鶴巻温泉病院　入院のご案内

・地域包括ケア病棟

鶴巻温泉病院　地域連携室
電　話:0463-78-1319(直通)
ＦＡＸ:0463-69-5665(直通)

(20260301)

特徴

地域包括ケア病棟	
病床数	39 床（本館３階西病棟）
特徴	・急性期治療が終わり、医学的な管理や看護、介護、リハビリテーションのもとで、自宅復帰を目指す病棟です。 ・急なお身体の変化や入院を要する場合に、救急医療を必要としない範囲での緊急的な入院の相談に乗ります。 ・入院期間：60 日間が上限です。
リハビリテーション	・ご病気や怪我の種類、発症や受傷時期を踏まえ、当院で提供可能なリハビリテーションを検討し実施していきます。 ・具体的な内容は、当院医師の判断を基に、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を提供します。

入院生活

※感染状況により一部制限がございます

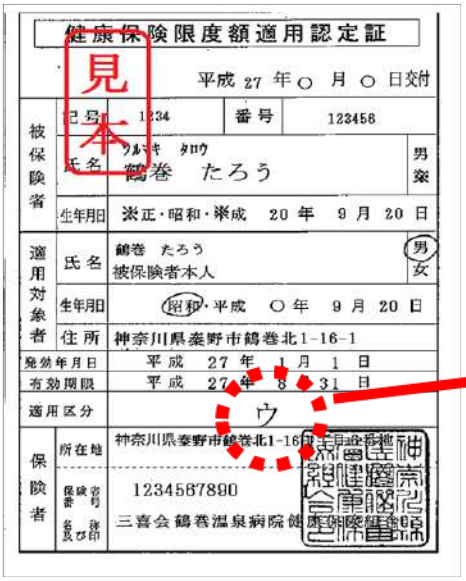
- 入浴：週２回
  （お身体の状態により変更する場合があります。また医師の許可があれば本館６階大浴場のご利用も可能です。）
- 衣類等洗濯：回収は週２回当院でお引受けしております。返却は１週間後になります。洗濯可能な衣類をご用意ください。
- 面会時間：曜日問わず、午後２時～午後７時
- 携帯電話：使用可能。ただし、医療機器を使用している場合など注意が必要です。
- 電化製品：お持ち込みは原則お断りしております。入院後に病棟の責任者とご相談ください。
- 余暇活動：患者さまが入院生活をお楽しみいただけるよう、レクリエーショントレーナーが様々な取り組みをしています。
- 外出外泊：事前に届出の提出と、主治医の許可が必要となります。
- 全館禁煙となっております。
- その他詳細は、入院時にお渡しします「ご入院案内」をご参照ください。

病院全般の特色

- 患者様・ご家族にも参加していただき、多職種でチーム医療を行います。
- 口腔ケア（口の中の清潔を保つこと）を行ない、誤嚥性肺炎（肺に誤って飲み込む）の予防に努めています。
- 栄養状態に関する検討をチームで行ない、栄養状態の維持・改善に努めています。

入院費用

- 医療保険の負担割合により入院費用が異なります。
- 医療保険証をご確認いただき、下記の「1 か月の入院費用（概算）」をご覧ください。
- 月末締めとなります。窓口にてお支払いをお願いします。金額等は毎月 13 日頃に支払責任者に郵送いたします。
- 入院費用は、窓口での現金払い、振り込み、現金書留となります。


健康保険限度額適用認定証

見本

平成 27 年 ○ 月 ○ 日交付

被保険者	記号 1234	番号 123456	
	氏名 ツルマキ タロウ 鶴巻 たろう		男
	生年月日	大正・昭和・平成 20 年 9 月 20 日	
適用対象者	氏名	鶴巻 たろう 被保険者本人	男 女
	生年月日	昭和・平成 ○ 年 9 月 20 日	
	住所	神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1	
発効年月日		平成 27 年 1 月 1 日	
有効期限		平成 27 年 8 月 31 日	
適用区分		ウ	
保険者	所在地	神奈川県秦野市鶴巻北1-16	
	保険者番号	1234567890	
	名称及び印	三喜会 鶴巻温泉病院	

●後期高齢者医療制度に該当する方は70歳以上の料金表をご参照ください。
●医療費と食費は、健康保険限度額適用認定証の「適用区分」により異なります（健康保険証とは別の証書です）
「適用区分」をご確認ください。
（限度額適用認定証をお持ちでない場合は、ご加入の組合・共済にお問い合わせください）

