

市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関する実施状況調査

参考資料5

			富 山 市	高 岡 市	射 水 市	氷 見 市	砺 波 市	南 砺 市	小矢部市	
プログラム 所管課			保険年金課	保険年金課	保険年金課	氷見市市民課	砺波市健康センター	健康課	健康福祉課	
取組実施課(受診勧奨等実施担当課)			保険年金課	保険年金課・健康増進課	保険年金課・保健センター	氷見市市民課・健康課	砺波市健康センター	健康課	健康福祉課	
令和5年度実施状況			令和5年度実施状況	令和5年度実施状況	令和5年度実施状況	令和5年度実施状況	令和5年度実施状況	令和5年度実施状況	令和5年度実施状況	
実施状況 (実施したものに○)	①医師会等関係者と取組みに関する協議	○	○	○	○	○	○	○	○	
	②未受診者への受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○	
	③治療中断者への受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○	
	④治療中患者への保健指導	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑤アウトプット評価	○	○	○	○	○	○	○	○	
	⑥アウトカム評価	○	○	○	○	○	○	○	○	
実施結果 (国保対象) (実施していない場合は「実施なし」と記載してください)	①未受診者受診勧奨対象者数	39	70	15	41	26	55	37		
	上記のうち受診勧奨実施者数	39	70	15	41	20	43	28		
	上記のうち受診につながった人数	29	45	7	31	19	22			
	②治療中断者受診勧奨対象者数	3	20	11	0	4	未受診者に含む	3		
	上記のうち受診勧奨実施者数	3	20	11	0	0		3		
	上記のうち受診につながった人数	0	5	6	0	0		3		
	③治療中患者への保健指導対象者数	55	20	11	18	16	81	17		
	上記のうち保健指導を実施した人数 (実施途中の者も含む)	6		6	1	12	33	15		
上記保健指導を実施した者のうち、 様式3を活用した人数	6		6	1	0	0	5			
後期高齢者医療の対象者	受診勧奨	対象者	後期高齢医療広域連合からの委託の有無	○	○	○	○	○	○	
		上記以外の対象者(独自抽出)の有無		×	×	×	×			
	実施方法	①文書による	○	○	○	○	○	×	○	
		②訪問、面談		○	○	○	○	○	○	
		③電話		○	○	○	○	○	○	
		④再受診勧奨(1度受診勧奨後、受診がない場合の、再度勧奨)	○	○	○	○	○一部	○	○	
	保健指導	実施の有無	○	○	○	○	○	○	○	
		対象者	①後期高齢医療広域連合からの委託の有無	○	○	○	○	○	○	○
			②①以外の対象者(独自抽出者)		×	×	×	×	×	○
			③国保対象者の継続者	○	○	○	○	○	○	○
令和6年度取組状況			令和6年度取組状況	令和6年度取組状況	令和6年度取組状況	令和6年度取組状況	令和6年度取組状況	令和6年度取組状況	令和6年度取組状況	
R6受診勧奨	糖尿病未治療者	①実施の有無	○	○	○	○	○	○	○	
		方法	文書(ハガキ、手紙等)	○	○	○	○	○	○	○
			電話	○	○	○	○	○	○	○
			訪問、面接	○	○	○	○	○	○	○
			②健診データ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○
		③レセプトデータ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	
		④抽出基準	<抽出基準> ・①空腹時血糖または随時血糖126mg/dL以上またはHbA1c6.5以上 (空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満 に採血が実施されたもの) ・上記① かつ ②尿蛋白1+以上またはeGFR60未満の者	<抽出基準> 当年度特定健康診査の結果において糖尿病未治療で、HbA1c6.5以上かつ、尿蛋白＋以上またはeGFR値60未満の者	<抽出基準> 糖尿病未治療(レセプトから糖尿病の受診歴がない)者のうち、HbA1c6.5以上かつ下記のいずれかに該当する者 ①尿蛋白±以上 ②eGFR60未満 ③高血圧Ⅰ度以上 ④LDL180以上	<抽出基準> 糖尿病未治療者でありHbA1c6.5以上かつ尿蛋白1+以上またはeGFR60未満の者	<抽出基準> HbA1c6. 5%以上かつ尿たんぱく(＋)以上またはeGFR60未満	<抽出基準> ・HbA1c6.5以上で糖尿病未治療(レセプトより内服ない人)の者のうち ①HbA1c7.0以上 ②HbA1c6.5～6.9で腎機能低下(eGFR45未満(70歳以上は40未満)又は尿蛋白＋以上又は1年でeGFR10以上低下) ・HbA1c7.0%以上で下記の①または②に該当し、糖尿病未治療の者 ①eGFR60以上 ②尿蛋白±以下		
