

第13回日本プライマリ・ケア学会 関東甲信越ブロック地方会 抄録集

ABSTRACT BOOK

- The 13th Annual Meeting of the Kanto-Koshinetsu Regional Branch of the Japan Primary Care Association
- Creating a Jam Session with Colleagues: Reflecting on Primary Care in the VUCA Era

2024

12.1 (日)
ライトキューブ宇都宮
<https://jpca-kkse-13th.com>

大会長講演

演題名 「持続可能なこれからの学術大会を考える」

演者 矢吹 拓（大会長）

場所・時間 第2会場 12:30~12:50

抄録：

第13回JPCA関東甲信越ブロック地方会は久々に現地開催となります。私にとって、学術大会の大会長という大役は初めての経験であり、右も左も分からぬ中での挑戦でしたが、多くの皆様のご支援により、無事に開催することができることを心から感謝しています。

近年、パンデミックにより、学術大会は対面開催からオンライン形式への急速な移行を余儀なくされ、その在り方が大きく変化しました。これにより、参加者の地理的制約が緩和され、多様な視点や意見が集まりやすくなった一方で、対面での交流、特にネットワーキングや即時のフィードバックが持つ価値が改めて見直されています。

学術大会開催にあたり様々な課題に直面しましたが、特に「持続可能な学術大会」というテーマに焦点を当て、学会運営の費用や利益相反について考えてみたいと思います。本地方会では、利益相反の観点から製薬企業や営利企業からの協賛金を受けずに開催することを目指しました。ランチョンセミナーや利益相反の懸念がある営利企業の展示を行わない方針とした結果、金銭的には非寿に厳しい運営となりました。特に学術大会の事務局業務を業者に委託する場合、多額の費用がかかるため、多くの事務作業を実行委員会のメンバーがボランティアとして担ってくださいました。

本邦の学術大会は、諸外国と比較すると参加費が安価であると言われますが、その背景には利益相反の可能性がある営利企業からの支援があるかもしれません。過剰な利益供与を受けている可能性も指摘されています。今後、学術大会の運営側には効率的な資金調達とコスト管理が求められ、解決策としてクラウドファンディングや地域密着型のスポンサーシップの活用が考えられます。

今回の大会も、栃木県や宇都宮市といった行政機関、さらには医療や介護分野の多職種団体から幅広く支援を受け開催することができました。学術大会は、情報交換の場としてだけでなく、未来の医療を創造するための重要なプラットフォームであるべきです。また、学際的なプログラムや学術的な学びの場を提供する責務があると考えています。そのような学術大会を持続的に開催していくために、参加者の皆様にもいつもよりほんの少しだけ利益相反について考えて頂けたらうれしいです。

特別講演①

演題名 「コロナ禍と出会い直す」
演者 磯野 真穂
場所・時間 第2会場 11:00~12:10

抄録：

新型コロナウイルスのパンデミックは、普段は不可視化されている日本社会の深層構造が人々を否応なく動かしていることを顕にさせる現象であった。

全てとは言わないが、学会では「患者教育」というセッションを設け、一般市民への啓蒙を重要視する医療者自身が、素人から見ても科学的とはかけ離れた過剰な感染対策を推進・容認した。その過剰さは、死の直前ですら面会制限をかけようとする、いくつかの病院施設の対応に未だ残されたままである。

私は近著『コロナ禍と出会い直す 不要不急の人類学ノート』(柏書房)の中で、いったんやり始めると止められない、このような日本の特徴を「和をもって極端をなす」と名づけた。この極端さが顕著に出たのは医療機関だったのではなかろうか。日本は法による強制的な支配を用いなかつてもかかわらず、感染者数や死者数を比較的低く抑えた国として知られている。しかしその一方で、自殺率や失業率の上昇、さらには対面交流の著しい減少など、可視化されづらい部分で、多くの人々の暮らしに毀損され、それは今も続いている。感染対策に絶対的な正解はなく、何をどうやっても批判はくるだろう。

しかし命を守るために感染対策だけをすれば良く、そのためには対面交流や死者とのお別れの機会を全面的に諦めるのはやむを得ないという思考パターンは、命を多面的に捉える見方を欠いた、命を軽んじる思想であろう。

本発表では、「和をもって極端をなす」社会の構造とは一体どのようなものでありうるのかを、文化人類学の知見を借りながら、冷静に考えてみたい。過剰ではなく、中間の答えを探り、実践できる組織のあり方の糸口を掴むのが本発表の目的である。

特別講演②

演題名 「卓ジェネ祭！！」
座長 榎原 剛
演者 藤沼 康樹
日時・場所 第1会場 13:10～14:10

抄録：

人口減少、少子高齢化、人口の偏在に加え、COVID パンデミックに巻き込まれた日本において、プライマリ・ケアの重要性が再認識されている。総合診療専門医や家庭医療専門医の注目も徐々に増してきており、日本のプライマリ・ケアの強化のために、現場で日々奮闘している医療従事者の自己研鑽ジェネラリストを目指す若い医師達の教育は必須の課題である。

本セッションでは、「プライマリ・ケアの現場にフィットする医師」を「卓越したジェネラリスト」と定義した書籍～「卓越したジェネラリスト診療」入門 複雑困難な時代を生き抜く臨床医のメソッド～(通称「卓ジェネ」)の著者をお迎えして「卓ジェネ祭り!!」を開催する。第一部は、プライマリ・ケアの現場では避けられない「不確実性」について、どのようにハンドリングしていくのか、またそれをどのように教育していくかについて、ショートレクチャーを行う。第二部は、「卓ジェネ」を愛読書とする様々な立場の医療従事者だけでなく、卓越したジェネラリストを目指す多くの参加者から、書籍への質問だけでなく日々の疑問などについて「卓ジェネ」著者と直接ディスカッションを行っていく予定である。

メインシンポジウム

演題名 「VUCA 時代の総合診療」
座長 泉 学
演者 1 松村 正巳
演者 2 志水 太郎
演者 3 矢吹 拓
日時・場所 第2会場 9:30~10:40

抄録：

松村 正巳

VUCA と表現される時代ではあるものの、時を超えた医師の知の構築を、理論的知識（ソフィア）と、実践知（フロネシス）の視座から考察する。理論的知識は普遍の真理を指し、実践知はそれを適切に個々の事例に応用することである。診療には、〈普遍性〉と〈論理性〉と〈客觀性〉を有するサイエンスに立脚した、EBM（Evidence-Based Medicine）を代表とする理論的知識が必須である。これを基に近代の医学と医療は分化しながら、大きく発展してきた。この福音はわれわれに広くもたらされ、予防医学や公衆衛生の普及も加わり、日本人の寿命は延長し、高齢社会、超高齢社会へと変遷してきた。一方、細分化した医療システムでは、1人の医師が対応できる領域がますます狭くなり、多疾患が併存する患者への対応が課題になっている。さらに、診療は、個体差や背景の違いを有し、感情を持つ人を対象とするため、理論的知識のみで診療とケアの方針を容易に決められるものでもない。他者との精神的なつながりに基づき、真理を適切に個々の患者に適用させる実践知が改めて求められている。

