

小児看護学臨地実習におけるシミュレーション教育の導入

ーティーチングからラーニングへの変換を目指してー

山田 知子・石井 真・畑中めぐみ
大村 政生・清水いづみ・山田 恵子

1 はじめに

我が国の医療を取り巻く社会環境の変化に伴い看護師には多用な役割が求められており、看護基礎教育においても看護実践能力の習得に向けた教育の強化の必要性が指摘されている¹⁾。看護基礎教育における臨地実習は、看護の実践をととして、理論と実践を統合させる経験学習であり、看護実践能力を育成する重要な学習方法である。しかし、臨地実習の場合は、医療の高度化や在院日数の短縮化、看護業務の複雑・多様化、国民の医療安全に関する意識の向上、患者の人権への配慮等の点から、学生の学びの範囲や機会が限定される傾向にある²⁾。

小児看護学分野での臨地実習においては、小児の特徴である病気の進行の速さに対応できる観察力、認知言語が発達途上の子どものコミュニケーションといった、より高度な知識・技術が求められる一方で、多くの学生は子どもとの関わり経験が乏しいため、小児看護学臨地実習は学生にとって非常にストレスの高い実習であるといえる。これまでも、学生の小児看護学臨地実習前のレディネスの向上をめざし、臨地実習直前の学内実習では、小児モデル人形を用いて、気管支喘息で入院した幼児あるいは胃腸炎で入院した乳児への検温実施という場면을再現し、学生一人一人への実技試験を課していた。この実技試験は出来ていない部分に対して知識・技術を教授するというティーチングの要素が非常に強く、学生が学習の主体者として自らの実践を振り返り、課題を解決するというラーニングのプロセスの妨げとなっていないかという反省があった。ともすると、学生は実技試験の結果から自信のなさを抱えたまま臨地実習にのぞみ、臨地実習での緊張のなかで、思考のプロセスを停滞させてしまっていることもあった。このような授業に対する評価を踏まえ、小児看護学臨地実習前の学内実習の授業設計として、ティーチングからラーニングへの変革をめざし、2013年度秋学期より、シミュレーション教育を導入したのでここに報告する。

2 シミュレーション教育とは

看護におけるシミュレーション教育は、「実際の臨床場面を模擬的に再現して、その学習環境下で学習者が実際に経験し、それを振り返り、知識と技術を統合していくことから実践力を向上させる教育」である³⁾。シミュレーション教育には、評価と学習の二つの側面があり、1つは実際の患者の前では評価できない実践力の評価という側面（注射や採血といった技術試験など）、もう1つは、想定した環境でシミュレーションを行い、そこで起きたことや考えたことを振り返り、知識や技術をより深く学ぶという学習の側面がある³⁾。

我々は、後者のシミュレーション教育法を採用し、学生を未成熟な可能性（capacity）や潜在性（potentiality）を秘めている存在であることを捉えなおし、学生が中心となって実習グループのメンバーとの相互協力のもとで自らの経験を重視し、学生が教員とともに失敗を恐れずに学び合うことで、続く小児看護学臨地実習を「やっていけそうだ」という感覚で臨めることを目指した。

3 授業設計

3.1 シミュレーションで取り上げる状況と教育のねらい・目標の設定

シミュレーションで取り上げる状況を設定するにあたり、本学科の小児看護学臨地実習で学生が多く受け持ちを経験する事例は何か、どのような場面で学生は困難を感じているだろうかをブレインストーミングした。実習病院の特徴から急性期疾患のうち呼吸器疾患で入院する患児を受け持つことが多いこと、身体的苦痛や入院という環境変化により機嫌が悪い乳幼児を前にして、コミュニケーションへの困難を感じる学生が多いことから、「気管支喘息の急性発作で呼吸困難を呈し入院となった幼児の受け持ち実習を開始し、初回の検温（フィジカルアセスメント）実施」という状況を設定した（表1）。次に、設定した事例でのシミュレーション教育を2日間の学内実習で行うという条件のもと、教育のねらいと5つの目標を設定した（表2）。目標設定にあたっては、目標が学生にとって興味を持てる内容であるか、2日間の学内実習で達成できるレ

