

ICC-圧迫療法アンケート

医療従事者向け (ICC-CQ-H)

アンケートの説明

圧迫療法に関するアンケートの目的は、様々な種類の圧迫療法素材やシステムの効果、そして患者の受け入れ状態や経験を評価することだ。

この圧迫療法アンケートは、横断的な研究では使用できませんが縦断的な比較研究に使用することができる。これは、QOL（生活の質）指標や、いくつかの結果パラメータを示す研究プロトコルに取って代わるものではないが、異なる圧迫療法を用いた患者目線での評価の比較を可能にするのに役立つはずである。

アンケートは2部構成になっています。最初の部分は、医療従事者が記入しなければならない。第2部は、患者さんに記入していただく必要がある。

医療従事者向けの圧迫療法アンケートは、2つのサブセクションで構成されている。最初のサブセクションでは、医療従事者が、患者と圧迫装具 / システムについて記載をする。さらに、圧迫装具 / システムを使用する予定の四肢の皮膚の状態の評価を行う。

2つ目のサブセクションでは、医療従事者が装着直後および研究プロトコルで決まったフォローアップ来院時に、圧迫療法が行われた四肢の評価を行う。

付録では、信頼性が高く有効で、一般のおよび疾患特異的なQOL評価指標の概要を示している。圧迫療法アンケートに加えて、これらのQOL評価指標を1つ以上使用することをお勧めする。

患者への圧迫療法アンケートでは、以下の点を評価している。

- 着用時間 / 圧迫療法の用量
- 圧迫装具の着用と除去
- 圧迫装具の快適さ
- 圧迫装具の合併症
- 圧迫装具に関連した身体機能
- 疾患に関連した症状
- 全般的な経験

パート1. 医療従事者による圧迫装具の評価 - 評価する圧迫装具の装着開始前

日付...

患者ID : ...

医療機関名を入力する。...

職業 : 看護師 / 理学療法士 / 作業療法士 / 医師 / その他 : ...

一般的な評価




患者の一般情報

1. 生年月日 : ...
2. 体重 (kg) : ...
3. 体高 (m) : ...

評価する圧迫療法に関する情報

1. 評価する圧迫装具の種類 (介入またはコントロール) :
製品名 :
会社名 :
2. 圧迫療法を受けた四肢の**部位** : 左/右/両方/中央
3. 圧迫療法が被覆する部位 (関連するすべての選択肢を丸で囲む) :
指 / 手 / 前腕 / 肘 / 上腕 / 胸 / 体幹
足趾 / 足部 / 足首 / 下腿 / 膝 / 大腿 / 鼠径部 / 腰 / 腹部 / 臀部 / 陰部
4. 圧迫療法の理由 :
 - a. 予防 / 治療 / 予防と治療の両方(丸で囲む)
 - b. 浮腫 : あり / なし
 - i. 浮腫の種類 : 静脈性浮腫 / リンパ浮腫 / 脂肪性浮腫 / その他
..... (一つ以上丸で囲む)
 - ii. 静脈性浮腫の場合 : 原因...
 - iii. リンパ浮腫の場合 : 原因 : 原発性 (内容記載...)
二次 : 癌 / 感染症 / 外傷 / 肥満
 - c. 静脈性潰瘍 : あり / なし
 - d. 深部静脈血栓症 : あり / なし
 - e. 血栓症後症候群 : あり / なし
 - f. 慢性静脈疾患 : あり / なし
 - g. 他 :
5. 疾病罹患期間 (圧迫療法を行っている期間) : (日付) から罹患している。
6. 圧迫療法して治療する**疾患の部位** :
指 / 手 / 下腕 / 肘 / 上腕 / 胸 / 体幹
足趾 / 足部 / 足首 / 下腿 / 膝 / 大腿 / 鼠径部 / 腰 / 腹部 / 臀部 / 陰部

7. 現在使用している圧迫装具・システムで得られた**圧迫力**（PicoPressまたはKikuhimeで測定、**測定タイミングは試験プロトコルの指示に従う**）：

	「腕」 肘の下で計測 (背側)	「脚」 足首の内側から10~12cm 上で測定 (B1にて)	圧迫圧 mmHg
重力のなしで置かれた状態	 腕が水平で 手が支えられて いる	脚が水平で 足部はサポートあり 	
サポートで休息	 拳で支えながら 腕を垂直にする	両足で支えて立つ	
筋収縮時 (最小と最大)	手を握りながら腕は 垂直になる	その場で歩く動作	

患者の圧迫療法の使用履歴

1. これまでに圧迫療法を受けたことはあるか？ はい/いいえ
はいの場合、さらにアンケートを記入する
いいえの場合、**パート2に進む**
2. 初回圧迫療法..... (日付) から
3. 今回の調査前で最後に圧迫装具を装着したのはいつか？...日前
(現時点での圧迫療法 = 0日の場合)。

