

C. 直接ケアの内容をあげ、ケアに関する看護婦の認識について記録の有無と共に質問します。〔術前ケア〕〔術後のケアの概要〕と〔装具交換日（術後2日目頃、5日目頃、8日目頃）のケア〕の記録について調べ、

- ・各質問項目に対し、該当する番号又は欄に一つだけ○をつけてください。（複数回答避けて下さい）
- ・ただし、該当する番号の中に（ ）や空欄がある場合、ならびに「その他」に○をつけた場合は（ ）又はその欄にその内容を記入してください。
- ・一部でもWOCナースが記録又は実施している場合は通し番号の下又は質問の文章の右端の□欄に > を入れてください。

〔術前ケア〕

質問項目	質問通し番号	記録		質問通し番号	実施			
		ある	なし		不明	不十分	充分	その他
疾患に関する医師の説明	(32) <input type="checkbox"/>			(33) <input type="checkbox"/>				
患者の疾患理解に関する看護婦のアセスメント	(34) <input type="checkbox"/>			(35) <input type="checkbox"/>				
疾患理解に関する看護	(36) <input type="checkbox"/>			(37) <input type="checkbox"/>				
ストーマに関連する患者心理状態のアセスメント	(38) <input type="checkbox"/>			(39) <input type="checkbox"/>				
ストーマに関する術前の看護（心理調整なども含む）	(40) <input type="checkbox"/>			(41) <input type="checkbox"/>				
ストーマに関する患者教育（ストーマの理解を促す指導）	(42) <input type="checkbox"/>			(43) <input type="checkbox"/>				
ストーマサイトマーキングの実施	(44) <input type="checkbox"/>			(45) <input type="checkbox"/>				
ストーマサイトマーキングの位置	(46) <input type="checkbox"/>							
ストーマサイトマーキングの位置選択の理由	(47) <input type="checkbox"/>							
ストーマ合併症のリスクアセスメント	(48) <input type="checkbox"/>			(49) <input type="checkbox"/>				

〔術後のストーマケアの概要〕

(50)入院日…… 平成（ ）年（ ）月（ ）日

(51)退院日…… 平成（ ）年（ ）月（ ）日

(52)術前の入院期間……（ ）日

(53)手術日から退院日までの入院日数……（ ）日

- (54) 術後 1～10 日の期間中に行われた装具の交換回数と日にち
0. 記録がない (記録ではわからない)
1. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの装具交換の回数を記入して下さい。
6. その他 ()

[術後 1～10 日の期間中に便が漏れた回数と装具の交換回数]

- (55) 術後 1～10 日の期間中に便が漏れた回数と日にち
0. 記録がない (記録ではわからない)
1. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日にち便漏れがあったことがわかる。
6. その他 ()

- (56) 術後 1～10 日の期間中に行われた装具の交換回数と日にち
0. 記録がない (記録ではわからない)
1. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの装具交換の回数を記入して下さい。
6. その他 ()

下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの便漏れ回数ならびに装具交換回数を記入して下さい。
(便漏れならびに装具交換が無ければ、0 を記入して下さい)

質問 通し番号	術後病日 術後何日目	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目	8 日目	9 日目	10 日目
(55)	便漏れ 回数										
(56)	装具 交換回数										

[術後 11～15 日の期間中の便漏れとに行われた装具交換]

- (57) 術後 11～15 日の期間中に便が漏れた日数
1. 記録がない (記録ではわからない)
2. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日にち便漏れがあったことがわかる。
6. その他 ()

- (58) 術後 11～15 日の期間中に行われた装具の交換日数
1. 記録がない (記録ではわからない)
2. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの交換回数を記入して下さい。
6. その他 ()

下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの便漏れ回数ならびに装具交換回数を記入して下さい。
(便漏れならびに装具交換が無ければ、0 を記入して下さい)

質問 通し番号		11 日目	12 日目	13 日目	14 日目	15 日目
(57)	便漏れ 回数					
(58)	装具交 換回数					

(59)術後 15 日目（またはその前後 1～2 日の頃）のストーマセルフケアの達成度

- 0. 全くできない
- 1. 便やガスの排出はできる
- 2. 装具交換 step 1 (装具交換は看護者が行い、クライアントは見学)ができる
- 3. Step 2 (装具交換は主に看護者が行うが、クライアントも参加)ができる
- 4. Step 3 (看護者が見守りアドバイスすれば、クライアントが装具交換)ができる
- 5. 装具交換は全部クライアントでできる
- 6. その他 ()

