

# 鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携診療計画書 運用マニュアル

2014年2月 Ver1.0

公益社団法人 鳥取県西部医師会

鳥取県西部地区心筋梗塞地域連携パス策定委員会

# 鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携診療計画書運用マニュアル

2014年2月 Ver1.0

## 目次

1. 目的	1
2. 急性冠症候群地域連携計画書の適応症例	1

### A. オーバービュー形式連携パス

3. 急性冠症候群地域連携計画書の形式と構成	2
4. 急性冠症候群地域連携計画書の運用方法	2
5. 急性期病院とかかりつけ医との連携	3
6. 急性冠症候群地域連携計画書の運用フロー	4
《様式》	
「地域連携パス」説明書および同意書	様式2 5
鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス	オーバービュー 様式1-①② 6-7
(患者用)	様式3 8

### B. 日めくり形式連携パス

3. 急性冠症候群地域連携計画書の形式と構成	9
4. 急性冠症候群地域連携計画書の運用方法	9
5. 急性期病院とかかりつけ医との連携	10
6. 急性冠症候群地域連携計画書の運用フロー	11
《様式》	
「地域連携パス」説明書および同意書	様式2 12
鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス	日めくり 様式4-①②③ 13-15
(患者用)	様式5-①② 16-17

7. 急性冠症候群地域連携計画書運用マニュアルの検討	18
----------------------------	----

### 《参考資料》

抗血小板薬・抗凝固薬投与に関する留意事項	参考資料-1 19-20
抗血栓薬服用中の内視鏡検査実施に際しての留意事項	参考資料-2 21
磁気共鳴映像 (MRI) ・高周波ハイパーサーミア等電磁誘導による治療における留意事項	参考資料-3 21

## 1. 目的

鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス（以下「連携パス」と称する）は、急性期病院とかかりつけ医が患者の病状や治療経過・目標を共有する中で、患者の疾患に対する意識の向上を図りつつ、患者に安心して質の高い医療を提供し、ひいては急性冠症候群の二次予防を目的とする。

## 2. 連携パスの適応症例

急性冠症候群とは「急性心筋梗塞」「不安定狭心症」を含む急性期治療が必要な虚血性心疾患を示す。

**連携パスの適応はおおむね次にあげる症例を想定し、これらの症例から判断して急性期病院が連携パスを発行する。**

（例）冠動脈インターベンション、冠動脈ステント留置術を受けた方で…

- 初回急性冠症候群で重篤な合併症がなく標準的な経過をたどると予想される症例
- 順調にリハビリ治療を完了した症例
- 退院後も再発予防のために冠危険因子のコントロールが必要、あるいは心臓合併症の予防や早期発見のため継続的な医療が必要となる症例
- 冠動脈再建術が完了していること
- ADLが自立していること

## A. オーバービュー形式連携パス

### 3. 連携パスの形式と構成

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| 1) 患者用連携パス説明書および同意書 | 様式 2           |
| 2) 医療者用連携パス         | 様式 1 - ①、1 - ② |
| 3) 患者用連携パス          | 様式 3           |
- (各様式は P 5 - 8 に掲載)

### 4. 連携パスの運用方法

#### (1) 運用開始と期間

##### 1) 開始時期

「退院時から」を基本とするが、個々の診療計画に基づき、開始時期を数か月遅らせて設定することも可能とする。

##### 2) 運用期間

連携パスの運用期間は、原則、急性期病院退院後 1 年間を目標とするが、1 年経過後も急性期病院とかかりつけ医が双方連携のもと継続して運用していくことは可能とする。

#### (2) 運用の実際

##### 【関係機関別の運用手順】

##### ■ 急性期病院

- 1) 患者のかかりつけ医、地域性を考慮して連携先医療機関を検討する。
- 2) 連携パス書類（様式 1 ~ 3）の作成。  
患者への十分な説明と同意を得る。（様式 2 を使用）
- 3) 連携パス開始時に連携先の医療機関宛に連携パス書類〔診療情報提供書、医療者用パス（様式 1 - ① ②、写し）、同意書（様式 2、写し）〕を送付する。
- 4) 患者への連携パス（様式 3）の交付。
- 5) 定期受診やバリエーション発生受診時には、パス（様式 1 - ②）に必要事項を記入し、その写しを診療情報提供書と共に連携医療機関に送付または患者が持参する。

##### ■ かかりつけ医療機関

- 1) 連携パス（様式 1 - ① ②）の写しを保管する。
- 2) 定期受診時のデータ等を（様式 1 - ②）に記入する。
- 3) 急性期病院へ連携パス（様式 1 - ②）の写しを診療情報提供書と共に送付または患者が持参する。

【①患者の急性期病院への受診時、②バリエーション(パス逸脱)発生時、③連携パスの運用期間終了時】

#### 4) バリエーション（パス逸脱）の例と対応法

##### ① バリエーション（パス逸脱）の例

連携パスのバリエーション例（逸脱例）は下記のような事例を想定しているが、具体的には急性期病院とかかりつけ医が双方で適宜相談し決めていくものとする。バリエーション（逸脱）が発生した場合にはかかりつけ医は急性期病院に連絡をとる。尚、2 週間後、4 週間後などパスの期間を通じて、急性期病院とかかりつけ医の両方で診た場合は、バリエーションの発生とはならない。

(例)

- 労作時胸痛があらたに出現、または増悪するとき
- 息切れ、呼吸困難など、心不全症状の出現、または増悪するとき
- 心電図・胸部レ線・血液検査でなんらかの異常が出現し、かかりつけ医が急性期病院で精査が望ましいと判断した場合
- 持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある時
- 死亡したとき

