

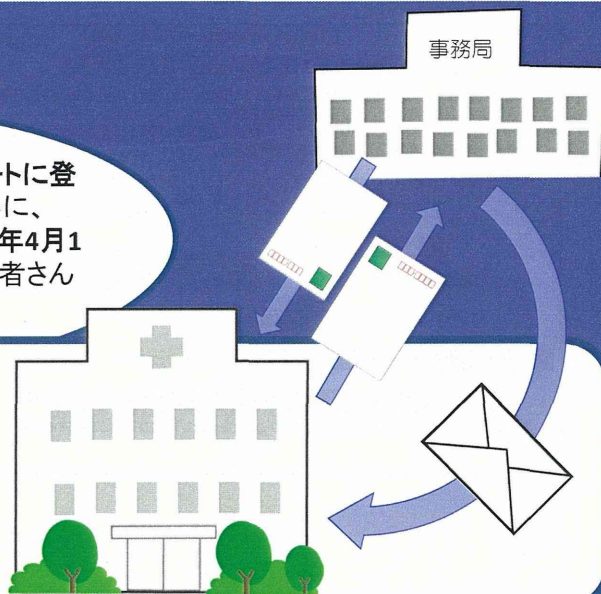
調査のながれ



小児インスリン治療研究会コホートに登録していただいた患者さんを中心に、発症年齢16歳未満、かつ平成26年4月1日現在20歳以上の1型糖尿病患者さんを対象としています。

通院先へアンケート調査票を送付

事務局より、事前にハガキにてご報告頂いた通院中の患者さんの人数分、アンケート調査用紙一式をお送りします。



主治医より本調査について説明

主治医の先生は、患者さんへ同意説明書を用いて本研究の趣旨をご説明いただき、同意説明書・同意書・アンケート調査票・返送用封筒をお渡しいただきます。



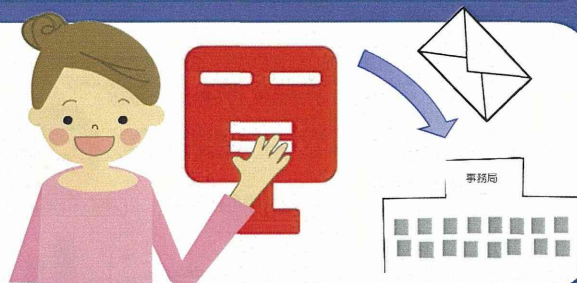
アンケート調査票へ記入

同意書・アンケート調査票への記入は、患者さんの自由意思に基づき、ご自宅にて行っていただきます。また、研究期間中いつでも撤回することができます。不参加や中断によって、不利益をこうむることは一切ありません。



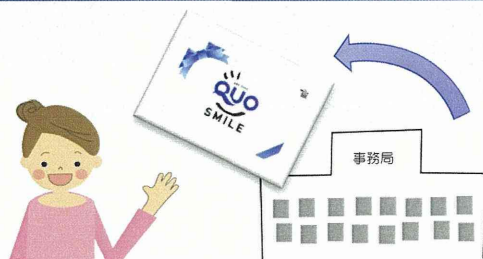
投函

同意書・アンケート調査票は記入後、返送用封筒に入れ、ポストへ投函してください。主治医の先生へのご提出・ご報告は必要はありません。



事務局で到着を受領・クオカードを送付

事務局にて書類を受領後、ご自宅宛に500円相当のQUOカードをお送り致します。



平成 年 月 日

先生御机下

拝啓

早春の候、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

貴院の先生方には、以前より小児期発症 1 型糖尿病に関する調査研究に関してご協力賜りまして深く感謝申し上げます。お忙しいところ大変恐縮ですが、該当する患者さんにつきましてご協力をお願い申し上げます。

本研究は、成人に達した小児期発症 1 型糖尿病患者の生活の実態を調べるため、以前に小児インスリン治療研究会コホートに登録していただいた患者さんを中心に、発症年齢 16 歳未満、かつ平成 26 年 4 月 1 日現在 20 歳以上の 1 型糖尿病患者さんについて調査させて頂きたいと考えております。

