

急性冠症候群地域連携診療計画書 運用マニュアル

2025年6月 Ver3.0

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
- ② 心保護薬についての記載
- ③ 脂質管理に関するフローチャートを重視

* よりシンプルな運用を目指して、これまでの双方向性を重視したパスから
患者さん・かかりつけ医との情報や意識の共有に重点を移しています。

特に脂質管理についてはLower the betterからStrike early and strong
へと概念を進められるよう入院中から早期介入できるパスに改訂しました。

* 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

2025 年 6 月 Ver3.0

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
3. 急性冠症候群地域連携計画書の形式と構成	1
4. 急性冠症候群地域連携計画書の運用方法	1
5. 急性期病院とかかりつけ医との連携	2
6. 急性冠症候群地域連携計画書の運用フロー	3
7. 急性冠症候群地域連携計画書運用マニュアルの検討	3

《様 式》

鳥取県西部地区急性冠症候群地域連携パス

診療フロー共有シート	様式 1	4
LDL- c 管理プロトコルシート	様式 2	4

《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	5
抜歯や内視鏡治療、手術時などの対応時の注意	参考資料- 2	6
至適薬物療法の実施、心保護薬について	参考資料- 3	7
よくある質問と一般的な回答	参考資料- 4	8

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。

連携パスは急性冠症候群に対する冠動脈インターベンションを受けた症例で退院または転院後も継続的に急性期病院およびかかりつけ病院への通院が可能な症例を適応症例とする。

3. 連携パスの形式と構成

- 1) 診療フロー共有シート 様式1
- 2) LDL-c 管理プロトコルシート 様式2

4. 連携パスの運用方法

（1）運用開始と期間

1) 開始時期

「退院前から」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) 退院時または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1、2）の交付
- 5) 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）を保管する
- 2) バリエーション（パス逸脱）の例と対応
 - 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取り、適宜適切な対応をとることとする。

3) 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）。

4) 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；血糖、HbA1c（糖尿病がない場合は血糖のみで可）

