

原 著

フィジカルアセスメント講座を受けた訪問看護師の技術習得レベルの分析～SCATを用いて～

伊藤達也¹⁾・北啓一朗²⁾・梅村俊彰³⁾・山城清二²⁾

SCAT analysis of the skill acquisition level of visiting nurses attending the physical assessment course

Tatsuya ITOH¹⁾, Keiichiro KITA²⁾, Toshiaki UMEMURA³⁾, Seiji YAMASHIRO²⁾¹⁾Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama²⁾Department of General Medicine, Toyama University Hospital³⁾Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

和文要旨

地域包括ケアシステムにおいて訪問看護師はキーパーソンであり、医師と連携の下、身体的状態を的確に観察、アセスメントする必要がある。そこで、フィジカルアセスメント講座を受講した訪問看護師の技術習得レベルを明らかにすることを目的とした。対象は、フィジカルアセスメント講座を受講したA訪問看護ステーションの訪問看護師で、半構造化面接法を用いてインタビューを行い、SCAT法を用いて分析を行った。研究参加者は6名で、訪問看護師歴は2～20年であった。SCATによる分析の結果、ストーリーラインと理論記述が得られた。技術習得レベルを、ベナーの看護実践の習熟度レベルを参考に段階分けしたところ、新人レベル～中堅レベルにあると推察された。また、訪問看護ステーションがフィジカルアセスメント講座を受講したことで、訪問看護師の技術習得レベルが向上し、事業所単位で実践コミュニティとなることが示唆された。

英文抄録

In the Community-based Integrated Care System, visiting nurses play a significant role because they accurately observe and assess physical conditions in collaboration with physicians. The purpose of this study was to clarify the skill acquisition level of visiting nurses who attended the physical assessment course. The participants were visiting nurses at a visiting nurse station who had attended the physical assessment course. We interviewed them using the semi-structured interview method and analyzed them using Steps for Coding and Theology (SCAT). The SCAT resulted in storylines and theory writings. The skill acquisition level of visiting nurses was graded based on Dr. Benner's stages of clinical competence from advanced beginner to a proficient level. It was suggested that the skill acquisition level improved when the visiting nurses attended the physical assessment course, then it became a practical community at the site level.

Key words: 訪問看護師, フィジカルアセスメント, SCAT, 技術習得レベル, 実践コミュニティ

はじめに

2025年までに我が国は、「団塊の世代」が75歳以上となり、超高齢社会を迎える。できる限り住み慣れた地域で生活を継続できる環境を整備していくことは、喫緊の課題である¹⁾。保健・医療・福祉制度は、従来の疾病や傷害の治癒・回復を目的とする「医療モデル」優先から、生活の質に焦点をあて、疾病や障がいがあっても地

域の住まいで自立してその人らしく暮らすことを支える「生活モデル」に、大きくシフトしようとしている²⁾。生活モデルへの転換において、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築が図られている³⁾。地域包括ケアシステム構築では、訪問看護師はキーパーソンであり、訪問看護体制の確保と充実が最重要課題である。

(受稿2022.6.20/受理2022.8.4)

¹⁾富山大学大学院 医学薬学教育部 看護学専攻(修士課程)成人看護学講座

²⁾富山大学附属病院 総合診療科

³⁾富山大学大学院 医学薬学研究部 成人看護学

地域包括ケアシステムにおいて看護職は、医師との連携の下、患者の疾病や治療内容を理解し、身体的状態などを的確に観察、アセスメントする。そして、患者の病態の変化を予測するとともに、その兆候を察知し、医療の必要性を判断する。重症化・多様化・複雑化した在宅療養者への看護には、適切な状況把握と判断が必須であり、高度なフィジカルアセスメント能力が求められる。山内⁴⁾は、訪問看護におけるフィジカルアセスメントの意義について、次のように述べている。「在宅医療」という場面では、利用者本人の要因や住環境、生活背景などがより複雑に絡み合うため、身体情報と生活環境情報をいかに連結させるかが重要なカギとなる。得られた身体情報と生活環境情報とを連結させることこそが、生活の場で活躍する訪問看護師の大切な役割である。

山城⁵⁾は、T県内の訪問看護師に対して、2010年よりフィジカルアセスメント講座「診察力アップ講座」を継続的に開催している。講座では範例を用いて、「重症度判定」「意識状態の評価」「バイタルサイン」「心音・呼吸音聴取」の講義と、心音呼吸音聴診用シミュレータを利用した演習を行っている。本研究は、このフィジカルアセスメント講座を受講した訪問看護師の技術習得レベルを明らかにしたいと考えた。これにより、訪問看護師の更なる技術習得レベルへの課題を示唆することができると考えられる。

対象および方法

1. デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 研究対象

2010年～2017年にフィジカルアセスメント講座「診察力アップ講座」を受講したA訪問看護ステーションの訪問看護師

3. 調査期間

2019年2月～5月

4. 調査項目

1) 基本情報

性別、年齢、臨床経験歴、訪問看護師歴、フィジカルアセスメント講座の受講回数

2) インタビューデータ

半構造化面接法を用いてインタビューを行った。研究参加者がフィジカルアセスメント講座を受講した後、臨床の場面で一番役に立った知識や技術、印象に残っている範例について自由に語ってもらい、気になった点や今後の課題などを質問した。面接時間は60分程度とし、許可を得てICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

大谷⁶⁾を参考に、質的データ分析手法であるSCAT (Step for Coding and Theorization) 法を用いた。インタビューデータを全て逐語録(テキスト)とし、SCATの分析フォームへ転記した。テキストをセグメント化し、〈1〉テキスト中の着目すべき語句、〈2〉それを言い換えるためのテキスト外の語句、〈3〉それを説明するための語句、〈4〉そこから浮かび上がるテーマ・構成概念、の順にコードを付した。テーマ・構成概念を紡いでストーリーラインを記述し、理論を記述した。グレッグら⁷⁾が示す厳密性の検討を参考に、Lincoln & Gubaの評価基準⁸⁾に基づいて、信頼性を確保した。

6. 倫理的配慮

本研究は、富山大学人間を対象とし医療を目的としない研究倫理審査委員会の承認(臨認30-19)を得た。

結果

研究参加者は6名の訪問看護師で、訪問看護師歴は2～20年、フィジカルアセスメント講座の受講回数は2～11回であった。面接時間は45～60分であった(表1)。SCATの分析フォームを用いた例を、表2に示す。

