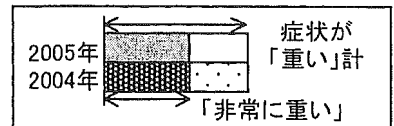
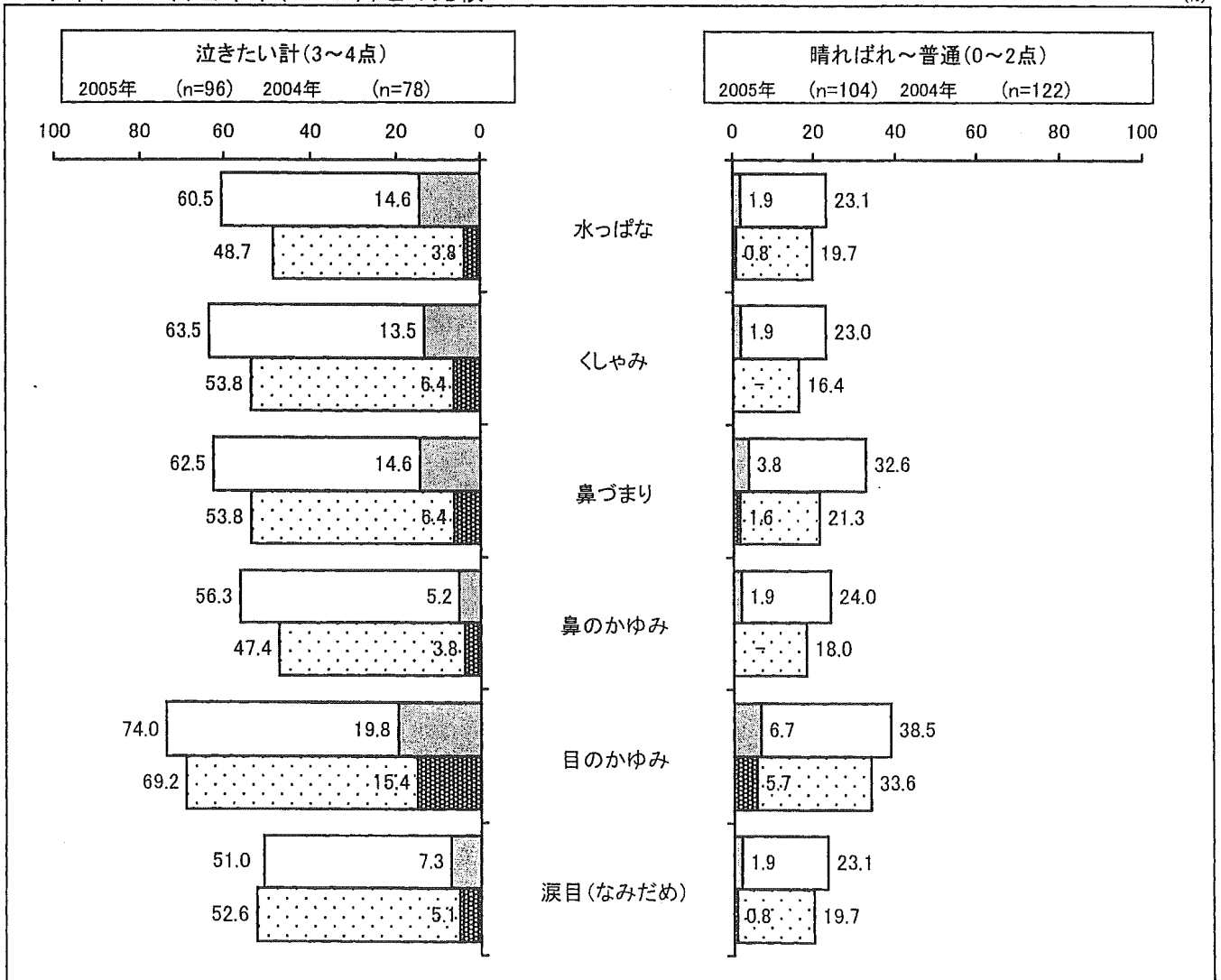


(1)総括状態別



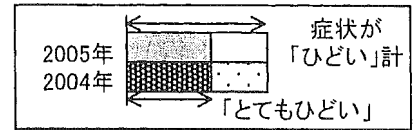
■今年(2005年)と昨年(2004年)との比較

(%)



