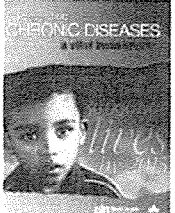


Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment

慢性疾患の予防は 意義ある投資である

Dr Robert Beaglehole
Director, Chronic Diseases
and Health Promotion
WHO, Geneva



World Health Organization www.who.int/chp

Did you know??

ご存じですか?

35 000 000
people died from
chronic diseases
世界では一年に三千百万人が慢性疾患でなくなっています。

in 2005
総死亡の60%は慢性疾患によるものです

60% of all deaths are due to chronic diseases

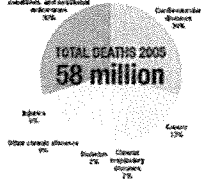
Chronic diseases

慢性疾患とは

Projected main causes of death worldwide all ages, 2005

循環器疾患, 主に心疾患と脳卒中
がん
慢性肺疾患
糖尿病

TOTAL DEATHS 2005
58 million

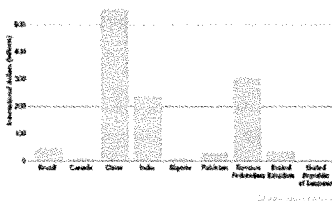


World Health Organization

経済的なインパクトは莫大である

慢性疾患によって失われた収入

Projected loss of national income due to heart disease, stroke and diabetes in selected countries, 2005-2015



World Health Organization

慢性疾患に関して広く普及している10の誤解と真実 misunderstandings about chronic disease - and the reality

- Chronic disease epidemic is rapidly evolving
- Global recognition and response has not kept pace
- Misunderstandings can be dispelled by the strongest evidence

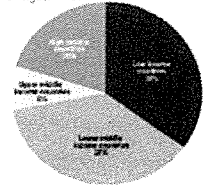
World Health Organization

Reality: 80% of chronic disease deaths occur in low & middle income countries

10

MISUNDERSTANDING CHRONIC DISEASES MAINLY AFFECT HIGH INCOME COUNTRIES

Projected global distribution of chronic disease deaths by World Bank income group, all ages, 2005



World Health Organization

Reality: double burden = double response

9

MISUNDERSTANDING
LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES CANNO CONTROL INFECTIOUS DISEASES BEFORE CHRONIC DISEASES

Projected deaths by major cause and World Bank income group, all ages, 2005

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment

World Health Organization

Reality: chronic diseases are concentrated among the poor

8

MISUNDERSTANDING
CHRONIC DISEASES MAINLY AFFECT RICH PEOPLE

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment

World Health Organization

face to face WITH CHRONIC DISEASE: STROKE

Facing illness and deepening poverty

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment

World Health Organization

Reality: almost half in people under age 70 years

7

MISUNDERSTANDING
CHRONIC DISEASES MAINLY AFFECT OLD PEOPLE

Projected global coronary heart disease deaths by age group, all ages, 2005

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment

World Health Organization

face to face WITH CHRONIC DISEASE: CANCER

"I know I can make it"

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment

World Health Organization

Reality: chronic diseases affect men and women almost equally

6

MISUNDERSTANDING
CHRONIC DISEASES AFFECT PRIMARILY MEN

Projected global coronary heart disease deaths by sex, all ages, 2005

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment

World Health Organization

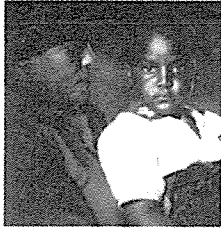
Reality:
poor and children have limited choice

5 **MISUNDERSTANDING**
CHRONIC DISEASES
ARE THE RESULT
OF UNHEALTHY
"LIFESTYLES"

World Health Organization

Preventing
CHRONIC DISEASES
a vital investment

face to face
WITH CHRONIC DISEASE: OBESITY



The next generation

Name: [redacted]
 Age: [redacted]
 Gender: [redacted]
 Disposition: [redacted]

World Health Organization

Preventing
CHRONIC DISEASES
a vital investment

Reality: 80% of premature heart disease, stroke and type 2 diabetes is preventable, 40% of cancer is preventable

4 **MISUNDERSTANDING**
CHRONIC DISEASES
CAN'T BE PREVENTED

World Health Organization

Preventing
CHRONIC DISEASES
a vital investment

Reality: inexpensive and cost-effective interventions exist

3 **MISUNDERSTANDING**
CHRONIC DISEASE
PREVENTION AND CONTROL
IS TOO EXPENSIVE

World Health Organization

Preventing
CHRONIC DISEASES
a vital investment

Reality: these people are the rare exceptions

2 "My grandfather smoked and was overweight – and he lived to 96"

World Health Organization

Preventing
CHRONIC DISEASES
a vital investment

Reality: death is inevitable but it does not need to be slow, painful or premature


1 **REALITY**
Everyone
has to die of
something

World Health Organization

Preventing
CHRONIC DISEASES
a vital investment

face to face


WITH CHRONIC DISEASE: DIABETES



Dying slowly, painfully and prematurely

Name	JOHN BROWN
Age	78
Country	USA
Diagnosis	Diabetes

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment



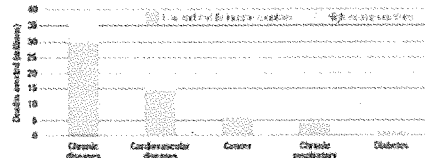
The global goal

- A 2% annual reduction in chronic disease death rates worldwide, per year, over the next 10 years.
- The scientific knowledge to achieve this goal already exists.

36 000 000 lives can be saved


9 out of 10 lives saved: low and middle income countries

Projected cumulative deaths averted by achieving the global goal, by World Bank income group, 2006–2015



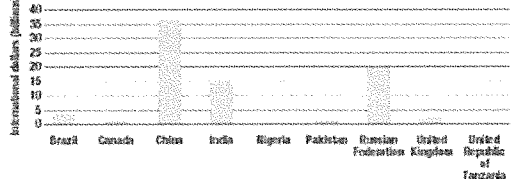
Income Group	Projected Cumulative Deaths Averted (billions)
Low and middle income countries	~36
High income countries	~4

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment




Economic gain: billions

Labour supply gains from achieving global goal by 2015

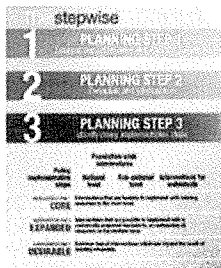


Country	Labour Supply Gains (billions)
China	~35
India	~15
Russian Federation	~10
United Kingdom	~5
United Republic of Tanzania	~2
Brazil	~1
Canada	~1
Nigeria	~1
Pakistan	~1

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment




What works?

