

地域包括ケア病棟 レスパイト入院のご案内

レスパイト (respite) とは「息抜き・休息・一時中断」という意味の言葉です。

レスパイト入院「在宅介護における、介助者のサポートのための入院」の受け入れをおこなっております。在宅環境の整備（例えばベッドの搬入、バリアフリーリフォームなど）や介護者の休息、旅行、冠婚葬祭などの事情により一時的に介護が困難となった場合などにご利用いただくことが可能です。個別の事情などを含めまして、どうぞお気軽にご相談ください。

<対象>

- ◆在宅介護中で、ご自宅にお戻りいただく方
- ◆医療処置（褥瘡処置、酸素吸入、痰吸引、経管栄養、気管切開、点滴）などのため、介護保険施設の利用が難しい方

<入院期間>

- ◆1回の入院期間は、数日から14日程度です。（連続しての更新はできません）
次回のご利用は3か月経過後とさせていただきます。

<入院費用>

- ◆入院費は「地域包括ケア病棟入院料」で算定されます。
- ◆食事・オムツ・アメニティ・差額ベッド代など保険診療対象外の費用は別途必要です。

<その他、お願い>

- ◆入院日につきましては、月曜日から金曜日の平日とさせていただきます。
- ◆入院の際は、お薬をご持参ください。
- ◆急性期治療や検査を目的とした入院ではありませんので、原則として、治療や特殊な検査、各専門科の診療は行うことができません。
- ◆入院中に病態が変化した場合は、医師の判断により検査や治療などの急性期対処が必要となる場合があります。
- ◆患者様の状態によって入院継続が困難な場合は、予定より短期間となる場合があります。
- ◆ショートステイなどとは異なり、医療保険を利用した入院であり、医療体制でのケアとなります。自宅やショートステイにおけるケアやリハビリテーションなどと同等のケアは提供できない可能性があります。

<入院のお申込み>

- ◆入院希望の際は、医療連携室へお申込み下さい。
- ◆申し込みは、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアプラン事業所よりお願い致します。
- ◆お申込み時は、診療情報提供書と地域包括ケア病棟（レスパイト）入院申込書をFAXしてください。
- ◆地域包括ケア病棟入院判定会議で検討し、迅速にお申込者へご返答いたします。
- ◆病棟運営の状況により、受け入れが困難となる場合があることをご了承ください。

地域包括ケア病棟(レスパイト)入院申込書

氏名	男 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別と施設名)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・腸瘻・経鼻) 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"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 胃管チューブ 食事形態(主食: 副食:) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
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"/> フォーレカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 その他()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) その他()		
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良睡 <input type="checkbox"/> 不眠(夜間せん妄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)) 眠剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし		
感染症	<input type="checkbox"/> なり <input type="checkbox"/> あり()		
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり() <input type="checkbox"/> その他()		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋(1日7,560円) <input type="checkbox"/> 個室(1日32,400円)		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援(1 ・ 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
または障害区分	障害区分()		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()		
ケアプラン作成者	事業所名: 担当者名: 電話番号:		
そのほか			

令和 年 月 日

送信元: