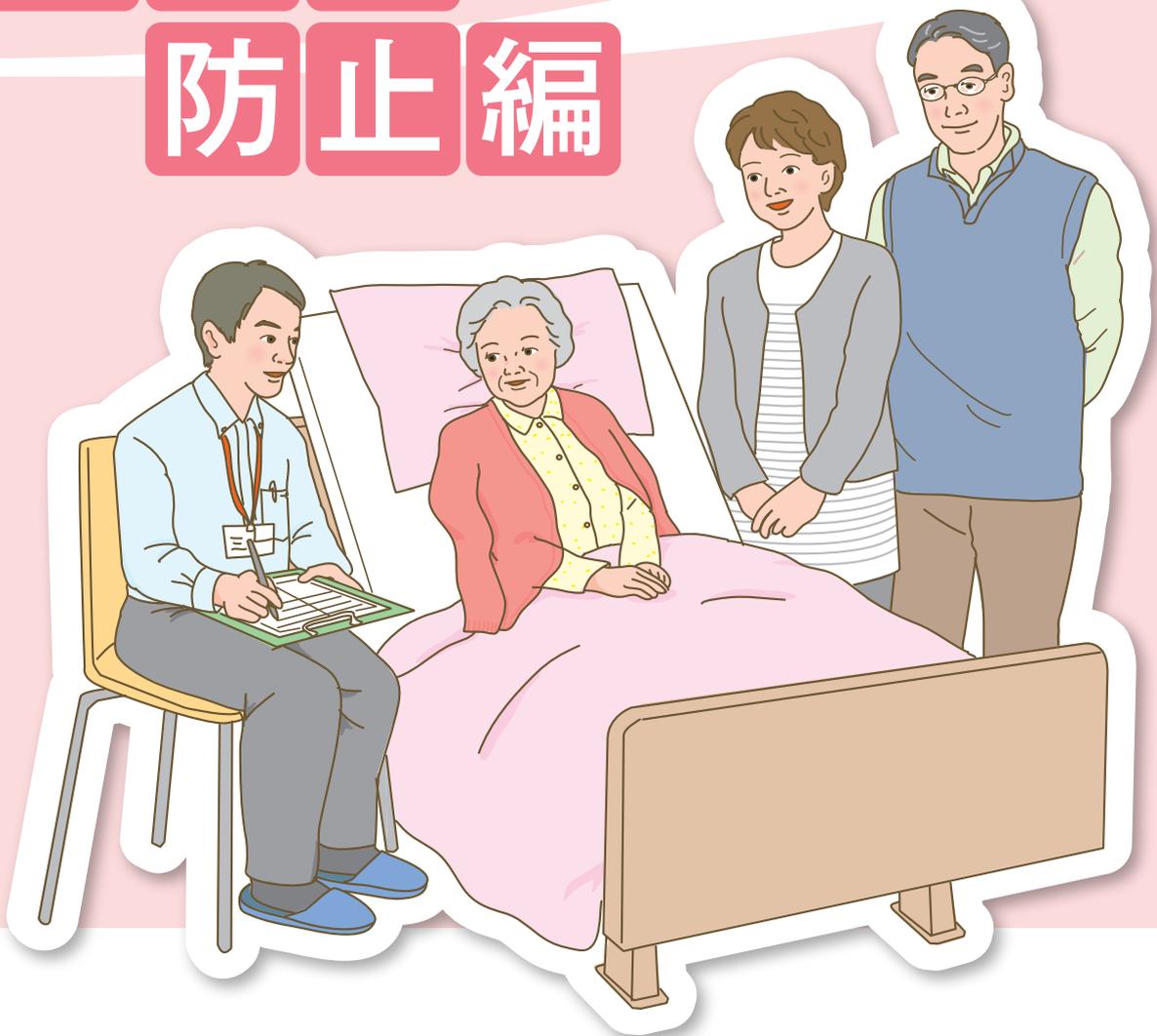


— 福祉用具プランナーが作成する —  
**福祉用具サービス計画**

**床ずれ  
防止編**



ー福祉用具プランナーが作成するー  
福祉用具サービス計画（床ずれ防止編）

C O N T E N T S

まえがき	3
<hr/>	
第1部 “OHスケール”によるマットレス選択法	
褥瘡の基礎知識	4
OHスケールの判定法	11
<hr/>	
第2部 床ずれリスクによるマットレス選択	
マットレス選択のためのフローチャート	18
エアマットレスの圧力管理のしくみ	20
<hr/>	
第3部 福祉用具サービス計画書	
利用目標	21
記入シート	22
事例	24
<hr/>	
コラム1 ● ケアマネのおかしやすいミス 褥瘡を作ることは恥ですか？	7
コラム2 ● ケアマネのおかしやすいミス 福祉用具の知識がなく、知っている商品名で指示	10
コラム3 ● ケアマネのおかしやすいミス 褥瘡予防はやっぱり円座でしょ！	17
<hr/>	
あとがき	30

# まえがき

福祉用具シリーズはこれまでに回数を重ね、16テーマの冊子が完成していますが、今回は、はじめて「床ずれ」をテーマに取り上げました。ただし、エアマット等の床ずれ防止用具の資料は、製造事業者を含め当協会でも、テキストや副読本を含め数々と発行しております。そこで今回は、福祉用具サービス計画が義務化されたことに合わせ、福祉用具貸与事業者が計画書を作成する際に、助けになる内容としました。

委員長は、褥瘡リスクの判定スケールで有名なOHスケールを作成した堀田由浩氏にお願いしました。OH(大浦・堀田2012)スケールは、シンプルで使いやすいことが特徴ですが、この導入により、福祉用具専門相談員は、床ずれ予防マットレスの選定根拠を明確にでき、他の福祉用具にはみられない科学的根拠を示すことができます。また、床ずれ予防マット選択のためのフローチャートも新たに作成しました。これで、的確に4ランクのマットレス選定が可能になります。さらに末尾には、事例的に使えるように、福祉用具サービス計画を要介護別に3種入れています。そして、福祉用具サービス計画作成時、記入のメインとなる「利用目標」、「選定理由」、「留意事項」については、商品別に各製造事業者の協力をいただき、別冊として作成しております。

本冊子が、介護保険制度の現場で活用され、福祉用具サービス計画作成の一助になることを心より期待しています。

公益財団法人テクノエイド協会

## ～ 褥瘡の基礎知識 ～

日本褥瘡学会では、褥瘡（床ずれ）の定義を「**身体に加わった外力は骨と皮膚表層間の軟部組織の血流を低下、あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる。**」と定めています。少しばかり難しい言葉が並んでいますので、分かりやすく解説しましょう。

まず褥瘡の原因は、外力であり、体に接する部分からの力であることです。

この力は、圧力だけでなく、ずれ力も強く影響を与えていることがわかっています。圧力に関しては、体圧分散寝具いわゆるマットレスやポジショニングクッション類を適切に選んで適応し、ずれ力に関しては、ずれ力を防止する福祉用具の活用だけでなく、移乗法を含めて正しい技術の普及も大切です。

また、自力体位変換ができない状況では、周りにいる人が、2時間おきの体位変換を行うように勧めている解説もありますが、ご本人の安静という観点や、マンパワー不足から2時間おきの体位変換は現実的ではありません。その場合、マットレス機能を高めて体位変換頻度を補うことも必要になるわけですが、本人の褥瘡リスクを超えての柔らかすぎるマットレスの適応は、かえって自立度を奪い、寝たきりに誘導してしまう危険性もはらんでいます。

つまり、まず、ご本人の褥瘡発生危険度を判定して、次に、介護力を考慮してマットレスを選ぶことが、大原則になるわけです。そのためには、誰にでも簡単に褥瘡リスクが判定でき日本人の科学的証拠に基づいているOHスケールを利用すると良いでしょう。

OHスケールは、高齢者660人の全身81項目の褥瘡関連リスクを3年間追跡調査（図1）して、床ずれ発生危険要因として4つを選び出しました。

更に統計処理を行い点数化したことにより、リスクなしから、軽度・中等度・高度の3段階に分類することができその結果でマットレスの適応目安を判断できるようになりました。（図2）



図1 危険要因の検出

OHスケール			
1.自力で、体位変換できるか？	できる 0点	どちらでもない 1.5点	できない 3点
2.病的骨突出 (判定器の状態) OKメジャー使用時 	なし 0点	軽度・中等度 (ベンチ) 1.5点	高度 (シーソー) 3点
3.浮腫(むくみ)	なし 0点	薬を内服中 1.5点	あり 3点
4.関節拘縮	なし 0点		あり 1点

図2 OHスケール(大浦・堀田スケール 2012)

