講演抄録

会長講演 …… 69
特別講演1（指定演題1／指定指導医）…… 73
特別講演2（指定演題9／指定指導医）…… 77
特別講演3 …… 81
特別講演4（指定演題13／指定指導医）…… 85
特別講演5 …… 89
教育講演1 …… 93
教育講演2（指定演題2／指定指導医）…… 99
教育講演3（指定演題14／指定認定医）…… 103
教育講演4（指定演題15／指定認定医）…… 107
教育講演5 …… 111
シンポジウム1 …… 115
シンポジウム2（指定演題5／指定指導医）…… 121
シンポジウム3 …… 127
シンポジウム4・5 …… 131
ワークショップ1（指定演題3／指定認定医）…… 137
ワークショップ2 …… 141
ワークショップ3 …… 145
若手部会エキスパートセッション …… 149
ランチョンセミナー1 …… 153
ランチョンセミナー2 …… 157
ランチョンセミナー3 …… 161
ランチョンセミナー4 …… 165
ランチョンセミナー5 …… 169
ランチョンセミナー6 …… 173
ランチョンセミナー7 …… 177
公募企画 教育講座・ワークショップ1 …… 180
公募企画 教育講座・ワークショップ2（指定演題8／指定認定医）…… 182
公募企画 教育講座・ワークショップ3（指定演題4／指定認定医）…… 184
公募企画 教育講座・ワークショップ4（指定演題11／指定認定医）…… 186
公募企画 教育講座・ワークショップ5 …… 188
公募企画 教育講座・ワークショップ6（指定演題12／指定認定医）…… 190
公募企画 教育講座・ワークショップ7 …… 192
公募企画 教育講座・ワークショップ8 …… 194
公募企画 シンポジウム1（指定演題6／指定指導医）…… 196
公募企画 シンポジウム2 …… 202
公募企画 シンポジウム3（指定演題10／指定指導医）…… 208
公募企画 シンポジウム4 …… 216
公募企画 インタレストグループ …… 224
公募企画 インタラクティブセッション1 …… 226
公募企画 インタラクティブセッション2 …… 228
公募企画 インタラクティブセッション3（指定演題16／指定指導医）…… 230
一般演題（口演）…… 233
一般演題（ポスター）…… 275

会長講演

座長：林　純（日本病院総合診療医学会理事長，原土井病院 九州総合診療センター長，
九州大学名誉教授）

CL　**佐賀で活躍する Hospitalist ～病院長と教授の視点から考える成功のカギ**

○山下　秀一
佐賀大学医学部附属病院 病院長・総合診療部 教授

佐賀で活躍する Hospitalist ～病院長と教授の視点から考える成功のカギ

○山下　秀一
佐賀大学医学部附属病院 病院長・総合診療部 教授

佐賀大学医学部附属病院総合診療部は、国立大学で初の総合診療部門として1986年に設置されて以降、臨床、教育、研究において様々な取り組みを行い、多くの総合診療医を輩出して来た。その多くは県内で活躍し、現在33名の医局員と100名を超えるOBが三次、二次、一次の医療機関で地域医療を支える。今回、佐賀で活躍する病院総合診療医に焦点を当て紹介するとともに、教室の実績と発展のカギ、今後我々が目指すものを示す。

私自身は2012年に総合診療部教授に就任し、2016年から病院長を兼任する。本日は、総合診療部のみに関してではなく、院内他科との協力体制やバランスの取り方、病院経営と総合診療部の関わり方を踏まえた上で、「佐賀県全体の医療体制の向上」という観点で、当教室の運営について、病院長及び教授という立場から論じることとする。

病院長として私が目指すものは、大学病院の健全な経営の維持のみならず、県内唯一の大学病院として高度急性期医療の砦となることを通して、地域医療構想の牽引役となることである。教授として私が目指すものは、安定した医局運営を行いながら質の高い臨床を維持し、その中で大学らしい研究・教育を実践することである。教授として目指すものは他大学の総合診療部門長と変わったものではないかもしれないが、病院長としての立場からは総合診療医の活躍は不可欠であると強く感じる。また、我々の教室から長年総合診療領域のリーダーが輩出されてきたことで総合診療医の育成は進み、県内では総合診療医の活躍の場が整えられている。

以上を鑑みると、大学内外での我々の教室の役割はほぼ確立しており、現在は安定および展開の時期に来ていると言える。当教室の症例や研究を、佐賀から世界に発信し、総合診療領域の専門家として存在を示すとともに、世界の臨床家にメッセージを送り続けたい。

全国の大学総合診療部門が置かれている状況はそれぞれで異なると思われるが、我々の経験と実践を、全国で奮闘する総合診療領域のリーダーに参考にして頂ければと考える。それによって、佐賀県と同様に、全国の病院総合医の数とその活躍する場が増えることを願う。

山下　秀一（やました　しゅういち）

1984年　宮崎医科大学医学部医学科卒業
1986年　宮崎市郡医師会病院内科 / 国立療養所日南病院内科 勤務
1991年　久留米大学高度救命救急センターICU助手
1993年　社会保険小倉記念病院総合診療部 部長
1995年　宮崎市郡医師会病院内科 医長
1999年　堀川町山下内科呼吸器科医院 院長
2003年　宮崎市郡医師会病院内科 医長
2009年　宮崎大学医学部附属病院第３内科 病院教授
2012年　佐賀大学医学部附属病院総合診療部 教授
2016年　佐賀大学医学部附属病院 病院長
現在に至る

国立宮崎医科大学博士号
日本神経学会認定神経内科専門医
日本内科学会認定総合内科専門医
日本救急学会認定救急科専門医
日本呼吸器学会認定呼吸器専門医
日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医
日本病院総合診療医学会認定病院総合診療医

特別講演 1

座長：田妻　進（広島大学病院 総合内科・総合診療科 教授）

SL-1　全日本病院協会総合医育成プログラムについて
～プライマリ・ケアの現場で必要な医師像～

○井上　健一郎
社会医療法人 春回会 理事長

全日本病院協会総合医育成プログラムについて～プライマリ・ケアの現場で必要な医師像～

○井上　健一郎
社会医療法人 春回会 理事長

全日本病院協会は約2500病院が加盟する日本で最大の病院団体であり、主に民間の中小病院を中心に構成される。少子高齢化や人口減少、財源問題や働き手不足による医療の持続可能性への不透明感など病院を取り巻く環境は激変しつつある。「高齢者が地域で生活を続けることを支える」機能を有する病院であることが強く求められているが、その中で多領域にまたがってさらに患者背景を理解して診療を行う総合診療専門医の育成は必要不可欠と考える。しかしながら昨年より始まった同専門医が地域の医療機関に広く活躍するまでには時間を要する。こうした状況下ですでに多くの医療機関で専門性を有した医師が専門領域を超えて活躍する機会が増えていくと思われる。そこで当協会では以下の5点を目標として2018年7月より全日病総合医育成事業を開始した。

①一定のキャリアを持つ医師が、個々の専門性や経験を生かしつつ、さらに診療の幅を広げること。
②総合診療専門医のもつコンピテンシーを理解・共有し、職場において専門医と協働して相乗効果を得ること。
③病院内外の医師や関連施設及び関係する多職種との連携をスムーズに行う医師の育成。
④地域包括ケアにおける複雑な課題への対応能力を高め、住民からの信頼を得る医師の育成。
⑤総合的・俯瞰的に病院機能の改善を図ることができ、かつ病院組織の運営に積極的に関与できる人材としての医師の育成。

原則として6年以上の経験を有する医師（診療科を問わない）を対象とし、2年間の間に自院で勤務をしながら総合的診療を行い、医療運営コース2単位、診療実践22単位、ノンテクニカルスキルコース10単位のスクーリング、さらにe-ラーニングにてプライマリケアレクチャーを受講するプログラムとなっている。2018年度は56名が参加して開始したが受講者のアンケートなども交えながら初年度の振り返りを行いつつプログラムの紹介をしたい。

井上健一郎

1980年3月　長崎大学医学部卒業
1980年6月　東京都立墨東病院 研修医（医員）
1983年6月　東京女子医大消化器病センター 研修生
1984年1月　医療法人春回会 井上病院 内科
2001年4月　同院 院長
2012年3月　社会医療法人春回会 理事長

日本内科学会 総合内科専門医
日本消化器病学会 専門医・指導医
日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医
公益社団法人全日本病院協会 常任理事
全日本病院協会 プライマリ・ケア検討委員会委員（全日本病院協会総合医育成プログラム プロジェクトリーダー）

特別講演 2

座長：山下　秀一（佐賀大学医学部附属病院 病院長・総合診療部 教授）

SL-2　**全人的医療、その真髄、研究、管理、教育**
－プライマリ・ケア内科学から発した私のキャリア－

○福井　次矢
聖路加国際大学学長，聖路加国際病院院長，京都大学名誉教授

全人的医療、その真髄、研究、管理、教育 ープライマリ・ケア内科学から発した私のキャリアー

○福井　次矢
聖路加国際大学学長，聖路加国際病院院長，京都大学名誉教授

【学歴】
1976年　京都大学医学部卒業
1984年　ハーバード大学公衆衛生大学院修了

【職歴】
1976年　聖路加国際病院内科研修医
1980年　コロンビア大学 St. Luke's Roosevelt Hospital Center
　　実験心臓病学リサーチアソシエイト
1981年　ハーバード大学 Cambridge Hospital 内科クリニカルフェロー
1984年　国立病院医療センター循環器科厚生技官
1988年　佐賀医科大学附属病院総合診療部助教授
1992年　　同 上　教授
1994年　京都大学医学部附属病院総合診療部教授
1999年　京都大学大学院医学研究科内科臨床疫学教授
　　兼任：2000年より京都大学大学院医学研究科社会健康医学系
　　専攻健康情報学教授兼専攻長
　　兼任：2001年より京都大学大学院医学研究科 EBM 共同研究センター長
2004年　聖路加国際病院副院長
2005年　聖路加国際病院院長
2012年　学校法人聖路加看護学園理事長（2014年4月聖路加国際大学に改称）
2016年　聖路加国際大学学長

特別講演 3

座長：内藤　俊夫（順天堂大学医学部 総合診療科学講座 主任教授）
大塚　文男（岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科
社会環境生命科学専攻 総合内科 教授）

SL-3 **Past, Present and Future of the Society of Hospital Medicine and the Future of Hospitalists in the USA**

○ Christopher M. Frost
National Medical Director Hospital Based Physicians Life Point Health

特別講演 3
座長のことば

現在米国では『ホスピタリスト』が医療界に旋風を巻き起こしている。1997年に National Association of Inpatients Physicians (NAIP) が発足し、2003年には名称を Society of Hospital Medicine (SHM) へと改めた。2003年に約10,000名だったホスピタリストが、現在では150,000名に達している。これはすべての専門医の中でもっとも顕著な伸び率である。SHM は米国全土に約50の支部を持ち、カナダ、ブラジル、アブダビにそれぞれ国際支部を持っている。

我々は2017年にラスベガスで開催された第17回 SHM 学術大会で CEO の Larry Wilkinson 先生と最初の会合を行った。日本病院総合診療医学会（JSHGM）の現状と、日米のホスピタリストの異同、世界のホスピタリストの今後などが話し合われ、JSHGM の活動も高く評価された。相互協力の第一歩として、SHM の President（当時）の Ronald Greeno 先生による第15回 JSHGM 学術総会（2017年、浦安）での講演が開催された。

2018年4月の第18回 SHM 学術大会では正式なセッションとして "Hospital Medicine in Japan" が設けられ、JSHGM 田妻進副理事長、内藤俊夫理事が日本の総合診療医および本学会の状況を紹介する講演を行った。この講演には世界各国の参加者が関心を示し、総勢200名の聴衆が集まった。多くの国が病院総合診療の発展に尽力する中、なぜ日本でこんなにも急速に成長しているのかとの質問も多く、日本に学びたいという意見が相次いだ。続いて、第18回 JSHGM 学術総会（2019年、沖縄）では SHM 理事の Kris P Rehm 先生の招待講演が行われた。

日本での総合診療領域のニーズの高まりにより、2018年度から総合診療専門医制度が始まった。JSHGM は年々会員数を増やし、新・病院総合診療専門医制度の設計、教科書の作成や若手部会の設立など、取り組みも幅を広げている。SHM との間では、①ボードメンバーの協力、②若手医師の交流、③ジャーナルの連携などが計画されている。この一環として、今回 SHM 会長の Chris Frost 先生に米国におけるホスピタリストの現況、問題点、未来を中心に講演いただくこととした。今後の病院総合診療専門医の制度構築において中心的役割を果たす JSHGM のメンバーにとって、示唆に富む講演になると考えている。

Past, Present and Future of the Society of Hospital Medicine and the Future of Hospitalists in the USA

○ Christopher M. Frost, MD, SFHM
National Medical Director Hospital Based Physicians LifePoint Health

Summary:
The meeting participant will learn about the history of the Society of Hospital Medicine (SHM) from its inception in 1997 through its stages of rapid growth and progressive offerings available to our approximately 19,000 members. The discussion will include an overview of the current priorities of SHM in order to fulfill the organization's mission of promoting exceptional care for the hospitalized patient. The participant will also be exposed to the 'big tent' philosophy espoused by SHM in order to be of service to patients, clinicians, practice managers and hospital executives. In addition the participant will learn about the challenges associated with providing thought leadership in the setting of a rapidly shifting healthcare landscape and a membership constituency that has a broad range of needs and interests. The participant will also have the opportunity to hear a forecast of what roles hospitalists can play in the future of healthcare delivery in the United States.

