

参加についての利益と不利益

研究への参加は患者さんのご意思で決めていただけます。参加したくないと思う場合でも、そのことにより不利益をこうむることは全くありません。かかりつけ医に今までどおり通院し、これまでと同じ医療サービスを受けることができます。

研究への参加に同意された方については、診療支援の有無に関わらず、個人情報を除くカルテの内容を研究のために使わせていただきます。

研究に参加された患者さんは、通院先のかかりつけ医が診療支援グループに入った場合のみ、診療支援を受けることができます。従って、診療支援を受けるのは、研究に参加したかかりつけ医および患者さんの約半数ですが、先に行われたパイロット研究では、研究開始時と比較して研究終了後の医療内容が研究に参加した両方の群で改善したことが示されており、診療支援を受けないグループに入ったとしてもこの点において利益を受けることができると考えられます。

一度研究への参加に同意し実際に参加した場合でも、研究期間の途中で研究への参加の同意を取りやめることもできます。診療支援のグループに入った患者さんで、診療支援を受けることについての同意を撤回された場合でも、研究参加そのものへの同意を撤回されない場合には、個人情報を除く患者さんの情報を、研究の集計の際に利用させていただきます。

詳細な内容が知りたい場合

かかりつけ医に詳しい内容をお尋ね下さい。また、現在通院されている地区の医師会には、本研究についての資料を準備しています。さらに詳しい内容、ご質問等ございましたらお手数ですが、医師会の研究担当者へお問い合わせください。

研究参加への同意について

この文書の最後のページに署名して郵送で返送していただいたことをもって、研究への参加にご同意いただいたものとさせていただきます。

今回の研究の内容をご理解いただき、ご参加いただける場合には 下記アンケートにご回答ください。「同意します」あるいは「同意しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけて、署名をしてください。

研究の内容を理解し、参加に同意します。 同意します 同意しません。

平成 年 月 日

郵便番号：〒

住所：

署名：

診療支援グループに入っている患者さんへ

- 診療支援を行うための電話連絡先を下にご記入ください。
ご記入がない場合は、カルテに記載された電話番号に、平日の日中の時間帯にご連絡させていただきます。

電話番号：

電話連絡の希望時間帯： 午前・午後 時 ~ 午前・午後 時

- 健康機器の送付について、ご希望を確認致します。
「希望します」あるいは「希望しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけてください。

体重体組成計と歩数計の提供を希望します。
提供を受けた場合、研究期間中の毎週1回程度のデータ送信に協力します。

希望します。 希望しません。

上記の内容を理解し、健康機器の提供を希望します。

- 診療支援の資料と健康機器（健康機器は提供を希望された場合のみ）の送付について、上記住所と異なる場所への送付を希望される場合は、送付先を下にご記入ください。

診療支援の資料と健康機器は、次の宛先に送付してください。

郵便番号：〒

住所：

(被験者控え)

今回の研究の内容をご理解いただき、ご参加いただける場合には 下記アンケートにご回答ください。「同意します」あるいは「同意しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけて、署名をしてください。

