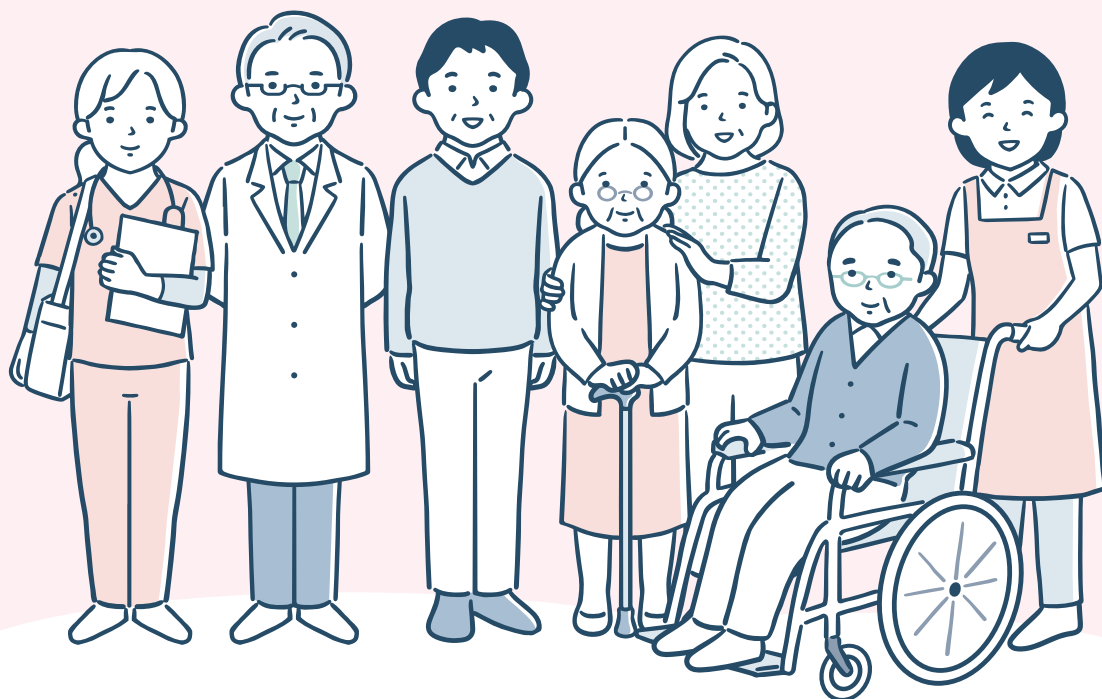
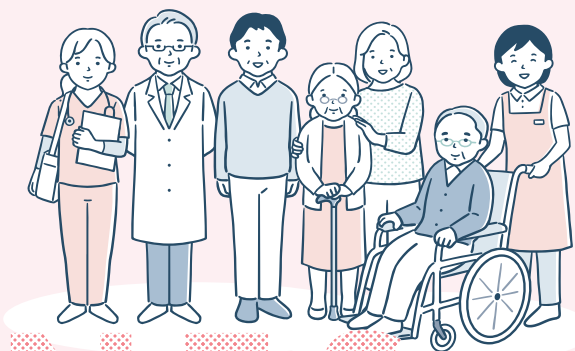


# 脳卒中患者に 対する意思決定 支援マニュアル



一般社団法人日本脳卒中学会

# 脳卒中患者に対する 意思決定支援マニュアル



## CONTENTS

**0** P.02 脳卒中における緩和と療養の  
生命倫理に関するプロジェクトチーム

**1** P.03 はじめに

**2** P.06 脳卒中患者の緩和ケアと  
意思決定支援

**3** P.00 脳卒中患者における  
意思決定支援

**4** P.10 脳卒中患者に対する  
意思決定支援のプロセス

**5** P.15 意思決定支援における  
医療連携の必要性

**6** P.17 日常生活や社会生活の  
意思決定と希望実現の支援



一般社団法人国立大学協会専務理事

位田 隆一

特定医療法人社団三光会理事長

井林 雪郎

東北大学脳神経外科教授

遠藤 英徳

岩手医科大学学長

小笠原 邦昭

国立循環器病研究センター脳神経外科部長

片岡 大治（座長）

国立循環器病研究センター脳血管内科部長

古賀 政利

獨協医科大学 脳卒中センター長

竹川 英宏

中国労災病院治療就労両立支援センター所長

豊田 章宏

兵庫医科大学医学教育センター特別招聘教授

中島 弘

熊本大学脳神経内科特任教授

中島 誠

済生会熊本病院脳卒中センター特別顧問

橋本 洋一郎

川崎医科大学脳神経外科教授

菱川 朋人

森之宮病院診療部医療社会事業課副部長

藤井 由記代

自治医科大学内科学講座神経内科学部門主任教授

藤本 茂

京都大学医学部附属病院脳卒中療養支援センター・  
もやもや病支援センターセンター長

宮本 享

国立循環器病研究センター脳神経外科医長

森 久恵（事務局）

関西医科大学神経内科教授

薬師寺 祐介

五十音順に掲載



# 1.はじめに

脳卒中は、突然発症し、治療やリハビリテーションを行っても、様々な症状が後遺症として残ることが多い病気です。その場合、患者さんとその家族等は、身体の不自由・痛み・しびれなどの身体的苦痛や不安・うつ・興奮などの精神症状による精神的つらさに加えて、後遺障害により発病前と同じ仕事や生活が不可能になったことによる社会的つらさや、将来への不安など、様々な苦しみに苛まれることになります（図1）。