Objectives:
- Provide a timeline and overview of the history of the Society of Hospital Medicine organization
- Discuss opportunities and challenges associated with the growth and development of the Society of Hospital Medicine
- Promote a discussion around the future role of hospitalists in the American healthcare environment
- Provide an overview of the international relationships established with the Society of Hospital Medicine

---

Christopher M. Frost, MD, SFHM
Employment

National Medical Director Hospital Based Physicians LifePoint Health	August 2016-Current
Chief Medical Officer Hospital Based Physicians Hospital Corporation of America	April 2013-March 2016
National Medical Director Hospital Based Physicians Hospital Corporation of America	July 2010-Apri 2013
Hospitalist Centennial Medical Center Nashville, TN	July 2011-2017
Chief Medical Officer Hospital Medicine Services TeamHealth	January 2008-July 2010
Regional and Program Med Director TeamHealth	July 2003-January 2008

Honors, Roles and Awards

President, Board of Directors, Society of Hospital Medicine (Medical Society devoted to hospitalists and the hospital medicine movement; 15,000 members; currently serving as Treasurer 2017)	2019
Co-chair, Opioid Stewardship Committee LifePoint Health	2019
4:13 Strong, Board Member	2019

Senior Fellow in Hospital Medicine (Fellow in Hospital Medicine since 2009)	2015
Fellow of Health Management Academy (Physician leadership fellowship sponsored by GE)	2013
Faith Family Medical Center, Board Member (Providing comprehensive healthcare for working uninsured and underinsured)	2013
Covenant Health System Quality Award (Team Lead for Multidisciplinary Rounds)	2007
Society of Hospital Medicine Leadership Academies (Have served as facilitator/faculty for >12 academies)	2005-Current

特別講演 4

座長：徳田　安春（群星沖縄臨床研修センター センター長）

SL-4　**医のプロフェッショナリズム教育と Choosing Wisely キャンペーン**

○小泉　俊三
一般財団法人 東光会 七条診療所 所長

医のプロフェッショナリズム教育と Choosing Wisely キャンペーン

○小泉　俊三
一般財団法人 東光会 七条診療所 所長

Choosing Wisely キャンペーンは、米国内科専門医機構財団（American Board of Internal Medicine Foundation（ABIMF））のイニシアティブで2012年に発足した啓発活動である。その背景には、今日、多くの先進国で共通して見られる過剰診断（over-diagnosis）や過剰医療（over-use of healthcare）への懸念があるが、キャンペーンの主旨は、診療現場で日常よく行われている検査や治療の有用性（″益″）と″害″について、″一度、立ち止まって考え直し″、医療職と患者・家族が共に″熟慮″することを通じて、″賢明な選択″に至ることである。米国では、このキャンペーンの一環として全米の約80の医学系専門学会がそれぞれの領域で特に問題とすべき5つの過剰な診療行為を「5つのリスト（Top Five List）」として根拠文献とともに提唱したことで大きく注目された。これは、1980年代以降、D. Sackett 等が提唱してきた EBM（Evidence-Based Medicine；根拠に基づく医療）を今日の文脈で実践することに他ならないが、出来高払い制を基本とする現行の診療報酬体系の中でこれを実践することは難しいとの声は多い。

一方、Choosing Wisely キャンペーンのルーツが2002年に米欧で同時に公表された「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム―医師憲章」にあり、"Choosing Wisely" をテーマとした ABIMF フォーラムの副題が「持続可能な（sustainable）医療システム構築のために、」であったことからも、このキャンペーンが、これからの時代の医療の在り方やこれからの時代にふさわしい医療職のプロフェッショナリズムを問う運動でもあると捉えることが出来る。従来、医師のプロフェッショナリズムや職業倫理といえば、個人の資質の問題であるとされてきたが、今日問われている医療職のプロフェッショナリズムは現場の実践から誰もが学び取ることのできる行動様式とされ、個人だけでなくチームや組織としてのプロフェッショナリズムも重視されている。

小泉　俊三

1971年	京都大学医学部卒業、大和高田市立病院 内科（72-74）等に勤務
1975年	Youngstown Hospital Association（Ohio, U.S.A.）で外科系1年目研修
1976-1980年	Yale 大学関連 St. Vincent's Medical Center（Conn.）で一般外科研修
1980-1994年	天理よろづ相談所病院腹部一般外科医員、総合診療教育部副部長を兼任（'89-）
1994-2011年	佐賀大学医学部附属病院総合診療部教授、副病院長等佐を兼任（'06-）
2011年～	一般財団法人東光会 七条診療所 所長
	米国外科専門医（1981年認定 , 1988年更新）、米国外科学会 正会員（FACS）、日本外科学会 会員
	米国総合内科学会（SGIM）会員、米国内科学会アフィリエイト会員、日本内科学会会員
	日本プライマリ・ケア連合学会 顧問、日本医学教育学会 名誉会員、
	医療の質・安全学会 理事、医療安全全国共同行動 専務理事、Choosing Wisely Japan 代表

特別講演 5

座長：江村　正（佐賀大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 准教授・副センター長）

SL-5　**ICT を活用し「治し支える医療」への転換を本格化**

○織田　正道
社会医療法人 祐愛会 織田病院 理事長

ICTを活用し「治し支える医療」への転換を本格化

○織田　正道
社会医療法人 祐愛会 織田病院 理事長

時代の大きな変化の中で、我々の情報取得の手段は、すでにICT抜きには語れなくなってきました。ことに近年、地域医療においては病院の機能分化が進み、病院完結型から、地域完結型へと大きく変わると共に、この連携は在宅医療や介護分野も含めた面連携へと進みました。今や、病院にとって、入院から在宅医療へのシームレスな連携は欠かすことができない重要な課題となっています。このような流れの中で、医療や介護分野においてもICTを活用した情報ネットワークが求められるようになったのは当然の帰結と言えます。さて、当院が属する医療圏は高齢化の進展が著しく、すでに後期高齢者が急増すると共に、退院が困難な高齢患者も増え、その対策が急務となりました。そこで当院では入院決定と同時に患者のスクリーニングを行い、多職種が協働で在宅復帰支援を行う体制構築を進めると共に、電子カルテから支援に必要な患者情報を抽出し、専用のデータベースを立上げ、各端末で閲覧ができるようにしました。これらの取り組みにより円滑な在宅復帰に向けての支援が可能となりました。さらに主治医が、退院後も継続して在宅医療が必要と判断した患者には、医療・介護チーム（MBC:メディカル・ベースキャンプ）が始動し、退院翌日から2週間、訪問による在宅医療を行います。その際、訪問先でも、電子カルテが直接入力できるように、電子カルテそのものをクラウド化（デスクトップ仮想化）しました。従来の電子カルテが院内のネットワークに限られたものであったのに対し、クラウド化することにより、電子カルテが院外でも使用可能となり、在宅医療や地域連携を視野に入れたネットワーク構築が容易になりました。このような退院後の一連の流れに加えIoTとAIを使った「在宅見守りシステム」の構築も進めていますので、併せて報告します。

織田　正道

1978年3月　日本大学医学部卒業
1978年6月　久留米大学医学部耳鼻咽喉科
1980年2月　久留米大学医学部麻酔科
1982年4月　佐賀医科大学耳鼻咽喉科
1990年4月～2004年5月
　　医療法人祐愛会織田病院 院長
1998年4月　医療法人祐愛会織田病院 理事長就任

1982年　　日本麻酔科学会 麻酔標榜医
1986年　　久留米大学にて学位取得

教育講演 1

「医学研究のここが知りたい！ – 資金獲得、海外留学、メンタリングの Tips–」

座長：多胡　雅毅（佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 講師 副部長・副診療科長）

EL-1-1　医学研究のここが知りたい！　資金獲得の Tips–

○鋪野　紀好
千葉大学医学部附属病院 総合診療科 特任助教 兼 総合医療教育研修センター
千葉大学医学部附属病院 総合診療科 後期研修プログラム責任者（家庭医療コース）

EL-1-2　医学研究のここが知りたい！　海外留学と語学学習の Tips–

○髙橋　宏瑞
順天堂大学医学部 総合診療科学講座 助教

EL-1-3　医学研究のここが知りたい！　研究メンタリングの Tips–

○和足　孝之
島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 助教 教育専任医師

教育講演 1

座長のことば

本教育講演では、様々なフィールドで臨床研究を第一線で実践している総合診療医の先生方を講師としてお迎えし、実体験に基づいてご講演いただく。また参加者の皆様の疑問に答える形式で、講師の先生方とのディスカッションを予定している。臨床研究に関する具体的な取り組みや実践方法、学会発表や論文執筆などの発信方法、さらには研究費獲得に至るまでを、これから臨床研究に取り組もうと考えている総合診療医の先生方とともに学びたいと考える。

総合診療領域の研究対象は、医学教育から臨床までと非常に幅広い。医学教育では卒前、研修医、総合診療専攻医、指導医まで、また臨床においては在宅、外来、入院、ICU に至るまでと、すべての事柄が研究対象となりうる。一方で特定の疾患や治療法の効果など、介入と結果が明確に示しやすい臓器別専門領域と違って、一見するとそれらの定義が難しく見え、また大学等の研究を実践しやすい環境の外に勤務する臨床実践家も多いため、総合診療領域では臨床研究が敬遠されがちである。日頃実践しているフィールドでの臨床知を、臨床研究によってエビデンスとして示すことは、たとえ臨床家であったとしても、一医師として、また一科学者としての責務である。また我が国の総合診療領域から良質なエビデンスを多数積み重ねていくことが、領域の専門性の確立に繋がり、さらには日本、ひいては世界全体の医療技術の向上につながると考える。

本企画が、参加者の皆様の「臨床研究実践の第一歩」を後押しし、将来の総合診療領域の共同臨床研究ネットワーク作りや、メンタリング体制構築に一役買うことができれば幸いである。

医学研究のここが知りたい！　資金獲得の Tips−

○鋪野　紀好
千葉大学医学部附属病院 総合診療科 特任助教 兼 総合医療教育研修センター
千葉大学医学部附属病院 総合診療科 後期研修プログラム責任者（家庭医療コース）

2008年　千葉大学医学部 卒業
2010年　千葉市立青葉病院 初期研修 修了
2011年　千葉大学医学部附属病院 総合診療科 シニアレジデント 修了
　　千葉大学医学部附属病院 総合診療科 医員
2013年　千葉大学医学部附属病院 総合診療科 特任助教 兼 総合医療教育研修センター
2015年　千葉大学大学院医学研究科博士課程 修了（医学薬学府先進医療科学専攻）
2017年　千葉大学医学部附属病院 総合診療科 後期研修プログラム責任者（家庭医療コース）
2018年　ACP Japan Chapter PRC 委員
　　Massachusetts General Hospital Institute of Health Professions, Health Professions Education 修士課程（在学中）
2019年　日本内科学会専門医部会幹事（講演界担当）
　　日本病院総合診療医学会評議員

医学研究のここが知りたい！　海外留学と語学学習のTips−

○髙橋　宏瑞
順天堂大学医学部 総合診療科学教室 助教

2008年3月　東海大学医学部卒業
2008年4月　東海大学医学部附属病院 初期研修
2010年4月　順天堂大学大学院医学研究科 博士課程（医学専攻）入学
2012年5月　National Children's Research Centre in Ireland Research Fellow
2014年8月　順天堂大学医学部 総合診療科
2015年8月　新島村国民健康保険診療所
2016年2月　順天堂大学医学部 総合診療科
2017年1月　Point of care ultrasound インストラクター就任
2018年3月　日本病院総合診療医学会 若手部会 代表就任
2018年4月　日本病院総合診療医学会 評議員就任
2018年7月　順天堂大学病院 国際診療部 併任
2018年12月 APSARA Executive Board 就任

