

地域医療連携室の
ご案内

私たちがお手伝いさせていただきます。
何なりとご相談ください。

これからの時代は、〈連携〉が鍵を握る時代です。
当院では、在宅医療・介護を担う皆さまとの窓口として、
地域医療連携室を設置し、スムーズな連携をめざしています。



地域医療連携室長
看護副部長

川口
Kawaguchi Mayuka
万友香
皆さまとの顔の見える関係作りに注力し、高度急性期を終えた患者さまを、スムーズに生活へと繋ぎます。



地域医療連携室主任

毛利
Mouri Hiroaki
浩秋
私たちは、連携での縁の下での力持ち。電話やFAXの対応、必要な書類の整備など、円滑な連携を支えています。



地域医療連携室
医療ソーシャルワーカー

寺前
Teramae Tomoko
知子
患者情報を正確に院内各部署に繋ぎ、より早く適切な受け入れを実現できるよう、全力を注いでいきます。

転院患者さまのご紹介の流れ

STEP 1 → まずは地域医療連携室にご連絡ください。
ご相談には随時対応させていただきます。
直通電話 0568-21-1732
E-mail sai-renkei@world.odn.ne.jp
平日 9:00～16:30 土曜 9:00～13:00

STEP 2 → 転院ご希望の患者さまの診療情報提供書（処方内容）、検査データ、患者基本情報をFAXにて送付してください。
直通FAX 0568-21-0837
平日 9:00～16:30 土曜 9:00～13:00

地域の先生方とコミュニケーションを深める
専用**サイトシステム**をご用意します。

当院では、地域の医療・介護・福祉を担う皆さまとの連携強化を図るために、新しいコミュニケーションシステムを開発しています。完成次第またご案内をさせていただきますので、是非皆さまの活動にお役立てください。

ただいま準備中。完成次第、ご案内にうかがいます。



退院支援・退院調整、病棟看護に関わる皆さまへ

高度医療と
生活の



間に 私たちが責任をもって
ポストアキュートを担ってまいります。

済衆館病院が
あります。

医療法人済衆館
済衆館病院



ポストアキュート
対応の
特色

高度急性期を脱した患者さまに、 済衆館病院だから提供できる 幅広いキュアとケアがあります。

一刻を争う救急搬送に対応するために、
常にベッドコントロールが求められる高度急性期病院。
その後方連携を、私たちが責任をもって担います。
済衆館病院ならではの5つの特色をフルに活かし、
転院される患者さまに切れ目のない医療と看護を提供します。

1 急性期医療の 対応能力

高度急性期の治療を終えた患者さまに、継続的な医学管理を行います。

平均在院日数の短縮化に伴い、転院の時期も早まっています。急性期治療は終わったものの、まだ容態が落ち着かない。そんな患者さまにも安心して転院していただくには、受け皿となる私たちが高度急性期病院と治療方針を共有し、質の高い医療を継続しなくてはなりません。当院では急性期医療機能を根幹に持つ強みを活かし、必要な医療と看護をしっかりと提供します。また万一、転院後に容態が急変した場合も、専門医がフレキシブルに対応し、症状の安定化をめざします。



2 27の診療科の 総合力

複数の慢性疾患を持つ、高齢患者さまを総合的に診療します。

超高齢社会を迎え、高齢の患者さまが増えています。そして、その多くは、心臓病や慢性呼吸器疾患といった複数の疾患を抱えており、認知症など高齢者特有の病気を持つ人も珍しくありません。当院では27の診療科を持つ総合性をベースに、複数の疾患を抱える患者さまへの対応に力を注いでいます。たとえば、回復期リハビリテーション病棟に転院された方で糖尿病を患っている場合、主治医とは別に、糖尿病内分泌内科の専門医が診察し、適切な血糖コントロールを行っています。



特色

3 病期に応じた 入院治療環境をご用意

急性期・回復期・慢性期・終末期まで、すべての病期をカバーする合計360床。

当院は、症状の経過に沿って、適切な医療をすべて提供するケアミックス型の病院です。一般病棟から回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟、療養病棟までをバランス良く整備。ご紹介の患者さまの疾患や状態に合わせて、最適な療養環境をご用意することができます。また、症状の回復にしがたい、病棟を移っていただくことで、在宅復帰までの道のりを一貫して繋いでいます。（例：地域包括ケア病棟→療養病棟→在宅へ）



