Bulletin of Toyohashi Sozo University
2023, No. 27, 1–12

訪問看護師のためのフィジカルアセスメント研修に必要な項目についての検討

Examination of Items Necessary for Physical Assessment Training for Visiting Nurses

山口直己[1)]　佐藤美紀[2)]　箕浦哲嗣[2)]
篠崎惠美子[3)]　栗田　愛[3)]　西尾亜理砂[2)]
酒井一由[4)]　長谷川小眞子[5)]　中山和弘[6)]
藤井徹也[1)]

抄録

訪問看護師に必要なフィジカルアセスメント研修の項目と内容を明らかにする目的で，39 項目について，実施頻度，困難さ，研修の必要性を質問紙調査した．A 県訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師 161 名を対象とした．実施頻度では，『浮腫の観察』『皮膚の観察』『呼吸音の聴取』等 6 項目は 90％以上が「毎日おこなっている」「週に 1 回以上行うが毎日行うほどではない」と回答していた．この全ての項目は，研修会に「絶対に必要である」「あった方がよい」と 80％以上の者が回答していた．困難さについては「いつも自信を持ってでき，困ることはない」「おおよそ難しいとは感じず困らない」と回答した者が 50％以上の項目は，『腸蠕動音の聴診』，『浮腫の観察』等 7 項目であった．研修の必要性としては，「絶対に必要である」「あった方がよい」が 50％以上の項目は『褥瘡の観察』，『呼吸音の聴取』，『腸蠕動音の聴取』など 25 項目だった．

キーワード：訪問看護師，フィジカルアセスメント，研修

1）豊橋創造大学保健医療学部看護学科
Toyohashi Sozo University School of Health Sciences Department of Nursing
2）愛知県立大学看護学部
Aichi Prefectural University School of Nursing & Health
3）人間環境大学看護学部
University of Human Environments School of Nursing
4）藤田医科大学医療科学部形態・病理診断学
Fujita Health University Fujita Health University School of Health Sciences Morphology and Pathological Diagnosis
5）福井県立大学看護福祉学部看護学科
Fukui Prefectural University Faculty of Nursing & Social Welfare Sciences Department of Nursing
6）聖路加国際大学看護学部
St. Luke's International University College of Nursing

Ⅰ．はじめに

わが国の少子高齢化は急速に進み，医療や介護の需要のさらなる増大に向けて，政府は，地域包括ケアシステムの構築を推し進めている（厚生労働省，2013）．それに伴い，訪問看護の利用者は，医療ニーズが高いだけでなく，重症化・多様化・複雑化している現状がある（日本看護協会他，2013）．よって，訪問看護師に求められる役割は大きく，より専門的な知識と技術が必要になると考えられる．

訪問看護師は，単独で利用者宅を訪問し，短い時間で利用者の状況を適切にアセスメントし対応することが求められている．しかし，病院とは違い常に相談できる医療スタッフがいない状況で限られた道具，限られた情報からアセスメントすることは容易ではない．また，認知症や自覚症状が乏しくなりやすい高齢者の場合は，更にアセスメントすることが困難になると考える．訪問看護では，利用者の体調に変化があった場合，早急に対応すべきか次回訪問まで様子をみてもよいかの判断が求められる．その判断を誤ると，場合によっては利用者に重大な影響を与えかねない．しかし，訪問看護師は，検査や道具のないフィジカルアセスメントを行うこと（山口ら，2015），一人で判断することへの不安や困難を抱えている（仁科ら，2009；山口ら，2015；森ら，2016；柴田ら，2018）．また，研修で最も受講したい項目として，「病態増悪時の身体兆候のアセスメント・救急処置」を挙げている（山本ら，2016）．このことから，訪問看護師が，利用者の状態を臨床判断するために必要なフィジカルアセスメント能力を高めることが必要である．

フィジカルアセスメントは，2009 年のカリキュラム改定において，対象者を理解する上で看護師には欠かせない能力として教育内容が強化された（厚生労働省，2007）．その後，臨床看護師が看護実践で実施しているフィジカルアセスメントの内容（大沢ら，2012；竹原，2015；藤井ら，2016；加藤ら，2017；山口ら，2019）や看護基礎教育において教授すべき内容の検討（篠崎ら，2007），看護基礎教育で教授した内容と臨床現場における実践状況との関係などが報告されている（横山ら，2006；滝島，2011）．しかし，これらの研究は病院看護師を対象としたものであり，訪問看護師を対象としていなかった．小笠原（2003）は，訪問看護師が行わなければならない臨床判断は，施設内看護との相違点を理解して，次回訪問までの間隔などの予測的判断が必要と述べている．このことから，病院ではなく在宅で利用者の状態をアセスメントする訪問看護において必要なフィジカルアセスメントは異なることが考えられる．

山内ら（2003）は，訪問看護実践に必要なフィジカルアセスメントの項目を報告している．しかし，その後，少子高齢化の進行・在院日数の短縮化などに伴い，医療依存の高い在宅療養者は増加し，訪問看護を取り巻く背景は大きく変化した．このことから，訪問看護師に必要なフィジカルアセスメントの項目や内容も変化していると考えられる．また，日頃の実践で困難に感じているフィジカルアセスメント項目については調査されていない．よって，訪問看護師に必要なフィジカルアセスメント項目とその内容を明らかにし，訪問看護師のフィジカルアセスメント能力を高めるための研修内容を検討する．

