1-1. NIPPON DATA2010 追跡、死亡率・発症率比較ワーキンググループ報告

リーダー・イベント判定委員会委員長

研究分担者　大久保 孝義（帝京大学医学部 衛生学公衆衛生学講座）

サブリーダー・追跡委員会委員長

研究分担者　門田 文　　（滋賀医科大学NCD疫学研究センター 予防医学部門）

サブリーダー・分析委員会委員長

研究分担者　原田 亜紀子（滋賀医科大学NCD疫学研究センター 医療統計学部門）

メンバー・オンライン化検討担当

研究分担者　渡邉 至　　（国立循環器病研究センター 予防医療部）

イベント判定小委員会

脳卒中イベント判定小委員会

研究協力者　有馬 久富　（福岡大学医学部 衛生学公衆衛生学講座）
研究協力者　高嶋 直敬　（京都府立医科大学大学院医学研究科 地域保健医療疫学）
研究協力者　中村 幸志　（琉球大学大学院医学研究科 衛生学・公衆衛生学講座）
研究協力者　二宮 利治　（九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野）
研究協力者　秦 淳　　（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）
研究協力者　寶澤 篤　　（東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野）

心疾患イベント判定小委員会

研究協力者　大澤 正樹　（盛岡つなぎ温泉病院）
研究協力者　鳥居 さゆ希（滋賀医科大学 NCD 疫学研究センター 予防医学部門）
研究協力者　東山 綾　　（和歌山県立医科大学衛生学講座）
研究協力者　久松 隆史　（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 公衆衛生学分野）
研究協力者　宮本 恵宏　（国立循環器病研究センター オープンイノベーションセンター）

糖尿病イベント判定小委員会

研究分担者　門田 文　　（滋賀医科大学 NCD 疫学研究センター）
研究分担者　櫻井 勝　　（金沢医科大学医学部 衛生学講座）
研究協力者　浅山 敬　　（帝京大学医学部 衛生学公衆衛生学講座）
研究協力者　大西 浩文　（札幌医科大学医学部 公衆衛生学講座）
研究協力者　平田 匠　　（東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者　宮澤 伊都子（滋賀医科大学糖尿病内分泌内科）
研究協力者　八谷 寛　　（名古屋大学大学院医学研究科 国際保健医療学・公衆衛生学分野）

１．NIPPON DATA 2010 追跡、死亡率・発症率比較ワーキンググループの目的

我々は 2010 年、同年実施の国民健康・栄養調査の受検者を対象に、従来国が実施してきた循環器疾患基礎調査の後継調査として「循環器病の予防に関する調査（NIPPON DATA 2010）」を実施した。また、将来の健康状態（循環器疾患等の生活習慣病の発症、死亡）の追跡に関する同意を得た者を対象として、2011 年より調査票の郵送を中心とした生活習慣病や循環器疾患の発症調査と、人口動態統計を利用した生命予後追跡調査を開始した。また、発症調査の自己申告結果に基づき、脳卒中、心疾患［心筋梗塞・冠動脈血行再建術・心不全・不整脈（主に心房細動）］、糖尿病の発症が疑われる症例について、医療機関への問い合わせを行った。また、それらの情報に基づき、イベント判定委員会を開催し、発症か否か、発症である場合は診断名および診断の確実性を判定した。

本ワーキンググループの目的は、上記の発症追跡調査・医療機関調査・イベント判定を継続実施し、追跡調査分析用データ作成・更新するとともに、循環器病死亡率からの循環器病発症率の低下目標達成の推計等を行うことである。

２．NIPPON DATA 2010 追跡、死亡率・発症率比較ワーキンググループの構成

構成・メンバーを前ページに記載した。イベント判定小委員会では、脳卒中、心疾患、糖尿病のそれぞれについて、臨床・疫学研究、地域登録などで実績のある研究分担者・研究協力者により、3 つの小委員会を構成した。また、追跡調査分析用データを整備・更新し、将来集計等への活用を図るための組織として解析比較委員会を設けた。

３．追跡委員会報告

・第 14 回（2024 年）健康調査回収数確定

1877 名に送付、1724 名より回収された（郵送回収 1304 名、オンライン回収 420 名）（回収率 91.8%）（2025 年 5 月 30 日時点）。

・第 15 回（2025 年）健康調査の実施

１．目的：発症追跡対象者の発症の確認

２．調査対象：調査票発送数　1792 人

３．調査内容：昨年度同様、調査票郵送による回答に加え、オンラインでの回答も可能とした（2025 年 12 月末まで）。調査項目は例年のものに加え、5 年ごとの ADL/IADL 調査も実施した。

