

# 急性心筋梗塞の 医療連携

2011 年度版

福岡市医師会



## はじめに

福岡市医師会では、第5次医療法改正を受け、4疾病5事業における地域医療連携体制の確立・推進のため、平成20年に脳卒中、平成22年には大腿骨頸部骨折の地域連携パスを策定し、それぞれ運用を開始致しました。

また、がんにつきましても、私ども福岡ブロックがん診療連携協議会ワーキンググループメンバーによって策定された胃がん・大腸がんステージⅠの地域連携パスが、福岡県全域を対象とする福岡県がん対策推進協議会の地域連携パスとして採択され、平成23年から運用が始まるなど、着実に連携の歩を進めて参りました。

今般、上記疾病に続き日本人三大主要死因の第二位となっております心疾患を対象とした地域連携パス「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」が完成し運用を開始することとなりました。

急性期・回復期・かかりつけ医（維持期）の各段階の医療機能・施設が効率的に機能するための円滑な医療連携を目的としたこの急性心筋梗塞地域連携パスによって、医療機関の機能分化と地域連携が更に進展し、急性期からかかりつけ医まで一貫した治療プログラムにより、患者は安心して切れ目のない医療を受けることができるようになります。現在まだこの地域連携パスには診療報酬上の評価はなされておりませんが、本会では、急性心筋梗塞を発症した患者が一日でも早くこの恩恵を受けられるよう、全国の政令指定都市に先駆けて運用を開始することと致しました。

今後、この地域連携パスが福岡市エリアだけでなく広く普及・活用され、質の高い医療の効率的な提供と患者満足度の向上に寄与できればと考えます。

最後に、本地域連携パスの策定にあたり、ご多忙の中熱心にパスの策定にご尽力頂きました急性心筋梗塞ワーキンググループメンバーの方々、試験運用にご協力頂きました医療機関に対しまして、この場をお借り致しまして心より厚く御礼申し上げます。

平成23年11月

福岡市医師会

会長 江頭 啓介

# ◆ 目次 ◆

1. 福岡市医師会方式急性心筋梗塞  
地域連携パスの運用について ..... p2～5
2. 急性心筋梗塞の地域連携パスシート一式 ..... p6～9
3. 各種スケール ..... p10～13

# 1. 福岡市医師会方式急性心筋梗塞 地域連携パスの運用について

# 福岡市医師会方式

## 急性心筋梗塞地域連携パス運用の手引き

### 1. 目的

福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パスは、福岡市近郊で発症した急性心筋梗塞の一連の診療経過を急性期病院、維持期医療機関（回復期病院、かかりつけ医）および福岡市医師会が共有することを目的として運用されます。これにより心筋梗塞症の二次予防、予後の改善、病診連携の活性化とともに、心筋梗塞症治療の標準化が期待されます。

### 2. 地域連携パスの対象

対象：

急性心筋梗塞で緊急冠動脈造影を受けた患者を対象とします。

除外基準：

- ・急性期病院で治療をさらに継続する必要がある場合
- ・患者や家族に同意が得られない場合
- ・急性期病院の担当医が地域連携パスには不適切と考える場合

### 3. 地域連携パスの運用期間

原則、急性心筋梗塞発症後1年間。この時点で地域連携パスの運用は終了しますが、その後も急性期病院と回復期病院、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します。

### 4. 地域連携パス運用の手順

#### ① 急性期病院退院時

##### ・地域連携パス書類の作成

急性期病院は急性期治療終了後、退院時に患者へ説明と同意の上、地域連携パス・患者さん用診療計画書を作成します。

##### ・回復期病院、かかりつけ医への地域連携パス資料の提供

急性期病院は退院時に診療情報提供書とともに、地域連携パス資料(経過中パスシート、同意書)の原本を患者に持参させ、回復期病院、かかりつけ医を受診させます。

##### ・福岡市医師会への地域連携パス資料の送付

急性期病院は退院時に地域連携パス資料（経過中パスシート、同意書）のコピーを福岡市医師会へ送付またはFAXします。

## ② 地域連携パス運用中

### ・ 地域連携パス資料の管理

回復期病院、かかりつけ医は、急性期病院から提供された地域連携パス資料を用いて、診察時に随時該当項目を記入し、カルテに保管するものとします。

### ・ (運用中の急性期病院受診時) 急性期病院への地域連携パス書類の送付

回復期病院、かかりつけ医は、患者が急性期病院を受診する際に診療情報提供書とともに、地域連携パス資料を患者に持参させます。

### ・ 患者

患者は地域連携パスの手順に則り、回復期病院、かかりつけ医の診療を受けます。急性期病院での再受診時には回復期病院、かかりつけ医の診療情報提供書および地域連携パス資料を持参して急性期病院を受診します。

