



患者さん・ご家族の方へ

相談窓口について

群馬大学医学部附属病院では、脳卒中や心臓病等の患者さんやご家族からの相談に対応する窓口を下記のとおり設置しています。

脳卒中・心臓病相談窓口について

脳卒中や心臓病等の一般的な情報提供、療養中の相談、後遺症やリハビリ、治療と仕事や学校の両立に関する相談について、院内の相談員が対応します。

相談内容については、秘密を厳守いたします。また、相談により不利益を受けることはありません。

なお、群馬大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センターでの相談（ホームページに記載がある窓口やメールでお受けいたします）は、医師による検査や診察といった診療を行うものではないことをご承知おきください。相談員による一般的な情報提供や相談支援を行います。内容によりましては医師、脳卒中や心臓病に対する資格を有しているスタッフと情報共有し、返答させていただきます。

〈ご利用について〉

受付日時：月曜日～金曜日 8:30～16:30(土日祝日・年末年始を除く)

受付場所：外来棟1階 患者支援センター 相談方法：対面面談・電話・メール 相談料：無料

• <https://gunma-heart-brain-support.org/initiatives/>



かかりつけ医の先生方へ

心不全に関するご質問・ご相談先 「ハートメール」開設のお知らせ

群馬県内かかりつけ医の先生向けに心不全に関するご質問・お問い合わせにお答えさせていただく窓口「ハートメール」を開設しております。群馬大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センターとの共同事業になります。

先生方の日常診療の中では、心不全に関連する診断や治療方針に迷う症例や、紹介すべきか迷うような症例が多数あるかと思えます。そのようなご相談を中心として、気になることがありましたら、ぜひお気軽にお問い合わせください。ようお願い申し上げます。なお、原則メールでの対応になりますので、緊急性のある相談には対応できかねますことを、予めご了承ください。

• <https://gunma-heart-brain-support.org/medical-relations/>

群馬県ACS-CCS 地域医療連携パス手帳

ACS: 急性冠症候群

CCS: 慢性冠症候群



＼ 受診時にお持ちください ＼

♡ 氏名

♡ 使用開始日

年 月 日～

作成：群馬大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター

本手帳の問い合わせ先

群馬大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター

(ぐんまのうしん) 住所 前橋市昭和町3-39-15

TEL 027-220-8536

URL <https://gunma-heart-brain-support.org/>



※本手帳は長崎県、岡山県などの全国の心臓病手帳を参考にして作成しています

群馬県ACS-CCS地域医療連携パス手帳 はあなたの治療を支える記録帳です

あなたの情報を伝えやすくなります

あなた自身の情報を記録しておくことで生活を支えるために必要なことを一緒に考えることができます。

病気の記録を次の診療に役立てることができます

入院や手術などの大きな出来事を記録することで、医療者が診療に必要な情報をすぐに把握できます。これらの情報を適切な医療につなげていきます。

治療目標の目線合わせができます

一般的な治療の指針(ガイドライン)の図を掲載しています。病気を予防するための大切な目安です。ぜひご自身でも意識して、目標を達成できるよう生活習慣の改善に努めましょう。ご自身の目標値がわからない時は先生に相談してみましょう。



群馬県ACS-CCS地域医療連携パス手帳

群馬県ACS-CCS地域医療連携パス手帳は、急性冠症候群(ACS)、慢性冠症候群(CCS)の患者さんに対する治療プロセスを標準化し、効率的かつ効果的なケアを提供するための診療計画書(クリニカルパス)です。

クリニカルパスは、治療、検査にあたって達成目標到達に対して標準化することが可能となり、医療の質の向上につながることが知られています。

この群馬県ACS-CCS地域医療連携パス手帳には、群馬県のACS-CCS地域医療連携クリティカルパスが記載されています。病院、クリニック受診時に、かかりつけ医または看護師さんにお渡しし、治療状況を記録してもらいましょう。この手帳を活用することで、治療目標の目線合わせ、治療状況が見える化され、治療結果の向上につながることが期待されます。

あなたの情報

あなたの情報			
フリガナ 氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女

緊急時の連絡先			
氏名			
続柄		連絡先	

かかりつけ医	
医療機関名	
医師名	

病院	
医療機関名	
医師名	

かかりつけ薬局	
薬局名	

介護認定			
要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5

ケアマネージャー			
氏名			
所属		連絡先	

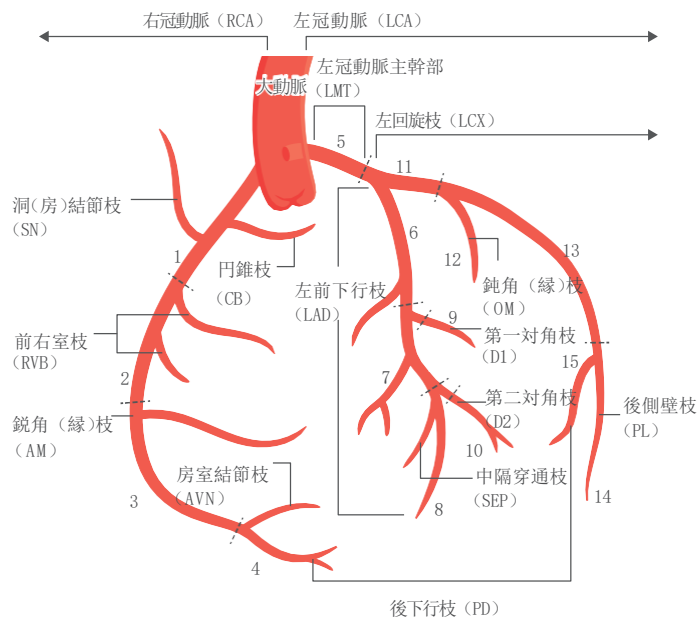
生活習慣病の記録			
病気の名前	治療をはじめた時期		
<input type="checkbox"/> 高血圧	年	月	日 (歳頃)
<input type="checkbox"/> 糖尿病	年	月	日 (歳頃)
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	年	月	日 (歳頃)

