

心臓病手帳

第 1 版

～心臓病の記録～

受診時にお持ち下さい

長崎ACS三次予防協議会

心臓病手帳は、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

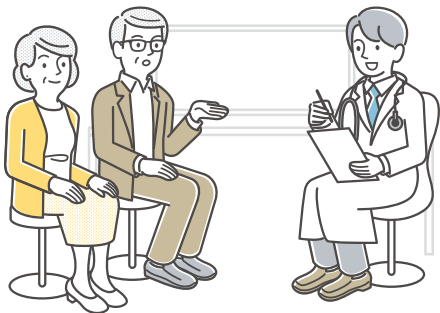
あなた自身の情報を記録しておくことで生活を支えるために必要なことを一緒に考えることができます。

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繋げて参ります。

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、目標が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かかりつけの先生にも相談してみましょう。



手帳を役立てるために

毎日記録しましょう

記録を続けることでご自身の振り返りとなり、健康によい生活習慣を身につけることに繋がります。

また、家庭血圧の変動は高血圧の診療でも特に大切です。正しくご自身の状態を伝えるためにもできるだけ毎日記録するようにしましょう。

体調の変化に早めに気づきましょう

毎日、ご自身の体調を確認し、不調のサインに気づいたら早めに医療機関に相談しましょう。早く対応することは重症化を防ぐことに繋がります。

質問をメモしておきましょう

日々の疑問やご家族からの相談があれば、ぜひこの手帳のメモ欄・通信欄をご活用ください。

医療機関を受診する際には必ず2冊の手帳をご提示下さい

私達医療者にとって、あなたの病気の記録や毎日の記録は重要な情報です。ご自身の情報を伝える際には、ぜひこの手帳をお役立てください。

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	治療を始めた時期			
☐ 高血圧	年	月	日 (	歳頃)
☐ 糖尿病	年	月	日 (	歳頃)
☐ 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

疾患情報

《記載例》

《虚血性心疾患》				
年月日	病 名	治療部位	自由記載欄	記載者印
20×× 2/16	☒ 狭心症 ☐ 急性心筋梗塞	左前下行枝 Ⅱ	ステント留置 2024/11 フォロー予定	印
/	☐ 狭心症 ☐ 急性心筋梗塞			
/	☐ 狭心症 ☐ 急性心筋梗塞			
/	☐ 狭心症 ☐ 急性心筋梗塞			
/	☐ 狭心症 ☐ 急性心筋梗塞			
/	☐ 狭心症 ☐ 急性心筋梗塞			
/	☐ 狭心症 ☐ 急性心筋梗塞			

《記載例》

《不整脈》 (カテーテルアブレーション・デバイス治療)				
年月日	病 名	治療内容	自由記載欄	記載者印
20×× 2/16	発作性心房細動	アブレーション	退院時 洞調律維持 20××/3月、11月 フォロー予定	印
/				
/				
/				
/				
/				
/				

疾患情報

《その他：弁膜症、心筋症、末梢動脈疾患、肺高血圧症など》

診 断 名	方針・フォローアップ予定	記載者印

《心不全》 基礎心疾患（ ）

入院期間	～	増悪因子
《退院時所見》	血圧 / mmHg ・ 脈拍 / 分	
体重 kg ・ 心胸郭比 % ・ EF %		
☐ BNP ・ ☐ NT-proBNP pg/ml		記載者印
自由記載欄		

入院期間	～	増悪因子
《退院時所見》	血圧 / mmHg ・ 脈拍 / 分	
体重 kg ・ 心胸郭比 % ・ EF %		
☐ BNP ・ ☐ NT-proBNP pg/ml		記載者印
自由記載欄		

入院期間	～	増悪因子
《退院時所見》	血圧 / mmHg ・ 脈拍 / 分	
体重 kg ・ 心胸郭比 % ・ EF %		
☐ BNP ・ ☐ NT-proBNP pg/ml		記載者印
自由記載欄		

