

第106回 北海道医学大会 プログラム・抄録

Program of the 106th Hokkaido Medical Congress

プライマリ・ケア分科会

(日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第11回学術集会)
(第13回北海道プライマリ・ケアフォーラム)

日 時：令和8年11月14日(土) 12:30~19:10

会 場：かでの2・7

札幌市中央区北2条西7丁目

(011) 204-5100

会 長：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部

支部長 木佐 健悟

幹 事：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部

副支部長 佐藤 弘太郎

基調講演

「ハウスキーピング～北海道の安心のために我々にできること」

講師：国民健康保険志摩市民病院 地域医療医務監 江角 悠太 先生

開催期間

総 会 令和8年10月3日(土)

分科会 自 令和8年8月29日(土)

至 令和8年11月28日(土)

会 頭 山下 敏彦

主 催 札幌医科大学

北海道大学医学研究院

旭川医科大学

北海道医師会

プライマリ・ケア分科会

(日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第11回学術集会)
(第13回北海道プライマリ・ケアフォーラム)

日 時：令和 8 年11月14日(土) 12：30～19：10

会 場：かでの 2・7

札幌市中央区北 2 条西 7 丁目

(011) 204-5100

会 長：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部

支部長 木佐 健悟

幹 事：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部

副支部長 佐藤 弘太郎

基調講演

「ハウスキーピング～北海道の安心のために我々にできること」

講師：国民健康保険志摩市民病院 地域医療医務監 江角 悠太 先生

一般演題は 1 題あたり発表 6 分、討論 3 分です。(二会場で行います。)

プライマリ・ケアフォーラムでは上記以外の企画もあります。

発表方法や企画の詳細は日本プライマリ・ケア連合学会

北海道ブロック支部のウェブサイトでご確認ください。

お問い合わせ

美唄市西 2 条北 1 丁目 1-1 (市立美唄病院内)

日本プライマリ・ケア連合学会 北海道ブロック支部事務局

TEL 0126-63-4171 (代表)

E-mail: hpca.jimukyoku@gmail.com

一般演題 1 (16:10~17:20)

座長 阿部 計大 (北海道大学 大学院医学研究院 医療政策評価学)

1. ステノン管分泌物・血液培養からMRSAが検出され、菌血症を合併した高齢者の化膿性耳下腺炎の1例
○桐澤くらら^{1,2}, 佐藤弘太郎^{1,2}, 堀 みき^{2,3} (医療法人北海道家庭医療学センター 本輪西ファミリークリニック¹, 医療法人北海道家庭医療学センター², 北海道社会事業協会帯広病院³)
2. 90歳代の高齢者に発症した不随意運動の1例
○多田 幸平 (砂川市立病院 総合診療科)
3. 「依存への恐怖」に隠された薬物経験の探索:患者固有のナラティブに基づき治療を共創した広場恐怖症の1例
○増田 康一^{1,2}, 佐藤弘太郎¹ (北海道家庭医療学センター¹, 社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院²)
4. 未診断の自閉スペクトラム症患者に対して保健師との協働で患者支援を実施した1例
○小菅 善之, 泉 京子 (勤医協平和通りクリニック)
5. 2年に渡る訪問食事指導の介入を行い、行動変容が生じた1例
○森 小百合, 上野 暢一, 村木 佳代 (社会医療法人 豊生会 東苗穂病院 在宅医療部門)
6. 在宅支援体制の再構築を要した頸髄損傷患者に対する統合ケアの実践
○渡邊 由桂, 加藤聡一郎, 加藤 萌 (道東勤医協 釧路協立病院 総合診療科)

一般演題 2 (16:10~17:20)

座長 三原 弘 (札幌医科大学 総合診療医学講座)

