

当院内科・腎臓内科の現状について

診ます会の先生方には大変お世話になっております。第一診療部長(内科系)を拝命しております腎臓内科の出川です。当院の内科系の現状について少しお話をしたいと思います。通常内科は、主に消化器内科、循環器内科、内分泌糖尿病内科、腎臓内科、呼吸器内科、血液内科、神経内科、リウマチ内科の8科をまとめて内科と呼ばれています。

当院では、リウマチ内科以外すべて対応していましたが、2024年から内分泌糖尿病内科の常勤医師が不在となり、大学から週4回外来に来てもらっています。急性期の入院対応が困難になり、この分野で、診ます会の先生方にご迷惑をおかしているものと思われま。なるべく早く常勤医を補充する努力をして参ります。

内科系医師は現在、常勤医師26名で、同規模の病院と比べて少ない状況です。

全国的に見て、近年内科専攻医は毎年3千人弱で、疾病構造上必要とされる4千人強には3割ほど少なくなっています。当院でも内科専門研修プログラム施設になっておりますが昨今の当院の研修医をみると、以前は半分以上が内科専攻希望でしたが、最近はかなり減ってきています。専門医取得までの労力の大変さが、研修医に避けられている原因とも言われ、現在内科学会は、専門医取得までの労力を簡便にできるように検討しているところです。



済生館 第一診療部長(兼)
腎臓内科 科長
出川 紀行

写真左から MEセンター 杉山副技士長、出川第一診療部長、人工透析室 國井看護師長

さて、令和4年の診療報酬改定から地域包括診療料が、今までの脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症のほかに慢性心不全、慢性腎臓病でも算定できるようになりました。腎臓内科分野では、以前からの糖尿病透析予防指導管理料に加えて、令和6年6月から慢性腎臓病透析予防加算が算定できるようになりました。これらは、医師の診察日に資格を持った管理栄養士、看護師が同時に患者さんに指導することで算定が可能になります。これにより透析予防指導が充実され、腎機能悪化を防いでいると思われま。また、病診連携においては非専門医の先生方にとって、かかりつけの患者さんが、専門的な指導を受けられるので、ぜひ利用していただきたいと思ひます。

話は変わりますが、新型コロナ禍で一時中止していた人間ドックも再開いたしましたので、希望する患者さんがいらっしやいましたら是非勧めていただきたいと思ひます。

膵管内腫瘍様の形態を呈した 自己免疫性膵炎の1例

済生館 消化器内科 中根 幸太郎

鍋島 立秀、野上 健、堺 貴之、外田 修裕、
阿部 泰明、作田 和裕、黒木 実智雄



診ます会の先生方には日頃より格別の御支援を賜り、厚く御礼を申し上げます。

本稿では、済生館内科症例検討会で発表させていただいた内容を抜粋し、ご紹介させていただきます。

はじめに

限局型の自己免疫性膵炎 (AIP: Autoimmune Pancreatitis) はしばしば膵癌との鑑別を要する疾患で

ある。診断としてはEUS-FNAが有効とされるが、施行困難な例も散見される。

【症例】 70代、男性

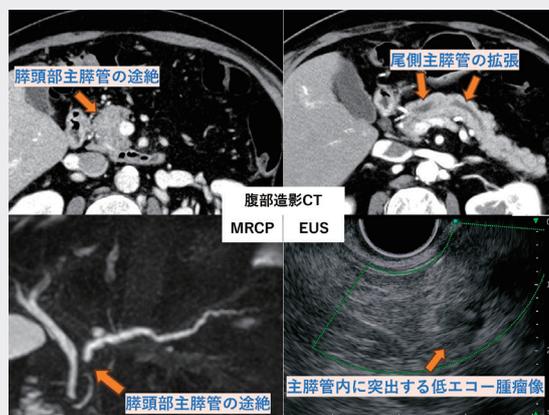
【既往歴】 高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、
アレルギー性鼻炎慢性気管支炎、
左慢性硬膜下血腫術後

