

医療現場における問診の課題と目指すべき問診の形（診察前情報収集を中心に）

1. エグゼクティブサマリ

医療現場の問診（特に診察前の患者情報収集）は、多くのステークホルダーにとって課題を抱えています。患者の基本情報や症状経過を統一的に取得することで診療の効率化・質向上が期待できますが、現状では紙の問診票や口頭問診に依存し、**情報の欠落・ばらつき、入力重複、時間超過**などが発生しています¹²。本リサーチでは、患者・医療従事者・病院経営など視点別に現行問診フローの課題を整理し、**統一的に収集すべきコア情報と診療科等に応じて柔軟に変える情報の境界**を提案します。また、国内外のデジタル問診やトリアージ、PHR（パーソナルヘルスレコード）活用の事例から**成功要因と失敗要因**を抽出し、将来の問診のあるべき姿を**業務フローとデータ設計**の両面で示します。最後に、実務で使える形で**要件定義、設計原則、評価指標(KPI)、導入ロードマップ**を提示し、段階的な実現戦略を提言します。

2. 課題の体系整理（ステークホルダー別）

● **患者の課題**: 問診票への記入や事前Web問診の負担が大きく、高齢者やITに不慣れな患者では未入力・誤入力が生じがちです¹³。複数回受診時に毎回同じ情報（既往歴や服薬等）を書かされる**重複入力**や、専門用語が分からず**誤解**したまま回答してしまうケースもあります。紙の問診では**待ち時間が長くなる**不満や、他人に聞かれたくないデリケートな内容（メンタルヘルスや性感染症など）を書きづらいという**プライバシー懸念**も指摘されています¹⁴。外国人患者では言語の壁、高齢者や障害のある患者では**アクセシビリティ**の課題も大きく、十分な支援なしに事前問診を完了できない場合があります。

● **受付・医療事務の課題**: 紙の問診票の場合、受付での**配布・回収**や内容チェックに手間がかかり、**手書きの判読ミスや転記ミス**による情報漏れ・誤記録のリスクがあります⁵。Web問診を導入しても、結局**電子カルテへ手入力**する羽目になれば業務が二度手間になります⁶。また、ITに不慣れな患者への入力サポートや、紙との併用期間中は**運用が複雑化**し一時的に受付業務が増えることも課題です⁷⁸。問診内容によっては受付事務が把握しづらい専門的事項も含まれ、対応範囲の限界もあります。

● **看護師の課題**: 初診時や救急外来では看護師が**トリアージ問診**を行うケースもありますが、口頭で患者から症状や既往を聞き取りカルテ代行入力するのは負担が重いです⁹。問診票に書かれた内容を**看護師が再確認・補足**する場面も多く、**情報の二重収集**となっています。緊急度の高い症状を見逃さないよう注意が必要ですが、紙問診では重症度判別やアラートに限界があります。看護師不足の状況下で問診に時間を取られることは本来業務（処置やケア）を圧迫する要因です¹⁰⁹。また、問診内容に基づく**他職種への共有**（医師や薬剤師への情報伝達）が手作業だと漏れや遅れが発生するリスクもあります。

● **医師の課題**: 医師にとって問診は診断の第一歩ですが、現在の紙問診票では**情報が不十分**だったり、自由記載の読解に時間を要したりします。診療科に特有の質問（例：産婦人科なら月経歴、精神科なら生活環境など）が標準問診票では抜け落ち、**必要な情報を結局診察室で一から聞き直す**ことも少なくありません。逆に問診票が冗長すぎると患者が記入しきれず**空欄や不正確な回答**が増え、信頼性が低下します¹¹。医師不足や外来患者過多の

中、問診に時間を取られると**診察時間の圧迫や待ち時間延長**につながります。また電子カルテと問診情報の連携が不十分だと、診察前に別画面や紙を参照する手間が発生し**ワークフローが煩雑**になります。医師からは「対面で直接問診することで得られる微妙な情報（表情やニュアンス）がある」との指摘もあり¹¹²、デジタル問診への慎重姿勢の一因となっています。

● **病院経営・管理部門の課題**: 病院全体では問診業務の非効率性が**患者待ち時間の増大や回転率の低下**を招き、患者満足度や病床稼働に影響します¹³。紙運用による人的ミス（聞き漏らし・転記誤り）から生じる医療安全リスクも経営上の懸念事項です。さらに、問診情報が紙では蓄積・分析されにくく、医療の質向上や経営判断に活かせていません。国の医療DX方針の中で**マイナ保険証等による情報活用**が推進されていますが、対応しないと診療報酬上の減算もあり得るため経営的インセンティブがあります¹⁴。一方、新システム導入にはコスト（初期投資・運用費）がかかり、**費用対効果が不透明**との声もあります¹⁵。現場のITリテラシー不足でシステムが活用されないリスクや、導入直後の一時的な業務混乱も管理者の課題です¹⁰。

● **病院IT・情報システム部門の課題**: 問診情報を電子化・共有するには既存システム（電子カルテや予約システム等）との**連携**が不可欠です。標準インターフェース（FHIRやSS-MIX2など）対応や、他院・PHRとのデータ交換も見据える必要があります。シームレス連携ができないと**スタッフの手入力による二重作業**が発生し効果が半減します⁶。また、患者の個人情報を扱うため**セキュリティ要件**が厳しく、厚労省のガイドライン遵守（アクセス制御や暗号化、監査ログ等）を満たすシステム選定・管理が求められます¹⁶。情報システム部門は慢性的な人員不足の中、24時間体制の運用監視やトラブル対応、職員へのIT教育まで担っており、**運用負荷**が高いのも課題です¹⁰。クラウド型サービス導入時には院内ネットワークや認証基盤との整合、災害時の対策（バックアップとオフライン運用）も検討が必要です。

