

# 小児看護学実習における看護技術経験の実態

枝川 千鶴子, 藤原 紀世子, 豊田 ゆかり

愛媛県立医療技術大学紀要 第12巻 第1号抜粋

2015年12月

## 小児看護学実習における看護技術経験の実態

枝川 千鶴子\*, 藤原 紀世子\*, 豊田 ゆかり\*

### A Survey of Skill Experiences of Nursing Students in Pediatric Nursing Practice

Chizuko EDAGAWA, Kiyoko FUJIWARA, Yukari TOYOTA

Key Words : 小児看護学実習 看護技術 経験 到達状況

#### 序 文

本学における看護実践能力の育成は、2002年3月に文部科学省の看護学教育の在り方に関する検討会から「大学における実践能力の育成の充実に向けて」<sup>1)</sup>が報告された後、大学4年間での看護技術教育の構造化について検討を重ね、独自に作成した臨地実習における看護技術経験表<sup>2)</sup>を用いて学生を指導している。

小児看護学実習では、看護学科内で共通使用している看護技術の卒業時到達度目標をもとに、成長・発達や過去の受け持ち患者の特徴から小児看護学における項目・到達レベルを示した看護技術経験表を作成し、学生が主体的に技術を学ぶツールとして使用しており、教員も学生指導や臨床側との共通理解の資料として使用してきた。

現在本学の小児看護学実習は、総合病院2ヶ所に分かれて実施しており、A病院の小児混合病棟では急性期にある患児や手術を要する小児を受け持つ事が多く、B病院では小児科病棟とGCUに分かれて慢性期にある小児を受け持ち2週間の実習を行っている。また外来実習半日、NICU見学実習1時間も実習期間の中で実施している。

今後さらに、少子化や入院期間の短縮化により実習期間を通して患児を受け持ち看護実践する機会が減少することが考えられ、小児看護学実習での技術経験がますます困難になることが予測される。

そこで、現在の小児看護学実習における技術経験と設定レベルの到達状況を調査し実態を把握する必要があると考えた。

#### 研究目的

小児看護学実習における技術経験と技術到達レベルの到達状況を明らかにし、技術教育に関する基礎資料とする。

#### 方 法

1. 対象者：総合病院で平成27年に小児看護学実習を行った看護学科3年生44人と4年生14人

2. 期間：平成27年1月～6月

3. 調査内容

1) 小児看護学技術経験表の項目と到達レベルについて  
本学の看護技術経験表は各専門領域で教授する技術項目等と「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する報告書」<sup>3)</sup>(以下報告書とする)の枠組みを参考に作成され、技術項目のうち「チューブ挿入中等の人」「嚥下障害のない人」「摂食・嚥下障害のある人」など対象者の特性や患者に侵襲が伴う技術など状況によって異なる項目は技術細目として設定されている。また卒業時到達目標の基準については、学生が単独実施できるレベル1、指導者と共に実施できるレベル2、学内演習で実施できる。実習では原則見学とするレベル3と、知識としてわかるレベルで細目は、「〇〇がわかる」という表現で設定され、実習では見学のみとするレベル4の4段階の到達目標の基準が設定されている。

小児看護学の技術経験表では【環境調整技術】や【食事援助技術】など13項目とし、「遊びや学習の援助」「乳児の与薬」「幼児の与薬」など小児看護特有のものを設定し、116の細目を設定している。

\*愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科

到達レベルの設定基準は、報告書の水準と本学の看護技術経験表を参考に到達レベルⅠ：教員や看護師の助言・指導により学生が単独で実施した、到達レベルⅡ：教員や看護師の指導を受けながら共に実施した、到達レベルⅢ：教員や看護師・医師の実施を見学した、の3段階とした。

## 2) 技術提供に関連した学生の体験

技術経験表は、項目と到達レベルを記す一覧表であるが、学生がどんな体験をしながら到達レベルに至ったか、どのように技術経験を積み重ねていたか、困った事やその時の対処などあれば記述できるよう自由記述項目を追加した。

## 3) 技術経験表の配布・回収

小児看護学実習開始前に技術経験表について説明し配布した。実習期間中、学生の自己管理のもとに技術経験表をチェックし、受け持ち患児・受け持ち以外の患児の区別なく、実習期間中における技術経験について実習終了時の到達レベルの記載を求めた。実習終了時に回収し、研究の同意が得られた学生のデータのみを分析対象とした。