② バリエーション発生時の対応

バリエーションが発生した場合は患者の状態およびこれまでの治療経過などをふまえて相互に連絡をとり、適宜適切な対応をとることとする。

5) 投薬・検査にあたっての留意点

①薬剤の処方

冠動脈ステント留置後の症例には抗血小板薬の投与は必須である。

治療の継続や消化管内視鏡の実施に際しては、参考資料-1-2 (P19,20,21) を参照のうえ十分留意する。

②その他の循環器系薬剤

ACE-I または ARB、スタチン、 $\beta$  遮断薬などは急性冠症候群の二次予防効果が確立しており、可能なかぎり同一薬剤を継続投与する。 後発品の使用については自由とする。

6) 臨床検査など

《保険診療の範囲で行う》

血球数 ; WBC、RBC、Hb、Ht、PLT、含む白血球分類 (顆粒球)

肝機能 ; AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、T-Bil、LDH

腎機能 ; Cr

脂 質 ; LDL-C、TG、HDL-C (LDL-C は計算式でも可) 、測定間隔などは適時判断

血 糖 ; BS、HbA1c (糖尿病がない場合は BS のみで可)

《磁気共鳴映像 (MRI) ・高周波ハイパーサーミア等電磁誘導による治療》

上記を行うに際しては、参考資料-3 (P-21) を参照し留意する。

## 5. 急性期病院とかかりつけ医との連携

急性期病院とかかりつけ医は次にかかげる点に留意し相互連携を図るものとする。

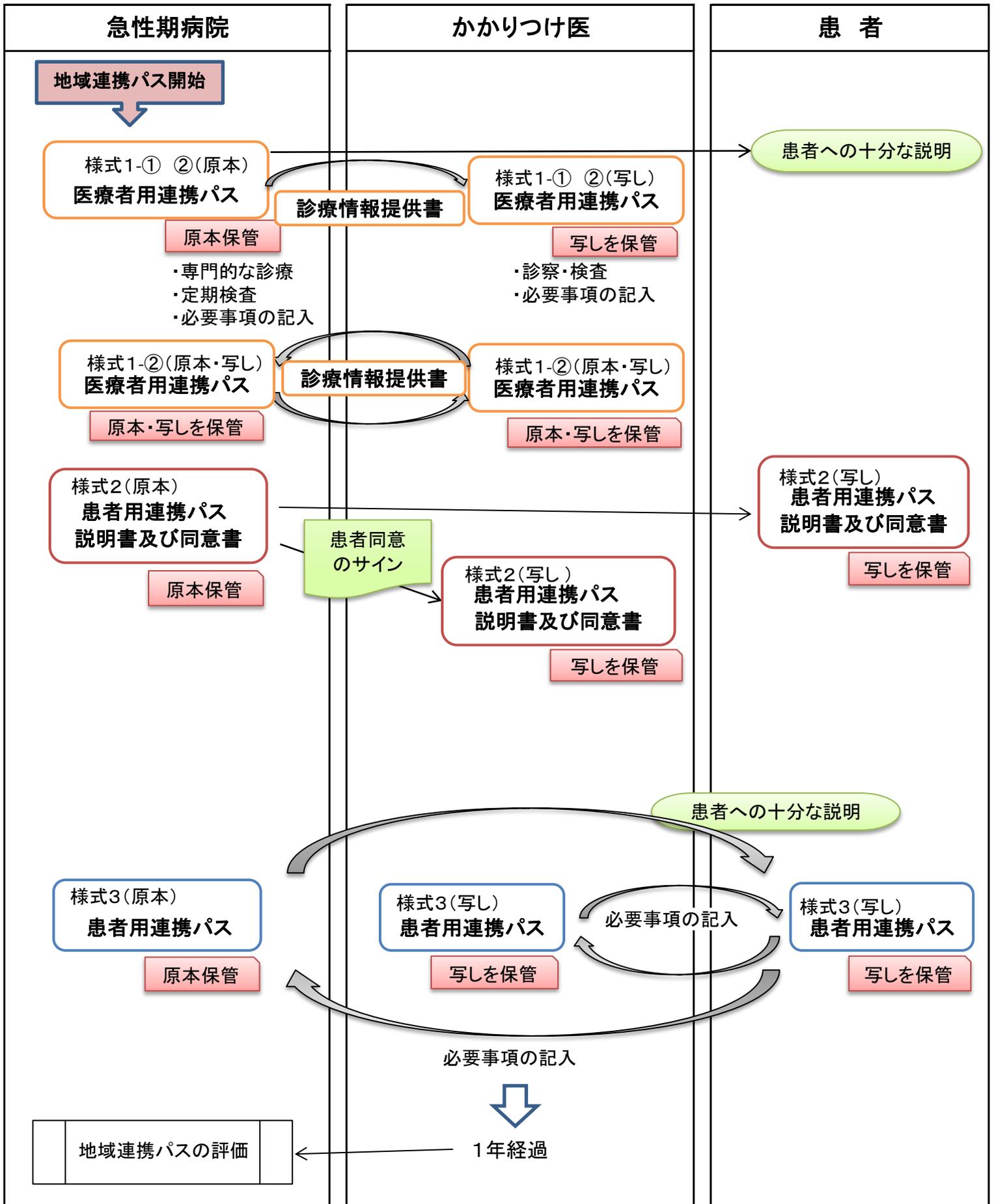
### (1) 急性期病院における予約体制や相談体制の整備

急性期病院は患者の退院時に外来受診日の予約方法などについて丁寧に説明を行うとともに随時患者の相談を受け付ける体制を整え、患者の脱落防止に努める。

### (2) 患者救急時の対応

患者救急時などは患者の状態およびこれまでの治療経過などを踏まえ、かかりつけ医は急性期病院と連絡をとり適宜適切な対応をとることとする。

6. 急性冠症候群地域連携計画書の運用フロー（オーバービュー形式）



## 「鳥取県西部地区 急性冠症候群 地域連携パス」 説明書および同意書

鳥取県西部地区では急性冠症候群(急性心筋梗塞や不安定狭心症)にて入院治療を受けられた患者さんが、退院後も継続して地域で適切な治療を受けられるように、「地域連携パス」を運用しています。