表1 シミュレーション教育で取り上げる事例

ゆうきくん：男子、4才（幼稚園児） 疾患名：気管支喘息発作 成長・発達は年齢相応、身長 101cm、体重 16.0kg <入院までの経過> 3歳の時に気管支喘息と診断され、外来を定期受診し、定期内服治療を受けていた。（アレルギー：ハウスダスト）入院2日前に、友人宅の布団の上で遊んだ後に鼻汁と咳嗽がみられたが活気があり、自宅の様子を見ていた。入院前日の夜、喘鳴が軽度みられ、やや元気がないがそのまま入眠をした。翌朝、咳嗽が著明で、苦しそうな表情が見られたため、救急外来を受診し喘息中発作と診断され、酸素投与とベネトリン[®]+インターール[®]吸入の反復投与を行うが症状の改善みられず入院となった。 <入院時の情報>（〇月〇日 8:00 車いすにて入院） S) 少し苦しい O) 体温 36.8℃、血圧 110/64mmHg、脈拍 114 回/分、呼吸数 48 回/分、喘鳴、陥没呼吸、呼吸延長、高音性連続性ラ音あり、呼吸苦訴えあり、鼻汁（透明）、咳嗽（体動時みられる）、SpO₂酸素 2L 下にて 95～96%（ルームエアにて 92%）、皮膚ツルゴール低下なし、胸部レントゲン過膨張あり 血液検査データ：動脈血（PaO₂ 88mmHg、PaCO₂ 40mmHg、pH 7.4）、静脈血（WBC 8600/μL、Na 141mEq/L、K 4.0mEq/L、Cl 103mEq/L、CRP 0.3mg/dL、TP 7.1g/dL）、母親が不在時に、患児がベッド柵を自分で下げようとしている様子があった。 <治療内容> 酸素 2L（鼻カニューレ）、吸入：ベネトリン[®]0.2mL+インターール[®]1A（4回/日）、持続点滴：ソリタ T 3号 50ml/時、ステロイド療法：ソル・コステフ[®]8mg を 6 時間毎投与の開始
--

表2 小児看護学臨地実習直前の学内実習における学習のねらいと目標

目標 1. 喘息の病態と治療内容をあわせて、必要な観察項目と観察項目の優先順位/順序、安全安楽への配慮を述べることができる。 目標 2. 患児のフィジカルアセスメントに必要な物品を準備することができる。 目標 3. 患児の発達段階・病態に合わせたコミュニケーションをとり、フィジカルアセスメントへの協力を得ることができる。 目標 4. フィジカルアセスメントを安全安楽に実施することができる。 目標 5. 患児の状態をアセスメントし説明することができる。
--

ベルであるかという点に留意した。すでに小児看護学臨地実習を終えた4年生数名に事例と目標を提示し、目標到達の可能性を確認したところ、「講義でも習った疾患なので抵抗感なく臨めると思うが、事前に事例

を提示してもらって病態生理について自己学習する時間が欲しい」との意見がきかれたため、事例については学内実習前に該当学生に提示し、疾患の病態生理と関連図の作成を事前課題とした。

3.2 シミュレーション教育の展開

小児看護学臨地実習は3年次秋学期から4年次春学期の開講科目であり、9グループに分かれた学生（1グループ約12名）が異なる時期に受講する。3週間の実習は、保育園実習（1週目2日間）、保育園のまとめと病院実習オリエンテーション、シミュレーション教育を含む学内実習（2日間）、病院での臨地実習（2週間）で展開される。シミュレーション教育は、事前学習→導入（ブリーフィング）→シミュレーション→デブリーフィング→まとめの流れで展開した（表3）。スケジュールの設計にあたっては、忠実度の高い病室（小児病室ラボ）や小児患者シミュレータSim Junior[®]が1体のみという制限があるため、参加するすべての学生がシミュレーションを1回は経験できるよう、学生を2グループに分け時間差で実施できるよう設定した。

