

徳島脳卒中地域連携クリティカルパス

# 脳卒中あんしん連携 ノート



監修：徳島脳卒中シームレスケア研究会



徳 島 県

徳島脳卒中シームレスケア研究会

## 脳卒中あんしん連携ノートの使い方

- 脳卒中あんしん連携ノートは、脳卒中を経験した皆さんの**脳卒中再発(発症)予防と健康増進**のために作られました。
- ノートには、脳卒中の入院治療後(外来通院開始時)のからだの状態、検査結果、治療の内容、援助の必要性、これからの診療予定や生活の記録などが記載されます。
- 再発予防のための目標、生活の工夫、からだの調子などを**ご自身で記載**し、**6ヶ月後、1～2年後**を目安に、基礎疾患のコントロールについて担当医、専門病院の医師が評価します。
- 外来通院・歯科受診の際には、他の病気についての記録や手帳などとともに、**このノートを必ず持ってきてください。**
- 脳卒中を再発し、別の医療機関を受診した場合には、看護スタッフ、医師にこのノートを必ず提示してください。
- 脳卒中専門施設以外の病院・診療科に入院した場合(骨折、肺炎、精神科、眼科、内科など)は、看護スタッフや医師にこのノートを必ず提示してください。
- ノートをなくした場合は、担当医に相談してください。

## 脳卒中あんしん連携ノートの記載方法

ノートの中では、患者さんご自身、ご家族が記載するページと専門医・担当医の先生が記載するページ、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が記載するページがあります。

### 患者さん、ご家族が記載する項目（ページ）

- 「わたし自身のことについて」（P3）
- 「退院後の記録」（P12～19）  
体の調子や気づいたことについて記入しましょう。

### 専門医・担当医の先生が記載する項目（ページ）

- 「地域連携クリティカルパス（退院時基本情報）」（P6～9）は、退院時に急性期医療機関、回復期医療機関で記入もしくは地域連携クリティカルパスを貼付してください。
- 「退院後の記録」（P12～19）  
各項目及び担当医のコメント欄の記入をお願いします。

### 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の方が記載する項目（ページ）

- 「リハビリテーション日課表」（P10・11）は、退院後の運動の内容、生活の中でのリハビリについて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の方に記入をお願いします。

### 地域連携クリティカルパスとは……

急性期病院から回復期病院を経て、自宅までの切れ目のない治療を受けるための診療計画表のことで、治療に関わる医療機関で共有して用いるものです。

# 目 次

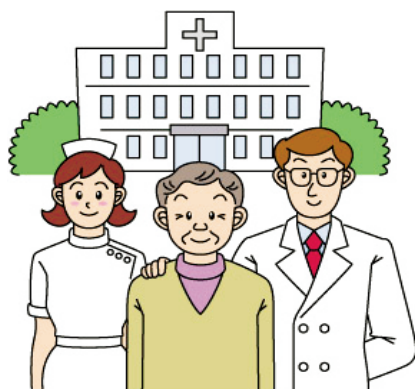
## 記 録 編

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 1. わたし自身のことについて          | 3  |
| 2. かかりつけの医療機関など          | 4  |
| 3. 脳卒中地域連携パス医療機関         | 5  |
| 4. 地域連携クリティカルパス(退院時基本情報) | 6  |
| 5. リハビリテーション日課表          | 10 |
| 6. 退院後の記録                | 12 |
| 7. 脳の正常解剖図譜              | 20 |

## 解 説 編

|                    |    |
|--------------------|----|
| 8. 脳卒中の医療連携について    | 24 |
| 9. 在宅生活を支える地域のサービス | 25 |
| 10. 脳卒中とは          | 28 |
| 11. 脳卒中が疑われる症状     | 29 |
| 12. 脳卒中の簡易発見法      | 30 |
| 13. 脳卒中になった時の治療    | 31 |
| 14. 脳卒中になった時の受診病院  | 32 |
| 15. 脳卒中の危険因子       | 33 |
| 16. 知っておくべき危険因子    | 34 |
| 17. 危険因子管理のコツ      | 43 |
| 18. 脳卒中と再発予防       | 44 |
| 19. 再発予防のための生活のヒント | 45 |
| 20. 廃用症候群を予防するために  | 47 |
| 21. リハビリと在宅治療      | 49 |
| 22. あなたと家族の皆様へ     | 64 |

# 記 録 編





## 1 わたし自身のことについて

ふりがな

☐ 氏 名

☐ 生年月日

明・大・昭・平 年 月 日（男・女）

☐ 住 所 （〒 - ）

☐ 電 話

自 宅 （ ）

携 帯 （ ）

☐ 緊急時連絡先（または勤務先名称）

電 話 （ ）

☐ アレルギー

☐ 今までにかかった病気

## 2 かかりつけの医療機関など

脳卒中で入院した病院

回復期リハビリで入院した病院

定期受診する専門病院

かかりつけ医（脳卒中のこと）

かかりつけ医（その他のこと）

かかりつけ薬局

担当ケアマネジャー

その他関係機関



### 3 脳卒中地域連携パス医療機関

|                      |   | 機関名・住所<br>電話番号・ファックス番号 | 診療科<br>担当医師氏名 | 記入日 |
|----------------------|---|------------------------|---------------|-----|
| 診療<br>計画<br>管理<br>病院 | 1 |                        |               |     |
|                      | 2 |                        |               |     |

※退院後の診療予定を計画し，診療データの管理を行う急性期医療機関あるいは，回復期医療機関

|                              |   |  |  |  |
|------------------------------|---|--|--|--|
| 診療<br>計画<br>実<br>施<br>施<br>設 | 1 |  |  |  |
|                              | 2 |  |  |  |
|                              | 3 |  |  |  |
|                              | 4 |  |  |  |

※退院後の診療計画に沿って，日常の外来診療を行う医療機関

|              |                                |     |                              |                                        |      |                              |     |   |
|--------------|--------------------------------|-----|------------------------------|----------------------------------------|------|------------------------------|-----|---|
| フリガナ<br>氏 名  | 様                              |     |                              | 性                                      | 生年月日 |                              |     | 生 |
| 診断名<br>(部 位) |                                |     |                              | 既 往 症                                  |      |                              |     |   |
| 初発/再発        | 回目                             |     |                              | 治療法                                    |      |                              | 発症日 |   |
| アレルギー        |                                |     |                              | 手術日                                    |      |                              | 入院日 |   |
| 入院時状況        | <input type="checkbox"/> NIHSS | /42 | <input type="checkbox"/> mRS | <input type="checkbox"/> Barthel Index | /100 | <input type="checkbox"/> JCS |     |   |

|                                                |                                 |                                |        |
|------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------|
|                                                | ステップ1(ADL全介助レベル)                | ステップ 2 (ベッド上動作レベル)             | ステップ 3 |
| 次<br>ス<br>テ<br>ッ<br>プ<br>へ<br>の<br>達<br>成<br>度 | <input type="checkbox"/> ベッド上臥床 | <input type="checkbox"/> 寝返り   | 開始日    |
|                                                |                                 | 介助度:                           | 介助度:   |
|                                                | <input type="checkbox"/> ギャッチ座位 | <input type="checkbox"/> 起き上がり | 開始日    |
|                                                | 介助度:                            | 介助度:                           | 介助度:   |
|                                                |                                 | <input type="checkbox"/> 端坐位   | 開始日    |
|                                                | 介助度:                            | 介助度:                           | 介助度:   |

|     |       |   |
|-----|-------|---|
| 発症前 | ステップ【 | 】 |
|-----|-------|---|

### 発 症 前 情 報

|            |           |
|------------|-----------|
| 生活場所:      | ( )       |
|            | 人暮らし      |
| キーパーソン:    |           |
| 介護認定:      | ( )       |
| 身障手帳:      | ( )       |
| 寝たきり度:     | 認知症老人自立度: |
| 担当ケアマネジャー: |           |

|             |     |     |
|-------------|-----|-----|
| A<br>D<br>L | 食事: |     |
|             | 排泄: |     |
|             | 更衣: |     |
|             | 入浴: |     |
|             | 移動: |     |
|             | 整容: |     |
| 日常生活機能評価    |     | /19 |

|                  |      |  |
|------------------|------|--|
| 家<br>屋<br>構<br>造 | 建物:  |  |
|                  | 階段:  |  |
|                  | 手すり: |  |
|                  | 寝具:  |  |
|                  | トイレ: |  |
| 職業               |      |  |
| かかりつけ 医          |      |  |
| かかりつけ 歯科医        |      |  |
| 紹 介 医            |      |  |

|                                        |                |       |       |
|----------------------------------------|----------------|-------|-------|
| 転院時状態 ( ) …転院日                         |                |       |       |
| 合併症:                                   |                | JCS:  |       |
| 監視・抑制:                                 |                | 認知症:  |       |
| 行動障害:                                  |                |       |       |
| 栄養投与:                                  |                |       |       |
| 嚥下障害:                                  | 嚥下-NST・PEG 記載: |       |       |
| 高次脳機能:                                 |                | 言語障害: |       |
| ADL動作:                                 | 介助度            | コメント  |       |
| 食 事                                    |                |       |       |
| 入 浴                                    | 最終実施日:         |       |       |
| 排 泄                                    | 最終排便日:         |       |       |
| 移 動                                    |                | 補装具:  |       |
| 更 衣                                    |                |       |       |
| 整 容                                    |                |       |       |
| 経 過                                    |                |       |       |
| (評価日)                                  |                |       | 月/日   |
| <input type="checkbox"/> NIHSS         |                |       | /42   |
| <input type="checkbox"/> mRS           |                |       |       |
| <input type="checkbox"/> FIM           |                |       | /126  |
| <input type="checkbox"/> 日常生活機能        |                |       | /19   |
| <input type="checkbox"/> Barthel Index |                |       | /100  |
| <input type="checkbox"/> Br.Stage      |                |       | Stage |
| <input type="checkbox"/> 体重            |                |       | Kg    |
| <input type="checkbox"/> シャントバルブ       | 品名             |       | 圧     |
| <input type="checkbox"/> rt-PA         | 効果             |       |       |
| <input type="checkbox"/> ワーファリン        | PT-INR目標値      |       |       |
| (評価日)                                  |                |       | 月/日   |
| (実測値)                                  |                |       |       |
| LDL-C                                  | mg/dl          | TG    | mg/dl |
| HbA1C                                  | %              | ALB   | g/dl  |