一方、学習したわれわれの知をより引き出しやすく、洗練されたものとするには経験が必要で、それは患者が教えてくれる。経験したことは記憶に残りやすく、同様の場面で引き出しやすくなる。初めて診断する疾患よりも、経験したことのある疾患は、鑑別診断においてより高い蓋然性で意識されることを多くの医師が経験する。「普遍化による意味の「漂白化」を伴う教科書の記述とは異なり、実際に診療した患者の症状や徵候、その組み合わせは、経験に基づく記憶として、診察の場面も含め鮮明に想起できる。医師の「知」は座学で学ぶ理論的知識を基に、出会った全ての患者からその応用を学んだ総和であろう。医学と医療には他者に貢献することを目指しつつも、他者から学ぶという構造が存在する。ソフィアとフロネシスの調和した「知」の構築には、時を超えた普遍性が存在すると思われる。

志水 太郎

VUCA の時代を迎えて久しいが、世界を見回すだけでも地政学の問題には枚挙に暇はない

く、より卑近な例では為替レートの動きなども象徴的だろう。総合診療業界においてもその波に抗えない状況は多く、業界としては COVID のエピカーブを正確に予測することが難しいのは皆の知るところであり、また例えば演者の専門とする診断の質においても、JAMA 誌をはじめとした主要医学雑誌でまさに“Medical Uncertainty”という言葉が“一周回って”改めて紙面を賑わせている。Uncertainty に対峙するにはどうしたらよいだろうか。Uncertainty の内訳は多因子からなるコンテクストであり、バイアスであり、個人ごとのぶれを表現するノイズ Noise という概念も新しく提唱されている。一つの最適解を示すことは難しいが、いくつかのフレームワークはある。とくに、Uncertainty を更に精密に表現したフレームワークで昨今提唱されている BANI (Brittle 脆弱性、 Anxious 不安、 Nonlinear 非線形性、 Incomprehensible 理解不能性) についても触れる必要があるかもしれない。この 解決策にはいくつかの考慮が必要である。一つには集合知 (Collective Intelligence) を用いるなど、妥当性を担保したリスク分散の判断基準が有力とされている。BANI のような複雑で予測不能な環境では、一人の判断に頼るのではなく、多様な意見を集めて意思決定を行うことが、脆弱性や理解不能性に対処する有効な方法だろう。集合知は、脆弱なシステムに柔軟性をもたらし、理解しにくい問題に対して多様な視点を提供するといえる。非線形性の変化に対応するためには、迅速に適応できるアジャイル手法や、目標を固定せず、利用可能な資源を活用して適応していくエフェクチュエーションなどの手法が効果的だろう。不安に対しても、例えばアジャイルは小さな変更を繰り返しながら適応するため、予測不能な状況に強く、柔軟に対応できるため有効だろう。このように、それぞれの要素には少なくとも解決策があり、これを有効に実装することで不確実性に対峙することが可能だろう。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

矢吹 拓

VUCA という言葉自体は 2010 年頃からビジネス業界を中心に用いられていたが、医療の世界において、特に close up されたのは COVID-19 パンデミックではないだろうか。世界的な大流行の中で、まさに volatility (変動性) や uncertainty (不確実性)、complexity (複雑性)、ambiguity (曖昧性) を感じながら、必死に情報収集し、実践し、診療を見直す、といったプロセスを繰り返す日々であった。その中でも普遍知である EBM は現場で大いに役に立ったと感じている。EBM について、「確固たるエビデンスに基づいて画一的な診療が行われる」というイメージを持っている方もいるかもしれないが、実は EBM の Step4 の 4 要素には、エビデンス以外に、患者本人の意向や、周囲の状況、医療者の臨床経験も包含されている。多くの要素が複雑に絡み合う臨床現場の意思決定において、VUCA を乗り越えていくために必要な枠組みが提示されており、提唱者である「EBM の父」David Sackett 氏はまさしく慧眼だった。そもそも臨床は VUCA 的要素に充ちている。VUCA を乗り越えていくための方法論は他業種からも数多く提唱されているが、医療で取り扱うのは健康問題であり、時に生死に関連するものもある。最期には全ての人に等しく

「死」というアウトカムが発生する医療において、どこまで言っても「絶対」がない課題を扱うこと自体に大きなストレスを伴う。

VUCA を乗り越え、「良かった」と思える意思決定をしていくための重要な鍵は、「対話」であり、そこから生じる「信頼関係の構築」である。求められるのは、VUCA を排除することだけでなく、VUCA を受け容れ、ともに歩んでいく姿勢なのではないだろうか。

シンポジウム①

演題名	「たすけてと言えない人がいることに気づく～小児逆境体験 ACE～」
座長	千嶋 巍
演者 1	土橋 優平
演者 2	中島 真理
演者 3	仲田 海人
日時・場所	第1会場 9:30~10:40

抄録：

私たちが出会う方の中には、不登校の問題で悩んだり、仕事を始めて具合が悪くなったり、離婚・出産などがきっかけで不安定になったり、家に引きこもりの状態になったり・・・という方が少なからずおられるのではないかでしょうか。医療従事者の皆様の中には頻回な救急外来受診や予定外の外来受診などで対応に困っているご経験あるものと思われます。そのような時、「これって心の痛みが体の痛みとして出ているのではないか」と感じた事はないでしょうか？

心理的な要因や社会的な障壁が重なり、困っていても「助けて」と言えない人が私たちの身の回りには必ずいらっしゃいます。まず、そのような不調を訴える人はどんな背景があって「助けて」と言えないのかということを掘り下げてみたいと思います。次に、小児期逆境体験(Adverse Childhood Experiences: ACEs)という用語の説明や、脳機能の発達への影響、自律神経系の関与など ACEs がもたらす病態生理を概説いたします。さらに、訴えの裏には身体的な要因だけでなくどのような心理社会的な要因が隠されているのかということを、生育歴という観点からも思いを巡らせてみたいと思います。実際の現場で起きていることやその内容をご理解いただくために、架空の事例としていくつか共有したいと思います。

