

埼玉県脳卒中連携看護師会議

意思決定支援アクションプラン2026 キックオフミーティング

2026-10-01

京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センター

宮本 享

(厚労省 循環器病総合支援委員会 委員長)

第2期循環器病対策推進基本計画 概要

全体目標

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

個別施策

循環器病：脳卒中・心臓病その他の循環器病

【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備 循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

- 循環器病の発症予防及び重症化予防
- 子どもの頃から国民への循環器病に関する正しい知識（循環器病の予防、発症早期の適切な対応、重症化予防、後遺症等）の普及啓発の推進
- 循環器病に対する国民の認知度等の実態把握

3. 循環器病の研究推進

- 循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発の推進
- 科学的根拠に基づいた政策を立案し、循環器病対策を効果的に進めるための研究の推進

2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- ① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
- ② 救急搬送体制の整備
- ③ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
- ④ リハビリテーション等の取組
- ⑤ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- ⑥ 循環器病の緩和ケア
- ⑦ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援
- ⑧ 治療と仕事の両立支援・就労支援
- ⑨ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策
- ⑩ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

循環器病対策基本法が2018年に制定後
日本脳卒中学会は、対策推進基本計画の個別施策の中で

- ・ 治療と仕事の両立支援
- ・ 脳卒中における緩和 を
とくに重点的に整備を進めてきました

TOP > ガイドライン・提言・各種指針・手引き・推奨

ガイドライン・提言・各種指針・手引き・推奨

★ ガイドライン

- ① [脳卒中における終末期医療に関するガイドライン](#) (PDF/364KB)
- ② [脳卒中診療における遠隔医療（テレストローク）ガイドライン第二版](#) (PDF/777KB)
- ③ [脳卒中診療における遠隔医療（テレストローク）手順書に記載すべき項目](#) (PDF/376KB)

★ ステートメント

- ④ [外見からの判別が困難な脳卒中後遺症の制圧に向けた提言](#) (PDF/3,851KB)
- ⑤ [自宅復帰後の脳卒中の維持期（生活期）における緩和と療養に関する提言](#) (PDF/290KB)
- ⑥ [自宅復帰困難な後遺症を呈する脳卒中の維持期（生活期）における緩和と療養に関する提言](#) (PDF/301KB)
- ⑦ [重症脳卒中救急における治療介入のあり方に関するステートメント](#) (PDF/388KB)
- ⑧ [重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言](#) (PDF/237KB)
- ⑨ [重症脳卒中急性期の説明のあり方に関する提言](#) (PDF/265KB)

軽症

中等症

重症

急性期

回復期

維持期（生活期）

重症脳卒中急性期の説明のあり方に関する提言

重症脳卒中救急における治療介入のあり方に関するステートメント

脳卒中における終末期医療に関するガイドライン

自宅復帰後の脳卒中の維持期（生活期）における緩和と療養に関する提言

自宅復帰困難な後遺症を呈する脳卒中の維持期（生活期）における緩和と療養に関する提言

重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言

自宅復帰後の脳卒中の 維持期(生活期)における緩和と療養に関する提言

一般社団法人日本脳卒中学会

(5)今後の医療・ケアの方針に関する患者本人および家族等との話し合い

- ① 発症前の患者の状態と患者本人の意思の確認
- ② 脳卒中維持期(生活期)に入った時点における患者の意思・家族等の意向の確認
- ③ 今後想定される事態への対応方針の決定支援
- ④ 脳卒中医療の継続についての話し合いと決定

回復期以後生活期・維持期において起こり得る事態

- 脳卒中の再発
- 転倒・骨折
- てんかん
- 認知症
- 感染症
- がん・臓器不全などとの合併
- 低栄養、廃用症候群やフレイル、
- 心肺停止などの救命処置の必要な状態など



「人生会議」で見えてくる
自分らしい生き方、大切な人、大事な想い

NEWS

2026年3月25日

「人生会議」ポータルサイトを公開しました。

「人生会議」とは？



「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」とは、
あなたが大切にしたいこと、望んでいる生き方、そして「もしものとき」に
どのような医療やケアを望むかについて、前もって考え、話し合っておくことです。
ご家族や大切な人たち、そして医療・ケアチームと話し合っておくことは、
ご自身の思いや選択が尊重され、本人が希望する医療・ケアの実施につながります。
これは、ご自身の「これから」をより良く生きるために、
とても大切なプロセス（話し合い）と言えるでしょう。

<https://www.mhlw.go.jp/acp-jinseikaigi/>

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**

- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。

- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

【指針の作成が要件となる対象】

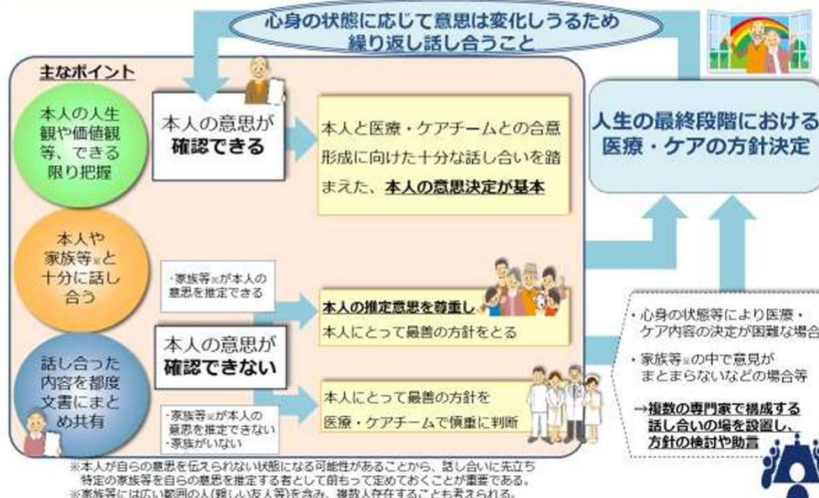
- **入院料を算定する医療機関※**
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。

- 以下の届出を行う医療機関

- ・がん患者指導管理料
- ・**地域包括診療料**
- ・**地域包括診療加算**
- ・**認知症地域包括診療料**
- ・**認知症地域包括診療加算**
- ・在宅療養支援診療所・病院

