

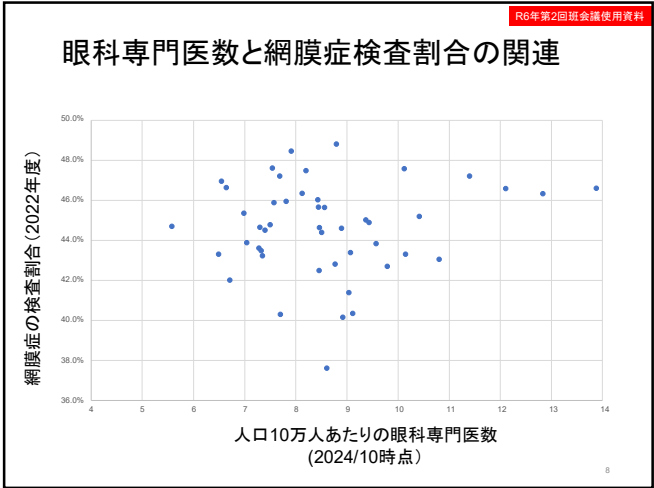
R7年第1回班会議使用資料更新

糖尿病診療のプロセス指標に関する解析

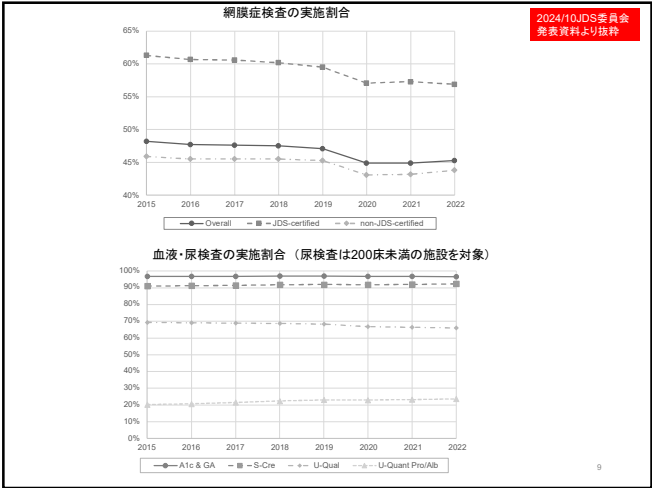
- 令和6年度第1回班会議にIDF2025の発表資料を提示
↓
- 令和6年度第2回班会議に福井県が際立って低い理由について、村田先生を通じて福井大学高村先生にコメントいただいた。
↓
- 事務局として、福井大学原田範雄先生、高村佳弘先生、銭丸康夫先生とお打ち合わせした
 - 健診での代用、算定漏れ、地域の査定差などが原因の可能性
 - 糖尿病専門医数が全国最少(29名)で特定の地区に偏在
 - 糖尿病連携手帳の使用率が低く(約34%)、診療所での普及が課題
 - 眼科紹介の有無で医療機関の二極化がみられる可能性(KDBによる可視化が有効)
 - KDBは施設単位の分析が可能、福井大学での活用を検討
 - 福井県内科医へのアンケートでは、紹介している医師が多数だが、紹介先不足の声も
 - 中外製薬が内科と眼科をつなぐ取り組みを実施中
 - KDBデータを用いて地域差などの分析を進める
 - 厚労省への課題・要望共有、現場からのフィードバック継続
- 現時点のデータでは、より詳細な解析を行っていないが、今後のデータでより詳細な解析を行い、フィードバックを検討する。

7

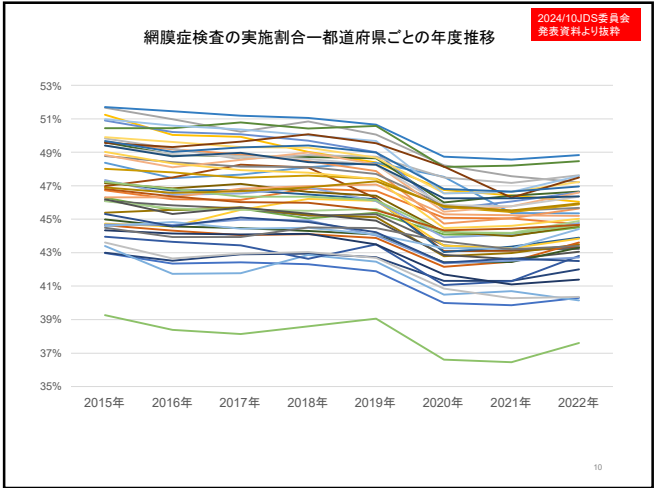
7



8



9



10

R5-R7山内班で取り組んだNDB研究テーマにおける状況

- 糖尿病診療のプロセス指標
- 糖尿病診療のアウトカム指標
- 糖尿病関連の指導管理料の算定状況(論文文化済み)
- 糖尿病網膜症治療の実態(今後進める予定)
- 初回糖尿病薬処方分布(次に来るデータで論文文化の予定)
- 重症低血糖についての研究
- 1型糖尿病に関する研究

11

11

R5第1回班会議使用資料

第8次医療計画 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例			
ストラテジー	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防
	糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)
	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数 妊婦糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり) 糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり) 糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり)
プロセス	● 特定健診受診率	糖尿病患者の年齢調整外未受診率	● 眼底検査の実施割合
	● 特定保健指導実施率	● HbA1cもしくはOGA検査の実施割合	● 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
		● インスリン治療の実施割合	● クレアチニン検査の実施割合
アウトカム	糖尿病診断予防指導及び糖尿病合併症管理の実施割合		
	外来栄養食事指導の実施割合		
	糖尿病予備群の者の数	● 糖尿病治療を主にした入院患者数の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定)	● 治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	治療継続者の割合	● 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	● 糖尿病患者の下肢切断術の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり)	● 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病患者の割合	
		● 糖尿病患者の年齢調整死亡率	

●(重要指標)

赤枠の3つの指標が、昨年度末時点で定義が定まらず、今年度へと引き継いだ

12

医療計画における糖尿病対策の評価指標の変遷

- 2023年3月 第8次医療計画について厚生労働省医政局長通知
- 2023年6月～7月 厚生労働省・三菱総研と打ち合わせ
- 2023年8月 未定義であった3指標について定義案を作成・班会議で共有
- 2024年8月～2025年2月 厚生労働省・三菱総研と打ち合わせ
- 2024年 R5年度医療計画作成支援データブック公表
- 2024年8月～2025年2月 厚生労働省・三菱総研と打ち合わせ
- 2025年 R6年度医療計画作成支援データブック公表
- 2025年8月 未定義の3指標を含む全指標の定義の公表準備
- 2026年2-3月 全指標の定義公表予定

13

①特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合

R7第1回班会議使用資料

愛知県から厚労省へ違いについて問い合わせあり

以下条件を満たす患者数を分母・分子として、割合を計算（以下2パターンにて算出）
パターン①分母：（A or B or C）and D and G and H
パターン①分子：（A or B or C）and D and G and H and L
パターン②分母：（A or B or C）and D and G and H and I and J and K
パターン②分子：（A or B or C）and D and G and H and I and J and K and L

A: 健診結果において、空腹時血糖 ≥ 126 mg/dL（欠損を含まない）
B: 健診結果において、随時血糖 ≥ 200 mg/dL（欠損を含まない）
C: 健診結果において、HbA1c $\geq 6.5\%$ （欠損を含まない）
D: 健診受診時に40歳以上74歳以下
G: 健診受診時の自己申告にて、糖尿病薬の内服歴がない
H: 健診受診前年度4月から健診受診前月まで、糖尿病に関連するレセプト（病名（疑い病名含む）・糖尿病治療薬・診療行為）がない。入院・入院外を対象とする
I: 健診受診前年度4月から健診受診前月まで、医療機関の外来受診が5回以内
J: 健診受診時の自己申告にて、降圧薬・脂質改善薬いずれも内服歴がない
K: 健診受診時の自己申告にて、脳血管・心血管障害・透析いずれも既往歴がない
L: 健診受診月を含む6か月以内に、糖尿病に関するレセプト（病名（疑い病名含む）・糖尿病治療薬・診療行為）がある。入院および入院外を対象とする

14

②糖尿病治療を主にした入院患者数の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)

R7第1回班会議使用資料

以下条件を満たす患者数を分母・分子として、割合を計算
分子：((A and B) or (C and D and E and F)) and G
分母：G

A: 入院またはDPCレセプトの傷病名（疑い除く）が低血糖
B: 入院・入院外を問わず、入院日または前日に50%グルコース静注あり
C: 入院またはDPCレセプトの傷病名（疑い除く）が昏睡・アシドーシス
D: 入院・入院外を問わず、入院日または前日に動脈血液ガス測定OR血中ケトン測定
E: 入院・入院外を問わず、入院日または前日に輸液（生理食塩液orグルコースフリーリンゲル液）
F: 入院・入院外を問わず、入院日または前日に速効型インスリン（バイアル）
G: 1年間で糖尿病薬処方が1度以上あった糖尿病患者

15

③糖尿病患者の下肢切断術の発生（糖尿病患者1年当たり）

R7第1回班会議資料

集計定義：以下条件を満たす患者数を分母・分子として、割合を計算
分子：下肢切断の診療行為があった and 1年間で糖尿病薬処方が1度以上あった 糖尿病患者
分母：1年間で糖尿病薬処方が1度以上あった糖尿病患者

区分番号	診療行為コード	名称
K084-00	150051610	四肢切断術（大腿）
K084-00	150051710	四肢切断術（下腿）
K084-00	150051810	四肢切断術（足）
K085-00	150052210	四肢関節離断術（股）
K085-00	150052310	四肢関節離断術（膝）
K085-00	150052610	四肢関節離断術（足）

16

R5-R7山内班で取り組んだNDB研究テーマにおける状況

- 糖尿病診療のプロセス指標
- 糖尿病診療のアウトカム指標
- 糖尿病関連の指導管理料の算定状況（論文化済み）
- 糖尿病網膜症治療の実態（今後進める予定）
- 初回糖尿病薬処方の分布（次に来るデータで論文化の予定）
- 重症低血糖についての研究
- 1型糖尿病に関する研究

17

R5-R7山内班で取り組んだNDB研究テーマにおける状況

- 糖尿病診療のプロセス指標
- 糖尿病診療のアウトカム指標
- 糖尿病関連の指導管理料の算定状況（論文化済み）
- 糖尿病網膜症治療の実態（今後進める予定）
- 初回糖尿病薬処方の分布（次に来るデータで論文化の予定）
- 重症低血糖についての研究
- 1型糖尿病に関する研究

18

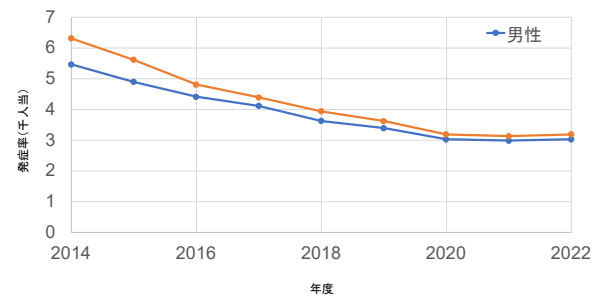
重症低血糖の解析の進捗

- 2023年度は、JMDCデータを用いて、日の粒度と月の粒度での定義の比較、生存時間解析も含めた分析を行った。
- 2024年度は、NDBデータを用いて、2014年度と2022年度の2年間のみを予備的に解析を行った。
- 2025年度は発生率の推移を月および年単位で検討し、2014年度から2022年度までの9年間の結果を分析し、JDS68のシンポジウムとして発表した。
 - ・「レセプト情報からみた本邦における重症低血糖の疫学」
- 現在、上記の結果を含め、**XX委員会**の委員会報告を作成中。

19

19

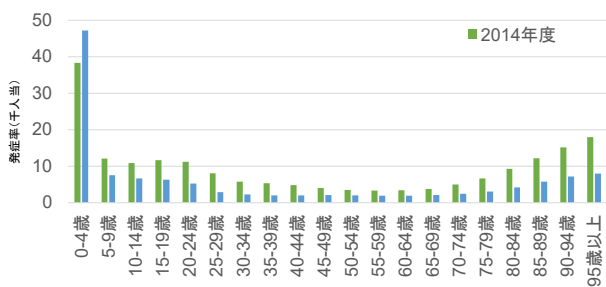
年単位の重症低血糖発症率の推移(男女別)



20

20

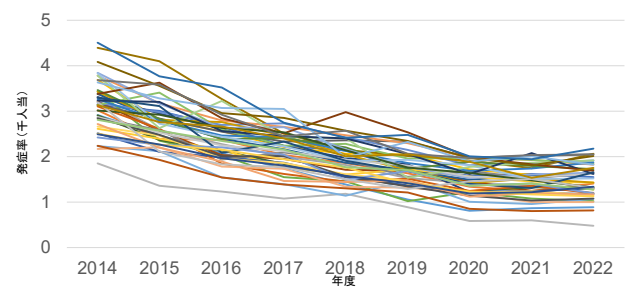
年齢別の重症低血糖発症率(2014・2022年度)



