

○ 特別療養費の算定に関する留意事項について（平成20年4月10日老老発第0410002号）（抄）

新	旧
第1～第3（略） 別紙様式3（内容変更有）	第1～第3（略） 別紙様式3

## 褥瘡対策に関する診療計画書

(※)：任意項目

記入者名

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【褥瘡の有無】

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 褥瘡発生日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------------------	--

## 【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助 全介助 食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	基本動作 寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	低栄養状態のリスクレベル (※) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
排せつの状況	おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

## 【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	<input type="checkbox"/> d 0：皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1：持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2：真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3：皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4：皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5：関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	<input type="checkbox"/> e 0：なし <input type="checkbox"/> e 1：少量:毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3：中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> s 0：皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 3：4未満 <input type="checkbox"/> s 6：4以上 16未満 <input type="checkbox"/> s 8：16以上 36未満 <input type="checkbox"/> s 9：36以上 64未満 <input type="checkbox"/> s 12：64以上 100未満	<input type="checkbox"/> S 15：100以上
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0：局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3c：臨界的定着疑い(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) <input type="checkbox"/> I 3：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9：全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0：壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3：柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	<input type="checkbox"/> p 0：ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6：4未満 <input type="checkbox"/> P 9：4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 12：16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 24：36以上

**【看護計画】**

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	( ) 時間ごと	
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 (※)		