

## 令和4年度

### さいたま市地域医療研究費補助金実績報告書

#### 研究題目

さいたま市4医師会管轄にて心不全医療のアンケートを実施し、今後の病病・病診連携を一層活性化させ、心不全重症化予防のためのシステムを強化する。

研究代表者	健英会鈴木医院	鈴木英彦
共同研究者	さいたま市立病院	神吉 秀明
	関山医院	関山 裕士
	さいたま赤十字病院	松村 穰
	あさかわ内科クリニック	浅川 喜裕
	岩槻南病院	丸山 泰幸
	松本医院	松本 雅彦
	飯島医院	飯島 竜之
	須賀医院	須賀 幾
	高橋クリニック	高橋 一哲
	自治医科大学附属さいたま医療センター	藤田 英雄
	自治医科大学附属さいたま医療センター	和田 浩
	さいたま市民医療センター	百村 伸一
	さいたま市民医療センター	石田 岳史
	さいたま北部医療センター	菅原 養厚

## 1 研究題目

さいたま市4医師会管轄にて心不全医療のアンケートを実施し、今後の病病・病診連携を一層活性化させ、心不全重症化予防のためのシステムを強化する。

## 2 目的

心不全患者は増加の一途を辿り、国内での慢性心不全患者は120万人に達し、心不全パンデミックと呼ばれる時代が到来している<sup>1)</sup>。特に世界に先駆けて超高齢社会に突入した我が国において心不全患者の増加は深刻な問題であり、さいたま市に於いてもその対策を講じなければならない。

心不全診療ガイドライン<sup>2)</sup>によるとStageDの重症心不全患者は入退院を繰り返しながら身体機能が悪化し終末期医療へと移行する。心不全の増悪因子には、医学的要因とされる病態把握、心不全の原因診断、治療方針の確立、心臓リハビリテーションの普及などに加え、患者要因として病識、服薬コンプライアンス、水分や塩分摂取の管理、家族のサポートなど及び社会的要因として医療への行政対応、医療費の確保、在宅医療のサポートなど多角的に絡み合っており未解決事項が多い。心不全患者を管理する上では、高次医療機関の速やかな重症および急性心不全患者対応、実地医家に関わる日常診療へのアドバイスなどの円滑な病診連携の構築が望まれる。そこで、心不全患者へのより円滑な医療を提供するためには多職種介入による包括医療をより推進しなければならない。

心不全医療の現場はそれぞれ異なり、一括した医療を提供する事は困難であるため、医療の状況を把握し、地域としての独自の心不全医療のシステムを構築する必要があり、病院と実地医家に於ける心不全医療に垣根なく情報を提供しあう場を設けるために、5年前に大宮心不全連携の会を発足し、全ての大宮医師会々員へ心不全治療に関するアンケートを実施し、その結果を平成30年度さいたま市地域医療研究費補助事業へ報告<sup>3)</sup>した。今回はさいたま市全域の医師会々員へ実施する心不全医療のアンケートであり、政令指定都市に於けるビッグデータとなるであろう。

心不全診療ガイドラインフォーカスアップデート<sup>4)</sup>によると、今までのACE阻害薬、ARB、β遮断薬、ミネラルコルチコイド受容体阻害薬(MRA)に加え、令和2年6月にアンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(ARNI)が、また令和2年11月にSGLT2阻害薬などの新しい心不全治療薬が認可され、心不全パンデミック改善への糸口となりつつある。新たなEBMに則った治療アルゴリズムによる心不全治療薬の活用状況を確認し、さいたま市の地域医療に於ける心不全治療の啓発を図る。

新型コロナウイルス感染拡大禍前後での病院や実地医家に於ける心不全医療、また在宅診療や心臓リハビリテーションに至る包括的な心不全医療についても現状を確認し、地域における今後の治療方針を示す必要がある。

以上、現在直面しているさいたま4医師会全域の心不全医療の現状を把握するために心不全医療に関わるアンケートを実施し、心不全患者の予後改善のため病病・病診連携をより強固なものにすることを目的とする。

### 3 内容・方法

さいたま4医師会管轄に於ける心不全医療を把握するために浦和医師会、さいたま市与野医師会、岩槻医師会、そして大宮医師会各々から心不全医療に関わる共同研究者を抽出し、WEB会議などにて協議を重ねアンケートを作成する。アンケート用紙をさいたま市の各医師会々員へ配布し返答された結果をまとめさいたま市へ報告する。

さらにさいたま市に於ける心不全医療の現状を包括医療担当者へ報告し、今後の連携医療活動への基礎を構築する。また、さいたま4医師会での学術講演会や埼玉県学術総会、その他の学会や研究会にて報告、発表し、学術誌へも投稿して病病・病診連携が活性化するよう働きかける。

### 4 成果

アンケート集計の結果

Q1 482施設中270施設56.0%、内科標榜医は223施設(87.1%)、内科以外では47施設(20.9%)で心不全症例を診療していた。270施設における毎月の心不全受診者数は1~5人/月が80施設(29.9%)、6~9人/月が57施設(21.3%)、10~19人/月が48施設(17.9%)、20人以上/月が83施設(31.0%)であった。クリニックでは246施設中67施設(27.2%)が、病院22施設中16施設(72.7%)が月に20人以上、心不全診療に当たっていた。

Q2 安定している慢性心不全であれば、264施設中235施設(89.0%)の診療所において、白院における経過観察が可能との結果であった。

Q3 心不全症例を診察する上で大切にしている症状は労作時息切れがクリニックは81%、病院では100%、下腿浮腫はクリニックが96%、病院では91%、動悸はクリニックが66%、病院では45%の程度で注意を払い心不全診療にあたっていることが分かった。

Q4 心不全症例を診察する上で大切にしている指標は体重がクリニックは81%、病院では91%、心拍数はクリニックが76%、病院では77%、血圧はクリニックが72%、病院では77%、聴診所見はクリニックが55%、病院では59%、経皮的動脈血酸素飽和度はクリニックが63%、病院では32%と続いた。

Q5 診療可能な心不全(ACC/AHA分類)の程度はステージAが57施設(21.3%)、ステージBが94施設(35.2%)、ステージCが87施設(32.6%)、ステージDが27施設

(10.1%)でステージ B、Cが大半(67.8%)を占めた。心不全診療の程度はクリニックではステージ B(38.0%)、C(32.2%)、病院においてはステージ C(36.4%)、D(50%)などの重症心不全を中心に診療にあたっていることが分かった。

Q6 心不全に対する薬物療法において、利尿薬がクリニックは98%、病院では100%、ACE阻害薬またはARBはクリニックが90%、病院では91%、β遮断薬はクリニックが90%、病院では95%、MRAはクリニックが42%、病院では82%、SGLT2阻害薬はクリニックが66%、病院では91%、ARNIはクリニックが45%、病院では91%、ジギタリスや硝酸薬はクリニック、病因ともに50%以下に留まり、イバブラジン、カルペリチド、トルバプタンは病院において使用される傾向があり、クリニックでは使用される機会が少なかった。

Q7 慢性心不全症例に対する治療としてβ遮断薬はクリニック、病因を問わず90%の医療機関で使用されていた。クリニックでは毎月0人が11施設(5%)、1~4人が103施設(42%)、5~9人が46施設(19%)、10~19人以上が35施設(14%)、20人以上が49施設(20%)であった。病院では毎月10~19人以上が3施設(14%)、20人以上が15施設(68%)にβ遮断薬を投与し治療に対応していることが確認できた。

Q8 心不全診療に際し施行する検査は胸部レントゲン、心電図、BNPまたはNT-Pro BNPがクリニック、病院ともに90%以上の医療機関にて施行されていた。病院においては心エコー図検査も100%の医療機関にて施行されていた。

Q9 心エコー図検査に関し他院からの検査依頼に対し病院は95%対応可能であり、クリニックにおいては99施設中49施設(49%)が対応可能との結果であった。

Q10 慢性心不全に対し自院または他院にて心臓リハビリテーション治療を施行している施設は病院では13施設(62%)、クリニックでは39施設(16%)、特に5施設は10人以上に1心臓リハビリテーション治療を積極的に施行していた。

Q11 慢性心不全症例に対する在宅酸素療法(HOT)をクリニックは54施設(22%)で施行しており、毎月10人以上が2施設(1%)、5~9人が4施設(2%)、また病院では16施設(73%)で施行しており、毎月10人以上が4施設(18%)、5~9人が3施設(14%)であった。

Q12 慢性心不全症例に対するマスク式人工呼吸器(NPPV)補助療法をクリニックでは17施設(7%)施行しており、毎月10人以上は0施設、5~9人が1施設(0.4%)、2~4人が4施設(2%)、また病院では10施設(45%)で施行しており、毎月10人以上が2施設(9%)、5~9人が4施設(18%)、2~4人が3施設(14%)であった。

Q13 慢性心不全に植え込み型除細動器(ICD)および、両心室ペーシング(CRT、CRT-D)を施行後の患者を診療しているクリニックは72施設(29%)で、毎月10人以上は1施設(0.4%)、5~9人が10施設(4%)、2~4人が30施設(12%)、また病院では13施設

(59%)で、毎月10人以上が4施設(18%)、5~9人が4施設(18%)、2~4人が5施設(23%)で診療に当たっていた。

Q14 慢性心不全で補助人工心臓(VAD)管理中の症例はクリニックで21施設(9%)、病院では診療していなかった。

Q15 慢性心不全で心移植後の症例はクリニックで12施設(5%)、病院では診療していなかった。

Q16 慢性心不全で再生医療後の症例はクリニックで7施設(3%)、病院では1施設のみであった。

Q17 慢性心不全で在宅医療管理を施行しているクリニックは49施設(19.9%)で、毎月10人以上は10施設(0.4%)、6~9人が1施設、1~5人が30施設(12.2%)、また病院では6施設(27.3%)で、毎月10人以上が2施設(9.1%)、6~9人が1施設(0.5%)、1~5人が2施設(9.1%)で診療に当たっていた。

Q18 慢性心不全症例に看取り対応をしているクリニックは45施設(18%)で、毎月10人以上は4施設(2%)、5~9人が9施設(4%)、2~4人が16施設(6%)、また病院では19施設(86%)で、毎月10人以上が9施設(41%)、5~9人が1施設(5%)、2~4人が8施設(36%)であった。

Q19 慢性心不全診療に心不全の指導書(手帳)を活用しているクリニックは40施設(16%)で、毎月20人以上は3施設(1%)、10~19人が2施設(1%)、5~9人が5施設(2%)、2~4人が20施設(8.1%)、1人が9施設(3.7%)、また病院では12施設(55%)で活用しており、毎月20人以上は8施設(36.4%)、10~19人が0施設、5~9人が1施設(5%)、2~4人が1施設(5%)、1人が1施設(5%)であった。

Q20 心不全医療について病診連携の強化が必要であると感じているクリニックは大半で、大いに感じる222施設(50%)、まあまあ感じる167施設(37%)、余り感じない30施設(7%)、感じない25施設(6%)であり、また病院では大いに感じる15施設(60%)、まあまあ感じる8施設(32%)、余り感じない2施設(8%)、感じない0施設であった。

Q21 心不全に関する病診連携の会や勉強会に参加したいと考えている施設がクリニックでは293施設中(66%)、病院では19施設(83%)と過半数以上を占めていた。

各施設からの心不全診療についての提案、質問などを記載して頂いた。

- ・今後の心不全病診連携の構築に是非とも貢献したいと考えておりますので宜しくお願いします。
- ・心不全、心房細動が非常に多いです。
- ・循環器が専門でないため、定期的な心エコーのフォローアップなど病診連携で対応している。

- ・高齢者心不全の悪化時に入院を含めた紹介できる医療機関のマップがあったら良いと思います。
- ・今後、医師会の心不全を始め循環器の勉強会に積極的に参加したいと思います。
- ・心不全患者の急変時や治療困難な場合に相談できる窓口があると助かります。
- ・心不全患者が高齢となり、認知症の合併例が増加しており、薬の内服コンプライアンスが低下し心不全悪化例に苦慮しております。軽症心不全で施設入所等は、まだ不要という事で対応外となると、本来良好コントロールできる心不全が悪化される可能性があります。
- ・夜間、心不全悪化時の救急対応が難しいのでその部分のサポートが得られれば心不全治療を展開する場が増えると考えます。
- ・心不全共本の活用がまだできておらず、これから活用することによって心不全治療において地域連携に携わりたいと考えております。これからもご指導の程よろしくお願ひします。
- ・循環器医と非循環器医間の診々連携が進むようにご検討して頂きたい。
- ・心不全病診連携を実行する上で、どのような時に再度紹介するのか、定期的に専門医への通院が必要なのか迷うことがあります。フォローアップの時、定型フォーマットシートにチェック項目を記入するようにすれば、シンプルで分かりやすく、対応がスムーズで患者さんにも説明しやすいのではないのでしょうか。
- ・今後増加する HFpEF 患者に対して実地医がすべきことは、厳格な降圧治療の下、高血圧管理することと、BNP と共に早期から心エコーを病診・診診連携として行うことが大切な課題であると考えます。
- ・新規心不全薬の SGLT2 阻害薬、sGC 刺激剤、イバブラシンについての適応症例や使い分け等、専門医がどのように実践しているのか勉強会に参加したい。
- ・減塩、過体重の是正、動物性脂肪の抑制など、高血圧等にかかわる生活習慣改善の重要性についても触れていただけますと幸いです。
- ・超高齢の心不全患者が重症化した際の受け入れ病院が見つからない。
- ・急性心不全や慢性心不全の急性憎悪の患者対応を徹底し、必ず対応してほしい。
- ・重症心不全にて入退院を繰り返していた患者で、病院担当医は在宅での看取りを期待されていたようで、その後再入院対応は困難であり特養入所になりました。患者、在宅医療担当と病院間での、心不全病診利用について勉強できたらと思います。
- ・DCM への CRT-D 植え込み後、超高齢の HFpEF など病院担当医の思い描く心不全の治療方針が統一されず話が進めにくい印象です。今後、心不全集学的治療を共通認識していくことが大切であると感じます。
- ・トルパプタン導入に際し、心不全連携パスの運用体制が整っていれば利用させて頂き