このOHスケールを利用すれば、数分で褥瘡発生リスクが判定ができ、ご本人の自立度と介護力を考慮して、適切なマットレス選びの目安を決定することが可能になったのです。

京セラ会長の稲盛和夫氏も企業の成果を出すという観点から、物事の成果は、正しい知識と技術及びやる気の掛け算であり、どれかが0だと結果が出ませんし、知識が間違っていると悪い結果に結びつくと解説されています。これを、介護力に適用すると、褥瘡予防に治す知識を知っているか、体位変換やずれ防止ケアが行えるか？意欲はどうかをある場合を「1」として期待できない場合を「0」として掛け算すると成果を予測することができます。後述するOHスケールからマットレスを選ぶ場合の参考にすると良いでしょう。

$$\begin{aligned} \text{成 果} &= \text{知識} \times \text{技能} \times \text{やる気} \\ \text{介護力} &= \text{知識} \times \text{技能} \times \text{やる気} \end{aligned}$$

- ① 褥瘡予防や介護知識
- ② 体位変換方法 ズレ防止ケア技術
- ③ 介護意欲

$$\text{介護力} = < 1 \text{ で期待できない} \quad 1 \geq \text{期待できる}$$

(参考)京セラ 会長 盛和塾 塾長 稲盛和夫氏

介護力の判定に応用すると・・・

①介護知識がある × ②介護技術がある × ③介護意欲がある = 1以上で介護力が期待できる、1未満で介護力が期待できないとします。

再度、褥瘡の原因である外力を圧力とずれ力に分けた実験を見てみましょう。

dinsdale氏は、1974年褥瘡の外力を圧力 (pressure) とずれ力 (friction) に分けてずれ力がどのくらい圧力に対する耐久性を低下させるのかを実験しました。(図3)

ブタの皮膚にまさつ力を与えた後に  
圧迫する実験を行った。

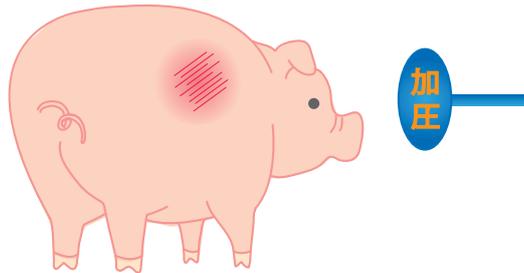


図3

実験では、予めずれ力 (friction) を与えておいた皮膚は、45 mmHgの圧力に耐えられず褥瘡を発生したが、圧力のみを加えた皮膚は、290 mmHgでも傷になりませんでした。(図4)

摩擦した後に圧迫した部分は 45mmHg で褥瘡に  
圧迫のみでは、290mmHg でも損傷なし

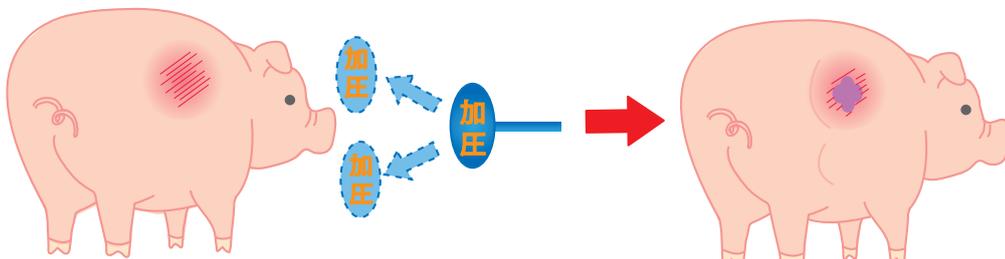


図4

このずれ力への対応が、医療や介護現場では知識不足や技術不足で、今でもほとんど行われていないのではないのでしょうか？

例えば、頭側拳上は、電動ベッドの普及からボタン一つで誰でも簡単に上体を起こすことができます。しかしこの時に、水平から30度拳上しただけでも仙骨部から尾骨にかけてと踵にずれ力と圧力が集中して健常人でも非常に不快に感じます。(図5・6)

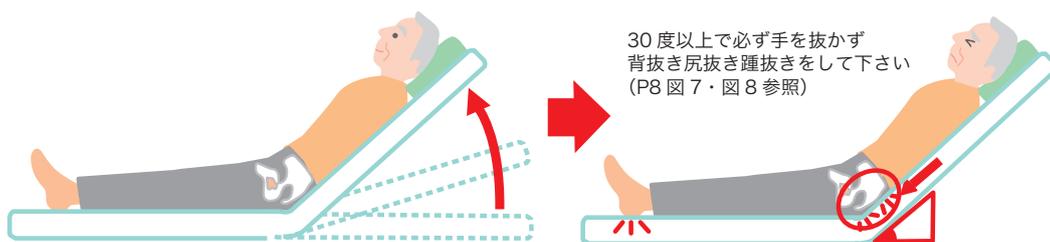


図5 頭側拳上時のずれ力とは

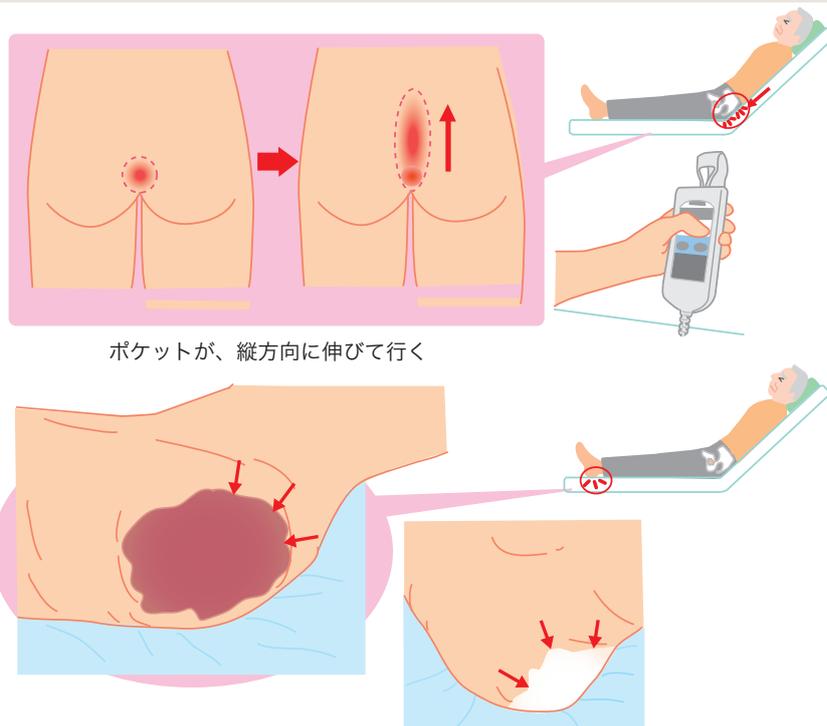


図6 頭側拳上のすれ力

## コラム ケアマネのおかしやすいミス

1

### 褥瘡を作ることは恥ですか？

Aさんは「褥瘡作るのは看護の恥」と学校で習い、そのまま看護一筋30年。地域のクリニックに勤め、外来患者や家族の指導を行い、現在は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）として張り切って利用者訪問を行っています。

寝たきりの夫を抱える家族（妻）にも「褥瘡は怖いからこまめに体の向きを変えてあげてね。道具に頼ってはだめ。床ずれを作るか作らないかはあなたの介護にかかっているのだから。」と説明しています。そんなAさんの熱心な指導に、妻も「私が頑張らなくては！！」と、きっちり2時間ごと、時間を測っては体の向きを変える介護を行っていました。

少しの汚れもつけてなるものかと、オムツ交換ごとに乾いたタオルでゴシゴシと、これまたしっかり拭き上げています。ですが、仙骨→かかと→腰の骨→最近では耳にまで、潰瘍まではならないものの、発赤、水疱の形成を繰り返す夫に、妻はただただ腹が立ち、憎しみまで覚えてしまいます。「こんなに一生懸命やっているのに、治らない。なんで夫は床ずれを作ってしまうんだろう。私のやり方がだめなのか。夫なんてもう・・・こんなことを思ってしまう自分は、鬼のようだ」そして今夜も2時間ごとの寝返りの介護。

そんな妻にAさんも一言。「あなたは道具も使わずよくやっているわ。だけど、褥瘡作るのは介護の恥よ。もう少しがんばってみましょう」・・・

褥瘡作るのは「摩擦による介護」です。間違った知識、技術こそが恥です。意欲だけでは床ずれは治りません。床ずれリスクを決定し、正しいマットレス（福祉用具）の選択を行いましょう。



胃瘻・経管栄養などの時に良く使うファーラー位(40～45度)では、仙骨や尾骨部だけでなく腹部の圧迫が加わり、消化機能にも悪影響を与えています。更に70度にまで上げると呼吸困難と腹部の圧迫、臀部と踵に強い痛みを感じ、とても食事どころではない状況になります。息もしにくいし、まして飲み込むことも困難を感じます。

是非体験することをお勧めしたいと思います。頭側拳上のボタンを押したなら、必ずこのずれ力を解除して安楽な体位をとってあげてください。ずれ力の解除方法に関しては、ずれ力防止手袋(マルチグローブ ハーティグローブ ポジショニンググローブ)を用いることで、簡単にできます。(図7・8)

