

特別寄稿

中空知産婦人科医療の15年

武田 直毅
Naoki Takeda

産婦人科医師不足に伴う、産婦人科医療の危機が叫ばれて久しくなります。当科は全国に先駆けて中空知の産婦人科医療施設の集約化を成し遂げてきました。集約化当初は、地域住民からもマスコミからも厳しいご批判を頂きました。その後15年が経過してみると、産婦人科のみならず多くの臨床科で医師不足（医師の偏在と厚労省は考えていますが）に伴う集約化を余儀なくされています。この秋には、臨床科のみならず病院そのものの統廃合等を厚労省から求められています。中空知では市立美唄病院がその対象とされてお

り、近い将来の美唄市民の産婦人科医療について心配しているところです。

さて、平成16年10月の中空知の産婦人科医療施設の集約化の経緯については、本誌第22巻1号（2005年7月）1~8頁に詳しく記載しています。（当院図書室か医中誌Webで検索できます）また、10年を経た平成26年には空知医師会雑誌の『空医だより』第51号（平成26年12月）に経過を詳述しました。ここに全文を転載させていただきます。

中空知地区の産婦人科集約化の10周年

平成16年に中空知の産婦人科を集約化して、この10月でちょうど10周年になります。この機会に産婦人科医療のこれまで、現在、これからについて書き留めておこうと思います。

集約化の頃

平成16年は、まさに新臨床研修医制度が始まった年です。（AKB48がメジャーデビューしたのもこの年です）その以前から産婦人科医師不足が叫ばれており、新臨床研修医制度の発足に伴い以後2年間は大学に新入医局員が入局しない事になる為、大学医局では地方病院の人事に苦慮していました。その中で国道12号線沿線で、JR函館本線の走る中空知地区は地理的に集約化の候補として数年前から下準備がなされていました。

筆者は学位論文の仕事も終えて、故郷の岩見沢に赴任して間もない時でしたが、櫻木範明教授から『中空知の産婦人科の集約化をマネジメントするように』とのご指示を頂戴した次第です。

去りがたい岩見沢では有りましたが、平成16年4月に砂川市立病院に赴任し、10月からの集約化に向けて種々の準備を進めました。砂川市立病院をセンター病院に滝川市立病院、市立美唄病院をサテライト病院にして、センター、サテライト間の診療をシームレスに行えるようにしました。検査や治療の共通化や、手術や分娩の必要な患者さんの診療情報のやり取りをスムーズにできるようにしました。また、外来診察室の内装工事や病棟の病床数の再編などセンター病院の受け入れ準備も進めました。

また、サテライト病院では入院、分娩がなくなるので助産師の仕事ができなくなることで当院での分娩件数が増加する事に対応する為に、サテライト病院の助産師を受け入れ現在でも先頭に立って活躍してもらっています。

かくして、平成16年10月には全国に先駆けてセンター=サテライト方式による集約化をスタートさせました。この方式はいわゆるオープン方式にも似ていますが、センター病院の医師がサテライト病院に

出張して外来診療を行うところが特徴で、手術や分娩が必要な患者さんはシームレスにセンター病院で医療を受けられるシステムです。当時は全国でも先駆的な試みであった事から遠方（九州）からもテレビや新聞の取材を受けました。

ところで、一方では当院で集約化がスタートした後の数年の内に、周辺地域の病院で産婦人科医療が縮小していきました。産婦人科をクローズした病院、常勤医の定員が減った病院、常勤医がいなくなって出張医のみになった病院、分娩取り扱いを中止した病院などがあり、当院の中空知地区での重要性が増していきました。分娩件数や手術件数はそれまでのほぼ倍で、分娩件数が500～550件、手術が350件で推移しています。

また、一方では福島県立大野病院の産婦人科医師逮捕事件が起きたのも平成16年で平成18年に医師が逮捕され社会問題ともなりました。産婦人科医師不足、産科医療機関の減少、さらにこの事件をきっかけに産婦人科医療が縮小、防衛的になった事は否めません。当科の基本的な診療の方針として『地元で普通のお産を普通に扱う病院』を第一に考えています。万一にも大野病院のように医師が逮捕されるような事態になれば、中空知の産婦人科医療は崩壊の危機に瀕してしまいます。従って、前置胎盤や進行癌の手術など大量出血を伴うような難しい症例は札幌や旭川の3次病院へお願いしています。

助産師外来

国では少子高齢化、出生数の減少が大問題となっていますが、当科では周辺地域の産科分娩施設が無くなっていく事の影響で分娩件数は年間500から550件を維持しており、医師の負担も大きくなって来ていました。そんな中で産婦人科医師の負担軽減と共に、より妊婦さんの諸問題に密接に関わるように助産師外来の設置が話題となってきました。そんな中で、平成21年5月からは当科でも助産師外来を新設して、妊産婦さんの多彩な要望にも応えられるようになりました。開設当初は岡崎宮子師長に随分と骨を折って頂き、対象妊婦さんの適応基準や、異常時の対応、医師との連携や超音波検査の習得など次第に全助産師にも浸透し、現在では助産師が交代で実施して好評を得ています。

新病院

平成22年10月には新病院が完成し運用が開始されました。産婦人科は旧病院では、第1病棟として産科と婦人科が同一の病棟、詰所でしたが、新病院では産科が周産期センターとして3階西病棟、婦人科

が泌尿器科と混合で4階東病棟と分かれる事になりました。この前後の時期にはオーダリングシステムが電子カルテに更新され、病棟や医局の引っ越し、診療システムの再構築など平成23年にかけて、体制を整えました。

診療体制が落ち着いた平成23年12月にはAKB48がフライングゲットで日本レコード大賞を獲得しました。平成24年8月には不動のセンター、絶対的エースと言われた前田敦子さんが惜しまれつつAKB48を卒業しました。（AKB48の苦難と栄光の歴史が若干重なるような気がしています）

これから

上の3名の医師は等しく10才歳を重ねたので、若干パワーが落ちているのも事実ですし、外来の待ち時間が長いと苦情があったり、外来、手術、出張で病棟の担当患者さんを診る時間が取れなかったり、高齢医師（筆者）の夜間、休日の当番が体力的に厳しい等、問題も多く有ります。数年前から医師の定員を4名から5名に増員するべく交渉しており、昨年には大学医局、当院内でも増員の許可を頂き、今年の春からは5名体制になると期待していましたが、残念ながら大学医局の人員不足で流れてしまいました。現在は週末の当番を大学から月に何度か出張を頂いています。

ところで、産婦人科医療を維持する為に最も大切なのは産婦人科を志す若手医師を数多く迎える事ですが、その為にも集約化をして診療の効率を上げ、休暇も取れるようにして勤務環境を良くする事と共に、報酬面でも十分に報われるようにする必要があります。北大産婦人科医局（法人化してWIND）では、全道の関連病院に分娩手当を付けて頂くように働きかけたり、重症妊娠加算や重症分娩加算など産婦人科医療を援助する為に、産婦人科医師や助産師の勤務環境を良くする事に資する目的で新たに厚労省が創設した診療報酬項目も有ります。これらの項目やサテライト病院へ出張診療に対する報酬など10年目を迎えて、そろそろ内容の再点検も必要と考えています。

また、助産師さんは産科医療には無くてはならず、その待遇の改善も大切な事と考えています。たとえば、診断書の料金の一部を医師に還元していますが、出生証明書は戸籍法で助産師が記載、発行できるので、これに対して文書料の一部を還元できるだけでも相当に嬉しい事になると思います。

