

第4節 糖尿病対策

- 糖尿病患者の増加が抑制されることと糖尿病重症者が減少することを目指します。
- 生活習慣改善による発症予防を行います。
- 特定健診や特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる早期発見及び重症化予防の推進を図ります。
- 慢性腎臓病(CKD)対策の推進を図ります。

現状と課題

1 現状

(1)糖尿病とは

- 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群であり、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別されます。
- 糖尿病は自覚症状が出にくい一方で一度発症すると治癒することはなく、脳卒中や急性心筋梗塞の危険因子となる慢性疾患であり、糖尿病昏睡等の急性合併症や、糖尿病網膜症、歯周病等の慢性合併症等、多種多様な合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることとなります。

(2)糖尿病患者動向の現状

ア 糖尿病有病者の割合

- 糖尿病有病者（HbA1c:NGSP値³²6.5%以上の者）の割合は、令和元（2019）年度時点で7.9%となっています。
- 増加傾向となっていることに加え、全国平均の7.2%と比較して高い値となっています。

イ 血糖コントロール不良者の割合

- 血糖コントロール指標によるコントロール不良者（HbA1c:NGSP値8.0%以上の者）の割合は、令和元（2019）年時点で1.31%となっており、全国と比較して同程度の数値で、横ばい傾向となっています。

ウ 糖尿病重症者の現状

- 糖尿病性腎症による年間新規透析導入者は、令和3（2021）年時点で234人となっており、横ばい傾向です。

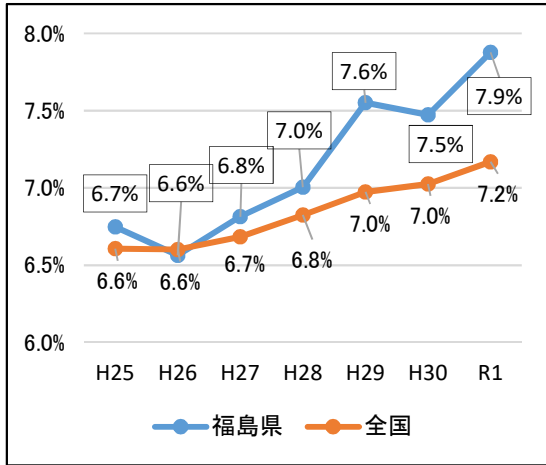
エ 糖尿病の死亡率

- 糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）は、令和2（2020）年時点で男性17.9、女性10.1となっています。
- 男性については前回と比べて増加しており、全国と比較しても高い状況です。
- 女性については前回と同様ですが、全国と比較すると高い状況で、令和2（2020）年のデータでは全国ワーストとなっています。

³² HbA1c(ヘモグロビン・エーワンシー):糖尿病の診断や病状判断上欠かすことのできない検査項目の1つで、血糖値と同様に血中に含まれるブドウ糖の量(血糖状態)を調べることに使う。グリコヘモグロビンとも呼ばれ、採血から過去約1~2か月間の血糖値の平均を知ることができる検査値。

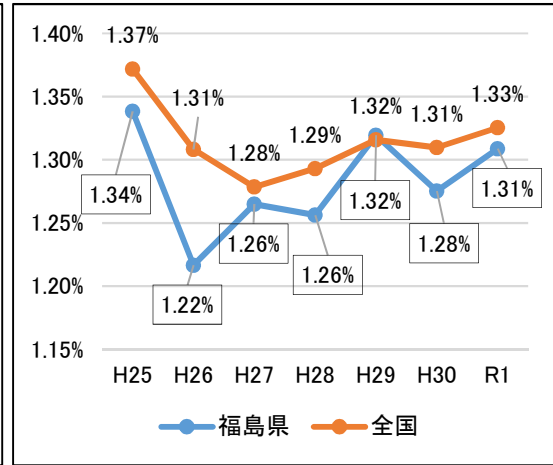
NGSP値:HbA1c値を表記するための国際標準値であり、6.5%以上で糖尿病と診断され、8.0%以上で合併症を発症するリスクが大変高くなる。