● **地域連携先（他院・薬局・在宅など）の課題**: 患者が医療機関間を移る際、**問診情報が引き継がれない**ことがほとんどで、毎回初診時に一から問診し直す非効率があります。他院からの紹介状に最低限の情報はありますが、書式は統一されておらず詳細な生活背景などは共有されにくいです。地域で情報連携が進んでいない場合、患者や家族が**繰り返し同じ説明をする負担**が大きく、情報伝達ミスによる医療ミスのリスクもあります。薬局や在宅医療では、医師からの処方情報は連携しても**問診内容（例えば服薬アドヒアランスや副作用歴）は共有されない**ことが多く、ケアの継続性が損なわれます。プライバシーやシステム互換性の問題から地域HIE(Health Information Exchange)が限定的であることが背景にあり、**地域連携での問診標準化**は未だ課題です。

3. 既存取り組みの俯瞰整理（国内外）

国内のデジタル問診・トライアージの現状

日本では近年、**Web問診システム**や**AI問診サービス**が複数登場し始めています。例えば、クラウド型問診票サービスの「Symview」は来院前に患者がスマホで回答し、症状に応じて質問を出し分ける仕組みで、2025年時点で全国2,000以上のクリニックが導入しています¹⁷¹⁸。Symviewでは電子カルテや予約システムとAPI連携し、**ワンタッチで問診内容をカルテに取り込む機能**を提供しており、スタッフの転記作業を削減しています¹⁹。また回答内容に基づき発熱患者等を**事前にラベル付け（トライアージ）**する機能で院内感染対策にも寄与しています¹⁸。

一方、AIを活用した問診支援として、「**ユビーAI問診**」（Ubie社）や「**今日の問診票**」（プレジジョン社）などが病院に導入され始めています。500床規模の総合病院である刈谷豊田総合病院ではユビーAI問診を導入し、**電子カルテに必要情報が自動入力された状態で診察を開始**できるようになったため、従来医師が問診に費やしていた時間を削減し業務効率化を実現しました²⁰。鹿児島県の離島・沖永良部徳洲会病院でも2023年5月にAI問診を

採用し、それまで看護師の口頭問診で発生していた**看護師負担と患者待ち時間の恒常的な発生**を改善しました⁹。導入後は**看護師の負担軽減と待ち時間短縮**に加え、専門外の疾患にも適切に対応できるようになり医療の質向上につながったと報告されています⁹。山形県の日本海総合病院（630床）では救急センターでユビーAI問診を導入し、カルテ記載に要する時間が**12分から8分に短縮**、患者の待ち時間も減少して**回転率向上**が確認されました²¹。コロナ禍では患者が自宅で問診を済ませ来院できたため感染リスク低減にも役立っています¹³。

このような事例から見える国内成功要因は、**電子カルテ連携による業務省力化、患者の待ち時間短縮による満足度向上、および発熱者の事前把握など医療安全への寄与**です。特にカルテ連携が不十分だと「結局スタッフが手入力する羽目になる」という失敗が起こりやすく⁶、システム選定時にAPI連携やデータ形式の互換性確認が重要となります。また、問診項目の設計も成否を分けます。成功しているケースでは「**来院前に把握すべき必須情報**」に絞り込み、質問を盛り込みすぎない工夫があります¹¹。逆に失敗例としては、質問が冗長で患者が途中離脱したり、導入後の運用ルールが曖昧で現場が使いこなせず**形骸化**してしまうケースが挙げられます。ある調査では**Web問診を導入済みの開業医は2.8%に過ぎず**、約7割が「現状導入予定なし」と回答しました¹。消極的な理由として「**高齢患者が多く使えない**」「**直接対面での問診に価値がある**」等が挙げられており¹²²、現場の納得感を得るにはデジタル問診の有用性を定量的に示すことが求められます。また2022-23年のデータでは東京都心部を中心にWeb問診導入率が前年比19%増加するなど²³、徐々に普及が進む兆しもあります。成功している医療機関は**受付～診察の業務フロー自体を見直し、新たな役割分担**（例：問診データの事前チェック担当配置）や患者周知の徹底（事前入力を促す案内）など運用から変革している点も共通しています。

海外の事例と展開

海外では日本より進んだ事例が見られます。特に英国NHSではプライマリケア領域で**オンライン問診・相談システム**が広く導入されています。代表的な「**eConsult**」はGP（家庭医）向けのデジタルトリアージプラットフォームで、患者が症状に関する質問にオンライン回答すると、その内容をもとに**緊急度分類や受診の要否判断**が行われます。eConsultは2013年の創設以来英国全土で普及し、2022年時点で**3,200以上の診療所（約2,800万人の患者をカバー）**に導入されています²⁴。第三者評価によると、eConsult導入により一般医の診療所あたり月**1,000件の追加診療枠創出**や、患者の**初期評価待ち時間の劇的短縮**（とある救急診療ユニットでは来院患者の99%以上が15分以内に初回評価を受けられた）といった成果が報告されています²⁵。NHS全体ではeConsultの活用で**年10～16億ポンド相当の効果**（さらなる普及で+10億ポンド）を生み出す可能性があるとの試算もあります²⁶。成功要因の一つは**NHSの既存電子カルテや患者情報システムとの高度な統合**であり、患者が入力した問診データがNHS共通の基盤（Spineシステム）にセキュアに共有され、様々な医療提供者間で利活用されている点です²⁷²⁸。このようにインターオペラビリティを確保することで、患者がどの窓口にアクセスしてもスムーズに情報連携され、適切なケア経路に乗る仕組みが実現しています。

