

健康で長生きするために

知っておきたい

# 循環器病あれこれ

94

上手にスムーズに治療を続けるために  
— 脳卒中の病診連携を中心に —



公益財団法人 循環器病研究振興財団

## はじめに

公益財団法人 循環器病研究振興財団 理事長 山口 武典

最近、「ヘルスコミュニケーション」の重要性が、よく指摘されるようになりました。

一見、難しそうですが、かみくだいていうと、「よし、きょうから、心機一転、健康的な生活に切り替えるぞ」という決断（意思決定）を促すきっかけ情報、を提供し、その決断を持続させて日々の行動を変容（変化）させ、結果として健康的なライフスタイルをしっかりと身につけていただくコミュニケーション戦略といってよいでしょう。

この戦略は、脳卒中や心臓病など循環器病の対策ではとくに大切で、重要な意味を持つようになってきました。

なぜなら、循環器病をもたらす危険因子は、すでに、おおむね明らかになっており、食生活、運動、喫煙など日々の生活習慣を見直し、改善し、それを続けることによって予防が可能だからです。

さらに、発病後の回復にも危険因子を避けるライフスタイルへの切り替えがポイントとなるからです。

日本人の死因の第1位はがんです。しかし、循環器病としてまとめて比較すると患者数、医療費は、がんを上回り、高齢社会がどんどん進む日本の健康・医療対策のうえで避けて通れない、大きな課題となっています。

かねてから、循環器病研究振興財団では、循環器病に対するヘルスコミュニケーションの役割を重視し、財団発足10周年を記念して〈健康で長生きするために 知っておきたい循環器病あれこれ〉をシリーズで刊行してきました。この冊子もすでに70号を超え、継続はまさに力だと実感しています。

執筆陣は、国立循環器病研究センターの医師とコメディカル・スタッフを中心に、最新の情報をできる限り、かみくだいて解説してもらっています。この冊子が、みなさんの健康ライフへの動機づけとなり、それを継続するためのよきアドバイザーとして広く活用されることを願っています。

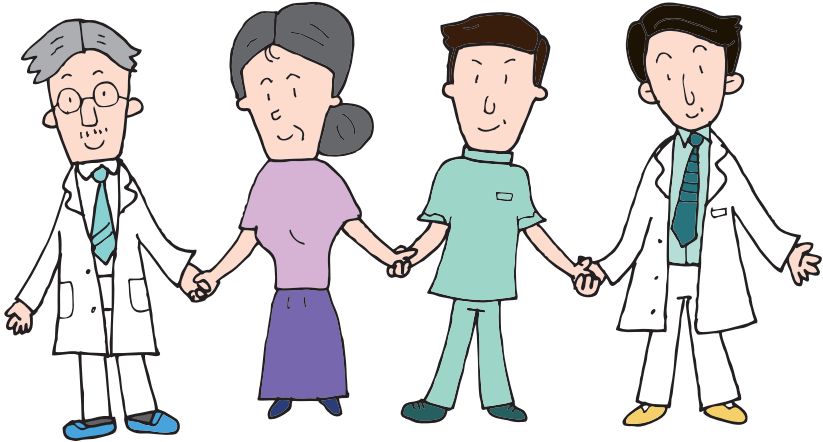
## 手を結ぶ「医の力」

かかりつけ医

患者

専門医

専門医



## もくじ

|              |    |
|--------------|----|
| 生活習慣病はどう進むのか | 2  |
| 病診連携とは       | 4  |
| かかりつけ医と専門医   | 4  |
| 紹介には二つのタイプ   | 5  |
| 脳卒中の段階（ステージ） | 7  |
| 大切な医療連携・地域連携 | 8  |
| 地域リハビリテーション  | 9  |
| 地域連携パスとは     | 10 |
| 退院後の生活のポイント  | 11 |
| 再発を予防する      | 13 |

# 上手にスムーズに治療を続けるために

## — 脳卒中の病診連携を中心に —

熊本市市民病院 診療部長、神経内科部長、地域医療連携部長

橋本 洋一郎

病院と診療所はどう違うのか？ 専門医とかかりつけ医は、どう役割を分担しているのか？ そんなこと、百も承知とおっしゃる方が多いかもしれません。

しかし、分かっているつもりでも、医療の仕組みの肝心な点が知識不足では、上手にスムーズに医療を受けることにはなりません。

医療を提供する側が、より質の高い医療をどこの病院でも受けられるように、どんな工夫をしているかも知っていただく必要があります。

ここでは、脳卒中になった場合を中心に、診療所と病院の役割、かかりつけ医と専門医の役割と連携、病院間の連携など、予防、治療、リハビリテーション（以後「リハビリ」）を効果的に進めるために、ぜひ知っておいてほしいことをまとめました。

