

鶴巻温泉病院 入院のご案内

・障がい者・難病リハビリ病棟

鶴巻温泉病院 地域連携室

電話：0463-78-1319 (直通)

FAX：0463-69-5665 (直通)

特徴

■障害者施設等病棟 2階東病棟 55床

リハビリ入院

特徴	集中的なリハビリテーション、栄養摂取方法の検討、栄養状態の改善等を行ない、退院に向けた準備を支援します。
リハビリテーション	原則平日のみ実施、当院の医師の判断でご状態に合わせたプログラムを実施します。
入院期間	約 1～3 ヶ月

在宅サポート入院(レスパイト入院)

特徴	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の入院です。
リハビリテーション	平日のみ（入院日と退院日はありません）
入院期間	7日以上～30日以内（平均 1～2 週間程度）

■特殊疾患病棟 2階西病棟 60床

長期療養

特徴	安心、安全に配慮し、心安らぐ状態での入院生活を支援します。
リハビリテーション	週 1～2 回（13 単位以内／月）お身体の維持を目的に実施します。
入院期間	当院の医師の判断によります。

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
お身体の状態により、入浴方法を判断致します。※人工呼吸器を使用している方の場合は、1 回が入浴、もう 1 回は清拭。
- 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、午前 11 時～午後 8 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にご相談ください。
- 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。
- ・ 入院費用は月末締めとなります。自動振替の場合には、翌月20日（当日が金融機関休業日の場合は、翌営業日）にご指定の口座より自動振替致します。自動振替の手続きが終わるまでの間及び退院月は窓口にて支払いをお願いします。
- ・ 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。
- ・ お支払方法は、窓口での現金払い、自動振替、振り込み、現金書留となります。

1か月の入院費用（概算）

特定医療費(指定難病)受給者証

※4人部屋・オムツ使用の場合の概算です
※食費は一律1食280円で計算しています

特定医療費(指定難病)受給者証		
上限金額		
1,000円	約	20.7 万円/月
2,500円	約	19.2 万円/月
5,000円	約	21.1 万円/月
10,000円	約	21.6 万円/月
20,000円	約	22.6 万円/月
30,000円	約	23.6 万円/月

指定難病・障害者医療費助成なし

70歳未満			70歳以上		
限度額適用認定証			後期高齢者・高齢受給者証		
才	約	23.6 万円/月	1・2割	約	28.3 万円/月
工	約	28.3 万円/月	3割Ⅰ	約	31.5 万円/月
ウ	約	31.5 万円/月	3割Ⅱ	約	40.0 万円/月
イ	約	40.0 万円/月	3割Ⅲ	約	48.5 万円/月
ア	約	48.5 万円/月	非課税世帯・標準負担額減額適用認定証		
			Ⅰ	約	20.5 万円/月
			Ⅱ	約	22.6 万円/月

障害者医療助成あり

70歳未満			70歳以上		
限度額適用認定証			後期高齢者・高齢受給者証		
才	約	20.1 万円/月	2割	約	22.5 万円/月
工	約	22.5 万円/月	3割	約	22.5 万円/月
ウ	約	22.5 万円/月	非課税世帯・標準負担額減額適用認定証		
イ	約	22.5 万円/月	Ⅰ	約	19.0 万円/月
ア	約	22.5 万円/月	Ⅱ	約	20.1 万円/月

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。



1次審査（書類審査）

- 審査可となりましたら、事前面談に進みます。



2次審査（面談・申込書受付）

- 面談・院内見学を行います。面談の結果を踏まえ、審査可となりましたら、待機となります。



待機・入院日程調整

- 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。



入院日の案内

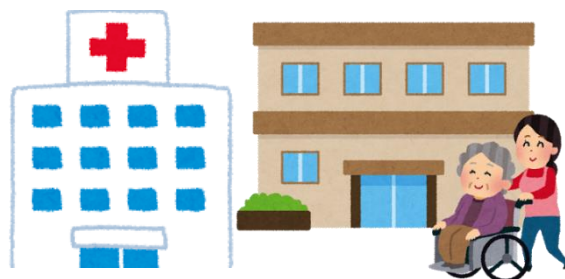
- 入院日が調整出来次第、入院中の医療機関にご連絡いたします。
（ご家族都合や、ご病状・処方内容の変更がないか確認いたします。）



