

- 34) 植木浩二郎：大規模臨床試験からみた糖尿病薬の特性，ACCORD,ADVANCE,VADT,そして J-DOIT3 糖尿病治療薬の新たな展開 インクレチン関連薬を中心に.診断と治療 (0370-999X) 98 (3) : 379-385, 2010.3.
- 35) 笹子敬洋, 門脇孝：J-DOIT3 における禁煙指導. 内分泌・糖尿病・代謝内科 30, 255-259, 2010.3.

## 2. 学会発表

### a. 国際学会

- 1) 門脇孝：METABOLIC SYNDROME :PATHOPHYSIOLOGY AND TREATMENT STRATEGY. 第 36 回 APACPH 講演, 埼玉, 2007.11.25.

### b. 国内学会

- 1) 門脇孝：病態とエビデンスに基づく 2 型糖尿病の治療戦略. 練馬区医師会学術内科医会臨床研究会, 東京, 2006. 4.
- 2) 門脇孝：DOIT3 とアディポネクチン. 第 2 回高分子量アディポネクチン研究会, 東京, 2006. 5.
- 3) 門脇孝：インスリン抵抗性改善薬の役割と戦略的アウトカム研究～わが国の糖尿病患者の予防改善のために～. 第 49 回日本糖尿病学会年次学術集会 イブニングセミナー, 東京, 2006. 5.
- 4) 門脇孝：大血管合併症阻止に向けた 2 型糖尿病の治療戦略－DOIT3 と実際のアプローチ. 第 49 回日本糖尿病学会年次学術集会 ランチョンセミナー, 東京, 2006. 5.
- 5) 門脇孝：メタボリックシンドロームの病態と治療へのアプローチ－心血管病の予防戦略－. 第 15 回 Tokyo Bay Heart Forum, 浦安, 2006. 6.
- 6) 門脇孝：病態とエビデンスに基づく 2 型糖尿病の治療戦略～大血管症抑制を目指して～. 第 5 回チアゾリジンフォーラム, 東京, 2006. 8.
- 7) 門脇孝：組織的な糖尿病対策の現状：「J-DOIT3」. 第 41 回糖尿病学の進歩 シンポジウム, 北海道, 2006. 9.
- 8) 門脇孝：糖尿病・メタボリックシンドロームの病態と治療戦略～J-DOIT3 の重要性～. Expert Meeting in Kanagawa, 横浜, 2006. 9.
- 9) 門脇孝：2 型糖尿病の分子機構と治療戦略. (特別講演)第 1 回四国先端糖尿病研究会, 松山, 2007. 3.
- 10) 門脇孝：メタボリックシンドロームとバイオマーカー研究の最新動向. 機能性食品バイオマーカーシンポジウム, 東京, 2007.4.3.
- 11) 門脇孝：新たな糖尿病治療戦略と J-DOIT3. SGLT2 inhibitor Advisory Board Meeting ランチョンセミナー, 大阪, 2007.4.7.
- 12) 門脇孝：インスリン抵抗性改善薬の役割と戦略的アウトカム研究～日常診療に EBM を反映する～. 第 50 回日本糖尿病学会年次学術集会 イブニングセミナー, 仙台, 2007.5.24.