なお、IADL 調査に用いてきた都老研式活動能力指標（13 項目）には近年の生活様式に合致しない項目が含まれていることから、他の指標（JST 版新活動能力指標など）への変更も検討したが、過去調査結果との比較可能性担保が重要であること、および明らかにより適切と考えられる指標が存在しないことから、都老研式活動能力指標の使用を継続することとした。

４．調査票初回郵送　2025 年 9 月 30 日

５．調査手順：調査票の郵送

未回収の場合は 3 週間毎にリマインダー葉書郵送→調査票再送→電話で聞き取り⇒宅配

６．調査準備：

①ND 通信　②調査手順マニュアル改訂　③調査票作成　④ファイルメーカー準備

７．回収数：1612 名より回収（郵送回収 1159 名、オンライン回収 453 名）（回収率 90.0%）（2026 年 3 月 3 日時点）。

第 15 回追跡調査実務担当者

北岡かおり、川原瑞希、中村大輝、鳥居正恵、前村美子、船木彰子、近藤慶子、門田文、原田亜紀子

・生死の追跡調査の実施

昨年、前回調査時の生存者 2303 名について、308 市区町村に住民票請求を行い、在籍状況を確認した。結果、生存在籍 2031 名、転居 162 名、死亡 107 名、海外転出 1 名、交付不可 2 名であった。死亡 107 名について死因を照合するため、人口動態統計の二次利用申請の手続きを行っている。

・医療機関への二次問い合わせ・追加情報問い合わせ

健康調査の自己申告結果に基づき、脳卒中、心疾患、糖尿病の発症が疑われる症例について、医療機関への問い合わせを継続している。

４．イベント判定委員会報告

2022 年度～2024 年度の健康調査での発症自己申告に基づいて実施された医療機関調査により、脳卒中、心疾患［心筋梗塞・冠動脈血行再建術・心不全・不整脈(主に心房細動)］、糖尿病の発症が疑われる症例について、１イベントにつき、異なる 2 名のイベント判定委員に判定を依頼する形式で、イベント判定作業を実施中である。このうち、判定委員より判定を行う上で必要な追加情報提供の依頼があった症例に関して、追跡委員会と共同で医療機関への再問い合わせおよび事務局データベース情報検索を行ったうえで追加情報を収集し、当該イベント委員に再判定を依頼している。

2 名の判定が一致した症例はイベント発症と判定し、2 名の委員の判定が一致していなかったが発症の可能性がある症例について、イベント判定小委員会を開催し、合議により判定を行った。

2025 年度　イベント判定委員会

・脳卒中: 2026 年 1 月 14 日に開催 (Web 開催)

2 件について合議、うち 2 件をイベントとして判定

・心疾患: 2025 年 11 月 7 日に開催 (Web 開催)

8 件について合議、うち 7 件をイベントとして判定

・糖尿病: 2025 年 12 月 15 日に開催 (メール審議)

4 件について合議、うち 4 件をイベントとして判定

５．解析比較委員会報告

死因情報とイベント情報・追跡情報とを突合した追跡データセットを作成し、昨年度から、データ受領についての各機関の個別倫理審査承認および機関長の実施許可を受けている機関を対象に配布中である。2026 年 3 月 3 日現在、以下の 10 機関に配布済である。