1 か月の入院費用（概算）

70歳以上				
非課税世帯・標準負担額減額適用認定証				
	Ⅰ	約	12.8	万円/月
	Ⅱ	約	14.9	万円/月
後期高齢者・高齢受給者証				
	1・2割	約	20.7	万円/月
	3割Ⅰ	約	24.0	万円/月
	3割Ⅱ	約	32.5	万円/月
	3割Ⅲ	約	41.0	万円/月

※入院費の概算は、
4 人部屋のご利用で、医療費、食費、居住費、保険外自己負担、おむつ代を含めた合計です。
個室をご希望される場合は、別途差額ベッド料のご負担が必要です。

65歳未満				65歳～70歳未満		
限度額適用認定証						
	オ	約	14.9 万円/月	約	16.0	万円/月
	エ	約	19.6 万円/月	約	20.7	万円/月
	ウ	約	22.8 万円/月	約	24.0	万円/月
	イ	約	31.3 万円/月	約	32.5	万円/月
	ア	約	39.8 万円/月	約	41.0	万円/月

(20260301)

申込から入院までの流れ

電話相談

○「地域連携室」宛にお電話等でご連絡ください。
（ご担当のソーシャルワーカーやケアマネジャーがいらっしゃる場合は
ご担当の方からご連絡ください）
電話番号：0120－131－146　または　0463－78－1319（直通）

必要書類

○診療情報提供書（紹介状）・ADL（日常生活動作）情報・処方内容・検査データを FAX
又は郵送でご提出ください。必要書類提出をもって、当院ではお申し込みとさせていただきます。

⇩

書類審査

○審査結果をご連絡いたします。
必要に応じて事前予約のうえ、当院医師、看護師、ソーシャルワーカーと面談を実施します。

⇩

入院日の調整・案内

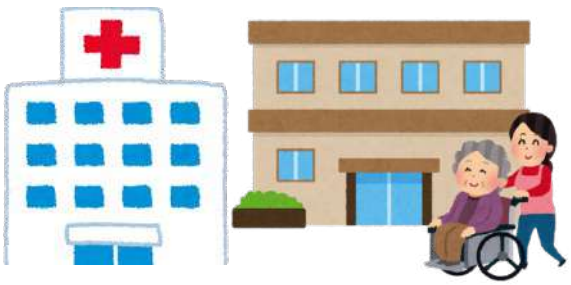
○ご病状によって入院するお部屋の調整をしております。
なお、待機中にご病状の変化等ございましたら、その都度ご連絡をいただいております。
○当院資料を必ずご一読お願いいたします。

⇩

入院

○入院当日はご到着されましたら、本館 1 階の受付にて諸手続きをお願いいたします。

入院当日は、医師や各職種からのオリエンテーションが終わるまで、ご家族にお付き添いをお願いしております。ご都合がつかない場合はご相談ください。



(20260301)

当院におけるリハビリテーションの流れ

入院（当日）

主治医・病棟スタッフ・リハビリテーションスタッフ
薬剤科・栄養科・ソーシャルワーカーによる診察・検査など
↓
ケア・カンファレンス
※ 治療方針の決定・ケアプランの作成

リハビリテーションの開始 （入院翌日より）

ケア・カンファレンスで決定した治療方針にもとづき、
リハビリテーションを開始いたします。

リハビリテーションの経過や退院計画をご家族へ報告

＜地域包括ケア病棟＞
入院後に適宜実施します。

退院 （ご自宅など）

・住宅改修の準備、経済的負担軽減策や在宅サービス等の利用支援
・ご家族へ介助指導
・施設や病院の申し込み

(20260301)

入院当日のお持物・提出物

○ご家族さまでご準備いただくもの

	保険証類一式
	当院診察券（外来受診や入院歴のある方）
	入院（入所）申込書兼支払誓約書、問診表
	着替え：５～７セット位、マスク ※衣類に関しましては、上下離れているものをおすすめしています。 （下着・過ごしやすい服装・靴下・運動靴）

※お持ち物にはすべてご記名いただくようお願いいたします。

○医療機関から発行していただくもの

	退院証明書 （過去３ヶ月以内に入院歴がある場合、退院時に発行されたもの）
	診療情報提供書（原本）
	看護サマリー（原本）
	リハビリサマリー（原本）
	服用・使用中の薬（外用薬、注射薬を含む）
	ペースメーカー手帳、ICD 手帳、PEG(胃ろう)カードなど

次ページからの書類をご記入の上、
入院前面談又は入院当日にご提出ください。
（合計４枚）

①　入院（入所）申込書兼支払誓約書

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

(20260301)