- 13) 植木浩二郎:糖尿病における動脈硬化症予防のためのライフスタイルの確立-DOIT3 の視点-。第 50 回日本糖尿病学会年次学術集会 シンポジウム, 仙台, 2007.5.24.
- 14) 門脇孝: J-DOIT3. 第 50 回日本糖尿病学会年次学術集会 特別シンポジウム, 仙台, 2007.5.25.
- 15) 門脇孝: 糖尿病の治療・予防戦略を考える—一次予防から三次予防まで。第 50 回日本糖尿病学会年次学術集会 ランチョンセミナー, 仙台, 2007.5.25.
- 16) 門脇孝: メタボリックシンドロームの先端科学と治療戦略。(特別講演) 第 24 回和漢医薬学会大会, 富山, 2007.9.8.
- 17) 門脇孝: メタボリックシンドロームの病態と治療・予防戦略。文部科学省選定事業記念シンポジウム, 東京, 2007.9.11.
- 18) 門脇孝: 血管合併症抑制にむけたメタボリックシンドローム・糖尿病の治療戦略。第 28 回日本肥満学会 ランチョンセミナー, 東京, 2007.10.19.
- 19) 門脇孝: 心血管イベント抑制に向けた糖尿病の治療戦略。第 44 回日本糖尿病学会近畿地方会 ランチョンセミナー, 大阪, 2007.11.3.
- 20) 門脇孝: 心血管イベント抑制に向けた糖尿病の治療戦略。第 42 回糖尿病学の進歩 モーニングセミナー, 高松, 2008.2.16.
- 21) 門脇孝: 糖尿病対策の現状-J-DOIT3. 第 42 回糖尿病学の進歩 シンポジウム, 高松, 2008.2.16.
- 22) 植木浩二郎: 糖尿病大血管症危険因子に対する統合的介入の重要性。第 42 回糖尿病学の進歩 シンポジウム, 高松, 2008.2.16.
- 23) 門脇孝: 糖尿病による血管障害予防を目指した治療戦略~J-DOIT3 の取り組み~。第 14 回日本糖尿病眼学会 ランチョンセミナー, 東京, 2008.3.14.
- 24) 門脇孝: 心血管イベント抑制に向けた糖尿病の治療戦略。第 20 回岡山生活習慣病談話会, 岡山, 2008.4.15.
- 25) 門脇孝: 心血管症抑制を目指した 2 型糖尿病の治療戦略。健康寿命延長を考える会, 郡山, 2008.4.24.
- 26) 門脇孝: J-DOIT3. 第 51 回日本糖尿病学会年次学術集会シンポジウム, 東京, 2008.5.24.
- 27) 門脇孝: 糖尿病メタボリックシンドロームの病態と治療戦略—J-DOIT3 の重要性—。生活習慣病フォーラム 2008 in Kokura, 福岡, 2008.6.24.
- 28) 門脇孝: 心血管症抑制を見据えた 2 型糖尿病の治療戦略と実際のアプローチ。佐賀県医師会学術講演会 特別講演, 佐賀, 2008.6.27.
- 29) 植木浩二郎: 2 型糖尿病における大血管症危険因子に対する統合的介入の重要性。第 40 回日本動脈硬化学会総会 イブニングセミナー, 筑波, 2008.7.10.
- 30) 門脇孝: 糖尿病の病態と治療の新しい考え方—より良いチーム医療の実現を目指して—。第 9 回徳島糖尿病フォーラム, 徳島, 2008.7.11.
- 31) 門脇孝: 糖尿病の成因と治療に関する最近の話題。第 28 回 JASM 研修会, 東京, 2008.7.25.
- 32) 門脇孝: 合併症抑制を目指した糖尿病治療戦略—エビデンスを踏まえたチーム医療のアプローチ—。第 5 回臨床医のための糖尿病合併症セミナー, 東京, 2008.7.31.

- 33) 門脇孝：心血管イベント抑制に向けた糖尿病の治療戦略. 鎌倉糖尿病セミナー, 鎌倉, 2008.8.27.
- 34) 門脇孝:糖尿病の成因と治療に関する最近の話題. 第3回日本内科学会生涯教育講演会, 松山, 2008.9.7.
- 35) 門脇孝：糖尿病と合併症の予防の進め方. 第10回城南生活習慣病セミナー, 東京, 2008.9.18.
- 36) 門脇孝：合併症抑制を目指した糖尿病治療戦略—エビデンスを踏まえたチーム医療のアプローチ—. 新宿糖尿病フォーラム 2008 特別講演, 東京, 2008.10.23.
- 37) 門脇孝：心血管イベントの抑制を見据えた2型糖尿病の治療戦略. 鳥取県中部医師会学術講演会, 鳥取, 2008.11.20.
- 38) 門脇孝：トータルな血管合併症抑制を目指す糖尿病治療戦略. 第45回日本糖尿病学会/第44回日本糖尿病協会近畿地方会, 神戸, 2008.11.22.
- 39) 門脇孝：糖尿病患者を血管合併症から守るための治療戦略～早期介入の重要性～. 第3回 Metabolic-Cardiology 研究会, 東京, 2009.1.17.
- 40) 門脇孝：糖尿病の病態と治療戦略～最近の大規模臨床試験を踏まえて～. 糖尿病 Expert Meeting, 熊本, 2009.1.20.
- 41) 門脇孝：糖尿病における脳・心・腎合併症予防のための治療戦略. 脳・心・腎 Round Table meeting, 広島, 2009.1.30.
- 42) 門脇孝：糖尿病の病態と治療戦略～最近の大規模臨床試験を踏まえて～. TZD Symposium 2009 WINTER in SENDAI, 仙台, 2009.2.5.
- 43) 門脇孝：糖尿病の病態と治療戦略～最近の大規模臨床試験を踏まえて～. DM management conference, 東京, 2009.2.10.
- 44) 門脇孝：糖尿病患者における積極的・多角的治療介入—その意義と実践：J-DOIT3 から. 第43回糖尿病学の進歩, 松本, 2009.2.20.
- 45) 植木浩二郎：心血管症予防を目指した糖尿病治療. 第73回日本循環器学会総会 ランチョンセミナー, 大阪, 2009.3.21.
- 46) 植木浩二郎：心血管症予防を目指した糖尿病治療. 第19回臨床内分泌 Update ランチョンセミナー, 東京, 2009.3.14.
- 47) 門脇孝：糖尿病患者の新たなる治療ステージ. 第52回日本糖尿病学会年次学術集会 ランチョンセミナー, 大阪, 2009. 5.
- 48) 植木浩二郎, 門脇孝：糖尿病治療の光と影 大血管症抑制を目指した危険因子の統合的厳格管理—J-DOIT3. 第52回日本糖尿病学会年次学術集会 シンポジウム, 大阪, 2009. 5.
- 49) 植木浩二郎：心血管症予防を目指した糖尿病治療. 第52回日本糖尿病学会年次学術集会 ランチョンセミナー, 大阪, 2009. 5.
- 50) 植木浩二郎：大血管症危険因子の厳格コントロールの意義. 第52回日本糖尿病学会年次学術集会ランチョンセミナー, 大阪, 2009. 5.