表3 学内実習のスケジュール

1日目 事前学習のミニテスト (15分) 保育園実習のまとめ (60分) <シミュレーション教育の実施> 導入 (ブリーフィング) (30分) ↓ グループワーク (目標①②) (80~110分) ↓ 準備 (目標②)・イメージトレーニング (30分) ↓ 1回目：シミュレーションの実施 (30分) デブリーフィング (60~90分) 目標③④ (2 グループ時間をずらして実施) ↓ 1日のまとめ・翌日に向けた課題の整理 (20分)
2日目 前日の課題提出、2日目到達目標の共有 (30分) 2回目のシミュレーションに向けた準備 (10~30分) ↓ 2回目：シミュレーションの実施 (20分) デブリーフィング (70~90分) 目標③④⑤ (2 グループ時間をずらして実施) ↓ 3回目：合同シミュレーションの実施 (20分) デブリーフィング (40) ↓ 4回目：合同シミュレーションの実施 (20分) デブリーフィング (40) ↓ まとめ (10分) ここまでのシミュレーション教育 施設ごとの病院実習オリエンテーション 自己学習

3.3 導入 (ブリーフィング)

導入では、2日間の学内実習で取り入れるシミュレーション教育の基本的な考え方として、1) 学習者中心の学習であること、教員は脇役であること、2) 小児病室ラボや小児患者シミュレータSim Junior®という

環境において「見立ての世界で本気でやる」ことが大切であること、3) これまでの講義で学んだ知識をフル活用すること、4) 失敗を恐れず、経験の中から必要な知識や技術を見出していくこと、5) グループメンバーとのコミュニケーションを積極的にとることを示した。さらに、デブリーフィングをスムーズに行うために、1) シミュレーションで出来ていなかったところを指摘するのではなく、出来ていた点 (よかった点) を見つけること、2) 相手の意見を否定しないこと、3) 我を通すのではなく、筋を通して意見を伝えることについて強調した。

次に、シミュレーション教育に参加する学生が見立ての世界に本気で入り込むことができるよう、導入での環境や物品の説明を十分に行った。特に、使用する小児患者シミュレータSim Junior®については、どこまでのことが出来て、どこまでのことが出来ないのかを示した。例えば、脈の触知や胸郭の動き (呼吸数測定)、心音・肺音の聴取、咳嗽などについて、すべての学生が確認できたかを把握したうえで、顔色やチアノーゼの有無など、小児患者シミュレータSim Junior®で表現できない部分は、実施中「～を観察しています」と発言することで、ファシリテーター (教員) が横で状態を説明することを示した。

また、今後のグループワークを円滑に進めるにあたり、グループ間コミュニケーションを促すことを目的とした、グループにおける「NGワード」を考える簡単な課題に取り組むことをアイスブレイキングとして導入した。

3.4 シミュレーションの実施とデブリーフィング

シミュレーションの実施を写真1に示す。小児病室ラボにはメインファシリテーター (教員) 1名、サブファシリテーター (教員) 1名、観察をするグループの学生4名が待機をしており、実施学生の2名の準備が整ったところでノックし「失礼します」と言って入室したところでシミュレーションが開始される。シミュレーション中、サブファシリテーターと観察をする学生は、目標ごとに区切られたワークシートに「よかった点」を静かに記入している。メインファシリテーターは実施学生の様子を集中して追ひ、学生の状況にあわせて測定値を提示したり、観察した状態を告げたり、会話が aument した時に咳をさせるなどのタイミングをはかっている。終了時は実施した学生への労をねぎらい、全員で拍手をして終え、次のステップ (デブリーフィング) に進む。