滋賀医科大学、慶應義塾大学、和歌山県立医科大学、立命館大学、大阪公立大学、京都府立大学、福岡大学、金沢医科大学、名古屋大学、札幌医科大学

６．2025 年度成果公表進捗

別紙業績にあるように複数の原著論文公表・学会発表が行われている。

その他、追跡データを用いた様々な分析が進行中である。

７．添付資料

資料１　追跡調査票

資料２　発症調査票（脳卒中、心疾患、糖尿病）

資料３　イベント判定委員会合議事項

2025年度
（令和７年度）

健康状態についてのおたずね
ニッポンデータ2010
循環器病の予防に関する調査

滋賀　一太郎　様

以下の質問について、あてはまる□にしるし（✓）をつけて下さい。

【１】2024(令和６)年11月から今までの間に、高血圧（血圧が高い）で、医師からのお薬による治療を受けられましたか。

1．□ いいえ
2．□ は　い ⇒ **※お薬による治療を受けられている方は、**できましたら薬名の記載された説明書や薬の袋等を同封下さい。

【２】2024(令和６)年11月から今までの間に、高脂血症・脂質異常症（血中のコレステロールや中性脂肪が高い）で、医師からのお薬による治療を受けられましたか。

1．□ いいえ
2．□ は　い ⇒ **※お薬による治療を受けられている方は、**できましたら薬名の記載された説明書や薬の袋等を同封下さい。

【３】2024(令和６)年11月から今までに、糖尿病（血糖値が高い）と医師から言われましたか。

1．□ いいえ　⇒　次ページ【４】におすすみ下さい
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　① 時期　1．□ 2024(令和６)年11月以前から言われている
　　2．□ 2024(令和６)年11月以降にはじめて言われた
　② どちらの医療機関を受診されましたか
　所在地(市区町村名)　　医療機関名
　（後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます）
　③ 医師からお薬による治療を受けられましたか
　　1．□ いいえ　　2．□ は　い

次ページ【４】におすすみ下さい

事務局使用欄 □K □Y □N（　/　担当　）

【４】2024(令和６)年11月から今までの間に、心臓病（心筋梗塞、狭心症、心臓のまわりの血管が狭くなっている、心不全、不整脈など）であると医師から言われましたか。

1．□ いいえ　⇒　【５】におすすみ下さい
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　① 時期　　令和　　年　　月
　② どちらの医療機関を受診されましたか
　所在地(市区町村名)　　医療機関名
　所在地(市区町村名)　　医療機関名
　（後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます）
　③ 以下のどの病気でしょうか

□心筋梗塞(心臓のまわりの血管がつまり、強い胸痛が起きる病気)
□狭心症(心臓のまわりの血管が狭くなり、運動時などに胸痛が起きる病気)
□心不全(心臓の働きが弱くなり、息切れや浮腫み等が起きる病気)
　└→心不全で入院されましたか　□ いいえ　□ はい
□不整脈(脈の異常)
□その他(ご記入下さい　　)
□わからない

　④ 心臓のまわりの血管を広げる治療（冠動脈拡張術やステント留置術）を受けられましたか
　　1．□ いいえ
　　2．□ は　い

23000000

事務局使用欄 □Y □N（　/　担当　）

【５】2024(令和６)年11月から今までの間に、脳卒中（脳梗塞、脳血栓、脳塞栓、脳出血、くも膜下出血など）であると医師から言われましたか。（脳卒中では、脳の動脈がつまったり、脳の動脈から出血することによって、突然の顔・手足のマヒ・しびれ、言葉のもつれ、突然の激しい頭痛、めまい・ふらつき等の症状を起こします）

1．□ いいえ　⇒　次ページ【６】におすすみ下さい
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　① 時期　　令和　　年　　月
　② どちらの医療機関を受診されましたか
　所在地(市区町村名)　　医療機関名
　所在地(市区町村名)　　医療機関名
　（後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます）
　③ 以下のどの病気でしょうか

□脳梗塞（脳血栓・脳塞栓を含む）
□脳出血
□くも膜下出血
□一過性脳虚血発作
□その他（ご記入下さい　　）
□わからない

事務局使用欄 □Y □N（　/　担当　）

【６】その他、2024(令和６)年11月から今までの間に、治療された病気や検査などがありましたら、ご記入下さい。

（例　心臓の検査で入院した等）

【７】以下に、本アンケートを記入された方のご署名をお願いいたします。

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
御 関 係　　本人・家族・知人・その他（　　）
（↑該当するものに○をつけて下さい）
電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（本アンケートの内容確認等のため、連絡させていただく場合がございますのでご記入をお願いします）

◎ご住所等を変更された場合は、以下にご記入下さい。

新 住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下、事務局へのご連絡にご利用下さい。

ご協力、誠にありがとうございました。

QR コード　23000000

事務局使用欄

□M	□D	□H	□S	受領日
／	／	／	／	／

2025年度
（令和７年度）

健康状態についてのおたずね
ニッポンデータ2010
循環器病の予防に関する調査

滋賀　一太郎　様

以下の質問について、あてはまる□にしるし（✓）をつけて下さい。

【1】2024(令和６)年11月から今までの間に、高血圧(血圧が高い)で、医師からのお薬による治療を受けられましたか。

1．□ いいえ
2．□ は　い ⇒ ※お薬による治療を受けられている方は、できましたら薬名の記載された説明書や薬の袋等を同封下さい。

【2】2024(令和６)年11月から今までの間に、高脂血症・脂質異常症(血中のコレステロールや中性脂肪が高い)で、医師からのお薬による治療を受けられましたか。

1．□ いいえ
2．□ は　い ⇒ ※お薬による治療を受けられている方は、できましたら薬名の記載された説明書や薬の袋等を同封下さい。

【3】2024(令和６)年11月から今までに、糖尿病(血糖値が高い)と医師から言われましたか。

1．□ いいえ　⇒　次ページ【4】におすすみ下さい
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　① 時期　1．□ 2024(令和６)年11月以前から言われている
　　2．□ 2024(令和６)年11月以降にはじめて言われた
　② どちらの医療機関を受診されましたか
　所在地（市区町村名）　医療機関名
　（後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます）
　③ 医師からお薬による治療を受けられましたか
　　1．□ いいえ　2．□ は　い