たい。

・病診連携が重要であることは議論の余地のないところですが、大きな課題は現実的に情報の up to date を共有する方法にあると思います。心不全に限って言えば、自覚症状や体重、心拍数などの計測値など、手帳・共本に採用された内容が、患者または介護者が理解できる情報として妥当であると思われます。しかし当院の経験では、確実に複数項目を記載し、受診毎に提示することができる患者はある程度限られ、心不全の状況が不安定でより情報が必要な患者に限って不十分である印象です。連携をより有効に運用するためには、患者や介護者の努力を必要としない情報ツールを実現することであると思います。また、循環器以外でも各専門領域において独自の病診連携の方法として手帳方式の情報共有が提案されるケースもあると聞いております。心不全管理を必要とする患者は、腎・呼吸器・糖尿・脳神経等他領域の問題を合併することもまれではなく、領域毎の手帳が増えると、運用が困難になる可能性が高くなるように思います。具体的な方法を提案できずに申し訳ありませんが、領域をまたいだ病診連携実現は、診療機関同士の診療録共有ができないと難しいのではないかと考えます。病診連携の目的は個々の患者の自宅から病院その逆の医療管理移行を遠隔かつタイムリーに実現することなので、そう遠くはない将来 IOT/cloud の積極的導入による情報共有、現在各社バラバラになっている電子カルテ仕様の JIS 等による共通規格化などが必要なのではないかと思います。

・病診連携の必要性は十分感じます。安定期のコントロールの方法及び急性増悪したときの対処法があれば教えてください。

・心不全悪化の可能性が少しでもある心疾患患者は、循環器専門医を紹介しているが、基幹病院へ紹介する心不全の程度に迷うことがある。

・循環器内科の先生方に、大変お世話になっています。今後も、当方の相談にいつでものっていただけると助かります。

・心不全を有する、透析患者様の紹介先がさいたま市は非常に限定されておりいつも紹介に苦慮しています。

・中核病院の循環器の先生、お忙しいところいつも対応いただきありがとうございます。この場を借りてこれからもよろしくお願い申し上げます。

・困った時に頼れる上位の医療機関が複数あるのであまり患者紹介に困っていない。

・当院は人工透析治療専門とする施設で体液過剰によるうっ血性心不全の場合は透析による除水にてほぼその症状は軽減できる。その他、心不全の原因疾患に対する治療には注意を払う必要があると考える。

・整形外科のため心不全医療に関与しません。

・心不全の疑いのある患者を開業医の循環器に紹介を試みるも、患者の殆どは急変時の

対応が良い基幹病院の循環器科を希望します。とても評判が良いと思います。

- ・当院での心不全診療は週一回のパート循環器医にコンサルトし、高度医療が必要な場合、上位の病院を紹介しています。

- ・当院の循環器専門医、本院の循環器専門医で心臓リハビリテーションを主体に診療を行っています。

- ・在宅にて重症心不全も診療しているが、治療薬を変更することは少なく、呼吸苦などに対して対処療法が中心でそのまま看取りとなるケースが多い。

- ・胸部レ線も撮れないクリニックですので、診療当日の評価が難しいと感じています。専門医への確に送れるよう勉強していきたいと考えています。

- ・抗うつ薬等の循環器への影響のある薬物投与に際し、心電図を施行し異常があれば近医の循環器専門医へコンサルトしています。更に連携の輪が広がると心強く思います。

- ・自院で慢性心不全を診ていくためには、必要時に入院を受け入れて下さる病院が必須です。今後も病診連携を大切にしていきたいと思います。

- ・現在の医療体制には病診連携の強化が必要であると実感します。

- ・近日中に循環器専門医が着任するため、当院での循環器診療のレベルアップが期待できそうです。

- ・現在、週一回の循環器専門外来で対応可能ですが、病院からの逆紹介は少ないのが現状です。病診連携の一環として病院からの逆紹介を増やすためには、情報が分かりやすく、手間をかけず紹介できる病診連携システムの充実が不可欠と考えます。

- ・泌尿器科医ですが心不全は夜間頻尿の原因となるため、連携を深めたいと思います。

- ・今後も白内障手術の際には診療情報提供書を通じて注意点をご教示いただけたら幸いです。

- ・基幹病院の循環器ホットラインには大変助けて頂いている。他の病院でも似たようなシステムができると有難い。

- ・塩分制限が困難な患者が多く、血圧や心不全状態のコントロールに困っている。

- ・鋭敏な感度の聴診器が安く手に入ると有難い。

- ・最新の心不全治療薬の勉強会をしてほしい。

- ・心不全に限ったことではありませんが、急性増悪の際の入院先をみつけるのが大変です。

令和5年2月2日にラフォーレ清水園およびWEBでのハイブリッド方式にてさいたま市における心不全医療の現状（さいたま市地域医療研究費補助事業、さいたま市4医師会にて施行した心不全アンケートから）との演題で講演会を開催し、さいたま市4医師会へ発信した。



## 5 考察

心不全医療についてのアンケートはさいたま市4医師会に所属する共同研究者15人を抽出し心不全医療に関する意見を確認し作成した。このアンケートは全てのさいたま市4医師会所属の全医師会員（診療科を問わず）716施設へ配布され482施設（67.3%）からされた。（浦和医師会 206/314 施設 65.6%、大宮医師会 201/287 施設 70.0%、さいたま市与野医師会 47/67 施設 70.1%、岩槻医師会 28/48 施設 58.3%）その中で心不全患者の診察に携わっている医療機関は270施設（56.0%）であり、今後増加する心不全患者への医療対策としてとても信頼度の高いビッグデータであると考えられた。

心不全診断に症状としてはクリニック、病院共に息切れ、浮腫、動悸などを確認しており、特に血圧や心拍数などのバイタルサインと共に体重測定に注意を払い実施しており、心不全共本などの心不全手帳同様、重症化の指標に適した身体所見であることが確認できた。

クリニックではStage B, Cを病院ではStage C, Dを中心に診療しており、心不全診療に際し重症度の“すみわけ”が確認できた。なおクリニックにおいて、心不全の有症状となる前段階のステージAで22%、ステージBで38%の医療機関にて心不全診療を施行できることが確認でき、今後の増加するであろう心不全患者への予防医学としてカギを握ることとなるであろう。

心不全治療薬についてACE阻害薬、ARB、 $\beta$ 遮断薬は90%以上の医療機関で使用されており、病院においてはMRAも80%以上の使用率であったが、クリニックでは42%の使用率に留まっていた。ARNIとSGLT2阻害薬は病院においては91%の使用率、クリニックではARNIが45%、SGLT2阻害薬は66%の使用率であった。低心機能心不全へ早期より $\beta$ 遮断薬、MRA、ARNI、SGLT2阻害薬による早期からの導入による治療効果<sup>5)</sup>が期待されているが、病院に比較し未だクリニックでは使用率は低く、使用方法などの勉強会を開催し病診連携の推進を考慮する必要が感じられた。なお、イバプラジン、カルペリチド、トルバプタンなどはその薬効の特殊性から病院での使用に限られている状況も確認できた。トルバプタンに関しては入院し投薬を開始する処方上の制限があり、3ヶ所の医療施設からトルバプタン導入における病診連携パスの運用を希望されていた。特に $\beta$ 遮断薬に関して使用人数は圧倒的に病院が多く使用しているが、心不全医療へのEBMを理解しクリニックにおいても治療の要として使用していることが分かった。

心不全の検査に病院では心エコー図検査を100%施行しており、クリニックにおいては40%の施行率ではあったが、BNPやNT-proBNP採血は90%施行され、心不全患者の心機能を確認していることが確認できた。また、心不全診療中49%のクリニックにおいて他院からの心エコー検査依頼に対応可能との返答を頂き、今後の心不全診診連携の推進に繋がる結果であると考えられた。

Covid-19 感染禍ではあるが、心臓リハビリテーションも多数の病院で再開されており、非薬物療法としての心不全治療効果に期待が持たれる。

重症心不全に対する補助換気療法や補助循環療法については病院が中心に対応され、クリニックでは在宅医療対象者に導入されていた。特に重症心不全に対する先進医療である補助人工心臓（VAD）、心移植、再生医療などはさいたま市の医療機関ではほとんど診療されていないことが分かった。

慢性心不全の看取りを含めた在宅医療に対応しているクリニックも散見されたが、末期の心不全患者はほとんどが病院にて看取られていた。これらの現状を把握し、慢性期重症心不全症例に関わる病病連携のさらなる充実また、終末期医療に対する療養型医療施設や老人保健施設などの地域連携医療体制の推進に取り組む必要があると考える。クリニックおよび病院双方で病診連携強化の必要性を感じており、心不全在宅治療につき理解を深め、包括的病診連携システムの構築が望まれる。

Stage C 以上の心不全患者を診療している病院は 19 施設であったが心不全手帳の活用は 12 施設、またクリニックにおいては 95 施設中 40 施設に留まっている。今後、さいたま市 4 医師会にて作成した心不全共本を活用し、心不全包括医療の推進に繋がりたいと考える。

高齢化に伴い認知障害やフレイル化の問題は包括的医療の導入が加速し、公平な医療が提供できる環境が整いつつある。今後は心不全の重症化予防に加え、包括的医療により心不全の在宅管理を充実させ、また心臓リハビリテーションや運動療法などの取り組みを一層強化しなければならない。今回、心不全アンケートを新たに施行しその結果を情報提供する意見交換の場を設け、さいたま市における心不全医療の発展に寄与したいと考える。

#### 参考文献

1. 日本循環器学会 循環器疾患診療実態調査報告（2020年実施・公表）
2. 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全ガイドライン（2017年改訂版）
3. 鈴木英彦 他：平成30年度さいたま市地域医療研究費補助金実績報告書
4. 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 2021年 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
5. Bauersachs J, et al, Heart failure drug treatment: the fantastic four. European Heart Journal (2021) 42, 681-683.

- ・今後の心不全病診連携の構築に是非とも貢献したいと考えておりますので宜しくお願いします。
- ・心不全、心房細動が非常に多いです。
- ・循環器が専門でないため、定期的な心エコーのフォローアップなど病診連携で対応している。
- ・高齢者心不全の悪化時に入院を含めた紹介できる医療機関のマップがあったら良いと思います。
- ・今後、医師会の心不全を始め循環器の勉強会に積極的に参加したいと思います。
- ・心不全患者の急変時や治療困難な場合に相談できる窓口があると助かります。
- ・心不全患者が高齢となり、認知症の合併例が増加しており、薬の内服コンプライアンスが低下し心不全悪化例に苦慮しております。軽症心不全で施設入所等は、まだ不要という事で対応外となると、本来良好コントロールできる心不全が悪化される可能性があります。
- ・夜間、心不全悪化時の救急対応が難しいのでその部分のサポートが得られれば心不全治療を展開する場が増えると考えます。
- ・心不全共本の活用がまだできておらず、これから活用することによって心不全治療において地域連携に携わりたいと考えております。これからもご指導の程よろしくお願ひします。
- ・循環器医と非循環器医間の診々連携が進むようにご検討して頂きたい。
- ・心不全病診連携を実行する上で、どのような時に再度紹介するのか、定期的に専門医への通院が必要なのか迷うことがあります。フォローアップの時、定型フォーマットシートにチェック項目を記入するようにすれば、シンプルで分かりやすく、対応がスムーズで患者さんにも説明しやすいのではないのでしょうか。
- ・今後増加する HFpEF 患者に対して実地医がすべきことは、厳格な降圧治療の下、高血圧管理することと、BNP と共に早期から心エコーを病診・診診連携として行うことが大切な課題であると考えます。
- ・新規心不全薬の SGLT2 阻害薬、sGC 刺激剤、イバブラシンについての適応症例や使い分け等、専門医がどのように実践しているのか勉強会に参加したい。
- ・減塩、過体重の是正、動物性脂肪の抑制など、高血圧等にかかわる生活習慣改善の重要性についても触れていただけますと幸いです。
- ・超高齢の心不全患者が重症化した際の受け入れ病院が見つからない。
- ・急性心不全や慢性心不全の急性憎悪の患者対応を徹底し、必ず対応してほしい。
- ・重症心不全にて入退院を繰り返していた患者で、病院担当医は在宅での看取りを期待されていたようで、その後再入院対応は困難であり特養入所になりました。患者、在宅医療担当と病院間での、心不全病診利用について勉強できたらと思います。
- ・DCM への CRT-D 植え込み後、超高齢の HFpEF など病院担当医の思い描く心不全の治療方針が統一されず話が進めにくい印象です。今後、心不全集学的治療を共通認識していくことが大切であると感じます。