Ⅱ．研究目的

訪問看護師に必要なフィジカルアセスメント研修の項目と内容について明らかにする．

Ⅲ．研究方法

１．研究対象

対象はＡ県訪問看護ステーション連絡協議会登録事業所のうち，施設長から研究協力に承諾が得られた事業所の訪問看護師 161 名とした．

２．調査方法・期間

調査は，各施設へ依頼文を郵送し承諾を得た．承諾の得られた施設の施設長に研究の依頼書，質問紙を郵送し，対象となる訪問看護師へ配布を依頼した．回収は郵送法で行った．調査期間は，2018 年 3 ～ 6 月であった．

３．調査内容

対象者の属性は，看護師経験年数，訪問看護師経験年数（以下，経験年数），フィジカルアセスメント学びの有無（以下，学びの有無）とした．フィジカルアセスメントの項目は，既存のテキスト（日野原，2006；横山，2009；藤崎，2012）から研究者間で検討し 39 項目を抽出した．39 項目について，フィジカルアセスメントの実施頻度（以下，実施頻度），フィジカルアセスメントの実施やアセスメントの困難さ（以下，困難さ），フィジカルアセスメントの研修の必要性（以下，研修の必要性）について質問した．

「実施頻度」は，「毎日行っている」，「週 1 回以上行うが，毎日行うほどではない」，「月に 1 回以上行うが，毎週行うほどではない」，「年に数回は行うが，毎月行うほどではない」，「全く行わないか，行うとしても年に 1 回程度」の 5 選択肢とした．「困難さ」は，「いつも自信をもってでき困ることはない」，「おおよそ難しいと感じず困らない」，「対象によっては難しく，困ることがある」，「いつもではないが難しいと感じることがある」，「いつも難しいと感じる」の 5 選択肢とした．「研修の必要性」は，「絶対に必要である」，「あったほうがよい」，「どちらともいえない」，「なくてもよい」，「全く必要ない」の 5 選択肢とした．

４．分析方法

対象者の属性と「実施頻度」「困難さ」「研修の必要性」について記述集計を行った．また，フィジカルアセスメントの 39 項目について，「研修の必要性」と「実施頻度」・「困難さ」の関連についてピアソンの積率相関係数を用いて相関分析を行った．データ解析には統計ソフト IBM SPSS Statistics Ver.24.0 を用いた．

V．倫理的配慮

施設の代表者に研究の趣旨，方法，倫理的配慮を文書で説明し依頼した．対象者には，質問紙は無記名であり個人の特定につながる記載は避け，プライバシーの保護を保証した．また，研究への参加は自由意思であり，参加の有無や回答内容により職業上の不利益は生じないことを文書で説明し，同意が得られる場合に回答，郵送してもらった．なお，本研究は豊橋創造大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：H2017015）．

VI．結果

回収数は 80 名（回収率 49.7％）であった．そのうち，経験年数と学びの有無が無回答の 7 名を除き，73 名を分析対象とした．

1．属性（表 1 ）

看護師経験年数は，平均 19.3 年（SD ＝ 9.2），16 年～ 20 年が最も多く 18 名（24.6％）だった．訪問看護師経験年数は，平均 6.1 年（SD ＝ 5.4），1 年～ 5 年が最も多く 42 名（57.5％）だった．フィジカルアセスメント学びの有無は，あり 63 名（86.3％），なし 10 名（13.7％）だった．

表 1　対象者の属性

n=73

項目	内容	人（％）
看護師経験年数	1 ～ 5 年	7（9.6）
	6 ～ 10 年	10（13.7）
	11 ～ 15 年	8（11）
	16 ～ 20 年	18（24.6）
	21 ～ 25 年	12（16.4）
	26 ～ 30 年	10（13.7）
	31 ～ 35 年	4（5.5）
	36 年以上	4（5.5）
訪問看護師経験年数	1 年未満	2（2.8）
	1 ～ 5 年	42（57.5）
	6 ～ 10 年	14（19.1）
	11 ～ 15 年	9（12.3）
	16 ～ 20 年	5（6.9）
	21 ～ 25 年	1（1.4）
フィジカルアセスメント学びの経験	有	63（86.3）
	無	10（13.7）

２．フィジカルアセスメントの実施頻度（表２）

「毎日行っている」「週に 1 回以上行うが毎日行うほどではない」と回答した者が 50％以上の項目は，16 項目（表 2 ①～⑯）だった．そのうち 90% 以上の者が回答した項目は，『浮腫の観察』97.2％，『皮膚の観察』・『呼吸音の聴診』95.9％，『腸蠕動音の聴診』93.9％，『褥瘡の観察』・『意識状態の観察』90.4％の 6 項目だった．

50％以下の項目は，23 項目（表 2 ⑰～㊴）だった．そのうち 10％以下の項目は，『打診による心境界の同定』1.4％，『甲状腺の触知』2.7％，『徒手筋力テスト』4.1％，『死亡時の観察』・『小脳機能の評価』5.5％等の 14 項目（表 2 ㉖～㊴）だった．