ACEs を経験した人たちに私たちには何ができるのでしょうか。一般的にはまず被害者自身の気づきを促すこと、支援する方法があることと言われています。その際にどのように注意しなければならないのかを考えていきたいと思います。また、助けてと言えない人がいた際は時として支援者自身が声を上げていく事が必要になる場合もあります。ACEs 経験者のエピソードを受け止める際に支援者も二次的な心的外傷を負う事があるため、支援者同士で繋がり合い、地域全体で互いの心を支えていく必要があります。

本日は ACEs の事をよく理解し、栃木県内外で支援を実践している方々を講師にお招きました。話を聞きいただくのみにとどまらず、ご来場いただきました皆様と双方向性のディスカッションの時を持ちたいと思っています。関心を持ってくださった方はどうぞお気軽にお立ち寄りください。

ACEs が当たり前の知識としてもっと普及しますように。無関心が払拭され、ACEs が予

防される地域づくりが進みますように。本シンポジウムが、そうしたムーブメントにささやかな火を灯せるよう願っております。

シンポジウム②

演題名 「災害 過去からの歩み、未来に向けて」

座長 菅野 武

演者 1 林 堅二

演者 2 小倉 崇以

演者 3 鈴木 諭

日時・場所 第1会場 11:00~12:10

抄録：

「東日本大震災の被災と継承：全病院避難と受援の経験から、人材育成へ」

菅野 武

2011年東日本大震災時、私は南三陸町の病院内で勤務時に被災した。町は15mを超える津波に覆われ、住まいも友も仲間も患者も、多くが失われた。その後支援者と共にかろうじて生きのびた人たちの命をつないだ。それから災害支援の枠組みは大きく発展したが、急性期を過ぎた被災地域の医療機関の支援体制はいまだ心許ない。職員や医師だって被災者である。ずっと働き続けて潰れてよいわけはないのに、SOSを発信することは容易ではない。被災した医療者として、また人材育成に関わる者として、「自分がいる場所に災害が起きる」経験の共有と次へのメッセージを提案する。

「能登半島地震における活動報告」

林 堅二

「災害医療」とは異常な自然現象や人為的原因によって社会生活や人命が受けた傷病に対し迅速かつ適切な処置を施すことによって、より多くの人命を救助し最良の転機を迎えるよう努めることである。

日本の国土は全世界の0.29%に過ぎないにも関わらず、他国に比べ地震、風水害、土砂災害や雪氷災害などの自然災害が多く災害大国と言われており、総務省の調べでは全世界で発生したマグニチュード6以上の地震のうち18.5%が日本で起こっていたと報告している。

また近年では人為的災害も日常化しており、なかでも多数傷病事案を含む交通事故は年間30万件超であり、そのうち約2.5万人の重症者数と約2.5千人の死亡者数を数えると警察庁が報告している。

今回はその中でも本年1月に発生した「能登半島地震」に焦点を当て、自然災害時の災害医療従事者の活動について紹介し、今後、皆様に期待したい願いを添えてお伝えできればと考えております。

「地域パンデミックプランの確立」

小倉 崇以

COVID-19 は中国武漢でアウトブレイクし、Pandemic となった。2023 年 3 月までの統計で、全世界で 6.8 億人の患者が確認され、約 690 万人が死亡した。同患者には、ECMO が必要な重症呼吸不全患者も多数発生したが、本邦では呼吸 ECMO の専門施設は少なく、その治療の提供には特別な配慮を要した。しかしあと重要なことは ECMO を高品質に稼働させることではなく、Pandemic 診療における地域内外の連携である。Pandemic を戦っていても、その他の疾患によって過剰死亡を生んではならない。ECMO に限らず Pandemic 対応により地域の医療提供 capacity が切迫する場合は、医療切迫地域から医療安定地域に患者をドレナージし、医療崩壊を防ぐ必要がある。加えて地域内においては、初期対応をするプライマリ・ケア医と重症部門として転院を受ける ICU ドクターとが連携し、「重症患者を生み出さない仕組み造り」も地域の医療提供体制の維持のために要となる。

今後、我が国は COVID-19 Pandemic の経験を生かし、今後の医療計画へと繋げてゆかねばならない。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

「プライマリ・ケアを実践する立場として、災害時に求められる私たちの任務と役割」

鈴木 諭

災害医療は、その災害の本質や発災後経過により、救急医や外傷外科医の技術や知識を中心として求められる災害もあれば、総合診療医や家庭医の技術や知識が必要とされる災害もある。特に発災後亜急性期から復興期にかけての時期においては、公衆衛生の視点を持ち介護福祉領域や行政職との連携を図りながら、被災地支援を行うことが重要であり、多職種連携を平時から行い、地域住民に近い視点で生活を支えるプライマリ・ケアのニーズが災害時にも高いと考えられる。

日本プライマリ・ケア連合学会災害システム委員会では、災害支援活動組織 PCAT (Primary Care Assistance Team) の災害時運用を目的に体制構築と規定策定を行うとともに、学会員を対象とした研修を開始する予定で準備を進めている。

当日は、PCAT 研修の紹介をすると共に、プライマリ・ケアとしての災害の関わり方にについて議論を深める予定である。

シンポジウム③

演題名 「多職種で織りなす地域医療の未来」

座長 村井 邦彦

演者 1 太田 秀樹

演者 2 高橋 昭彦

演者 3 佐々木 秀明

演者 4 岩本 佳代子

日時・場所 第2会場 14:30~16:30

抄録：

「在宅医療の歴史とこれからの地域医療」

太田 秀樹

介護保険法が制定され、高齢者の在宅療養を目指す介護保険制度が始まったのは2000年である。この間社会は大きく変容した。当時17%だった高齢化率はもはや30%を超える勢いである。さらに、2010年には人口減少社会に突入し、合計特殊出生率の低下に伴い、少子化には拍車がかかり、超高齢多死社会は一層深刻となった。

高齢者の増加により疾病構造は変わる。高齢者特有の疾病や兆候が地域医療の主な対象となり、医学的妥当性を根拠とした標準的治療により、新たな生活障害を引き起こすという現実にも直面している。骨折治療で、骨折は治癒したが、廃用によって、歩行が難しくなった。誤嚥性肺炎の治療で、経口摂取が困難となり、認知症が増悪した。このような病態を、入院関連機能障害（Hospitalization associated disability :HAD）と呼び、高齢者の治療においては、生活機能を温存し、適切な治療を実践することでHAD発症の予防ができることも知られている。可及的に入院を回避して、在宅療養を継続し、生活支援と医療支援を一体的に提供する在宅医療の質向上の重要性が再認識され、市区町村には、在宅医療介護連携システム構築が、また、都道府県においても、第八次保健福祉医療計画の中に在宅医療介護連携システム構築を政策として盛り込むことになっている。