## ③ 地域連携パス終了時

### 福岡市医師会への地域連携パス資料の送付

運用期間終了後、急性期病院は地域連携パスシートを福岡市医師会へ送付またはFAXします。

## ④ その他

急性期病院および回復期病院、かかりつけ医は、他方の医療機関へ地域連携パスの書類を送付の際には紛失等に備えて適宜、控えを保管します。

## 5. 地域連携パスからの逸脱（バリエーション）とその対応

以下のような場合、地域連携パスからの逸脱（バリエーション）とします。

- ・ 再度急性心筋梗塞を発症した場合
- ・ 患者が死亡した場合
- ・ 患者が再入院や再受診を拒否した場合や通院しなくなった場合

再度急性心筋梗塞を発症し地域連携パスから逸脱した場合は、再度地域連携パスを作成し、改めて急性期から運用を開始することとします。

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等を踏まえ、回復期病院、かかりつけ医と急性期病院は連絡を取り合っ、適宜、適切な対応をとることとします。

## 6. 回復期病院、かかりつけ医での薬物療法・検査等に当たっての留意点

### 1) 薬物療法

#### ①抗血小板薬

冠動脈ステント留置術を受けた後、まれに認められるステント血栓症は、一旦生じると心筋梗塞や突然死など重篤な事態を招くことがあります。抗血小板薬はその予防のために極めて重要な薬剤です。循環器疾患ガイドラインでは、アスピリンは半永久投与が推奨され、チエノピリジン系抗血小板薬（プラビックスまたはパナルジン）は通常型ステント（いわゆる BMS）留置患者で最低 1 ヶ月間、薬剤溶出型ステント（いわゆる DES）では最低 12 ヶ月間投与すべきとされています。DES 留置患者に対してさらに長期間チエノピリジン系薬剤を継続すべきか否かについては、現在のところエビデンスはありません。しかし 1 年以降の遅発性ステント血栓症予防に有効であるとの意見もあります。地域連携パス終了時の急性期病院の意見を参考にして下さい。

抗血小板薬の重篤な副作用として血栓性血小板減少性紫斑病、無顆粒球症、劇症肝炎があります。そのチェックのため投与開始から 2 ヶ月は 2 週間ごとの血液検査が推奨されています。いずれも発症は投与開始後 2 ヶ月までが多く、注意が必要です。なお 3 ヶ月後の発症は少なく、頻回の血液検査は不要となります。

#### ②その他の循環器系薬剤

ACE 阻害薬又はアンギオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、 $\beta$  遮断、HMG-CoA 還元酵素阻害薬 (スタチン) は、心筋梗塞二次予防の有効性が確立されている薬剤です。これらの薬剤が急性期病院退院時に処方されている際は、可能な限り処方継続してください。

