

令和5年5月18日

会 員 各 位

福井県内科医会幹事
坪 川 俊 成
(公印省略)

慢性心不全診療に関するアンケート調査について（訂正）

平素より内科医会業務に関しまして種々ご尽力を賜りまして厚くお礼申し上げます。

さて先般、会員あてにお送りいたしました標記アンケート調査につきまして、調査内容に一部訂正と追記（アンケート内赤字箇所）がございますので、訂正版の調査用紙をお送りさせていただきます。

皆様方におかれましては、ご多忙のところまことに恐れ入りますが、別添用紙にご記入の上、福井県内科医会事務局まで **FAX（0776-21-6641）**にてご回答いただきますよう、何卒ご協力の程お願い申し上げます。

なお、本会ホームページ内にも同調査票を掲載しておりますことを申し添えます。

<参考>

福井県内科医会ホームページ内・新着情報

慢性心不全診療に関するアンケート調査について（協力依頼）

URL : <https://www.fukui-naikaikai.com/information-3/>

会 員 各 位

慢性心不全診療に関するアンケート調査について

福井県内科医会学術研修部会

『背景』

心不全パンデミックの到来とされている昨今、特に心機能低下の心不全（HF_rEF）に対する薬物および非薬物診療の新たなエビデンスが報告されたため、2021年にJCS/JHFSガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療の発表にて心不全治療アルゴリズムなどが改訂されています。従来の標準治療の最適化や新規承認薬の使用法など、まさに議論がなされております。また、ステージC（心不全ステージ）からステージD（治療抵抗心不全）への進展を予防するためにも、医療連携・地域ぐるみでの取り組みも重要と考えられております。実地医の先生方におかれましては、まさに現場の心不全治療の実態を調査させて頂きまして、データを集積、解析した結果が先生方の実務の一助になることを目的に標記アンケート調査を実施することといたしました。

会員の先生方におかれましては、御多忙の中かと存じますが、何卒ご協力の程、お願い申し上げます。

『目的』

福井県下における 実地医による心不全治療の現状を、アンケート調査により明らかにすることです。

『アンケート調査方法』

後掲のアンケート用紙にご記入いただき、下記（福井県内科医会事務局）までFAXをお願いします。

送付先：〒 910-0001 福井市大願寺3丁目4番10号

福井県内科医会（福井県医師会内）あて

FAX: 0776-21-6641 回答期限：令和5年6月30日

※調査用紙は内科医会ホームページにも掲載しております（下記URL参照）。

『結果の集積と分析』

福井県内科医会 学術研修部会で行います

Chief investigator： 坪川内科循環器内科医院 院長 坪川 俊成

Co- investigator： あらい内科クリニック院長（福井県内科医会会長） 新井 芳行

福井循環器病院 院長 大里 和雄

福井県立病院 循環器内科主任医長 藤野 晋

福井赤十字病院 循環器内科部長 吉田 博之

ご協力頂ける先生方

『調査結果の公表』

日本臨床内科医会会誌等で発表予定です。

福井県内科医会

ホームページ： <https://www.fukui-naikaikai.com/>

<慢性心不全診療に関するアンケート用紙> 分かる範囲内での記入で御願います。

調査にご協力いただく医療機関と医師について

所属の医療機関： ☐ 無床診療所 ☐ 有床診療所 ☐ 病院（200 床未満） ☐ 病院（200 床以上）

医療機関名：

医師の診療科名（複数回答可）： 科, 科, 科

医師の年齢： 年

心不全診療について

1. 2021 年に JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療について

☐ 内容を把握している ☐ ある程度内容を把握している ☐ 内容は知らない

2. 外来で診療する慢性心不全症例数は 1 か月あたり

☐ 10 人未満 ☐ 10～25 人 ☐ 25～50 人 ☐ 50～100 人 ☐ 100～150 人 ☐ 150 人以上

3. 慢性心不全の種類と割合は（いずれも概算で可）

心機能低下(HFrEF: EF 40%未満)症例 _____ % 又は _____ 例、
心機能保持(HFpEF: EF 50%以上)症例 _____ % 又は _____ 例、
心機能軽度低下(HFmrEF: EF 40～50%未満)症例 _____ % 又は _____ 例、
不明 _____ % 又は _____ 例

4. 心不全の原因や誘因が判明している割合は（いずれも概算で可）

虚血性心 _____ % 又は _____ 例、 弁膜症 _____ % 又は _____ 例、
心筋症 _____ % 又は _____ 例、 不整脈 _____ % 又は _____ 例、
サルコイドーシス _____ % 又は _____ 例、
その他 病名： _____ % 又は _____ 例、
不明 _____ %

