鶴巻温泉病院　入院のご案内

・障がい者・難病リハビリ病棟
在宅サポート入院（レスパイト入院）

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

（20260301）

特徴

◆重介護になりがちな神経難病患者様、ご家族の在宅療養をバックアップすることが目的です。

- 介護をされているご家族の休息目的としての入院が可能です。
- 胃瘻、気管切開、人工呼吸器等の医療行為が必要な方も入院が可能です。
- 入院中にリハビリテーションが受けられ、コミュニケーション手段の導入指導や各種特殊入力機器（スイッチ）の導入指導や在宅の環境調整、家屋再評価なども行えます。
- 管理栄養士による栄養状態の評価・食品の選定・調理指導・栄養相談などを行っています。

◆病棟：障害者施設等一般病棟（2 階東病棟）

◆対象者（対象疾患）：

1. 神経難病患者
2. 重度の肢体不自由児（者）
3. 重度の意識障害者
4. 脊髄損傷等の重度障害者
5. 筋ジストロフィー患者

利用上のお願い

◆利用について

入院日数： 原則 7 日～30 日以内

入院間隔： （1）神経難病患者 ／最終利用日から 1 か月を空けた日以降での利用

（2）その他難病以外／最終利用日から 3 か月を空けた日以降での利用

※当院としては原則、年間の入院回数制限はありません。神奈川県在宅難病患者一時入院で定められている日数・頻度よりも多く利用が必要な場合には、適宜当院までご相談ください。

入院日 ：平日

入退院時間： 入院 10 時 ／ 退院 10 時

※上記入院時間のご都合がつかない場合は 9：30～11：00 の範囲内でご相談ください。

◆その他

- 入院当日はご到着されましたら、本館の 1 階総合案内にて諸手続きをお願いします。
- 入院当日は、必ずご家族のお付き添いをお願いします。また各職種からの説明等がありますので、お時間にゆとりを持ってお越しください。
- ご希望の日程は善処いたしますが、当院の患者さまは重度障害の方が多いため、急な病状の変化により、入院期間が延長になる場合があります。その際、お申込みいただいた入退院日の変更を急遽お願いすることがありますのでご承知おきください。利用希望日については、多少ずれが生じても良いよう、少し余裕を持って申し込みください。
- 「神奈川県在宅難病患者等一時入院」利用の方を優先して調整させていただいております。

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（呼吸器使用の方は入浴週 1 回と清拭 1 回）
- リハビリテーション：入院中（月～金）行いますが、頻度・内容については医師の判断となります。
- 患者さまの衣類等の洗濯は、当院にてお引受けしております。洗濯可能な衣類をご用意ください。
- 面会時間：午後２時～午後７時
- 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。

（20260301）

申込から入院までの流れ①【当院独自の入院】

初めてご利用の方

電話相談
◆地域連携室ソーシャルワーカー宛にお電話等でご連絡下さい。（9 時～17 時）

初めて利用される方
1. 診療情報提供書（紹介状）
2. ADL 表（日常生活動作表）
3. 処方内容・検査データ

以上を FAX 又は郵送でご提出下さい。

1 次審査
書類審査が可となりましたら、事前面談へ進みま

面談・見学・申込手続き・自宅訪問
◆面談はご家族のみのご来院でも構いません。
◆**自宅訪問**：ご自宅での生活状況の確認・家屋評価等の目的で、当院看護師・リハビリスタッフ・ソーシャルワーカーが入院前に患者さまのご自宅を訪問させていただく場合がございます。

2 次審査
面談の結果を踏まえ、利用可否を判断します。

待機

入院の案内
◆入院日時のご連絡をいたします。
◆決定した日程は、ご家族から主治医やケアマネジャーへ連絡をお願いします。

２回目以降のご利用の方

電話・FAX
①地域連携室へ電話（9 時～17 時）又は
②**「在宅サポート入院ご利用申し込み票」**を FAX 下さい。
◆受付日：**利用希望月の２か月前 1 日（1 日が土日祝日の場合は翌平日）**
＊受付日を過ぎてもご相談に乗れる場合がございます。適宜ご相談ください。

