天晴れ介護サービス総合教育研究所

介護職のための医療知識講座

スキンテア
褥瘡について

看護師　吉村美由紀

【自己紹介】

吉村　美由紀（よしむら　みゆき）

愛知県犬山市出身
看護学校卒業後、総合病院で7年半勤務
（循環器内科、呼吸器内科、内分泌内科、外科に勤務）

平成11年　訪問看護ステーションに勤務
平成12年　介護支援専門員資格取得
平成17年　訪問看護・介護支援専門員兼務
平成18年　医療法人へ転職し、訪問看護、居宅介護支援事業所兼務後法人本部にて小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、グループホーム、地域密着型介護老人福祉施設等の開設・運営等に携わる
平成23年　愛知県認知症介護指導者研修修了、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、小規模多機能サービス等計画作成担当者研修にて講師として携わる
平成31年　もう一度現場に戻りたい！と転職し、現在、住宅型有料老人ホーム併設の訪問看護事業所にて看護師として勤務中

【保有資格】 看護師、介護支援専門員、認知症介護指導者

本日の内容

1. 皮膚の構造、役割
2. スキンテアについて
3. 褥瘡について
4. スキンテア・褥瘡
   予防のためのケア方法
5. まとめ

1. 皮膚の構造、役割

皮膚とは・・・

人体の表面を覆い臓器などの身体の内部を保護する組織。

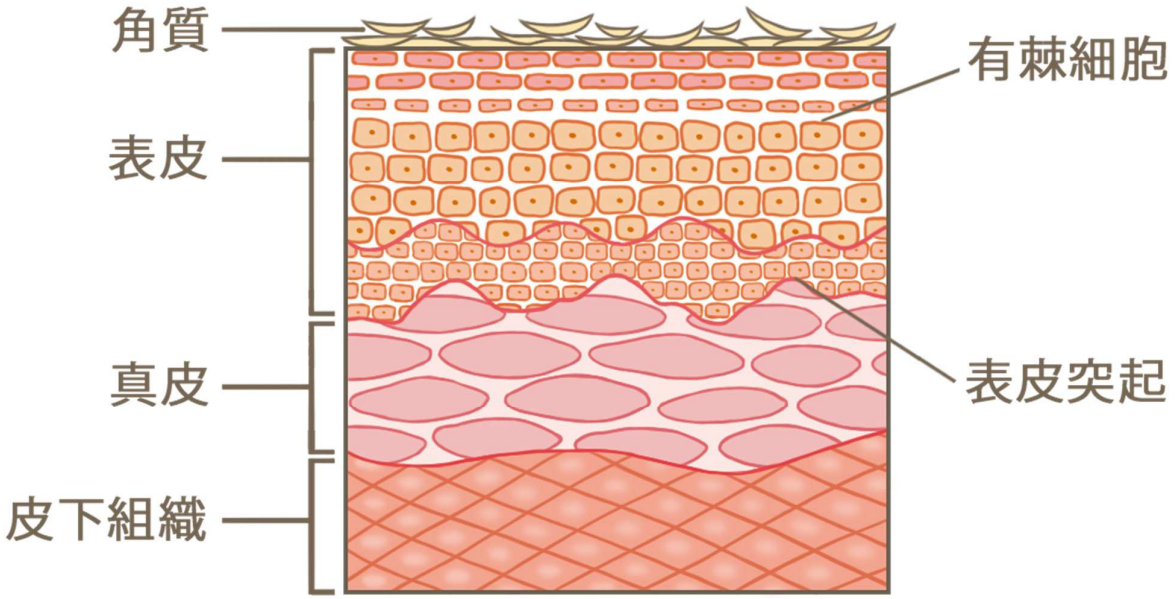
人体最大の面積、重量を有する臓器とされる。

成人男子で、約1.6㎡（畳1畳分程度）

皮膚の厚さ：平均　3mm

重さ　約3.5kg

「表皮」「真皮」「皮下組織」の3層からなる



https://img.kango-roo.com/upload/images/ki/structure-skin-elderly-thumbnail-re1.jpgより引用

【主な皮膚の機能】

◆身体の水分の喪失と透過を防ぐ。
◆発汗などによる体温調整。
◆微生物や物理的刺激などの外界からの影響から体を守る。
◆温度や痛みなどの感覚器。
◆汗として体内から水分や一部の物質の排出。
◆吸収機能（経皮吸収）。
◆皮膚に含まれるメラニンによって紫外線が皮膚深部へ到達することを防ぐ。

◆**表皮**

一般的に角質層、顆粒層、有棘層、基底層に分けられる。角質層は水分の蒸発を防ぎ、異物や紫外線などの外的環境から人体を守る役割を果たしている。

◆**真皮**

表皮の下に存在する。コラーゲンなどの支持組織の他、血管や汗腺、毛包などの付属器が存在する。乳頭層、乳頭下層、網状層の3層からなる。

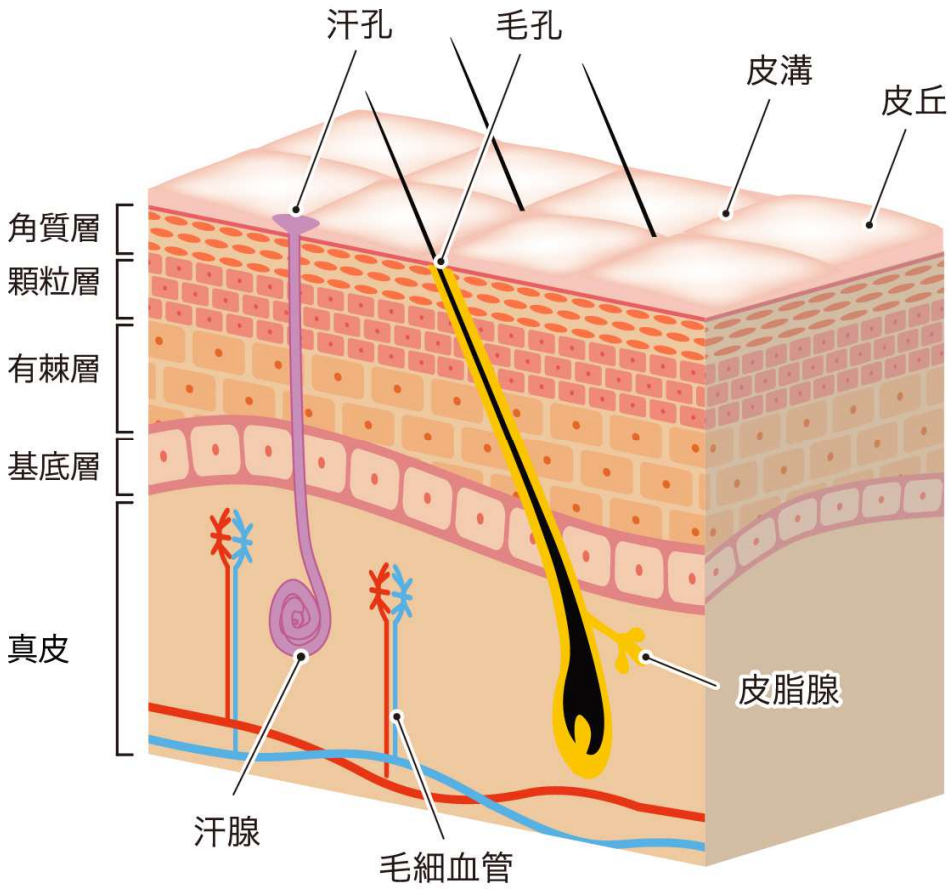
◆**皮下組織**

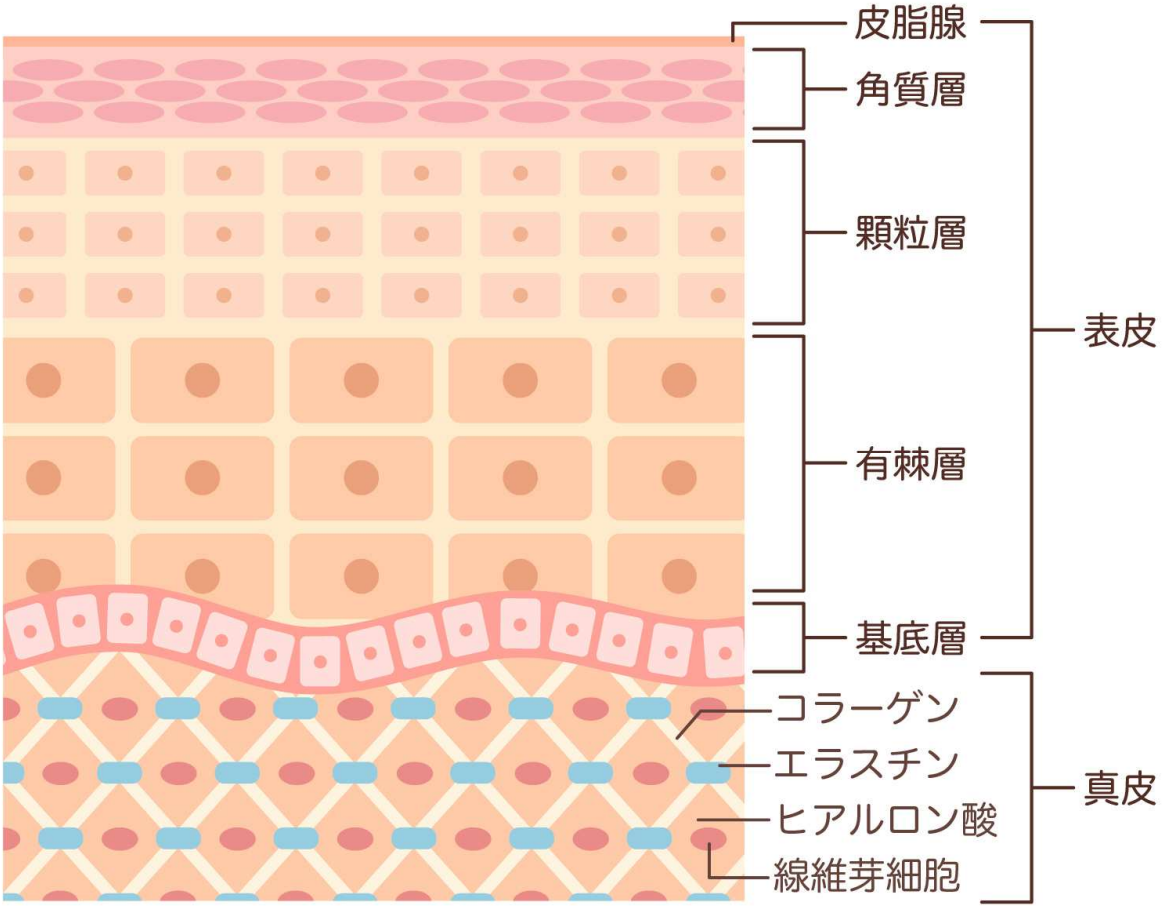
真皮と筋膜の間にある。脂肪組織が主体であり、脂肪層ともいう。外的刺激の吸収、体温調節という役割もある。

