

兵庫県保険医協会 勤務医NEWS



特集

インタビュー **総合診療専門医の今後の展望** 総合診療医を地域で育てたい
一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会 草場 鉄周 理事長

寄稿

怖い疼痛疾患を見抜く 6つの基本事項 診療内容向上研究会講演録
総合病院国保旭中央病院 救急救命科 医長/臨床研修センター副センター長 坂本 壮 先生

私の開業体験

地域の住民の一人として医療人を生きる

きはら心療クリニック 院長 木原 章雄 先生

ソムリエ渡邊圭一のコラム「酒々楽々」 秋の味覚とワインのマリアージュ

特集 インタビュー 総合診療医を地域で育てたい

総合診療専門医の 今後の展望



一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会

草場 鉄周 理事長

PROFILE

くさば・てっしゅう / 1999年京都大学医学部卒業。2006年北海道家庭医療学センター本輪西サテライトクリニック院長、2008年医療法人北海道家庭医療学センター理事長、医療法人北海道家庭医療学センター本輪西ファミリークリニック院長、2012年一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、2019年同理事長

昨年より開始された新専門医制度では、新たな基本領域として総合診療専門医が加わった。これまで総合診療の重要性を訴え、家庭医療専門医などを認定してきた、日本プライマリ・ケア連

西山 本日はお忙しいところありがとうございます。草場 こちらこそ、貴重な機会をありがとうございます。口分田 先生は44歳で日本プライマリ・ケア連合学会の理事長に就任されましたが、その経緯をお聞かせください。

草場 私は、日本プライマリ・ケア学会と日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が合併し、日本プライマリ・ケア連合学会が発足した2010年から理事をさせていただいていました。その後、12年から副理事長に就任し、新専門医制度関連の仕事を中心にしてきました。その中で、学会の外の世界と触れ、他の学会からどう見られているのか、社会からの要請は何なのかということを知

る機会が増えました。そこで、私たち日本プライマリ・ケア連合学会をより医学界や社会全体に発信していきたいと思いました。今回、丸山泉先生が理事長を退任される

図1 日本プライマリ・ケア連合学会等が提供する若手医師のためのキャリアパス

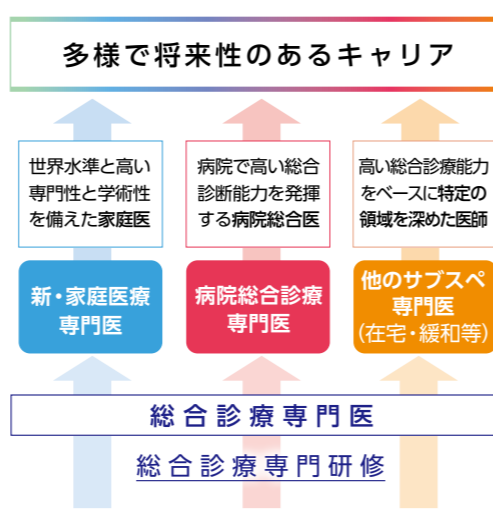
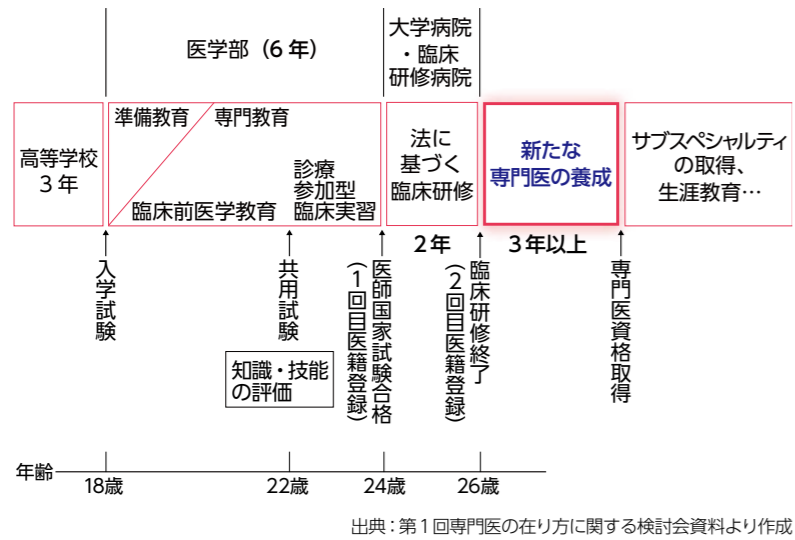


図2 医師養成の課程と新専門医制度



総合診療専門医とは

西山 総合診療専門医について、いまだに一部の医師の中には「広く浅く診るだけ」「総合内科とどこが違うのか」「専門医と言えるのか」などという誤解や無理解もあると思います。

草場 その点については、さまざまな立場の人と何度も議論してきました。あえて専門医として位置付けてきたのは、領域として確立させるためです。確かに総合診療専門医だけがプライマリ・ケアを行うわけではありま

せん。しかし、特定の臓器に着目するのではなく、多様な地域に住むあらゆる年齢、性別の患者さんの背景を含んだ健康問題に向き合うという総合診療専門医の学術的役割は明らかです。その学術的な専門性を確立し、教育を行うことが私たち日本プライマリ・ケア連合学会の役

