

## 神奈川県国民健康保険診療報酬明細書データを用いた 小児慢性特定疾病の公費負担の実情に関する研究

研究分担者 盛一 享徳 (国立成育医療研究センター研究所小児慢性特定疾病情報室 室長)  
研究分担者 横谷 進 (福島県立医科大学ふくしま国際医療科学センター 特命教授)  
研究分担者 大竹 明 (埼玉医科大学医学部小児科 教授)  
研究分担者 森 臨太郎 (国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部 部長)

### 研究要旨

小児慢性特定疾病対策は、慢性疾病を抱える子どもたちに対する国の医療費等支援施策である。平成 30 年度には 756 疾病が対象となっている。子どもに対する医療費助成制度は、市町村事業として行われる子ども医療費助成等、他の類似する施策が並列していることもあり、小児慢性特定疾病の公費負担の実情の把握は難しい。小児慢性特定疾病登録については、その悉皆性の把握が過大となっているが、悉皆性の検討には、対象疾病の有病率を推定する必要があり、稀少疾病が多く含まれる小児慢性特定疾病について、わが国の有病率を推定するのは非常に困難である。本研究では、神奈川県および県下 33 市町村ならびに神奈川県国民健康保険団体連合会の協力の下、国民健康保険における診療報酬明細書(レセプト)データの解析を行い、小児慢性特定疾病の公費負担の実情を把握することを試みた。小児慢性特定疾病を代表する疾病について検討を行ったところ、小児慢性特定疾病の対象となる可能性のある症例のうちのおよそ 40~60%において、小児慢性特定疾病を利用している可能性が示唆された。本研究結果の解釈には、種々の制約があるものの、公費負担の実情の概要が捉えられ、また小児慢性特定疾病という稀少疾病を多く含む小児の慢性疾病について、半数をコホートの補足出来る可能性があることが示されたことは、今後の小児慢性特定疾病登録の利用においても重要な意義をもつと考えられた。

### A. 研究目的

慢性疾病を抱える子どもたちに対する国の医療費助成等を行う支援施策である小児慢性特定疾病対策は、平成 30 年度には 756 疾病(包括的病名を含めると 800 疾病超)を対象としており、小児にとって非常に重要な施策の一つである。一方で小児に対しては、各市町村が実施する乳幼児医療費助成や子ども医療費助成といった他の類似する子ども向けの医療費助成施策も存在し、小児慢性特定疾病(以下、小慢)

が実際にどの程度利用されているかの把握が困難であり、小慢登録の状況の把握が課題とされてきた。

近年医療に関する情報が電子化され、その二次利用の重要性が認識されるようになる中で、診療情報明細書(レセプト)データを利用した分析が注目されてきている。しかしながらレセプトデータは主目的が診療報酬請求であることから、記録されているデータが非常に特殊であること、個人情報取扱の観点から、二次利用が極めて制限されていること等の理由によ

り、これまで分析が十分に行われてきていないのが実情である。

小慢登録の悉皆性を検討するためには、対象疾病の有病率を知る必要があるが、有病率を把握することは、一般的に極めて難しく、とくに稀少疾病が多く含まれる小慢において、わが国における正確な有病率が把握できている疾病は極めて少ない。有病率を推計する上で、医療機関においてレセプトに傷病名が記載されることから、これを利用すると有病率が推定できる可能性があるが、いわゆるレセプト病名と呼ばれる真の病名以外の傷病名が混在しているため、レセプトデータによる傷病名解析は容易ではない。しかし診療報酬を得るために付与されるレセプト病名に対し、意図的に稀少疾病を選択することは限られた状況でのみ発生することが予想されるため、稀少疾病が多い小慢の場合には、レセプト傷病名の解析が実現できる可能性がある。今回我々は、神奈川県と県下 33 市町村ならびに神奈川県国民健康保険団体連合会の協力のもと、県内の国民健康保険におけるレセプトデータの提供を受け、神奈川県における小慢の受給状況について検討を行った。

