

8. 調査方法

項目	調査日	回収日	回収方法
患者日あたりの看護時間	毎日	10, 11, 12月の末日	郵送
スキルミックス			
看護師比率			
契約スタッフの利用			
看護師 (RN) 教育	調査開始日	10月末日	
転倒転落 (発生頻度)	発生日	10, 11, 12月の末日	
褥創 (発生頻度)	月一回		
抑制 (使用頻度)			
*看護必要度			毎日

患者満足度調査は、調査期間に退院患者 (全員) 対象。

9. 調査計画

1) 事前勉強会

日時	場所	テーマ
7月7日 (木) 18:30-20:00	聖路加看護大学 3階会議室	1. 本研究に関連した米国の研究成果 2. Ca1NOC等データ収集方法について
8月9日 (火) 18:30-20:00	聖路加看護大学 4階会議室	1. 本研究に関連した米国の研究成果 2. Ca1NOC等データ収集方法について
10月7日 (金) 18:30-20:00	聖路加看護大学 会議室	1. 本調査票・方法の確認について

2) 事前調査

日時	対象
9月26日—10月2日	神奈川県下の協力病院

3) 本調査

平成17年10月17日～1月17日

4) 調査結果の分析

2月。調査結果報告会開催予定。

別紙 8

重症度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 心電図モニター	なし	あり
2 輸液ポンプの使用	なし	あり
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
4 シリンジポンプの使用	なし	あり
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
6 人工呼吸器の装着	なし	あり
7 輸血や血液製剤の使用	なし	あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
9 特殊な治療法等(CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定)	なし	あり
		A得点

B 患者の状況等	2点	1点	0点
10 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11 起き上がり	/	できる	できない
12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	/	できる	できない
		B得点	

注) 重症度に係る評価票の記入にあたっては、「重症度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

〈重症度に係る基準〉

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上、または患者の状況等に係る得点(B得点)が5点以下。


別紙9

重症度・看護必要度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 蘇生術の施行	なし	あり	
3 血圧測定	0回	1～10回	11回以上
4 時間尿測定	なし	あり	
5 呼吸ケア	なし	あり	
6 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
7 心電図モニター	なし	あり	
8 輸液ポンプの使用	なし	あり	
9 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	
10 シリンジポンプの使用	なし	あり	
11 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	
12 人工呼吸器の装着	なし	あり	
13 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
14 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり	
15 特殊な治療法等(CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定等)	なし	あり	
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
16 床上安静の指示	なし	あり	
17 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
18 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
19 起き上がり	できる	できない	
20 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
21 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
22 移乗方法(主要なもの1つ)	自力歩行・つかまり歩き	補助を要する移動(搬送を含む)	移動なし
23 口腔清潔	できる	できない	
24 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
25 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
26 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
27 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
28 危険行動への対応	ない	ある	
			B得点



CaINOCの活動について

平成17年度厚生労働科学研究補助金研究事業
医療安全確保のための看護人員体制と
アウトカム評価指標の検証

2005年8月9日
聖路加看護大学修士課程 奥 裕美

●●● **CaINOC (カルノック) とは**

**CALIFORNIA NURSING OUTCOMES
COALITION DATABASE PROJECT**
(カリフォルニア看護アウトカム連携プロジェクト)

- 「看護の質に関する指標で重要なものは何か」を検討することをきっかけに、1996年にプロジェクトが開始された。
- 看護師、臨床医、教育者、研究者、管理者、看護指導者など様々な立場の人を巻き込んだ共同的な試みで、州規模の看護アウトカムデータベースを考案し、組織的に施行・評価することを目的としている。

●●● **CaINOCの発展**

1996 アメリカ看護協会 (ANA) の6つの州における看護の質研究の一つ。
州規模の専門委員会により、カリフォルニアにおけるANA指標が練り直された。

1997 11病院における指標のテスト

1998 テスト病院が40強に増加。

1999 テスト病院は71に増加。

2002 100以上の病院でのテストと研究プロジェクト開始。

2004 140以上の病院から患者1200人/日のデータ収集。

2005 参加病院は170以上に

●●● **CaINOCの使命**

- 信頼性と妥当性の高い、州のアウトカムデータベースの構築
- 質改善を目指した、エビデンスに基づく看護介入を促進する研究の実施
- 公共政策、実践、教育を目的としたデータの構築と公表

●●● **CaINOC指標**

1. 患者日 (patient days)* あたりの看護時間
2. スキルミックス*
3. 看護師比率
4. 契約スタッフの利用
5. 看護師 (RN) 教育

* patient days: ある病棟における一月あたりの延べ入院日数の合計。
* スキルミックス: 患者一人が24時間に看護師、准看護師、看護助手のそれぞれから受けるケア時間の割合。

●●● **CaINOC指標**

1. 転倒転落 (発生頻度)
2. 褥創 (発生頻度)
3. 抑制 (使用頻度)

●●● CalNOC指標(2005年新指標)

