

添 付 資 料

WOC（創傷・ストーマ・失禁）看護技術の専門性

- 定義：本調査において WOC 看護技術を有する看護師とは、WOC 看護認定看護師、ET（Enterostomal Therapist）等、WOC 看護領域において3年以上の経験を有し、一定の研修を修了した者を指す。1985年に聖路加国際病院の附属機関として開校した ET スクール（クリーブランドクリニック分校）は、1990年に聖路加国際病院 ET スクールとなるが1994年に閉鎖し、米国での ET 資格取得者を含めた ET 看護師の大多数は移行措置により WOC 看護認定看護師を取得している。

- 資格保有者数：308名（うち未就業者6名 平成17年2月現在）

- 認定看護師教育課程の概要

- ・ 教育期間：6ヶ月以上であり、原則として連続した（集中した）昼間の教育であること
- ・ 授業時間数

共通科目	90時間以上
専門基礎科目	時間規定なし
専門科目	時間規定なし
学内演習および臨地実習	200時間以上
総時間	600時間以上

- 資格取得プロセス

日本看護協会は毎年1回、認定看護師認定審査を行い、合格者を認定看護師として認定し、認定証等を交付する。認定証の有効期間は交付日から5年とする。

<受験資格>

- ・ 日本国の保健師、助産師、看護師のいずれかの免許を有すること。
- ・ 認定看護師として必要な実務経験があること。保健師、助産師、看護師の資格取得後、実務経験が通算5年以上であること。そのうち通算3年以上は特定の看護分野の経験を有すること。
- ・ 日本看護協会が認定した認定看護師教育課程を修了していること。または、外国において上記と同等と認められる教育を修了していること

<認定の更新制度>

認定看護師のレベル保持のため、認定更新制を施行する（5年ごとの更新審査）

*認定更新申請者の資格

- ・ 日本国の保健師、助産師、看護師のいずれかの免許を有すること。
- ・ 申請時において、認定看護師であること。
- ・ 申請時において、過去5年間に規定された看護実践や自己研鑽の実績があること。

平成 17 年 1 月 5 日

各看護部長 殿

社団法人 日本看護協会
会長 南 裕子

WOC（創傷・ストーマ・失禁）看護技術の
有効性に関する調査のご依頼

謹啓 時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、近年の医療の高度化、複雑化に伴い、看護にも高度な技術や知識が必要とされています。効率的で質の高い看護は、治療過程に影響をもたらす患者様の早期社会復帰や QOL の向上に貢献するものです。

このような状況の中、平成 15 年 7 月に診療報酬について議論する厚生労働省の中央社会保険医療協議会に 4 つの調査専門組織が誕生し、そのひとつである医療技術評価分科会において今回、WOC 看護技術の有効性を検証するための調査が行われることになりました。本調査は、厚生労働省保険局医療課の委託を受け実施するもので、調査結果は中央社会保険医療協議会に提出され、平成 18 年度診療報酬改定の資料として検討されます。

これまで、看護固有の技術が中央社会保険医療協議会において審議されたことはありませんでした。今回、このような調査を実施する機会を得たことは、中央社会保険医療協議会の中で、看護技術の有効性をエビデンスに基づき評価する体制づくりの第一歩になるといえます。そのためには、精緻性の高いデータを広く収集することが必要です。

中央社会保険医療協議会において看護技術に着目した評価が進むことは、今後、より専門性の高い看護技術の普及や看護の質の向上に繋がると考えております。

つきましては、貴施設に是非ともご理解とご協力を賜りたく、同封いたしました調査票にご回答の上、記入次第、遅くとも平成 17 年 3 月 10 日までに必ずご返送くださいますようお願い申し上げます。

本調査の結果については、すべて統計的に処理され、患者様および施設名が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただきました内容が調査以外の目的で使用されることはありません。

ご多忙の折恐縮ですが、本調査の意義を十分にご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

謹白

調査班委員

班長	野末聖香	慶應義塾大学看護医療学部 教授 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 医療技術評価分科会委員
	真田弘美	東京大学大学院医学系研究科 教授
	岡谷恵子	社団法人 日本看護協会 専務理事 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会専門委員
	田中秀子	社団法人 日本看護協会 看護研修学校認定看護師教育 専門課程 WOC看護学科 専任教員

調査についてのお問い合わせは、下記までご連絡下さい。

連絡先： 社団法人日本看護協会
石川、伊勢田、柏木（政策企画室）
電話 03-5778-8804（ダイヤルイン）
FAX 03-5778-5601（6階共用）
Email: seisaku@nurse.or.jp