近い将来、医師が増員されて、高齢医師（筆者）が世代交代する頃になれば、少し難しい症例も扱ったり、学会の臨床統計に協力したり、論文も発表で

きるような時代が来ると思います。それまで、今しばらくは身の丈に合った範囲でこの中空知地区の産婦人科医療をしっかりと守っていきたいと考えています。

Appendix

これまで、当科の診療を支えてくれたスタッフに感謝しつつ、医師、師長、主任のお名前を書き留めておきます。医師：武田直毅周産期センター長、山下陽一郎部長、菊地研部長、千葉健太郎医長。勤務交代された医師：鈴木俊哉医師、森（佐々木）尚子医師、島畑顕治医長、白銀透部長。師長、主任：加藤幸代産科師長（小児科師長兼任）、嶋崎聡美婦人科師長（泌尿器科師長兼任）、伊藤民子師長（看護部副部長兼任⇒現職）下山友子産科主任、山口弥生婦人科主任。退職された師長、主任：岡崎宮子師長、三浦美恵子師長（看護部副部長兼任）、大宮洋子主任、五十嵐元子主任。
（以上、空医だより第51号〈平成26年12月〉より引用）

10周年から15周年にかけての変化は3つあります。

1) 中空知から分娩できる施設が当院のみになりました。

平成16年以降、中空知の分娩可能施設は次々と無くなっていききましたが、最後までがんばっていた滝川市の滝川産科婦人科クリニックの西村恒則院長（筆者と同年代）も寄る年波に勝てず、ついに分娩を取りやめ外来診療のみとなり、ついに分娩出来るのは当科のみとなってしまいました。

2) 内視鏡手術が出来るようになりました。

婦人科の手術も既に何年も前から内視鏡やダビンチが主流となっていました。

当科のそれまでの常勤医は内視鏡手術が出来ませんでしたが、田中理恵子医長、齊藤良玄副医長が就任してから、徐々に内視鏡手術の件数も増えました。さらに本年度からは北海道内でも数少ない日本産科婦人科内視鏡学会の内視鏡技術認定医の資格を持った宇田智浩医長が赴任し、内視鏡手術件数も年間100件を越え、内視鏡学会の認定修練施設の申請を計画するまでになりました。

3) 専攻医、研修医の教育が充実しました。

常勤医師4人体制では、専攻医、研修医の教育には十分ではなく、批判を頂いていました。5人体制（一時6人体制）になってからは、特に齊藤良玄副医長とその

後任の宇田智浩医長が鬼神も驚くパワフルさで臨床に後進の指導にと努力して頂き、専攻医、研修医からの評判も良くなってきました。

また、教授の代替わりのタイミングで2年間在籍することになった専攻医の宮城正太医師も研修医の面倒を見ながら、数多くの患者さんや手術を担当しています。患者さんからの投書にも、宮城先生に大変良く診て頂いたとの感謝の言葉を頂いています。

次の5年間を見通して

1) 分娩件数の減少が予想されます

これまでは周囲の産婦人科で次々と分娩を停止することで、当科の分娩数が年間500~550例を維持してきました。今年からはすべての中空知の分娩は当科のみとなるので、今後は少子化の影響が顕在化して来ると考えられます。

現在の年間500~550件をピークに、年々減少すると思います。病院経営的には芳しくないかも知れませんが、助産師さんの手が空くという事は、産褥期のケアにも十分に手が回る事になります。最近、厚労省も特に力を入れている産褥期のケアが社会的にも注目されており、育児困難や育児放棄等の問題にも関与していく事が考えられます。いずれにしても、分娩件数が減少していく時代の助産師の役割について、師長はじめ助産師さん達の課題だと考えています。

2) 高齢化による疾病構造の変化

人口の高齢化により、子宮がん、卵巣がん等の悪性疾患や、子宮筋腫や卵巣腫瘍等の腫瘍、性器脱、更年期障害などが増えると思います。悪性疾患については、日本婦人科腫瘍学会の婦人科腫瘍専門医が当科へ赴任するようになれば、浸潤癌の広汎手術なども可能になれば喜ばしい事です。良性腫瘍の手術は大多数が内視鏡手術になると思います。

3) 専攻医の赴任をサポート

専門医の認定はこれからは日本専門医機構が担当するようになります。日本産科婦人科学会の認定指導施設はもちろん、日本周産期・新生児医学会の認定指導施設や各々の学会の専門医や指導医の資格等多くの資格が必要になります。それらの資格や認定を維持する事で専攻医が安心して当科で修練を積んで頂くことが出来るようになります。

4) 臨床統計や論文を書ける体制に

日本産科婦人科学会では毎年、大学を通じて各病院の臨床統計を集計しています。又、病院では悪性疾患について院内癌登録を通じて厚労省に報告しています。近い将来には臨床統計、悪性疾患の詳細や分娩の詳細等を学会へ報告できる体制が望まれます。また、論文を書く事は専門医、指導医の資格の維持に必要な

なります。

5) これからの5年の計

現在は、津田加都哉部長（婦人科統括）、山下陽一郎部長（産科統括）にそれぞれの科を統括して頂いています。これからの5年間は津田加都哉部長に産婦人科全体を統括して頂いて、当科の基本方針や整備計画を立案、実施して頂き、山下陽一郎部長には日本産科婦人科学会の指導責任者や、日本周産期・新生児医学会の指導医をしっかり維持して専攻医、研修医の指導に務めて頂く必要があります。これからますます医療環境は厳しくなるので、産婦人科の医療で地域に貢献するのみでなく、病院経営にも資する事が求められると思います。

最後に謝意

平成16年の集約化、それに続く現在までの産婦人科医療については、小熊豊名誉院長、平林高之事業管理者、田口宏一院長の暖かい力添えが有ったの事と感謝しております。

また、当時としては斬新すぎてびっくりするような集約化プロジェクトの道筋を示して頂いた櫻木範明名誉教授はじめWIND（北大産婦人科教室）の援助に感謝します。

現在の医師、管理スタッフ

副院長、周産期センター長 武田直毅
部長 津田加都哉 山下陽一郎
医長 宇田智浩
専攻医 宮城正太
師長 下山友子 菊永和美
主任 千田容子 西井優美 久保田めぐみ

2019年（令和元年）10月1日（消費税10%初日）
来年の東京オリンピックを心待ちにしつつ記す

特別寄稿

病棟から見た産婦人科の集約化の15年

下山 友子
Tomoko Shimoyama

中空知の産科婦人科医療施設の集約から15年がたちました。

助産師として、産科病棟師長として、これまでの病棟の変遷を振り返ってみたいと思います。

平成16年に集約化を行い、その年の分娩数は374件でしたが翌年は504件と一気に増加しました。

当時の狭い新生児室や陣痛室を思い浮かべ、この時期に対応したスタッフはさぞかし大変であっただろうと想像します。

滝川市立病院に勤務されていた助産師が集約化に伴い砂川市立病院に就労し、中心的に働いてくれ（西井主任助産師・今野助産師・古舘助産師・東藤助産師・宇山助産師・伊藤助産師）大きな事故などなく地域のお産が現在まで支えられてきました。

それから15年、近隣では分娩の取り扱いを中止したり産婦人科を閉めてしまう病院もあり、当院が中空知の中核病院としての最後の砦であると、自分を鼓舞して責任を感じつつ働いてきました。