5. 投与している心不全治療薬の割合は（各々重複可：概算で可、記載可能な限りで可）

※内訳箇所の割合表記に関しては、投与している症例中での内訳を%でご記入ください。

I - I. HFrEF 症例や心機能不明症例では：

- ① ARB/ACE 阻害薬 ☐ 投与している _____ %、 ☐ 投与していない
- ② β 遮断薬 ☐ 投与している _____ %、 ☐ 投与していない
(内訳：ビソプロロール _____ %, カルベジロール _____ %)
最大用量まで到達している割合 _____ %)
- ③ MR(ミネラルコルチコイド受容体)拮抗剤 ☐ 投与している _____ %、 ☐ 投与していない
- ④ 利尿薬 ☐ 投与している _____ %、 ☐ 投与していない
(内訳: ループ _____ %, サイアザイト系 _____ %, トルバプタン _____ %)
- ⑤ SGLT2 阻害薬 ☐ 投与している _____ %

- ⑥ サクビトリルバルサルタン (ARNI: エンレスト®) ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
最大用量まで到達している割合 _____ %
- ⑦ 可溶性グアニル酸シクラーゼ刺激薬 (ベリキューボ®) ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
- ⑧ イバブラジン (If チャネル阻害剤) ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
- ⑨ 五苓散など漢方薬 ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
- ⑩ ジギタリス ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
- ⑪ 経口強心薬(ピモベンダン) ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
- ⑫ 血管拡張薬 (硝酸イソソルビドとヒドララジン併用) ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない

I-II. 上記治療薬 (番号) の投与する順番を記載ください (1 か所に複数記載 可)

1 番目 _____ → 2 番目 _____ → 3 番目 _____ → 4 番目 _____ →
5 番目 _____ → 6 番目 _____ → 7 番目 _____ → 8 番目 _____ →
9 番目 _____ → 10 番目 _____ → 11 番目 _____ → 12 番目 _____

投与している心不全治療薬 の割合は (重複可: 概算で可、記載可能な限りで可)

II-I. HFpEF 症例では:

- ① ARB/ACE 阻害薬 ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
- ② β 遮断薬 ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
(内訳: ビソプロロール _____ %, カルベジロール _____ %)
最大用量まで到達している割合 _____ %)
- ③ MR(ミネラルコルチコイド受容体)拮抗剤 ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
- ④ 利尿薬 ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
(内訳: ループ _____ %, サイアザイト系 _____ %, トルバプタン _____ %)
- ⑤ SGLT2 阻害薬 ☐ 投与している _____ %
- ⑥ サクビトリルバルサルタン (ARNI: エンレスト®) ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない
最大用量まで到達している割合 _____ %
- ⑦ 五苓散など漢方薬 ☐ 投与している _____ %、☐ 投与していない

II-II. 上記治療薬 (番号) の投与する順番を記載ください (1 か所に複数記載 可)

1 番目 _____ → 2 番目 _____ → 3 番目 _____ → 4 番目 _____ →
5 番目 _____ → 6 番目 _____ → 7 番目 _____

6. 心臓リハビリテーションを行っている割合は (概算で可) _____ % 又は _____ 例

7. 多種職連携(チーム医療)を活用している割合は (概算で可) _____ % 又は _____ 例

8. 心不全手帳の使用率は (概算で可)

☐ 0~10% ☐ 10~25% ☐ 25~50% ☐ 50~75% ☐ 100%

心不全 医療連携について

9. 医療連携、病診連携を活用している割合は（概算で可） _____ %又は _____ 例

10 医療連携、病診連携について

☐ほぼ機能している ☐ある程度機能している ☐あまり機能していない

（ご意見がございましたらご記載ください： _____）

11. 心不全医療連携パスがあれば使用したいか

☐ぜひ使用したい ☐時々使用したい ☐使用したくない

（ご意見がございましたらご記載ください： _____）

12. 非循環器専門医の先生方へ： 専門医に紹介したいタイミングは？ （重複可）

☐自覚症状（息切れや浮腫など）の改善 ☐鑑別診断したい場合 ☐BNP や pro BNP が高いため

☐心不全の原因を知りたいため ☐治療法や薬剤選択を確認したいため ☐患者さんからの希望

☐心不全治療が難渋しているため ☐緊急性があるため ☐患者さんに対する指導目的

☐その他（ _____ ）

13. 地域で開催されている心不全関連の勉強会や講演会に

☐概ね参加している ☐時々参加している ☐あまり参加していない ☐機会がない

どのような内容なら参加したいか？： _____

その他、心不全治療や実態に関するご意見やご質問がございましたらご記入をお願いします。

ご協力誠にありがとうございました。

送付先： 福井県内科医会

FAX: 0776-21-6641