



レスパイト入院のご案内

1. レスパイト入院とは

常時在宅介護をしている家族等の病気や事故、冠婚葬祭などの社会的事情により、一時的に在宅介護が困難な場合や介護者が肉体的・精神的負担の一時的軽減を希望された場合に、短期入院できる仕組みです。

2. ご利用できる方

原則として、病状が安定している方で、医療行為（気管切開、経管栄養、酸素療法をされている方など）を行っており、常時介護が必要で退院先が在宅の方。

3. レスパイト入院の基本ルール

- 1) 予約申し込みは、原則、入院希望日の1週間前までとなります。
- 2) 入院期間は、原則7日以内です。次回のご利用は、原則3か月後となります。
- 3) 入院日時は、平日の午後（原則）となります。
- 4) 入院中は、必要なバイタルチェック、継続的に実施が必要な検体検査等を除き、原則として画像診断・検査・治療・投薬処方を実施いたしません。
- 5) ご使用中のストマなどの医療材料及びお薬はご持参ください。
- 6) 不穏・徘徊行動が著名な方については、入院をお断りさせて頂く場合があります。
- 7) 患者さんの状態によっては、入院の継続が困難になる場合がありますので予めご了承下さい。
- 8) 入院費は、通常の入院と同じ医療保険請求となります。
- 9) 紙オムツが必要な方については、当院の紙オムツをご利用頂くことが可能です。（別途費用がかかります。）

4. 申し込み方法

ご利用希望日の1週間前までに、医療連携室までご連絡ください。

お申し込みができるのは、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアプラン事業者の方です。お申し込み時は、レスパイト入院申込書と診療情報提供書のFAXをお願いいたします。

翌日以降に、お申込者へ回答いたします。

お問い合わせ先：患者サポートセンター内医療連携室 TEL0493-71-5776（直通）FAX0493-71-5779（直通）

5. レスパイト入院概算金額

	7日間入院 (食事代：1日3食分含む)
1割負担	¥35,000 程度
2割負担	¥60,000 程度
3割負担	¥85,000 程度

- 1) 金額は、令和2年1月1日現在のものです。
- 2) 金額には、室料差額料金（個室に入院の方のみ）は含まれておりません。
- 3) 金額はあくまで目安であり、入院中に行う処置等の内容により変更となる場合があります。
- 4) 使用する保険によっては、金額が異なります。

〒355-0397 埼玉県比企郡小川町大字小川 1525

小川赤十字病院 TEL0493-72-2333（代表）