「地域連携パス」とは、急性期病院とかかりつけ医などの医療機関の医師が、一貫した治療方針に基づいて、一人一人の患者さんについて作成した「治療計画表」のことです。

退院後は、「かかりつけ医」が連携パスの治療計画に従って診療、投薬を行い、専門治療や検査は急性期病院が行います。その際かかりつけ医からは日頃の診療状況等の詳しい内容が病院へ報告されます。こうして、病院と診療所が協力して患者さんの健康をお守りします。「地域連携パス」で得られる個人情報、治療以外の目的で使用することはありませんが、臨床情報は、個人が特定できない方法で、地域の医療水準の向上に活用することがあります。ご理解いただきご協力をよろしくお願いいたします。なお、同意を断ったからといってあなたにとって不利が生じたり、治療方針が異なることはありません。

### 患者さんにとってより安心で信頼できる医療連携システム

患者さんの健康を守るために、診療所と病院とがお互いの役割を明確にし、協力して患者さんを中心にした医療を地域で実践するシステムです。

#### 【かかりつけ医の役割】

- ☆日常的な投薬・経過観察及び治療（生活習慣病などの管理は、身近な医療機関が行います）。
- ☆専門的治療（病院への入院）の必要性を判断して紹介いたします。
- ☆風邪など一般的な病気や何らかの症状で悩んでおられる場合に気軽に受診していただけます。

#### 【急性期病院医師の役割】

- ☆診療所・一般病院からの紹介にて専門的な検査・診察・手術をいたします。
- ☆急変時における迅速な対応をいたします。

日 付 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明医師 \_\_\_\_\_

同席者 \_\_\_\_\_

本人署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_



鳥取県西部地区 急性冠症候群 地域連携パス

様式1-②

次回の心臓カテーテル検査入院予定日: 月 日 患者氏名: ( 歳)

経過		退院時	2週間後	4週間後	6週間後	2か月後	3か月後	6か月後	9か月後	1年後	
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
受診先		急性期病院	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医	急性期病院	
検査	血算・生化学	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	心電図	○	△	△		△	○	○	○	○	
	胸部レントゲン	○						△	△	○	
症状	胸痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	息切れ・浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	体重 (kg)										
冠危険因子	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	血圧	(mmHg)	/	/	/	/	/	/	/	/	
	脂質	LDL-cho (mg/dl)		/	/	/	/	/	/	/	/
		HDL-cho (mg/dl)									
		TG (mg/dl)									
	糖尿病	HbA1c (NGSP)(%)		/	/	/	/	/	/	/	/
血糖値 (mg/dl)		<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 空腹時	
薬剤副作用	血算値・肝機能異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	クレアチニン (mg/dl)										
	<input type="checkbox"/> BNP または <input type="checkbox"/> NT-pro BNP(pg/dl)		/	/	/	/	/	/	/	/	
内服	アスピリンとプラビックス(またはパナルジン)の2剤併用	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	
コメント											

検査計画: ○は実施、△は実施してもなくても可

急性期病院 主治医: \_\_\_\_\_

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

鳥取県西部地区 急性冠症候群 地域連携パス (患者さん用)

様式3

患者さん氏名: ( 歳) 入院日 (西暦 年 月 日)

退院おめでとうございます。この表はあなたの体調を守るために、今後約1年間(次回の心臓カテーテル検査入院まで)にわたり、かかりつけ医と急性期病院での診察、検査などの大まかな予定を示したものです。この表は今後1年間大切に保存し、次回の受診時にご持参ください。

西暦 年 月 日 急性期病院 主治医:

次回の心臓カテーテル検査入院予定日: 月 日 ○は実施、△は実施しなくても可

経過	退院時	2週間後	4週間後	6週間後	2か月後	3か月後	6か月後	9か月後	1年後
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受診先	急性期病院	急性期病院 または かかりつけ医	急性期病院 または かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	急性期病院 または かかりつけ医	急性期病院 または かかりつけ医	急性期病院
診察・禁煙の確認	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血圧・体重測定	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○
心電図	○	△	△		△	○	○	○	○
胸部レントゲン	○						△	△	○

あなたの運動制限は、

- ありません。入院前と同様に行動して構いません。
- 日常生活範囲の労作にとどめておきましょう。
- きわめて温和な労作にとどめましょう。

あなたのコントロール目標値は、

体重: kg  
 血圧: / mmHg未満  
 LDLコレステロール: mg/dl未満  
 HDLコレステロール: mg/dl以上  
 中性脂肪: mg/dl未満  
 HbA1c (NGSP): % 未満 です

<p>■急性期病院名</p> <p>電話番号 ( ) -</p>	<p>■かかりつけ医などの医療機関名</p> <p>電話番号 ( ) -</p>
----------------------------------	--

