

### 学会等シンポジウム

- [1] 飯塚悦功ら, BOK の構造と合意形成プロセス, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会.(シンポジウム)
- [2] 水流 聰子, 飯塚 悅功, 棟近 雅彦, 新海 哲, 青儀 健二郎, 吉岡 慎一, 蒲生 真紀夫, 吉井 慎一, 名取 良弘, 矢野 真, PCAPS を用いたがん診療プロセスの質評価指標開発研究, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会. (ワークショップ)
- [3] 水流 聰子ら, 組織的質マネジメントのためのモデル開発, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012. (ワークショップ)

### 学会発表

- [1] 矢野真, 山下素弘, 水流聰子, 飯塚悦功, 肺がん診療プロセスの質評価システムの開発, 第 29 回日本呼吸器外科学会, 2012.
- [2] 岡元大輔, 加藤省吾, 下野僚子, 水流聰子, 飯塚悦功, 医療プロセスにおけるトラブル未然防止のための知識の構造化, 日本品質管理学会 第 98 回研究発表会, 2012.
- [3] 伊藤怜史, 水流聰子, 下野僚子, 加藤省吾, 飯塚悦功, 病院業務における管理指標の設計方法, 日本品質管理学会 第 98 回研究発表会, 2012.
- [4] 松岡賢, 黒田幸清, 加藤省吾, 水流聰子, 飯塚悦功, 標準的な診療指針に基づく診療プロセス改善手法の開発, 日本品質管理学会 第 98 回研究発表会, 2012.
- [5] 谷中瞳, 水流聰子, 飯塚悦功, 下野僚子, 加藤省吾, がん診療プロセスの質評価指標の設計と計測方法の開発, 日本品質管理学会 第 98 回研究発表会, 2012.
- [6] 阿部徹, 水流聰子, 下野僚子, 加藤省吾, 飯塚悦功, 患者状態適応型介入の視点を加えた医療業務への投下リソースの分析, 日本品質管理学会 第 98 回研究発表会, 2012.
- [7] 進藤晃, 井手睦, 黒木洋美, 水流聰子, 加藤省吾, PCAPS を用いたリハビリテーションの構造的可視化 (1) : 麻痺と嚥下の臨床プロセス , , 2012.
- [8] 井手睦, 進藤晃, 黒木洋美, 水流聰子, 加藤省吾, PCAPS を用いたリハビリテーションの構造的可視化(II):脳血管障害急性期での嚥下リハを可視化する試み, , 2012.
- [9] 水野良美, 渡邊恵里子, 名取良弘, 水流聰子, 慢性硬膜下血腫 PCAPS 開発及び看護ナビコンテンツの作成, 日本脳神経外科学会, 2012.
- [10] 吉岡慎一, 棟近雅彦, 水流聰子, 飯塚悦功, 大腸癌診療における, 質評価構造もでると指標開発, 第 14 回日本医療マネジメント学会学術総会, 2012.
- [11] 藤原優子, 貞岡俊一, 岩尾亜希子, 藤原喜美子, 下野僚子, 水流聰子, 棟近雅彦, 飯塚悦功, 落合和徳, ワーキンググループ主導による安全な中心静脈カテーテル挿入のための中心静脈カテーテル物流管理, 第 50 回日本医療・病院管理学会学術総会, 2012.

- [12] 下野僚子, 水流聰子, 黒田徹, 落合和徳, 浅野晃司, 藤原優子, 吉田和彦, 児島章, 飯塚悦功, 標準モジュールの特定に基づく手術プロセスの可視化, 第 50 回日本医療・病院管理学会学術総会, 2012.
- [13] 水流聰子, 下野僚子, 黒田徹, 吉田和彦, 児島章, 落合和徳, 浅野晃司, 藤原優子, 飯塚悦功, 手術標準業務モジュールの活用によるプロセス評価改善のための方法論, 第 50 回日本医療・病院管理学会学術総会, 2012.
- [14] 山崎潤子, 水流聰子, 佐野けさ美, 松木満里子, 棚橋さつき, 山路聰子, 川村佐和子, 看護実践用語標準マスター(行為編:在宅)による訪問看護知識の構造化, 日本在宅看護学会, 2016.
- [15] 成松 慧, 井手 洋陽, 浦田 吉広, 藤本 さとみ, 緒方 博美, 伊藤 勲, 名取 良弘, 水流 聰子, 手術室における患者介入プロセスの標準化への試み, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [16] 加藤 省吾, 福村 文雄, 林 真由美, 佐野 美和子, 水流 聰子, 飯塚 悅功 1, リスク構造モデルと生存時間解析に基づく転倒・転落アセスメントシステムの構築, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [17] 藤原 優子, 岩尾 亜希子, 尾 寧, 貞岡 俊一, 海渡 健, 下野 僚子, 水流 聰子, 棟近 雅彦, 飯塚 悅功, 落合 和徳, 安全な中心静脈カテーテル挿入一チェックリストの運用ー, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [18] 加藤 省吾, 中島 栄子, 鹿子嶋 浩子, 宮脇 一紀, 井手 瞳, 黒木 洋美, 進藤 晃, 水流 聰子, 飯塚 悅功 1, 嘸下リハビリテーションにおける言語聴覚士の標準的介入プロセスの設計, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [19] 大森 美保, 水流 聰子, 道脇 幸博, 小川 紀子, 山崎 潤子, 柏木 とき江, 「栄養・食事」に関する治療・ケアの可視化・構造化・標準化に向けて, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [20] 原 桂, 萩尾 陽子, 黒田 徹, 児島 章, 吉田 和彦, 落合 和徳, 下野 僚子, 水流 聰子, 棟近 雅彦, 飯塚 悅功, 手術業務プロセスチャートを活用した手術不具合事例の分析—器材準備不備の要因と外注リソース運用の課題—, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [21] 伊藤 恵史, 水流 聰子, 下野 僚子, 加藤 省吾, 飯塚 悅功, 病院業務における管理指標設計モデルの開発, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [22] 小柴 研一, 脇田 真一郎, 下野 僚子, 水流 聰子, 医療機器開発・設計における安全・安心の評価観点の導出～標準業務プロセスモデルを用いた医療事故分析に基づいて～, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [23] 井手 洋陽, 成松 慧, 浦田 吉広, 藤本 さとみ, 緒方 博美, 伊藤 勲, 名取 良弘, 水流 聰子, 慢性硬膜下血腫 PCAPS アドミのトライアルの成果, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.

- [24] 岡元 大輔, 加藤 省吾, 下野 僑子, 水流 聰子, 飯塚 悅功 2, 医療プロセスにおけるトラブル未然防止のための知識の構造化, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [25] 松岡 賢, 黒田 幸清, 加藤 省吾, 水流 聰子, 下野 僑子, 飯塚 悅功, 標準的な診療指針に基づく診療プロセス改善手法の開発, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [26] ポー シン, 水流 聰子, 盛重 邦雄, 安永 弘, 荒木 昭輝, 島 弘志, 加藤 省吾, 下野 僑子, 飯塚 悅功, 虚血性心疾患の臨床分析に基づく診療プロセス改善手法の開発, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [27] 谷中 瞳, 水流 聰子, 飯塚 悅功, 下野 僑子, 加藤 省吾, 吉岡 慎一, 蒲生 真紀夫, 新海 哲, 青儀 健二郎, がん診療プロセスの質評価指標の設計と計測方法の提案, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.
- [28] 佐野 けさ美, 水流 聰子, 山崎 潤子, 松木 満里子, 棚橋 さつき, 川村 佐和子, 臨床看護知識の構造化訪問看護知識の構造化とその品質, 第 7 回医療の質・安全学会学術集会, 2012.

