



医療こぼなし Dr.廣川の「賢い患者になりましょう！！」

急性期病院には長期入院できない？

□病院と診療所（医院・クリニック）は何が違う？

医療法では、医療を行うための場所（医療提供施設）を「病院」と「診療所」などに限定しています。病院は20床以上の入院病床を有するのに対して、診療所は入院病床が19床以下の施設と区分しています。医療法に明記されている正式名称は診療所のみですが、医院やクリニックという名称使用も許されていて、法律上の区分は診療所になります。

□病院と診療所との診療機能分担

病院は入院中心であり、急性期医療や高度医療を提供することが主な役割です。診療所に比べて医療設備が充実しているうえ、救急搬送に対する体制も整っているため、難病や重症の患者への診療が求められています。

一方、診療所は外来中心であり、軽い病気や怪我の治療から健康に関する相談まで、プライマリケアの提供が主な役割であり、一般市民の身近な「かかりつけ医」として幅広い対応が求められています。

このように病院と診療所とは医療施設としての診療機能を分化させつつ、治療内容や患者様の状態変化に応じて紹介・逆紹介を行うことで、地域医療を支えています。

□病院の種類と診療機能の分担

私たちの周りには数多くの病院がありますが、その多くは大まかに「急性期」「回復期」「慢性期（療養期）」の3種類の診療機能のいずれかに分類され、それぞれがその機能を果たすために特化した医療を中心に行っています。

そして、「急性期病院」と「回復期病院」は入院できる日数が決められており、患者は入院している病院が担う治療が終わったら、別の機能を持つ病院へ転院するか退院することになるのが日本の入院医療の現状です。



□病院の診療機能や病床数と診療報酬

病院の診療機能や病床数に応じて、診療報酬（国が決めた医療行為の料金）が異なります。病院の人員配置（医師、看護師、薬剤師など）は、診療報酬の算定に影響を与えます。

例えば、一般病院の場合、医師や看護師の配置比率によって診療報酬が決まります。人員配置が適切でない場合、診療報酬の支払いに影響を及ぼす可能性があります。



□入院医療の「DPC 制度」は包括払い制度

「DPC 制度」とは、急性期入院医療を対象とした診断群分類に基づく1日当たりの包括払い制度（定額医療費制）のことです。従来からの医療費の計算方式である「出来高払い方式」では、診療で行った検査や注射、投薬などの量に応じて医療費が計算されていましたが、DPC 制度の計算方式では、病名や手術、処置などの内容に応じた1日当たりの定額の医療費を基本として全体の医療費の計算を行います。

□平均在院日数と医療費の関係

「平均在院日数」は、その病院における入院期間の平均値ですが、その病院の治療能力を反映する指標の一つです。平均在院日数が短いほど、治療能力が高いとされています。

平均在院日数が短いほど、病院のベッドの回転率が高くなり、入院患者数を増やすことができます。また、入院期間が短いため、医療費の削減にもつながります。さらに、DPC制度の導入により、短期間入院は入院基本料が高く設定されて有利なのに対して、必要以上に患者が長期間入院すると病院の収入が減る仕組みのため、平均在院日数をいかに短縮するかが、急性期病院の経営を左右する大きなテーマにもなっています。

□急性期病院に長期入院できない理由

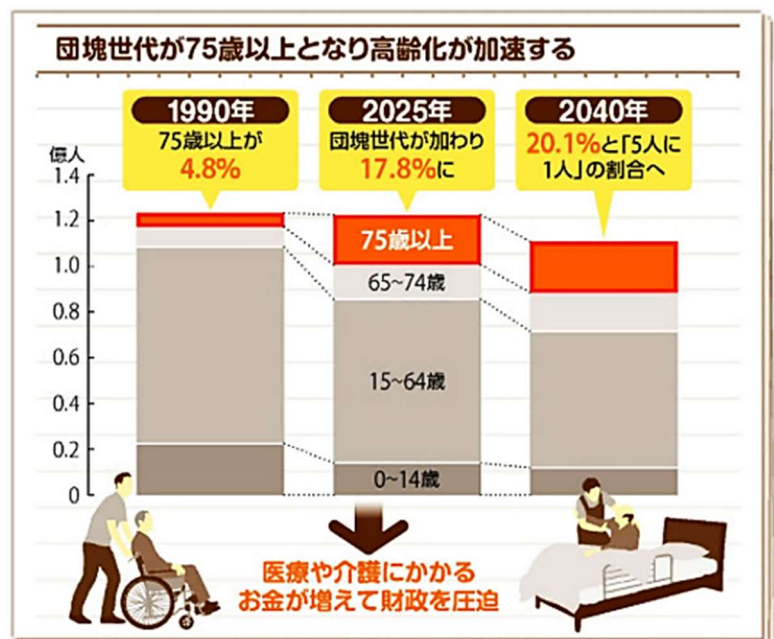
急性期病院に長期入院できない理由は、(1)医療制度が2週間での退院を推奨しているため、(2)医療技術が向上したことにより、長期入院が必要ではなくなったため、(3)急性期病院は、急な患者を受け入れられるようにベッドを空けておく必要があるための3つが挙げられます。

