

東京都「大学研究者による事業提案制度」
令和4年度採択事業

いきいき・あんしん在宅療養サポート 訪問看護人材育成支援事業



在宅療養を支える シミュレーション基盤型教育モデル



報告書

簡易版



東京都



TOKYO METROPOLITAN UNIVERSITY

東京都立大学

報告書

簡易版

東京都「大学研究者による事業提案制度」
令和4年度採択事業
いきいき・あんしん在宅療養サポート
訪問看護人材育成支援事業

本事業は、令和4年度東京都「大学研究者による事業提案制度」により、都民投票により採択された事業である。東京都立大学が「いきいき・あんしん在宅療養サポート：訪問看護人材育成支援事業」として、令和5年4月1日から令和8年3月31日まで3年間実施した。

※本報告書に使用している写真は実際の研修会場面ではありません。掲載されている人物、機材等は事前に許可を得て掲載しています。



目次

■はじめに.....	4
■第1章 本事業の概要と目的	6
1-1 事業の背景	
1-2 本事業の目的	
1-3 実施期間および事業の全体構成	
1-4 研修実施状況の概要	
1-5 本章のまとめ	
■第2章 社会的背景と東京都における意義	8
2-1 高齢化の進展と在宅療養需要の増大	
2-2 訪問看護師育成の現状と課題	
2-3 東京都における意義	
2-4 東京都民への波及効果の視点	
2-5 本章のまとめ	
■第3章 学習ニーズ調査と教育プログラムへの反映	10
3-1 学習ニーズ調査の目的	
3-2 調査の方法	
3-3 学習ニーズの特徴	
3-4 研修形態に関するニーズ	
3-5 教育プログラムへの反映	
3-6 本章のまとめ	
■第4章 シミュレーション基盤型教育プログラムの設計	14
4-1 教育モデルの基本的考え方	
4-2 シミュレーション基盤型教育プログラムの構造化	
4-3 三段階学習構造の導入	
4-4 心理的安全性の確保	
4-5 シミュレーションを採用した理由	
4-6 ロールプレイとシミュレーションの違い	
4-7 シミュレーション基盤型教育プログラムの再現性	
4-8 本章のまとめ	

■第5章 研修の実施状況と受講者の特徴	18
5-1 研修実施回数および実施体制	
5-2 受講者数と事例別内訳	
5-3 受講者の訪問看護経験年数	
5-4 受講者の年代および背景	
5-5 地域分布	
5-6 受講動機	
5-7 受講者人数の整理	
■第6章 教育効果の検証	22
6-1 評価の目的と枠組み	
6-2 一般性自己効力感 (GSES)	
6-3 シミュレーション教育設計の評価 (SDS)	
6-4 教育実践の評価 (EPQ)	
6-5 学習満足度および学習への自信 (SSCL)	
6-6 本章のまとめ	
■第7章 訪問看護への示唆および東京都民への波及効果	24
7-1 訪問看護実践への示唆	
7-2 新人教育への応用の可能性	
7-3 教育の機会の均てん化	
7-4 東京都民への波及効果	
7-5 本章のまとめ	
■第8章 本事業の課題と展望	26
8-1 本事業の目標到達度	
8-2 本事業における課題	
8-3 展望	
8-4 まとめ	
■最終章 総括	28
学会発表	
参考文献	
■謝辞	31

東京都「大学研究者による事業提案制度」令和4年度採択事業
いきいき・あんしん在宅療養サポート 訪問看護人材育成支援事業

「いきいき・あんしん」して暮らすことができる地域づくりをめざして



本事業は、東京都の事業として訪問看護経験が3年以内の看護師を対象に、高性能多機能人体型シミュレータ(以下、人体型シミュレータ)を活用したシミュレーション基盤型看護教育モデルを構築し、研修会を実施したものです。この人体型シミュレータは、呼吸音・呼吸数・心音・脈拍数・腹部音など、身体機能の正常値・異常値を再現できる高性能なものです。療養者や家族とのコミュニケーションや対応の流れを模倣するロールプレイとは異なり、人体型シミュレータを用いて身体状態の変化を再現する環境のもとで判断過程を学ぶ機会を提供しました。本書は、その取り組みの経過と成果をまとめたものです。



第1章 本事業の概要と目的

1-1 事業の背景

東京都では高齢化が進行しており、医療的ケアを必要としながら住み慣れた地域で療養生活を送る都民は今後も増加することが見込まれています。医療の高度化や在院日数の短縮、在宅医療の推進により、在宅療養における支援体制の充実は一層重要な課題となっています。これを支える訪問看護師には、限られた情報の中で療養者の状態を評価し、適切な対応を行う高度な臨床判断力が求められます。

在宅療養を支える訪問看護師は、日常的な健康管理から急変時の対応、終末期ケアに至るまで、日常生活に直結する役割を担っています。特に訪問看護では、検査機器や医療資源に限られる中で、視診(見る)・触診(触れる)・聴診(聴く)などから得られる情報を統合し、単独で判断する場面が少なくありません。そのため、フィジカルアセスメント能力および臨床判断力の育成は、在宅療養支援の質を左右する基盤的要素であるといえます。

フィジカルアセスメントとは、看護師が療養者の身体を「見る(視診)・触れる(触診)・聴く(聴診)・聞く(問診)・叩く(打診)」などの方法で確認し、健康状態を判断することです。身体の小さな変化も的確に捉えて判断する専門的な技術です。

しかしながら、訪問看護師の育成は、同行訪問やOJT(実際の療養者宅への訪問で、先輩看護師と2人1組で訪問し、指導サポートを通じて業務スキルを習得する実務教育)を中心とした教育が主であり、在宅療養支援の経験に偏りが生じやすいという課題があります。急変事例や対応困難事例については、実際の訪問看護を行いながら看護経験を積むことが難しい場合もあります。このような背景を踏まえ、体系的かつ標準化された教育を受ける機会の整備が求められていました。

1-2 本事業の目的

本事業は、訪問看護経験3年以内の看護師を主な対象として、シミュレーション基盤型教育モデルを構築し、その教育効果を多面的に検証することを目的としました。

具体的には、人体型シミュレータを活用した対面型シミュレーション研修と、eラーニングを活用し事前・事後学習を組み合わせた三段階の学習構造で実施しました。これにより、在宅療養の場面で求められる判断力および対応力を、安全かつ反復して学習できる環境を整備しました。

本事業の最終的な目標は、訪問看護師の実践力向上を通じて、東京都内全域における在宅療養支援の質の底上げを図り、東京都民が「いきいき・あんしん」に暮らせる地域づくりに資することです。

1-3 実施期間および事業の全体構成

本事業は、令和5年度から令和7年度までの3年間、段階的に実施しました。

令和5年度	令和6年度	令和7年度
学習ニーズ調査 およびプログラム構想	教育プログラムの開発・試行、 対面研修(シミュレーション)の 実施	対面研修(シミュレーション) の実施および教育効果の検証

■表 1-1 年度別・事業実施内容

年度	事業フェーズ	主な実施内容
令和5年度	調査・構想段階	<ul style="list-style-type: none"> ■事業開始、研究体制・運営体制の構築 ■倫理審査申請・承認取得 ■訪問看護師の学習ニーズ調査(質問紙調査・聞き取り調査) ■学習ニーズ調査結果の整理・分析 ■教育プログラムの基本構想および到達目標の検討
令和6年度	開発・試行・実装段階	<ul style="list-style-type: none"> ■調査結果に基づく教育プログラム設計 ■シミュレーションシナリオ作成・修正 ■eラーニング教材の設計・作成 ■コンテンツ作成業者の選定・委託 ■教育プログラムの試験的实施(プレテスト) ■評価結果に基づくプログラム改訂 ■東京都内公共施設による対面研修(シミュレーション)の開始
令和7年度	実装・評価段階	<ul style="list-style-type: none"> ■東京都内公共施設における対面型研修(シミュレーション)の実施 ■研修前後および追跡調査による教育効果検証 ■事業成果の整理・分析・学会発表、成果の普及・展開

