

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

詳細版



東京都



TOKYO METROPOLITAN UNIVERSITY

東京都立大学

報告書

詳細版

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

■第1章 本事業の実施概要	4
1-1 本事業の目的	
1-2 実施概要	
1-3 実施体制	
1-4 主な成果	
1-5 評価・考察	
1-6 今後の課題および展望	
1-7 事業の効果	
■第2章 事業の背景と目的	8
2-1 はじめに	
2-2 事業概要	
2-3 事業提案の背景	
2-4 本事業の目的	
2-5 現状と課題	
■第3章 学習ニーズ調査	12
3-1 学習ニーズ調査の実施	
3-2 学習ニーズ調査の結果	
3-3 「本事業の認知度」について	
■第4章 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」の設計	22
4-1 研修設計とは	
4-2 学習ニーズ分析との関連	
4-3 到達目標の設定	
4-4 シミュレーション教育採用の理由	
4-5 教育活動チェックリストの活用	
■第5章 対面型シミュレーション研修の意義	26
5-1 看護におけるシミュレーション教育の位置づけ	
5-2 シミュレーション教育とシミュレーション学習	
5-3 シミュレーションとロールプレイの違い	
5-4 デブリーフィング(振り返り)の位置づけ	
■第6章 「訪問看護師教育支援プログラム」の全体構成	28
6-1 本教育プログラムの基本構造	
6-2 事前学習の位置づけ	
6-3 対面研修(シミュレーション)	
6-4 事後学習による振り返り	
6-5 本教育プログラムで期待される学習の変化	
■第7章 教育プログラム設計の基本的な考え方	30
7-1 基本姿勢	
7-2 シミュレーション教育を用いる意義	
7-3 シナリオを中心とした教育(研修)設計の考え方	
7-4 心理的安全性の確保	
7-5 ファシリテーターの関わり方の基本	
7-6 三段階学習を前提とした設計の考え方	
7-7 研修設計の基本的手順	
7-8 研修設計における留意点	
■第8章 指導者のための研修の必要性	36
8-1 指導者研修の位置付け	
8-2 指導者研修の目的	
8-3 指導者研修の主な内容	
8-4 指導者研修の実施方法と運営上の留意点	
8-5 指導者研修と研修品質の確保	

■第9章 教育プログラムの実施	38
9-1 教育プログラムの実施	
9-2 研修会場の選定	
9-3 研修実施会場の環境（広さ）	
9-4 研修のための広報活動	
9-5 研修用機材搬入の実際	
9-6 実施スケジュール概要	
9-7 自己学習支援：事前・事後学習教材の選定	
■第10章 学習プログラムの評価	44
10-1 評価の目的	
10-2 評価の対象	
10-3 評価の方法	
10-4 申し込み者数の分布	
■第11章 学習動機	48
11-1 分析対象と方法	
11-2 受講者の学習動機の特徴	
11-3 学習動機の要因	
11-4 学習動機の影響	
11-5 まとめと研修への示唆	
■第12章 シミュレーション研修の評価	54
12-1 受講者の看護師経験年数に関する結果	
12-2 受講者の受講事例別 看護教育における最終学歴	
12-3 研修経験の有無	
12-4 二次保健医療圏別研修会開催回数と受講者勤務地	
■第13章 シミュレーション教育の評価	60
13-1 受講者の一般性自己効力感尺度による自己効力感	
13-2 シミュレーション教育のデザイン評価	
13-3 実践能力評価および iPax の活用	
■第14章 本事業の成果と展望	64
14-1 事業の成果	
14-2 東京都民への波及効果	
14-3 教育体制への発展	
14-4 教育機会の地域格差への対応	
14-5 指導者（ファシリテーター）育成の体系化	
14-6 教育効果の長期評価	
14-7 地域連携のさらなる強化	
14-8 結論	
■最終章 総括	66
■資料	67
教材の紹介	
学会発表	
参考文献	
■謝辞	77

第1章 本事業の実施概要

1-1 本事業の目的

我が国では高齢化の進展に伴い在宅療養の需要が急速に高まっており、訪問看護の役割は一層重要となっている。訪問看護は看護師が単独で判断・対応する場面が多く、臨床判断力や対応力の育成が重要な課題となっている。

本事業は、在宅療養を支える訪問看護師等を対象に、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教育を実施し、フィジカルアセスメント能力および臨床判断力の向上を図ることを目的としたものである。これにより、東京都内のどの地域においても質の高い在宅療養支援が提供される体制の構築を目指した。

訪問看護は単独での判断・対応を要する場面が多く、判断過程を可視化し振り返る教育機会が不可欠である。本事業では、三段階学習(事前学習・対面研修・事後学習)を基本構造とし、eラーニングと対面研修を組み合わせた体系的な教育モデルを構築した。

1-2 実施概要

実施概要

本事業では、令和5年度の学習ニーズ調査の結果を踏まえ、訪問看護師の臨床判断力育成を主軸とした教育プログラムを構築した。令和6年度、7年度の対面研修では、在宅療養場面で頻度が高く判断を要する以下の領域を中心にシナリオを設計した。

●呼吸器系疾患 ●循環器系疾患 ●脳血管系疾患 ●終末期ケア

これにより、単独訪問時の判断過程を可視化し、実践に直結する学習の機会を提供した。

令和5年度(調査・構想段階)

令和5年度は、本事業の基盤整備として、東京都立大学荒川キャンパス倫理委員会の審査を経て訪問看護師を対象とした学習ニーズ調査および現状分析を実施した。質問紙調査および訪問看護教育ステーションへの聞き取り調査を行い、在宅療養支援においてフィジカルアセスメントおよび対応困難事例に関する学習ニーズが高いことを把握した。得られた結果を基に、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」の基本構想および到達目標の検討を行った。

令和6年度(開発・試行・実装段階)

令和6年度は、前年度の調査結果を踏まえ、教育プログラムの具体化を進めた。人体型シミュレータを用いたシミュレーションシナリオの作成、eラーニング教材の設計・作成を行うとともに、コンテンツ作成業者の選定および委託を実施した。また、実装前に試験的に教育プログラムを実施し、必要な修正および改善を加え、東京都内の公共施設等を活用した移動・巡回型の対面シミュレーション研修(以下、対面研修)も実施した。

令和7年度(実装・評価段階)

令和7年度は、完成度を高めた教育プログラムを用いて、令和6年度に続き、対面研修を実施した。研修前後および研修後の追跡調査により教育効果を検証し、訪問看護師の実践力および自己効力感の向上を確認した。これらの成果を取りまとめ、学会発表等を通じて成果の普及を図るとともに、継続的な展開に向けた基盤整備を検討した。

■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

対象

東京都内の訪問看護ステーション等に勤務する訪問看護経験が3年以内の訪問看護師を対象とした。

実施期間

令和5年4月1日から令和8年3月31日まで

1-3 実施体制

本事業は、事業提案者が中心となり、看護教育および在宅療養支援に関する知見を有する人材を配置し、以下の体制により実施した。

- 事業統括責任者：事業全体の運営管理および進捗管理
- 事業提案者(教育企画担当)：研修プログラムの設計、教材選定、評価計画の立案、調査
- 事業担当者：主に研修担当者として研修の準備、当日の進行
シミュレーション実施およびデブリーフィングの実施、片付け
- 事務担当者：受講者募集(広報)、研修会日程調整、連絡調整、ホームページ管理等の事務全般

事業提案者および各担当者が役割を分担し、連携を図ることで、円滑かつ安全に事業を実施する体制を整備した。

1-4 主な成果

本事業では、対面研修を令和6年度は32回(204名)、令和7年度は33回(164名)、合計65回実施し、延べ368名の訪問看護師が受講した(令和8年2月10日時点の数値)。

シミュレーション教育効果はSimulation Design Scale(SDS)、Educational Practices Questionnaire(EPQ)、学習満足度および学習への自信等により多面的に評価した。その結果、本教育プログラムは学習ニーズに適合し教育(研修)設計の妥当性と高い満足度と学習への自信の向上が確認された。また、観察力・判断力・対応力の向上、判断過程の可視化、受講者間のネットワーク形成による地域連携の促進などの成果が得られた。さらに、eラーニングと対面研修の併用により、地域や事業所規模にかかわらず教育の機会を提供でき、教育の機会の地域格差是正に寄与した。

研修後アンケート(自由記載)の主な結果は次のとおりである。

- 講義とシミュレーション、フィードバックを組み合わせた研修形式がとてもよかった。
- 対面での研修機会自体が貴重であり、学びと同時に充実感や楽しさを感じた。
- シミュレーションを通じて一連の訪問看護の流れを体験することで、自身の強みや課題に気づく機会となった。
- 事例を用いたリアルなシミュレーションにより理解が深まった。
- 座学よりも記憶に残り、実践でもすぐに役立てることができる。
- 心音・肺雑音の聴取を含むシミュレーションを通じて、情報収集やアセスメントへの不安が軽減され、自信につながった。
- 事例を用いたシミュレーションとグループワークにより、多様な価値観や視点を共有できた。
- 臨場感と緊張感をもって学習することができた。

これらの結果から、シミュレーション教育を通じて、在宅療養の場に即した判断力及び対応力の向上に寄与したことが示唆された。

1-5 評価・考察

本事業では、人体型シミュレータを活用したシミュレーション教育を実施することにより、在宅療養支援に携わる人材のフィジカルアセスメント能力および判断力の向上を図った。

また、定性的評価からは、参加者が自身の判断過程を振り返り、身体所見に基づいた根拠ある判断の重要性を再認識していることが明らかとなった。特に、訪問看護においては単独で判断・対応を行う場面が多く、本事業で実施したシミュレーションおよびデブリーフィングは、実践場面を具体的に想定しながら判断力を養う機会として有効であったと考えられる。一方で、限られた研修時間の中では、個々の経験や課題に十分対応しきれない場面も見られたことから、研修内容の段階化や継続的な学習機会の確保が課題であると考えられる。

1-6 課題および展望

課題として、受講者の経験年数や役割の違いに応じた段階別プログラムの体系化が挙げられる。特に、在宅療養経験の浅い看護人材と、一定の経験を有する看護人材とでは、必要とされる学習内容や到達目標が異なるため、レベル別・段階別のプログラム構成が求められる。

また、単発型の研修にとどまらず、事前学習および事後学習を組み合わせた継続的な学習支援や、実践への定着状況を確認する評価体制の整備が必要である。今回の結果からは、本プログラム実施後の学習の定着や訪問看護での実践での定着については、十分な追跡調査が難しい結果となった。さらに、訪問看護師のみならず、他の在宅療養支援職種との連携を視野に入れた教育展開についても検討する必要がある。

これらの課題を踏まえ、本事業の成果を基盤として、在宅療養支援人材の育成を推進することにより、東京都内全域における在宅療養支援の質の底上げを図っていくことが期待される。

1-7 事業の効果

本事業を通じて育成された人材の判断力および対応力の向上は、在宅療養生活を送る東京都民の安全・安心の確保に資するものである。特に、状態変化の早期発見や適切な初期対応は、重症化の予防や不要な入院の回避につながる。

また、在宅療養支援における看護の質が均てん化されることにより、居住地域にかかわらず、東京都民が質の高い在宅療養支援を受けられる環境の整備につながる。これは、都民一人ひとりが住み慣れた街で「いきいき・あんしん」して暮らし続けることを支える基盤となる。

本事業は、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、都民ファーストの視点から、東京都民の生活の質の向上および持続可能な在宅療養支援体制の構築に資する取組であったと評価できる。本事業で構築した教育モデルは、地域特性に応じた応用が可能であり、全国の訪問看護人材育成にも応用可能な再現性の高いモデルとして全国に波及すること期待する。



第2章 事業の背景と目的

2-1 はじめに

高齢化の進展および医療提供体制の変化に伴い、病気や障害を抱えながらも住み慣れた地域で療養生活を送る東京都民は増加している。東京都民一人ひとりが、人生のどの段階においても、住み慣れた街で「いきいき・あんしん」して暮らし続けられる環境を整備することは、「都民ファースト」を基本理念とする東京都の医療・福祉施策における重要な課題である。

在宅療養生活を支える訪問看護は、医療と生活をつなぐ基盤的機能として、日常的な健康管理から急変時対応、在宅での看取りに至るまで、東京都民の生活に直結する役割を果たしている。訪問看護師は限られた訪問時間の中で対象者の状態変化を的確に捉え、適切な判断と対応することが求められる、その専門性の中核をなすのがフィジカルアセスメント能力および臨床判断能力である。

本事業では、都民ファーストの視点に立ち、在宅療養を支える人材の育成を通じて東京都民の安全・安心を支えること目的として、人体型シミュレータ等を活用したシミュレーション教育を実施した。

本章では、こうした社会的背景および現状の課題を整理し本事業の必要性和目的を明確にする。

2-2 事業概要

本事業は、令和5年度より3年間にわたり段階的に実施した。初年度に現状分析および学習ニーズ調査を行い、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(以下、プログラム)」の暫定版を設計した。

2年目以降はプレテストを実施したのち、その結果を踏まえてプログラムを改訂したうえで、東京都内公共施設等において研修会を実施した。最終年度には、研修前後の比較等を通じて教育効果の検証を行い、プログラムの有効性を確認した。このような状況で訪問看護師の判断力および対応力は、在宅療養の安全性を左右する重要な要素である。

2-3 事業提案の背景

高齢化の進展と在宅療養者・介護者の増加

東京都では高齢化が進行しており、2022年時点で65歳以上人口は約312万人、総人口の23.5%を占めている。今後も高齢者人口は増加し、2050年には都民の3人に1人が高齢者になると見込まれている。

医療の高度化および在院日数の短縮により、医療依存数の高い療養者が在宅で生活する事例も増加している。このような状況で訪問看護師の判断力および対応力は、在宅療養の安全性を左右する重要な要素である。

訪問看護需要の増大と教育の機会の課題

東京都では、医療的ケアが必要な要介護高齢者等の増加等により、訪問看護の重要性は高まっている。一方、訪問看護師の教育は、同行訪問やOJTを中心とした現場依存型の体制が主であり、体系的かつ標準化された教育体制や教育の機会は十分とは言えない。特に、急変対応や、希少事例は、経験する場が限られ、学習の機会にばらつきが生じやすいという課題がある。東京都は「訪問看護教育ステーション事業」を通じて人材育成を推進してきたが、都内約1,900か所に及ぶ訪問看護ステーション全体への教育機会の均てん化においては、なお課題が残されている。

シミュレーションを基盤とした教育の必要性

人体型シミュレータを用いたシミュレーション教育は、在宅療養場面において起こり得る身体変化を、安全かつ反復的に体験できる教育手法である。実際の生体反応や、時間経過を再現できる点で、OJTやロールプレイを補完し、訪問看護師の実践的な判断力育成に資するものである。

教育資源の共同利用と新任訪問看護師育成の課題

人体型シミュレータは有効な教育資源である一方、高額であり、個々の訪問看護ステーションが単独で整備・運用することは困難である。欧米では教育機関等との共同利用が進められているが、国内では管理運営上の課題から十分に普及していない。また、新卒訪問看護師の採用が進まない要因として「教育体制の未整備」が指摘されており、外部機関による体系的な育成支援の必要性が示されている。

本事業の位置づけ

これらの背景を踏まえ、本事業では、東京都内各地で実施可能な移動・巡回型のシミュレーション教育体制を構築し、在宅療養支援に必要な知識・技術を体系的に習得できる訪問看護師育成プログラムを開発・実施した。

将来的には、訪問看護師に加え、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、看護小規模多機能型居宅介護施設等に勤務する看護師も対象とした「在宅療養支援看護」人材育成について、東京都における成果を踏まえた全国展開が望ましいと考える。



2-4 本事業の目的

本事業は、大学等の教育研究機関で使用されているものと同等の人体型シミュレータを東京都内各地に搬送し、在宅療養を支える新任訪問看護師を対象としたシミュレーション教育を実施することにより、都内どこでも質の高い訪問看護を提供できる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」を構築することを目的とした。

さらに、eラーニングを組み合わせた三段階学習構造を導入し、反復学習を可能とすることで、教育効果の定着を図った。本事業は、都内どの地域においても質の高い在宅療養支援が提供される体制づくりに資する人材育成モデルの構築を目指すものである。

※本報告書において「新任訪問看護師」とは、訪問看護師経験が3年以内の看護師を指す。



2-5 現状と課題

高齢化の進展に伴い、医療的ケアを必要とする在宅要介護高齢者は今後も増加が見込まれており、在宅療養を支える訪問看護の役割は一層重要性を増している。訪問看護師には、高度な判断力が求められる。その一方で、教育の機会や学習環境には地域差および事業所規模による差異が存在する。

フィジカルアセスメント能力の向上においては、ロールプレイによる疑似体験のみでは、実際の生体反応や時間経過に伴う身体変化を再現することが困難である。一方、人体型シミュレータを用いたシミュレーション教育は、実際に起こり得る生体反応を安全かつ反復的に体験できる点で、OJTやロールプレイを補完し、より実践的な学習機会を提供する有効な教育手法である。

しかし、高性能人体型シミュレータは高額であり、個々の訪問看護ステーションが単独で整備・保有することは、費用面および運用面から現実的ではない。このため、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を阻害する要因となっている。教育の均てん化を測るためには、

- ①安全に経験できる学習環境
- ②反復可能な実践的トレーニング
- ③勤務形態に配慮した研修設計、が不可欠である。

東京都が掲げる「都民ファースト」の理念は、居住地域、年齢、心身の状態、社会的立場等にかかわらず、すべての都民が等しく必要な医療・福祉サービスを受けられることを最優先とする考え方である。在宅療養においても、東京都内どこに住んでいても質の高い訪問看護を受けられる体制の構築が求められている。本事業は、これらの課題に対応するように設計されたものである。



第3章 学習ニーズ調査

3-1 学習ニーズ調査の実施

本プログラムの設計にあたり訪問看護師に求められる知識・技術・態度を把握するために『学習ニードアセスメントツールー訪問看護師用ー(25項目)』(舟島,2015)(許諾済)を用い、学習ニーズ調査を令和5年度、および令和6年度に実施した。回答者は、それぞれの訪問看護事業所において看護管理者1名、訪問看護師1名(勤務年数を問わない)とした。

