

内視鏡問診票を見直して

国立病院機構函館病院 外来内視鏡室 ○松本 健太郎・後藤 絵理
佐藤 千代子・阿部 千里
福原 直美
同 消化器科 久保 公利

【要旨】

外来患者には、内視鏡検査前に内視鏡の問診票を記入してもらっている。しかし、問診票の記入漏れや、誤った記載が多く、看護師が再度問診を聴取している現状である。その原因の一つに現行の問診票に問題があるのではないかと考え、問診票の見直しを行い、比較・検討したため報告する。

【キーワード】：内視鏡、問診票、看護師

【はじめに】

内視鏡室では、内視鏡検査前に外来患者に問診票を渡し、記載してもらってから看護師が確認している。しかし、患者が問診票を正しく記入できていないことが多く、看護師がほとんどの項目を再度聴取している。その原因の一つとして現行の問診票の項目が10項目と多いこと、患者にとって見にくい、理解しにくい項目があるのではないかと考え、問診内容、項目や字体、フォント等の見直しを行い、比較・検討した。

【対象と方法】

自力で記入することができる外来患者を対象に、R3年8月2日～8月31日は現行の問診票（以下問診票A）、R3年9月1日～9月30日は新しい問診票（以下問診票B）を記入してもらい、項目毎の正確に記入できていた人数を数え、そこから正確に記入できていた人数の割合を計算し、比較した。問診票A（図1）はアレルギー、ピロリ菌、内服の有無、抗血栓薬、PPI（胃酸分泌抑制剤）、降圧剤、糖尿病薬、既往歴、手術歴、その他の10項目、問診票B（図2）は問診票Aから内服の有無、降圧剤、糖尿病薬の3項目を減らして7項目とした。

【目的】

内視鏡検査前の問診票を見直し、患者が正確に記入できる問診票を作成し、使用すること。

【結果】

患者が正確に記入できていた割合は、問診票Aでは、アレルギーが84.8%、ピロリ菌が38.7%、内服薬が58.2%、抗血栓薬が78.1%、PPIが64.5%、降圧薬が

70.6%、糖尿病薬が84.8%、既往歴が51.6%、手術歴が58.7%、その他が83.4%、平均が67.3%（問診Bと共通する7項目の平均は65.6%）であった。また、問診票Bでは、アレルギーが73.7%、ピロリ菌が55.7%、抗血栓薬が79.2%、PPIが80%、既往歴が54.9%、手術歴が54.1%、その他が73.7%、平均が67.3%であった（表1）。

【考察】

共通する7項目のみでの患者が正確に記入できていた割合の平均は、問診票Aが65.6%であったため、問診票Bでは1.7%上がった。問診票Bでは、共通7項目のうち、ピロリ菌、PPI、抗血栓薬、既往歴の4項目で患者が正確に記入できていた割合が高くなった。

患者が正確に記入できていた割合はほとんど変わらなかったが、7項目のうち、4項目で割合が高くなったことから、内容を一部チェック式にし、項目を減らしたことで記入しやすくなったと考える。また、字体や配置が見にくいとの意見があったため、今後それらのレイアウトを改善することでさらに患者が正しく記入できるようになると考えられる。

田中ら¹⁾は「問診票は、患者に内視鏡検査を安全に受けてもらうための情報収集ツールです。患者のリスク回避のための情報源であるため、医療者は一度に多くの情報が欲しいと考えてしまいます。しかし患者の立場で考えると、シンプルで簡単に記入できる形式がよいでしょう。」と述べている。また、消化器内視鏡技師のためのハンドブック²⁾には「施設によって、問診すべき内容も変化するので、自施設に合った問診票を作成する。」と記述されている。これらのことから、施設に合った内容の問診票にすることも大切だが、問診票

の作成には患者にとってわかりやすいものを作る必要があるため、レイアウトの改善の際にはその点にも留意が必要であると考え。

【結語】

問診票Bは、項目を減らしたことで患者が記入しやすくなったが、レイアウトが見にくかったため、今後患者にとってわかりやすくなるように改善・実用化していく。

【参考文献】

- 1) 田中雅夫, 清水周次. やさしくわかる内視鏡検査・治療・ケア. 第2版, 照林社, 東京, 2011, 62-63.
- 2) 松井敏幸, 赤松泰次, 田村君英, 他. 消化器内視鏡技師のためのハンドブック. 改定第7版, 医学図書出版, 東京, 2016, 90.

