

図2. 収縮期血圧のカットオフ値を変えた場合に、循環器疾患発症予測確率の分布内における個々の危険因子保有者の占める位置。

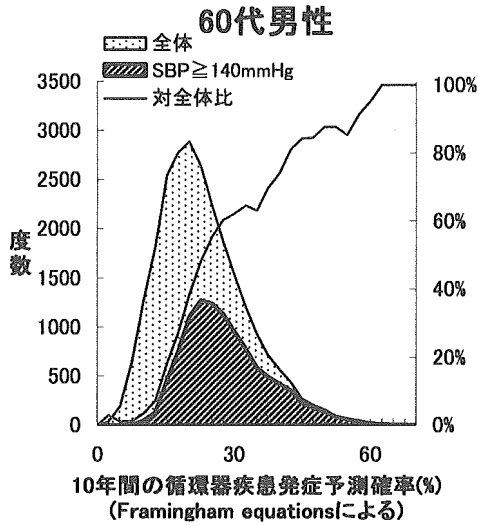
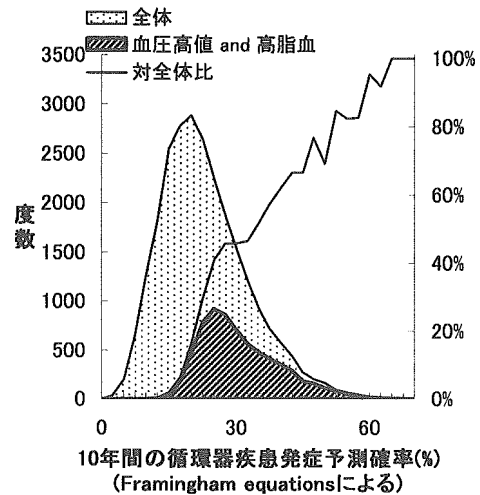
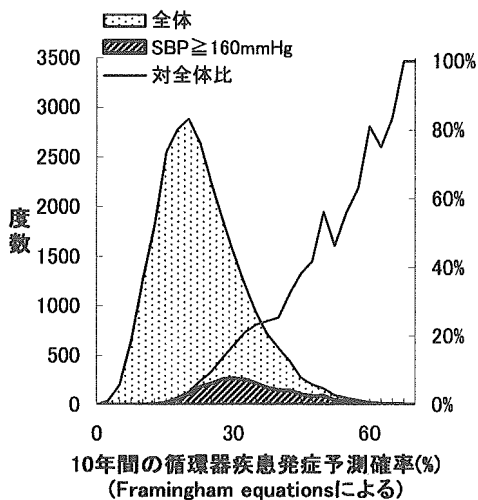
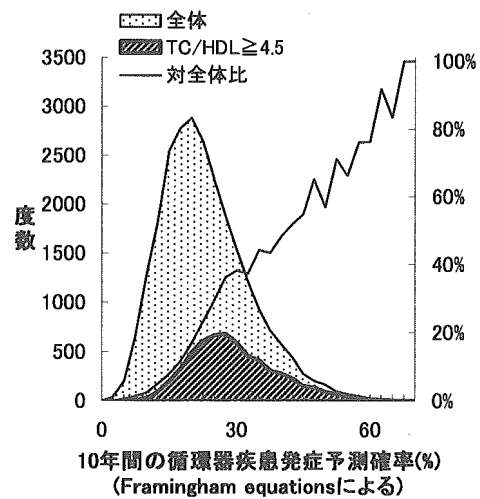
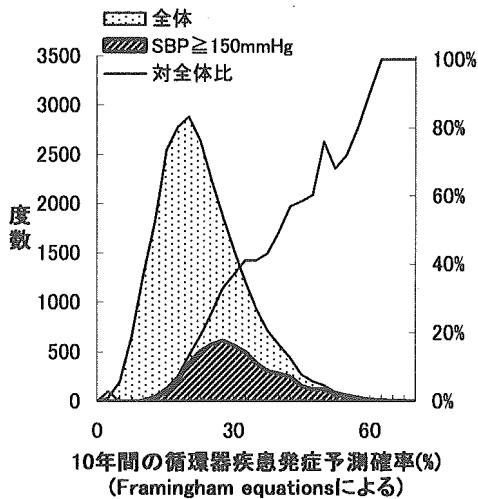
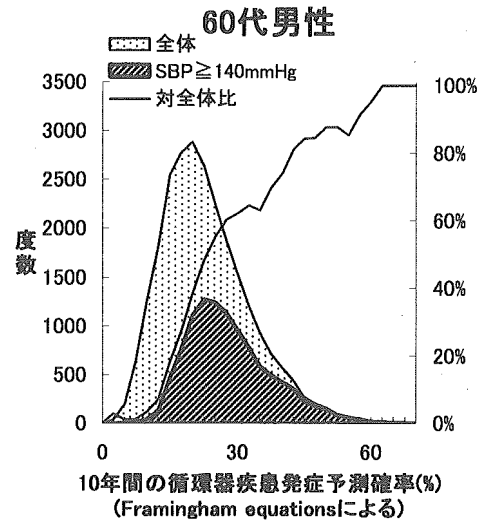


図3. 血圧と TC/HDL 比の組合せで評価した場合の循環器疾患発症予測確率の分布内に占める位置。SBPとTC/HDLは図1の再掲。



## 健診の場を活用した生活習慣改善プログラムの開発とその評価に関する研究

研究者協力者 中村 正和 大阪府立健康科学センター 健康生活推進部長

### 研究要旨

本研究では、健診の機会を用いて実施可能でかつ対象者の主体性を重視した生活習慣改善支援のプログラムを開発し、その効果を検討した。本研究で開発したプログラムは、1) 健診当日に小集団単位で行う「集団健康処方」、2) 健診当日以降の健康づくりの実践を支援するための通信制のフォローアッププログラムの2種類である。開発したプログラムの効果を確認するため、大阪府立健康科学センターで実施している健診の場を活用して、平成15年度に受診したK健康保険組合の従業員910名を対象に健診当日に小集団で行う「集団健康処方」と通信制のフォローアッププログラムを組み合わせ実施し、健診時のデータを用いて1年後の生活習慣や検査値の変化を検討した。フォローアッププログラムに参加するかどうかは受診者の自己選択とした。平成15年度に受診した910名のうち、平成16年度にも連続して健診を受診した494名（フォローアッププログラムへの参加群259名、不参加群235名）を解析対象とした。その結果、1年後の検査値の変化は、参加群では改善幅は小さいものの、BMIの有意な減少、HDLコレステロールの有意な増加がみられた。さらに肥満者114名、高コレステロール血症者107名、高血圧者67名について、所見の改善率を検討したところ、BMI25以上の肥満者で体重が3kg以上減少した者の割合が参加群では不参加群に比べて2.3倍高かった。以上のことから、健診の機会を用いて行動科学に基づいた生活習慣改善プログラムを実施することは、受診者にとって生活習慣を見直す機会となり、1年後において生活習慣や検査所見の改善や検査所見の悪化の抑制に効果があることが示唆された。

