

原著論文

過疎地域の訪問看護師が看護実践で感じる判断上の困難

林 一美^{1§}, 石川倫子¹, 塚田久恵¹, 大江真吾¹, 松本智里¹

要 旨

本研究は、過疎地域の訪問看護師が看護実践で感じる判断上の困難を明らかにすることを目的とした。過疎地域の地域医療を担う病院訪問看護部署に勤務する訪問看護師9人に聞き取り調査をおこなった。その結果、看護実践で感じる判断上の困難は、「受診判断」「身体の継続観察における予後の推定」、「異常察知の見極め」「判断をケアに繋げる力・ケアの効果をあげるために他職種を巻き込む」「呼吸器管理」「褥瘡管理」の6つの看護行為に関するものであった。「受診判断」「身体の継続観察における予後の推定」、「異常察知の見極め」の看護行為に関する判断上の困難は、新たに臨床推論などの高度な判断力の育成の必要性があると考えられる。本結果は、過疎地域の訪問看護分野の卒後継続教育内容を検討する上で基礎資料になると考える。

キーワード 過疎地域, 訪問看護師, 看護実践, 判断, 困難

1. はじめに

我が国の超高齢化は世界に類をみない推移をたどっている。平成28年度の厚生労働白書では、人々は、できるだけ住み慣れた自宅で生活し続けたいと希望しており、高齢期に希望する場所で暮らすために必要なこととして、医療機関が身近にあることを述べている¹⁾。過疎地域は、生活の近隣地域に医療機関が少なく、公共交通機関の利便性が低く、高齢者の通院手段が大きな地域課題となっている^{2,4)}。高齢者などの虚弱者らが、健康問題や障害を持ちながらも住み慣れた地域で生活し続けるためには、過疎地域の在宅ケア体制の整備が必須である。

訪問看護師は、看護実践の訪問活動(アウトリーチ)を通して、療養者の健康状態や生活の維持・改善や家族支援を視野にいたした在宅ケアの一翼を担っている。過疎地域の訪問看護師の看護実践は、健康問題や障害をかかえ医療機関への通院困難な地域住民の健康と生活を支える上で、今後ますます重要となる。訪問看護師の看護実践は、訪問時にまず身心状態の観察をおこない、看護実践してゆくことが求められる。また判断した結果を在宅ケアチームの家族および他職種に的確に提供することにより、状態悪化を予防し、家族や他職種のケアにつなげることが重要となる。訪問看護の実践活動は、単独訪問であり、常時医師不在の訪

問の場で自身が観察し、判断し対処しなければならない。過疎地域の在宅ケア体制のかなめとなる訪問看護師が看護実践してゆく上でどのような判断に困難を要しているかを明らかにすることが必要である。

訪問看護師が看護実践で感じる困難には、ある限定された看護分野や状況下で感じる困難に関する研究^{5,6)}、訪問看護師の業務特性からみた困難に関する研究⁷⁾はあるが、いずれも過疎地域の訪問看護師に焦点をあてたものはなかった。

訪問看護の判断については、看護師の臨床判断の特徴に関する研究⁸⁻¹⁰⁾、経験や臨床判断プロセスに関する研究¹¹⁻¹³⁾、特定の状況下・分野における臨床判断能力に関する研究¹⁴⁻¹⁶⁾等の臨床判断を明らかにするものは多く蓄積されていた。しかし、これらは、文献レビューや病院における病棟看護師を対象とした研究であり、訪問看護師が看護実践してゆく上でどのような判断に困難を感じているかは明らかにできなかった。

看護師の判断においては、S. Corcoranの「臨床判断」の定義「患者データ、臨床知識および状況に関する情報から、認知的な熟考や直感により患者ケアについて決定を下すこと」¹⁷⁾が本研究趣旨に合致し、適切であると考えたのでこれを用いる。

本研究は、過疎地域の訪問看護師が看護実践で感じる判断上の困難を明らかにすることを目的とした。それをもとに、今後A県過疎地域の訪問

¹ 石川県立看護大学

[§] 責任著者

看護分野に対して、本学の卒後継続教育を検討する上で基礎資料としたいと考える。

2. 方法

1) 研究デザイン：質的記述的デザイン

質的記述的デザインを用いた意図は、研究者が過疎地訪問看護師と直接に会い、聞き取りを通して、臨床現場の「現実」や、訪問看護師自身が感じている判断上の困難の詳細を記述するためである。