(60)自己導尿の習得状況

- 0. 自己導尿は必要なし
- 1. 看護婦が導尿している
- 2. 家族が導尿している
- 3. 看護婦の一部援助で自己導尿できる
- 4. 自己導尿自立
- 6. その他 ()

(61)退院前 1 週間のストーマ装具（主な装具のみアクセサリは含めない）と費用

- 0. 記録にないので計算できない
- 1. およそ 1000 円以下
- 2. 1000 円～1500 円
- 3. 1500 円～2000 円
- 4. 2000 円～3000 円
- 5. 3000 円以上
- 6. その他 ()

質問項目	質問 通し 番号	記録		質問 通し 番号	実施			
		ある	なし		不明	不十分	充分	その他
退院時の装具の指導。特に誤りなく購入可能な装具の名称の指導	(62) <input type="checkbox"/>			(63) <input type="checkbox"/>				
セルフケアの確立状況	(64) <input type="checkbox"/>							
退院後の生活指導 (装具交換以外)	(65) <input type="checkbox"/>			(66) <input type="checkbox"/>				
身障者手帳の交付・装具代補助などの 社会福祉制度についての指導	(67) <input type="checkbox"/>			(68) <input type="checkbox"/>				

(69)セルフケア確立(援助なしで装具交換ができる)の時期について

- 0. 記録にない (不明)
- 1. () 週目である
- 3. 入院中は確立しなかった
- 6. その他 ()

術直後のケアに関する看護婦の認識について術後1～3日目のうちの装具交換日の1日の看護記録ならびにケアをについて質問します。(術後1～3日目に装具交換していなければ該当しませんので答える必要ありません)

質問項目	質問 通し 番号	記録			質問 通し 番号	実施			
		ある	なし	不要又は その他		不明	不十分	充分	不要又は その他
ストーマのアセスメント (形・粘膜など、大きさを除く)	(70) <input type="checkbox"/>				(71) <input type="checkbox"/>				
ストーマの大きさについての アセスメント	(72) <input type="checkbox"/>				(73) <input type="checkbox"/>				
ストーマと周囲(排泄口・皮膚障害・皺・ 創・ドレーンなどとの位置関係)のアセスマ ント	(74) <input type="checkbox"/>				(75) <input type="checkbox"/>				
排泄物の性状(便を捨てた日数 は含めない)のアセスメント	(76) <input type="checkbox"/>				(77) <input type="checkbox"/>				
ストーマ周囲皮膚のアセスマ ント	(78) <input type="checkbox"/>				(79) <input type="checkbox"/>				
ストーマ周囲の腹壁のアセスマ ント(皺・突起・へこみ・創・ドレーンなどとの 関係)	(80) <input type="checkbox"/>				(81) <input type="checkbox"/>				
選択したストーマ装具の名称	(82) <input type="checkbox"/>								
ストーマ装具の製品サイズ (38mm、45mm…)サイズの 無い装具であれば、不要欄に○	(83) <input type="checkbox"/>								
ストーマ装具の使用法(切片・ アクセサリーの活用など)の使用 アクセサリー不要は、不要欄に○	(84) <input type="checkbox"/>				(85) <input type="checkbox"/>				
上記のストーマ装具を選択した 理由	(86) <input type="checkbox"/>								
ストーマに関連する患者心理状 態のアセスメント	(87) <input type="checkbox"/>				(88) <input type="checkbox"/>				
ストーマについての知識を患者に伝え る(ストーマの理解を促す指導)	(89) <input type="checkbox"/>				(90) <input type="checkbox"/>				
ストーマケアに関する看護 (計画・実施など)	(91) <input type="checkbox"/>				(92) <input type="checkbox"/>				
ストーマケアのセルフケア指導	(93) <input type="checkbox"/>				(94) <input type="checkbox"/>				