これらに加えて、その患者の在院日数が長くなると、病院側は経営的に不利益になることもあり、継続して医療の必要があれば長期入院できる病院に転院を勧められ、必要がなければ退院して帰宅するか介護施設に移るかが求められます。

□医療の「2025年問題」「2040年問題」

医療の「2025年問題」とは、2025年に人口の約30%が65歳以上となり、高齢化社会がさらに進んで、医療費や介護費の増大、労働力の不足、社会保障制度の持続可能性の確保などが課題となることを指します。2040年には、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、状況がさらに深刻化することを「2040年問題」と言います。

入院困難患者の増加については、2025年や2040年を見据えた医療提供体制とする観点からの入院、在宅、外来医療の在り方について、検討が進んでいます。



(NPO 法人 がん患者支援ネットワークひろしま 廣川 裕)



医療こぼなし Dr.廣川の「賢い患者になりましょう！！」

がんの「浸潤」と「上皮内がん」

□皮膚や粘膜などは「上皮組織」

体の表面の皮膚や胃腸の内面を覆う粘膜の細胞層は、「上皮組織」と呼ばれます。上皮組織には血管はなく、上皮細胞が集団になってしっかり連結して整列した組織的な構造になっており、それを裏打ちする薄い板状の「基底膜」が深部の組織（間質）との境界線になっています。

上皮細胞の働きは、表面の保護、栄養分の吸収、消化液などの分泌、感覚作用などですが、上皮細胞の形態や配列の仕方によって機能が異なり、各組織や臓器に特有の上皮組織がみられます。

□細胞の「がん化」と浸潤・転移

正常な上皮細胞は、遺伝子が体や周囲の状態に合わせて、細胞数を増やしたり、それを止めたりコントロールしています。さまざまな原因で生じた遺伝子の変異によって、上皮細胞が無秩序に増え続けるようになると腫瘍になります。

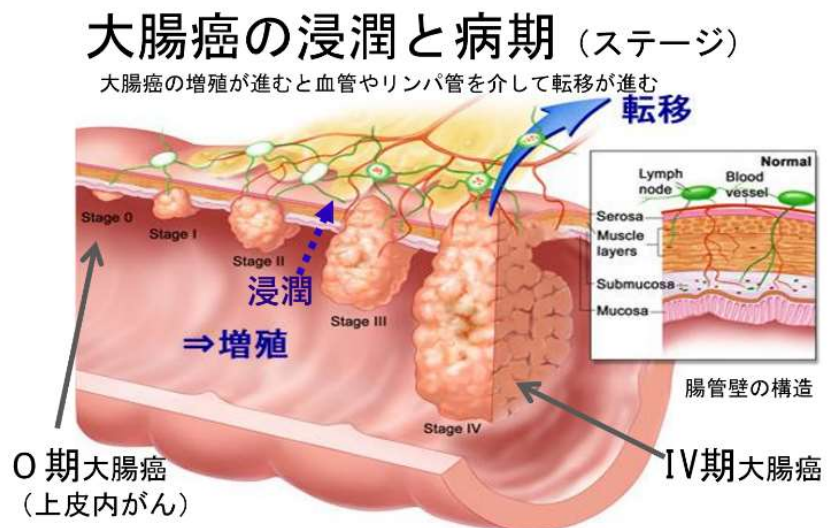
がん（悪性腫瘍）では細胞が無秩序に増えながら（増殖）、周囲にしみ込むように広がったり（浸潤）、血管などを介して体のあちこちに飛び火して新しい腫瘍を作ったり（転移）して、健康をむしばみます。例えば大腸がんでは、腸管の内面を覆う粘膜にがんが発生したばかりの「上皮内がん」は、増殖して大きくなるとともに、基底膜を破壊して腸管壁内に深く浸潤していき、血管内やリンパ管内に浸潤して転移がすすみます（脈管侵襲）。