ファシリテーターには、シミュレーション実施中の学生の集中度、感情・思考・行為などから把握して、

的確に支援できる力が求められる⁴⁾。学生には「学習者主体の」「失敗を恐れず」と説明しているものの、教員と数名の学生を前にして実施することは緊張が高まる状況であることは容易に想像できる。実施前の学生の緊張度合いを把握し、緩和に向けた声掛けを十分に行って心的準備をさせること、どのような状況で学生を見守るか、助け舟をだすか、あるいはシミュレーションを中断するかといった判断ができるよう、「シミュレーション実施中の必要となる指導者のスキル(表4)」をガイドとし、教員間で毎回のシミュレーションを振り返り、ファシリテーターとしての改善点を見出していった。

写真2はデブリーフィングの様子である。デブリーフィングの最初の5分で、周囲で観察していた学生には、ホワイトボードに目標ごとに「よかった点」を書き出させ、その間に教員(メインファシリテーターとサブファシリテーター)はシミュレーションの状況を振り返り、どのような発問を投げていくかを調整する。デブリーフィングの枠組みとしては、よかった点(Plus)からさらによくなるために改善する点(Delta)を導きだすPlus-Deltaと、情報収集(Gather)・分析(Analyze)・まとめ(Summarize)の枠組みで進めていくGASモデルがある⁴⁾。今回は、シミュレーションでの経験を目標に沿って振り返り、さらによくなるために実際に体験した学生と周囲で観察していた学生らが主体的にディスカッションすることを目指し、Plus-Deltaの枠組みでデブリーフィングを進めていった。デブリーフィングを効果的に行うために、ファシリテーター(教員)においていくつかの指導ポイントを担当教員で共有した。①Plus-Deltaの枠組みで進めること、②教員は脇役・進行役であることを意識し、積極的に「あなたはどう思うの?」といった学習者の思考を刺激する投げかけをする、③常に目標を念頭において、デブリーフィングで気づいてもらいたい点を確認する、④抽象的でなく具体的なレベルの内容を示す(サブファシリテーターは、シミュレーション実施中の学生の行動、発言などをワークシートに詳細に記しておく)などである。③の目標を念頭においた投げかけのポイントについては、指導にあたる全ての教員が共有できるよう教育シートを作成し、5つの目標と目標ごとの小目標、どの段階で達成させたいか、目標に準じた学習者に期待する動き、デブリーフィングのポイント、必要な教材をマトリックスにし、セッションごとに目標の到達状況を教員間で確認していった。必要な教材は事前に提示するのではなく、学生が話し合う中で分からないことを学生自身が主体的に調べていく際の助けとして、教員が状況を見ながら効果的な教材を提示するためのものである(表5)。表6に実

際にPlus-Deltaの枠組みで進めているデブリーフィングの内容を示す。



写真1 シミュレーションの実施

- 写真中央：学生がベアになって、患児のフィジカルアセスメントのために病室に訪室している。
- 写真右側：メインファシリテーター兼オペレーターの教員が学生の様子を見守っている。
- 写真奥：グループの学生数名とサブファシリテーターの教員1名が、フィジカルアセスメントの実際を観察している。

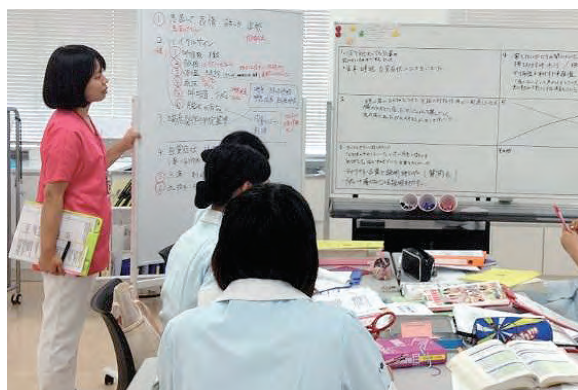


写真2 デブリーフィングの実施

写真左側：メインファシリテーターの教員(学生達がホワイトボードに書き出した「よかった点」をもとに、デブリーフィングをすすめている。

表4 シミュレーション実施中に必要となる指導者のスキル(阿部, 2013b)

