教育講演 1

9:30–10:30　第 1 会場（1 階　大会議室 101）

座長　白川 洋子　茨城県看護協会 会長

患者が訴える症状へのアプローチ
～すべての医療職に求められる臨床推論の基本～

前野 哲博

筑波大学医学医療系 地域医療教育学 教授

地域包括ケアシステムの導入が進む中，医療者には，活躍の場を地域や在宅に広げ，さまざまな健康相談に気軽に応じる役割を担っていくことが求められている．そのためには，医師以外の職種であっても，患者が訴える症状をきちんと聞き取り，臨床推論に基づく適切なアセスメントを行って，セルフケアの推進や的確な受診勧奨につなげていく能力が必要となる．

そこで今回は，医師以外の職種を対象として，臨床推論の基本的な考え方について概説する．患者の訴えは実にさまざまであり，医師は膨大な情報の中から診断に有用な情報を選び取り，ポイントを絞った質問を投げかけて，必要な情報を集めていく．そして，その情報を解釈して鑑別診断を挙げ，有病率などのさまざまな要因も考慮して，診断を絞り込んでいく．本講演では，臨床医が日常的に行っているこの臨床推論の思考プロセスについて，基本的な考え方を述べる．

症候診断の基本となるのは，「部位」×「病因」の二つのカテゴリーの組み合わせでとらえることである．すなわち，患者の「どこに」「何が起こっているのか」を考えることである．この二つのカテゴリーを縦軸・横軸とするマトリクスをイメージすることで，見逃しなく効率的に診断を絞り込むことができる．

その解釈を行ううえで有用なとらえ方として，①発症様式（スピード＋トレンド），②分布（左右・上下・遠近・範囲・境界明瞭/不明瞭など），③寛解・増悪因子（運動・労作・食事・排便・時間・体位など）について例を挙げて紹介する．合わせて，必ずしも教科書通りの症状を呈するとは限らない実際の臨床で効果的に鑑別診断を行うために，「一元的に考える」ことの有用性について解説する．

本講演を通して，医師以外の職種が，医師の業務に関する理解を深め，お互いの連携を強化するための一助になることを期待したい．

略歴
1991 年　筑波大学医学専門学群　卒業
1991 年　河北総合病院内科研修医
1994 年　筑波大学附属病院　総合医コース　レジデント
1997 年　川崎医科大学総合診療部　臨床助手
1998 年　筑波メディカルセンター病院　総合診療科
2000 年　筑波大学　卒後臨床研修部　講師
2003 年　同　助教授
2009 年　筑波大学　地域医療教育学　教授
現在　筑波大学附属病院　副病院長、総合診療科長
日本プライマリ・ケア連合学会副理事長

教育講演 2

12:30–13:30　第 1 会場（1 階　大会議室 101）

座長　植草 義史　北茨城市民病院 院長

夕張のプライマリ・ケア計画

前沢 政次

夕張市立診療所長，北海道大学名誉教授

本年 6 月から夕張市立診療所に赴任した．財政破綻し，急激な人口減少が進行している自治体でプライマリ・ケアをどう展開するか，試行している現状を報告する．

［夕張市の変遷］

1890 年北海道鉄道炭鉱会社（のちに北海道炭鉱汽船株式会社と社名変更）が夕張炭鉱開坑．最盛期の人口は 116,908（1960 年），現在は 7,907（19 年 10 月 1 日）．17 あった炭鉱は 1990 年にすべて閉鉱．その後,「炭鉱から観光へ」の掛け声で市が観光事業に取り組んだが，ことごとく失敗．2007 年に 353 億円の赤字をかかえ財政再建団体となった．2024 年まで毎年 26 億円の借金返済を行っている．

［夕張市民の暮らし］

財政再建団体後には全国最低の行政サービス，全国最高の住民負担と言われてきた．青壮年は市内に職場がなく市外に移住する人が多かった．高齢者は夕張への愛着が強く，これまでの住まいにとどまっている人が多い．最近の年間出生数は 30 人前後，死亡数は 200 人前後を推移しており，高い人口減少率とともに高齢化率は 51％となっている．要介護認定率は 26％で北海道内で最も高い．

