

愛媛県生活習慣病予防協議会

循環器疾患等部会

日時：令和5年10月16日（月） 19：45～

会場：愛媛県医師会館

循環器疾患等部会協議事項

- 1 愛媛県循環器病対策推進計画について
- 2 愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業について
- 3 愛媛県高血圧重症予防プログラムについて
- 4 虚血性心疾患重症化予防事業について

○資料目次

循環器対策推進基本計画（国）における項目整理	P1
愛媛県循環器病対策推進計画	P2
愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業について	P3
愛顔の健康づくり通信 No. 3	P8
高血圧重症化予防プログラム（フローチャート）	P10
高血圧重症化予防プログラム（本文）	P11
高血圧重症化予防の取組みに関する調査結果 （健康増進課）	P23
高血圧重症化予防の取組みに関する状況 （国保連合会）	P24
虚血性心疾患重症化予防事業について	P25

循環器対策推進基本計画における項目整理

第1期基本計画

1.はじめに
 2.循環器病の特徴並びに循環器病対策に係るこれまでの取組及び課題

3.全体目標
 (1)循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
 (2)保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
 (3)循環器病の研究推進

4.個別施策
 【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】
 (1)循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
 (2)保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
 ①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
 ②救急搬送体制の整備
 ③救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
 ④社会連携に基づき循環器病対策・循環器病患者支援
 ⑤リハビリテーション等の取組
 ⑥循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
 ⑦循環器病の緩和ケア
 ⑧循環器病の後遺症を有する者に対する支援
 ⑨治療と仕事の両立支援・就労支援
 ⑩小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策
 (3)循環器病の研究推進

5.循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項
 (1)関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
 (2)都道府県による計画の策定
 (3)必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
 (4)新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策
 (5)基本計画の評価・見直し

第1期を維持

第1期を維持

項目を 並べ替え

一部項目新設

第2期基本計画

1.はじめに
 2.循環器病の特徴並びに循環器病対策に係るこれまでの取組及び課題

3.全体目標
 (1)循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
 (2)保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
 (3)循環器病の研究推進

4.個別施策
 【循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備】
 (1)循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
 (2)保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
 ①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
 ②救急搬送体制の整備
 ③救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
 ④リハビリテーション等の取組 (並べ替え)
 ⑤循環器病の後遺症を有する者に対する支援 (並べ替え)
 ⑥循環器病の緩和ケア (並べ替え)
 ⑦社会連携に基づき循環器病対策・循環器病患者支援 (並べ替え)
 ⑧治療と仕事の両立支援・就労支援 (並べ替え)
 ⑨小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 (並べ替え)
 ⑩循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
 (3)循環器病の研究推進

5.循環器病対策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項
 (1)関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
 (2)他の疾患等に係る対策との連携 (新設)
 (3)感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策 (新設)
 (4)都道府県による計画の策定
 (5)必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
 (6)基本計画の評価・見直し

目 次

I	計画策定の基本的事項	
1	計画策定の趣旨	1
2	計画の位置づけ	2
3	計画期間	2
4	保健医療圏の設定	3
II	愛媛県の状況	
1	人口動態	4
2	健康寿命の状況	6
3	死亡の状況	7
4	医療費の状況	10
5	受療状況	11
III	循環器病の基礎知識	
1	脳卒中(脳血管疾患)	13
2	心血管疾患(心疾患)	15
IV	基本方針	
1	全体目標	17
2	計画体系図	18
V	循環器病対策の現状と課題、取組の方向性	
	【脳卒中・心血管疾患】	
1	循環器病の正しい知識の普及啓発	20
2	循環器病の発症予防	22
	【脳卒中】	
3	脳卒中患者の迅速な専門医療機関への搬送	25
4	発症後早期の専門的な治療及びリハビリテーション	26
5	身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーション	29
6	日常生活の復帰、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション	31
7	循環器病に関する相談支援	34
	【心血管疾患】	
3	心血管疾患患者の迅速な専門医療機関への搬送	36
4	発症後早期の専門的な治療・リハビリテーション・緩和ケア	38
5	合併症や再発予防、在宅復帰のためのリハビリテーションと心身の緩和ケア	41
6	日常生活の場での再発予防、リハビリテーション 心身の緩和ケア・合併症の適切な対応	43
7	循環器病に関する相談支援	46
8	先天性心疾患における支援体制	47
VI	推進体制と評価	48

愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業について

実施期間:平成30年度～令和5年度

目的

- ・平成30年4月から国保財政運営主体の都道府県化により利用が可能となった国保データと、平成27年度に包括連携協定を締結した協会けんぽのデータを合わせ、県人口の8割に当たる約110万人分の健診・医療・介護のビッグデータを一元的に活用し、県内20市町の他、保険者等関係機関と連携し、地域の特性に応じた効果的な疾病予防・健康づくり施策等を全県で展開する。
- ・以上により、県民の健康に対する関心を高め、健診受診など行動の変化を促し、健康寿命の延伸、医療費・介護費の抑制を目指す。
- ・実施期間:平成30年度～令和5年度