研究の内容を理解し、参加に同意します。 同意します 同意しません。

平成 年 月 日

郵便番号：〒

住所：

署名：

診療支援グループに入っている患者さんへ

■診療支援を行うための電話連絡先を下にご記入ください。

ご記入がない場合は、カルテに記載された電話番号に、平日の日中の時間帯にご連絡させていただきます。

電話番号：

電話連絡の希望時間帯： 午前・午後 時 ～ 午前・午後 時

■健康機器の送付について、ご希望を確認致します。

「希望します」あるいは「希望しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけてください。

体重体組成計と歩数計の提供を希望します。

提供を受けた場合、研究期間中の毎週1回程度のデータ送信に協力します。

希望します。 希望しません。

上記の内容を理解し、健康機器の提供を希望します。

■診療支援の資料と健康機器（健康機器は提供を希望された場合のみ）の送付について、上記住所と異なる場所への送付を希望される場合は、送付先を下にご記入ください。

診療支援の資料と健康機器は、次の宛先に送付してください。

郵便番号：〒

住所：

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

J-DOIT 2

健康状態についてのアンケート

- このアンケートは皆様の健康状態について調査するものです。
- アンケート以外にも、患者さんの健康状態を把握するためにカルテを参照させていただくことがあります。
- 本調査は厚生労働省が支援する「かかりつけ医による2型糖尿病を支援するシステムの有効性に関する研究」の一環として行われています。
- この研究の目的は、糖尿病診療機能を向上させるための支援の有効性を検討することです。
- 質問の意味がよく分からない場合には、後で医師に質問してください。
- アンケートの記入が終わりましたら一緒にお渡しする封筒に入れ、封をして投函してください。
- アンケートにお答えいただいている途中、もしくは回答後に協力をお断りいただいても、今後の治療に一切不利益を受けることはありませんので、ご安心ください。
- 個人情報をご本人の許可なく院外に持ち出すことはありませんので、プライバシーは保護されません。
- アンケートの結果や参照させていただいたカルテの内容は、個人情報を除いた後、本研究のために設置されたデータセンターに送付・保管されて、統計的な解析が行われます。

■ ご記入上の注意点

- ◆ 数字を記入していただく箇所もありますが、あらかじめ用意された回答の中からお選びいただく形式もあります。あらかじめ用意された回答の中から選ぶ場合には、一つだけ最も当てはまるものを選んで○をつけてください。質問文の指示をよくお読みになって指示通りにお答えください。
- ◆ また、お答えいただくときに、どちらか迷われた場合でも、必ずいずれかを選んでご記入ください。

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

質問1 現在のかかりつけ医を最初に受診した時期はどのくらいですか？

年 ヶ月前 または 歳頃

質問2 これまで、糖尿病についての教育を受けるために入院したことはありますか？

入院したことがある場合には、その回数と最近の入院時期を記載してください。

1. ある → _____ 回 最も新しい入院時期は _____ 年 ヶ月前 または _____ 歳頃
2. 無い

質問3 眼科への受診もしくは眼底カメラでの検査を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

_____ ヶ月前

(眼科受診を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問4 現在のかかりつけ医から足の診察を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

_____ ヶ月前

(足の診察を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問5 栄養指導を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

_____ ヶ月前

(栄養指導には、医師や看護師、栄養士からの指導を全て含みます。栄養指導を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問6 運動についての指導を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

_____ ヶ月前

(運動についての指導を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問7 もっとも最近測定した身長は何cmですか？

_____ cm

質問8 喫煙の状況をお答え下さい。現在喫煙中の方は1日あたりの本数もお答え下さい。

- ① タバコを吸ったことは無い (→質問9をとばして質問10へ)
- ② 以前はタバコを吸っていたが、1年以上前に禁煙して現在は吸っていない (→質問9をとばして質問10へ)
- ③ 以前はタバコを吸っていたが、最近1年以内に禁煙して現在は吸っていない (→質問9へ)
- ④ 現在喫煙中である 1日の本数は _____ 本 (→質問9へ)

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

質問9 質問8で「③ 以前はタバコを吸っていたが、最近1年以内に禁煙して現在は吸っていない」もしくは「④ 現在喫煙中である」と回答した方のみご回答下さい。この1年間でかかりつけ医から禁煙をすすめられたことはありますか？

- ① はい
- ② いいえ

質問10 受診の中断についておたずねします。中断とは、受診予定日を2ヶ月以上過ぎても受診しなかった場合を意味します。これまでに受診を中断したことがありますか？「中断したことがある」を選択した場合には、これまでの中断の理由について、あてはまる全ての項目の数字にも○をつけてください。

- ① 受診を中断したことはない（→質問11へ）
 - ② 受診を中断したことがある（→以下の選択肢のうち、あてはまる全ての項目の数値に○をつけたのちに、質問11へ進んでください。複数回答可）
 - 1 仕事(学業)のため、忙しいから
 - 2 家庭の事情のために、忙しいから
 - 3 上記以外の理由のために、忙しいから
 - 4 自宅から距離が遠いから
 - 5 医療費が経済的に負担であるから
 - 6 医療の内容が満足できないから
 - 7 転居したから
 - 8 別の病院で診てもらおうようになったから
 - 9 体調が良いから
 - 10 今通院しなくても大丈夫と思うから
 - 11 糖尿病を治療する必要性を感じないから
 - 12 かかりつけ医に次の受診を指示されなかったから
 - 13 かかりつけ医に受診しなくてもよいと言われたから
 - 14 かかりつけ医の先生と合わなかったから
 - 15 特に理由はないが、何となく行かなかった
 - 16 上記以外の理由
- ()