実際に受診する場合に、これから解説するポイントをよく理解してくだされば、診療の流れにスムーズに乗ることができ、治療やリハビリの効果も上がるはずです。まず生活習慣病の話から始めます。

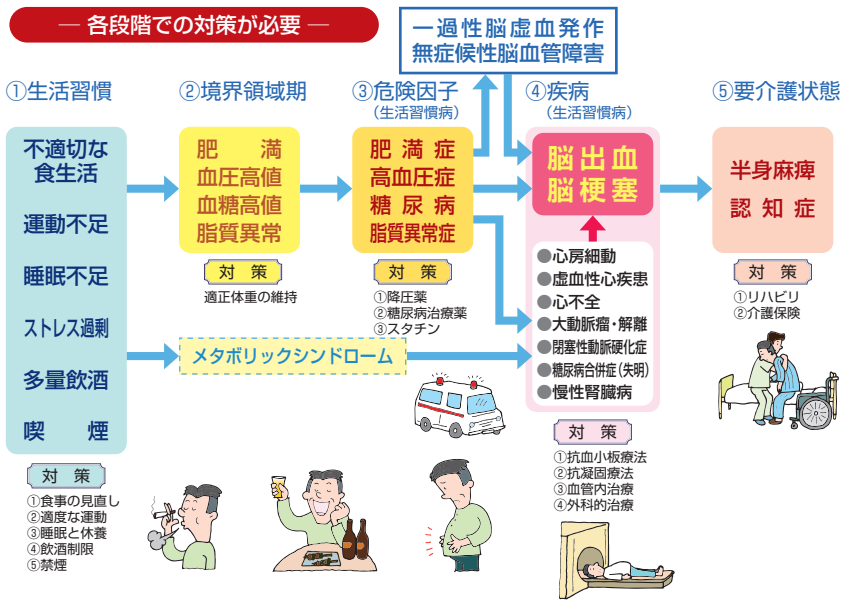
### 生活習慣病はどう進むのか

生活習慣病の進み具合は、5段階に分けられ、それに応じた対策が必要です。〈図1〉をご覧ください。

第1段階が不適切な食生活、運動不足、睡眠不足、大量飲酒、喫煙などの「不適切な生活習慣」です。第2段階は肥満、血圧高値、血糖高値、脂質異常など「境界領域」です。

さらに進んで、肥満症、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの「危険因子としての生活習慣病」が第3段階です。第4段階は脳卒中（脳出血

図1 生活習慣病の進展と対策 遺伝的要因や加齢で加速



や脳梗塞)、心房細動、虚血性心疾患、大動脈瘤・大動脈解離、閉塞性動脈硬化症、糖尿病合併症としての失明、慢性腎臓病などの「疾病としての生活習慣病」です。

また、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は2.5段階、脳梗塞の警告発作である一過性脳虚血発作(TIA)は3.5段階といえるでしょう。

生活習慣病の行き着くところは、半身麻痺（寝たきり）や認知症といった「要介護状態」の第5段階です。

脳卒中、虚血性心臓病など循環器病は第4段階となりますが、心房細動（不整脈）などの心疾患が脳梗塞の原因となり得ますので、脳卒中はより重く4.5段階とも考えられています。

多くの循環器病は、入院して治療を受けた後、自宅に帰ることができませんが、脳出血や脳梗塞などの脳卒中では、約半数の方がリハビリ専門病院などへ転院します。ですから、脳卒中では医療機関の連携が極めて重要です。

## 病診連携とは

通常、生活習慣病の第3段階までは、かかりつけ医で治療を受け、第4段階に進まないようにします。

一部の患者さんは、かかりつけ医からの紹介で、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの専門医を受診します。専門医は、これらの原因となっている特別な疾患がないかを確認、適切な治療方針を決めます。この方針をもとに、かかりつけ医での治療が続きます

専門医は病院に勤務している場合が多く、かかりつけ医は診療所で診察していることが多いので、かかりつけ医と専門医の連携を「病診連携」（病院と診療所の連携）と呼びます。

また第4段階になった場合は、専門医とかかりつけ医との緊密な連携によって、外来や入院で治療します。第5段階では施設や自宅での療養となり、多くはかかりつけ医による訪問診療が行われます。

## かかりつけ医と専門医

わが国では、専門医がかかりつけ医の役割を担っている場合がありますが、かかりつけ医と専門医の役割はどう違うのでしょうか。

〈表1〉に、患者が「かかりつけ医」を選ぶとき医師に求める役割と機能をまとめました。

住民の望むかかりつけ医は「病気や治療についてよく説明し、どんな病気でも診てくれて、自分の手におえない時はふさわしい専門医を紹介してくれる、近くのお医者さん」であり、また「病状が悪化した場合に適切な病院を紹介してくれる、気軽に専門医を紹介してくれる。24時間対応してくれる」ということも求められています。