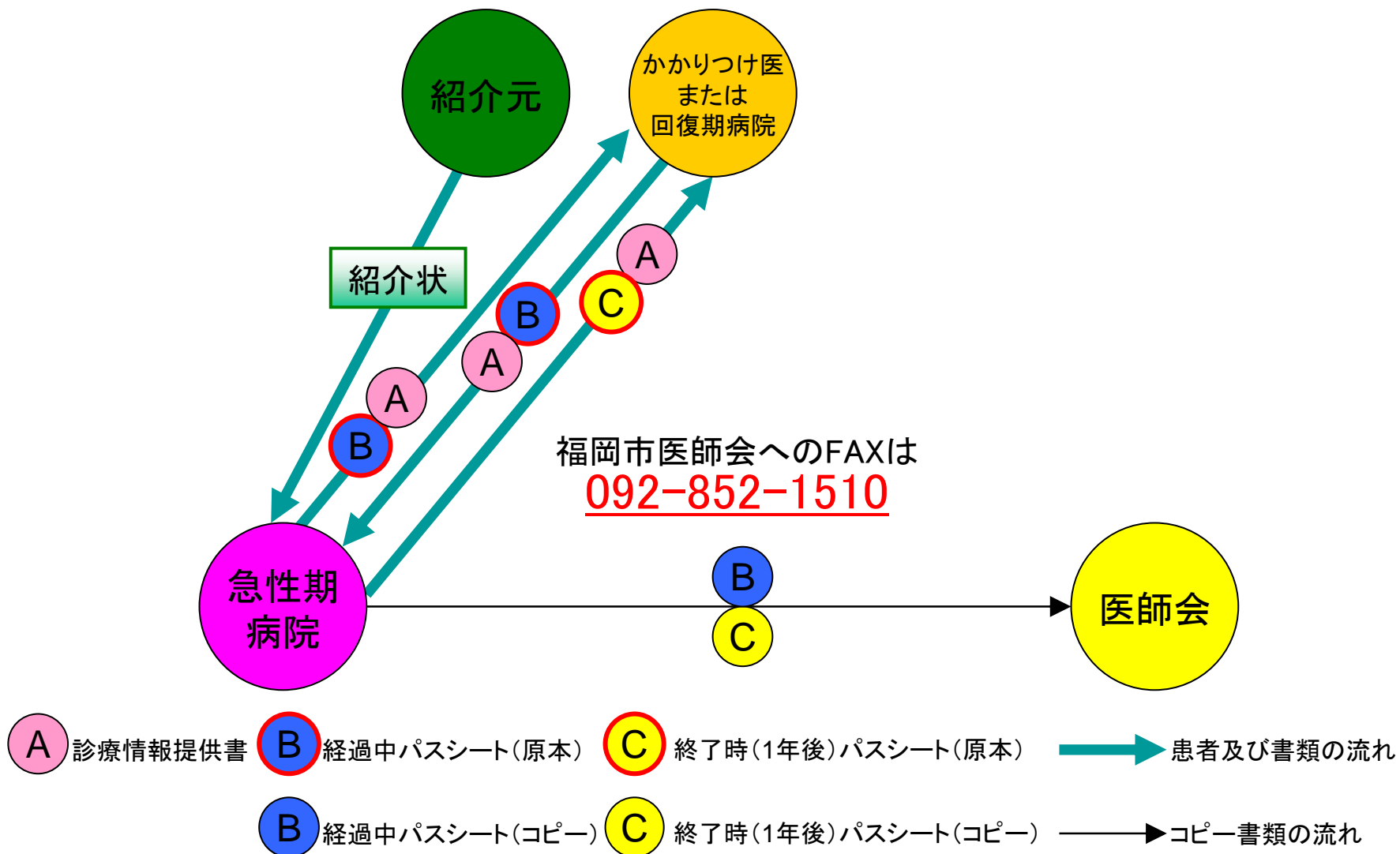
### 2) 検査

- ①血液検査：副作用チェックのため血計、肝機能検査は必須ですが、リスクファクターにあわせて脂質、糖（HbA1c を含め）、腎機能など必要な項目を実施してください。また、心不全合併症例に関しては随時 BNP の測定も追加してください。
- ②心電図：4 週後、8 週後、3 ヶ月後に施行してください。（急性期病院退院時、6~9 ヶ月後、1 年後は急性期病院で施行します）
- ③胸部単純 X 線写真：急性期病院退院時、6~9 ヶ月後、1 年後に急性期病院で施行します。
- ④地域連携パスへの記載：心電図、胸部単純 X 線写真については施行の有無を、血液検査については検査値を記入してください。

# 福岡市医師会方式

## 急性心筋梗塞地域連携パス(医療従事者用)の運用フロー図

患者の流れ: 急性期病院 ←→ かかりつけ医または回復期病院





## 2. 急性心筋梗塞の地域連携パスシート一式

## 急性心筋梗塞地域連携パスについての同意書

### 急性心筋梗塞で入院された方へ

急性心筋梗塞で入院治療を受けられた方が退院後も継続して適切な治療を受けられるために、急性期の治療を行なった病院（急性期病院）と今後の治療を担当する地域の医療機関（回復期病院、かかりつけ医）との間で連携をとりながら治療を継続してまいります。地域連携パスとは、急性期病院とかかりつけ医が一貫した治療方針に基づいて作成した治療計画表のことです。

今後は地域連携パスに従って、かかりつけ医が日常の診療、投薬を行い、専門的な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地域連携パスを通じて急性期病院へ報告されます。このようにして急性期病院とかかりつけ医が協力して今後の皆様の診療にあたります。