- 術後の疼痛管理
- 薬剤投与管理方法の精巧度
- ライン類に起因する逆行性血液感染
- 人工呼吸器起因の肺炎
- 尿路感染

●●● データ分析の単位

- 病棟別に集計された患者データ
- 病棟別
(クリティカルケア、ステップダウン、内科/外科)
- 診療科別
- 病院別

●●● レポートの活用

- 大規模な州内病院サンプルを比較して自分の病院を理解するために参照できる。
- 病院別、治療病棟別データの成績を四半期ごとにチェックできる。
- 同規模(平均1日患者数)の病院をみつけ、アウトカムを比較することができる。

など

●●● CalNOCの現在 ①

データを分析した結果わかったこと

転倒転落

- 年齢は転倒転落の予測因子となる。
- 内科の患者は外科の患者より転倒転落の可能性が高い。
- 転倒転落時に障害を受ける率は患者の年齢とともに増加する。

など

●●● CalNOCの現在 ②

褥瘡

- 発生率は平行線をたどっている。
- 内科病棟の患者の方が高い発生率をもつ。
- 高齢患者の方が高い発生率を持つ。
- クリティカルケアの患者は高い発生率をもつ。
- 褥瘡発生リスクは年齢とともに増加する。

など

●●● CalNOCの現在 ③

抑制

- 抑制は年々減少。
- 体幹抑制は内科外科病棟で未だ頻繁に使用されている。(30%)
- 抑制は転倒転落防止の手段として使用されている。(内科外科病棟においては40%以上)

など

●●● CalNOCの現在 ④

人員配置とアウトカム

1. 文献検討
 - 1980～2003年に公表された人員配置と患者アウトカムに関する研究によると、最低看護師患者比率について文献の裏づけはなし。

●●● CalNOCの現在 ⑤

2. CalNOCデータの分析(転倒転落)

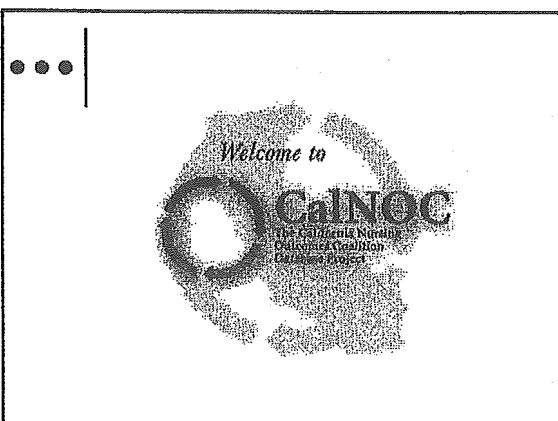
- 人員配置による転倒転落の明確な関係性はなかった。
- 病院の規模と転倒転落率の間にも明確な関係性はなかった。
- 患者の年齢と転倒転落率の間には明らかな関係性があった。

●●● 実際にデータを利用して行われていること

- 転倒転落対策
 - 他の施設と比較して転倒転落事故件数が多いことに気づき対策開始
 - ↓
 - 各部署で様々なツールが使用され、また信頼性のあるリスクアセスメントツールを使用していなかったことが判明
 - ↓
 - リスクアセスメントツールを開発し、事故件数の減少へ

●●● なかなか解けない難問・・・

- 患者安全を左右する人員配置の「閾値」というものはあるのだろうか。
- スタッフの経験は病棟の安全と関係があるのだろうか。
- 患者の重傷度や回転は看護師配置と患者安全にどんな影響を与えるのだろうか。
- 患者回転に伴う仕事量は患者安全にどのような影響を与えるのだろうか。



平成 17 年度厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合）研究事業
医療安全確保のための看護人員体制とアウトカム評価指標の検証

研究協力者の役割とデータ収集——CalNOC コードブックより

1 はじめに

本資料は、"California Nursing Outcomes Coalition Project CODEBOOK Part I,II"（以下コードブック）を参考に作成しています。本研究班が構築するデータベースは CalNOC の取り組みに準じたものを予定していますが、日本の現状や成果の活用方法などを勘案して一部追加・変更することがありえます。そのため、本資料の内容は今後変更がありえることをご了承ください。

なお、コードブックの目次構成は以下のとおりです。

California Nursing Outcomes Coalition Project CODEBOOK Part I 目次

はじめに
 はじめる前に—CalNOC サイトコーディネーターの役割
 CalNOC サイトコーディネーター用ツールキット
 データ収集のプランニング
 CalNOC データ収集プランニング作業表
 CalNOC データの利用
 サイトコーディネーターのための重要情報全般
 CalNOC データ提出期限の管理
 施設内治験審査委員会（IRB）またはヒト研究審査委員会
 CalNOC の HIPAA 法順守
 ANA 全国看護質指標データベース（NDNQI）について
 CalNOC 褥瘡発生率調査の概要
 褥瘡発生率調査の実施手順
 褥瘡発生率調査の計画
 CalNOC 身体的拘束発生率調査の概要
 拘束発生率調査実施手順
 RN 教育調査票の案内状
 PEP-C プロジェクトへの参加
 参考資料
 看護の質および安全性に関する主要ウェブサイト一覧

