



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。

◆ 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。（部屋代は含まない）

※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。

※食事代（1食510円1日3食14日間で21,420円）

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。

* 注意事項 *

- ・他の患者さんに迷惑となる行為があった場合など、入院継続が困難となる場合があります。
- ・ベッドの空き状況により、お部屋や入院期間など、ご希望に添えない場合があります。

相談窓口

お電話またはFAXにてご連絡ください。

[TEL] 03-3657-1181（代）

[FAX] 03-5876-7710（担当）患者支援センター 入退院支援室

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] 03-5876-7710** 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) 入院時情報連携シート

2回利用の方

<FAXする書類> (1) レスパイト入院申込書 (2) 入院時情報連携シート (身体状況が変わらなければ不要)

※ レスパイト入院申込書と、入院時情報連携シートは、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) 03-5876-7710

事業所名又は

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
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・入院時情報連携シートをお願い
します。再利用の方でADL（日常生活動作）の変化がある場合は、再度入院時
情報連携シートの作成をお願いします。

◆レスパイト入院を利用する際は、

入退院支援室にご連絡のうえ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

☐保証金 ☐印鑑 ☐おくすり手帳

☐保険証 ☐処方薬（利用日数分を必ずご持参ください）

☐医療処置等に必要となる物品（利用日数分を必ずご持参ください）

☐パジャマ※1 ☐おむつ※2 ☐日用品※3 ☐くつ

（※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 患者支援センター 入退院支援室

〒133-0071 東京都江戸川区東松本2丁目14-12 電話：03-3657-1181（代）

江戸川メディケア病院 入院時情報連携シート

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏 名	----- 様		男	明治・大正・昭和・平成	身長：-----cm
			女	年 月 日生 歳	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・手術・治療中		
家族構成	□独居 ・ 高齢者世帯 ・ 子と同居 ・ その他（ ）				
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				
介護保険	□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 □訪問リハビリ □訪問入浴 □福祉用具（ ） □デイサービス □デイケア □ショートステイ □住宅改修 □配食 □その他（ ） □訪問診療 医院名： _____ TEL： _____ □訪問看護ステーション 事業所名： _____ TEL： _____				
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	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	1日 () 食 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 普通食 ☐ 軟飯 ☐ ソフト食 ☐ ミキサー食 ☐ ひとくち大 ☐ 不明 ☐ 制限食 () kcal ☐ 経管栄養 (胃瘻 ・ 経鼻) ☐ 端坐位 ☐ ベッドアップ			
	嚥下状態	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる		とろみ ☐ 有 ☐ 無	
排 泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ リハビリパンツ ☐ オムツ ☐ ストマ ☐ ウロストミー ☐ 膀胱留置カテーテル () Fr / 挿入 ☐ 尿器 ☐ 便秘時の対応 () 排尿 日中 () 回 夜間 () 回 / 排便 () 回			
入 浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	☐ 入浴 ☐ シャワー浴 ☐ 全身清拭 ☐ 機械浴	☐ 腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	義歯： ☐ 無 ☐ 有 (総 ・ 部分)
活 動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	<移動手段> 移動： ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー 運動機能障害： ☐ なし ☐ あり () 転倒転落歴 ： ☐ なし ☐ あり () 衣服着脱 ： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助 麻痺 ： ☐ なし ☐ あり () 視覚障害 ： ☐ なし ☐ あり (眼鏡 ・ コンタクト) 聴覚障害 ： ☐ なし ☐ あり (補聴器→ 無 ・ 有) 言語障害 ： ☐ なし ☐ あり			
	コミュニケーション	構音障害 ☐ 有 ☐ 無 意思疎通 ☐ 可 ☐ やや困難 ☐ 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 ☐ なし ☐ あり→ ☐ 抑うつ ☐ 幻覚・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不眠 ☐ 作話 ☐ 昼夜逆転 ☐ 同じ話の繰返し ☐ 大声 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 物忘れ ☐ 見当識障害 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 暴言				
入院前に実施 している 医療行為	☐ なし ☐ 在宅酸素療法 (ℓ) ☐ 痰の吸引 ☐ 自己導尿 (Fr) ☐ 褥瘡 (部位・処置方法： ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管カニューレ ☐ 自己注射 (種類： ☐ 血糖測定 ☐ 透析 ☐ リハビリテーション ☐ ペースメーカー ☐ CVポート () ☐ 痛みの管理 (薬品名： ☐ 気管切開 チューブのサイズ () → 交換予定日 (年 月 日頃) ☐ 点滴 () ☐ 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					