心臓病での入院の記録		
病気の名前	医療機関名	入院期間
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

その他の病気の記録		
病気の名前	医療機関名	発症した時期
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

◆ 病院での治療記録

PCI施行日	年 月 日
責任病変	<input type="checkbox"/> 右冠動脈 <input type="checkbox"/> 左主幹部 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 <input type="checkbox"/> 回旋枝
冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 家族歴
左室機能 EF	%
治療部位	※治療日・ステント留置部位・種類等を図示してください



備考欄

◆ 抗血小板薬・抗凝固薬連絡票

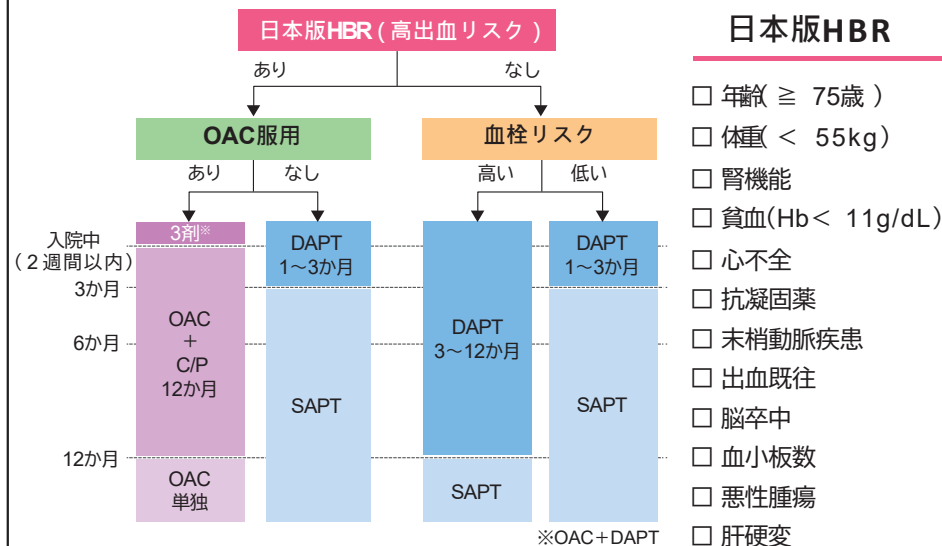
現在、下記の抗血小板薬・抗凝固薬を内服中です。

- バイアスピリン クロピドグレル
 プラスグレル その他()

将来の出血合併症の軽減のため、治療部位の仕上がりや患者さんのリスクを考慮し、以下の日程で減量または単剤(SAPT)への切り替えをお願いいたします。

年 月頃に、下記の抗血小板薬への変更をお願いいたします。
(DAPT か月間に相当します)

- バイアスピリン単剤 クロピドグレル単剤
 プラスグレル単剤 その他()
 抗凝固薬投与中(心房細動 人工弁 その他))



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

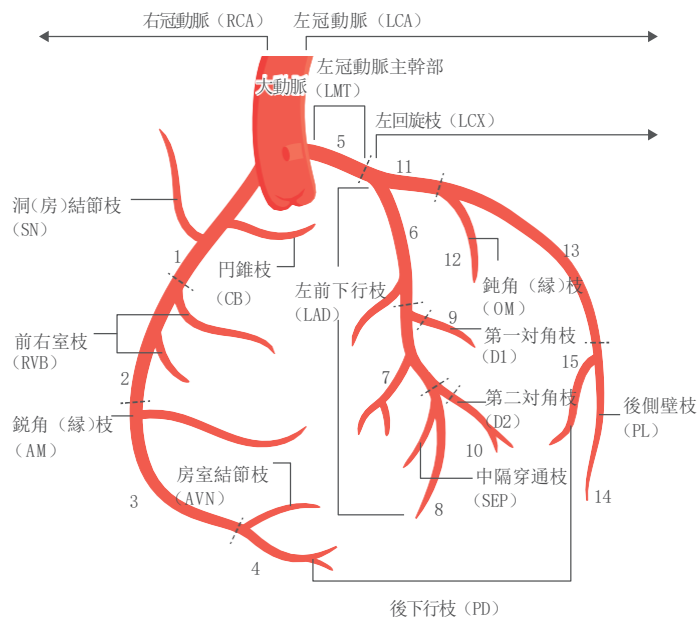
出典: 2020年JCSガイドラインフォーカスアップデート版
冠動脈疾患患者における抗血栓療法より引用

日本版HBR

- 年齢 ≥ 75歳
- 体重 < 55kg
- 腎機能
- 貧血(Hb < 11g/dL)
- 心不全
- 抗凝固薬
- 末梢動脈疾患
- 出血既往
- 脳卒中
- 血小板数
- 悪性腫瘍
- 肝硬変
- 手術予定
- 外傷
- その他)