地域連携パスで得られる皆様の情報は一部、個人が特定できない方法で福岡市全体の急性心筋梗塞医療体制の向上のために活用させていただくことがあります。

以上、ご理解いただきご協力を宜しくお願いします。なお、ご協力いただけない場合も、これからの治療に何ら不利益を生じることはありません。

ご不明の点、ご質問がありましたら遠慮なく現在の主治医にお尋ねください。

**退院後の地域連携パス担当医療機関は以下の施設です。**

施設名

主治医名

急性期病院：

回復期病院：

かかりつけ医：

私は上記の内容につき説明を受け、その内容につき同意致します。

20 年 月 日

患者氏名

印

代諾者氏名

(続柄)

印

説明を行った医師

病院：

# 福岡市医師会方式 急性心筋梗塞地域連携パス

本パスのアウトカム

8週まで抗血小板剤の副作用がない。  
6-9ヵ月まで：再狭窄によるイベントがない。  
それ以降：危険因子の管理ができています。

患者氏名： ( 才 ) ◎入院月日 ( 20 年 月 日 ) ◎パス番号 ( )

入院時からの経過		◎退院時 ( 月 日 )	4週間後 ( 月 日 )	6週間後 ( 月 日 )	8週間後 ( 月 日 )	3ヵ月後 ( 月 日 )	6~9ヵ月後 ( 月 日 )	1年後 ( 月 日 )			
受診先		急性期病院	回復期・かかりつけ医等の 医療機関又は急性期病院	回復期・かかりつけ医等の 医療機関	回復期・かかりつけ医等の 医療機関	回復期・かかりつけ医等の 医療機関又は急性期病院	急性期病院	回復期・かかりつけ医等の 医療機関又は急性期病院			
主達成目標	狭心症症状もしくは虚血所見の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	心不全症状の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	・狭心症 症状がない	喫煙 (◎退院時以外、各経過時に確認する)	入院前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
		冠危険因子	血圧 mmHg (目標 130/80mmHg未満)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	
			脂質	LDL-C mg/dl (目標100mg/dl未満)	mg/dl				mg/dl	mg/dl	mg/dl
				T-Chol mg/dl (目標180mg/dl未満)	mg/dl				mg/dl	mg/dl	mg/dl
			糖尿病 [HbA1c (%)]	%				%	%	%	
体重 (kg)			kg				kg	kg	kg		
合併症	白血球数 個/ $\mu$ l										
	血小板数 万個/ $\mu$ l										
	肝障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl			
抗血小板薬の 継続又は変更	チクロピジン又はクロピドグレル	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続			
	変更薬 ( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止			
	変更薬 ( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止			
	変更薬 ( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止			
検査 [検査項目の○は実施 空欄は実施しなくて可]	血算、生化学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	心電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
	心エコー	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
	冠動脈造影又は冠動脈CT	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
注意事項等記入欄											
退院時情報	☆ [退院時患者状態]	☆ [退院時処方]			☆ [確認冠動脈造影又は冠動脈CT所見: 20 年 月 日]						
	部位: <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 中隔 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 下壁 <input type="checkbox"/> 右室	アスピリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			再狭窄 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	治療 ( <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> 血栓溶解 <input type="checkbox"/> 保存的治療)	チエノピリジン系 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			再狭窄へのPCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	PCI実施日 (20 年 月 日)	抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			残存/新規病変 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	PCI施行部位 (責任冠動脈にチェックしてください)	硝酸薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 右冠動脈 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 左回旋枝 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5 PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	<input type="checkbox"/> 右冠動脈 # <input type="checkbox"/> 左回旋枝 #	ACEIorARB <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	<input type="checkbox"/> 左前下行枝 # <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5	Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	通常型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	$\beta$ 遮断薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	薬剤溶出型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	スタチン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	残存病変 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			* Dd/Ds: 左室拡張末期径/収縮末期径						
退院時の狭心症症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			* EF: 左室駆出分画							
退院後心臓リハビリ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	* PCI: 冠動脈インターベンション										
退院後運動許容範囲 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (参照; *)	詳細は退院時サマリーをご覧ください										
退院時心エコー Dd/Ds: / (mm) EF: %											

\* A: 入院前の労作可能 B: 日常生活範囲の労作可能 C: きわめて温和な労作可能 ☆の部分は急性期病院が記入

■急性期病院 電話番号 092 - -	■回復期病院 電話番号 092 - -	■かかりつけ医 電話番号 092 - -
------------------------	------------------------	-------------------------

# 福岡市医師会共通 急性心筋梗塞地域連携パス

急性期病院が割り振ります

本パスのアウトカム

8週まで抗血小板剤の副作用がない。  
6-9ヵ月まで：再狭窄によるイベントがない。  
それ以降：危険因子の管理ができています。

患者氏名：福岡 花子 (才) ◎入院月日 (20 11年 4月 4日)