### A. 研究目的

わが国で広く行われている職域や地域の健診の場において、実施可能な生活習慣改善支援のプログラムを行動科学に基づいた考え方や方法を用いて開発し、1年後の生活習慣や検査値の変化を指標として効果を検討した。

### B. 研究方法

本研究で開発したプログラムは、1) 健診当日に小集団単位で行う「集団健康処方」、2) 健診当日以降の健康づくりの実践を支援するための通信制のフォローアッププログラムの2種類である。

まず、健診当日に小集団単位で行う「集団健康処方」は、診察前の待ち時間を利用して受診者全員に主体的に生活習慣の改善に取り組んでもらうことを目的としたプログラムである。「集団健康

処方」は、1) 生活習慣改善の動機付け、2) 生活習慣課題の抽出と優先順位付け、3) 具体的な改善プラン（健康プラン）の作成、4) 健康プランの実践にあたっての検討、の内容から成る（図1）。

まず第1に、生活習慣改善の動機付けでは、保健師や栄養士が生活習慣と健康との関連、生活習慣改善の必要性についてテキストを用いて話をを行う。

第2に、生活習慣課題の抽出と優先順位付けでは、受診者に自らの生活習慣を振り返ってもらい、問題となる生活習慣の中から、改善に取り組む課題を決めてもらう。課題の優先順位を決定するにあたっては、受診者の行動変容に対する重要性和自信をアセスメントし、高いものを選択するようアドバイスを行う。

第3に、具体的な健康プランの作成では、課題

にあった健康づくりの具体的な目標を作成してもらう。作成時には、保健師や栄養士から、「いつ、どこで、どのようにするのが分かる具体的なプランをたてる」こと、「70%ぐらい達成可能な目標にする」ことなどをアドバイスする。また短時間に具体的な目標を設定してもらうために、具体的な健康プラン例を参考として提示する。具体的な目標が作成できた受診者は、「健康プラン自己宣言書」に記入し、開始日や支援者名を入れ、自分の氏名を記入する。この健康プラン自己宣言書は、複写式になっており、受診者、指導者双方で保管できるようになっている。

最後に、作成した健康プランを実践するための方法の検討では、まず作成した健康プランを実行に移すにあたって、予め予想される問題点を洗い出し、その解決策を検討してもらう。さらに、達成状況を1ヶ月間記録できる用紙を提供し、モニタリングすることを勧めている。

「集団健康処方」で作成した健康プランは、当日の健康診断の結果を踏まえて医師が診察時にアドバイスをを行う。さらに医師が必要と判断した人には、保健師や栄養士による「個別健康処方」を行い、「健康プラン」の見直しと実践していくうえでのアドバイスをを行う。

この「健康プラン」の実行継続を支援するために、1ヶ月間の通信制フォローアッププログラムを開発した。開発したフォローアッププログラムは、1ヶ月間の取組みを支援するために、1) チャレンジ期間中の実施状況を健康プランシートに記入し、提出すること、2) 支援レターを作成して送ること、3) 1ヶ月間の達成状況が70%以上であれば、達成賞を贈ること、4) 生活習慣改善のノウハウをとりまとめた小冊子を配布することにした(図2)。

開発したプログラムの効果を確認するため、K健康保険組合と共同で平成15年5月から9月に大阪府立健康科学センターの健康度測定コースを受診した従業員910名を対象に「集団健康処方」に「1ヶ月間の通信制のフォローアッププログラム」を組み合わせて実施した。

本取組みにあたっては、健診受診前に健康保険組合から受診者に対して説明がされるよう事前周

知を図った。さらに健診当日にフォローアッププログラムの概要が書かれたチラシを配布するとともに、集団健康処方場においても、保健師や栄養士からフォローアッププログラムの説明を行い、参加を促した。本プログラムに参加を決定した受診者には、1ヶ月間のフォローアッププログラムの進め方と1ヶ月間の達成状況を記入するための記録用紙、ノウハウをとりまとめた小冊子を手渡した。健診が全て終了した時点で、参加申込書を健保組合へと引き継ぎ、その後健保組合が主体となって健康プランの実行のための支援を行った。まずチャレンジ開始から2週間が経過した時点で支援レターを送付し、続いて1ヶ月後に「健康プラン記録シート」を健保組合に提出してもらった。記録シートの達成率が70%以上であれば記念品を贈り、これでフォローアッププログラムを終了した。フォローアッププログラムへの参加者の割合は53.3%、1ヶ月間の目標達成者の割合は参加者の58.1%、6ヶ月後の継続者の割合は参加者の21.2%(アンケートに回答した参加者のみを分母とした場合52.3%)であった。

本プログラムの効果を確認するにあたり、今回、平成15年度の910名の受診者のうち、平成16年度も当センターで受診した494名(プログラム参加群259名、不参加群235名)を対象に、1年後の生活習慣や検査値の変化を検討した。

### C. 研究結果

平成15年度に受診した910名のうち、平成16年度も当センターに受診した494名を対象に、1年後の生活習慣や検査値の変化を検討した(表1)。494名の内訳は、フォローアッププログラム参加群が259名、不参加群が235名であった。2群間を比較すると、参加群の方が男性の割合が有意に高かったが(参加群64.1%、不参加群54.9%)、年齢に差はみられなかった。一方、不参加群では参加群に比べて肥満者や高血圧の有見者(定義は後述)の割合が少し低く、飲酒習慣や食生活、自覚的ストレスにおいて、より健康的な習慣を有していた。しかし、喫煙率は、不参加群の方が参加群に比べて少し高かった。

参加群の健康プランの内容別に事前の生活習慣や検査値を比較すると、運動プランエントリー者では他のエントリー者に比べて運動習慣が少なく、高血圧や高コレステロール血症の有所見者の割合が高い傾向がみられた。食べすぎ予防プランでは他のエントリー者に比べて満腹まで食べる、間食・夜食が多い、油料理が多い、自覚的ストレスレベルが高い傾向にあり、検査値では BMI と LDL コレステロールが高い傾向がみられた。なお、栄養バランスエントリー者では朝食の欠食割合が他のエントリー者に比べて高かった。

次に、1年後の検査値の変化を両群間で比較すると、参加群では改善幅は小さいものの、BMI の有意の減少、HDL コレステロールの有意の増加がみられたのに対し、不参加群ではこれらの検査値はいずれも変化がみられなかった（図3）。

参加群の健康プラン別に1年後の検査値の変化をみると、食べすぎ予防プランにエントリーした者では BMI の有意の減少と HDL コレステロールの有意の増加がみられた。また、運動プランにエントリーした者でも BMI と HDL コレステロールの軽度の減少がみられたが、有意の差ではなかった。

BMI と HDL コレステロールで有意の減少がみられた食べすぎ予防プランエントリー者において、生活習慣の変化をみると、満腹まで食べる割合に変化はみられなかったが、健診の間診票から間食や夜食の減少、砂糖入り飲料の減少、油料理の減少を示唆する回答結果が得られた。