California Nursing Outcomes Coalition Project CODEBOOK Part II 目次

エグゼクティブサマリー：2005 年 1 月のコードブック変更点
 CalNOC コードブック 2005 年 1 月の改訂版について
 CalNOC 救急医療施設病棟 ID コードシート
 データベースへの CalNOC データの返信
 CalNOC データ送信シート
 スキル・ミックスおよび看護時間—指標の定義
 スキル・ミックスと看護時間コード番号付与の説明
 転倒の定義とコード番号付与
 CalNOC 褥瘡発生率調査の概要
 CalNOC 褥瘡発生率調査：患者の観察と視診に関するワークシート
 CalNOC 褥瘡発生率調査：スキャン可能なフォームに関するコード番号付与の説明
 CalNOC 褥瘡発生率調査：チャートレビューと患者の所見（フォームの表面を挿入）
 CalNOC 身体的拘束発生率調査の概要
 身体的拘束発生率調査：コード番号付与の説明
 CalNOC 身体的拘束発生率調査（フォームの裏面を挿入）

RN スタッフ看護教育指標 CalNOC 調査：RN 看護教育（フォームを挿入） CalNOC 患者満足度指標データの収集 CalNOC 看護師に関する患者満足度 付録 A：CalNOC 自動エクセル表計算チュートリアル
--

2 研究協力者の役割

7月 ～9月	事前準備	<input type="checkbox"/> 事前勉強会への参加（全3回を予定） <input type="checkbox"/> 病棟でのデータ収集のための方法の検討 <input type="checkbox"/> 院内での調整等*
9/15 -12/15	調査実施	<input type="checkbox"/> 病棟でのデータ収集の管理 <input type="checkbox"/> 研究班事務局との連絡窓口
1月 ～3月	調査終了後	<input type="checkbox"/> 報告書式の提出 <input type="checkbox"/> 分析結果検討会への参加（2月頃1回を予定） <input type="checkbox"/> 研究班からフィードバックされたデータの院内・病棟内での活用**

*施設・部門の責任者の了解を得る、倫理委員会の承認を得るなど各施設で必要とされる調整を行ってください。なお、本調査では個人に関するデータを収集する場合でも、研究の目的を説明し、同意を得た上で収集し、氏名など個人を特定できる形でデータを収集することはありません。

**収集されたデータは研究班で分析し、結果は研究協力者にご報告いたします。

3 CalNOC で用いる評価指標

指標	概要
スキルミックスと看護時間（月ごとに入力、3ヵ月ごとに報告）	
データ収集の月	人員配置を行った月を入力。
施設コード番号	コードブック「CalNOC 救急医療施設病棟 ID コードシート」の7ページをもとに入力してください。
病棟コード	コードブック「CalNOC 救急医療施設病棟 ID コードシート」の7ページをもとに入力してください。
RN*勤務時間（正規スタッフおよび契約スタッフをいずれも含む）	当該病棟で（直接）看護を担当する RN（人員体制マトリックスに含まれる）の RN（生産）勤務時間総数を入力してください。
契約**RN 勤務時間（外部登録 RN、巡回 RN）	当該病棟で（直接）看護を担当する RN（人員体制マトリックスに含まれる）の契約 RN の勤務時間総数を入力してください。
LVN***勤務時間（正規スタッフおよび契約スタッフをいずれも含む）	当該病棟で（直接）看護を担当する LVN（人員体制マトリックスに含まれる）の LVN（生産）勤務時間総数を入力してください。
契約 LVN 勤務時間（外部登録 RN、巡回 RN）	当該病棟で（直接）看護を担当する LVN（人員体制マトリックスに含まれる）の契約 LVN の勤務時間総数を入力してください。
RN/LVN 以外の総勤務時間（正規スタッフおよび契約スタッフをいずれも含む）	当該病棟で直接看護を担当する RN/LVN 以外の看護提供者（人員体制マトリックスに含まれる）の（生産）勤務時間総数を入力してください。
RN/LVN 以外の総契約勤務時間（外部登録 RN、巡回 RN）	当該病棟で直接看護を担当する RN/LVN 以外の看護提供者（人員体制マトリックスに含まれる）の契約勤務時間総数を入力してください。
総患者人日	暦月の該当病棟の総患者人日を入力してください。
付き添い時間	付添い人が勤務した時間総数を入力してください（契約時間を含む）。他のカテゴリーにこの時間を含めてはいけません。次のいずれかの条件に該当する場合、報告データから付き添い時間を引いてください。 1. 法的に認められた精神医学的保持（カリフォルニア州 5150）の状態にある患者のため、病院が有償契約で付添い人を雇う場合、または 2. 診療以外の介護を伴う支援のため、患者の話し相手として患者／家族が有償で付添い人を雇う場合。
入院者数	その月に該当病棟に入院（または転入）した患者数を入力してください。
退院者数	その月に該当病棟から退院（または転出）した患者数を入力してください。
RN 離職者数	その月に該当病棟で RN および高度な技術を必要とする看護師について、当月中に自己都合で退職した人数を入力してください。
LVN/その他の離職者数	その月に該当病棟の LVN および看護補助/助手について、当月中に自己都合で退職した人数を入力してください。
RN 雇用人数	該当病棟で月末に雇用されている RN および高度な技術を必要とする看護師（フルタイム+パートタイム）の人数
LVN/その他の雇用者数	該当病棟で月末に雇用されている LVN および看護補助/助手（フルタイム+パートタイム）の人数
総 RN 勤務時間	正規 RN の通常勤務時間と契約 RN の勤務時間を合計し、総時間数を提出。
総 LVN 勤務時間	正規 LVN の通常勤務時間と契約 LVN の勤務時間を合計し、総時間数を提出。
RN/LVN 以外の総勤務時間	正規スタッフの通常勤務時間と契約スタッフの勤務時間を合計し、総時間を提出。