脳卒中地域連携パス貼付欄

連携パスを貼付するかまたは直接記入して下さい。

|                              |             |  |                               |                                        |                                 |
|------------------------------|-------------|--|-------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| 年齢                           | 現病歴         |  |                               |                                        |                                 |
|                              | 転院時<br>薬物療法 |  |                               |                                        |                                 |
|                              | 感染症         |  |                               |                                        | 結核                              |
|                              | (入院後感染症)    |  |                               |                                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> GCS |             |  | <input type="checkbox"/> WFNS | <input type="checkbox"/> Hunt & Kosnik | <input type="checkbox"/> Fisher |

| (車いすレベル) |                                | ステップ 4 (歩行可能レベル) |                               | ステップ5 (応用歩行可能レベル) |  |
|----------|--------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------|--|
| 開始日      | <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 | 開始日              | <input type="checkbox"/> 階段昇降 | 開始日               |  |
| 介助度:     |                                | 介助度:             |                               |                   |  |
| 開始日      | <input type="checkbox"/> 杖歩行   | 開始日              | <input type="checkbox"/> 屋外歩行 | 開始日               |  |
| 介助度:     |                                | 介助度:             |                               |                   |  |
| 開始日      | <input type="checkbox"/> 独歩    | 開始日              |                               |                   |  |
| 介助度:     |                                |                  |                               |                   |  |

| コメント |
|------|
| :    |
|      |
|      |
| :    |
|      |
| :    |
|      |
| :    |
|      |
| :    |
|      |

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| 最終到達<br>(できるADL) | ステップ【 <input type="text"/> 】 |
|------------------|------------------------------|

| 転 院 時 情 報      |                                |
|----------------|--------------------------------|
| 生活場所:          |                                |
| 生活場所:          |                                |
| 復帰予定日          |                                |
| かかりつけ医:        |                                |
| 担当ケアマネジャー:     |                                |
| 介護認定:          | ( <input type="text"/> )       |
| 身障手帳:          | ( <input type="text"/> )       |
| 寝たきり度:         | 認知症老人自立度: <input type="text"/> |
| ケア<br>アプ<br>ラン | 訪問看護 <input type="text"/> 回/週  |
|                | 訪問介護 <input type="text"/> 回/週  |
|                | 訪問リハ <input type="text"/> 回/週  |
|                | 通所介護 <input type="text"/> 回/週  |
|                | 通所リハ <input type="text"/> 回/週  |
| 福祉用具:          |                                |
| 住宅改修箇所:        |                                |
| キーパーソン:        |                                |
| 担当MSW:         |                                |

施設名

脳卒中地域連携パス貼付欄

連携パスを貼付するかまたは直接記入して下さい。

【患者様 経過報告書 兼 依頼書】

|                 |               |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
|-----------------|---------------|-------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| フリガナ<br>氏 名     |               |       |    | 性                                                                                                                         | 生年月日   |                                                                                  |      | 生      |
| 診断名<br>(部 位)    |               |       |    | 既 往 症                                                                                                                     |        |                                                                                  |      |        |
| 初発/再発           | 回 目           |       |    | 治療法                                                                                                                       |        |                                                                                  | 発症日  |        |
| アレルギー           |               |       |    | 手術日                                                                                                                       |        |                                                                                  | 入院日  |        |
| 身体形態(入院時)       | 身長            |       | cm | 体重                                                                                                                        |        | kg                                                                               | 標準体重 | kg BMI |
| 嚥下              | 摂食機能療法開始日：    |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 評価 (口腔・嚥下状態の評価) |               |       |    | STEP                                                                                                                      |        | STEP1 開始日                                                                        |      |        |
| RSST(30秒間)      |               |       |    | <input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 2回以下                                                               |        | (ゼリー食をむせなく食べられる)                                                                 |      |        |
| 水のみデスト(5秒以内)    |               |       |    | <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> むせる                                                                |        | 治療食の内容：                                                                          |      |        |
| フードテスト          |               |       |    | <input type="checkbox"/> 残留無し <input type="checkbox"/> 残留有り<br><input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> むせる |        | 評価日：                                                                             |      |        |
| V F             | 施行日           |       |    | 嚥下食の形態：                                                                                                                   |        |                                                                                  |      |        |
| 所見：             |               |       |    | 摂食時の体位：                                                                                                                   |        |                                                                                  |      |        |
|                 |               |       |    | 摂 取 量：                                                                                                                    |        |                                                                                  |      |        |
|                 |               |       |    | 摂取所要時間：                                                                                                                   |        |                                                                                  |      |        |
| Grade           |               |       |    | 訓練回数：                                                                                                                     |        | <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 |      |        |
| V E             | 施行日           |       |    | 摂食機能療法<br>訓練内容<br>コメント                                                                                                    |        |                                                                                  |      |        |
| 所見：             |               |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| JCS             |               |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 歯と口の状態          | 現在歯(残存数)      | 歯     |    | 経口食エネルギー量                                                                                                                 |        |                                                                                  |      |        |
| 口腔乾燥            | 有・無           | 清掃の状況 |    | 経腸栄養エネルギー量                                                                                                                |        |                                                                                  |      |        |
| 義 歯             |               |       |    | 輸液エネルギー量                                                                                                                  |        |                                                                                  |      |        |
|                 |               |       |    | 合計摂取カロリー                                                                                                                  |        |                                                                                  |      |        |
| NST             | 転院時状態 ( )…転院日 |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 栄養評価            |               |       |    | 栄養投与ルートと                                                                                                                  |        |                                                                                  |      |        |
| 記載日             |               |       |    | 栄養チューブの種類                                                                                                                 | 挿入部～先端 | サイズ(径)                                                                           |      |        |
| 体 重             | kg            |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 褥 瘡             | 有/無           |       |    | 投 与 プ ラ ン                                                                                                                 |        |                                                                                  |      |        |
|                 | (部位： )        |       |    | 投与時間                                                                                                                      | 投与内容   | 投与量                                                                              | 蛋白量  |        |
|                 | (ステージ： )      |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
|                 | (体圧分散寝具： )    |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 浮 腫             | 有/無           |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
|                 | (部位： )        |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 栄養状態            |               |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 検査結果            | Alb           |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
|                 | Hb            |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
|                 | 総リンパ球数        |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
|                 | 総コレステロール      |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
|                 |               |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 必要栄養量           |               |       |    |                                                                                                                           |        |                                                                                  |      |        |
| 現体重の必要エネルギー量    |               |       |    | Kcal                                                                                                                      |        |                                                                                  |      |        |
| 標準体重の必要エネルギー量   |               |       |    | Kcal                                                                                                                      | 補 液    |                                                                                  |      |        |
| 標準体重の必要蛋白質      |               |       |    | g                                                                                                                         |        |                                                                                  |      |        |
| 標準体重の必要水分量      |               |       |    | ml                                                                                                                        |        | 合 計                                                                              | 0    | 0      |

徳島脳卒中シームレスケア研究会

|    |                      |    |  |     |    |
|----|----------------------|----|--|-----|----|
| 年齢 | 現病歴                  |    |  |     |    |
|    | 転院時<br>受けている<br>薬物療法 |    |  |     |    |
|    | 感染症                  |    |  |     | 結核 |
|    | (入院後感染症)             |    |  |     |    |
|    | かかりつけ                | 医師 |  | 歯科医 |    |

| STEP2                      | 開始日                        |                            | STEP3                      | 開始日                        |                            | STEP4                      | 開始日                        |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| (ペースト状の食事をむせなく食べられる)       |                            |                            | (きざみ状の食事をむせなく食べられる)        |                            |                            | (常食をむせなく食べられる)             |                            |                            |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> 朝 | <input type="checkbox"/> 昼 | <input type="checkbox"/> 夕 | <input type="checkbox"/> 朝 | <input type="checkbox"/> 昼 | <input type="checkbox"/> 夕 | <input type="checkbox"/> 朝 | <input type="checkbox"/> 昼 | <input type="checkbox"/> 夕 |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |

[illegible][illegible]

施設名 \_\_\_\_\_

## 5 リハビリテーション日課表

(自分の目標を設定して日々続けましょう)

| 運 動 リ ハ 記 入 欄 |                   |                                 |                                                  |                             |                |
|---------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| 月日            | 内 容               | 強 さ                             | 時間・頻度                                            | 注意事項                        | 担当療法士<br>(サイン) |
|               | <例><br>新聞棒を使った棒体操 | 新聞紙程度の重さ<br>(新聞1日分を丸めテープで止めておく) | 各運動方向10回・両手上げ<br>●左右に身体をひねる<br>●床まで届かせる・背中をたたくなど | 痛みのない範囲で継続して行う。朝夕に時間を決めて行う。 |                |
|               |                   |                                 |                                                  |                             |                |
|               |                   |                                 |                                                  |                             |                |
|               |                   |                                 |                                                  |                             |                |
|               |                   |                                 |                                                  |                             |                |
| 担当療法士からのひと言   |                   |                                 |                                                  |                             |                |

(自分の目標を設定して日々続けましょう)

| 生活リハ記入欄     |                                                 |                     |                                              |                |
|-------------|-------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------|----------------|
| 月日          | 内 容                                             | 時間・頻度               | 注意事項                                         | 担当療法士<br>(サイン) |
|             | <例><br>掃除(モップや掃除機)・洗濯<br>(洗濯物干しやたたみ)など<br>の家事活動 | 週3～4回(役割<br>分担して実施) | モップや化学ぞう<br>きん,掃除機など<br>できる範囲で工<br>夫して行いませう。 |                |
|             |                                                 |                     |                                              |                |
|             |                                                 |                     |                                              |                |
|             |                                                 |                     |                                              |                |
|             |                                                 |                     |                                              |                |
| 担当療法士からのひと言 |                                                 |                     |                                              |                |