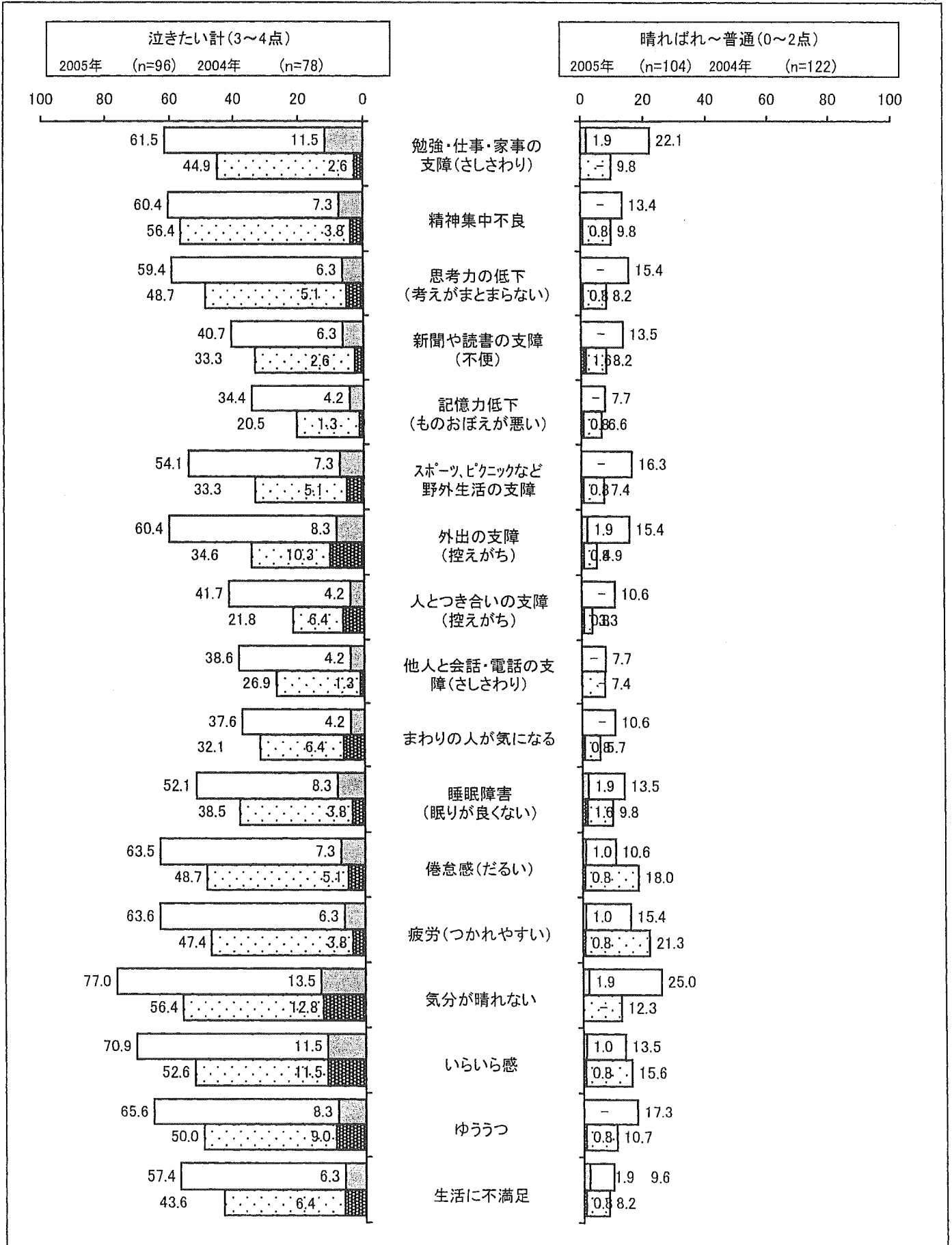
IV. 精神的症状（QOL）について

(1)総括状態別



■今年(2005年)と昨年(2004年)との比較

(%)



(2)領域別スコア(合計の平均)

■3年間の比較

* ◀統計的有意差あり (スコア/合計の平均点)

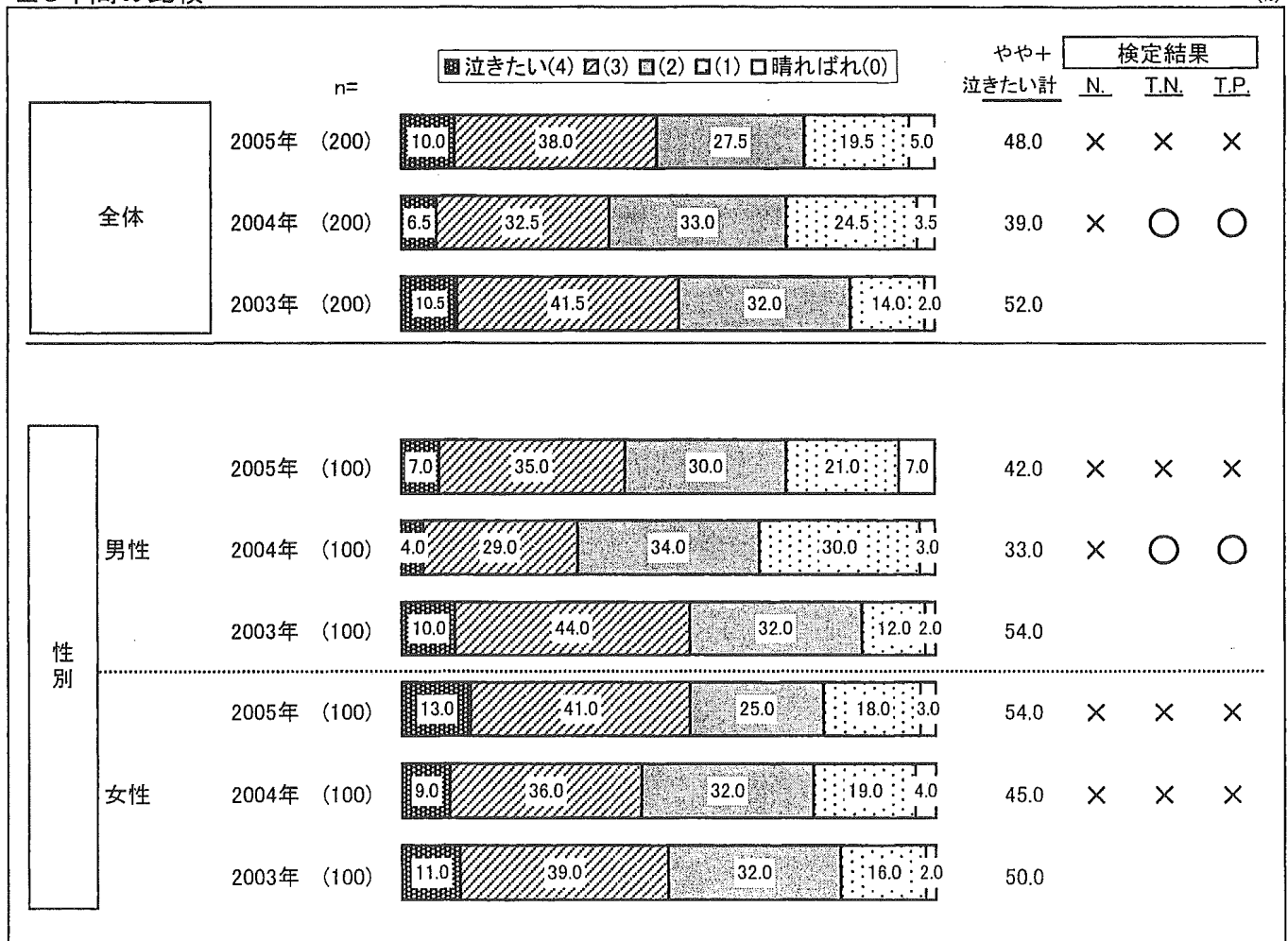
		n=	QOL スコア計	① 日常生活 スコア	② 戸外活動 スコア	③ 社会生活 スコア	④ 睡眠 スコア	⑤ 身体 スコア	⑥ 精神生活 スコア
全体	2005年	(200)	18.99 ▼	5.55 ▼	2.26 ▼	2.46 ▼	1.03 ▼	2.46	5.24 ▼
	2004年	(200)	14.45 ▲	4.24 ▲	1.44 ▲	1.82 ▲	0.77 ▲	2.14	4.05 ▲
	2003年	(200)	19.84	5.84	2.50	2.51	1.10	2.64	5.25