*RN : Registered Nurse 正看護師 ***LVN : Licensed Vocational Nurse 准看護師

**契約スタッフとは、登録スタッフ、巡回スタッフをはじめ、施設の人員不足を補うために外部斡旋業者から契約されたスタッフと定義します。このようなスタッフは施設の従業員ではありませんが、指定されたシフトまたは短期間（契約による）人員不足を満たすための契約ベースで外部から雇用されています。施設内の内部移動職員は契約職員とはみなされません。

資料 2 - 4

転倒（月ごとに入力、3ヶ月ごとに報告）																									
施設コード番号	コードブック「CalNOC 救急医療施設病棟 ID コードシート」の7ページに記録した貴院の割り当てコード番号を使用してください。																								
転倒年月	転倒が生じた年月を入力してください。 <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">1</td> <td style="padding-right: 10px;">1月</td> <td style="padding-right: 10px;">5</td> <td style="padding-right: 10px;">5月</td> <td style="padding-right: 10px;">9</td> <td style="padding-right: 10px;">9月</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2月</td> <td>6</td> <td>6月</td> <td>10</td> <td>10月</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3月</td> <td>7</td> <td>7月</td> <td>11</td> <td>11月</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4月</td> <td>8</td> <td>8月</td> <td>12</td> <td>12月</td> </tr> </table>	1	1月	5	5月	9	9月	2	2月	6	6月	10	10月	3	3月	7	7月	11	11月	4	4月	8	8月	12	12月
1	1月	5	5月	9	9月																				
2	2月	6	6月	10	10月																				
3	3月	7	7月	11	11月																				
4	4月	8	8月	12	12月																				
患者コード	下記のコード番号付与に関するスキームを用いて、患者の識別番号を作成してください。転倒した各患者について、累積番号を割り当てます（連続する累積番号）。たとえば、最初に転倒した患者は 1、次は 2 というようにです。注：同一の患者が 2 回以上転倒した場合、同じ識別番号を再使用します。施設内の他病棟に移動した患者で、再度転倒した場合、同じ識別番号を残しておきますが、転倒時にいた病棟で適切に変更します。																								
年齢	90 歳以上の患者は必ず年齢を 90 とコード番号を付与してください（HIPAA を確実に順守するため）。																								
性別	1：男性、2：女性																								
転倒時の病棟	転倒時にいた病棟を記載します（放射線科など、病棟外の場所で転倒する可能性がある）。コードブック「CalNOC 救急医療施設病棟 ID コードシート」の7ページで割り当てた重複しない数値コードでコードします。																								
内科または外科	最初入院した理由は内科でしたか、外科でしたか。 1=内科 2=外科																								
観察	転倒時、スタッフが患者を観察していましたか。 0=いいえ 1=はい 2=不明																								
補助	転倒時、スタッフは物理的に患者に触れ、補助することで損傷を最小限に食い止めようとしていましたか。 0=いいえ 1=はい 2=不明																								
損傷の程度	1=なし—転倒の結果、損傷はなかった 2=軽度—軽微—軽度の介入を要する（例、包帯、冷やす、傷の洗浄、四肢の挙上、局所的な薬剤使用、X線）。機能の喪失はない。 3=中等度—結果として、縫合、非観血的整復術または副子固定。一時的な機能の喪失。 4=重度—結果として、手術、骨折修復のための観血的整復術、脱臼または組織損傷。牽引および／または永続的な機能喪失。 5=死亡—転倒が死亡原因になったと判断される。																								
転倒リスクの特定	転倒前の入院中、患者に転倒リスクがあることを示す転倒リスク評価を行いましたか。直近で実施されたリスク評価の情報を入力してください。 0=評価したが、リスクはなかった。 1=評価し、リスクがあった。 2=不明／評価していない、記録不明。																								
リスク評価ツール	転倒リスクの評価を終えている場合、そのツールを記載してください。 1=Morse 転倒スケール* (MFS) 2=転倒リスクを評価するために病院／保険制度が独自に開発したツール 3=その他 4=Schmidt* 5=Hendrich*																								
転倒スケールのスコア	Morse、Schmidt または Hendrich のリスク評価ツールを使用した場合、直近のスコアを入力してください（この3つのツール以外のツールを用いた場合、この欄は空白にしておいてください）。																								
転倒の種類	1=偶発的な転倒：見当識はあったが、ベッドから転がったり、歩行または移動中につまずいたり、すべったりした。																								