研究参加者6名のストーリーラインと理論記述を、以下に示す。ストーリーラインの中の「」はテーマ・構成概念を、理論記述の中の〈〉は考察の際に注目した語句を示す。

表1 基本属性

研究参加者	性別	年齢	臨床経験歴	訪問看護師歴	受講回数	面接時間
A	女性	50歳代	30年	15年	3回	50分
B	女性	40歳代	22年	7年	3回	45分
C	女性	40歳代	20年	7年	2回	55分
D	女性	40歳代	20年	10年	11回	60分
E	女性	60歳代	40年	20年	11回	50分
F	女性	60歳代	39年	9年	11回	60分

表2 SCATでの分析例（研究参加者Aの分析フォームより抜粋）

テキスト	<1>テキスト中の着目すべき語句	<2>それを言い換えるためのテキスト外の語句	<3>それを説明するための語句	<4>そこから浮かび上がるテーマ・構成概念
57 金属音とか、水疱音とかそういうのはすぐに役に立って。心音はなかなか難しいので。そのまだ、いまだにちょっと、なんか。記録に残すまで自信がなくて。肺の音なら、まあ。コースクラックル、ファインクラックル、そういうのはなんか、あーとかなんかわかるように。なんか、今まで聴診はドクターの仕事やと、なんか私たちはそこまでする、なんていうか、スキルはいらん病院にいたから。別に。一応なんか、聴診器は持っているけど、ハートレートとか、なんかそういうのだけ聞いてたなど。グル音とか、あとはマーゲンチューブ入れた時のエアーの確認とか、そういうことなら、まあ。	金属音とか水疱音とかそういうのはすぐに役に立って／心音はなかなか難しい／記録に残すまで自信がなくて／コースクラックル、ファインクラックル、そういうのはなんか、あーとかなんかわかるように／今まで聴診はドクターの仕事／私たちはそこまでする／スキルはいらん病院にいたから／一応なんか聴診器は持っているけど／グル音とかマーゲンチューブ入れた時のエアーの確認	呼吸器系および消化器系の聴診の実践しやすさ／心音聴取の理解の困難さ／理解できなかった所見のカルテ無記載／呼吸器系および消化器系の聴診教育の理解の程度	呼吸音の理解のしやすさ／腸雑音の聴診習慣有り／他人に記録を見られる恥ずかしさ／所見を理解できなかった恥ずかしさ／曖昧な所見を書きたくない思い／聴診についての新たな学びの楽しさ／聴診に対する省察	呼吸音の理解のしやすさ／腸雑音の聴診習慣有り／呼吸器系および消化器系の聴診の実践しやすさ／心音聴取の理解の困難さ／理解できなかった所見のカルテ無記載／他人に記録を見られる恥ずかしさ／所見を理解できなかった恥ずかしさ／曖昧な所見を書きたくない思い／聴診についての新たな学びの楽しさ／聴診に対する省察
58 痰がゴロゴロしていたら、まあ聴診ではそこらへんはわかるけど、医者の仕事だろうと思ってたんですけど、今回山城先生に講義をいろいろ受けさせていただいて、聞いても聞いてもなかなか完全にはマスターしていないだろうと思うんですけど。なんか、でも結構身について、私たち一人で仕事してこなくちゃいけないから、その助けにはなっているなと思っています。	痰がゴロゴロしていたら／聴診ではそこらへんはわかるけど／医者の仕事だろうと思ってた／講義をいろいろ受け／聞いても聞いてもなかなか完全にはマスターしていない／なんかでも結構身について／私たち一人で仕事してこなくちゃいけないから／助けにはなっているな	聴診に対する考え方の変化／診察力アップ講座受講後の省察／診察力アップ講座による訪問看護への一助の可能性	ひとり訪問の責任感	講座後の聴診に対する考え方の変化／受講後の省察／講座による訪問看護への一助の可能性／ひとり訪問の責任感

1. 研究参加者A

1) 研究参加者Aのストーリーライン

訪問看護の特徴からくる「ひとり訪問の責任感」と、持ち合わせた「育児しながら働く献身性」や「聴診についての新たな学びへの感受性の高さ」により「新しい勉強会への自発的な参加」を促していた。「県外での講座受講歴無し」であった。働く環境の「医師不足の地域」も加わり、「高度な専門性の在宅への必要性」を感じ取り、「在宅をより良くしたい意気込み」へと変わっていった。在宅で生活する「高齢者」に対し「利用者への思い入れ」があり、過去に在宅での「急変対応への経験」したこともあり、「ACPと急変時のジレンマ」を感じていた。

診察力アップ講座を受講する以前は、「看護学生の時にフィジカルアセスメントの講義を受けた経験の無さ」「看護学生の時に聴診の実技経験無さ」が背景にあった。新卒でICUへ入職後、「ICUでの具体的な聴診内容」を振り返ると「音の有無のみの聴診」を行っていた。「判断に時間がかかる」と捉えたことで「時間がかかる業務の省き」、「聴診所見の簡素化」が起こっていた。そういった暗黙の「職場での聴診習慣」になっていた。また、「新卒教育で心音聴取を教わった経験」がある一方で、「臨

床での心音聴取経験の無さ」「腹部聴診経験の少なさ」が実情で、「経過表を埋めることが目的の聴診」を行い、「多忙業務の中の聴診への意識」は薄れ、「聴診への意識の低さ」となっていた。そういった「講座受講前の聴診の習慣」は、診察力アップ講座を受けることで、「聴診所見の理解の程度」に改めて刺激を受け、「講座受講前は副雑音の有無のみ聴診」や「講座受講前の聴診に対する捉え方」「聴診は役割外という認識」が変わっていった。診察力アップ講座を受講した後の理解につながった場面は、「間質性肺炎の症例」「イレウスの症例」であった。その理由は「呼吸器系および消化器系の聴診の実践しやすさ」「呼吸音の理解のしやすさ」「腸雑音の聴診習慣」があった。副雑音の判別ができるようになり「聴診についての新たな学びの楽しさ」となっていた。在宅で生活する「高齢者」に訪問すると、「異常音を聴取する機会の多さ」が「学習意欲が出る環境」となった。「肺音聴診の理解のしやすさ」から「聴診に対する前向きな姿勢」もつくりだしていた。「入院適応だった困難症例の振り返り」、「家で過ごしたい本人の希望の支援」を達成することができたのは、「診察力アップ講座を受講していた自信」から「困難症例を看る自信」になった。それは、年1回の定期開催により「同じ学習内容による理

