

教育介入群施設依頼書

記

1. 協力者氏名 ●● 皮膚・排泄ケア認定看護師

2. 協力頂きたい内容
 - 1) 教育プログラムを受講
日程：平成21年3月6（金）、7（土）、8（日）日、5月26日（火）
場所：東京大学医学部5号館 老年/創傷看護学教室
プログラム内容：別紙1参照
* 受講に必要な旅費・宿泊費等はこちらで負担させていただきます。
 - 2) プログラム受講後の褥瘡患者の調査
調査項目は別紙1参照

3. 倫理的配慮
東京大学倫理委員会の審査をうけております。

以上

承諾書

(依頼者)

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

(依頼業務)

1. 協力者氏名 ●● 皮膚・排泄ケア認定看護師

2. 協力頂きたい内容

「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」厚生労働省科学研究費補助金（H20-医療-一般-022）の一環への協力

1) 褥瘡患者の調査

調査項目は別紙2参照

3. 倫理的配慮

東京大学倫理委員会の承認を得ております。

上記を承諾いたします。

平成 21 年 月 日

住所

病院名

職名・氏名

調査にご協力頂く方へ

「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」
調査ご協力のお願い

褥瘡（床ずれ）治療中の傷の様子について調査させていただきます。この調査は厚生労働省科学研究費補助金（H20－医療―一般―022）にて行っております。以下の点をよくお読みいただき、もしわからない点や疑問な点がございましたらご遠慮なくおたずねください。この調査へのご参加をご了解いただけるかどうかは、皆様のご意思によるものです。ご了解頂きましたら、別紙の同意書にご署名を頂きたく存じます。宜しくお願い申し上げます。

1. 本調査の目的

褥瘡を早く発見し、初期の段階からの治療方法を確立し、重症化の予防と早期の治癒を目的としております。

2. 本調査の内容

入院中に褥瘡治療を行う必要のある皆様に、この調査にご協力いただけるかどうかをお尋ねします。今回の調査では、治療中の傷の様子を見させて頂き、その際に傷の写真を撮影いたします。写真は傷だけを写すようにし、プライバシーには十分配慮いたします。

治療方法は通常施設内で行っている方法で行います。傷の深さを早期に発見するために、超音波やサーモグラフィを用いた検査を行う場合があります。必要に応じて膿の溜まった部分を切除いたします。また、傷の具合によっては、傷の部分に弱い吸引をかけて滲出液を外に出す治療法を用いることもあります。これらのケアは侵襲を伴わない方法で医師と共に褥瘡ケア専門の看護師が行い

ます。また施行の際には痛みを伴わないように十分配慮いたします。

補助的な治療として、血流を増やしより早く傷の治りを促すために振動器を用いる場合があります。この振動器は、ベッドに横になったまま微弱な振動を足にあてるものであり、痛みなどは伴わない安全な機器であります。

カルテより褥瘡を生じる原因と考えられる情報を調査させていただきます。具体的には医師記録、看護記録より、皮膚の丈夫さに関する血液検査データ一や血圧などの値を調べます。

3. 本調査結果はどうなるのでしょうか？

結果を関連する学会、誌上発表することがございますが、個人・施設名が特定できないように十分に配慮いたします。調査終了後には、得られた情報を記載した用紙と写真は裁断し破棄いたします。

4. 調査への参加にはどのようなメリット・デメリットがあるのでしょうか？

本調査により褥瘡発生を早期に知り、管理できれば重症化を予防できます。調査そのもののデメリットは特にないと考えます。

5. 必ず調査に参加しなければいけませんか？

調査にご参加いただけるかいは、皆様のご意思でお決めいただきます。またいつでも参加のご意思を撤回することができます。ご遠慮なくお申し出ください。調査にご協力頂けない場合、あるいは後で撤回される場合でも、現在の治療に不都合が生じることはありません。