・トルバプタン導入に際し、心不全連携パスの運用体制が整っていれば利用させていただきたい。

・病診連携が重要であることは議論の余地のないところですが、大きな課題は現実的に情報の up to date を共有する方法にあると思います。心不全に限っていえば、自覚症状や体重、心拍数などの計測値など、手帳・共本に採用された内容が、患者または介護者が理解できる情報として妥当であると思われます。しかし当院の経験では、確実に複数項目を記載し、受診毎に提示することができる患者はある程度限られ、心不全の状況が不安定でより情報が必要な患者に限って不十分である印象です。連携をより有効に運用するためには、患者や介護者の努力を必要としない情報ツールを実現することであると思います。また、循環器以外でも各専門領域において独自の病診連携の方法として手帳方式の情報共有が提案されるケースもあると聞いております。心不全管理を必要とする患者は、腎・呼吸器・糖尿・脳神経等他領域の問題を合併することもまれではなく、領域毎の手帳が増えると、運用が困難になる可能性が高くなるように思います。具体的な方法を提案できずに申し訳ありませんが、領域をまたいだ病診連携実現は、診療機関同士の診療録共有ができないと難しいのではないかと考えます。病診連携の目的は個々の患者の自宅から病院その逆の医療管理移行を遠隔かつタイムリーに実現することなので、そう遠くはない将来 IOT/cloud の積極的導入による情報共有、現在各社バラバラになっている電子カルテ仕様の JIS 等による共通規格化などが必要なのではないかと思います。

・病診連携の必要性は十分感じます。安定期のコントロールの方法及び急性増悪したときの対処法があれば教えてください。

・心不全悪化の可能性が少しでもある心疾患患者は、循環器専門医を紹介しているが、基幹病院へ紹介する心不全の程度に迷うことがある。

・循環器内科の先生方に、大変お世話になっています。今後も、当方の相談にいつでものっていただけると助かります。

・心不全を有する、透析患者様の紹介先がさいたま市は非常に限定されておりいつも紹介に苦慮しています。

・中核病院の循環器の先生、お忙しいところいつも対応いただきありがとうございます。この場を借りてこれからもよろしくお願い申し上げます。

・困った時に頼れる上位の医療機関が複数あるのであまり患者紹介に困っていない。

・当院は人工透析治療専門とする施設で体液過剰によるうっ血性心不全の場合は透析による除水にてほぼその症状は軽減できる。その他、心不全の原因疾患に対する治療には注意を払う必要があると考える。

・整形外科のため心不全医療に関与しません。

・心不全の疑いのある患者を開業医の循環器に紹介を試みるも、患者の殆どは急変時の対応が良い基幹病院の循環器科を希望します。とても評判が良いと思います。

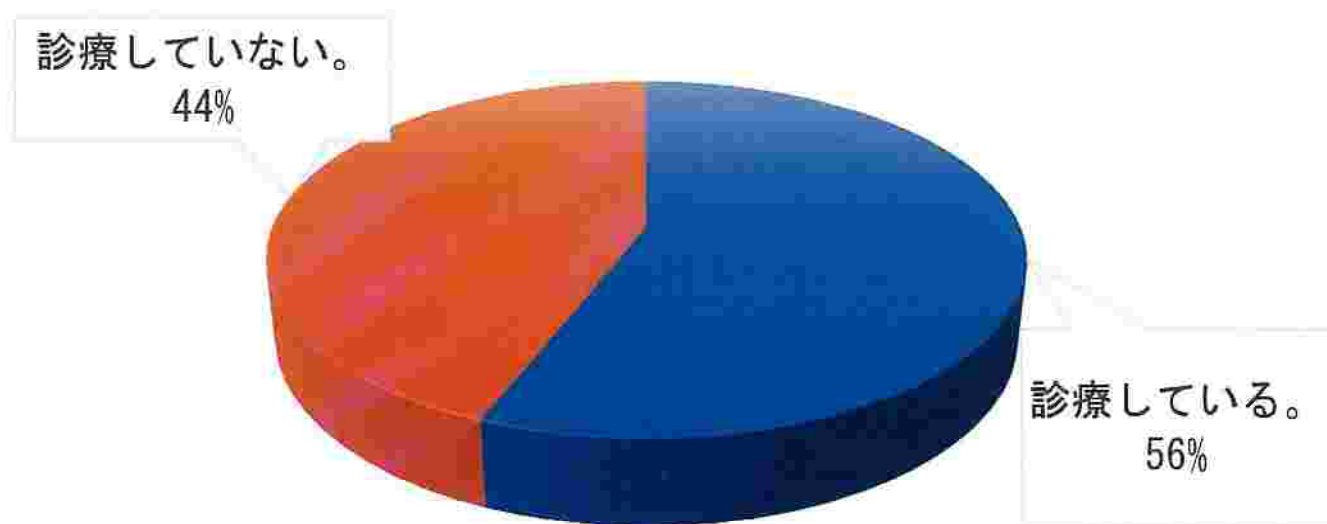
・当院での心不全診療は週一回のパート循環器医にコンサルトし、高度医療が必要な場合、上位の病院を紹介しています。

- ・当院の循環器専門医、本院の循環器専門医で心臓リハビリテーションを主体に診療を行っています。
- ・在宅にて重症心不全も診療しているが、治療薬を変更することは少なく、呼吸苦などに対して対処療法が中心でそのまま看取りとなるケースが多い。
- ・胸部レ線も撮れないクリニックですので、診療当日の評価が難しいと感じています。専門医への確に送れるよう勉強していきたいと考えています。
- ・抗うつ薬等の循環器への影響のある薬物投与に際し、心電図を施行し異常があれば近医の循環器専門医へコンサルトしています。更に連携の輪が広がると心強く思います。
- ・自院で慢性心不全を診ていくためには、必要時に入院を受け入れて下さる病院が必須です。今後も病診連携を大切にしていきたいと思います。
- ・現在の医療体制には病診連携の強化が必要であると実感します。
- ・近日中に循環器専門医が着任するため、当院での循環器診療のレベルアップが期待できそうです。
- ・現在、週1回の循環器専門外来で対応可能ですが、病院からの逆紹介は少ないのが現状です。病診連携の一環として病院からの逆紹介を増やすためには、情報が分かりやすく、手間をかけず紹介できる病診連携システムの充実が不可欠と考えます。
- ・泌尿器科医ですが心不全は夜間頻尿の原因となるため、連携を深めたいと思います。
- ・今後も白内障手術の際には診療情報提供書を通じて注意点をご教示いただけたら幸いです。
- ・基幹病院の循環器ホットラインには大変助けて頂いている。他の病院でも似たようなシステムができると有難い。
- ・塩分制限が困難な患者が多く、血圧や心不全状態のコントロールに困っている。
- ・鋭敏な感度の聴診器が安く手に入ると有難い。
- ・最新の心不全治療薬の勉強会をしてほしい。
- ・心不全に限ったことではありませんが、急性増悪の際の入院先をみつけるのが大変です。

## さいたま市4医師会 アンケート提出数(率)

	各医師会総数(率)			病院			クリニック		
	医療機 関数	提出数	率(%)	医療機 関数	提出数	率(%)	医療機 関数	提出数	率(%)
浦和	314	206	66%	13	6	46%	301	200	66%
大宮	287	201	70%	16	10	63%	270	191	70%
与野	67	47	70%	2	2	100%	65	45	69%
岩槻	48	28	58%	6	5	83%	42	23	55%
全体	716	482	67%	37	23	62%	679	459	68%

## Q 1. 自院にて慢性心不全の患者を 診療されていますか？

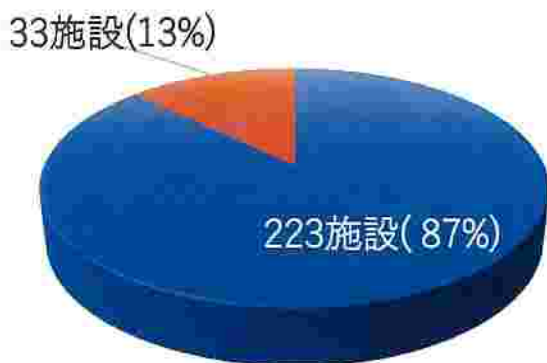


■ 診療している。    ■ 診療していない。

回答数	
診療している	270
診療していない	212

Q 1-2. 自院にて慢性心不全の患者を診療されていますか？(内科または内科以外)

内科



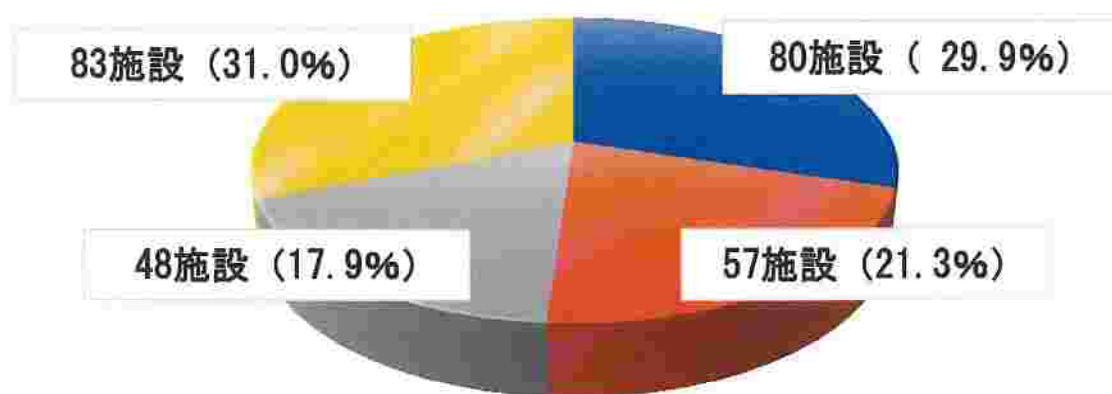
内科以外



■ 診療している。 ■ 診療していない。



## Q 1-2. 自院にて慢性心不全の患者を1カ月間に何人診療されていますか？



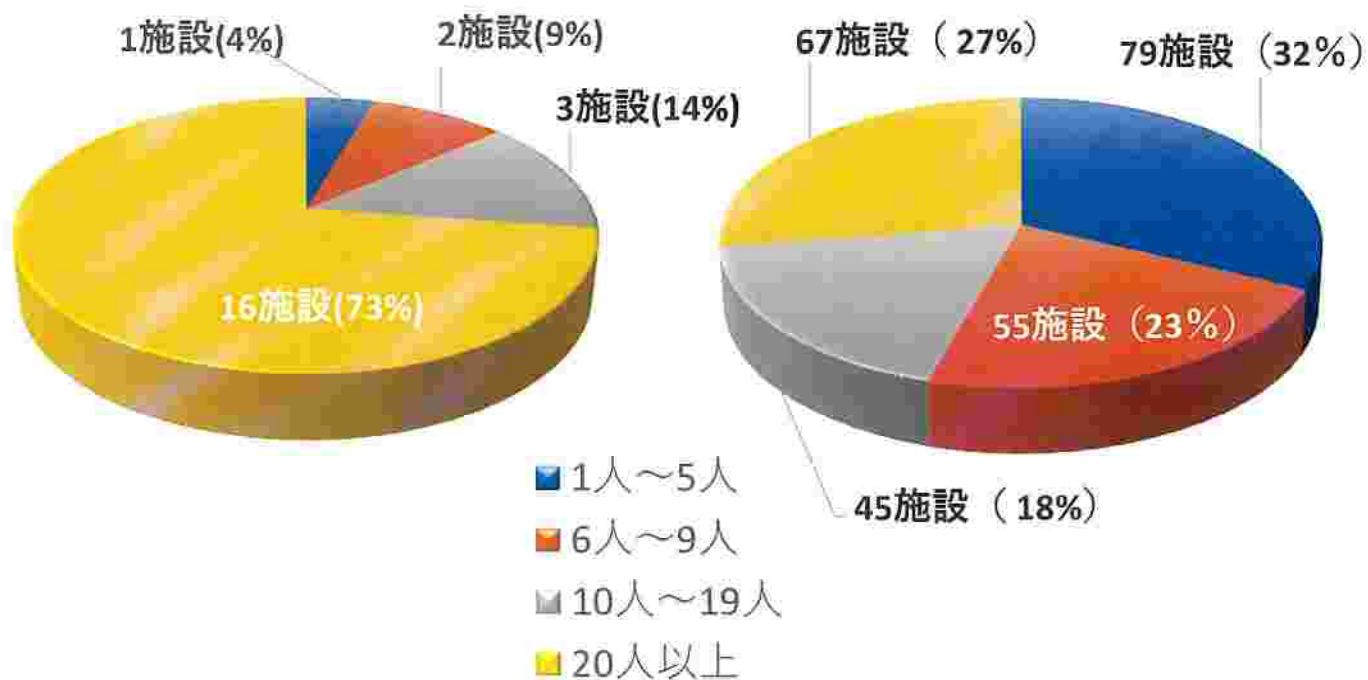
■ 1人～5人 ■ 6人～9人 ■ 10人～19人 ■ 20人以上

回答数(回答率%)	
1人～5人	80 (29.9%)
6人～9人	57 (21.3%)
10人～19人	48 (17.9%)
20人以上	83 (31.0%)