◎パス番号 ( a b c 1 1 - 0 0 0 1 )

入院時からの経過		◎退院時 ( 4月 15日 )	4週間後 ( 5月 2日 )	6週間後 ( 5月 16日 )	8週間後 ( 5月 30日 )	3ヵ月後 ( 7月 4日 )	6~9ヵ月後 (11月 12日)	1年後 ( 4月 10日 )
受診先		急性期病院	回復期・かかりつけ医等の 医療機関又は急性期病院	回復期・かかりつけ医等の 医療機関	回復期・かかりつけ医等の 医療機関	回復期・かかりつけ医等の 医療機関又は急性期病院	急性期病院	回復期・かかりつけ医等の 医療機関又は急性期病院
主達成目標	狭心症症状もしくは虚血所見の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	心不全症状の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	喫煙 (◎退院時以外、各経過時に確認する)	入院前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	冠危険因子							
	血圧 mmHg (目標 130/80mmHg未満)	124/66 mmHg	120/62 mmHg	130/56 mmHg	128/60 mmHg	142/78 mmHg	165/82 mmHg	128/78 mmHg
	脂質							
	LDL-C mg/dl (目標100mg/dl未満)	124 mg/dl				134 mg/dl	148 mg/dl	104 mg/dl
T-Cho mg/dl (目標180mg/dl未満)	195 mg/dl				220 mg/dl	248 mg/dl	180 mg/dl	
糖尿病 [HbA1c (%)]	6.4				6.8	7.2	6.6	
体重 (kg)	56				58	59	56	
合併症	白血球数 個/μl	5860	4800	1800	4800		5200	4800
	血小板数 万個/μl	26	20	18	23		18	20
	肝障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	クレアチニン (mg/dl)	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6	0.7
抗血小板薬の 継続又は変更	チクロピジン又はクロピドグレル	<input checked="" type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	<input checked="" type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続
	変更薬 ( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
	変更薬 ( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
	変更薬 ( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
検査 検査項目の○は実施 空欄は実施しなくて可	血算、生化学	○	○	○	○	○	○	○
	心電図	○	○		○	○	○	○
	胸部レントゲン	○					○	
	心エコー	○					○	
	冠動脈造影又は冠動脈CT	○					○	
注意事項等記入欄								
退院時情報	☆ [退院時患者状態] 部位： <input checked="" type="checkbox"/> 前壁 <input checked="" type="checkbox"/> 中隔 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 下壁 <input type="checkbox"/> 右室 治療： <input checked="" type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> 血栓溶解 <input type="checkbox"/> 保存的治療 PCI実施日 (20 年 月 日) PCI施行部位 (責任冠動脈にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 右冠動脈 # <input type="checkbox"/> 左回旋枝 #11 <input checked="" type="checkbox"/> 左前下行枝 # 6 <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5 通常型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 薬剤溶出型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 残存病変 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 退院時の狭心症症状 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 退院後心臓リハビリ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 退院後運動許容範囲 <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (参照；*) 退院時心エコー Dd/Ds：44/28 (mm) EF：58 %	☆ [退院時処方] アスピリン <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 チエノピリジン系 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 抗血小板薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 硝酸薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ACEIorARB <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 β遮断薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 スタチン <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 抗凝固薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 詳細は退院時サマリーをご覧ください	☆ [確認冠動脈造影又は冠動脈CT所見：20 年 月 日] 再狭窄 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 再狭窄へのPCI <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 残存/新規病変 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 右冠動脈 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 左回旋枝 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5 PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  *Dd/Ds：左室拡張末期径/収縮末期径 *EF：左室駆出分画 *PCI：冠動脈インターベンション					

急性期病院・回復期・かかりつけ医の  
いずれかで記入してもかまいません

空欄部分は実施しなくても可です

\* A：入院前の労作可能 B：日常生活範囲の労作可能 C：きわめて温和な労作可能 ☆の部分は急性期病院が記入

■急性期病院 ●●●●●● 電話番号 092 - 123 - 4567	■回復期病院 ▲▲▲▲▲▲ 電話番号 092 - 345 - 6789	■かかりつけ医 ◆◆◆◆◆◆ 電話番号 092 - 111 - 2222
--	--	---




患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 入院日(発症日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

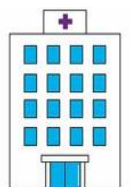
	病院名	診療科	担当医名	連絡先
(A)急性期病院				
(B)回復期病院				
(C)かかりつけ医				