## 6 退院後の記録(1)

退院～6ヶ月

血液検査貼付欄には血液検査の結果を貼ってください。

|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
| 血液などの検査結果 | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 生活習慣                  | たばこ                                                                                 | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
| お酒        |                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと、その他コメント   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |



血液検査貼付欄には血液検査の結果を貼ってください。

|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 血液などの検査結果 |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
|           | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
| 生活習慣      | たばこ                   | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
|           | お酒                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと、その他コメント   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

## 6 退院後の記録 (2)

6ヶ月～1年

血液検査貼付欄には血液検査の結果を貼ってください。

|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
| 血液などの検査結果 | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 生活習慣                  | たばこ                                                                                 | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
| お酒        |                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと、その他コメント   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

|           |                       |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
| 血液などの検査結果 |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
|           | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 生活習慣                  | たばこ                                                                                 | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
|           | お酒                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと、その他コメント   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

## 6 退院後の記録 (3)

1年～1年6ヶ月

血液検査貼付欄には血液検査の結果を貼ってください。

|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
| 血液などの検査結果 | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 生活習慣                  | たばこ                                                                                 | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
| お酒        |                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと、その他コメント   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

|           |                       |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
| 血液などの検査結果 |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
|           | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
| 生活習慣      | たばこ                   | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
|           | お酒                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと、その他コメント   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

## 6 退院後の記録(4)

1年6ヶ月～2年

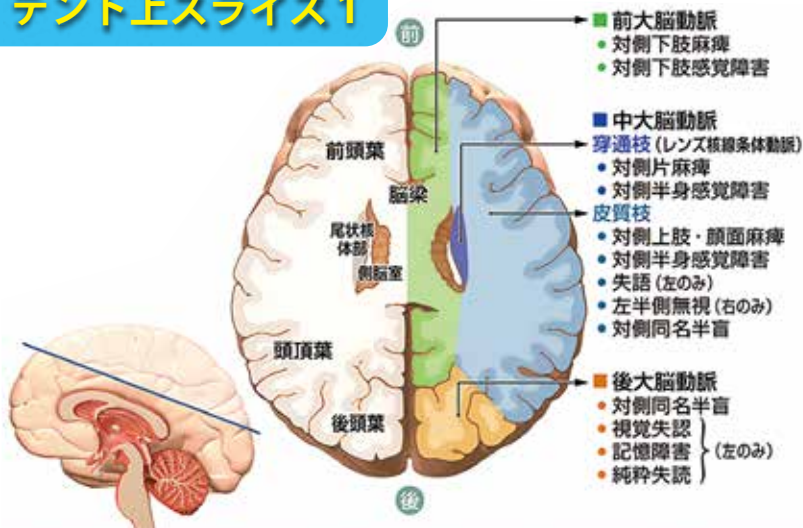
血液検査貼付欄には血液検査の結果を貼ってください。

|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
| 血液などの検査結果 | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
| 生活習慣      | たばこ                   | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
|           | お酒                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと, その他コメント  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

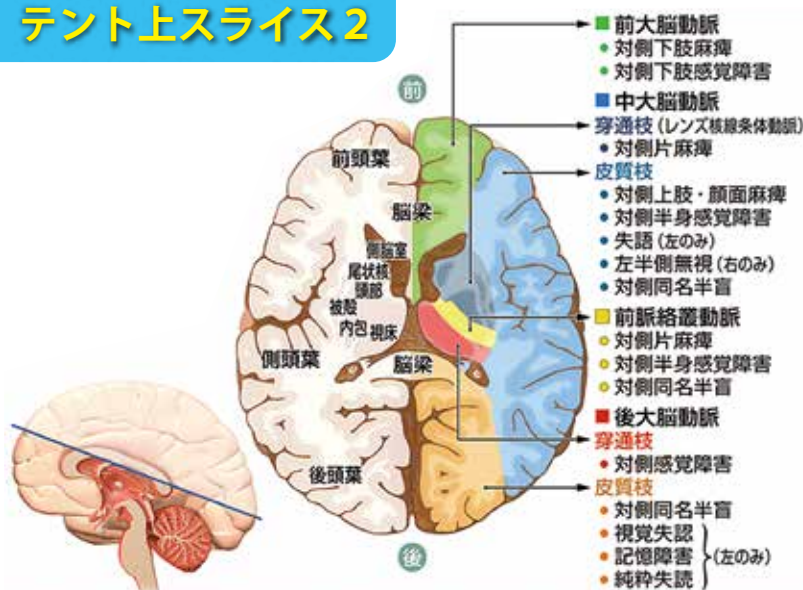
|           |                       |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|           | 日 付                   | /                                                                                   | /                                                                                   | /                                                                                   |
| 血液などの検査結果 |                       | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             | 血液検査貼付欄                                                                             |
|           | 身長 (cm)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 体重 (kg)               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 血圧                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | PT-INR/APTT           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 食後血糖値 (h)             |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | HbA1c                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 総コレステロール              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | LDL/HDL               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 中性脂肪                  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | BUN                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン/eGFR           |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | クレアチニン<br>クリアランス(CCr) |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 尿アルブミン/尿蛋白            |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
| 生活習慣      | たばこ                   | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙                             |
|           | お酒                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 過量 |
| 服薬状況      | 降圧薬                   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗血小板薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 抗凝固薬                  | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 糖尿病治療薬<br>(インスリン含む)   | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 脂質改善薬                 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断                             |
|           | 体の調子や気づいたこと, その他コメント  |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|           | 担当医のコメント              |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