図表8-4-1 糖尿病有病者の割合



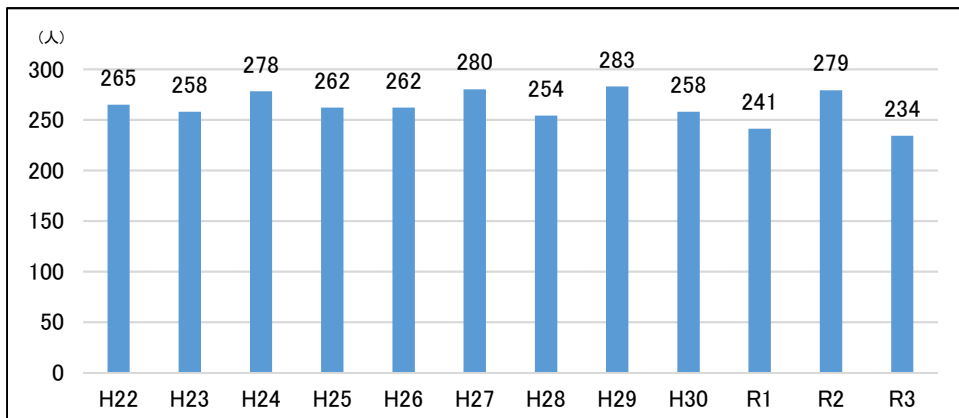
資料：NDB オープンデータ(厚生労働省)

図表8-4-2 血糖コントロール指標によるコントロール不良者の割合



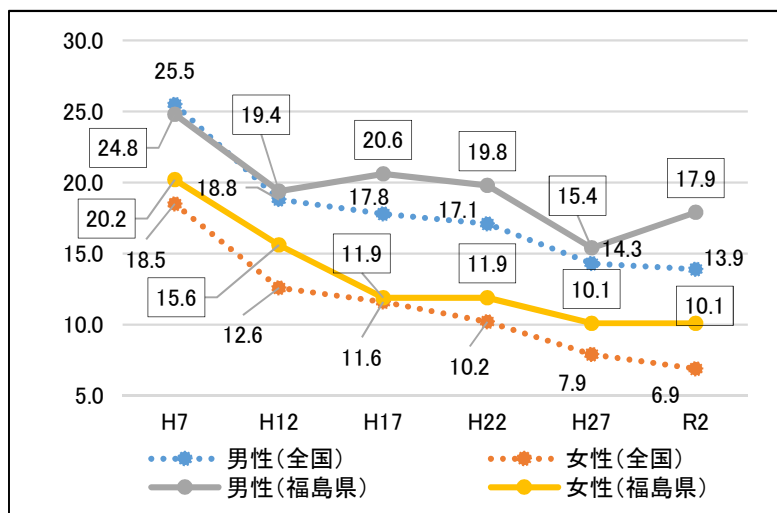
資料：NDB オープンデータ(厚生労働省)

図表8-4-3 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数



資料：わが国の慢性透析療法の実況

図表8-4-4 糖尿病の年齢調整死亡率



資料：人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

(3)医療資源等の現状

ア 糖尿病内科(代謝内科)の医療施設従事医師数

- 本県の糖尿病内科(代謝内科)の医療施設従事医師数(人口10万対)は、令和4(2022)年時点で、5.6人となっています。

図表8-4-5 糖尿病内科(代謝内科)の医療施設従事医師数(人口10万対)

		H28	R4
全国	糖尿病内科(代謝内科)医師数	7.1人	8.0人
	主たる診療科が糖尿病内科(代謝内科)	3.9人	4.5人
福島県	糖尿病内科(代謝内科)医師数	4.6人	5.6人
	主たる診療科が糖尿病内科(代謝内科)	2.3人	2.5人

資料:令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)
平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