令和5年度および令和6年度には、東京都内訪問看護ステーションを対象とした学習ニーズ調査を実施しました(それぞれ1,642ヶ所、1,823ヶ所)。その結果、アセスメント能力、急変時対応、終末期支援に対する高いニーズを把握しました。これらの結果を踏まえ、呼吸器系疾患、循環器系疾患、脳血管系疾患、終末期ケアの4領域を中心とするシナリオを設計し、教育プログラムを作成しました。

令和6年から2年間は、人体型シミュレータを東京都内へ搬送する「移動・巡回型」研修を実施し、地域格差の是正にも配慮しました。

1-4 研修実施状況の概要

2年間で合計65回の研修を実施し、延べ368名の訪問看護師が参加しました(令和8年2月10日時点の数値)。受講者の属性や地域分布の詳細については、第5章に示します。

なお、本報告書では評価項目により分析対象の母数が異なります。これは、統計的妥当性を確保するため、各尺度(アンケート項目)において有効な回答数のみを集計したためです。また、複数回答も含んでいるため、その都度母数を明示しながら結果を報告します。

1-5 本章のまとめ

本事業は、在宅療養の需要の高まりという社会的背景を踏まえ、訪問看護師の臨床判断力の育成を目的として構築された、シミュレーション基盤型教育モデルの実装事業です。

3年間にわたり、調査・開発・実装・評価を段階的に実施し、教育設計の妥当性および受講者の主観的学習成果について一定の成果を確認しました。

次章では、本事業の社会的背景および東京都における意義について詳述します。

第2章 社会的背景と東京都における意義

2-1 高齢化の進展と在宅療養需要の増大

東京都では高齢化が着実に進行しており、2050年には東京都民の3人に1人が高齢者になると見込まれています。医療の高度化や在院日数の短縮により、医療依存度の高い療養者も早期に退院し、地域で生活を継続するケースも増えています。また、医療的ケアが必要な要介護高齢者等の増加等により、訪問看護の重要性が高まっています。

訪問看護師は、病状の観察、医療処置、服薬管理、リハビリテーション支援、家族支援、終末期ケアなど、多岐にわたる業務を担っています。

とりわけ在宅医療の場では、急変の予兆を早期に察知し、適切に対応し、多職種と連携する判断力が求められます。こうした判断力は、在宅療養の安全性および生活の質に直結します。

2-2 訪問看護師育成の現状と課題

現在、訪問看護師の育成は、同行訪問やOJTを中心とした実地指導が主流です。前述の通り、療養者の症例(治療方法や病気の経過)の偏りや、急変事例・対応困難事例を十分に経験できないという課題があります。また、小規模事業所では教育体制の整備が難しい場合もあります。

人体型シミュレータを用いたシミュレーション教育は、実際に起こり得る身体の変化を安全に現実に近い状態で再現し、判断過程を振り返ることができる点で、OJTを補完する有効な教育手法とされています。しかし、機器が高額であることや管理運営の負担から、個々の訪問看護ステーションが単独で整備することは現実的ではありません。その結果、教育の機会や学習環境に地域差が生じ、訪問看護の質の均てん化が困難となる可能性があります。

2-3 東京都における意義

居住地域や社会的状況にかかわらず、すべての東京都民が必要な医療・福祉サービスを受けられる体制整備を推進しています。在宅療養においても、東京都内のどこに住んでいても質の高い訪問看護を受けられることが重要です。

本事業は、これまでのシミュレーション教育に関する大学における研究成果を活用し、人体型シミュレータを東京都内各地へ搬送し、これまでに実施されなかった地域移動型の研修会を企画・運営することで、教育の機会の均てん化を図りました。これは、単なる研修事業にとどまらず、在宅療養支援体制の質的向上を支える新たな基盤整備事業として位置づけられます。

また、本事業では、「教授設計理論」に基づき、到達目標を明確化し、評価指標を設定し、教育効果を検証する枠組みを構築しました。これは、教育の質保証および再現性の観点からも有意義な取り組みです。

「教授設計理論」とは、単に教育方法のみを検討するのではなく、教育に使用する教材・資材や、教育環境、人的環境も含めて検討し、教育方法全体を設計する理論です。

2-4 東京都民への波及効果の視点

訪問看護師の臨床判断力および対応力の向上は、療養者の状態変化の早期発見や重症化予防につながります。結果として、入院を回避し、在宅での療養継続を支える体制の強化につながります。

在宅療養の質の向上は、療養者本人のみならず、その家族の安心感にも直結します。地域における訪問看護の質が安定することは、住み慣れた地域で「いきいき・あんしん」して暮らし続けるための重要な基盤となります。

本事業は、訪問看護の人材育成を通じて地域医療・在宅療養体制の充実を図るものであり、東京都における持続可能な在宅療養支援体制の構築に資する取り組みです。

2-5 本章のまとめ

高齢化の進展と在宅療養需要の増大という社会的背景のもと、訪問看護師の臨床判断力育成は喫緊の課題です。本事業は、人体型シミュレータを用いたシミュレーション教育を実施し、訪問看護師の教育の機会の均てん化と質保証の両立を図る試みです。

次章では、学習ニーズ調査の結果と、それをどのように教育設計へ反映したかについて述べます。



第3章 学習ニーズ調査と教育プログラムへの反映

3-1 学習ニーズ調査の目的

本事業では、訪問看護師に求められる実践能力を明確化し、訪問看護の実情に即した教育プログラムを構築するため、学習ニーズ調査を実施しました。

訪問看護は、単独で判断する場面が多く、療養者の生活環境や家族背景を踏まえた総合的なアセスメントが求められます。そのため、理論だけではなく、訪問看護で実際に必要としている知識・技術・態度を把握することが不可欠でした。本調査では、在宅療養支援に必要と考えられる知識・技術・態度に関する項目について、優先度を明らかにすることを目的としました。

3-2 調査の方法

調査は令和5年度および令和6年度に実施しました。東京都内の訪問看護ステーションを対象に郵送調査を行いました。令和5年度は1,642ヶ所、令和6年度は1,823ヶ所に郵送し、それぞれの事業所で看護管理者1名および訪問看護師1名に学習ニーズ調査の回答を依頼しました。回答者の総数は、2年間で1,027名(看護管理者：延べ360名、訪問看護師：延べ667名)でした。

調査項目は、訪問看護の実践に必要と考えられる25項目で構成され、各項目について「とても必要」「必要」「少し必要」などの5段階評価で回答を求めました。

回答は東京都内各地域から幅広く得られ、二次保健医療圏ごとの地域的な偏りはほぼ見られませんでした(島しょを除く)。

二次保健医療圏とは、入院や救急などの治療を自分が住んでいる地域の中で受けられるように決められている医療区域のことです。東京都は、次の通り13地区に分かれています。

■表 3-1 年二次保健医療圏

二次保健医療圏	
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
区南部	品川区、大田区
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
区西部	新宿区、中野区、杉並区
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区
区東部	墨田区、江東区、江戸川区
西多摩	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町
南多摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市
北多摩北部	小平市、東村山市、西東京市、清瀬市、東久留米市
島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村

3-3 学習ニーズの特徴

調査の結果、以下の領域において特に高いニーズが確認されました。

学習ニーズ調査では、「的確なアセスメントに基づく訪問看護の展開」、「疾患に応じた看護の実践」、「急変時対応」、「終末期ケア」、「精神的支援」の学習ニーズが高いことがわかりました。いずれも、在宅療養において判断力を要する領域であり、単独訪問という特性を踏まえた実践能力の必要性が強く示されました。

