

1.8 評価項目

1.8.1 主要評価項目

- 1. 受診継続率
- 2. かかりつけ医／非腎臓専門医と腎臓専門医の連携達成率
- 3. CKD のステージ進行率

1.8.2 副次評価項目

- 1. CKD 診療目標の実施率
- 2. 血圧の管理目標達成率
- 3. 尿蛋白 50%減少達成率
- 4. 血清クレアチニン値の 2 倍化到達数, eGFR50%低下到達数
- 5. 新規透析導入患者数の年次推移
- 6. 心血管系イベントの発生率

2. 目次

1. 概要	3
1.1 目的	3
1.2 研究の進め方	3
1.3 参加者の選択基準	4
1.4 参加者の除外基準	4
1.5 参加者の診療法	4
1.6 来院時に調査する項目	5
1.7 目標とする施設数及び参加者数	5
1.8 評価項目	6
2. 目次	7
3. 本文中で使用する略語の一覧	9
4. 背景情報	10
5. 研究の目的	11
6. 研究デザイン	11
6.1 研究の手順	11
6.2 研究デザインの設定根拠	13
7. 参加者の選択・除外基準, 同意撤回および研究からの脱落	13
7.1 選択基準	13
7.2 除外基準	14
7.3 同意撤回および研究からの脱落	14
8. 慢性腎臓病に対する診療	15
8.1 診療目標	15
8.2 介入 A 群	16
8.3 介入 B 群	16
8.4 割付の設定	18
9. 観察・評価スケジュール	19
9.1 登録時に調査する項目	19
9.2 研究開始時に調査する項目	19
9.3 来院時に調査する項目	20
9.4 定期的な調査項目 (1 ヶ月ごと)	21
9.5 定期的な調査項目 (3 ヶ月ごと)	21
9.6 定期的な調査項目 (6 ヶ月ごと)	21
9.7 データの収集	21
9.8 かかりつけ医へのフィードバック	22
9.9 サブコホート調査	22
10. 有効性の評価	23

10.1 主要評価項目	23
10.2 副次評価項目	23
10.3 サブコホート解析	25
11. 目標とする参加者数	25
12. 統計解析	28
12.1 目的	28
12.2 解析の対象	28
12.3 解析方法	28
13. 倫理	29
13.1 倫理基準の遵守	29
13.2 研究実施計画書の審査	29
13.3 同意	30
14. 品質マネジメント	32
15. イベント発生時の対応	32
16. 研究実施計画書からの逸脱	32
17. 研究実施計画書の改訂	33
18. 研究全体の中止または中断	33
19. 研究の終了手続き	33
20. 公表に関する取り決め	33
21. インセンティブ	33
21.1 拠点施設へのインセンティブ	33
21.2 地区医師会へのインセンティブ	33
21.3 腎臓専門医へのインセンティブ	34
21.4 かかりつけ医へのインセンティブ	34
21.5 参加者へのインセンティブ	34
22. 実施体制	34
22.1 研究代表者	34
22.2 研究グループ統計家	35
22.3 アドバイザー委員会	35
22.4 拠点施設	35
22.5 データセンター	36
22.6 受診促進支援センター	37
22.7 栄養ケアステーション	37
22.8 CRC	37

3. 本文中で使用する略語の一覧

略語	省略していない表現
ACE	angiotensin-converting enzyme
ARB	angiotensin II receptor blocker
BMI	body mass index
CKD	chronic kidney disease
CRC	clinical research coordinator
eGFR	estimated glomerular filtration rate
GFR	glomerular filtration rate
Hb	hemoglobin
HbA _{1c}	hemoglobin A _{1c} (glycosylated hemoglobin)
HDL-C	high-density lipoprotein cholesterol
HMG-CoA	3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A
IRB	institutional review board
LDL-C	low-density lipoprotein cholesterol
TC	total cholesterol
TG	triglyceride
QOL	quality of life

4. 背景情報

慢性腎臓病は、①尿蛋白陽性などの腎疾患の存在を示す所見、②腎機能低下（糸球体濾過量 $<60\text{ mL/min/1.73 m}^2$ ）のいずれかまたは両方が3ヶ月以上続く状態と定義され、国内の患者数は1,000万人以上と推定されている。慢性腎臓病は末期腎不全及び心血管疾患の危険因子であり、早期から患者を治療することは維持透析患者数の減少及び心血管疾患の発症防止につながる。現在、日本の維持透析患者数は26万人を超え、毎年約1万人ずつ増加している。透析患者1人あたりの年間医療費は500～600万円で、国内の年間医療費の総額は約1兆円にものぼっている。また、慢性腎臓病は糖尿病・高血圧・高脂血症と並ぶ心血管疾患の危険因子であり、心血管疾患の発症を防止するためにはメタボリックシンドロームへの対策を進めるだけでなく、慢性腎臓病への対策を進めることが必要である。

慢性腎臓病の原疾患の主なものは、①糖尿病が原因で発症する糖尿病性腎症、②一次性的腎糸球体障害である慢性腎炎、③高血圧及び動脈硬化が原因で発症する腎硬化症、の3つである。このうち慢性腎炎による腎不全は患者数の減少が期待できるが、糖尿病性腎症の患者数は増加しており、一般人口の高齢化とともに腎硬化症の患者数も増加が予想される。したがって、今後は糖尿病性腎症及び腎硬化症の管理に注意すべきで、肥満解消・禁煙等の生活指導、塩分制限等の食事指導、糖代謝異常・高血圧・脂質異常に対する治療を適切に組み合わせることによって、慢性腎臓病の進行を抑制することが必要である。