<ご回答頂きたい内容>

- ・同封のはがきに、本研究の対象に該当する患者さんの人数をご記入の上、ご投函下さい。
- ・大変お手数ですが、すでに転院されている場合は、転院先につきましてもご記入いただけると大変ありがたく存じます。

<今後の流れ>

事務局より、ご教示頂きました貴院通院中の患者さんの人数分のアンケート調査用紙一式をお送りします。(すでに転院されている患者さんにつきましては、以降は事務局で調査を継続させていただきます。)

書類が届きましたら、患者さんへ同意説明書を用いて本研究の趣旨をご説明いただき、アンケート調査票への記入をご依頼いただきますようお願いいたします。その後、患者さんには自由意思に基づきご自宅にてアンケート調査へ協力するか否かを決定して頂きます。

患者さんの個人情報厳重に管理し、研究目的以外に利用することはありません。本研究は東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得ております。ご教示頂きました患者さんの数に応じて誠に些少ですが謝礼のクオカードを先生方にお送りいたします。また、ご協力いただきました患者さんにも、500 円相当のクオカードをお送りいたします。

先生のますますのご発展をお祈りいたします。

敬具

なお、本研究は、平成 26 年度厚生労働省科学研究補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究推進事業「1 型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」(田嶋班)に採択されており、このうちの生活実態に関する調査研究です。

「1 型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」

研究代表者 田嶋 尚子 (東京慈恵会医科大学)

研究分担者

雨宮 伸 (埼玉医科大学)

浦上 達彦 (日本大学医学部小児科学教室)

岡田 美保子 (川崎医療福祉大学)

緒方 勤 (浜松医科大学)

門脇 孝 (東京大学)

川村 智行 (大阪市立大学)

菊池 透 (埼玉医科大学)

菊池 信行 (横浜市立みなと赤十字病院)

杉原 茂孝 (東京女子医科大学東医療センター)

中島 直樹 (九州大学)

西村 理明 (東京慈恵会医科大学)

横谷 進 (国立成育医療研究センター)

横山 徹爾 (国立保健医療科学院) (五十音順)

連絡先 (事務局) :

〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-47 愛宕マークビル5階

東京慈恵会医科大学 田嶋 尚子名誉教授室

川浪 大治・恩田 美湖・勝又 千晶

電話 : 03-3433-1111 (内線3689) 070-6963-3400 (院内PHS 恩田)

FAX : 03-3433-1602 e-mail: Type1Dstudy@gmail.com

貴院名 : _____ 病院・クリニック・医院

記載者 : _____ 科 _____ 先生

貴院通院中の該当患者さんの総数 : _____ 名

転院された患者さんの総数 : _____ 名

転院先 (お分かりになる範囲でご記入ください)

①名称 : _____ 病院・クリニック・医院

所在地 : _____ 都道府県 _____ 市区町村

主治医 : _____ 科 _____ 先生

②名称 : _____ 病院・クリニック・医院

所在地 : _____ 都道府県 _____ 市区町村

主治医 : _____ 科 _____ 先生

③名称 : _____ 病院・クリニック・医院

所在地 : _____ 都道府県 _____ 市区町村

主治医 : _____ 科 _____ 先生

④名称 : _____ 病院・クリニック・医院

所在地 : _____ 都道府県 _____ 市区町村

主治医 : _____ 科 _____ 先生

平成 年 月 日

先生御机下

拝啓

春陽の候、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

先生には、平成 26 年度厚生労働省科学研究補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「1 型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」（田嶋班）に関してご協力賜りまして深く感謝申し上げます。

