

兵庫県保険医協会 勤務医NEWS



特集

大学病院とこれからの医師教育 専門医制度の充実による地域医療の活性化
特定機能病院 兵庫医科大学病院 院長 難波 光義 先生

寄稿
糖質制限とカロリー制限の分かっていること、いないこと
北里大学北里研究所病院 糖尿病センター長 山田 悟 先生

私の開業体験
開業を志す若手医師の相談窓口
三田市 南地内科 院長 南地 克洋 先生

人生の「3大リスク」をカバーする有利な選択を

特集

大学病院と これからの 医師教育

新専門医制度の充実による 地域医療の活性化



特定機能病院 兵庫医科大学病院

難波 光義 院長

PROFILE

なんば・みつよし/1950年生、1976年大阪大学医学部卒、83年英国ロンドン大学ロイヤルポストグラデュエートメディカルスクール研究員、85年大阪大学医学部第2内科助手、89年健保連大阪中央病院、2000年兵庫医科大学第2内科助教授、03年内科学糖尿病科教授、09年同病院院長

医師のへき地勤務を厚生労働大臣が認定する枠組みの導入など、「医師の地域偏在是正」を狙いとする改正医師法・医療法が7月に成立した。今年4月から始まった新専門医制度では、専攻医採用数のシーリング導入等による、診療科や地域における医師偏在の是正に期待する声もある。

新制度に若手医師の意見を

2018年4月、いよいよ新専門医制度が始まった。本来2017年度開始予定であったのが、研修プログラムを企画する各学会や、後期研修医(以下、専

攻医)を受け入れる病院側、そして地域医療の行く末を案じる自治体の首長(行政)など、それぞれの立場や意思の葛藤のために、開始が本年にもつれ込んだのである。2019年度、すなわち開始2年目のプログラムや

これらさまざまな医療制度の改革は、「医師の適正配置」を促進するとともに、患者の医療へのかかり方をも変えるものとなる。県下の医療提供において大きな役割を果たす機関の一つである兵庫医科大学病院の難波光義院長に、激動を迎える医療界の中で大学病院が果たす役割について寄稿いただいた。

登録数調整の場となっている「新たな専門医制度にかかる連絡協議会」においても、未だに、行政、大学病院、プログラムを共有する関連病院、それぞれが本制度に抱くイメージの温度差が大きく、この専門医制度で学ぶべき若手医師の代表が参加していないことも、余計に議論を空虚なものにしている感がある。大学病院でこれまで、卒前の医学教育に続いて卒後2年間の前期研修(初期研修)プログラムに携わってきた者としては、今一度この制度の参加主体である若手医師たちの思いを汲むことが重要なのではないかと感じている。

指導医含めた人事交流促進

医学部卒業後の初期研修医の2年間は医師人生の

出発点であり、個々の医師像が形成される最も重要な期間である。この2年間の初期研修終了後は、いっぱしの医師として扱われるはずだが、「人格の涵養」と「基本的診療能力を身に着ける」ことで精一杯となり、一人前の医師というには未だ遠い段階といえる。これを補完するために、新専門医制度では初期研修に引き続き、もう一歩踏み込んだ「プロフェッショナル」と呼べるレベルに至るまで、各学会が提示するプログラムに基づいて体得させようとする目論みである。当初、本制度の総合診療医プログラム修了資格を将来の開業承認要件に、といった提言がなされた時期もあった。今日ではプログラムを修了した者、すなわち