解の確認」と不定期の新しい学習内容が「新たな学びへの満足感」となっていた。さらに、「1回受講では理解不十分と感じる不安」から、「複数回受講して理解を深めたい」という思いになり「複数回受講の動機」へと繋がっていた。「複数回受講が大きな自信」となり、「講座による訪問看護への一助の可能性」となっていた。「聴診は看護師の役割外という認識」が変化し、理解できた所見はカルテに記載するようになった。また、講座に対し「診察力アップ講座への聴診の講義という認識」を持ち、講師からは「医学的視点を含めた全体像の把握」を求められていると感じ取っていた。それに対し、「看護師のケアの視点」を大切に考えていた。「自己を発展途上としての捉えと診察力アップ講座への期待」から「診察力アップ講座の開催希望間隔」を年1回以上と希望していた。一方で、難しいと捉えていた講座の内容があった。循環器系のアセスメントの中で、「心音聴取の理解の困難さ」を捉え、「曖昧な所見を書きたくない思い」から「理解できなかった所見のカルテ無記載」が起こっていた。「心音所見をカルテ記載する他の看護師への医師からの指摘」されている姿を見て、「自分も同じ体験をしたくない後ろめたさ」「心音所見のカルテ記載内容への自信の無さ」を表出していた。「神経学的所見を取る習慣の無さ」や打腿器を持つ習慣がなく「深部腱反射所見の臨床活用の困難さ」が、普段実践しない「脳神経系フィジカルアセスメントへの自信の無さ」へと、「脳神経系フィジカルアセスメントの理解の曖昧さ」から「脳神経系フィジカルアセスメントへの苦手意識」が生まれていた。

2) 研究参加者Aの理論記述

診察力アップ講座を初めて受講し、〈肺音聴取の理解しやすさ〉を感じ取る。副雑音の判別ができるようになり、〈聴診についての新たな学びの楽しさ〉となる。在宅で生活する高齢者は、〈異常音を聴取する機会が多く〉、〈学習意欲が出る環境〉になる。〈肺音聴診の理解のしやすさ〉から〈聴診に対する前向きな姿勢〉もつくりだし、習慣化となっていく。

複数回受講により聴診経験の少ない腹部聴診の金属音理解を促す。また、聴診は看護師の役割外という認識が変化し、理解できた所見はカルテに記載するようになる。診察力アップ講座の講師から、医学的視点を含めた全体像の把握を重要なポイントだと受け止め、診察力アップ講座を受講していた自信から困難症例を看る自信になる。

一方で、循環器系のアセスメントの中で、心音聴取の理解の困難さを捉え、〈曖昧な所見を書きたくない思い〉から〈理解できなかった所見のカルテ無記載〉が起きる。また、〈心音所見をカルテ記載する他の看護師への医師からの指摘〉されている姿を見て、自分も同じ体験をしたくない後ろめたさ、心音所見のカルテ記載内容へ

の自信の無さも背景としてある。

2. 研究参加者B

1) 研究参加者Bのストーリーライン

「怒られ辛い経験」をして「トラウマな手術室勤務時代」を過ごした過去があった。さらに、「異動して病棟勤務」になるが、「4年目の病棟勤務の同期と同じ働きを求めてくる先輩看護師」から「同期の看護師との比較」が生じていた。「部署ごとの仕事内容の違い」を理解されず、「先輩からの自分の思い描く指導と実際の先輩の態度との乖離」があり、異動後も「辛い病棟経験」になっていた。退職し、「嫁いだ地域の病院へ転職」し、「転職先の病棟勤務の楽しさ」を実感した。しかし、外来に異動になり「外来勤務時の一人夜勤の辛さ」や「救急外来の大変さ」から「仕事と理想の家庭を築く困難さ」を感じていた。「流産の経験」もあったため、「家庭環境の整いと育児への決心」をして、一般診療所に転職した。転職した当初は「職場へ看護記録を行おうとする積極性」をみせていたが、「診療所内での仕事内容と自分の思い描く看護との乖離による落胆」を経験し、そのまま10年の月日が流れた。その10年の間、勤める診療所と連携する訪問看護師のいきいきと働く姿に徐々に魅かれていった。そして、自分も同じように働きたいという「なりたい看護師像への志し」が生まれ、「希望した訪問看護師の道へ」転職した。働き始め、「訪問看護師の仕事内容への衝撃」を覚えた。その背景には、「臨床経験による自信の無さ」や「成人や高齢者へのケアの経験の少なさ」から「診療所勤務時代の不勉強への後悔」を感じていたからだった。

訪問看護師になり、ひとり立ちして、「訪問看護への楽しい思いを実感」していった。その主な理由は、「訪問看護の主体性」であった。一人で訪問することによる責任がつかまとう反面、自分で考え、行動する自主性が「看護師としての自己実現」となり、良い結果になれば、利用者・家族から感謝が返ってきて「承認欲求の充満」、「やりがいを実感」するようになっていた。病院看護と比較すると、「病棟勤務の過密タイムスケジュール」の中、「病院の画一的な看護業務」行い、間違いが起きないよう「過度な監視体制」で働くことが合わなく、「辛い病棟経験」となっていた。

訪問看護師になってから、「診察力アップ講座を3回受講」した。「他の講座を1回受講」した経験があったが、「講義の内容は覚えていない曖昧な記憶」であった。「講座前は聴取される心音全て同じという考え」だったが、少しずつ変化していった。診察力アップ講座を複数回受講し、「受講後臨床での異常心音聴取の経験」された。具体的には、「ギャロップ音とⅢ音の聴取経験」と「Ⅰ音とⅡ音の間のザーという雑音を聴取した経験」であった。具体的には、「カルテは慢性心不全と記載」さ

れており、「超高齢の女性の寝たきりの方で肝疾患を患っていた」。「明らかな違いを実感」したケースで、「他の看護師も同意見」であるほどだった。診察力アップ講座を受講した後、「心音聴取の習慣化」ができていたことで、「意識的に心雑音を聴取」する習慣から、「既往歴から雑音の有無に関わる病態をイメージ化」を行い、「聴診から心臓の病態をイメージ化」につなげ、「心雑音を聴き分け」できるようになっていった。さらに、継続して聴診しているため、「病的Ⅲ音の症例の改善した経過を心音聴取で理解」することができた。しかし、「外部環境や患者への気遣いから盲目的に心音聴取を実践」しているため、「盲目的に実践する聴診部位の正確性の不安」が生じていた。また、「所見を取ることもケアをする優先度」を考え、「医師と看護師との優先度の違い」を感じていた。優先度を頭に置いて試行錯誤したが、「所見をとりながらバイタルサインを測る難しさ」を実感していた。

2) 研究参加者Bの理論記述

訪問看護師として臨床に出て、〈臨床経験による自信の無さ〉、成人や高齢者へのケアの経験の少なさから〈診療所勤務時代の不勉強への後悔〉を振り返る。訪問看護師としてひとり立ちし、訪問看護の主体性から訪問看護への楽しい思いを実感する。

