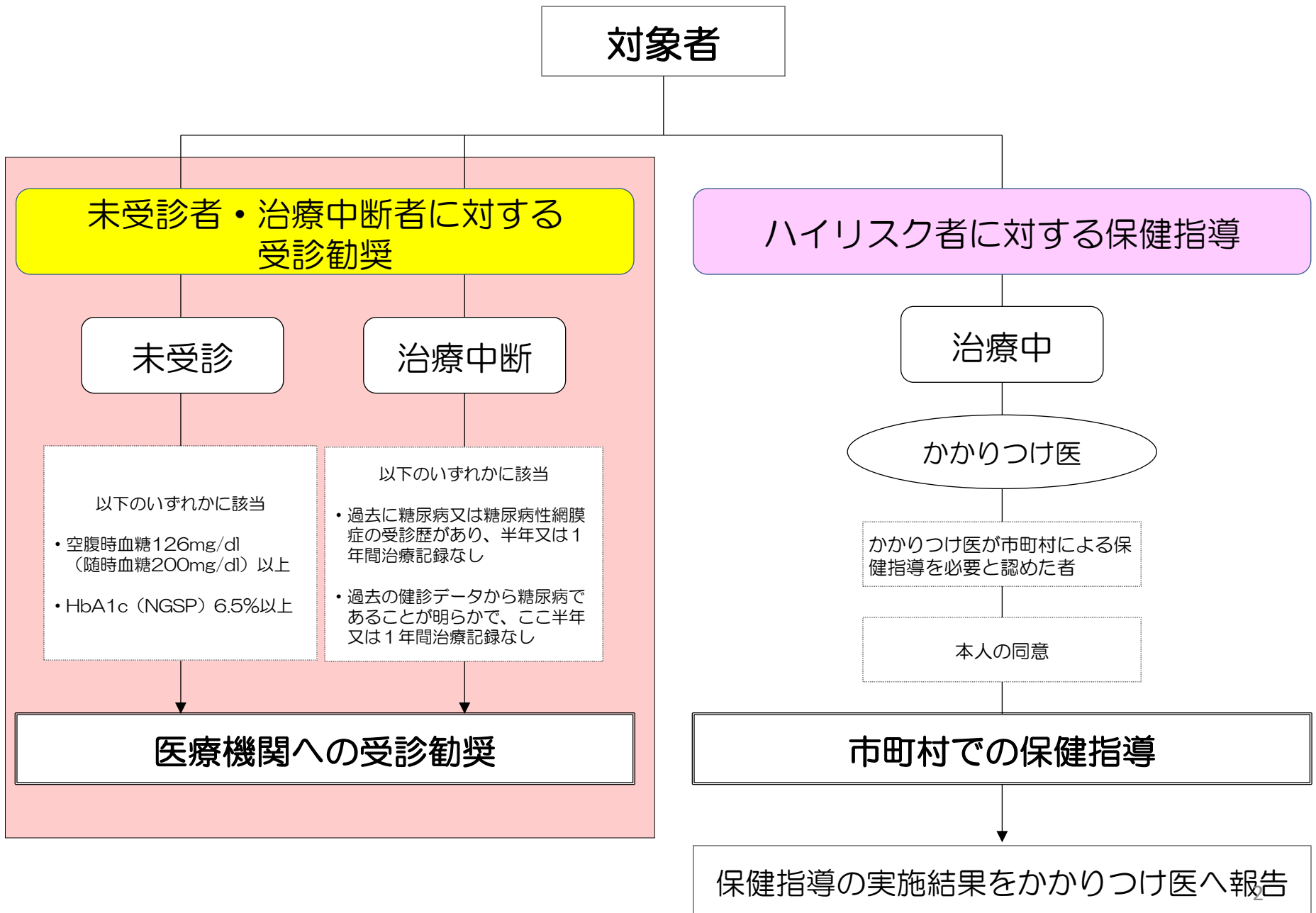


糖尿病性腎症重症化予防 について

未受診者・治療中断者に対する受診勧奨及びハイリスク者に対する保健指導のフロー図



取組の成果

H30年度 of 取組成果

取組市町村の大幅増加

【県内取組市町村数】

平成30年度末時点：

31市町村 / 33市町村



R1年度は全市町村実施

新規取組状況

新規取組概要 (R1)