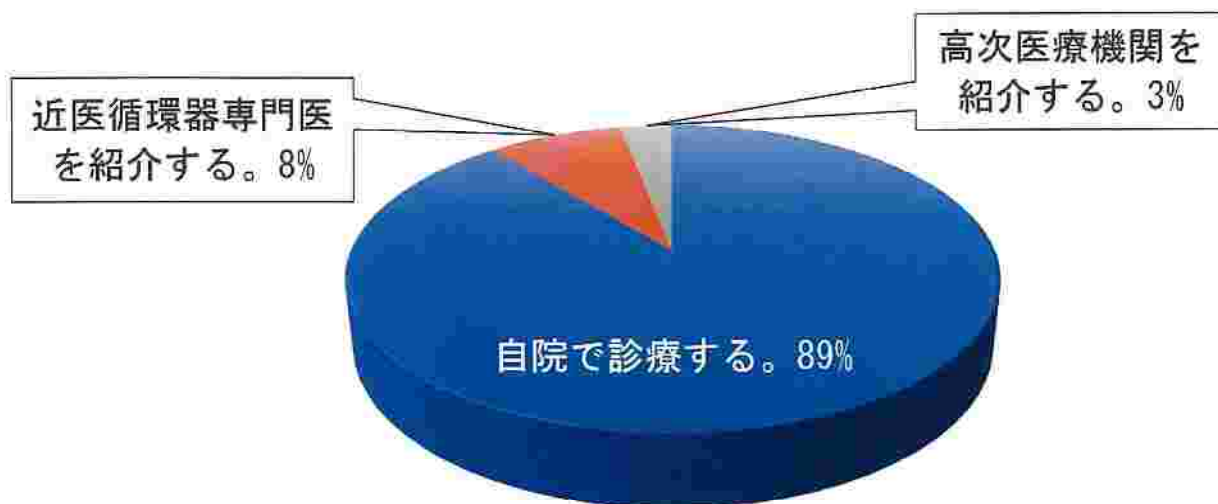
## Q 1-2. 自院にて慢性心不全の患者を1カ月間に何人診療されていますか？

### 病院

### クリニック



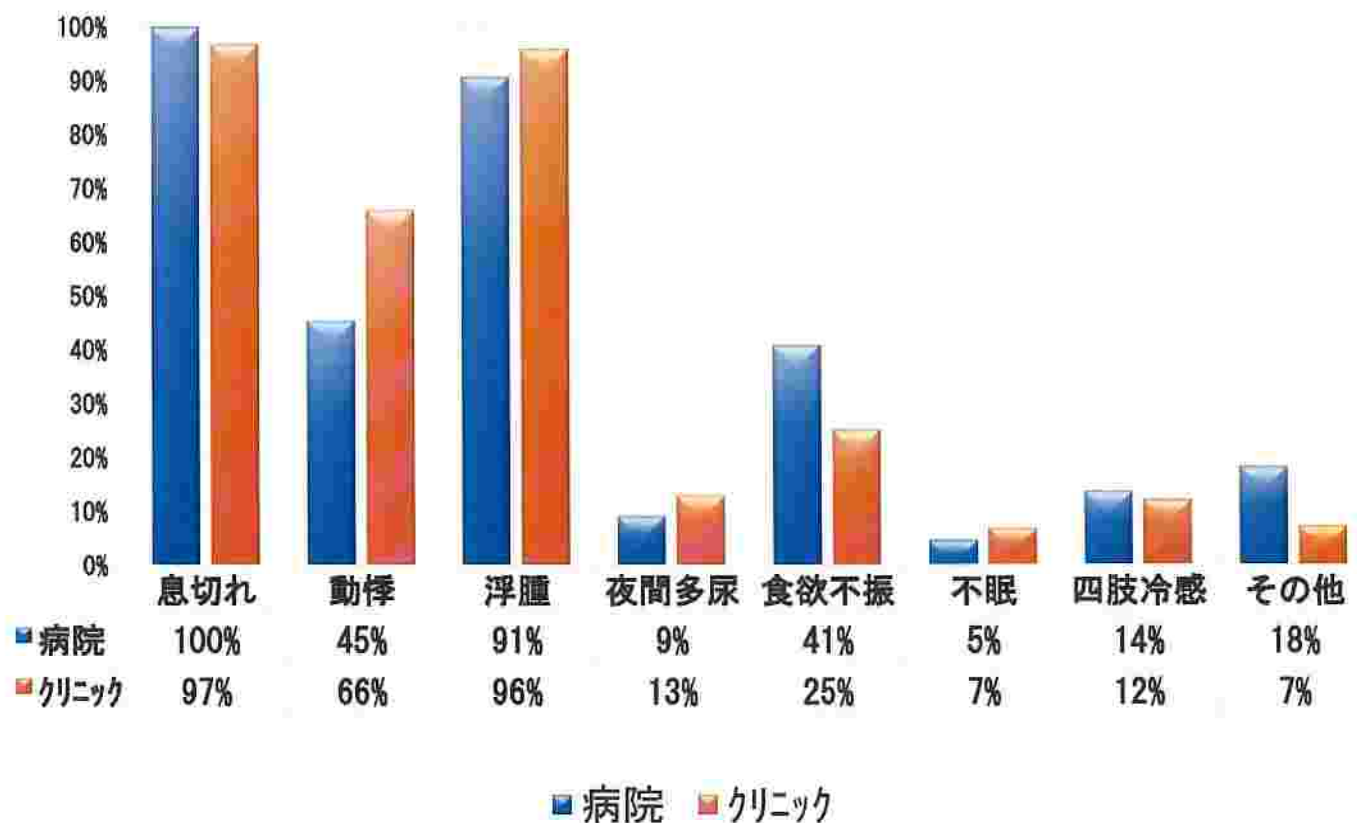
## Q 2. 安定した慢性心不全の治療方針につきお聞かせ下さい。



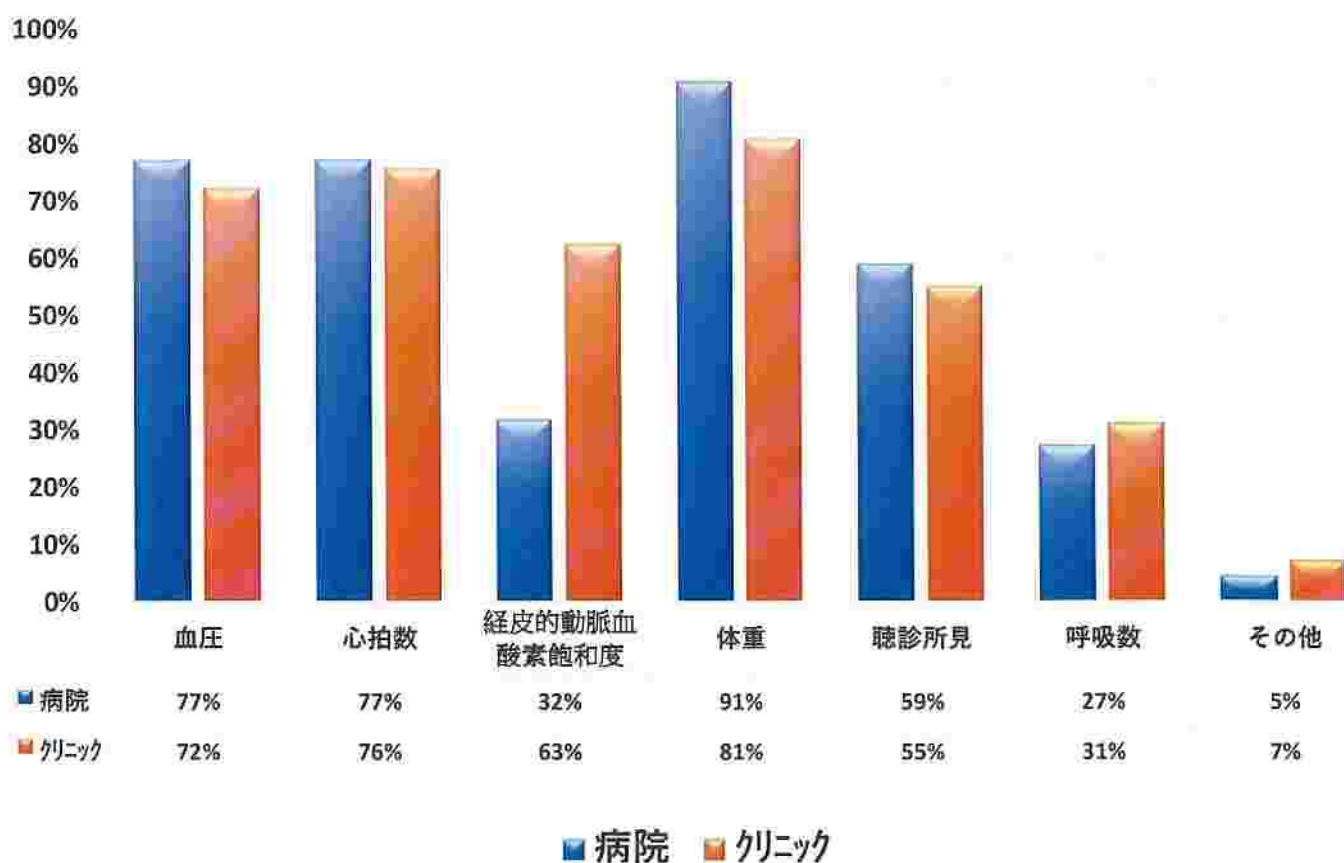
■ 自院で診療する。 ■ 近医循環器専門医を紹介する。 ■ 高次医療機関を紹介する。

回答数	全体(数)	全体(%)
自院で診療する。	235	89
近医循環器専門医を紹介する。	21	8
高次医療機関を紹介する。	8	3

### Q 3. 心不全の診断、治療で大切にしている症状を教えてください。(複数回答可能)



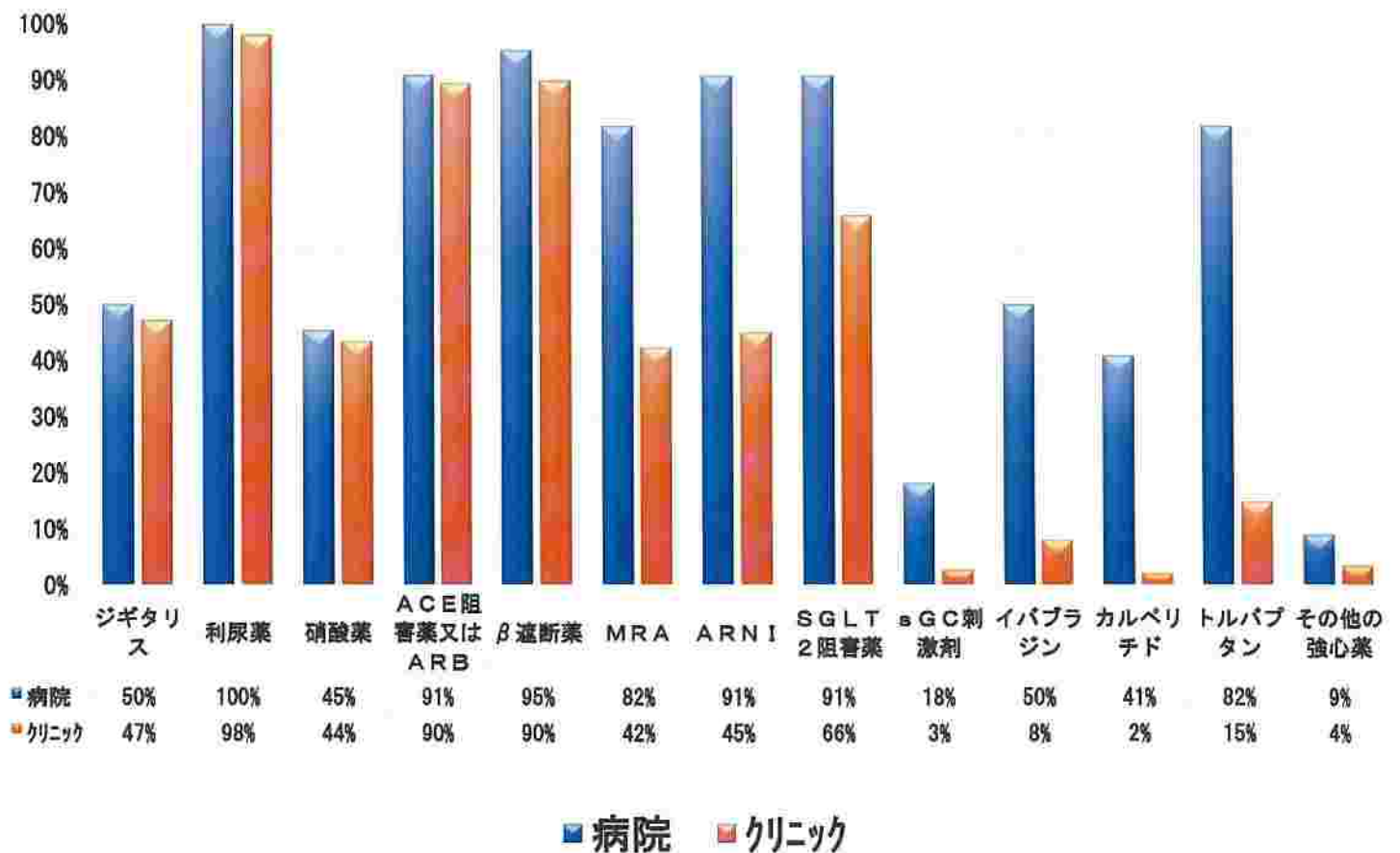
## Q4. 心不全の診断、治療で大切にしている身体所見を教えてください。(複数回答可能)