研究責任者： 真田 弘美

問い合わせ先： 貝谷 敏子

〒113-0033 東京都文京区本郷7丁目3-1

東京大学大学院医学系研究科 創傷看護学分野

TEL/FAX:03-5841-3439

e-mail: kaitanit-tky@umin.ac.jp

東京大学医学系研究科・医学部長殿

研究協力承諾書

私は下記の調査協力依頼を受けるにあたり、調査者：東京大学大学院医学系研究科創傷看護学分野 ●●から別紙説明書記載の事項について説明を受け、これを十分理解しましたので研究に協力することに承諾いたします。

(説明事項)

1. 研究の内容について
2. 研究協力に同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
3. 研究協力に同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について

記

研究課題：「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」

平成 年 月 日

氏 名 _____ 印

(代理人氏名) _____ 印

住所 _____

別紙説明書記載の事項について説明いたしました。

平成 年 月 日

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

氏 名 _____

調査項目説明

調査用紙の種類

- 1) 施設調査用紙
- 2) 患者調査シート
- 3) 患者調査シート（栄養の項目）
- 4) コスト記入表

患者データの記録 写真やビジトラックへの記載方法

施設 ID—患者 ID—何回目の記録かわかるように 0 から 3 の数字を入れて、撮影日を入れてください。

0：介入前 1：介入 1 週間後 2：介入 2 週間後 3：介入 3 週間後

1) 施設調査用紙

調査開始の平成 21 年 7 月の時点のデータでご記載してください。

2) 患者調査シート

施設 ID	決められた番号を使用してください。
患者 ID	観察した順番で通し番号を入れてください。
年齢	満年齢
性別	どちらかに○
発症場所	今回観察の褥瘡が発生した場所に○
入院日	今回の入院日を記入
褥瘡発生日	今回観察の褥瘡が発生した日時
疾患名	入院あるいは通院（外来の場合）の主要な目的の疾患に◎、その他の疾患に○ 複数回答可
ハイリスク状態	該当する分類に○ ハイリスクでない場合は 10 複数回答可
使用の圧分散寝具	製品名を記入、クッションなどの場合はその名称も記入 途中で変更した場合は変更した日付と製品名を記入
褥瘡発生部位	複数の場合は全てチェック（番号、もしくは図の中に記入—どちらかで OK）
今回観察した褥瘡部位	複数褥瘡がある場合は一番重症度の高い創傷を選択する 番号、もしくは部位名を記入
調査終了日	調査終了の日と付を記入
調査終了の理由	該当の理由に○
ブレードスケール	各項目の点数を記入 観察は介入時から 3 週間後まで合計 4 回
DESIGN-R	各項目の点数を記入 合計は E~P の総計で D を除外して計算 観察は介入時から 3 週間後まで合計 4 回

ビジトラック使用チェック総面積	使用したらチェックを記入 ビジトラックは裏用紙を剥がしてそのままデータとして送付してください。 面積はこちらで測定します。
ビジトラック使用チェック壊死組織	壊死組織のある場合は総面積を測定した用紙に記入し、壊死とわかるように斜線などの印をつけておいてください。ポケットの場合も同様です。
写真撮影のチェック	デジカメで撮影したらチェックを記入 写真撮影の方法 写真を撮る前に、 <u>15センチゲージ（ディスポシール）とカラーチャート</u> を写真撮影時に <u>創の上部</u> にくるように置く。創面に対し平行にカメラを構え、カメラと創傷間の距離は創傷全体とゲージ、カラーチャート、周囲の皮膚のサンプルが入るようにする。創面及びカラーチャートにはできるだけ影がかからないようにする。 <u>撮影時はできるかぎり自然採光とし、カメラのフラッシュは使用しない</u> （創面が暗く見えない場合にはフラッシュを使用する。） 保存する際には、画像は拡張子 jpg で保存し、画像につける名前には、施設番号—（ハイフン）患者番号—（ハイフン）撮影回数、撮影日をご記入ください。 可能であれば、カラーチャートは一人に継続して何回か使用してください。
創周囲皮膚の浸軟	褥瘡周囲皮膚の浸軟状況を 3 段階で評価し該当番号に○ 1. 強い 2. 弱い 3. 無
処置時の疼痛	処置の際の疼痛をフェイススケールで評価し、疼痛がある場合はその番号を記載し、疼痛の強さの番号をご記入（フェイススケールは資料参照） 測定可能な患者のみ評価してください。測定不可の場合は不可と記載してください。 1. デブリードマンなどの一時的な処置 2. ドレッシング交換や体位変換などの定期的な処置
処置以外での疼痛	処置以外の日常生活上での褥瘡の疼痛をフェイススケールで評価 測定可能な患者のみ評価してください。測定不可の場合は不可と記載してください。
サーモグラフィか非接触型皮膚温度計	サーモグラフィを使用した場合は、そのままデータをご送付ください。 非接触型皮膚温度計の場合は、創底、創傷周囲皮膚 1 センチ、創辺縁の 3 か所をそれぞれ 3 回ずつ測定し、その値を記入。壊死した部位の測定は避ける。
体温	診療録から得たその日の体温を記入
有害事象	有害事象がおこった場合は具体的にご記入



