

2015年12月16日

厚生労働大臣 塩崎 恭久様

脳卒中対策基本法制定の要望

日本脳卒中者友の会理事長 石川 敏一
顧問 上野 正（東京大学名誉教授）

私達日本脳卒中者友の会（旧称：全国脳卒中者友の会連合会）は脳卒中患者が孤立して後遺症に苦しむのではなく、互いに協力し励まし合って活動して行く団体です。全国規模の脳卒中患者団体は唯一つであるため、私達は日本の脳卒中患者を代表して以下の要望を提出します。

要望 私達は、脳卒中の大きな被害克服の対策を、一貫した理念と基本方針に基づいて国を挙げて展開するための「脳卒中対策基本法」の制定を要望します。

【要望提出の理由】

1. 脳卒中の甚大な被害

脳卒中は癌、心臓病と共に三大国民病と云われ、患者も死亡者も多く、特に後遺症による要介護者が最も多い病気です。

死亡者はようやく第4位の年間12万人に減りましたが、命が助かった後の後遺症が最大の問題です。脳卒中のため介護が必要な患者は、総ての傷病者410万人の約1/5の92万人と最多です。特に、最も重い要介護4と5の患者全体107万人の3割以上、34万人が脳卒中患者です。癌と心臓病の重い要介護者の各々2%、1.4%と全く事情が違います。

このため、年間の介護費総額約9兆円のうち、脳卒中の割合は約1/4の2.2兆円で、これは脳卒中の年間医療費総額1.8兆円より多いのです。

2. 脳卒中の良い治療があっても受けられない状況

脳卒中医療が近年大きく進歩し、発病直後の超急性期に良い治療が受けられ、その後切れ目のない医療と有効なリハビリに繋がれば、以前には考えられなかった程良く治ります。然し実際には、多くの患者がこのような治療を受けられず死亡したり、重度介護者になっています。

例えば、脳卒中の7割以上を占める脳梗塞の強力な特効薬t-PAがありますが、発病後4.5時間以内しか使えないため、今は間に合う患者はごく僅かです（5%程度）。また急性期のリハビリや、これに続く回復期のリハビリを受けることが出来ないで、回復不十分のまま固定してしまう要介護者も多いのです。

3. 脳卒中の被害克服に国を挙げての対策が必要なこと

急性期への対応にも、回復期から維持期、社会復帰への支援にも、必要な対策ははっきりしています。

膨大な設備投資よりも、病院間連携や、スタッフや医療機器の集約などによる地域医療体制の整備、脳卒中救急搬送体制の整備、知識の普及などソフト面

の対策が中心です。これによって多くの患者や国民が救われ、同時に介護費、医療費が大幅に減少します。肝心なことは、法的な基盤を整備し、国を挙げてこれを実行する事です。

【付記】 最近、脳卒中対策を「循環器病対策基本法」に包括させる構想が出て来ましたが、循環器病には病態も対策も全く異なる多くの病気が含まれ、これを一括した場合には実効性が失われます。

本来の「脳卒中対策基本法」の制定が不可欠です。

「脳卒中対策基本法制定の要望」の添付資料

【脳卒中の被害克服の課題と説明】

- I. 被害克服のための課題
- II. 脳卒中の被害
- III. 脳卒中急性期の医療体制と救急搬送体制
- IV. 脳卒中医療の情報収集と公表
- V. 脳卒中に対応する知識の普及
- VI. 「循環器病対策基本法」は脳卒中対策に実効性が無い

I. 被害克服のための課題

脳卒中、特に脳梗塞は発病直後の超急性期の治療成績で、後遺症の発生率、入院期間、リハビリ期間等、その後の可能性が大きく決まってしまう。

第一の課題は急性期への対応です

・現代の脳卒中専門的治療が出来る病院の整備

地域ごとに、毎日 24 時間、t-PA 治療を含め脳卒中の専門的治療を直ちに実施できる病院を整備する事。

これは発病後 4 時間半以内と云う t-PA の時間制限と、治療後に起きる可能性がある頭蓋内出血の副作用に直ちに対応するためにも必要な体制です。

・脳卒中救急搬送体制の整備

現在の搬送体制を見直し、脳卒中の疑いのある患者を、現代の専門的治療が直ちに出来る病院に搬送する体制、専門的な治療能力を優先する搬送体制を整備する事。

これには、救急隊員が現場で判断できるための教育・研修、自治体による地域ごとの有効な救急搬送計画が必要です。

・自治体の脳卒中医療状況の把握と情報公開

自治体が地域で脳卒中を担当する個別病院の医療体制、治療実績の情報を確実に把握して活用、公開する。これは脳卒中救急搬送体制の整備と、医療水準、住民の脳卒中对応能力の向上には不可欠です。

