところ、約8割が低栄養または低栄養のリスクがあることがわかりました。

低栄養は高齢者の生命予後にかかわる問題であり、QOLの面から見ても栄養は重要な問題です。そこで今回はご高名な3人の先生方にお集まりいただきましたので、豊かなご経験のなかから、胃瘻にまつわる現在の課題等についてお伺いしたいと思います。

それでは、まずは在宅医の立場として長尾先生より、在宅医療における栄養の問題についてのお考えをお聞かせください。

長尾 私は1995年から在宅にかかわってきましたが、当初は、治療において栄養の問題を考えたという記憶はありません。栄養について意識始めたのは10年ほど前でしょうか。2010年に尼崎在宅NST研

究会を立ち上げ、地域の医療従事者に向けて啓発活動を行っています。最近はサルコペニアという言葉も耳にするようになりましたので、在宅患者にも栄養管理を徹底する必要があると考えています。当院には管理栄養士が3人いますが、訪問栄養指導の件数はなかなか増えません。今後は介護職の方々に栄養に対する興味を持っていただくことの大切さを感じています。

太田 全国的に、栄養の問題に関しては、在宅医療を支える多職種の理解が乏しい面があるようですね。それにしても、栄養士が3人もいるクリニックは日本では珍しいですが、栄養士の訪問はいつ頃から始められたのでしょうか。

長尾 2004年に、ある病院の栄養士が在宅療養患者の栄養を理解するために当院へ派遣されてきたことがきっかけで、栄養士による訪問を始めました。本来、栄養管理は外来と在宅が連動して行うべきだと考えています。外来にも栄養管理の問題を抱える患者は多く来院されますので、かかりつけ医のように、かかりつけ栄養士として、外来から在宅へと移行していくスタイルが理想です。そこで、常に外来診療と栄養指導をセットで行えるように、栄養士を雇用することにしました。

一般に、介護保険での栄養指導は利用者の受け入れが良くないと聞きますが、食事に関する疑問等、患者のニーズは感じます。しかし、そのニーズに気づけなかったり、十分に手が回らない現状があるのではないのでしょうか。そこで、患者のニーズを拾えるようにと、当院では診察室の隣に栄養指導室を設置しています。

太田 長尾先生は一般の在宅療養支援診療所とは異なり、かかりつけ栄養士という先駆的な取り組みをされているわけですね。

それでは、我が国における栄養サポートチーム(nutrition support team: NST)の第一人者である東口先生は、在宅療養患者の栄養の問題について、どのようにお考えでしょうか。

東口 私事で恐縮ですが、医学生のときに自宅で祖母を看取った経験が栄養にかかわる原点となりました。点滴や経腸栄養のこともわからないまま、粥や重湯を食べさせて、栄養が補えなくなるのを目の当たりにしました。栄養管理を始めたのは医師になった直後の1981年からで、経静脈栄養、中心静脈栄養(total parenteral nutrition: TPN)、経管栄養、胃瘻という移行を見てきました。経皮内視鏡的胃瘻造設術(percutaneous endoscopic

太田 秀樹 先生



gastrostomy : PEG)のキットが無いころからバルーンを使って胃瘻を造り始めたのは、患者にとって栄養摂取が楽になると考えたからです。しかし、在宅医療にかかわるようになり、栄養状態を理論的に満たしても、口から食べられなければ元気にならないということを実感しました。

そして個人的な感覚ですが、1998年頃から、NSTが地域に出ていく必要があると感じていました。

太田 データ上で栄養管理を行ったとしても、実は低栄養そのものの改善は期待しづらいという、根源的な問題をご指摘いただきました。経鼻栄養は苦痛を与えますし、ボディイメージが損なわれることも考えると、胃瘻は合理的で優れた方法です。

