



医療法人社団 幸隆会

# 多摩丘陵病院

生きる力を支え合い、ぬくもりのある医療と看護を提供します。



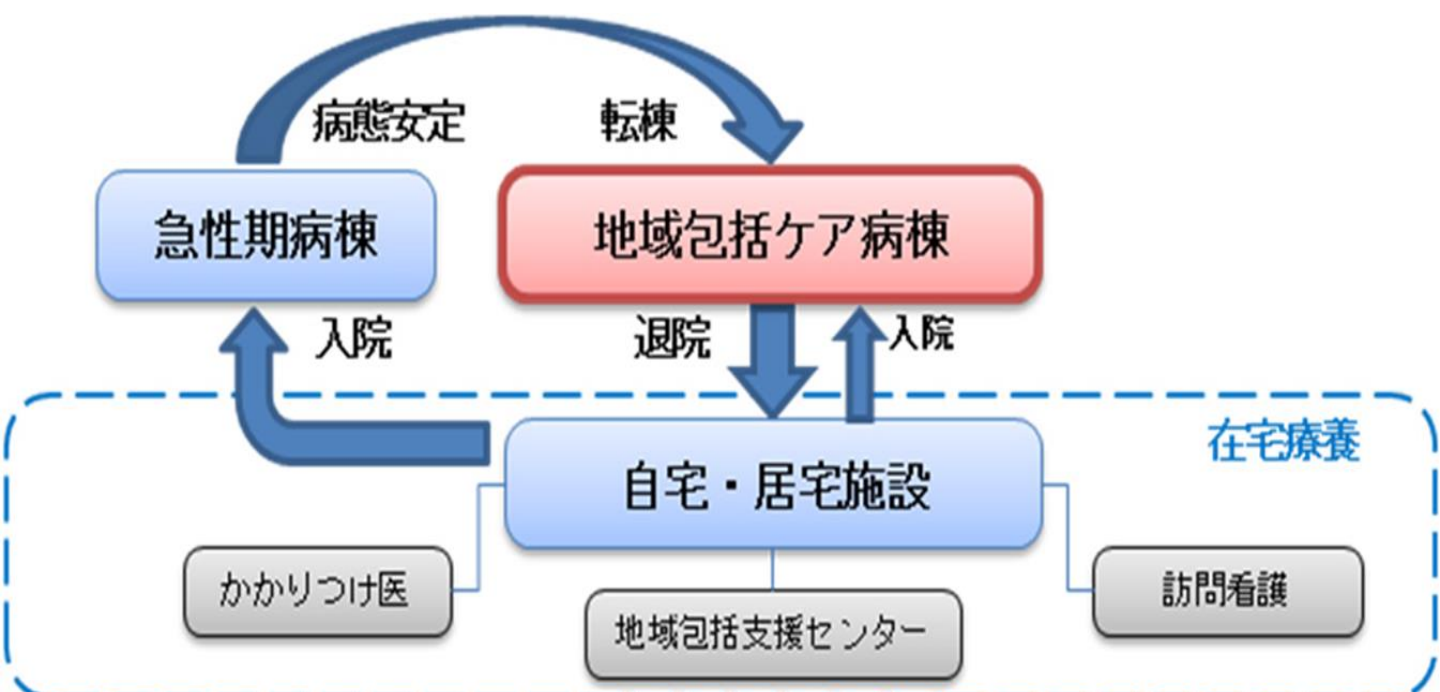
## 地域包括ケア病棟のご案内

2023/5月急性期機能につきまして、新築移転しました。

# 2023年11月より地域包括ケア病棟を開設いたしました。

急性期治療を終え、病状が安定したが、すぐに在宅復帰・施設復帰するには不安がある患者さまに対して、復帰に向けた診療、看護、リハビリテーションを行い、安心して退院していただけるように支援する病棟です。

心身が回復するよう医師・看護師・社会福祉士・介護士・薬剤師・栄養士・リハビリスタッフがー丸となり、退院支援や退院後のケアについて包括的にサポートさせていただきます。