	糖尿病治療中断者	①実施の有無	○	○	○	○	○	○	○	
		方法	文書(ハガキ、手紙等)	○	○	○	○	×	○	○
			電話	○	○	○	○	○	○	○
			訪問、面接	○	○	○	○	○	○	○
			②健診データ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○
		③レセプトデータ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	
		④抽出基準	<抽出基準> 過去に糖尿病受診歴があり、最終受診日から6か月以上受診記録がない者	<抽出基準> 前年度健診が未受診であり、糖尿病による服薬またはインスリンの治療があるレセプトが前々年度に存在し、前年度には存在しない糖尿病治療中断者	<抽出基準> レセプト情報から、過去に糖尿病の受診歴がある方で一定期間受診した記録のない者	過去に糖尿病受診歴があり最終の受診日から6か月以上受診記録がない者でありHbA1c6.5以上かつ尿蛋白1+以上またはeGFR60未満の者	HbA1c7.0%以上で、糖尿病のレセプトのある者のうち、直近(年度末を基点として)3か月以上レセプトのない者	HbA1c6.5以上で昨年度治療(内服あり)で今年度未治療(内服なし)	糖尿病受診歴があり、最終受診日から6か月以上受診記録がない。	

			富山市	高岡市	射水市	氷見市	砺波市	南砺市	小矢部市		
R6保健指導	糖尿病治療中患者	①実施の有無	○	○	○	○	○	○	○		
		②健診データ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○		
		③レセプトデータ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○		
		抽出基準	(1)糖尿病性腎症第3期と想定される者のうち、以下にあてはまる者 ①尿蛋白1＋以上　かつ/または ②eGFR 30 以上 60 未満	○	×	×	○	○	○		
			(2)特定健診以外での保健事業で把握した糖尿病性腎症第2～4期と想定される者	×	×	×	×	○	×	○	
	(3)主治医から糖尿病性腎症について保健指導を依頼された者(様式3の利用)		○	○	○	○	○	○(※市独自の様式)	○		
		(4)上記以外の基準(以下に記載願います)	・①空腹時血糖または随時血糖126mg/dL以上またはHbA1c7.0以上 (空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたもの) ・上記①　かつ　②尿蛋白＋1以上またはeGFR30以上60未満	当年度特定健康診査の結果において糖尿病治療中でHbA1c7.0以上であり、尿蛋白＋以上かつeGFR30以上またはeGFR30以上60未満で、下記にあてはまる者 ※1特定健診と糖尿病の治療を同一の医療機関で受診している ※2かかりつけ医の依頼があって、患者の同意を得た場合	・上記受診勧奨対象者である「未治療者」から治療につながった者のうち、HbA1c6.5～7.0未満かつ尿蛋白＋又はeGFR45～60未満の者、もしくは医師が保健指導プログラムへの参加が望ましいと判断した者 ・糖尿病治療中で、HbA1c7.0未満かつ尿蛋白＋又はeGFR30～45未満の者	・糖尿病治療中の者でHbA1c7.0以上8.0未満かつ尿蛋白1＋以上またはeGFR30以上の者で主治医から保健指導の依頼があった者 ・受診勧奨対象者のうち受診後、主治医から保健指導の依頼があった者	尿たんぱく(＋)またはeGFR45未満 砺波市糖尿病性腎症重症化予防プログラムフローチャートに基づき実施している。保健指導対象者には、糖尿病治療なしで、HbA1c6.5%以上7.0%未満、尿たんぱく(＋)またはeGFR45以上60未満についてもかかりつけ医と連携した保健指導者となる	糖尿病性腎症病期分類より ①第3期は全員、第2期、第1期のうちG3b以下は全員介入(但し、過去の治療状況等により判断) ②eGFRの急激な低下(－10%以上) ③HbA1c8.0以上のコントロール不良は腎機能の低下の程度に関わらず保健指導対象者(年齢によって判断)	・HbA1c8.0%以上者で、かかりつけ医より指示のあった方		
	糖尿病治療中断者	①実施の有無	×	○	○	×	○	○	○		
		②健診データ活用の有無		○	○	×	○	○	○		
		③レセプトデータ活用の有無		○	○	×	○	○	○		
		④抽出基準	(1)過去に薬物療法の既往または糖尿病受診歴があり、腎機能低下を認める者	○	×	×	○	○	○	×	