「24時間対応」は「24時間中、安心」を提供してくれることであり、必ずしも24時間診察をしてくれることをさしているわけではありません。かかりつけ医の診察や電話相談ができない場合、かかりつけ医に代わって対応してくれる医師、病院、訪問看護師などへの連絡先が患者さんに

表1 患者が「かかりつけ医」を選ぶとき医師に求める役割と機能

- ① 近くにいること(自宅に近いこと)
- ② 十分に説明してくれること
- ③ どんな病気にでも対応してくれること
- ④ いつでも診てくれること
- ⑤ 必要な時にふさわしい医師を紹介してくれること(振り分け機能)

きちっと伝わっておればよいのです。

「専門医」は、かかりつけ医からの紹介で、自らの専門的知識・技能・見識を患者さんのために使い、かかりつけ医から相談のあったことに対して責任を負うことになります。

なんでも相談できるうえ、最新の医療事情に精通し、身近で頼りになる「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」が、かかりつけ医です。

普段はかかりつけ医による診療を受け、何かあった場合に専門医を受診するという「二段構え」の診療(二人主治医制と呼ばれることがあります)は、患者さん、かかりつけ医、専門医、それぞれに大きなメリットがあります。

## 紹介には二つのタイプ

わが国では、医療機関への「フリーアクセス」(希望する医療機関を原則として、制限を受けずに受診できること)が保障されているので、紹介状なしでも専門医を受診することが可能です。しかし、正確な診断と適切な治療を受けるには、かかりつけ医からの情報(診療情報提供書)が重要です。

救急受診で紹介状がない場合は、現在内服している薬のことを伝えてください。内服している薬が分かるだけでも、多くの情報を間接的に得ることができるからです。

紹介には二つのタイプがあります。

かかりつけ医からの紹介で専門医を受診し、指示をもらったうえで、

かかりつけ医へ戻る場合を「対診」(consultation)と言います。この場合、かかりつけ医が引き続き主治医です。

脳卒中を発症して、かかりつけ医から急性期病院への紹介、急性期病院からリハビリ専門病院への紹介は「転医」(referral)となり、主治医が替わっていきます。

紹介状を書いてもらって、他の施設を受診する場合、「対診」なのか「転医」なのか、目的をしっかりと理解し、分からない場合は確かめる必要があります。

また、専門医を受診したい場合も、かかりつけ医にそのことを伝えて、紹介状を書いてもらって受診したほうが、情報が多くて、専門医の方も診療が大変やりやすくなります。

〈表2〉に「新・医者にかかる10箇条」を示します。これは厚生省の研究班(患者から医師への質問内容・方法に関する研究、1998年)が、まとめたものを、ささえあい医療人権センター COML(コムル)が改定(項目9と10を改定)し、普及させているものです。これを参考にして、かかりつけ医との良好な関係をつくってください。

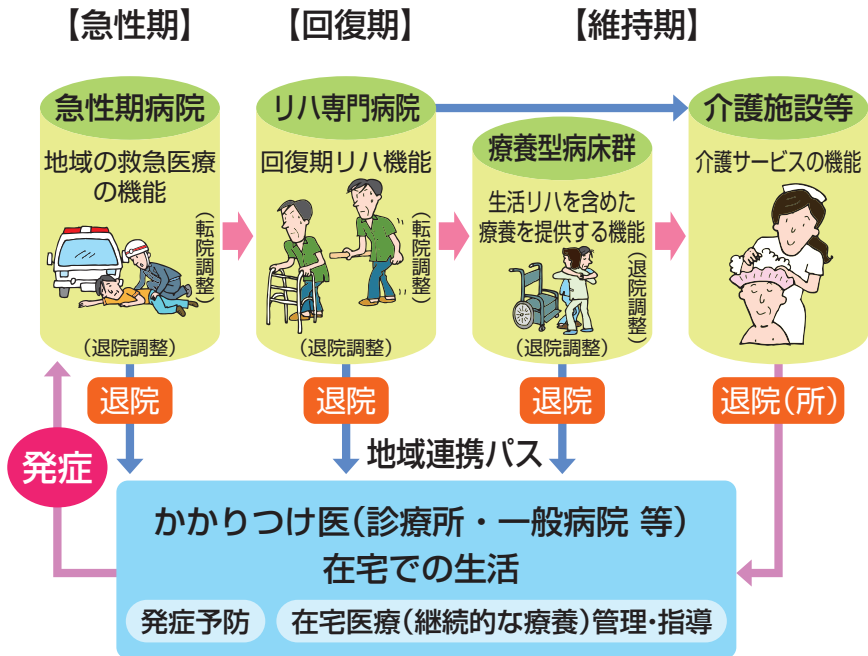
表2 新・医者にかかる10箇条 (COML\*版)  
<http://www.coml.gr.jp/10kajyo/index.html>