術後のケアに関する看護婦の認識について術後 4～6 日目のうちの装具交換日の 1 日の看護記録ならびにケアをについて質問します。

(術後 4～6 日目に装具交換していなければ該当しませんので答える必要ありません)

質問項目	質問 通し 番号	記録			質問 通し 番号	実施			
		ある	なし	不要又は その他		不明	不十分	充分	不要又は その他
ストーマのアセスメント (形・粘膜など、大きさを除く)	(95) <input type="checkbox"/>				(96) <input type="checkbox"/>				
ストーマの大きさについての アセスメント	(97) <input type="checkbox"/>				(98) <input type="checkbox"/>				
ストーマと周囲 (排泄口・皮膚障害・皺・ 創・ドレーンなどとの位置関係) のアセ スメント	(99) <input type="checkbox"/>				(100) <input type="checkbox"/>				
排泄物の性状 (便を捨てた日数 は含めない) のアセスメント	(101) <input type="checkbox"/>				(102) <input type="checkbox"/>				
ストーマ周囲皮膚のアセスマ ント	(103) <input type="checkbox"/>				(104) <input type="checkbox"/>				
ストーマ周囲の腹壁のアセスマ ント(皺・突起・へこみ・創・ドレーンなどその 関係)	(105) <input type="checkbox"/>				(106) <input type="checkbox"/>				
選択したストーマ装具の名称	(107) <input type="checkbox"/>								
ストーマ装具の製品サイズ (38mm、45mm…) サイズの 無い装具であれば、不要欄に○	(108) <input type="checkbox"/>								
ストーマ装具の使用方法 (切片・ アクセサリーの活用など) の使用 アクセサリー不要は、不要欄に○	(109) <input type="checkbox"/>				(110) <input type="checkbox"/>				
上記のストーマ装具を選択した 理由	(111) <input type="checkbox"/>								
ストーマに関連する患者心理状 態のアセスメント	(112) <input type="checkbox"/>				(113) <input type="checkbox"/>				
ストーマについての知識を患者に伝え る (ストーマの理解を促す指導)	(114) <input type="checkbox"/>				(115) <input type="checkbox"/>				
ストーマケアに関する看護 (計画・実施など)	(116) <input type="checkbox"/>				(117) <input type="checkbox"/>				
ストーマケアのセルフケア指導	(118) <input type="checkbox"/>				(119) <input type="checkbox"/>				

術後のケアに関する看護婦の認識について術後7～10日目のうちの装具交換日の1日の看護記録ならびにケアをについて質問します。

(術後7～10日目に装具交換していなければ該当しませんので答える必要ありません)

質問項目	質問 通し 番号	記録			質問 通し 番号	実施			
		ある	なし	不要又は その他		不明	不十分	充分	不要又は その他
ストーマのアセスメント (形・粘膜など、大きさを除く)	(120) <input type="checkbox"/>				(121) <input type="checkbox"/>				
ストーマの大きさについての アセスメント	(122) <input type="checkbox"/>				(123) <input type="checkbox"/>				
ストーマと周囲(排泄口・皮膚障害・皺・ 創・ドレーンなどとの位置関係)のアセスマ ント	(124) <input type="checkbox"/>				(125) <input type="checkbox"/>				
排泄物の性状(便を捨てた日数 は含めない)のアセスメント	(126) <input type="checkbox"/>				(127) <input type="checkbox"/>				
ストーマ周囲皮膚のアセスマ ント	(128) <input type="checkbox"/>				(129) <input type="checkbox"/>				
ストーマ周囲の腹壁のアセスマ ント(皺・突起・へこみ・創・ドレーンなどとの 関係)	(130) <input type="checkbox"/>				(131) <input type="checkbox"/>				
選択したストーマ装具の名称	(132) <input type="checkbox"/>								
ストーマ装具の製品サイズ (38mm、45mm…)サイズの 無い装具であれば、不要欄に○	(133) <input type="checkbox"/>								
ストーマ装具の使用方法(切片・ アクセサリの活用など)の使用 アクセサリ不要は、不要欄に○	(134) <input type="checkbox"/>				(135) <input type="checkbox"/>				
上記のストーマ装具を選択した 理由	(136) <input type="checkbox"/>								
ストーマに関連する患者心理状 態のアセスメント	(137) <input type="checkbox"/>				(138) <input type="checkbox"/>				
ストーマについての知識を患者に伝え る(ストーマの理解を促す指導)	(139) <input type="checkbox"/>				(140) <input type="checkbox"/>				
ストーマケアに関する看護 (計画・実施など)	(141) <input type="checkbox"/>				(142) <input type="checkbox"/>				
ストーマケアのセルフケア指導	(143) <input type="checkbox"/>				(144) <input type="checkbox"/>				

