

小児看護演習教授法モデルの開発

二宮 球美* 山邊 素子*

要 旨

小児医療を取り巻く社会は小児病棟の閉鎖や成人病棟との混合病棟など非常に厳しい状況の中で、小児看護も患児の疾患の重症化、複雑化、さらに高度な看護を要求されている。社会の要請する専門性のある小児看護師を育成するためにも看護大学における教育の役割は大きい。学生が臨地実習の場で患児や家族のニーズを満たすための安全・安楽・安心を提供する基礎的な看護技術の実践は必要不可欠である。今回は学生の臨地実習での看護実践能力の向上を目標に事例を利用した演習方法を創出したので、その結果を報告し、小児看護技術教育法に関しての今後の展望を述べる。

キーワード：小児看護技術 問題解決思考 事例対応型演習

I 緒言

医療技術の進歩に伴い、小児の対象疾患は重症化・複雑化し、急性期でしかも短期入院化している¹⁻⁴⁾。さらに成田らは⁵⁾「少子化は小児科・小児病棟の経済的不採算制を理由に、病棟の閉鎖、小児科・小児病棟の再構築の動きとして縮小化、混合化が進行している」と報告している。小児科・小児病棟の再構築の環境的影響として、入院環境の不適切さ、感染症対策、家族看護の困難さと看護上の問題点として看護人員を挙げて現在の小児医療と看護に警鐘を鳴らしている。このことは単に実習施設を確保することの困難さだけでなく、小児看護学を学習する学生の教育実習環境の問題でもある。また現在の学生の多くは兄弟姉妹の数も少なく、子どもに関する理解や子どもに接する機会も稀である¹⁻⁴⁾。さらに人間関係の希薄さからか、コミュニケーションだけでなく子どもと遊ぶことさえ不可能な学生も多い。かつ、川村⁶⁾の報告によると平成9年度のカリキュラム改正に伴い授業・

臨地実習時間数は減少しており、限られた時間数の中で教育効果を最大限にするようなカリキュラムの検討が行われている。また21世紀における看護教育は看護理論から看護実践能力向上へと大きな転換期にある⁷⁾。

本学は九州の中核都市の熊本県玉名市に位置している。熊本県も少子高齢化のために小児科・小児病棟の再構築が進行するなか、1学年の学生数が110~140人と多く実習施設の確保は困難を極めている。そのため、実習施設も保育所・幼稚園、病棟も小児科病棟・小児科混合病棟・成人と小児の混合病棟・障害児施設と多岐にわたる。さらに小児看護学を専任で担当している教員数は2人で、1人の教員で55~70人の学生指導をしている現状であり、飯村ら⁸⁾の報告している1999年時全国看護系大学43校の小児看護学専任の平均教員数3.9人とは較差がある。けれども21世紀を担う看護大学教育における小児看護学のリーダーシップを発揮する人材育成は社会の要請である。看護は実践の科学であるといわれて

* 九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科

久しいが、著者らは看護は実践のカオス理論であると考えている。看護大学教育として学生の臨地実習における看護実践能力を引き出し、向上を目的として小児看護演習(小児看護方法論)の教授法を創出したので、その経過を報告する。

II 看護技術学の現状

1) 看護大学教育における看護技術教育の方向性

正木ら⁹⁾は大学教育では看護技術の根柢や体系的理解の強調から、看護の基礎教育における技術教育の目標は看護技術を適用するための技能を身につけ“できる”ように訓練することであると変革している最中である。日本社会は看護専門職としての実践能力を大学教育に要請し、看護界も特に基礎看護技術においては多くの研究者が『看護の技』を規定・言語化する必要性とその実際を報告している¹⁰⁻¹³⁾。EBNに基づいた看護実践を提唱しているが、現在のカリキュラムでの看護学教育では講義・演習・実習時間の減少からも、EBNに必要な基礎医学の講義演習の不足を指摘したい。