そのような全人的苦痛を緩和するため、患者・家族等からその思いを傾聴し、今後の医療やケアの方針や生活についての意思決定を支援して、患者さんの望むような生き方や生活の実現につなげていかなければなりません。

脳卒中には、様々な重症度と急性期・回復期・維持期(生活期)といった病期があり、脳卒中に対する医療・ケアは、病院だけではなく、地域における医療・介護・福祉連携により行われています(図2)。さらに維持期(生活期)では多くの場合、急性期・回復期とは異なる医療・ケアチームが担当することになります。このような特殊性から、脳卒中の場合、患者・家族等の悩みや苦しみを和らげる緩和ケアへの医療・介護・福祉連携による継続的な取り組みが不可欠になります。

<sup>1</sup> 家族等とは、患者本人が信頼を寄せ、患者の意思を良く理解している家族や関係者であり、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人(親しい友人等)を含みます。

### 脳卒中患者の治療経過



図2：脳卒中患者の治療経過

一般社団法人日本脳卒中学会では、脳卒中の患者さん・家族等の様々な困りごとの相談に対応するため、2022年から「脳卒中相談窓口」を一次脳卒中センターのコア施設に設置しました。さらに、脳卒中相談窓口マニュアル(図3)を作成し、また脳卒中相談窓口で脳卒中患者さんと家族等の相談に応じる脳卒中療養相談士の育成も行ってきました。さらに、脳卒中の特殊性を考慮して、その緩和ケアを促進するため、重症度や病期に応じてそれぞれの脳卒中患者さんに対する緩和と療養についてのガイドラインや提言を発出してきました。(図4)

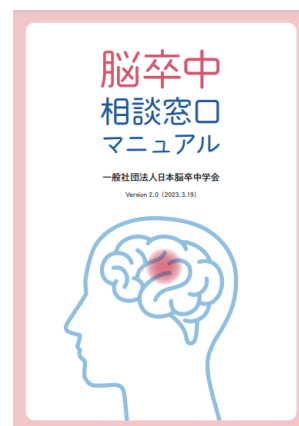
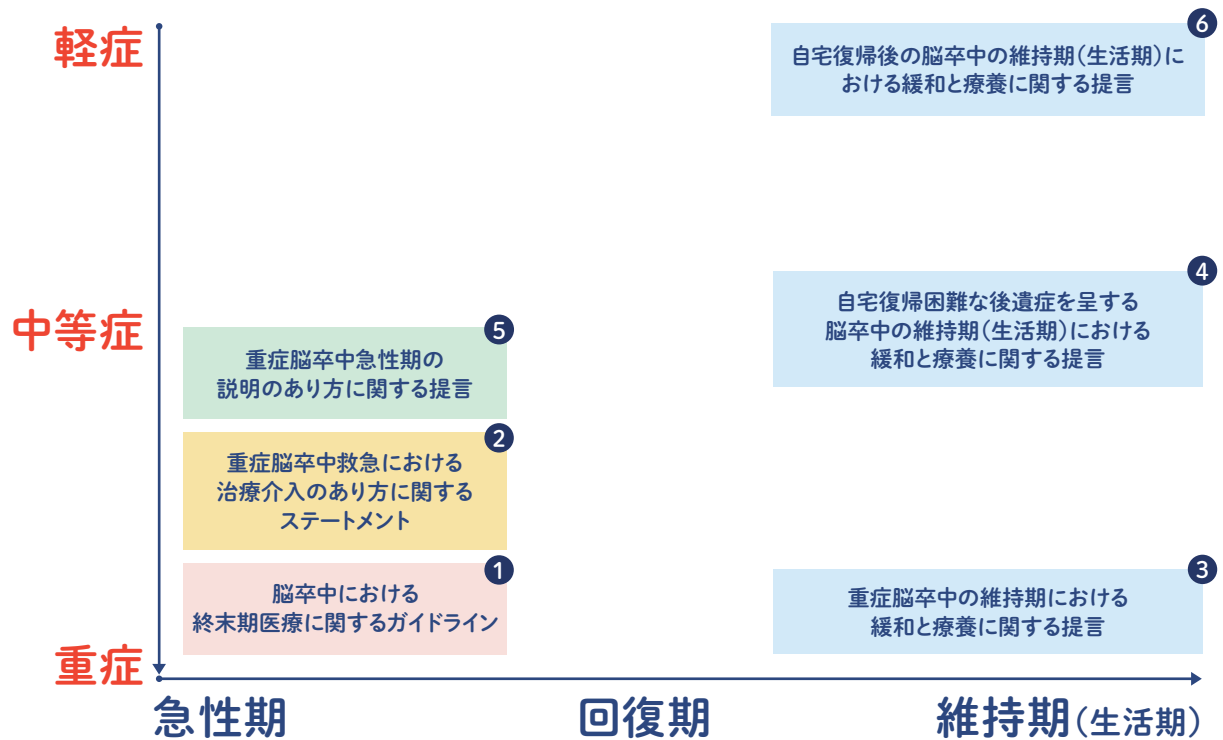