2 課題

- (1)糖尿病の発症を予防するため、適正体重の維持、身体活動の増加、適切な食事など、生活習慣の改善によりメタボリックシンドローム等のリスク要因の除去に着目した取組が必要です。
- (2)糖尿病の早期発見・早期治療につなぐため、特定健診及び特定保健指導の実施率向上が必要です。
- (3)糖尿病の重症化を予防するため、適切な治療が継続できるよう、市町村や職域とかかりつけ医の連携、かかりつけ医と専門医の連携など、関係機関が連携した受診勧奨、治療や保健指導等の取組を推進する必要があります。

目指す姿と医療連携体制

1 目指す姿

糖尿病の予防を推進することにより、以下の状態となっていることを目指します。目指す姿の達成に向けたロジック全体の体系図は、本節の最後をご覧ください。

- (1)糖尿病患者の増加が抑制されること
- (2)糖尿病の重症者が減少すること

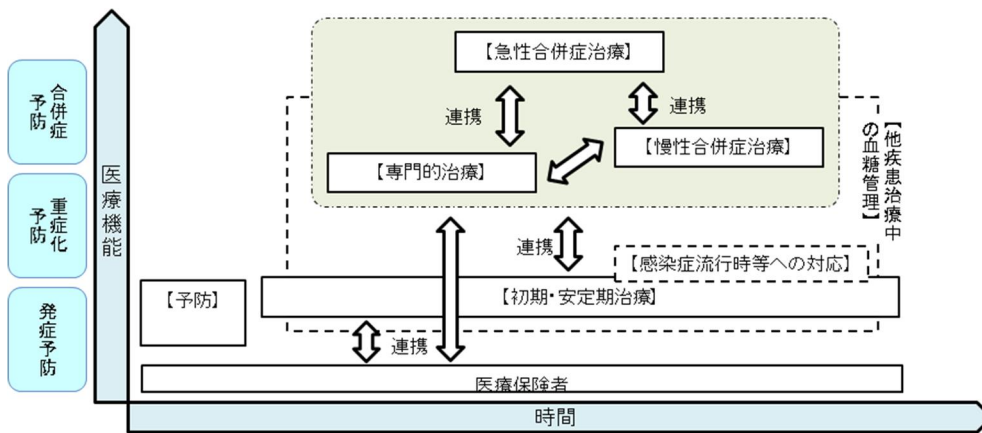
2 必要となる医療機能

医療機能	機能の概要/目標
糖尿病を予防する機能【予防】	・生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させること ・特定健康診査・特定保健指導や未受診者等の受診勧奨を実施すること
糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】	・糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること ・良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること
専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能【専門的治療】	・教育入院等の集中的な治療を実施すること ・1型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を実施すること
急性合併症の治療を行う機能【急性合併症治療】	・糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること

慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能【慢性合併症治療】	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の慢性合併症(糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等)の専門的な治療を実施すること ・糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導を実施すること
他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う機能【他疾患治療中の血糖管理】	<ul style="list-style-type: none"> ・周産期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと
地域や職域と連携する機能【連携】	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村や職域と連携すること
感染症流行時等の非常時に対応する機能【感染症流行時等への対応】	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めること ・多施設・他職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進めること

3 医療連携体制

(1) 医療連携体制図



(2) 圏域の設定

- 糖尿病対策に関する圏域設定にあたっては、医療資源の状況及び糖尿病対策の取組の実態を踏まえることとします。
- 本県における糖尿病対策は、福島県のほか、福島県医師会、福島県糖尿病対策推進会議、福島県保険者協議会など糖尿病対策に関わる関係者が一体となって実施している糖尿病性腎症重症化予防事業が中核となっています。
- 当該事業が二次医療圏を単位としていることから、事業の継続性の観点から、糖尿病対策に係る圏域は二次医療圏と同一とします。
- なお、各二次医療圏には、糖尿病の専門的治療に対応している病院が複数存在しています。

