

◎このチェックシートは橿原市の大成中学校区内の医師・
歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・訪問介護・通所
介護・福祉用具・介護支援専門員など、様々な職種が集
まって意見交換を重ね作成しました。

1. 専門的な物ではなく、まず皆様に床ずれについて知っ
て頂く“きっかけ”になればと考えています。
2. 床ずれ(褥瘡)が出来るという事は、介護する方にとっ
ては介護負担の増加、される側にとっては辛い痛みや感
染等リスクがある「とても怖くて大変な事」なのです。
3. 正しい知識を身につけ、予防に気を付けていれば床ず
れ(褥瘡)の発生を少なくすることは出来ると思います。
4. このシートを手にした皆様が、ご自身の、または近く
にいる方の床ずれ(褥瘡)予防に役立てて頂けることを
願っています。
5. 分からない事や不安なことがあっても橿原市内には
様々な専門職のネットワークがありますので、心配せずに
遠慮なく相談をしてください。

お問合せは

とこ じょくそう
床ずれ(褥瘡)予防
チェックシート

**ご存知ですか？出来ると怖い
痛くてつらい床ずれについて・・・**

知っておきましょう
床ずれの症状と
予防方法



制作：橿原市大成中学校区

「褥瘡及び摂食嚥下困難者支援対策チーム」

☆床ずれ(褥瘡)は体の圧迫されている場所の血流が悪くなったり滞る等で皮膚の一部が赤味をおびたり、ただれたり、傷ができてしまうことです。

★1度できてしまうと**治り難く**、消毒などの処置も必要になります。傷からの**感染症など重症化**の可能性もある、とても怖い物です！



1. 床ずれの原因？

圧迫

同じ姿勢のまま寝ている等で血行が悪くなる。

栄養

