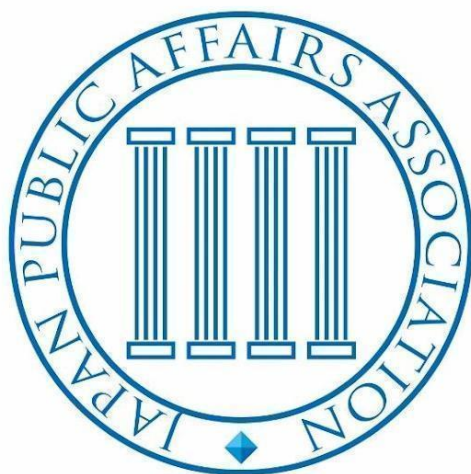


年間 1.65 兆円の国家損失と「要介護化・介護離職」を防
ぐ、脳卒中・再発予防への戦略的シフト
～EBPM 基盤の構築と切れ目のない病診連携が
日本の労働力を守る～



一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

監修：自治医科大学内科学講座神経内科学部門教授 藤本 茂

日本脳卒中協会理事長 峰松 一夫

京都大学医学部附属病院特任病院教授

(脳卒中療養支援センター長) 宮本 享

日本脳卒中協会副理事長 川勝 弘之

2026年4月21日

目次

エグゼクティブサマリー	2
はじめに・脳卒中再発予防の必要性	3
第1章 我が国における脳卒中の現状	4
1. 我が国における脳卒中の病態	4
i 病態	4
ii 患者数等	5
2. 脳卒中医療の現状	6
i 超急性期・急性期	6
ii 回復期	7
iii 維持期（生活期）	8
3. 脳卒中り患の社会的損失	9
第2章 脳卒中再発予防における課題と目指すべき方向性	10
1. 医療における課題	10
i 病院とクリニックにおける医療の分断	10
ii 患者への情報提供・相談体制における困難性	11
2. 患者における課題	15
3. 国における課題	16
i 脳卒中对策予算	16
ii 診療報酬	17
iii データヘルス	19
iv その他	19
第3章 提言	21
おわりに	25



エグゼクティブサマリー

我が国において脳卒中は死因の第4位、認知症と並んで要介護となる原因の上位であり、健康寿命の延伸を阻む大きな要因である。脳卒中の特徴はその再発率の高さにあり、約25%が再発すると推計されている。本提言書は、これまで手薄であった「再発予防（二次予防）」への戦略的シフトを提唱し、EBPM（根拠に基づく政策立案）に基づいた切れ目のない病診連携を構築することで、国民の生活の質（QOL）向上と医療保険財政の安定化を目指すものである。

脳卒中に係る社会的費用は年間約6.6兆円に達する。再発率に基づき試算すると、脳卒中の再発に起因する社会的損失は年間約1.65兆円に上り、これは日本の労働力喪失および社会保障財政を直撃する国家的な危機と言える。がん対策と比較して極めて僅少な予算を是正し、戦略的な投資を行うことが急務である。

本提言は、脳卒中の再発予防を向上させるため以下の施策を求めるものである。

1. 「全国脳卒中登録データベース」の構築：がん登録にならった法的根拠に基づくデータベースを整備し、データヘルスを推進する。
2. 脳卒中・心臓病等総合支援センターの活動の均霑化：多職種連携のハブ機能を強化し、「病院から放り出さない」包括的な患者支援体制を全国に均等展開する。
3. 脳卒中对策予算の抜本的増額：特に研究費を現状の13億円から50億円規模へ、循環器病対策全体を150億円規模へ増額し、戦略的投資を行う。
4. 診療報酬の充実：脳卒中相談窓口加算の創設、地域連携パスの評価拡充、退院後1年程度の外来リハビリテーションの保険適用などを実現する。
5. 医療計画等への記載：医療計画等に「再発率を何%以下にする」等の具体的な数値目標を記載し、PDCAサイクルを確立する。

脳卒中再発予防への注力は、年間1.65兆円の損失を防ぐ極めて費用対効果の高い施策である。本提言によって我が国の保健衛生のさらなる向上と医療保険財源の安定を期待する。



はじめに

2025年の我が国を取り巻く状況を振り返ると、ウクライナにおける戦争を遠因とするエネルギー供給不安などによる物価高は社会における大きな問題となっている。その影響は医療にも及び、診療報酬が物価高に対応しきれないことにより医療機関の経営状況は悪化の一途をたどっている。従って医療界からは診療報酬の増額が求められているところであるが、他方、少子高齢化の進展による医療費の増大とそれを支える現役世代の負担増もまた、社会的な課題となつて久しい。

これを医療財政面から言えば、2040年には総人口の約35%が65歳以上となり、医療ニーズがさらに高まることにより医療費は66.7兆円となると推計されている。これは2018年の39.2兆円の1.6倍の数字であり、このような背景を元に国は健康増進による疾病の予防やセルフメディケーションを推進しており、日本人の死因の上位における疾病の予防は当然ながら大きな意味を持つてくる。現在の日本における死因の上位は、がん、心疾患、脳卒中であり、この3疾病それぞれに予防や治療の方策が進められているところではあるが、本稿では脳卒中の、分けても再発予防に係る方策の検討と、それによる社会損失などへの貢献について提言を行う。

脳卒中再発予防の必要性

つとに知られているところであるが、我が国において脳卒中による死亡者は年間約10万人に上る。これは死因順位において、がん、心疾患、老衰に次ぐ第4位の数字であるが、「要介護となる原因」としては認知症と並んで上位を占めており、健康寿命の延伸を阻む大きな要因となっている。その中で脳卒中に顕著なことはその再発率の高さである。後述する滋賀医科大学の研究では脳卒中の約25%が再発すると推計されている。脳卒中の初発で命を取り留めても再発で死に至る場合は多く、再発の防止は非常に重要な課題となる。しかし、このような高い再発率を下げるための取り組みはまだ緒に就いたばかりであり、これをさらに実効性ある取り組みとし、成果を上げていくことが、患者個々人のさらなる生の充実と医療保険財源の安定のために急務であると考えられるものである。



第1章 我が国における脳卒中の現状

1. 我が国における脳卒中の病態

i. 病態

脳卒中とは、脳血管が詰まる（脳梗塞）、脳血管が破れる（脳出血、くも膜下出血）ことの総称で、脳機能が突然損なわれ、身体に麻痺や言語障害などの症状が現れる病気である。多くは生活習慣の乱れが原因であり、血管の損傷が脳に影響を及ぼし、一命をとりとめたとしても何らかの後遺症が残る場合が多い。

脳梗塞は、脳血管が詰まり脳細胞が壊死する病気である。治療においては「急性期再灌流療法」という、発症後数時間以内の血流再開が重要となる。脳梗塞は、責任血管と血管閉塞の原因により、「ラクナ梗塞」・「アテローム血栓性脳梗塞」・「心原性脳梗塞」と「その他の脳梗塞」に分類される。ラクナ梗塞とアテローム梗塞は動脈硬化が原因で、生活習慣病の管理と抗血小板薬により治療する。心原性脳塞栓症は心臓病が原因で、抗凝固薬が用いられる。その他の脳梗塞にはもやもや病、脳動脈解離、がん、自己免疫疾患、血液疾患など多彩な背景疾患が含まれる。