## 7 脳の正常解剖図譜

### テント上スライス1



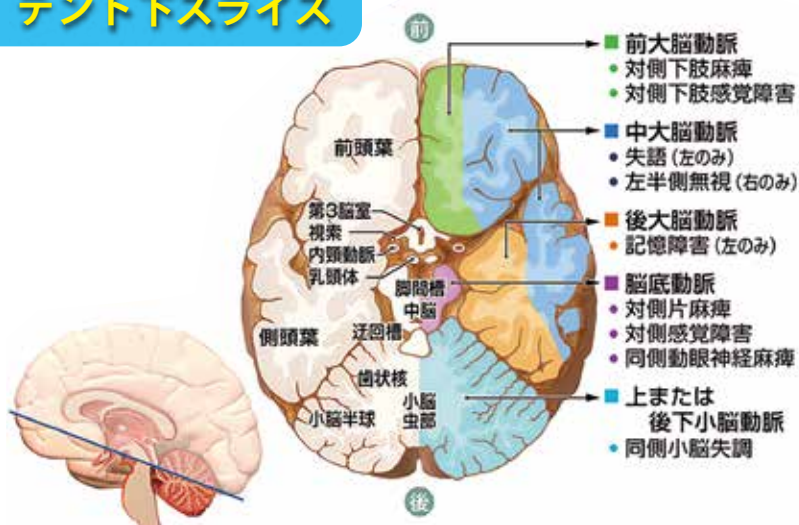
### テント上スライス2





## 7 脳の正常解剖図譜

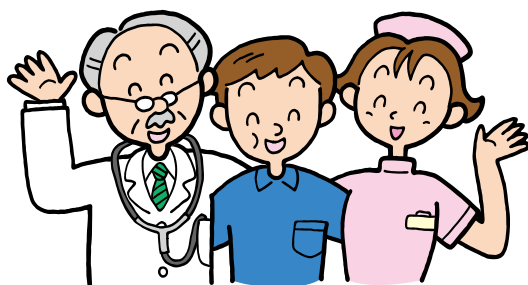
### テント下スライス



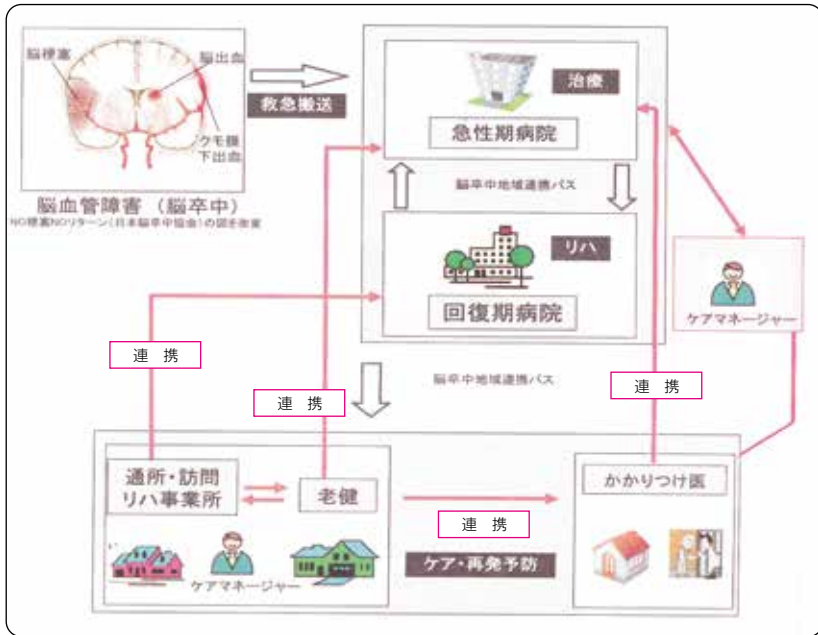
MEMO



## 解 説 編



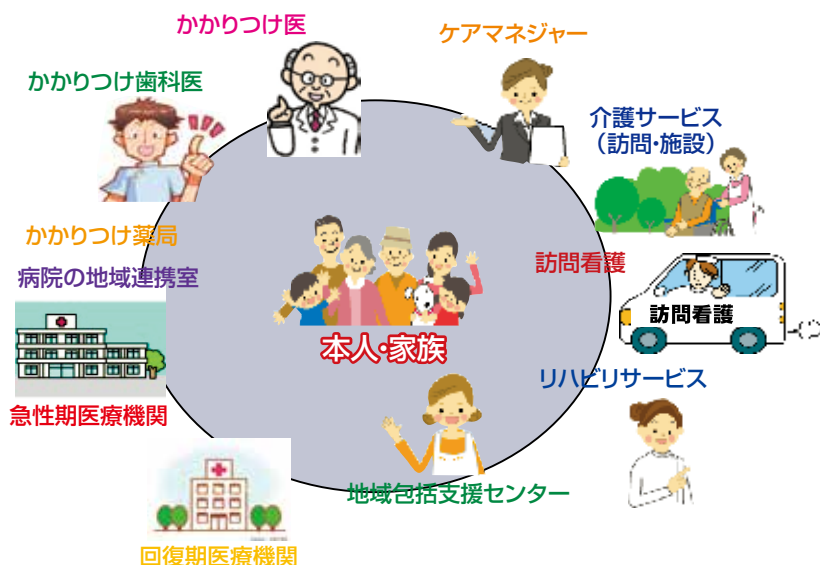
## 8 脳卒中の医療連携について



脳卒中地域医療連携図

- 「急性期病院」とは、脳卒中を発症した際に、緊急に検査を行ったり、早期の治療を行う病院です。
- 「回復期・維持期病院及び施設」とは、自宅や施設などへ帰ることを前提にリハビリを行い、機能回復を図るところです。
- 「かかりつけ医」とは、身近な病院、クリニック、診療所など生活習慣病や持病の管理を行う医療施設です。ワクチン接種、健康診断、栄養指導、訪問診療、主治医の意見書の作成など施設によって、さまざまな役割を果たしています。

## 9 在宅生活を支える地域のサービス



「脳卒中あんしん連携ノート」は、患者さんが転院後や自宅に帰った後に、切れ目のない医療やサービスを受け、再発予防を目標に適切な治療継続と生活を自己管理していくための手助けをします。

地域では、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、訪問看護スタッフ等が疾病管理を行い、ケアマネジャーがケアプランを立て、リハビリの一環としてのデイサービス、家事支援などのヘルパー、服薬管理の薬局などが連携し、支援をします。

## かかりつけ医

- 基礎疾患の治療及び再発の予防
- 専門医や急性期病院と協力した治療
- 健康や生活の相談
- 往診など

## かかりつけ歯科医

- 口腔管理を通して全身状態や食に関する生活機能の維持を支援
- 専門医やかかりつけ医と連携した治療
- 訪問診療など

## かかりつけ薬局

- 病院・クリニックの処方箋の確認
- 薬のはたらきや副作用の説明
- 主治医と連携した服薬指導
- 居宅への訪問による薬の管理

## 訪問看護

- 自分では気づかない症状の変化を観察しながら、主治医と連携した在宅医療の支援
- 本人の医療、リハビリや介護の相談

## 介護保険サービス

この制度は、介護を必要とする状態になっても、住み慣れた地域でできる限り自立した生活ができるよう、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みです。

40歳以上の方が加入（被保険者）の対象となり、寝たきりや認知症などにより介護が必要となったときには、その状態や時期に合わせて施設系サービスや居宅系サービスをケアマネージャーと相談しながら決めることができます。

### 施設系サービス



介護老人福祉施設  
（特別養護老人ホーム）



介護老人保健施設



介護療養型医療施設



短期入所  
（ショートステイ）

### 居宅系サービス



通所リハビリテーション・通所介護



訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ



車いす・特殊寝台・床ずれ予防用具・体位変換器・スロープ・歩行器・歩行補助杖・移動用リフトの貸与

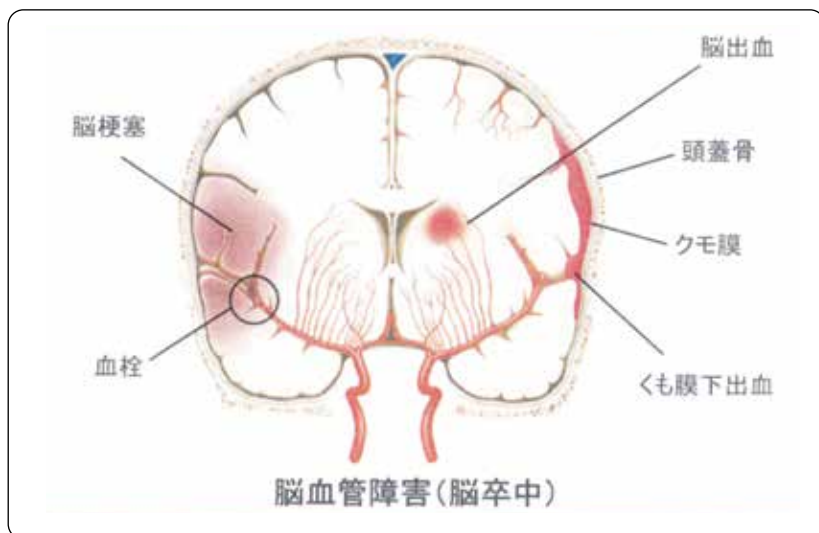


手すりの取り付け・段差の解消・床材の変更・扉の取り替え・洋式便器などへの取替・その他付帯する工事

## 10 脳卒中とは

- 脳や首、胸の血管が詰まったり、破れて、脳細胞への血液の供給が不足して生じる脳の機能障害全般を脳血管障害といい、その急性発症を脳卒中といいます。脳の損傷の程度や病変の部位に対応して、麻痺、嚥下障害やことば、感覚、認知、視野の障害などが残ることがあります。

卒然として中(あた)る。ついさっきまで元気だったのに…



監修：橋本洋一郎先生

- 脳卒中の急性症状がなくても、ゆっくりと進行し、気づかなくうちに脳梗塞（無症候性脳梗塞）や嚥下障害（仮性球麻痺）、血管性認知症、小幅の歩行で転びやすくなる（脳血管性パーキンソニズム\*）などの慢性期に様々な症状が起こることがあります。

\* 脳血管性パーキンソン症候群とも言います。



## 11 脳卒中が疑われる症状

- 片方の手足の力が「だらんと」ぬけた



- 片方の顔がゆがんで、口元がしびれた



- 舌がもつれた、ろれつが回らなくなった

- 歩きづらく、片側に倒れそうになった

- 片方の目が「すーっと」見えなくなった

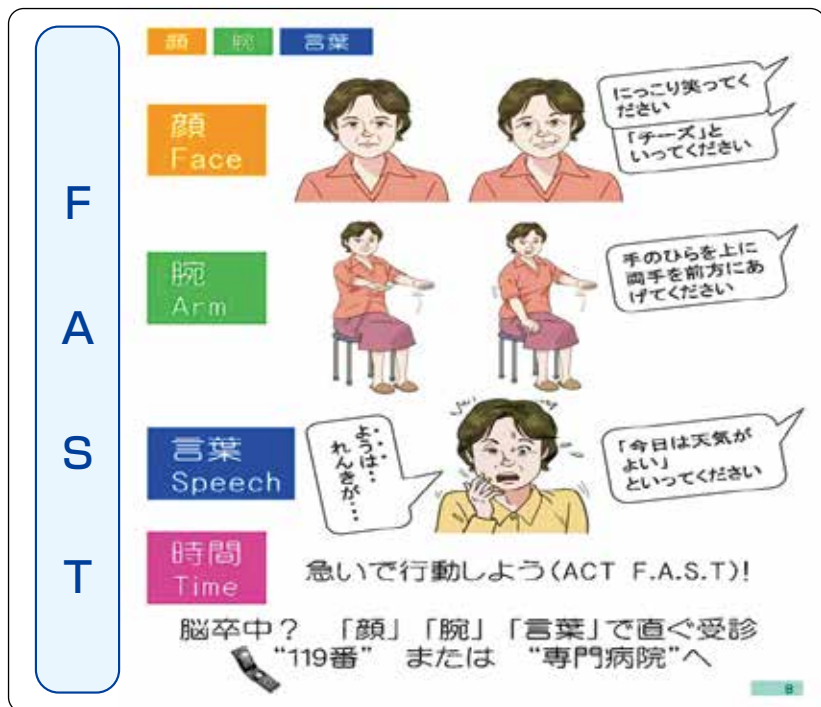
- 突然の激しい頭痛と、嘔吐を認めた

脳卒中が疑われたら、すぐに病院へ

脳卒中の治療はできるだけ早く開始することが最も重要です。脳卒中が疑われた場合は、直ちに救急車を呼び脳卒中の治療を専門とする病院に搬送されることが重要です。

## 12 脳卒中の簡易発見法

「ACT-F.A.S.T」 (アクト・ファースト)  
脳卒中と感じたら素早い行動 (ACTION) が大切



(社)日本脳卒中協会福岡県支部 / 福岡市消防局

これらの症状が、突然にひとつでもみられたら、脳卒中である確率は約70%と言われています。

脳梗塞の場合には、発症**4.5時間以内に t-PA (ティーピーエー)**といった薬などで詰まった血管を開通できれば、脳梗塞のため寝たきりになる人の数を減らすことができます。

そのためには、病院に迅速に搬送する必要があります。

## 13 脳卒中になった時の治療

### 脳出血

- 脳出血の原因は高血圧であることが多く、脳出血を起こした場合は、再出血を予防するため早期から厳重な血圧管理が必要となります。出血量が多い場合は手術（血腫除去術）が必要となります。

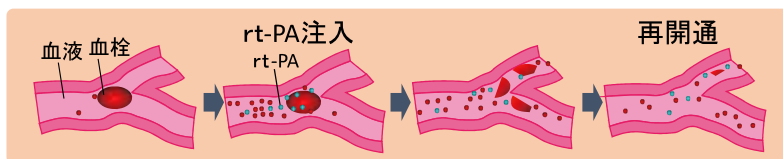
### くも膜下出血

- くも膜下出血の原因は脳動脈瘤の破裂であることが多く、脳動脈瘤の再破裂を予防するためには、安静と厳重な血圧管理に引き続き、脳動脈瘤に対する手術（開頭脳動脈瘤クリッピング術、脳動脈瘤コイル塞栓術）が必要となります。