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

医療法人社団　三喜会
鶴巻温泉病院　病院長殿　/　介護医療院施設長殿

入院(入所)申込書兼支払誓約書

(入院(入所)日)　　西暦　　年　　月　　日

鶴巻温泉病院に入院(入所)するにあたり、支払責任者は患者と連帯して入院(入所)費を指定日までに支払う義務を負います。また、患者の身元に関する一切の事項について、身元引受人が責任を負います。

ID(　　)

入院患者(利用者)	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	西暦　　年　　月　　日
	住所	〒　　－		
	電話(固定)		電話(携帯)	
	勤務先名		電話(勤務先)	

※自署にて記入をお願いいたします。支払責任者欄は患者本人と同一の場合、記入は不要です。

支払責任者	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	西暦　　年　　月　　日	
	住所	〒　　－		続柄	
	電話(固定)		電話(携帯)		
	勤務先名		電話(勤務先)		
身元引受人	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	西暦　　年　　月　　日	
	住所	〒　　－		続柄	
	電話(固定)		電話(携帯)		
	勤務先名		電話(勤務先)		
備考					

代筆者氏名　　続柄　　代筆項目 □ 患者名欄　□ 支払責任者欄　□身元引受人欄

理由　□ 本人に承諾は得ているが遠方等の理由で来院不可の為
□ その他(　　)
支払責任者 / 身元引受人になることを伝達して承諾を得た方法(　　)

連帯保証人	氏名	株式会社イントラスト
	住所	東京都千代田区麹町1-4　半蔵門ファーストビル2階
	電話	0120-372-603

※当申込書(兼支払誓約書)の提出を以って、株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託契約にお申し込みいただいたものとします。なお、当申込書(兼支払誓約書)の記載内容等の個人情報については、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で株式会社イントラストへ提供させていただきますので、予めご了承ください。
※当院が指定した期間を経過してもお支払いが確認できない場合には、患者様に代わり株式会社イントラストが当院へお支払いを行います。その後、株式会社イントラストより請求書をお送りいたしますので、指定された方法によりお支払いください。なお、この場合、立替払いに伴う事務手数料として、1件の請求につき1,000円(税別)が発生します。

(退院(退所)日)　　西暦　　年　　月　　日

ご記入の上、
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

②　問診表１

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

(20260301)

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

問診票1/3

記入日(西暦)　　年　　月　　日 記入

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 病院長

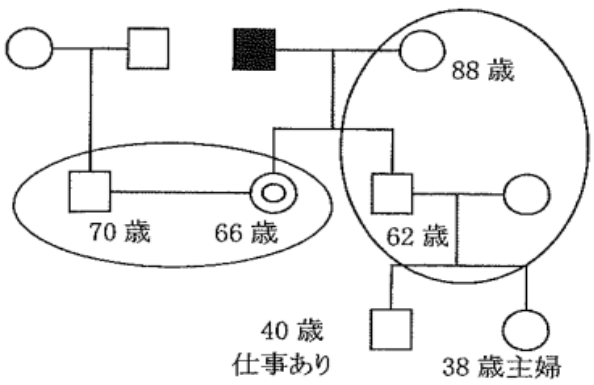
当院では、病気や怪我で何らかの不自由さをお持ちになられた方に、その原因を明らかにし、回復できる可能性を見据えて残された能力を最大限活かせるように支援してまいります。また、患者さまがご家族と共に人生を有意義にお過ごしいただけることも大切な役割と考えております。ご家族にとっても不安のない日々を送ることができるようご協力させていただきます。

そこで、これからの目標を共有させていただくにあたり、この調査票にご記入いただきたいと思います。回答は可能な範囲で結構です。

患者氏名	様
記載者	(続柄 :)

家族構成

(見本)
男性:□、女性:○. 患者さまは回あるいは◎
左から誕生順に長子→末子. 同居:円で囲む
死亡:■あるいは●
(例)
患者は女性。夫と2人暮らし。患者の父親は死亡。患者の母は弟一家と同居。



左記の(見本)と(例)を参考にご記入ください。

(20260301)

ご記入の上、
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

③　問診表２

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

問診票2/3

質問1:患者さまご自身のことについてお尋ねします。以下にご記入ください。

a) 今までにかかった病気と年齢(例:50歳:高血圧・55歳:糖尿病・・・など)

b)手術の経験と年齢(例:8歳:盲腸・17歳:手の骨折・45歳:胃の摘出・・など)

c)コロナワクチンの接種歴について

(☑をしてください)

□接種歴あり(最終接種歴　　年　　月頃　　□ 時期不明)

□1回もしていない

□不明

d)アレルギーの有無(食べ物・薬) :

無 ・ 有 ／食べ物・薬(内容:

e) 喫煙の有無(年齢・本数):