助産師の活動も大きく変わりました。

助産師外来（名尾助産師）を始め、マザークラス（下山・葛西助産師）・おっばい教室（宇山助産師）・両親学級（浅川助産師）と時代とともに多様化した妊婦さんのニーズに合わせて教室を企画・運営し、また産後ケアにも力を注いできました。産後2週間健診（後藤助産師・鈴木助産師）・母乳外来（浅川助産師）・産後のショートステイなど地域の保健師さんと連携し切れ目のないケアを実施しています。

分娩だけ対応していればいいというのではなく、助産師が自律して活動していける環境に恵まれました。ひとえに助産師を信頼し活動を見守ってくださる先生たちと、助産師の活動を評価してくださる看護部の理解があつてのことだと感謝しています。

そしてその道を作ってくださった歴代の師長・主任

の皆様（岡崎師長・三浦副看護部長・伊藤副看護部長・加藤師長・島崎師長・五十嵐主任・大宮主任）に感謝したいと思います。

地方であり新人の入職がない年が続き、助産師の高齢化が叫ばれてきました。

ただ助産師のスキルの高さとチーム力には自信がありました。アドバンス助産師も7名（千田主任助産師・島田助産師・古舘助産師・今野助産師・北城助産師・浅川助産師・宇山助産師）修得できました。

産科単科であることの魅力を発信し続けました。

それまで何校も（砂川・滝川・岩見沢・美唄・医療大・北大・札幌市立・天使大学等）実習を引き受けていたことが効を結び、平成24年に天使大学を卒業した新卒の助産師（西島（戸田）助産師）、平成28年に北大の助産課程を卒業した新卒の助産師（川村（秋元）

助産師）を迎え入れることができました。その後も札幌市立大学助産課程を卒業した（細田助産師）旭川医大看護学科を卒業した（堀川助産師）

苫小牧から（石川助産師）就職され活躍されています。来年も新卒の助産師が入職する予定であり、ようやく蒔いてきた種が実を結んできた喜びを隠せません。

これから

少子化に伴い分娩数も減少してくると思われます。

助産師は病院の中だけではなく外にも目を向けていくべきであると、2年前から市内の小中高校に性教育の出前講座（下山・西井主任助産師・浅川助産師・葛西助産師・宇山助産師）を始めました。市内の学校にとどまらず、遠く日高地方の高校からの依頼もあり今後ますます需要があるのではないかと思います。

市民向けの講演会も助産師（下山・西井主任助産師・今野助産師・古舘助産師・東藤助産師・後藤助産師・

宇山助産師・浅川助産師・葛西助産師)が企画・運営し、外部講師を招いて地域の方にも情報を発信することを始めました。

地域の助産師だからできることをこれからも考え発信し続けていきたいと思っています。

なお、助産師のみならず外来・坂本看護師、池上看護師・病棟で勤務していただいた看護師の皆様・助手さん・MA NAさんなど多くのスタッフに支えられ、順調に運営ができたことを合わせて感謝いたします。

特別寄稿



看護の足跡 ～看護師人生39年間を振り返る～

執筆 愛子

Aiko Tsuruga

はじめに

今回、砂川市立病院医学雑誌の特別寄稿の原稿依頼があった。何を書けばよいのか困惑したが39年間の看護師としての足跡を振り返ってみようと思う。

私の看護師としてのスタートは、昭和56年4月、美唄労災病院（現・北海道せき損センター）の手術室勤務からである。当時、配属場所は希望の部署ではなかったが、新人看護師歓迎会の席で外科の医師から「手術室は、生きた解剖が学べる貴重な職場である」と言われた。その言葉通りに美唄での3年間は、手術室看護師としてのスキルを磨き同時に手術室看護の面白さを知り得ることが出来た。

砂川市立病院の看護師としてのはじまり

昭和59年4月、美唄での3年間の経験を活かし、砂川市立病院への転職を決めた。当時の病院は、昭和58年12月に新館棟が完成し100床増床（566床）、昭和59年4月にはCCUが開設された。配属先は希望の手術室勤務となった。3年間の手術室経験はあるが、病院が変わると以前との業務内容とは異なり最初の3か月間は、大変苦労した。

翌年の1月にICUが開設され、3月には手術室が2室増設となった。また、4月には心臓血管外科が新設となり外来看護師と共に札幌医科大学病院の手術室に見学視察に行き、手術に必要な知識と手技を学び、心臓血管外科手術開始に向けて準備を進めていった。砂川での最初の心臓の手術は、弁置換手術等で難易度の高い手術症例が続いた。中でも夜間に緊急の呼び出しがあり術後の患者が再出血を起こし、ICUで再開胸手術を施行した出来事が、いまでも記憶に強く残っている。

病棟への勤務異動

平成7年8月、手術室から2病棟へ勤務異動となった。

2病棟は、泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科の混合病棟で入院患者が多い時には、1日に眼科だけでも約10数名が入院する忙しい病棟であった。さらに新館1階に血液透析室が30床新設され、透析患者の入院が始まった年でもある。

病棟勤務は、手術室勤務とは全く看護業務内容が異なり、入院オリエンテーション、入退院手続き、検査・手術の準備や処置、寝具交換、回診、看護ケア、記録等の日々に追われ、1日があつという間に過ぎていた。眼科は、白内障手術が多く今も変わらず多いと思いますが…。その他には、網膜剥離、水晶体手術等も数多く行われていた。

耳鼻科は、タレントの堀ちえみさんが行った舌癌の手術も行われ、術後管理や精神的サポートケアの必要性について深く学ぶことが出来た。

泌尿器科は、主に前立腺手術や膀胱全摘術、腎臓・副腎手術が行われており、中でもストマ管理の看護について学ぶ機会があった。当時、皮膚・排泄ケアの認定看護師は在籍していなかったのでストマ管理は、病棟看護師に委ねられていた。パウチと皮膚面の接着が弱く尿漏れや皮膚トラブル等から患者さんに対し辛い思いをさせていたことを思い出す。もし、あの時代に認定看護師のスキルがあれば、患者さんの苦痛を最小限に出来ていたことだろう。

看護管理者としてのはじまり

平成10年4月、3年間の病棟勤務を終えて今度は、手術室の看護師長として勤務異動となった。看護師長の役割は、第一線監督者として病院および看護部の目的、方針を理解し看護職員に浸透させ、当該部署の看護ケアの質を維持する責任と権限がある。看護師長として手術室を運営していく上で看護体制、職員の人事労務管理、手術室の設備、備品等の管理、防災計画及

び事故防止対策、教育・研究支援など取り組む課題が多くあった。

看護体制については、午後からの手術は外来看護師が直接介助業務を行うシステムになっていた。その為、外来看護師は午前の外来診察業務を終わらせて手術室業務を行うため十分な昼休みを取れずに業務に入ることが多く見られた。一方手術室看護師は、各診療科メインの手術が午後開始となる為、各診療科の直接介助の経験が少なく、直接介助の技術が習得できない問題を抱えていた。両者の問題を解決するには、手術室の完全中央化を進める必要があった。必要な看護師を配置するためには外来からの勤務異動、直接介助業務の教育指導、看護師の採用について看護部へ要望を行った。完全中央化までは数年の時間を要したが完全中央化を実現することができた。