- 51) 門脇孝：2 型糖尿病の新しい治療戦略—早期軽症からの厳格な血糖管理に向けて。第 2 回日本肥満症治療学会学術集会，東京，2009. 7.
- 52) 門脇孝：日本人 2 型糖尿病の病態と治療戦略。キッセイメディアフォーラム，東京，2009.7.29.
- 53) 門脇孝：わが国の糖尿病患者の心血管予防をいかに進めるか—J-DOIT3 の現状と将来展望。  
(財) 国際協力医学研究振興財団「糖尿病予防のための戦略研究」，東京，2009.7.30.
- 54) 笹子 敬洋：J-DOIT3 に関する中間報告。(一般講演) サノフィ・アベンティス アピド ラ注ソロスター新発売記念講演会，東京，2009.9.9.
- 55) 門脇孝：糖尿病患者における積極的・多角的治療介入—その意義と実践：J-DOIT3 から—。第 13 回長崎循環器フォーラム，長崎，2009.11.4.
- 56) 門脇孝：2 型糖尿病の病態と治療のパラダイムシフト。秋田アクトス 10 周年記念講演会，秋田，2009.11.13.
- 57) 門脇孝：臨床医学からの提言。(特別講演 2) 第 2 回日本の創薬向上シンポジウム，東京，2009. 12.4.
- 58) 門脇孝：糖尿病の成因と治療戦略—網膜症を含めて。(特別講演) 第 15 回日本糖尿病眼学会総会，名古屋，2009.12.6.
- 59) 門脇孝：2 型糖尿病の病態と治療のパラダイムシフト。(特別講演) アクトス 10 周年記念講演会，大阪，2010.1.21.
- 60) 門脇孝：糖尿病の成因と治療戦略～最新の知見～。第 4 回徳島 Vascular Endocrinology Conference, 徳島，2010. 2.4.
- 61) 門脇孝：糖尿病の病態と治療法・予防法～基礎から最新情報まで～ 今こそセルフコントロール糖尿病 (特別講演) シンポジウム，東京，2010. 2.22.
- 62) 門脇孝：糖尿病の病態と治療の進め方—最近の考え方—。高槻市糖尿病アカデミー，京都，2010. 2.24.
- 63) 門脇孝：合併症抑制に向けた糖尿病治療戦略。第 44 回糖尿病学の進歩 ランチョンセミナー，大阪，2010. 3.6.

