

啓発活動・連携強化ワーキンググループ 第2回 web 会議 議事録

今回のテーマ：病診連携について

先生方がそれぞれ行っている連携についてご発表いただいた

吉田哲郎先生

現在勤務している遠賀中間医師会おんが病院は医師会立であった為、医師会の先生方とのやり取りは元々盛んでした。ただ 10 年前は高血圧の患者さんをご紹介いただく事はほぼゼロの状態でした。

その為、医師会員の先生方と定期的に顔合わせをするように、最低でも月 1 回の勉強会を行い、顔を良く知っていただく事からはじめました。私の医療圏は非専門医が多く、高血圧をしっかりと診ることができる病院は医師会の中でも 1 つしかありませんでした。高血圧ガイドラインの存在も知られていない状況だったので、ガイドラインについて毎回テーマを決めて見直す勉強会や意見交換会を行ってきました。高血圧の患者さんを紹介して下さいとお願いしても漠然としているので、治療抵抗性高血圧、原発性アルドステロン症のテーマに関して、徹底的にスクリーニングのやり方等から勉強会で意見交換会を行いました。

最初の頃はアルドステロン症を疑った先生方も、最初のスクリーニング時点をお願いをされていましたが、勉強会を始めてからはスクリーニングをクリニックで行っていただき、それで引っかかった患者さんのみを紹介していただくような体制が整いました。現在は年間 50 名ほどのアルドステロンの患者さんの確定診断を地域で行えるようになりました。

治療抵抗性高血圧については、治療抵抗性高血圧という言葉が非専門の先生方には上手く伝わらなかったが、一番原因として多い睡眠時無呼吸症候群に注目し、その切り口から睡眠時無呼吸症候群の患者さんで、高血圧もありそうな方を紹介いただくようにしていただいています。

また 24 時間血圧測定をクリニックのみで行うのは中々難しいとのご意見があったので、おんが病院にて 24 時間血圧測定をすることにしました。年間で 300 名ほど行っていますが、その内の 8 割がご紹介いただいた患者さんで、24 時間測定を行い、それをレポートにしてお返しして、「こうしたらどうですか」等のやりとりを行っています。

現在は年間で 150～200 名の高血圧の患者さんのご紹介をいただいています。

私として行った事としては、高血圧という漠然としたテーマだけではなく、その中の治療抵抗性高血圧と、アルドステロン症のスクリーニングと 24 時間血圧測定と睡眠時無呼吸症候群と結び付けて連携を行ってきました。

吉田先生へのご質問：

八田告先生：年間に 50 名程アルドステロン症が見つかっているのですか？

吉田先生：カプトプリル負荷試験は外来で行っているのですが、手術を希望されて、確定診断が必要な方に関しては入院して、生理食塩負荷試験等の他の負荷試験まで行うようにしています。最初から手術希望が無く、ある程度コントロールが付きそうな患者さんに関しては、そこまでの検査はしていません。カプトプリル負荷試験のみ行っているのです、ある程度数はこなせるのかなと思っています。

ファーストスクリーニングを各先生方にて行っていただけるようになったので、確定診断のみに注力できるようになりました。ご紹介いただく場合は先生方もどうするかわかっていらっしゃるのでは、来院していただく際は患者さんに絶食していただき、当日の朝に外来でカプトプリル負荷試験を行うつもりで来ていただけるようになっており、後日検査という 2 度手間にはならないようになっています。

八田先生：勉強会はどれくらい行いましたか？

吉田先生：アルドステロン症は初めてから 7 年くらいは毎年行っていました。確定診断にいたった症例も提示させていただいて、ご紹介いただいた先生方にもご参加いただき、見つける喜びを共有しあっています。

水田栄之助先生：勉強会は現在も続けていらっしゃいますか？

吉田先生：現在も行っています。現在はオンラインのみで行っております。心不全の場合は、夜間高血圧が心不全の発症にアソシエーションしている等、テーマが変わっても高血圧に絡めるようにしています。何かの並存疾患や原疾患として、高血圧をお持ちの方は多いと先生方は思っています。

水田先生：参加者はどれくらいおられますか？

吉田先生：最初は 1 名でしたが、今はメディカルスタッフの方々にもご参加いただいているので、多い時は 80 名ほどです。少ない時は 40~50 名くらいご参加いただいています。