2) 対象施設と対象者：

(1) 対象施設：過疎地域の地域医療を担う病院訪問看護部署に勤務する看護師（以下訪問看護師という）とした。対象とした病院はA県医療計画において「へき地医療拠点病院」であり、そこに勤務する訪問看護師を対象とすることにより、その地域の訪問看護実践の実態を映し出せる判断したためである。

(2) 訪問看護師の条件：訪問看護経験が3年程度ある看護師（管理者を含む）

訪問看護経験が3年程度としたのは、看護師は臨床経験を積み重ねる過程において、実践力の上昇を認め看護の専門職として成長していくことは明らかになっている¹⁸⁾。

先行研究の知見において実務経験3年以上で、同様の状況下の経験を繰り返し持つ看護師に臨床判断の発展がみられたということから、訪問看護経験3年程度とした。

3) データ収集方法：聞き取り調査

調査内容：(1) 地域の特徴、(2) 施設の概要、(3) 聞き取り内容、① 看護経験年数・訪問看護経験年数・勤務体制（常勤・非常勤）、② 訪問看護師が看護介入によって判断に困った事例、あるいは訪問看護ステーション全体において判断に困った事例。

4) データ分析方法：(1) 聞き取った内容は許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録にした(2) 訪問看護師の「看護実践と判断」の内容について抽出した。筆者以外の研究者1名も「看護実践と判断」について抽出した。研究者2名の合致した「看護実践と判断」を分析に用いた。(3) 上記(2)に関して、「同一の看護行為」に属する「看護実践」と「判断上の困難」についてまとめた。「判断上の困難」には、「看護実践で向上さ

せたい知識や技術」と読み取れるものも含めて抽出した。

5) 倫理的配慮

研究者から対象施設の看護部長に対し、口頭と文書で研究依頼をおこった。文書にはすべて、調査目的及び自由意思による参加、中断する権利、匿名での公表、データ管理と研究終了後のデータ破棄について記載した。承諾の得られた対象施設の訪問看護部署の管理者に対し、対象者の選定条件に該当する看護師（管理者を含む）人数を知らせてもらった。管理者に対し、口頭と文書で連絡する際に、看護師の研究協力の諾否は、自由意思により決定をすること、同意書は研究者に直送するように説明し文書にも記載した。管理者に対して、該当人数分宛て「研究協力候補者依頼書」「研究同意書」を郵送し、該当する看護師に配布をお願いした。研究協力者の同意は、送付された同意書に署名を得ることによって確認した。研究開始前に、研究者が所属する倫理委員会の承認を得た。（看大第366号）

3. 結果

1) 調査地域と対象者の概要

調査地域は、二次医療圏・無医地区を含む過疎地域で、二次医療圏には4市町が位置した。市町の高齢化率は40-50弱%であった。各市町にはそれぞれ100～199床の病床を有する4病院であった。そのうち3病院は「へき地医療拠点病院」であった。それぞれの病院は訪問看護部署を設置しており、訪問診療をしている病院は2病院であった。

対象者の概要は、4病院訪問看護部署に勤務する訪問看護師9人であり、平均看護経験は31.7年、訪問看護歴は5.2年であった。

2) 訪問看護師の過疎地域訪問看護師の看護実践と判断上の困難（表1）

事例として語られたのは主に、呼吸器・循環器に問題がある人への対応や呼吸医療機器への対応についての事例、水分・栄養に問題がある人への対応についての事例、皮膚に問題がある人の事例、急変時の対応に関する事例だった。

