

褥瘡対策に関する看護計画書

氏名	様	性別	記入看護師	計画作成日	令和 年 月 日
生年月日	年 月 日	(歳)			

褥瘡の有無	1 現在	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<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	
	・栄養状態定価	<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患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 (DESIGNAIR)	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 ²) <small>直径×長径に直行する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)</small>	<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"/> 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"/> 創閉塞又は層が浅いため評価不能 (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 ²) <small>潰瘍面も含めたポケット全周 (ポケットの直径×長径に直行する最大径) - 潰瘍面積</small>	<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)				

※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。なお、深さは点数に加えないこと。

看護計画	留意する項目	計画の内容	
	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			