# PCAPS を用いた臨床分析にもとづくガイドライン構築 —リンパ浮腫治療の診療ガイドライン構築に向けた実態調査—

水流聰子

東京大学 大学院工学系研究科

## 1. はじめに

PCAPS 研究では、臨床プロセスの構造的可視化（PCAPS 臨床知識コンテンツ）を取り組んできた。個々の疾患治療に対して開発された臨床プロセス構造化モデルに、実臨床症例の治療履歴をあてはめることで、異なる医療機関・異なる患者間での比較が可能となる。PCAPS 研究では、日常臨床履歴を用いた臨床分析をするための方法論の開発をすすめている。学会がこの方法論を活用することで、診療ガイドラインの作成・改善作業を効率的/効果的にすすめることができる。

中山班研究において、水流・飯塚・棟近は、このしくみを「診療ガイドライン改善プロセスモデル」として、以下の図のように設計した。

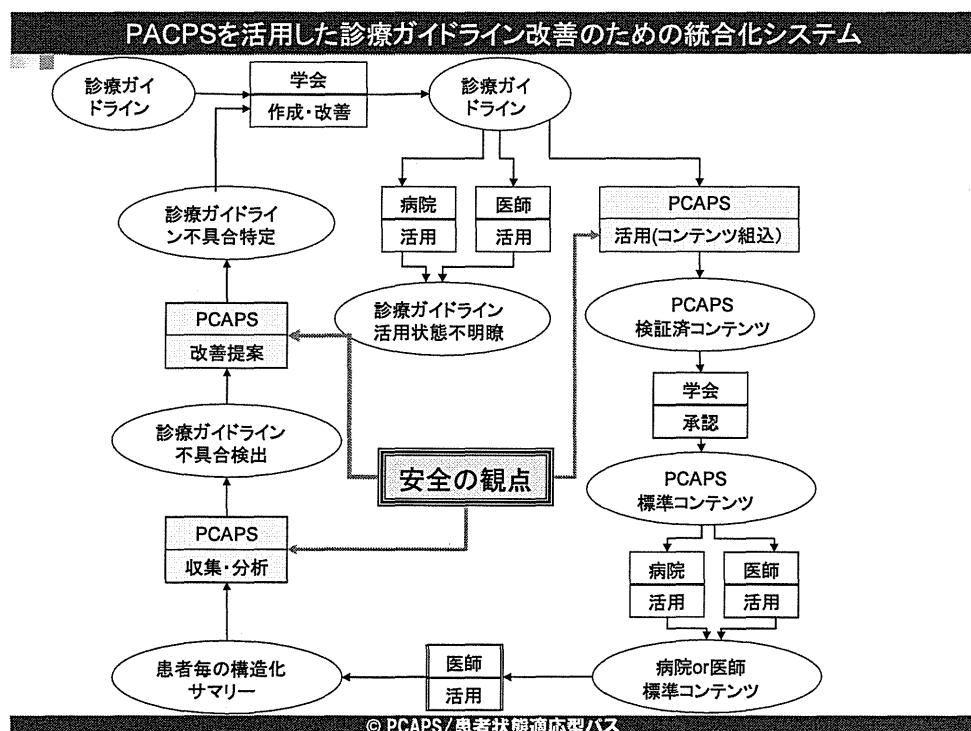


図 1 PCAPS を活用した診療ガイドライン改善のための統合化システム

また、診療ガイドライン構築プロセスを、診療ガイドラインの状態に適応した処理・作業プロセスを PCAPS 臨床プロセスチャートで記述して、対象とする診療ガイドライン構築・活用の進捗状態を示すことを試みた。図 2 に PCAPS 臨床プロセスチャート（診療ガイドライン）を示す。

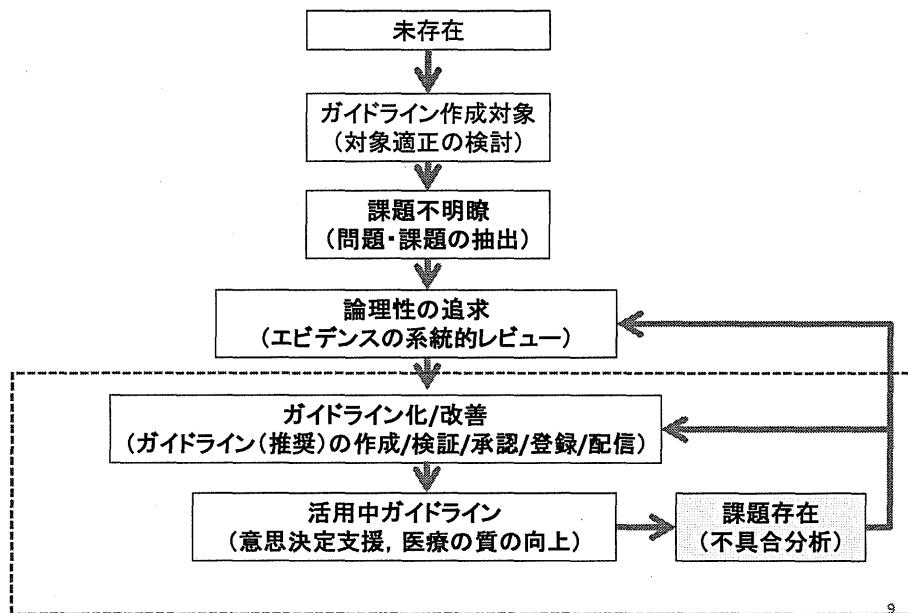


図 2 PCAPS 臨床プロセスチャート（診療ガイドライン）

リンパ浮腫治療の診療ガイドラインはまだ存在せず、図 2 の CPC 上、「課題不明瞭（問題・課題の抽出）」のユニットにあると考えられる。そのため、PCAPS を用いた臨床分析をリンパ浮腫治療に対して試みている段階にある。

## 2. PCAPS を用いたリンパ浮腫の臨床分析

### (1) 臨床分析の目的

2010 年度に引き続いて、リンパ浮腫診療に PCAPS を導入することによって、予防教育の効果、リンパ浮腫発症の要因をレトロスペクティブに検証する。と同時に、要治療者を早期に検出し、病期に応じた標準治療を開始し、定期的に治療効果とセルフケアのコンプライアンスを評価・判定することを目的とする。

## (2) リンパ浮腫パスコンテンツの概要説明

### 1) 背景

2008 年度診療報酬改定において、特定がん（乳がん、子宮がん、卵巣がん、前立腺がん）の手術前後にリンパ浮腫に対する適切な指導を個別に実施した場合の“リンパ浮腫指導管理料”が新設された。さらに 2010 年度診療報酬改定において、入院中に“リンパ浮腫指導管理料”を算定した患者に対し、その医療機関が退院した同じ患者に外来で指導管理を行った場合、同管理料を 1 回のみ再算定できる（退院した月または翌月）こととなった。この改定は、術後後遺症としてリンパ浮腫が現れる可能性のある手術を受ける患者に対し、医師または医師の指示に基づき看護師、理学療法士が適切な指導的介入を行うことによって、患者自身にリンパ浮腫発症を予防・早期発見させ、主体的に対応できる力を備えさせようとするものである。

リンパ浮腫は、放置しても生命に関わる事態には直結しないものの、リンパ浮腫がもたらす日常生活や社会活動の制限は、患者の苦痛以外の何ものでもない。さらに、リンパ浮腫は一旦発症すれば永続的管理が必要となることから、患者の不安は増大し、QOL (Quality of Life) の低下は否めない。この観点から、がん術後のリンパ浮腫対策はがん治療の一環としての重要な課題といえる。リンパ浮腫はリンパ系の閉塞がもたらす症状であることから、手術療法や放射線療法を行う原因疾患は様々であるが、2010 年度臨床プロセスチャート (CPC) 検証調査は乳がん・子宮がんに、2011 年度 CPC 検証調査は乳がん・子宮がん（頸がん、体がん）・卵巣がんに焦点をあてて整理した。

乳がん術後リンパ浮腫の発症は、12～60% (Lymphoedema Framework Best Practice for the Management of Lymphoedema. International concensus. London: MEP Ltd, 2006) であるが、発症時期も様々であり、術式およびリンパ郭清の範囲による発症への影響についてもいまだ明らかではない。したがって、現時点では、がん術後患者の全症例が、リンパ浮腫発症予備群ととらえることが重要となる。