本論文内容に関連する著者の利益相反なし

表1 患者が正確に記入できていた割合

	問診票A	問診票B	割合の変化
対象人数	211人	251人	
アレルギー	84.8%	73.7%	↓11.1%
ピロリ菌	38.7%	55.7%	↑17%
内服の有無	58.2%		
抗血栓薬	78.1%	79.2%	↑1.1%
PPI	64.5%	80%	↑15.5%
降圧剤	70.6%		
糖尿病薬	84.8%		
既往歴	51.6%	54.9%	↑3.3%
手術歴	58.7%	54.1%	↓4.6%
その他	83.4%	73.7%	↓9.7%
平均	共通項目のみの平均は65.6%	67.3%	↑1.7%

内視鏡検査(治療)問診票		
記入日：_____年_____月_____日_____		問診確認Ns (_____)
氏名 (_____) 年齢 (_____ 歳)		代筆者 (_____)
1. アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> キシロカイン (歯科麻酔やカメラのど麻酔) <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 鎮静剤 <input type="checkbox"/> ヨード (イソジンなど) <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> ビリン系 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ミントやハッカ <input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *具体的な症状	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. (胃カメラを受ける方)ピロリ菌の検査を受けたことがありますか。 *ピロリ菌検査で《陽性》の方へ ピロリ菌の除菌治療は受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (_____ 年頃：成功・失敗・不明)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 以下の薬を内服していますか。 <input type="checkbox"/> 当院からの薬 <input type="checkbox"/> 他院からの薬→お薬手帳を看護師にお見せください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1) 血液をサラサラにするお薬を内服していますか。	<input type="checkbox"/> はい 薬品名 最終内服: _____ 月 _____ 日 _____ 時	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) (胃カメラを受ける方) 以下の胃酸分泌抑制剤を内服していますか。 <input type="checkbox"/> ネキシウム <input type="checkbox"/> パリエット (ラベプラゾール) <input type="checkbox"/> タケキャブ <input type="checkbox"/> オメプラール (オメプラゾール) <input type="checkbox"/> タケブロン (ランソプラゾール)	<input type="checkbox"/> はい 最終内服: _____ 月 _____ 日 _____ 時	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) 高血圧の薬を内服していますか。	<input type="checkbox"/> はい 最終内服: _____ 月 _____ 日 _____ 時	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4) 糖尿病の薬を内服していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 以下の病気をいわれたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> パーキンソン病	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 治療中の病名	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 手術を受けたことがありますか。 いつ頃： _____ 年頃 手術した病名： _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 以下のものが身体にありますか。 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> 金属 (人工関節・プレートなど) <input type="checkbox"/> その他 看護師確認 → <input type="checkbox"/> Aライン <input type="checkbox"/> CVポート	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
* お体の不自由なところや、何か不安・心配なことがあれば教えてください		

独立行政法人国立病院機構函館 外来消化内科・内視鏡室 2019年6月 改定

図1 問診票A

内視鏡問診票

お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒に出して下さい

記入日： 年 月 日	問診確認NS()
氏名：	年齢：()歳
1.以下の アレルギー はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> キシロカイン	<input type="checkbox"/> ヨード(イソジンなど)
<input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> 抗生剤()
<input type="checkbox"/> ミント <input type="checkbox"/> 造影剤	
<input type="checkbox"/> その他：	
2. ピロリ菌の検査 を受けたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある → (陰性 ・ 陽性)	
↓	
除菌治療を受けたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある → 年頃(成功 ・ 失敗 ・ 不明)	
<input type="checkbox"/> 不明	
3. 血液をサラサラにするお薬 を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> バイアスピリン	<input type="checkbox"/> バファリン
<input type="checkbox"/> オパルモン	<input type="checkbox"/> タケルダ
<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> イコサペント
<input type="checkbox"/> プラビックス(クロピドグレル)	<input type="checkbox"/> エリキュース
<input type="checkbox"/> プレタール(シロスタゾール)	<input type="checkbox"/> リクシアナ
<input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> パナルジン(チクロピジン)
<input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> プラザキサ
最終内服： 月 日 時	
4.以下の 胃酸を抑えるお薬 を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> バリエット(ラベプラゾール)	<input type="checkbox"/> タケブロン(ランソプラゾール)
<input type="checkbox"/> オメプラール(オメプラゾール)	<input type="checkbox"/> ネキシウム
<input type="checkbox"/> タケキャブ	
5.以下の 病気 を言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 心臓の病気	<input type="checkbox"/> 不整脈
<input type="checkbox"/> 褐色細胞腫	<input type="checkbox"/> 高血圧
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 肝硬変
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 脳梗塞
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症	
6.以下の 手術(腹腔鏡を含む) をうけたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 胃がん()歳	<input type="checkbox"/> 食道がん()歳
<input type="checkbox"/> 虫垂炎()歳	<input type="checkbox"/> 大腸がん()歳
<input type="checkbox"/> (左・右)乳がん()歳	<input type="checkbox"/> 帝王切開()歳
<input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> 婦人科の病気()歳
7. 以下のもの が身体にありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> ペースメーカーまたはICD	<input type="checkbox"/> シャント
<input type="checkbox"/> 金属類(人工関節・プレート・ボルトなど) →	<input type="checkbox"/> スtent
看護師確認→ <input type="checkbox"/> Aライン <input type="checkbox"/> CVポート	<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)
部位：()	
特記事項	

図2 問診票B