

(案)

平成16年10月

WOC (創傷・ストーマ・失禁) 看護技術の
有効性に関する調査

病院基本情報調査票

(ご記入をお願いいたします)

貴施設名			
記入担当者氏名	所属・役職		
	氏名		
所在地	〒□□□-□□□□		
電話番号	—	—	(代表・内線)
	—	—	
FAX番号	—	—	

I 施設の基本属性

1 経営主体について

1 独立行政法人	5 学校法人
2 地方自治体	6 公益法人・その他の法人
3 日本赤十字・社会保険関係団体	7 その他の法人
4 医療法人	

2 許可病床数・在院患者数について（平成16年10月1日0時現在について記入してください。）

許可病床数 床 在院患者数 名

(10月1日0時現在・新生児を含む)

3 病院の種類について

1 特定機能病院	3 療養病床を主とする病院
2 一般病院	4 3以外の一般病床を主とする病院

4 平均在院日数について

(※「一般病床」のみの値を直近3ヶ月・小数点以下1位まで記入してください)

一般病床の平均在院日数 . 日

II 看護職員の状況

1 看護要員数について

(平成16年9月分について該当する数を記入してください。)

従事者	常勤者	非常勤者	
		人	換算数(人)
看護師	人	人	・ 人
准看護師	人	人	・ 人
看護助手	人	人	・ 人

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計算してください。

換算数 = 職員の1週間の勤務時間 ÷ 事業所が定めている1週間の勤務時間

2 看護師の教育背景(専門最終学歴)について

(平成16年10月分について該当する数を記入してください。)

	人数(人)		人数(人)
看護師養成所	人	看護系大学院修士課程	人
看護系短期大学	人	看護系大学院博士課程	人
看護系大学	人		

Ⅲ WOC 看護に係る実施体制

1 WOC 看護に係る研修を受けた看護師について

(平成 16 年 10 月分について該当する数を記入してください。)

研修の種類	人 数 (人)	
		うち専従 (人)
WOC 看護	人	人
ET	人	人
その他の研修 1 ()	人	人
その他の研修 2 ()	人	人
合 計		人

(注) WOC 看護に係る研修とは、創傷ケア・ストーマケア等に関する一定の研修を修了したこととし、院内外で行われる研修は問いません。

2 WOC 看護師の活動内容について

(※WOC 看護師のいる施設のみ、該当するものをすべて記入してください。)

1 所属する部署の患者の直接ケアを行う	6 他職種の指導を行う
2 他部署の患者の直接ケアを行う	7 学生への講義を行う
3 所属する部署の看護師から相談を受ける	8 院内研修の講師を行う
4 他部署の看護師から相談を受ける	9 退院後の患者のケアを行う
5 他職種から相談を受ける	

3 褥瘡対策チームについて

① 褥瘡対策チームの設置

1 褥瘡対策チームを設置している	2 褥瘡対策チームを設置していない
------------------	-------------------

② 褥瘡対策チーム構成員について

(※褥瘡対策チームを設置している施設のみ、平成 16 年 10 月分について該当する数字を記入してください。)

職 種 人数 (人)	医 師	看護師	准看護師	栄養士	OT/PT	薬剤師	その他 ()	合 計
	人	人	人	人	人	人	人	人

4 褥瘡患者管理加算の届出および実施状況について

① 褥瘡患者管理加算の届出について

1 褥瘡患者管理加算の届出を行っている	2 褥瘡患者管理加算の届出を行っていない
---------------------	----------------------

② 褥瘡対策チームの活動状況（施設内での指導状況等）

（※ 褥瘡患者管理加算を算定している施設のみ、平成16年10月分について該当する数を記入してください。）

褥瘡に関する危険因子の評価	
1 定期的に評価を行っている（月 回）	2 定期的には評価を行っていない

③ 褥瘡患者管理の実施状況について

（※ 褥瘡患者管理加算を算定している施設のみ、平成16年10月分について該当する数を記入してください。）

	人数(人)
1 褥瘡に関する危険因子の評価をした患者	人
2 1のうち褥瘡に関する危険因子を有す、あるいは既に褥瘡を有していた患者	人
3 褥瘡に関する診療計画を作成した患者	人
4 褥瘡に関する診療計画を実施・評価した患者	人

5 ストーマ造設術手術件数について

（※ コロストミー、イレオストミー、ウロストミーを含むすべての手術件数について、平成15年度について該当する数を記入してください。ダブルストーマの場合は2件とカウントしてください。）

ストーマ造設術手術件数（件）	年間	件
----------------	----	---

6 体圧分散マットレスの整備状況について

（※平成16年10月分について該当する数を記入してください。）

体圧分散マットレス保有数（台）	台
-----------------	---

7 ストーマ造設患者の退院後のフォローアップについて

1 WOC 看護師が行っている	2 1以外の看護師が行っている
3 看護師によるフォローアップは行っていない	

8 備考

--