◆ 病院での治療記録

PCI施行日	年 月 日
責任病変	<input type="checkbox"/> 右冠動脈 <input type="checkbox"/> 左主幹部 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 <input type="checkbox"/> 回旋枝
冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 家族歴
左室機能 EF	%
治療部位	※治療日・ステント留置部位・種類等を図示してください



備考欄

◆ 抗血小板薬・抗凝固薬連絡票

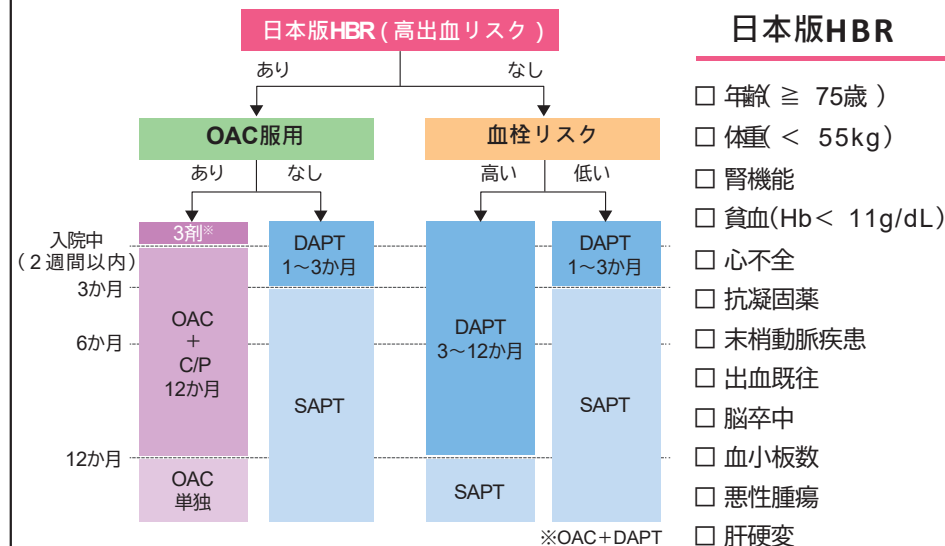
現在、下記の抗血小板薬・抗凝固薬を内服中です。

- バイアスピリン クロピドグレル
 プラスグレル その他()

将来の出血合併症の軽減のため、治療部位の仕上がりや患者さんのリスクを考慮し、以下の日程で減量または単剤(SAPT)への切り替えをお願いいたします。

年 月頃に、下記の抗血小板薬への変更をお願いいたします。
 (DAPT 月間に相当します)

- バイアスピリン単剤 クロピドグレル単剤
 プラスグレル単剤 その他()
 抗凝固薬投与中(心房細動 人工弁 その他))



日本版HBR

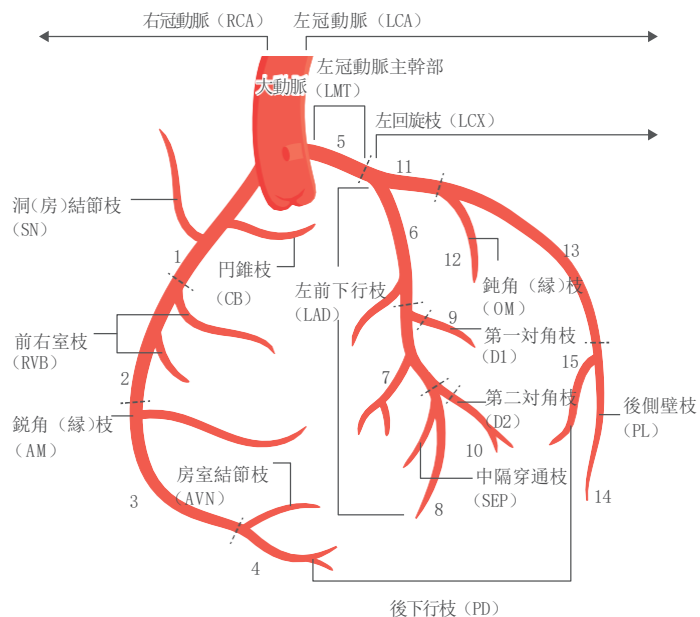
- 年齢 ≥ 75歳
- 体重 < 55kg
- 腎機能
- 貧血(Hb < 11g/dL)
- 心不全
- 抗凝固薬
- 末梢動脈疾患
- 出血既往
- 脳卒中
- 血小板数
- 悪性腫瘍
- 肝硬変
- 手術予定
- 外傷
- その他

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

出典: 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より引用

◆ 病院での治療記録

PCI施行日	年 月 日
責任病変	<input type="checkbox"/> 右冠動脈 <input type="checkbox"/> 左主幹部 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 <input type="checkbox"/> 回旋枝
冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 家族歴
左室機能 EF	%
治療部位	※治療日・ステント留置部位・種類等を図示してください