1. 伝えたいことはメモして準備
2. 対話の始まりはあいさつから
3. よりよい関係づくりはあなたにも責任が
4. 自覚症状と病気はあなたの伝える大切な情報
5. これからの見通しを聞きましょう
6. その後の変化も伝える努力を
7. 大事なことはメモをとって確認
8. 納得できないときは何度でも質問を
9. 医療にも不確実なことや限界はある
10. 治療方法を決めるのはあなたです

\*COML(コムル、Consumer Organization for Medicine & Law、医療と法の消費者組織)



図2 脳卒中医療連携体制



現在は、急性期病院やリハビリ専門病院に入院しても、最終的にはかかりつけ医に戻るようになってきています。

### 脳卒中の段階（ステージ）

脳卒中は、リハビリを行う視点から①急性期（期間に明確な定義はありませんが発症から2～3週以内）②回復期（発症2～3週から3～6か月以内）③維持期（おおむね6か月以降）の三つのステージに分けられます。〈図2〉に脳卒中診療の流れを示しています。

急性期病院に入院した軽症患者は、急性期治療を受けて退院し、自宅に戻ります。しかし、急性期病院に入院しても、回復期リハビリテーションの適応とはならない最重症患者（遷延性意識障害）は、急性期治療から直接、維持期ケアに移行します。

回復期リハビリは、急性期以降もリハビリを必要とする患者さんを対象に、回復期リハビリ病棟で集中的にリハビリを行います。そして、在宅医療についても考慮しながら、維持期リハビリ（療養型病院や老人保健施設など）へスムーズに移行できるようにします。

急性期チームから回復期チームへバトンタッチする時期は、発症から2～3週間程度たった時点が最適です。脳卒中では、このようなりハビリの連携が大変重要となります。

こうした機能分化と連携による「脳卒中診療ネットワーク」によって、急性期病院が救急車で運ばれた患者さんを断らなくてすむようになり、また十分な回復期リハビリを多くの脳卒中患者さんに受けてもらえるようになりました。

脳卒中の急性期医療、あるいは回復期リハビリを行う施設は、都道府県のホームページで公開されています。社団法人日本脳卒中協会のホームページで閲覧可能です（<http://jsa-web.org/stroke/hsp.html>）。

## 大切な医療連携・地域連携

脳卒中では、かかりつけ医と専門医の連携（病診連携）だけでは治療できず、急性期の専門病院と回復期のリハビリ専門病院（病院と病院の連携）、もしくは維持期の病院・施設との連携（医療と介護の連携）が必要となりますので、「医療連携」や「地域連携」と呼ぶ場合があります。

医療の高度化・専門化・機能分化が進む中で①良質で適切な医療の提供②地域の医療資源（施設、人材など）の有効活用③患者さん・家族と医療従事者の満足度を高めるなどの点から、医療連携・地域連携はますます必要となっています。

患者さんが、普段はかかりつけ医を受診し、必要なときに救急病院（急性期病院）を受診したり、紹介状をもらって専門病院を受診したりすれば、地域の医療資源を有効に活用できます。

「ガイドライン（診療指針）」や「院内クリティカルパス（診療計画表）」（注1）の登場によって、どこの病院で受診しても同じ水準の診療が受

けられる診療の標準化が進みました。また地域連携システムの構築や地域連携クリティカルパスの運用によって診療の「均てん化、〈注2〉」が図られてきました。

また救急隊と救急施設との病院前連携とともに、初期救急施設（入院や手術を伴わない一次救急を行う診療所や夜間休日診療所）、二次救急施設（入院や手術を要する患者に対応できる救急医療施設）、三次救急施設（二次救急まででは対応できない重篤な疾患や多発外傷に対する医療を行う救命救急センターや高度救命救急センター）の施設間連携も必要です（救急の連携）。

## 地域リハビリテーション

障害をもつ人々や高齢者が、住みなれた所で、そこに住む人々と共に、一生、安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療・保健・福祉および生活に関わるあらゆる人々が、リハビリの立場から行う活動のすべてを「地域リハビリ」といいます。

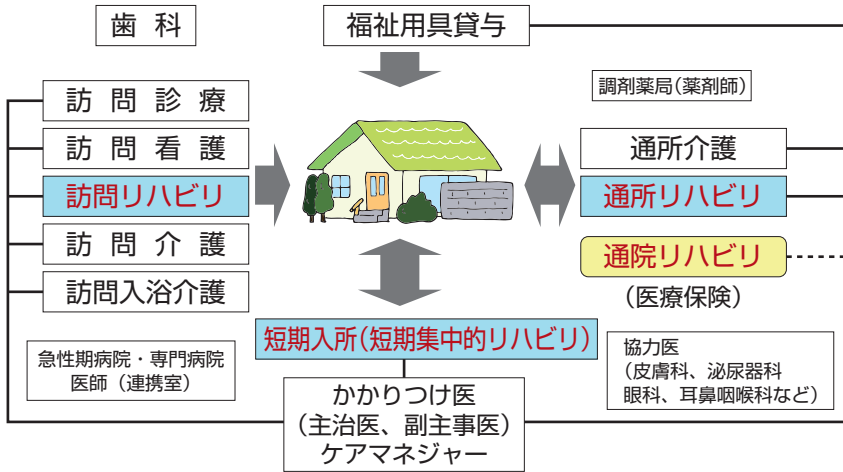
### 注1 クリティカルパス (critical pathway)