**Q 5. 心不全において診療可能である  
ACC/AHAステージ分類をお選びください。**

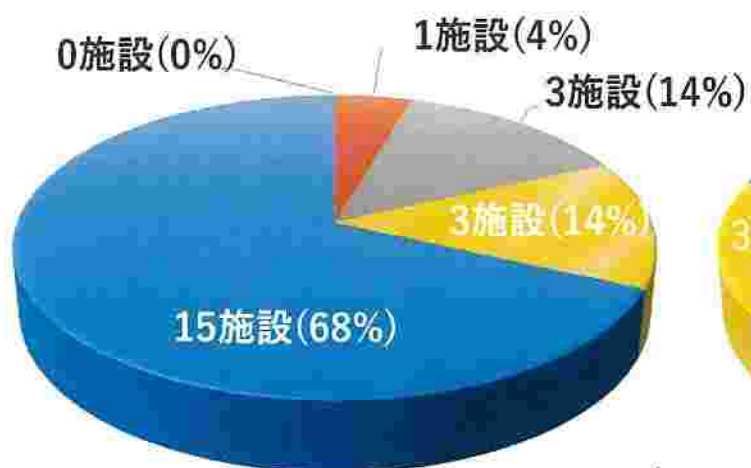
ACC/AHA ステージ分類	病院		クリニック	
	施設数	率 (%)	施設数	率 (%)
ステージA	2	9%	55	22%
ステージB	1	5%	93	38%
ステージC	8	36%	79	32%
ステージD	11	50%	16	7%
何れも困難	0	0%	2	1%

## Q 6. 心不全治療に使用している薬をお選び下さい。(複数回答可能)



## Q 7. 慢性心不全でβ遮断薬投与中の患者を何人診療していますか？

病院



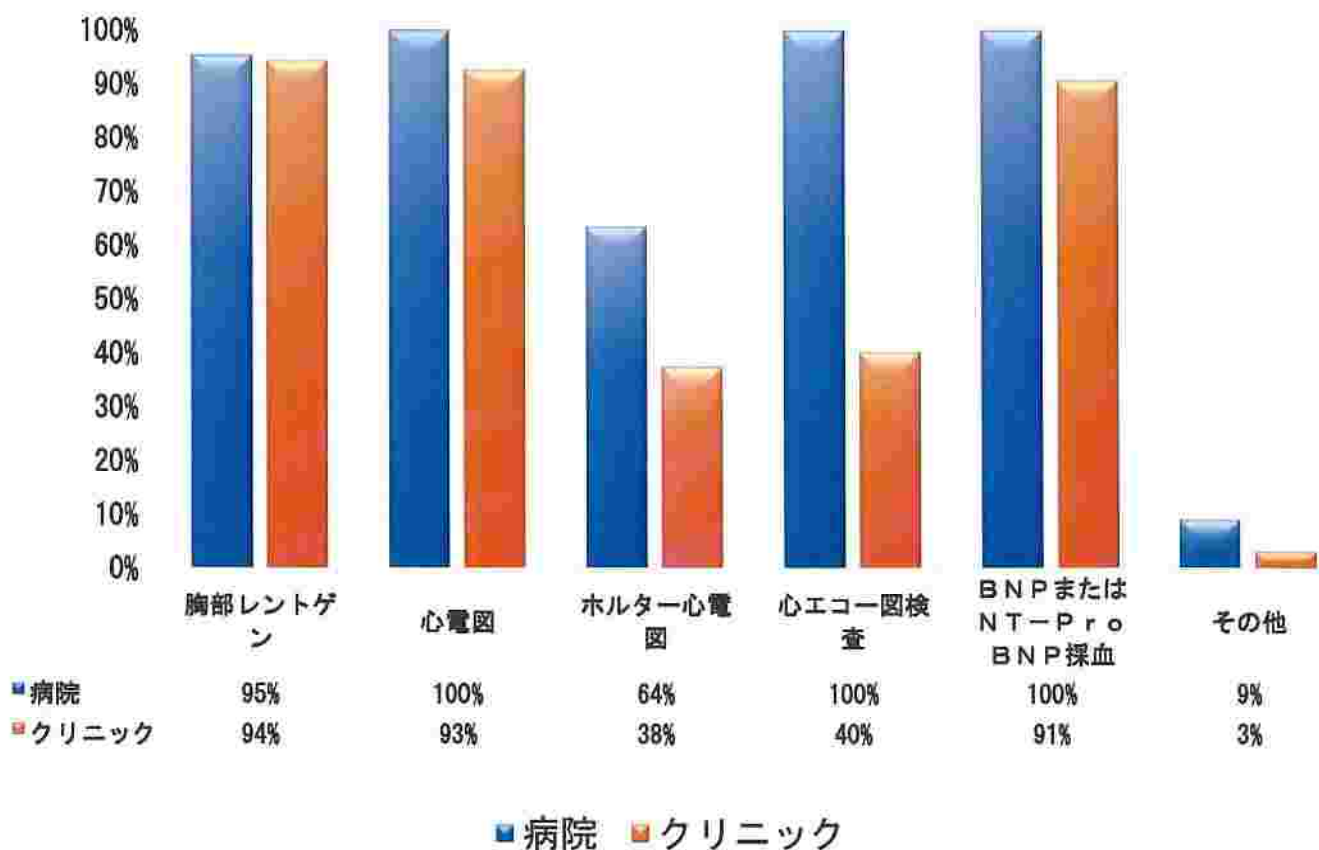
クリニック



- 0人
- 1人～4人
- 5人～9人
- 10人～19人
- 20人以上



## Q 8. 心不全に対し先生の施設ではどのような検査をしますか？(複数回答可能)

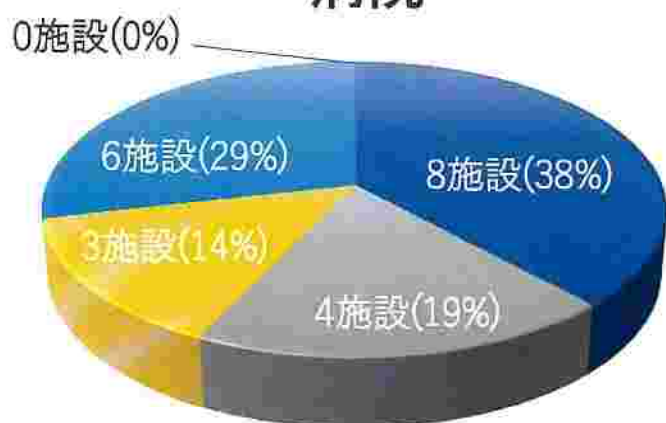


Q9. 心エコー図検査を実施されていると回答された先生方へお尋ねします。他院からの、心エコー図検査依頼に対応することは可能でしょうか？

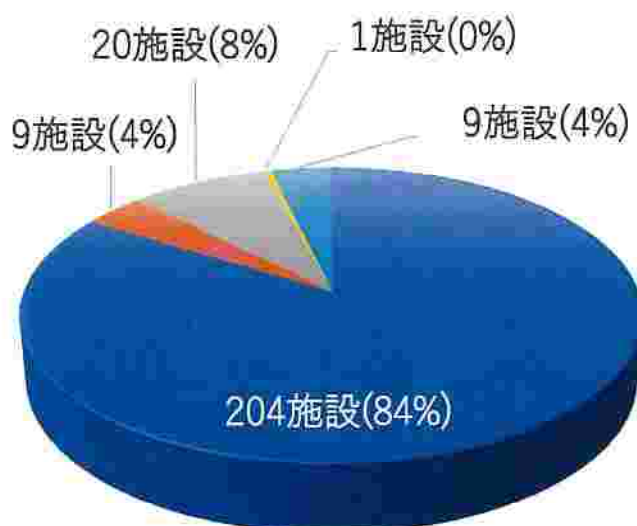
	病院 施設数/率 (%)		クリニック 施設数/率 (%)	
	対応可能である	20	95%	49
対応不可能である	1	5%	50	51%

