

シミュレーション最前線 Simulation Forefront

2017 National SUN特集号



シミュレーション教育を導入する施設や教育機関が増えて
います。その効果的な導入が医療ミスを減らし、救命に貢献すると
の認識が広がったことが一つの普及要因でしょう。弊社では、一層
にシミュレーション医療に関わる方々のネットワーク拡大に貢献する
ことを目的に、毎年恒例のNational SUN Meetingを主催しており
ますが、昨年(2017年)は12月9日&10日の2日間、国立病院機構
研修センター(東京都目黒区)にて開催されました。今回は
INACSL(International Nursing Association for Clinical
Simulation & Learning)からお招きしたDr.Dreifuerst 先生
の基調講演に加え、オピニオンリーダーによる分科会と2つの講演
で企画されました。本稿では、その様子をダイジェストで紹介します。

9

2017 National SUN in Tokyo

INACSLベストプラクティススタンダード

基調講演

「Using the Revised INACSL Standards of Best Practice : SimulationSM」

Kristina Thomas Dreifuerst 先生(PhD, RM, CNE, ANEF)

President, INACSL
Associate Professor, Marquette University College of Nursing



Kristina Thomas Dreifuerst 先生



今から15年前、アメリカでシミュレーションに関するプログラムを導入している看護学部や看護学校は1~2%しかありませんでした。ところが現在は、ほぼ100%の学部・学校でシミュレーション教育を導入しています。本日はこうした状況を背景にINACSLが取り組んできたシミュレーションのベストプラクティス基準について、ご紹介します。

(1)シミュレーションのデザイン

学生たちがシミュレーションで学習目標を達成するには、ステップを踏む必要があります。第一のステップは、ニーズです。なぜこの時点で、シミュレーションを使った指導をしなければならないか、評価をします。そして次に、ニーズに合わせて測定可能な目標設定を行い、その領域の目的に最も適合したシミュレーションのフォーマットをデザインする必要があります。皆さんに、患者さんは67歳、盲腸切除が必要だと言ったとします。それだけでは情報は極めて限定的です。ところが、彼は宅配ドライバーをしていて、いつも運転席に座って仕事をしている。しかも子どもが8人いて…となれば、状況は全く違ってきます。さらに、彼が受けた外科手術で切除したところから

感染してしまったとなれば、ストーリーはもっと複雑になります。情報が加わることで、シミュレータが生きた人間に変わるわけです。

忠実性も重要です。アメリカでは、病院で使わなくなった機器があれば、シミュレーションセンターで譲り受け、実習に使用しています。この忠実性ととも、ファシリテータ、すなわちシミュレーション指導者が学生に対してどうアプローチをしていくかが重要です。指導する教官側もマネキンを人間と見立てて扱うことは非常に重要な要素になります。

シミュレーションはブリーフィングから始まります。開始前に、今日一日どういことが起きるかの話し合いを行います。そして、学習のための安全な環境設定、場面設定を行います。学生には失敗をしたら何が起きるのか、体験して学んでほしいのです。シミュレーションの後はディブリーフィングを行い、最後に評価が入ります。評価には3つの要素があります。まず学生は、自分の体験について評価します。ファシリテータは学生が達成した学びについて評価します。そして、その経験の価値について評価します。そうすることで、次にシミュレーションを行うとき、どこをどう変えて実施すれば、より学びの大きなシミュレーションになるかを考えられるようになります。

そしてもう1つ行わなければならないのは、ファシリテータ自身もシミュレーションを体験してみることです。意図したとおりうまくいかない箇所を発見するためにも重要です。

(2) 学習成果と学習目標

すべてのシミュレーションには目標が必要です。目標は学生の知識とスキル、態度を見ながら設定します。そして、カリキュラムをマッピングし、どの部分にシミュレーションを導入することが学習目標の達成に適しているかを決定していきます。ベストプラクティス基準では、SMARTという頭文字で表される要素を盛り込んだ目標設定を推奨しています。すなわち、S (Specific): 具体的、M (Measurable): 測定可能、A (Achievable): 達成可能、R (Realistic): 現実的、T (Time-Phased): 時間配分がなされていることです。シミュレーションは1年時から導入し、同じ症例を2年生、3年生、4年生でも行うことをお勧めします。ただし、1年生のときには単純な状況で開始し、学年が上がるにつれ、少しずつ複雑な状況で行います。