食事量が少ない、栄養のバランスが悪い。

不潔

皮膚や衣類などが汚れている。

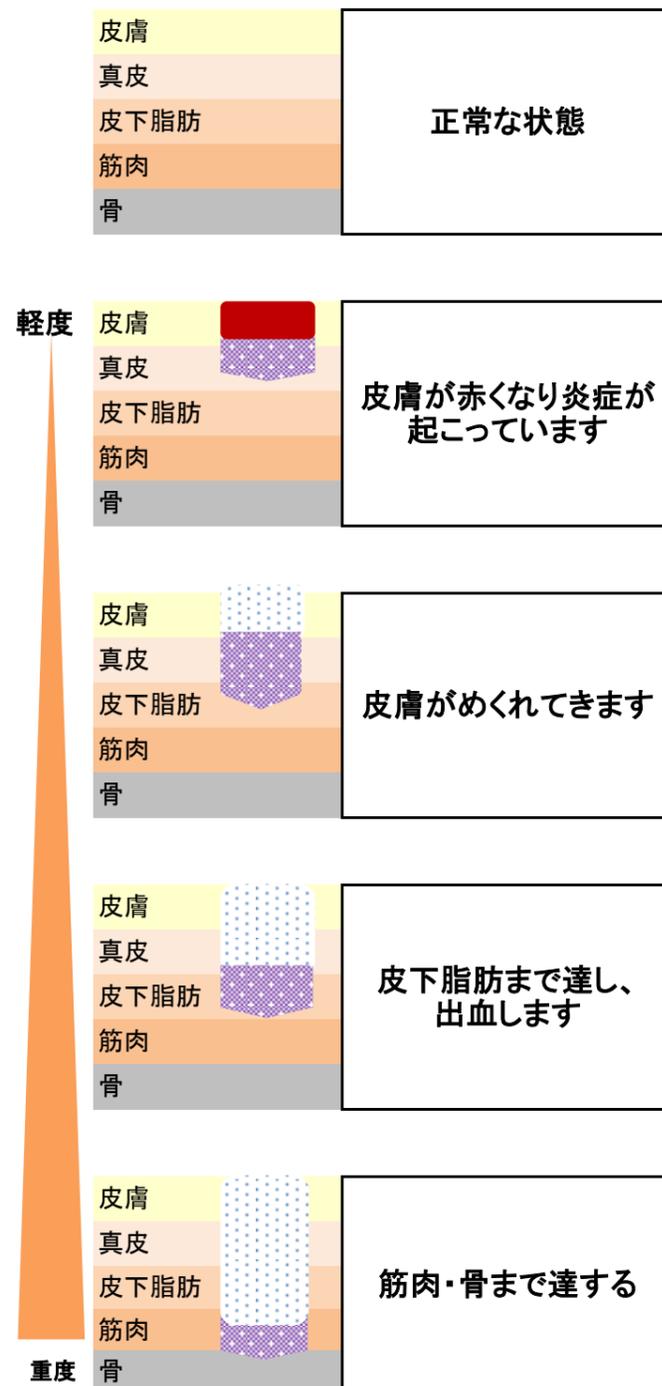
蒸れ

汗や失禁(尿・便)等により皮膚が濡れた状態が続く。

摩擦

衣服やシーツのよじれ、ベッドの背上げ等、皮膚

2. 床ずれの状態



チェックで点数の高いところは？ 気になる点がありますか？

D 生活環境や介護する人等、環境面が心配な人は？



福祉用具利用で動きやすい環境や予防具のアドバイスを受けたり、介護する人の負担を考え、デイ利用やリハビリ、訪問介護など環境を見直し、体の清潔やベッドから離れる時間等、今の生活を変えられないか？考えてみましょう。

(メモ)

E お身体の機能低下が心配な人は？



理学・作業療法士による床ずれ予防の為の動きや生活動作のリハビリ、言語聴覚士による飲み込みやお口の機能の訓練を受け体の機能を改善する事も考えてみましょう。

(メモ)

☆チェックが少なかった人は、これからも生活に気を付けて床ずれにならない生活を送りましょう。

☆チェックが多かった、気になる点が見つかった人は、リスクが高い状態です！各分野の専門職から個別にアドバイスを受けるなど対策を考えてみて下さいね。

あなたの心配、どうすればいいでしょうか？

A 歯の状態やお口の状態が心配な人は？



歯科医の先生や歯科衛生士さんに相談し、お口の状態を改善し、しっかり食べる事で栄養がとれる様、お口の環境を整えましょう。

(メモ)

B ご病気や薬の管理等、医療面が心配な人は？



皮膚の疾患や、ご自身の病状の管理、服薬や受診をしっかり行えるように主治医の先生や看護師さん、薬剤師さんと相談する等、医療面の管理について考えてみましょう。

(メモ)