性別	男性	2005年	(100)	17.58 ▼	5.36 ▼	2.15 ▼	2.12	1.09 ▼	2.21	4.65
		2004年	(100)	13.53 ▲	3.97 ▲	1.11 ▲	1.62 ▲	0.71 ▲	2.08	4.04 ▲
		2003年	(100)	19.99	6.06	2.41	2.67	1.04	2.54	5.27
	女性	2005年	(100)	20.39 ▼	5.74	2.37	2.79	0.96	2.70	5.83 ▼
		2004年	(100)	15.36 ▲	4.51	1.76 ▲	2.01	0.83 ▲	2.20	4.05 ▲
		2003年	(100)	19.69	5.62	2.59	2.35	1.16	2.74	5.23
年代別	10代	2005年	(40)	15.43	5.10	1.88 ▼	2.03	0.83	1.50	4.10
		2004年	(40)	14.08	3.90	0.93 ▲	1.50	0.90	2.28	4.58
		2003年	(40)	16.45	4.75	2.13	1.65	1.30	2.08	4.55
	20代	2005年	(40)	19.33	5.18	2.28	2.75	1.25	2.58	5.30
		2004年	(40)	15.35	4.63	1.63	1.68	0.85	2.50	4.08
		2003年	(40)	19.30	6.35	2.08	1.95	1.00	2.90	5.03
	30代	2005年	(40)	22.90 ▼	6.95 ▼	2.83 ▼	2.43	1.10	3.05	6.55 ▼
		2004年	(40)	12.78 ▲	3.58 ▲	1.18 ▲	1.48 ▲	0.68 ▲	2.13	3.75 ▲
		2003年	(40)	21.20	6.38	2.78	2.53	1.15	2.98	5.40
	40代	2005年	(40)	19.28	5.70	2.28	2.55	0.80	2.75 ▼	5.20
		2004年	(40)	13.75 ▲	4.28	1.65 ▲	2.03	0.55 ▲	1.78	3.48 ▲
		2003年	(40)	20.38	5.78	3.08	2.80	0.98	2.65	5.10
	50代以上	2005年	(40)	18.00	4.83	2.05	2.53	1.15	2.40	5.05
		2004年	(40)	16.28	4.83	1.80	2.40	0.88	2.03	4.35
		2003年	(40)	21.88	5.95	2.45	3.63	1.08	2.60	6.18
総括的 状態別	晴れ晴れ ~普通	2005年	(104)	10.23	3.14	1.30 ▼	1.21	0.53	1.29	2.76
		2004年	(122)	8.89 ▲	2.66 ▲	0.80 ▲	1.03 ▲	0.49 ▲	1.58	2.34 ▲
		2003年	(96)	11.48	3.65	1.44	1.48	0.67	1.55	2.70
	泣きたい	2005年	(96)	28.47 ▼	8.16	3.30 ▼	3.80	1.56	3.72 ▼	7.93
		2004年	(78)	23.13 ▲	6.72	2.44 ▲	3.04	1.21	3.01	6.72 ▲
		2003年	(104)	27.56	7.87	3.48	3.46	1.50	3.64	7.61