一方で、半世紀さかのぼると、町の開業医による往診は、当たり前の地域医療のすがたであった。高齢化率が7%を超え、高齢化社会と呼ばれたのが1970年で、家族の看病と開業医の往診で高齢者が自宅で看取られている。

確かに、人口構造の激変で、社会は大きくかわり、求められる医療が変わるのは当然であるが、病気があるから医学があり、病人がいるから医療者がいる。さらに、在宅療養を望む患者がいるから、在宅医療が求められるのは、当たり前のことだ。ところが、在宅医療推進が、診療報酬でけん引されたことで、経営に有利という理由で在宅医療を始める医療者が増加し、高齢者施設の入所に際して訪問診療が条件付けられたり、在宅で終末期医療を希望した患者が、医療施設に救急搬送されたりする残念な事例も耳にする。

科学としての医学はさらに進歩し、再生医療や遠隔医療が発展するだろう。特に DX は地域医療の姿を劇的に変容させるはずだ。受療率をみると、外来患者の半数以上は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病であり、遠隔医療が普及すると外来患者は減少し、ヘルスリテラシーの向上とあいまって、入院医療は急性期疾患に特化。虚弱な超高齢者の医療は、施設を含め在宅医療となるだろう。そして、医療の目指すものが QOL 向上となると、尊厳ある生活を上位概念とした、過不足ない医療と生活支援の一体的提供が地域医療のミッションになると言えるに違いない。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

高橋 昭彦

<はじめに>

在宅医療が必要なのは、成人・高齢者ばかりではありません。医療の進歩により人工呼吸器や気管切開、経管栄養などの医療的ケアが必要な、「医療的ケア児」が増えていきます。その数はおよそ 20,000 人。小児がんの子どももいます。彼らの状態像は多様で、寝たきりの子どもから、走れる子どもまでいます。スマートフォンを操る子どももいます。新しい治療や医療的ケアの手段も増えており、それぞれの地域の受け皿も一様ではありません。

<小児在宅医療>

在宅医療は、子どもたちが暮らす家に訪問し、子どもと家族の暮らしに寄り添ってきました。子どもは、大学病院や子ども病院などの専門医療機関への受診を続けることが多く、専門医療機関は、専門的な治療や、緊急時の入院などを担います。ここに在宅医が入ると、日常的な診療や相談、多職種チームとの連携を担うことができ、在宅チームが強化され、病院への通院の回数も少なくなります。これは専門医療機関と家族の負担を減らすことになるのです。また、必要に応じて、家族の診療や予防接種を行います。家族の中には、その子どもの兄弟姉妹（きょうだい）がいることが少なくありません。きょうだいの中には、我慢をしていたり、無理をしていたりする子どもがいます。きょうだいを名前で呼び、声をかけ、「あなたに関心を持っているよ」という気持ちで接することは、在宅医療の大切な役割です。

<子どもと家族の暮らしの課題>

2021 年に医療的ケア児支援法が施行され、大きく世の中は動き出していますが、課題は山積しています。

- ① 医療的ケア：いのちに直結し、暮らしに影響します。物品もケアを担う人材も必要で、災害時の配慮も重要です。
- ② 多職種連携：医療だけでなく、福祉、保育、教育の人たちが関わるため、「対等性」と「共通言語で話すこと」が大切です。
- ③ 育ちに配慮する：障害や病気、医療的ケアがあっても、子どもにとって社会参加は重要です。安全と安心を確保しつつ、遊びや学びの中で子どもは育ちます。
- ④ 移行期：子どもから成人になる時期を、移行期（transition）と言います。子どもが

大人になっても、在宅医は訪問を続けますが、入院できる成人の診療科が確保できない現状があります。

⑤ 親なき後：子どもは大きくなり、親は年を重ねます。親が元気なうちに、医療的ケア者が、地域の中で、第三者のケアを受けて暮らせるようになると良いでしょう。

＜どんな未来を目指すのか＞

今では、子どもの分野に関心を持つ、医学生や多職種の学生が増えています。中には、早くから子どもと家族に関わるNPO活動を始める人たちもいます。そこに、未来への希望を感じます。しかし一方で、ひとり親家庭やネグレクトなどで、社会的支援が必要な医療的ケア児も増えてきています。私が願う未来は、どんな子どもが生まれても、途中で病気や障害を持ったとしても、子どもと家族が孤立せず、生きていける社会です。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

「在宅医療におけるこれからのリハビリテーションの役割」

佐々木 秀明

在宅（生活期・維持期）におけるリハビリテーションの役割は、心身機能やADLの回復というのはもちろんですが、それだけに偏るのではなく活動や参加、QOLの維持・向上といったその人らしい生活の再構築を目指すこと、支援することが重要な役割です。在宅でのリハビリテーションは利用者が実際に生活している環境で行われるため、生活に即したアプローチかつ個別のニーズに対応した支援が可能です。そのため、利用者が日常生活で直面する具体的な課題に取り組みやすく、より実践的な改善が期待できます。

具体的には、家の中で安全に移動できるよう支援したり、家事を自分で行えるように練習したり、趣味活動に取り組むための支援など、日常生活の中で必要なスキルの改善を目指していきます。また、利用者本人への直接的なアプローチだけでなく、家族への関わりや生活している環境へのアプローチ（福祉用具の導入や住宅改修の提案など）も行っています。

日本リハビリテーション病院・施設協会では、地域リハビリテーションの定義を「地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。」としており、このことからもリハビリテーションは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）だけでなく、医療従事者、介護福祉関係者、本人・家族、そこに住む地域住人、関係機関や関係組織などみなで取り組んでいくものです。

また、一般介護予防事業の一つである地域リハビリテーション活動支援事業においては、地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進しています。

具体的には、地域ケア会議に参画し自立支援の考え方を参加者全員で共有することでケ

アマネジメント力の向上を目指したり、介護事業所の介護職員等へリハビリテーションの視点から助言をすることで、普段の介入に役立てもらったり、住民主体の通いの場に関与し、誰でも参加できる体力づくりに取り組んだり、通いの場を地域に展開することにより、閉じこもりの防止や社会参加機会の増加、見守り機能や相互支援につなげていくというようなことが、現在リハビリテーション専門職が一丸となって全国的に展開され始めています。

このように、個別のリハビリテーションをしっかりと提供していくこと、その上で個別のリハビリテーションの枠を超えて地域全体で支えるリハビリテーションを実践していくことが、在宅医療におけるこれからのリハビリテーションの重要な役割です。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

岩本 佳代子

「食べる」ということは、生命維持や健康増進に不可欠であると同時に、人生の楽しみであり、自己表現でもあり、コミュニケーションの一部でもあり、まさに尊厳そのものではないでしょうか。