診察力アップ講座を受講し、聴取される心音全て同じという考えだったが、少しずつ変化していった。〈心音聴取が習慣化〉され、意識的に心雑音を聴取する。既往歴から雑音の有無に関わる病態のイメージ化を行い、〈聴診から心臓の病態をイメージ化〉につなげ、心雑音を聴き分けできるようになっていく。さらに、継続して聴診することで、〈病的心音の改善した経過を聴診で理解〉するといった経験が培われる。聴診を臨床で実践するうえで、外部環境や患者への気遣いから盲目的に心音聴取を実践しているため、〈盲目的に実践する聴診部位の正確性の不安〉が生じる。また、〈所見を取ることもケアをする優先度〉を考え、医師と看護師との優先度の違いを感じる。〈所見をとりながらバイタルサインを測る難しさ〉を実感する。

3. 研究参加者C

1) 研究参加者Cのストーリーライン

入職時、「卒後の訪問看護前の病棟経験の必要性」を管理職者から言われ、「15年間の病棟勤務」となった。15年目にしてやっと訪問看護師となり、「病棟勤務でのフィジカルアセスメントの状況」「聴診する習慣の無さ」「アセスメントする習慣の振り返りの無さ」「聴診など無しでドクターコールの習慣」を振り返り、「報告における病院と訪問看護の違いの実感」し、「判断能力を身に着けたい思い」が芽生え、「向上心」が刺激され「専門職としての省察と目標設定」を繰り返していった。そ

の考えの深層には、「フィジカルアセスメントへの不安」を感じていたからであった。

さらに病棟勤務時代を振り返り、「高齢者ケアの忙しさ」「聴診以外の必要なケアが多い」「病棟での業務過多」などによる「病棟での業務過多の環境」や「聴診機会の省察」を俯瞰し、「聴診の継続性の無さ」「実務環境と自己研鑽の困難さ」が原因で「実践知の未習得」になっていったのではないかと考えていた。病棟勤務時代に一度院内のフィジカルアセスメント講座を受講して「聴診の自己学習意欲」はあったものの、「聴診の継続性の無さ」「実践の無さ」「実践回数の必要性」を感じ取っていった。「病棟勤務での後悔」から、「聴診の省察」「聴診経験の省察」を行い、「形式知と実践知の繋がり」は「経験の積み重ね」が必要だと「聴診所見を理解する方略の示唆」を潜在的に感じ取っていた。

訪問看護師の時代は、聴診の「正常と異常の聴き分け能力」を身に着けたく、「診察力アップ講座は2回受講」された。「講義1回目後漠然とした理解」の学習段階であったが、「講座後の聴診を行う習慣」が身につく、「行動変容の発生」が生じていた。「経験の積み重ね」により、「聴診理解の変化」を徐々に自覚していった。それは「講義2回目後理解した聴診実践」が受講した当月に起こった。その明らかに自覚した範例は、「肺疾患の患者」であった。元々、「聴診の正常と異常の理解」が曖昧な時は、「形式知から実践知への心の壁」が生じて、他の看護師らが継続的に記載していても「理解できなかった所見のカルテ無記載」が伴っていた。具体的な内容は、吸引前後の聴診により「実践で肺基礎疾患のと音と痰の絡んだ音の違いの理解」に繋がった「実践知に至った経緯」を「形式知と実践知の繋がり」の時間間隔として捉えていた。講義の際「シミュレータと実際に聴取される音の乖離」や「シミュレータの限界」を理解していた。聴診を行う習慣から、「聴診の普段と異常の比較」をして「聴診時の異常の気づき」から「聴診による病態生理の理解」になった。「聴診所見を他者と共有」することで、事業所内で申し送りや他職種への報告から「医師とのコミュニケーション材料」になり、「共有による向上心の高まり」や「聴診理解の自信と喜び」、「自己成長の実感」を他者とも共感していた。「実践知に至った」根底には、「聴診経験の省察」を行った時の「病棟勤務と訪問看護の責任の違い」や「実務環境による責任の違い」を自覚し、意識的に聴診を実践していた経緯もある。

肺音に関する「自己成長の実感」の反面、「心音所見の難しさ」や「心音理解の難しさ」、「漠然とした理解」からくる「報告できない心音所見の理解度」「心音所見の報告実践不可」を現状理解していた。また、成長を実感した学習段階で「困難症例への対応の後悔」と「対応が違っていたら結果が違っていたんじゃないかという省

察」を経験していた。その経験から、「聴診の普段と異常の違いの気づき」がありながらも、「判断の迷い」から「利用者家族の判断を聴取」するほどの困難症例を通して、「現時点のフィジカルアセスメントの到達度合」を俯瞰していた。「フィジカルアセスメントの省察」「聴診の省察」を行い、改めて「聴診の重要性を実感」をしながらも、「聴診者単独による判断の限界」を感じていた。

訪問看護を経験した後は、異動となり回復期病棟で従事していた。そこでは、「現状と課題を探す前向きな姿勢」から「脳神経系アセスメントの必要性」を捉えていた。「主任という立場の責任感」から、「前向きな他者評価」を行い、「他者の能力を向上しようという姿勢」で勉強会を取りくもうとしていた。

2) 研究参加者Cの理論記述

訪問看護師として臨床に出て、〈フィジカルアセスメントへの不安〉から〈判断能力を身に着けたい思い〉が芽生えてくる。その結果、向上心が刺激され、〈専門職としての現在までの省察と新たな目標設定〉を最初に実践していく。〈聴診所見を理解する方略〉として、〈聴診の実践と省察〉「過去の聴診経験の省察」を行い、〈形式知と実践知の繋がり〉は経験と省察の積み重ねが必要である。

診察力アップ講座を初めて受講するときは、聴診の正常と異常の聴き分け能力を身に着けるという目標を掲げる。初回受講の学習段階では、漠然とした理解であるが、〈聴診を行う習慣〉となる。2回目以降の診察力アップ講座では、同じ内容の講義であるため、復習及び〈聴診理解の変化〉を徐々に自覚する。自覚した理解の変化により、聴診所見をカルテ記載するようになる。聴診を行う習慣から、聴診所見の普段と異常を比較して〈異常の気づき〉から〈聴診による病態生理の理解〉になる。また、聴診所見を他者と共有することで、事業所内で申し送りや他職種へ報告し〈コミュニケーション材料〉になる。〈聴診理解の自信と喜び〉、〈自己成長の実感〉を他者とも共感できる。

