

在宅支援（レスパイト）入院のご案内

在宅支援（レスパイト）入院とは

常時医療管理が必要な方が在宅で療養されており、介護者の事情（病気や事故・冠婚葬祭・旅行など）や、介護者が肉体的・精神的な負担により疲れを感じた際に、期間を設けた短期入院の受入れを行い、介護者の負担軽減（息抜き）を目指す仕組みです。在宅療養を支えておられるご家族を少しでも支援できるよう、「在宅医療の継続を支援する入院」の受け入れを行うものです。

対象となる方

「在宅主治医（かかりつけ医）」から要請があり、自宅や施設等退院先が決まっている方
常時介護の必要な方
次の医療管理を必要とするなど、介護保険によるショートステイが困難な方
（気管切開、点滴、胃瘻・腸瘻等の経腸栄養、在宅中心静脈、褥瘡処置等）
※当院での対応が困難と思われる場合は、対象とならないことがあります。

ご利用について

入院期間

- ・1回の入院期間は原則として14日以内です。
ただし、次回の利用可能な期日は1～3ヶ月経過後とさせていただきます。

健康観察

- ・原則、入院予定の2週間前から健康観察をしていただきます。
（下記の「在宅支援（レスパイト）入院に関する書類」を参照）
※急なレスパイト入院に関しては、ご連絡時に健康チェックをさせていただきます。

入院病棟

- ・地域包括ケア病棟となります。
- ・入院日は、月曜日から金曜日の平日とさせていただきます。
- ・症状が急変し治療が必要になった場合には、急性期病棟に転棟もしくは専門医のいる病棟に転院していただくことがあります。
- ・病棟の状況により、入院日やお部屋などのご希望に添えない場合があります。

留意いただきたい点

- ・ショートステイなどとは異なり、医療保険を利用し、医療体制でのケアとなります。
- ・急性期治療や検査を目的とした入院ではありません。入院時の状態把握のため、採血、採尿、心電図、胸部レントゲンの検査のみ行います。原則として、新たな治療や検査、専門科での診察は行いません。
- ・リハビリテーションについては必要に応じて実施する場合があります。
- ・入院の際は、処方薬とお薬手帳をご持参願います。また、ご使用中の胃ろうやストマなどの医療材料もご持参願います。

- ・発熱や体調の変化があった場合は、入院前に連絡してください。

申し込み方法

- ①申し込みは「在宅主治医（かかりつけ医）」「居宅介護支援事業所」からの予約申し込みが必要です。在宅主治医等にご相談下さい。
- ②入院の予約は、入院希望日の2週間前までに、地域連携室にお電話でお申し込み下さい。
- ③申し込み時は、「在宅支援（レスパイト）入院申込書」と「診療情報提供書」をFAXして下さい。
- ④急遽、在宅支援（レスパイト）入院をご希望される場合は、地域連携室にご相談下さい。
- ⑤必要に応じて、事前に面談をさせていただくことがあります。

在宅支援（レスパイト）入院に関する書類

- ①在宅支援（レスパイト）入院申込書(申し込み事業所など) 別紙様式
 - ②診療情報提供書(在宅主治医から) 任意の様式
 - ③健康管理表：入院予定日の2週間前から記入して下さい。 別紙様式
- ※発熱その他症状がある場合は下記までご連絡ください※

入院費用について

- ①入院費用は、通常の入院と同じく、医療保険による請求となります。
- ②個室を希望された際には、別途室料差額が必要です。
- ③寝衣や紙おむつについては、「アメニティセット」の利用も可能です。なお、使用される場合は別途費用がかかります。
- ④医療費については、「高額医療費」や「自己負担限度額」など、患者様の年齢・所得や世帯状況などにより、各種の負担軽減制度が設けられています。あらかじめ関連する保険制度などのご確認をお願いします。

お申し込み・問い合わせ先

堀川病院 地域医療連携室

業務時間 月～金 8:30～17:00
土 8:30～13:00

住 所 〒602-0056 京都市上京区堀川通今出川上る北舟橋町 865 番地
TEL 075-417-3760 FAX 075-417-3766



在宅支援（レスパイト）入院申し込み書

フリガナ 患者氏名		生年月日	西暦 年 月 日(歳)
住所	〒	電話番号	
		緊急連絡先	
医療機関名 かかりつけ医		医師名	
		電話番号	
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	西暦 年 月 日から 月 日まで		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素(安静時 ・労作時) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容() 水分とろみ(あり・なし) 嚥下障害(あり・なし) <input type="checkbox"/> その他()		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(褥瘡マット使用 あり・なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他()		
精神状況など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
個室の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 個室料金 7700円		
要介護認定ま たは障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 障害区分()		
ケアプラン作 成事業所	事業所名：	電話番号	
		担当者	
訪問看護ス テーション	事業所名：	電話番号	

※ご入院までに上記内容に変更がありましたら、ご連絡お願い致します。

※ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望にそえない場合がありますのでご了承下さい。

所属機関名	申込者氏名	
-------	-------	--

社会医療法人 西陣健康会 堀川病院

事前問診票

記入日：令和 年 月 日

氏名：

当日の体温： °C

感染対策強化のため、問診票を作成いたしました。

○以下の項目について問診いただき「はい」の場合や、当日の朝、検温して発熱と風邪症状があれば堀川病院 地域医療連携室へお電話下さい。

○来院時はマスク着用の上お越しください。ご理解、ご協力をお願い致します。

質問A： 2週間以内に下記の症状がありましたか？

①	37.5℃以上の発熱	はい・いいえ
②	のどの痛み	はい・いいえ
③	鼻水	はい・いいえ
④	咳(せき)	はい・いいえ
⑤	痰(たん)	はい・いいえ
⑥	息苦しさ	はい・いいえ

⑦	強いだるさ(倦怠感)	はい・いいえ
⑧	臭いがわかりにくい	はい・いいえ
⑨	味がわかりにくい	はい・いいえ
⑩	吐き気・嘔吐	はい・いいえ
⑪	下痢	はい・いいえ

質問B： 当てはまるものにチェックをしてください

	質問	お答え
①	家族内(同居人)に発熱、風邪症状の方がいますか？	はい・いいえ
②	2週間以内に新型コロナウイルス感染者または濃厚接触者との接触はありますか？	はい・いいえ
③	2週間以内に府外への出張・旅行はありますか？	はい・いいえ
④	2週間以内にいわゆる「3密」の機会がありましたか？ ※3密・・・換気の悪い密閉空間 多くの人の密集する場所 近距離での密接な会話	はい・いいえ

社会医療法人 西陣健康会 堀川病院
地域医療連携室
TEL:075-417-3760
FAX:075-417-3766

入院前健康観察票

お名前

		観察開始日		開始後1日目		開始後2日目		開始後3日目		開始後4日目		開始後5日目		開始後6日目	
日付		/		/		/		/		/		/		/	
体温	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	
	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
呼吸器 症状		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・ 鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	嘔気・ 嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	全身 倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	匂いを感じ にくい	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味を感じ にくい	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他															

入院前健康観察票

お名前 _____

		開始後7日目		開始後8日目		開始後9日目		開始後10日目		開始後11日目		開始後12日目		開始後13日目		開始後14日目	
日付		/		/		/		/		/		/		/		/	
体温	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	起床時	就寝前	
	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器症状	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	
	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	匂いを感じにくい	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	味を感じにくい	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	その他																