米国でも、多くの病院・クリニックで**デジタル問診票（Digital Intake Forms）**や**ポータル経由の事前問診**が導入されています。電子カルテ大手Epicの患者ポータル(MyChart)では、予約時に症状や既往歴のアンケートに回答させ、結果を受診科選択や診療計画に活かす例があります。また**Ada Health**や**Babylon Health**といった民間のAI症状チェッカーが一般向けに提供され、患者が病院受診前にセルフトリアージする文化も芽生えています。しかし海外でも高齢者や低所得層ではデジタルアクセスに課題があり、紙や電話による従来型問診とのハイブリッド運用が多いのが実情です。特に米国では個人情報保護（HIPAA）の制約から、患者入力データの扱いに慎重さが求められ、システム導入時の**セキュリティ認証や同意取得フロー整備**がボトルネックになる場合があります。

総じて、国内外の事例から学べるポイントは次のとおりです：

- ・**成功要因：** 患者・症状プロファイルに応じた**質問分岐の最適化**、電子カルテ等との**シームレス連携**、導入後の**運用設計（誰がデータ確認・補足するか等）の明確化**、および経営層の**コミットメント（KPI設定と**

改善推進¹⁵。また使いやすいUI/UX（チャット形式や多言語対応）で患者の回答率・精度を上げる工夫も重要です²⁹。

- ・**失敗要因：**高齢者や障害者への配慮不足による**利用率低迷**¹、問診項目過多による**途中離脱・回答疲れ**¹¹、スタッフのITスキル・役割分担不足による**現場定着の失敗**¹⁰、システム非連携による**二重入力**の発生⁶、およびプライバシー面の不安や法的曖昧さによる**患者・医療者双方の抵抗感**などが挙げられます。特に「導入したが活用されない」ケースの背景には、導入時のトレーニング不足や現場を巻き込んだ合意形成の欠如があります。実際、日本のある調査ではWeb問診導入後に**スタッフ負担が一時的に増えた**とする声もあり⁸、このフェーズを乗り越える組織的サポートが欠かせません。

4. 目指すべき問診の形（複数案）

上述の課題と事例分析を踏まえ、将来的に目指すべき問診の形として**複数のアプローチ案**を提言します。それぞれ特徴が異なるため、医療機関の規模・診療科・地域連携状況に応じて選択・組み合わせが可能です。

- ・**案1：「ミニマム標準+診療科モジュール」方式 - 全国共通の基本問診セット**（後述の標準化コア項目）をまず定義し、全患者から統一フォーマットで収集します。その上で診療科別・疾患別の追加質問モジュールを用意し、必要な場合のみ付加的に回答してもらう方式です。こうすることで、どの診療科でも**核となる情報（主訴・既往歴・アレルギー等）が網羅**され³⁰³¹、共有時の抜け漏れを防ぎます。同時に専門領域ごとの情報ニーズにも対応できます。各モジュールは学会や専門医の監修のもと作成し、たとえば**呼吸器科では喫煙歴や呼吸困難の程度、産婦人科では最終月経や妊娠可能性**などを含めます。モジュール形式にすることで標準化しすぎの弊害（全患者に不要な質問をすること）を避け、**必要十分な質問のみに絞り込めます**¹¹。運用上は、新患受付時に患者の訴えや予約内容に応じて**適切なモジュールを自動選択・提示**する仕組みとします。
- ・**案2：「症状トリアージ分岐型」問診** - 患者の主訴や症状に関する入力にリアルタイムに応じて**次の質問が動的に変化**する対話型問診です。AIやルールベースエンジンを用いて、「はい/いいえ」回答や症状選択に応じ最適な深掘り質問を行い、**診療前に重症度評価や可能性の高い鑑別診断**まで提示します。これは英国NHSのオンライントリアージや、日本のユビーAI問診に近い形です。症状起点で質問を分岐することで**問診時間を短縮**しつつ、医師の専門外の領域でも見落としを減らせるメリットがあります³²。例えば胸痛を訴える患者には狭心症の危険因子チェックや痛みの性状を詳しく尋ね、緊急性が高ければ来院前に警告を出す/優先診療するといった仕組みです。導入のポイントはアルゴリズムの**医学的妥当性と説明性**です。AIの判定に偏りや誤りがあるとリスクなので、必ず**最終判断は医師が行い補助的に使う**位置づけとします³³。このモデルではトリアージ結果によって診療科の適切な案内（例えば「この症状なら〇〇科受診が適当です」）や事前検査の指示を出すことも可能となり、患者の**受療行動の最適化**にもつながります³⁴。
- ・**案3：「PHR連携型」問診** - 患者本人が管理するパーソナルヘルスレコード(PHR)や各種ヘルスデータと医療機関の問診システムを連動させる方式です。具体的には、**マイナポータル等から取得できる処方歴・健診結果**を問診情報に自動反映させる³⁵、患者のスマートフォン健康アプリから生活習慣データ（歩数、睡眠、血圧など）を取り込む、あるいは既往症・アレルギー情報を患者が事前にPHRへ登録しておき都度医療者と共有する、などの形態が考えられます。これにより患者が**毎回同じ情報を繰り返し記入する負担**を軽減しつつ、医療側も**信頼性の高い最新情報**を参照できます³⁵。たとえばクラウド型PHRサービスと連携すれば、他院受診歴や投薬情報が問診票に自動入力され、確認だけで済むようになります。ただし課題は**標準化と同意管理**です。データ形式の標準（例えばHL7 FHIR®による相互運用）を確立しないと自院