0

No hurt



2

Hurts a little bit



4

Hurts a little more



6

Hurts even more



8

Hurts a whole lot



10

Hurts worst

*

0：全く痛みがなく幸せ 2：少しだけ痛い 4：それよりももう少し痛い
 6：もっと痛い 8：かなり痛い 10：想像できるもっとも痛い痛み

3) 栄養状態評価表

測定は介入時と3週間後、退院時になります。
 退院時のデータは測定が可能な場合にご記入ください。

身長	身長を記入
体重	3ヶ月前の体重、入院時、介入時、3週間後、退院時
SGA	栄養状態の主観的包括的評価 データがあれば記入
NSTの関わりの有無	褥瘡ケアにNSTの介入がある場合は有り
血清アルブミン	データがあれば記入、なければ近い日付のデータを記入し、評価日も記入
ヘモグロビン	データがあれば記入、なければ近い日付のデータを記入し、評価日も記入
血清プレアルブミン	データがあれば記入、なければ近い日付のデータを記入し、評価日も記入
血清CRP	データがあれば記入、なければ近い日付のデータを記入し、評価日も記入
血清BUN	データがあれば記入、なければ近い日付のデータを記入し、評価日も記入
血清クレアチニン	データがあれば記入、なければ近い日付のデータを記入し、評価日も記入
上腕周囲長	アセスメントキットの中のパンフレット「栄養アセスメントの実施」P8を参照
上腕三頭筋皮下脂肪厚	アセスメントキットの中のパンフレット「栄養アセスメントの実施」P9を参照
食事内容	調査前日のデータを記入 経口で摂取可能な場合は朝昼夕の箇所に記入 経腸剤やゼリー類を摂取している場合は、または併用の場合は商品名と1日量 輸液だけの管理、または併用の場合は輸液名と1日量
下痢便	別紙を参照にして4段階評価の該当部分に○

4) コスト記入表

褥瘡の処置を行った度にご記入ください。

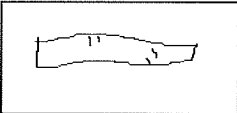
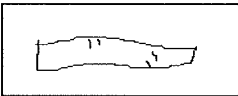
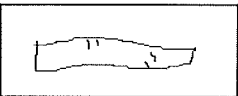
排泄物による汚染、ドレッシングの位置ずれにより追加する交換も含まれます。