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

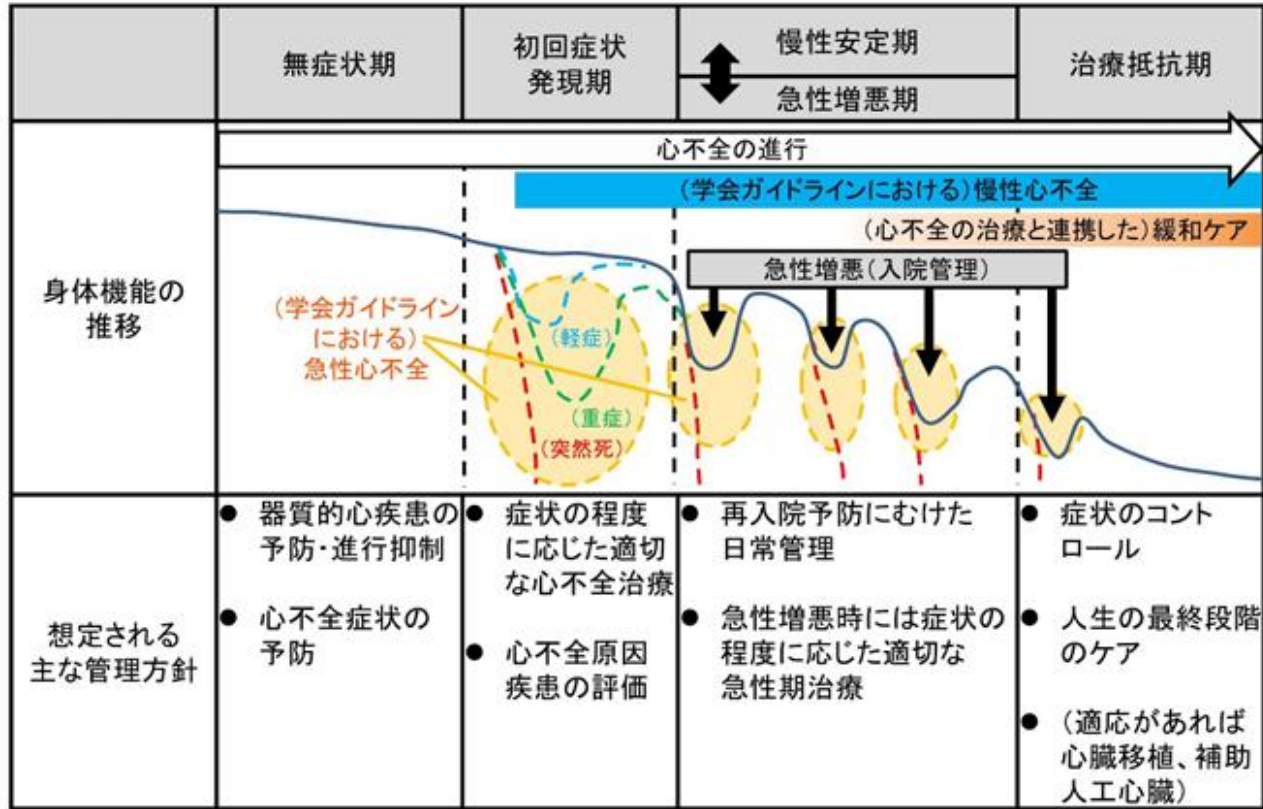


【経過措置】 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

意思決定支援は、疾患特異性を念頭に置いて整備する必要があり、保険収入等による画一的な誘導では、本来の概念が社会実装されない！

心不全に対する治療・療養経過

図1. 心不全の臨床経過のイメージ



- 心不全は階段状に悪化し、急性期病院に再入院をくりかえす

→ 緩和・意思決定支援が導入されている



厚生労働省健康局「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」(2017(平成 29)年7月)より引用

意思決定支援調査2024

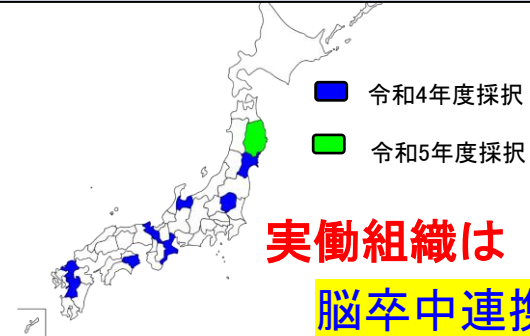
令和5年度厚労科研費FA-1018

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究

調査対象

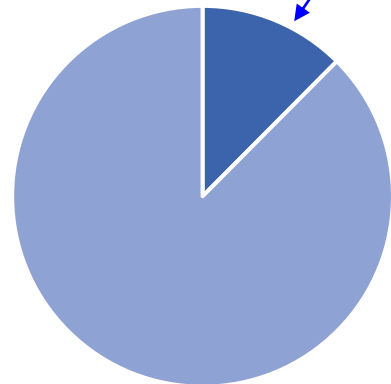
2025Jan-Mar

9府県のすべてのPSCおよび回復期リハビリテーション病院から
直接自宅退院した脳卒中患者（69歳以下の発病前就労者）1180名
＝すぐに死には直面せず、ほぼ自立した意思決定能力をもつ



発病前にACPに関する何らかの意思表示を
確認できた患者数 147名(12.5%)

=急性期脳卒中中の1.9%

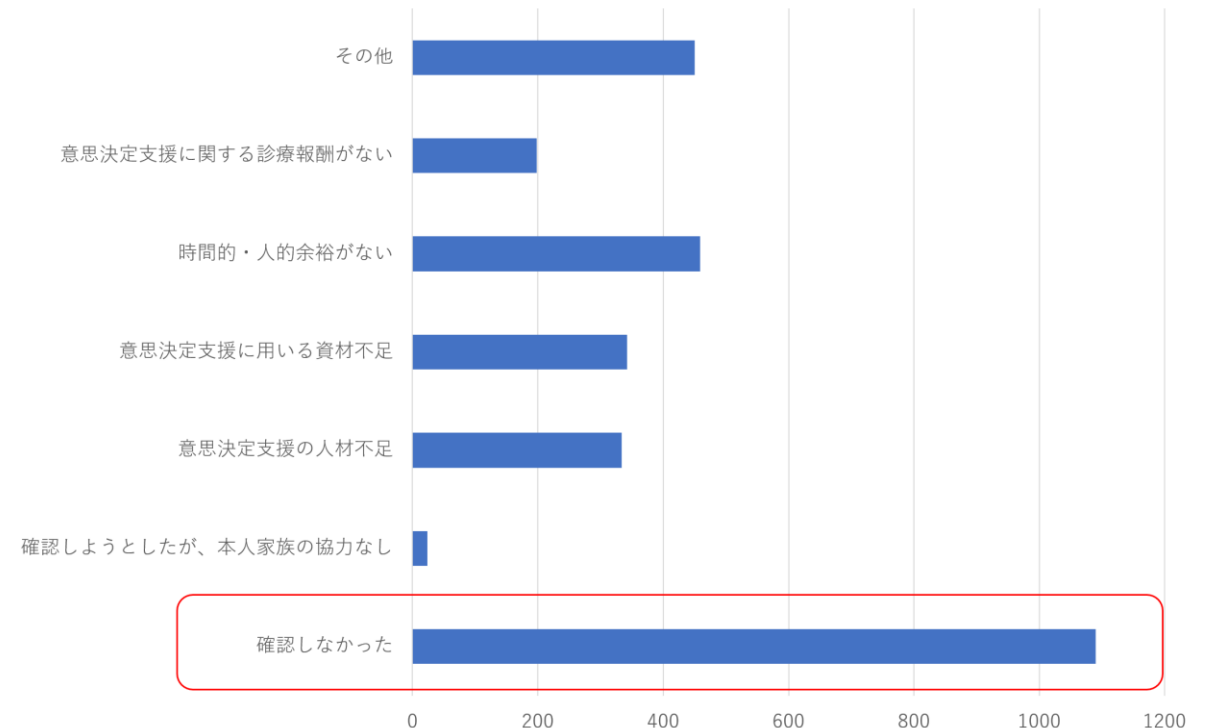


■ 意思表示あり ■ その他

なんらかの文書による
ACPが確認できた患者数
33名(2.8%)

