REPORT 2

入退院支援室看護師の視点を学んでもらう！

病棟看護師への入退院支援研修と教育支援

パナソニック健康保険組合
松下記念病院
患者支援連携センター
入退院支援室 看護師
永田麻美

2005年愛媛県立医療技術短期大学（現・大学）第一看護学科を卒業後，他院での救命救急センターや集中治療室での勤務を経て，2012年２月パナソニック健康保険組合松下記念病院に転職，現在に至る。2016年４月の入退院支援室設立当時から退院調整看護師として活動。第19回日本医療マネジメント学術総会では「入退院支援室における多職種連携の取り組み」について発表し，最優秀演題賞を受賞している。2023年より４東病棟主任。

当院は大阪府守口市にある急性期病院で，北河内二次医療圏に属し，病床数323床，30診療科からなります。また，地域包括ケア病棟と緩和ケア病棟を持っており，大阪府がん診療拠点病院，地域医療支援病院として機能しています。

本稿では，患者支援連携センター入退院支援室に所属する看護師が実践している看護の視点を病棟看護師に体験してもらうことで，入院後も退院支援が継続できる看護師を育成するという教育支援研修について紹介します。

従来のベッドサイドケアの問題
～入院定型業務がうまく回らない

当院では，患者が入院した当日に，病棟看護師が入院時に必要な確認事項（以下，当院入院定型業務〈**表１**〉）を実践していました。病棟看護師は，その日担当する患者を受け持っているため，新入院患者によって課題がさらに多重化し，１人の看護師にかかる負担が増加していました。結果として，入院処理に追われ，ベッドサイドで患者とかかわる時間が短くなっていました。

専門性が細分化されチームが増え，それに伴い確認書類も増え，一般病棟における仕事量は増え続けていました。治療を終えた段階で退院に向けて調整を図っても，院外との調整・連携には時間を要し，「入院期間の延長」「ADLの低下」といった患者側の弊害，「看護師の残務量増加」「モチベーションの低下」といった看護師側の弊害が問題となりました。結果として，病院経営的には不利益な状況を生んでいたのです。

そこで，地域包括ケアシステムとして医療ケアの継続性を重視した方策へと転換しようとしている2016年に，入退院支援室を設立しました。

表１　当院入院定型業務

- 患者基本情報の聴取
- アレルギー確認
- 褥瘡スクリーニング
- 摂食・嚥下評価
- 服薬内容の確認
- 栄養スクリーニング
- 転倒・転落リスク評価
- 退院支援一次スクリーニング

↓

入院時アセスメントを抽出／初期看護計画立案

このほか，褥瘡・転倒転落・足病スクリーニングを実施し，多職種連携を図っている。

入院時スクリーニング	スクリーニング内容と多職種連携	
薬剤管理	□持参薬がある　□薬剤アレルギーがある □休薬指示がある　□初回化学療法である	**薬剤師に連絡** 薬歴情報聴取・服薬指導実施
退院支援・認知症	□１カ月以内の再入院　□入院前に比べてADL低下の予測 □緊急入院　□退院後継続する医療処置の有無 □悪性腫瘍・誤嚥性肺炎など急性呼吸器感染症がある □介護力が不十分・転院　□ADL／IADLに介護を要する □認知症がある　□生活困窮者である □家族・同居者から虐待を受けている，またはその疑いがある	**社会福祉士に連絡** 退院支援計画書作成 ⇒「退院調整」看護計画作成 認知機能の低下⇒あり 「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク評価で看護計画作成
緩和	□身体の症状が強い　□治療に対する不安がある □専門スタッフに介入してほしい	**がん相談支援室に連絡**
リハビリ	□がん病名にて入院　□骨転移がある　□通過障害・摂食困難 □治療によるADLの低下，活動量の低下が予測できる □低栄養　□フレイル・サルコペニア	**リハビリ依頼**
栄養	□体重減少　□摂食減少　□低栄養 □食物アレルギー・嗜好がある　□消化器がん手術・化学療法 □大腸ポリペクトミー・糖尿病教育目的	**管理栄養士に連絡** ⇒栄養指導の実施・アレルギー情報登録
口腔衛生	□70歳以上　□全身麻酔　□人工関節挿入予定 □がん患者（放射線療法・化学療法）　□嚥下障害	**口腔外科・歯科依頼**
せん妄	□70歳以上　□脳器質的障害　□認知症 □アルコール多飲　□せん妄の既往 □せん妄リスクのある薬を服用（薬剤師と確認）	**認知症ケア認定看護師に相談** 入院受付へ部屋の提案
手術室	□消化器がん手術　□耳鼻咽喉科がん手術　□産婦人科手術 □整形外科手術　□泌尿器科手術 □麻酔に対する不安がある　□ラテックスアレルギーがある	術前外来の必要性を説明 **入院前に術前外来を実施**
摂食嚥下	□誤嚥性肺炎 → **口腔外科・歯科依頼** □要介護者 □病院以外からの入院 □神経疾患による嚥下機能低下 → EAT-10評価 → **リハビリ依頼**	