7. 職員出演の避難動画の放映と「安心の拠点」としてのクリニックの役割
○川西 聡子¹, 佐藤弘太郎^{1,2} (北海道家庭医療学センター本輪西ファミリークリニック¹, 北海道家庭医療学センター学術研究センター²)
8. 特別養護老人ホームにおける家庭医・薬剤師協働による処方最適化 — ポリファーマシー是正と剤型適正化の後ろ向き3時点比較 —
○小山 裕基, 小室 智子, 高橋 功, 堀江 典克, 小嶋 一, 大塚 亮平 (医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック)
9. 家庭医療専門医の外来診察時間の実態~Millerの分類(RDC分類)の検証~
○長谷川 優^{1,2}, 八瀧 駿⁴, 安田 淳³, 藤田 陽子¹, 和田 幹生⁴, 佐藤弘太郎^{1,5} (北海道家庭医療学センター¹, 帯広協会病院 総合診療科², 医療法人 あおばクリニック福岡³, 淀さんせん会 金井病院⁴, 本輪西ファミリークリニック⁵)

基調講演 (17:30~19:00)

座長 中駄 勇太 (第13回北海道プライマリ・ケアフォーラム実行委員長 (北海道家庭医療学センター))

【一般演題 1】

1. ステノン管分泌物・血液培養からMRSAが検出され、菌血症を合併した高齢者の化膿性耳下腺炎の1例

○桐澤くらら^{1,2}、佐藤弘太郎^{1,2}、堀 みき^{2,3}（医療法人北海道家庭医療学センター 本輪西ファミリークリニック¹、医療法人北海道家庭医療学センター²、北海道社会事業協会帯広病院³）

【背景】急性化膿性耳下腺炎は乳児や術後脱水等の高齢者に好発するが、周術期ケアや口腔衛生の向上により現在は稀となり、入院中の高齢者での発生率は0.01～0.02%と言われている。一方近年、非術後でも高齢者の発症例が散見される。今回、先行感染への抗菌薬治療終了後にMRSAによる化膿性耳下腺炎を発症し菌血症を合併したものの、早期の治療変更で軽快した一例を報告する。【症例】患者は90代女性、認知症末期で経口摂取不可だった。肺炎・尿路感染症への抗菌薬治療を第10病日に終了後、転院調整のため絶食と末梢静脈点滴管理が継続されていた。第38病日に右耳下腺部の腫脹、圧痛、熱感が出現し、バイタルサインに異常はなく、翌日の血液検査でも炎症反応は微増に留まったため経過観察としたが、腫脹が増悪したため、一般的な感受性菌を想定し第41病日にアンピシリン（ABPC）を開始した。【経過】第42病日に血液培養2セットからグラム陽性球菌（GPC）が検出され、翌日MRSAと判明したためバンコマイシン（VCM）へ変更した。ステノン管分泌物の培養からもMRSAが検出され、本疾患を原発巣とするMRSA菌血症と確定診断した。VCMの継続により第56病日には炎症反応の著明な改善を認め、局所および全身の感染コントロールが得られた。【考察・結語】本症例は、抗菌薬終了後も続いた長期絶食等による唾液分泌・口腔内自浄作用の低下から発症したと考えられた。特に先行治療の抗菌薬の影響で口腔内でMRSAが優位となる環境が持続していた可能性が示唆された。高齢者の耳下腺腫脹を認めた際は、化膿性耳下腺炎も重要な鑑別疾患として念頭に置くべきである。その際、広域抗菌薬の使用歴がある場合はその影響が長期間持続し得ることを考慮し、早期よりMRSA等の薬剤耐性菌を疑う必要がある。その上で培養検査に基づき、適切な抗菌薬へ迅速に変更することが重症化回避に重要である。

2. 90歳代の高齢者に発症した不随意運動の1例

○多田幸平（砂川市立病院 総合診療科）

【背景】糖尿病性舞蹈病は、非ケトン性高血糖に伴い舞蹈運動を呈する比較的稀な疾患であり、高齢女性に多いとされる。適切な血糖管理により改善することが多いが、脳血管障害との鑑別を要する。本症はプライマリ・ケア領域において遭遇しうる神経症候であり、早期認識が重要である。

