

## 第4節 糖尿病

### 1 現状

- (1) 糖尿病の判定及び血糖コントロールの指標であるヘモグロビン A1c (HbA1c) の状況を見ると、6.5%以上の人(40~74歳)の割合は、男性は9.4%、女性は4.8%であり、男女ともほぼ横ばいで推移しています。また、年齢別に見ると、60~74歳において高くなっています。

ヘモグロビン A1c (HbA1c) の状況 (HbA1c6.5%以上者の割合(%))		HbA1c (%)				
		6.5未満	(再掲)			
			6.5以上	6.5~7.9	8.0以上	
男性	40~74歳	90.6	9.4	7.8	1.6	
	(再掲)	40~59歳	93.4	6.6	4.9	1.7
		60~74歳	86.6	13.4	11.9	1.6
女性	40~74歳	95.2	4.8	4.2	0.6	
	(再掲)	40~59歳	97.4	2.6	2.0	0.5
		60~74歳	92.7	7.3	6.6	0.7

表の数値(%)は、小数点以下第2位を四捨五入し、結果を小数点第1位まで表示しているため、内容の合計が全体と一致しないことがある。

資料：NDB オープンデータ 令和2年(2020)年度実施分(厚生労働省)

- (2) 特定健康診査を受けた人の割合は61.5%(全国56.2%)です。また、特定健康診査後の特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を受けた人の割合は27.2%と全国平均(24.7%)より高いものの、3割に満たない状況です。  
(※1)
- (3) 特定健康診査等、健診受診者で糖尿病基準該当者のうち、医療機関未受診の人の割合は、市町村国保で7.1%(2,289人)、後期高齢者医療で4.6%(1,127人)となっています。(※2)
- (4) 県が作成した「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」による基準該当者(糖尿病性腎症重症化リスクの高い者)のうち、医療機関未受診の人の割合は、市町村国保で14.9%(906人)、後期高齢者医療で12.4%(722人)となっています。(※3)
- (5) 県では糖尿病専門医の地域偏在があり、より早い段階から適切な保健指導の実施及び医療の提供が可能となるよう、地域の糖尿病・CKD\*対策に協力する「新潟県地域糖尿病・CKD協力医」を令和元年度から養成し、96名が登録しています。(※4)
- (6) 糖尿病合併症の認知度は、腎症84.7%、網膜症83.3%、神経障害77.1%となっています。(※5)
- (7) 糖尿病患者に対する尿中アルブミン検査実施率は9~10%(市町村国保・

後期高齢者医療)で推移しています。

(8) 新規に透析療法を導入した患者は674人(※6)です。また、糖尿病性腎症(広い意味の糖尿病関連腎臓病\*を含むと考えられる)を原疾患とする新規透析患者の割合は32.8%(※7)と全国(40.2%)(※8)よりも低いものの、原疾患割合としては最も高くなっています。

※1 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」(令和3(2021)年)

※2、3 KDBデータより算出(令和3(2021)年)

※4 健康づくり支援課調べ(令和5(2023)年3月末)

※5 令和4年県民健康・栄養実態調査(令和4(2022)年)

※6 新潟県人工腎臓透析実施状況調査(令和4(2022)年)

※7 一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会提供データ(令和3(2021)年)

※8 一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」(令和3(2021)年)

## 2 課題

### (1) 発症予防

ア 糖尿病のリスクの把握や糖尿病の早期発見・早期治療によって重症化を予防するために、特定健康診査等の定期的な健診を受診することが必要です。また、健診の結果を踏まえ、生活習慣の改善に向けた保健指導や受診勧奨を行うことが重要です。

イ 糖尿病の発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣等が重要であり、生活習慣改善の取組が重要です。また、糖尿病合併症の認知度は高いものの、更に糖尿病や糖尿病合併症について正しい知識の普及啓発が必要です。

### (2) 治療・重症化予防

ア 市町村国保等保険者において、健診・医療機関未受診者及び医療中断者・放置者の把握に努め、糖尿病の悪化、合併症の発症及び重症化を予防するための対策が必要です。

イ 糖尿病及びその合併症は、長期にわたる継続治療が必要であることから、病気の治療や健康相談などに応じてくれる新潟県地域糖尿病・CKD\*協力医(以下、協力医)等、身近なかかりつけ医\*の役割が重要ですが、協力医の地域偏在があるため更なる増加が必要です。また、専門医とかかりつけ医との連携が必要です。