備考欄

◆ 抗血小板薬・抗凝固薬連絡票

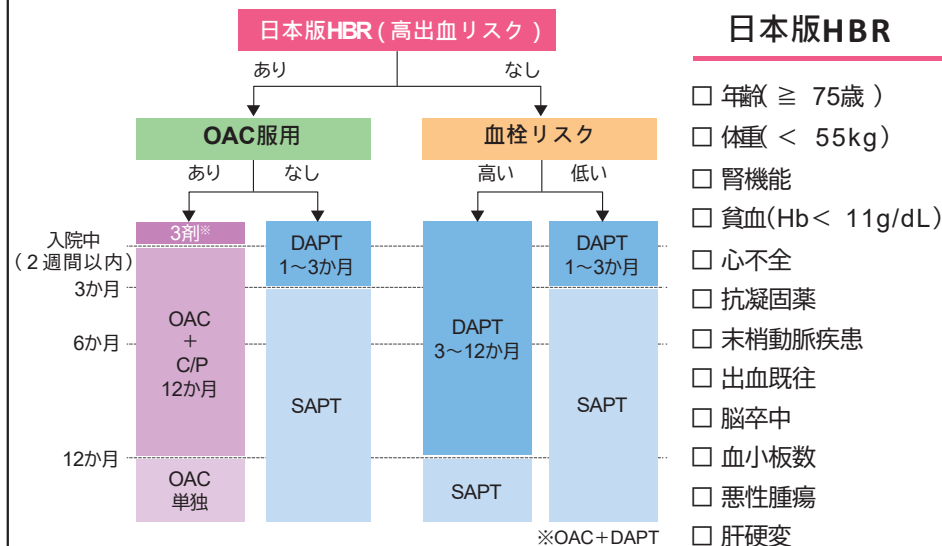
現在、下記の抗血小板薬・抗凝固薬を内服中です。

- バイアスピリン クロピドグレル
 プラスグレル その他()

将来の出血合併症の軽減のため、治療部位の仕上がりや患者さんのリスクを考慮し、以下の日程で減量または単剤(SAPT)への切り替えをお願いいたします。

年 月頃に、下記の抗血小板薬への変更をお願いいたします。
(DAPT か月間に相当します)

- バイアスピリン単剤 クロピドグレル単剤
 プラスグレル単剤 その他()
 抗凝固薬投与中(心房細動 人工弁 その他))



- 日本版HBR**
- 年齢 ≥ 75歳
 - 体重 < 55kg
 - 腎機能
 - 貧血(Hb < 11g/dL)
 - 心不全
 - 抗凝固薬
 - 末梢動脈疾患
 - 出血既往
 - 脳卒中
 - 血小板数
 - 悪性腫瘍
 - 肝硬変
 - 手術予定
 - 外傷
 - その他

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

出典: 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より引用

♡ あなたの目標値

LDL-C	治療前 ()mg/dl
	管理目標 ()mg/dl
HDL-C	治療前 ()mg/dl
	管理目標 ()mg/dl
中性脂肪 (T-G)	治療前 ()mg/dl
	管理目標 ()mg/dl

◆ メモ

群馬県ACS-CCS地域医療連携パス①

氏名:	診断時の病名:
生年月日: / /	
発症時年齢: 歳	その他の病名:

急性期病院:
ID:
かかりつけ医:

【管理目標】LDL-C:70mg/dL未満、HbA1c:7.0%未満
 (年齢なども考慮して判断)
 血圧:130/80mmHg未満(75歳未満)・140/90mmHg未満(75歳以上)
 ストロンクスチンを最大耐用量で継続する
 【治療方針】LDL-C:70mg/dL以上の場合は、下記に依り脂質低下療法を強化する
 ①エゼチミブ追加(10mgまたは配合剤) ②スタチンFH用量へ増量
 (適宜判断) ③PCSK9阻害薬の導入
 ※投薬内容の変更や有害事象などの連絡事項があれば、備考欄へ記入

		退院時	退院後1か月		退院後3か月	退院後6か月	退院後9か月	退院後12か月	退院後(年) 目
診察日		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記載施設		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	<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	<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
症状	胸痛・息切れなど	治療前 <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
LDL-C <input type="checkbox"/> FH	治療前 ()mg/dL	退院時 mg/dL	mg/dL		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
	管理目標()mg/dL								
HbA1c	治療前 ()%	退院時 %	%		%	%	%	%	%
	管理目標()%								
血圧 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	治療前 ()mmHg	退院時 mmHg	mmHg		mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
	管理目標()mmHg								
腎機能	クレアチニン/eGFR mg/dL mL/min/1.73m ²	/	/		/	/	/	/	/
	尿蛋白 定量 g/day または定性	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+		() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+
喫煙		入院前 <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
心房細動		入院前 <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
抗血小板 抗凝固薬		<input type="checkbox"/> 内服中			()年 ()月より、 (薬剤名:)の <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 変更(薬剤名:)				
備考欄									

群馬県ACS-CCS地域医療連携パス②

氏名:	診断時の病名:
生年月日: / /	
発症時年齢: 歳	その他の病名:

急性期病院:
ID:
かかりつけ医:

【管理目標】LDL-C:70mg/dL未満、HbA1c:7.0%未満
 (年齢なども考慮して判断)
 血圧:130/80mmHg未満(75歳未満)・140/90mmHg未満(75歳以上)
 ストロンクスチンを最大耐用量で継続する
 【治療方針】LDL-C:70mg/dL以上の場合は、下記に依り脂質低下療法を強化する
 ①エゼチミブ追加(10mgまたは配合剤) ②スタチンFH用量へ増量
 (適宜判断) ③PCSK9阻害薬の導入
 ※投薬内容の変更や有害事象などの連絡事項があれば、備考欄へ記入