入院期間	～	増悪因子
《退院時所見》	血圧 / mmHg ・ 脈拍 / 分	
体重 kg ・ 心胸郭比 % ・ EF %		
☐ BNP ・ ☐ NT-proBNP pg/ml		記載者印
自由記載欄		

高 血 圧

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人 *1 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) 冠動脈疾患患者 CKD 患者(蛋白尿陽性) *2 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	< 130/80	< 125/75
75歳以上の高齢者 *3 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり, または未評価) CKD患者(蛋白尿陰性) *2	< 140/90	< 135/85

*1 未治療で診察室血圧130-139/80-89 mmHg の場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者ではおおむね1ヵ月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて最終的に130/80mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療中で130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて最終的に130/80mmHg 未満を目指す。

*2 随時尿で 0.15 g/gCr 以上を蛋白尿陽性とする。

*3 併存疾患などによって一般に降圧目標が130/80mmHg未満とされる場合、75歳以上でも忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満を目指す。降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、降圧幅や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

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2019，ライフサイエンス出版，P53，図3-3



成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧(mmHg)			家庭血圧(mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I 度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II 度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III 度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立性)収縮期高血圧	≥180	かつ	<80	≥135	かつ	<80

診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

血圧分類	高値血圧 130-139/80-89 mmHg	I 度高血圧 140-159/90-99 mmHg	II 度高血圧 160-179/100-109 mmHg	III 度高血圧 ≥180/≥110 mmHg
リスク層				
リスク第一層 予後影響因子がない	低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、尿蛋白のあるCKDのいずれか、またはリスク第二層の危険因子が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

JALSスコアと久山スコアより得られる絶対リスクを参考に、予後影響因子の組合せによる脳心血管病リスク層別化を行った。層別化で用いられている予後影響因子は、血圧、年齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙、脳心血管病(脳出血、脳梗塞、心筋梗塞)の既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDである。

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2019 ライフサイエンス出版，P18 表2-5，P50 図3-2

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



脂質異常症

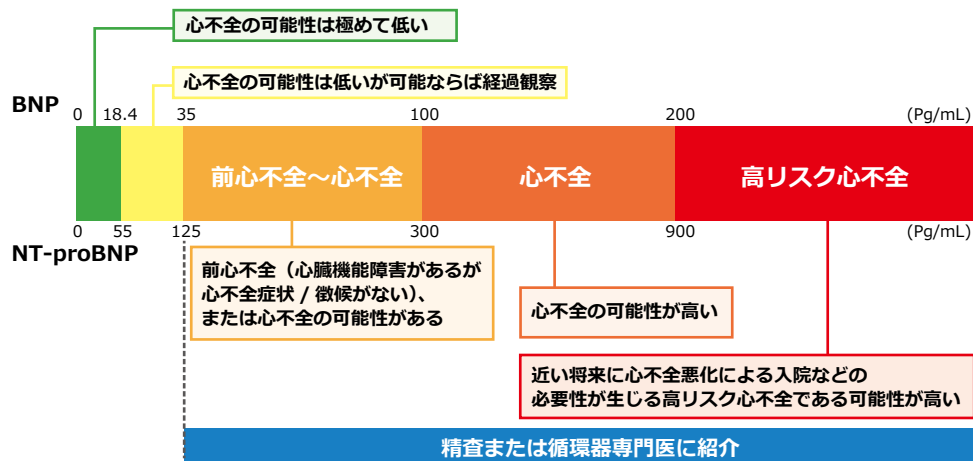
治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	IHDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	*** <150 (空腹時) <175 (随時)	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120 <100*	<150 <130*		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞 (明らかなアテローム***を伴うその他の脳梗塞を含む) の既往	<100 <70**	<130 <100**		