図1　入院時スクリーニングと多職種連携

入退院支援室の役割と現状

入退院支援室では，外来通院患者の入院決定時点から，入退院支援室看護師が退院を見据えた介入を実施します。

退院を見据えた介入を実践するためには，患者がどのような場所で，どのような生活をしていて，治療後にどのようになりたいのかという方向性の確認が必要です。そのためには，入院を迎える患者の全体像を把握しなければならず，入院前の段階で**表1**について入退院支援室が介入するようになりました。

入退院支援室では，患者と対面で面談を実施します。入院決定時点から入院後の治療やケアに関係するオリエンテーションを行い，各種医療チームがかかわる必要があるかどうかを判断し，多職種との調整を図ります（**図1**）。ここには，病態生理から精神面，そして生活まで，患者のあらゆることを総合的にとらえてアセスメントする能力が求められます。

入退院支援室の効果

入退院支援室看護師は，入院前のオリエン

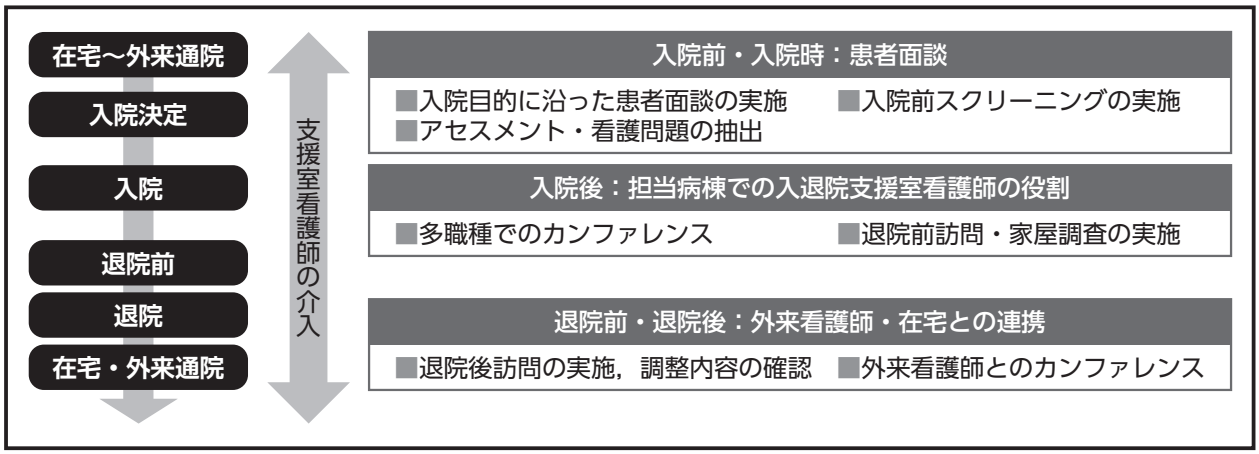


図2　入退院支援室看護師が行う入退院支援

テーションを終えると，看護問題や看護計画を作成します。病棟看護師にとっては，患者入院時に看護問題と看護計画がすでに作成されていますので，患者が入院した直後から個別的なケアが実施できる環境が整いました。