システムに取り込めず、また患者のプライバシー同意を得た上で必要最小限のデータを取得する仕組み（**オプトインの細かな設定**）が必要です。将来的には、患者のウェアラブル機器データ等も活用して**来院前から体調変化を察知**したり、既に持っている**質問への回答をスキップ**したりするなど、一歩進んだ効率化・個別化が期待できます。

- ・**案4:「地域連携前提型」問診** - 地域の医療機関連携ネットワーク上で患者情報を共有し、どの施設でも共通の問診情報を参照・更新できるモデルです。患者がかかりつけ医で入力した問診内容を、紹介先の病院があらかじめ閲覧できれば**紹介状を補完**し診療に役立てられます。逆に専門病院で収集した詳細な問診（生活背景や社会的要因など含む）を地域のケアマネや在宅医と共有すれば、**退院後のケア計画**に活かすことができます。技術的には地域HIEでのデータ連携、もしくは患者が**自分の問診データをQRコードや電子媒体で持ち運び**次の医療機関に提供する方法などが考えられます。利点は、患者の情報がシームレスにつながることで**医療の継続性とムダの削減**（何度も同じ質問をしない）が実現する点です。一方でプライバシー・セキュリティ上の制約は大きく、アクセス権管理（誰がどこまで閲覧できるか）や同意の範囲管理が不可欠です。また各施設での問診フォーマットが統一されていないと共有されても活用が難しいため、**地域標準フォーマット**の策定と合意形成が前提となります。行政主導でこうした地域問診データ基盤を構築する動きも一部にありますが、当面は上記**案1～3を各院で実施**した上で、共有可能な部分（標準コア項目など）をHIE経由で交換するといった現実的アプローチになるでしょう。

以上の案はいずれも一長一短がありますが、**ミニマムコアの標準化**は共通の土台として重要です。その上で医療機関ごとに、対話型AIを組み合わせるのか、PHRと繋ぐのか、段階的に選択していくロードマップが考えられます。次章ではまず標準化すべき問診項目について具体案を示します。

5. 標準化コア項目セット案

問診の**標準化コア**とは、診療科や疾患に関わらず**すべての患者について統一的に収集すべき最低限の情報**です。厚生労働省も「初診時の標準的な問診票の項目等」として基本項目を提示しており³⁰³⁶、これをベースに以下のセットを提案します（※可能な限り構造化データ＋標準コードを付与し、電子的に扱いやすくする前提）：

- ・**主訴・現病歴**: 現在もっとも困っている症状（主訴）とその発症時期・経過・症状の具体的内容³⁷。自由記載で詳細を書く欄と、発症時期（○日前から等）の選択肢、経過の推移（徐々に悪化/突然発症など）のチェックボックスを設けます。
目的: 医師が**何に焦点を当てるべきか**を把握するための中心情報。
推奨形式: 主訴は自由記述＋ICDやSNOMED症状コードの付与、発症時期は年月日または期間選択、経過は定型選択肢。
注意点: 患者の表現を尊重しつつ、緊急兆候（例: 「激しい頭痛」「意識消失」等）が含まれる場合はフラグを立てる。
例外処理: 主訴が複数ある場合も入力可能に（複数選択または記述欄を追加）。
- ・**受診中・かかりつけ医**: 現在他に通院している医療機関や主治医がいるか。その医療機関名・診療科・治療内容・最終受診日³⁸。
目的: **重複治療や相互作用、連携の必要性**を把握する。既に他医で検査中の病態なら共有や紹介の検討が必要。
推奨形式: 医療機関名はマスターから選択（またはフリーテキスト）、診療科は標準コード（標準科分類）で記録。
注意点: 入力患者が病名や治療内容を正確に書けないことも多いので、「わからない場合は受付でお知ら

