

# 地域包括ケア病棟 レスパイト入院のご案内

\ レスパイト入院を知っていますか？ /

介護疲れで  
少し  
休みたい…



旅行に  
行きたいな…



冠婚葬祭の時  
介護を  
どうしよう…



## I レスパイト入院とは

- レスパイト (Respite) とは、「一時的中断」「休息」「息抜き」という意味です。
- 常時医療管理が必要な方が在宅で療養されており、介護者の事情（病気や事故・冠婚葬祭・旅行など）や介護者が肉体的・精神的な負担により疲れを感じた際に、期間を設けた短期入院の受入れを行い、介護者の負担軽減（息抜き）を目指す仕組みです。
- 在宅療養を支えておられるご家族を少しでも支援できるよう、「在宅医療の継続を支援する入院（レスパイト入院）」の受け入れを行うものです。
- 一時的に在宅での介護が困難になった場合などお気軽にご相談ください。

## II 当院でお受けできる対象の方

- 「在宅主治医（かかりつけ医）」から要請があり、自宅や施設等の退院先が決まっている方。
- 血液透析・胃ろう・酸素吸入・吸引・点滴・インスリン注射などの医療管理を必要とし、在宅で常時介護が必要な方、及び介護保険によるショートステイが困難な方。  
※ ただし、精神疾患の方、及び認知症で問題行動のある方（不穏、徘徊、暴言・暴力等）並びに神経難病の方で、当院での対応が困難と思われる場合は、対象とならないことがあります。

## III ご利用方法（お申し込みの前に必ずお読みください）

### 1 入院期間について

- 1回の入院期間は、原則として14日以内ですが、介護者の事情によりご相談に応じます。ただし、次回の利用可能な期日は1ヶ月経過後とさせていただきます。
- レスパイト入院は、地域包括ケア病棟入院と同じ扱いになります。したがって、繰り返しの入院により、地域包括ケア病棟の利用日数の合計が60日を超えるような場合には、3ヶ月の間隔をあけたのちにご利用いただけます。
- 他の患者さんにご迷惑となるような行為があった場合や、主治医の指示に従えない場合等、入院継続が困難になる場合には、予定期間より短期間になる場合があります。



## 2 入院病棟について

- 入院病棟は、原則として、地域包括ケア病棟となります。
- 入院日は、月曜日から金曜日の平日とさせていただきます。
- 症状が急変し治療が必要になった場合には、急性期病棟に転棟もしくは、専門医のいる病院に転院していただくことがあります。
- 病室の稼働状況により、入院日やお部屋などのご希望に添えない場合があります。

## 3 留意いただきたい点

- ショートステイなどとは異なり、医療保険を利用し、医療体制でのケアとなります。
- 急性期治療や検査を目的とした入院ではありません。原則として、継続的に実施が必要なバイタルチェックや検体検査等を除き、新たな治療や検査、専門科での診察は行いません。
- 入院の際は、処方薬確認のため、お薬やお薬手帳をご持参ください。また、ご使用中のPEGやストマ等の医療材料もご持参願います。

## IV レスパイト入院のお申込み方法

- お申し込みは「在宅主治医（かかりつけ医）」「居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）」などからの予約申し込みが必要です。ご家族からでも受け付けます。お気軽にご相談ください。
- 入院の予約は、入院希望日の1週間前までに、地域連携室にお申し込みください。  
申し込み時は、「レスパイト入院申込書（別紙の様式）」と「診療情報提供書（在宅主治医からの任意の様式）」をFAXしてください。（FAX 番号：0166-27-8001）
- 急遽、レスパイト入院をご希望される場合は、地域連携室にご相談下さい。必要に応じて、事前に面談をさせていただきます。

## V 入院費用について

- 入院費用は、通常の入院と同じく、医療保険による請求となります。
- 病衣（病院貸与のもの）紙おむつなどについては、実費相当分をご負担いただきます。
- 医療費については、「高額医療費」や「自己負担限度額」など、患者さんの年齢・所得・世帯状況により、各種の負担額軽減措置が設けられています。あらかじめ関連する保険制度等のご確認をお願いいたします。

## VI お申し込み・問い合わせ先

### 医療法人社団 慶友会 吉田病院

地域連携室

電話 : 0166-25-9661

FAX : 0166-27-8001

E-Mail : i-renkei@keiyukai-group.com

※ 平日の午前8時30分～午後5時



医療法人社団 慶友会 吉田病院  
YOSHIDA HOSPITAL

# 地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

吉田病院 地域連携室

FAX: 0166-27-8001

ID:

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
患者氏名				年 月 日( 歳)
住所	〒			TEL:
緊急連絡先	氏名:	続柄:	TEL:	
かかりつけ医療機関名	医師名:			
病名(主病名)				
入院希望理由				
入院希望期間	年 月 日( ) ~ 年 月 日( ) *14日以内			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅輸液 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他 ( )			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり	
	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥		副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	注入食(商品名:		注入回数: 回/日)	
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ			
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル 最終交換日 ( 月 日 )			
移動・身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> 寝たきり 褥瘡予防マット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
精神状況など	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動など ( )			
要介護認定 または障害区 分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中			
	<input type="checkbox"/> 障害区分( )			
担当 ケアマネジャー	事業所:			TEL:
	担当者:			
申し込み者名				
備 考				

2024.10

\*ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。