本調査は単独訪問が多い訪問看護の特性を踏まえ、実践場面に直結する学習項目を明らかにすることを目的としたものである。

3-2 学習ニーズ調査の結果

調査期間

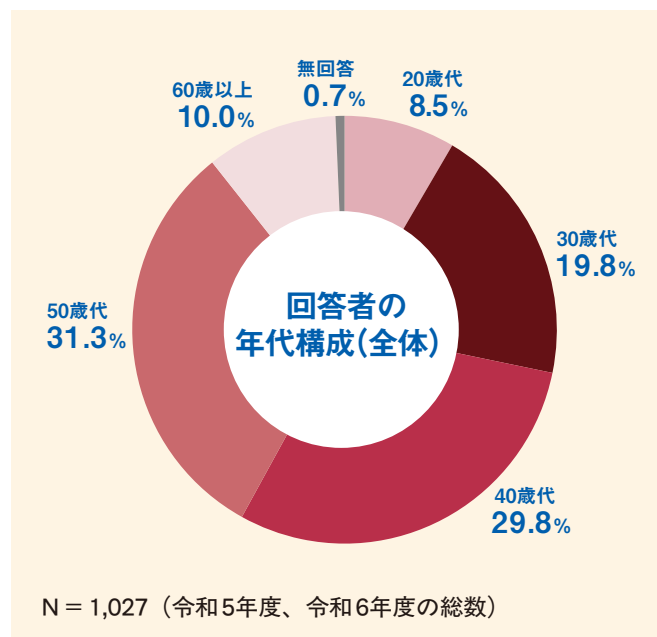
東京都福祉局のホームページに公開されている訪問看護事業者等を対象とし、令和5年度は東京都内訪問看護ステーション1,642ヶ所、令和6年度は、1,823ヶ所に郵送調査を実施した(島しょを除く)。回答者の総数は、1,027名(管理者360名、(令和5年度166名、令和6年度194名)／訪問看護師667名(令和5年度130名、令和6年度537名))それぞれの回収率は、令和5年度看護管理者は11.8%、訪問看護師8.1%、令和6年度は看護管理者10.6%、訪問看護師29.5%であった。

回収された調査用紙を地域別(二次保健医療圏ごと)に分けると、西多摩4.3%から、区西北部12.9%であり、各地区から、ほぼまんべんなく返答があった。

■表 3-1 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

回答者の年代構成（全体）

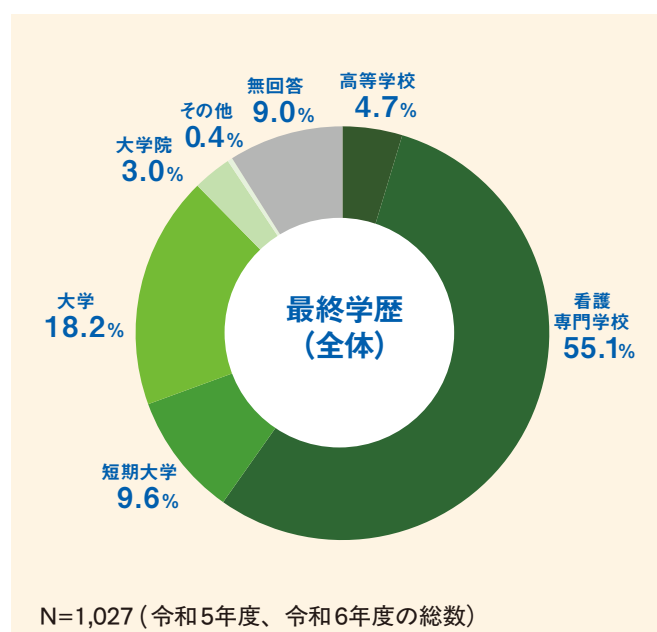


■図 3-1 回答者の年代構成（全体）

回答者の年代構成は、20代 8.5%、30代 19.8%、40代 29.8%、50代 31.3%、60歳以上 10.0%であった。看護管理者は50代・60代比率が高く、訪問看護師は30-40代が高い傾向であった。



最終学歴（全体）



■図 3-2 最終学歴（全体）

回答者の最終学歴は、看護専門学校55.1%、大学18.2%、短期大学(3年)9.6%、大学院3.0%等であった。



学習ニーズ調査結果のまとめ

全体の傾向

訪問看護の実践に必要な知識・技術・態度25項目のいずれについても「とても必要」「必要」とする回答が多数を占め、学習ニーズは総じて高い水準であった。

特に、以下の項目は、高い必要度を示した。

- ①的確なアセスメントに基づく訪問看護の展開(93.9%)
- ②疾患に応じた看護(93.2%)
- ③急変時対応(91.4%)
- ④精神的支援(91.8%)

※(数値は、「とても必要」「必要」を合わせたもの)

優先度の相対比較

一方で、看護研究のための知識・技術(43.2%)や、他ステーションの利用者・看護実践・システム等の情報(57.5%)、心理学・社会学・栄養学等の看護学・医学以外の知識(68.0%)、法律・制度の知識(75.9%)などは一定の必要性は認められるものの、臨床実践に直結する項目と比較すると優先度は相対的に低かった。

職種別にみると、看護管理者は、実践能力に加え、組織運営や教育に関する項目において相対的に高い必要性を示す傾向がみられ、訪問看護師は、日常のケア・コミュニケーション・医療処置等の実践に直結する項目で高い必要性を示す傾向がみられた。



学習ニーズ調査結果

N-1,027(複数回答、令和5年度、令和6年度総数)

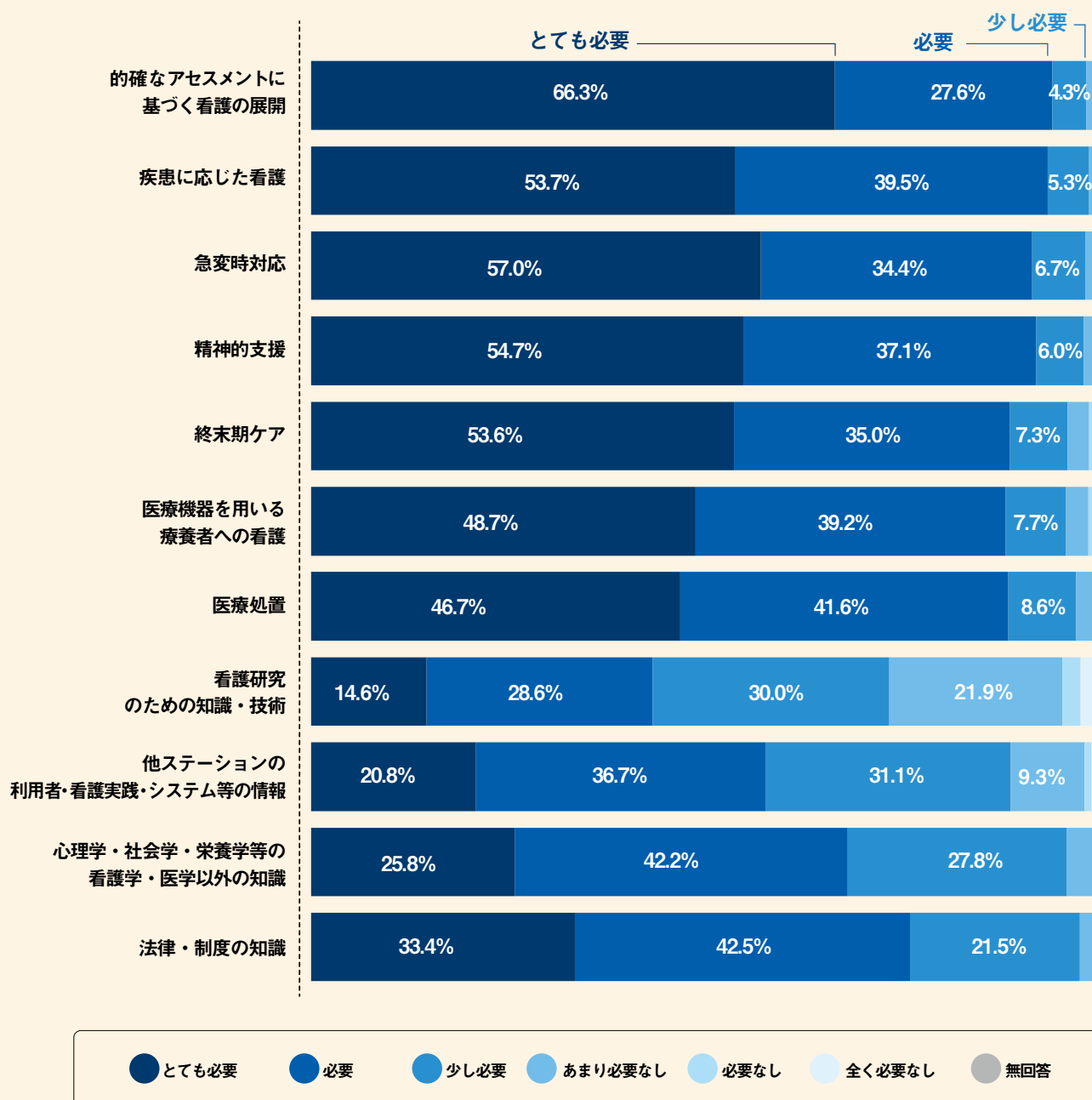


図 3-3 学習ニーズ調査結果

訪問看護師教育支援プログラムへの反映

これらの結果から、訪問看護師教育支援プログラム設計においては、次の方針とした。

1 中核領域の明確化

アセスメント能力を基盤とし、急変対応・終末期ケア・医療処置といった高頻度かつ高リスクな場面を中核領域と位置付けた。特に、単独訪問下での判断や初期対応を安全に学ぶ手法として、シミュレーション教育は有効であり、優先的に導入すべき領域であることがわかった。

2 段階的構成

学習ニーズの高さには職種や役割による違いもみられたことから、共通基盤となる必修モジュールと、管理者・教育担当者向けの発展的モジュールを組み合わせた段階的プログラム構成が求められることも考えられた。加えて、学習ニーズが相対的に低かった項目については、事後学習として位置づけることで、限られた研修時間の中で効率的な学習の機会を提供することが可能であると考えられた。

3 シミュレーション教育の導入

単独訪問での判断プロセスを安全に再現できる教育手法として、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教育とした。

これは、ロールプレイでは再現困難な生体反応や、時間経過を体験できる点で、本手法は、実践的判断力育成に有効である。

1 回あたりの研修時間について

1回あたりの研修時間として最も多く選択されたのは、「1時間半(90分)」34.7%および「1時間(60分)」29.5%であり、1～1.5時間程度の比較的短時間の研修が全体として強く支持されていることが明らかとなった。次いで「3時間(180分)」が19.1%であり、半日未満の研修を許容する回答も一定数認められた。一方、「4時間以上」の長時間研修(4時間:6.9%、5時間:3.6%)は選択割合が低く、長時間拘束型研修へのニーズは限定的であることが示された。

職種別傾向を見てみると、管理者では「1時間半(33.1%)」が最も高く、次いで「1時間(25.1%)」であった。訪問看護師では「1時間(31.7%)」と「1時間半(35.7%)」であり、業務の合間に参加しやすい短時間研修への志向がより顕著であった。

これらのことから、訪問看護の場では、業務の特性上、長時間の研修参加が困難であることが考えられた。そのため、1～1.5時間程度で完結する研修が、参加しやすく実効性の高い研修形態であると考えられた。本事業においても、短時間で要点を学べる設計が有効であることが示唆された。

研修開催日について

研修開催日は、「平日の午後」21.3%および「平日の夜」21.3%と高く、平日開催へのニーズが全体として高いことが示された。加えて、「土曜午前(18.2%)」「土曜午後(15.3%)」といった土曜日開催についても一定の支持が認められた。一方、「日曜開催」は午前9.6%、午後6.9%と比較的低く、日曜日は参加しにくい傾向が示唆された。

職種別傾向を比較すると、管理者では「平日の午後(21.1%)」「平日の夜(21.6%)」の選択割合が高く、平日業務時間内または業務後の開催を希望する傾向が強かった。一方、訪問看護師も「平日の午後(21.5%)」「平日の夜(21.1%)」の割合が比較的高いことが確認された。

これらの結果から、研修開催日は、平日と土曜日を組み合わせた複線的な設定が必要であることが明らかとなった。

以上をまとめると

- 研修時間は1～1.5時間を基本単位とすることが望ましい。
- 内容は短時間で完結しつつ、複数回参加により学習が深化する段階的プログラム構成が有効である。
- 開催日は平日の午後・夜間および土曜日を中心に設定し、参加者の勤務形態に配慮した柔軟な運営が求められる。これらの結果は、東京都民が住み慣れた地域で安心して在宅療養を継続できる体制整備に向け、訪問看護師が無理なく学び続けられる研修環境を構築する上で、重要な基礎資料となった。



研修手当・受講条件

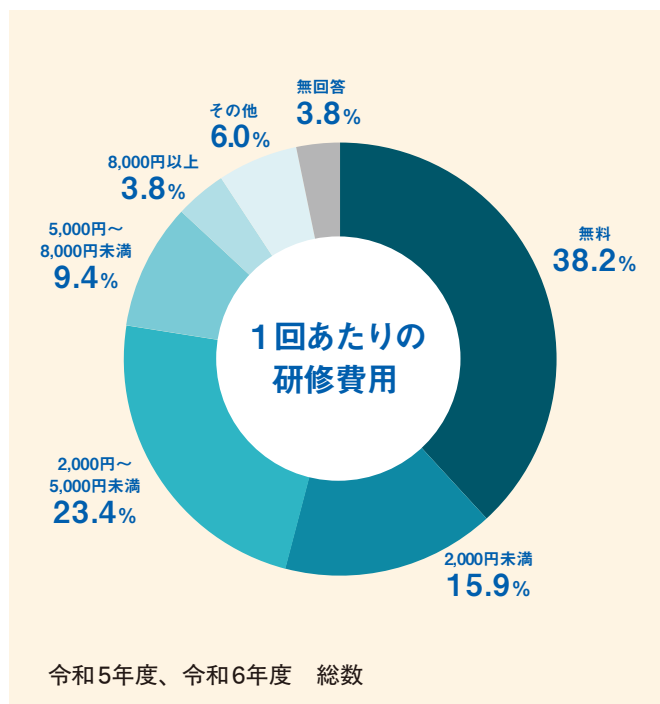
研修参加にあたって望まれる勤務の支援として、最も多かったのは「受講費の負担」29.6%、次いで「出張扱い(代休あり)」24.5%、「交通費の負担」23.2%であった。金銭的負担の軽減および勤務上の配慮が、研修参加を促進する重要な条件であることが示された。一方、「有休扱い」は5.3%にとどまり、年次有給休暇を用いて研修に参加することを望む人は少ないことが明らかとなった。

職種別傾向を比較すると、管理者では「受講費の負担(30.0%)」「交通費の負担(24.8%)」の割合が比較的高く、事業所としての経済的支援を検討する傾向が認められた。

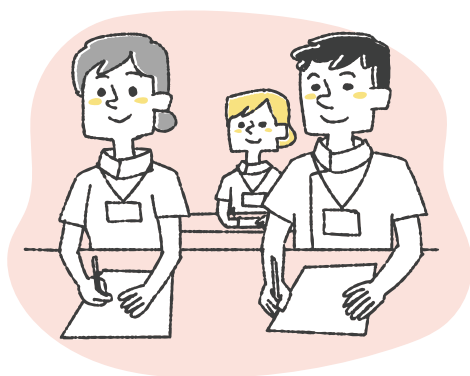
訪問看護師では「受講料の負担(29.4%)」が高く、研修参加費用の補助を得て研修参加を希望する意向がみられた。「勤務調整あり(休日扱い)」は全体で11.4%であり、一定数は休日参加を許容しているものの、主流ではないことがわかった。

訪問看護師は単独訪問や人員配置の制約を受けやすく、研修参加費が個人負担になりやすい職種である。そのため、受講費・交通費の公費負担や、出張扱いとする制度設計が、研修参加率を高める上で極めて重要であると考えられる。本事業においても、参加者の自己負担を最小限とすることが有効であることが示唆された。

1回あたりの研修費用



■図 3-4 1回あたりの研修費用



1回あたりの研修費用として最も多く選択されたのは「無料」38.2%であり、次いで、「2,000円～5,000円未満」23.4%、「2,000円未満」15.9%、であり、5,000円未満を許容範囲とする回答であった。一方、「5,000円以上」の研修費用については、5,000～8,000円未満が9.4%、8,000円以上が3.8%にとどまり、高額な受講料へのニーズは限定的であった。

管理者・訪問看護師ともに「無料」が約4割を占めており、職種による大きな差は認められなかった。

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を有している。そのため、無料または低額で受講できる研修が最も参加しやすく、普及効果が高いと考えられる。本事業を公的事業として実施する意義は大きく、受講料を徴収しない、また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に資することが考えられた。

この結果から、訪問看護師を対象とした研修は業務の一環として位置づけ(出張扱い等)、参加者の心理的・時間的負担を軽減することが重要である。さらに、受講費・交通費の公費負担は、研修参加を促進するための中核的要素であると言える。研修費用は無料または5,000円未満を基本とすることで、幅広い訪問看護師の参加が期待できることが示唆された。これらの結果は、都民が住み慣れた地域で安心して在宅療養を継続できる体制を支える人材育成において、研修会そのものの設計が参加率と直結することを示す重要な知見となった。

3-3「本事業の認知度」について

令和6年度の事業実施に向けて、令和5年度における本事業の認知度について把握するため、令和6年度の調査実施項目に認知度を加えて調査を実施した。

事業の認知度

看護管理者、訪問看護師を合わせた全体では、「本事業があることを知っている」と回答した者は14.8%にとどまり、85.0%が「知らない」と回答しており、全体として認知度は低い状況であった。管理者では「知っている」が26.8%と全体よりやや高く、訪問看護師では10.4%にとどまった。このことから、管理者層には一定程度の情報到達がみられるものの、訪問看護師まで十分に浸透していないことが示唆された。

研修会の存在に関する認知

事業の研修会があることを「知っている」と回答した割合は、全体で11.9%であった。管理者では21.1%、訪問看護師では8.6%にとどまり、事業そのもののだけでなく、研修会の存在についても十分に周知されていない状況が明らかとなった。