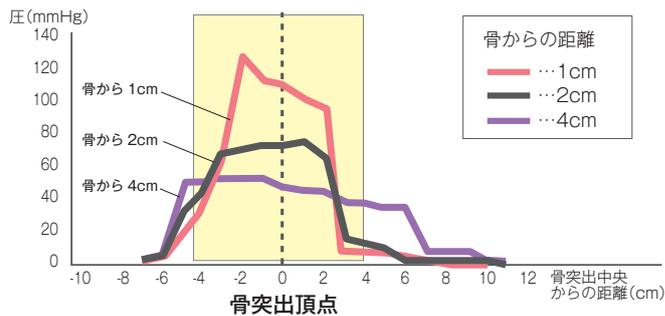


図7 背抜き動作



図8 手を抜かず背抜き尻抜き踵まで

また、Khanhらは、1984年骨と肉塊を用いて骨突出部のモデルを作成して、骨からそれぞれ、1cm、2cm、4cmの深さの肉塊内に圧センサーを挿入して外力が、肉塊内でどのようなになるかを測定しました。その結果、骨に近づくほど力が強くなる傾向がありました。(図9)

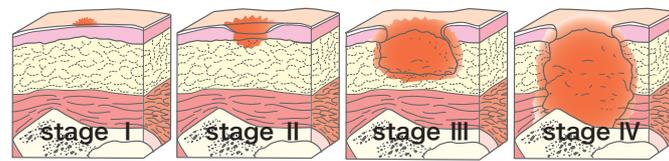


Khanh M.Le, et al : An in-depth look at pressure sores using monolithic silicon pressure sensors. PRS.,:745-756,1984

図9 骨突出と肉塊における深さごとの圧分布

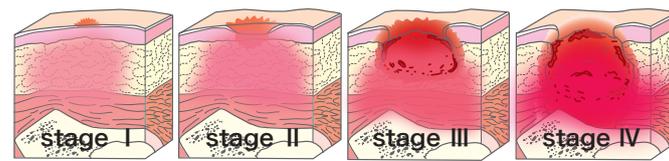
### 身体に加わる外力は、皮膚や皮下脂肪よりも、より深い骨突出部付近で最大になる。

例えば、NPUAP分類におけるstage I(紅斑)では、皮膚のみが損傷している状況を想定していたが、表面より深い部分の損傷の可能性を考慮したイメージ図へと理解を変更して常に表面だけでなく、深い部分まで影響していないかを心配すべきです。塚田は、深部の骨周囲の損傷に対する理解を深めた図を提唱しています。(図10・11)



stage I 消退しない発赤  
stage II 表皮欠損・水泡 真皮の欠損  
stage III 皮下組織の欠損 筋膜に至らない  
stage IV 筋肉・腱・骨まで 至る損傷

図10 NPUAP 分類



stage I 消退しない発赤  
stage II 表皮欠損・水泡 真皮の欠損  
stage III 皮下組織の欠損 筋膜に至らない  
stage IV 筋肉・腱・骨まで 至る損傷

図11 NPUAP分類から深部損傷の可能性を考慮した場合

褥瘡は stage I (紅斑) で見つければ、褥瘡は何とかなると考えて早期発見に努めているところも多いと推察しますが、皮膚に損傷が見つかった時点で、必ずしも早期とは言えない事例もあるので、早期発見に重点を置くのではなく、普段から予防策を取って頂きたいと思います。その為には、OHスケールによる褥瘡発生リスクをしっかりと把握して、外力を適切に軽減できる対策を進めることに尽きるといえます。

図12および13は、健常者が特に褥瘡対策を考慮していないマットレス上に仰臥位で寝た時の圧力分布を示しており、仰臥位の仙骨部の圧力は48mmHgでした。

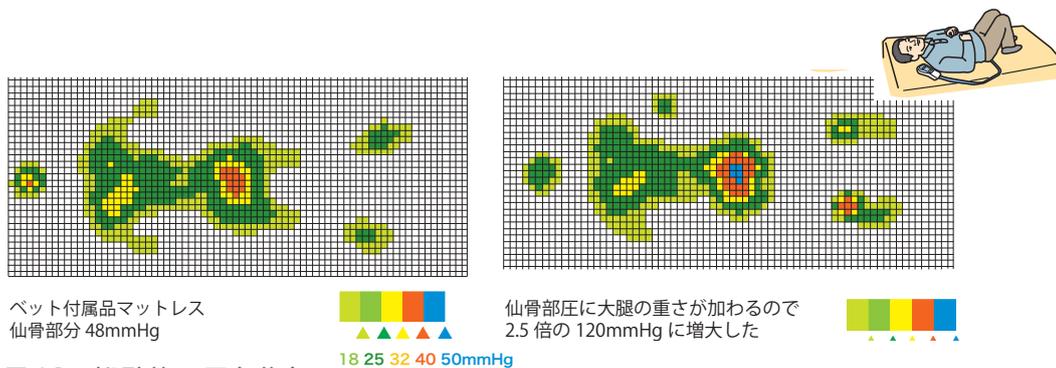


図12 仰臥位の圧力分布

図13 拘縮時モデルの仙骨部分

このマットレス上で膝を屈曲して下腿の関節拘縮を再現しました。その時には仙骨部の圧は120mmHgと2.5倍になりました。マットレスメーカーが提供するパンフレットには、後述するOHスケールの危険要因である下腿拘縮体位で圧分布を表示してはいないものが多いです。

そもそも健常者がモデルになっているので、臀部自体に筋肉や皮下組織などの軟部組織が充分あり体圧分散に一役買っている訳であり、多少のマットレスの機能が落ちて身体的クッションがそれをカバーしてしまうのです。

この様に、健常者がモデルのパフレットの単純比較で、マットレスを正確に評価して適応することは難しいと思われます。つまりパフレットの圧分布図は、決して褥瘡リスクがある人のデータではないことをしっかりと認識する必要があります。

そこで、マットレス選びを行うときには、圧センサーを利用して、実際に計測することをお勧めします。その場合、OHスケールの病的骨突出リスクを健常者がモデルを務めても確認できる方法を紹介します。名刺入れを仙骨部に置いて、その上に仰臥位で寝ることによって、圧分布を確認することができます。更に膝を立てることによって、関節拘縮のリスクが、追加された場合の体圧分散能力を確認できます。(図14・15)

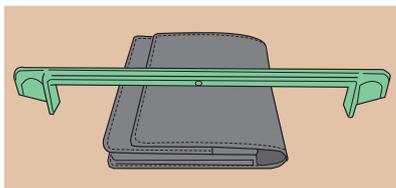


図14 OKメジャー

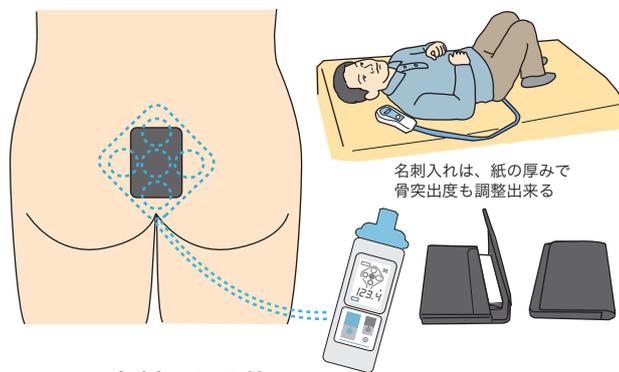


図15 名刺入れの位置

コラム  
2 ケアマネのおかしやすいミス

福祉用具の知識がなく、知っている商品名で指示

ケアマネとして何とか1年が過ぎ、仕事の段取りも先輩に聞かずに、何とかこなせるようになったBさん。そろそろ困難事例をと、担当した新規利用者は進行性がん。

自宅を訪問し、面会するたびに状態は刻々と変化している。初回訪問の時はまだなんとか歩行されていたのに、3日後には寝返りもままならない。それでも本人はトイレでの排泄を望まれており、立ち上がりを助ける為、福祉用具貸与事業者に電話をして「介助バーの△△をお願い」と具体的な商品名で

指示をしたが、実際に設置してみるとベッドとの相性が悪く、結局手すりの変更を余儀なくされた。

「トイレには〇〇を。歩行困難なため歩行器の□□を」その都度、商品名を指示して納品を依頼するものの、ことごとく利用者の身体状況や家庭環境と合わず変更、変更の繰り返し。ケアマネとして、利用者にも、業者にも申し訳が立たずどうして良いかわからない……

「もちは餅屋に」多種多様な福祉用具を適切に提供する為にはケアマネが指示するのではなく専門家と相談する事こそが大切!