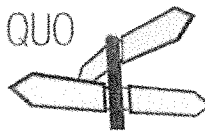


Comprehensive and integrated action is the means to prevent and control chronic diseases

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment




STATUS QUO INVEST NOW



THE CAUSES ARE KNOWN. THE WAY FORWARD IS CLEAR. IT'S YOUR TURN TO TAKE ACTION.

Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment



シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

世界における脳卒中の重要性

WHO-ISS 国際脳卒中登録委員会

委員長 ルース・ボニタ・ビーグルホール

本講演では世界において脳卒中が与えている脅威の大きさを現在と未来にわたってお示しすること、脳卒中に関するデータをより良いものにしていくための方策、また 2015 年までに目指すべき世界のゴールについて述べたい。

脳卒中はがんや虚血性心疾患と並んで今後世界の主要な死因としてますます重要となる。2030年には現在の約1.5倍に上昇することが見込まれている。60歳以上で心疾患と並んで最も重要な死因であると同時に、脳卒中の15%は労働可能年齢に起こっている。また脳卒中は身体障害の主要な原因である。

脳卒中のもう一つの特徴は国により大きく死亡率が異なることである。ロシアの10万人あたり300人と比較し日本では40人程度である。また心疾患と脳卒中の比も国によって大きく異なる。こうした中で日本は世界の中でもっとも死亡率の高い時代から急激な減少を達成しており、世界の模範となっている。2015年に向けて世界のゴールは毎年2%ずつ死亡率を低下させ留ことを目標としている。これは560万人の生命を救ったことになる。日本は脳卒中死亡率の低下を達成したが改善の余地はある。現在15万人が死亡しており、毎年2%の減少が達成できれば14万人の死亡数を減少できることになる。

脳卒中の問題は死亡率がすべてではないことである。患者数は多く、発症率も遙かに高い。脳卒中になっても大部分は死亡しないからである。脳卒中の発症も今後増大することが予測されている。そこで脳卒中の発症を登録する体制を整備することがきわめて重要である。各国での登録体制の整備、データの標準的な収集方法の提供を行い、動向を長期に観察するのである。そして医療や介護への影響の度合いを明らかにする。さらに予防効果を評価する手段とするのである。

脳卒中登録を推進するには、段階的かつ柔軟な方法が必要となる。簡単な調査票を用いて地域病院ベースでもよいし病院のみでもよい。患者把握は重複をいとわない。こうすることで発症を把握可能となる。WHO ではデータ入力ツールを作成している。世界では9カ国の低—中所得国でのモニタリングを実施している。中央での解析、使いやすさを考慮してすでに 5000 例以上の症例が登録されている。こうしたものを世界的に共通な記番に広げていくことが私たちの仕事であり、日本脳卒中学会とも協力している。

他の慢性疾患と同様に脳卒中も発展途上国で大きな問題となっている。今後ますますこうした傾向が高まるため、こうした地域での対策を進めるためのデータ収集の仕組みが必要である。

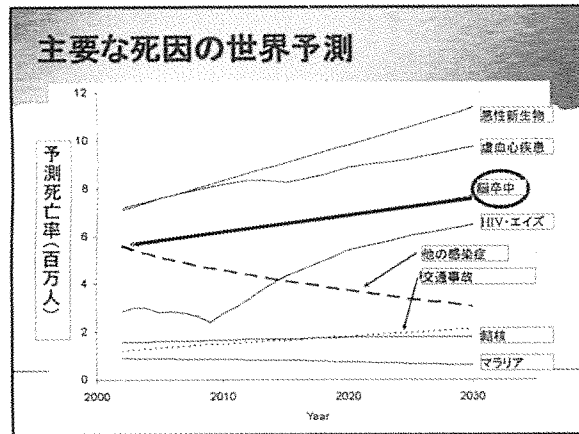
(講演スライドの要約:文責 岡山)

世界中で脳卒中の重要性を理解すること

Professor R Bonita
Chair, WHO-ISS International Stroke Surveillance Coordinating Committee

このセッションでは・・・

- 脳卒中の最近の予測 - 現在と未来
- 脳卒中改善への一歩
- 2015年までの脳卒中の世界目標



脳卒中は成人において主要な死亡原因である(560万人)