【経過】 X年に人間ドックの腹部超音波検査にて膵管
拡張を指摘されたため、当科を受診した。

検査所見

血液検査では異常所見はなく、CEA 2.2ng/mL、CA19-9 9.2U/mLと基準範囲内であった。入院前画像検査を(図1)に示す。腹部造影CTでは膵頭部主膵管の途絶および尾側主膵管の拡張を認めたが、途絶部の明らかな腫瘍は指摘できず、膵実質の菲薄化も見られなかった。MRIでは狭窄部に一致して拡散の低下を認めたが、T1強調、T2強調で同部に腫瘍性変化を指摘できなかった。MRCPでは主膵管の途絶と尾側主膵管の拡張を認めた。EUSでは同部主膵管内に充実性の腫瘍が疑われた。

図1



参考文献 1) Nakaji S, et al Clin J Gastroenterol. 2013
2) Fujie S, et al J Gastrointestin Liver Dis. 2018

経過

画像検査より膵管内腫瘍が疑われ、EUS-FNA での組織診は難しいと考えられたため、ERCP による精査を試みた。膵管造影では膵頭部の狭窄が高度であり、尾側主膵管への挿管は困難であった。ERCP 後に重症膵炎を発症したため、これ以上の検索は困難と考えられた。通常型膵管癌や膵管内管状乳頭腫瘍などの膵管内腫瘍の可能性が否定できず、外科にて膵中央切除および胆嚢摘出術を施行した。

術後の病理組織診を（図 2）に示す。（図 2-1）のように組織の切り出しを行い、A と B の断面を主に診断に用いた。A の組織画像（図 2-2）では膵管狭窄を認めず、

膵実質の構造が比較的保たれていた。強拡大では形質細胞の浸潤を認めたが、膵管上皮の細胞配列は正常であった。B の組織画像（図 2-3）では膵管狭窄は顕著であり、膵実質の腺房細胞の消失・著明な線維化と高度のリンパ球・形質細胞の浸潤を認めた。膵管上皮の細胞配列は A と同様、正常であった。免疫組織化学染色（図 2-4）では閉塞性静脈炎、花筈状線維化及び、高度なリンパ球・形質細胞浸潤、IgG4 陽性形質細胞浸潤を認め、AIP の診断となった。術後に測定した血清 IgG4 は 671mg/dL であった。現在外来で経過を観察中である。

