

褥瘡対策に関する看護計画書

計画作成日: 年 月 日

利用者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日生	(歳)
記入看護師名					
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())	
	現在褥瘡発生日:			過去褥瘡発生日:	

<日常生活自立度の低い利用者>

危険因子の評価	日常生活自立度: 正常、J(1,2)、A(1,2)、B(1,2)、C(1,2)			対処
	・基本的動作能力	(ベッド上 自力体位変換)	できる	できない
		(イス上 座位姿勢の保持、除圧)	できる	できない
	・病的骨突出	なし	あり	「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
	・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	
・浮腫(局所以外の部位)	なし	あり		

<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>

褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R)	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、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能		
	浸出液	(0)なし (1)少量:毎日交換を要しない (3)中等量:1日1回の交換 (4)多量:1日2回以上の交換		
	大きさ(cm ²) 直径×長径に直行する最大径	(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、主張、熱感、疼痛) (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 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能 (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)全く形成されず		
	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 ²) (ポケットの直径×長径に直行する最大径)-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		
				合計点

褥瘡対策に関する看護計画書

留意する事項		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		

[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。
- 3 必要な内容を訪問看護記録に記載している場合、当該評価票の作成を要しないものであること。