ました。それと、政策を動かすことが大切でそのためにもデータをあつめるということですね。

- 看護配置数を具体的に何人にすれば安全かのEBNが早く明らかになり、現在の夜勤回数からの人数算出でない方法を出して欲しい。
- いろいろの意味で考えさせられ、データとしてまとめることが必要だと思いました。
- 大変参考になりました。当院も看護職のデータ取りをし、今後病棟間の看護必要度やインシデントアクシデントとの関連等、データベースを作っていきたいと思います。
- 日本の医療事情と、米国の事情の違いがあまりに大きく、同時に人員体制を論じることに戸惑う。ただ、多くのデータを集約し、その分析や結果を有効に活用していくことは、いまさらながら必要ではあると思う。これを契機に、インシデントetcのデータ集約センターがたちあがり、日本の状況に合わせた人員体制や業務分担、スキル・ミックスが行えるようにベースが作れると良い。
- 看護者の数は足りていないという視点でその中でも頑張っている看護師をほめてあげたい。私たち管理職は患者満足、経営改善という相反する目標と取り組まなければならないが、限界に来ていると再認識した。看護必要度をデータという形で出していくことの重要性が理解できた。看護行為が患者の安全や回復にどれくらい貢献しているのかを数で出すことで見えにくい看護師の実態が見えてくると考える。看護研究のテーマが与えられた。
- 各々の病院は何らかの統計資料は保有している。それぞれをどう活用するかは個々に任されている。早期に標準化した統計ができればと思います。
- 日本でのこれから始まるデータベースプロジェクト、是非乙当院も参加したいと思いました。お金はありませんが…マンパワーはあります。
- アウトカムについて、さらに勉強していきたいと思った。患者の安全確保の為に看護師の人員については早急に決定してほしいと強く思った。

4）その他

【満足できた】

- 看護師不足で人員配置は最大の悩みです（夜勤看護師の不足）。研修に参加することにより配置への示唆があることを期待しました。受講内容、資料等、満足した研修でした。安全を確保した人員配置をするためにバリエーション等を考えていきたい。
- 様々な日本の看護師のおかれている現状の中で、現在までは当然の様に考えられていた看護師の人員算定について、我々看護師自身の取り組みについて参考になった。
- 聖マリアンナ医科大学病院の看護部長の講演について大変、共感しました。
- 看護必要度について知りたかったのでよくわかった。
- 今後の発展を期待したいと思える。素晴らしい内容でした。
- いつも、もやもや不満に思っていた事が明確化できました。現場で頑張ります。有難うございました。
- 現在の看護師の状況をよく理解できた。何をしなくてはいけないか、行動レベルにおろすことが難しいがやっていきたい。ユーモアのある話し方、大変な中に力を得ることができました。
- 常に関心にあるテーマですので今後も続けて参加したいと思います。
- 随分と参考になった。このセミナーに参加でき、少し元気をもらった感じがします。
- 米国と日本の看護人員体制についてベースは異なるが、発想の転換になって刺激的であった。
- 課題達成へ向け勇気をもらえて大変良かった。
- 各プレゼンテーションが力強く、現状の問題、そしてこれからの課題について考えさせられまし

た。ディスカッションでプレゼンテーション内容がより見えてきました。

【要望等】

- 大変勉強になりました。しいて言うと、怒りはわかりますがその中でも何が改善できること（ケアの内容の見直し）なのかを多面的に分析することも必要かと思いました。（既にされていると思いますが…）
- 今後も情報の提供をお願いしたいと思います。次回も参加したいと思いました。
- 資料の訂正を何かの雑誌にのせてほしい。（看護協会ニュースがいい）
- 講師についてはもっと第一線で活動している看護管理者によるプレゼンテーションを行った方が看護の現状の課題、方向性など社会に認めさせる事ができると考えます（歴史的第一歩にするためには）。看護が社会にもっと認められるために、この様なセミナーを多く開催する事も大切ではないかと思う（陣田さんはとても現状が伝わりました）。ディスカッションはとってもよかった。
- 参加人数が限られていたため、当院の一般看護職員が参加できなかった。
- 現場の看護師は本当に走りながら仕事しています。かぜをひいても休めない。一人でも看護師が増えてくれるといいです。テーマとは関係ないがセンターのスライドを見るのに椅子の配置がとても悪く首を曲げて人の頭をよけて見ていた。もう少し映画館のように見やすい配慮がほしかった。
- 今回のテーマで何回かセミナーを開催してほしい。
- 聞きなれないこともあると思うが、同時通訳と言ってもやっぱり聞きにくい。内容にも集中できない。具体的に看護配置数などの例があれば聞かせて欲しかった。（良い結果を出している施設など）。いつ事故が起こっても不思議でない。当院でも今回の講演を参考に早急に取り組んでいく必要性を痛感しました。
- 現在の医療問題（身近な）を取り上げていて、とてもよかったと思います。開催についての広報（お知らせ）→インターネットでも乗っていないのでしょうか。

【その他】

- 大変刺激にみちた歴史的な場に居合わせることができ幸いでした。日本の看護の今後に期待しております。
- 自分自身がアメリカの事情に詳しくなかったので、よくイメージできない部分もあったが全体的には刺激になった。必要性はわかるが研究としてどのように手をつけたらいいのか悩んでしまう。
- 質問に効率性、安全確保、患者の視点などの課題を与えられていますが、看護師の充足はほぼ均衡とどこから言えるのか疑問に感じていました。現場の声をもっと反映できるように、又、国民の理解を求めていくことの可能性のあるセミナーでした。看護師の確保が年間を通して最優先であることが、管理者にとっても満足度を低くしています。
- 役職のない一般看護師ですが、職員の一人一人が意識し考えていかなければならない内容だったと思っています。大学での学びにつなげ、大学で学んだ事を自らの仕事に役立たせたいと考えています。興味深いディススカッションでした。
- 個人情報保護について
- 看護職はもっと怒りをもって自分達の実態を捉えていかなければと思いました。
- 大学病院がかかえる共通の問題・課題、またそれらの限界が確認できました。
- 看護必要度を他部門（事務…人事関係者）に説明をし理解をえることの難しさを実感していると

ころです。

- いかに人員を確保する方法を提示していくのか、また、看護職を一般の人に知ってもらうのにいい機会だと思う。

5　まとめ

本セミナーでの議論を整理すると以下のようにまとめることができる。

○日本においては、急性期病院で提供される医療の内容が高度化し、また患者特性が変化していることなどを背景に、必要な業務に比して人員が不足している。

○こういった状況で、看護師の人員配置や交代制勤務の問題は患者の安全やケアの質を確保するために重要な課題となっている。この状況は米国においても同様である。今後、より柔軟な勤務体制の構築などについて検討することが必要である。