21

21

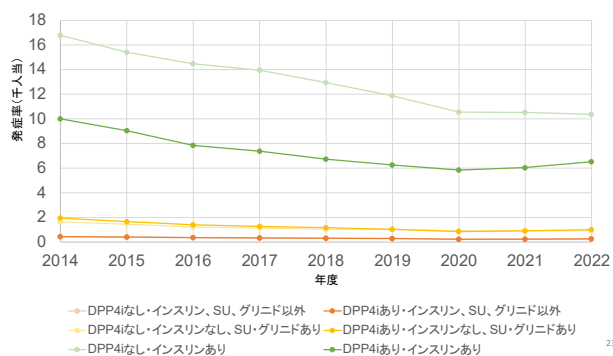
都道府県別の重症低血糖発症率 (2014-2022年度、外来のみ)



22

22

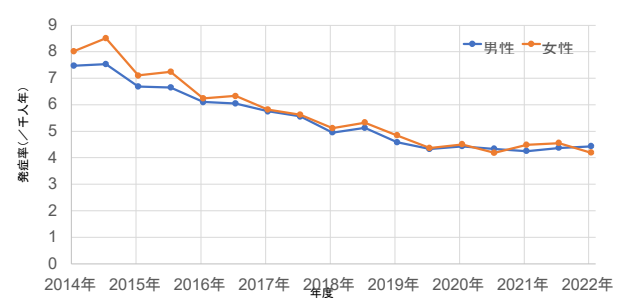
年単位の重症低血糖発症率の推移 (外来のみ、糖尿病薬種類別)



23

23

月単位の重症低血糖発症率の推移(男女別)



24

24

第68回JDS
発表資料より抜粋

結果のまとめ・考察(1)

- 重症低血糖の発症率は、この10年で40%以上低下している
 - NDBでの解析結果は、概ねJMDCの解析結果と矛盾しない結果
- 入院を含めたときの、0-9歳では重症低血糖が特に多いという結果で、解釈が難しい
 - 外来に限るとその傾向が見えなくなる
- 都道府県の差が大きい

25

25

第68回JDS
発表資料より抜粋

結果のまとめ・考察(2)

- DPP4阻害薬とSU薬の組み合わせによる低血糖は、2018年ごろまでは少しみられていたが、それからほぼ見られなくなった
 - Recommendationの効果とも考えられる
- 年単位から月単位にすることによって、発症率に1.3-1.4倍の変化が見られた
 - 月単位にすることによって、年に何度も起こす人が多く捉えられるようになっている効果と考えられる
 - 2022年の方が、1年間に繰り返す人が相対的に多いかもしれない(1.3倍と1.4倍の違い)
 - インスリン使用者には繰り返す方が多いと思われる
 - 誤分類の緩和が影響したかもしれない

26

26

R5-R7山内班で取り組んだNDB研究テーマにおける状況

1. 糖尿病診療のプロセス指標
2. 糖尿病診療のアウトカム指標
3. 糖尿病関連の指導管理料の算定状況(論文化済み)
4. 糖尿病網膜症治療の実態(今後進める予定)
5. 初回糖尿病薬処方の分布(次に来るデータで論文化の予定)
6. 重症低血糖についての研究
7. 1型糖尿病に関する研究

27

27

R7第1回班会議資料

1型糖尿病に関する解析

- JDS委員会よりNDB解析結果を示してほしいと依頼あり
 - 「我が国における1型糖尿病の実態の解析に基づく適正治療の開発に関する研究委員会」(委員長: 島田朗先生(埼玉医科大学))
- 1型糖尿病の患者数についての検討結果をJDS68の一般演題として発表した
 - 「匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)から推定される1型糖尿病の患者数、罹患率、年齢調整罹患率の推移」
- 1型糖尿病に対するインスリンポンプとCGMの使用実態をJDS68の一般演題として発表した
 - 「1型糖尿病患者に対するインスリンポンプとCGMの施設特性ごとの使用実態:NDBを用いた調査」
- 1型糖尿病に対する公費助成の必要性について、日本糖尿病学会の1型糖尿病に関する委員会の委員長である島田朗先生がJDS68のシンポジウムで発表された。その中で、研究班が試算した患者数の推定値が提示された

28

28

第68回JDS
発表資料より抜粋

1型糖尿病患者に対するインスリンポンプとCGMの施設特性ごとの使用実態:NDBを用いた調査

○山岡巧弥^{1,2}、杉山雄大^{1,3,4,5}、柏木公一⁶、古野考志³、山本行子^{1,2}、今井健二郎¹、井花庸子^{1,7}、大杉満^{1,7}、植木浩二郎^{7,8}、山内 敏正⁹

1. 国立健康危機管理研究機構 糖尿病情報センター 2. 筑波大学人間総合科学学術院薬学学位プログラム
3. 国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター 4. 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
5. 筑波大学医学部臨床ヘルスサービスリサーチ分科 6. 国立看護大学校看護情報学
7. 国立健康危機管理研究機構 国際医療協力センター 糖尿病内分泌代謝科 8. 国立健康危機管理研究機構 糖尿病研究センター 9. 東京大学医学部附属病院 糖尿病・代謝内科



29

29

第68回JDS
発表資料より抜粋

目的

全国の保険診療を観察可能な匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)を用いて、日本の1型糖尿病患者に対するポンプ・CGMの使用割合の経年推移について、施設特性および都道府県レベルにおける分布パターンについて調査した。

30

30

第68回JDS
発表資料より抜粋

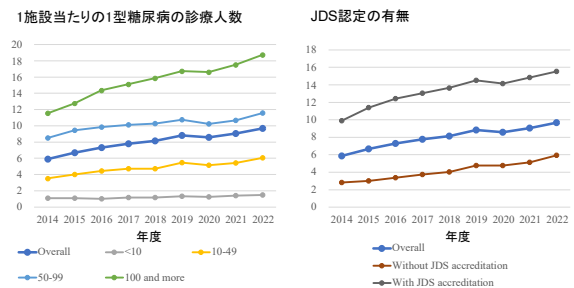
結果：対象者数の推移

年度	定期受診している1型糖尿病の人数
2014	91,260
2015	96,835
2016	99,724
2017	104,063
2018	110,298
2019	115,497
2020	119,951
2021	120,263
2022	119,104

31

第68回JDS
発表資料より抜粋

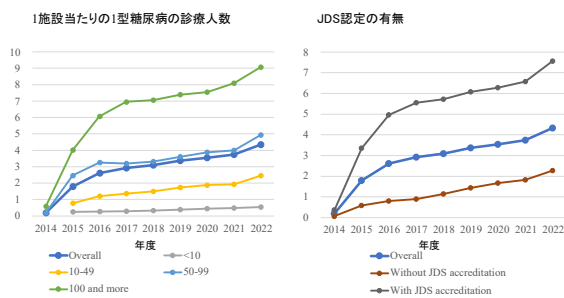
結果：インスリンポンプ療法の使用割合(%)



32

第68回JDS
発表資料より抜粋

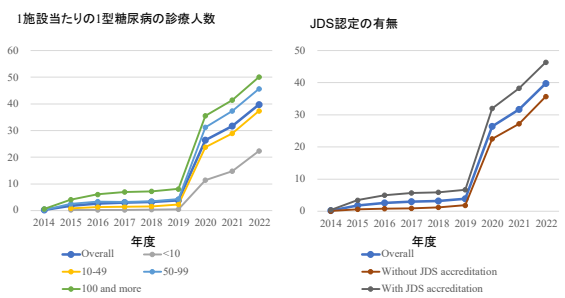
結果：SAPの使用割合(%)



33

第68回JDS
発表資料より抜粋

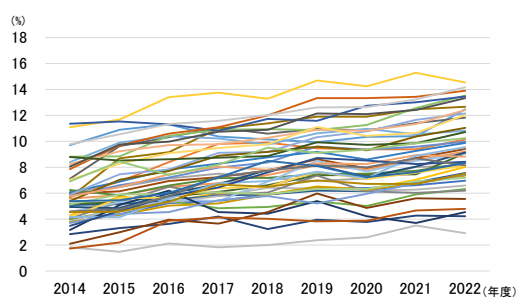
結果：CGMの使用割合(%)



34

第68回JDS
発表資料より抜粋

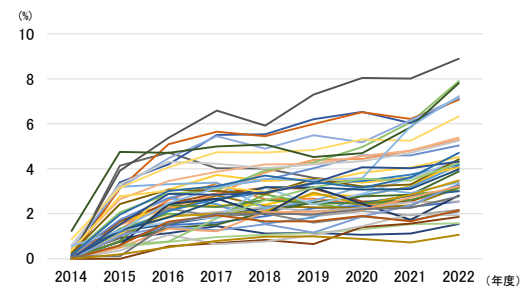
結果：インスリンポンプ療法の使用割合(都道府県)



35

第68回JDS
発表資料より抜粋

結果：SAPの使用割合(都道府県)



36

31

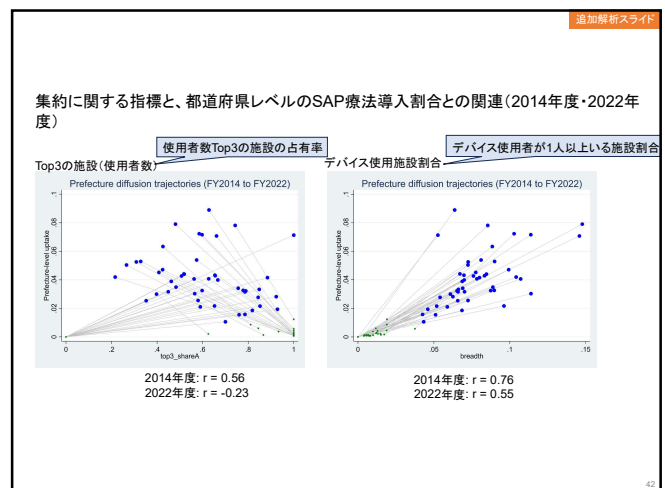
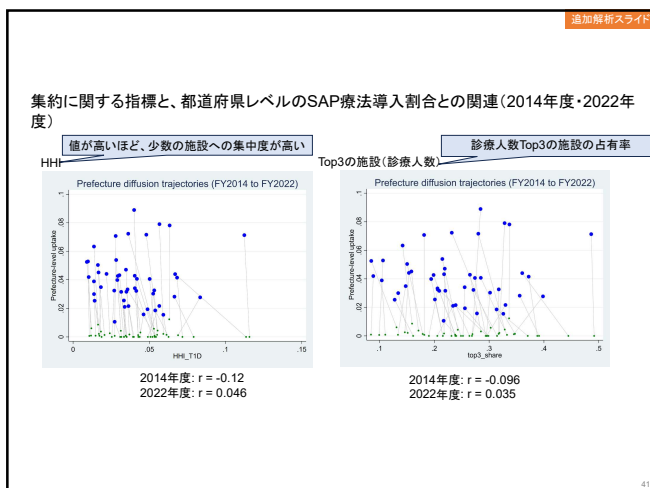
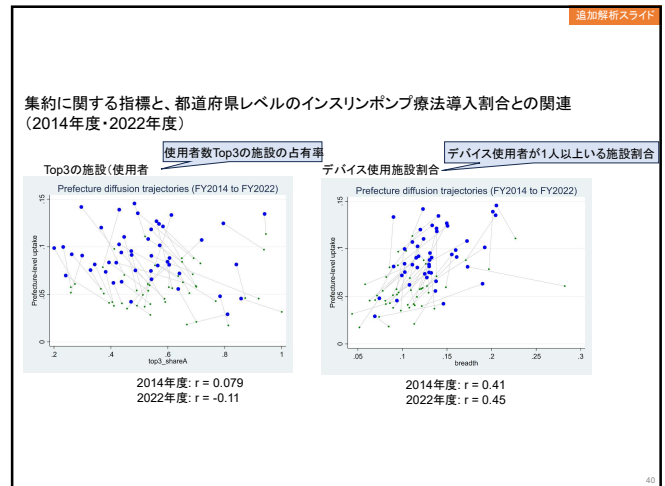
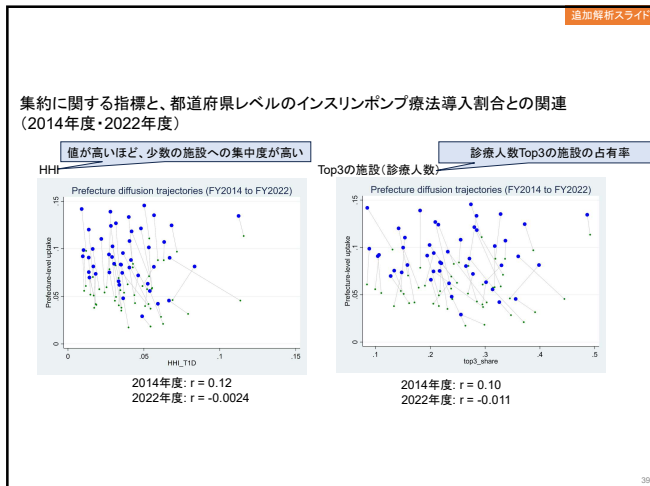
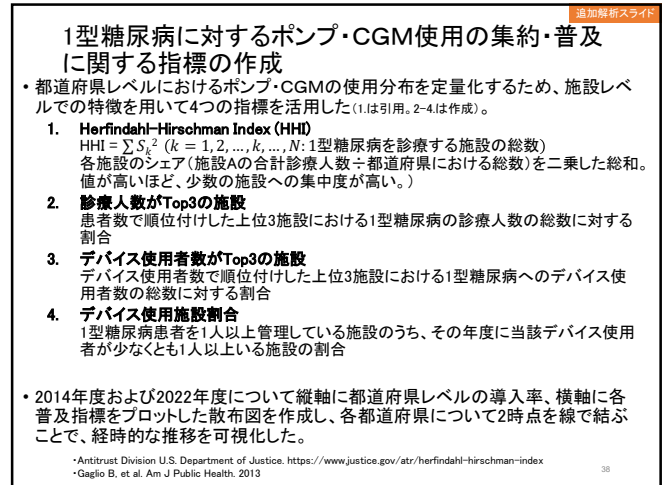
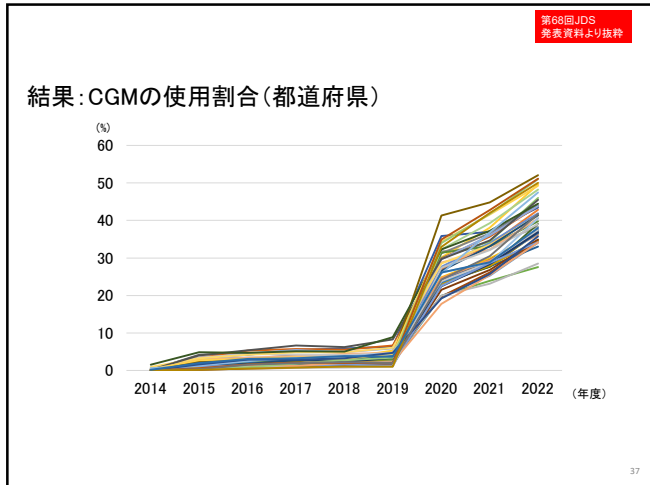
32