本研究は、神奈川県国民健康保険レセプトデータを用いて、神奈川県における小慢の有病率の推定および小慢登録率の推計を目的とした。

## B. 研究方法

平成 25 年 1 月審査分から平成 26 年 12 月審査分まで（第 1 期）および平成 28 年 1 月審査分から平成 29 年 9 月審査分まで（第 2 期）の 20 歳未満の被保険者に関する神奈川県国民健康保険レセプトデータを分析の対象とした。国保レセプトデータには標本集団として特徴的なバイアスが存在している（別報告「神奈川県国民健康保険診療報酬明細書データの特徴に関する研究」を参照）。

分析の対象とした疾病は、疾患概念が固まっており比較的同一の病名が用いられやすいものの、発症数が比較的多くレセプトデータ内に存

在する可能性が高いもので、小児慢性特定疾病の疾患群から代表的な疾病として選択した。現在利用可能な情報として、平成 25 年度小児慢性特定疾患治療研究事業登録者数を参考として比較対象とした。

本研究は国立成育医療研究センター倫理審査（1729）の承認を受け、厚生労働行政推進調査事業費補助金の助成および JSPS 科研費（16K03729）を受けて行われた。

## C. 研究結果

今回の検証に用いた神奈川県国民健康保険の年齢階層別被保険者数は、表 1 のとおりである。神奈川県国保は平成 25 年では人口の約 18.7%、平成 28 年では人口の 15.4%をカバーしていたと考えた。

### 1. 1 型糖尿病疫学

日本人における 1 型糖尿病の 0-14 歳人口における発症率は、年に 1.4~2.2 人 / 10 万人と推定されており、過去の報告から 15 歳以下の有病率は、14.7~16.7 / 10 万人と推定されている。従って、平成 25 年 0-14 歳国保被保険者数 211,613 名から、 $211,613 \div 100,000 \times 14.7 \sim 16.7 = 31 \sim 35$ （名）、平成 28 年 0-14 歳国保被保険者数 169,566 名から、 $169,566 \div 100,000 \times 14.7 \sim 16.7 = 25 \sim 28$ （名）程度の 1 型糖尿病患者が、国保レセプト内存在する可能性があると考えられた。

### 小児慢性特定疾病登録数

平成 25 年度小児慢性特定疾病における「1 型糖尿病」の登録数は、神奈川県全県で 391 件。過去の検討で、真の 1 型糖尿病と考えられる割合は、登録データの 97.5% と考えられたことから、神奈川県全体での真の 1 型糖尿病の登録件数は、 $391 \times 0.975 = 381$  件。神奈川県における人口に対する国保の被保険者数の割合から、国保のカバー率を 18.7% とすると、 $381 \times 0.187 = 72$  件程度の小児慢性特定疾患受給者がいると予測された。

## 国保レセプトデータの検証

1 型糖尿病に関わる傷病名が含まれるレコードを抽出し、かつインスリン投与が行われている症例を「1 型糖尿病」の症例と定義した。

検証対象のデータレコードは、第 1 期：H24 年 12 月診療分から 26 年 11 月診療分までの 24 か月、第 2 期：H27 年 12 月診療分から 29 年 8 月診療分までの 16 か月とした。

上記の期間についてそれぞれ、1 型糖尿病の定義を満たす症例を抽出したところ、第 1 期：31 名(0-19 歳)うち 15 歳以下は 19 名。第 2 期：10 名(0-19 歳)うち 15 歳以下は 6 名、であった。第 1 期では公費 52 を取得している人数は 18 名であり、全体の 58.1%であった。公費 52 を取得していない者のうち、公費 81 単独は 5 名であった(表 2)。第 2 期では、20 歳未満の 1 型糖尿病と思われる症例は 10 件あり、そのうち公費 52 を取得している件数は 6 件(60.0%)であった。公費 52 を取得していないものうち、公費 81 単独は 2 件であった(表 3)。

## 2. 成長ホルモン分泌不全性低身長症 (GHD)

### 疫学

わが国では 6-17 歳における有病率は、男 2.14 人/1 万人、女 0.71 人/1 万人とされており、15 歳以下での中等度 GHD は、13.3 人/10 万人とされている。海外文献による有病率は、1/4,000 ~ 1/10,000 とされており、わが国の 20 歳未満人口は、21,895,198 (2015 年)であることから、18~46 人/10 万となる。19 歳未満の国保加入者数より、男女比を 1.1 : 1 と仮定すると表 4 のようになり、国保加入者の中には、平成 25 年では 30-74 人程度、平成 28 年では 24-60 人程度の GHD 患者が含まれていることが予想された。