			(2)上記以外の基準(記載願います)		前年度健診が未受診であり、糖尿病による服薬またはインスリンの治療があるレセプトが前々年度に存在し、前年度には存在しない糖尿病治療中断者	・上記受診勧奨対象者である「治療中断者」で治療につながった者のうち、医師が保健指導プログラムへの参加が望ましいと判断した者	×		過去に薬物療法の既往または糖尿病受診歴があり、腎機能低下を認める者又はHbA1c値がコントロール不良であるもの	×	
	その他、保険者等が必要と認めた者	①実施の有無	×	×	×	×	×	×	○	○	
		②健診データ活用の有無			×	×	×	×	○	○	
		③レセプトデータ活用の有無			×	×	×	×	○	○	
		抽出基準	(1)eGFR60mL/分/1.73㎡未満のうち、年間5mL/分/1.73㎡以上低下			×	×	×	×		×
			(2)糖尿病網膜症を有する者			×	×	×	×		×
			(3)微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白(±)			×	×	×	×	○	○
			(4)高血圧のコントロールが不良(目安：140mmHg、後期高齢150/90mmHg以上)等			×	×	×	×		○
			(5)上記記以外の基準(以下に記載願います)			×	×	×	×	eGFR60mL/分/1.73㎡未満のうち、年間10mL/分/1.73㎡以上低下	×
	保健指導外部委託の有無		×	×	×	×	×	×	×	×	
事業を進める上で課題や困難に感じていること	受診勧奨	未治療者への受診勧奨を行う上での課題	・強い自覚症状がない限り、HbA1cの数値への意識は弱く、行動変容にはつながらない。 ・電話では相手の反応が読取れず、理解状況も曖昧。訪問では、仕事などの理由で不在が多い。 ・経済的問題で受診をためらう方への受診勧奨方法	・自覚症状がない者の場合、通院の必要性をあまり理解してもらえない					受診につながっても経過観察の人の場合は中断しやすい。	対象に受診の必要性を的確に伝えるためのリーフレット作成	
		治療中断者への受診勧奨を行う上での課題	同上、および ・受診勧奨後も受診に繋がらない。 ・対象者選定が困難。レセプトの診断名が確定診断ではないため、電話勧奨時のトラブル原因になりやすい。服薬情報も含めた対象者抽出では、対象が絞り込まれてしまい、対象者を落とす可能性がある。	・自覚症状がない者の場合、通院の必要性をあまり理解してもらえない						対象に継続治療の必要性を的確に伝えるためのリーフレット作成	
	保健指導	糖尿病治療中患者への保健指導	・対象者抽出のデータが前年度情報のため、タイムリーではない。 ・医療機関が保健指導の同意を得、情報提供されても、対象者が本事業の目的や趣旨を十分理解していない、もしくは、説明不十分の場合もあり、指導中断など効果的な指導を得られない場合が多い。	・対象者抽出のデータが前年度の特定健診結果のため、保健指導時にはタイムラグがある。 ・対象者が本事業の目的や趣旨を十分理解しておらず、初回連絡の時点で難色を示されたり、指導中断となるなど効果的な指導とならない場合がある。					・肥満を併せ持つ糖尿病患者が多い。 ・コントロール不良の考え方が、かかりつけ医によって違う	電話や訪問等の時間捻出	
		糖尿病治療中断者		・糖尿病治療薬は毎日服用するものが多いため費用も必要になり、経済的理由により治療を中断している者に対しての指導が困難である						電話や訪問等の時間捻出	
	糖尿病対策全般の取組みにおける具体的な課題		・市医師会との連携強化 ・かかりつけ医と専門医との連携 ・実施体制整備(糖尿病対策全般における当事業の位置づけ) ・専門職のスキルアップ ・台帳管理 ・評価体制の整備	・マンパワー不足 ・保健指導担当者のスキルアップ ・医療機関に通院するための手段がない者への対応が困難である ・市医師会との連携強化 ・かかりつけ医と専門医との連携	・未治療者は医療機関への受診に至るまでが困難であり、保健指導までに結びつくケースが少ない。 ・中断者については、健診未受診者が多く、健診データを持たないため、医療機関との連携ツール【様式2】を活用できない。 ・検査値に対するかかりつけ医による対応の違いがある。	・マンパワー不足と指導スタッフ(保健師、管理栄養士)の資質の向上 ・かかりつけ医と専門医の連携体制について	保健指導実施者のマンパワー不足と保健指導実施者の資質の向上	・保健指導担当者のスキルアップ ・市内専門医のマンパワー不足 ・高齢者の血糖コントロールの考え方が、行政、かかりつけ医、専門医で異なる	・かかりつけ医と専門医の連携体制について ・マンパワー不足と指導スタッフ(保健師、管理栄養士)の資質の向上		