さらに、肥満者 114 人（BMI25 以上）、高コレステロール血症者 107 人（血清コレステロール 220mg/dl 以上または服薬中の者）、高血圧症者 67 人（最大血圧 140mmHg または最小血圧 90 mmHg 以上または服薬中の者）について、所見の改善率を検討した（図4）。

肥満者では体重が 3kg 以上減少した者の割合は参加群 22.5%、不参加群 9.5%で、参加群の方が 2.3 倍高かった。健康プラン別にみると、運動プランエントリー者では 33.3%、食べすぎ予防プランでは 30.4%と、不参加群に比べて各々

3.5 倍、3.2 倍高かった。一方、体重が 3kg 以上増加した者の割合は不参加群の 11.9%に対し、参加群では 4.2%（運動プラン 0.0%、食べすぎ予防プラン 4.3%）と低かった。

高コレステロール血症者において、総コレステロール値が 20mg 低下した者の割合は両群間で差がなかったが、総コレステロール値が 20mg 以上上昇した者の割合は不参加群の 18.0%に対し、参加群 14.0%、運動プランと食べすぎ予防プランにエントリーした者では各々 4.8%、0.0%と低かった。

高血圧症者において最大または最小血圧が 20mmHg 以上上昇した者の割合は、不参加群の 20.0%に対し、参加群 9.5%、運動プランと食べすぎ予防プランエントリー者では各々 5.9%、0.0%と低かった。

#### D. 考察

今回の取組みの結果、全受診者の半数を超える 53.3%の従業員が参加し、参加した従業員の 58.1%が健康プランを 1 ヶ月間達成することができた。さらに、6 ヶ月後時点においても参加者の 21.2%が健康プランを継続していた。

一般に、職域において募集方式の健康教室や通信制のイベントを開催した場合の参加率と比較して考えると、今回の取組みの参加率は高かったと考えることができる。

国柄らは、朝日新聞健康保険組合の被保険者 5563 人を対象に 1 ヶ月間の通信による生活習慣変容プログラムを実施した場合の参加率は 7.8%であったと報告している<sup>1)</sup>。本プログラムの参加率は、53.3%と非常に高かった。

その理由としては、1) 健康意識の高まる健診の場を活用した働きかけであったこと、2) 健診の場で待ち時間を利用して生活習慣の見直しや改善にむけての目標設定を行っており、生活習慣改善の実行に結びつきやすかったこと、3) 健診当日に「集団健康処方」を担当した保健師、栄養士をはじめ、診察を担当する医師がこのフォローアッププログラムへの参加を促したことが関係していると思われる。

健康プランの1ヶ月間の達成者が参加者の58.1%と比較的高率であったのは、1) 個人の生活習慣改善の準備性を踏まえて、実行可能性を考慮した生活習慣改善の目標を設定したこと、2) フォローアッププログラムの参加者に対して、1ヶ月間の達成状況の記録を求め、提出してもらったことが関係していると思われる。さらに従業員の半数以上が参加する健康づくりのイベントに対する仲間意識や競争意識が働いた可能性も考えられる。

フォローアッププログラムとしては、健診後の1ヶ月間という短期間であったが、1年後時点において生活習慣や検査所見の改善や検査所見の悪化の抑制が見られたことは評価に値すべきことである。

今回の参加者は、不参加群に比べ、健康状態や生活習慣に問題がある参加者が多かったことから、改善すべき問題を抱えている従業員が本プログラムに参加し、生活習慣改善に取り組んだことが伺える。これは、健診当日に行った「集団健康処方」の中で自分の生活上の課題や検査値上の問題点を把握することができるようになっており、生活習慣改善への気持ちが一層高まったものと推測される。

特に参加群において、肥満、高コレステロール血症、高血圧者の悪化率が不参加群に比べて低かったことから、生活習慣改善の取り組みの効果を示唆する結果が得られた。

以上のことから、健診にあわせて生活習慣改善プログラムを実施することは、多くの従業員の健康づくりの実践に寄与するとともに、1年後において生活習慣や検査所見の改善の効果があがったことは、評価すべきことである。本プログラムを実施したK健康保険組合は、保健医療専門職がない職場であり、このような職場においても健診機関とタイアップすることにより健康づくりの取り組みが実行可能であることが示された。しかし、実行状況の管理や支援レターの作成などの運営上の負担があることから、今後普及にあたっては実行状況の管理や支援レターをITを活用して実施することが望ましいと

考える。

しかし、本プログラムの評価は、K健康保険組合の従業員910名のうち、平成15年度と16年度に連続して当センターの健診を受診した54.3%にあたる494名を対象に行ったものである。今回、2年連続受診率が54.3%と低かったのは、15年度末に会社の合併があり、本社の従業員の健診先が変更されたからである。K健康保険組合においては、同様のプログラムを平成15年度に引き続き、平成16年度と17年度にも実施しているので、平成15年度、16年度の受診者についても同様の解析を行い、今回の成績と比較検討する。また、複数年次にわたる健康処方とそのフォローアップの継続的な取り組み効果についても検討する。その際、同業他社のデータを用いて、健康処方単独の場合の効果と比較検討する。

## E. 結論

健診当日の健康処方に組み合わせて健康保険組合と共同実施した通信制のフォローアップは、従業員にとって健康づくりを実践する機会となり、1年後において生活習慣や検査所見の改善効果や検査所見の悪化の抑制効果がみられることが示唆された。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Rie Akamatsu, Masakazu Nakamura, Taro Shirakawa: Relationships Between Smoking Behavior and Readiness to Change Physical Activity Patterns in a Community in Japan. AM J HEALTH PROMOT. 2005; 19(6): 406-409.
- 2) Yuko Shimizu, Ako Maeda, Tetsuya Mizoue, Masakazu Nakamura, Akira

Oshima, Akira Ogami, Hiroshi Yamato:  
Questionnaire Survey and  
Environmental Measurements that  
Led to Smooth Implementation of  
Smoking Control Measures in  
Workplaces. J Occup Health. 2005; 47:  
466-470.

- 3) Nobuki Nishioka, Tetsuro Kawabata,  
Ko-hei Minagawa, Masakazu  
Nakamura, Akira Oshima, Yoshikatsu  
Mochizuki: Three-Year Follow-up on  
The Effects of a Smoking Prevention  
Program for Elementary School  
Children with a Quasi-Experimental  
Design in Japan. Jpn J Public Health  
2005; 52(11): 971-978.
- 4) 中村正和: 禁煙治療における薬剤師の役  
割. 大阪府薬雑誌, 56(12): 35-45, 2005.
- 5) 中村正和: 第3節 健診を契機とした喫煙  
習慣からの脱却サポート. 奈良昌治監修/  
山門 實編: 最新の生活習慣病健診と対  
策のすべて—診断からフォローアップま  
で. 神奈川: ライフサイエンスセンター,  
p207-216, 2006.
- 6) 中村正和(監訳): ジェイムス・プロチャ  
スカ他著: チェンジング・フォー・グッド.  
東京: 法研, 2005.
- 7) 中村正和, 田中善紹(編著): 全臨床医必  
携禁煙外来マニュアル. 東京: 日経メデ  
ィカル開発, 2005.

