

## 褥瘡対策に関する看護計画書

氏名	様	性別	記入看護師名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )		計画作成日	年 月 日
褥瘡の有無	1 現在	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <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"/> 他 ( ) )		
	2 過去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <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"/> 他 ( ) )		
	褥瘡発生日	令和	年 月 日	

〈日常生活自立度の低い患者〉

危険因子の評価	日常生活自立度	J ( <input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2 ) A ( <input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2 ) B ( <input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2 ) C ( <input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2 )	対処
	・基本的動作能力 (ベット上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	・病的骨突出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	・関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	・栄養状態低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	・皮膚の脆弱性 (浮腫)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	・皮膚の脆弱性 (スキン-テアの保有、既往)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

〈褥瘡に関する危険因子のある利用者及びすでに褥瘡を有する利用者〉

※両括弧内は点数

褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R2020)	深 さ	<input type="checkbox"/> 皮膚損傷・発赤なし (0)	<input type="checkbox"/> 持続する発赤 (1)	<input type="checkbox"/> 真皮までの損傷 (2)	<input type="checkbox"/> 皮下組織までの損傷 (3)	<input type="checkbox"/> 皮下組織を超える損傷 (4)	<input type="checkbox"/> 関節腔、体腔に至る損傷 (5)	<input type="checkbox"/> 深部損傷 (DTI) 疑い (※2) (U)	<input type="checkbox"/> 深さ判定が不能の場合 (U)	合計点	
	浸出液	<input type="checkbox"/> なし (0)	<input type="checkbox"/> 少量：毎日の交換を要しない (1)		<input type="checkbox"/> 中等量：1日1回の交換 (3)		<input type="checkbox"/> 多量：1日2回以上の交換 (6)				
	大きさ (cm <sup>2</sup> ) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	<input type="checkbox"/> 皮膚損傷なし (0)	<input type="checkbox"/> 4未満 (3)	<input type="checkbox"/> 4以上16未満 (6)	<input type="checkbox"/> 16以上36未満 (8)	<input type="checkbox"/> 36以上64未満 (9)	<input type="checkbox"/> 64以上100未満 (12)	<input type="checkbox"/> 100以上 (15)			
	炎症・感染	<input type="checkbox"/> 局所の炎症徴候なし (0)	<input type="checkbox"/> 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛) (1)	<input type="checkbox"/> (※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)		<input type="checkbox"/> 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候・膿・悪臭) (3)		<input type="checkbox"/> 全身的影響あり (発熱など) (9)			
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	<input type="checkbox"/> 創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い (※2) (0)	<input type="checkbox"/> 創面の90%以上を占める (1)	<input type="checkbox"/> 創面の50%以上90%未満を占める (3)	<input type="checkbox"/> 創面の10%以上50%未満を占める (4)	<input type="checkbox"/> 創面の10%未満を占める (5)	<input type="checkbox"/> 全く形成されていない (6)				
	壊死組織	<input type="checkbox"/> なし (0)	<input type="checkbox"/> 柔らかい壊死組織あり (3)		<input type="checkbox"/> 硬く厚い密着した壊死組織あり (6)						
	ポケット (cm <sup>2</sup> ) 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	<input type="checkbox"/> なし (0)	<input type="checkbox"/> 4未満 (6)		<input type="checkbox"/> 4以上16未満 (9)	<input type="checkbox"/> 16以上36未満 (12)		<input type="checkbox"/> 36以上 (24)			

※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。

	留意する項目		計画の内容
看護計画	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	ベット上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

[記載上の注意]

- 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。
- 日常生活自立度がJ1~A2である患者については、当該評価表の作成を要しないものであること。
- 必要な内容を訪問看護記録に記載している場合、当該評価表の作成を要しないものであること。