※スケジュールは変更される場合があります

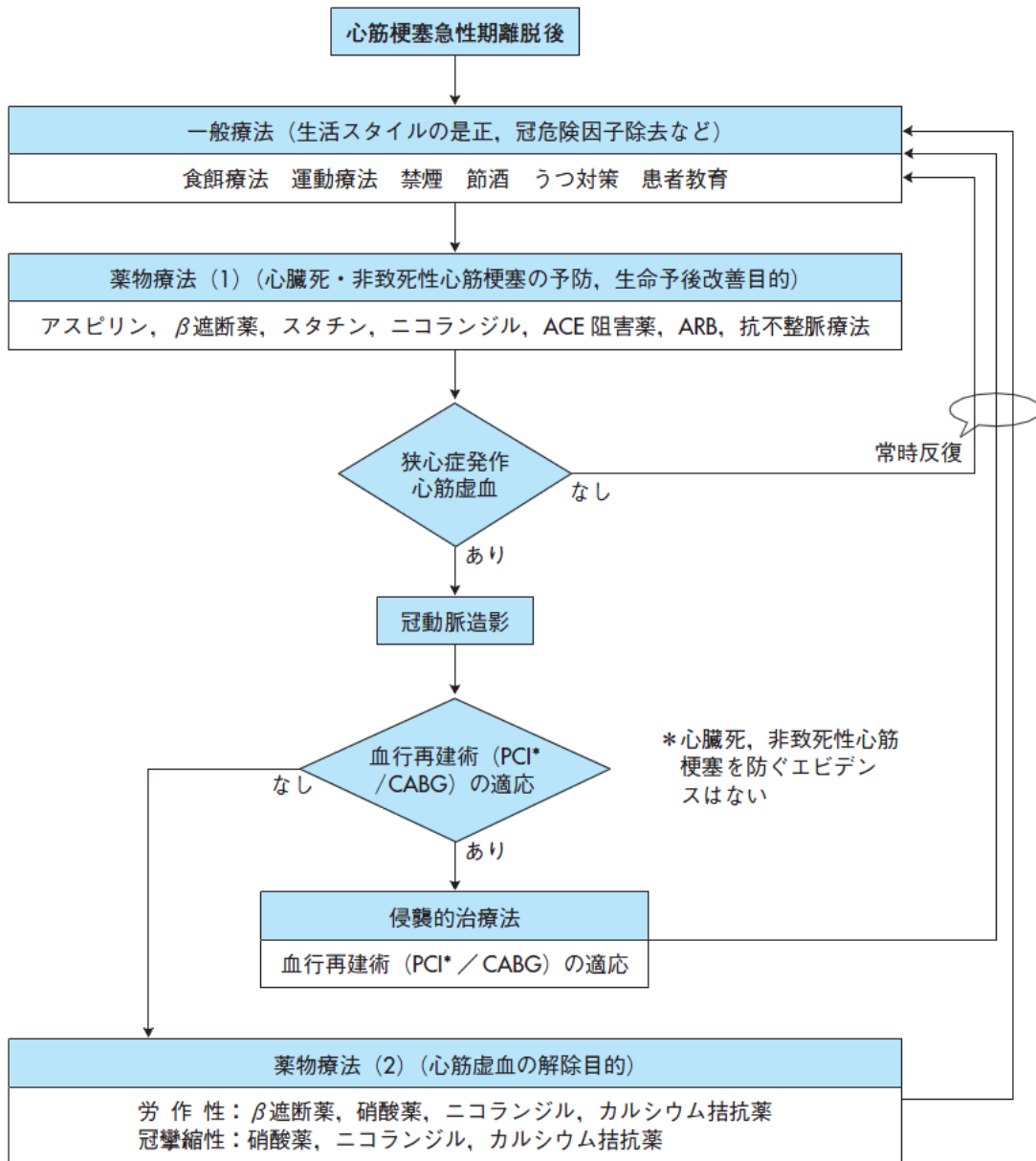
医療機関受診日	(A)	(A)(B)(C)のいずれか	(B)(C)のいずれか		(A)(B)(C)のいずれか	(A)	(A)(B)(C)のいずれか
	退院時 年 月 日	4週間後 月 日	6週間後 月 日	8週間後 月 日	3カ月後 月 日	6~9カ月後 月 日	1年後 年 月 日
受診時に行う検査等							
血圧検査 (目標 130/80mmHg未満)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
体重測定	kg				kg	kg	kg
治療 (投薬等)	チクロピジン又はクロピドグレル <input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続
	変更薬( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
	変更薬( )	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
検査	血液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	心電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	心エコー	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	造影又はCT検査	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