過去1週間の圧迫療法：

4. 過去1週間に、患者は**ストッキング/圧迫装具**を着用したか：はい/いいえ
はいの場合：製品名
会社名：...
丸編み/平編み
標準/カスタムメイド
サイズ：足指キャップ、ニーハイ、タイハイ、パンティホース
グローブ、アームスリーブ、ショルダーキャップ
他：...
製品説明に記載された圧迫療法の圧の範囲：..... mmHg
5. 過去1週間に、患者は**間欠的空気圧迫法**を使用したか：はい/いいえ
はいの場合、圧力：... mmHg
チャンバー数（空気が入る袋の数）：...
6. 過去1週間に、患者が**包帯**を巻いたか：はい/いいえ
「はい」の場合：誰が包帯を巻いたか：患者/理学療法士/看護師/その他...

包帯の素材：

低伸縮性または非伸縮性の包帯：

非粘着性 (例：Durelast™, Rosidal K™, Comprilan™)：はい/いいえ

粘着性 (例：Coban2™, Rosidal CC™, Comprihafut™)：はい/いいえ

高伸縮性包帯：

非粘着性 (例：Dauerbine™, エラスコット, エラスコットテンションガイド)：はい/いいえ

粘着性 (例：Coban™)：はい/いいえ

シリコン包帯 (例：Silwrap™)：あり/なし べ

ベルクロラップ (例：Circaid™)：あり/なし

他のコンポーネント (例：筒状のスリーブ、パット)：...

7. 過去1週間で、患者は **昼間に** 平均何時間、圧迫装具を装着したか (または圧迫療がおこなわれた)？ 1日に... ..時間
8. 過去1週間で、患者は平均して**夜間に**何時間、圧迫装具を装着したか (または圧迫療法がおこなわれた) 夜に... ..時間

圧迫療法の一般的な使用歴：

9. 今回の調査前に、患者は **ストッキング/弾性着衣**を着用したことがあるか？ はい/いいえ
はいの場合、**調査に参加する前に患者が受けたストッキング/衣服のすべてのアイテムを示す**

(...から...まで)の期間：...

製品名：...

会社名：...

丸編み/平編み

標準/カスタムメイド

サイズ：足指キャップ/ニーハイ/タイハイ/パンティホース
グローブ/アームスリーブ/ショルダーキャップ

他：...

製品説明に記載された圧迫療法の圧の範囲：..... mmHg

10. 過去に、患者は **間欠的空気圧迫療法**を受けたことがあるか？ はい/いいえ
はいの場合、期間 (...から...まで)：...

圧力：... mmHg

チャンバー数：...

11. 過去に、患者が **包帯**を巻いたことがあるか？ はい/いいえ
はいの場合：**評価に参加する前に患者が受けた包帯の項目をすべて記入**
期間 (...から...まで)：...

誰が包帯を巻いたか？ 患者/理学療法士/看護師/その他：...

包帯の素材：

低伸縮性または非伸縮性の包帯：

非粘着性 (例：Durelast™, Rosidal K™, Comprilan™)：はい/いいえ

粘着性 (例：Coban2™, Rosidal CC™, Comprihafut™)：はい/いいえ

高伸縮性包帯：

非粘着性 (例：Dauerbine™, エラスコット, エラスコットテンションガイド)：はい/いいえ

粘着性 (例：Coban™)：はい/いいえ

シリコン包帯 (例：Silwrap™)：あり/なし べ

ベルクロラップ（例：Circaid™）：あり / なし
他のコンポーネント（例：筒状のスリーブ、パット）：...

皮膚

1. 評価する圧迫装具で覆われる予定の四肢の皮膚を、正面と側面から見た写真を作成する。
2. 評価する圧迫装具/システムで覆われた皮膚を評価する。皮膚トラブルがない（=0）、疑わしい（=1）、明らかにある（=2）のいずれかで示す。皮膚トラブルのある部位を記入する。

	皮膚トラブルなし 0	疑わしい 1	明らかにある 2	皮膚トラブルのある部位
1. 乾燥	0	1	2	
2. 局所的な腫れ (液体の滞留)	0	1	2	
3. 全身の赤み (例：圧迫素材・感染症・急激な体液の増加などによって引き起こされる)	0	1	2	
4. 局所的な赤み (高い局所的な圧力による刺激による)	0	1	2	
5. シワ・締め付け (不均一な圧迫によるシワ)	0	1	2	
6. 水疱またはリンパ小胞 (皮下の局所的な液体の蓄積)	0	1	2	
7. びらん (表皮の消失)	0	1	2	
8. 潰瘍 (全層の皮膚の欠損)	0	1	2	
9. 丘疹 (目に見える液体貯留を伴わない皮膚の固い隆起)	0	1	2	
10. その他の皮膚の問題 (問題点を明記してください) : ...	0	1	2	

パート2. 医療従事者による圧迫装具の評価 - 評価する圧迫装具適用後 (フォローアップ中)

日付：...