(3) ファシリテーション

ファシリテータは学生のシミュレーション経験すべてを監視する責任を負っています。そして、シミュレータの操作ができるだけでなく、実際のケアもでき、同時に、よい教師でなければなりません。そういう人物であるためには、ファシリテータ自身も頻回に、しかも繰り返し、トレーニングを受ける必要があります。訓練を受けたファシリテータが教えることにより、学生に適したシミュレーション経験を提供することができます。そしてもう1つは、決して学生を驚かすことがあってはならないということです。私たちはシミュレーションを開始した頃、そのことを知らず、学生にこれから何を行うのかを伝えないまま、シミュレーションルームに集めていました。自分たちで考えてほしいと思っていたのです。結果、非常に悲惨な状況が発生しました。生徒は騙された



と思ったのです。その状況では、学びは起きません。学生がファシリテータにアプローチできてはじめて、いろいろなやり方を試してよい場だと感じることができます。ファシリテータは、学生が困っているときには「支援を求めてよい」という合図を送る必要もあります。そして、シミュレーションが終わった後も、学生とコンタクトをとりながら、その学習がカリキュラムを通じて継続していることを確認していきます。

(4) ディブリーフィング

ベストプラクティス基準では、シミュレーションに将来のパフォーマンス向上を狙いとして計画されたディブリーフィングセッションが含まれていなければならない、としています。ただし、フィードバック=ディブリーフィングではありません。フィードバックという場合には、首尾よくできたことや改善が必要な点に焦点を当てており、タスクやスキルを評価することが多くなります。しかし、ディブリーフィングは、なぜ学習者が特定の決定・行為をしたのかをみるもので、学生の頭の中にどういった思考があったのかを探ることを重視します。

欧米諸国の検証研究によると、学生はシミュレータが近くにあると、ディスカッションに専念できず、よいディブリーフィングができなくなることがわかりました。そこで、ディブリーフィングは別室でドアを閉めて行うことが大事です。また、ディブリーフィング中に話したことは、「その部屋限り」とすることも求められます。

ディブリーフィングを担当する人は、シミュレーションのときにいったい何がいったのか、シミュレーションに集中し、注意を払うことができる人でなければなりません。つまり、シミュレータを操作する人であってはならないということです。操作に気を取られてしまい、学生の細かな発言・行動にまで注意を向けることはできなくなってしまうからです。

(5) 学習者の評価

この基準については、米国内で物議をかもししています。なぜなら、相反する2つの考え方が存在するからです。多数派は、シミュレーションは学ぶための安全な場所を提供していることからミスも犯しても大丈夫という人たちで、その場で点数をつけたり、可否を判定したりすることはありません。もう一つのグループの人たちは、シミュレーションは学生のパフォーマンスを評価できるよい場であると言っています。つまり、シミュレーションを活用して学生たちが患者のケアをどのくらいまでできるのかを評価しようという人たちで、テストに用い、パフォーマンスが悪ければ、不合格にすることも厭わない人たちです。現時点で、両者のコンセンサスは見出されていません。しかし、両方のやり方で使用している学校をみると、テストの日はドアに張り紙を貼り付け、部屋の中のセットアップの仕方も違った形にしているようです。

シミュレーション体験で求められる評価には、3つのタイプがあります。学生が体験について評価する場合、教える側が体験について評価する場合、そして先生が生徒たちの学びについての評価をする場合の3つです。シミュレーションに対するほとんどの評価は形成的評価で、学生たちの学



びをモニタリングすることによって継続的にフィードバックを行い、それを活用して教官側が教授法を改善する、あるいは学生たちが自分たちの学びを改善することを主な目標としています。一方で、総括的評価も使われています。総括的評価では、コースやプログラムを修了した時点で、学生たちの学びをベンチマークで評価するものです。もう1つの手法が累積的評価です。学科プログラムの最終時などに行えるアセスメントで、アメリカのメディカルスクールでは卒業時にシミュレーションを使ってデモンストレーションができることが求められます。