［医療の変遷］

財政破綻前は 170 ベッドの市立総合病院であった. 累積赤字 46 億円. 2007 年 4 月公設民営となり，「夕張希望の森」が指定管理することとなり，19 ベッドの有床診療所と 40 ベッドの老人保健施設に改編した．2017 年 4 月医療法人豊生会に指定管理が変更になった．施設規模は同様である．

［今後のプライマリ・ケア］

外来診療は札幌市の社会医療法人からの診療支援に大きく依存してきた．訪問診療は常勤医が行っている．外来・在宅患者数は漸減してきている．救急車搬送受け入れは 20％程度．救急隊の判断で市外搬送が 60％を超える．診療体制の大幅な変更が求められる．

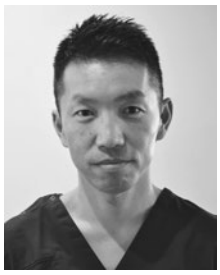
市民への働きかけとして，①地域医療の主人公は地域に暮らす人であること，②かかりつけの医師（歯科医師，薬剤師，看護師）を持つこと，③地域資源の最大のものは市民の持つパワーであること，④地域医療福祉は市民・行政・従事者の協働作品である，などを行っている．職員の意識改革，多職種のネットワーキングも試行している．

略歴　[学歴]1971 年新潟大学医学部卒業．1989 年自治医大医学博士．2008 年北海道大学教育学修士．
[職歴]1984 年自治医科大学地域医療学助教授．1988 年涌谷町町民医療福祉センター所長・涌谷町国保病院長．1996 年北海道大学病院総合診療部教授．2005 年北海道大学大学院医学研究科教授．2010 年定年退職．2012 年ひまわりクリニックきょうごく所長．2019 年 6 月現職．
[役職]日本プライマリ･ケア連合学会名誉理事長，日本心療内科学会理事，地域医療教育研究所代表理事など．

教育講演 3　共催：株式会社ツムラ

12:30–13:30　第 2 会場（1 階　大会議室 102）

座長　廣瀬 由美　筑波メディカルセンター病院 総合診療科



めまいのプライマリケア
～耳鼻咽喉科，漢方医の立場から～

境 修平

なのはな耳鼻咽喉科 院長

救急外来における諸家の報告をみると，いわゆる末梢性めまいは 50～60％ほどであり，中枢性めまいは 5％前後である．即ち 40％ほどは「耳でもない，頭でもない」めまいということになる．めまい患者に対する初期治療はこの事実をしっかりと認識した上であたることが非常に重要である．

内耳性めまいで診断がついてしまえば治療に難渋することはないが，めまい難民ともいえる 40％の患者に対する治療が課題である．このような患者に対して西洋薬の効果は限定的であり，漫然と効果の乏しい薬が長期処方されているのを多く目にする．そこで役に立つのが漢方薬である．漢方のよいところは，西洋医学的には診断が困難でも，気血水の異常として捉え診断治療が可能なところである．現在本邦にはめまいに効果があるとされているエキス剤は 18 種類あり病態によって使い分けていく必要がある．漢方的にめまいの原因は気虚，気逆，瘀血，水滞の 4 つに大別される．気虚によるめまいの特徴は午前中は調子がよいが，午後になるとふらふらするようなものであり，半夏白朮天麻湯などがよい適応となる．気逆によるめまいは発作性のものが多く，苓桂朮甘湯や黄連解毒湯などが用いられる．瘀血によるめまいは特に女性の長引くめまいの原因となり，当帰芍薬散，桂枝茯苓丸，桃核承気湯などの駆瘀血剤をその人の体力などに合わせて用いる．水滞によるめまいは「天気が悪くなると調子が悪くなる」ような症例であり，五苓散を中心に処方していくこととなる．単純にこの処方を出していればよいという訳ではないが，基本的な病態とそれに対する処方を覚えていくことは，めまいの原因が複雑化している現代社会においては極めて重要であると考えられる．

