



脳血管障害の患者を支援する社会的仕組みは何が不足していますか？

1. 本邦における脳血管障害の疫学

1 脳血管障害による死亡率（数）

本邦における人口 10 万人対の死亡率で、“脳血管疾患”は 1951～1980 年にかけて第 1 位を続けてきたが、高血圧をはじめとした脳血管障害の危険因子管理、一過性脳虚血発作（transient ischemic attack: TIA）への救急対応、2005 年 10 月から承認された超急性期虚血性脳血管障害に対する経静脈的血栓溶解療法、脳血管障害再発予防の抗血栓療法など治療と予防の進歩により、1981 年には“悪性新生物”に抜かれ第 2 位へ、1985 年には“心疾患”に抜かれ第 3 位へ、2011 年には“肺炎”にも抜かれ、現在、第 4 位まで低下している¹。また死亡数についても 2014 年には、前年の 2013 年と比較し 4229 人減少して年間約 11 万 4118 人、死亡総数の 9.0%（厚生労働省 2014 年人口動態統計）となっている **図 1**^{1,2}。ここで注意すべきは、現在、死亡率の第 3 位である“肺炎”には“脳血管疾患”による意識障害や寝たきりといった後遺症のため ADL が低下し、結果的に誤嚥

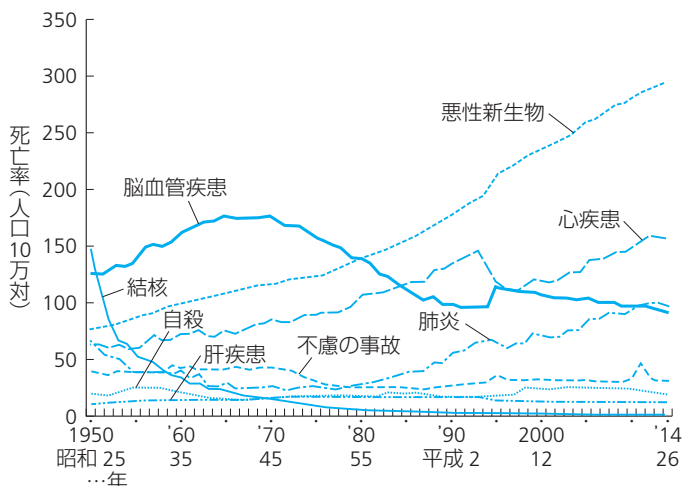


図 1 主要死因別にみた死亡率（人口 10 万対）の推移
（厚生労働省 2014 年人口動態統計より）

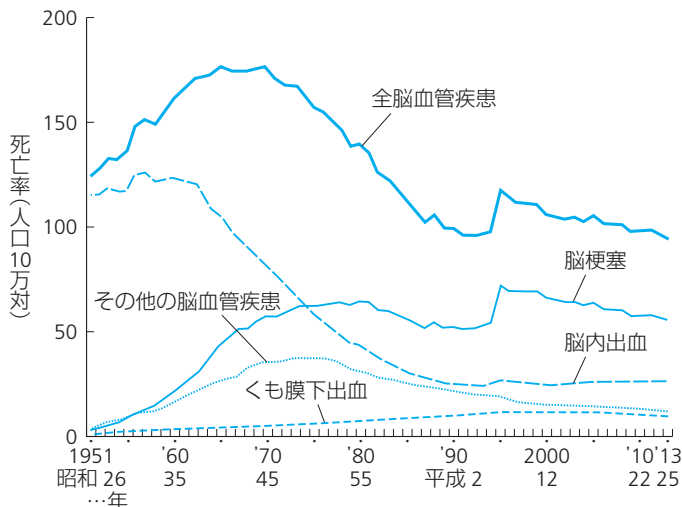


図2 脳血管疾患の死亡率（人口10万対）の推移
（厚生労働省2014年人口動態統計より）

性肺炎を発症し死亡へ至った症例が多数含まれている可能性があり、必ずしも“脳血管疾患”による死亡率（数）が低下しているわけではないとされている³⁾。

さらに脳血管疾患による死亡率（人口10万人対）の内訳では、特に脳内出血の死亡率は1960年以降減少しているが、脳梗塞の死亡率は1980年頃まで増加した後は50前後で推移し、2014年には52.6と、ここ最近ではほぼ横ばいとなっている⁴⁾。