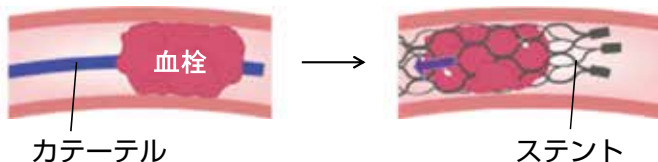
### 脳梗塞

- 脳梗塞の原因は脳内の血管が閉塞したり、心臓や頸部にできた血栓が血流に乗って脳内の血管につまったりすることです。脳梗塞が起きてから4.5時間以内であれば、血管内でつまった血栓を溶かすrt-PAという薬の静脈投与が非常に有効です。また、6時間以内であればカテーテルを用いて血栓を取ってくる血栓回収療法という最新の治療が非常に有効です。rt-PA療法を行うと、行わなかった場合と比較し1.5倍予後良好例を増やすことが可能とされています。また血栓回収療法は太い血管が閉塞している場合、rt-PA療法より1.7倍予後良好例を増やすと報告されています。

- rt-PA療法：rt-PAが血管内でつまった血栓を溶かす



- カテーテルを用いた血栓回収療法（最新治療）：  
血管内でつまった血栓をステントでキャッチし回収する



## 14 脳卒中になった時の受診病院

脳卒中の治療はできるだけ早く開始することが最も重要です。また、適切な治療を受けるために適切な脳卒中センター認定病院を受診することも重要です。

脳卒中が疑われた場合は、直ちに救急車を呼び、適切な脳卒中センターに搬送してもらいましょう。

### 脳卒中センターの種類

●脳卒中センターは以下の3つに分かれます

①一次脳卒中センター：

rt-PA療法が可能な施設

②血栓回収脳卒中センター：

血栓回収療法が可能な施設

③包括的脳卒中センター：

全ての脳卒中に対し、あらゆる治療で対応可能な施設

### 脳卒中センターとして認定されている施設

①一次脳卒中センター

徳島大学病院、徳島県立中央病院、徳島県立三好病院、  
徳島県立海部病院、徳島県鳴門病院、徳島市民病院、  
徳島赤十字病院、吉野川医療センター、阿南医療センター、  
きたじま田岡病院

②血栓回収脳卒中センター

徳島大学病院、徳島赤十字病院（予定）

③包括的脳卒中センター

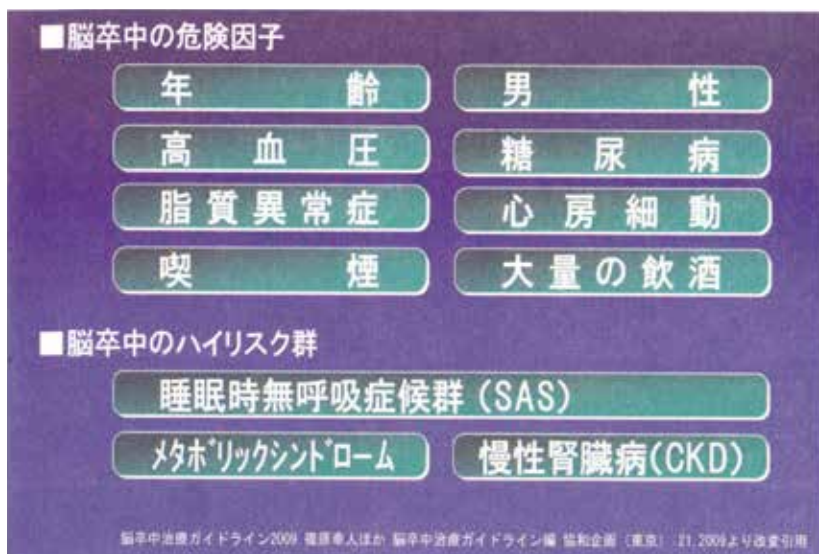
徳島大学病院（予定）

## 15 脳卒中の危険因子

- 「脳卒中」は、「がん」「心疾患」「肺炎」に次いで日本人の死亡原因の4位、寝たきりの原因の1位を占めています。かつては、多かった脳出血は減り、脳梗塞が増え、脳卒中死亡の6割以上を占めています。脳梗塞は、再発することも多いので、危険因子に対する管理が重要となっています。



## 16 知っておくべき危険因子(1)



### ● 喫煙（たばこ）に関して

喫煙は脳梗塞・くも膜下出血のほか、がん、心臓病の危険因子であるので、禁煙が推奨されます。軽いたばこに変えても、健康を維持するまでの効果は期待できません。5～10年間の禁煙により、脳卒中の危険は低下します。

少しずつ本数を減らしても禁煙は成功しづらいとされ、喫煙の習慣を完全に絶つこと、ニコチン依存（吸わないと落ち着かない）から脱することが大切です。

「禁煙外来」で、健康保険適応による経口禁煙薬やニコチンパッチの処方が受けられます。

かかりつけ医に相談しましょう。



## ● 高血圧に関して

血圧が高いほど，脳卒中のほか，心筋梗塞（急性冠症候群），心臓病，慢性腎臓病（CKD）になりやすく，死亡率が高まります。

収縮期血圧が10mmHg上昇すると，男性で約20%，女性で15%脳卒中の罹患・死亡の危険度を高めるとされます。朝の血圧は起床後1時間以内（排尿後，朝食後，服薬前），夜の血圧は就寝前に測定します。

我が国では，高血圧の患者のうち，約半数が管理不十分です。

減塩食を心がけましょう。

抗血小板薬や抗凝固薬内服中の出血は，血圧管理が悪いと増える傾向が指摘されています。

## 血圧管理の目標値（至適血圧 120/80mmHg未満）

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

## 16 知っておくべき危険因子(2)

### ●心房細動に対する抗凝固薬に関して

脳卒中の予防 目標値

のため、**心房細動**のある方は、**血液を固まりにくくして、血管が詰まるのを防ぐ治療(抗凝固療法)**を行います。

| 心房細動がある方 | PT-INR (血液凝固機能検査)                 |
|----------|-----------------------------------|
| 70歳以上    | $1.6 \leq \text{PT-INR} \leq 2.6$ |
| 70歳未満    | $2.0 \leq \text{PT-INR} \leq 3.0$ |
| 人工弁あり    | 2.0~3.0以下にならないように                 |

抗凝固薬であるワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナなどを服用すると、出血時に血が止まりにくくなりますが、抜歯時も服用を続けますので、**必ず自分で歯医者さんに伝えましょう。**

ワーファリンやワーファリンカリウムの効果は、ビタミンKとそれを作り出す納豆菌により失われます。クロレラ、プロコッリー、青汁もビタミンKを多く含むため、摂取を控えましょう。

抗生物質などの薬を併用すると効果が変わることがありますが、採血でPT-INR(抗凝固剤の効き具合)を調べ、自分に合った薬の量に調節できる利点があります。



ワーファリン0.5mg



ワーファリン1.0mg



ワーファリン5mg

プラザキサは年齢と腎機能を考慮して服用量を決めます。経口イトラコナゾールは併用禁忌。(経口の)P-糖蛋白阻害剤\*との併用時に効果が強まる場合があります。PT-INRの測定と納豆などの食事制限がないなどの利点があります。



プラザキサ75mg



プラザキサ110mg

\*アミオダロン塩酸塩：アンカロン等 ペラバミル塩酸塩：ワソラン、ボルミートール、マゴチロン等、硫酸キニジン等



イグザレルト  
10mg



イグザレルト  
15mg



エリキュース  
2.5mg



エリキュース  
5mg



リクシアナ  
30mg



リクシアナ  
60mg



● 全身の動脈硬化病変に対する抗血小板薬に関して

## 抗血小板薬/抗凝固薬を飲む方の目標

### 知っておくべきこと・忘れないこと

自分だけの判断でやめたり、飲む量を調節しない  
 胃潰瘍を予防する  
 鼻出血などに落ち着いて対応する  
 血圧と血糖の管理、お酒の量を制限する(管理が悪いと出血しやすい)  
 腎臓病、肝臓の病気、出血が止まりにくい傾向がある場合は注意する  
 2種類以上の抗血小板薬や抗凝固薬を内服するときも注意する  
 抜歯や手術、検査の際に必ず医師や歯科医師、看護師に薬を知らせる  
 薬の内容を家族も知り、介護スタッフに伝える

抗血小板薬は血管や血小板に作用して、脳や心臓、足の血管の詰まりを予防します。動脈硬化が進んだ人（脳卒中や心筋梗塞、狭心症、下肢の動脈閉塞）では、血液が固まりやすくなっているため、**出血に注意し、上手に服用**を続けることが必要です。



ブラビックス25mg



ブラビックス75mg



プレタールOD50mg



プレタールOD100mg



バイアスピリン100mg

### よく使われる抗血小板薬

アンブラーク  
 ペルサンチン  
 パナルジン\*  
 バファリン81mg錠  
 エフィエント錠  
 コンブラビン配合錠  
 タケルダ配合錠  
 キャピリン配合錠  
 ドルナー  
 プロサイリン  
 エパデールS  
 ケアロードLA  
 ベラサスLA など  
 その他のジェネリック医薬品

\* 医師の指示に従い、白血球、血小板や肝機能などの異常がないか採血して検査しましょう。

## これらの薬で知っておいていただきたいこと

### 抗凝固薬・抗血栓薬の検査や手術の際の休薬

- 消化器内視鏡検査や手術を受けるときは、抗凝固薬・抗血小板剤（ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ、バイアスピリン、パナルジン、プラビックス、プレタールなど）を一時的に休薬しないと出血が止まらなくなることがあります。