例：1日2回処置した場合はその度に縦のマスを使用してご記入ください。

WOC 以外のスタッフが処置を行う場合もご記入を依頼してください。

処置が毎日同じ場合は、「同様」の記載のみで結構です。

1. 局所処置に用いた商品について

ドレッシング	ドレッシング材の商品名と実際に使用したサイズを記入 例) ハイドロジェルは 3 cm で 2 g 
薬剤	薬剤名を記入し、使用料は以下をご参照頂き、総良 (g) を記入 例) イソジンシュガー等 3 cm で 3 g  その他の軟膏類 3 cm で 2 g  容器入りの軟膏 500 円玉の大きさに 6 g
フィルム材	2次ドレッシング材として使用した場合は商品名とサイズを記入
テープ	固定などにテープを使用した場合は商品名と使用の長さを記入
皮膚保護剤	スキンバリアなどの皮膚保護剤を使用した場合に記入 例) ワイプタイプは枚数で記載 スプレータイプのはプッシュの回数
吸水パット	商品名と枚数を記入
局方ガーゼ	使用量は創傷洗浄後のふき取りなど、すべての使用量を含める
洗浄液	水道水以外の使用した洗浄水の名称と使用量を記入
その他	上記以外に褥瘡処置に使用した材料があれば記入

2. 褥瘡局所処置に要した労働時間について

局所処置に多人数で参加する場合は、主に処置や介助に関わる人だけをご記入ください。
見学で参加の方は省きます。

褥瘡局所の処置時間	一人の褥瘡の処置に要した総時間（分）を記入 <u>処置の準備に要した時間は含めない</u> （デブリードマンなどの全ての時間の総計）
WOC 看護師（人数）	WOC 看護師が局所処置に要した時間（分）と WOC 看護師の人数
病棟看護師（人数）	看護師が局所処置に要した時間（分）と看護師の人数
医師（人数）	医師が局所処置に要した時間（分）と医師の人数 処置に途中で参加した場合や早めに退席した場合は詳細に記入
その他の職種（人数）	上記以外の職種の方の参加があった場合は職種名と人数を記入
外科的壊死除去	壊死組織除去の処置を行った職種に○をつける
デブリの種類	デブリードマンの種類を下記より選択して番号を記入 1. 外科的デブリードマン 2. 保存的鋭的デブリードマン 3. 網目上の切れ込み 4. 鋭匙やブラシによる表面のデブリードマン 1：ハサミやメス、電気メスなどで壊死部分を出血するぐらいまで切除する 2. ハサミやメスで浮いた壊死部分のみを切除する（ほとんど出血はない） 3. 壊死部分にメスで網目上の切れ込みを入れるのみ 4. メスや鋭匙で表面を削る
デブりに要した時間	デブリードマンに要した時間（分）を記入
デブリ介助のスタッフ	デブリードマンの処置の介助についたスタッフの人数
超音波エコー	超音波エコーの処置を行った職種に○をつける
エコー介助のスタッフ	エコーの介助についたスタッフの人数
非接触型皮膚温度計	測定に要した時間（分）を記入
振動器準備	振動器の設置や説明、施行後の除去に要した時間（分）を記入
振動器の作動時間	実際に振動器を作動させた時間（分）を記入

施設ID—対象者ID		入院日 年 月 日	
年齢	性別 1. 男 2. 女	発生日 年 月 日	
発生場所 (複数の場合には一番重症の褥瘡の発生した場所) 1. 現施設 2. 他施設 3. 在宅 99. 不明		99. 発生日不明	
疾患名;入院・通院の利用目的疾患名に◎、その他の疾患名に○			
脳血管系疾患	骨・関節疾患	悪性新生物	感染
認知症	高血圧	高血圧	高血圧以外の循環器疾患
脊椎疾患	外傷	老衰	糖尿病
対象のハイリスクのカテゴリー: 該当する分類に○ 複数回答可			
1. ベッド上安静 2. ショック状態 3. 重度の末梢循環不全 4. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要 5. 6時間以上の手術(全身麻酔下、特殊体位) 6. 強度の下痢の持続 7. 極度な皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等) 8. 褥瘡の多発と再発 9. ハイリスク状態に関して不明 10. ハイリスク状態なし			
使用の体位圧分散商品名: *途中で使用機器を交換した場合は日付とともに再記入			
褥瘡発生部位 *複数の場合はすべての発生部位に○する			
1) 後頭部	15) 右坐骨結節		
2) 右耳	16) 左坐骨結節		
3) 左耳	17) 右大腿		
4) 右肩甲骨	18) 左大腿		
5) 左肩甲骨	19) 右膝		
6) 右肘	20) 左膝		
7) 左肘	21) 右下肢		
8) 脊椎骨	22) 左下肢		
9) 仙骨	23) 右踝		
10) 尾骨	24) 左踝		
11) 右腸骨稜	25) 右踵部		
12) 左腸骨稜	26) 左踵部		
13) 右大転子	27) 右足指		
14) 左大転子	28) 左足指		
	29) その他		
今回観察した褥瘡部位 *複数の場合は一番重症度の高い部位を選択			
調査終了日	年 月 日		
調査終了理由	3週間経過	褥瘡の治癒	転院
	退院(死亡)		
	その他 理由:		