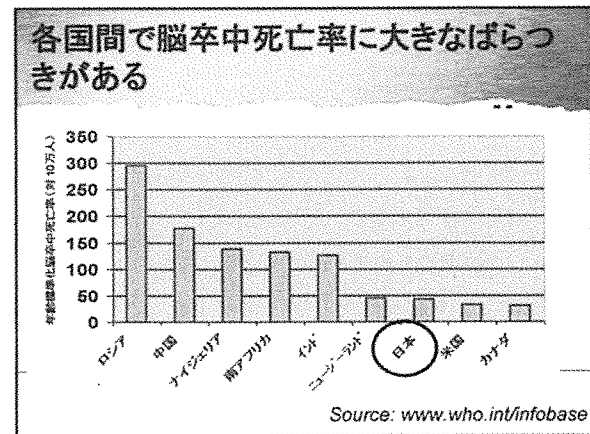
全脳卒中の15%が就業年齢で発症している

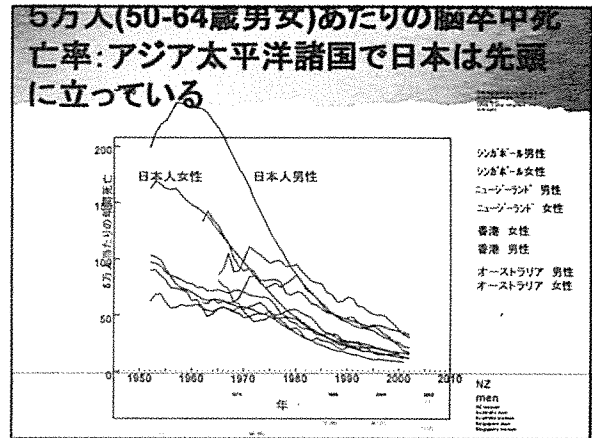
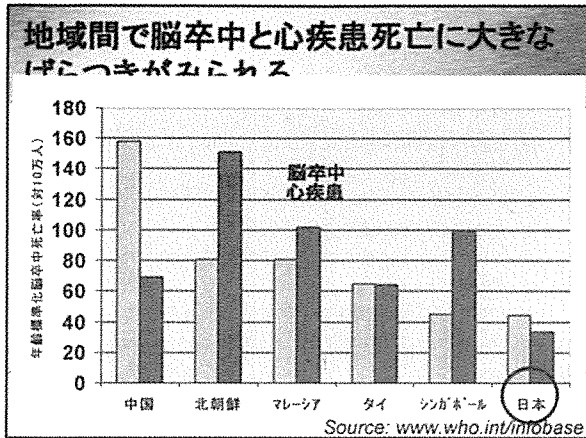
15-59 歳		60 歳以上	
2279	HIV・エイズ	5825	心臓病
1331	心臓病	4892	脳卒中
1027	結核	2399	慢性閉塞性肺疾患
811	交通事故	1288	低換気による感染症
783	脳卒中	929	呼吸器腫瘍
672	傷行為による怪我	674	糖尿病
473	暴力	735	高血圧性心疾患
362	肝硬変	606	胃がん
152	低換気による感染症	496	結核
143	慢性閉塞性肺疾患	478	大腸・結腸癌

脳卒中は主要な身体障害の原因を引き起こす ('000s DALYs)

15歳以上成人, 2002年

男性		女性	
9.2	心疾患	8.4	単極性うつ病
6.9	HIV・エイズ	7.3	HIV・エイズ
6.8	脳卒中	6.8	母体の健康状態
4.3	結核	5.5	心疾患
4.2	慢性閉塞性呼吸疾患	3.2	脳卒中
3.8	単極性うつ病	3.2	白内障
3.6	糖尿病(成人発症)	2.8	糖尿病(成人発症)
3.5	交通事故	2.8	慢性閉塞性呼吸疾患
2.8	白内障	2.8	結核
2.5	アルコール性疾患	2.8	変形性関節症





The global goal for 2015

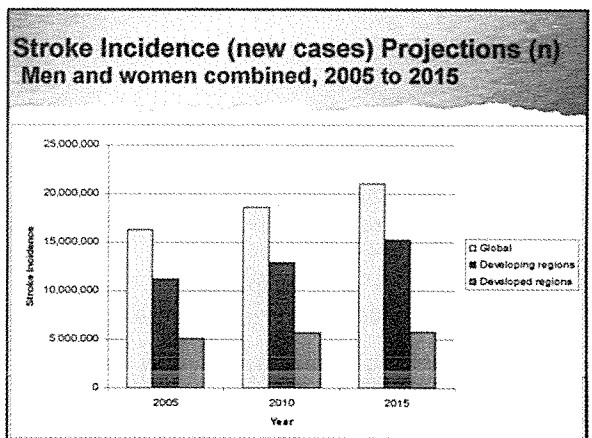
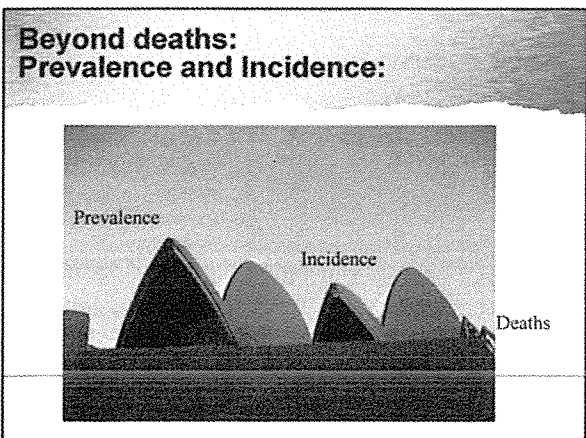
A 2% annual reduction in chronic disease death rate worldwide, per year, over the next 10 years.

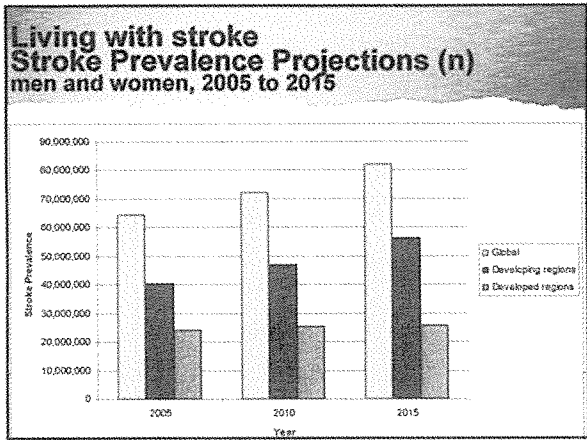
- For **stroke**, this translates to **5 600 000** lives saved / deaths averted over the next 10 years (cumulative)
- Overall, in the next 10 years . . .