また、医療機器を使用する在宅療養者の看護、医療処置のしかたなどの学習ニーズも高いことがわかりました。

この結果から、教育プログラムにおいては、まず実践に直結する内容を中核に据えることが適切であると判断しました。

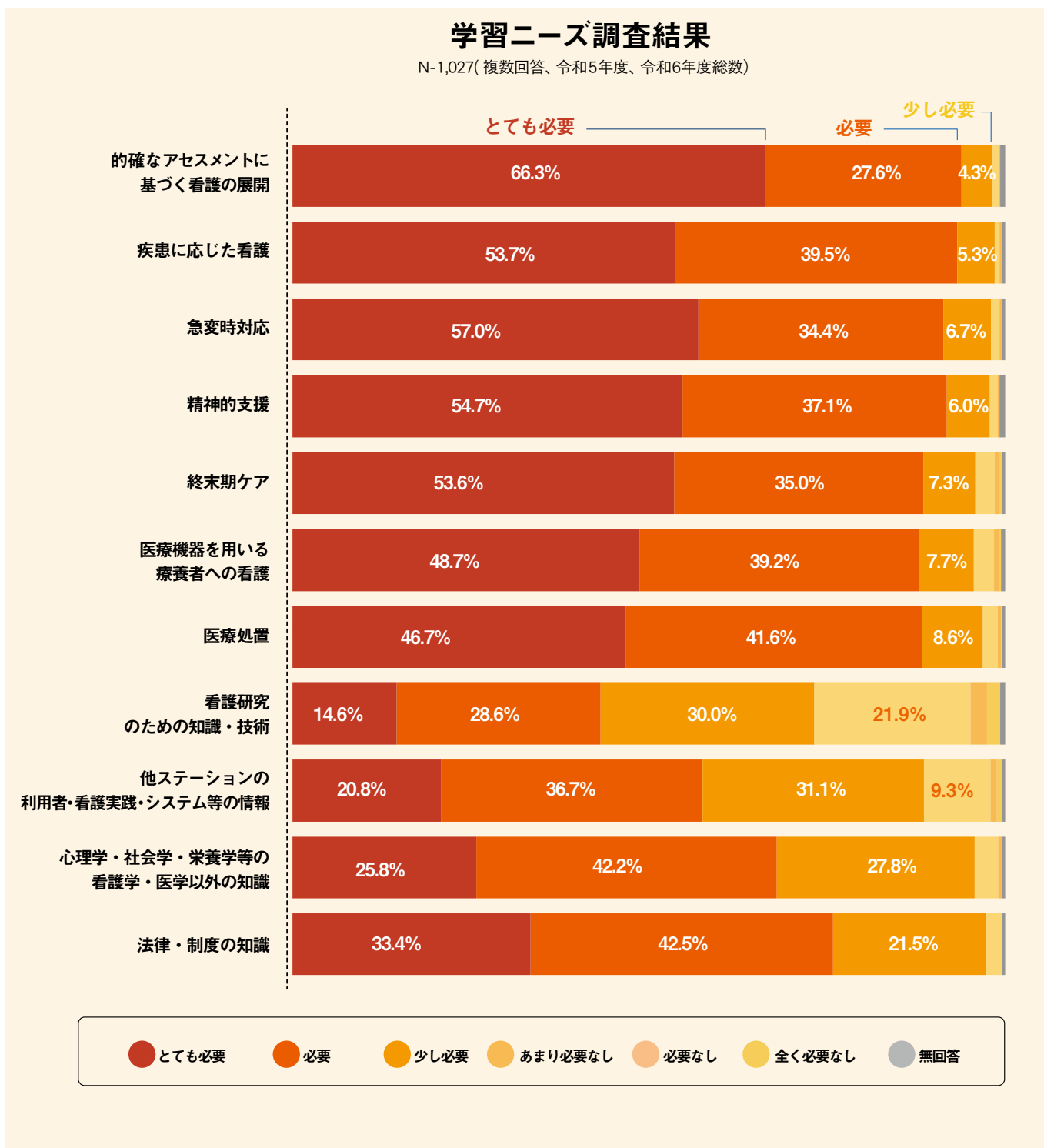


図 3-1 学習ニーズ調査結果

3-4 研修形態に関するニーズ

この調査では、研修時間や開催日時、受講費用に関する意向も確認しました。

研修時間

最も支持が高かったのは、1時間から1時間半程度の短時間研修でした。一方4時間以上の長時間拘束型の研修は支持が低く、業務の合間に参加できる形式が望まれていることが明らかになりました。そのため、本事業では、短時間で要点を学ぶことができる研修とすることが有効であると考えられました。

開催日時

開催日時の希望も確認しました。その結果、平日午後および平日夜間、ならびに土曜午前へのニーズが比較的高く、日曜開催は低いことがわかりました。この結果から日曜日は参加しにくい傾向であることが確認できました。これは、訪問看護師の勤務形態や人員配置の制約を反映していると考えられます。そのため、研修開催日は、平日と土曜日を組み合わせた設定が必要であることがわかりました。

受講費用

1回あたりの研修費用として最も多かったのは、無料または低額(5,000円未満)の研修費用が支持されました。訪問看護分野における研修は、自己研鑽でありながらも業務に直結する性質があります。そのため、低額あるいは無料で受講できる研修会が最も参加しやすく、普及効果が高いことが考えられました。

本事業を公的事业として実施する意義は大きく、受講料を徴収しない、あるいは実質的な負担軽減を行うことが教育の機会の公平性確保となることが考えられました。つまり、受講費や交通費の負担軽減が参加促進に重要であることが示されました。

これらの結果は、研修会を開催する上で、その内容のみならず費用負担も含めた運営方法も重要であることを示しています。



3-5 教育プログラムへの反映

学習ニーズ調査の結果を踏まえ、本事業では以下の方針で教育プログラムを設計しました。

1 フィジカルアセスメントを中核とした構成

在宅療養の対象となる疾患のうち、フィジカルアセスメントの基本的な内容を含む呼吸器系疾患、循環器系疾患、脳血管系疾患、に加え、学習ニーズの高かった終末期ケアの4領域を中心に実際の場面を想定した事例(シナリオ)を作成し、根拠に基づく臨床判断を重点的に扱う内容としました。

2 短時間・反復可能な学習構造

1回あたりの対面研修は4時間とし、講義、グループワーク、演習の時間配分を工夫し、学習効果を高める設計としました。また、自己学習として、事前学習・事後学習には、e-ラーニングを用いました。

表 3-2 おおよそのタイムテーブルの例

時間	所要時間	内容
10:30 ~ 10:45	15 分	オリエンテーション (事業の概要と研修目標)
10:45 ~ 11:25	40 分	フィジカルアセスメント演習
11:25 ~ 11:55	30 分	事例紹介 シミュレーション演習に向けたディスカッション・グループワーク
11:55 ~ 12:45	50 分	～休憩～
12:45 ~ 13:00	15 分	シミュレーション演習 事前説明
13:00 ~ 13:15	15 分	シミュレーション演習①
13:15 ~ 13:45	30 分	シミュレーション演習① 振り返り
13:45 ~ 13:55	10 分	～小休憩～
13:55 ~ 14:10	15 分	シミュレーション演習②
14:10 ~ 14:35	25 分	シミュレーション演習② 振り返り
14:35 ~ 14:50	15 分	フィジカルアセスメント演習 復習
14:50 ~ 15:30	40 分	全体のまとめ (研修後アンケートの回答時間も含む)

3 三段階学習の導入

- 事前学習(e-ラーニング)で基礎知識の確認・整理
- 対面研修(シミュレーション)で判断過程の言語化を体験
- 事後学習(e-ラーニング)で学びの定着

という三段階構造により、知識理解にとどまらない実践的学習を可能としました。
(第4章 図4-1 参照)

4 教育の機会の均てん化

人体型シミュレータを東京都内各地へ搬送する移動・巡回型対面研修とし、地域格差を最小限に抑える体制を整備しました。

3-6 本章のまとめ

学習ニーズ調査により、訪問看護では、アセスメント能力や急変対応など、判断力を要する領域への高いニーズが確認されました。

本事業は、この学習ニーズを基盤として教育設計を行い、短時間・高密度・実践直結型のシミュレーション基盤型教育モデルを構築しました。

次章では、本教育プログラムの理論的基盤および教育設計の考え方について述べます。

第4章 シミュレーション基盤型教育プログラムの設計

4-1 教育モデルの基本的考え方

本事業では、訪問看護の特性を踏まえ、単なる知識伝達型研修ではなく、判断力の育成を中心とした教育(研修)モデルを採用しました。

訪問看護は、療養者の生活環境で、限られた情報と時間の中で健康状態を評価し、適切な対応を決定する看護実践です。そのため、必要なのは単に知識の量だけではなく、「どの情報を重視し、どのように統合し、どのタイミングで行動するか」という判断過程そのものです。