- | | |
|---|---|
| □ | コーチング：ともに考えて進む |
| □ | ティーチング：的確な指導 |
| □ | プロンプティング：学習者が考えていることや感じていることを行動に移すことができるように、言葉をかけたりヒントを与えたりなどして学習を促進する関わり |
| □ | キューイング：患者の状態をタイミングよく伝えるなどの言語的な手掛かりや、学習者の五感に働きかけるような非言語的なヒントを的確に示す関わり |

表5 教育シート（目標を念頭にいたデブリーフィングのポイント）一部抜粋

学習目標	小目標	達成時期	学習目標に準じた学習者に期待する知識と動き	シミュレーション中の留意点 デブリーフィングポイント(声掛けの方法)	必要な教材
1. 喘息の病態と治療内容をあわせて、必要な観察項目と観察項目の優先順位／順序、安全安楽への配慮を述べることができる。	1-1. 喘息の病態生理、治療(作用と副作用)を述べることができる。	グループワーク後	□喘息の病態生理の理解 - 喘息の原因 - 臨床症状(呼吸数増加、呼吸延長、呼吸音の変化、咳嗽、喀痰、発熱、努力呼吸、活動性の変化) - 気道の炎症変化と症状の関係 □バイタルサインズ・検査データの理解 - 胸部レントゲン(肺の過膨張) - 血液データ(血ガス、炎症反応、脱水兆候) □治療の理解(目的、作用・副作用) - 酸素・吸入・持続点滴・ステロイド療法	□病態生理について 「ゆうきくんの症状の原因は何でしょうか」 「呼吸器症状があるゆうきくんの気道・肺ではどのようなことが起こっているのでしょうか」 「肺音の聞き分けをしてみましょう」 □バイタルサインズ・検査データの理解 「バイタルサインズから何が読み取れますか」 「呼吸器症状をアセスメントするために必要な検査データは何ですか」 「肺の過膨張、何を意味していますか」 「血液データから読み取れることは何がありますか」 □治療の理解 「喘息にはどんな治療がありますか」 「どの病態に対してどんな治療がされていますか」	□病態生理について - 小児看護過程(p465)気管支喘息 - 教科書 2(p108～)気管支喘息 □バイタルサインズ・検査データの理解 - 教科書 1(p274～)小児のアセスメント - 小児看護演習・喘息の講義資料 - ナースのための呼吸音聴診レーニング(p52)高温性連続性ラ音 □治療の理解 - 小児看護過程(p465)気管支喘息 - 教科書 2(p108～)気管支喘息・看護 - 演習ノート④酸素療法・吸入 - 演習ノート⑧小児の輸液管理
	1-2. 喘息発作や入院による身体的、精神的苦痛を述べることができる。	1 回目シミュレーション後	□息苦しさへの理解 □入院後すぐの精神的苦痛(不安)への理解	□息苦しさへの理解 「症状やデータから、ゆうきくんの身体的苦痛について考えてみましょう」 □入院後すぐの精神的苦痛(不安)への理解 「突然に入院することになった 4 歳のゆうきくんはどんな気持ちでしょうか」	□息苦しさへの理解 - 教科書 2(p119～)気管支喘息の小児の看護 - 小児看護演習・喘息の講義資料 - 教科書 1(p248)急性期の小児の反応 □入院後すぐの精神的苦痛(不安)への理解 - 教科書 1(p217～)入院中の小児と家族の特徴 - 小児看護学⑥講義資料(病気・入院が子どもと家族に及ぼす影響)
	1-3. 4 歳児の一般的な認知発達の特徴から、患児のコミュニケーション能力と理解力を述べることができる。	1 回目シミュレーション後	□ピアジェの理論(前操作的段階の特徴)を述べられる。 □声掛けの必要性 □具体的な声掛け内容が述べられる。	□ピアジェの理論(前操作的段階の特徴)を述べられる。 「ゆうきくんとどのようにコミュニケーションをとったらいいでしょうか」 □声掛けの必要性 「4 歳の子どもの検温場で、本人に何か説明する必要がありますか」 □具体的な声掛け内容が述べられる 「どんな言葉なら、理解しやすいと思いますか」 「言葉の説明だけで理解できるでしょうか」	□ピアジェの理論 - 教科書 1(p102～)知的機能 - 写真でわかる小児看護技術(p26)小児の発達段階 - 小児看護学④講義資料(幼児期のヘルスアセスメント) □声掛けの必要性 □具体的な声掛け内容が述べられる - 写真でわかる小児看護技術(p28～)コミュニケーション - 教科書 1 コミュニケーション機能
	1-4. 基本的な幼児のバイタルサイン測定方法を述べることができる。	グループワーク後	□測定器具・測定方法・測定技術の理解 □基準値の確認 体温: 36-37.5℃ 脈拍: 95、呼吸回数: 25、 血圧: 100～	□測定器具・測定方法・測定技術の理解 「マンシュートの幅の目安は？ 加圧の目安は？」 「呼吸音の聴取位置を友達同士実施し合って確認してみましょう」 □基準値の確認 「基準値を確認してみましょう。」	- 教科書 1(p274～)小児のアセスメント - 写真でわかる小児看護技術(p10～)バイタルサイン