アンケートの実施要領について

本調査は、WOC 看護師のいる施設・いない施設両方を対象としています

1. 調査票の種類と部数

調査票は大きく分けて「病院基本情報調査票」、「ストーマ患者個票」、「褥瘡患者個票」の3種類あります。

送付部数は、「病院基本情報調査票」が1部、「ストーマ患者個票」、「褥瘡患者個票」が各5部となっています。

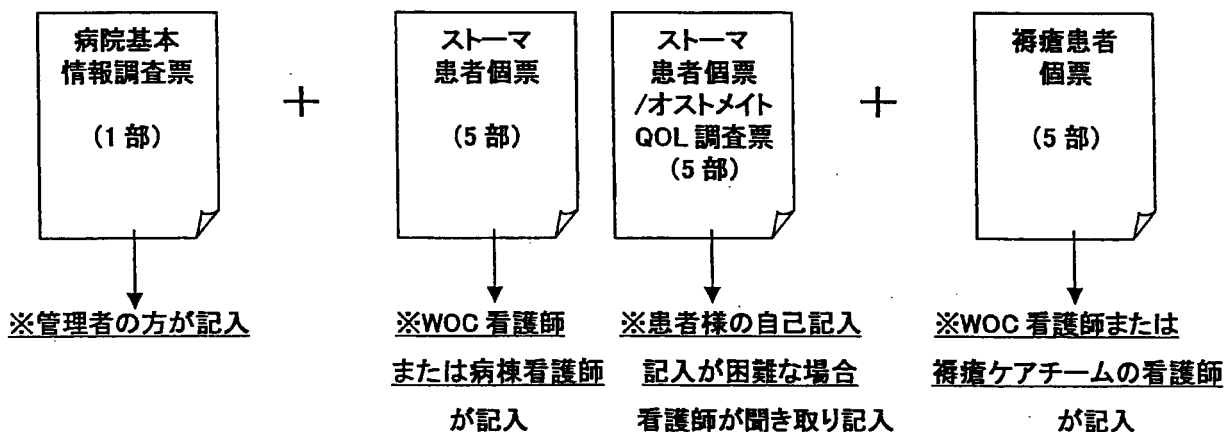
2. 調査票の記入をお願いする方(記入者)

「病院基本情報調査票」は管理者の方がご記入ください。

「ストーマ患者個票」は WOC 看護師がいる施設は WOC 看護師、いない施設は、該当する患者様が入院している病棟の看護師がご記入ください。「オストメイト QOL 調査票」は、退院後 2ヶ月以内の外来受診時に、同意が得られた患者様について患者様ご自身にご記入いただきますが、視覚や筆記能力に障害のある場合は看護師が聞き取りご記入ください。

ストーマ患者の該当者がいない場合には「病院基本情報調査票」の8「備考欄」にその旨記入の上、「褥瘡患者個票」のみご回答ください。

「褥瘡患者個票」は褥瘡ケアチームの看護師がご記入ください。



3. 「利用者票」の調査日・対象者・調査数の選定について

調査日、調査の対象者および調査数については以下の通りです

	調査日	調査対象者および調査数
ストーマ患者個票	平成 17 年 1 月～2 月 28 日の入院期間中の術前・術後 手術後は、14 日間毎日ストーマ患者個票Ⅲを記入する。 退院後2ヶ月以内の外来受診日に「オストメイト QOL 調査票」を記入(患者の自己記入または看護師による聞き取り)	対象者: 人工肛門造設術、人工膀胱造設術を目的として平成 17 年 1 月～2 月 28 日まで入院中で術前から退院まで調査の可能な 20 歳以上の方 オストメイト QOL 調査票については同意の得られた方のみ実施 調査数: 対象となる患者様の全数
褥瘡患者個票	平成 17 年 1 月～2 月 16 日に調査を開始し、褥瘡患者個票Ⅰは調査開始時に記入、褥瘡経過表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲはを調査開始日、1 週間後、2 週間後、3 週間後に記入。	対象者: 調査開始時に仙骨部または大転子部に真皮の創傷(褥瘡患者経過表Ⅲ「深さ」2)以上の褥瘡があり、調査開始から3週間に渡り褥瘡の観察が可能な 20 歳以上の方 調査数: 褥瘡患者経過表Ⅲ「深さ」の重症度が高い方から最低 2 名(可能であれば 5 名まで)

4. 調査票の返送期限

「病院基本情報調査票」、「褥瘡患者個票」は対象患者様最低 2 名の調査が終了次第、合わせて同封の返信用封筒にてご返送ください。「ストーマ患者個票」は、調査対象者全員のストーマ QOL 調査票の記入が終了次第、同封の返信用封筒にてご返送ください。

返送期限は「平成 17 年 3 月 10 日(木)」です。

5. アンケート問い合わせ先

調査内容についてご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

<p>連絡先： 社団法人日本看護協会 石川、伊勢田、柏木（政策企画室） 電話： 03-5778-8804（ダイヤルイン） FAX： 03-5778-5601（6 階共用） Email： seisaku@nurse.or.jp</p>
--

記入要領

病院基本情報調査票	許可病床数	① 病床数は医療法の規定に基づき使用許可を受けている病床数を記入してください。
	在院患者数	② 在院患者数は平成16年12月1日0時現在で新生児も含む人数を記入してください。
	看護要員数	③ 職員数については平成16年12月の実績を記入してください。12月のデータがない場合は、記入可能な最も新しい月の実績を記入し、年月を明記してください。ここでいう非常勤職員とは、パートタイマー・アルバイト等、勤務時間が常勤職員より短い者です。各人ごとに病棟に勤務した述べ時間数を常勤職員の所定労働時間と比例計算によって常勤換算し、これらの勤務者全員の常勤加算人数を合算し小数点以下を切り捨て記入してください。
	看護師の教育背景	④ 准看護師を除き、看護師のみについて記入してください。専門（看護）に係る学歴のみを記入してください。
	WOC看護に係る研修	⑤ ここでいう研修とは院内外を問わずWOC看護に係る研修を受けたものを全て記入してください。WOC看護とETの欄には、有資格者を記入してください。
	WOC看護師	⑥ ここでいうWOC看護師とは、院外の研修を受けてWOC看護に関する資格（WOC認定看護師、ET）を有する者です。 ⑦ 専従のWOC看護師とは、主任・師長等の管理業務や病棟における夜勤を行わず、WOCケアおよびWOCケアの指導教育に専従している看護師を指します。