図3：脳卒中相談窓口マニュアル

図4：脳卒中の緩和と療養についての提言・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. 脳卒中41:125-131,2019.  
[https://www.jsts.gr.jp/img/terminalcare\\_guideline.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/terminalcare_guideline.pdf)
- ② 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42:435-442,2020.  
<https://www.jsts.gr.jp/img/statement.pdf>
- ③ 重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言. 脳卒中44:81-85,2022.  
[https://www.jsts.gr.jp/img/kanwa\\_ryoyo.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/kanwa_ryoyo.pdf)
- ④ 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. 脳卒中44:671-679,2022.  
[https://www.jsts.gr.jp/img/returnhome\\_proposal.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/returnhome_proposal.pdf)
- ⑤ 重症脳卒中急性期の説明のあり方に関する提言. 脳卒中 45:71-77,2023.  
[https://www.jsts.gr.jp/img/acute%20stroke\\_explain.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/acute%20stroke_explain.pdf)
- ⑥ 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. 脳卒中 45:432-441,2023.  
[https://www.jsts.gr.jp/img/maintenance\\_period\\_of\\_stroke\\_after\\_returning\\_home.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/maintenance_period_of_stroke_after_returning_home.pdf)

上記のガイドライン・提言を活用して、臨床現場で適切に緩和ケアと意思決定支援を行っていくためには、より実践的なマニュアルが必要であると考え、この「脳卒中患者に対する意思決定支援マニュアル」を作成しました。関係する分野の方々に本マニュアルを活用していただくことにより、脳卒中の患者さんや家族等への緩和ケアおよび意思決定支援が、適切に行われることを望みます。

## 2. 脳卒中患者の緩和ケアと意思決定支援

脳卒中の緩和ケアについては、「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」および「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」のそれぞれの提言の中の「3. 緩和ケアの内容について」に記載されています（図5）。軽症から中等症の脳卒中は必ずしも生命を脅かす病ではありませんが、脳卒中という病気による様々な苦痛を和らげる全人的ケアを緩和ケアと定義します。

### 脳卒中患者の緩和ケアとは

#### WHOの緩和ケアの定義

生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ

#### 脳卒中患者の緩和ケア

脳卒中に罹患したことへの不安やその後遺症に苦しむ患者・家族等への全人的支援

図5：脳卒中患者の緩和ケア

原疾患である脳卒中に対する治療や、合併症に対する治療は「緩和ケア」には含まれない。

脳卒中の緩和ケアの内容では、①身体的ケア、②心理的ケア、③社会的支援に加えて、患者さん・家族等の思いを傾聴し、病状ならびに今後起こりうる事態について説明を行い、今後の医療・ケアの方針に関して話し合い決定していくことも緩和ケアの重要な要素となります（図6）。本マニュアルでは、意思決定支援を中心に、維持期（生活期）の緩和ケアや患者支援を具体的にどのように行っていくべきかについて説明していきます。