・脳卒中発病直後の対応の知識普及

脳卒中発病に直ぐ気付くための知識、気付いたらすぐ救急を呼ぶという知識の普及です。対応が遅れては t-PA 治療も、血管内治療による血栓回収療法（6 時間以内）

も間に合いません。また、いざという時どんな病院に行けばよいか、これには地域の病院の情報が欠かせません。

第二の課題は急性期治療後の切れ目のない医療とリハビリ、在宅への復帰支援です。これを、行政が長期的視野に立って地域ごとに構築して行くことです。

- ・**病院間の、病院と介護福祉施設間の連携体制の整備**

脳卒中の急性期から回復期、維持期までの切れ目のない医療のための病院間連携体制、病院と介護福祉施設との連携体制を地域ごとに整備すること。

急性期後の再発防止対策。また、医療機能を補うための病院間連携、各病院と地域拠点病院との連携体制も重要です。

- ・**リハビリの継続と充実**

急性期を含む各治療段階でのリハビリ実施体制の整備。福祉介護施設での、在宅でのリハビリの継続と充実対策の実施。

特に、治療上不可欠なリハビリを中断させないための施策が必要です。

- ・**脳卒中患者の自宅復帰、社会参加への支援**

脳卒中患者が退院後も、自宅で良い医療と介護福祉サービスを受けられる体制整備。患者と介護者（おもに家族）に対する相談支援、医療と介護福祉情報の提供体制。回復後の社会参加（復帰）への支援体制の整備。以上は、脳卒中患者や後遺症患者の生活の質の維持、向上に不可欠です。

以上、先ず必要なことですが、これだけで脳卒中の被害克服は出来ません。

第三の課題は脳卒中医療の基盤の整備です

- ・**脳卒中医療の地域拠点病院の整備**

地域の医療水準の維持、向上には、高度の医療を行うスタッフや医療機器を集約した脳卒中の地域拠点病院を整備し、これが脳血管内治療などの先進医療の推進、普及、地域の病院間連携体制の中心、人材養成の場としての役割を果たす必要があります。

- ・**脳卒中予防のための知識の普及**

この知識を、地域や学校、職域での検診、保健指導などで普及する事。

以前 30 年間ほど死亡原因の第 1 位だった脳卒中が第 4 位に減ったのには、塩分の取り過ぎがいけないという知識の普及によって脳出血が激減したことが大きな原因とされています。

- ・**脳卒中医療の情報収集と公表の実施**

脳卒中登録制度等を整備し、脳卒中の発症状況、急性期から維持期までの治療や転帰等の情報を収集、分析して公表する事。

自治体が地域の個別病院の医療体制や治療実績を含む医療状況、脳卒中救急搬送状況の情報を収集、公表する事が重要です。医療の安全と水準向上の基盤です。

- ・**研究の推進と普及、人材の養成**

脳卒中医療の基礎研究と、医療や薬品、医療機器の開発等も含む応用研究の推進と普及。これ無くして新しい医療は生まれません。

また、脳卒中の医療提供に関わる人材の養成、特に脳卒中に主な関心を持つ神経内科医の不足、脳血管内治療医の人数が少ない事への対策が求められます。

- ・**脳卒中对策の基本計画と患者・家族の参画**

国と都道府県が定期的に基本計画を作成し、結果を点検すると共に公表する事。
これに脳卒中の患者・家族の代表、医師など医療提供者の代表が参画する事。
同じ事柄についてもそれぞれの立場の違いから、必要性、重要性の評価が違うから
です。

