

虚血性心疾患地域連携パス 使用マニュアル 改訂版

ver. 2.0 | 2026 年 8 月 25 日

改訂の目的 2017 年版の構成を引き継ぎつつ、急性冠症候群、安定冠動脈疾患、抗血栓療法、心不全、心臓リハビリテーション、脂質管理の現行ガイドラインと、2025 年開始の草加市立病院 ACS 脂質管理プロトコルを反映した。

主な改訂点

- DAPT を一律 8～9 か月とせず、日本版 HBR と血栓リスク、抗凝固薬の有無に基づく個別計画へ変更。
- 8～12 か月後の CAG/CCTA を全例必須とせず、症状、虚血、高リスク解剖、複雑 PCI、担当医の計画に基づく選択へ変更。
- ACS の脂質管理は、国内目標（LDL-C 70 mg/dL 未満）を満たしたうえで、当院プロトコルの運用目標（55 mg/dL 未満）を明記。
- 固定的な BNP/NT-proBNP 目標値を廃し、症状・身体所見・個人内推移を重視する紹介基準へ変更。
- 心臓リハビリテーション、服薬継続、禁煙、セルフモニタリングを退院後管理の中核に位置づけた。

目次

1. 基本事項・対象
2. 役割分担と標準フォロー
3. 連携パスの具体的な使い方
4. 専門医への連絡・再受診基準
5. 抗血栓療法の管理
6. 脂質管理プロトコル
7. 生活指導・自己健康管理シート
8. 略語集
9. 参考文献・改訂履歴

1. 基本事項・対象

1.1 目的

本連携パスは、狭心症または急性冠症候群に対する PCI 後の患者について、病院とかかりつけ医が診療情報、治療目標、検査結果、生活指導を共有し、再発・再入院を予防しながら生命予後と QOL の改善を図るためのツールである。

運用原則 本書は連携診療の標準手順を示す。個々の患者の診療は、病態、併存症、出血・血栓リスク、腎・肝機能、フレイル、希望を踏まえ、担当医の臨床判断を優先する。

1.2 対象

- 安定狭心症、無症候性心筋虚血、不安定狭心症、ST 上昇型／非 ST 上昇型心筋梗塞で PCI を受け、病状が安定して退院した患者。
- 抗血栓薬、脂質低下薬、心不全治療薬等の継続と、定期的な症状・検査評価が地域連携で実施可能な患者。
- 高リスクであっても、病院が個別の管理計画と連絡基準を明示し、地域で安全にフォローできると判断した場合は対象に含める。

1.3 パス適用前に個別計画を要する病態

- 安静時または増悪性の狭心症、治療抵抗性の症状、未治療の高リスク冠動脈病変。
- 増悪中の心不全、重篤な不整脈、失神、著明な血圧低下、酸素化不良。
- 活動性出血、重度貧血、抗凝固薬併用、重度腎・肝障害、極端な低体重・フレイル。
- 服薬管理や受診継続が困難で、支援体制の調整を要する場合。

2. 役割分担と標準フォロー

2.1 役割分担

担当	主な役割	情報共有
病院	退院時リスク評価、治療方針・抗血栓薬終了予定の明示、脂質治療開始／強化、必要な専門検査、緊急時対応。	診療情報提供書、連携パス、検査結果、薬剤変更理由、次回予約。
かかりつけ医	症状、血圧・脈拍・体重、服薬、出血、生活習慣の継続評価。異常時の早期連絡。	連携パスの各欄、検査結果、変更・中止理由、連絡事項。

2.2 標準フォロー

連携パス本体の来院欄（退院、2・4・6・8 週、3～8 か月、8～12 か月）を用い、実際の担当医療機関と日付を明記する。以下は標準であり、患者ごとに調整する。

時期	主担当	必須確認	検査・対応の目安
退院時	病院	病型、PCI 内容、残存病変、LVEF、DAPT／抗凝固薬計画、LDL-C 基準値、生活指導、次回予約。	脂質値は可能な限り入院早期に採血。ACS では最大耐用量のストロングスタチン＋エゼチミブを開始。