=急性期脳卒中中の0.43%

ACPに関する何らかの発病前の意思表示を確認できなかった原因



意思決定支援調査2024

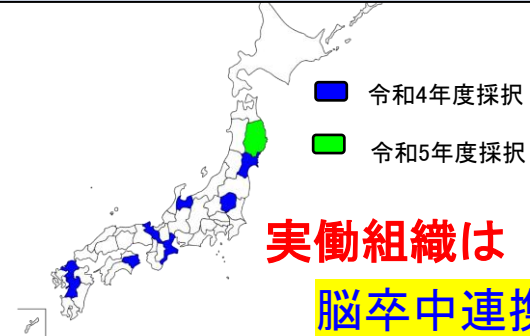
令和5年度厚労科研費FA-1018

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究

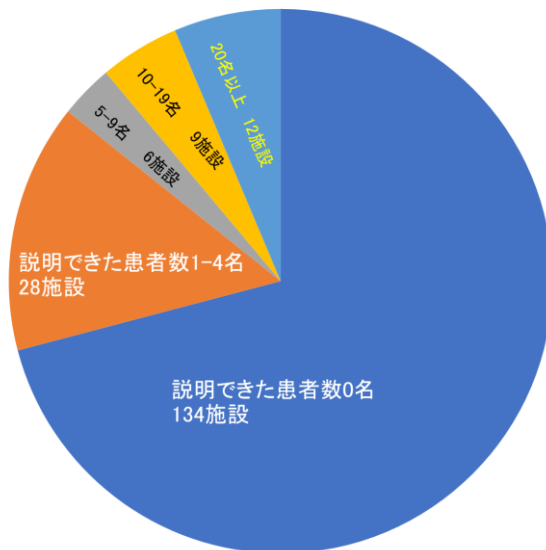
調査対象

2025Jan-Mar

9府県のすべてのPSCおよび回復期リハビリテーション病院から
直接自宅退院した脳卒中患者（69歳以下の発病前就労者）1180名
＝すぐに死には直面せず、ほぼ自立した意思決定能力をもつ



「今後起こり得る事態」について
網羅的に説明できた 患者数

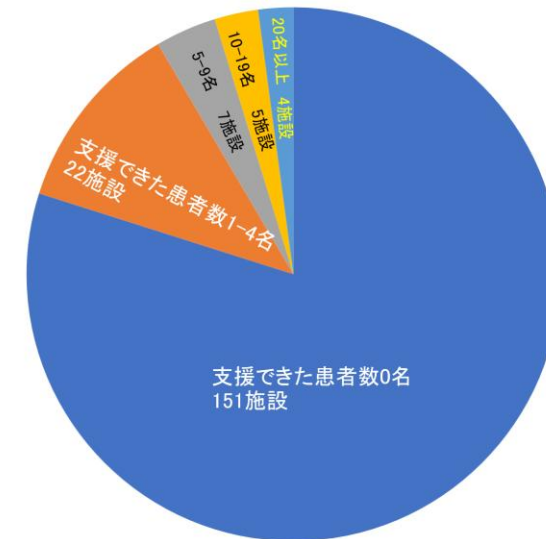


回答施設(189)のうち、86%の施設(162)では
網羅的な説明はほぼできていない

「今後起こり得る事態」

- 脳卒中の再発
- 転倒・骨折
- てんかん
- 認知症
- 感染症
- がん
- 臓器不全
- 低栄養、廃用症候群やフレイル、

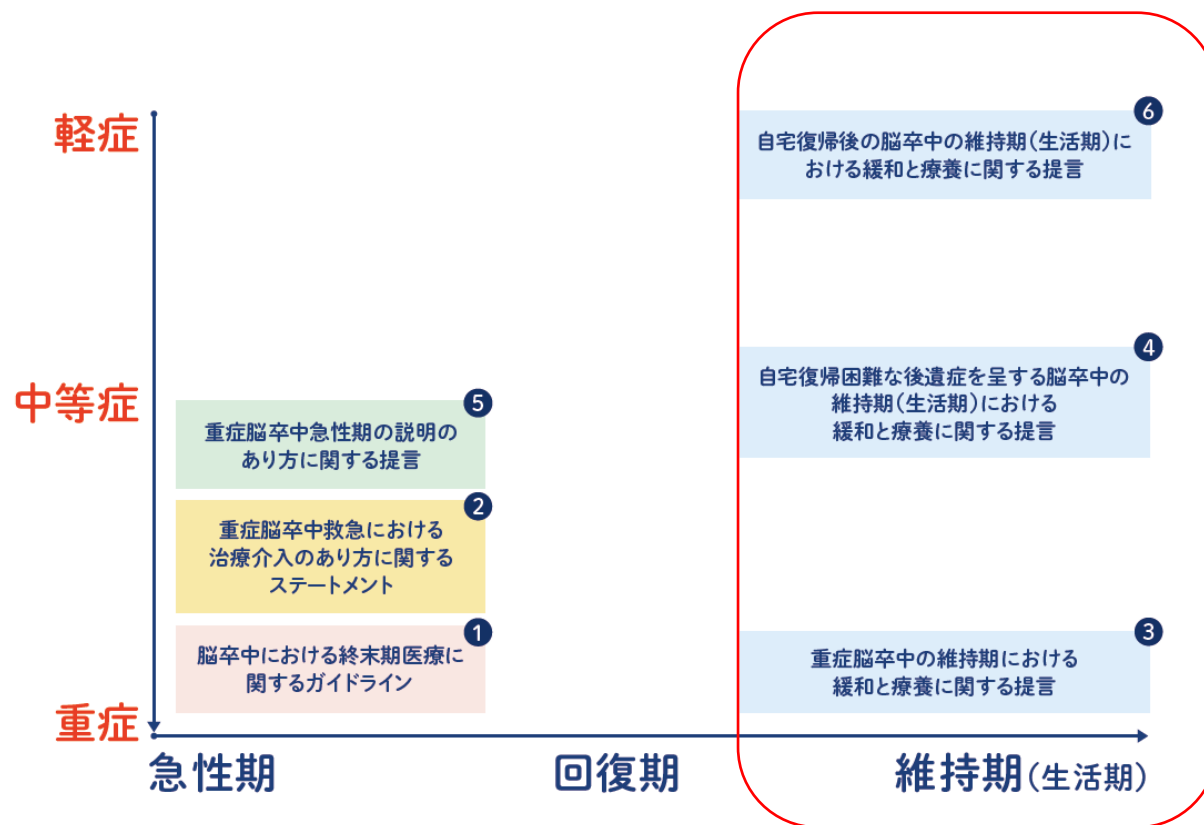
「今後起こり得る事態」に対する
療養ケアの方針について
意思決定を支援できた患者数



回答施設(189)のうち、92%の施設(173)では
意思決定支援はほぼできていない

日本脳卒中学会により

緩和と療養・意思決定に関するGLや提言・マニュアルは整備されてきたが、
脳卒中における意思決定支援は社会実装されていない！



「“意思決定支援”という言葉は、ハードルが高く、実践に逡巡する」

(京都府における意思決定支援調査2024 の結果説明会での看護師意見)

脳卒中における意思決定支援の背景

- 意思決定支援に関する連携整備が必要

急性期→回復期→生活期(維持期)という医療機関の役割分担が完成

- 脳卒中における意思決定支援は 終末期対応だけではない

ACPはDNARと混同されて用いられる傾向があるが、がん終末期や重症心不全と異なり、生活期に入った脳卒中はすぐに死には直面せず、後遺症とともに患者・家族等は生きてゆく回復期以後の脳卒中では死を見据えたACPではなく、