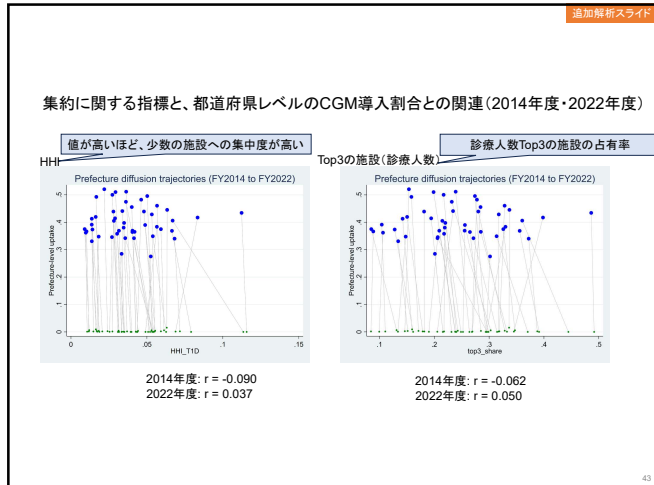
33

34

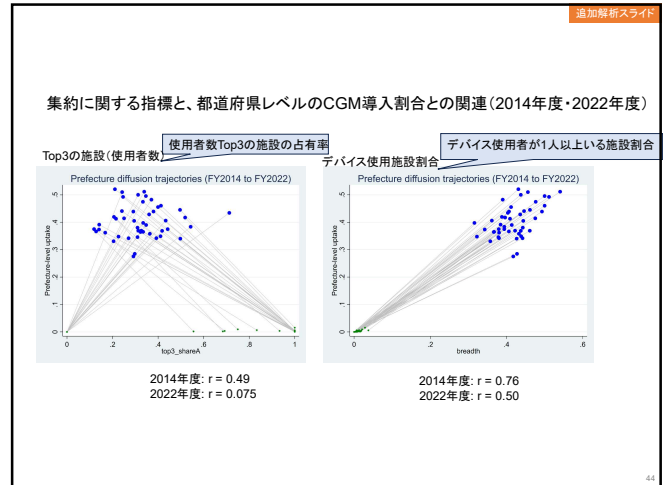
35

36





43



44

追加解説スライド

考察 全体的な傾向

- 1型糖尿病患者に対するポンプの使用割合は増加傾向であるものの、2022年度時点でも10%程度であり、他国と比較して低かった。
 - 米国のレジストリ研究では、約60%が使用し(Miller KM, et al., Diabetes Care. 2015.)、ドイツ・オーストリアの報告では、53%が使用(van den Boom L, et al., Diabetes Care. 2019.)
- CGM使用は2020年度の診療報酬改定後に急増(2022年度: 約40%)
 - 診療報酬改定により、導入のハードルが下がった可能性がある。

45

45

追加解説スライド

考察 施設特性・地域による違い

- デバイスの使用割合が高い施設の特徴
 1. 1型糖尿病診療患者数の多い施設
 2. 日本糖尿病学会認定施設
 - 診療経験が豊富な医師、専門の医療スタッフの在籍などが影響している可能性がある
- 都道府県間のばらつきは経年的に持続
- 集約度指標(HHI、上位3施設シェア)は使用率と明確な関連は認めず
- 1人以上使用施設割合は使用率と中等度の正の相関あり
 - 使用率が高い地域では、少数施設への集中ではなく、より多くの施設への広がりがみられる傾向

46

46

追加解説スライド

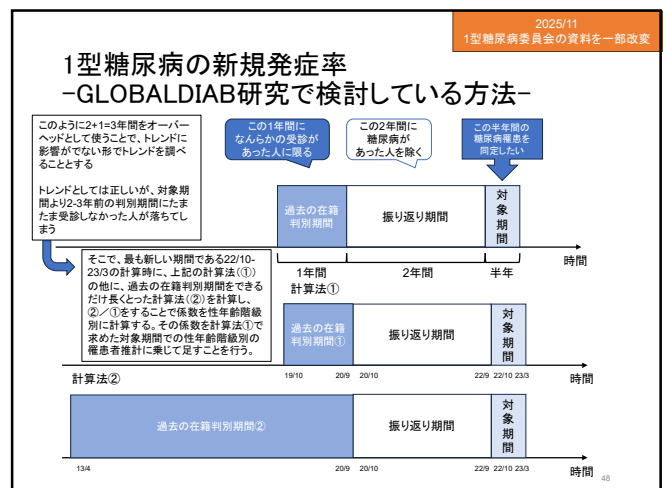
結語

- 日本においてインスリンポンプおよびCGMの使用は増加しているものの、ポンプ療法の普及は依然限定的
- 施設・地域間格差は持続している
- デバイス使用率は今回使用した診療の集約度指標では説明できず、「使用施設の広がり」との関連が示唆された。
- 公平なアクセス向上のためには、
 - 患者への十分な情報提供と意思決定支援
 - 経済的障壁への対応
 - より多くの施設で導入可能な実装体制の構築

を中心に議論する必要がある。

47

47



48

本テーマにおける3年間の主な成果・貢献(抜粋)

○学術面での貢献

- NDB等の大規模データを用い、糖尿病および合併症に関する診療提供の実態(検査・受診行動、療養支援の実装状況等)を全国規模で可視化し、経年変化や地域差・施設差を含む課題構造を整理した。あわせて、1型糖尿病患者数の推計や若年成人発症糖尿病の国際比較等を通じて患者集団の実態把握を精緻化し、腎症重症化予防プログラムの検証を含む関連施策の評価に資するエビデンスを整備するなど、学術的知見の蓄積と発信に貢献した。

○政策への貢献

- 第8次医療計画等における糖尿病関連指標の定義検討を支援し、データソースに基づく定義案の作成・提出を通じて、指標の標準化と政策実装に資する基盤整備に寄与した。さらに、外部解析委託先との連携や自治体での活用を見据えた論点整理を行い、腎症重症化予防を含む関連施策については改善と効果検証の仕組みづくりの必要性を提起することで、今後の糖尿病対策の企画・見直しに資する知見の提供に貢献した。

49

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
【糖尿病の実態把握と発症予防・重症化予防のための研究】
第2回班会議2026年3月8日

資料2-2

自治体・行政からの視点を把握(医療計画など)

山内班が取り組む糖尿病領域の指標について

山内班事務局
国立健康危機管理研究機構 国立国際医療研究センター 糖尿病情報センター

50

2. 行政・自治体からの視点を把握

R5第1回班会議資料

自治体への調査

第7次医療計画から第8次医療計画に至るまでの論点を整理する。

第8次医療計画における糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標の活用に係る課題について自治体へヒアリング等の調査。

実際に策定された各都道府県の医療計画を調査することとあわせて、指標の活用に係る課題の整理と解決策を検討。

第8次医療計画中間見直しにおける指標の提案を目指す。
加えて、糖尿病患者へ調査を行うことで、医療受給者側としての患者の視点も含まれた望ましい医療提供体制への課題の抽出と解決策を検討する。

51

自治体・行政からの視点を把握(医療計画など)

糖尿病領域の指標について

班会議資料・議事録より抜粋

○未定義であった3指標(未治療者受診率、重症合併症入院、下肢切断)について定義を確定し、公表準備を進めている。さらに循環器疾患に関する新規指標の検討を開始し、第9次医療計画への反映を目指している。今年度はヒアリング結果の整理と追加指標の具体化を最終目標として取り組む。(山岡)

○藤原先生(2021年)のバリデーション研究も参考にしたい。(後藤先生)
→循環器分野は専門外でありJH磯班で作成している定義を借用している。今後は循環器や脳卒中の医療計画関連研究班と整合性を取る必要がある。(杉山先生)

○糖尿病患者数を分母にすると、軽症例が増えることで発症率が下がって見える可能性がある。重要なのは心筋梗塞や脳卒中の発症件数そのものの減少であり、分母の増減が大きいと割合を算出する意義が乏しくなる可能性がある。がん領域の「検診バイアス(リードタイム、レングスバイアス)」に類似する問題である。(東先生)
→分母を明示し、基準を一貫して適用することが必要。(山内先生)
→処方歴を分母に用いる現行定義を維持しつつ、解釈可能な形に整理する。(杉山先生)

○発症直後に死亡する心筋梗塞例も今回の定義と別枠で検討も。(小泉先生)
→NDBに死亡データが収録されれば将来的に可能。現状では定義の限界があるが、今後の検討課題としたい。(杉山先生)

→第9次医療計画に向けて指標の提言を進め、JH磯班や医療計画関連研究班と協力し、定義や指標の妥当性をブラッシュアップしていく

今年度末に厚労省に申告する成果物目標(案):
糖尿病対策の追加指標についての整理

52

第8次医療計画中間見直しを見据えた山内班の活動目安

R7第1回班会議使用資料を改変

2023年度
1年目

2024年度
2年目

2025年度
3年目

追加指標について議論
自治体へのヒアリング調査
追加指標案の作成方法調査
追加指標案を策定するプロセスを検討

・ヒアリングを実施
・追加指標案の検討

ヒアリング結果より、第9次医療計画に向けた指標のあるべき方向性についても示唆を得る。

追加指標案を検討
自治体における指標の活用
に係る課題の解決策を検討

追加指標案を厚労省や今村班と調整

追加指標案を厚労省へ提出
自治体における指標の活用
に係る課題の解決策を提言

令和6年度第1回班会議(夏頃)に意見を固める。
指標案を研究班外(糖尿病学会、厚労省等)と調整

令和7年度第2回班会議
2026年3月31日
第8次医療計画中間見直し、医政局長通知発出

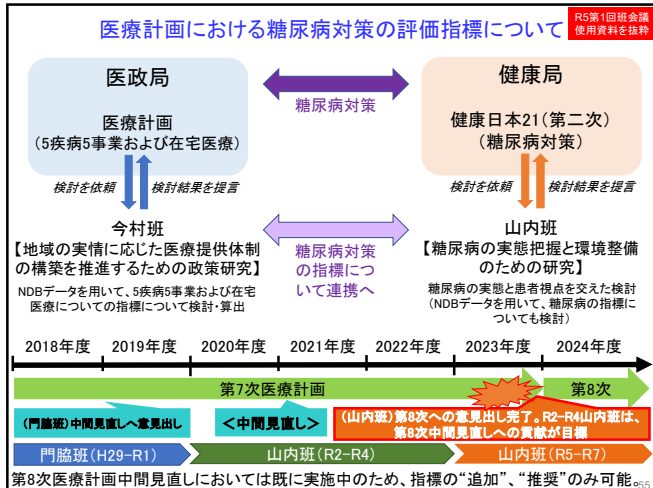
53

1. 第8次医療計画時点で未定義であった糖尿病領域の指標

2. 自治体へのインタビュー

3. 第8次医療計画中間見直しから第9次医療計画に向けて

54



55

第8次医療計画 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例 R5第1回班会議使用資料

糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防
糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)
糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	歯周病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)
妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)
		糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)
特定健診受診率	糖尿病患者の年齢調整外来受診率	眼底検査の実施割合
特定保健指導実施率	HbA1cもしくはOGA検査の実施割合	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
	インスリン治療の実施割合	クレアチニン検査の実施割合
	糖尿病発症予防指導及び糖尿病合併症管理の実施割合	
	外来栄養食事指導の実施割合	
糖尿病予備群の者の数	糖尿病治療を主とした入院患者数の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに認定)	治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり)
糖尿病が強く疑われる者の数	治療継続者の割合	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数
	重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり)	糖尿病患者の下肢切断術の発生 (糖尿病患者1年当たり)
特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病患者の割合	特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病患者の割合	
	糖尿病患者の年齢調整死亡率	