しかし、糖代謝異常・高血圧・脂質異常は必ずしも厳格に管理されているとはいえない。たとえば、茨城県の40歳以上の住民を対象とした調査では、高血圧が認められた住民のうち男性42%、女性49%が降圧治療をうけているに過ぎず（*Kidney Int* 2007;71:159-166）、さらに降圧治療を受けている患者の半数は血圧のコントロールが不良であった（*Therapeutic Research* 2003;24:505-512）。また、平成14年の厚生労働省の糖尿病実態調査によれば、治療を受けている糖尿病患者のうちヘモグロビンA_{1c}が6.5%未満であるものは33%にすぎなかった。こうしたデータに基づくと、慢性腎臓病の進行を抑制するためには糖代謝異常・高血圧・脂質異常を厳格に管理することが必要と考えられる。

日本腎臓学会は2007年にCKD診療ガイドを作成し、かかりつけ医が慢性腎臓病患者を診療する際の指針を示した。また、CKD診療ガイドでは、かかりつけ医と腎臓専門医との連携についても方針を提示した。この診療ガイドに従えば、かかりつけ医と腎臓専門医との連携が進むと考えられるが、診療ガイドに加えさらに適切な介入を行うことにより、より密接な連携を構築できる可能性がある。以上から、本研究を計画し、CKD診療ガイドに従ってかかりつけ医と腎臓専門医とが連携した場合と、CKD診療ガイドによる連携に加えて患者の受診促進や生活・食事指導を支援した場合とで、研究参加者の受診継続率、かかりつけ医と腎臓専門医との連携達成率、慢性腎臓病のステージ進行率が異なるかどうかを評価することとした。あわせて、この研究を実施することによって慢性腎臓病治療の重要性が国内に広まり、維持透析患者の減少につながることを期待する。

5. 研究の目的

地域における慢性腎臓病（CKD）の啓発活動や、かかりつけ医における腎機能検査、尿蛋白検査の再評価により、CKD 患者の診断・受療の向上を目指す。

その上で、かかりつけ医に通院する CKD 患者へ受診促進支援、生活・食事指導の介入を行い、かかりつけ医と腎臓専門医との連携体制を確立することにより、新規透析導入患者の減少につながる医療施策を見出すことを目的とする。

6. 研究デザイン

6.1 研究の手順

本研究は、CKD 患者を対象としたクラスターランダム化比較研究及びサブコホート調査によって構成される。研究全体の手順を以下に示す。

(1) 拠点施設の募集

本研究では、全国で 8 以上の拠点施設を公募する。拠点施設は、地区医師会及び地域の腎臓専門医と協力体制にある施設とする。募集に際しては、透析導入患者の増加率に基づいて全国を 4 つの地区ブロックに分け、どの地区ブロックからも最低 1 施設の拠点施設を募集することとする。

(2) 地区医師会の選定

各拠点施設は、本研究に参加可能な地区医師会を複数（4 程度）選定する。選定する地区医師会は、以下の条件をすべて満たすこととする。

- ・地域の腎臓専門医の協力が得られる
- ・かかりつけ医の登録が 10 名前後見込める
- ・かかりつけ医と腎臓専門医との連携が確立しており、患者の紹介・併診が円滑に行える
- ・各地区医師会に属する患者同士の交流が少ない

(3) 腎臓専門医の選定

各拠点施設は本研究に参加可能な腎臓専門医を選定し、そのリストを地区医師会に公開する。選定する腎臓専門医は、腎臓病を専門とする医師で、かつ、本研究に関する講習を受講することを条件とする。

(4) かかりつけ医の登録（2008 年 4 月～6 月）

各地区医師会は、かかりつけ医を 10 名前後募集する。募集に際しては、地区医師会に所属する医師全員を対象として本研究への参加を希望するかどうかを調査する。かかりつけ医は、以下の条件をすべて満たすことが必要である。

- ・選定された地区医師会に所属し、かかりつけ医として診療を行っている
- ・腎臓病を専門としない

・選択基準を満たす参加者を5名前後登録できる見込みがある。

次に、拠点施設はかかりつけ医に本研究の内容等を説明し、研究参加の意思を文書で確認する。意思確認に際しては clinical research coordinator (CRC) が業務を補助する。意思確認後、CRC は拠点施設及びデータセンターにかかりつけ医のリストを送付する。

(5) 参加者の登録 (2008年4月～9月)

かかりつけ医は、適格性を満たすと考えられる患者から研究参加に対する同意を文書で取得した後、5名以上の参加者をデータセンターに仮登録する。同意取得及びデータセンターへの仮登録に際しては、CRC が業務を補助する。

ただし、尿蛋白及び血清クレアチニンの測定が1回のみで、「尿蛋白陽性または糸球体濾過量 (GFR) が $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ 未満の状態が 3ヶ月以上続く」という CKD の診断基準を確定できない場合は、患者を候補者とし、90日以上が経過した後に再度検査して選択基準を満たすことを確認したのち、データセンターへ仮登録する。

データセンターは、仮登録された参加者の適格性を確認した後に本登録する。参加者の適格性が確認できない場合には、その旨をかかりつけ医に連絡する。

参加者数は各群 1250名、合計 2500名を目標とし、参加者数が目標に達した時点で登録を終了する。2008年9月までに参加者数が目標に達しない場合は、2008年10月に調査開始後も参加者の登録を継続する。