成長を実感した学習段階では、困難症例への対応の後悔と対応が違っていたら結果が違っていたのではないかという省察をおこなう。その省察から、現時点のフィジカルアセスメントの到達度合を俯瞰する。フィジカルアセスメントの省察、聴診の省察を行い、改めて〈聴診の重要性を実感〉をしつつも、〈聴診者単独による判断の限界〉を認識する。

4. 研究参加者D

1) 研究参加者Dのストーリーライン

臨床経験10年目になり、前職の上司の勧めから人手不足解消のため、希望も「全く無し」の状態であったが、訪問看護ステーションへ転職した。現職以前の訪問看護では「訪問看護の実際に対し介護士のようにだと認識」し

ていた。しかし、現職の訪問看護ステーションへ転職し「転職先の密な医療連携と訪問看護に感動」した。それは「24時間体制による訪問後の状態を予測した行動」が主な理由であった。その後は、「在宅では訪問看護師の必要性を実感」したり、「訪問看護師のサービスの質によって利用者の療養環境や在宅で過ごす期間の変化に影響」することを学んだ。「利用者及び家族の希望にそった自宅療養」を調整出来たら「支援のやりがい」を感じていった。

診察力アップ講座は「全て受講」していた。「近隣開催で参加する機会」があれば、受講希望の「学習意欲」が向上し、「定期的な省察」になる。詳しく言うと、「聴診所見を記録に残す自信の無さ」「聴診の異常所見有りのみをカルテ記載する限界」「聴診所見の異常種類を書けない限界」を省察し、自身の「講座直後はカルテ記載する意欲向上」、「講座直後の新しい記憶によるカルテ記載の自信」、事業所内の「講座直後による活発な討論」を経験していたからであった。「聴診所見のカルテ記載には自信が必要」で「自信向上には定期的な講座受講」だと考えている。「ディスカッションで意見が合うとさらに自信向上」にもなると考えている。

「診察力アップ講座受講以前は聴診器の使用経験ほぼ無し」だったが、「講座受講後から聴診経験の増加」を自覚していった。それは、「聴診所見が重症度判定する判断材料」になることや「聴診による利用者満足度の向上」などを経験し、「聴診する大切さを自覚」したためだった。

その経験した症例は「80歳台女性の熱発、バルン留置中」で、「高齢者の二人暮らし、病院受診も困難なため夜間対応の悩み」を医療者が持っていた。しかし、訪問看護の際に「経過や薬剤、状態、家族の介護力など全体を含めて考えた選択肢を立案」することができた。それまでは、「状態変化時は病院受診する選択肢のみ」を提案していた。しかし、その症例から、「点滴により受診するまでの時間の猶予」、「評価と予測は訪問看護師の強み」だと自覚し、「状態変化時は病院受診する以外の選択肢を立案」するようになっていった。その「説明内容に対し家族は納得」した様子もみられていた。これを経験した症例は、訪問看護師1年目の時には「不可能」であった。しかし、「先輩看護師の考えと症例を通した選択肢立案の学習」と診察力アップ講座を受講による「重症度判定とサービス調整との関連の理解」して、「アセスメント能力の向上と選択肢の立案増加の関連」を自覚していった。診察力アップ講座の機会は「講義内容と気になった症例の振り返り」となり、「選択肢立案」の省察になっていた。選択肢を考えることは徐々にできるようになっていったが、「決断する自信を持つための時間は5年」かかると自負していた。また、「吸痰している症例のサービス調整」や「がん性疼痛の症例のサービス

調整」が多く、「重症度を判定してサービス調整の経験」を積み重ね「利用者家族や他職種へのサービス調整の説明能力向上」も自覚していった。

2) 研究参加者Dの理論記述

訪問看護師として臨床に出て、在宅では訪問看護師の必要性を実感し、訪問看護師のサービスの質によって利用者の療養環境や在宅で過ごす期間の変化に影響することを学ぶ。それから、利用者及び家族の希望にそった自宅療養を調整出来たら支援のやりがいになる。フィジカルアセスメント講座を定期受講することは、〈定期的な省察〉になる。それは、聴診所見を記録に残す自信の無さ、聴診の異常所見有りのみをカルテ記載する限界、聴診所見の異常種類を書けない限界などを省察することができる。また、〈講座直後はカルテ記載する意欲向上〉、〈講座直後の新しい記憶によるカルテ記載の自信〉、事業所内の〈講座直後による活発な討論〉が生じる。「聴診所見のカルテ記載には自信が必要」であり、「自信向上には定期的な講座受講」がある。〈ディスカッションで意見が合うとさらなる自信向上〉になる。

診察力アップ講座受講以前は聴診器の使用経験はほぼ無だったが、〈講座受講後から聴診経験の増加を自覚〉する。それは、〈聴診所見が重症度判定する判断材料〉になることや〈聴診による利用者満足度の向上〉などを経験し、〈聴診する大切さを自覚〉するためである。〈先輩看護師の考えと症例を通じた選択肢立案の学習〉と診察力アップ講座を受講による重症度判定とサービス調整との関連を理解して、〈アセスメント能力の向上と選択肢の立案増加の関連〉を自覚することにより、利用者及び利用者家族へ状態変化時は病院受診する選択肢のみを提案していたが、状態変化時は病院受診する以外の選択肢を立案するようになる。選択肢を考えることは徐々にできるようになり、〈決断する自信を持つための時間は5年〉かかる。また、吸痰している症例のサービス調整やがん性疼痛の症例のサービス調整が多く、重症度を判定してサービス調整の経験を積み重ね〈利用者家族や他職種へのサービス調整の説明能力向上〉が現れてくる。

5. 研究参加者E

1) 研究参加者Eのストーリーライン

病棟勤務され、臨床経験20年目を機に勤務異動で訪問看護師となった。病院看護と訪問看護を比べ、病院看護に対し「迅速な多重業務への苦手意識」を感じていたが、訪問看護師になってから「訪問看護と自分の相性の良さ」と「訪問看護にやりがいを実感」した。訪問看護に対し「訪問看護が看護の本質と捉え」ていた。「訪問看護による担当利用者への責任感の強まり」と同時に「訪問看護によって利用者が元気になる姿をイメージする楽しさ」や「自分の看護の結果の嬉しさ」を感じ取り、「利用者からの感謝の言葉が原動力」となっていた。

「ひとり訪問による不安」や「ひとり訪問による危機感」から「フィジカルアセスメントへの学習意欲」になり、「診察力アップ講座を全て受講」したり、「他機関のフィジカルアセスメント講座を受講」「自己負担で聴診器を購入」したりしていた。「訪問看護師になり聴診器を所有」し、受講前から聴診を実践していった。

