

別紙様式 5

褥瘡対策に関するケア計画書

氏名 _____ 殿 男 女 入所日 _____ . _____ . _____ 初回作成日 _____ . _____ . _____ 作成 (変更) 日 _____ . _____ . _____
 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 ())
 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 ()) 褥瘡発生日 _____ . _____ . _____

危険因子の評価	日常生活自立度		J (1, 2)	A(12)	B(12)	C(12)	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	
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				いいえ	はい		

※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	(0) 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、体腔にいたる損傷または、深さ判定不能の場合
	滲出液	(0) なし (1) 少量：毎日の交換を要しない (2) 中等量：1日1回の交換 (3) 多量：1日2回以上の交換
	大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径	(0) 皮膚損傷なし (1) 4未満 (2) 4以上 (3) 16以上 (4) 36以上 (5) 64以上 (6) 100以上 上 36未満 上 64未 上 100未
	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、腫瘍、熱感、疼痛) (2) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭) (3) 全身的影響あり (発熱など)
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 創閉鎖又は創が浅い為 (1) 創面の90%以上を占める (2) 創面の50%以上90%未満を占める (3) 創面の10%以上50%未満を占める (4) 創面の10%未満を占める (5) 全く形成されていない
	壊死組織	(0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット (cm ²) (ポケットの長径×長径に直交する最大径) - 潰瘍面積	(0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上

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、ズレカの排除 (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			

利用者及び家族の意向 _____ 説明と同意日 _____ . _____ . _____ 署名 _____ 続柄 _____

[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。