褥瘡患者個票

調査の対象

調査票記入者

年齢

身長・体重

傷病名

入院基本料

褥瘡管理加算

糖尿病の既往

ステロイドの長期使用

放射線照射

麻痺の有無

過去の褥瘡の有無・褥瘡発生状況

日常生活自立度

褥瘡に関する危険因子

栄養摂取の方法

NSTの介入

調査開始時の生化学データ

- ① 対象となる患者様は、調査開始時に仙骨部または大転子部に真皮の創傷（褥瘡患者経過表Ⅲ「深さ」2）以上の褥瘡があり、調査開始から3週間に渡り褥瘡の観察が可能な20歳以上の方です。
- ② 平成17年1月から2月16日までに調査を開始できる①に該当する患者様を「深さ」の重症度が高い方から2名選択し、調査票をご記入ください（可能であれば5名までご回答ください）。
- ③ 患者個票は該当患者様毎に褥瘡ケアチームの看護師が記入してください。
- ④ 患者個票Ⅰは、調査開始時に記入してください。
- ⑤ 患者経過表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは、調査開始時、調査開始から1週間後、2週間後、3週間後に日付とともに記入してください。
- ⑥ 年齢は、調査開始時の値を記入してください。
- ⑦ 身長・体重は、調査開始時の直近の値を記入してください。
- ⑧ 傷病名・副傷病名は、別添資料を参考にICD-10の中分類コードを記入してください。副傷病名については、主なもののひとつをICD-10の中分類コードから記入してください。
- ⑨ 入院基本料は、直近のものを記入してください。
- ⑩ 褥瘡管理加算は、直近の申請状況を記入してください。
- ⑪ 糖尿病の既往「有」の場合の治療状況は、内服薬、インスリン注射を行っている場合に「現在、治療中」としてください。
- ⑫ ステロイドの長期使用とは、調査開始時に過去3ヶ月以上ステロイドを使用していた場合に「有」としてください。
- ⑬ 放射線照射は、調査期間内に放射線照射を行った場合に「有」としてください。
- ⑭ 麻痺の有無は、調査期間内の状態について記入してください。
- ⑮ 褥瘡の部位4、5、6については、左右どちらか、または両方にあれば番号に○をつけてください。
- ⑯ 日常生活自立度は、調査開始時の直近の基本診療料の施設基準の褥瘡に関する危険因子評価票届出に用いたものを記入してください。
- ⑰ 褥瘡に関する危険因子は、調査開始時の直近の基本診療料の施設基準の褥瘡に関する危険因子評価票届出に用いたものを記入してください。
- ⑱ 栄養摂取の方法は、調査開始時の状況を記入してください。調査期間中に状況が変化したときは、該当する番号全てに○をつけ、日付を記入してください。
- ⑲ NSTの介入は、調査開始時の状況を記入してください。調査期間中に状況が変化したときは、該当する番号全てに○をつけ、日付を記入してください。
- ⑳ 調査開始時の生化学データは調査開始時の直近のものを日付とともに記入してください。

ストーリー
マ患者
個票

調査の対象

- ① 対象となる患者様は、コロストミー・イレオストミー・ウロストミー手術を目的として平成17年1～2月に入院している20歳以上の方です。
- ② 平成17年1月から2月28日までに入院中で①に該当し、術前から観察の可能な患者様すべてについて、調査票をご記入ください。
- ③ 調査は、術前、術後2週間、退院から1～2ヶ月の外来受診時に行います。術後2週間以内に退院した場合は、退院日まで調査を行ってください。外来受診時の「オストメイトQOL調査票」の記入にあたっては、別紙にて調査への同意を得てください。
- ④ 該当する患者様がいない場合には、施設票の備考欄にその旨をご記入ください。
- ⑤ 年齢は、調査開始時の値を記入してください。
- ⑥ 身長・体重は、調査開始時の直近の値を記入してください。
- ⑦ 日常生活自立度は、入院前の状態について、以下に示す「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」に従い記入してください。全く障害の無い場合は「9 障害なし」としてください。

年齢

身長・体重

日常生活自立度

生活自立	ランク J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
准寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中は殆どベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

同居家族等

仕事の有無

傷病名

- ⑧ 同居家族等は、入院時の状況を記入してください。退院時または退院後のフォローアップ時に変化があった場合はその旨を記入してください。
- ⑨ 仕事の有無は、入院時の状況を記入してください。退院時または退院後のフォローアップ時に変化があった場合はその旨を記入してください。
- ⑩ 傷病名・副傷病名は、別添の ICD-10 の中分類コードを記入してください。副傷病名については、主なものひとつを選択し、ICD-10 の中分類コードを記入してください。

ストーマ造設と なった原因	⑪ ストーマ造設を説明する診断名を記入してください（例：クローン氏病）
治療方針	⑫ 治療方針は、入院時のものを記入してください。
糖尿病の既往	⑬ 糖尿病の既往「有」の場合の治療状況は、内服薬、インスリン注射を行っている場合に「現在、治療中」としてください。
ステロイドの長期使用	⑭ ステロイドの長期使用とは、調査開始時に過去3ヶ月以上ステロイドを使用していた場合に「有」としてください
ストーマの種類	⑮ ストーマの種類は、ダブルストーマの場合は2つに○をつけてください。
ストーマの形状	⑯ ストーマの形状は、退院までの状況について該当するもの全てに○をつけてください。
ストーマ局所の合併症	⑰ ストーマ局所の合併症は、退院までの状況について該当するもの全てに○をつけてください。
術後合併症の状況	⑱ 術後合併症の状況は、退院までの状況について該当するもの全てに○をつけてください。
初回外来受診予定日	⑲ 初回外来受診予定日は、退院時に記入してください。
退院後の QOL 調査	⑳ 退院後の QOL 調査は、退院後1～2ヶ月の外来受診日に行ってください。調査票の記入に際しては、別添の説明書にて説明を行い、同意を得られた患者様のみ同意書への署名およびアンケートの記入を依頼してください。視力や筆記能力により、記入が困難な場合は、看護師が聞き取り、記入してください。