その他；BNP または NT-pro BNP（慢性心不全の病名が必要）

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。

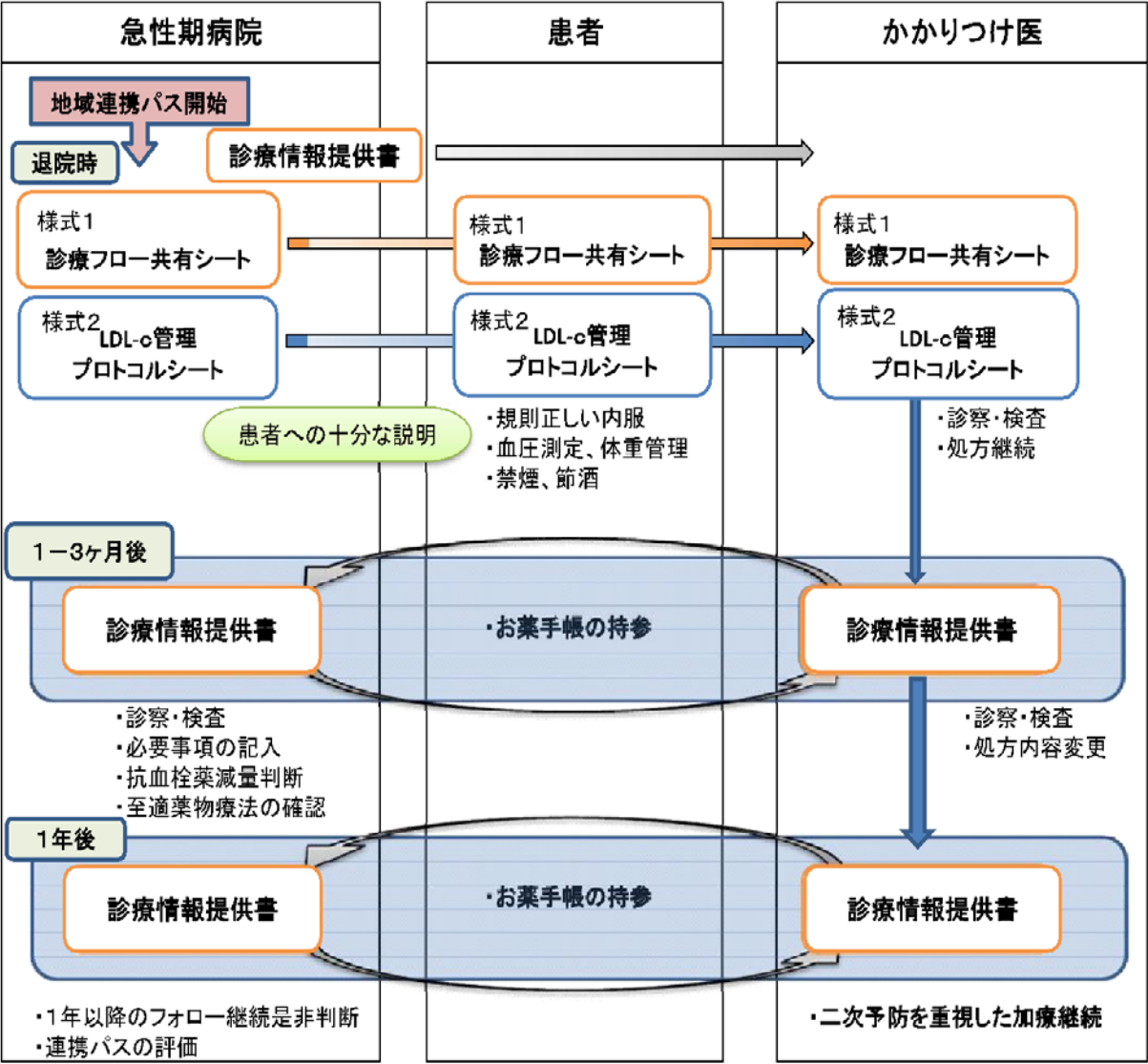
（1）急性期病院における予約体制や相談体制の整備

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取り適宜適切な対応をとることとする。

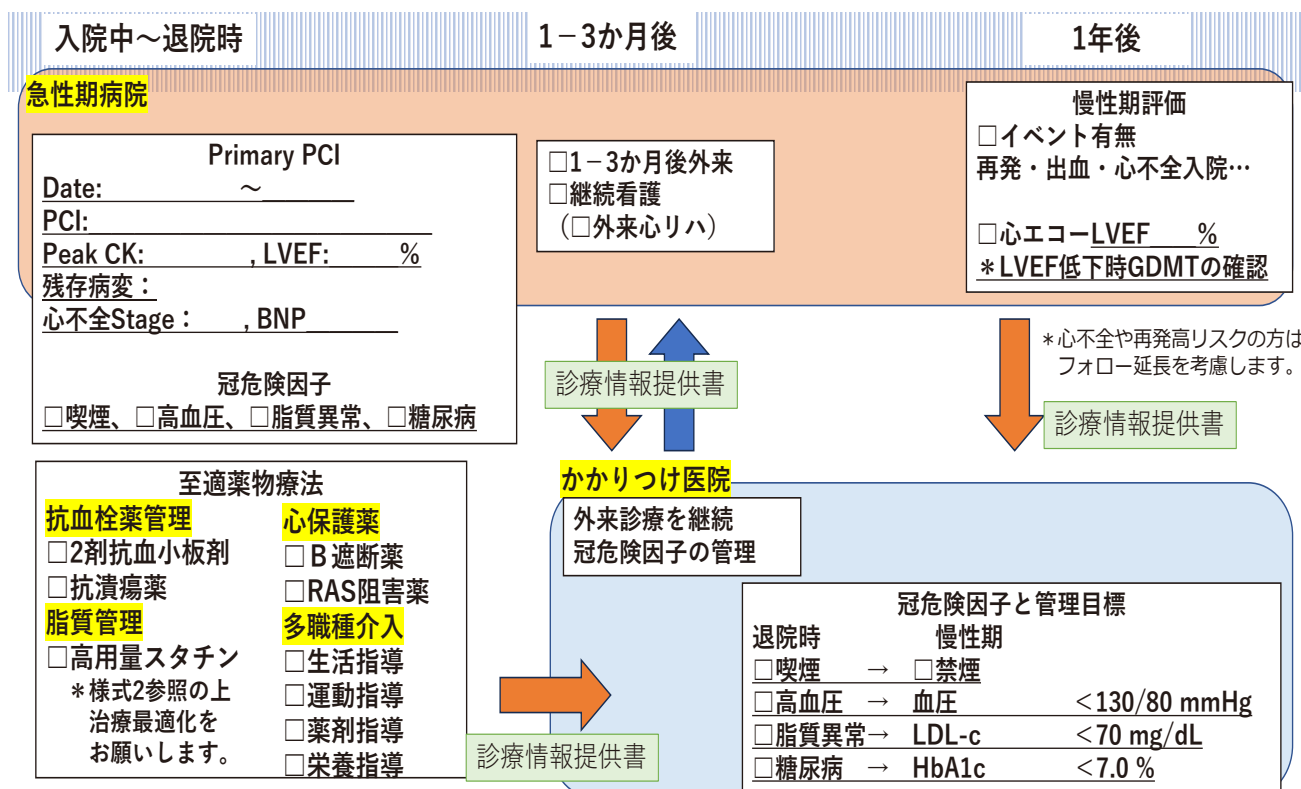
6. 急性冠症候群地域連携計画書の運用フロー



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。

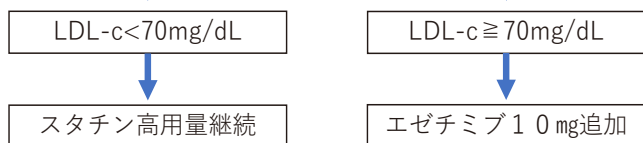
診療フロー共有シート



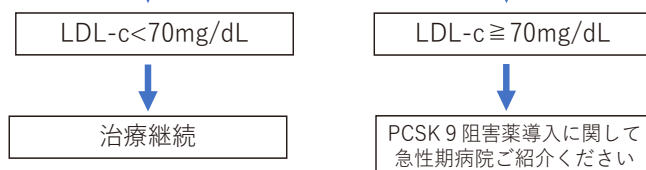
LDL- c 管理プロトコルシート

冠動脈治療時 ストロングスタチン高用量の投与

退院時



退院時～1か月外来時



FH: 家族性高コレステロール血症 以下のうち2つで診断

- ①未治療時LDL - c > 180 mg/dL
②腱黄色腫または皮膚結節性黄色腫
アキレス腱肥厚X線: 男性 8.0 mm, 女性 7.5 mm
③第一近親にFHまたは男性 < 55、女性 < 65歳の冠動脈疾患

薬剤名	高用量	最大量
ロスバスタチン	10 mg	20 mg
アトルバスタチン	20 mg	40 mg (FHの方)
ピタバスタチン	4 mg	4 mg

～患者さんへ～