次ページ【4】におすすみ下さい

QRコード　15000006　事務局使用欄 □K □Y □N（　/　担当　）

【4】2024(令和６)年11月から今までの間に、心臓病（心筋梗塞、狭心症、心臓のまわりの血管が狭くなっている、心不全、不整脈など）であると医師から言われましたか。

1．□ いいえ　⇒　【5】におすすみ下さい
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　① 時期　令和　年　月
　② どちらの医療機関を受診されましたか
　所在地(市区町村名)　医療機関名
　所在地(市区町村名)　医療機関名
　（後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます）
　③ 以下のどの病気でしょうか

□ 心筋梗塞(心臓のまわりの血管がつまり、強い胸痛が起きる病気)
□ 狭心症(心臓のまわりの血管が狭くなり、運動時などに胸痛が起きる病気)
□ 心不全(心臓の働きが弱くなり、息切れや浮腫み等が起きる病気)
　└→心不全で入院されましたか　□ いいえ　□ はい
□ 不整脈(脈の異常)
□ その他(ご記入下さい　　)
□ わからない

　④ 心臓のまわりの血管を広げる治療（冠動脈拡張術やステント留置術）を受けられましたか
　　1．□ いいえ
　　2．□ は　い

15000006　事務局使用欄 □Y □N（　/　担当　）

滋賀　一太郎　様

【5】2024(令和６)年11月から今までの間に、脳卒中（脳梗塞、脳血栓、脳塞栓、脳出血、くも膜下出血など）であると医師から言われましたか。（脳卒中では、脳の動脈がつまったり、脳の動脈から出血することによって、突然の顔・手足のマヒ・しびれ、言葉のもつれ、突然の激しい頭痛、めまい・ふらつき等の症状を起こします）

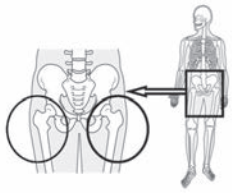
1．□ いいえ　⇒　次ページ【6】におすすみ下さい
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　① 時期　令和　年　月
　② どちらの医療機関を受診されましたか
　所在地(市区町村名)　医療機関名
　所在地(市区町村名)　医療機関名
　（後日、医療機関に病名確認のお問い合わせをさせていただきます）
　③ 以下のどの病気でしょうか

□ 脳梗塞（脳血栓・脳塞栓を含む）
□ 脳出血
□ くも膜下出血
□ 一過性脳虚血発作
□ その他（ご記入下さい　　）
□ わからない

15000006　事務局使用欄 □Y □N（　/　担当　）

【6】これまでに大腿骨頸部（足の付け根部分）を骨折したことがありますか。

1．□ いいえ
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　時期
　平成・令和　年頃



【7】以下の質問にお答えください。

①現在施設に入所されていますか？　1．□いいえ　2．□はい
②現在入院されていますか？　1．□いいえ　2．□はい
③介護保険制度(サービス)を利用していますか？　1．□いいえ　2．□はい

【8】あなたは食事、排尿・排便、着替え、入浴、歩行の際、他人の手助けを必要としますか。

1．□ いいえ　⇒　次ページ【9】におすすみ下さい
2．□ は　い
　└→「はい」の場合
　他人の手助けを必要とする項目全ての□にしるし(✓)をつけて下さい。
　□ 食事
　□ 排尿・排便
　□ 着替え
　□ 入浴
　□ 歩行

次ページ【9】におすすみ下さい

15000006

滋賀　一太郎　様

【9】毎日の生活についてお伺いします。「はい」か「いいえ」の□にしるし（✓）をつけて下さい。（「普段（ふだん）している/していない」ではなく、「やろうと思えばできる」かを考えてお答えください）

①バスや電車を使って一人で外出できますか。	1．□はい　2．□いいえ
②日用品の買い物ができますか。	1．□はい　2．□いいえ
③食事の用意ができますか。	1．□はい　2．□いいえ
④請求書の支払いができますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑤銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑥年金などの書類が書けますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑦新聞を読んでいますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑧本や雑誌を読んでいますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑨健康についての記事や番組に関心がありますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑩友達の家を訪ねることがありますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑪家族や友達の相談にのることがありますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑫病人を見舞うことができますか。	1．□はい　2．□いいえ
⑬若い人に自分から話しかけることがありますか。	1．□はい　2．□いいえ