### 2) 乳がん診療構造図の中の“リンパ浮腫”的位置づけ

リンパ浮腫は感染症や出血などと同じ“合併症・並存症管理”に位置づけられる。リンパ系の閉塞をもたらす手術療法（乳がん／子宮がん／卵巣がん）後の入院中、もしくは退院後に利用できる構造とした。入院中は手術を受けたすべての患者に“リンパ浮腫指導管理料”を算定し、退院後は“リンパ浮腫指導管理料”を再算定し（同月あるいは翌月の初回のみ 100 点）、外来受診時ごとにリンパ浮腫の査定を行うように設定した。また、リンパ浮腫ケアをセルフケアとして習得した後に何らかの支障が生じセルフケア不能に至った場合も、再度利用できる構造にしている。

### 3) 他のがんとの関連

リンパ浮腫を引き起こす疾患は乳がん以外にも下記の疾患がある。リンパ浮腫 CPC は“発見”として下記の疾患を想定して整理した。

- ・乳がん系手術（全摘、温存）
- ・子宮がん
- ・卵巣がん
- ・大腸がん
- ・皮膚がん（悪性黒色腫）
- ・下部直腸がん
- ・膀胱がん
- ・前立腺がん
- ・口腔内がん
- ・耳鼻科系がん
- ・その他

### 4) リンパ浮腫治療の特徴

高度に発展した現代医療にあっても、リンパ浮腫治療の第一選択肢は、侵襲的な積極的治療ではなく、国際的に認められている非侵襲的複合的治療である。複合的治療とは、圧迫療法、圧迫下での運動療法、用手的リンパドレナージなどに加え、スキンケアをはじめとする日常的なセルフケア指導の総称である。リンパ浮腫コンテンツの基本には、このリンパ浮腫治療がある。

開始条件は、“リンパ浮腫の疑いあり（他覚症状）”であり、具体的な基準は各医療施設によって異なるが、PCAPS 標準としては“術前周径より 1 cm 以上増大した部位がある、あるいは術後左右差が 1 cm 以上の部位がある場合”とする。特定がん術後患者の全症例に、リンパ浮腫予防を鑑みて設置された“リンパ浮腫指導管理料”を入院中に算定する。特定がん術後患者の“標準”として、リンパ浮腫コンテンツを経ることになる。

### 5) リンパ浮腫の臨床プロセスチャート (CPC)

CPC (リンパ浮腫) のスタート “リンパ浮腫の疑い” と “セルフケア不能（トラブル発生）” から “病期診断” へ進む。その後、病期ごとに “治療介入と指導介入（0 期は指導介入のみ）”、“状態評価”、“セルフケア確立” とユニットが進む。リンパ浮腫診療ガイドラインによると、病期は 0 期、I 期、II 期、II 期晚期、III 期がある。

状態評価において、セルフケア能力があれば確立へ、なければ介入へと移行し、増悪

していれば次の病期へ移行する。リンパ浮腫は部位ごとにⅠ期とⅡ期など病期の混在はしばしばみられ、その場合はより重症な病期を選択し移行する。

セルフケア確立後は、次回フォローアップ時に病期診断に移行するように設定した。数回の病期診断後、“リンパ浮腫経過パターン（奏効率）評価”を行う。

セルフケア確立がままならなくなった場合やリンパ浮腫増悪時は、再度“病期診断”へ戻り、病期に応じた“治療介入と指導介入”が行われる。

表1 リンパ浮腫の各病期における主な特徴＜病期の定義＞

(参照: ISL (International Society of Lymphology) 分類)

項目	0期	I期	II期	II期晚期	III期
皮膚トラブル	(潜伏期)	なし	なし	なし	あり*
圧迫痕		あり	あり	なし	なし
挙上による改善		あり	なし	なし	なし

\* : 圧痕が見られないリンパうっ滯性象皮症、アカントーシス（表皮肥厚）、脂肪沈着などの皮膚変化

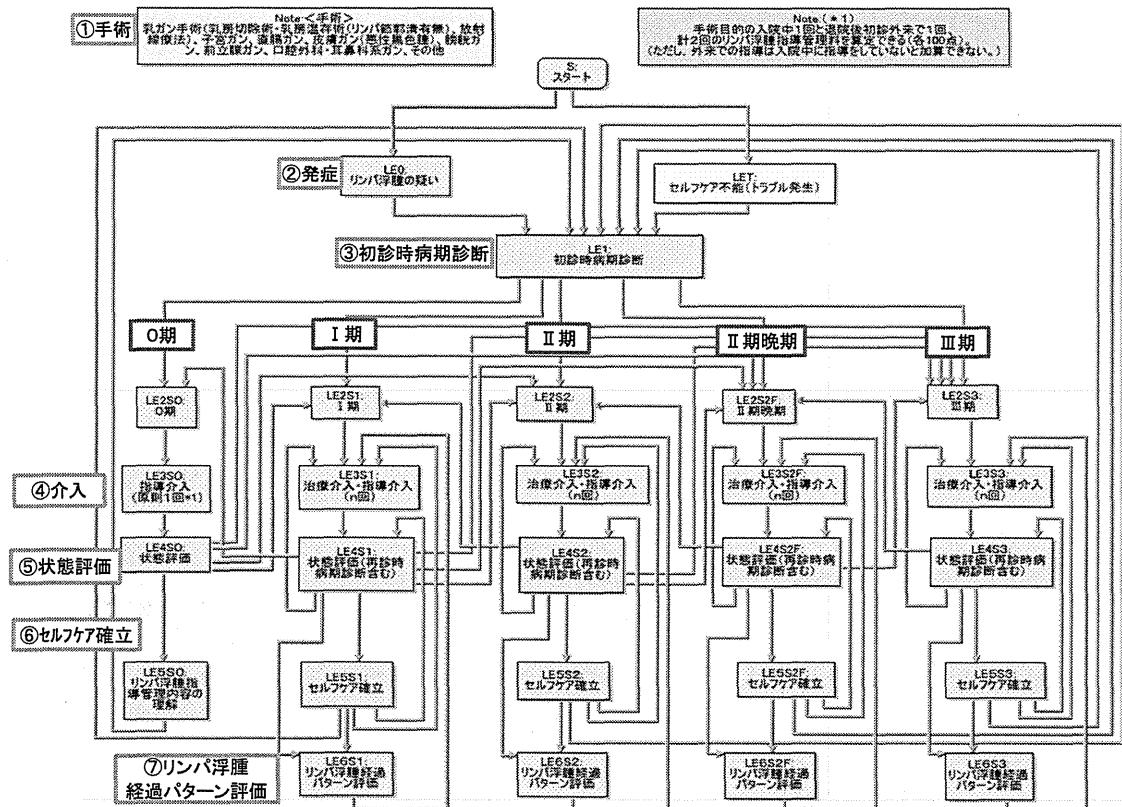


図3 リンパ浮腫診療プロセスチャート

### (3) 臨床分析結果

#### 1) 対象疾患

- ・乳がん、子宮体がん、子宮頸がん及び卵巣がんを対象とした

#### 2) 参加病院

下記 4 病院が参加、67 症例を取得した。

表 2 病院別がん種・術式の内訳

施設名	n 数	上肢		下肢			
		乳がん		子宮体が ん	子宮頸が ん	卵巣がん	
		切除 術	温存 術	広汎子宮全摘術			骨盤内蔵全摘 術
ナグモクリニック 福岡	48	15	5	12	8	7	1
国立病院 機構函館 病院	13	10	3				
西宮市立 中央病院	5	4	1				
健康保険 人吉総合 病院	1				1		
合 計	67	29	9	12	9	8	
		38		29			