特色

4 生きる力を輝かせる チーム医療

多職種の専門ノウハウを結集し、在宅生活への道筋をサポートします。

ご紹介いただいた患者さまを、速やかに生活の場へ帰すのが、私たちの使命です。しかし、入院中には主疾患の治療とは別に、さまざまな問題が生じます。たとえば、運動機能や摂食・嚥下機能の低下、認知症の悪化など…。こうした問題を解決するために、当院では多職種協働によるチーム医療を積極的に展開しています。栄養士、薬剤師など多様な専門家の知恵と技術を持ち寄ることで、患者さまのQOLを高め、退院後の生活に向けて力強い一歩を踏み出すよう支援しています。



特色

5 在宅医療・療養を きめ細かくサポート

法人内および地域の在宅療養支援機能と連携し、在宅復帰後の安心をずっと支え続けます。

私たちは高度医療と生活を繋ぐ病院として、患者さまの退院後も切れ目のない医療・看護を提供していきたいと考えています。そのため法人内に、訪問看護、デイケア・デイサービス、ケアプランセンターといった在宅療養支援機能を整備。さらに地域の診療所や介護事業者の方々と連携し、療養生活の安心を守るためのネットワークを広げています。また、在宅で療養中に容態が急変したときは、24時間対応で緊急入院を受け入れるなど、常に万全のバックアップ体制を整えています。



多職種協働のアプローチで、 患者さまの全身状態の改善を めざします。

急性期を脱した患者さまの合併症を防ぎ、全身状態を改善させるために、
さまざまなチーム医療を展開。

医師、看護師、リハビリスタッフ、栄養士、薬剤師、
医療ソーシャルワーカー（MSW）などが緊密に連携し、
患者さま一人ひとりを支えています。

01 リハビリテーション

医師、看護師、リハビリスタッフがチームを組んで
日常生活動作の維持と向上に取り組めます。

リハビリテーションは、回復期だけでなく、急性期から慢性期、維持期まで、どのステージにおいても、患者さまのADLを高める上で重要な医療です。当院では「患者さまの生活を取り戻す」という強い決意のもと、リハビリ室のみでなく、病室でも積極的なリハビリテーションを実施。主治医、看護師、リハビリスタッフが情報共有しながら、座る、立つ、歩くといった基本動作や、食事、トイレ、着替えなどの生活動作の向上に取り組んでいます。



02 認知症サポート



認知症による身体的・精神的苦痛を理解し、
安全で安楽な療養環境を整えます。

これからの時代、認知症対策は不可欠です。当院は平成25年度、愛知県「病院の認知症対応力向上事業」に参加して以来、認知症ケアの体制作りを推進。院内に対しては、医師、看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士で構成される認知症

サポートチームを発足し、入院患者さまの認知症の評価や処方薬の検討、院内勉強会などを行っています。また、院外に対しては、市町からの委託事業として認知症初期集中支援チームを地域に派遣。地域の認知症対応力向上を支援しています。

03 緩和ケア

がん診療に携わる医師や認定看護師などが集まり、
患者さまの苦痛の軽減を図ります。

当院ではがん診療の一環として、緩和ケアに力を注いでいます。医師、薬剤師、がん性疼痛看護認定看護師、臨床心理士、理学療法士、MSWなど多職種から成る緩和ケアチームを結成。週に1回、チームメンバーが患者さまのベッドサイド

に赴き、痛みや悪心、倦怠感、呼吸苦など身体的な苦痛の軽減を図るとともに、不安感や孤独感などを和らげるよう働きかけています。また、心身の痛みの強い場合は、緩和ケア病棟に入室していただき、症状の緩和を図っています。



04 栄養サポート



医師、看護師、栄養士、薬剤師などが協力して
患者さまの栄養状態の改善を図ります。

栄養状態の悪化は、疾患の回復を遅らせ、合併症の併発に繋がります。当院では、医師、看護師、栄養士、薬剤師、リハビリスタッフ、検査技師が栄養サポートチーム（NST）に参加し、栄養改善に取り組んでいます。たとえば、食べる機能が

弱っている場合は摂食・嚥下チームと連携し、食事の形態を検討したり、摂食・嚥下リハビリを実施。食が細くなった方には、栄養補助食品を加えたり、高カロリー輸液を投与するなど、それぞれに最適な改善策を実施しています。

05 在宅療養支援

患者さまが安心してご自宅に戻れるよう支援し、
退院後もずっと療養生活を支えていきます。

患者さまが入院治療を経て、スムーズにご自宅に戻れるように、当院ではMSWを中心に主治医、看護師、リハビリスタッフなどがチームを組んでアプローチしています。入院間もない時期に患者さまの生活環境などの情報を把握し、住宅改修も含

め、退院に向けて必要な準備を進めます。また、法人内の訪問診療、訪問看護、デイケア・デイサービス、ケアプランセンターなどの機能をフルに活用するとともに、地域の診療所や介護事業者とも連携し、退院後の療養生活を支えていきます。