□がんの「深達度」は浸潤の深さ

胃腸の壁は、粘膜・粘膜筋板・粘膜下層・固有筋層・漿膜下層・漿膜の各層から構成されています。上皮組織（内面の粘膜）から発生するがん細胞が、各層のどの深さまで浸潤しているかを示すのが「深達度」です。この深達度によりリンパ節転移率や臓器転移率が異なることから、深達度はその後の治療法の選択にとって重要な要素となっています。

日本では約60年前に、深達度が粘膜・粘膜下層までの胃がんを「早期がん」と定義されました（リンパ節転移の有無は問わない）。もう少し深く浸潤して固有筋層以下まで進んだものは「進行がん」と呼ぶ約束です。

近年では、切除手術後に病理組織検査により、深達度や脈管侵襲なども含めて「がん取扱い規約」に準じた詳細で厳密な病理組織診断がなされ、その結果が総合的な情報として術後の予防的な薬物療法や経過観察のために活用されます。

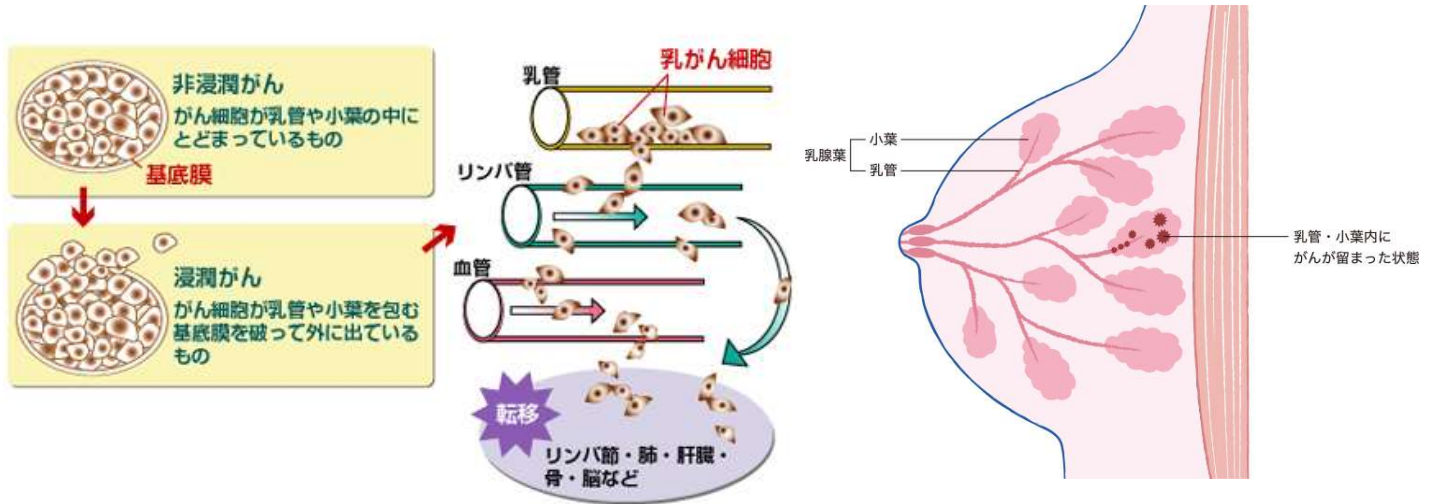




□乳がんの「非浸潤がん」と「浸潤がん」

乳がんのほとんどは、乳汁を作って分泌する乳腺組織の一番末梢部分の乳管や小葉に発生します。乳がんのうちで、がんが発生した乳管や小葉の中にとどまって、乳腺組織の基本構造が浸潤により破壊されていない状態のものを「非浸潤がん」と呼びます。非浸潤がんは理論的には、転移を起こさないタイプということになり、乳房局所だけの病気と考えられます。頻度は、発見される乳がんの1~2割程度です。

一方、ほとんどの乳がんは「浸潤がん」であり、がんが乳管や小葉の中にとどまらず、組織を破壊して近傍の組織に入り込み、血管・リンパ管から全身（リンパ節・肺・肝臓・骨・脳など）に転移する可能性があるものです。