◆皮膚の表面には多数の皮溝と呼ばれる溝がある。

皮溝には深いものと浅いものがあり、深い皮溝からは毛が生え、浅い皮溝（皮丘）では汗腺の汗孔が開口する。

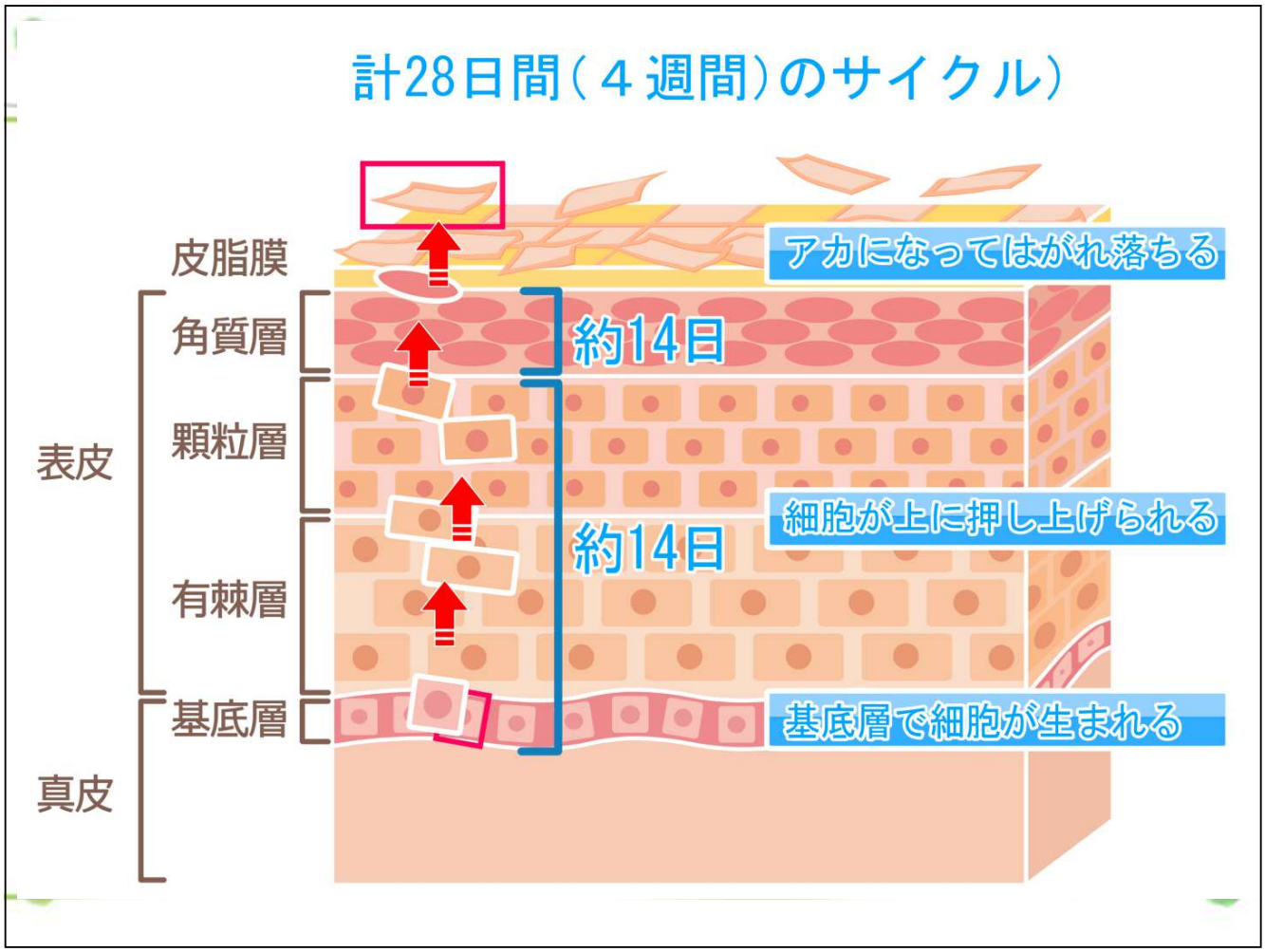
◆皮膚付属器として、汗腺、脂腺、毛包がある。





【角質層】

・肌の一番外側を覆っている
・わずか0.02mmほどの薄い膜
・紫外線や乾燥などの外的刺激から肌を守るバリア機能
・肌の水分を逃さないように、うるおいを保持する役割
・通常約28日周期で自然にはがれ落ち、新しい細胞と入れ替わっていく。



2. スキンテア（skin Tear）について

【スキンテアの定義】（日本創傷・オストミー・失禁管理学会）

「摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷（部分層損傷）」

スキン-テアと褥瘡の違い

◆スキン-テア

摩擦やずれ、軽い外力によって皮膚が裂ける急性の損傷。特に高齢者に多く見られ、皮膚の薄さや乾燥、弾力性の低下が要因。

◆褥瘡

長時間の圧迫によって血流が悪くなり、皮膚やその下の組織が壊死する慢性的な皮膚損傷。

スキンテアの具体的な例としては・・・

◆四肢がベッド柵に擦れて皮膚が裂けた（ずれ）
◆絆創膏を剥がす時に、一緒に皮膚が剥がれた（摩擦）
◆車椅子等の移動介助時にフレーム等に擦れて皮膚が裂けた（ずれ）
◆ネームバンドが擦れて皮膚が裂けた（摩擦）
◆リハビリ訓練時に身体を支持していたら皮膚が裂けた（ずれ）
◆体位変換時に身体を支持していたら皮膚が裂けた（ずれ）
◆更衣時に衣服が擦れて皮膚が裂けた（摩擦・ずれ）
◆転倒した時に皮膚が裂けた（ずれ）
◆ベッドから転落した時に皮膚が裂けた（ずれ）

出典：一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会「テアについて」）

【スキン-テアの分類】

カテゴリー1a
皮膚や皮弁が元の位置に戻せる状態であり、色の変化がないものを指す。
カテゴリー1b
同じく皮膚を戻せるものの、蒼白や薄黒い変色が見られるケース。
カテゴリー2a
皮膚や皮弁が正常な位置に戻せず、色の変化がない状態。
カテゴリー2b
戻せないうえに皮膚の変色が見られる場合を指す。
カテゴリー3
皮弁が完全に欠損している状態であり、最も重度のスキン-テアとされている。

日本語版STAR スキンテア分類システム

STAR スキンテア分類システムガイドライン

1. プロトコルに従い、出血のコントロールおよび創洗浄を行う。
2. （可能であれば）皮膚または皮弁を元の位置に戻す。
3. 組織欠損の程度および皮膚または皮弁の色をSTAR分類システムを用いて評価する。
4. 周囲皮膚の脆弱性、腫脹、変色または打撲傷について状況を評価する。
5. 個人、創傷、およびその治癒環境について、プロトコル通り評価する。
6. 皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいる場合は、24から48時間以内または最初のドレッシング交換時に再評価する。

STAR 分類システム

カテゴリー 1a
創縁を（過度に伸展させることなく）正常な解剖学的位置に戻すことができ、皮膚または皮弁の色が蒼白でない、薄黒くない、または黒ずんでいないスキンテア。

カテゴリー 1b
創縁を（過度に伸展させることなく）正常な解剖学的位置に戻すことができ、皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいるスキンテア。

カテゴリー 2a
創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができず、皮膚または皮弁の色が蒼白でない、薄黒くない、または黒ずんでいないスキンテア。

カテゴリー 2b
創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができず、皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいるスキンテア。

カテゴリー 3
皮弁が完全に欠損しているスキンテア。

Skin Tear Audit Research (STAR). Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and midwifery, Curtin University of Technology. Revised 4/2/2010.

Copyright (C) 2013 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会All rights reserved.

スキン-テアのリスクアセスメント

出典：公益社団法人 日本海員掖済会 名古屋掖済会病院「在宅・施設におけるスキン-テア」）

個体要因

全身状態

- 加齢（特に75歳以上）により皮膚が薄くなり、弾力が低下
- 長期的なステロイド薬や抗凝固薬の使用による皮膚の脆弱化
- 低活動性による筋力低下や血行不良
- 過度な日光曝露歴（屋外作業やレジャーによる影響）による皮膚のダメージ蓄積
- 抗がん剤や分子標的薬治療、放射線治療歴による皮膚の脆弱化
- 透析治療による皮膚の乾燥や脆弱化 ・低栄養状態や脱水による、皮膚の修復力の低下
- 認知機能低下による自己管理の難しさ

皮膚状態

- 乾燥や鱗屑（皮膚のカサつきやフケのような状態）
- 紫斑（皮下出血によるあざ）
- 浮腫（水分の滞留による皮膚の腫れ）
- 水疱（小さな刺激で皮膚が剥がれる）
- ティッシュペーパー様（皮膚が極端に薄く、乾燥してカサカサした状態）

外的要因

患者行動

- 痙攣や不随意運動による皮膚の摩擦や衝撃
- 不穏行動（落ち着きがない状態）により物にぶつかるリスクの増加
- ベッド柵や車椅子などの硬い物への接触

管理状況

- 体位変換や移動介助（車椅子やストレッチャー使用時）で生じる摩擦
- 入浴や清拭の際の強い刺激
- 医療用テープ剥離時の皮膚創傷（テープテア）
- 抑制具や医療用リストバンドの装着による刺激
- リハビリ中の動作による摩擦や衝撃