○現状を変革するためには、法制度の変更も視野に看護界や行政のみならず社会全体で問題を共有することが必要である。

○そのために、人員体制とケアの質に関するエビデンスを蓄積することが求められている。日本においても米国カリフォルニア州の取り組みに倣い、看護職員配置とアウトカムに関する客観的な検証あるいは病棟間のベンチマークを可能にする、標準化されたデータベースの構築が必要である。

第５章　看護人員配置と有害事象に関する調査研究

Ⅰ．研究の手順

１．対象病棟の選定

１）関東近郊の急性期医療を担う病棟を持つ病院の看護部長121名に対し，研究協力を求める文書を送付し，研究参加への賛同を得られた病棟を選定した。

２）これらの病棟の看護管理者に対して本研究の主旨や背景を説明し，研究への参加の意思を判断できるよう，また，より正確なデータ収集が行われるよう，調査計画，調査方法，調査票への記入方法に関するセミナーを３回開催した。

３）セミナー終了後，参加した各病棟看護管理者に対し，改めて調査への協力を依頼し同意を得た94名の看護管理者（以下，調査協力看護管理者とする）の勤務する病棟を対象とした。

２．「人員配置と有害事象の調査研究に関する考え方と研究手法セミナー」の開催

１）セミナーの目的

・本研究の目的と概要について説明を行ない本研究の意義を理解してもらい関心を促す。

・本研究に関連した米国の研究成果，CalNOC データ収集方法について紹介し，調査協力看護管理者によって収集される調査データの精度の向上をはかる。

２）セミナー開催日時・参加人数

第１回　2005年７月７日（木）　18：30～20：00

参加人数　85名（34施設）

第２回　2005年８月９日（火）　18：30～20：00

参加人数　89名（新規追加11施設）

第３回　2005年10月７日（金）　18：30～20：00

参加人数　98名（42施設）

さらに，データ収集終了後＜報告会＞を行ない，開催日時点での研究結果について速報として報告を行った。（参加人数50名（50施設））

＊場所はいずれも聖路加看護大学で開催した。

３）セミナー内容

＜第１回＞

１．研究計画について

２．CalNOC の活動について

３．コードブックおよびデータ収集に関する説明と調査協力看護管理者の役割について

1）CalNOC で使用されているアウトカム指標について

4．事前準備に関する検討と説明

1）各病棟の特性にあわせたデータ収集方法

2）調査協力看護管理者の所属施設における研究倫理委員会での承認の必要性

5．調査終了後に関する説明

1）分析結果を，ベンチマークに活用できるデータとして各研究協力看護管理者に対してフィードバックすることについて

6．「医療安全確保のための看護人員体制とアウトカムに関する検証」フォーカス・グループ・インタビューの結果の説明

7．質疑応答

データ収集方法の詳細について，看護必要度の測定の必要性について，本研究に期待することなどについて意見交換を行った。

＜第 2 回＞

1．本研究の目的と概要について

1）データ収集単位と調査協力看護管理者の役割についての確認

2）倫理的な配慮に関する説明と確認

2．本研究に関するカタカナ用語の説明

3．CalNOC の活動に関する説明

4．調査方法に関する説明

1）調査項目ごとに異なるデータ収集のタイミングについての説明と確認

2）調査結果の回収方法についての説明と確認

5．調査票（案）に関する説明と検討

6．患者満足度調査の質問紙と，配布・回収方法に関する説明と検討

＜第 3 回＞

1．聖路加看護大学研究倫理審査委員会への申請について

2．本研究への協力に関する同意と同意書への記載の依頼について

3．調査実施要領および調査表についての説明

3．データ収集期間

2005年11月 1 日～2006年 1 月31日

4．調査方法

A　調査票について

CalNOC の承諾を得た上で，米国において全州的な看護の質のデータベースとしては最大である，CalNOC が用いている調査実施要領および調査票を翻訳し，データ収集用具として使用した。

さらに，過去の文献検討において，看護人員配置研究において必須とされる患者特性を把握するための調査項目として，わが国で診療報酬上のハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に用いられている「重症度・看護必要度に係る評価票」（以下看護必要度とする）を使用した（資料４）。採用した調査票については，パイロット調査を実施し，調査票の洗練を行った。以下に調査票の記入方法を示した。

1．様式１　看護要員の勤務時間と人員配置および患者特性

わが国で開発された看護要員の勤務時間と人員配置を調査するもので，当該病棟の看護要員の勤務者数や患者数等を入力すると，１か月分のデータの自動集計ができるエクセルシートである。研究協力者に対しては，このエクセルシートがダウンロードされたフロッピーディスクを３枚送付し，１月ごとのデータ入力を依頼した。

2．様式２　看護必要度

看護必要度の調査票であり，CalNOC 調査には含まれないものである。当該病棟において指定した調査日の深夜０時時点で入院している16歳以上の患者全員の看護必要度の得点を記入するものである。

3．様式３　看護師の教育背景および資格

当該病棟に勤務する看護師の教育背景および有する資格について記入する調査票である。

4．様式４　転倒・転落

調査期間中に発生した転倒転落数と発生状況についての調査票である。当該病棟において転倒転落が発生するごとに記入する調査票である。

5．様式５　褥瘡

指定した調査日時点での当該病棟における褥瘡発生数とその状況についての調査票である。当該病棟に毎月指定の調査日の深夜０時時点で入院している16歳以上の患者で，褥瘡のある患者全員について記入する調査票である。

6．様式6　身体拘束（抑制）

指定した調査日時点での病棟における身体拘束（抑制）の実施数と状況についての調査票である。毎月指定した調査日に調査者が観察した時点で身体拘束（抑制）を受けていた全ての患者について記入する調査票である。

7．様式7　患者満足度

患者満足度の調査票である。CalNOC 調査における患者満足度調査にも使用される，米国 Centers of Medicare & Medicaid Services（CMS）および Agency for Health and Human Cervices（AHRQ）によって開発された，Hospital CAHPS®（HCAHPS®）を参考として作成した。「看護師の対応に関する満足度」，「医師の対応に関する満足度」，「入院中の環境に関する満足度」，「入院中の体験に関する満足度」，「退院に関する満足度」，「病院全体に関する満足度」の 6 側面と回答者の属性について問う，全26問からなる。