脳出血は、脳血管が破れる病気で、後遺症が重篤化しやすく、死亡率も脳梗塞より高いのが特徴である。主な原因は高血圧と脳アミロイド血管症（脳の血管壁にアミロイド β タンパク質が異常に蓄積し、血管がもろくなったり詰まったりすること）で、特に高血圧の予防・治療が重要である。抗血小板薬や抗凝固薬などのいわゆる抗血栓薬服用者も、抗血栓薬の副作用として脳出血リスクが高まる。脳腫瘍や脳動静脈奇形なども原因となる場合がある。治療は降圧療法が基本とされている。原因、部位、血腫の大きさ、重症度などによっては脳外科手術も行う。

くも膜下出血は、脳動脈瘤（脳血管の枝分かれ部分に血流負荷がかかり、血管の壁が弱くなり形成される風船状変化）が破れることにより、突然の頭痛や意識障害などの症状が出現する。破れる血管は脳の表面を走る主幹脳動脈で、血管の一部が瘤状に膨れた脳動脈瘤が破裂する。脳動脈瘤が破裂すると、脳の表面を覆うくも膜という薄い膜の内側に出血する。脳動脈瘤ができる原因は未だ詳しくは解明されていない。くも膜下出血は脳卒中の中では死亡率が高く、重症の脳卒中である。¹

¹ 国立研究開発法人国立循環器病研究センター。「脳卒中 | 病気について」.



ii. 患者数等

厚生労働省が3年おきに実施している「患者調査」の令和5年(2023年)調査によると、脳卒中を含む脳血管疾患で治療を受けている患者の総数は188.6万人とされている²。内訳は、男性が101.7万人、女性が86.8万人。疾患ごとの内訳で見ると、脳梗塞が131.2万人、脳出血が20.2万人、くも膜下出血が6.7万人、その他の脳血管疾患が30.3万人で脳梗塞が約7割を占める。前回調査において、総数は174.2万人であったので、近年では増加傾向である。

年齢構成で見ると、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれも、平均値・中央値ともに60代半ば以降であり、特に脳梗塞については60代以降の患者数が全体数の大半を占める。

また、前述のとおり、死亡者数を見ると、令和2年度の「人口動態調査」によれば、脳卒中による死亡者は10.3万人。これは、がんの37.9万人、心疾患の20.6万人、老衰に次ぐ4番目の数字であり、脳卒中における医療の充実が国民の保健衛生上、重要な意味を持つことは明らかである。

脳卒中を新規に発症している人数の統計は現状無く、後述するようにこういった統計やデータベースの整備は課題だと考えられるが、平成29年の滋賀医科大学の研究³によれば、日本の脳卒中の発症者は年間で22万人(2024年の総人口から計算すると人口10万人あたり178人。以下同じ。)と推計され、再発を含めると年間29万人(人口10万人あたり234人)が発症していると推計されている。初発に限ってみても、これは2分から2分半に一人の割合で脳卒中が発生していることになる。脳卒中において一命をとりとめたとしても後遺症が残ることは多く、2分～2分半に一人、日常生活に不便を感じる人が発生していることは、脳卒中医療を充実させなければならない大きな理由である。

<https://www.ncvc.go.jp/hospital/pub/knowledge/disease/stroke-2/> (参照 2025-12-25)

² 日本生活習慣予防協会. 「脳血管疾患で治療を受けている総患者数は188万4,000人 令和5年(2023)「患者調査の概況」より」.

<https://seikatsusyukanbyo.com/statistics/2025/010840.php> (参照 2025-12-25)

³ 滋賀医科大学. 「日本の脳卒中の発症者は年間29万人(平成29年6月6日)」
<https://www.shiga-med.ac.jp/hqcera/news/documents/20170606.pdf>



再発率については、2005 年の「日本の地域住民における初回脳卒中後の 10 年再発：久山町研究」⁴では、1 年後、5 年後、10 年後の再発率は、それぞれ 12.8%、35.3%、51.3%とされている。ただし、この論文の調査対象が 1961 年から 1993 年までと古く、現在の医療の状況とはズレがあると考えられる。比較的最近の研究である滋賀医科大学の研究結果からすれば再発患者は一年間に 7 万人であり、累積年における再発率は不明ながらも、約 25%の患者が脳卒中を再発していることになり、やはり再発率の高さはここからも伺える。

2. 脳卒中医療の現状

i. 超急性期・急性期

①脳梗塞

脳梗塞の治療は「時間との勝負」である。発症から 4.5 時間以内の超急性期においては、t-PA(組織型プラスミノゲン・アクティベーター:tissue-type plasminogen activator) という薬剤を点滴静注し、血栓を溶かし、脳血流を再開させる。脳梗塞により脳神経細胞が死に至る経過は早く、適切なタイミングを逃して t-PA を使うと逆に出血などの合併症で症状が悪化する危険性があるため、発症から 4.5 時間内に限って行われる。

太い脳血管が詰まった患者においては t-PA のみでは血栓が溶けづらいため、機械的血栓回収療法が行われる。足の付け根などからステントリトリバーや吸引カテーテルと言われる器具を用いて血栓を直接網で絡めとったり、吸引したりして取り除き、基本的には発症から 6 時間以内、一定の条件が許せば 24 時間以内の患者に対して行われる。

再発を防ぎ脳の保護や合併症予防を図るため薬剤の投与も必要である。アテローム血栓性などの動脈硬化が原因の脳梗塞には抗血小板薬が使用される。また、軽度の脳梗塞においては t-PA の代わりに抗血小板薬を使用することも選択肢となる。心房細動が原因の脳梗塞においては抗凝固薬が使用される。さらに、脳梗塞になると脳血流が低下して酸素や栄養が不

⁴ J Hata, Y Tanizaki, Y Kiyohara, I Kato, M Kubo, K Tanaka, K Okubo, H Nakamura, Y Oishi,

S Ibayashi, M Iida. 「Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study」. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:368-372



足し神経細胞がダメージを受け、脳の中で炎症反応が生じたり、脳がむくむ現象が生じたりもするため、脳保護薬や抗脳浮腫薬も使用される。⁵

②脳出血

脳出血の治療は、血腫の拡大を防ぐことが最優先となる。出血が止まっていない急性期においては血圧が高いと血腫が拡大してしまうため、収縮期血圧（上の血圧）を140未満まで下げることが推奨され、降圧剤を投与する。また、出血により脳のむくみも起こるため、抗脳浮腫薬も投与される。また、出血の部位や状況に応じて外科的治療も行われる。開頭あるいは内視鏡により吸引管を脳内に挿入し、血腫を吸引し除去する。出血量が少ない場合には薬剤投与による保存療法・経過観察となる。⁶

なお、脳出血を止める治療はまだ開発されていないところであり、早急な研究開発が望まれている。

③くも膜下出血

くも膜下出血の治療は、血液凝固因子の働きによりいったんは止血された部位が血圧上昇などによって再破裂することや二次線溶によって再出血することを防ぐことが重要となる。脳出血と同様に収縮期血圧140未満を目安に降圧剤を使用する。抗血小板薬や抗凝固薬は出血を悪化させるため処方されない。

また、開頭クリッピング術（頭を開けて脳動脈瘤の根本に直接チタン製のクリップをかけ、脳動脈瘤へ血液が流れないようにする方法）やコイル塞栓術（足の付け根からカテーテルを挿入し、脳動脈瘤まで到達させ、脳動脈瘤内へコイルを詰めて塞栓する方法）が行われる。⁷

⁵ 国立研究開発法人国立循環器病研究センター。「脳卒中 | 病気について」.
<https://www.ncvc.go.jp/hospital/pub/knowledge/disease/stroke-2/>（参照 2025-12-25）