無 ・ 有(　　歳まで、　　本／1日)

f) 飲酒の有無(頻度・量):

無 ・ 有(　　歳まで、　　合／1日)

g) 職業(現職・退職前の職業):

h)趣味・興味のある話題:

i) 宗教(治療に関わる場合) :

j) 介護保険についてお聞きします。

(☑と該当項目に○をしてください)

□ 認定あり 期限:　　まで(要支援 1　2　要介護1　2　3　4　5)

□ 申請中(認定待ち)

□ 未申請

ケアマネジャー事業所と氏名:

□いない

k) その他

かかりつけ医:

身体障碍者手帳: 無・申請中・有(　　種　　級 障害名:　　)

特定疾患:無・申請中・有(疾患名:　　)

ご記入の上、
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

④　問診表３

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

問診票3/3

質問2　今回のご病気・お怪我の前の生活についてお尋ねします。以下の当てはまる所に
〇をつけてください。（複数回答可）

Q1、身の回りの事についてお尋ねします。

①身の回りの事が全て自立していた
②家族や介護保険サービスなどの手助けが必要だった

Q2、生活の場所についてお尋ねします。

①自宅で生活していた
②自宅以外の施設や病院で生活していた

Q3、ご病気になる前の状態についてお尋ねします。

①身体的・精神的なストレスのかかるような状況があった
②生活リズムは整っていた

Q4、主な移動手段についてお尋ねします。

①自家用車（ご本人の運転：有　無　）　　②公共交通機関
③自転車　　④徒歩

質問3　介護保険などのサービスを利用していた場合、サービス内容についてご記入ください。
例）ヘルパー/週2回（家事）、デイケア/週1回（入浴・リハビリ）

質問4　ご家族は、今の患家さまの状態について、どのように説明を受けていますか。

質問5　入院中、または退院された後、主となる介護者の方は、どなたになりますか。

質問6　当院を退院するご予定の方にご希望についてお尋ねします。

①当院退院後の生活の場を、どのようにお考えですか。
以下の当てはまるものに〇をつけてください。

自宅　　老人ホームなど　　病院　　未定

②回復期リハ病棟は、出来る限り自宅へ退院できるように支援いたします。
ご自宅への退院を検討される場合、どの程度回復することを期待されますか。

質問7　退院後の住居の状況を教えてください。

・建物：　一軒家・マンション・アパート・/持ち家・賃貸
・築年数：　築　　年　・住居階数：　　階　・エレベーター：無し　有り
・道路から玄関までの段差：無し　有り　　・手すり設置：無し　有り
・風呂場：　　階　　・トイレ　　階

質問8　その他、入院する場合に特に伝えておきたい事などご自由にご記入ください。

お預かりした個人情報は当院の診療・ケア支援に
のみ使用し、他の目的では使用いたしません。

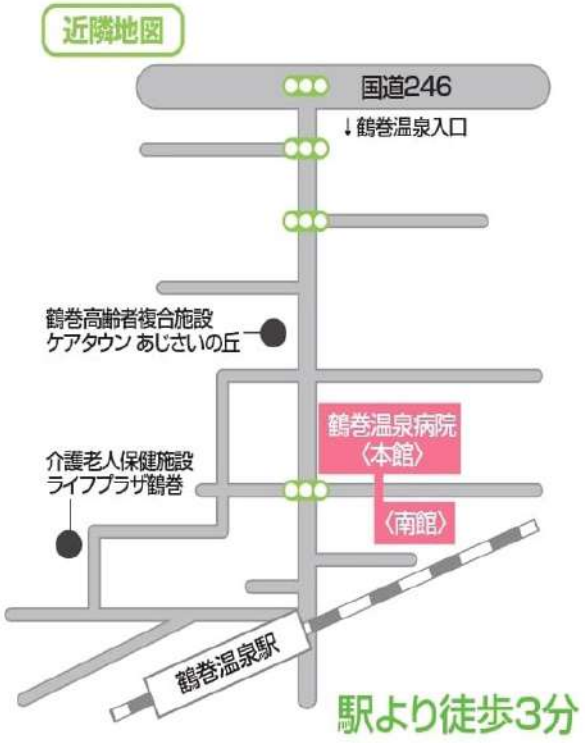
●交通案内

●車でお越しの場合

●電車でお越しの場合

鶴巻温泉駅までの所要時間

新宿から…… 小田急線　急行・快速急行　……約60分
小田原から…… 小田急線　急行・快速急行　……約30分
横浜から…… 相鉄線・海老名乗換→小田急線……約55分
藤沢から…… 小田急線・相模大野乗換　……約55分