## 2. 学会発表

- 1) 堀井裕子, 亀井和代, 山本雅代, 仲下祐美  
子, 増居志津子, 永野明美, 伯井朋子, 秦  
野昌美, 黒川通典, 木山昌彦, 今野弘規,  
岡田武夫, 北村明彦, 佐藤眞一, 中村正和,  
嶋本 喬: 健診時の生活習慣改善指導の  
効果 高コレステロール血症者への個別  
指導の課題. 第 64 回日本公衆衛生学会,  
2005 年 9 月, 札幌.
- 2) 山根美佐枝, 仲下祐美子, 増居志津子, 山

本雅代, 亀井和代, 堀井裕子, 伯井朋子,  
秦野昌美, 永野明美, 黒川通典, 今野弘規,  
木山昌彦, 岡田武夫, 北村明彦, 佐藤眞一,  
中村正和, 嶋本 喬: 職場における健診  
の場を活用した健康づくり支援の効果  
(第 1 報) —プログラムの開発. 第 64 回  
日本公衆衛生学会, 2005 年 9 月, 札幌.

- 3) 増居志津子, 仲下祐美子, 山根美佐枝, 堀  
井裕子, 山本雅代, 亀井和代, 伯井朋子,  
秦野昌美, 永野明美, 黒川通典, 今野弘規,  
木山昌彦, 岡田武夫, 北村明彦, 佐藤眞一,  
中村正和, 嶋本 喬: 職場における健診  
の場を活用した健康づくり支援の効果  
(第 2 報) —プロセス評価. 第 64 回日本  
公衆衛生学会, 2005 年 9 月, 札幌.
- 4) 仲下祐美子, 増居志津子, 山本雅代, 亀井  
和代, 堀井裕子, 伯井朋子, 秦野昌美, 黒  
川通典, 今野弘規, 岡田武夫, 木山昌彦,  
北村明彦, 佐藤眞一, 中村正和, 永野明美,  
山根美佐枝, 嶋本 喬: 職場における健  
診の場を活用した健康づくり支援の効果  
(第 3 報) —1 年後の評価. 第 64 回日本  
公衆衛生学会, 2005 年 9 月, 札幌.
- 5) 永野明美, 秦野昌美, 伯井朋子, 黒川通典,  
堀井裕子, 亀井和代, 山本雅代, 仲下祐美  
子, 増居志津子, 木山昌彦, 今野弘規, 岡  
田武夫, 北村明彦, 佐藤眞一, 中村正和,  
嶋本 喬: 健診時の生活習慣改善指導の  
効果 (第 1 報) —生活習慣の 1 年間の変  
化—. 第 64 回日本公衆衛生学会, 2005 年  
9 月, 札幌.
- 6) 木山昌彦, 今野弘規, 岡田武夫, 北村明彦,  
佐藤眞一, 中村正和, 堀井裕子, 亀井和代,  
山本雅代, 仲下祐美子, 増居志津子, 永野  
明美, 伯井朋子, 秦野昌美, 黒川通典, 嶋  
本 喬: 健診時の生活習慣改善指導の効  
果 (第 2 報) —1 年後の健診成績の比較  
—. 第 64 回日本公衆衛生学会, 2005 年 9  
月, 札幌.
- 7) Nakamura M. Increasing Needs of  
National Policy for Nicotine

Dependence Treatments as a Part of Tobacco Control. 2005 Smoking International Symposium of Korean Society of Cancer Prevention. September 2005, Seoul, Korean.

- 8) Kaburagi H, Murai E, Muto T, Nakamura M: Development of a Web-Based Program "Health Up Navi" for Promoting Voluntary Behavior Modification. The 13th International Congress on Occupational Health Services, November, 2005, Utsunomiya.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 引用文献

- 1) 国柄后子,山津幸司,足達淑子,選択式メニューによる6つの生活習慣変容プログラム-職場における簡便な通信指導,日本公衆衛生雑誌,49(6):525-534,2002.