施設ID－対象者ID		入院日 年 月 日	
年齢	性別 1. 男 2. 女	発生日 年 月 日	
発生場所 (複数の場合には一番重症の褥瘡の発生した場所) 1. 現施設 2. 他施設 3. 在宅 99. 不明		99. 発生日不明	
疾患名；入院・通院の利用目的疾患名に◎、その他の疾患名に○			
脳血管系疾患	骨・関節疾患	悪性新生物	感染
脊髄疾患	外傷	老衰	糖尿病
対象のハイリスクのカテゴリー：該当する分類に○ 複数回答可			
1. ベッド上安静 2. ショック状態 3. 重度の末梢循環不全 4. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要 5. 6時間以上の手術(全身麻酔下、特殊体位) 6. 強度の下痢の持続 7. 極度な皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等) 8. 褥瘡の多発と再発 9. ハイリスク状態に関して不明 10. ハイリスク状態なし			
使用の体位圧分散商品名： *途中で使用機器を交換した場合は日付とともに再記入			
褥瘡発生部位 *複数の場合はすべての発生部位に○する			
1) 後頭部 2) 右耳 3) 左耳 4) 右肩甲骨 5) 左肩甲骨 6) 右肘 7) 左肘 8) 脊椎骨 9) 仙骨 10) 尾骨 11) 右腸骨稜 12) 左腸骨稜 13) 右大転子 14) 左大転子 15) 右坐骨結節 16) 左坐骨結節 17) 右大腿 18) 左大腿 19) 右膝 20) 左膝 21) 右下肢 22) 左下肢 23) 右踝 24) 左踝 25) 右踵部 26) 左踵部 27) 右足指 28) 左足指 29) その他 ()			
今回観察した褥瘡部位	*複数の場合は一番重症度の高い部位を選択		
調査終了日	年 月 日		
調査終了理由	3週間経過	褥瘡の治療	転院
	その他 理由:		

	初回介入時	1週間後	2週間後	3週間後
月日	月 日	月 日	月 日	月 日
プレーデンスケール				
知覚の認知				
湿潤				
活動性				
可動性				
栄養状態				
摩擦とずれ				
合計				
DESIGN-R				
D (深さ)				
E (滲出液)				
S (サイズ)				
I (炎症/感染)				
G (肉芽組織)				
N (壊死組織)				
P (ポケット)				
合計(E~P)				
ビトラック使用のチェック(総面積)				
ビトラック使用のチェック(壊死面積)				
写真(撮影のチェック)				
創傷周囲の浸軟 1. 強 2. 弱 3. 無	1. 強 2. 弱 3. 無	1. 強 2. 弱 3. 無	1. 強 2. 弱 3. 無	1. 強 2. 弱 3. 無
処置時の疼痛				
処置以外の疼痛				
サーモグラフィ・非接触型皮膚温度計				
創傷周囲皮膚温度(辺縁から1センチ)				
創辺縁				
創底温度(壊死さける)				
体温 (当日の体温をカルテより記載)				
有害事象				