LDLコレステロールは血糖値や血圧に比べて一般的な認知度は低いものの、冠動脈疾患の再発予防においては治療効果の高い介入ポイントです。是非ご自身の血液検査値が目標値に達しているか毎回確認してみましょう。

* FH、糖尿病、末梢動脈疾患合併、複数イベント既往、若年などより厳格 (LDL-c < 55 mg/dL) な目標設定も考慮。

抗血小板薬・抗凝固薬投与に関する留意事項

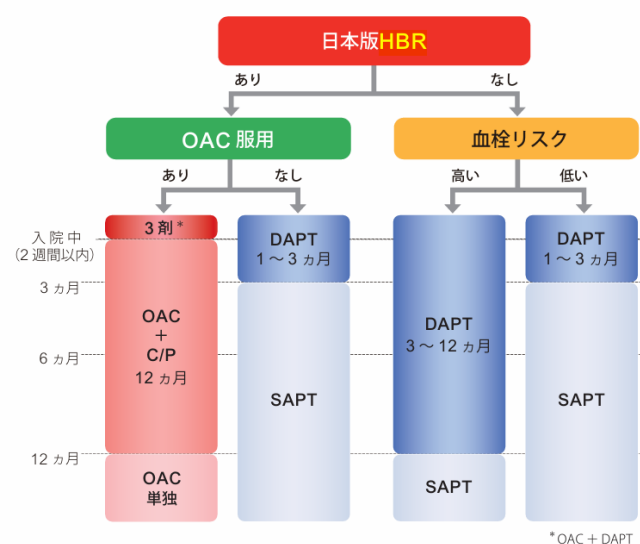
1. 二剤併用抗血小板療法（DAPT）について

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。「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」によれば、急性冠症候群のステント留置後 DAPT 期間は 3 ～ 12 か月を標準治療とし、出血高リスクと考えられる症例に関しては 1 ～ 3 か月投与への短期化も考慮した処方も考慮可能とされている。本地域連携パス適応症例においては、急性期病院での 3 か月後外来までは DAPT 継続を基本とするが、個々の出血リスクに応じて症例によっては DAPT 期間の短縮に関して適宜検討する（参考資料）。DAPT 期間終了後はいずれか 1 剤の抗血栓薬を心血管イベント二次予防の観点から終生継続する。

抗凝固療法を併用する患者（心房細動などに対して）に関しては同ガイドラインによれば 12 か月までは抗凝固薬と抗血小板剤 1 剤の併用、それ以降は抗凝固薬単剤での管理が推奨されているが個々の症例に応じて急性期病院から抗血栓薬運用の方針をかかりつけ医に共有する。