D. 調査者（記録者）から見た、入院中のストーマケアと記録についてお答え下さい。

- (145) 調査者（記録者）が記録を読んで、入院中に必要な看護記録がなされていたと考えられるか
- 0. 記録だけではわからない
 - 1. 必要な記録がなされていた（概ね必要な記録がされていた）
 - 2. 以下の様な必要な記録がなされていない

- (146) 調査者（記録者）が記録を読んで、入院中に必要な看護ケアがなされていたと考えられるか
- 0. 記録だけではわからない
 - 1. 必要なケアがなされていた（概ね必要なケアがされていた）
 - 2. 以下の様な必要なケアがなされていない

資料1-②

該当の（ ）内に適当な名称や数値を記入して下さい。または、答えの番号に一つだけ○をつけて（複数回答避けて下さい）必要時該当の（ ）内に適当な名称や数値を記入して下さい。
特に回答の6. その他に○をつけた場合には、（ ）内にその内容をご記入下さい。

A. 患者の基礎的な情報についてお答え下さい。

コントロール群は、(3)からお答え下さい。

(1)入院期間のストーマケアへのWOCナースの関わり…… (コントロール群は回答不要)

- ① 直接ケアも相談などの間接的なケアもどちらも関わらなかった
1. 担当看護婦として、密接に関わった。
 2. 2回以上直接ケアを行っていた。
 3. 1回だけ直接ケアを行っていた。
 4. 直接ケアはしないが、相談を受けてアドバイスしていた (間接的なケア)
 6. その他 ()

(2) WOCナースの診療記録や看護記録への直接記録 (コントロール群は回答不要)

- ① 記録には、全く関わらない
1. WOCナースが指示し、スタッフナースが記録した。
 2. 関わった際に記録するときとしないときがあった。
 3. 関わった際は必ず記録した。
 6. その他 ()

(3)診療科 () 科

(4)性別…… 1. 男 2. 女

(5)入院時の年齢 () 歳

(6)入院回数…… 0. 不明 1. () 回

(7)セルフケア能力に大きく影響する身体障害

0. なし 1. 視力障害 2. 麻痺 3. 震顫 4. 聴力障害
6. その他 ()

(8)理解力…… 0. 問題なし 1. 軽度の痴呆傾向

2. 痴呆傾向強く、理解力・記名力が明らかに劣る 3. 意識障害
6. その他 ()

(9)職業…… 0. 無職 1. 主婦 2. 非常勤 (パート) で ()

3. 常勤で () 6. その他 ()

(10)支援する人…… 0. なし 1. 同居していないがいる 2. 同居している

6. その他 ()

B. 病院について以下の質問についてお答え下さい。答えの番号に○をつけるか、()内に適当な数値を記入して下さい。その他に○をつけた場合ならびに必要時には、()内にその内容をご記入下さい。

〔施設の概要〕

(11) 設置母体は、… 0. 国 1. 地方自治体 2. 日赤 3. 医療法人
4. 学校法人 5. 公益法人およびその他の法人 6. その他()

(12) 病床数 …… () 床

*看護部の職員数

(13) 看護婦 () 人 (14) 准看護婦 () 人
(15) 看護補助者 () 人 (16) その他 () 人
(17) 合計 () 人

(18) 該当患者の入院していた年度のAPRの年間手術数… 0. 不明
1. () 件 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1年間)

(19) 該当患者の退院時の施設全体の入院患者の平均在院日数… 0. 不明
1. () 日 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1ヶ月間平均)

(20) 該当患者の入院していた病棟の退院時の入院患者の平均在院日数… 0. 不明
1. () 日 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1ヶ月間平均)

(21) 該当患者の退院時のAPRの患者の平均在院日数… 0. 不明
1. () 日 (調査期間: 年 月 ~ 年 月までの1ヶ月間平均)