(1) 「受診判断」「身体の継続観察における予後の推定」「異常察知の見極め」に関する判断上の困難について

「受診判断」6名、「身体の継続観察における予

表1. 過疎地域訪問看護師の看護実践と判断上の困難

看護行為	看護実践	判断上の困難
受診判断	<ul style="list-style-type: none"> ・受診判断は看護師複数名が相談して決める。診察中でも主治医に電話で相談する ・訪問看護時に患者の状態悪化時には、救急車を要請する。緊急時（呼吸停止など）の対策を他職種と申し合わせる。患者の急変に備えて、医師に心づもり・病院に急患体制をとる。誰もが対応できるように体制を整える。 ・急変時は救急外来看護師長や担当医に連絡する。訪問看護導入時に救急対応について説明する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診の判断（状態の悪化の時期）の見極めが難しい ・病院受診をした方が良いか否かの判断が難しい ・嘔吐、発熱、呼吸状態低下があり、<u>救急搬送すべきかどうかで迷う</u>。患者の状態悪化時、往診がない場合に、在宅で見守りか病院搬送かで迷う
身体の継続観察における予後の推定	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の病状を理解し、予測される症状予防を観察する。退院時の状態と現在の症状を在宅での経過から判断する。<u>看護師の経験知から、医師に軟膏処方を提案して処方許可をもらう。放置すると、状態悪化がおこると家族に伝える。</u> ・DMの既往から、水虫の罹患を気にする。前回訪問との変化に心がける。<u>本人に病状に応じた薬効の知識をもつ。</u> ・（病院では患部の観察だけになりがち）在宅は全身の観察が大事（患者の足指の股までの観察が必要） 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急性が高い状態は判断しやすいが、<u>症状の出現が緩慢な時の判断が難しい</u>。発熱時の原因の特定が難しい。 ・病巣をわかった上で、ケアを提供できるとよい。 ・経管栄養患者の下痢継続で、栄養を固形化したところ、水分不足から脱水になり、高血糖になった。水分量の判断は医師から任されているが、誤判断で状態悪化を招いた。 ・訪問看護後の夜に入院があると、自分の観察不足を感じる。
異変察知の見極め	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の全体像(ぼっと見た感じ)から受け止める。状態悪化があっても安定している状態（表情、褥瘡状態、喀痰、血圧、発熱、血糖が落ち着いている）を受け止める。 ・毎日訪問によって胆管ステントの閉塞を早期に発見する。患者の兆候から胆管閉塞を予測し、早急な対応の必要性を判断する。疾病悪化と認識しない本人の腹部違和感の自覚と状態悪化を判断する。<u>今までの経験知から、過去の症例を参考にする。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・データが少ない中で発症時期や異常の察知の見極め難しい。 ・「<u>なにかおかしい</u>」という察知があったが、尿量激増になり血糖の問題だと後でわかった。
判断をケアに繋げる力・ケアの効果をあげるために他職種を巻き込む	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の必要なケアを他職種が実施できるまで指導する。医師やケアマネジャーにすぐに相談する。 ・ケアの見直しの必要性を認識してケアマネジャーに報告する。訪問看護時の患者の変化は、毎日顔を合わせる医師に直接報告する。 ・ケアマネジャーに口頭や電話で患者の状態を報告する。清潔の把握を通して、<u>患者の生活をケアマネジャーに情報提供する。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での心不全の人の浮腫の増減の測定条件が整うようになれるとよい。（訪問看護師が必要な高度実践力とは）<u>臨床推論から状態悪化が予測できる場合は、介護スタッフに働きかけ、状態改善が認められない場合は、ケアマネジャーにケアプランの見直しを提言できるとよい。</u> ・現在の状態が継続すると、患者にとってどのような弊害がおこるか予測できるとよい。
呼吸器管理	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の呼吸データ(サチュレーション値)、活動と症状（呼吸状態・自覚症状）から在宅酸素患者の状態を医師に伝える。患者の意欲と活動状態を見極めながらリハビリを勧めることを患者に伝える。 ・人工呼吸器装着患者の SPO2や高圧アラーム設定が設定以下になり、アラームが頻回に鳴るので、吸引やスクイーピング等をして対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・肺炎を疑う患者の状態が安定か、不安定かの判定が難しい。 ・意思疎通のない、寝たきり終末期の呼吸状態の観察が十分できなかった。 ・低酸素患者に対し、患者の酸素渴望への対応に困る。<u>呼吸音と病状とがつかない</u> ・人工呼吸器装着患者の対応、（人工呼吸器装着患者の）SPO2、気道内圧の異常があり、<u>経験的に対処をしても改善しないときの原因と対処が難しい。</u>
褥瘡管理	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡はデジカメで撮って、医師に相談する。褥瘡悪化前に対処する体制を確立する。褥瘡の進行段階を判断して、医師に軟膏処方を提案して処方許可をもらう。 ・褥瘡の状態観察をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の軟膏の選択に迷う。褥瘡部を写真で撮り、スタッフ間で相談しあう。 ・褥瘡の状態をアセスメントし、家族指導し、次回の訪問看護に褥瘡改善のケアプラン立案ができることが必要。<u>家族に褥瘡の状態と介護の必要性を関連付けて伝え、家族が意識的に実際に介護できるまでの指導ができていない。</u>