略歴　平成 13 年 3　筑波大学医学専門学群卒業

職　歴

平成 13 年 5　筑波大学附属病院耳鼻咽喉科医員
平成 14 年 10　茨城県立中央病院　耳鼻咽喉科　医師
平成 16 年 10　筑波大学附属病院耳鼻咽喉科医員
平成 19 年 4　日立製作所水戸総合病院耳鼻咽喉科　医師
平成 21 年 4　独立行政法人国立病院機構水戸医療センター耳鼻咽喉科　医師
平成 27 年 4　日立製作所ひたちなか総合病院耳鼻咽喉科　医長
平成 28 年 4　茨城県立中央病院　耳鼻咽喉科　医師
平成 29 年 4　同　部長
平成 31 年 4　なのはな耳鼻咽喉科　院長

教育講演 4　共催：大塚製薬株式会社 メディカル・アフェア―ズ部
プライマリケアでアルコール問題（軽度依存症含む）に対応するために必要な診断・心理社会的治療

15:30–17:00　第 1 会場（1 階　大会議室 101）

座長　吉本 尚　　筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 准教授

プライマリ・ケアにおける飲酒量低減外来の実際

吉本 尚

筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 准教授

わが国のアルコール問題対策は，主に精神科専門医療機関でアルコール依存症（以下，依存症）患者に対して断酒を唯一の治療目標として行われてきた．しかし，107 万人と推計される依存症患者のうち，重症と思われる約 5 万人しか専門治療につながっておらず，大きな治療ギャップが存在している．また，依存症の手前の，危険な飲酒者や有害な飲酒者への対策も公衆衛生学的立場から求められている．こうした中，プライマリ・ケア従事者による飲酒量低減指導の普及が重要と考えられており，昨年発刊された「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインに基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き」でも，「アルコール依存症は専門医療機関に紹介することが望ましいとされてきましたが，実際には専門医療機関の数が少ないといった医療資源の課題や，専門医療機関への紹介の同意が得られない方，遠方のために通院ができない方が一定数存在するといった患者要因などから，プライマリ・ケア医らが初期対応を行う必要」があり，そのことが「アルコール依存症の早期発見・治療につながること，ひいては治療のギャップを少なくすることに有用」と明確に記載されている．

とはいえ，「アルコールなかなか指導が難しい・・・」と考えている医療者も多いと思われる．本企画では，プライマリ・ケア医，アルコールを専門とする精神科医のそれぞれの立場で，アルコール問題を持つ患者に対して，どのような診断，指導の工夫をしているのか共有し，日常診療で使用可能な診断・心理社会的治療について考えていきたい．

略歴　学位：2017 年 12 月 博士（医学）（筑波大学）
2004 年：筑波大学医学専門学群卒業
2004 年～2006 年 北海道勤医協中央病院 初期研修医
2006 年～2007 年 津山中央病院 家庭医療後期研修プログラム専攻医
2007 年～2011 年 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック 専攻医および副所長
2011 年～2014 年 三重大学大学院医学系研究科 家庭医療学 助教
2014 年～2018 年 筑波大学医学医療系 地域医療教育学　講師
2018 年～ 現職