表6 デブリーフィングでのファシリテーター（教員）と学生とのやりとりの一例

【ファシリテーター（以下ファ）】検温を実施してみてどうでしたか？

【学生A】病室に入ってゆうき君を前にして、まずどうやって声をかけていいか戸惑いました。大人の患者さんだと普通に「いまから検温させて頂いてもよろしいでしょうかとか、血圧を測らせていただいてもいいでしょうか」と言えば、たいていスムーズに協力してもらえるけど...ゆうき君は「うん」とか「いいよ」とか「ううん」ぐらいで...

【ファ】ホワイトボードには「よかった点」で最初の声かけについて書かれていますね。これを書いてくれた学生さん説明してもらえますか？

【学生B】えっと、子どもの目線に合わせて優しい口調でこれから何をするのかを実際の道具を見せながら分かりやすく説明していたので、子どもも安心できると思います。

【ファ】そうでしたね、実施してくれた学生さんはどうしてそのような工夫をしましたか？

【学生A】実習で保育園に行った時も4歳クラスだったんですけど、4歳の子どもではあまり細かなことを口で説明してもわからないことも多いから、実際に物を見せてあげたほうが分かりやすいだろうと思うし、痛いことをしないってことを知りたいだろうと思って。

【ファ】子どもが何を知りたいかということを考えて説明の内容を選択したのはとてもよかったですね。じゃあ、4歳のゆうき君からの協力を得るための声かけをさらによくしていくにはどうすればいいのかを次に考えてみましょう。学生Aさんが、「最初にどうやって声をかけていいか戸惑った」と話してくれたけれど、突然に入院することになった4歳のゆうきくんはどんな気持ちなのか、喘息発作から現在までの経過を振り返りながら考えてみましょう。それでは5分ぐらい学生さんだけで話し合っ、ホワイトボードに書き出してみましょう。

【ファ】さて、どうですか？学生Cさん書き出したことを発表してくれますか？

【学生C】まず夜中に急に発作になって苦しかったと思います。呼吸困難があるから怖かったんじゃないかとも思います。それから、外来で採血したり、持続点滴を受けたりと痛いことをされました。治療で少し楽になったから安心したかもしれない。今ちょうどお母さんが家に戻っていないので寂しいかも...と思います。

【ファ】そうですね、これまでの経過を振り返ることで、ゆうき君の身体的苦痛や精神的苦痛の理解につながりましたね。そのような状況にあるゆうき君であるということを意識して、最初にどのような言葉をかけていきましょう？

【学生D】次のシミュレーションの実施では、「今から検温していいか」とこちらの要望について聞くだけでなく、「急な入院で大変だったね」とかっていうことをまず話して、子どもの緊張を和らげてから検温に移りたいと思います。