#### 謝辞

本研究の実施にあたり、当センターの医師、保健師、栄養士等のスタッフの協力を得た。ここに記して謝意を表す。

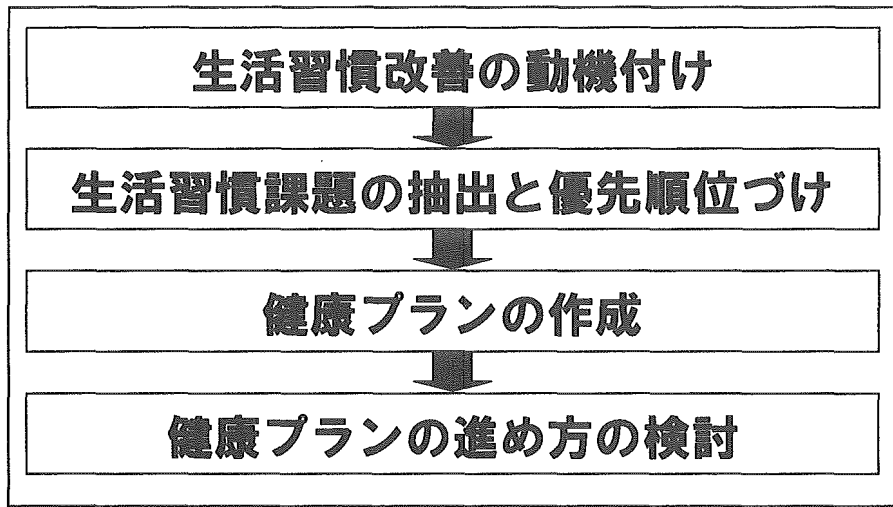


図1. 健康処方の流れ

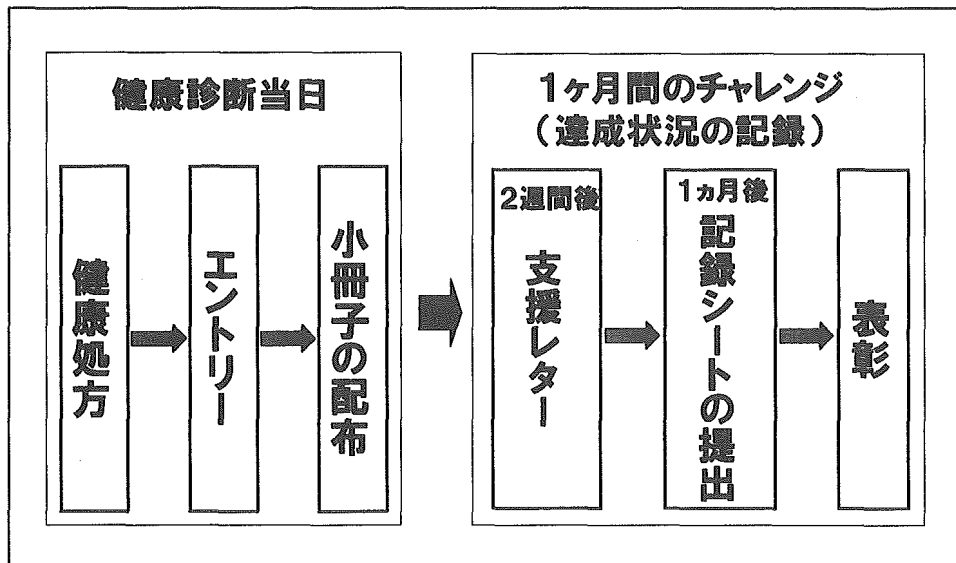


図2. 健康処方と組み合わせた通信制のフォローアッププログラム



表 1. ベースライン特性の比較

	参加群 (N=259)	参加群(再掲)		不参加群 (N=235)
		運動プラン (N=80)	食べすぎ予防プラン (N=60)	
男性の割合	64.1%	67.5%	60.0%	54.9%
平均年齢(男)	42.0	43.6	40.6	43.2
(女)	38.2	36.0	36.5	38.7
肥満者の割合 (BMI25以上)	27.4%	26.3%	38.3%	18.3%
高コレステロール血症の割合 (220mg/dl以上)	22.0%	26.3%	18.3%	21.3%
高血圧者の割合 (BP140/90以上)	16.2%	21.3%	13.3%	10.6%
運動習慣ありの割合	34.7%	22.5%	38.3%	31.9%
自覚的ストレスありの割合*	67.9%	66.3%	75.0%	59.6%
喫煙者の割合	32.8%	30.0%	21.7%	37.9%
飲酒者の割合	64.5%	66.3%	58.3%	57.9%
お腹いっぱい食べる	68.7%	61.3%	86.7%	61.7%
間食・夜食をほぼ毎日	23.2%	17.5%	38.3%	24.7%
油料理をほぼ毎日	32.0%	30.0%	36.7%	27.7%
脂身の多い肉類を週3日以上	46.3%	51.3%	43.3%	36.6%

\*「おおいにある」「かなりある」と回答した者の割合

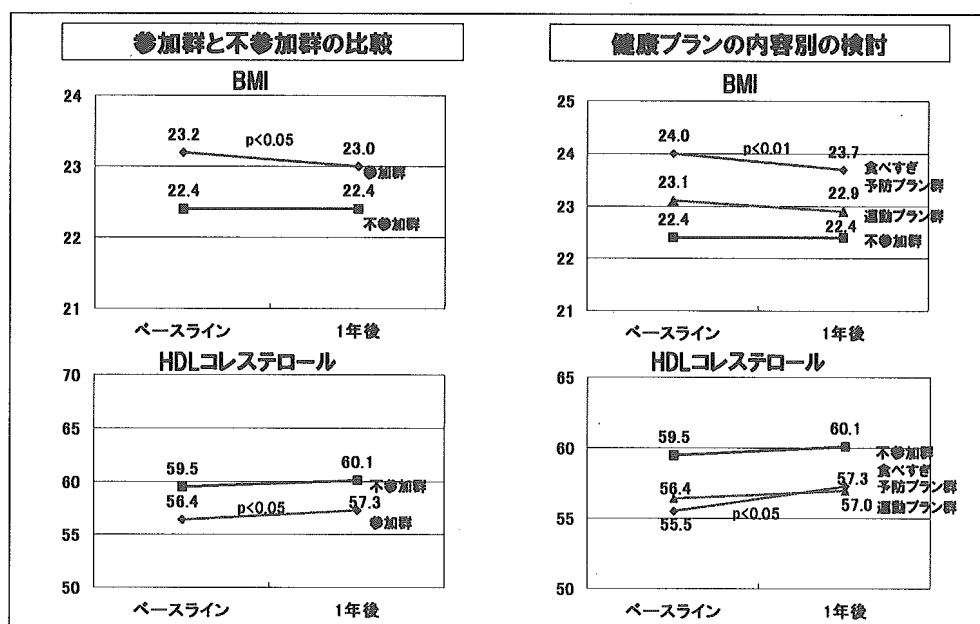


図 3. 集団全体における 1 年後の検査値の変化

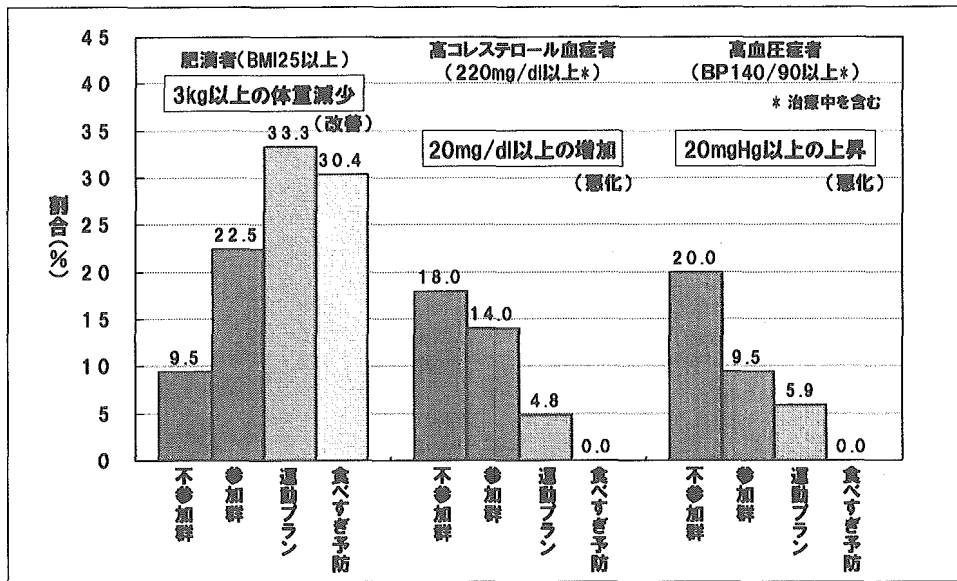


図4. 有所見者の改善または悪化割合

今後の生活習慣病対策における情報提供・相談に関する薬局・薬剤師の役割  
～薬局・薬剤師を対象とした質問票調査～

研究協力者 飯野 直子 東京女子医科大学 公衆衛生(二)研究室研究生  
主任研究者 水嶋 春朔 国立保健医療科学院 人材育成部長

**研究要旨：**

生活習慣病予防に対する薬局・薬剤師の意識やその実態、メタボリックシンドロームの認知度や今後の取り組み姿勢などを明らかにするため、世田谷区ならびに他地域の薬剤師会の協力を得て、郵送法による質問票調査を実施した。調査対象1061名から435名の回答を得た(回答率40.9%)。薬物治療を有無に関わらず肥満・食事・運動の3項目について、糖尿病・高脂血症・糖尿病の3疾患に関しては行なっている場合が多く、薬物治療を受けている患者に関しては上記3項目、3疾患に関して、いずれも約60-80%が行っており、薬物治療を受けていない患者に対しては約30-55%が行っていた。患者の疾病治療のための生活習慣改善から疾病予防へとその情報提供や相談内容は多岐に渡っており、地域保健における生活習慣病対策に対する貢献度が高く、健診・保健指導のプロトコールにおいて、重要な役割を担うことが明らかとなった。