３．フィジカルアセスメントの実施やアセスメントの困難さ（表３）

「いつも自信を持ってでき，困ることはない」「おおよそ難しいとは感じず困らない」と回答した者が 50％以上の項目は，『腸蠕動音の聴診』67.1％，『浮腫の観察』63％，『歩行の観察』58.9％，『意識状態の観察』・『外陰部の観察』56.2％，『死亡時の観察』56.2％，『肛門の観察』54.8％の 7 項目（表 3 ①～⑦）だった．

50％以下の項目は，32 項目（表 3 ⑧～㊴）だった．そのうち 10％以下の項目は 14 項目（表 3 ㉖～㊴）であり，『筋トーヌス亢進の観察』・『小脳機能の評価』1.4％，『打診による心境界の同定』・『胸部の打診』2.7％，『脳神経の評価』・『声音振盪の観察・声音聴診』・『表在反射の観察』・『徒手筋力テスト』・『リンパ節の触診』4.1％等だった．

４．フィジカルアセスメントの研修の必要性（表４）

「絶対に必要である」「あった方がよい」と回答した者が 50％以上の項目は，25 項目（表 4①～㉕）だった. そのうち 90％以上の項目は，4 項目（表 4①～④）であり，『褥瘡の観察』・『呼吸音の聴診』94.5％，『腸蠕動音の聴診』91.8％，『浮腫の観察』90.4％だった．

50％以下の項目は，14 項目（表 4 ㉖～㊴）であり，『声音振盪の観察・声音聴診』30.2％，『腱反射の観察』・『筋トーヌス亢進の観察』・『聴力の観察』・『甲状腺の触知』31.5％，『バレー徴候の観察』32.8％，『徒手筋力テスト』34.2％，『表在反射の観察』39.7％等だった．

表２ フィジカルアセスメントの実施頻度

n=73

項目	選択肢４・５を合わせた割合	1. 全く行わないか，行うとしても年に１回程度	2. 年に数回は行うが，毎月行うほどではない	3. 月に１回以上行うが，毎週行うほどではない	4. 週に１回以上行うが，毎日行うほどではない	5. 毎日行っている	無回答
	%	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）
① 浮腫の観察	97.2	1（1.4）	0	1（1.4）	9（12.3）	62（84.9）	0
② 皮膚の観察	95.9	1（1.4）	1（1.4）	1（1.4）	10（13.7）	60（82.2）	0
③ 呼吸音の聴診	95.9	1（1.4）	1（1.4）	1（1.4）	2（2.7）	68（93.2）	0
④ 腸蠕動音の聴診	93.9	1（1.4）	2（2.7）	1（1.4）	5（6.8）	64（87.1）	0
⑤ 褥瘡の観察	90.4	3（4.1）	0	3（4.1）	21（28.8）	45（61.6）	1（1.4）
⑥ 意識状態の観察	90.4	1（1.4）	1（1.4）	5（6.8）	6（8.2）	60（82.2）	0
⑦ 腹部の触診	85.0	1（1.4）	5（6.8）	5（6.8）	14（19.2）	48（65.8）	0
⑧ 腹部の視診	82.2	3（4.1）	2（2.7）	6（8.2）	9（12.3）	51（69.9）	2（2.7）
⑨ 歩行の観察	82.2	0	2（2.7）	9（12.3）	20（27.4）	40（54.8）	2（2.7）
⑩ 外陰部の観察	74.0	10（13.7）	4（5.5）	3（4.1）	27（37.0）	27（37.0）	2（2.7）
⑪ 肛門の観察	74.0	4（5.5）	6（8.2）	7（9.6）	26（35.6）	28（38.4）	2（2.7）
⑫ 心音の聴取	71.3	3（4.1）	8（11.0）	10（13.7）	18（24.7）	34（46.6）	0
⑬ 口腔内・舌の視診	67.4	5（6.8）	9（12.3）	10（13.7）	23（31.5）	26（35.9）	0
⑭ 胸郭の動きの観察	61.6	5（6.8）	8（11.0）	15（20.5）	15（20.5）	30（41.1）	0
⑮ 肛門・肛門管・直腸の触診	50.6	18（24.7）	8（11.0）	8（11.0）	25（34.2）	12（16.4）	2（2.7）
⑯ 関節可動域の観察	50.6	9（12.3）	6（8.2）	20（27.4）	22（30.1）	15（20.5）	1（1.4）
⑰ 腹部の打診	45.2	11（15.1）	10（13.7）	18（24.7）	17（23.3）	16（21.9）	1（1.4）
⑱ 聴力の観察	39.8	19（26.0）	15（20.5）	10（13.7）	8（11.0）	21（28.8）	0
⑲ 腹部の限局性圧痛の観察	39.7	10（13.7）	17（23.3）	17（23.3）	10（13.7）	19（26.0）	0
⑳ 胸部の形状	35.6	25（34.2）	11（15.1）	10（13.7）	11（15.1）	15（20.5）	1（1.4）
㉑ 眼球・眼瞼結膜の視診	27.4	9（12.3）	30（41.1）	14（19.2）	14（19.2）	6（8.2）	0
㉒ 咽頭・口蓋扁桃の観察	20.5	18（24.7）	23（31.5）	16（21.9）	13（17.8）	2（2.7）	1（1.4）
㉓ 頸静脈の視診	12.3	30（41.1）	16（21.9）	16（21.9）	7（9.6）	2（2.7）	2（2.7）
㉔ 立位保持試験	11.0	40（54.8）	7（9.6）	15（20.5）	4（5.5）	4（5.5）	3（4.1）
㉕ 病的反射の観察	10.9	47（64.4）	9（12.3）	7（9.6）	6（8.2）	2（2.7）	2（2.7）
㉖ 乳房の視診・触診	8.2	43（58.9）	13（17.8）	10（13.7）	5（6.8）	1（1.4）	1（1.4）
㉗ 声音振盪の観察・声音聴診	6.9	48（65.8）	8（11.0）	9（12.3）	1（1.4）	4（5.5）	3（4.1）
㉘ 脳神経の評価	6.9	43（58.9）	10（13.7）	13（17.8）	4（5.5）	1（1.4）	2（2.7）
㉙ バレー徴候の観察	6.9	50（68.5）	8（11.0）	6（8.2）	4（5.5）	1（1.4）	4（5.5）
㉚ リンパ節の触診	6.8	36（49.3）	24（32.9）	6（8.2）	5（6.8）	0	2（2.7）
㉛ 胸部の打診	6.8	36（49.3）	11（15.1）	19（26.0）	3（4.1）	2（2.7）	2（2.7）
㉜ 表在反射の観察	6.8	48（65.8）	7（9.6）	10（13.7）	3（4.1）	2（2.7）	3（4.1）
㉝ 筋トーヌス亢進の観察	5.5	58（79.5）	4（5.5）	4（5.5）	4（5.5）	0	3（4.1）
㉞ 腱反射の観察	5.5	54（74.0）	9（12.3）	4（5.5）	3（4.1）	1（1.4）	2（2.7）
㉟ 小脳機能の評価	5.5	51（69.9）	9（12.3）	6（8.2）	3（4.1）	1（1.4）	3（4.1）
㊱ 死亡時の観察	5.5	22（30.1）	34（46.6）	5（6.8）	0	4（5.5）	8（11.0）
㊲ 徒手筋力テスト	4.1	49（67.1）	8（11.0）	11（15.1）	2（2.7）	1（1.4）	2（2.7）
㊳ 甲状腺の触知	2.7	55（75.3）	15.3（20.5）	1（1.4）	0	2（2.7）	0
㊴ 打診による心境界の同定	1.4	58（79.5）	9（12.3）	3（4.1）	0	1（1.4）	2（2.7）