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。



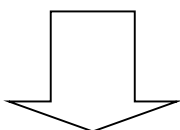
当院におけるリハビリテーションの流れ

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

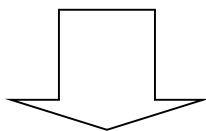


ケア・カンファレンス
※ 治療方針の決定・ケアプランの作成



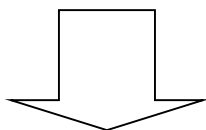
リハビリテーションの開始（入院翌日より）

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

<障害者等施設病棟・特殊疾患病棟>
入院後3週目・その後適宜実施します。



退院（自宅・施設・病院など）

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）
認印（ご本人・ご家族の苗字）
入院時保証金 10万円 （入院時預り証発行し、退院時に精算します）
入院申込書、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・パジャマ・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

○お持物ではございませんが、入院当日は以下の書類のご提出をお願いします。

入院費支払誓約書兼身元引受保証書 *身元引受人と保証人（2名）のお名前をご記入いただきます。 *当日のご記入が難しい場合は、該当者様が後日ご記入にいらしてください。
自動振替サービス確認書 *入院費用の引き落としに使う口座が分かるものと銀行印をご準備下さい。

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5枚)

① 入院申込書

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

ID: 未 : 済

入院申込書

申込日: 年 月 日 再申込日: 年 月 日

患者さま	ふりがな			性別			
	氏名	様		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所 電話番号	〒 - 都道府県		電話番号	()		
現在の居場所	①入院又は入所中 事業所名 () ②自宅						
かかりつけ医 又は受診先	・病院名 診療科 () 病名 () ・病院名 診療科 () 病名 ()						
医療保険	国民保険 (本人・家族) / 健康保険 (本人・家族) / 共済 (本人・家族) 退職者 / 高齢受給者/後期高齢者/生活保護/労災 (業務・通勤) 自倍 (自由診療・第三者行為)						
介護保険	申請 (未・済) / 認定 (未・済) → 要介護度 (要支援・1・2・3・4・5) 認定日: 年 月 日 / 有効期限: 年 月 日						
	ケアマネジャー	いる 事業所名 () 氏名 () 電話番号 () いない					
身体障害者手帳	無・申請中・有	種 級 障害名 () 交付日: 年 月 日					
特定疾患	無・申請中・有	疾患名: 有効期限:					
プライバシー	希望病室	大部屋 (4人部屋) ・ 2人部屋 ・ 個室 ・ 特別室					
	リストバンドの着用	(あり・なし) 廊下への表示 (あり・なし)					
身元引受人	ふりがな			続柄	年齢	職場名	
	氏名	様				職場 電話番号 ()	
	住所 電話番号	〒 - 都道府県		電話番号	() 携帯等 ()		
備考	世帯状況	同世帯・別世帯	就労状況	フルタイム・パートタイム・無職			
ご家族など	ふりがな			続柄	年齢	自宅 ()	
	氏名	様				電話番号 携帯等 ()	
	備考	世帯状況	同世帯・別世帯	就労状況	フルタイム・パートタイム・無職		
	ふりがな			続柄	年齢	自宅 ()	
	氏名	様				電話番号 携帯等 ()	
備考	世帯状況	同世帯・別世帯	就労状況	フルタイム・パートタイム・無職			
審査 (当院記載)							
<発症日: 年 月 日 / 手術日: 年 月 日>						結果	
1) 脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)・脊髄損傷・頭部外傷・脳腫瘍・脳炎・急性脳症・脊髄炎・多発性神経炎・多発性硬化症など						① 回復期リハビリ病棟	
2) 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の骨折						② 医療療養病棟	
3) 外科手術又は肺炎後の廃用症候群						③ 障害者病棟	
4) 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷						④ 特殊疾患病棟	
5) 股関節又は膝関節の置換術後の状態						⑤ 緩和ケア病棟	
6) 前4)号に準ずる状態 ()						⑥ その他 ()	
7) 神経難病・難病 ()						⑦ 不可	
8) 既往症・合併症等 (HT・DM・Af・認知症・高次脳機能障害) ()						審査医	
9) 状況 (気切・酸素・吸引・NG・胃ろう・中心静脈栄養・褥瘡) ()							
10) その他 ()							
備考						算定期限	
						年 月 日	
入院日	到着時間	病棟	病室	主治医			
年 月 日 ()		階					