【10】その他、2024(令和６)年11月から今までの間に、治療された病気や検査などがありましたら、ご記入下さい。

（例　心臓の検査で入院した、骨粗鬆症（こつそしょうしょう）、腰椎骨折（ようついこっせつ）、がん等）

次ページ【11】におすすみ下さい

15000006

000001

【11】以下に、本アンケートを記入された方のご署名をお願いいたします。

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

御 関 係　　本人・家族・知人・その他（　　）
（↑該当するものに○をつけてください）

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（本アンケートの内容確認等のため、連絡させていただく場合がございますのでご記入をお願いします）

◎ご住所等を変更された場合は、以下にご記入下さい。

新 住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下、事務局へのご連絡にご利用ください。

ご協力、誠にありがとうございました。

事務局使用欄

□M	□D	□H	□S	受領日
／	／	／	／	／

15000006

000001

脳卒中　発症調査票

循環器病の予防に関する調査　ニッポンデータ2010

施設名 住　所 TEL	貴施設における ID	本調査票記入者ご芳名 連絡先E-mailアドレス @	本調査票記入日 令和　　年　月　日
患者氏名		生年月日	性別

令和6年11月以降の発症についてチェックを入れて下さい

1. 病型　□ 脳梗塞 → 病型：□ラクナ梗塞　□アテローム血栓性　□心原性脳塞栓
　□病型不明　□その他（　　）
　□ 脳出血
　□ くも膜下出血
　□ 一過性脳虚血発作 → おおよその症状持続時間をご記載ください（　　時間）
　□ 病型不明
　□ その他　＊具体的な臨床症状、病名などをご記載ください
　　また、上記のいずれにも該当しない場合もこちらにご記載ください
　（　　）

2. 上記疾患の発症年月日：平成・令和　　年　　月　　日

3. 症状について（該当するもの全てにチェック もしくは ○をつけてください）
　□ 意識障害
　□ 運動障害［ 1. 顔面（ 左 ・ 右 ）　2. 上肢 ・ 下肢（ 左 ・ 右 ）］
　□ 感覚障害［ 1. 顔面（ 左 ・ 右 ）　2. 上肢 ・ 下肢（ 左 ・ 右 ）］
　□ 構音障害
　□ めまい・ふらつき・平衡感覚障害
　□ 皮質機能障害（失語・失認・失行・半盲等）＊具体的な障害をご記載ください
　（　　）
　□ その他　＊具体的な臨床症状などをご記載ください
　（　　）

4. 上記の発症は突発完成型でしたか？　□はい　□いいえ　□不明　□その他

5. 脳梗塞の場合、24時間以内に以下の治療を行いましたか
　□t-PA　□血栓回収療法　□血栓溶解療法

6. 発症前の抗凝固薬・抗血小板薬服用：　□なし　□あり →＊薬剤名をご記載ください（　　）

7. 画像診断について
　● 画像検査の有無：□なし　□あり → 以下にチェックの上、画像データ、所見用紙等のコピーを同封ください。
　　□ CT
　　□ MRI・MRA
　　□ 頚動脈エコー・TCD
　　□ 脳血管造影
　　□ 心エコー・経食道エコー
　　□ その他（　　）
　● 責 任 病 巣：□皮質・皮質下　□基底核（尾状核・内包・被核等）　□視床
　　□小脳　□脳幹　□多発性　□不明
　　□その他（　　）

8.【ラクナ梗塞】の場合、以下についてご記載ください
　● 病巣サイズ(最長)：（　　cm）

9.【アテローム血栓性脳梗塞】の場合、以下についてご記載ください
　● 主幹動脈狭窄病変
　　（50%以上）の有無：□なし　□あり →＊具体的に以下にご記載ください
　　（　　）

10.【心原性脳梗塞】の場合、以下についてご記載ください
　● 心房細動の有無：□なし　□あり　□その他＊具体的に以下にご記載ください
　　（　　）
　● 心房内血栓の有無：□なし　□あり　□その他＊具体的に以下にご記載ください
　　（　　）
　● 弁膜症の有無：□なし　□あり　□その他＊具体的に以下にご記載ください
　　（　　）
　● 人工弁の有無：□なし　□あり　□その他＊具体的に以下にご記載ください
　　（　　）
　● 心筋梗塞の有無：□なし　□あり　□その他＊具体的に以下にご記載ください
　　（　　）
　● その他塞栓症を疑う状態の有無：
　　□なし　□あり　□その他＊具体的に以下にご記載ください
　　（　　）

ご協力いただきありがとうございました

事務局使用欄

NO	発送日	受領日

心疾患　発症調査票

循環器病の予防に関する調査　ニッポンデータ2010

施設名 住　所 TEL	貴施設における ID	本調査票記入者ご芳名 連絡先E-mailアドレス @	本調査票記入日 令和　　年　月　日
患者氏名		生年月日	性別

令和6年11月以降の発症についてチェックを入れて下さい

1. 心疾患の病型
　□ 心筋梗塞（内膜下梗塞を含む）→ 梗塞部位：□前壁・中隔　□側壁　□下壁・後壁
　□ 狭心症 → 病型：□労作性狭心症　□冠れん縮性狭心症　□その他（　　）
　□ 心不全
　□ 不整脈　＊具体的な病名などご記入ください　また、心電図がありましたら、コピーを同封ください
　（　　）
　（ペースメーカー植込みの有無：□ なし　□あり → 施行年月日：平成・令和　　年　　月　　日）
※上記の疾患や上記の期間に該当しない場合はこちらにご記入ください
　（　　）

2. 上記疾患の発症年月日：平成・令和　　年　　月　　日　※不明の場合は、貴院初診日をご記入ください

3. 心筋梗塞の場合は下記にご記入ください
　● 胸部症状
　　□ 典型的胸痛（20分以上続く胸痛）
　　□ 非典型的胸痛（上記以外の胸痛）
　　□ 急性左心不全、ショック、失神
　　□ その他（　　）＊具体的な臨床症状などご記入ください
　● 心電図変化の有無：□ なし　□ あり　→　□ 異常Q波の出現　□ ST上昇　□ T波異常
　　誘導部位：
　● 心筋逸脱酵素（CPK, GOT, LDH,等）の上昇：
　　□ 有（正常範囲の2倍以上）　□ 有（正常範囲の2倍未満）　□ なし　□ 不明
　● 心筋トロポニンTまたは心筋トロポニンIによる判定：
　　□ 有：陽性　□ 有：陰性　□ なし　□ 不明
　● 蘇生措置の有無：□ なし　□ あり

　● 診断に至った冠動脈造影の有無：
　　□ なし
　　□ あり（　　）
　　＊具体的な所見などご記入ください。所見結果用紙のコピー等を添付いただいても結構です
　● 診断に至ったその他の検査（冠動脈CT、心筋シンチグラム等）の有無：
　　□ なし
　　□ あり（　　）
　　＊具体的な所見などご記入ください。所見結果用紙のコピー等を添付いただいても結構です

4. 下記の治療の有無をご記入ください
　● 経皮的冠動脈インターベンション（PCI）の有無：□ なし □ あり→施行年月日：平成・令和　　年　　月　　日
　● 経皮的冠動脈血栓溶解療法の有無：　□ なし □ あり→施行年月日：平成・令和　　年　　月　　日
　● 冠動脈バイパス術（CABG）の有無：　□ なし □ あり→施行年月日：平成・令和　　年　　月　　日

5. 心不全の場合は下記にご記入ください
　● NYHA分類：□ Ⅰ　□ Ⅱ　□ Ⅲ　□ Ⅳ
　（発症時の状況をご記入ください）
　● 入院治療の有無：
　　□ なし
　　□ あり 入院日：令和　　年　　月　　日
　● 心不全の診断根拠（該当する項目すべて）
　　□ 利尿薬や血管拡張薬による追加治療
　　□ 治療に反応して5日間で4.5kg以上の体重減少
　　□ BNP高値 →（　　）値を記入ください
　　□ 心エコーによる心不全徴候の確認
　　□ 臨床症状
　　（ 該当する項目に○をつけてください：呼吸困難、労作時息切れ、起座呼吸、喘鳴）
　　□ 身体所見（ 該当する項目に○をつけてください：肺ラ音、Ⅲ音、頸静脈怒張、下腿浮腫、体重増加）
　　□ 胸部XP所見（ 該当する項目に○をつけてください：心拡大、肺うっ血、胸水貯留）
　　□ その他（　　）＊具体的な臨床症状などご記入ください
　● 心不全の原疾患：
　　□虚血性心疾患　□弁膜症　□心筋症　□不整脈　□高血圧　□その他（　　）□不明