		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診察日									
記載施設		<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	<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	<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	<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
症状	胸痛・息切れなど	<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
LDL-C <input type="checkbox"/> FH	治療前 ()mg/dL								
	管理目標()mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
HbA1c	治療前 ()%								
	管理目標()%	%	%	%	%	%	%	%	%
血圧 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	治療前 ()mmHg								
	管理目標()mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
腎機能	クレアチニン/eGFR mg/dL mL/min/1.73m ²	/	/	/	/	/	/	/	/
	尿蛋白 定量 g/day または定性	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+
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
心房細動		<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
抗血小板 抗凝固薬		<input type="checkbox"/> 内服中		()年 ()月より、 (薬剤名:)の <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 変更(薬剤名:)					
備考欄									

群馬県ACS-CCS地域医療連携パス②

氏名:	診断時の病名:
生年月日: / /	
発症時年齢: 歳	その他の病名:

急性期病院:
ID:
かかりつけ医:

【管理目標】LDL-C:70mg/dL未満、HbA1c:7.0%未満
 (年齢なども考慮して判断)
 血圧:130/80mmHg未満(75歳未満)・140/90mmHg未満(75歳以上)
 ストロングスタチンを最大耐用量で継続する
 【治療方針】LDL-C:70mg/dL以上の場合は、下記に従い脂質低下療法を強化する
 ①エゼチミブ追加(10mgまたは配合剤) ②スタチンFH用量へ増量
 (適宜判断) ③PCSK9阻害薬の導入
 ※投薬内容の変更や有害事象などの連絡事項があれば、備考欄へ記入

		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診察日								
記載施設		<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> 急性期病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医
症状	胸痛・息切れなど	<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
LDL-C <input type="checkbox"/> FH	治療前 ()mg/dL							
	管理目標()mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
HbA1c	治療前 ()%							
	管理目標()%	%	%	%	%	%	%	%
血圧 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	治療前 ()mmHg							
	管理目標()mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
腎機能	クレアチニン/eGFR mg/dL mL/min/1.73m ²	/	/	/	/	/	/	/
	尿蛋白 定量 g/day または定性	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+	() -・±・1+・2+・3+
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
心房細動		<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
抗血小板 抗凝固薬		<input type="checkbox"/> 内服中	()年 ()月より、 (薬剤名:)の <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 変更(薬剤名:)					
備考欄								

♡ 抗血栓薬の中止について

手術などに際して、抗血栓薬の中止が必要になることがあります。自己判断ではやめないようにしてください！

「出血リスク」：血を固まりにくくする抗血小板薬・抗凝固薬といった抗血栓薬の重大な副作用に「出血」があります。手術は出血を伴うこともあるため、場合によっては前もって薬を一時的に止めておく必要があります。しかし、全ての手術や処置において、必ずしも抗血栓薬を中止するとは限りません。

手術の際に、医師は患者さんの「出血リスク」と「血栓リスク」を踏まえて考えています。

♡ 歯科処置（抜歯、歯周外科手術、膿瘍切開、インプラント挿入）、白内障手術、気管支鏡など気管支生検、経気管支的針吸引など脊椎または硬膜外麻酔、腰椎穿刺、脊髄手術、頭蓋内手術、後眼房手術などは、出血リスクは低いと考えられており、抗血栓薬を服用した状態で手術・処置を行うことも多いです。

出典：日本糖尿病学会 編・著：2022年改訂版
非心臓手術における合併心疾患の評価と管理に関するガイドライン

♡ ガイドライン

脂質異常症

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値(mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150(空腹時) <175(随時) ^{***}	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120 <100*	<150 <130*		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテローム****を伴うその他の脳梗塞を含む）の既往	<100 <70**	<130 <100**		

- ♡ *糖尿病において、PAD、細小血管症（網膜症、腎症、神経障害）合併時、または喫煙ありの場合に考慮する。
- ♡ **「急性冠症候群」、「家族性高コレステロール血症」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む）」の4病態のいずれかを合併する場合に考慮する。
- ♡ 一次予防における管理目標達成の手段は非薬物療法が基本であるが、いずれの管理区分においてもLDL-Cが180mg/dL以上の場合は薬物治療を考慮する。家族性高コレステロール血症の可能性も念頭に置いておく。
- ♡ まずLDL-Cの管理目標値を達成し、次にnon-HDL-Cの達成を目指す。LDL-Cの管理目標を達成してもnon-HDL-Cが高い場合は高TG血症を伴うことが多く、その管理が重要となる。低HDL-Cについては基本的には生活習慣の改善で対処すべきである。
- ♡ これらの値はあくまでも到達努力目標であり、一次予防（低・中リスク）においてはLDL-C 低下率20～30%も目標値としてなり得る。
- ♡ ***10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。それ以外の条件を「随時」とする。
- ♡ ****頭蓋内外動脈の50%以上の狭窄、または弓部大動脈粥腫（最大肥厚4mm以上）
- ♡ 高齢者については出典元：第7章を参照
※LDL-C(悪玉コレステロール)、PAD(末梢動脈疾患)、TG(中性脂肪)

出典：日本動脈硬化学会 編；動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版



高血圧

降圧目標

診察室血圧 < 130/80 mmHg

家庭血圧 < 125/75 mmHg

- ・高値血圧（診察室血圧130～139/80～89 mmHg）で脳心血管病の発症が低・中等リスクの成人では生活習慣の修正を強化する。
- ・糖尿病，脳血管障害既往，HFpEF，蛋白尿陽性（随時尿で $\geq 0.15\text{g/gCr}$ ）のCKD，抗血栓薬服用中では積極的に達成を目指す。
- ・以下の場合，忍容性に注意しながら降圧目標の達成を目指す。