これまでの退院調整は，肺炎であれば抗菌薬投与を終えた段階，手術後であればドレーンが抜けた後など，治療内容が一段落した時点で実施することがほとんどでした。現在は，入院翌日に社会福祉士と入退院支援室看護師が病棟看護師と共に退院支援カンファレンスを実施するシステムに変更し，急性期治療中でも退院に向けて必要なケアや調整をタイムリーに協議できるようになりました。その結果，入院早期からの退院調整ができるようになっています。

現在，入退院支援室は，緊急入院患者に対する当院入院定型業務にも対応を拡大し，入院患者の約７割を担当しています。また，入院前だけではなく入院中・退院後も継続して介入することで，院内外の多職種との連携を図っています（**図２**）。

ジレンマ！ 入退院支援室がもたらした病棟看護への影響

このように，以前は病棟看護師が担っていた仕事内容を入退院支援室看護師が実施することで，病棟看護師の負担を減らし，ベッドサイドで患者のために費やせる時間をつくることに貢献できたと考えていました。ところが，次のような状況が発生しました。

- **アレルギーの有無の確認やせん妄スクリーニングなど，患者の安全を担保するための当院入院定型業務を病棟看護師も実施してよいのだが，「それは入退院支援室看護師が行うもの」という誤った認識を持つようになった。**
- **入退院支援室が設立された後に入職した看護師は，当院入院定型業務を経験したことがない。**
- **入退院支援室の介入が病棟看護師の負担を減らしても，多重課題に追われる仕事スタイルは変わらない。**

入退院支援室看護師と病棟看護師という縦割りの役割が認識されるようになり，本来行うべき患者ケアという点で継続性が見られない状況になりつつあったのです。そこで，今一度，入退院支援室の役割や入退院支援室看護師が行っている思考過程を，病棟看護師が引き継げるよう改善する必要性を感じ，入退院支援室研修を構築するに至りました。

病棟看護師のための入退院支援室研修の計画

入退院支援室研修は，まさにリレーのバトンを受け渡すように「つなぐ」ことをテーマ

表2　当院ラダーレベルⅠ研修の年間スケジュール

5月	文献検索	メディカルオンラインで必要な文献を検索できるようになる
7月	アセスメントⅠ	患者対応シミュレーションで患者の異常に気づく思考過程を養う SBARを用いて報告できるようになる
9月	アセスメントⅠフォローアップ	アセスメントⅠを応用し，多重課題の中でも異常に気づく思考過程を磨く
10月	看護過程	患者の問題解決に向けてチームみんなが使える看護計画を立て臨床で生かす
10月	入退院支援室研修オリエンテーション	入退院支援のプロセスと病棟看護師の役割，地域包括ケアシステムについて学ぶ
11～12月	入退院支援室研修（実務研修）	入退院支援のプロセスを経験し，入院後も安心・安全な患者支援が継続できる

としました。リレーバトンは，受け取ることだけではなく，渡すことも考えなければなりません。在宅と病院，病院内の各部署，病院から外部施設など，バトンを受け渡す機会はたくさんあります。だからこそ私たち看護師は，そのバトンに込められた意味や内容を十分理解しておく必要があります。

また，そこには院内外問わず多職種との連携があります。多職種と連携するためには，私たち看護師がバトンの受け渡しの中で担う役割を理解し，それが患者に及ぼす影響を知り，ケア計画に生かす必要があります。

これらの視点は入退院支援室看護師に常に求められますが，**病棟看護師は人的不足の中多重課題に追われているがゆえに，目の前のタスクに集中することを優先しがちです。結果として，本来担わなければならない「在宅から病院，病院から在宅（または転院先など）」といった“つながり”の部分に目を向けづらい状況になっていると考えました。**