□浸潤のメカニズムと新薬開発

がんは遺伝子の異常が積み重なってできるので、浸潤性の高いがん細胞もその過程で誕生してくるものと考えられます。浸潤性はがん細胞を取り巻く環境から影響を受けることも知られています。がん組織はがん細胞の他に線維芽細胞や血管内皮細胞など様々な正常細胞によって成り立っています。これらの正常細胞が産生する増殖因子などによってがん細胞の浸潤性が強まることがあります。がん細胞の浸潤のメカニズムを解明して、これを阻止しようとする研究も盛んに行われ、分子標的治療薬などの開発に繋がっています。

□疾病分類やがん保険と「上皮内がん」

上皮内に留まる状態で発見された「がん化した細胞」は、「上皮内がん」と呼ばれます。上皮内腫瘍、上皮内新生物、非浸潤がんとも呼ばれますが、上皮組織の境界線である基底膜を破って浸潤していない穏やかな性質のため、がん（悪性腫瘍・悪性新生物）に含まれないことがあります。

厚生労働省の疾病分類では、WHO（世界保健機関）の疾病分類の定義に従って、がんは「悪性新生物」、上皮内がんは「上皮内新生物」と別々の疾病として分類されています。

「がん保険」においても、がんの定義は各保険会社によって異なり、上皮内がんをがんとして全額給付をする保険会社もあれば、10%給付や全く給付されない保険会社もあります。

（NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま 廣川 裕）



医療こぼなし Dr.廣川の「賢い患者になりましょう！！」

パーキンソン病はどんな病気？

□パーキンソン病の主な症状

パーキンソン病の運動症状として「振戦(ふるえ)」「無動・寡動(おそい)」「筋強剛(かたい)」「姿勢保持障害(ころびやすい)」があげられます。運動症状以外にも、嗅覚低下、便秘、頻尿や排尿困難、立ちくらみ、起立性低血圧、睡眠障害、記憶障害、うつ、幻覚・妄想などの非運動症状があり、これらが運動症状に先立って出現することが分かっています。

パーキンソン病でみられる主な運動症状



□パーキンソン病は神経変性疾患の一種

パーキンソン病は「神経変性疾患」に分類されます。神経変性疾患とは脳や脊髄にある神経細胞のなかで、ある特定の神経細胞群（たとえば認知機能に関係する神経細胞や運動機能に関係する細胞）が徐々に障害を受け脱落してしまう病気です。残念ながらまだ原因はわかっていません。

脱落してしまう細胞は病気によって異なっています。大きく分けるとスムーズな運動が出来なくなる病気、体のバランスがとりにくくなる病気、筋力が低下してしまう病気、認知能力が低下してしまう病気などがあげられます。

□体を動かすための2種類の神経経路

人の体を動かしているのは脳ですが、脳からの指令は「錐体路」と「錐体外路」という2種類の神経経路を通して体に伝わります。錐体路は大脳皮質の運動野から、脊髄を通して体の筋肉へ達しますが、錐体外路は姿勢を維持するための筋肉の緊張や平衡感覚など情報をフィードバックしながら、立ち上がる、歩く、座るなどあらゆる動作で無意識のうちにバランスをとり動作を微調整しています。

□パーキンソン病は錐体外路の中継点「黒質」が変性

大脳を支える「木の幹」のような形をした部分が「脳幹」です。成人の脳幹は親指程度の小さな部分ですが、生命維持に関与する意識・呼吸・循環を調節するなど、脳幹の果たす役割はきわめて重要です。脳幹は、間脳、中脳、橋、延髄の部分に分けられますが、中脳には、視覚や聴覚、眼球運動などの中枢があり、音の刺激で眼球を動かしたり体を動かす反応を担当しています。中脳に含まれる黒質という部分は錐体外路の中継点で、その変性した状態がパーキンソン病です。



□ドーパミンとパーキンソン病の関係

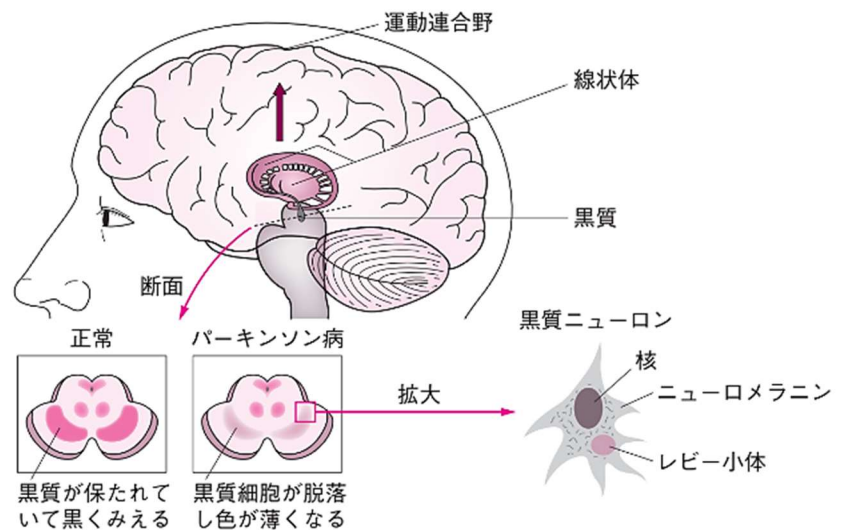
ドーパミンは、快感や多幸感を得たり、意欲を感じたり、運動調節をしたりすることに関与する機能を担う脳内ホルモン（神経伝達物質）の一つです。