## B. 日めくり形式連携パス

### 3. 連携パスの形式と構成

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1) 患者用連携パス説明書および同意書 | 様式 2                 |
| 2) 医療者用連携パス         | 様式 4 - ①、4 - ②、4 - ③ |
| 3) 患者用連携パス          | 様式 5 - ①、5 - ②       |
- (各様式は P 1 2 - 1 7 に掲載)

### 4. 連携パスの運用方法

#### (1) 運用開始と期間

##### 1) 開始時期

「退院時から」を基本とするが、個々の診療計画に基づき、開始時期を数か月遅らせて設定することも可能とする。

##### 2) 運用期間

連携パスの運用期間は、原則、急性期病院退院後 1 年間を目標とするが、1 年経過後も急性期病院とかかりつけ医が双方連携のもと継続して運用していくことは可能とする。

#### (2) 運用の実際

##### 【関係機関別の運用手順】

##### ■ 急性期病院

###### (急性期)

- 1) 患者のかかりつけ医、地域性を考慮して連携先医療機関を検討する。
- 2) 連携パス書類（様式 2、様式 4 - ① ② ③、様式 5 - ① ②）を作成する。  
患者への十分な説明と同意を得る。（様式 2 を使用）
- 3) 退院時等パス開始時に連携先の医療機関宛に連携パス書類〔診療情報提供書、医療者用パス（様式 4 - ①、③、写し）、同意書（様式 2、写し）〕を送付する。
- 4) 患者への連携パス（様式 5 - ①）の交付。

###### (フォローアップ期間)

- 5) フォローアップの検査終了後には連携先の医療機関宛に連携パス書類〔診療情報提供書、連携パス（様式 4 - ②、原本）〕を送付する。再度のフォローが必要な場合、連携先の医療機関宛に連携パス（様式 4 - ③）を送付する。
- 6) 患者へ連携パス（様式 5 - ②）を交付する。

##### ■ かかりつけ医療機関

###### (急性期)

- 1) 連携パス（様式 4 - ①）の写しを保管する。

###### (フォローアップ期間)

- 2) 指定された急性期病院の受診時やバリエンス発生時には連携パス（様式 4 - ③）に記入のうえ原本を診療情報提供書と共に送付または患者が持参。写しを保管する。

【①患者の急性期病院への受診時、②バリエンス(パス逸脱)発生時、③連携パスの運用期間終了時】

- 3) バリエンス（パス逸脱）の例と対応法

#### ① バリエンス（パス逸脱）の例

連携パスのバリエンス例（逸脱例）は下記のような事例を想定しているが、具体的には急性期病院とかかりつけ医が双方で適宜相談し決めていくものとする。バリエンス（逸脱）が発生した場合にはかかりつけ医は急性期病院に連絡をとる。

尚、2週間後、4週間後などパスの期間を通じて、急性期病院とかかりつけ医の両方で診た場合は、バリエンスの発生とはならない。

（例）

- 労作時胸痛があらたに出現、または増悪するとき
- 息切れ、呼吸困難など、心不全症状の出現、または増悪するとき
- 心電図・胸部レ線・血液検査でなんらかの異常が出現し、かかりつけ医が急性期病院で精査が望ましいと判断した場合
- 持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある時
- 死亡したとき