生活実態に関する調査研究として、先日ご教示頂きました患者さんの人数分のアンケート調査票一式を同封させていただきます。

同封書類

<患者さんにお渡しいただきたい書類>

- ①同意説明書
- ②同意書
- ③アンケート調査票

<先生にお渡しするもの>

- ④はがき（アンケート調査票と同一番号）
- ⑤謝礼のクオカード

<お願いしたいこと～調査の流れ>

- 発症年齢 16 歳未満、かつ平成 26 年 4 月 1 日現在 20 歳以上の 1 型糖尿病患者さんに、
- 『①同意説明書』を用いて本研究の趣旨を説明
- ①～③の書類を患者さんに渡す（②、③への記入は、患者さんの自由意思に基づき、ご自宅にて行って頂きます。）
- 『④はがき』へ、アンケート調査票を渡した患者さんの性別、年代を記入。この際、『④はがき』裏面上の No. と『③アンケート調査票』の表紙右上の No. が同一であることを確認（このはがきは、本アンケート調査の精度を評価する一環として、性別・年代ごとのアンケート回収率を算出するためのもので、患者さんの個人を特定することにはつながりません。）
- 『④はがき』をポストへ投函

患者さんの個人情報厳重に管理し、研究目的以外に利用することはありません。本研究は東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得ております。

末筆ながら、先生のますますのご発展をお祈りいたします。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

「1型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」

研究代表者 田嶋 尚子 (東京慈恵会医科大学)

研究分担者

浦上 達彦 (日本大学医学部小児科学教室)

緒方 勤 (浜松医科大学)

川村 智行 (大阪市立大学)

菊池 信行 (横浜市立みなと赤十字病院)

中島 直樹 (九州大学)

横谷 進 (国立成育医療研究センター)

雨宮 伸 (埼玉医科大学)

岡田 美保子 (川崎医療福祉大学)

門脇 孝 (東京大学)

菊池 透 (埼玉医科大学)

杉原 茂孝 (東京女子医科大学東医療センター)

西村 理明 (東京慈恵会医科大学)

横山 徹爾 (国立保健医療科学院) (五十音順)

連絡先 (事務局) :

〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-47 愛宕マークビル5階

東京慈恵会医科大学 田嶋 尚子名誉教授室

川浪 大治・恩田 美湖・勝又 千晶

電話 : 03-3433-1111 (内線3689) 070-6963-3400 (院内PHS 恩田)

FAX : 03-3433-1602 e-mail : Type1Dstudy@gmail.com

No.

上記と同番号のアンケート調査票を患者さんにお渡しになったら、このはがきを投函してください。

※このはがきは、本アンケート調査の精度を評価する一環として、性別・年代ごとのアンケート回収率を算出するためのものです。患者さん個人を特定するものではありません。

アンケート調査票をお渡した患者さんの性別、年代をご記入ください。

男性 ・ 女性

20代 ・ 30代 ・ 40代

50代 ・ 60代 ・ 70代 以上

20歳以上に達した小児期発症1型糖尿病患者の 社会的適応・生活実態についての調査(2014年度版)

調査へのご協力をお願いいたします

この調査は、1型糖尿病患者の生活実態を正確に把握し、今後の施策・政策を考えていくための基礎資料を得ることを目的として、厚生労働科学研究 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業「1型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」(研究代表者：田嶋尚子 東京慈恵会医科大学 名誉教授)の一環として実施されます。何卒、本調査の意義、重要性を御理解いただき、御協力くださいますようお願いいたします。