医療法人社団　三喜会
鶴巻温泉病院
湘南メディカルセンター／湘南リハビリテーションセンター
日本医療機能評価機構
〒257-0001　神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1
TEL 0463(78)1311　FAX 0463(78)5955
地域連携室　☎0463-78-1319
入院相談専用ダイヤル　0120-131-146
ご意見フリーダイヤル（ペイシェント・ベル）　0120-250-646

歯科による口腔管理のご案内

～予防からQOL向上を目指すためのサポートへ～

口腔感染症の予防

・むし歯、歯周病、カンジダ症

口腔機能の維持・回復

・唾液分泌促進（口腔内乾燥の防止）
・咀嚼機能、摂食嚥下機能の改善、感覚機能（味覚温度・触覚）の改善
・口腔機能の低下や廃用症候群の予防

全身感染症の予防

・誤嚥性肺炎、感染性心内膜炎、日和見感染症　等の予防

全身状態やQOLの向上

・経口摂取を促す　→　低栄養、脱水の防止
・体力回復、意欲向上
・認知機能低下の予防

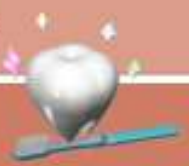
コミュニケーション機能の回復

・構音機能の維持、回復

「口腔ケアの誤嚥性肺炎に対する予防効果」

※米山武義ほか：口腔衛生の誤嚥性肺炎に対する予防効果より

鶴巻温泉病院では
歯科医師と歯科衛生士が専従し、
患者様の状況に合わせた
口腔管理を行います。



＜内容＞

・歯科医師による口腔内状況の評価
・歯科衛生士による専門的口腔ケア

「口の環境を整える」ことは「人としての尊厳を守る」こと

安全に食べられる口、身体を健康に保つ口　を目指します

(20260301)

ご記入の上、
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

⑤　歯科による口腔ケアに関する同意書

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

歯科による口腔管理に関する同意書

（対象病棟：回復期病棟・地域包括ケア病棟・療養病棟）

【 目的 ・ 方法 】

- ♦ 口腔管理における誤嚥性肺炎等、全身感染症の予防
- ♦ 病状により、抵抗力低下に伴う病気の発生リスクの低減
- ♦ 歯科医師・歯科衛生士による口腔機能・口腔衛生の管理

【 口腔管理内容 】

① 歯科医師による口腔機能の評価及び口腔機能管理計画の策定
② 月に1回、歯科医師による口腔機能の管理
③ 月に2回、歯科衛生士が口腔の衛生士状態に合わせて口腔衛生用具などを用い、歯面・舌・口腔粘膜などの専門的な口腔清掃を実施

【 費用 】

上記口腔管理を行った場合の費用は月1,000～2,000円（1割負担の場合）

【 歯科治療について 】

- ♦ 上記口腔管理において治療は行いません
- ♦ 義歯作製・調整、むし歯・歯周病の治療、抜歯等の治療が必要と歯科医師が判断した場合は、別紙にてお知らせいたしますので、別途お申込みをご検討ください。

□ 上記内容を理解しました。

※ 同意後でも、実施前であれば同意を撤回する事が出来ます。

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 病院長殿

私は、口腔管理の実施に関して十分に理解しました。そのうえで

口腔管理の実施に （ 同意します ・ 同意しません ）

※どちらかを〇で選んでください。

署名年月日 年 月 日

患者様氏名

署名代行者 私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者氏名 本人との関係

確認欄	上記内容で歯科依頼をいたします	主治医確認印	

（20260301）

お知らせ

当院では、2026 年 3 月 1 日より、連帯保証人代行制度スマホス NEXT を導入いたしました。
入院時の支払誓約書をご記入いただく際の連帯保証人は当院が契約をしている代行業者（株式会社イントラスト）になっています。
連帯保証人は不要で保証料のご負担もなく安心してご入院いただき治療を受けていただくことができます。
万が一、入院費のお支払いが、期日までにお支払いできない場合、入院患者さんに代わりイントラストが保証限度額を上限に入院費用を立替払いします。
立替払いされた診療費は、後日イントラストから患者さんへ請求されます。
お支払いのスケジュール等、個別に対応していただけますのでご安心ください。
尚、立替払いが発生した場合には、患者さんの氏名・住所・その他の個人情報を当院からイントラストへ必要な範囲で提供いたします。
これらの情報は、当院からイントラストへの請求やイントラストから患者さんへの請求にのみ使用されます。