V. 総括的状态

N.:「泣きたい(4)」の割合
 T.N.:「やや泣きたい(3)+泣きたい(4)」の割合
 T.P.:「晴ればれ(0)+やや晴ればれ(1)」の割合
 ○:95%水準で有意差あり
 ×:95%水準で有意差なし

■3年間の比較



N.:「泣きたい(4)」の割合
 T.N.:「やや泣きたい(3)+泣きたい(4)」の割合
 T.P.:「晴ればれ(0)+やや晴ればれ(1)」の割合

○:95%水準で有意差あり
 ×:95%水準で有意差なし

■3年間の比較

(%)

年代別	年	n=	泣きたい(4) (3) (2) (1) 晴ればれ(0)					やや+ 泣きたい計	検定結果		
			N.	T.N.	T.P.	N.	T.N.		T.P.		
10代	2005年	(40)	40.0	32.5	12.5	15.0	40.0	×	×	×	
	2004年	(40)	7.5	37.5	32.5	17.5	5.0	45.0	×	×	×
	2003年	(40)	5.0	35.0	35.0	20.0	5.0	40.0			
20代	2005年	(40)	10.0	37.5	22.5	27.5	2.5	47.5	×	×	×
	2004年	(40)	5.0	32.5	35.0	25.0	2.5	37.5	×	×	×
	2003年	(40)	10.0	35.0	37.5	12.5	5.0	45.0			
30代	2005年	(40)	12.5	45.0	17.5	25.0		57.5	×	×	×
	2004年	(40)	10.0	30.0	40.0	20.0		40.0	×	×	×
	2003年	(40)	12.5	42.5	32.5	12.5		55.0			
40代	2005年	(40)	10.0	37.5	25.0	20.0	7.5	47.5	×	×	×
	2004年	(40)	5.0	40.0	25.0	27.5	2.5	45.0	×	×	○
	2003年	(40)	2.5	50.0	40.0	7.5		52.5			
50代以上	2005年	(40)	17.5	30.0	40.0	12.5		47.5	×	×	○
	2004年	(40)	5.0	22.5	32.5	32.5	7.5	27.5	○	○	○
	2003年	(40)	22.5	45.0	15.0	17.5		67.5			