## 4. 分析方法

得られたデータはMicrosoft Excel 2013を用いて項目毎に単純集計を行った。各技術項目のレベル毎に集計し、経験しなかった、を除く実施と見学レベルⅠ～Ⅲの総計を経験率として求め、先行研究<sup>4)</sup>を参考に経験率を30%未満、30～70%未満、70%以上に分類した。また、経験者のうち設定している到達レベルに達した学生の比率を到達率として求めた。

技術提供に関連した学生の体験についての自由記述は、内容を技術項目に照らし合わせながら、内容の類似性により分類し整理した。

## 5. 倫理的配慮

技術経験表は、教育評価の資料とするため全員に提出を求めたが、経験表の結果も研究の同意の有無も成績には関係無い事、個人が特定されないように分析・処理し管理すること、同意しても同意の撤回が可能であることなどを文書および口頭で説明し、実習最終日に提出を依頼した。技術経験表の結果を利用するにあたって学生からの同意の有無を文書で確認し、同意が得られた結果のみを分析対象とした。

なお、本研究は愛媛県立医療技術大学研究倫理委員会で承認を得た(承認番号：14-019)。

## 結 果

本研究に同意が得られた学生は、39人(67.2%)であった。細目によって欠損データがあったが、回答が得られた細目について有効回答として処理した。

なお、技術経験の細目については「」、項目については「」で示した。

### 1. 小児看護学実習における看護技術の経験状況(表1)

#### 1) 経験率70%以上の技術

116の細目のうち経験率が70%以上だった技術は、29細目だった。「快適な病床環境：環境アセスメント」92.3%、「快適な病床環境：環境調整」87.2%、「基本的なベッドメイキング」83.8%、「食事摂取状況アセスメント」97.4%、「栄養状態アセスメント」89.7%、「電解質データの逸脱がわかる」92.1%、「食生活の改善点がわかる」86.8%、「遊びや学習の援助」84.2%、「身だしなみを整える援助」86.5%、「バイタルサイン測定」100%、「一般状態の変化に気づく」100%、「系統的な症状の観察」94.7%、「状態をアセスメント」97.4%、「標準予防策に基づく手洗いの実施」100%、「感染性廃棄物の取り扱い」83.3%、「患者誤認の防止策の実施」85.7%、「療養環境を安全に整える」94.4%、「転倒・転落・外傷予防」97.4%、「安楽な体位の保持」82.9%、「安楽を推進するケア」85.7%、「精神的安寧を保つ工夫を計画」81.1%などであった。

【排泄援助技術】、【呼吸・循環を整える技術】、【創傷管理技術】、【救命救急処置技術】、の4項目は70%を超える細目がなかった。

#### 2) 経験率30%未満の技術

経験率が30%未満だった技術は、28細目だった。「経鼻胃チューブからの注入」14.3%、「膀胱留置カテーテル挿入患者の観察」14.3%、「関節可動域訓練」17.1%、「気管内吸引」17.1%、「体位ドレナージ」11.8%、「酸素ボンベの操作」17.1%、「直腸内与薬前後の観察」19.4%、「インシュリンの投与方法」8.6%、「インシュリン投与患者の観察」8.6%、「気道確保」13.9%、「簡易血糖測定」14.3%などであった。

【環境調整技術】、【安全管理の技術】、【安楽確保の技術】の3項目は経験率30%未満の細目がなかった。

### 2. 小児看護学実習における看護技術の到達状況(表1)

経験率70%以上の29細目のうち28細目(96.5%)は到達率70%以上であったが、「正確に身体計測ができる」58.6%と到達率50%程度の細目もあった。経験率30%～70%未満の59細目のうち46細目(77.9%)は到達率70%以上であった。経験率30%未満の28細目のうち19細目(67.8%)は到達率70%以上であった。