#### E. 知的財産権の出願・登録状況

- (1) 特許取得  
なし
- (2) 実用新案  
なし
- (3) その他  
なし

F. 資料等

(1) 同意説明文書

(2) コアカリキュラム

## (資料) 各課題試験実施計画書

課題1 試験実施計画書 (第1.3.0版)

課題2 パイロット研究試験実施計画書 (第1.1.1版)

課題2 大規模研究試験実施計画書 (第1.3.0版)

課題3 試験実施計画書 (第2.0版)

# 「2型糖尿病発症予防のための介入試験」 (J-DOIT1)

## 試験実施計画書

厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業)  
「戦略的アウトカム研究策定に関する研究」班

第 1.0.0 版 : 2006年 12月 11日作成

第 1.1.0 版 : 2007年 3月 24日修正

第 1.1.1 版 : 2007年 6月 18日修正

第 1.2.0 版 : 2007年 10月 1日修正

第 1.3.0 版 : 2009年 12月 11日修正

## 0. 研究の概要

### 研究の目的

糖尿病のハイリスク者を対象に「糖尿病予防支援」を実施し、糖尿病の発症率を低下させる効果を検証する。

### 研究デザイン

クラスター・ランダム化比較試験。

本研究は、予防支援センターの実施する「糖尿病予防支援」を実施する群（以下、支援群）と実施しない群（以下、自立群）の2群を比較するクラスター・ランダム化比較試験である。健康診断実施組織を、支援群、自立群に無作為に割付けるものとし、各群それぞれで糖尿病のハイリスク者のうち適格基準に合致し、同意の得られた者すべてを登録する。健康診断実施組織（企業健保組合、市町村など）をクラスターの単位とし、クラスター数は支援群、自立群それぞれ約20の合計約40、目標被験者数は計約3500名とする。

医師や保健師等は、健診結果や、食事および運動に関するアンケート調査の結果に基づいて糖尿病予防のための到達目標を設定し、予防支援センターに1年間にわたって食事療法及び運動療法に関する予防支援を実施させる。予防支援は、電話等による非対面式とし、体重および歩数の測定促進とその結果のフィードバックおよび食事、運動に関する支援を行なう。一方、自立群は、到達目標を設定後は自立し、情報提供は受けるが予防支援は受けない。

追跡調査期間は登録から2012年3月までとし、2011年度の健康診断データまで調査対象とする。

### 評価項目

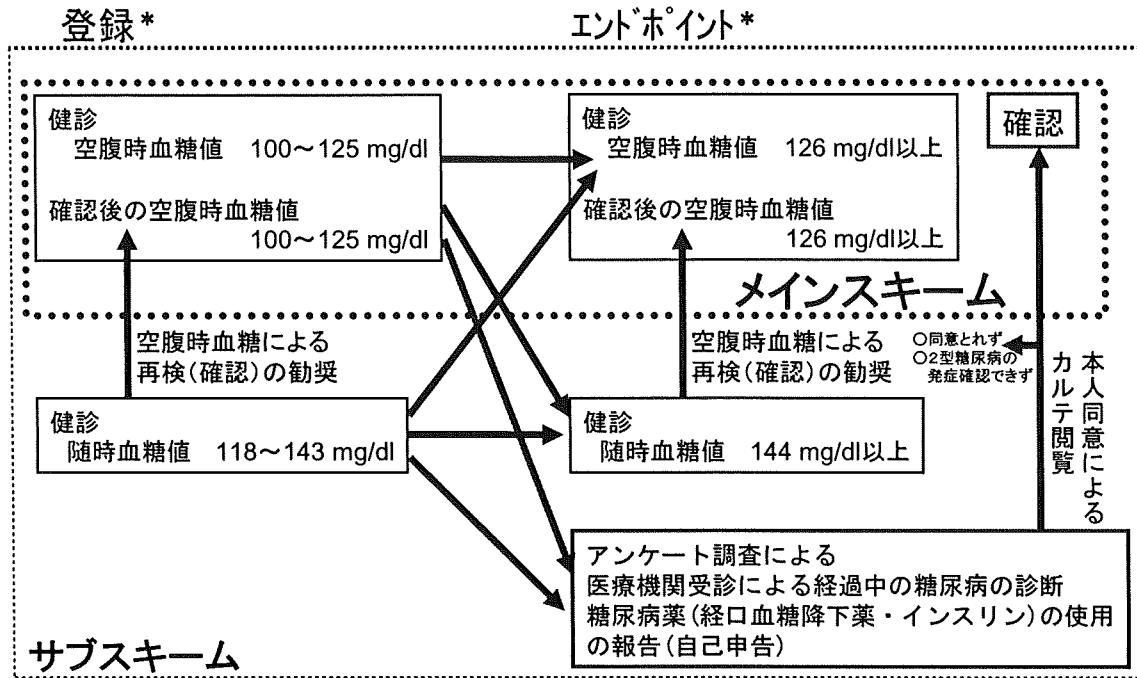
主要評価項目は主として空腹時血糖から判定した予防支援実施後3年間の累積糖尿病発症率とし、副次評価項目は介入前後の体重、BMI、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質、メタボリックシンドローム有所見率、健康行動の変化とする。