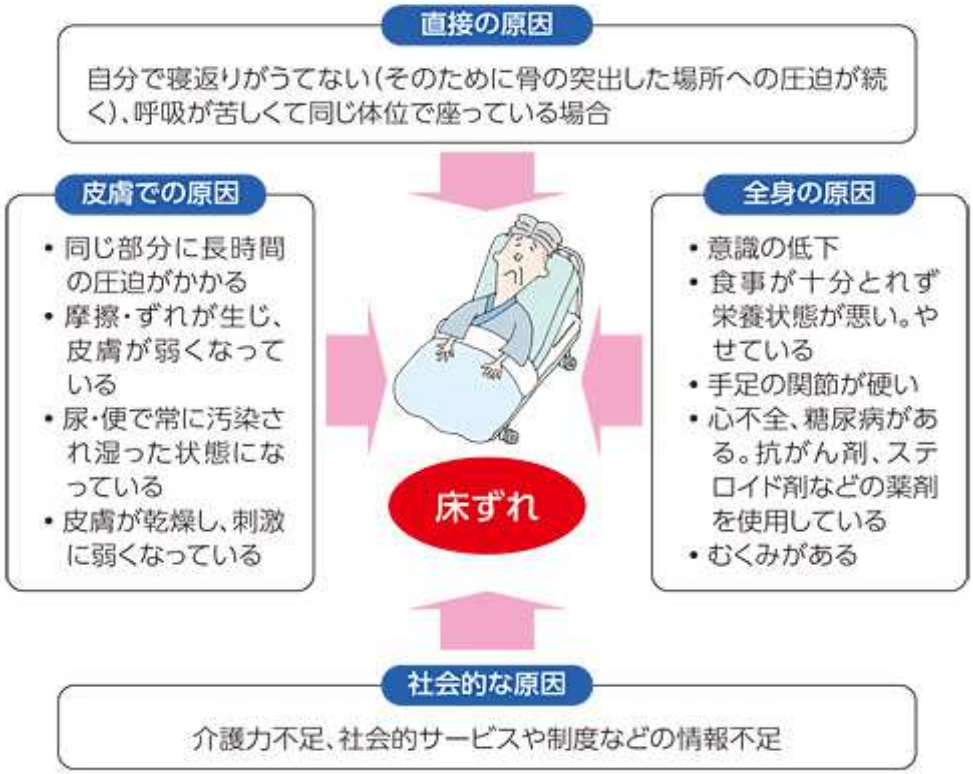
3．褥瘡について

褥瘡とは・・・

寝たきりなどによって、体重で圧迫されている場所の血流が悪くなったり滞ることで、皮膚の一部が赤い色味をおびたり、ただれたり、傷ができてしまうこと。

一般的に「床ずれ」ともいわれている。

褥瘡の原因

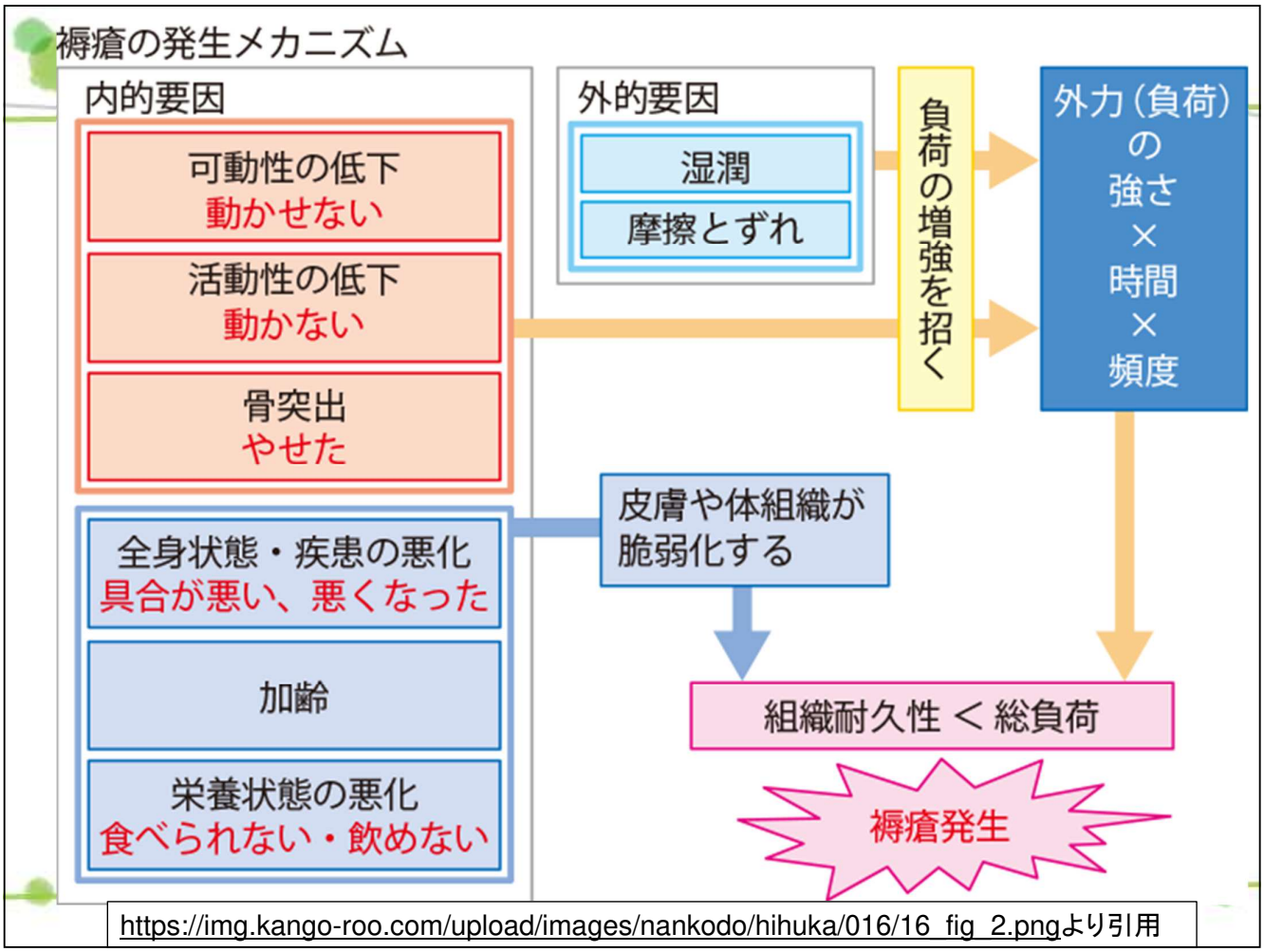


https://iwakikai.jp/wp-content/uploads/2019/07/%E8%A4%A5%E7%98%A1.jpgより引用

①褥瘡発生の危険因子として特に注意すべき疾患	● うっ血性心不全 ● 骨盤骨折 ● 脊髄損傷 ● 糖尿病 ● 脳血管疾患 ● 慢性閉塞性肺疾患
②褥瘡発生の危険因子として考慮すべき疾患	● 悪性腫瘍 ● アルツハイマー病 ● 関節リウマチ ● 骨粗鬆症 ● 深部静脈血栓症 ● パーキンソン病 ● 末梢血管疾患 ● 尿路感染症

上図：褥瘡ガイドブック　第2版（照林社、2015年）より引用

https://www.jspu.org/general/about/img/img1.pngより引用



https://img.kango-roo.com/upload/images/nankodo/hihuka/016/16_fig_2.pngより引用

ブレーデンスケール：Braden Scale

利用者名：　　評価日：　年　月　日

評価者：

知覚の認知	1.全く知覚なし	2.重度の障害あり	3.軽度の障害あり	4.障害なし	点数
圧迫による不快感に対して適切に対応できる能力	痛みに対する反応（うめく、避ける、つかむ等）なし。この反応は、意識レベルの低下や鎮静による、あるいは体のおおよそ全体にわたり、錯覚の障害がある	痛みにのみ反する。不快感を伝える時には、うめくことや身の置き違なく動くことしか出来ない。あるいは、知覚障害があり、体の1/2以上にわたり痛みや不快感の感じ方が完全ではない	呼びかけに反応する。しかし不快感や体位変換のニードを伝えることが、いつもできるとは限らない。あるいは、いくぶん知覚障害があり、四肢の1,2本において痛みや不快感の感じ方が完全ではない部位がある	呼びかけに反応する。知覚欠損はなく、痛みや不快感を訴えることができる	
湿潤	1．常に湿っている	2．たいてい湿っている	3．時々湿っている	4．めったに湿っていな	点数
皮膚が湿潤にさらされる程度	皮膚は汗や尿などのために、ほとんどいつも湿っている。患者を移動したり、体位変換するごとに湿気認められる。	皮膚は、いつもではないがしばしば湿っている。各勤務時間中に少なくとも1回は寝衣寝具を交換しなければならない	皮膚は時々湿っている。定期的な交換以外に、1日1回程度、寝衣寝具を追加して交換する必要がある	皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣寝具を交換すればよい	
活動性	1．私床	2．坐位可能	3．時々歩行可能	4．歩行可能	点数
行動の範囲	寝たきりの状態である	ほとんど、または全く歩けない。自力で体重を支えられなかったり、椅子や車椅子に座る時は、介助が必要であったりする	介助の有無にかかわらず、日中時々歩くが、非常に短い距離に限られる。各勤務時間中にほとんどの時間を床上で過ごす	起きている間は少なくとも1日2回は部屋の外を歩く。そして少なくとも2時間に1回は室内を歩く	
可動性	1．全く体動なし	2．非常に限られる	3．やや限られる	4．自由に体動する	点数
体位を変えたり整えたりできる能力	介助なしでは、体幹または四肢を少しも動かさない	時々体幹または四肢を少し動かす。しかし、しばしば自力で動かしたり、または有効な（圧迫を除去するような）体動はしない	少しの動きではあるが、しばしば自力で体幹または四肢を動かす	介助なしで頻回にかつ適切な（体位を変えるような）体動をする	
栄養状態	1．不良	2．やや不良	3．良好	4．非常に良好	点数
普段の食事摂取状況	決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿（カップ）分以下の摂取である。水分摂取が不足している。消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）の補充はない。あるいは、絶食であったり、透明な流動食（お茶、ジュース等）なら摂取したりする。または、末梢点滴を5日間以上続けている	めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿（カップ）分の摂取である。時々消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）を摂取することもある。あるいは、流動食や経管栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である	だいていは1日3回以上食事をし、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧められば通常補食する。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている	毎日おおよそ食べる。通常は、蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分以上摂取する。時々間食（おやつ）を食べる。補食する必要はない	
摩擦とずれ	1.問題あり	2.潜在的に問題あり	3.問題なし		点数
	体動のためには、中等度から最大限の介助を要する。シーツでこすれずに体を移動することは不可能である。しばしば床上や椅子の上ですり落ち、全面介助で何度も元の位置に戻すことが必要となる。痙攣、拘縮、振戦は持続的に摩擦を引き起こす	弱々しく動く、または最小限の介助が必要である。移動時、皮膚はある程度シーツや椅子、抑制帯、補助具などにこすれている可能性がある。たいがいの時間は椅子や床上で比較的よい体位を保つことができる	自力で椅子や床上を動き、移動中十分な支える筋力を備えている。いつでも、椅子や床上で要体位を保つことができる		
加点項目			2.全く危険性なし		加点
			17点以下であるが、現在の皮膚状態、日常のケア方法から考え、褥瘡の危険性が全くない。		
					TOTAL

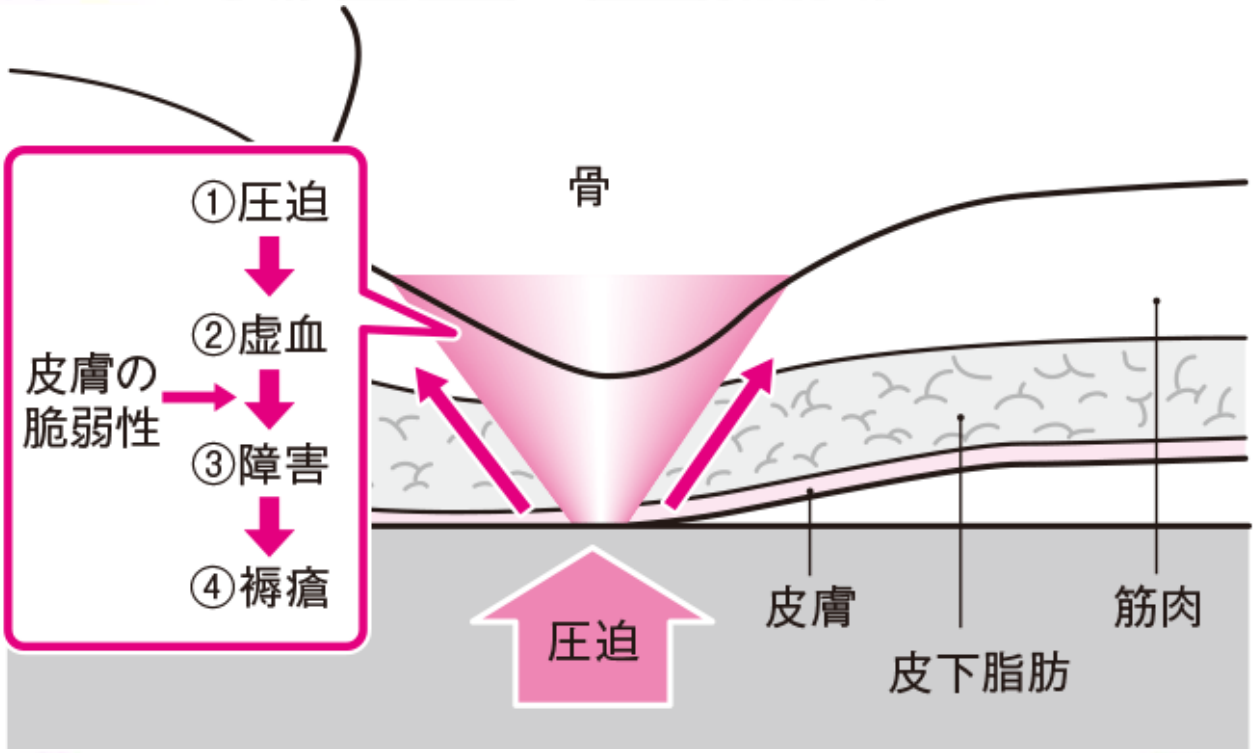
＜評価方法…ブレーデンスケール＞

褥瘡発生のリスク・ファクターをアセスメントする1つの方法として褥瘡形成危険度チェック・リスト（Braden Scale）があります。これは新規入所者、現在、利用中の住民さんに褥瘡が出来やすいかどうかを採点方式によって判断するもので、使用方法は6つのカテゴリーごとに患者の状態を評価して点数をつけるというものです。ブレーデンスケールでは点数が低いほど褥瘡の発生リスクは高くなり、**一般的に17点以下は要注意**です。