家庭医療専門医，家庭医療指導医
興味関心領域：アルコール関連問題、多職種連携

教育講演 4　共催：大塚製薬株式会社 メディカル・アフェア―ズ部
プライマリケアでアルコール問題（軽度依存症含む）に対応するために必要な診断・心理社会的治療

15:30–17:00　第 1 会場（1 階　大会議室 101）

座長　吉本 尚　　筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 准教授

飲酒量低減における心理社会的治療

杠 岳文

国立病院機構 肥前精神医療センター 院長

過量飲酒は，様々な身体疾患をもたらす．わが国は生活習慣病のリスクを高める飲酒量として，1 日当たりの純アルコール量男性 40g 以上，女性 20g 以上と定めているが，2013 年の全国調査では，この量を超える飲酒をしている者は 1,039 万人と推計されている．一方，飲酒量低減によって，アルコール性肝障害患者の肝機能や高血圧，さらには死亡率も低下（改善）することが認められている．例えば，フランス人 40 歳男性では，96g/日の飲酒量を 20g/日減少させることによって，年間死亡率の 180 人/万人がおよそ半分に減少するとされる．これまで，わが国では主に重症のアルコール依存症患者に対して断酒を唯一の治療目標として治療を行ってきたが，昨年発刊された「新アルコール・薬物使用障害の診断・治療ガイドライン」では，危険な飲酒や有害な飲酒に限らず，アルコール依存症でも「明確な合併症を有しないケースでは，飲酒量低減が治療目標になりうる」とし，「本人が断酒を希望しない場合には，飲酒量低減を暫定的な治療目標にすることも考慮する．その際，飲酒量低減がうまくいかない場合には断酒に目標を切り替える」とされ，軽症であれば，依存症患者にも飲酒量低減（減酒）指導を推奨する内容となっている．減酒指導の中心は，心理社会的治療である．BRENDA あるいはブリーフインターベンションが面接の基本となる．我々は，動機付け面接やコーチングを参考に「共感する」，「励ます」，「褒める」を常に意識しながら減酒指導に当たっている．飲酒日記の記入を勧めるとともに，減酒成功に医療者側が自信を持つこと，減酒も簡単ではなく，患者さんの努力が必要なこと，目標を高く設定せず，スモールステップの変化を目指すこと，減酒によって二次的に生じる好ましい変化（朝の爽快気分，体重減少など）を先に指摘すること，日頃から褒めることを練習し，褒め言葉を自分の言葉にしておくことなどを効果的な減酒指導技法のポイントと考えている．

略歴　1983 年：慶応義塾大学医学部卒業
1983 年：慶応義塾大学医学部付属病院研修医
1984 年：木野崎病院勤務
1990 年：国立久里浜病院勤務
(1989 年より 1996 年まで東京都監察医務院非常勤監察医)
1996 年：国立肥前療養所（現国立病院機構肥前精神医療センター）勤務
2006 年：同センター臨床研究部長
2007 年：同センター副院長
2010 年：同センター院長 現在に至る
資格：医師免許証，医学博士，死体解剖資格，精神保健指定医，臨床研修指導医
専門領域：認知症，脳器質性疾患，薬物依存・アルコール依存の臨床

関東甲信越ポートフォリオ企画

9:30–12:10　第 5 会場（2 階　中会議室 202A）

企画責任者　木村 紀志　　つくば総合診療グループ 大森医院

明日から書ける！ポートフォリオの集い

企画	竹内 優都	つくば総合診療グループ 利根町国保診療所
	富田 詩織	聖路加国際病院 一般内科
	田中 政任	関越病院 総合診療科
	宮本 卓	つくば総合診療グループ 北茨城市民病院
	久保 伸貴	亀田ファミリークリニック館山
	植松 洋	つくば総合診療グループ 筑波メディカルセンター病院総合診療科
	山田 悟史	南房総市立富山国保病院 総合診療科
レクチャー講師	吉本 尚	筑波大学附属病院総合診療科
グループワーク講師	相田 万実子	亀田総合病院リハビリテーション科
	岩間 秀幸	亀田ファミリークリニック館山
	片岡 義裕	筑波大学附属病院総合診療科
	喜瀬 守人	川崎医療生活協同組合久地診療所
	鋪野 紀好	千葉大学医学部附属病院 総合診療科
	杉谷 真季	桜新町アーバンクリニック
	高柳 亮	前橋協立診療所
	松本 真一	悠翔会在宅クリニック北千住
	宮澤 麻子	ひたち太田家庭医療診療所

【目的】専攻医のみなさんにとって，ポートフォリオは家庭医療の諸要素を習得するための重要なツールであると同時に，いわゆる症例報告とは異なる視点や思考を必要とする難解な課題でもあると思います．何から書き出せばいいか，どんな症例を選べばいいかわからない，書いてはみたけれども添削してくれる人がいない，そうした専攻医のみなさんの悩みを解決し，「明日からの診療の中でポートフォリオを書けるようになること」がこの企画の目的です．