しかし一方で、急速な高齢化や糖尿病、脂質異常症、高血圧などの生活習慣病の増加に伴い脳梗塞、なかでも高齢化とともに増加する心房細動による心原性脳塞栓症の罹患数が年々増加してきている。この結果、脳血管障害の罹患数は2020年には現在より15万人多く、2倍以上にあたる288万人に達すると予測され、これに伴い要介護者も2025年まで増え続けるとされている。

2 脳血管障害の総患者数

厚生労働省での“2014年患者調査の概況”によると、調査日に全国の医療施設を脳血管障害で受療した推計患者数は入院15万9,400人（病院15万4,900人、一般診療所4,600人）、外来9万4,000人（病院4万4,700人、一般診療所4万9,200人）、人口10万人対での脳血管疾患受療率は入院125（男114、女

136)、外来 74 (男 77, 女 71) であり、脳血管障害で継続的な医療を受けている総患者数は 117 万 9,000 人 (男 59 万 2,000 人, 女 58 万 7,000 人) と報告されている²⁾。これは“2011 年患者調査の概要”の総患者数 123 万 5,000 人と比較して約 6 万人、2005 年をピークに入院受診率も減少し、脳血管障害の総患者数は漸減してきている。

3 脳血管障害の国民医療費

このように治療と予防の進歩により脳血管障害による全死亡数は減る一方、高齢化や医療の高度化に伴い国民医療費は増加し、2013 年度は脳血管障害の医療費には 1 兆 7,730 億円 (65 歳以上に 1 兆 4,116 億円, 70 歳以上に 1 兆 2,259 億円, 75 歳以上に 9,946 億円) が支出され、また全退院患者の平均在院日数は減少しているものの、2014 年患者調査では脳血管障害全体では全国平均 89.5 日 (65 歳以上 100.7 日, 75 歳以上 116.0 日) と特に高齢者で長いことが認められている²⁾。

転帰についても脳血管障害後 5 年の生存率は 1960 年代には 22.2%であったが、1980 年代には 55.3%, 2000 年代には 63.0%と改善しつつあり、再発についても久山町研究における 10 年間の再発率では脳梗塞 49.7%, 脳内出血 55.6%, くも膜下出血 70.0%と決して低値ではない⁴⁾。

4 経済的/精神的/リハビリテーション施設の援助を必要とする脳血管障害

脳血管障害は急性期死亡を免れたとしても運動麻痺などの重度後遺症を残すことが少なくない。さらに療養時の長期臥床や脳血管障害の再発で寝たきりなど ADL のさらなる低下をきたすこともあり、結果的に要介護の主要な原因の第 1 位 (18.5%) **図 3** , 認知症の原因の 3~4 割, 要介護 4 の 30.9%, 要介護 5 の 34.5%を占めるに至っている。また、疾患別入院期間についても脳血管障害が最長で、入院・在宅を問わず、本人のみならず家族にとっても経済的/精神的に大きな負担がのしかかることが多い疾患である。

このように脳血管障害は健康寿命に甚大な影響を及ぼし、多大な負担、ことに医療費も要するため、後遺症軽減を目的として早期からのリハビリテーションを開始するなど、多くの脳血管障害患者を支援する様々な社会的支援が必要となる。しかし、現実的には経済的、精神的、介護的、リハビリテーション施行施設の援助が不足しているのは明白である。今後しばらくは、脳血管障害患者が増加し続けることが予測されており、以前にも増して発症の予防と発症後の支援対策の強