医学研究のここが知りたい！　研究メンタリングの Tips−

○和足　孝之
島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 助教 教育専任医師

2005年　神戸大学大学院自然科学研究科修了
2009年　岡山大学医学部卒業（学士編入学）
2009年　湘南鎌倉総合病院 初期研修医修了
2013年　同病院 総合内科チーフレジデント
2014年　東京城東病院 総合内科 副チーフ
2016年　Mahidol University, Master of Clinical Tropical Medicine 修了
2016年　島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 助教 教育専任医師
2018年　Harvard Medical School, Global Clinical Scholar Research Training 在籍中

教育講演 2

座長：鍋島　茂樹（福岡大学病院 総合診療部 教授）

EL-2　**自分の眼で見える皮膚病から病気の本質を探る～内科疾患と皮膚疾患～**

○成澤　寛
佐賀大学医学部 皮膚科学 教授

自分の眼で見える皮膚病から病気の本質を探る～内科疾患と皮膚疾患～

○成澤　寛
佐賀大学医学部 皮膚科学 教授

以前より「皮膚は内臓の鏡」と言われため、デルマドロームとは「内臓病変の存在を示す皮膚の症候である」とされている。デルマドローム（dermadrome）は欧州の高名な医師が造った造語であり、世界中で使われているかと思いきや、日本語の教本でしか登場しないが、説明する時には便利な用語である。本講演では、デルマドロームのうち、内科疾患に起因する皮膚病変を紹介し、内科疾患の診断への手がかりとなる情報を提供したい。皮膚病変と内科疾患の関連性を理解しておけば、どのような内科疾患を背景としているかという事が知られているので、網羅的に全身検索を行うというより、優先的に進めるべき検査が上がってくる。従って、両者の関連性を理解することが実地診療上有益となる。ただ、原因となる内臓病変と皮膚症状とは必ずしも一対一の対応をしているとは限らない。すなわち、内臓病変は一つであっても複数の皮膚症状が出現したり、逆に皮膚症状は一つであっても複数の内臓病変が存在することがあるので注意を要する。

以下の代表的な皮膚疾患を取り上げて解説を行う。

1）悪性腫瘍がもたらす皮膚の変化
2）膠原病がもたらす皮膚の変化
3）糖尿病がもたらす皮膚の変化
4）肝臓疾患がもたらす皮膚の変化
5）腎臓疾患がもたらす皮膚の変化

成澤　寛

1980年3月	熊本大学医学部医学部卒業
1980年4月	熊本大学医学部皮膚科学教室に入局
1983年7月	佐賀医科大学内科学皮膚科助手
1989年	客員研究員として米国留学
1990年	帰国後、講師
1995年	助教授
1997年	教授
2011年4月	病院長特別補佐
2013年4月	副病院長
2016年4月	薬剤部長兼任

教育講演 3

座長：長谷川　修（横浜市立大学附属市民総合医療センター 横浜市立大学 名誉教授）

EL-3　日常でよく遭遇する神経疾患の診かた

○原　英夫
佐賀大学医学部 神経内科 教授

日常でよく遭遇する神経疾患の診かた

○原　英夫
佐賀大学医学部 神経内科 教授

神経疾患でよく遭遇する症状として、頭痛、めまい、しびれなどがあります。頭痛で重要なのは、危険性のある二次性頭痛の鑑別です。この中にはくも膜下出血を筆頭に頸動脈・椎骨動脈解離、可逆性血管攣縮症候群（RCVS）などが含まれます。髄膜炎の髄膜刺激徴候の診察法も含め、一般的な片頭痛や緊張型頭痛の症候や治療に関して解説します。次にめまいもよく遭遇する神経疾患です。めまいの原因は大きく大別すると、中枢性疾患（小脳疾患、脳幹障害）、内耳・前庭神経疾患、循環器系（自律神経を含む）の障害が主な原因となります。めまいは脳卒中や脳腫瘍でも起こりうるので、ここではめまいを起こす疾患の鑑別点について解説します。最後に患者さんがよく訴えるのがしびれです。しびれと言っても、「ジンジン」、「ピリピリ」、「ズキズキ」など様々な表現があります。原因も中枢性疾患をはじめとして脊椎疾患、末梢神経疾患と多岐にわたります。しびれの鑑別点について解説します。

原　英夫

1983年　3月　九州大学医学部卒業
1986年　4月　九州大学大学院医学系研究科博士課程入学
1987年　8月　カナダ・トロント大学オンタリオ癌研究所に留学
1990年 12月　九州大学大学院医学系研究科博士課程終了
1992年　6月　九州大学医学部神経内科助手
1998年　7月　九州大学医学部神経内科講師
1999年 12月　国立精神・神経センター神経研究所疾病研究第六部室長
2004年　3月　国立長寿医療センター研究所血管性痴呆研究部室長
2011年 11月　佐賀大学医学部内科学講座教授
2015年 10月　佐賀大学医学部長

教育講演 4

座長：本郷　道夫（公立黒川病院 管理者）

EL-4　**病院総合診療における精神科的問題について**

○門司　晃
佐賀大学医学部 精神医学講座 教授

病院総合診療における精神科的問題について

○門司　晃
佐賀大学医学部 精神医学講座 教授

我が国の健康政策で重視されている、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の「四大疾病」に平成25年度から精神疾患が加わり、「五大疾病」の時代がなり、満六年以上が経過した。この政策の変化の背景にはうつ病を含む気分障害およびアルツハイマー病をはじめとする認知症の増加、1990年代後半から急増した自殺の問題、あるいは発達障害への関心の高まりなどがあると思われる。さきにあげた、「四大疾病」はいずれもうつ病を合併する頻度が20%程度と高く、うつ病を合併することによって、それぞれの疾患の重症度や再発率も高くなるという報告がしばしばなされている。従って、精神疾患以外の診断や治療においても、「メンタルヘルス」への配慮が大きく問われることになる。そう言う意味では、心の病気と身体の病気に間の垣根は本来ないわけであり、「こころの健康なくして、真の健康なし」あるいは「身体の健康無くして、こころの健康なし」という言葉の重みが実感される。今回の講演では、病院総合診療においてしばしば遭遇する精神科的問題に関して、身体疾患との関連性を含めて話していきたいと考えている。

門司　晃

1985年　九州大学医学部卒業
1994年　福岡赤十字病院精神科部長
2008年　九州大学病院精神神経科講師
2011年　佐賀大学医学部精神医学准教授
2012年　佐賀大学医学部精神医学教授

教育講演 5

座長：佐藤　正通（独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科 部長）

EL-5　**老いも若きも使える漢方 ～ 一内科医の漢方経験から**

○尾﨑　岩太
佐賀大学医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科 保健管理センター 准教授

老いも若きも使える漢方 ～ 一内科医の漢方経験から

○尾﨑　岩太
佐賀大学医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科 保健管理センター 准教授

最近の調査によれば医師の9割が漢方薬の処方経験があると答えているが最初から漢方を専門として始めた人は多くはないであろう。私もその他大勢の一人として漢方を使うようになったが、拙い経験の中からお話をさせて頂くことをご容赦願いたい。

私自身が漢方薬を使い始めたきっかけは研修医時代に偶々知り合いの先生が漢方の専門家であったところから、西洋医学的には対応のしようがなかった訴えに対してアドバイスをもらい、午車腎気丸を処方してみたところ思いもよらない効果を得て患者さんから随分と感謝されてしまったところから始まった。それを契機に似たような訴えに対して同様の処方をしてみるがそう簡単には治らない例も多かった。

研修後肝臓を専門として大学病院で働くことになったが、診療科の性質上病名にかかわらずほぼ全員の患者さんのお腹を診ることになった。当時はＣ型肝炎の全盛期でよく腫大した肝臓を触れたり、時に脾臓も触れ、あるいは腹水でお腹パンパンの人も少なくなかったが、人によりお腹の状態が随分と違うものだと感じていた。その中で患者さんの訴えに対して腹診を行いながら漢方を使ってみると確実に効果の出る人がいて使う漢方薬が増えていった。

その後保健管理センターに移り、学生の健診や産業医として職員の健康管理にも携わるようになると健康（と思われる）人の脈や舌を全員診ることになった。すると今度は健康な若い学生の中でも時に調子を崩したり、学生・職員の中には慢性的な調子の悪さを抱えている人も少なからずいることに気づかされた。漢方の講義を機会に学生や職員に漢方医学的な調査を行い、漢方治療が有効と思われる気血水の異常を訴える人が一定数いて、漢方の出番が確実にありそうそだと思われ、その結果についてもお話する。いずれにしても漢方の出番はあちこちにあり、今の自分には漢方のない診療は想像できないでいる。

尾﨑　岩太

1983年　山口大学医学部卒業
　　佐賀医科大学付属病院内科研修医
1984年　済生会唐津病院内科
1985年　高木病院内科
1987年　佐賀医科大学内科 肝臓代謝部門
1989年　佐賀医科大学内科 助手
1993年　Thomas-Jefferson University 消化器肝臓病部門
1996年　唐津東松浦医師会医療センター内科
1997年　佐賀医科大学保健管理センター講師
2004年　佐賀大学保健管理センター准教授・副所長
　　佐賀大学医学部産業医

シンポジウム１

病院総合診療と救急・集中治療の連携

座長：阪本　雄一郎（佐賀大学医学部 救急医学講座 教授）
佐々木　陽典（東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター 助教）

SY1-1　**長崎大学病院における救急と総合診療の連携**

○田﨑　修
長崎大学病院 高度救命救急センター センター長 教授

SY1-2　**当院での救急外来診療と入院加療における総合診療部と救急部の連携の実際**

○八幡　真由子[1]、阪本　雄一郎[2]、江副　優彦[3]
[1]佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター 病院助教、
[2]佐賀大学医学部 救急医学講座、
[3]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

SY1-3　**ソーシャルスキルの習得で診療の周辺領域を強化する**

○原田　拓
昭和大学江東豊洲病院 総合診療科 助教

SY1-4　**病院総合診療と救急・集中治療の連携**

○志水　太郎
獨協医科大学病院 総合診療科 主任教授

シンポジウム1
座長のことば

本セッションは「総合診療と救急・集中治療の連携」というテーマで、総合診療科と救急・集中治療科の医師が互いのよりよい連携について共に考えることを目的としています。

従来のいわゆる「東日本型救急システム」ではwalk-inの患者・1-2次判定の救急搬送患者を診療する医師と3次判定の救急患者を診療する医師は区別されます。しかし、Walk-inだから軽症/救急搬送患者だから重症とは必ずしも言えません。刻々と変化する救急患者を入り口で隔てるシステムには課題があるのではないでしょうか？

谷間となるWalk-inの重症患者に対して初期診療の遅れを生じてしまうことを、私は「2.5次救急のピットフォール」と呼んでいますが、このピットフォールの解消のためには、総合診療医も救急・集中治療医も「入り口は違えど、中身は同じような患者さんを診る戦友である」という認識を共有し、良好な互助関係で業務に当たることが重要だと日々感じております。

本セッションでは、救急・集中治療医側からは佐賀大学 阪本 雄一郎 教授、総合診療科側からは少医が共に座長を務め、総合診療科：獨協医科大学 志水 太郎 教授、救急・集中治療科：長崎大学病院 田﨑 修 教授に管理職の立場から、総合診療科：昭和大学江東豊洲病院 原田 拓先生、救急・集中治療科：佐賀大学 八幡 真由子 先生に現場の視点から問題提起・要望を含めてご発表いただき、活発な議論を行いたいと考えています。

登壇者のみならず多くの皆様からのご意見も伺い、よりよい連携の為に議論したいと考えております。多くの先生方に議論に参加いただければ幸甚に存じます。

長崎大学病院における救急と総合診療の連携

○田﨑　修
長崎大学病院 高度救命救急センター センター長 教授

長崎大学病院は長崎県唯一の大学病院であり、高度救命救急センターを有する三次救急医療施設である。年間の救急車受け入れ数は2400件程度であり、主に重症の救急患者が搬送される。高度救命救急センターは17名の専従スタッフの内、6名が外傷センター専属であり四肢外傷を中心に外科的治療を行う。高度救命救急センターの他には集中治療室もありここには専従の集中治療医もいる。従って、救急医に求められる任務は、主にホットラインの対応と、外因性疾患や臓器別診療科の診療範囲に入らない救急患者（意識障害、ショック等）の管理となる。2010年の開設以来9年が経過し、各科の協力体制も良好であることから診療体制は概ね確立したといえる。

一方、救命センターには毎月６名程度の初期研修医が研修に来る。重症例を診療することが当院救急医の使命であり、これに関する教育は初期研修医にとって極めて重要と考えるが、救急外来における多くのcommon diseaseをみることを要望する研修医も少なくない。これまでの当院総合診療科は、慢性病態に対応することが多かったが、現在急性期にも診療の幅を拡げようとしている。また、当院のユニークな点として、国際医療や感染症診療を専門とする感染症内科（熱研内科）があり、同時に総合内科医の育成にも注力しており、二つの診療科は密に連携している。現在の大学病院の体制では軽症例を数多く診療しcommon diseaseの教育を行うことは困難である。このため、今後は大学の拠点病院において、救急科、総合診療科、および感染症内科が協力し、救急・総合診療の臨床、教育、そして研究が可能となる体制を目指して行きたい。