1950年代に米国の産業界で導入され、1980年代に米国の医療界で使われ出した後、1990年代に日本の医療にも導入された考え方です。医療分野のクリティカルパスは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表のことです。脳卒中診療でも医療を標準化し、チーム医療を実践するための手段として、診療計画表が活用されています。

### 注2 均てん化

均てん化とは、「均霑化」（生物がひとしく雨露の恵みにうるおうように、の意）と書き、平等に利益や恩恵が受けられるようにすることです。診療の均てん化とは、全国どこでも標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術などの格差の是正を図ることです。機能分化と連携による診療ネットワークの構築も、均てん化を進めるための一つの取り組みです。

図3 在宅ケアを支える仕組み



介護が必要な状態を減らし、要介護とならないよう予防するには、予防、急性期、回復期、維持期のそれぞれの段階でのリハビリを量、質の両面で、地域ごとに整備する必要があります。

脳卒中では多くは在宅での療養が一番長くなります。在宅ケアを支えるための仕組みを〈図3〉に示します。

### 地域連携パスとは

以前は、一つの病院ですべてを行っていましたが、医療が高度化したため、機能分化と連携が必要になってきました。その仕組みを患者さん・家族に理解してもらい、治療に積極的に参加してもらうために、地域連携クリティカルパス（地域連携パス）が登場してきました。

脳卒中診療では、「リハビリの継続性」と「治療の継続性」が必要です。患者さんが急性期病院に入院されると、地域全体で治療とリハビリを続けることを入院診療計画書と地域連携パスをもとに説明し、治療と連携が始まります。

脳卒中地域連携パスの役割は、患者さんに最終ゴール（達成目標）までの診療計画を説明し、目的をもって療養に臨んでもらうことと、急性

期病院から回復期や維持期、在宅になっても同様に良質なシームレスケア（継ぎ目のない医療や介護）を受けられることを理解してもらうことです。

脳卒中は、急性期は「疾病（病気）」、回復期は「障害」、維持期は「生活」と、病期によって患者さんが直面する課題が変化し、病期が変わるごとに診療するチームも変わります。多くの職種が関わる必要があり、また連携の範囲が広がるので、連携システムを構築するのは大変なことです。

脳卒中が再発し、治療の再スタートとなると、急性期施設に戻ることであります。退院し自宅に帰れば、かかりつけ医と専門医の病診連携による診療が再開されます。

## 退院後の生活のポイント

脳卒中発症後は、再発予防のために、治療とリハビリの継続が必要です。そこで脳卒中になった患者さんや家族向けの「脳卒中克服10か条」を社団法人日本脳卒中協会（<http://jsa-web.org>）が作成しました（表3）。

表3 脳卒中克服10か条(社団法人日本脳卒中協会)

|            |                    |
|------------|--------------------|
| ①生活習慣      | 自己管理 防ぐあなたの 脳卒中    |
| ②学ぶ        | 知る学ぶ 再発防ぐ 道しるべ     |
| ③服薬        | やめないで あなたを守る その薬   |
| ④かかりつけ医    | 迷ったら すぐに相談 かかりつけ   |
| ⑤肺炎        | 侮るな 肺炎あなたの 命取り     |
| ⑥リハビリテーション | リハビリの コツはコツコツ 根気よく |
| ⑦社会参加      | 社会との 絆忘れず 外に出て     |
| ⑧後遺症       | 支えあい 克服しよう 後遺症     |
| ⑨社会福祉制度    | 一人じゃない 福祉制度の 活用を   |
| ⑩再発時対応     | 再発か？ 迷わずすぐに 救急車    |