Q10. 慢性心不全で心臓リハビリテーションとして、自院または他院にて運動治療を施行している患者を何人診療していますか？

### 病院



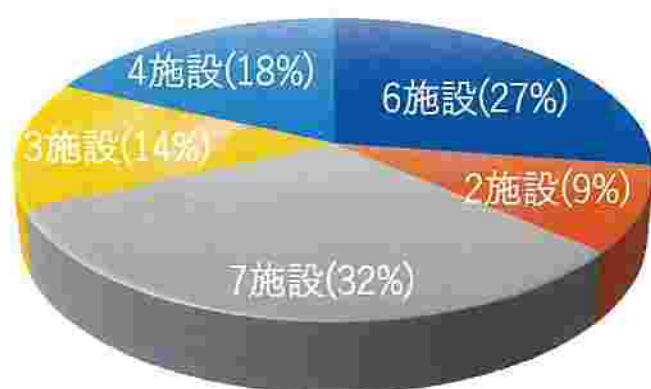
### クリニック



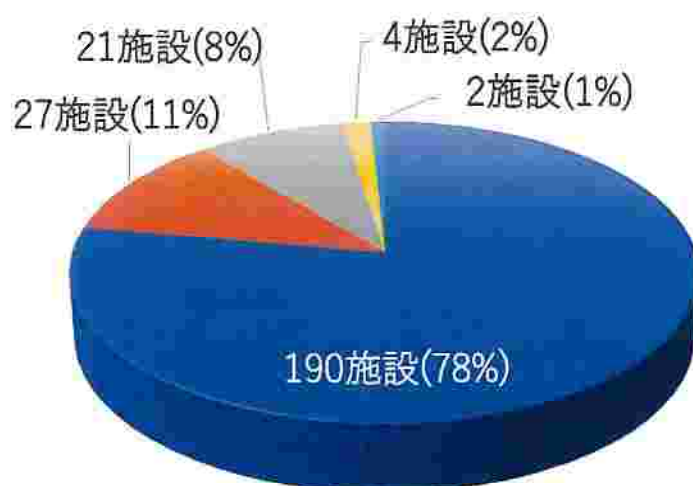
- 0人
- 1人
- 2人～4人
- 5人～9人
- 10人以上

## Q 1 1. 慢性心不全で在宅酸素療法中の患者を何人診療していますか？

### 病院

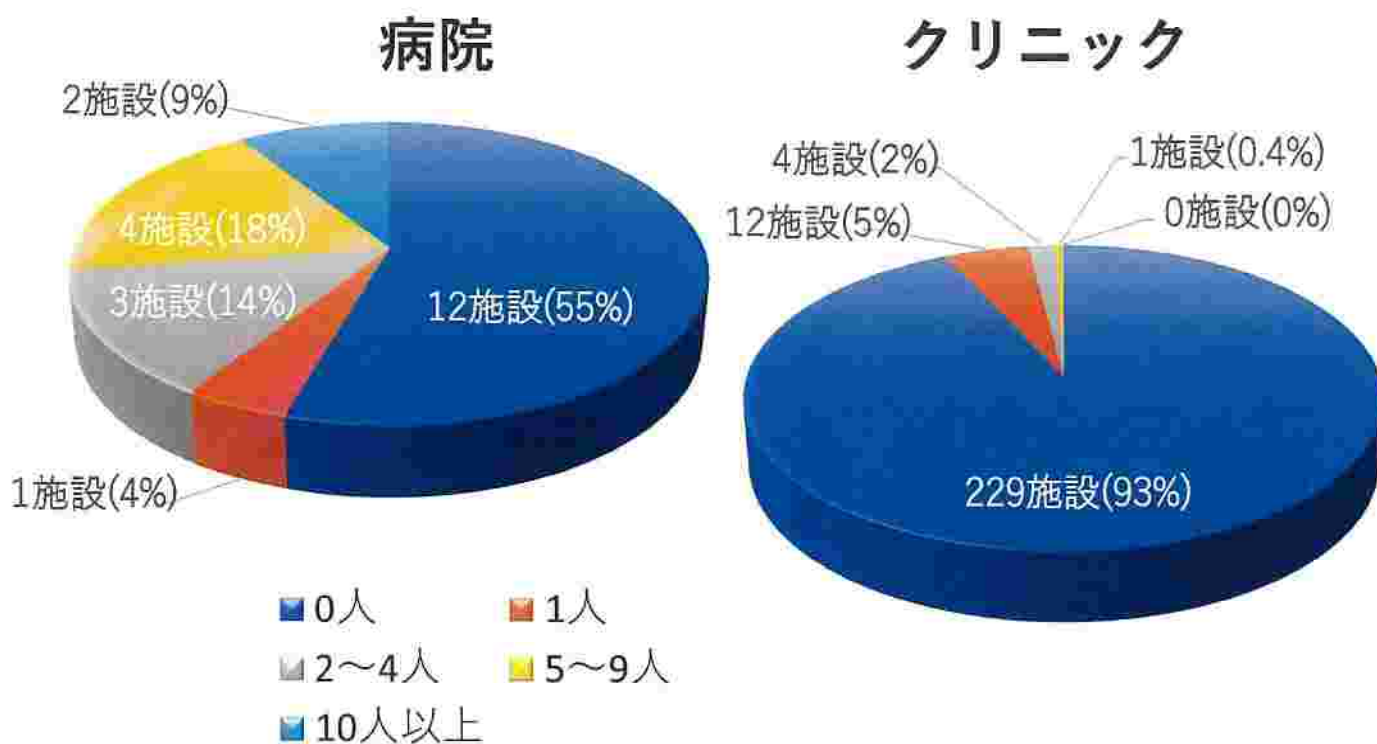


### クリニック

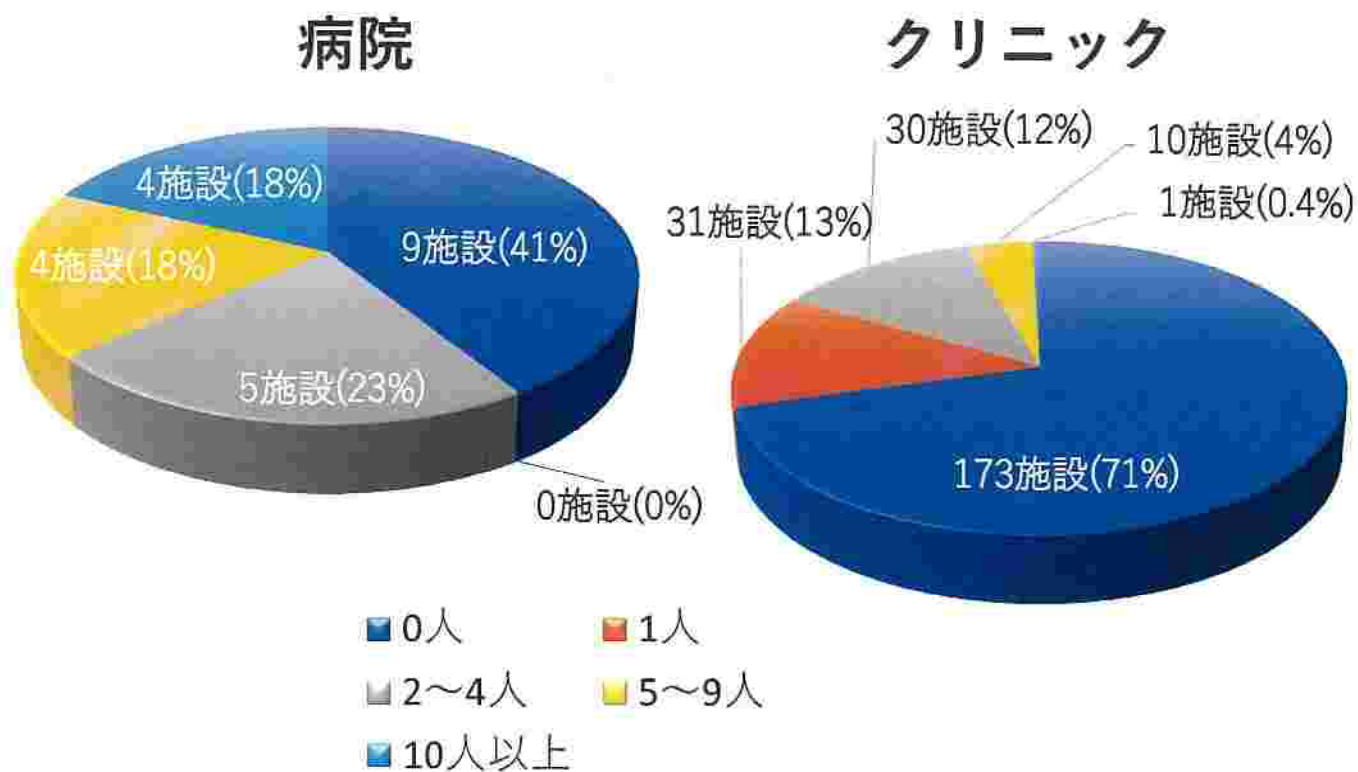


- 0人
- 1人
- 2~4人
- 5~9人
- 10人以上

**Q 1 2. 慢性心不全でマスク式人工呼吸器 (NPPV) 補助の患者を何人診療していますか？  
 (閉塞性睡眠時無呼吸に対するCPAP療法は除外します。)**



Q 1 3. 慢性心不全で植え込み型除細動器 (ICD) および、両心室ペーシング (CRT、CRT-D) 施行後の患者は何人通院されていますか？



Q 1 4. 現在、慢性心不全で補助人工心臓 (VAD) 管理中の患者を診療していますか？  
(診療している場合は何名ですか？)

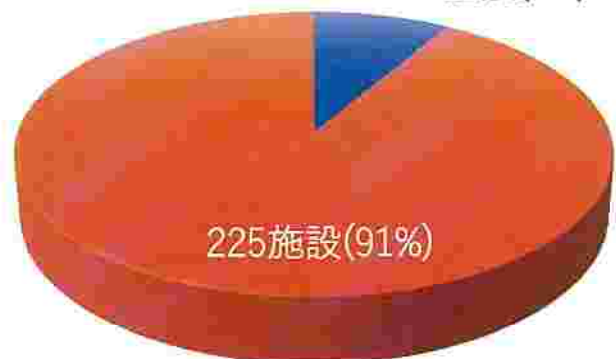
### 病院

0施設(0%)



### クリニック

21施設(9%)



■ 診療している。 ■ 診療していない。

### Q 1 5. 現在、慢性心不全で心移植後の患者を何人診療していますか？

#### 病院



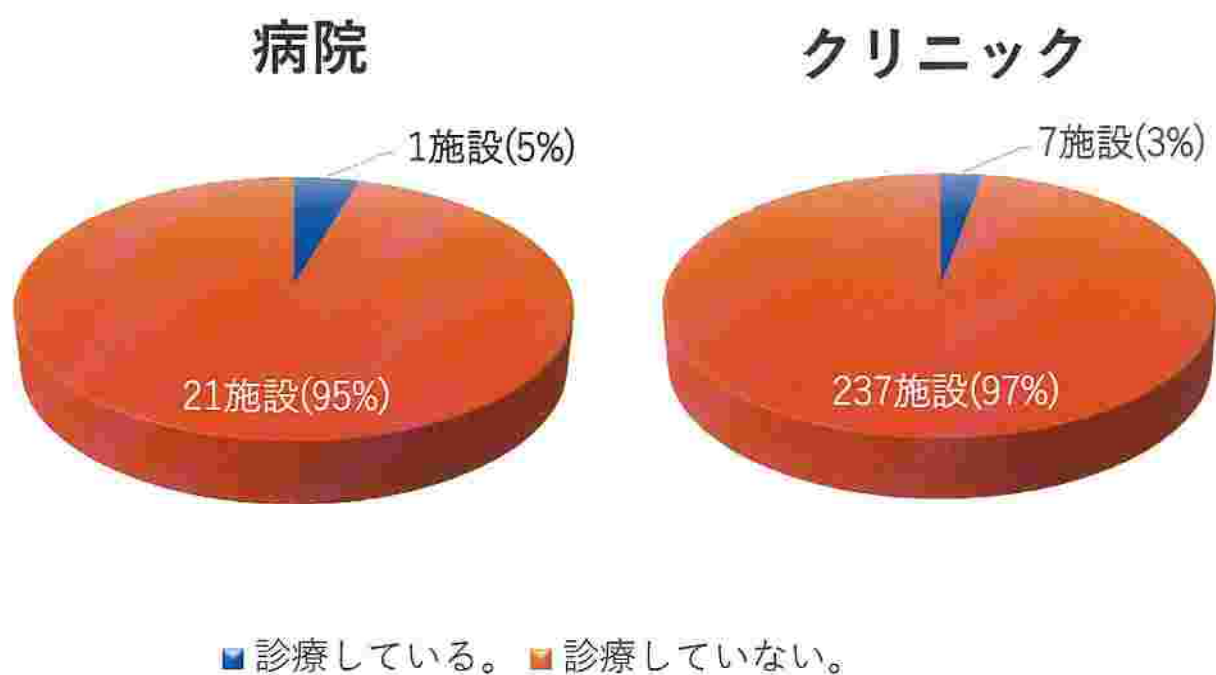
#### クリニック



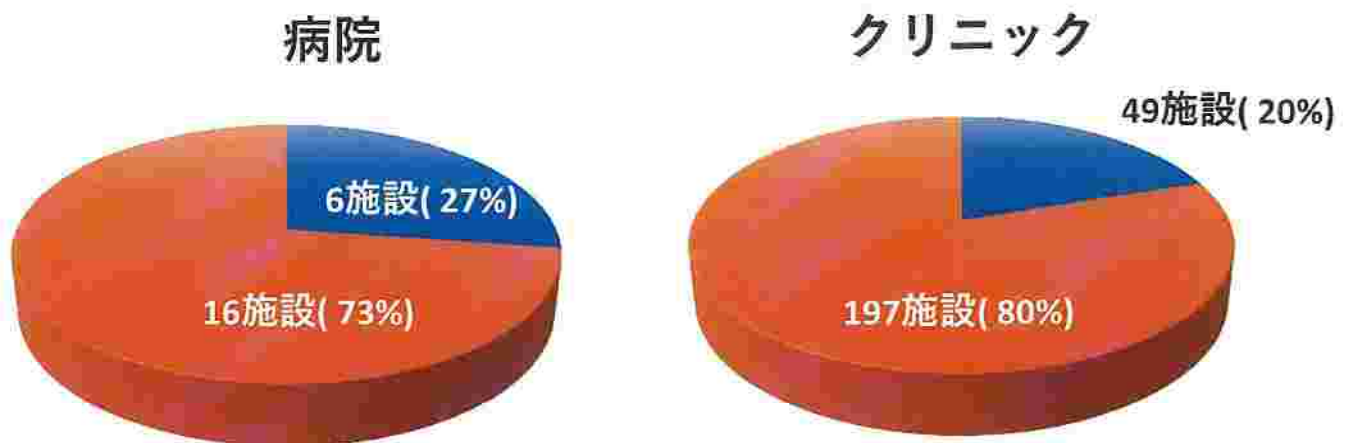
■ 診療している。 ■ 診療していない。



## Q16. 現在、慢性心不全で再生医療後の患者を診療していますか？



Q 17. 慢性心不全で在宅医療管理中の患者を診療していますか？（診療している場合は何人ですか？）

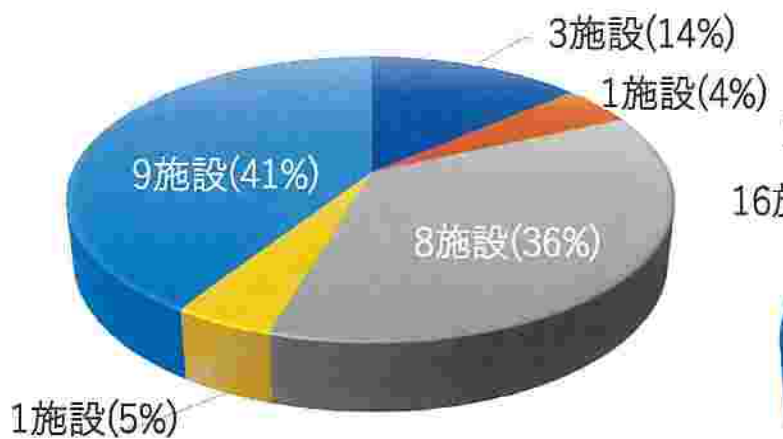


■ 診療している。 ■ していない。

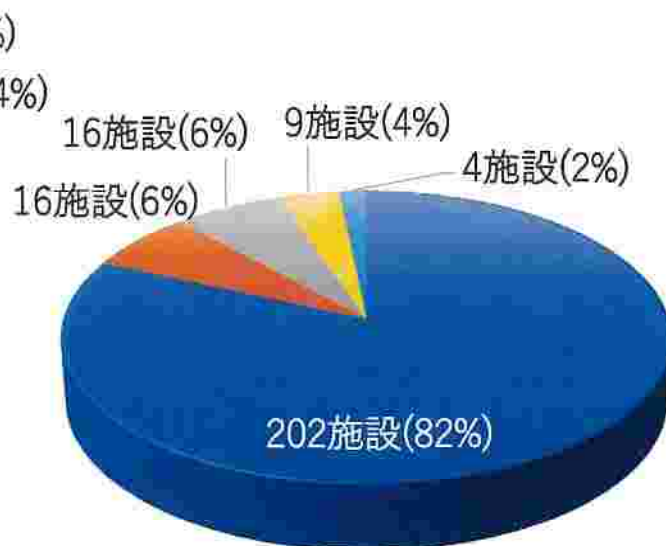
	全体	病院	クリニック
0人	213	16	197
1人～5人	32	2	30
6人～9人	2	1	1
10人以上	12	2	10
未回答	9	1	8