次に取り組んだことは、手術室リネンの廃棄である。当時は、布製品のリネンを使用しており各診療科の手術に併せて術衣や覆布などを梱包していた。布製品の使用については梱包に掛かる人件費、年間に使用する縫製工場への被覆作成費用や毎日のクリーニングに掛かる費用等を算出しても、廃棄化していく方が経済的に有利であった。廃棄化以外では平成11年7月から物品SPDシステムが稼働となり、約1万品目以上はある手術の診療材料について在庫の定数見直しにも取り組んでいった。毎日、診療材料リストの確認作業が続き、さすがにこの時ばかりは手術室に異動したことを後悔したのを思い出す。

平成17年4月、手術室から5病棟へ勤務異動となった。5病棟は、脳神経外科と神経内科の混合病棟で病棟内には、一般病棟の他に濃厚治療室が設置されていた。当時の病棟は近隣の脳外科病院が休床し患者の受入が困難となり、空知管内の脳外科患者が当院へ入院するケースが急増する事態となっていた。常にベットは満床状態で他の病棟のベットを借用してオーバーベット状態で入院受け入れを行っていた。日々のベットコントロールは病棟師長が担い、当該部署に入院できない場合は、他部署へ2名から4名程の転棟を日々依頼していた。また、回診時入院患者が増えるとどの病棟に誰が入院しているのか医師も把握することが難しいため、ナースコール掲示版に他病棟の入院患者を表示し、使用していた。病棟への異動後の2年間は、病床管理について深く学ぶ機会となった。

平成18年の診療報酬改定では、地域連携クリニカルパスが診療報酬で評価されることになった。地域連携クリニカルパスは病院の機能分化の強化と在院日数短縮への対策として推進され、パスを使用することによって医療機関の連携体制が、診療報酬で評価されることになった。急性期病院である当院においても病院

完結型から地域完結型への転換が求められる最初の時代でもあった。脳卒中の地域連携パスを推進するために医師、看護師、MSW、理学療法士、言語療法士、栄養士が近隣の医療機関に出向き、各医療機関が必要としている情報と医療職の知識、技術の向上を図ることを目的に研修会を定期的に開催した。この取り組みは、患者・家族と医療者間の調整役を果たし、また患者・家族の視点で不安や不備のない転院に繋げることが出来たと考える。

副看護部長の時代

平成19年4月、前任の副看護部長の退職により看護管理室に異動となった。副看護部長時代は、業務、総務、教育の全般を担当し役割を担ってきた。就任の年、病院では一般・結核入院基本料7対1の取得、DPC準備病院指定、第46回全国自治体病院学会開催（学会長小熊院長）が行われた年でもある。

平成18年4月に行われた診療報酬改定によって、当院は急性期病院としての医療の質向上と病院経営改善のため、7対1入院基本料取得に取り組んだ。平成19年4月の看護職員数は、357名で一般病棟の看護師を厚く配置するため、外来診療棟から病棟への勤務異動を大幅に行った。7対1看護配置を維持していくためにどうすればよいか、看護部内で話し合いを進めていった。医事課事務職員の協力を得て、一日平均患者数と実労働看護師数、産休・育児休暇や長期病欠などの数を見込み、必要な看護師数を割り出した。現在使用されている「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式9）」は、その当時になかったため、毎月勤務表のデータをエクセルに取り込み、算定できているか確認作業を行う必要があった。現在は、電子カルテ上の勤務表から自動にデータが様式9に取り込まれ計算されるシステムになっている。当時は、算定に向けて安定した必要看護師人数に至るまでは、看護師確保と一般病棟看護師の勤務表管理に日々苦慮していた。

平成23年12月、病床稼働率のアップと平均在院日数の短縮という病院の方針に従い、効率的な病床管理を行うことを目的として、平成24年1月よりベットコントロールを行う病床管理の運営責任者となった。病床管理については、院長直轄で看護部に委譲され、朝・夕の2回全部署の看護師長が会議に参加し、ベットコントロール会議を実施した。当初、病床管理は90%以上の病棟と80%以下の病棟が混在しており、「専門診療科でないこと」、「空床はあるが繁忙によるマンパワー不足」を理由に、他科の受入をスムーズに行うことができていなかった。空床の定義を共通病床として使用することなどを病床管理基準に作成し、医師・看護師等に周知し運用していった。その結果、年間の稼

働率は72.3%から79.2%に上昇し、平均在院日数は、13.5日から13日に短縮した。現在は、日々の病棟の稼働状況をタイムリーに確認し、時間外や休日においても緊急入院や翌日以降の定期入院予定の調整がスムーズに進められている。

看護部長の時代

平成28年4月、看護部長に就任した。平成28年度は、診療報酬改定があり、7対1入院基本料算定の条件に「重症度、医療・看護必要度」の見直しを受け、7対1入院基本料算定施設では、患者割合25%の維持に向けた取り組みが進められた。看護部、医事課など他部門が連携し、「25%堅持」に向けた効率的なシステムづくりに着手した。看護部門のみならず他部門と連携し、病院全体が一丸となって監査機能を充実させることができた。同じく4月から入退院支援センターを開設した。スムーズな入退院に向けた看護職員による患者支援が内科・循環器・外科を軸に3科からスタートし、現在は12科の診療科を対象に年間約2700人の患者に対応している。センターでは、入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療経過を経るのかをイメージし、安心して入院医療が受けられるように患者情報の共有、治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション等きめ細やかな対応で患者・家族からも高い評価を頂いている。また外来看護師や病棟看護師の入退院に関する看護職の業務負担軽減に繋がっている。

人材育成に関しては、認定看護師分野では糖尿病看護、皮膚・排泄ケア看護、脳卒中リハビリテーション看護、認知症看護と専門看護師分野では小児看護、老人看護を育成することができた。当院独自の院内認定看護師制度（テクニカルナース）では、平成30年度までに92名が修了し、今年度は10コースを開講し25名が受講している。当院の看護教育は、お互いに育て合う職場風土と看護師自らの成長・発達を目指し専門職としての役割を果たすことを大切にしてきた。看護師たちは、看護研究についても積極的に取り組む姿勢があり、毎年学会に発表する看護師が増えている。発表を終えてきた看護師の感想は、「取り組んだ内容に他の病院から良い評価をいただいた。」「また看護研究に取り組む学会で発表したい。」など笑顔で看護部に出張の報告に訪れる。また看護部門の取り組みについて、院外からの病院見学や専門看護師・認定看護師・認定看護管理者教育課程（セカンド・サードレベル）等を対象とした実習の受入れも積極的に行ってきた。看護部長としての4年間は、人の問題、看護体制の問題、物品の問題、経営の問題、倫理的問題などどれも重要で早急に解決が求められる仕事であった。

おわりに

私は令和2年3月末で定年退職を迎える。これまでの39年間に及ぶ看護師としての人生を振り返り、すべての方に感謝の気持ちでいっぱいである。振り返れば39年間の半分である約20年間、看護管理者としての役割を担ってきたことになる。看護管理者としての道は、決して平坦なことばかりでなく、多くの苦難があった。しかし上司や同僚、多くのスタッフや患者さんとの出会いが私にとってかけがえのない経験となった。転職した砂川の地は、私にとって看護師として成長することができた素晴らしい環境であった。

