

急性期病院での PEG 施行後の 連携管理における問題点

松本 敏文[†]第66回国立病院総合医学会
(平成24年11月16日 於神戸)

IRYO Vol. 67 No. 8 (331-334) 2013

要旨

経皮内視鏡的胃瘻造設術（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy：PEG）施行数はその安全性と使用における煩雑さの軽減から増加の一途となった。とくに急性期病院では PEG を依頼されることが多く、そのほとんどは入院期間の短縮のために栄養状態を改善させてから胃瘻を造設することは少なく、造設後は慢性期診療のために転院や在宅医療へと移行することになる。国立病院機構別府医療センターでの PEG 施行患者76例の追跡調査を施行した。平均年齢78歳（31-99歳）で、施行理由は、脳血管障害41%、神経疾患18%、認知症14%、誤嚥性肺炎11%などであった。転帰を追跡した結果、PEG 関連死はなかったが死亡が1カ月以内15.8%、2-6カ月31.6%と胃瘻交換前に約半数が死亡していた。さらに転院（転所）先28施設での経腸栄養で使用できる栄養剤は平均3種類（1-16種類）で、1種類のみが12%、2種類が20%であり、小腸瘻管理や嚥下訓練の実施は困難な施設が多かった。急性期病院では急性期状態を改善した後の嚥下障害に対して、NST（栄養サポートチーム）の介入を基に栄養療法のガイドラインに従い経管栄養を選択することが多い。当院を含めた急性期病院での栄養療法は後方支援施設の受け入れを視野に経腸栄養が主体とならざるを得ない。しかしながら PEG 後の医療・介護従事者の負担がクローズアップされ、その適応の再考までが社会的問題となってしまった。その一つの問題点として、今回の検討では急性期と慢性期の医療間連携の未熟さが示唆された。限られた医療資源のなかで患者とその家族を置き去りにしない医療提供を多職種で検討する環境整備が必要であると思われる。

キーワード PEG, 経腸栄養, 医療連携, 急性期病院

はじめに

急性期病院とは、急性疾患や慢性疾患の急性増悪

などで緊急・重症な状態にある患者に対して入院・手術・検査など高度かつ専門的医療を提供する病院とされている。したがって急性疾患の改善をみた後

国立病院機構別府医療センター 消化器外科 †医師
別刷請求先：松本敏文 国立病院機構別府医療センター 消化器外科 〒874-0011 大分県別府市内竈1473番地
e-mail: tmatsu@beppu.hosp.go.jp

(平成25年2月4日受付, 平成25年6月14日受理)

The Problems of Management for Medical Cooperations after Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) in Acute-care Hospital.

Toshifumi Matsumoto, NHO Beppu Medical Center

Key Words: PEG, enteral nutrition, medical cooperation, acute-care hospital

は、ほかの医療施設や在宅での慢性期診療へと移行することになる。この際の栄養療法として摂食嚥下障害を認め腸管機能の保たれる患者には、経腸栄養を選択されることが多い。経腸栄養が6週間以上長期化すると想定される場合には、胃瘻による手段が検討され、その造設には内視鏡的方法が普及した。消化器内科を中心に比較的簡便に経皮内視鏡的胃瘻造設術 (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG) が行われている¹⁾。今回、急性期病院として別府医療センターでのPEG後の患者を追跡するとともに、周辺医療機関からアンケート調査を実施し、その医療連携における問題点を検討したので報告する。

方 法

1. 追跡調査

2009年12月までの連続37カ月で当院にて施行したPEG患者76例の追跡調査を実施した。PEG施行時の患者の年齢、性別、施行理由疾患、生存の有無、生存期間を調査した。

2. 近隣施設へのアンケート調査

当院から転院、転所もしくは在宅訪問看護ステーションに移行する施設でのアンケート調査を実施した。経腸栄養の実態調査として、使用している経腸栄養剤の種類、経鼻胃管栄養、胃瘻、小腸瘻、嚥下訓練のそれぞれの管理の有無、PEG管理での問題点と当院へ希望する連携項目(複数回答)を調査した。

結 果

1. 追跡調査の結果

PEG施行時の平均年齢は78±11歳であり、施行理由疾患は、脳血管障害が最も多く、神経疾患、認知症と続いた。76例中38例(50%)は、調査時にすでに死亡していたが、胃瘻造設関連死は認めず、基礎疾患や他病死であった。死亡時期は、造設後1カ月以内が12例(15.8%)で、2-6カ月以内が24例(31.6%)で、死亡例の半数が6カ月以内に死亡していた(図1)。

