

急性冠症候群地域連携診療計画書 運用マニュアル

2020年3月 Ver2.0

2014年2月 Ver1.0

改訂のポイント

① 抗血小板剤投与期間の短縮

- 6ヶ月（出血高リスク症例は1-3ヶ月）時点での抗血小板剤の減量（単剤化）を推奨しています。

② 急性期からの強力な脂質低下療法の推奨

- スタチンの最大量投与、LDL<70mg/dLを目指した脂質管理をお願いします。

③ フォローアップカテテル検査は原則行わない

- かかりつけの先生方との連携を通して二次予防を重視します。

* 新規の胸痛発作や心電図変化など気になる所見があれば急性期病院への連絡をお願いします。

* お薬手帳は常に携帯するよう指導してください。

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

2020 年 3 月 Ver2.0

目 次

1. 目 的	1
2. 連携パスの適応症例	1
3. 連携パスの形式と構成	1
4. 連携パスの運用方法	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
7. 急性冠症候群地域連携パス・運用マニュアルの検討	4

《様 式》

鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス	様式 1	5
鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス（患者用）	様式 2	6

《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	7
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	8
至適薬物療法の実施、冠危険因子のコントロール目標	参考資料-3	9
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-4	10

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

3. 連携パスの形式と構成

- | | |
|-------------|----------------|
| 1) 医療者用連携パス | 様式 1 （P 5 に掲載） |
| 2) 患者用連携パス | 様式 2 （P 6 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、開始時期を数ヶ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、地域性など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、様式2）の作成。
- 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、様式2）〕を送付、または患者が持参する。
- 4) 患者への連携パス（様式2）の交付。
- 5) 6ヶ月、1年後の定期受診には、連携パス（様式1）に必要事項を記入し、その写しを連携医療機関に送付または患者が持参する（必要に応じて診療情報提供書を併せて記載する）。抗血栓薬の減量に関しては、急性期病院医師から十分に患者説明を行った上で、かかりつけ医に処方変更を依頼する。
- 6) バリエーション発生時など適宜、診療情報提供書を作成する。

■ かかりつけ医療機関

- 1) 連携パス（様式1）の写しを保管する。
- 2) 定期受診時のデータ等を連携パス（様式1）に記入する。
- 3) 急性期病院へ連携パス（様式1）の写しを送付または患者が持参する。
- 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。

（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栓薬の投与が必須である。

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 (P 7,8) 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、至適薬物療法の実施と冠危険因子のコントロールに努める (参考資料-3)。

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、 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-4 (P10) 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。

