

褥瘡対策チームにおける皮膚・排泄ケア 認定看護師(WOC看護師)の活動

東京大学大学院医学系研究科
健康科学・看護学専攻
老年看護学／創傷看護学分野
真田 弘美

前日本褥瘡学会庶務担当理事
日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事長

PhD, RN, CWOCN

プレゼンテーションの趣旨と内容

趣旨

褥瘡対策において、チーム医療体制をどのように構築したか、
その中で皮膚・排泄ケア認定看護師(以下WOC看護師)をどのように活用したか、
学会活動からみた組織体制作りとその評価方法について紹介する

内容

1. 褥瘡対策におけるチーム医療の必要性
 - 1) WOC看護師の専門性
 - 2) 医療にとって褥瘡が持つ意味
 - 3) 褥瘡対策に関する制度
2. チーム医療の推進における学会の役割(日本褥瘡学会)
 - 1) 共通用語としてのアセスメントツールの開発、指針の作成
 - 2) 職種別褥瘡認定師制度の導入
3. WOC看護師による活動評価－費用対効果(現JWOCM学会)
4. 創傷ケア領域でのWOC看護師の活動範囲の拡大とその教育
5. 褥瘡対策からみたチーム医療の課題

WOC看護師の活動の変遷

- 1976年 日本初のET(外科医)誕生
- 1981年 日本ET協会設立ー**ストーマケア**
- 1984年 日本ストーマリハビリテーション学会の設立
- 1997年 創傷・オストミー・失禁看護認定看護師誕生ー**褥瘡ケア**
- 1998年 日本褥瘡学会の設立
- 2002年 褥瘡対策未実施減算
- 2006年 日本ET協会から日本ET/WOC協会へ改名
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算ー褥瘡管理者 (**WOC看護師**)
- 2007年 皮膚・排泄ケア認定看護師へ名称変更
- 2008年 糖尿病合併症管理料ー**フットケア、失禁ケア**
- 2009年 日本ET/WOC協会から日本創傷・オストミー・失禁管理学会 (JWOCCM)に改組

WOC看護師は、6ヶ月の研修を受け、日本看護協会が行う認定試験に合格している

認定機関数:13校、認定者数:1132名(2009年7月現在)

1-1) WOC看護師の専門性

WOC領域におけるスキンケアを専門とする

- Wound(創傷) Ostomy(人工肛門・膀胱) Continence(失禁)

歴史的背景—米国の資格(1976年に日本の外科医が取得)

- ストーマケアからはじまり(スキンケアを通して、創傷管理、失禁管理へと領域を拡大(33年間の歴史))

WOC領域に共通した専門性—排泄に起因するスキントラブルへの対応

1. 横断的活動の実践

スキンケアという技術は急性期から慢性期、終末期、また外来、病棟を問わずあらゆる場で必要とされる

2. 医師との協働

ストーマ管理、創傷管理は医療処置の範疇であることが多く、常に医師との協働が必要であった

排泄に起因したスキントラブルへの対応 — 医師との協働の必然性 —



オムツのずれによる褥瘡



下痢性接触皮膚炎



人工肛門周囲皮膚炎

排泄に起因するスキントラブルは痛み強く、また排泄を人に委ねることは、
人としての尊厳を最も揺るがし、患者の苦痛は増大する



しかし、外用薬を処方する(医師の役割)だけでは治癒しない



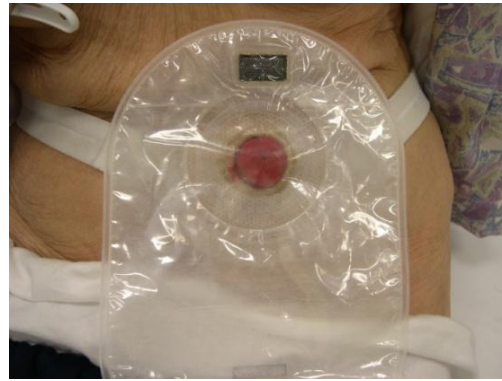
排泄ケアに対する特殊技術、スキンケア技術(看護師の役割)が優先される

チーム医療を成立させた鍵

- 医師が治せなかった皮膚障害をWOC看護師は完治させることができる
- 皮膚障害は**成果が目に見えて評価できる**ために**共通のアウトカムを持つことができる**



便による接触性皮膚炎
3カ月治らず



ストーマ装具の選択と貼付技術



1週間後治癒



便による汚染のため
2ヶ月変化なし



創部の汚染防止技術と
ドレッシング材の選択



3週間後治癒

1-2) 医療にとって褥瘡が持つ意味

- **看護師が責任を持つことが最も適切である**
 - 褥瘡の原因－圧迫
 - 褥瘡の悪化の要因－失禁、栄養状態不良
 - つまり、寝る、食べる、排泄することが障害され発生する疾患であり、まさに基本的な“療養上の世話”により、予防も治癒も可能
- **あらゆる医療の場、どの疾患においても発生する**
 - 1) 褥瘡は「高齢化」「在院日数短縮」「医療資源の機能分担」「医療安全対策」「在宅医療」「終末期医療」など我が国の医療福祉のキーワードすべてに関連
 - 2) 急性期-慢性期、医療-福祉、大学病院-地域密着型病院-在宅医療、小児-成人-高齢者、それぞれの現場で共通した問題
- **病院の質を問うクオリティインディケーターである**
 - 褥瘡の発生率、有病率、重症度は、転倒、院内感染と並んで病院の質を問う指標

生活に直結する身近な疾患であるため、看護師の力量が問われるとともに、多職種連携が必要となり、それぞれの役割を尊重できた

褥瘡予防・治療におけるWOC看護師の専門技術

専門技術－寝る、食べる、排泄するという生活の支援を基盤にする特殊技術

予防

ハイリスク患者の同定とケア計画

体圧の管理－ポジショニング、体圧分散用具の選択と適正使用

スキンケア－排便管理用具の選択と適正使用

治療

創部のアセスメント－重症度、治癒過程の査定

創部局所環境の整備－外力除去、スキンケア

褥瘡部処置－洗浄、薬剤の適正使用、被覆材の選択と適正使用

全身ケア－リハビリテーション、栄養管理

1-3) 褥瘡対策に関する制度 —入院基本料の施設基準等—

褥瘡対策に関する基準

1. 褥瘡対策が行われていること
2. 専任の医師及び専任の看護師から構成される褥瘡対策チーム設置
3. 日常生活自立度の低い入院患者につき、褥瘡危険因子の評価を実施

