

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

◆ 次 日 ◆

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・検査等にあたっての留意点

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)、 β 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、可能な限り処方を継続してください。

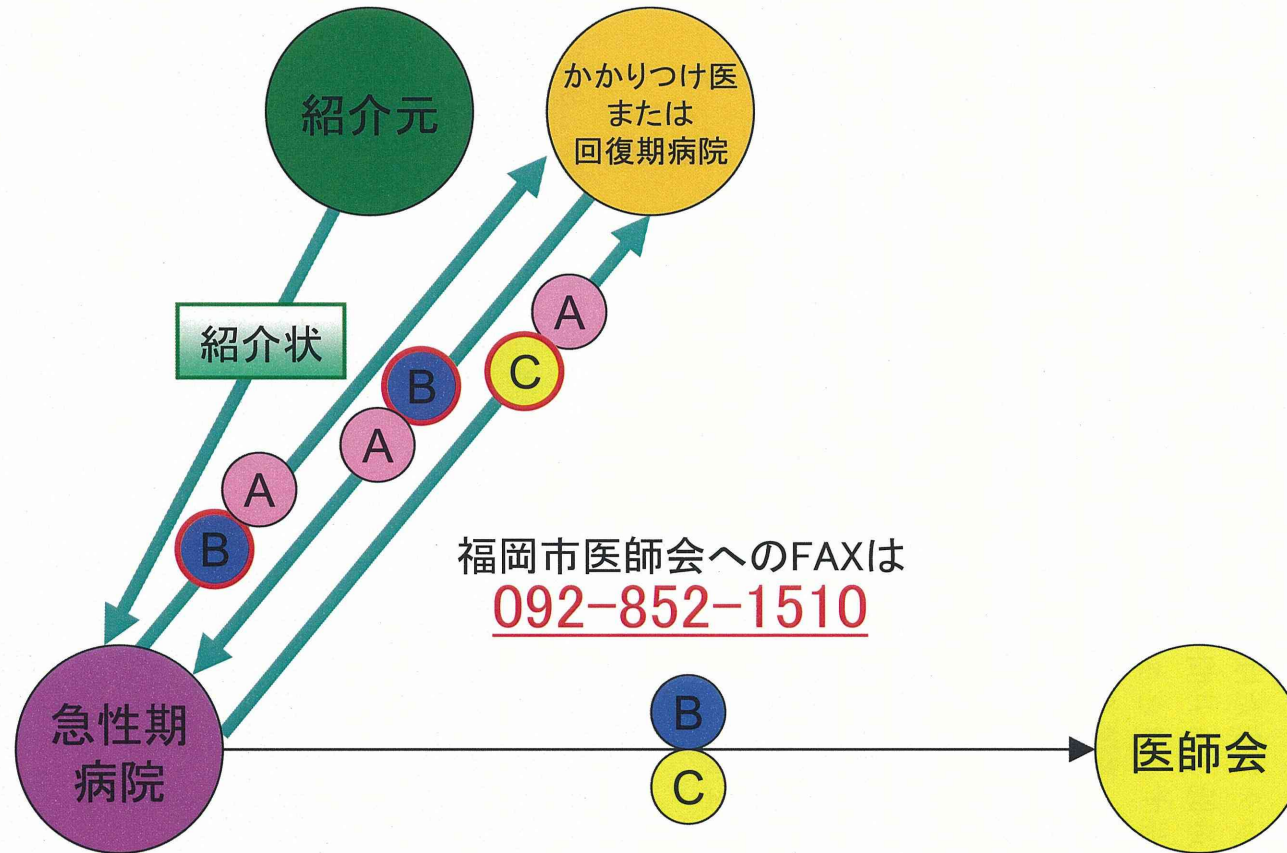
2) 検査

- 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



- A 診療情報提供書
 B 経過中パスシート(原本)
 C 終了時(1年後)パスシート(原本)
 ➡ 患者及び書類の流れ
- B 経過中パスシート(コピー)
 C 終了時(1年後)パスシート(コピー)
 ➡ コピー書類の流れ

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願います。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： _____