2. アンケート調査の結果

アンケート回収率は86%(28施設)であった。訪

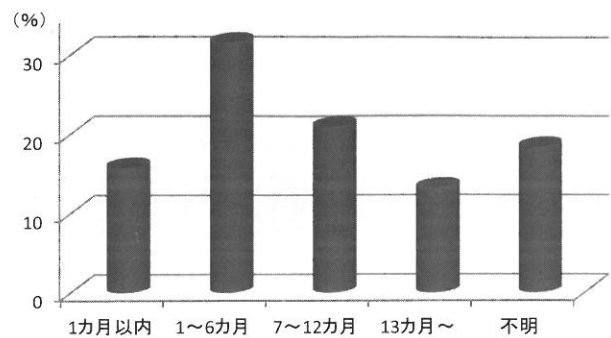


図1 PEG後の生存期間

問看護ステーション5施設、特別養護老人ホーム7施設、老健6施設、病院10施設で、近隣施設で使用できる栄養剤は平均3種類(1-16種類)で、1種類のみが12%、2種類が20%であった。可能な経腸栄養管理は、経鼻栄養や胃瘻は施設間で差はなく管理可能だが、小腸瘻は介護施設では受け入れは低率であった。また、嚥下訓練を実施できる介護施設は少なかった(図2)。

さらに胃瘻造設後の管理としての問題点では、皮膚トラブル、嚥下訓練の継続困難や摂食方法の変更のタイミングが高率であったが、その他多岐にわたる問題点が抽出される結果となった。また当院に希望する連携項目も同様の結果となった(図3、4)。

考 察

PEG施行患者は増加の一途となっている²⁾。とくに急性期病院ではPEGを依頼されることが多く、そのほとんどが入院期間の短縮のために栄養状態を改善させてから胃瘻を造設することは少ない。急性期病院である当院では急性期を改善した後の嚥下障害に対して、NST(栄養サポートチーム)の介入を基に栄養療法のガイドライン³⁾に従い経管栄養を選択することが多い。また、当院を含めた急性期病院では栄養療法は後方支援病院受け入れを視野に経静脈栄養でなく経管栄養が主体とならざるを得ない。

PEG施行医は消化器内科もしくは消化器外科医であり、その管理は基礎疾患に沿った慢性期に移行すれば担当医に委ねられる。当然、造設手技をみることも少なく、患者個々の消化管機能の評価までは不慣れである。また、臨床現場では直接管理するのは医師以外の看護師を含めた多職種や介護者となり、PEG管理において主導する医療従事者が不在のまま実施されている現場が垣間みえてくる。さらに