田﨑　修

1990年７月　大阪大学医学部附属病院 特殊救急部 研修医
1991年７月　西宮市立中央病院 外科 研修医
1992年７月　大阪大学医学部附属病院 特殊救急部 医員
1993年８月　アメリカ陸軍外科研究所 留学
1997年２月　大阪大学医学部附属病院 特殊救急部 医員
1997年６月　阪和記念病院 循環器・脳内科
1998年４月　阪和記念病院 脳外科
2000年６月　大阪府立泉州救命救急センター 医長
2002年６月　大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 助手
2007年４月　大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 助教
2011年６月　長崎大学病院 救命救急センター 教授
2018年４月　長崎大学病院 高度救命救急センター 教授

当院での救急外来診療と入院加療における総合診療部と救急部の連携の実際

○八幡　真由子[1]、阪本　雄一郎[2]、江副　優彦[3]
[1]佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター 病院助教、[2]佐賀大学医学部 救急医学講座、
[3]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

【背景】救急医療はその地域性や病院のもつ特性により、求められる診療内容は多少異なる。当院では高度救命救急センターであるが、重症度としての最後の砦としての役割だけでなく、傷病者の背景の複雑さから応需としての砦の役割も担っている。その中では総合診療科との連携は当科にとって欠かせないものとなっている。【目的】当院における救急科と総合診療科との診療連携の実情を把握し、その有用性と必要性を明らかにする。【方法】2019年2月16日～2019年5月15日に当院へ救急車にて搬送となった症例を対象として内容を分析。総合診療科との連携を要した症例を抽出し、その背景や入院後の経過を分析する。【結果】対象症例は623例、男性353例、女性270例。平均年齢は57.9±28.6（0-99）歳。そのうち総合診療科に入院となったのは32例で、男性19例、女性13例、平均年齢73.0±17.9（21-96）歳であった。総合診療科入院症例のうち、救急外来での診療の結果、最終的に総合診療科へ入院加療依頼となったのは21例にのぼった。そのうち当科から依頼したのは16例であり、自宅からの直接搬送例は13例であった。内訳としてはバイタルの安定していた感染症症例や確定診断は得られていないが背景および既往から入院での経過観察が望ましいと判断された症例が主であった。【結語】多様な症例の救急搬送受け入れを求められる救急診療を運用していく中では、外来診療後の入院加療についての他科との連携は欠かせない。その中でも、外来診察時点では確定診断を得られない症例や複数のプロブレムを抱えた症例については総合診療科との連携が特に重要であり、同様のニーズは当施設以外でもこれからの高齢化社会においては高まっていくものと考える。

ソーシャルスキルの習得で診療の周辺領域を強化する

○原田　拓
昭和大学江東豊洲病院 総合診療科 助教

病院総合診療医も救急・集中治療医も主となる対象患者群は異なるものの臓器にとらわれずジェネラリズムを主体とする診療科である。医療そのものが不確実性を内包しているものであり、境界領域がクリアカットになることはなく、境界領域は互いがカバーしまうことが自然と考える。

だがこういった境界領域は時に医師に対する負荷になったり、医療者間のコンフリクトを生じさせてしまったりすることも経験する。しかしながら、こういった境界領域に対する取り組みや理解は「連携」を考える上では非常に重要である。

病院総合診療医のコアモジュールとしてJUGLERにより「ソーシャルスキル」というカテゴリーでNon-abandonment、リーダーシップ、専門医とのコミュニケーション（コンサルテーション）などが提唱されており、まさにこういったソーシャルスキルの習熟がその鍵と考えられる。境界領域の存在は学習という視点でみれば「ストレッチゾーン」であり、コンフリクトが生じうるゾーンという視点であれば「コンフリクトマネジメント」になり、「ネゴシエーション」「コンサルテーション」…まさに医師としての力を発揮する場所とも言える。

こういったソーシャルスキルは重要性は認識されながらも系統だった教育をうける機会というものはまだ広がっていないと考えられる。今回は獨協医科大学総合診療科で学んだ内容を主にそのソーシャルスキルの一端を紹介させていただきながら、シンポジウムの議論の一助としていきたい。

原田　拓

2009年　昭和大学卒業
2012年　昭和大学病院 総合診療科
2016年　獨協医科大学病院 総合診療科
2017年　昭和大学病院 総合診療科
2019年　昭和大学江東豊洲病院 総合診療科

病院総合診療医学会認定医
病院総合診療医学会若手医師部会 診断エラーWG 共同代表
プライマリケア認定医・指導医
総合内科専門医

病院総合診療と救急・集中治療の連携

○志水　太郎
獨協医科大学病院 総合診療科 主任教授

病院総合診療と救急・集中治療は名前こそ違うが不可分のものであり、実際に病院総合診療を行う上では患者の状態によって救急・集中治療的なセッティングが避けて通りにくいものである。もちろん、施設によっては、いわゆる救急外来や集中治療室でのケアを担当しない病院総合診療に携わる医師（つまり、外来と病棟のみなど）が存在することはよくあることであり、施設の要請に合わせて動く病院総合診療医としてはそれも自然な形である。しかし、総合診療という観点からは診療現場がどこであってもやるの本質は同じである。本シンポジウムの発表では、病院総合診療という特別のくくりが存在するわけではなく、病院を基本セッティングとしたジェネラルな医師とはどのようなものかということを紹介しながら、シンポジウム全体の議論の発展に貢献していく。

志水　太郎

2005年　愛媛大学医学部 卒業
2007年　江東病院初期研修 修了
2009年　市立堺病院後期研修 内科チーフレジデント 修了
2011年　米国エモリー大学ロリンス公衆衛生大学院 修了
　　カザフスタン共和国ナザルバイエフ大学 客員教授
　　米カリフォルニア大学サンフランシスコ校 客員臨床研究員
2012年　練馬光が丘病院総合診療科 ホスピタリストディビジョン チーフ
　　豪州ボンド大学 経営大学院修了
2013年　米国ハワイ大学 内科
2014年　東京城東病院総合内科 チーフ
2015年　同内科アドバンスドレジデンシープログラム ディレクター
　　同ナースプラクティショナープログラム ディレクター
2016年　獨協医科大学病院総合診療科 診療部長
　　同総合診療教育センター センター長
2018年　獨協医科大学総合診療医学講座 主任教授

シンポジウム2

下肢救済のチーム医療 最前線
ー診断と治療には、何が必要か！ー

座長：安西　慶三（佐賀大学医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科学 教授）

SY2-1　『下肢救済のチーム医療 最前線ー診断と治療には、何が必要か!ー』糖尿病内科医の立場から

○中川内　玲子
なかがわちクリニック 内科・糖尿病内科 院長

SY2-2　日本人の動脈硬化性疾患は高齢化の進展と食生活習慣の変化に伴い増加の一途を辿っている

○挽地　裕
佐賀大学医学部 循環器内科 診療教授

SY2-3　バイパス治療の役割と人工血管再生への取り組み

○伊藤　学
佐賀大学医学部 胸部・心臓血管外科 助教

SY2-4　如何に　足を救うか！！　ー創傷治療からフットケア、歩行までー

○上村　哲司[1]、渡邊　英孝[2]、川野　啓[2]
[1]佐賀大学医学部附属病院 形成外科 診療科長 兼 診療教授、
[2]佐賀大学医学部附属病院 形成外科

シンポジウム2
座長のことば

下肢切断の原因は動脈硬化に起因する末梢動脈疾患（peripheral arterial disease: PAD）や糖尿病による足病変が増加しています。米国の調査では糖尿病患者の15～25%が足潰瘍を経験し、適切な治療がなければ糖尿病性足潰瘍の14～20%が切断に至ると言われています。2007年には全世界で20秒に1本の頻度で下肢が切断されています。日本の下肢切断原因の第一位は糖尿病であり、糖尿病患者の足部潰瘍や壊疽の頻度は４%前後で、下肢切断は１%前後と考えられ、米国に比較すると頻度は低いものの、足病変を合併した糖尿病患者はしばしば虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全を合併していることが多く、下肢切断後の生命予後も不良で切断後の5年生存率は約40～60%であり、足病変を全身疾患として考える必要があります。

そのため下肢病変の治療目標は現在ある足病変を治療するだけでなく、再発を予防すること、ADL、QOLを保つこと、健康寿命を全うすることにあります。下肢を切断から救う下肢救済の実行にあったては全身の管理、血行再建、血管内治療、創傷ケア、潰瘍治療、感染症コントロールなどの包括的治療が要求され、集学的に行うべきであります。従って、関与する部門としては循環器科、血管外科、糖尿病内科、腎臓内科、形成外科、整形外科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科、更に再生医療など多岐にわたりますが、当然のことながらもう一つの柱として、看護師、糖尿病認定看護師、糖尿病療養指導士、血管診療技師、義肢装具士などコメディカルの参加および医療業界のコラボレーションが求められ、多職種のチーム医療が必須です。

このシンポジウムでは個々の診断・治療技術やケアの力を磨いて、集学的治療の一環としてのチーム医療の深化を皆さんと学びたいと考えています。

『下肢救済のチーム医療 最前線 －診断と治療には、何が必要か！－』
糖尿病内科医の立場から

○中川内　玲子
なかがわちクリニック 内科・糖尿病内科 院長

末梢動脈疾患（PAD）とは、心臓及び冠動脈疾患以外の動脈に生じた動脈疾患の総称で、その中で最も多いのは閉塞性動脈硬化症（ASO）です。高齢化が進む我が国において、食の欧米化や糖尿病・透析患者さんの増加を背景に閉塞性動脈硬化症の患者さんは増えています。

末梢閉塞性動脈疾患の治療ガイドライン（JCS2009）では、糖尿病患者さんの閉塞性動脈硬化症患者数は40万人程度と推測されています。

糖尿病患者さんのPADは、膝から下の動脈に多く障害を受けます。膝から下の動脈のみの障害では、跛行症状は出づらく、また神経障害の影響で無症状で病態が進行することがあります。重症虚血肢においても、糖尿病患者さんの場合、無症候のことも多く、潰瘍・壊死で突然発症することもあります。

無症候であっても、足関節上腕血圧比（ABI）による定期的なスクリーニングが必要であり、異常を認めた場合には、リスク管理を徹底するとともに、冠動脈疾患、脳血管疾患の評価を含めた専門医へのコンサルトが必要と考えます。

中川内　玲子

1997年　3月	福岡大学医学部卒業
1997年　4月～1998年3月	福岡大学病院にて研修
1998年　4月～1999年3月	白十字病院にて研修
1999年　4月～2002年9月	福岡大学病院血液・糖尿病科勤務
2002年10月～2004年3月	聖マリア病院糖尿病内科勤務
2004年　4月～2005年4月	浜の町病院糖尿病内科勤務
2005年　5月～2017年3月	京都医療センター糖尿病センター勤務
2017年　4月～	医療法人中川内医院、小城市民病院
2018年10月～	なかがわちクリニック開業

日本人の動脈硬化性疾患は高齢化の進展と食生活習慣の変化に伴い増加の一途を辿っている

○挽地　裕
佐賀大学医学部 循環器内科 診療教授

日本人の動脈硬化性疾患は高齢化の進展と食生活習慣の変化に伴い増加の一途を辿っている。大規模国際登録研究であるREACH Registryの結果からも閉塞性動脈硬化症などの末梢動脈疾患（PAD）を有する患者では、冠動脈疾患（CAD）や脳血管疾患（CVD）を合併することが明らかになっており、全身のアテローム血栓症の一病態として捉えられている。PADの進行が生命予後を悪化させることが知られており、外来における自覚症状の聴取、視診、触診がPADの早期診断に極めて重要である。また最近ではABI、エコー検査など外来で行える検査によってPADのスクリーニングの精度が向上している。次のステップとして疾患部位の特定については造影CT検査さらにMRA等の活用が有用である。内科的治療方法として高血圧、糖尿病、高脂血症などの動脈硬化促進の危険因子に対する積極的な加療に合わせて禁煙指導を行うことも必須である。更に適切な抗血小板療法も血流の維持のために有用である。症状及び病態が安定している場合には内服加療及び積極的なリハビリテーションによる側副血行の発達を期待する場合もあるが、末梢組織に虚血性の進行性萎縮・壊死さらに感染を伴う場合には積極的に血行再建を目指す必要がある。カテーテルを用いた治療を積極的に行うが、冠動脈疾患に対するカテーテル治療と比較してPADの長期予後は未だ満足すべきレベルには達しておらず、治療法の更なる発展と心臓血管外科・形成外科とも密な連携を続ける必要がある。