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 精神面について(CES-D)

過去1週間の間に、次のようなことを感じた日がどのくらいありましたか？

(それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

	ほとんどない (1日未満)	たまに (1～2日)	ときどき (3～4日)	ほとんどいつも (5～7日)
質問11 憂うつだ	1	2	3	4
質問12 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
質問13 なかなか眠れない	1	2	3	4
質問14 生活について不満なくすごせる	1	2	3	4
質問15 一人ぼっちで寂しい	1	2	3	4
質問16 皆がよそよそしいと思う	1	2	3	4
質問17 毎日が楽しい	1	2	3	4
質問18 悲しいと感じる	1	2	3	4
質問19 皆が自分を嫌っていると感じる	1	2	3	4
質問20 仕事が手につかない	1	2	3	4

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 食事療法について (Prochascaら、改変)

質問21 あなたは、食事指導をどの程度守っていますか？一番よくあてはまる番号に○をつけてください。

1. 食事療法を守る必要はないと思うので、すすめられたカロリーを守っていない
2. 食事療法を行う必要性はわかったが、実際にはすすめられたカロリーを守っていない
3. 自分なりに努力はするが、すすめられたカロリーは守れないと思う
4. すすめられたカロリーを始めてまだ6ヶ月以内であるが、このまま守り続けていく
5. すすめられたカロリーを始めてもう6ヶ月以上たつが、このまま守り続けていく

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ PAID質問表

答え方: あなた自身の考えでは、以下に示すような糖尿病に関連することがらが、あなたにとってどのくらい問題になっていますか? それぞれの質問項目について、最も当てはまる答の番号に○をつけてください。例えば、ある質問項目があなたにとって、心配でもなく、あてはまらず、問題になっていなければ“1”に○をつけてください。もし、そのことでたいへん悩んでおられれば、“5”に○をつけてください。それぞれの質問について、1から5の5段階の中から番号で選んでください。

	私にとってそれは まったく問題ではない	1	2	3	4	5 私はそのことで たいへん悩んでいる
質問22	自分の糖尿病の治療法(食事療法、運動療法、飲み薬、インスリン注射、自己血糖測定など)について、はっきりとした具体的な目標がない。	1	2	3	4	5
質問23	自分の糖尿病治療法がいやになる。	1	2	3	4	5
質問24	糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとこわくなる。	1	2	3	4	5
質問25	糖尿病の治療に関連して、周りの人たちから不愉快な思いをさせられる(例えば、他人があなたに何を食べるのか指示するなど)。	1	2	3	4	5
質問26	食べ物や食事の楽しみを奪われたと感じる。	1	2	3	4	5
質問27	糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとゆううつになる。	1	2	3	4	5
質問28	自分の気分や感情が糖尿病と関係しているかどうかわからない。	1	2	3	4	5
質問29	糖尿病に打ちのめされたように感じる。	1	2	3	4	5
質問30	低血糖が心配である。	1	2	3	4	5
質問31	糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると腹が立つ。	1	2	3	4	5
質問32	常に食べ物や食事が気になる。	1	2	3	4	5

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

私にとつてそれは
まったく問題ではない

私はそのことで
たいへん悩んでいる

質問33	将来のことや重い合併症になるかもしれないことが心配である。	1	2	3	4	5
質問34	糖尿病を管理していくことから脱線したとき、罪悪感や不安を感じる。	1	2	3	4	5
質問35	自分が糖尿病であることを受け入れていない。	1	2	3	4	5
質問36	糖尿病を見てもらっている医者に対して不満がある。	1	2	3	4	5
質問37	糖尿病のために、毎日多くの精神的エネルギーや肉体的エネルギーが奪われていると思う。	1	2	3	4	5
質問38	糖尿病のせいでひとりぼっちだと思う。	1	2	3	4	5
質問39	自分が糖尿病管理のために努力していることに対して、友人や家族は協力的でないと感じる。	1	2	3	4	5
質問40	自分が今もっている糖尿病の合併症に対処していくことが難しいと感じる。	1	2	3	4	5
質問41	糖尿病を管理するために努力し続けて、疲れ、燃え尽きてしまった。	1	2	3	4	5