	問い合わせ先		保険年金課 TEL 443-2271 FAX 443-1260	保険年金課・健康増進課	保険年金課・保健センター	氷見市市民課 0766-74-8061 氷見市健康課 0766-74-8414	砺波市健康センター TEL 0763-32-7062	南砺市 健康課 TEL 0763-23-2027 FAX 0763-82-4657	小矢部市健康福祉課 TEL 0766-67-8606 FAX 0766-67-8602		

令和6年度市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関する実施状況調査

		朝 日 町		入 善 町		黒 部 市		魚 津 市		滑 川 市		上 市 町		舟 橋 村		立 山 町			
		プログラム所管課		朝日町保健センター		元気わくわく健康課		健康増進課		健康センター		市民健康センター		福祉課		生活環境課		立山町保健センター	
		取組実施課(受診勧奨等実施担当課)		朝日町保健センター		元気わくわく健康課		健康増進課		健康センター		市民健康センター		福祉課		生活環境課		立山町保健センター	
		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況		令和5年度実施状況	
実施状況 (実施したものに○)	①医師会等関係者と取組みに関する協議	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
	②未受診者への受診勧奨	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
	③治療中断者への受診勧奨	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
	④治療中患者への保健指導	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
	⑤アウトプット評価	○		○(実施予定)		○		○		○		○		○		○		○	
	⑥アウトカム評価	○		○(実施予定)		○		○		○		○		○		○		○	
実施結果 (国保対象) (実施していない場合は「実施なし」と記載してください)	①未受診者受診勧奨対象者数		12		13		23		8		6		5		0		12		
	上記のうち受診勧奨実施者数		11		12		23		6		6		5		0		12		
	上記のうち受診につながった人数		7		1		17		2		6		3		0		5		
	②治療中断者受診勧奨対象者数		2		0		2		4		1		0		0		1		
	上記のうち受診勧奨実施者数		0		0		2		4		1		0		0		1		
	上記のうち受診につながった人数		0		0		2		0		1		0		0		0		
	③治療中患者への保健指導対象者数		5		3		6		59		14		16		3		120		
	上記のうち保健指導を実施した人数(実施途中の者も含む)		2		2		2		49		14		3		2		9		
上記保健指導を実施した者のうち、様式3を活用した人数		2		0		2		1		0		3		0		9			
後期高齢者医療の対象者	受診勧奨	対象者	後期高齢医療広域連合からの委託の有無		○		○		○		○		○		○		○		
			上記以外の対象者(独自抽者)の有無								無								
		実施方法	①文書による					○				○				○			
			②訪問、面談	○		○		○		○		○		○		○			
	③電話				○				○		○		○		○				
		④再受診勧奨(1度受診勧奨後、受診がない場合の、再度勧奨)								○		○		○		○			
	保健指導	実施の有無		○		○		○		×		○		○		○		○	
		対象者	①後期高齢医療広域連合からの委託	○		○		○				○		○		○			
			②①以外の対象者(独自抽出者)															○	
③国保対象者の継続者					○						○								
		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況		令和6年度取組状況	
R6受診勧奨	糖尿病未治療者	方法	①実施の有無	○		○		○		○		○		○		○		○	
			文書(ハガキ、手紙等)			○		○		×		○		○		○			
			電話			○		○		○		○		○		○			
			訪問、面接	○		○				○		○		○		○			
		②健診データ活用の有無		○		○		○		○		○		○		○			
		③レセプトデータ活用の有無		○		○		○		○		○		○		○			