資料 2 - 4

	<p>2=予期しない生理的転倒：失神（気を失う）、発作、一過性虚血性発作または脳血管事故による転倒や薬物反応または副作用によって意図せず床に倒れた。</p> <p>3=予期された生理的転倒：失見当識または歩行困難など、内因的な危険因子を有していた。患者に転倒リスクがあるとわかっていた場合、どのような転倒も「予期された生理的転倒」とコード番号を付与してください。</p>
転倒予防プロトコール	<p>0=なし：転倒前に転倒予防プロトコール（転倒の予防策）を実施していない。</p> <p>1=あり：転倒前に転倒予防プロトコール（転倒の予防策）を実施した。</p> <p>2=不明：実施可能な転倒予防プロトコールの情報が無い。</p>
拘束	<p>転倒時、身体的拘束の使用について記録がありましたか。</p> <p>0=なし：転倒時、拘束を用いていない。</p> <p>1=はい：転倒時、拘束を用いていない。</p> <p>2=不明/記録なし：転倒時の拘束の使用について、不明または記録がない。</p>
拘束の種類	<p>転倒時の患者の拘束に関して記録がある場合、どのような種類の拘束を用いましたか。該当するものすべてに「1」を入力してください。</p> <p>四肢 ベスト **サイドレール その他 不明</p>
繰り返し転倒	<p>患者は今回の入院中、その病棟で以前にも転倒しましたか。（この病棟に入院する前に他所で転倒した患者は、「繰り返し転倒」に分類しません。）</p> <p>0=なし 1=あり 2=不明：情報が得られない。</p>

褥瘡（最低年1回、毎月が望ましい） → 資料 1, 2 参照

施設コード番号	コードブック「CalNOC 救急医療施設病棟 ID コードシート」の7ページから転記してください。																								
病棟数値コード	発生率調査を実施した病棟の数値コードを記載してください（褥瘡が他所で発現していることもあります）。コードブック「CalNOC 救急医療施設病棟 ID コードシート」の7ページから転記してください。																								
年月	<p>発生率調査のデータを収集した年月を入力してください。月1回の頻度で報告してもよいことに注意してください。</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>1</td><td>1月</td><td>5</td><td>5月</td><td>9</td><td>9月</td></tr> <tr> <td>2</td><td>2月</td><td>6</td><td>6月</td><td>10</td><td>10月</td></tr> <tr> <td>3</td><td>3月</td><td>7</td><td>7月</td><td>11</td><td>11月</td></tr> <tr> <td>4</td><td>4月</td><td>8</td><td>8月</td><td>12</td><td>12月</td></tr> </table>	1	1月	5	5月	9	9月	2	2月	6	6月	10	10月	3	3月	7	7月	11	11月	4	4月	8	8月	12	12月
1	1月	5	5月	9	9月																				
2	2月	6	6月	10	10月																				
3	3月	7	7月	11	11月																				
4	4月	8	8月	12	12月																				
年齢	90歳以上の患者は必ず年齢を90とコード番号を付与してください（HIPAAを確実に順守するため）。																								
性別	M：男性、F：女性																								
内科または外科	最初に入院した理由は内科でしたか、外科でしたか。 内科 外科																								
発生率調査日の患者の入院日数	入院時を001日として、入院日数を入力してください																								
入院前の居場所	<p>どこから入院してきたか（生活の状況）</p> <p>自宅 自宅での在宅ケア 高度看護施設 老人ホーム 別の急性期施設 リハビリテーション その他</p>																								