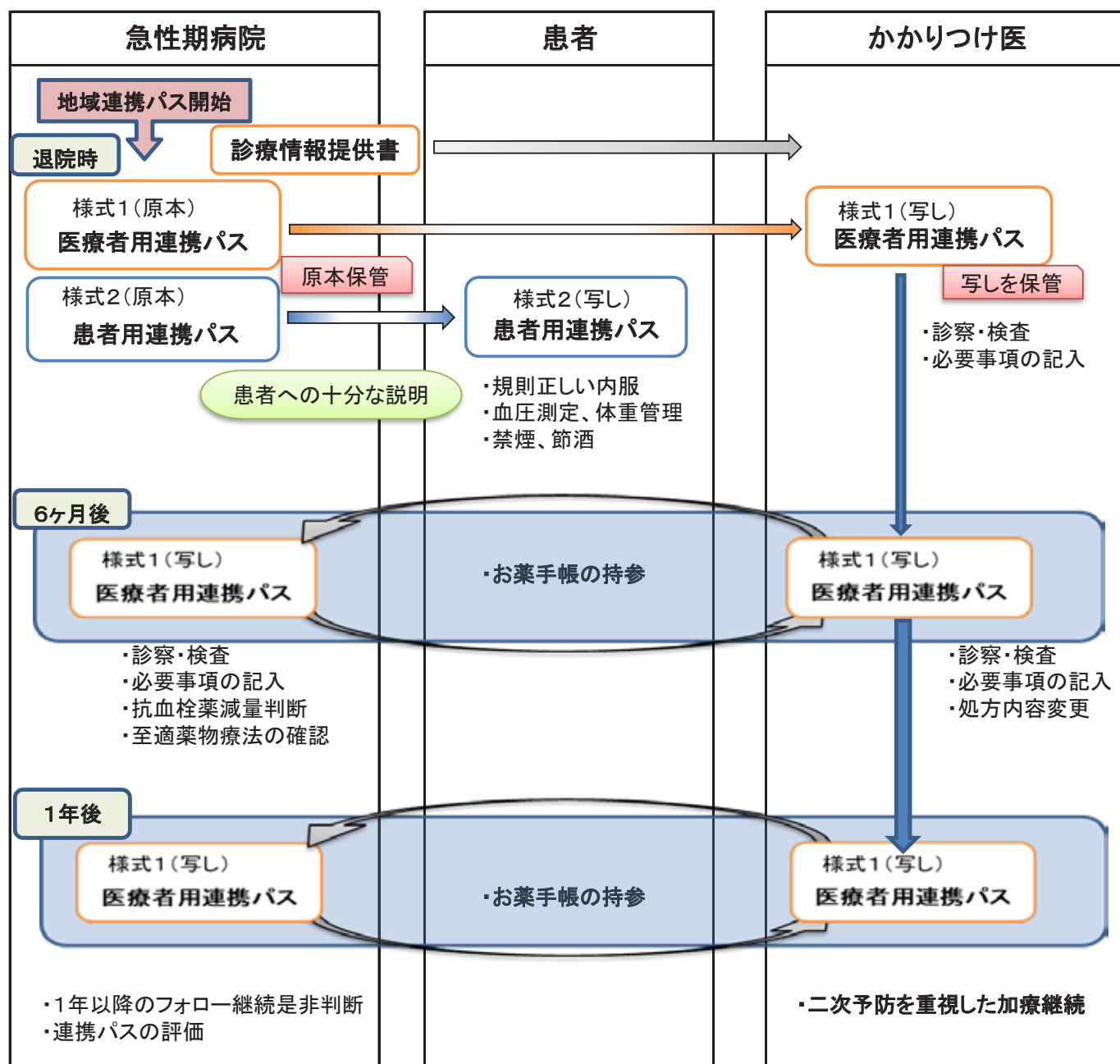
(1) 急性期病院における予約体制や相談体制の整備

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



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に開催する。

鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス

☐ 鳥取大学医学部附属病院(平日・日中)0859-38-6512、(夜間・休日)0859-38-6699 ☐ 山陰労災病院 (代)0859-33-8181 ☐ 米子医療センター (代)0859-33-7111	■かかりつけ医などの医療機関名 電話番号 () -
---	-----------------------------------

氏名：	年	月	日生、発症時年齢	歳
治療サマリ：				
残存虚血（ ）				
左室駆出率： %				

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 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院	
		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院		急性期病院 急性期病院	
冠 心 病 因 子	胸痛	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	喫煙	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	血圧	/		/		/		/		/		/		/		/		/	
	LDL-cho (mg/dl)																		
	HDL-cho (mg/dl)																		
糖 尿 病	TG (mg/dl)																		
	HbA1c (NGSP)(%)																		
	血糖値 (mg/dl)	随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時		随時 □空腹時 □随時 □空腹時	
	体重 (kg)																		
	出血症状	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	血算値・肝機能異常	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
備考																			

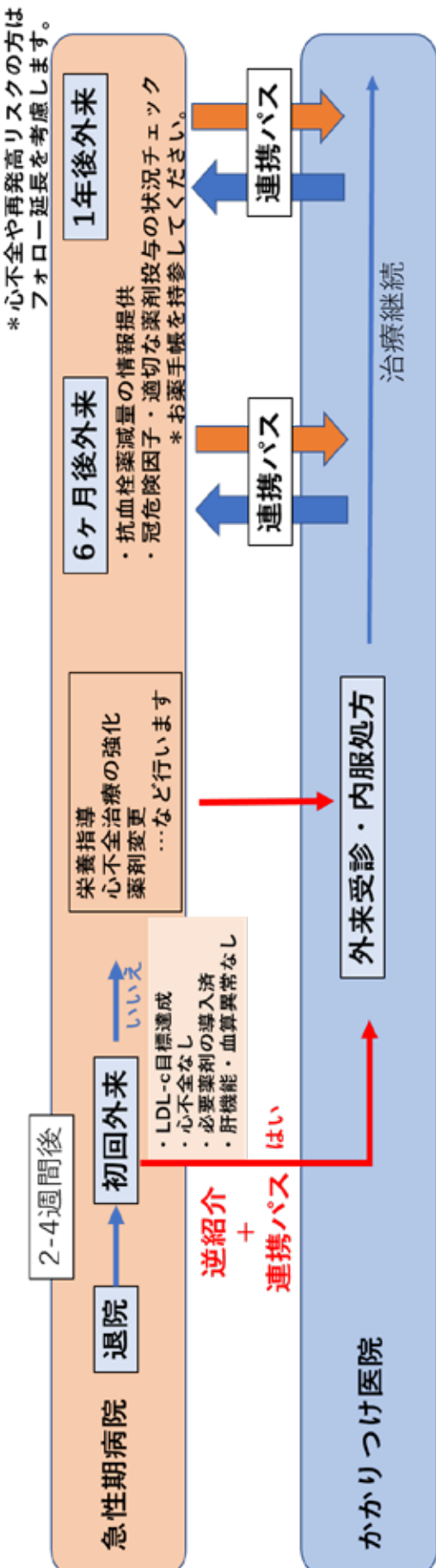
目標值	体重	kg	LDL-cho	<70	mg/dl
	血压	<130 / 80	HDL-cho	≥40	mg/dl
			TG	<150	mg/dl
	HbA1c (NGSP)	<7.0 %			