「訪問看護師になり5年目からフィジカルアセスメントの学習開始」し、「他機関のセミナーと図書でフィジカルアセスメントの形式知を自学自習」していたが、「自己のフィジカルアセスメント能力の自信の無さ」があった。「看護師ひとりひとりで学習」してきたり「複数の看護師で学習」したりしていたが、当時の管理者が「事業所内の看護師の学習意思統一」を図り「講師を依頼して学習」することを提案し診察力アップ講座が始まった。

「当初は看護師それぞれが聴診しない雰囲気」で聴診を行うことに反対意見もあったが、他の看護師も全員受講していたため「フィジカルアセスメントの重要性の認識」が改められ、「事業所内看護師のフィジカルアセスメントへの聴診意思統一」が徐々にされていった。「診察力アップ講座が事業所内看護師全員の聴診実践への後押し」となり、「他の看護師と聴診所見をディスカッション」され「フィジカルアセスメントについて話し合う雰囲気」が生まれ「講座によるフィジカルアセスメントの重要性の認識統一」となっていた。「診察力アップ講座が聴診実践への促進」していったと捉えている。

「看護学生の時のフィジカルアセスメント講義受講経験無く」、「卒後聴診器の所有無し」だったが、「一人訪問の不安」から聴診器を購入した。「習得していった経緯の振り返り」では、「フィジカルアセスメントの技術は診察力アップ講座で演習」し、「反復した実践と医師とのフィードバックにより習得」につながると捉えていた。「講義の受講と実践の重要性」を認識し、「臨床経験からくる形式知と実践知の習得の道筋」を示唆した。反復した実践により、「フィジカルアセスメントを通じた学習への楽しさ」や「聴診実践が曖昧な理解の部分を実感」し、「フィジカルアセスメントについて復習する意欲」が出て「自学自習への促進」が現れ、「診察力アップ講座が学習意欲を後押し」となっていた。

受講後に一番印象に残っている症例は、「多系統萎縮症で家族と同居し意思表示困難で人工呼吸器を装着している症例」であった。それは「吸引により肺胞呼吸音と酸素化が改善したのを聴診で実感」したからであった。

「聴診の習慣により異常を発見」し、「聴診で痰の貯留部位を予測」、「左無気肺の原因をアセスメントして推測」したことを「アセスメント内容を他の看護師へ周知」してその後の訪問看護に活かしていった。無気肺の原因は、「状況と他の看護師と話し合った結果」であった。振り返ると、「聴診習慣の無さ」や「異常を発見しようという意識した聴診実践の無さ」が、講座の受講と

実践を繰り返すことで、「聴診機会の増加」と「意識した聴診により所見を理解」となり、「普段から聴診の習慣」になっていった。また、「フィジカルアセスメントについて話し合う雰囲気」が生まれていたため「他の看護師も聴診習慣の獲得」となっていた。この「利用者の家族や他の看護師、医師へ状態報告を経験」が「説明能力向上」になっていると捉えている。

2) 研究参加者Eの理論記述

訪問看護の環境により、〈ひとり訪問による不安〉やひとり訪問による危機感から〈フィジカルアセスメントへの学習意欲〉が湧いてくる。そこから、他機関のセミナーと図書でフィジカルアセスメントの形式知を自学自習して、〈自己のフィジカルアセスメント能力の自信の無さ〉を補おうと努力していく。

診察力アップ講座を受けることで、〈フィジカルアセスメントの重要性の認識〉が改められていく。継続的な講義と演習により、〈フィジカルアセスメントを通じた学習への楽しさ〉や曖昧な理解の部分を自覚し、復習する意欲が出て、〈自学自習への促進〉となる。また、〈継続的な講義は学習意欲の後押し〉となる。〈講義から次の講義までの期間、聴診実践を行う〉ことで、聴診実践が曖昧な理解の部分を自覚し、〈反復した実践を医師または他の看護師とのフィードバックにより習得〉していく。それは、〈臨床経験からくる形式知と実践知の習得の道筋〉となる。

継続的に受けることで、〈事業所内看護師の聴診意思統一〉が徐々にされていき、聴診実践への後押しとなる。他の看護師と聴診所見がディスカッションされフィジカルアセスメントについて話し合う雰囲気が生まれ〈講座によるフィジカルアセスメントの重要性の認識統一〉といった組織風土になる。

6. 研究参加者F

1) 研究参加者Fのストーリーライン

病院で勤務している時は、消化器外科病棟におり、腹部の聴診は行っていた。また自分たちの世代の看護師は聴診を行う習慣がないと考えている。「看護協会主催のセミナーは全て受講」されており、「学習意欲が高い方」。

診察力アップ講座は、発起人であり、全て受講されている。「形式知の習得に演習が必須」であると「今までの経験による考え」として導き出している。フィジカルアセスメントを理解するためには、「複数回受講が必要」で「経験した病棟での実践知が講義内容の理解促進」になると感じている。

診察力アップ講座を受けることで、「聴診の習慣化」になったが、「聴診の異常所見の理解困難さ」があり「異常を所見として捉える自信の無さ」を持っていた。理解困難な理由としては、「受講時期との関連」「総合的な判断能力」があり、関心の分散があったためだと本人は捉

えている。しかし「明らかな異常所見の察知」をしている自負があった。形式知を習得するステップとして、「聴診の習慣が付き、医師へ報告して振り返り、不足していた部分を省察という一連の流れの繰り返し」であると考えている。また、省察は「事業所で話し合うことで振り返り」することができるとしている。さらに、「医師に教えてもらう受動的な姿勢より質問する積極性」が必要で、「質問することで信頼関係が生まれ連携が取りやすくなり医師から訪問依頼される関係に発展」にもつながると考えている。

「管理者としての視点」としては、異動してきた当初、「訪問看護部署の申し送り時の肺音所見に感嘆」した。それは「今までの経験に無」かったためだった。「現場に自分しかいない状況」から「訪問看護師の責任感」が強まり、「学習意欲の高さ」になっていると捉えている。また、現場での多かった症状から「呼吸器系アセスメントに注力」していると捉えていた。