資料 2 - 4

入院時褥瘡リスク評価を入院から 24 時間以内に記録しましたか	いいえ はい
記録した場合入院時にリスクが確認されましたか	いいえ はい 評価していない
調査時に褥瘡予防プロトコールが実施されていたか	いいえ (予防プロトコールがない) はい (褥瘡予防プロトコールの実施記録がある) リスクなし (危険因子が確認されていない)
入院から 24 時間以内に Braden リスク評価ツールを使用した場合、入院時の評価から下記の情報を回答してください	入院時 Braden—総合：総合スコアを入力 入院時 Braden—知覚：知覚サブスケールのスコアを入力 入院時 Braden—活動：活動サブスケールのスコアを入力 入院時 Braden—栄養：栄養サブスケールのスコアを入力 入院時 Braden—水分：水分サブスケールのスコアを入力 入院時 Braden—移動：移動サブスケールのスコアを入力 入院時 Braden—摩擦：摩擦サブスケールのスコアを入力
臨床検査	今回の入院中または今回の入院のための手術前に、検査した直近の臨床検査値を入力してください。 血清アルブミン、血清プレアルブミン、BUN、クレアチニン
褥瘡が認められなかった患者	褥瘡が認められなかった場合、none にマークをしてください。
褥瘡が認められた患者について発生率調査中に観察したステージ別の褥瘡数	I 期：皮膚損傷はなく、指で押しでも白く退色しない紅斑がある II 期：表皮～真皮にいたる浅い皮膚欠損創。皮膚表面に限定され、臨床的には擦過傷、水泡、浅いクレータ III 期：皮下組織の損傷または壊死を伴う全創欠損。筋層への損傷はない。臨床的には深いクレータ（隣接組織への侵食はある場合もない場合もある） IV 期：筋層、骨、支持組織（腱、関節包など）に至る広範囲の組織の破壊、損傷または壊死を伴う全創欠損 黒斑：病期分類不可
院内発生褥瘡が見られない患者	院内発生褥瘡がない場合、none にマークをしてください。
院内発生褥瘡が認められた患者について発生率調査中に観察したステージ別の褥瘡数	ステージの定義は上記を参照
最初にスタッフが褥瘡を確認／記録した日	スタッフが最初に記録した日
入院日数	入院日数を入力してください—入院時が 001 日 (褥瘡がないか、記録されていない場合、空欄にしておいてください。)
スタッフが最初に発見／記録したもっとも重症の褥瘡ステージ	ステージの定義は上記を参照
拘束（最低年 1 回、毎月が望ましい → 資料 3 参照）	
拘束の有無	有 無
拘束の種類	(該当するものすべてに印をつける) 四肢（軟素材または皮製を含む） ベスト *サドル、拘束の一形態として用いられる場合（定義を参照のこと） その他 注記：CaINOC では、ベストおよび四肢拘束具を装着された患者の比率を算定し、ベンチマーク比較に使用します。
拘束のカテゴリー	急性期標準（内科・外科的標準） 行動医療標準（急性期治療における）：患者本人または他者に差し迫った危険となるような、突発的な重度に攻撃的または破壊的な行動を呈する患者（HCFA）。
拘束または付添人の臨床的正当性	(該当するものすべてに印をつける) 補助なしでベッドから出ようと試みて転倒するのを防ぐ 医療器具・治療モダリティを取り外すのを防ぐ 自分自身に危害を加えるのを低減する 他者へ危害を加えるのを低減する

資料 2 - 4

	その他
室内の付添人の有無	有 無
「有」の場合付添人の種類	(該当するものすべてに印をつける) 指定の家族・友人 (付添人として特に指定のあった場合) 有給勤務スタッフ (貴院が支払をする代理スタッフも含む) その他
看護師への教育 (年 1 回)	
(不詳)	
患者満足度 (Pep-C スケジュール → 資料 4 参照)	
(不詳)	Patient's Evaluation of Performance in California (PEP-C) プロジェクト と共同調査

(資料 1) CalNOC 褥瘡発生率調査の実施方法 (コードブックより抜粋)

以下に示す手順は、CalNOC 褥瘡発生率調査の実施方法を詳しく説明しています。手順をよく理解したうえで、可能な限り最良の臨床経験を積み、かつ信頼性が高く有用なデータを収集できるように調査チームを決め、その計画・準備を進めてください。

1. 組織をまとめ、問題を解決でき、リーダーシップを発揮できるコーディネーター (ET 看護師、CNS、教育担当、病棟責任者、スタッフ看護師専門家) を任命します。コーディネーターは連絡、調査日の調整、データ収集戦略の最終決定、データ収集担当の教育、疑問・問題点の対応、データ収集・報告の確保を担当します。評価者間 (観察者間) 信頼性は非常に重要ですので、観察者全員に調査法および観察に関する研修を義務付けます。
2. 調査実施担当者を決定します。皮膚検査については、既に臨床技能を身につけている exempt 看護師 (ET 看護師、臨床看護専門家、教育者、病棟管理者) とスタッフ看護専門家の組合せを検討するものとします。また、スタッフと管理者を、本人の担当病棟以外の病棟にも参加させ、観察上のバイアスを減らすようにすることも検討します。必要となるリソースは、当該チームの効率のほか、当該施設で求められる追加データの量によって異なります。
3. 皮膚検査担当者の研修を行います。皮膚検診および褥瘡の病期決定に関する研修を皮膚検査に先立って義務付けます。ET 看護師または臨床専門家は、第 I~IV 期については褥瘡の外見を検討するための簡易診断を実施することができます。
4. 観察者は、退院または移転の候補に挙がっている患者から検査する方法で実施するものとします。各チームを特定の病棟の担当に決定し、患者リスト (census) のプリントアウトを使用すると便利です。
5. 調査のプロセスについては、圧迫による皮膚損傷の性質に関する調査として患者に説明します。患者の質問には回答するものとします。患者が参加を拒否した場合には、皮膚検査には着手しません。
6. 皮膚検査：寝たきり患者について、尾骨などの一般的な部位だけでなく踵、肘、耳、後頭蓋窩なども含め骨の突出している部位すべてを検査します。チームで実施する場合には、必ず少なくとも 1 名は皮膚の専門家であるようにします。褥瘡が見つかった場合にはすべて病期を決定し、データ収集ツールに記録します。各施設での品質プログラム用に褥瘡を測定・撮影してもよいでしょう。
7. カルテの点検：第 I~IV 期の褥瘡が確認された患者については全員、患者背景データやリスク評価関連データ、さらに Braden Scale を用いた場合には入院時の総合スコアとサブスケールスコアを確認するために、各患者のカルテを検討します。カルテの検討は、褥瘡予防プロトコルが調査時点で実施されていたかどうかを確認するために行います。記録方法に差はありますが、これは通常の場合、圧迫を減らそうとする介入とともに患者の治療計画に記載されているものと考えられます。各施設では、皮膚治療または他の基準に関連した記録についても調査決定をすることが考えられます。このほかさまざまな品質管理調査を発生率調査と組み合わせることも可能ですし、そのデータを施設のカ