以上の課題は、その幾つかを個別に実施できても効果はごく限られ、個別の自治体
に推奨して実現出来るものではありません。脳卒中对策基本法の基盤の上に有効に展
開出来るものです。

II. 脳卒中の被害

脳卒中は患者や死亡者が多くだけでなく、様々な後遺症（意識障害、半身麻痺、言
語障害、記憶障害、高次脳機能障害など）を残す病気です。

そのため長期にわたる入院加療が必要となり、自宅に帰れる割合も他の病気と比べ
て少ないのです。生命が助かって後遺症を持って生活して行かなくてはなりません。

介護が必要な人は全ての病気の中で最も多く、しかもその症状が重い人が多いので
す。その生活支援が重要で、膨大な医療費、介護費がかかる原因ともなっています。

また、一人の要介護者に対し家族等が介護のため仕事を続けられなくなり、患者が
死亡した後も復職出来ないなど、少子高齢化社会の大きな社会的負担になっています。

※参考までに…

年間の死亡者は 12 万人、死因第 4 位。(H25 年)

推計患者数 入院患者 172 万人（心疾患は 58 万人）、外来患者 112 万人（心
疾患は 134 万人）。(H23 年)

退院後、家に帰れず次の病院か、介護施設などに入る人の割合…脳卒中 41%、全
傷病平均 15%。(脳卒中では、後遺症のため退院後そのまま家庭に帰れる人が少な
い。)脳卒中は介護が必要な人が最多。全体 414 万人のうち 92 万人、22%。

要支援、要介護と重くなるに従って脳卒中の割合が増える。

最重度の要介護 4 と 5 の合計では、全体 107 万人のうち脳卒中は 34 万人、32%。

心臓病と癌の各々 1.4 万人、1.3%及び 2.1 万人、2%とは全く違う。(H22 年)

介護が必要な病気第二位の認知症の原因としても、脳卒中は大きな割合を占める。

年間総介護費 8.9 兆円の内脳卒中は 2.2 兆円、24.7%で最大。(H25 年)

年間総医療費 39.2 兆円の内脳卒中は 1.8 兆円、4.5%。(H24 年)

医療費と比べて介護費の比重が非常に大きい。

介護が必要な疾患別患者数と割合（第 3 位までと心臓病、癌）（H22 年厚労省介護給付の概況）

	全体	脳卒中	認知症	老衰	心臓病	癌
介護が必要な人	414 万人	92 万人 22%	70 万人 16%	56 万人 14%	16 万人 3%	9 万人 2%

要支援者(1,2)	88 万人	13 万人 15%	3 万人 4%	13 万人 15%	5 万人 6%	2 万人 2%
要介護者(1~5)	326 万人	79 万人 24%	67 万人 21%	43 万人 13%	11 万人 3%	7 万人 2%
要介護 4 と 5 の人	107 万人	34 万人 32%	20 万人 19%	13 万人 12%	1 万人 1%	2 万人 2%

Ⅲ. 脳卒中急性期の医療体制と救急搬送体制

日本で脳卒中の 7 割以上を占める脳梗塞には強力な特効薬 t-PA があります。
t-PA の効果 t-PA を使った治療は、**使わない場合の一倍半の割合でほぼ元通りに回復する**（使った場合は 39%、使わない場合は 26%）。

t-PA の弱点 t-PA は脳梗塞発病後 4 時間半以内しか使えない。

危険な副作用の頭蓋内出血が t-PA を**使わない場合の 3~10 倍起きる**。このため t-PA など現代の脳卒中医療を行う病院体制としては以下を満たすことが必要です。

① **毎日 24 時間体制** 脳卒中専門の医師が待機して、直ちに治療に当れる。

CT、MRI などの検査機器が常時稼働していて、使用できる。

② **t-PA 使用後の見守り** t-PA 使用後 36 時間、とくに 24 時間は脳卒中専門の医師が度々診察し、副作用が起きた場合には脳外科的治療を含む対応が出来る。

また、これは脳梗塞だけでなく、脳卒中全体について急性期のリハビリが大きな効果を上げるため、急性期治療に当る病院に求められる体制として、

③ **急性期のリハビリ体制** このため必要な理学療法士などのスタッフ体制の整備。

医療の質と経費の問題 条件①~③を満たすための費用は高額なため、t-PA 治療を含む約 2 週間の入院費は約 100 万円、超急性期の特別加算が 12 万円付きます。