2) 小児看護学におけるカリキュラム上の問題点

大学における看護学教育は平成9年のカリキュラム改正によって、卒業要件として124単位以上を履修し、カリキュラム内容に関しては看護師国家試験受験資格要件を満たす内容に編成することとなった。大学独自の個性あふれる教育内容へ変更されたが、実際の講義時間数は2815時間であり、実習時間数はその59%、1000時間と減少する講義・実習時間のなかで小児看護学を学生にどのように教授するかが問題となっている⁶⁾。

小児看護学のカリキュラムは小児看護の役割・小児の人権・入院における看護の項目が

すべての大学の内容に含まれている。飯村ら⁸⁾の報告では小児期にある人間を理解することに重点をおき、講義内容は広範囲であり時間数不足を補充するため、演習時間を講義に置き換えられていることも多いことが明らかになっている。さらに小児看護学の看護技術は特殊で高度な技術を必要とするが、それを指導可能である教員数の不足、看護教員の実践能力の低下と学生が技術獲得までにかかなりの時間数を必要とすることも問題である。

本学では小児看護基礎論Ⅰ、小児看護方法論、小児看護実習Ⅰ・Ⅱの必修科目と小児看護基礎論Ⅱの選択科目で構成されている。小児看護基礎論Ⅰでは小児看護の対象の特性、小児の人権に関する看護倫理、小児保健の現状と展望、少子化、母性小児に関する行政政策、医療・保険・福祉・教育の協働、小児の在宅看護、小児の健康問題と看護、小児看護に必要な看護アセスメントを学習する。小児看護方法論で小児看護と家族に必要な看護技術を、小児看護実習Ⅰ・Ⅱでは小児と家族に対する知識、態度、技術を統合し、小児の人権を尊重しながら、医療チームの一員として看護を考察し実践する過程を学習する教育内容となっている。

本学でも小児看護基礎論Ⅰの内容を小児看護方法論を利用し、視聴覚教材を中心とした講義が行われていた。また、小児看護基礎論Ⅰ、小児看護方法論を終了した1年後に小児看護実習Ⅰ・Ⅱを実施するカリキュラムのため学生は講義内容を忘れ、振り返るという行動も少なかった。

3) 小児看護領域における高度で特殊な看護技術

看護技術演習を行う場合は単元を決定し、その単元を単独で演習する場合はほとんどである。しかしながら臨地での看護実践は生活援助としての技術も同時に多様、併用し(例

えば清拭をしながらの全身の観察、身体計測、更衣も行うなど)患児の苦痛を最小限となるように優先順位や方法を考慮し工夫することが要求される。小児看護においては患児の成長発達段階、疾患によつての観察項目、看護実践の内容、器具の選択、院内感染対策、後片付けなども大きく異なる。その理由として、小児はコミュニケーションがとりにくく、表現できない発達段階にあり、検査処置に関して説明を繰り返しても患児の同意や協力を得られない場合もある。そのため看護者の全面介助から部分介助を必要とする場合が多い。例えば、体温測定の実習を想定すると、

① 発熱した乳児で活気はあるが発疹がある場合

最初に患児と家族を他の患者から隔離可能な個室に収容し、室温を上げて体温測定と同時に患児を裸にし全身の皮膚を観察しながら体重測定も行う(小児の治療薬は体重で計算するため)。その時に家族から発熱、発疹、その他の状況を情報収集しながらアセスメントする。活気のある患児の場合激しく啼泣し抵抗することが予測され、正確な情報を安全にすばやく実践し終了することが患児の体力消耗を防ぎストレスを軽減する看護と言える。診察後に使用した物品は最適な方法で後片付けを行い、院内感染対策を行う必要がある。

② 発熱した乳児で発疹はないが活気もなく四肢冷感がある場合

体温測定と同時に毛布と温罨法を開始し保温に留意すると共に、呼吸状態と痙攣の観察を十分に行い同時に家族から情報収集を行う必要がある。四肢の冷感が消失したのを確認して裸にして皮膚の観察と体重測定を行う。感染症の有無が不明であるので診察後には院内感染対策を行う。