割です。具体的には今後、総合診療専門医が地域で診療する中で、いろいろな理由から医療機関を受診しない人も含めて、いかに地域の健康を守るのか、保健や福祉、介護にとどまらず、住宅環境や働き方、まち全体の行政計画にまで関与できる医師を育てていきたいと考えていま

す。そうならば、地域住民や他の医師、医療従事者からも認められるのではないのでしょうか。

西山 なるほど。しかし、新専門医制度の研修期間は基本的に3年とされています。そのような医師を養成することは可能なのでしょうか。

草場 総合診療専門医という資格は運転免許のようなものだと思います。一種の通過点です。実際に臨床現場に出れば、地域によって医療ニーズはさまざまです。例えば、内視鏡のできる医師が求められれば、より専門性の高い研修を受け、成長しなければなりません。当然3年間でそこまでは難しく、私たちの役目は、多方面の研鑽を生産するための基礎をつくることだと思ってい

えることだと思っています。

二つ目の柱は、日常診療面での活動です。これまで私は専門医制度の仕事を中心にしてきましたが、診療面での学会活動がまだ不十分だと思っています。私たちの学会が対象にしている分野は、在宅医療や高齢者医療、リハビリテーションなど非常に多くあります。学会にはそうした分野で活躍されている地域の先生方が数多くおられますので、その知見を集約してプロダクトとして、学会の内外に提供できるようにしたいと思います。

三つ目として、プライマリ・ケアにおける臨床研究にも力を入れたいと思います。私たちは10年間以上、研究者を育てようという取り組みを進めてきましたが、まだまだ十分な成果は得られていません。私たちも研究がむしろ主体となっている他の領域の学会に引けをとらないような研究実績を積み重ねていきたいと思っています。そのためにはリサーチャーを増やさなければなりません。全国にも総合診療部門をおく大学が増えていますので、そうした教室の力を得ながら、また、地域で臨床に携わっている先生の中にもリサーチャーが非常に高い先生もおられますので、共に協力して臨床研究を進めていきたいと思っています。

ます。

口分田 確かにそうした基礎は大切ですね。私も学生の時、病院で事務当直のバイトをしていましたが、その時に「空き地で釘を踏みぬいたので診てほしい」との電話を受けました。それで先生に相談したところ「僕は内科だよ。断りなさい」と言われ、非常に違和感を持ちました。それから、自分とはとにかく患者さんの求めに応じて、何でも診られる医師になりたいと思いました。それで卒業後、スーパーローテート研修を受けました。各科にいた時間は短かったですが、NICUも経験したし、助産師さんに怒られながら60件ほどの正常分娩も取り扱いました。その時の経験は、40年たった今でも生きています。

養成における課題

口分田 確かに現在の医療状況、提供体制から、地域のニーズに柔軟に応えられる医師は必要とされています。しかし新専門医制度の下、総合診療領域を選択する専攻医は200人弱です。どのような評価をされていますか。

草場 養成数については、医学部卒業者の1割をめざしています。毎年800人位になりますが、それくらいの規模であれば、全国的に総合診療専門医が存在する地域が増えてきます。そうなると患者さんや地域の医師から、総合診療の理念や養成制度だけでなく、具体的な総合診療専門医像が見えるようになり、総合診療に対する誤解なども解けてくると思います。現実的には、800人の専攻医を丁寧に教育するというのは難しい面もあり、まずは現状の倍の400人をめざしたいと思っています。

西山 専攻医の数が伸びない一つの原因として、へき地勤務の義務化があるとも言われているようです。

草場 私も個人としては、北海道のいわゆるへき地や郡部で診療をした経験があります。確かにそうした地域で



実際に診療を行うと、多種多様な症例に対応するという面では、非常にトレーニングになります。都市部でも経験できないこともあります。家庭の状況などどうしても都市部を離れないという人もいますので、へき地勤務を一律に義務化するのはいかがなものかと思っています。

西山 へき地に医師を派遣し偏在を解消したいという政府や関係者の意思もあるのでしょうか。

草場 確かにへき地で勤務する総合診療専門医が増えることはいいことだと思います。しかし、教育体制もしっかりとできていない地方に若い医師を強制的に送りだすのはよくありません。一つ間違えば「へき地で研修をしたが、何も学べなかった。しんどいだけだった」となって、「二度とへき地にはいかない」となりかねないからです。

西山 もう一点、専攻医を増やすためにはサブスペシャリティをはっきりさせ、その後のキャリアを具体的に描けるようにすることが必要ではないでしょうか。

草場 サブスペシャリティとしては、私たちの新・家庭専門医をはじめ、各病院団体等がさまざまな提案をしています。はたから見ると乱立しているように見えるかもしれませんが、最終的には若い先生の選択の中で収斂されていくと思います。今は選択肢が多い方が、さまざまな

が行き過ぎると総合診療専門医が、私たちが考える理念から離れていってしまうのではないかと心配しています。

口分田 確かに、今は患者さんや総合診療専門医を目指す若い医師のための議論を充実させるべきですね。

ベテラン医師にも役立つ 学会の取り組み

西山 さて、二つ目の柱である臨床に関する知見の提供ですが、私たち地域で患者さんのニーズに応えながら医療を提供している実地医家にとっては期待の大きいところだと思います。また、例えば、病院で外科系の専門医として活躍してきた先生が退職や開業する際には、これまでと異なる知識や技術が必要で、苦勞も少なくありません。定年後を含め、そうした医師向けのリトレーニングなども学会が提供してくれるとありがたいと思います。