時期	主担当	必須確認	検査・対応の目安
約 2 週	病院（原則）	再発症状、心不全、血圧・脈拍、創部、服薬・出血、有害事象。	病態に応じて心電図、血算、腎・肝機能、電解質等。
4～6 週	病院／かかりつけ医	LDL-C 到達度、服薬継続、筋症状、肝障害徴候、血圧・糖尿病管理。	脂質プロファイルを再検。ACS は暫定 LDL-C < 70 mg/dL、最終 < 55 mg/dL を目指し治療強化を判断。
2～6 か月	かかりつけ医	症状、体重、家庭血圧、脈拍、服薬、出血、運動・禁煙。	状態安定まで概ね 1～2 か月ごと。血算、腎・肝機能、電解質、脂質等は薬剤・病態に応じ 2～4 か月ごとを目安。
3～6 か月	病院	症状・運動耐容能、危険因子、治療目標、DAPT 計画の再確認。	心電図、心エコー、負荷検査等は症状、LVEF、虚血・不整脈リスクに応じ選択。
8～12 か月	病院	目標達成、薬物療法、残存リスク、パス継続／終了。	CAG/CCTA は全例必須ではない。症状、虚血、高リスク解剖、複雑 PCI、担当医の事前計画に基づき実施。

検査の考え方 固定スケジュールで全検査を繰り返すのではなく、症状、身体所見、治療薬、腎機能、LVEF、虚血・不整脈リスクに応じて選択する。安定した無症候例に侵襲的検査を機械的に行わない。

3. 連携パスの具体的な使い方

1. **退院時情報**：病院は診断、PCI 日・デバイス、責任病変・残存病変、LVEF、合併症、薬剤、生活指導、脂質目標、次回受診を記入する。
2. **来院日**：初回入院の退院日を起点として記入する。予定と実績が異なる場合は実日付と変更理由を連絡事項に残す。
3. **自覚症状・検査値異常**：単に有・無をチェックするだけでなく、症状の内容、発症時刻・持続、誘因、バイタル、主要検査値を簡潔に記載する。
4. **検査項目**：当日施行した検査を記録し、結果の写しまたは主要値を共有する。異常があれば前回値との変化と対応を記載する。
5. **薬剤**：継続・中止・減量・増量・同効薬への変更を記入し、理由を明記する。抗血栓薬と脂質低下薬は予定外に変更せず、病院へ連絡する。
6. **次回受診**：次の担当医療機関と受診時期を患者に説明し、予約可能な場合は予約票を発行する。
7. **共有**：患者は連携パスとお薬手帳を携行する。病院・かかりつけ医は診察ごとに記入し、必要に応じ診療情報提供書を追加する。

3.1 退院時に病院が必ず明示する項目

- ☐ DAPT 薬剤名と予定期間／見直し時期、抗凝固薬の適応と併用計画。
- ☐ 抗血栓薬を休薬してはならない期間と、内視鏡・抜歯・手術時の連絡先。
- ☐ LDL-C 基準値、国内ガイドライン上の目標、地域 ACS プロトコール対象の有無と目標。
- ☐ 心不全・不整脈・残存虚血等に関する個別の警戒症状と受診基準。
- ☐ 病院外来日、かかりつけ医受診日、予定検査、パス終了の判定時期。

3.2 連絡方法

予定外の薬剤変更、再発を疑う症状、重大な検査異常、パス中止希望がある場合は、連携パスの連絡事項に記載し、診療情報提供書または地域連携室経由で当院循環器内科へ連絡する。緊急性が高い場合は FAX のみとせず、病院代表から循環器内科インチャージへ電話連絡する。

4. 専門医への連絡・再受診基準

区分	主な所見	対応
緊急	安静時胸痛／胸部圧迫感が持続・反復、冷汗、呼吸困難、意識障害・失神、ショック、重篤な不整脈、吐血・下血・頭蓋内出血疑い、急な片麻痺・構音障害。	119 または救急外来。病院へ電話連絡し、パス・薬剤情報を持参。
当日相談	新規または増悪する労作時胸痛、心不全徴候（呼吸困難、浮腫、急な体重増加）、持続する動悸、症候性徐脈／頻脈、血圧低下、明らかな貧血・腎機能悪化・電解質異常。	当院循環器内科へ当日電話相談。受診方法を確認。
早期予約	LDL-C 目標未達、FH 疑い、薬剤不耐、服薬中断、血圧・糖尿病・喫煙の管理不良、運動耐容能低下、検査値の緩徐な悪化。	数日～数週以内に病院外来または連携診療を調整。

4.1 心不全・BNP/NT-proBNP の扱い

BNP/NT-proBNP は診断補助、重症度・予後評価、治療反応の把握に有用だが、腎機能、年齢、心房細動、肥満、薬剤等の影響を受ける。全患者に一律の『管理目標値』を設定せず、症状・身体所見、胸部画像、心エコー、腎機能と、安定期の個人内基準値からの変化を統合して判断する。

重要 BNP/NT-proBNP の上昇のみで診断・薬剤変更を完結させない。新たな呼吸困難、浮腫、体重増加、低酸素、低血圧を伴う場合は、数値の程度にかかわらず早期に病院へ相談する。