- 検査や手術の種類や飲んでいる薬で休薬するかしらないか、また、休薬する期間が違います。主治医の先生によく聞いて、休薬期間を守りましょう。検査や手術が終われば、いつから再開するか聞いて、速やかに再開しましょう。

※以前は、休薬して行っていた抜歯や目の手術は、最近、服薬しながら行うようになってきているので、主治医の先生によく聞いてください。

- プラザキサ、イグザレルトなどを飲むときは腎臓の状態を知る必要があります。下記に書いて知っておいてください。

| 年月日              | 退院時 | / | / | / | / |
|------------------|-----|---|---|---|---|
| BUN              |     |   |   |   |   |
| クレアチニン           |     |   |   |   |   |
| eGFR             |     |   |   |   |   |
| クレアチニン<br>クリアランス |     |   |   |   |   |

## 抗血栓薬内服継続下での処置

- 1 抜歯
- 2 白内障
- 3 体表の小手術

※ただし、緑内障、硝子体手術で休薬します。

一般的な例です。  
詳細は担当医師の指示に従ってください。



## 16 知っておくべき危険因子 (3)

### ●糖尿病に関して

血糖値とともに、HbA1cも外来で記録する習慣をつけましょう。

(HbA1cが比較的良好な場合、脳卒中の再発が少ない。)

尿アルブミン、尿蛋白にも注意しましょう。

| 指 標                      | 優            | 良             | 不十分           | 不 良           | 不 可       |
|--------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| HbA1c<br>(JDS値)<br>%     | 5.8<br>未満    | 5.8~6.5<br>未満 | 6.5~7.0<br>未満 | 7.0~8.0<br>未満 | 8.0<br>以上 |
| HbA1c<br>(NGSP値)<br>%    | 6.2<br>未満    | 6.2~6.9<br>未満 | 6.9~7.4<br>未満 | 7.4~8.4<br>未満 | 8.4<br>以上 |
| 空腹時<br>血糖値<br>(mg/dl)    | 80~110<br>未満 | 110~130<br>未満 | 130~160<br>未満 | 130~160<br>未満 | 160<br>以上 |
| 食後2時間<br>血糖値*<br>(mg/dl) | 80~110<br>未満 | 140~180<br>未満 | 180~220<br>未満 | 180~220<br>未満 | 220<br>以上 |

\*糖尿病とは言われなくても空腹時血糖値126以上、又は随時血糖値200以上の場合には、糖尿病の検査を受けましょう。

治療は、食事と運動が基本です。医療機関からの指示を守り、低血糖に注意しながら管理していきましょう。

糖尿病では、全身の動脈硬化を生じます。(特に、高血圧患者と喫煙者で進行します。)

### 糖尿病の合併症

- 脳梗塞
- 網膜症
- 歯周病
- 心筋梗塞・狭心症（急性冠症候群）
- 動脈硬化
- 腎症
- 足潰瘍、足壊疽
- 神経障害

## ●脂質異常症と動脈硬化病変に関して

### 目標値

| 脂質 (mg/dl)                   | 脳梗塞のある方の目標値 |
|------------------------------|-------------|
| LDL (悪玉) コレステロール             | 120未満       |
| LDLコレステロール<br>(心筋梗塞の既往がある場合) | 100未満       |
| HDL (善玉) コレステロール             | 40以上        |
| 中性脂肪                         | 150未満       |

脂質異常症の治療による全身の動脈硬化病変の悪化防止と改善、脳卒中や心筋梗塞（急性冠症候群）の発症予防が期待できます。

食事の工夫と運動（散歩，買い物，デイサービス）が大切です。

生活習慣を改善して効果が不十分な場合，HMG-CoA還元酵素阻害薬（スタチン）やEPA製剤が処方されています。

### 脳卒中や心臓病の予防・改善が報告されたスタチンの例

クレステール5mg メバロチン10mg リビトール10mg リポバス20mg リバロ2mg ローコール30mg



EPA製剤(イコサペント酸エチル)



コレステロールの  
吸収を抑える薬



他にも、フィブラート系薬（ベザトールSR，ベザリップ，リピディル，トライコア，リポクリンなど），シンレスタール，ロレルコ，クエストラン，コレバイン，ニコチン酸系薬（ユベラN，ペリシット，コレキサミン），ソルミサンをはじめたくさんジェネリック医薬品があります。

## 16 知っておくべき危険因子(4)

- 慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease）に関して  
慢性腎臓病（CKD）とは、慢性的に腎臓の機能が低下した状態を示し、脳卒中や心臓病のリスクが高い状態です。腎不全に進行させないように、減塩と血圧のコントロールを積極的に行います。

腎臓病の目安は、血清クレアチニン（Cr）と老廃物を尿として捨てる能力であるGFRです。血清Crから推算して得たGFRをeGFR（推算糸球体濾過量）\*といいます。

|                 |                                              |
|-----------------|----------------------------------------------|
| 健康人のクレアチニン（Cr）  | ： 1.0mg/dl以下                                 |
| 健常人のeGFRの目安     | ： 90ml/min/1.73m <sup>2</sup> 以上             |
| CKD、糖尿病における顕性腎症 | ： eGFRが60ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満に低下したもの |

\*  $eGFR = 0.719 \times \text{クレアチニンクリアランス (CCr)}$

| 糖尿病性腎症のステージ | 尿アルブミン・蛋白(mg/gCr)* |
|-------------|--------------------|
| 正常          | 30未満               |
| 微量アルブミン尿    | 30～299             |
| 顕性蛋白尿       | 300以上              |

\* 随時尿中のアルブミン÷随時尿中クレアチニン×1000で示す

- その他の危険因子について

過度の飲酒、メタボリックシンドローム、睡眠時無呼吸症候群、多血症、高ホモシステイン血症、頸部血管高度狭窄、もやもや病や脳血管奇形などの特殊な血管の病気も脳卒中の危険因子です。

## 17 危険因子管理のコツ

危険因子（喫煙、高血圧、心臓病、糖尿病、脂質代謝異常、慢性腎臓病（CKD）、深酒、肥満など）を増やさない。

数が増えるほど、脳卒中や心筋梗塞、急性冠症候群が発症しやすくなります。

同じ異常値でも、他の危険因子を持つ場合は、より積極的に治療する。

高血圧（例えば、150/95mmHg）の場合、他に危険因子がない人よりも、慢性腎臓病（CKD）や糖尿病がある人では、その高血圧はより危険度の高いもの（より積極的に治療する価値がある）と考えます。

### 他の危険因子に気を配る

例：降圧薬を飲んでも血圧が下がらなくても、減量を併せて行ったら血圧が下がることがあります。

他の危険因子を放置すると、治療の効果が相殺される（帳消しになる）。

たばこを止めないままで、悪玉コレステロールを薬で下げても、脳卒中、急性心筋梗塞（急性冠症候群）の発症リスクは期待するほど下がりません。



## 18 脳卒中と再発予防

- 脳卒中を発症した人の多くは、その背景に高血圧や、糖尿病など危険因子（リスクファクター）を抱えています。
- 脳卒中の再発がなくても、脳血管の動脈硬化などを進行させないよう、慢性期の危険因子の管理・生活習慣改善を継続をしていくことがとても重要です。

### 生活習慣

- 喫煙
- 不適切な食生活
- 大量飲酒
- 運動不足
- 睡眠不足など



### 主な危険因子

- 喫煙
- 高血圧
- 心房細動
- 糖尿病
- 脂質異常症
- 慢性腎臓病(CKD)
- 過度の飲酒
- メタボリック  
シンドローム





## 19 再発予防のための生活のヒント(1)

脳卒中の発症と再発を防ぐためには、危険因子の管理と生活習慣の見直しが必要です。

- ①手始めに 高血圧から 治さんで  
手始めに 高血圧から 治しましょう
- ②糖尿病 放っと思ったら 悔い残るんじょ  
糖尿病 放っと思ったら 悔い残る
- ③不整脈 見つかったらほら 受診じゃわ  
不整脈 見つかり次第 すぐ受診
- ④予防には タバコやめんと いかんわよ  
予防には タバコを止める 意志を持つ
- ⑤アルコール 過ぎたら毒じょ 控えよな  
アルコール 控えめは薬 過ぎれば毒
- ⑥コレステロール 高すぎやってえ 見逃さんよに  
高すぎる コレステロールも 見逃すな
- ⑦ごはん時 塩分・脂肪も 控えてな  
お食事の 塩分・脂肪 控えめに
- ⑧体力に おおた運動 続けよな  
体力に 合った運動 続けよう
- ⑨万病の 引き金なるんじょ 太りすぎ  
万病の 引き金になる 太りすぎ
- ⑩脳卒中 起きたら病院 すぐ行かなな  
脳卒中 起きたらすぐに 病院へ

脳卒中予防十か条阿波弁編（日本脳卒中協会徳島県支部）

## 19 再発予防のための生活のヒント (2)

### 生活の工夫について

#### 塩分を減らしましょう

目標は1日男性9gまで、女性7.5gまで（高血圧の人は男性・女性とも6gまで）

薄味を心がけ、味見をしないうちに食卓塩や醤油をかけないようにしましょう。



酢、レモン、こしょう、山椒などで工夫して味付けしましょう。

#### お酒について

お酒は「百薬の長」と言われますが、適量以上の飲み過ぎは、脳卒中の再発にも影響します。適量以下を心がけましょう。

適量の目安は、以下のとおりです。



生活習慣病予防研究会編：生活習慣病のしおり：22.2005

#### たばこについて

喫煙は、「百害あって一利なし」と言われるとおり、脳卒中をはじめとして、がん、心臓病などさまざまな病気を引き起こす危険があり、たばこ代など支出もかさみます。

禁煙には、ニコチン置換療法、経口禁煙薬を活用した治療などを根気よく続けることが大切です。

## 20 廃用症候群を予防するために

### 生活全般の活動性を高めよう！

廃用症候群とは、過度の安静や、生活全般の活動性が低下して引き起こされるこころと身体に生じた機能低下の状態をさします。

ベッドで長期に安静にした場合には、疾患の経過の裏で生理的な変化として筋肉が痩せ（筋萎縮）、関節が固まり（関節拘縮）、床ずれが発生し、起き上がるとふらつきが起こりやすく、精神的にも意欲が無くなった状態になります。