- 1) 75歳以上の高齢者：立ちくらみ，めまいなどに注意して慎重に降圧
- 2) 脳血管障害患者：神経症状に注意して慎重に降圧（両側頸動脈や脳主幹動脈に狭窄・閉塞がなければ積極的に降圧）
- 3) 蛋白尿陰性のCKD患者：腎機能低下に注意して慎重に降圧

上記達成のためには、生活習慣の改善や、薬物治療が必要です。

薬物治療に関しては、各種降圧薬の特徴ならびに禁忌や注意点があります。

医師は、個々の患者さんが合併する病態などを考慮して降圧薬を選択しています。

出典：日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編；高血圧治療ガイドライン2025など



糖尿病

コントロール目標値^{注4)}

目標	^{注1)} 血糖正常化を目指す際の目標	^{注2)} 合併症予防のための目標	^{注3)} 治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

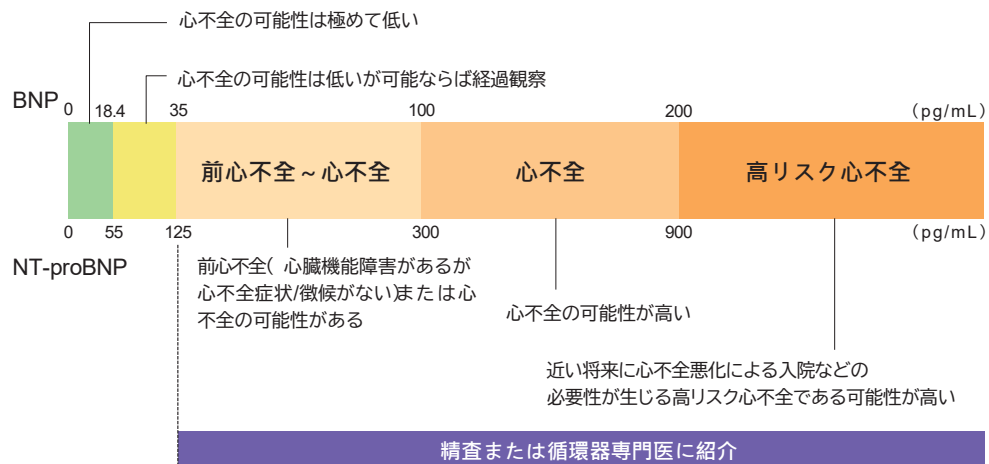
注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。

注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。注

4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

出典：日本糖尿病学会 編・著：糖尿病治療ガイド2022-2023, p34, 文光堂, 2022

心不全



出典:日本心不全学会 編
血中BNPやNT-proBNPを用いた心不全診療に関するステートメント2023年改訂版



BNP、NT-proBNPとは？

心臓を守るため心臓自身から分泌されるホルモンです。この数値を測定することで、心臓への負担の程度を大まかに知ることができます。心不全が出現したり、これまでよりも悪化すると数値が高くなります。結果の解釈には心電図やレントゲン検査、心臓超音波検査、心臓カテーテル検査など、他の検査も併せて必要になることがあります。

BNP、NT-proBNPの検査方法は？

検査項目として指定すれば、一般的な血液検査で測定することが可能です。

現在、心臓病で治療を受けている方へ

BNP、NT-proBNPはそれぞれの患者さんで最適な値が異なります。ご自身の数値の解釈については主治医の先生へご相談ください。

群馬県内特定エリアで進めている心不全発見の取り組み

基礎疾患をもつ患者さん

下記・1つ以上の基礎疾患 / 異常がある患者さん

- 高血圧
- 慢性腎臓病
- 心臓病
- 糖尿病
- 貧血
- 心房細動
- 心胸部比 > 50%
- 脂質異常
- パースメーカー
- 狭心症 / 陳旧性心筋梗塞