研修会案内の閲覧状況

研修会の案内を「見たことがある」と回答した割合は、全体で11.2%であった。管理者では19.1%であったのに対し、訪問看護師では8.4%とさらに低く、情報が管理者段階で止まっている可能性が示唆された。

研修会ホームページの閲覧状況

研修会のホームページを「見たことがある」と回答した割合は、全体で7.3%にとどまった。管理者では11.3%、訪問看護師では5.8%であり、Web媒体を通じた情報発信の到達度が低いことが明らかとなった。

研修会参加状況（スタッフのみ）

訪問看護師(スタッフ)のうち、研修会に「参加したことがある」と回答した者は3.7%にとどまり、95.5%が「参加したことがない」と回答した。

令和6年度の結果から、本事業は管理者層に一定程度認知されているものの、訪問看護師への認知・情報到達が極めて限定的であることが明らかとなった。特に、研修会の案内やホームページといった広報媒体が、実際の参加対象である訪問看護師に十分届いていない点が課題となった。

そのため、令和7年度は、四半期ごとに、調査依頼を行った都内の訪問看護ステーションに研修会案内のリーフレットを送り、本事業および研修会開催周知を強化した。

研修会申込時の受講事例別本研修の情報入手先

本研修の情報入手経路は、所属訪問看護ステーションの上司からの紹介が76.9%と最も多く、すべての事例において70～80%台を占めた。次いでリーフレットが19.0%であり、東京都広報は4.6%、インターネット検索は2.4%であった。

この結果から、本研修は個人の自主的参加ではなく、訪問看護ステーションによる組織的な人材育成の一環として受講されていることが明らかとなった。訪問看護では勤務調整や人員配置の関係から管理者の関与が不可欠であり、管理者が研修参加のゲートキーパーとして重要な役割を担っていると考えられる。

また、リーフレットは第二の主要情報源として機能しており、管理者紹介と併用される有効な広報手段であることが示唆された。一方、インターネット検索等の個人主導の情報収集は少数であり、本研修は行政主導・組織連携型の教育事業として機能していることが確認された。

さらに、事例別にみると、すべての事例で上司紹介が主な情報源である点は共通していたが、第2の情報源には違いが認められた。呼吸器系疾患事例ではリーフレットからの情報入手が最も多く、現場ニーズの高さが示唆された。循環器系疾患事例では東京都広報や外部サイト等の複数経路から参加がみられ、認知の広がりが確認された。脳血管系疾患事例では上司紹介が最も高く、組織的育成として受講される傾向が認められた。一方、終末期ケア事例ではインターネット検索やその他の割合が比較的高く、個人の学習動機による参加が他事例より多いことが示唆された。

■表 3-2 受講事例別本研修の情報入手先(2026年2月10日現在)(複数回答)

情報入手先	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	%
所属する訪問看護ステーションの上司からの紹介	116	79.5%	75	73.5%	45	81.8%	47	72.3%	283	76.9%
リーフレット	32	21.9%	17	16.7%	8	14.5%	13	20.0%	70	19.0%
東京都の広報	7	4.8%	5	4.9%	2	3.6%	3	4.6%	17	4.6%
知人からの紹介	3	2.1%	3	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.6%
インターネットの検索	3	2.1%	2	2.0%	1	1.8%	3	4.6%	9	2.4%
本事業ホームページ以外のウェブサイトからのリンク	0	0.0%	2	2.0%	1	1.8%	1	1.5%	4	1.1%
その他	0	0.0%	4	3.9%	1	1.8%	3	4.6%	8	2.2%
計	146	(100%)	102	(100%)	55	(100%)	65	(100%)	368	(100%)

研修会参加の広報活動における課題

本研修の情報入手経路は、訪問看護ステーション管理者からの紹介が中心であり、組織的な人材育成として機能していることが確認された。一方で、東京都広報やインターネット検索等を通じた個人主導の参加は少数にとどまっており、研修の機会が十分に届いていない対象者が存在する可能性が示唆された。

事業実施の課題として、第一に、管理者への周知を継続しつつ、未受講事業所や新規開設ステーションへの情報到達を強化する必要がある。訪問看護ステーションは小規模事業所が多く、管理者のからの情報提供が受講機会に大きく影響すると考えられるため、管理者向け広報の継続的な実施が重要である。

第二に、テーマ特性に応じた広報戦略の必要性が求められる。本結果から、終末期事例では個人の学習動機による参加が比較的多く、循環器事例では複数経路からの参加がみられた。

テーマごとに研修対象者を意識した多様な媒体の活用により、研修機会の均等化を図る必要がある。

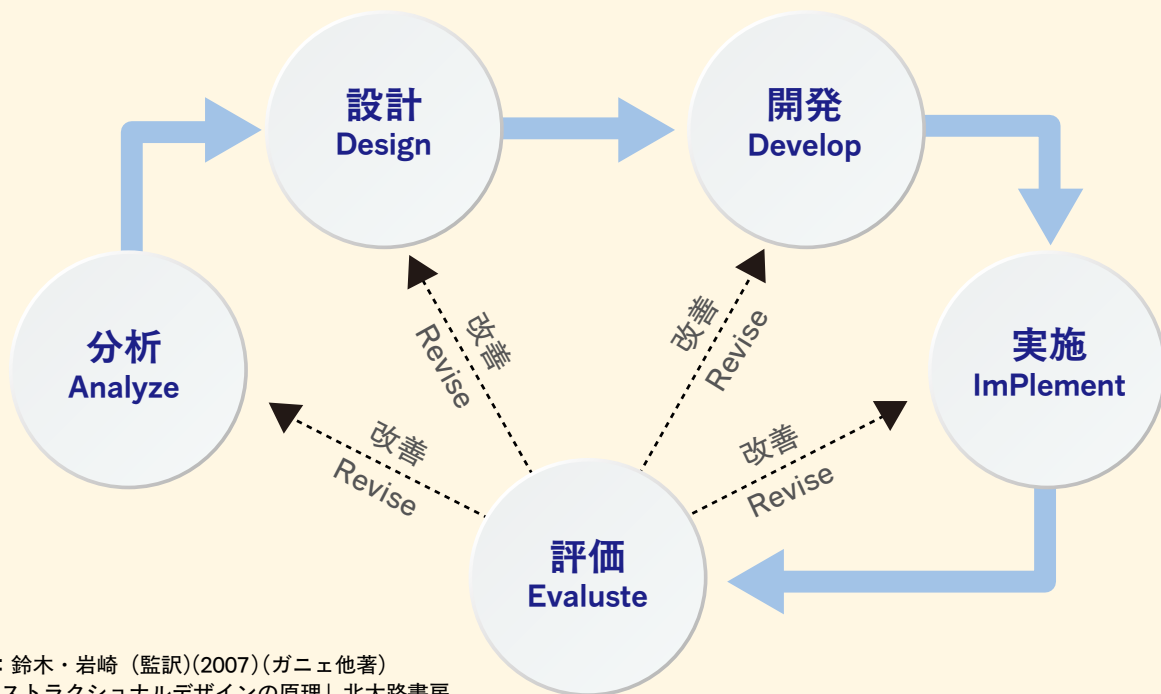
第三に、研修成果の事業所内共有および地域への波及を一層促進する仕組みの検討が必要である。受講者が学んだ内容を所属事業所内で共有し、日常の実践に活かすことで、研修効果を個人レベルから組織・地域レベルへと拡大させることが期待される。

訪問看護師の継続的な能力向上を支える教育体制として、本研修を地域の在宅療養支援体制の一部として定着させるとともに、広報および受講促進の仕組みを継続的に改善し、より多くの訪問看護師に学習機会を提供していくことが重要であると考えられた。



第4章 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」の設計

4-1 研修設計とは



■ 図 4-1 研修設計プロセスの一般的モデル

※図 4-1 は、ADDIE モデルに基づく本事業の研修設計プロセスを示したものである。本事業では、学習ニーズ調査による分析結果を基盤として研修設計を行い、教材開発、研修実施、評価を循環的に行うことで、訪問看護師教育支援プログラムの質の向上を図った。

本事業では、令和 5 年度に実施した学習ニーズ調査の結果を基に、東京都民が住み慣れた地域で安心して在宅療養を継続できる体制の充実を目的として、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」の研修設計を行った。訪問看護師の実践力向上は、在宅療養の質を左右する重要な要素であり、その育成は都民ファーストの視点に立った人材育成整備として位置づけられる。

研修設計とは、学習目標の達成に向けて、学習内容・方法・評価を体系的に構成する過程である。本事業では、学習ニーズ調査の結果を基盤とし、到達目標を明確化したうえで、教育方法および評価方法をわかりやすく設計した。

設計にあたっては、「何を教えるか」ではなく「何ができるようになるか」を基準とし、判断過程の言語化および実践へ活用できることを重視した。

訪問看護の現場では、医療ニーズの高度化・多様化が進む中、看護師一人ひとりが的確なアセスメントと判断を行い、迅速かつ安全に対応する能力が求められている。こうした課題に対応するためには、従来の経験依存型教育にとどまらず、科学的根拠に基づき設計された教育プログラムを通じて、実践力を段階的かつ継続的に育成することが不可欠である。

インストラクショナル・システム・デザイン (ISD) は、このような訪問看護現場の課題解決を支える有効な枠組みである。

ISDは、「分析(Analyze)」「設計(Design)」「開発(Develop)」「実施(Implement)」「評価(Evaluate)」の5段階で構成される包括的な設計概念であり、その代表的なモデルとしてADDIE（アディー）モデルが広く知られている(表4-1)。ADDIEモデルは、教育ニーズの分析結果を起点に、研修設計、教材開発、研修実施および評価を循環的に行うことで、教育の質を継続的に改善していくための基本的枠組みである。

本事業においては、ADDIEモデルに基づき、訪問看護師の学習ニーズを的確に把握した上で研修を設計し、シミュレーション教育を中核とした教材開発および研修実施を行った。さらに、研修効果の評価結果を次の設計・改善へと反映させる循環型の仕組みを構築することで、在宅療養の質向上に資する訪問看護師教育支援プログラムの確立を図った。

■表 4-1 ADDIEモデルと本事業における研修設計の対応関係

ADDIE の 段階	段階の概要	本事業における具体的取組
分析	学習者、 学習環境、課題、 ニーズの把握	<ul style="list-style-type: none"> ●東京都内訪問看護師を対象とした学習ニーズ調査（質問紙調査・インタビュー調査） ●訪問看護実践における課題および対応困難事例の抽出 ●研修機会・教育資源の地域偏在の把握
設計	学習目標、 評価方法、 教育内容の設計	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養生活支援に必要な知識・技術・態度に関する到達目標の設定 ●研修設計の5つの視点（学習者、学習目標、学習構造、学習方略、学習環境）に基づく研修構成の検討 ●評価指標および評価方法の検討
開発	教材・プログラムの 具体化	<ul style="list-style-type: none"> ●高性能多機能人体型シミュレータを用いたシミュレーションシナリオの作成 ●eラーニング教材（事前・事後学習）の作成 ●教育活動チェックリスト（鈴木，2005）を参考にした教材・研修内容の精緻化
実施	教育・研修の実施	<ul style="list-style-type: none"> ●東京都内公共施設等を活用した対面研修の実施 ●新任訪問看護師を対象とした対面研修（シミュレーション）の実施 ●eラーニングと対面研修を組み合わせたハイブリッド型研修の運用
評価	教育効果の検証と 改善	<ul style="list-style-type: none"> ●研修前後調査による学習効果の評価 ●自己効力感、理解度、満足度等の評価 ●評価結果に基づく教育プログラムの改善および完成



4-2 学習ニーズ分析との関連

学習ニーズ調査の結果、在宅療養者の状態変化への対応、急変時の判断、医療的ケアや看取り期における支援など、実践場面に直結する知識・技術・判断力に関する教育ニーズが高いことが明らかとなった。

これらの学習ニーズは、単に訪問看護師個人の能力向上にとどまるものではなく、東京都民が住み慣れた地域で安心して在宅療養を継続するために不可欠な要素である。訪問看護師の判断力や対応力の不足は、在宅療養者および家族の不安を増大させるだけでなく、不要な救急搬送や入院につながる可能性もある。そのため、訪問看護師の学習ニーズは、東京都民ニーズと密接に関連する課題であると位置づけられる。

本事業では、学習ニーズ分析を通じて、在宅療養の質向上に直結する能力として、「的確なアセスメント能力」「臨床判断力」「多職種連携におけるコミュニケーション能力」を重点的に強化すべき領域として整理した。これにより、訪問看護師が東京都民一人ひとりの状態や生活背景を踏まえた質の高い支援を提供できる体制づくりを目指した。

4-3 到達目標の設定

学習ニーズ分析の結果を踏まえ、本事業では、訪問看護師が在宅療養の場において安全かつ的確に判断・行動できることを最終的な到達点として、研修の到達目標を設定した。到達目標は、知識の習得にとどまらず、実践において再現可能な能力の獲得を重視して設定した。

具体的には、「人体型シミュレータを活用して在宅療養者(以下、療養者)のフィジカルアセスメントを実施し、(その結果を)的確に報告する方法を身につける」ことを到達目標とした。これらは、訪問看護の質を支える要素であり、在宅療養の質向上に直結するものである。

4-4 シミュレーション教育採用の理由

本事業では、設定した到達目標を効果的に達成するための教育手法として、シミュレーション教育を中核に据えた教育プログラムを作成した。シミュレーション教育は、実際の訪問看護場面を模擬的に再現し、安全な環境下で判断や対応を体験的に学ぶことができる教育手法である。

訪問看護の場では、看護師が単独で判断を求められる場面が多く、その場で判断したことが直接東京都民の生命や生活の質に影響を及ぼす可能性がある。そのため、実際の場で経験を積むだけでは十分な学習の機会を確保することが難しい。シミュレーション教育を活用することで、急変対応や判断が難しい事例についても、繰り返し学習することが可能となり、実践力の底上げを図ることができる。

このような教育効果は、訪問看護師個人の能力向上にとどまらず、東京都民への波及効果として、在宅療養の安全性向上、療養生活の不安の軽減し、「いきいき・あんしん」して日常生活を送ることができることにつながると考えられる。

4-5 教育活動チェックリストの活用

本事業では、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」を構築するにあたり、インストラクショナル・システム・デザイン(ISD)に基づく研修設計の視点を用いて検討を行った。これらの検討は、授業・研修設計における視点を体系的に整理した「教育活動チェックリスト(鈴木, 2005)」を参考とした。

教育活動チェックリストの特徴は、単に「何を教えるか」にとどまらず、「誰に」「何を目標として」「どのように学ばせ」「どのような環境で」「どのように評価するか」といった教育活動の構成要素を総合的に検討する点にある。これにより、教育目標・内容・方法・評価の整合性を継続性に確認できる。

「教育活動チェックリスト」の5つの視点

1 学習者

誰が学ぶのかを明確にし、知識水準、臨床経験年数、訪問看護経験、背景等を踏まえた設計となっているかを確認する視点である。

2 学習目標

何ができるようになることを目指すのかを明確にし、学習者にとって理解しやすく、到達可能な学習目標が設定されているかを確認する視点である。

3 学習構造

学習内容の順序や構成が適切であるか、基礎から応用へと段階的に理解を深められる構造となっているかを確認する視点である。

4 学習方略

講義、演習、シミュレーション、ディスカッション等の学習方法が、学習目標に応じて適切に選択・組み合わせられているかを確認する視点である。

5 学習環境

時間、場所、教材、機器等の学習環境が、学習者の理解や実践力の向上を支えるものとなっているかを確認する視点である。

本事業では、これら5つの視点に基づき、学習者、学習目標、学習構造、学習方略、学習環境を相互に関連づけながら、シミュレーション教育の特性を活かした「訪問看護師教育支援プログラム」を体系的に設計した。

第5章 対面型シミュレーション研修の意義

5-1 看護におけるシミュレーション教育の位置づけ

看護におけるシミュレーション教育とは、臨床状況を模擬的に再現し、観察力、判断力、実践力およびチームワークを統合的に育成する教育方法である。実際の療養者を対象とすることなく、実践に近い状況下で判断、行動、振り返りを行うことができる点に特徴がある。

シミュレーション教育が求められる理由は、主に次の二点である。

実践知の形成

知識(認知)、態度(情意)、技術(技能)が統合された実践知を、安全かつ段階的に習得することが可能である。特に訪問看護のように単独で判断・行動する場面が多い領域においては、判断過程を学ぶ意義が大きい。

学習意欲および理解の深化

学習目標と行動との関連性が明確となり、「なぜこの観察や判断が必要なのか」を体験を通して理解することができる。これにより、知識の暗記にとどまらない主体的な学習が促進される。

以上の理由から、シミュレーション教育は、看護教育における重要な教育手法として位置づけられている。

5-2 シミュレーション教育とシミュレーション学習

シミュレーション教育とは、実践力の育成を目的として、対象、教育内容、方法および評価を体系的に組み立てた教育枠組みをさす。一方、シミュレーション学習とは、臨床に近い状況において、学習者自身が判断・行動し、その結果を振り返る学習プロセスをさす。

本事業におけるシミュレーション研修は、単に体験学習として実施するものではなく、事前学習、対面研修、事後学習を一体的に構成した教育プログラムとして設計した。これにより、知識の整理から実践的判断力の形成、さらには実践への定着までを段階的に支援する構造とした。

5-3 シミュレーションとロールプレイの違い

シミュレーションとロールプレイはいずれも体験型学習であるが、教育目的および学習の焦点は異なる。

シミュレーション教育は、観察、判断、技術、安全管理を含む実践力を統合的に学習することを目的とし、臨地状況の再現性と、行動の結果に対するフィードバックを重視する。特に本事業では、フィジカルアセスメントに基づく情報収集と判断過程を重視し、得られた情報をどのように解釈し、次の行動につなげるかを学習の中心に据えている。また、シミュレーション教育は、生理的变化の再現が可能であり、判断と対応を連動させた学習が可能である。