本教育プログラムでは、この判断過程を可視化し、言語化し、振り返ることを重視しシミュレーション基盤型教育モデルを設計しました。

4-2 シミュレーション基盤型教育プログラムの構造化

本プログラムは、到達目標を明確に設定し、それに対応する学習活動および評価方法を整合させる枠組みに基づいて構築しました。

まず、在宅療養支援に必要な能力を以下の3要素に整理しました。

- 1 フィジカルアセスメント能力
- 2 臨床判断力
- 3 多職種連携を含む実践対応力

これらを踏まえ、各ケースシナリオ(事例)に共通した研修目的・目標を明示しました。

研修目標(到達目標)は、知識・技術・態度ごとに目標を設定し「～ができる」の表現にし、行動レベルで具体化しました。

4-3 三段階学習構造の導入

本プログラムでは、三段階学習構造を構築しました。

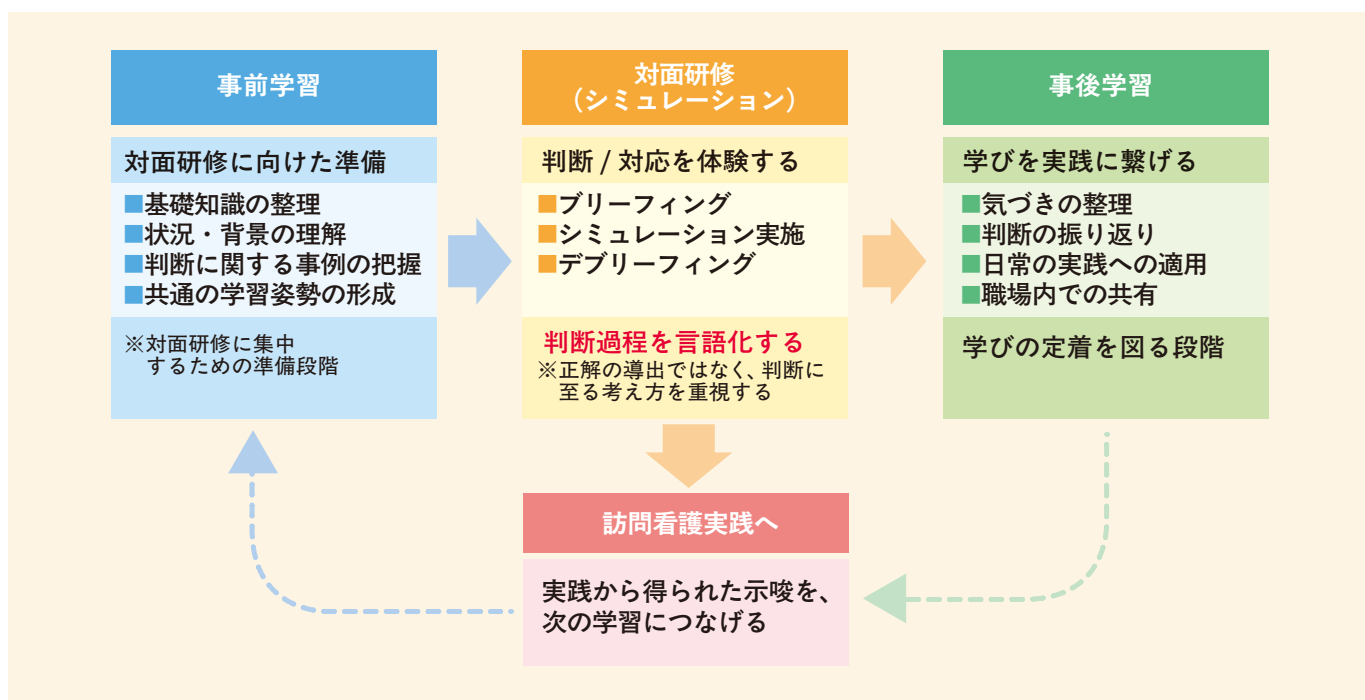


図 4-1 三段階学習(事前学習・対面研修・事後学習)の基本構造

1 事前学習

フィジカルアセスメントに関するビデオコンテンツ52種類を①事前学習推奨、②基礎知識、③関連知識、の3段階に分類し、ケースシナリオ(事例)毎にコンテンツを指定しました。これらは、eラーニングシステムを活用して自己学習として各自の時間で自由に視聴し、疾患理解や基礎知識を整理できるようにしました。これにより、対面研修は知識の確認ではなく臨床判断に集中できる環境を整えました。

2 対面型シミュレーション研修

1グループあたり3名から6名として人体型シミュレータを用い、実際の在宅療養場面を想定したケースシナリオ(事例)を用いてシミュレーション演習を実施しました。受講者は訪問看護師役となり、人体型シミュレータを療養者と見立てて、観察・判断・対応を行い、その過程を振り返りました。

事例を用いたシミュレーション演習では、実際の訪問看護と同様に、情報が限定的な状況から判断をする内容としました。時間経過による身体変化も再現し、総合的な判断を促しました。

また、事例を用いたシミュレーション演習後には必ずグループでデブリーフィング(振り返り)を行い、

「シミュレーションを実施してみてどうだったか」

「今、(療養者に)どのようなことが起こっていると考えられたか」

「なぜ(あなたは、あるいは、グループでは)その判断をしたのか」

「他に考えられること(対応、説明など)はなかったか」

「(療養者の状態を把握・判断する上で)他に必要な情報は何か」

「どのように報告すれば、(療養者に、家族に、医療職者に)わかりやすく伝わるか」

など、をグループで検討しました。

この過程により、暗黙知を言語化し、判断の根拠を明確にしました。

3 事後学習

事前学習で指定したフィジカルアセスメントに関するビデオコンテンツ52種類について、研修後も3ヶ月間は自由に視聴できることを説明し、研修後の自己学習で活用するように促しました。

つまり、事前学習で得た知識を、対面研修で体験(実施)し、事後学習で、知識を定着させ、自信を持って訪問看護ができる実践力につながる3段階構造となるようにしました。

4-4 心理的安全性の確保

判断力を育成するためには、失敗や間違いを受け入れる学習環境が不可欠です。本研修では、心理的安全性を確保することを設計上の重要要素としました。

シミュレーション演習を進行するファシリテーターは、「演習を評価する者」ではなく「学習支援者」として関わり、正解・不正解を評価するのではなく「考え方」に焦点を当てました。これにより、受講者が積極的に発言し、自己の判断を振り返ることができる環境を整えました。

4-5 シミュレーションを採用した理由

ロールプレイや講義形式では、実際の生体反応や時間経過を再現することは困難です。人体型シミュレータを活用することで、

- 心音・呼吸音の変化
- バイタルサインの変動
- 状態悪化の程度

を安全に再現することが可能となりました。

これにより、急変の予兆を察知することや、優先順位の判断を実施できました。



4-6 ロールプレイとシミュレーションの違い

看護教育では、これまでロールプレイが広く用いられてきました。ロールプレイは、療養者や家族とのコミュニケーションや療養者などとの対応の流れを学ぶうえで有効な方法です。しかし、ロールプレイでは、呼吸音の変化や血圧の低下、脈拍の変化など、身体の状態が時間とともに変化していく様子を実際に体験することはできません。変化は説明によって伝えられるため、「知識として理解する」学習にとどまりやすい側面があります。

■表 4-1 シミュレーション教育とロールプレイの比較

項目	シミュレーション教育	ロールプレイ
目的	フィジカルアセスメントを基盤とした実践力(判断・技術・安全管理)の統合的習得	コミュニケーション能力および倫理観の深化
学習内容	臨地状況の再現、観察情報の統合、行動結果に基づくフィードバック	役割体験を通じた相互理解、感情や立場への気づき
到達目標	判断力、優先順位付け、初期対応力の向上	共感的理解、対話スキルの向上
適する学習場面	臨床判断および安全管理を要する実践場面	倫理的課題や対人関係調整を要する場面

本事業で用いた人体型シミュレータは、呼吸音や心音を実際に聴取でき、バイタルサインが変化し、状態が悪化していく過程を再現することができます。受講者は、目で見て、耳で聴き、手で触れながら、状況を総合的に判断する体験をします。