詳細は、リーフレットをご参照ください。

（2026 年 3 月 1 日）

連帯保証人代行制度
スマホスNEXT
のご案内

●当院への入院にあたっては、株式会社イントラストを連帯保証人とする連帯保証人代行制度スマホスNEXTを保証料のご負担なしでご利用いただけます。患者さんは原則、個人の連帯保証人をご準備いただく必要はございません。

●入院申込書（兼誓約書）の提出をもって、下記 URL に掲載されている保証委託契約約款の内容について同意の上株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託にお申込みいただいたものとします。
なお、入院申込書（兼誓約書）の記載内容等の個人情報については、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で株式会社イントラストへ提供させていただきますので、予めご了承ください。

制度関係図

保証内容について

保証期間

入院日(保証開始日)より
退院日(保証終了日)まで

保証範囲

①入院費用自己負担分
②入院費用実費負担分（個室料、食費など）
※保険証をお持ちでない方もご利用いただけます。

＜保証対象外＞ 上記に掲げる保証範囲以外に入院中に生じた費用

ご注意事項

●万一、入院患者さんが当院に対してお支払いを延滞した場合、入院患者さんに代わり株式会社イントラストが保証限度額を上限に入院費用をお立替えいたします。ただし、お立替えした入院費用につきましては株式会社イントラストが入院患者さんへご請求させていただきます。
●その際には、お支払いのスケジュールなど個別にご相談いたしますのでご安心ください。
●反社会的勢力に該当していることが判明した場合には免責となります。

[総合保証サービス会社]
entrust 株式会社イントラスト
〒102-0083
東京都千代田区麹町1-4半蔵門ファーストビル2F
入院患者さんと株式会社イントラストの間の保証委託契約の内容につきましては下記のURL若しくは右記のQRコードよりご参照ください。
保証委託契約約款：
https://www.entrust-inc.jp/service/clause/hospital/indemnity-agreement/2021_08.pdf

コンシェルジュデスク
※お問い合わせの際は、入院される病院名をお知らせください※
0120-372-603
【受付時間】9：00～18：00（土・日・祝祭日・年末年始を除く）
sumahosu@entrust-inc.jp

株式会社イントラストは、東京証券取引所に上場（証券コード：7191）している総合保証サービス会社です

210812-5361-mO-6703_04

あなたらしく、その人らしく人生の最期を
迎えるために考えてみましょう

2024 年 6 月の診療報酬の改定で、人生の最終段階における、患者さまの適切な意思決定支援の推進として、意思決定支援に関する指針を作成することが要件となりました。

当院ではこれを受けて、あなたらしく、その人らしく人生の最期を迎えるために考えてみる機会として「事前指示書」を作成致しました。この「事前指示書」は、万が一の事が起こってしまった場合において、延命治療とはどういったものか、を広く知ってほしいこと、そして医師等から突然説明を受ける場面があった際にもある程度イメージを持っていただくこと、を目的としております。

延命治療として行う具体的な内容については、「延命処置の例」として、以下の通り説明をしております(当院ホームページにも同じものが掲載されています)。

この事前指示書は、すべての患者さんに渡していますので、ご家族と患者さんでご確認ください。

2024 年 6 月

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院
名誉院長　鈴木 龍太

延命治療の例

これらの処置は急性期の治療でもよく使います。その時は積極的に受けてください。
がんの末期や認知症、老衰等、治療しても回復する見込みがないと判断した時に行なう場合のみ延命治療となります。

心臓が止まったり、呼吸が止まったり、血圧が下がったりしたとき

心臓マッサージ 心肺蘇生

心臓や呼吸が止まった時に前胸部をリズミカルに押して、全身に血液を送る。胸骨や肋骨骨折が起こることがある。心停止から２分以内に開始すると効果的。急変時ではAEDで電気ショックを与えるのは効果的。ターミナル（治療しても回復する見込みがない）の場合は延命目的となる。

心臓マッサージ

昇圧剤

血圧が下がった時に血圧を上げるために点滴や心臓に針を刺して注射し血圧を上げる。

呼吸ができなくなったり、呼吸が苦しい時に行う処置

１．挿管

口や鼻から管を入れて気道（呼吸する道）を確保する。挿管は長くても2-3週間。声は出せず、食事もできない。

気管挿管

２．気管切開

挿管が長くなると気管（首）に穴をあけて、カニューレ（管）を入れる。人工呼吸器をつなげることもある。2週間に1度程度交換が必要。

気管切開

３．人工呼吸器

挿管チューブやカニューレに人工呼吸器をつなげて、人工的に呼吸を補助する。呼吸器を外すと呼吸ができず死に至る場合があるので、命にかかわると予想される場合は1度呼吸器をつけると、医師でも原則として外すことはできない。