別添資料

傷病分類表

病症大分類	疾病中分類		
1. 感染症および寄生虫症	1. 肺結核	3. 陳旧性肺結核	
	2. 脊椎カリエス	4. その他の感染症および寄生虫症	
2. 新生物	5. 胃癌(術後を含む)	12. 前立腺癌	
	6. 大腸癌	13. 膀胱癌	
	7. 直腸癌	14. 多発性骨髄腫	
	8. 肝癌	15. 脳腫瘍	
	9. 肺癌	16. その他の悪性新生物	
	10. 乳癌	17. その他の新生物	
	11. 子宮癌		
	18. 鉄欠乏性貧血	21. その他の血液及び造血器の疾患、並びに免疫構造の障害	
	19. 貧血		
	20. 特発性血小板減少性紫斑病		
3. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	22. 甲状腺機能低下症	25. 糖尿病	
	23. 糖尿病性腎症	26. その他の糖尿病	
	24. 糖尿病性神経障害	27. その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	
	28. 脳梗塞性痴呆	34. 老人性うつ病	
4. 内分泌、栄養及び代謝疾患	29. 脳動脈硬化性痴呆(脳血管性痴呆)	35. うつ病	
	30. 痴呆(混合性痴呆)	36. うつ状態	
	31. 老人性痴呆、老年期痴呆	37. その他の痴呆	
	32. 統合失調症	38. その他の統合失調症	
	33. 躁うつ病	39. その他の精神及び行動の障害	
	5. 精神及び行動の障害	40. ALS(筋萎縮性側索硬化症)	48. 片麻痺(脳梗塞後片マヒ)
		41. パーキンソン病(症候群)	49. マヒ(右)(左)
42. アルツハイマー病(痴呆)		50. シャイ・ドレーガー症候群	
43. 脊髄小脳変性症		51. 低酸素脳症	
44. 脳萎縮		52. 頸髄症	
45. 多発性硬化症		53. その他のパーキンソン病	
46. てんかん		54. その他のアルツハイマー病	
47. 筋ジストロフィー		55. その他の神経系の疾患	
6. 神経系の疾患		56. 白内障(右)(左)	
		57. その他の眼及び付属器の疾患	
7. 眼及び付属器の疾患	58. メニエール症候群		
	59. その他の耳及び乳様突起の疾患		
8. 耳及び乳様突起の疾患	60. 高血圧症	78. 脳動脈硬化症	
	61. 本能性高血圧症	79. 脳軟化症	
9. 循環器系の疾患	62. 高血圧性心疾患(心臓病)	80. 慢性脳循環不全症	
	63. 狭心症	81. 脳血管障害(脳血管疾患)	
	64. 心筋梗塞(急性)	82. クモ膜下出血後遺症	
	65. 心筋梗塞後遺症	83. 脳出血後遺症	
	66. 陳旧性心筋梗塞	84. 多発性脳梗塞後遺症	
	67. 虚血性心疾患(虚血性心臓病)	85. 陳旧性脳梗塞	
	68. 心房細動	86. 脳梗塞後遺症	
	69. 不整脈	87. 脳卒中後遺症	
	70. うっ血性心不全	88. 脳血管障害後遺症	
	71. 心不全(慢性)	89. 動脈硬化症	
	72. クモ膜下出血(術後含む)	90. 閉塞性動脈硬化症	
	73. 脳出血(脳内出血)	91. その他の高血圧系疾患	
	74. 多発性脳梗塞	92. その他の心疾患	
	75. 脳血栓(症)	93. その他の脳血管疾患	
	76. 脳梗塞(小脳梗塞)	94. その他の循環器系の疾患	
	77. 脳動脈瘤術後		
	10. 呼吸器系の疾患	95. 肺炎	100. 肺線維症
		96. 慢性気管支炎	101. 特発性間質性肺炎
		97. 肺気腫	102. 慢性呼吸不全
98. 慢性閉塞性肺疾患		103. 呼吸不全	
99. 気管支喘息		104. その他の呼吸器系の疾患	
105. 胃潰瘍		109. 慢性肝炎	
11. 消化器系の疾患	106. 慢性胃炎	110. 肝硬変	
	107. 腸閉塞	111. 胆石症	
	108. 便秘	112. その他の消化器系の疾患	