施策の方向性

1 施策の方向性と展開

施策の方向性 (目指す姿の達成に向けた課題)	施策・取組の展開
(1) 生活習慣改善による発症予防	<p>ア 市町村や関係機関と連携し適切な生活習慣の普及啓発の推進に関する取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病やリスク因子となるメタボリックシンドローム等の発症予防に向け、市町村や関係機関と連携し、適切な生活習慣(食生活、運動、喫煙防止等)の普及啓発を推進します。

	<p>イ 健康課題の分析、見える化に関する取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 効果的な健康増進及び疾患予防対策を実施するため、県民の医療レセプトや健診結果等の関連データ一元化する福島県版健康データベース(FDB)による健康課題の分析、「見える化」を進めます。 <p>ウ 市町村や事業所における健康づくりの促進、見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県民の生活習慣病の予防・改善を図るため、市町村や職域、関係機関と連携し、健康課題の共有や要因分析を行うとともに、市町村や職域等における健康づくり事業の促進、見直し等を行う取組を推進します。 <p>エ 市町村や職域における生活習慣予防に関する取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村や職域における生活習慣病予防に関する取組を促進するため、検診機関等との連携や民間企業のノウハウを活用した取組などを推進します。
--	--



コラム② 国保健康づくり推進事業について

福島県では、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、慢性腎不全、悪性新生物の罹患者・死亡率が高く、これらの医療費が全体の約3割を占めています。

このため、福島県国民健康保険課では、被保険者の健康増進と医療費の適正化を目的として、様々な健康づくりの取り組みを行っています。

○ AIを活用した糖尿病治療中断者受診勧奨等保健事業

効果的な受診勧奨の検証のため、糖尿病治療中断者の情報を、AIを活用して分析し、傾向別の受診勧奨をモデル事業として実施しています。



また、他にも、特定健診・保健指導に従事する市町村保健師等のスキルアップのための研修開催や、市町村支援のための医療データ分析、行政及び医療関係者の連携強化のための各保健福祉事務所への連絡会議設置などにも取り組んでいます。

[福島県国民健康保険課]

<事業例(令和5年度実施)>

○ ICTを活用した糖尿病等重症化予防に係る保健事業

効果的な保健指導方法の検証のため、LINE や Zoom を活用した保健指導を、モデル事業として実施しています。

施策の方向性 (目指す姿の達成に向けた課題)	施策・取組の展開
(2) 早期発見及び重症化予防の推進	<p>ア 効果的な特定保健指導の実施に関する取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診及び特定保健指導の効果的な実施に向け、特定健診及び特定保健指導に関する保健医療専門職等の人材育成を推進します。 <p>イ 特定健診の受診率向上及び特定保健指導の実施率向上に関する取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病合併症の予防・改善に向け、市町村や関係機関との連携の下、更なる受診促進と受診継続の必要性の周知促進を図ります。 ○ 糖尿病の重症化予防を図るため、市町村や医師会等関係機関と連携し、糖尿病治療中断者や未受診者に対して、効果的な受診勧奨や保健指導を行うとともに、ICT を活用した保健指導の技術を有する民間企業等と連携し、効果的な取組を推進します。

	<p>○ 糖尿病の早期発見・早期治療につなげるため、市町村や関係機関との連携はもとより、職域との連携も強化し、特定健診及び特定保健指導の実施率向上を図ります。</p> <p>ウ 歯周病治療に関する関係者の資質向上に関する取組</p> <p>○ 糖尿病患者の血糖コントロールの観点から歯周病治療を推奨するため、市町村、医師会や歯科医師等関係団体と連携し、糖尿病と歯周病の関係性や歯周病治療の必要性等に関する普及啓発や保健指導を推進します。</p>
(3)合併症の発症予防及び重症化予防の推進	<p>ア 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組</p> <p>○ 慢性腎臓病(CKD)も見据えた重症化予防を推進するため、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、かかりつけ医と専門医の連携をはじめ、関係機関と更なる連携により必要なアプローチを行います。</p> <p>イ 慢性腎臓病(CKD)対策の推進</p> <p>○ 慢性的に進行・経過する腎臓病(CKD)について、市町村や関係機関と連携しながら、県民に対して普及啓発を図ります。</p>