～ OHスケールの判定法 ～

OHスケール			
1.自力で、体位変換できるか？	できる 0点	どちらでもない 1.5点	できない 3点
2.病的骨突出 (判定器の状態) OKメジャー使用時 	なし 0点	軽度・中等度 (ベンチ) 1.5点	高度 (シーソー) 3点
3.浮腫(むくみ)	なし 0点	薬を内服中 1.5点	あり 3点
4.関節拘縮	なし 0点	あり 1点	

OHスケール採点方法 4項目を合計する

危険要因のランク判定

1. 自立能力	<input type="text" value=""/>	点
	+	
2. 病的骨突出	<input type="text" value=""/>	点
	+	
3. 浮腫(むくみ)	<input type="text" value=""/>	点
	+	
4. 関節拘縮	<input type="text" value=""/>	点
	+	

OH合計点数	危険度 ランク
0点	なし
1～3点	軽度
4～6点	中程度
7～10点	高度

危険要因？度と判定 ← 合計？点/10点

図16 OHスケールの判定法

OHスケールは、4つの危険要因を、3段階から2段階で判定し、各点数を合計した総得点が10点満点中0点は、リスクなし、1～3点までが軽度リスク、4～6点で中等度リスク、7～10点で高度リスクと判定します(図16)。後は、自立度を確認して寝たきりにならないように持ってゆく目標がある場合は、できるだけエアマットは使用しないように努力すること、更に介護力を判定して、介護力が不足している場合は、逆にもう一つ上の高機能マットレスを選ぶようにすれば良いのです。

それでは、判定法について解説します。

### 1. 自力体位変換能力の判定の仕方

例えば、意識不明で、全介助が必要な状態は3点、意識明瞭であれば0点、そのどちらでもなければ1.5点になります。

麻痺がある場合は、両側性にある場合が3点、片方だけの場合が1.5点、麻痺なしは0点です。

大腿骨の骨折などで、片方の足が固定されたりして自由にならない場合も1.5点になります。もちろん、両足が固定できれば3点です。

病院などでは、手術や検査後等医師から安静を指示される場合があります。

いわゆる安静度ですが、絶対安静は3点、絶対安静まで行かないが、ベッド上で2時間以上の安静で有効な体位変換が行われない可能性がある場合が1.5点、2時間以内に、安静度が解除され、自力体位変換能力に問題がない場合は0点になります。

痛みに関しては、痛みで全く動けない場合が3点、そこまでいかないにしても動くことが制限されている場合が1.5点、痛みでは動くことに関して全く問題がない場合は0点となります。

薬剤に関しては、筋弛緩薬や強い鎮静効果を持つ薬剤など完全に動きが制限される場合は3点、健康とはいかないまでも、体位変換能力に影響がある薬剤を使用する場合は1.5点になります。

つまりどのような原因に関しても、自力で動くことの能力に換算して、点数をつけてください。

例えば、動く能力には全く問題のない場合でも、本人に動く意思が、全くない場合は、3点です。つまり、テレビに熱中していて、周囲の人が声をかけない限りまったく動かないほどテレビに集中している場合も3点になるわけです。



## 2. 病的骨突出について

健康な人の仙骨部は、仰臥位でベッドに寝た時にも左右の臀部に守られており、直接外力が、集中してかかるわけではありません。寝たきりの状態や低栄養が続くと臀部の筋肉は、萎縮し、皮下脂肪は薄くなってしまいます。この状態になると相対的に仙骨部が飛び出たように見える状態になり、病的骨突出と呼びます。褥瘡の原因となる外力(圧迫力とずれ力)は、この骨突出部分に集中します(図17)。

そのため、この病的骨突出の程度を評価することは大変重要になるわけです。図18にその判定指標を示します。

この病的骨突出の計測にあたっては、視覚的にわかりやすく、簡単に計測できる「病的骨突出判定器」(OKメジャー)を用いるとよいでしょう。

(図19・20)

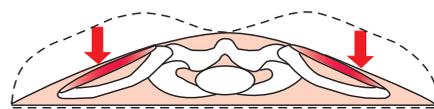
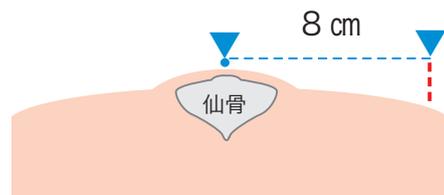
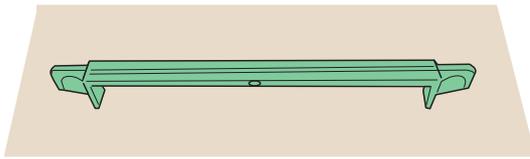


図17 病的骨突出 高度



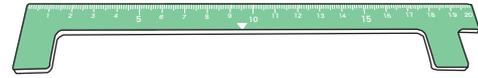
仙骨中央部より8 cm外側で臀部がどのくらい低いかで判断する。

図18 病的骨突出の判定法



立体型なので、誰でも正確に判断できる

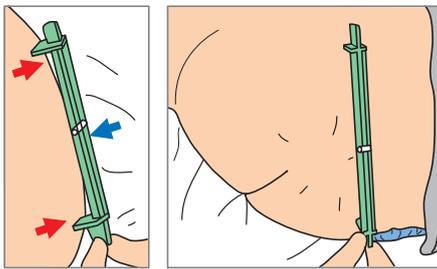
図19 OKメジャー



コンパクトで持ち運びが便利

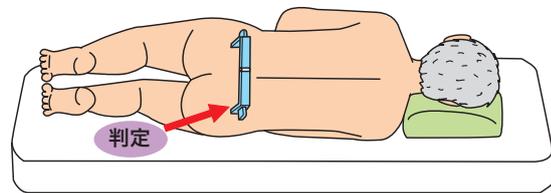
図20 定規型 骨突出度判定器

若干腹臥位に傾いた側臥位の状態で、骨突出判定器を脊椎に直交するように持つての中央を仙骨の突出した中央部に当てるだけです。(図21・22)



仙骨部の中央に判定器の中央を合わせます

図21 骨突出度判定の実際



おむつ交換時・入浴時の計測を

側臥位で脊柱に直角で突出部の中央に当てます。

図22 骨突出判定器の当て方

判定の目安としては、高度な突出(3点)の場合は判定器がシーソー状態となり、一方の脚が浮きます。骨突出があるように見えるのに判定器の脚が浮かない場合は、軽度・中等度の突出で1.5点と評価します。健康な場合は、水平な方を用いて仙骨に当てると中央部はかえって凹んでいます。これは、0点と判定します。(図23)

通常は、おむつ交換時や入浴時に判定すると良いでしょう。感染防止には、ビニール袋に判定器を入れて使用してください。

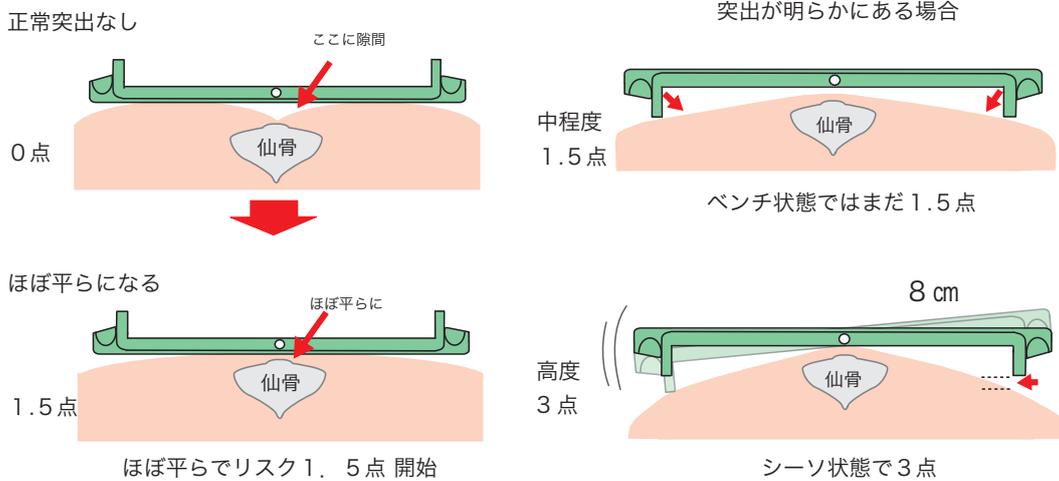


図23 判定の目安

### 3. 浮腫(むくみ)

浮腫(むくみ)とは、血管の外の細胞のまわりの水分が、正常より多くなった状態のことで、体内に水分が異常にたまって腫れた感じになった状態を言います。全身の栄養状態が良くない時や、心臓や腎臓、あるいは肝臓の機能が低下した時、癌によりリンパ管の流れが滞ることによっても起こります。足の甲や膝下、背中などに起こりやすく、中でも足の甲が一番わかりやすい部位だと思います。親指の腹で優しく約5秒間押して、指を離してもそのまま窪んだままの状態が持続すれば、浮腫あり(3点)と評価してください。浮腫と関節拘縮は、有るか無いかの2段階で評価します。

表にはありませんが、浮腫があるのに、利尿剤などで強制的に浮腫を治療している場合は、1.5点と評価することもできます。(図24)