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。

図) 高出血リスク（HBR）を踏まえた PCI 後の抗血栓療法



注) 短期間 DAPT を選択した場合は、DAPT 後の SAPT では P2Y₁₂ 受容体拮抗薬を考慮する。OAC 単独の場合には、投与可能であれば DOAC を推奨する。
C/P: クロピドグレル / プラスグレル、DAPT: 抗血小板薬 2 剤併用療法、HBR: 高出血リスク、OAC: 経口抗凝固薬
SAPT: 抗血小板薬単剤療法

* 下記の主要項目 1 つ、または副次項目 2 つ 満たした場合に HBR とする。

◆ 主要項目

低体重・フレイル（男 < 55 kg、女 < 50 kg）、eGFR < 30、透析、Hb < 11 g/dL、心不全、抗凝固薬の長期服用、末梢動脈疾患、半年以内の非外傷性出血の既往、脳出血または 6 か月以内の脳梗塞、Plt 10 万 / μ L、活動性悪性腫瘍、門脈圧亢進症を伴う肝硬変、慢性出血性素因…

◆ 副次項目

75 歳以上、eGFR 30-59、軽度貧血、NSAID・ステロイド服用、上記に入らない非外傷性出血の既往、上記に入らない脳梗塞歴

「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」

https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/04/JCS2020_Kimura_Nakamura.pdf

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・抗凝固薬は中止しないこと。

消化管内視鏡検査を実施あるいは依頼される場合には下記「抗血栓薬服用中の内視鏡検査実施に際しての留意事項」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

日本消化器内視鏡学会（JGES）の最新版ガイドラインをご参照ください。

2025 年 6 月現在の考え方（2020 年版 JGES ガイドラインおよびその後のアップデートを含む）：

1. 診断内視鏡検査（生検を含む）：単剤の抗血小板薬、抗凝固薬は原則として休薬せずに施行可能ですが、ワルファリンの場合は、PT-INR が治療域内であることを確認します。
2. 内視鏡的治療（ポリペクトミー、EMR、ESD など）：
 - ・抗血小板薬（単剤）：出血リスクに応じて継続または一時休薬を検討します。
特に高出血リスク手技では休薬を考慮します。
 - ・2 剤以上の抗血小板薬併用（DAPT など）：血栓塞栓症リスクを評価し、可能であればアスピリンまたは P2Y12 阻害薬のいずれか一方を継続し、他方を一時休薬することを検討します。高出血リスク手技では両剤の一時休薬も考慮されます。休薬期間は薬剤の種類と患者さんのリスクによります。
 - ・抗凝固薬（ワルファリン）：原則として休薬が必要です。
血栓塞栓症リスクに応じてヘパリンブリッジ療法を検討します。
 - ・DOAC：出血リスクの高い手技では一時休薬が必要です。
休薬期間は、薬剤の種類、患者さんの腎機能、出血リスクなどに応じて決定されます。

至適薬物療法の実施、心保護薬について

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至適薬物療法の実施が重要で以下が推奨されています。

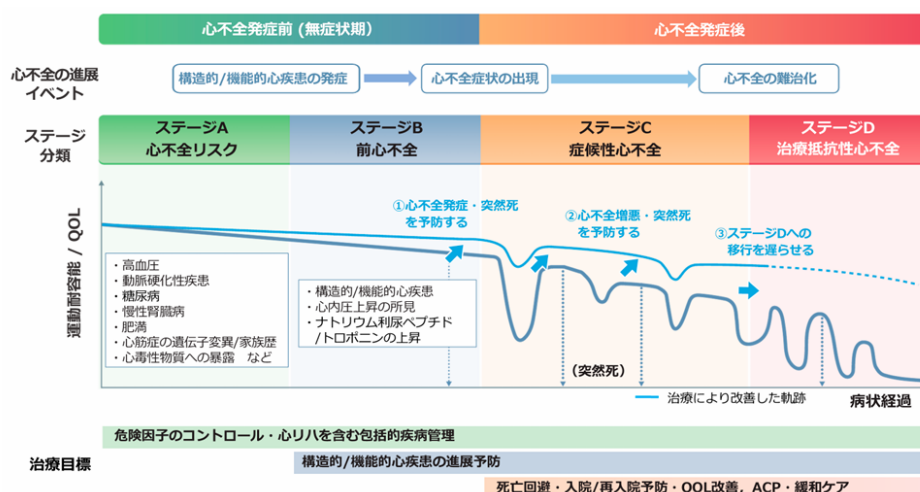
- 脂質管理**：ストロングスタチンを忍容可能な最大用量で投与する
（以降の詳細は LDL-c 管理プロトコルシート参照）
- 抗血小板剤の継続・最適化**（参考資料）
- ACE 阻害薬**：禁忌のない場合投与する（ARB は ACE-I 不耐の場合に考慮）
- β 遮断薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬**：左室収縮能低下例（LVEF40%以下）で継続
- その他**：心筋梗塞発症 1 年以内の患者に対して季節性インフルエンザワクチンの接種を推奨する
高齢者と高リスクの患者に対して肺炎球菌ワクチンの接種を考慮する