**A. 研究目的**

地域保健における生活習慣病健診・保健指導の効果的なプロトコールに関する実証的な調査をするにあたり、正確な情報提供・個別相談機能の高さ、アクセスのしやすさ等の観点から、医薬分業の進展によって、増加した地域における薬局・薬剤師の潜在的な地域保健健康づくりへの貢献の可能性について検討することを目的とした。

**B. 研究方法**

現況の薬局・薬剤師の生活習慣病に関する取り組みの実態や意識、メタボリックシンドロームに関する認知度や今後の取り組み姿勢等について調査を実施し、その結果から今後の生活習慣病改善支援のサービスに関しての薬局・薬剤師の具体的な取り組みの可能性および方向性を検討した。

調査協力の了承を得た薬局・薬剤師会員に調査票(別紙参照)を送付した。世田谷区については世田谷保健所の協力を得て世田谷保健所に登録をされている薬局・薬店ならびに薬種商(3件)に

なお、回答者は対象薬局の経営者もしくは管理者とした。

世田谷区に比較して、岩手県(花巻・北上支部)、佐賀県(全支部)の回収率が高かったのは、薬剤師会が各会員に対して、本調査の意義を会員向け文書および口頭にて説明をし、数回にわたり本調査への回答協力要請をしていただいたことが要因のひとつと考える。

表1 調査票送付先および回収結果

	世田谷区	岩手県	佐賀県	宮城県	その他
発送数①	435部	92部	499部	38部	9部
回収数②	59部	73部	305部	4部	9部
回収率 (②/①)	13.6%	79.3%	61.1%	10.5%	100.0%

**C. 研究結果**

回答者ならびに薬局の主な属性は以下のとおりである。

1. 性別

- ① 男性 236名 52.2%
- ② 女性 210名 46.5%

- ③ 無回答 6名 1.3%

## 2. 業務内容

- ① 主として処方せん調剤 84.1%

- ② 主として一般販売 14.2%

薬局開設からの年数は5年以上が全体の78.3%を占めており、回答した多くの薬局は地域において、その存在は十分に認知されている薬局が多かったといえる。

さらに、主として処方せん調剤を行なっている薬局が多いことから、全体の88.1%の薬局に待合室があり、その広さは10-50㎡が69.3%で最も多かった。

## 3. 日常の服薬指導・相談業務（1）

日常、患者（顧客）に対する服薬指導に関しては「満足している」との回答は25.7%に過ぎず、どちらともいえない、もしくは不満との回答が過半数以上であった。

患者からの生活習慣予防の質問や相談については81.2%が、相談頻度の差があるものの、「受けている」と答えている。一番多かったのは、「たまに受ける」の61.5%であった。相談をうける年齢層は40代以上が90%を占めている。また、全体の93.7%が患者から生活習慣予防についての質問や相談を受けたいと考えていることがわかった。

## 4. 日常の服薬指導・相談業務（2）

問6-4、問6-5では、さらに詳細に業務の実態を把握するため、高血圧・高脂血症・糖尿病・心筋梗塞・脳卒中・狭心症・肥満症の8疾患について、その予防に必要な肥満・食事・運動・喫煙・休養・睡眠・ストレス・その他の8項目についての情報提供の実態・必要性さらに情報提供の際のツールの有無についての設問をとりいれた。その結果、各項目に関して「薬物治療を受けている患者」と「薬物治療を受けていない患者」について同様の質問をする形式をとった。

結果は、薬物治療の有無に関わらず肥満・食事・運動の3項目について、糖尿病・高脂血症・糖尿病の3疾患に関しては行なっている場合が多かった。薬物治療を受けている患者に関しては上記3項目、3疾患に関して、いずれも約60-80%が行っており、薬物治療を受けていない患者に対しては約30-55%が行なっている。

他の4疾患ならびに4項目に関しては、いずれも結果にばらつきがみられた。全疾患・全項目について、現状では「薬物治療を受けている患者」への相談業務の頻度は「薬物治療を受けていない患者」への頻度を上回っていた。

しかし、薬局としての各項目に関する情報提供の必要性については、薬物治療の有無に関わらず、いずれも必要であるとの回答が過半数以上であった。

また、情報提供の際のツールの使用に関しては、食事以外のすべての項目に関して、「ない」という回答が過半数占めている。

## 5. 健康診断結果や検査項目に関する相談

患者の健康診断結果のうち、総合結果・血圧・コレステロール・中性脂肪・血糖値に関しては約85-98%がその結果を見たことがあり、そのうち約90%が相談を受けたことがあると答えている。

身長・体重・腹囲については、検査結果は約45%がみたことがあるのに対して、その約80%が相談を受けたことがあると答えている。

## 6. メタボリックシンドローム

回答者の知識としては82.7%があると答えているが、患者の関心度の有無は各50%であった。今後は94.7%が情報提供の必要性を感じており、そのための適切なツールについては93.8%が必要であると答えている。

メタボリックシンドロームの情報提供に関して、関心度を促すためには、薬剤師自身も豊富な知識を持っていないことが背景にあり、適切なツールが有効だと考えていることが推察で

きる。

## 7. サプリメントや機能性食品に関する相談

相談内容としては、選択肢中、服用している薬との併用の是非に関するものとの回答が最も多く77.9%であった。

## 8. 「お薬手帳」ならびに情報提供ツール

「お薬手帳」について、回答者自身と患者の満足度は、双方「満足していると思う」「不満だと思う」がほぼ同数であり、その内容に関して「改善が必要」との答えが過半数を超えていることから、何らかの方策の必要性を感じていることがうかがえる。「お薬手帳」の目的や内容さらにはその活用に関して、提供者側と消費者側という視点で、今後の様々な視点でのニーズを鑑みて再考する必要があるのではないかと。

生活習慣病予防に関する効果的な情報提供や個別指導のためのツールの形式としてはパンフレット（小冊子を含む）形式が81.2%と最も高く次いでA4 1枚程度のものが59.1%であった。現況、ツールは79.9%が購入はしていないが、必要なツールであれば67.9%が購入したいと答えている。

## 9. 地域保健に関する今後の薬局の取り組みと薬剤師の職能開発

地域保健における今後の薬局の役割としては、68.9%が、「地域の人々の健康維持・増進のために、服薬指導のみならず疾病予防も含めた相談機能の充実が必要」と答えている。