それでは、胃瘻を造設する病院医としての立場から、丸山先生はどのようにお考えですか。

丸山 私は、もともと食道がんの術後患者に、皮下埋め込み式経腸栄養ポートの臨床研究をしていました。胃瘻が登場し始めたころ、経鼻栄養よりも在宅医療の質が良くなる素晴らしいものが出てきたと思ひ、すぐに胃瘻に取り組み始めました。

当時勤務していた新宿区は在宅医療が盛んな地域でしたので、地域の医療従事者と一緒に胃瘻に取り組むことになりましたが、時が経つにつれて一部では「胃瘻を造ったことで家族が大変な思いをした」など、負の評価も聞こえてくるようになりました。

た。「胃瘻を造られた人がかわいそうだった」というケアマネジャーや訪問看護師の声もあり、適応の問題があるのではないかと感じ始めました。

太田 医師の立場としてはショックな話ですね。病態が改善する可能性があればそれを行うことが治療ですから、栄養状態が悪ければ栄養を補うという治療方針は当然のことでしょう。丸山先生は、地域の医療従事者とのかかわりから意識が変わったということでしょうか。

丸山 胃瘻を造設していると、患者へのケアを通して地域性が見えてくるのですが、自分自身の意識というよりも、社会のニーズが変わってきたように感じています。

私は早い段階から、胃瘻は摂食・嚥下機能障害を治療する上での栄養支持として造るべきと感じ、食べるための胃瘻造設を考える会を何度も開催してきましたが、継続には至りませんでした。しかし、同じ地域の歯科医師の先生が2009年に立ち上げた新宿食支援研究会の活動は、現在盛り上がっています。

この研究会には、介護職と医療従事者が参加しており、活動の中心は介護職のヘルパーです。ヘルパーが中心になっていることで、栄養指導のニーズや食べることに対する管理栄養士の必要性の問題提起が、ヘルパーからの声としてあがってきています。

● AHNガイドラインの影響と 保険制度の功罪

太田 患者の意識や社会の認識が変わってきたなかで、2012年に日本老年医学会

は「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～」(AHNガイドライン)を出しました。経管栄養を中止してもよい、という立場が表明されたわけですが、その影響はいかがでしょうか。

丸山 これは、胃瘻を嚥下障害における治療の一段階として捉える考え方ではなく、終末期患者のみを想定して作られたガイドラインという印象を受けています。諸外国では、まず嚥下機能を評価し、個々に合わせた栄養療法を行い、状態が改善されない場合には早めに胃瘻を造設するということがガイドラインに明記されています。しかし、我が国のAHNガイドラインには、そのような記載は一切ありません。

また、今回のAHNガイドラインは哲学的な要素が強いと感じています。社会的に胃瘻の是非が問われている状況に、哲学的なAHNガイドラインが登場したこと

で、一層混乱してしまう気がしています。

長尾 確かに、AHNガイドラインは抽象的で哲学的なようにも感じますが、“中止”の語句が記載されたことに関しては、高く評価できると考えています。経管栄養の中止に際しては、誰の意志で人工栄養

を行っているのかがポイントだと思います。今回は、経管栄養の中止がクローズアップされていますが、裏を返せば患者のためになるように人工栄養を導入しようというメッセージでもあると思うのです。しかし、そうしたガイドラインのメッセージは、医師・看護師・介護職の間でまだ十分に周知されていないように思います。

太田 胃瘻の是非を追究する雰囲気もあり、2014年の診療報酬改定にも影響が出



長尾 和宏 先生



しい人工栄養の道具です。私は、1993年に胃瘻と出会った当初は、造設にはあまり積極的ではなく、開院後もずっと胃瘻は導入していませんでした。しかし、最近は胃瘻の適応がある患者には積極的に勧めています。

丸山 欧米では認知症患者に胃瘻を造設すると予後が非常に悪いですが、日本では他の国に比べて圧倒的に予後が良いことがわかっています。2011年に53施設1,353人の認知症胃瘻患者を対象にNPO法人PEGドクターズネットワークが予後を調査したところ、約半数は2年3カ月以上の生存を得られていることがわかりました。