5. 抗血栓療法管理

2017 年版の『DES は 12 か月、パスでは 8～9 か月』という一律運用は用いない。PCI 後の抗血小板療法は、日本版 HBR（高出血リスク）、血栓リスク、ACS／安定冠動脈疾患、ステント・手技、抗凝固薬の有無に基づいて病院が計画し、連携パスに終了予定または見直し時期を記載する。

5.1 抗凝固薬を使用しない場合

- HBR あり：DAPT 1～3 か月後に SAPT へ移行する戦略が基本。
- HBR なし：血栓リスクに応じ DAPT 3～12 か月。高血栓リスクでは延長を専門医が検討する。
- 期間は目安であり、出血と虚血のバランス、ACS か否か、複雑 PCI 等により個別化する。

5.2 心房細動等で抗凝固薬を使用する場合

- PCI 周術期は抗凝固薬＋DAPT の 3 剤となるが、原則としてアスピリン併用は 2 週間以内の短期間にとどめる。
- その後は DOAC（禁忌がなければ優先）＋P2Y12 受容体拮抗薬の 2 剤とし、標準的には 12 か月で抗凝固薬単剤へ移行する。出血リスクが非常に高い場合は 6 か月以降の単剤化を検討する。
- 血栓リスクが著しく高い場合は 3 剤併用 1～3 か月が許容されることがあるため、必ず病院の指示に従う。

5.3 休薬・変更時の原則

- 内視鏡、抜歯、手術予定が生じたら、処置科と循環器内科で出血・血栓リスクを評価する。患者判断で休薬しない。
- 抗血小板薬の代わりにヘパリンを用いてもステント血栓症予防効果は示されていない。独自の代替療法を行わない。
- 重大な出血、Hb 低下、転倒・頭部打撲があれば、緊急度を判断し直ちに病院へ連絡する。
- 処方変更時は薬剤名、最終服用日、変更理由、再開予定を連携パスに記録する。

病院記載欄 退院時に『DAPT 予定終了／見直し日』『抗凝固薬適応』『3 剤→2 剤→単剤の予定』『休薬相談先』を必ず明記する。記載がない場合は変更前に病院へ確認する。

6. 脂質管理プロトコール

草加市立病院 ACS 運用目標 高コレステロール血症を伴う ACS 患者は、LDL-C 55 mg/dL 未満かつ治療前から 50%以上低下を最終目標とする。国内ガイドラインの高リスク二次予防目標（70 mg/dL 未満）より厳格な運用であることを明確にする。

6.1 目標値の整理

対象	LDL-C	non-HDL-C	位置づけ
冠動脈疾患の二次予防（一般）	<100 mg/dL	<130 mg/dL	JAS 2022
ACS、FH、糖尿病、冠動脈疾患 +アテローム血栓性脳梗塞	<70 mg/dL	<100 mg/dL	JAS 2022 の高リスク二次予防
高リスク安定 CAD／中等度以上の虚血	<70 mg/dL かつ 50%以上低下	参考：<100 mg/dL	JCS 2022
草加市立病院 ACS 脂質管理プロトコール	最終<55 mg/dL かつ 50%以上低下 初回外来の暫定<70 mg/dL	参考：<85 mg/dL	2025 年開始の当院運用

6.2 ACS 脂質管理の標準フロー

- 入院直後：**脂質プロファイルを可能な限り早期に採血。最大耐用量のストロングスタチン+エゼチミブを開始する。
- 入院中：**食事・運動指導、服薬説明・患者資材提供、FH スクリーニングを実施。目標到達困難が予測される場合は PCSK9 関連注射薬導入を専門医が検討する。
- 初回外来（4～6 週を目安）：**LDL-C、アドヒアランス、有害事象を確認。暫定目標<70 mg/dL、最終<55 mg/dL。未達または到達困難ならインクリシランまたは PCSK9 阻害薬の導入／継続を専門医が判断する。
- 維持期：**目標到達後も治療を継続し、脂質値、服薬、注射予定、有害事象を共有。病院とかかりつけ医で 3～6 か月ごとを目安に確認する。

6.3 本プロトコールのストロングスタチン例

薬剤	本プロトコールの用量
ピタバスタチン	4 mg
ロスバスタチン	10 mg
アトルバスタチン	20 mg

用量はプロトコール原資料に基づく。年齢、腎・肝機能、相互作用、筋症状、既往歴を確認し、『最大耐用量』は患者ごとに判断する。スタチン不耐が疑われる場合も、自己判断で恒久中止せず、減量、薬剤変更、非スタチン薬の組み合わせを専門医と検討する。