表1 小児看護学実習における看護技術経験の実態

■到達レベルの設定基準

到達レベルⅠ：教員や看護師の助言・指導により学生が単独で実施した

到達レベルⅡ：教員や看護師の指導を受けながら共に実施した

到達レベルⅢ：教員や看護師・医師の実施を見学した

n=39

項目	No.	細目	到達レベル (小児設定)	経験状況				到達状況			
				人数	経験者 (人)	経験率 (%)	30%未満 30~70% 70%以上	レベルⅠ (人)	レベルⅡ (人)	レベルⅢ (人)	到達率 (%)
1. 環境調整技術	1	患者にとって快適な病床環境：環境アセスメント	I	39	36	92.3	○	32	2	2	88.9
	2	患者にとって快適な病床環境：環境調整	I	39	34	87.2	○	31	2	1	91.2
	3	基本的なベッドメイキング	I	37	31	83.8	○	30	1	0	96.8
	4	臥床患者(ベッド上安静患者)のリネン交換	II	36	19	52.8	○	4	14	1	94.7
2. 食事援助技術	1	患者の状態に合わせて食事介助(嚥下障害のない人)	I	35	12	34.3	○	7	0	5	58.3
	2	患者の食事摂取状況(食行動、摂取方法、摂取量)アセスメント	I	38	37	97.4	○	31	2	4	83.8
	3	経管栄養法を受けている患者の観察	I	35	14	40.0	○	9	5	0	64.3
	4	経鼻胃チューブからの流動食の注入	II	35	5	14.3	○	0	0	5	0.0
	5	経鼻胃チューブ挿入・確認	III	35	9	25.7	○	0	1	8	100.0
	6	患者の栄養状態をアセスメント	I	39	35	89.7	○	31	4	0	88.6
	7	患者の疾患に応じた食事内容の指導	II	36	24	66.7	○	4	15	5	79.2
	8	電解質データの基準値からの逸脱がわかる	I	38	35	92.1	○	27	8	0	77.1
	9	患者の食生活上の改善点が変わる	I	38	33	86.8	○	29	4	0	87.9
3. 排泄援助技術	1	自然な排便を促すための援助	I	36	20	55.6	○	14	4	2	70.0
	2	自然な排尿を促すための援助	I	36	18	50.0	○	14	3	1	77.8
	3	患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助	I	36	16	44.4	○	12	2	2	75.0
	4	膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察	I	35	5	14.3	○	1	2	2	20.0
	5	患者のおむつ交換	I	37	21	56.8	○	10	4	7	47.6
	6	膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル管理	II	36	8	22.2	○	0	4	4	50.0
	7	グリセリン浣腸	III	36	8	22.2	○	0	0	8	100.0
4. 活動・休息援助技術	1	患者を車椅子で移送	I	36	12	33.3	○	8	2	2	66.7
	2	患者の歩行・移動介助	I	38	25	65.8	○	19	3	3	76.0
	3	遊びや学習の援助	I	38	32	84.2	○	30	2	0	93.8
	4	患者の睡眠状況をアセスメントし、基本的な入眠を促す援助計画	I	35	26	74.3	○	23	2	1	88.5
	5	患者の機能に合わせてベッドから車いすへの移乗	II	35	9	25.7	○	0	5	4	55.6
	6	目的に応じた安静保持の援助	II	37	21	56.8	○	2	15	4	81.0
	7	体動制限による苦痛の緩和	II	35	16	45.7	○	0	10	6	62.5
	8	患者のストレッチャー移送	II	35	11	31.4	○	0	5	6	45.5
	9	関節可動域訓練	II	35	6	17.1	○	0	3	3	50.0
5. 清潔・衣生活援助技術	1	入浴が生体に及ぼす影響を理解し、入浴前・中・後の観察	I	38	26	68.4	○	19	6	1	73.1
	2	患者の状態に合わせて足浴・手浴	I	36	11	30.6	○	6	3	2	54.5
	3	清拭援助を通して、患者の観察	I	38	27	71.1	○	21	6	0	77.8
	4	洗髪援助を通して、患者の観察	I	38	19	50.0	○	12	6	1	63.2
	5	口腔ケアを通して、患者の観察	I	37	20	54.1	○	16	0	4	80.0
	6	患者が身だしなみを整えるための援助	I	37	32	86.5	○	25	3	4	78.1
	7	持続静脈内点滴注射を実施していない臥床患者の寝衣交換	I	36	16	44.4	○	9	6	1	56.3
	8	入浴(シャワー)の介助	II	37	19	51.4	○	0	15	4	78.9
	9	陰部の清潔保持の援助	II	36	21	58.3	○	0	17	4	81.0
	10	臥床患者(ベッド上安静患者)の清拭	I	36	18	50.0	○	10	7	1	55.6
	11	臥床患者(ベッド上安静患者)の洗髪	I	36	9	25.0	○	5	3	1	55.6
	12	持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換	II	36	20	55.6	○	0	16	4	80.0
	13	沐浴の実施	II	36	21	58.3	○	1	17	3	85.7
6. 呼吸・循環を整える技術	1	酸素吸入療法を受けている患者の観察	I	36	12	33.3	○	11	0	1	91.7
	2	患者の状態に合わせて温巻法・冷巻法	I	35	11	31.4	○	7	2	2	63.6
	3	患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助	I	36	25	69.4	○	20	4	1	80.0
	4	末梢循環を促進するための部分浴・巻法・マッサージ	I	35	7	20.0	○	5	1	1	71.4
	5	酸素吸入療法の実施	II	36	8	22.2	○	0	6	2	75.0
	6	口腔内・鼻腔内吸引	III	36	9	25.0	○	0	0	9	100.0
	7	気管内吸引	III	35	6	17.1	○	0	0	6	100.0
	8	体位ドレナージ	II	34	4	11.8	○	0	3	1	75.0
	9	酸素ボンベの操作	III	35	6	17.1	○	0	0	6	100.0
	10	気管内吸引時の観察点が変わる	III	35	10	28.6	○	0	0	10	100.0
	11	酸素の危険性を認識し、安全管理の必要性がわかる	III	35	10	28.6	○	1	0	9	100.0
	12	人工呼吸器装着中の患者の観察点が変わる	III	35	8	22.9	○	0	0	8	100.0
	13	循環機能のアセスメントの視点がわかる	III	35	18	51.4	○	1	2	15	100.0