「医療法の広告可能資格」にしよう

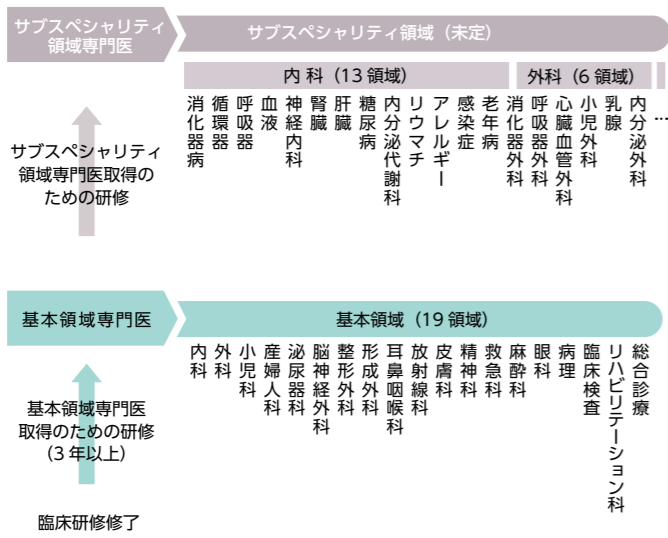
うという修正提案もなされている。そこで、この研修プログラムを古巣の大学病院(医局)のレジデントとして開始するか、地域の連携病院の勤務医として開始するか、を選択することになるが、いざにしてもここに今日の医療現場で最も危惧されている「医師の偏在」を生み出す危険性が潜んでいる。事実、初年度東京都下の基幹病院への専攻医集中が著しかったため、日本専門医機構では、来年度の東京都の専攻医登録数を5%削減するシーリング案を提示している。

すなわち、「若手医師の都市偏在、卒後数年たつても未だ一人前扱いされない医師層の増加、大学医局の人事権の復活etc.」を危惧する声が、あちらこちらで再び高まってきている。確かに、専攻医を指導する側の資格を有する医師数も、経験すべき疾患の症例数も、現状のままでは同一県下でさえ偏在する可能性が大きい。前者は大学病院にアドバンテージがあるように思われがちだが、豊富な症例とそれらの患者さんを優れた総合的な臨床能力で診療している指導医は、むしろ地域の連携病院に勤務していることが多く、今後早急に大学病院をはじめとした基幹病院群が個々の連携病院との間で、専攻医のみならず指導医層も含めた円滑な人事交流の活性化を図ることで、前述の危惧を杞憂に終わらせられないか、いやむしろ「災い転じて福となす」好機にできないかと考えている。

い風ではないかと悲観されがちであるが、事態をそのような一面からのみ捉えるのではなく、むしろ追い風とするべく、当事者と関係者が英知を出し合い、膝を突き合わせて議論しながら、この専門医制度をフラッシュアップしていく好機にするべきではないだろうか? さらに、地域の連携病院で指導を受けている専攻医に対しては、指導医が医師会と保険医協会への入会を促し、第一線の勤務医として地域の医療機関との連帯感を醸成させるように指導することで、地域における勤務医の定着と若返りを導きながら、地域医療の活性化を図る方向に誘導すべきであろうと思われる。今後、一大学病院長として新専門医制度をそのような視点からサポートしていきたいと考えている。

(2018年9月)

新専門医制度の仕組み



地域病院との連帯感醸成へ

また、今まさに巷間喧しい「医師の働き方改革」や「男女共同参画社会の実現」は、専門医制度にとって向か

兵庫医科大学病院は昭和47年4月開設以来、医学教育機関として、最新の医療施設と機器を備え常に高度な医療を行っています。また、阪神地区の基幹病院として、その責務を担い、周辺の医療機関との連携を図り、センターとしての重要な機能を果たしています。

理念

兵庫医科大学病院は、安全で質の高い医療を行い、地域社会へ貢献するとともに、よき医療人を育成します。

基本方針

- 人権を尊重し、患者の立場に立った医療の実践
- 人間性豊かな、優れた医療人の育成
- 高度で、先進的な医療や医学研究の推進
- 健康増進活動による保健・福祉の推進
- 地域の医療機関との円滑な連携

兵庫医科大学病院ウェブサイトより引用

糖質制限とカロリー制限の 分かっていっているじゃないよ

北里大学北里研究所病院 糖尿病センター長 山田 悟先生



PROFILE

やまだ・さとる / 1970年生、94年慶應義塾大学医学部卒、2000年東京都済生会中央病院、2002年北里研究所病院、11年同糖尿病センター長(部長)、15年同内分泌代謝内科部長