【令和元年度の取組】

新

1. 保険者間の連携に関すること

新

2. 保健所単位での市町村支援

新

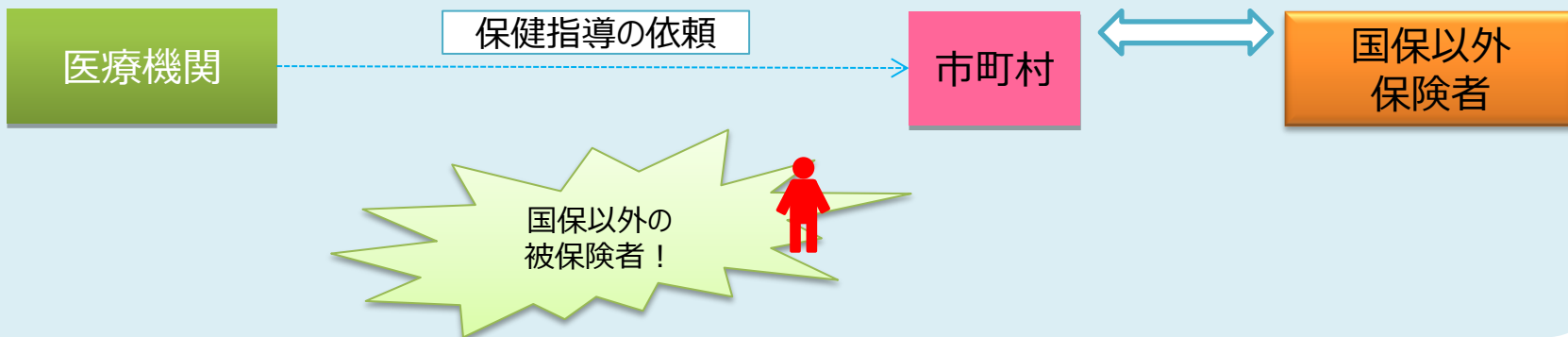
3. 協力医療機関リストの作成

協議事項（例）

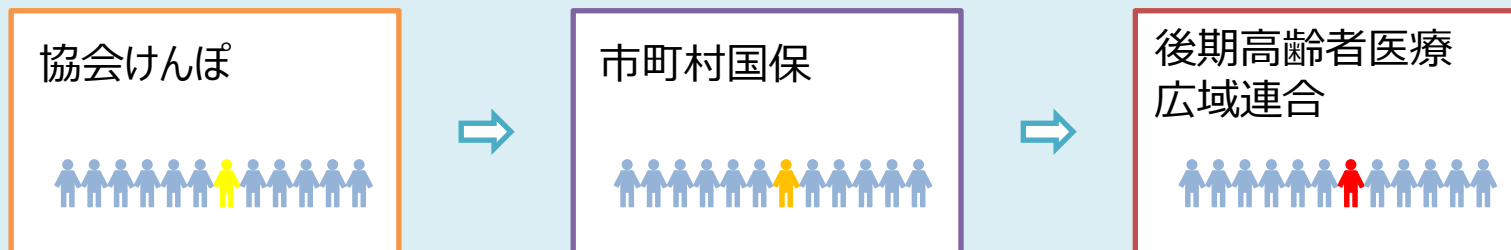
保険者協議会（R1）

【令和元年度の取組】

例 1：国保以外の被保険者の保健指導



例 2：保険移行時のハイリスク者の情報共有



2. 保健所単位での市町村支援

【令和元年度の取組】

①市町村事業の平準化

- 市町村担当者連絡会 + 研修会
- 人材の斡旋

- ◆各市町村事業の平準化に向けた調整（抽出基準、様式統一等）
- ◆管理栄養士等派遣による人材育成研修の実施
- ◆保健指導実施に係る管理栄養士等の斡旋

②医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携

- 関係団体との調整
- 意見交換会の開催

- ◆多職種連携による取組の検討
- ◆市町村事業を核とした多職種連携の取組推進

3. 協力医療機関リストの作成

【令和元年度の取組】

郡市医師会ごとに事業への 協力医療機関リストを作成

- 県の糖尿病性腎症重症化予防対策推進会議（R1.8.28）において、郡市医師会での説明会（H30実施）における課題を検討
- 岩手県糖尿病対策推進会議で決定

岩手県糖尿病性腎症重症化予防にかかる 協力医療機関把握のお願い

- ◆ 本調査は、岩手県における糖尿病性腎症重症化予防にご協力いただける医療機関の把握を目的に、〇〇医師会が、管内全医療機関を対象に行うものです。
- ◆ 医療機関にお願いしたい内容は別紙のとおりです。
- ◆ 本事業にご協力いただける場合、貴医療機関の情報を県（保健所）や市町村で共有させていただきます。受診勧奨の際の紹介医療機関として、また、ハイリスク者への保健指導協力医療機関としてご協力をお願いする可能性があります。貴医療機関の許可なく、個別の内容が公表されることはありません。
- ◆ 今回、見送られても、ご協力いただけることとなった時点で、いつでも〇〇医師会にお申し出いただければ幸いです。
- ◆ 専門医との連携や治療管理等でご質問等ある場合には、〇〇先生を相談担当医師としてお願いしております。

回答期限：令和 年 月 日までにお願いたします。

ご不明な点は、下記までお問い合わせください。

＜照会・提出先＞

〇〇医師会
〒 -

担当：

TEL： - -
FAX： - -
Email： - -

送付先FAX： -

岩手県糖尿病性腎症重症化予防にかかる 協力医療機関調査票（案）

- 別紙の事業概要をご確認いただき、以下にお答えください。
- 回答後は、〇〇医師会宛に、FAX またはメールでお送りください。

貴医療機関の概要等について教えてください。

医療機関概要	医療機関名	
	所在地	〒 -
	ふりがな	
回答者	氏名（漢字）	
	電話番号	TEL： - -
	FAX番号	FAX： - -
	メールアドレス	

本県における糖尿病性腎症重症化予防の推進にご協力いただけますか。

※ 貴医療機関の許可なく、個別の内容が公表されることはありません。

協力する 協力しない 今後、検討したい

本事業は、平成29年度に策定した「岩手県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、以下の2つの取組により、糖尿病患者が腎不全や腎代替療法（血液透析等）等に重症化することを防ぐ目的で実施するものです。
本事業の推進のためには、県内の医療機関のご協力が不可欠です。どうぞ、本事業への特段のお力添えをお願いいたします。