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 運動療法について (IPAQ)

回答にあたっては、以下の点にご注意下さい。

- ◆ 強い身体活動とは、身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。
- ◆ 中等度の身体活動とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。

以下の質問では、1回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答え下さい。

質問42a 平均的な1週間では、強い身体活動(重い荷物の運搬、自転車で坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど)を行う日は何日ありますか？

- ① 週___日 (→質問42bへ)
- ② ない (→質問42bをとばして質問43aへ)

質問42b 強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？
1日___時間___分

質問43a 平均的な1週間では、中等度の身体活動(軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフ)を行う日は何日ありますか？歩行やウォーキングを含めないでお答え下さい。

- ① 週___日 (→質問43bへ)
- ② ない (→質問43bをとばして質問44aへ)

質問43b 中等度の身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？
1日___時間___分

質問44a 平均的な1週間では、10分以上続けて歩くことは何日ありますか？ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所から場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、全てを含みます。

- ① 週___日 (→質問44bへ)
- ② ない (→質問44b、44cをとばして質問45aへ)

質問44b そのような日には、通常1日合計してどのくらい歩きますか？
1日___時間___分

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

質問44c 通常どのくらいの早さで歩きますか？

1. かなり呼吸が乱れるような早さ
2. すこし息がはずむような早さ
3. ゆったりした早さ

質問45a 毎日座ったり寝ころんだりして過ごしている時間(工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など)についておたずねします。すなわち、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝ころんでテレビを見たり、といった全ての時間を含みます。なお、睡眠時間は含めないでください。

平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝ころんだりして過ごしますか？

1日 ___ 時間 ___ 分

質問45b 休日には、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝ころんだりして過ごしますか？

1日 ___ 時間 ___ 分

質問46 あなたは、運動についての指導をどの程度守っていますか？一番よくあてはまる番号に○をつけてください。(Prochascaら、改変)

1. 運動療法を行う必要はないと思うので、すすめられた運動を行っていない
2. 運動療法を行う必要性はわかったが、実際にはすすめられた運動を行っていない
3. 自分なりに努力はするが、すすめられた運動は守れないと思う
4. すすめられた運動を始めてまだ6ヶ月以内であるが、このまま守り続けていく
5. すすめられた運動を始めてもう6ヶ月以上たつが、このまま守り続けていく

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 仕事について

質問47 現在、お仕事の状況について、最も当てはまるものに○をつけてください。常勤、パートタイム、自営業の場合には、平均的な1週間の労働時間も記載してください。

- ① 常勤
- ② パートタイム
- ③ 専業主婦(主夫)
- ④ 定年退職
- ⑤ 定職に就いたことがない
- ⑥ 障害のため無職
- ⑦ 自営業
- ⑧ 無職

平均的な1週間の労働時間
_____ 時間

以上、ご協力いただきありがとうございました。

同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

同封されている他のアンケートと異なり、この調査は今後の診療の資料とするために行われます。この調査の結果は回収後、あなたが現在通院しているかかりつけ医に伝えられることがあります。

受診についての調査

この調査用票では、受診についておたずねします。数値を選択する設問については以下の質問のとお当てる数値(○)をつけてください。○が二つ以上の数値にかからないように注意してください。数値を選択する設問については、具体的な数値を記載してください。

選択式の設問の良い回答例(3を選んだことが明らかになる)

(0) 1 2 (3) 4 5

選択式の設問の悪い回答例(3を選んだか4を選んだかがはっきりしない)

(0) 1 2 (3 4) 5

質問 1 これまでに、糖尿病に関して通院を中断されたことが何回ありますか？
中断とは、受診予定日を2ヶ月以上過ぎても受診しなかった場合を意味します。

1. 0回 2. 1回 3. 2回以上

質問 2 質問1で回答した中断について、1回あたりの中断期間は平均すると何ヶ月ですか？
具体的な期間をお答えください。例えば、1年半の場合は、18ヶ月と教えてください。