(6) プロフェッショナル・インテグリティ

この基準の1つめには「プロフェッショナル・インテグリティ(高度な職業意識)を行動で示し、それを保持する」と書かれています。これは、シミュレータを人間の場合と同じようにケアすることを示しています。2つめは、「各自の職業の実務基準、ガイドライン、原則、倫理に従う」というもので、シミュレータには衣服を着せ、あたかも人間と話しているかのように、学生も教授陣も敬意をもって対応するというものです。3つめは、この基準によって安全に学べる環境を提供しなければならないということです。そして最後は、パフォーマンス及びシナリオの機密性を求められているということです。学生たちはシミュレータの反応を観察しながら扱いますが、生身の患者のときと同じように機密性を保持します。ファシリテータは、シミュレーション実習の中で行われたパフォーマンスについても機密保持するように言います。仮に学生側がミスをしたとしても、参加している学生間、あるいは教官たちだけの機密として保持されるのです。



(7) 多職種連携シミュレーション教育

医療環境の中で起きているミスは、ほとんどがチーム医療に携わるメンバー間のコミュニケーション問題に起因していると言われています。シミュレーションは、チームワークを教える、チームコミュニケーションを教える、チームとしてのアウトカムを学ぶうえで、極めて有効です。医療の場においては多職種がチームを組み、協力しながらケアをしているわけですから、学習段階からチームワークを学ばなければなりません。



(8) シミュレーションの運用

すべてのシミュレーションプログラムには運用を支援・支持するシステムとインフラが必要で、シミュレーションで設定したゴールを達成するには、そのリソースを調整し、連携する戦略的計画を実行する必要があります。リソースの手当てを考えると、機器だけではなく、人材の手当ても考えることをお勧めします。ちなみに、シミュレーションによる学びがいかに大きいかを示すことによって、多くの資金、人材を得ることができます。また、



プログラムが成長し拡大するにつれて、サプライ品やスペース、そして教官やオペレータの確保などの必要性が漸増的に高まってきます。効果的なインテグレーションを構築するための正式なプロセスも必要になりますし、ポリシーや手順書を準備することも必要になります。運用に関する基準は、プログラムが拡大するときどのように対応するかが書かれた基準です。

(9) 用語集

各発言者が同じことを話しているという状況を作り出すため、一貫性のある用語が必要です。INACSLのグロッサリーという用語集は、基準に関係する用語のみを含んだものになります。

分科会

「Getting Started with Debriefing For Meaningful Learning (DML)」



Kristina Thomas Dreifuerst 先生

Kristina Thomas Dreifuerst 先生 (PhD, RM, CNE, ANEF)
President, INACSL
Associate Professor, Marquette University College of Nursing

シミュレーション学習の中で最も多くの学びが得られるディブリーフィングの手法はいくつか知られていますが、Kristina先生は、理論に基づく手法として国内外で評価されているDMLを紹介しました。最初に、ディブリーファを務める教官が「ここは学びの場であるので、いくら間違ってもよい。患者さんをケアするようになるとミスは一切許されないので、ここではたくさん質問することによって正しく理解してもらうのが私の役目」と説明したうえで開始することで、学生たちに質問を受けることが特別なことではないことを知らせておくべきだと説明しました。次に、学生たちの反応を見ながら学習を後押しする質問例とはどのようなものかを具体的に例示し、「学生たちが正しい行為をした場合でも、誤った思考に基づいていることがしばしばある」として、すぐに次の話に移るのではなく、関連する質問を繰り返すことが重要であると強調しました。さらに、シミュレーションによる実習を繰り返していくメリットの例として、7~9週で学生が慣れてきて、学生同士でディブリーファが行うような的を射た質問をするようになった経験を披露しました。



参加者にインパクトを与えたDMLの詳細な説明

「院内急変対応システムRapid Response System～実臨床でのディブリーフィングを含めて～」

東京慈恵会医科大学 救急医学講座 主任教授

武田 聡 先生

2008年に発表されたJAMAの論文によると、院内心停止状態で発見された患者さんのうち、神経学的予後が良好な状態まで回復して退院できたケースは、平日昼間でも15%程度、夜間休日では10%程度に過ぎないとのこと。病院内で発生した心停止と言えども、決して良い予後が得られるとは限らないわけです。武田先生はこのデータに触れながら、院内急変の発生6～8時間前に何らかの予兆があることが知られていることを説明したうえで、Rapid Response System (RRS) 導入の意義を強調しました。さらに、留学時代に目の当たりにした集中治療医が中心となったピッツバーグ大学メディカルセンターでのRRSやCritical Care Outreachの実例を紹介し、院内急変をどのように予知予防して、安定化のためにどのように初期対応すればよいかに焦点を当てた、「First 5 Minutes」トレーニングコースについてのご紹介がありました。その後参加者の皆さんにSimMan3Gを使用した、呼吸停止 (SpO₂が保たれた呼吸数の異常の段階で異常に気付けるか) と出血性ショック (血圧が保たれた代償性ショックの段階で異常に気付けるか) のシナリオをシミュレーショントレーニングとしてご体験いただき、その後のディブリーフィングでは、予兆に気づくことができたか、また初期治療はどのようにしたら良かったか、などについて話し合いました。また最後はシミュレーショントレーニングに限らず、東京慈恵会医科大学病院で実際に起きたRRS事例やコードブルー事例を題材に、院内急変の予知予防が実際に可能だったか、RRSやコードブルー後の対応に問題がなかったのかについての、実臨床でのディブリーフィング方法についても議論しました。



