別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書（１）

氏 名　　殿　　男　女　　病 棟　　計画作成日　　.　.

年　月　日 生　（　歳）　　記入医師名

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（　））　　褥瘡発生日　　.　.

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（　））

＜日常生活の自立度が低い入院患者の褥瘡に関する危険因子の評価＞

	日常生活自立度　J(1, 2)　A(1, 2)　B(1, 2)　C(1, 2)			対処
危険因子の評価	・基本的動作能力　（ベッド上　自力体位変換）	できる	できない	「できない」もしくは「あり」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、便失禁）	なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（浮腫）	なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（スキンーテアの保有、既往）	なし	あり	

＜褥瘡を有する患者の状態の評価＞　　両括弧内は点数（※1）

褥瘡の状態の評価（DESIGN-R2020）	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	(DTI)深部損傷褥瘡（DTI）疑い（※2）	(U)深さ判定が不能の場合	
	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		合計点	
	大きさ（cm^2）長径×長径に直交する最大径（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）		(3C)（※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)（※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)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑い(※2)		(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)全く形成されていない		
	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×長径に直交する最大径）－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		

※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。

＜褥瘡対策の診療計画＞

	留意する項目		計画の内容
看護計画	圧迫，ズレ力の排除（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。

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書（２）

氏 名　　殿　（ 男 ・ 女 ）　　年　　月　　日 生　　（　　歳）

＜薬学的管理に関する事項＞☐ 対応の必要無し

	褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 ☐無　☐有 （ 催眠鎮静剤、 抗不安剤、 麻薬、 解熱鎮痛消炎剤、 利尿剤、 腫瘍用薬、 副腎ホルモン剤、 免疫抑制剤、 その他（　　））
薬学的管理計画	＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 ☐無 ☐有

＜栄養管理に関する事項＞ ☐ 対応の必要無し　　☐ 栄養管理計画書での対応

栄養評価	評価日　　年　　月　　日			
	【GLIM基準による評価 （☐非対応）】 判定: ☐ 低栄養非該当　☐ 低栄養（☐ 中等度低栄養、☐ 重度低栄養） 該当項目：表現型（ ☐ 体重減少、☐ 低BMI、☐ 筋肉量減少） 病因（ ☐ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、☐ 疾病負荷/炎症）			
	体重　kg（測定日 ／ ）	BMI　kg/m2	体重減少 （ 無・有 ）	
	身体所見	浮腫 （ 無・有 （ 胸水・腹水・下肢 ）・不明 ）		
	検査等 検査している場合に記載	☐ 測定無し Alb値（　）g/dL 測定日（ ／ ）	☐ 測定無し Hb値 （　）g/dL 測定日（ ／ ）	☐ 測定無し CRP （　）mg/dL 測定日（ ／ ）
	栄養補給法	経口・経腸 （ 経口・経鼻・胃瘻・腸瘻 ）・静脈	栄養補助食品の使用 （ 無 ・ 有 ）	
栄養管理計画				

［記載上の注意］
1　対応の必要がない項目の場合、☐にチェックを入れること。
2　栄養管理に関する項目に関して、栄養管理計画書にて対応する場合は、☐にチェックを入れること。