ドーパミンを産生する神経細胞（ドーパミンニューロン）は脳の中でいくつかのグループを作って働いています。中でも黒質緻密部という部位のドーパミン細胞が変性脱落していき、分泌されるドーパミンが少なくなるとパーキンソン病特有の運動症状を生じます。

パーキンソン病の人は黒質の神経細胞の中に「 α シヌクレイン」という異常タンパク質がたくさん固まって蓄積し（レビー小体と呼ばれます）、これが原因となって神経細胞が変性すると考えられています。

□パーキンソン症候群（パーキンソニズム）

パーキンソン症候群は、パーキンソン病に似ているが異なる病気の集合体、またはパーキンソン病とよく似た運動障害の症状全般を指します。パーキンソン症候群には、脳血管の病気、正常圧水頭症、薬剤性パーキンソニズムなどがあり、緩慢な動作や手足の震えなど、パーキンソン病とよく似た症状を示します。パーキンソン病は国が指定した難病の一つですが、パーキンソン症候群は原因となる病気が異なりますので、パーキンソン病とは違う治療を行うことになります。



□パーキンソン病の画像診断

パーキンソン病は血液検査、脳のCTやMRIでは異常が見つかりません。しかし他の原因によるパーキンソン症状を否定するために、血液検査やCT・MRIも時に必要になります。心臓の交感神経の状態を調べるMIBGシンチや、脳のドーパミン神経の残存を調べるドーパミントランスポーターシンチで異常がみられることがあります。

診断は症状から判断し、他の疾患ではないか、何かの薬の副作用ではないか、つまりパーキンソン症候群でないかを除外していきます。そのうえでパーキンソン病の薬を試してみても有効であればパーキンソン病と臨床診断します。

□パーキンソン病の治療

残念ながら現時点では、根本的に病気を治す治療はありません。治療は脳内で不足するドーパミンを補ったり、補助的な薬剤を使う薬物療法が中心になります。他にも便秘や排尿障害などの非運動症状に対する治療も行います。近年ではデバイス（機器）や手術を行う治療法も開発が進んでいます。

（NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま 廣川 裕）



医療こぼなし Dr.廣川の「賢い患者になりましょう！！」

血液凝固のしくみとその異常

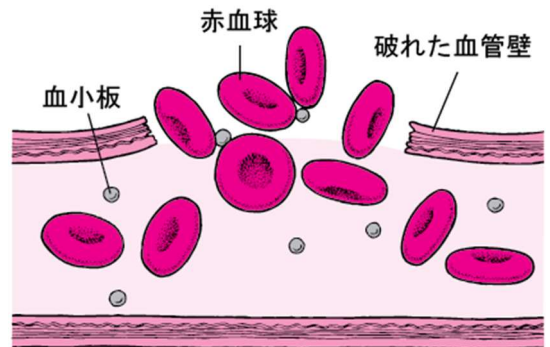
□血液が固まるということ（血液凝固）

血液は流動性を保って血管内を循環し、組織・臓器に栄養や酸素を運搬します。血液が外傷などにより多量に出血すると生命にかかわる危険な状態になります。この出血を防ぐために、生体には血を止めるしくみ（止血機構）が備わっています。この止血機構には大きく分けて2種類があります。一つは血小板が主役となるもの、もう一つは止血に関わる血中タンパク質（血液凝固因子）が主役となるものです。

□血栓で血管の破れ目をふさぐ

外傷により血管の壁が破れると、血小板が活動を始めます。球状だった血小板が突起の多い形に変わり、破れた血管の壁に付着したり、互にくっつきあったりして、血管の傷をふさいでいきます。

