

在宅胃瘻栄養の注意点

国際医療福祉大学病院副院長

鈴木 裕

(聞き手 齊藤郁夫)

齊藤 胃瘻、特に在宅の胃瘻を中心にお話しいたします。

胃瘻の歴史は、どういうことになりますか。

鈴木 胃瘻、特に内視鏡で作る経皮内視鏡の胃瘻造設術、PEGというのですが、これは1979年にアメリカで開発されました。従来ですと、全身麻酔をかけて、おなかを切って作っていたのですが、内視鏡で5～10分ぐらいで作られて、傷も極めて小さくてすむということで、アメリカでは1985年ぐらいをピークに普及いたしました。ヨーロッパでも同様に、1990年にはほとんどの国が行うようになってきました。

齊藤 日本ではどうだったのですか。

鈴木 日本は、医療保険制度の問題もあり、1995年ぐらいまではほとんど作られていませんでした。ただ、その後の高齢者の増加や在院日数の問題などが起きてきて、逆に今度は2000年を超えてからは日本で急激に胃瘻造設が増えてきました。

齊藤 ということで、ある段階で見

直しになったのでしょうか。

鈴木 日本は全然作らなかつたところから急激に増えてきて、非常に便利だということから、特に食事の取れない方にはとりあえず胃瘻、の傾向が起きました。そして、今度は2012年に、胃瘻を作るべきかという問題が起きました。いわゆる胃瘻パッシングです。マスコミを中心としてお茶の間感覚での報道でしたが、ある意味、いい反省材料になったのではないかと私は思います。

齊藤 現在の考え方としては、胃瘻を作るのはどういう患者さんなのでしょう。

鈴木 多岐にわたっています。一番適応になるのは飲み込むことがうまくできない患者さん、例えば脳出血であるとか脳梗塞です。また、神経難病の飲み込む力のない方、小児の先天的な奇形の患者さん、最近では抗がん剤を使っている患者さんの補助栄養や、外科の術後の患者さんにも使われています。

齊藤 認知症も関係しますか。

鈴木 これがなかなか難しい問題で、認知症で食事が取れなくなったときにどうするか。これは胃瘻に限らず、認知症の栄養をどうするかという問題の中に入ると思われますが、従来は、認知症で食事の取れない患者さんたちにも作られていました。しかし、現在は、本当にそれが患者さんにとって幸せかどうかということから再検討されているところです。現状の結論としては、その患者さんの状況に合わせて適応を決めようというのが基本的な考え方になっています。

齊藤 高齢化に伴って、フレイル、サルコペニアの患者さんも増えていて、そういった患者さんも関係しますか。

鈴木 サルコペニアの嚥下障害というのが最近注目されています。正確な数値はわかりませんが、サルコペニア嚥下障害の患者さんは嚥下障害の患者さんの中でも20～30%いるのではないかといわれます。そういう患者さんたちに胃瘻を使って栄養補給をしますと、ぐんと栄養状態がよくなってきて、再び食事ができるようになっていくことがあります。そんな患者さんが相当増えてきました。胃瘻を取り外せる患者さんも増えてきています。

齊藤 となると、それが一つのゴールということでしょうか。

鈴木 サルコペニア嚥下障害の患者さんや、脳梗塞などでリハビリをして

食べられる患者さんたちにとって、胃瘻として大事なゴールは治すことだと思います。しかし、食べられない患者さんでも苦痛を少しでもやわらげてあげる癒やしの医療もあります。例えば今まで経鼻チューブ、鼻に管が入っていて、手足が抑制されたり、自宅に帰れないような患者さんを何とか胃瘻にして、食べられないけれども、家で楽に管理できる胃瘻で在宅医療を推進するなど、治しきることはできませんが苦痛をやわらげる医療、総合的な医療があります。治す医療と癒やす医療があるのです。

齊藤 在宅の場合にはご家族が基本的にはやるのでしょうか。

鈴木 在宅胃瘻栄養の一番のポイントは、医療に素人のご家族が、本来病院でやる、看護師さんや医者たちがやる医療の代わりにするということです。ですから、非常に配慮したシステムにしないと、ご家族は本当に苦労してしまいます。