Q18. この1年に、慢性心不全の患者を何人  
看取りましたか？（人数をお答えください。）

病院

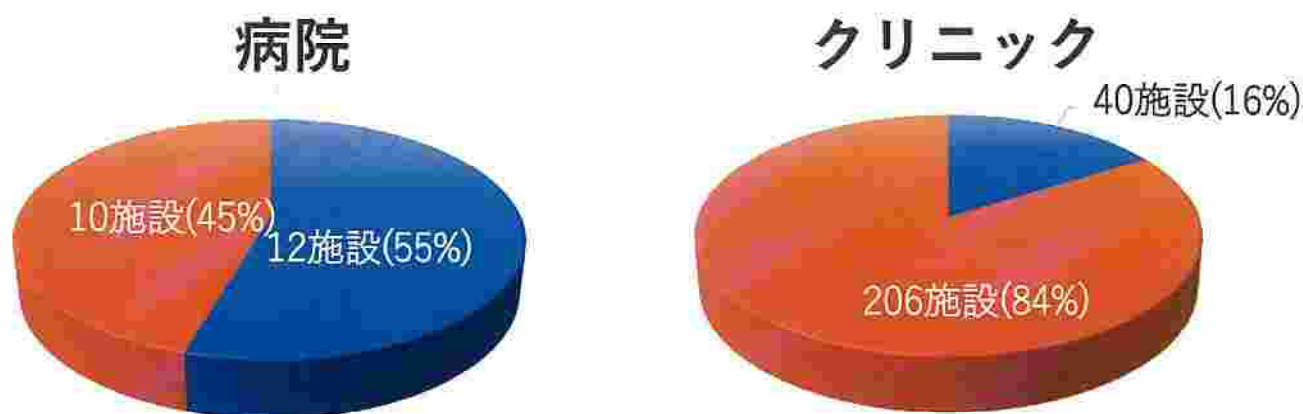


クリニック



- 0人
- 1人
- 2~4人
- 5~9人
- 10人以上

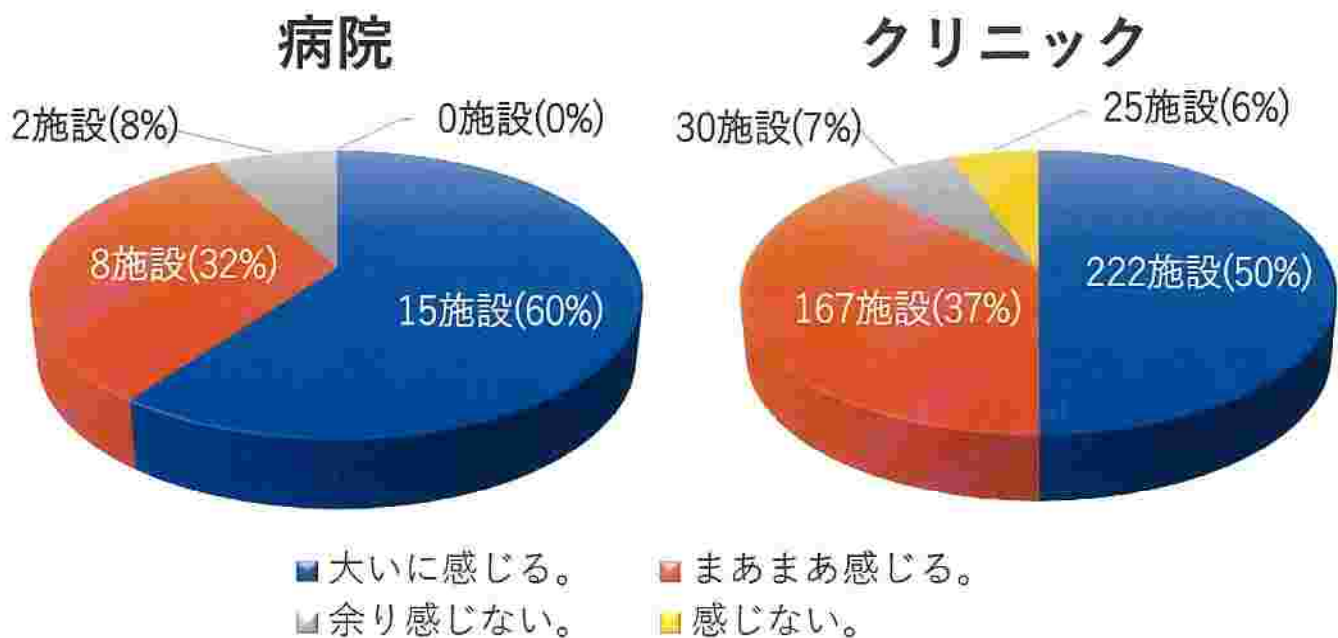
Q19. 普段の慢性心不全診療に、心不全共本や各学会、製薬会社提供の心不全手帳を活用していますか？  
 (活用している場合は何人ですか？)



■ 活用している。 ■ 活用していない。

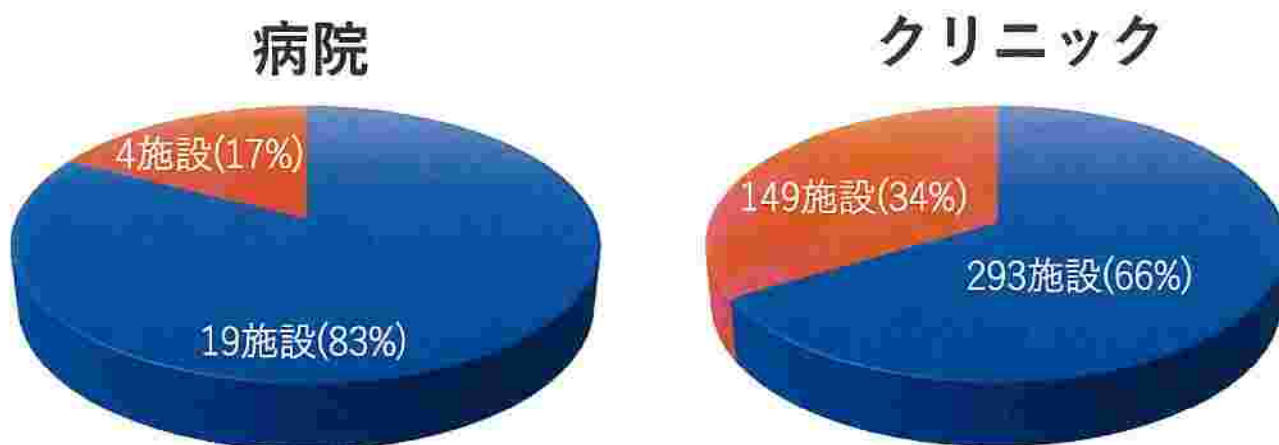
	全体	病院	クリニック
1人	10	1	9
2~4人	21	1	20
5~9人	6	1	5
10~19人	2	0	2
20人以上	11	8	3
未回答	2	1	1

## Q20. 今後、増加する心不全症例に対し、病診連携性の強化が必要と感じていますか？



	全体	病院	クリニック
大いに感じる	237	15	222
まあまあ感じる	175	8	167
余り感じない	32	2	30
感じない	25	0	25

Q 2 1. 今後、増加する心不全に対し、病診連携の会や勉強会に参加したいと思いますか？



■ 参加したい。 ■ 参加したくない。

	全体	病院	クリニック
参加したい	312	19	293
参加したくない	153	4	149

**心不全患者の診療にあたってお困りのこと、疑問点、病診連携に関するご提案などなんでも結構ですのでご記入ください。**

50歳代のDCM、CRT-D植え込み後、90歳、高齢でHFpEFの診断下病状が多岐にわたりそれぞれの担当医の思い描く心不全の治療方針が異なり話が進めにくい印象です。今後、心不全集学的治療を共通認識していくことが大切であると感じます。

整形外科のため心不全医療に関与しません。

心不全を有する、透析患者様の紹介先がさいたま市は非常に限定されておりいつも紹介に苦慮しています。

トルバプタンの導入

私は、当院に勤務して半年になります。医師会の心不全や循環器の勉強会に積極的に参加したいと存じます。宜しく願いいたします。

困った時に頼れる上位の医療機関が複数あるのであまり困っていない。

主に循環器内科の先生方に、大変お世話になっています・今後も、当方の相談にいつでものっていただけると助かります。

心不全、心房細動が非常に多いです。

治療抵抗性心不全で様々な利尿剤内服をしながら在宅で紹介になって訪問診療を行っていた方がいました。訪問看護で連日利尿剤点滴等を行うも体重はみるみる増加し、病院に入院して治療して帰宅するも1~2カ月でまた入院ということを繰り返していました。病院の担当医は在宅で最後看取りまでを期待されていたようですが、介護力がなく、再入院の際には快く受け入れたというわけでもなく在宅困難を力説した結果、特養入所になりました。患者さんは、心不全の治療をすれば多少なりとも持ち直すという期待もあり、最後まで病院とかかわって治療をしたい人が多いのではないかと思います。病院対応の適応判断が困難なのでその目安を勉強できたらと思います。

夜間の救急時の対応が難しいのでその部分をサポートしてもらえれば心不全治療の件数が増やせると思います。

〇〇病院、〇〇病院etc. 循環器の先生お忙しいところいつもありがとうございます。この場を借りてこれからもよろしくお願い申し上げます。

当院は、人工透析治療専門とする施設である。したがって心不全の発症は体液過剰によるうっ血性心不全、肺水腫が主体である。透析による除水にてほぼその症状は軽減できている。特に循環器疾患の合併している患者では注意を要すると思えるが・・・。

心不全患者が高齢となり、認知症の合併例が増加しており、薬の内服コンプライアンスが低下し心不全悪化例に苦慮しております。軽症心不全で施設入所等は、まだ不要という事に対応外となると、本来良好コントロールできる心不全が悪化される可能性があります。



急変時や治療困難な場合に相談できる窓口があると助かります。

トルバプタン導入が望ましい際に、当方から導入を依頼できる体制があれば利用させていただきたい。

心不全共本の活用がまだできておらず、これから活用することによって心不全治療において地域連携に携わりたいと考えております。これからも、ご指導の程よろしく申し上げます。

診々連携（循環器医・非循環器医）が進むようにご検討いただきたく申し上げます。

新規心不全薬は特にSGLT2阻害薬、sGC刺激剤、イバブラシンの適応症例や使い分け等、専門医がどのように実践しているのか勉強会等でご教示願いたいです。

少しでも心配のある患者さんについては、循環器の専門医を紹介しています。但し、基幹病院へ紹介する心不全患者の程度に迷うことがあります。

心不全の疑いのある患者を開業医の循環器に紹介を試みるも、患者の殆どは〇〇病院の循環器を希望します。評判が良いことと、急変対応が良いとのことでした。

病診連携が重要であることは議論の余地のないところですが、実現の大きな課題は情報のup to dateな共有をどのような方法で行うかにあると思います。

心不全に限っていえば、自覚症状や体重、心拍数などの計測値など、手帳・共本に採用された内容が、患者またはcare giverが理解できる情報として妥当であると思われます。

しかし、anecdotalではありますが、当院の経験では、確実に複数項目を記載し、受診毎に提示することができる患者はある程度限られ、不安定でより情報が必要な患者に限って不十分であったような印象です。連携をより有効に運用するためのひとつは、患者またはcare giverの努力を必要としないinformation sampling/collection を実現することであると思います。

また、循環器以外でも各専門領域において独自の病診連携の方法として手帳方式の情報共有が提案されるケースもあると聞いております。心不全管理を必要とする患者は、腎・呼吸器・糖尿・脳神経等他領域の問題を合併することもまれではなく、領域毎の手帳が増えると、運用が困難になる可能性が高くなるように思います。具体的な方法を提案できずに申し訳ありませんが、領域をまたいだ病診連携実現は、診療機関同士の診療録共有ができないと難しいのではないかと考えます。病診連携の目的は個々の患者の自宅から病院その逆の医療管理移行を遠隔かつタイムリーに実現することなので、そう遠くはない将来IoT/cloudの積極的導入による情報共有、現在各社バラバラになっている電子カルテ仕様のJIS等による共通規格化などが必要なのではないかと思えます。

心不全で、専門医に紹介し診て頂き、自院に返して頂いた後、どのような時に再度紹介するのか、定期的に専門医への通院が必要なのか迷うことがあります。フォローアップの時、これらの書いてある定型フォーマット用紙を作り返信としてチェック項目、シートを記入するようにすれば、送った先も、受けた先も対応がシンプルで分かりやすく、患者さんにも説明しやすいのではないのでしょうか。

お世話になります。有機的な病診連携構築に是非とも貢献したいと考えておりますので宜しくお願い申し上げます。

今後増加するHFpEF患者に対して私が考えている実地医としての見解として ①厳格な降圧治療の下、高血圧管理すること。②BNPと共に早期から心エコーを病診・診診連携として行うことが大切な課題と思います。

当院での心不全診療はパート循環器医（週1回）にコンサルトし、高度医療が必要な場合、上位の病院を紹介しています。

高齢が主たる理由で高血圧、糖尿病合併のない心不全患者が重症化した際なかなか受け入れてくれる病院がないことに困っている。

増悪時は紹介させていただき入院となっております。（直接受診または電話対応）

急性心不全、呼吸不全の患者の診療依頼を断らず受け入れてほしい。事前に電話で受け入れ依頼をしたところどこからも断られ、仕方なく救急車を呼び救命センターで受け入れてもらったことがある。