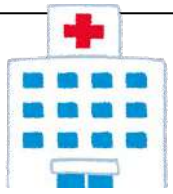
入院の案内
◆利用希望月の**2か月前の月（中旬頃）**に入院日時のご連絡をいたします。その際、ご病状や処方内容の変化がないか確認いたします。
◆決定した日程は、ご家族から主治医やケアマネジャーへご連絡をお願いします。

書類等の提出
◆入院の 3 日前までに以下の書類を FAX 又は郵送でご提出をお願いします。

①**『診療情報提供書（紹介状）』**
- 前回最終利用日から 3 か月以上経過している場合
- 病状に変化があった時（発熱や治療目的で入院をした場合等）、内服薬の変更があった場合
- その他、当院が必要と判断した場合

②**『看護サマリー』等**
お身体の状況がわかるものを訪問看護ステーションやケアマネジャーへご依頼ください。

入院



（20260301）

申込から入院までの流れ②【神奈川県在宅難病患者一時入院の方】

初めてご利用の方

◆お住まいの地域を管轄している保健所へご相談ください。

初めて利用される方
1.診療情報提供書（紹介状）
2.ADL 表（日常生活動作表）
3.処方内容・検査データ等が必要となります。

２回目以降のご利用の方

◆お住まいの地域を管轄している保健所へご相談ください。

１次審査

書類審査が可となりましたら、保健所からご家族へ連絡が入ります。

面談・見学・申込手続き・自宅訪問

◆面談はご家族のみのご来院でも構いません。
◆**自宅訪問**：ご自宅での生活状況の確認・家屋評価等の目的で、当院看護師・リハビリスタッフ・ソーシャルワーカーが入院前に患者さまのご自宅を訪問させていただく場合がございます。

２次審査

面談の結果を踏まえ、利用可否を判断します。
２次審査可となりましたら、待機となります。

待機

入院の案内

◆入院日が確定したら、保健師の方からご家族へ入院日時のご連絡が入ります。
◆当院からご家族へ、ご病状や処方内容の変化がないか等詳細の確認のご連絡を致します。
◆決定した日程は、ご家族から主治医やケアマネジャーへご連絡をお願いします。

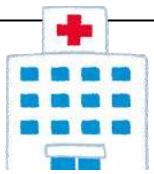
書類等の提出

◆入院の３日前までに以下の書類を FAX 又は郵送でご提出をお願いします。

①『診療情報提供書（紹介状）』
・前回最終利用日から３か月以上経過している場合
・病状に変化があった時（発熱や治療目的で入院をした場合等）、内服薬の変更があった場合
・その他、当院が必要と判断した場合

②『看護サマリー』等
お身体の状況がわかるものを訪問看護ステーションやケアマネジャーへご依頼ください。

入院



（20260301）

入院費用

① 「医療費の一部負担金」※特定医療費（指定難病）医療受給証に記載されている上限額
② 「食費」
③ 「保険外自己負担」：オムツ代・テレビ使用料・収納保管庫使用料、リース料・私物洗濯料・消毒料込み
④ 「差額ベッド料」：４人部屋／無料、２人部屋／11,000 円、個室／13,200 円

◆費用の目安　＊上記①～③の合計（4 人部屋・オムツ使用、食費は 1 食 300 円で計算）

指定難病の医療費上限額	1週間	2週間	30日間
重度障害者医療費助成あり	約 27,000 円	約 54,000 円	約 115,000 円
1,000円	約 28,000 円	約 55,000 円	約 116,000 円
2,500円	約 30,000 円	約 56,000 円	約 117,000 円
5,000円	約 32,000 円	約 59,000 円	約 120,000 円
10,000円	約 37,000 円	約 64,000 円	約 125,000 円
20,000円	約 47,000 円	約 74,000 円	約 135,000 円
30,000円	約 57,000 円	約 84,000 円	約 145,000 円