		④抽出基準	＜抽出基準①＞ 下記のいずれにも該当するもの ①HbA1c6.5%以上7.0%未満 ②尿蛋白1+またはeGFR45以上60未満のもの ＜抽出基準②＞ 下記のいずれにも該当するもの ①HbA1c6.5%以上7.0%未満 ②尿蛋白±またはeGFR30以上45未満のもの		＜抽出基準①＞ レセプトにて糖尿病未治療の者で、HbA1c6.5以上かつ尿蛋白＋以上またはeGFR60未満の者		＜抽出基準＞ 下記のいずれにも該当する者 ・空腹時血糖126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl)又はHbA1C 6.5%以上 ・尿蛋白1+以上 かつ/または eGFRが基準値(60ml/分/1.73㎡)未満		＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上かつ、尿蛋白＋以上またはeGFR60未満のうち未治療者		＜抽出基準＞ 健診時HbA1c6.5%以上で問診にて服薬無かつレセプトにて糖尿病による定期受診が確認できない者 (HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白＋以上またはeGFR60未満を優先対象とする)		＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白＋以上またはeGFR60未満の者		＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上の者のうち、レセプト状況を確認し、治療が確認できない者		＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上の者のうち、レセプト状況を確認し、治療が確認できない者。		
	糖尿病治療中断者	方法	①実施の有無	○		○		○		○		○		○		○		○	
			文書(ハガキ、手紙等)			○		○		×		○		○		○			
			電話			○		○		○		○		○		○			
			訪問、面接	○		○		○		○		○		○		○			
		②健診データ活用の有無		○		○		○		○		○		○		○			
		③レセプトデータ活用の有無		○		○		○		○		○		○		○			
			④抽出基準	＜抽出基準＞ 過去に糖尿病受診歴があり最終受診日から6か月以上受診記録がない者		＜抽出基準①＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から6か月以上受診記録がない者		＜抽出基準＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から6か月以上受診記録がない者		＜抽出基準＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、レセプト確認後必要と認められたもの。		＜抽出基準＞ 健診時HbA1c6.5%以上でレセプト上6ヶ月以上糖尿病の治療状況が確認できない者		＜抽出基準＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、レセプト情報より最終の受診日が6か月以上受診歴がない者		＜抽出基準＞ 過去に糖尿病受診歴がある方で、レセプト上6か月以上治療が確認できない者		＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上の者のうち、レセプトにより過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から6ヶ月以上の受診記録がない者。	

令和6年度市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関する実施状況調査

				朝 日 町	入 善 町	黒 部 市	魚 津 市	滑 川 市	上 市 町	舟 橋 村	立 山 町
R6 保 健 指 導	糖 尿 病 治 療 中 患 者	抽出 基準	①実施の有無	○	○	○	○	○	○	○	○
			②健診データ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○
			③レセプトデータ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○
			(1)糖尿病性腎症第3期と想定される者のうち、以下にあてはまる者 ①尿蛋白1＋以上 かつ/または ②eGFR 30 以上 60 未満				○	○	○		○
			(2)特定健診以外での保健事業で把握した糖尿病性腎症第2～4期と想定される者				○	○	×		○
			(3)主治医から糖尿病性腎症について保健指導を依頼された者(様式3の利用)				○	○	○	○	○