【概要】今回の企画はレクチャーとグループワークの 2 部構成でお送りします．前半のレクチャーではポートフォリオを書き始めるための基礎知識（ポートフォリオとは何か，ポートフォリオを書くための各領域のポイント）についての講演を行います．後半のグループワークでは，予め募集したポートフォリオをもとに，5-6 人の小グループでディスカッションを行っていきます．各グループには必ず一人以上の指導医を配置し，発表者はポートフォリオへのアドバイスを直接受けることができます．参加者の方は発表者がポートフォリオへの指導を受ける様子を見ながらポートフォリオや指導の様子で気になったことを質問することができます．選りすぐりの指導医がみなさんをお待ちしております！ぜひご参加ください．

　なお，発表者の募集については地方会ホームページを御覧ください！

ワークショップ 1

9:30–10:30　第 6 会場（2 階　中会議室 202B）

企画責任者　鈴木 將玄　　筑波メディカルセンター病院 臨床研修科／総合診療科

摂食・嚥下について考える（初級編）

講師　鈴木 將玄　　筑波メディカルセンター病院 臨床研修科／総合診療科
原 純一　　きらり健康生活協同組合 上松川診療所
アシスタント　吉野 ひろみ　　きらり健康生活協同組合 上松川診療所

「口から食べる」ということは，生命をはぐくむ根幹であり，単なる栄養補給にとどまらず，喜びや生きる気力にも繋がる，人間が人間らしく生きるための基本的で重要な行為です．しかし超高齢社会を迎え，摂食・嚥下に問題を抱え，食べたいが食べられない，あるいは食べさせてもらえないといった状況が頻発しています．また食べさせたいけど，どのような注意や工夫をしたらいいか分からないという現場の苦労もあるのではないでしょうか．だから今こそ，「なぜ口から食べることが難しいのか」に向き合っていくべき時なのです．その為に，経口摂取できるということを理解し，きちんとした知識をつけ，成書には書かれていないポイントやコツを簡潔にインプットして，それを患者さんにアウトプットしてみようと思っていただきたい．肝は「いかに飲食物を喉頭へ流さないか」につきます．知識だけではなく実際に行動して，変化を感じていただかなくては意味がないと考えています．

本 WS では，医療職として摂食・嚥下に関する最新知識を身につけ，患者さんをはじめそのご家族や関わるコメディカルに「誤嚥しないで口から食べる」ことを継続させるための支援には欠かせない，呼吸を確保し最後まで安全に食べるための姿勢である『完全側臥位』についての学びとそのコツを体験してもらいます．また高齢者に対し，薬だけはと無理に飲ませ，それでも飲めないとターミナル扱いとなり，内服を止めた結果生き返ったかのように食べ始めるといった，結果として薬剤が嚥下障害を誘発していたという事例もよく経験します．こういった医原性の嚥下障害を増やさないようにするために，嚥下障害の原因になる薬剤についても概説します．薬剤師とも協力して，なるべく原因薬剤を使用しないようにしたいものです．さらに時間の許す限り，嚥下内視鏡検査の実例も紹介し，実際にご自分の嚥下検査体験も予定しております．

ワークショップ 2

10:40–12:10　第 6 会場（2 階　中会議室 202B）

企画責任者　坂口 眞弓　　日本プライマリ・ケア連合学会薬剤師認定制度委員会，みどり薬局

日本に古くから伝わる屠蘇散を作ってみよう！

座長　坂口 眞弓　　日本プライマリ・ケア連合学会薬剤師認定制度委員会，みどり薬局
講師　柳 直樹　　有限会社 薬園堂薬局
　　七嶋 和孝　　ななしま薬局
　　松岡 奈緒美　　株式会社ファーコス 首都圏第二事業部
　　高橋 裕介　　クオール薬局 笠間店