苦しみや悩みを抱えてどのように生きていくのか、今後あり得る事態に対するACPが必要

- 回復期以後の脳卒中では 快復・改善への思い・願いが強く

再発・悪化「もしもの時」を想定したくない脳卒中サバイバーは多い

意思決定支援に対する 脳卒中医療現場の意識改革・醸成・環境整備が必要

意思決定支援アクションプラン2025

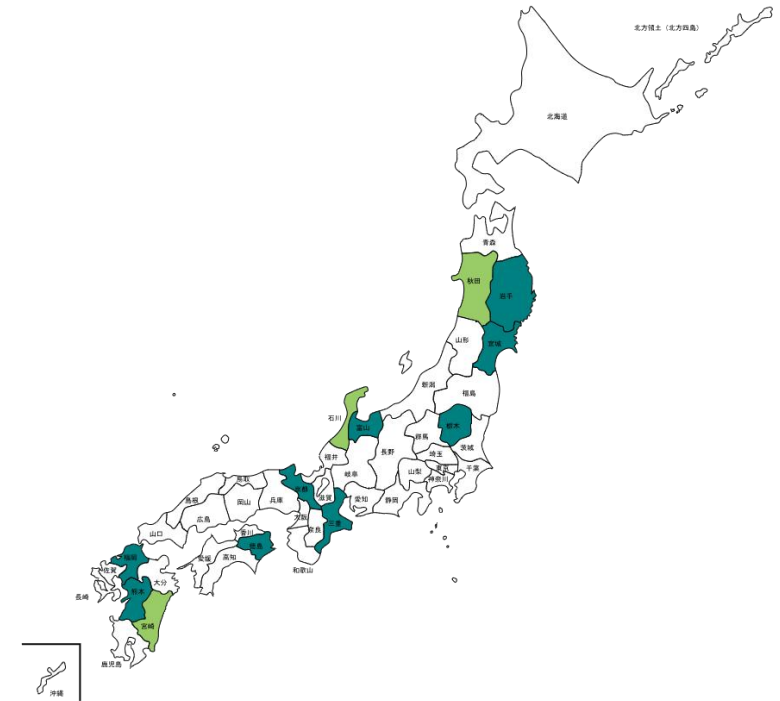
自宅退院予定の患者・家族等への意思決定支援啓発

12府県で実施
意思決定支援調査2024施行9府県+秋田県・石川県・宮崎県

1. 意思決定支援啓発動画 視聴勧奨



2. 脳卒中連携看護師会議(PSC/回りハ)の設立 ⇒意思決定支援に関する連携の強化



TOP > 脳卒中の予防、治療、退院後の対応について > 一般の方へ

一般の方へ

脳卒中の予防に勝る治療はありません。万が一発症しても、できるだけ早く救急車を呼んで専門的治療を受けると、命を救い、症状を軽くすることが可能です。

脳卒中の、予防、発症時の対応、発症後の対応について、日本脳卒中協会と日本脳卒中学会が協力し啓発資料を作成しました。

本動画、資料は一般の方、脳卒中を起こされた患者さん、ご家族に、脳卒中について理解を深めていただくために作成したものです。ダウンロードしてご利用される場合は、出典の記載をお願いします。

営利目的でのご利用は固くお断りしますので予めご了承ください。

出典記載例：

日本脳卒中協会、日本脳卒中学会 作成（厚生労働省20●●年度「循環器病に関する普及啓発事業委託費」）、URL・・・

- ② 飲酒しないのがベスト 飲むなら少しだけ
- ③ 一緒に考えましょう、これからのこと～脳卒中相談窓口～
- ④ 脳卒中予防は日々の暮らしから
- ⑤ 昔から身近にあるよ脳卒中
- ⑥ 脳卒中の予防について
- ⑦ 相談支援について
- ⑧ 脳卒中の予防・発症時の対応
- ⑨ 発症後社会支援の啓発資料

★ 脳卒中を経験されたあなたへ
「自分の気持ちを伝えるノート」

- ▶ 脳卒中サポートノート

厚生労働省委託事業 循環器病に関する普及啓発事業

あなたの病院の

脳卒中相談窓口

で相談できること

脳卒中の急性期治療が終わった
この先何を考えなければならないのか

動画で学ぶ

一緒に考えましょう、これからのこと

第1話 ご本人とご家族とで一緒に考えるケース



自宅への退院、あるいは回復期やリハビリテーション病院へ転院となり、治療や日常生活に関して不安を抱えている皆さんに見ていただきたい動画です。



第2話 患者さんのご意向を伺うことが難しいため、ご家族と一緒に考えるケース



急性期の治療が終了した後、
重度の後遺症などのために、
患者さん本人の意向が確認で
きない状態で、今後の療養に
ついて検討されている皆さん
に見ていただきたい動画です。



病院に脳卒中相談窓口がない場合は、医療ソーシャルワーカーに相談しましょう。

これらの動画は、厚生労働省2024年度「循環器病に関する普及啓発事業委託費」によって制作されたものです。

制作・著作 一般社団法人日本脳卒中学会、公益社団法人日本脳卒中協会 2025年2月作成

意思決定支援アクションプラン2026

自宅退院予定の患者・家族等への意思決定支援啓発

1. 意思決定支援啓発動画 視聴勧奨



2. 脳卒中発病後のACPに関する小冊子(脳卒中サポートノート)の紹介 チラシ配布

『今回の脳卒中をきっかけに、今後のことを考えてみませんか？』
＝脳卒中発病後のACP

退院時指導時に、チラシ等を配布して紹介するだけで、
とくに調査報告はありません！

3. (大きな副産物)脳卒中連携看護師会議(PSC/回りハ)の設立 ⇒意思決定支援に関する連携の強化

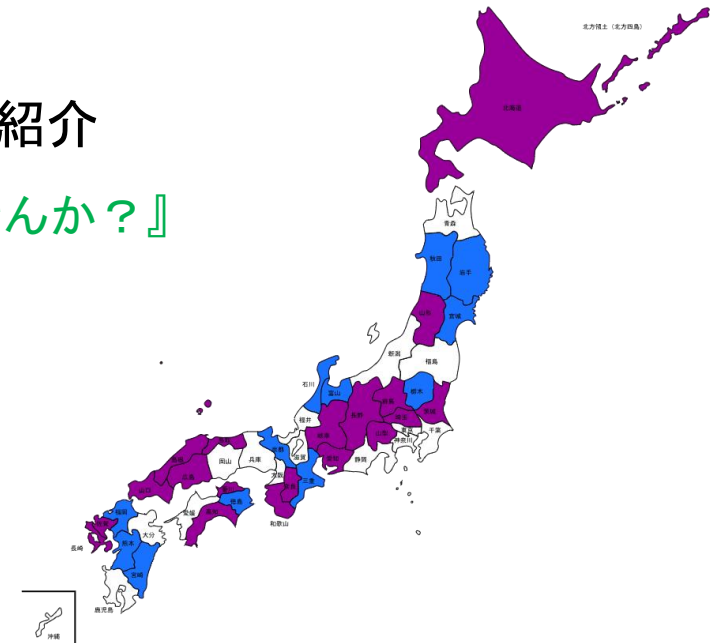
31道府県で実施予定

➤ アクションプラン2025参加12府県

秋田県・岩手県・宮城県・栃木県・富山県・石川県・
三重県・京都府・徳島県・福岡県・熊本県・宮崎県

➤ 新規参加19道県

北海道・山形県・群馬県・茨城県・埼玉県・山梨県・長野県・愛知県・岐阜県・
和歌山県・奈良県・香川県・高知県・鳥取県・島根県・広島県・山口県・
佐賀県・長崎県



脳卒中を経験されたあなたへ

脳卒中という突然のたいへんな病気から、一つの大きな山を乗り越えたあなたやご家族は今、ほっと一息ついておられるでしょう。

けれどもまだ完全に治ったわけではない状態ですから、ひと安心とともに、「これからの生活はどうなるのだろう?」といった不安やとまどいを感じておられることでしょう。

このノートは、そんなあなたの「いまの気持ちや思い」、そして「これからの望み」を考え、整理しながら、書き上げていって、ご家族や大切な人たちにもあなたの考えをわかってもらい、共有する道具です。



自分の気持ちを伝えるノート

脳卒中サポートノートとは



脳卒中サポートノートはこちら

一般社団法人日本脳卒中学会

自分の気持ちを伝える「脳卒中サポートノート」

なぜ「脳卒中サポートノート」か?