草場 総合診療領域のリトレーニングについては、勤務医向けには全日病の総合医、日病の病院総合医などがそれに該当するかと思います。また、開業医など診療所で働く医師向け



西山裕康理事長

には日医のかわりに医機能研修制度もそうした機能を持つています。全日病の総合医や日医のかわりに医機能研修制度のプログラムについては、私たちも企画や運営に加わりながら進めています。私

将来像を提案でき、領域として充実しているとみなされるのではないかと思っています。

さらに、総合診療医として活躍している人を若い医師に分かりやすく紹介していきたいと思っています。また、就職先についても、総合診療医を募集する診療所や病院を増やしていきたいと思いません。

口分田 学会の会員であれば、福知山市民病院の川島篤志先生などは有名で、ほかにも地域医療に貢献している総合診療医が大変多いことは知っています。しかし、学会の会員以外の人はあまり知りません。ぜひ、総合診療医の先生のご活躍をもっと発信してほしいと思います。

西山 将来的にも病院側の総合診療専門医へのニーズは高いと思います。あらゆる専門科を併せ持つ大病院は別としても、地域に根ざしながら、医師不足に悩む中小病院では、総合診療専門医に期待するところは多くなるのではないのでしょうか。

草場 確かにそうですね。地域の医療機関や患者さんから、総合診療専門医が必要だという声が出てくればよいと思います。

政治的な思惑で総合診療医が ゆがめられてはいけない

西山 さて、これまで総合診療専門医を巡る課題と学会の方針、展望を教えてくださいました。確かに総合診療は新たな基本領域ということで、やるべきことは多いと思います。ただ、外から見れば、他の基本領域のようにもってと学会が主導すればよいのではないかと思うのですが。

草場 確かに私たちもそう思います。新専門医制度の中で総合診療専門医が位置付けられるということになった際、基本領域一つに対して、それを担う学会は一つという方針が出されたため、私たちは、「総合診療」を担うべ

たちの学会としては、リトレーニングについて、現在は座学という形にとどまっています。今後、もっと現場に即して実践力が磨かれる内容へと深掘りできる研修を検討していきたいと思っています。

可能性広がる臨床研究

口分田 さて、最後の臨床研究についてですが、一部の大学の講座のように研究のための研究になると良くないのではないのでしょうか。

草場 確かに業績ばかりを求める研究は良くないと思います。しかし、私たちの学会が考える臨床研究では動物実験もありませんし、研究領域が細分化していくこともないと思います。すでに行われている実際の研究を見ても、地域がどのような医療を求めているのかなど医療の在り方に関する研究が多く、研究対象が地域や社会へとどんどん広がっていくようなものを中心としています。研究で要求されるのは、データを集めて、統計解析をし、質の高い科学論文を完成させることです。多くの医師には十分な時間と経験がない



口分田真副理事長

し、やはり学会が組織としてバックアップしないといけません。学会としても、臨床現場の実践に加え、研究実績やデータもきちんと示して、医学界の中での総合診療の位置づけをもっと高めたいと思っています。

く三つの学会を統合して日本プライマリ・ケア連合学会を結成しました。しかし、総合診療専門医については「オーラルジャパン」ということになってしまいました。

口分田 なぜ、そのようなことになったのでしょうか。

草場 それは、多くの医療団体がプライマリ・ケアを提供してきたからです。たしかに、地域でプライマリ・ケアを提供しているのは私たちだけでなく、開業医の先生も病院の先生もそうです。そのため他の学会だけでなく、医師会や病院団体もプライマリ・ケアについてさまざまな考えを持っています。総合診療専門医を立ち上げる際に、さまざまな意見が出ましたが、やはり学術的な面や教育については私たちが担ってきたのだから、任せてほしいかと思いましたが、力不足だったですね。

西山 なるほど。背景には、厚生労働省が総合診療専門医の導入に一部関与したためか、政策論や制度論としてとらえる傾向があるからではないのでしょうか。「骨太の方針2019」でも医師偏在対策の一環として「総合診療専門医研修を受けた専攻医の確保数について、目標を設定しつつ養成を促進する」などと盛り込まれましたし、厚生省には、総合診療専門医にいわゆるゲートキーパー役を担わせたいとの思惑も古くからあると聞きます。

草場 確かに、医療費抑制という背景から、フリーアクセスの制限を総合診療専門医の役割の一つと考える見方もあるのかもしれませんが。しかし、私たちはあくまで学会であって、総合診療専門医を定義し、養成することが仕事です。ですから、総合診療専門医がどのような医療制度、政策の中でどのような機能を担うかという議論にはタッチしません。そこに私たちが加われば、私たちが養成するのは学術的「専門医」ではなく、政策的に特定の機能を持つ「機能医」になってしまいます。

さらに、そうした現状の下で多くのステークホルダーがさまざまな思惑をもって、議論に参加していますが、それ

多くの臨床医とともに 地域医療を支えたい

西山 最後に協会へのご意見や地域で診療する医師へのメッセージをお願いします。

草場 私のよく知っている学会の先生がある地域で開業したのですが、すぐに保険医協会に入会しました。というのも当初は保険診療のルールのことなどで私も相談に乗っていたのですが、地域によってルールが異なり、やはり協会に聞くのが一番良いとなったようです。地域でプライマリ・ケアを提供する医師を支えていただいているということで大変感謝しています。