2 関係者・関係機関の役割

(1)各医療機能を担う医療機関等

- 「必要となる医療機能」で示した各医療機能を担う機関の基準は下表に示すとおりです。
- 下表の基準を満たす機関のうち、医療機関（病院・診療所）に関するものは別表のとおりです。
- 計画期間中に、別表掲載の医療機関に変更が生じた場合は、福島県保健福祉部において基準該当の有無を確認するとともに、必要に応じて関連する協議会等に協議して変更することとします。

医療機能	医療機能を担う医療機関等の基準	
糖尿病を予防する機能【予防】	<p>次の①または②のいずれかに該当する医療機関を「予防」の機能を担う医療機関とします。</p> <p>① 内科(診療科名の一部に含まれる場合を含む。)を有している</p> <p>② 生活習慣病や糖尿病予防のための検査や指導を実施可能</p>	
糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】	<p>次の①及び②のいずれにも該当する病院・診療所を「初期・安定期治療」の機能を担う医療機関とします。</p> <p>① 75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能</p> <p>② 食事療法(食生活の改善指導など)、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能</p>	
専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能【専門的治療】	<p>次の①から⑤までの全ての項目を満たす病院・診療所を、「専門的治療」の機能を担う医療機関とします(②-1、②-2についてはいずれかでも可。)</p> <p>① インスリン分泌能、合併症の検査等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能</p> <p>②-1 糖尿病教育入院を実施可能</p> <p>②-2 糖尿病教室(日帰り)を実施可能</p> <p>③ 糖尿病透析予防指導等を実施可能</p> <p>④ インスリン療法を実施可能</p> <p>⑤ 糖尿病専門スタッフを配置している</p>	
急性合併症の治療を行う機能【急性合併症治療】	<p>次の①に該当する病院・有床診療所を、「急性合併症治療」の機能を担う医療機関とします。</p> <p>① 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が 24 時間実施可能</p>	
慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能【慢性合併症治療】	糖尿病網膜症	<p>次の①から③までのいずれかに該当する病院・診療所を、「慢性合併症治療(糖尿病網膜症)」の機能を担う医療機関とします。</p> <p>① 蛍光眼底造影検査が実施可能</p> <p>② 糖尿病網膜症の光凝固療法(レーザー治療)が実施可能</p> <p>③ 糖尿病網膜症の硝子体手術が実施可能</p>
	糖尿病性腎症	<p>次の①に該当する病院・診療所を、「慢性合併症治療(糖尿病性腎症)」の機能を担う医療機関とします。</p>

		① 尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能
	糖尿病性神経障害	次の①に該当する病院・診療所を、「慢性合併症治療(糖尿病性神経障害)」の機能を担う医療機関とします。 ① 糖尿病性神経障害の専門的な検査・治療が実施可能
	その他	次の①に該当する病院・診療所を、「慢性合併症治療(その他)」の機能を担う医療機関とします。 ① 糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害以外の糖尿病の慢性合併症(糖尿病性足病変など)の専門的な検査・治療が実施可能
他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う機能【他疾患治療中の血糖管理】		次の①から③までの全てに該当する病院・有床診療所を、「他疾患治療中の血糖管理」の機能を担う医療機関とします。 ① 糖尿病内科を有している ② 周術期や感染症等の他疾患入院患者を受け入れている ③ 各専門職が連携して集中的な血糖管理を実施可能
地域や職域と連携する機能【連携】		次の①または②のいずれかに該当する病院・診療所を、「連携」の機能を担う医療機関とします。 ① 市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っている ② 保険者等と連携して、糖尿病未治者・治療中断者減少のための取組(糖尿病性腎症重症化予防プログラム等)を行っている