項目	No.	細目	到達 レベル (小児設定)	経験状況				到達状況			
				人数	経験者 (人)	経験率 (%)	30% 未満	30~ 70%	70% 以上	レベルI (人)	レベルII (人)
7. 創傷 管理技術	1	患者の褥創発生の危険をアセスメント	I	38	24	63.2	○	20	4	0	83.3
	2	患者の創傷の観察	II	36	24	66.7	○	3	19	2	91.7
	3	創傷処置のための無菌操作(ドレーン類の挿入部の処置も含む)	III	36	9	25.0	○	0	0	9	100.0
	4	創傷処置に用いられる代表的な消毒薬の特徴がわかる	III	36	14	38.9	○	0	0	14	100.0
8. 与薬 の技術	1	経口薬服薬後の観察	II	36	24	66.7	○	3	19	2	91.7
	2	経皮・外用薬の投与前後の観察	II	36	20	55.6	○	1	18	1	95.0
	3	直腸内与薬の投与前後の観察	II	36	7	19.4	○	1	6	0	100.0
	4	点滴静脈内注射をうけている患者の観察	II	39	30	76.9	○	3	24	3	90.0
	5	点滴静脈内注射の輸液の管理	III	39	29	74.4	○	0	2	27	100.0
	6	輸液ポンプの基本的な操作	III	38	26	68.4	○	0	0	26	100.0
	7	経口薬の種類と服用方法 : 乳児の与薬	III	36	15	41.7	○	0	1	14	100.0
	8	経口薬の種類と服用方法 : 幼児の与薬	III	37	21	56.8	○	0	0	21	100.0
	9	経皮・外用薬の与薬方法	III	35	22	62.9	○	1	0	21	100.0
	10	中心静脈内注射をうけている患者の観察	III	36	21	58.3	○	1	0	20	100.0
	11	静脈内注射の実施方法がわかる	III	35	20	57.1	○	0	0	20	100.0
	12	薬理作用をふまえた静脈内注射の危険性がわかる	III	35	22	62.9	○	0	1	21	100.0
	13	静脈内注射実施中の異常な状態がわかる	III	35	22	62.9	○	0	2	20	100.0
	14	抗生物質を投与されている患者の観察点がわかる	III	37	26	70.3	○	0	1	25	100.0
	15	インシュリン製剤の種類に応じた投与方法がわかる	III	35	3	8.6	○	0	0	3	100.0
	16	インシュリン製剤を投与されている患者の観察点がわかる	III	35	3	8.6	○	0	0	3	100.0
	17	薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬・血液製剤を含む)方法がわかる	III	36	18	50.0	○	0	0	18	100.0
	18	輸血が生体に及ぼす影響をふまえ、輸血前・中・後の観察点がわかる	III	36	12	33.3	○	0	0	12	100.0
9. 救命 救急処置 技術	1	緊急なことが生じた場合にはチームメンバーへの応援要請	I	36	24	66.7	○	23	0	1	95.8
	2	患者の意識状態の観察	II	36	24	66.7	○	3	21	0	100.0
	3	気道確保	III	36	5	13.9	○	0	0	5	100.0
	4	意識レベルの把握方法がわかる	III	36	12	33.3	○	0	1	11	100.0
	5	止血法の原理がわかる	III	36	10	27.8	○	0	0	10	100.0
10. 症状・ 生体機能 管理技術	1	バイタルサインを正確に測定	I	39	39	100.0	○	34	5	0	87.2
	2	正確に身体計測ができる	I	38	29	76.3	○	17	6	6	58.6
	3	患者の一般状態の変化に気づく	I	39	39	100.0	○	35	4	0	89.7