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

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

問診表 1/3

(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っております。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

```

            graph TD
            subgraph Family1 [Family 1]
            M1[70歳 男性] --- F1[66歳 女性]
            end
            subgraph Family2 [Family 2]
            M2[88歳 男性 死亡] --- F2[62歳 女性]
            F2 --- M3[40歳 男性 仕事あり]
            F2 --- F3[38歳 女性 主婦]
            end
            
```

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

問診表 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) アレルギーの有無（食べ物・薬）：
無・有／食べ物・薬（内容： ）
- d) 喫煙の有無（年齢・本数）：
無・有（ 歳まで、 本／1日 ）
- e) 飲酒の有無（頻度・量）：
無・有（ 歳まで、 合／1日 ）
- f) 職業（現職・退職前の職業）：
- g) 趣味・興味のある話題：
- h) 宗教（治療に関わる場合）：
- i) 血縁関係（両親・兄弟姉妹・子供）にある方の病気の有無
- | | | | | |
|-------|----|---|-----|---|
| 高血圧 | ：有 | 無 | （続柄 | ） |
| 脳血管障害 | ：有 | 無 | （続柄 | ） |
| 糖尿病 | ：有 | 無 | （続柄 | ） |
| 高脂血症 | ：有 | 無 | （続柄 | ） |
| 心疾患 | ：有 | 無 | （続柄 | ） |
| 不整脈 | ：有 | 無 | （続柄 | ） |
| がん | ：有 | 無 | （続柄 | ） |

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

問診表 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。以下のあてはまる所に

○をつけてください。(複数回答可)

Q1、身の回りのことについてお尋ねします。

- ① 身の回りのこと全てが自立していた
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、今の患者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：当院への入院・リハビリ・看護・介護に対する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。以下のあてはまるものに○をつけて下さい

自宅 老人ホームなど 病院 未定

②できる限り自宅へ退院できるよう支援いたします。

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6：入院中、また退院された後、主となる介護者の方は、どなたになりますか。

質問7：退院される住居の状況について教えてください。

- ・ 建物：一軒家・マンション・アパート／持ち家・賃貸
- ・ 築年数：築 _____ 年・ 居住階数： _____ 階 ・ エレベータ：有・無
- ・ 道路から玄関までの段差：有・無 ・ 手すり設置：有・無
- ・ 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ことなどご自由にご記入ください。

お預かりした個人情報には当院の診療・ケア支援にのみ活用し、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



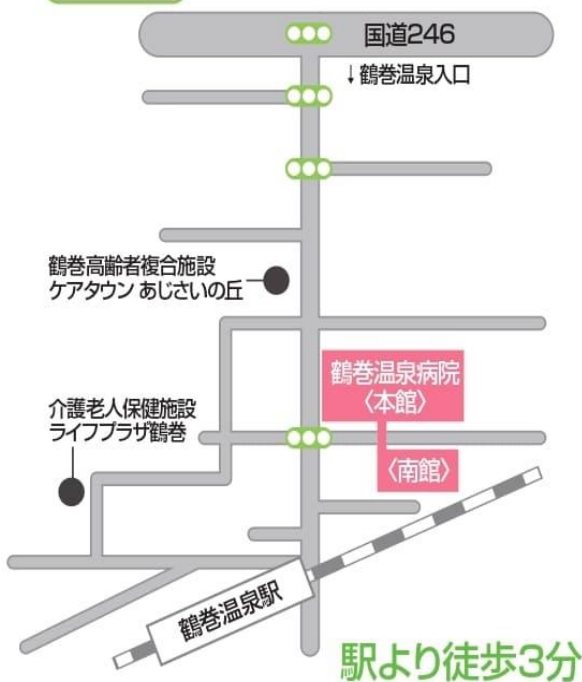
● 電車でお越しの場合



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

近隣地図



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 ☎ 0120-250-646
(バイシエント・ベル)

入院費支払誓約書兼身元引受保証書

書き方見本

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院 病院長殿

見本

(入院日)
西暦 年 月 日

入院費支払誓約書兼身元引受保証書

鶴巻温泉病院に入院するにあたり、支払責任者は患者と連帯して入院費を指定日までに支払う義務を負い、連帯保証人はこれを連帯して保証します。
また、患者の身元に関する一切の事項について、身元保証人と連帯保証人が連帯して責任を負います。

ID()