### 研究実施期間

2006年10月～2012年3月



## 登録と評価項目



\* 血糖値は糖尿病学会診断基準の疫学調査のガイドラインに従い、1回の測定で判定

## 目次

0. 研究の概要	1
1. 研究の背景	4
2. 研究目的	6
3. 研究デザイン	7
4. 健康診断実施組織の割付	9
5. 健診でのリストアップ	10
6. 被験者の登録	11
7. アンケート、到達目標設定	12
8. 介入の内容	13
9. データの収集	14
10. 評価項目	15
11. 統計解析	16
12. 参加者の同意	19
13. 研究実施体制	21
14. 研究における安全性評価	25
15. 試験の実施状況の報告・被験者の脱落・試験の中止	26
16. 介入の事後評価	27
17. 記録の保存	27
18. 機密保持及び公表に関する取決め	27
（付）血糖値設定の根拠	28

## 1. 研究の背景

平成14年の国民栄養調査に際して行なった糖尿病の実態調査によると、20歳以上の国民のうち、「糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c $\geq$ 6.1%)」と「糖尿病の可能性が否定できない未治療の人 (5.6% $\leq$ HbA1c $<$ 6.0%)」はそれぞれ約740万人と880万人に達し、前回の平成9年の実態調査に比べて増加している。糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変などの合併症を併発し、心血管疾患のリスクを高め、患者の生活の質 (QOL) ならびに社会経済的活力と社会保障資源に及ぼす影響は大きい。

山形県舟形町の住民調査によると、5年間の観察で耐糖能障害 (impaired glucose tolerance : IGT) から糖尿病への発症率は21.3/1000人・年で、正常型からの発症率の6倍である(糖尿病41 (Suppl) : 487、1998)。大阪府立成人病センターの人間ドックの成績では、3.6年間の観察でIGTからの糖尿病発症率は69.5/1000人・年であった(糖尿病37 (Suppl) : 296、1994)。広島原爆障害対策協議会健康管理センターの追跡調査によると、糖尿病発症率は、初診時正常型 20.5/1,000人年、IFG 46.3、IGT-1 (2時間値140~169mg/dl) 55.2、IGT-2 (2時間値170~199mg/dl) 103.8、IGT全体で69.0である(日本臨牀 2005; 63巻(増刊号2):63-66)。

フィンランド糖尿病予防研究 (DPS) では、1993年のパイロット研究の後、1998年までに5施設で肥満を伴う耐糖能障害者523名がリクルートされ、522名 (男172名、女350名) が施設、性、糖負荷後2時間値で対照群と介入群にランダム化された。1年後の体重の変化は、対照群 $0.8 \pm 3.7$ kg減に対し、介入群 $4.2 \pm 5.1$ kg減であった。4年後までの累積糖尿病発症率は対照群では23%、介入群で11%と、介入群で58%抑制効果が認められ、ライフスタイルの介入により2型糖尿病発症が遅延することが示された。また、生活習慣の成功スコアが高いほど、糖尿病の発生率が低いことが示された(N Engl J Med 2001; 344: 1343-1350)。

米国糖尿病予防研究 (DPP) では、27施設で158,177人から30,985人がOGTTを受け、3,819人が無作為化された。リクルート期間は4年間で、生活習慣介入による糖尿病発症予防効果はフィンランド糖尿病予防研究と同様に、58%であった(N Engl J Med 2002; 346: 393-403)。

小坂らの報告によると、男性の耐糖能異常者 (IGT) 458名に対して、4年間にわたり体重、食事、運動の介入を行なったところ、非介入群356名に対して、介入群102名では有意な体重減少 ( $-0.39$  vs.  $-2.18$ kg) がみられ、累積糖尿病発症率も有意に低下した(Diabetes Res. Clin. Pract 2005; 67: 152-162)。