_____ヶ月

質問 3 受診することにストレスを感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 4 受診することに怒りを感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 5 受診することにつらさを感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 6 受診しても病気の状態が良くなれないと感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 7 受診日に体調が悪いと感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

同封されている他のアンケートと異なり、この調査は今後の診療の資料とするために行われます。この調査の結果は回収後、あなたが現在通院しているかかりつけ医に伝えられることがあります。

質問 8 受診しないほうが気分が良いと思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 9 受診しないほうが体調が良いと思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 10 受診しなくても大丈夫と思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 11 なんとなく受診する必要はないと思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 12 受診予定日に天気が悪かったために受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 13 受診予定日に仕事などの用事が重なって受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 14 経済的な負担のために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 15 家人や知人とのもめ事のために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 16 家人や知人から受診しなくても良いと言われたために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 17 同じ糖尿病を持つ他の人から、受診しなくても調子がよいと言われたために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 18 家人や知人と楽しく過ごす時間を確保するために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

同封されている他のアンケートと異なり、この調査は今後の診療の資料とするために行われます。この調査の結果は回収後、あなたが現在通院しているかかりつけ医に伝えられることがあります。

質問19 家人や知人と楽しく過ごすほうが体調が良いので、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

以上、ご協力いただきありがとうございました。
同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

- ・被験者用研究開始時パック（診療支援群）

【仮登録票】

被験者IDシール貼付

医療機関名 _____

被験者イニシャル 姓 / 名

生年月 S _____ 年 _____ 月 _____

性別 男性 女性

おおよその受診間隔 (_____) 回 / (_____) ヶ月 ・ (_____) 週間 ・ (_____) 日



	はい	いいえ	該当するものにチェック	
選択基準の確認	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1. 下記のいずれかを満たしている。(一つ以上にチェック)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	(1) 日本糖尿病学会の診断基準を満たす
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	(2) 他院で2型糖尿病と診断された
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	(3) 糖尿病薬(経口、インスリン)による治療を受けている
除外基準の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 40歳以上、65歳未満である
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 透析患者
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 入院患者
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 寝たきり、または準寝たきりの患者(障害老人の日常生活自立度でランクA、BまたはCに相当する者)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 老人ホーム在住の患者
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 失明、下肢切断の既往のある患者
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 最近5年間で悪性腫瘍と診断された患者
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 妊婦あるいは妊娠の可能性のある患者
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 複数の医療機関において糖尿病の治療を受けている患者(合併症の治療による受療を除く)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 1型糖尿病の疑いのある患者	
他院治療についての確認	* 除外基準8. で「はい」にチェックが付く場合でも、以下の基準を満たしていればご登録が可能です。			
	はい		<input type="checkbox"/>	1. 糖尿病に関しての主たる治療方針は、下記に署名するかかりつけ医が決定している。

※FAXの送信間違いは十分ご注意ください。FAX: 0120-1024-61

被験者からの口頭同意取得日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

かかりつけ医ご署名: _____

ご署名日: _____ 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* データセンターにて仮登録票の確認後、仮登録受付票を送信させていただきます。仮登録票(原本)・仮登録受付票(FAX)を合わせて保管いただくようお願い致します。

J-DOIT2 研究参加および登録パックについてのご案内

あなたは「診療支援グループ」です。
診療支援グループでは、主に電話による生活指導や、受診についての通知サービスが提供されます。また、診療の内容が分析され、分析結果がかかりつけ医に定期的に提供されて、あなたの糖尿病診療に役立てられます。

このたび、「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有用性に関する研究（J-DOIT2）」を行うことになり、糖尿病患者さんにJ-DOIT2研究への参加をお願いしております。

本パックには研究に必要となる以下の書類が封入されております。同意説明文書をよくお読みになり、ぜひJ-DOIT2研究にご参加ください。

- ご案内文（本状）
- 同意書「J-DOIT2 研究へのご協力のお願い」
- 調査用紙（2種類）
 - 「健康状態についてのアンケート」
 - 「受診についての調査」
- 同意書および調査用紙返信用封筒（白色の封筒）
- J-DOIT2 診療支援サービス中止申込書（青色の紙）
- J-DOIT2 診療支援サービス中止申込書返信用封筒（青色の封筒）