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1. 褥瘡管理者を専従で配置
2. 褥瘡予防治療計画書を作成し、重点的な褥瘡ケアの実施状況及びおよび評価結果を記録
3. 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメントの実施件数、褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録
4. 褥瘡対策に係るカンファレンスを週1回程度開催し、褥瘡対策チーム構成員が参加
5. 体制確保のための職員研修を計画的に実施
6. 重点的な褥瘡ケアが必要な患者について、予防治療計画書の作成、継続的なケアの実施、評価、早期発見および重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている

褥瘡の有病率

病院・施設

宮地ら (1997) (群馬県域)	入院・入所 (9,456人) 総計	4.2%
大浦ら (1998) (全国 病院、施設)	主として病院、施設 入院患者 (98,093人)	5.8%
阿曽ら (1999)	総合病院 (20,727人) 一般病院 (12,178人)	7.6% 9.5%

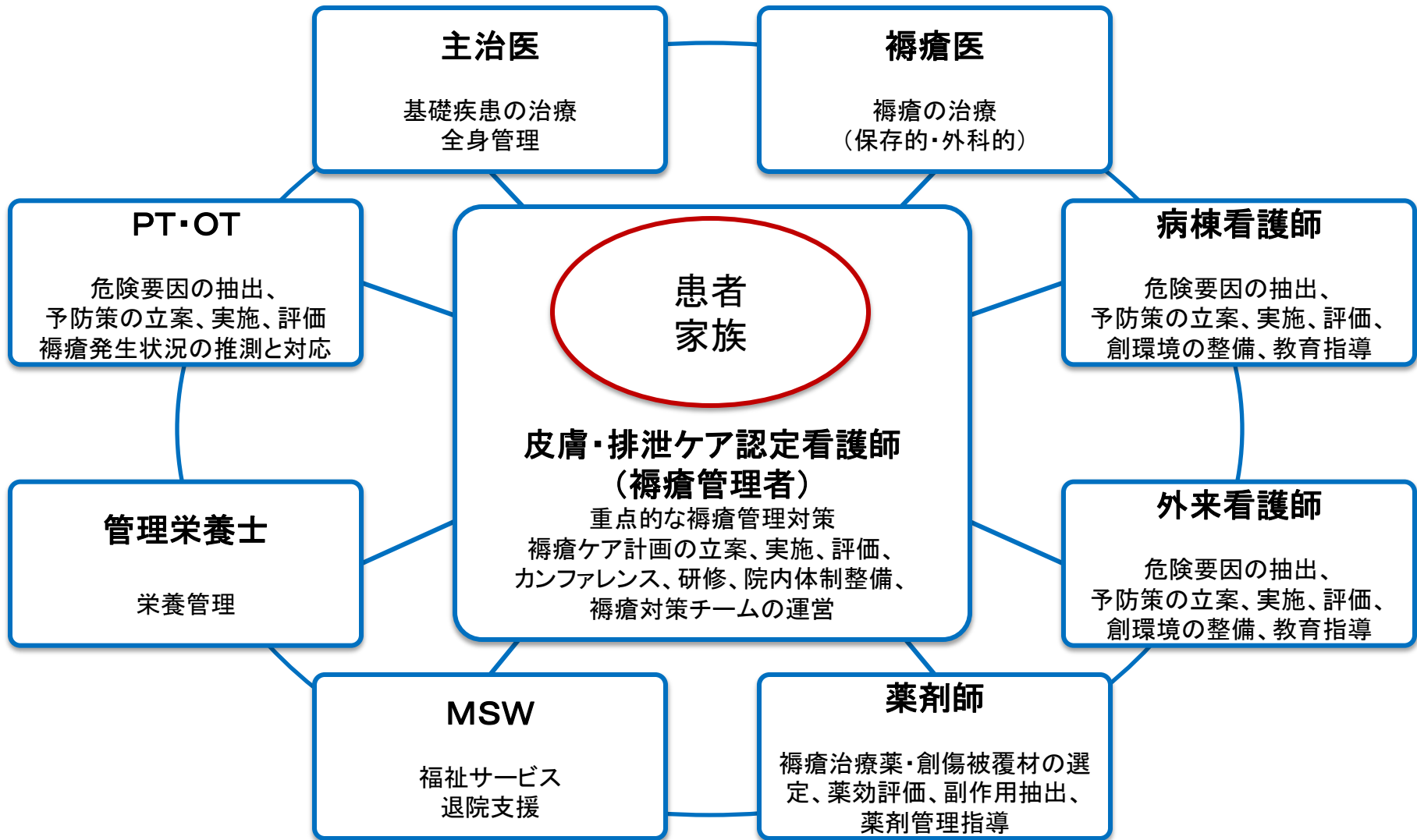
在宅

石川ら (1997) (群馬県)	ステーション (1,437人)	7.0%
金川ら (1988) (全国ステーション)	ステーション (23,500人)	14.6%
阿曽ら (1999) (関西)	ステーション (6,764人)	11.3%

出典 大浦武彦：褥瘡治療・ケアと社会の動き, Nursing Today, 14(13): 33-37, 1999.