【症例】90歳男性。糖尿病の既往あり。数日前より左上下肢の不随意運動が出現し、症状増悪のため当院受診となった。意識清明で麻痺症状は認めなかったが、左上下肢に舞蹈様、バリスム様の不随意運動を認めた。血液検査では著明な高血糖を認め、HbA1cも高値であった。頭部CTでは明らかな出血性病変を認めず、頭部MRI T1強調像にて右被殻に高信号域を認めた。以上より高血糖性舞蹈病と診断した。インスリンによる血糖管理を開始したところ、不随意運動は徐々に改善した。経過中に新規脳血管イベントは認めず、リハビリテーション介入を行いながら施設入所調整のため転院となった。

【考察】糖尿病性舞蹈病は、片側性舞蹈運動と対側線条体病変を特徴とし、高血糖は正により改善する可逆性疾患である。一方で急性発症の不随意運動は脳卒中との鑑別が重要であり、初期診療では見逃しを避ける必要がある。高齢者では症状表現が非典型となる場合もあり、糖尿病管理不良患者における不随意運動では本症を鑑別に挙げることが重要と考えられた。

【結論】高齢者に発症した糖尿病性舞蹈病の1例を経験した。不随意運動を認める高齢糖尿病患者では、本症を念頭に置いた迅速な血糖評価と画像診断が重要である。

3. 「依存への恐怖」に隠された薬物経験の探索：患者固有のナラティブに基づき治療を共創した広場恐怖症の1例

○増田康一^{1,2}、佐藤弘太郎¹（北海道家庭医療学センター¹、社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院²）

【はじめに】外来の精神疾患診療において、「依存の心配」を訴える患者は少なくない。これを身体依存や精神依存という医学的枠組みの意味として捉えるのではなく、患者固有の「薬物体験」のナラティブとして紐解き、共同意思決定を経て治療アドヒアランス向上に繋がった一例を報告する。【症例】40代女性。生活保護受給中。19歳でうつ病の通院歴あり。X年3月ごろから公共交通機関等で動悸や不安が出現し、増悪傾向のため6月に当院を受診した。身体疾患を否定し、DSM-5に基づき広場恐怖症、パニック症と診断した。初期より精神科薬物への依存を強く心配したため、丁寧な説明を行いパロキセチン10mg/日、アルプラザラム頓服で治療を開始した。内服開始後、不安症状は軽快し就労を開始したが、依存の心配からパロキセチンの増量には拒否的だった。医師は医学妥当性を説明したが、患者の言葉には別の背景を感じた。傾聴へと姿勢を転換し、継続的な対話の結果、患者は「過去に処方された精神科薬物により自分の意思とは無関係に気分が乱高下する恐怖」を語った。患者の言う「依存の心配」の正体が、過去の治療による「主体性喪失の恐怖」であることを紐解き、患者のナラティブに沿った説明を行ったところ、患者は長期的な毎日の平穏を得るための道具として納得し増量を受け入れた。その後、パロキセチン30mg/日で不安症状は軽快し、笑顔も増え自らの感情を素直に吐露できるまでに気分が安定した。【考察】Shoemakerらは、服薬行為の意味に「コントロールの喪失感」を挙げており、本患者の「依存への恐怖」は、過去の治療で主体性を奪われた経験を指していた。患者が発する言葉の背景にある物語を明らかにすることで、患者がイメージする内服の意味を「コントロールの喪失」から「生活を支える道具」へと共に再構築し、真のアドヒアランスが向上する。