武田 聡 先生



呼吸停止のシナリオ体験

「小児救急高機能シミュレータを使って簡単に教えたい!」

長野県立病院機構 本部研修センター 副センター長

赤嶺陽子 先生

高機能シミュレータを購入したものの、さまざまな要因からうまく

使いこなせていないという話を耳にすることがあります。小児科領域においては新生児、乳児、小児シミュレータがありますが、その機能をフルに活用することは難しい現状があります。そこで、小児集中治療医として、三次救急医療機関へ搬送すべきか否かを的確に判断できる医師を育成する目的でシミュレーション教育に取り組んできた赤嶺先生は、自身が使用しているシナリオを用いながら、話を進めていきました。シミュレータが十分活用されていない理由として、対象者、学習者レベル、学習目標、学習者の人数などを含めた、教材としてのシナリオデザインが為されることの難しさを指摘したうえで、自身が使用している医師用のシナリオを看護師用や学部生用といったように対象者によって学習目標を修正する方法を例示しました。その後、蘇生と呼吸不全に関するシナリオをもとにSimBabyを用いたハンズオンとディブリーフィングを行い、対象者が変われば学習目標、ファシリテーション、ディブリーフィングも全て変わることを指摘しました。



赤嶺陽子 先生



SimBabyを用いたハンズオン

「シミュレーションセンター運営と人材育成」

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科附属医療教育統合開発センター 副センター長

万代康弘 先生

シミュレーション教育を導入する施設は増加傾向にありますが、施設から十分な理解を得られていないなどの理由から、運営等に悩みを抱えている教官・スタッフは少なくありません。そこで、本セッションでは、参加者たちが自施設でこれまで取り入れてきたアイデアや工夫、活動を共有しながら互いの悩みを解消し、より一層活用されるシミュレーション

センターをめざすことを目的にディスカッションが繰り広げられました。最初に2つのグループに分かれて、それぞれの施設で困っている点・悩んでいる点を抽出しました。その後、万代先生はシミュレーションセンター運営のキーポイントとして、①人材育成、②運営費、③プログラム開発、④広報、⑤ルール作りの5つの点を示し、ピッツバーグ時代に学んできたことや岡山大学で実践してきた取り組みを紹介し、議論を深めていきました。



万代康弘 先生

また、岡山大学と連携しながらシミュレーション技術者の育成を開始している東京医療保健大学の取り組みも紹介されました。



シミュレーションの悩みを解決するために行われたディスカッション

「臨床の指導者と共に作るシミュレーション ～基礎から臨床に繋がる！臨床と基礎を つなぐシミュレーション教育～」

東京医科大学病院 シミュレーションセンター
冷水 育 先生

臨床の指導者は「学生たちに、臨床実習でできるだけ多くの経験をさせてあげたい」と考えています。一方、教員は「臨床実習で実施することは学校で学習したこととの延長であることを実感してほしい」と想っています。「それぞれの指導者の想いを共有し、目標を一致していくために、シミュレーション教育に基礎と臨床の指導者が一緒に携わることは効果的である」と言う冷水先生は、実際に、これらの指導者が一緒に実施しているシミュレーション教育のいくつかを紹介し、自身の経験から双方の指導者に与える効果を解説しました。そのほか、インストラクショナルデザインに基づいて、目的・目標を明確にしたシミュレーション教育を計画することの重要性や、自施設での取り組み、看護学部生を対象にしたシナリオ例を紹介し参加者の皆さんと共有しました。



