

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、治癒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。

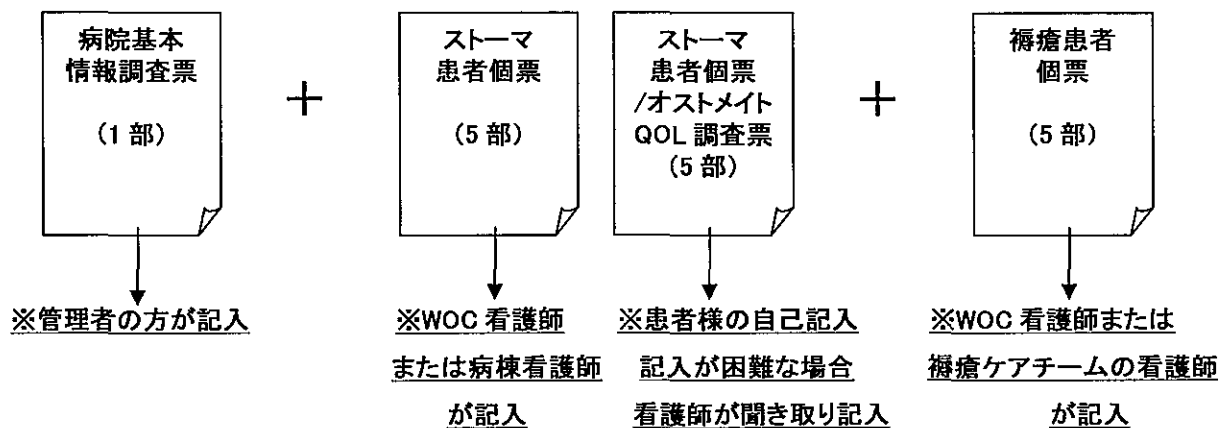
2. 調査票の記入をお願いする方(記入者)

「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: 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 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。

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

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て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 <u>院内外を問わず</u> 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、 <u>院外の研修</u> 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	① 対象となる患者様は、 <u>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</u> です。
調査票記入者	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「 <u>深さ</u> 」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）。
年齢	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。
身長・体重	④ 患者個票Ⅰは、調査開始時に記入してください。
傷病名	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。
入院基本料	⑥ 年齢は、調査開始時の値を記入してください。
褥瘡管理加算	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。
糖尿病の既往	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、主なものひとつをICD-10の中分類コードから記入してください。
ステロイドの長期使用	⑨ 入院基本料は、直近のものを記入してください。
放射線照射	⑩ 褥瘡管理加算は、直近の申請状況を記入してください。
麻痺の有無	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。
過去の褥瘡の有無・褥瘡発生状況	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。
日常生活自立度	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。
褥瘡に関する危険因子	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。
栄養摂取の方法	⑮ 褥瘡の部位4, 5, 6については、左右どちらか、または両方であれば番号に○をつけてください。
NSTの介入	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。
調査開始時の生化学データ	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。

ストーマ患者
個票

調査の対象

年齢

身長・体重

日常生活自立度

- ① 対象となる患者様は、「コロストミー・イレオストミー・ウレト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。

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。

ストーマ造設となつた原因	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。

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

裏面につづきます

別添資料

12. 皮膚及び皮下組織の疾患	113. 癬そう	
	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. 癱用症候群
	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
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	
			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。

$$\text{換算数} = \text{職員の1週間の勤務時間} \div \text{事業所が定めている1週間の勤務時間}$$

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

--