ウ 糖尿病の悪化、合併症の発症及び重症化を予防するためには、市町村国保等保険者、医療機関、関係団体等と連携した治療及び療養指導の取組が重要です。

### (3) 合併症の治療・重症化予防

ア 糖尿病性腎症を原疾患とする新規人工透析導入患者が最も多いことから、「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえ、市町村国保等保険者において、健診・医療機関未受診者及び医療中断者・放置者の把

握に努め、糖尿病性腎症重症化を予防するための対策が必要です。

イ 糖尿病性腎症を早期に発見するため、医療機関で合併症に関する検査・治療が受けられる体制の整備が必要です。

ウ 糖尿病性腎症の重症化を予防するためには、市町村国保等保険者、医療機関、関係団体等と連携した治療及び療養指導の取組が重要です。

エ 糖尿病性腎症に伴い透析医療が必要となった患者に対して、引き続き常時透析が受けられる体制の整備が必要です。

### 3 目指す状態（最終アウトカム）

予防により糖尿病にならないこと、また、糖尿病を早期に発見し適切な時期に保健指導や医療を受けることで、できれば寛解を目指すとともに、糖尿病の重症化及び合併症の発症と進展を防ぐことにより、県民の健康寿命\*が延伸し、糖尿病の有無に関わらず、生き生きと暮らすことができている。

目指す状態を達成するための中間成果（中間アウトカム）	個別施策により直接得られる成果（初期アウトカム）
<p><b>【発症予防】</b> 生活習慣の改善により、糖尿病の発症を予防できている。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 特定健診・特定保健指導の実施により、糖尿病の予防が可能な体制が整備されている。</li> <li>2 糖尿病や合併症の正しい知識が得られている。</li> </ol>
<p><b>【治療・重症化予防】</b> 糖尿病の早期発見・早期受診により、早い段階で治療及び療養指導を受けることができている。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 市町村国保等保険者において、糖尿病の重症化予防のため、健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている。</li> <li>2 医療機関で糖尿病の治療や療養指導が受けられる体制が整備されている。</li> <li>3 市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている。</li> </ol>
<p><b>【合併症の治療・重症化予防】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 糖尿病性腎症の早期発見・早期受診により、早い段階で治療及び療養指導を受けることができている。</li> <li>2 糖尿病の合併症に対しても該当した住民が安心して専門治療を受けることができている。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 市町村国保等保険者において「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている。</li> <li>2 医療機関で合併症に関する検査・治療が受けられる体制が整備されている。</li> <li>3 市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている。</li> <li>4 糖尿病性腎症による透析医療を県内どこでも受けられる体制が整備されている。</li> </ol>

**4 個別施策****(1) 発症予防**

ア 健康診査の受診勧奨及び望ましい生活習慣の定着を図るための保健指導の促進

市町村国保等保険者における糖尿病の発症予防や早期発見に向けた、健康診査の受診勧奨及び望ましい生活習慣の定着を図るため保健指導を促進します。

イ 市町村国保等保険者における糖尿病・CKD 対策従事者の人材育成及び資質向上を目指した取組の促進

糖尿病の発症予防の取組を効果的に進めるため、市町村国保等保険者を対象とした研修会を開催し、担当者の資質向上を図るとともに、市町村国保等保険者による糖尿病・CKD 対策従事者の人材育成や資質向上を目指した取組を促進します。

ウ 糖尿病合併症等についての普及啓発

糖尿病の発症予防のため、市町村国保等保険者と連携し食生活、身体活動、喫煙、飲酒など生活習慣の改善や早期発見・早期治療の重要性等の普及啓発を図ります。また、腎症、網膜症、神経障害、歯周病等の糖尿病合併症に関する正しい知識や、合併症の発症や重症化予防のための血糖コントロールと併せて、血圧並びに血清脂質のコントロールの必要性について普及啓発を図ります。