さらに、そのための薬剤師の知識や能力としては「医薬品の相互作用や食品との相互作用などのエビデンスに関する知識」「各疾患の治療に関する深い知識」「予防医学に関する知識」「患者に対して有効な情報提供や相談業務を行うためのコミュニケーション能力」という回答が高かった。

## D. 考察

全体結果と各地区別結果を比較するとおおよそ

回答内容の順位はほぼ一致しており、各選択肢の回答率に差があるだけであった。

薬局における服薬指導の満足度をより高めるためには、患者からの生活習慣予防の相談の頻度を高める方策を考え、実施することが必要であることが推察できる。

薬局では処方せん調剤を主としている場合においては、患者の服用する薬剤のみならず、疾患についての予防等に関して服薬指導の際に患者より相談される機会は多いことが予測されるが、現況、各疾患にかかっていない患者（顧客）に関しての相談の現状や必要性の認識の有無を把握することが今後の方向性を考えるうえで重要であると考えられる。

また限られた時間内で、多くの患者の対応をする状況下においては、適切かつ効率的な情報提供ならびに相談業務に利用できるツールが必要である。

薬局は医薬分業の推進のもと、処方せんを調剤することを重要な役割としてきた。患者に対する情報提供においても、医薬品の適正使用を第一に考えた業務を遂行してきた。しかし、現在では、患者の疾病治療のための生活習慣改善から疾病予防へとその情報提供や相談内容は多岐に渡っていることが明確となった。その状況下において、薬局の機能や薬剤師の業務のありかたに関して、改善を迫られている。患者の健康維持・増進の担い手となることの必要性を感じ、患者の生活習慣にまで踏み込んだ相談業務に答えることを希望している。しかし、そのための具体的な取り組みのための施策や必要な知識や技術、さらには地域保健全体の現状把握と今後の方向性等の情報収集や学習については課題も多く、認識が浅いことがわかった。

## E. 結論

生活習慣病予防に対する薬局・薬剤師の意識やその実態、メタボリックシンドロームの認知度や今後の取り組み姿勢などを明らかにするため、世田谷区ならびに他地域の薬剤師会の協力を得て、

郵送法による質問票調査を実施した。薬物治療の有無に関わらず肥満・食事・運動の3項目について、糖尿病・高脂血症・糖尿病の3疾患に関しては行なっている場合が多く、薬物治療を受けている患者に関しては上記3項目、3疾患に関して、いずれも約60-80%が行っており、薬物治療を受けていない患者に対しては約30-55%が行っていた。患者の疾病治療のための生活習慣改善から疾病予防へとその情報提供や相談内容は多岐に渡っており、地域保健における生活習慣病対策に対する貢献度が高く、健診・保健指導のプロトコールにおいて、重要な役割を担うことが明らかとなった。

さらに本調査結果を踏まえて「生活習慣病予防」を目的とした地域におけるポピュレーション

アプローチ、ハイリスクアプローチ両面での健康指導に貢献できる薬局のあり方と具体的なサービス内容を検討することが重要である。

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **G. 研究発表**

なし

(日本公衆衛生学会にて発表予定)

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

なし

## 生活習慣病予防に関する

## 薬局・薬剤師の役割についての意識調査

### 【ご記入にあたってのお願い】

- (1) この調査票は、必ず封筒の宛名の方がご回答下さい。
- (2) 回答は、問1から順に、あてはまる番号に○印をつけて下さい。  
「その他」にあてはまる場合は、( )内にその内容を具体的に記入して下さい。
- (3) 番号に○をつけていただくときに、(○は一つ)とか(○はいくつでも)など○の数を指定させていただいておりますので、その範囲でお答え下さい。
- (4) 一部の方だけにお答えいただく質問もありますが、矢印(→)の指示に従って、付間にお答え下さい。特に指示のない質問については、全員の方がお答え下さい。
- (5) ご記入が終わりましたら、同封した返信用封筒にアンケート用紙を入れて、2月17日(金)に到着するようにご投函頂けますよう、よろしくお願い申し上げます。  
なお、返信用封筒にお名前やご住所を記入していただく必要はありません。
- (6) この調査についてのお問い合わせは、下記へご連絡下さい。

調査代表者

平成17年度厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業  
「地域保健における健康診査の効率的なプロトコールに関する研究」

主任研究者 水嶋 春朔

研究協力者 飯野 直子

連絡先

国立保健医療科学院 人材育成部

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

TEL:048-458-6128 FAX:048-458-6714

E-MAIL:kenshu-gl@niph.go.jp

---

■ I. はじめに、あなた自身とあなたの所属する(経営する)薬局についておうかがいします。

---

問1 性別をお答え下さい。

1 男性

2 女性

問2 お年は満で何歳ですか。

- 1 30歳未満                      2 30歳以上40歳未満                      3 40歳以上50歳未満  
4 50歳以上60歳未満                      5 60歳以上

問3 あなたの薬剤師としてのご経験は何年ですか。

- 1 3年未満                      2 3年～5年未満                      3 5年～10年未満  
4 10年～15年未満                      5 15年以上

問4 あなたの薬局の業務内容について、A～Jまでの設問に対してあてはまる番号に○をつけて下さい

A 薬局の業務内容	1. 主として処方せん調剤業務    2. 主として一般販売業(OTC)
B 開局から何年経ちますか	1. 3年未満    2. 3～5年未満    3. 5～10年未満 4. 10～15年未満    5. 15年以上
C 基準薬局ですか	1. はい    2. いいえ
D 介護相談薬局ですか	1. はい    2. いいえ
E 薬局全体の広さ	約 (            )m <sup>2</sup>
F 待合室の有無	1. ある    2. ない
F-1 待合室の広さ	↓ 「1.ある」と答えた方のみお答え下さい 約 (            )m <sup>2</sup>
G 訪問薬剤管理指導は 行っていますか	1. 行っている    2. 行っていない
G-1 1ヶ月の訪問件数は のべで何件ですか	↓ 「1.行っている」と答えた方のみお答え下さい 1. 10件未満    2. 10～50件    3. 50～100件    4. 100件以上
H 先月一ヶ月の処方せん 受付枚数	1. 10枚未満    2. 10～100枚未満    3. 100～500枚未満 4. 500～1000枚未満    5. 1000枚以上
I 先月一ヶ月の処方内容で 次の疾患の処方枚数(のべ)	1. 高血圧症 約(            )枚    2. 高脂血症 約(            )枚 3. 糖尿病 約(            )枚 4. 脳血管疾患 約(            )枚 5. 虚血性心疾患 約(            )枚 6. その他心臓疾患 約(            )枚
J 先月一ヶ月の お薬手帳の交付枚数	1. 新規交付 (            )枚    2. 再交付(            )枚



■ II. 日常の患者(顧客)に対する服薬指導・相談業務に関しておうかがいします。

問5-1 患者(顧客)に対する服薬指導について、どのように思いますか？

- 1 大いに満足    2 満足    3 どちらともいえない    4 やや不満    5 かなり不満

問5-2 問5-1でそう思う理由について具体的にお答え下さい。

理由 ( )