4. 未診断の自閉スペクトラム症患者に対して保健師との協働で患者支援を実施した1例

○小菅普之、泉 京子（勤医協平和通りクリニック）

【背景】成人発達障害は未診断のまま中年期まで経過し、身体症状や生活困難を主訴とすることがある。本症例は、保健師との協働で外来から生活困窮への地域支援、家族教育、長期的QOL改善まで継続的な支援を行なった点がプライマリケアにおける発達障害患者の管理に示唆を与える症例であり報告する。【症例】50代男性。引越しが必要であったが荷物を整理できず、混乱して泣き叫ぶため同居の母に連れられ当院を受診した。嘔気と不眠を認めたが、明らかな器質的疾患や典型的な気分障害は認めなかった。一方、生育歴、学歴、職歴を聴取すると、幼少期から社会適応や安定就労の困難があり、環境変化への適応、整理・段取り、情動調整の困難が目立ったため、未診断の発達障害を疑った。しかし、本症例では当院受診時点での生活困難の側面が大きく、かつ本人が精神科受診の必要性を理解していなかったため、保健師に助言を求めた。保健師から精神科受診支援や、引越しについて居住支援法人などの制度の助言があり、当院が2者の橋渡しを実施した。その後、保健師からの精神科受診の促しもあり、他院を受診し、自閉スペクトラム症と診断された。診断後も、当院では内科管理や困りごとの相談、家族支援を継続した。初診から2年で身体症状への対処が改善し、減量やジム通いなど主体的な行動がみられるようになった。【考察】発達障害は未診断のまま成人期に移行し、さまざまな身体的・精神的症状を呈する。本症例では、嘔気・不眠症状に加え、整理・段取り・優先順位づけの困難、情動調整の困難が目立ったことから、未診断の発達障害を疑うに至った。また、保健師との協働によりプライマリケアの場でも患者にとっての発達障害者支援が可能となり、当院での管理を継続できた。患者が精神科受診の必要性を理解していないが、生活上の問題がある場合は保健師の介入が解決の糸口となる場合があり、今後もプライマリケアの場で保健師の連携が重視されると考える。

【一般演題 2】

5. 2年に渡る訪問食事指導の介入を行い、行動変容が生じた1例
○森小百合, 上野暢一, 村木佳代 (社会医療法人 豊生会 東苗穂病院 在宅医療部門)

【背景】在宅療養を選択する患者は、自身の価値観や生活習慣を大切にしながら生活することを望む場合が多い。特に施設入居者では、「好きなものを自由に食べたい」という思いが強い。【症例】脳出血後遺症による左片麻痺、糖尿病、うつ病を有する60歳代男性。障害者向けバリアフリー賃貸住宅に居住し、一人娘がいる。身長165cm、体重73kg、BMI 26.9。上下義歯を使用し、昼食は施設食、それ以外は自己管理であった。偏食傾向があり嗜好へのこだわりが強かった。X年、K 3.3<mEq/L、HbA1c 7.9%と上昇を認め、訪問栄養食事指導を開始した。本人の「食べたい」という思いを尊重し達成可能な目標を共有し、食事内容の調整や間食代替を提案した。施設スタッフとも情報共有し支援を継続した結果、食事バランスへの理解が深まり嗜好品摂取は減少した。本人の生きがいは娘の存在であり、病状や経済面で心配をかけたくないという思いが強かった。さらにコロナ禍の面会制限解除後、7年ぶりに娘との再会が決まり、「元気な姿を見せたい」という思いが行動変容の動機となった。【結果】継続的な支援により食事療法へ意欲的に取り組み、体重71kg、HbA1c 6.9%、血清K値4.3mEq/Lへ改善し薬剤減量にもつながった。本人は自信を取り戻し、望んでいた姿で娘との再会を果たした。【考察】訪問栄養食事指導は生活環境や食行動を把握でき、在宅特有の課題抽出と個別支援が可能である。本症例では本人の思いを支援の原動力とし、多職種と連携し継続的に介入したことで、自己効力感や健康関連QOLの向上が示唆され行動変容に繋がった可能性がある。管理栄養士による継続的な訪問栄養食事指導は在宅生活における自立支援と病状安定に有用であり、食べる楽しみを大切にしたい支援が患者の満足感や生きる意欲を支えることができた1例であった。

6. 在宅支援体制の再構築を要した頸髄損傷患者に対する統合ケアの実践
○渡邊由桂, 加藤聡一郎, 加藤 萌 (道東勤医協 釧路協立病院 総合診療科)