調査期間中に当該病棟から退院する患者100名を対象に，退院前日に病棟看護管理者または看護師から調査について説明の上配布するが，恣意的選択を避けるため，調査票の配布に際しては全ての退院患者へ退院する順に配布し，100通配布した時点で調査終了とした。家族などによる代筆は可能とし，調査対象病棟職員による代筆は不可とした。回答が困難であると判断される患者の場合には，配布対象から外すものとした。記入後の調査票は本研究班が用意した専用の回収ポストを各病棟に設置したうえで，患者自身が記入後，投函してもらうこととした。

B　調査票の配布と回収

各調査協力看護管理者に対し，1病棟あたりに関連する必要書類等として，(1)調査票（様式1　1部，様式2　3部，様式3　1部，様式4　30部，様式5　15部，様式6　15部，様式7　100部および，患者への依頼状　100部），(2)調査実施要領　1部，(3)様式7回収用ボックス，(4)様式1入力用フロッピーディスク，(5)データ回収用エクスパック　3部　を送付し，調査実施要領に沿って，データ収集を依頼した。

収集されたデータは，様式1～6については毎月，様式7については調査終了後に郵送にて回収した。またデータ収集期間中は，各調査協力看護管理者からの調査に関する質問や，調査票への記入に関する疑問などに常に対応できるよう体制を整えた。

1．データ分析方法

入手したデータについて，全てを数値化もしくはコード化したうえでコンピュータに入力した。現在のわが国の急性期病棟の特性を(1)看護職者の勤務状況，教育背景や患者の看護必要度などの看護要員配置に関する側面と，(2)看護必要度や重症患者の比率によって表

される入院患者の側面，さらに(3)患者の転倒・転落，褥瘡，身体拘束（抑制）の発生数などの有害事象と，(4)患者満足度の 4 側面から記述統計を行った。

さらに，看護人員配置に関連した指標とアウトカム指標との関連について検討を行い，内容を考察した。

Ⅱ．倫理的配慮

- 本研究により，個人や対象病棟が特定されるような形で，その回答が公にされることはないことを書面にて伝えた。
- 調査協力看護管理者は本研究にいったん協力を承諾した後，調査進行中のいつでも研究協力を中止することができ，その場合にもなんら不利益が生じることはないことを書面にて伝えた。
- 収集した記述データおよび電子データは本研究以外には使用せず，また，全て個人や病院名が特定できないようコード化した。さらに，研究の終了後速やかに破棄または消去する。
- 調査協力看護管理者に対し，事前に 3 回の研究に関する学習会を行い，研究概要についての説明を十分に行った上で，研究者への承諾書への署名を得た。
- 本研究内で行われる患者満足度調査に関しては，患者の退院前日に，調査対象病棟看護師または看護管理者より，回答は自由意志であることを伝えたうえで，調査の主旨および，回答は自由意志によるものであることが記載された調査依頼状とともに，配布する。投函の際は，調査票とともにのり付き封筒を配布し，封入し，封をしたうえで投函してもらうものとし，記載内容が調査協力病棟職員には明らかにならないようにする。

なお本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号05－049)。

Ⅲ．結　果

1．研究参加病棟の特性

1）患者の動態

有効回答のあった85病棟における，一病棟の一月あたりの新規入院患者数は平均83.0名，新規退院患者数は82.8名であり，１日平均2.8名の入退院があった。

2）看護要員の背景

1）看護師の教育背景および資格

有効回答のあった92病棟に勤務する看護師の教育背景は，看護師養成所（３年課程・２年進学課程）が最も多く68.9%を占めていた。ついで看護系短期大学（３年制・２年制）が18.6%であり，看護系大学（４年制）11.6%，看護系大学院修士課程0.6%であった。看護系大学院博士課程修了者はいなかった。（表１）

表１　看護師の教育背景　92病棟　N＝2,157

	人数	%
看護師養成所	1,487	68.9
看護系短期大学	402	18.6
看護系大学	250	11.6
看護系大学院修士課程	14	0.6
看護系大学院博士課程	0	0.0
不明	4	0.2

2）資格取得状況

専門分野の資格取得状況をみると2,157人中，認定看護師９名，専門看護師は１名であった。

その他，看護に関する資格を有する者は70名であり，全体の3.2%であった。（表２）

表２　看護に関する資格の取得状況　92病棟　N＝2,157

	人数	%
認定看護師	9	0.4
専門看護師	1	0.0
その他の資格	70	3.2

3）看護師としての経験年数

看護師としての経験年数は，１年以上５年未満が38.3%で最も多く，ついで５年以上10年未満が25.6%，10年以上は23.5%であった。１年未満の新卒者は全体の12.6%であった。

研究協力病棟（N＝72）の看護師に占める新卒者の割合は，平均12.6%（SD6.0）であり，中央値は12，最頻値は13であった。

また，新卒者がいない（0名）の病棟が3病棟，新卒者の占める割合は最大で27.3%であり，2病棟であった。（表3）

准看護師（N＝52）はサンプル数が少ないため除外した。

なお，准看護師数では，本研究においては（様式1）によって各病棟における1月ごとの配置数をカウントしてはいるが，個人は特定していないため，3ヶ月間カウントされた数が同一人物であるか否かは不明である。そこで調査期間中の延べ人数から平均人数を算出した。

表3　看護師としての経験年数　92病棟　N＝2,157

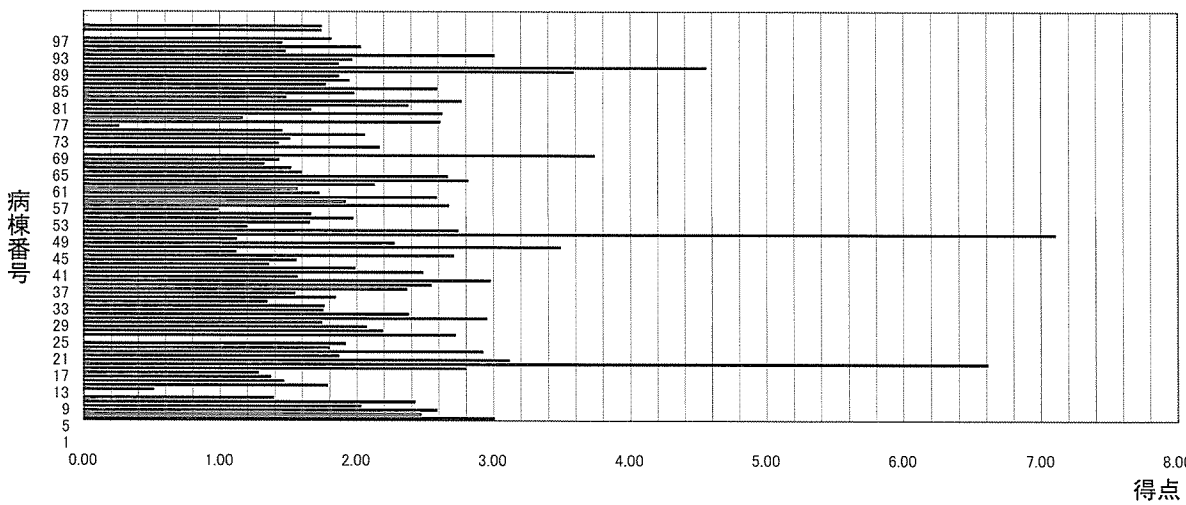
	人数	%
1年未満	271	12.6
1年以上5年未満	826	38.3
5年以上10年未満	553	25.6
10年以上	507	23.5