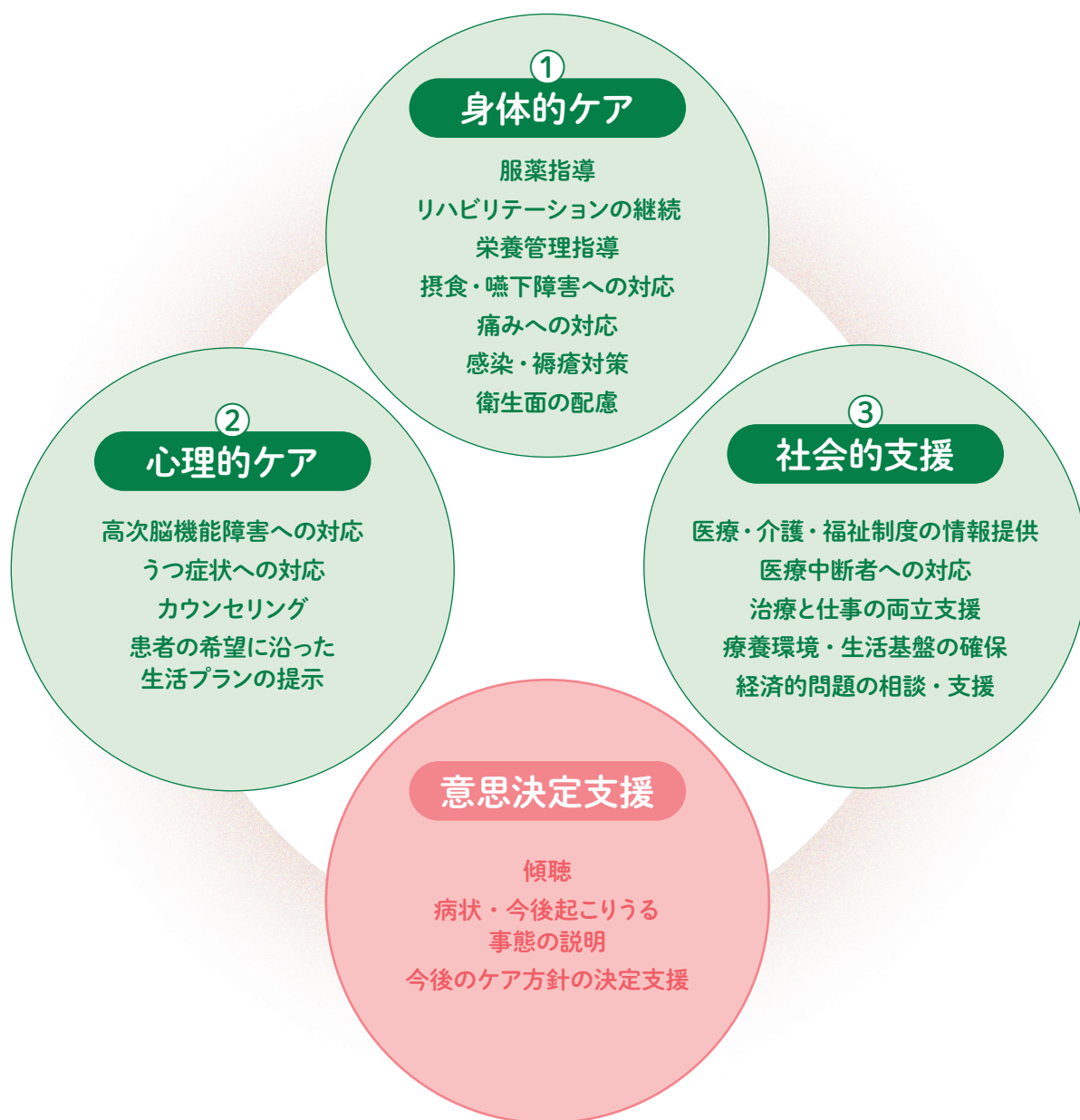


図6：脳卒中の緩和ケアの内容

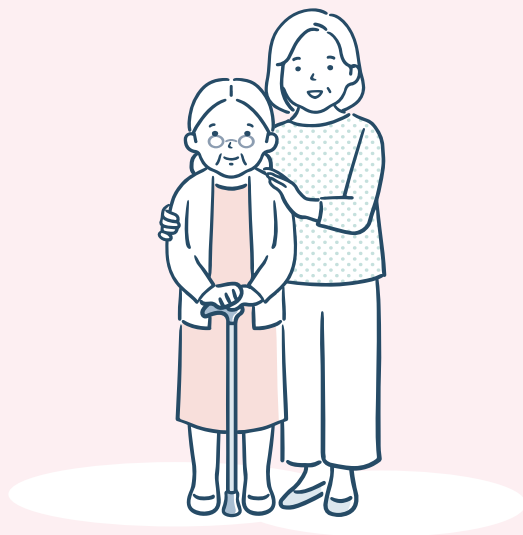


### 3. 脳卒中患者における 意思決定支援

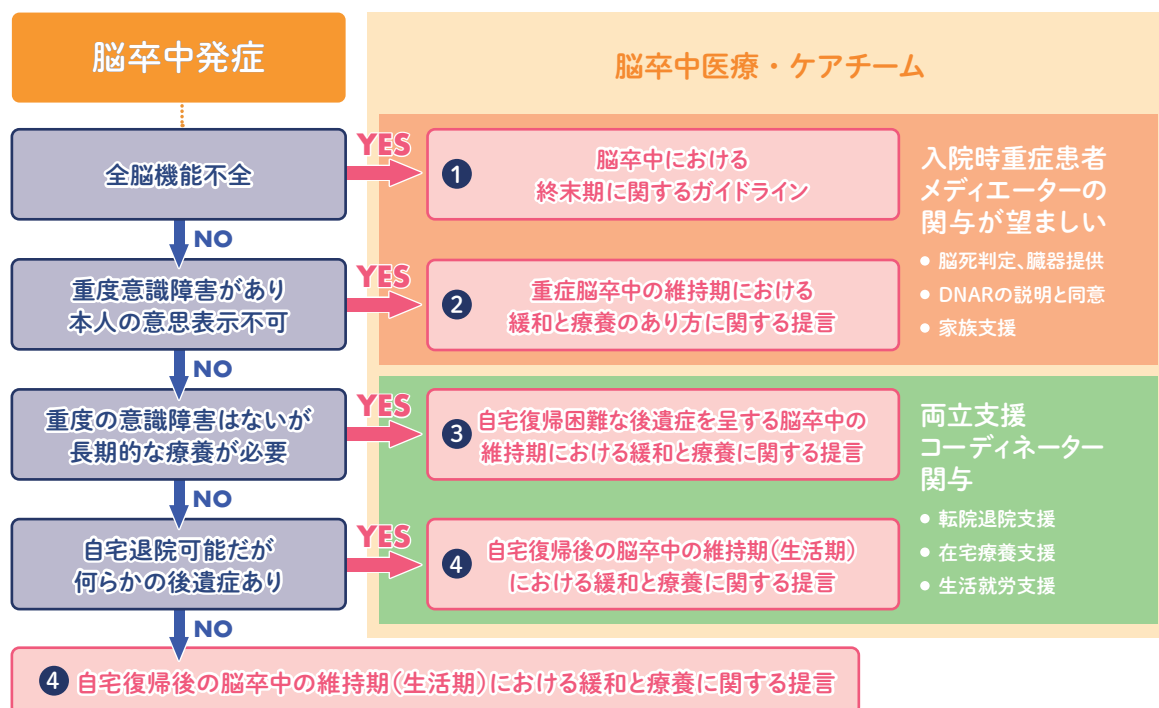
脳卒中の最重症例では、回復不能な全脳機能不全<sup>2</sup>の状態となることが少なくありません。これは、厚生労働省による「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が対象とする状態に相当し、「脳卒中における終末期に関するガイドライン」に従って、医療・ケアチームは家族等と相談の上、終末期の対応についての判断・方針決定を支援していきます。