(2)関係者に求められる役割

ア 福島県医師会

- 福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「県プログラム」という。）を郡市医師会に周知し、市町村や職域によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医等との連携の強化等、市町村や職域との連携体制の構築に向けて協力すること。

イ 福島県糖尿病対策推進会議

- 糖尿病性腎症重症化予防に係る県や市町村、職域の取組について、構成団体へ周知するとともに医学的・科学的観点から助言を行うなど、市町村や職域の取組に協力すること。

ウ 福島県

- 県プログラムを市町村や職域に周知するとともに、市町村や職域の事業実施を支援すること。
- 市町村や職域における円滑な事業実施を支援する観点から、福島県医師会や福島県糖尿病対策推進会議等と県内保険者等の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論すること。
- 特に保健所は、地区分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たすこと。また、必要に応じて郡市区医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行うこと。

エ 福島県歯科医師会

- 県プログラムを地域の歯科医師会に周知し、市町村や職域によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力すること。

オ 福島県薬剤師会

- 県プログラムを地域の薬剤師会に周知し、市町村や職域によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力すること。

カ 保険者(市町村や職域)

- 地域・職域における課題の分析、対策の立案・実施・評価をしながら事業を展開すること。

キ 福島県後期高齢者医療広域連合

- 県プログラムを構成市町村に周知するとともに、構成市町村と役割を分担した上で、構成市町村への支援を含めた事業の展開を図ること。

ク 福島県保険者協議会

- 県プログラムを構成団体へ周知し、市町村や職域の保険者によるプログラムに基づく取組を推進するため、市町村や職域を対象に保健指導の質の向上のための研修等を実施するとともに、市町村や職域との連携体制の構築に向けて協力すること。

ケ 国民健康保険団体連合会

- KDB の活用によるデータ分析・技術支援や、健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、支援を必要とする市町村や広域連合へ支援を行うこと。
- また、人材確保に悩む市町村や広域連合に対してこれらの専門性の高い支援を行うこと。

評価指標

1 目指す姿の進捗に関する数値目標

目指す姿の達成に向けた進捗状況は、以下の指標により検証します。

<全体目標>

番号	分野アウトカムに関する指標	現況値 (調査年)	出典	目指す 方向性	参考値※1 (目標年)	目標値※2 (目標年)
A1	糖尿病性腎症による年間新規透析導入者	234人 (R3年度)	わが国の慢性透析療法の現状	↘	218人 (R11年度)	212人 (R14年度)

※1 目標値を基に令和11年度の値を比例推計したもので、医療計画の最終評価時に用いる値

※2 「第三次健康ふくしま21計画」の目標値

2 課題に関する取組の進捗に関する数値目標

課題に対する取組の進捗状況を検証するための指標は、本節の最後をご覧ください。

施策の推進

1 施策の評価と見直し

(1) 施策の推進体制と評価

糖尿病対策に関する施策の目標を達成するため、関連する協議会等において施策の評価や進捗状況の確認を行います。

また、関連計画との調和を保ち、連携を図りながら取組を推進していきます。

ア 関連する協議会等

- ・ 健康長寿ふくしま会議(地域・職域連携推進部会)
- ・ 福島県生活習慣病検診等管理指導協議会(糖尿病部会)

イ 関連計画

- ・ 第三次健康ふくしま21計画

(2) 施策の見直し

施策の評価や進捗状況に基づき、改善が必要な施策や指標については、より効果的なものとなるよう必要に応じて施策や取組の見直しを行います。また、毎年の評価や見直しの結果は、福島県医療審議会保健医療計画調査部会に報告することとします。

コラム② 生活習慣を改善して腎臓を守りましょう

■ 慢性腎臓病(CKD)を知っていますか？

慢性腎臓病(CKD)は、慢性的に進行するすべての腎臓病のことを言います。糖尿病はCKDの原因一つでの糖尿病の高血糖状態が続くと、腎臓機能が低下し、放置したままにするとやがて腎不全になり、透析治療や腎臓移植が必要となります。