4.2%から14.6%と、非常に高い有病率
急増する高齢者の医療費の削減には、褥瘡に対する施策が非常に重要

一般病院の褥瘡対策チーム (褥瘡ハイリスク患者ケア加算の場合の例)



WOC看護師を褥瘡対策のマネージャとして、各職種と協働するチーム構造

2. チーム医療の推進における学会の役割 (日本褥瘡学会)

設立 1998年10月1日

趣旨

- ・褥瘡や創傷管理に関する教育、研究、専門知識の増進普及を図り、褥瘡の予防と医療の向上、促進と充実に貢献すること
- ・**多職種連携による褥瘡管理の向上**

正会員 医療に従事するものおよび医学研究者
(医師、看護師、介護職員(介護士、ケアワーカー)、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、臨床工学技師、医用工学研究者、薬剤開発技術者)

会員数 総数7385名(内看護師4388、医師1970、栄養士254、薬剤師250、理学療法士119、作業療法士20、その他384) 2009.10現在

学会誌 4号/年

チーム医療推進のための事業内容

1) コンセンサスー共通用語(学術教育委員会)

- ・ 褥瘡評価－DESIGNツール
- ・ ガイドライン
- ・ 診療報酬に関する指針

2) 褥瘡対策評価(実態調査委員会)

- ・ 登録による有病率、重症度のモニタリング(3年に1度)

3) 褥瘡認定師制度(認定師認定委員会)

- ・ 各職種別に認定
(看護師、医師、薬剤師、栄養士、PT、OT)

4) 継続教育

- ・ 教育セミナーの実施(各地方会)

5) 在宅褥瘡管理の推進

- ・ 各県単位で講習会担当委員を置き、年1回実施

2-1) 共通用語としてツールの開発 — 日本褥瘡学会(2002) —

褥瘡部アセスメントツールの開発(DESIGN)

褥瘡に関わる**全ての職種**が**共通言語**で創部を語ること

1. 介入できる — 分類
2. 創部の変化をモニタリングできる — 数量化



同一のツールをつくる

D₄ E₃ S₅ I₃ G₄ N₁ = 20



3ヵ月後



d₂ e₂ s₂ i₀ g₁ n₀-P₄ = 11



DESIGN (褥瘡経過評価用)

Depth 深さ (創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する)					
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を越える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷 または、深さ判定が不能の場合
Exudate 浸出液					
e	0	なし	E	3	多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない			
	2	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する			
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)]					
s	0	皮膚損傷なし	S	6	100 以上
	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			
Inflammation/Infection 炎症/感染					
i	0	局所の炎症徴候なし	I	2	局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤、腫張、熱感、疼痛)		3	全身的影響あり (発熱など)
Granulation 肉芽組織					
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	3	良性肉芽が、創面の 10%以上 50%未満を占める
	1	良性肉芽が、創面の 90%以上を占める		4	良性肉芽が、創面の 10%未満を占める
	2	良性肉芽が、創面の 50%以上 90%未満を占める		5	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 (混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する)					
n	0	壊死組織なし	N	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
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全週(潰瘍面も含め)[長径(cm)×短径(cm)]から潰瘍の大きさを差し引いたもの					
なし		記載せず	-P	1	4未満
				2	4以上、16 未満
				3	16 以上、36 未満
				4	36 以上

部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、踵部、その他 ()]

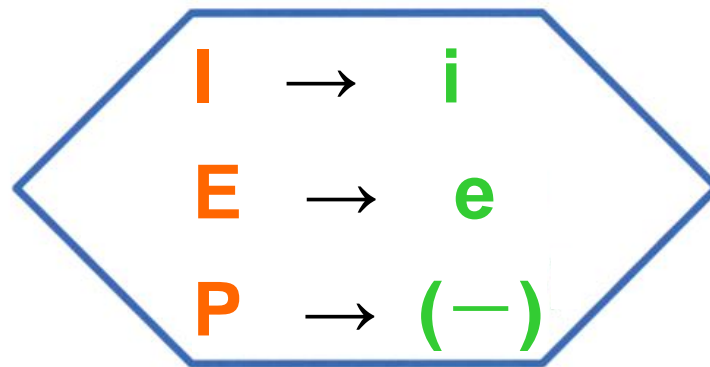
DESIGN分類によるガイドラインの策定 — 日本褥瘡学会 (2005) —

科学的根拠に基づく

褥瘡局所治療 ガイドライン



N → n
G → g
S → s



Clinical Questions

- 外用薬について
- ドレッシング材について
- 外科的治療について
- 物理療法について

Guideline for
Local Treatment of
Pressure Ulcers

日本褥瘡学会

診療報酬改定褥瘡関連項目に関する指針の作成 — 日本褥瘡学会(2006) —

CONTENTS ● 目次

第1部:平成18年度診療報酬に関する 日本褥瘡学会としての指針

第2部:「褥瘡リスクアセスメント票」記入 の手引き

第1部 平成18年度(2006年度)褥瘡に関する診療報酬の改定について

- I 褥瘡対策未実施減算の廃止 3
- II 入院基本料の新しい施設基準としての褥瘡対策 4
 - 1. 褥瘡対策チーム 6
 - 2. 褥瘡に関する危険因子の評価 8
- III 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 11
 - 1. 加算の施設基準 13
 - 2. 褥瘡患者管理加算と併せての算定は不可 15
- IV 褥瘡患者管理加算 18
 - 1. 褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する専任の看護師 19
 - 2. 褥瘡対策に関する診療計画書 19
 - 3. 体圧分散式マットレス等を適切に選択し、使用する体制 23
 - 4. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算と併せての算定は不可 23
- V 重症皮膚潰瘍管理加算 24
- VI 入院基本料・特定入院料と算定できる加算 27
- VII 処置料 29
 - 1. 処置の範囲 31
 - 2. 重度褥瘡処置 32
 - 3. 重度褥瘡処置と重症皮膚潰瘍管理加算との違い 33
 - 4. ポケット形成した褥瘡 33
 - 5. 入院期間が1年を超える高齢者の処置料 33
 - 6. 在宅寝たきり患者処置指導管理料 34
- VIII 皮膚欠損用創傷被覆材 35
 - 1. 段階的な保険償還価格引下げ 38
 - 2. 算定条件の変更 38

