

仕 様 書

1 事業名

奈良県糖尿病診療実態調査分析業務

2 調査目的

奈良県の糖尿病患者に関する医療機関検査データを収集し、糖尿病診療の実態を把握し、現状を分析することによって、本県における糖尿病診療レベルの更なる向上を図るための基礎資料を得る。

3 調査方法

- (1) 調査対象：県内の病院及び内科を標榜している診療所のうち調査に対する協力を得られた医療機関（約100機関）及び臨床検査機関（約10機関）
- (2) 調査票の数量：約40,000件
- (3) 調査方法：協力医療機関、臨床検査機関において調査票に記入（電子媒体による回答をCD-Rに保存）後、郵送で提出。
- (4) 調査項目：平成26年11月1日～平成27年10月31日までの間に糖尿病で診察を受けた患者の検査データ等（13問程度）
- (5) 調査時期：平成27年11月19日（木）～平成27年12月18日（金）を予定

4 委託内容

(1) 糖尿病患者に関する医療機関検査データの収集

別添調査票（案）に基づき、下記イ～エのデータを収集、集計する。

ア 調査対象：県内の病院及び診療所を受診している糖尿病患者に係る検査データ

イ 検査項目

I HbA1c（グリコヘモグロビン）

II Cr（血清クレアチニン）

III eGFR（推算糸球体濾過量）

V 随時尿 尿タンパク定性

VI 随時尿 尿中アルブミン定量

ウ 透析中かどうか

エ 糖尿病の治療法別

オ（散瞳）眼底検査の有無及び異状の有無

カ 医療機関検査データの収集に際しては、調査対象者からの問い合わせに対応する電話窓口を設置するとともに、未回答者に対して、電話により最低2回、督促を行うものとする。

(2) 調査票の回収

電子データ（エクセルファイル等）を郵送により、収集する。ただし、医療機関が検査を検査会社に外注している場合は、当該医療機関の承諾を得られた検査データを検査会社から収集するものとする。

委託者において返信用封筒約120部を用意し、返信先の必要事項を印字する。

返信用封筒は、委託者が、県内医療機関及び臨床検査機関（120箇所程度）に送付することとし、送付に係る経費は県が負担する。

調査票の回収は、料金後納・受取人払いとする。郵便事業者への料金後納郵便をは

じめ、回収にかかる経費は、委託料に含まれる。
(なお、郵便事業会社への料金後納・受取人払いの手続きは委託者において行う。)

(3) 調査結果の入力、集計、及び分析

調査票の入力（医療機関と臨床検査機関の回答を統合したデータ作成含む）、集計（速報・確報・協力医療機関別）、分析（昨年度調査時からの経年変化、単純集計、クロス集計、設問間クロス等による分析、分析コメントの作成）。

(4) 調査結果の分析原稿の作成

分析については委託者と十分協議すること。

(5) 調査結果の報告書の作成

報告書の内容については、委託者と十分協議すること。

概 要（A4横）パワーポイント10ページ程度

本 編（A4縦）50ページ程度 カラー（無線とじ）

協力医療機関別版（A4縦）50ページ程度 カラー（電子媒体のみ）

<主な報告書掲載項目>

- ・単純集計、クロス集計（グラフ化を含む）
- ・調査の概要、前回調査からの経年変化
- ・【参考】昨年度調査報告書（下記URLを参照）
<http://www.pref.nara.jp/38902.htm>

5 調査結果の提出

受託者は、次の成果品を県の指定する期限内に納品する。

(1) 速報

単純集計表・クロス集計表（一部）

5部（A4）、電子媒体（エクセル及びワード等）1式

提出期限 平成28年1月29日

(2) 概要、報告書（本編）の提出

概要、本編500部（A4）、電子媒体（エクセル及びワード、PDF等）1式

・うち、約230部は各医療機関、関係機関あてに送付すること。なお、該当送付に係る経費は委託料に含まれる。

調査結果分析原稿（本編・協力医療機関別）

本編 5部（A4）、電子媒体（エクセル及びワード等）1式

うち、単純集計表10表程度・クロス集計表40表程度

協力医療機関版 医療機関別に1部（A4）、

電子媒体（エクセル及びワード等）1式

うち、単純集計表10表程度・クロス集計表40表程度

- ・電子媒体については、県のホームページへの掲載に対応できるようホームページ掲載用のデータ（PDF形式を予定）も併せて作成のうえ提出すること。
- ・協力医療機関版集計結果は電子媒体のみ提出

6 業務遂行に係る留意事項

- (1) 本業務から知り得た内容を第三者に漏洩してはならない。
- (2) 資料等の収集は、県が提供するものを除き、原則として受託者の責任において行うこと。
- (3) 受託者は、業務の遂行にあたって必要とする資料の収集に際し、関係機関の協力を得る場合には、あらかじめその旨を県に連絡した上でこれを行わなければならない。
- (4) 業務の遂行にあたっては、実施計画書及び工程表を作成し、奈良県の担当職員に提出し、承諾を得るとともに、工程を管理しながら委託業務を実施するものとする。
- (5) 業務の遂行にあたって、疑義が生じた場合は直ちに県と協議し、県の指示を受けること。
- (6) 受託者は、委託業務の開始時及び委託期間中に必要が生じるごとに、県及び県が必要と認める者（奈良県立医科大学糖尿病学講座）と打ち合わせを行うものとする。
- (7) 業務の遂行には、高度な情報収集力、分析力を要するため、受託者は相当な知識と技術を有するスタッフを配置しなければならない。
- (8) 本業務の遂行によって生じる権利は、県に帰属するものとする。
- (9) 調査結果については、平成28年2月29日までに報告書に取りまとめて提出し、県担当者の検収を得ること。

7 その他

本仕様書に記載のない事項又は不測の事態の対応等については、両者協議の上決定する。

8 支払

業務完了、検査合格、成果品引渡し後、精算払いとする。

奈良県糖尿病実態調査票

医療機関番号

(調査対象患者 医師が糖尿病であると判断している方)

(記載上の注意事項)

・各項目は検査日より過去1年間で測定された直近の値をご記入下さい。

・測定していない場合は(未測定)に○をして下さい。

・HbA1cはNGSP値を記入して下さい。

※検査を外注されている項目については、別途臨床検査機関からデータ収集しますので回答不要です。

1. 検査日 平成__年__月__日
(平成26年11月1日～平成27年10月31日のうち、最後の検査日を記載)
※検査を外注していない機関にあっては、記載不要です。
2. 年齢 __ __ __ (上記1の日現在の年齢を記載)
※検査を外注していない機関にあっては、平成27年9月1日現在の年齢を記載して下さい。
3. 性別 (1. 男 2. 女)
4. 透析中かどうか (1. 有り 2. 無し 9. 不明)
5. 糖尿病治療
(1. 食事・運動療法のみ 2. 経口薬 3. :インスリンあるいはインスリン+経口薬 4. その他)
6. HbA1c (NGSP値) __ . __ . __ % , (未測定)
7. 血清クレアチニン __ . __ __ mg/dL, (未測定)
8. eGFR __ __ __ . __ ml/min. (未測定)
9. 随時尿 尿タンパク定性 (1. 陽性 2. ± 3. 陰性 9. 未測定)
10. 随時尿 尿中アルブミン定量 __ __ __ __ mg/g・Cre , (未測定)
11. 眼底検査(過去1年間の有無) (1. 有り 2. 無し 9. 不明)
12. 上記11で「1. 有り」の場合の異常の有無 (1. 異常あり 2. 異常なし)
13. 上記11で「2. 無し」の場合の受診の勧奨の有無 (1. 有り 2. 無し)