この10か条にそって、脳卒中患者さんの退院後の生活のポイントを解説しましょう。

- 1. 生活習慣：**再発予防には、禁煙、塩分・脂肪分控えめの食事、運動、節酒が重要です。
- 2. 学ぶ：**再発予防、後遺症対策、リハビリ、再発時の対応、薬の飲み方や副作用などについてよく理解することが大切です。
- 3. 服薬：**再発予防のために、必要に応じて抗血栓薬（抗血小板薬や抗凝固薬）、高血圧・糖尿病・脂質異常症治療薬の内服を継続することが不可欠です。  
スウェーデンの報告によると、脳卒中発症後2年の時点で退院時に処方された薬剤を継続して内服している患者さんの割合は、降圧薬74%、抗血小板薬（抗血栓薬）64%、スタチン（脂質異常症治療薬）56%、ワルファリン（抗血栓薬）45%と、かなり低いことが分かっています。（Glader, E. L. et al: Stroke 41 : 397, 2010）
- 4. かかりつけ医：**普段はかかりつけ医にきめ細かく診てもらい、必要に応じて、専門医に紹介してもらいましょう。
- 5. 肺炎：**肺炎は脳卒中後の主な死因の一つです。ワクチン、感染対策、誤嚥（誤って気道内に食物が流入すること）予防で、肺炎を予防しましょう。2011年には、脳卒中を抜いて、日本人の死因の第3位となりました。
- 6. リハビリテーション：**機能回復、機能低下の予防、社会復帰のために、リハビリテーションを継続しましょう。
- 7. 社会参加：**外出、旅行、患者会などへ参加、復職などによって、社会との絆を保ちましょう。
- 8. 後遺症：**うつ状態や痛み（しびれ）などの後遺症は、かかりつけ医に早めに相談し、改善を図りましょう。
- 9. 社会福祉制度：**介護保険、身体障害の認定など、社会福祉制度をうまく利用しましょう。

**10. 再発時対応：**脳卒中の再発率は高く、くも膜下出血、脳出血、脳梗塞の10年間の累積再発率は、それぞれ70%、56%、50%と報告されています。( Hata J, et al: J Neurol Neurosurg Psychiatry 76: 368-372, 2005)

再発予防と、再発時の迅速な治療が大切です。症状を覚えておき、疑われる場合は、すぐに救急車を呼びましょう。

表4 脳卒中予防10か条（社団法人日本脳卒中協会）

|     |                               |
|-----|-------------------------------|
| ①   | 手始めに <b>高血圧</b> から 治しましょう     |
| ②   | <b>糖尿病</b> 放っておいたら 悔い残る       |
| ③   | <b>不整脈</b> 見つかり次第 <b>すぐ受診</b> |
| ④   | 予防には <b>タバコ</b> を止める 意志を持って   |
| ⑤   | <b>アルコール</b> 控えめは薬 過ぎれば毒      |
| ⑥   | 高すぎる <b>コレステロール</b> も 見逃すな    |
| ⑦   | お食事の <b>塩分・脂肪</b> 控えめに        |
| ⑧   | 体力に 合った <b>運動</b> 続けよう        |
| ⑨   | 万病の 引き金になる <b>太りすぎ</b>        |
| ⑩   | <b>脳卒中</b> 起きたらすぐに 病院へ        |
| 番外編 | <b>お薬は</b> 勝手にやめずに 相談を        |

## 再発を予防する

再発予防に取り組むことも大変重要です。〈表4〉に「脳卒中予防10か条」を示します。これは発症予防を念頭においた標語ですが、再発の予防も基本的には同じです。

番外編として「お薬は 勝手にやめずに 相談を」が加えてあります。また、再発予防には抗血栓薬の継続も必要で、「抗血栓薬 勝手に止めれば 悔い残る」という標語もあります。これは循環器病全体に当てはまります。10か条のうち9項目について簡単に説明します。

**1. 高血圧：**脳卒中の中でも脳梗塞後の血圧管理は、発症から1か月

たってから積極的に行います。140/90mmHg未満が目標となります。

上腕で測る血圧計を購入し、毎朝起床後1時間以内、トイレをすませて、薬を飲む前、朝食前に1～2分間ゆっくり座って落ち着いてから測定します。その血圧を毎日、手帳に記入し、かかりつけ医に持っていきましょう。早朝、血圧が高いと脳卒中になりやすいと言われています。

**2. 糖尿病：**糖尿病では失明したり、透析が必要になったりしないように血糖コントロールをする必要があります。さらに、脳卒中予防のために血圧管理やLDLコレステロール（悪玉コレステロール）など他の脳卒中の危険因子の治療が重要となってきます。

**3. 不整脈（心房細動）：**心房細動を伴う脳梗塞では、再発予防には抗凝固薬による治療が必要です。

内服できる抗凝固薬はワルファリン（ワーファリン）しかありませんでしたが、2011年にダビガトランエテキシラート（プラザキサ）、2012年にリバーロキサバン（イグザレルト）が発売されました。