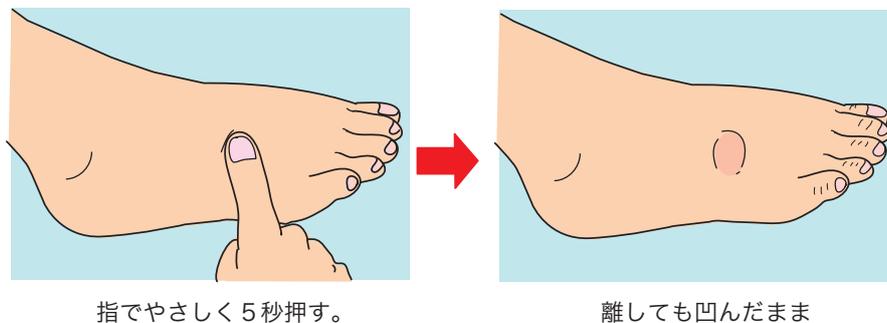


図24 むくみ

### 4. 関節拘縮

関節拘縮とは、簡単に言うと何らかの原因で関節の動きが悪くなっている状態のことです。

これは、全身の関節の中でどこかに1ヵ所でもあればリスクありと判定し、1点と評価とします。

次ページ図25に、実際に強い関節拘縮を起こしている状態を紹介します。

他の3つの危険要因の点数と異なり、関節拘縮のある場合の点数は1点満点ですので注意してください(P11、図16参照)。

拘縮は下腿に限らず関節リウマチなどで、上肢の関節拘縮があればこれも1点とします。

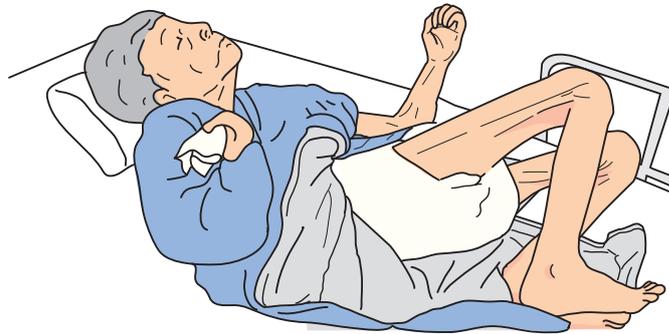


図25 関節拘縮

これで、OHスケールによる評価点数の総合計は、自力体位変換能力3点、病的骨突出3点、浮腫3点、関節拘縮1点で、合計10点満点となります。

しかし、その前にベッド上で体位変換できる能力がまだある程度残っている場合とまったくできない場合に分ける必要があります。

まず、OHスケールを判定し、次にリスクランクを決定します。

この時に自力体位変換能力が0点または1.5点の方の場合は、また歩ける可能性の有無を検討します。歩ける可能性があれば、OHスケール中等度では、エアマットは選ばずに、10cm以上の厚みのある静止型マットレスを選びます。もちろん適宜ポジショニングクッションを使うことは大変重要です。

高度リスクの場合は、圧センサー自動制御のエアセルマットレスが適応になりますが、ここでも、立ち上がる可能性が、あると判断したら、ずれ力防止の体位変換法とポジショニングを行えば、10cm以上の厚みのある静止型クッションに全身をカバーするポジショニングクッションを使用することにより褥瘡を予防しながらケアすることが可能です。

## 5. OHスケールによるマットレス選びの目安

### 1) マットレスを選ぶ際の基本的考え方

自立体位変換能力の有無で、少しでも自力体位変換が、できる場合は、不安定なエアセルマットレスは避けたい。しかし、介護力が、全くない場合は、マットレスの機能を1ランク上げることで保護するようにすると良い。

以上により、自立体位変換能力と介護力の有無を組み合わせで①～④に分けてマットレスを選ぶ目安とすることができます。

### 適応マットレスの目安

- ① 厚10cm未満 体圧分散静止型マットレス
- ② 厚10cm以上 体圧分散静止型マットレス
- ③ 厚10cm以上 体圧分散静止型マットレスまたは体重設定型エアマットレス<sup>※1</sup>
- ④ 厚10cm以上 体圧分散静止型マットレス<sup>※2</sup>  
コンピュータ制御圧切替自動調整型エアマットレス<sup>※3</sup>

※1 調整弁などを使用し、マットレス内の空気圧を調整する電動のエアマットレス

※2 ポジショニングクッション等との併用で利用する

※3 圧力センサーを使用した電子制御により、マットレス内の空気圧を適切に保つエアマットレス

もちろんポジショニングクッションもセットで使い、特に体位変換法や移乗動作で決して持ち上げない、捻じらない、引きずらない原則を貫き通す必要があります。また、拘縮予防の為、体位変換直後にやさしく体のさすってすれ力を解除することも忘れないようにします。(図26)



図26 体位変換直後に体をさすってすれ力を解除する

コラム  
3

ケアマネのおかしやすいミス

### 褥瘡予防はやっぱり円座でしょ！

思い込みの激しいケアマネCさん。もう長く担当しているDさん(94歳 女性)は最近、高齢のためか徐々に体重減少が見られるようになった。自力歩行は可能であるが、極度の円背と側湾から姿勢の保持も困難になってきている。先日「お尻が痛い」との訴えに、確認してみると、まだ水泡形成はしていないものの、明らかな発赤が坐骨部に見られた。

これは大変！！長い付き合いのDさんに褥瘡を作ってしまうわけにはいかない。

そこで、ケアマネCさん。ご家族に「円座を買ってあげてください。Dさんは高齢でお尻の肉が少なくなっているので、骨の出っ張ったところに床ずれができかけています。でも円座をすれば大丈夫！」あわてたDさんの家族はケアマネさんの指示ならばと早速円座を購入し、Dさんに渡した。

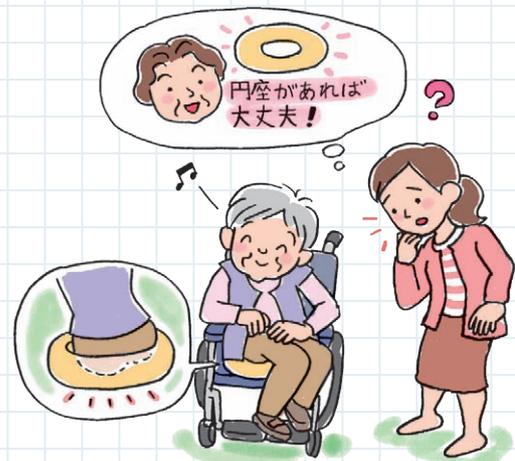
喜ぶDさん。でもその後ろ姿は、円座の穴に片方の坐骨がはまり込み、ますます側湾が・・・

**円座は床ずれ予防にはなりません。**

骨の出っ張ったところは円座の穴で体圧分散されるかもしれませんが、その周囲には結局、圧力がかかってしまいます。

又、事例のDさんのように片方のお尻が円座の穴にはまり込みますます姿勢の不良、側湾の悪化となりかねません。

その方にあった適切なクッションを選定しましょう。



# 第2部 | 床ずれリスクによるマットレス選択

## ～ マットレス選択のためのフローチャート～

### 1 OHスケールの合計点数から「床ずれリスク」を決定する

① OHスケールで判定項目の点数・合計点数を出す

判定項目				点数
自力体位変換	できる 0点	どちらでもない 1.5点	できない 3点	点 …… ㉑
病的骨突出 骨突出判定器使用	なし 0点	軽度・中程度(ベンチ) 1.5点	高度(シーソー) 3点	点 …… ㉒
浮腫	なし 0点	薬を内服中 1.5点	あり 3点	点 …… ㉓
関節拘縮	なし 0点		あり 1点	点 …… ㉔

OHスケール合計点数 ㉑ + ㉒ + ㉓ + ㉔ = 点



OHスケール合計点数	床ずれリスク
0点	なし
1～3点	軽度
4～6点	中等度
7～10点	高度

② OHスケール合計点による床ずれリスクの決定

### 2 介護力の判定をする

介護力合計点数を出す

判定項目			点数
介護の知識がある (床ずれ予防・改善に対する知識がある)	ある 1点	ない 0点	点 …… ㉕
介護の技術がある (定期的な体位変換・ずれを起こさないケアができる)	ある 1点	ない 0点	点 …… ㉖
介護の意欲がある	ある 1点	ない 0点	点 …… ㉗

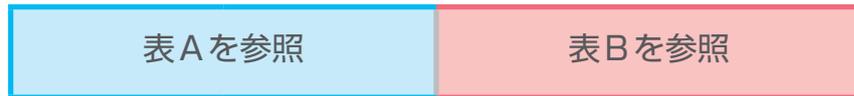
介護力合計点数	介護力の判定
1点	介護力がある
0点	介護力がない

介護力合計点数 ㉕ × ㉖ × ㉗ = 点

### 3 自力体位変換能力の判定

自力体位変換	できる 0点	どちらでもない 1.5点	できない 3点
判定	自力体位変換能力あり		自力体位変換能力なし



### 4 1、2で判定した「床ずれリスク」と「介護力判定」の組合せから、表Aまたは表Bより選択番号を参照する

表A ③で「自力体位変換能力あり」の場合

床ずれリスク	介護力	選択番号
軽度	あり	①
	なし	②
中等度	あり	
	なし	
高度	あり	③
	なし	

表B ③で「自力体位変換能力なし」の場合

床ずれリスク	介護力	選択番号
軽度	あり	②
	なし	③
中等度	あり	
	なし	
高度	あり	④
	なし	

### 5 4の選択番号より「適応マットレスの目安」を参照しマットレス選択をする

選択番号	適応マットレスの目安
①	厚10cm未満 体圧分散静止型マットレス
②	厚10cm以上 体圧分散静止型マットレス
③	厚10cm以上 体圧分散静止型マットレス または体重設定型エアマットレス※1
④	厚10cm以上 体圧分散静止型マットレス※2 コンピュータ制御圧切替自動調整型エアマットレス※3