このように体温測定だけでなく、衣服の着

脱、皮膚の観察、体重測定、院内感染予防と同時に多様な情報収集を行い、患児と家族に安全・安楽・安心を提供するために看護実践する過程で患児と家族のアセスメントをする必要がある。なぜなら小児は成人よりも疾患の進行は速く、観察項目も多岐に渡る。さらに症状のある患児は機嫌が悪く激しく啼泣する 경우가ほとんどである。常に優先順位を考慮した上で、正確で確実な技術と患児のストレスを必要最小限に軽減する高度な技術が要求される。看護学生は項目に関して看護技術の目的、方法、注意点、根拠に関して学習は行っている、それらを同時に情報収集・アセスメント・実践・評価を統合し、優先順位で看護実践するまでの能力を獲得するのは至難の技であろう。臨地実習においては不安と恐怖、症状の悪化に伴う患児の不機嫌は学生の技術不足も要因となり患児は激しく啼泣する。学生は患児の啼泣を予測していても、激しい啼泣や拒絶する患児にどう対応すべきか、家族や指導者の前で実践できずに戸惑い、さらに時間がかかる状況となる。学生はいっそう恐縮して方法の手順、優先度、安全、安楽への配慮をまったく実践できない場合も少なくない。学生の未熟な看護技術は患児やその家族との信頼関係においても微妙な影を落とすことになりかねない。

4) 小児看護学における看護技術演習の概要

演習方法は看護技術の単元テーマを選択し、講義、ビデオなどの視聴覚教材の利用、担当教員による技術のデモンストレーション、学生同士のロールプレイ、小児モデル人形を利用した演習形態が一般的である。さらに演習後に技術試験を行い、学生個人の技術到達度を評価している場合が多い。また教育効果を高めるグループダイナミクスを考慮した学生のグループワーク演習、演習前もしくは演習後レポートの提出を義務付けていた

り、学生の情報収集・アセスメント能力を向上させる目的で演習中の記録用紙の改善報告もあった¹⁴⁾。

5) 本学における小児看護学演習状況

(1) 小児看護方法論の位置付け

小児と家族の健康障害と健康への支援を目的とし、小児と家族の人権を尊重しながら安全・安楽・安心を提供する看護技術を演習し技術の考察を行う。

(2) 小児看護方法論の過去の演習

1年目は小児の清潔援助のひとつである沐浴を中心に2コマ90分×2を使用し演習を行った。2年目は沐浴と輸液管理として輸液ルート作成、固定用シーネ作成、事例による輸液滴下の計算を2コマ90分×4で行った。

6) 小児看護方法論の改革の経過

担当教員による問題解決アプローチとして学生の臨地実習自己評価の分析、臨地実習指導者、担当教員評価から演習の分析、問題の列挙、改善策の検討の順序で行った。

(1) 担当教員による問題解決のアプローチ

① 臨地実習における学生の自己評価分析

学生の自己評価から多くの学生自身は看護技術の不足とその結果による受持ち患児と家族に安全・安楽・安心な日常生活援助の提供ができなかったことを反省していた。学生は学習と演習不足を挙げ、必要な演習項目としてバイタルサイン、清潔の援助、輸液管理、清潔操作、ガウンテクニックを挙げていた。

② 臨地実習における担当教員および施設指導者による評価分析

ほとんどの教員および指導者は学生の看護技術不足を指摘していた。施設側からは少なくともコミュニケーション、患者の安全・安楽を考慮したバイタルサイン測定に関しては実習で実施可能な技術到達度の要求を受けた。

教員側からは学生は学習していても、実践可能なレベルではないと評価していた。

原因としては、患児だけでなく家族と指導者の見守る中で看護実践する環境となり、特に少子化のため現在の付き添い家族は1~5人(母親、両祖父母)という場合がほとんどである。また学生が臨地実習で受け持つ患児は疾患を治療するために持続点滴中であったり体幹にドレナージチューブを挿入中であったりと高度な技術を要する場合が多い。

