

地域包括ケア病棟 再開のご案内

令和5年6月より地域包括ケア病棟(東棟4階病棟:34床)を再開いたしました。

地域包括ケア病棟とは

「地域包括ケア病棟」とは、急性期治療を終了し、直ぐに在宅や施設へ移行するには不安のある患者さんや在宅・施設療養中から緊急入院した患者さんに対して、在宅復帰に向けて診療、看護、リハビリを行なうことを目的とした病棟です。

在宅復帰をスムーズに行うために「在宅復帰支援計画」に基づいて、医師、看護師、リハビリスタッフ、在宅復帰支援担当者(退院支援看護師・MSW)等が協力して、患者さんがご自宅や地域へ安心して戻れるよう相談・準備を行います。

対象の患者さん

- ◇ 急性期病棟で治療を終えたが、経過観察や療養、リハビリテーションが必要な患者さん
- ◇ 在宅・生活復帰のために支援が必要な患者さん
- ◇ 家族の事情で、在宅療養が一時的に難しくなった患者さん

※病状の変化により集中的な治療が必要な場合は急性期病棟に転棟していただく場合があります。

介護者の負担軽減(レスパイト)入院について

当院では病状が安定しており、介護者の事情により一時的に在宅医療が困難な方、または介護者の負担軽減目的(レスパイト)のため、地域包括ケア病棟にて短期間の入院受入れを行っています。

- レスパイトが必要な方…医療行為が必要で、福祉介護施設におけるショートステイが受けられない方など

受入れ期間

14日程度

受付窓口

かかりつけ医、ケアマネージャー、訪問看護ステーションなどを通じて地域医療連携室へご相談ください。

ご利用の際のお願い

- ◇ 入院日は原則、外来休診日を除く月～金曜日となります。
- ◇ 入院日には服用中のお薬、お薬手帳をご持参ください。
- ◇ 病棟の状況により、入院期間などご希望に添えない場合もあります。
- ◇ ご利用後、次回のご利用は3カ月経過後となります。

入院・退院までの流れ

急性期病院・病棟

在宅

居宅系介護施設など



地域包括ケア病棟へ入院(病状が安定している方)

- ・地域包括ケア病棟への入院は、院内協議の上決定いたします。
- 入院ご希望の方は、[地域包括ケア病棟入院申込書](#)のご記入およびご提出をお願いします。
- ・ご紹介による入院については、地域医療連携室にご連絡ください。



在宅・療養施設へ退院

- ・患者さんの病状や在宅サービスが整い次第退院となります。
- ・患者さんの状態や生活環境の調整を行い、主として自宅での療養をサポートします。

〒240-0195

神奈川県横須賀市長坂 1-3-2

横須賀市立市民病院

地域医療連携室

電話 046-856-3136

FAX 046-858-1826

地域包括ケア病棟（東4階）入院申込書

申込者	医療機関・事業所名： 担当者名： TEL - -		
フリガナ		レスパイト	<input type="checkbox"/> (家族・市・県・その他)
患者氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所・TEL	TEL - -		
キーパーソン	氏名： 続柄：	TEL	- -
かかりつけ医			
主病名			
希望入院期間	※レスパイト入院希望の方の入院期間は14日以内となります。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
入院目的			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
延命治療希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (機種：) <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (褥瘡マット使用： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ()		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 理由： <input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他 ()		
現状のリハ実施	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST		
食事・嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 嚥下障害： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食事の内容 ()		
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"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
家族状況	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり () <input type="checkbox"/> その他 ()		
個室希望	<input type="checkbox"/> あり C室・402号：1日 [4,950円 市内在住],[7,370円 市外在住] <input type="checkbox"/> なし		
要介護認定	要支援： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害区分			
ケア マネージャー	事業所名： 担当者名： TEL - -		
訪問看護 ステーション	事業所名： 担当者名： TEL - -		
備考			