(6) ランダム化

研究グループ統計家は各地区医師会 (クラスター) を 2008年9月に介入 A 群または介入 B 群のいずれかにランダムに割付ける。割付けに際しては、地区ブロックを層とする。同一の地区医師会に所属する医師及び参加者は、すべて同じ診療群に割付けられる。本研究に参加する医師は、割付けられた診療方法を変更しないこととする。

(7) 参加者の診療 (2008年10月～2014年3月)

かかりつけ医は、CKD 診療ガイドに従って参加者を診療し、参加者が紹介基準に該当した場合は、腎臓専門医に紹介する。紹介後は、腎臓専門医あるいはかかりつけ医及び腎臓専門医の両者が参加者を診療する。CKD の診療目標、腎臓専門医への紹介基準は両群とも同一とする。

介入 A 群に割付けられた医師会に属するかかりつけ医は、CKD 診療ガイドに従って参加者を診療する。

介入 B 群に割付けられた医師会に属するかかりつけ医は、CKD 診療ガイドに従って参加者を診療する際に、診療目標達成支援 IT システム・受診促進支援センター・栄養ケアステーションの支援を受ける。

(8) サブコホート調査

一部の参加者を対象として、サブコホート調査を実施する。

6.2 研究デザインの設定根拠

本研究では、参加者の受診継続率、かかりつけ医と腎臓専門医との連携達成率、CKDのステージ進行率に対する介入の効果を評価する。参加者の診療方法はCKD診療ガイドに従うこととし、介入B群では診療目標達成支援ITシステム・受診促進支援センター・栄養ケアステーションの支援を追加する。

臨床試験によって試験治療の効果を評価しようとする場合は、個々の参加者に被験治療と対照治療をランダムに割付けるのが一般的である。しかし本研究で検証するのは、受診促進支援、栄養ケアステーションによる生活・食事指導等の支援の有無による受診継続率、連携達成率などの効果の差である。これらの支援の実施や効果の測定は個人単位よりも地域単位で行うことが実際的であるため、医師会を単位としたクラスターランダム化による割り付けを実施することとした。

クラスターランダム化比較試験の最大の問題点は、ランダム化後に参加者を選択した場合に生ずるバイアス（post-randomization selection bias）である。本研究ではこうしたバイアスが可能な限り生じないように、参加者の登録後にランダム化を図ることとした。なお、参加者の登録が目標に達しない場合は、割付け後も参加者登録を継続するが、割付け後に登録される参加者の割合は小さいと推定した。

7. 参加者の選択・除外基準、同意撤回および研究からの脱落

7.1 選択基準

かかりつけ医に通院している患者で、以下の条件を満たす患者を本研究の対象とする（CKDのステージ分類については表1を参照）。

- ・ 同意取得時の年齢が40歳以上75歳未満の患者
 - ・ CKDのステージが1, 2, 4, 5のいずれかに相当する患者
 - ・ CKDステージ3の場合は蛋白尿を有し、かつ糖尿病または高血圧を有する患者
- なお、登録時点でかかりつけ医と腎臓専門医が併診している患者も対象としてよい。

表 1. CKD のステージ分類

病期 ステージ	重症度の説明	進行度による分類 GFR (mL/min/1.73 m ²)
	ハイリスク群	≥ 90 (CKD のリスクファクター を有する状態で)
1	腎障害は存在するが、GFR は正常または亢進	≥ 90
2	腎障害が存在し、GFR 軽度低下	60～89
3	GFR 中等度低下	30～59
4	GFR 高度低下	15～29
5	腎不全	< 15

透析患者（血液透析、腹膜透析）の場合にはD、移植患者の場合にはTをつける。

CKD = chronic kidney disease, GFR = glomerular filtration rate.

7.2 除外基準

たとえ選択基準に適合しても、以下のいずれかに該当する患者は本研究の対象としない。

- ・透析患者
- ・本研究に参加する腎臓専門医のみで CKD の治療を受けており、かかりつけ医には通院していない患者
- ・本研究に参加するかかりつけ医・腎臓専門医以外で CKD の治療を受けている患者

7.3 同意撤回および研究からの脱落

7.3.1 同意撤回

参加者はいつでもこの研究への参加を取りやめ、または参加の同意を撤回することができる。

7.3.2 参加者の脱落

下記の状態が発生した参加者は、研究からの脱落として扱う。データセンターは、その参加者の脱落が判明した日と、その理由を記録・保管する。

- 1) 研究中に参加者の不適合が判明した場合
- 2) 研究対象地域外へ転居し通院不能な場合
- 3) 参加者が死亡、または透析導入した場合
- 4) かかりつけ医が参加者の研究継続を困難と判断した場合
- 5) 研究代表者が、参加者の研究継続を困難と判断した場合

7.3.3 かかりつけ医の脱落

下記の状態が発生したかかりつけ医は、研究からの脱落として扱う。

- 1) かかりつけ医が研究参加を取り消したい旨を申し出た場合
- 2) かかりつけ医が研究実施計画書から継続して逸脱し、改善されない場合
- 3) 研究代表者が、かかりつけ医の研究参加の継続が困難と判断した場合