この“つながり”に目を向けてもらうためには次のことが必要と考え，研修の目的としました。

①地域包括ケアシステムにおける入退院支援について理解できること

②患者が元の生活を再獲得するために，病棟看護師としてすべき具体的内容を知ること

そして最終的に，「**自部署において自律した入退院支援が行われること**」をゴールとしました。

入退院支援室研修プログラムの内容と実施

入退院支援室研修の方法と実施時期

入退院支援室研修は，日本看護協会のクリニカルラダーレベルⅠに相当する者（以下，研修参加者）を対象としました。

ラダーレベルⅠ研修は，年間計画に沿って行われています。まずは，シミュレーションで病態生理に基づくアセスメント研修とそのフォローアップ研修，次に看護過程と記録についてのブラッシュアップ研修を計画しました。病態生理と思考過程，そして表現方法を学習したこれらの研修後の総括として，入退院支援室研修の開催としました（**表2**）。参加者は1日1人とし，入退院支援室看護師とペアになり，日勤のすべての時間を入退院支援室研修に使いました。

また，研修の評価方法としては，自己他者評価シート（以下，評価シート）を作成しました。研修当日の評価で終えることなく，部署でも継続して教育支援が受けられるように，具体的で達成可能な目標を記載する箇所を作成しました（**資料1**，P.14，15）。

なお，当初は入退院支援室で実際に患者面談をしてもらっていましたが，高齢化・多様化・複雑化する現代の患者を瞬時にとらえる

資料１　自己他者評価シート

ダウンロード

【研修目標：研修でこんなことを学びたい！　できるようになりたい！】

【評価基準】 S：助言なしで課題の思考の展開を言語化ができる
A：キーワードを与えると思考の展開を言語化ができる
B：キーワードに加え，いくらかの説明をすると思考の展開を言語化ができる
C：キーワード，説明を与えても思考の展開が進まない。言語化もできない
X：評価に該当せず

部署：　　氏名：
入退院支援室評価担当者：
部署評価担当者：

【評価表】

		支援室研修（　／　）		部署評価（　／　）	
		自己評価	他者評価	自己評価	他者評価
情報収集	入院目的，治療内容				
	病院受診から入院決定までの経過				
	身体面				
	自覚症状，生活歴，バイタルサイン，緊急度の有無				
	現病歴・既往歴の把握，疾患に関連した情報取得				
	必要なスクリーニング項目に沿った情報取得				
	精神面				
	治療についての考え方，患者の倫理や宗教にまつわること				
	患者・家族の思いや考え，入退院における希望や不安				
	社会面				
	家族構成，キーパーソン，経済状況，社会的役割				
	社会資源の活用状況（介護保険であれば介護度・サービス利用状況・在宅担当者など）				
アセスメント	**身体面**				
	情報収集した内容より入院時スクリーニングを活用しながら評価する				
	病態を踏まえたアセスメントを抽出する				
	現状のアセスメントから看護計画を抽出する				
	今後の問題予測（治療に伴う合併症，生活状況に伴う合併症）				
	精神面				
	医師のIC内容，IC後の患者反応からの理解度と受け止め方				
	疾患に対するコンプライアンス				
	社会面				
	情報収集した内容より退院を見据えた問題予測が抽出できる				
	予測した内容から退院調整の必要性を判断でき，必要な場合は計画立案ができる				
	アセスメント内容を統合して看護計画を立案できる				
多職種連携	外来受診から入院まで，多職種のかかわりや役割を学ぶことができる				
	抽出したアセスメントから患者ニーズに沿った看護実践のために必要な多職種連携について，自分の考えを評価者へ報告することができる				
	多職種に患者の思いや希望を報告・連絡・相談することができる				
	多職種とコミュニケーションをとり，専門職種の考えや価値観に気づくことができる				
	院内で実施している退院支援の取り組みを知り，口頭で評価者へ伝達することができる				
総合力	アセスメントした内容を専門用語に置換し，カルテに記載することができる				
	入院目的に沿って電子カルテから情報収集するために実際に操作できる				
	入院，治療計画についてオリエンテーションができる				
	入院目的に沿った準備，入院生活について説明できる				
	地域包括ケアシステムにおける当院の役割を説明できる				
	地域包括ケアシステムにおける担うべき看護について説明できる				
	地域包括ケア病棟の対象患者について説明できる				

資料1の続き

【研修全体を通して該当する項目に○を付けてください】

(　　)専門的な知識・技術を習得できた　(　　)意欲の向上につながった　(　　)自己を見つめ直す機会になった
(　　)問題解決の糸口になった　(　　)情報交換の場になった　(　　)充実感・満足感が得られた
(　　)興味が深まった　(　　)リフレッシュができた　(　　)期待していた内容と違った
(　　)学習内容が多すぎた