C 栄養状態の低下、食事内容など食生活が心配な人は？



栄養バランスの偏りや、食べやすい食事についてアドバイスを受け、しっかり食べて栄養を摂れるように考えてみましょう。

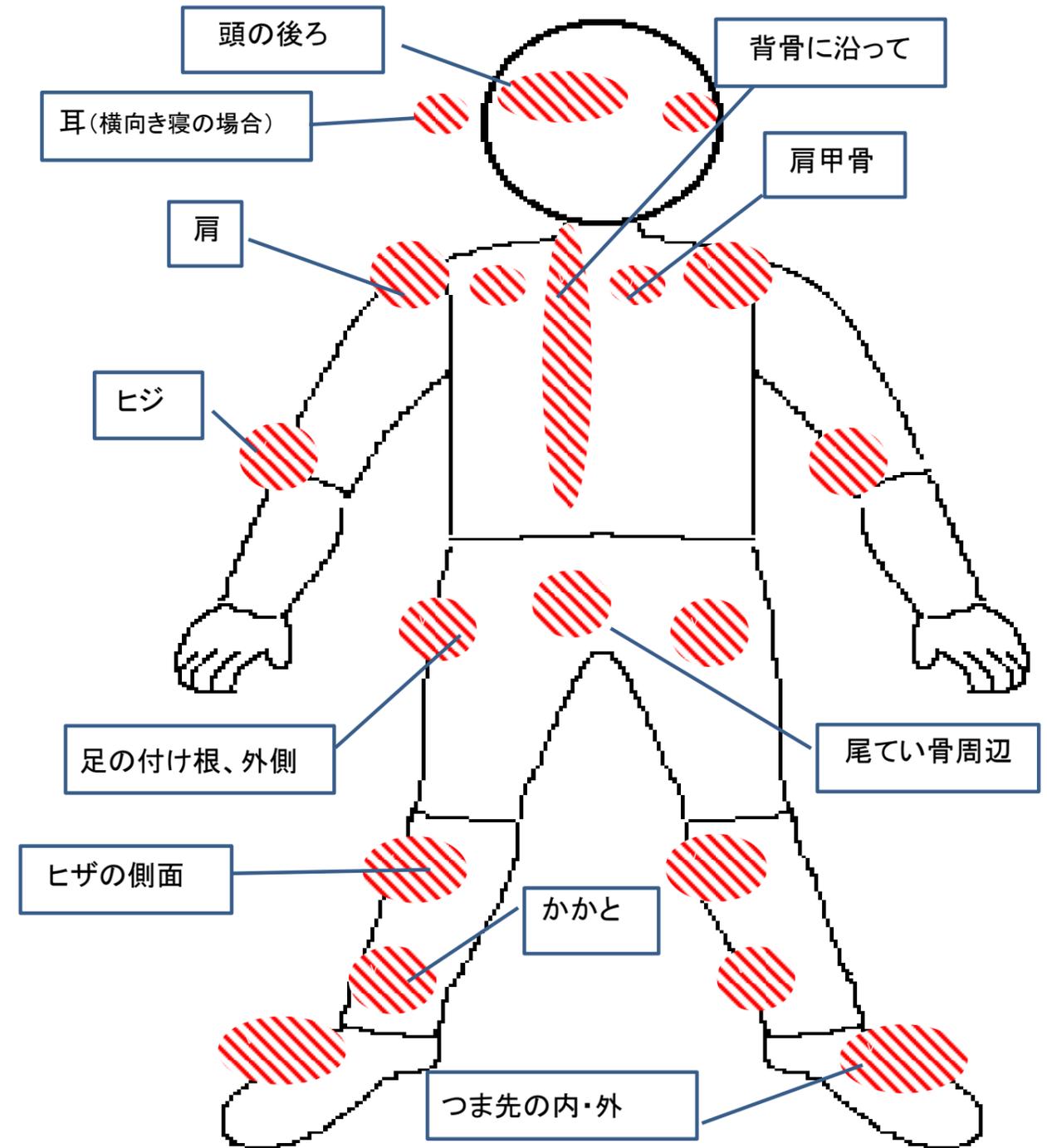


(メモ)