一方、ロールプレイは、主としてコミュニケーション能力や倫理観の深化を目的とし、役割体験を通じた相互理解や感情面への気づきを重視する学習方法である。実践場面の再現性や判断の正確性よりも、対人関係や態度形成に重点が置かれる。ロールプレイは、生理的变化や時間経過の再現には限界がある。

本プログラムにおいては、フィジカルアセスメントに基づく判断力および対応力の育成を主目的としているため、ロールプレイではなくシミュレーション教育を中核に位置づけた。これにより、訪問看護における観察情報の統合、判断、対応までを一連の流れとして学習することが可能となった。

■表 5-1 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

※本事業では、単独訪問における判断力の向上を目的とするため、シミュレーション教育を中核に位置づけている。

※ロールプレイは有用な教育手法であるが、本事業ではフィジカルアセスメントと判断過程の可視化を重視する観点から、補助的手法として整理している。

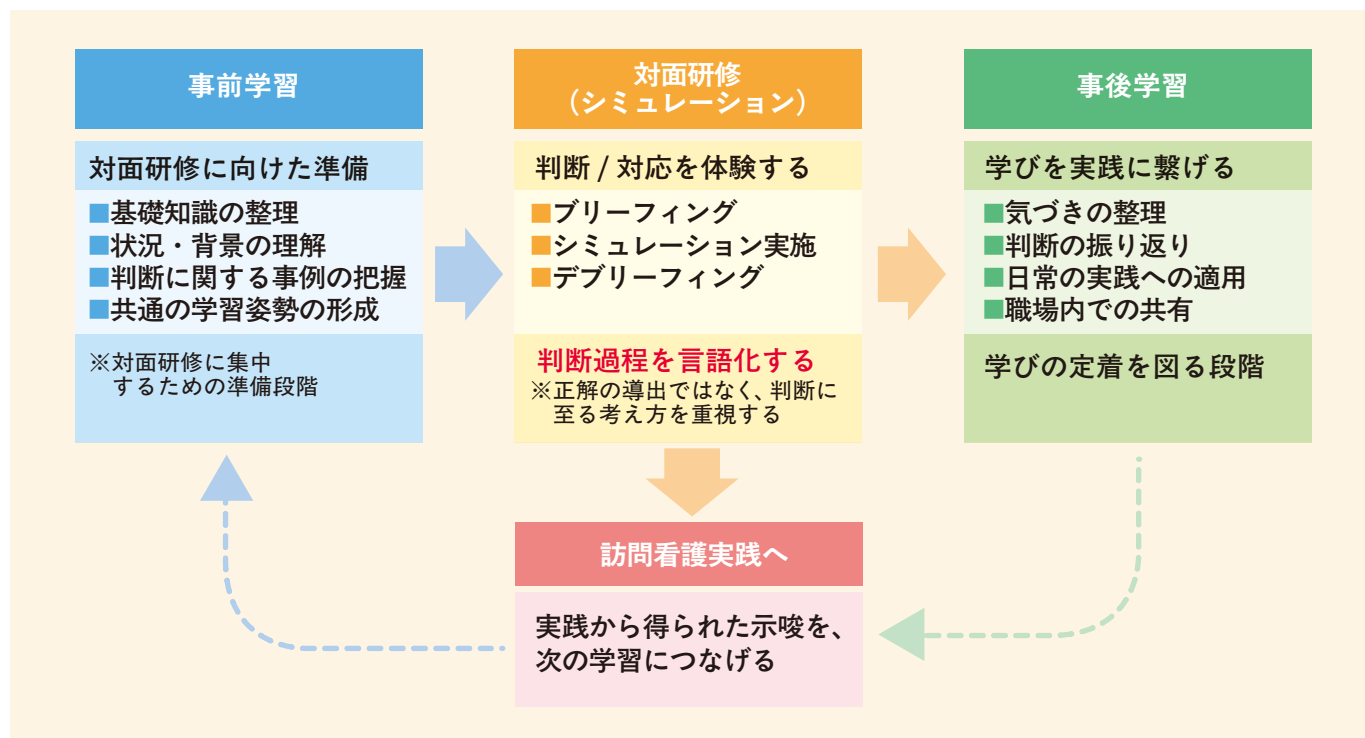
5-4 デブリーフィングの(振り返り)位置づけ

デブリーフィングは単なる振り返りではなく、判断過程を言語化し再構築する学習過程である。本事業では、心理的安全性を確保した環境下での対話を通じ、学習の意味づけと実践への活用を促進した。

第6章 「訪問看護師教育支援プログラム」の全体構成

6-1 本教育プログラムの基本構造

本教育プログラムは、「事前学習・対面研修・事後学習」からなる三段階学習を基本構造とした。三段階学習の全体像を図6-1に示す。



■図 6-1 三段階学習（事前学習・対面研修・事後学習）の基本構造

訪問看護においては、知識を理解するだけでなく、状況に応じて判断し、行動し、その判断を振り返る力が求められる。そのため本プログラムでは、対面研修のみで学習を完結させるのではなく、事前学習および事後学習を組み合わせた段階的かつ循環型の学習構造を採用している。

本プログラムは、

- 事前学習による「知識の整理」
- 対面研修による「実践体験」
- 事後学習による「振り返りと学習の定着」

を一連の流れとして捉え、学びが実践へとつながる構成としている。

6-2 事前学習の位置づけ

事前学習は、三段階学習の最初の段階として、対面研修に向けた準備を行う位置づけである。

疾患や状態像に関する基礎知識、訪問看護における観察・判断の視点を整理することで、受講者が対面研修当日に「何を考え、何を判断するのか」を意識しやすくなる。

事前学習は単独で完結するものではなく、対面研修に集中するための土台として機能する。

研修当日に必要な基礎知識（疾患の理解、観察ポイント、フィジカルアセスメント等）を事前に整理・習得する段階である。eラーニングを活用することで、受講者は研修の目的および内容を理解したうえで対面研修に臨むことが可能となり、シミュレーション研修の学習効果を高める設計とした。

6-3 対面研修(シミュレーション)

対面型研修(シミュレーション)は、三段階学習の中心に位置づけられる学習活動である。

実際の訪問場面を想定したシナリオを用い、受講者は状況を把握し、判断し、対応する一連の過程を体験する。図6-1では、この過程を「判断/対応を体験する段階」として示している。

本プログラムでは、在宅療養場面を再現した環境において、訪問時の状況把握、判断、行動および多職種・家族とのコミュニケーションを体験的に学習する内容とした。正解を導き出すことを目的とするのではなく、判断過程を言語化し、振り返ることを重視している。

研修は、ブリーフィング、シミュレーション実施、デブリーフィングで構成し、実践行動と判断過程を関連づけながら学習を深化させることを目的とした。

6-4 事後学習による振り返り

事後学習は、三段階学習の「最終段階」として、学びを実践につなげる役割を担う。

デブリーフィングにおいて言語化された判断や気づきを整理し、自身の訪問看護実践にどのように活かすかを検討する段階である。この段階を「学びを実践につなげる段階」として示している。

また、事後学習は個人での振り返りととどまらず、職場内での共有や指導の場として活用することも可能である。本研修で得た経験を振り返り、自身の判断過程を整理し、実際の訪問看護実践へと結び付ける段階である。オンラインコンテンツを用いて主体的な自己学習を行うことで、学習内容の定着を図り、単独訪問に必要な自律的判断力の向上を目指した。

本プログラムは、「事前学習-対面研修(シミュレーション)-事後学習」という学習循環を通して、訪問看護師が安心して単独訪問に臨むための実践力を獲得することを目的とする教育プログラムとして位置づけられる。

6-5 本教育プログラムで期待される学習の変化

三段階学習を通して、受講者には以下のような変化が生じることを期待している。

- 判断の根拠を言語化できるようになる
- 急変時や迷いや場面における考え方を整理できるようになる
- 他者の視点や考え方を取り入れられるようになる
- 訪問看護実践に対する不安が軽減される

これらの変化は、循環型の学習構造によって、段階的に促進されるものと考えられる。

第7章 教育プログラム設計の基本的な考え方

7-1 基本姿勢

本教育プログラムでは、研修を単なる知識提供の場とするのではなく、受講者が自ら考え、判断し、その過程を振り返る学習の場として設計した。

訪問看護の実践においては、マニュアルどおりに対応できない状況が多く、個々の判断力が重要となる。そのため本プログラムでは、「正しい答えを教えること」よりも、判断に至る思考過程を可視化し、言語化することを重視している。

教育プログラムの設計にあたっては、こうした学習の特性を踏まえ、受講者が安心して考え、発言できる学習環境を整えることを基本姿勢としている。

7-2 シミュレーション教育を用いる意義

本教育プログラムでは、訪問看護の特性に適した学習方法として、シミュレーション教育を採用している。

シミュレーション教育は、実際の訪問場面を想定した状況の中で、判断や対応を体験的に学ぶことができる教育方法である。実践に近い形で学習を行うことで、知識を「知っている」状態から、「実践で活用できる」状態へとつなげることが可能となる。また、シミュレーション後に実施するデブリーフィングを通して、受講者自身が判断を振り返り、他者の視点に触れることで、思考の幅を広げることができる。

7-3 シナリオを中心とした教育(研修)設計の考え方

本教育プログラムでは、シナリオを教育設計の中心的要素として位置づけている。

シナリオは単なる事例提示ではなく、

- 受講者にどのような判断を促したいか
- どのような迷いや気づきを引き出したいか

といった教育的意図を反映させた設計である。

シナリオを通して、受講者が「なぜそのように判断したのか」を考え、言語化できるようになることを重視している。そのため、シナリオには必ずしも単一の正解を設定する必要はない。

7-4 心理的安全性の確保

本教育プログラムでは、受講者が安心して発言し、試行錯誤できる学習環境づくりを重視している。判断や対応について意見を述べる際に否定や評価が先行すると、受講者は受け身の姿勢になりやすくなる。そのため、研修では「失敗してもよい」「考えを共有してよい」と感じられる環境を整えることが重要である。

また、ファシリテーターは、受講者の判断を正誤で評価するのではなく、考え方や判断の背景に目を向けた関わりを行うことが求められる。

7-5 ファシリテーターの関わり方の基本

本教育プログラムにおけるファシリテーターの役割は、教えることではなく、学習を支えることである。具体的には、

- 受講者の発言を引き出すこと
- 判断の背景を問いかけること
- 多様な視点が共有されるよう調整すること

などの関わりを基本とする。

知識や正解を過度に提示すると、受講者の思考を妨げる可能性がある。そのため本プログラムでは、ファシリテーターが教えすぎない姿勢を保つことを重視している。

本教育プログラムでは、ファシリテーターは、指導者ではなく、学習を支援する伴走者として位置づけた。



7-6 三段階学習を前提とした設計の考え方

本教育プログラムの設計は、三段階学習(事前学習・対面研修・事後学習)を前提としている。

各段階を独立した学習として捉えるのではなく、相互に関連づけて設計することで、学習効果の定着を図ることが可能となる。特に、対面研修で得られた気づきが事後学習および実践へとつながるよう、全体の流れを意識した設計が重要である。

この考え方に基づく教育プログラムの設計プロセスを、図7-1に示す。



Point

教育プログラムは、最初から完成形を目指すのではなく、実施と振り返りを重ねながら改善していく。

■図 7-1 教育プログラム設計の基本プロセス

7-7 研修設計の基本的手順

研修設計は、対象者や研修目的、実施環境に応じて柔軟に調整されるべきものであり、すべての研修に一律に当てはめることを目的とするものではない。

本教育プログラムにおける研修設計は、図7-1に示した教育プログラム設計の全体像に基づき、その流れに沿って検討を行っている。

1 研修の対象者と研修目的を整理する。

訪問看護においては、同じ経験年数であっても実践状況に差が生じやすいため、対象者を一律に捉えないことが重要である。

研修目的は、「何を学ばせるか」ではなく、「どのような判断や考え方ができるようになってほしいか」という視点で整理する。この段階で目的を明確にすることにより、その後の研修設計全体に一貫性が生まれる。

2 研修終了時における到達イメージを具体化する。

到達イメージとは、知識量や技術の習得度そのものではなく、判断の視点や思考のあり方を中心としたものである。到達イメージを明確にすることで、研修中の問いかけやデブリーフィングの方向性が定まりやすくなる。

3 到達イメージを踏まえ、適切な学習方法を選択する。

本教育プログラムでは、シミュレーション教育を中心に据えているが、講義やグループワークを組み合わせている。重要なのは、研修目的に応じて学習方法を選択することであり、知識整理が必要な内容は事前学習で扱い、判断や対応を検討する場面は対面研修で扱うなど、三段階学習の考え方を意識して構成する。

4 シナリオ設計（事例作りの考え方）

シナリオ設計は、研修設計の中核となる工程である。シナリオでは、実際の訪問看護場面を想定し、受講者が判断に迷いやすい場面や、複数の対応が考えられる状況を意図的に組み込む。必ずしも一つの正解を設定する必要はなく、受講者が「なぜその判断をしたのか」を振り返り、言語化できることを重視する。

5 研修全体の構成を検討する

本教育プログラムでは、事前学習・対面研修・事後学習からなる三段階学習を基本としており、各段階で扱う内容を整理し、無理のない時間配分となるよう検討する。特に対面研修では、ブリーフィング、シミュレーション、デブリーフィングの流れを意識した構成とする。

6 研修実施後の振り返りと見直し

研修終了後は、受講者の反応や発言、理解の様子を踏まえ、シナリオや進行、問いかけの内容が適切であったかを必ずその都度振り返り、次回以降の研修設計に反映させる。研修設計は一度で完成するものではなく、実践と振り返りを通して継続的に改善していくプロセスとして位置づけられる。

7-8 研修設計における留意点

研修設計にあたっては、次の点に留意する必要がある。

- 対象者の状況に応じて柔軟に調整すること
- 正解を教えることを目的としないこと
- 受講者が発言しやすい雰囲気を大切にすること
- 学びを実践につなげる視点を持つこと

これらを意識することで、訪問看護の現場に即した、実践的かつ継続的な学びを促す研修設計が可能となる。

研修設計におけるチェックリストを表7-1に掲載する。

■表 7-1 研修設計チェックリスト(設計時確認用)

研修設計チェックリスト（設計時確認用）

本チェックリストは、教育プログラムおよび研修を設計する際に、基本的な視点が網羅されているかを確認するためのものです。研修実施前に確認し、必要に応じて見直しを行ってください。

1 対象者・目的の整理

- ☐ 研修の対象者（経験年数・役割等）が明確になっている
- ☐ 対象者の実践上の課題を踏まえている
- ☐ 研修の目的が「知識提供」だけでなく、判断や考え方に着目している
- ☐ 目的が過度に多くない

2 到達イメージの設定

- ☐ 研修終了時の到達イメージを言語化している
- ☐ 「何ができるようになるか」ではなく「どのように考えられるようになるか」を意識している
- ☐ 到達イメージが研修内容と整合している

3 学習方法の選択

- ☐ 研修目的に応じた学習方法を選択している
- ☐ シミュレーションを実施する意義が明確になっている
- ☐ 講義・グループワーク等を必要に応じて組み合わせている
- ☐ 学習方法が受講者の経験や状況に適している

4 シナリオ設計

- ☐ 実際の訪問看護場面を想定した内容となっている
- ☐ 判断に迷いやすい場面や考えどころが含まれている
- ☐ 正解を一つに限定しない構成となっている
- ☐ デブリーフィングで振り返りやすい設計となっている

5 研修全体の構成（三段階学習）

- ☐ 事前学習・対面研修・事後学習の役割が整理されている
- ☐ 各段階の内容が重複しすぎている
- ☐ 対面研修の流れ（ブリーフィング・シミュレーション・デブリーフィング）が明確である
- ☐ 時間配分が無理のない構成となっている

6 学習環境・ファシリテーション

- ☐ 受講者が安心して発言できる環境づくりを意識している
- ☐ 判断や発言を正誤で評価しない姿勢を共有している
- ☐ ファシリテーターの役割が明確になっている

7 振り返り・見直し

- ☐ 研修実施後に振り返りを行う予定がある
- ☐ 受講者の反応や意見を把握する方法を検討している
- ☐ 次回以降の研修に活かす視点を持っている

8 総合確認

- ☐ 本教育プログラムの目的と研修内容に一貫性がある
- ☐ 現場の状況に応じて柔軟に調整できる余地がある
- ☐ 本プログラムの考え方に沿った設計となっている

チェックリスト活用のポイント

- ・すべてにチェックが入らなくても問題はない
- ・設計時・見直し時の「確認ツール」として活用可能である
- ・チェックが入らない項目は、次回改善の視点として整理する



第8章 指導者のための研修の必要性

8-1 指導者研修の位置付け

本章では、訪問看護師を対象としたシミュレーション研修の質を担保するために実施する、指導者(ファシリテーターも含む)向けの研修の位置づけおよび内容について示す。

本教育プログラムでは、研修の学習効果は、研修設計や教材のみならず、指導者の関わり方によって大きく左右されると考えている。そのため、研修当日の運営に先立ち、指導者間で共通理解を形成するための指導者研修を位置づけている。

8-2 指導者研修の目的

指導者研修の目的は、次のとおりである。

- ① 本教育プログラムの目的および到達イメージを指導者間で共有すること
- ② シミュレーション教育およびデブリーフィングにおける基本的な考え方を再確認すること
- ③ 指導者による関わり方のばらつきを抑え、一定の研修品質を確保すること
- ④ 研修当日の役割分担および進行方法を明確にすること

これにより、指導者が「教えすぎず」「評価せず」「学習者の気づきを引き出す」関わりを共通の認識のもとで実践できるようにする。

8-3 指導者研修の主な内容

指導者研修では、以下の内容を中心に確認・共有を行う。

- 本教育プログラム全体の構成および本研修の位置づけ
- 研修目的および到達イメージの確認
- 使用するシナリオの意図、判断の分かれ目、学習上のポイント
- ファシリテーターとしての基本スタンスおよび役割
- デブリーフィングにおける問いかけの視点および留意点
- 研修当日の進行計画および指導者間の役割分担

特に、シナリオ(事例展開)では「どの場面で何を学ばせたいのか」「どのような判断過程を引き出したいのか」を指導者間で共有し、研修中に不用意に正解を示してしまうことがないよう相互に確認する。