冷水 育 先生

「看護師特定行為研修を考える～技術習得と シミュレーションの活用法～」

東京医科大学病院 シミュレーションセンター
冷水 育 先生

看護師特定行為研修が始まりましたが、研修方法については各施設が試行錯誤している状況です。そこで、冷水先生は最初に、看護特定行為の背景などを振り返りながら、厚生労働省が示している特定行為について、「どの特定行為をどのような手順で誰がやるか」によって、施設ごとに特定行為研修や特定行為の手順書をそれぞれの実情に合致したものに工夫していくことが重要であること説明しました。そのうえで、特定行為研修を企画・実施する際に重要なことを解説しました。研修方法には

さまざまありますが、特定行為を習得するためにはシミュレーション教育の活用が特に重要なポイントとなってくると言っています。今回は、特定行為の一つである「気管カニューレの交換」の行為を例に、知識の習得から安全な技術の習得と技術評価までの研修の流れを提示しe-learningやテキストでの学習、シミュレーションによる実習、OSCEなどを組み合わせながら進めることを提案しました。特に行為の習得に関しては、実際にシミュレーションを実演し、評価やディブリーフィングの仕方についても紹介しました。



特定行為研修で行っているシミュレーションの体験

講演

「看護シミュレーション教育の普及に向けて」

高知県立大学 看護学部 急性看護学 教授
大川宣容 先生

患者の療養の場が病院から在宅へと広がり、ケアニーズはますます多様化しています。さらに、看護の現場は不確実性の高い状況で、絶対的な正解がない課題を解決することが求められます。これからの時代の看護職には、患者の個性・多様性を包括的に理解し、自ら最善のケアとはどういうものかを考え、主体的に提供していく力を身に付けることが求められます。



大川宣容 先生

大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準:看護学分野(日本学会会議)でも、看護学教育モデル・コア・カリキュラム(文部科学省)でも、学修方法の1つとして「シミュレーション教育」に触れています。シミュレーション教育は、現実に近い状況を再現して行う体験学習と言えますが、最初に、学習の目的・目標を明確に設定する必要があります。そのうえで、設定された状況の中で看護学の知識を活用し患者のもつ課題を発見し、どう解決していくかを考えられるようになることをめざします。また、実施後の振り返りによって、自分自身の思考や判断を客観的にみて、自覚的に成長できる学生を育てることが可能になります。つまり、教育者自身も、教育から学習支援に転換することが求められており、それにより主体的で能動的な学びの支援が可能となります。

看護には標準的な看護はありますが、それだけを理解しておけば十分というわけではありません。状況が変われば求められる看護の内容は変わりますので、個々の状況を的確にとらえる力をつけ、目の前の対象の状況にあわせて適切な看護実践ができる人を育てていかなければならないのです。つまり、看護に自分自身の哲学をもって、知的に思考し判断しながら、新しい看護実践を生み出していくことができる人がこれからの時代を担っていくのだと思います。

シミュレーション教育は、学生が看護実践能力を身につけていくために欠くことができないものです。教育の質を確保するためにも看護学におけるシミュレーション教育の体系化が重要になることから、2018年に日本看護シミュレーションラーニング学会を立ち上げることになりました。看護学教育の新たな地平を切り開く活動にご支援・ご協力をお願いします。

特別講演

「シミュレーション指導者コンピテンシーと学習者評価」

琉球大学医学部附属病院 特命講師、CHSE
おきなわクリニカルシミュレーションセンター
大内 元 先生

新しい医学教育モデル・コア・カリキュラムに「シミュレーション教育」という単元が加わるなどシミュレーションが認知・注目されるようになってきました。またここ数年、ハード面の整備は急速に進みました。しかし、ソフト面については、対象となる学習者の広がりやシミュレーション指導者などの養成が追いつかない状況です。こうした状況の中で、シミュレーション教育の効果をより高めるためには、学習者自身にいかにかえさせるかという視点が必要になります。しかし、日本はSelf-Directed Learning Readiness Scale (SDLRS)の値が他の先進国に比べ、低い国です。幼稚園児の段階からセルフ・ダイレクティド・ラーニングで学んできたアメリカの医学部生と、そのスキルがまったくない日本の医学生とでは、シミュレーションで学ぶ背景が大きく違います。このような点についても、シミュレーション指導者は熟知している必要があります。