**(2) 治療・重症化予防**

ア 糖尿病の重症化予防に向けた、健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策の促進

市町村国保等保険者と連携し、健診・医療機関の未受診者対策及び医療中断者・放置者対策を促進するとともに、今後、にいがたヘルスケア情報基盤等の活用に関する検討を行います。

また、感染症流行時等の非常時においても、継続した受診の必要性について普及啓発を図ります。

イ 新潟県地域糖尿病・CKD 協力医等の養成

より早い段階からの療養指導の実施及び医療の提供が可能となるよう、県医師会等と連携し、地域の糖尿病・CKD 対策に協力する「新潟県地域糖尿病・CKD 協力医」を養成します。併せて、協力医等と連携して療養指導を行う医療従事者の資質向上を図ります。

ウ 地域における市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制の整備促進

市町村国保等保険者、専門医、かかりつけ医\*、かかりつけ歯科医\*等の医療機関、健（検）診機関、かかりつけ薬剤師\*・薬局及び新潟県糖尿病対策推進会議、医師会等の関係団体との連携体制を構築し、地域の実情に応じた糖尿病重症化予防等を促進します。

また、糖尿病と相互関係にある歯周病の治療を進めるため、歯科医科連携体制の整備を促進します。

エ 市町村国保等保険者における糖尿病・CKD 対策従事者の人材育成及び資質向上を目指した取組の促進

治療、重症化予防の取組を効果的に進めるため、市町村国保等保険者を対象とした研修会を開催し、担当者の資質向上を図るとともに、市町村国保等保険者による糖尿病・CKD 対策従事者の人材育成や資質向上を目指した取組を促進します。

### (3) 合併症の治療・重症化予防

ア 「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策の促進

糖尿病性腎症の進展を防ぐため、市町村国保等保険者と連携し「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえ、地域の実情に応じた糖尿病性腎症重症化予防（糖尿病関連腎臓病を含む）を促進します。

また、感染症流行時等の非常時においても、継続した受診の必要性について普及啓発を図ります。

イ 新潟県地域糖尿病・CKD 協力医等の養成

医療機関において、より早い段階で尿中アルブミン検査等、合併症に関する検査や専門的治療が行われるよう、県医師会等と連携し、地域の糖尿病・CKD 対策に協力する「新潟県地域糖尿病・CKD 協力医」を養成します。併せて、協力医等と連携して療養指導を行う医療従事者の資質向上を図ります。