柘植 俊直先生

まず、神奈川県医療事情をお話します。神奈川県の病院は、施設数は多いですが、人口比にすると少なく全国ワースト1です。診療所も多いですが、病院への直接のアクセスはあまり良くなく、患者さんとしては最初に診療所で診察していただく事が多く、コモンディーズというのは診療所で診て頂いているケースがかなり多いです。

ただ病院の数が多いので、病院へのアプローチは難しくありません。

高血圧診療の問題点としては、専門医でなくても診ることができてしまう。逆に内科医で無くても診ることができるので、先生の中には薬を処方すればいいでしょう。という先生も少なくないと思います。

また、二次性高血圧の見逃しがあるのではないかと思います、私としては初診の患者さんには自分のできる範囲で二次性高血圧のスクリーニングを行ったりしています。

また、診診連携で紹介される患者さんに関しては、治療抵抗性で来院されるので二次性高血圧の洗い出し、あるいは薬剤の洗い出しを行っています。

以上より、高血圧の専門家がいるべきだなと思うところは、高血圧診療を理由付けができた状態で行えるところです。また、二次性高血圧を中心にした特別な高血圧に対してのマネジメントが出来るところです。さらに診断・治療が不十分だった時、また問題があった時にそれに対応して解決できることです。

病診連携については、私が診療所にいる立場で病院の先生にお願いする場合は、二次性高血圧が疑われる場合です。その際は簡単なスクリーニング検査を行った後でお願いします。

高血圧の緊急症についてもお願いしています。また、妊娠を合併している高血圧や妊娠高血圧症候群もお願いしています。

病診連携の問題点として私が思っている事は、原発性アルドステロン症だったらPAではないかも知れないけどお願いしてしまい、お手を煩わせてしまっているのではないかなと思いながらお願いすることが多々あります。私がお願いしている患者さんの中では9割がPAでした。

自分の中でかなり絞ってしまっていたので、もしかしたら紹介していないPAの方もいるのではないかなとも思っています。それからスクリーニングだけでお願いしてしまってもいいのかな。と思っています。結局仕分けを行うこと自体が開業医全体からすると少ないので、それなら早くお願いする事によってたくさんの患者さんを診ていただいた方がいいのかなとも思っています。

本来、診診連携が私どもの役割だと思っています。実際上手く高血圧の診療ができなかったりする先生が多いのかなと思うのですが、高血圧くらいで送ってしまってもいいのかな。と思っていられる先生方が多いのではないかなと思っています。

高血圧専門医がすべきことは、循環器系を診ることができない先生や非内科医の先生方と連携をして、上手く病院へつなぐことが本来の役目ではないかと考えています。

柘植先生へのご質問：

八田先生：京都府はクリニックが多く激戦区の状態です。診診連携の問題点としては、診診連携を行うと、連携先の先生に診てもらおうとそのまま乗り換えてしまう事があります。

私の場合は送られてきた患者さんはできるだけお返ししているのですが、柘植先生はどうしていらっしゃいますか。

柘植先生：私の場合は基本的には一緒に診ます。まとめたいという時にはお返しするようにしています。

田中 隆光先生

医師会と浜松市が共同でプロモーションしており、今年は「減塩意識を高めよう」という紙面を配布し、地域住民への啓蒙活動を行っています。

他の病院はどうしているのかについて調べたところ、保健師の方が Youtube で配信を行っていたり、浜松市と大手チェーン薬局がコラボして減塩食品をプロモーションしたりしています。

私が病院勤務医時代に振り返って思ったことは、診療所からの高血圧患者さんの精査加療のご依頼は少なかったです。同病院内の他科からのご依頼はありました。

循環器内科は虚血性心疾患や不整脈疾患のインターベンションを伴う治療に注力している印象で、地域の勉強会は非常に多くの研究会がありますが、高血圧に関しては年に1回位の印象です。

二次性高血圧の精査については循環器内科よりも内分泌内科に紹介されているのかなという印象です。総合病院で高血圧に力を入れているところは高瀬先生の遠州病院くらいで、その他の病院に関しての病診連携については進んでいない印象です。

クリニックから基幹病院への高血圧の診療・教育依頼は患者さんの承諾を中々いただく事ができず難しい状況です。

八田 告先生

そもそも高血圧の講演会が減っていることが問題で、高血圧の講演会の話があると「やっと高血圧の話が聞ける」と言われるので、高血圧に飢えていらっしゃるのではないかなと思っております。