- I 別紙様式4「褥瘡対策に関する診療計画書」との違い 40
- II 褥瘡ハイリスク項目:項目の定義 41
 - 1. ショック状態のもの 41
 - 2. 重度の末梢循環不全のもの 42
 - 3. 麻酔等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの 42
 - 4. 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの 42
 - 5. 特殊体位による手術を受けたもの 43
 - 6. 強度の下痢が続く状態であるもの 43
 - 7. 強度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸など) 43
 - 8. 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚温潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの 44
- III その他の危険因子:危険因子の定義 44
 - 1. 基本的動作能力 44
 - 2. 病的骨突出 44
 - 3. 関節拘縮 45
 - 4. 栄養状態低下 45
 - 5. 皮膚温潤(多汗、尿失禁、便秘等) 45
 - 6. 浮腫 45
- IV リスクアセスメント結果 45
- V 褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位 46
 - 1. 褥瘡の発生が予測される部位 46
 - 2. 褥瘡の発生部位 46
- VI 重点的な褥瘡ケアの必要性(要・不要) 46
- VII 褥瘡予防治療計画(褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日) 46
 - 1. 褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 46
 - 2. 褥瘡予防計画 46
 - 3. 褥瘡治療計画 49
- VIII 褥瘡ケア結果の評価(褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日) 53
 - 1. 褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 53
 - 2. 褥瘡ケア結果の評価 53
- IX 総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制 53
 - 1. 急性期医療における重点的な褥瘡管理対策を行うことの意義 53
 - 2. 褥瘡管理対策を行うための施設基準 54
 - 3. 総合的な管理対策体制を確保するための条件 55

平成18年度(2006年度)診療報酬改定 褥瘡関連項目に関する指針

編集 日本褥瘡学会

Pressure Ulcers

2-2) 各職種別褥瘡認定師制度

— 日本褥瘡学会 (2007) —

認定師申請資格を有する者(規則第5~7条ならびに細則第10条)

- 医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士
- 免許取得後4年以上を経過していること
- 4年以上引き続いて日本褥瘡学会正会員であるもの
- 4年以上褥瘡の予防、医療に従事し、直接関与した症例(各職種で定める症例数5~10例)の記録を有するもの
- 日本褥瘡学会主催の教育セミナー受講証明書(2回以上)を有すること

認定の際に必要な申請書類

申請書・資格免許証の写し・履歴書・医療歴証明書・症例の記録・業績目録・教育セミナー受講証明書

申請資格者	提出する記録の内容
看護師	褥瘡発症の危険因子を有する患者における褥瘡の予防計画を立案・実施・評価、および褥瘡を有する患者の創環境の整備と教育指導
薬剤師	褥瘡を有する患者における褥瘡治療薬・創傷被覆材の選定、薬効や副作用などの評価
管理栄養士	褥瘡を有する患者もしくは褥瘡発症の危険因子を有する患者の栄養管理
医師	褥瘡を有する患者の褥瘡治療(保存的治療、外科的治療、その他)
理学療法士	褥瘡発症の危険因子を有する患者における褥瘡の予防計画(危険要因の抽出、予防策)を立案・実施・評価と物理療法の実施と評価
作業療法士	褥瘡発症の危険因子を有する患者における褥瘡の予防計画(危険要因の抽出、予防策)を立案・実施・評価

また別に、在宅療養における褥瘡の予防、治療の啓発、向上を図るため、日本褥瘡学会在宅褥瘡予防・管理師を認定している。

日本褥瘡学会認定師制度

日本褥瘡学会認定師（看護師）

日本褥瘡学会認定師（看護師）

認定証

仲上豪二郎 殿

1981年12月15日生

貴殿は日本褥瘡学会の所定の審査により日本褥瘡学会認定師として認定されたことを証する

認定師番号 第 200 号
認定資格取得日 2008年 9月 1日
認定師資格有効期限 2013年 8月 31日

2008年 9月 1日



日本褥瘡学会

理事長 森口 隆彦

認定師認定
委員会委員長 川上 重彦



各医療専門職に対して、褥瘡の予防、
医療を実施するための適切な知識・
技術を有することを証する



認定師バッジ

褥瘡対策におけるチーム医療実現の鍵

多職種連携ー共通言語を持つ

客観的評価項目(アウトカム指標)の開発

ーDESIGNの作成(2002)

ーガイドラインの作成

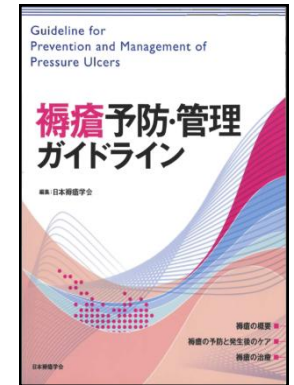
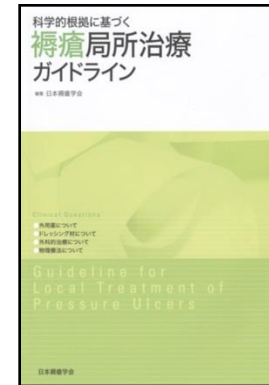
コンセンサスを得る解説書の配布

ー褥瘡対策指針(2002)

(褥瘡対策未実施減算)

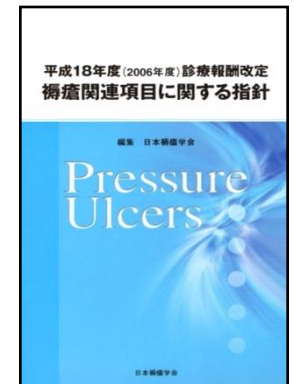
ー褥瘡関連診療報酬改定に関する指針の作成(2006)

(褥瘡ハイリスク患者ケア加算)



各職種へのリスペクトと役割の明確化

職種別の認定制度などの導入



学会を多職種連携のためのコンセンサスをつくる場として活用する

3. WOC看護師による活動評価 —費用対効果(現JWOCM学会)—

WOC看護師はチームの中で褥瘡対策に貢献したか

平成19年

褥瘡ハイリスク患者ケア加算導入の有無による褥瘡の治癒過程及びその処置にかかる費用の比較と影響要因の検討

真田弘美、溝上祐子、南由起子、山本亜由美、大江真琴、貝谷敏子、仲上豪二郎、飯坂真司。

日本WOC研究会誌. 2007;11(2):59-62.