教育介入群コスト記入表

資料5

局所ケアの物的資源

対象者に使用した局所処置用品を調査する用紙です。使用した場合は、記載必要事項を該当する日の欄に記入下さい。処置の度に記録し、処置のない日の場合はなしと記録してください。

局所処置 に用いた製品	月 日	月 日	月 日	月 日
ドレッシング 製品名				
サイズ				
薬剤 製品名				
重量:g				
フィルム材 製品名				
サイズ				
テープ 製品名				
長さ:cm				
皮膚保護剤 製品名				
重量:g または ml				
吸水パッド 製品名				
枚数				
局方ガーゼ 枚:30×30cm				
洗浄液 生理食塩水 その他()				
その他				
褥瘡局所処置時間(分)	分	分	分	分
WOC看護師(人数)				
時間(分)				
看護看護師(人数)				
時間(分)				
医師(人数)				
時間(分)				
その他:職種名 (人数)				
時間(分)				
外科的壊死除去(行った職種へ○)	医師 ・ WOC	医師 ・ WOC	医師 ・ WOC	医師 ・ WOC
デブリの種類				
デブリに要した時間(分)	分	分	分	分
デブリ介助のスタッフ	Dr 名 Ns WOC 名	Dr 名 Ns WOC 名	Dr 名 Ns WOC 名	Dr 名 Ns WOC 名
超音波エコーに要した時間(分) 施行者	分 医師 ・ WOC	分 医師 ・ WOC	分 医師 ・ WOC	分 医師 ・ WOC
エコー介助のスタッフ	Dr 名 Ns WOC 名	Dr 名 Ns WOC 名	Dr 名 Ns WOC 名	Dr 名 Ns WOC 名
非接触型皮膚温度測定に要した時間(分)	分	分	分	分
振動器準備に要した時間(分)	分	分	分	分
振動器の作動(時間)分	分	分	分	分

2008年●月●日

●●病院

●殿

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

「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」
調査ご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

現在、「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」厚生労働省科学研究費補助金（H20－医療－一般－022）を行なっております。

近年注目されている症状として Deep Tissue Injury(深部組織損傷、DTI)があり、DTIを重症化させないためには、超音波診断装置(エコー)を用いて深部組織状態をアセスメントした上で早期に壊死組織のデブリードメントを十分に行い、湿潤環境を保つドレッシング療法を提供する高度な創傷管理技術が必要であります。しかし、一般的には肉眼的観察による主観的な判断で壊死組織の除去が施工されており、処置の遅れにより重症化へ移行しているのが現状であります。褥瘡の管理に主体的に関わっているのは、専門的な教育を受けた皮膚・排泄ケア認定看護師(WOC看護師)です。既に習得している専門的創傷管理技術に加えて、高度な創傷管理技術を習得すれば、アセスメントから管理までを一連のケアプロトコールとして提供することが可能となります。

本研究は、高度な専門的創傷管理技術をWOC看護師に教育し、体系的ケアプロトコールを策定・実施することで、重症褥瘡の発生率を低下、治癒期間の短縮、そして医療コストを減少させることを目的としております。

本調査の概要は別紙の通り行う予定でおります。調査の趣旨をご理解いただき、本調査へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

敬具

ご協力頂きたい内容

研究テーマ：「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」

研究目的：高度な専門的創傷管理技術をWOC看護師が習得し、体系的ケアプロトコルを策定・実施することで、重症褥瘡の発生率を低下させ、治癒期間を短縮、そして医療コストを減少させることを目的としております。

ご協力いただきたいこと

1. 通常どりの褥瘡管理にてケアした患者の調査にご協力頂きます。
調査項目(別紙1-1)は所定の用紙にご記入して頂きます。

倫理的配慮

1. 調査で得られた情報は、本研究の目的以外には使用しません。また、研究者以外に知られないように厳重に管理いたします。
2. 関連する学会、ないし専門誌にて発表することがありますが、調査結果は個人・施設名を特定できないように処理を行います。研究終了後には全てのデータは破棄し、個人の秘密は厳守いたします。