後の推定」6名,「異常察知の見極め」3名の訪問看護師が「観察・モニタリング」の看護行為領域の内容について述べていた。「受診判断」では,訪問看護師は同僚訪問看護師や医師に「受診判断」を相談していた。救急搬送する場合は,受け入れ病院の体制を整える調整をしていた。判断に困ることとして,“受診判断の有無”“救急搬送の有無”に困難を感じていた。「身体継続観察における予後の推定」では,療養者の経過観察から予測されることを観察し,経験知を活かし,予防のケアにつなげていた。判断に困ることとして,特に“症状の出現が緩慢な状態で,原因が特定できないときの判断が難しい”と捉えていた。「異常察知の見極め」については,療養者に係る継続的な観察から,全体像を捉えて状態変化を察知していた。“少ないデータ”から,“なにかおかしい”という印象から,今までの経験知や過去の症例を参考に捉えていたが,それを見極めることが難しいと捉えていた。

(2)「判断をケアに繋げる力・ケアの効果をあげるために他職種を巻き込む」に関する判断上の困難について

「判断をケアに繋げる力・ケアの効果をあげるために他職種を巻き込む」は4名の訪問看護師がそれらに関する内容について述べていた。訪問看護師は,医師との連携をもとに,ケアマネジャーや他職種に対して,しっかりとケアを繋げていた。療養者の状態改善や悪化する場合を予測し,ケアの具体的方策を他職種に働きかけ,あるいは他職種をケアに巻き込む重要性を感じていた。また,療養者に関わる者すべてが実施可能な簡便なケア方法の提案ができる必要性について述べていた。

(3)「呼吸器管理」「褥瘡管理」に関する判断上の困難について

「医療処置の実施・管理」の看護行為領域の中で,特に「呼吸器管理」6名,「褥瘡管理」3名がそれらに関する内容について述べていた。「呼吸器管理」では,在宅酸素療養者や人工呼吸器療養者の呼吸機能のアセスメントに関して,医師と連携しながら生活の中で実践可能なケアについて述べていた。“意思疎通のない・終末期療養者の観察”“低酸素療養者”の症状や病気の状態の判断に困難を感じていた。また人工呼吸療法管理の異常発生時の対応について困難と捉えていた。褥瘡部の観察をデジカメ等の電子媒体を使い,褥瘡処置を医師や同僚訪問看護師と相談していた。また,褥瘡アセスメントした上で家族や他職種にケアについて

働きかけ,症状改善をはかるような力を欲していた。

4. 考察

1) 対象者の特徴

9名の訪問看護師はいずれも30年以上の病院看護経験が豊富な者が多かった。看護師の経験年数による臨床判断の熟練段階は発達してゆく。したがって,今回の対象となった訪問看護師は病院看護に関する医療的経験知が豊富な者が多かったと推測できる。

また,訪問看護経験は5.2年であった。訪問看護は,その看護の特質から施設内看護の積み重ねのみでは習得できない知識や技術が必要である¹⁹⁾。対象者らは5年以上の訪問経験があり,訪問看護の状況下の知識や技術の蓄積がされていたと推測できる。

2) 訪問看護師の看護実践と判断上の困難

訪問看護の主たる目的が,医療者としての判断であるため「受診判断」「身体継続観察における予後の推定」「異常察知の見極め」のいわゆる「観察・モニタリング」に関するものが多く挙げられていたと考える。多くの訪問看護師は,予測される健康問題を予防することが重要であると捉え,在宅ケアチーム全体で共有できるように繋げていた。「異常察知の見極め」は,身体状況に関する正常・異常の判断についてであり,「受診判断」は,その判断を踏まえたうえでの看護行為の必要性や方略の判断である。訪問看護は,訪問時の限定された時間内で判断が求められる。療養者の常態でない兆候や症状を捉え,“なにかおかしい”という捉え方はできるが「見極め」,「予後の推定をする」ことに困難を感じていた。このような困難性は,訪問看護師も述べているように,限られたデータや兆候で判断しなければならない在宅現場では当然の困難性である。小笠原²⁰⁾は,訪問看護師のおこなう予測的判断について,「疾患の特徴から今後におこる状況をイメージしやすいものは予測しやすいが,具体的変化がわかりにくい状態は現在の状態にとどまりやすく利用者の疾患や状況と関係している」と述べている。本調査における訪問看護師の対処としては,看護師単独では判断しないで,同僚看護師や医師に相談していた。