当院の循環器専門医① 本院の循環器専門医、心リハ②を中心主体の範囲内で診療を行っています。しかし、透析専門のクリニックのため、今以上の対応はできません。尚、紹介であれば①の対応だけである。

重度の心不全の方も診療しているが、そのまま看取りとなる。治療薬を変更することは少なく、呼吸苦などに対して対処療法が中心となる。予期せぬ悪化の場合には前医に紹介している。

病診連携の必要性は十分感じます。安定期のコントロールの方法及び急性増悪したときの対処法があれば教えてください。

循環器が専門でないため、定期的な心エコーのフォローアップまで今後も病診連携して下さると有難いです。

高齢者心不全の悪化時に入院を含めた紹介できる医療機関のマップがあったら良いと思います。

当院は、透析クリニックですので患者は全て維持血液透析患者です。

XPも撮れないクリニックですので、診療当日の評価が難しいと感じています。専門医への確に送れるよう勉強していきたいと考えています。

当院では、抗うつ薬等、循環器への影響のある薬物投与に際してECGを行っています。その際には時に異常所見がみられ、近医、〇〇循環器科にコンサルトしています。更に連携の輪が広がると心強く思います。

自院で慢性心不全を診ていくためには、必要時に入院を受け入れて下さる病院が必須です。今後も病診連携を大切にしていきたいと思います。

減塩、過体重の是正、動物性脂肪の抑制など、高血圧等にかかわる生活習慣改善の重要性についても触れていただけますと幸いです。

いつもお世話になります。病診連携を強化していきたいです。

2022年12月から循環器専門医師が着任しますので、当院での循環器診療のレベルアップが期待できます。

現在は、週1回の循環器専門外来あり、対応可能ですが、病院からの逆紹介は少なく、病診連携の一環として病院からの逆紹介をするための情報がわかりやすい事、手間をかけず紹介できる等、システムの充実が進むとよいと存じます。

心不全は夜間頻尿の原因となりえるので、連携をふかめたいと思います。

通常診療で心不全患者を診ていないため、何かあった時の相談や紹介が出来ない。そのため、非専門医でもアプローチできる医療機関の一覧などがあるとありがたい。

平素より内科の先生方には大変お世話になっております。今後も白内障手術の際には診療情報提供書を通じて注意点をご教示いただけたら幸いです。

〇〇病院の循環器ホットラインは大変助けて頂いている。他の病院でも似たようなシステムができると有難い。患者の問題では塩分の好みが強い患者が多くコントロールに困る。鋭敏な感度の聴診器が安く手に入ると有難い。

最新の心不全治療薬の勉強会をしてほしい。〇〇病院との連携がよくないと思います。

心不全に限ったことではありませんが、急性増悪の際の入院先を見つけるのが大変です。

サムスカを外来で使えたら・・・と感ずることがある。

## 令和4年度 第1回さいたま市補助事業（心不全アンケート）

【日 時】 令和4年9月12日（月） 午後7時30分

【場 所】 ZOOM 開催

- 【出席者】
1. 飯島 竜之 先生（飯島医院）
  2. 鈴木 英彦 先生（健英会鈴木医院）
  3. 須賀 幾 先生（須賀医院）
  4. 百村 伸一 先生（さいたま市民医療センター）
  5. 藤田 英雄 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
  6. 石田 岳史 先生（さいたま市民医療センター）
  7. 和田 浩 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
  8. 神吉 秀明 先生（さいたま市立病院）
  9. 関山 裕士 先生（関山医院）
  10. 松村 穰 先生（さいたま赤十字病院）
  11. 浅川 喜裕 先生（あさかわ内科クリニック）
  12. 丸山 泰幸 先生（岩槻南病院）

計12名 他事務1名

### 【議 題】

#### 1.今年度の内容について

平成30年度に大宮地区にて実施した、心不全アンケートより時間も経過し、薬も変化してきている。さいたま市4医師会管轄にて心不全医療の再度のアンケートを実施し、今後の病病・病診連携を一層活性化させ、心不全重症化予防のためのシステムを強化する。

#### 2.心不全アンケートについて

鈴木英彦先生作成のアンケート(案)について内容を確認し変更箇所等を整理する。  
次回再度提示。

\*次回(第2回)打合せ会日程：10月13日（木）

10月25日（火）、11月4日（金）

いずれかで行いたい。各委員に予定を確認頂く（ZOOMにて行う）

議題：心不全アンケート（内容）について等

## 令和4年度 第2回さいたま市補助事業（心不全アンケート）

【日 時】 令和4年11月4日（金） 午後7時30分

【場 所】 ZOOM 開催

- 【出席者】
1. 飯島 竜之 先生（飯島医院）
  2. 鈴木 英彦 先生（健英会鈴木医院）
  3. 須賀 幾 先生（須賀医院）
  4. 高橋 一哲 先生（高橋クリニック）
  5. 百村 伸一 先生（さいたま市民医療センター）
  6. 石田 岳史 先生（さいたま市民医療センター）
  7. 和田 浩 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
  8. 菅原 養厚 先生（さいたま北部医療センター）
  9. 神吉 秀明 先生（さいたま市立病院）
  10. 関山 裕士 先生（関山医院）
  11. 松村 穰 先生（さいたま赤十字病院）
  12. 浅川 喜裕 先生（あさかわ内科クリニック）
- 計12名 他事務1名

### 【議 題】

#### 1. 心不全アンケートについて

前回検討した内容のアンケートを資料にて再度確認する。校正したのちメールするので、各医師会にてアンケートを実施して頂き回収提出されたアンケート用紙を大宮医師会に送って頂くようにする。

12月中、もしくは1月初旬に大宮医師会にて集計を行い再度検討会に提出する。

#### 2. 講演会・次回検討会の予定

講演会・次回検討会日程についてメールにて調整を行う事とする。

\*次回(第3回)打合せ会日程：1月初旬を予定

メールにて日程調整する。各委員に予定を確認頂く（対面を予定）

議題：心不全アンケートの結果について等

\*講演会開催予定について日程調整、検討する。

1月30日、31日、2月初旬のいずれかで開催



## 令和4年度 第3回さいたま市補助事業（心不全アンケート）

【日 時】 令和5年1月12日（木） 午後7時30分

【場 所】 大宮医師会大会議室

【出席者】 1. 松本 雅彦 先生（松本医院）  
2. 鈴木 英彦 先生（健英会鈴木医院）  
3. 百村 伸一 先生（さいたま市民医療センター）  
4. 石田 岳史 先生（さいたま市民医療センター）  
5. 神吉 秀明 先生（さいたま市立病院）  
6. 関山 裕士 先生（関山医院）  
7. 松村 穂 先生（さいたま赤十字病院）  
8. 浅川 喜裕 先生（あさかわ内科クリニック）  
計8名 他事務1名

### 【議 題】

#### 1. 心不全アンケートについて

集計したアンケート結果を纏めた資料を検討、確認する。（グラフ・データ）  
アンケート講演会（2月2日（木））にて発表する。

#### 2. 講演会・次回検討会の予定

講演会（2月2日（木））清水園にて  
次回検討会日程については、調整を行う事とする。

\* 次回(第4回)打合せ会日程：持ち回りを含め調整する

議題：心不全アンケートの結果について

\* 講演会開催予定 2月2日（木）清水園にて 開催会場+WEB

## 令和4年度 第4回さいたま市補助事業（心不全アンケート）

【日 時】 令和5年1月20日（金） 午後7時30分～

【場 所】 大宮医師会大会議室

- 【出席者】
1. 松本 雅彦 先生（松本医院）
  2. 飯島竜之 先生（飯島医院）
  3. 須賀 幾 先生（須賀医院）
  4. 高橋一哲 先生（高橋クリニック）
  5. 藤田英雄 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
  6. 和田 浩 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
  7. 鈴木 英彦 先生（健英会鈴木医院）
  8. 百村 伸一 先生（さいたま市民医療センター）
  9. 石田 岳史 先生（さいたま市民医療センター）
  10. 菅原養厚 先生（さいたま北部医療センター）
  11. 神吉 秀明 先生（さいたま市立病院）
  12. 関山 裕士 先生（関山医院）
  13. 松村 穰 先生（さいたま赤十字病院）
  14. 浅川 喜裕 先生（あさかわ内科クリニック）
  15. 丸山 泰幸 先生（岩槻南病院）
- 計15名 他事務1名

### 【議 題】

#### 1. アンケート講演会について

集計したアンケート結果を纏めた資料を再検討、再確認する。（グラフ・データ）  
アンケート講演会（2月2日（木））にて鈴木先生・百村先生が発表する。

#### 2. さいたま市への報告書について

補助事業のさいたま市への報告書作成・内容の確認について

\* 次回(第5回)打合せ会日程：持ち回りを含め調整する

議題：心不全アンケートの結果さいたま市への報告について

\* 講演会開催予定 2月2日（木）清水園にて 開催会場+WEB

## 令和4年度 第5回さいたま市補助事業（心不全アンケート）

【日 時】 令和5年2月9日（木） 持ち回り開催

【場 所】 持ち回り開催

- 【出席者】
1. 松本 雅彦 先生（松本医院）
  2. 飯島竜之 先生（飯島医院）
  3. 須賀 幾 先生（須賀医院）
  4. 高橋一哲 先生（高橋クリニック）
  5. 藤田英雄 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
  6. 和田 浩 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
  7. 鈴木 英彦 先生（健英会鈴木医院）
  8. 百村 伸一 先生（さいたま市民医療センター）
  9. 石田 岳史 先生（さいたま市民医療センター）
  10. 菅原養厚 先生（さいたま北部医療センター）
  11. 神吉 秀明 先生（さいたま市立病院）
  12. 関山 裕士 先生（関山医院）
  13. 松村 穰 先生（さいたま赤十字病院）
  14. 浅川 喜裕 先生（あさかわ内科クリニック）
  15. 丸山 泰幸 先生（岩槻南病院）
- 計15名 他事務1名

### 【議 題】

#### 1. アンケート講演会について

2月2日（木）清水園にて開催した講演会についての報告  
報告資料・各医師会への資料の提供について

#### 2. さいたま市への報告書について

補助事業のさいたま市への報告書作成・内容の確認について検討・確認を行う。

令和5年1月13日

会員各位

さいたま市地域医療研究費補助事業  
代表 鈴木 英彦

## 「さいたま市地域医療研究費補助事業 心不全アンケート講演会」 のご案内

この度、「さいたま市地域医療研究補助事業講演会（心不全アンケート）」を会場+WEB配信にて開催致します。

今回は、さいたま市4医師会会員の皆様からご返答頂きました心不全に関するアンケートの内容発表について、そして、さいたま市における心不全病診連携の現状についてもご紹介させていただきます。

高齢化に伴い待ち構える心不全パンデミックを前に、心不全患者について意見交換できる場としても考えております。今後、包括的医療が必要とされる心不全、医師会員の先生方を始め、看護師、理学療法士、医療事務など多職種の方々におかれましても、多数ご出席いただければ幸いです。

### 記

【日 時】 令和5年2月2日（木） 午後7時30分～

【会 場】 清水園+WEB（ZOOMミーティング）

埼玉県さいたま市大宮区東町2丁目204

TEL：048-643-1234

【演 題】 『令和4年度、さいたま市における心不全アンケートの結果報告』

【講 師】 健英会鈴木医院 院長 鈴木英彦 先生

【座 長】 さいたま市民医療センター病院長 百村伸一 先生

### ■WEBで参加される方（ZOOMミーティング）

1. 申し込み締め切りは1月27日（金）とさせていただきます。

お申込み頂いたメールアドレスへ1月30日（月）に事前登録用 URL をお送り致します。

メールが届かない場合は前日までに、大宮医師会 代（048-663-5633）迄ご連絡下さい。

2. 当日は午後7時頃から入室出来る予定です。

3. ご参加された際の表示名を芳名録の代わりとさせていただきます。

[担当：代]

「さいたま市地域医療研究費補助事業 心不全アンケート講演会」  
(WEB+会場)

(令和5年2月2日(木) 午後7時30分～)

■Webで参加する方は [zoom@omiyamed.com](mailto:zoom@omiyamed.com) に送信

※件名に参加される会の名称「2/2 さいたま市地域医療研究費補助事業 心不全アンケート講演会」、医療機関名(施設名)・お名前をご記入の上、上記メールアドレスに送信して下さい。

(メールアドレスは今回の講演会以外で使用することはありません)

■清水園の会場に参加する方は、  
こちらの申込書でお知らせ下さい。

※FAXでも結構です。(FAX番号: 651-5685)

医療機関名(施設名)

ご氏名 \_\_\_\_\_

---

WEB講演のため、ご質問は事前にお預かりすることもできます。

-----

-----

-----

-----

# 「さいたま市地域医療研究費補助事業 心不全アンケート講演会」

## 次 第

開催日： 令和5年2月2日（木）午後7時30分～

会 場： 清水園

司 会 健英会 鈴木医院 院長 鈴木英彦 先生

開会の挨拶 大宮医師会 会長 松本雅彦 先生

講 演 『令和4年度 さいたま市における心不全アンケートの結果報告』  
(60分程度)

講 師 健英会鈴木医院 鈴木英彦 先生

座 長 さいたま市民医療センター病院長 百村伸一 先生

質疑応答

閉会の挨拶 大宮医師会 副会長 飯島竜之 先生

参加者	会 場	7名
	WEB	37名
	合 計	44名