8. 慢性腎臓病に対する診療

8.1 診療目標

参加者はCKD診療ガイドに従って診療を受ける。全参加者に共通するCKD診療目標の概略を表2に示す。

表 2. CKD 診療目標の概略

CKD ステージ	生活習慣 改善	食事指導	血压管理	血糖管理	脂質管理	貧血管理
1	禁煙 BMI<25	高血圧があれば 減塩 6g/日未満	130/80 mmHg 未満	HbA _{1c} 6.5%未満	LDL-C 120mg/dL 未満	腎性貧血以外 の原因検索
2	禁煙 BMI<25	高血圧があれば 減塩 6g/日未満	130/80 mmHg 未満	HbA _{1c} 6.5%未満	LDL-C 120mg/dL 未満	腎性貧血以外 の原因検索
3	禁煙 BMI<25	減塩 6g/日未満 たんばく質制限 0.6~0.8 g/kg/日	130/80 mmHg 未満	HbA _{1c} 6.5%未満	LDL-C 120mg/dL 未満	Hb 10g/dL 以上 12 g/dL 未満
4	禁煙 BMI<25	減塩 6g/日未満 たんばく質制限 0.6~0.8 g/kg/日 高K血症あればK制限	130/80 mmHg 未満	HbA _{1c} 6.5%未満	LDL-C 120mg/dL 未満	Hb 10g/dL 以上 12 g/dL 未満
5	禁煙 BMI<25	減塩 6g/日未満 たんばく質制限 0.6~0.8 g/kg/日 高K血症あればK制限	130/80 mmHg 未満	HbA _{1c} 6.5%未満	LDL-C 120mg/dL 未満	Hb 10g/dL 以上 12 g/dL 未満
備考			尿蛋白・尿ク レアチニン 比 1 以上は 125/75 mmHg 未満			

CKD = chronic kidney disease, BMI = body mass index, HbA_{1c} = hemoglobin A_{1c},

LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol, Hb = hemoglobin

CKD 診療目標

- ・ かかりつけ医への受診は原則月 1 回とする（全ステージ）。
- ・ 禁煙指導を行う（全ステージ）。
- ・ 肥満の是正に努める（全ステージ）。
- ・ 塩分制限は 6 g/日未満を目標に指導する（全ステージ）。
- ・ たんばく質制限は 0.6~0.8 g/kg 体重/日 を目標に指導する（ステージ 3 以上）。
- ・ 血压管理：130/80 mm Hg 未満を目標とする。尿蛋白・尿クレアチニン比 1 以上の場合は 125/75 mm Hg 未満を目標とする。原則として、降圧薬はアンジオテンシン変換酵素阻害薬またはアンジオテンシン受容体拮抗薬を使用し、両者の併用も可とする。必要に応じて他の降圧薬を併用する（全ステージ）。
- ・ 血糖管理：糖尿病性腎症では HbA_{1c} 6.5%未満を目標とする（全ステージ）。
- ・ 脂質管理：LDL コレステロール 120 mg/dL 未満を目標とする。治療には HMG-CoA

還元酵素阻害薬（スタチン）を使用する（全ステージ）。

- ・貧血管理：腎性貧血の治療目標を Hb 10 g/dL 以上 12 g/dL 未満とし，治療にはエリスロポエチン製剤，鉄剤投与を検討する（ステージ 3 以上）。

かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準

以下の 4 項目のいずれかに参加者が該当した場合，かかりつけ医はその参加者を腎臓専門医に紹介する。紹介後は，かかりつけ医及び腎臓専門医の両者が参加者を診療する。

- ・尿蛋白・尿クレアチニン比 0.5 以上または 2+以上の蛋白尿
- ・推算 GFR（eGFR） $< 50 \text{ mL/min/1.73m}^2$
- ・蛋白尿及び血尿がともに陽性（1+以上）
- ・その他，かかりつけ医が必要と認めた場合

推算 GFR の式は以下の計算式を用いる

$$\text{eGFR}(\text{mL/min/1.73 m}^2) = 194 \times \text{Age}^{-0.287} \times \text{Cre}^{-1.094} \quad (\text{女性はこれに} \times 0.739)$$

上記のいずれにも該当しない場合は，かかりつけ医が生活習慣・血糖・血圧等を管理しながら腎臓病の経過を観察し，参加者が紹介基準に達した時点で腎臓専門医に紹介する。

8.2 介入 A 群

介入 A 群では，CKD 診療ガイドに従って診療を行う。

8.3 介入 B 群

介入 B 群では，CKD 診療ガイドに従って診療を行うとともに，以下のサービスが追加される。

- ・診療目標達成支援 IT システム
- ・受診促進支援センターによるサービス
- ・栄養ケアステーションによるサービス

8.3.1 診療目標達成支援 IT システム

診療目標達成支援 IT システムは，データセンターに蓄積されたデータを基にして，以下の業務を行う。

- ・CKD 診療目標の実施率・達成率の計算と，かかりつけ医への結果報告
- ・来院予定者のリスト作成（かかりつけ医からデータセンターに送付される受診日と次回来院予定日に基づいて作成）
- ・次回来院時に必要な検査・診療内容のリスト作成
- ・予定通りに受診しなかった参加者のリスト作成
- ・生活・食事指導を受ける参加者のリスト作成
- ・腎臓専門医への紹介基準を満たす参加者のリスト作成
- ・かかりつけ医，腎臓専門医，管理栄養士間でのデータ共有を目的としたシステム作成