病気やケガをすると安静にしておく期間がありますが、その後過度に安静を保つと廃用症候群を引き起こしてしまい、原因となった病気以上に深刻な状態になってしまいます。早期からリハビリテーションを行い、可能な限り生活全般の活動性を高め、筋萎縮や関節拘縮などを予防していくことが大切です。

まずは、起き上がる体力と意欲を高め、食えることや会話を楽しむことから生活全般の質を見直していきましょう。関節が固まらないように予防することと筋力や耐久性を高めるための体操なども効果的です。高齢者は人との関わりを大切にしておることにより重点をおいたケアをして、生きがいをつくるための支援をしていくことも大切です。



## 代表的な廃用症候群

|              |                |                                           |
|--------------|----------------|-------------------------------------------|
| 局所的廃用<br>症候群 | 筋萎縮            | 筋肉が痩せ衰えること                                |
|              | 関節拘縮           | 関節の動きが悪くなること                              |
|              | 骨萎縮            | 骨がもろくなること                                 |
|              | 褥瘡             | 「床ずれ」といわれる皮膚の傷                            |
| 全身的廃用<br>症候群 | 起立性低血圧         | 長く寝た状態が続いた後、起き上がるとふらつきがおきること              |
|              | 心機能低下          | 心拍出量が低下すること                               |
|              | 尿路結石・<br>尿路感染症 | 腎臓・尿管・膀胱に石ができること                          |
| 精神的廃用<br>症候群 | うつ状態           | 精神的に落ち込むこと                                |
|              | せん妄            | 軽度の意識混濁の上に、目に見えないものが見えたり、混乱した言葉遣いや行動となること |
|              | 見当識障害          | 今はいつなのか、何処なのかがわからないこと                     |

## 21 リハビリと在宅治療

脳卒中になると脳に損傷を起こすために様々な障害が現れます。それは後遺症となって残ることがあります。発症直後の治療に加えて、できるだけ早期から体の機能を回復するためのリハビリを始めます。もちろん退院後も再発予防の治療とリハビリを続けることが大切です。

今まで自由だった手足が思うように動かなくなったり、言葉をうまくしゃべれなくなったりと、後遺症は損傷を受けた脳の部位によって人それぞれ異なります。皆で協力し合って自分でできる環境を整え、残された能力を最大限に生かす努力を続けましょう。

あせらず、ゆっくり、頑張りましょう。



承認番号：すマ第20-87号

## 1. リハビリ

リハビリテーション（リハビリ）とは、残された能力を最大限に引き出して、身体的・心理的・社会的要因を乗り越えて社会の中で暮らしていくことです。

運動能力だけでなく、抑うつ状態や意欲の問題、家庭や社会の環境も整って、初めて本当のリハビリと言えます。

脳卒中のリハビリには時期によって3つのステージに分けられます。



リハビリは目標をもって、無理せずにやりましょう！



## 1 急性期

脳卒中を起こしてすぐの状態です。

診察により脳のどの部分に障害があり、どんな後遺症があるかを調べます。

それぞれのケースに適した治療や投薬を行いながら、医師の指導に従って徐々にリハビリをスタートします。

まずは病院で治療をしっかりしましょう



急性期医療はリハビリの第一歩



「早期離床」で生活能力の低下を防ぎましょう



## 2 回復期

急性期が終わっても障害が残っていれば回復期リハビリの病院へ転院することになります。この時期を回復期と言い、より集中的なリハビリが必要な時です。

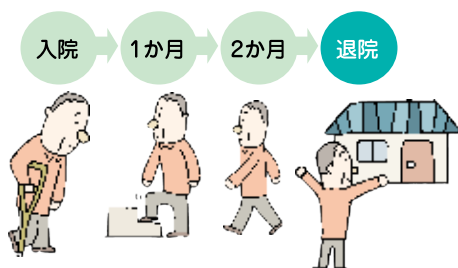
食事をする、トイレに行く、服を着る、お風呂に入るなどの生活動作の訓練を、病棟スタッフと一緒に、自分の住まいをイメージして行っていきます。

入院の長さやリハビリの種類は障害の程度により異なります。

### ● 軽度障害コース .....

一人でも歩ける程度の方で、仕事や家庭生活を目標に1～2か月で家に戻ります。

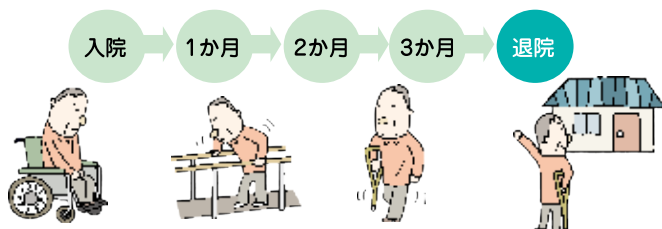
障害が軽くてもリハビリは家に帰ってからも、セラピストの指導を受け、続けましょう。



### ● 標準障害コース .....

一人で座ったり立ったりできるけど、歩くのは難しく、車いす状態の場合です。

最初は車いすから始まりますが、2～3か月かけて、装具や補助具で歩くことができ、生活能力もかなり獲得できます。一日中がリハビリです。頑張りましょう！

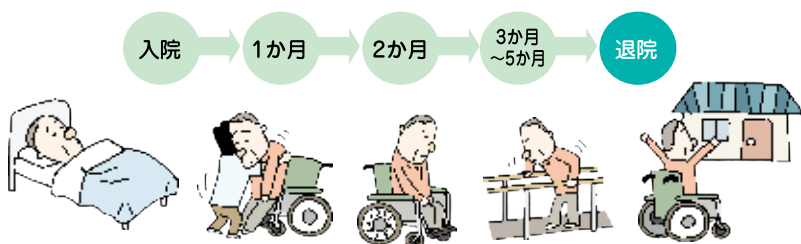




## ● 重度障害コース .....

一人で座れない方で、あせらずリハビリを続ける必要があります。

「運動障害」だけでなく、「高次脳機能障害」や食事に影響する「摂食嚥下障害」「意識障害」などがあり、その障害に応じたりハビリを3～5か月をかけて適切に組み合わせて行っていきます。



「早く家に帰るんだ」と  
いう気持ちで頑張りましょう！



## ③ 生活期

回復期のリハビリを終えて在宅が可能になると、家庭を中心とした地域リハビリへ移行します。在宅が困難な場合は、療養型病棟や介護老人保健施設をはじめとする介護施設でリハビリを継続します。

生活期は住み慣れた場所で顔見知りの人たちと生き生きと暮らすことが目標です。

要介護認定を受けたら、ケアマネージャーとよく相談してケアプランを作りましょう。

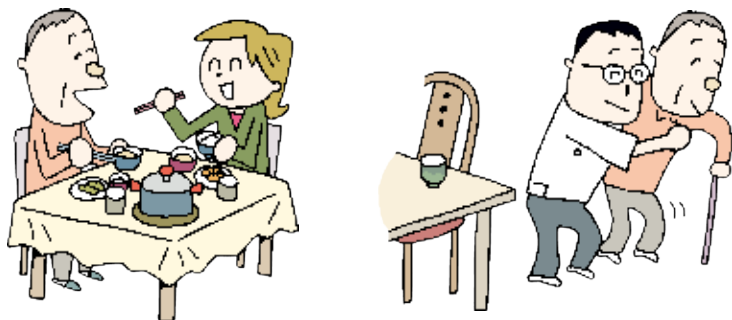
### ● 地域リハビリテーション .....

自宅で療養をする人のためには、

- 訪問リハビリ……家庭に療法士が訪問してリハビリの指導をする
- 訪問看護……看護の必要な人には看護師が訪問する
- 通所リハビリ……専門の施設に通ってリハビリをする

などが生活期をサポートします。

これを地域リハビリテーションと言います。



## ● 在宅のポイント .....

家庭に戻ったら再発予防と前向きな生活が大事です。

自分の生活目標をしっかり持って、再入院しなくてすむように頑張りましょう。

### 「できてるのに 家に帰れば 要介護」



《寝てばかり》



《テレビばかり》

### 「歩きすぎ あちこち痛くて 再入院」



《歩き過ぎ》



《膝痛・腰痛》



《入 院》

在宅  
リハビリの  
生活目標

★太らない

★転ばない

★閉じこもらない

## 2. 脳卒中の主な後遺症

### ▶ 言語障害

言葉に対する反応は次の3つの流れに分かれます。

●**聞く**(言葉や音を耳で聞きとる)



●**理解する**(聞いた言葉の意味が分かり、思い通りの言葉を選ぶ)



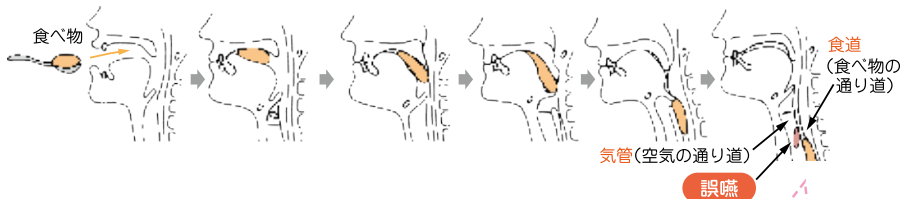
●**話す**(舌、唇、のどを動かして発音する)

この流れのどこかに障害が起こると「言語障害」が起こります。

また、唇や舌、のどの運動障害が起きた場合も、発音が正しくできなくなる場合があります。

### ▶ 摂食・嚥下障害

食べ物を口に運び、良く嚥んで飲み込みやすいように形を変えて咽頭へ送り込み、食道を通して胃まで運ぶ過程のことを「摂食・嚥下」と言います。この一連の過程がうまくできなくなるのが「摂食・嚥下障害」です。