#### ② バリエンス発生時の対応

バリエンスが発生した場合は患者の状態およびこれまでの治療経過などをふまえ相互に連絡をとり、適宜適切な対応をとることとする。

### 4) 投薬・検査にあたっての留意点

#### ①薬剤の処方

冠動脈ステント留置後の症例には抗血小板薬の投与は必須である。

治療の継続や消化管内視鏡の実施に際しては、参考資料-1,-2（P19,20,21）を参照のうえ十分留意する。

#### ②その他の循環器系薬剤

ACE-IまたはARB、スタチン、β遮断薬などは急性冠症候群の二次予防効果が確立しており、可能なかぎり同一薬剤を継続投与する。後発品の使用については自由とする。

### 5) 臨床検査など

《保険診療の範囲で行う》

血球数；WBC、RBC、Hb、Ht、PLT、含む白血球分類（顆粒球）

肝機能；AST、ALT、γ-GTP、T-Bil、LDH

腎機能；Cr

脂質；LDL-C、TG、HDL-C（LDL-Cは計算式でも可）、測定間隔などは適時判断

血糖；BS、HbA1c（糖尿病がない場合はBSのみで可）

《磁気共鳴映像（MRI）・高周波ハイパーサーミア等電磁誘導による治療》

上記を行うに際しては、参考資料-3（P-21）を参照し留意する。

## 5. 急性期病院と かかりつけ医との連携

急性期病院とかかりつけ医は次にかかげる点に留意し相互連携を図るものとする。

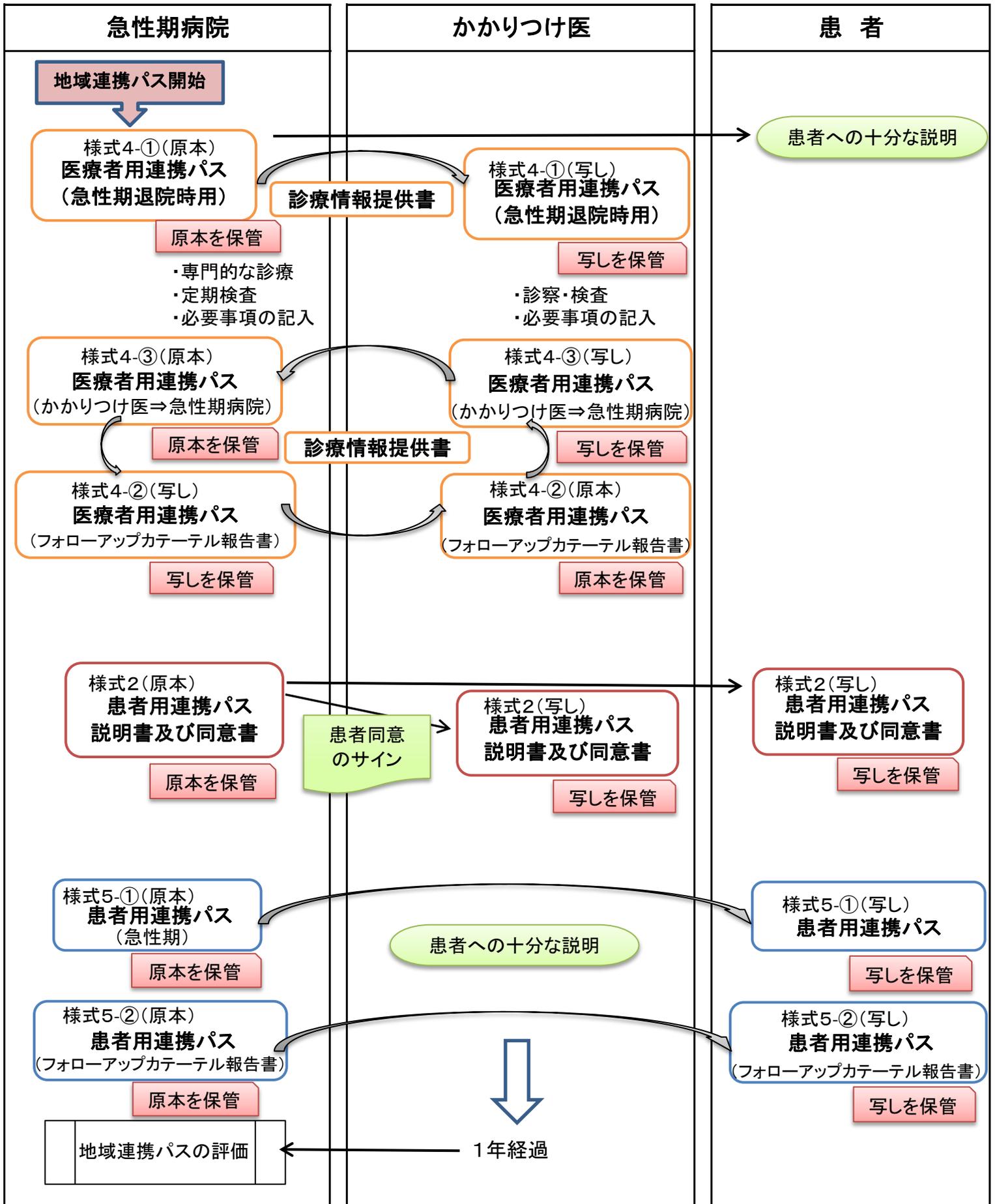
### （1）急性期病院における予約体制や相談体制の整備

急性期病院は患者の退院時に外来受診日の予約方法などについて丁寧に説明を行うとともに随時患者の相談を受け付ける体制を整え、患者の脱落防止に努める。

### （2）患者救急時の対応

患者救急時などは患者の状態およびこれまでの治療経過などを踏まえ、かかりつけ医は急性期病院と連絡をとり適宜適切な対応をとることとする。

6. 急性冠症候群地域連携計画書の運用フロー（日めくり形式）



## 「鳥取県西部地区 急性冠症候群 地域連携パス」 説明書および同意書

鳥取県西部地区では急性冠症候群(急性心筋梗塞や不安定狭心症)にて入院治療を受けられた患者さんが、退院後も継続して地域で適切な治療を受けられるように、「地域連携パス」を運用しています。

「地域連携パス」とは、急性期病院とかかりつけ医などの医療機関の医師が、一貫した治療方針に基づいて、一人一人の患者さんについて作成した「治療計画表」のことです。

退院後は、「かかりつけ医」が連携パスの治療計画に従って診療、投薬を行い、専門治療や検査は急性期病院が行います。その際かかりつけ医からは日頃の診療状況等の詳しい内容が病院へ報告されます。こうして、病院と診療所が協力して患者さんの健康をお守りします。「地域連携パス」で得られる個人情報、治療以外の目的で使用することはありませんが、臨床情報は、個人が特定できない方法で、地域の医療水準の向上に活用することがあります。ご理解いただきご協力をよろしくお願いいたします。なお、同意を断ったからといってあなたにとって不利が生じたり、治療方針が異なることはありません。

### 患者さんにとってより安心で信頼できる医療連携システム

患者さんの健康を守るために、診療所と病院とがお互いの役割を明確にし、協力して患者さんを中心にした医療を地域で実践するシステムです。

#### 【かかりつけ医の役割】

- ☆日常的な投薬・経過観察及び治療（生活習慣病などの管理は、身近な医療機関が行います）。
- ☆専門的治療（病院への入院）の必要性を判断して紹介いたします。
- ☆風邪など一般的な病気や何らかの症状で悩んでおられる場合に気軽に受診していただけます。

#### 【急性期病院医師の役割】

- ☆診療所・一般病院からの紹介にて専門的な検査・診察・手術をいたします。
- ☆急変時における迅速な対応をいたします。

日 付 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明医師 \_\_\_\_\_

同席者 \_\_\_\_\_

本人署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_

急性期退院時用

紹介年月日

患者氏名

生年月日

年齢

性別

ID

住所

電話番号

紹介先

急性期病院

担当医

先生

電話

発症年月日

入院年月日

退院年月日

診断名  急性心筋梗塞  狭心症  無症候性心筋虚血

追加コメント

1) 急性期カテーテル(実施日 )