陳延之著による「小品方」によれば，屠蘇の「屠」は屠（ほふ）る，邪気を払うという意，「蘇」は魂を目覚め蘇らせると解釈し，邪気を払い生気を蘇生させるという意味で，中国の三国時代の名医の華佗（かだ）が作った処方と記載されています．唐の時代に日本へ伝わり，平安時代の嵯峨天皇が初めて正月にお屠蘇を行い，宮中のしきたりになりました．やがて国民も倣い，元旦に屠蘇を用いると一年中の邪気を除き，家内健康にして幸福を得られるとして新年のお祝いの儀式となりました．

最近では，お屠蘇を飲む習慣は減少傾向ではあるが，年末に屠蘇散を配る薬局もまだ残っています．

本 WS では，伝統のあるお屠蘇の意義や由来，屠蘇散に使用される生薬について学んだあと，生薬の特徴から組み合わせを考えて選び，オリジナルの屠蘇散を作ります．

来年の元旦には，本WSで作成した世界にひとつのお屠蘇で新年を祝っていただきたいと思います．

ワークショップ 3

13:45–15:15　第 5 会場（2 階　中会議室 202A）

企画責任者　斉藤 秀之　　公益社団法人 日本理学療法士協会

プライマリ･ケア医に使って欲しいリハビリテーション専門職のテクニック（茨城県支部企画）

講師	鈴木 和江	茨城県理学療法士会 北茨城地域自立支援センター，理学療法士
	巻 直樹	筑波大学 医学医療系 呼吸器外科研究員，理学療法士
	石田 修也	茨城県立健康プラザ，日本理学療法士協会，理学療法士
	大西 耕平	茨城県立健康プラザ，日本理学療法士協会，理学療法士
	浅川 育世	茨城県立医療大学，理学療法士
	大澤 亮	北茨城市民病院附属家庭医療センター，医師
	大澤 さやか	北茨城市民病院 内科，医師
	高橋 弘樹	神栖済生会病院 内科，医師

茨城県においてはリハビリテーションは特徴的であり，北茨城市におけるリハビリテーション専門職（理学療法士，作業療法士，言語聴覚士），特に茨城県理学療法士会が展開している北茨城地域自立支援センターでの活動実践はプライマリ・ケア領域では全国で類を見ない．主催者側の会議の中で，そうした実践活動を紹介し，更に，リハビリテーション専門職の臨床技能をプライマリ・ケア医が使えると良いのではという結論になった．

そこで今回，プライマリ・ケア医が知りたい，知っておいた方が良い，あるいは，臨床の場面で使えると有益なリハビリテーション専門職のテクニックをワークショップすることを目的とする．

【ワークショップの内容】

1．北茨城地域自立支援センターの活動報告から横展開の方策を考える．

2．プライマリ・ケアの実践の中で活用できる呼吸理学療法のテクニックを演習・実習する．

3．シルバーリハビリ体操を演習・実習し，体操と ADL の関係を考える．

今回のワークショップを通して，プライマリ・ケア医とリハビリテーション専門職のタスクシェア・タスクシフトの端緒となることを期待し，学会でのリハビリテーション専門職の活用に向けた議論が現実となることを希望する．

ワークショップ 4

13:45–15:15　第 6 会場（2 階　中会議室 202B）

企画責任者　久野 遥加　　筑波大学医学医療系 寄附講座地域総合診療医学／笠間市立病院

多職種で考える，一歩進んだ緩和ケア

講師	久野 遥加	筑波大学医学医療系 寄附講座地域総合診療医学／笠間市立病院
	上田 篤	筑波大学総合診療グループ／笠間市立病院
	海方 裕幸	ケアプランセンターかさま
	飯田 亜矢子	訪問看護ステーションかさま
	武石 美紀子	訪問看護ステーションかさま
ファシリテータ	伊藤 有理	筑波大学総合診療グループ
	中島 郁枝	筑波大学大学院フロンティア医科学専攻 地域医療教育学分野
	山川 智継	筑波大学大学院フロンティア医科学専攻 地域医療教育学分野
	櫻井 佑樹	ウエルシア薬局取手新町店