8.3.2 受診促進支援センター

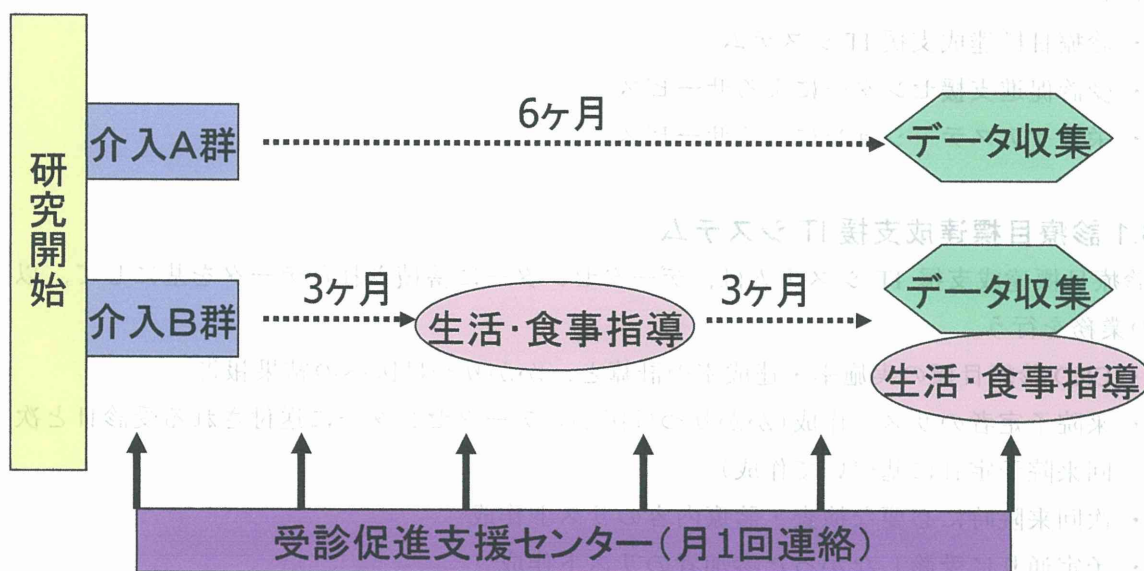
受診促進支援センターは「診療目標達成支援 IT システム」によって作成されたリストに基づいて、診察日、必要な検査・診療内容、生活・食事指導の予定を把握し、毎月郵便により参加者と連絡をとる。2 ヶ月以上来院しなかった参加者に対しては、郵便・電話・メール等によって受診を促し、受診中断の回避に努める。さらに、腎臓専門医への紹介基準を満たす参加者リストをかかりつけ医及び CRC に送付し、CRC が腎臓専門医への紹介を促進する。

8.3.3 栄養ケアステーション

かかりつけ医は、診察結果に基づいて各参加者に対する生活・食事指導の内容を具体的に設定し、参加者に説明するとともに、生活・食事指導の内容を栄養ケアステーションに電話・FAX 等で通知する。なお、診療目標達成支援 IT システムから CKD 診療目標の実施率・達成率がかかりつけ医及び管理栄養士に伝えられる。