#### 3) カバー率

- ルート外れはなく、カバー率は 100% であった。
- 回答受領時には①状態評価なくセルフケア確立している、②状態評価だけで治療介入・指導介入が無い、③セルフケア後の治療介入・指導介入が無い、など様々な又ヶが発生したが、再確認して又ヶを埋めた結果、カバー外れはなかった。リンパ浮腫 CPC のそれぞれのユニットの共通認識が国内の病院で統一できていない現状を再認識した。
- セルフケア不能になった症例は 1 件あり：健康保険人吉総合病院子宮頸ガン No. 1 は 2010/8/4 治療開始、2010/9/9 セルフケア確立。その後 2010/12/2 セルフケア不能となったが、2011/3/10 再度セルフケア確立している。

4)標準的な通過ルートを下記に示す。

- ①初診時
- ②セルフケア確立前繰り返し
- ③セルフケア確立時
- ④セルフケア確立後繰り返し

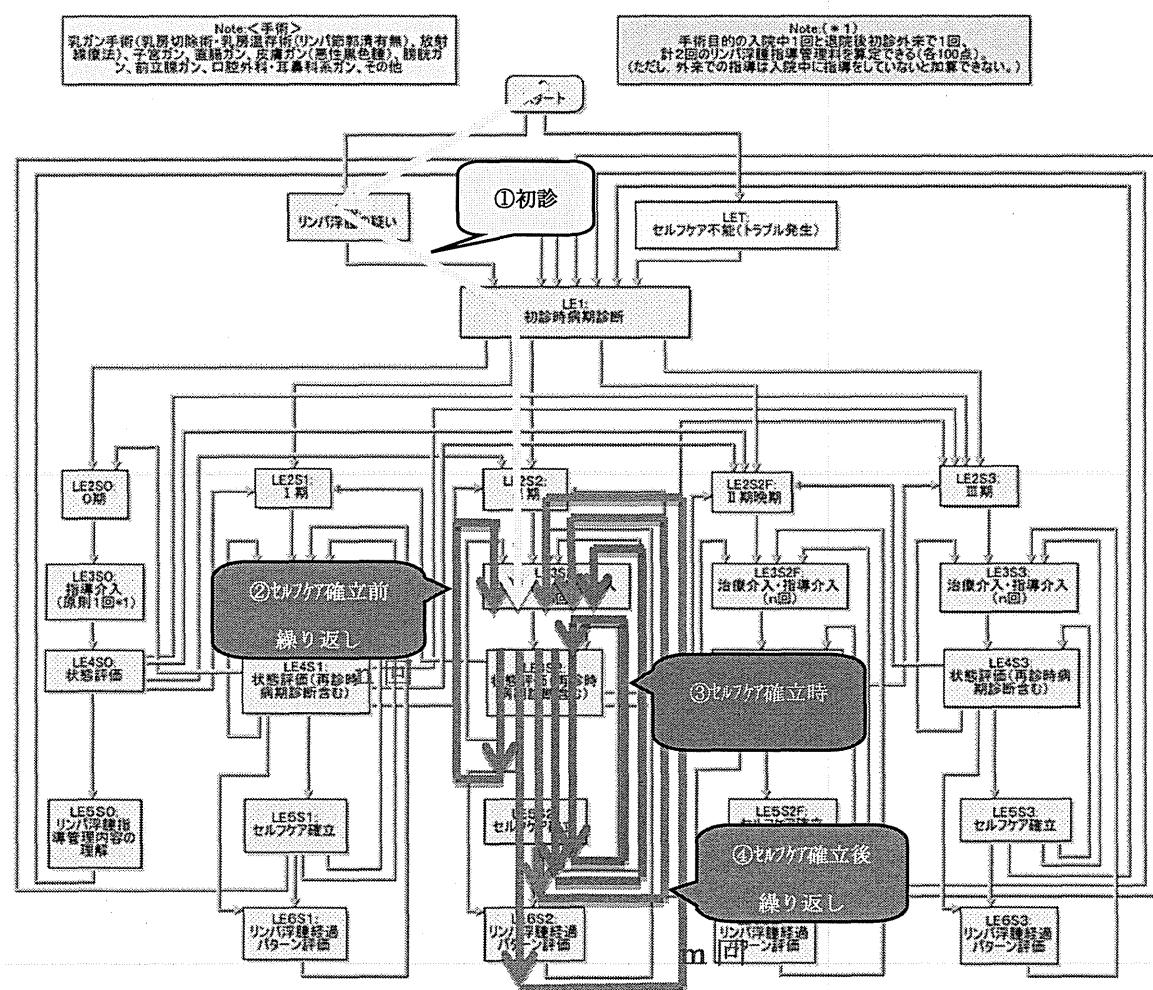


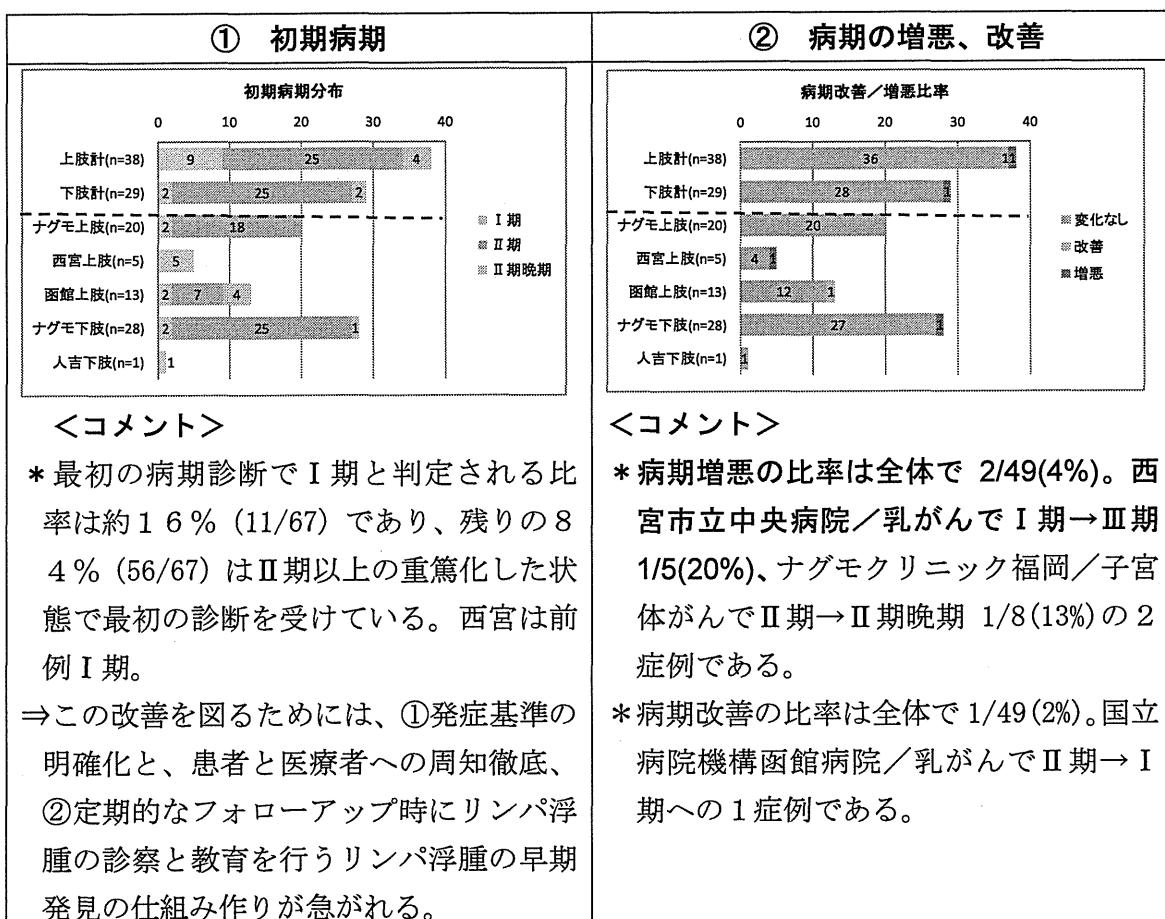
図4 標準的な通過ルート

## 5)病期

原因疾患別・病気別・病院別の集計数を表3として示す。

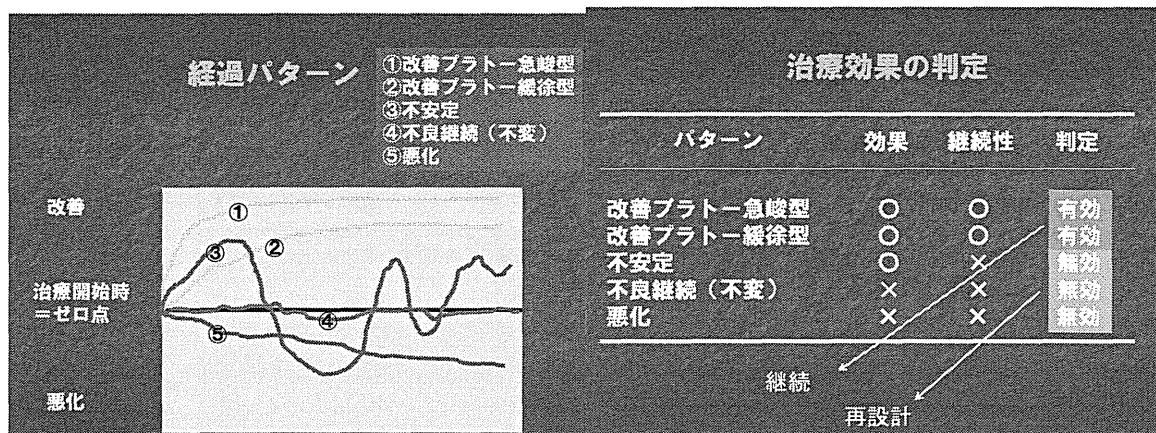
表3 部位別・病期別・病院別の集計数

施設名		I 期	I期→III 期	II期→ I期	II期 II期→ II期晚期	II期晚期	III期	合計
上 肢	乳 ナグモ	2			18			20
	西宮	4	1(#2)					5
	函館	2		1(#3)	6		4(#4,7,10,11)	13
	計	8	1	1	24		4	38
下 肢	体部 ナグモ				11	1(#6)		12
	頸部 ナグモ	2			5		1(#5)	8
	人吉						1(#1)	1
	卵巣 ナグモ				8			8
計		2			24	1	2	29
合計		10	1	1	48	1	6	67