- * 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

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



心不全



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？

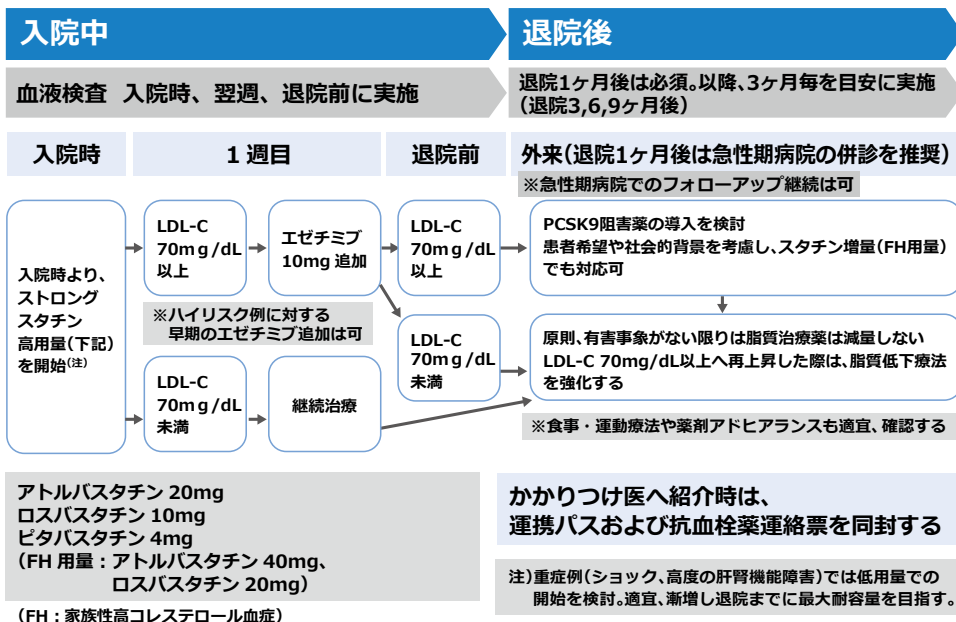
検査項目として指定すれば、一般的な血液検査で測定することが可能です。

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。



(運用フロー)



※ 補足事項

- ストロングスタチンを忍容可能な最大用量で継続する(かかりつけ医での初回処方時は症状詳記に継続処方である旨を記載する)
- LDL-C70mg/dL以上の場合、下記①→②→③に従い脂質低下療法を強化する。①エゼチミブ追加(最大10mg)、②スタチンFH用量へ増量(症状詳記必要)、③PCSK9阻害薬の導入(②・③は適宜、検討する)
- ①、②や生活指導に関わらず目標未達成で、PCSK-9阻害薬の導入を希望する際には、急性期病院へ紹介する。
- 血液検査項目：血球数、肝・腎機能、脂質(LDL-C、HDL-C、TG)、血糖(糖尿病患者はHbA1cも測定)、CK(有害事象確認のため)

長崎AMI二次予防クリニカルパス (FAQ)

No.	よくある質問	回 答
1	パス項目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。
2	LDL-C値が低ければ薬を減らしても良いのでしょうか？	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。
3	AMI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、残存プラークも原因とされています。LDL-C値が低いほど、冠動脈プラークの退縮や安定化が得られるとの報告もあり、積極的な脂質低下療法が重要と考えます。
4	LDL-C値が70~80mg/dL程度でも、すぐに対応が必要でしょうか？	AMI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いたします。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、再度ご紹介下さい。
5	PCSK9阻害薬(注射薬)の導入が必要な時はどうすればよいのでしょうか？	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・導入および初期フォローアップを行いますのでご紹介下さい。下記2剤が選択肢となります。 ・エボロクマブ(レパーサ)2週間または4週間に1回(自己注射)、3割負担で15,000円/月 程度 ・インクリシラン(レクビオ)初回3ヶ月後、以後半年毎(医療機関で注射)、3割負担で13万円/回 程度
6	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。
7	パスに基づいた薬剤投与はいつまで継続する必要があるのでしょうか？	有害事象がなければ、少なくともAMI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阻害薬についても最低1年間は継続をお願いします。
8	高齢者でも積極的な投薬が必要でしょうか？	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パスに沿った対応をお願いいたします。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。