こうした高額な収入は、①~③の体制を持っていない病院にも大きな魅力です。

現在の日本では、①~③を満たす病院が相当数ある都市でも、能力の欠けた病院に最大級の数の脳卒中患者が搬送されるなど、**病院間で医療の質を問わない患者分け合いの状況**です。これを改めない限り、患者には死亡や重い後遺症と云う犠牲、財政には無駄な医療費と長く続く巨額の介護費の支出が強いられるでしょう。

t-PA 治療を長く経験した欧米では医療費を重視し、医療の質の向上のため脳卒中を診る病院の評価システムを作り、センター化を図って、医療の質の高い病院にしか患者を搬送しないシステムを構築しています。例えばアメリカでは①~③を満たす**一次脳卒中センター**、更に高度な医療拠点となる**総合脳卒中センター**の基準があります。

以上により、問題解決のため次の対策が急務です。

・**脳卒中急性期対応病院の整備** 地域毎に条件①~③を満たす病院を整備する。

この条件は厳しいため、現在これを満たす病院が無い地域に対しては、国や自治体などの支援で地域の脳卒中専門の医師と医療機器を集約するセンター化などを図る。

条件を満たす病院が既にある地域でも、医療水準の高い病院の増加を図る。

・**脳卒中救急搬送体制の整備** 従来の搬送体制を見直し、条件①~③を満たす病院を

優先して搬送する体制の整備。このために、

- ・自治体が、地域内の個別の脳卒中担当病院の医療体制と治療成績を把握して、有効な脳卒中救急搬送計画を作成する。
- ・救急隊員が、現場で脳卒中患者を識別する判断能力を高め、脳卒中搬送計画を有効に実施するための教育、研修を行なう。

IV. 脳卒中医療の情報収集と公表

現在の日本では、脳卒中の発症状況や患者数などの正確な統計がありません。患者数も延べ人数なのか、実人員数なのかも明瞭でなく推計に頼っています。地方自治体でも脳卒中对策の基本になる統計を持っている所は余り知られていません。

これは「癌」以外の他の病気でも同様と思われませんが、脳卒中の場合は三大国民病として被害が大きく、とくに後遺症による介護費が病気全体の 1/4 を占め、国として根本的な対策を迫られています。大きく分けて二つの対策が必要です。

・**マクロの対策** 国として**脳卒中登録制度**を整備し、国全体の脳卒中の発症状況、急性期から維持期までの治療や転帰などの情報を**収集、分析して結果を公表**すること。

また、国として各地域の脳卒中の医療、救急搬送、介護福祉状況の情報を収集、分析して、その結果を公表する事。

以上は、国家規模の対策と、医療、介護水準向上の基礎となるものです。

・**地域ごとの対策** 自治体が、地域の脳卒中に対応する**個別病院の脳卒中医療体制**や、脳卒中の疑いのある救急患者の受け入れ状況、**治療実績を含む医療状況、救急搬送状況の情報を把握して、公表**する事。

これは、自治体の脳卒中の医療と救急搬送体制の改善に不可欠のものです。

特に、かかりつけの開業医が脳卒中の専門的治療を行う病院推薦の判断に役立ち、住民の脳卒中医療への関心も高まって、脳卒中医療の安全と水準向上の基盤となるものです。

例) 横浜市は平成 24 年から、市内の脳卒中救急対応の個別病院 (合計約 30) の医療体制の詳細 (専門別のスタッフの人数、専門資格者数、各医療機器、S C U の状況等)、脳卒中救急患者の受け入れ状況、とくに t-PA 治療の個別の成績等の情報を把握し、市のホームページに公表しています。