京都は高血圧の講演会が少なく、高血圧専門医同士の横のつながりがありません。

二次性高血圧のスクリーニングについては医局の後輩が相談してくる程度で、ほとんど問い合わせが無いのが現状です。なので本当に困っていらっしゃる先生がいるのかもわからず、それを大学へどれだけ送られているかについても不明な状況です。

私が行っていることは多職種連携で、主に腎臓がメインになってしまいましたが、京都腎臓・高血圧談話会を作って講演会等を行っています。現在 323 名の会員の方がいらっしゃいます。

八田先生へのご質問

水田先生：高血圧専門医の連携はどのようにすればいいのでしょうか。

八田先生：今まで行われていた勉強会の集まりが先生同士の唯一のつながりでしたが、高血圧の講演が無くなると先生方が集まらなくなってしまうと思います。これを変えなくてはと思っており、吉田先生が行われている勉強会は素晴らしいと思います。その勉強会を作るのに専門医が集まり、それを地域に普及させていくという事をオンラインでできる時代になったので、逆にやらなくてははいけないと感じました。

水田 栄之助先生

鳥取県は高血圧専門医が西部に偏っており、東部にはいない状態です。

開業医の先生は診診連携をかなり行われているようです。必ずお互いに返す事もされているようです。合併症の評価やカプトプリル負荷試験等については、大学病院内分泌科や山陰労災病院の外来で行うことが多いです。また、内分泌性高血圧が疑われる場合は、最初から鳥取大学医学部の内分泌内科に紹介される例が多く、医大なら副腎静脈サンプリングから副腎摘出術までセットで行われるようになります。勉強会についてですが、今は LINE 等で症例の検討ができたらと考えております。ただ個人情報やセキュリティの問題がある為、セキュリティがしっかりしている LINE WORKS や JOIN というのも検討しています。皆様に症例の相談等で使っているツール等があれば教えていただきたいです。

勝谷先生：ムコネットというものがあり、医師会主導で入り大きな病院も診療所も行っていきます。

画像(MRI 等)のオーダーを行えば画像も見ることが出来ます。病院であれば入院後の臨床の結果等も見ることが出来ます。ただ、セキュリティは高いのですが値段も非常に高いです(年間5~10万円)。一番のメリットは救急で役に立っています。救急隊が iPad を持っているので今までは30分~60分かかっていたものが6~10分で情報共有ができるようになりました。やはりこれはみんなで行わなくてははいけないものです。関西の大きな病院はほとんど入っており、医師会のクリニックも三分の一から半分は入っていると思います。

日下 美穂先生

病診連携は大学には高血圧に興味がある先生が多いですが、病院では高血圧をじっくり精査して診るようにはなっていないと思っています。循環器の先生方にも高血圧の事も大切にさせていただくというの、実地医家部会の仕事かなと思っています。

また、診診連携が非常に大切だと思っており、二次性高血圧を見つけるというよりも Clinical Inertia を防ぐ為だと思っています。

一般の先生方と開業医同士で気軽に高血圧について相談し合えるような場ができれば良いなと思っています。そして診診連携から病診連携へ繋ぐ仲立ちも重要だと考えています。

呉は医師会病院で食塩摂取量を随時尿で測れるようになっているので、眼科の先生や整形外科の先生も患者さんの食塩摂取量を測っています。そのようなツールがあれば高血圧に興味を持っていただけるのかなと思いました。

実地医家主催の実地医家による web 講演に全国の実地医家の先生方に参加していただき、高血圧学会員ではない先生も含め、同じような立場でどのように治療しているのか、どのような時に大学へ送ればいいのか、などについて、大学の先生の講演で聞くのではなく、実地医家同士の講演を web で行うのがいいのではないかと思います。

実地医家部会の先生を講師にして web 講演を行うことで、病院の事もわかるし、開業医の事もわかるので、非常にいい web 会ができるのではないかと思います。

八田先生：

今回の取り組み紹介について WG の方の中で紹介するのはもったいないのです。実地医家全体に広めて各地域でこのような取り組みをやりたいと思うので、そのノウハウを共有する事で取り組みが広まると思います。

以上