人工呼吸器

延命治療の例

口から食事が取れなくなったり、十分な量が取れなくなった時

１．食べられるだけ食べて、自然にまかせる

食べるとむせて誤嚥性肺炎になる可能性が高い。
楽しみ程度を続ける。好きなものだけ食べる。
最後は絶食になる。絶食になると1-3週間で衰弱する。

２．経鼻経管栄養

流動食を鼻から挿入したチューブから入れる。2週間に1度程度交換。抜けやすく入れ替えが必要なため、老人ホームや介護施設では受け入れてくれないところもある。

経鼻経管栄養

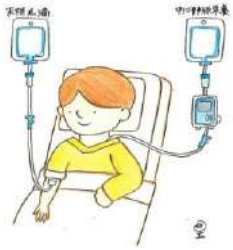
３．胃ろうからの経管栄養

流動食を胃に穴をあけて造った胃ろうから入れる。内視鏡を使った胃ろうの手術（1泊2日程度）が必要。月に1度程度の交換が必要 。抜けにくく、管理がしやすいので、老人ホームや介護施設でも受け入れてくれることが多い。

胃ろう

４．中心静脈栄養

首や股や肘から体の中心部の太い静脈に管を入れ、カロリーが高く濃い点滴をする。栄養は十分取れるので長期に継続できる。刺すときに技術が必要。感染しやすく、時々入れ替えが必要。腸を使わないので、消化機能の低下、肝機能障害に注意。口の清潔が保てないので、口腔ケアが必要。



５．末梢点滴

普通の細い静脈（腕等）からの点滴。カロリーが少ないので、いつか低栄養になり、衰弱していく。3-6か月程度で衰弱する。

腎臓が悪くて、尿が出ない時

人工透析

腎機能が悪い時に血液透析をして、血液をきれいにする。週に3 回、4-5 時間程度かかる。
延命治療を望まないで人工透析をやめた場合の生存期間は数日から2 週間程度。

最期まで私らしくあるために（事前指示書）
ご本人が決める場合

いつか迎えるその時のために、ご自身の意思に反した治療や必要以上の治療を受けなくても良いようにしたいものです。あなたが、がんなどの病気の進行や、認知症、老衰、事故等により余命が短い（例えば半年くらい）と告げられ、「治療をしても回復が見込まれない状態」になった時に、どのような治療やケアを望みますか？

呼吸ができなくなった場合に、口から管を入れて（挿管して）人工呼吸器をつけるなどいわゆる延命治療があります。別紙にまとめました。一度目を通しておいてください。ご自身がこれらの処置を希望するかどうか家族・代理人や医療・介護関係者などと話し合いましょう。その結果をこの事前指示書に記入しましょう。気持ちが変わったら、何回でも書きかえて構いません。ただし治療をして回復する病気の場合は治す治療が優先となります。

治療をしても回復が見込めない状態になった時に限ります

延命治療を実施するかどうか、当てはまるものに〇をつけてください。

（　　）自然に最期を迎えたい
（　　）医療者に任せる
（　　）場合によって以下の処置をしてほしい

① 心臓が止まった時の心臓マッサージ　（希望する・希望しない・分からない）
② 呼吸停止時または止まりそうな時の挿管　（希望する・希望しない・分からない）
③ 同様の時の人工呼吸器　（希望する・希望しない・分からない）
④ 昇圧剤（血圧をあげる注射）　（希望する・希望しない・分からない）
その他のご希望　（　　）

食事が食べられなくなってしまったとき　※　当てはまるものに〇をつけてください

① 食べられなくなったらそのまま自然に最期を迎えたい。　（　　）
② カロリーは足りないが普通の点滴をしてほしい。　（　　）
③ 経鼻チューブ（鼻）から経管栄養を入れてほしい。　（　　）
④ 経管栄養を入れるための胃ろうを造ってほしい。　（　　）
⑤ 太い静脈（中心静脈）から高カロリーの点滴を入れてほしい。　（　　）
⑥ 医療者に任せる　（　　）
その他のご希望（　　）

最期まで私らしくあるために（事前指示書）
ご本人が決める場合

どこで最期を迎えたいですか？　当てはまるものに〇をつけてください。
自宅（　　）病院（　　）今の施設（　　）家族や信頼できる人に任せる（　　）
その他のご希望　（　　）