日本糖尿病予防研究 (JDPP) は全国の保健所、保健センター、事業所から募集した耐糖能異常者 (IGT) 298名を年齢、性、BMI、血糖値で無作為に割り付けられたランダム化比較試験である。平均追跡期間2.6年での経過報告によると、体重は介入群で $1.5 \pm 2.7$ kg、対照群で $0.8 \pm 2.5$ kgの減少であり、糖尿病発症率は介入群で約50%低下していた。(Diabetes Journal 2005;33:126-129)。

このように対面型の濃厚介入により糖尿病発症率を低下させることができることには一定のエビ

デンスがある。

しかし、これまで介入研究で実施されてきた対面型の介入では介入できる対象者数に制限があり、また現状では日中仕事についているいわゆる働き盛りの世代が介入を受けることは困難である。このような集団への介入には、従来からの対面型の健康教育や保健指導に代わる、あるいは補完する方法として、パソコン、電話、郵送、携帯情報端末等の非対面型のツールを検討する必要があると思われる。足達らの報告(肥満研究 2004; 10 : 31-36)などから、非対面型の介入は対照群と比較して有意な減量効果が示されている。また、山口らの報告によると非対面型郵送方式を用いた介入により前後で有意な運動時間の増加がみられている((財)明治生命厚生事業団第15回健康医科学研究助成論文集 15:155-165)。

このように減量と運動に対しては、非対面型の介入はある程度の効果が認められるが、糖尿病発症予防を目的とした非対面式の介入研究は世界的にみてもない。

そこで、本研究では、糖尿病のハイリスク群を対象に、従来の指導法に比べて、非対面式支援による生活習慣の修正が、糖尿病の発症をどの程度予防・遅延できるかについて、多施設共同のランダム化比較試験で検討することを目的とする。

## 2. 研究目的

健診で見いだされた糖尿病のハイリスク者約3500名を対象に「糖尿病予防支援」を実施し、糖尿病の発症率を低下させる効果を検証する。ここでの糖尿病とは空腹時血糖値126mg/dl以上（または医師による診断・糖尿病薬の使用が確認された糖尿病）とする。

主要評価項目は予防支援実施後3年間の累積糖尿病発症率とする。副次評価項目には、介入前後の体重、BMI、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質、メタボリックシンドローム有所見率、健康行動の変化を含む。

空腹時血糖については、ADAのIFGの診断基準を用いた。

### 3. 研究デザイン

#### 研究デザイン

本研究は糖尿病のハイリスク者を対象としたクラスター・ランダム化比較試験であり、クラスター数は支援群、自立群それぞれ約20の合計約40とし、目標被験者数は計約3500名とする。

#### 研究デザインの根拠

本研究では支援群の被験者に対して糖尿病発症予防支援を行なうが、支援内容は生活習慣に関わるものが中心であり、支援群の被験者と自立群の被験者が接触することによって比較的容易にコンタミネーションが起こりうる。また本研究では被験者が健康診断によって選択されることから、各健康診断単位内に支援群と自立群の被験者がいるとコンタミネーションの危険が大きい。このため本研究では研究デザインとして、健康診断実施組織を単位としたクラスター・ランダム化比較試験を採用した。

研究全体の流れを以下に示す。

#### (1) クラスターの形成

健康診断実施組織は、2000～3000人程度の健康診断受診者を1つの集団としたクラスターを構成した上で研究に応募する。

#### (2) クラスターの割付

各クラスターを支援群、自立群に無作為に割付ける。ただし、支援群、自立群間で、地域性、都市部と非都市部、健診対象者の人口、年齢構成が大きく偏らないように調整する。

#### (3) 健診で選択基準に該当するものをリストアップ、動機付け、研究の紹介

健康診断実施組織は健康診断の結果が選択基準に該当するものをリストアップする。該当者へ生活習慣改善の重要性を説明し、研究の紹介および研究参加申込書を配布する。研究参加申込書の回収は予防支援組織が行なう。説明等は原則として対面で行なうが、リーフレットなど非対面式で行なうことも可とする。

#### (4) 被験者の登録

健康診断実施組織は、研究参加希望者の健康診断データを予防支援組織に提供する。予防支援組織は研究参加希望者が選択基準に該当し除外基準に該当しないことを再確認し、被験者として登録する。

#### (5) アンケート、到達目標設定

予防支援組織は被験者(支援群および自立群)に研究リーダーの作成するアンケート調査(食事、運動等の項目を含む)を実施し、その結果を健康診断データとともに健康診断実施組織の指定す