3）患者特性

1）看護必要度A得点

看護必要度A得点は「モニタリング及び処置等」15項目に関する実施回数あるいは実施の有無から重症度をあらわす指標であり，最大得点は16点である。有効回答が得られたのは89病棟であった。各病棟の3ヶ月合計のデータを見ると平均値2.14，最大値7.11，最小値0.26であった。（図1）

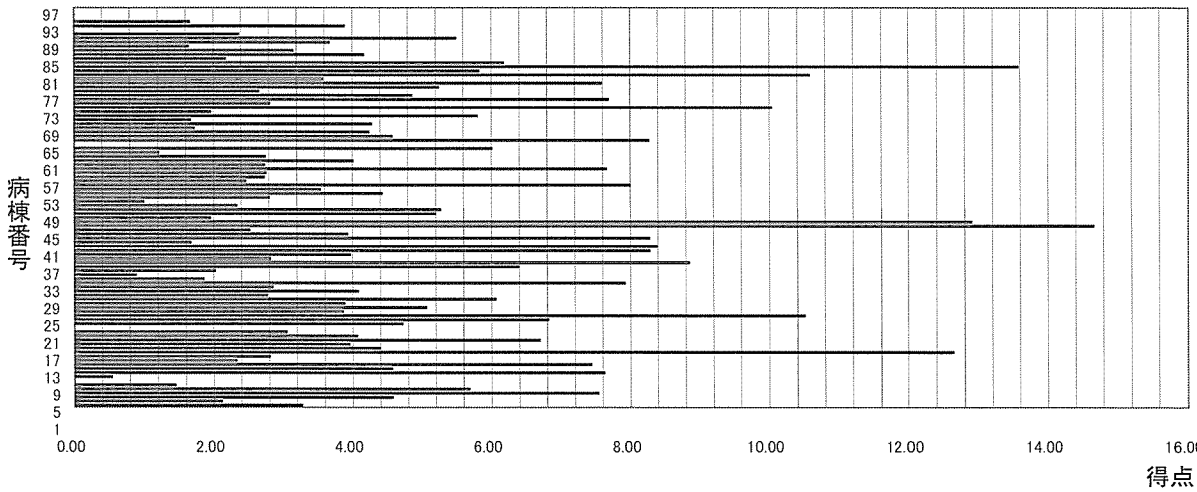
図1　看護必要度A得点　N＝89



2）看護必要度Ｂ得点

看護必要度Ｂは，「患者の状況等」13項目に関する患者の自立度から重症度をあらわす指標であり，最大合計得点は19点である。有効回答が得られたのは89病棟であった。各病棟の３ヶ月合計の平均値4.82，最大値14.66，最小値0.54であった。（図２）

図２　看護必要度Ｂ得点　Ｎ＝89



3）病棟の重症度

看護必要度Ａ得点合計３点以上あるいはＢ得点７点以上の患者は現行の診療報酬制度で「ハイケアユニット入院医療管理料」の算定の対象となっており，今回の調査ではこの基準を満たす患者を重症患者として各病棟の重症度を分析した。

３ヶ月合計の平均のデータでＡ得点が合計３点以上の病棟は９病棟であり，全体の約１割（9.9%），Ｂ得点が合計７点以上の病棟は20病棟で全体の約２割（22%），そしてＡ得点・Ｂ得点どちらかが基準以上である病棟は25病棟（27.5%）であった。全体の４分の１以上の病棟が重症度の高い患者が入院していると考えられる。Ａ・Ｂ両方の得点が基準値を超えるもっとも重症度が高いと考えられる病棟は４病棟であった。（表４）

表４　重症度が高い病棟

病棟番号	看護必要度Ａ	看護必要度Ｂ
14	6.61	12.64
42	3.49	8.28
45	7.11	14.66
84	3.59	18.58

4）有害事象

1）転倒・転落

(1) 調査方法

全てのデータに関して欠損のなかった89病棟における，16歳以上の患者について発生した転倒・転落の全てについて調査した。調査期間中，転倒・転落が発生するたびに記録することとした。なお，転倒・転落とは，足の裏以外の身体の部位が床に接触したケース全てを指し，滑っただけで床に接触しなかった，などのケースは除外した。

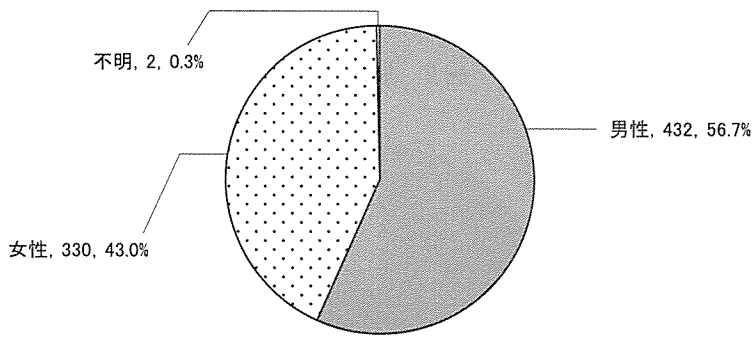
(2) 発生状況

調査期間中の転倒・転落発生件数の総計は764件であり，1病棟月平均2～3件の発生だった。

① 患者の状況

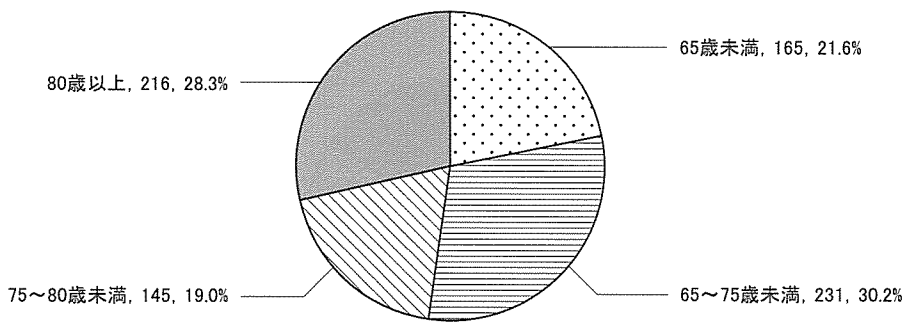
男性432名（56.7%），女性330名（43.0%），不明2名（0.3%）であった。（図3）

