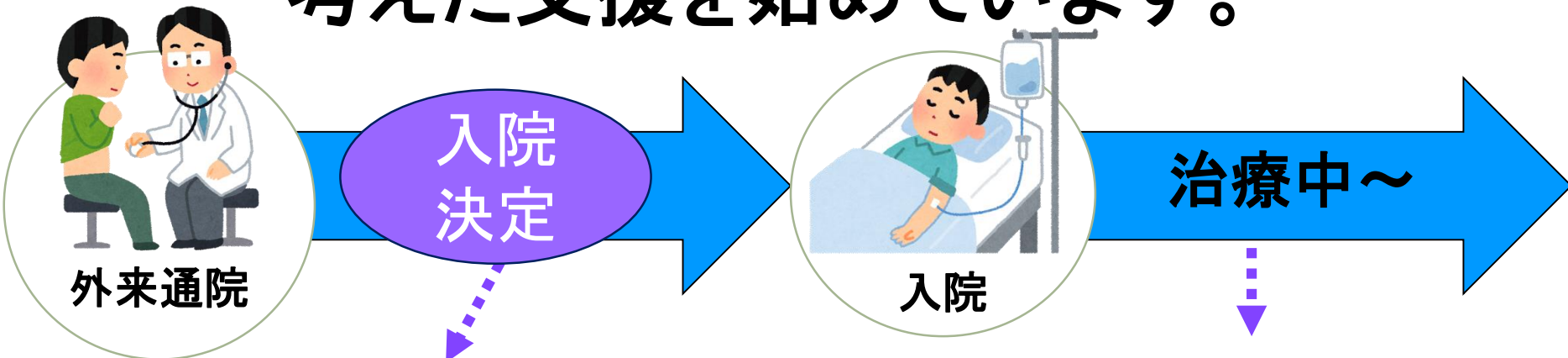


入院が決まった時から退院後の生活を考えた支援を始めています。



入院前面談

入退院支援センターで、看護師から入院説明を受けたり不安なことがないかなどのお話を聞きます。

退院支援カンファレンス

入院中に、医師・病棟看護師・退院支援看護師、社会福祉士、リハビリ部門などが協働し、病状や患者様の意向に沿って退院時に必要な支援を考えていきます。



退院後の生活をイメージして 地域、在宅につながります。



病状が
落ち着いてきたら

退院準備



退院

在宅での
療養生活へ

合同カンファレンス

ケアマネージャーや往診医・訪問看護ステーションとカンファレンスを行い、情報共有・在宅に必要な援助の内容を確認します。



退院前訪問

対象となる患者さんの外出・外泊時に病棟看護師や理学療法士が自宅へ同行します。自宅で過ごす注意点や環境調整が必要な部分を確認し退院に備えます。



退院後訪問

退院後訪問の対象患者さんには、退院後1か月の間に5回まで当院看護師が自宅へ訪問します。訪問看護ステーションと共に訪問し、在宅での療養生活が安心して過ごせるようお手伝いします。詳細は病棟でお問い合わせ下さい。

