褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

　評価日 令和　　　年　　　月　　　日　　計画作成日 令和　　　年　　　月　　　日

氏名 殿 男 女

明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）

記入担当者名

褥瘡の有無

1.現在 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（ ）） 褥瘡発生日　　令和　　　年　　　月　　　日

2.過去 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（ ））

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 危険因子の評価 | 障害高齢者の日常生活自立度 | J （1，2）　A(1、2)　 B(1、2)　 C(1、2) | 対処 |
| ADLの状況 | 入浴 | 自分で行っている　自分で行っていない | 「自分で行っていない」、「あり」に１つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。 |
| 食事摂取 | 自分で行っている　自分で行っていない　対象外（※１） |
| 更衣 | 上衣 | 自分で行っている　自分で行っていない |
| 下衣 | 自分で行っている　自分で行っていない |
| 基本動作 | 寝返り | 自分で行っている　自分で行っていない |
| 座位の保持 | 自分で行っている　自分で行っていない |
| 座位での乗り移り | 自分で行っている　自分で行っていない |
| 立位の保持 | 自分で行っている　自分で行っていない |
| 排せつの状況 | 尿失禁 | なし　あり　対象外（※２） |
| 便失禁 | なし　あり　対象外（※３） |
| バルーンカテーテルの使用 | なし　あり |
| 過去３か月以内に褥瘡の既往があるか | なし　あり |

※１：経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※２：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※３：人工肛門等の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 褥瘡の状態の評価 | 深さ | d 0： 皮膚損傷・発赤なし d 1： 持続する発赤 d 2： 真皮までの損傷 | D 3： 皮下組織までの損傷D 4： 皮下組織を越える損傷 D 5： 関節腔、体腔に至る損傷 DDTI: 深部損傷褥瘡（DTI)疑いD U： 壊死組織で覆われ深さの判定が不能 |
| 浸出液 | e 0： なし e 1： 少量:毎日のドレッシング交換を要しない e 3： 中等量:1日1回のドレッシング交換を要する  | E 6： 多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する  |
| 大きさ | s 0： 皮膚損傷なし s 3： 4未満 s 6： 4以上 16未満 s 8： 16以上 36未満 s 9： 36以上 64未満 s 12： 64以上 100未満 | S 15： 100以上  |
| 炎症/感染 | i 0： 局所の炎症徴候なし i 1： 局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛) | I3C: 臨床的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）I 3： 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) I 9： 全身的影響あり(発熱など) |
| 肉芽組織 | g 0： 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI)疑いの場合g 1： 良性肉芽が創面の90%以上を占めるg 3： 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める | G 4： 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G 5： 良性肉芽が創面の10%未満を占める G 6： 良性肉芽が全く形成されていない |
| 壊死組織 | n 0： 壊死組織なし | N 3： 柔らかい壊死組織あり N 6： 硬く厚い密着した壊死組織あり |
| ポケット | p 0： ポケットなし | P 6： 4未満 P 9： 4以上16未満 P 12：16以上36未満 P 24：36以上 |

※褥瘡の状態の評価については「改定DESIGN-R2020コンセンサス・ドキュメント」（一般社団法人　日本褥瘡学会）を参照。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 褥瘡ケア計画 | 留意する項目 | 計画の内容 |
| 関連職種が共同して取り組むべき事項 |  |
| 評価を行う間隔 |  |
| 圧迫、ズレ力の排除（体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等） | ベッド上 |  |
| イス上 |  |
| スキンケア |  |
| 栄養状態改善 |  |
| リハビリテーション |  |
| その他 |  |

説明日　令和　　年　　月　　日

説明者氏名