「判断をケアに繋げる力・ケアの効果をあげるために他職種を巻き込む」は在宅ケアチームづくりに関するものであり,チームの中で訪問看護師

がリーダーシップを果たす必要性を感じていた。

「呼吸器管理」, 「褥瘡管理」は, 訪問看護師が自身の経験的な対処では対応しきれないことの困難について述べていた。特に“在宅酸素機器や人工呼吸器”などの医療機器管理は, 在院機関の短縮化・在宅医療機器の進歩にともない, ますます増してくる。訪問看護師の「医療処置の実施・管理」の知識や管理技術向上のための学習の場や機会が必要になると考えられる。

3) 過疎地域の訪問看護師が必要としている能力

本研究結果をふまえ, 「今までの看護実践の維持・発展が必要」「基本的な対象理解やその判断の強化が必要」「新たに臨床推論などの高度な判断力の育成が必要」の視点から述べる。

過疎地域の訪問看護師が今までしていた看護実践については「看護実践の維持・発展」をしていく必要がある。これらは, 受診判断時の同僚訪問看護師や医師への相談, 救急搬送時の受け入れ病院の体制調整, 予防のケア, 療養者の継続的な観察から全体像の変化をとらえる, 医師との連携をもとにケアを繋げること, 生活の中でのケアなどがあげられる。以上のような看護実践は, その実践を維持し, 発展できるように日々のケアの振り返り, 部署全体で体制づくりが必要と考える。

呼吸器管理における“呼吸音と病状がつかない”“意思疎通のない, 寝たりきり終末期の呼吸状態の観察”の判断上の困難は「基本的な対象理解やその判断の強化が必要」と推測できるため, 基礎的な判断力育成のための学習が必要となる。

「新たに臨床推論などの高度な判断力の育成が必要」については, 判断に困ることとして, “受診判断の有無”“救急搬送の有無”などの「受診判断」, “症状の出現が緩慢な状態での原因特定ができないときの判断の難しさ”などの「身体の継続観察における予後の推定」, 「異常察知の見極め」に関することがあげられる。このような看護師の判断上の困難に対して, 塚本ら²¹⁾は看護師の臨床推論能力の必要性を説いている。山中²²⁾も「療養者の状態を急変する前に, 前兆をいかに読み取るかが看護では大切であり, その手段に臨床推論を応用することができる」と述べている。単独訪問で臨床判断に困ったとき, 今までの経験知や過去の症例を土台に, エビデンスを踏まえて知識に幅を持たせ, 自信をもって判断をしていくために訪問看護師には臨床推論能力が求められる。これ

らは現在の看護基礎教育だけでは不十分であるため, 訪問看護に活用できるさらなる専門教育が必要であると考ええる。

本調査の調査地域は, 二次医療圏・無医地区を含む過疎地域で, 今後ますます高齢化が予測される地域であった。在宅医療機器の進歩や在院日数の短縮化により, 在宅療養者に対する訪問活動における医療ニーズはさらに高くなると予測できる。過疎地域においては「へき地医療拠点病院」が地域のプライマリ・ケア²³⁾を担う主要医療機関となり, 過疎地域の訪問医療や看護は在宅医療の要となってくる。本調査により, A 県内過疎地域の訪問看護師が必要としている能力の概要が示唆された。これを参考に卒後継続教育を検討したいと考える。

4) 研究の限界と今後の方向性

本調査は, A 県過疎地域の地域医療を担う病院訪問看護部署のみの調査であった。そのため病院看護経験は豊富であったが, 病院組織特有の訪問看護であるため, 今後は過疎地域の独立型訪問看護事業所についても調査をする必要がある。

謝辞

本調査にご協力いただきました病院訪問看護部署に勤務する訪問看護師の皆様は心より御礼申し上げます。本調査は, 大学改革委員会 / 大学院・専攻科検討班として, 平成 26 年度石川県立看護大学 学長裁量研究費を受けて調査をしました。

利益相反

なし

引用文献

- 1) 厚生労働省:平成28年度厚生労働白書. <http://www.primary-care.or.jp/http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>. (accessed 2017/10/16)
- 2) 藤川あや, 小林恵子, 飯吉令枝:新潟県中山間地域に暮らす高齢者の通院手段と関連要因. 新潟医学会誌, 125(8), 435-442, 2011.
- 3) 佐藤新平, 柴田敬子:人口動態・交通網整備の変化によって, 山間僻地診療所での医師在駐の必要性, 求められる医療の変化についての検討, 月刊地域医学, 129(5), 442-447, 2015.
- 4) 太田暁子, 新田紀枝, 奥村歳子:山間過疎地域に居住する高齢者の在宅療養上のニーズに関する研究, 仏教大学保健医療技術学論集, (10), 39-48, 2016.