責任病変  右冠動脈  左主幹部  前下行枝  回旋枝有意病変  右冠動脈  左主幹部  前下行枝  回旋枝治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) 退院時所見・合併症および生活習慣

Peak CPK

mg/dl

 左室壁運動異常 (  前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

※心拡大: CTR&gt;52%、弁膜症: III度以上逆流または中等度以上の大動脈弁狭窄、腎機能低下: eGFR&lt;60ml/min

3) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、退院後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません プラビックスの内服期間  最低3ヶ月  最低6ヶ月  最低12ヶ月

4) 次回のカテーテル検査を

に行なう予定です。

5) 経過観察の要点

6) 目標値 喫煙者の禁煙、HbA1c(NGSP)<6.9%、LDL-C<100mg/dl、診察室血圧<140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)  
糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の患者では 診察室血圧<130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)

7) 処方・その他

胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術などが必要となった場合

参考資料-1 および-2を参照し不明の場合は急性期病院担当医にご相談ください。

バリエーション(逸脱)の目安 該当する場合⇒ご連絡ください( )

労作時胸痛が新たに出現または増悪する

息切れ・呼吸困難など心不全症状の出現または増悪

心電図・胸部レントゲン・血液検査の新たな異常の出現

持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある⇒救急車で

死亡された時(本疾患と因果関係がないと思われた場合でもご報告ください)

フォローアップカテーテル報告用

紹介年月日

患者氏名  
住所

生年月日

年齢

性別

電話番号

紹介先

急性期病院

担当医

先生

電話

1) フォローアップカテーテル( 回目)(実施日 )

有意病変  右冠動脈  左主幹部  前下行枝  回旋枝前回までのバルーン拡張術・ステント治療術の再狭窄  有  無追加治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) 退院時所見・合併症および生活習慣

 左室壁運動異常(  前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

※心拡大: CTR&gt;52%、弁膜症: III度以上逆流または中等度以上の大動脈弁狭窄、腎機能低下: eGFR&lt;60ml/min

3) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、STENT留置後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません

4) 次回のカテーテル検査を

に行なう予定です。

5) 経過観察の要点

6) 目標値 喫煙者の禁煙、HbA1c(NGSP)<6.9%、LDL-C<100mg/dl、診察室血圧<140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)  
糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の患者では 診察室血圧<130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)

7) 処方・その他

胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術などが必要となった場合

参考資料-1 および-2を参照し不明の場合は急性期病院担当医にご相談ください。

バリエーション(逸脱)の目安 該当する場合⇒ご連絡ください( )

労作時胸痛が新たに出現または増悪する

息切れ・呼吸困難など心不全症状の出現または増悪

心電図・胸部レントゲン・血液検査の新たな異常の出現

持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある⇒救急車で

死亡された時(本疾患と因果関係がないと思われた場合でもご報告ください)

かかりつけ医⇒急性期病院紹介用

紹介年月日

生年月日

年齢

性別

電話番号

紹介元

急性期病院

担当医

先生

電話

1) 紹介目的 フォローアップカテゴリー( 回目)

2) 症状 胸痛  なし  あり 息切れ  なし  あり 動悸  なし  あり

3) 身体所見・検査所見

血圧  問題なし  問題あり  
 心電図  変化なし  変化あり 心エコー  変化なし  変化あり  
 脂質  問題なし  問題あり  
 血糖  問題なし  問題あり  
 肝機能  問題なし  問題あり  
 腎機能  問題なし  問題あり

薬剤副作用  なし  あり4) 生活習慣  喫煙  飲酒

5) 処方・その他(変更など)

胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術などが必要となった場合

参考資料-1 および-2を参照し不明の場合は急性期病院担当医にご相談ください。

目標値など 喫煙者の禁煙、HbA1c (NGSP)<6.9%、LDL-C<100mg/dl、診察室血圧<140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)  
 糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の患者では 診察室血圧<130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)

バリエーション(逸脱)の目安 該当する場合⇒ご連絡ください( )

労作時胸痛が新たに出現または増悪する

息切れ・呼吸困難など心不全症状の出現または増悪

心電図・胸部レントゲン・血液検査の新たな異常の出現

持続する胸部症状がありバイタルサイン異常がある⇒救急車で

死亡された時(本疾患と因果関係がないと思われた場合でもご報告ください)

患者さん用(急性期)

病名  急性心筋梗塞  狭心症  無症候性心筋虚血

患者氏名

生年月日

年齢

性別

住所

電話番号

急性期病院

かかりつけ医

担当医

電話

先生

発症年月日

入院年月日

退院年月日

1) 急性期カテーテル(実施日 )

治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) 退院時所見・合併症および生活習慣

 左室壁運動異常(  前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

3) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、退院後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません プラビックスの内服期間  最低3ヶ月  最低6ヶ月  最低12ヶ月

4) 次回のカテーテル検査を に行う予定です。

5) 胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術を受けられる場合、事前にかかりつけ医に相談してください

6) 生活上の留意点

目標 喫煙者の禁煙

診察室血圧 140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg)未満

ただし糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の方は

診察室血圧 130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg)未満

血糖値のマーカー HbA1c(NGSP) 6.9%未満

悪玉コレステロール値 LDL-C 100mg/dl未満

おかしいかなと思ったら・・・医師にご連絡ください

- ・熱が出る(37.5℃以上)
- ・あざができる(紫色・赤色)
- ・のどが痛む
- ・尿が茶色っぽくなる、血が混じる
- ・皮膚や目が黄色くなる
- ・意識が低下する(うとうとする)
- ・ぶつぶつがでる
- ・強い疲労感を感じる
- ・鼻や歯茎から出血する
- ・食欲がなくなる