挽地　裕

1988年	大分医科大学医学部卒業
1992年3月	佐賀医科大学大学院機能形態系・病理学修了
1992年4月	佐賀医科大学医学部附属病院内科医員（研修医）
1999年4月	天神会新古賀病院心臓血管センター循環器内科部長
2003年9月	佐賀医科大学医学部附属病院内科文部科学教官助手
2004年2月	佐賀大学医学部附属病院内科文部科学教官講師
2012年6月	佐賀大学医学部内科学准教授
2016年3月	早稲田大学・東京女子医科大学共同大学院 生命医科学博士取得
2016年12月	佐賀大学医学部内科学 診療教授

バイパス治療の役割と人工血管再生への取り組み

○伊藤　学
佐賀大学医学部 胸部・心臓血管外科 助教

近年、糖尿病罹患率の増加と、糖尿病性腎症からの透析患者が増加した影響もあり、動脈病変が下腿から足部まで広範囲に及ぶ重症虚血肢症例が増加している。救肢するためには血管内治療あるいはバイパス治療を含む血行再建が原則である。血管内治療が急速に普及しているが、下腿動脈への血管内治療は未だ長期的には満足できるものではない。よって、感染や全身併存疾患の評価及び対策を行った上で、絶対的な血流量を増す下肢遠位バイパス（Distal bypass）が必要となる。

膝関節を超えるバイパスのグラフトは常に関節の屈曲と進展を受けること、既存小口径人工血管でのバイパスは自家静脈と比べると開存性が劣ること、及び易感染症例が多く、人工血管感染からの敗血症を契機に下肢大切断となる危険性があることより、原則として自家静脈を使用している。また Distal bypass は、足関節レベルの直径約2mm 程度の小口径動脈に末梢吻合部を置くことが多く、未だ臨床応用できる口径4mm 以下の人工血管は存在しないため、グラフトの size miss match を回避するため自家静脈を使用せざるを得ないのが現状である。

術前の CT、血管造影検査でバイパス方法を検討し、超音波検査で中枢、末梢吻合予定部位の動脈壁の性状を評価することが重要である。そのとき、採取可能な自家静脈グラフト（大伏在静脈など）長がバイパスデザインの決定要因となるが、適正なグラフトが無いためバイパス術を断念し、下肢切断を余儀なくする症例も経験する。本シンポジウムでは下肢救済におけるバイパス術の役割と、自己細胞を用いた人工血管再生への取り組みについてご紹介したい。

伊藤　学

1993年	弘学館中学高等学校卒業後 佐賀医科大学医学部入学
1999年	佐賀医科大学医学部卒業
1999年 5月	佐賀医科大学医学部附属病院 胸部外科
1999年12月	佐賀県立病院好生館 麻酔科
2000年 3月	白石共立病院 循環器科
2000年 6月	新古賀病院 消化器外科
2001年 6月	福岡徳洲会病院 胸部心臓血管外科
2003年 6月	佐賀医科大学医学部附属病院 胸部外科 医員
2005年 6月	新古賀病院 心臓血管外科
2009年 4月	佐賀大学医学部 胸部心臓血管外科 助教

日本心臓血管外科学会専門医・修練指導医
日本外科学会専門医
日本循環器学会専門医
日本再生医療学会認定医
医学博士

如何に　足を救うか！！　－創傷治療からフットケア、歩行まで－

○上村　哲司[1]、渡邊　英孝[2]、川野　啓[2]
[1]佐賀大学医学部附属病院 形成外科 診療科長 兼 診療教授、[2]佐賀大学医学部附属病院 形成外科

食生活の欧米化や社会の高齢化に伴い、心筋梗塞や脳梗塞といった動脈硬化性疾患とともに、下肢末梢動脈疾患が急増しつつあります。さらに慢性腎不全による人工透析患者の増加と糖尿病患者の増加が加わり、下肢虚血から足部潰瘍や壊死をきたす症例も増えてきている。この重症下肢虚血に対して、血流改善をはかるための血行再建術に加えて、創傷管理、内科的全身管理、リハビリテーション、フットケアなどが一体化して行われる必要がある。われわれは、年々増加する足病変患者の下肢救済治療を、2006年1月から佐賀大学医学部附属病院とその連携施設と協力しながら展開している。その連携に加え、佐賀大学医学部附属病院では、週１回の複数診療科での下肢救済カンファランスにおいて足病変患者の検討を加え、治療にあたっている。下肢動脈閉塞性疾患に対する診断や治療は、ここ数年で大きく変遷している。超音波検査、MRアンギオ、CTアンギオといった低侵襲検査の画像診断能が向上し、また局所皮膚潅流圧測定などにより下肢虚血の評価能も向上してきている。治療においては、血管内治療の技術進歩にめざましいものがあり、従来の動脈バイパス手術と組み合わせた新しい治療戦略を行ってうえで、創傷外科医でありかつマイクロサージャンである形成外科医が、歩ける足をリフォームするため、下肢創傷の集学的な治療の中心を担っている。

今回、われわれのフットケア・下肢救済のための循環器内科、放射線科、心臓血管外科、麻酔科、形成外科、皮膚科、看護部、装具士のチームアプローチを紹介する。糖尿病性足病変および虚血性足病変の診断、治療ならびに実際のケアそして歩行解析のデータをもとに形成外科医の立場から解説する。

シンポジウム3

病院総合医教育の最先端～新たなる挑戦～

座長：大西　弘高（東京大学大学院 医学系研究科・医学部 医学教育国際協力学 講師）
小泉　俊三（一般財団法人 東光会 七条診療所 所長）

SY3-1　**富山大学総合診療部の挑戦**

○山城　清二
富山大学附属病院 総合診療部 教授

SY3-2　**地域中核病院が提供する在宅医療教育**

○次橋　幸男
公益財団法人 天理よろづ相談所病院 在宅世話どりセンター

SY3-3　**病院総合医教育の最前線～新たなる挑戦～**

○松永　諭
麻生飯塚病院 総合診療科

SY3-4　**地域での地域医療実践教育拠点による総合診療及び総合診療医教育体制の有用性の検証**

○小山　耕太
公立玉名中央病院 地域医療実践教育玉名拠点／総合診療科

シンポジウム3
座長のことば

2018年春より、日本専門医機構が運営する形で総合診療領域専門研修プログラムが開始された。元々は2017年度開始の予定だったが、2016年2月頃から地域医療関係者による医師偏在への懸念が示され、何とか2018年度の開始に漕ぎ着けた。しかし、未だにプログラム修了の評価をどのように行うかは示されていないし、それゆえ最終的にどのような医師を育成したいのかに関して不明瞭な部分が残っている。また、基盤領域としての総合診療に続くサブスペシャルティはどうなるのか、ダブルボードは可能なのか、一度専門医として活躍してきた医師が総合診療専門医を目指したときの扱いはどうするのか、も明確になっておらず、専攻医や指導医はもちろん、関係者の多くが注視していると思われる。

日本プライマリ・ケア連合学会は、2019年5月に新・家庭医療専門医を含む総合診療専門医のサブスペシャルティ領域を構築すると宣言し、病院総合診療専門医に関しても日本病院総合診療医学会などと連携して別のサブスペシャルティに位置づける方向性を打ち出した。これにより、2019年7月現在病院総合医の育成に関する議論が急速に本格化しつつある。

病院総合医教育においては、関係者の意見の相違は大きい。個人的には、意見の相違のポイントは、①病院における総合医の位置づけ（内科や救急との異同、ナースプラクティショナーとの棲み分けなど）、②病院総合医の人数と高い質のバランス、に大別されるとみている。前者については、病院規模や病院を取り巻く地域の健康の社会的決定要因を考え併せることも重要である。また、医療全体が地域包括ケアを中心としたより生活モデル重視の形態へと変化しつつあることも踏まえ、日本病院総合診療医学会が病院総合医の育成目標数や目指す方向性を打ち出すべき好機ではないかと感じている。

このシンポジウムにおいて、それぞれの先生方から最先端の取り組みをご紹介いただき、当学会の果たすべき役割が明確化されることを切に願っている。

富山大学総合診療部の挑戦

○山城　清二
富山大学附属病院 総合診療部 教授

2004年3月に富山大学総合診療部は新設されました。新設当初から、FM（家庭医療）、GIM（総合内科）、ER救急および医学教育の4つの柱を立てて、社会的ニーズの高い家庭医 / 総合医を育成することを理念としてきました。そして、15年経過した2019年度の目標を下記のように立てました。

FM：
1. 専攻医の研修施設との連携を深め、家庭医療を充実させる。
2. 地域を対象とした研究やプロジェクトを進める。
3. 若いGeneralistを増やすために、プライマリケアを学ぼう会を復活させる。

GIM：
1. 外来医学教育を充実させる。
2. 外来診断学を進化・深化させる。
3. 病棟診療（患者の複雑性への対応）を充実される。

ER：
1. ECU診療の充実を補助する。
2. 急患センターで独立して診療ができる。
3. 大学病院の中で学生や研修医への教育体制を整える。

その他：
1. ハワイ医学教育プログラムをサポートする。
2. 診療、教育、そして研究への方向性を明確にする。
3. 得意領域を見つけて、そのスペシャリストになる。

今回のシンポジウムでは、15年間を振り返り、そして今後の総合診療の在り方（挑戦）を考えてみたいと思います。

山城　清二

1984年	佐賀医科大学医学部卒業
1984年	沖縄県立中部病院 内科、救急センター（研修医）
1988年	沖縄県立八重山病院内科
1989年	沖縄県立中部病院救急センター
1993年	佐賀医科大学附属病院総合診療部 助手
1995年	トロント総合病院 総合内科研究員、クリニカルフェロー
1997年	ハーバード大学公衆衛生大学院修士課程
1998年	ハーバード大学公衆衛生大学院卒業
1998年	佐賀医科大学附属病院総合診療部 助手
2001年	佐賀医科大学附属病院総合診療部 講師
2004年　3月	富山医科薬科大学附属病院総合診療部 教授
2004年10月～	富山大学附属病院総合診療部 教授

地域中核病院が提供する在宅医療教育

○次橋　幸男
公益財団法人 天理よろづ相談所病院 在宅世話どりセンター

【病院が提供する在宅医療】

天理よろづ相談所病院本院（以下、本院）は1997年から在宅医療を提供してきた。2019年6月現在、訪問診療部門は医師2名（専従1名、兼任1名）、訪問看護師6名が所属し、60～70名の在宅患者に24時間365日体制の在宅医療を提供している。本院からの紹介患者を対象として、がん・非がん患者への緩和医療、重度の褥瘡、神経難病、重症心不全、慢性腎不全への腹膜透析など疾患も多岐にわたり、各科専門医との密な連携も求められる。

【在宅医療研修】

2005年から初期臨床研修医への短期研修（1週間）を開始、2013年から病棟看護師の同行研修（1日）、内科後期研修医への在宅ローテイト研修（1～3ヶ月間）、そして卒後5年目以上の医師を対象とした在宅医療認定専門医研修（1年間）を提供してきた。本年度からは内科専門医研修の外部研修先として、分院（回復期リハ・療養・精神病床）や近隣のクリニックと連携した在宅医療研修（3ヶ月）を企画して、4名の内科専攻医が研修予定である。

【在宅医療教育の目的】

初期研修医に対しては、同行訪問を通じて病院医療との違いを「体験」してもらう、専門医研修では学会が定める水準を満たしてもらうなど研修期間、目的に応じた研修を提供している。内科専攻医を対象とした在宅研修（3ヶ月）では、新規患者を担当し、導入から維持、急変時の対応、看取りまでの一連の経過を主治医チームの一員として経験してもらう。さらに、期間中に時間外当番医に加わることで、24時間365日の在宅医療提供体制にも貢献してもらう。このように、平時は在宅医療を専門としない内科専攻医や病院総合医が一定期間の在宅研修を受けることで、在宅医療の実態を学び、かつ近隣地域の在宅医療を支えていく観点からも有用だと我々は考えている。本シンポジウムでは、特に後期研修医を対象とした在宅医療研修の状況と指導内容について紹介する。

病院総合医教育の最前線～新たなる挑戦～

○松永　諭
麻生飯塚病院 総合診療科

飯塚病院は1000床を超え、現在約100名の研修医が在籍しています。総合診療科は「急性期総合病院で活躍できる病院総合医の育成」を目指しています。2019年度総合診療科スタッフ医師数24名、後期研修医数（専攻医含む）26名、総勢50名です。総合内科研修の中核に位置する総合診療科での研修の特徴はなんといっても密度の高い教育体制です。一般チーム5チームと重症チームの計6チームが常時120～140名の患者の診療を行います。一般チームは指導医1名、研修医2名で構成され、3ヶ月当たり140～160症例を経験します。重症チームは指導医3名、研修医4名で3ヶ月当たり100～120症例を経験します。内科系集中治療の考え方・手技を集中的に学びます。外来研修では外来専属指導医のもと6週間当たり150～170名の新患を担当します。外来での時間軸を意識し、指導医の思考過程をなぞりながら問題解決能力を体得します。主治医制ではなくチーム制、かつ時間外はナイトシフト制を導入し、オンとオフの区切りを明確にすることで診療の質改善を図ります。