## [受入対象となる患者さま]

主に次のような患者さまが対象です。

- 急性期治療を終え、在宅に向けてリハビリや経過観察が必要な患者さま。
- 在宅に向けて、居住環境などにもう少し準備が必要な患者さま。
- 自宅や施設から来院され集中治療の必要はないが入院が必要な患者さま。
- レスパイト入院(詳細につきましては別頁を参照ください)。

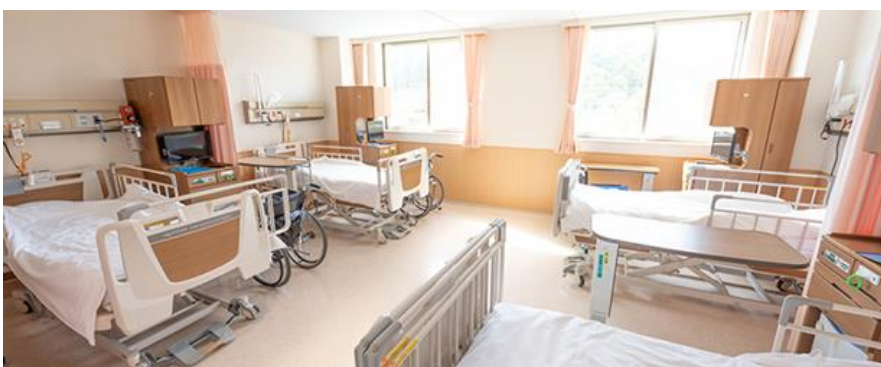
## [入院期間]

担当医から患者さまとご家族に説明させていただいてから、地域包括ケア病棟へ転棟・入院していただくこととなります。

当病棟での入院期間は、**最長60日**を限度としています。

## [入院に対する留意点]

一般病棟で行うような集中治療や特殊な検査・手術などには対応できません。病状変化により担当医が集中的な治療が必要と判断すれば、一般病棟に転棟する場合があります。また症状の程度やリハビリテーションの必要性によって、他の医療機関や施設などへ転院や退院をおすすめする場合があります。



## [お申し込みの流れ]

- 1.診療情報提供書・入院申込書（専用用紙）を記載してください。  
用紙は別頁添付
- 2.診療情報提供書・入院申込書(専用用紙) をFAXしてください。  
FAX番号：042-797-1679（地域医療連携室直通）  
※当院のスタッフより症状等の問合せをさせていただくことがあります。
- 3.判定会議  
（医師、看護師、リハビリ担当者、在宅復帰支援者等で開催）
- 4.返答（入院可否、入院予定日など）  
申込みから一週間程度で電話及びFAXにてご連絡します。  
※土日祝日等により返答が遅れる場合がありますので、  
予めご了承ください。
- 5.入院  
当日は入院窓口へお越しいただきます。

### 医療関係・介護関係のみなさまへ

○地域包括ケア病棟の申込みについては、地域連携室までご連絡ください。

多摩丘陵病院 地域連携室  
電話番号 042-797-1516 〈直通〉  
FAX番号 042-797-1679

○なお、レスパイト入院に関する申込みまたは相談は入退院支援室までお問合せください。

多摩丘陵病院 入退院支援室  
電話番号 042-797-1758 〈直通〉  
FAX番号 042-797-1679

※対応日時:月曜日～金曜日の午前9時～午後4時30分まで  
（土日祝日は、お休み）

## [入院の手続き]

### ○入院の手続きに必要な書類

- ・ 診察券
- ・ 健康保険証（後期高齢者受給者証）  
※その他、限度額適用認定証・公費医療証・労災保険等の書類をお持ちの方はご持参ください
- ・ 退院証明書  
（他の医療機関で、今回の入院日より過去3ヶ月以内の入院歴があり、発行されている方）
- ・ 入院保証金（70,000円）※現金のみになります
- ・ 入院用品レンタル申込書（セット・単品）※必要な方
- ・ 各種同意書  
（検査・手術同意書などを外来にて渡されている方）
- ・ 差額ベッド入室申込兼同意書※必要な方