表３ フィジカルアセスメントの実施やアセスメントの困難さ

n=73

項目	選択肢４・５を合わせた割合	1. いつも難しいと感じる	2. いつもではないが難しいと感じることが多い	3. 対象者によっては難しく，困ることがある	4. おおよそ難しいとは感じず，困らない	5. いつも自信を持ってでき，困ることはない	無回答
	%	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）
① 腸蠕動音の聴診	67.1	3（4.1）	2（2.7）	16（21.9）	36（49.3）	13（17.8）	3（4.1）
② 浮腫の観察	63.0	3（4.1）	0	19（26.0）	36（49.3）	10（13.7）	5（6.8）
③ 歩行の観察	58.9	2（2.7）	2（2.7）	19（26.0）	33（45.2）	10（13.7）	7（9.6）
④ 意識状態の観察	56.2	2（2.7）	4（5.5）	20（27.4）	34（46.6）	7（9.6）	6（8.2）
⑤ 外陰部の観察	56.2	7（9.6）	0	19（26.0）	34（46.6）	7（9.6）	6（8.2）
⑥ 死亡時の観察	56.2	9（12.3）	4（5.5）	10（13.7）	34（46.6）	7（9.6）	9（12.3）
⑦ 肛門の観察	54.8	5（6.8）	1（1.4）	22（30.1）	34（46.6）	6（8.2）	5（6.8）
⑧ 腹部の触診	39.8	5（6.8）	4（5.5）	32（43.8）	21（28.8）	8（11.0）	3（4.1）
⑨ 口腔内・舌の視診	39.7	4（5.5）	3（4.1）	34（46.6）	27（37.0）	2（2.7）	3（4.1）
⑩ 眼球・眼瞼結膜の視診	39.7	7（9.6）	12（16.4）	21（28.8）	24（32.9）	5（6.8）	4（5.5）
⑪ 皮膚の観察	37.0	3（4.1）	3（4.1）	40（54.8）	26（35.6）	1（1.4）	0
⑫ 聴力の観察	31.5	9（12.3）	7（9.6）	30（41.1）	20（27.4）	3（4.1）	4（5.5）
⑬ 肛門・肛門管・直腸の触診	31.5	13（17.8）	9（12.3）	21（28.8）	21（28.8）	2（2.7）	7（9.6）
⑭ 腹部の視診	30.1	4（5.5）	2（2.7）	40（54.8）	17（23.3）	5（6.8）	5（6.8）
⑮ 呼吸音の聴診	26.0	2（2.7）	6（8.2）	43（58.9）	17（23.3）	2（2.7）	3（4.1）
⑯ 関節可動域の観察	24.7	11（15.1）	7（9.6）	30（41.1）	17（23.3）	1（1.4）	7（9.6）
⑰ 胸郭の動きの観察	23.2	5（6.8）	7（9.6）	39（53.4）	15（20.5）	2（2.7）	5（6.8）
⑱ 褥瘡の観察	21.9	4（5.5）	10（13.7）	42（57.5）	15（20.5）	1（1.4）	1（1.4）
⑲ 腹部の打診	21.9	13（17.8）	7（9.6）	33（45.2）	13（17.8）	3（4.1）	4（5.5）
⑳ 腹部の限局性圧痛の観察	19.2	12（16.4）	15（20.5）	28（38.4）	14（19.2）	0	4（5.5）
㉑ 胸部の形状	17.8	14（19.2）	8（11.0）	33（45.2）	12（16.4）	1（1.4）	5（6.8）
㉒ 咽頭・口蓋扁桃の観察	17.8	12（16.4）	17（23.3）	26（35.6）	13（17.8）	0	5（6.8）
㉓ 心音の聴取	13.7	14（19.2）	15（20.5）	29（39.7）	8（11.0）	2（2.7）	5（6.8）
㉔ 頸静脈の視診	13.7	22（30.1）	10（13.7）	22（30.1）	9（12.3）	1（1.4）	9（12.3）
㉕ 立位保持試験	11.0	20（27.4）	10（13.7）	24（32.9）	8（11.0）	0	11（15.1）
㉖ 腱反射の観察	9.6	30（41.1）	16（21.9）	10（13.7）	7（9.6）	0	10（13.7）
㉗ 甲状腺の触知	9.6	35（47.9）	17（23.3）	8（11.0）	7（9.6）	0	6（8.2）
㉘ 乳房の視診・触診	8.2	22（30.1）	13（17.8）	25（34.2）	6（8.2）	0	7（9.6）
㉙ バレー徴候の観察	6.8	30（41.1）	12（16.4）	12（16.4）	5（6.8）	0	14（19.2）
㉚ 病的反射の観察	5.5	34（46.6）	11（15.1）	15（20.5）	4（5.5）	0	9（12.3）
㉛ リンパ節の触診	4.1	21（28.8）	16（21.9）	27（37.0）	3（4.1）	0	6（8.2）
㉜ 徒手筋力テスト	4.1	31（42.5）	9（12.3）	19（26.0）	3（4.1）	0	11（15.1）
㉝ 表在反射の観察	4.1	34（46.6）	11（15.1）	16（21.9）	3（4.1）	0	9（12.3）
㉞ 声音振盪の観察・声音聴診	4.1	37（50.7）	10（13.7）	13（17.8）	3（4.1）	0	10（13.7）
㉟ 脳神経の評価	4.1	35（47.9）	15（20.5）	11（15.1）	3（4.1）	0	9（12.3）
㊱ 胸部の打診	2.7	34（46.6）	12（16.4）	15（20.5）	2（2.7）	0	10（13.7）
㊲ 打診による心境界の同定	2.7	50（68.5）	4（5.5）	8（11.0）	2（2.7）	0	9（12.3）
㊳ 小脳機能の評価	1.4	34（46.6）	16（21.9）	13（17.8）	1（1.4）	0	9（12.3）
㊴ 筋トーヌス亢進の観察	1.4	44（60.3）	11（15.1）	7（9.6）	1（1.4）	0	10（13.7）

