

～短期入所のご案内～

基本情報

事業所の概要	事業所名	大崎市民病院本院
	所在地	宮城県大崎市古川穂波三丁目 8 番 1 号
	電話番号	0229-23-3311 (代表)
	FAX 番号	0229-23-5380 (代表)
	e-mail アドレス	soumu-och@h-osaki.jp
利用情報	利用定員	1 人 (短期入所)
	営業日	年中無休 ※入所は平日のみ
	サービス提供時間	24 時間
	入退所時間	午前 10 時から午後 3 時
利用対象	年齢	15 歳未満
	医療的ケアの範囲	事前診察を行った上で受け入れの可否を判断
サービス内容	居室形態	4 人部屋
	ベッド環境	ベッド (柵あり)
	利用可能な設備、レンタル品等	病衣、衛生用品、医療材料 (いずれも実費負担)
	日中活動	なし
	食事	提供あり
	入浴	状況により可
	送迎	なし
利用者負担	障害福祉サービス費	月額負担上限額の範囲内でサービス費の 1 割
	実費負担	医療費 (医療保険自己負担分) 食費、衛生用品、病衣、医療材料、文書料、持ち込み機器等の修理・廃棄
持参品	印鑑、障がい福祉サービス受給者証、健康保険証、母子手帳、お薬手帳、お薬、予定利用分の医療材料 (カテーテルなど)、衣類・パジャマなど (入所期間に見合った枚数)、日用品 (紙おむつ、ティッシュ、歯ブラシ、バスタオル・フェイスタオルなど)、その他日常使用しているもの	
その他		

重症心身障がい児 医療型短期入所事業の利用案内



大崎市民病院（短期入所事業所）

〒989-6183

宮城県大崎市古川穂波 3 丁目 8 番 1 号

TEL 0229-23-3311（代表）

FAX 0229-23-5380（代表）

1 医療型短期入所のお申込事由について

当事業所では、自宅で療養されている医療的ケアを要する重症心身障がい児等(※1)を対象に、次のような事情でご家族が介護できない場合に短期入所のお受け入れをしております。

- (1) 保護者の冠婚葬祭への出席
- (2) 保護者、兄弟等家族の病気、事故、
入院の付添い等
- (3) 母親の出産等
- (4) 保護者の休養、旅行等
- (5) その他（兄弟姉妹の学校行事参加）等



※1 当事業所では15歳以上の医療的ケアを要する重症心身障がい者等の方の短期入所は原則的にお受けしておりません。県北地域では鹿島台分院が利用可能施設となります。

2 利用することができる方

15歳未満の重症心身障がい児等のうち、大崎市、登米市、栗原市、加美郡、遠田郡に居住する方、または宮城県内に居住し医師が必要と判断した方。

3 ご利用の流れ

(1) 事前手続き

お住まいの市町の福祉担当窓口でご相談の上、「障がい福祉サービス受給者証」を受領し、「医療型短期入所」の支給決定をお受けください。

相談支援事業所等に担当者がいらっしゃる場合は、当事業所の短期入所の利用についてご相談し、利用方法等を共有することをお勧めいたします。

(2) 申し込み

ア 事前診察および利用契約

- ① 事前診察の予約が必要ですので、電話でお問い合わせください。

受付窓口：地域医療連携室（短期入所担当）

電話 0229-23-3311（代表）

受付時間：月～金午前9時から午後4時まで（祝日、年末年始除く）

② 事前診察（小児科）を行います。

診察後、ご利用できる状態と認められた場合は、重要事項説明書に基づいて説明を行い、契約いたします。

契約後、ご利用希望の際は以下イの手順で受付いたします。

イ 利用申込

① 電話または来所にてお申し込みください。

受付窓口：地域医療連携室（短期入所担当）

電話 0229-23-3311（代表）

受付日：利用希望の前々月の20日から前々月末日

受付時間：月～金午前9時から午後4時まで（祝日、年末年始除く）

② お申し込み後、利用希望の前月上旬に短期入所担当窓口から利用決定内容を連絡いたします。

4 利用可能なベッド数

小児科病棟の1床（空床型）です。
ナースステーション隣の4人部屋をご利用いただきます。状況によってはご利用ができない場合もあります。



5 入所可能な期間について

原則、初回ご利用時は1～2泊、2回目以降のご利用は4泊5日以内になります。

入所は平日のみ（土日、祝日、年末年始（12/29～1/3）を除いた日）で午前10時から午後3時、退所は休日も可能で午前10時から午後3時までの時間帯で希望により対応いたします。

6 ご利用時に準備いただくもの

- (1) 印鑑、障がい福祉サービス受給者証、健康保険証、母子手帳、お薬手帳
- (2) 現在服薬している飲み薬、坐薬など
- (3) 予定利用分の医療材料（カテーテルなど）
- (4) 衣類・パジャマなど（入所期間に見合った枚数）

(5) 日用品（紙おむつ、ティッシュ、歯ブラシ、バスタオル・フェイスタオルなど）

(6) その他、日常使用しているもの

※ 上記（2）～（6）は予定利用分より多めにご持参をお願いします。

7 入所の際の費用

(1) 利用料（障がい福祉サービス受給者証に記載されている区分ごとの限度額）

(2) 食事代（病院食の場合、1食あたり737円（食事提供体制加算に該当する場合は257円））

(3) 医療処置等について自己負担が発生する場合があります。

(4) その他、必要な実費を負担していただくことがあります。

8 ご利用にあたってのお願い

(1) 初回ご利用時は、ご家族に付添をお願いし、ご自宅でのケア方法を伝達していただくこととしております。2回目以降のご利用は、原則付添は不要ですが、状況に応じて付添をお願いする場合がございます。お子さまの安全安心なご利用のためにもご理解ご協力をお願いいたします。

(2) ご利用にかかる送迎は行っておりません。ご家族でお願いいたします。

(3) 入所中、状態に変化などがあったときはご家族に連絡をすることがあります。常に連絡が取れる状態にしていただき、必要時はご来所くださるようお願いいたします。



受付窓口 大崎市民病院本院：0229-23-3311（代表）
地域医療連携室（短期入所担当）