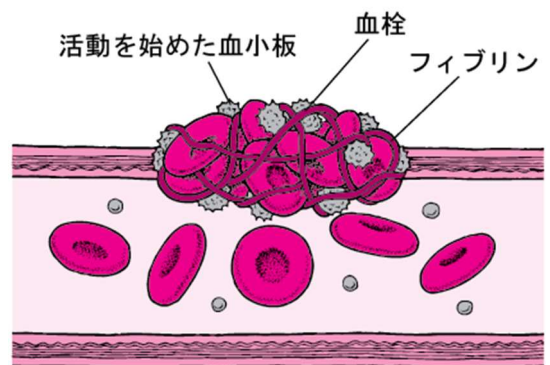
また、別の血液凝固因子との相互作用によってフィブリンを形成します。ひも状になったフィブリンがあみようになってさらに血小板や赤血球をとらえ、傷をふさぐ血のかたまり（血栓）を作ります。



□血液凝固のコントロール

凝固の働きが弱すぎると、軽いけがでも大量の出血が起きるようになります。凝固の働きが強すぎると、出血が起きていない血管がふさがれてしまうことがあります。そのため、人の体には血液の凝固を抑制し、必要なくなった血栓を溶かすためのしくみ（線溶機構）が備わっています。

このような血液凝固・線溶をコントロールするシステムの一部に異常が起きると、大量出血や凝固亢進状態などの問題につながる可能性があり、これらはどちらも生命を危険にさらす原因となります。



□血小板減少症など血小板の異常

血液凝固に必須の血小板の数が少なすぎる・多すぎる、血小板が正しく働かない、血小板の働きを抑える薬を使っているなどの際に、歯肉出血や皮下出血など「過度の出血」として血液凝固の異常が気付かれます。

中でも血小板減少症は、肝硬変などによる脾腫や抗がん剤の骨髄抑制など、色々な原因で起こりますが、「特発性血小板減少性紫斑病」という難病指定された病気も知られています。この病気では、自分の免疫の働きが自分の血小板を攻撃する抗体を作ってしまうことで血小板減少症を発症します。

小児では、ウイルス感染後に起こることがあり、自然に治ってしまうことが多いのですが、大人の場合には長く続くことが多く、免疫抑制のためにステロイド治療が必要になったり、脾臓摘出術を勧められることもあります。



□血友病は遺伝性の血液凝固因子の異常

凝固因子は、血液の中に含まれる 10 種類以上のタンパク質で、血液が固まるのを助けます。肝臓で作られるので、肝硬変などがある場合は、血液凝固機能が低下します。

血友病では、遺伝的に凝固因子を十分に作るできません。患者はほぼすべて男性で、遺伝子の異常は母親から受け継がれます。血友病の人でも、血液凝固異常の程度はまちまちで、凝固因子が少ないほど出血しやすくなります。男児で頻繁に出血したり青あざができやすい場合、家族歴があれば血友病ではないかと疑い、血液が正常な速さで固まるかどうかや、血液に凝固因子が十分あるかどうかを調べます。

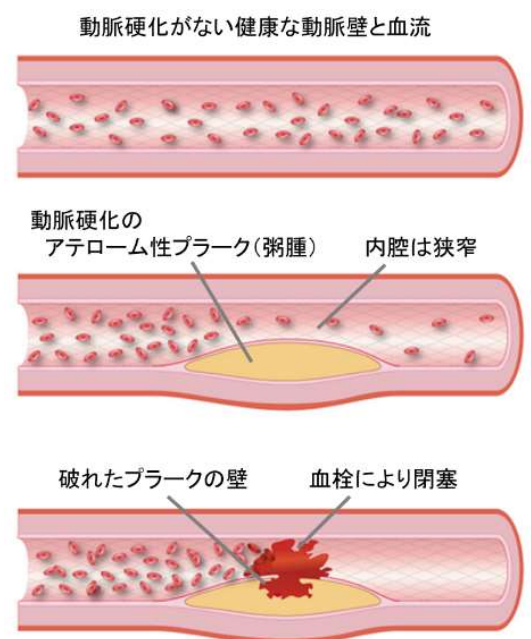
□エコノミークラス症候群は静脈血栓症

飛行機で長い時間、同じの姿勢で座っていると、足の静脈の血液が心臓に戻りづらくなり、血液が足に停滞しやすくなります。そして足の静脈に血栓ができてしまいます（深部静脈血栓症）。その後、飛行機が目的地に到着すると、急に体を動かすために下肢静脈にできた血栓が血管壁から離れて血液中を流れ出します。流れた血栓が肺の血管内でつまってしまい、最悪の場合は死亡する可能性もあります（肺塞栓症）。