裏面につつまます

別添資料

12. 皮膚及び皮下組織の疾患	113. 褥そう		
	114. その他の皮膚及び皮下組織の疾患		
13. 筋骨格系及び結合組織の疾患	115. 慢性関節リウマチ	124. 脊柱(椎)管狭窄(脊髄狭窄)	
	116. リウマチ性(様)関節炎	125. 後縦靭帯骨化症	
	117. 関節炎(右)(左)	126. 座骨神経痛	
	118. (変形性)股関節症	127. 腰痛症	
	119. (変形性)膝関節症	128. 癩用症候群	
	120. 全身性エリテマトーデス	129. 骨粗鬆症による骨折	
	121. 多発性筋炎	130. 骨粗鬆症	
	122. 変形性腰椎症	131. その他の骨粗鬆症	
	123. 変形性脊椎症	132. その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	
	14. 尿路性器系の疾患	133. 慢性腎炎	136. 神経因性膀胱
		134. 慢性腎不全	137. 前立腺肥大症
135. 腎不全		138. その他の尿路性器系の疾患	
15. 妊娠、分娩及び産褥	139. 妊娠、分娩及び産褥		
16. 周産期に発生した病態	140. 周産期に発生した病態		
17. 先天奇形、変形及び染色体異常	141. 先天奇形、変形及び染色体異常		
18. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	142. 老衰		
	143. その他の症状、特徴及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの		
19. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	144. 硬膜下血腫	149. 脊髄損傷	
	145. 腰椎圧迫骨折	150. 脳挫傷後遺症	
	146. 大腿骨頸部骨折	151. 頭部外傷後遺症	
	147. 大腿骨転子間骨折	152. 大腿骨骨折後遺症	
	148. 大腿骨骨折	153. その他の損傷、中毒及びその他の外因の影響	
20. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	154. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用		

(出典：ICD-10に準拠し一部改編)

平成 17 年 1 月

WOC（創傷・ストーマ・失禁）看護技術の
有効性に関する調査

病院基本情報調査票

（ご記入をお願いいたします）

貴施設名		
記入担当者氏名	所属・役職	
	氏名	
所在地	〒□□□-□□□□	
電話番号	— —	(代表・内線)
FAX番号	— —	

I 施設の基本属性

1 経営主体について

1 独立行政法人	5 学校法人
2 地方自治体	6 公益法人・その他の法人
3 日本赤十字・社会保険関係団体	7 その他の法人
4 医療法人	

2 許可病床数・在院患者数について (平成16年12月1日0時現在について記入してください。)

許可病床数 床 在院患者数 名

(12月1日0時現在・新生児を含む)

3 病院の種類について

1 特定機能病院	3 療養病床を主とする病院
2 一般病院	4 3以外の一般病床を主とする病院

4 平均在院日数について

(※「一般病床」のみの値を直近3ヶ月・小数点以下1位まで記入してください)

一般病床の平均在院日数 . 日

II 看護職員の状況

1 看護要員数について

(平成16年12月分について該当する数を記入してください。)

従事者	常勤者	非常勤者	
		人数	換算数 (人)
看護師	人	人	・ 人
准看護師	人	人	・ 人
看護助手	人	人	・ 人

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計算してください。

換算数=職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

2 看護師の教育背景 (専門最終学歴) について

(平成16年12月分について該当する数を記入してください。)

	人数 (人)		人数 (人)
看護師養成所	人	看護系大学院修士課程	人
看護系短期大学	人	看護系大学院博士課程	人
看護系大学	人		

Ⅲ WOC 看護に係る実施体制

1 WOC 看護に係る研修を受けた看護師について

(平成 16 年 12 月分について該当する数を記入してください。)

研修の種類	人 数 (人)	
		うち専従 (人)
WOC 看護	人	人
ET	人	人
その他の研修 1 ()	人	人
その他の研修 2 ()	人	人
合 計		人

2 WOC 看護師の活動内容について

(※WOC 看護師のいる施設のみ、該当するものをすべて記入してください。)

1 所属する部署の患者の直接ケアを行う	6 他職種の指導を行う
2 他部署の患者の直接ケアを行う	7 学生への講義を行う
3 所属する部署の看護師から相談を受ける	8 院内研修の講師を行う
4 他部署の看護師から相談を受ける	9 退院後の患者のケアを行う
5 他職種から相談を受ける	

3 褥瘡対策チームについて

① 褥瘡対策チームの設置

1 褥瘡対策チームを設置している	2 褥瘡対策チームを設置していない
------------------	-------------------

② 褥瘡対策チーム構成員について

(※褥瘡対策チームを設置している施設のみ、平成 16 年 12 月分について該当する数字を記入してください。)

職 種 人数 (人)	医 師	看 護 師	准看護師	栄 養 士	OT/PT	薬 剤 師	その他 ()	合 計
	人	人	人	人	人	人	人	人

4 褥瘡患者管理加算の届出および実施状況について

① 褥瘡患者管理加算の届出について

1 褥瘡患者管理加算の届出を行っている	2 褥瘡患者管理加算の届出を行っていない
---------------------	----------------------

② 褥瘡対策チームの活動状況（施設内での指導状況等）

（※ 褥瘡患者管理加算を算定している施設のみ、平成 16 年 12 月分について該当する数を記入してください。）

褥瘡に関する危険因子の評価	
1 定期的に評価を行っている（月 回）	2 定期的には評価を行っていない

③ 褥瘡患者管理の実施状況について

（※ 褥瘡患者管理加算を算定している施設のみ、平成 16 年 12 月分について該当する数を記入してください。）

	人数(人)
1 褥瘡に関する危険因子の評価をした患者	人
2 1のうち褥瘡に関する危険因子を有す、あるいは既に褥瘡を有していた患者	人
3 褥瘡に関する診療計画を作成した患者	人
4 褥瘡に関する診療計画を実施・評価した患者	人

5 ストーマ造設術手術件数について

（※ コロストミー、イレオストミー、ウロストミーを含むすべての手術件数について、平成 15 年度について該当する数を記入してください。ダブルストーマの場合は 2 件とカウントしてください。）