計7種類

◇ 同意書「J-DOIT2 研究へのご協力のお願い」

- ・ 本研究についての説明が書かれております。説明をよくお読みになり、本研究の参加に同意される場合は、同意書に必要事項をご記入ください。
- ・ 同意書には、電話番号と電話連絡の希望時間帯、健康機器送付の記入欄がございますので、忘れずにご記入ください。
- ・ 同意書は2枚複写となっております。上の1枚（データセンター提出用）を調査用紙とともに返信用封筒（白色の封筒）にてデータセンターまでご提出ください。下の1枚（被験者控え）はお手元で保管してください。

◇ 調査用紙

- ・ 「健康状態についてのアンケート」と「受診についての調査」の2種類があります。両方についてご回答ください。
- ・ 「健康状態についてのアンケート」の結果は、あなたのかかりつけ医や病院のスタッフが閲覧することはありませんが、「受診についての調査」の情報はかかりつけ医や病院のスタッフに伝えられることがあります。
- ・ 上記2種類の調査用紙にお答えいただきましたら、同意書（データセンター提出用）と一緒に返信用封筒（白色の封筒）にてデータセンターまでご提出ください。

◇ J-DOIT2 診療支援サービス中止申込書（青色の紙）

- ・ 研究の期間中、診療支援サービスの中止を希望される場合は、J-DOIT2 診療支援サービス中止申込書に必要事項をご記入いただき、同封の返信用封筒（青色の封筒）にてデータセンターまでご提出ください。

ご不明な点がございましたら、J-DOIT2 データセンターまでご連絡ください。

J-DOIT2 データセンター

〒141-0031 東京都品川区西五反田 7-10-4 金剛ビル

株式会社ヘルスクリック内

TEL : 0120-1024-73 (平日 9:00~20:00)

FAX : 0120-1024-61 (24 時間対応)

J-DOIT2 研究へのご協力をお願い

糖尿病の患者さんに J-DOIT2 研究への参加をお願いします。

糖尿病にかかっている人の数は増え続けており、現在では全国で約800万人の人が糖尿病であると考えられています。J-DOIT2 研究は、国民病と言えるほど人数が増えてしまった糖尿病の患者さんが、適切な医療を継続して受け続けるためにはどうすれば良いのか、ということを考えるために実施されています。

J-DOIT2 研究は厚生労働省が支援する研究で、約 15 の医師会が参加しています。各医師会を2つのグループに分け、片方のグループの医療施設ではこれまで通りの診療を行い、もう片方のグループの医療施設では診療支援を受けます。

診療支援を行うグループのかかりつけ医に対しては、糖尿病の診療を補助するための情報提供が行われます。診療支援を行うグループの患者さんに対しては、電話、手紙による生活指導（栄養指導や運動指導）や、受診促進支援サービス（受診予定日前や未受診時の通知サービス）が行われます。

参加したら何をするの？

主に、次のことをお願いしています。

- (1) 診療情報を提供していただきます。かかりつけ医と専門の調査員がカルテの内容を確認します。
- (2) アンケートに回答していただきます。
1年に2回、30分程度のアンケートをお願いしています。
一部の方には、数分程度の追加のアンケートをお願いすることがあります。
- (3) およそ半数の診療支援を行うグループの方に、診療支援の連絡をさせていただきます。
1年に6～10回程度、食事と運動についての電話指導を受けていただきます。一部の施設では、直接お会いしての指導となります。
受診予定日を2週間過ぎても来院されなかった場合には、受診を促すためにご連絡をさせていただきます。

面倒なんだけど…

研究に参加した後でも、診療支援を中止したり、研究への参加を取りやめることができます。また、研究でお願いすることでも、どうしても嫌な場合はしなくても構いません。

参加したら何かいいことあるの？

既に実施されたパイロット研究では、どちらのグループの医師会でも患者さんの診療内容が向上していました。

また、診療支援のグループでは、主にお電話での食事・運動指導を受けることができます。わざわざ医療施設に来ていただく必要がないので、手軽に指導を受けることができます。

詳しい内容はかかりつけ医にお尋ね下さい。