			(4)上記以外の基準(以下に記載願います)	糖尿病治療者のうち下記のいずれにも該当する者 ①HbA1c6.5以上7.0%未満 ②尿蛋白1＋またはeGFR30ml/分/1.73㎡以上45ml/分/1.73㎡未満	糖尿病治療中で健診受診者のうち ・HbA1c6.5以上7.0%未満 ・尿蛋白1＋以上 かつ/または eGFRが30～45ml/分/1.73㎡未満	下記のいずれにも該当する者 ・HbA1c6.5以上7.0%未満 ・尿蛋白1＋以上 かつ/または eGFRが30～45ml/分/1.73㎡未満			①糖尿病未治療者 HbA1c6.5～7.0%未満かつ尿蛋白±～＋またはeGFR45～60未満または高血圧Ⅱ度以上またはLDLコレステロール140以上 ②糖尿病治療中 HbA1c7.0%未満かつ尿蛋白±またはeGFR30～60未満の者	尿蛋白1＋以上またはeGFR45未満の者	
	糖 尿 病 治 療 中 断 者	抽出 基準	①実施の有無	○	○	×	○	○	○	○	○
			②健診データ活用の有無	○	○		○	○	○	○	○
			③レセプトデータ活用の有無	○	○		○	○	○	○	○
			(1)過去に薬物療法の既往または糖尿病受診歴があり、腎機能低下を認める者	○			○	○	○	○	○
	(2)上記以外の基準(記載願います)				過去に糖尿病の受診歴があり、レセプトより必要が認められた方	過去5年間で特定健診を受診しHbA1c6.5%以上、かつ当該年度健診未受診者	過去に糖尿病の受診歴があり、レセプト情報より最終の受診日より6か月以上受診歴がない者				
	そ の 他 保 険 者 等 が 必 要 と 認 め た 者	抽出 基準	①実施の有無	×	○	×	○	○	○	○	○
			②健診データ活用の有無	×	○		○	○	○	○	○
			③レセプトデータ活用の有無	×	○		○	○	○	○	○
			(1)eGFR60mL/分/1.73㎡未満のうち、年間5ml/分/1.73㎡以上低下				○				
			(2)糖尿病網膜症を有する者								
			(3)微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白(±)					○			
			(4)高血圧のコントロールが不良(目安:140mmHg、後期高齢150/90mmHg以上)等				○(血圧Ⅱ度以上)	○	○		○
	(5)上記記以外の基準(以下に記載願います)		当該年度の特定健康診査結果において、HbA1c6.5%以上で尿蛋白+以上の者		HbA1c7.0以上(治療中・未治療含む)	腎機能低下の有無に関わらず、HbA1c7.0%以上の者で管理栄養士のいない医療機関を受診している者(定期通院で服薬無しの者を含む)	LDL140以上の者				
保健指導外部委託の有無				×	×	×	×	×	×	×	
事 業 を 進 め る 上 で 課 題 や 困 難 に 感 じ て い る こ と	受 診 勧 奨	未治療者への受診勧奨を行う上での課題	他の疾患で定期的に病院受診していることを理由に拒否される			他疾病治療中で、糖尿病未把握、長年かかっているかかりつけ医を信じて変えない等。					
		治療中断者への受診勧奨を行う上での課題			HbA1cを定期的に検査している人も中断者として含まれるため、服薬のみの中断者の選定に時間がかかる。	把握が困難					
	保 健 指 導	糖尿病治療中患者への保健指導	医師の同意(返書)をもらうのに時間がかかる。			本人の同意、医師の同意をもらうのが困難。直近の検査値や薬、治療方針の把握が困難。			・専門職のスキルアップ		
		糖尿病治療中断者									
	糖尿病対策全般の取組みにおける具体的な課題			・かかりつけ医から本人に対して病状説明がされていないケースがある。 ・専門職のスキルアップ	・治療中のコントロール不良者までフォローできていない ・医療機関とタイムリーな情報共有が難しい ・中長期的関わりが必要であるが、マンパワー不足により対象者全員を確実に指導することが難しい	・指導者側の糖尿病性腎症の知識向上及び医療機関との連携 ・マンパワー不足	・値の状況に対する各医療機関での対応の違い。専門医のかかり方と開業医のかかり方、紹介・逆紹介後の管理等、保健サイドも含めて各立場での役割分担の明確化など ・治療中患者の健診受診について(健診未受診者が多くコントロール不良者の把握ができない) ・PHRを使った医療連携。 ・尿中アルブミン検査の導入	・指導者側の糖尿病性腎症の知識向上 ・マンパワーの不足 ・かかりつけ医や専門医療機関との連携が難しい。	・マンパワーの不足 ・かかりつけ医が専門医である場合の連携をどのように行っていけばよいか。	・医療機関との連携について ・指導者側の糖尿病性腎症の知識の向上	・指導者側の糖尿病性腎症の知識の向上 ・マンパワーの不足 ・かかりつけ医と専門医との連携
問い合わせ先				朝日町保健センター	入善町元気わくわく健康課保健センター	黒部市健康増進課	魚津市健康センター 健康づくり係	滑川市民健康センター	上市町福祉課保健班(上市町保健センター)	舟橋村 生活環境課 福祉係	立山町保健センター