(22) [APRの患者の平均在院日数調査場所: ①施設全体 ②病棟 ③その他()]

(23) 認定看護師の数… 分野 () () 人 分野 () () 人

(24) 専門看護師の数… 分野 () () 人 分野 () () 人

〔看護婦の現任教育体制〕

(25) 施設全体でのWOC看護領域の教育について… 0. 施設全体では集団教育していない
1. 年に1~2回集団教育 2. 年に3回以上の単発的な集団教育
3. 系統だった計画による(定期的な)集団教育 6. その他()

(26) 消化器外科を含む病棟でのWOC看護領域の教育について
0. 集団教育していない 1. 年に1~2回集団教育
2. 年に3回以上の単発的な集団教育
3. 系統だった計画による(定期的な)集団教育 6. その他()

(27) WOC看護領域についての集団教育を行っているのは、主に誰(講師)ですか
0. 経験のあるスタッフ 1. 主任 2. 婦長 3. 医師
4. WOCナース(コントロール群は選択できません) 5. 外部講師(看護婦)
5. 外部講師(ETナースまたはWOCナース) 6. その他()

[ストーマケア]

(28) ストーマケアのスタンダード (看護基準) ……

0. ない 1. 病院全体で定められている
 2. 病棟など看護単位で定められている 6. その他 ()

(29) ストーマケア専用のアセスメントシート (看護記録用紙) ……

0. ない 1. 病院全体で書式決まっている
 2. 病棟など看護単位によっては内部で定められている 6. その他 ()

(30) ストーマケアの専門の外来 …… 0. ない

1. 1ヶ月に () 回ある

(31) 看護の退院時サマリー

0. ない 1. あるが、あまり活用されていない
 2. 看護の退院時サマリーが外来で活用されている
 6. その他 ()

C. 直接ケアの内容をあげ、ケアに関する看護婦の認識について記録の有無と共に質問します。〔術

前ケア〕〔術後のケアの概要〕と〔装具交換日（術後2日目頃、5日目頃、8日目頃）のケア〕の記録について調べ、

- ・各質問項目に対し、該当する番号又は欄に一つだけ○をつけてください。（複数回答避けて下さい）
- ・ただし、該当する番号の中に（ ）や空欄がある場合、ならびに「その他」に○をつけた場合は（ ）又はその欄にその内容を記入してください。

〔術前ケア〕

質問項目	質問 通し 番号	記録		質問 通し 番号	実施			
		ある	なし		不明	不十分	充分	その他
疾患に関する医師の説明	(32)			(33)				
患者の疾患理解に関する看護婦のアセスメント	(34)			(35)				
疾患理解に関する看護	(36)			(37)				
ストーマに関連する患者心理状態のアセスメント	(38)			(39)				
ストーマに関する術前の看護（心理調整なども含む）	(40)			(41)				
ストーマに関する患者教育（ストーマの理解を促す指導）	(42)			(43)				
ストーマサイトマーキングの実施	(44)			(45)				
ストーマサイトマーキングの位置	(46)							
ストーマサイトマーキングの位置選択の理由	(47)							
ストーマ合併症のリスクアセスメント	(48) □			(49) □				

〔術後のストーマケアの概要〕

(50)入院日…… 平成（ ）年（ ）月（ ）日

(51)退院日…… 平成（ ）年（ ）月（ ）日

(52)術前の入院期間……（ ）日

(53)手術日から退院日までの入院日数……（ ）日

- (54) 術後 1～10 日の期間中に行われた装具の交換回数と日にち
- 0. 記録がない (記録ではわからない)
 - 1. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの装具交換の回数を記入して下さい。
 - 6. その他 ()

[術後 1～10 日の期間中に便が漏れた回数と装具の交換回数]

- (55) 術後 1～10 日の期間中に便が漏れた回数と日にち
- 0. 記録がない (記録ではわからない)
 - 1. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの便漏れがあったことがわかる。
 - 6. その他 ()

- (56) 術後 1～10 日の期間中に行われた装具の交換回数と日にち
- 0. 記録がない (記録ではわからない)
 - 1. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの装具交換の回数を記入して下さい。
 - 6. その他 ()
- 下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの便漏れ回数ならびに装具交換回数を記入して下さい。
(便漏れならびに装具交換が無ければ、0 を記入して下さい)