ウ 地域における市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制の整備促進

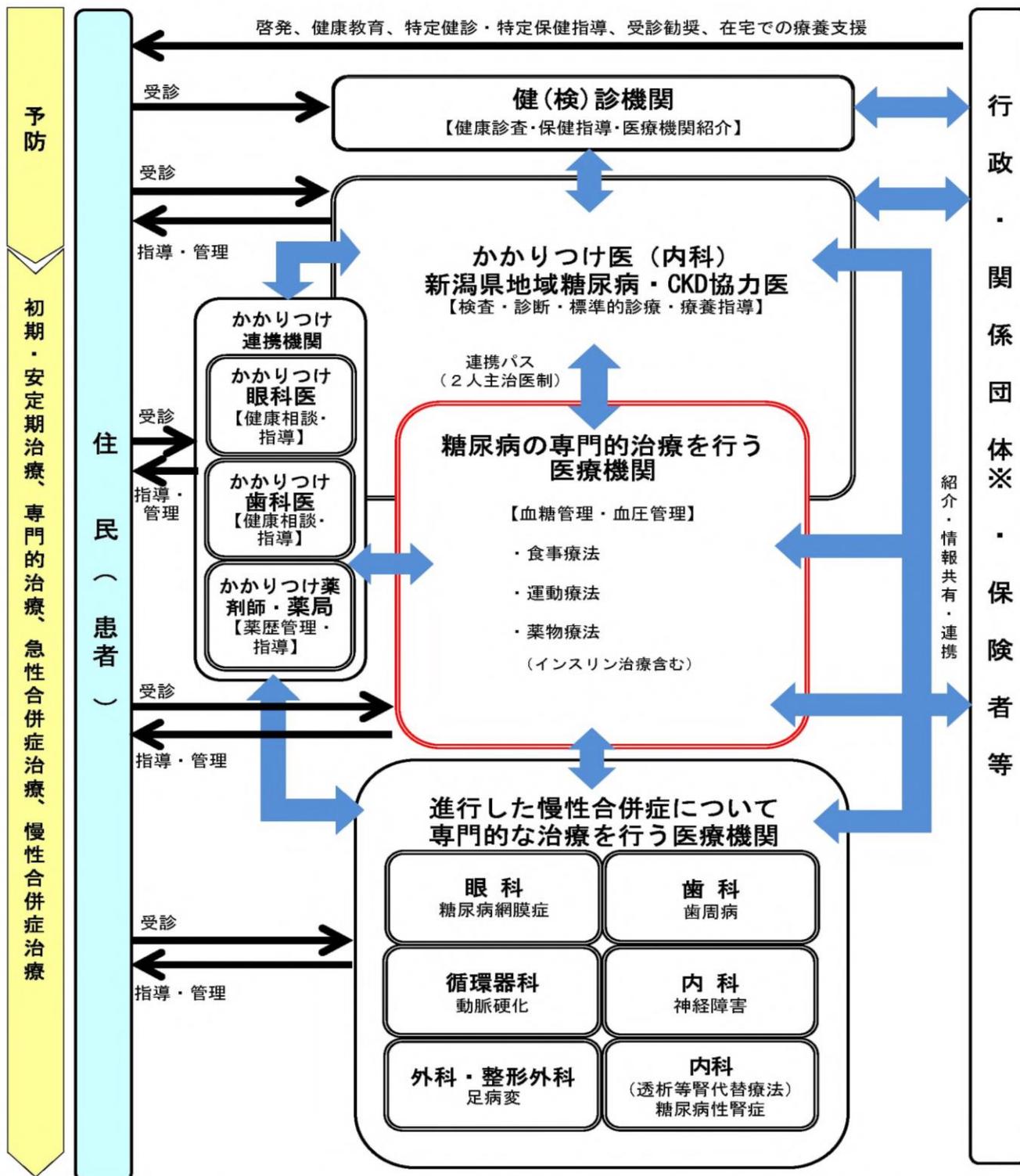
市町村国保等保険者、専門医、かかりつけ医\*、かかりつけ歯科医\*等の医療機関、健（検）診機関、かかりつけ薬剤師\*・薬局及び新潟県糖尿病対策推進会議、医師会等の関係団体との連携体制を構築し、地域の実情に応じ、糖尿病対策とCKD対策を連動させた糖尿病性腎症重症化予防（糖尿病関連腎臓病を含む）等を促進します。

エ 糖尿病性腎症において、透析医療が必要となった患者に対し、常時受けられる体制の整備促進

透析実施医療機関において、糖尿病性腎症をはじめとした透析医療が必要になった患者を常時受入れ、引き続き透析医療体制の整備を促進します。

## 糖尿病の医療連携体制

＜病期の区分＞



※新潟県糖尿病対策推進会議、医師会、検診機関協議会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会など

「糖尿病」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防	糖尿病を予防する機能	1 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと	病院又は診療所
	糖尿病を予防する機能（行政・保険者）	1 適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする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取組を実施すること 2 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと 3 国民や患者に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと 4 保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること 5 健診受診後に受診勧奨値を超える者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること 6 糖尿病対策推進会議等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること	都道府県・市区町村及び保険者等
初期・安定期治療	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	1 糖尿病の診断及び患者や家族等に対する専門的指導が可能であること 2 75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること 3 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること 4 外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること 5 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること 6 高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと 7 低血糖時及びシックデイの対応が可能であること 8 糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと 9 関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて適切に専門医療機関を紹介すること 10 専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること 11 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと 12 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること 13 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること 14 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい	病院又は診療所
専門的治療	専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	1 75gOGTT、HbA1c、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であること 2 食事療法、運動療法を実施するための設備があること 3 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること 4 各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること 5 1型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること 6 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること 7 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること 8 定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと 9 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること 10 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること 11 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい	糖尿病内科を有する病院又は診療所
急性合併症治療	急性合併症の治療を行う機能	1 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること 2 食事療法、運動療法を実施するための設備があること 3 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	糖尿病内科を有する病院又は有床診療所・糖尿病の急性合併症に対する医療を担う病院又は有床診療所
慢性合併症治療	慢性合併症の治療を行う機能	1 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）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関で全ての合併症治療が可能である必要はない。） 2 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること 3 糖尿病性腎症の場合、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であること 4 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること 5 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を有する病院又は診療所