自宅や施設で容態が急変した時　当てはまるものに〇を付けてください

① 救急車を呼んでほしい　（　　）
② 救急車は呼ばないで、かかりつけ医や訪問看護師等に連絡してほしい（　　）
③ 決められない・分からない　（　　）

かかりつけ医や訪問診療医、訪問看護師を決めておくと、
いざという時に来てくれるので、救急車を頼まなくてもよい場合があります。

その他ご希望や言づてがあれば自由にお書きください
（例　お葬式は内輪だけでしてください。ペットを頼みます等）

《 ご本人署名 》

ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：　　年　　月　　日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿

書かれたときに同席した家族・代理人、医療・介護・行政等関係者

氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿
氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿

署名日１：　　年　　月　　日

変更日１：　　年　　月　　日　変更日２：　　年　　月　　日

自分で意思を表出できない状況になった時に医療者の説明を聞いて、判断してもらう人（代理人）を決めてお願いしておきましょう 。家族やパートナー、友人など。

ふりがな
代理人氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　関係（続柄）：＿＿＿＿＿＿
住所：＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号（連絡先）：＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿（　自宅　・　携帯　）

2024年 鶴巻温泉病院 鶴巻温泉病院介護医療院

最期までその人らしくあるために
ご本人が意思を表せない時　ご家族や代理人が推測して記入します

あなたの大切な人が、がんなどの病気の進行や認知症、老衰、事故等により余命が短い（例えば半年くらい）と告げられ、「治療をしても回復が見込まれない状態」になって、自分の意思を表せない状態になっていた時、本人はどのような治療やケアを望まれると思いますか？本人が意思を表せないときは、家族・代理人が、今までのその人の言動を思い起こして、最期をどのように迎えたかったのかを推測しましょう。本人が書いた事前指示書があれば、その内容を確認しましょう。呼吸ができなくなった場合に、人工呼吸器をつけるなどのいわゆる延命治療があります。別紙にまとめました。一度目を通しておいてください。これらの処置を本人が希望するかどうかなども記入しましょう。分からなければ医療関係者の話を聞いて考えてみましょう。ただし治療をして治る病気の場合には、治療が優先となります。

治療をしても回復が見込めない状態になった時に限ります

延命治療を実施するかどうか、当てはまるものに〇をつけてください。

（　　）自然に最期を迎えさせたい
（　　）医療者に任せる
（　　）場合によって以下の処置をしてほしい

① 心臓が止まった時の心臓マッサージ　（希望する・希望しない・分からない）
② 呼吸停止時または止まりそうな時の挿管　（希望する・希望しない・分からない）
③ 同様の時の人工呼吸器　（希望する・希望しない・分からない）
④ 昇圧剤（血圧をあげる注射）　（希望する・希望しない・分からない）

その他のご希望　（　　）

食事が食べられなくなってしまったとき　※　当てはまるものに〇をつけてください

① 食べられなくなったらそのまま自然に最期を迎えさせてあげたい。（　　）
② カロリーは足りないが普通の点滴をしてほしい。（　　）
③ 経鼻チューブ（鼻）から経管栄養を入れてほしい。（　　）
④ 経管栄養を入れるための胃ろうを造ってほしい。（　　）
⑤ 太い静脈（中心静脈）から高カロリーの点滴を入れてほしい。（　　）
⑥ 医療者に任せる（　　）

その他のご希望（　　）

最期までその人らしくあるために
ご本人が意思を表せない時　ご家族や代理人が推測して記入します

どこで最期を迎えたいですか？　当てはまるものに〇をつけてください。
自宅（　　）病院（　　）今の施設（　　）家族や信頼できる人に任せる（　　）
その他のご希望　（　　）

自宅や施設で容態が急変した時　当てはまるものに〇を付けてください
① 救急車を呼んでほしい（　　）
② 救急車は呼ばないで、かかりつけ医や訪問看護師等に連絡してほしい（　　）
③ 決められない・分からない（　　）

かかりつけ医や訪問診療医、訪問看護師を決めておくと、
いざという時に来てくれるので、救急車を頼まなくてもよくなります。

その他　ご希望や言づてがあれば自由にお書きください
（例：本人はお寿司がとても好きだったので、最期に食べさせてあげたい等）

《 ご本人 》
ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：　　年　　月　　日
住所：＿＿＿＿＿＿＿＿

《 代理人 ご本人のかわりに医療者が話をして判断する人》
ふりがな
代理人氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿　関係（続柄）：＿＿＿＿＿＿
電話番号（連絡先）：＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿（　自宅　・　携帯　）

一緒に書かれた家族、知人、代理人、医療・介護・行政等関係者
氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿
氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿

署名日１：　　年　　月　　日
変更日１：　　年　　月　　日　変更日２：　　年　　月　　日

2024年 鶴巻温泉病院 鶴巻温泉病院介護医療院