⁶ IMS グループ医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院。「脳出血とは | 脳出血について」.
<https://www.yokohama-shintoshi.jp/brain/noshukketsu.html>（参照 2025-12-25）

⁷ IMS グループ医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院。「くも膜下出血とは | くも膜下出血について」.
https://www.yokohama-shintoshi.jp/brain/kumomakuka_shukketsu.html（参照 2025-12-25）



ii. 回復期

急性期を脱し、病態や血圧が安定してくると障害された機能を回復させ日常生活や仕事に復帰するためのリハビリテーションが本格化される。リハビリテーションの訓練内容や手法については脳卒中のタイプによる大きな違いは無く、運動・歩行障害や言語障害など患者の後遺症の状況によって治療が行われる。一方、リハビリテーションと並行して行われる再発予防や全身管理については、病気の原因が異なるためアプローチが大きく異なる。

脳梗塞においてはそれぞれの原因（動脈硬化・不整脈等）ごとの抗血小板薬・抗凝固薬の継続と脂質異常症や糖尿病の管理、脳出血は厳格な血圧管理、くも膜下出血は脳動脈瘤の再発予防・髄液がたまることなどの合併症予防が必要となる。

重度の障害があっても長期的なリハビリテーションにより機能回復が得られることもあり、専門的な評価のもと、計画的かつ継続的なリハビリテーションが必要である。また、リハビリテーションの進捗や効果は様々な合併症や併存疾患に影響を受けるため、複合的なリハビリテーションを行うことも求められる。

また、全身状態が安定した段階（一般的には発症から1～3週間程度）で、集中的なリハビリテーションが必要と判断された場合にはリハビリテーション専門の回復期リハビリテーション病院への転院が行われる。回復期リハビリテーション病院に入院できる期間は通常は150日、高次脳機能障害や重度の麻痺を伴う場合は最大180日とされている⁸。

この際、後述する維持期（生活期）も含めて、急性期病院・回復期リハビリテーション病院・かかりつけ医の間で治療やリハビリテーションが途切れないシームレスな医療機関間の移行を実現するため、「脳卒中地域連携パス」と呼ばれる、診療情報を記載した書面による情報共有が行われることが多い。急性期病院において専門医が策定した再発予防のための治療方針（処方内容や血圧管理目標など）が、かかりつけ医へと正確に引き継がれ、途切れることなく継続されることが再発予防の要となる。

⁸ 回復期リハビリテーション.net. 「脳疾患・骨折関節手術の後には」.
<https://kaifukuki.doctorsfile.jp/sick/>（参照 2025-12-25）



iii. 維持期（生活期）

急性期病院あるいは回復期リハビリテーション病院を退院し自宅へ復帰すると維持期（生活期）となり、かかりつけ医への通院や通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションへ移行する。

前述のように、脳卒中は再発率の高い病気であるため、かかりつけ医による継続的な管理が不可欠となる。そこにおいては適切な内服治療の継続、服薬指導・栄養指導及び生活習慣病の指導が行われる。生活習慣病においては高血圧が最大の危険因子であり、厳格な管理が求められる。禁煙・節酒・糖尿病や脂質異常症のコントロールも重要である。また、脳卒中後うつや不安症状が見られる場合があり、精神的サポート、薬物・運動療法などの支援も必要となる場合もある。

このように、維持期（生活期）の医療は「病院で治す」ものから「地域で生活しながら管理する」段階へ移行し、主に内科であることが多いかかりつけ医、リハビリテーションクリニック、訪問診療、介護・福祉サービス、場合によっては精神的サポートなど、様々なサービスを組み合わせ生活しなければならない。この様々なサービスを連動させ組み合わせなければならないことが、後述するように、大きな脳卒中医療の課題となっていく。

以上のことを総じてみれば、近年、脳卒中の急性期治療は飛躍的な進歩を遂げており、脳梗塞における t-PA 静注療法や機械的血栓回収療法、脳出血・くも膜下出血における外科的治療などにより、発症直後の救命率は大きく向上した。しかし、一命を取り留めた後の「再発予防（二次予防）」をいかにすべきかが、現在の脳卒中医療における空白地となっている。急性期治療が成功しても、その後の維持期（生活期）において適切な服薬管理や生活習慣の改善が継続されなければ、容易に再発を招き、より重篤な後遺症や死に至る危険性が極めて高い。脳梗塞においては原因に応じた抗凝固薬・抗血小板薬の的確な服用が、脳出血等においては厳格な血圧管理が生涯にわたって不可欠である。それらをいかに担保していくかが求められていると言えよう。

3. 脳卒中り患の社会的損失

我が国における脳卒中の社会的損失は極めて甚大である。厚生労働科学研



究費補助金による近年の調査研究（佐伯班）⁹によれば、我が国の脳卒中に係る社会的費用は年間 6.6 兆円（直接費用 4.4 兆円、間接費用 2.2 兆円）に上ると推計されている。特に、間接費用のうち「非就労（離職等）」による労働力損失が年間 1.2 兆円に達し、直接費用のうち「介護費用」が年間約 2 兆円を占めている事実は、脳卒中が日本の労働力と社会保障財政を直撃していることを如実に示している。ここから脳卒中の再発率（約 25%）を掛け合わせると、再発によって引き起こされている社会的損失は年間約 1.65 兆円規模に達すると推計される。2023 年の国立がん研究センターの研究による「予防可能ながんの経済的負担（約 2.8 兆円）」¹⁰と比較しても、脳卒中の再発による年間 1.65 兆円の損失は決して見過ごすことのできない国家の危機であり、がん対策と同等の予算と政策資源を投入し、強力に再発予防（二次予防）を推進すべきであろう。

第 2 章 脳卒中再発予防における課題と目指すべき方向性

1. 医療における課題

i. 病院とクリニックにおける医療の分断

前章にて触れたように、脳卒中を発症した患者はまず急性期病院に運ばれる。通常、この急性期病院は都道府県の医療計画などで定められている、脳卒中の急性期患者が受け入れ可能な一次脳卒中センター（PSC：Primary Stroke Center）である。専門的な急性期治療と並行してリハビリテーション治療が行われ、その後回復期リハビリテーション病院または療養型施設へ転院となる。あるいは軽度の患者は急性期病院から退院し直接自宅へ帰

⁹ 佐伯覚、立石清一郎、荻ノ沢泰司、松嶋康之、越智光宏、加藤徳明、伊藤英明、蜂須賀明子。「わが国における脳卒中及び循環器疾患の復職の現状」。令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金「脳卒中及び循環器疾患における治療と仕事の両立支援の手法の開発」分担研究報告書

¹⁰ 国立研究開発法人国立がん研究センター。「日本人における予防可能ながんによる経済的負担は 1 兆円超え（推計）適切ながん対策により、経済的負担の軽減が期待される」。 https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2023/0802/index.html



る。従って、①急性期病院－回復期リハビリテーション病院－退院し自宅へ、②急性期病院－退院し自宅へ、③自宅に復帰できない重症の患者は急性期病院ないし回復期リハビリテーション病院から療養型施設へ、というパターンの3つがあることになる。

この各病院間の転院に際して、患者情報・治療情報を引き継ぎ、転院がシームレスに行われるようにするための仕組みとして「脳卒中地域連携パス（あるいは地域連携クリティカルパス）」と呼ばれる書面による引き継ぎがある。地域連携パスの制度趣旨としては、引き継ぐべき事項を様式化・定型化することによって引き継ぎ事項を均霑化し抜け漏れを防ぐというものである。