ストーマ造設術手術件数（件）	年間	件
----------------	----	---

6 体圧分散マットレスの整備状況について

（※平成 16 年 12 月分について該当する数を記入してください。）

体圧分散マットレス保有数（台）	台
-----------------	---

7 ストーマ造設患者の退院後のフォローアップについて

1 WOC 看護師が行っている	2 1 以外の看護師が行っている
3 看護師によるフォローアップは行っていない	

8 備考

ストーマの種類	1 コロストミー (1 上行結腸 2 横行結腸 3 下行結腸 4 S状結腸) 2 イレオストミー (1 回腸 2 空腸) 3 ウロストミー (1 回腸導管 2 尿管皮膚瘻 3 導尿型代用膀胱)						
術式							
ストーマの形状	1 陥没型ストーマ 2 ストーマ脱出 3 スキンレベルのストーマ 4 皮膚のしわ等に隠れたストーマ 5 その他 ()						
ストーマ局所の合併症	1 ストーマ出血 2 陥没 3 ストーマ粘膜皮膚接合部離解 4 ストーマ周囲皮膚炎 5 壊死 6 感染 7 その他 ()						
手術前後の生化学データ	手術前 (直近)	検査日: 年 月 日					
		RBC ×10 ⁴ /mm ³	WBC /mm ³	Hb g/dl	Ht %	Alb g/dl	TP g/dl
	手術後1週間	検査日: 年 月 日					
		RBC ×10 ⁴ /mm ³	WBC /mm ³	Hb g/dl	Ht %	Alb g/dl	TP g/dl
術後合併症の状況	1 排尿障害 2 性功能障害 3 会陰部の感染 4 その他 ()						
化学療法 (手術後)	1 有 (期間: 月 日 ~ 月 日) 2 無						
放射線治療 (手術後)	1 有 (期間: 月 日 ~ 月 日) 2 無						
退院日	年 月 日						
退院の事由 (転帰)	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他 ()						
退院後の行き先	1 家庭 2 他の病院・診療所に入院 3 介護保健施設に入所 4 介護老人福祉施設に入所 5 社会福祉施設に入所 6 その他						
初回外来受診予定日	年 月 日 (1 自院 2 他の病院・診療所)						
退院後 QOL 調査実施日	年 月 日 (退院後 回目の受診)						

ストーマ患者個票 II

以下のケアについて看護師（WOC 看護師または病棟看護師）が提供した月日と時間を記入してください。

2日以上に渡り行ったケアについては最長の時間を費やした日の実施時間を記入してください。

ケア内容	実施者	実施日 (月/日)	実施時間
医師の説明に関する理解の確認・補足	1 有 2 無	/	分
術後の生活についての説明・不安の軽減	1 有 2 無	/	分
術後のセルフケアに関する説明	1 有 2 無	/	分
装具選択	1 有 2 無	/	分
装具のサイズの決定	1 有 2 無	/	分
装具交換	1 有 2 無	/	分
ストーマ周囲の皮膚トラブルの評価	1 有 2 無	/	分
装具装着方法の説明	1 有 2 無	/	分
退院後のセルフケア指導	1 有 2 無	/	分
視覚教材を用いたセルフケア指導	1 有 2 無	/	分
装具費用についての説明	1 有 2 無	/	分
ボディイメージの変化に関する心理的ケア	1 有 2 無	/	分
排尿障害に関するケア	1 有 2 無	/	分
セクシュアリティに関するケア	1 有 2 無	/	分
退院後の生活指導（入浴・食事・衣服・運動等）	1 有 2 無	/	分
身障者手帳の交付・装具代補助等社会福祉制度等についての説明	1 有 2 無	/	分
患者会の紹介	1 有 2 無	/	分
トラブル時の対処と受診の目安についての指導	1 有 2 無	/	分

ストーマ患者個票 III

手術後病日1日目から14日目まで、以下の記入要領に従い、経過シートに毎日記載して下さい。

術後14日以前に退院した場合は、退院日の翌日以降は斜線を記入してください。

<記入要領>

1. 便漏れ・尿漏れ回数は、便漏れ・尿漏れがなければ「0（ゼロ）」を記入してください。
2. 皮膚トラブルは、以下の0～4までの数字を記入してください。

0	なし	1	発赤	2	水泡	3	表皮剥離	4	真皮までの損傷
---	----	---	----	---	----	---	------	---	---------

3. 処置実施者は、「皮膚トラブル」で1～4を選択した場合、該当する職種を選択して○を記入してください（複数回答可）。その他については職種名を明記してください。
4. 処置内容は、該当するものを選択して○を記入してください。その他については内容を明記してください。

術後病日		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付		/	/	/	/	/	/	/
便漏れ・尿漏れ回数								
皮膚トラブル状況								
処置実施者	担当医							
	皮膚科医							
	WOC看護師							
	看護師							
	その他()							
処置内容	洗浄							
	創傷ドレッシング材の使用							
	外用剤の使用							
	その他()							
術後病日		8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
日付		/	/	/	/	/	/	/
便漏れ・尿漏れ回数								
皮膚トラブル状況								
処置実施者	担当医							
	皮膚科医							
	WOC看護師							
	看護師							
	その他()							
処置内容	洗浄							
	創傷ドレッシング材の使用							
	外用剤の使用							
	その他()							

オストメイト QOL 調査に関する説明および同意

本調査は下記の目的で行うものです。調査の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。以下の項目をお読みいただき、調査に参加される場合は、同意書に御署名ください。

記

1. 調査の目的

この調査は、ストーマ造設手術を受けられた方を対象として、退院後の QOL（生活の質）を明らかにし、必要とされる看護について検討するために行うものです。

2. 調査の方法

別紙のアンケート用紙に記入をお願いします。記入には 10～15 分位かかります。

3. 調査への参加・協力の自由意志

この調査への参加・協力は、お断りになることもできます。お断りになっても、あなたが受ける医療サービスに関して不利益を被ることは一切ありません。調査への参加・協力は自由意志によって行ってください。