## 5) リンパ浮腫経過パターン＆奏効率（治療効果）

リンパ浮腫のアウトカムとして、“リンパ浮腫病期”に加えて“治療経過パターン（5種類）－奏効率（2種類）”を評価指標として選び、アウトカムに与える影響を分析した。



奏効率（治療効果）		有効		無効			n 数	奏効率 (有効) 件数	奏効率 (有効) 比率%
治療経過パターン		① 改善プラートー急峻型	② 改善プラートー緩徐型	③ 不安定	④ 不良継続(不变)	⑤ 悪化			
上肢	ナグモクリニック(n20)	2	15	1	1	1	20	17	85
	県立西宮病院(n5)		4			1	5	4	80
	国立函館病院(n13)	3	7	1	2		13	10	77
下肢	ナグモクリニック(n28)		23	2	1	2	28	23	82
	人吉総合病院(n1)	1					1	1	100
合計(67)		5	49	3	3	4	67	55	82

図5 治療効果の判定に関する提案する考え方

## 6) リンパ浮腫発症のきっかけ（原因）

リンパ浮腫発症のきっかけとなったものを図6に示す。過労働（たとえば重いものを持ったなど）、感染（蜂窩織炎、リンパ管炎など。けが、やけど、虫さされによる感染も含む）、体重増加が三大原因となっている。

リンパ浮腫発症のきっかけ(要因)	全体	上肢	下肢
体重増加	13	6	7
感染（蜂窩織炎、リンパ管炎など）	13	5	8
過労働（重いものを持ったなど）	22	8	14
薬物療法	1	1	0
放射線治療	7	7	0
その他・不明	6/6	5/6	1/0
合計	68	38	30

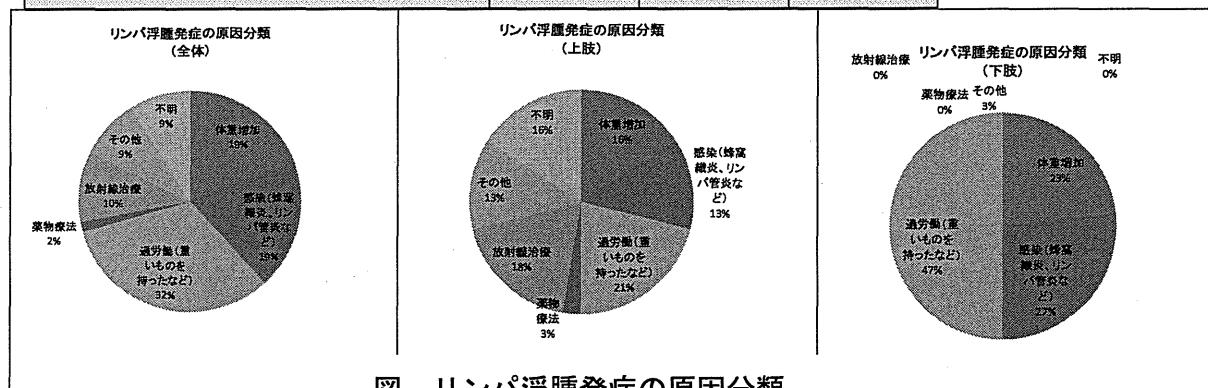


図 リンパ浮腫発症の原因分類

図 6 リンパ浮腫の原因

## 7) 腋窩郭清レベル (乳がん)

### ①乳がん術式と腋窩郭清レベル分布 (乳がん)

乳房切除術の方が乳房温存術に比較して、腋窩郭清レベルが拡大する傾向にある。

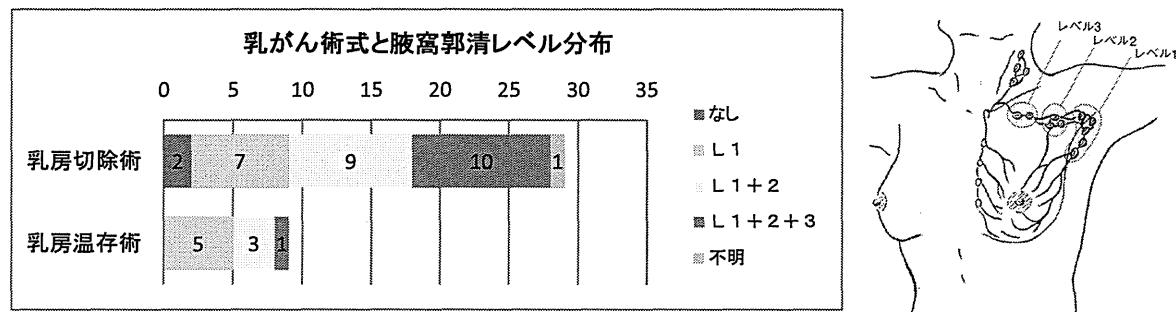


図 7 乳がん術式と腋窩郭清レベル分布 (乳がん)

(凡例) 1:腋窩 (小胸筋外縁より外側)