知覚の認知	1.全く知覚なし	2.重度の障害あり	3.軽度の障害あり	4.障害なし	点数
圧迫による不快感に対して適切に対応できる能力	痛みに対する反応（うめく、避ける、つかむ等）なし。この反応は、意識レベルの低下や鎮静による、あるいは体のおおよそ全体にわたり、錯覚の障害がある	痛みにのみ反する。不快感を伝える時には、うめくことや身の置き場なく動くことしか出来ない。あるいは、知覚障害があり、体の1/2以上にわたり痛みや不快感の感じ方が完全ではない	呼びかけに反応する。しかし不快感や体位変換のニードを伝えることが、いつもできるとは限らない。あるいは、いくぶん知覚障害があり、四肢の1,2本において痛みや不快感の感じ方が完全ではない部位がある	呼びかけに反応する。知覚欠損はなく、痛みや不快感を訴えることができる	
湿潤	1．常に湿っている	2．たいてい湿っている	3．時々湿っている	4．めったに湿っていな	点数
皮膚が湿潤にさらされる程度	皮膚は汗や尿などのために、ほとんどいつも湿っている。患者を移動したり、体位変換するごとに湿気認められる。	皮膚は、いつもではないがしばしば湿っている。各勤務時間中に少なくとも1回は寝衣寝具を交換しなければならない	皮膚は時々湿っている。定期的な交換以外に、1日1回程度、寝衣寝具を追加して交換する必要がある	皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣寝具を交換すればよい	
活動性	1．臥床	2．坐位可能	3．時々歩行可能	4．歩行可能	点数
行動の範囲	寝たきりの状態である	ほとんど、または全く歩けない。自力で体重を支えられなかったり、椅子や車椅子に座る時は、介助が必要であったりする	介助の有無にかかわらず、日中時々歩くが、非常に短い距離に限られる。各勤務時間中にほとんどの時間を床上で過ごす	起きている間は少なくとも1日2回は部屋の外を歩く。そして少なくとも2時間に1回は室内を歩く	

可動性	1．全く体動なし	2．非常に限られる	3．やや限られる	4．自由に体動する	点数
体位を変えたり整えたりできる能力	介助なしでは、体幹または四肢を少しも動かさない	時々体幹または四肢を少し動かす。しかし、しばしば自力で動かしたり、または有効な（圧迫を除去するような）体動はし	少しの動きではあるが、しばしば自力で体幹または四肢を動かす	介助なしで頻回にかつ適切な（体位を変えるような）体動をする	
栄養状態	1．不良	2．やや不良	3．良好	4．非常に良好	点数
普段の食事摂取状況	決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿（カップ）分以下の摂取である。水分摂取が不足している。消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）の補充はない。あるいは、絶食であったり、透明な流動食（お茶、ジュース等）なら摂取したりする。または、末梢点滴を5日間以上続けて	めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿（カップ）分の摂取である。時々消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）を摂取することもある。あるいは、流動食や経管栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である	たいていは1日3回以上食事をし、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧めれば通常補食する。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている	毎日おおよそ食べる。通常は、蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分以上摂取する。時々間食（おやつ）を食べる。補食する必要はない	
摩擦とずれ	1.問題あり	2.潜在的に問題あり	3.問題なし		点数
	体動のためには、中等度から最大限の介助を要する。シーツでこすれずに体を移動することは不可能である。しばしば床上や椅子の上でずり落ち、全面介助で何度も元の位置に戻すことが必要となる。痙攣、拘縮、振戦は持続的に摩擦を引き起こす	弱々しく動く、または最小限の介助が必要である。移動時、皮膚はある程度シーツや椅子、抑制帯、補助具などにこすれている可能性がある。たいがいの時間は椅子や床上で比較的よい体位を保つことができる	自力で椅子や床上を動き、移動中十分を支える筋力を備えている。いつでも、椅子や床上で要体位を保つことができる		
加点項目			2.全く危険性なし		加点
			17点以下であるが、現在の皮膚状態、日常のケア方法から考え、褥瘡の危険性が全くない。		

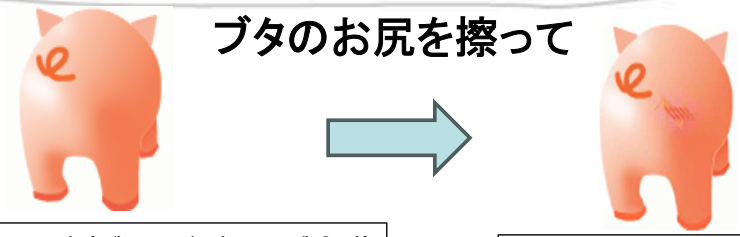
【褥瘡発生のメカニズム】



https://img.kango-roo.com/upload/images/scio/syoujyouQA/238-349/ch38_img01.pngより引用

間接的な原因 【摩擦・ズレ】

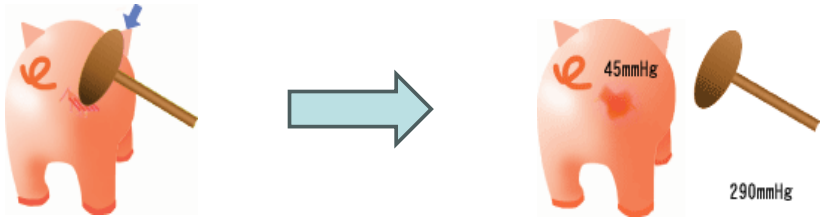
ブタのお尻を擦って



https://tokozure.info/image/yukazure/b3.gif
より引用

https://tokozure.info/image/yukazure/b2.gif
より引用

次に擦った部分を押してみると、すぐに傷ができた



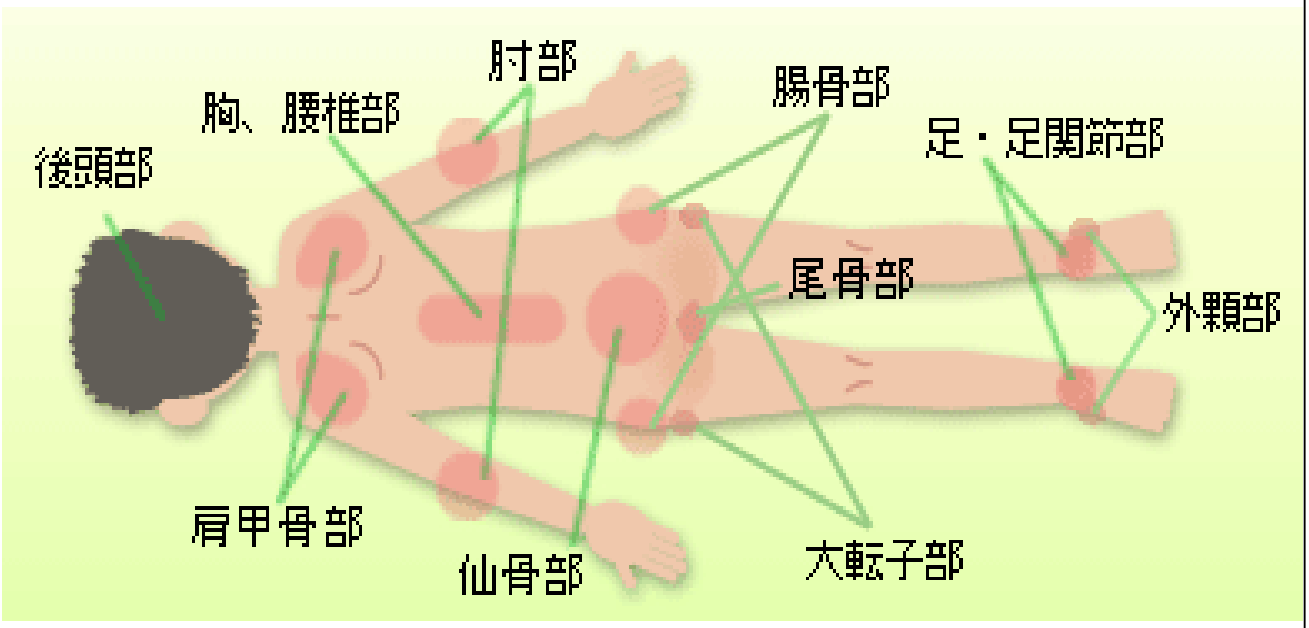
https://tokozure.info/image/yukazure/b3.gif
より引用

https://tokozure.info/image/yukazure/b4.gif
より引用

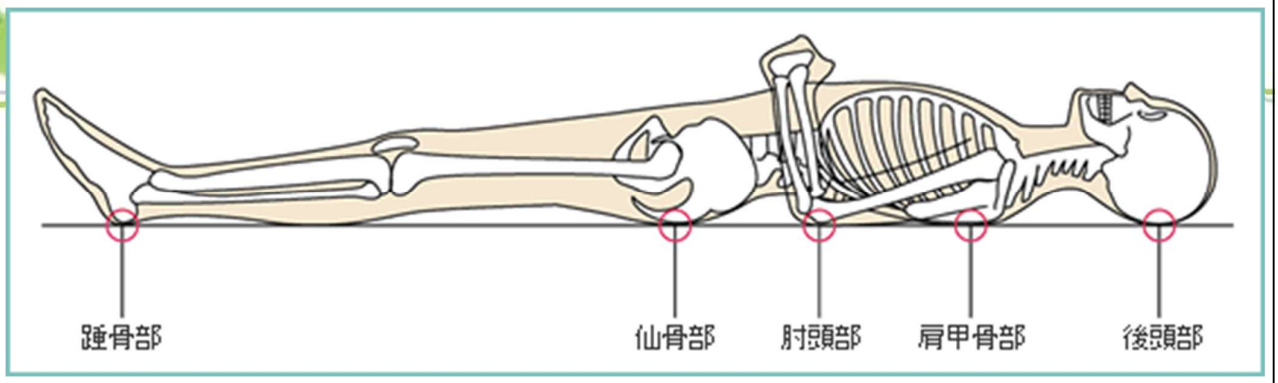
健康な皮膚なら290mmHgまで圧力を加えないと傷ができないが、擦った箇所はたった45mmHgで傷ができた。