4. 調査への参加・協力の拒否権

この調査への参加・協力を同意した場合であっても、いつでも途中でやめることができます。調査への参加・協力を取りやめることによって不利益を被ることは一切ありません。遠慮なく看護師にお伝えください。

5. プライバシーの保護

この調査にご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。また、調査のデータおよび結果は、調査の目的以外に用いることはありません。

6. 個人情報の保護のため、無記名の調査です。調査結果に御名前が出ることは一切ありません。アンケート用紙と御署名の入った同意書は別々に保管されます。

7. 調査に関して不明な点は、下記にお問い合わせください。

調査実施団体：社団法人 日本看護協会

住所：〒150-0001 渋谷区神宮前 5-8-2

担当部署：政策企画室 石川、柏木、伊勢田

電話：03-5778-8804

FAX：03-5778-8831

E-mail：seisaku@nurse.or.jp

調査への参加・協力の同意書

私は、「オストメイト QOL 調査」について説明文書を用いて説明を受け、調査の目的、内容、方法、プライバシーの保護などについて十分に説明を受け、理解しました。
そこで、私の自由意志にもとづいてこの調査に参加・協力することに同意します。

平成 年 月 日

(御署名)

オストメイト QOL 調査票

オストメイト QOL 研究会

12 下痢をすることがありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いつも
13 便が腸に残っているという感じがしますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いつも
14 以前にくらべて体重は	(とても) 0 1 2 3 4 5 (とても) 減った <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 増えた
15 排尿に支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
16 手術痕やお尻の肛門部に痛みがありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
17 お腹が鳴る、痛む、張る、吐き気をもよおす、吐くなどの症状がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
18 そのほか支障となる身体の症状がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
19 入浴するのに支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
20 外出するのに支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
21 車などの乗り物を利用するのに支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
22 スポーツや運動に支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある
23 社交面(交際・会合)に支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ある

24 仕事(職業・家事など)の面に支障 がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ある
25 良く眠れないことがありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> いつも
26 いらいらすることが多いですか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> いつも
27 最近、気が沈んだり気が重くなる 事がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> いつも
28 健康な友人に嫉妬心を抱くこと がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ある
29 時々、口きたなくののしりたくな りますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> いつも
30 時々、ひどく腹をたてますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> いつも
31 じっと座っていられないくらい 気持ちが落ち着かないことがあります か	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> いつも
32 なにか心の支えになるものがあ りますか(家族、知人、宗教、趣味、ペ ットなどを含む)	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ある
33 人を思いやる事ができますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ある
34 自分にはいくつか良いところがある と思えますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ある
35 だいたいことは人と同じよう にできると思えますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ある

褥瘡患者個票 I

(記入にあたっては、別添の記入要領をご参考にしてください。)

性 別	1 男 2 女	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日 (歳)
身 長	cm	体 重	kg
入 院 日	年 月 日		
他科受診の 有 無	1 有 (<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>) 2 無		
傷 病 名	主傷病名 番 号 <input type="text"/>	副傷病名 番 号 <input type="text"/>	
入院基本料 の算定	I・II 群 入院基本料 1・2・3・4・5		
褥瘡管理加算 の算定	1 有 2 無		
糖尿病の既往	1 無		
	2 有 罹患歴 (年) 治療状況 (1 現在、治療中 2 特別な治療を必要としない)		
癌の悪液質	1 有 2 無		
3ヶ月以内の 化学療法	1 有 2 無		
ステロイドの 長期使用	1 有 2 無		
放射線照射	1 有 2 無		
麻痺の状態	1 有 2 無		
オムツ使用の 有 無	1 常時使用 2 一時的に使用 (夜間のみ等) 3 未使用		
膀胱留置カテ ーテルの有無	1 有 2 無		
過去の褥瘡の 有 無	1 無		
	2 有 褥瘡発生日 (年 月 日) 部位 (1 仙骨部 2 坐骨部 3 尾骨部 4 腸骨部 5 大転子部 6 踵部 7 その他)		

褥瘡発生日	年		月		日		
	1 仙骨部		4 腸骨部		7 その他		
褥瘡発生状況	部 位	2 坐骨部		5 大転子部			
		3 尾骨部		6 踵部			
日常生活 自立度	1 J1	3 A1	5 B1	7 C1	9 障害なし		
	2 J2	4 A2	6 B2	8 C2			
褥瘡に関する 危険因子	基本的動作能力	ベッド上 自力体位変換		1 できる	2 できない		
		イス上 坐位姿勢の保持、除圧		1 できる	2 できない		
	病的骨突出	1 有 (部位:)				2 無	
	関節拘縮	1 有 (部位:)				2 無	
	栄養状態の低下	1 有				2 無	
	皮膚湿潤	1 有 (1 多汗 2 尿失禁 3 便失禁)				2 無	
	浮腫	1 有 (部位:)				2 無	
体圧分散マッ トレスの使用	1 有		2 無				
日常生活での ケア提供状況							
栄養摂取の 方法	1 IVH			3 半消化栄養剤利用			
	2 経管栄養			4 経口摂取のみ			
NSTの介入	1 介入あり		2 介入なし		3 NSTチームをもっていない		
調査開始時 の生化学 データ	検査日	①RBC	②WBC	③Hb	④Ht	④Alb	⑤TP
		×10 ⁴ /mm ³	/mm ³	g/dl	%	g/dl	g/dl
年 月 日							