本企画の目的：

緩和ケアにおける多職種の役割について知り，終末期の患者さんと遭遇したときに円滑な連携が行えるよう，地域で求められる緩和ケアについて考えること．

本企画の対象：

家庭医療，緩和医療に興味を持っている初期研修医・学生，家庭医療・総合診療を実践する医師（専攻医＋指導医），地域でのプライマリ・ケアを実践している医療職

本企画の概要：

地域の病院・診療所・在宅で終末期の患者さん・ご家族と関わるとき，「こんなとき，どうすればいいだろう？」と悩んだことがある方は多いのではないでしょうか．プライマリ・ケアにおける緩和ケアでは，個別性の高い終末期の患者さんのケアを行う必要があり，患者さん・ご家族の生活を支えるためには様々な職種と連携することが必須となります．そのような場面で，患者さん・ご家族の不安にどう対応していけばよいでしょうか？また，臨死期の身体的・精神的な問題に対して，どうやって多職種で対応していけばよいでしょうか？私たち家庭医・総合診療医が実践している，地域での緩和ケアは，けっして特別なものではありませんが，家庭医療の視点（家族志向ケア，患者中心の医療など）をうまく取り入れ，複雑な事例での緩和ケアにつなげています．このワークショップでは，緩和ケアが必要な患者さんと遭遇したときに役に立つ，家庭医/総合診療医ならではのケアの仕方や在宅医療を支える多職種からの視点を紹介します．また，訪問診療を導入した末期がんの症例についてのディスカッションを通して，看取りのケアについて理解を深めます．患者さん・ご家族が地域で安心して過ごせるよう，地域での緩和ケアについて一緒に考えていきましょう．

「緩和ケアに興味がある！」という学生・研修医から，「緩和ケアはやっているけど，これでいいのか悩んでいる」という地域で実践している医療職の皆様まで，多くの方のご参加をお待ちしています．

ワークショップ 5

15:30–17:00　第 4 会場（2 階　中会議室 201）

企画責任者　長崎 一哉　　総合病院水戸協同病院 総合診療科

チーフレジデントの 1 日
― チーフレジデントは何をしているのか？ ―

ファシリテータ	小杉 俊介	飯塚病院総合診療科
	福井 翔	聖路加国際病院リウマチ膠原病センター
	松尾 貴公	聖路加国際病院感染症科
	内山 昌博	総合病院水戸協同病院総合診療科
	宮田 豊大	亀田総合病院総合内科
	長谷川 雄一	飯塚病院総合診療科
	菅原 大輔	飯塚病院総合診療科
	藤野 貴久	聖路加国際病院内科専攻医
	鈴木 隆宏	聖路加国際病院内科専攻医

みなさまは「チーフレジデント」をご存知でしょうか．チーフレジデントは研修病院の核として，教育，マネージメント，カウンセリング，メンタリングの役割を担う研修医のリーダーです．日本におけるチーフレジデント制度は確立しておらず，その数や有用性は明らかではありません．みなさまにとっても馴染み深い存在とは言えないかと思います．

しかしながら，私たちはチーフレジデント制度が研修プログラムの改善およびリーダーシップのある人材育成のための有用な制度だと考えています．また，有志で日本チーフレジデント協会（JACRA）を設立し，チーフレジデント制度の確立に向けた活動をしております．

本企画では現役チーフレジデントたちが提示するシナリオを通じて，チーフレジデントの業務やその価値についてみなさまにより深く知っていただくことを目的としています．チーフレジデントは一般的に教育，マネージメントおよびカウンセリング・メンタリングの 3 つの業務をしています．今回はそれぞれの業務に対してシナリオを提示しながら，グループディスカッションとレクチャーを行います．テーマについてですが，教育としては「Resident as Teachers」，マネージメントとしては「働き方改革」，カウンセリング・メンタリングとしては「問題のある研修医」とします．各研修病院における具体的な取り組みについてもご紹介させていただきます．

対象となる参加者としては，研修管理を担当されている先生はもちろんですが，リーダーシップや教育に興味のある学生，研修医まで幅広く想定しております．また個別のテーマについて興味をお持ちの方にもご参加いただければと思います．多くの皆様のご参加をお待ちしております．