急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）

https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/11/JCS2018_kimura.pdf より抜粋

また近年は発症前の段階から心不全発症予防を念頭においた管理の重要性が強調されており、連携パス適応症例は将来の心不全発症リスクを有するステージ B 以上の方々ですので降圧薬や糖尿病治療薬選択の際には心保護作用の期待できる投薬を選択、継続できるようお願いします。左室駆出率低下がみられる方やステージ C 以上の心不全症状を有する方に関しては急性期病院から情報共有しながら心不全ステージ進展抑制のために心保護薬（guideline-directed medical therapy: GDMT）導入をお願いすることがあります。

図) 心不全ステージの治療目標と病の軌跡



連携パスの対象症例は心不全症状がなければステージ B、心不全症状を呈する場合はステージ C となります。ステージ C では早期の GDMT 導入が Class 1 で推奨されています。

2025 年改訂版 心不全診療ガイドライン

https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf

よくある質問と一般的な回答：

Q1. 急性心筋梗塞、不安定狭心症の二次予防における冠危険因子の管理目標を教えてください。

A1. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年度版では以下の管理目標が推奨されています。

目標値	備考
LDL-c < 70 mg/dL	★動脈硬化学会提言では<55 mg/dL を推奨
non-HDL-c <100 mg/dL	LDL-c が目標値に達しない場合に考慮
TG < 150 mg/dL	随時<175 mg/dL
HDL-c ≥ 40 mg/dL	
血圧 < 130 / 80 mmHg	家庭血圧 < 125 / 75 mmHg。高齢者では適宜検討。
HbA1c < 7.0 %	合併症予防のためのコントロール指標。高齢者では適宜検討。

Q2. LDL-c 値が低ければ薬を減らしても良いのでしょうか？

A2. 循環器学会および動脈硬化学会のガイドラインでは、治療前の LDL-c 値に関わらず、発症早期よりストロングスタチン最大耐用量の投与が推奨されています。副作用がない場合は、原則継続をお願いいたします。

Q3. 高齢者でも積極的な投薬が必要でしょうか？

A3. 再 PCI などの侵襲的治療を避ける目的で、有害事象がない場合は治療フローに沿った対応をお願いいたします。ただし、低 ADL（日常生活動作能力の低下）、認知症、併存疾患のために予後不良である場合などは、適宜ご判断ください。

Q4. 1 年以上 DAPT（2 剤抗血小板療法）が継続されている例はどうすれば良いのでしょうか？

A4. 日本循環器学会のガイドラインでは、PCI（経皮的冠動脈インターベンション）後 1 年以降は単剤抗血小板療法が推奨されています（心房細動合併の場合は OAC（経口抗凝固薬）単剤）。判断に迷う場合は、PCI を行った病院にお問い合わせください。

Q5. MRI 撮像は可能ですか？

A5. 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 撮影可能です。

Q6. 一過性の胸痛で患者さんから相談された際の対応はどのようにしますか？

A6. バイタルサインや心電図変化がなく一過性の場合は経過を見ることが可能ですが労作時症状の再現性がある場合には冠動脈再評価の必要があるかもしれませんので急性期病院にご相談ください。

Q7. 低血圧や徐脈時の投薬調整はどのように考えますか？

A7. 心保護薬は可能な限り継続が望ましいものの、ふらつきなど症候性の低血圧・徐脈であれば減量はやむを得ないと考えます。年齢や心機能に応じて減薬の順序や対応が変わってくる可能性もありますので急性期病院にご相談ください。

Q8. 抗潰瘍薬（PPI など）は中止してもいいのでしょうか？

A8. 消化性潰瘍診療ガイドライン 2020（改定第 3 版）でも低用量アスピリン起因性消化性潰瘍の一次予防に PPI 投与を行うことが推奨されています。アスピリン以外の抗血栓薬に関しては消化性潰瘍と PPI 長期投与のリスク双方を考慮し継続・中止を考えます。

Q9. フォローアップ CAG は必要ないのでしょうか？

A9. 急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）以降、ルーチンでのフォローアップ CAG は推奨されていません。臨床症状や非侵襲的検査と急性期治療時の病変複雑性など勘案して限定された患者に対して施行を検討します。