### 小児慢性特定疾病登録数

平成 25 年登録について神奈川県全体では、下垂体機能低下症 + 成長ホルモン分泌不全性低身長症の合計で 712 件の登録があり、うち GH 治療申請が行われている症例は 672 件であった。平成 25 年の国保の人口カバー率を 18.7%とすると、 $672 \times 0.187 = 126$  件程度の登録があることが推計された。

## 国保レセプトデータの検証

成長ホルモン治療が保険適用となっている疾病のうち、下垂体機能低下に伴う GDH ならびに特発性 GHD に限って検討対象とするため、傷病名にターナー症候群、ヌーナン症候群、プラダー・ウィリー症候群、軟骨無形成症・軟骨低形成症を含まずに成長ホルモン治療を行っている症例を検討とした (SGA 性低身長症単独は除き、GH 分泌不全もしくは下垂体機能低下の記載がある症例は含めた)。1 期：H24 年 12 月から 26 年 11 月までの 24 か月、2 期：H27 年 12 月から 29 年 8 月までの 16 か月とし、1 期では、79 件(0-19 歳)の GHD 症例が抽出された。全 79 件中、公費なし 11 件、公費 52 単独 34 件、公費 81 単独 12 件、公費 85 単独 9 件、公費 80 単独 4 件、公費 52+21 が 1 件、公費 52+51 が 1 件、公費 52+81 が 2 件、公費 52+85 が 4 件であった。公費 52 の対象外の症例も含めた GH 分泌不全性低身長症全体に対する小児慢性特定疾病 (公費 52) の登録率は、 $57/96 = 53.2\%$  であった(表 5)。なお、公費 52 対象者は、中等症以上の症状を有する者であること、身長が終了基準を超えた場合は助成対象から外れること等から、受給者割合の解釈には注意が必要である。2 期では、90 件(0-19 歳)が抽出され、全 90 件中、公費なし 14 件、公費 52 単独 22 件、公費 54 単独 1 件、公費 80 単独 1 件、公費 81 単独 16 件、公費 85 単独 9 件、公費 52+54 が 1 件、公費 52+81 が 16 件、公費 52+85 が 10 件、公費 81+80 が 1 件であった。公費 52 の対象外の症例も含めた GH 分泌不全性低身長症全体に対する小児慢性特定疾病 (公費 52) の登録率は、 $49/90 = 53.8\%$  であった(表 6)。

## 3. IgA 腎症

### 疫学

小中学校健診データから、発症率は、4.5 人/10 万人、全国調査から、3.9-4.5 人/10 万人と推定され、有病者数は 33,000 人/1.268 億 = 26 人/10 万人(有病率)と考えられている。国保被保険者数から、H25 (0-19y) 297,405

297,405/10 \* 26 = 77 人、H28 (0-19y) 241,764  
241,764/10 \* 26 = 63 人程度の IgA 腎症  
の患者がいることが推定された。

#### 小児慢性特定疾病登録数

平成 25 年度小児慢性特定疾病における「IgA 腎症」の登録数は、神奈川県全県で 86 件。神奈川県における人口に対する国保の被保険者数の割合から、国保のカバー率を 18.7% とすると、 $86 \times 0.187 = 16$  件程度の小児慢性特定疾病受給者がいると予測された。

#### 国保レセプトデータの検証

IgA 腎症への症状は幅広く、治療も経過観察から薬物治療や透析治療まで多岐にわたる。小慢対象となるためには、少なくとも薬物療法が行われている必要があることから、本検討では IgA 腎症に対する治療として可能性が高い治療が行われている症例のみを IgA 腎症と定義した。

