

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

ストーマ患者個票

(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	
WOC看護の資格	1 有 (資格の種類:) 2 無	
ストーマ看護の経験年数	年 (うち、資格取得後の経験 年)	

ストーマ患者個票 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		
入院時の日常生活自立度	1 J1 2 J2	3 A1 4 A2	5 B1 6 B2 7 C1 8 C2 9 障害なし
同居家族等	(同居している者について該当する番号すべてを○で囲んでください。)		
	1 夫又は妻 6 父母	2 息子 7 孫	3 娘 8 その他
仕事の有無	1 無 2 有 (職種:)		
傷 病 名	主傷病名 番 号	<input type="text"/>	副傷病名 番 号
ストーマ造設 となった原因	(診断名等)		
治療方針			
パッチテスト の有無	1 有 (皮膚アレルギーの有無: 1 有 2 無) 2 無		
	実 施 者	1 医師 2 WOC看護師 3 病棟看護師 4 その他	
ストーママー キングの実施 状況	実 施 日	年 月 日	
	実 施 者	1 医師 2 WOC看護師 3 病棟看護師 4 その他	
ストーマ造設 の手術日	年 月 日		
皮膚トラブル のリスク状況 (手術前)	糖尿病の既往	1 無 2 有 罹患歴 (年) 治療状況 (1 加療中 2 特別な治療を必要としない)	
	ステロイドの 長期使用	1 有 2 無	
	3ヶ月以内の化 学療法	1 有 2 無	
	放射線照射	1 有 2 無	

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
	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
術後合併症の状況	1 排尿障害 2 性機能障害 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下さい。

< 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)」を記入して下さい。
2. 皮膚トラブルは、以下の 0~4 までの数字を記入して下さい。

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○を記入して下さい (複数回答可)。 その他については職種名を明記して下さい。
4. 処置内容は、該当するものを選択して○を記入して下さい。その他については内容を明記して下さい。

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

記 入 日	年 月 日
性 別	1 男 2 女
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日 (歳)
記入方法	1 自己記入 2 聞き取り

記入上の注意

1. この用紙はあなたの状態を正しく理解するために用いるものです。
2. この中にはいろいろな質問が順番に並んでいます。各質問を読んで、あなたの現在の状態に最もよくあてはまるところの番号に○をつけてください。

例) 0 1 2 3 4 5
 テレビを見て楽しいですか..... (全く) (とても)
楽しくない 楽しい

3. 回答がひとつでも抜けると、正しい評価ができませんので、すべての質問に答えるようにして下さい。
4. プライバシーが外部に漏れたり、診療を受ける上で不利益になることは決してありませんので、ありのままをお答えください。
5. 上記の記入欄に必要事項を記入のうえ、はじめてください。

術前にストーマについて主に誰から説明を受けましたか

- 1 医師 2 医師と看護師 3 看護師 4 家族・身内
5 知らされていない 6 その他 ()

1 ストーマ周囲の皮膚が気になりますか	(とても) 0 1 2 3 4 5 (全く) 気になる _____ 気にならない
2 臭いが気になることがありますか	(とても) 0 1 2 3 4 5 (全く) 気になる _____ 気にならない
3 ストーマをつけたことで外見容姿(スタイル)が気になりますか	(とても) 0 1 2 3 4 5 (全く) 気になる _____ 気にならない
4 ストーマのあることを恥ずかしく思いますか (人に知られることなど)	(ひどく) 0 1 2 3 4 5 (全く) 恥ずかしい _____ 恥じない
5 外出時にトイレで排便処理をすることは大変ですか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (ひどく) 平気 _____ 大変
6 生活の中でのストレスは	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない _____ ある
7 ストーマについて、身近に面倒をみってくれる人はいますか (家族、親せき、友人など)	0; 1; 2; 3; 4; 5; いない 1人 2人 3人 4~5人 6人以上
8 悩みごとを相談できる人がいますか	0; 1; 2; 3; 4; 5; いない 1人 2~3人 4~5人 6~9人 10人以上
9 術前の説明に満足していますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (十分) 不満足 _____ 満足している
10 治療 (指導) に満足していますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (十分) 不満足 _____ 満足している
11 食欲はありますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない _____ ある

12 下痢をすることがありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	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) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
14 以前にくらべて体重は	(とても) 減った	0	1	2	3	4	5	(とても) 増えた
15 排尿に支障がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
16 手術痕やお尻の肛門部に痛みがありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) 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) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) 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) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
19 入浴するのに支障がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
20 外出するのに支障がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) 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) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
22 スポーツや運動に支障がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
23 社交面(交際・会合)に支障がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある

24 仕事(職業・家事など)の面に支障 がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
25 良く眠れないことがありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
26 いらいらすることが多いですか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	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) ない	5	4	3	2	1	0	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) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
29 時々、口きたなくののしりたくな りますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
30 時々、ひどく腹をたてますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
31 じっと座ってられないくらい 気持ちが落ち着かないことがあります か	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	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) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) ある
33 人を思いやる事ができますか	(全く) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) 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) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) 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) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) ある

36 自分を得意に思えることがありますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない あり
37 自分の価値は少なくとも他の人たちと同じだと思えますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない あり
38 性欲はありますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (大いに) ない あり
39 性生活に満足していますか	(全く) 0 1 2 3 4 5 (十分) 不満足 満足している
40 男性や女性としての魅力が以前よりも少なくなったと感じますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) 感じない 感じる
41 日常生活で経済的な圧迫感がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない あり
42 装具にかかる経済的な自己負担は	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない あり

抜けているところがないか、今一度お確かめ下さい。

◆ 次の質問は、記入自由です。思いつくままいくつでもお書き下さい。

充実した生活を考えるとき、
あなたにとって、どんな点が
重要とお考えですか。
その他、付け加えるべきもの
がありましたら、それもご自
由にお書き下さい。

質問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

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

褥瘡患者個票

(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	
WOC看護の資格	1 有 (資格の種類:) 2 無	
褥瘡看護の経験年数	年 (うち、資格取得後の経験 年)	

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		
	褥瘡発生日		年		月		
褥瘡発生状況	部 位	1 仙骨部	4 腸骨部	7 その他			
		2 坐骨部	5 大転子部				
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	/		/		/		/	
	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
処置者								
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。

複数の患者の準備・後始末をした場合は、該当患者数で割って1人あたりの準備・後始末の時間を算出してください。

*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/バスタ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

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)