患者さんフォローアップカテーター報告用 病名  急性心筋梗塞  狭心症  無症候性心筋虚血

患者氏名

生年月日

年齢

性別

住所

電話番号

急性期病院

かかりつけ医

担当医

電話

先生

発症年月日

1) 急性期カテーター(実施日 )

治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

2) フォローアップカテーター( 回目)(実施日 )

前回までのバルーン拡張術・ステント治療術の再狭窄  有  無追加治療  薬剤溶出性ステント  非薬剤性ステント  バルーン拡張術  血栓吸引術

3) 退院時所見・合併症および生活習慣

 左室壁運動異常( 前壁  心尖部  下壁  後壁  中隔  後側壁 ) 心拡大  左心不全  右心不全  大動脈弁弁膜症  僧房弁弁膜症 心房細動  2・3度房室ブロック  ペースメーカー植込  心室頻拍 高血圧症  脂質異常症  糖尿病  肝機能異常  腎機能低下  喫煙  飲酒

4) 今回の入院中に抗血小板剤プラビックスの内服を開始された場合、副作用(肝機能異常・血小板減少・白血球減少)のチェックのため、退院後2週間ごとに8週間まで血液検査を行なう必要があります。

 該当します  該当しません プラビックスの内服期間  最低3ヶ月  最低6ヶ月  最低12ヶ月5) 次回の検査入院の予定  なし  あり ( 年 月 ごろに検査入院していただく予定です)

6) 胃・大腸内視鏡検査や歯科治療、手術を受けられる場合、事前にかかりつけ医に相談してください

7) 生活上の留意点

## 目標 喫煙者の禁煙

診察室血圧 140/90mmHg(平均家庭血圧:135/85mmHg) 未満

ただし糖尿病・蛋白尿のある腎機能低下の方は

診察室血圧 130/80mmHg(平均家庭血圧:125/75mmHg) 未満

血糖値のマーカー HbA1c(NGSP) 6.9%未満

悪玉コレステロール値 LDL-C 100mg/dl未満

おかしいかなと思ったら・・・医師にご連絡ください

・熱が出る(37.5℃以上)

・のどが痛む

・皮膚や目が黄色くなる

・ぶつぶつがでる

・鼻や歯茎から出血する

・あざができる(紫色・赤色)

・尿が茶色っぽくなる、血が混じる

・意識が低下する(うとうとする)

・強い疲労感を感じる

・食欲がなくなる

## 7. 急性冠症候群地域連携パス・運用マニュアルの検討

連携パスのあり方ならびに教育、啓発およびパスや運用マニュアルの改訂作業について検討するために、鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス推進委員会を定期的を開催する。

## 抗血小板薬・抗凝固薬投与に関する留意事項

貴院に診療をお願いする患者は冠動脈ステント留置術など、冠動脈治療を受けた方です。

ステント留置術後は、従来型ステント（Bare Metal Stent）BMS、薬剤溶出性ステント（Drug Eluting Stent）DES に関わらずステント内血栓を防ぐために抗血小板薬の投与が必須であり、下記の点に注意してください。

### 1 使用薬剤の注意

1) 冠動脈ステント留置にかかわらず、特別な理由のない限りアスピリン製剤（バイアスピリン 100mg 又はバファリン 81mg）を生涯にわたり投与する。

2) プラビックス(75mg/日)は、BMS で 1-12 ヶ月間、DES で 6-12 ヶ月間投与する事が推奨されている。個々の患者の抗血小板薬内服の推奨期間はパスに記入されており、12 ヶ月以降投与については任意であり、出血性合併症の危険性が少ないと判断されれば継続することも可能である。症例によっては 12 ヶ月以降も投与の継続が必須の場合もあり、急性期病院担当医の指示に従うこと。また期間の短縮については、専門医の判断が必要であり、事前に急性期病院の担当医に相談すること。さらに副作用の発現など、予定外の中絶が必要と考えられる場合は、直ちに急性期病院に連絡し対応について協議を行うこと。

プラビックスやパナルジンには、血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）、無顆粒球症、重篤な肝障害などの重大な副作用が、主に投与開始後 2 ヶ月以内に発現し、死亡に至る例も報告されているので、以下の点に十分留意すること。

- ① 投与開始後 2 ヶ月間は、特に上記の副作用の初期症状の発現に十分留意し、原則として 2 週間に 1 回程度、血球算定（白血球分画を含む）、肝機能検査を行い、上記副作用の発現が認められた場合には、速やかに急性期病院主治医と協議した上で適切な処置を行う。
- ② 本剤投与中、患者様の状態から血栓性血小板減少性紫斑病、顆粒球減少、肝障害の発現等が疑われた場合には、必要に応じて血液像もしくは肝機能検査を実施し、適切な処置を行う。
- ③ 投与開始後 2 ヶ月間は、原則として 1 回 2 週間以内の処方とし、必ず診察を行うこと。  
尚、上記副作用発現頻度を比較すると、プラビックスはパナルジンの約 1 / 3 と報告されている。

患者が下記のような症状を訴えた場合は、副作用の可能性があるため、血液検査等を実施すること。また、下記のような症状があった場合は、直ちに医師に連絡するよう患者に伝える。

- ・熱が出る（37.5℃以上）
- ・あざができる（紫色・赤色）
- ・のどが痛む
- ・尿が茶色っぽくなる、血が混じる
- ・皮膚や目が黄色くなる
- ・意識が低下する（うとうとする）
- ・ぶつぶつがでる
- ・強い疲労感を感じる
- ・鼻や歯茎から出血する
- ・食欲がなくなる