36 000 000 lives can be saved

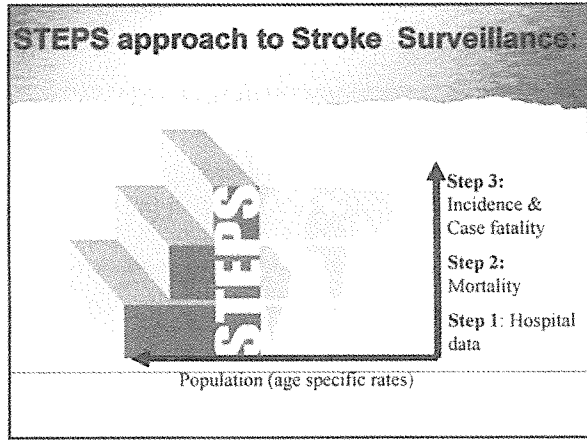
Japan has low deaths rates, but still room for improvement

- 150,000 deaths from stroke in 2005
- 95,000 deaths from heart disease
- A 2% per annum decline will result in 140,000 fewer stroke deaths over the next 10 years
- The majority will occur in people 70 years and over
- Life expectancy will increase even further





- ### Building stroke registries and surveillance
- Help countries get started using a common framework and tools
 - Provide standard collection of data
 - Track changes over time
 - Measure impact on health services: acute, long term
 - Help understand impact of prevention
 - Provide local data for advocacy



- ### Beyond counting deaths: Purpose of STEPS Stroke registers
- Help countries get started using a common framework and tools
 - Provide standard collection of data, manuals
 - Track changes over time
 - Measure impact on health services: acute, long term
 - Help understand impact of prevention
 - Provide local data for advocacy

- ### Features
- A **STEP wise** approach according to local needs
 - A **flexible** approach – core items, but room for extra
 - **Simple start:** hospital register (step 1) – with or without defined geographic population
 - Overlapping casefinding (step 2 and 3)
 - Towards measures of incidence of stroke in the population

- ### Step 1 case finding (hospital based)
- STEP 1
-
- Socio-economic status
 - First-time or recurrent event
 - Place of treatment
 - Medication
 - Survival (10 & 28 days)
 - NIHSS
 - MRS (28 days after stroke)
 - Type of stroke

Step 2 case finding (fatal events in community)



OR

Or VERBAL
AUTOPSY

STEP 2

- Date of stroke
- First-time or recurrent event
- Type of stroke
- Date of death
- Vital status at day 10 & 28
- ICD classification

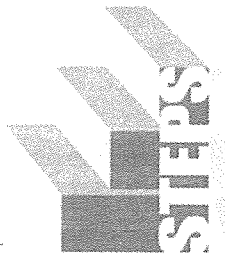
Step 3 casefinding (non-fatal events in community)



STEP 3

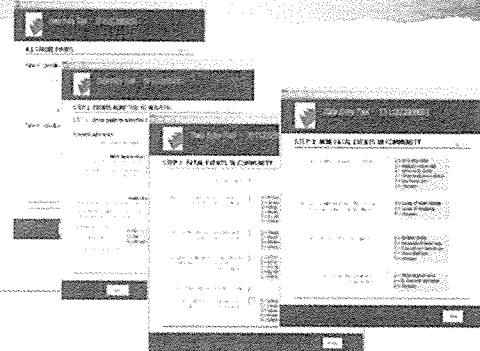
- Date of stroke
- First-time or recurrent event
- Survival 28 days (follow-up)

Application forms, self explanatory Manual and Data Entry Tool are now available



www.who.int/chp/steps/stroke

The STEPS Stroke Data Entry Tool

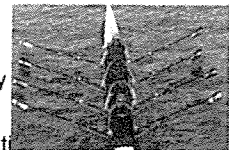


Feasibility study completed

- 9 surveillance sites in low and middle income countries (India, Iran, Mozambique, Nigeria, Russia)
- Central data analyses
- Easy to use, few missing values
- Over 5,000 stroke patients registered (Step 1)
- Data already being used to highlight stroke needs

Stroke STEPS: a Collaborative effort Pulling in the same direction

- International Stroke Society
- World Stroke Federation
- World Federation of Neurology
- Japan Stroke Association
- Other national stroke organisations
- Collaborating Centres and
- World Health Organization



Conclusion

- The majority of stroke events occur in low and middle income countries
- Projections suggest that the biggest increase in stroke burden will be in poorer countries
- The current "time window" provides an opportunity for improved prevention
- More stroke data are needed to help countries understand and guide policy

シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

脳卒中急性期診療の立場から

国立循環器病センター脳血管内科

部長 峰松一夫

脳卒中は国民死因の第3位、要介護性疾患の首位を占めています。高頻度かつ重篤な疾患なのに、専門医療職育成システムや診療体制は未整備のまま放置されてきました。根本的治療法がなかったことが主たる原因でした。このため欧米では、脳卒中のことを「シンデレラ病」と呼んでいました。「不当に虐げられている病気」という意味です。

2005年10月、発症3時間以内の脳梗塞に対する血栓溶解療法（t-PA 静注療法）が国内承認され、優れた治療成績を挙げています。急性期患者を専門病棟に集めて、専門多職種（医師、看護師、リハビリテーション職種、栄養士、ケースワーカー等）によるチーム医療で診療する「脳卒中ユニット（stroke unit, SU）」が優れた治療効果を発揮することも証明され、その整備も始まっています。脳卒中急性期医療は、虚無主義から積極主義へと大転換を遂げつつあります。

しかし、急性期医療の進歩だけでは問題解決にほど遠いのも事実です。退院患者の半数以上は、引き続きリハビリテーションや介護を必要とします。発症－救急搬送－急性期医療－回復期リハビリテーション－社会・家庭復帰または介護（施設、在宅）までの一連の長いスパンにわたって、多くの医療・介護・行政機関等が連携しなければ、脳卒中を克服することはできないのです。継ぎ目のないシームレスケアが重要で、医療・介護の地域内システム化、ネットワーク化が必要です。

人類史上未曾有の超高齢社会の到来を目前に、脳卒中医療・介護・福祉提供体制の抜本的再構築は喫緊の課題です。問題解決のための取り組みは、各医療・介護機関別にばらばらに行われ、地域～国家レベルの包括的かつ悉皆的なデータ収集・分析は行われていません。「木は見えるが、森が見えない」状況です。脳卒中発症登録とその追跡事業は、問題解決のための最も重要な武器となるはずですが、「シンデレラ」は幸せにならなければならないのです。

シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

脳卒中看護のこれから

国立循環器病センター SCU

看護師長 川口桂子

1. 国立循環器病センターの脳卒中看護

国立循環器病センターの脳内科集中治療室(SCU)は、日本で類を見ない規模で運営され、昨年度1117名の入院を受け入れている。その内90%は緊急入院であり、45%は夜間の入院となっている。在室日数は平均5.7日である。