※すでにCOPDなどの肺疾患を併存する場合も本目安に合わせてご紹介ください

STEP 1 労作時息切れまたは下腿浮腫の有無

※心不全が疑われれば症状がなくてもNT-proBNP/BNPを測定ください

いずれか「あり」の場合

STEP 2 NT-proBNP/BNP測定

※必要に応じて胸部X線検査「心電図検査」を実施ください。

- NT-proBNP > 125pg/mL
- BNP > 35pg/mL

※NT-proBNPは生化学と同一採血管で測定可能です。高度の慢性腎臓病がある際にはBNPを考慮ください

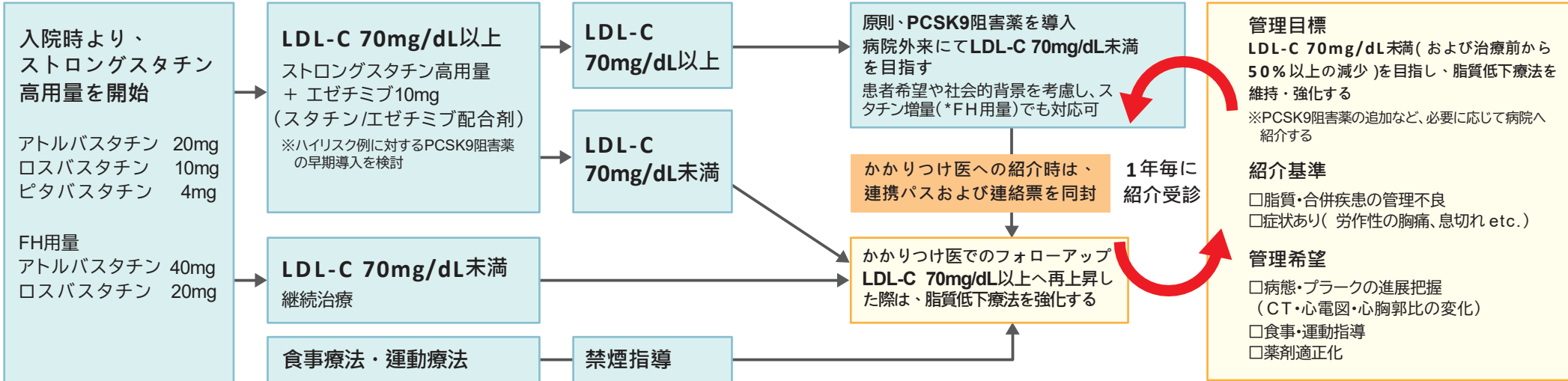
いずれかに「該当」する場合

STEP 3 専門医療機関へ紹介

入院中 退院後 慢性期の管理 (心血管イベント予防)

血液検査 (入院時、翌週、退院前) 血液検査 (退院後1、3、6、9、12か月後を目安) 血液検査 (定期的にかかりつけ医でフォローアップ)

入院時 1週目 退院前 1、3、6、9、12か月 1年～2、3、4、5年...



初診時の確認事項

FH (家族性高コレステロール血症) のスクリーニング検査

- LDL-C : $\geq 180\text{mg/dL}$
- アキレス腱肥厚: X線 (男性 8.0mm、女性 7.5mm)
超音波(男性 6.0mm、女性 5.5mm)
- 家族歴

フォロー時の注意事項

LH比(LDL-C値÷HDL-C値)

- 2.0～: 動脈硬化の疑い
- 2.5～: 心筋梗塞のリスクあり

管理目標

LDL-C : $< 70\text{mg/dL}$ (※ $\geq 70\text{mg/dL}$ になった場合に、以下を検討)
エゼチミブ未投与: エゼチミブ10mgの追加、もしくはPCSK9阻害薬の追加 (必要に応じて病院へ紹介)
エゼチミブ服用中: スタチン最大耐用量まで増量、もしくはPCSK9阻害薬の追加 (必要に応じて病院へ紹介)

Non-HDL : $< 100\text{mg/dL}$
HDL-C : $\geq 40\text{mg/dL}$
TG : $< 150\text{mg/dL}$ (空腹時)、 $< 175\text{mg/dL}$ (随時)
HbA1c : $< 7.0\%$
血圧 : 家庭血圧: $< 125/75\text{mmHg}$ 、診察室血圧: $< 130/80\text{mmHg}$

急性期リハビリ 回復期リハビリ 維持期リハビリ

備考欄

1 バスの管理目標を教えてください。

急性冠症候群の二次予防としては、血圧 <130/80mmHg、LDL-C < 70mg/dL、HDL-C ≧ 40mg/dL、TG < 150mg/dL、HbA1c < 7.0%が目標です。高齢者では血圧・HbA1cの目標は適宜ご検討ください。LDL-Cについては、急性冠症候群に加え、慢性冠症候群の二次予防として、<70mg/dL(および治療前から50%以上の減少)を目指すことが推奨されています。抗血栓治療薬を服用中の患者さんは130/80mmHgへの血圧管理が重要です。

2 LDL-C値の管理中の注意点はありますか？

急性冠症候群発症直後には、LDL-Cが平時より低下するため、過小評価されてしまうケースがあります。退院後1回目の測定時は、前回の測定時と比較してLDL-Cが変動することがあるので特に注意が必要です。また、スタチン服用後、LDL-Cが低下した後(約1-2か月後)に、LDL-Cが再上昇するエスケープ現象が起こることがあり、その後のイベント発症の独立した因子であることが報告されています。

3 LDL-C値が低ければ薬を減らしてもよいでしょうか？

日本循環器ガイドラインでは、LDL-C目標値達成ではなく、ストロングスタチン最大量投与が優先して推奨されています。有害事象に該当しない場合は原則として継続をお願いします。

4 スタチン関連有害事象の頻度と対応を教えてください。

スタチン関連有害事象による服薬継続困難理由は、筋障害(7.2%)、全身症状(2.3%)、肝障害(2.1%)と報告されています(日本動脈硬化化学会 スタチン不耐に関する診療指針 2018)。有害事象が生じた際には同診療指針のアルゴリズムに沿い、ご対応ください。スタチンによる筋有害事象の評価(血清CK値など)に基づき、カテゴリーA、Bに該当する方は、スタチンによる治療継続が可能であることがほとんどです。

5 LDL-C値が70~80mg/dL程度でもすぐに対応が必要でしょうか？

急性心筋梗塞の既往があること、ストロングスタチン最大量投与でもLDL-C値が十分低下していないことから、ハイリスク患者に該当すると考えます。エゼチミブ未投与であれば速やかな追加をお願いします。すでにエゼチミブを投与している場合はPCSK9阻害薬を検討しますので、再度ご紹介ください。