【褥瘡の好発部位】

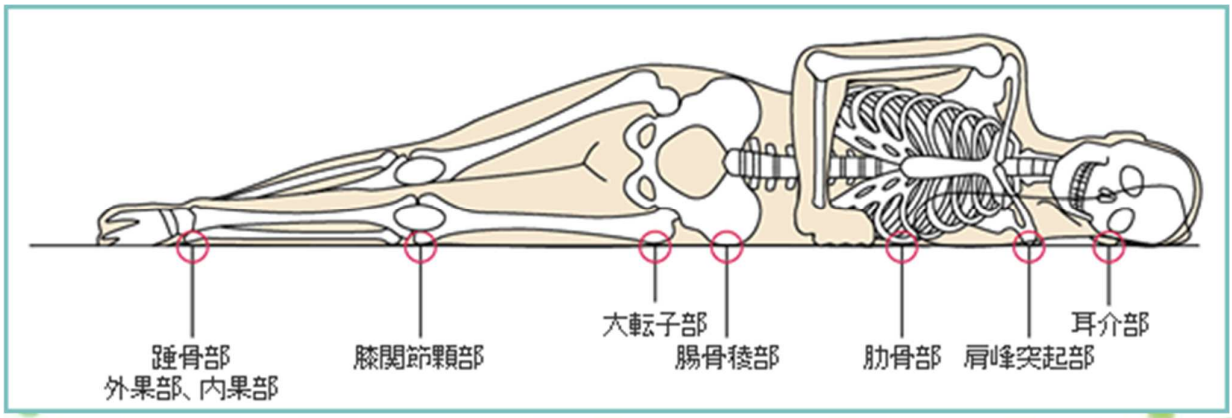
仰向きに寝た場合、床ずれになりやすい場所



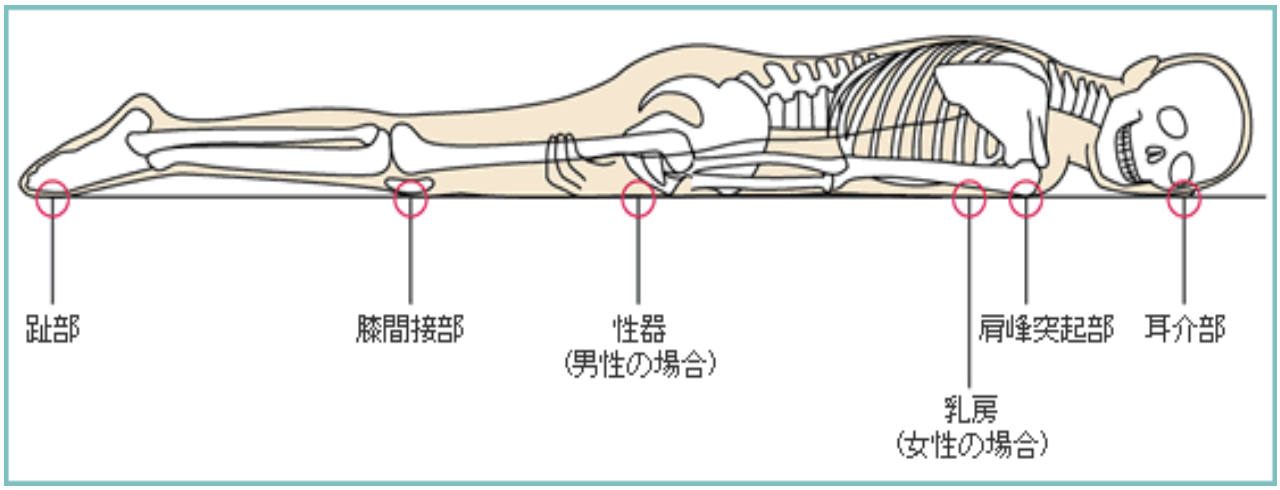
https://hirado-municipal-hospital.com/wp-content/uploads/2013/07/uid000004_20131015195225958f2e5.jpgより引用



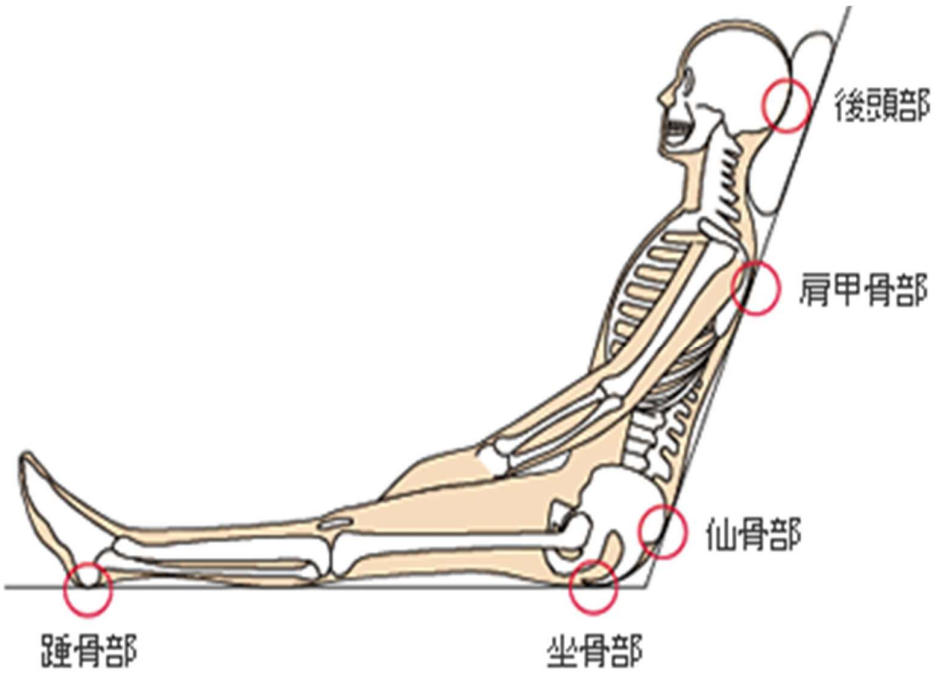
https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/outline/img/mi-1_s.gifより引用



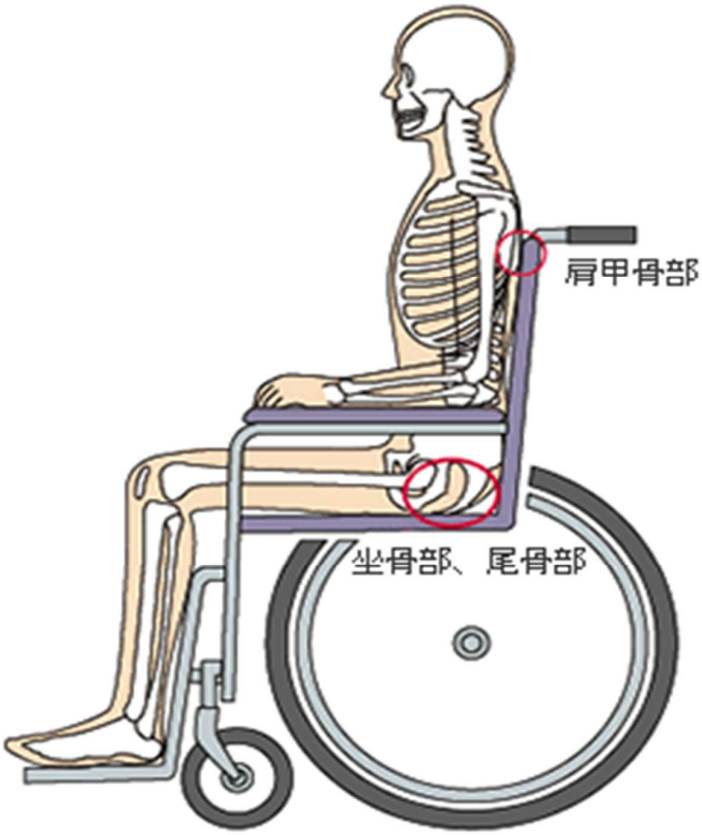
https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/outline/img/mi-2_s.gifより引用



https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/outline/img/mi-1_s.gifより引用

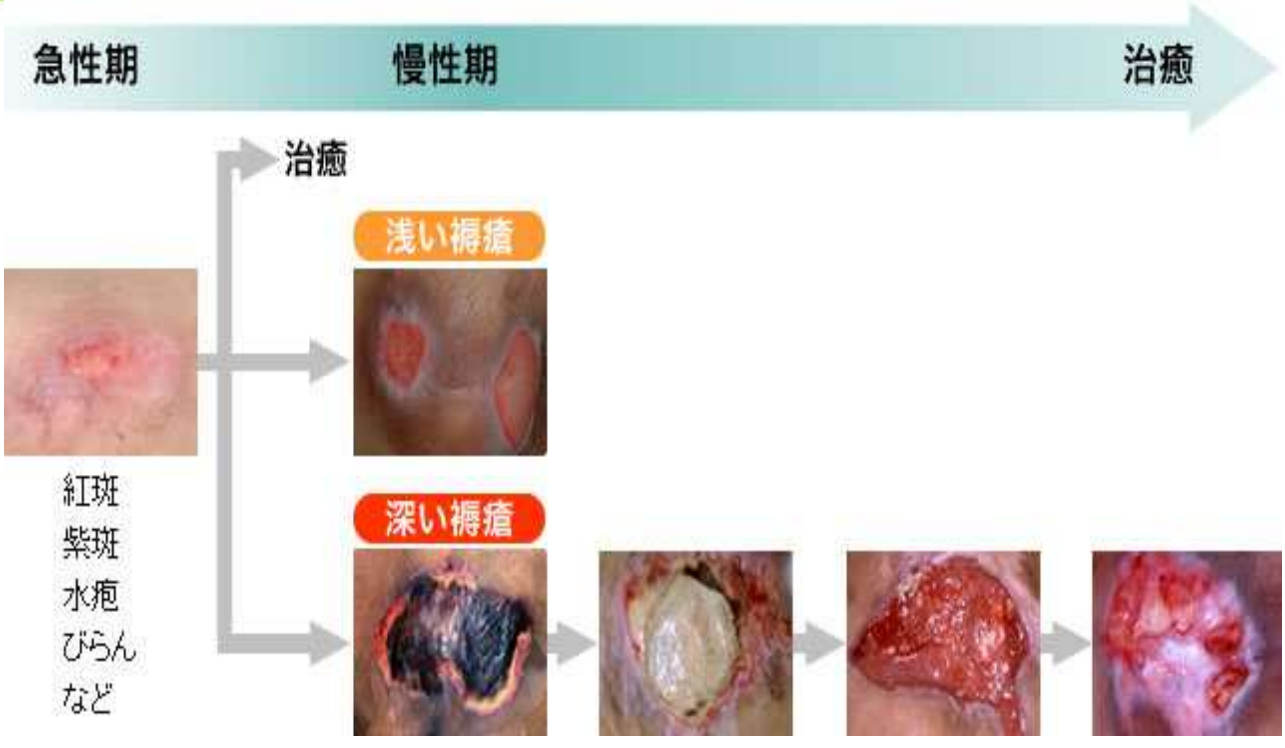


https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/outline/img/mi-4_s.gifより引用



https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/outline/img/mi-5_s.gifより引用

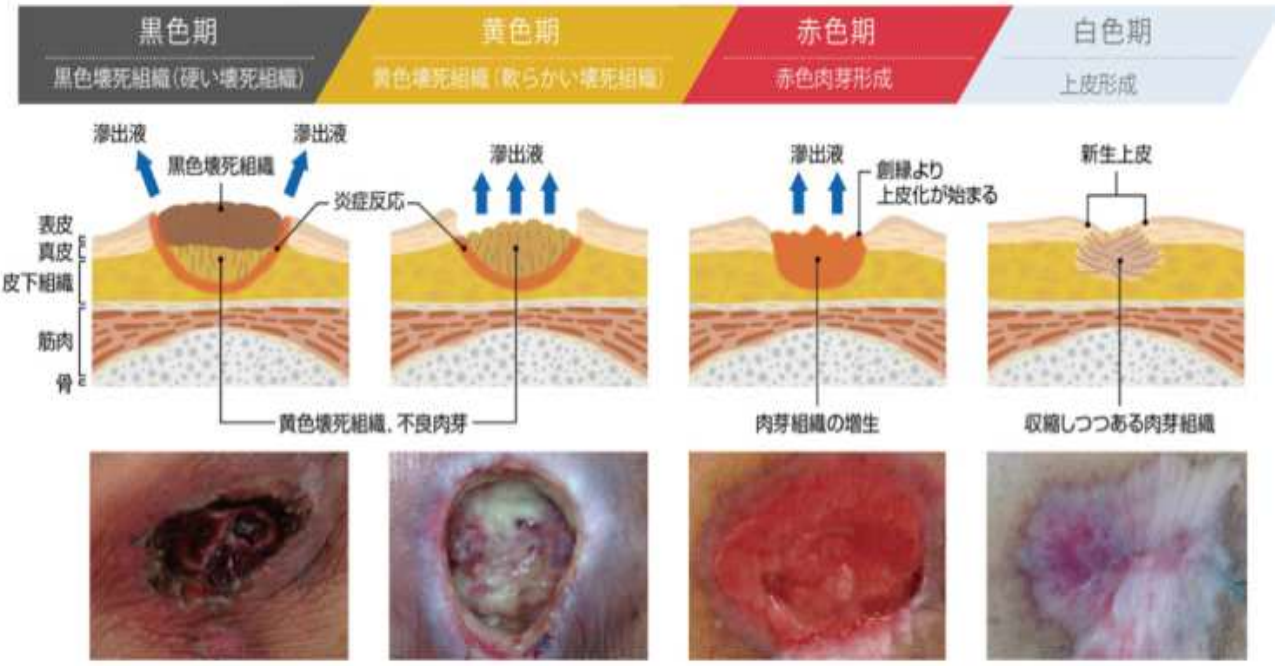
褥瘡の進行



https://hirado-municipal-hospital.com/wp-content/uploads/2013/07/uid000004_20131015200500bbe6572b.jpgより引用