SCUの看護師は、救命のため異常の早期発見・合併症の予防に努め早期離床に取り組んでいる。緊急入院時やt-PA治療時はもとより、呼吸器装着患者や重症患者の細かな神経サインを観察する。リスク管理を行いながら入院直後から可動域訓練を始めている。QOLを高めるため医師や言語聴覚士と共に嚥下評価表を開発し、嚥下機能を評価し訓練を進めていく。

2004年脳卒中ガイドラインの評価やt-PA治療導入に伴いSCU加算が保険制度に付加され、多くの施設にSCUが設けられている。昨年度の研究の結果、脳卒中専門病棟の看護は患者の予後に良い結果をもたらすことが解った。

2. デンマークと日本の脳卒中医療の違い

そのような中で一昨年度、デンマークの脳卒中医療を視察する機会を得た。デンマークは国民総生産に占める総医療費の割合は決して高くないが、医療に対する国民の満足度は世界1である。救急医療から在宅までを一施設で取り扱う施設完結型の医療体制で、t-PA治療は行われておらず呼吸器を装着し寝たきりの脳卒中患者もいなかった。病院総数は日本の3分の1しかなく入院患者1人あたりのコメディカルスタッフや看護師の数は日本の3倍であった。在宅率が高く他職種からなる在宅サービスが充実し家族の負担も少なくなっていた。

最も日本と違うところは、発症登録が整理され個々の施設が公的な調査を受け、このような医療・ケアの成績が国民にインターネットで公開され、評価を受けていることであった。

3. 日本の脳卒中看護の課題

日本においてt-PA治療 やSCU加算の導入など脳卒中急性期医療が強化される中、高度な延命治療や外科手術の選択には、患者や家族の意志が尊重されている。しかし治療を受け退院した患者のQOLは向上しているのだろうか？大阪府が豊能地域の施設と共同で行っている調査では、在宅におけるADLの向上と患者のQOLは必ずしも一致していないことが解った。超急性期医療から在宅まで、より良い脳卒中医療はどのような形であればよいのか、少子高齢化の中で増加する脳卒中医療費をどう使うのか、医療者だけの物差しだけでは測れず、患者の生活や満足等の実態を正確に反映させ、国民と共に考えていくことが求められる。機能分化した日本の脳卒中医療において、地域連携も強化されつつあるが、その情報はそれぞれの施設間で医療者側の最小限の共有にとどまっており、治療やケアに十分に生かされているとはいえない。患者参加型のより良い脳卒中医療を築くために、患者のQOLに関する多くの情報を反映させた連携システムが必要である。

このようなデータの収集には医療者が自主的に参加する調査研究だけでなく、行政等がリーダーシップをとった広域で客観性のある調査の継続が望まれる。大阪府はモデル事業で発症登録制度を目指した調査を行っており、豊能地区では地域連携パスに取り組んでいる。センターでも急性期病院へ情報がフィードバックするシステムを検討している。脳卒中医療の始まりである超急性期医療に携わる看護師が、地域の看護師と連携を組み、患者・家族の実態と意見を反映させた評価指標や情報用紙を開発し、システムの構築に貢献すべきと考えている。

シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

リハビリテーション・介護の立場から

初台リハビリテーション病院

理事長 石川 誠

かつてのリハビリテーションは、1) 人里離れた郡部に立地するリハ病院が中心、2) 付き添い看護が主流な看護体制、3) 発症からの開始時期が遅く長期間を要するリハサービス、4) ADL を軽視し、機能訓練中心のリハサービス、5) 未成熟なチームアプローチ、6) 未整備な在宅リハサービスなど問題だらけであった。

この理由には、1) 低いリハ医療サービスの診療報酬、2) 医師における「廃用症候群」の認識不足、3) 看護における「早期離床」の実践不足、4) 長期入院を許容した制度による病院の施設化、5) リハ専門職 (PT・OT・ST) 養成数不足、6) リハ専門医養成の立ち遅れ、7) 地域リハシステムの未整備などが挙げられる。特にリハビリテーションを推進する専門職が PT・OT・ST に特化し、看護・介護がリハ充実の要である認識に乏しかったことは重要である。

しかし、現在は急性期治療と並行した早期から開始されるリハが主流になり、急性期、亜急性期(回復期)、慢性期(維持期)へと継続したリハ医療サービスの提供が常識となりつつある。

医療制度改革では医療機能の分化・連携が求められ、急性期、亜急性期を担う病床の在院日数短縮と在宅医療の推進がテーマとなり、疾患毎の地域連携パスも課題となっている。脳卒中のリハも急性期リハ、回復期リハ、維持期リハに機能分化し、連携を強化したシステム構築が課題である。

急性期リハとは廃用症候群、肺炎や尿路感染症、低栄養の予防が目的であり、ベッドサイド中心に実施される。

その後の回復期リハは、機能障害と ADL の改善をはかり、家庭復帰を目的とするが、病棟生活における ADL 向上には病棟におけるチームアプローチが重要である。また、回復期リハ病棟は良質な看護・介護サービスの存在がリハ効果を高めることから、看護・介護の重要性が急浮上している。

維持期リハは寝たきり防止、自立生活の推進、介助量の軽減を目的とする。現在、最も整備が遅れている部分であり、訪問リハの基盤整備、通所リハの質的向上、リハマネジメントの普及が求められている。

また、リハ施設を有する医療機関数および脳卒中のリハに精通する医師や看護師・介護職員さらに PT・PT・ST などのリハ専門職の必要配置人員を、地域脳卒中発症登録による疫学的調査データに基づき整備することも重要な課題である。

シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

脳卒中発症登録の社会的意義 一疫学研究者の立場から一

国立循環器病センター予防検診部

部長 岡山 明

脳卒中や急性心筋梗塞などの循環器疾患はがんと並び国民の健康を脅かす重要な疾患である。循環器疾患にかかる医療費は高血圧治療などの予防的な治療を含むと 10 兆円を超すといわれ、がんの 4 兆円を大きく上回っている。