8-4 指導者研修の実施方法と運営上の留意点

指導者研修は、研修実施前に対面またはオンラインにより実施する。時間は研修内容に応じて設定するが、研修当日の進行に支障がないよう、十分な共有時間を確保する。

運営は、事業責任者または研修統括者が進行を担い、指導者が疑問点や不安点を事前に共有できる場とする。また、指導者研修は単なる説明の場ではなく、指導者自身が研修の意図を理解し、共通認識を形成するための対話の場として位置づける。

8-5 指導者研修と研修品質の確保

指導者研修を通じて、指導者の関わり方や進行方法を事前にうち合わせることで、研修の質を一定水準に保つことが可能となる。本教育プログラムでは、研修実施後の振り返りを重視しており、指導者間で意見交換を行い、指導者研修の内容や進め方についても継続的な見直しを行う。

このように、指導者研修を研修設計・運営・評価と一体的に位置づけることで、訪問看護の場に即した、実践的かつ継続的に改善される教育プログラムの実施が可能となる。

※本来は、指導者とファシリテーターは別の担当者が行うことが望ましいが、十分な人数が確保できない場合は、研修会の冒頭で、受講者に指導者がファシリテーターの役割を行うことを説明する。また、指導者は、「ファシリテーター」であることを意識してシミュレーション研修を運営する。



第9章 教育プログラムの実施

9-1 教育プログラムの実施

本教育プログラムは、訪問看護師の実践力向上を目的として、事前学習・対面研修・事後学習を組み合わせた三段階学習構造に基づき実施した。対面研修では、シミュレーション教育を中心に据え、在宅療養の現場で求められる判断力・対応力を実践的に養成する内容とした。

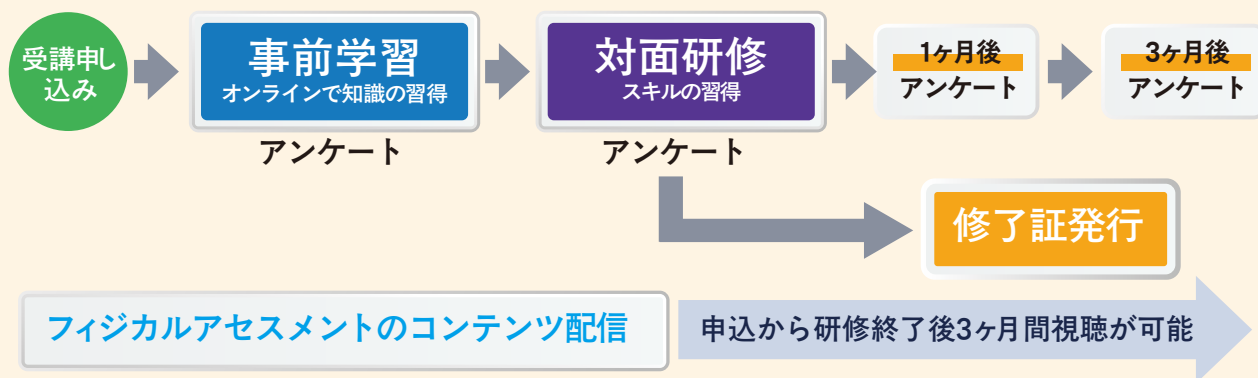
受講の申し込みからの流れを示したシミュレーション基盤型「訪問看護師教育支援プログラム」の構成を図9-1に示す。知識の習得をめざしたオンラインでの事前学習を経て、スキルの習得を行う対面研修を実施した。修了した参加者に、受講証を発行した。参加者には、アンケートへの協力を依頼し、対面研修直後、1ヶ月後、3ヶ月後の3回のアンケートを実施し、本研修会の有用性を評価した。

フィジカルアセスメントの動画配信は、申込から研修終了後3ヶ月間、視聴可能とした。

■ 新任（訪問看護未経験、または3年以内の訪問看護経験者対象）

■ 1回あたりの参加者は15名までを想定

Moodle LMS（Learning Management System：学習管理システム）を用いた受講者学習支援



■ 図9-1 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」の構成



■ 図9-2 受講証見本

対面研修への参加者には、「受講証」を発行し、研修での到達目標の達成を意識づけた。

対面研修で用いるシミュレーション事例として、在宅療養支援において頻度が高く、緊急性の有無の判断力を要する以下の4つのシナリオを作成した。（詳細は、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」参照）

- 1 呼吸器系疾患（COPD）のある療養者
- 2 循環器系疾患（慢性心不全）のある療養者
- 3 脳血管系疾患（脳梗塞）のある療養者
- 4 終末期にある療養者

これらのシナリオは、事前に実施した学習ニーズ調査の結果に基づき選定したものであり、東京都内各地域に共通して求められる実践能力の向上を目的とした。

9-2 研修会場の選定

研修運営にあたっては、学習効果の最大化と安全な研修環境の確保を重視し、会場選定、広報、機材搬入、運営体制を計画的に整備した。

研修会場は、二次保健医療圏に偏りが生じないようにし、訪問看護師が実践的な学習に集中できる環境であることを重視して選定した。具体的には、東京都内からのアクセス性、受講者の移動負担の軽減、ならびにシミュレーション機材を用いた研修が可能な設備条件を満たす施設を選定基準とした。また、緊急時の安全確保や感染予防対策を含め、公共性・信頼性の高い会場であることを重視した(大学施設以外は施設使用費用あり)。

9-3 研修実施会場の環境(広さ)

研修実施会場の広さは、受講者がグループワークやシミュレーション演習を行う際に、十分な動線と作業空間を確保できることを条件とした。特に、シミュレータ設置エリア、観察・記録エリア、デブリーフィングを行うディスカッションスペースを明確に分けることで、学習効果を高める環境構成とした。これにより、受講者同士の相互作用を促進し、安全かつ円滑な研修運営を可能とした。

本事業で使用した会場は次のとおりである。

■表 9-1 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

9-1 研修のための広報活動

研修の広報活動は、訪問看護ステーション管理者および訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師に対して、研修の目的と意義が適切に伝わるよう工夫して実施した。具体的には、東京都内の訪問看護ステーションへの案内文書の郵送(1回につき1,750～1,825ヵ所)や、既存のネットワークを活用した情報提供を令和6年度からおよそ3か月ごとに実施した(東京都福祉局からの発信も含む)。

図9-3は、配布したリーフレットの見本である。



■ 図 9-3 研修参加者募集のチラシ

9-5 研修用機材搬入の実際

研修用機材の搬入にあたっては、シミュレータおよび関連機材の安全な輸送と設置を最優先とした。事前に会場担当者と動線や設置場所を確認し、研修当日に支障が生じないように十分な準備を行った。また、電源容量や設置スペースを事前に確認することで、研修開始前に機材トラブルが発生しない体制を整えた。



9-6 実施スケジュール概要

研修は、受講者の集中力と学習効果を考慮した時間配分で実施した。冒頭では研修の目的および到達目標を共有し、その後、シミュレーション演習、振り返り(デブリーフィング)、まとめの順で構成した。適宜休憩時間を設けることで、長時間研修においても受講者の負担を軽減し、安定した学習環境を確保した。

■表 9-2 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）

9-7 自己学習支援：事前・事後学習教材の選定

学習プラットフォームとして Moodle を使用し、動画視聴機能およびアンケート機能を構成した。レンタルサーバは、所属機関の条件を満たすものを使用した。自己学習支援として、聴診教育クラウドシステム iPax（株式会社テレメディカ）を、およびフィジカルアセスメントに関するコンテンツの視聴を可能とし事前・事後学習に活用した。各教材の利用期間は、研修会申込時に発行する個別IDの発行日から研修会終了後3ヶ月間とした。

自己学習支援として「山内豊明教授のフィジカルアセスメント」DVD教材全10巻ほか、フィジカルアセスメントに関する教材、及び、在宅看護に関するDVDを選択した。事前・事後学習として使用したコンテンツ一覧とシナリオ事例の対比表は、表9-3の通りである。これらは、チャプタータイトルごとのコンテンツとし10分程度で視聴できるように工夫した。

教育プログラムに使用するシナリオの種類に対応して、◎推奨コンテンツ ○基礎知識のコンテンツ △関連知識としてのコンテンツに分けて提示した。

なお表9-3には、本研修で使用したコンテンツの一覧と自己学習での活用の実際を示した。

本章で示した実施体制および運営方法により、本事業は計画に沿って適切に遂行された。

■表 9-3 使用した教材 コンテンツ一覧

タイトル		チャプタータイトル	時間	呼吸器系疾患 シナリオ	循環器系疾患 シナリオ	脳血管系疾患 シナリオ	終末期ケアの シナリオ
山内豊明教授のフィジカルアセスメント							
総論、問診・視診のポイント	1	フィジカルアセスメントとは？	1'19"	△	△	△	△
	2	どう認識するか	1'27"	△	△	△	△
	3	どう作業するか	4'53"	△	△	△	△
	4	どう共有するか	1'48"	△	△	△	△
	5	アセスメントの基礎 問診	7'37"	△	△	△	△
	6	アセスメントの基礎 視診	4'25"	△	△	△	△
触診・打診・聴診のポイント	1	アセスメントの基礎 触診	4'32"	△	△	△	△
	2	アセスメントの基礎 打診	5'15"	△	△	△	△
	3	アセスメントの基礎 聴診	6'14"	△	△	△	△
呼吸器のアセスメント その2	1	触診	5'24"	◎			
	2	打診	4'38"	◎			
	3	聴診	4'56"	◎			
	4	呼吸音の異常	5'58"	◎			
循環器のアセスメント	1	概論	0'49"		◎		
	2	血圧・脈拍測定	1'55"		◎		
	3	四肢の視診・触診	1'55"		◎		
	4	頸部の視診・触診・聴診	3'56"		◎		
	5	胸部の視診・触診・打診	3'24"		◎		
	6	聴診（心音）	3'38"		◎		
高次脳機能のアセスメント	6	認知症のアセスメント	6'07"			○	
	7	失語のアセスメント	4'28"			◎	
山内豊明教授の症状別・徴候別フィジカルアセスメント							
第2巻 胸が痛い患者さんの場合	1	レベル分類について	1'25"		◎		
	2	はじめに、胸痛の知識、レベル分類	3'19"		◎		
	3	レベルⅠの胸痛	7'50"		◎		
	4	レベルⅡの胸痛	5'15"		◎		
	5	レベルⅢの胸痛、おわりに	4'35"		◎		
第4巻 息苦しい・ドキドキする患者さんの場合	1	レベル分類について	1'25"	◎			
	2	はじめに、呼吸困難の知識、レベル分類	2'30"	◎			
	3	レベルⅠの呼吸困難	4'23"	◎			
	4	レベルⅡの呼吸困難	3'51"	◎			
	5	レベルⅢの呼吸困難、おわりに	4'00"	◎			

タイトル		チャプタータイトル	時間	呼吸器系疾患 シナリオ	循環器系疾患 シナリオ	脳血管系疾患 シナリオ	終末期ケアの シナリオ
山内豊明教授のバイタルサイン測定							
血圧、脈拍、心拍	1	血圧	12'47"	○	○	◎	◎
	2	脈拍	8'08"	○	○	◎	◎
	3	心拍	4'49"	○	○	◎	◎
呼吸、SpO ₂	1	呼吸	12'09"	○	○	◎	◎
	2	SpO ₂	5'19"	○	○	◎	◎
尿量、体温、意識レベル	1	尿量	2'34"	○	○	◎	◎
	2	体温	8'30"	○	○	◎	◎
	3	意識レベル	12'07"	○	○	◎	◎
在宅看護のためのアセスメント事例集							
第2巻 訪問看護において 必要な倫理と態度	1	訪問看護に必要な看護倫理	10'00"				○
第4巻 在宅栄養療法を行う 療養者の看護	3	在宅経腸栄養法の基礎知識	4'52"			○	
	4	訪問看護の実際	17'18"			○	
Vol.1 慢性脳梗塞患者の看護事例	1	患者プロフィール	5'32"			○	
	2	初回訪問看護	10'14"			◎	
	3	5回目訪問看護	4'05"			○	
	4	12回目・13回目訪問看護	5'53"			○	
	5	在宅サービス担当者会議と22回目訪問看護	4'31"			○	
vol.2 がん終末期患者の看護事例	1	患者プロフィール（在宅療養に至るまで）	3'59"				◎
	2	導入期の訪問看護（10月5日）	7'17"				◎
	3	安定期の訪問看護（3月8日）	7'42"				◎
	4	臨死期の訪問看護（5月17日）	7'02"				◎
	5	死別期の訪問看護（5月31日）	3'19"				◎

凡例 ◎事前学習推奨 ○基礎知識 △関連知識

第10章 教育プログラムの評価

10-1 評価の目的

このプログラムは、専門職として訪問看護を担当している看護師の学び直しによって業務の専門性を高めて、能力を向上することを目的にしており、社会全体が利益を受ける「公益性」を考慮して非営利目的で実施された。さらに、様々な経験を持つ受講者の参加を促すため、修了認定試験などの厳密な成果認証手続きは設定しなかった。したがってプログラムの評価では、通常の社会人向け研修プログラムの評価事項のうち受講者にとっての金銭的な効率等を除外した項目(プログラムの設計の適切さ、参加度、満足度、成果の役立ち度など)に加えて、公益性(地域性、研修内容の適切さなど)に関しても確認することを目的とする。

この報告書では、次の章以降において評価項目ごとの詳しい分析結果を報告するため、本章では評価の対象となったデータそのものと評価の方法を紹介したうえで、期間を通した参加者数に注目してデータを整理した結果を報告する。

10-2 評価の対象

表 10-1 評価に用いる主要データ一覧

種別	時期	具体的な内容	尺度(方法)
アンケート	申込時	基本属性:17項目	択一式、記述式
	システム登録時	<ul style="list-style-type: none"> 日本語版 Self-Directed Learning Readiness Scale (SDLRS): 16項目簡易版 一般性自己効力感尺度 (General Self-Efficacy Scale): 16項目 	5段階リッカートスケール(LS) 二項価(はい/いいえ)
	対面研修直後	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援のための実践能力評価: 20項目 事前事後学習の有効性と活用度: 6項目 シミュレーション基盤型教育デザイン評価尺度: 20項目 教育実践に関する質問紙調査票: 16項目 受講の満足度と学習に対する自信に関する調査票: 13項目 	5段階LS 択一(はい/いいえ/不使用) ([「シミュレーション」以下3種]) 5段階LS
	受講1カ月後	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援のための実践能力評価: 20項目 事前事後学習の有効性と活用度: 6項目 	5段階LS 択一(はい/いいえ/不使用)
	受講3カ月後	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援のための実践能力評価: 20項目 事前事後学習の有効性と活用度: 6項目 	5段階LS 択一(はい/いいえ/不使用)
(システム上の記録) 学習活動記録	事前学習	ビデオコンテンツ	起動時間
		iPax	アクセス時間
	対面時	対面研修への出欠	二項価(出/欠席)
	事後学習	ビデオコンテンツ	起動時間
		iPax	アクセス時間

評価の対象となるデータは、学習活動そのものと合計5つのアンケートへの回答である(表10-1)。このうち、アンケートは基本的に自宅や職場からオンライン(Google Formsを使用)で回答してもらったが、対面研修直後のアンケートだけは対面研修の現場で回答してもらった。基本属性(看護師としての経験や勤務先の訪問看護ステーションなど)を除く個々の質問項目として既存の心理尺度を利用した。心理尺度とは心の状態をアンケートによって数字で表すもので、このプログラムで選んだのは、すでに看護教育で広く使われていて信頼性が高いものである。また、このプログラムで身につけることが期待されているスキルに関係ある尺度を用いた。

対面研修受講申し込みから対面研修までの期間に回答してもらったふたつのアンケートは、「診断的・形成的評価」(学習前や教育プログラムの途中で行い、前提知識の確認、進み具合のチェックやプログラム自体の改善に用いる評価のこと)のために行い、対面研修直後のアンケートは受講直後の満足度やプログラムに対する直接的な評価データを得るために設定された。さらに、1・3ヶ月後のアンケートでは学習効果の持続性を測定すると同時に、受講後一定期間を置いてからプログラム全体を振り返り、最終的な成果を評価する「総括的評価」を行う目的で実施した。

対面研修直後のアンケートで使ったふたつの質問グループ、「在宅療養支援のための実践能力評価」と「事前事後学習の有効性と活用度」は、このプログラムの担当者が独自に作成した。前者(実践能力評価)は、東京都福祉保健局作成「訪問看護OJTマニュアル」(平成25年3月発行)や日本訪問看護財団訪問看護人材養成基礎カリキュラム(平成28年度)などを基に作成した20項目のアンケートである。一方、後者(事前事後学習)は、ビデオ教材やi-Paxなど事前事後学習用に提示している教材の有効性と活用度について確認することを目的に、このプログラムを担当した研究者の間で項目を検討し、6項目を作成した。その他のアンケートでこれらふたつ以外に参照して利用した尺度は次のとおりである。

システム登録時

- 日本語版 Self-Directed Learning Readiness Scale(松田ほか 2015):16項目
- 一般性自己効力感尺度(坂野・東條 1986):16項目

対面研修直後

- シミュレーション基盤型教育デザイン評価尺度:20項目
- 教育実践に関する質問紙調査票(Student Version):16項目
- 受講の満足度と学習に対する自信に関する調査票:13項目

これら3つの尺度はNational League for Nursing(全米看護師連盟)とレールダルメディカル社で共同開発されたシミュレーション教育に関する尺度で、信頼性と妥当性が検証されている(Jeffries, 2012)。

対面研修受講 1ヶ月後・3ヶ月後

プログラムの効果定着を確認するため、対面研修直後に質問した「在宅療養支援のための実践能力評価」と「事前事後学習の有効性と活用度」に再度、再々度回答してもらった。

リッカートスケールとはアンケート調査で「非常に満足」から「非常に不満」のように、5段階や7段階の選択肢を用いて、回答者の態度や意見の程度を測定する方法で、意識調査などで使われているものである。