6 バスに基づいた薬剤投与はいつまで継続する必要があるでしょうか？

有害事象がなければ、少なくとも急性心筋梗塞発症後1年間は継続ください。1年後以降も可能なら同量で継続をお願いします。減量した場合もLDL-C値をフォローアップいただき、70mg/dLを超えた際には再増量をお願いします。PCSK9阻害薬についてもLDL-C値など確認いただいた上で、目標値に到達しなければ継続ください。

7 PCSK9阻害薬(注射薬)の導入が必要な時はどうすればよいでしょうか？

慢性期にLDL-Cが再上昇し導入を検討する場合は、紹介元のPCI実施病院で説明・導入および初回フォローアップを行いますのでご紹介ください。エボロコマブ(レパーサ)の薬価は、3割負担の場合、15,000円/月程度が目安です。高額療養費制度に該当する方は、最大で8,000円/回の自己負担に抑えることができます(70歳以上・住民税非課税世帯の場合)。インクリラン(レクビオ)の薬価は、3割負担の場合、投与1年目は33,000円/月換算(年3回投与)、2年目以降は22,000円/月換算(年2回投与)が目安です(74歳以下・年収770万円~、75歳以上・課税所得380万円~の場合)。高額療養費制度に該当する方は、1,500~20,000円/月換算の自己負担に抑えることができます(前記区分以外の場合 ※年齢・所得によって違いあり)。

注)ベムバド酸など新たな脂質異常症治療薬も登場してきました。最新ガイドラインなども参照ください。

8 高額療養費制度とはどのような制度でしょうか？

1か月の医療費の支払額(自己負担額)が限度額を超えた場合に、その超えた金額分の支給が受けられる制度です。自己負担額は、年齢や所得によって異なります。全ての方が制度の対象となるわけではありませんが、医療費が高額となった月に制度を利用できる場合があります。制度の対象となった場合や自己負担限度額の詳細については、「厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆さまへ」をご確認ください。

9 高額療養費制度以外に、医療費のサポートを受けられる制度はありますか？

医療費控除、付加給付(高額な医療費を支払った場合に一部を給付)などの制度があります。全ての方が制度の対象となるわけではなく、加入している保険によって利用できる内容が異なるため、ご自身の加入している医療保険にお問い合わせください。

10 抗体医薬と核酸医薬にはどのような違いがありますか？

また、核酸医薬のsiRNA医薬とmRNAワクチンにはどのような違いがありますか？
抗体医薬は、抗体を利用した医薬品で、抗原となるタンパク質に特異的に結合してその機能を阻害します。核酸医薬は、タンパク質だけでなくRNAを標的として疾患の原因にアプローチします。核酸医薬の中でも、siRNA医薬とmRNAワクチンでは、その作用機序や副作用が異なります。siRNA医薬は、疾患の原因となる標的タンパク質の発現を抑制する、二本鎖RNA製剤です。主な副反応として、注射部位反応が5%以上の割合で認められています。mRNAワクチンは、mRNAの供給による標的タンパク質の生成による抗体を惹起する、一本鎖RNA製剤です。主な副反応として、疼痛、疲労、頭痛、筋肉痛などが50%以上の割合で認められています。

11 EPAなどω3系不飽和脂肪酸の投与は推奨できますか？

各ガイドライン(急性冠症候群ガイドライン 2018年改訂版、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、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版)を参照いただき、必要症例には投与をご検討ください。近年、本邦ではEPA/AA比が低下していることにも注意が必要であり、急性冠症候群の発症と関連があるという報告もあります。

12 高齢者でも積極的な投与が必要でしょうか？

再PCIなどの侵襲的治療を避ける目的で、有害事象がなければバスに沿った対応をお願いします。低ADLや認知症がある場合、併存疾患のため予後不良である場合などは適宜ご判断ください。

13 急性心筋梗塞の再発はどのような機序で発生するのでしょうか？

PCIを実施した責任病変だけでなく、非責任病変の残存プラークも原因とされています。LDL-C値あるいはLDL-C/HDL-C比が低いほど、冠動脈プラークの退縮や安定化が得られる報告もあり、積極的な脂質低下療法が重要と考えます。

14 若年者でも心筋梗塞を発症することはありますか？

59歳以下の若年群では、男女ともに30年間一貫して発症率が増加し続けていることが報告されています。若年発症の背景として、食生活やライフスタイルの欧米化に伴い脂質異常症の罹患率が本邦で増加傾向にあることや、急性心筋梗塞発症者では喫煙率が高いことなどが関与していると考えられています。よって、若年からの生活習慣の是正が推奨されます。

15 心筋梗塞の発症に喫煙による影響はありますか？

喫煙は動脈硬化性疾患の主要な危険因子の1つであり、心血管疾患の再発率を高めることが報告されています。また、喫煙によりHDL-Cが低下し、禁煙することでHDL-Cが上昇することが認められているため、喫煙歴のある方に対しては禁煙指導や支援を行うことが推奨されます。

16 心筋梗塞の発症のリスクを軽減するために取り組めることはありますか？

禁煙や健康な食事、運動などを含む生活習慣の改善の遵守は心血管リスクへの重要な予防効果があります。ガイドラインでは、運動療法として1回30分間、週3回以上の有酸素運動トレーニングを行うことなどが推奨されています。詳細な処方を行うには心肺運動負荷試験(CPX)の確認が望ましいです。