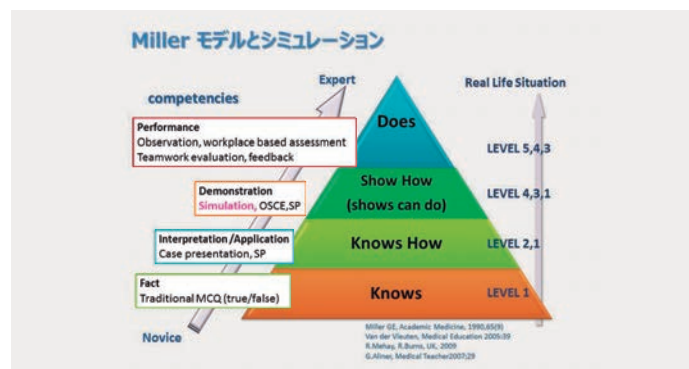


大内 元 先生

シミュレーション医療教育の国際学会SSH (Society for Simulation in Healthcare)は、シミュレーション指導者に4つのカテゴリーのコンピテンシーを求めています。このうち、①プロフェッショナルとして、どういう知識あるいは方法論を知っていないといけないか、②実践、評価、マネジメントに何が必要か、③専門家として何を求められるかについては、皆さんはほとんど実践されています。しかし、もう1つのカテゴリーに示された、ニーズアセスメントや評価ツールの妥当性・信頼性を理解し実践できる。シミュレーショントレーニング全体の運営やそれを評価できる。学習者だけでなく自分がデザインしたプログラム全体を含めて評価できる。倫理的問題であったり、リーダーシップであったり、あるいは学習対象者をきちんと安全に扱うといった点はどうでしょうか。

米国心臓協会は、BLSやACLSのインストラクターに求めているインストラクターコンピテンシーに、プレゼンテーション、ファシリテーション、フィードバックの各スキルを挙げています。しかし、ニーズアセスメントは求めています。マニュアルどおりに行うこと、つまり、標準化を求めているからです。また、評価シートに沿って丁寧かつ確実に学習者を評価することを求めています。わが国の学部教育や卒業教育を担うシミュレーション指導者の場合、評価シートを作るところから始めなければならないのです。さらに、ニーズアセスメントからシナリオや評価ツールの作成、カリキュラムデザインなども求められ、容易ではありません。

ではここで、シナリオの構造を紹介します。通常、シナリオをつくる時は、まず、患者設定、これには、年齢・性別、主訴、現病歴、既往歴、あるいは経過がありますが、全部が必要ではありません。次に、外来、救急、ICUといった場所の設定あり、そして、バイタルの情報があって、次に一番大事な学習者に期待される行動があります（実際には、まずこれが最初に考えられているはず）。学習者が、期待される行動をとればバイタルがよくなり、とらなければ変わらない。ほとんどのシナリオはこのような構造で成り立っています。たとえば、5歳児が息苦しさを訴えて救急室にやって来たとしたら、疑わなければならない疾患のトップは喘息です。20歳なら気胸、50歳なら心筋梗塞、80歳ならCOPDでしょう。つまり、主訴と場所と年齢の違いで鑑別は変わり、学習者に期待する行動も変わります。学習者に何を考えてもらい、どうしてほしいのが最初にある、目標を作り、それに合わせたシナリオがセッティングされる必要のあるのです。ただし、シナリオの中でリアリティを追求するあまり、バイタルを動かすすぎると、鑑別は非常に難しくなります。初期研修医を対象にアナフィラキシーに関するシミュレーションを行ったことがあります。このとき、トリガーとなる皮疹に関する情報を隠したところ、難易度が格段に高まり、研修医たちは誰一人として鑑別診断ができませんでした。学習対象者のニーズがどのくらいか見極めるのは、シミュレーション指導者にとって非常に重要なことです。



そして、最後に残るのが評価です。シミュレーションでは、自分で作ったプログラム・シナリオに本当に教育効果があるのか、どうやって効果を見ることができるか、どういう評価方法がよいのか、合否はどう決めたらよいのか、皆さんも、なんとなくすっきりしないところがあると思います。学習者の満足度だけでなく、特に総括的評価にシミュレーションを用いる場合、評価で大事なのは評価シートをどう作りこむかです。実際の行動を見てコミュニケーションやスキルを評価するわけですが、我々はパフォーマンスを評価することに慣れていません。そのことを理解し、評価する際にはとにかく学習者の行動から目を離さないようにし、しっかりと観察することが重要です。ただし、評価シートが揃っていて同じ人を評価したとしても、評価する人によって結果が異なるこ