【評価者コメント】

【これからの私】

研修目標をクリアするために私ができるようになること！→年度末に部署スタッフに再評価をしてもらう

★実践すること，できるようになること

★方法（どのような方法で，どのようなことをするのか，どのような時にするのか）

★誰にどのように評価してもらうか

【感想・意見】

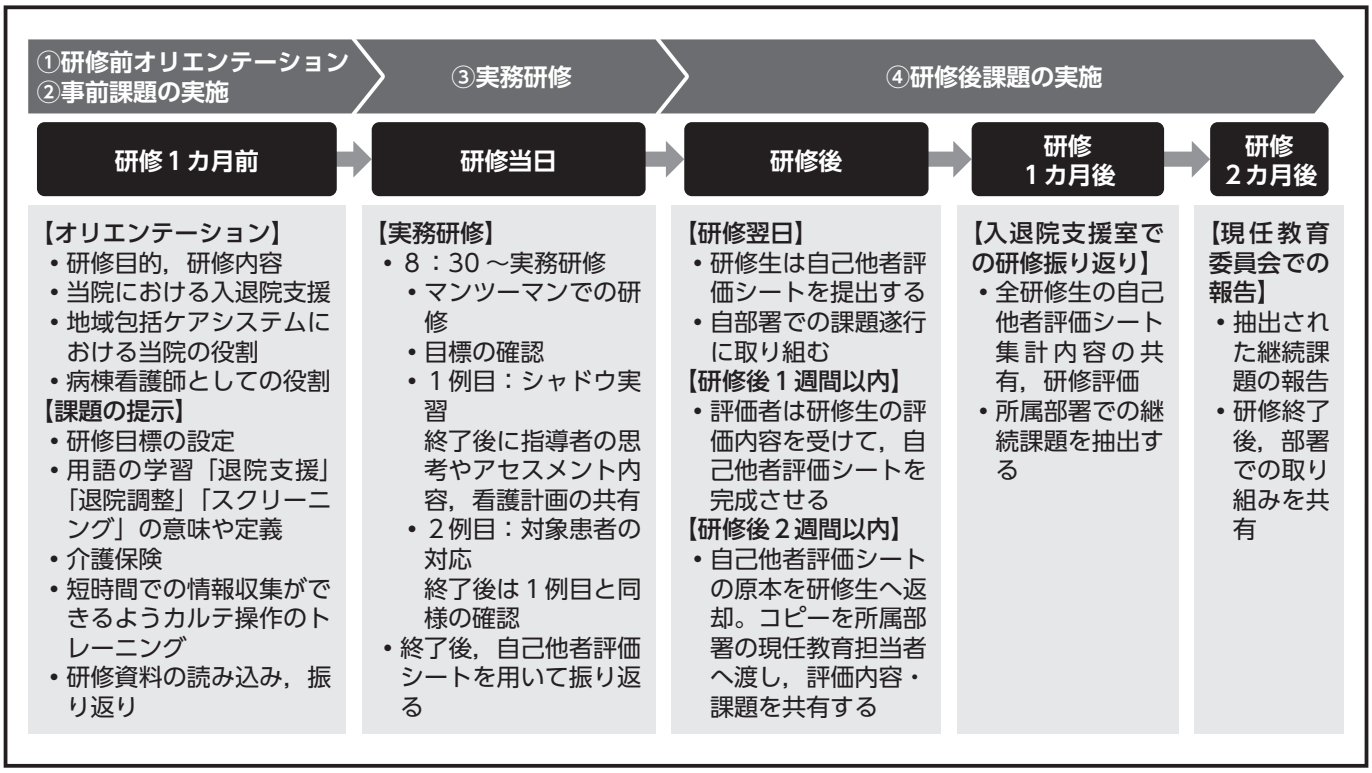


図３　入退院支援研修の実際

ことは難しく，自己他者評価シートの目標が一度だけの評価では網羅できないと判断しました。そのため現在では，以下に記載する研修前オリエンテーションの後に，机上で患者面談を模したグループワークへと研修内容を変更しています。研修終了後，研修参加者が所属する部署で事後課題を実施しています。