※1 調整弁などを使用し、マットレス内の空気圧を調整する電動のエアマットレス

※2 ポジショニングクッション等との併用で利用する

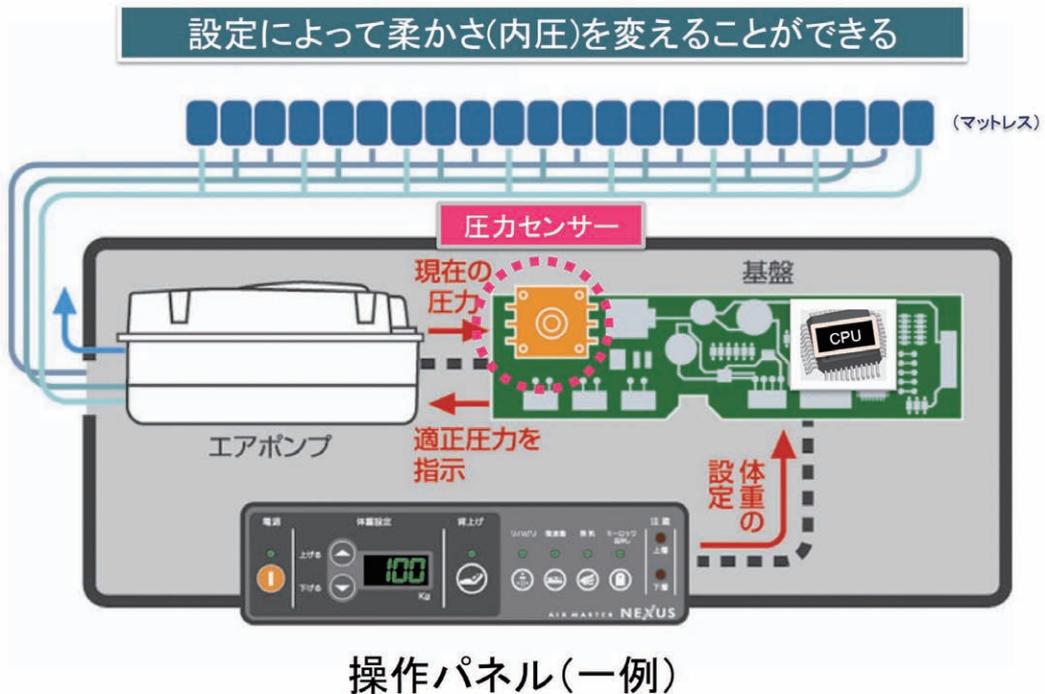
※3 圧力センサーを使用した電子制御により、マットレス内の空気圧を適切に保つエアマットレス

## ～ 解説—エアマットレスの圧力管理のしくみ～

エアマットレスの最大の利点は、マットレス本体の内圧を設定により、自在に変えることができることです。例えば、柔らかめにしたり、硬めにしたりと、操作パネルの調整により可能となっています。

この設定は、硬め・柔らかめを直接入力したり、利用者の体重を目安に入力したり、利用者の状態（拘縮時やリハビリ時等）により設定するなど各社まちまちです。

また、**圧力センサー**を搭載した機種（下図参照）は、利用者がマット上に寝てマットレスの内圧が高くなっても、適切な圧力に修正して保つよう管理することができます。現在は、このタイプが主流になっています。



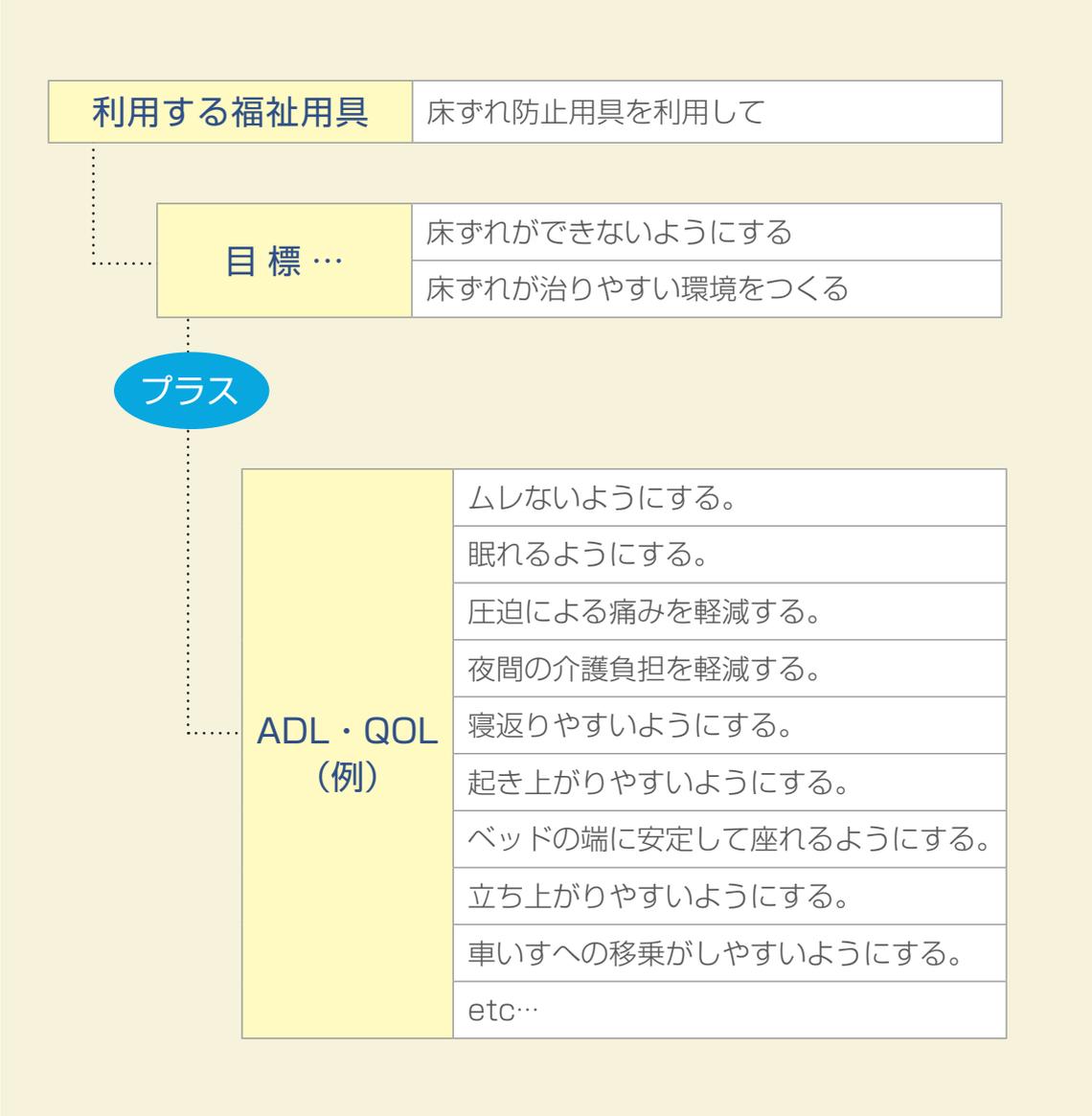
# 第3部 | 福祉用具サービス計画書

## ～ 利用目標 ～

利用目標は、

「利用する福祉用具」 + 「目標」  
 または、  
 「利用する福祉用具」 + 「目標」 + 「ADL・QOL」

で記述する。



～ 記入シート ～

○×△□福祉用具サービス計画書(基本情報)

管理番号 \_\_\_\_\_  
 作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 \_\_\_\_\_

フリガナ	性別	生年月日	年齢	介護度	認定期間
ご本人氏名 様		M・T・S 年 月 日			～
住所				TEL	
支援事業所				担当ケアマネジャー	CM

ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
ケアマネジャーとの相談記録			
	ケアマネジャーとの相談日		

身体状況・ADL		( 年 月 ) 現在	
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらな いできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな いできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな いできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな いできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ ればできる <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
その他			
麻痺			
疾病			

OH スケール	自力体位変換能力	
	病的骨突出	
	浮腫	
	拘縮	
合計		0

介護環境			
他のサービス 利用状況			
家族構成/ 主介護者			
利用している 福祉用具			
障害日常生活自立度			
認知症の日常生活自立度			
床ずれリスク			
特記事項			
	<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 確認できない	<input type="checkbox"/> 不明
ご本人の気持ち、 今困っていること (福祉用具で期 待することなど)			