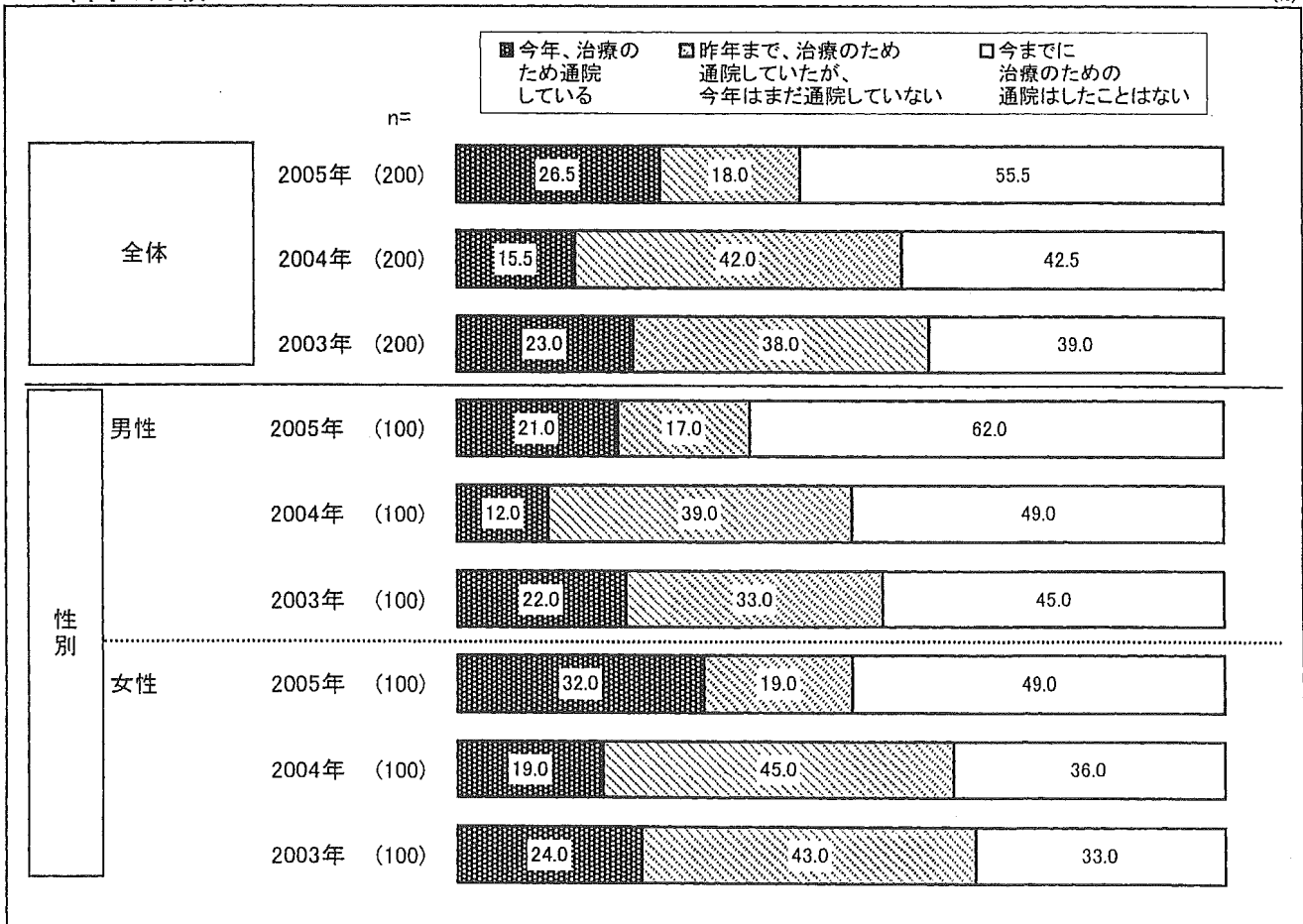
Ⅵ. 花粉症の治療状況

VI.花粉症の治療状況

(1)通院・治療状況

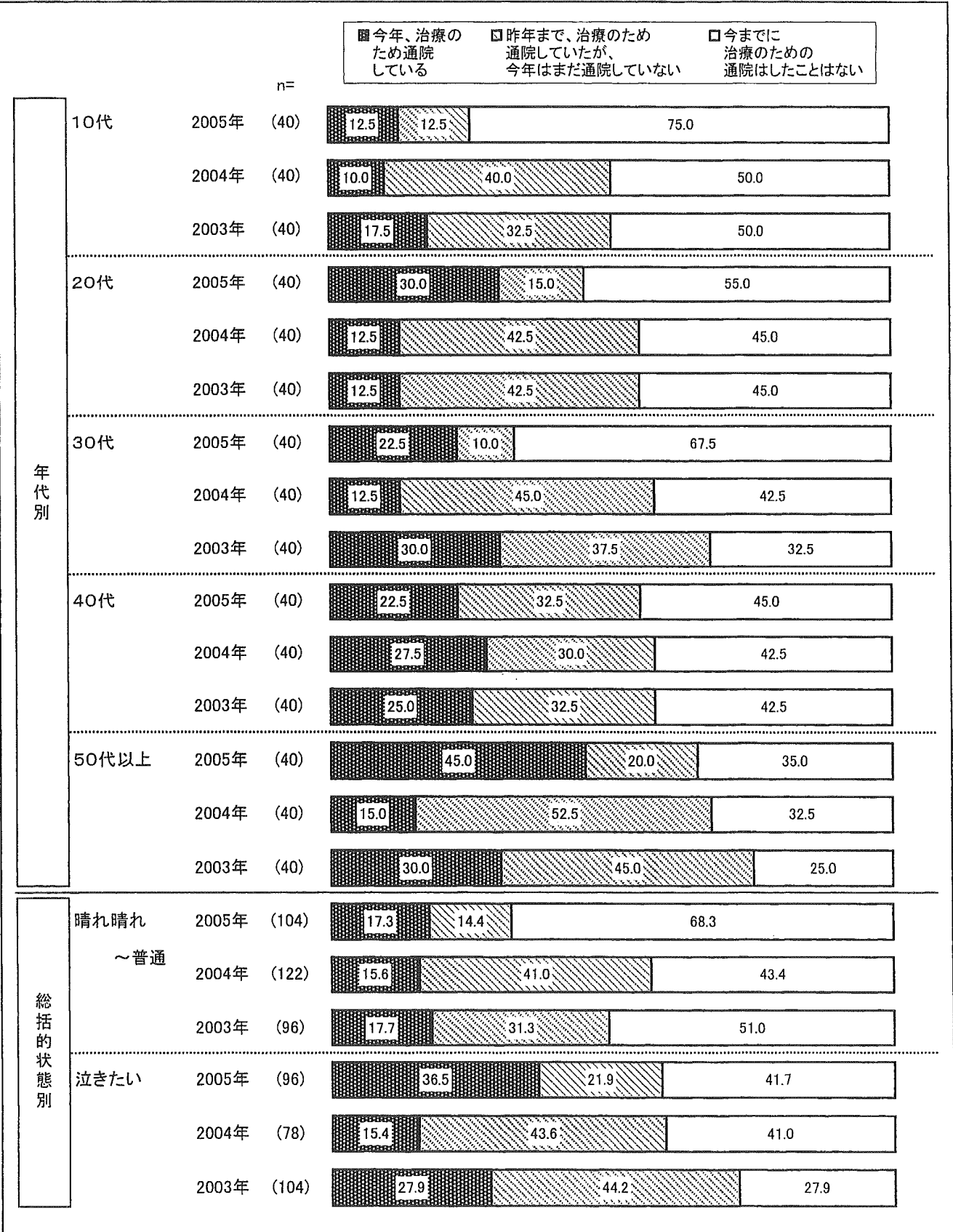
■3年間の比較

(%)



