



江戸川メディケア病院 レスパイト入院のご案内

レスパイト入院とは

レスパイトとは、「小休止」「一時預かり」といった意味を持つ言葉です。自宅に帰ることが基本です。短期利用のレスパイト入院は、介護をする方・介護を受ける方の日常のストレスを軽減させることが目的です。具体的には、冠婚葬祭、介護されている方の病気・入院、出産、旅行などの際にご利用いただけます。一時的に在宅での介護が困難な状況となった時は、江戸川メディケア病院へご相談ください。

◆ レスパイト入院の内容と期間

「双方の休息」が目的のため、原則治療や検査は行いません。
1回あたりの入院期間はおおむね2週間です。(応相談可能です。)

◆ ショートステイとレスパイト入院の違い

ショートステイでは、胃ろう・酸素吸入・吸引・点滴・インシュリン注射などの医療が必要な方は対応が困難となりますが、病院でのレスパイト入院は対応が可能です。

◆ 費用について

◎ 医療保険を利用します。

- 1割負担の方が14日間利用した場合、約6万円程度かかります。
- ※入院費減額制度(限度額認定証)を利用の方は、その制度に準じます。
- ※おむつなどのアメニティーを利用される方は、別途料金が掛かります。
- ※お薬手帳をご用意ください。

当院レスパイト入院のメリット

- ◎ 病気の悪化や変化に迅速に対応できます。
- ◎ 入院時の送迎はご相談ください。

相談窓口

お電話またはFAXにてご連絡ください。

[TEL] 03-6657-8175

[FAX] 03-6657-8197 (担当) 地域連携室・医療福祉相談室

ご不明な点がございましたらいつでもお問合せください。

レスパイト入院までの流れ

①

レスパイト入院依頼、◎月◎日から□□日間の依頼。(期間は1日～約2週間くらいです)
担当ケアマネージャー、かかりつけ医、熟年相談室、ご家族どなたからでも受付可能です。



②

江戸川メディケア病院でレスパイト入院の申し込みを行います。

※ 必要書類を [FAX] 03-6657-8197 で送信してください。

初回利用の方

<FAXする書類> (1) レスパイト入院申込書、(2) 診療情報提供書 (かかりつけ医が当院でない場合)、(3) ADL表

2回利用の方

<FAXする書類> (1) レスパイト入院申込書、(2) ADL表 (身体の状況が変わらなければ不要)

※ レスパイト入院申込書と、ADL表は、当院ホームページよりダウンロード可能です。



③

病院側の予定確認・調整後、担当者より患者様担当の方へ
お電話またはFAXで 確定日 をお知らせ致します。

よくあるご質問 Q & A

Q. レスパイト入院の申し込みはどのように行うのですか？

A. 担当ケアマネージャー、かかりつけ医、熟年相談室、ご家族からでもお受け致します。
まずはお電話でお問合せください。

Q. レスパイト入院は絶対14日間入院しないといけないの？

A. 原則で14日間までとなります。ご都合の良い日数をお伝えください

Q. 在宅療養で服用している薬はどうしたらいいですか？

A. 在宅療養で服用している薬剤、ストーマ等の医療器材は入院日数分お持ちください。

Q. どのくらい前に相談したらいいですか？

A. 急なご相談でもご対応できる場合がありますので、ご相談ください。

Q. 定期的にレスパイト入院をすることはできますか？

A. レスパイト入院の日数が通算60日を超えると、最後の退院日より3ヶ月間利用できなくなります。
(患者様の病状で異なる場合がございます)施設ショートステイ等を上手に併用することをおすすめ
します。なお、60日間の計算方法は以下の通りです。

60日間の計算方法例

1回の入院期間は、原則14日以内です。(例) 1ヶ月に14日間毎月利用すると4ヶ月で56日間、残り4日間 (合計60日)。

1月	2月	3月	4月	5月	6月～8月	9月
14日間利用	14日間利用	14日間利用	14日間利用	4日間利用	通算60日以上 3ヶ月利用不可	14日間利用

レスパイト入院申込書

江戸川メディケア病院 (FAX) 03-6657-8197

医療機関名 :
ご担当者名 :
電話番号 :
F A X :
申込日 : 令和 年 月 日

ご利用者名	様
生年月日	M・T・S・H 年 月 日
性別	男・女
住所	〒
電話番号	(自宅): (携帯):
レスパイト期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
身体状況	自立・車椅子・杖・ベッド上・その他
介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
キーパーソン氏名・電話	氏名: 電話: 携帯:

初めてのの方はかかりつけ医からの診療情報提供書・ADL評価表をお願いします。
再利用の方でADLの変化がある場合は、再度ADL評価表の作成をお願いします。

- ◆レスパイト入院を利用する際は、
地域連携室にご連絡のうえFAXをお願いいたします。
 - ◆平日入院・平日退院となります。
 - ◆入院時必要物品
 - 保険証 処方薬 (利用日数分必ずご持参ください)
 - 医療処置等に必要となる物品
 - パジャマ※1 おむつ※2 日用品※3
- (※1～3入院時必需品レンタルシステムもご利用いただけます)

江戸川メディケア病院 入退院時情報連携シート

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名 様	男 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳	身長：.....cm 体重：.....kg
緊急連絡先	① 様	続柄： 世帯： 別・同	連絡先 — —	
	② 様	続柄： 世帯： 別・同	連絡先 — —	
現病歴 既往歴	病名	年齢		受診医療機関名
			入院・手術・治療中	
			入院・手術・治療中	
入院歴	最近半年間での入院 □なし □あり (医療機関名： 病名：)			
服薬中の薬	□なし □あり ※処方内容を添付していただいてもかまいません。 薬剤名 () 内服薬の管理→ □自己管理 □家族管理 □その他 () お薬手帳→ □なし □あり 内服状況→ □処方通り内服 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い			
退院後の世帯状況	□自宅 (独居 ・ 高齢者世帯 ・ 子と同居 ・ その他) □施設 □未定 <退院後の施設入所について> □申込済 施設名 () □申込未・検討中			
介護保険	□未申請 □区分変更中 □新規申請中 □非該当 □要支援→ (1 ・ 2) □要介護→ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
社会福祉サービス	□介護保険 □障害者手帳 □指定難病 □生活保護 □訪問介護 □訪問看護 □訪問リハビリ □訪問入浴 □訪問診療 □デイサービス □デイケア □ショートステイ □在宅改修 □配食 □その他 ()			
居宅介護支援事業所	事業所名 () 連絡先 () ケアマネージャー ()			
アレルギー	□無 □有 (薬品→ 造影剤・内服薬・注射薬・軟膏) (食べ物→) (その他→)			
アルコール	□無 □飲む (mL/日)	たばこ	□吸わない □現在吸っている (本/日 年) □以前吸っていた (本/日 年)	
感染症	□無 □有 ()			

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	1日 () 食 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 制限食 () kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻 ・ 経鼻) CV・ポート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 端坐位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ			
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル () Fr / 挿入 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便秘時の対応 () 排尿 日中 () 回 夜間 () 回			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> 腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (総 ・ 部分)
活 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<移動手段> 移動： <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 運動機能障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 転倒転落歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 衣服着脱： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 麻痺： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 褥瘡： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 視覚障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (眼鏡 ・ コンタクト) 聴覚障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (補聴器 → 無 ・ 有) 言語障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	コミュニケーション	構音障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難			
意識 精神状態	行動・心理状態・認知機能低下・認知症の有無など <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話の繰返し <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 暴言				
入院前に実施 している 医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痛みの管理 (薬品名) → (投与時間) <input type="checkbox"/> 気管切開 チューブのサイズ () → 交換予定日 (年 月 日頃) <input type="checkbox"/> インスリン (薬品名 単位： <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人に ついて	(趣味・興味・関心ごと) (入院前の本人の生活に対する意向) (入院前の家族の生活に対する意向)				
その他					