この研究への参加・不参加によっていかなる不利益も生じることはございません。研究への協力は自由であり、同意された後でも、いつでも協力をとりやめることができます。

皆様へご負担にならないように、十分に配慮させていただきたいと考えております。

以上をご理解頂いた上で、研究へのご協力を承諾して頂ける場合は、別紙にご署名をお願いいたします。ご不明な点は下記へご連絡ください。

調査責任者： 貝谷 敏子

〒113-0033 東京都文京区本郷7丁目3-1

東京大学大学院医学系研究科 創傷看護学分野

TEL/FAX:03-5841-3439

e-mail: kaitanit-ky@umin.ac.jp

東京大学医学系研究科・医学部長殿

研究協力承諾書

私は下記の調査協力依頼を受けるにあたり、研究者：東京大学大学院医学系研究科
創傷看護学分野 ●●から別紙説明書記載の事項について説明を受け、これを十分理解し
ましたので研究に協力することに承諾いたします。

(説明事項)

1. 研究の内容について
2. 研究における倫理的配慮について

記

研究課題：「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」

平成 年 月 日

氏 名 _____ 印

施設名 _____

住所 _____

別紙説明書記載の事項について説明いたしました。

平成 年 月 日

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

氏 名 _____

●年●月●日

●●病院
施設長 ●●殿東京大学大学院医学系研究科
健康科学・看護学専攻
創傷看護学分野
真田 弘美「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」
調査ご協力について（依頼）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

現在、「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」厚生労働省科学研究費補助金（H20-医療-一般-022）を行なっております。

近年注目されている症状として Deep Tissue Injury(深部組織損傷、DTI)があり、DTIを重症化させないためには、超音波診断装置など(エコー)を用いて深部組織状態をアセスメントした上で早期に壊死組織のデブリードメントを十分に行い、湿潤環境を保つドレッシング療法を提供する高度な創傷管理技術が必要であります。しかし、一般的には肉眼的観察による主観的な判断で壊死組織の除去が施工されており、処置の遅れにより重症化へ移行しているのが現状であります。褥瘡の管理に主体的に関わっているのは、専門的な教育を受けた皮膚・排泄ケア認定看護師(WOC 看護師)です。既に習得している創傷管理技術に加えて、高度な創傷管理技術を習得すれば、アセスメントから管理までを一連のケアプロトコールとして提供することが可能となります。

本研究は、高度な創傷管理技術を WOC 看護師に教育し、体系的ケアプロトコールを策定・実施することで、重症褥瘡の発生率を低下、治癒率を向上させるとともに、患者 QOL を向上し、医療コストを減少させることを目的としております。

本調査の概要は別紙の通り行う予定でおります。調査の趣旨をご理解いただき、貴所属の●●殿に研究への協力をいただきたく、御承諾くださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. 協力者氏名 ●● 皮膚・排泄ケア認定看護師

2. 協力頂きたい内容

通常の褥瘡管理にてケアした患者様の調査にご協力頂きます。

本調査では介入の項目はなく、コントロール群としてのご協力をお願い申し上げます。

調査項目(資料1)は所定の用紙にご記入して頂きます。

調査手順(資料2)をご参照ください。

3. 倫理的配慮

東京大学倫理委員会の承認を受けております。

以上

承諾書

(依頼者)

東京大学大学院医学系研究科

健康科学・看護学専攻 老年看護学分野/創傷看護学分野

真田 弘美

(依頼業務)

1. 協力者氏名 ●● 皮膚・排泄ケア認定看護師

2. 協力頂きたい内容

「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」厚生労働省科学研究費補助金（H20-医療-一般-022）の一環への協力

1) 褥瘡患者の調査

調査項目は別紙2参照

3. 倫理的配慮

東京大学倫理委員会の承認を得ております。

上記を承諾いたします。

平成 21 年 月 日

住所

病院名

職名・氏名