2:小胸筋背側と大小胸筋間

3: 小胸筋内縁より内側

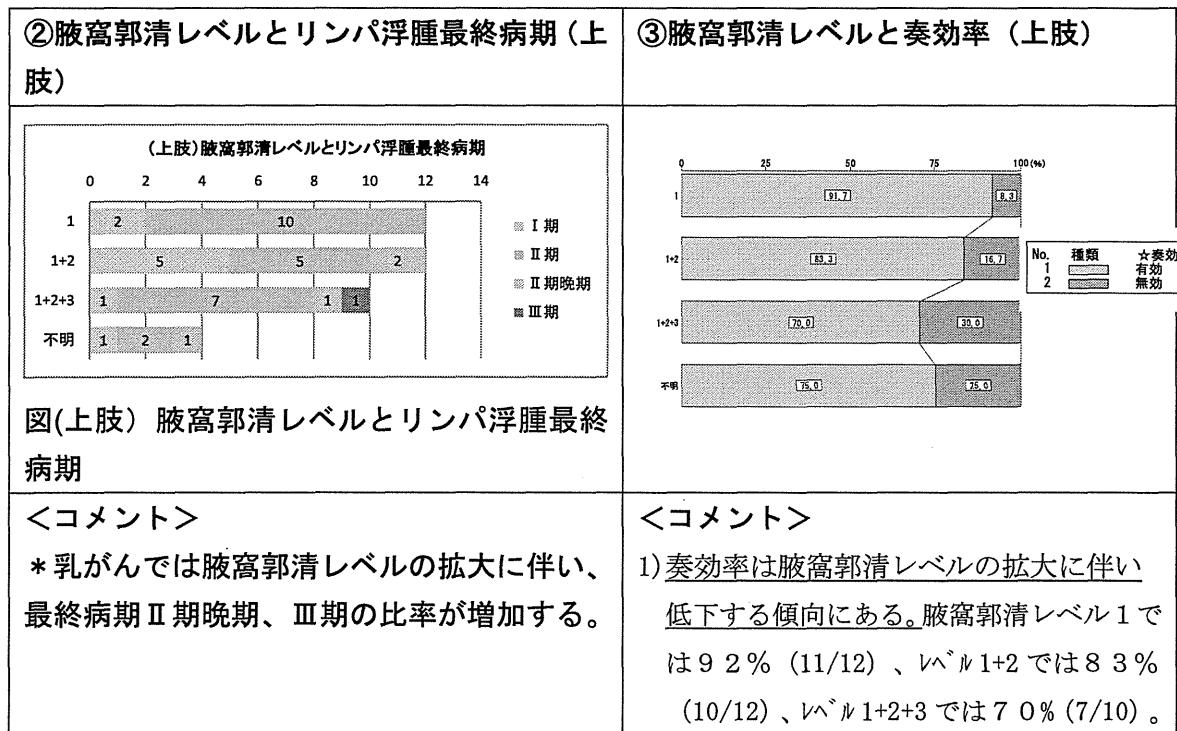
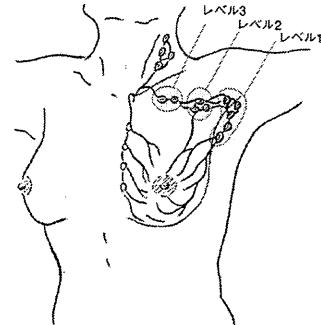
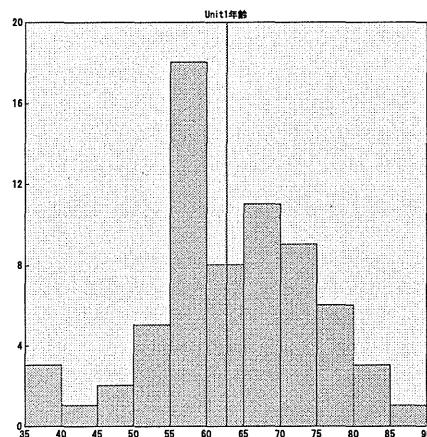


図 8 腋窩郭清レベルとリンパ浮腫最終病期、腋窩郭清レベルと奏効率、の関係

## 8) 年齢と病期（最終）と奏効率・リンパ浮腫経過パターン

### ①<年齢分布（全がん種）>



	n数	平均値	$\sigma$	範囲
全	67	62.7歳	10.8	35~86歳
上肢	38	63.7歳	11.8	35~86歳
下肢	29	61.4歳	9.2	38~78歳

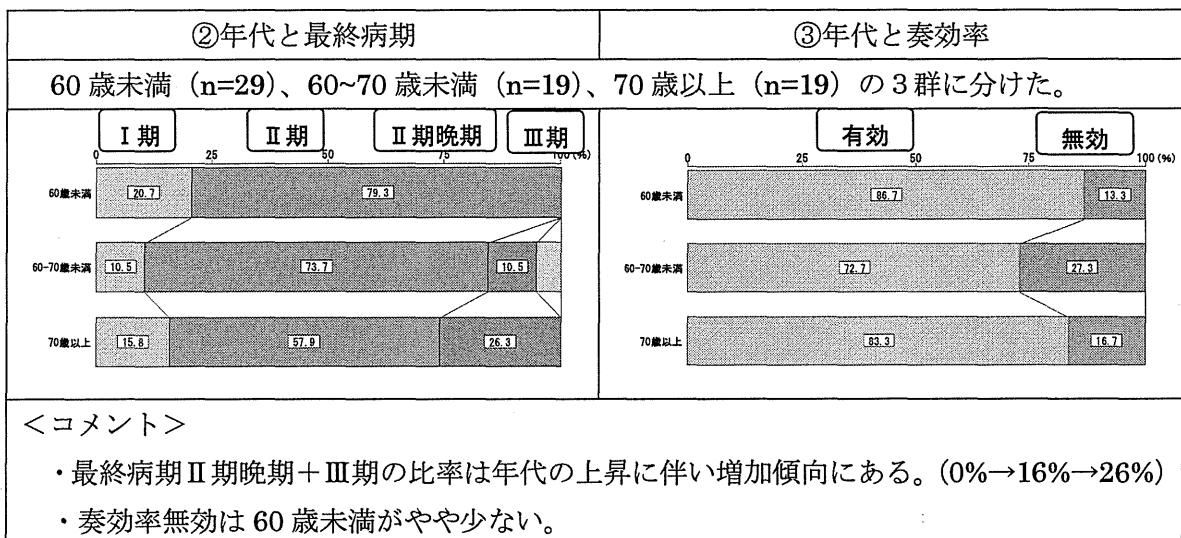
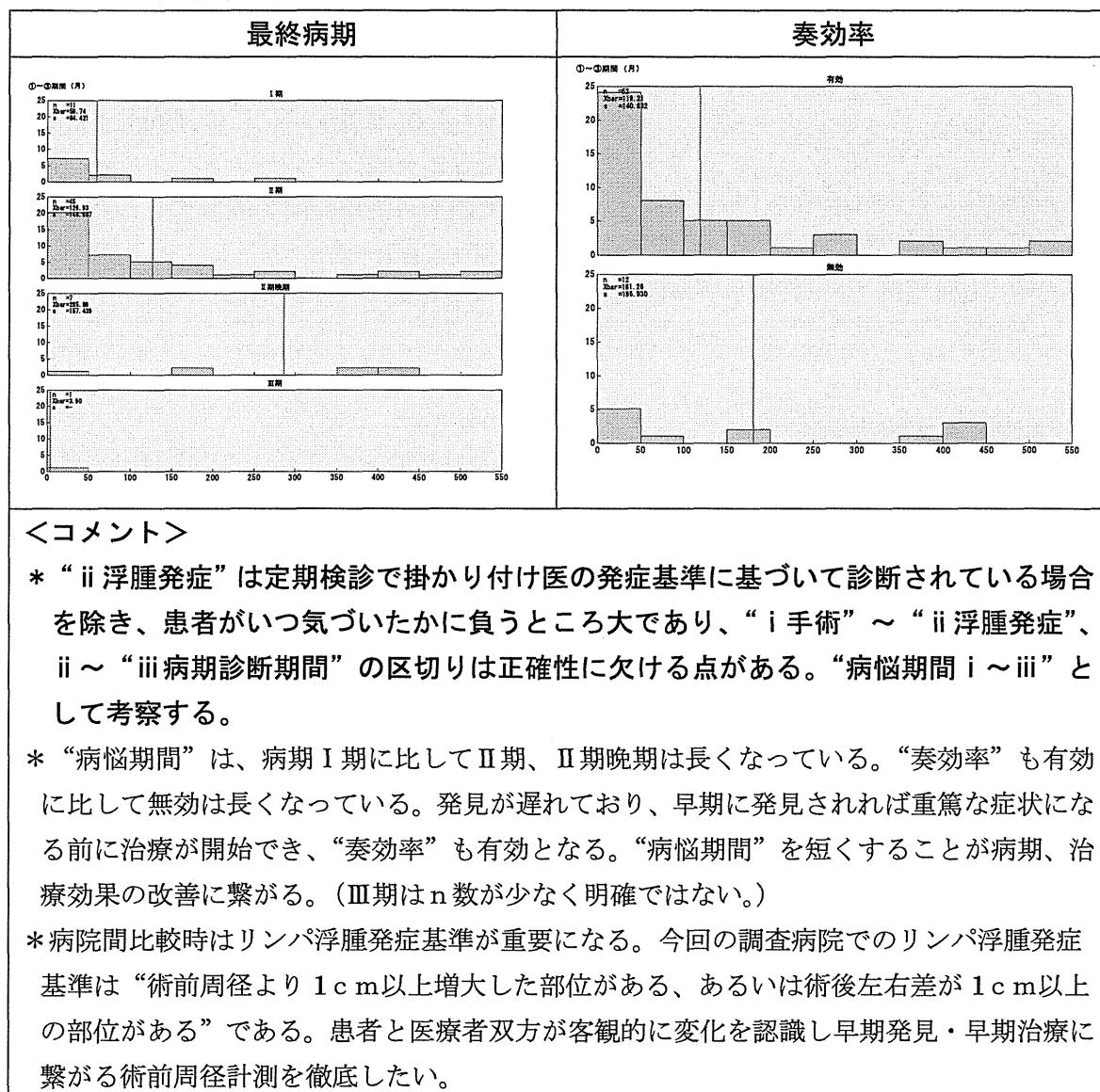