高齢社会白書（内閣府）によると、高齢者が「生きがい」を感じるのは、「孫など家族との団らんの時」、「おいしい物を食べている時」、「友人や知人と食事、雑談している時」など『食』にかかわる場面で多く見られます。また、「食を楽しみにしている」者は栄養状態が良いという調査からは、『食』がフレイル予防にも直結する事がわかります。

一方、在宅療養者の栄養状態は、「低栄養」、「低栄養のおそれ」を合わせると約7割の方にのぼるという調査報告もあります。高齢者の栄養障害についての調査では、嚥下障害が最も多く、次いで食事の準備が困難、食事量の低下などが挙げられていますが、どれも、訪問栄養食事指導によって解決が可能な課題です。

しかし、介護保険の管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数は、医師の0.7%、歯科医師の1.8%、歯科衛生士の1.3%に過ぎません。さらに、訪問看護ステーションを対象にした在宅療養高齢者における栄養ケア実施状況に関するアンケート調査では、管理栄養士と連携を図っている事業所は20%程度で、栄養の専門職による栄養ケアが十分に実施できていないことが分かります。

訪問栄養食事指導は、在宅療養者のご自宅に管理栄養士が訪問し、食生活や栄養に関する様々な相談にのり、病態や嗜好に合わせたレシピや口腔機能に合わせた食形態の提案、実際に療養者や介護者の能力に配慮した調理指導などを行います。制度上、「栄養食事指導」と呼ばれますが、けっして上から「指導」する意識をもたずに、コミュニケーションを十分に取りながら、共に解決する姿勢を心掛けています。栄養を管理するのではなく、『食』を楽しんでいただくための「栄養食事指導」といえます。

単に生命の維持や健康増進のために行う栄養管理だけではなく、患者や家族が生きがいを感じ尊厳を持ち笑顔で暮らせるように、彼らの人生に寄り添える訪問栄養食事指導を続けていきます。

まだまだ、訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の数は少なく、どこにいても受けられる状況にはありません。多くの管理栄養士が在宅に目を向けて、在宅医療の仲間に加わることを望んでいます。

「口から食べるということ」を支えるには、多くの医療・介護職との連携が不可欠です。切れ目ない効果的な栄養ケアを実施できるよう地域の多職種と連携し、地域包括ケアシステムの構築を目指していきます。

シンポジウム④

演題名 「多職種連携で乗り越える心不全パンデミック～病院から在宅まで患者中心のアプローチ～」
座長 塩野入 洋
演者 1 小坂 鎮太郎
演者 2 谷口 智子
演者 3 門下 鉄也
日時・場所 第1会場 14:30~15:30

抄録：

2025年には団塊の世代が全員75歳以上となる超高齢化社会の中で増え続けている心不全患者数は2030年には130万人に達するとされており、それに伴い医療費の増加にも繋がっている。

また、医療の進歩により在宅で心不全治療を行うケースも増加している。

このような心不全パンデミックの状況に対して早急に対応すべく病院から在宅ケアまで一貫した多職種連携が重要となる。

つまり医師・看護師・薬剤師等の多職種がチーム一丸となって、心不全患者を支えていくことが重要となってきており、それに加えて我々が患者・家族などの協力や参画を得る患者協働の視点を持つことが大切である。

その点を実現させることで質の高いケアを提供し、心不全の悪化を抑え患者の健康を守り生活の質を向上させ、患者が住み慣れた地域で暮らし続けることに繋がると考えられる。

そのような中で、本セッションでは、心不全患者に対する病院から在宅までの包括的なケアを実現するための多職種連携の役割に焦点を当てる。

特に専門職がどのように連携し、どのような役割を果たして患者のQOLを向上させるかについて3職種の方々からお話をいただく。

谷口智子様からはクリニックの立場から、門下鉄也先生からは保険薬局の立場から、そして小坂鎮太郎先生からは病院の立場から、連携事例や具体的な実践例をお話いただき、最後には総合討論という形で多職種の専門家が集まり、患者中心の心不全治療を実現するための具体的な連携方法や今後の展望について討議する。

その中で学びを深め明日からの業務に活かしていただきたい。

教育講演①

演題名 「在宅医療とおくちのケア」

演者 古屋 聰

日時・場所 第4会場 9:30~10:40

抄録：

「在宅医療とお口の健康」がテーマだが、お口周りは・息をすること・食べること・会話することの主要部位であるので、在宅医療を含むすべての医療でたいへん重要である。

一方で、全体として医師は意外にお口周りに疎い。「歯科」という別の専門職種があることにもよるが、「臓器別専門」の観点から見ると耳鼻科にウエートがありそうで、構音や摂食・嚥下、コミュニケーションに関心が薄い医師はたくさんいる。

実はリハビリテーションの中でも、PT, OT と ST は分担制みたいになっていることが多い。臓器別医師からの臓器別依頼・指示に応える形になっているからだ。

また、生活の中には必ず「ハミガキ」があるのにも関わらず、看護でもそれほど重要視されていなかったと思う。「総義歯なのでハミガキはしません」「絶食だから口のケアはしなくていい」「終末期は負荷をかけるので歯科衛生士などの専門的口腔ケアは要らないのでは」などと言っている看護師もまだ身近にいるはず。でも特にプライマリ・ケアに関わる方々はこれではいけません。

当日は、「災害医療における食と口腔ケア」を題材に、疾病・障害の急性期から慢性期にいたるまでの「お口の健康」についてお話ししたいと思っています。

教育講演②

演題名 「地域共生社会の実現に向けて」
座長 千嶋 巍
演者 濱野 将行
日時・場所 第1会場 13:10~14:10

抄録：

演者の自己紹介から始まり学生時代から高齢者の孤立・孤独に強い関心を持っていたこと、学生時代から取り組みを始めたこと、その動悸をどうやって維持し続けたかを紹介していただく。

えんがおが展開している孤独・孤立対策を概説いただき、経時的にどのような変遷を経てきたか、途中生じた問題にはどのようなものがありどのように対策してきたかを紹介いただく。

現在展開しているえんがおの活動を紹介いただき、今抱えている課題、それをどのように乗り越えようとしているかを概説いただく。

孤独・孤立対策を展開していく上での今後の展望、もし医療がそこに関わるとしたらどのようなことを期待したいかを概説いただく

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

「一人じゃなくて、みんなで何とかする社会を目指して」

一般社団法人えんがお 代表理事 濱野将行

初めまして。栃木県大田原市で「一般社団法人えんがお」という法人を運営しております、濱野と申します。今回の学会では、他の先生方の発表とはやや毛色は異なるかもしれませんし、若輩者の話で恐縮ですが、今地域で起きていること、そして、それを受けどんな医療・福祉・地域づくりが求められているのかを、私たちの活動の紹介も交えつつ、お話をさせていただければと思います。

