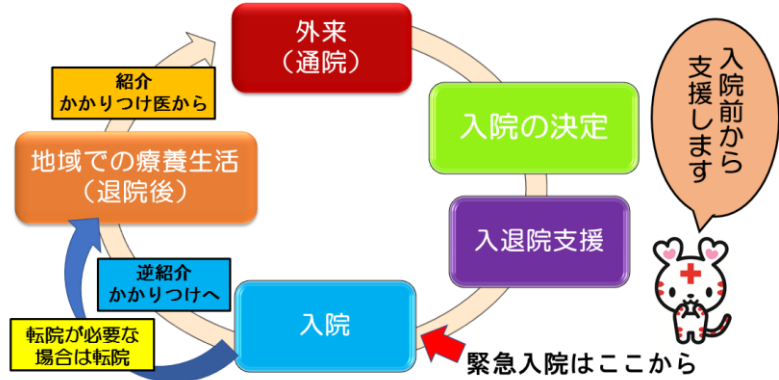


地域連携・入退院センター

地域連携・入退院センターは1階総合案内のすぐ横にあります。当院では、断らない医療と患者さんの療養生活をつなぐために、入院が必要な時はスムーズに受け入れ、退院後は住み慣れた地域で療養が継続できるように、入院前～入院中～退院後を通して院内外の関係職種と協力して療養を支える体制を作りました。この機能を1つにまとめたのが、地域連携・入退院センターです。



病院と地域が共に支える療養支援体制



地域連携・入退院センターの機能

地域連携・入退院センターは「病床管理」「入退院コーディネート」「療養支援」の3つの機能を持ち、患者さんや御家族の療養を支えています。入院前から退院の流れに沿って、各部門の紹介を行います。

療養を支える3つの機能

病床管理

入退院コーディネート
入院支援・退院支援・地域連携

療養支援(チーム医療)
院内・院外 (かかりつけ医・ケアマネージャー・訪問看護・ヘルパーなど)
の関係職種

地域医療連携部門

かかりつけ医からの紹介状を受けて、受診予約をお取りします



病床管理

病状や治療に合った病床が準備できるよう努めています



入院支援

患者さんが安心して治療を受けることができるよう、心と体の準備を整えています

入院が決まった患者さんは地域連携・入退院センターへ来ていただき、下記のような支援を行います



入院受付

入院手続きや入院生活の説明



治療や検査の説明



手術に向けての呼吸訓練

- ・入院のオリエンテーション
- ・入院前の患者情報の収集
入院前の生活状況などの聴取
- ・治療や検査に対する教育
手術・治療・検査などの説明
血栓予防について、呼吸訓練など
- ・内服薬・休止薬の確認
- ・手術のための口腔ケア

退院支援

退院後は住み慣れた地域で療養できるよう、自立と意思決定を支援しています

入院前あるいは入院早期から、退院後の病状や生活の変化を予測し、患者さんや御家族としっかり話し合い、退院に向けて計画を立て、院内外の関係職種や各機関とも協力し、療養生活をつないでいます

始業時のミーティング

入院支援・退院支援との
情報共有の場



入院後の初回面談

各病棟に退院支援を専門に行う
看護師を配置しています



多職種合同カンファレンス

地域のスタッフとの合同カンファレンス



- ・患者さんや御家族との面接
- ・退院支援計画の立案
- ・意思決定や自立支援のための調整
- ・院内外の関係職種とのカンファレンス
- ・転院先の紹介・介護保険などの制度の説明
- ・退院後の在宅訪問

療養支援(チーム医療)

退院に向けて、患者さんや家族のもっている力を引き出し、退院後も自立した療養生活を送ることができるように、専門性の高い院内・外のチームや職種と協力し支えています



緩和ケアチーム
症状を緩和します



訪問看護・ケアマネジャー
在宅療養を支えます



リハビリテーション
生活機能の回復・嚥下訓練

地域の医療機関 各種施設等



- ・各種チーム医療活動
- ・専門看護師や認定看護師によるミニ講座
- ・地域のケアマネジャー
- ・訪問看護・ヘルパーなどの地域スタッフとの協働

栄養サポートチーム 栄養指導・相談



各種相談支援

患者・御家族の自立や不安を支えるために、入院・外来を通して様々な相談に応じています。総合相談支援センター・がん相談支援センターは、地域連携・入退院センターの向かい側にあります



- ・がん相談
- ・緩和ケア相談
- ・医療相談
- ・医療費、経済的な相談
- ・介護保険など社会福祉制度に関する相談
- ・かかりつけ医の紹介窓口