例えば、急性期病院から回復期リハビリテーション病院に転院する際は、急性期病院より必要な所定の患者・治療情報を記載した書面（地域連携パス）が回復期病院へと送付される。そして回復期病院はパスに記載されている情報をもとに治療方針を引き付き、治療・リハビリテーションを行う。回復期病院を退院する際は、どのような治療を行っていたかということ共有するため、回復期病院から急性期病院へ必要な事項を記載したパスを返送する。また、同様に回復期病院で行っていたことを維持期（生活期）のクリニックへも引き継ぐため、回復期病院から維持期（生活期）のクリニックへパスが送付される。さらに維持期（生活期）のクリニックも同様に、どのような治療を行っているということ共有するため、必要な事項を記載してパスを急性期病院や回復期病院に返送する。

この一連の過程において重要なことは、急性期・回復期・維持期（生活期）の各段階で患者情報を共有することであり、それが一貫した方針による治療の継続にもなり、また万一、脳卒中が再発した際にも速やかな急性期病院における治療にもつながる。従って、「地域連携パス」というやり方に拘らず必要な情報を共有することが最も重要な事であり、地域連携パスはそれを制度化して漏れを防止するという仕組みとなっている。この、各段階における情報の引き継ぎと共有という点において、脳卒中医療の課題がある。それは、急性期・回復期病院と維持期（生活期）のクリニックの間における医療情報の分断であり、この間では情報の共有がなされていない現状があることである。この点について、何よりも大きな問題は、後述するように地域連携パスによる連携について診療報酬上の利点がなくなつたため、施設によって地域連携パスの運用の有無が異なり、医療圏における悉皆性が乏しいことである。次に IT 化を行うための予算が確保できていないため、多くの地域において旧態依然としたアナログ連携体制であることである。さらに、必要な診療情報は多職種間でも共有される必要



があるが、地域連携パスには医師・看護師・リハビリテーション専門職の関与はある程度保たれているものの、薬剤師や管理栄養士の関与は少なく、維持期（生活期）の薬剤師や管理栄養士に必要な情報が十分に届いていないこと、急性期医療機関から回復期リハビリテーション病院へは届いているが、維持期医療機関・地域包括支援センター・維持期（生活期）のかかりつけ医へはほとんど届いていないことなども重要な課題である。

この地域連携パスが急性期と回復期の間でしか機能していない（従って治療情報の共有ができていない）点については、原因は様々なことが絡み合っていると考えられるが、その一端としては、現場においては地域連携パスが紙媒体でやり取りされることも多く、人的リソースの少ない地域のクリニックでは煩雑で手が回らない事も理由の一つと考えられる。さらには、診療報酬上のメリットがないことも大きな要因となっている。

この医療情報の維持期（生活期）での分断で最も問題となることは、脳卒中の再発予防やリハビリテーション計画において急性期・回復期の治療経過は非常に重要な情報となる点である。脳卒中の症状、治療方針、再発リスクは臨床病型により様々であり、それは維持期（生活期）クリニックにおいても一貫した治療の継続には必要な情報であり、患者への病状・服薬の必要性の説明と、患者自身の血圧等の生活習慣の改善や服薬継続の必要性の認識向上にも結び付く。このことは、裏を返せば、維持期（生活期）のクリニックでは急性期・回復期の治療が引き継がれていない可能性（例えば急性期において処方されていた再発予防の薬とは別のタイプの薬が、再発予防のためとして処方されている）や、急性期・回復期での治療を踏まえた生活習慣・服薬の指導がなされていない可能性（血圧や LDL コレステロールなどの適切な目標値が達成できていない）が大いにあることを示唆している。この問題点は、2008年の通院脳卒中患者の服薬行動などについての研究（『通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討—アドヒアランスの視点から』¹¹⁾）では服薬行動の尺度が低い（薬を飲むことに対して無頓着・調子が良いと薬をやめるなど）とされる集団は34.3%と、脳卒中再発のリスクと服薬との関連をよく理解できていない患者が実に3分の1にも及んでいることから裏付けられると考えられる。この急性期・回復期病院と、退院後の患者を支える維持期（生活期）のクリニック

¹¹⁾ 神島滋子、野地有子、片倉洋子、丸山知子。「通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討

—アドヒアランスの視点から」。日本看護学会会誌。2008. vol28. No.1. pp21-30



(かかりつけ医)との間における医療情報の分断は、脳卒中再発のトリガーとなりかねない。患者が調子が良いからと自己判断で服薬を中断しやすい環境を、医療連携の不備が助長してしまえば、年間約 1.65 兆円にも推計される脳卒中再発による社会損失を生み出し続けることにつながってしまう。維持期（生活期）における医療情報の分断を克服するための取り組みが求められているところである。

ii. 患者への情報提供・相談体制における困難性

これまで見てきたように、脳卒中医療においては急性期・回復期・維持期（生活期）によって様々な医療機関との関りが生じる。また、退院後においてもかかりつけ医やリハビリテーションクリニックなどはもちろんのこと、場合によっては精神的サポートや障がい者認定のために役所へ行くこと、後遺障害のために住宅を改修する必要性が出てきたりなど、様々なサービスを自分の症状により組み合わせて生活しなければならない。脳卒中は多くの場合、何らかの後遺障害が出ることも多く、後遺症があるなかで、どこでどの様なサービスが受けられるかを自分で探すことに困難を覚える場合も多い。

日本脳卒中協会が 2020 年に行ったアンケート調査（日本脳卒中協会『脳卒中を経験した当事者（患者・家族）の声患者・家族委員会アンケート調査報告書』¹²。以下「経験者アンケート」と呼ぶ。）によれば、まず、入院した各病院において治療計画や退院後の生活について十分な説明を受けたかについては、約 3 割の者が否定的な回答をしている。また、病院内の相談員などの相談体制について、利用しやすかったかどうかについては、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」という否定的な回答が約 4 割に達している。これらに関して寄せられている自由記載の意見としては、「急性期病院ではあまり詳しい説明がなかった。リハビリテーション病院は自分で探して転院した」、「治療計画や予後への経過・見通しへの説明がほしかった。」、「誰に相談したらよいかわからなくて途方にくれた。相談窓口があったことも知らなかった。」、「半年も入院して診てもらったのに「じゃあ～後はがんばって」みたいな。定期的に診察してくれるとか薬をくれるとかもなく、放り出された感じがした。」、「回復期病院を早く退院させられた際、地域リハビ

¹² 公益社団法人日本脳卒中協会。「脳卒中を経験した当事者（患者・家族）の声 患者・家族委員会アンケート調査報告書」。 https://www.jsa-web.org/wp-content/uploads/2020/07/kanja_report2020.pdf



リテーションの連携や相談はなかった。」などであり、治療の説明から始まり、転院や日常生活、相談体制など、おおよそ脳卒中治療の一連の流れのほぼすべての局面において情報提供や相談支援が行き渡っていない患者がいることを示している。

この様な状況については、医療界も認識はしており、PSC コア施設（地域においてコアとなる PSC）への脳卒中相談窓口の設置や脳卒中認定看護師の育成、医師・看護師と薬剤師やソーシャルワーカーの連携など、多職種連携体制の構築を図り、それによる患者サポートの向上を目指している。また、厚生労働省においても「脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業」として、都道府県内の医療機関における患者への情報提供・相談支援のハブを担い、地域連携・多職種連携のネットワーク構築の中心となる拠点病院の育成事業を行っているところである。