CKDを予防するため、生活習慣を見直しましょう。

■ 食生活を改善しましょう

食事の量は食べすぎないように腹八分目を心がけましょう。また、動物性脂肪を取り過ぎないようにするとともに、野菜・海藻・きのこ類などの食物繊維を積極的に取り、バランスの良い食事にしましょう。血圧が高い場合は塩分を、尿酸値が高い場合はプリン体を多く含む食品(白子、甲殻類など)を控えましょう。

■ 運動をしましょう

ウォーキングやスイミングなどの有酸素運動をしましょう。運動の目安は1回15～20分を1日2回。運動の時間が取れない場合は、通勤時にいつもより多く歩く道を選ぶ、階段を使うなどで運動を取り入れましょう。

■ 禁煙をしましょう

たばこは血管を収縮させるため、腎臓の血管の動脈硬化が進行します。たばこをやめることができないのは、ニコチン依存症という病気です。禁煙外来

などを利用し、上手に禁煙しましょう。

■ 飲酒は適量を

過度な飲酒は腎臓に負担をかけます。飲酒の適量は1日1合です。特に、高齢者や女性はアルコールの分解速度が遅いと言われるため、半分の量にしましょう。休肝日を作りながら、楽しくお酒と付き合いましょう。

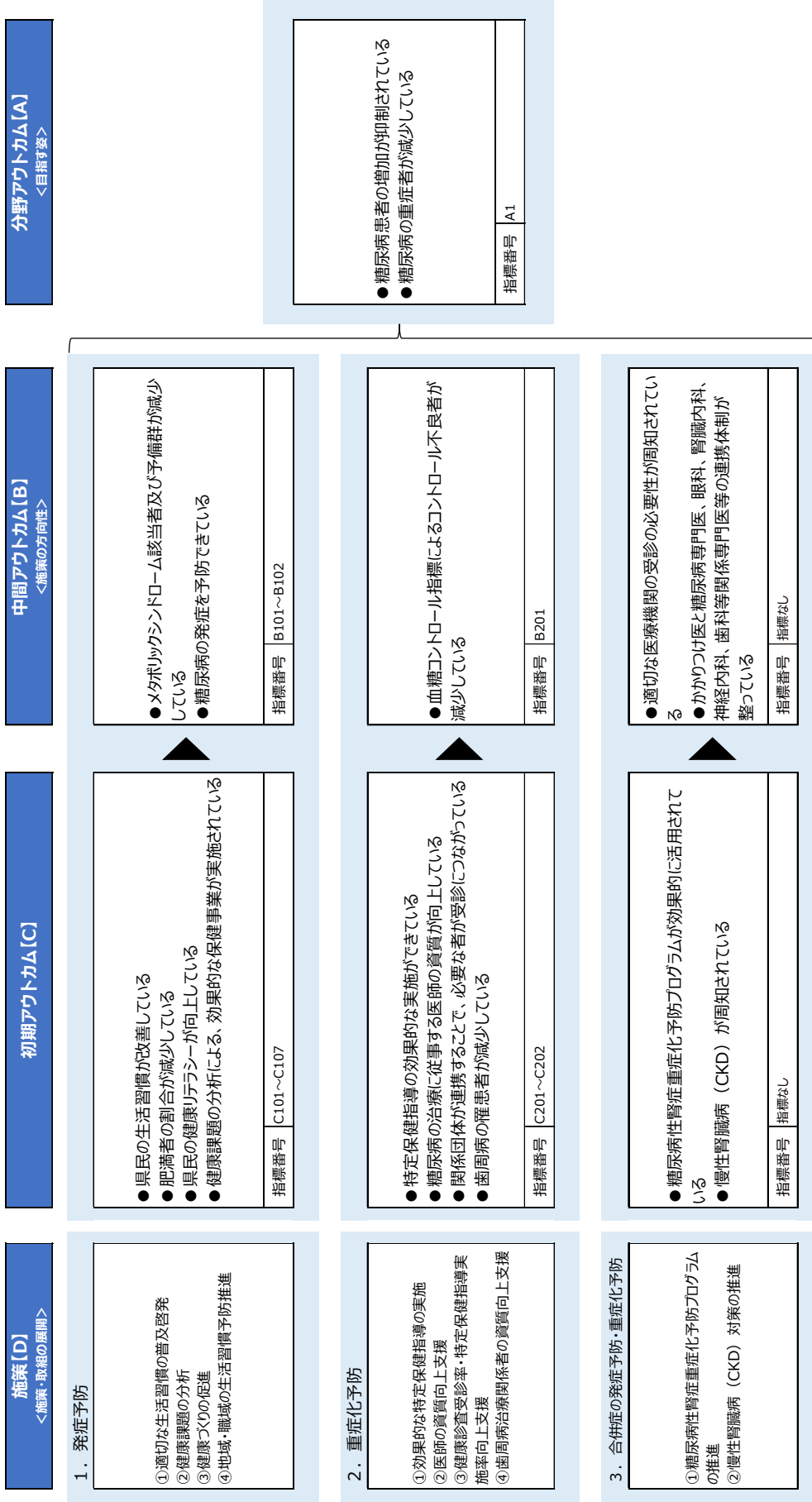
■ 規則正しい生活習慣を心がけましょう

ストレスや過労もCKDの危険因子の一つです。睡眠時間をしっかり取り、身体を休めましょう。寝る前にスマートフォンなど電子機器を見る、お酒を飲むなどは睡眠の質が低くなります。スマートフォンの利用は就寝1時間前、飲酒は就寝3時間前までにしましょう。また、朝は決まった時間に起き、朝日を浴びて頭を覚醒させ、体内時計を整えることで睡眠の質が高まります。



[福島県健康づくり推進課]

ロジックモデル<糖尿病対策>



第4節 糖尿病対策

	アウトカムに関する指標	現状		目指す 方向性	目標（※1）		長期目標		出典
		現況値	調査年		目標値	目標年	目標値	目標年	
＜全体目標＞									
A1	糖尿病性腎症による年間新規透析導入者	234人	R3年度	↘	218人	R11年度	211人	R14年度	わが国の慢性透析療法の現状
＜糖尿病の発症予防＞									
B101	糖尿病有病者の割合	7.9%	R1年度	↘	7.2%	R11年度	7.0%	R14年度	NDBオープンデータ