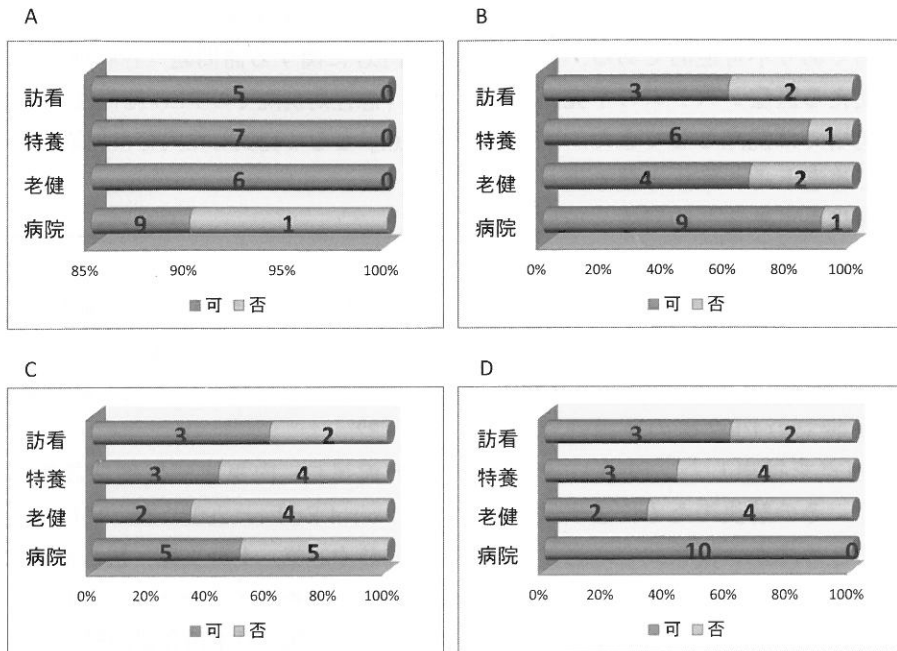


図2 近隣施設による経腸栄養管理の許容可能度
A 胃瘻 B 経鼻栄養 C 小腸瘻 D 嚥下訓練

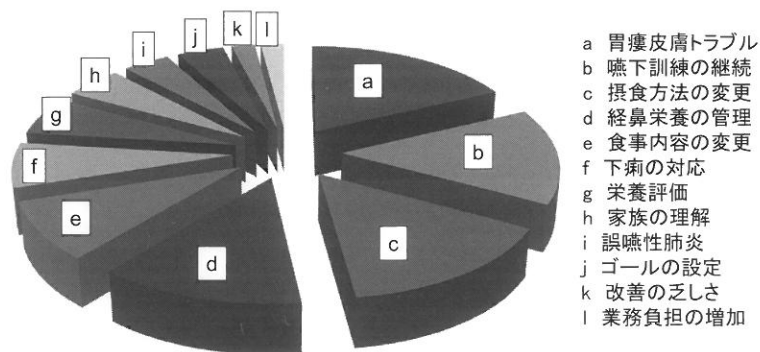


図3 近隣施設での PEG 管理での問題点

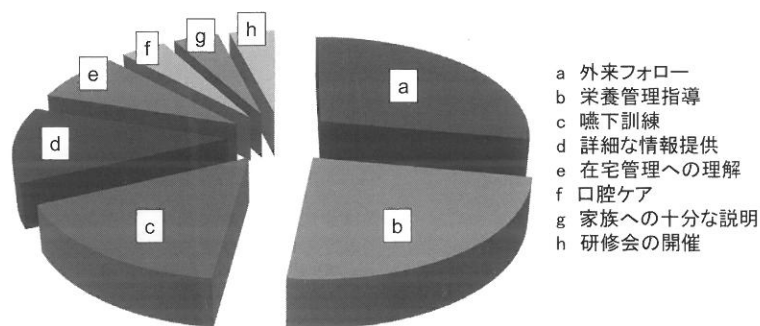


図4 当院へ希望する連携項目

PEG 後の医療・介護従事者の負担がクローズアップされ、その適応の再考までが社会的問題となっている⁴⁾。

今回の検討では、一つの問題点として急性期と慢

性期の医療間連携の未熟さが示唆された。急性期病院では急性疾患や慢性期疾患の急性増悪の改善を認めれば、慢性期医療へと移行する。しかしながら、患者個々が抱える疾患は単独ではなく、急性期医療

により見逃される廃用性症候は決して少なくない。廃用性症候は可逆的であり不可逆的である。現在、その慢性期医療を支える医療システムの不充足が浮き彫りとなり医療現場では混沌としてきた。限られた医療資源のなかで患者とその家族を置き去りにしないために、医療提供を多職種で検討する環境の連携整備が必要であると思われる。

結 語

当院とその周辺施設でのPEG後の連携管理の現状を調査しその問題点を抽出した。PEGに携わる問題は多岐にわたり、その解決のためにまずは施設間、医療従事者間のきめ細かい情報共有が必要である。

本論文の要旨の一部は、第15回PEG・在宅医療研究会学術集会（2010年9月、横浜）で発表した。

〈本論文は第66回国立病院総合医学会シンポジウム「PEGに関する諸問題（各職種の立場から）」において「急性期病院でのPEG施行後の連携管理における問題点」として発表した内容に加筆したものである。〉

【文献】

- 1) 高橋美香子, 佐藤満雄, 堀内隆三ほか. 経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) の造設手技と合併症, 長期経過についての検討. 総合臨 1997; 46: 2028-32.
- 2) 嶋尾仁. 内視鏡的胃瘻造設術の現況. Gastroenterol Endosc 2003; 45: 1217-23.
- 3) 鈴木 裕, 上野文昭, 蟹江治郎. 経皮内視鏡的胃瘻造設術ガイドライン. 消化器内視鏡ガイドライン第3版 (日本消化器内視鏡学会監修). 東京: 医学書院; 2006: p310-23.
- 4) 小野沢滋. 在宅医療と地域医療におけるPEG. 消内視鏡 2008; 20: 109-14.