質問 通し番号	術後病日： 術後何日目	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目	8 日目	9 日目	10 日目
(55)	便漏れ 回数										
(56)	装具 交換回数										

[術後 11～15 日の期間中の便漏れと行われた装具交換]

- (57) 術後 11～15 日の期間中に便が漏れた日数
- 1. 記録がない (記録ではわからない)
 - 2. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
 - 6. その他 ()

- (58) 術後 11～15 日の期間中に行われた装具の交換日数
- 1. 記録がない (記録ではわからない)
 - 2. 記録にあり、全部で () 回で、下記の日に行われているのがわかる。
下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの交換回数を記入して下さい。
 - 6. その他 ()
- 下記の表には、術後 1～10 日目の間のそれぞれの日にちの便漏れ回数ならびに装具交換回数を記入して下さい。
(便漏れならびに装具交換が無ければ、0 を記入して下さい)

質問 通し番号		11 日目	12 日目	13 日目	14 日目	15 日目
(57)	便漏れ 回数					
(58)	装具交 換回数					

(59)術後 15 日目（またはその前後 1～2 日の頃）のストーマセルフケアの達成度

0. 全くできない
1. 便やガスの排出はできる
2. 装具交換 step 1 (装具交換は看護者が行い、クライアントは見学)ができる
3. Step 2 (装具交換は主に看護者が行うが、クライアントも参加)ができる
4. Step 3 (看護者が見守りアドバイスすれば、クライアントが装具交換)ができる
5. 装具交換は全部クライアントでできる
6. その他 ()

(60)自己導尿の習得状況

0. 自己導尿は必要なし
1. 看護婦が導尿している
2. 家族が導尿している
3. 看護婦の一部援助で自己導尿できる
4. 自己導尿自立
6. その他 ()

(61)退院前 1 週間のストーマ装具（主な装具のみアクセサリは含めない）と費用

0. 記録にないので計算できない
1. およそ 1000 円以下
2. 1000 円～1500 円
3. 1500 円～2000 円
4. 2000 円～3000 円
5. 3000 円以上
6. その他 ()

質問項目	質問 通し 番号	記録		質問 通し 番号	実施			
		ある	なし		不明	不十分	充分	その他
退院時の装具の指導。特に誤りなく購入可能な装具の名称の指導	(62)			(63)				
セルフケアの確立状況	(64)							
退院後の生活指導 (装具交換以外)	(65)			(66)				
身障者手帳の交付・装具代補助などの 社会福祉制度についての指導	(67)			(68)				

(69)セルフケア確立(援助なしで装具交換ができる)の時期について

0. 記録にない (不明)
1. () 週目である
3. 入院中は確立しなかった
6. その他 ()

術直後のケアに関する看護婦の認識について術後1～3日目のうちの装具交換日の1日の看護記録ならびにケアをについて質問します。(術後1～3日目に装具交換していなければ該当しませんので答える必要ありません)

質問項目	質問 通し 番号	記録			質問 通し 番号	実施			
		ある	なし	不要又は その他		不明	不十分	充分	不要又は その他
ストーマのアセスメント (形・粘膜など、大きさを除く)	(70)				(71)				
ストーマの大きさについての アセスメント	(72)				(73)				
ストーマと周囲(排泄口・皮膚障害・皺・ 創・ドレーンなどとの位置関係)のアセスマ ント	(74)				(75)				
排泄物の性状(便を捨てた日数 は含めない)のアセスメント	(76)				(77)				
ストーマ周囲皮膚のアセスマ ント	(78)				(79)				
ストーマ周囲の腹壁のアセスマ ント(皺・突起・へこみ・創・ドレーンなどとの 関係)	(80)				(81)				
選択したストーマ装具の名称	(82)								
ストーマ装具の製品サイズ (38mm、45mm…)サイズの 無い装具であれば、不要欄に○	(83)								
ストーマ装具の使用法(切片・ アクセサリの活用など)の使用 アクセサリ不要は、不要欄に○	(84)				(85)				
上記のストーマ装具を選択した 理由	(86)								
ストーマに関連する患者心理状 態のアセスメント	(87)				(88)				
ストーマについての知識を患者に伝え る(ストーマの理解を促す指導)	(89)				(90)				
ストーマケアに関する看護 (計画・実施など)	(91)				(92)				
ストーマケアのセルフケア指導	(93)				(94)				