病状が悪化したときに、あらかじめどんな治療やケアを受けたいかについての事前の意思表示を、発病する前に伝えていた患者さんは、脳卒中のわずか1.9%だったことが、厚労省研究班の調査で明らかになりました。



このノートは、病状が悪化して意思表示がむずかしい時にそなえて、あらかじめどのような治療を受けたいかについて、家族など信頼できる人たちと話し合っ、希望を書いておくことを助けるためのものです。



このノートは、あなたの気持ちを整理した記録です。これを書いたからといって、2度と書き直すことができなかったり、またご家族などがそれにしばれることもありません。ですが、あなたの気持ちをこのノートに書き記すことで、ご家族などがそれを理解して、医師にもそれが伝わり、あなたの意思を尊重した治療や措置をとってくれるはずです。

ノートの中身を見てみよう

1. 自分をふりかえる

脳卒中になる前やなつてからのこと、仕事や家族のことなど、自分の気持ちをすこし整理してみましょう。これからの療養が続く中で、このノートに書き込むことが、自分自身を見つめ直す大切な時間にもなります。

2. これからの生活を考える

退院後の生活で大切にしたいことや、できること、避けたくないことなどを記します。これからの生活を安心してすごすことにつながるページです。

3. もしもの時に備える (人生会議/アドバンスケアプランニング (ACP))

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族や信頼できる人、医療ケアチームと一緒に繰り返し話し合い、共有する取り組みを人生会議/アドバンスケアプランニング (ACP) といいます。脳卒中が再発したり、病状が重くなったり、ほかの病気にかかったりした場合の治療やケアについて、事前に考えておきましょう。

4. 役立つ情報を記録・管理

あなたのかかっている病院や治療内容、薬、療養費の補助や、医療・介護なども含めて利用できる社会福祉制度など、あなたや家族がこれから療養や生活をしていくうえで必要な情報を整理するページもあります。



自宅退院・意思決定自立患者対象の脳卒中サポートノート（脳卒中学会PT）



<ご自分の思いを書いておきましょう>

わたしのこれまでの人生を振り返って
わたしの好きなこと・趣味・大切にしていた思い出
こんなふうに生活していきたい
心配なこと・困っていること
手伝ってほしいこと

1

2

3

4

5

<忘れないように書いておきましょう>

主な連絡先
療養の記録

7

8

<これからのために知っておきましょう>

脳卒中克服十か条
もしかするとこれから先に起こるかもしれないこと
重症になったときに受けるかもしれない治療

9

11

13

<もしも...のことも考えてみましょう>

もしもの時にはこうしてほしい

15

もしかするとこれから先に
起こるかもしれないことと
その治療

今回はご自宅に退院することができますが、
これから先

1. 脳卒中の再発
2. 肺炎などのほかの病気にかかる
3. 転んでけがをする

といったことがあるかもしれません。
そのようなことをきっかけにして、身体の状態が
今後重症になって、回復が難しいときでも、口から
食べられない場合の栄養補給や、心臓や呼吸の
補助など、命を守るための治療を行うことがあります。
まずは、そうしたことを知っておいてください。

11

自宅退院・意思決定自立患者対象の脳卒中サポートノート（脳卒中学会PT）

重症になったときに受けるかもしれない治療

重症の患者さんに行う治療を紹介しています。これらの治療は「回復を目指す」治療としても行われますが、「一時的に命をのばす」目的で行われることもあり、そのような場合には「延命治療」と呼ぶことがあります。

心臓が止まってしまったときに、胸を手で押して、心臓が動き出すのを助けます。



心臓の補助



心臓マッサージ

自分で息をすることができなくなったときに、のどに管をいれて(気管内挿管)、機械の力を借りて息ができるようにします。(人工呼吸器)



呼吸の補助



気管内挿管

ごはんを飲み込むことが難しくなったときに、おなか(胃)にチューブをつないで、そこから栄養をとります。



栄養の補給



胃ろう

時にはのどに小さな穴をあけて、そこからチューブをつなぐこともあります。(気管切開)



人工呼吸器



気管切開

延命治療を「受ける」「受けない」をあらかじめ決めておくと、いざというときに自分の希望通りの医療を受けることができます。

もしものときにはこうしてほしい

前のページでは、重症で回復が難しいときに、一時的に命を延ばすための治療(延命治療)を紹介しました。

あなたなら重症で回復が難しい状態になってしまったときはどうしてほしいですか？

「延命治療までは受けたくない」

「1分でも1秒でも長く生きていたい」

色々な考え方があると思いますが、希望があるなら言葉にしておかないと伝わりません。

もしものときには、自分の気持ちをうまく伝えられないことがあります。だからこそ、いまのうちに伝えておきたいことを、普段から「こうしたい」とご家族にしっかり伝えるか、何かの形で書いておくことが大切です。