研修の内容

入退院支援室研修の内容は，①研修前オリエンテーション，②事前課題の実施，③実務研修と研修後課題の明確化，④研修後課題の実施の４段階で行いました（**図３**）。

①研修前オリエンテーション

入退院支援看護師が何をしているのかを知らないと，実務研修が効果的に行えません。そこで実務研修１カ月前に，入退院支援の仕組みと意義，地域包括ケアシステムにおける当院の役割，そして病棟看護師が担う入退院支援についてオリエンテーションを実施しました。

②事前課題の実施

地域包括ケアシステムと社会保障制度については，１回のオリエンテーションでは十分理解しづらいため，ｅラーニングで自己学習しておくことを事前課題としました。また，実務研修では，初対面の患者に対して短時間での情報収集が必要とされるため，カルテからの情報収集トレーニングを所属部署の日常業務で意識的に実施してもらうことも依頼しました。

③実務研修

オリエンテーションから１カ月後に実務研修が始まります。実務研修では，２例の患者対応を体験してもらいました。

１例目

シャドウ研修とし，入退院支援室看護師の患者対応を実際に見ることでイメージできるようにしました。入退院支援室看護師は，なぜこの介入をしたのか，必要な情報をどこから集めたのか，さらにそこから何を考えたのかなどを，研修参加者に問いかけながら，指導担当の入退院支援室看護師の思考過程を伝える場としました。

２例目

研修参加者に患者対応を実践してもらいました。対応する患者は，入院前・中，退院後を少しでもイメージしやすいように，研修参加者の所属病棟に入院する患者としました。患者対応から，多職種連携やカルテへのアセスメント内容の記載なども実施してもらいました。

研修終了後は，患者との対応を振り返りながら，評価シートの小項目を，入退院支援室看護師と共に一つひとつ振り返る時間を設けました。そうすることで，自分ができていたこと，これから実践していけそうなことを対話の中で明確にし，研修後の課題を作成してもらいました。

〈研修方法の変更〉

研修開始当初は，このように１カ月前にオリエンテーションを実践し，実務研修は入退院支援室で実施していたのですが，現在は研修当日に，１例目として実務研修に代わる机上シミュレーションを実施するように変更しています。これは，研修参加者から「オリエンテーションから時間が空くことで内容が薄れるため，すぐに実践したかった」「入退院支援室看護師からも，２例目の面談時に情報収集へのサポートが必要な場面が多い」との意見があったためです。

机上シミュレーションでは，入退院支援室看護師がシャドウで実践していた内容を模擬患者に置き換えています。研修参加者には，身体面・精神面・社会面の３側面に分けて，どんな情報が必要か，その情報はなぜ必要か，その情報から何が考えられるかを繰り返しながら実践しています（入退院支援研修資料〈**資料２**〉，研修生用事例資料〈**資料３**，P.18〉）。

事後課題を２例目として，研修参加者が所属する部署で，緊急入院患者や入院中に状態変化で退院支援が必要となった患者に対し，研修内容で学んだ内容での面談や多職種連携を実践してもらっています。