【ファ】いい考えですね、ぜひ、次のシミュレーションで実施してみてください。では、次に話し合っみたいことはありますか？

3.5 評価方法

本シミュレーション教育の評価の主体は学生自身に置き、学生が学内実習目標達成の自己評価表を記入した。学内実習終了時点で、目標1～5の小目標（計18項目）の到達状況について、4. できた～1. できなかったの4段階リッカートスケールで記入した。教員はファシリテーターとして、デブリーフィング時にグループにおける目標到達状況や学生の実践の妥当性を伝え、学生が課題に対し前向きに取り組めるように環境を整えた。今回シミュレーション教育を導入した経緯として、安心のある学習環境の中での経験をととして、学習者自身が課題を発見し解決に必要な知識や技術を実感することで、学習が動機づけられ、続く臨地実習に対する心理的適応も促されることを期待した。

また、本シミュレーション教育の効果を測定する方法として、一つは主体的な学習の前提状況となる自己効力感（自分はできる、やれているといった感情）の側面で評価することとした。もう一つは、学生と共にシミュレーション教育を創っていくことを目指し、「役に立ったこと」「役に立たなかったこと」の自由記述にて評価した。シミュレーション教育の効果については、別の機会に改めて報告する予定である。

4 今後の課題

今回、ティーチングからラーニングへの変換をめざし、小児看護学臨地実習前の学内実習にシミュレーション教育を導入した。シミュレーション教育の効果を量的・質的の両側面から評価し、改善していくことが今後の課題であるが、本教育に携わった教員は、これまでは受動的であった学生が、学内実習に真剣に取り組む、能動的に知識・技術を習得しようとする学生の変化から、教育の面白さを実感している。シミュレーション教育は学生と共に創るものであり、今後も学生の意見を積極的に取り入れながら改善を目指していきたい。シミュレーション教育を行うにあたっては、費用やマンパワーの課題があるが、今ある環境（設備・機器・マンパワー）の創意工夫で改善できることも多くある。また、シミュレーション教育を実施するには、指導者（教員）のスキル向上が必須となるので、定期的に関

催される指導者養成講習会などに参加できる機会を整えていきたいと思う。

また、臨地実習のなかにシミュレーション教育をどのくらいの割合で入れていくのかということが検討課題となる。米国におけるNational Simulation Study Results in a Nutshell（全国シミュレーション結果）では、臨地実習の総時間の25%および50%をシミュレーションに置き換えた場合に教育成果（知識、臨床能力、批判的思考、実践の受容可能性）に影響が及ぶかを調査しており、看護プログラムの終了時に評価された教育成果には有意差はないと示されていた⁵⁾。この結果を日本の看護基礎教育にも適応するにはいくつかの考慮が必要だが、臨地実習という緊張感の高い環境（脅威の中）でなく、失敗が許される安心した環境において看護実践能力を養うことのできるシミュレーション教育は有用であると考えられる。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、本授業に主体的かつ熱心に参画してくれた本学科3～4年生に感謝する。

参考文献

- 1) 増野園恵（2010）看護基礎教育におけるシミュレーション教育の展望，近大姫路大学看護学部紀要，第3号、1-7.
- 2) 矢野章永編（2012）看護学教育臨地実習実践ガイド、医歯薬出版株式会社、東京.
- 3) 阿部幸恵（2013a）看護のためのシミュレーション教育はじめての一步ワークブック、日本看護協会出版会、東京.
- 4) 阿部幸恵（2013b）臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育、医学書院、東京.
- 5) Jennifer K. Hayden, Richard A. Smiley, Maryann Alexander, et al. (2014) The NCSBN National Simulation Study: A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education, JOURNAL OF NURSING REGULATION, 5(2), S1-S64.

准教授	生命健康科学部	保健看護学科	山田 知子
講師	生命健康科学部	保健看護学科	石井 真
助教	看護実習センター		畑中めぐみ
助教	看護実習センター		大村 政生
助手	看護実習センター		清水いづみ
講師	日本赤十字豊田看護大学		山田 恵子