る医師あるいは保健師等に送付する。医師あるいは保健師等は健康診断データ、アンケート結果にもとづいて到達目標を設定し、予防支援組織に通知する。予防支援組織はこれらのデータを匿名化し、データセンターに送る。

#### (6) 予防支援実施

支援群に対しては、予防支援組織は到達目標に基づいて、行動目標を設定し、予防支援を実施する。同時に被験者からのデータを収集し匿名化してデータセンターに送るとともに、予防支援に役立てる。一方、自立群に対しては予防支援を提供しない。

#### (7) データの収集、評価

予防支援組織は介入終了時に研究リーダーの作成したアンケート調査を実施する（支援群および自立群）。また、健康行動の変化、糖尿病の診断や糖尿病薬の有無、有害事象の有無等を確認するために、その後も1年ごとに簡易質問調査を実施する。

健康診断実施組織は被験者の健康診断データを予防支援組織に送付する。予防支援組織はデータを匿名化しデータセンターに送る。

#### サンプルサイズ

健康診断を実施する主体（企業健保組合、市町村など）約40箇所。

糖尿病のハイリスク者（20歳から65歳までの男女）合計約3500名。

#### 研究期間

登録期間は2007年3月から2007年10月まで、追跡期間は登録から2012年3月までとし、2011年度の健康診断データまで調査対象とする。

#### 参加健康診断実施組織に必要とされる条件

本研究に参加する健康診断実施組織は以下の条件をすべて満たすこととする。

1. 本戦略研究の意義に賛同し本研究実施計画書に従って研究を実施することが可能なこと。
2. 年間の健康診断受診者数が2500名以上であること。
3. 健康診断で本研究の選択基準に該当する者をリストアップし、該当者へ生活習慣改善の重要性を説明し、研究の紹介および研究参加申込書を配布し、回収することが可能なこと（説明や紹介は非対面でも可）。研究への参加を希望する者の健康診断データおよび参加申込書を、予防支援組織に提供することが可能であること。
4. 研究への参加を希望する者にアンケート調査と健康診断データに基づいて、到達目標を設定する体制を有すること。
5. 研究期間中、参加者が受けた健康診断の結果を予防支援組織に提供することが可能であること。

#### 4. 健康診断実施組織の割付

##### 健康診断実施組織の募集、選考

主任研究者は、前述の条件を満たす健康診断実施組織を公募し、研究リーダーを含む選考のための委員会を設けてこれを選考する。健康診断実施組織は事項に示すクラスターを構成して応募するものとし、募集数はクラスター数で約40とする。健康診断受診者数を一定にする等の理由により、1つの健康診断実施組織のうちの一定のエリアのみが参加することや、近接する複数の健康診断実施組織を合わせて、1つの健康診断実施組織として参加することも可能とする。

##### クラスターの形成

1クラスターは健康診断受診者で約2000～3000人程度の規模を目安とする。可能であれば、事前に本研究参加の適格者をスクリーニングし、適格者の数で200～300人程度のクラスターとすることが望ましい。

クラスターの構成は健康診断受診者数に応じて行ない、全ての健康診断受診者を1つのクラスターとするか、あるいは複数のクラスターに分割する。複数のクラスターに分割する際は、異なるクラスターに属する健康診断受診者の生活上の交流が少なくなるように配慮することとする。

##### クラスターの割付

各クラスターを支援群、自立群に半数ずつ無作為に割付ける。ただし、支援群、自立群間で、地域性、都市部と非都市部、健診対象者の人口、年齢構成が大きく偏らないように調整する。研究期間中、各クラスターはいかなる事情があっても割り付けられた群を変更してはならない。



## 5. 健診でのリストアップ

### 健診結果でのリストアップ

健康診断実施組織は、空腹時血糖値 100mg/dl以上126mg/dl未満、または随時血糖値 118mg/dl以上144mg/dl未満のものをリストアップし、該当者へ研究の紹介および研究参加申込書を配布する。

健診項目は原則として以下の測定を行なう。

計測：身長、体重、腹囲、血圧

血液検査10項目（静脈血漿）：総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、血清クレアチニン、血糖、HbA1c、血清尿酸

随時血糖が測定されている場合は、118mg/dl以上144mg/dl未満のものについて、空腹時血糖再検は必須ではないが、できるだけその勧奨を行ない、これにより被験者の選択・登録を行なうことが望ましい。