表４　フィジカルアセスメントの研修の必要性

n=73

項目	選択肢４・５を合わせた割合	1. 全く必要ない	2. なくてもよい	3. どちらともいえない	4. あったほうがよい	5. 絶対に必要である	無回答
	%	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）	件数（%）
① 褥瘡の観察	94.5	0	2（2.7）	1（1.4）	25（34.2）	44（60.3）	1（1.4）
② 呼吸音の聴診	94.5	0	1（1.4）	2（2.7）	17（23.3）	52（71.2）	1（1.4）
③ 腸蠕動音の聴診	91.8	0	2（2.7）	3（4.1）	28（38.4）	39（53.4）	1（1.4）
④ 浮腫の観察	90.4	0	2（2.7）	4（5.5）	33（45.2）	33（45.2）	1（1.4）
⑤ 意識状態の観察	89.0	0	2（2.7）	5（6.8）	26（35.6）	39（53.4）	1（1.4）
⑥ 皮膚の観察	87.5	0	3（3.8）	5（6.3）	34（42.5）	36（45）	2（2.5）
⑦ 腹部の触診	85.0	0	3（4.1）	6（8.2）	41（56.2）	21（28.8）	2（2.7）
⑧ 心音の聴取	83.6	0	1（1.4）	9（12.3）	27（37.0）	34（46.6）	2（2.7）
⑨ 口腔内・舌の視診	83.5	0	3（4.1）	8（11.0）	46（63.0）	15（20.5）	1（1.4）
⑩ 腹部の視診	78.1	0	1（1.4）	14（19.2）	37（50.7）	20（27.4）	1（1.4）
⑪ 腹部の限局性圧痛の観察	75.4	0	2（2.7）	15（20.5）	37（50.7）	18（24.7）	1（1.4）
⑫ 歩行の観察	71.3	1（1.4）	5（6.8）	13（17.8）	31（42.5）	21（28.8）	2（2.7）
⑬ 胸郭の動きの観察	69.8	1（1.4）	2（2.7）	18（24.7）	39（53.4）	12（16.4）	1（1.4）
⑭ 死亡時の観察	68.4	0	5（6.8）	15（20.5）	25（34.2）	25（34.2）	3（4.1）
⑮ 腹部の打診	67.1	0	2（2.7）	18（24.7）	35（43.8）	17（23.3）	1（1.4）
⑯ 関節可動域の観察	64.4	0	2（2.7）	22（30.1）	36（49.3）	11（15.1）	2（2.7）
⑰ 脳神経の評価	64.4	3（4.1）	3（4.1）	18（24.7）	36（49.3）	11（15.1）	2（2.7）
⑱ 胸部の打診	57.5	1（1.4）	4（5.5）	24（32.9）	32（43.8）	10（13.7）	2（2.7）
⑲ 肛門の観察	56.1	0	4（5.5）	26（35.6）	35（47.9）	6（8.2）	2（2.7）
⑳ 咽頭・口蓋扁桃の観察	54.8	0	7（9.6）	25（34.2）	39（53.4）	1（1.4）	1（1.4）
㉑ 小脳機能の評価	53.4	2（2.7）	5（6.8）	26（35.6）	33（45.2）	6（8.2）	1（1.4）
㉒ 肛門・肛門管・直腸の触診	52.1	0	5（6.8）	28（38.4）	31（42.5）	7（9.6）	2（2.7）
㉓ 眼球・眼瞼結膜の視診	50.7	0	6（8.2）	29（39.7）	33（45.2）	4（5.5）	1（1.4）
㉔ 胸部の形状	50.6	1（1.4）	4（5.5）	29（39.7）	32（43.8）	5（6.8）	2（2.7）
㉕ 頸静脈の視診	50.6	1（1.4）	4（5.5）	32（43.8）	35（43.8）	5（6.8）	1（1.4）
㉖ 乳房の視診・触診	46.6	3（4.1）	5（6.8）	29（39.7）	31（42.5）	3（4.1）	2（2.7）
㉗ 外陰部の観察	46.6	1（1.4）	4（5.5）	31（42.5）	28（38.4）	6（8.2）	3（4.1）