□に数字あるいは文字を記入するか、該当するところに✓を付けて下さい。

1. 出生年月日	西暦 □□□□年□□月□□日
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. お住まいの都道府県	都・道・府・県
4. 年齢	現在年齢 □□歳 インスリン治療開始年齢 □□歳
5. 現在の身長体重	身長 □□□cm 体重 □□□kg(右づめで記入して下さい)
6. 現在の担当医	<input type="checkbox"/> 小児科医 <input type="checkbox"/> 内科医 <input type="checkbox"/> その他
7. 教育 現在、学校に在学しているかどうかお答え下さい。「在学中」の方はその学校について、「卒業」の方は最終卒業学校(中途退学した方はその前の学校)についてお答え下さい	<input type="checkbox"/> 在学中 } → <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 卒業 } → <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 卒業 } → <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 卒業 } → <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 卒業 } → <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 卒業 } → <input type="checkbox"/> 大学院
8. 現在の仕事の状況 収入を伴う仕事を少しでもした方は「仕事あり」。まったく仕事をしなかった方は「仕事なし」の中からお答え下さい。無給で自営業の手伝いをした場合や、育児休業や介護休業のため、一時的に仕事を休んでいる場合も「仕事あり」とします。PTA 役員やボランティアなど無報酬の活動は「仕事なし」とします。なお、家事には、育児、介護などを含めます。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>仕事あり</p> <input type="checkbox"/>主に仕事をしている <input type="checkbox"/>主に家事で仕事あり <input type="checkbox"/>主に通学で仕事あり <input type="checkbox"/>その他 (質問 9 ～) </div> <div style="width: 45%;"> <p>仕事なし</p> <input type="checkbox"/>通学 <input type="checkbox"/>家事 <input type="checkbox"/>その他 (質問 11 ～) </div> </div>

質問 8 で「仕事あり」と回答した方は現在の主な仕事について教えて下さい。

<p>9. 勤めか自営かの別 主な仕事についてお答え下さい。</p>	<p> <input type="checkbox"/>01 一般常雇者(契約期間の定めない雇者) <input type="checkbox"/>02 一般常雇者(契約期間が1年以上の雇者) <input type="checkbox"/>03 1年以上1年未満の契約の雇者 <input type="checkbox"/>04 日々または1か月未満の契約の雇者 <input type="checkbox"/>05 会社・団体等の役員 <input type="checkbox"/>06 自営業主(雇あり) <input type="checkbox"/>07 自営業主(雇なし) <input type="checkbox"/>08 家族従業者(自家営業の手伝い) <input type="checkbox"/>09 内職 <input type="checkbox"/>10 その他 </p>
<p>補問 9-1 勤め先での呼称 「労働者派遣事業所の派遣社員」とは労働者派遣法に基づく事業所に雇用され、そこから派遣されている人をいいます。</p>	<p> <input type="checkbox"/>正規の職員・従業員 <input type="checkbox"/>パート <input type="checkbox"/>アルバイト <input type="checkbox"/>労働者派遣事業所の派遣社員 <input type="checkbox"/>契約社員 <input type="checkbox"/>嘱託 <input type="checkbox"/>その他 </p>
<p>10. 職種を教えてください</p>	<p> <input type="checkbox"/>経営管理職(会社・官公庁の課長級以上、経営者、団体役員) <input type="checkbox"/>専門技術職(医師、教師、税理士、看護師など専門的知識を要する仕事) <input type="checkbox"/>事務職(会社等の事務担当者で上記にあてはまらないもの) <input type="checkbox"/>販売職・サービス職(営業担当者・販売員など) <input type="checkbox"/>運転・通信職・保安職(運転手、郵便会社職員、警備員、消防士など) <input type="checkbox"/>工場、建設等の現場労働(工場労働者、建設作業員など) <input type="checkbox"/>農林漁業作業 <input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/>分からない </p>


01,02,03,04 と回答した方は、補問 9-1 をお答え下さい。

(質問 10 ～)

就職についての質問です。

<p>11. 就職したことがありますか? (質問 12 ～)</p>	<p> <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ(質問 17 ～) </p>
<p>12. 就職の際、糖尿病のことを告げましたか?</p>	<p> <input type="checkbox"/>隠した <input type="checkbox"/>告げた <input type="checkbox"/>聞かれなかった <input type="checkbox"/>その他 () </p>
<p>13. 糖尿病を理由に採用を拒否されたことがありますか?</p>	<p> <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>多分糖尿病が理由だったと思う <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>分からない </p>
<p>14. 職場の人で病気のことを知っている人はいますか?</p>	<p> <input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>一部 <input type="checkbox"/>周囲の全員 <input type="checkbox"/>その他 </p>
<p>15. 転職の経験がありますか? (質問 16 ～)</p>	<p> <input type="checkbox"/>ない(質問 17 ～) <input type="checkbox"/>ある () 回くらい変わった </p>
<p>16. ある方は、理由をお聞かせ下さい(複数回答可)</p>	<p> <input type="checkbox"/>糖尿病を理由に退職をすすめられたため <input type="checkbox"/>血糖コントロールが困難な職場であったため <input type="checkbox"/>糖尿病合併症の悪化のため <input type="checkbox"/>周囲の無理解のため <input type="checkbox"/>その他 () </p>