④研修後の課題を現場で実施

研修参加者は，研修後の課題達成を目標として自部署に戻ります。そこでの教育的役割を担うのは，研修参加者と同じ部署の現任教

資料２　入退院支援研修資料

ダウンロード　※一部のみ掲載，全資料はダウンロードしてご確認ください

2023年度　入退院支援研修

患者支援連携センター入退院支援室

支援が必要な患者の把握　外来～入院３日以内

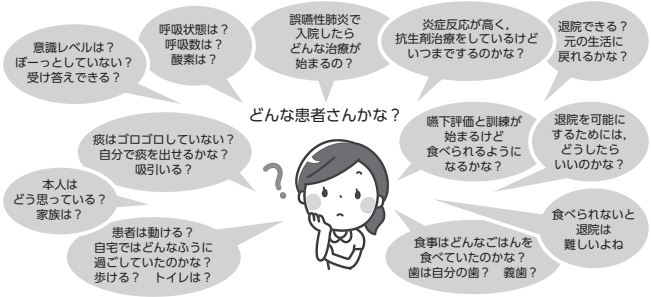
ポイント
退院支援・調整が必要かどうか？を見極める

見極めるために！
◆まず，今の患者さんの状態を把握する
- 病歴（入院に至った経緯）から，入院後どんな治療をしているのか。
- その治療はどのくらいかかるのか。
- 治療により患者の24時間の生活に支障は出ていないのか。
- 食事，排泄，運動，睡眠など今までできていたことができなくなっていないか。
- 患者さんは，病気や治療についてどう思い，今後どうなりたいと思っているのか。
- 家族はどう思っているのか。
- 元の生活に戻ることができるかどうか。

という視点で患者把握をする!

支援が必要な患者の把握　外来～入院３日以内

- **元の生活に戻るために！**どんな患者さんなのか，患者をアセスメントし問題点の抽出をする！



元の生活に戻る＝元の生活情報を知る

- 入院前の患者の生活情報を収集しましょう！

どんな情報が必要なのか？　誰から情報を取ったらいいのか？

食事・摂食機能	・食思はあるか ・食事形態 ・座位保持可能時間	・摂食方法 ・嗜好 ・義歯の着用	・１日何食の生活か ・嚥下機能状態 ・水分摂取量
排泄機能	・尿意，便意の有無 ・夜間の排泄状況 ・付き添いが必要か	・排泄パターン ・失禁の有無	・排泄方法 ・立位保持は可能か
日常生活動作・過ごし方	・昼間の過ごし方 ・夜間眠れているか ・生活スタイル	・好きなこと，趣味 ・昼寝はするのか ・人とかかわることが好きか	・運動習慣 ・布団・ベッド利用状況
社会面	・ADL・IADL状況 ・性格	・家族構成 ・社会的役割	・自宅環境 ・現在利用している社会資源
感覚機能・認知面	・認知機能 ・聴力（補聴器の有無）	・視力（眼鏡の有無） ・読字や書字は可能か	

育委員です。現任教育委員が効果的に指導できるよう，入退院支援室看護師が評価シートに研修参加者に対する他者評価と，研修全体を通しての気づきをコメントとして残し，OJTで活用してもらえるよう評価情報と課題を共有しました。そして年度末に，現任教育委員が研修参加者の課題内容に沿ってフィードバックを実施し，最終評価を行います。

現在は自己他者評価シートを評価基準として使用し，実際の評価は，研修参加者の所属する部署の現任教育委員が，２例目の患者実践を確認しフィードバックをしています。

研修の成果

～病棟看護師のさまざまな気づき！

研修参加者からは，「今までは実施しなければならない医療行為や記録が優先されていた」といった声が聞かれ，患者中心ではなかったことに気づいてくれました。

「入院前の患者とのかかわりを通して，入院時に患者情報から必要なスクリーニングが何かを知ることができ，状態変化に合わせてアセスメントを継続しなければならないと分かった。そのためには，もっと疾患の学習が必要だと感じた」と，知識面を高める必要性を自らの言葉で表現してくれました。

他にも，「患者がどこに退院する人なのか，この状態で退院できるのか考える意識が低くなっていたことに気づき，生活の再獲得につなげるための看護を展開していかなければならない」という意見や，「看護師の気づきを始まりとして，患者の将来に向かって多職種と調整を図っていくことも，退院を見据えた

資料３　研修生用事例資料

ダウンロード

患者紹介

研修生用

【現病歴】
88歳男性，４日前より全身倦怠感出現，胸を押さえてしんどいと訴えており，食事量も低下。長男より病院受診を勧められ，救急要請。誤嚥性肺炎と診断され10時に入院となった。

【場面】
外来看護師より患者を引き継いだ。車いすからベッドに見守りで移乗可。ソルアセトFで24時間持続点滴中。抗生剤１日２回。嚥下Ⅳ食提供。

緊急入院当日，この患者を受け持つことになりました。
- どんな情報が必要ですか？
- 情報からどのようにアセスメントしますか？
- 今日一日，どんな目標を立ててケアをしますか？