第一線でプライマリ・ケアを担ってきた先生へのご願いですが、今後は少しずつ、総合診療専門医が地域に入っていくことになると思います。そのときに一緒に診療させていただくパートナーとして温かく迎えていただければありがたいと思います。そして、そうした総合診療専門医の教育にも力を貸していただきたいと思っています。もちろん過大な負担をかけるわけではありません。先生方が地域で行っている取り組みを見せてほしいと思います。そうして、私たちの臨床研究にもぜひ加わっていただければと思います。常に現場にいる先生方のもとには臨床上の知見やデータが蓄積されていると思います。それをぜひ私たちの研究に提供いただいて、ともに学術的にも日本のプライマリ・ケアのレベルをさらに上げていければと思います。

口分田 私たち保険医協会も学校健診後治療調査を行い、経済的な格差と受療行為の関係や子ども医療費助成制度の意義などについて発信する活動をしています。こうした取り組みを日本プライマリ・ケア連合学会の先生方と協力して、進めていければと思っています。本日はどうもありがとうございました。

恐い疼痛疾患を見抜く 6つの基本事項

総合病院国保旭中央病院 救急救命科 医長 / 坂本壮先生
臨床研修センター副センター長



PROFILE

さかもと・そう / 2008年順天堂大学医学部卒業。10年順天堂大学医学部附属練馬病院初期研修了、同病院救急・集中治療科入局、2015年西伊豆健育会病院内科、17年順天堂大学医学部附属練馬病院救急・集中治療科を経て現在に至る。救急科専門医、集中治療専門医、総合内科専門医

2019年3月30日に兵庫県保険医協会が開催した第550回診療内容向上研究会(診内研)について、講師の坂本壮先生の講演録を掲載する。

はじめに

頭痛、胸痛、腹痛、腰痛など、外来診療で痛みを訴える患者は非常に多い。限られた時間、資源の中で重篤な疾患、緊急度の高い疾患を見抜くにはどうするべきだろうか？

私は救急医として、診療の場は主に救急外来であるが、診療所の外来も定期的に行っている。また、へき地の内科外来を2年間ではあるが担当していた。そこで感じるのは、CTや採血結果などは役に立つものの、それ以上にやはり病歴、バイタルサイン、身体診察が重要であるということである。この当たり前のことを常に意識することができるか、それが大切なことである。

そこで今回は恐い疼痛疾患を見抜くポイントとして表1の6つの事項について解説する。

(2) 突然発症の疼痛は要注意!

痛みの問診において、OPQRSTやOPQRSTA表2は有名である。この中で、最も重要なのは発症様式 Onsetである。もちろん随伴症状や症状増悪・寛解因子も大切だが、緊急性や重症度において、突然発症というのは

表2 痛みの問診: OPQRSTA

O	Onset	発症様式
P	Position	部位
Q	Quality	疼痛の性質
R	Radiation	放散痛
S	Severity	強さ
T	Time	疼痛時間
3A	Aggravation factor	増悪因子
A	Alleviating factor	寛解因子
	Associated symptoms	関連症状

表1 危険な疼痛を見逃さないための6つのポイント

- ① 痛みの訴えが強い場合は要注意!
- ② 突然発症の疼痛は要注意!
- ③ 増強する疼痛は要注意!
- ④ 非定型的な経過は要注意!
- ⑤ Common is Common!
- ⑥ 病歴・身体診察・Vital signs は超重要!

突然発症の病気で、は、裂ける・破ける・詰まる・貫くを考えると対応する。突然、頭痛や頸部痛を認める場合にはクモ膜下出血を、頸部、胸部、腹部、背部、大腿部などでは大動脈解離を鑑別に挙げ、疑って病歴や身体診察を行うべきである。検査をするべきとされているわけではなく、疑って所見をとれるかがポイントである。大動脈解離の典

(1) 痛みの訴えが強い場合は要注意!

当たり前といえば当たり前だが、前述の通り、患者が痛みを強く訴えていても、検査で異常が認められない場合には「問題ないのではないか」「精神的なものではないか」などと考えてしまいがちである。特に忙しい外来や夜間などはそのような状況に陥りがちである。

例えば40歳の女性が頭痛を主訴に来院したとしよう。痛みの訴えが強いため頭部CTを撮影したが、明らかな出血は認められなかった。雷鳴頭痛の代表疾患であるクモ膜下出血は、特に発症6時間以内の早期であればCTで診断可能である。著明な貧血で所見がはっきりしない場合や、読影の注意点は存在するものの、多くはつかまる。またMRIが迅速に撮影可能な施設も多く、CT陰性の場合には撮影することもあるだろう。これでも所見がはっきりしなければ、その痛みは

型例は、突然の胸背部痛で発症し、痛みが移動し、血圧を測定すると20mmHg以上の左右差を認め、レントゲンを撮影すれば縦隔の拡大を認めるといふものだ。しかし、そこまで典型的な症例は、重篤な状態となり救急搬送となるか、病院にたどり着けないことが多い。Walk-inの外来に来院する症例は、裂け止まっただけで、今は痛みが軽減している症例である。その際、発症時の状況(突然発症か否か)を注意深く聴取することが何よりも大切であり、外傷歴もないにも関わらず突然背部の痛みを認めたと場合には、疑って診察するのである。

Walk-inの大動脈解離症例は決して珍しくなく、西伊豆健育会病院で2年間外来をやっていた際も経験した。隣の部屋で診察をしていた仲田和正院長も、腰痛痛を主訴に整形外科外来を受診した患者を外傷歴がないことに違和感をもち、聴診で新規の大動脈弁の雑音、疑ってエコーをあてFMDを確認し診断していた。

「突然なんらかの強い痛みを認める」、大動脈解離はこのように理解しておく方が良いだろう。もう1つの来院パターンは失神であるが、失神は瞬間的な意識消失発作であるため、突然発症であることは同様である。それを理解すれば、頭部外傷で来院した高齢者において、発症時に痛みがあったか否かを問診したくなるはずである。

(3) 増強する疼痛は要注意!