退院手続きについて

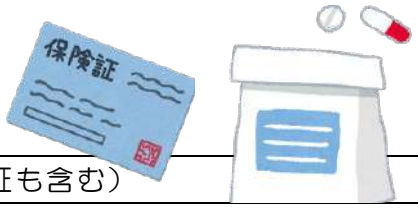
1．退院当日に本館１階受付（医事課）にてご精算が必要です。
受付時間：退院当日の９：３０～
費　　用：現金払いとなります。概算は事前に医事課へご確認ください。（TEL:0463-78-1311）

2．ご精算後、窓口にて下記をお受け取り下さい。
①『退院証明書』（退院３ヶ月以内に他の病院に入院する場合に必要になります。）
②『退院許可証』

3．ご入院されている病棟のステーションに上記②をお渡し頂き、下記を病棟スタッフよりお受け取り下さい。
病棟より、退院時処方や書類等をお渡しいたします。

（20260301）

入院当日のお持物



◆本館窓口提出

	保険証類一式（特定医療費（指定難病）医療受給証も含む）
	当院診察券（外来受診や入院歴のある方）
	保険外負担支払保証書兼患者身元引受保証書（初回及び変更時のみ）
	退院証明書（過去３ヶ月以内に他院に入院歴がある場合、退院時に発行されたもの）

◆病棟提出・病棟管理

	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（適宜）
	ペースメーカー手帳、ICD 手帳
	内服薬：入院日数分（外用薬、注射薬も含む）、お薬手帳
	洗面用具（コップ、歯ブラシ等）
	バック（入浴時使用しますので、濡れても差し支えないもの）
	着替え：５～７セット位、マスク （下着・過ごしやすい服装・靴下・運動靴）
	ティッシュペーパー
	タオル （入浴時のバスタオルは当院で準備します。それ以外で必要なタオル類はご持参下さい）
	車椅子、歩行器（持参のご希望がない場合には、適宜当院にて準備いたします）
	エアマット（持参のご希望がない場合には、適宜当院にて準備いたします）
	コミュニケーション機器

※お持ち物にはすべて記名いただくようお願いいたします。

◆胃ろう／経管栄養を使用されている方

	PEG　CARD（胃ろうのタイプ・サイズ・メーカー、次回交換予定日がわかるもの）
	胃瘻・経管栄養の接続チューブ
	交換用の胃ろうのカニューレ予備（１個）
	経管栄養剤：入院日数分 ＊日数分の持参が困難な場合は当院で扱っている栄養剤（食品扱いの栄養剤）で対応させていただきます。

◆気管切開がある方

	気管切開のカニューレの予備

◆呼吸器を使用されている方

	人工呼吸器、人工呼吸器の附属品・ケーブルー式と回路の予備

◆その他

ご不明な点は、地域連携室へお問い合わせ下さい。　　電話：0463-78-1319（直）

２回目以降のご利用の際には、
次ページの用紙をご使用ください。

「在宅サポート入院ご利用申し込み票」

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

鶴巻温泉病院　地域連携室
FAX：０４６３－６９－５６６５（直）
電話：０４６３－７８－１３１９（直）

在宅サポート入院（レスパイト入院）
ご利用申し込み票（2回目以降の方）

お電話でのご連絡、又は**以下の赤太枠内**の項目をご記入いただきＦＡＸにてご提出ください。

☐障がい者・難病リハビリ病棟　☐地域包括ケア病棟　☐医療療養病棟　☐緩和ケア病棟

患者氏名	様	☐男 ☐女	申し込み日 年　月　日
申請者氏名 ※事業所の方は事業所名も記載ください。	様	連絡先（電話）	

希望日程	利用希望月	月利用分
	利用希望日数	日間位
	具体的な利用希望日程がありましたらご記入ください。	
	第1希望	第2希望
	☐　～ ☐ 必ず含めたい指定日（　） ☐ 月内であれば日付は問わない	☐　～ ☐ 必ず含めたい指定日（　） ☐ 月内であれば日付は問わない
希望理由	☐ 介護休暇　☐ その他（　）	
キャンセル待ち希望	☐ 希望あり	
その他（自由記載欄）		