### ○受付場所

- ・ 1階「入退院窓口」
- ・ 受付時間:平日 9:00～17:00  
土曜日 9:00～12:00  
※日曜祝日：休み

## [入院費]

入院費の算定は、急性期病棟とほとんど変わりありません。投薬料、注射料、簡単な処置料、検査料、画像診断料、入院基本料、リハビリテーション料は入院費に含まれます。但し、手術料等は含まれません。

## [入院時に必要なもの]

(持ち物には全て記名をお願いします)

※寝衣・タオル類につきましては、セットリースをご案内しております。

- ・ 現在服用しているお薬及びお薬説明書  
(点眼薬・貼り薬・注射などがあれば)
- ・ お薬手帳 (お持ちの方)
- ・ 洗面用具 (くし・電気カミソリなど)
- ・ 病棟内での履物  
(スリッパは脱げやすく転倒の原因になるため、履きなれたかかとのある靴)
- ・ テレビ用イヤホン
- ・ 下着類

※おむつを使用される方は、当院おむつセットを申込み下さい。

※記名なきものの紛失は責任を負いかねます。あらかじめご了承ください。

※院内における安全管理のため、危険物の持ち込みをご遠慮頂いております。

- ・ 刃物類 (爪切り、カッター、ハサミなど)
- ・ 火気類 (ライター等)
- ・ その他職員が危険物と判断したもの。

## レスパイト入院について

在宅療養されている患者様のご家族を支援するため、レスパイト入院「在宅医療を支えるための入院」の受け入れをおこないます。

### レスパイト入院とは

レスパイトとは、「一時休止」「休息」「息抜き」という意味です。

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（介護をされているご家族等の病気や事故・冠婚葬祭などの社会的事情）や介護者が疲れを感じた際等に短期入院できる制度です。

### ご利用出来る方

#### (1)介護保険による

**ショートステイの利用困難な「医療的ケア」が必要な方。**

例えば褥瘡処置、たん吸引、麻薬の管理、気管切開、胃瘻、腸瘻等経管栄養、静脈栄養、点滴、在宅酸素等を行っており、常時介護が必要な方。（家族の都合等で一時的な受入れが必要な方で、レスパイト入院期間が終了後、必ず在宅療養での受入が可能な方。）

#### (2)(1)の条件かつ「在宅医」（かかりつけ医）からの診療情報提供書や介護サービス等の情報が得られる方。

## レスパイト入院の基本ルール

- ・ 緊急(突発的)レスパイト入院については原則として対応出来ません。
- ・ 1回の入院期間は、14日以内です。
- ・ 入院する日につきましては、平日月曜日から金曜日の10時～15時とさせていただきます  
(祝日は対象外となります)
- ・ 退院先は原則として入院前の自宅又は施設が対象となります
- ・ お薬は原則として持参ください
- ・ 各種検査やリハビリについては必要に応じて実施する場合があります
- ・ 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院に転院する事もあります
- ・ 他の患者さまにご迷惑となるような行為等があった場合、入院継続が困難になる場合があります

## レスパイト入院の申込み方法

- ・ **在宅医(かかりつけ医)、ケアマネージャー等からの申込みが必要です。**  
まずは在宅医・ケアマネージャー等にご相談下さい。
- ・ **入院の予約は入院ご希望の2週間前までに、入退院支援室へご相談ください。**  
(入院前にご家族面談が必要となる場合がございますのでご了承ください)