小慢対象となりうる IgA 腎症であることの確かからしさを判定する方法として、検査のみのフォローアップ症例は、小慢対象から外れることから投薬内容について確認を行った。診療ガイドラインより、軽症例では柴苓湯もしくは ACEI が推奨されていること、重症例では、カクテル療法が推奨されていることから、柴苓湯、ACEI、ARB、ワーファリン、コメリアン、ペルサンチン、免疫抑制薬、PSL 内服を行っている症例および急性期にはネフローゼ様症状に対し、利尿薬やアルブミン補充が行われる可能性があることから、これらが投与されている例も含めた。上記の定義を満たした IgA 腎症の症例は、以下の通りであった。

1 期：H24 年 12 月から 26 年 11 月までの 24 か月、2 期：H27 年 12 月から 29 年 8 月までの 16 か月とし、1 期では、5 件 (0-19 歳) が抽出され、全 5 件中、公費なし 0 件、公費 52 単独 2 件、公費 81 単独 2 件、公費 85 単独 1 件であった。従って、薬物治療が行われている IgA 腎症に対する小児慢性特定疾病 (公費 52) の登録率は、 $2/5 = 40.0\%$  であった (表 7)。2 期では、3 件 (0-19 歳) が抽出され、全 3 件中、公費な

し 0 件、公費 52 単独 1 件、公費 81 単独 1 件、公費 85 単独 0 件、公費 80+81 が 1 件であった。従って、薬物治療が行われている IgA 腎症に対する小児慢性特定疾病 (公費 52) の登録率は、 $1/3 = 33.3\%$  であった (表 8)。

#### 4. 若年性特発性関節炎 (JIA)

##### 疫学

日本人における JIA の有病率は 10 人 / 10 万人、発症率は 1 人 / 10 万人と推定されている。従って、平成 25 年 0-19 歳国保被保険者数 297,405 件  $297,405 / 100,000 \times 10 = 30$  (件)、平成 28 年 0-19 歳国保被保険者数 241,764 件  $241,764 / 100,000 \times 10 = 24$  (件) 程度の JIA 患者が存在すると思われた。

##### 小児慢性特定疾病登録数

平成 25 年登録について神奈川県全体では、若年性特発性関節炎の合計で 172 件の登録があった。国保のカバー率を 18.7% とすると、 $172 \times 0.187 = 32$  件程度の登録があることが推計された。

##### 国保レセプトデータの検証

1 期：H24 年 12 月から 26 年 11 月までの 24 か月、2 期：H27 年 12 月から 29 年 8 月までの 16 か月とすると、傷病件に JIA が含まれているものは、1 期：145 件 (0-19 歳)、2 期：147 件 (0-19 歳)、であり、上記の中から、JIA に対する投薬治療が行われているものを抽出するため、NSAIDs、ステロイド、抗リウマチ薬、免疫抑制薬、生物学的製剤が投与されているものについて検討し、これらの投薬のいずれも行われていない症例は、JIA である可能性が低いと考え除外した。

小慢対象となりうる JIA であることの確かからしさを判定する方法として、何らかの治療が行われていないと小慢対象から外れることから投薬内容について確認を行い、上記の定義を満たした JIA の症例は 1 期：24 件、2 期：21 件であった。1 期では公費 52 を取得している人数は 12 件であり、全体の 50.0% であった。

公費 52 を取得していない者のうち、公費 81 単独は 6 件 (25.0%) であった (表 9)。2 期で

は公費 52 を取得している人数は 13 件であり、全体の 61.2%であった。公費 52 を取得していない者のうち、公費 81 単独は 3 件( 14.3%)であった(表 10)。

## 5. 三尖弁閉鎖症

### 疫学

本疾患の発症率は、100 万出生に対して 100 ~ 300 件と言われる(出生 100 に対して 1 のうちの 1%)。手術未実施例では 10 ~ 15 歳に達するのは半数以下。フォンタン術までに進めば成績良好な施設での 20 年生存率は 69%であるとされていることから、発症率を 10-30/100,000 人としてそのうちの 70% が生存していると仮定すると、平成 25 年 0-4 歳国保被保険者数 63,584 人であることから、出生数をおよそ 12,000 人と考えると、 $12,000 / 100,000 \times 10 \sim 30 = 1 \sim 4$  人の発症が見込まれ、彼らの 7 割が生存すると仮定すると 0-19 歳の中には、