訪問看護の場面では、状態変化は突然起こります。そのため、「説明された変化」を理解するのではなく、「目の前で起こる変化を感じ取り、判断する」ことが重要です。

本教育プログラムでは、この「変化を体験できる学習」を実現するために、人体型シミュレータを用いた対面研修(シミュレーション)を実施しました。

■ 4-7 シミュレーション基盤型教育プログラムの再現性

本教育モデルは、シナリオ構成、進行手順、評価方法を含めて「シミュレーション基盤型教育プログラム」としました。これにより、特定の指導者に依存しない再現可能な教育モデルを構築しました。また、移動型の実施体制を整えることで、東京都内各地域において同水準の教育を提供できる体制にしました。

■ 4-8 本章のまとめ

本教育プログラムは、訪問看護の特性を踏まえ、判断過程の可視化と言語化を中心に設計された「シミュレーション基盤型教育プログラム」です。

三段階学習構造、心理的安全性の確保、再現性の高い設計により、在宅療養支援に直結する実践的学習を可能としました。

次章では、実際の研修実施状況および受講者の概要について述べます。



第5章 研修の実施状況と受講者の特徴

5-1 研修実施回数および実施体制

本事業では、令和6年度から令和7年度までの2年間に、合計65回の研修を実施しました。各年度において段階的に内容の精緻化を図りながら、東京都内各地域で巡回型の対面研修を実施しました。研修は、これまでの研究成果を活用し、人体型シミュレータシミュレータおよび必要機材を会場へ搬送する形式としました。会場は公共施設や研修施設等を活用し、受講者が通いやすい立地を考慮しました。

■表 5-1 研修実施会場

二次保健医療圏	施設名	会場	広さ(床面積)
区中央部	二次医療圏内の教育ステーション	事業所関連施設	非公開
区南部	太田区産業プラザ PiO 〒144-0035 東京都大田区南蒲田 1-20-20	A 会議室 C 会議室	70m ² 128m ²
		改装中のため会場名、広さは研修会開催当時のもの	
区西南部	世田谷区保健医療福祉総合プラザ 〒156-0043 東京都世田谷区松原 6-37-10	実習室 研修室 C-1	138m ² 155m ²
区東北部	東京都立大学荒川キャンパス 〒116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10	看護学実習室	非公開
区東部	タワーホール船堀 〒134-0091 東京都江戸川区船堀 4-1-1	研修室 401 会議室 303 会議室	149m ² 129m ² 111m ²
区東部	ツクイ在宅看護研修センター 〒131-0045 東京都墨田区押上 1-1-2 東京スカイツリーイーストタワー 15 階	研修室	80.1m ²
南多摩	二次医療圏内の教育ステーション	事業所関連施設	非公開
南多摩	二次医療圏内の教育ステーション	事業所関連施設	非公開
南多摩	東京都立大学南大沢キャンパス 〒192-0397 東京都八王子市南大沢 1-1	会議室	非公開
北多摩南部	三鷹市福祉 Labo どんぐり山 〒181-0015 東京都三鷹市大沢 4-8-8	3F 研修室 1F 多目的ホール	108.161m ² 179.54m ²

各回の研修では、シミュレーション演習進行役としてのファシリテーター、運営補助者を配置し、安全かつ円滑な実施体制を整えました。

研修に用いた事例は、学習ニーズ調査の結果を踏まえ、呼吸器系疾患、循環器系疾患、脳血管系疾患、終末期ケアの4領域としました。

5-2 受講者数と事例別内訳

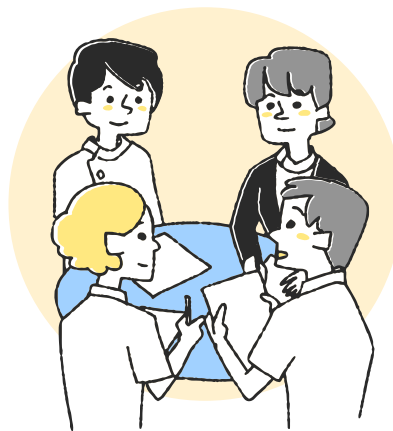
2年間の延べ受講者数は368名でした(2026年2月10日時点の数字)。

事例別の参加状況は、呼吸器系疾患、循環器系疾患、脳血管系疾患、終末期ケアの各領域において、いずれも安定した参加が得られました。

■表 5-2 研修会実施規模

研修テーマ	開催回数	受講者数
呼吸器系疾患	22 回	146 名
循環器系疾患	19 回	102 名
脳血管系疾患	11 回	55 名
終末期ケア	13 回	65 名
合計	65 回	368 名

※呼吸器疾患と循環器疾患のプログラムは、令和6年度、令和7年度と2年間に渡り実施したため、実施回数、参加者が多くなっている。



5-3 受講者の訪問看護経験年数

受講者のうち、訪問看護経験3年以内が93.4%を占めました。特に1年目が63.4%と最も多く、初期キャリア形成期にある訪問看護師が中心であったことが特徴です。

本事業は、訪問看護経験の浅い看護師を主対象として設計したものであり、対象者の特性と整合した参加状況であったといえます。初期段階での教育は、判断力形成の基盤を整える上で重要であり、今後のキャリア形成にも影響を及ぼす可能性があります。

■表 5-3 受講事例別訪問看護経験年数 (2026年2月10日現在)

看護職経験年数	呼吸器系疾患 事例 (22日、N=146)		循環器系疾患 事例 (19日間、N=102)		脳血管系疾患 事例 (11日間、N=55)		終末期ケア 事例 (13日間、N=65)		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1年目	101	69.2%	57	55.9%	36	65.5%	40	61.5%	234	63.6%
2年目	28	19.2%	24	23.5%	13	23.6%	17	26.2%	82	22.3%
3年目	11	7.5%	11	10.8%	2	3.6%	4	6.2%	28	7.6%
4年目	2	1.4%	2	2.0%	4	7.3%	1	1.5%	9	2.4%
5年目～10年目	4	2.7%	6	5.9%	0	0.0%	3	4.6%	13	3.5%
11年目以上	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%
計	146	100%	102	100%	55	100%	65	100%	368	100%

5-4 受講者の年代および背景

受講者の年代は20代34.5%、30代約24.7%、40代28.5%、50代以上約11.7%と幅広い分布を示しました。訪問看護経験が浅くても年齢が高い受講者が一定数存在しており、医療機関等の勤務から訪問看護へ転向した中堅層の存在がうかがえます。これは、訪問看護分野の人材が多様化していることを示しています。

■表 5-4 受講事例別受講者の年代

(2026年2月10日現在)

年代	呼吸器疾患事例 (22日間)		循環器疾患事例 (19日間)		脳血管系疾患事例 (11日間)		終末期事例 (13日間)		合計人数 (%)	
10歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
20歳代	46	33.3%	35	31.8%	28	50.9%	18	27.7%	127	34.5%
30歳代	37	26.8%	27	24.5%	9	16.4%	18	27.7%	91	24.7%
40歳代	39	28.3%	36	32.7%	11	20.0%	19	29.2%	105	28.5%
50歳代	15	10.9%	10	9.1%	6	10.9%	9	13.8%	40	10.9%
60歳代以上	0	0.0%	1	0.9%	1	1.8%	1	1.5%	3	0.8%
無回答	1	0.7%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%
計	138	100%	100	100%	55	100%	65	100%	2	100%

このような背景を踏まえ、本研修では訪問看護経験年数を基準とし、年齢にかかわらず学習しやすい構造とし、到達目標を設定しました。

5-5 地域分布

この表は、東京都の二次保健医療圏別の研修会開催と受講者の勤務地の関係を示したものです。縦軸が研修会開催圏域、横軸に受講者勤務地を配置し、参加人数を色の濃淡で表しています。この結果に示されているとおり、受講者は各自の東京都内の勤務地に限定せずに研修会に参加していることがわかりました。

移動・巡回型対面研修を採用したことにより、多摩地域を含めた広範囲からの参加が得られました。これは、教育機会の均てん化という本事業の目的に沿う結果です。

■表 5-5 呼吸器系疾患事例 研修

(2026年2月10日現在)