これも(1)、(2)とポイントは同様である。とにかく

問題ないものと考えてしまう。本当にそれ良いのだろうか？

RCVSという病気がある。可逆性脳血管攣縮症(reversible cerebral vasoconstriction syndrome) といって、雷鳴頭痛で発症し、多発性の可逆性の脳血管攣縮を伴う症候群である。多発する分節状の血管狭窄と拡張が特徴とされているが、初期には末梢血管のみに認められ、その後近位部に移行するとされ、診察時(初診時)に画像でつかまるとは限らない(50%程度)。

この病気が非常に珍しい病気であれば、過度に心配しすぎる必要はないが、近年、CTやMRIの普及により報告例は増加傾向にあり、クモ膜下出血と同様に、雷鳴頭痛を認める場合には考えるべき疾患とされる。検査結果よりも患者の症状に重きを置くべきということを教えてくれる代表的な疾患である。

急性冠症候群、不整脈なども初診時の心電図で異常を認めるとは限らず、病歴や身体診察、時

く患者の症状に重きをおくことが大切。痛みの問診において、Onsetの次に大切と考えるのがTime(時間)である。徐々に増悪する疼痛はやはりまずいサインである。

例えば、75歳の女性が左下腿の痛みを認めて来院したとしよう。見た目は蜂窩織炎らしい所見であるが、痛みが強くなってきているという。本当に蜂窩織炎で良いのだろうか。壊死性軟部組織感染症ではないのだろうか。

壊死性軟部組織感染症でよく見る写真といえば、色調が悪く、水疱形成を認めるものではあるが、それはある程度時間が経過したものである。そこに至るまでに介入できなければ、治療は難渋し、場合によっては四肢の切断、さらには死に至る病気である。

適切な介入を行うためには、皮膚所見を正確に読むことよりも、痛み、そしてバイタルサインに注目して判断することをお勧めする。CTやMRIを撮影するのは悪いことではないが、どこでもできる対応とは限らず、1分1秒を争う病気であることを考えると、ベッドサイドで判断可能な指標を持つておいた方が良い。

それが、(1)痛み、(2)バイタルサインである。痛みが徐々に増悪する、皮疹の範囲を超えて痛みがある場合には要注意である。そして、代謝性アシドーシスの代償である頻呼吸、さらには臓器障害の指標ともなる意識障害を認める場合には、蜂窩織炎と考えるのではなく、壊死性軟部組織感染症を疑って対応するべきだ。

実際にはInger testを通じて、疼痛部位に切

開をおき、dish water (混濁組織液)を確認することになるが、その後の経過も考えると、痛み、バイタルサインで疑ったら、整形外科(部位によっては泌尿器科)の対応可能な診療科、病院へ迅速に対応を依頼するのが良いだろう。

アセトアミノフェンなどの痛み止めを使用することは、患者の苦痛を取り除くために重要ではあるが、経静脈的な鎮痛薬で症状が改善傾向にない場合には、*「まずい状態」*と考へ、繰り返し痛み止めを使用するのではなく、腹痛であれば外科的介入が必要な疾患などを考える必要がある。

(4) 非典型的な経過は要注意!

救急外来で見逃される代表的な疾患はいくつかある。虫垂炎や骨折は代表的だ。虫垂炎は胃腸炎と判断されることが多いが、これはちょっとした意識で予防可能である。

胃腸炎には満たすべき条件が3つある。(1)嘔気、嘔吐・腹痛・下痢の3症状を認める、(2)3症状が上から順(嘔気、嘔吐↓腹痛↓下痢)に認める、(3)食事摂取後のタイムラグが存在する、これら3つを満たしていれば胃腸炎はその場で診断可能である。

(5) common is common!

腹痛を認めその後嘔吐、嘔吐のみ繰り返している、食べた直後に嘔吐などは、胃腸炎らしくない。これらを、胃腸炎とするには非典型的なので慎重に対応することができれば、虫垂炎や異所性妊娠、

急性冠症候群や小脳梗塞、カフェインや薬剤などの中毒症状を見逃すことはぐっと減るはずである。

(6) 病歴・身体診察・バイタルサインは超重要!