$1 \sim 4 \times 0.7 \times 20 = 14 \sim 56$  人程度の患者が存在することが推測された。同様に平成 28 年 0-4 歳国保被保険者数 50,774 人であることから、出生数をおよそ 10,000 人と考えると、

$10,000 / 100,000 \times 10 \sim 30 = 1 \sim 3$  人の発症となり、7 割生存とすると 0-19 歳の中には、 $1 \sim 3 \times 0.7 \times 20 = 14 \sim 42$  人程度の患者が存在することが推測された。

### 小児慢性特定疾病登録数

平成 25 年登録について神奈川県全体では、三尖弁閉鎖症の合計で 34 件の登録があった。国保のカバー率を 18.7% とすると、1 期では  $34 \times 0.187 = 7$  件程度の登録があることが推計された。

### 国保レセプトデータの検証

1 期：H24 年 12 月から 26 年 11 月までの 24 か月、2 期：H27 年 12 月から 29 年 8 月までの 16 か月とすると、傷病名に三尖弁閉鎖症が含まれる症例は、1 期：22 件、2 期：20 件抽出された。このうち、手術、超音波検査、血液検査(ANP、BNP、NT-proBNP)検査、降圧薬治療のいずれかを実施していた症例に絞ると、1 期：19 件、2

期：14 件であった。

1 期では公費 52 を取得している人数は 9 件であり、全体の 47.4%であった。公費 52 を取得していない者のうち、公費 81 単独は 7 件(36.7%)であった(表 11)。2 期では公費 52 を取得している人数は 11 件であり、全体の 55.0%であった。

公費 52 を取得していない者のうち、公費 81 単独は 4 件(20.0%)であった(表 12)。

## 6. 胆道閉鎖症

### 疫学

本疾患の発症率は、 $1/9,000 \sim 1/15,000$  出生と言われる。国保被保険者内の出生数がおよそ 10,000 ~ 12,000 人と考えると、年間で  $12,000/15,000 \sim 10,000 / 9,000 = 1 \sim 2$  人前後の発症が見込まれ、全員が生存しているとすると、0-19 歳の中には 20-40 件前後の患者が存在することが推測された。

### 小児慢性特定疾病登録数

平成 25 年登録について神奈川県全体では、胆道閉鎖症の合計で 140 件の登録があった。国保のカバー率を 18.7% とすると、1 期では  $140 \times 0.187 = 26$  件程度の登録があることが推計された。

### 国保レセプトデータの検証

1 期：H24 年 12 月から 26 年 11 月までの 24 か月、2 期：H27 年 12 月から 29 年 8 月までの 16 か月とすると、傷病名に胆道閉鎖症が含まれる症例は、1 期：50 件、2 期：37 件(0-19 歳)。このうち、手術、血液検査(PT, APTT, HPT, PIVKA-2, T-Bil, D-Bil, TBA)、免疫抑制薬のいずれかを実施している症例に絞ると、1 期：40 件、2 期：35 件であった。1 期では公費 52 を取得している人数は 24 件であり、全体の 60.0%であった。公費 52 を取得していない者のうち、公費 81 単独は 9 件(22.5%)であった(表 13)。2 期では公費 52 を取得している人数は 21 件であり、全体の 60.0%であった。

公費 52 を取得していない者のうち、公費 81 単独は 8 件(22.9%)であった(表 14)。

## 7. 横隔膜ヘルニア

### 疫学

本疾患の発症率は、1/2,000～1/5,000 出生と言われる。国保被保険者内の出生数がおおよそ10,000～12,000 人と考えると、年間で10,000/5,000～12,000 / 2,500 = 2-5 人前後の発症が見込まれる。合併奇形を含めた新生児症例全体では75%が生存退院し、孤発例では84%が生存退院していることから、8割が生きていると仮定すると、国保の被保険者0-19歳の中には32-80件前後の患者が存在することが推測された。