一方脳卒中や急性心筋梗塞は発症するとその後の一生を左右する重大な病気である。我が国の脳卒中死亡は二十世紀後半に急激に減少し、日本が世界の長寿国になった要因の一つとなった。最近の死亡統計をみると、脳卒中の減少は下げ止まりを見せており、今後の死亡率や、発症率の動向を注意深く観察する必要がある。

地域循環器疾患発症登録は一定地域の脳卒中や急性心筋梗塞の発症状況を漏れなく登録しその後の追跡を実施することで、こうした問いに答える使命を持っている。しかし我が国では信頼性が高く長期にわたる発症登録制度は十分に機能していないのが現状である。結果として循環器疾患対策の根拠や対策の評価も不十分な状況におかれている。その原因として、循環器疾患を扱う研究者と行政が密接に協力して登録体制の整備と維持が行われてこなかったことが挙げられる。循環器疾患より遙かに登録が困難ながん登録が着実に実績を上げ、社会の認知を得てきたことと対比すると循環器疾患対策に関わる疫学研究者としてきわめて残念な状況である。

今後の循環器疾患対策・介護予防を的確に行うには循環器疾患の発症を詳細な治療内容を含めて悉皆的に把握し、更に発症登録者の要介護状態への移行や死亡情報とリンクさせる地域発症登録の体制を組織する事が必要である。登録地域では複数施設の発症情報および死亡や要介護状態を悉皆的に収集管理するため、行政・医師会・医療機関・住民等で構成された発症登録協議会を組織することが望ましい。こうした発症登録制度を運用することにより脳卒中の地域差および治療内容や発症後の治療時期など要介護状態や生命予後に関連する要因を検討する基盤整備が可能となる。

従来の脳卒中登録では脳卒中の発症を把握することに重点が置かれ、脳卒中発症後の予後を明らかにする取り組みは不十分であった。しかし、脳卒中が要介護状態の主要な原因であることを考えると、脳卒中にかかっても要介護状態にならないための要因を明らかにすることが重要となる。そのためには要介護情報とのリンケージが重要となる。また脳卒中の長期予後は重症度が高いほど悪くなることがわかっており、発症登録の段階で重症度を正確に記録しておくことも重要となる。これからの脳卒中発症登録は、発症率を正確に把握することに加え、重症度を考慮した長期予後追跡システムを取り込むことで社会の要請に応えてゆかなければならない。

シンポジウム「脳卒中と介護の関わりを明らかにする」

特別発言：日本の脳卒中対策推進へ向けて ―市民教育の重要性―

国立循環器病センター

名誉総長 山口武典

脳卒中はさまざまな原因によって起こり、さまざまな身体的・精神的障害をきたし、さまざまな不利益をもたらす。すべての病気に共通のことではあるが、それを制圧するのに最も大切なことは、①「起こさないこと」つまり予防である。そして脳卒中の場合、②もし起こりかけたら（前触れがあったら）なるべく「速やかに対策を講じ」、③もし本物の脳卒中が起こったら「一刻も早く（3時間以内）適切な治療」を行い、④一命を取り止めたなら「できるだけ早期に積極的なリハビリテーション」を開始、⑤同時に「再発予防」の対策を講じることである。

一般市民の方々に、必ず知っておいてもらいたいことは、まず①の「起こさない」ための方法、つまり危険因子とその対策に関する知識と、③の「もし起こった場合」には一刻も早く専門病院を受診することの重要性についてである。

われわれは脳卒中の予防と、脳卒中を起こした患者・家族の方々の支援を目的に、1997年、「日本脳卒中協会」という任意団体を設立した。活動の一環として、脳卒中についての知識を普及するために、全国各地で頻繁に市民講座を開催してきた。しかし、市民講座には限界がある。つまり、講座を聴きに來る人はそれなりの意識を持っており、一定の層に限られるというバイアスが生じる。講座も聴きにこないような人の知識を高めるにはどうしたら良いか？これはマスメディアに頼る以外にない。ラジオ、テレビ、新聞などを通じて脳卒中の予防法や、起こったときの対処法などが伝えられれば非常に効果的であろう。これには2つの方法がある。一つは記事あるいはニュースとして取り上げてもらうことであり、もう一つは広告である。

ニュースとして取り上げることに限っては、企業の協力により「プレス・カンファレンス」を開催し、各新聞・雑誌の記者の方々の知識を深めてもらってきた。また、「脳卒中に関する十カ条」を作成して、協会独自にあるいは企業と提携して周知に努めている。テレビあるいは新聞紙上での広告は、影響力は大きいが財政的に大きな負担となる。以前から米国では脳卒中発症後の早期受診について、有名女優の出演によるテレビ・キャンペーンが行われてきた。わが国でも骨髓バンクなどのスポット広告でご存知と思うが、公共広告機構によるキャンペーンが比較的廉価で効果が大きいと考えられる。われわれも昨年テレビ広告に応募したが、数の関係で2006年度は採用されず、新聞広告ということになった。コメディアンの上二朗さんによる「一刻も早く専門医を受診」という広告がすでに掲載されている（本年度中、それぞれの新聞で、広告に余裕のある日に掲載されると聞いている）。

以上、脳卒中制圧へ向けてのわれわれの活動を簡単に述べたが、長年の活動がようやく認められて、2005年3月ようやく社団法人として認可された。これにより極めて信頼度が高くなったが、一方では責任も重くなったことを自覚し、活動を続けて生きたい。

帯広地域 脳卒中登録講習会

○18:00~

「帯広地域脳卒中発症登録について」

主任研究者：国立循環器病センター

予防検診部 岡山 明先生

○18:30~

「NIHSSによる脳卒中重症度評価の方法」

講師：国立循環器病センター

脳血管内科 小林 洋和先生

日時：2006年12月12日（火）18:00~

地域急性循環器疾患発症登録研究計画書

国立循環器病センター
循環器病予防検診部 岡山 明

研究計画

1. 研究の概要

平成 17 年度より北海道帯広市、岩手県北地域、滋賀県高島市および大阪府吹田市域での急性循環器疾患発症登録を行い、循環器疾患の発症状況の把握と共に入院時の重症度を考慮した上での要介護情報・死亡という循環器疾患発症後の長期健康状況が把握出来る体制を構築することを目的とする。