2) 研究参加者Fの理論記述

看護協会主催のセミナーは全て受講し、学習意欲が高い志を持ち、〈診察力アップ講座を発起〉した。

臨床に関わる知識において、〈形式知の理解には演習が必須〉である。さらに、フィジカルアセスメントを理解するためには、〈複数回受講が必要〉であり、経験した病棟での実践知が講義内容の理解促進になる。次の段階では、診察力アップ講座を継続的に受けることで、〈聴診の習慣化〉になる。それを経て、形式知を習得するステップである〈聴診の習慣が付き、医師へ報告して振り返り、不足していた部分を省察という一連の流れの繰り返しといった循環〉ができあがる。さらに、聴診の習慣化に加え、〈事業所内でも振り返り〉、〈医師に質問する積極性〉が必要である。医師とコミュニケーションをとる機会が増えるため、訪問依頼される関係に発展や〈医師との信頼関係構築〉にもつながる。

7. 統合した概念図

研究参加者6名のストーリーラインと理論記述を網羅し、統合した概念図に構造化した(図1)。

考 察

1. ベナー看護論：技術習得レベルによる段階分け

研究参加者の理論を、ベナー看護論の看護実践の習熟度レベル⁹⁾を参考に、技術習得レベルに段階分けした。参考とした技能習得のドレイファスモデルは、個人の特性や才能をはかるモデルではなく、状況対応モデルである。そのため、技術習得レベルの定義に当てはめるだけでなく、各技術習得レベルの特徴に重点を置いて検討した。

1) 初心者レベル

初心者とは、その状況に適切な対応をするための実践

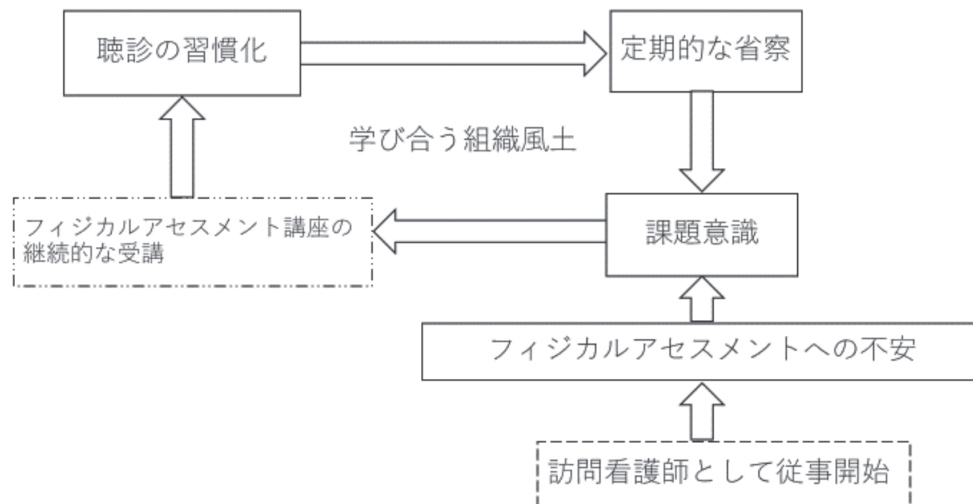


図1 統合した概念図

経験がない。臨床状況に身を置いて技能の向上に欠かせない経験を積むために、彼らはまず客観的的属性から状況を学ぶ。特徴は、原則どおりの行動には明らかに限界があり、柔軟性に欠ける。初心者は直面している状況を過去に経験したことがないので、どのように行動すべきか導いてくれる原則を与えてもらう必要がある一方、原則は実際の状況で何を最優先すべきか教えてくれるわけではないので、原則に従うことはかえって実践を成功させる妨げになる⁹⁾。

本研究の研究参加者は、全員、病院での臨床経験を20年以上積んでから訪問看護師として従事し始め、従事した後に数か月訪問看護を経験して独り立ちし、フィジカルアセスメント講座を受講していた。どんな看護師でも、経験したことのない科の患者を扱うとき、ケアの目標や手段に慣れていなければ、その実践は初心者レベルである。たとえば、成人重症ケアで学位を持ち経験を積んだ専門看護師であっても、NICUに移ればそこでの実践は初心者レベルになる⁹⁾、とされている。フィジカルアセスメント講座の内容を実践で活用しながら学んでいる段階ではあるが、訪問看護師として単独で訪問し自立しているため、今回の研究参加者は全員、初心者レベルではないと考えた。

2) 新人レベル

新人とは、かろうじて及第点の業務をこなすことができるレベルであり、ドレイファスモデルで「状況の局面」と呼んでいる「繰り返し生じる重要な状況要素」に気づく（あるいは指導者に指摘されて気づく）ことができる程度に状況を体験したレベルである⁹⁾。

研究参加者A、研究参加者B、研究参加者Cが新人レベルであると考えられた。3名の理論記述の共通する特徴として、〈聴診所見の理解〉、〈聴診による病態のイメージ化〉、〈学ぶ楽しさ〉、〈カルテ記載への自信の無さ〉が抽出された。初心者や新人レベルでは、直面する状況は

あまりに不慣れで、未知で、しかも教わった規則を思い出すことに集中しなければならない⁹⁾とあり、講義で学んだ形式知と実践知の結びついた〈聴診の理解〉、〈聴診による病態のイメージ化〉の具体的な記載が多かった。渡邊¹⁰⁾は、成長したと思うきっかけになった経緯を自分のアセスメントの結果で異常が発見できた時、病態とつながった時と述べている。新人レベルでは、フィジカルアセスメントに関する自己視点の省察が特徴的であると考えられる。

新人レベルへの学習の示唆では、個々の属性、局面の重要性の違いを理解する必要がある。特徴的な局面に基づいて優先順位を決めることを学ぶこの時期は、指導者からの助言が大切となる。訪問看護においては、基本的にひとりで訪問するため、指導者の助言を受けながらフィジカルアセスメントを行うことは困難であると考えられる。この場合は、訪問後に事業所内で他の看護師と振り返りを行うことが重要であると考えられる。

3) 一人前レベル

一人前レベルは、似たような状況で2、3年働いたことのある看護師の典型であり、意識的に立てた長期の目標や計画を踏まえて自分の看護実践をとらえ始めるとき、看護師はこのレベルに達する。

研究参加者D、研究参加者Eが一人前レベルであると考えられた。2名の理論記述の共通する特徴として、〈フィジカルアセスメントを活かした重症度判定〉、〈患者へのサービス調整ができる〉、〈ディスカッションへの促し〉、〈フィジカルアセスメントの大切さを自覚〉が抽出された。それらは、フィジカルアセスメント講座から得られた知識を臨床で活用した範例、職場内での範例を通したディスカッションといった臨床での応用や他者の理解を知るといったフィジカルアセスメント講座の理解の枠組みを超えていると考えられた。また、一人前レベルの看護師は中堅レベルの看護師のようなスピードと柔