図3　性別



平均年齢は72歳であった。65～75歳未満が231件（30.2%）と最も多く，ついで80歳以上が216件（28.3%），65歳未満165件（21.6%），75～85歳未満145件（19.0%）であった。（図4）

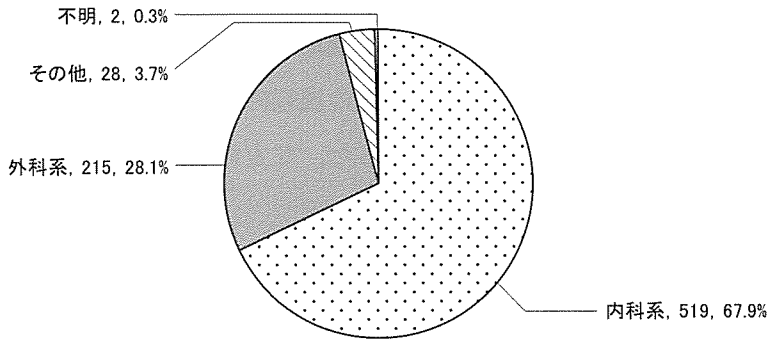
図4　年齢



入院した理由は内科系（内科的治療が中心で手術を必要としない）519件（67.9%），

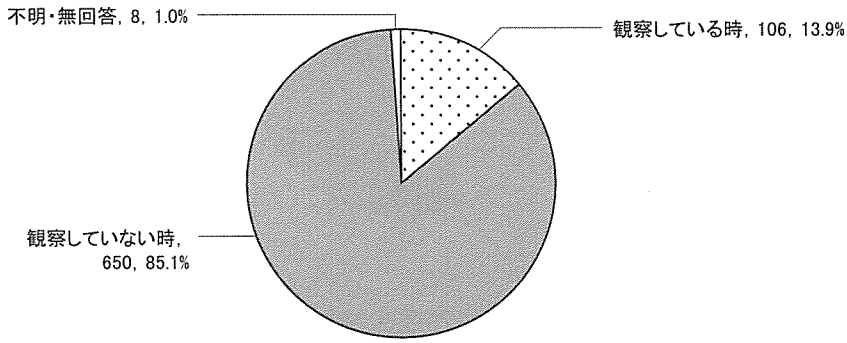
外科系（手術を目的とする）215名（28.1%），その他28名（3.7%），不明２名（0.3%）だった。（図５）

図５　入院の理由



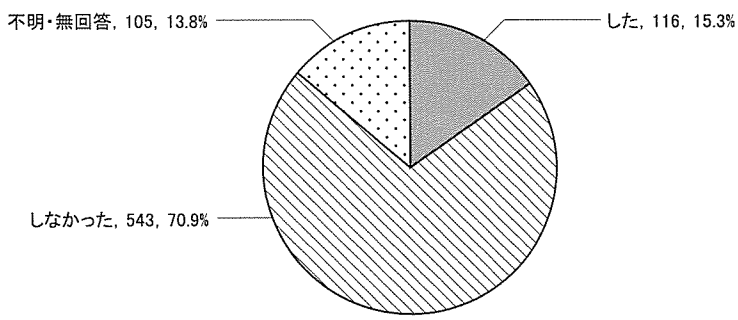
スタッフが観察しているときに生じた転倒・転落は，106件（13.9%），観察していないときに生じた件数は650件（85.1%），不明または無回答が８件（1.0%）だった。（図６）

図６　観察状況



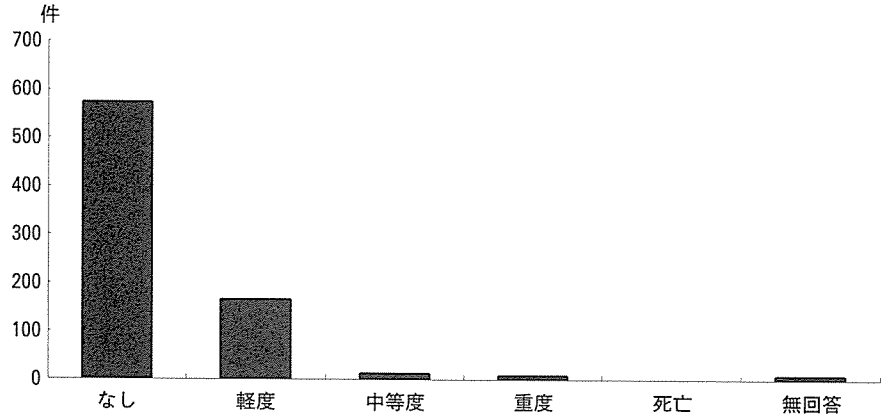
転倒・転落時にスタッフが損害を最小限に食い止めようとしたかどうかについては，していたものが15.3%，しなかったものが70.9%だった。（図７）

図７　最小限に食い止めようとしたか



転倒・転落による損傷の程度は，「なし」が最も多く572件（74.9%），ついで「軽度」が164件（21.5%），「中等度」12件（1.6%），「重度」8件（1.0%），「死亡」は0件，無回答が8件（1.0%）だった。（図8）