最後に、砂川市立病院の看護部が100年先も看護部の理念である“地域に親しまれ、安心できる看護”を提供し続けてくれることを願っている。

特別寄稿

Z-project（増収プロジェクト）3年間の経過と今後の取り組みについて

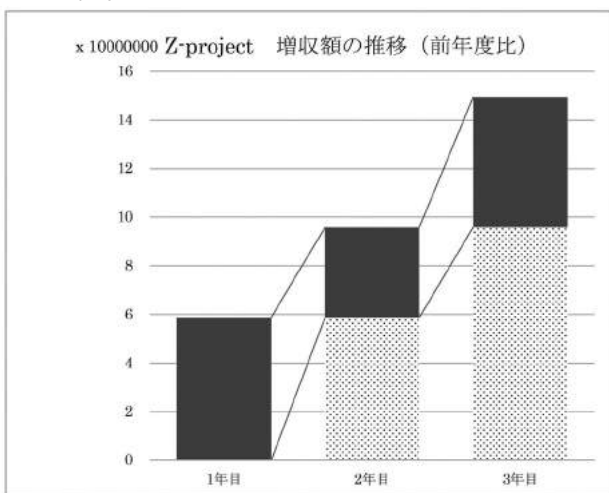
市川 史誠
Fuminari Idhikawa

はじめに

当院ではZ-projectという、収益増収並びに医療の質の向上を目的とした活動を行っている。この活動は、2015年、当院の経営状況が、診療報酬の実質マイナス改定や消費税が5%から8%に引き上げられたことなどの外的要因、改築実施に伴う起債償還のピークや多額の減価償却費の発生などの内的要因により著しく悪化したことから、病院の存続すら危ぶまれた危機的な状況から大幅な経営改善を果たした三重県松阪市民病院で行われている「落ち穂拾い作戦」¹⁾という経営改善策を参考として始められた活動である。

活動開始から3年で累計増収効果およそ1.5億円（図1）と、大きな成果が挙げられたことから、本活動の内容とその成功要因について報告する。

図1：Z-project 3年の増収効果



目的

Z-projectの目標は増収である。但し、単なる増収を目指すのではなく、指導料・管理料や加算等の診療報

酬上認められている算定を強化することにより、コストをかけずに増収を図ることを目的とする。更に、これらの算定を強化することによって医療の質を向上させることも目的とする。この2つの目的を掲げ、多職種が関わるワーキンググループ（以下「WG」という。）を立ち上げ取り組みを始めることとした。

方法

先ず事務局により、取り組みを行う項目が決定された。（図2）項目は、算定率の向上による効果（収益の増加）が大きいものや、査定率やDPCコーディング等、収益への影響が大きいものを選定している。項目の決定と共に、関連する職員がWGメンバーとして招集された。立ち上がりではスピード感を重要視し、一ヶ月を期限として、WG毎に、現状の把握・問題点抽出・改善案作成・目標値設定及びスケジュールを作成した。

立ち上げ後は、WGから事務局に毎月実績を報告することとし、また、定期的に院内全体のイベントとして活動状況報告会を行うこととした。報告会は、活動開始から3ヶ月後には1回目が行われ、その後、四半期経過毎に実施してきた。（現在では半期毎に変更している）

図2：Z-project WG一覧

| Z-project WG | | | |
|----------------------|------------------------|----------------------|--------------------|
| 薬剤指導WG | 特食・栄養指導WG | 退院支援WG | 退院時リハビリWG |
| 術前検査WG ※2016年3月解散 | 周術期口腔ケアWG | 査定WG | コーディングWG |
| 血中濃度WG ※2016年4月創立 | 診療情報提供WG ※2016年4月創立 | 精神部門WG ※2016年4月創立 | 健診WG ※2016年4月創立 |

WGの活動方法としては、Plan-Do-Check-Actionサイクル（以下「PDCAサイクル」という。）の手法を用いることとしている。

結果

初年度よりおよそ5,900万円の増収効果が上げられ、2年目およそ3,700万円、3年目およそ5,400万円の増収効果となり、過去三年度累計およそ1.5億円もの効果が上げられた。多大な成果を挙げられたのは、各WGを担当した職員の尽力によるものであるが、事前に職員が活動を行い易くする工夫が取られたことも大きな要因である。特に以下3点については、活動を容易にするにあたって特に効果をもたらしたものであることから特筆し紹介する。

<成功要因1：ネーミング>

活動にあたっては、経営改善対策委員会、医療の質向上委員会などといった、無難なネーミングも考えられたが私たちはZ-projectとすることとした。

奇抜なネーミングとしたのは、活動する職員へ、堅苦しさを感じて欲しくなかった為であるが、「Z」としたのは、増収の頭文字のZ、また、Zがアルファベットの最後の文字であることから、いまやらなければもう後がない！ということを示さんとし名づけたものである。

結果として、「Z-project」は職員の間で「ゼット」の略称がつけられ、職員間同士の会話に度々登場することとなる。

「今度のゼットで話し合しましょう」、「今度の経営改善対策委員会で話し合しましょう」、後者であれば簡単に会話に登場することはなかったのではないだろうか。「医療の質向上委員会〇日開催します」と聞いた場合と「今度のゼット〇日開催します」と聞いた場合では、後者の方が比較的ポジティブに参加出来るのではないだろうか。

効果を測定することは叶わないが、各WGの自主性が求められるこの活動において、奇抜なネーミングは院内の共通語として定着し、活動の浸透、推進に貢献してくれている。

<成功要因2：人員構成>

厚生労働省が発信した「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」²⁾の中で、医療の質的な改善を図るためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要であると述べられている。Z-projectにおいても、各WGを構成する人員は、関連する職種により構成した。多職種構成とすることによりシナジーが生み出される。各々の視点で問題を発見することが出来、同時に解決策を思案することが出来るからだ。当院で

の一例にて効果を紹介する。

診療情報提供WGでは「退院時添付加算算定率を64.5%から90%以上に向上させる」という目標が掲げられた。

初めに実行された算定率向上施策は、事務局から提案された、職員へフロー図による周知をすることと、看護部より提案された、患者へ診療情報提供書を渡す前に看護師・医師事務作業補助者が検査データ等の書類が添付されているかを確認することであった。この施策により当初64.5%であった算定率は、6ヶ月後の中間報告時点で算定率が72.2%に向上し、1年終了時点で76.4%への向上が見られたが、目標値である90%には大きく届かなかった。

更なる施策として、事務局より提案された、会計時コスト算定されていない患者がいた場合に病棟への確認を行うこと、病棟毎の算定率をフィードバックすること、が既存施策に加えられ2年目の活動が行われたが、中間報告時点での算定率が72.0%と、むしろ後退した。

なぜ、算定率が低下したのか。WGによる調査が行われたところ、看護部より、病棟での診療情報提供書添付加算運用フローの理解が浅く、実際にはデータを添付しているのにコスト算定をしていない事例が多数ある事や、事務局より、会計時にコスト算定が無い場合について、病棟のスタッフのうち誰に連絡を行えば良いのかが不明であり確認が徹底されていなかったことが報告される。既に対策が完了していたと考えていた箇所に漏れが見つかったのである。

直ちにWGから各病棟へフローの再周知が行われ、また連絡する際の病棟担当者が決められ周知された。こうした結果、2年目が終了した時点での算定率は1年目と同率である76.4%へ回復した。

3年目には更なる対策として、看護部提案により、算定に至らなかった患者リストを病棟にフィードバックする施策がとられている。この結果、直近である30年11月単月では算定率は88.2%まで向上している。

本ケースは看護部、事務局が双方の視点から問題を発見し、解決方法を模索したものである。このように、多職種構成により多視覚的に問題を見ることが出来、その問題解決に向けたトライアルアンドエラーについても、単職種である場合に比べてレスポンス良く繰り返すことが出来るのである。