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。  
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

## 第8次新潟県地域保健医療計画「糖尿病」ロジックモデル

##	D 個別施策	##	C 初期アウトカム
----	--------	----	-----------

## 【発症予防】

	個別施策	初期アウトカム	指標
1	健康診査の受診勧奨及び望ましい生活習慣の定着を図るための保健指導の促進	1 特定健診・特定保健指導の実施により、糖尿病の予防が可能な体制が整備されている	特定健診実施率
2	市町村国保等保険者における糖尿病・CKD対策従事者の人材育成及び資質向上を目指した取組の促進		特定保健指導実施率
3	糖尿病合併症等についての普及啓発	2 糖尿病や合併症の正しい知識が得られている	糖尿病合併症の認知度

## 【治療・重症化予防】

	個別施策	初期アウトカム	指標
4	糖尿病の重症化予防に向けた、健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策の促進	3 市町村国保等保険者において、糖尿病の重症化予防のため、健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている	健診未受診者のうち、糖尿病・CKDハイリスク者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数
			糖尿病・CKD治療中断者・放置者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数
5	新潟県地域糖尿病・CKD協力医等の養成	4 医療機関で糖尿病の治療や療養指導が受けられる体制が整備されている	新潟県地域糖尿病・CKD協力医等（以下、協力医）数
			保健指導・受診勧奨従事者の資質向上を目指した取組を実施する市町村国保等保険者数
6	地域における市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制の整備促進	5 市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている	医療連携体制構築に取り組む地域機関数
			多職種と連携する協力医数
7	市町村国保等保険者における糖尿病・CKD対策従事者の人材育成及び資質向上を目指した取組の促進		「特定健診等で医療機関を勧められた方へ適切な介入を行う」協力医数
			糖尿病患者の歯科治療に対応できる歯科診療所の割合

\*\* B 中間アウトカム

	中間アウトカム	指標
1	生活習慣の改善により、糖尿病の発症を予防できている	HbA1c6.5%未満の者の割合
		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数

	中間アウトカム	指標
2	糖尿病の早期発見・早期受診により、早い段階で治療及び療養指導を受けることができている	健診未受診者のうち、通院中断者の割合
		健診受診者で糖尿病基準該当者のうち、医機関未受診者の割合
		HbA1c6.5%以上の者の割合

\*\* A 最終アウトカム

	最終アウトカム	指標
1	予防により糖尿病にならないこと、また、糖尿病を早期に発見し適切な時期に保健指導や医療を受けることで、できれば寛解を目指すとともに、糖尿病の重症化及び合併症の発症と進展を防ぐことにより、県民の健康寿命が延伸し、糖尿病の有無に関わらず、生き生きと暮らすことができている	HbA1c8.0%以上の者の割合
		糖尿病性腎症による新規人工透析患者数
		糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の割合
		糖尿病の年齢年齢調整死亡率

## 第8次新潟県地域保健医療計画「糖尿病」ロジックモデル

## 【合併症の治療・重症化予防】

	個別施策	初期アウトカム	指標
8	「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策の促進	6	市町村国保等保険者において「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている 健診未受診者のうち、糖尿病・CKDハイリスク者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数（再掲） 糖尿病・CKD治療中断者・放置者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数（再掲）
9	新潟県地域糖尿病・CKD協力医等の養成	7	医療機関で合併症に関する検査・治療が受けられる体制が整備されている 新潟県糖尿病・CKD協力医等数（再掲） 尿中アルブミン検査実施を心がける協力医数
10	地域における市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制の整備促進	8	市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている 医療連携体制構築に取り組む地域機関数（再掲） 多職種と連携する協力医数（再掲） 地域の糖尿病・CKD対策に携わる協力医数（再掲） 糖尿病患者の歯科治療に対応できる歯科診療所の割合（再掲）
11	糖尿病性腎症において、透析医療が必要となった患者に対し、常時受けられる体制の整備促進	9	糖尿病性腎症による透析医療を県内どこでも受けられる体制が整備されている 県（圏域）内居住患者数あたりの医療機関受入可能患者数