図2

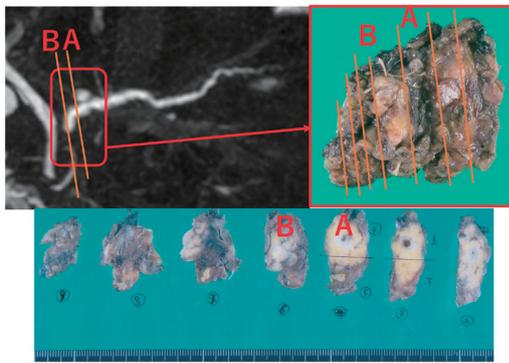


図2-1

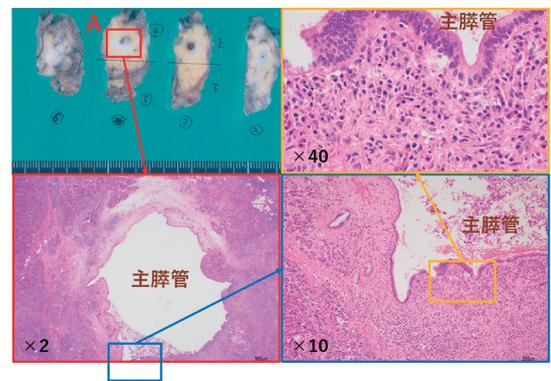


図2-2

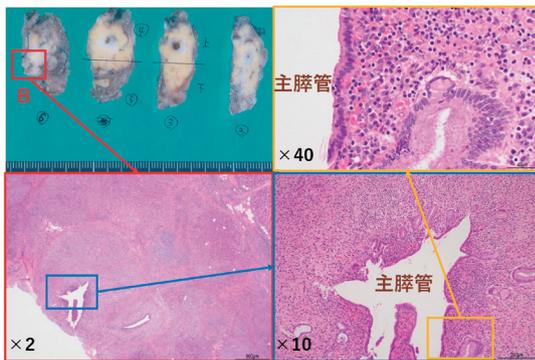


図2-3

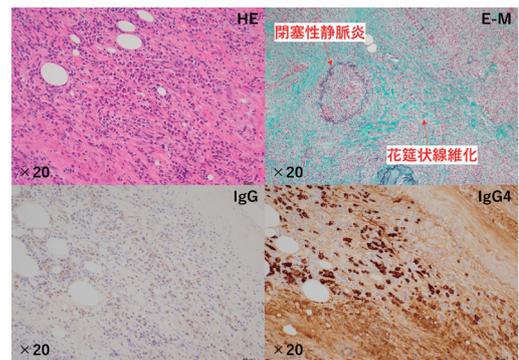


図2-4

考察

AIP は通常、膵実質のびまん性または限局性腫大や主膵管の不整狭細像を呈する疾患である。膵管内腫瘍様の形態を呈する例は稀であり、画像上 IPMN や膵管内管状乳頭腫瘍等との鑑別が問題となる¹⁾。AIP による慢性炎症によって膵管内上皮に反応性過形成をきたし、本症例と類似した形態を呈する可能性が報告されている²⁾。本

症例では膵管内上皮の過形成は認められず、狭窄部の膵管上皮下に炎症細胞浸潤・線維化を限局性に来し、膵管内腫瘍様に描出された可能性が考えられた。膵管内腫瘍様の形態を示した非典型的な AIP を今回は経験した。今後類似例に出会った際には、AIP の可能性も検討するべきと考えた。

病院探検ツアーを開催しました

～地域に開かれた病院を目指して～

当院では市民に必要とされる病院として初心に立ち返り、“地域に開かれた病院”をテーマに、様々な企画に取り組んでいます。

多くの病院では、①社会的要請（少子高齢化、災害対応）、②制度的必然性（説明責任、地域医療構想）、③経営戦略（信頼、選ばれる病院）を念頭に“地域に開かれた病院”の取り組みとして、“病院まつり”の開催が一般的です。しかし当院は、山形市の中心市街地に立地し、アクセス面のメリットがある一方、イベント用のスペースや駐車場の確保等に課題があることから、不特定多数の来場者を想定したイベントではなく、参加者登録型のイベントとして、令和7年8月2日（土）に「小中学生病院探検ツアー」を開催しました。

30名の定員に対して想定を上回る146名からの応募があり、ツアー後の参加者アンケートでも5段階評価の4以上の評価（満足以上）が94%と、期待値も満足度も

高いイベントとなっています。小中学生のキャリア教育が主な目的でしたが、参加した保護者から「病院の裏側を知ることができ、安心感につながった」との感想もあり、当企画を準備した若手スタッフのモチベーションの向上に寄与する結果にも繋がりました。

今後は、低年齢層や高校生を対象としたプログラムも検討し、“地域に開かれた病院”としての活動を拡大していきたいと考えています。



▲CT検査見学



▲手術スタッフの役割確認



▲鶏肉で電気メス体験



▲抗がん剤の投与準備体験

診ます会の先生方とともに 地域の感染対策向上に取り組んでいます

令和7年10月、「外来感染対策向上加算」について済生館と連携をいただいている、かわしま内科循環器科クリニック 川島祐彦先生を当院 岩淵医師、織田看護師が訪問し、川島先生の院内感染対策の取り組みを拝見させていただきました。川島先生にはお時間をいただきありがとうございました。

※令和4年度診療報酬の改定に伴い「外来感染対策向上加算」が新設されております。済生館と連携を希望される場合は、地域医療連携室までご連絡ください。