注：空腹時血糖とは前夜から8時間以上絶食し（飲水はかまわない）、朝食前に測定したものをいう。

## 6. 被験者の登録

### 適格基準のチェックと登録

予防支援組織は研究参加申込書の回収を行なう。

健康診断実施組織は、研究への参加を希望する者の健康診断データを、予防支援組織に提供する。

予防支援組織は被験者が以下の選択基準に該当し除外基準に該当しないことを再確認し、研究参加申込書に同意があれば被験者として登録する。

予防支援組織は被験者のデータを匿名化しデータセンターへ送る。

### 選択基準

以下の条件をすべて満たす男女を対象とする。

1. 年齢：20歳以上65歳以下（同意取得時）
2. ア 空腹時血糖値が確認されている場合  
     空腹時血糖値 100mg/dl以上かつ126mg/dl未満  
     イ 空腹時血糖値が確認されておらず随時血糖値のみの場合  
     随時血糖値 118mg/dl以上かつ144mg/dl未満\*
3. 十分な理解力があり、食事、運動療法を行ないうること

\*: 随時血糖値の設定根拠については、末尾の（付）を参照のこと。

### 除外基準

以下の条件に1つでも該当する者は対象としない。

1. 以前に糖尿病の診断を受けた者（妊娠糖尿病以外）
2. 糖尿病薬を使用している場合
3. HbA1c (測定している場合) が 6.1% 以上である場合
4. 運動禁忌の疾患に罹患している場合
5. 妊娠または妊娠の可能性がある場合
6. 他に遵守すべき食事・運動指導を受けている場合
7. 1型糖尿病の疑いがある場合
8. 肝硬変または慢性ウイルス性肝炎（B型慢性肝炎、C型慢性肝炎）の診断を受けている場合
9. 心臓ペースメーカー（体重計の禁忌）を使用している場合
10. その他、医師が本試験への参加が不適切と判断した場合

## 7. アンケート、到達目標設定

### アンケート

予防支援組織は被験者に研究リーダーの作成するアンケート調査を実施する。

アンケート調査には食事、運動の習慣、それらの行動変容のステージに関する質問、運動禁忌の疾患の有無、20歳時体重、喫煙状態、職業、勤務形態、過去の最大体重、虚血性心疾患の既往歴、脳卒中の既往歴、家族歴を含むものとする。

予防支援組織は、アンケートの結果を検査データとともに医師に報告する。また結果を匿名化してデータセンターへ送る。

予防支援組織の簡易質問調査により医師による糖尿病の診断、糖尿病薬使用の回答を得た場合は、別途本人同意を取った上で研究参加医師がカルテ閲覧を行ない、これを確認する。

### 到達目標設定

医師または保健師等は、健康診断結果、アンケート調査にもとづき、別途研究リーダーが定めるアルゴリズムを参考に到達目標を設定し、予防支援センターに通知する。

到達目標の設定は、可能であれば被験者と相談して行なうことが望ましい。

## 8. 介入の内容

### 自立群

自立群には以下のサービスを提供する。

- 健診結果、アンケート調査に基づき具体的な到達目標を設定する
- 定期的にニュースレターを配布する
- 体重計、歩数計を提供する
- 体重や歩数測定の結果を3ヶ月に1度フィードバックする（希望者のみ）
- 健康診断の受診を勧奨する(ニュースレター等)

### 支援群

支援群には上記に加えて、以下のサービスを提供する。支援群へのサービスは、電話等による介入を中心とする。介入の内容については、別途研究リーダーが定める。

- 到達目標に基づき、具体的な行動目標を設定し、食事、運動に関する支援を定期的に行なう
- 体重や歩数測定およびその結果の送信を促す
- 体重や歩数測定の結果を毎月フィードバックする

なお、これに各予防支援組織が独自のサービスを追加することは可能とするが、事前に研究リーダーの了承を得るものとする。

### 到達目標の目安

#### 1) 運動の習慣化

1日1万歩あるいは早歩きのような中強度の運動を週60分以上

#### 2) 適正体重の維持

肥満者（BMI $25\text{kg}/\text{m}^2$ 以上）は5%の減量、非肥満者（BMI $23\text{--}24.9$ ）は3%の減量

#### 3) 食物繊維の摂取

1日5皿以上（野菜 $350\text{g}$ 以上）

#### 4) 適正飲酒

日本酒換算1日1合以下

### 予防支援の期間

予防支援の期間は、原則として約1年間とする。