	4	系統的な症状の観察	II	38	36	94.7	○	4	31	1	97.2
	5	バイタルサイン・身体測定データ・症状などから状態をアセスメント	I	39	38	97.4	○	35	3	0	92.1
	6	目的に合わせた採尿の方法を理解し、尿検体の正しい取り扱い	I	36	8	22.2	○	0	5	3	62.5
	7	培養(鼻腔・咽頭・血液・便)方法の理解と正しい取り扱い	II	36	8	22.2	○	0	5	3	62.5
	8	簡易血糖測定	II	35	5	14.3	○	1	2	2	60.0
	9	正確な検査が行えるための患者の準備	II	35	21	60.0	○	4	11	6	71.4
	10	検査の介助	II	36	19	52.8	○	1	10	8	57.9
	11	検査後の安静保持の援助	II	36	20	55.6	○	1	16	3	85.0
	12	検査前、中、後の観察	II	37	25	67.6	○	3	16	6	76.0
	13	血液検査の目的を理解し、血液検体の取り扱い方がわかる	III	35	15	42.9	○	0	0	15	100.0
	14	身体侵襲を伴う検査の目的・方法・生体に及ぼす影響がわかる・骨髄穿刺	III	36	14	38.9	○	0	0	14	100.0
	15	身体侵襲を伴う検査の目的・方法・生体に及ぼす影響がわかる・腰椎穿刺	III	36	10	27.8	○	0	0	10	100.0
11. 感染 予防技術	1	スタンダード・プリコーション(標準予防策)に基づく手洗いの実施	I	38	38	100.0	○	38	0	0	100.0
	2	必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の装着	II	36	26	72.2	○	13	13	0	100.0
	3	使用した器具の感染防止の取り扱い	II	36	27	75.0	○	9	17	1	96.3
	4	感染性廃棄物の取り扱い	II	36	30	83.3	○	9	20	1	96.7
	5	無菌操作	II	35	10	28.6	○	0	9	1	90.0
	6	針刺し事故防止対策の実施	II	35	14	40.0	○	1	10	3	78.6
	7	針刺し事故後の感染防止の方法がわかる	III	35	11	31.4	○	0	2	9	100.0
12. 安全 管理の技 術	1	インシデント・アクシデントが発生した場合には、速やかに報告	I	35	18	51.4	○	16	1	1	88.9
	2	災害が発生した場合には、指示に従って行動	I	35	14	40.0	○	13	1	0	92.9
	3	患者を誤認しないための防止策の実施	I	35	30	85.7	○	23	2	5	76.7
	4	患者の機能や行動特性に合わせて療養環境を安全に整える	II	36	34	94.4	○	8	26	0	100.0
	5	患者の機能や心理・行動特性に合わせて転倒・転落・外傷予防	I	38	37	97.4	○	32	5	0	86.5
	6	放射線曝露の防止のための行動	II	36	15	41.7	○	1	13	1	93.3
	7	誤薬防止の手順にそった与薬	III	37	17	45.9	○	0	1	16	100.0
	8	人体へのリスクの大きい薬剤の曝露の危険性および予防策がわかる	III	35	16	45.7	○	0	1	15	100.0
13. 安楽 確保の技 術	1	患者の状態に合わせて安楽に体位を保持	II	35	29	82.9	○	3	24	2	93.1
	2	患者の安楽を促進するためのケア	II	35	30	85.7	○	4	25	1	96.7
	3	乳児の発達にあわせた抱き方・寝かせ方	I	35	19	54.3	○	13	3	3	68.4
	4	患者の精神的安楽を保つための工夫を計画	II	37	30	81.1	○	5	24	1	96.7