栄養ケアステーションの管理栄養士は、かかりつけ医の設定した指導内容に基づき、以下の支援を行う。管理栄養士の指導内容は研修によって標準化を図る。

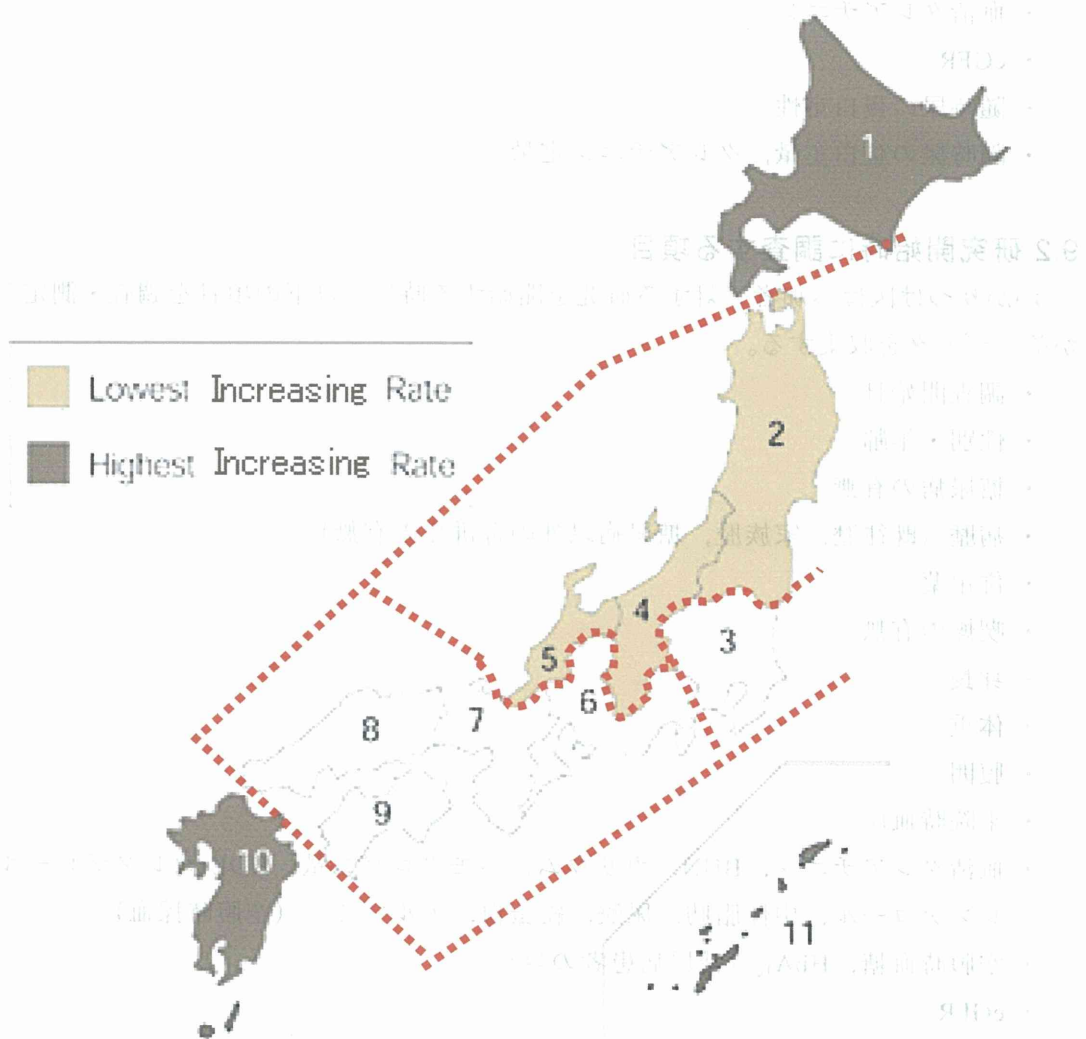
- ・参加者に対する継続的個別生活・食事指導を面談または電話で3ヶ月ごとに継続する。また、参加者からの聞き取り及び食事記録から、塩分摂取量、蛋白摂取量を評価し、生活・食事指導達成度の指標とする。
- ・3 ヶ月ごとに生活・食事指導の達成度を参加者及びかかりつけ医にフィードバックし、達成度の向上を促す。
- ・生活・食事指導の際に、診療目標達成支援 IT システムに入力された検査データや実施率、達成度の内容・意義を参加者に説明し、あわせて禁煙などの生活指導を行う。



8.4 割付の設定

研究グループ統計家は、地区医師会をクラスターとして、介入 A 群または介入 B 群をランダムに割付ける。同一の地区医師会に所属する医師とその診療を受ける参加者は、すべて同じ群に割付けられる。割付は全国の透析導入患者の増加率を考慮して全国を下記の 4 ブロックに分け (Usami et al. JAMA 2000;284:2622-2624 を改変)、地区ブロックを層とし実施する。

第 1 ブロック	1+10+11 の地域
第 2 ブロック	2+4+5 の地域
第 3 ブロック	3 の地域
第 4 ブロック	6+7+8+9 の地域



全国の透析導入者増加率マップ

Usami T et al. JAMA 2000 284(20)2622-2624 より改変

9. 観察・評価スケジュール

9.1 登録時に調査する項目

かかりつけ医は参加者を登録する際に、以下の項目を調査・測定する。

- ・ 登録日
- ・ 性別・年齢
- ・ 喫煙の有無
- ・ 身長
- ・ 体重
- ・ 来院時血圧
- ・ 血清クレアチニン
- ・ eGFR
- ・ 随時尿の蛋白定性
- ・ 随時尿の蛋白定量，クレアチニン定量

9.2 研究開始時に調査する項目

かかりつけ医は参加者に対する研究を開始する時に、以下の項目を調査・測定し、CRC がそのデータを収集する。

- ・ 調査開始日
- ・ 性別・年齢
- ・ 糖尿病の有無
- ・ 病歴（既往歴，家族歴，糖尿病以外の合併症の有無）
- ・ 併用薬
- ・ 喫煙の有無
- ・ 身長
- ・ 体重
- ・ 腹囲
- ・ 来院時血圧
- ・ 血清クレアチニン，BUN，カリウム，ヘモグロビン量，HDL コレステロール，総コレステロール，中性脂肪，尿酸，総蛋白，アルブミン（空腹時採血）
- ・ 空腹時血糖，HbA_{1c}（糖尿病患者のみ）
- ・ eGFR
- ・ 随時尿の蛋白定性，潜血定性
- ・ 随時尿の蛋白定量，クレアチニン定量

9.3 来院時に調査する項目

かかりつけ医への参加者の来院は原則として1ヶ月に一度とし、かかりつけ医は参加者の来院時に血圧測定を行う。参加者の来院時に調査・測定する項目とスケジュールを表3に示す。

表3. かかりつけ医での参加者の調査・測定スケジュール*

	登録時	開始時	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後
来院†	○	○	○	○	○	○	○	○
身長	○	○						
体重	○	○						○
腹囲		○						○
喫煙の有無		○						○
来院時の血圧	○	○	○	○	○	○	○	○
家庭血圧の測定状況		○	○	○	○	○	○	○
臨床検査‡		○						○
空腹時血糖, HbA _{1c} §		○						○
eGFR	○	○						○
随時尿の蛋白定性・ 潜血定性	○	○						○
随時尿の蛋白定量・ クレアチニン定量	○	○						○
併用薬		○						○

* 7ヶ月目以降は、この調査・測定スケジュールの1ヶ月目以降の部分を繰り返す。

† 原則として1ヶ月に一度

‡ 血清クレアチニン, BUN, カリウム, Hb, HDL-C, TC, TG, 尿酸, 総蛋白, アルブミン (空腹時採血)

