

氏 名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 \_\_\_\_\_ 計畫作成日 \_\_\_\_\_  
年 月 日 生 ( 歲 )

氏 名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 \_\_\_\_\_ 計畫作成日 \_\_\_\_\_  
年 月 日 生 ( 歲 )

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 | _____ |
| 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 | 日常生活自立度                                       | J(1, 2) | A(1, 2) | B(1, 2) | C(1, 2) | 対処  |
|---------|---|---------|---------|---------|---------|---|
|         | ・基本的動作能力<br>(ベッド上 自力体位変換)<br>(イス上 坐位姿勢の保持、除圧) |         |         | できる     | できない    | 「あり」もしくは<br>「できない」が1<br>つ以上の場合、<br>看護計画を立案し実施する |
|         |   |         |         | できる     | できない    |   |
|         | ・病的骨突出  |         |         | なし      | あり      |   |
|         | ・関節拘縮   |         |         | なし      | あり      |   |
|         | ・栄養状態低下                                       |         |         | なし      | あり      |   |
|         | ・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)                             |         |         | なし      | あり      |   |
|         | ・皮膚の脆弱性(浮腫)                                   |         |         | なし      | あり      |   |
|         | ・皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往)                         |         |         | なし      | あり      |   |

両括弧内は点数（※1）

|                           |  |   |        |            |             |             |               |           |     |
|---------------------------|--|---|--------|------------|-------------|-------------|---------------|-----------|-----|
| 褥瘡の状態の評価<br>(DESIGN 2020) | 深さ   | (0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (DTI)深部損傷疑い(※2)   |        |            |             |             |               |           | 合計点 |
|                           | 滲出液  | (0)なし (1)少量:毎日の交換を要しない (3)中等量:1日1回の交換 (6)多量:1日2回以上の交換   |        |            |             |             |               |           |     |
|                           | 大きさ(cm <sup>2</sup> )<br>長径×長径に直交する最大径<br>(持続する発赤の範囲も含む)         | (0)皮膚損傷なし   | (3)4未満 | (6)4以上16未満 | (8)16以上36未満 | (9)36以上64未満 | (12)64以上100未満 | (15)100以上 |     |
|                           | 炎症・感染  | (0)局所の炎症徴候なし (1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (3C)(※3)臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) (3)(※3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭) (9)全身的影響あり(発熱など) |        |            |             |             |               |           |     |
|                           | 肉芽形成<br>良性肉芽が占める割合   | (0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2) (1)創面の90%以上を占める (3)創面の50%以上90%未満を占める (4)創面の10%以上50%未満を占める (5)創面の10%未満を占める (6)全く形成されていない                  |        |            |             |             |               |           |     |
|                           | 壊死組織   | (0)なし (3)柔らかい壊死組織あり (6)硬く厚い密着した壊死組織あり   |        |            |             |             |               |           |     |
|                           | ポケット(cm <sup>2</sup> )<br>潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)－潰瘍面積 | (0)なし (6)4未満 (9)4以上16未満 (12)16以上36未満 (24)36以上   |        |            |             |             |               |           |     |

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

※2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する。

※3 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

継続的な管理が必要な理由

| 計画 |
|----|
|----|

| カンファレンス実施日       | 開催場所 | 参加した構成員の署名 | 議事概要 |
|------------------|------|------------|------|
| 初回      月      日 |      |            |      |
| 2回目    月      日  |      |            |      |
| 3回目    月      日  |      |            |      |

| カンファレンス実施日 | 開催場所 | 参加した構成員の署名 | 議事概要 |
|------------|------|------------|------|
| 初回 月 日     |      |            |      |
| 2回目 月 日    |      |            |      |
| 3回目 月 日    |      |            |      |

| 評価 |
|----|
|    |

説明日                      年    月    日

本人又は家族(続柄)の署名

在宅褥瘡対策チーム構成員の署名

醫師

看護師

管理栄養士

在宅褥瘡管理者

「記載上の注意」

① 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。