■3年間の比較

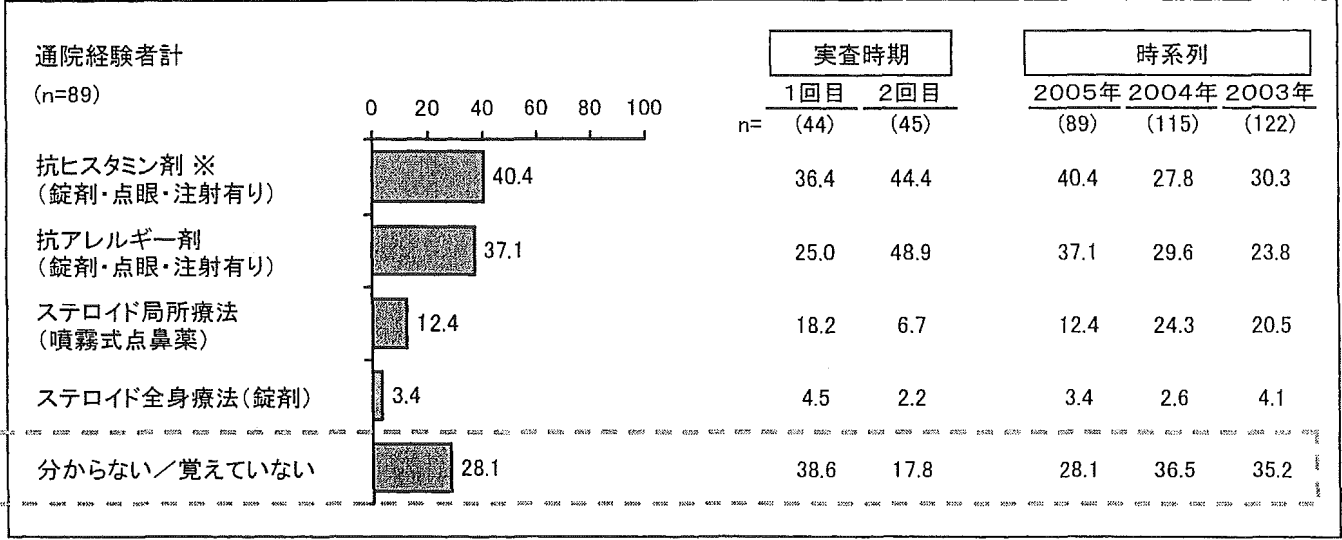
(%)



1回目:2005年3月2日実査(新宿)
2回目:2005年3月25日実査(新宿)

(2)受けたことのある治療方法(療法)

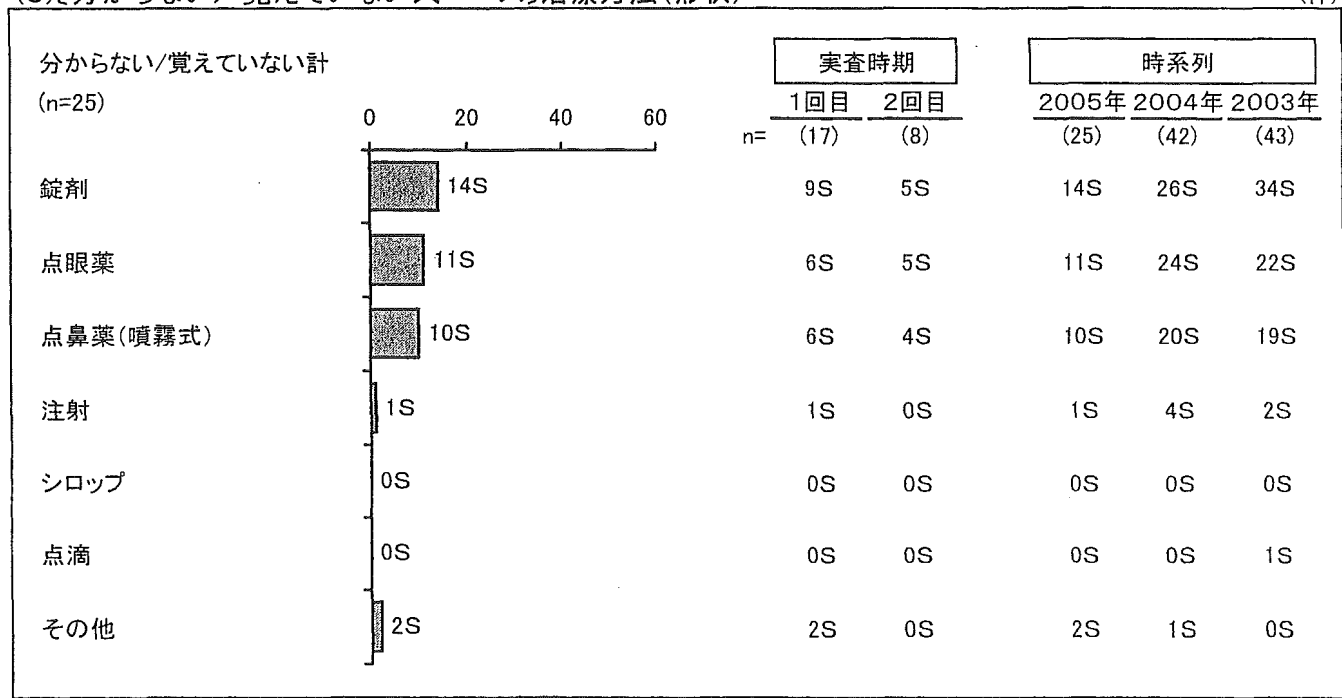
(%)



※抗ヒスタミン剤…症状が出る前に服用するもの

(3)[分からない/覚えていない人ベース]治療方法(形状)

(件)



(2)今までに処方を受けた薬の名前(自由回答)

1回目:2005年3月2日実査(新宿)


2回目:2005年3月25日実査(新宿)