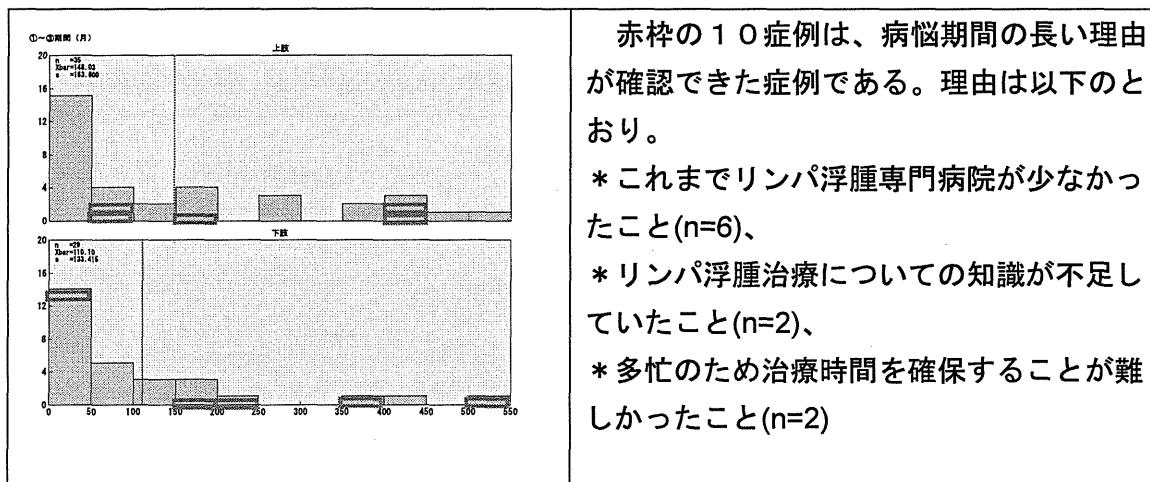
図9 年齢と病期（最終）と奏効率・リンパ浮腫経過パターンの関係

## 9) <病期、奏効率に影響を与えるイベント i ~ v の各期間について調査>

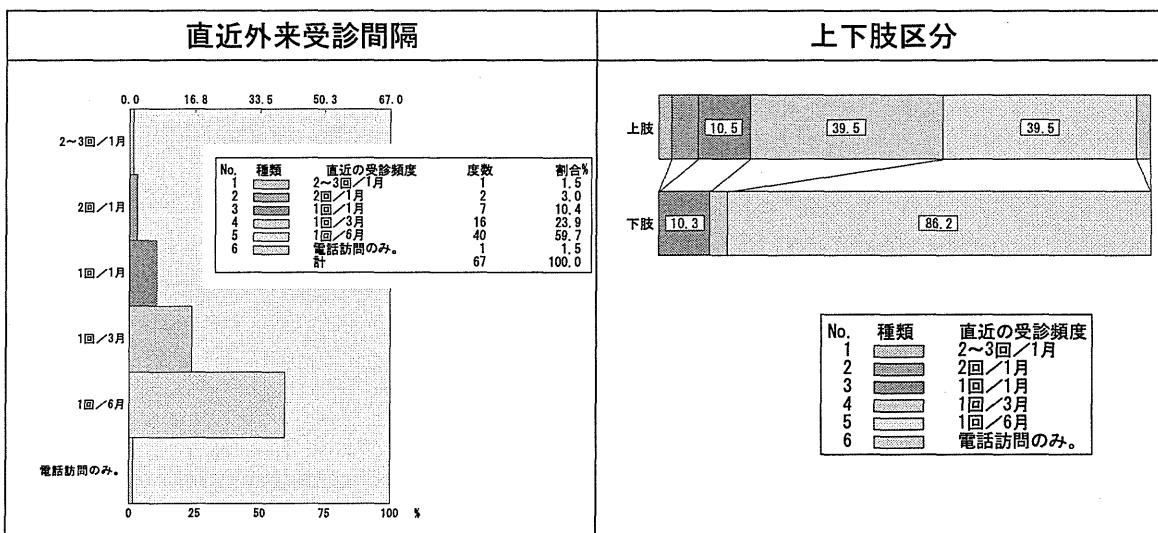
- ① “病惱期間： i 手術～ ii 浮腫発症間隔～ iii 病期診断間隔(月)” と “病期”／奏効率  
<全がん（上肢、下肢）>



## ②病院期間 (i ~ iii) の長い理由



## 10) 直近の外来受診間隔



### <コメント>

- \* “直近外来受診間隔”は n=67、(1回／6月 n=40 例 60%、1回／3月 n=16 例 24%)。  
1か月未満 n=3 例、1か月 n=7 例
- \* 上下肢別では上肢 (n=38) は 1回／3月及び1回／6月が 15 例ずつで 80%を占める。下肢は 1回／6月が 25 例と大半 (86%) を占める。
- \* 最終病期、治療効果が不良なほど直近外来受診間隔は短い傾向にあるが、個人差がある。
- \* 弾性包帯、弾性着衣の交換があるため 6 月以内が原則。

図 10 直近の外来受診状況

### 11) 手術時 BMI 値及び BMI 差（最新受診時一手術時）と奏効率・最終病期

“手術時 BMI 値”及び“BMI 差（最新受診時一手術時）”の影響を下図に示す。入院時 BMI 2.5 以上 & (BMI 増減 > -1.0)、入院時 BMI 2.5 以下 & (BMI 增減 > 0) に病期 II 期晚期・III 期が多く、奏効率無効も多い。