せください」等の注記を付す。紹介状を持参している場合はアップロード機能もあると良い。

例外処理: かかりつけ医無しの場合「なし」と明示させる。代理入力者（家族）がいる場合、その氏名も記録（後述の本人確認参照）。

- **既往歴:** これまでに経験した大きな病気・手術とその時期、治療内容³⁹。特に入院や手術を要した疾患、慢性疾患は重要。女性の場合は産科既往（妊娠・出産歴）も含めます。
目的: **現在の症状との関連や服薬状況**を考える土台。例えば心疾患の既往があれば胸痛の評価が変わる。
推奨形式: 代表的疾患はチェックボックス（心疾患・脳梗塞・糖尿病など）＋自由記述併用。病名は可能な限り標準病名マスターに紐付け。時期は西暦年代や年齢で入力。
注意点: 患者が「大きな病気ではない」と思って申告しないケースがあるため、「入院や長期治療を要した病気はありますか」と説明する。精神疾患や難病も重要だがデリケートなため記入を強制しない。
例外処理: 記憶が曖昧な高齢者もいるため、「不明」と書ける選択肢も用意。代理入力の場合、分かる範囲で記載。
- **アレルギー歴:** 薬剤や食品、その他物質で**アレルギー反応を起こした経験**⁴⁰。原因物質と症状（例えば「〇〇薬で発疹」「そばで呼吸困難」など）。
目的: **投薬・処置の安全確保**。特に薬剤アレルギーは重篤な医療事故につながり得るため必須確認事項。
推奨形式: 原因となった物質は自由入力（可能なら標準コード：薬剤ならHOTコード等）、症状も簡潔に記述。アレルギーが無い場合は「なし」を明示選択。
注意点: 患者によっては副作用とアレルギーを混同するため、「薬で軽い副作用が出た場合も含めて記入してください」と案内。ただし「胃がムカムカした」程度の副作用とアナフィラキシーを区別するため、重篤度も追加選択できると理想的。
例外処理: 記入漏れ防止のため、**問診システム上で未回答の場合は送信できない必須項目**とすることが推奨されます。
- **現在の服薬情報:** 現在飲んでいる薬剤名と用量・服用頻度。サプリメントや市販薬も含めて記載。
目的: **併用薬との相互作用や重複処方**の防止。また症状が薬の副作用による可能性も評価できる。
推奨形式: 薬剤名はフリーテキストまたは処方薬なら処方履歴から選択、自動的に一般名やコードにも紐付け。用量は任意記載。
注意点: 患者任せでは漏れが多いため、**マイナ保険証連携**で直近の他院処方情報を取得する運用が望ましい³⁵。実際、マイナ連携に同意した患者については直近1か月以内の処方薬は問診票記載を省略できるとされています³⁵。同意しない場合もあるので、紙お薬手帳持参を促す等フォローが必要。
例外処理: 子どもなど本人が薬名を把握していない場合、「服薬中だが詳細不明」と記載し別途確認するフローへ。服薬なしの場合も「なし」チェック。
- **妊娠・授乳に関する項目:** 現在妊娠しているか、妊娠している可能性があるか、授乳中か（該当者のみ）⁴⁰。妊娠中の場合は週数も記載。
目的: **妊産婦への配慮**（禁忌薬の回避、胎児への影響検討など）。放射線検査や投薬の判断材料。
推奨形式: 女性のみ回答必須。はい/いいえ選択＋自由記述（週数等）。妊娠の可能性については最後の月経開始日なども入力できると望ましい。
注意点: デリケートな情報であり、プライバシーに配慮して**回答が第三者（受付等）に見られない仕組み**も検討（例えば直接医師のみ閲覧可能なフラグとして保持）。
例外処理: 女性以外は非表示または自動スキップ。代理人入力では回答保留してもらい、本人確認へ。
- **生活習慣・社会歴:** 最低限、喫煙歴と飲酒習慣は全科共通で取得を推奨します。喫煙は「現在/過去/無・量」、飲酒も「頻度・量」など。⁴¹（※厚労省の標準質問票では特定健診問診として喫煙状況を設問

化)。加えて職業や介護認定の有無、家族構成など **社会的背景** も基本情報として有用です。

目的: **疾患リスク因子** (喫煙等) の把握や、治療計画立案時の **社会的サポート** 考慮。例えば在宅療養の指導には家族状況が重要。

推奨形式: 喫煙・飲酒は選択肢 (現在・過去・なし+量)、職業は自由記載、家族同居状況等はチェックボックス。

注意点: プライバシーに踏み込む項目もあるため強制回答にせず、任意記入欄としておく。高齢者では家族が代理で書く場合もあり、個人情報保護の観点から本人同意の上での代理入力プロセス明示が必要。

例外処理: 小児の場合は親が回答 (喫煙飲酒は該当なしとなるが、家庭内喫煙暴露など代替設問も考えられる)。

- ・ **その他:** 非常時のための緊急連絡先 (家族等) や、来院手段 (自家用車か救急車かなど)、今後の連絡希望手段 (電話/メール) などとも状況に応じて含めます。特に救急外来では到着手段や付き添い者情報が重要です。また、**本人確認情報** (氏名・生年月日・連絡先) は問診以前の受付情報として取得済みと仮定しますが、オンライン事前問診の場合は本人または代理人が入力したことを確認するチェック (「本人/代理人の氏名」入力等) を組み込み、不正な代行入力を防止します。

以上がコア項目セット案です。これらは **構造化データ** として保存しつつ、各項目に **自由記述欄** を設けて患者が詳細を書けるようにします。標準化の境界線としては、「上記コア項目は全国どの医療機関でも共通フォーマットで収集・共有」「それ以外 (症状固有の詳細、医師が直接聞く主観的情報など) は各診療科・各医師の裁量部分」と位置づけます。例えば、痛みの性質や具体的な生活上の困り事などは自由記載で補足し、診療科ごとの問診モジュールで尋ねる領域とします。標準化しすぎる弊害として **自由記述に含まれる重要情報の見逃し** や、患者が画一的な質問に答えるだけで **医師との対話が減る** 懸念もあるため、コア項目で8割カバーしつつ残り2割は **対面での深掘り** や **自由記載** に委ねるバランスが重要です ¹¹⁾。

6. 導入ロードマップ

問診の理想形への移行は、一気にすべてを変革するのではなく **段階的に導入・拡大** することが現実的です。以下のロードマップ案ではPoC (実証) から全体展開までステップを示します。