皆さんは、「家庭内殺人」や「介護殺人」、「無理心中」といったものをご存知でしょうか。これらは、介護状態にある家族同士が、その苦痛から双方の同意の上で殺害に至ってしまったり、あるいは片方の一方的な「もうこれ以上は無理だ」という判断によって引き起こされてしまったりするケースが多くあります。高齢者同士がイメージされやすいですが、兄弟間や親子間でも、悲しい事件に発展してしまうことがあります。さらにその多くは、恨みや怒りではなく「大切だから」との感情で起きてしまうらしいのです。

では、こうした事件は、極めて一部の、たまたま悪いことが重なったケースでしょうか。実は、そうではありません。今日本で起きる殺人事件の過半数が「家庭内殺人」であり、「介護を理由にしたもの」と言われています。60代以上の家庭内殺人に絞っても、8日に一件、こうした悲しい事件が引き起こされている。それが、今の社会の現状です。

私たちの社会は、物資面で言えば年々豊かになっています。医師などの医療従事者も増えました。社会福祉士などの福祉職も増えました。しかし、自殺者は小中学生も含めて増え続け、紹介したような悲しい事件も増えています。何故でしょうか。医療や福祉の資格者の数をもっと増やせば解決するのでしょうか。私は、数ももちろん必要だとは思いますが、本質はそこにはないと感じています。

これらの現状を踏まえ、すぐに全てを解決する策はなくとも、少しづつでもやらなければならぬことが、本学会にいる私たちにこそあるはずです。それは、数ヶ月や数年では効果は出ないかもしれません。しかし、数年後を考えた時に、子どもたちの未来を考えた時に、今すぐやらなければいけないことでもあります。

抄録上では少し飛躍してしまいますが、やるべきことの答えの一つは「つながりをつくること」だと考えています。

えんがおでは、徒歩5分圏内に9軒の空き家を活用し、高齢者サロン、居住支援、地域食堂、若者向けシェアハウス、障害者施設、学童保育、子どもの遊び場などを運営しています。徒歩圏内にあることで、子どもから高齢者まで、障がいがあってもなくても、すべての人が日常的に交流する地域コミュニティを作り、みんなで運営しています。運営面は課題だらけで、失敗ばかりの事例ですので、決して成功事例のような形では紹介できませんが、こうした日々の葛藤を含め、これからについて、答えのない問い合わせを皆様と一緒に考える時間にできたら嬉しく思います。

教育講演③

演題名 「フィジカルラウンドオンライン@栃木」
演者 1 平島 修
演者 2 松本 謙太郎
演者 3 北 和也
演者 4 鈴木 森香
日時・場所 第3会場 13:10~14:10

抄録：

ビデオ会議システムを用いてベッドサイドと学会会場をオンラインでつなぎ、症例検討・ベッドサイド回診をライブで行います。

現代医学の父と呼ばれるかのウィリアム・オスラーは、「3時間机で勉強するよりもベッドサイドの15分が勝る。」「本を読まずして医学を学ぶことは海図を持たずして航海に出るに等しく、患者を診ずして医学を学ぼうとするは全く航海に出ないに等しい。」という言葉を残しています。コロナ禍において大人数でのベットサイド回診は敬遠され、身体診察教育は衰退の一途を辿るのでしょうか？医学生・若手医師からの悲痛な叫びは跡を絶ちません。しかし、オンラインの技術を使えば、たとえ遠方にいても何人でもベッドサイドの教育は可能です。

演者も当日まで患者情報は知られず、主治医から症例提示され、聴講者も回診の参加者となり、テレビ電話形式でベッドサイド回診を行います。

このセッションを通して、ベッドサイドでの学びの喜び、身近なデジタル機器を用いることでベッドサイド教育は可能であること、明日にでも始められることを共有できればと考えております。

教育講演④

演題名 「AI 時代の EBM 批判的思考とテクノロジーのハーモニー」

演者 青島 周一

日時・場所 第 4 会場 15:50~16:50

抄録：

よく知られているように、Evidence-Based Medicine (EBM) とは、①疑問（問題）の定式化、②疑問を解消するために必要な情報収集、③情報に対する批判的吟味、④情報の患者への適用、⑤一連の作業（①～④）フィードバック、という 5 つのステップで構成される医療者の行動スタイルである。より具体的には、目の前の患者から生じる疑問や問題を Patient、Intervention、Comparison、Outcome という 4 つの要素で構造化し、疑問や問題の解消に参考となる学術情報（いわゆるエビデンス）を検索する。得られた情報は、その内容を鵜呑みにせず、批判的に吟味をしたうえで、臨床上の意思決定に活用する。また、情報の患者への適用においては、情報に記された事実のみならず、患者の病状や周囲を取り巻く環境、患者の想いや価値観、医療者の臨床経験の 4 つを考慮すべきである。

近年、生成 AI（生成的人工知能; Generative AI）技術の急速な進歩と普及により、情報検索の方法論や、情報内容の要約および批判的吟味の手法に大きな変化が生じている。これまで、Google のような検索エンジンを用いて行われていた情報検索は、生成 AI に対してプロンプトと呼ばれる指示文を送信し、AI に回答させるという方法に変化しつつある。EBM の実践においても、医学論文の検索や、検索された医学論文の要約、論文で報告されている研究結果の批判的吟味などのプロセスにおいて、生成 AI の活用が十分に検討できる。もちろん、生成 AI を効果的かつ効率的に活用するためには、AI に指示すべきプロンプトの内容に一定の工夫が必要である。また、生成 AI が生み出したテキストが常に正しいわけではなく、時に不適切なテキストを生成することも多く、その活用には細心の注意を要する。本セッションでは、「生成 AI がサポートする批判的吟味の技」をテーマに、医学論文の検索や医学論文の批判的吟味に関する生成 AI の活用をデモンストレーションで示し、EBM 実践における生成 AI の活用ノウハウ、およびピットフォールを解説する。さらに、生成 AI による仮想症例シナリオの創作、症例シナリオにおける臨床疑問の構造化など、継続的な自己学習を支援するツールとしての可能性も紹介したい。

ワークショップ①

演題 「enjoy! 地域の困難事例」
座長 宮崎 由美
演者 1 武井 大
演者 2 前田 弘子
日時・場所 第3会場 9:30~10:40

抄録：

プライマリケアや在宅ケアの場面で、患者さんや利用者さんとの出会いが複雑で困難だった経験はありますか？いわゆる「複雑困難事例」です。

複雑困難な出会いの場合、私たち医療従事者、ケアワーカーも疲弊してしまうことがたびたびあります。皆さんの中にも苦手意識があるかもしれません。

今回のワークショップでは、その苦手意識を少しでも軽くできるように、一緒に「複雑困難事例」への対処方法を学んで行きたいと思います。

「複雑困難事例」への対処では、1. 「複雑困難事例」だと認識する、2. 重症度・緊急度評価をする、3. 複雑性を評価し対処の糸口を探す、4. 「伴走型支援」と「問題解決型支援」の両輪でサポートする、といった流れを提案できます。また全体として5. 多職種で対処することと、6. 自分（達）を守る技術を身に着けていくことも大切です。