優先利用申し込み日は
利用希望月の２ヶ月前の１日　９時～17時です。

例）10月の利用申し込み日は8月1日です。
※1日が土日祝日の場合には、翌平日となります。

日程調整の結果は、申込月の中旬を目途にご連絡いたします。

※鶴巻温泉病院記入欄（以下は記入しないでください）

	受付	結果の連絡	入院決定日	入院日程	カレンダー入力
対応日				～	
対応者				（　）日間	

（20260301）

次ページからの書類をご記入の上、
入院前面談又は郵送にてご提出ください。
（合計４枚）

① 入院申込書兼支払誓約書

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

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、
入院前面談又は郵送にてご提出ください。

②　問診表１

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

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

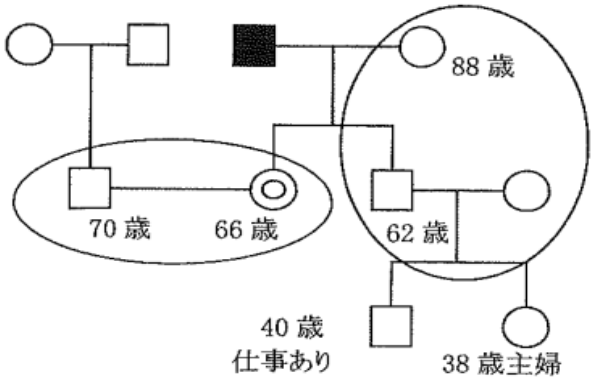
医療法人社団　三喜会　鶴巻温泉病院　病院長

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。
	

ご記入の上、
入院前面談又は郵送にてご提出ください。

③　問診表２

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

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。

(☑と該当項目に〇をしてください)

□ 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、
入院前面談又は郵送にてご提出ください。

④　問診表３

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

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○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○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。

（20260301）

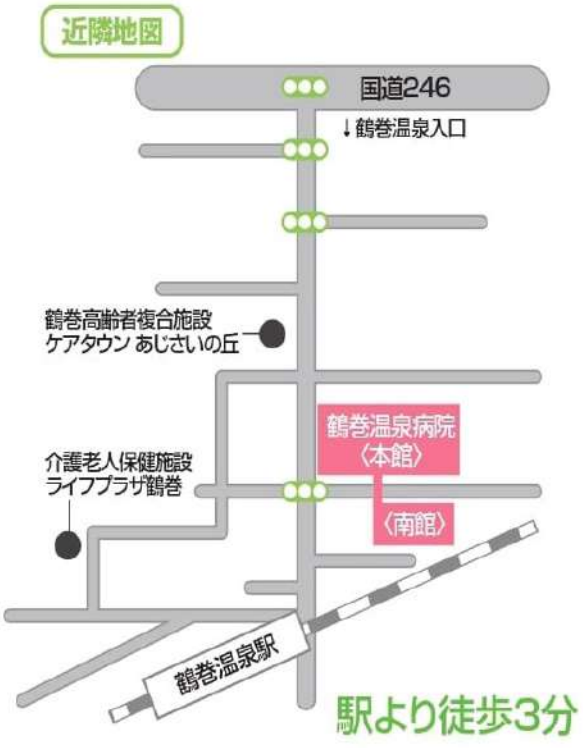
●交通案内

●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
〒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

（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。

連帯保証サービス会社
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-6701_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

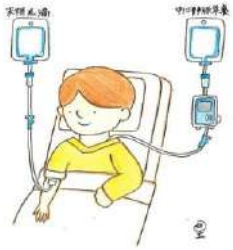
３．胃ろうからの経管栄養

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