㉘ 病的反射の観察	46.6	2（2.7）	5（6.8）	31（42.5）	28（38.4）	6（8.2）	1（1.4）
㉙ リンパ節の触診	45.2	1（1.4）	8（11.0）	29（39.7）	30（41.1）	3（4.1）	2（2.7）
㉚ 立位保持試験	41.1	2（2.7）	8（11.0）	31（42.5）	26（35.6）	4（5.5）	2（2.7）
㉛ 打診による心境界の同定	41.0	1（1.4）	10（13.7）	30（41.1）	25（34.2）	5（6.8）	2（2.7）
㉜ 表在反射の観察	39.7	2（2.7）	7（9.6）	34（46.6）	24（32.9）	5（6.8）	1（1.4）
㉝ 徒手筋力テスト	34.2	2（2.7）	7（9.6）	37（50.7）	19（26.0）	6（8.2）	2（2.7）
㉞ バレー徴候の観察	32.8	2（2.7）	7（9.6）	38（52.1）	19（26.0）	5（6.8）	2（2.7）
㉟ 甲状腺の触知	31.5	1（1.4）	12（16.4）	36（49.3）	22（30.1）	1（1.4）	1（1.4）
㊱ 聴力の観察	31.5	1（1.4）	12（16.4）	36（49.3）	19（26.0）	4（5.5）	1（1.4）
㊲ 筋トーヌス亢進の観察	31.5	4（5.5）	4（5.5）	40（54.8）	18（24.7）	5（6.8）	2（2.7）
㊳ 腱反射の観察	31.5	2（2.7）	9（12.3）	37（50.7）	20（27.4）	3（4.1）	2（2.7）
㊴ 声音振盪の観察・声音聴診	30.2	3（4.1）	11（15.1）	35（47.9）	21（28.8）	1（1.4）	2（2.7）

5．「フィジカルアセスメントの研修の必要性」と「フィジカルアセスメントの実施頻度」の相関（表 5）

研修の必要性と実施頻度の関連性についてピアソンの積率相関係数で検討した結果，相関係数0.4以上の項目は，『口腔内･舌の視診』，『胸部の形状』，『胸郭の動きの観察』，『心音の聴取』，『表在反射の観察』，『小脳機能の評価』の 6 項目だった．

6．「フィジカルアセスメントの研修の必要性」と「フィジカルアセスメントの実施やアセスメントの困難さ」の相関（表 6）

研修の必要性と困難さの関連性について相関係数 0.4 以上の項目は，『頸静脈の視診』の 1 項目だった．

表 5 「フィジカルアセスメント研修の必要性」と「フィジカルアセスメントの実施頻度」の相関

n=73

項目	*n*	pearson	*p*
口腔内・舌の視診	72	.580	.000
胸部の形状	70	.428	.000
胸郭の動きの観察	72	.414	.000
心音の聴取	71	.404	.000
表在反射の観察	70	.402	.001
小脳機能の評価	70	.405	.001

表 6　フィジカルアセスメントの研修の必要性」と「フィジカルアセスメントの実施やアセスメントの困難さ」の相関

n=73

項目	*n*	pearson	*p*
頸静脈の視診	64	.410	.001

Ⅶ．考察

1．訪問看護師に必要なフィジカルアセスメント項目とその内容

実施頻度の「毎日おこなっている」，「週に 1 回以上行うが毎日行うほどではない」と回答した者が 90％以上だった項目は，『浮腫の観察』，『皮膚の観察』，『呼吸音の聴診』，『腸蠕動音の聴診』，『褥瘡の観察』，『意識状態の観察』の 6 項目だった．山内ら（2003）は，訪問看護でニーズの高いフィジカルアセスメントの項目として，バイタルサイン，皮膚病変，浮腫の有無，意識レベル，呼吸音聴取を報告している．吉田ら（2021）も，訪問看護師が 80％以上実施する項目として，バイタルサイン，浮腫の有無の観察，聴診部位と順序に沿った呼吸音の聴取，腸蠕動運動の観察，意識状態を分類に沿って観察を報告している．このことから，これら 6 項目は訪問看護師が日頃から常に実施しており，訪問看護師にとって欠かすことのできないフィジカルアセスメント項目であると考えられる．小笠原（2003）は，「在宅で療養する対象者は