医療費と収入について教えてください。

<p>17. 医療保険の加入状況をお教え下さい。 保険証又は組合員証で確認してお答え下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/> 国民健康保健 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> その他</p> <p></p> <p><input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 加入者本人 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者）</p>
<p>18. 昨年1年間のあなたの自身の収入の合計は、どれくらいでしたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 万円（右づめで記入して下さい） （税金や社会保険料などを引く前の金額で、お答えください。万円未満は四捨五入して、万円単位で右づめに記入してください。） <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 答えたくない</p>
<p>19. 昨年1年間のあなた自身と同居している家族（配偶者含む）の収入（世帯収入）の合計は、およそどれくらいでしたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 万円（右づめで記入して下さい） （税金や社会保険料などを引く前の金額で、お答えください。万円未満は四捨五入して、万円単位で右づめに記入してください。） <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 答えたくない</p>
<p>20. 現在、あなたのご家庭の経済的な暮らし向きはいかがですか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 十分にゆとりがある <input type="checkbox"/> ややゆとりがある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや苦しい <input type="checkbox"/> かなり苦しい</p>
<p>21. 毎月の医療費（受診料+薬代）のうち自己負担額はどのくらいかかりますか？（1年間の月あたり平均）</p>	<p><input type="checkbox"/> 5,000 円未満 <input type="checkbox"/> 5,000 円-10,000 円未満 <input type="checkbox"/> 10,000-15,000 円未満 <input type="checkbox"/> 15,000-20,000 円未満 <input type="checkbox"/> 20,000 円-30,000 円未満 <input type="checkbox"/> 30,000 円以上</p>
<p>22. 1年間の糖尿病関連の医療費の総額は世帯収入のおおよそ何%位を占めますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 5%未満 <input type="checkbox"/> 5-10%未満 <input type="checkbox"/> 10-15%未満 <input type="checkbox"/> 15-20%未満 <input type="checkbox"/> 20%以上</p>
<p>23. 医療費の負担をどう感じますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 全く問題ない <input type="checkbox"/> 耐えられる範囲である <input type="checkbox"/> 少し負担に感じる <input type="checkbox"/> 大変重い負担に感じる</p>
<p>24. 医療費のために自分の血糖管理が不十分になっていると思いますか？ 質問 24-1 へ</p>	<p><input type="checkbox"/> 思う <input type="checkbox"/> 思わない <input type="checkbox"/> 分からない 質問 25 へ</p>

質問 24 で思うに回答された方は、以下のどれが当てはまりますか？

<p>24-1. 不十分の理由は？</p>	<p><input type="checkbox"/> インスリン量を減らしている <input type="checkbox"/> 血糖測定回数を減らしている <input type="checkbox"/> 受診回数を減らしている <input type="checkbox"/> ポンプ療法が出来ない <input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
-----------------------	---

公的補助についての考えを教えてください。

25. 生涯に渡る公的補助 が必要ですか？ 質問 25-1 へ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
25-1. 必要な公的補助は どの様なものですか？	<input type="checkbox"/> 就職するまで(保険本人になるまで)小児慢性特定疾患の延長 <input type="checkbox"/> 一生にわたる補助(難病指定など) <input type="checkbox"/> その他 ()

結婚について教えてください。

26. 1型糖尿病のために 結婚が制限されたこと がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
27. あなたは結婚されて いますか？	<input type="checkbox"/> 結婚している (事実婚を含む) <input type="checkbox"/> 結婚したことはない <input type="checkbox"/> 結婚したが離婚した <input type="checkbox"/> 結婚したが死別した
28. お子さんはいます か？ はいの方はお子さんの人数をお 教え下さい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> いいえ