Ⅰ	心疾患があるが身体活動には特に制約がなく日常労作により、特に不当な呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの愁訴が生じないもの
Ⅱ	心疾患があり、身体活動が軽度に制約されるもの：安静時または軽労作時には障害がないか、日常労作のうち、比較的強い労作（階段上昇、坂道歩行など）によって上記の愁訴が発現するもの
Ⅲ	心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの：安静時には愁訴がないが、比較的軽い日常労作でも愁訴が出現するもの
Ⅳ	心疾患があり、いかなる程度の身体労作の際にも上記愁訴が出現し、また、心不全症状、または狭心症症候群が安静時においてもみられ、労作によりそれらが増強するもの

ご協力いただきありがとうございました

事務局使用欄

NO	発送日	受領日

糖尿病　発症調査票

循環器病の予防に関する調査　ニッポンデータ2010

施設名	貴施設における ID	本調査票記入者ご芳名 連絡先E-mailアドレス	本調査票記入日
住　所 TEL		…… @	令和　　年　月　日
患者氏名		生年月日	性別

発症についてチェックを入れて下さい

1. 糖尿病の病型：□ 1型　□ 2型　□ 病型不明　□ 糖尿病ではない（耐糖能障害）
□ その他 ＊具体的な臨床症状、病名、ご記載ください
また、上記のいずれにも該当しない場合もこちらにご記載ください
（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2. 上記疾患の診断年月日：平成・令和 ＿＿年＿＿月＿＿日

3. 診断に至った検査：　＊診断に用いられたすべての項目をチェックしてください
また、検査項目については数値をご記載ください
（健康診断などの値をご記載頂いても結構です）

□ 空腹時血糖値
①平成・令和　年　月　日（　　）mg/dl
②平成・令和　年　月　日（　　）mg/dl

□ 随時血糖値
①平成・令和　年　月　日（　　）mg/dl（食後　時間）
②平成・令和　年　月　日（　　）mg/dl（食後　時間）

□ HbA1c
①平成・令和　年　月　日（　　）%（NGSP値）
②平成・令和　年　月　日（　　）%（NGSP値）

□ 経口糖負荷検査（75gOGTT）
平成・令和　年　月　日　空腹時（　　）mg/dl
2時間値（　　）mg/dl

□ 確実な糖尿病性網膜症の存在

□ 典型的症状（口渇、多飲、多尿、体重減少）の存在

4. 膵島関連自己抗体の測定
- 抗GAD抗体：□ 陽性（　　）U/ml　□ 陰性　□ 未測定
- 抗IA-2抗体：□ 陽性（　　）U/ml　□ 陰性　□ 未測定
- その他 →（＿＿＿＿＿＿）＊具体的な抗体名・測定結果をご記載ください
（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

5. 現在の治療について
- 食事・運動療法：□ なし　□ あり
- 薬物治療：□ なし　□ あり
↓＊「あり」の場合は以下の項目もご記載ください

- 薬物治療の開始年月日：平成・令和　年　月　日
- 経口糖尿病治療薬：□ なし　□ あり →（＿＿＿＿＿＿）＊具体的な薬剤名をご記載ください
（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
- インスリン治療：□ なし　□ あり
- GLP-1アナログ治療：□ なし　□ あり
- その他 →（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）＊具体的にご記載ください

ご協力いただきありがとうございました

事務局使用欄

NO	発送日	受領日

資料３

脳卒中イベント判定委員会　合議事項

改訂 2017/06/28
2018/01/19
2022/11/16
2023/08/04
2024/11/27

【二次性の脳卒中の扱い】
・外傷性の脳卒中はイベントとしてとらない。
・血液疾患や化学療法中で凝固異常を伴う場合の脳卒中はイベントとしてとらない。
・脳腫瘍によるイベントはとらないが、それ以外の腫瘍を合併するイベントはとる。
・二次性脳卒中のフラグを付ける。

【遺伝性の脳卒中の扱い】
・遺伝性の脳卒中(CADASIL, MELAS 等)はイベントとしてとらない、ただし遺伝性脳卒中のフラグを付ける

【脳梗塞病型の判断】
・小脳梗塞はラクナではなく、アテロームとする。
・脳幹部は機序的にアテロームとサイズ的にラクナで迷う場合は、病型分類不能とする。
⇒
（病型を判断する際の優先順位）
① 症状がないときはとらない。
② 部位も考慮して機序を判断する。
③ サイズを考慮して病型を判断する。
・心原性脳塞栓は、塞栓源、多枝病変、両側血管におよぶ病変の有無を考慮して診断する。
・BAD （Branch atheromatous disease）は機序的にアテローム血栓性脳梗塞に近いのでラクナと断定しない。第 4 の病型として登録し、15mm以上/未満を記載する。将来解析するときはラクナ(15mm 未満)　アテローム血栓性(15mm 以上)とするか検討する。
・積極的に病型判断を肯定する証拠がない場合は病型不明とする。