アンケート以外の主要なデータは学習の記録である。この研修はオンラインと対面のブレンド形式で設計され、対面研修への出欠を記録する以外に、事前事後学習用にオンラインコンテンツを提供した。その際プラットフォームとして学習管理システムMoodle（ムードルと読む）を用いた。オンラインコンテンツには、ビデオコンテンツ（合計52本）とオンラインシミュレーション（バーチャル聴診シミュレータ、製品名iPax）があり、ビデオコンテンツは本数が多いため、事前学習を勧める「推奨コンテンツ」とその他の「一般コンテンツ」に分けて提示した。また、ビデオコンテンツは多忙な看護師が隙間時間に学習できるよう、内容に応じて1本あたり1分から17分までに分割して作成した。これらのコンテンツの起動時間、アクセス時間はMoodleのサーバーにタイムスタンプとして記録された。

10-3 評価の方法

この報告書では、ここまで説明したデータを各章で設定した観点に基づいて分類し、人数や回答をカウントしたり平均値・中央値などを比較したりすることで研修プログラムの効果、効率を確認する。平均値は全データを合計して個数で割った平均的な値で、中央値はデータを順に並べた際の真ん中の値である。平均値は極端なデータ（外れ値）の影響を受けやすく、中央値は外れ値の影響を受けにくいので偏ったデータでも実態を表しやすいと考えられる。

この章では、公益性の基本として想定される事業対象者のうち「不特定多数の者の利益になり、安定的に行われたか」を報告する。具体的には、研修の内容、実施された時期、対面研修を実施した地域の3点から判断して、申込者数（のべ数）に大きな偏りがないかを検討する。なお、他の章と異なり、この章のデータは、最終コース（2026年2月25日対面研修）を含む全受講者を対象に集計した。

10-4 申し込み者数の分布

表10-2として、4領域の研修内容、おおむね3ヶ月に区切った対面研修実施時期、7つの対面研修実施地域ごとに研修回数、受講申し込み者数をまとめた。全65回の研修の申込者数の合計は438名、2回以上申し込んだ者を除く純申込者数は336名であった（2026年2月25日確定値）。

まず、研修内容に関しては、1回あたり平均5.45名から8.18名で推移した。全体的に実施回数が多い研修ほど1回あたりの受講者数が多かった。つまり、総合的にはすべての研修内容に対するニーズがあり、しかも高いニーズがあった研修内容ほど数多く企画されていたことがうかがえる。

次に実施時期に関しては、どの時期も平均で5.5人以上が参加した。特にプログラムを開始した2024年7月の6回は15名の定員に対してすべて12名以上であり、期待の高さを反映していたと考えられる。地域に関しては、平均で5.14人から7.80人のレンジに収まり、3つの観点の中で最もバランスが取れた結果となった。したがって、このプログラムは受講者の利便性、ニーズに応じて広範囲に提供されたと評価できる。

■表 10-2 観点別実施回数・受講者数（2026年2月25日の最終研修含む確定値）

研修の設定		対面実施回数	受講申し込み者数	1回あたり平均人数
研修内容	呼吸器系疾患のアセスメントと報告	22	181	8.23
	循環器系疾患のアセスメントと報告	19	121	6.37
	脳血管系疾患のアセスメントと報告	11	61	5.45
	終末期におけるアセスメントと報告	13	76	5.85
実施時期	2024 年7-9月（すべて呼吸器）	12	118	9.83
	2024 年10-12月（すべて循環器）	11	70	6.36
	2025 年1-3月（循環器 3 回、呼吸器 6 回）	9	59	6.56
	2025 年5-7月（すべて脳血管）	11	61	5.55
	2025 年9-12月（終末期 10 回、循環器 5 回）	15	90	6.00
	2026 年1-2月（呼吸器 4 回、終末期 3 回）	7	41	5.86
実施地域	区中央部	5	39	7.80
	区南部	5	31	6.20
	区西南部	7	38	5.43
	区東北部	20	144	7.20
	区東部	15	105	7.00
	南多摩	7	36	5.14
	北多摩南部	6	46	7.67

また、2回以上参加したリピーター受講者は全体の23%を占める102名存在し、受講内容への満足度の高さがうかがえた。また1回あたりの受講者が10名を超したのは、訪問看護ステーションへの広報を行った後が多かった。

これらの結果から総合的に示されるのは、本プログラムの公益性、特に対面研修の地域分布は相当程度確保されていたことである。次の章以降では、コンテンツや研修プログラムとしての本研修の評価を要素ごとに行っていく。

参考文献（報告書内紹介順）

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 pp.225-230
 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) pp.73-82
 Jeffries, P.R. (2012) Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation 82nd ed.). National League for Nursing.

（執筆：松田 岳士）

第11章 学習動機

社会人対象の研修において受講者本人のモチベーション、つまり「学習動機」は非常に重要である。基本的に同年代の生徒・学生が横並びで学ぶ学校での教育と異なり、入試、カリキュラム、学期制度などの枠がない社会人研修、特にこのプログラムのように個人が申し込む無料の研修では、個々の受講者自身の学習動機が研修を最後までやりとおすための要因となるのはもちろん、研修に期待する効果、学習活動、受講後の満足度にも影響を与えるからである。本章では、受講者の学習動機の特徴を整理してから、他の章と重複しない範囲でその影響を評価する。

11-1 分析対象と方法

申し込み時アンケートに学習動機として10種類の選択肢を設定し、「その他」とあわせて3つまでを選択してもらった。回答の上限を3つに絞り込んだのは、個々の受講者にとって重要な動機を選別してもらうためである。具体的な選択肢は表11-1のとおりである。

■表 11-1 学習動機の分布(2026年2月10日対面実施研修まで n=306 複数選択)

受講動機（動機の種類）	選択人数	同時に選ばれた他の動機（上位2つ）	
現在の仕事に役立つと考えたから（内発・必要性）	286	自己研鑽の一環として	将来の仕事に役立つと考えたから
将来の仕事に役立つと考えたから（内発・必要性）	70	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
自己研鑽の一環として（内発・必要性）	162	現在の仕事に役立つと考えたから	受講料が無料だから
受講料が無料だから（混合）	68	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
オンラインと対面で効率よく学べと思ったから（混合）	17	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
勤務先の近くで受講できるから（混合）	24	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
東京都と都立大学が実施しているから（内発・興味関心）	4	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
シミュレーション研修を受けたかったから（内発・興味関心）	62	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
同僚あるいは上司から受講するよう勧められたから（外発）	65	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
他の看護ステーションの看護師と交流したかったから（内発・興味関心）	8	現在の仕事に役立つと考えたから	自己研鑽の一環として
その他	1	現在役立つ	シミュレーション

これらを分類すると、次のようなグループになる。

- (1)内発的動機：受講すること自体に価値を見出していたり、興味を感じていたりする。
内発的動機は、さらに業務上の必要性(例：現在の仕事に役立つ)と研修自体への興味関心(例：シミュレーション研修を受けたかった)に分けられる。
- (2)外発的動機：報酬、義務など外的要因で受講している。
- (3)(内発と外発の)混合動機：内発的な興味があったうえで無料や勤務地に近いといった条件が参加を促進したと考えられる。

この章では、まず10の選択肢のうちどのような動機が組み合わされて選択されたのかをみていき、学習動機をパターン化する。その後、アンケートのその他の回答とクロス集計(グループごとにアンケート結果などを掛け合わせて集計する)をすることで、何が学習動機に影響を与えているかと、反対に学習動機が何にどのような影響を与えているのかの両面を考察し、今後、同様の研修プログラムを計画するとき何に気を付けるべきかまとめる。

11-2 受講者の学習動機の特徴

研修内容が異なるコースであれば、同一人物に複数の研修への参加も認めるプログラムであったので、第10章で述べたように受講者の中には2回以上受講したケースもあった。そこで、この章では複数回受講の受講者の場合、初回参加コースのデータを使用して分析する。また、アンケートの指示に反して動機を4つ以上選択した27名は分析対象から除外する。したがって、2026年2月10日までに対面研修が行われたコースへの参加申し込み人数(のべ)425名から2回目以降の参加者92名を差し引いた333名のうち、306名分のデータを集計している。

表11-1に示したように最も多く選ばれた動機は「現在の仕事に役立つと考えたから」という内発的動機(必要性)であった。受講申し込み者の93.5%が選択したことになり、現職の訪問看護職を対象にした本プログラムの想定受講者と合致した受講者層が参加したことを示している。これ以外の動機は、多い順に「自己研鑽の一環として」、「将来の仕事に役立つと考えたから」となり内発的動機が上位を占めた。また、3つとも混合動機を選んだ受講者はいなかった。

これをふまえて受講者の学習動機を次の3パターンに分類した。

内発的動機のみ選択者

A

受講動機すべてが内発的動機であった151名である。もっぱら自らの意思で参加したと考えられる受講者で、全体の約半数を占めた。なお、興味関心としての動機では、「シミュレーション研修を受けたかったから」が最多であり、教授法としてこのプログラムでシミュレーションを用いていることが評価されていた。

内発的・混合動機選択者

B

受講動機に内発的動機と混合動機の両方が含まれている90名である。自らの意思で参加したが、興味関心ばかりでなく、研修の条件面等も考慮して決定した受講者と言える。このうち75.6%が「受講料が無料だから」を選んでおり、本プログラムが無償で提供された効果が実感されている。

外発的動機選択者

C

回答のひとつとして「同僚あるいは上司から受講するよう勧められたから」を選択した65名である。少なくとも職場からの何らかの参加要請があり、参加を促されたと感じている受講者とみなすことができる。なお、このグループの受講者であっても他の動機として多く選ばれたのは「現在の仕事に役立つと考えたから」、「自己研鑽の一環として」の順に多く、内発的動機もあったと考えられる。

11-3 学習動機の要因

このような学習動機パターンに影響を与えた要素を検討するため、まず、看護職としての経験年数、そのうち訪問看護の経験年数、本プログラムの情報入手経路を確認する。本プログラムは当初から訪問看護の経験が少ないものを対象にしており、経験年数3年以下を条件に受講者を募集した。したがって、表11-2に示したように訪問看護の経験年数には大きな差はなかったが、その中でもCグループの受講者がやや短めであった。

■表 11-2 学習動機パターンと他の回答との関係

動機パターン		看護職 経験年数	訪問看護 経験年数	研修情報入手（人数・割合）
				上から最多・2番目
A：内発のみ 147 名	平均値	9.17	1.67	上司の紹介（125・82.8%）
	中央値	7	1	リーフレット（31・20.5%）
B：内発・混合 87 名	平均値	10.24	1.68	上司の紹介（31・20.5%）
	中央値	8	1	リーフレット（25・28.7%）
C：外発含む 64 名	平均値	9.08	1.32	上司の紹介（57・87.7%）
	中央値	6.5	1	リーフレット（5・7.7%）

次に、看護職自体の経験年数はBグループ→Aグループ→Cグループの順に短くなり、訪問看護の経験年数と同じ傾向で各グループの差は訪問看護の経験より大きくなった。同じくアンケートの質問のひとつである「このプログラムの情報入手ルート（複数回答可）」への回答では、どのグループでも「上司の紹介によって」が最多、「リーフレットを見て」が2番目の多さであった。しかし、それらが占める割合はグループごとに大きな差があり、「上司の紹介」はCグループ（87.7%）→Aグループ（82.8%）→Bグループ（60.0%）の順、「リーフレット」はBグループ（27.8%）→Aグループ（20.5%）→Cグループ（7.7%）と反対の順番となった。このような結果から、受講動機の形成に関して以下のようなプロセスと状況が推測可能である。

A Aグループ（内発的動機のみ）の多くは、上司や同僚あるいはパンフレットなどから情報を得て、自らのニーズや現状分析に基づいて受講を決めたと考えられる。

B Bグループ（内発・混合動機の両方）は、訪問看護を含む看護職としての経験が最も長く、内発的な動機に加えて、リーフレットなどで研修内容や条件も確認して、みずから参加を決めている者の割合が高い。

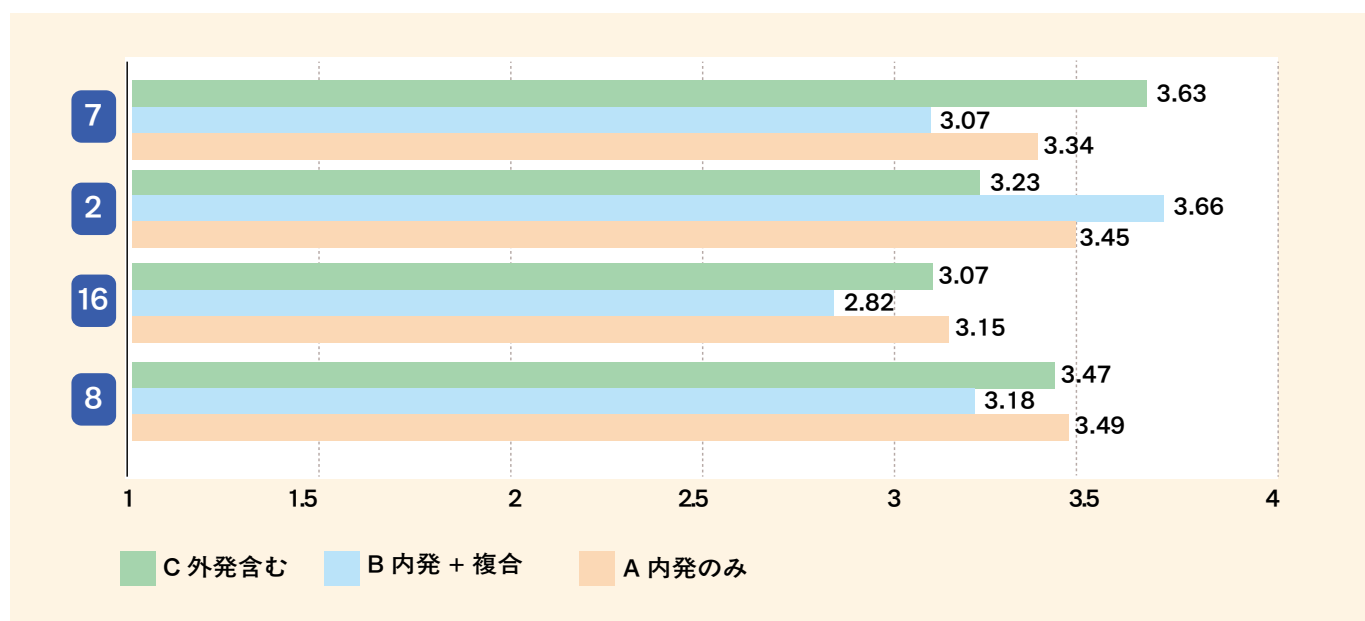
C Cグループ（外発的動機を含む）は、3グループの中では看護職としての経験も訪問看護の経験も少ない者が多く、ほとんどが自らリーフレットを確認するなどの行動をとらないまま、上司や同僚の勧めに促されて受講を決めたが、受講自体の有効性には期待している。

次に、受講者の自己主導学習レディネスが受講動機に与えた影響を検討する。ここで自己主導学習とは、大人の学びを分析した結果から提案された学びであり、なりたい自分像を描き、現状も認識したうえで「何をいつまでに学ぶべきであるか」を学習者自身が決定し、学習者自身が責任を持って継続する学習のことであり、社会における学び（生涯学習）で必要とされている。また、そのレディネス（準備性）とは、学習者が自分で学習を進める準備がどの程度できているかを表す概念で、「やる気があるか」だけではなく、自分で学びを設計・実行・振り返れる力や責任感・姿勢などが整っているかを総合的に見ていく。このプログラムでは、松田ほか(2015)が開発した簡易版の自己主導学習レディネス尺度(表11-3)を用いて受講者の自己主導学習への準備状況を質問した

その結果、AからのCの3グループの間で大きな差があったのは、自己コントロール(質問項目⑦)と自己効力感(質問項目②、⑬)、創造性(⑧)に関するレディネスであった。(図11-1)。質問項目②が逆転項目(回答の向きが、ほかの項目と逆になるように作られた質問)であったことを考慮すると、自己コントロール・自己効力感ともにBグループが最も低い値を示し、⑦以外はすべてAグループが最高の値となった。つまり、内発的動機だけで参加を決めたグループは、自己主導学習においても自信を持って自己コントロールができる傾向がある受講者が多かった。

■表 11-3 自己主導学習レディネス尺度

因子	質問項目 (番号はアンケートにおける順番、* は逆転項目)
1: 学習への愛着	①学ぶことが好きだ ⑫学べば学ぶほど、世界はおもしろくなる ⑬学習は楽しい
2: 学習の自己効力感	②自分一人ではうまく学習できない ^(*) ③他の多くの人達よりもうまく自己学習ができる ⑬クラスの中でも自分一人の時でも、効果的な学習ができる
3: 学習に対する自己責任の受容	④自分が学ぶことについて責任を負うのは、自分以外の何者でもない ⑥もし私が学習しなくても、自分のせいではない ^(*) ⑮自分の学習に責任を負うのは、自分であり他人ではない
4: チャレンジ精神	⑪うまくいくかどうかわからない学習状況は好きではない ^(*) ⑭いつも新しい方法を試すよりは、よく知られた学習方法どおりやる方がよい ^(*)
5: 学習における自己コントロール	⑤学習しようと思ったことがあれば、たとえどんなに忙しくても、そのための時間を作ることができる ⑦知る必要があることは、ほぼ何でも勉強することができる
6: 創造性	⑧私は、何事にも好奇心がおう盛だ ⑨私は、何をするにもユニークな方法を考え出すのが得意だ
7: 将来に対する前向きな姿勢	⑩将来について考えるのが好きだ