③ 実習終了後の学生による教員・指導者評価の分析

講義・演習の充実、臨地実習前のオリエンテーションの充実と技術演習時間の確保を要望する学生が多かった。実習中の指導に関しては特に要望はなかった。

④ 演習プログラムと方法論の評価

演習単元、時間が少ないと教員は評価していたが演習を指導可能な教員数は2人であり、指導対象の学生は110~140名という人的資源問題が大きかった。さらに演習に必要な看護用具の購入も不十分で演習が可能な状況ではなかった。しかしながら学生が臨地実習で安全・安楽・安心を考慮した看護実践のために早急な対策が必要である。

演習項目にもよるが、教員によるデモンストレーションは極力少なくした。これは教員の経験からも体感していることだが、学生は教員のデモンストレーションを模倣することに意識を集中する恐れがある。デモンストレーションどおりの技術が最善ではなく、多様で多数の技術獲得が学生には望まれる。

そのため、1. Critical Thinking

2. Communication 3. Assessment 4. Technical Skillsを目標に各小児の成長発達段階を考慮した事例を使用し、その実際をイメージリーしながら看護技術の演習を行う方法は続行することにした。

⑤臨地実習における評価以外の技術演習阻害要因の分析

a) 学生側の要因：学生数が多いこと、大学の学習方法を学生は理解できずに『講義がなかった、教えてもらっていない。』という学生の主張が目立った。さらに学生の自己学習不足が挙げられた。

b) 教員側の要因：専任担当教員数の不足と小児看護学の専門家・実践家としての経歴と業績不足があげられた。

c) その他の要因：本学は講義、演習終了を1年経過してからの臨地実習カリキュラムであることから講義や演習内容を学生の記憶にはわずかに残存する程度になっている。さらに本学は実習施設や附属病院を持たない看護系大学であり、実習施設は6施設で小児科から障害児施設と発達段階や在院期間、疾患から看護上の問題も社会的、経済的なもので多岐に渡る。さらに医療技術の進歩に伴い小児の対象疾患は重症化・複雑化し急性期での短期間の入院や在宅看護も増加しているため、臨地実習施設で受け持つ患児の疾患と病態を理解するだけでも高度なアセスメント能力と技術が要求される。

(2) 改善策の検討・実践とその評価

①学生の事前学習不足への対応

学生側の要求に対して、演習前後の課題レポートを義務化し、事前学習を強制的に行わせた。さらに、学生全員のレポートをA,A',B,B',C',C,Dと7段階に評価した。レポート作成とその評価法、カンファレンスの方法論、リーダーシップ理論に関する講義を学生に1コマ90分を使用して行った。またグループダイナミクスを考慮し7人編成(前後1人)とし、1ヶ月毎にレポート評価を点数化しグループ改編の資料として実行した。学生は1ヶ月毎に新メンバーで演習を行うようにした。

②学生の主体性への指導

なおレポートD評価の学生には事前学習不足と判断し演習の見学のみを認めた。

演習前15分間をレポート評価と結果を学生に報告した。また優秀レポートAに関しては学生の許可を得てから、保存版レポートとしてコピーし、閲覧用レポートとして講義終了後1週間(9時から18時まで)はいつでも閲覧可能とし、学生の主体的なレポート作成能力向上に期待した。さらに教員のレポート評価に不満や不安のある学生には個人面談を行い問題解決を図った。そして教員間の評価を統一するためお互いの学生評価に関して会議を持った。

③学生の思考能力・アセスメント能力向上

多様な状況に学生が今までより対応可能になるよう、思考力、アセスメント能力、実践力、応用力を養成する目的で、小児の成長発達段階を考慮した上で患児と家族に行うインフォームド・コンセントの実際、看護手順、注意点、観察項目、後片付けなどの具体的な項目を記入する記録用紙を作成した。記録することで、学生は問題の情報収集方法、アセスメント、実践、評価をグループワークで行った。しかしながら教科書、参考図書を提示しているものの演習内容を学習可能な文献がほとんど存在せず、学生は対応に苦慮していた。けれども学生はなぜ必要な文献が存在しないのか、看護記録の必要性についても考慮する機会となったことを演習前のレポートで述べていた。