ルテ検討に含めることもできます。

8. データ収集ツール：発生率調査中に皮膚の観察を受けた患者は全員、観察とカルテの検討の両方の目的で各自のデータを記録します（褥瘡の発見の有無に関わらず）。観察者とは別にカルテのレビューの実施者がいる場合は、データ収集ツールも別に区別し（それぞれに患者 ID をつける）、完了者の追跡システムも 2 つ用意する（観察者とカルテ検討者が別々のペースで進められる）と便利です。
9. スキャン可能なフォームを使用する：本調査では、患者ごとにスキャン可能な「CaINOC 褥瘡発生率調査」の両面コピーを完璧に原本と同品質で取るようにします**。フォームは汚れなどなくページの中心がスキャナに正しく合っていなければなりません。スキャン可能なフォームに記入する際には、回答欄を完全に埋めるようにしてください。手書きの数字は濃い色のインクで記入し、かつ欄の線に触れないようにする必要があります。多くの病院では、便宜上、褥瘡発生率調査と拘束発生率調査を同時に実施するとよいと考えています。これをより簡単に実施可能にするため、表面に（病院 ID つきのセクション I）と患者背景情報（セクション II）、褥瘡データ（セクション III）、裏面に拘束発生データ（セクション IV）を記入するようにしたスキャン可能な両面フォームを作成しました。スキャナでは両面フォームのみ使用可能になりますので、もしも別個に調査することにした場合、裏面を使用しなくても必ず両面フォームを使用するようにしてください。（病院 ID と患者背景情報はいずれの発生率調査にも必要であるため、表面は必ず必要になります。）

(資料 2) 褥瘡発生率調査：患者の観察と視診に関するワークシート（コードブックより抜粋）

このフォームは任意記入です。患者の観察チームとチャートのレビューチームを分けたい施設のために作成しました。CaINOC 概要データ（フォーム下）を「CaINOC 褥瘡／拘束発生率調査」のフォームに転記してください。チームを分けない場合、全データを「CaINOC 褥瘡／拘束発生率調査」のフォームに直接記録してください。

病棟：_____ 患者：_____ 部屋番号：_____

病棟の患者ごとにフォームを 1 枚使用してください（褥瘡の有無にかかわらず）。

観察された褥瘡：（必要であれば、空欄を追加してください） _____ なし

病院

あり

褥瘡 1 _____	部位 _____	病期 _____	あり _____	なし _____
褥瘡 2 _____	部位 _____	病期 _____	あり _____	なし _____
褥瘡 3 _____	部位 _____	病期 _____	あり _____	なし _____
褥瘡 4 _____	部位 _____	病期 _____	あり _____	なし _____

I 期：皮膚損傷はなく、指で押しても白く退色しない紅斑がある

II 期：表皮～真皮にいたる浅い皮膚欠損創。皮膚表面に限定され、臨床的には擦過傷、水泡、浅いクレータ

III 期：皮下組織の損傷または壊死を伴う全創欠損。筋層への損傷はない。臨床的には深いクレータ（隣接組織への侵食はある場合もない場合もある）

IV 期：筋層、骨、支持組織（腱、関節包など）に至る広範囲の組織の破壊、損傷または壊死を伴う全創欠損

黒斑：病期分類不可

施設内部用コメント（その他の所見）：

CaINOC への報告の概要（褥瘡を伴う患者についてチャートレビューフォームに転記）

I 期の褥瘡数：_____ III 期の褥瘡数 _____

II 期の褥瘡数：_____ IV 期の褥瘡数 _____

分類不能な褥瘡数：_____

(資料 3) CalNOC 拘束発生率調査実施手順 (コードブックより抜粋)