●は重点指標

赤枠の3つの指標が、昨年度末時点で定義が定まらず、今年度へと引き継いだ

56

医療計画における糖尿病対策の評価指標の変遷

- 2023年3月 第8次医療計画について厚生労働省医政局長通知
- 2023年6月～7月 厚生労働省・三菱総研と打ち合わせ
- 2023年8月 未定義であった3指標について定義案を作成・班会議で共有
- 2024年8月～2025年2月 厚生労働省・三菱総研と打ち合わせ
- 2024年 R5年度医療計画作成支援データブック公表
- 2024年8月～2025年2月 厚生労働省・三菱総研と打ち合わせ
- 2025年 R6年度医療計画作成支援データブック公表
- 2025年8月 未定義の3指標を含む全指標の定義の公表準備
- 2026年2-3月 全指標の定義公表予定

57

①特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合 R7第1回班会議使用資料

以下条件を満たす患者数を分母・分子として、割合を計算 (以下2パターンにて算出)

パターン①分母: (A or B or C) and D and G and H

パターン①分子: (A or B or C) and D and G and H and L

パターン②分母: (A or B or C) and D and G and H and I and J and K

パターン②分子: (A or B or C) and D and G and H and I and J and K and L

A: 健診結果において、空腹時血糖 ≥ 126 mg/dL (欠損を含まない)

B: 健診結果において、随時血糖 ≥ 200 mg/dL (欠損を含まない)

C: 健診結果において、HbA1c $\geq 6.5\%$ (欠損を含まない)

D: 健診受診時に40歳以上74歳以下

G: 健診受診時の自己申告にて、糖尿病の既往歴がない

H: 健診受診前年度4月から健診受診前月まで、糖尿病に関連するレセプト (病名 (疑い病名含む)・糖尿病治療薬・診療行為) がない。入院・入院外を対象とする

I: 健診受診前年度4月から健診受診前月まで、医療機関の外来受診が5回以内

J: 健診受診時の自己申告にて、降圧薬・脂質改善薬いずれも内服歴がない

K: 健診受診時の自己申告にて、脳血管・心血管障害・透析いずれも既往歴がない

L: 健診受診月を含む6か月以内に、糖尿病に関するレセプト (病名 (疑い病名含む)・糖尿病治療薬・診療行為) がある。入院および入院外を対象とする

愛知県から厚労省へ速いについて問い合わせあり

58

1. 第8次医療計画時点で未定義であった糖尿病領域の指標

2. 自治体へのインタビュー

3. 第8次医療計画中間見直しから第9次医療計画に向けて

59

インタビュー先の自治体選定方法について R6第1回班会議使用資料

検討先: 秋田県、茨城県、東京都、神奈川県、岐阜県、佐賀県

インタビューの結果が、都道府県単位における自治体全体を反映できるように選定を検討する。

各都道府県の特徴

都道府県	人口 (R2、人)	面積 (km ²)	人口密度 (R2、/km ²)	市町村数	政令市・特別区	JDS認定施設数	仲介・相談相手
秋田県	960,113	11,637.52	82.5	25		8	脇先生
茨城県	2,868,554	6,097.39	470.5	44		16	(杉山)
東京都	14,064,696	2,194.03	6,410.40	39	○	100	植木先生
神奈川県	9,240,411	2,416.11	3,824.50	33	○	46	後藤先生
岐阜県	1,979,781	10,621.29	186.4	42		17	矢部先生
佐賀県	812,013	2,440.69	332.7	20		7	安西先生

<https://www.e-stat.go.jp/>

60

循環器疾患に関するNDBを用いた定義の検討

・令和6年度第2回班会議

国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部 横断的研究推進費「6NC連携のNDB研究基盤による重点疾患の疫学・政策研究の推進」(研究代表者:磯 博康、JH磯班)において議論が進められている、各NCの重点疾患に関するNDB定義のうち、国立循環器病研究センターが作成した心血管疾患(心筋梗塞・脳梗塞・心不全)の定義を共有した。

・令和7年度第1回班会議

西岡祐一先生、今村知明先生にご相談し、第8次医療計画における循環器領域の指標について共有いただいた。その上で、JH研究班の定義と第8次医療計画の定義について整理を行った。

・令和7年度第2回班会議

後藤先生のご助言を踏まえ、レセプトデータを用いた糖尿病合併症の定義に関するバリデーション研究を参考に、定義の再整理を進めた。

67

各疾患(心筋梗塞・脳卒中・心不全)の定義

R6第2回班会議使用資料を改定

ハイライトは国立循環器病研究センターで重要と考えている定義

疾患	定義番号	定義
心筋梗塞	1	傷病名・主病名のみ
	2	心筋梗塞(主病名)かつ入院している患者
	3	心筋梗塞(主病名)かつ入院し、冠動脈造影、再灌流療法もしくは冠動脈バイパス手術を受けている患者
	4	心筋梗塞(主病名に限らず)かつ入院し、冠動脈造影、再灌流療法もしくは冠動脈バイパス手術を受けている患者
脳梗塞	1	傷病名・主病名のみ
	2	脳梗塞(主病名)かつ入院しているものの中で脳CTもしくはMRI検査の画像検査がある患者
	3	脳梗塞(主病名)かつ入院し、脳CTもしくはMRI検査などの画像検査及び治療(急性期抗血小板療法、抗凝固薬の処方がある患者もしくは急性期再開通療法(血栓溶解療法[t-PA]、血管内治療)もしくは手術)を受けている患者
心不全	1	傷病名・主病名のみ
	2	心不全(主病名)かつ入院している患者
	3	心不全(主病名)かつ入院し、(心不全治療薬もしくは酸素療法)の治療が行われた患者
	4	心不全(主病名)かつ、1年間に1回以上心不全治療薬の処方がある患者
	5	心不全(主病名に限らず)かつ、1年間に1回以上心不全治療薬の処方がある患者

国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部横断的研究推進費「6NC連携のNDB研究基盤による重点疾患の疫学・政策研究の推進」より共有

68

第8次医療計画の循環器疾患の指標(NDB使用は赤丸)

R7第1回班会議使用資料

項目	指標	急性期	慢性期	再発・悪化予防
ストラクチャー	循環器疾患の発生率	循環器疾患の発生率(急性期)	循環器疾患の発生率(慢性期)	循環器疾患の発生率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の死亡率	循環器疾患の死亡率(急性期)	循環器疾患の死亡率(慢性期)	循環器疾患の死亡率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の入院率	循環器疾患の入院率(急性期)	循環器疾患の入院率(慢性期)	循環器疾患の入院率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の再入院率	循環器疾患の再入院率(急性期)	循環器疾患の再入院率(慢性期)	循環器疾患の再入院率(再発・悪化予防)
プロセス	循環器疾患の発生率	循環器疾患の発生率(急性期)	循環器疾患の発生率(慢性期)	循環器疾患の発生率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の死亡率	循環器疾患の死亡率(急性期)	循環器疾患の死亡率(慢性期)	循環器疾患の死亡率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の入院率	循環器疾患の入院率(急性期)	循環器疾患の入院率(慢性期)	循環器疾患の入院率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の再入院率	循環器疾患の再入院率(急性期)	循環器疾患の再入院率(慢性期)	循環器疾患の再入院率(再発・悪化予防)
アウトカム	循環器疾患の発生率	循環器疾患の発生率(急性期)	循環器疾患の発生率(慢性期)	循環器疾患の発生率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の死亡率	循環器疾患の死亡率(急性期)	循環器疾患の死亡率(慢性期)	循環器疾患の死亡率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の入院率	循環器疾患の入院率(急性期)	循環器疾患の入院率(慢性期)	循環器疾患の入院率(再発・悪化予防)
	循環器疾患の再入院率	循環器疾患の再入院率(急性期)	循環器疾患の再入院率(慢性期)	循環器疾患の再入院率(再発・悪化予防)

・NDB使用指標(赤丸)は、奈良県立医科大学「第8次医療計画に必要となる指標の策定(仮)」を参考
https://hpm.naramed-u.ac.jp/pdf/iryoikeikaku_shihyo2023/1_shihyo_report_reference_230403.pdf
・心血管疾患は急性冠症候群・急性非代償性心不全・急性大動脈解離・大動脈瘤を指す

69

第8次医療計画における急性冠症候群の定義

R7第1回班会議使用資料

・「急性冠症候群の病名」かつ「経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの)、経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの)」

または、

・「急性冠症候群の病名」かつ、「緊急入院」かつ、「入院1週間以内の冠動脈バイパス移植術」

または、

・「急性冠症候群の病名」かつ、「緊急入院」かつ、「抗血小板薬の新規使用(第2病日まで)」かつ「CK MBの3回以上の測定 第2病日まで」

奈良県立医科大学「第8次医療計画に必要となる指標の策定(仮)」
https://hpm.naramed-u.ac.jp/pdf/iryoikeikaku_shihyo2023/1_shihyo_report_reference_230403.pdf
および、国立循環器病研究センター金岡先生の論文(Kanaoka K, et al. Circ J. 2023.)を参考

70

*急性冠症候群の病名

R7第1回班会議使用資料

・I20.0:不安定狭心症、I21:急性心筋梗塞、I22:再発性心筋梗塞、I23:急性心筋梗塞の続発合併症

*経皮的冠動脈形成術

・K546-1:経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対するもの)、K546-2:経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症に対するもの)

*冠動脈ステント留置術

・K549-1:経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞・不安定狭心症に対するもの)

・K549-2:同上(急性心筋梗塞・不安定狭心症に対するもの)

*緊急入院

・救急医療管理加算

*冠動脈バイパス移植術

・K551:冠動脈形成術(血栓内膜摘除)

・K552:冠動脈・大動脈バイパス移植術

・K553-02:左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術

*薬剤(抗血小板薬)

・アスピリン、クロピドグレル、プラスグレル、上記の合剤

*検査

・CKアイソザイム、CK-MB

奈良県立医科大学「第8次医療計画に必要となる指標の策定(仮)」
https://hpm.naramed-u.ac.jp/pdf/iryoikeikaku_shihyo2023/1_shihyo_report_reference_230403.pdf
および、国立循環器病研究センター金岡先生の論文(Kanaoka K, et al. Circ J. 2023.)を参考

71

各定義におけるコード対応表(心筋梗塞・急性冠症候群)

R7第1回班会議使用資料

病名コード	JH	第8次医療計画
I20.0:不安定狭心症	*	○
I21:急性心筋梗塞	○	○
I22:再発性心筋梗塞	○	○
I23:急性心筋梗塞の続発合併症	○	○
I24:その他の急性虚血性心疾患	○	

*急性冠症候群の定義表には含まれる

診療行為コード・医薬品コード	JH	第8次医療計画
K546-1:経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対するもの)	△	○
K546-2:経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症に対するもの)	△	○
K549-1:経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞・不安定狭心症に対するもの)	△	○
K549-2:同上(急性心筋梗塞・不安定狭心症に対するもの)	△	○
緊急入院:救急入院(190171910、190172010)、初回入院(111000110、111011810、111012510、111012610)、または夜間・休日入院(112001110、112001210、112001310、112001410、112006470、112006570、112006670、112006770)のコード	○	○
入院:区分コードがA10X、A2XX、A3XX、A400のもの(Xは任意の数)	○	(緊急入院のコード)
I60065470:冠動脈造影加算	△	
K551:冠動脈形成術(血栓内膜摘除)	△	○
K552:冠動脈・大動脈バイパス移植術	△	○
K553-02:左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	△	○
アスピリン、クロピドグレル、プラスグレル、上記の合剤	△	○
CKアイソザイム、CK-MB	△	○

△ 定義によっては含まれる

72

結果(冠動脈疾患)

定義	症例数	感度	特異度	PPV	NPV
DPCのみ	27	1	1	1	1
DPC+手技コード	26	0.963	1	1	0.999
手技コードのみ	26	0.963	1	1	0.999
ICD-10のみ	61	0.889	0.973	0.393	0.998
ICD-10+手技コード	26	0.963	1	1	0.999

DPCコード	ICD-10コード	手技コード	薬剤
050030(急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞、手術あり)	I20, I21, I22, I23, I24, I25	K546, K547, K548, K549, K550, K552, K553	なし

Fujihara K, et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2021:

79

結果(心不全)