① 患者本人	フリガナ	ツルマキ タロウ							
	氏名	鶴巻 太郎							
	生年月日	西暦	1971	年	1	月	1	日	性別

①患者さんについての情報をご記入ください。

自署してください

② 支払責任者 /身元保証人	フリガナ	ツルマキ ハナコ		続柄	妻
	氏名	鶴巻 花子			
	住所	〒299-0000 秦野市〇〇〇11-1111			
	電話番号	0463-11-1123	携帯番号	090-1211-1121	
	勤務先	鶴巻株式会社			
	勤務先住所	〒399-0000 〇〇市〇〇〇〇1111-11			
	勤務先電話番号	0123-45-6789	部署名	〇〇課	
	年間の収入額	*連帯保証人がいない場合のみ記載 主たる収入 : 年金・給与・不動産・その他() 円			

②身元を引受け、費用の支払いや病院との連絡の窓口になる方をご記入ください。

代筆者氏名

理由

③

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()

続柄

③『②と④の欄に自署できない場合』にご記載ください

自署してください

④ 連帯保証人	フリガナ	ツルマキ ジロウ		続柄	次男
	氏名	鶴巻 次郎			
	住所	〒499-0000 △△市△△111-111			
	電話番号	0123-56-7890	携帯番号	080-1111-1111	
	勤務先	鶴巻秦野産業株式会社			
	勤務先住所	〒599-0000 △△市△△22-2222			
勤務先電話番号	0020-11-2345	部署名	□□課		

④支払責任者の方が、支払うことが出来なくなった場合に、代わりに支払う方になります。

*連帯保証人は鶴巻温泉病院に対し、患者の入院に係る一切の費用の債務を極度額¥1,000,000円の範囲内で連帯して保証する。

代筆者氏名

理由他

③

鶴巻 花子

続柄

⑤

母

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()

連帯保証人になることを伝達して承諾を得た方法()

電話で確認

(退院日)
西暦

年 月 日

⑤連帯保証人からみた続柄をご記入ください。(※患者本人からみた続柄ではありません。)

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 入院費支払誓約書兼身元引受保証書

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院 病院長殿(入院日)
西暦 年 月 日

入院費支払誓約書兼身元引受保証書

鶴巻温泉病院に入院するにあたり、支払責任者は患者と連帯して入院費を指定日までに支払う義務を負い、連帯保証人はこれを連帯して保証します。

また、患者の身元に関する一切の事項について、身元保証人と連帯保証人が連帯して責任を負います。

ID()

患者本人	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	西暦	年	月	日	性別

自署してください

支払責任者 /身元保証人	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
	勤務先				
	勤務先住所	〒			
	勤務先電話番号		部署名		
	年間の収入額	* 連帯保証人がいない場合のみ記載 主たる収入 : 年金・給与・不動産・その他() 円			

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

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()

自署してください

連帯保証人	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
	勤務先				
	勤務先住所	〒			
	勤務先電話番号		部署名		

*連帯保証人は鶴巻温泉病院に対し、患者の入院に係る一切の費用の債務を極度額¥1,000,000円の範囲内で連帯して保証する。

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

理由他 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()
連帯保証人になることを伝達して承諾を得た方法()(退院日)
西暦 年 月 日

あなたらしく、その人らしく人生の最後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に入りました。

当院では、これを受け、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」を作成いたしました。

この「事前指示書」は、万が一の時に起こってしまった場合の延命治療とは、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もらう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、全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
病院長 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ムカルに押して、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。



経鼻経管栄養

2. 経鼻経管栄養

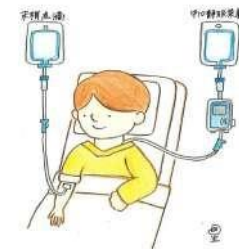
流動食を鼻から挿入したチューブから入れる。2週間に1度程度交換。抜けやすく入れ替えが必要なため、老人ホームや介護施設では受け入れてくれないところもある。



胃ろう

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。



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しましょう。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○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）
 - ⑤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○をつけてください。複数でもかまいません。

- 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）から高カロリー点滴を入れてほしい。
- 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○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○をつけてください

- 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。

その他ご希望や言つ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）：_____（） _____（） _____（）

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○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うとき ※ 当てはまるものに○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)から高カロリー点滴を入れてほしい。()
- () 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

最期を迎えたい場所はどこを希望されると思いますか？ ○をつけてください。

自宅() 病院() 今いる施設() その他()

自宅や施設で容態が急変した時 当てはまるものに○をつけてください

- 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