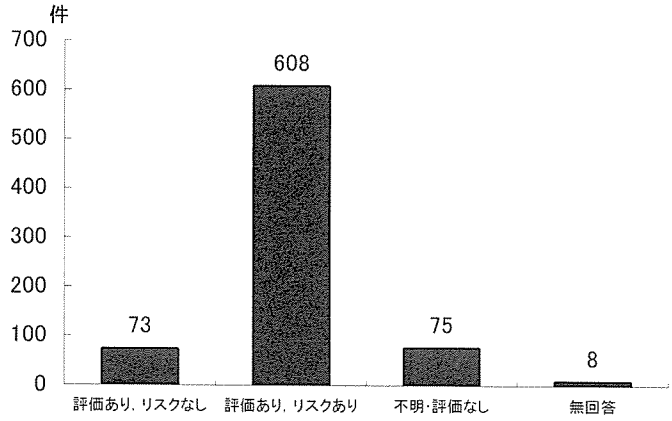
図8　損傷の程度



② リスクアセスメントとプロトコール使用の有無

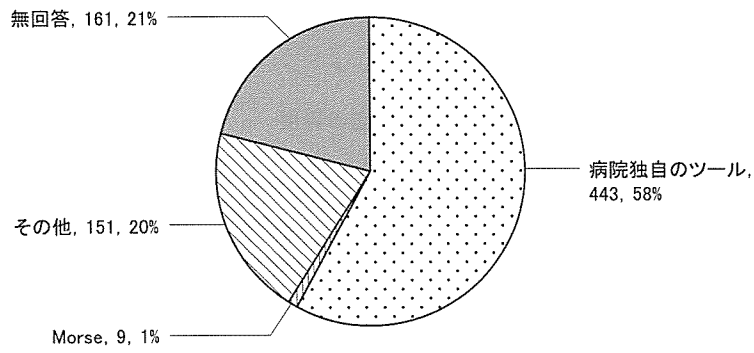
さらに，転倒した患者に対して事前に転倒・転落リスク調査を行ったかどうか，行ったのであればその結果患者に転倒・転落リスクが認められていたのかどうかについては，「リスク評価を行い，リスクがあった」が79.6%，「リスク評価はしたが，リスクはなかった」が9.6%，不明または評価していないものが9.7%，無回答3.8%であった。（図9）

図9　リスクアセスメントとプロトコール使用の有無



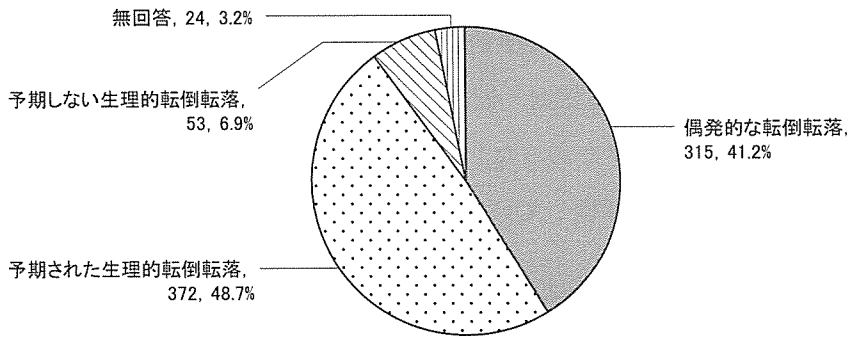
また，転倒・転落リスクの評価を行っている場合，どのようなツールを使用しているかに関しては，「病院独自のツール」を使用しているものが57.4%と最も多かった。（図10）

図10　リスク評価のツール



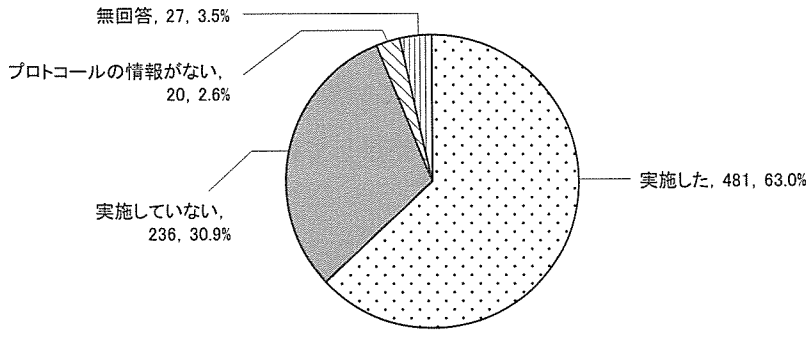
転倒・転落の種類については，「予期された生理的転倒・転落」が最も多く372件（48.7%），ついで「偶発的な転倒・転落」が315件（41.2%），「予期しない生理的転倒・転落」は53件（6.9%）だった。（図11）

図11　転倒・転落の種類



調査研究協力病棟において，何らかの転倒・転落予防プロトコールを実施したか否かについては，「実施した」が最も多く481件（63.0%），「なし：転倒・転落前にプロトコールを実施していない」が236件（30.9%），「実施可能なプロトコールの情報がない」は20件（2.6%）だった。（図12）

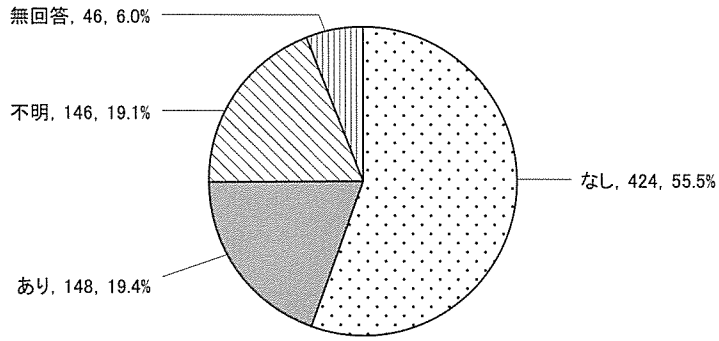
図12　転倒・転落予防プロトコールの実施



③　転倒・転落時の身体拘束の有無

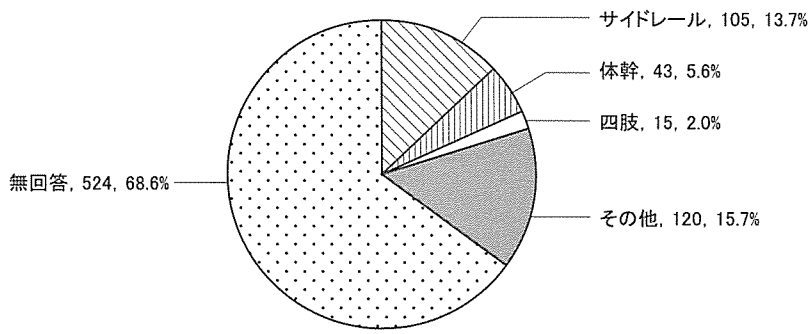
さらに，転倒・転落時に身体拘束を行っていたかどうかについては，「なし」が424件（55.5%），「あり」が148件（19.4%），「不明」が146件（19.1%）だった。（図13）

図13　転倒・転落時の身体拘束



身体拘束が行われていた場合，その種類については「無回答」が524件（68.6%）であったが，「サイドレール」105件（13.7%），「体幹」43件（5.6%），「四肢」15件（2.0%）ついで「その他」120件（15.7%）だった。（複数回答）（図14）