帯広地域では脳卒中・急性心筋梗塞患者を主に受け入れている基幹 5 病院（国立病院機構帯広病院、帯広厚生病院、帯広協会病院、帯広第一病院、北斗病院）を中心とした発症登録協議会を整備し、継続的かつ悉皆的な発症登録システムを整備する。事務局は札幌医大第二内科学講座内と国立循環器病センター予防検診部に置く。基幹病院では、研究①診断基準を満たす全ての患者の発症情報(病名、発症日)、生年月日、性別)を収集し帯広地域の発症率を把握する。更に研究②入院中の詳細な治療内容(臨床情報)と介護情報・死亡と発症後の長期予後に関する情報収集を入院患者またはご家族の同意を得て実施する。

2. 研究の背景と目的

急性循環器疾患は国や地域により発症率が大きく異なる。近年の我が国の循環器疾患死亡率が減少しているが、発症率が減少しているか治療成績が向上したためかは明らかではない。その理由として我が国では系統的な地域発症登録体制が整備されておらず脳卒中・急性循環器疾患の発症率が明らかでないことが挙げられる。

一方循環器疾患（脳卒中・心筋梗塞）患者の多くは救命され、要介護のもっとも重要な要因となっている。そこで疾患の重症度や治療内容を考慮して循環器疾患発症後にどのような要因が介護状態や死亡に寄与しているか検討できる体制が必要となる。本研究では、帯広市一般住民を対象に入院を要する循環器疾患の発症患者を研究①発症率の把握および研究②重症度を考慮した予後把握により、循環器疾患対策の基礎資料を提供できる体制を整備することを目的とする。

3. 研究の対象および方法

(1) 研究①

帯広市に在住し登録対象疾患（脳卒中・心筋梗塞）で入院した患者。各施設において、院内掲示物や入院案内に書面を入れ、発症情報登録の実施を明示し、拒否のない者の脳卒

中、心筋梗塞の発症情報を登録する。登録の対象となる症例について登録票の上段部分を用い、発症情報を登録する。重複登録および再発の有無を照合するため個人情報として生年月日、性別を登録票に記載する。登録票には患者氏名、カルテ番号などと照合可能な匿名化番号を記入し対照表は施設内に保管する。登録情報は手渡しにより登録事務局に送付する。登録事務局より重複登録の可能性のある症例について問い合わせがあった場合には、症例のイニシャル（姓、名）を提供する。

(2) 研究②

研究①の対象のうち患者または家族の同意が得られた症例を研究対象とする。同意内容は入院中の治療内容(臨床情報)と長期健康状況(要介護状態・異動情報)の定期的入手とする。情報の破棄手順については、情報破棄依頼書を示し請求方法について説明する。登録票を用いて治療内容(臨床情報)の登録をおこない、手渡しにより登録事務局に送付する。長期健康状況の把握は事務局で実施する。

(3) 情報の入力および管理と解析：

各施設から収集された情報は、事務局で外部ネットワークから遮断された専用のコンピュータで入力管理する。また、この情報を扱う担当者は専任とし、個人情報保護に関する誓約書の覚書を交わす。登録対象者の同意を取得できた情報は発症情報、治療内容(臨床情報)を登録する。研究①の発症情報は照合用データベースに格納し重複の有無を照合する目的のみに使用する。研究②の対象者は発症登録データベースに格納し、帯広市役所介護保険課の協力を得て年に2回要介護情報を入手し、事務局内でコンピュータ上でデータと照合する。さらに異動情報については帯広市役所市民課の協力を得て年に1回患者の住民基本台帳情報を入手し、事務局内でコンピュータ上で発症データと照合する。帯広市役所からの要介護情報および異動情報については予め承認を受ける。

解析データセット作成の際には個人情報削除し、連結不可能匿名化する。解析は各施設における重症度や治療内容と予後の関連性を検討すると共に、要介護状態、長期健康状況との関連を検討する。

(4) 重複登録・再発の確認手順

発症登録データベースと照合用データベースを毎月照合し重複や再発の可能性のある症例について、各登録施設に問い合わせ伊ニシャルの提供を受ける。イニシャルと姓・生年月日が全て一致した例を重複・再発例とする。照合作業後イニシャルは破棄する。

脳卒中発症情報・臨床情報登録票

<発症情報> すべての登録患者の必須項目(発症情報は悉皆登録に使用、網掛けは各施設に保管し、重複確認に使用)

登録医療機関		記入者	
登録日	200 年 月 日	登録番号	(オートナンバー)
施設内患者ID		(フリガナ)	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	患者氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	北海道 帯広市		
発症日時	200 年 月 日 時(24時間制)	入院日時	200 年 月 日 時(24時間制)
入院経路	<input type="checkbox"/> 直送 <input type="checkbox"/> 転送(病院名) <input type="checkbox"/> 院内発症 <input type="checkbox"/> 不明		
退院日	200 年 月 日	転帰	<input type="checkbox"/> 自宅(老人施設を含む) <input type="checkbox"/> 転院(病院に限る) <input type="checkbox"/> 死亡
転院先施設名			
発作回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 不明	前回発症月	年 月
臨床診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> アテローム血栓性 <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> 動脈解離 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出血性疾患 (<input type="checkbox"/> 脳実質内出血 <input type="checkbox"/> SAH <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 可能性のある脳卒中 <input type="checkbox"/> 除外		

同意書取得状況

同意する

同意しない

<臨床情報> 同意取得者のみの記入項目です(該当項目には○、該当しない場合は×、詳細不明は?を記載)