時刻：...

患者ID：

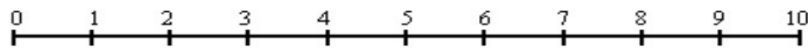
圧迫装具を評価する医療従事者の氏名：...

圧迫療法の素材

1. 圧迫装具で覆われた四肢の写真を、正面と側面から撮影してください。
2. 圧迫装具/システムは、（カバーしようとする部位に関して）四肢をどの程度カバーしているか？四肢は...

全くカバーしていない

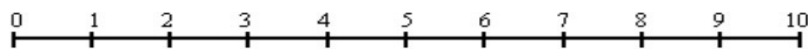
完全にカバー



3. 圧迫装具/システムは、対象となる四肢にどの程度フィットするか？圧迫装具/システム...

全くフィットしていない

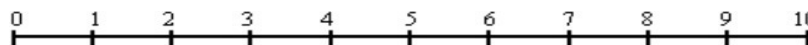
完全にフィット



4. あなたの期待に沿った圧迫装具/システムをどのように判断するか？
私は、この圧迫装具/システムを次のように判断する。

極めて不適切

極めて適切

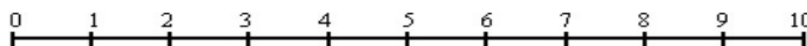


アドヒアランス

5. 患者のアドヒアランスを推定する（直近の期間における圧迫装具/システムの着用頻度を尋ねたり、皮膚日焼けの有無を確認する）。患者は...

恐らく全く
着用していない

恐らく完全に
装着している



アドヒアランス=患者が、処方者からの推奨事項を順守して行動しているかの程度。

皮膚

1. 評価する圧迫装具がない状態で、四肢の皮膚の写真を、正面と側面から撮影する。
2. 評価する圧迫装具/システムで覆われた皮膚を評価する。皮膚トラブルがない (=0)、疑わしい (=1)、明らかにある (=2) のいずれかで示す。皮膚トラブルのある部位を記入する。

	皮膚トラブルなし 0	疑わしい 1	明らかにある 2	皮膚トラブルのある部位
1. 乾燥	0	1	2	
2. 局所的な腫れ (液体の滞留)	0	1	2	
3. 全身の赤み (例：圧迫素材・感染症・急激な体液の増加などによって引き起こされる)	0	1	2	
4. 局所的な赤み (高い局所的な圧力による刺激による)	0	1	2	
5. シワ・締め付け (不均一な圧迫によるシワ)	0	1	2	
6. 水疱またはリンパ小胞 (皮下の局所的な液体の蓄積)	0	1	2	
7. びらん (表皮の消失)	0	1	2	
8. 潰瘍 (全層の皮膚の欠損)	0	1	2	
9. 丘疹 (目に見える液体貯留を伴わない皮膚の固い隆起)	0	1	2	
10. その他の皮膚の問題 (問題点を明記してください) : ...	0	1	2	

付録：信頼性・妥当性の高いQOLアンケート

全般的なQOL（生活の質）に関するアンケート

Short Form Health Survey 36 (SF-36)

Nottingham Health Profile (NHP)

Euroqol 5D (EQ-5D)

疾患別QOLアンケート

リンパ浮腫

上肢リンパ浮腫27アンケート (ULL-27) (*Viehoff et al 2006*)

上肢リンパ浮腫のためのLymphoedema Functioning Disability and Health questionnaire or Lymph-ICF-UL(*Devoogdt et al 2011*)

下肢リンパ浮腫のためのLymphoedema Functioning Disability and Health questionnaire or Lymph-ICF-LL(*Devoogdt et al 2014*)

リンパ浮腫の生活の質またはLYMQOLアンケート(*Keeley et al 2010*) FLQA-1(*Augustin et al 2005*)

リンパ浮腫生活品質目録 (LyQLI) (*Klernäs et al 2014*)

深部静脈血栓症

VEINES-QOL/Symアンケート (*Kahn 2006*)

慢性静脈閉塞症

慢性静脈不全Quality of Lifeアンケート (CIVIQ) (*Launois 1996*)

Tübingen Questionnaire for measuring Quality of Life in patients with CVI (TLQ-CVI) (*Klyszcz et al 1998*)

静脈性下腿潰瘍

Venous leg ulcer quality of life questionnaire or VLU-QoL(*Hareendran et al 2007*)

慢性創傷における健康関連QOLまたはWound-QoLアンケート (*Blome et al 2014*)