ワークショップ 6

15:30–17:00　第 5 会場（2 階　中会議室 202A）

企画責任者　橋本 恵太郎　総合病院水戸協同病院 総合診療科

問診力が 100 倍になるワークショップ
（学生向け企画）

講師　三石 一成　筑波大学医学群医学類
酒井 晶子　筑波大学医学群医学類
桐花 玲奈　筑波大学医学群医学類
木塚 真梨子　筑波大学医学群医学類
森 陽愛子　筑波大学医学群医学類

客観的臨床能力評価試験で医療面接が取り入れられ，2020 年度からは医師臨床研修において一般外来研修が必修化されるなど，問診力が必要とされる場はますます増えている．それに対応し，最近では大学の授業で低学年のうちから医療面接が取り入れられ，傾聴・共感の姿勢や問診の型を学ぶ機会は増えている．しかしながら，初学者である医学生が実際の患者を目の前にしたとき，なかなか上手くいかないと感じることが多いのではないだろうか．診療現場においては患者の緊急度・重症度や環境（一般外来と救急外来など）をはじめとした多数の要素が毎回異なり，いつでも同じような問診をすれば良いというわけにはいかない．患者と円滑な信頼関係を育むための適切な態度や重要な情報を網羅する包括性．再現ビデオが浮かぶような病歴をつかむ正確性と診断にたどり着くための鑑別診断力．そして限られた時間でこれらを必要十分に発揮するための効率性．全てが磨かれてこそいかなる場にも対応できる問診力が得られると私たちは考える．本ワークショップでは，「問診力 ＝ 態度 × 包括性 × 正確性 × 鑑別診断力 × 効率性 × Ex」とし，各要素をどのように実践し，高めていくことができるのかをグループディスカッションで深め，ロールプレイングによって実践することで，一段階上の問診力を手に入れることを目指す．

問診は医師にとって必須のスキルであり，学生においても学年を問わず実践することができる．本ワークショップで明日からの実習に，そして将来の診療に活かせる問診のコツを是非持ち帰ってほしい．

ワークショップ 7

15:30–17:00　第 6 会場（2 階　中会議室 202B）

企画責任者　浜野 淳　　筑波大学医学医療系

プライマリ・ケアで遭遇する抑うつ症状へのアプローチ

講師　廣瀬 由美　　筑波メディカルセンター病院 総合診療科
小野間 優介　　茎崎アオイ病院 内科・総合診療科
浜野 淳　　筑波大学医学医療系

うつ病などのメンタルヘルスに関する問題は，日本のみならず世界的に頻度の多い問題となっています．そのため，プライマリ・ケアの現場で，抑うつ症状を訴える患者と遭遇する頻度は，非常に高く，我々プライマリ・ケア医が果たすべき役割は大きいと考えられています．
しかし，適切な支援・治療を受けられている患者は必ずしも多くなく，エビデンスに基づいた治療を受けられているのは，全体の 1/4 未満という報告もあります．

そのため，プライマリ・ケアにおけるメンタルヘルスの質を向上させることは，国際的な優先事項とされています．

本企画は，WONCA が企画・運営している教育ワークショップ「Improving Our Care of Patients with Depression and Anxiety」（https://www.globalfamilydoctor.com/News/Improvingcareofpatients withdepressionandanxietyatWONCAKyoto.aspx）を基盤として，プライマリ・ケア診療において抑うつ症状のある患者とのコミュニケーション・スキルや非薬物療法に関する知識を向上させることを目的としたワークショップです．

ワークショップでは，プライマリ・ケアにおけるメンタルヘルスに関する総論を確認しつつ，抑うつ症状のある患者を適切に評価し，どのような支援・介入を行うと良いのか？ということを参加者とともに考えていきます．

参加者には，事前に学習資料を配布し，当日は，グループワーク，ロールプレイを用いた双方向性のワークショップを行います．自分自身の日頃の診療を振り返り，ブラッシュアップする絶好の機会だと思いますので，奮ってご応募ください．