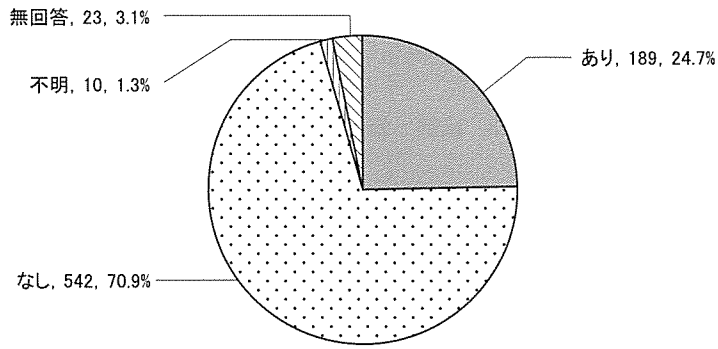
図14　身体拘束の種類



④　過去の転倒・転落経験の有無

最後に，転倒・転落をした患者が過去にもその病棟で転倒・転落したことがあったかどうかについては，「なし」542件（70.9%），「あり」189件（24.7%），「不明」10件（1.3%）だった。（図15）

図15　過去の転倒・転落の有無



(3)　患者あたりの転倒・転落件数

分析対象となった病棟の，総患者数317,393あたり転倒転落発生数は730件だった。つまり，転倒転落は患者1,000人あたり2.3件発生する計算となる。

2）褥　瘡

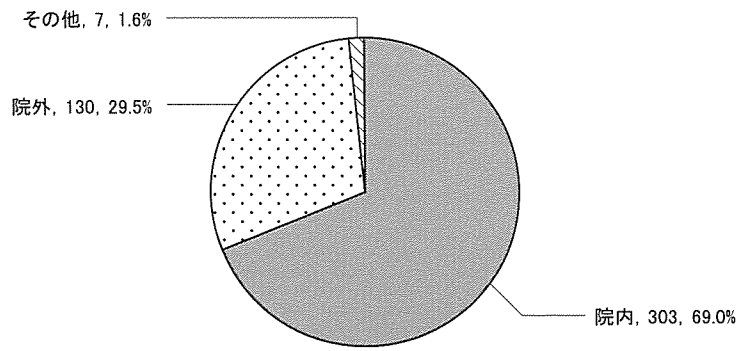
(1)　調査方法

全てのデータに関して欠損のなかった89病棟における，調査日の深夜0時時点で入院している16歳以上の患者で，褥瘡のある患者全員について調査した。調査当日に入院したものについては，調査の対象から除外した。調査日は，毎月第3木曜日とし，調査対象は当日深夜0時とするが，調査票への記入は0時時点の状態ではなく，調査実施時点での状況とした。

(2)　発生数

褥瘡件数は，調査期間内で440件の報告があり，院内発生褥瘡数は303件（69.0%），院外発生褥瘡数は130件（29.5%）であった。（図16）

図16　院内・院外褥瘡発生件数　N＝440

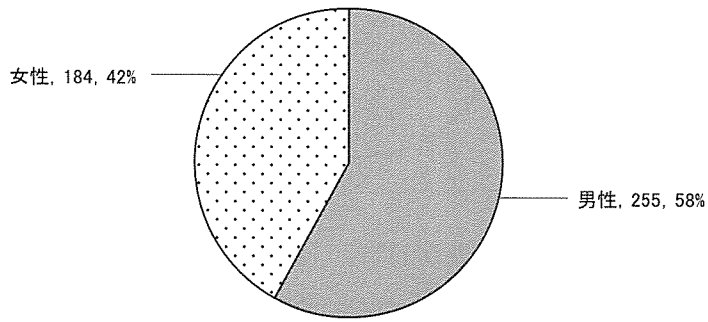


(3) 発生状況

① 患者の状況

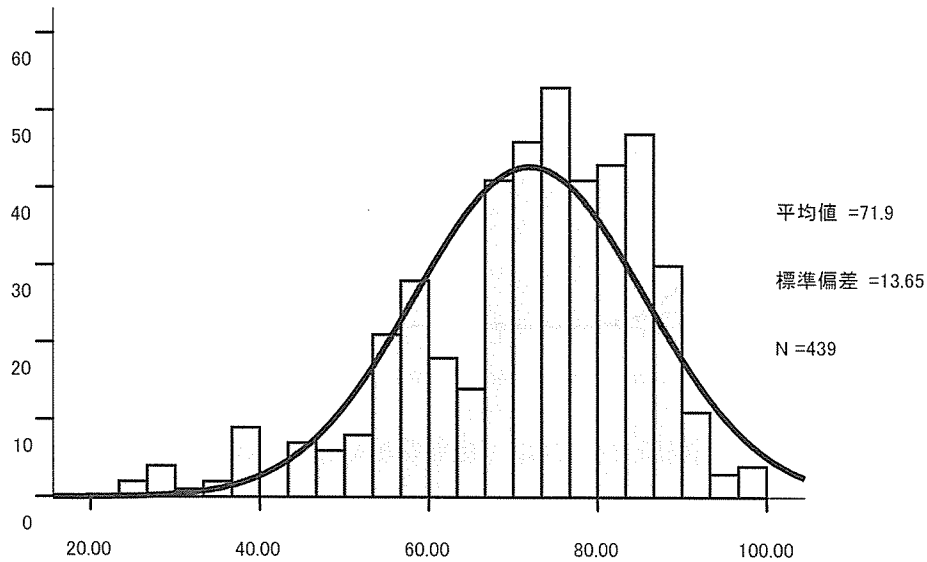
男性255名（58.1%），女性184名（41.9%）であった。（図17）

図17 性別 N＝439



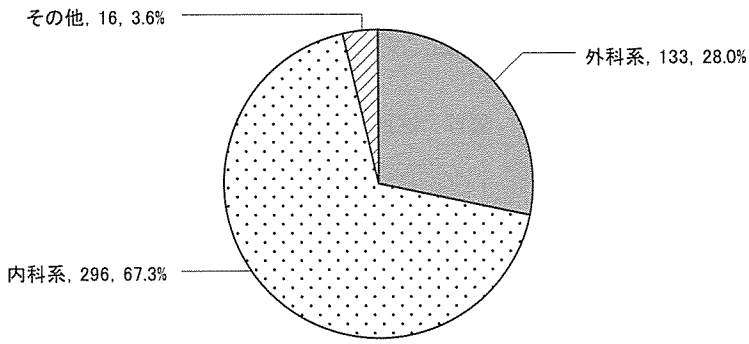
平均年齢は72歳であった。80歳以上が138件（31.4%）と最も多く，ついで65歳未満，65～75歳未満が114件（25.9%）と同数であり，75～80歳未満が73件（16.6%）であった。（図18）