### 小児慢性特定疾病登録数

本疾患は平成27年より小児慢性特定疾病の対象となったことから、現在利用可能な登録データは存在しなかった。

### 国保レセプトデータの検証

1期：H24年12月から26年11月までの24か月、2期：H27年12月から29年8月までの16か月とすると、傷病件に横隔膜ヘルニアが含まれる症例は、1期：49件(0-19歳)、2期：40件(0-19歳)であった。横隔膜ヘルニアは特殊な病名である一方で、特異的な検査や治療が無いことから、抽出された症例には、真の横隔膜ヘルニア以外の疾病も含まれている可能性があった。1期では公費52を取得している人数は2件。公費81単独は14件(28.6%)であった(表15)。公費なしは17件であった。2期では公費52を取得している人数は3件(7.5%)であった。公費52を取得していないもの多くは公費81単独であり、10件(25.0%)であった(表16)。

## D. 考察

近年、医療情報を用いた二次解析が注目され、その一つとして診療報酬明細書(レセプト)データを用いた検証が進んできているが、本研究はレセプトデータを用いて、初めて公費負担に関する状況を明らかにしたものである。

ある集団において特定の疾病についての公費負担の状況を把握するためには、集団における疾病の有病率を知る必要があるが、正確な有

病率を把握することは極めて難しい。今回の検討では、対象疾病を小児期に医療的支援が必要とされる慢性疾病であるとして国が定めている小児慢性特定疾病を対象とした。小児慢性特定疾病の多くは医療機関への受診が行われることから、レセプト上に傷病件として記録される可能性が高い。本研究では、(1)検討対象とする疾病に関連するレセプトに記載されうる傷病名を全て含む一覧表を作成する、(2)レセプトに記載されている全ての傷病名を調査し、検証対象とした小児慢性特定疾病と考えられる傷病名を含むレコードを全て抽出する、(3)レセプトに記載されている傷病名は必ずしも真の診断件とは限らないため、必要に応じて、実際に疾病に罹患している場合に行われる治療や検査等により、記載されていた傷病件の確からしさが高いレコードとして選別する、(4)公費負担の対象となる病態は、疾病ごとに異なることから、公費負担の基準である対象基準を満たしていると判断できる要件を満たすレコードを選別する、(5)得られた結果がこれまでの疫学的調査の報告と大きく矛盾しないか検討する、という手続きを行うことで、公費負担の対象となると考えられる症例のうち、その中で実際にどの公費負担が利用されているのかについて、検証を行った。本検討では、これまでの報告等により推定されている有病率や罹患率と研究利用が可能となっている平成25年度小児慢性特定疾病登録数を結果の比較対象とした。

今回は、発症数が比較的多く、疾患概念が確立されており、比較的小慢登録が多いと予想された疾病を中心に検討を行ったところ、小慢の利用状況は40～60%程度であると見込まれた。小慢が利用可能であると予想されるにもかかわらず、利用していない症例では、子ども医療費単独利用が最も多く、ひとり親医療費助成制度や重症心身障害者医療費助成制度等の利用が多く、社会的理由も背景にあることが予想された。一方で新たに小慢対象となった疾病についても検討したところ、対象化の前では公費負

担なしの状態では医療を受けている割合が 35%と多く存在しており、小慢のような公的医療費助成がない場合には、大きな負担を強いている可能性があった。

本研究はレセプトデータによる解析であることから、結果の解釈にあたり多くの制約が存在する。まず今回の検討対象は国民健康保険加入者という限られた集団に対して行った結果であり、小児人口のカバー率が全体の 15~20%程度と高くはないことから、国民健康保険の特徴を踏まえつつ、一般化して考える際には注意が必要であると思われる。また今回の検証では、データ利用の制約上、各レコードについて完全な個人識別は行っていないため、重複カウント等の可能性が含まれている。また一つの症例において複数の小児慢性特定疾病に罹患している場合には、実際にどの疾病について小児慢性特定疾病を申請しているかの判別は行えないため、実際の受給者証発行件数や小児慢性特定疾病登録件数とは差異が生じるとと思われる。

しかしながら、上記の制約を踏まえつつも公費負担の実情の概要はおおよそ捉えることが可能であり、また小児慢性特定疾病という稀少疾病を多く含む小児の慢性疾病について、おおよそ半数をコホートの補足出来る可能性があることが示されたことは、今後の小慢登録の利用においても重要な意義をもつと考えられた。