床ずれの色調分類

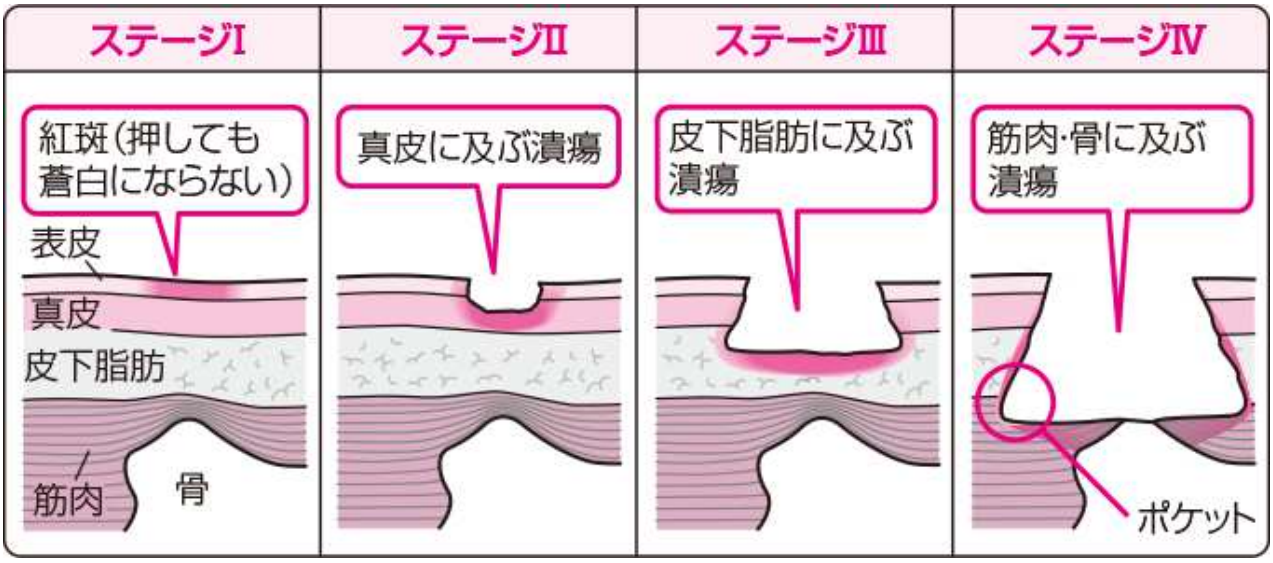
褥瘡の治癒過程を見る指標として，創の色調による分類があります。



https://media.miyukinosato.or.jp/wpmm/wp-content/uploads/2024/07/2.jpgより引用

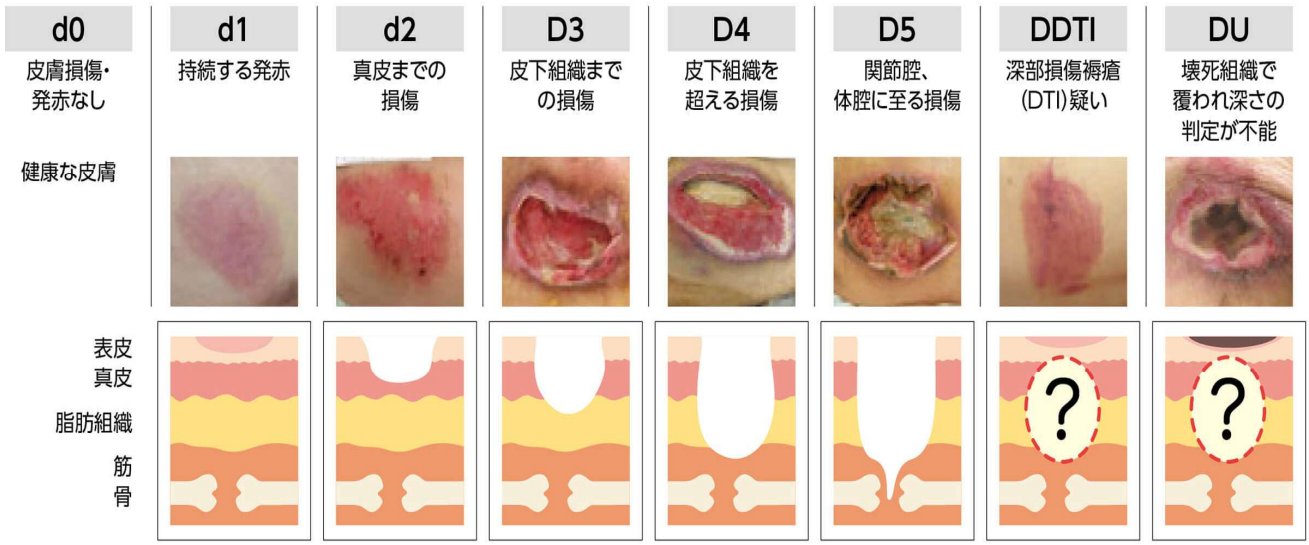
褥瘡評価スケール

NPUAPの分類



https://img.kango-roo.com/upload/images/scio/syoujyouQA/kaitei/syo38_02.pngより引用

DESIN-R2020



https://www.eiyounet.nestlehealthscience.jp/sites/default/files/2024-06/design-r_02.jpgより引用

DESIN-R®2020　褥瘡経過評価用

カルテ番号（　　）
患者氏名　（　　）

						月日	／	／	／	／	／	／
Depth[*1] 深さ　創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する												
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷							
				4	皮下組織を超える損傷							
	1	持続する発赤		5	関節腔、体腔に至る損傷							
				DTI	深部損傷褥瘡（DTI）疑い[*2]							
	2	真皮までの損傷		U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能							
Exudate 滲出液												
e	0	なし	E	6	多量：１日２回以上のドレッシング交換を要する							
	1	少量：毎日のドレッシング交換を要しない										
	3	中等量：１日１回のドレッシング交換を要する										
Size 大きさ　皮膚損傷範囲を測定：[長径（cm）×短径[*3]（cm）][*4]												
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上							
	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										
Inflammation/Infection 炎症/感染												
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3C[*5]	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）							
	1	局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛）		3[*5]	局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など）							
				9	全身的影響あり（発熱など）							
Granulation 肉芽組織												
g	0	創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑いの場合	G	4	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める							
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が創面の10%未満を占める							
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない							
Necrotic tissue 壊死組織　混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する												
n	0	壊死組織なし	N	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							
Pocket ポケット　毎回同じ体位で、ポケット全周（潰瘍面も含め）[長径（cm）×短径[*3]（cm）]から潰瘍の大きさを差し引いたもの												
p	0	ポケットなし	P	6	４未満							
				9	４以上16未満							
				12	16以上36未満							
				24	36以上							
部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他（　　）]						合計[*1]						

＊1　深さ（Depth：d/D）の点数は合計には加えない
＊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　"短径"とは"長径と直交する最大径"である
＊4　持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する
＊5　「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

©日本褥瘡学会
http://jspu.org/jpn/info/pdf/design-r2020.pdf

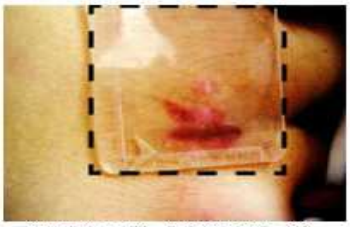
発赤が褥瘡かどうか見分ける方法

指押し法

示指で3秒圧迫

示指を離して変化を観察

ガラス板圧診法



透明プラスチック板で3秒圧迫

消褪しない紅斑（発赤）であり、褥瘡と判断できる。

https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/prevent/img/mp-17_20.jpgより引用

4. スキンテア、褥瘡の予防のためのケア方法

スキンテア、褥瘡　ともに**予防することが重要！**

予防のためには、リスクを減らすこと

※スキンテア、褥瘡予防に共通したものが多い

まずは、スキンテア・褥瘡の

リスクアセスメントを行うことがケアの第一歩

①リスクの予測

◆スキンテア、褥瘡のリスクアセスメントを行う。

◆基礎疾患の確認

【特に注意を要する疾患】

糖尿病、うっ血性心不全、脊椎損傷、脳血管疾患

【危険因子として考慮すべき疾患】

悪性腫瘍、アルツハイマー病、関節リウマチ、骨粗鬆症
深部静脈血栓症、パーキンソン病、末梢血管疾患
尿路感染症

※全身状態の悪化を伴う場合は、いかなる疾患においても対策が必要

◆スキンテア、褥瘡の既往の有無

②スキンケア

◆基本的なケア

皮膚を健康な状態に保ち、バリア機能を維持する。
全身の皮膚状態の観察。（早期発見）
マッサージは行わない。

【入浴時の注意点】

・弱酸性の皮膚洗浄剤を良く泡だてて、強くこすらない。
・洗浄剤が皮膚に残らないよう、十分に洗い流す。
・タオルで押さえるようにして、水分をよく拭き取る。
・洗浄後、なるべく早めに保湿剤を塗布する。
・お湯の温度は36～40℃。

【おむつ、尿取りパット使用時のケア】

陰部、臀部の清潔保持

失禁がある場合は、1日1回は弱酸性の洗浄剤を使用し陰部洗浄後、保湿クリーム、皮膚の保護剤を塗布。

チェックポイント

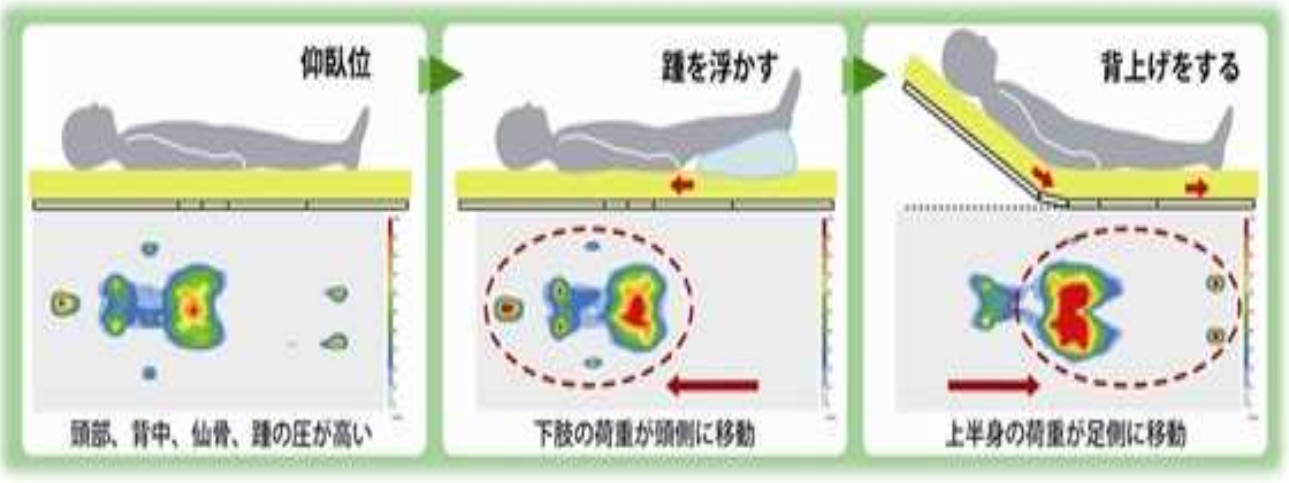
〈おむつの使用方法〉
- ・不要な重ねつけはしていませんか？
- ・不適切な給水量のパットを使用していませんか？
- ・交換の頻度、回数は適切ですか？

〈皮膚の湿潤〉
- ・室温、湿度は適切に調節できていますか？
- ・衣服の不必要な重ね着はしていないですか？
- ・布団のかけすぎ、電気毛布の温度設定は適切ですか？