現在の糖尿病の状態について教えてください。

29. 一番最近の HbA1c 値(NGSP 値)をお教え下 さい。	<input type="checkbox"/> 6.0%未満 <input type="checkbox"/> 6.0-6.4% <input type="checkbox"/> 6.5-6.9% <input type="checkbox"/> 7.0-7.4% <input type="checkbox"/> 7.5-7.9% <input type="checkbox"/> 8.0-8.4% <input type="checkbox"/> 8.5-8.9% <input type="checkbox"/> 9.0%以上 <input type="checkbox"/> 分からない
30. 現在の一日注射回数 をお教え下さい。	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回以上 <input type="checkbox"/> ポンプ療法(CSII)
31. 前日の総インスリン 量を記入して下さい。	<input type="text"/> 単位

低血糖について教えてください。

32. 意識が低下したり倒 れたり、誰かに助けても らったような低血糖の 経験がありますか？ はいの方は一番最近のエピソード はいつかお教え下さい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 3年以内 <input type="checkbox"/> 3年よりも前 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
33. 低血糖で怪我や事故 をおこしたことがあり ますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない

合併症について教えてください。

<p>34. 光凝固療法を受けたことがありますか？ はいの方は最初の治療を受けた時期をお教え下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい → 最初の治療は西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>分からない</p>
<p>35. 失明していますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>36. 白内障手術を受けたことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>分からない</p>
<p>37. 尿に蛋白が出ていますか？微量アルブミン尿陽性は通常の尿検査では蛋白陰性ですが、詳しい検査で分かる腎症の初期の異常です。</p>	<p><input type="checkbox"/>いつも出ている <input type="checkbox"/>ときどき <input type="checkbox"/>微量アルブミン尿のみ陽性 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>分からない</p>
<p>38. 人工血液透析(あるいは腹膜透析)を受けていますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい → 最初の治療は西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>39. 糖尿病神経障害と言われたことがありますか？ はいの方は当てはまる症状に✓をつけて下さい(複数可)</p>	<p><input type="checkbox"/>はい → <input type="checkbox"/>足の感覚鈍麻 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>血圧の変動 <input type="checkbox"/>分からない <input type="checkbox"/>胃腸障害 <input type="checkbox"/>壊疽(えそ) <input type="checkbox"/>分からない</p>
<p>40. 大血管障害がありますか？ はいの方は当てはまる症状に✓をつけて下さい(複数可)。その他は自由記載して下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい → <input type="checkbox"/>狭心症 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>心筋梗塞 <input type="checkbox"/>分からない <input type="checkbox"/>脳卒中(脳梗塞あるいは脳出血) <input type="checkbox"/>下肢切斷 <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>41. 高血圧はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>分からない</p>
<p>42. 歯周病はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>分からない</p>

最後の質問です。

<p>43. 糖尿病があることによって、有意義な人生を送れないと感じていますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>全くそのようなことはない <input type="checkbox"/>少しはそうだ <input type="checkbox"/>全くそうだ <input type="checkbox"/>分からない</p>
--	---

質問は以上です。

ご協力ありがとうございました。

貴方の回答を1型糖尿病患者の今後の治療・施策に役立てたいと考えています。

「1型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」

同意説明書

1 型糖尿病は、インスリンを補充すれば、就職、結婚、出産など、健康な人と何一つ変わらない生活を送ることができる病気です。

しかしながら、実際に1型糖尿病と付き合いながら生活をしていくうえで、不便に感じること、不安に思うこと、1型糖尿病が生活の支障になっていると感じることがあるかもしれません。

1型糖尿病の皆さんが、具体的にどのようなことに困っているのかを明らかにし、国に現状を知ってもらうことで、医療費の軽減や福祉の充実など1型糖尿病患者さんの負担を減らすお手伝いをしたいという思いからこの研究を始めました。

