**米国心臓病学会（ACC）心房細動診断率向上プログラム**

**事前 – アンケート**

|  |
| --- |
| **アンケート実施責任者****米国心臓病学会（American College of Cardiology）** |

本日はACC心房細動診断率向上プログラムへご参加いただき誠にありがとうございます。誠にお手数ではございますがプログラム開始にあたり、以下のアンケートにお答えくださいますようお願い申し上げます。　本アンケートはACCで作成したものであり、アンケート結果は開催後アンケートの結果と併せ、今後のACC心房細動診断率向上プログラム改善のために活用させて頂きます。

1. **職種**（最もご自身の現在の診療スタイルと近いものをご選択ください）

  一般医（プライマリケア医）

  内科専門医

  循環器専門医

  看護師

  その他： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. **専門分野**

  一般循環器内科学（General Cardiology）

  インターベンション心臓病学（Interventional Cardiology）

  心臓外科

  一般内科

  家庭医療／総合診療

  その他： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. **勤務先**

  公立病院

  私立病院

  診療所・クリニック：

  地域医療センター：

  大学・教育機関

  その他：

4. **経験年数**

  0～5年

  6～10年

  11～20年

  21～30年

  31年～

**5. 患者**

  先生が直接担当している心血管疾患患者さんの人数は何名くらいでしょうか

（１週間あたりの人数）？該当なしの場合は「0」を入力してください。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  先生が心房細動の**スクリーニング**をされている月毎の患者さんの人数は何名くらいでしょうか

（１週間あたりの人数）？該当なしの場合は「0」を入力してください。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  先生が心房細動の**治療**を施行されている患者さんの人数は何名くらいでしょうか

（１週間あたりの人数）は？該当なしの場合は「0」を入力してください。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. **心房細動の正確な診断を行う上で、先生が直面している課題は何ですか？**

（該当するすべての項目に✓をつけてください）

  実施すべき検査について情報が不足している

  検査を適切に実施するためのリソース・設備が不十分

  心房細動リスク因子の評価方法に関する情報が不足している

  心房細動と心房細動以外の不整脈との識別が難しい

  臨床背景などの患者情報が不足している

  その他： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. **心房細動患者に対する効果的な治療マネジメントを行う上で、先生が直面している課題は何ですか？**

（該当するすべての項目に✓をつけてください）

  自身の担当患者の脳卒中リスクの評価方法について情報が不足している

  最新の心房細動治療法に関する情報が不足している

  直接経口抗凝固薬（DOAC）に比べ、ワルファリンの安全性プロファイル情報が不足している

  自身の担当患者における心房細動治療レジメン施行時の出血リスクについて情報が不足している

  自身の担当患者の診療に携わっている循環器専門医や他の医療従事者との連携が不十分である

  その他： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. **自己評価**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | とても自信がある | 自信がある | 普通 | あまり自信がない | 全く自信がない |
| 心房細動の病態生理、臨床的重要性に関する認識 |  |  |  |  |  |
| 心房細動を正確に検出するための評価・診断プロセスの決定 |  |  |  |  |  |
| 心房細動の鑑別診断ならびに適切な患者紹介先の決定 |  |  |  |  |  |
| 心房細動の治療戦略の理解 |  |  |  |  |  |

# 診療上の意思決定に関する質問

1. 心房細動患者（未治療）が脳卒中を発症する可能性は非心房細動患者と比較してどのくらいだと思われますか？

  脳卒中発症の可能性は低い

  脳卒中発症の可能性が2倍高い

  脳卒中発症の可能性が3倍高い

  脳卒中発症の可能性が6倍高い

2. 心房細動患者に対して日常的に実施される検査**ではない**ものは、以下のうちどちらだとお考えでしょうか？

  経胸壁心エコー検査

  血液検査

  胸部X線検査

  遺伝子検査

以下は架空の患者さんを想定しております：

3. 65歳男性の方が、時々動悸を伴う息切れがあるとのことで受診されました。頻繁に発生することはないものの、非常に煩わしいとのことです。心電図は正常洞調律でした。次にどのような検査をオーダーされますか？

  ホルター心電図検査または体外式ループレコーダーによる検査

  MRI

  CT

  経胸壁心エコー検査

4. 76歳男性の方が、高血圧のいつもの薬を受け取るために受診されました（他に既往なし）。診察時に脈の不規則な乱れがあり、心電図は心房細動の所見を示しています。藤原さんのCHA2DS2-VAScスコアは？

  1

  2

  3

  4

5. 65歳女性の方が受診されました。コントロール不良の糖尿病があり、最近心房細動の診断を受けています。この方の脳卒中リスクを下げる方法として最良の選択肢はいずれでしょうか？

  血糖コントロールの改善のみで、他の治療法を追加する必要なない

  アスピリンを処方

  抗凝固薬として直接経口抗凝固薬（DOAC）またはワルファリンを処方

  除細動器による洞調律復帰

6. ワルファリンと比較した場合のDOACの特性について誤っているものは？

  半減期が短い

  作用発現が速やか

  頭蓋内出血のリスクが低い

  肝代謝型である

**お忙しいところご回答頂きありがとうございました。**

本アンケートにおける質問は、本プログラムで取り上げるトピックについての理解度を測ることを目的としています。スコアは秘密情報として扱い、本プログラムの企画担当であるACC（米国心臓病学会）には集計結果のみが開示されます。

|  |
| --- |
| **アンケート実施責任者****米国心臓病学会（American College of Cardiology）** |