### 1) 環境調整技術

到達レベルⅠの3細目は90%前後の到達率だった。「臥床患者のリネン交換」は経験率52.8%であったが到達率は94.7%だった。

### 2) 食事援助技術

到達レベルⅠについて、「食事摂取状況アセスメント」の到達率は83.8%、「栄養状態アセスメント」88.6%だが、「食事介助:嚥下障害のない人」は到達率58.3%、「経管栄養法を受けている患者の観察」は64.3%であった。到達レベルⅡの「経鼻胃チューブからの流動食の注入」は、見学レベルのⅢのみであった。

### 3) 排泄援助技術

経験率は14.3%~55.6%と全体に低く、レベルⅢのグリセリン浣腸も22.2%の経験率であった。到達レベルⅠの「排便を促す援助」、「排尿を促す援助」、「便器・尿器の選択と援助」は到達率70%以上であったが、「膀胱留置カテーテル挿入患者の観察」到達率20.0%、「おむつ交換」47.6%であった。

### 4) 活動・休息援助技術

到達レベルはⅠ~Ⅱで設定されている。「遊びや学習の援助」93.8%、「入眠を促す援助計画」88.5%の到達率であるが、「ベッドから車椅子への移乗」55.6%、「患者のストレッチャー移送」45.5%、「関節可動域訓練」50.0%の到達率であった。

### 5) 清潔・衣生活援助

到達レベルはⅠ~Ⅱで設定されている。レベルⅠの「臥床患者の寝衣交換」「臥床患者の清拭」「臥床患者の洗髪」は経験率25.0%~50.0%、到達率55%程度であった。レベルⅡの「入浴介助」「陰部清潔援助」「点滴実施中の患者の寝衣交換」「沐浴の実施」は、ほぼ80%以上の到達率であった。

### 6) 呼吸・循環を整える技術

到達レベルⅠの「酸素療法を受けている患者の観察」の到達率は91.7%、「体温調節の援助」は80.0%であった。レベルⅡの「酸素吸入療法の実施」「体位ドレナージ」は75.0%の到達率であった。到達レベルⅢの項目についてほとんどが経験率30%未満であった。

### 7) 創傷管理技術

到達レベルⅠの「褥創発生の危険をアセスメント」は83.3%、到達レベルⅡの「患者の創傷の観察」は91.7%の到達率であった。

### 8) 与薬の技術

到達レベルはⅡ~Ⅲで設定されている。「直腸内与薬」「インシュリン製剤」に関する細目は経験率が30%未満であったが、その他は30%以上の経験率であり、到達率はすべて90%以上であった。

### 9) 救命救急処置技術

到達レベルⅠの「緊急時の応援要請」、レベルⅡの「意

識状態の観察」は経験率60%以上で、到達率は95%以上であった。

### 10) 症状・生体機能管理技術

経験率70%以上の中で到達レベルⅠの「バイタルサイン測定」は到達率87.2%、「一般状態の変化に気づく」89.7%、「状態をアセスメント」92.1%であった。「正確に身体計測ができる」は到達率58.6%であった。

到達レベルⅡの「系統的な症状の観察」は到達率97.2%と高値であったが、「検査の介助」57.9%、「簡易血糖測定」60.0%であった。

### 11) 感染予防技術

到達レベルⅠ「標準予防策に基づく手洗い」、到達レベルⅡの「必要な防護用具の着用」は到達率100.0%であった。その他の細目も78%以上の到達率であった。

### 12) 安全管理の技術

経験率70%以上の項目について、到達レベルⅠの「患者誤認の防止策の実施」は76.7%、「転倒・転落・外傷予防」は86.5%、レベルⅡの「療養環境を安全に整える」は到達率100.0%、であった。

### 13) 安楽確保の技術

到達レベルはⅠ~Ⅱで設定されている。経験率70%以上のレベルⅡである「安楽な体位の保持」、「安楽を推進するケア」、「精神的安寧を保つ工夫を計画」の3細目はすべて90%以上の到達率であった。到達レベルⅠの「抱き方・寝かせ方」は68.4%であった。

## 3. 小児看護学の技術提供に関連した学生の体験

自由記述では13人(33.3%)から複数回答が得られ、技術提供に関連した記載のあった8人を有効回答とした。困った事として、患児が啼泣し創部に影響すると思った「目的に応じた安静保持の援助」や内服を嫌がる患児への「服薬の援助」など6項目に分類された(表2)。技術経験表にはない「児や家族との関わり」項目もあげられた。対処として、看護師からアドバイスを受けるや、教員と一緒に実施、家族の協力を得るなどであったが、「児や家族との関わり」では、根気強く話しかけるや積極的に関わるなど学生だけで対処していた。