ワルファリン服用中は納豆、クロレラ、青汁、モロヘイヤなどの摂取はできませんでしたが、新薬は可能です。ただし腎臓の働きが悪いと薬が効きすぎるので注意が必要です。

それぞれの薬剤の特徴を生かして、また副作用を軽減させる工夫をして、内服を続けてください。

**4. 禁煙：**脳卒中後には禁煙は必須です。入院中には病院が禁煙のため、たばこを吸うことはありませんが、多くの方が「快気祝いの1本」で、喫煙者に逆戻りしてしまいます。退院後に禁煙が続行できないようであれば、禁煙外来で治療を受けましょう。

**5. 飲酒：**肝臓が悪くなければ、酒1合（あるいはビール中瓶1本）程度の飲酒は可能です。エネルギー源となりますので、適正体重を維持できていることも飲酒の条件となります。

**6. 脂質異常症：**LDLコレステロールが高い場合にはスタチンという薬剤で治療します。HDLコレステロール（善玉コレステロール）が低い、中性脂肪が高い場合には、まず体重を減らすようにしてください。



**7. 塩分制限：**1日の塩分摂取量は、高血圧がない場合には男性9g未満、女性7.5g未満、高血圧がある場合は6g未満です。

**8. 運動：**1日30分程度の早歩き散歩が推奨されていますが、脳卒中後遺症がある場合は、能力に応じて行います。厚労省が国民の健康増進策をまとめた「健康日本21」の1日あたりの歩く目標値は、成人（65歳未満）男性9,200歩、女性8,300歩、高齢者（65歳以上）の男性6,700歩、女性5,900歩となっており、これが一つの目安になります。

**9. 適正体重の維持：**体重を適正な値に維持することも大変重要です。肥満の場合には、3か月3kgの減量を心掛けてください（胴回りの周囲径が3cm減ります）。

腹部脂肪は1kgが約7,000kcalといわれています。30分余分に歩くとじっとしているのに比べて100kcalのエネルギーを消費できます。あとは1日130kcalの摂取制限をすれば、3か月3kgの減量が可能です。歩行が困難な場合は毎食、糖尿病食の1単位（80kcal）分の摂取を減らせば、1日240kcalのエネルギー摂取制限ができて達成可能です。

#### 付録 脳卒中週間標語（社団法人日本脳卒中協会）

|       |                                    |
|-------|------------------------------------|
| 2002年 | 「脳卒中 倒れる前に まず予防」<br>「逃すな前触れ 早めの受診」 |
| 2003年 | 「脳卒中 予防は日々の暮らしから」                  |
| 2004年 | 「脳卒中 予防は日々の暮らしから」                  |
| 2005年 | 「脳卒中 予防を支える 家族の目」                  |
| 2006年 | 「1分が 分ける運命 脳卒中」                    |
| 2007年 | 「脳卒中 素早い受診が 早める復帰」                 |
| 2008年 | 「おかしいぞ 何か変だぞ すぐ受診」                 |
| 2009年 | 「脳卒中 健康過信を ねらいうち」                  |
| 2010年 | 「長くて辛いリハビリよりも ちょっと控える塩と酒」          |
| 2011年 | 「脳卒中 決め手は予防と“もしや”の受診」              |
| 2012年 | 「脳卒中 予防と予兆が 鍵握る」                   |

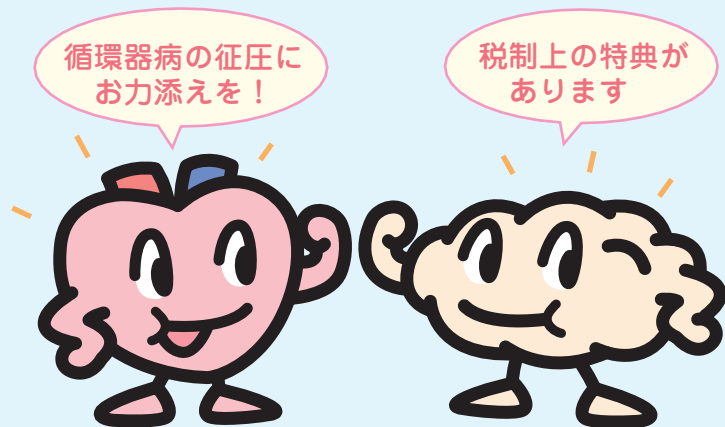
「知っておきたい循環器病あれこれ」は、シリーズとして定期的に刊行しています。国立循環器病研究センター正面入り口近くのスタンドと、2階エスカレーター近くのテーブルに置いてありますが、当財団ホームページ (<http://www.cvrif.jp>) でもご覧になれます。

郵送をご希望の方は、お読みにになりたい号を明記のうえ、返信用に「郵便番号、住所、氏名」を書いた紙と、送料として120円（1冊）分の切手を同封して、当財団へお申し込みください。（●印は在庫がない場合があります）