手順をよく理解したうえで、可能な限り最良の臨床経験を積み、かつ信頼性が高く有用なデータを収集できるように調査チームを決め、その計画・準備を進めてください。

1. 組織をまとめ、問題を解決でき、リーダーシップを発揮できるコーディネーターを任命します。コーディネーターは連絡、調査日の調整、データ収集戦略の最終決定、データ収集担当の教育、疑問・問題点の対応、データ収集・報告の確保を担当します。評価者間（観察者間）信頼性は非常に重要ですので、観察者全員に調査法および観察に関する研修を義務付けます。
2. 調査実施担当者を決定します。
3. 観察者は、退院または移転の候補に挙がっている患者から検査する方法で実施するものとします。各チームを特定の病棟の担当に決定し、患者リスト (census) のプリントアウトを使用すると便利です。
4. 患者の観察：担当病棟の患者を観察します（拘束を受けていると考えられる患者ではありません）。
5. スキャン可能なフォームを使用する：観察を受けた患者は全員について各自のデータを記録します（拘束の発見の有無に関わらず）。患者ごとにスキャン可能な「CalNOC 拘束発生率調査」の両面コピーを完璧に原本と同品質で取るようにします**。フォームは汚れなどなくページの中心がスキャナに正しく合っていなければなりません。スキャン可能なフォームに記入する際には、回答欄を完全に埋めるようにしてください。手書きの数字は濃い色のインクで記入し、かつ欄の線に触れないようにする必要があります。

(資料 4) CalNOC 看護師に関する患者満足度 (コードブックより抜粋)

(PEP-C 調査に追加)

1. 痛みがあるかどうか、看護師からどれくらいの頻度で尋ねられましたか。
_____ 少なくとも 1 日に 1 回 _____ 1 日 1 回未満 _____ 思い出せない

2. ご自分のケアや治療に関して、看護師から何らかの情報を受けましたか。
_____ はい _____ いいえ

- 2a. 「はい」の場合、その情報は必要に足りる分だけありましたか、それとももっとあったほうがよかったですか。
_____ 必要に足りるだけ _____ もっとあったほうがよかった

3. 退院後のニーズに向けて計画を立てる際に支援が必要でしたか。
_____ はい _____ いいえ

- 3a. 「はい」の場合、退院後のニーズに向けて計画を立てる際に担当の看護師から支援を受けましたか。
_____ はい _____ いいえ

- 3b. その支援は、必要に足りる分の情報でしたか、それとももっとあったほうがよかったですか。
_____ 必要に足りるだけ _____ もっとあったほうがよかった

カタカナ用語の解説

ベンチマーキング	bench marking	経営用語では、もっとも優れた事例に学ぶ経営変革手法。プロセスや製品など他社と比較し優れているほうを積極的に取り入れ改善につなげること。看護の場面では、他の病棟や病院でよい方法や質の高いケアを提供している内容などがあれば取り入れること。
ベスト プラクティス	best practice	卓越した事例や状態。ベンチマーキングの目標となる。 看護においては、常に目標としていることで、提供するケアの質がいかなる状態のときでも卓越していることをねらっている。
コードブック	code book	データ収集手順の解説書
フォーカス・グループ	インタビュー focus group interview	特定のテーマについて、そのテーマに精通しているグループを対象に行うインタビュー
アウトカム	outcome	結果、成果
リスクアセスメントツール	risk assessment tool	リスクを予知するための手法
スキルミックス	skill mix	患者一人が 24 時間に看護師、准看護師、看護助手のそれぞれから受けるケア時間の割合。
スタッフィング	staffing	人員配置のこと。患者に対し安全で十分なケアを提供するために看護師の人員配置とその質を規定すること。
ストラクチャー	structure	構造

< 旅費及び謝金について >

1. 謝金について

「平成16年度厚生科学研究費の手引き」(PP140)に基づき、1,000円(研究会参加1回あたり)謝金をお支払いいたします。謝金対象者は、本研究の調査対象となる病棟管理者に限ります。

謝金受領された方は、所得税法に定める確定所得申告が必要になります。なお、謝金を受領された方には、確定申告時に必要な謝金支払い証明書を交付いたします。

国家公務員の方は、勤務時間外、又は年次有休休暇を所得している場合に限り、支給させていただきます。

2. 旅費について

「平成16年度厚生科学研究費の手引き」(PP141)に基づき、鉄道賃、車賃(バス)を実費でお支払いいたします。

鉄道賃のうち、片道100km以上の場合は特急料金を、片道50km以上の場合は急行料金をお支払いいたします。なお、もっとも経済的な旅費で事務処理しております。

3. その他

本研究勉強会へのオブザーバーには、謝金・旅費の支給対象外になりますことをご了承下さいますようお願い申し上げます。

<お問い合わせ先>

〒231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町3-1

神奈川県看護協会 医療安全対策課

安井はるみ

TEL:045-263-2901 FAX:045-263-2905

E-mail: yasui@kana-kango.or.jp