今回は特に当院重症チームについてご紹介します。チーム全体のカンファレンスでは経験豊富な指導医3名とディスカッションすることにより実践的な重症の考え方を学んでいきます。ベットサイドも指導医がきめ細かくサポートします。手技は中心静脈カテーテルの挿入、末梢挿入中心静脈カテーテル（peripherally inserted central catheter：PICC）の挿入、挿管困難症例も含む気管内挿管、人工呼吸管理等を経験できます。重症チームで3ヶ月当たり80～90症例の中心静脈カテーテル、15～25症例のPICCを挿入しています。中心静脈カテーテル、PICC挿入を含めた手技を施行する際には必ず指導医がサポートします。手技の終了直後にも、その都度フィードバックを行っています。3ヶ月でほとんどの研修医が自信を持って中心静脈カテーテルを挿入できるようになっています。

松永　諭

2003年3月　琉球大学医学部医学科卒業、2003年5月より沖縄県立中部病院　初期研修、2005年4月より沖縄県立中部病院　後期研修、2006年4月より沖縄県立八重山病院　内科勤務、2008年4月より佐賀大学医学部附属病院　総合診療部　医員、2009年10月より佐賀大学医学部附属病院　総合診療部　助教、2011年5月よりToronto General Hospital留学、2014年4月より飯塚病院　総合診療科　現在に至る

地域での地域医療実践教育拠点による総合診療及び総合診療医教育体制の有用性の検証

○小山　耕太
公立玉名中央病院 地域医療実践教育玉名拠点／総合診療科

＜背景＞

熊本県での人口10万人対の医師数は全国平均を上回っていますが、熊本市への一極集中が問題視されています。これまでに熊本大学医学部附属病院　地域医療・総合診療実践学寄附講座では、2009年度及び2014年度に熊本県内の全有床病院に対して病院アンケート調査を実施し、熊本県における地域医療の問題点について報告しました。そこで得られたプライマリ・ケアを主に行う医師のニーズの高さに端を発し、2015年4月に熊本大学の地域医療学外教育拠点として、公立玉名中央病院に「地域医療実践教育玉名拠点」（当拠点）が新設され、4年が経過しました。

当拠点では、総合診療科指導医2名のもと、総合診療専攻医、卒後臨床研修医の教育を総合診療科外来・入院及び救急診療を中心に実践しています。

今回、「平成29年度科学研究費助成事業」の一環で玉名郡市医師会所属の医療機関、総合診療科入院患者、公立玉名中央病院職員に対し、当拠点による地域での医師育成に対する意識及び総合診療科の診療に対する満足度調査を実施しました。

ここでは、そこから得られた結果を紹介し、今後の課題について共有します。

＜方法＞

対象：
総合診療科入院患者109名（男性43名、女性66名）
玉名郡市医師会所属の医療機関123名を対象に、74名から回答（60.2%）
公立玉名中央病院の703名の職員を対象に、592名から回答（84.2%）
横断研究：半構造化アンケートを対象者に配布し、同意を得られた協力者に対し以下の項目について調査した。
調査項目：

- 総合診療科入院患者の診療に対する満足度及び、医師育成に対する意識
- 玉名郡市医師会・医療機関所属医師の教育拠点が実施する教育に対する意識及び、総合診療科の診療に対する満足度
- 公立玉名中央病院職員の院内での医師育成に対する意識

＜結果＞

個別の調査結果についてはシンポジウム内で報告します。

小山　耕太

2004年4月～2006年3月	佐賀大学医学部附属病院 研修医
2006年4月	熊本大学医学部附属病院 総合診療部 入局
2006年9月～	熊本赤十字病院、牛深市民病院 等
2014年4月～	熊本大学医学部附属病院 地域医療システム学寄附講座 特任助教
2015年4月～	同講座 地域医療実践教育玉名拠点 特任助教
2016年4月～	熊本大学医学部附属病院 地域医療・総合診療実践学寄附講座 地域医療実践教育玉名拠点 特任助教
2019年4月～現在	公立玉名中央病院 地域医療実践教育玉名拠点／総合診療科 部長
2004年3月	佐賀医科大学医学部医学科 卒業
2009年4月～2013年3月	熊本大学大学院社会人枠 微生物学分野 修了（医学博士）

シンポジウム4・5

9月14日（土）「病院総合医育成の core module by JUGLER 第2部 ー意見交換を中心にー」
9月15日（日）「病院総合医育成の core module by JUGLER 完結編 ー提言と未来に向けてー」

多胡　雅毅（佐賀大学医学部附属病院　総合診療部　講師　副部長・副診療科長）

1999年　長崎県 私立 青雲高等学校 卒業
2005年　佐賀大学医学部医学科 卒業
　　佐賀大学医学部附属病院 初期研修医
2007年　佐賀大学医学部附属病院総合診療部 医員
2012年　佐賀大学医学部附属病院総合診療部 病院助教
2014年　社会医療法人祐愛会織田病院 内科
2016年　佐賀大学医学部附属病院総合診療部 助教
2016年　佐賀大学医学部附属病院総合診療部 講師
2017年　佐賀大学医学部附属病院総合診療部 副部長・副診療科長

志水　太郎（獨協医科大学病院　総合診療科　主任教授）

2005年　愛媛大学医学部 卒業
2007年　江東病院初期研修 修了
2009年　市立堺病院後期研修 内科チーフレジデント 修了
2011年　米国エモリー大学ロリンス公衆衛生大学院 修了
　　カザフスタン共和国ナザルバイエフ大学 客員教授
　　米カリフォルニア大学サンフランシスコ校 客員臨床研究員
2012年　練馬光が丘病院総合診療科 ホスピタリストディビジョン チーフ
　　豪州ボンド大学 経営大学院修了
2013年　米国ハワイ大学 内科
2014年　東京城東病院総合内科 チーフ
2015年　同内科アドバンスドレジデンシープログラム ディレクター
　　同ナースプラクティショナープログラム ディレクター
2016年　獨協医科大学病院総合診療科 診療部長
　　同 総合診療教育センター センター長
2018年　獨協医科大学総合診療医学講座 主任教授

佐々木　陽典（東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター 助教）

2006年2月　東邦大学医学部 卒業
2006年4月　東邦大学医療センター大森病院 初期研修
2008年9月　沖縄県立中部病院に研鑽出向
2012年4月　沖縄県立八重山病院勤務 内科（腎臓・リウマチ）
2014年4月　東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター シニア・レジデント
2014年7月　東邦大学医学部総合診療・救急医学講座 助教
2018年7月　Harvard Medical School Introduction to Clinical Research Training Japan 修了

和足　孝之（島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 助教 教育専任医師）

2005年　神戸大学大学院自然科学研究科修了
2009年　岡山大学医学部卒業（学士編入学）
2009年　湘南鎌倉総合病院 初期研修医修了
2013年　同病院 総合内科チーフレジデント
2014年　東京城東病院 総合内科 副チーフ
2016年　Mahidol University, Master of Clinical Tropical Medicine 修了
2016年　島根大学附属病院 卒後臨床研修センター 助教 教育専任医師
2018年　Harvard Medical School, Global Clinical Scholar Research Training 在籍中

鋪野　紀好（千葉大学医学部附属病院 総合診療科 特任助教 兼 総合医療教育研修センター
千葉大学医学部附属病院 総合診療科 後期研修プログラム責任者（家庭医療コース））

2008年　千葉大学医学部 卒業
2010年　千葉市立青葉病院 初期研修 修了
2011年　千葉大学医学部附属病院総合診療科 シニアレジデント 修了
千葉大学医学部附属病院総合診療科 医員
2013年　千葉大学医学部附属病院総合診療科 特任助教 兼 総合医療教育研修センター
2015年　千葉大学大学院医学研究科博士課程 修了（医学薬学府先進医療科学専攻）
2017年　千葉大学医学部附属病院総合診療科後期研修プログラム責任者（家庭医療コース）
2018年　ACP Japan Chapter PRC 委員
Massachusetts General Hospital Institute of Health Professions, Health Professions Education 修士課程（在学中）
2019年　日本内科学会専門医部会幹事（講演界担当）
日本病院総合診療医学会評議員

髙橋　宏瑞（順天堂大学医学部 総合診療科学講座 助教）

2008年3月　東海大学医学部卒業
2008年4月　東海大学医学部附属病院 初期研修
2010年4月　順天堂大学大学院医学研究科 博士課程（医学専攻）入学
2012年5月　National Children's Research Centre in Ireland Research Fellow
2014年8月　順天堂大学医学部総合診療科
2015年8月　新島村国民健康保険診療所
2016年2月　順天堂大学医学部総合診療科
2017年1月　Point of care ultrasound インストラクター 就任
2018年3月　日本病院総合診療医学会 若手部会 代表就任
2018年4月　日本病院総合診療医学会 評議員就任
2018年7月　順天堂大学病院 国際診療部 併任
2018年12月　APSARA Executive Board 就任

シンポジウム4・5

1日目
病院総合医育成の core module by JUGLER 第2部 ―意見交換を中心に―

2日目
病院総合医育成の core module by JUGLER 完結編 ―提言と未来に向けて―

日本において総合診療医は病院総合医と家庭医に大別される。病院総合医の役割は市中病院、地域中核病院、大学病院などのセッティングによって大きく異なり、多数の団体の認定制度（日本プライマリ・ケア連合学会、日本病院総合診療医学会、日本病院会、地域医療推進機構）が乱立し、その定義は明確でない。これに加えて、高度専門医療への特化と採算性が求められる大学病院では、病院総合医に求められる役割や存在価値が不明確である。

我々はこのような状況を打破すべく、大学病院で総合診療を実践する若手リーダーをコアメンバーとした、JUGLER：Japan University General medicine Leadership and Education Roundtable を立ち上げた。本グループの最終目標は、我が国の医学生や研修医が「心から目指したい」と思えるような病院総合医像を明確にすること、その目標を達成するための育成方法を大学・地域間の垣根や、学会や専門医制度等の既存の制度の枠組みを超越して考えること、その方法を教育の中心であるべき全国の大学病院総合診療部門で実現していくことである。我々は議論を重ね、大学で病院総合医を目指す医学生や初期研修医に明確で具体的な目標を示すべく、病院総合医育成の core module を作成した。2019年6月には日本プライマリ・ケア連合学会学術総会で初案を示し、参加者と議論を深めた。

本大会ではプライマリ・ケア連合学会での「第1部」JUGLER セッションで検討すべきとした項目と全国の協力メンバーからの意見を集約し、コアメンバーで修正した新 core module 案を提示する。

初日の第二部と称したセッションでは、この新案について、様々な視点から議論を尽くしてブラッシュアップを行う。また各論として、core module 習得習得方法について、会場からの意見を基に討論を行う。

2日目の完結編では、第2部の意見を踏まえた病院総合医育成の core module を最終案としてまとめ、プロダクトとして提言し、その位置づけや運用方法について検討する。さらに JUGLER コアメンバー個々の経験や core module 習得状況を基に、目指すべき病院総合医像の一例を具体的に示す。最終的にこれらの議論をまとめ、大学の病院総合診療の未来をどのように動かしていくべきか、参加者を含め充実した討論を行いたいと考えている。

ワークショップ1

総合診療研究キホンのキ：臨床予測スコアの作成

○杉岡　隆
佐賀大学医学部 地域医療支援学講座 教授

○香月　尚子
佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 助教

ワークショップ1

総合診療研究キホンのキ：臨床予測スコアの作成

○杉岡　隆
佐賀大学医学部 地域医療支援学講座 教授

臨床予測スコア（clinical prediction rule）は、臨床現場で比較的容易に入手できる情報から、診断や予後を予測するためのツールで、CHADS2やWellsスコア、Centorスコア等、有名なものが数多くあります。本ツールは予測に有用な情報を組み合わせることで感度・特異度を高めたもので、現在も各現場に応じた様々な予測スコアがどんどん作成されています。作成する上で肝となるのは「診断のゴールドスタンダードを設定すること」、「必要と思われる情報をできる限り網羅し、解析に投入すること」、「解析で選び出された（外された）各情報を臨床的に検討すること」で、有用なスコア作成のためには現場に精通した臨床医の知識・経験が欠かせません。

本セッションでは、臨床予測スコア作成に関する基本事項を解説し、作成の一部をワークショップ形式で体感してもらうことを目標としています。（情報の選択やゴールドスタンダード設定が主です。解析の体験実習はありません。）研究初心者で、興味のある方向けの内容です。