しかし、これらの事業は緒に就いたばかりであり、脳卒中・心臓病等総合支援センターは令和7年度末でようやく47都道府県にいきわたったばかりで、未だ当該都道府県内の患者全体に必要な情報提供・相談支援が行き渡っているとはいえない状況である。例えば、脳卒中相談窓口は、後述するように非常に先進的な取り組みを行っている京都府を除いては、基本的には大病院にしか設置されていない都道府県が多く（例えば東京都では脳卒中相談窓口を設置している病院は37か所、神奈川県では23か所、大阪府では29か所）、維持期（生活期）の患者が抱える様々な困りごとを適宜相談するには不便すぎる状況である。

また、脳卒中・心臓病等総合支援センターは令和4年度から開始されたものであり、各都道府県においてのセンターに対する予算がまちまちで活動可能な事柄が限られてきてしまっているという実態も指摘されている。都道府県におけるハブとして活動するためには脳卒中及び心臓病双方の領域において専従医療スタッフの雇用が必要となり、最低でも1000万円程度の予算が無いと実質的に活動はできないとの報告が厚生労働省の会議でなされているなか、適切な予算計上がなされているのは3分の1程度に過ぎず、予算計上がなされていない府県もあり、全国で均一的なセンターの活動には至っていない。また、まだ事業開始から歴史が浅いため、センターとして活動すべきロールモデルのようなものがようやく確立されたばかりで、予算が少ない場合も多いことと相まって十分な活動ができていないところも多い。脳卒中相談窓口については、折からの病院の経営状況の悪化の中、診療報酬上の評価がなされておらず、収益面での裏付けがない中で限られた人員を病院が割くのは困難であるという意見も指摘されている。

このように、脳卒中の医療においては、発症から維持期（生活期）に至る



まで、各場面において情報提供・相談体制の不十分さによる生活の困難を抱えた患者が多くいる一方、その課題に対する試みは未だ行き渡っていないというのが現状であり、経験者アンケートにおいても、「患者や家族が活用できる様々な制度や社会資源、その利用方法についての情報」は「より一層の充実が必要・できれば充実してほしい」との回答が8割であり、同じく「地域の相談窓口や相談に応じてくれる専門職に関する情報」への回答も8割がより一層の充実を求めるものであった。この調査は2020年のものであり、2022年以降脳卒中相談窓口や脳卒中・心臓病等総合支援センターなど患者への相談支援や情報提供体制には大きな進歩がみられているが、今後はその成果の検証を行い、不十分な点を抽出しその改善策を模索する必要がある。また、これは医療界のみならず、後述するように行政における課題でもある。

なお、先の経験者アンケートは日本脳卒中協会が行った小規模の調査であり把握できていないと思われる事柄も多い。まず、国はひろく脳卒中患者家族の実情、特に維持期（生活期）における困りごとを把握するために、がん患者と同様な調査実施を検討すべきである。困りごとをつかむことが出来れば、その対策も見えてくるはずであり、脳卒中・心臓病等総合支援センターが相談を待つことなく、患者の困りごとの解決に先手を打つことが出来るようになる。国はまず脳卒中の困りごとの把握に努めるべきであろう。

2. 患者における課題

前項において述べたような医療における課題に加え、患者の生活にも課題は残る。まず、情報を自分で取りにいかなければいけない状況において、積極性には個人差が生まれる。繰り返しとなるが脳卒中の病態は人それぞれであり、さらに後遺障害の状況もそれぞれ異なる。従って、必要とするサービスがそれぞれ異なるため必要な情報も個人によって異なる。前項で経験者アンケートの自由記載欄の意見を紹介したように、そこで必要な情報にたどり着かない人も多くでてくるのが現状である。だからこそ医療機関からの個人に応じた積極的な情報提供・相談支援が必要となるのである。また、情報を得るという意味においても、仲間を見つけ充実した生をおくという意味においても、患者会のような患者同士のつながりは重要である。経験者アンケートにおいても、患者会（ピアサポート）での行事が生きがいや活力になるという声はもちろんあり、さらに、「患者や家族が発信する情報、患者会など自助グループの情報」については約75%が一層の充実を求めるものであった。ただし、やはり患者会も人間関係の問題は当然にあり、「脳卒中患者団体は必要ですが代表者の人間性に偏ります。私も活動して一時は仲間（脳卒中）と全国レベルの会に参加してました。でも代表者についていけず今はサークルで楽しく活動してます」という意見もあることには注意が必要であろう。脳卒中においては地域単位で活動する患者会が非常に多く、そのこと自体が自身の困りご



とを相談する場が必要であることを物語っているが、一方において、より良い患者会のあり方を模索する必要はあろう。これについては、後述する京都における医療機関主導の患者会のあり方がヒントになると考えられる。

もう一つ、生活習慣改善や服薬における理解度の違いも課題となる。通院脳卒中患者の服薬行動などについての研究では前項で述べたとおり、服薬行動への理解が低い患者は34%に上るが、さらに、同研究ではライフスタイルとして運動をしている者や食事が規則的な者は服薬行動に理解が高いとされている。これは個人の性格的なものももちろんあろうが、一方において、同研究においても薬の説明を受けた経験があると答えた者は服薬行動の理解が高い傾向にあるとされていることから、医療機関における相談支援・情報提供が重要な意味を持つことは明らかであろう。

このように、患者個々人で情報収集への積極性や服薬・生活習慣改善への積極性が異なってくるのは仕方のないことではあるが、それを解決するための方策として、医療機関からの（あるいは行政からの）積極的な情報提供・相談体制の一層の充実が課題となってくる。

3. 国における課題

国においては、2018年に成立した脳卒中・循環器病対策基本法に基づき「循環器病対策推進基本計画」が策定されている。現在は2023年度を始期とする「第2期循環器病対策推進基本計画」が進行中であり、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少」という全体目標のもと、回復期・維持期（生活期）における再発予防・重症化予防が記載されている。前章までに述べた「脳卒中・心臓病等総合支援センター」の整備等も、本計画に基づく重要な施策である。このように、再発予防に向けた国レベルでの政策的枠組みや理念は整備されつつある。しかし、基本計画が掲げる「再発予防の推進」を実効性あるものとして全国の現場に定着させるためには、依然として多くの課題が存在する。具体的には、以下に述べるような予算的裏付けの乏しさ、維持期（生活期）医療への診療報酬上の評価不足、そして客観的な効果測定を阻むデータヘルス基盤の未整備といった課題である。

i. 脳卒中对策予算

前項までに述べてきたような医療・患者における課題を克服するために、国においては様々な施策が展開されているが、しかしそこにも課題はある。

まず挙げられるのは脳卒中对策予算の少なさである。令和7年度の厚労省における循環器病対策として計上されている予算は44億円であり、これは



心臓病と脳卒中を合わせた循環器病対策としてのものである。従って純粋な脳卒中对策分はどれくらいかは不明なものの、概ね約 22 億円程度が脳卒中对策予算と見積られる。この額は 350 億円であるがん対策予算の 10 分の 1 にも満たないものであり、がんの患者数約 393 万人¹³に対して脳卒中患者数が約 188 万人であることを鑑みれば、あまりに僅少である。患者数に正比例すべきとまでは考えないものの、患者数に比してこの額はあまりにも少なすぎることは明白である。また、その中では、特に研究費が不足していると言われている。もちろんより良い治療のための研究費も不足しているが、前述したような医療・患者における課題を克服するための実態調査や個別施策のための研究費も不足している。厚生労働省健康・生活衛生局の令和 7 年度予算案の概要によれば、がんの研究費は 105 億円であるのに対し、心臓病も含めた循環器病の研究費は 13 億円である。これでは、より良い医療のために制度を変えようとしても、制度を変えるためのエビデンスを収集する研究すらままならず、結果的に古い制度が続くという悪循環に陥る可能性が十分に考えられる。研究費を含めた脳卒中对策予算を増やすことは急務だといえよう。