日々の生活で注意すべきこと	
<b>観察項目</b> 胸が痛い 胸が重苦しい 胸がしめつけられる 動悸がする 息切れがする めまいがある 足が腫れる	※1日1回脈を測りましょう。 左のような症状があったときは、がまんせず受診してください。 
<b>食事</b> 塩分を控えた食事を心がけましょう(塩分1日 6g以下に控えましょう) 水分は適量を心がけて下さい 食事(カロリー)は1日 1600 kcalにしましょう その他( ) 	目標 : 狭心症症状がない 心不全の悪化がない 
<b>運動</b> 脈が( )回/分を超えない程度に、徐々に歩行時間を伸ばしましょう 30分程度の散歩などの運動をしましょう 食後2時間は、できるだけ安静にしましょう	
<b>生活</b> 入浴は首までつからず胸までにして、ゆっくりと入りましょう。食後2時間以内の入浴は、できるだけ控えましょう <b>(清潔等)</b> 出血するようなケガに気をつけましょう。便秘に注意しましょう	



### 3. 各種スケール

# 図1 心筋梗塞症二次予防 フローチャート



循環器病の診断と治療に関するガイドライン  
(2004-2005年度合同研究班報告) より

## 図2 心筋梗塞症二次予防要約表

一般療法		
食餌療法	<p>血圧管理</p> <p>脂質管理</p> <p>体重管理</p> <p>糖尿病管理</p>	<p>減塩 1日 6g 未満 Body Mass Index*1 18.5 ~ 24.9 kg/m<sup>2</sup> 純アルコール 1日 30 ml 未満 最大酸素摂取量 50% 程度の運動</p> <p>脂肪摂取量総エネルギーの 25% 以下 飽和脂肪酸摂取量 7% 以下 多価不飽和脂肪酸 (特に ω-3 系多価不飽和脂肪酸) の摂取を増やす</p> <p>コレステロール 1日 300 mg 以下 Body Mass Index*1 18.5 ~ 24.9 kg/m<sup>2</sup></p> <p>Body Mass Index*1 18.5 ~ 24.9 kg/m<sup>2</sup></p> <p>HbA1c 6.5% 未満</p>
運動療法		1 回最低 30 分、週 3~4 回 (できれば毎日) 歩行・走行・サイクリングなどの有酸素運動、日常生活の中で身体活動 (歩行・仕事など) を増やす 冠危険因子を有する患者、中等度ないし高リスク患者は監視型運動療法
禁煙指導		喫煙歴の調査、禁煙指導、受動喫煙回避
飲酒指導		多量飲酒を控える
うつ、不安症、不眠症		カウンセリング 社会・家庭環境等の評価
患者教育		生活習慣の修正 服薬方法等、再発予防の知識を教育 患者及び家族に心筋梗塞・狭心症等の急性症状と対処法の教育
薬物療法 禁忌のないことを確認して薬物投与		
抗血小板薬・ 抗凝血症薬		アスピリン 50~162 mg これが禁忌の場合 トラビジル 300 mg 投与 心房細動、左室瘤合併例でのワルファリン投与
β遮断薬		低リスク群*2 以外の心筋梗塞 梗塞後狭心症、高血圧を合併するもの 急性期に心不全のあったものや梗塞範囲の大きいもの (投与に関しては心不全の状態に応じて少量から開始し、徐々に増量する)
脂質代謝異常改善薬		高 LDL コレステロール血症にスタチン投与
硝酸薬・ ニコランジル		梗塞後狭心症や新たな心筋虚血に硝酸薬屯用又は短期間投与 安定狭心症を伴う心筋梗塞にニコランジル投与 [IIa]
カルシウム拮抗薬		β遮断薬が使用できず、心不全、房室ブロックのない症例で心筋梗塞後の心筋虚血の軽減、または頻脈性心房細動の脈拍コントロール目的でベラパミルまたはジルチアゼム投与 [IIa]
ACE 阻害薬・ アンジオテンシン II 受容体拮抗薬		ハイリスク患者 (広範囲梗塞、左心不全) の発症早期に低用量から増量して ACE 阻害薬投与 中等度以上の左心機能低下例 (EF<40%) に ACE 阻害薬投与 急性期からアンジオテンシン II 受容体拮抗薬投与
抗不整脈療法		心房細動に対する心拍数コントロール 心室期外収縮、非持続性心室頻拍、持続性心室頻拍、心室細動に対する β 遮断薬 (禁忌例を除いて積極的に) [IIa] 症候性の心室期外収縮 (≥ 10 個/時間) および非持続性心室頻拍 (LVEF ≥ 40%) に対するアミオダロン [IIa] 安定した血行動態の持続性心室頻拍に対するアミオダロンあるいは dl-ソタロール [IIa] 植込み型除細動器が使用できない例で心室細動あるいは血行動態の破綻を来す持続性心室頻拍に対するアミオダロン [IIa] 植込み型除細動器…心室細動あるいは血行動態の破綻を来す持続性心室頻拍 …左心不全を伴う非持続性心室頻拍で EPS*3 により持続性心室頻拍、心室細動が誘発される例
侵襲的治療法		
発症 24 時間以降 退院までの冠動脈 インターベンション		責任冠動脈には 薬剤抵抗性心筋虚血 (無症候性心筋虚血を含む) の場合 非責任冠動脈には 薬剤抵抗性心筋虚血 又は残存心筋の心筋虚血により心機能低下が著しい場合

