全　　県　　民　【ア】

健診対象者　【イ】

健診受診勧奨等

糖尿病受療者　【オ】

**境界型糖尿病疑い者【ウ】**

①空腹時血糖 100mg/dl 以上 126mg/dl 未満　or HbA1c5.6%以上 6.5%未満かつ
②ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ構成因子（腹囲・血中脂質・血圧）のいずれかに該当

**治療中断者【エ】**

1. 過去に糖尿病治療歴があるが、直近 1 年での医療機関受療歴のない者
2. 過去 3 年間程度のﾃﾞｰﾀで
①空腹時血糖 126mg/dl 以上
②随時血糖 200mg/dl 以上
③HbA1c6.5%以上
のいずれかに該当
※尿蛋白定性（±）以上の場合、確実に受診するよう支援

**医療機関未受診者【エ】**

過去 3 年間程度のﾃﾞｰﾀで
①空腹時血糖 126mg/dl 以上
②随時血糖 200mg/dl 以上
③HbA1c6.5%以上
のいずれかに該当
※特に直近 1 年で糖尿病に関する医療機関受療歴のない者は受診につなげる必要あり

**保険者による抽出**

以下の全てに該当
①空腹時血糖 126mg/dl 以上又は随時血糖 200mg/dl 以上又は HbA1c6.5%以上
②尿蛋白定性（±）以上
③直近 1 年間の糖尿病受療歴がある者（糖尿病の診断あり）

**医療機関による抽出**

以下の全てに該当
①糖尿病治療中　又は経過観察中
②腎機能低下（尿ｱﾙﾌﾞﾐﾝ定量、尿蛋白、eGFR　等）
③生活習慣改善や専門職の保健指導が必要な者
※1 型糖尿病、終末期、認知機能障がい者、医療機関における糖尿病関連指導加算算定のある者については除外

**医療機関受診勧奨**
**※保険者は「医療機関受診勧奨連絡票（参考様式 1）」を対象者へ**

保険者は本人に保健指導の同意を確認（**参考様式 3**）かつ主治医についても本人に確認

医療機関は本人に保健指導の同意を確認した後、保険者に照会
保険者による保健指導の対応が可能であれば（**参考様式 3**）を保険者へ送付

医療機関受診　※医療機関は「医療機関受診勧奨連絡票（**参考様式 1**）」を保険者へ

主治医に上記報告

**介入不要**

定期的な健診受診や定期検査の実施、情報提供・生活習慣の改善助言等

**保健指導**

生活習慣改善が必要な者や治療中断の高リスク者、医師が必要と認めた者など

※【カ】の取組移行についても検討すること

**要治療【オ】**

精査結果により、診療情報提供書（**参考様式 2**）にて専門医への紹介やかかりつけ医への逆紹介など連携を図る
※専門医への紹介基準目安（P23 参照）
①HbA1ｃ8.0%以上が 3 ヶ月以上持続
→　**糖尿病専門医へ**
②糖尿病性腎症第 3･4 期又は尿蛋白定性(2＋)以上又は eGFR45ml/分/1.73 ㎡未満のいずれかに該当
→　**腎専門医へ**

**主治医より保険者へ保健指導の指示【カ】（参考様式 4）**

**医療機関より保険者へ保健指導の指示【カ】（参考様式 4）**

**保健指導**
※指導には糖尿病連携手帳を活用する
指導後は結果について（**参考様式 5**）を主治医又は医療機関へ報告