術後のケアに関する看護婦の認識について術後 4～6 日目のうちの装具交換日の 1 日の看護記録ならびにケアについて質問します。

(術後 4～6 日目に装具交換していなければ該当しませんので答える必要ありません)

質問項目	質問 通し 番号	記録			質問 通し 番号	実施			
		ある	なし	不要又は その他		不明	不十分	充分	不要又は その他
ストーマのアセスメント (形・粘膜など、大きさを除く)	(95)				(96)				
ストーマの大きさについての アセスメント	(97)				(98)				
ストーマと周囲 (排泄口・皮膚障害・皺・ 創・ドレーンなどとの位置関係) のアセスメン ト	(99)				(100)				
排泄物の性状 (便を捨てた日数 は含めない) のアセスメント	(101)				(102)				
ストーマ周囲皮膚のアセスメン ト	(103)				(104)				
ストーマ周囲の腹壁のアセスメン ト(皺・突起・へこみ・創・ドレーンなどとその 関係)	(105)				(106)				
選択したストーマ装具の名称	(107)								
ストーマ装具の製品サイズ (38mm、45mm…) サイズの 無い装具であれば、不要欄に○	(108)								
ストーマ装具の使用方法 (切片・ アクセサリーの活用など) の使用 アクセサリ不要は、不要欄に○	(109)				(110)				
上記のストーマ装具を選択した 理由	(111)								
ストーマに関連する患者心理状 態のアセスメント	(112)				(113)				
ストーマについての知識を患者に伝え る (ストーマの理解を促す指導)	(114)				(115)				
ストーマケアに関する看護 (計画・実施など)	(116)				(117)				
ストーマケアのセルフケア指導	(118)				(119)				

術後のケアに関する看護婦の認識について術後7～10日目のうちの装具交換日の1日の看護記録ならびにケアをについて質問します。

(術後7～10日目に装具交換していなければ該当しませんので答える必要ありません)

質問項目	質問 通し 番号	記録			質問 通し 番号	実施			
		ある	なし	不要又は その他		不明	不十分	充分	不要又は その他
ストーマのアセスメント (形・粘膜など、大きさを除く)	(120)				(121)				
ストーマの大きさについての アセスメント	(122)				(123)				
ストーマと周囲(排泄口・皮膚障害・皺・ 創・ドレーンなどとの位置関係)のアセスマ ント	(124)				(125)				
排泄物の性状(便を捨てた日数 は含めない)のアセスメント	(126)				(127)				
ストーマ周囲皮膚のアセスマ ント	(128)				(129)				
ストーマ周囲の腹壁のアセスマ ント(皺・突起・へこみ・創・ドレーンなどとの 関係)	(130)				(131)				
選択したストーマ装具の名称	(132)								
ストーマ装具の製品サイズ (38mm、45mm…)サイズの 無い装具であれば、不要欄に○	(133)								
ストーマ装具の使用法(切片・ アクセサリーの活用など)の使用 アクセサリー不要は、不要欄に○	(134)				(135)				
上記のストーマ装具を選択した 理由	(136)								
ストーマに関連する患者心理状 態のアセスメント	(137)				(138)				
ストーマについての知識を患者に伝え る(ストーマの理解を促す指導)	(139)				(140) □				
ストーマケアに関する看護 (計画・実施など)	(141)				(142)				
ストーマケアのセルフケア指導	(143)				(144)				