1. 研究の目的 <何のために行うのか？>

世界の小児1型糖尿病の有病者数は約50万人で、年間8万人が新規発症しています。生涯インスリン治療が必須な1型糖尿病の治療・管理は容易ではなく、合併症の発症と進展を阻止するためには、医療や福祉体制のさらなる整備が必要で、就業や就学に支障がないよう社会啓発活動も求められています。一方で、患者さんが背負っている社会的・経済的負担や生活実態の詳細は分かっていません。

そこで本研究は、1型糖尿病を16歳未満で発症し、20歳以上に達した患者さんの治療状況、合併症、生活の実態等に関する正確な情報をアンケート調査によって集計・解析し、行政に対する具体的な疾病対策の構築、医療体制の改善、費用対効果等の提言につなげることを目的として立案しました。

本研究は平成26年度厚生労働科学研究補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「1型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」（田嶋班）の一部として実施されます。

2. 研究の方法 <ご協力頂きたいこと>

主治医からアンケート用紙を渡されますので、記入後、東京慈恵会医科大学「1型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」（田嶋班）事務局まで返送してください。

3. 予想される副作用について

この研究はアンケートの回答のみであり、医療行為は伴いません。このため、副作用などの心配はありません。

4. 人権・プライバシーの保護について

この研究で使用させていただくあなたの個人情報は、「学校法人慈恵大学 個人情報保護に関する規程」、関連細則および「疫学研究に関する倫理指針」を遵守して保護につとめ、細心の注意をもって取り扱います。あなたの個人情報を外部の機関等に提供することはありません。この研究の結果は、提供先における利用目的が妥当であること等について倫理委員会で審査した上で、外部の機関へ提供する可能性があります。また、個人情報は施錠された保管庫に管理され、責任者

によって厳重に管理されます。研究以外に用いられることはありません。研究の結果は、学会や論文として発表されることがありますが、特定の個人情報が公表されることはありません。

5. 利益相反について

本研究は公的助成金によって行われるために、研究者の利益相反に抵触する問題はありません。

6. 研究に参加する利益と不利益

アンケートの回答に費用は一切かかりません。また、一回の調査につき 500 円相当の謝礼をお支払いいたします。

7. 研究への参加と辞退

この研究への参加は、あくまでもあなたの自由意思によってなされるものです。また、研究期間中いつでも撤回することができます。不参加や中断によって、不利益をこうむることは一切ありません。

8. 個人情報の二次利用について

本研究自体は今回のアンケート調査をもって完結します。しかし、今後も 1 型糖尿病患者さんの治療状況、合併症、生活の実態等の変遷を明らかにすることで、行政に対して継続的に提言していきたいと考えています。今後も引き続き本調査研究にご協力いただける場合には、同意書の 8) 個人情報の二次利用の 同意する に○をつけてください。なお、データの二次利用を行う際には、改めて倫理委員会の審査を受け、承認を得ます。

同意書に記入して頂く住所やお名前等の個人情報は、謝礼の郵送および本調査研究を継続する目的にのみ利用します。

また、同意書の 8) 個人情報の二次利用の 同意しない に○をつけた方の個人情報につきましては、謝礼の郵送後、ただちに細断・破棄いたします。

9. 緊急連絡先

質問や問題が生じたときには、下記の責任者にいつでもご連絡ください。

研究代表者

東京慈恵会医科大学 名誉教授 田嶋尚子

電話 03-3433-1111 (内線 3689)

(午前 9 時～午後 5 時／休診日は除く)

同 意 書

東京慈恵会医科大学学長殿

この度、私は「1型糖尿病の疫学と生活実態に関する調査研究」について
担当医師から下記の項目につき十分な説明を受け納得しましたので、
研究に協力することに同意します。

- 研究の目的について
- 研究の方法について
- 予想される副作用について
- プライバシーの保護について
- 利益相反について
- 本研究に参加しない場合でも不利益を受けないこと
- 同意した場合でも随時これを撤回できること
- 個人情報の二次利用について（同意する ・ 同意しない）
- 緊急連絡先

平成 年 月 日

住所（〒 - ）

電話番号（任意）

署名