## 申込み先

- ・ 多摩丘陵病院 入退院支援室  
電話番号 042-797-1758 (直通)  
FAX番号 042-797-1679

受付時間 <月曜日～金曜日> 9:00～16:30

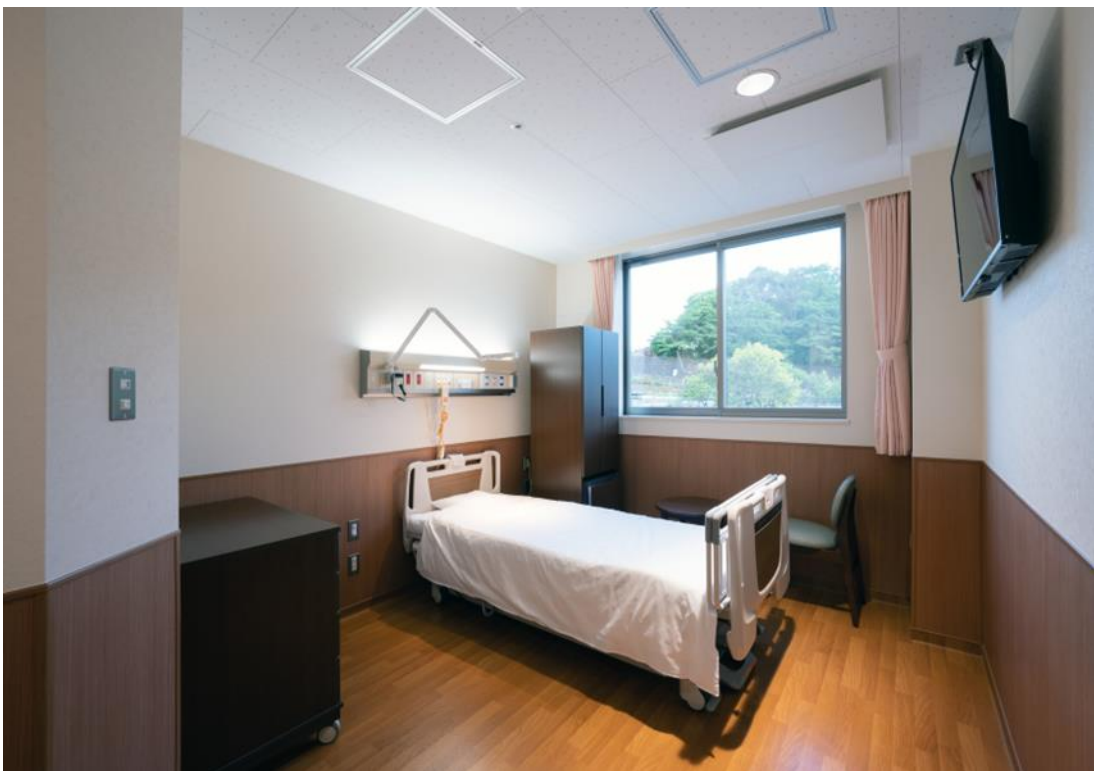


## 室料について

個室を使用される場合は、差額室料を申し受けます。  
ご希望される場合は入院申込時にご相談ください。利用状況によりご希望に添えない場合がございますので予めご了承ください。

差額室料(1日につき) 19,800円(税込)

設備;テレビ・冷蔵庫・Wi-Fi・洗面台・シャワー・トイレ



地域包括ケア病床入院申込書 (送付状不要) FAX042-797-1679

申込日 年 月 日

多摩丘陵病院 地域連携室 宛

住所： 〒194-0202  
町田市下小山田町1401  
TEL： 042-797-1516 (直通)  
FAX： 042-797-1679 (直通)

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：  
TEL：  
FAX：  
担当者：

※診療情報提供書・検査データ(感染症含む)・ADL表+本状添付しお申し込みください

フリガナ 患者氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)
住所	電話番号		
入院目的 <input type="checkbox"/> 退院調整 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> その他( )			
《 家族構成 》 同一世帯は○で囲む キーパーソンに★を付けてください		入院前生活 <input type="checkbox"/> 自宅 ( 独居 / 同居 ) <input type="checkbox"/> 施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		転帰先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ( )	
		住宅情報 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション・団地 階 ( EV <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
本人・家族の意向：			
保険情報等 ・医療保険： <input type="checkbox"/> 高齢・後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 他 ( ) → 限度額認定証 ( ) 減額認定証 ( ) ・公費負担： <input type="checkbox"/> 生活保護 ( ) <input type="checkbox"/> 特定疾病 ( <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 ( 級 ) ) ・介護保険： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 ( 調査 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ) <input type="checkbox"/> 認定あり 介護度：要支援 ( 1 / 2 ) 要介護 ( 1 / 2 / 3 / 4 / 5 ) ・その他：			
経済面：			
ケアマネージャー：事業所名 ( ) 担当者 ( ) 電話番号 ( )			
利用サービス： <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問診療 ( )			
特記事項：			

※ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません

## 地域包括ケア病棟のイメージと要件

注: 介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