3. こんな所に来れやすい！

下の図に示す部分が出来やすい場所ですが、個人差もあり”予期せぬ場所”に来る場合もあります。

※ほんの数時間で発生する場合があります！



⇒ 次のページのチェックシートで、床ずれの危険度を調べてみましょう ⇒

床ずれ(褥瘡)リスク チェックシート

質問を読んで、「当てはまるな」と思ったら、右の白のマスにチェックを入れます。
※「どちらかと言えばそうかな」の場合もチェックを入れておいてください。

《例えば》

⑥ 歯がない／入れ歯をしている A B C D E

この質問を読んで →  ・その通り!
・大体あってる? → その場合、白のマス(AとE)にチェックを入れます。

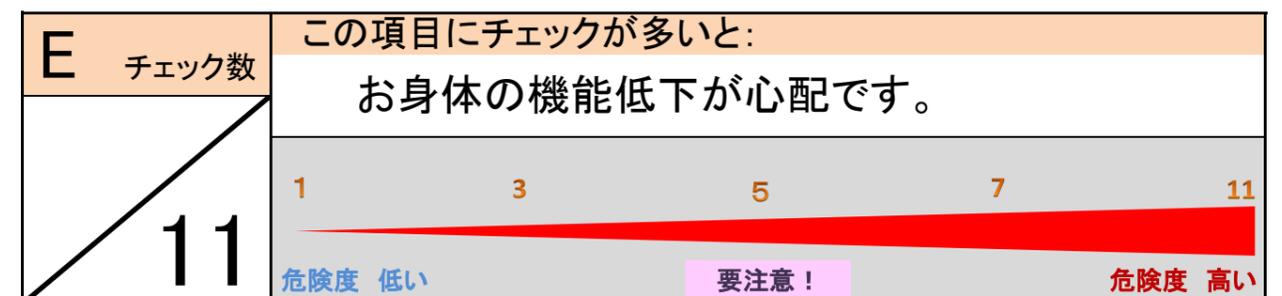
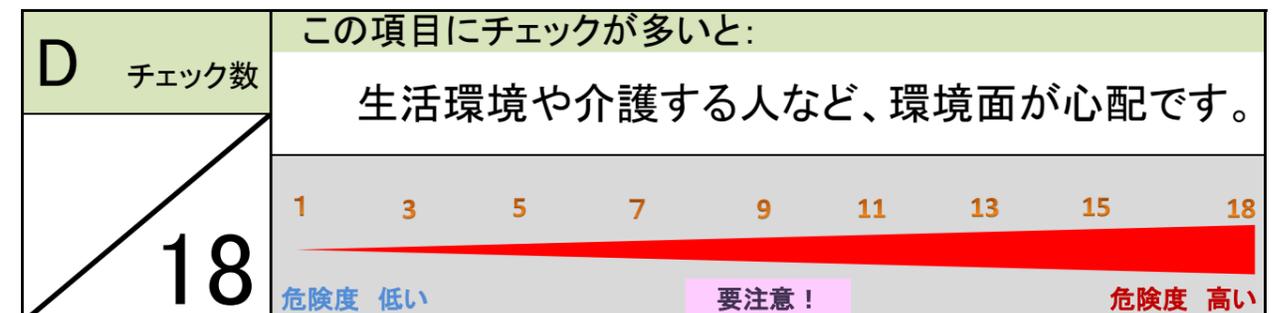
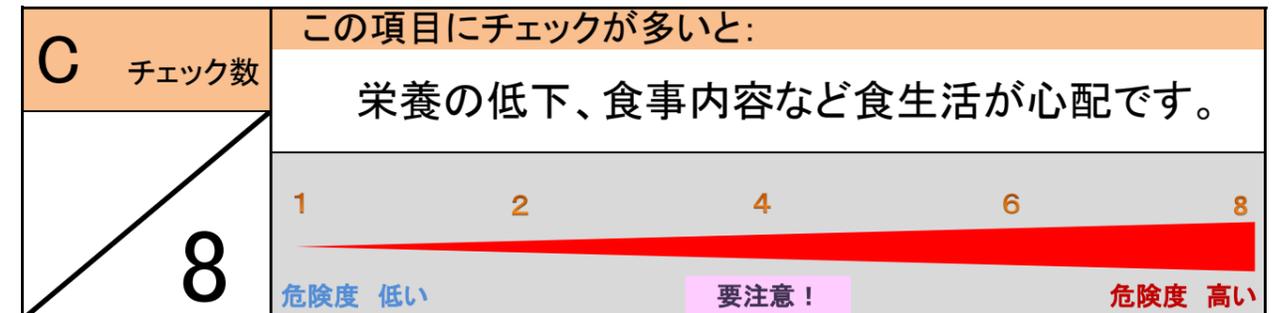
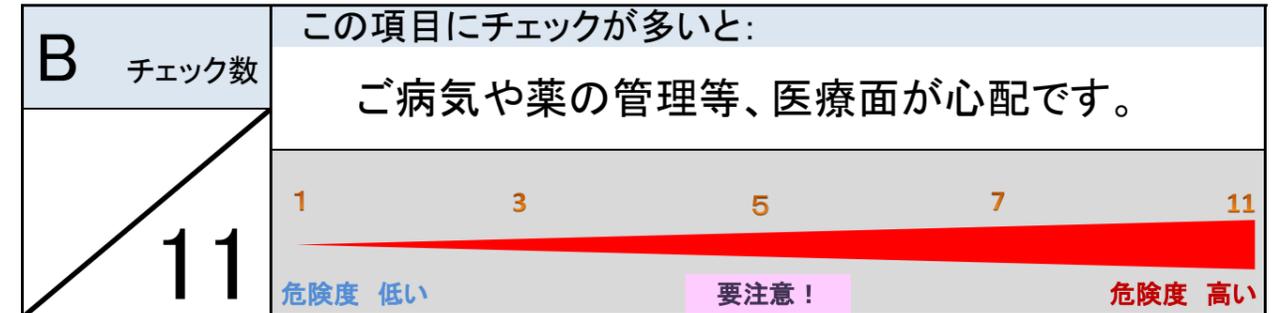
それではチェックしてみましょう! ↓ 当てはまる白いマスの □ 全部をチェック!