通院経験者ベース

2005年 1回目(n=44)		2005年 2回目(n=45)	
(件)		(件)	
・アレジオン	3件	・アレグラ	2件
・クラリチン	〃	・アレジオン	〃
・サジデン/ザジデン	2件	・リザベン	〃
・アレグラ	1件	・AQネーザル	1件
・アロテック(スプレー)	〃	・アゼプチン	〃
・ジルテック錠	〃	・アリマン	〃
・ゼスラン	〃	・アルロイヤールネーザル	〃
・タベジール	〃	・アレロック	〃
・ノスラン	〃	・インターール	〃
・フルナーゼ	〃	・エルピナ、ケトテン、アリマン	〃
・プロトピック	〃	・クラリチン	〃
・塗り薬	〃	・ケトテン	〃
		・ゼスラン	〃
		・セレスタシン	〃
		・セレスタミン	〃
		・フルメロン	〃
		・リボスチン	〃
		・?トリ...	〃
		・濃いピンクのキャップ	〃
		・白いキャップ	〃
2004年(n=115)		2003年(n=122)	
(件)		(件)	
・インターール(目薬)	3件	・サジデン(点眼薬)	3件
・セレスタミン	2件	・アレグラ	2件
・リボスチン	2件	・クラリチン(目薬)	2件
・アルデシン	1件	・インターール(目薬)	2件
・サジデン(目薬)	〃	・クラビットインターール	1件
・ステロイド	〃	・ショウセイリュウトウインターール点眼	〃
・ヒスタミン	〃	・アイビナール	〃
・フルナーゼ点鼻薬	〃	・アスゲン	〃
・ブルメロン0.02点眼薬	〃	・アゼプチラン	〃
・ポー(薬)	〃	・アルデシン	〃
・ムコダイン	〃	・アルロイヤールネーザル	〃
・311号(錠剤)	〃	・アレジオン	〃
・アレジオン	〃	・エバステル	〃
・エバステル	〃	・オノンカプセルペミラストン	〃
・グラビット点眼薬	〃	・オルガドロン点眼	〃
・ケタス	〃	・ジルテック	〃
・ゼスラン	〃	・ステロイド	〃
・ニフラン点眼薬	〃	・ヒスタミン	〃
漢方(粉状のもの)	〃	・リボスチンタリオン	〃
〇〇チン(点鼻薬、点眼薬)	〃	・漢方	〃
ピンクの錠剤	〃		
フォーク?トーク?点鼻薬	〃		



参考



1回目:2005年3月2日実査(新宿)
2回目:2005年3月25日実査(新宿)

■出現率

街頭調査		1回目		2回目	
対象(花粉症である)	A	100	S	100	S
対象外(花粉症ではない)	B	393	S	224	S
出現率	$A/(A+B)*100$	20.3	%	30.9	%

web調査		1回目		2回目	
		n=	(100)	n=	(100)
花粉症にかかったことがある			40.0		59.0
			%		%
現在、花粉症にかかっている			38.0		56.0
			%		%

■職業

(%)

	2005年	2004年	(参考) 2003年	
	n=	(200)	(200)	(200)
小・中学生		0.5	-	0.5
高校生		14.5	10.0	9.5
大学・短大・専門学校生・ 大学院生		15.5	18.0	18.5
会社員・公務員		44.5	42.5	48.5
経営者・会社役員・団体		1.5	2.0	4.5
商工・サービス自営業		3.5	4.0	-
自由業		2.5	4.0	-
専業主婦		7.0	9.0	8.5
無職		-	-	2.0
フリーター・パートタイム		7.5	10.5	-
その他		1.0	-	8.0

調査票

日本アレルギー性鼻炎標準QOL調査票 (JRQLQ No1)

アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）患者さんへ

現在の医療では、体の病気を治すだけでなく、患者さんがよりよい生活ができるよう治療すべきという考えが広まっています。そこであなたの病気がどれ位生活を障害し、治療により改善されるか調査するものなので、ご協力下さい。これは診療上の規則に従い、あなたのプライバシーは固く守られます。

以下の問いは難しく考えると答えられないかも知れませんが、あなたの印象で答えてください。

I 最近1~2週間でもっともひどかった鼻・眼の症状の程度について√印をそれぞれつけて下さい。

鼻・眼の症状	0 症状なし	1 軽い	2 やゝ重い	3 重い	4 非常に重い
水っぱな	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
くしゃみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
涙目(なみだめ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II Iの症状(鼻・眼)のために、同じく最近1~2週間でもっともひどかったQOL質問項目の程度について√印をそれぞれつけて下さい。Iの症状(鼻・眼)と関係がないことがはっきりしている項目はなしの口に×印をして下さい。

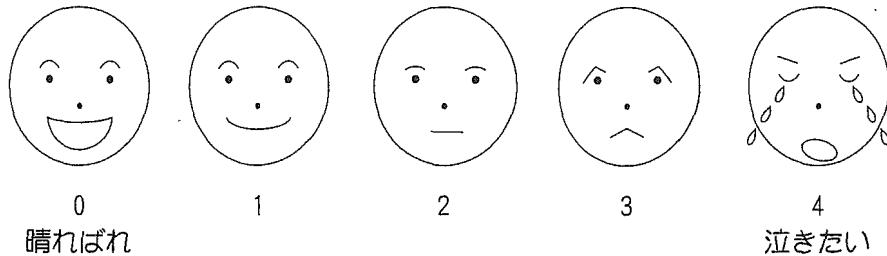
QOL質問項目	0 なし(いいえ)	1 軽い	2 やゝひどい	3 ひどい	4 とてもひどい
1. 勉強・仕事・家事の支障(さしさわり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 精神集中不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 思考力の低下(考えがまとまらない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 新聞や読書の支障(不便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 記憶力低下(ものおぼえが悪い)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. スポーツ、ピクニックなど野外生活の支障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 外出の支障(控えがち)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 人とつき合いの支障(控えがち)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 他人と会話・電話の支障(さしさわり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. まわりの人が気になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 11. 睡眠障害(眠りが良くない)
- 12. 倦怠(けんたい)感(だるい)
- 13. 疲労(つかれやすい)
- 14. 気分が晴れない
- 15. いらいら感
- 16. ゆうつ
- 17. 生活に不満足