軟性に欠けるが、自分はある技能レベルに達しているという自信と、臨床での不測の事態に対応し、管理する能力を持っている⁹⁾とされており、〈患者へのサービス調整ができる〉という構成概念が特に表していると考えられる。

一人前レベルへの学習示唆では大変な努力の末に、ようやく臨床の世界が整理されて見えてくる段階である。この段階のナースには、多様で複雑な患者ケアを計画し調整する練習になるような意思決定ゲームやシミュレーションが役に立つ⁹⁾と言われており、今後はシミュレータ、もしくは模擬患者を利用したシナリオトレーニングが有用であると考えられる。

4) 中堅レベル

中堅レベル看護師の特徴は、状況の局面の視点ではなく全体として捉え、格率に導かれて実践を行っていることである。このレベルのキーワードは知覚である。大局観は考え抜いて得るものではなく、経験と最近の出来事からして「そうであることは明らか」なものである。中堅レベル看護師が全体として状況を理解しているのは、長期目標を踏まえて状況の意味を知覚しているからである。中堅レベル看護師は、ある状況下で起こりうる典型的な事態と、そのような事態に応じてどのように計画を修正するべきか、を経験から習得する。

研究参加者Fは、中堅レベルであると考えられた。研究参加者Fの理論記述の特徴から、〈総合的な判断能力〉、〈聴診の習慣がつき医師へ報告して振り返り不足していた部分を省察するという一連の流れの繰り返し〉、〈事業所で話し合う振り返り〉が抽出された。F氏は、管理者という立場もあり、自己の看護実践だけでなく、他の看護師の報告や記録、事業所内での振り返りでの様子を観察したことを語っていた。訪問看護時は、フィジカルアセスメントから得られた情報を一部として捉え全体的に判断し、事業所内外では他業種とのフィードバックをしている。

中堅レベル看護師を教育する最善の方法は、状況把握能力が最も要求される事例研究を行うことである。大局観を得るための経験や範例を引き合いに出すよう求めれば、そこで学ぶ人の熟練度がさらに深まる。中堅レベル看護師には帰納的に教えるのが最も効果的である。すなわち、1つの臨床状況を材料にして、看護師にその状況に対する自分の理解の仕方では解決できない状況が提供されたとき、学習が必要で有意義な領域が見えてくる。学習課題は、中堅レベルの看護師に、自分の体験に基づいた2種類の事例、「自分の看護介入により状況が良くなり、うまくいったと感じている事例」、「自分の看護実践に納得いかなかったか、葛藤や混乱を感じた事例」、を提出してもらうことから展開させることができる。今後は、事業所内で事例発表を行い、他の看護師と討論していくことが有用であると考えられる。

5) 達人レベル

達人になると、自分の状況把握を適切な行動に結びつけるのに、もはや分析的な原則には頼らない。達人看護師は膨大な経験を積んでいるので、多くの外的診断や対策を検討するという無駄をせず、1つひとつの状況を直観的に把握して正確な問題領域に的を絞る。

今回、研究参加者のインタビューデータから得られた理論や範例からの気づきなどから達人レベルであると判断することは困難であった。達人は、状況全体の深い理解に基づいて行動するとされている。チェスの名人を例にとると、「あの絶妙な一指しはどうやって思いついたのか」と問われたときに、「それが正しように思われたから」とか「良い手のように見えたから」としか言わないといわれている⁹⁾。このような事象をインタビューのみで判断することは難しく、参加観察も加える必要があったのではないかと考えた。

2. 実践コミュニティ

図1に示した概念図のように、A訪問看護ステーションがフィジカルアセスメント講座を受講し始めたことで、実践コミュニティになっていると考えられた。Lave and Wenger¹¹⁾は、実践コミュニティとは「あるテーマについての関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団である」と述べている。実践コミュニティの特徴は、メンバーが情報や洞察を共有し、アドバイスを与えあい、協力して問題を解決する。ともに学習することに価値を認め、非公式なつながりを持つ点である¹²⁾。

フィジカルアセスメントは、身体情報と生活環境情報を連結させていることに気づくが、フィジカルアセスメントへの自己の未熟さを振り返り、課題意識が生まれてくる。そのような中、フィジカルアセスメント講座を受講することで、行動変容が起こり、聴診の習慣化になっていった。反復しながら未熟な知識や技術を省察し、新たな課題意識を生む循環が生まれていると考えられた。また、事業所内で他の看護師と振り返り、徐々に技術習得レベルが研鑽され、看護実践に活かされていっていると考えられる。

本研究の限界

本研究の研究参加者は一訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師であり、他の地域や機関で活動する訪問看護師にそのまま適用するには限界がある。

結語

継続したフィジカルアセスメント講座受講により、段階的に看護師の技術習得レベルが向上し、事業所単位で実践コミュニティとなることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、研究にご理解をいただき快く承諾いただきました研究参加者の皆様に、心より感謝申し上げます。成人看護学講座の大学院生と家族に、心から感謝致します。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成30年版厚生労働白書—障害や病気などと向き合い、全ての人が活躍できる社会に—：365, 2018.
- 2) 猪飼周平：地域包括ケアの社会理論への課題：健康概念の転換期におけるヘルスケア政策. 社会政策 2 (3) : 21-38, 2011.
- 3) 島崎謙治：地域包括ケアシステムとは何か. 看護白書平成26年版 地域包括ケアシステムと看護：2-11. 日本看護協会, 2014.
- 4) 山内豊明：在宅におけるフィジカルアセスメント 訪問看護におけるフィジカルアセスメントの意義. コミュニティケア 8 (12) : 12-13, 2006.
- 5) 山城清二：南砺市の地域医療再生マイスター養成講座の紹介. 第6回北陸総合診療懇談会, 2009.
- 6) 大谷尚：SCAT: Steps for Coding and Theorization. 感性工学 10(3) : 155-160, 2011.
- 7) グレグ美鈴・麻原きよみ・横山美江：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 第2版. 医歯薬出版, 2016.
- 8) Lincoln, YS. and Guba, EG.: Naturalistic Inquiry: 289-331. Sage Publications, Newbury Park, CA, 1985.
- 9) パトリア ベナー：ベナー看護論—初心者から達人へ新訳版. 医学書院, 2005.
- 10) 渡邊光代：臨床看護師がフィジカルアセスメント技術を習得する過程に関する研究. 目白大学健康科学研究 10 : 23-32, 2017.
- 11) Lave, J. and Wenger, E.: Situated learning: Legitimate peripheral participation, Cambridge University Press, New York, 1991.
- 12) 松尾陸：経験からの学習 プロフェッショナルへの成長プロセス：42-48. 同文館出版, 2006.