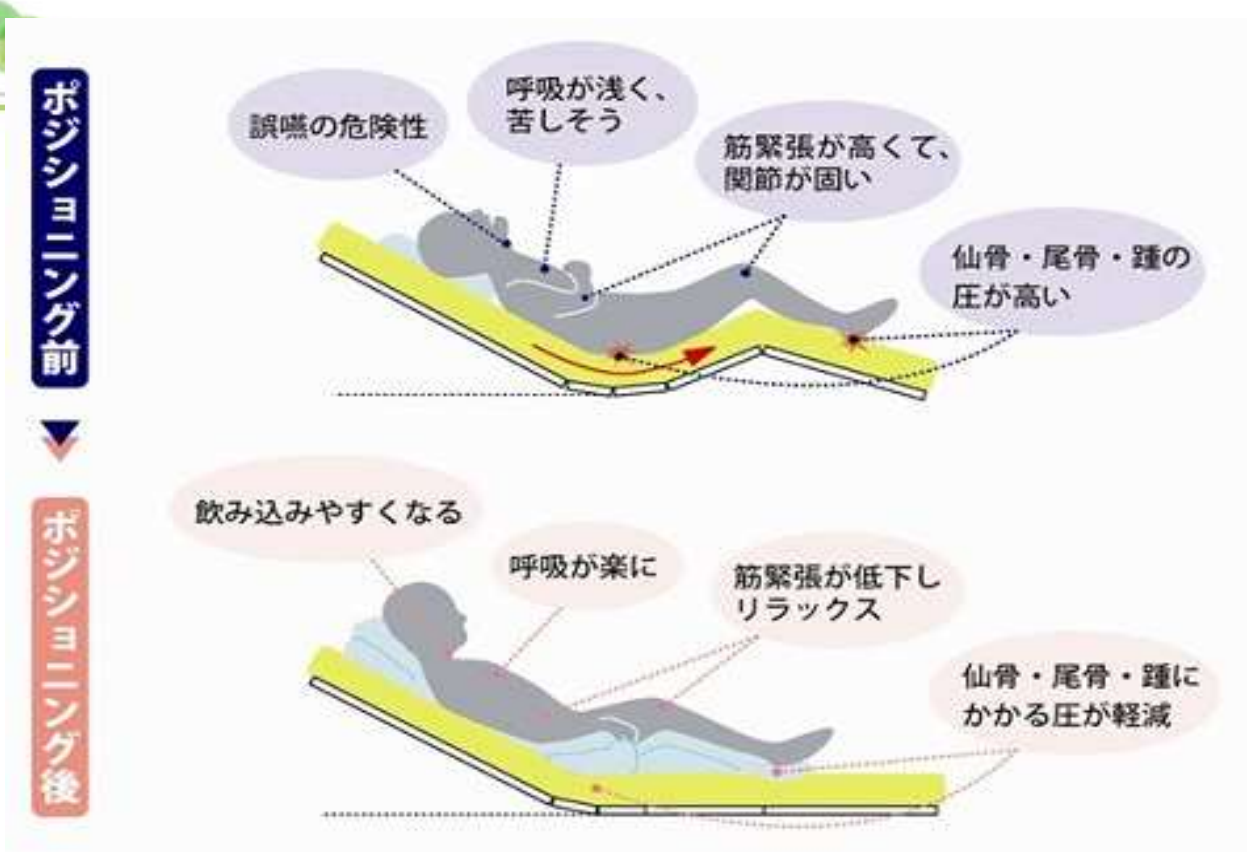
③体圧分散、摩擦・ずれの予防

- ・基本的に、体位変換は2時間以内毎に行う。
- ・ポジショニング：30度・90度側臥位を組み合わせる。
  円座は使用しない。
  点ではなく、面で支える。
- ・体圧分散マットレスの選択。
  エアーマットレス、ウレタンフォームマットレスなど、
  エアーマットレスは、圧切換型、低圧静止型、自動体交機能付など、状態にあったものを選定する。
  マットレスの使用状況、劣化に注意する。

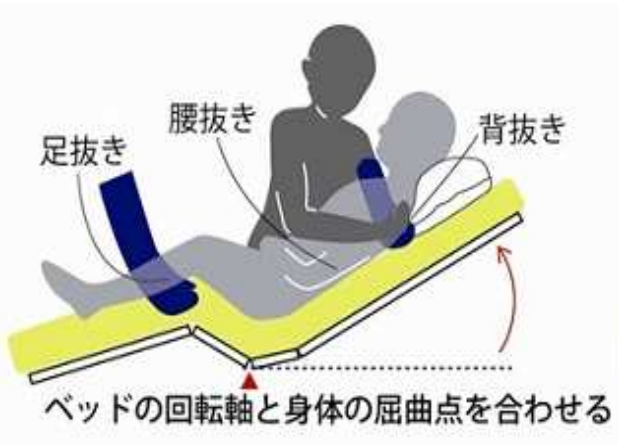
・移乗、移動、体位変換の際には、皮膚を強く引っ張ったり、つかまないようにする。
　上肢、下肢を支える時には、下から支えるなど。
・移乗、体の位置を動かす時の摩擦、ズレは最小限にする。
　スライディングボード、スライディングシート、リフトなどの活用。
・移乗、排泄介助、おむつ交換、体位変換等利用者の体の位置を動かした後には、衣服やシーツのしわを伸ばす。
・ギャッジアップをする際は、原則30度か90度とする。
　それ以外の角度とする場合は、できる限り短時間とする。
・車椅子で過ごす場合、30分毎程度で座り直しをする。
　体格にあった車いす用クッションの選定。
　股関節90度、膝関節90度、足関節90度を基本とする。



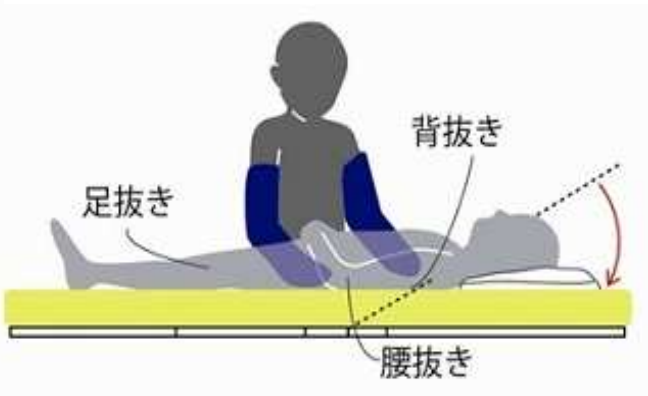
https://www.hiranogh.com/hirano/medical_department/News/images/rihabili-news-201602-03.jpg
より引用



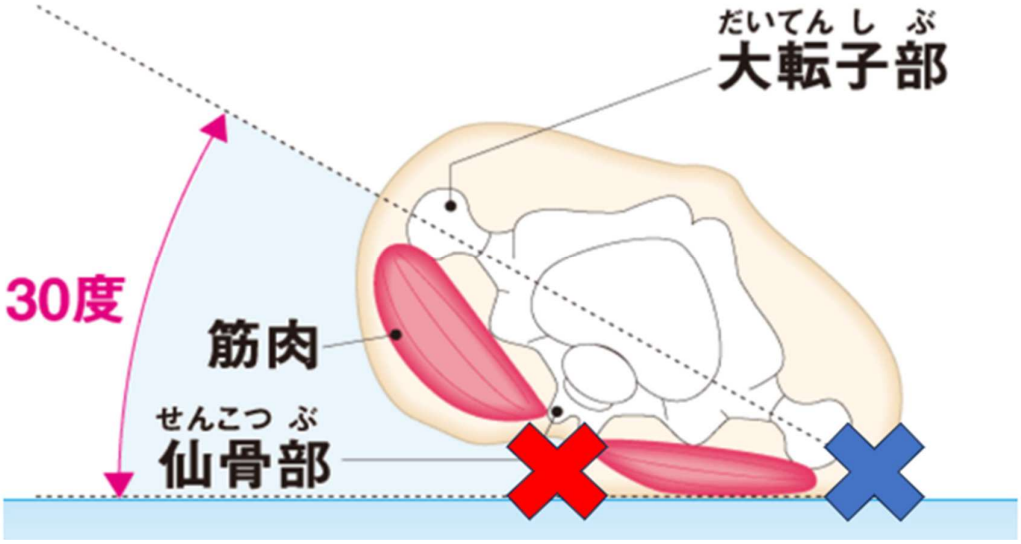
https://www.hiranogh.com/hirano/medical_department/News/images/rihabili-news-201602-02.jpgより引用



https://www.hiranogh.com/hirano/medical_department/News/images/rihabili-news-201602-10.jpgより引用

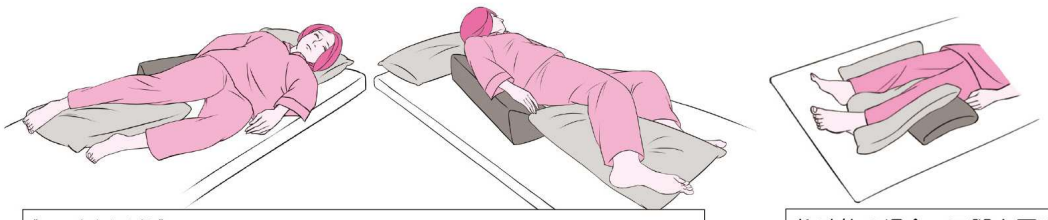


https://www.hiranogh.com/hirano/medical_department/News/images/rihabili-news-201602-11.jpgより引用



突出している骨(仰向け寝では仙骨(赤×)、
横向き寝で大転子(青×)や腸骨)が、
３０度側臥位ではいずれも圧迫されにくい

https://hifuka-senmoni-s.com/wp-content/uploads/2024/01/image-5.pngより引用



《30度側臥位》
・厚みのあるクッションを使用し，胸部が圧迫されないようにする．
・腕の位置にも注意を払い，安定するよう位置させる．
・最後に踵が浮いていることを確認することも重要である．

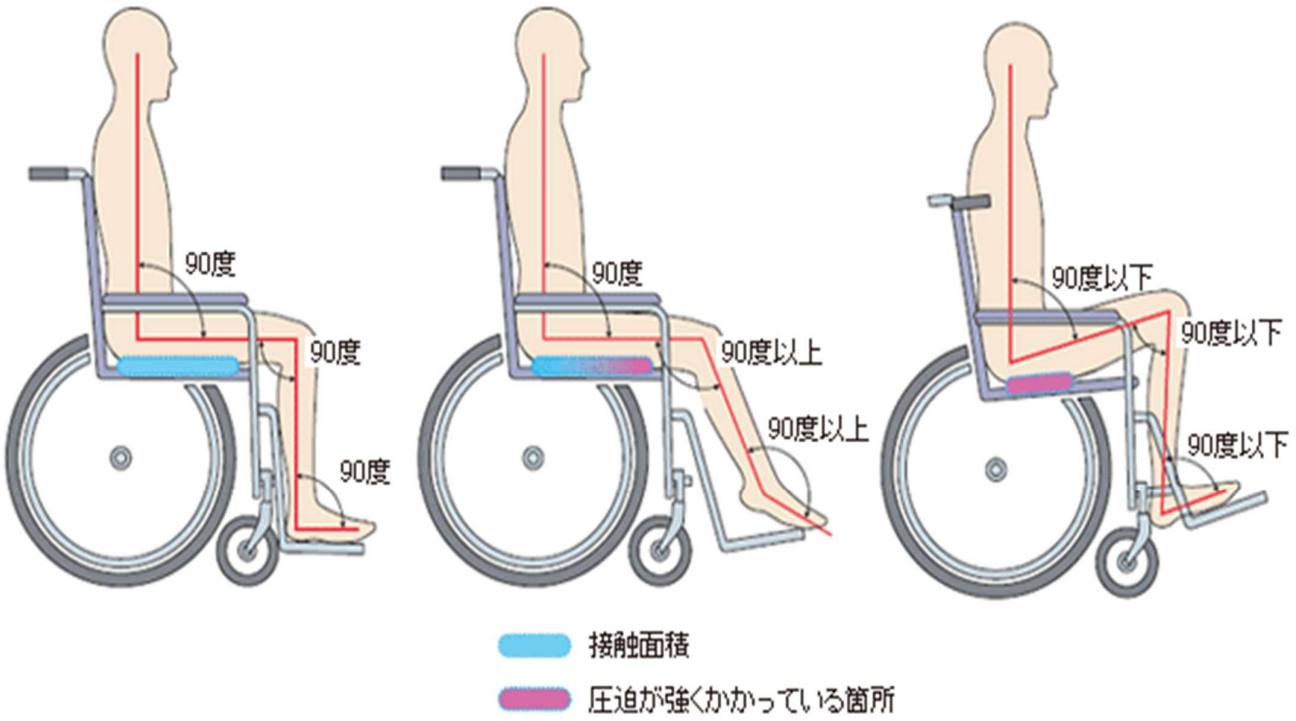
仰臥位の場合，下腿を厚みのあるクッションで支え踵の除圧を図る．

《90度ルール》
・大腿後面の接触面積が最大となり，除圧・体圧分散効果が最大となる．
・股関節・膝関節・足関節を90度に保持することを基本とする．
・体動可能な場合15分ごと，できない場合1時間ごとに除圧（プッシュup・30秒～）する．

