

レスパイト入院のご案内

1. レスパイト入院とは

- ・在宅医療の継続を支援するための入院
- ・介護者の負担軽減のための入院

具体例

- ・在宅療養されており、主介護者が病気や事故、冠婚葬祭、旅行等で一時的に介護困難となった場合の受入。
- ・介護者が肉体的、精神的疲労を感じた場合の休息、息抜きを目的とした受入。

2. ご利用対象

- ・在宅で医学管理を必要としている方
(気管切開 喀痰吸引 在宅酸素 中心静脈栄養 末梢点滴 胃瘻 腸瘻 褥瘡処置等)
- ・常時の介護を必要としている方

※ 神経難病、認知症・精神疾患等により徘徊や暴言・暴力等がある方は対象外

3. ご利用方法

- ・患者さん、ご家族の方
かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所にご相談ください。
- ・かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の方
診療情報提供書(任意の様式)とレスパイト入院予約申込書(下記)を地域医療連携室宛にFAXいただき、ご相談ください。

【様式ダウンロード】

[レスパイト入院予約申込書 \(PDF形式\)](#)

[レスパイト入院予約申込書 \(Excel形式\)](#)

4. ご利用にあたって

- ・レスパイト入院は地域包括ケア病棟への入院となります。
- ・入院期間は原則 2 週間程度としております
(繰り返しの入院により累積利用日数が 60 日に達する場合には一旦、3 ヶ月の間隔を空けていただく必要があります。)
- ・原則として治療や検査、専門科での診察等を行いません。
- ・他の患者さんのご迷惑となる行為があった場合や主治医の指示に従えない場合等、入院継続が困難と判断された場合には、予定より短期間となる場合があります。
- ・症状の急変等により、治療が必要となった場合には、急性期病棟に転棟もしくは、専門医のいる病院に転院していただくことがあります。
- ・病室の稼働状況により、入院日やお部屋等のご希望に添えない場合があります。

5. 入院費用について

- ・入院費用は通常の入院と同じく、医療保険での請求となります。そのため、健康保険証や限度額適応認定証などの提示をお願い致します。
- ・個室を利用された際には、別途室料差額が必要です。
(シャワー・トイレ付き個室 税込 5,500 円)

6. お申込み・問い合わせ先

- ・ご相談やご不明な点等がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

光市立光総合病院
地域医療連携室
TEL 0833-72-1000 (代)
FAX 0833-71-2828 (直)
平日 8 時 15 分～17 時