1. PoC (概念実証) フェーズ:

まず一部の診療科または患者グループで **試行導入** を行います。例えば外来のうち予約患者を対象にWeb問診を事前実施してもらい、効果と課題を測定します。PoC期間中は **KPIのベースライン** (現状の待ち時間、問診漏れ件数など) を収集し、導入後にどう変化するか比較します ⁴²⁾ ⁴³⁾。現場スタッフから運用上のフィードバックを集め、問診項目の調整やUI改善に活かします。この段階ではあえて **紙問診との併用** も続け、両者の差異を検証します。

2. 部分導入 (パイロット展開) フェーズ:

PoCの結果を踏まえ、徐々に対象範囲を拡大します。具体的には **特定の診療科** (例えばプライマリケア科全般) や **新患受付全員** にデジタル問診を適用し、紙問診は希望者のみとします。スタッフ向けに **事前研修とマニュアル整備** を行い、患者案内も院内掲示や予約時メールで周知徹底します ⁸⁾。このフェーズでは、一時的に **紙・電子の二重運用** が発生するため、追加の人員配置 (問診データチェック担当など) やITサポート体制を強化し、混乱を最小化します ⁸⁾。また、電子カルテ等との **システム連携テスト** を十分に実施し、連携エラーや入力漏れがないか確認します。パイロット導入科での **診療フロー改善** (例えば医師が診察前に問診データを読む時間をスケジュールに組み込む等) も並行して行います。ユーザー (患者・

職員)へのアンケート調査で満足度や使い勝手を評価し、必要なら機能追加(例:多言語対応やLINE連携⁴⁴)も検討します。

3. 全体展開フェーズ:

病院全体・クリニック全体への**本格導入**です。標準化コア項目は全科共通で運用し、診療科別モジュールや症状別分岐問診も各科に最適化した上で展開します。紙の問診票は原則廃止とし、特例ケース(高齢者でどうしても入力困難な場合等)のみ紙や口頭対応に切り替えます。全体展開にあたっては、**診療報酬上の対応**(加算要件の満たし方確認)や**法的手続き**(電子的に取得した問診票を正式な診療録として保管する方法の整備)も完了させます。患者への広報として、ホームページや予約システム上で「当院では事前にWeb問診をお願いしています」等案内し、初診患者の事前準備が習慣化するよう促します。導入後も**KPIモニタリング**を続け、例えば待ち時間短縮目標の達成度や問診未入力率などを定期確認します。問題が見つければPDCAを回し、質問内容や運用手順をアップデートします^{15 45}。また、周辺システム(予約、決済、処方箋システム等)とも順次連携を深め、将来的な**包括的デジタル患者フロー**の一部として問診システムを位置付けます。

4. 地域・PHR連携フェーズ(将来展望):

自院内で問診データ活用が定着した後は、**地域連携への拡張**を図ります。他院紹介時にデータ連携を試行したり、患者の同意の下でPHRに問診情報を書き出せるようにして、患者自身の持ち運びを可能にします。地域の医療情報連携システムへの参加や、標準フォーマット(HL7 CDAやFHIR)による他システムとの問診データ交換など、より広域な標準化も段階的に推進します。これは技術的・制度的ハードルが高いため長期的ロードマップになりますが、将来的には**地域一貫した問診情報共有**によって患者中心の医療を支える基盤構築を目指します。

各フェーズ移行の判断には、中間評価としてKPI達成状況や現場の満足度を確認することが重要です。特に**PoC→部分導入**の段階では経営層への報告を行い、投資に見合う効果(あるいは改善すべき課題)をエビデンスとともに示すことで、組織内の理解と追加リソース確保につなげます。段階的導入により、現場に無理なく新しい問診の形へ移行できるようにすることが肝要です。

7. 評価指標(KPI)

問診改革の成果を測定するため、以下の**重要業績評価指標(KPI)**を設定します。定量目標を予め定め、導入前後で追跡することで、効果検証と改善に役立てます^{42 45}。

- ・ **患者待ち時間の短縮**: 平均待ち時間(受付から診察開始までの時間)。デジタル問診によって**待合室滞在がどれだけ減ったか**を測定^{2 46}。目標例: ○○%短縮。
- ・ **問診入力率(事前回答率)**: 来院前にWeb問診を完了した患者の割合。高齢者等への支援策が機能しているかを示す。目標例: 事前入力率80%以上。
- ・ **問診漏れ項目の件数**: アレルギーや既往歴など必須情報が**未記入のまま診療に入ったケース**の件数。ゼロを目指す。
- ・ **医師の問診時間削減**: 診察室で医師が問診に費やす平均時間。事前情報活用で何分短縮できたか。目標例: 平均△△分以内(導入前比▲X分)。
- ・ **情報転記の手作業削減**: 受付や看護師が紙から電子カルテに転記・入力した件数。理想はゼロ(シームレス連携)。
- ・ **転記ミス・読取ミス件数**: 手書きの読み間違いや入力ミスによる記録誤り件数。これもゼロを目標に。

- ・ **患者満足度スコア:** アンケートで問診プロセスに関する患者満足度（5段階評価平均やNPSなど）。「落ち着いて入力できた」「繰り返し質問が減った」などポジティブな設問を設定²。
- ・ **スタッフ業務負荷指標:** 問診関連業務に割かれる受付・看護師の時間。または「問診業務が煩雑」と感じているスタッフ割合。導入後の**負担感軽減**を確認⁵。
- ・ **診療の質指標:** 例えば初診患者の診断精度（後日修正率の低下）や、緊急疾患の見逃し防止件数など。問診標準化により**聞き漏らしがなくなった**ことを間接的に示す指標⁴⁶。
- ・ **システム稼働率:** 問診システムの可用性（ダウンタイムがどれだけ発生したか）。99.9%など高可用性を維持できているか。
- ・ **セキュリティ指標:** インシデント件数（問診データの誤閲覧や漏洩が0件であること）、アクセスログ監査結果など。