1、2回目の学生のレポートは文献の模写がほとんどであったが、事例を考察しながら演習での経験、指導教員のコメントや指導内容を考え、器具や用具の選択、事例のイメージリーが可能となっていった。演習事例は最低3事例での検討と実践を教員は要求した。演習後にグループ毎に演習の感想、結果、

技術の到達度などを含めた考察を2～5分間プレゼンテーションを行い、カンファレンスの場を設けた。その結果、話す、書くの訓練となるだけでなく各グループの看護や観察の視点、新たな気づきもあって、学習効果は高まったと考える。さらに演習後の個人レポートは演習前のレポートの評価や演習に対する考察が述べられており、グループ演習では見えていなかった各学生の演習での問題、到達度、気づきを教員が把握することも可能となった。

④ 演習教材の充実

人形モデルなど、臨地実習施設で使用されている教材や医療・看護用具を充実させるために、講義の予算計画時には演習計画を提出し大学事務、学内においても協力を求めている。けれども学生数が多いので教育環境の整備と充実にはしばらく時間が必要である。文献に関しては教員より毎年専門領域の文献を検討し図書館の購入図書として推薦している。年々充実していく参考図書や教科書に対して学生の多くは一定の評価をしているが冊数が少ないことは現実問題として大きい。

⑤ 事例作成の過程

事例作成にあたり、教員によって①臨地実習で学生が受け持つ患児の疾患②国家試験に出題率が高い疾患を考慮し、各成長発達段階とその特性を含めた事例を検討し作成した。

⑥ 演習での記録用紙作成

学生の思考過程を明確にし、演習する目的、準備物品の選択とその根拠、準備日にかかった時間、演習した結果をまとめ、考察するような記録用紙を各々の演習で作成した。演習記録はグループワークとして演習終了後、もしくは演習2日後に教員に提出を求めた。

⑦ 専任教員不足の対応

専任教員の補充は容易でないことから、基本的なバイタルサインズ測定、清潔の援助の

演習に関しては本学の他領域の助手にも支援と協力を求めた。しかし専門領域以外の演習のためにイメージしづらい場面もあると予測し、演習前の会議には演習計画、指導のポイントの資料、参考文献資料を教員に渡し演習全般に意見を求め討議している。演習の際、教員は指導内容を統一する必要性があり学生の混乱を最小限となるように配慮している。

⑧ 小児看護専門家としての教員の研鑽と研修

専任教員は講義・演習の計画、準備、実施、さらに実習調整、予算請求など多忙を極める状況においても専門領域だけでなく看護全般、関連領域に関する学術集会、研修へ参加し情報交換を行いながら教員として研鑽に努めている。

専任教員2人は臨床現場の実践から約5～7年の垂離があるため日々進歩する医療機器、器具、看護用具の進歩に指導教員が対応できるような対策を取っている。実習中に臨地実習指導者や現場のスタッフから器具の名称、操作・点検方法や注意点、看護のポイントなどの指導を教員は受けてファイルし情報交換を行っている。教員は学生に対し具体的で分かりやすい指導を行うように努力することは義務である。看護技術教育向上のためにも臨床と教育のユニフィケーションは欠かせないものであると実感している。

⑨ 演習方法の改善

専任教員による現状分析後に検討し以下のような経過を得て改善した。

- a) 演習プログラムの作成 (表1を参照)
- b) 演習に必要な物品のチェックと予算、購入計画
- c) 演習講義案作成後に専任教員による会議
- d) 事例作成
- e) 他領域の演習助手の確保と調整