B102	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	31.9%	R3年度	↘	22.2%以下	R11年度	21.0%以下	R12年度	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
C101	肥満者（BMI25以上の者）の割合（男性）	39.8%	R2年度	↘	28.3%	R11年度	27.0%	R12年度	NDBオープンデータ
C102	肥満者（BMI25以上の者）の割合（女性）	26.9%	R2年度	↘	22.5%	R11年度	22.0%	R12年度	NDBオープンデータ
C104	運動習慣を持つ者の割合（男性）	23.1%	R4年度	↗	27.9%	R11年度	30.0%	R14年度	健康ふくしま21調査
C105	運動習慣を持つ者の割合（女性）	15.2%	R4年度	↗	18.6%	R11年度	20.0%	R14年度	健康ふくしま21調査
C106	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（男性）	19.6%	R4年度	↘	11.0%	R9年度	-		健康ふくしま21調査
C107	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（女性）	6.7%	R4年度	↘	5.0%	R9年度	-		健康ふくしま21調査
＜糖尿病の重症化予防＞									
B201	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合	1.31%	R1年度	↘	1.07%	R11年度	1.00%	R14年度	NDBオープンデータ
C201	特定健診の受診率	56.3%	R3年度	↗	70.0%以上	R11年度	-		特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
C202	特定保健指導の実施率	27.1%	R3年度	↗	45.0%以上	R11年度	-		特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
＜合併症の発症予防・重症化予防＞									
中間アウトカム：指標なし									
初期アウトカム：指標なし									

（※1）医療計画の進捗管理・最終評価時に使用する値。