疾患や病気の ステージに適した療養環境を すべてご用意できます。

私たちがめざすのは、病期を問わず、
一貫した質の高い医療サービスを提供する「スーパーケアミックス病院」です。
急性期から回復期、慢性期、緩和ケアまで、すべての病棟を整備し、
ご紹介の患者さまに最適な療養環境をご用意します。

回復期リハビリテーション 病棟

(東館4階・38床／西館3階・50床)

患者さまの笑顔や生きる意欲を引き出し、
生活の場へ帰れるように支援しています。

看護科長 向窪久美 (東館4階) 看護科長 稲葉江里 (西館3階)

回復期リハビリテーション病棟では、医師や看護師、リハ
ビリストッフが緊密に連携し、患者さまの筋力・体力の回
復を図り、生活復帰をめざしています。西館3階は主に脳
神経外科、東館4階は主に整形外科の患者さまを対象
に、それぞれに専門性の高いケアとリハビリテーションを

提供しています。看護の基本は、「手を出し過ぎない」こ
と。着替えや立ち座りなどの日常動作を忍耐強く見守り、
患者さまが「自分でできること」を増やせるように支援して
います。また、認知症の患者さまが多いので、脳を活性化
させるレクリエーションにも力を注いでいます。



地域包括ケア病棟

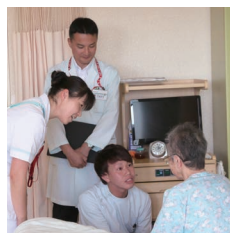
(東館3階・48床)

疾患を問わず急性期治療を終えた患者さまを受け入れ、
確実にそれぞれの生活の場へ繋いでいきます。

看護科長 河合なみ子

高度急性期の受け皿として、幅広いニーズに応えるのが
地域包括ケア病棟です。急性期の治療を終えたものの、
すぐには家に帰れず、回復期リハビリテーション病棟の適
応疾患でもない。そうした患者さまを、疾患を問わず受け入
れ、在宅復帰への準備をしています。当院の特徴は急

性期医療機能を担保しているところで、症状が悪化しても
専門医がフォローできる強みがあります。看護においても、
急性期の目線を持って患者さまの全身状態を細かく観察
するとともに、患者さまやご家族の思いをきちんと把握し、
ご本人が「帰りたい場所に帰れる」よう支援しています。



一般病棟

(本館3階・51床／本館4階・57床)

当院は尾張中部医療圏で希少な二次救急
病院として、24時間対応で救急搬送を受け
入れています。一般病棟ではそうした緊急の
患者さまや、検査や手術のために入院した患

者さまを対象に、専門的な医療と濃密な看護
を提供。診療科によっては、超急性期後の
患者も受け入れ、早期離床・早期回復に向
けて、充実のチーム医療を展開しています。



緩和ケア病棟

(西館4階・20床)

がん患者さまの身体的・精神的苦痛を和らげ、
おだやかな時間を過ごせるように寄り添います。

看護科長 高須真希

緩和ケア病棟は平成28年、尾張中部医療圏に初めて
開設された、待望の病棟です。がん患者さまを対象に、身
体的な痛みや脱水症状などを和らげるとともに、精神的な
ケアに力を入れています。看護師は皆、患者さま一人ひと
りにじっくり時間をかけて寄り添い、ご家族とも密にコミュ

ニケーションを取りながら、一日一日を心穏やかに過ごせる
よう支えています。また、在宅療養中に痛みが辛くなった
場合、一時的に入院できるのも当病棟の特徴です。がん
とともに生きる方たちが、私たちの施設を上手に利用しな
がら安心して療養できるようにサポートしています。



療養病棟

(東館2階・56床／西館2階・40床)

衆を濟う(人々をすくう)という思想を大切に、
患者さまの長期療養の日々を支えています。

看護科長 野田登代美 (東館2階) 看護科長 横山まき (西館2階)

療養病棟は、「すべての患者さまを救う」という当院の思想
を体现している、地域の最後の砦です。長期の医療管理
を必要とし、在宅への復帰がむずかしい患者さまを受け入
れ、それぞれの尊厳を大切にされた看護を実践。気管切開
や経管栄養、透析などの医療管理とともに、生活リハビリ

を交えながら、日々の生活行為を介助しています。また、療
養病棟のうち、西館2階には腎・透析センターが併設され
ており、入院透析の患者さまが多く入室しています。高齢
などの理由で外来透析を続けられない方を受け入れること
で、地域の透析患者さまを最後までお守りしています。