ii. 診療報酬

診療報酬においても課題はある。それは急性期医療に比べて維持期（生活期）に対する評価が薄いことである。

前述の脳卒中地域連携パスについては、急性期から維持期（生活期）までシームレスな引き継ぎをし、維持期（生活期）においても一貫した治療が受けられるようにするためのものであり、平成 27 年度までは「地域連携診療計画管理料」として地域連携パスの発行に診療報酬上の評価がなされていたところであるが、平成 28 年より「地域連携診療計画加算」とされ、それが「退院支援加算」の中に含まれる形となり、要件が厳格化されることとなった。これについて、退院支援加算に包括化され、要件が厳格化されたことにより急性期・回復期の病院については「地域連携パスを発行して診療報酬を取る」という意識が希薄化してしまっているという意見がある。また、かかりつけ医にとっては地域連携パスの加算（50 点）よりも診療情報提供書へ

¹³ 日本生活習慣病予防協会。「呼吸器系がんで治療を受けている総患者数は、33 万 3,000 人 令和 5 年(2023)「患者調査の概況」より」。

<https://seikatsusyukanbyo.com/statistics/2025/010837.php> (参照 2025-12-25)



の加算（250点）の方が大きく、パスを発行するインセンティブに乏しいという状況もある。これらが前項で述べたような地域連携パスがかかりつけ医まで届いていない状況を起こしている一因となっているとも考えられる。地域連携パスを含め地域全体で多職種協働で情報を引き継ぐ・共有するという連携に十分な評価を与え、かかりつけ医においても情報を共有していることを評価の対象とするなどを検討し、地域連携の活性化を図るべきであろう。

患者の維持期（生活期）を支えるための脳卒中相談窓口についても、診療報酬上の評価がないことが回復期以降の病院に脳卒中相談窓口の設置が進まない要因との指摘もある。前述のとおり、昨今の病院の経営難の中、診療報酬上の評価が無いことに対して病院が人員を割くのは大変難しい。脳卒中相談窓口設置加算など診療報酬上の評価を検討し、脳卒中相談窓口の設置を進めるべきである。

さらに、維持期（生活期）でのリハビリテーションの扱いにも課題がある。回復期リハビリテーション病院を退院したあと維持期（生活期）に入ってしまうと、医療保険での外来リハビリテーションが受けられなくなる。維持期（生活期）においては日常の生活動作それそのものがリハビリテーションとなるが、専門的なリハビリテーションの継続が望ましい患者も少なくない。また、定期的に医療機関に通うという状況がリハビリテーションへの外的な動機付けにもつながる。維持期（生活期）における医療保険によるリハビリテーションの継続は是非検討されるべきである。

また、維持期（生活期）においては就労や学業と治療との両立が大変に重要であり、そのため、「療養・就労両立支援指導料」という項目がある。しかし、これについても、入院中はこの指導料の算定が出来ない事や、退院後であっても就労支援リハビリテーションを行う理学療法士や作業療法士については算定の対象外となっている問題（前項の退院後のリハビリテーションの保険適用の問題とパラレルな事）が指摘されている。言うまでもなく両立支援のための医療機関と職場との連携は早期からの構築が望ましく、また、就労には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など専門職によるリハビリテーションは非常に重要であり、スムーズな支援が提供できるための改善が求められる。

さらに、遠隔医療に対する評価にも課題があると考えられる。脳卒中医療は時間との闘いであるが、脳卒中専門医のいないへき地・離島におけるt-PAや血栓回収療法の施行率は数%程度と極めて低い。この解決策になり得るのが遠隔医療であり、現状はかなり限定された範囲においてのみ遠隔医療が超急性期における診療報酬加算の対象となっている。これを拡充することを検討すべきであろう。また、遠隔支援によるリハビリテーションについても需



要を把握したうえで供給できるための制度構築が必要であろう。

iii. データヘルス

予算や診療報酬以外の課題として、データヘルス分野への対応が挙げられる。まず一つは現状では脳卒中においては部分的な個々の患者データベースが複数並立しており、悉皆性のある患者データベースがないことが課題である。これにより脳卒中の発症、再発、予後などにおけるエビデンスを伴った具体的問題点の把握が進まず、適切な医療・介護・福祉に至る計画の策定や診療体制の構築が進展していかない。例えば、脳卒中の新規発症者数についても推計数という形でしか把握できておらず、再発率についても小規模な実数を元にした推計値という形でしか分からない。これでは前項にて述べたような国家予算など、社会資源の最適分配に繋がっていかないのはある意味で当然な面がある。がんにおいては「がん登録の推進に関する法律」に基づいた「全国がん登録データベース」が機能しているのだから、同様な仕組みを設けることが求められよう。当然ながら全国的なデータベースの整備は治療そのものや医療提供体制整備についての研究向上などにも資する。

また、現在の医療計画やそこに記載されているロジックモデルなどを見ると、脳卒中再発予防についても「再発予防は重要な課題」というような抽象的な文言はあるものの、具体的な数値・指標に基づいた計画とはなっていない。これは前述のとおり悉皆性のあるデータベースが無いために、具体的な目標の設定とその評価（PDCA サイクルを回すこと）が困難であるからである。データヘルスを整備し、例えば脳卒中再発率を何%以下にする、というような具体的な数値目標を医療計画などに掲げ、そこへ到達のためにロジックモデルにおいて具体的各指標を用いて統制を図っていく取り組みが、さらなる脳卒中医療の向上のためには求められよう。

データヘルス分野においては、現在、国において「医療 DX」の取り組みがなされているところである。そこに掲げられている目標としては、「全国医療情報プラットフォーム」を構築し、各医療機関間における医療・患者情報の共有のみならず、それを匿名化して行政や研究にも役立てることのできるものを作るというものである。たしかに医療 DX が実現すれば、これまで述べてきたような課題もかなり解決に向かっていく可能性はあると思われるが、一方、日本社会のいまの現状に鑑みればその理想への距離はあまりに遠いと考えなくてはならない。国において医療 DX を進めることは重要であり、着実に進めていくべきものであるのはもちろんであるが、三大疾病とも言われる脳卒中においては医療 DX に先んじて「全国がん登録データベース」



のような仕組みを構築しなければならないと考える。

また、国における医療 DX の取り組みとは別に、民間における DX の取り組みも注目に値する。科学技術振興機構が推進している「共創の場形成支援プログラム (COI-NEXT)」の中で慶應義塾大学が実施する「誰もが参加し繋がることでウェルビーイングを実現する都市型ヘルスコモンズ共創拠点」という研究プロジェクトがある。その中に『脳卒中になっても日々生き生き「寄り添う」研究』というテーマがあり、データヘルスやデジタルデバイスを活用して脳卒中医療の問題点を克服しようという研究が行われている。ここでは、例えば慶應義塾大学病院におけるデータを収集し、データサイエンティストと共同で「なぜ再発するのか」を解析する取り組みや、モニタリングデバイスを患者に貸し出し、生活データと再発リスクの関連や、効果的なリハビリテーション・行動変容の介入方法を研究する取り組みなどが行われている。最終的には、脳卒中既往者の再発予防だけでなく、未病段階への応用も目指し、患者の個別化されたリスク（自分の脳はどれくらい脳卒中危険度があるか）をスコア化し、提示できるような仕組みを目指しており、社会実装が強く期待される。