## 考 察

小児看護学実習における看護技術経験について、経験率・到達率ともに7割を超える技術細目は「快適な病床環境:環境アセスメント」、「快適な病床環境:環境調整」、「基本的なベッドメイキング」、「食事摂取状況アセスメント」、「栄養状態アセスメント」、「遊びや学習の援助ができる」、「基本的な入眠を促す援助計画」、「点滴静脈内注射を受けている患者の観察」、「バイタルサイン測定」、「一般状態の変化に気づく」、「系統的な症状の観察」、

表2 小児看護学実習での技術提供に関連した学生の体験

n=8 (複数回答)

項目	困った事	対処
目的に応じた 安静保持の援助	啼泣されたこと (口腔内に傷があり、啼泣が影響する 場面)	担当看護師さんに相談した。
清潔援助	清潔ケア	看護師さんにアドバイスをもらった。
服薬の援助	内薬を嫌がるため、人形を用いて内服を促すが、患児 が人形とおもちゃの薬で遊び始めてしまった。	母親の協力を得て、母親の説得でようやく飲み始めた。
バイタルサイン 測定	バイタルサイン測定時に動いてしまったので、どこま で固定してもよいか	看護師さんに聞きながら行った。
	児はよく泣くし、呼吸音を聞こうと思っても動いたり、 拒否して聴診器を押しつけられた。	看護師さんの対応のしかたを見学し、真似をした。
	呼吸音の聴診で、副雑音の区別がわかりにくかった。	先生と一緒に聴診してもらい教わった。
	2歳児の血圧測定がうまく行えなかった。	看護師さんや先生にアドバイスをもらい、看護師さん や母親に児をあやしてもらいながら、興味をそらしつ つ測定した。
呼吸・循環 モニター管理	SPO <sub>2</sub> 、脈拍数を常にモニターを付けて測定している患 児の値がよく変動してアラームが鳴っていた。	先生と一緒に訪室した。
児や家族との 関わり	ゲームばかりしていて、なかなか顔を見て話を聞いて もらえなかった。	根気強く話しかけたり、ゲームをする前に工作や散歩 に誘ってみた。
	家族との関わり	積極的に関わりをおこなった。
	常に母親が父親・祖父・祖母が付き添っており、訪室 すると邪魔になる気がして行きにくかった。	長居しないようにして、家族が休める時間をつくろう と思った。

「患者の状態をアセスメント」、「標準予防策に基づく手洗い」、「必要な防護用具の装着」、「器具の感染防止の取り扱い」、「感染性廃棄物の取り扱い」、「療養環境を安全に整える」、「転倒・転落・外傷予防」、「安楽な体位の保持」、「安楽を推進するケア」、「精神的安寧を保つ工夫」などの28細目であった。

当大学の基礎看護学実習における看護技術経験の分析<sup>5)</sup>では、2年次に行く基礎看護学実習Ⅱにおいて「療養環境調整技術」、「ベッドメイキング」、「体温・脈拍・心音・呼吸・血圧測定」、「手洗い」、「転倒・転落・外傷の予防」は66.7%~100%と高い経験率となっており、これらの細目は基礎看護学での経験の上に対象の個性を踏まえた経験の積み重ねができていくことが考えられる。

【環境調整技術】や【感染予防技術】、【安全管理の技術】は、ほぼ80%以上の到達率であり、感染や安全への配慮を必要とする小児を対象とするため経験率・到達率ともに高い結果となったと考える。また、【安楽確保の技術】についてもほとんどの細目が経験率・到達率ともに高かったが、治療・検査に伴う苦痛や辛さを体験している小児に対し、気分転換や遊び・スキンシップなどを通してストレスを緩和し精神的安寧を保ちたいと意識し行動していたのではないかと考える。

【食事援助技術】、【排泄援助技術】、【活動・休息援助技術】、【清潔・衣生活援助技術】などの日常生活援助について、経験率14~97%、到達率0~100%とばらつき

がみられるが、小児看護学実習では家族が付き添いをしていくことが多く、また受け持つ患児は状態が安定していることも多いため、日常生活の援助やカテーテル類を挿入している小児の援助などについて、学生が経験する機会が少ない細目があることが考えられる。小迫らの研究<sup>6)</sup>でも食事、排泄、活動・休息、清潔・衣生活について、状態のアセスメントは8~9割の学生が単独で実施したと回答しているが、生活援助の環境設定や介助に関して2~4割の学生が「機会なし」という結果であった。家族の付き添いがあっても、タイミング良く意識的に生活援助の場に参加するよう学生に働きかけることや、看護師が実施している看護のシャドーイングによって、学生が経験する機会が少ない細目について学べる機会を作るなど、実習指導者との調整が必要と考える。