開催場所	実施回数	受講者数	受講者の勤務地												
			区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部	島しょ
区中央部	1	4	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
区南部	2	15	0	4	5	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0
区西南部	3	15	2	1	2	2	3	1	1	0	3	0	0	0	0
区東北部	4	32	6	0	2	2	6	9	1	0	3	1	1	1	0
区東部	7	55	5	1	11	9	8	4	7	2	0	4	1	3	0
区東部	2	8	3	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0
南多摩	1	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
北多摩南部	2	14	0	1	2	1	1	0	0	0	4	2	2	1	0
合計	22	146	16	7	24	15	23	16	11	3	13	8	4	6	0

■表 5-6 循環器系疾患事例 研修

(2026年2月10日現在)

開催場所	実施回数	受講者数	受講者の勤務地												
			区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部	島しょ
区中央部	2	16	3	2	1	4	2	1	1	1	0	1	0	0	0
区南部	2	6	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0
区西南部	3	14	1	3	2	1	2	0	1	0	1	2	0	1	0
区東北部	6	39	10	1	3	3	6	10	5	0	1	0	0	0	0
南多摩	4	17	0	0	1	3	1	0	0	1	8	1	0	1	0
北多摩南部	1	7	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	2	1	0
区東部	1	3	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
合計	19	102	16	6	8	12	12	14	7	2	13	6	2	3	0

表 5-7 脳血管系疾患事例 研修

(2026年2月10日現在)

開催場所	実施回数	受講者数	受講者の勤務地												
			区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部	島しょ
区中央部	2	17	4	0	2	2	2	2	2	1	0	1	1	0	0
区南部	1	7	0	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
区東北部	5	19	3	2	3	0	6	1	2	0	0	0	2	0	0
区東部	2	10	4	0	0	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0
南多摩	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
合計	12	55	11	7	6	3	8	3	8	1	1	2	3	0	0

表 5-8 終末期ケア事例 研修

(2026年2月10日現在)

開催場所	実施回数	受講者数	受講者の勤務地												
			区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部	島しょ
区西南部	1	4	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
区東北部	5	25	6	0	1	1	5	8	0	0	1	2	0	1	0
区東部	3	11	3	0	0	0	2	2	3	0	0	0	0	1	0
南多摩	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
北多摩南部	3	19	1	1	0	3	2	0	0	0	3	3	6	0	0
合計	13	65	11	1	3	4	10	10	3	0	10	5	6	2	0

5-6 受講動機

研修会申込時の調査の結果、受講動機は、「現在の仕事に役立つと考えたから」が最も多く、実践直結型の学習ニーズが明確でした。また、「将来の仕事に役立つ」「自己研鑽の一環として」など、主体的な学習動機も多くみられました。この結果は、訪問看護師が日々の業務において判断力向上の必要性を自覚していることを示しています。

5-7 受講者人数の整理

本章で示した受講者数は延べ368名です(2026年2月10日時点の数値)。

一方、第6章以降で示す結果では、評価表ごとに分析対象数が異なります。例えば、自己効力感(GSES)：291名、教育設計評価・教育実践評価・満足度評価：330名となっています。これは、欠損のない有効回答のみを分析対象としたためであり、統計的妥当性を確保するための処理です。分析対象数を明示しながら報告しました。

5-8 本章のまとめ

本事業では、2年間で65回の研修を実施し、延べ368名の訪問看護師が参加しました(2026年2月10日時点の数値)。対象とした訪問看護経験3年以内の看護職者は、幅広い年代であることがわかりました。

参加者の勤務地別の偏りはほぼなく、移動・巡回型研修により教育の機会の均てん化が図られたと考えられました。

次章では、教育効果の検証結果について述べます。

第6章 教育効果の検証

6-1 評価の目的と枠組み

本事業では、研修の効果を主観的満足度のみ依存せず、多面的かつ構造的にその効果を評価しました。

1 心理的基盤(一般性自己効力感)

2 教育設計の妥当性

3 教育実践の質

4 学習満足度および学習への自信

この4つの観点から以下について確認しました。

1 受講者がもともと備えている心理的基盤(GSES)

2 シミュレーション教育の設計が適切であった(SDS)

3 シミュレーション実践が機能していたか(EPQ)

4 その結果として自信が形成されたか(SSCL)

6-2 一般性自己効力感(GSES)

訪問看護は単独判断を求められる場面が多く、自己効力感実践の安定性に影響する心理的基盤です。

有効回答291名の平均得点は9.58(16点満点)点でした。

経験年数別、年代別、事例別に有意な差は認められず、幅広い層において一定水準の自己効力感が確認されました。

■表 6-1 参加事例別 GSES 平均スコア

事例	GSES 平均値	回答数	%
呼吸器系疾患	9.72	99	34.0%
循環器系疾患	9.50	90	30.9%
脳血管系疾患	9.31	52	17.9%
終末期ケア	9.74	50	17.2%
合計	9.58	291	100%

■表 6-2 訪問看護経験年数別 GSES 平均スコア

訪問看護の経験年数	GSES 平均値	回答数	%
1年目	9.62	182	62.8%
2年目	10.02	64	23.0%
3年目	9.20	25	8.2%
平均	9.61	271	94.0%
4年目以上	7.64	20	6.0%
合計	9.58	291	100%

6-3 シミュレーション教育設計の評価(SDS)

第4章で述べたとおり、本研修では「身体的変化を体験し、その判断過程を振り返る構造」を中核に据えました。シミュレーション教育の設計についてSDSを用いて評価した結果、以下の項目で高い評価が得られました(有効回答330名)。

■表 6-3 シミュレーション教育設計の評価:SDS N=330 (%)

	教育方法	重要性
目的の明確性	87.9%	86.7%
サポート(学習支援の適切さ)	90.1%	89.6%
問題解決(判断を促す構造)	85.9%	87.4%
フィードバックの充実	89.6%	89.8%
リアリティ	88.0%	89.5%



これらの結果から、ロールプレイでは説明に依存せざるを得ない身体的変化を、実際に問診・触診・聴診・観察しながら判断できるように設計したことが、実際の状態に近いリアリティの高さに繋がったと考えられます。教育設計と学習ニーズの整合性が確認されたことは、本教育モデルの妥当性を裏づける結果です。

6-4 教育実践の評価 (EPQ)

教育実践に対する評価では、以下の回答が得られました。

■表 6-4 教育実践の評価 :EPQ

N=330 (%)

	教育方法	重要性
主体的に考える機会があった	83.2%	88.5%
他の受講者との協働があった	86.7%	89.4%
多様な学習方法だった	79.7%	85.8%
到達目標が明確であった	85.9%	90.2%



このことから、講義中心の学習では、受講者は受動的立場に置かれがちですが、本研修では、受講者自身が観察し、判断し、根拠を説明する役割を担いました。この「判断を言語化する」経験が、思考の整理と定着に役立ったのではないかと考えられます。

6-5 学習満足度および学習への自信 (SSCL)

本研修で実施したシミュレーション演習は、学習満足度：91.2%、学習への自信：86.8% と高水準を示しました。

この結果で注目すべき点は、「学習満足度」だけでなく「学習への自信」が高い点です。ロールプレイ型学習では、「理解できた」という感想は得られても、「実際に対応できる」という自信につながらない場合があります。一方、本研修では血圧値の変化、呼吸音の変化など身体の変化を体験しながら判断を行い、その過程を振り返りました。この体験型構造が、「知っている」だけでなく、「シミュレーション演習で体験したから、できるかもしれない」という気持ちを促した可能性があります。

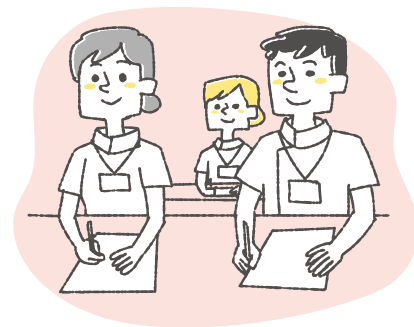
教育(研修)設計が適切であったからこそ、学習実践が機能し、その結果として受講者が自信を持つことにつながったと考えられます。