(AMI:急性心筋梗塞、PCI:経皮的冠動脈形成術)

抗血小板薬投与期間の連絡票

年 月 日に

☐右冠動脈 ☐左冠動脈主幹部 ☐左前下行枝 ☐左回旋枝 ☐その他
に対して、経皮的冠動脈形成術を施行しております。

現在、下記の2剤の抗血小板薬(DAPT)を内服中です。

☐バイアスピリン、 ☐クロピドグレル、
☐エフィエント、

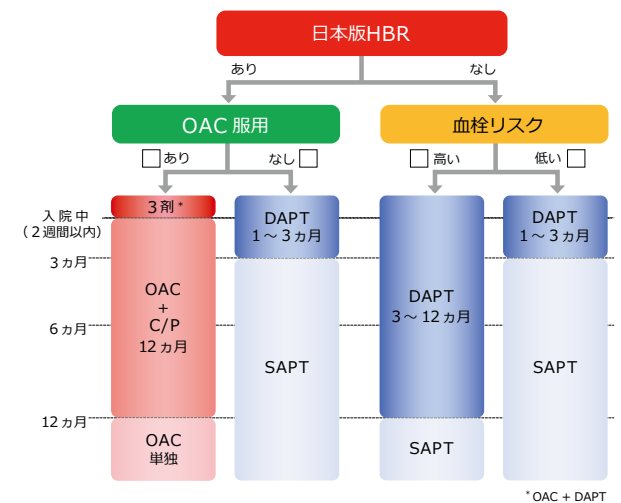
将来の出血合併症の軽減のため、治療部位の仕上がりや患者のリスクを考慮し、以下の日程で単剤(SAPT)への切り替えをお願い致します。

年 月頃に、抗血小板薬を2剤から、以下の1剤への変更をお願い致します。(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、
☐エフィエント単剤、 ☐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 単剤の場合には、投与可能であれば DOAC を推奨する。
C/P: クロピドグレル/プラスグレール、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: 日本循環器学会 編; 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 P19、図3 を改変

長崎急性心筋梗塞二次予防パス

	退院時			退院後1ヶ月			退院後3ヶ月			退院後6ヶ月			退院後9ヶ月		
診察日	年	月	日	月 日			月 日			月 日			月 日		
記載施設	急性期病院			☐ 急性期病院 ☐ かかりつけ医			☐ 急性期病院 ☐ かかりつけ医			☐ 急性期病院 ☐ かかりつけ医			☐ 急性期病院 ☐ かかりつけ医		
症 状	☐ 無	☐ 有 (退院前)	☐ 無 ☐ 有			☐ 無 ☐ 有			☐ 無 ☐ 有			☐ 無 ☐ 有			
喫 煙	☐ 無	☐ 有 (入院前)	☐ 無 ☐ 有			☐ 無 ☐ 有			☐ 無 ☐ 有			☐ 無 ☐ 有			
血圧管理	/ mmHg (退院前)			☐ 問題なし ☐ 問題あり			☐ 問題なし ☐ 問題あり			☐ 問題なし ☐ 問題あり			☐ 問題なし ☐ 問題あり		
LDL-C	入院時	mg/dl	退院時	mg/dl	mg/dl			mg/dl			mg/dl				
HbA1c	入院時	%		%		%			%			%			
抗血栓薬	かかりつけ医の先生へ)抗血小板薬連絡票を参照し減量後、チエックをお願いします→ □減量しました														
備考欄															

※1 管理目標:血圧130/80mmHg未満、LDL-C70mm/dl未満、HbA1c7.0未満(糖尿病患者のみ記載)
※2 投薬内容の変更などがあれば、備考欄へご記載ください

メモ