病院がハイリスク加算を導入するには、褥瘡対策を専従で行う褥瘡管理(WOC看護師)を置くことが要件となっている

褥瘡対策の問題点

有病率

患者1000対(95%CI)

施設	院内発生 (1168病院)	持ち込み (1160病院)	総数 (1262病院)
2003年 10月頃	23.1 (22.6-23.7)	12.7 (12.3-13.2)	36.4 (35.7-37.0)

有病率 = 「褥瘡患者数」 / 「入院患者数」 × 1000

褥瘡重症度

2003年10月頃
(褥瘡数:6168)

I	29.8
II	43.4
III	18.8
IV	7.3
V	0.8

26.9%

日本の褥瘡は有病率は低下したが、依然として重症例が多い。
WOC看護師の活動に着目

Sanada H. The Japanese pressure ulcer surveillance study: A retrospective cohort study to determine the prevalence of pressure ulcers in Japanese hospitals. WOUNDS. 2008; 20(6): 176-182.

調査概要

目的

- 加算導入が褥瘡治癒に与える効果及びそれにかかるコストを評価する
- つまり褥瘡管理者(WOC看護師)を置いたことを評価する

方法

- 前向きコホート研究

対象

- 日本ET/WOC協会会員のうち医療施設に勤務のWOC看護師で、経験年数が4年未満の者
- WOC看護師が褥瘡管理者として専従勤務(管理者群)
- WOC看護師が褥瘡管理者として勤務していない(対照群)

調査項目

- アウトカム: 褥瘡治癒状況(DSIGN得点変化)
- コスト(物材費、人件費)

調査の対象となる褥瘡Ⅰ-Ⅲ度以上(NPUAP分類)の褥瘡を有する患者のケア

褥瘡ハイリスク患者ケア加算: 適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、総合的な褥瘡対策を継続して行った場合、入院期間中1回に限り算定できる(500点)

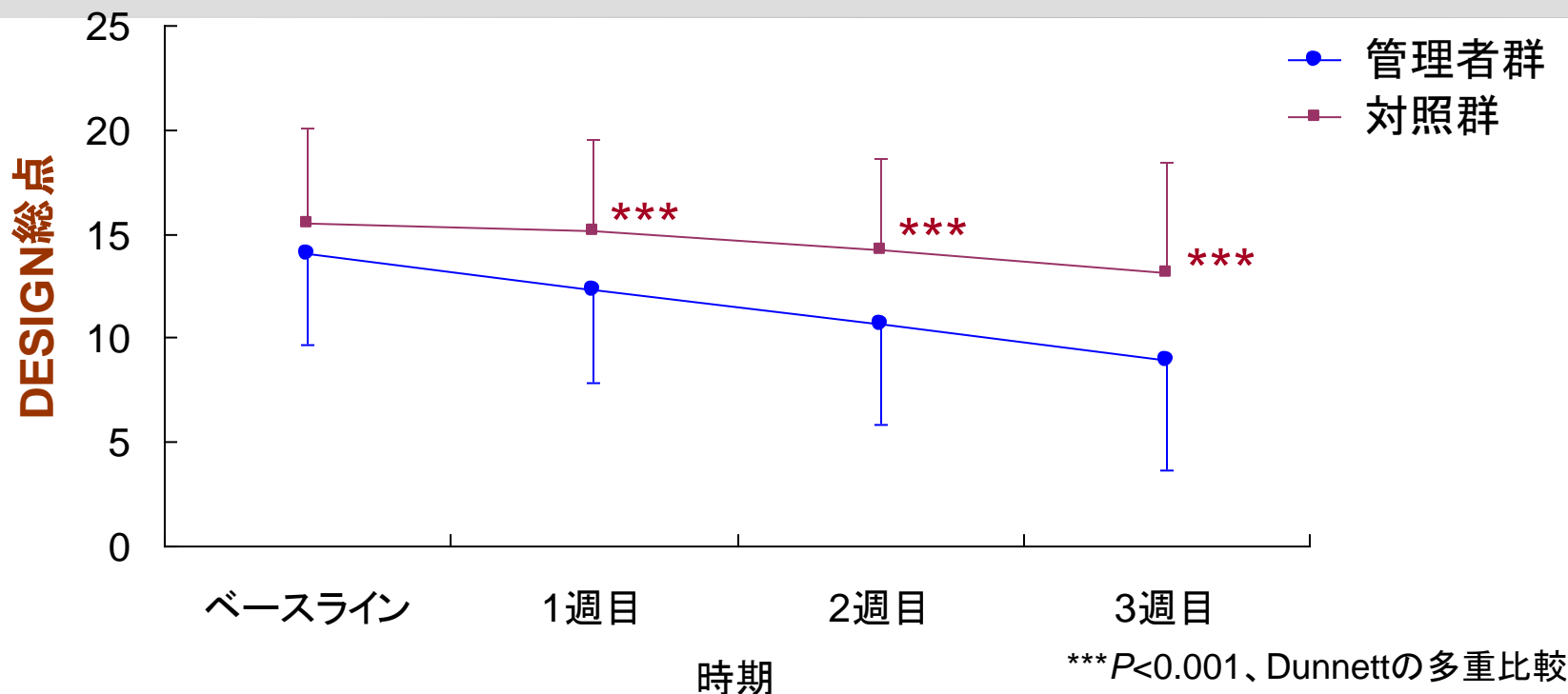
結果1. デモグラフィックデータの比較

	N (%), 平均±標準偏差		
	管理者群	対照群	P値
開設主体			
国立	3 (9.1)	1 (5.7)	0.137
公立	6 (18.2)	4 (22.2)	
公的	10 (30.3)	1 (5.7)	
病院の種類			
特定機能病院	9 (27.3)	3 (16.7)	0.553
地域医療支援病院	6 (18.2)	4 (22.2)	
一般病院	16 (48.5)	11 (61.1)	

	管理者群	対照群	P値
病床数(床)	679.4 ±276.3	553.0 ±211.3	0.115
平均在院日数(日)	17.4 ± 6.0	15.6 ± 3.2	0.233
1日平均患者数(日)	488.2 ±274.1	370.0 ±235.8	0.129

デモグラフィックデータに有意な差はみられなかった

結果2. 褥瘡治癒状況と影響要因



独立変数	β	P 値
管理者導入	-3.44	<0.001
床上での自力体位変換	3.83	0.001
浮腫	-1.35	0.010
特殊体位による手術を受けた(ハイリスク項目)	-4.76	0.023
DESIGN総点(ベースライン)	0.22	共変量