【呼吸・循環を整える技術】、【創傷管理技術】、【与薬の技術】、【救命救急処置技術】、【症状・生体機能管理技術】など診療補助に関連する項目は、患児への侵襲が大きい細目があり見学レベルに設定されているものが多い。経験率は30~70%が多かったが、外来実習やNICU見学実習で経験することが可能な細目もあり、教員が事前に情報を取り実習指導者と調整することで、看護師と共に実施または見学実施ができることと考える。学生に対しても、受け持ち患児を通して経験できる事、病棟・外来・NICU見学実習を通して経験できる事など一緒に情報を確認しながら、学生が主体的に計画的に実習の進捗に従って経験を積み重ねることができるよう、意図的に

働きかけていくことが重要と考える。

【呼吸・循環を整える技術】の経験率は13細目中9細目が30%未満で、他の項目に比べ低いことが明らかとなった。その他、経管栄養に関する細目についても経験率も到達率も低かった。実習中に経験する機会が少ないことが考えられるが、昨今医療的ケアを必要とする小児が増えており、在宅や病院でもこうした技術提供が今後ますます必要になることも予想される。小児看護学単独ではなく、在宅看護学など他領域と連携した技術教育の検討が必要である。

技術提供に関連した学生の体験では、患児が泣く事や嫌がるなど小児看護の対象の特徴に関連した困難を体験していた。対処行動としては、看護師や教員、家族など第三者の協力を得ていた。また、児や家族との関わりについても挙げられ、看護技術の経験率や達成率を高めるためには、児や家族との関係構築を支援する事が、限られた期間の中でより実習効果を高めることに繋がると考える。

さらに、実習病院が2ヶ所であり、病院や受け持った小児の年齢・疾患などによって看護技術の経験率や達成率は異なってくる。単に経験率や到達率を高めるだけでなく、思考や行動を振り返り知識と統合し、さらに学内で演習できるように学習環境を調整することで、より実践能力向上に繋がると考える。

## 引用文献

- 1) 文部科学省(15/10/26)：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて、看護学教育の在り方に関する検討会報告書, [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm).
- 2) 西田慎太郎, 矢野紀子, 青木光子他(2008)：臨地実習における看護技術経験の実際. 愛媛県立医療技術大学紀要, 5, (1), 105-112.
- 3) 厚生労働省(15/10/26)：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0317-4.html>.
- 4) 前掲<sup>2)</sup>
- 5) 岡田ルリ子, 青木光子, 相原ひろみ他(2008)：基礎看護学実習における技術教育の課題－2年間の看護技術経験状況の分析から－. 愛媛県立医療技術大学紀要, 5, (1), 65-73.
- 6) 小迫幸恵, 森田秀子, 塩川朋子(2008)：小児看護学実習における看護技術経験の現状と課題. 山口県立大学看護栄養学部紀要創刊号, 1, 28-38, [http://www.l.yamaguchi-pu.ac.jp/archives/2008/nursingandnutrition/05\\_kosako.pdf](http://www.l.yamaguchi-pu.ac.jp/archives/2008/nursingandnutrition/05_kosako.pdf)

## 要 旨

本研究は、小児看護学技術教育に関する基礎資料とするために、看護学科3年後期から4年前期に行われた小児看護学実習を終えた学生に対して、小児看護学実習での技術経験の実態について調査した。

その結果、【環境調整技術】、【安全管理の技術】、【安楽確保の技術】の3項目とバイタルサインの測定や状態のアセスメント、手洗いの実施、などの細目は経験率・到達レベルの到達率が高かった。【排泄援助技術】、【呼吸・循環を整える技術】、【創傷管理技術】、【救命救急処置技術】の4項目は経験率70%を超える細目がなかった。経鼻胃チューブからの注入や膀胱留置カテーテル挿入患者の観察は経験率・到達率ともに低いことが明らかとなった。

学生が経験する機会が少ない細目については、看護師のシャドーイングを行うなど指導者との調整により見学ができる機会を増やし、経験率を高めることが可能と考える。

また、経験率を高めるだけでなく、思考や行動を振り返り知識と統合し、さらに学内で演習できるように学習環境を調整することで、より実践能力向上に繋がると考える。

## 謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました学生の皆様に深く感謝いたします。

## 利益相反

本研究における利益相反はない。