【発症日が不明の場合】
① 症状発現時期（日）（本人の申告）
② 受診日
上記①②を考慮して、個別に検討する。
③ 日付不詳の場合は 15 日とする

【確度】
・病態（経過）が不確かな場合は確度を下げてイベントとする。（疑い）

【その他】
・TIA(一過性脳虚血発作)と慢性硬膜下血腫はイベントととらない、判定に回す。
・TIA/脳梗塞判別のために下記の情報を参考にする。
　症状持続時間 24 時間以上/未満
　治療状況（t-PA　血栓回収　血栓溶解療法）

心疾患イベント判定委員会　合議事項 221118 改訂

【心不全の判定基準】

1. 心不全の新規発症は、フラミンガム研究の判定基準（Mckee P.A. et al. The natural history of congestive heart failure: The Framingham Heart Study. N Engl J Med. 1971; 285: 1441-6）を満たす場合、または、心不全による入院があった場合とする。上記に関する情報が不足している場合は、症状や BNP などの検査データを含めて総合的に判断する。入院の有無をデータに反映する。
2. 心不全既往者における心不全の増悪は、フラミンガム研究の判定基準を満たし、かつ、心不全による入院があった場合に、イベントとする。原則として入院日をイベント発生日とする。
3. 急性心筋梗塞発症時に合併した心不全は、心不全のイベントとしてとらない。
4. 不整脈発作に合併した心不全は、心不全のイベントとする。
5. 腎不全等、二次性の心不全についても、心不全の診断基準を満たせば、心不全イベントとする。（二次性心不全はデータ作成の際、わかるように明記する）2025/11/7 追記

【心筋梗塞・血行再建】

1. 梗塞部位までは確定しなくてよい。
2. PCI, t-PA, CABG は個別にイベントとして記録する。

【不整脈】

1. PAF で発作時の心電図情報がない場合は、治療状況などを含め総合的に判断する。
2. 房室ブロックや SSS はペースメーカー治療等を要した場合にその時点をもってイベントとする。
3. VT は事務局で記録しておく。ICD 治療等を要する症例が出た時点で、イベントとするか再度判定委員会で検討する。
4. 診断日は可能な限り、心電図等で確認した日付とする。
5. PSVT は事務局で記録する。アブレーションも記録する。

【その他の心血管病】

1. AAA は本人からの自己申告、手術、破裂等を事務局で記録しておくが、イベント判定にはまわさない。
2. PAD は本人からの自己申告、手術等を事務局で記録しておくが、イベント判定にはまわさない。
3. 遺伝性の心血管病についても、心疾患イベント判定および心血管病等の記録を行う。

【突然死】

突然死の取り扱いについての案を作成し、編集委員会で議論の後、班会議等で方針を確定する。

1. 急性心臓死（1 時間以内 R96.0）、急性死（24 時間以内 R96.1）に分類する。
2. これまでイベント判定が実施されておらず、人口動態統計で急性心臓死や循環器疾患死亡が疑われた症例は、医療機関調査【搬送記録、死亡診断書、解剖記録、最終目撃時間、搬送時の状況（搬送記録がない場合等）】、を実施する。
3. 人口動態および個票（小票）データと 2 医療機関調査で得た情報を照合して、医療記録を基にイベント判定を実施する。
4. 人口動態および個票（小票）データとイベント判定の死因に齟齬があった場合は、イベント判定の結果を研究班で合議した死因とする。人口動態から得た死因もデータセットに残す。

糖尿病イベント判定について

平成 27 年 7 月 15 日（水）の判定委員会にて下記の基準で判定を行うことで合意が得られた。

ベースラインデータで既往が確認できた場合は、既往と判断する。
・血糖値は随時採血で 200mg/dl 以上
・HbA1c(J)6.1%以上
・治療中

判定の採血結果の判断
一回の値でも
・空腹時採血 126mg/dl 以上
・随時採血 200mg/dl 以上
・HbA1c (N) 6.5%以上
・治療開始

病型：1 型糖尿病・二次性（薬剤性・膵臓疾患によるものなど）が明らかでない場合は 2 型糖尿病とする。（令和 7 年 2 月 21 日イベント判定委員会にて決定）
＊主治医が「診断に用いられた検査値」として記載されている最も早い年月日をイベント日に採用する。ただし、主治医の診断日と大きく異なる場合などは、別途協議する。