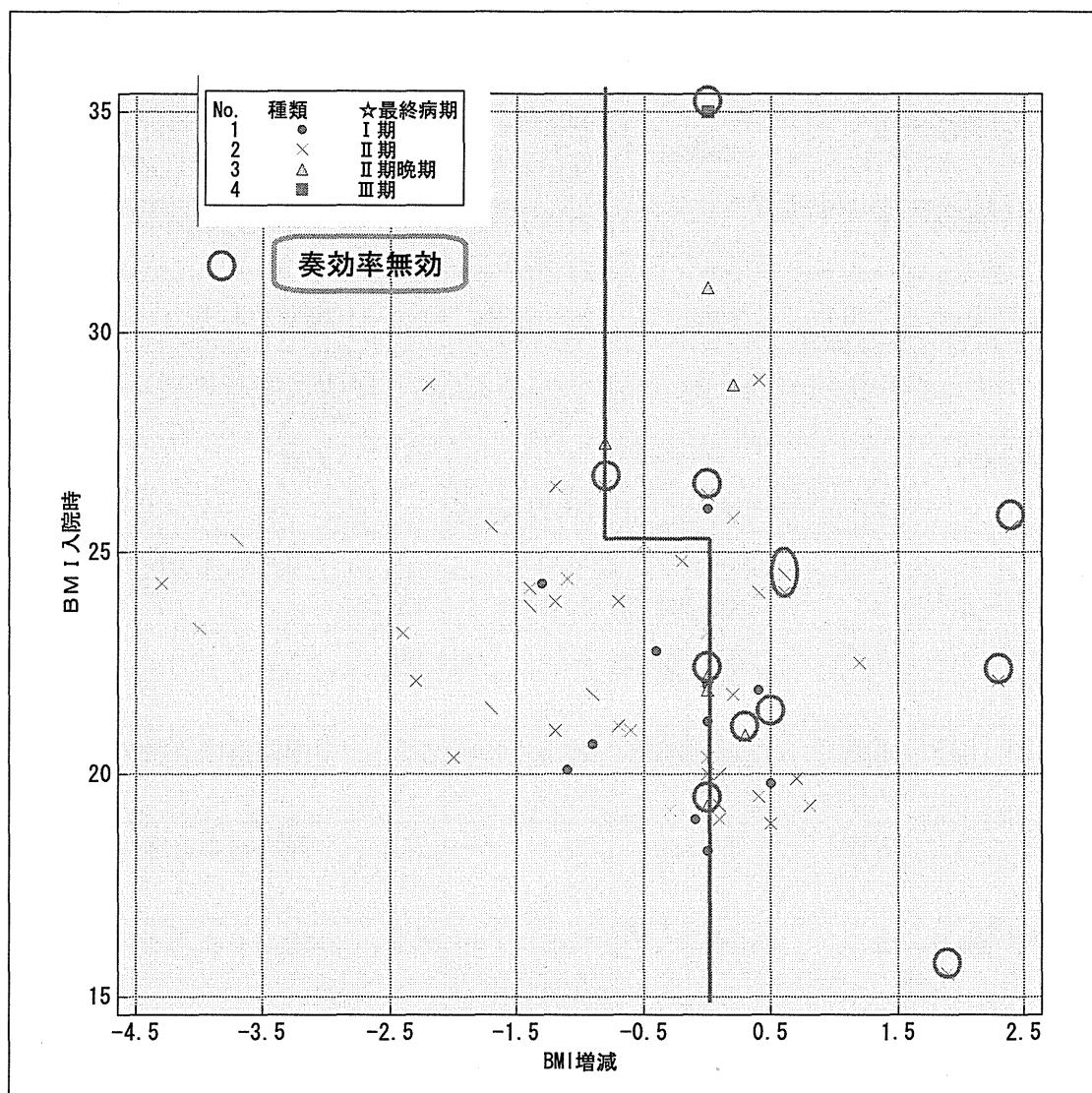


図 11 BMI の変動と最終病期／奏効率の関係（図中の赤丸は奏効率無効）

## 12) 効果変化症例の要因

最終病期がⅡ期晚期・Ⅲ期または増悪・改善、および奏効率無効の症例について、影響要因（BMI、病歴期間：i 手術～Ⅲ病期診断間隔、特記）を調査した結果を以下に示す。

種別	病院No.	最終病期	奏効率	BMI	i ~ Ⅲ年	特記
乳 が ん	ナガモNo.7	Ⅱ	④不良継続	24.5 → 25.1	16	体重↑上肢サイズ不变
	" No.9	Ⅱ	⑤悪化	25.6 → 28.0	0.6	体重↑上肢サイズ up
	" No.11	Ⅱ	③不安定	21.2 → 21.7	34	皮膚トラブル多い
	西宮No.2	I ⇒ Ⅲ	⑤悪化	35→不变	0.3	着衣のみでコントロールしていたが悪化、現在も通院中
	函館No.3	Ⅱ⇒ I	①改善急峻	24.3 → 23.1	6	体重↓
	" 4	Ⅱ晩	②改善緩徐	31→31	13	1週間集中治療入院
	" 5	Ⅱ	④不良継続	26.3→?	13	
	" 7	Ⅱ晩	④不良継続	22.2 → 22.2	32	
	" 10	Ⅱ晩	②改善緩徐	28.8 → 29.0	35	1週間集中治療入院
	" 11	Ⅱ晩	③不安定	19.3 → 19.3	37	1週間集中治療入院
体 が	ナガモNo.5	Ⅱ	⑤悪化	15.5 → 17.4	1.6	体重UPにてサイズ不变
	ナガモNo.6	Ⅱ⇒ Ⅱ晩	⑤悪化	20.9 → 21.2	3.3	サイズ不变
頸 が ん	ナガモNo.3	Ⅱ	③不安定	26.5 → 25.7	5.5	セルフケア未確立
	ナガモNo.5	Ⅱ晩	②改善緩徐	27.5 → 26.7	15	体重↓
	人吉No.1	Ⅱ晩	①改善急峻	?→21.9	31	

### 13) リンパ浮腫指導管理料

- ①入院中算定あり：乳がん2症例（2／67=3%）（ナグモクリニック福岡、西宮市立中央病院）
- ②退院後算定ありは乳がん1症例（1／67=1.5%）（ナグモクリニック福岡）

### 14) 結論

従来の医療モデルでは救命・治癒が第一義となるが、リンパ浮腫のように完治が望めない健康問題は、病気や症状を抱えながら、いかにして生活の質を高めていくかに焦点を当てる必要がある。そのためには、発症率、発症時期、術式およびリンパ郭清の範囲による発症への影響等について、基礎データを検証し、エビデンスを構築する必要がある。2010年度及び2011年度の臨床分析により下記の結論を得た。

- ①最初の病期診断でⅠ期と判定される比率は16%（11/67件）で、大多数はⅡ期以上の重篤化した状態で最初の診断を受けている。
- ②“病悩期間ⅰ手術～ⅲ病期診断間隔”を短くすることが最終病期、奏効率（治療効果）の改善に繋がる。病悩期間の長い理由として、これまでリンパ浮腫専門病院が少なかったこと（n=6）、リンパ浮腫治療についての知識が不足していたこと（n=2）、多忙のため治療時間を確保することが難しかったこと（n=2）などがあげられている。
- ③リンパ浮腫治療において、BMI管理の有効性が昨年に引き続いて確認できた。  
入院時 BMI 2.5以上 & (BMI 増減 > -1.0)、入院時 BMI 2.5以下 & (BMI 増減 > 0) に病期Ⅱ期晚期・Ⅲ期が多く、奏効率無効も多い。
- ④リンパ浮腫指導推移情報の活用方法を検討する。
- ⑤リンパ浮腫の早期発見の仕組み作り、有効な治療方法の確立が急務である。
  - ・予防教育（発症基準の明確化含む）、リンパ浮腫の発症要因の検証
  - ・要治療患者の早期検出
  - ・病期に応じた適切な標準治療の開始
  - ・定期的に治療効果とセルフコントロールのコンプライアンスの評価・判定
  - ・手術病院と定期検診病院の連携

## 3. 今後の課題と展望

- 1)今回の臨床分析によりリンパ浮腫患者への介入の現状を把握した。これを基に CPC、ユニットシートの有効性と有用性を検証し、より効率的なものになるように見直し、エビデンスに基づいて標準化されたリンパ浮腫ケアが施設や地域の格差なく、いつでも、どこでも、だれにでも提供できるようにすることを目指す。
- 2)来年のリンパ浮腫臨床調査は、リンパ浮腫指導管理に造詣の深いスタッフのいる施設