常に看護師が傍にいるわけではないため，早急に対応すべきか，次回訪問まで様子を見ればよいのか，限られた時間で判断する必要がある」と述べている．今回の結果では，実施頻度が90％以上だった『浮腫の観察』，『呼吸音の聴診』，『意識状態の観察』，『腸蠕動音の聴診』は対象者の緊急性を判断するために必要な項目であり，『皮膚の観察』『褥瘡の観察』は緊急性を伴う状態と次回訪問まで様子観察すべき状態かを判断するために必要な項目であると考える．このことから，訪問看護師は対象者の全身状態の把握と緊急性の判断を日頃から実施していると考えられる．

実施頻度の高い6項目の困難さについて，「いつも自信を持ってでき，困ることはない」「おおよそ難しいとは感じず困らない」と回答した者が50％以上であった項目は，『浮腫の観察』，『腸蠕動音の聴診』，『意識状態の観察』の３項目であり，『皮膚の観察』，『呼吸音の聴診』，『褥瘡の観察』は，「いつも自信を持ってでき，困ることはない」「おおよそ難しいと感じず，困らない」と回答した者が20～30％であった．『浮腫の観察』，『呼吸音の聴診』，『褥瘡の観察』については，「対象者によっては難しく，困ることがある」と回答した者が50％以上であったことから，実施頻度が高いものの，観察結果は他の項目に比べて個別的になることや，観察結果からの判断によってケア変わるため，困難さを感じていると考えられる．一方，実施頻度の「毎日おこなっている」「週に1回以上行うが毎日行うほどではない」と回答した者が10％以下であった14項目は全て，「いつも自信を持ってでき，困ることはない」「おおよそ難しいとは感じず困らない」と回答した者が10％以下だった．これらの項目は，訪問看護場面で実施する対象者がほとんどないと考えられ，日頃から実施していないために，まれに実施する場合は困難に感じていると考えられる．

実施頻度が高かった6項目は，研修が「絶対必要である」「あった方がよい」と80％以上の訪問看護師が考えていた．一方，実施頻度が低かった項目のうち，『死亡時の観察』『脳神経の評価』『胸部の打診』『小脳機能の評価』については，研修が「絶対必要である」「あった方がよい」と考えていた訪問看護師が50％以上いた．山内ら（2003）は，「フィジカルアセスメントの知識量が多い項目ほど使用頻度が高く看護実践に必要と判断し，知識量が少ない項目は使用頻度が少なく，看護実践に必要ないと判断する傾向にあった」と知識量が実施の必要性の判断に影響を与えることを報告している．今回の結果では，実施頻度が高い項目について，研修が必要としていたことから，実施頻度が高く，ある程度困難に感じずに実施できることに対しても，常に学修してフィジカルアセスメント能力の維持・向上したいニーズがうかがえた．一方で，実施頻度が少ない項目においても，50％以上の訪問看護師が研修について「絶対必要である」「あった方がよい」とした項目があったことは，実施を必要とする機会や対象者は少ないが，これらの項目を適切に実施することがより良い看護につながると考えているからではないかと考える．このことから，調査結果において実施頻度が少ない項目であっても，研修参加者のニーズに合わせて研修で取り上げることが必要と考える．

２．「フィジカルアセスメントの研修の必要性」と「フィジカルアセスメントの実施頻度」「フィジカルアセスメントの実施やアセスメントの困難さ」の相関について

フィジカルアセスメントの39項目について，研修の必要性と実施頻度で相関係数が0.4以上だった項目は，『口腔内・舌の視診』，『胸部の形状』，『胸郭の動きの観察』，『心音の聴取』，

『表在反射の観察』,『小脳機能の評価』の 6 項目だった．このうち,『口腔内・舌の視診』,『胸部の形状』,『胸郭の動きの観察』,『心音の聴取』は，実施頻度が 40％以上であり，日頃から実施するための知識をさらに向上させたいと考えている表れといえる．一方,『表在反射の観察』,『小脳機能の評価』は，実施頻度が 10％以下であったが，相関が認められたため，これらのフィジカルセスメントを行う必要のある神経疾患患者などの看護には必要な項目であるといえる．このことからも，研修会の参加者のニーズを把握して研修項目を設定する必要があると考える．

研修の必要性と困難さで相関係数が 0.4 以上だった項目は『頸静脈の視診』だった．視診では，右側内頸静脈を観察する．しかし，内頸静脈は形態上表皮からは確認しづらいため，研修会で学びたいと項目として挙げていたと考える．