\*1 Body Mass Index 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

\*2 低リスク群 左心機能正常かほぼ正常で再灌流に成功し、重症心室性不整脈のないもの

\*3 EPS 電気生理学的検査 (electrophysiological study)



### 図3 血糖および脂質などのコントロール指標

指標	優	良	可		不可
			不十分	不良	
HbA1c (JDS値) <sup>注1)</sup> (%)	5.8未満	5.8～6.5未満	6.5～7.0未満	7.0～8.0未満	8.0以上
空腹時血糖値 (mg/dL)	80～110未満	110～130未満	130～160未満		160以上
食後2時間血糖値 (mg/dL)	80～140未満	140～180未満	180～220未満		220以上

日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド2010. 25頁, 文光堂, 2010より

標準体重の維持	BMI 22前後
血圧	130/80mmHg未満
LDLコレステロール <sup>注2)</sup>	120mg/dL未満 (冠動脈疾患があるときは100mg/dL未満)
中性脂肪(早朝空腹時)	150mg/dL未満
HDLコレステロール	40mg/dL以上

注1) HbA1c値の国際標準化について

近い将来HbA1c値は現在のJDS値(日本糖尿病学会基準値)から国際標準値となるが、その場合はJDS値に一律に0.4%を加えた値となる。

注2) LDLコレステロールは、以下のFriedewaldの式で計算することが望ましい。

$$\text{LDLコレステロール} = \text{総コレステロール} - \text{HDLコレステロール} - \text{中性脂肪} / 5$$

ただし空腹時の中性脂肪値が400mg/dL以上の場合、「LDLコレステロール = 総コレステロール - HDLコレステロール」を用い、その場合の目標値は150mg/dL未満(冠動脈疾患があるときは130mg/dL未満)となる。

図4 発症からの経過時間別に見た各心筋傷害マーカーの診断精度

	<2h	2～4h	4～6h	6～12h	12～24h	24～72h	>72h
ミオグロビン*	○	○	○	○	○	△	×
心臓型脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) *	○	○	○	○	○	△	×
心筋トロポニン*	×	△	◎	◎	◎	◎	◎
CK-MB	×	△	◎	◎	◎	△	×
CK	×	△	○	○	○	△	×
ミオシン軽鎖	×	△	○	○	○	○	○

◎ 感度，特異度ともに高く診断に有用である

○ 感度は高いが，特異度に限界がある

△ 感度，特異度ともに限界がある

× 診断に有用でない

\* 全血迅速診断が可能である

<福岡市医師会 急性心筋梗塞ワーキンググループ構成メンバー>

代 表	国立病院機構九州医療センター 副院長	冷牟田 浩司
副代表	済生会福岡総合病院 副院長	山本 雄祐
	福岡赤十字病院 副院長	稲生 哲治
	福岡大学病院 循環器内科講師	岩田 敦
	福岡市医師会成人病センター 副院長	勝田 洋輔
	権藤内科医院	権藤 公和
	佐田厚生会佐田病院	仁位 隆信
	恵光会原病院	久原伊知郎
	芝尾クリニック	芝尾 敬吾
	福岡市医師会会長	江頭 啓介
	福岡市医師会副会長	下村 国寿
	福岡市医師会専務理事	入江 尚
	福岡市医師会理事（主務）	竹中 賢治
	福岡市医師会理事	寺坂 禮治
	福岡市医師会理事	田中三津子