- f) 学生に演習前・後課題の提示
 - g) 専任教員による学生演習前レポート評価
 - h) 学生のグループ編成
 - i) 演習に参加可能な教員による演習前会議
内容は演習項目と演習での事例内容、事例での指導方法の統一と確認、学生の事前レポートの課題とした。また担当する教員に学生の事前レポートを渡し、指導する学生の学習状況を理解してもらい、演習計画内容、時間配分などを討議した。演習に関する資料も配布し専任教員に協力教員からの質疑応答の時間も設けている。1回の事前会議は約1～2時間を要し、演習準備にも協力を要請することもあった。
 - j) 演習後に参加した教員会議は演習直後もしくは2～3日後に開き、演習に関する時間配分、内容、学生の思考過程や工夫、技術の到達度、問題行動のある学生などの諸問題に関して討議を行っている。会議に欠席する教員には上記の項目に関して文章で報告を求めている。
 - k) 専任教員による学生の演習後レポート評価
- 1) 専任教員による演習後会議
学生と教員の演習評価をまとめ、問題点は改善策を立案し、効果があった場合は次回の演習にも利用する。次回の演習プログラムの打ち合わせを行っている。

3. 今後の課題

- 1) 学生の個人レベルでの技術到達度の評価
演習中、演習後のレポートからも学生全員が演習に参加していてもグループ演習のため看護技術実践や訓練ができる人数は時間的にも予算的にも限界がある。そのため臨地実習において学生は意識化はできていても実践できない学生も多い。臨地実習の場ではじめて学生は学習の理解度、実践に必要な学習の要

求度、本学が展開している問題解決志向の重要性を理解できる段階で学生の行動変容には到達していない。学生は自己の看護実践能力を評価し、課題を明確化できるが自己効力の低下につながり、学習意欲の低下という結果にならないように指導教員は学生の行動変容を支援する必要がある。演習の回数が増すほどに教員の問いかける『優先順位』を学生は考慮し状態が急変する小児看護の行動する場面が確実に増加したように感じる。今後は学生個人の技術到達度の評価方法と演習効果の評価を継続して行い、演習教育の充実をはかっていきたいと考えている。

2) 教員の負担

この教授法を中心として実施しているのは2人の専任教員である。演習前後の学生のレポートの評価だけでも30時間以上を必要とする。しかし、レポートの教員評価やコメントは各学生の学習動機と意欲の向上に直結している。また学生を書く能力を教員は客観的に把握し学生個人の問題や疑問などに対応している。学生も教員評価を真摯に受容し教員コメントの少ないレポートや評価に対し、その根拠や指導を教員は学生から求められる状況で、教員としてうれしい悲鳴をあげている。

レポートを書く能力も学生に個人差はあるものの確実にAレポートの占める割合は増加傾向にあり、少なからず教育効果はあったと評価している。

3) 新たな看護教育法の開発

社会は看護系大学に看護専門職としての実践能力を要求している。技術教育に関しては既存の授業形態である一つの単元での演習方法では限界があり、続発する医療事故の防止対策のためにも社会の現状とニーズに対応可能な新たな看護技術と教育方法に関する概念枠組みが必要ではないかと考える。技術教育に関して教員のさらなる質の向上のために教

育と臨床とのユニフィケーションを早期に実践する必要があると考える。毎年新たな教育方法の創出が看護界でも報告されているが、

演習には経済的、時間的な限界があるので教育効果の評価を多様な視点から評価し継続して検討していくべきである。

表1 小児看護技術コース(小児看護方法論)