2017年7月8日に兵庫県保険医協会が開催した第530回診療内容向上研究会について、講師の山田悟先生の講演録を掲載する。

1. カロリー制限食について

(1) 糖尿病治療におけるカロリー制限食の目的

これまでわが国の糖尿病治療法はカロリー制限食一辺倒でした。初版の科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン(2002年)に始まり、現行の糖尿病診療ガイドライン2016に至るまで、食事療法の項の参考文献には、例えばデスクワーカーでは標準体重に25〜30の身体活動係数を乗じてカロリー処方をするという記載が一貫してなされています。しかし、参考文献にはこうしたカロリー処方をしたカロリー制限食の有効性や安全性を検証した論文は1本だに含まれていません。また、現行の糖尿病診療ガイドライン2016には、糖尿病食事療法の目的が肥満の是正であると明記されており、肥満を合併していない2型糖尿病患者に対する食事療法の目的は存在しないことになっています。一方、糖尿病治療ガイド2016〜17には、肥満を合併した患者には標準体重に20〜25を乗じてカロリーを処方するように記載がありますので、目的なくデスクワーカーに標準体重×25〜30

のカロリー処方をしているのが現状です。

(2) 標準体重×25〜30というカロリー処方の意味

標準体重×25〜30というカロリー処方がどのような意味をもつのか、ほかのガイドラインと比較すると理解しやすいでしょう。厚生省が一般の日本人を対象に健康増進・慢性疾病予防のために作成している食事摂取基準(2015年版)では、必要なカロリーとは、デスクワーカーで基礎代謝量に1・5を乗じて求めることが記載されています。基礎代謝量とは、ただただ生命を維持するのに必要なカロリー量のことです。現体重×20〜25に分布します。ですので、代入すれば、デスクワーカーに必要なカロリー量は現体重×30〜37・5となります。

また、日本静脈経腸栄養学会の静脈経腸栄養ガイドラインでは、ベッド上安静の方向けのカロリー処方が基礎代謝量×1・2とされています。基礎代謝量に現体重×20〜25を代入すると、ベッド上安静の方向けのカロリーが現体重×24〜30であり、日本糖尿病学会のデスクワーカーのカロリー処方とはほぼ合致します。時に、日本糖尿病学会のカロリー処方をカロリー摂取の適正化であると主張される先生もおられるのですが、ベッド上安静の方に必要なカロリーしか投与しないことが適正であるとは到底考えられないのです。

(2) 糖質制限食の価値

糖質制限食が、体重、血糖、脂質、血圧のいずれにも有効であることが無作為比較試験のメタ解析によって証明されており(Obes Rev 2012; 13, 1048-1066)。また、筋肉量の増加(Metabolism 2002; 51, 864-870)にも有益であることが示されています。また、最近ではがんや認知症に対する効果も期待されています。

われわれは、緩やかな糖質制限食(1食あたり糖質摂取量を20〜40gとし、1日に間食で糖質摂取10gを追加して、結果として1日あたり糖質摂取量を70〜130gにする食事法)をロカボと名付け、推奨しています。これより厳しい糖質制限食を指導する考え方もありますが、肥満やインスリン抵抗性の改善において緩やかな糖質制限食と極端な糖質制限食との差異がなく、極端な糖質制限ではLDL・Cが高値になっていたとの報告もあり(Am J Clin Nutr 2006; 83, 1055-1061)。私たちは採用していません。また、それ以上に重要な

(3) 非肥満者に対するカロリー制限の結果

このような非肥満者に対するカロリー制限の医学的な意味を検証する研究は、これまでほとんど存在しなかったのですが、最近、カロリー制限による寿命延長効果を期待して実施されたCALERIE試験の結果が報告されるようになりました。その結果、2年間で元来のカロリー摂取から12%削減するというカロリー制限食により、骨密度低下(J Bone Miner Res 2016; 31, 40-51)(図1)や筋肉量の減少(Am J Clin Nutr 2017; 105, 913-927)。そして、一部の方では難治性の貧血(J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2015; 70, 1097-1104)が生じることが報告されています。

(4) カロリー制限食の今後

今後、今のカロリー制限食を推奨しつづけるためには、日本糖尿病学会の食事療法に関する提言が求められること、有効性と安全性についての検証が不可欠であり、それができるまでは、現行のカロリー制限食は休止すべきだと私は考えています。