このような民間における優れた取り組みを社会全体に広げていくことも積極的に検討していくべきである。

iv. その他

また、これは「国」における課題とは少しニュアンスの異なる問題ではあるが、社会の脳卒中に対する理解が不足している、という事も課題である。経験者アンケートでは社会の脳卒中への理解が不足していることが訴えられていたが、それは脳卒中という病気への啓発と障害を抱えて生きることへの理解を求めるものである。例えば、「家族が脳梗塞を患ってからはじめてこういう病気がある事を知った。罹る前からある程度の知識と情報を持っていることが重要だと思う」、「脳卒中後に今までとは全く違う生活を強いられる本人とその家族は、本当にそのケアを受ける為の手續や更新が大変なことを理解してほしい」、「行き場がなく、家の中に閉じこもってしまう人を出さない体制にするため様々なケアの場を地域に作る必要がある」といったものである。

社会における理解は難しい課題であるが、しかしこれは脳卒中の予防のためにも、脳卒中となってしまったあとの生活をより良くするためにも重要なことである。まずは国における積極的な普及啓発が必要であり、例えば具体的には教科書に脳卒中という病気と患者の生活がどう変わってしまうかなどについて記載を図り、若年層のうちから理解を深めていく、といったよう



な取り組みを図っていく必要があると考える。

第3章 提言

ここまで述べてきたように脳卒中の再発による社会損失は年間約 1.65 兆円にも上る可能性があり、そして、脳卒中の再発予防のための取り組みは未だ様々な課題があるところである。従って、これを克服していけば再発率は十分に下がる余地のあるものである。そこで、これまで述べてきたことを踏まえ以下のことを提言したい。

1. 「がん登録の推進に関する法律」にならった法的根拠のある「全国脳卒中登録データベース」を構築する。

新規発症者数・再発数など基礎的な事項も含め、データが無いのが現状である。日本脳卒中学会においても登録事業の推進は進められているが、これをさらに強力に推し進めるため、がんに倣い、脳卒中・循環器病対策基本法の改正あるいは「脳卒中・循環器病等の登録の推進に関する法律（仮称）」の立法を行うなどして、法的根拠に基づいたデータベースを構築すべきである。特に、維持期（生活期）における服薬状況や血圧管理と『再発率』の相関を国レベルで追跡可能にすることは、再発予防施策の効果検証において不可欠である。

2. 脳卒中・心臓病等総合支援センターの活動の均霑化

患者支援の要となる脳卒中・心臓病等総合支援センターの活動の充実度は、各都道府県においてかなりの開きが見られる。総合支援センターとして最も進んだ取り組みを行っている京都府の活動を、全国に展開すべきである。そのため、京都府における取り組みを以下に紹介する。

i. 多職種連携のための「場」の創出

例えば京都府の急性期の脳卒中患者数は年間 6000 件程度であり、総合支援センター単体がいかに頑張ったとしても対応できる相談は年間 200 件程度と言われており、どうやってもすべてのニーズを充足させることはできない。従って、総合支援センターだけが県内の相談窓口になるのではなく、そこがハブとなり、それぞれの病院がかかりつけ患者に対して同じ情報提供や相談支援ができる体制を作ることが重要である。これが総合支援センターの役割である。この情報提供や相談支援の標準化のためにはネットワーク構築が重要であり、そのための



「場」を設けることが重要である。京都府においては、総合支援センターを中心に「京都府一次脳卒中センター（PSC）会議（診療責任者会議）」や「京都府脳卒中連携回復期リハビリテーション病院診療責任者会議」などの会議体を設け、府内の脳卒中関連病院の診療責任者が定期的に会合を行い情報の共有や好事例の横展開を図っている。さらに、「脳卒中相談窓口連携会議」が設けられ、年に3、4回脳卒中相談担当者（おもに医療ソーシャルワーカー）が定期的に会合を開いている。これにより日々の患者支援のなかで抱える課題を明確化し、それへの対応策を共有・資源化している。また、脳卒中関連病院すべての看護師・薬剤師・栄養士・リハビリテーションスタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）がそれぞれ定期的に会合を行い、情報連携を行っている。

ii. 患者会への情報提供

従来の患者への情報提供は、特定の団体や病院が患者と家族を対象として、公開講座やHPなどで情報共有しているのが多くみられた形態である。そこにおいて課題となるのは、各病院ごとに提供する情報が異なり質がばらけてしまう点である。そこで、京都においてはまず患者に共有すべき情報を総合支援センターがとりまとめ、それにより標準化された情報を各病院がそれぞれのかかりつけ患者及び家族に送るという形を取っている。これにより患者にとっては情報の質があがり、各病院にとっては自分で提供すべき情報を作成する手間が省ける（もちろん各病院独自の追加情報はあってもよい）というメリットがある。

iii. 「生活期連携主治医制」と「かかりつけ医・かかりつけ薬局登録制度」

京都府においては脳卒中相談窓口ないしは脳卒中相談担当のスタッフが急性期・回復期の49病院に設置されており他県にくらべて圧倒的に数が多いが、それでも維持期（生活期）の患者が逐次病院に行くのはやはり手間が多い。維持期（生活期）の患者が最も相談しやすいのは当然に「かかりつけ医」であり、そこでの連携は維持期（生活期）の患者支援に不可欠である。京都府においては京都府医師会との連携のもと、「生活期連携主治医制」を導入し、退院時に月一回診察するかかりつけ医と、年1、2回程度フォローアップする「脳卒中フォローアップ外来」（基本的には入院していた時の主治医）を明確に定める取り組みを行っている。

また、単に通院先を示すにとどまらず、脳卒中のかかりつけ医となるクリニックの登録も行っている。場所や専門科目のみならず、リハビリテーションが可能か、終末期対応が可能か、胃ろう等の在宅栄養管理が可能か、訪問・往



診エリアや時間などといった情報を登録してもらい府内全ての脳卒中相談窓口で共有している。これにより患者のニーズに合わせて適切なクリニックを紹介できる仕組みになっている。また、これらのクリニックも地域の医師会と地域の拠点病院の共催による脳卒中地域連携の会の開催により必要な情報の共有を行っている。さらに2025年度より、京都府薬剤師会との連携のもと「脳卒中生活期かかりつけ薬局登録」も開始されたところであり、服薬管理が困難な患者やポリファーマシー、ハイリスク薬を服用している患者に対し訪問指導や休日対応が可能な薬局を紹介する仕組みを作っている。

これらの取り組みにより、経験者アンケートにあったような「(退院して)定期的に診察してくれるとかもなく、放り出されたような感じがした」というようなことは無くなり、維持期(生活期)の患者支援に繋げている。

このように、京都においては脳卒中・心臓病等総合支援センターをハブとした横の連携と縦の連携の組み合わせにより、単一の医療機関の努力という点的なものに留まらない面的な患者支援がなされている。この京都府の脳卒中・心臓病等総合支援センターの活動をロールモデルとして全国に展開する仕組みを検討すべきである。しかし、前述したように総合支援センターへの活動は各都道府県によってばらつきがあるのが現状である。これは、総合支援センター事業の1年目は国費にて運営経費が支出されるが、2年目以降は都道府県の予算の半額が国から援助されることになるため、センター事業に理解のある都道府県は手厚い反面、そうでない所は資金的に手薄になってしまっている事が一因である。この都道府県格差を解消するべきである。京都府のような『病院から放り出さない』包括的な支援体制こそが、患者の服薬アドヒアランスを向上させ、再発予防に直結することになるろう。