上記KPIは「患者経験」「業務効率」「医療の安全・質」「システム面」のバランスを取って設定しています。例えば**患者満足度の向上**は問診改革の最終的な評価につながる重要指標です²。数値目標だけでなく定性評価（患者・職員の声）も合わせて捉え、KPI達成度をチームで定期レビューする仕組みが望ましいです。

8. リスクと対策

問診の標準化・デジタル化を推進するにあたり、考えられるリスクとその対策を整理します。

- ・ **【リスク1】 デジタルデバインドによる利用困難:** 高齢者や障害者、ITリテラシーの低い患者が事前問診を利用できず、かえって負担増になる可能性^{1 3}。
対策: 患者層に応じて**多様な入力手段**を用意します。スマホが苦手な人には来院時にタブレットでスタッフが支援、あるいは紙問診も選択肢として残し併用期間を設けます³。音声入力やチャットボットUIなど直感的な操作ができる仕組みを採用し^{29 47}、「LINEからアクセスできる」など患者が使い慣れたツールと連携する工夫も有効です³。また利用ガイドを事前送付する、問い合わせ対応窓口を設けるなどサポート体制を敷きます。
- ・ **【リスク2】 プライバシー・セキュリティ侵害:** デジタル問診では患者の機微情報がネット経由で扱われるため、**情報漏えいや不正アクセス**の危険があります⁴⁸。特に産婦人科や精神科ではプライバシー懸念が強く利用が進まない可能性もあります^{4 49}。
対策: システム選定段階で**厚労省「医療情報システム安全管理ガイドライン」**準拠を確認し、通信暗号化や保存データの厳重管理、アクセス権限の細分化を必須要件とします¹⁶。患者には**プライバシーポリシーと同意事項**を明示し、不安な人には無理強いしない（紙での回答も可とする）運用で信頼を得ます^{4 49}。また万一に備え監査ログを取得し、不正アクセス発生時の影響範囲を追跡できるようにします。院内でも**閲覧権限を職種ごとに制限**し、例えばデリケートな内容は医師のみ見られる設定にするなどプライバシーに配慮します。
- ・ **【リスク3】 標準化による情報の硬直化:** フォーマットを定型化しすぎること、**患者の生の訴え**やニュアンスが汲み取りにくくなる恐れがあります。自由記載欄が減ると患者-医師の関係構築に必要な対話が疎かになるとの指摘もあります。
対策: **構造化と自由記載のハイブリッド**を維持します。標準コア項目で網羅しつつ、各設問に「補足があれば自由記載してください」と記入欄を設けます。医師にも事前問診に100%頼りきりにせず、**診察時に必ず患者本人に重要ポイントを再確認**するフローを推奨します。システム上も自由記載部分を強調表示する、キーワードハイライトするなどして医療者が見逃さない工夫をします。さらに患者が自由に心配事を書ける**フリーメモ欄**を設置し、「医師に伝えたいことは他にありますか？」といった問いで関係性に配慮します。

- ・【リスク4】問診アルゴリズムの誤判定・偏り: AI問診やトリアージでは、データ偏りによる誤ったリスク分類や過剰な質問分岐が発生しうる。これに医師が過度に依存すると診療判断ミスにつながる危険があります^{50 12}。

対策: AIの役割はあくまで**診断補助**と位置づけ、最終判断は人間が行う体制を明確にします³³。アルゴリズムは医学的エビデンスに基づき、定期的に精度検証とアップデートを実施します。誤判定が起きた場合の**責任の所在**もあらかじめ議論し、院内ルールで「AI問診結果は参考情報であり、最終的な診断責任は担当医にある」と位置付けます。極端に危急な症状が検出された場合は自動的に医療者へ通知する仕組みを設けつつ、過剰なアラート乱発による**アラート疲れ**も防ぐよう、閾値設定や通知頻度を調整します。

- ・【リスク5】スタッフの運用負荷・抵抗感: 新しい問診システム導入直後は、スタッフが操作や患者対応に不慣れで**一時的に業務が増加**したりミスが起きたりする可能性があります⁷。また現場の医師が「問診は自分でやりたい」とデジタル問診を活用しない抵抗も考えられます。

対策: **段階的導入と教育**でスムーズな運用定着を図ります。前述のように小規模から始め、スタッフ全員に対する操作トレーニングとマニュアル配布を行います^{8 51}。特に受付・看護師には患者対応FAQも用意し不明点をすぐ確認できるようにします。現場の声を定期的にヒアリングし、システムや運用ルールを改善する**フィードバックループ**を設けます。医師に対してはデータでメリット（時短や見逃し防止）を示し、**診療補助として有用**であることを理解してもらう機会を設けます。先行導入した科の医師から体験を共有してもらう、効果を可視化して周知するなどして抵抗感を和らげます。

- ・【リスク6】法制度上の不確実性: 日本の診療報酬や医療法制ではオンライン問診・トリアージの位置づけが明確でない部分があり、例えば**問診データを診療録とみなせるか、代理入力は法的に許容されるか、AI機能が医療機器に該当しないかなど**グレーな点があります。診療報酬上も、問診の事前実施自体に直接の評価はなくインセンティブ不足との指摘があります¹⁵。