<成功要因3：簡略化した活動方法>

活動当初、WGを招集した段階で、PDCAサイクルの要旨と手法を用いて行動を行うことを説明した。一方で、PDCAサイクルの手法を用いることは、各WGがPDCAサイクルを意識しすぎてしまった場合に、サイクルを回転させることに注力し過ぎてしまい、根本的

な問題の解決がいつまでたっても進んでいかないと
いった懸念があった。

この懸念から、Z-projectではWGのPDCAサイクル回
転負担を軽減する仕組みが作られている。例月の実績
報告と、半期毎の報告会がこれにあたる。

毎月実績を報告することで、Plan (計画)、Check
(評価)、Action (改善) をWGと事務局が共に実施
出来る体制が構築され、半期毎の報告会により、
Check (評価)、Action (改善) が経営幹部を含む院
内全体にて行われる。特に事業管理者や院長を初めと
する経営幹部によるCheck (評価)、Action (改善)
が行われることの効果は大きく、一般職員では困難と
なる、社会情勢への適応方法や、今後進むべき指針、
病院としての意思決定が示される機会となる。

このように、WGのみがPDCAサイクルの回転を担う
のではなく、返ってWGは特に意識せずとも病院全体
によってPDCAサイクルの回転が行われ継続してい
く、この活動基盤を用意し続けたことが、Z-project成
功の最大の要因である。

結 論

先述した方法により、PDCAサイクルはスムーズに
回転し、その結果が3年で1.5億円の増収効果という、
大きな成果となって現れた。

しかし、本活動の多くは「診療報酬算定率を向上さ
せる」活動であるから、算定率向上案を策定しそれを
定着させる仕組み作りが完成すれば、そのWGは役目
を終えることとなる。現在、WGの多くが当初計画し
た目標へ到達している。(図3) ここまで大きな成果を
挙げてきたZ-projectは変革期を迎えたのである。

既存のWGをそのままに、別の診療報酬をターゲッ
ティングし、リスタートすることが最も簡単な方法で
ある。WG職員間の信頼関係は構築されており、取り
組み方法も熟練しているからだ。しかし、それでは
Z-projectは特定の職員が行っている活動に終わってしま
い、また職種間連携で得られるシナジーも一部職員
間の限定的なものに限られてしまう。

こうした状況から、これまで主に管理職が担ってき
たプロジェクトリーダーをはじめとするWG構成職員
について若手職員へ入れ替えを行った。(図4) 入れ替
えにあたり、前任のプロジェクトリーダーには相談役
として、新任のフォローを行うこととしている。

多職種と共に病院経営に関して仕事を行うこの活動
に若手職員が携わることは院内全体の活性化に繋がる
ことさえ期待出来る。他職種との連携、病院経営への
参画、どちらも若手職員に不足していることであるか
らだ。もちろん、管理職から若手職員へ担当を変える
ことで、好調であったZ-project自体が衰退してしまう

懸念は存在する。しかし、3年が経過し、活動形態が確
立された今、その軌跡をたどり活動していくことは決
して難しいことではない。

終わりに、こうして4年目を迎えた本年よりZ-project
の活動目的に、増収・医療の質向上に加えて、若手職
員経営参画意識向上による院内全体の活性化が加わっ
たことを報告し、Z-projet3年間の活動とその経過から
見えた成功要因についての報告とする。

図3：各WG目標達成状況一覧

| No. | 部門名 | 項目 | 対象診療科目 | 評価指標 | 目標設定時の状況 | 目標 (当初) | 実績 (経過: 2019年10月 - 目標末期) |
|-----|------------------|-----|--------------------|-------|----------------|-------------------|--------------------------|
| 1 | 薬剤指導WG | H27 | 薬剤管理指導料 | 件数 | 8,302件 | 算定件数10%増 (9,132件) | 10,235件 14,127件 19,630件 |
| | | | 透析科薬剤管理指導料 | 件数 | 2,382件 | 算定件数10%増 (2,620件) | 2,910件 3,745件 5,107件 |
| 2 | 特食・栄養指導WG | H27 | 特食費加算 | 率 | 25.0% | 算定率25%以上 | 40.8% 40.0% 46.2% |
| 3 | 退院時リハビリWG | H27 | 退院時リハビリテーション指導料 | 率 | 24.5% | 算定率25%以上 | 62.4% 71.3% 69.8% |
| 4 | 入院支援WG | H27 | 医師診療指導料 | 件数 | 718件 | 750%以上 | 985件 1,342件 1,129件 |
| | | | 周術期・手術室管理料 | 件数 | 29回 | 160%以上 | 191回 300回 416回 |
| | | | 周術期・手術室管理料(1) 前倒 | 件数 | 7回 | 80%以上 | 9回 17回 24回 |
| | | | 周術期・手術室管理料(1) 前倒 | 件数 | 1回 | 80%以上 | 2回 3回 14回 |
| | | | 周術期・手術室管理料(2) 前倒 | 件数 | 6回 | 80%以上 | 7回 9回 24回 |
| | | | 周術期・手術室管理料(2) 前倒 | 件数 | 25回 | 80%以上 | 14回 26回 42回 |
| 5 | 周術期・手術室管理料(3) 前倒 | 件数 | 53回 | 80%以上 | 124回 304回 593回 | | |
| 6 | 査定WG | H27 | 査定率 | 率 | 0.54% | 査定率0.3%未満 | 0.40% 0.56% 0.47% |
| 7 | コーディングWG | H27 | 重点病名の請求率付与率 (治療費) | 率 | 6% | 16%以上 | 8.00% 46.30% 54.00% |
| | | | 「(慢性不全)」 | 率 | 0% | 10%以上 | 9.00% 5.70% 7.50% |
| | | | 「(慢性)」 | 率 | 10% | 20%以上 | 13.40% 4.40% 7.50% |
| | | | 詳細請求率 | 率 | 9% | 5%以下 | 3.66% 4.33% 5.7% |
| 8 | 血中濃度WG | H28 | 特定薬剤治療料 | 件数 | 1,645回 | 算定件数20%増 (1,974回) | - 1,698回 1,565回 |
| 9 | 診療情報提供WG | H28 | 診療情報提供料(1) 診療情報提供料 | 率 | 64.5% | 算定率40%以上 | - 76.4% 76.4% |
| 10 | 精神科門診WG | H28 | 精神科定診診療加算1 | 件数 | 次年度新設加算 | 算定件数毎年増加 | - 15件 12件 |
| | | | 精神科リエンナーチーム加算 | 件数 | 次年度新設加算 | 算定件数毎年増加 | - 126件 131件 |
| | | | 精神科リエンナーチーム加算 | 件数 | 次年度より新規加算 | 算定件数毎年増加 | - 544件 375件 |
| 11 | 健診WG | H28 | 認知症ケア加算 | 件数 | 次年度より新規加算 | 算定件数毎年増加 | - 2,337件 11,713件 |
| | | | 健診件数の増加 | 件数 | 健診件数2,331件 | 健診件数の毎年増加 | - 2,386件 2,516件 |