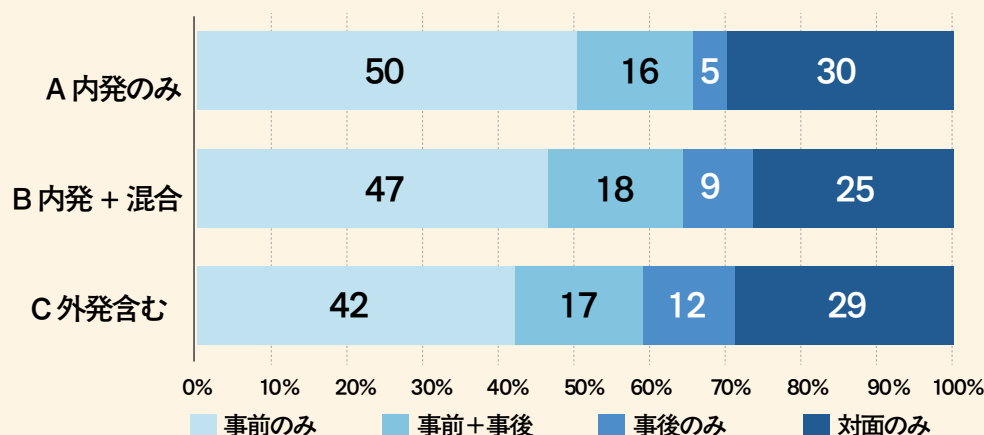


■図 11-1 グループごとの自己主導学習レディネス

これ以外の特徴として、全てのグループで学習に対する自己責任が非常に高い値を示したことがあげられる。例えば、⑮(自分の学習に責任を負うのは、自分であり他人ではない)の平均値はAグループ：4.19、Bグループ：4.03、Cグループ：4.19とすべて5段階の4を超えていた。これは、患者と接する専門職である看護師の責任感の高さが自己主導学習においてもレディネスとして現れたと考えられ、どのようなモチベーションで参加したとしても、自己責任で学んでいると考えていたと推測できる。

11-4 学習動機の影響

次に、学習動機が与えた影響を、事前・事後学習の状況、対面研修への参加度、対面研修終了直後の感想(特に自己効力感)に分けて考察する。まず、事前学習も事後学習も(少なくとも本プログラムが用意した教材を用いる形では)全く行わなかった受講者はAグループで30%、Bグループで27%、Cグループで29%であった。したがって、内発的動機によって参加した者ほど事前事後学習に積極的に取り組んだと考えられる。次に、事前・事後学習の状況は図11-2のようになり、Aグループは事前学習に、Cグループは事後学習に取り組む傾向がみられた。



■ 図 11-2 動機パターン別事前事後学習の状況 (%)

■ 表 11-4 学習動機パターンと対面研修参加度・研修直後の感想

動機		対面研修 参加者	対面直後アンケート (回答者数)	研修内容	習得自信
A：内発のみ	人数	103	平均値	4.49	4.33
	※出席率	86.6%	5 選択者 (144 名)	64(44.4%)	53(36.8%)
B：内発・混合	人数	49	平均値	4.63	4.38
	※出席率	84.5%	5 選択者 (76 名)	38(50.0%)	29(38.2%)
C：外発含む	人数	41	平均値	4.46	4.46
	※出席率	93.2%	5 選択者 (58 名)	21(36.2%)	17(29.3%)

※出席数・出席率は2024年9月以降の研修受講者を対象に算出

表11-5の一行目で、研修内容とは「この研修は、訪問看護に必要な重要な内容を取り上げていると感じている」への回答結果、習得自信は「私は、研修で、訪問看護に必要な技術を身につけ、必要な知識を得ることができたと自信を持っている」への回答結果を表している。平均値としてはどちらもとても高い値となり、受講者の多くが本プログラムに満足し、自信を持ったことがうかがえる。最も高い選択肢である5を選んだ受講動機に注目すると、どちらの質問でもCグループがやや少ない割合であった。

11-5 まとめと研修への示唆

ここまでの集計から、受講動機の影響に関して次のように整理できる。

- 1 自らの興味関心に基づいて参加を決めた受講者グループは、他のグループに比べて自分で自らの学びをコントロールして、事前学習にも積極的に取り組んでいた。結果的に学んだ内容を習得したとの自信も最も高かった。
- 2 上司や同僚からの指示や推薦によって受講しているグループは、看護師として経験が浅く、主体的に参加を決めた要素が少ない傾向があり、対面研修までは義務的感覚が働くと考えられるので、必須でない事前学習にはあまり熱心ではない。しかし、このような受講者も責任感は強く、対面研修への出席率が高い。また、受講した後の満足度は決して低くない一方で、研修内容を習得したという自信が低いので、事後学習に取り組む割合が高くなった。
- 3 看護師としても経験が最も長く、自らの興味関心ばかりでなく研修の条件も加味して参加した受講者グループは、自己コントロール感や自信度は最も低いが、だからこそ研修で得られたものが大きいと考える傾向があった。

さらに、これらの結果、本プログラムのような研修を実施する際に参考になる示唆を次のようにまとめられる。

- 1 事前事後学習の意義を申し込みの段階から説明し、事前アンケートでCグループであることが分かった受講者には、メール等で1本だけでも受講してみることを勧めると事前学習の受講率は大きく上がると期待される。
- 2 事前アンケートでBグループと判明したグループには、自学自習のヒントを与えて、うまく事前学習ができた場合、ほめたり感謝したりすることによって、対面研修への参加率を上げ、自己主導学習の能力も高めていける可能性がある。
- 3 広報ルートとして上司からの紹介が最も大きな影響力を持っていることから、訪問看護ステーションの責任者に働きかけることは有効である。さらに、条件面を検討して参加を決める受講者が一定割合いることをふまえると、リーフレットで必要な情報を提供することも重要である。

以上のことから、本結果は本事業が実際の課題に即した内容であったことを裏付けるものである。

参考文献(報告書内紹介順)

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 pp.225-230

(執筆：松田 岳士)

第12章 シミュレーション研修の評価

12-1 受講者の看護職経験年数に関する結果

結果の概要

本研修受講者(n = 368)の看護職経験年数は、6～15年が43.5%と最も多く、中堅層を中心とした構成であった。一方、1～5年が36.7%、16年以上も19.8%を占め、経験年数に偏りのない幅広い層から参加が得られた(2026年2月10日現在)。

本研修は訪問看護経験3年以内を対象として募集した。その結果、1年目:63.6%、2年目:22.3%、3年目:7.6%と、1～2年目が85.9%を占めた。これらのことから、看護師としては中堅であるが、訪問看護師としては「新人」という受講者像が明らかになった。

研修テーマ別では、呼吸器・循環器・脳血管系研修では中堅層の参加が多く、終末期研修では11年以上の参加割合が高いという特徴が認められた。また全事例で訪問看護1～2年目が約8～9割を占めた。

■表 12-1 受講事例別看護職経験年数 (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	7	4.8%	2	2.0%	3	5.5%	2	3.1%	14	3.8%
2年目	15	10.3%	7	6.9%	6	10.9%	5	7.7%	33	9.0%
3年目	11	7.5%	11	10.8%	4	7.3%	2	3.1%	28	7.6%
4年目	10	6.8%	6	5.9%	4	7.3%	4	6.2%	24	6.5%
5年目	13	8.9%	9	8.8%	8	14.5%	6	9.2%	36	9.8%
6～10年目	46	31.5%	23	22.5%	16	29.1%	17	26.2%	102	27.7%
11～15年目	20	13.7%	19	18.6%	5	9.1%	14	21.5%	58	15.8%
16～20年目	11	7.5%	8	7.8%	5	9.1%	6	9.2%	30	8.2%
21～25年目	7	4.8%	10	9.8%	0	0.0%	3	4.6%	20	5.4%
26年目以上	6	4.1%	7	6.9%	4	7.3%	6	9.2%	23	6.3%
計	146	100%	102	100%	55	100%	65	100%	368	100%

■表 12-2 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%

また、受講事例別では、看護職経験年数構成に違いがみられた。

看護師としてのキャリアと訪問看護

中堅層中心の受講構成の意義

看護職経験6～10年の中堅層が最多であったことは、本研修が訪問看護の場で実践の中核を担う人材の能力向上に寄与していることを示す。この層は、単独訪問・急変対応・後輩指導など責任ある役割を担う時期であり、判断力・実践力の強化ニーズが最も高い層である。本結果は、本研修が現場の実践力向上に直結する教育の機会として機能していることを示唆する。

「新人看護師」参加の意義（早期育成・定着）

看護職経験1～3年の看護師が約2割本研修会に参加している点は重要である。訪問看護では早期から高度な判断能力が求められるため、初期キャリア形成段階での教育の機会の確保は人材定着の観点からも重要である。本研修は若手看護師の早期実践力向上および不安軽減に寄与する基盤として機能していると考えられる。

『達人』層参加の意義

看護職経験16年以上の参加が約2割認められたことは、在宅療養者の重症化・医療依存度が高くなっていることに伴い、訪問看護において継続的な専門能力向上が求められていることを示していると考えられる。本研修は単に「新人教育」にとどまらず、生涯学習の機会としても機能していると評価できる。

研修テーマ別ニーズの違い

フィジカルアセスメントを中心とする疾患別研修では中堅層が多く、終末期研修では達人層の割合が高かった。これは終末期ケアが臨床経験・倫理的判断・家族支援・多職種連携を統合的に必要とする領域であることを反映している。

以上より、本事業はキャリア段階に応じた学習ニーズを広く満たしていると評価できる。

12-2 受講者の受講事例別 看護教育における最終学歴

■表 12-3 受講事例別看護教育における最終学歴（2026年2月10日現在）

看護教育に おける最終学歴	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	%
養成所 (2年課程、3年課程)	67	45.9%	47	46.1%	31	56.4%	33	50.8%	178	48.4%
准看護師養成所	2	1.4%	2	2.0%	0	0.0%	1	1.5%	5	1.4%
短期大学 (2年課程、3年課程)	15	10.3%	16	15.7%	7	12.7%	9	13.8%	47	12.8%
大学	57	39.0%	28	27.5%	16	29.1%	16	24.6%	117	31.8%
大学院	3	2.1%	2	2.0%	1	1.8%	4	6.2%	10	2.7%
回答しない	1	0.7%	6	5.9%	0	0.0%	2	3.1%	9	2.4%
無回答	1	0.7%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%
計	146	100%	102	100%	55	100%	65	100%	368	100%

本研修受講者の最終学歴は、養成所卒 48.4%、大学卒 31.8%、短期大学卒 12.8% であり、約 6 割が専門学校・短期大学卒であった。これは訪問看護の現場人材構成を反映した結果であり、本研修が現場の主たる人材層に適切に届いていることを示している。

また大学卒が約 3 割を占め、教育背景が多様な学習者が参加していることが明らかとなった。このことから、本研修は異なる教育背景を有する訪問看護師に対して広く提供されたと評価できる。

事例別にみると、呼吸器系疾患事例では大学卒の割合が最も高く (39.0%)、高度なフィジカルアセスメント能力を要するテーマに対する学習意欲の高さが示唆された。一方、脳血管系疾患事例では養成所卒が 56.4% と最も高く、日常的に遭遇する頻度の高い事例に対する実務的ニーズが反映されたと考えられる。

以上より、本研修は多様な教育背景を有する訪問看護師に対して提供され、事例特性に応じた学習ニーズに応えていることが示された。

また、本研修受講者の教育背景をベナーの看護実践能力発達段階の視点から考察すると、訪問看護師 3 年以内の受講者は臨床経験を有しながら訪問看護領域では初学段階に位置づくと言える。訪問看護では、病院での勤務経験を有する看護師が新たに在宅看護領域へ移行するため、臨床看護では「一人前 (Competent)」であっても、訪問看護では「新人 (Advanced Beginner)」として再学習が必要となる特徴がある。つまり、シミュレーション教育による知識と実践の統合が有効であると考えられる。

以上より、本教育プログラムは訪問看護師の段階的能力向上に資する体系的教育プログラムとして有効であることが示唆された。

参考文献(報告書内紹介順)

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

ベナー, P., タナー, C. A., チェスラ, C. A. (著) / 井部俊子 (監訳) (2012). ベナー看護論 新訳版: 達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院.

12-3 研修経験の有無

■表 12-4 受講事例別訪問看護開始後のフィジカルアセスメントの研修の受講の有無(2026年2月10日現在)

研修受講の有無	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	%
フィジカルアセスメント研修の受講あり	31	21.2%	36	35.3%	12	21.8%	17	26.2%	96	26.1%
フィジカルアセスメント研修の受講なし	114	78.1%	66	64.7%	43	78.2%	48	73.8%	271	73.6%
無回答	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
計	146	100%	102	100%	55	100%	65	100%	368	100%

■表 12-5 受講事例別訪問看護開始後のシミュレータを用いた研修の受講の有無(2026年2月10日現在)

研修受講の有無	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	%
シミュレーターを用いた研修の受講あり	20	13.7%	28	27.5%	14	25.5%	13	20.0%	75	20.4%
シミュレーターを用いた研修の受講なし	126	86.3%	74	72.5%	41	74.5%	52	80.0%	293	79.6%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	146	100%	102	100%	55	100%	65	100%	368	100%

訪問看護開始後にフィジカルアセスメントに関する研修を受講した経験について、全体では「受講あり」96名(26.1%)、「受講なし」271名(73.6%)であり、約4人に3人が受講経験を有していなかった。

事例別にみると、受講経験は循環器系疾患事例の受講者が35.3%と最も高く、終末期ケア事例では、26.2%、脳血管系疾患事例21.8%、呼吸器系疾患事例21.2%の順であったが、いずれの事例の受講者においてもフィジカルアセスメントの受講経験者は3割未満にとどまっていた。

同様にシミュレータを用いた研修の受講経験については、「受講あり」75名(20.4%)、「受講なし」293名(79.6%)であり、約8割が受講経験を有していなかった。事例別受講者では循環器系疾患事例の受講者27.5%、脳血管系疾患事例25.5%、終末期ケア事例20.0%、呼吸器系疾患事例13.7%の順であり、いずれの領域でも受講経験者は少なかったことがわかった。

これらの結果から、訪問看護開始後に体系的なフィジカルアセスメント研修やシミュレーション研修を受講した経験を有する訪問看護師は少数であり、特にシミュレーション教育の受講の機会が極めて少ない実態であったことが明らかとなった。

訪問看護は単独で判断・対応する場面が多く、急変対応や状態変化への初期対応能力が強く求められているが、訪問看護開始後にこれらの能力を体系的に学ぶ機会が十分に確保されていないことが示唆された。

また、フィジカルアセスメント研修と比較して、シミュレーション研修の受講割合がさらに低いことから、在宅療養場면을再現した実践的な学習の機会が不足していることがわかった。

これらの結果は、訪問看護師が在宅療養の現場で求められる判断力・初期対応力を体系的に学ぶ機会が不足している現状を示しており、本事業で実施したシミュレーション基盤型教育の必要性を強く裏付けるものであると考えられた。

12-4 二次保健医療圏別研修会開催回数と受講者勤務地

表 12-6 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 12-7 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 12-8 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 12-9 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

この図は、二次保健医療圏別研修会開催回数と受講者勤務地の関係を、縦軸に研修開催圏域、横軸に受講者勤務地を配置し、参加人数を色の濃淡で示したものである。

色が濃いほど参加人数が多く、対角線以外の濃色は圏域を越えた参加を示す。

この結果、図12-6～9に示すとおり、受講者は開催圏域と勤務地に限定されず、東京都全域から広く参加していた。

特に、対角線以外にも濃色が広く分布していることから、本研修が圏域横断型の教育の機会として機能していたことが視覚的に確認できた。

研修会実施規模

本事業では、4事例を用いて計65回の研修を実施し、延べ368名が参加した。
テーマ別の実施状況は表12-10のとおりである。

■表 12-10 研修会実施規模（2026年2月10日現在）

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。

本事業では、呼吸器疾患・循環器疾患・脳血管疾患・終末期ケアの4事例について、東京都の二次保健医療圏における受講者分布を分析した。

全体として、4事例すべてにおいて23区および多摩地域から参加が得られており、都内全域からの受講が確認された。これは、移動型研修の導入により、地域を問わず研修機会を提供できたことを示している。

事例ごとの特徴

①呼吸器系疾患事例

呼吸器系疾患事例は受講者146名と最も規模が大きく、区中央部・区西部・区東部など都市部圏域に勤務地のある訪問看護師の参加が多い傾向がみられた。

②循環器系疾患事例

循環器系疾患事例は102名が参加し、区部から多摩地域まで比較的均等な分布がみられた。循環器系疾患は訪問看護において遭遇頻度が高く、急変対応や状態観察など基盤的能力を必要とする領域であることから、地域差の少ない教育ニーズが存在することが示唆された。

③脳血管疾患系事例

脳血管系疾患事例(55名)は、区東部・区西北部・多摩地域などの参加が比較的多い傾向がみられた。脳血管系疾患は退院直後から在宅療養へ移行するケースが多く、地域包括ケア体制や病院・在宅連携への関心が参加状況に影響した可能性が考えられる。

④終末期ケア事例

終末期ケア事例(65名)は、ほぼ全圏域から幅広く参加が得られ、地域偏在が最も小さい結果となった。終末期ケアは訪問看護の重要な基盤領域であり、すべての地域で高い教育ニーズがあることが示唆された。

すべての事例において都内全域から参加が得られたことから、本事業の移動・巡回型の対面型シミュレーション研修は、地域による教育の機会の格差の是正に寄与した仕組みとであったのではないかと評価できる。
今後は、参加が比較的小さい圏域に対してはオンライン研修と対面型の移動・巡回研修を組み合わせることで、さらなる地域均てん化を図る工夫が必要であると考える。

第13章 シミュレーション教育の評価

13-1 自己効力感

測定の目的

本事業では、研修で学んだ内容を実践で活用するための心理的基盤を把握することを目的として、一般性自己効力感尺度(GSES)を測定した。自己効力感とは、困難な状況に対して「自分是对処できる」と感じる信念を示すものであり、新たな知識や技術を実務に活用するうえで重要な心理的要因とされている。

結果

受講者368名のうち、回答に欠損のない366名を分析の対象とした。

■表 13-1 訪問看護の経験年数と年齢（年代）

経験年数	20代	30代	40代	50代	60代	合計	%
1年	95	56	60	19	2	232	63.4%
2年	23	27	22	9	1	82	22.4%
3年	9	5	10	4	0	28	7.7%
小計	127	88	92	32	3	342	93.4%
4年以上	0	3	13	8	0	24	6.6%
合計	127	91	105	40	3	366	100%
%	34.7%	24.9%	28.7%	10.9%	0.8%	100%	

分析対象者366名のうち、訪問看護経験3年以内が342名(93.4%)を占めていた。特に1年目が232名(63.4%)と最も多かった。訪問看護領域における初期キャリア段階の看護師が中心であったことが確認された。