全脳機能不全に至るような最重症例ではないが、重度意識障害があり、本人の意思表示が不可能な重症例では、「重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言」に従って、患者さん本人の推定意思・家族等の意向に沿うように今後のケアの方針についての意思決定を支援します。重度の意識障害はないが長期的な療養が必要で、自宅復帰が困難な場合は、「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」に従って、今後の療養・ケアの方針の意思決定を支援します。重症例と異なり、患者さん自身が何らかの意思表示が可能な場合には、それを基に、家族等と共に患者さん本人の意思を推定し、その推定の内容に対する家族等の意向を確認します。自宅退院が可能だが何らかの後遺症があるような軽症例では、「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」に従って、意思決定を支援します。この場合は、患者さん本人がほぼ自立した意思決定能力を持つことも多く、患者さん本人の意思を尊重し、患者さん・家族等と医療・ケアチームの話し合いにより療養・ケアの方針を決定していきます。

<sup>2</sup> 全脳の不可逆的な機能不全で、いかなる治療を行っても死が避けられない状態。



## 重症度に応じた意思決定支援



社会生活および今後想定される事態への意思決定支援

図7：重症度に応じた意思決定支援

意思決定支援は、患者さんの自己決定の尊重に基づき行うことが原則です。リスク・ベネフィットの観点から支援する側の価値観と相反する場合や、その意思決定が本人に不利益を及ぼす可能性がある場合でも、自己決定の意思は尊重しなければいけません、それにより生ずるリスクの認識を助ける対応も必要になります。ただし、脳卒中は突然発症するため、患者さんの意思がアドバンス・ディレクティブ（事前指示書）の形で示されていることは稀です。重度意識障害を呈する重症例では、発症後に患者さん自身の意思を確認することは不可能です。中等症から軽症であっても、脳卒中により認知機能障害や高次脳機能障害などを生じると、患者さんは独力で意思決定や意思表示をすることができなくなります。そのため、発症後には、患者さんの意思決定をアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning、以下ACP）のプロセスを通じて支援することが困難なことがあります。その場合は、家族等から発症前の患者さん本人の意思や家族等の意向について聴き取り、今後の医療やケアの方針を相談・決定していかねばなりません。また、前述したように、脳卒中に対する医療・ケアは地域における医療連携や医療・介護・福祉連携により行われるため、転院するごとに新たな別の医療・ケアチームが担当することになります。そのため、意思決定支援においても医療機関同士および医療と介護・福祉の連携と情報共有が必須になります。

## 4. 脳卒中患者に対する意思決定支援のプロセス



### 1 啓発動画の視聴

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では、脳卒中患者さんや家族等に脳卒中について知ってもらうための啓発動画<sup>3</sup>を作成しています(図9)。脳卒中の予防・発症後の急性期治療や退院準備・生活期に活用できる制度など、一連の啓発動画をYouTubeでご覧いただけます。脳卒中で入院した患者さん・家族等に急性期病院入院中にこれらの動画を視聴していただきます。動画についての情報提供をするだけでなく、談話室で上映する、患者さん・家族等への説明の前後で視聴してもらうなどの工夫をするとよいでしょう。

<sup>3</sup> 今後、意思決定支援のための動画も作成予定です。その完成後は、意思決定支援のための説明・相談の前に、患者・家族等にその動画を視聴してもらうところから始めてください。