足の筋肉をあまり使わないことが原因ですから、飛行機だけでなく、震災等の被災者が狭い避難所や車の中での長期の避難生活でも深部静脈血栓症は起こり易いです。また水分を十分に取れないことも要因となります。

□動脈硬化とアテローム血栓症

一般に動脈硬化といえば、喫煙・高血圧・脂質異常・糖尿病などのリスクにより進行する「アテローム性動脈硬化」を指しますが、血管壁におかゆのようなアテローム（粥腫）が作られた状態で、次第に動脈の内腔を狭めていきます。その結果、その動脈から供給を受けている組織には十分な量の血液と酸素が送られなくなります。プラーク壁が破裂すると内部の物質が血流中に放出され、その物質は血栓の形成を誘発します。形成された血栓によって動脈内の血流が完全に遮断（閉塞）されることがあり、心筋梗塞や脳梗塞の主な原因になります（アテローム血栓症）。それらの血栓が崩れてできる断片が血流に乗って移動し、それが体内の別の場所で動脈を詰まらせることもあります。



(NPO 法人 がん患者支援ネットワークひろしま 廣川 裕)



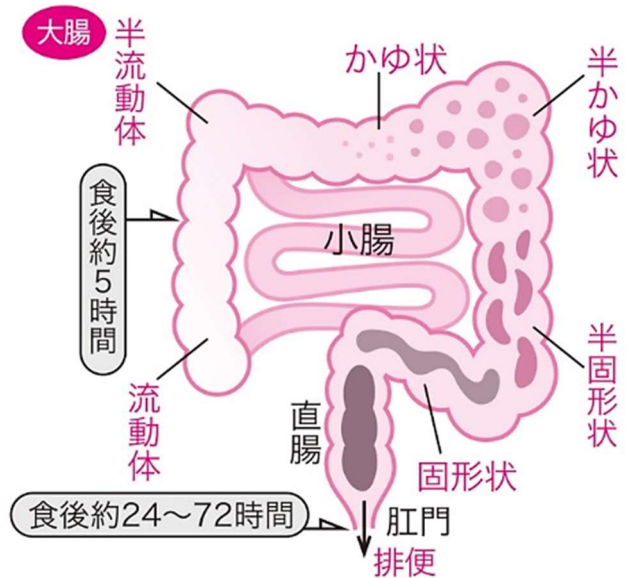
医療こぼし Dr.廣川の「賢い患者になりましょう！！」

過敏性腸症候群(IBS)とその対策

□大腸のはたらきと下痢・便秘

大腸には、1日約1.5Lから2Lの液状の消化物が運び込まれます。大腸は、結腸の蠕動運動によって直腸へと消化物を運ぶ過程で、消化物から水分を吸収し、適度な固さの便を作ります。

一般的に、水分が十分に吸収できない、または腸管運動が過敏であれば「下痢」になりやすく、反対に水分を必要以上に吸収するか腸管運動が停滞していれば「便秘」になりやすいとされています。



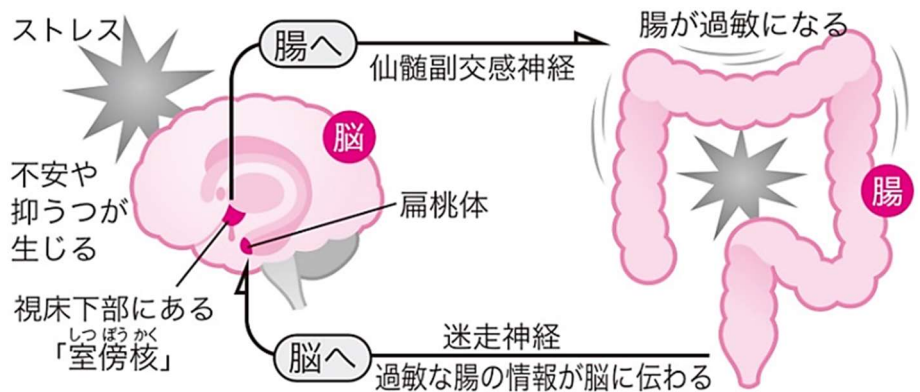
□過敏性腸症候群 (IBS) とは？

過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome : IBS) は、検査をしても腸に腫瘍や炎症が見つからないにも関わらず、下痢や便秘、腹痛といった症状が続く病気です。例えば、「通勤電車の中で必ず腹痛に襲われ、下痢をすることもあるため、各駅停車にしか乗れない」「試験の前になると必ず便秘になる」など、ストレスがかかったときに一時的におなかの不調が起こるような状態です。