図4：若手職員への入れ替え

| | 29年度平均年齢・(リーダー年齢)・リーダー職名 | 30年度平均年齢・(リーダー年齢)・リーダー職名 |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 薬剤指導WG | 45.3・(52)・薬剤部薬剤部長 | 40.2・(33)・薬剤部薬剤師 |
| 特食・栄養指導WG | 44.3・(44)・栄養科副科長 | 39.2・(43)・栄養科係長 |
| 退院時リハビリWG | 42.7・(37)・医療技術部主任技師 | 34.8・(38)・医療技術部主任技師 |
| 入院支援WG | 47.3・(56)・看護部副看護部長 | 43.2・(40)・事務局係長 |
| 周術期口腔ケアWG | 46.6・(46)・事務局課長補佐 | 43.9・(23)・事務局主事 |
| 査定WG | 41.9・(41)・事務局係長 | 43.3・(32)・事務局主事 |
| コーディングWG | 39.0・(44)・事務局係長 | 33.2・(25)・事務局主事 |
| 血中濃度WG | 45.5・(52)・薬剤部薬剤部長 | 39.0・(33)・薬剤部薬剤師 |
| 診療情報提供WG | 52.0・(53)・事務局審議監 | 45.3・(43)・事務局係長 |
| 精神科門診WG | 42.2・(41)・事務局係長 | 44.9・(37)・事務局係長 |
| 健診WG | 49.4・(54)・事務局課長補佐 | 48.5・(30)・事務局主事 |
| 全体 | 44.8・(47.3)・-- | 41.5・(34.2)・-- |

参考文献

- 1) 世古口 務:「ジョン・P・コッターの8つの変革ステップ」から見た松阪市民病院経営改善の検証.初版.13-71,日本医学出版,東京,2014,
- 2) 厚生労働省:チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw.pdf>)
2019/1/18
- 3) 小柳 貴敬 他:平成27年度Z-project (増収対策 project) について.砂川市立病院医学雑誌.第30巻:1-2,2017,

症 例

長期透析患者に発生した下腿カルシフィラキシスの1例

A case of lower leg calciphylaxis associated with long term hemodialysis

小笠原 卓音¹⁾
Takuto Ogasawara國島 康晴¹⁾
Yasuharu Kunishima香山 武蔵²⁾
Musasi Kayama鰐渕 敦¹⁾
Astushi Wanifuchi柳瀬 雅裕³⁾
Masahiro Yanase

要 旨

症例は71歳、女性。IgA腎症による腎機能障害により13年間当院で血液透析が施行されていた。温熱カイロでの右下肢低温熱傷を自覚し、近医皮膚科受診するも症状改善なく、当院形成外科受診となった。右下腿、踵部に皮膚全層の壊死像を認めた。血清リンは10.0mg/dL、血清カルシウムは10.6mg/dLと高値であり、Intact-PTHは53pg/mLと正常範囲内であった。同科入院となり、デブリードマン、抗菌薬投与が行われた。しかし、壊死は急速に拡大し、病理結果からカルシフィラキシスの診断となった。チオ硫酸ナトリウムの投与、局所陰圧閉鎖療法が施行されたが、入院64日目に創部感染症による敗血症性ショックにて永眠された。

Key Word : calciphylaxis hemodialysis

はじめに

カルシフィラキシスは小動脈の中膜石灰化、閉塞を背景とした皮膚疾患である。長期透析患者を中心に年間1万人あたり2名程度の頻度で発症する¹⁾。疼痛を伴う壊死性の潰瘍が主な症状となり、治療としては外科的なデブリードマン、副甲状腺摘除術などが挙げられるが、予後不良な疾患である。今回我々は、長期透析患者に発生したカルシフィラキシスの1例を経験したので報告する。

症 例

患者：71歳、女性。

主訴：熱傷が治らない。

既往歴：IgA腎症、発作性心房細動、二次性副甲状腺機能亢進症に対し、副甲状腺摘除術。

内服薬：セベラマー塩酸塩6000mg/日、ワルファリンカリウム1mg、リマプロストアルファデクス5 μ g。

透析時、エテルカルセチド5mg 週3回投与。

現病歴：

1996年に腎機能悪化を認め近医より当科紹介初診。腎生検にてIgA腎症の診断となった。当科外来で保存期慢性腎臓病の治療を施行していたが、2005年に血清クレアチニンが13.5mg/dlまで上昇し、血液透析導入となった。2019年1月初旬、右下腿の温熱カイロでの熱傷を自覚、近医皮膚科を受診した。しかし、軟膏での治療効果がなく、当院形成外科受診となった。

来院時現症

意識レベル Japan Coma Scale I-1、発熱なし、血圧正常。右下腿、踵部の皮膚全層にわたる黒色・白色壊死を認めた(図1)。

来院時検査成績

WBC17,100/mm³, RBC 390万/mm³, Plt 46.7万/ μ L, CRP 20.6mg/dL 血清カルシウム10.6mg/dL (8.4-10.0) 血清リン：10.0mg/dL (3.5-6.0) Intact-PTH：53pg/mL (10-65)。白血球上昇と炎症反応上昇を認めた。また、血清リンは高値であった。

来院後経過

形成外科にてデブリードマンを施行。一度帰宅されたが、徐々に壊死範囲の拡大、下腿に蜂窩織炎様の所見

1) 砂川市立病院 泌尿器科
Department of Urology, Sunagawa City Medical Center2) 砂川市立病院 形成外科
Department of Plastic Surgery, Sunagawa City Medical Center3) 砂川市立病院 腎透析センター
Renal Dialysis Center, Sunagawa City Medical Center

を認めたため、形成外科入院となった。

入院後経過

メロペネム0.5g/dayの投与、追加のデブリードマンが施行された。しかし、入院3日目に壊死部の強い疼痛を自覚し、急速な壊死の拡大を認めた(図2)。長期透析患者であり、カルシフィラキシスの可能性を考慮し、改めてデブリードマン、組織生検が施行された。病理結果は、小・中型動脈の内膜の浮腫状の肥厚、動脈壁に同心円状の石灰化を認め、カルシフィラキシスの所見であった。カルシフィラキ시스に対する治療として、高圧酸素療法(2.0気圧、60分間、10日間)とチオ硫酸ナトリウム(デトキソール®)24gx3/dayの投与が開始された。しかし、壊死範囲は拡大し、入院17日目には右大腿部にも壊死範囲を認めるようになった。全身麻酔下のデブリードマンが追加施行された。入院27日目に局所陰圧閉鎖療法が開始され、徐々に良好な肉芽組織が見られるようになったが、入院64日目、39度台の発熱、意識レベルの低下を認めるようになった。創部感染症による敗血症性ショックと判断しDNAR取得、同日午後12時に永眠された。

考察

カルシフィラキシスは、小動脈の中膜石灰化、閉塞を背景とした、難治性の皮膚疾患である。透析患者において、年間1万人あたり2人程度の発症頻度とされる¹⁾。発症危険因子としては、二次性副甲状腺機能亢進症、高カルシウム血症、ワーファリン内服があげられ、特にワーファリンにおいては、ビタミンK拮抗作用が血管平滑筋を石灰化させ発症因子となりうると報告される²⁾。創傷などを契機に血管内に微小血栓が生じ、壊死潰瘍をきたすとされる。皮膚所見としては有痛性の紫斑を示し、皮膚壊死をきたす。鑑別としては、糖尿病性壊疽、動脈硬化性壊疽が挙げられるが、有痛性の紫斑を示すことが本症例に特徴的である。発生部位による分類としては、下腿、肘関節より遠位に発生する遠位型カルシフィラキ시스、膝関節、肘関節より近位に発生する近位型カルシフィラキ시스と分類される。本症例も入院17日目に右大腿部に壊死を認め、近位型カルシフィラキシスに分類される。体幹部、大腿、陰茎などに多く発生する近位型カルシフィラキシスにおいては60~80%と特に高い致死率とされる²⁾。治療は壊死した組織に対する外科的なデブリードマンが主であり、高圧酸素療法や、保険適応外ではあるがチオ硫酸ナトリウムが有用であったとの報告が見られるが、いずれの治療を施行しても致死率は高い³⁾。また、血清カルシウム、リン、Intact PTHの値の管理も重要とされる。Intact PTH高値の症例に対してはシナカルセット塩酸塩の使用や、副甲状腺摘除術を行う場