東口 胃瘻の原点は食べるためのものであり、その点は周知されていると思います。しかし、胃瘻の目的を明確にしなければ、漫然と経管栄養に頼る治療行為となってしまう。胃瘻の利点を上手に、かつ正しく使うことが原点ではないでしょうか。胃瘻は機能的に優れた技術ですから、適応をしっかりと見極めることができれば良いと考えています。

太田 医学の都合で胃瘻ができてしまった側面があり、我が国では哲学のない治療が横行してきた感は否めません。この反省をもとに、胃瘻の在り方を考える時代がきたということですね。（次号へ続く）

—次号では、胃瘻の在り方をテーマに、胃瘻の適応や胃瘻の利点を最大限に引き出すためのポイントについて、ご議論いただけます。

ていますね。

丸山 胃瘻の点数が10,070点から6,070点に下がりましたので、非常に厳しくなったと思います。また、胃瘻造設術件数が年間50例以上の施設では、全例に嚥下造影検査(videofluoroscopic examination of swallowing:VF)、または嚥下内視鏡検査(videoendoscopic evaluation of swallowing:VE)を実施しなければなりませんし、胃瘻を造設したら1年以内に35%を経口摂取に戻すという要件も現実的ではない気がします。

また、胃瘻造設時嚥下機能評価加算として2,500点が新設されましたが、誤嚥するとわかっている患者に対して術前にVFやVEの検査を行わなければ算定しないという基準には疑問を感じています。

太田 診療報酬の改定によって治療が制限され、必要な治療が行われていない状況をしばしば感じます。2014年の診療報酬改定では適応の判断基準等も関係して、胃瘻造設に厳しい評価となりましたが、AHNガイドラインの登場によって経管栄養に対する影響はどうかでしょうか。

丸山 胃瘻よりも、経鼻胃管になって退院す

る人が増えている傾向が見られます。AHNとは人工的水分・栄養補給のことですが、日本の場合、AHNイコール胃瘻と捉えられてしまっていることが問題です。

東口 明らかにAHNガイドラインの影響と思われるのですが、患者や家族が胃瘻を拒否するようになりました。がん治療中の患者等、胃瘻を造れば元気になって長生きできるケースでも、TPNを希望されるのです。胃瘻は人工栄養補給のなかで最

も生理的に近い状態であるにもかかわらず、リスクが高いTPNを選ぶのは問題だと感じています。

長尾 最近の調査でも胃瘻造設術件数は減っており、一方、明らかに経鼻胃管とTPNが増えています。当院にも、病院の地域連携室からTPN管理の問い合わせを受けることが多くなりました。

また、慢性期病院の療養病床のデータを見ても、やはりTPNが急増しています。特殊な状況下での栄養管理としてTPNが有効なケースはあります。しかし、本来は胃瘻が適応の患者にTPNが行われることで、逆に療養病床から退院できなくなってしまう現象も出てきています。経管栄養のなかで胃瘻だけが悪者にされた感はありません。

丸山 AHNガイドラインには、AHNとは胃瘻だけではなく静脈栄養や経腸栄養も含まれるという趣旨が明記されています

が、それでもAHNイコール胃瘻という認識が広まってしまっているように思います。

東口 我が国に初めて全科型のNSTを設置した1998年当時はTPNが全盛でしたが、そのリスクから経管栄養や胃瘻を

広めようと活動してきました。ようやく成果が出てTPNを減らすことができたにもかかわらず、またTPNが増えてきてしまったので、個人的には不本意な思いが強いです。

太田 そうですね。胃瘻という技術が悪い訳ではありません。むしろ胃瘻は素晴らしい手段で、功しかないともいえるでしょう。しかし、その適応を間違えると罪になると感じています。

長尾 その通りです。胃瘻自体は素晴ら



東口 高志 先生