6-6 本章のまとめ

本章の結果から、

- 教育プログラムの設計は妥当であった
- 学習者中心型教育が実装された
- 学習満足度と学習への自信が高水準であった

ことが確認されました。



第4章で示したシミュレーション基盤型教育の設計は、学習成果として一定の成果があったと評価できます。

第7章 訪問看護への示唆および東京都民への波及効果

7-1 訪問看護実践への示唆

本事業は、シミュレーション基盤型教育モデルが、訪問看護の実践にどのような変化が生じるかを重視して教育プログラムを設計しました。

第6章で示したとおり、学習が単なる知識習得にとどまらず、実践場面への応用につながっていることを示唆します。

状態変化の早期発見能力の向上

判断の優先順位づけの明確化

根拠を持った報告・連携の促進

訪問看護は多職種連携が不可欠であり、判断の根拠を明確に説明できることは、医師やケアマネジャーとの連携にも寄与します。

7-2 新人教育への応用の可能性

シミュレーションで用いた観察ポイントや判断の整理方法は、OJTの補助教材としても応用可能です。本事業で作成した教育モデルは、1度だけの研修にとどまらず、事業所内教育の基盤として活用できる再現性を有しています。これは、教育効果が個人にとどまらず、組織単位へと波及する可能性を示しています。

7-3 教育の機会の均てん化

本事業では、人体型シミュレータを東京都内各地へ搬送して、シミュレーション演習を実施する巡回型研修を行いました。

従来、高度な人体型シミュレータを活用したシミュレーション教育は看護系大学や大規模医療機関等に限られる傾向がありました。本事業では、地域差を最小限にすることを目標にしたことから、東京都内の二次保健医療圏のあらゆる訪問看護事業所から参加が得られました。

教育の機会の均てん化は、どの地域(二次保健医療圏)においても質の高い訪問看護を提供する体制整備に直結します。これは、東京都民の居住地域によるサービス格差を縮小する観点からも重要です。



7-4 東京都民への波及効果

訪問看護師の判断力向上は、療養者の医療的安全性向上に寄与します。

具体的には、

症状悪化の兆候を早期に察知する

適切なタイミングで医師へ報告する

不必要な入院を回避する

といった対応につながる可能性があります。

在宅療養が安定することは、療養者本人の生活の質向上だけでなく、家族の安心感にもつながります。また、療養者の健康状態について自信を持って判断できることにより、訪問看護師自身の不安の軽減や職業的満足度の向上にも寄与し、離職防止や人材定着にも間接的な効果が期待されます。

7-5 本章のまとめ

本事業は、受講者個人の学習成果にとどまらず、訪問看護実践への活用、組織内教育への応用、地域格差の縮小、東京都民の在宅療養環境の安定、といった多くの波及効果が考えられます。本事業は、訪問看護師の人材育成支援を通じて、東京都民が住み慣れた地域で「いきいき・あんしん」して暮らし続けるための基盤整備に資する取組みであったといえます。



第8章 本事業の課題と展望

8-1 本事業の目標到達度

本事業では、訪問看護経験3年以内の看護師を主な対象として、シミュレーション基盤型教育モデルを構築し、学習ニーズ調査結果に基づいたシミュレーション教育プログラムを作成し、2年間にわたり段階的に実装・検証を行いました。

その結果、

- 教育設計の妥当性
- 臨床判断に対する自信の形成
- 学習者(受講者)中心型教育の実装
- 受講者の高い満足度

が確認されました。

また、移動・巡回型研修の実施により、教育の機会の均てん化にも一定の成果が認められたと考えられます。本事業は、単なる研修実施にとどまらず、再現可能な教育モデルおよび評価の枠組みを構築した点において、訪問看護における基盤整備型事業としての意義が示唆されました。

8-2 本事業における課題

一方で、いくつかの課題も明らかになりました。

1 長期的効果の検証

本報告では主に研修直後の評価を中心に分析を行いました。実践への活用・応用や行動変容が長期的に維持されるかについては、継続的な追跡調査が必要です。

2 経験段階別プログラムの精緻化

本事業は訪問看護師経験3年以内を対象としましたが、看護職としての経験年数や背景は多様です。経験段階に応じた到達目標設定や発展的プログラムの構築が求められます。

3 指導者育成体制の整備

シミュレーション教育の質は、シミュレーション演習を進行するファシリテーターの力量にも影響されます。教育モデルとしての持続可能性を高めるためには、ファシリテーター養成の体系化が重要です。

4 実装規模の拡大

都内全域で実施するためには、機器管理や人材配置を含めた実施体制が必要です。

8-3 展望

本事業で構築した教育モデルを基盤として、

- 段階別教育体系の整備
- 継続的フォローアップ体制の構築
- 演習進行役としてのファシリテーター育成プログラムの開発
- 長期的効果の検証



を進めることが望まれます。

また、本モデルは東京都に限らず全国でも活用可能な再現性を有しているため、東京都で確立したモデルが、全国に広がる可能性も秘めています。教育設計と評価枠組みを標準化したことは、将来的な展開においても有意義であったと言えます。

8-4 まとめ

本事業は、在宅療養需要の増大という社会的背景のもと、訪問看護師の判断力育成を目的として実施されました。

シミュレーションを活用した三段階学習構造により、実践に直結する学習の機会を提供し、教育設計および学習成果において一定の成果が確認されました。

訪問看護師の判断力向上は、状態変化の早期発見や重症化予防につながり、東京都民が住み慣れた地域で安心して療養生活を継続できる環境整備に直結します。

本事業は、訪問看護人材育成支援を通じて「いきいき・あんしん」して暮らすことができる地域社会の実現に資するものであったと総括します。



最終章 総括

本事業は、東京都における在宅療養体制の強化を目的として、訪問看護師を対象としたシミュレーション基盤型「訪問看護師教育支援プログラム」を開発・実施し、その有効性を多面的に検証したものです。

本事業の特徴は、学習ニーズ調査に基づく研修設計、三段階学習(事前学習・対面研修・事後学習)による体系的な教育構成、そしてシミュレーション基盤型教育を中心とした実践志向の学習モデルを構築した点にあります。在宅医療では、訪問看護師が単独で判断・対応する場面が多く求められます。本事業では、その特性を踏まえ、臨床判断力の育成を主軸としたシミュレーション基盤型教育プログラムを開発・実施しました。

研修の評価においては、SDS（シミュレーション基盤型教育デザイン評価）・EPQ（教育実践評価）・SSCL（学習満足度および学習に対する自信）の各指標において高い評価が得られました。これらの結果から、本プログラムが受講者（訪問看護師）の学習ニーズに基づいた教育設計のもとに適切に実施され、一定の教育効果を有することが確認できました。また、受講者間の交流やネットワーク形成といった一定の副次的成果も認められ、地域連携の基盤形成にも寄与しました。

本事業により整備された教育モデルは、訪問看護師の観察力・判断力・対応力の向上を通じて、在宅療養の安全性と質の向上に資するものであると考えられます。訪問看護師の臨床判断力の向上は、療養者の急変の早期発見、重症化予防、緊急入院の回避、在宅療養の継続支援につながり、東京都民が住み慣れた地域で安心して療養生活を継続できる体制の強化に寄与することが示唆されました。

さらに、本事業で構築された教育モデルは、訪問看護の普遍的課題である「単独判断が必要な療養環境における臨床判断力育成」に対応するものであり、地域特性に依存しない再現可能な教育モデルとしての汎用性を有していたと考えられます。少子高齢化の進展に伴い在宅医療の需要が全国的に高まる中、本事業の成果は東京都における訪問看護人材育成の取り組みとして、全国の訪問看護人材育成に応用可能なモデルとして位置付けられます。

以上より、本事業は東京都における訪問看護人材育成および在宅療養体制の強化に資する取組であり、在宅医療の質の向上に向けた実践的な教育モデルを提示することができたものと総括します。

学会発表

織井優貴子, 福田美和子, 黒河内仙奈, 斉藤恵美子. (2024). 新任訪問看護師を対象としたシミュレーション教育プログラムの構築と実践. 日本看護学教育学会 第34回学術集会 交流セッション (東京).

織井優貴子 (2024). 新任訪問看護師を対象とした学習ニーズ調査とシミュレーション教育プログラム構築. 第12回日本シミュレーション医療教育学会 (愛媛).