□過敏性腸症候群 (IBS) の主な原因はストレス

主な原因はストレスだと考えられています。ストレスと便通異常に関連があるのは、脳と腸が自律神経でつながっていて、密接な情報のやり取りをしているからです（脳腸相関）。

ストレスで不安を生じると脳からストレス対策のホルモンが分泌され、腸が過敏になります。その腸の情報は情動を司る脳の扁桃体に伝わって不安が増幅することになります。



□ストレス以外の原因

「腸自体が過敏になっている」ことも要因の一つとして考えられます。例えば、感染性腸炎のあと、治療して腸の炎症が治ったように見えても、軽い炎症が続いていて、腸が過敏な状態になっていることがあります。

ほかにも、「腸内細菌のバランスの乱れ」も影響していると考えられています。大腸の中には、1000種類100兆個以上もの腸内細菌が棲息しています。抗生物質などの影響でそのバランスが乱れ、健康に有益な「善玉菌」が減り、有害な「悪玉菌」が増えると、悪玉菌の毒素によって腸が過敏になってしまいます。



□過敏性腸症候群（IBS）の治療は？

一般に IBS が命に関わることはありませんが、生活の質を著しく下げる病気であり、症状があって生活に支障がある場合は、消化器内科や心療内科を受診しましょう。

下痢や便秘はほかの病気で起こることもあるため、医療機関では、隠れている病気がないことを確認したうえで、IBS の治療を行います。治療の柱は、生活習慣の改善、食事指導・食事療法、薬物療法、心理療法です。

□過敏性腸症候群（IBS）の食事療法

IBS のガイドラインの食事指導・食事療法に関する項目では、IBS の症状を誘発しやすい食品として、脂質、カフェイン類、香辛料を多く含む食品、ミルク、乳製品などをあげ、これらを控えることは有用とされています。

腸内細菌を意識した食事療法は、おなかの調子が悪くない人にとっては有効ですが、調子の悪い人にとっては、さらに悪化させるという面もあります。

□FODMAP（フォドマップ）とは

FODMAP とは、発酵性の吸収されにくい短鎖炭水化物（糖質）の略称です。これを含む食物を食べすぎると、お腹がゴロゴロして痛んだり、下痢したり、ガスが多くなったりします。とくに IBS の人は大腸内の酸性度が高くなり、症状が強くなるとされています。

オーストラリアで始まった IBS 患者に対する「低 FODMAP 食」は、科学的に効果が証明されている、必要な栄養素はとれる、長期間の症状の落ちつきが得られるという特長があります。FODMAP を避けた食事を 3 週間続けると、IBS の 75% の症状が軽減するとされ注目されています。

控えたい食品には、「ソルビトールやマンニトール（単糖の一種）、果糖、乳糖が多く含まれている加工食品」「小麦、たまねぎ、カシューナッツやピスタチオ（果糖が多く含まれる）」、「牛乳などの乳製品（乳糖が多く含まれる）」「ひよこ豆、レンズ豆（オリゴ糖が多く含まれる）」などがあります。

これらの食品をまったく食べないことを目指すよりも、無理のない範囲で頻度を減らすよう心がけてください。

□腹痛・下痢・便秘を改善する薬物療法

生活習慣の改善や食事指導を受けても症状が改善しない場合や、下痢や便秘の症状をすぐに改善したいという場合には、薬物療法が行われます。

薬には大きく分けて、「腸に作用する薬」と「脳に作用する薬」があります。腸に作用する薬としては、下痢を起こす患者さんに使われる「セロトニン 3 受容体拮抗薬」や、便を軟らかくする「粘膜上皮機能変容薬」、腸の動きをコントロールして下痢を抑制したり便秘を改善したりする「消化管運動機能調節薬」、腸内の環境を整える「乳酸菌製剤」、腸内の水分を調整する「高分子重合体」などが使われます。脳に作用する薬としては、抗うつ薬や抗不安薬が使われます。

（NPO 法人 がん患者支援ネットワークひろしま 廣川 裕）

■ 発行：NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま 事務局

<https://gan110.jimdofree.com/>

■ お問い合わせ：info@gan110.rgn.jp

TEL & FAX：082-249-1033

■ Copyright：NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま



ホームページ用