定義	症例数	感度	特異度	PPV	NPV
DPCのみ	7	0.467	1	1	0.994
ICD-10のみ	150	1	0.901	0.1	1
ICD-10+薬剤	11	0.733	1	1	0.997
DPCおよび／またはICD-10+薬剤	14	0.933	1	1	0.999

DPCコード	ICD-10コード	手技コード	薬剤
50130(心不全)	I50, I11.0, I13.0, I13.2	該当なし	トルバプタン、ピモベンダン

Fujihara K, et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2021:

80

結果(脳卒中)

定義	症例数	感度	特異度	PPV	NPV
DPCのみ	20	0.952	1	1	0.999
DPC+薬剤および／または手技	19	0.905	1	1	0.999
ICD-10のみ	33	0.857	0.989	0.545	0.988
ICD-10+薬剤および／または手技	18	0.857	1	1	0.998

DPCコード	ICD-10コード	手技コード	薬剤
010020(くも膜下出血・破裂脳動脈瘤), 010040(非外傷性頭蓋内血腫), 010050(非外傷性硬膜下血腫), 010060(脳梗塞), 010061(一過性脳虚血発作), 010070(脳血管障害(その他))	G459, I63, I60, I61, I62	K145, K147, K149, K164, K176, K178	エダラボン、アルテプラゼ

Fujihara K, et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2021:

81

各指標定義の比較のまとめ

医療計画で検討していた指標名	JH定義の特徴	第8次医療計画循環器領域における指標定義の特徴	バリデーション論文の結果
糖尿病併存心筋梗塞の発症件数(もしくは割合)	・I23(急性心筋梗塞の続発合併症)を含まず、I24(その他の急性虚血性心疾患)を含む ・血液検査(CK)、薬物療法を含む	・急性冠症候群を対象としている。 ・I23を含み、I24を含まず血液検査(CK)、薬物療法を含む	・DPCベース(CADはDPCで感度・特異度・PPVが非常に高い) ・手技コードも高精度。 ・ICD-10単独はPPV低い
糖尿病併存脳卒中の発症件数(もしくは割合)	・I65(脳実質外動脈(脳底動脈、顔動脈、椎骨動脈)の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの)およびI66(脳動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの)を含む ・画像検査及び治療を含む	・I65およびI66を含まない ・ICD-10が主で、画像検査および内服を含む治療を含まない	・DPCベース(CVDで感度0.90-0.95程度、特異度・PPVが高い)。 ・ICD-10単独はPPV低い
糖尿病併存心不全の発症件数(もしくは割合)	・心不全治療薬(降圧薬、利尿薬、昇圧薬)および酸素療法を含む ・病日による特定はしていない	・治療はフロセミド経静脈投与のみ ・治療を第2病日以内で特定	・DPC or ICD-10+薬剤コードが感度・特異度・PPVが高い。 ・DPC単独はPPVは高いが感度が低い。 ・ICD-10単独はPPVが特に低い。
その他	・入院の定義は、療養病床への入院など、緊急入院以外も含む ・バリデーション研究は学術論文としては未報告。	・入院の定義は緊急入院に限る。 ・心筋梗塞および心不全については、バリデーション研究が学術論文として報告されている。	・ICD-10単独定義は各アウトカムでPPVが低くなりやすい。 ・DPC・手技・薬剤など請求情報の組合せにより妥当性(特にPPV)が改善する可能性がある。

82

82

本テーマにおける3年間の主な成果・貢献(抜粋)

○政策への貢献

・自治体職員へのインタビュー結果について、厚生労働省医系技官を交えた研究班会議で議論を行った。本成果により、NDBデータの活用や医療計画指標の運用に関する課題、各自治体におけるロジックモデルや施策の整理などが検討され、自治体におけるより効果的な糖尿病対策の推進に寄与したと考えられる。

・第8次医療計画における糖尿病対策のうち、定義が明確でなかった3つの指標を含む全指標について、定義の再整理を行った。本成果は各自治体に配布されるデータブックの作成に貢献している。

・糖尿病対策に関わる指標の定義について、班員間で議論を重ねるとともに、厚生労働省の医系技官にも共有した。本成果は、第9次医療計画を見据えた基礎資料にもつながる重要な成果である。

83

83

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
【糖尿病の実態把握と発症予防・重症化予防のための研究】
第2回班会議2026年3月8日

資料2-3-1

糖尿病のある人への調査について

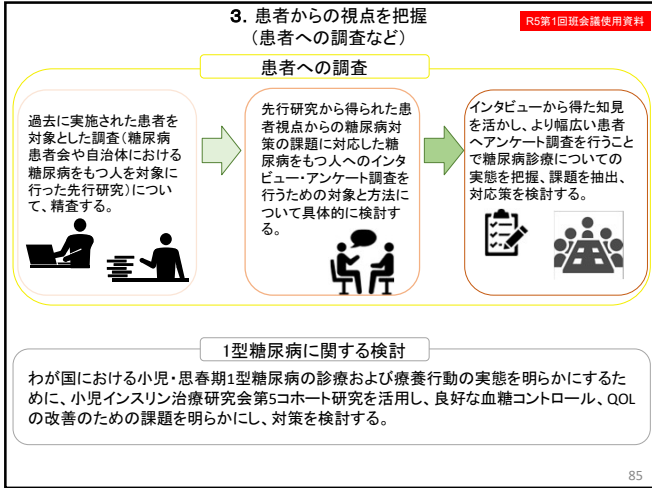
山内班事務局
国立健康危機管理研究機構 国立国際医療研究センター 糖尿病情報センター

84

84

44

14



85

3. 糖尿病のある人への調査

患者調査について

班会議資料・議事録より抜粋

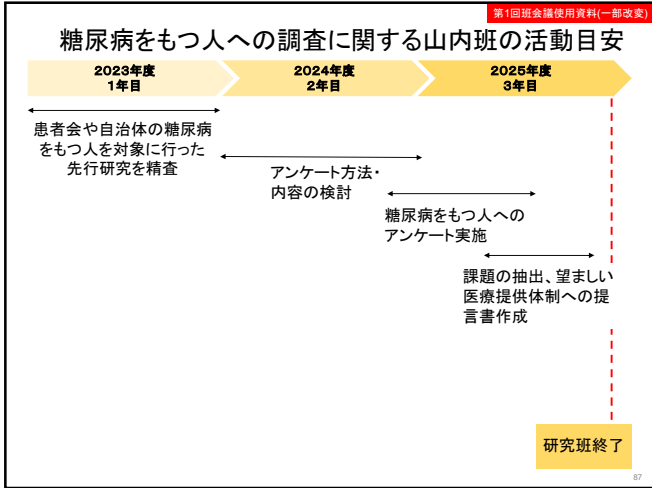
- コグニティブインタビューでは設問理解に大きな齟齬はなかったが、ニュアンスの違いや偏見の回答が多く見られた。質問票作成で反映予定(井花先生)
- 基礎データとして非常に有用。スティグマの経時的測定や呼称変更の検討に発展できる(加藤先生)
- 予想以上に多様な意見が得られ、有意義な調査だった。ネガティブイメージや新呼称への要望が浮かび上がった(門脇先生)
- 病名変更の前後で印象の変化を比較する調査(セマンティック・ディファレンシャル法など)を検討しても良いのではないか(野田先生)
- 1型と2型を同じ病名で呼ぶことへの違和感や、「糖尿病」という名称に納得感がないという患者意見も、言葉を選ぶ際に重視する必要がある。「メタボ」は後からネガティブな印象がついたように、呼称を変えただけで終わらない問題もある。(津下先生)
- 病名は厚労省が直接決めるのではなく、学術団体の議論をフォローする形。(寺井先生)

・質問票は負担軽減と誘導性回避を考慮しつつ設計を進める。
・病名変更の議論は学術団体・委員会の場で継続。
・スティグマ解消を最終目標とし、心理学的手法や社会的受容の視点を取り入れる。

今年度(最終年度として)の成果物目標(案)：
令和7年度に行うアンケート調査の調査票、解析結果

86

86



87

R5-R7山内班で取り組んだ糖尿病をもつ人への調査

- 先行研究の精査
 - ・ 令和3年度 日本糖尿病協会での調査
 - ・ 令和4年度 つくば市での調査
- 佐賀県協会けんぽでの調査

88

88

R2-R4山内班での糖尿病患者への調査の展開について

＜令和3年度＞日本糖尿病協会での糖尿病患者への調査

日本糖尿病協会・患者会に所属する患者さんを中心に、質問票を改善すること、課題を抽出することに注力した。

一方で、患者会に所属する患者さんは、糖尿病に興味を持って取り組んでいる患者さんが多く、平均的な患者像を知ることは難しいかもしれないという課題が残った。

＜令和4年度＞つくば市での糖尿病患者への調査

令和3年度の課題を受け、より対象を広げた質問票調査を目指した。糖尿病は患者数が多く、患者台帳がないため、「代表的な患者集団」を得るのが難しいが、保険者を通じたサンプリングや特定健診の結果を用いて対象を抽出した場合、母集団における代表性は保たれる可能性があると考えた。

学術的な価値だけでなく、さらに保険者にとっても有益なものになることを目指す方針のもと、つくば市・筑波大学と連携した糖尿病患者への調査を行うこととなった。

RS第1回班会議使用資料

89

89

＜1-1. 令和3年度 糖尿病患者への調査 研究の概略＞

目的

本研究は、糖尿病患者における診療・生活実態を調査することを目的とし、以下の2段階で実施する。

まず、半構造化インタビュー調査で診療・生活についての課題・ニーズを抽出し、質的評価を行う。次に、この結果をもとにアンケート調査表を作成し、糖尿病患者の視点を踏まえた診療・生活に関する実態について定量的な解析を実施する。

方法

①半構造化インタビュー調査実施(質的解析研究)

- ・ 目的: 糖尿病診療・生活における課題の抽出
- ・ 対象: 糖尿病患者(日本糖尿病協会に所属する方もしくは協会より紹介された方)
- ・ 方法: Webもしくは対面でのインタビュー調査

インタビュー調査を基にしたアンケート作成

②アンケート調査実施(定量的解析研究)

- ・ 目的: 患者会に属する糖尿病患者の診療・生活に関する実態把握
- ・ 対象: 日本糖尿病協会会員の方
- ・ 方法: ①の結果を元に作成した匿名アンケート調査票を送付

90

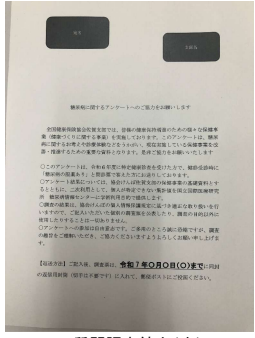
90

実施スケジュール	R7年 4月	5月	6月	7月	8月	9月
鏡文・アンケート素案作成 (JHS)						
アンケート内容の精査 (佐賀けんぽ、各部署での 確認、モニターテスト)						
アンケート送付対象者抽出 アンケート予算見積もり (佐賀けんぽ)						
鏡文・アンケート内容確定 集計・分析内容提案						
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
鏡文・アンケート内容確定 集計・分析内容提案						
倫理申請 倫理審査不要通知書発行						
アンケート発送 アンケート回収 (協会けんぽ佐賀支部)						
アンケート集計・解析 (佐賀けんぽ・JHS)						

103

質問票の構成(最終版)	
変更前	変更後
協会けんぽ佐賀支部 質問票案 (第1回研究会時) 設問数20-30問 A4 6頁以内 ※回答率向上のため	協会けんぽ佐賀支部 質問票 (最終版) 設問数26問、A4 6頁
回答者の基本情報 糖尿病の病識・知識	糖尿病のイメージ 呼称変更について
糖尿病の通院・治療状況、 糖尿病の療養・生活状況 (仕事との両立について)	糖尿病の経験について (新規:スティグマの測定)
糖尿病のイメージ 呼称変更について	糖尿病の通院・治療状況 および療養・生活状況 (仕事との両立について)
	回答者の基本情報 糖尿病の病識・知識

104

質問票配布対象者および配布人数	
- 質問票配布の対象者 協会けんぽ佐賀支部の被保険者 または被扶養者のうち、 令和6年度に特定健康診査を受け、 「糖尿病の服薬あり」と 健診受診時の問診票で回答した人 - 質問票を配布した人数 被保険者 4,761人 被扶養者 293人 計5,054人	 質問調査鏡文(案)

105

分析結果 表のレイアウト案

例1: これまでに糖尿病を理由に不公平な扱いを受けたと感じたことはありませんか。

糖尿病の種類	糖尿病薬	全体数(n)	「はい」の人数	「はい」の割合
1型	使用なし	0	0	0%
	内服のみ	25	●	○%
	注射のみ	150	×	▲%
	内服・注射	100	▲	×%
2型	使用なし	500	○	◆%
	内服のみ	2500	△	▼%
	注射のみ	400	◇	◇%
	内服・注射	1000	■	●%
妊娠糖尿病	使用なし	20	○	△%
	内服のみ	0	0	0%
	注射のみ	30	▼	◇%
	内服・注射	0	0	0%
その他	使用なし	0	0	0%
	内服のみ	5	▲	×%
	注射のみ	25	◆	◇%
	内服・注射	10	×	○%

