

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女

計画作成日 _____

明・大・昭・平 年 月 日 生 (歳)

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 _____

<日常生活自立度の低い入院患者>

| 危険因子の評価 | 日常生活自立度 | 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 | | 「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 |
| | (イス上 坐位姿勢の保持、除圧) | | | できる | できない | | |
| | ・病的骨突出 | | | なし | あり | | |
| | ・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、便秘) | | | なし | あり | | |
| | ・皮膚の脆弱性(浮腫) | | | なし | あり | | |
| ・皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往) | | | なし | あり | | | |

<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患者>

※両括弧内は点数

| 褥瘡の状態の評価 (DESIGNER) | 深さ | (0)皮膚損傷・発赤なし (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)深さ判定が不能の場合 | | | | | | 合計点 | |
|---------------------|--|---|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------|---------------|-----|-----------|
| | 滲出液 | (0)なし | (1)少量: 毎日の交換を要しない | (3)中等量: 1日1回の交換 | (6)多量: 1日2回以上の交換 | | | | |
| | 大きさ(cm ²) 長径×長径に直行する最大径 (持続する発赤の範囲も含む) | (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、腫脹、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)全く形成されてない | | |
| | 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) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×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 | | | |

※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。

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容(初回及び評価カンファレンスの記録及び月1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載)

| カンファレンス実施日 | 開催場所 | 参加した構成員の署名 | 議事概要 |
|------------|------|------------|------|
| 初回 月 日 | | | |
| 評価 月 日 | | | |
| 評価 月 日 | | | |

評価

説明日 平成 年 月 日

本人又は家族(続柄)の署名 _____
在宅褥瘡対策チーム構成員の署名 _____
医師 _____
看護師 _____
管理栄養士 _____
在宅褥瘡管理者 _____

[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、当該評価票の作成を要しないものであること。