## B 中間アウトカム

	中間アウトカム	指標
3	糖尿病性腎症の早期発見・早期受診により、早い段階で治療及び療養指導を受けることができる	新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のうち、医療機関未受診者の割合
		尿中アルブミン検査実施率
		糖尿病患者に対する尿中アルブミン検査実施率

4	糖尿病の合併症に対しても該当した住民が安心して専門治療を受けることができる	
---	---------------------------------------	--

## A 最終アウトカム

	最終アウトカム	指標
1	予防により糖尿病にならないこと、また、糖尿病を早期に発見し適切な時期に保健指導や医療を受けることで、できれば寛解を目指すとともに、糖尿病の重症化及び合併症の発症と進展を防ぐことにより、県民の健康寿命が延伸し、糖尿病の有無に関わらず、生き生きと暮らすことができる【再掲】	HbA1c8.0%以上の者の割合
		糖尿病性腎症による新規人工透析患者数
		糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の割合
		糖尿病の年齢年齢調整死亡率







第8次新潟県地域保健医療計画 「糖尿病」指標

№	アウトカム	指標名	定義	調査名	調査年	単位	新潟県		(参考) 二次医療圏						(参考) 全国			
							目標値 (R1)	現状値	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越		佐渡		
C	6	市町村国保等保険者において「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている	糖尿病・CKD治療中断者・放置者(健診受診・未受診どちらも含む)の把握をし、把握した対象者に対して受診勧奨を実施している市町村国保等保険者数(再掲)	糖尿病・CKD治療中断者・放置者(健診受診・未受診どちらも含む)の把握をし、把握した対象者に対して受診勧奨を実施している市町村国保等保険者数(54保険者)	健康づくり支援課調べ	R4	保険者	増加させる	30									
			新潟県地域糖尿病・CKD協力医等数(再掲)	県の地域糖尿病・CKD協力医養成研修を修了し登録をした、地域の糖尿病・CKD対策に協力する医師数	健康づくり支援課調べ	R4	人	増加させる	96	12	21	10	16	10	26	1		
	7	医療機関で合併症に関する検査・治療が受けられる体制が整備されている	尿中アルブミン検査実施を心がける協力医数	「日頃の診療で糖尿病患者に対して『尿中アルブミン検査』を実施するように心掛けている」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	増加させる	61									
			医療連携体制構築に取り組む地域機関数(再掲)	地域慢性腎臓病(CKD)・糖尿病対策連携事業を実施した地域機関数	健康づくり支援課調べ	R4	地域	増加させる	11									
	8	市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている	多職種と連携する協力医数(再掲)	協力医として、現在取り組んでいる役割として「糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士等をはじめ、地域の多職種と連携しながら連携にあたる」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	増加させる	14									
			地域の糖尿病・CKD対策に携わる協力医数(再掲)	協力医として、現在取り組んでいる役割として「専門的治療を行う医療機関や医療保険者、行政等と連携し、地域の糖尿病・CKD対策に携わる」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	増加させる	41									
	9	糖尿病性腎症による透析医療を県内どこでも受けられる体制が整備されている	糖尿病患者の歯科治療に対応できる歯科診療所の割合(再掲)	「糖尿病に対する医療を担う医療機関と連携し、歯科治療を行うことができる」と回答した歯科診療所の割合	新潟県歯科医療機能連携実態調査(健康づくり支援課調べ)	R1	%	増加させる	63.6	69.4	61.1	63.4	66.7	56.4	66.1	68.2		
			県(圏域)内居住患者数あたりの医療機関受入可能患者数	血液透析・血液濾過透析における、居住患者数あたりの医療機関受入可能患者数	新潟県人工腎臓透析実施状況調査	R4	人	1以上	1.00	1.23	0.96	1.10	0.97	0.96	0.98	0.97		