

(健Ⅱ431)

令和3年1月14日

都道府県医師会

担当理事 殿

日本医師会常任理事

羽鳥 裕

都道府県医師会糖尿病対策推進会議の活動状況等調査について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、都道府県医師会の糖尿病対策担当役員名簿、及び糖尿病対策推進事業の状況等につきましては、糖尿病対策の支援費の検討のため、毎年確認をさせていただいております。昨年度の同名簿、及び同事業状況一覧につきましては、令和2年2月26日付（健Ⅱ289）をもって、貴会宛にお送り申し上げたところです。

今年度におきましても、各都道府県の糖尿病対策推進会議の事業内容等をお伺いしたく、別紙1にご入力の上、ご回答くださいますようお願い申し上げます。

また、平成29年度調査より、窓口となる担当者および都道府県下の市区町村単位の糖尿病対策推進会議等設置の有無についてお伺いしております。昨年度の一覧表を添付しておりますので、変更・追加の有無について、別紙2にご入力の上、別紙3-1および3-2と併せてご回答いただきますようお願い申し上げます。

それぞれの回答方法は下記をご確認ください。

各提出様式（別紙1、2、3-1、3-2）は「都道府県医師会宛て文書管理システム」の「お知らせ」欄に掲載いたしますので、該当事項にご入力の上、2月19日（金）までに本会健康医療第二課宛Eメール（k2@po.med.or.jp）までご返送下さいますようお願い申し上げます。

記

別紙 1 【各都道府県糖尿病対策推進会議の事業内容等】

①会議名称

②参加団体名

※幹事団体、構成団体、協力団体など詳細にご記入ください。

③令和 2 年度事業内容（予定を含む）

行政との連携事業がございましたら別枠にご記入ください。

※開催日、演者・講師名等の詳細事項については記入不要です。

④重症化予防に関する医師会独自の取組み

③と重複するものについてもご記入ください。医師会独自の取組みに対して、行政から糖尿病対策（推進会議）担当者へ働きかけ・相談等あった場合には「有」に○をつけ、内容を下部にご記入ください。

例：問い合わせ、事業企画段階での相談・質問など

別紙 2 【窓口となる担当者・事務局および

市区町村単位の糖尿病対策推進会議等についての変更点】

「令和元年度都道府県糖尿病対策（推進会議）の窓口」および「令和元年度市区町村単位の糖尿病対策推進会議等の設置有無」をご確認いただき、令和 2 年度の変更の有無をご記入ください。

➤ 窓口となる担当者・事務局に変更がある場合は別紙 3－1 にご記入ください。

➤ 市区町村単位の糖尿病対策推進会議について変更・追加がある場合、別紙 3－2 にご記入ください。

※別紙 3－1、3－2 は該当しない場合、提出不要です。

※「都道府県医師会宛て文書管理システム」の閲覧方法につきましては、各都道府県医師会の情報担当部署にご確認くださいようお願いいたします。

公益社団法人日本医師会 事務局 健康医療第二課 （担当 秋山） TEL：03-3942-8181 E-mail：k2@po.med.or.jp

令和2年度都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況

医師会名	①会議名称	②参加団体名 (幹事団体、構成団体、協力団体など)	③令和2年度事業内容(予定を含む) ※計画していたが新型コロナウイルスの影響で中止・延期になったものはその旨ご記載ください。	④重症化予防に関する医師会独自の取組 がありましたらご記入ください。(③と重複可)	備考(その他)
			<行政との連携事業>	<独自の取組への行政からの働きかけ> どちらかに○をつけてください。 有 ・ 無	

日本医師会健康医療第二課 行

E-mail: k2@po.med.or.jp

令和 2 年度都道府県医師会窓口担当者・事務局および
市区町村単位の糖尿病対策推進会議等の変更・追加について

都道府県医師会名：_____

※□に✓をつけご返送ください。

「令和元年度都道府県糖尿病対策（推進会議）の窓口」から令和
2 年度での変更がありますか？

- ☐ はい → 別紙 3 - 1 にご記入の上、併せてご返送ください
☐ いいえ

「令和元年度市区町村単位の糖尿病対策推進会議等の設置有無」
から令和 2 年度での変更・追加がありますか？

- ☐ はい → 別紙 3 - 2 にご記入の上、併せてご返送ください
☐ いいえ

日本医師会健康医療第二課 行

E-mail: k2@po.med.or.jp

都道府県医師会名 : _____

【都道府県医師会糖尿病対策(推進会議)の窓口となる担当役員】

氏 名	
役 職	

【都道府県医師会糖尿病対策(推進会議)担当事務局】

事務局担当課	
事務局担当者	
役 職	

※以下、医師会と異なる場合のみご記入下さい

【都道府県糖尿病対策推進会議の窓口となる担当者・連絡先】

担 当 役 員	
役 職	
担 当 事 務 局	
事務局担当者	
役 職	
連 絡 先 (住所・電話番号)	住所 : 電話番号 :

※本調査をもとにした窓口となる担当者名簿を、行政・関係団体等と共有することを検討しております。ご承知おきの上、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

日本医師会健康医療第二課 行

E-mail: k2@po.med.or.jp

【地域の糖尿病対策推進会議等の担当者・連絡先】

都道府県医師会名：_____

枚数： _____ 枚

【会議名称： _____】

地域（市区町村名）	
構成団体・組織	
担 当 者	
役 職	
連 絡 先 （住所・電話番号）	住所： 電話番号：

【会議名称： _____】

地域（市区町村名）	
構成団体・組織	
担 当 者	
役 職	
連 絡 先 （住所・電話番号）	住所： 電話番号：

※記入欄が足りない場合には本用紙をコピーしてご利用ください。※本調査をもとにした窓口となる担当者名簿を、行政・関係団体等と共有することを検討しております。ご承知おきの上、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。