居宅サービス計画		住環境
ご本人及びご 家族の生活に 対する意向	ご本人 ご家族	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階 ) ( エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <small>例:段差の有無など</small>
総合的な 援助方針		

ご利用者: \_\_\_\_\_ 様

管理番号 \_\_\_\_\_

作成日 \_\_\_\_\_

**○×△□福祉用具サービス計画書(利用計画)**

作成者 \_\_\_\_\_

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標

選定福祉用具(レンタル・販売)		納入予定日 :      月      日
品目 機種(型式)	単位数	選定理由
①		
②		
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

留意点

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意      年      月      日      同意署名      印

法人名称:      (      ) 営業所      担当者 (      )

住 所:      TEL:      FAX:

～ 事例 1 ～

○×△□福祉用具サービス計画書(基本情報)						管理番号	
						作成日	
						作成者	
フリガナ	テクノ エイコ	性別		生年月日	年齢	介護度	認定期間
ご本人氏名	手久野 栄子 様	女		M・T・S 7年8月9日		介2	平成24年7月1日 ~ 平成25年6月30日
住所						TEL	
支援事業所						担当ケアマネジャー	CM

ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
ケアマネジャーとの相談記録			
	ケアマネジャーとの相談日		

身体状況・ADL		( 年 月 ) 現在	
身長	139.5 cm	体重	34.5 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらな いのでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな いのでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな いのでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな いのでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ ればできる <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
その他	坐骨・仙骨部に発赤・痛み 強度の円背	OH スケール	自力体位変換能力 1.5
麻痺			病的骨突出 1.5
疾病	脳梗塞後遺症・腰痛症・緑内障		浮腫 0
			拘縮 0
		合計	3

介護環境			
他のサービス利用状況	通所介護		
家族構成/主介護者	長男の嫁		
利用している福祉用具			
障害日常生活自立度	A1		
認知症の日常生活自立度	I		
床ずれリスク	軽度		
特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認できない <input type="checkbox"/> 不明 お尻が痛い		
ご本人の気持ち、今困っていること、(福祉用具で期待することなど)			

居宅サービス計画		住環境
ご本人及びご家族の生活に対する意向	ご本人 ご家族 自分のことは自分でと思っているが最近出来ないことも多くなってきた。腰痛もあり歩行に不安があるが自分でトイレなど行きたい。お尻が痛くて座るのが苦痛。痛みをとってほしい。 自宅でも足がおぼつかなくなっており心配。留守にすることが多いため、デイサービスを利用してもらえると安心。最近では痩せてきており、臀部に痛みがある様子。骨の出っ張ったところも赤くなっているためマットレスを考えてほしい。	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階 ) ( エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 例: 段差の有無など
総合的な援助方針	デイサービスを定期的にご利用することで生活にメリハリが付き、仲間との交流を図ることで意欲が保てると思います。但し、腰痛や筋力低下、強度の円背による前傾姿勢の為に歩行が不安定になってきており転倒の危険性も高いです。歩行器などを利用して安定した歩行などを心がけていきましょう。 毎月、体重減少も見られ坐骨や尾骨など、骨の出っ張ったところに床ずれができています。適切なマットレス等を使用し、床ずれ予防に努めていきましょう。	

ご利用者: \_\_\_\_\_ 様

管理番号 \_\_\_\_\_  
作成日 \_\_\_\_\_

**○×△□福祉用具サービス計画書(利用計画)**

作成者 \_\_\_\_\_

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
<p><b>・最近痩せてきておりお尻が痛いで、デイサービスで座って過ごすことが苦痛で、お尻に赤みがでてきている。痛みをとってほしい。</b></p> <p>・できるだけ自分のことは自分でしたいと思っている。出来ないことが多くなってきたが不安なく生活したい。</p> <p>・腰が痛く歩行が不安定。転倒の危険なく安全に移動したい。</p>	<p>①車いすクッションを利用して、長時間座っている時のお尻の痛みを軽減し、デイサービスで楽しく過ごすことができる。</p> <p><b>②床ずれができないように圧迫による痛みを軽減する。</b></p> <p>③④歩行器を利用して、転倒の危険を回避し、安定した歩行による活動範囲を維持・拡大する。</p>

選定福祉用具(レンタル・販売)		納入予定日 : _____ 月 _____ 日
品目	単位数	選定理由
機種(型式)		
① 車いす付属品 ソロPSV		坐骨への圧の分散効果と臀部の痛みを軽減効果により選定
② 床ずれ防止用具 フローラス		硬いマットレスでは、腰やかかとの皮膚が赤くなるため、適度な体圧分散性能がありながら寝返りのしやすいマットレスを選定
③ 歩行器 アルコー10型		自宅内に段差があり、かつ、利用者様が小柄な為選定
④ 歩行器 テイクブリトル HS05		利用者様の体格を考慮し、外出時に使用できるものを選定
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

留意点	<p>1.クッションのエアは体重や体形の変化で調整が必要です。訪問時に調整させていただきます。</p> <p><b>2.身体状況によりマットレスを変更させていただきます。</b></p> <p>3.歩行器は段差乗り越え時には転倒に十分注意してください。</p>
-----	--

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 同意署名 \_\_\_\_\_ 印

法人名称: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 営業所 担当者 ( \_\_\_\_\_ )

住所: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

～ 事例 2 ～

○×△□福祉用具サービス計画書(基本情報)

管理番号 \_\_\_\_\_  
 作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 \_\_\_\_\_

フリガナ	サワヤカ タロウ	性別	男	生年月日	M・T・S 16年6月14日	年齢	71	介護度	介3	認定期間	平成24年7月1日 ~ 平成25年6月30日
ご本人氏名	さわやか 太郎 様	住所							TEL		
支援事業所							担当ケアマネジャー				

ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日	
ケアマネジャーとの相談記録				ケアマネジャーとの相談日

身体状況・ADL		( 年 月 ) 現在		介護環境			
身長	cm	体重	kg	他のサービス利用状況	通所リハビリ	訪問介護	居宅療養管理指導
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらな <input type="checkbox"/> いでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま <input type="checkbox"/> ればできる	<input type="checkbox"/> できない	家族構成/ 主介護者	妻		
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな <input type="checkbox"/> いでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま <input type="checkbox"/> ればできる	<input type="checkbox"/> できない	利用している 福祉用具			
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな <input type="checkbox"/> いでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま <input type="checkbox"/> ればできる	<input type="checkbox"/> できない	障害日常生活自立度	B1		
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな <input type="checkbox"/> いでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま <input type="checkbox"/> ればできる	<input type="checkbox"/> できない	認知症の日常生活自立度	Ⅲa		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床ずれリスク	中等度		
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支 <input type="checkbox"/> えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもら <input type="checkbox"/> ればできる	<input type="checkbox"/> できない	特記事項	昼間独居。隣市に娘家族在住するも介護力としては期待できない		
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	ご本人の気持ち、 今困っていること、 (福祉用具で期待することなど)	<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 確認できない	<input checked="" type="checkbox"/> 不明
排泄	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
その他	OHスケール		自力体位変換能力 1.5				
麻痺	OHスケール		病的骨突出 1.5				
疾病	OHスケール		浮腫 0				
OHスケール		OHスケール	拘縮 1				
OHスケール		OHスケール	合計 4				

居宅サービス計画		住環境
ご本人及びご家族の生活に対する意向	ご本人 ご家族 家で生活したい。  パートで忙しく、バタバタとしているが、出来るだけ家で見ていきたいと思う。子供には頼れないが、自分一人では介護できないので、助けてほしい。本人はあまり話をしてくれないので、どこが痛いのかもわからないが、床ずれが出来てかわいそう。早く治ってくれることが一番の望み。	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階 ) ( エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 例:段差の有無など
総合的な援助方針	腰椎の圧迫骨折後、日常の活動が低下し、急激に介助が必要になってきました。糖尿病の素因もあり生活不活発による床ずれも発生しています。通所リハビリを利用することで、四肢の関節拘縮をできるだけ予防するようリハビリを行うとともに入浴にて清潔を保持しましょう。また、福祉用具を活用し、床ずれの悪化を防ぐとともに、就寝介助をヘルパーに依頼し奥様の介護負担を軽減するよう支援してまいります。	

ご利用者: \_\_\_\_\_ 様

管理番号 \_\_\_\_\_

作成日 \_\_\_\_\_

作成者 \_\_\_\_\_

**○×△□福祉用具サービス計画書(利用計画)**

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
・糖尿病が安定し、合併症をおこさず、安心できる生活を送りたい。 ・生活不活発病を予防し、妻との生活を継続したい。 ・ <b>床ずれを早く治したい。</b>	①車いすを利用して、長い時間座っていても姿勢が保て、快適に過ごせるようにする。 ②車いすクッションを利用して、座ってられる時間の延長と床ずれの危険の軽減を図る。 ③ベッドの背上げ時、背板が後ろへ下がる機構で、からだの前へずれるのを防止し床ずれの危険の軽減を図る。 ④セーフティサイドレールを利用して、背上げ時の挟み込みの危険の軽減を図る。 ⑤ <b>床ずれ防止用具を利用して、床ずれが治りやすい環境つくとともに、拘縮の悪化を防止する。</b>