## E. 結論

神奈川県と県下 33 市町村ならびに神奈川県国民健康保険団体連合会の協力のもと、わが国で初めて公費負担状況に関する分析を行った。分析結果の解釈には、種々の制約があるものの、

小児慢性特定疾病は対象者のおおよそ半数を補足している可能性があると思われた。

## 謝辞

本研究の実施に際し、成育医療施策の重要性ならびに本研究の意義について御理解を頂くとともに、多大なご協力を賜りました神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、平塚市、鎌倉市、藤沢市、小田原市、茅ヶ崎市、逗子市、三浦市、秦野市、厚木市、大和市、伊勢原市、海老名市、座間市、南足柄市、綾瀬市、葉山町、寒川町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町、愛川町、清川村（総務省全国地方公共団体コード順）ならびに神奈川県国民健康保険団体連合会の皆さまに厚く御礼申し上げます。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許情報  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

表 1 神奈川県国民健康保険被保険者数および神奈川県人口(平成 25 年、28 年)

年次	年齢	被保険者数(人)	神奈川県人口(人)	人口に対する被保険者の割合
平成 25 年	0-4 歳	63,584	385,254	16.5%
	5-9 歳	70,603	384,226	18.4%
	10-14 歳	77,426	406,937	19.0%
	15-19 歳	85,792	409,790	20.9%
	0-19 歳	297,405	1,586,207	18.7%
平成 28 年	0-4 歳	50,774	363,893	14.0%
	5-9 歳	57,343	381,167	15.0%
	10-14 歳	61,449	392,721	15.6%
	15-19 歳	72,198	433,818	16.6%
	0-19 歳	241,764	1,571,599	15.4%

表 2 糖尿病患者の公費利用状況(平成 25 ~ 26 年)

公費	公費なし	小慢のみ	児童養護施設のみ	重心のみ	子ども医療費のみ	ひとり親のみ	小慢+子ども医療	小慢+ひとり親	施設+子ども医療	小慢利用件数(割合)	合計
		52	53	80	81	85	52 +81	52 +85	53 +81		
1 型糖尿病	5	16	1	1	5	0	1	1	1	18 (58.1%)	31

表 3 型糖尿病患者の公費利用状況(平成 27 年 ~ 平成 29 年)

公費	公費なし	小慢のみ	児童養護施設のみ	子ども医療費のみ	小慢+子ども医療	小慢利用件数(割合)	合計
		52	53	81	52 +81		
1 型糖尿病	0	5	1	2	1	6 (60.0%)	10



表 4 年次ごとの国保加入者数と成長ホルモン分泌不全症患者の推計人数

年次	年齢	被保険者数	男	女	1/4,000	1/10,000	男 2.14	女 0.71	総数
平成 25 年	0-4 歳	63,584	33,306	30,278					
平成 25 年	5-9 歳	70,603	36,983	33,620			8	2	
平成 25 年	10-14 歳	77,426	40,556	36,870			9	3	
平成 25 年	15-19 歳	85,792	44,939	40,853			10	3	
平成 25 年	0-19 歳	297,405	155,784	141,621	74	30			35
平成 28 年	0-4 歳	50,774	26,596	24,178					
平成 28 年	5-9 歳	57,343	30,037	27,306			6	2	
平成 28 年	10-14 歳	61,449	32,188	29,261			7	2	
平成 28 年	15-19 歳	72,198	37,818	34,380			8	2	
平成 28 年	0-19 歳	241,764	126,638	115,126	60	24			27

表 5 成長ホルモン分泌不全性低身長症患者の公費利用状況(平成 25～26 年)

公費番号	公費なし	精神(単独)	特定疾患(単独)	小慢(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+精神	小慢+特定疾患	小慢+子ども医療費	小慢+ひとり親	小慢利用件数(割合)	合計
		21	51	52	80	81	85	52 +21	52 +51	52 +81	52 +85		
成長ホルモン分泌不全性低身長症	11	0	1	34	4	12	9	1	1	2	4	42 (53.2%)	79