6.4 脂質値の測定・計算

- 空腹時で $TG < 400 \text{ mg/dL}$ の場合、Friedewald 式 $LDL-C = TC - HDL-C - TG/5$ を使用できる。直接法も可。
- 随時採血または $TG \geq 400 \text{ mg/dL}$ では、LDL-C 直接法または $non-HDL-C = TC - HDL-C$ を用いる。著明な高 TG 血症では測定法の限界を踏まえ専門医へ相談する。
- non-HDL-C 目標は原則として LDL-C 目標 + 30 mg/dL を目安とする。

7. 生活指導・自己健康管理シート

心血管イベントの二次予防は薬物療法だけで完結しない。病院とかかりつけ医は、心臓リハビリテーションを軸に、患者が継続可能な行動目標を共同で設定する。

- 禁煙：すべての喫煙者に禁煙支援を行い、受動喫煙も避ける。
- 運動：退院時の運動処方・心臓リハビリテーション計画に従う。症状を伴う無理な運動は避ける。
- 食事：日本食パターンを基礎に、飽和脂肪酸・トランス脂肪酸、過剰な塩分・アルコールを控え、魚、野菜、全粒穀物、豆類を取り入れる。
- 体重・血圧：家庭で定期測定し、安定時からの変化を確認する。目標は年齢、フレイル、併存症に応じ個別化する。
- 服薬：お薬手帳を使用し、飲み忘れ、有害事象、処方変更を記録する。抗血栓薬・脂質低下薬を自己中断しない。
- ワクチン・併存症：糖尿病、CKD、心不全、睡眠呼吸障害、うつ等を包括的に管理する。

7.1 自己健康管理シートの記入

患者負担を増やしすぎず、まず日付、胸部症状、息切れ、体重、家庭血圧・脈拍、服薬の6項目から開始する。安定期の値を本人・家族と共有し、『いつ、どの症状で、どこへ連絡するか』を具体的に説明する。

継続のコツ 毎日すべてを埋めることより、症状や数値の変化を早く見つけ、受診時に伝えられることを優先する。記録できない日を責めず、患者ごとに重要項目を絞る。

8. 略語集

略語	意味
ACS	Acute Coronary Syndrome：急性冠症候群
PCI	Percutaneous Coronary Intervention：経皮的冠動脈インターベンション
DES / DCB	Drug-Eluting Stent / Drug-Coated Balloon：薬剤溶出性ステント／薬剤コーティングバルーン
DAPT / SAPT	抗血小板薬 2 剤併用療法／抗血小板薬単剤療法
OAC / DOAC	経口抗凝固薬／直接経口抗凝固薬
HBR	High Bleeding Risk：高出血リスク
FH	Familial Hypercholesterolemia：家族性高コレステロール血症
LDL-C / non-HDL-C	LDL コレステロール／総コレステロールから HDL-C を引いた値
PCSK9	Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9
CAG / CCTA	冠動脈造影／冠動脈 CT 血管造影
LVEF	Left Ventricular Ejection Fraction：左室駆出率

9. 参考文献・改訂履歴

下記の一次資料を参照し、本マニュアルの運用記載として要約した。参照日：2026 年 8 月 25 日。

1. 日本循環器学会. 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
2. 日本循環器学会. 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
3. 日本循環器学会. 2022 年 JCS ガイドライン フォーカスアップデート版 安定冠動脈疾患の診断と治療（2026 年更新・正誤反映）. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2022/03/JCS2022_Nakano.pdf
4. 日本循環器学会／日本心臓リハビリテーション学会. 2021 年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン. <https://www.j-circ.or.jp/guideline/guideline-series/>
5. 日本循環器学会／日本心不全学会. 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
6. 日本動脈硬化学会. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版（正誤表反映）. https://www.j-athero.org/jp/jas_gl2022/
7. European Society of Cardiology. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
8. ESC/EAS. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>
9. 院内資料：東部 ACS 脂質管理プロトコール_SMH_20250620（2025 年運用開始）. [院内保管資料](#)

改訂履歴

日付	版	文責	主な内容
2017-06-30	ver.0.0	稲垣	初稿
2017-07-31	ver.0.1	稲垣	運用調整
2017-09-12	ver.1.0	稲垣	初版
2026-08-25	ver.2.0	稲垣	関連ガイドライン、抗血栓療法、検査運用、草加市立病院 ACS 脂質管理プロトコールを反映

運用上の注意 ガイドライン改訂、薬剤適応・添付文書、地域連携パス本体、院内プロトコールの変更時には本マニュアルも見直す。薬剤名・用量は最新の添付文書および院内採用情報で確認する。