

地域包括ケア病床 レスパイト入院のご案内

在宅療養をされている患者様がいらっしゃるご家庭で、在宅環境の整備や介護者の休息、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に当院のレスパイト入院をご利用頂くことができます。

＜レスパイト入院の対象となる患者様＞

- 退院後、ご自宅、または居宅系介護施設（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホームなど）に戻られる方。
- 褥瘡処置、たん吸引、麻薬管理、胃瘻、気管切開、点滴、在宅酸素などの医療的処置を行っていて、介護保険による施設でのショートステイが利用困難な方。

＜レスパイト入院の特徴＞ ※原則として地域包括ケア病床への入院となります

- 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。（次回のご利用が3ヶ月経過後となる場合があります）
- 一般的な血液検査、レントゲン検査、投薬治療は可能ですが、治療や特殊な検査、各専門科の診療は受けることが出来ません。
- 医療保険の適用となります。入院時は保険証（必要に応じて「限度額認定証」）、お薬、お薬手帳をお持ちください。
- 食事・オムツ・アメニティセット・差額ベッド代などの費用は別途必要になります。

＜概算費用＞

	7日間	14日間
1割負担（食事代含む）	36,620円	73,680円
2割負担（食事代含む）	62,790円	125,370円
3割負担（食事代含む）	88,950円	177,050円

※退院処方が発生する場合、「地域包括ケア病棟入院料」の算定要件から外れる治療を行った場合は金額が異なります(2026年7月15日現在で算定)。

＜お申込み＞

- お申込みの際は事前に診療情報提供書と当院所定のレスパイト申込書のFAXをお願いします。
- 入院希望日の1週間前までに地域医療連携課へお申し込みください。
TEL 055-995-0132 FAX 055-992-0794
- 緊急受入希望の場合は医事課(055-992-0008)まで御連絡下さい。

裾野赤十字病院 レスパイト入院 申込書 兼 基礎情報用紙

FAX 送信先：055-992-0794

裾野赤十字病院 地域医療連携課 行

かかりつけ医療機関			
申込者氏名・職種	氏名	医師・訪問看護師・ケアマネージャー	
申込者連絡先	TEL：	FAX：	

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
病名/既往歴			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで*最長 14 日間		
入院中の緊急連絡先	①キーパーソン 氏名： (続柄) TEL：		
キーパーソン	② 氏名： (続柄) TEL：		
家族状況	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 同居家族あり () ☐ その他 ()		
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設 ()		
要介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援・要介護 (1 2 3 4 5)		
ケアマネ	事業所名： 担当者名： 連絡先：		
利用サービス	☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ショート ☐ ヘルパー ☐ 配食 ☐ 福祉用具 ☐ その他		
医療行為・処置	☐ 褥瘡処置 (部位： 処置：) ☐ 喀痰吸引 ☐ 在宅酸素 (ℓ) ☐ 気管切開 ☐ 経管栄養 (胃ろう・腸瘻・経鼻) ☐ 点滴 (CV ポート) ☐ 人工呼吸器 () ☐ その他 ()		
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()		
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 主食：米飯 軟飯 全粥 ミキサー 副食：普通 粥菜 刻み ミキサー ☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし ☐ トロミ：有・無 ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 栄養剤：		
排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ カテーテル ☐ ストマ ☐ その他 ()		
清潔ケア	☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 伝い歩き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ ベッド上		
身体状況	☐ 麻痺 () ☐ 拘縮 () ☐ 言語障害 (構音障害・失語) ☐ 聴力障害 (右・左) ☐ 視力障害 (右・左)		
補助装具	☐ 眼鏡 ☐ 補聴器 (左・右) ☐ 義歯 (上・下・部分) ☐ その他 ()		
認知症	☐ 無	☐ 有 ☐ 物忘れ ☐ 徘徊 ☐ 奇声 ☐ 暴力 ☐ 暴言 ☐ 妄想 ☐ 異食行動 ☐ 不潔行動 ☐ 介護抵抗 ☐ せん妄 ☐ その他	