§ 糖尿病患者のみ測定

|| 登録時は尿蛋白定性のみでよい。

9.4 定期的な調査項目（1ヶ月ごと）

介入 B 群に割付けられた場合、かかりつけ医は参加者の来院状況を受診促進支援センターに FAX または郵送で連絡する（介入 A 群では連絡不要）。

9.5 定期的な調査項目（3ヶ月ごと）

介入 B 群に割付けられた場合、管理栄養士は CKD 管理ノートに食事内容の評価を記入する（介入 A 群では調査不要）。

9.6 定期的な調査項目（6ヶ月ごと）

介入 A 群，介入 B 群とも，CRC は 6 ヶ月ごとに下記項目をかかりつけ医で調査する。

- ・ 体重
- ・ 腹囲
- ・ 喫煙の有無
- ・ 毎月の来院時血圧
- ・ 毎月の家庭血圧の測定状況
- ・ 血清クレアチニン，BUN，カリウム，ヘモグロビン量，HDL コレステロール，総コレステロール，中性脂肪，尿酸，総蛋白，アルブミン（空腹時採血）
- ・ 空腹時血糖，HbA_{1c}（糖尿病患者のみ）
- ・ eGFR
- ・ 随時尿の蛋白定性，潜血定性
- ・ 随時尿の蛋白定量，クレアチニン定量
- ・ 併用薬
- ・ 6ヶ月以上の通院中断なく受診を継続した参加者数
- ・ 紹介基準に従って腎臓専門医へ紹介した参加者数，腎臓専門医より逆紹介された参加者数
- ・ 透析導入発症者数
- ・ 心血管イベントの発症数

9.7 データの収集

かかりつけ医は参加者に「CKD 管理ノート」を配布する。参加者は家庭で測定した血圧の値を「CKD 管理ノート」に記入し，その複写をかかりつけ医が保管する。あわせて，かかりつけ医は参加者の来院時に調査した項目及び指導内容を「CKD 管理ノート」に記入し，複写を保管する。

管理栄養士は，食事内容から計算した蛋白摂取量・塩分摂取量，生活・食事指導の内容を「CKD 管理ノート」に記入し，その複写をかかりつけ医が保管する。

腎臓専門医が測定したデータは，腎臓専門医が「CKD 管理ノート」に記入し，参加者が「CKD 管理ノート」の内容を示すことによって，かかりつけ医にフィードバックする

(注：かかりつけ医と腎臓専門医の両者が同一の検査を実施した場合は、かかりつけ医のデータを採用する)。

CRC はデータセンターの支援下でかかりつけ医を訪問し、6ヶ月に一度の間隔で「CKD 管理ノート」の複写および診療録から、かかりつけ医・腎臓専門医・管理栄養士が収集したデータを入力し、データセンターに蓄積する（収集するデータは 9.2 及び 9.6 を参照）。

なお、かかりつけ医が参加者を腎臓専門医に紹介した場合、CRC は以下の情報をおかかりつけ医から収集する。

- ・ 腎臓専門医の受診の有無と受診日
- ・ 紹介先の施設名及び主治医名

腎臓専門医は、かかりつけ医から紹介を受けた参加者が来院した日を「CKD 管理ノート」に記入する。

透析を導入した場合、心血管疾患が発症した場合、腎臓専門医は以下の情報をおかかりつけ医にフィードバックし、CRC はその情報をおかかりつけ医から収集する。腎臓専門医が下記データをおかかりつけ医に 6ヶ月以内にフィードバックしない場合は、CRC がデータセンターを介して腎臓専門医にフィードバックを促し、さらには、拠点施設が腎臓専門医にフィードバックを促す。

- ・ 透析導入日、透析方法、ブラッドアクセス作成日
- ・ 心血管疾患の発生日、心血管疾患の内容と転帰
- ・ その他の合併症の発生日、合併症の内容と転帰

9.8 かかりつけ医へのフィードバック

介入 A 群では、参加者の受診継続状況、腎臓専門医への紹介状況、CKD ステージ等が研究終了後にかかりつけ医へフィードバックされる。

介入 B 群では、参加者の受診継続状況、腎臓専門医への紹介状況、CKD ステージ等が 6ヶ月ごとにかかりつけ医へフィードバックされる。また、3ヶ月に一度、生活・食事指導の結果が管理栄養士からかかりつけ医へフィードバックされる。