表 6 成長ホルモン分泌不全性低身長症患者の公費利用状況(平成 28～29 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	難病(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+難病	小慢+子ども医療	小慢+ひとり親	重心+ひとり親	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	52	54	80	81	85	52 +54	52 +81	52 +85	80 +81		
成長ホルモン分泌不全性低身長症	14	22	1	1	16	9	1	16	10	1	49 (53.8%)	91

表 7 IgA 腎症患者の公費利用状況(平成 25～26 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+子ども医療費	小慢+ひとり親	重心+子ども医療費	小慢利用件数(割合)	合計
		52	81	85	52 +81	52 +85	80 +81		
IgA 腎症	0	2	2	1	0	0	1	2 (40.0%)	5

表 8 IgA 腎症患者の公費利用状況(平成 28～29 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+子ども医療費	小慢+ひとり親	重心+子ども医療費	小慢利用件数(割合)	合計
		52	81	85	52 +81	52 +85	80 +81		
IgA 腎症	0	1	1	0	0	0	1	1 (33.3%)	3

表 9 若年性特発性関節炎患者の公費利用状況(平成 25～26 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	精神障害(単独)	障害児施設(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+子ども医療費	ひとり親	小慢+子ども医療費+	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	52	21	79	81	85	52 +81	52 +79 +85			
若年性特発性関節炎	3	10	1	0	6 (25.0%)	2	1	1	12 (50.0%)	24	

表 10 若年性特発性関節炎患者の公費利用状況(平成 28～29 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	精神障害(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+重心	小慢+子ども医療費	小慢+ひとり親	精神障害+ひとり親	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	なし	52	21	80	81	85	52 +80	52 +81	52 +85	21 +85	13 (61.2%)
若年性特発性関節炎	2	7	0	0	3 (14.3%)	2	1	3	2	1	13 (61.2%)	21

表 11 三尖弁閉鎖症患者の公費利用状況(平成 25～26 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	養護施設(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	なし	52	53	80	81	85	
三尖弁閉鎖症	0	9	1	1	7 (36.8%)	1	9 (47.4%)	19

表 12 三尖弁閉鎖症患者の公費利用状況(平成 28～29 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	育成医療(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+重心	小慢+子ども医療費	小慢+ひとり親	も医療費	小慢+育成医療+子ども医療費	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	なし	52	16	80	81	85	52 +80	52 +81	52 +85	52 +16 +81		
三尖弁閉鎖症	0	3	0	2	4 (20.0%)	3	1	2	2	1	11 (55.0%)	20	

表 13 胆道閉鎖症患者の公費利用状況(平成 25～26 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	未熟児医療(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+重心	小慢+子ども医療費	小慢+ひとり親	親	子ども医療費+ひとり	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	52	23	80	81	85	52 +80	52 +81	52 +85		81 +85		
胆道閉鎖症	0	17	1	0	9 (22.5%)	3	1	5	1			24 (60.0%)	40

表 14 胆道閉鎖症患者の公費利用状況(平成 28～29 年)

公費番号	公費なし	育成医療(単独)	小慢(単独)	難病(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+重心	小慢+子ども医療費	子ども医療費	小慢+育成医療+	小慢+難病+重心	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	16	52	54	80	81	85	52 +80	52 +81	52	52 +16 +81	52 +54 +80		
胆道閉鎖症	0	0	8	0	3	8 (22.9%)	3	3	8	1	1		21 (60.0%)	35

表 15 横隔膜ヘルニア患者の公費利用状況(平成 25～26 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	児童養護施設等	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	52	53	80	81	85		
横隔膜ヘルニア	17	2	3	8	14 (28.6%)	5	2 (4.1%)	49

表 16 横隔膜ヘルニア患者の公費利用状況(平成 28～29 年)

公費番号	公費なし	小慢(単独)	児童養護施設等	指定難病(単独)	重心(単独)	子ども医療費(単独)	ひとり親(単独)	小慢+重心	小慢+子ども医療費	小慢利用件数(割合)	合計
	なし	なし	52	53	54	80	81	85	52 +80	52 +81	
横隔膜ヘルニア	10	1	1	1	9	10 (25.0%)	6	1	1	3 (7.5%)	40