重回帰分析、 $R^2=0.293$

加算導入がDESIGN総点減少に最も強く影響していた

結果3. 物材費と人件費からみた費用対効果

	平均±標準偏差		
	管理者群	対照群	P値
N	67	38	
DESIGN(減少点)	5.2±3.3	2.5±4.4	0.002
物材費(円)	8032.7± 8536.6	11514.8±15205.1	0.199
人件費(円)	57277.9±33842.9	55421.8±56190.2	0.854
総費用(円)	65310.5±36675.1	66936.6±60534.8	0.881
DESIGN1点減少に要した物材費(円/点)	1537.7	4605.9	
DESIGN1点減少に要した人件費(円/点)	10964.6	22168.7	
DESIGN1点減少に要した総費用(円/点)	12502.3	26774.6	

結果4. 専従になることで広がった裁量

	管理者群	対照群	P値
<u>創部のケアプランを自ら立てたことがある</u>	33 (100.0)	18 (100.0)	
外科的デブリードメントを行ったことがある	19 (57.6)	4 (22.2)	0.015
外用薬の選択を行ったことがある	33 (100.0)	17 (94.4)	0.172
<u>ドレッシング材の選択を行ったことがある</u>	33 (100.0)	18 (100.0)	
陰圧吸引療法を自ら行ったことがある	25 (75.8)	7 (38.9)	0.009
直腸カテーテルを自ら挿入したことがある	6 (18.2)	2 (11.1)	0.507
褥瘡部のエコー画像を取得したことがある	3 (9.1)	0 (0.0)	0.187
<u>体圧を自ら測ったことがある</u>	33 (100.0)	18 (100.0)	
ABIを自ら測定したことがある	11 (33.3)	3 (16.7)	0.203

赤字 — 両群とも約100%行っている技術

青字 — 管理者群に有意に多かった技術

N (%), ABI; ankle brachial pressure index

費用対効果が優れていた理由の一つに
行える特殊技術の差があるのではないか？

平成16年度、19年度調査における費用対効果の比較 (物材費の比較)

DESIGNの得点を1点下げるのに必要な物材費用は？

WOC看護師の 有無	WOCがない施設 (2004年)	10686.4円
	WOCがいる施設 (2004年)	5109.1円
管理者の 有無	WOCが管理者ではない (2007年)	4605.9円
	WOCが管理者 (2007年)	1537.7円

WOC看護師を褥瘡管理者として配置した場合、
WOC看護師がいない病院に比べて褥瘡対策の費用対効果が約6倍優れる

4. 創傷ケア領域でのWOC看護師の活動範囲の拡大と その教育(創傷処置全般)

どんな患者のケアを行っているか

- 褥瘡保有患者、褥瘡ハイリスク患者のケア
- ストーマ(人工肛門・人工膀胱造設)患者のケア
- 便・尿失禁患者の主にスキンケア
- その他の皮膚障害のケア:
 - 術後感染創(SSSI)、瘻孔
 - 医療器具による皮膚障害
 - 糖尿病性潰瘍、閉塞性動脈硬化症(ASO)患者
 - がん化学療法による副作用の皮膚障害
 - 経皮的内視鏡的消化管瘻(PEG)
 - 気管切開孔

どんな病期のケアを行っているか

- 老年期、終末期、がん治療期、急性期、周術期、慢性期

WOCNによる創傷管理の実際

手術後創部処置



ドレーンの管理(緩和ケア)



抜糸



SSI管理における医師との連携



創底管理をWOC看護師

医師による縫合

平成20年度 厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業

皮膚・排泄ケア認定看護師による高度創傷管理技術を用いた重症褥瘡発生の防止に関する研究

主任研究者	真田弘美(東京大学教授)	創傷看護学)
共同研究者	須釜淳子(金沢大学教授)	臨床実践看護学)
	宮地良樹(京都大学教授)	皮膚科学)
	館 正弘(東北大学教授)	形成外科学)
	松山 裕(東京大学准教授)	疫学・生物統計学)