【背景】訪問診療中の頸髄損傷・気管切開患者において、家族の介護体制の変化を契機に在宅療養の継続が危ぶまれ、医療・介護・福祉の連携に加え、患者・支援者間の関係性の再構築を要した症例を経験したため報告する。【事例】64歳男性。頸髄損傷後、気管切開管理下で在宅療養中であった。就業中の妻に代わり次男が日中の吸引を担っていたが、次男の就職により吸引対応者が不在となる時間が生じ、窒息への不安から在宅療養の継続が危ぶまれた。腎盂腎炎での入院中に病棟スタッフと吸引を要する時間帯を評価し、持続吸引・意思伝達装置の導入を検討した。退院後は訪問看護・ヘルパー・障害福祉サービスの訪問時間を再調整し、吸引可能なヘルパーを養成する体制を整備しようとした。しかし、吸引手技研修を誰が主体となって調整・推進するかが明確でなく、患者と支援者との関係性の悪化も重なり、支援体制は円滑に機能しなかった。そこで医師がファシリテーターとなり多職種カンファレンスを開催した。カンファレンスでは各支援者から直接状況を確認し、現在の課題やケアの目標を話し合った。また、今後は情報の集中先をケアマネジャーにすることで支援者チームを機能しやすくすることを確認した。その結果、支援体制は再構築され、次男の就職後も緊急吸引を要することなく在宅療養を継続できた。さらに意思伝達装置の導入によりAI音声アシスタントが利用可能となり、オンラインコミュニティへの参加や再就職の準備など、本人らしい生活を模索している。【考察】頸髄損傷・気管切開患者の在宅療養には、医療・介護・福祉が連携した継続的な支援体制が不可欠である。本事例ではファシリテーター型リーダーシップを意識しながら医師が規範的統合を促進し、機能的統合へつなげられたことが、統合ケアの実践に有用だったと考える。

7. 職員出演の避難動画の放映と「安心の拠点」としてのクリニックの役割
○川西聡子¹, 佐藤弘太郎^{1,2} (北海道家庭医療学センター本輪西ファミリークリニック¹, 北海道家庭医療学センター学術研究センター²)

【背景】当院は海拔約2mの土地へ2023年7月に移転し、職員勉強会のために避難動画を制作した。その後、2025年7月30日に発表されたカムチャッカ沖地震の津波警報による外来診療中止、一部の外来患者とともに一時避難所へクリニックから避難する経験をした。また2026年4月20日に三陸沖地震の津波注意報が発表され、外来の待合室では、職員が患者一人一人に、警発表で直ちに避難する旨を説明した。これらの経験から「有事の時、患者と共に迅速かつ安全に避難したい」と強く思い、動画を患者向けに再構成、待合室のサイネージでの放映に至った。本発表では、動画放映の活動報告と地域における安心の拠点としてのクリニックの役割について考察する。【活動内容】職員が出演し、実際に避難所までの経路を歩き、地形や町の特徴を案内、車避難のリスクを解説する動画7分間を待合室のサイネージにて2026年4月から60日間放映した。来院中に津波警報が発令された場合は診療を中止し職員と共に避難するという案内も加えた。馴染みの職員が登場する動画は多くの患者の関心を引いた。声として、避難所の場所がわかって安心、車で避難はだめだと初めて知った、この経路が安全だと見て理解できた、職員と逃げる体制を知り頼もしい、地域の防災という意味でも参考になった、とあった。【考察】本活動では、馴染みの職員が出演する動画が、患者の主体的思考や行動変容を引き出す上で高い有用性を持つことを示唆した。理由として、日頃から培われた患者と職員間の信頼関係により、画面越しのメッセージが患者の心に届きやすく動機付いたと思われる。また診療所近隣の住民は、放映される景色も馴染みのもので、容易に自身が避難する姿を想像できた可能性もある。本活動の結果、患者と職員の心理的距離が更に縮まり「困った時はここに頼れば安心」という意識を生んだと考える。

8. 特別養護老人ホームにおける家庭医・薬剤師協働による処方最適化 — ポリファーマシー是正と剤型適正化の後ろ向き3時点比較 —
○小山裕基, 小室智子, 高橋 功, 堀江典克, 小嶋 一, 大塚亮平 (医療法人湊仁会 手稲家庭医療クリニック)