9.9 サブコホート調査

一部の参加者に対しては、本研究に付随して以下を調査する。

1. 介入の費用対効果

- ・ 参加者の領収書から得られる医療費
- ・ 介入に要した費用
- ・ CKD の 5 ステージについての効用値測定（日本語版 EQ-5D, 1回）

2. 介入が医療費に及ぼす影響

- ・ 参加者の領収書から得られる医療費

- ・介入に要した費用

3. 機会費用に関する実査

「介入 B 群」のうち無作為抽出した数医師会で機会費用（無報酬の活動など）に関する実査（1 回）

10. 有効性の評価

10.1 主要評価項目

以下の変数を診療群ごとに算出する。

1. 受診継続率

=6 ヶ月以上の通院中断なく受診を継続した参加者数 / 解析対象者数

2. かかりつけ医と腎臓専門医の連携達成率

1) かかりつけ医から腎臓専門医への紹介率

=紹介基準に従って腎臓専門医へ紹介した参加者数 / 紹介基準に達した参加者数

2) かかりつけ医と腎臓専門医との併診率

=かかりつけ医と腎臓専門医が併診している参加者数* / 紹介基準に達した参加者数

* 腎臓専門医を受診し、かつかかりつけ医を再受診した参加者数

3. CKD のステージ進行率

ステージごとに各年度の進行率を評価する。

1) ステージ 1 の参加者が各ステージ 2, 3, 4, 5 へ進行する率/年

2) ステージ 2 の参加者が各ステージ 3, 4, 5 へ進行する率/年

3) ステージ 3 の参加者が各ステージ 4, 5 へ進行する率/年

4) ステージ 4 の参加者がステージ 5 へ進行する率/年

10.2 副次評価項目

以下の項目を介入群ごとに算出する。

1. CKD 診療目標の実施率

1) 禁煙実施率

=禁煙できた参加者数 / 解析対象のうち研究開始時に喫煙している参加者数

2) Body mass index (BMI) 25 未満移行割合

=BMI が 25 以上から 25 未満になった参加者数 / 解析対象のうち研究開始時の BMI が 25 以上の参加者数

3) 血圧管理目標実施率

=1ヶ月間に14日以上家庭血圧を測定した参加者数/解析対象者数

4) 糖尿病患者でHbA_{1c} 6.5%未満割合

=糖尿病を合併し、HbA_{1c}が6.5%未満の参加者数/解析対象のうち糖尿病を合併している参加者数

5) LDL-C 120 mg/dL 未満割合

=LDL-Cが120 mg/dL未満の参加者数*/解析対象のうち研究開始時LDL-Cが120 mg/dL以上の参加者数

*LDL-Cの値は、Friedewaldの式(LDL-C=TC-HDL-C-TG/5)を用いて算出する。

6) CKD ステージ3以上でHbが10 g/dL以上12 g/dL未満割合

=CKDステージ3以上でHbが10 g/dL以上12 g/dL未満の参加者数/解析対象のうちCKDステージが3以上の参加者数

2. 血圧管理目標達成率

=血圧が130/80 mm Hg未満(蛋白尿が1 g/gクレアチニン以上の場合は125/75 mm Hg未満)に到達した参加者数/解析対象のうち開始時の血圧が管理目標に到達していない参加者数

3. 尿蛋白50%減少達成率

=尿蛋白が前値の50%に到達した参加者数/解析対象のうち開始時の尿蛋白が1+以上の参加者数

尿蛋白の計算には以下の式を用いる。

尿蛋白(g/gクレアチニン) = 尿蛋白・尿クレアチニン比

= 随時尿の蛋白定量 mg/dl / 随時尿のクレアチニン定量 mg/dl

4. 血清クレアチニン値の2倍化到達数, eGFR 50%低下到達数

・血清クレアチニン値が研究開始時の2倍に到達した人数

・eGFRが研究開始時の50%に到達した人数

eGFRの計算には以下の式を用いる。

$eGFR(\text{mL}/\text{min}/1.73 \text{ m}^2) = 194 \times \text{Age}^{-0.287} \times \text{Cre}^{-1.094}$ (女性はこれに $\times 0.739$)

5. 新規透析導入患者数の年次推移

解析対象のうち新規透析導入に至った参加者の各年の数を集計する。

6. 心血管イベント発症率

＝研究期間中に心血管イベントを発症した参加者数／解析対象者数

心血管イベントは、調査期間中に出現した以下の疾患と定義する。

心筋梗塞，狭心症，うっ血性心不全，重度不整脈・心房細動・心房粗動，脳血管障害，閉塞性動脈硬化症，大動脈解離，突然死

腎臓専門医の所属する医療機関が心血管イベントを診断した場合は、「心血管疾患の発生日，内容及び転帰」「その他の合併症の発生日，合併症の内容及び転帰」をかかりつけ医に連絡する。突然死などで，かかりつけ医が診断した場合は，かかりつけ医がデータを記録する。

10.3 サブコホート解析

1. 介入の費用対効果

介入の機会費用として，介入の費用を診療支援サービスセンターでの実査等から推計し，直接医療費を2群の各参加者の医療費（領収書から算出）と診療モデルから推計し足し合わせたうえで，介入A群と介入B群の差をとり増分費用を算出する。（介入の費用と高価な透析医療の回避による直接医療費の減少のバランスを見る）

比較試験の結果に基づき予後モデルを構築して介入の効果を獲得生存年あるいは質調整生存年で推計したうえで介入A群と介入B群の差をとり増分効果を算出する。質調整生存年の算出のためCKDの5ステージについての効用値測定（日本語版EQ-5D，1回）を行う。

介入の増分費用効果比（円／年）＝（介入B群の費用－介入A群の費用）／（介入B群の効果－介入A群の効果）

2. 介入が医療費に及ぼす影響

バジェット・インパクト分析を行い，介入を実施することによって第三者支払者（保険者，国，地方自治体）が追加的に支払うことになる直接医療費と介入の費用を年単位で推計する。

バジェット・インパクト＝（1－患者自己負担率）×総増分費用（円／年）

3. 機会費用に関する実査

介入B群から無作為抽出した数地区医師会で機会費用（無報酬の活動など）に関する実査

11. 目標とする参加者数

目標とする参加者数は1群1250名，合計2500名とする。