30歳代の女性が、全身の関節痛、熱を主訴に来院した。蝶形紅斑を認め、まさかSLE(全身性エリテマトーデス)?と考へてはいけない。

もちろんその可能性もあるだろうが、もっと頻度の高い疾患が存在する。伝染性紅斑である。子どもであれば、典型的な皮疹や流行の程度によって診断は容易だが、成人がかかると意外と初診時に診断することは難しいこともある。鑑別に挙げ、「お子さんはいませんか?」「保育園や幼稚園などで働いていませんか?」など、子どもとの接触歴を確認し精査するといった間に診断がつく。

抗核抗体を提出するのではなく、病歴を聞くことが大切だ。SLEの初発症状と考へるよりも流行性疾患の1つを考へる方が疫学的にも理にかなっているのである。

改めて最後に頭に叩き込んでおこう。80歳女性が胸痛を主訴に救急外来を受診したとしよう。当然ACSは疑って対応するが、ACSは前述の通り1回の診察で否定するのは容易ではない。その際、他の疾患の確定診断が得られれば過度に心配しすぎる必要はない。

この症例では、心電図は正常、トロポニンも陰性であったため、担当した研修医は1時間後に再

度心電図や採血を行う予定としていた。しかし、背部を確認すると皮疹が…。そう、帯状疱疹だったのだ。

帯状疱疹は高齢者では非常にcommonな疾患であり、痛みや皮疹以外にも、尿閉や運動障害(腕が上がらないなど)、顔面神経麻痺で来院することもある。高齢者では常に意識しておくべき疾患である。

検査へのアクセスは非常にしやすくなった。しかし、検査の結果の解釈は検査前確率に依存する。大切なことを改めて理解し、見逃し厳禁な疾患を拾い上げよう。

参考文献

- 1 Singhal AB, Hajj-Ali RA, Topcuoglu MA, et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndromes: analysis of 139 cases. Arch Neurol 2011; 68: 1005-1012.
- 2 Hagan, P.G., Nienaber, C.A., Isselbacher, E.M., et al. The international registry of acute aortic dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA, 283: 897-903, 2000

参考図書

坂本壮. 内科救急のオキテ. 医学書院. 2017
坂本壮. あたりまえのことをあたりまえに救急診療の原則集. シーニユ. 2017

私の開業体験

きはら心療クリニック 院長

木原 章雄 先生

地域の
住民の一人として
医療人を生きる



西脇市で2016年10月に開業された、きはら心療クリニック(西脇市)の木原章雄先生にお話を伺った。

―― 医師を志されたきっかけは?

木原 高校生の頃、安部公房や濤澤龍彦といった作家の著作に触れ、「人間」というテーマを掘り下げて理解したいという気持ちがありました。脳神経科学やジャーナリズムの分野が、むしろ、それらに近い仕事ができるのは精神科医が、決めきれないまま時間がたつてしまい、地元の大阪大学経済学部に進学・卒業し、メーカーへ勤務するなど、回り道を経ました。結局、精神科医の仕事をしたと思い、和歌山県立大学医学部に入りました。

―― 西脇市にはどういった縁で?

木原 もともと大阪府豊中市の精神科病院に勤務していましたが、配偶者の実家が北播地域にあり、子育て世代に優しい環境だと思い、長男の出生を機に豊中市か

ら北播地域への移住を決め、市立西脇病院に勤めることになりました。赴任当時、精神科の常勤医が私1人であったので、診療体制を構築するにあたり、自分の診療のテーマを明確化することからはじめました。「認知症疾患医療センターの設立」が

ん患者の精神的ケア「精神科リエゾンチームの設立」「修正型電気けいれん療法の実施」の4点です。多職種のスタッフの協力をいただき、短期間で4つのテーマを達成し、かつ維持できたのは、市立西脇病院の歴代の院長により培われてきた新進気鋭の雰囲気を支えられたお陰であり、感謝しています。また、一家で官舎に住み、地元で子育てをすることによって、その地域の人々の気かりや、大切にしているものなど、住民として生活しなければ分らない、新鮮な視点を獲得することができました。現在は西脇市に隣接する加東市に自宅を持ち、妻と一緒に4人の子育てに奮闘しています。

―― 「開業に至るいきさつ」を教えてください。

木原 病院での診断・初期治療だけでなく、長い経過を追うことで患者さんの人生そのものをもっと身近で診たいという気持ちが強くなりました。より敷居の低いクリニックという形で、地域の人たちに気軽に寄ってもらい、大規模な検査を行わなくても、生活上の知恵や工夫を共有することで、認知症をはじめとする、様々なメンタルヘルスの問題を解決できるのではないかと考へたのです。「住民の一人として医療を続けたい」「診察することで地域の困りごとを一つ一つ解決していきたい」という思いがありました。診察ことが即ち、自分にとって生きることだと理解したとき、自然と開業へと繋がりました。

―― クリニックの理念や信条などは?

「初診・再診・予約外を問わず、来院された全ての

患者さんに誠意のある対応を行う」ことを理念として掲げています。

現在、精神科領域では「初診数週間待ち」という状態が少なくなく、初期対応の遅れや、「初診難民・診断書難民」の発生という問題が生じています。当院は初診予約制ですが、通常の診療時間とは別に診察枠を設けるなど、できるだけ問い合わせのあった当日中に診療につながるよう、スタッフ一同が理念を共有し、最大限の努力を続けています。

―― 保険医協会に入会された経緯。ご利用体験などご紹介いただけますか?