2. 糖質制限食について

(1) 糖尿病治療における糖質制限食の目的

一方、最近注目を集める糖質制限食は、当初は民間療法的な扱いを受けていましたが、われわれ(Intern Med 2014; 53, 13-19)のみならず、ほかのグループからもそのHbA1cをはじめとする代謝指標の改善作用が次々と報告され(Clin Nutr 2017; 36, 992-1000)(Diabetes Obes Metab 2016; 18, 702-706)。現在では日本人の糖尿病に対して最も堅い科学的根拠をもつ食事法となりました。そもそも、食後の血糖上昇の曲線下面積と栄養素摂取量との関係を見ても、糖質摂取は正の相関を示すものの、脂質やたんぱく質の摂取は負の相関を示すことがわかっています(Am J Clin Nutr 2011; 93, 984-996)(図2)。糖質摂取を制限し、脂質やたんぱく質をしっかり摂取することは、食後血糖管理にまさにうってつけだったのです。

(3) ロカボ神戸プロジェクト

一方、緩やかな糖質制限食(ロカボ)であれば、おいしいお料理をふんだんに提供し、日本酒をはじめとするお酒も十分に楽しんでいただけるということで、2016年9月、神戸市内の50軒ほどの飲食店がロカボ神戸プロジェクト(http://locabo-koobe.com/)という取り組みを開始されました。食の都・神戸を訪れる観光客が、若者男女健康な人も病気を抱える人も、誰しもが、同じ食卓を囲って、おいしいものに笑顔が浮かべ、そして、元氣になって帰っていく、そんな街になろうという取り組みです。私自身、大好きな街・神戸のお役に立てればと思い、全面的にご協力させていただいています。

3. ilogue

私たち医師は、患者さんの幸せな人生を支えるために仕事をしているのだと思います。正直、私自身、かつてカロリー制限食に取り組んだとき、幸せな食卓を作ることができませんでした。一方、2009年1月に開始した糖質制限食については、今も幸せに継続中です。兵庫県保険医協会にご入会の先生方におかれましては、ぜひ、ご自身の健康増進に糖質制限食を取り入れていただき、そして、おいしいものを通じて神戸に、兵庫に役に立ちたいと願う料理人の方たちをご支援いただければ幸いです。

図1 CALERIE試験における骨密度の変化

(●:自由摂食群、○:カロリー制限群)
縦軸:骨密度の変化(%),横軸:経過時間(月)

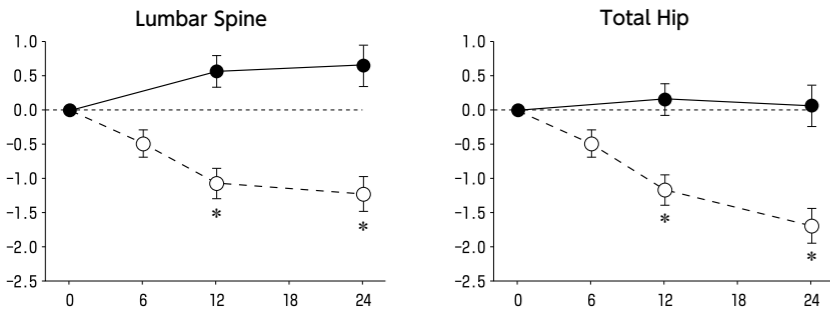
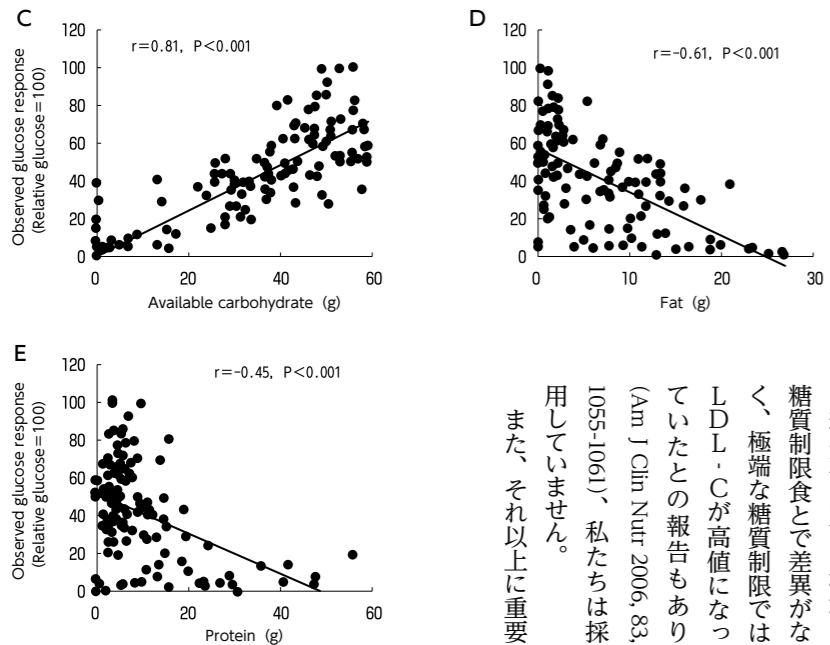