1. 「複雑困難事例」だと認識することは、「簡単には解決できない」と認識し「安定化」を目指すということです。これはクネビンフレームワーク1)で Complex や Chaotic だと認識することです。

「安定化」を目指す上で破綻の切迫度が高い場合は緊急の対処が必要です。その為、2. 重症度・緊急度を評価することが大切になります。その際にバイタルサインだけでなく、ライフラインの崩壊はないか、illness trajectory を踏まえての評価など広い視点で重症度や緊急度を評価していくといいでしょう。

3. 複雑性を評価し対処の糸口を探す場合、いくつか複雑性を評価するツールも発表されています。それらを用いるのも一つですが、大切なことは多職種で多様な視点で分析することです。

そして、問題解決が即座にできなくとも伴走型支援2)を続けながら糸口探しを続けることが大切です。

ワークショップの前半では上記の事をレクチャーし、後半ではモデルケース、もしくは参加者が相談したい複雑困難事例について上記の手法を用いるなどして一緒に対処方法を考えてみたいと思います。

参考文献 1) Ben Gray. (2017). The Cynefin framework: applying an understanding of complexity to medicine. Journal of Primary Health Care 9(4) 258-261

<https://doi.org/10.1071/HC17002>

2) 奥田 知志・原田 正樹.(2021)『伴走型支援 -- 新しい支援と社会のカタチ』有斐閣

ワークショップ②

演題名	「評価表で見える！ビデオレビューの新しいアプローチ」
座長	大西 弘高
演者 1	後藤 道子
演者 2	近藤 諭
演者 3	若林 英樹
日時・場所	第3会場 11:00~12:10

抄録：

「総合診療・家庭医療専攻医のためのビデオレビュー評価表」を効果的に活用するためのコツやポイント、評価表を用いることで得られる利点や期待される効果について学びます。

ビデオを使った医療面接教育は古くから行われており、コミュニケーション教育のゴールドスタンダードと言われています。昨今のコミュニケーション教育の目標はコミュニケーションスキル（の獲得）から、熟練したコミュニケーション（の獲得）へとシフトしてきているようです。熟練したコミュニケーターが求められる・患者に敏感で順応性がある・対人コミュニケーションの適用に熟達している・自己認識、学習能力、反省能力・患者中心のコミュニケーションの適用に熟達している・目標思考のコミュニケーション・本物であること・積極的な傾聴・患者と協力する、といったコンピテンシーはまさにVUCA 時代のプライマリ・ケアに携わる総合診療、家庭医にとって必要な能力なのではないでしょうか。「扱う問題の広さと多様性」から、高次のコミュニケーションスキルを必要とする総合診療、家庭医にとって、スキルの向上、態度の改善の両面においてもその効果を発揮すると言われているビデオレビューは、最適の学習方略だと考えます。

ご存じの通り総合診療・家庭医療専攻医は、専門研修プログラムにおいてビデオレビューを用いた評価が推奨されています。その際、指導者と共に振り返ることが一般的ですが、評価表を用いれば専攻医が自分でレビューすることも可能になります。また、プログラム内でのフィードバックのばらつきを最小限にし、どの施設でも、誰もが一定のレベルの医療面接のトレーニングを可能にすると考えます。専攻医のみならずより高みを目指す経験者にも使用いただけますので、学習者、指導医双方に役立つと思います。

登壇者による、ビデオレビューを用いた専攻医教育の現状と課題、評価表と学習効果、評価表の使い方等を共有し、ビデオを視聴しながらの評価体験、結果をその場で共有し参加者との意見交換を行います。自身を振り返る機会も設けます。

ワークショップ③

演題名 「AI 時代の臨床医の資質・能力」
座長 松山 泰
演者 1 浅田 義和
演者 2 山岸 秀嗣
日時・場所 第 4 会場 13:10~14:10

抄録：

人工知能 (AI) の中でも、従来の「ヒトが設定したルールに従い最適解を提示する AI」とは異なり、データに基づいて自律的に独自の解を提案するのが「生成 AI」です。生成 AI は、患者の病歴や症状をもとに、臨床医が見落としがちな稀少疾患や合併症の可能性を提示することができます。さらに、内視鏡画像や病理標本から異常部位を特定して診断名を示すほか、患者の言葉を整理して医療文書に変換したり、難解な医学用語を患者向けにわかりやすく置き換えたりすることも可能です。

生成 AI は「機械学習」と呼ばれる技術を用い、大量のデータを基に自律的に学習し、精度の高い判断力を培います。しかし、その判断基準は AI 自らが設定するため、判断根拠が不透明であることが多い、場合によっては「誤情報 (misinformation)」を生成するリスクも存在します。こうしたリスクを伴う技術が、臨床医の PC やスマートフォンから簡便に利用できる時代、まさに「AI 時代」が到来しています。

AI の進化を無視することはもはやできません。では、AI と共に存しながらプライマリ・ケアの質を向上させるために、ヒト臨床医が担うべき役割とは何でしょうか？そのために求められる資質・能力とはどのようなものでしょうか？そして、それらをどのように育成していくべきでしょうか？本ワークショップでは、AI を活用した医学教育の専門家である山岸秀嗣先生（獨協医大）と浅田義和先生（自治医大）とが最新の知見を提示し、参加者の皆さんとこれらの問い合わせについて議論を深めます。

臨床経験年数や専門領域にかかわらず、幅広い参加者の皆様からの多様なご意見をお待ちしております。なお、資料のダウンロードや意見投稿、質疑応答に関する情報は、以下のリンクからアクセスできる Google ドキュメントにまとめてあります
(<https://x.gd/gtASC>)。

ワークショップ④

演題名 「多職種の集合知で診断プロセス向上を目指そう！」

演者 1 山本 祐

演者 2 原田 侑典

日時・場所 第1会場 15:50~16:50

抄録：

日常診療における診断は、「医師の頭の中」だけで進むものではありません。診断学の分野では、患者や家族、医師も含めた全ての医療従事者が、その場にある環境を上手に利用しながら進めていくような、「医師の頭の外」の広い空間で行われる診断プロセスに注目が集まっています。「医師の頭の外」の広い空間で行われる診断プロセスという視点では、診断プロセスを向上させるためには、医師個人の診断推論能力やメタ認知能力の向上に加え、患者を中心とした医療職との連携・協働を通した「集合知」の活用が重要であるとされます。