例2: 仕事と糖尿病治療との両立について困った理由(あてはまるものすべてに☑)

項目/年齢	<10歳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70歳以上
通院時間確保が困難	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
定時での内服が困難	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
定時での食事が困難	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
必要な配慮・支援不足	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
周囲からの助成反対	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
治療のための勤務短縮	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
治療のための勤務短縮	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
強制的な配置転換や解雇	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
自主的な退職・転職等	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%
その他	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%	n%

その他の回答例:

●●●●●●●●●●

× ×

106

本テーマにおける3年間の主な成果・貢献(抜粋)
○学術面への貢献 ・前研究班で実施した、つくば市の国民健康保険加入者を対象とした糖尿病患者体験調査の結果を用いて、以下の研究を進めた。 1. 眼科受診動向の経験・知識と受診行動との関連を分析した。その結果、糖尿病患者における眼科受診動向に対する認識・理解が、眼底検査の実施率と関連することが明らかとなり、この成果は Diabetes, Obesity and Metabolism に論文発表した。 2. 糖尿病のある人の体験に基づくニーズや意識を明らかにした研究は、雑誌糖尿病に論文発表した。 ・職域を対象とする新たなアンケート調査として、佐賀県協会けんぽ被保険者を対象に調査を実施した。調査票の妥当性と課題を整理する目的でコグニティブインタビューを実施し、令和7年8月の研究班会議で結果共有と議論を経た上で調査票を作成し、2026年1月に配布した。今後、調査票の回収分析および課題整理を進める予定である。 ○政策への貢献 ・糖尿病における眼底検査の実施率に関する論文が、つくば市における眼底検査の受診動向に関する情報提供の試みにつながった。

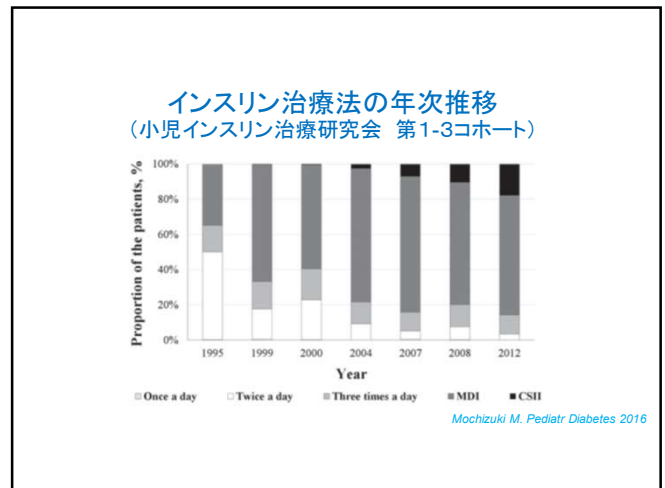
107

令和7年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 【糖尿病の実態把握と環境整備のための研究】 (研究代表者:山内 敏正) 第2回研究班会議 日時: 2026年3月8日(日)13:00-16:00 場所: AP 東京丸の内 3 階「F・G」 2-3患者からの視点を把握(患者への調査など) ②1型糖尿病に関する検討 埼玉医科大学小児科 菊池 透

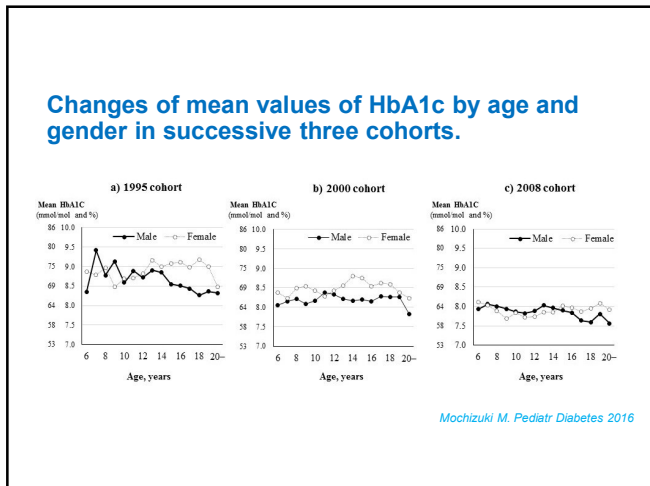
108



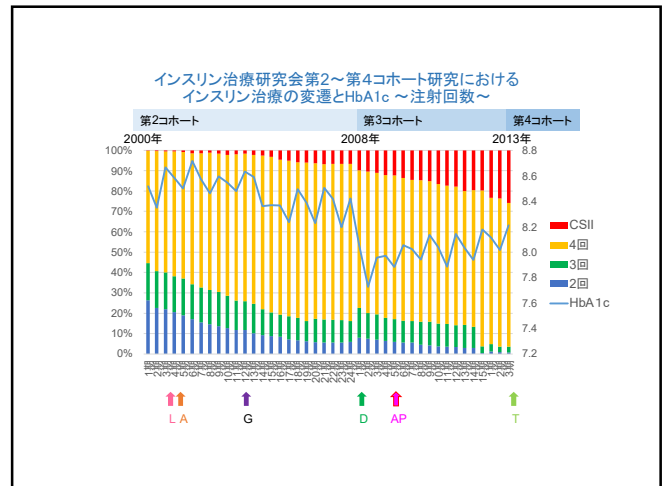
109



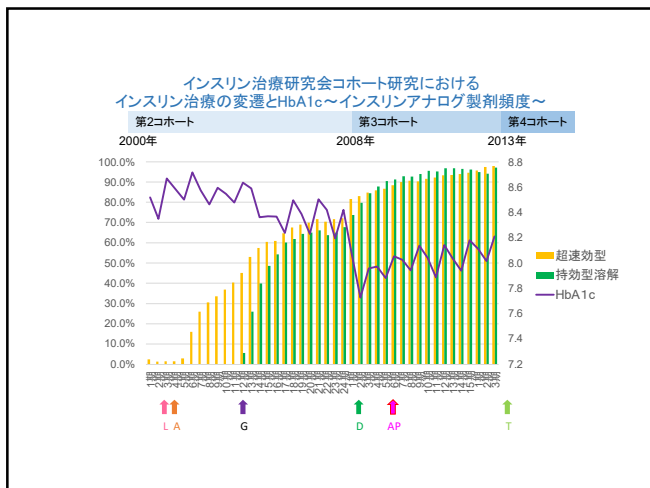
110



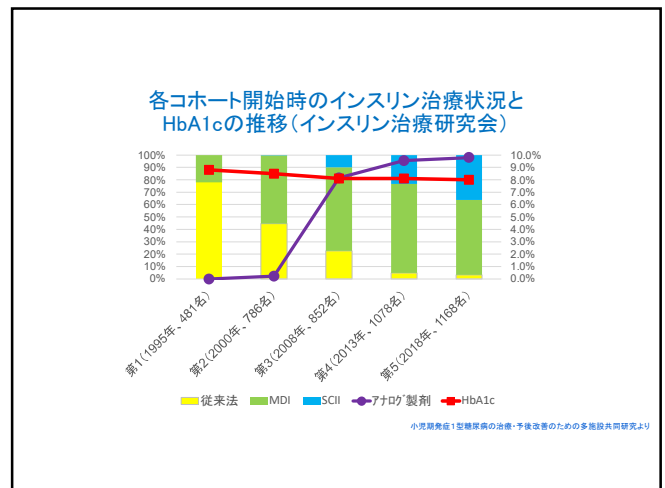
111



112



113



114

小児期発症1型糖尿病の治療・予後改善のための
多施設共同研究（第5コホート）

研究方法
1) デザイン 前方視的観察研究
2) 対象者 2017年12月31日現在で18歳以下で、
研究への登録に同意した1型糖尿病患者 72施設 1151名（男子494名、女子657
名）
5年間の調査が完了した63施設、731名（男子292名、女子439名）

研究期間
登録期間： 2018年3月1日～2019年2月28日
研究期間： 2018年3月1日～2023年2月28日

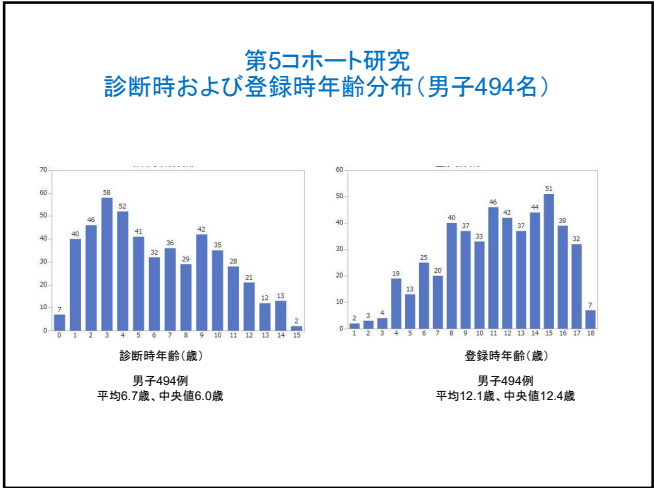
スケジュール
1期を4か月、5年間、計15期の前方視的観察研究

倫理的配慮
埼玉医科大学病院アイ・アール・ビー 申請番号 17082.06

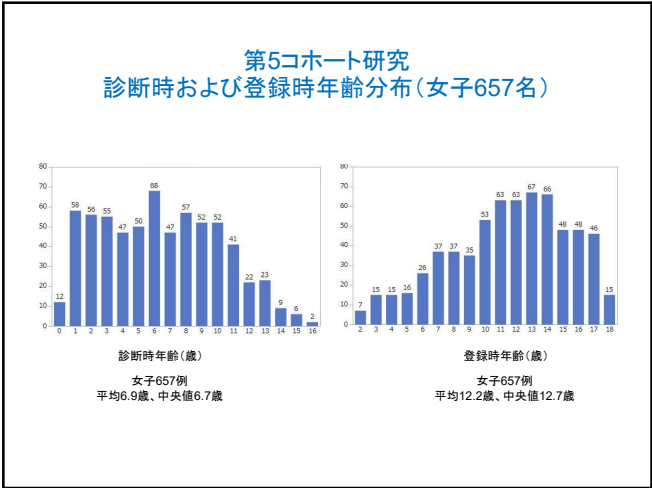


小児インスリン治療研究会HP

115



116



117

成因分類、臨床分類、発症時DKA、
学校検尿での発見の有無

	男子(494名)	女子(657名)	計(1151名)
成因分類			
1A	395 80.0%	541 82.3%	936 81.3%
1B	59 11.9%	75 11.4%	134 11.6%
判定不能	40 8.1%	41 6.2%	81 7.0%
急性発症	471 95.3%	644 98.0%	1115 96.9%
臨床分類			
劇症	5 1.0%	3 0.5%	8 0.7%
緩徐進行	18 3.6%	10 1.5%	28 2.4%
DKA			
あり	130 26.3%	194 29.5%	324 28.1%
なし	336 68.0%	428 65.1%	764 66.4%
不明	28 5.7%	35 5.3%	63 5.5%
学校検尿			
あり	55 11.1%	109 16.6%	164 14.2%
なし	439 88.9%	548 83.4%	987 85.8%
合計	494 100.0%	657 100.0%	1151 100.0%

118

学校検尿とDKAの関連

	学校検尿で発見	なし	合計
DKAあり	2 1.4%	322 34.3%	324 29.8%
なし	146 98.6%	618 65.7%	764 70.2%
計	148 100.0%	940 100%	1088 100%

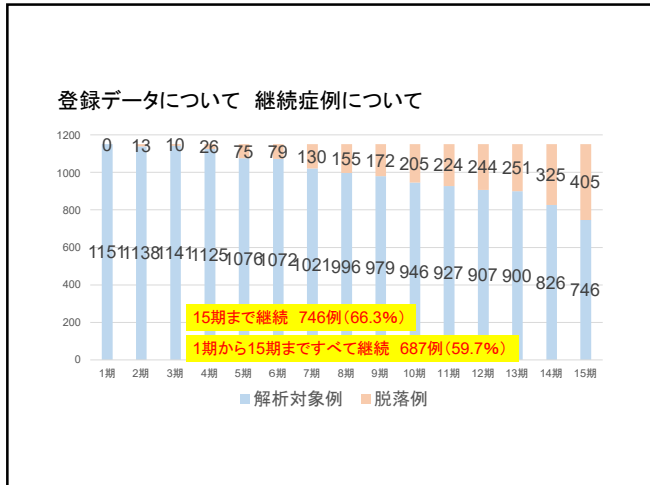
119

甲状腺自己抗体の陽性率

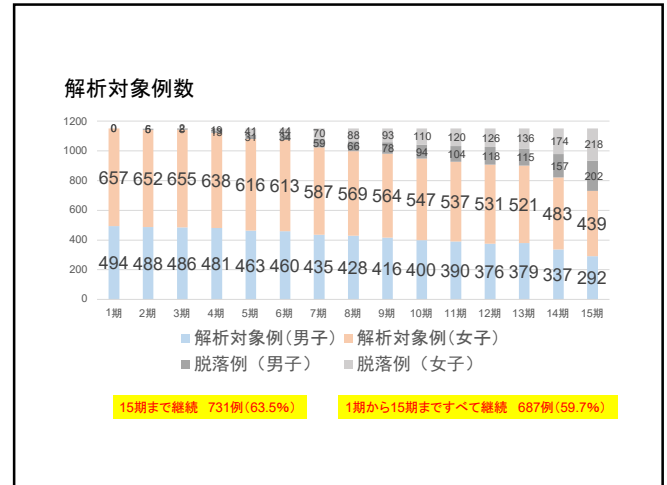
	男子	女子	男女
陽性	19 12.9%	44 22.0%	63 18.2%
Tg抗体 陰性	128 87.1%	156 78.0%	284 81.8%
合計	147 100%	200 100%	347 100%
陽性	26 17.2%	57 26.8%	83 22.8%
TPO抗体 陰性	125 82.8%	156 73.2%	281 77.2%
合計	151 100%	213 100%	364 100%