## 脳卒中啓発動画

**脳卒中になった後に考えなければならないこと**  
(作成予定)

**脳卒中でご入院した方・ご家族にお伝えしたいこと**

**第1部**

**第2部**

**第3部**

**第4部**

**第5部**

脳卒中の治療が始まりました  
<https://www.youtube.com/watch?v=40rN0ZoFGnA>

脳卒中の治療、次の段階です  
<https://www.youtube.com/watch?v=hKl8r2FJY7Q>

自宅退院に向けて  
<https://www.youtube.com/watch?v=rkBl1bknAkg>

自宅での心得  
<https://www.youtube.com/watch?v=ELi5UPij-I>

続・自宅での心得  
<https://www.youtube.com/watch?v=w-VczG5M7TY>

**急性期の病院**

急性期の病院では

① 脳卒中の症状の改善を目指す  
② 合併症を予防する

この動画は、厚生労働省2021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。

【脳卒中でご入院した方・ご家族にお伝えしたいこと】第4部 自宅での心得

脳卒中は  
**再発する可能性**  
があります

この動画は、厚生労働省2021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。

R3/4年度 厚生労働省「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脳卒中に関する啓発動画

脳卒中予防・ 発症時対応	脳卒中ってなに？	脂質異常症	悪い生活習慣	不整脈	塩分
	糖尿病	太り気味の人	高血圧	たばこ	要介護状態や認知症
	一刻も早く病院へ				
脳卒中治療が 始まりました	脳卒中を知ろう			発症時の対応	
	急性期の病院			急性期の治療	
	リハビリテーションについて			患者さんにご家族へのお願い(質問しよう)	
脳卒中の治療、 次の段階です	退院後の事を一緒に考えましょう				
	急性期病院を退院した後の流れ				
	急性期の退院に備えて				
自宅退院に 向けて	MSWへ相談してください			かかりつけ医を待ちましょう	
	退院後のリハビリテーションについて			障害について・障害者総合支援法について	
	患者会・家族会について			仕事や勉強の再開について	
自宅での心得 退院してからも再発予防を	治療と仕事の両立支援				
	脳卒中が再発する原因を知りましょう			血圧と脈はいつも確認しましょう	
	再発予防のための生活習慣			脳卒中の合言葉 ACT-FAST	
続・自宅での心得 介護の準備をしよう	介護保険の守備範囲				
	地域包括支援センター				
	利用料・流れ				
生活期に お伝えしたいこと	機能回復・後遺症				
	リハビリテーション				
	再発・合併症対策				
お金のこと	治療費・介護費・装具費など				
	生活費			借財・養育費等	
	生活の維持				
生活のこと	自立と介護			就労・就学	

図9：脳卒中啓発動画



## 2 患者・家族等の思いを傾聴

意思決定支援においては、患者さん本人の意思の形成や表示を助け、可能な限り本人が自ら意思決定や意思表示ができるよう支援することが原則です。そのために意思決定支援に携わるスタッフが、患者さんの思いを傾聴することが重要です。傾聴すること自体が、脳卒中患者さんの心理的ケアにつながります。患者さん本人が意思表示をできない重症例では、患者さんの意思を推定できる家族等の思いを傾聴し、できるだけ患者さんの意向に沿った判断ができるようにします。

脳卒中になって後遺症を生じた患者さんは、精神的に落ち込んでなかなか自分の意思を示すことができなかったり、正しく表現できなかったりすることがあります。そのような場合は、患者さんの心情にも配慮した上で、丁寧に繰り返し傾聴することが必要です。

また、脳卒中により言語障害・高次脳機能障害・認知機能障害を生じた患者さんは、言語による意思表示が上手くできないことが多くあります。意思決定支援に携わるスタッフは、そのような患者さんの身振り手振り・表情の変化などを意思表示として読み取る努力や、用紙やカードの利用など、意向を確認するための工夫を最大限に行います。

ケアチームに言語聴覚士・臨床心理士などがいる場合は、それらの専門職と協力して支援するとよいでしょう。

## 3 意思決定能力の評価

脳卒中維持期（生活期）の患者さんは、ほぼ自立した意思決定能力を持つ場合から、意識障害などにより意思表示が不可能な場合までさまざまです。意思決定支援を行う際には、患者さんの意思決定や意思表示の能力を評価して、それに応じた適切な支援を行わなければなりません。完全に自立した意思決定能力がなくても、患者さんによる何らかの意思表示があれば、医療・ケアチームが、患者さんの意思をできるだけ引き出すように傾聴し、家族等にも確認しながら、患者さんの考え方や好み・信念に沿った選択ができるように支援します。病前に介護・福祉サービスを利用されている場合は、かかりつけ医・ケアマネジャー・相談支援専門員等と情報共有の上、病前との状態変化を踏まえて意思決定能力を評価します。

## 4 患者さん・家族等への説明

適切な意思決定は、患者さん・家族等がそのための情報を理解していることが前提になります。そのためには、必要な情報を患者さん・家族等が理解できるよう工夫して説明しなければなりません。説明の内容については、前述した3つの提言の「3.(2) 患者本人および家族等に対する説明」に記載されていますので参照してください。脳卒中の病状や患者さんの背景などはさまざまですが、①急性期を過ぎた脳卒中であることの説明と、②今後起こりうる事態について（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）の説明は、今後の医療・ケアの方針を決めていくための意思決定支援には必須の説明内容です。軽症例や中等症例では、日常生活や社会生活についての意思決定も重要になります。日常生活や社会生活の意思決定支援のためには、医療・介護・福祉制度、地域包括ケアシステム、患者会やピアサポート、就学・就労支援に関する情報を提供し、患者さんの希望に沿った生活プランを提示して支援を行います。

## 5 患者の意思決定能力に配慮した支援(図10)

意思決定支援は本人の意思・自己決定を尊重して行います。完全に自立した意思決定能力がなくても、患者さんによる何らかの意思表示があれば、それを補う形で、患者さんの意思形成や意思表示を支援します。本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る家族等が、患者さんのこれまでの生活史・価値観・人間関係等様々な情報をもとに本人の意思を推定し、本人にとって最善と考えられる内容で代諾を行うようにします。病前に介護・福祉サービスを利用している場合、病前の患者さん・家族等の希望を反映したケアプランが作成されています。意思決定支援に携わるスタッフは、かかりつけ医・ケアマネジャー・相談支援専門員等と連携し、病前の患者さん・家族等の情報共有も踏まえて、意思決定にかかる協議を行います。法的な権限を持つ成年後見人等には、法令により財産管理とともに身上配慮義務が課されています。意思決定支援の結果と成年後見人等による身上配慮義務に基づく方針に齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めるのがよいでしょう。ただし、成年後見人等の第三者が医療に係る意思決定・代諾ができるという規定はないため、成年後見人等に意思決定を代行してもらうことはできません。家族等がいなくても家族等が医療・ケアチームに判断を委ねる場合など、本人の推定意思を前提にした意思決定支援ができない場合は、医療・ケアチームが協議し、本人にとっての最善利益(best interest)とは何か、を基に判断します。