問6-1 日常、患者(顧客)から、生活習慣病予防についての質問や相談を受けることがありますか。

- 1 ほぼ全員から受ける    2 よく受ける    3 たまに受ける    4 ほとんど受けない    5 受けない

↓  
「1～3」と答えた方のみお答え下さい

問6-2 相談を受けた患者(顧客)の年代は以下のどれが多いですか。

- 1 20代    2 30代    3 40代    4 50代    5 60代以上

問6-3 今後、患者(顧客)から、生活習慣病予防についての質問や相談を受けたいと思いますか。

- 1 大いに思う    2 思う    3 やや思う    4 思わない    5 全く思わない

問6-4 次の各疾患について、薬物治療を受けている患者(顧客)への生活習慣病に関する情報提供または指導・相談についてお答え下さい。また、薬剤師として情報提供等をする必要があると思いますか。

※ ア～キは、該当する答えの番号をご記入下さい。A、Bは、あてはまる方を○で囲んで下さい

- (1. よく行なっている    2. たまに行なっている    3. ほとんど行なっていない    4. 全く行なっていない)

疾患名 内容	ア 高血圧	イ 高脂血症	ウ 糖尿病	エ 心筋梗塞	オ 脳卒中	カ 狭心症	キ 肥満症	A 情報提供の際に使用 しているツール※の有無		B 情報提供の 必要性が	
								ある	ない	ある	ない
肥満 (減量)								ある	ない	ある	ない
食事								ある	ない	ある	ない
運動								ある	ない	ある	ない
喫煙								ある	ない	ある	ない
飲酒								ある	ない	ある	ない
休養・睡眠								ある	ない	ある	ない
ストレス								ある	ない	ある	ない
その他								ある	ない	ある	ない

※ ツールとは、情報提供や相談を受ける際にその内容をわかりやすく説明するための印刷物

(ポスター、指導せん、パンフレットなど)等を示します

問6-5 次の各疾患について、薬物治療を受けていない患者(顧客)への生活習慣病に関する情報提供または指導・相談についてお答え下さい。また、薬剤師として情報提供等をする必要があると思いませんか。

※ ア～キは、該当する答えの番号をご記入下さい。A、Bは、あてはまる方を○で囲んで下さい。

(1, よく行なっている 2, たまに行なっている 3, ほとんど行なっていない 4, 全く行なっていない)

疾患名 内容	ア 高血圧	イ 高脂血症	ウ 糖尿病	エ 心筋梗塞	オ 脳卒中	カ 狭心症	キ 肥満症	A 情報提供の際に使用しているツール※の有無		B 情報提供の必要性が	
								ある	ない	ある	ない
肥満(減量)								ある	ない	ある	ない
食事								ある	ない	ある	ない
運動								ある	ない	ある	ない
喫煙								ある	ない	ある	ない
飲酒								ある	ない	ある	ない
休養・睡眠								ある	ない	ある	ない
ストレス								ある	ない	ある	ない
その他								ある	ない	ある	ない

問7 患者(顧客)の健康診断結果や以下の項目についての検査結果について、相談をうけたことがありますか。ある、ないのいずれかを○で囲んでください。

「ある」と答えた方のみお答え下さい

健診・検査結果	患者の検査結果等を見たことが		相談をうけたことが	
	ある	ない	ある	ない
健康診断(総合)	ある	ない	ある	ない
血圧	ある	ない	ある	ない
コレステロール・中性脂肪	ある	ない	ある	ない
血糖値	ある	ない	ある	ない
身長・体重・腹囲	ある	ない	ある	ない

問8 「メタボリックシンドローム」※ について、次の設問にお答え下さい。

●知識	1. よく知っている    2. 知っている    3. あまり知らない 4. ほとんど知らない    5. 知らない
●患者(顧客)の関心度	1. 大いにあると思う    2. あると思う    3. あまりないと思う 4. ないと思う    5. わからない
●患者(顧客)への情報提供の必要性	1. 大いに必要である    2. 必要である    3. あまり必要ない 4. 必要ない    5. わからない
●患者(顧客)への情報提供時のための適切なツールの必要性	1. 大いに必要ある    2. 必要ある    3. あまり必要ない 4. 必要ない    5. わからない

※ 「メタボリックシンドローム」とは「肥満、高脂血症、高血糖、高血圧」といった動脈硬化の危険因子を複数併せもった状態をいいます。

問9 サプリメントや機能性食品について、どのような相談や質問がありますか。多いものを2つ選んで下さい。

- 1 商品の成分や飲み方(食べ方)
- 2 健康維持、増進の為の効果的な利用方法
- 3 服用している薬との併用の是非
- 4 最近、話題になっている商品情報
- 5 同じ成分の商品個々の違い
- 6 現在かかっている疾患に対しての影響
- 7 商品の安全性
- 8 その他(具体的に )

問10 現在、使用している「お薬手帳」についてお答え下さい。

●あなたの満足度	1. 大いに満足    2. 満足    3. やや不満 4. かなり不満    5. わからない
●患者(顧客)の満足度	1. 大いに満足していると思う    2. 満足していると思う 3. やや不満だと思う    4. かなり不満だと思う    5. わからない
●内容の改善について	1. 大幅に必要だと思う    2. 一部必要だと思う 3. ほとんど必要がない    4. 全く必要ではない
●具体的な改善の計画について	1. 計画している    2. 計画したいがまだ考えていない 3. 計画する予定はない
●どのような内容を入れたいと思いますか(具体的に)	「1~2」と答えた方のみお答え下さい。

問 11-1 薬局で生活習慣病予防に対する効果的な情報提供および個別の指導を行うためのツールの形式についてお答え下さい。 適切だと思われるものに○をつけて下さい (○はふたつ)

- 1 ポスター (パネルを含む)    2 指導せん(A4 1枚程度)    3 パンフレット(小冊子を含む)  
 4 ビデオ(DVD)    5 クリアファイル    6 その他

具体的に

( )

問 11-2 生活習慣病予防に関するツールの内容で、現在使用していて効果的だと思うものをお答え下さい。(自由回答)

(具体的に記載して下さい。 例：高血圧症予防の食事(減塩)についてのツール )

問 11-3 生活習慣病予防に関するツールについてあてはまるものに○をつけて下さい。

A ツールは購入していますか	1. いる	2. いない
B 必要なツールを購入したいと思いますか	1. 思う	2. 思わない

■ III. 地域保健に関する今後の薬局の取り組みと薬剤師の職能開発に関しておうかがいします。

問 12 地域保健に関する今後の薬局の役割として適切だと思われるものはどれですか。(○はひとつ)

1. 薬物治療を中心とした服薬指導の充実
  2. 地域の人々の健康・維持増進のために、服薬指導のみならず疾病予防も含めた相談機能の充実
  3. 要介護者、高齢者に対する地元のステーション等と連携した介護相談、服薬指導の充実
  4. 効率的な薬局運営を重視した薬剤師の業務をシステム化した機能の充実
  5. その他
- (具体的に )