- 15 心臓リハビリのQ&A
- 16 脳卒中と言葉の障害
- 17 循環器病の食事療法
- 20 運動と循環器病
- 22 ストレスと循環器病
- 24 老化とほけ
- 26 人は血管とともに老いる
- 28 脳の画像検査で何がわかる？
- 30 めまいと循環器病
- 32 飲酒、喫煙と循環器病
- 34 心筋梗塞、狭心症(改訂版)
- 36 脳卒中予防の秘けつ
- 38 抗血栓療法の話
- 40 脳血管のこぶ — 脳動脈瘤
- 42 ここまできた人工心臓
- 45 妊娠・出産と心臓病
- 47 ペースメーカーと植え込み型除細動器
- 52 足の血管病 その検査と治療
- 54 心臓移植はみんなの医療
- 56 脳血管のカテーテル治療
- 58 メタボリックシンドロームって何？
- 60 再生医療 — 心血管病の新しい治療法
- 62 心筋症って怖い病気ですか？
- 64 心臓病の新しい画像診断
- 66 未破裂脳動脈瘤と診断されたら
- 68 認知症を理解するために
- 70 もやもや病って？
- 72 切らずに頸部の血管を治療
- 75 心不全 — 心臓移植や補助人工心臓が必要な場合 —
- 77 安全・安心の医療をめざして
- 81 脳卒中のリハビリテーション — 理学療法と作業療法 —
- 85 「脂質異常症」といわれたら — コレステロールと動脈硬化 —
- 87 腎臓病と循環器病 — 意外なかかわり —
- 89 足の血管病 閉塞性動脈硬化症 — 症状と治療法 —
- 91 心臓が大きいといわれたら
- 93 メタボリックシンドローム その対処法
- 14 〃沈黙の病気、を進める高脂血症
- 16 脳卒中のリハビリテーション
- 18 たばこのやめ方
- 21 動脈硬化
- 23 大動脈瘤とわかったら
- 25 循環器病と遺伝子の話
- 27 お子さんが心臓病といわれたら
- 29 心臓の検査で何がわかる？
- 31 川崎病のはなし
- 33 R I 検査で何がわかる？ (改訂版)
- 35 不整脈といわれたら(改訂版)
- 37 高脂血症 — 動脈硬化への道
- 39 いまなぜ肥満が問題なのか
- 41 弁膜症とのつきあい方
- 44 カテーテル治療の実際(改訂版)
- 46 急性肺血栓塞栓症の話
- 51 心臓手術はどれほど「安全・安心」ですか？
- 53 心不全治療の最前線
- 55 心臓発作からあなたの大切な人を救うために
- 57 大動脈にこぶ、ができたら
- 59 血液を浄化するには
- 61 高血圧治療の最新事情
- 63 脳梗塞の新しい治療法
- 65 まだ たばこを吸っているあなたへ
- 67 これからの国立循環器病センター
- 69 弁膜症と人工弁
- 71 危険な不整脈とその治療
- 73 子どもの心臓病
- 76 血管を画像で診る
- 78 肺塞栓症 — その予防と治療
- 83 筋・脳卒中のリハビリテーション — 話すこと、食べることの障害への対応 —
- 86 妊娠・お産と循環器病
- 88 脳卒中の再発を防ぐ
- 90 体を動かそう！ — 運動で循環器病予防 —
- 92 心筋梗塞が起こったら

循環器病研究振興財団は1987年に厚生大臣（当時）の認可を受けて設立された特定公益増進法人です。脳卒中・心臓病・高血圧症など循環器病の征圧を目指し、研究の助成や、新しい情報の提供・予防啓発活動などを続けています。

## 皆様の浄財で循環器病征圧のための研究が進みます



### 【募金要綱】

- 募金の目的 循環器病に関する研究を助成、奨励するとともに、最新の診断・治療方法の普及を促進して、国民の健康と福祉の増進に寄与する
- 税制上の取り扱い 会社法人寄付金は別枠で損金算入が認められます  
個人寄付金は所得税の寄付金控除が認められます
- お申し込み 電話またはFAXで当財団事務局へお申し込み下さい  
事務局：〒565-8565 大阪府吹田市藤白台5丁目7番1号  
TEL.06-6872-0010 FAX.06-6872-0009

### 知っておきたい循環器病あれこれ ⑨4

上手にスムーズに治療を続けるために

2012年9月1日発行

発行者 公益財団法人 循環器病研究振興財団

編集協力 関西ライターズ・クラブ 印刷 株式会社 新聞印刷

本書の内容の一部、あるいは全部を無断で複写・複製・引用することは、法律で認められた場合を除き、著作権者、発行者の権利侵害になります。あらかじめ当財団に複写・複製・引用の許諾をお求めください。



JCRF

公益財団法人 循環器病研究振興財団

協賛

順不同



第一三共株式会社



日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

sanofi aventis

サノフィ・アベンティス株式会社



田辺三菱製薬



この冊子は循環器病チャリティーゴルフ（読売テレビほか  
主催）と協賛会社からの基金をもとに発行したものです