



# 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. 1ヶ月前までをお願いします。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

事業所名 : .....  
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	
レスパイト期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
送迎方法	車椅子 ・ 寝台 ・ その他 ( )

初めて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、

原則1か月前までに、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) 胃ろう注入品

パジャマ おむつ 日用品

江戸川メディケア病院

〒133-0071 東京都江戸川区東松本2丁目14-12

(電話) 03-6657-8175 (FAX) 03-6657-8197

# 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  
 変更日： 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 — —	
入院目的	<input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 在宅導入 <input type="checkbox"/> 看取り（DNAR確認 → 済・未） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関名： 病名： ）			
服薬中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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→ <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他（ ） お薬手帳→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内服状況→ <input type="checkbox"/> 処方通り内服 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い			
住まい	<input type="checkbox"/> 戸建て（生活スペース 階） 移動手段： <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> アパート・マンション（ 階） 特記事項：			
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 自宅（独居・高齢者世帯・子と同居・その他） <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <退院後の施設入所について> <input type="checkbox"/> 申込済 施設名（ ） <input type="checkbox"/> 申込未・検討中			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援→（ 1・2 ） <input type="checkbox"/> 要介護→（ 1・2・3・4・5 ）			
社会福祉サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 在宅改修 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬品→ 造影剤・内服薬・駐車・軟膏）（食べ物→ ） （その他→ ）			
アルコール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 飲む（ ml/日）	たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 現在吸っている（ 本/日 年） <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（ 本/日 年）	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）			