たとえば、右のページに書き込んでおく方法もありますし、ご家族や親しい方と一緒に相談して、その思いを伝えておくこともできます。

書いた内容は、何度でも取り消したり、書き直したりすることができます。



厚生労働省も、「人生会議」の中でこのような方法を紹介しています。「人生会議」については、左のQRコードをスマホで読み取って見ることができます。

意思決定支援アクションプラン2026

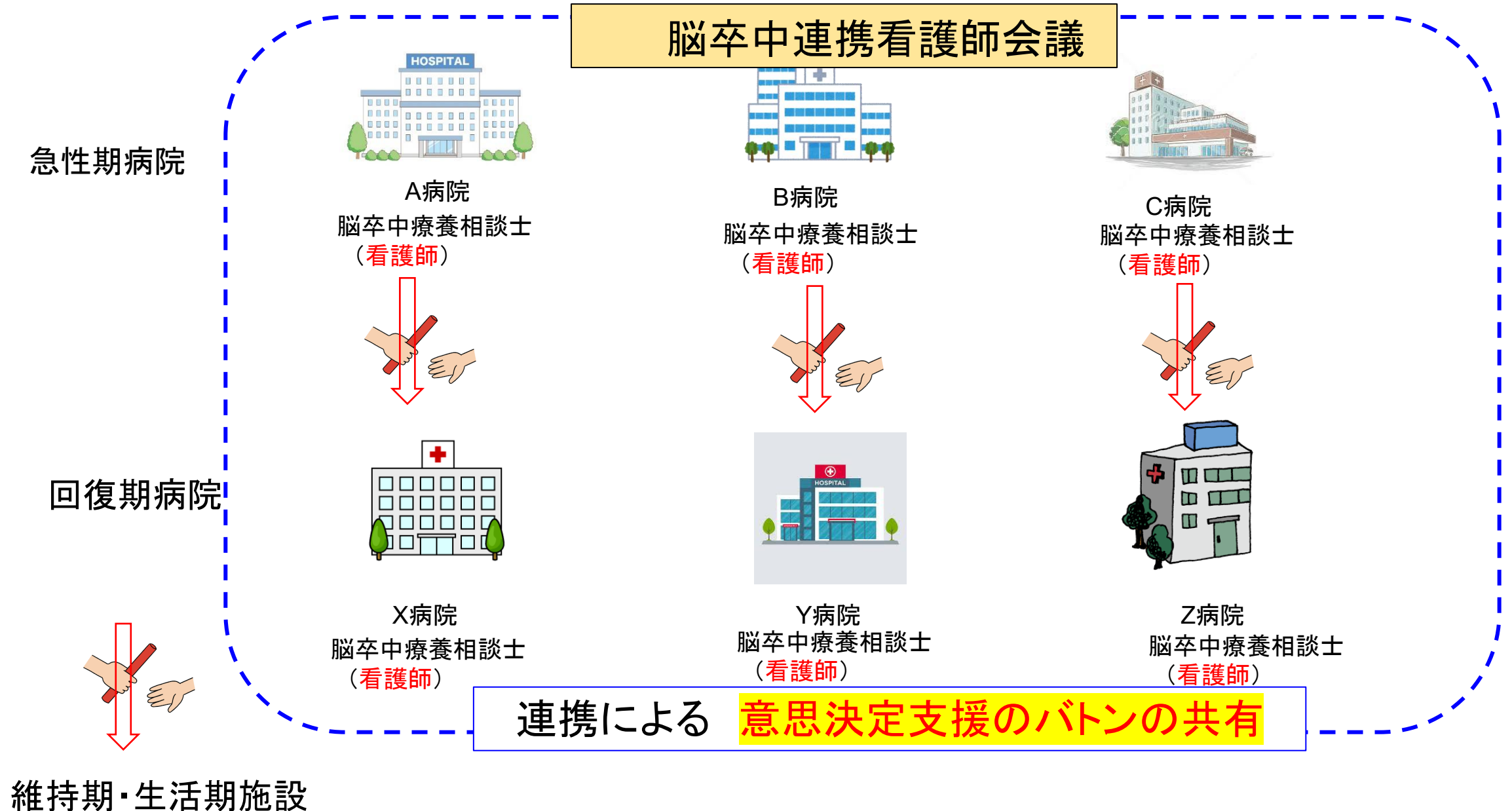


患者供覧用 脳卒中ノート(紙媒体)の配布について

- ① 各県責任者へ 当該県内配布用冊子の送付
 - ・ 各PSC/回りハに10部ずつ配布+事務局分100部余
 - ・ 各施設への送付用レターパック
を各県責任者宛に送付
- ② 各県においてアクションプラン説明会
- ③ 県内 PSC/回りハに10部ずつ送付
 - ・ チラシは各施設でPDFから印刷して患者に配布するよう依頼
 - ・ 脳卒中ノートPDFの印刷・配布は各施設の考えに委ねる
- ④ 各PSC/回りハで退院時指導に利用してもらう

意思決定支援
アクションプラン2025/2026

= 脳卒中連携看護師会議の設立稼働が目的



意思決定支援調査アクションプラン2026開始準備ロードマップ（他県の事例）

① 総合支援センター・コアとなる協力施設の看護部とのMTGで概要説明

② 県内PSC/回りハに 脳卒中連携の窓口となる看護師の指名依頼

総合支援センター脳卒中責任者

⇒各PSC/回りハの病院長 & 看護部長宛て

京都府で使用した依頼状フォーマットあり

③ 脳卒中連携看護師会議

アクションプラン2026説明

県看護協会のサポートがあれば、なおよい

④ 県内PSC/回りハから 脳卒中診療責任者に協力依頼

アクションプラン2026説明

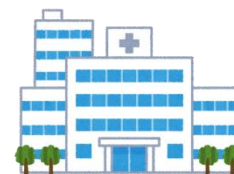
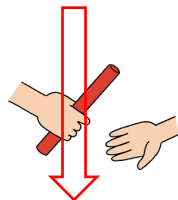
意思決定支援調査2024・アクションプラン2025/2026を契機とした
看護師連携がもたらすもの

京都府脳卒中連携看護師会議with（公社）京都府看護協会

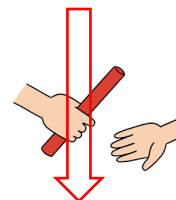
急性期病院



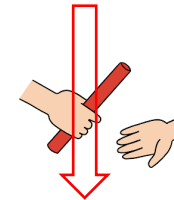
A病院
脳卒中療養相談士
(看護師)



B病院
脳卒中療養相談士
(看護師)



C病院
脳卒中療養相談士
(看護師)



回復期病院



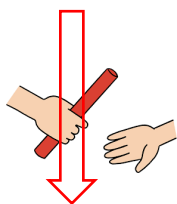
X病院
脳卒中療養相談士
(看護師)



Y病院
脳卒中療養相談士
(看護師)



Z病院
脳卒中療養相談士
(看護師)



維持期・生活期施設

連携による **意思決定支援のバトンの共有**

看護サマリーに関する標準化

京都府 脳卒中連携看護師会議

- 脳卒中連携看護師会議の目的: 患者の意思決定をつないでいくこと

- ▷ 看護に関する伝達情報の標準化プロジェクト

- ▷ 連携パスの見直しに関するプロジェクト

- ▶ アンケート調査等による現状・ニーズ把握

(急性期から回復期、回復期から急性期、回復期から生活期)

- ▶ 定例会議 計 7 回

- ▶ 連携セミナー 2回

定例会議

- 第1回 2024-03-22
- 第2回 2024-09-20
- 第3回 2024-12-06
- 第4回 2025-02-28
- 第5回 2025-05-27
- 第6回 2025-09-08
- 第7回 2026-04-17
- 第8回 2026-11-10

京都府脳卒中連携看護師セミナー

第1回 2025-05-30

第2回 2026-06-27

標準化の実践に関する情報共有



現状の課題（標準化の背景）

伝達内容のばらつき

- ・ 患者のこれからの生活の希望、就労への希望、家族の思いを書くところがない

個人のスキルへの依存

- ・ サマリーの質が個人に委ねられており、部署や院内でも記載内容の統一は困難

標準化の意義（目指すもの）

切れ目のない療養支援の構築

- ・ 施設が変わっていくが、患者の状態や生活背景を看護の視点で引く継いでいく

送る側、受ける側で必要な情報を選択して、整理する

標準化の本質：単なる記載内容の統一ではなく、次の支援者に「現場で必要な情報」を的確に届ける仕組み

看護サマリーの記載コンテンツに関するアンケート (京都府 脳卒中連携看護師会議)



● 対象者 : 京都府脳卒中連携看護師会議 回復期リハビリテーション病院看護師(28機関)