※「ガイドライン」のアドレス

「急性冠症候群二次予防に関するガイドライン」

[http://plaza.umin.ac.jp/~circ/guideline/JCS2006\\_ishikawa\\_h.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/~circ/guideline/JCS2006_ishikawa_h.pdf)

「急性急性冠症候群（ST上昇型）の診療に関するガイドライン」

[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2008\\_takano\\_d.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2008_takano_d.pdf)

「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン」

（2009改訂 ダイジェスト版）

[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2009\\_hori\\_d.pdf#search](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2009_hori_d.pdf#search)

## 《参考》

### 循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン 2009年【ダイジェスト版】

抜歯や手術時の対応

クラスII a：有益/有効であるという意見が多いもの

- 1 至適治療域にPT-INRをコントロールした上での、ワルファリン内服継続下での抜歯。
- 2 抗血小板薬の内服継続下での抜歯。
- 3 至適治療域にPT-INRをコントロールした上での、ワルファリン内服継続下での白内障手術。
- 4 抗血小板療法継続下での白内障手術。

クラスII a'

- 1 消化管内視鏡による観察時の抗凝固療法や抗血小板

療法の継続（エビデンスレベルC）。生検などの低危険手技時もポリペクトミーなどの高危険手技時もワルファリンを中止しないし減量しPT-INRを1.5以下に調整（エビデンスレベルC）。低危険手技時の抗血小板薬の休薬期間はアスピリンで3日間、チクロピジンで5日間、両者の併用で7日間、高危険手技時の抗血小板薬休薬期間はアスピリンで7日間、チクロピジンで10～14日間（エビデンスレベルC）。血栓症や塞栓症のリスクの高い症例ではヘパリンによる代替療法を考慮。

- 2 術後出血への対応が容易な場合のワルファリンや抗血小板薬内服継続下での体表の小手術。
- 3 出血性合併症が起こった場合の対処が困難な体表の小手術やベースメカ植込み術での大手術に準じた対処。
- 4 大手術の術前3～5日までのワルファリン中止と半減期の短いヘパリンによる術前の抗凝固療法への変更。ヘパリン（1.0～2.5万単位/日程度）を静注もしくは皮下注し、リスクの高い症例では活性化部分トロンボ時間（APTT）が正常対照値の1.5～2.5倍に延長するようにヘパリン投与量を調整する。術前4～6時間からヘパリンを中止するか、手術直前に硫酸プロタミンでヘパリンの効果を中和する。いずれの場合も手術直前にAPTTを確認して手術に臨む。術後は可及的速やかにヘパリンを再開する。病態が安定したらワルファリン療法を再開し、PT-INRが治療域に入ったからヘパリンを中止する。
- 5 大手術の術前7～14日からのアスピリン、チクロピジンおよびクロピドグレルの中止、3日前からのシロスタゾール中止。その間の血栓症や塞栓症のリスクが高い症例では、脱水の回避、輸液、ヘパリンの投与などを考慮する。
- 6 緊急手術時の出血性合併症時に準じた対処。

## 2 抜歯や内視鏡治療、手術時などの対応時の注意

原則として抗血小板薬・抗凝固は中止しないこと。

消化管内視鏡検査を実施あるいは依頼される場合には「抗血栓薬服用中の内視鏡検査実施に際しての留意事項」（参考資料-2 P21）を参照のこと。

尚、標記の事象が生じたときは、必ず急性期病院の主治医に相談する。

## 抗血栓薬服用中の内視鏡検査実施に際しての留意事項 (参考資料-2)

抗血栓薬を中止することによる血栓塞栓症の誘発リスクがある場合の消化器内視鏡検査の実施について、消化器内視鏡ガイドライン(Gastroenterol Endosc : vol.54(7), Jul.2012;2073-2102)において以下の2つの重要なステートメントが示されている。

1. 通常の内視鏡検査は、アスピリン、アスピリン以外の抗血小板薬、抗凝固薬のいずれも休薬なく施行可能である。
2. 内視鏡的粘膜生検は、アスピリン、アスピリン以外の抗血小板薬、抗凝固薬のいずれか1剤を服用している場合には休薬なく施行してもよい。ワルファリンの場合は PT-INR が通常の治療域であることを確認して生検する。

2剤以上を服用している場合には症例に応じて慎重に対応する。生検では、抗血栓薬服用の有無にかかわらず一定の頻度で出血を合併する。生検を行った場合には、止血を確認して内視鏡を抜去する。止血が得られない場合には、止血処置を行う。

よって、抗血栓薬を中止することによるリスクがある場合は、中止せずに上部・下部消化管内視鏡検査の実施を検討すると共に、必ず急性期病院の主治医に相談する。

尚、内視鏡的治療は当然のことながら本項には該当しない。

## 磁気共鳴映像 (MRI) ・高周波ハイパーサーミア等電磁誘導による治療における留意事項 (参考資料-3)

### 1. 磁気共鳴映像 (MRI)

ステントが強い磁場の影響で移動するのを防ぐため、留置されたステントが完全に内膜で覆われるまで MRI は施行しないで下さい。BMS では、この期間は通常 8 週間とされていますが、DES では十分な情報は得られておりません。ステントによって磁場の歪みを原因とするアーチファクトを生じる可能性がありますので注意してください。

### 2. 高周波ハイパーサーミア等電磁誘導による治療

ステント留置部位付近へのこれらの治療は行わないよう注意をする。