年代別では20代が34.7%と最多であったが、40代も28.7%を占めており、若年層のみならず中堅層の参加も一定数認められた。年齢と訪問看護経験は必ずしも一致していないことも示された。

以上より、本研修は訪問看護における初期キャリア形成期の看護師を主な対象とした構成であったといえる。

訪問看護経験別・参加事例別に見た自己効力感

回答が得られた291名のGSES平均得点は9.58点(SD = 2.97)であり、標準水準をやや上回る結果であった。

事例別(呼吸器・循環器・脳血管系・終末期)および年代別に有意差は認められなかった(一元配置分散分析)。訪問看護経験年数別にみても大きな差は確認されなかった。

■表 13-2 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%

■表 13-3 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 13-4 年齢（年代）別 GSES 平均スコア

年齢（年代）	平均値	回答数	%
20 代	9.66	101	34.9%
30 代	9.53	68	23.5%
40 代	9.44	86	29.8%
50 代	9.45	31	10.7%
60 代	11.00	3	1.0%
合計	9.56	289	100 %

これらの結果から、受講者は訪問看護経験や年齢の違いにかかわらず、一定水準の自己効力感を有する集団であったことが示された。すなわち、本研修は心理的基盤が極端に偏ることなく、均質性の高い集団を対象として実施されていたと考えられる。

13-2 シミュレーション教育設計の評価

Simulation Design Scale (SDS)

シミュレーション設計の評価

本事業における教育設計の妥当性を検証するため、Simulation Design Scale (SDS)を用いて評価を行った。令和6年度および7年度の参加者のうち、欠損のないデータを分析対象とした(n = 330)。

SDSは、シミュレーション教育の設計の質を「教育方法(実際に実施された内容)」と「重要性(受講者が重視している程度)」の両側面から評価する尺度であり、以下の5つの要素で構成される。

- | | |
|-----------|------------------------|
| ① 目的・情報提供 | 研修の目的や事前情報が明確に提示されているか |
| ② サポート | 学習者に対する支援体制が適切であるか |
| ③ 問題解決 | 思考や臨床判断を促す構造になっているか |
| ④ フィードバック | 振り返りやデブリーフィングが機能しているか |
| ⑤ リアリティ | 臨床状況の再現性や現実性が確保されているか |

本事業では、すべての要素において高い評価が得られた。特に「サポート」および「フィードバック」は高水準を示し、受講者が安心して学習に取り組める環境が整備されていたこと、体験後の振り返りが効果的に機能していたことがうかがえる。また、「教育方法」と「重要性」の評価が概ね一致していた点から、設計内容と受講者の学習ニーズとの整合性が高いことが確認された。

以上の結果より、本事業のシミュレーション設計は、構造的妥当性および受講者適合性の双方を備えた教育設計であったと評価できる。

■表 13-5 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%

Educational Practices Questionnaire (EPQ)

教育実践の評価

教育実践の質を検証するため、Educational Practices Questionnaire (EPQ)を用いて評価を行った。分析対象は、SDSと同様、欠損のないデータ(n=330)とした。

EPQは、シミュレーション教育における「教育実践の質」を評価する尺度であり、学習者中心型教育がどの程度実装されているかを測定する尺度であり、以下の4側面から構成される。

■表 13-6 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%

- | | |
|-------------|--------------------------------|
| ①アクティブラーニング | 学習者が主体的に参加・思考し、行動する機会が確保されているか |
| ②コラボレーション | 学習者間の協働や相互作用が促進されているか |
| ③多様な学習方法 | さまざまな学習形態やアプローチが取り入れられているか |
| ④期待 | 学習者に対して適切な水準や到達目標が提示されているか |

教育方法の評価はすべて80%以上を示し、とくに「コラボレーション」および「期待」は高水準であった。これにより、学習者が相互に学び合いながら、適切な水準の課題に取り組んでいたことが示唆された。

「アクティブラーニング」も高い評価を示しており、受講者が主体的に判断し、振り返る構造が実装されていたことが明らかになった。一方、「多様な学習方法」は他項目と比較してやや低値であったが、今後、事例の拡充や学習形態の工夫により改善の余地があると考えられる。

重要性評価においてもすべての項目でほぼ90%の高値が示されており、受講者が主体的・協働的な学習環境を重視していることが明らかとなった。

以上より、本事業の教育実践は、学習者中心型教育の理念に沿って適切に実施されたと評価できる。

Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning (SSCL)

学習の満足度および学習に対する自信

受講者の主観的学習成果を把握するため、Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning を用いて評価を行った(n = 330)。

■表 13-7 学習の満足度および学習に対する自信：(SSCL)

学習に対する満足度	91.2%
学習に対する自信	86.8%

「学習に対する満足度」は91.2%と高い水準を示し、研修内容や学習環境が受講者の期待に十分応えていたことが示された。

また、「学習に対する自信」は、86.8%であり、本研修が実践場面における自己信頼感の形成に寄与していることが伺えた。これは、単なる知識理解の深化にとどまらず、「自ら判断し行動できる」という実践的自覚の形成を意味するものであると考えられる。

SDS および EPQ の結果とあわせて検討すると、適切に設計された研修設計と学習者中心型の教育実践が、受講者の満足度および自己信頼感の向上へと結びついていることが示唆された。

13-3 実践能力評価および iPax (聴診シミュレータ) の活用

在宅療養支援のための実践能力評価および iPax の活用について、研修前後および追跡調査による比較を行った。

研修直後の評価では、実践能力自己評価および iPax 得点ともに向上傾向が認められ、本教育プログラムが判断過程の整理および実践的能力の自己認識に一定の影響を与えた可能性が示唆された。

一方、1ヶ月後および3ヶ月後の追跡調査については、回答率がそれぞれ約10%および約5%と限定的であった。そのため、長期的効果の検証については統計的に十分な検討が困難であり、本結果は参考値として解釈する必要がある。

追跡回答者においては、実践能力の向上が維持されている傾向も認められたが、回答者数が限定的であることから、追跡調査方法の改善および回収率向上の工夫が課題である。

第14章 本事業の成果と展望

本事業では、シミュレーション教育を中心とした研修設計により、訪問看護師が実践に即した判断過程を振り返り、主体的に学ぶ機会を提供した。訪問看護は看護師が単独で判断・対応する場面が多く、判断力や報告力の質は在宅療養生活の安全性に直結する。本研修を通じてこれらの能力が向上・定着したことは、在宅療養者の状態変化への適切な対応や関係職種との円滑な連携につながると考えられる。

14-1 事業の成果

本事業により、訪問看護師が在宅療養場面において必要とされる観察力・判断力・対応力を、シミュレーションを通じて体系的に習得する機会を提供できた。呼吸器系疾患、循環器系疾患、脳血管系疾患、終末期ケアといった在宅療養支援で頻度が高く、判断を要する場面を想定したシナリオにより、単独訪問時の判断過程が可視化され、実践に結び付く学習効果が得られた。

さらに、事前学習・対面研修・事後学習を組み合わせた教育設計により、知識の整理から実践的判断力の定着までを一体的に支援でき、訪問看護師が安心して単独訪問に臨むための基盤形成に寄与した。

14-2 東京都民への波及効果

eラーニングと移動・巡回型の対面シミュレーション研修を組み合わせた教育プログラムにより、居住地域や事業所規模にかかわらず、都内訪問看護師が等しく教育を受けられる環境を整備した。本取組は教育機会の地域格差是正に資するものである。

訪問看護師の判断力・対応力の向上は、在宅療養者と家族が受ける看護の質向上につながり、急変時の適切な対応や在宅療養継続支援を通じて、東京都民が住み慣れた地域で安心して生活が続けられる体制の強化に寄与する。

本事業は人材育成を通じて、東京都民の在宅療養の質と安全性向上に寄与した。訪問看護師の臨床判断力や実践力の向上は、

- ① 急変の早期発見
- ② 重症化予防
- ③ 緊急入院の回避
- ④ 在宅療養の継続支援につながる、と考えられる

本教育を展開することで、東京都における地域包括ケアの推進および在宅療養の充実に寄与することが期待される。

14-3 教育体制への発展

本事業により、訪問看護領域におけるシミュレーション教育の有効性が示された。重要課題は、単発研修から継続的教育体制への発展である。訪問看護では経験年数の浅い看護師の割合が高く、臨床判断力を継続的に育成する仕組みが求められる。

方向性として以下が挙げられる。

看護継続教育としての位置づけ

三段階学習モデルの定着

初任者・中堅・指導者の段階別教育体系の整備

14-4 教育機会の地域格差への対応

研修参加には時間・距離・業務負担などの障壁が存在する。より多くの訪問看護師が参加可能となる体制が必要である。

取り組み例

事前・事後学習のデジタル化

オンライン・ハイブリッド型研修の開発

地域開催の拡充

14-5 指導者(ファシリテーター)育成の体系化

シミュレーション教育の質は指導者の力量に大きく依存する。必要とされる取り組みは、以下のとおり

①ファシリテーター養成研修

②指導者ネットワークの構築

③教育ノウハウの共有と蓄積

④指導者の継続的能力開発

指導者育成は教育の持続可能性を支える重要な基盤となると言える。

14-6 教育効果の長期評価

本事業では、研修直後の教育効果および短期的評価を中心に検証を行った。研修が実践現場にどのように定着し、在宅療養の質向上へどのように寄与するかを長期的に評価する必要がある。

検討課題として、

①実践への定着評価

②医療安全指標との関連分析

③看護継続教育の効果検証、などが挙げられる。

これらの検証により、教育事業の社会的価値をより明確に示すことが可能となる。

14-7 地域連携のさらなる強化

本事業では、研修直後の教育効果および短期的評価を中心に検証を行った。本研修は、受講者間の交流やネットワーク形成の機会としても機能した。訪問看護は地域連携の中核を担う職種であり、教育を契機としたネットワーク形成は重要な副次的成果である。

研修を通じて形成されたネットワークを地域連携へ発展させ、

①シミュレーション教育を通じた実践知の共有

②相互支援体制の構築

③地域包括ケアの推進

につなげていくことが期待される。

14-8 結論

本事業により、訪問看護師を対象としたシミュレーション教育の有効性が確認された。継続的教育体制、指導者育成、地域展開、長期評価を進めることで、本教育モデルを東京都における訪問看護人材育成の基盤として発展させ、全国に広めていくことが期待される。

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。

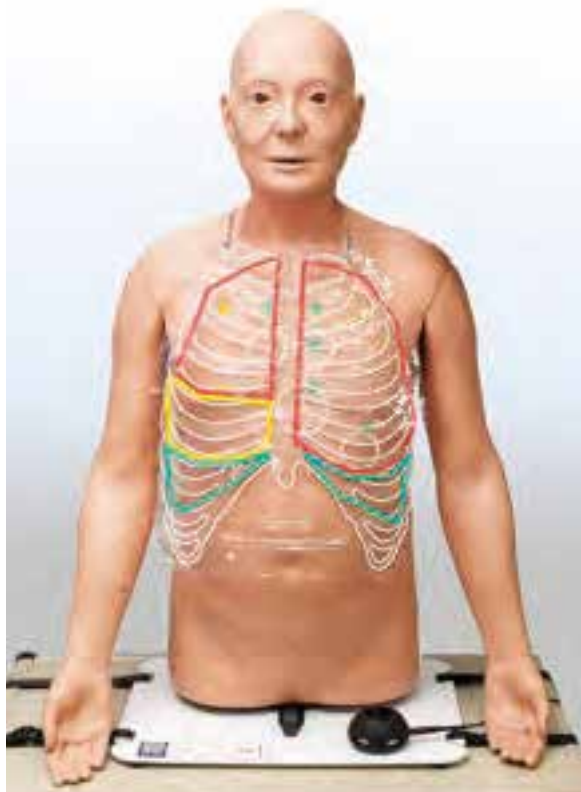
以上より、本事業は東京都における訪問看護人材育成および在宅療養体制の強化に資する取組であり、在宅医療の質の向上に向けた実践的な教育モデルを提示することができたものと総括します。

教材の紹介

学習教材の工夫

フィジカルアセスメント

使用した教材：CaRE 胸部診察トレーナー（日本ライトサービス株式会社）



■（前胸部）左右の肺の位置がわかりやすいようにビニールシートに肺の区域を書き、シミュレータに乗せて使用



■（背部）左右の肺の位置がわかりやすいようにビニールシートに肺の区域を書き、シミュレータに乗せて使用



■心音、呼吸音の聴取部位がわかるようにシールを貼用



■聴診音が会場全体に聞こえるようにスピーカーを使用

リアリティの追求

作成した教材：ベッド周囲の療養環境

■ オーバーテーブル上のセッティング



1 飲みかけのペットボトル、湯呑み、携帯電話



2 酸素濃集装置 (イラストを作成)と経鼻カテーテル



3 お薬カレンダー (飲み忘れなしの設定)

■ オーバーテーブル上のセッティング



1 歯ブラシ、口腔ケア用スポンジ、吸い飲み、洗面器



2 緊急連絡先



3 お薬カレンダー

■ オーバーテーブル上のセッティング



1 お茶入りの湯呑み、食べかけのパン 介護保険証、診察カード



2 お薬カレンダー (飲み忘れなし)

リアリティの追求

作成した教材：下肢・足背の浮腫、チアノーゼの工夫

下肢・足背の浮腫：市販の浮腫モデルをサポートで挟み固定する



■足背の浮腫

ゼリー状資材をサポートで挟み、固定する



■足趾のチアノーゼ

紫色の化粧品アイシャドーなどで着色する
(使用後は拭き取る)

リアリティの追求

作成した教材：「腹水」の再現

※実際の研修会場ではありません



■仰臥位の状態



■市販の腹帯（白）をお茶で染め、保冷剤を挟んで
腹部に固定し、「腹水」として活用する

リアリティの追求

作成した教材：その他、小物



■ 体重計

空き箱に体重計のイラストを貼る



■ お薬袋、お薬箱（手作りで作成する）



■ 小型ポータブル吸引器

イラストを作成し、ラミネータで補強し使用



■ 訪問用バック

訪問看護に必要なものを実際に近い状態で準備する



■ イーゼル型大型付箋



■ イーゼル型大型付箋（使用例）

デブリーフィング時にホワイトボードの代わりに使用する



■ 資機材収納用折り畳みボックス（1つのシナリオにつき1個使用し、必要物品を整理しておく）

リアリティの追求

訪問場面の設定

※実際の研修会場ではありません



- 1 頭部の挙上：記録係(受講者) 訪問看護師役(受講者)
- 2 呼吸音の聴取：ベッドの頭部を上昇させ、呼吸音を聴取する
- 3 血圧測定：シミュレータ専用の血圧計を使用し、タブレットで設定した血圧値の測定が可能
- 4 背部呼吸音聴取：療養者(シミュレータ)をベッド上に座位にして、背部呼吸音を聴取している場面



■シミュレータ専用タブレット：バイタルサインを設定する

自宅居室のベッドサイドに腰掛けている設定



座位(座っている姿勢)を取る方法

- 1 シミュレータを椅子に座らせる
- 2 伸縮性のあるゴムベルトでシミュレータがずれないように固定し、ベルトが見えないようにパジャマで蓋う



■療養者役(シミュレータ)は、研修担当者が担当する



■両足の浮腫を診る訪問看護師(受講生)、様子を記録する記録係

使用した機材：ナーシングアンシミュレータ(高齢者モデル) (レールダルメディカルジャパン株式会社)

使用した教材

商 品 名：ナーシングアンシミュレータ高齢者モデル
取扱会社名：レールダルメディカルジャパン株式会社



■ 座位保持も可能



■ SimPad PLUS
ナーシングアンシミュレータ
操作部分（ワイヤレス）

ナーシングアンシミュレータ高齢者モデルは、座位・起座位が可能で、関節可動域も広く設計されています。車椅子への移乗、体位変換などの移動シミュレーションに自然な動作で対応できます。また Sim pad Plusを使用して、脈拍、血圧値、呼吸数、心拍数、肺音、心音、腹部音など実際に近い状態を設定できます。また、胸郭が上下するため、呼吸状態の観察ができます。

商 品 名：CaRE 胸部診察トレーナー
取扱会社名：日本ライトサービス株式会社



■ 仰臥位での使用例



■ 操作タブレット



■ 立位での使用例

CaRE 胸部診察トレーナーは1台のモデルで脈拍、心音、肺音、呼吸音と胸部の動きを同期させる独自の技術により、実際の音を実現します。直立、仰臥位、45°の姿勢で胸部診察が可能です。このモデルは、一般的なものから複雑なものまで、タブレットを用いて、31の症例を体験することができます。心電図の結果やX線写真などの情報はあらかじめ登録されているため、実践的なトレーニングが可能です。

使用した教材

商 品 名 : iPax

取扱会社名 : 株式会社テレメディカ



■ iPax 前胸部



■ iPax 背部



■ スマートホン使用時

iPax はクラウド上で利用する聴診シミュレータです。

パソコンやスマートフォンなどの端末で iPax を開くと、胸部イラストが表示され、聴診部位をタップすることで実際の患者さんとほとんど変わらない心音や肺音を聴くことができます。

聴診した部位にのみ色がつき、時間が長いほど濃く表示されるので、演習後の振り返りに役立ちます。

商 品 名 : PF-NOTE

取扱会社名 : 内田洋行株式会社



シミュレーション演習をビデオ撮影し、演習中にタブレットで確認したいポイントをクリックしてマークします。マークしたポイントは、頭出し再生ができ、確認したいシミュレーションの内容を瞬時に再生できます。また、複数の視聴者（観察者、指導者など）が、確認したいポイントなどをクリックするとそのポイントがグラフ化できます。複数名がクリックしてマークしたポイントは、映像を再生しながら、シミュレーション後のデブリーフィング（振り返り学習）を客観的に行うことができます。

軽トラックへの研修機材の積み込み

上半身



下半身



■ シミュレータ専用ケースに上半身、下半身に分離して収納



■ シミュレーター輸送ケース
(各 1 個：上半身用、下半身用)



■ 軽トラックへの研修機材の積み込み



■ 折りたたみ式電動ベッド



■ シミュレーション用教材
事務用品など

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は御礼申し上げます。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は御礼申し上げます。

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は感謝申し上げます。

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、関係の皆様には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(執筆:第10章、第11章)
齊藤 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