D. 調査者（記録者）から見た、入院中のストーマケアと記録についてお答え下さい。

(145) 調査者（記録者）が記録を読んで、入院中に必要な看護記録がなされていたと考えられるか

- 0. 記録だけではわからない
- 1. 必要な記録がなされていた（概ね必要な記録がされていた）
- 2. 以下の様な必要な記録がなされていない

(146) 調査者（記録者）が記録を読んで、入院中に必要な看護ケアがなされていたと考えられるか

- 0. 記録だけではわからない
- 1. 必要なケアがなされていた（概ね必要なケアがされていた）
- 2. 以下の様な必要なケアがなされていない

資料 2-①

厚生科学研究：専門看護師に関する研究：インタビューガイド①

- 1, 昨年11月から12月にかけて、12事例を実際選ばれたプロセスをおきかせください。（想起の導入）

- 2, OCNSのプロとしての介入によって、スムーズに退院ができた事例を選んで頂きましたが、〇〇さんが、この12事例を選ばれた理由、なぜ、御自身がスムーズだったと思われたのかおはなしてください。
 - 2-①, まず、事例の全体的な感じから、この12事例は他の事例と違いどのような点が違っていたのでしょうかお話ください。
 - 2-②, では、〇〇さん御自身が印象に残っておられる事例を具体的にいくつか挙げられて、スムーズにいった点をお話下さい。
 - 2-③, また、具体的に、退院時の問題点があり、介入によって、その問題点が軽減したと思われることをおはなしてください。

- 3, OCNSの役割は5つの役割があり、〇〇さん御自身も円グラフで、その業務量を示されておりましたが、その役割の中でどの「役割」が、スムーズに退院を促進するときに有効であったのかおきかせください。
実際にどのような役割が、量的に多かったのか、あるいは質的に重要だと思われましたか。

- 4, 総合相談記録・看護記録からは、退院が決定してからの病棟からのナースあるいはドクターからの依頼を受けて患者さんと面接されていることが、大変よくわかりました。医療従事者に対する「コンサルテーション」的な役割に重点をおかれているように思いましたが、いかがでしょうか。
また、その「コンサルテーション」の役割における「技」は、何だと思われませんか。何故そのように思われますか

- 5, 「退院」が決定する以前から、介入され「退院」を促した事例もあるのでしょうか。相談記録からは、〇〇さんのケースなどは、該当するように読み取れましたが、いかがでしょうか。あれば、その事例に付いて、どのような状況から介入されたのかお話し下さい。

- 6, その事例に付いて、介入によって退院はスムーズ・あるいは問題点は軽減してにいつ

たと思われましたか。

- 7, (思われたのなら) どういった介入がスムーズに退院に結びついたと考えられるでしょうか。あるいは, 問題点が軽減していったのでしょうか。
- 8, 全体的に, 「退院」に際し, OCNSが介入することについて, 今後の豊富などをおはなしてください。
- 9, OCNSには, プロとしての「判断する能力」の様なものを感じます。
判断されている上で, ○○さん御自身が大切にされていること, 気づき, 他のCNSに伝えたいと思われる事があればお話下さい。
- 10, このインタビューを通してのなにか, 御感想等ありましたら, 自由にお話下さい。

——長時間にわたり, 大変ありがとうございました。

資料 2-②

厚生科学研究；「専門看護師に関する研究」インタビューガイド②

- 1, Y病院のOCNSの位置づけ、組織の中の役割についておきかせください。
- 2, 病院全体の「退院」に対する方針についておきかせください。
- 3, ホスピス病棟に関しての「退院」に関する方針についておきかせください。
- 4 「ホスピス」から退院するということに対して、患者さん・御家族と、医療者側の意識のズレはないでしょうか。また、医療者間でのズレもあるのではないのでしょうか。

4-①：どのような「ずれ」でしょうか。具体的にお話下さい。

4-②：おもに、「コンサルテーション」でしょうか？

では、その「調整」は、具体的に、どのようにされているのでしょうか。

- 5, 「軽快退院」が増加しているということですが、「軽快退院」というのは、どのような状態での退院のことでしょうか。

- 6, 軽快退院された事例で、OCNSが介入された事例について、お聴きします。

CNSの役割には、5つの「実践・調整・教育・相談・研究」がありますが、ホスピスから退院される患者さんに対して、その機能を果たしたと思われる事例に付いて、具体的にお話下さい。

① 実践

* どのような介入をされましたか。

* 介入することで、どのような効果があったのか。

* その介入における効果はどのように判断されているのか。

② 調整

③ 教育

④ 相談

⑤ 研究

* ②, ③, ④, ⑤, それぞれに付いて、いかがでしょうかと聴く。