| チェック項目 | A | B | C | D | E |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ① お箸や食器を使うのが難しい／食べ難くなった ⇒ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 昔に比べて食べる量が減ってきている | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ③ 食事の好き嫌いが多い／同じものばかり食べている | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ④ あまり水分を取らない(1日ペットボトル500ml 2本以下) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ⑤ 食事が飲み込みにくい | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 歯がない／入れ歯をしている | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ 入れ歯をしているが合わない、口の中が痛い | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ⑧ 虫歯や口腔内のトラブルがある | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ⑨ あなたはやせ型ですか? このところ痩せてきていますか? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ⑩ オムツをしている、尿・便漏れが多い | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑪ オムツをしているがあまり交換しない | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ⑫ あまりお風呂に入れてない／入り難くなった | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑬ 皮膚が不清潔／体臭が気になる | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑭ 家では寝ている時間が多い／あまり動かず閉じこもりがち | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑮ 車椅子に長時間座る事が多い／姿勢を自分で直せない | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑯ 自分で起き上がりが出来ない／出来ない | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑰ 自分で寝返りが出来ない／出来ない | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑱ 体に麻痺やしびれがある／動かしにくい | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑲ リウマチなど手足が変形している | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑳ 背中が丸まっている／骨の突出している部分がある | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㉑ 体に赤みがある | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ㉒ 皮膚が弱い | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ㉓ 身体にむくみ(浮腫)がある | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㉔ 受診が出来ていない | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㉕ 薬がうまく飲みこめない／間違えたり、余ったりする | <input type="checkbox"/> |
| ㉖ 糖尿病がある | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ㉗ 衣類・シーツにしわや片寄りがある | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㉘ 掛け布団が重たい、マットレスや布団が硬い | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㉙ 介護してくれる人がいない／いても上手く介護が出来ない | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㉚ (認知症等)意志疎通が困難／出来ない | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ㉛ 痛みを訴える事が少ない／痛みを感じにくい | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A~E それぞれ何個ありましたか? ⇒ | A | B | C | D | E |

※ A~E の各合計を 次のページのグラフに記入して 今の危険度を見てみましょう

チェックシートのA~E それぞれの合計数を下の表に記入してみましょう。

↓ あなたの点数を記入 ↓ 大体の位置に印をつけておきましょう



どうでしたか? 次のページでは、どうすればいいかを見ていきましょう ⇒