### 患者の意思決定能力に配慮した支援

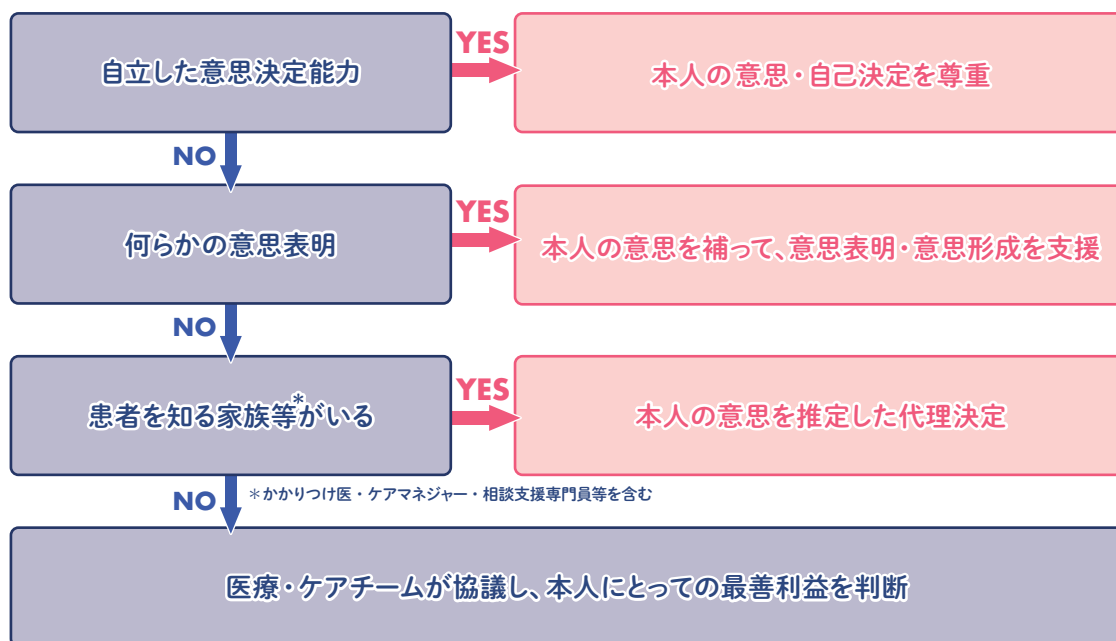
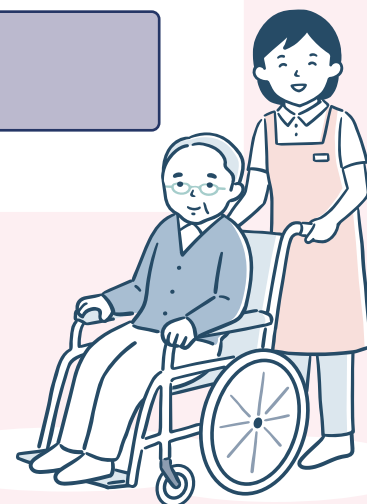


図10：患者の意思決定能力に配慮した支援



## 6 意思決定支援のための説明時期

「重症脳卒中の維持期における緩和と療養のあり方に関する提言」、「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」および「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」の各提言の「4.医療連携における説明や支援のありかたについて」の項には、説明と相談の時期について記載されており、下記の4つの時点における説明は必要です。（図11）

### ① 急性期病院から退院する時、回復期病院もしくは療養型病院に転院する時

急性期病院の入院期間は短いことも多く、その場合この段階でしっかりとした意思決定をすることは困難です。④に記載した説明は行いますが、啓発動画をみていただいて、患者さん・家族等から意見があればそれを記載する程度でも構いません。

### ② 予後予測が可能となる発症3ヵ月後

この時患者さんがどこにいるかは、重症度により、回復期病院、療養型病院、在宅などさまざまな可能性があります。在宅の患者さんの場合、かかりつけ医を介して急性期病院の脳卒中相談窓口で行うのがいいでしょう。

### ③ 回復期病院から退院する時もしくは療養型施設に転院する時

脳卒中維持期（生活期）の医療・ケア連携という観点からも、この段階で意思決定支援を行い、次の医療機関と情報共有することは重要です。

### ④ 自宅退院後6ヵ月もしくは療養型施設に転院後3ヵ月後

患者さん・家族等の病気に対する理解や、今後の医療・ケアや生活についての希望は時間経過とともに変わっていくことが多く、継続的な意思決定支援が必要です。この時期が最後の意思決定支援になるという意味ではありません。

## 意思決定支援のための説明時期



図11：意思決定支援のための説明時期

患者さんの意思は、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わっていきます。最初に示された意思に縛られることなく、適宜時間をおいてその時点での意思を確認しなければなりません。また、それぞれの段階において、上述したように目的が異なるので、それに応じた説明や支援をしていきます。