- 欲しい情報を整理して書き出しましょう。
- なぜその情報が必要であるのか根拠を明確にしてください。
  書き方例：家族構成は？（聞きたい情報）→退院後のサポート力を知るため（根拠）

【身体面】

【精神面】

【社会面】

- 患者情報を整理しアセスメントしてみましょう。

【身体面】

【精神面】

【社会面】

- 具体的な看護ケアや多職種連携を考えてみましょう。

看護につながると理解できた」といった意見も聞かれました。

勤務時間内にタスクを終了させることだけが目的ではなく，病棟看護師として自分は患者の未来に向けて何ができるのか，研修のテーマとしていた「つなぐ」看護を展開していくことに気づける機会になったと考えています。

また，マンツーマンの研修を実施したことで，入退院支援室看護師は学習者の知識や思考過程をタイムリーに把握することができました。研修参加者の気づきを評価シートに言語化することで，自部署において取り組む課題や学習内容を具体化することができました。そして，病棟で指導する先輩看護師に対して，研修参加者の看護の力を伝えることができました。自己課題を継続的に取り組んでもらうことで，部署全体が入退院支援に対して興味を持ち，学習者を支える環境づくりにも貢献できたと考えています。

以上のことから，**「患者を中心に考える姿勢の再認識」「病棟で取り組む自己の課題抽出」「チームで継続学習を支える環境構築」**の３

点が，入退院支援研修の成果と考えています。

現場レベルで見えた成果

入退院支援室研修後の変化は，研修参加者が研修を終えて自部署に戻ってからの入院対応時や退院支援カンファレンスの姿で確認することができます。

研修前は，患者の現状から退院後の生活に介助がいると分かっていても，退院に向けて必要となってくる介護保険の申請状況や退院先の希望，家屋情報に関しては，退院支援カンファレンスで話し合った後に確認してもらうことがほとんどでした。しかし，研修後は，入院対応時から，これらの退院支援に視点を置いた情報収集が意識的に実施されるようになり，記録から読み取れるようになりました。また，社会資源の活用が予測されれば，前もって介護保険の必要性や申請方法を説明してくれるようにもなり，退院調整に活用する行動の変化として認められています。

このような変化の背景には，先輩看護師がOJTなどを通して，実践現場で研修の学びをつないでくれたことも大きな要因と考えています。

これからの課題

入退院支援研修を企画・実施して2020年度で４年目を迎えます。たった１日の研修ですが，研修参加者からは前向きな意見や学びを多く聞くことができています。研修参加者が病棟で取り組む課題は明確になりましたが，研修の学びを継続的に取り組むために最も大切なのは，日々の看護実践の中で経験したことを知識・技術として定着できるような学習環境を提供してくことだと考えています。そのためにも，ベッドサイドでの気づきや実践したケア内容を指導者と共有し，思考過程を学び，自分の看護を振り返る姿勢が身につけば，より自律した入退院支援ができると考えます。

また，入退院支援室研修では，現場では経験できないほどの言葉を研修参加者と入退院支援室看護師との間で交わすことで，たくさんの考えを引き出すことができたと感じています。自部署に戻ってからも，忙しさはあるとは思いますが，研修参加者と先輩看護師が双方向性のコミュニケーションを図ることができれば，看護が共有され，研修参加者の目標はさらに具体化され，先輩看護師はどんなサポートが必要なのかが明確になるのではないかと思います。

研修を終えた後も継続的に学習ができること，それをチームでサポートできる環境を提供することに，この研修内容が生かされるよう，今後もサポートしていきたいと考えています。

まとめ

入退院支援室看護師として大切にしていることは，患者を生活者としてとらえ，医療が加わった後もその人らしい生活の再獲得ができるようかかわることです。病棟看護師とは異なり，直接的なベッドサイドケアはできませんが，多職種連携を図り具体的な看護ケアにつなげることが私たちの看護だと思っています。

私たち医療者にとって入院患者に対応するのは日常の出来事ですが，患者にとっては非日常の出来事です。入院によって，その人の人生が分断されることなく，その人らしい生活が再獲得できるように，これからも「つなぐ」ケアを実践していきたいと思います。

日総研出版　『看護人材育成』
Vol.17，No.1掲載（2020年）