杉岡　隆

1990年自治医科大学医学科卒。山口県立中央病院（現山口県立総合医療センター）で研修後、島の病院や山間の診療所にて15年間地域医療に従事。2005年京都大学大学院「臨床研究者養成（MCR）コース」1期生、医学博士取得。2010年より佐賀大学医学部地域医療支援学講座教授。日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、社会医学系専門医・指導医、日本医師会認定産業医、日本臨床疫学会臨床疫学上席専門家、日本プライマリ・ケア連合学会九州ブロック佐賀県支部長。

ワークショップ2

座長：八重樫　牧人（亀田総合病院 総合内科 部長）

病院でのアドバンス・ケア・プランニング：
ホスピタリストにこそ ACP は必須の能力である

○平岡　栄治
東京ベイ浦安市川医療センター 副センター長 総合内科 部長

○吉野　かえで
東京ベイ浦安市川医療センター 腎臓内科 内分泌・糖尿病内科医長

○竹之内　盛志
医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院 総合内科 医長

○樋口　直史
医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院 総合内科

ワークショップ2

病院でのアドバンス・ケア・プランニング：ホスピタリストにこそ ACP は必須の能力である

○八重樫　牧人
亀田総合病院 総合内科 部長

アドバンス・ケア・プランニング advance care planning（ACP）とは、病気や認知症などで意思決定能力がなくなった場合に備えて、患者、家族や友人、医療従事者が前もって話し合い、本人の価値観を共有する「過程」である。患者の意思決定能力が失われたあとでも、「こんな時、患者本人なら何を望むだろう」と医療者や家族が考え、最終的に患者の意向に沿った医療が実践されることが目的である。ACP は、特にホスピタリスト等の急性期かつ全人的医療を提供する医師が「必ず」習得すべき技術である。このセッションでは、インタラクティブなレクチャー・動画・スモールグループディスカッション・討論等を通じて、病院で急性期医療を提供する医師が、ACP を活用して患者さんの価値観に沿った医療を提供できることを目標とする。

ワークショップ3

座長：本間　洋輔（東京ベイ浦安市川医療センター 救急集中治療科 救急外来部門 医長）

セデーションコース（処置時の鎮静及び鎮痛シミュレーション）イントロ版

○吉村　真一朗
医療法人 はるか 聖ヨハネ病院

○山口　征啓
健和会大手町病院 副院長

○金澤　剛志
九州大学大学院 医学系学府医学教育学講座

○石上　雄一郎
麻生飯塚病院 連携医療・緩和ケア科

ワークショップ3

セデーションコース（処置時の鎮静及び鎮痛シミュレーション）イントロ版

○吉村　真一朗
医療法人 はるか 聖ヨハネ病院

・ERでの処置時における鎮静や鎮痛は、常日頃から関わりがある事と思います。ところが、本邦では体系的な教育はあまり存在していませんでした。
・手術室外での鎮静は、麻酔科医以外の医師によって行われる事も多いですが、医師も看護師も不慣れな中で行われる事があるのが実情です。実際に、適切なモニタリングが行われていなかったため、死亡事故も発生しています。
・そのような現状を変えたいと、米国のコースを輸入して、多くの専門医の意見（救急医、集中治療医、麻酔科医、総合内科医）を取り入れて作られた日本版のコースが「セデーションコース」です。過去に福岡、佐賀、東京、千葉、仙台、北海道と全国各地で通算35回コースを開催し、いずれも盛況をきたしました。現在はPSA（Procedural Sedation and Analgesia）研究会として、安全な処置時の鎮静および鎮痛の普及をすすめています。
・今回はその「セデーションコース」を学会でのハンズオンセミナーとしてぎゅっと凝縮し、セデーションコース（イントロ版）として開催させていただくこととなりました。通常は1日かけてのコースですが今回は通常コースの概要を体験していただくという内容です。
・前半は、通常コース講義内容の紹介、後半は、シミュレーション学習を含めたグループワークになっています。
・“なんとなく鎮静剤を使っていたけど、体系的に学びたい”、“セデーションコースは知っていたけど時間と距離の関係で受講できなかった”という方はぜひ参加していただき、通常コース受講への足がかりになればと考えています。

若手部会エキスパートセッション

指導医へのステップ：明日から使える Faculty Development
強いミドルマネジャーが医療機関を変える

○小西　竜太
独立行政法人 労働者健康安全機構

若手部会エキスパートセッション

指導医へのステップ：明日から使える Faculty Development 強いミドルマネジャーが医療機関を変える

○小西　竜太
独立行政法人 労働者健康安全機構

病院での総合診療の展開する中で、単純な臨床能力だけではなく、業務運営を円滑に行い、研修医を指導し、多職種の信頼を集め、院外関係者と調整を図ることが患者診療に影響する。さらに個々の担当患者のみならず、組織の質や安全、臨床教育に対して貢献を求められることも少なくない。若き指導医が進む次のステップは、診療科や病棟運営のエンジンとしてミドルマネジメントを担う存在である。この全方位的な働きを可能にするためには、知識や技術的なテクニカルスキルに加えて、マネジメントに関連するノンテクニカルスキルの両立が望まれる。これまで臨床現場でのマネジメント能力は能力開発するものではなく、キャリアの修羅場経験や成功体験を通して無意識のうちに獲得している暗黙知として認識されてきた。しかしながら、マネジメントを体系的に可視化・言語化された形式知として捉え、そこに自らの経験から省察を加えることで初めて意識的に現場で活用できる気付きを得られる。マネジメント教育は机上の学問ではなく、各々が持つ多種多様な経験の蓄積に従って必要なマネジメント能力が展開していくのである。

ヘンリー・ミンツバーグは「ミドルマネジャーが組織変革の起点になりうる」と公言し、野中郁次郎も「ミドルアップダウンマネジメント」という概念を提唱している。医療現場においてもミドルマネジメントの質次第で、診療、教育、教育、質・安全管理に大きな影響を与えうる。今回、ミドルマネジャーの定義や、これまで言語化されてきた経営学や組織行動学、行動経済学などの知見から考えられる医療マネジメントの基本を振り返り、今後の学びへの導入としたい。

小西　竜太

2002年北海道大学、2012年 Harvard School of Public Health（医療政策・管理学修士取得）。沖縄県立中部病院・南部医療センター総合内科、関東労災病院救急総合診療科 / 経営戦略室で勤務。急性期総合内科、医療マネジメントが専門。2019年4月より民間企業に転じて、ヘルスケア産業での事業開発に従事。独立行政法人労働者健康安全機構に所属（非常勤）。著作として「医療現場で働く管理職1年目の教科書」（メディカル・サイエンス・インターナショナル）

ランチョンセミナー 1

座長：内藤　俊夫（順天堂大学医学部 総合診療科学講座 主任教授）

SS-1　**臨床研究にアプリを活用した結果…**

○妹尾　恵太郎
京都府立医科大学 循環器内科 不整脈先進医療学講座 助教

共催：メディカルローグ株式会社

臨床研究にアプリを活用した結果…

○妹尾　恵太郎
京都府立医科大学 循環器内科 不整脈先進医療学講座 助教

日本での心房細動患者は年々増加傾向にあり、健診で診断されるだけでも約80万人（2010年時点）であり、現在はすでに100万人を超しているものと思われる。心房細動は心原性脳梗塞の最大のリスク因子であり、心原性脳梗塞は脳梗塞の中でも死亡率が高く、一命をとりとめても重症な後遺症が残るなど予後不良である。そのため心房細動が見つかれば、脳梗塞予防のための適正な抗凝固療法が必要となる。抗凝固療法において、実臨床での最重要テーマと言えるのが服薬アドヒアランス（患者自身の治療への積極的な参加）である。リアルワールドデータによると、抗凝固療法によって脳梗塞の発症率が改善されていない現状があり、その要因の一つに服薬アドヒアランスの低下が挙げられた。薬を10%余らせるごとに、死亡と脳卒中リスクは10%上がるという報告もあり、無視できない課題である。

服薬アドヒアランス改善のためには、治療や服薬に関して丁寧な説明を心がけることや、特に高齢者などの場合は家族や介護者の協力を促すことの重要性を多くの医療者が自覚している。実際、服薬指導に積極的に介入することで服薬アドヒアランスが改善した例も報告されている。医師と薬剤師の連携、服薬カレンダーの提案なども含め各病院で様々な取り組みがされているが、現行の医療システムにおいては限界もあり、解決策はいまだ確立されていない状況である。

我々は、服薬アドヒアランス低下の革新的な解決策としてスマートフォンアプリの活用が有効と考えている。服薬アドヒアランスが低下する原因を考えたとき、スマートフォンの、適切な情報を適切なタイミングで届けられるという属性が従来の医療システムでカバーできなかった部分を補完すると思われる。本日は、パイロット試験結果を交えながらお話したいと思う。

妹尾　恵太郎

2006年　滋賀医科大学 卒業
2006年　愛仁会千船（ちぶね）病院研修医
2008年　心臓病センター榊原病院循環器内科
2011年　心臓血管研究付属病院循環器内科
2014年　University of Birmingham, Institute of Cardiovascular Sciences リサーチフェロー
2016年　康生会武田病院不整脈治療センター 医員
2018年　京都府立医科大学不整脈先進医療学講座 特任助教

ランチョンセミナー 2

座長：林　純（日本病院総合診療医学会 理事長，原土井病院 九州総合診療センター，
九州大学 名誉教授）

SS-2　**つまずきから学ぶ漢方薬　－ 風邪に対する漢方治療を含めて**

○岩田　健太郎
神戸大学大学院 医学研究科 微生物感染症学講座 感染治療学分野 教授

共催：株式会社ツムラ

つまずきから学ぶ漢方薬　－ 風邪に対する漢方治療を含めて

○岩田　健太郎
神戸大学大学院 医学研究科 微生物感染症学講座 感染治療学分野 教授

風邪にはこの薬、と決めてしまうと診療が退屈になります。「どの漢方薬で治療してやろうかな」と前のめりになると、ひとつひとつの風邪のケースが興味深くなり、薬の選択に懸命になり、患者の問診や診察に真剣になり、よって日々、楽しく過ごせるようになります。誤解を恐れずに申し上げるなら、外来診療は知的快楽なのです。そういうお話を申し上げます。昨今の検閲が苦痛なので、スライドは使いません。

岩田　健太郎

1997年島根医科大学（現・島根大学）卒業。沖縄県立中部病院研修医、コロンビア大学セントクルース・ルーズベルト病院内科研修医を経て、アルバートアインシュタイン大学ベスイスラエル・メディカルセンター感染症フェローとなる。2003年に中国へ渡り北京インターナショナルSOSクリニックで勤務。2004年に帰国、亀田総合病院（千葉県）で感染内科部長、同総合診療・感染症科部長歴任。2008年より現職。
各種感染症の専門医資格に加え、漢方内科専門医、日本ソムリエ協会認定シニアワインエキスパートなどももつ。
主な著書に、『サルバルサン戦記』、『ワクチンは怖くない』、『極論で語る感染症』、近刊に、『インフルエンザ　なぜ毎年流行するのか』、『抗菌薬の考え方、使い方 Ver.4　魔弾よ、ふたたび…』、『ジェネシャリスト宣言』、翻訳本で『シュロスバーグの臨床感染症学（監訳）』など、著書多数。

ランチョンセミナー 3

座長：瓜田　純久（東邦大学医療センター大森病院 病院長 総合診療・急病センター 教授）

SS-3

Clostridioides difficile 感染症に関する最近の話題

○三鴨　廣繁
愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授

共催：ミヤリサン製薬株式会社

Clostridioides difficile 感染症に関する最近の話題

○三鴨　廣繁
愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授

Clostridioides difficile 感染症（CDI）の診断については、ブリストル便スケールで5以上を示した便検体を対象として検査を実施することになっているが、臨床現場でブリストル便スケールの使用が一般的とは言えないのが現状である。しかし、2019年4月に感染対策加算1を取得している病院で CDI 遺伝子診断法が保険適応となり、ブリストル便スケールを用いた記録がより一層重要となっている。CDI の治療にあたっては、CDI の重症度の判定が薬剤選択において重要であるが、これまで CDI 重症度判定に用いるスコアリングシステムとしては国際的に満足できるものがなかった。2018年に日本嫌気性菌感染症学会で発表された CDI 重症度判定基準である MN 基準は、きめ細やかな診断基準となっており、実際の臨床現場で有用なものとなっている。2018年に CDI の治療薬として新しく上市されたフィダキソマイシンは海外での臨床試験で再発率が低いことが示されており、中等症の一部もしくは重症 CDI、再発性 CDI などで良い適応となることがガイドライン等では示されているが、炎症性腸疾患（IBD）などの基礎疾患を有するいわゆるハイリスク患者群においては第一選択薬としても良いとするエビデンスも発表されるようになっている。CDI の予防に関してはガイドライン等ではベスロトクスマブの使用が推奨されるが、海外のガイドラインではその位置付けは検討中であると考えられる。ベズロトクスマブは高薬価という側面もあり、再発予防に対してはプロバイティックスの使用も考慮するべきである。また、microbiota sparing アプローチとして糞便移植療法（FMT）の適応についても考える時代となっているが、2019年に CDC から FMT 後のトランスロケーションによる薬剤耐性菌感染症発現の可能性が頻度は低いと考えられるもののあり得ることがアラートとして発表されている。本講演では、前述した内容に関して私見も交えて紹介する。