● アンケート内容: PSCからの転院にあたって、記載してもらいたい情報

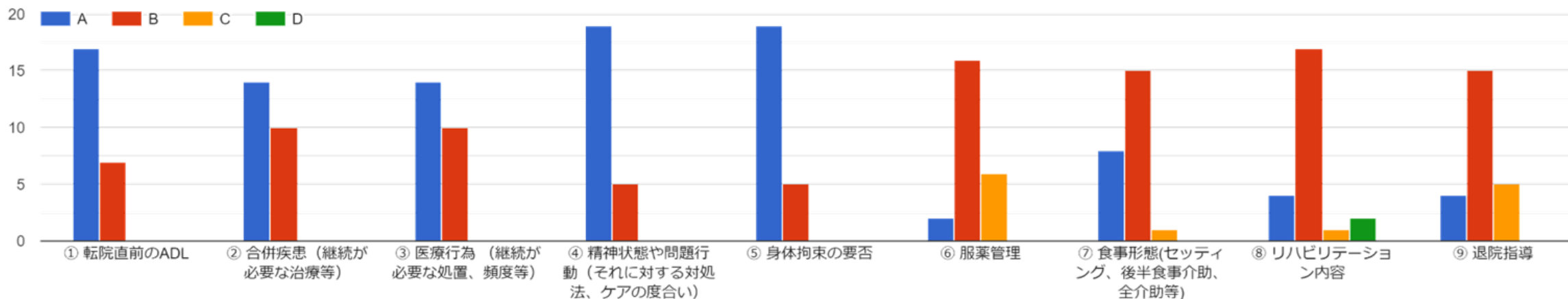
A: 患者を受け入れる病床管理の観点から必須

B: 患者ケア・支援のために必要

C: 記載があれば参考になるので有り難い

D: それほど必要としない

2-1. 患者管理に関する情報



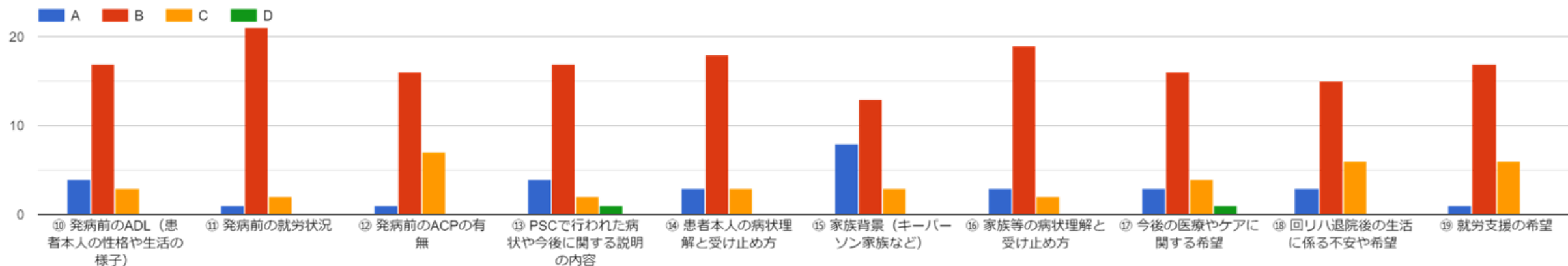
患者を受け入れる病床管理の観点から必須

患者ケア・支援のために必要

結果2:情報の重要性(病状や療養についての理解・受容に関する情報)

- A: 患者を受け入れる病床管理の観点から必須
B: 患者ケア・支援のために必要
C: 記載があれば参考になるので有り難い
D: それほど必要としない

2-2. 病状や療養についての理解・受容に関する情報



患者ケア・支援のために必要

PSC 看護サマリーの記載内容に関する推奨

京都府脳卒中連携看護師会議

(2024 年 12 月 6 日)

京都府脳卒中連携看護師会議では、回復期リハビリテーション病院看護師を対象として行ったアンケート結果をもとに、看護サマリー・地域連携パス（急性期看護師頁）等に記載して、PSC 看護師から回復期リハビリテーション病院看護師に情報提供する推奨項目を以下のようにまとめた。

本推奨の目的は、PSC 看護師から情報提供する際に、情報を受け取る側には以下のようなニーズがあることを念頭に記載していくことを共通認識とすること
である。

なお、本推奨項目の中には、看護師以外の職種が記載する紹介状・サマリーあるいは地域連携パスに記載されている情報もあるので、必ずしも重複して記載する必要はない。

各項目の細かな内容・記載方法・情報提供方法（地域連携パスに記載するのか、別途看護サマリーを作成するのか等）については、各施設に委ねることとする。

1) 患者管理に関係する情報

情報の必要度 A

- ① PSC で行われた治療の概要
- ② 転院直前の ADL
- ③ 合併疾患（継続が必要な治療等）
- ④ 医療行為（継続が必要な処置、頻度等）
- ⑤ 精神状態や問題行動とその対処法、ケア
- ⑥ 身体拘束の要否

情報の必要度 B

- ⑦ 服薬管理
- ⑧ 食事形態および必要とされるセッティングや介助
- ⑨ リハ内容
- ⑩ 退院指導

2) 発病前の患者情報（情報の必要度 B）

- ⑪ 発病前の ADL（患者本人の性格や生活の様子）
- ⑫ 発病前の就労状況
- ⑬ 発病前の ACP の有無

3) 病状についての理解・受容（情報の必要度 B）

- ⑭ PSC で行われた説明の内容
- ⑮ 患者本人の病状理解と受け止め方
- ⑯ 家族背景（主に説明を聞く人・主に世話をする人・患者に代わり意思決定する人等）
- ⑰ 家族等の病状理解と受け止め方

4) 今後の療養に関する希望（情報の必要度 B）

- ⑱ 今後の医療やケアに関する希望
- ⑲ 回りハ退院後の生活に係る不安や希望
- ⑳ 就労支援の希望

意思決定に関わる内容

1. 京都府脳卒中連携看護師セミナー 開催報告

● 一般社団法人日本脳卒中医療ケア従事者連合 京都府支部
● 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

2025 Fri.
5.30
14:00-16:00

■ 会場 オンサイト開催形式 ハイブリッド開催なし
京都大学芝蘭会館 山内ホール
<https://www.med.kyoto-u.ac.jp/facilities/shiran/access/>

■ 参加対象 下記以外の医療関係者のご参加も大歓迎です

- 京都府脳卒中連携看護師会議 参画機関 の担当者・看護師・職員
- 京都府脳卒中相談窓口連携会議 等

■ プログラム (敬称略)

総合司会 京大病院 脳卒中療養支援センター 横戸 真弓

14:00 開会あいさつ
公益社団法人 京都府看護協会 会長 豊田久美子

講演

14:05 「京都府における脳卒中地域・多職種連携について」
京大病院 脳卒中療養支援センター センター長 宮本 享

14:20 「PSC看護サマリーで共有する情報に関する推奨」
京都九条病院 看護部 中村祐司

14:40 「回復期リハビリ病院からPSCへのfeedback情報提供について」
京都近衛リハビリテーション病院 看護部 田中 幸

15:00 - 15:20 (休憩・情報交換)

シンポジウム

15:20 「情報提供項目の標準化を受けて」
■ 司会 宮本 享 (京大病院 脳卒中療養支援センター)

シンポジスト

- 宮本雅子 (京大病院 看護部)
- 辻田結城 (京都第二赤十字病院 看護部)
- 江隈あすか (康生会 武田病院 看護部)
- 菊山由加利 (京都リハビリテーション病院 看護部)

15:55 閉会あいさつ
京大病院 看護部長 井川亜子



連携看護師会議メンバーが、
オンサイトで顔を合わせる
初めての機会に。
参加者約70名



看護情報提供の標準化プロジェクトおよび推奨項目に
関する報告



急性期・回復期の立場から、情報伝達に関する自院の取り組み、
推奨項目の活用等について、報告・意見交換



推奨項目をどのように活用していますか？

PSC:

- 推奨項目をラミネート加工して、病棟で見やすい場所に掲示しています
- ミニ勉強会を開きました

回復期:

- 連携パスの「継続する看護」への記載率が64%上がりました！
- 患者ケア・IC・今後の療養希望において、「思いを伝える」記載が増えてきました！

わずか半年間で標準化の効果！

- ▶ 連携会議PSCサイドメンバーが、各自の病院での活用方法について、意見交換し、検討を重ねてくれる
- ▶ コアメンバー同士での連絡も活性化

PSC:

- 自院の看護サマリーの更新に活用する予定です
- 連携パスにも反映してもらえれば..