Ⅵ．結論

1．実施頻度の「毎日おこなっている」,「週に 1 回以上行うが毎日行うほどではない」と回答した者が 90％以上だった項目は,『浮腫の観察』,『皮膚の観察』,『呼吸音の聴診』,『腸蠕動音の聴診』,『褥瘡の観察』,『意識状態の観察』の 6 項目だった．
2．実施頻度が 90％以上だった 6 項目の中で,「いつも自信を持ってでき，困ることはない」「おおよそ難しいとは感じず困らない」と回答した者が 50％以上の項目は,『浮腫の観察』,『腸蠕動音の聴診』,『意識状態の観察』であった．
3．実施頻度が 90％以上だった 6 項目全てについて，研修が「絶対に必要である」「あった方がよい」と回答した者が 80％以上だった．
4．実施頻度の「毎日行っている」,「週に 1 回以上行うが毎日行うほどではない」と回答した者が 10％以下だった 14 項目全てにおいて,「いつも自信を持ってでき，困ることはない」「おおよそ難しいとは感じず困らない」と回答した者が 10％以下だった．
5．実施頻度が 10％以下だった 14 項目の研修の必要性では,『死亡時の観察』,『脳神経の評価』,『胸部の打診』,『小脳機能の評価』の 4 項目以外は,「絶対に必要である」「あった方がよい」と回答した者が 50％以下だった．
6．訪問看護師のフィジカルアセスメント研修では，対象者がよく実施している項目や担当している患者の疾患などをふまえ検討する必要がある．また，基礎的な知識だけでなく，多様な対象者に対応できるための内容や方法を検討する必要がある．

本研究は，　JSPP科研費JP17H04463の助成を受けて実施した．

＜引用文献＞

藤井徹也，水野美香，中山和弘，他（2016），看護師の筋・骨格系のフィジカルアセスメントに関する実態調査，聖隷クリストファー大学看護学部紀要，24，7-16.

藤崎郁（2012），フィジカルアセスメント完全ガイド第 2 版，東京：学研メディカル秀潤社.

日野原重明（2006），フィジカルアセスメントナースに必要な診断の知識と技術 第 4 版，東京：医学書院.

加藤広美, 山内豊明（2017），デルファイ法による脳卒中患者に必要なフィジカルアセスメントの検討（第 2 報）－ 12 脳神経を除く全身に焦点をあてて―，日本看護科学学会誌，37，234-243.

厚生労働省（2007），看護基礎教育の充実に関する検討会報告書平成 19 年 https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf（2021 年 1 月 3 日）

厚生労働省（2013），第 142 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000170293.html （2022 年 11 月 21 日）

森陽子，大山裕美子，廣岡佳代，他（2016），新たに訪問看護分野に就労した看護師が訪問看護への移行期に経験した困難とその関連要因，日本看護管理学会誌，20（2），104 - 114.

日本看護協会，日本訪問看護財団，全国訪問看護事業協会，訪問看護アクションプラン 2025 https://www.jvnf.or.jp/actionplan.html （2022 年 11 月 21 日）

仁科祐子，谷垣静子，乗越千枝（2009），鳥取県内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師の仕事に対する思い・自由記述の分析より明らかになった肯定的思いと否定的思い，米子医学雑誌，60，53 - 65.

小笠原充子（2003），訪問看護師の行っている予測的判断 . 高知女子大学看護学会誌，28（2），21 - 31.

大沢たか子，三浦かず子，谷愛，他（2012），A 県内の臨床看護師のフィジカルアセスメント技術に関する現状調査，高知学園短期大学紀要，42，99 - 112.

柴田慈子，冨田幸江，髙山裕子（2018），訪問看護師が抱く困難感，日本農村医学会雑誌，66（5），567 - 572.

篠崎惠美子, 山内豊明（2007），看護基礎教育における呼吸に関するフィジカルアセスメント教育のミニマム・エッセンシャルズ，27（3），21 - 29.

竹原則子（2015），A 県内のクリティカル看護領域に勤務する看護師のフィジカルアセスメントに関する実態調査，新潟医学会雑誌，129（11），681 - 691.

滝島紀子（2011），看護基礎教育におけるフィジカル・アセスメントの教授内容がフィジカル・アセスメントの活用実態に及ぼす影響，川崎市立看護短期大学紀要，16（1），9-19.

山口直己，原好恵，中山和弘，他（2019），看護師の呼吸・循環器系のフィジカルアセスメントに関する調査，豊橋創造大学紀要，23，45-60.

山口陽子，百瀬由美子（2015），訪問看護に特有な知識・技術に対する困難感と関連要因の検討，日本看護福祉学会誌，20（2），211-226.

山本さやか，百瀬由美子，天木伸子，他（2016），訪問看護師の研修参加状況と教育ニーズ，第 46 回日本看護学会論文集在宅看護，99 - 102.

山内豊明，三苫里香，志賀たずよ（2003），訪問看護実践に必要とされているフィジカルアセスメントについての現状調査，日本看護医療学会誌，5（1），35 - 42.

横山美樹（2009），はじめてのフィジカルアセスメント，東京：メヂカルフレンド社.

横山美樹，佐居由美（2007），看護師のフィジカルアセスメント技術の臨床現場での実践状況－フィジカルアセスメント開講前後の卒業生の比較からみたフィジカルアセスメント教育の検討－，聖路加看護大学紀要，33 巻，1-16.

吉田香，美濃陽介，畑瀬智恵美（2021），訪問看護活動におけるフィジカルアセスメント技術の実態調査，日本看護学教育学会誌，30（3），127-136.