身長・体重	(入院時に最も近いもの) 身長 cm 体重 kg		
喫煙	<input type="checkbox"/> 喫煙歴無 <input type="checkbox"/> 発症直前まで喫煙(本/日) <input type="checkbox"/> やめた(喫煙年数: 年間/ 本) <input type="checkbox"/> 不明		
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲酒歴無 <input type="checkbox"/> あり(日本酒換算: 合/日) <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 不明		
既往歴	<input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c %) <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> SAH <input type="checkbox"/> 未破裂動脈瘤 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他脳卒中の原因となる疾患()		
今回発作前 ADL スコア(入院前の生活動作制限(mRS))	点	退院時 ADL スコア	点
*重症度スコア: 脳梗塞・脳出血は NIHSS Scale <も膜下出血: WFNS Scale 参照			
入院時スコア	点 <input type="checkbox"/> 未測定	入院中の脳卒中発作	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
画像診断	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 血管造影		
入院時の脳梗塞・脳出血の主病巣	部位: (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) 大きさ: 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> 15mm 未満 <input type="checkbox"/> 15mm 以上 1/2 葉未満 <input type="checkbox"/> 1/2 葉以上 <input type="checkbox"/> 不明) 脳出血 (<input type="checkbox"/> 2cm 未満 <input type="checkbox"/> 2-6cm <input type="checkbox"/> 6cm 以上 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 大脳皮質(下) <input type="checkbox"/> 基底核・視床・内包・放線冠 <input type="checkbox"/> 中脳 <input type="checkbox"/> 橋 <input type="checkbox"/> 延髄 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 脳室穿破 <input type="checkbox"/> その他		
くも膜下出血の主病巣	<input type="checkbox"/> 内頸動脈系 <input type="checkbox"/> 椎骨脳底動脈系 <input type="checkbox"/> その他		
入院中の内服治療	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 (<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 降圧薬		
入院中の点滴治療	<input type="checkbox"/> 抗脳浮腫薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> オザグレル Na <input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> エダラボン <input type="checkbox"/> tPA 静注(発症後 時間) <input type="checkbox"/> ウロキナーゼ静注 <input type="checkbox"/> ヘパリン		
外科治療(SAH 場合)	<input type="checkbox"/> 開頭動脈瘤クリッピング <input type="checkbox"/> 血管内塞栓術		
リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 有(入院 日目より) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
退院時処方	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 (<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 降圧薬		

20060911

<脳梗塞・脳内出血> : NIHSS スコアシート

1a.意識水準	<input type="checkbox"/> 0: 完全覚醒 <input type="checkbox"/> 1: 簡単な刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 2: 繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 3: 完全に無反応
1b.意識障害—質問 (今月の月名及び年齢)	<input type="checkbox"/> 0: 両方正解 <input type="checkbox"/> 1: 片方正解 <input type="checkbox"/> 2: 両方不正解
1c.意識障害—従命(開閉眼、「手を握る・開く」)	<input type="checkbox"/> 0: 両方可 <input type="checkbox"/> 1: 片方可 <input type="checkbox"/> 2: 両方不可
2.最良の注視	<input type="checkbox"/> 0: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 部分的注視麻痺 <input type="checkbox"/> 2: 完全注視麻痺
3.視野	<input type="checkbox"/> 0: 視野欠損なし <input type="checkbox"/> 1: 部分的半盲 <input type="checkbox"/> 2: 完全半盲 <input type="checkbox"/> 3: 両側性半盲
4.顔面麻痺	<input type="checkbox"/> 0: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 軽度の麻痺 <input type="checkbox"/> 2: 部分的麻痺 <input type="checkbox"/> 3: 完全麻痺
5a.上肢の運動(右)*仰臥位のときは 45 度右上肢 <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 90 度*を 10 秒間保持出来る (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 90 度*を保持できるが、10 秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 90 度*の挙上または保持ができない <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない
5b.上肢の運動(左)*仰臥位のときは 45 度左上肢 <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 90 度*を 10 秒間保持出来る (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 90 度*を保持できるが、10 秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 90 度*の挙上または保持ができない <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない
6a.下肢の運動 (右) <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 30 度を 5 秒間保持出来る (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 30 度を保持できるが、5 秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない
6b.下肢の運動 (左) <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 30 度を 5 秒間保持出来る (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 30 度を保持できるが、5 秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない
7.運動失調 <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: なし <input type="checkbox"/> 1: 1 肢 <input type="checkbox"/> 2: 2 肢
8.感覚	<input type="checkbox"/> 0: 障害なし <input type="checkbox"/> 1: 軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2: 重度
9.最良の言語	<input type="checkbox"/> 0: 失語なし <input type="checkbox"/> 1: 軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2: 重度の失語 <input type="checkbox"/> 3: 無言、全失語
10: 構音障害 <input type="checkbox"/> 9: 挿管または身体的障害	<input type="checkbox"/> 0: 障害なし <input type="checkbox"/> 1: 軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2: 重度
11: 消去現象と注意障害	<input type="checkbox"/> 0: 異常なし <input type="checkbox"/> 1: 視覚、聴覚、触覚、視空間または自己身体に対する不注意、あるいは 1 つの感覚様式で 2 点同時刺激に対する消去現象 <input type="checkbox"/> 2: 重度の半側不注意あるいは 2 つ以上感覚様式に対する半側不注意

NIHSS (右欄の点数の総計) _____ 点

<<も膜下出血> : WFNS スコアシート

重症度	GCS 得点	主要な局所神経脳神経症状(失語または片麻痺)
I	15	なし
II	14-13	なし
III	14-13	あり
IV	12-7	有りまたはなし
V	6-3	有りまたはなし

Glasgow Coma Scale (最良の反応を用いる)

A. 開眼	E4 3 2 1	自発的に開眼する 言葉により開眼する 痛み刺激により開眼する 開眼しない
B. 言葉による応答	V5 4 3 2	見当識あり 錯乱状態 不適當な言葉 理解不能な状態
C. 運動器による応答	M6 5 4 3 2 1	命令に従う 痛み刺激部位に手足がくる・四肢を屈曲する 逃避反応 異常屈曲 四肢を伸展する 全く動かさない

Modified Rankin Scale

<input type="checkbox"/> 0. 全く障害なし
<input type="checkbox"/> 1. 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能
<input type="checkbox"/> 2. 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことができる
<input type="checkbox"/> 3. 中等度の障害。何らかの介助を要するが、介助なしに自分のことができる
<input type="checkbox"/> 4. 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
<input type="checkbox"/> 5. 高度の障害。ベットの上的生活、失禁、常に介助が必要
<input type="checkbox"/> 6. 死亡