対策: 導入前に関連法規・ガイドラインを十分確認し、必要に応じて行政や専門家に相談します。現在のところ、事前問診そのものは診療行為の一部として位置づけられ、オンライン診療の文脈では初診時でも事前問診を行うことが容認されています（オンライン診療ガイドラインにおける問診の活用など）。診療録への記載については、**電子的に取得した問診も診療録の一部として保存し、タイムスタンプや真正性の担保（変更履歴保存）を行うことで法的要件を満たします**。また診療報酬面では、現行では**医療情報システム基盤充実体制加算**においてマイナ連携や標準問診票活用が評価されています¹⁴。将来的な報酬改定動向も注視し、適宜経営層に提言することでインセンティブを確保します。AIについては医療機器プログラム該当性をチェックし、必要なら承認取得済みのサービスを選定すること、利用時には患者への説明義務（AIを使っていますと伝える）を果たすことも遵守します。

以上のようなリスク対応策を講じることで、問診改革の安全性・持続可能性を高め、患者と医療者双方にメリットを享受できるようになります。リスクマネジメントは導入前だけでなく**運用中も継続的に**見直し、例えばインシデントが起きたらルールを改善するなどプロアクティブに取り組みます。

9. 参考文献一覧

- ・厚生労働省「**初診時の標準的な問診票の項目等**」（令和4年度診療報酬改定, 2022年）^{35 14} - 初診時に確認が望ましい問診項目の標準例を提示した文書。マイナ保険証を用いた情報連携の推進に伴い策定。
- ・CLIUSクリニック開業マガジン「**クリニックの問診票に適したテンプレートはどうやって用意する?**」（2023年）^{30 36} - 厚労省標準問診項目の解説と、診療科別に問診票テンプレートをカスタマイズする重要性を述べた記事。

- MEDISMAお役立ちコラム「Web問診のデメリットはある？対策と失敗を防ぐシステム選びとは」（2025年）^{1 11} - Web問診導入率の現状や、想定される5つのデメリット（高齢者対応、プライバシー、項目設計、スタッフ負担、費用対効果）とその対策を解説。導入効果として待ち時間短縮・満足度向上等のメリットも提示。
- RESERVA mdコラム「医療DXに不可欠なAI問診の活用」（2025年）^{48 20} - AI問診の定義や意義、課題（プライバシー懸念・運用難・精度偏り）とメリットを述べ、実際の導入事例（刈谷豊田総合病院、沖永良部徳洲会病院、日本海総合病院でのAI問診導入効果）を紹介した記事。
- InterSystems社導入事例「eConsult Transforms NHS Triage with InterSystems IRIS for Health」（2024年）^{24 26} - 英国NHSのオンライン問診・トリージシステム(eConsult)の大規模導入事例。3200以上のGP診療所で利用され、待ち時間短縮や医療資源の有効活用に大きな効果を上げていること、システム間連携やデータ統合の重要性について記載。
- 日経メディカル開業サポート「コロナ禍で注目のICTツール意識調査（後編）」（2022年）¹ - 開業医286人へのアンケート結果。Web問診の導入率や導入しない理由（高齢患者への懸念、対面問診志向）が示されており、本稿で現状課題のデータとして引用。
- PR Timesニュースリリース「東京都においてWeb問診の導入数が昨年比19%増加」（ミーカンパニー株式会社, 2023年）²³ - 都内医療機関のWeb問診導入動向を示すデータ。地域差や今後の普及可能性に言及。
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5版」（2021年）- 医療情報を扱うシステム全般のセキュリティ基準を定めたガイドライン。アクセス制御、暗号化、監査ログ、クラウド利用時の注意点などを網羅しており、問診システム導入時の非機能要件策定に参照。
- オンライン診療の適切な実施に関するガイドライン（厚労省, 最新版2022年等）- 初診時を含むオンライン診療で求められる手順を示した指針。問診の事前実施や情報のやりとりに関する留意事項、同意取得などについて記載。問診データを用いた診療報酬算定要件にも言及。
- その他参考: 日本医療情報学会・医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）資料、各病院の導入事例発表（地域医療連携協議会資料等）、学術論文（プライマリ・ケア問診の効果検証研究）など。

^{1 2 3 4 5 6 7 8 11 15 16 22 23 29 42 43 44 45 46 47 49 51} Web問診のデメリットはある？対策と失敗を防ぐシステム選びとは

<https://medisma.jp/column/monshin04/>

^{9 10 12 13 20 21 32 33 34 48 50} 医療DXに不可欠なAI問診の活用 | デジタルで病院の未来を切り拓く | RESERVA md

<https://md.reserva.be/dx-knowledge/ai-interview/>

^{14 35 37 38 39 40} mhlw.go.jp

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000985121.pdf>

^{17 18 19} WEB問診 Symview シムビュー | 株式会社レイヤード

<https://layered.inc/symview/>

24 25 26 27 28 eConsult Transforms NHS Triage with InterSystems IRIS for Health | InterSystems
<https://www.intersystems.com/success-stories/econsult-transforms-nhs-triage-with-intersystems-iris-for-health/>

30 31 36 クリニックの問診票に適したテンプレートはどうやって用意する？ | CLIUS クリニック開業マガジン
<https://clius.jp/mag/2023/04/14/clinic-monshin-template/>

41 [PDF] 一般健康診断問診票
https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/yamaguchi/2013_kenshin/mousinhyou06.pdf