図2 摂取栄養素と食後血糖上昇曲線下面積との関係

左上:縦軸-血糖上昇曲線下面積相対比、横軸-糖質摂取量(g)
右上:縦軸-血糖上昇曲線下面積相対比、横軸-脂質摂取量(g)
左下:縦軸-血糖上昇曲線下面積相対比、横軸-たんぱく質摂取量(g)



私の

開業体験

南地内科院長

南地 克洋 先生

開業を志す
若手医師の
相談窓口



2017年に三田市で南地内科を開業された南地克洋先生
にお話を伺いました。

開業に至る経緯をお聞かせ下さい。
協会会員であった父克美が5年ほど前に急逝しました。当時の私は研修医だったので継承できず、母が後継の医師を探したのですがまとまることなく、当院は一旦廃院になっていました。数年のブランクはありましたが、周囲の強い要望もあり、父の医院を再開するかたちで、昨年7月に開業しました。

開業直前にご入会いただきました。

開業前に叔母である武本淑子先生(三田市・武本内科診療所)のもとで父の元患者さんの診察を担当していました。武本先生の紹介で協会を知り、医賠償とグループ保険も加入して入会しました。

グループ保険の安さは魅力ですね。事務として手伝ってくれてくれる妻も配偶者セット加入で利用しています。

共済以外にも協会事業はお役に立ちましたか?

新規個別指導での対策などさまざまなサポートをいただいて大変助かりましたのと、保険請求事務講習会は、請求実務のことを一から学ぶ機会として非常に貴重でした。また、労務問題など院内内部のことは、身近な人にも非常に聞きづらいものです。医院経営研究会などに参加して、同様の悩みを抱える先生方がおられる、ということがわかっただけでも、少しですが気が楽になりました。

ご当地はニュータウンですが、市中心部からは距離がありますね。

三田市内ですが、つつじが丘は三田駅まで車で30分はかかり、市街地からは隔絶された立地です。人口は多いのですが、地域の高齢化は顕著で、高齢の患者さんにとっては、近場の医療機関は必要です。いろいろ思いはありましたが、行政や住民の方から誘われて開業に踏み切りました。当然引き継ぎ期間もなく、スタッフも総入替の上での出発でした。まだ1年しか経ちませんが、父が地域医療に果たしてきた役割も、日常診療の中で徐々に分かり始めたように思います。

開業予定の先生方に何かアドバイスがありましたらお願いします。

経営者となる開業医は勤務医時代とは責任の重さと質が大きく異なります。私も労務で悩んでいたときは「こんなことなら開業しなければ…」との思いがよぎりましたが(笑)、開業医には、地域医療に対する責任を果たす充実感と、自分のやりたい医療ができる満足感があります。これから開業を考える先生方は、35歳と若い私であれば是非相談窓口になりたいです。志を同じくする者同士として共に考えましょう。ご連絡をお待ちしています。



PROFILE

【みなみじ・かつひろ】

1983年 三田市生まれ / 2012年 和歌山県立医大医学部卒 / 2017年7月南地内科開設
南地内科 〒669-1348 三田市つつじが丘北2-2-1
TEL: 079-568-5556 E-Mail: gelclcowlcamer@gmail.com

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 私の開業体験 開業医の診療と経営の実際
講師 ● 明石市・あきこレディースクリニック 院長 小野 晶子 先生
- 2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

日 時: 12月1日(土) 14:30~18:00
会 場: JEC日本研修センター神戸元町
JR元町駅・阪神元町駅より徒歩3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