3. 脳卒中对策予算の充実

前章にて述べたとおり、国の脳卒中对策予算はがんに比べ非常に少ないのが現状である。特に研究費は治療方法そのもののみならず、より良い医療提供体制への研究にもつながるものである。まず、研究費をがんと患者数に応じた形で50億円程度まで増額すべきである。また、前述した脳卒中データベース構築のための予算など、脳卒中对策予算全体を増額すべきである。例えば、がんの患者数との比例で現在の脳卒中を含めた循環器病対策予算を150億円程度まで増大(現状より100億円程度の増大)させたとしても、それは年間6.6兆円(うち再発による損失は年間1.65兆円)とも推計される脳卒中の社会損失、すなわち国民の生命と日本の財政の損失を防ぐための極めて費用



対効果の高い「戦略的投資」である。

4. 脳卒中に係る診療報酬の充実

i. 地域連携パスに係る評価の拡充

脳卒中地域連携パスは急性期病院から回復期リハビリテーション病院へは発出されているが、維持期医療機関、地域包括支援センター、維持期（生活期）のかかりつけ医へはほとんど届いていない。地域連携診療計画加算について、維持期（生活期）への情報分断という再発リスクの最大の要因を排除するため地域全体で活用し適切な情報共有を実施していることを評価の対象として、地域連携パスの活性化を図るべきである。合わせて、現在の点数を一定程度引き上げるべきである。

ii. 脳卒中相談窓口加算の創設

脳卒中相談窓口の年次報告では、2024年度は2022年度に比べて相談支援の件数は2倍に増え、支援患者数は3倍に増えており、確実に需要が増えている。病院経営が困難を極めている中、診療報酬上の評価がなければ病院は窓口での機能を継続的に維持することが難しい。脳卒中相談窓口の普及のため、脳卒中相談窓口設置加算を創設するべきである。

iii. 退院後のリハビリテーションの保険適用

退院後、維持期（生活期）のリハビリテーションの継続は身体の機能回復や維持につながり、ひいては復職や復学にもつながっていく。自費によるリハビリテーションは経済的にも心理的にもハードルが高い。退院後1年程度の維持期（生活期）のリハビリテーションも保険適用するべきである。

iv. 療養・就労両立支援指導料の拡充

療養・就労両立支援指導料については、入院中はこの指導料の算定が出来ない事や、退院後であっても就労支援リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については算定の対象外となっている問題が指摘されている。後者については前項の話とパラレルな事柄であるが、前者については両立支援のための医療機関と職場の連携は入院中からされた方がいため、これも評価の対象とするべきである。

v. 維持期（生活期）における再発予防モニタリングのための遠隔医療の拡充

脳卒中は維持期（生活期）における継続的な血圧管理や服薬指導が再発予防



の鍵となるが、通院困難な高齢患者等における治療離脱が大きな課題となっている。再発予防のための継続的な患者管理を担保するため、まずは維持期（生活期）におけるオンライン診療や遠隔服薬指導の要件緩和・評価拡充を進めるべきである。さらに将来的には、ウェアラブルデバイス等を用いた日々のバイタルデータの遠隔モニタリングについても、再発予防効果の検証を進め、診療報酬上の評価対象としていくことを検討すべきである。

5. 医療計画等への記載

現在の医療計画や循環器病対策推進基本計画などには、「脳卒中の再発予防の取り組みは重要」といったような抽象的な記載はあるものの、目標値が明示された個別施策を含めたPDCAサイクルが確立していない。前述した登録事業の推進などでデータヘルスを推進して新規発症者数や再発率などのデータを捕捉できるようにし、将来的には、新規発症数を何人以下にするや再発率を何%以下にするなどの具体的な指標を医療計画の中に盛り込み、脳卒中克服を図っていくべきである。

おわりに

これまで述べてきたように、脳卒中医療、とりわけ再発予防については、様々な課題が存在しているが、その一つ一つに向き合い、克服していく必要がある。脳卒中の新規発症も予防していくべきであるが、一度発症している者については既にハイリスクな者であることが分かり切っているわけであり、施策としてここへの働きかけが重要であることは明らかである。本稿を契機に、脳卒中に対する理解が深まり、少しでも脳卒中患者が減っていくことを期待するものである。

謝辞


本稿の作成に当たり、監修を賜った藤本茂 自治医科大学内科学講座神経内科学部門教授、峰松一夫 日本脳卒中協会理事長、宮本享 京都大学医学部附属病院特任病院教授（脳卒中療養支援センター長）、川勝弘之 日本脳卒中協会副理事長に深謝申し上げる。また、本提言の趣旨に賛同し、協賛いただいたバイエル薬品株式会社にも感謝の意を表したい。なお本稿は執筆者の責任において発表するものである。



参考文献

- 一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会. 脳卒中治療ガイドライン 2021 [改訂 2023]
- 国立研究開発法人国立循環器病研究センター. 「脳卒中 | 病気について」. <https://www.ncvc.go.jp/hospital/pub/knowledge/disease/stroke-2/>
- 日本生活習慣予防協会. 「脳血管疾患で治療を受けている総患者数は 188 万 4,000 人 令和 5 年(2023) 「患者調査の概況」より」. <https://seikatsusyukanbyo.com/statistics/2025/010840.php>
- 滋賀医科大学. 「日本の脳卒中の発症者は年間 29 万人 (平成 29 年 6 月 6 日)」 <https://www.shiga-med.ac.jp/hqcera/news/documents/20170606.pdf>
- J Hata, Y Tanizaki, Y Kiyohara, I Kato, M Kubo, K Tanaka, K Okubo, H Nakamura, Y Oishi, S Ibayashi, M Iida. 「Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study」. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:368-372
- IMS グループ医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院. 「脳出血とは | 脳出血について」. <https://www.yokohama-shintoshi.jp/brain/noshukketsu.html>
- IMS グループ医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院. 「くも膜下出血とは | くも膜下出血について」. https://www.yokohama-shintoshi.jp/brain/kumomakuka_shukketsu.html
- 回復期リハビリテーション.net. 「脳疾患・骨折関節手術の後には」. <https://kaifukuki.doctorsfile.jp/sick/>
- 佐伯覚、立石清一郎、荻ノ沢泰司、松嶋康之、越智光宏、加藤徳明、伊藤英明、蜂須賀明子. 「わが国における脳卒中及び循環器疾患の復職の現状」. 令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金「脳卒中及び循環器疾患における治療と仕事の両立支援の手法の開発」分担研究報告書
- 国立研究開発法人国立がん研究センター. 「日本人における予防可能ながんによる経済的負担は 1 兆円超え (推計) 適切ながん対策により、経済的負担の軽減が期待される」. https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2023/0802/index.html
- 神島滋子、野地有子、片倉洋子、丸山知子. 「通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討—アドヒアランスの視点から」. 日本看護学会会誌. 2008. vol28. No. 1. pp21-30
- 公益社団法人日本脳卒中協会. 「脳卒中を経験した当事者 (患者・家族) の声 患者・家族委員会アンケート調査報告書」. https://www.jsa-web.org/wp-content/uploads/2020/07/kanja_report2020.pdf



- 
- 日本生活習慣病予防協会. 「呼吸器系がんで治療を受けている総患者数は、33万3,000人 令和5年(2023) 「患者調査の概況」より」.
<https://seikatsusyukanbyo.com/statistics/2025/010837.php>