WOC看護師への高度創傷管理技術教育

目的

裁量を拡大することで、褥瘡の重症化を低下させ、治癒の促進、更に患者QOLを向上させ、医療コストを減少させること

研究1:教育の構築と実施 平成20年3月～平成21年5月

1. 褥瘡重症化予防管理プロトコール作成

2. 教育プログラム実施

3. 教育の評価

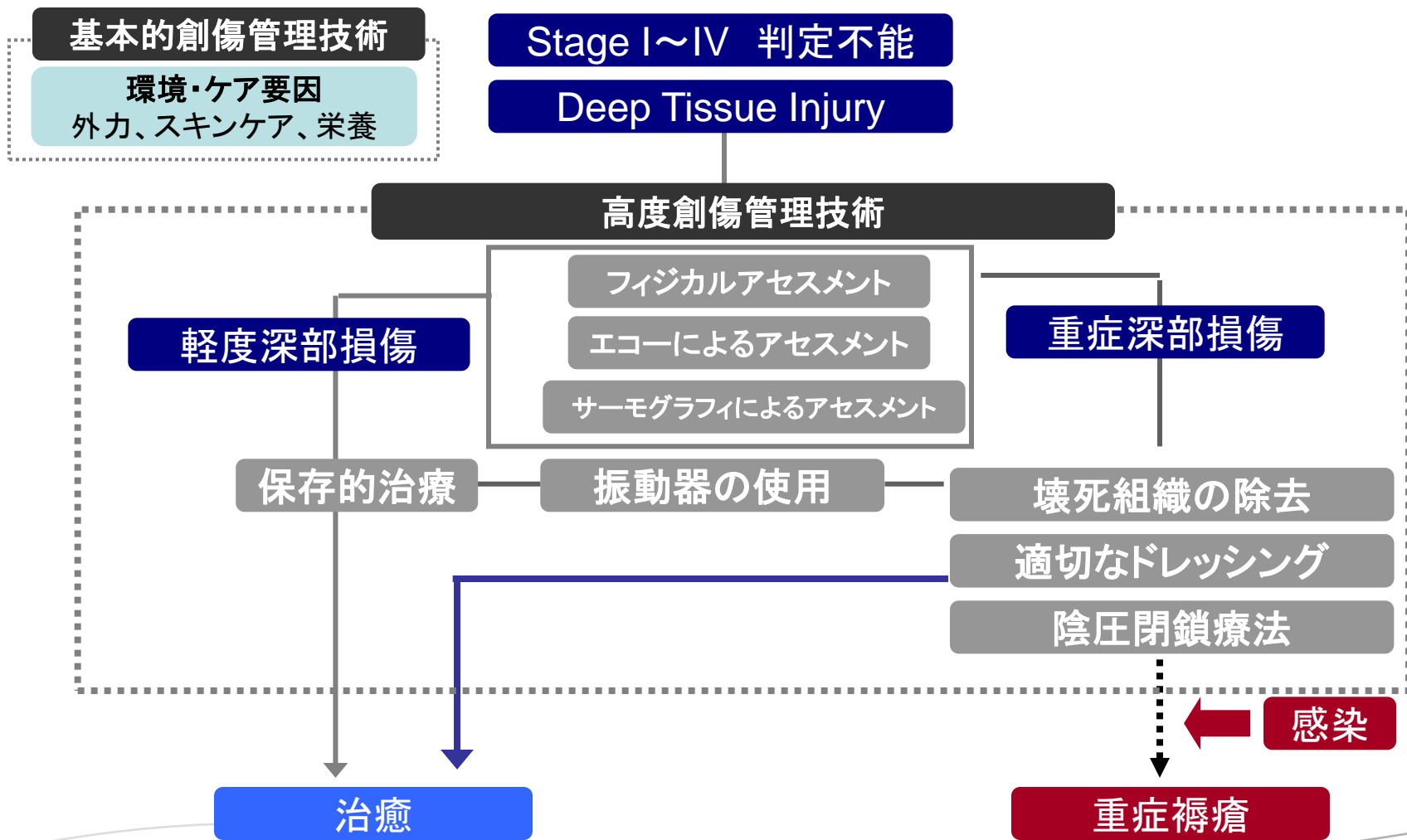
研究2:高度創傷管理技術教育の有効性を費用対効果で証明

データ収集 平成21年7月～10月

高度創傷管理技術教育受講有無による非ランダム化臨床比較試験

褥瘡重症化予防プロトコルの作成

侵襲を最小限に抑え、安全に、そして患者の苦痛なく



教育プログラムの実施ーカリキュラムの作成ー

95時間5単位(講義35、演習・実習60)

方法: エビデンスのある技術の中から、医師、看護師からなる
エキスパートの意見を集約し抽出

参考: 皮膚・排泄ケア認定看護師教育カリキュラム
米国WOCNカリキュラム
米国デブリードメント資格講習会カリキュラム
米国Advanced Practice Nurseカリキュラム

	授業科目	時間	単位
専門科目	アドバンス創傷アセスメント(エコー、サーモ)	12	3
	創傷デブリードマン技術	12	
	陰圧閉鎖療法	7.5	
	創傷被覆材(ドレッシング材)の選択技術	7.5	
	振動器の使用技術	2	
共通	医療安全	4	
	演習・実習(データ収集)	60	2

デブリードメントとドレッシング法



密着した壊死組織を出血しない程度に
毎日少しずつ除去していく

D3-e3s6i0G5N3p0:17



D3-e3S6i0e1n0p0:10
踵褥瘡の洗浄と保湿



ドレッシング材の選択と
貼付技術

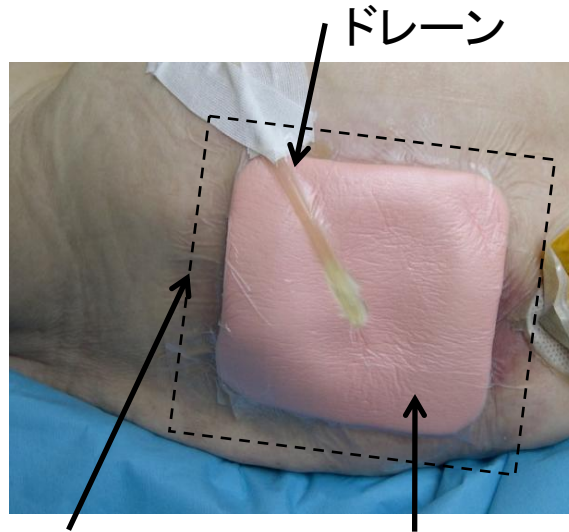


20日後に治癒
再発防止のスキンケア 35

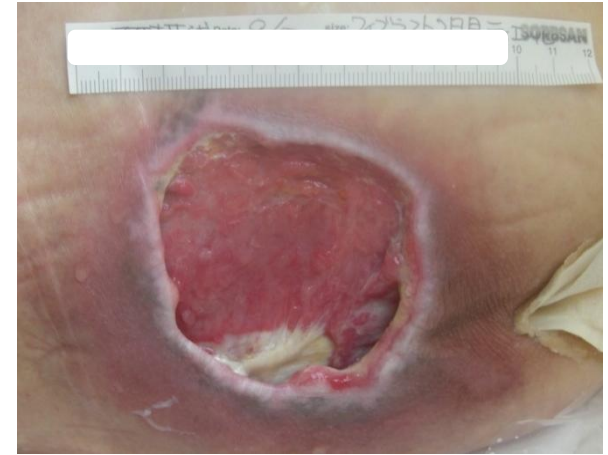
陰圧閉鎖療法



DESIGNR
D4-E6S9I3G6N3R12:
38点



ドレーン
フィルム材
ハイドロサイト
(ドレッシング材)



14日後
D3-E3S9IOG3N3
18点

1. 創部に吸収性のドレッシング材を使用し、創部とドレッシング材の間にドレーン留置
2. その上から密閉するフィルムを貼り、陰圧吸引
3. 血流促進、滲出液吸引、便尿からの汚染防止