人生の「3大リスク」をカバーする有利な選択を

協会の共済が最適な理由を ご説明します

勤務医の皆さんが、「何か保障が必要だな」と考えるきっかけは何かでしょうか? 結婚、お子さんの誕生、住宅購入、身内のご不幸、勤務先の退職や開業といったライフ・イベントが発生した時、テレビであのアヒルのCMを見かけた時でしょうか?
勤務医に限らず、誰もが抱える「人生の3大リスク」をご存じですか? それは、「死亡」「老後」「傷病」のリスクです。多くの保険会社が、様々な保険商品を販売していますが、この3つのリスクに対応する保険を組み合わせたものです。

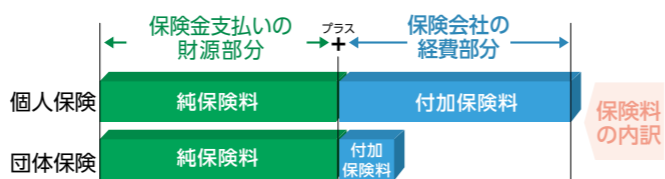
団体保険が有利です

皆さんが保険商品に加入される場合に、注目いただきたい点があります。個人で保険会社と契約する「個人保険」よりも、会社や団体が保険会社と団体契約し、希望する社員や会員が任意で加入する「団体保険」の方が、保険会社の手数料が低く抑えられているため、保険料は断然安くなるということです(図1)。
死亡保障といった、リスクは低いが必要な備えのコストは最小限に抑えたいものです。つまり、死亡保険は保険料が安いほどよい保険ということになります。

掛け捨てより積立型がお得??

また、同じ死亡保障でも、掛け捨ての保険より終

(図1) 団体保険は個人保険より有利です

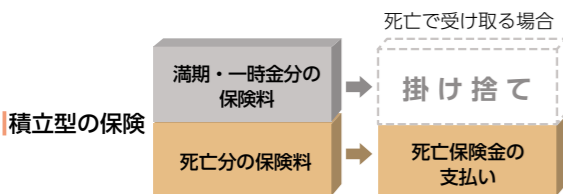


身保険等の積立型の保険の方が得だと信じている方がいますが、大きな誤解です。積立型の保険も必ず掛け捨てが起きるからです(図2)。つまり、積立と死亡保障がワンセットになった保険商品よりも、掛け捨ての「死亡保障」と「貯蓄型」の商品を組み合わせたほうが有利になります(図3)。

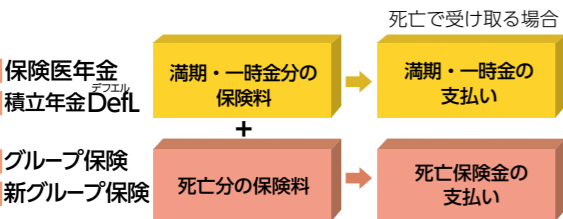
必要な保障を自分で組み立て

こういった保険の有利な仕組みを採用しているのが、保険医協会の共済制度です。「人生の3大リスク」に対応し、「死亡」リスクには最高1億円の死亡保障が確保できる「グループ保険」と上乗せの「新グループ保険」「老後」リスクに積立年金の「保険医年金」と「Defl」(傷

(図2) 積立型の保険は掛け捨てになります



(図3) 協会の共済を組み合わせると



協会の共済はワンストップサービス

「あっちこっちで保険や共済に入ったから整理がつかない」方には、是非ともお勧めします。協会の共済はご加入内容をまとめて管理。ワンストップサービスをご提供します。ご自身のライフプランに合わせて、協会の共済制度を組み合わせご利用ください。

お問い合わせは 共済部まで (☎078-393-1805)

勤務医生活を支える

保険医協会の
役立つサポート
SUPPORT

そんなドクターの声にご答え

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

医事紛争の備えができていない

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45%
- ▶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

セットで
最高保障額 1億円

- ▶最高保障額4000万円
- ▶こども加入特約あり(400万円)
- ▶掛金負担なしで先進医療保険の加入OK(最高1000万円)

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!

予定利率 1.259%

+決算配当が出ればさらにプラス

- 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、余裕ができたなら掛金再開

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

さらに安心をプラス

損害保険の団体割引

自動車保険・火災保険の
保険料が5%引きに!

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

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7,400人を超え、ご勤務の先生も約1,700人が会員となっています。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活用ください。

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