齊藤 そうなると、安全面がまずあるのでしょうか、技術的には胃瘻の作り方等々にあるのでしょうか。

鈴木 在宅ということを考えますと、安全性と簡便性、経済性ですね。造設する側の医師は自分が得意な方法で行うのはいいのですが、最終的には患者さんの状況に合わせた造設のキットや栄養剤の選択をしなければいけません。最近ではそれをチームでやっていく、

NSTなどができてきています。

齊藤 まず入口を作っていただく造設医の責任も大きいということですね。

鈴木 造設の医師にはたいへん負担になると思うのですが、実際にその患者さんがどこで治療を受けるのかを十分知らなければなりません。特に在宅に関しては、患者さんの病状と、患者さんの置かれた環境を加味して造設キットを決めなければいけないと思います。具体的に申しますと、胃の中の形状でバルーン型、バンパー型、体外ではチューブ型、ボタン型、その2つを十分考えた上で造設していただきたいと思います。

齊藤 胃瘻は始まりであって、出口をしっかりと見るということですね。

鈴木 そうですね。胃瘻の場合、作って終わりではなくて、作って始まりだという認識を私たちは持たなければいけないと思います。

齊藤 バルーン型とバンパー型、この選択は何かありますか。

鈴木 これが本当に大事で、胃の中の形状によってバルーン型とバンパー型の2種類に大別されます。バンパー型は4～6カ月使えて、抜けてしまったりすることがなくて、非常に安定しているのですが、交換時に痛みを伴って、少し技術的に難しいです。一方、バルーン型は比較的交換は簡単で、痛みも少ないのですが、バルーンが突然破裂したり、1カ月以上の長期間留置

することが原則禁止になっています。1年に12回以上交換しなければいけないのは明らかに問題です。

齊藤 これは病院で行う方が多いのでしょうか。

鈴木 胃瘻の交換は必ず胃の中に正しく留置できたかの確認をしなければなりません。家で行う場合もありますが、多くは病院で交換します。

齊藤 この辺で進歩はありますか。

鈴木 一番理想的なのはバンパー型で、長く使えて痛みもなく、誰がやっても簡単に交換できる機材ではないでしょうか。一方、バルーンも長く使えるものもだんだんできてきたのですが、ルール改正が必要なので、これについてはちょっと時間がかかるかと思います。したがって、今一番早く患者さんに恩恵を与えられるのはバンパー型の根本的改良だと思います。

齊藤 今の2つのタイプと、もう一つ、ボタン型とチューブ型があるのですね。

鈴木 はい。私どもは在宅の患者さんの場合、チューブの清潔を保つことと、長く使えることからボタン型を推奨しています。ボタン型の場合、チューブの取り外しができて、簡単に内腔を洗うことができますので、結果的には清潔で長く使えます。明らかに経済的でもあります。チューブ型の場合ですと、チューブの洗浄が難しく、衛生面での難点があります。最近ではボタ

ン型が主流になっています。

齊藤 栄養剤についてはどうでしょうか。

鈴木 栄養剤も従来ですと液体の粘度の低い栄養剤をゆっくり落とすのが一番安全だといわれていた時代がありました。しかし、最近では胃の機能が正常な方には、半固形化といまして、少し粘度が高くなったものを短時間で投与します。従来の栄養法では1回の食事に3時間、4時間かかっていたのが、粘度を高くした栄養剤にすることで普通の食事と同じ20分ぐらいで投与できるのです。投与する時間を短縮することで、リハビリをしたりとか、食べる訓練が可能になりました。一部保険も認可されています。いずれにしましても大事なことは、その患者さんに適した栄養法を決めることに尽きます。

齊藤 患者さんの状態を見て、ドクターが処方するというかたちになるの

ですか。

鈴木 はい。

齊藤 最後に、胃瘻治療をやめる場合もありますか。

鈴木 食べられるようになってやめるのが一番いいです。しかし、現状では病状の改善が得られず、長く生きている方もいます。その方にとって、それが幸せかどうかは、本当に難しい問題です。日本が超高齢社会を迎えた中では、その人にとって幸せが少なくなったときに栄養を漫然と投与するのではなく、患者さんの意思、患者さんを代理する人間を含めて、終わりを決めることを検討することが必要になってくるのではないかと思います。

齊藤 となると、アドバンストケアプランニングということでしょうか。

鈴木 そうですね。

齊藤 なかなか難しい問題ですね。ありがとうございました。