摂食・嚥下障害の場合、食べ物や唾などの分泌物、胃の内容物が間違って気道に入る「誤嚥」に気をつけなければなりません。

誤嚥は睡眠中でも起こることがあり、また肺炎の原因になることもあります。(P62 を参照)

## ▶運動障害

片側の手足の麻痺が起こる後遺症です。

全く動かなかったり、脱力感があったり、しびれなどの感覚障害が残るケースがあります。

- 手に力はいらない
- 物がつかみにくい



- 身体のバランスがとりにくい
- 歩きにくくなる



## ▶視力・視野障害

片方の目が見えなくなったり、視野が欠けたり、二重に見える後遺症です。



- 片方が見えない
- 物が二つに見える
- 視野が半分欠ける

## ▶ 高次脳機能障害

脳卒中や脳外傷などで脳が傷ついたことで起こる後遺症が「高次脳機能障害」です。外見からは分からないため「見えない障害」ともいわれます。

高次脳機能障害は、脳の司令塔の障害なので場所や大きさによって症状は大きく異なります。

### 高次脳機能障害のポイント！

- 高次脳機能障害の症状は本人には自覚できないことがあります。
- 高次脳機能障害は本人の性格や意志の問題ではなく後遺症としての症状です。
- 決して患者さんを責めず、周りが症状を理解して一つずつ問題に取り組む必要があります。

## ▶ 周囲が理解しておきたい代表的な高次脳機能障害



- 失語 .....  
耳は聞こえるのに言葉が理解できない
- 失認 .....  
目は見えるのに物が分からない
- 失行 .....  
手足の麻痺はないのに道具が使えない



### ● 記憶障害 .....

新しいことを覚えられなかったり、過去の記憶を思い出すことが難しくなります。



### ● 注意障害 .....

必要なことに注意を向けたり、状況に応じて気を配ることが難しくなります。



### ● 半側空間無視 .....

方向性の注意障害として、一方向に注意がいかなくなります。



### ● 病態失認 .....

自分の病気や症状が自覚できないため、病気やマヒの状態に無関心であったり、リハビリを拒否したりする原因になったりします。



### ● 意欲の低下 .....

「自分からはじめる意欲が起きない」「何ごとにも興味がわかない」などの症状が現れます。



### ● 感情抑制の障害 .....

些細なことで怒ったり、泣いたり、不適切なところで笑い出すなどの症状が現れます。

### 3. 家庭でケアしたいこと

#### ▶ 言語障害の後遺症がある場合

##### ●失語症

脳の言葉を司る部分「言語野」が傷ついたために起こり、「聞く・話す・読む・書く」など言語全体に障害が及びます。

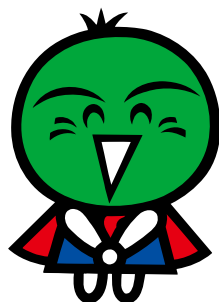
傷ついた脳の場所によって症状が違い、リハビリ方法も異なります。

一般的に脳の前方が傷つくと、聞くことよりも話すことの障害が強くなり、後方が傷つくと、聞き取りが難しく、話す言葉にも間違いが多くなります。

##### 失語症の人への接し方

- 短く、はっきりと、表情豊かに話しかけましょう。
- 漢字や数字などで要点を書いて示すと理解しやすくなります。
- 言い間違いを訂正するより話の流れで推測することも大切です。
- 言葉が出にくい時は「はい」か「いいえ」で答えられる質問を。
- 言葉を読むよう無理強いせず、表情などで安心感を与えましょう。
- 50 音表の指差しは話すことより難しいので使えません。

周囲の思いやりが  
なにより大事。





## ●構音障害

唇や舌、喉の運動障害によって発音が正しくできなくなる障害で、発音だけでなく飲み込みの障害(嚥下障害)も起こることがあります。

他の合併症がない場合は、筆談や 50 音表の指差しで伝達できます。

### 構音障害の人への接し方

- 発音が分かりにくい時は、短い単語で言ってもらいます。
- 1 音づつ指折りしながらゆっくりと発音してもらおうと音が分かれてはつきりします。
- 聴き手が早口だとつられるので、ゆっくり落ち着いて話しかけて下さい。



※言語障害は種類によってリハビリ方法が異なります。  
分からないことは「言語聴覚士」にご相談下さい。

患者さんの気持ちになって  
接してください。



## ▶ 摂食・嚥下障害の後遺症がある場合

摂食・嚥下障害は、食べ物が思うように食べられない障害です。後遺症がある方は食べ物などが間違って気道に入る「誤嚥」に注意しなければなりません。

誤嚥によって起こる肺炎を「嚥下性肺炎」と言います。

### 摂食・嚥下障害(嚥下性肺炎)の予防

- 口の中を清潔に保ち、食材、食べる姿勢、食器などの工夫、またリハビリによって予防することができます。

### 家庭でできるリハビリ

- **発声練習**……声を出すことで、のどの動きがよくなり誤嚥しにくくなります。
- **舌の運動**……舌を前後左右、上下に動かす運動で舌を強化すると、食べ物の送りこみがスムーズになります。
- **唇の運動**……唇を前に突き出したり横に引くなど唇を動かすことで、口の周りの筋肉を強くすることができます。
- **呼吸訓練**……風車に息を吹きかけたりして呼吸を強くすることで、咳や発声の能力が向上します。
- **首上げ運動**……横になって自分のヘソを見るように首を上げることで、飲み込む時に必要な筋肉を強くすることができます。

## 4. 在宅療養について

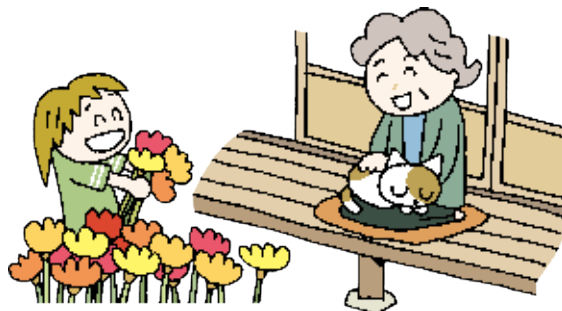
脳卒中を起こし入院した直後は、家に帰れるだろうか、今後どうなるのだろう…と誰もが不安です。

でも、麻痺が残っていても車いすでも自宅に帰ることは可能です。

実際に車いすを使用している方でも、人工呼吸器などの医療器具を使用している方でも自宅で過ごしている方は大勢いらっしゃいます。

大事に育てた庭のお花を見ていたい…  
家族の声を聞いていたい…  
大切なペットの傍で過ごしたい…  
住み慣れた家が安心…

あなたのそんな思いを実現するのが  
「在宅療養」です。



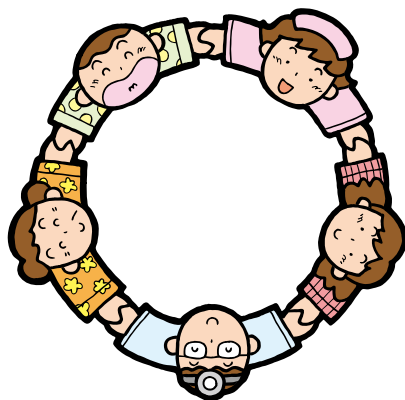
## 22 あなたと家族の皆様へ

このノートは、病気の再発を防ぎ、その人らしい生活を、1日でも長く送っていただきたいという願いのもと、作成されました。

自分のからだの中でおこっていること、そして受けている治療のことなどに積極的に関心を持ち、かかりつけ医と相談しながら、これからも治療を中断することなく続けてください。

災害時や旅先で具合が悪くなったときなど、かかりつけ医の診察をすぐに受けられないときに、ノートは貴重な情報源となります。

日ごろから、健康保険証やお薬手帳、他の病気の手帳などと一緒に携帯し、すぐに持ち出せるようにしておきましょう。



MEMO

MEMO

MEMO

●参考文献/引用文献

脳卒中治療ガイドライン2015（脳卒中合同ガイドライン委員会）

高血圧治療ガイドライン2019

（日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン作成委員会）

糖尿病連携手帳（公益社団法人日本糖尿病協会編）

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年版（一般社団法人日本動脈硬化学会）

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2009（社団法人日本腎臓学会編）

脳卒中予防十カ条

（公益社団法人日本脳卒中協会 HP:<http://www.jsa-web.org/>）

脳卒中ZERO-ACT-FAST福岡県版（第4版）

（日本脳卒中協会福岡県支部 HP:<http://plaza.umin.ac.jp/stroke/>）

欧州心臓病学会（ESC2010）ガイドライン改訂版

脳ドックのガイドライン2008〔改訂・第3版〕

（日本脳ドック学会脳ドックの新ガイドライン作成委員会）

『脳卒中あんしん連携ノート』北海道地域連携クリティカルパス運営協議会

「くまモンの脳卒中ノート」公益社団法人日本脳卒中協会熊本県支部

●本書のご利用に関しては、以下の点にご留意ください。

本書は、徳島県の脳卒中医療と福祉の向上及び心疾患、糖尿病医療との連携を目標に作成されています。

本書は、日本脳卒中協会北海道支部・香川県支部が作成した「脳卒中あんしん連携ノート」・熊本県支部が作成した「くまモンの脳卒中ノート」を参考に作成しています。

## 『脳卒中あんしん連携ノート』

平成25年2月 初 版 発行

平成26年3月 第2版 発行

令和 3 年3月 第3版 発行

発行：徳島脳卒中シームレスケア研究会

事務局連絡先：徳島県徳島市蔵本町3-18-15

徳島大学 脳神経外科

TEL：088-633-7149

FAX：088-632-9464





このノートを拾った方は、「わたし自身のことについて(3ページ)」に記載されている連絡先まで、連絡をお願いいたします。