	男子	女子	男女
陽性	1 1.1%	6 4.3%	7 3.0%
TSH受容体抗体 陰性	94 98.9%	133 95.7%	227 97.0%
合計	95 100%	139 100%	234 100%
陽性	8 13.1%	9 11.1%	17 12.0%
刺激性 TSH受容体抗体 陰性	53 86.9%	72 88.9%	125 88.0%
合計	61 100%	81 100%	142 100%

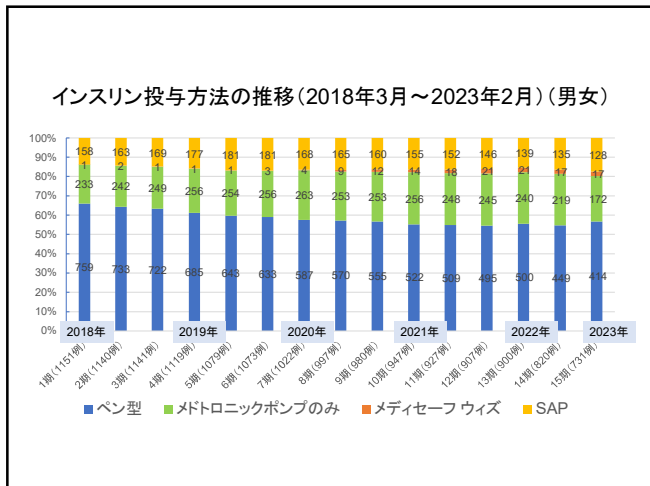
120



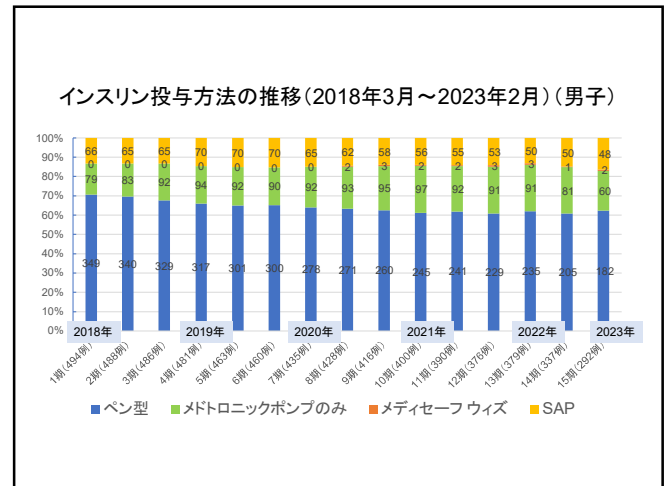
121



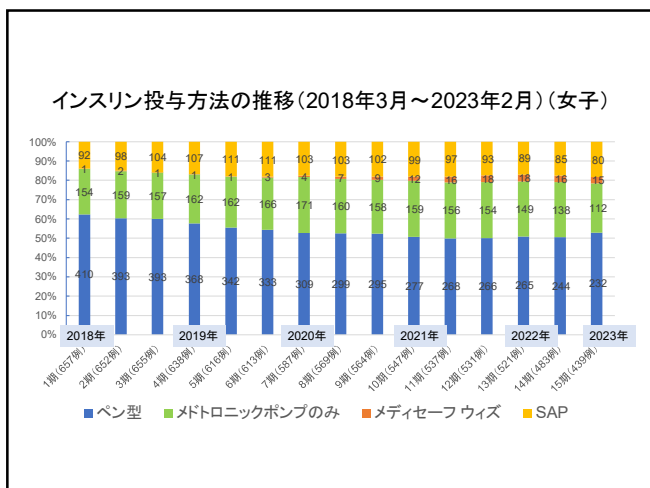
122



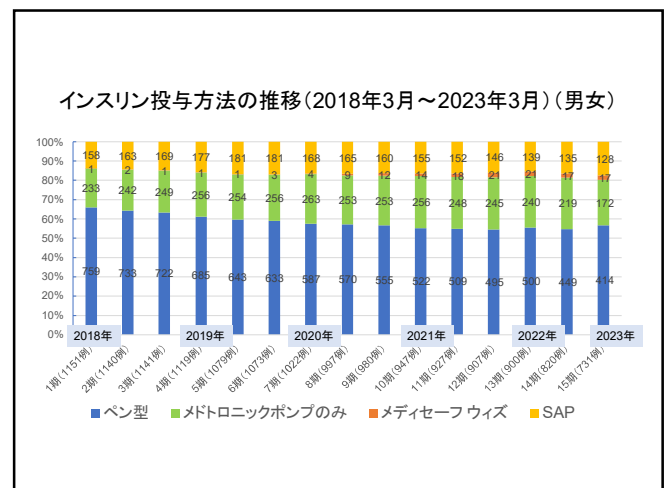
123



124

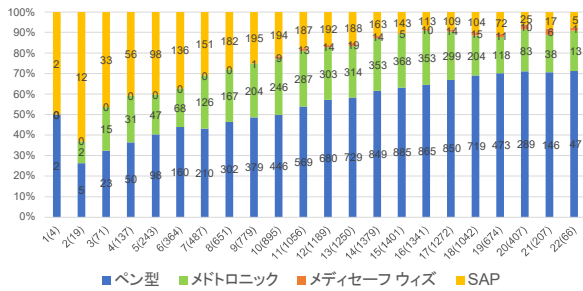


125



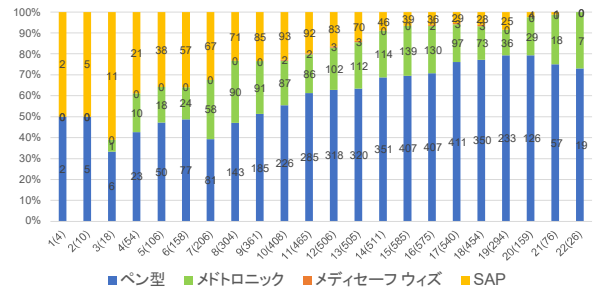
126

受診時年齢別インスリン投与方法の推移(男女)



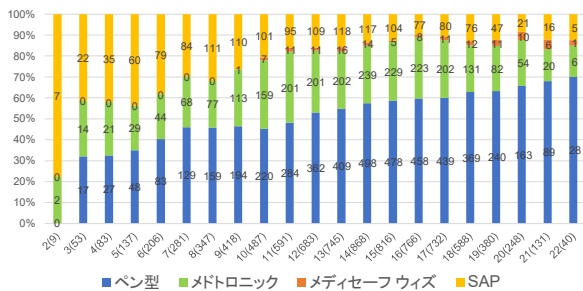
127

受診時年齢別インスリン投与方法の推移(男子)



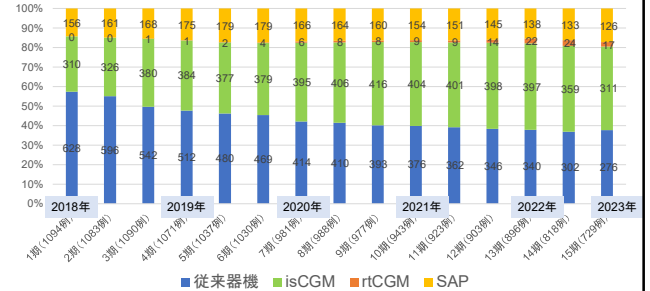
128

受診時年齢別インスリン投与方法の推移(女子)



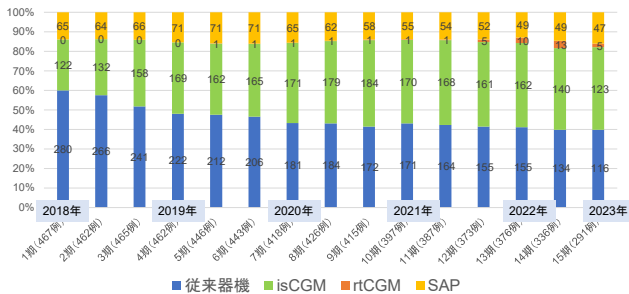
129

血糖モニタリング方法の推移(2018年3月～2023年2月)(男女)



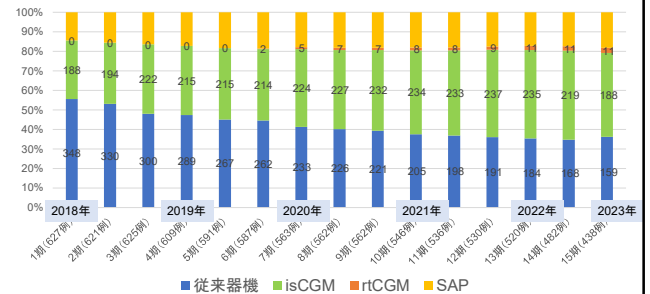
130

血糖モニタリング方法の推移(2018年3月～2023年2月)(男子)



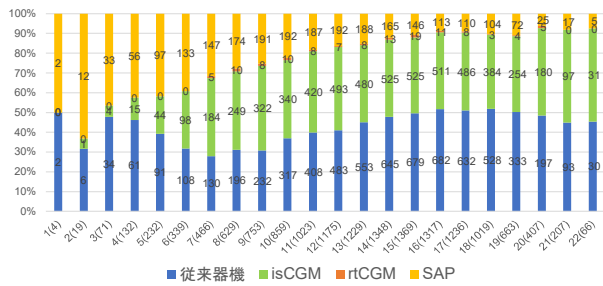
131

血糖モニタリング方法の推移(2018年3月～2023年2月)(女子)



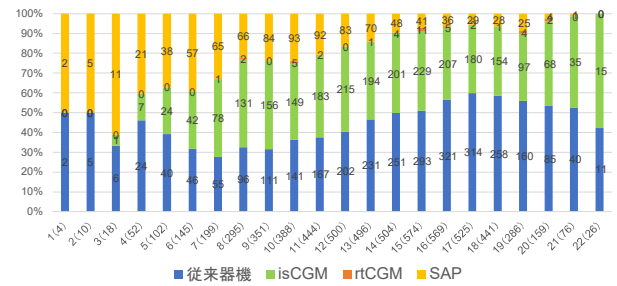
132

受診時年齢階級血糖モニタリング方法(男女)



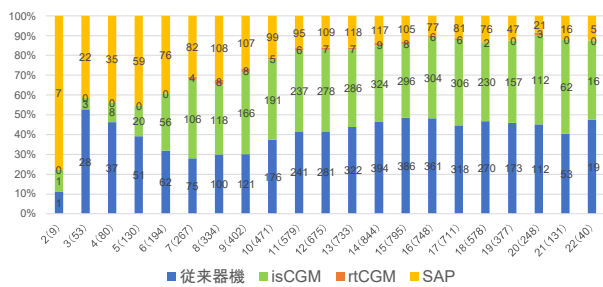
133

受診時年齢階級血糖モニタリング方法(男子)



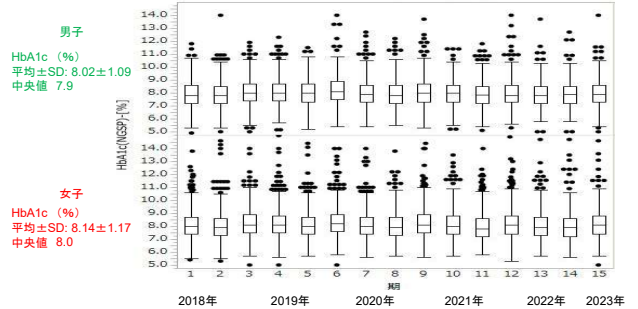
134

受診時年齢階級血糖モニタリング方法(女子)



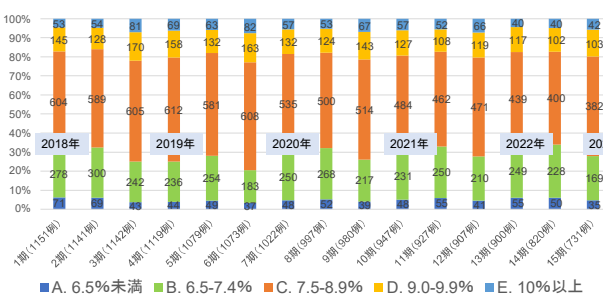
135

男女別HbA1c分布の推移(2018年3月～2023年2月)