図18 年齢



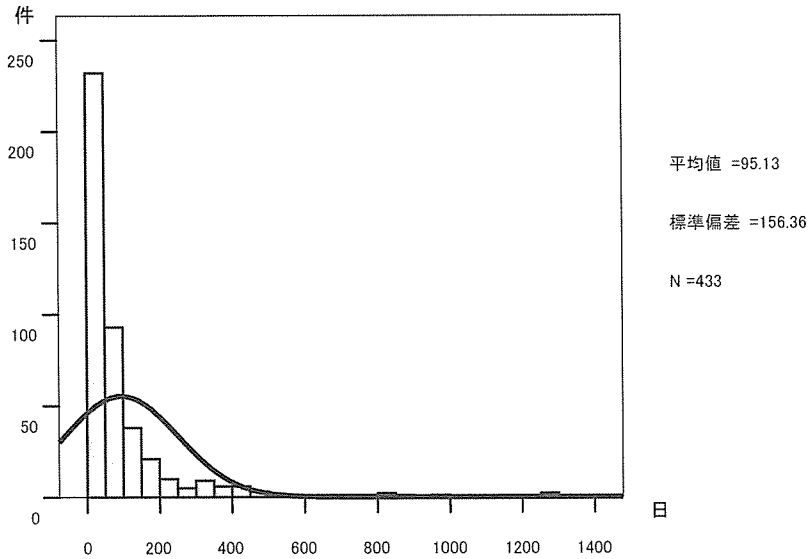
入院した理由は，内科系（内科的治療が中心で手術を必要としない）296名（67.3%），外科系疾患（手術を目的とする）123名（28.0%），その他16名（3.6%）であった。（図19）

図19　入院の理由　N＝440



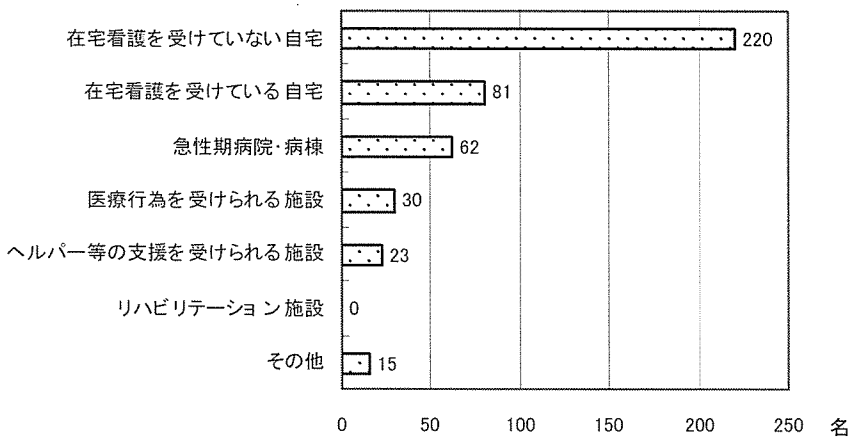
入院日数は，20～50日未満が117件（26.6%）と最も多く，次に20日未満が115件（26.1%），100日以上が108件（24.5%），50～100日未満93件（21.1%）であり，患者の月平均入院日数は94.7日であった。（図20）

図20　入院日数



患者の入院前の居場所としては，「在宅看護を受けていない自宅」が220名（50%）と最も多く，次に「在宅看護を受けている自宅」が81名（18.7%），「急性期病院・病棟」が62名（14.0%），「医療行為を受けられる施設」が30名（6.9%），「ヘルパー等の支援を受けられる施設」が23名（5.3%），「リハビリテーション施設」からの入院はなかった。（図21）

図21　入院前の居住場所　N＝431



② 褥瘡発生の状態

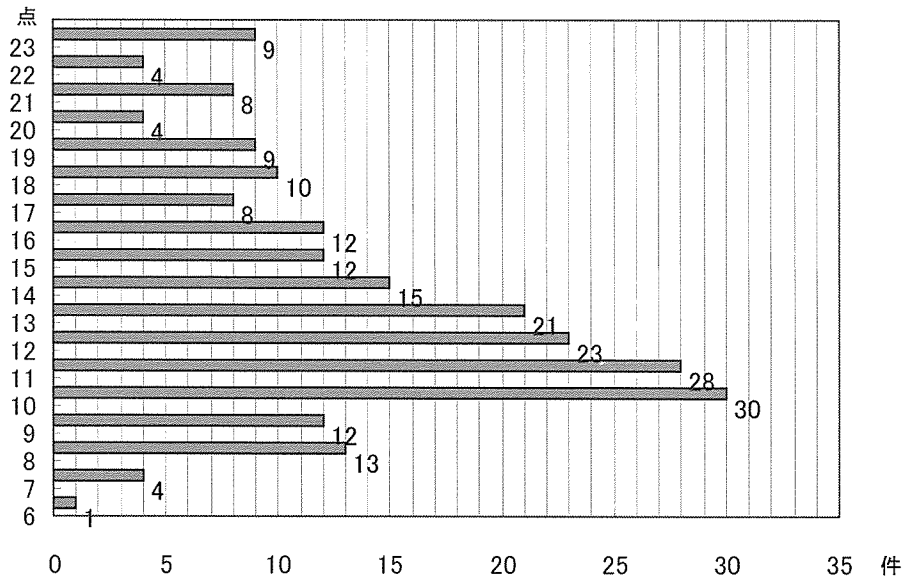
報告された褥創件数の中で，入院から24時間以内各々の施設で用いているリスク評価ツールを使用し褥瘡のリスク評価を行い記録した件数は338件（76.8%）だった。

入院時に褥瘡リスク評価を記録した場合の褥瘡のリスクの確認は283件（64.3%）で行なわれており，339件（77.0%）で調査日に褥瘡リスク管理に関するマニュアルまたはプロトコール，ガイドライン，および指針などに基づいた対策が行なわれていた。

③ 褥瘡をもつ患者の状態

褥創評価指標として，入院から24時間以内に Braden リスク評価ツールを使用した230件のうち，欠損値のなかった223件のブレーデンスケールの点数は，危険点とされる14点以下のものが147件（65.9%）を占めた。（図22）

図22　ブレーデンスケール得点　N＝223



また，スコアごとに褥瘡が発生した患者の状態を示す。