図 19．体圧分散ケア

（中マキ子，柳井幸恵編．これで案心！症状・状況別ポジショニングガイド．東京，中山書店．2012，25-26[7]より引用）

https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2021/01/3b05425d88c89ad70754efc2c6b7deb8-1200x820.jpgより引用



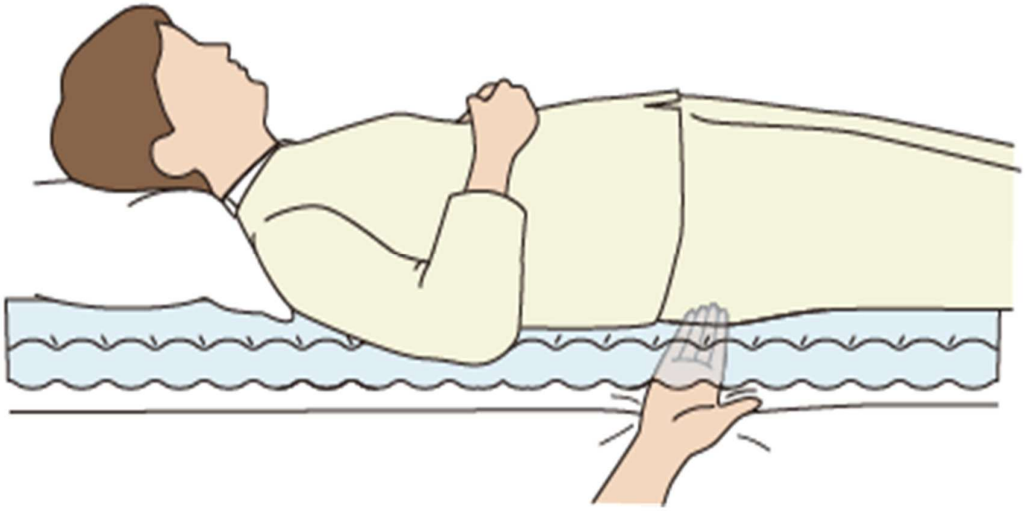
https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/prevent/img/mi-7_9_s.gifより引用

参考

監修 / 北出 貴則

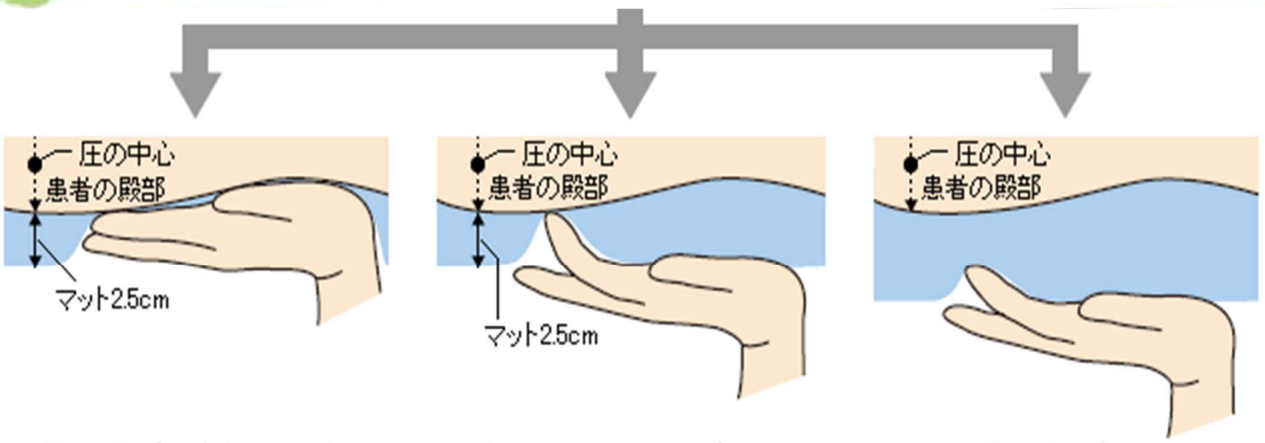
アイ・ソネックス株式会社

参考 【エアマットの圧の確認方法】



手のひらを上にし、指をまっすぐにして、マットの下に差し込む
(圧迫されやすい部位の真下に入れること)

示指か中指を曲げてみる



指を曲げる余裕がなく、すぐに骨の部分に触れる。	指を約2.5cm曲げると骨の部分に触れる。	指を曲げても骨の部分に触れない。
底突きの状態。マットレスの内圧を高くする、またはマットレスを交換する。	適切な内圧のマットレス。	マットレスの内圧が高すぎる状態。内圧を低くする。

出典:マルホ医療関係者向けサイト　褥瘡予防ケアより
https://www.maruho.co.jp/medical/jokusoujiten_fm/prevent/prevent4/page4.html

④栄養管理

・血清アルブミン値、体重減少、食事摂取量を確認。
・食べられる食事内容、食事形態の調整を行う。
　食事摂取量低下があれば、栄養補助食品を考慮。
・口腔ケア、入れ歯の調整。

⑤リハビリテーション

・関節拘縮の予防、良肢位の保持。
　リハビリ専門職に、介護職員がケアの中で行えることを確認できると良い。

⑥その他

・ベッド柵、家具など、車椅子のフットレスト等、接触する可能性のある部分を保護をする。
・夏でも長袖、長ズボンの衣服を着用する。
　アームカバー、レッグウォーマー等を活用。
・テープを剥がす時は、ゆっくりと行う。
　皮膚が弱い場合には・・・
　テープの剥離剤、テープを貼る前に皮膚の保護剤を使用。

参考 【保湿剤の種類と選び方】

◆**ヘパリン類似物質（ヒルドイドなど）**
・皮膚に**水分を補給**し、肌本来のバリア機能をサポート。血行促進・抗炎症・保湿作用。アトピーや乾燥肌など幅広く使用。
◆**ワセリン（プロペト、白色ワセリン、サンホワイトなど）**
・肌にふたをすることで水分の蒸発を防ぎ、外部刺激から守る。
・4黄色ワセリン → 白色ワセリン → プロペト → サンホワイトと右にいくほど精製度が高く、刺激が少ない。
◆**尿素製剤（ウレパール、パスタロンなど）**
・水分保持と角質をやわらかくする作用がある。
・特に手足のごわごわ肌やかかと・ひじなどの厚い皮膚、毛孔性苔癬（二の腕や太ももものブツブツ）に効果的。
・刺激を感じやすいこともあるため、顔や敏感な部位には不向きなこともある。
◆**セラミド（市販のスキンケア製品に含まれる）**
・皮膚のバリア機能を担う重要な成分で、加齢や乾燥で減少。
・補うことで肌のうるおいを保ちやすくなる。
・敏感肌や乾燥肌の方に推奨される保湿ケア。

【保湿剤の種類（形態）】

◆**軟膏**：保湿力が高く、刺激が少ない。
◆**クリーム**：適度なうるおいで使いやすい。
◆**ローション**：さらっとした使い心地。広範囲に塗りやすい。
◆**泡/スプレー**：べたつかず、子どもにも使いやすい。

※油分が少なくなるほど、さっぱりした使用感になる。

※毎日続けられることが大切なので、安価なものや、保険適用があるものを選ぶ。

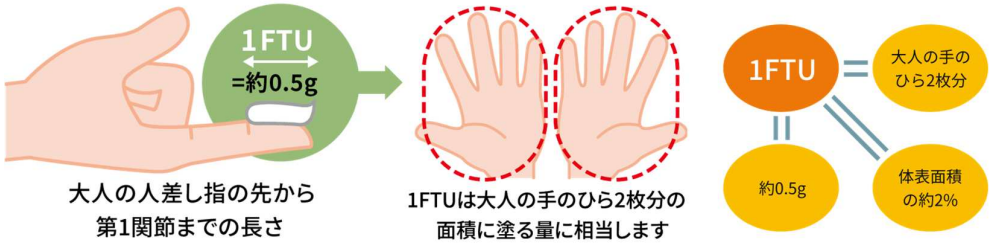
※背中など広い部位にはローションや泡状製剤が塗りやすく、乾燥の強い四肢は油性クリームや軟膏が適している。

〈塗るタイミング〉

・活動しはじめる朝と就寝前の1日2回がベスト。
・清拭後や入浴後には必ず塗布。

〈塗布方法〉

・保湿剤を手のひらに取り、温めてから軽く押さえるようにして塗布する。（すりこまないように！）
・大人の人差し指の先から第１関節に薬をのせた量（約0.5ｇ＝１FTUと呼ぶ）を大人の手のひら２枚分の面積に塗るのが基本。



https://www.shionogi-hc.co.jp/content/dam/shc/jp/hihushiruwakaru/assets/images/skintrouble/41/figure03.pngより引用

5. まとめ

スキンテア、褥瘡　ともに**予防することが重要！**

まずは、スキンテア・褥瘡の
リスクアセスメントを行うことがケアの第一歩

**ひとつひとつのケアを丁寧に、
確実に行うことにより予防が可能**

【参考・引用文献】

看護roo！HP：https://www.kango-roo.com/word/9548

MSDマニュアル家庭版：https://www.msdmanuals.com/ja-jp/home/17-

一般社団法人日本褥瘡学会HP：https://www.jspu.org/general/about/

「WOCナースの知恵袋」　総監修：溝上祐子　編著：小林智美、黒木さつき
発行所：株式会社照林社　2024年7月24日第１版第6刷発行

介護職のための医療知識講座

1回　令和6年11月13日「高齢者の特徴・バイタルサイン」
2回　令和6年12月18日「心不全」
3回　令和7年　1月21日「浮腫について」
4回　令和7年　2月18日「脳血管疾患（前編）」
5回　令和7年　3月12日「脳血管疾患（後編）」
6回　令和7年　4月21日「精神疾患」
7回　令和7年　5月21日「薬について」
8回　令和7年　6月25日「緊急時対応（前編）」
9回　令和7年　7月23日「緊急時対応（後編）」
10回 令和7年　8月27日「呼吸器疾患」
11回 令和7年　9月17日「心疾患（狭心症・心筋梗塞・不整脈）」
12回 令和7年10月27日「スキンテア・褥瘡について」

今後の予定

次回、13回目は・・・

令和7年12月15日　19時～

「誤嚥性肺炎」

1月21日　「点滴・膀胱留置カテーテル」
2月18日　「介護現場における医行為ではない行為に関するガイドライン」解説（前編）
3月18日　「介護現場における医行為ではない行為に関するガイドライン」解説（後編）
4月　　「終末期ケア」

ご清聴ありがとうございました