合がある。本症例においては、intact PTH高値にて副甲状腺摘除術の既往があり、血清リン値は投薬にも関わらず高値であった。また、ワーファリン内服中であり、発症危険因子があることから、壊死潰瘍が出現した段階でカルシフィラキシスを念頭に置く必要があった。

本疾患の問題点は、透析に関わる医師の中でも認知度が低い点である。日本透析医学会会員の在籍する施設に調査したところ、約60%が本症例への知識がないことが示された⁴⁾。透析患者の中でも発症は稀であり、症例数は少ないが、日常診療においては本疾患に対する知識を持ち、透析患者の皮膚潰瘍を診る際には本症例を念頭に置く必要があると考えられた。

文献

- 1) 林ら.全国調査に基づくカルシフィラキ시스診断基準の提案：透析会誌 45：551-557, 2012
- 2) Dauden E et al, Calciphylaxis. : Dermatol Clin. 2008 Oct;26(4):557-68
- 3) 山田ら. カルシフィラキ시스による下腿有痛性多発性潰瘍に対してチオ硫酸ナトリウムが奏効した長期血液透析患者の1例. 透析会誌2011； 44： 643-8
- 4) 林松彦, カルシフィラキシスの疫学と診断基準. 医学のあゆみ 2013； 244： 245-6



図1：右下腿、踵部の皮膚全層にわたる黒色・白色壊死。



図2：入院後3日目、壊死部位の急速な拡大を認めた。

症 例

陰莖Fibroepithelial polypの1例

A case of fibroepithelial polyp of penis

國島 康晴¹⁾
Yasuharu Kunishima小笠原 卓音¹⁾
Takuto Ogasawara鰐渕 敦¹⁾
Astushi Wanifuchi柳瀬 雅裕²⁾
Masahiro Yanase

要 旨

症例は77歳、男性。約一年前から前立腺肥大症に対して投薬治療を受けていた。2019年1月、飲酒後に増悪した排尿困難を主訴に近医を受診し、尿道狭窄と陰莖亀頭部の腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。外尿道口5時方向に茎を有する最大径2cmの腫瘍を認めた。腫瘍の表面は平滑で比較的柔らかく圧痛を認めなかった。尿道造影を施行し、前部尿道に尿道狭窄を認めたため、尿道ブジーで狭窄部を拡張後にカテーテルを留置した。後日、麻酔下に内尿道切開術、陰莖腫瘍切除術を施行した。腫瘍の病理診断はfibroepithelial polypであった。陰莖fibroepithelial polypは希であり、文献的考察を行った。

Key Word : fibroepithelial polyp

はじめに

陰莖fibroepithelial polypは希であり、報告例は極めて少ない¹⁾。今回、尿道狭窄による排尿障害で受診した陰莖fibroepithelial polypの症例を経験したので報告する。

症 例

症例：77歳男性

主訴：排尿困難

既往歴：高血圧症、2型糖尿病、陳旧性心筋梗塞

現病歴：数年前から排尿障害の自覚があり、約1年前に近医泌尿器科を受診し、前立腺肥大症の診断で投薬治療を受けていた。一方、約5年前から陰莖亀頭部に腫瘍性病変の出現を自覚しており、尿線が飛び散るため座位で排尿していた。腫瘍は徐々に増大していたが、疼痛等の症状がないため、排尿障害で泌尿器科受診時には申告をしていなかった。2019年1月、飲酒後の排尿困難を主訴に近医を受診し導尿を試みたが尿道狭窄があり導尿できず、また亀頭部に腫瘍を認めたため当科紹介受診となった。

受診時現症：外尿道口5時方向に茎を有する最大径2cmの腫瘍を認めた (図1)。腫瘍の表面は平滑で比較的柔らかく圧痛を認めなかった。下腹部は膨満し強い尿意を訴え、超音波による残尿測定では1000ml以上の膀胱内尿貯留を認め、尿閉の状態であった。

経過：尿道造影を施行し、外尿道口から6-7cmの前部尿道に狭窄を認めたため、尿道ブジーで20Frまで拡張し、ガイドワイヤーを膀胱内に挿入した後、カテーテルを留置した。後日、麻酔下に尿道狭窄に対して内尿道切開術、陰莖腫瘍に対して腫瘍切除術を施行した。病理組織診断は、異形に乏しい重層扁平上皮で覆われる乳頭様隆起性病変を認め、上皮は部分的に肥厚し、間質には形質細胞やリンパ球主体の炎症細胞浸潤が認められ、線維化や小血管が見られFibroepithelial polypと診断された。

考 察

Fibroepithelial polypは非上皮性中胚葉由来の希な良性腫瘍であり、腫瘍の形状は一般に表面平滑で有茎性であることが多い²⁾。その発生原因は先天性、通過障害、感染、ホルモンバランスなど様々な説があるが未

1) 砂川市立病院 泌尿器科
Department of Urology, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院 腎透析センター
Renal Dialysis Center, Sunagawa City Medical Center

だ明らかにされていない³⁾。Fibroepithelial polypは腎盂、尿管、膀胱、尿道のいわゆる尿路や膽、胆嚢、舌根部などでの発生が報告され、尿路では良性腫瘍の2-6%と比較的まれな病変である⁴⁾。

陰茎に発生するFibroepithelial polypは希で、検索し得た限り11例の報告がある⁵⁾。年齢は4-63歳で報告されており、腫瘍径は0.7-7.5cmと幅広い。陰茎に発生するcondylomaや扁平上皮癌との鑑別が必要であるが、報告症例はすべて外科的切除術がなされ病理学的に診断されていた。11例のうち7例で長期間のコンドーム型カテーテルの使用歴があり、慢性炎症が発生に関与している可能性が示唆されている。また、小児例では包茎や上皮細胞の迷入が原因と推測されている。本症例では明確な原因は推定できなかった。Fibroepithelial polypの自然史は不明であるが、本症例の経過からは緩徐に増大してくるものと考えられた。希な陰茎Fibroepithelial polypの1例を経験したので若干の文献的考察を行い報告した。

文 献

- 1) Fetsch JF. et al: Lymphedematous fibroepithelial polyps of the glans penis and prepuce: a clinicopathologic study of 7 cases demonstrating a strong association with chronic condom catheter use. Hum Pathol. 35:190-195, 2004.
- 2) John SL. Et al: Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. Urology 62:810-813, 2003.
- 3) 小林秀一郎 他：成人男性にみられた繊維上皮性尿管ポリープの1例. 泌尿紀要 49：161-163, 2003.
- 4) 吉井眞一 他：腎盂尿管以降部に生じた多発性尿管ポリープの1例. 泌尿器外科11：1487-1489, 1998
- 5) Mason SE. et al: Lymphedematous Fibroepithelial Polyp of the Penis Associated with Long-Term Condom Catheter Use: Case Report and Review of the Literature. J Cutan Pathol 36(8):906-909, 2009.



図 1
陰茎亀頭部の外尿道口5時方向に有茎性の最大径2cmの腫瘍を認める