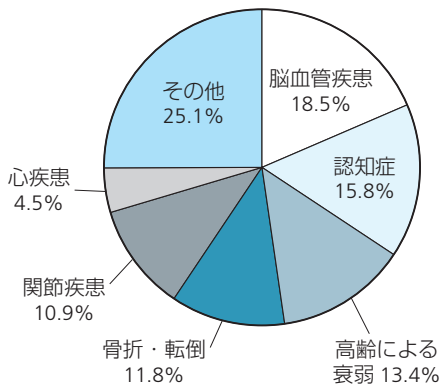


図3 介護が必要となった原因（平成25年）
（厚生労働省「国民生活基礎調査」より）

化が必要な時代となってきている。

2. 脳血管障害の患者を支援する社会的仕組み

脳血管障害の患者の多くは、後遺症や再発について、場合によっては後遺症のために復職、再就職など就労困難について苦悩することが少なくない。また患者本人のみならず周囲の家族も、看病や介護のために休職や退職を余儀なくされ体力的/経済的/精神的負担が重くのしかかることも多い。たとえ脳血管障害が軽症であったとしても再発予防や高血圧などの危険因子に注意しながら就労支援を行わなければならない、約30%は再就労ができないまま離職せざるを得ないのも現実である。このため介護体制の早急な整備、就労支援、費用負担の対応が必要とされるが、これらすべてを支援する社会的な仕組みが十分に整備されているとは考えられない。

一般的に人的介護サービスがあると、たとえ介護量が多くても家庭復帰が可能なのは多いが、本邦では人的介護サービスがいまだに不十分なため家庭復帰は実際難しいことが多い。さらに少子高齢化、核家族化、一人暮らしの増加に伴い、主介護者の確保も困難となっている。特に一人暮らしで介護量が多い場合は、一人暮らしへの復帰困難のみでなく、家族との同居も難しく、主介護者も仕事継続が困難になってしまう。主介護者が介護目的で仕事を辞めることは社会的にも経済的にも負担が大きく、逆に仕事を辞めることができないため在宅介護ができな

いことも少なくはない。

近年、療養型病院，老人保健施設，特別養護老人ホームの数は増加してきており，不十分な介護による在宅生活より施設生活のほうが望ましいことも少なくはない。このように施設サービスの充実度が向上すると，施設生活への抵抗感が少なくなり，在宅生活ではなく施設生活を容易に選択するようになると考えられるが，介護保険の自己負担以外に，食事代やおむつ代などが必要な場合，経済的な負担がのしかかる。今後も少子高齢化，核家族化，一人暮らしの増加により家族の介護力向上は期待できず，現状の介護保険制度では長期的に，施設生活の割合が徐々に高くなると予測される。在宅復帰率を改善するためには，人的介護サービスをより多く導入できるような支援体制の見直しが求められる。

以上のように脳血管障害の患者本人および家族に対する支援体制は十分ではないのが現状で，またリハビリテーションについても現在，急性期・回復期・維持期のように病院機能分担がなされており，同じ医療機関でリハビリテーションができないなど不安，不満も生じている。回復期リハビリ病棟は病気の種類によって入院可能な期間が定められており，通常の脳血管障害であれば最高150日，高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害であったとしても180日までと制限されているため，十分なりハビリテーションを受ける前に在宅設定となる場合も少なくはない。在宅復帰，職場復帰には，これら急性期から慢性期にわたる脳血管障害によるADL障害に対して継続的なリハビリテーションが必須であり，これらに費やされる高額医療費に対しては主に高額療養費制度を，介護に対しては介護保険を利用するが，補完できない経済的/精神的な負担は恒久的に付きまとうことになる **図4**。現在，これらに対して十分とは言えないが以下のような支援制度が用意されている。

1 介護保険制度

2000年4月から始まった，家族が担ってきた寝たきりや認知症などの介護を要する主な高齢者を社会全体で支える制度である。原則として65歳以上の高齢者が市区町村に申請して要介護認定を受け，その介護度に応じて介護サービス計画（ケアプラン）を作成，在宅サービスか施設サービスのいずれかを受けることが可能となる。これまで介護サービスは措置制度のもと行政が決めていたが，利用者が民間も含めたサービス事業者と契約することになった。保険料を徴収し，制度を運営する主体（保険者）は市町村。保険料を払う被保険者は40歳以上で，うち65歳以上を第1号被保険者，40歳から64歳までを第2号被保険者と区分