【背景・目的】当院では、隣接する特別養護老人ホームの配置医を家庭医が担い、2026年から薬剤師も処方適正化と服薬支援に参画した。高齢入所者では多剤併用に加え、嚥下機能低下や服薬手技の困難さを伴いやすい。家庭医・薬剤師が協働し、薬剤数は正に加え、剤型の適正性や服薬複雑性まで評価した報告は少なく、本研究でその効果を検討した。【方法】後ろ向き3時点比較研究。対象は当該特養入所者65名。基準時の定期内服薬剤数は中央値6剤。薬剤師参画1年前を基準に、家庭医による平時管理後にあたる薬剤師参画直前、薬剤師参画後の3時点で、1日の服用回数、定期内服薬剤数、服用単位数、服薬複雑性指標(MRCI)、ベンゾジアゼピン受容体作動薬(BzRAs)の換算量を同一定義で算出し比較した。あわせて、粉碎・簡易懸濁の可否や嚥下機能に配慮した剤型への変更状況を評価した。【結果】定期内服薬剤数は3時点全体では統計的に有意な減少を認めなかったが、薬剤師参画直前から参画後は減少した。1日の服用回数、服用単位数、BzRAs換算量はいずれも3時点全体で統計的に有意に減少し、服薬複雑性も改善した。改善は薬剤師参画後に多くの指標で明瞭であった。剤型面でも、粉碎指示の統一や嚥下機能に配慮した変更が複数例で行われた。【考察】薬剤数の減少が限定的であった背景には、家庭医の継続管理で介入前から極端な多剤併用が少なく減薬余地が限られたこと、病態変化により薬剤追加も時には必要だったことがある。一方、薬剤師参画により、服用・配薬のしやすさ、嚥下機能に応じた剤型選択、粉碎可否の確認などの実践的視点が加わり、より包括的な最適化となった。急な処方変更が看護師による配薬や介護士による服薬介助に影響する場面もあり、多職種で情報共有し段階的に進める重要性も示唆された。【結語】剤型適正化の視点を加えた家庭医・薬剤師協働は、施設高齢者の処方最適化に有用と考えられる。

9. 家庭医療専門医の外来診察時間の実態~Millerの分類(RDC分類)の検証~

○長谷川優^{1,2}, 八 瀧 駿⁴, 安田 淳³, 藤田陽子¹, 和田幹生⁴,
佐藤弘太郎^{1,5} (北海道家庭医療学センター¹, 帯広協会病院 総合診療科², 医療法人 あおばクリニック福岡³, 淀さんせん会金井病院⁴, 本輪西ファミリークリニック⁵)

【目的】Millerの分類(Routine・Drama・Ceremony;以下RDC分類)は外来診療のタイムマネジメントフレームワークとして紹介されるが、各分類の頻度と診察時間との関連は検証されていない。本研究は家庭医療・総合診療外来におけるRDC分類の実態と診察時間を記述することを目的とした。【方法】2025年11~12月、北海道家庭医療学センター関連4施設の専門医が担当する18歳以上の外来通院患者を対象に、担当医師が診察時間を独自で開発したアプリで測定しRDCに分類した横断研究である。患者属性(年齢・性別・心理社会的問題の有無・新規健康問題の有無など)も記録し、タイマー押し忘れ例を除いて記述した。本研究は医療法人社団淀さんせん会金井病院倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】15名の医師で635診察を記録し614件を解析した。患者は70代(26%)・80代(26%)が最多で60歳以上74%、女性57%、再診94.6%であった。RDC分類はMaintenance Ceremony 68.1%、Routine 16.6%、Drama 8.6%、Transition Ceremony 6.7%であった。診察時間の中央値は5.8分、RDC別ではDrama 14.3分、Transition Ceremony 7.3分、Routine 6.1分、Maintenance Ceremony 5.1分であった。Dramaの割合は、再診(7.6%)より初診(27.3%)、心理社会的問題なし(5.3%)よりあり(17.8%)、新規健康問題なし(5.5%)よりあり(16.6%)で高かった。【結論】日本の家庭医療外来では診察の3分の2がMaintenance Ceremonyを占め、DramaはMaintenance Ceremonyの2.8倍の時間を要した。初診・心理社会的問題・新規健康問題の存在でDramaの割合が多く、これらを事前に把握し時間を確保することは実践的意義を持つ。DramaをTransition Ceremonyとして次回に繋ぐ戦略の有用性も示唆される。