総括的状态

最近1~2週間のあなたの状態(症状、生活や気持ちを含めて)全般を表わす顔の番号に○印をつけて下さい。



記入もれはありませんか? 今一度みて下さい。ご協力ありがとうございました。

F4 F5 F6 F7 F8 F9

●これ以下は記入しないで下さい。

医師記入欄	患者名 _____	カルテNO _____	年齢 _____ 歳	性別: 男・女	
	施設名 _____	担当医師 _____	記入日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	[診断] 季節性(抗原: _____)		*治療(予防、薬物、免疫療法、手術)		
	通年性(抗原: _____)		*治療(予防、薬物、免疫療法、手術)		
	非アレルギー(病名: _____)		*治療(_____)		
	[症状合計スコア] _____ 点				
	合計スコア _____ 点				
	領域別スコア				
	① 1~5 日常生活	_____ 点	② 6、7 戸外行動	_____ 点	
	③ 8~10 社会生活	_____ 点	④ 11 睡眠	_____ 点	
⑤ 12、13 身体	_____ 点	⑥ 14~17 精神生活	_____ 点		
[備考] 記入時の治療の詳細その他を記して下さい。					

◆花粉症の治療状況についておうかがいします。

- F4 今まで、花粉症治療のため、通院したことはありますか？
以下の中から1つだけ選んで、番号でお答えください。

1. 今年、治療のため通院している
2. 昨年まで、治療のため通院していたが、今年はまだ通院していない
3. 今までに治療のため通院したことはない

- F5 【今年も含め今までに、花粉症治療を受けたことがある方のみ】
今までに花粉症治療として受けたことがある治療方法を教えてください。
以下の中から当てはまるものをいくつでも選んで、番号でお答えください。

1. 抗ヒスタミン剤(錠剤・点眼・注射有り)
2. 抗アレルギー剤(錠剤・点眼・注射有り)
3. ステロイド局所療法(噴霧式点鼻薬)
4. ステロイド全身療法(錠剤)
5. 分からない/覚えていない

- F6 【引き続き、今年も含め今までに花粉症治療を受けたことがある方のみ】
今までに花粉症治療として処方を受けた薬の名前を教えてください。
(分からない方は「分からない」とお答えください。)

- F7 【F5で「5. 分からない/覚えていない」と答えた方のみ】
では以下の中から受けたことがある治療方法を教えてください。
(いくつでも選択)

1. 錠剤
2. 点眼薬
3. 点鼻薬(噴霧式)
4. 注射
5. シロップ
6. 点滴

◆最後に、あなたさまご自身についておうかがいします。

- F8 あなたの職業は以下のどれにあてはまりますか。最も近い番号をお知らせください。

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 小・中学生 | 7. 自由業 |
| 2. 高校生 | 8. 専業主婦 |
| 3. 大学・短大・専門学校生・大学院生 | 9. 無職 |
| 4. 会社員・公務員 | 10. フリーター・パートタイム |
| 5. 経営者・会社役員・団体 | 11. その他 |
| 6. 商工・サービス自営業 | (具体的な職業をお聞かせください) |

- F9 お年はおいくつですか。

*** ご協力ありがとうございました。 ***

Q1 現在だけでなく過去も含めて、あなたがかかったことのあるアレルギー性の症状について、あてはまるもの全てお答えください。

- | | |
|-------------|------------------|
| 1. アトピー性皮膚炎 | 4. その他のアレルギー性の症状 |
| 2. 喘息(ぜんそく) | 5. この中には1つもない |
| 3. 花粉症 | |

Q2 では、その中で現在、あなたがかかっている症状はありますか？あてはまるもの全てお答えください。

- | | |
|-------------|------------------|
| 1. アトピー性皮膚炎 | 4. その他のアレルギー性の症状 |
| 2. 喘息(ぜんそく) | 5. この中には1つもない |
| 3. 花粉症 | |

Q3 花粉症についてお伺いします。
あなたは、今まで「花粉症治療」のため、通院したことはありますか？
以下の中から1つだけ選んで、番号でお答えください。

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 今年、治療のため通院している |
| 2. 昨年まで、治療のため通院していたが、今年はまだ通院していない |
| 3. 花粉症であるが、今までに治療のため通院したことはない |
| 4. 花粉症ではない(かかったことがない) |

Q4 あなたの性別は？

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

Q5 あなたのお年は？

才

Q6 あなたの職業は以下のどれにあてはまりますか。最も近い番号をお知らせください。

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 小・中学生 | 7. 自由業 |
| 2. 高校生 | 8. 専業主婦 |
| 3. 大学・短大・専門学校生・大学院生 | 9. 無職 |
| 4. 会社員・公務員 | 10. フリーター・パートタイム |
| 5. 経営者・会社役員・団体 | 11. その他 |
| 6. 商工・サービス自営業 | (具体的な職業をお聞かせください) |

*** ご協力ありがとうございました。 ***