

褥瘡予防 5分フロー記録シート v2

皮膚・軟部組織評価 → 原因を1つ決める → 1手修正 → 再評価

日付		患者ID／氏名		担当	
評価場面		病棟／在宅／その他		再評価予定	

1 | 皮膚・軟部組織をみる

発赤だけでなく、色調変化・圧迫での退色・温度・組織の硬さ/軟らかさ・浮腫・局所痛・擦れ/前滑りを確認します。

部位	色調変化	☐ なし ☐ あり	圧迫で退色	☐ する ☐ しない ☐ 判定困難
温度差	☐ なし ☐ 熱感 ☐ 冷感		硬さ/軟らかさ/浮腫	☐ なし ☐ あり
局所痛	☐ なし ☐ あり ☐ 評価困難		擦れ/前滑り	☐ なし ☐ あり
皮膚損傷・水疱	☐ なし ☐ あり		その他の所見	
所見メモ				

2 | 原因を1つ決める

まず優先する原因を1つ選びます。複数ある場合も、今回の修正対象を明確にします。

☐ 局所圧	☐ ずれ・前滑り	☐ 踵接触	☐ 自力体動低下	☐ 支持面	☐ 湿潤	☐ 栄養・水分	☐ その他
今回の主因							
理由／根拠							

3 | 1手だけ修正する

一度に変えずに、次回評価で効果を確認できる修正を優先します。

☐ 体位変更	☐ 支持再配置	☐ ずれ対策	☐ 踵免荷	☐ 支持面見直し	☐ 湿潤管理共有	☐ 栄養・水分共有	☐ その他
修正内容							
体位／角度		除圧する部位		踵	☐ 浮いている ☐ 要再調整		
修正後の確認							

4 | 最小記録を残す

体位名だけで終わらず、「皮膚所見・原因・修正・次回確認」を同じ順番で残します。

皮膚・組織所見	
原因	
修正	
次回確認	

5 | 再評価する

次の観察で、皮膚・軟部組織の変化と「実際に除圧できているか」を確認します。

再評価日時		皮膚・組織	☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化 ☐ 新規所見
除圧状態	☐ できている ☐ 不十分	ずれ	☐ 減った ☐ 不変 ☐ 増えた
次の1手			
共有／相談	☐ なし ☐ あり	共有先	
申し送り			

共有の目安

持続する色調変化、圧迫しても退色しない変化、局所の温度差・硬さ/軟らかさ・浮腫・痛み、皮膚損傷などを認めた場合は、まず除圧し、施設・事業所の手順に沿って共有・追加評価につなげます。

ポジショニングの確認

体位変換は可動性、皮膚・組織の耐容性、全身状態、支持面、安楽性などで個別化します。30°側臥位は出発点の1つ。骨突出部への直接荷重を避け、踵は下腿支持で浮かせます。

※本シートは褥瘡予防の観察・共有を補助する記録用紙です。診断・治療・施設手順の代替ではありません。根拠：日本褥瘡学会「褥瘡予防・管理ガイドライン第5版」／International Guideline 4th ed. (2025-2026)