褥瘡患者経過表 I

調査開始時、1週間後、2週間後、3週間後（経過表I、II、IIIとも同じ日）に記入してください。
 ケアに要した時間は記入者が同日の勤務時間中に行った時間（分）を合計して記入してください。
 実施しなかったケアについては×を記入してください。

ケア提供の月日		調査開始時	1週間後	2週間後	3週間後
		/	/	/	/
ケア実施者（1 WOC看護師 2 病棟看護師）		1. 2.	1. 2.	1. 2.	1. 2.
ケアに要した時間		分	分	分	分
看護 技 術	体位変換				
	体圧分散寝具の選択、確認、評価				
	座位における褥瘡部圧迫予防のケア				
	おむつ・寝衣・寝具による擦れ予防のケア				
	座位時の姿勢保持のケア				
	クッションの選択				
	便尿汚染予防のケア（パウチ、フィルムの使用等）				
	便尿汚染時のケア				
	創周囲へのスキンケア				
	褥瘡部のマッサージ				
	褥瘡処置				
	栄養必要量の算定				
	食事量の観察・評価				
	水分バランスの評価				
	半消化態栄養剤の検討				
	外用剤の評価・プラン作成				
	ドレッシング材の評価・プラン作成				
褥瘡の状態、ケアに関する患者への説明					
褥瘡の状態、ケアに関する家族への説明					

II 褥瘡患者経過表

1回の局所処置に用いた製品を記入してください

処置日 処置者	/		/		/		/	
	1 WOC看護師	2 病棟看護師	1 WOC看護師	2 病棟看護師	1 WOC看護師	2 病棟看護師	1 WOC看護師	2 病棟看護師
ドレッシング1(名称)		cm X cm		cm X cm		cm X cm		cm X cm
ドレッシング2(名称)		cm X cm		cm X cm		cm X cm		cm X cm
ドレッシング3(名称)		cm X cm		cm X cm		cm X cm		cm X cm
薬剤1(名称)*2		g		g		g		g
薬剤2(名称)		g		g		g		g
薬剤3(名称)		g		g		g		g
テープ1(名称)		cm		cm		cm		cm
テープ2(名称)		cm		cm		cm		cm
消毒液(名称)		ml		ml		ml		ml
生理食塩水		ml		ml		ml		ml
強酸性水		ml		ml		ml		ml
吸収パッド(枚)								
手袋(組)								
局方ガーゼ(枚)								
綿球(個)								
ディスポ注射器(本)*3								
カテーテル(本)								
注射針(本)*4								
培養検体(本)								
外科的壊死除去術		有 無		有 無		有 無		有 無
その他の処置(明記する)								
1日の処置回数*5		/日		/日		/日		/日
1週間の処置回数*6		/週		/週		/週		/週

*1 局所処置に要した時間を記入してください。局所処置に要した時間とは、準備・実施・後始末に要した時間です。

*2 薬剤は使用した薬剤の総量(g)を記入。グラムはスクロードパスタ3cm→3g、その他のチューブ薬剤は3cm→2gとして記入してください。容器入り薬剤は500円玉大→6gとして記入してください。

*3 注射器は、サイズに関係なく使用した本数を記入してください。

*4 注射針は、サイズ、翼状針の区別はせず、使用した本数を記入してください。

*5 1日の処置回数は記入日に何回処置を行ったか記入してください

*6 1週間の処置回数は記入日に何回処置を行ったか記入してください

褥瘡患者経過表 III (褥瘡患者個票IIで処置を担当した看護師が記入してください)		調査開始時	1週間後	2週間後	3週間後	
		記入日				
褥瘡の 状態の 評価	深 さ	(0) なし (1) 持続する発赤 (2) 真皮までの損傷 (3) 皮下組織までの損傷 (4) 皮下組織をこえる損傷 (5) 関節腔、体腔にいたる損傷または、深さ判定不能の場合				
	滲 出 液	(0) なし (1) 少量：毎日の交換を要しない (2) 中等量：1日1回の交換 (3) 多量：1日2回以上の交換				
	大きさ (cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0) 皮膚潰瘍なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上64未満 (5) 64以上100未満 (6) 100以上				
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし (1) 局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (2) 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭) (3) 全身的影響あり(発熱など)				
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 治癒あるいは創が浅い為肉芽形成の評価が出来ない (1) 良性肉芽が創面の90%以上を占める (2) 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める (3) 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める (4) 良性肉芽が創面の10%未満を占める (5) 良性肉芽が全く形成されていない				
	壊死組織の状態	(0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり				
	ポケット (cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最径) - 潰瘍面積	(0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上				
合 計						

インタビューガイドライン

1. 専門の仕事とゼネラルナースの行なう一般の仕事の違い—その内容と割合)
WOCN になる前と後ではどんなことが変わったと思うか (研修や研修後の経験によって得た知識・技術は何か?)
2. 患者からどのような評価を得ていると感じるか? 患者の QOL に与える影響は何か? また、治癒の促進や在院期間の短縮に影響を与えているか?
3. 他のコメディカルからどのような評価を得ていると感じるか? 現場で求められている WOCN の専門性とは何か?
4. 看護師が自己責任でできるケアの内容とは? ストーマ外来の運営、褥瘡チーム、失禁外来の運営など
5. 管理者は WOCN の知識・技術を適切に評価しているか?
6. WOC 看護技術がコストに与える影響はあるか? それはどんなものか?
7. WOCN の普及のために必要とされる要件は何か? (専任で動ける人員配置、資格に伴う報償、診療報酬上の評価、国家資格への格上げ等)