- 5) 井上智可, 林一美:精神疾患患者を対象とする訪問看護師スタッフの困難に関する文献レビュー, 石川看護雑誌, 9, 121-130, 2012.
- 6) 古瀬みどり:訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難, 日本がん看護学会誌, 27(1), 61-66, 2012.
- 7) 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子:訪問看護師が抱く困難感, 日本農村医学会雑誌, 66(5), 567-572, 2018.
- 8) 藤内美保, 宮腰由紀子:看護師の臨床判断に関する文献的研究, 災害医療学会誌, 53(4), 213-219, 2005.
- 9) 原口道子, 川村佐和子:患者の病態の違いによる看護判断の特徴, 日本保健科学会誌, 9(2), 120-128, 2006.
- 10) 飯塚真紀, 鴨田玲子:臨床判断研究の文献レビュー, 福島県立医科大学看護学部紀要, 12, 31-42, 2010.
- 11) 尾形裕子:状況の把握に焦点をあてた臨床判断パターン, 経験3年以上の看護師における臨床判断の特徴, 北海道医療大学看護福祉学部会誌, 8(1), 11-20, 2012.
- 12) 田口智恵美, 佐藤まゆみ, 三枝香代子:経験の浅いICU看護師が看護実践で感じる困難, 千葉看護学会誌, 19(1), 11-18, 2013.
- 13) 杉山祥子, 朝倉京子:看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセス, 看護科学学会誌, 37, 141-149, 2017.
- 14) 三好さち子, 大津廣子, 望月章子:看護師に必要な臨床判断能力に関する研究－体位変換実施時の意思決定プロセス－, 広島県立保健福祉大学誌, 3(1), 27-35, 2003.
- 15) 丸岡直子, 泉キヨ子, 平松知子:看護師が転倒防止策を決定するまでの臨床判断の構造, 日本看護管理学会誌, 9(1), 22-29, 2005.
- 16) 江口秀子, 明石恵子:我が国のクリティカル看護領域における臨床判断に関する文献レビュー, 日本クリティカル看護学会誌, 10(1), 2013.
- 17) Sheila A Corcoran:看護におけるClinical judgementの基本概念, 看護研究, 23(4), 351-360, 1990.
- 18) 佐藤紀子:看護婦の臨床判断の構成要素と段階と院児教育への提言, 看護41(4), 127-143, 1989.
- 19) 佐藤美穂子:高齢者を中心とした訪問看護研修, 看護研究, 27(6), 485-496, 1994.
- 20) 小笠原充子:訪問看護師の行っている予測的判断, 高知女子大学学会誌, 28(2), 21-31, 2003.
- 21) 塚本容子, 石川倫子, 福田広美:序, 症状別アセスメント, メヂカルフレンド社, i, 2016
- 22) 山中克郎:臨床推論を看護に活かそう, 日本クリティカルケア看護学会誌, 11(1), 7-8, 2015.
- 23) 一般社団法人日本プライマリ・ケア・連合学会:プライマリ・ケアとは, プライマリ・ケアの5つの理念,

一般社団法人日本プライマリ・ケア・連合学会.
<http://www.primary-care.or.jp>
(accessed 2017/10/16)

Difficulties in judgment found by home-visit nurses in underpopulated areas during nursing practice

Kazumi HAYASHI, Noriko ISHIKAWA, Hisae TSUKADA,
Shingo OHE, Chisato MATSUMOTO

Abstract

The purpose of this study was to clarify the difficulties in making judgments during nursing practice found by home-visit nurses in underpopulated areas. We interviewed nine nurses working at home nursing stations of hospitals that assume responsibility for medical services for underpopulated areas. The results indicated that the difficulties found by these nurses in making judgments during nursing practice were related to six actions: judgments related to medical examinations, prognosis predictions from continued observation of the body, detection and identification of abnormalities, involvement of other specialists to provide appropriate medical care and to increase its effectiveness, respiratory care, and pressure ulcer management. In particular, these results suggest that high levels of new judgmental skills, including clinical reasoning, need to be developed for nurses to manage difficulties with regard to three of these six actions: judgments related to medical examinations, prognosis predictions from continued observation of the body, and detection and identification of abnormalities. We believe that these results will serve as basic data for discussing the contents of postgraduate continued education in the field of home nursing in underpopulated areas.

Keywords underpopulated areas, home-visit nurses, nursing practices, judgment, difficulties