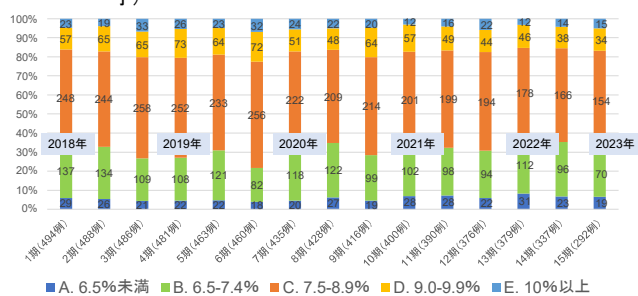
136

HbA1c階級の推移(2018年3月～2023年2月)(男女)

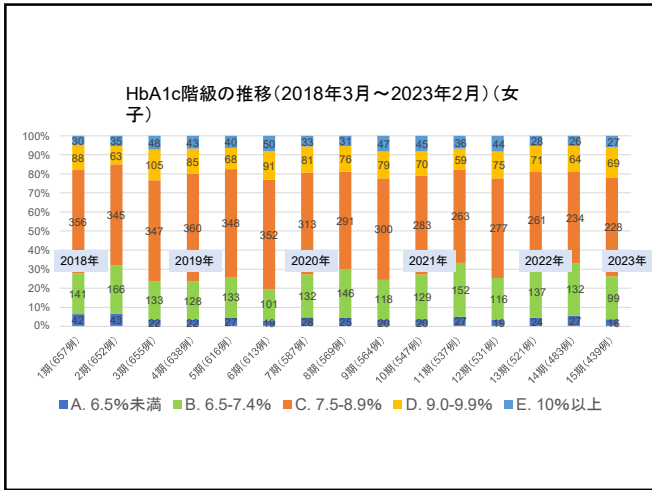


137

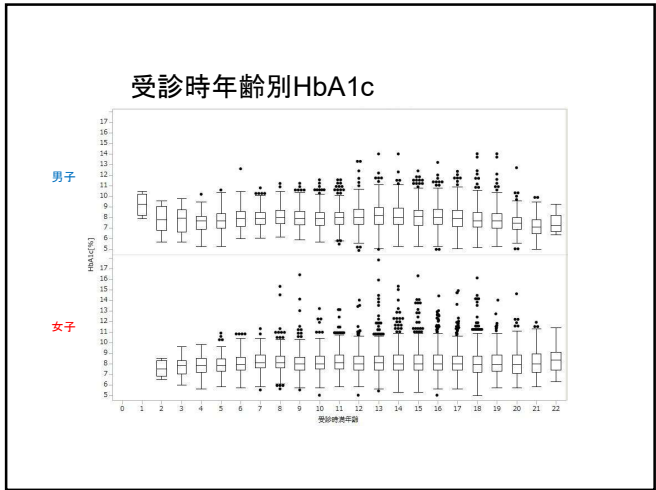
HbA1c階級の推移(2018年3月～2023年2月)(男子)



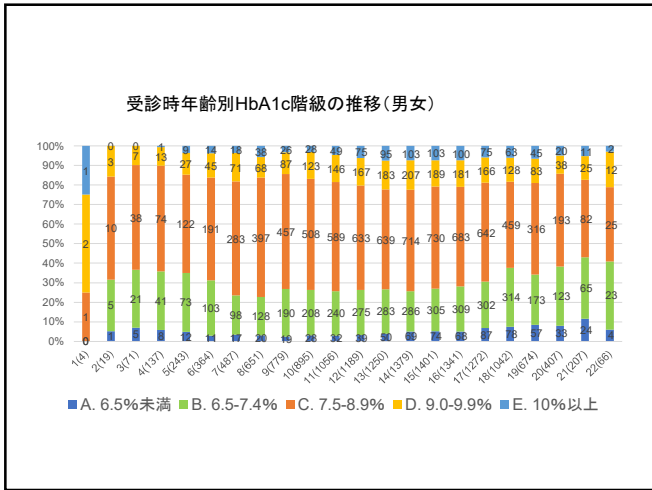
138



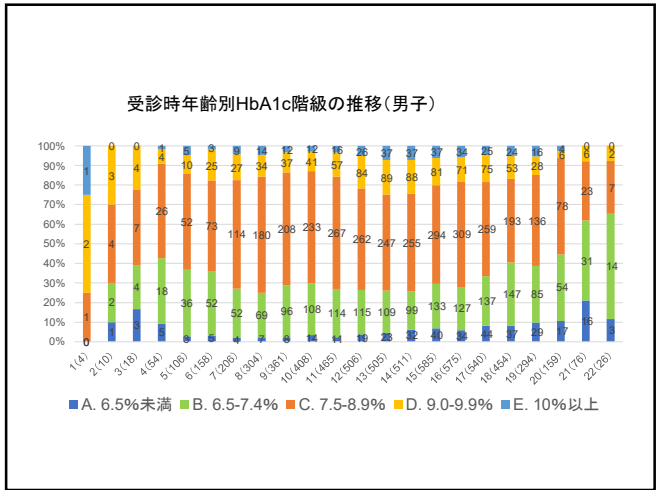
139



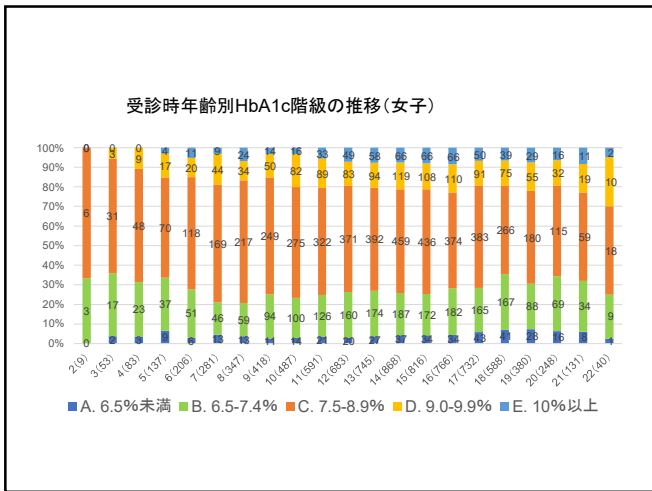
140



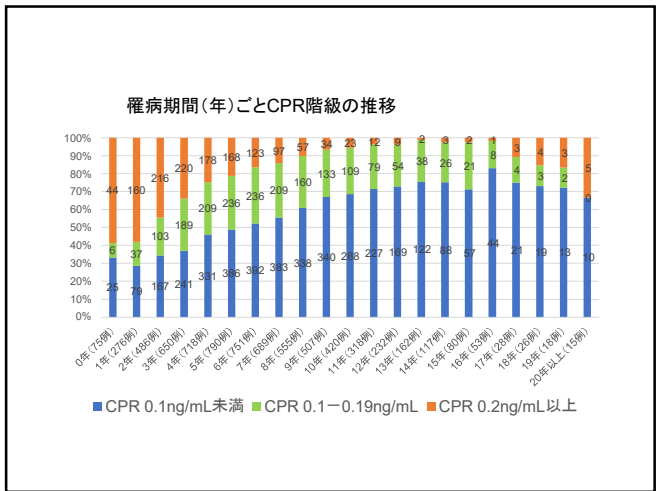
141



142

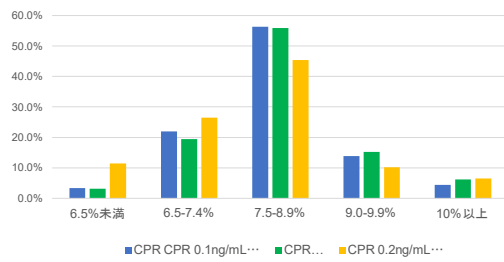


143



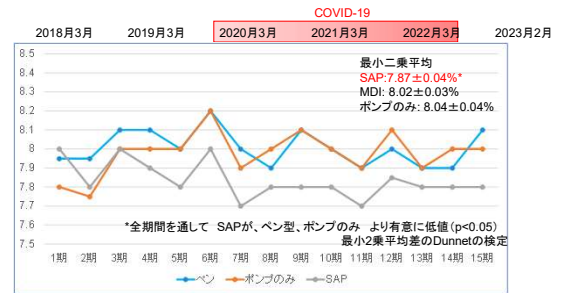
144

HbA1c階級ごとCPR階級



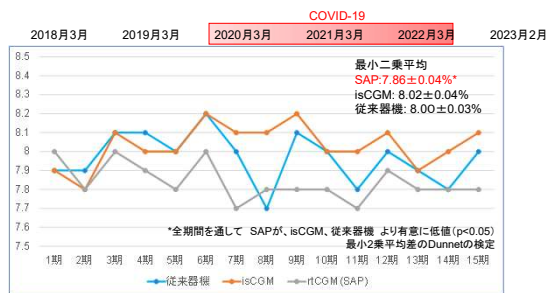
145

インスリン投与方法別HbA1c中央値の推移(全症例)



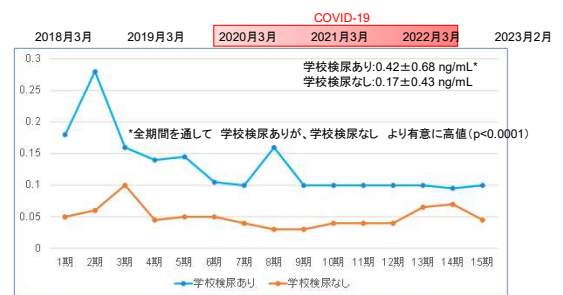
146

血糖モニタリング方法別HbA1c中央値の推移(全症例)



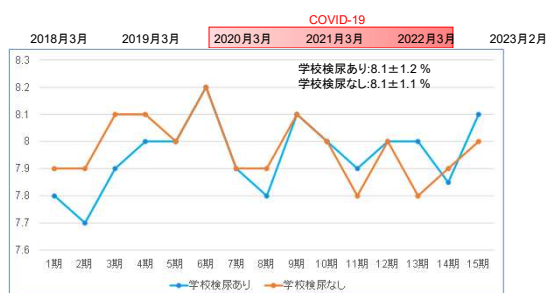
147

学校検尿での発見の有無による血中CPR中央値の推移(全症例)



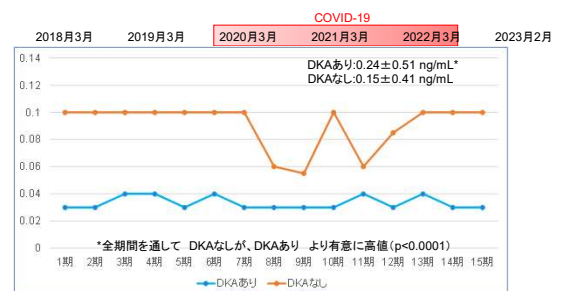
148

学校検尿での発見の有無によるHbA1c中央値の推移(全症例)



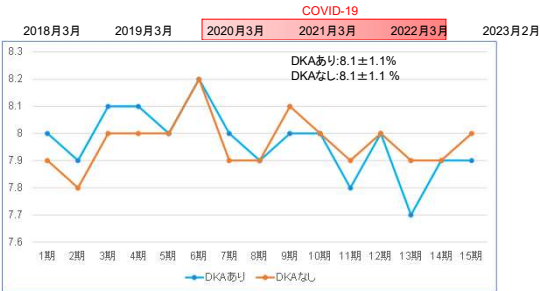
149

発症時DKAの有無による血中CPR中央値の推移(全症例)



150

発症時DKAの有無によるHbA1c中央値の推移(全症例)



151

まとめ

- 小児インスリン治療研究会第5コホート研究(2018年3月～23年2月)に登録した1151例を対象に、日本人小児の1型糖尿病治療の現状を解析した。
- ① 成因分類では1A 81.3%、臨床分類では急性発症 96.9%。発症時DKAは、28.1%、学校検尿での発見は14.2%であった。学校検尿での発見された症例は、DKAがほとんどなく、血中CPRが高い傾向があった。
 - ② MDIが徐々に減少傾向、CSIIが増加傾向であり、43.3%まで増加した。
 - ③ 幼児ほどCSIIが多く(62.4%)、年齢階級が上がるほど減少した。20歳以上では29.1%であった。小児慢性特定疾患治療研究事業の対象外になることの関連の検討が必要である。
 - ④ 血糖モニタリングでは、従来器機が減少傾向、isCGMが増加傾向で、42.7%になった。SAPは17%前後で変化が少なかった。
 - ⑤ HbA1c中央値は、5年間で改善傾向がなかった。
 - ⑥ 思春期年齢では、HbA1c 9.0%以上が増加傾向があった。また男子20歳以降では、7.5%未満が増加傾向があった。
 - ⑦ SAPが、ポンプのみ、MDIよりも、HbA1cが有意に低かった。
 - ⑧ SAPが、isCGM、従来血糖測定法よりもHbA1cが有意に低かった。
 - ⑨ 学校検尿で発見された症例、発症時DKAがなかった症例は、そうでない症例よりも、血中CPRが高い傾向があった。しかし、HbA1cには、変わらなかった。

152