回数	演習内容
1	1. 小児看護に必要な環境整備 1) 小児病棟における病床環境の実際 2) 環境整備の評価 2. 小児の抱き方・寝かせ方 1) 小児の抱き方・寝かせ方の実際 2) 小児の抱き方・寝かせ方の評価 3. 衣服の着脱 1) 衣服の種類・選択 2) 乳児モデルによる衣服の着脱の実際 3) 衣服の着脱の評価
2	褥瘡 1) 温褥法 2) 冷褥法 3) 褥瘡の実際 4) 患児の満足度 5) 褥瘡事例後の評価 6) 後片付け
3 4	身体計測 1) 計測順序 2) 計測の実際 3) 計測後の評価 4) 計測後のアセスメントと計画 5) 後片付け
5 6	Vital signs測定 1) 計測順序 2) 計測の順序 3) 計測後の評価 4) 評価後のアセスメントと計画 5) 後片付け
7 8	小児のフィジカルアセスメント 1) フィジカルアセスメント 2) その実際 3) 演習後の技術評価 4) 後片付け
9 10	沐浴 1) 乳児の沐浴のデモンストレーション 2) 乳児の沐浴の実際 3) 沐浴の技術評価 4) 後片付け
11 12	輸液管理 1) 小児期における輸液管理の特殊性 2) 小児輸液速度の計算 3) 小児の点滴ルート作成の実際 4) 技術評価 5) 後片付け
13	小児清潔援助 1) 小児の成長・発達段階、健康生涯の程度や状況のアセスメント 2) 清潔援助の種類・長所と欠点 3) 演習 4) 技術評価 5) 後片付け。

引用文献

1) 鈴木満知子、山村美枝、倉田節子他、看護実践能力を高めるための学内演習の実際：小児看護学、Quality Nursing、8(10)：

31-37. (2002)

2) 栗林浩子、小村三千代、福地麻貴子他、大学と臨床との連携のあり方、Quality Nursing、8(10)：67-72. (2002)

- 3) 中村伸江、看護学実習の課題解決と発展の試み—小児看護学、Quality Nursing、7(3) : 43-46. (2001)
- 4) 飯村直子、長内佐斗子、松尾ひとみ他、看護系大学の教育理念と小児看護学の学習目標、Quality Nursing、4(5) : 49-53. (1998)
- 5) 成田康子、岡村絹子、地域に密着した小児病棟の存続を願って 診療報酬に関心を持つことの重要性、看護教育、41(6) : 419-422. (2000)
- 6) 川村佐和子、大学教育の立場から臨地実習を考える、看護教育、43(6) : 451-453(2000)
- 7) 財団法人 大学基準協会、21世紀の看護教育、(2002)
- 8) 飯村直子、伊藤久美、江本リナ他、看護系大学における小児看護学実習の概要、日本小児看護学会誌、10(2) : 16-21. (2001)
- 9) 正木治恵、山内豊明、勝野とわ子他、4年制大学における看護技術の教育のあり方、看護教育、41(9) : 419-422. (2000)
- 10) 山内豊明、看護学基礎教育における技術教育とその保証に向けて、Quality Nursing、7(4) : 22-26. (2001)
- 11) 山内豊明、これからの教員の役割と債務カリキュラム開発に向けて、看護教育、40(1) : 21-27. (1999)
- 12) 松尾ひとみ、長内佐斗子、飯村直子他、看護大学における小児看護学の授業の実際と今後の展望、Quality Nursing、4(6) : 49-54. (1998)
- 13) 桑野タイ子、私たちは看護技術教育をこう考える、看護教育、39(1) : 70-74. (1998)
- 14) 来生奈巳子、飯村直子、江本リナ他、文献からみる小児看護学実習を指導する教員の実態と今後の課題、日本小児看護学会誌、10(2) : 31-37. (2001)

Development of the teaching-methods model of a child nursing training

Tamami Ninomiya, Motoko Yamabe

Abstract

The extent of chronic and deperiorate illness with complications, in contemporary Society is also highlighted, together with the need for nursing to become more skills in child health care. This report suggested how effective clinical nursing teaching was and analyzed the reasons for teacher's teaching performance. Simulation of problem-based learning was realistic, fun and interesting for students. The dynamic features of simulations were judged to be most useful. Training with simulation was regarded as the curricular integration of simulations decisive in determining their contribution to learning in nursing education.

Key words : Child health care, Problem-based learning, Training with simulation nursing