とがあります。たとえば、特定の行為を6段階で評価したとき、評価者により概略評価とスコアが逆転していたことがありました。こうしたばらつきが起きないように、評価シートをつくるときは、妥当性(validity)と信頼性(reliability)を考慮する必要があります。そして大事なのは、評価者自身のトレーニングです。特に合否を決める場合には評価者がきちんと評価できるスキルをもっていることが大事です。シミュレーションやシナリオ、評価シート、それぞれの妥当性と信頼性を検証するのがベストですが、それをする、時間が足りなくてカリキュラムが前に進まないということもあります。ある程度のところで実施してみて、不十分な点が判明すれば、次年度から変えるという方法でもよいと思います。

参加者の声

地域医療振興協会シミュレーションセンター
(東京ベイ・浦安市川医療センター)
シミュレーション・インストラクター

百武 勇 様

基調講演はインスピレーションをととても刺激してくれる講義内容でしたし、それに続くディブリーフィングをテーマにした分科会でも学ぶべき点がたくさんありました。特に分科会で紹介されたDMLについては、日本の現状の中に移植すると、どういった摩擦が起きるかを考えながら聴講していました。いま行っているディブリーフィングをいきなりDMLに置き替えるのは難しいですが、部分的に取り入れてみると、おもしろいと思いました。

国立病院機構東京医療センター 救急医

鈴木 亮 先生

ディブリーフィングのセッションは期待通りでした。これまでもディブリーフィングを教わる機会はありませんでしたが、抽象的な言葉で理論を学ぶ形が多く、具体的な行動に移すには難しいと感じていました。でも今回は、受講生に投げかける質問のパターンを具体的に提示していただけたことから、今まで使っていなかったテクニックが手に入ったという感じがしています。これまでの自分だったら困って詰まっていた箇所、あの作戦でいくかみたいなところを提示していただけたように思います。

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
看護キャリアパスウェイ教育研究センター 教員

前田留美 先生

私の所属している部署では臨床で働いている看護師の大学院進学を支援しており、病院等で教育担当をされている方が学生となります。そこで感じていたのは、ディブリーフィングが誤解されているという点です。これまでは、この誤解を解くために、私自身、うまく説明しきれていなかったのですが、Kristina先生が書かれた論文を読んだうえで参加したところ、論文に書かれていない点まで詳しく説明していただけて、とても勉強になりました。なぜその行為をしたのかを考えさせるという発問を繰り返すことで、場面や対象が変わっても応用できるようになることを学び、学習者にどんどん考えさせる援助をする必要性を痛感しました。

広島文化学園大学
看護学科 教員

岩本由美 先生

私自身はINACSLの日本人会員ですので、INACSLの教育が日本に広がれば看護教育のスタンダードができ、看護師のより一層の自立につながると思い

ながら、Kristina先生の講演を聴いていました。いま、広島県では県を挙げてアクティブラーニングに取り組んでいます。ディブリーフィングセッションで紹介されたワークシートの使用が許可されましたので、学校に戻ったら早速、仲間の教員たちと使ってみようと思っています。

福岡女学院看護大学看護学部
成人看護学領域・看護シミュレーション教育センター
看護学部 教員

平川善大 先生

本学はシミュレーションセンターがオープンしてまだ日が浅く、大学全体でどんどん推し進めていこうという段階で、学外の先生方とのネットワークづくりができるNational Sunのような企画はとてめえがたいと思っています。今回は、大学病院を持たないことから臨床と基礎教育をつなぐことが大きな課題となっている本学にとって、冷水先生のセッションからたくさんアイデアをいただきました。なかでも、デリバリーシミュレーションのアイデアは斬新で、実習先もしくは就職先の病院の方々に本学の学生がどのように学んでいるか、理解してもらおううえで有効だと思いました。

相馬看護専門学校 教員

新妻美弥子 先生

志賀真理枝 先生

シミュレータを十分使いこなせていないというのが私どもの学校の悩みでしたが、分科会で具体的な使い方を提示していただけたので、カリキュラムのあの部分で使えそうだなと、早速、思いをめぐらせているところです。また、臨床と基礎教育の乖離はなかなか埋まらないと言われていますが、異常をシミュレーションで学んでから臨床に行けば、観察する項目が広がることも理解しました。シミュレータを有効に活用し、学生にはより多くの異常の体験ができるようにさせてあげたいと、気持ちを新たにしています。