木原 きっかけは、休業保障への加入でした。保険料が良心的で、保障が手厚いのが魅力ですね。新規指導時には非常に忙しく手が回らない中、事前の準備を手伝っていただいていた大変助かりました。また、地方と都会とは、手元に配信される情報量に格差がありますが、保険医協会の新聞等によって厳選した知識をアップデートできます。特にプライマリ・ケアの分野について、様々な講習会のDVD教材が役に立っています。さらに、社会的リアルな動きとも接点を持つことも大きなメリットです。今期から協会理事をさせていただくことになりましたが、「地方の声」をぜひ協会活動に反映させられれば…と考えています。

―― お若いご勤務の先生方へのメッセージがありましたら……

木原 皮膚科や眼科・精神科などマイナー科を志すのであれば、可能な限り全身を診れるよう、総合診療を意識した初期研修プログラムに応募することを強く勧めます。そして、専攻医のうちは徹底的に「よく遊び、よく学ぶ」ことが大切です。自分の仕事の中でプライスレスな価値を見出したとき、その内容を明確化して、常にメッセージとして発信し、行動を続ければ、新しい価値を生み出す力になるでしょう。「活躍をお祈りしています。」

―― 本日はありがとうございました。

PROFILE 【きはら・あきお】

1975年広島生まれ。05年和歌山県大卒業。沖縄県立中部病院、北斗会さわ病院、市立西脇病院での勤務を経て、2016年10月～きはら心療クリニック開業、2019年6月～保険医協会理事、北播支部世話人。



そんなドクターの声にこたえて 3大共済制度 好評受付中!

- 患者さんのからだを心配してばかりで、自分のからだは二の次だ
- 保険料を安くできないかな
- いざというときの蓄えがない
- 余裕資金の預け先はないかな
- あっちこっちで保険に入ったから整理がつかない
- 自動車保険や火災保険も安くならないかな

死亡保険は安さが一番

グループ保険

+

新グループ保険

- ▶最高6000万円の高額保障
 - ▶毎年高配当を継続 過去10年の平均配当率46%
 - ▶断然安い保険料
 - ▶いつでも増額・減額できます
 - ▶面倒な医師による診査はありません
 - ▶最長75歳まで保障
- 最高保障額 セットで **1億2000万円**

医師・歯科医師の資産形成におすすめ (拠出型企業年金保険)

保険医年金

- ▶月払:1口1万円~(通算30口まで)
 - ▶一時払:1口50万円~(毎回40口まで)
 - ▶自在性が魅力!
 - 急な出費にも **1口単位で解約可能**
 - 払込が困難なときは掛金中断、余裕ができれば掛金再開
- 予定利率 **1.259%**
+決算配当が出ればさらにプラス
2018年度は**1.444%**

病気やケガの休業に備えて、高い保険料を払っていませんか?

休業保障制度

- ▶最長75歳まで、**730日**の充実保障
- ▶割安な掛金が満期まで上がりません
- ▶掛け捨てではありません
- ▶弔慰・高度障害給付あり
- ▶**自宅療養、代診をおいても給付**
- ▶うつ病等の**精神疾患、認知症も給付**
- ▶**所得補償保険との重複受給OK**
- ▶**非常勤の方もご加入しやすくなりました**

さらに安心をプラス

- 積立年金DefL** (個人年金保険料控除がとれる個人年金型と自在性の一般型)
- 損害保険の団体割引** (自動車保険・火災保険) 保険料が5%割引に!
- 所得補償保険** 病気やケガによる休業に備えて自宅療養も補償
- 医師賠償責任保険** 医療上の事故に備えて万一の際も保険医協会がしっかりサポート

お問い合わせは 共済部まで **TEL: 078-393-1805**

INFORMATION

勤務医のための開業特別セミナー「理想を実現する新規開業」

1部 開業コンセプトの策定と開業地選定のポイント
講師 ● (株)日本医業総研コンサルティング部 山下 明宏氏
開業資金の作り方と経営が立ち上がるまでの収支
講師 ● 日本経営ウィル税理士法人チームリーダー 八百 健史氏

2部 私の開業体験 開業医の診療と経営の実際
講師 ● さかお内科・消化器内科(西宮市) 坂尾 将幸先生

日時: 11月30日(土)14:30~18:00
会場: 兵庫県保険医協会6階会議室 JR元町駅・阪神元町駅 東口より徒歩7分

参加費: 会員**2,000円** 会員外**6,000円**

お問い合わせは 組織部まで **TEL: 078-393-1817**

コラム 酒々楽々

秋の味覚と ワインのマリアージュ



はじめまして、ソムリエの渡邊圭一と申します。

「お酒にまつわる話」をお届けする本コラム「酒々楽々」は、本来「洒々落々」と書きます。意味は「性質がさっぱりしていて、物事にこだわらない様子」を指しますが、ここでは「酒」を「洒」に、「落」を「楽」に変えることで、様々なお酒をさっぱりと楽しみ、執着心や嫉妬心から解放される様子...をイメージしました。日々お忙しい先生方には美酒を傾け、心身共に癒やされていただきたいと思えます。

さて、10月に入り秋の味覚がたくさん出てきています。「酒の肴」や「酒の友」という言葉があるようにお酒にはお料理はかかせません。手軽なものから手の込んだものまで色々と酒肴はありますが、今回はワインの友のお話をしましょう。

そもそも、フランス料理の文化の中でワインは重要な立ち位置を確立していますが、ここには組み合わせの妙「マリアージュ」が不可欠です。マリアージュとは直訳すると「結婚」という意味で、そこから転じてお料理とワインの最高の組み合わせを指します。ではどんなお料理とワインがマリアージュするのでしょうか?そこにはいくつかのヒントとなるルール



があります。

①軽い味わいの料理には軽いワイン、重い味わいの料理には重いワイン
②その土地の郷土料理とその土地の酒

プロの方以外はこの2つをおさえるようにしていただければ、不幸なマリアージュはまず生まれません(と思えます)プロのソムリエはもっとたくさんのお酒を飲まなくてはなりません。