回復期リハビリテーション病院から在宅生活期への情報提供推奨項目

2025 年 9 月 8 日

京都府脳卒中連携看護師会議
京都府脳卒中相談窓口連携会議

回復期リハビリテーション病院から自宅へ退院する患者について、在宅生活期の支援を行う訪問看護師やケアマネジャー等に対して、看護サマリーや退院時カンファレンス等で情報提供することが望ましい項目を以下にまとめた。

本推奨項目は京都府脳卒中連携看護師会議がとりまとめ、京都府脳卒中相談窓口連携会議（2025 年 8 月 4 日）および京都府脳卒中連携看護師会議（2025 年 9 月 8 日）において決定されたものである。

なお、これらの項目をすべて看護サマリーに記載する必要はない。治療・リハビリテーション・服薬・その他支援に関わる情報については、看護師以外の職種による情報提供書や地域連携パス等において記載される項目もあり、また、退院時カンファレンスなどで直接伝えることもある。

本情報提供推奨項目は、在宅生活期の支援につなげるために、情報共有することが望ましい項目をまとめたものである。看護師・医療ソーシャルワーカー・その他の職種がどのように分担して情報提供するかについては、各病院の事情に委ねる。

1) 退院時の患者情報

1. 入院に至った傷病名と入院期間
2. 入院中に行われた治療・リハビリテーションの概要
3. 退院時 ADL（移動・排泄・食事・入浴・服薬・嚥下機能・口腔ケア・睡眠・認知等）および機能的自立度（FIM）
4. 退院後のリハビリテーションの必要性及び具体的内容
5. 装具に関する情報（装具作成業者など）
6. 退院後も継続が必要な医療的処置・看護ケア
7. 治療継続が必要な合併疾患
8. 服薬に関する問題点
9. 摂食・栄養に関する問題点

2) 退院後の医療・支援に関する情報

10. 社会支援の情報（身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・介護認定・訪問看護など）
11. かかりつけ医情報：受診方法と頻度
12. 急性期病院（PSC）F/U 専門外来担当医情報
（状態が悪化した場合の入院の可能性も含む）
13. かかりつけ薬局情報
14. 地域包括支援センター / ケアマネジャー 事業所・担当者名等

3) 退院後の生活に関する事項

15. 症状・病状の予後予測（今後の見通し）と予防するために必要なこと
16. 在宅での生活のイメージの共有（日中の活動や目標等）
17. 在宅復帰のために整えなければならない条件
18. 退院後のケアプランに組み込む必要のあるケア

4) 病状の理解・受容

19. 本人への病名の告知の有無
20. 回りハで行われた説明（退院指導）の内容
21. 家族（介護者）等に関する情報（主に説明を聞く人・主に世話をする人・患者に代わり意思決定する人等）
22. 患者本人の病状理解と受け止め方及び意向
23. 家族等の病状理解と受け止め方及び意向

5) 今後の療養に関する希望

24. 今後の医療やケアに関する希望
25. 回りハ退院後の生活に係る不安や希望
26. 就労支援の要否

意思決定に関わる内容

看護サマリー記載推奨項目の標準化は脳卒中連携パスの改訂へと発展

成果（看護師の意識の変容）

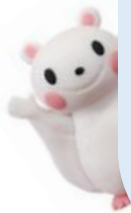
- ・患者の思いをつなぐ記録への意識化
患者の意向や意思、背景をつなぐ
- ・受け取り手を意識した記録
転院先や後方施設が理解して、
患者の受け入れの準備ができる

- ・看護サマリーの役割変化
情報伝達⇒退院時カンファレンスで
の議論の指針

地域連携パス運用上の課題

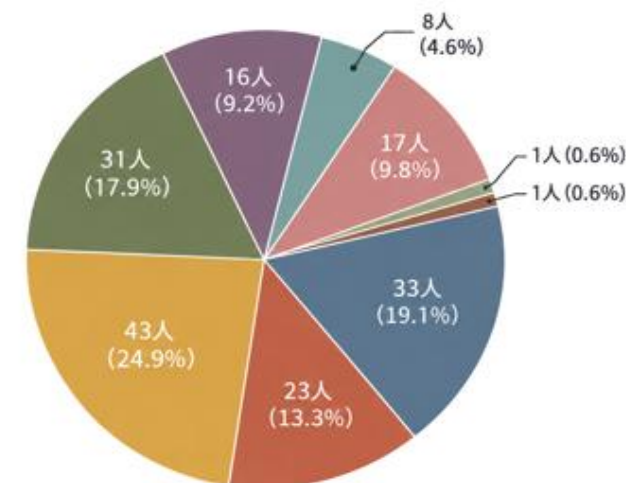
- ・記載項目分けの課題(連携パス)
患者の思い、これからの生活、就労継続など記載する場所がない

- ・記録業務の二重化、電子カルテからの転記制限、脳卒中パス全体の情報量が多い



京都府の脳卒中に関わる各職種約200名が集合し、 脳卒中地域連携パスの見直しが始動

I	「脳卒中地域連携パスの運用に関する 各職種アンケート調査報告」 (10分)	司会： 眞木 崇州 (京都大学医学部附属病院) 演者： 宮本 享 (京都大学医学部附属病院)
II	「脳卒中地域連携パスの課題 ～医療ソーシャルワーカーの観点から～」 (20分)	司会： 島田 浩 (一般社団法人京都府医療ソーシャルワーカー協会) 演者： 道下智之 (京都九条病院)、吉岡英隆 (京都からすま病院)
III	「脳卒中地域連携パスの課題 ～リハビリテーション・セラピストの観点から～」 (30分)	司会： 麻田博之 (一般社団法人京都府理学療法士会) 演者： 伊藤和範 (京都武田病院)、徳島大樹 (京都リハビリテーション病院)、 高橋慎太郎 (くみやま岡本病院)
(休憩・各会場における名刺交換)		
IV	「脳卒中地域連携パスの課題 ～薬剤師の観点から～」 (20分)	司会： 河野武幸 (一般社団法人京都府薬剤師会) 演者： 川田将義 (京都大学医学部附属病院)、寺坂和雄 (十条武田リハビリテーション病院)
V	「脳卒中地域連携パスの課題 ～栄養士の観点から～」 (20分)	司会： 長谷川由起 (公益社団法人 京都府栄養士会) 演者： 藤田美晴 (京都大学医学部附属病院)、宮崎久美子 (京都田辺記念病院)
VI	「脳卒中地域連携パスの課題 ～看護師の観点から～」 (20分)	司会： 宮本雅子 (京都大学医学部附属病院) 演者： 木村洋子 (京都府立医科大学附属病院)、田中 幸 (京都近衛リハビリテーション病院)
VII	「脳卒中地域連携パスの今後」 (15分)	司会： 尾原知行 (京都府立医科大学附属病院) 演者： 宮本 享 (京都大学医学部附属病院)





支援したい思いはあるが、
ひとりのスタッフ、ひとつの病院で
できることには限りがある

ほかの病院の看護師との交流の機会がない
どう考えているのだろう？



脳卒中連携看護師会議はプラットフォーム ＝人と思いをつなぐ「場」



- 人がつながれば、「思い」もつながる
達成感やモチベーションを共有
- 「思い」が一つのベクトルにまとまれば、社会も動く

意思決定支援～これまでの展開～

(自宅退院・意思決定自立患者対象)

2024

- 意思決定支援調査2024

9府県

2025

- 意思決定支援アクションプラン2025

12府県

意思決定支援啓発動画 を退院時指導で視聴勧奨

- 自宅退院・意思決定自立患者対象の脳卒中サポートノート 作成(脳卒中学会PT)

2026

- 意思決定支援アクションプラン2026

31道府県

自宅退院・意思決定自立患者に脳卒中サポートノート を退院時指導で紹介

意思決定支援～これからの展開～

2026 下半期

- 意思決定支援調査2026(意思決定困難な重症患者対象) 京都府

医療療養型病床の入院患者に「おこり得る合併症」* のイベント発生率

* 脳卒中の再発/骨折/重篤感染症や臓器不全、心肺停止など生命の危機に瀕する事態/死亡



- 意思決定困難な重症患者家族対象の脳卒中サポートノートⅡ 作成中(脳卒中学会PT)

2027 下半期

- 意思決定支援アクションプラン 2027/2028 意思決定困難な重症患者の家族対象

脳卒中サポートノートⅡを 療養型病院への転院時指導で紹介