追加事項	
------	--

鳥取県西部地区 急性冠症候群 地域連携パス (患者用)

患者氏名： _____ 治療日 (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、次の受診時にご持参ください。



ご本人に留意いただくこと
禁煙、節酒、血圧・体重管理
規則的な内服の徹底

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。
- ☐極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は

体重:	kg
血圧:	130/80 mmHg未満
LDLコレステロール:	70 mg/dL未満
HDLコレステロール:	40 mg/dL以上
中性脂肪:	150 mg/dL未満
HbA1c (NGSP):	7.0 % 未満

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

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、ステント血栓症・冠動脈疾患二次予防の観点から抗血栓薬の投与が必須であり、規則正しい内服管理の指導をお願いいたします。

1. 二剤併用抗血小板療法（DAPT）について

冠動脈ステント留置後の抗血小板療法は、アスピリン 81 ～ 162 mg/日と P2Y₁₂ 受容体拮抗薬（クロピドグレルまたはプラスグレル）の 2 剤併用（DAPT）が一般的であるが、近年使用されている第 2 世代以降の薬剤溶出性ステント（DES）ではステント血栓症の発症率が低く、DAPT 期間は短縮化の傾向にある。急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）によれば、ACS の DES 留置後の DAPT 期間は 6 ～ 12 ヶ月 を標準治療とし、出血高リスクと考えられる症例に関しては 3 ヶ月以下の短期化も考慮した処方が望ましいとされている。本地域連携パス適応症例においては、急性期病院での 6 ヶ月後外来までは退院時処方された抗血栓薬の継続を基本とするが、個々の出血リスクに応じて DAPT 期間の短縮を考慮することができる。DAPT 期間終了後はアスピリンまたはクロピドグレルを心血管イベント二次予防の観点から終生継続する。

出血など副作用の発現があった場合などは、対応について急性期病院との協議を行うべきである。

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 P 8）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。

※ガイドラインのアドレス

「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン」

http://www.jcirc.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_ogawah_h.pdf

「急性冠症候群ガイドライン」

http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2018_kimura.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 年改訂 ダイジェスト版）

http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2009_hori_d.pdf#search

「2020 年 JCS ガイドラインフォーカスアップデート版冠動脈疾患患者における抗血栓療法」

http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2020_Kimura_Nakamura.pdf

抗血栓薬服用中の内視鏡検査実施に際しての留意事項

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. 通常の消化器内視鏡検査は、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、抗血栓薬服薬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。

*直接経口抗凝固薬（DOAC）使用患者に関しても原則継続投与での検査・処置実施が推奨されているが、高出血リスクの処置などに関して、抗血栓薬服用者に対するガイドライン直接経口抗凝固薬（DOAC）を含めた抗凝固薬に関する追補 2017 も参照のこと。

至適薬物療法の実施、冠危険因子のコントロール目標

冠動脈疾患二次予防を必要とする患者においては、退院後の生活習慣改善（禁煙、体重管理、食事療法、摂取、運動療法など）に加えて、抗血栓薬をはじめとした薬物療法を最適化することが重要です。

至適薬物療法の実施：

○脂質管理：ストロングスタチンを忍容可能な最大用量で投与する。

上記で LDL-C 値が 70 mg/dL に到達しない高リスク患者でエゼチミブを考慮。

○抗血小板剤の継続

○ACE 阻害薬：禁忌のない場合投与する（ARB は ACE-I 不耐の場合に考慮）

○左室収縮能低下例（LVEF40%以下）： β 遮断薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬

○血糖管理：早期から HbA1c 7.0%（NGSP ＊値）未満を目標とする血糖管理を行う

○その他

心筋梗塞発症 1 年以内の患者に対して 季節性インフルエンザワクチンの接種を推奨する
高齢者と高リスクの患者に対して肺炎球菌ワクチンの接種を考慮する

急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）より Class I、またはクラス II a を抜粋

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

1. 磁気共鳴映像（MRI）

現在使用されているステントにおいては、留置直後よりMRIの撮影は可能です。ただし、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。