織井優貴子, 竹森志穂, 金壽子 (2024). 在宅看護のシミュレーション教育の可能性を考えてみませんか. 第14回日本在宅看護学会学術集会 交流集会 (千葉).

松田岳士, 竹森志穂, 金壽子, 後藤あゆみ, 上原星奈, 石川秀樹, 斉藤恵美子, 福田美和子, 黒河内仙奈, 織井優貴子 (2025). ハイブリッド学習プログラムとして設計された専門職リスキリング研修における学習活動の要因に関する考察. 日本教育メディア学会研究会論集, (58) 143-148.

Matsuda, T., Takemori, S., Kim, S., Goto, A., Uehara, H., Ishikawa, H., Saito, E., Fukuda, M., Kurokuchi, K. & Orii, Y. (2025). Factors of Learning: Activities in Reskilling Training for Nurses Designed as Hybrid Learning. In T. Bastiaens (Ed.), Proceedings of EdMedia + Innovate Learning, 966-970. Barcelona, Spain.

竹森志穂, 金壽子, 後藤あゆみ, 上原星奈, 松田岳士, 斉藤恵美子, 石川秀樹, 織井優貴子. (2025). 訪問看護師を対象としたシミュレーション研修の実践報告. 第35回日本保健科学学会 学術集会 (東京).

織井優貴子. (2025). 「住み慣れたところで『いきいき・あんしん』して暮らす」を支える - 訪問看護師リスキリング. 第35回日本保健科学学会 学術集会 特別セミナー (東京).

織井優貴子. (2025). 在宅看護におけるシミュレーション教育の有用性. コミュニティケア. (27) 7, 32-36. 日本看護協会出版会.

Orii, Y. (2026). Effectiveness of Simulation-Based Nursing Education for Home Care Nurses-Implementation of a Scenario-Based Simulation Workshop Program. International Medical Simulation of Healthcare (IMSH) 2026, San Antonio, USA.

織井優貴子. (2026). 新任訪問看護師を対象としたハイブリット型シミュレーション研修—東京都内における実践例—. 第7回 日本看護シミュレーションラーニング学会 (京都).

参考文献一覧

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Benner, P. (井部俊子監訳) (2012). ベナー看護論：達人ナースの卓越性とパワー．医学書院．

非がん疾患のエンドオブライフ・ケア (EOLC) に関するガイドライン作成研究班. (2021). 非がん疾患のエンドオブライフ・ケア (EOLC) に関するガイドライン. 日経BP.

日野原重明 (編). (2019). フィジカルアセスメント —ナースに必要な診断の知識と技術— (第4版). 医学書院.

医療情報科学研究所 (編). (2024). 病気がみえる Vol.7 脳・神経(第2版). メディックメディア.

医療情報科学研究所 (編). (2023). がんがみえる (第1版). メディックメディア.

Jeffries, P. R. (2005). Framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nursing Education Perspectives, 26(2), 96–103.

Jeffries, P. R. (Ed.). (2012). Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation (2nd ed.). National League for Nursing.

Jeffries, P. R., & Rogers, K. J. (2012). Theoretical framework for simulation design. In P. R. Jeffries (Ed.), Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation (2nd ed., 25–42). National League for Nursing.

松田岳士, 渡辺雄貴, 重田勝介, 加藤浩. (2015). 教学データとSDLRSを用いた科目選択支援システムの開発. 日本教育工学会研究報告集 JSET15-5, 225-230.

道又元裕. (2023). 看護学生のための臨床判断に必要な臨床推論. ヴェクソンインターナショナル株式会社.

宮崎和加子, 他. (2016). 在宅・施設での看取りのケア —自宅、看多機、ホームホスピス、グループホーム、特養で最期まで本人・家族を支えるために—. 日本看護協会出版会.

森田達, 他. (2023). 死亡直前と看取りのエビデンス (第2版). 医学書院.

長江弘子 (編). (2022). 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア (第2版). 日本看護協会出版会.

National League for Nursing. (2006). Simulation Design Scale (Student Version). New York: NLN.

National League for Nursing. (2006). Educational Practices Questionnaire (Student Version). New York: NLN.

National League for Nursing. (2006). Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. New York: NLN.

日本エンドオブライフケア学会. (2020). エンドオブライフケア —すべての人の命とくらしのために—. 南山堂.

織井優貴子. (2016). 看護シミュレーション教育基本テキスト —設計・実践・評価のプロセス. 日総研出版.

織井優貴子. (2024). シミュレーションを基盤とした看護教育のデザインと実践 —Healthcare Simulation Standards of Best Practiceを読み解く—. 日総研出版.

坂野雄二, 東條光彦. (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12(1), 73-82.

鈴木央 (監), 平原優美 (編). (2015). 緊急時にどう動く? 症状別在宅看護ポイントブック. 照林社.

宇野さつき. (2025). 病院と地域をつなぐ在宅がん看護事例集. へるす出版.

山内豊明. (2022). フィジカルアセスメントガイドブック —目と手と耳でここまでわかる— (第2版). 医学書院.

山内豊明. (2024). 緊急度を見抜く! バイタルサインからの臨床推論. 医学書院.

山内豊明 (監). (2015). 生命・生活の両面から捉える訪問看護アセスメント・プロトコル (改訂版). 中央法規出版.

謝辞

本事業の実施にあたり、多くの皆様からご支援とご協力を賜りましたことに、厚く御礼申し上げます。

本事業は、「都民投票」により採択された事業として実施されたものであり、本事業の趣旨にご理解とご支持を賜った東京都民の皆様に御礼申し上げます。また、本事業の実施にあたり、ご指導およびご支援をいただいた東京都関係部署の皆様に御礼申し上げます。

本事業の企画・設計および評価にあたり、共同提案者の皆様には学術的観点から貴重なご指導・ご助言を賜りました。また、事業の運営および事務手続きにおいてご支援をいただいた東京都立大学荒川キャンパスの事務職員の皆様に感謝申し上げます。

さらに、研修の運営・調整等、事業の実施に携わりご尽力いただいた事業担当者の皆様、ならびに研修の周知や受講者の参加にご協力いただいた東京都訪問看護事業所の管理者の皆様、本事業の研修および調査にご協力いただいた訪問看護師の皆様に感謝申し上げます。

また、本報告書の作成にあたり、編集および制作においてご尽力をいただいた制作会社の皆様に感謝申し上げます。

ここに記して、関係の皆様に深く謝意を表します。

事業提案者代表 織井 優貴子

■ 事業提案者一覧

代表 織井 優貴子 東京都立大学大学院人間健康科学研究科・特任教授
(東京都立大学名誉教授 / 常磐大学大学院看護学研究科 教授)

共同提案者(敬称略)

松田 岳士 東京都立大学大学教育センター・教授
斉藤 恵美子 東京都立大学大学院人間健康科学研究科・教授
石川 秀樹 東京都立大学大学院人間健康科学研究科・教授
福田 美和子 目白大学看護学部看護学科・教授
黒河内 仙奈 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部・准教授
松下 祥子 元 東京家政大学健康科学部看護学科・准教授
武田 聡 東京慈恵会医科大学救急医学講座・教授
万代 康弘 東京慈恵会医科大学救急医学講座・准教授

事業担当者一覧

責任者 織井 優貴子 (再掲)
竹森 志穂 東京都立大学大学院人間健康科学研究科
外部資金財源によるプロジェクト型任用 准教授
金 壽子 東京都立大学大学院人間健康科学研究科
特任教員 (准教授)
後藤 あゆみ 東京都立大学大学院人間健康科学研究科
特任教員 (助教)
上原 星奈 東京都立大学大学院人間健康科学研究科・リサーチアシスタント

東京都「大学研究者による事業提案制度」令和4年度採択事業
「いきいき・あんしん在宅療養サポート：訪問看護人材育成支援事業」



東京都



TOKYO METROPOLITAN UNIVERSITY

東京都立大学

- 実施年度 令和5年4月1日から令和8年3月31日
- 実施主体 東京都公立大学法人 東京都立大学
- 作成日 令和8年3月31日
- 制作 エム・ティ・プランニング株式会社