浜松医科大学医学部附属病院シミュレーションセンター
運営スタッフ

市川美智華 様

ほかのシミュレーションセンターの管理者の方々と会って、新しい情報が聞けることから、毎年参加しています。万代先生がシミュレーション管理者、オペレーター向けに認定制度を作っていきたいと考えていると聞いていたので、今回も参加しました。万代先生のセッションで、東京保健医療大学でシミュレーションスペシャリストの養成を開始していると聞き、シミュレーションの未来は明るいなと感じました。

Pick Up Products



ナーシングアン シミュレータ

日本を含めた世界中の看護教育者の意見を取り入れて設計されており、基本アセスメントから高度な手技・判断まで、多彩な実習項目に対応。学生から臨床看護師まで、コアスキル習得のみならず、臨床実践能力、プロセスや適切なテクニックを選択・実践する力をサポートします。



SimMan ALS

きめ細かな治療を提供するためには、質の高いトレーニングが必要です。SimMan ALSを用いれば、基本的な手技から救命救急診療まで、外傷初期診療/初期治療などの一連のチームトレーニングにも効果的です。SimPad® PLUSやLLEAP PCを使って操作することで、インストラクターによる制御にすばやく反応し、また、あらかじめプログラムされたシナリオにより、さまざまな患者の診断や処置のトレーニングを効果的に実施できます。



SimMan 3G

簡単なセットアップと利用法ながら、リアリティのあるトレーニングができるよう設計された成人患者シミュレータです。体液流出、ディフィカリエアウェイを含む多様な症状を再現し、シミュレータで経験することで、実際の患者のアウトカムにつながります。



リトルアンQCPR

リトルアンQCPRには、胸骨圧迫の深さや解除、テンポ、換気量といったCPRを構成する各ファクターの精度を測定する機能が搭載されており、アプリを使って、結果を的確にフィードバックすることができます。定量的な測定は受講生のモチベーションを高め、CPRの質改善への意欲向上にもつながります。

QCPRインストラクターアプリ

6体のマネキンと同時にモニタできます。現在のところ、iOSデバイスでのみ、利用することが可能です(Android用アプリは開発中)。

QCPRラーナーアプリ

学習者は、自分自身のパフォーマンスをモニタすることができます。iOSおよびAndroidデバイスで利用できます。

展示会・イベントスケジュール

国内
情報

2018.5.25～5.26.

第74回日本助産師学会
石川県文教会館(石川県金沢市)

2018.5.31～6.2.

第21回日本臨床救急医学会総会・学術集会
名古屋国際会議場(愛知県名古屋市)

2018.6.2～6.3.

第32回日本小児救急医学会学術集会
つくば国際会議場(茨城県つくば市)

2018.6.30～7.1.

第14回日本クリティカルケア看護学会学術集会
タワーホール船堀(東京都江戸川区)

2018.7.8～7.10.

第54回日本周産期・新生児医学会学術集会
東京国際フォーラム(東京都千代田区)

2018.7.28～7.29.

第24回日本看護診断学会学術大会
TFTビル(東京都江東区)

2018.8.3～8.4.

第50回日本医学教育学会大会
国立大学法人 東京医科歯科大学(東京都文京区)

2018.8.10～8.11.

日本災害看護学会 第20回年次大会
神戸国際会議場(兵庫県神戸市)

2018.8.28～8.29.

日本看護学会教育学会 第28回学術集会
パシフィコ横浜(神奈川県横浜市)

2018.9.1～9.2.

20周年特別企画 2018 National SUN in FUKUOKA
福岡国際会議場(福岡県福岡市)

2018.10.19～10.20.

第59回日本母性衛生学会総会・学術集会
新潟コンベンションセンター(新潟県新潟市)

2018.11.3.

日本看護シミュレーションラーニング学会 設立総会
東京都内

2018.11.16～11.17.

日本蘇生学会 第37回大会
天童市市民プラザ(山形県天童市)

2018.11.19～11.21.

第46回日本救急医学会
パシフィコ横浜(神奈川県横浜市)

2018.11.24.

日本NP学会 第4回学術集会
東北文化学園大学(宮城県仙台市)

2018.12.15～12.16.

第38回 日本看護科学学会学術集会
ひめぎんホール(愛媛県松山市)

海外
情報

2018.6.13～6.18.

INACSL CONFERENCE
Sheraton Centre Toronto Hotel(カナダ)

2018.9.12～9.14.

NLN Education Summit 2018
Hyatt Regency Chicago(シカゴ)