まず①ですが、例えば「白身の魚の塩焼き」と「カベルネ・ソーヴィニヨンの赤ワイン」を合わせるとうなるでしょうか?白身の魚は加熱していただきますので生臭みは軽減されていますが、ふくらりと焼き上げた魚には心地よい磯の香りをまとうています。ここに重いカベルネ・ソーヴィニヨンの赤ワインを合わせると残念なことが起きてしまいます。

心地よい磯の香りはワインの強い果実味によって生臭みが強調され、白身の繊細な味わいは強いタンニンでかき消されてしまいます。魚もワインもどちらも良い部分が打ち消されるために残念なマリアージュとなってしまいました。このように相性が良くないと残念な結果になってしまう(夫婦でも一緒ですね!)。大事な味わいの軽さや重さ双方でバランスを取るのです。

つきに②ですが、例えば神戸と言っ土地柄

見てみましょう。瀬戸内海には様々な魚介類がありますよ。代表的なものですと春はサワラやイカ、ナゴ、夏はマナガツオにマダコ、秋はハマチに黒鯛、冬はイイダコや新海苔と他にもたくさん恵まれた海の幸、肉では世界的にも有名な神戸ビーフや三田牛に淡路牛(こちらも馬牛です)、山間部では牛乳からチーズが盛んに生産されています(Q&Bが有名ですよ)。

神戸は、古くからの港町であり海外から駐留する方々も多く、ワインを楽しむ文化も醸成されてきました。1983年には神戸ワイナリーがワイン醸造を開始し、品質も高く人気となっています。また、日本酒で言えば灘の酒は「灘五郷」と呼ばれる銘酒の産地として有名です。瀬戸内の魚介には灘の酒や神戸ワイナリーの白ワインを、神戸ビーフや淡路牛には赤ワインを合わせたいですね。

もちろん骨格のある日本酒は肉にも合いますが、調理法はローストビーフやステーキなどよりも、しゃぶしゃぶや蒸し焼きの方が酒の旨味を楽しめると思います。つまり私たち日本人の持つ「地産地消」という考え方がワインとお料理のマリアージュにも大事だと言ったことなのです。

さあ、今夜は街に出かけて神戸のワインと郷土料理を楽しみましょう!!

PROFILE [わたなべ・けいいち] 1974年京都生まれ/社日本ソムリエ協会認定ソムリエ/利酒師/株T&Cサービス統括マネージャー/兵庫県保険医協会文化部主催「ワインセミナー」常任講師/9月に心齋橋大丸新本館B2で「世界酒BARセカサケ」をオープン/世界のお酒を通して日々の生活を豊かにするため、ワイン会やセミナーを各地で開催。



資料請求・加入予約申込書

申込書に必要事項をご記入の上、
FAXでお送りください。

※□に✓印を付けて下さい。

年 月 日

氏名	フリガナ -----	生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日生(歳)
	(男・女)			
医院名・勤務先				
通信先		電話番号	- -	連絡可能な時間 時～ 時頃
資料請求	<input type="checkbox"/> 入会 <input type="checkbox"/> グループ保険 <input type="checkbox"/> 新グループ保険 <input type="checkbox"/> 保険医年金 <input type="checkbox"/> 休業保障制度 <input type="checkbox"/> DefL ^{デフェル} <input type="checkbox"/> 所得補償保険 <input type="checkbox"/> 医賠償 <input type="checkbox"/> 融資 <input type="checkbox"/> 損害保険(自動車保険、火災保険、自転車保険、ガン保険等)			
<input type="checkbox"/> 説明を聞きたい 月 日() 時頃 訪問希望 <input type="checkbox"/> 資料送付希望				
勤務医NEWSや保険医協会の活動へのご意見をお寄せ下さい				

201910(勤)

FAX 078-393-1802 (組織部行き)

※個人情報保護に関する取り扱いについて。資料請求加入予約申込書により当会が取得した個人情報は、兵庫県保険医協会個人情報保護方針に基づき使用させていただきます。詳しくは当会事務局までご連絡下さい。

急な資金需要に…

融資制度を
ご利用ください

勤務医生活安定資金

- 最高500万円まで、5年返済
 - 無担保で利用可能
- ※金利は取り扱い金融機関により異なります。詳しくはお問い合わせください。

保険医年金にご加入の先生は
年金融資もご利用いただけます

- 最高1000万円まで
- ※ただし年金積立額限度
- 返済期限最高7年

お問い合わせは 融資部まで

TEL: 078-393-1805

入会のご案内

兵庫県保険医協会は保険医の生活と権利を守り、国民医療の向上を目指す医師・歯科医師の自主的な団体です。医師の働き方改革や新専門医制度など勤務医が抱える問題にも取り組んでいます。

会員数は7,500人を超え、ご勤務の先生も1,740人が会員となります。先生方の生活や診療を支える有利な共済制度や各種融資制度、診療に役立つ臨床研究会、医師・歯科医師の団体ならではの開業サポートなど、会員のニーズに応える様々な活動を行っています。

まだご利用でない先生はぜひ入会いただき、保険医協会のサポートをご利用ください。

入会金 **無料**

会費月額 **3,000円**

資料請求・入会のお問い合わせ

TEL: **078-393-1817**

WEBからもお問い合わせいただけます

<http://www.hhk.jp>

兵庫県保険医協会

検索 click