本セッションでは、登壇者が具体的な事例を提示し、参加者の皆様がリアルタイム投票システムを通じて意見を共有しながら進行するインタラクティブな形式を採用します。セッションを通じて、「医師の頭の外」の広い空間で行われる診断プロセスを能動的に理解し、患者および多職種による「集合知」の活用の具体例を共有することで、明日からの診断プロセス向上につながることを目指します。ぜひご参加ください！

専攻医企画

演題名 「ポートフォリオ発表会」
演者 櫻井広子
日時・場所 第4会場 14:30~15:30

抄録：

ポートフォリオ作成でお困りの専攻医、指導医のみなさん。 総合診療・家庭医療の実践は多様で、ポートフォリオの書き方・指導のあり方も多様だと思います。とはいっても「もっと早く知っていれば・・・」という先達の経験はあるのではないかでしょうか。 演者が一人専攻医だった時からお世話になっているポートフォリオ作成支援のオンラインコミュニティー（はっちばっちステーション）などでの学びを生かし、ポートフォリオ作成の際につまづきやすい・困りやすいパターンを紹介・共有しながら皆さんと学びを深められればと思います。

特に、最近研修プログラムが開始されたが指導者が不足している、遠隔での指導をしている・受けている、プログラム外の指導医・専攻医とのつながりが欲しい方向けにお話しできればと思います。

学生セッション

演題名 「SDH アプローチ入門！若手医療者さん、いらっしゃい！！」

演者 村山 愛

自治医科大学医学生

獨協医科大学医学生

日時・場所 第4会場 11:00~12:10

抄録：

VUCA 時代の日本の大きな問題の一つとして少子高齢化があります。少子高齢社会では核家族化や高齢者の独居等の問題があり、これらは健康悪化に繋がっています。人々の健康には生物学的な要因だけではなく、生活環境や社会環境、教育などの社会的要因があります。このような社会的要因のことを、健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health, 以下 SDH) と呼びます。VUCA 時代を生きる私たちには、SDH に対してどのようにアプローチするべきか知ることが必要なのではないでしょうか。

学生主導のこのセッションは、SDH アプローチ入門編です！VUCA 時代における SDH の理解を深め、実践的なスキルに触れるための企画です。医師、看護師、薬剤師、理学療法士などあらゆる医療職の学部の学生、そして初期研修医の方が対象です。SDH を学生に教えたい医教職の方も参加をお願いします。

最初に「SDH の探求-学生の声を集めて-」と題し、学生の視点から SDH の説明をします。その際、事前アンケートの結果も発表しますので、参加者の皆様には事前アンケートのご協力を願いいたします。次に、座長の村山愛先生から「高齢者の退院支援から SDH の視点を学ぶ」として、実際のケースを提示していただきます。各グループに分かれ、提示した症例をもとにグループディスカッションを行います。学生や研修医で構成される、若手医療者のグループのそれぞれに、現場 SDH に取り組んでおられる医療従事者の方（プライマリ・ケア医、訪問看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、病院事務職員など）にも入っていただき、臨床現場の視点でコメントや解説を頂きます。同じグループで実際のお話を伺うことにより、それぞれの職種から見える現場の状況やその方たちの想いを知ることができます。また、このディスカッションでは、若手医療者の意見を沢山言っていただけるようファシリテーターが工夫します。グループの現場の医療者の方々が、現場のことに関する素朴で基本的な疑問に応えてくださります。若手医療者と現場の医療職が多様な意見を共有することで、SDH への理解を深めていきましょう。最後に、このセッションを通しての気づきや学んだことをどう生かしていきたいかを参加者で共有しましょう。このセッションで得られることは以下の通りです。

- ・同世代の視点から VUCA 時代における SDH の重要性を学び、より身近な問題として捉えることができる。

・多職種連携の重要性を理解し、各職種の役割と専門性、包括的な患者ケアの方法を学習できる。

・学生・若手医療者が、多角的な視点を持つ医療者として成長し、将来患者の複雑な問題や困難な状況に柔軟に対処できる力がどのようなものかを知ることができる。

VUCA 時代にも対応できるような医師になるためには、単なる知識や技術にとどまらず、リーダーシップや協調性、創造的な問題解決能力が重要とされています。今回の機会は、未来の医療を担う学生・若手医療者の成長の場となるに違いありません。学生・若手医療者が中心のセッションです。ぜひお気軽にご参加ください。

指導医講習会

演題名 「ダイバーシティ、エクイティ、インクルージョン（DE&I）を踏まえたエンパワメント」
DE&I 推進委員会、専門医研修プログラム運営・FD 委員会合同企画
演者 1 後藤 理恵子
演者 2 西村 真紀
演者 3 小崎 真規子
演者 4 平山 陽子
演者 5 横谷 省治
演者 6 日比野 将也
演者 7 飯島 研史
日時・場所 第3会場 14:30~16:30

抄録：

本講習会は、ダイバーシティ推進委員会が開発した、女性や少数派多職種のリーダーシップ、フォロワーシップ、スポンサーシップに焦点を当てた対面形式のワークショップを、特に指導医向けに行うものです。指導医自身が組織・チームの中でリーダーとしてまたフォロワーとして力を発揮する場面、専攻医がフォロワーシップやリーダーシップを発揮できるように支援する場面、専攻医の支援においてスポンサーシップを発揮する場面があります。この時、能力の発揮しやすさや障壁に、指導医自身あるいは専攻医の性差があると思われます。今回のワークショップでは女性のリーダーシップ、フォロワーシップ、スポンサーシップを考えていきます。参加は女性に限定しません。関心のある指導医の皆様のご参加をお待ちしています。指導医養成講習会（指導医認定更新用）2単位を取得できます。

【協賛団体一覧】※順不同

一般社団法人 栃木県医師会
地方独立行政法人 栃木県立がんセンター
地方独立行政法人 栃木県立リハビリテーションセンター
栃木県済生会宇都宮病院
一般社団法人 栃木県歯科医師会
一般社団法人 栃木県鍼灸師会
一般社団法人 宇都宮市歯科医師会
一般社団法人 宇都宮市薬剤師会
医療法人社団宇光会 村井クリニック
合同会社 OWL.Tochigi LLC
一般社団法人 栃木県精神保健福祉士協会
一般社団法人 栃木県老人福祉施設協議会
ひばりクリニック
医療法人生寿会 てらだファミリークリニック
前橋プライマリ泌尿器科内科
トータルクリニック寺門医院
一般社団法人 らいふサポートおやま