選定福祉用具(レンタル・販売)		納入予定日 : _____ 月 _____ 日
品目	単位数	選定理由
機種(型式)		
① 車いす 座王 NAH-F5		適切な座位姿勢が確保され、座り心地の良い機種を選定
② 車いす付属品 デュオジェルクッション		移乗の動作を安定して行えるよう、ベースが硬く安定感があり、長時間楽に座ってられるように体圧分散性能があるクッションを選定
③ 特殊寝台 和夢雅 K-630		起き上がりが行いやすいようにセーフティサイドレール、背上げ機能があり、また安定した端座位をとるために昇降機能付きを選定
④ 特殊寝台付属品 セーフティサイドレール K-180		背上げ時の挟み込みを予防するボトムと一体で動くものを選定
⑤ <b>床ずれ防止用具</b> <b>ピュアレックス10</b>		<b>日中は離床する機会が多いため、体圧分散性が高く、立ち上がりや移乗のための端座位の安定感がある静止型マットレスを選定</b>
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

留意点

1. 車椅子の背張り調整は再度訪問時に確認させていただきます。  
 2. セーフティサイドレールはベッド本体にしっかり固定されているか注意してください。  
 3. **マットレスは3分割構造のため、3枚とも正しく連結されている事を確認してください。**

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 同意署名 \_\_\_\_\_ 印

法人名称: \_\_\_\_\_ ( ) 営業所 担当者 ( )

住 所: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_



ご利用者: \_\_\_\_\_ 様

管理番号 \_\_\_\_\_

作成日 \_\_\_\_\_

作成者 \_\_\_\_\_

**○×△□福祉用具サービス計画書(利用計画)**

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の余命は知っている。入院することなく、住み慣れた自宅で家族とともに安心して生活を送りたい。</li> <li>・腹水が著明な為、体の向きを変える、立ち上がるなどの動作が困難。少しでも体を動かしたい。床ずれを治したい。</li> <li>・自分ひとりでは歩けなくなってきた。転倒の危険なく、安全に歩行したい。</li> <li>・できる限り自立した方法で排泄したい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①ベッドの背上げ機構等を利用して、自分で寝返りや起き上がりができるようにする。</li> <li>②介助バーを利用して、自分の力で安全に立ち上がり動作ができるようにする。</li> <li>③床ずれ防止用具を利用して、床ずれが治りやすい環境をつくり、寝返り、起き上がり、立ち上がりしやすくする。</li> <li>④歩行器を利用して、転倒の危険を軽減し、トイレへの移動時等安全な歩行ができるようにする。</li> <li>⑤トイレ用手すりを利用して、自分の力でトイレでの排泄の動作を安全にできるようにする。</li> </ul>

選定福祉用具(レンタル・販売)			納入予定日 : _____ 月 _____ 日
①	品目	単位数	選定理由
機種(型式)			
①	特殊寝台 リライフベッド3モーター		背上げ動作に伴う腹部の圧迫を軽減する機構があり、通気性の優れたメッシュボトムベッドを選定
②	特殊寝台付属品 うごけばーあ5		端座位姿勢からの立ち上がり時、転倒の危険があるので動作を補助するため介助バーを選定
③	床ずれ防止用具 アルファプラ ソラ		床ずれのリスクは高いですが、寝返り動作を妨げないように、身体にかかる圧力を分散する能力が高く、動きやすい構造であるマットレスを選定
④	歩行器 スライドフィット L-0193C		自宅内に段差がないので持ち上げずに使用でき、またコンパクトで安定の良いものを選定
⑤	手すり トイレフレーム SUS-45		トイレの広さを考慮し、かつ起立時に安定したものを選定
⑥			
⑦			
⑧			
⑨			
⑩			

留意点	<p>1. 急激な背上げは、苦しくなることがあります。徐々に背上げし、圧抜きの方がよいと思います。</p> <p>2. 歩行器には車輪が付いています。斜めに体重をかけると転倒の危険な場合がありますので注意してください。</p> <p>3. マットレスの端に座る場合は、滑り落ちないようにご注意ください。</p>
-----	---

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 同意署名 \_\_\_\_\_ 印

法人名称: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 営業所 担当者 ( \_\_\_\_\_ )

住 所: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

## あとがき

本冊子は、最初に企画(案)の骨子を決め、次に委員会メンバーの検討を行いました。そこで、真っ先に思いついたのが、名古屋の福祉用具プランナー連絡会です。

当連絡会は創立10周年を向かえています。メンバーは、福祉用具専門相談員だけでなく、介護福祉士、作業療法士、看護師、介護支援専門員等多彩で、様々な活動を行っています。特に会員向けの研修活動に力を入れています。そこで、委員として連絡会の会員数名にお願いしました。メンバーとしては、堀田由浩委員長(医師)が床ずれドクターとして活動されています日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会のコアスタッフでもあります竹内雅徳さん(福祉用具貸与事業者)、訪問リハビリテーションからは長尾美幸さん(作業療法士)、居宅介護支援事業所からは日高明子さん(看護師)、そして、製造事業者からは渡邊真一さん(福祉用具プランナー管理指導者)にお願いし、床ずれ小冊子作成本委員会を結成いたしました。

冊子名を、「福祉用具プランナーが作成する「福祉用具サービス計画(床ずれ防止編)」としたのは、福祉用具専門相談員の福祉用具サービス計画作成に関し、少しでもお役に立ちたいという思いと、福祉用具プランニング\*を少しでも知っていただきたい思いからテーマといたしました。また、今回はじめて、製造事業者の方に参加いただき、小委員会を結成し、これまでの福祉用具シリーズより一歩踏み込んだ形で取り組みました。これも、本冊子が、介護保険制度の現場で活用され、福祉用具専門相談員の一助となるためには、内容ができるだけ具体的でなければならないと考えたからです。

なお、冊子作成に当たっては、できるだけ客観的な立場で執筆し、複数の目で確認いたしました。偏った見方や情報不足の部分がある場合は、是非ご指摘いただき、より適正な情報提供にご協力いただければ幸いです。

最後に、本冊子が完成に至りましたのも、お忙しい中、何度も委員会にお付き合いいただき、また、何度も書き換えをお願いしたにも関わらず、気持ちよく応じていただいた堀田委員長はじめ委員の方々、そして、陰に日向に本委員会活動を支えていただきましたプランナー連絡会代表の堀田祐治さんに心より感謝いたします。

公益財団法人 テクノエイド協会

普及部長 寺光 鉄雄(福祉用具プランナー管理指導者)

\*福祉用具プランニングは、福祉用具サービス計画と異なり、アセスメントは自ら行い、住宅改造を含む環境改善計画が特徴です。

### 床ずれ小冊子作成委員会

委員長	堀田 由浩	統合医療希望クリニック 院長(第1部)
	竹内 雅徳	合資会社竹内商店(第3部)
	長尾 美幸	医療法人宏和会 やまぐち病院 リハビリテーション科 副主任(第2部)
	日高 明子	NPO法人福祉サポートセンター さわやか愛知 デイサービス管理者(コラム・第3部)
(小委員会併任)	渡邊 真一	株式会社タイカ ウエルネス用品部 ホスピタルケア統括リーダー(利用目標・技術指導)
事務局	寺光 鉄雄	公益財団法人テクノエイド協会 普及部 部長(企画・解説・あとがき)
	湯浅 みさ	公益財団法人テクノエイド協会 普及部 係長(編集)

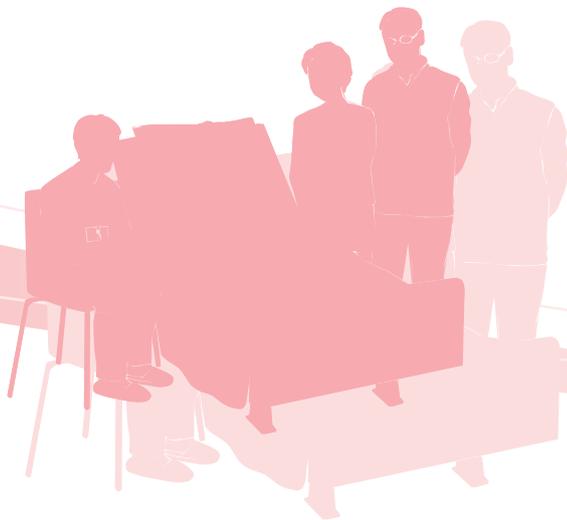
---

発行 平成24年12月

公益財団法人テクノエイド協会

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

TEL 03-3266-6880 FAX 03-3266-6885



発行者 **公益財団法人テクノエイド協会**

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

Tel. 03-3266-6880 Fax. 03-3266-6885

[www.techno-aids.or.jp](http://www.techno-aids.or.jp)

この情報誌は、大阪府民共済生活協同組合から社会福祉法人中央共同募金会を通じた寄付金  
及び全国労働者共済生活協同組合連合会からの助成金で作成しました。

無断転載を禁ず