

Scoring Instructions for the Lung Information Needs Questionnaire (LINQ)

この質問票は、患者さんが COPD の情報をどのくらい必要としているかの傾向を測定するものです。スコアは総スコアと 6 つのドメインごとのスコアを算出することができます。

スコアは答えによって得点が異なり、次のページに配点を載せています。

喫煙の項目以外は、下記の質問番号にそって、スコアを加えていき、各ドメインごとのスコアを出します。

質問番号	ドメイン	スコア幅
1-4	病気の理解度	0-4
5-7	薬	0-5
8-9	自己管理	0-6
13-15	運動	0-5
16	栄養	0-2

禁煙のドメインでは、質問番号 10 のスコアが 0 ならば(今は、もう喫煙をしていない)、質問 11、12 に関わりなく、禁煙のドメインのスコアは 0 となります。

質問番号 10 のスコアが 1 ならば、質問番号 11、12 のスコアも加えていきます。

10-12	禁煙	0-3
-------	----	-----

総スコアは 6 つのドメインすべてのスコアを加えて算出します。

最小スコア(情報の必要度は小さい)は 0

最大スコア(情報の必要度は大きい)は 25

注意：高いスコアほど患者の情報の必要度が高い(多くの情報提供が必要)

注意：記入時間はおよそ 6 分程度

注意：バージョン 9 ではスコアに男女で有意な差がみられたため、バージョン 10 では男女のスコアが追加されています。

LINQ

1 あなたは自分の肺の病名を知っていますか？

はい 0

いいえ 1

2 医師あるいは看護師があなたの病気で肺の働きにどのような影響を与えるかについて説明をしてくれましたか？

はい 0

いいえ 1

3 医師あるいは看護師は将来、どんなことが起こるかもしれないかについて説明をしましたか？

はい 0

いいえ 1

4 次の文の中で、これから2、3年のうちにもっとも起こりやすいことを表しているのはどれですか？

ひとつだけ選んでください

病気は悪くなるだろう 0

現在、私は治療を受けているので、
おそらく悪くならないが、良くもならないだろう 1

現在、私は治療を受けているので、良くなるだろう 1

わからない 1

- 5 医師あるいは看護師は吸入薬や内服薬を使用する理由について説明をしてくれましたか？
- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| はい | 0 | <input type="checkbox"/> |
| いいえ | 1 | <input type="checkbox"/> |
-

- 6 あなたは医師あるいは看護師に指導されたとおりに正確に吸入薬や内服薬を使用するようにしていますか？
- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| はい | 0 | <input type="checkbox"/> |
| いいえ | 1 | <input type="checkbox"/> |
-

- 7 あなたは医師あるいは看護師からの吸入薬や内服薬の説明に満足していますか？
ひとつだけ選んでください
- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| 知っておかなければならないことは全て理解している | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 説明されたことは理解しているが、もっと知りたいことがある | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 薬について少しわからないことがある | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 薬について全くわからない | 3 | <input type="checkbox"/> |
-

- 8 もし、あなたの呼吸状態が悪くなったとき、息切れが強くなったときにするようにいわれていることは、次の文の中のどれですか？（例：吸入薬を使用するなど）
ひとつだけ選んでください
- | | | |
|--|---|--------------------------|
| どうすべきか説明されており、医師あるいは看護師から方法を書いた資料をもらっている | 0 | <input type="checkbox"/> |
| どうすべきかは説明されているが、方法を書いた資料はもらっていない | 1 | <input type="checkbox"/> |
| どうすべきかは説明されていないが、どうしたらいいかは知っている | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 説明されたこともないし、知らない | 3 | <input type="checkbox"/> |
-

9 どのような時に救急車を呼んだらいいか説明されていますか？
ひとつだけ選んでください

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| どうすべきか説明されており、医師あるいは看護師から方法を書いた資料をもらっている | 0 | <input type="checkbox"/> |
| どうすべきか説明されているが、方法を書いた資料はもらっていない | 1 | <input type="checkbox"/> |
| どうすべきか説明されていないが、どうしたらいいかは知っている | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 説明されたこともないし、知らない | 3 | <input type="checkbox"/> |
-

10 タバコについてお尋ねします？ ひとつだけ選んでください

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| 今までにタバコを吸ったことはない（質問 13 へ） | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 以前タバコを吸っていたが、今は禁煙している（質問 13 へ） | 0 | <input type="checkbox"/> |
| まだ、タバコを吸っている（質問 11 へ） | 1 | <input type="checkbox"/> |
-

11 医師あるいは看護師はあなたに禁煙をするようにアドバイスとしましたか？

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| はい | 0 | <input type="checkbox"/> |
| いいえ | 1 | <input type="checkbox"/> |
-

12 医師あるいは看護師はあなたが禁煙するのに役立つ方法を提案してくれましたか？（例：ニコチンパッチ、ニコチンガムの処方や禁煙クリニックへの紹介）

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| はい | 0 | <input type="checkbox"/> |
| いいえ | 1 | <input type="checkbox"/> |
-

13 医師あるいは看護師から運動（例：毎日歩くことや体操など）をするように説明されていますか？

はい 0

いいえ 1

14 医師あるいは看護師はどのような運動（例：散歩、早足で歩くこと、そのほかの運動方法など）をしたら良いかについて説明をしましたか？

はい。どのような運動をしたら良いかはわかっている 0

はい。でも、どのような運動をしたら良いのかわからない 1

はい。でも、運動はできない 1

いいえ 2

15 あなたはどのくらい運動をしていますか？

精一杯している 0

努力してするようにしている 1

できる限り最小限にしている 2

16 医師あるいは看護師から食事の大切さやダイエットについて説明がありましたか？ 当てはまるもの全てを選んでください

いくつか選んでいる場合、何も説明されていないがあればスコアは2、体重を増やすまたは減らすがあればスコア 1、何回か少量の食事をとるがあればスコア 0とする。

1 回の食事量を減らして1日の食事回数を増やす
“(例：1日3回の食事量を6回に分けてとる)” 0

体重を減らす、あるいは増やす (1)

健康的な食事をとる (1)

何も説明されていない (2)