振動法—振動機器使用による血流増進



振動機器使用の適応を判断し、挿入部位の位置を決め、振動効果を最大限に得られるポジショニングを考慮して板部分をマットレスの下に挿入する



振動前

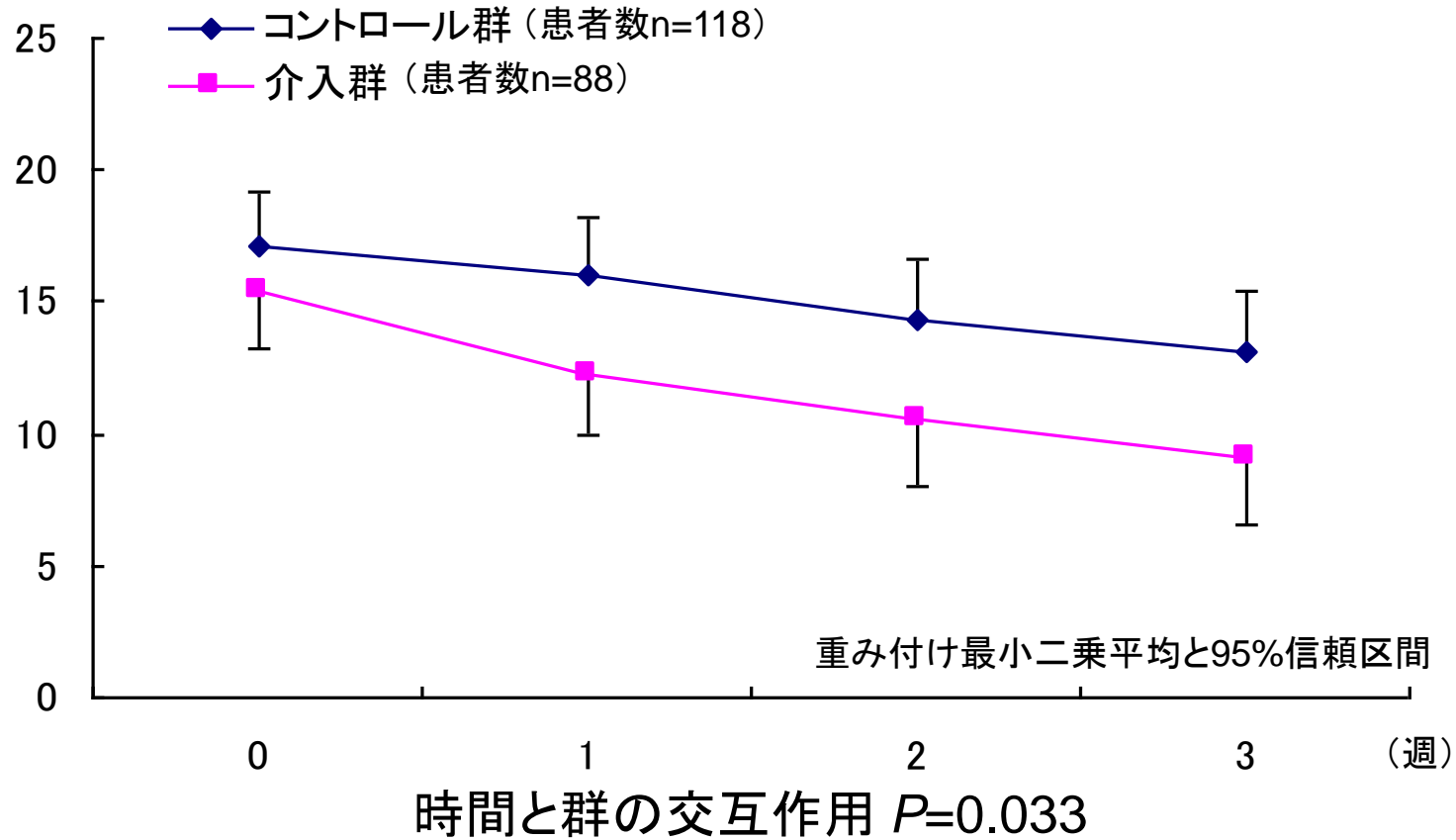
→
2日間



1日3回15分使用後
d1褥瘡消失

高度創傷管理技術教育の創傷治癒促進効果 (中間解析結果)

DESIGN-R(点)



高度創傷管理技術教育を受けることにより、DESIGN-Rの減少が促進された

*解析方法 線型混合モデル

- ・従属変数…DESIGN-R
- ・固定効果…時間、群、時間*群 群*施設ID
- ・ランダム効果…患者

解析方法については、今後より詳細に検討する予定
(最終予定 介入群100症例、コントロール群200症例程度)

5. 褥瘡対策からみたチーム医療 —WOC看護師が取った役割機能—

まとめ

WOC看護師が褥瘡管理(診断、処置含めて)をチームリーダーとして実践できた理由

1. 褥瘡という疾患の特徴
 - 看護ケアが主となる疾患
 - 目にみえる成果が出せること(医師からの評価が得やすい)
2. 有資格(認定看護師)
3. 学会による組織体制づくりの支援
 - コンセンサスと役割の明文化
 - ・ 評価ツール(DSIGN)、ガイドライン、指針の作成
 - ・ 職種別認定師の育成
 - 活動の評価
 - ・ 費用対効果
4. 診療報酬による役割の保障

チーム医療の中で医師の権限の委譲と看護師の裁量の拡大をスムーズに行うには、**有資格者が学会などのコンセンサス**(ガイドラインなど)を基に、**包括指示**の中でエビデンスのある医療行為を行うことに**診療報酬**をつける

褥瘡対策からみえた チーム医療推進のための残された課題

チーム医療を考える上で看護師の役割拡大にどのように取り組むか

1. 包括指示内で行える技術か？
実際に行っているケアは、“診療の補助”を超える位置づけ
— 法改正への検討？
2. 現存の教育内容で不足する知識と技術をどのように補うか？
疾患に対して、生活支援を基盤とした処方、治療をできる看護の専門職
— 人材の育成
 - 1) 既存の専門看護師、認定看護師のキャリアパスを考慮したアドバンスコース
(たとえば大学院卒のWOC看護師に特化した教育プログラム)
 - 2) いわゆるNP教育のコース
(たとえば創傷管理における高度創傷看護実践者)
3. チーム医療が円滑にすすめられる組織体制になっているか？
セクショナリズムの解消 — 看護部、診療部に属さない横断的部署(院長直轄等)
— 体制づくりへの支援
4. 有資格者の処遇の改善は必要か？
評価された給与体系
— 診療報酬での改善