意思決定支援を継続的に行うことで、患者さんは意思が尊重された体験を積み重ねることができ、そのことが自らの意思を他者に伝えようとする意欲を育てることもつながります。また、意思決定支援をさまざまな職種からなる医療・ケアチームによって多面的に行うことにより、患者さん自身の意向に沿った適切な意思決定やその実現を支援することができます。



## 5. 意思決定支援における医療連携の必要性

脳卒中の治療やケアが単一施設で完結することは稀であり、多くの場合、地域における医療連携や医療・介護・福祉連携により行われます。従って、急性期医療機関での意思決定支援の内容は、転院先の回復期医療機関や維持期（生活期）の施設と共有しなければなりません。具体的には、「いつ」「どこで」「誰が」「誰に」「どのような内容を説明したか」「その際に患者・家族等がどのようなことを言ったのか」「今後の医療・ケアや生活の方針についてどこまで決めることができたのか」を記録して、転院先の医療機関に申し送るようにします。例えば、図12にあるような意思決定支援シートを作成し、地域連携パスのオプションとして、転院先の医療機関に引き継いでいくとよいでしょう。また、転院先の病院で行った意思決定支援についても、急性期からの変更内容を急性期病院が共有するようにすれば、患者さんが維持期（生活期）以降に、急性期病院の脳卒中相談窓口を相談に訪れたときの相談支援の際に役に立ちます。

このような縦の医療機関の連携とともに、同じ地域の複数の脳卒中相談窓口など<sup>4</sup>が情報を共有し、共通の問題や解決策を協議する横の連携を持つことも必要です（図13）。維持期（生活期）では、急性期と維持期（生活期）の医療機関が連携して、維持期（生活期）の医療機関から急性期医療機関の脳卒中相談窓口に適宜相談するのも有効です。

<sup>4</sup> 脳卒中相談窓口は、当初一次脳卒中センターのコア施設（PCSコア）に設置され、その後徐々に回復期病院にも拡大していく予定です。現時点では、多くの回復期病院や療養型病院に脳卒中相談窓口はありませんが、それに相当する患者さん相談窓口を介して医療連携を進めていきます。

意思決定支援シート		様		
日時	年 月 日		患者さんの意見	
場所				
説明した人（職種）			家族等の意見	
立ち会った人（患者側）				
立ち会った人（医療・ケア側）				
説明内容			今回の話し合いの結果	

図12：意思決定支援内容の情報共有の一例（意思決定支援シート）



**縦の連携** 意思決定支援のボタン共有 **横の連携** 地域における問題共有と解決策の協議

図13：脳卒中相談窓口などの縦横の連携による意思決定支援のボタンの共有

## 6. 日常生活や社会生活の意思決定と希望実現の支援

日常生活や社会生活の意思決定支援には、生活の場所、基本的生活習慣、利用するケアサービス、就労・就学の相談、経済的問題など多岐に渡ります。患者さんの多様なニーズに応えるために、医療・ケアチームは様々な専門性を持った多職種チームで構成される必要があります。

回復期の病院では、リハビリテーション総合実施計画書に、患者さん本人及び家族等の日常生活や社会生活の希望を書き、計画を立て、それを退院後も引き継ぐような運用をしています。ここでも医療・福祉の連携が重要になります。

図14に患者さんの困りごとに応じた専門家や相談窓口を示します。

困りごと	相談窓口の一例：下記は一例です。詳細は各機関の相談担当者におたずねください。
脳卒中発症後の困りごと全般について	脳卒中相談窓口（一次脳卒中センター等）、都道府県循環器病総合支援センター
医療機関の選択について（病院・かかりつけ医）	各医療機関内の地域医療連携室や相談室
予防・再発予防について	主治医、各医療機関内の専門職種（脳卒中療養相談士等）
リハビリテーションについて	医療保険：主治医・各医療機関内の地域医療連携室や相談室 介護保険：担当ケアマネジャー、地域包括支援センター※ 障害福祉：自立訓練事業所、各地域の障害福祉相談窓口※
高次脳機能障害について	各都道府県の高次脳機能障害支援センター
介護サービスや住環境の整備について	介護保険：担当ケアマネジャー、地域包括支援センター※ 障害福祉：担当相談支援専門員、各地域の障害福祉相談窓口※
経済的なこと	高額療養費：加入している医療保険の窓口（市町村の保険窓口・協会けんぽ等） 傷病手当金：企業の保険手続き担当者、協会けんぽ等※ 障害年金：市町村の年金窓口、年金相談センター※ 障害福祉（重度障害者医療受給者証・特別障害者手当）：市町村の障害福祉相談窓口※ 生活支援困窮者自立支援事業：各市町村の相談窓口 生活保護：各市町村の相談窓口 自立支援事業（金銭管理・手続き支援）：各市町村の相談窓口 成年後見（法定・任意）：各市町村の相談窓口、地域包括支援センター、専門職団体※
就労について	医療機関：主治医、療法士、ソーシャルワーカー、両立支援コーディネーター 後遺症のある方：障害者就業・生活支援センター、ハローワーク、就労移行支援事業所

図14：脳卒中患者の困りごととその対応窓口 ※利用申請に意見書・診断書・指示書などの提出を要するため主治医への相談は必須