三鴨　廣繁

1983年3月　名古屋大学文学部卒業
1989年3月　岐阜大学医学部卒業
1994年3月　岐阜大学大学院医学研究科博士課程修了（医学博士）
1989年5月　岐阜大学医学部附属病院 医員（研修医）
1994年4月　岐阜大学医学部附属病院 医員（産科婦人科）
1994年9月　岐阜大学医学部 助手（産科婦人科）
1997年10月　岐阜大学医学部 講師（産科婦人科）
2003年4月～2004年3月　Channing Laboratory, Harvard Medical School, Research Scholar
2004年4月　岐阜大学 生命科学総合研究支援センター 嫌気性菌研究分野 助教授、
2007年4月　岐阜大学大学院 連合創薬医療情報研究科 感染症治療学 准教授
2007年8月～　愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授
2013年1月～　愛知医科大学病院 感染症科 部長（教授）

ランチョンセミナー 4

座長：野出　孝一（佐賀大学医学部 循環器内科 教授・内科学講座 主任教授）

SS-4　**不整脈デバイス治療の新たな指針：ガイドラインによる突然死予防と患者の社会復帰を考える**

○栗田　隆志
近畿大学医学部附属病院 心臓血管センター 教授

共催：日本メドトロニック株式会社

不整脈デバイス治療の新たな指針：ガイドラインによる突然死予防と患者の社会復帰を考える

○栗田　隆志
近畿大学医学部附属病院 心臓血管センター 教授

2019年3月に新・不整脈非薬物治療ガイドライン（2018年版）が発表された。不整脈治療の重要な柱である心臓植込み型電気デバイス（CIED）とカテーテルアブレーション治療の双方が全面的に改定されるのは2011版年以来、7年ぶりであった。この間の医療電子技術の進歩は目覚ましく、従来のCIEDの発展のみならず、新たな機器の登場に大きく貢献し、新たなエビデンスも相次いで発表された。一方、すでにCIEDの有効性が確立されていた領域においては新たなエビデンスの創出は限られており、2011年版をほぼ踏襲する表記となった。一見すると目新しさに欠けるが、我が国から発信されたICDに関わるいくつかの新エビデンスは適応クラスを決定するうえで重要な根拠となった。

新ガイドラインの特徴はCIED適応患者の社会復帰問題にも触れた点である。特にICD患者の車の運転制限については長年の課題であり、わが国のエビデンスに依拠した緩和が進んできた。

本講演ではガイドラインの作成の過程とその裏話、根拠となったエビデンスの解釈、車の運転に代表される社会問題へのアプローチなどについて討論したい。

栗田　隆志

1984年３月　福岡大学医学部卒
1984年６月　福岡大学第２内科入局
1986年５月　国立循環器病センター心臓内科レジデント
1989年５月　国立循環器病センター内科心臓部門
2000年４月～2002年３月　秋田大学医学部非常勤講師（併任）
2002年４月～2009年12月　国立循環器病センター内科心臓部門医長
2003年４月～2006年３月　兵庫医科大学 臨床実習助教授（併任）
2006年４月～2008年12月　兵庫医科大学 臨床実習教授（併任）
2009年１月～　近畿大学医学部循環器内科 准教授
2012年４月～　近畿大学医学部心臓血管センター 臨床教授

ランチョンセミナー 5

座長：山下　秀一（佐賀大学医学部附属病院 病院長・総合診療部 教授）

SS-5　**日常臨床で見逃さないための「肺」高血圧症診療ガイド**

○大郷　剛
国立循環器病研究センター 肺高血圧症先端医学研究部 特任部長
兼 心臓血管内科部門 肺循環科 医長

共催：アクテリオン　ファーマシューティカルズ　ジャパン株式会社

日常臨床で見逃さないための「肺」高血圧症診療ガイド

○大郷　剛
国立循環器病研究センター 肺高血圧症先端医学研究部 特任部長 兼 心臓血管内科部門 肺循環科 医長

肺高血圧症：Pulmonary hypertension（PH）は何らかの異常で肺血管の圧力が上昇し、進行すると右心不全を起こし厚労省の特定疾患に指定されている致死率の高い希少難治疾患である。原因として肺血管自体に異常をおこして肺細動静脈の閉塞や狭窄を起こし肺高血圧症となる「肺動脈性」肺高血圧症や肺血管に血栓が慢性的に閉塞し肺高血圧症を引き起こす慢性「血栓塞栓性」肺高血圧症など様々な原因がある。この疾患は日常臨床に潜んでおり、他の心不全等の循環器疾患や呼吸器疾患と類似した症状であったり、患者が若年であることも多いため見逃されることが多く、専門医への紹介も遅くなることが多い。しかしその遅れが治療抵抗性につながり死に至ることも多く、見逃さず診断を早期に行うことが重要である。そのためには、基本的な部分での肺高血圧症の病態や臨床像を理解し、いくつかの診断のためのポイントをおさえておく必要がある。またかつては治療が困難であり、早期発見しても予後は良くなかったが、この15年で肺高血圧症の治療は大きく改善してきており、長期予後も望める時代に突入している。このセミナーではこの肺高血圧症の臨床像や病態、診断のポイント、そして最新の治療等を紹介し、日常診療でこの肺高血圧症を見逃さず疑い、診断治療につなげる重要な事項に関して紹介したい。

大郷　剛

1996年　香川医科大学卒業
1996年　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科医局入局
2002年　国立循環器病研究センター 心臓血管内科 レジデント
2007年　医学博士
2007年　Department of Medical and Molecular Genetics, King's College London, UK
　　ロンドン大学キングスカレッジ臨床分子遺伝学教室 臨床研究員
2010年　国立循環器病研究センター 心臓血管内科部門 肺循環科 医師
　　（国立循環器病研究センター研究所 分子生物学部兼任）
2012年　国立循環器病研究センター 心臓血管内科部門 肺循環科 医長
2014年　岡山大学客員准教授（兼務）
2016年　国立循環器病研究センター 肺嵩血圧症先端医学研究部 特任部長、
　　国立循環器病研究センター 心臓血管内科部門 肺循環科 医長（兼任）
2017年　岡山大学客員教授（兼務）

ランチョンセミナー 6

座長：安西　慶三（佐賀大学医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科学 教授）

SS-6　**合併症予防と QOL 向上を意識した２型糖尿病治療戦略**

○熊代　尚記
東邦大学医学部 内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野 准教授

共催：武田薬品工業株式会社

合併症予防と QOL 向上を意識した2型糖尿病治療戦略

○熊代　尚記
東邦大学医学部 内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野 准教授

糖尿病診療の課題は、様々な合併症が引き起こされ、生活の質（QOL）が低下し、健康寿命が短縮することであり、革新的な糖尿病対策の確立が国を挙げての急務となっている。従って、日常診療における糖尿病治療の基本である血糖管理において、その先の合併症予防と QOL の向上を意識しながら早期より治療介入・治療強化を行うことが極めて重要である。本講演ではこれまで我々が取り組んできた臨床研究の成果を提示しながら、糖尿病合併症を予防する為の治療戦略について概説する。

近年の糖尿病合併症の話題の中心は、従来の3大合併症である網膜症・腎症・神経障害に加えて大血管合併症となっている。世界では様々な大規模スタディの結果が集積しつつあるが、日常診療にすぐに役立てることが可能な日本人を対象にしたエビデンスは未だ十分とは言えない。従って、我々は近年注目されている比較的新しい経口薬である DPP4阻害薬と SGLT2阻害薬に焦点を当てて、それらの心血管イベント抑制効果を代替エンドポイントを用いて評価した。

DPP4阻害薬については、メトホルミン750mg で治療中の比較的早期軽症と位置付けられる2型糖尿病患者を対象に、リナグリプチン追加による血管内皮保護効果をメトホルミン増量と比較検討した。その結果、群間差はなかったが、リナグリプチン追加群でのみ血管内皮機能の有意な改善がみられ、メトホルミンへ DPP4阻害薬を積極的に追加する意義が示された（Shigiyama F and Kumashiro N, et al. 2017 J Diabetes Investig）。

SGLT2阻害薬についても早期軽症2型糖尿病患者を対象に同様に検討した結果、メトホルミンへのダパグリフロジンの追加は、HbA1c が7%以上の患者において、メトホルミン増量よりも有意に血管内皮機能を改善することが明らかとなった（Shigiyama F and Kumashiro N, et al. 2017 Cardiovasc Diabetol）。

また我々は、心血管イベントのリスクとなる低血糖や体重増加を抑制しながらの HbA1c 改善効果について、DPP4阻害薬（シタグリプチン）と SGLT2阻害薬（ダパグリフロジン）を直接比較するスタディ（DIVERSITY-CVR, n=340）を実施した。

本講演が先生方の糖尿病診療の向上と患者の合併症予防と QOL の向上に役立つことを願ってやまない。

熊代　尚記

1999年3月　山梨医科大学医学部医学科 卒業
1999年4月　山梨医科大学医学部附属病院にて研修
2000年4月　東京警察病院にて研修
2002年4月　順天堂大学医学部 内科学・代謝内分泌学講座 専攻生
2004年4月　順天堂大学大学院医学研究科（内科学・代謝内分泌学講座）入学
2008年3月　順天堂大学大学院医学研究科 卒業 博士（医学）
2008年4月　順天堂大学医学部 内科学・代謝内分泌学講座 非常勤助教
2009年4月　同 助教
2009年5月　アメリカ合衆国 Yale University School of Medicine Department of Internal Medicine, Gerald Shulman Lab Postdoctoral Fellow
2011年5月　同 Postdoctoral Associate
2013年4月　東邦大学医学部内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野 助教
2014年6月　同 講師
2018年4月　同 准教授

ランチョンセミナー 7

座長：原　英夫（佐賀大学医学部 神経内科 教授）

SS-7　「痛みと知覚を数値化する！」～ペインビジョンの臨床応用＆ライブ～

○三木　俊
東北大学病院 生理検査センター 生理検査部門長 東北大学医学部保健学科 臨地准教授

共催：ニプロ株式会社

「痛みと知覚を数値化する！」～ペインビジョンの臨床応用＆ライブ～

○三木　俊
東北大学病院 生理検査センター 生理検査部門長 東北大学医学部保健学科 臨地准教授

知覚・痛覚は生体の感覚シグナルとして重要な役割を担っている。

知覚：末梢神経障害は比較的早期に知覚鈍麻を発症しているが、本人の自覚が乏しい場合も多く、早期の診断が重要である。ペインビジョン EL-PATCH の電流知覚閾値検査は感覚神経のみを刺激して大径神経から小径神経も含む範囲をみているため、早期の末梢神経障害に有用な検査と考えらえる。

痛覚：痛みの測定は、主観的な痛みの強さを測定する評価法として、視覚的評価尺度（visualana1ogue scale: VAS）が広く用いられ、外来の診療では数値的評価スケールである numericalrating scale（NRS）が簡便な方法として用いられている。これらの方法は簡便に評価可能だが、小児・高齢者は理解することが難しく測定が困難な場合も多い。また、VAS や NRS は不満・不安・安心感などの心理的な要因や感情などによって左右されやすく、正確な評価をするのが困難な場合も多い。近年、“ 痛みの大きさ ” を数値化して客観的に評価することができる医療機器としペインビジョンが開発された。これまで用いられてきた VAS が患者の主観的な評価であったのに対し、痛みの客観的な評価を行うことが可能となった。

本セミナーでは東北大学病院におけるペインビジョンの取り組みから臨床応用までのレビューと末梢神経障害・痛みの診断について実機を用いて解説したい。

三木　俊

1993年　日本医療学院 臨床検査学科 卒業
1993年　岸和田徳洲会病院 検査部 入職（生理機能検査室、血管造影室）
2003年　徳島赤十字病院 検査部入職（生理機能検査室、血管造影室、心臓リハビリテーション）
2006年　八尾市立病院 検査部入職（超音波検査室）係長
2012年8月　東北大学病院 生理検査センター 生理検査部門長
資格
1999年　日本超音波医学会 超音波検査士（循環器領域）取得
2001年　日本心臓リハビリテーション学会 心臓リハビリテーション指導士 取得
2006年　血管診療技師（CVT）取得
2007年　日本超音波医学会 超音波検査士（血管領域）取得