これにより医療体制と t-PA 治療実績の関連等も分かり、脳卒中对策基本法の実現によって更に有効性を発揮すると期待されます。

V. 脳卒中に対応する知識の普及

塩分の取り過ぎが脳卒中を招くという知識が広く行き渡って、脳卒中の死亡者が激減。今は後遺症の介護が最大の問題です。知識の普及は大変な効果があります。

脳卒中予防の知識をこれまでも増して普及することが大切です。

一方、以前「脳卒中は安静が第一」だったのが、今は「一刻も早く病院へ」と反転しました。これは t-PA 治療や脳血管内治療が可能になったためです。

そこで**脳卒中発病にすぐ気付くための知識**が肝心ですが、実はこれだけでは駄目です。現在は t-PA 治療など現代の専門的治療が出来ない病院や、治療後の副作用の見

守りが出来ない病院にも患者が多数搬送されています（出来る病院があっても）。安全な治療を受けるため、住民には**地域の病院についての知識**が肝心です。緊急時の対応にも、こうした具体的知識を伴って初めて本当の関心が集まるのです。脳卒中発病にすぐ気付くための知識と、**地域の病院の脳卒中専門的治療についての知識**を普及する。「脳卒中は安静が第一」は今は無効と周知する事が肝心です。

VI. 「循環器病対策基本法」は脳卒中对策に実効性が無い

【経緯】がん対策基本法が2006年に成立後、2009年に脳卒中对策立法化推進協議会が発足。日本脳卒中協会や私達の会などが参加して活動を開始。

2013年末自民、公明両党の「脳卒中对策を考える議員の会」が発足。翌年6月に「脳卒中对策基本法案」を参議院に提出後、年末の衆議院解散により審議未了廃案となる。

その後上記議員の会は「脳卒中对策基本法案」の成立を目指したが、民主党の有力議員が「個別疾患に対する基本法を作っていたら切りがない」と反対するため、「脳卒中对策基本法案」に加筆修正した「循環器病対策基本法案」を作り、**脳卒中对策を「循環器病対策基本法」に包括する方針**が浮上。現在これが進行中です。

問題は「循環器病対策基本法案」は実効性が無いことです

この法案は循環器病を全て一括した法案です。脳卒中は循環器病に分類されますが、最大の特徴は脳血管の損傷によって脳神経が侵される脳の病気だと云う事です。

循環器病の多様性 循環器病は脳卒中のほか、心臓弁膜症、不整脈、心不全、心筋梗塞などの心臓病、さらに胸部・腹部大動脈瘤、大動脈解離、肺塞栓症、末梢動脈疾患など、患部も、病態も、対策も違う**多数の病気**が含まれます。

これら**多数の病気**に共通の対策が成り立たないことが**問題**です。急性期治療の病院や救急搬送の整備にせよ、病院間の連携体制にせよ、病気によってその意味も内容も違い、一括した具体策が成り立ちません。この多様な病気に対し各自治体で実効性のある対策の立案と実施を並行して実現出来るのかと云う事です。

条文の実効性 「脳卒中对策基本法」では、基本的施策の条文一つ一つが国や自治体に具体策の実施を義務付けているもので、実行出来たかどうか、成果はどうかを具体的に評価でき、実効性が確保出来ます。

これに対して「循環器病対策基本法」の、対策が違う多数の循環器病を一括した条文では、各自治体や国の予算と労力に限界がある以上、全てを義務として求め、成績を点検することは事実上出来ない。**結局、具体的施策の条文全体が努力目標の羅列**となって**実効性が担保出来ません**。

本来の「脳卒中对策基本法」の制定を 単純に考えると「循環器病対策基本法」は多数の病気が対象となるので、「脳卒中对策基本法」よりも良いように見えますが、対象を上げ過ぎたため**実効性**がありません。病気に対する対策が大切なことは病気によって異なるものではありません。然し、日本の国民病などと云われ、**特別に多数の人が重大な被害**を受けている**病気**で、国の集中的、計画的な対策によって大きな成果

が見込まれる病気は、癌のほか、脳卒中、心臓病がある程度です。

国の医療、財政上の資源に限られる中で癌と同様、脳卒中に特化した計画的、基本的対策の立法化は、医療に対する「対策基本法」本来の意義ではないでしょうか。

実効性は無いが、形の上では脳卒中と心臓病対策を含む「循環器病対策基本法」制定の後では、脳卒中や心臓病に対する実効性のある立法は期待できません。

循環器病対策への転換はやめて、本来の「脳卒中対策基本法」の制定が必要です。