事業内容

- 1 ビッグデータ活用県民健康づくり協議会の開催
構成員 12名(学識経験者、医療関係団体、健診団体など)
- 2 代表者会議の開催
構成:保健所健康づくり実践ワーキングチーム、分析ワーキンググループ20名程度
内容:事業の取り組みやビッグデータの活用について協議を行う。
- 3 分析ワーキンググループ会議の開催
構成:5名(統計・公衆衛生の専門家)
内容:データ分析の内容や方向性を検討する。
- 4 ビッグデータ研修会の開催
対象者:市町、保健所、保険者等の担当者
- 5 ビッグデータ分析委託
健診・医療・介護等のビッグデータを分析し、健康面での課題等を見える化する。
委託先:愛媛大学
- 6 ビッグデータ活用地域健康づくり事業の実施(保健所事業)
各保健所に保健所健康づくり実践ワーキングチーム等を置き、保健所が市町とともに、ビッグデータ分析結果等を活用し、地域課題の抽出・対策等の検討の技術的助言や人材育成及び関係機関との連携強化を進め、地域の健康課題に応じた効果的な保健事業を展開する。

愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業について

実施期間:平成30年度～令和5年度

事業開始から令和2年度（前半3年間）までのトピックス

☆前半の3年間は、データ分析を中心に、現状・課題把握を行った。

⇒県の健康課題は高血圧！（特に男性は全国第8位）

高血圧には地域偏在がある（宇摩・宇和島圏域では多く、松山圏域で少ない）

高血圧（収縮期血圧の上昇）に影響を与える生活習慣は、肥満・毎日飲酒・朝食欠食！

☆課題を見える化し、県民への情報発信を積極的に行った。

☆令和2年度からは、要介護情報データ分析を開始

⇒要介護認知症は地域偏在がある。要介護2以上は、男女ともに宇摩・新居浜西条圏域が多い。

☆スマートヘルスケア推進事業を開始（令和2年～令和5年予定）

⇒スマートフォンアプリを利用した効果的な疾病予防の取り組みを推進するため、国保被保険者を対象に全市町で実施。

☆心不全対策とした産官学連携プロジェクトを開始（令和2年～令和5年予定）

⇒愛媛県と愛媛大学とノバルティスファーマ（株）による産官学連携協定を締結し、県民に向けた循環器病疾患の啓発を実施。

令和3、4年度（後半2年間）のトピックス

☆事業開始から行ってきたデータ分析（現状・課題把握）中心の取組から、後半は各地域での効果的な保健事業が実践できることを目指し、その体制づくりや人材育成に取り組んでいる。

☆分析ワーキンググループ委員の先生方の専門性を活かした各地域での人材育成や保健事業展開支援を強化。

☆各地域の健康づくり事業を積極的に推進するため、保健所事業の横展開のための情報交換・意見交換の場として、担当者会を新規で開催。

☆新型コロナウイルス感染症対応により、保健所職員は疫学調査、市町職員はワクチン接種などに従事することとなり、健康危機管理が優先業務となり、健康づくりに関して十分な取組ができなかった面も多くあった。

愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業について

実施期間:平成30年度～令和5年度

令和3、4年度（後半2年間）のトピックス

☆データ分析では、要介護認知症と他の健診データや社会指標との相関分析や、高血圧等の経年変化分析、死亡個票を用いた心不全分析にも着手。

☆愛媛県循環器病対策推進計画を策定。

☆健診結果等の経年変化分析結果に基づく、高血圧対策や重症化予防の普及啓発のための愛媛県循環器病対策推進計画概要版チラシを作成。各保健所・関係各課・市町・関係団体等に配布。

☆ビッグデータ分析により導き出された課題である高血圧について、受診と保健指導ツールとして愛媛県高血圧重症化予防プログラムを作成。

令和4年度の実施内容※コロナ禍で中止・規模縮小となったものあり

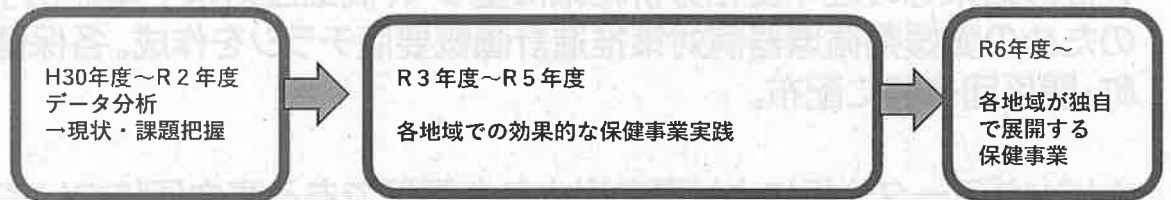
- 1 ビッグデータ活用県民健康づくり協議会(R5.2.16)
- 2 ビッグデータ活用県民健康づくり代表者会議(R4.11.17)
- 3 分析ワーキンググループ会議の開催（8回）
 - ・データ分析方針、データの見方や解釈の検討等を実施
 - ・研修会の企画・支援・助言
 - ・データの見える化、情報発信について
- 4 ビッグデータ研修会の開催
 - 第1回 R4.7.19WEB開催 「愛媛県循環器病対策推進計画」
「循環器疾患の発症・重症化予防」
 - 第2回 R5.1.27WEB開催 「各地域での取組み報告」「グループワーク」
- 5 ビッグデータ分析
- 6 ビッグデータ活用地域健康づくり事業の実施(保健所事業)
- 7 ビッグデータ保健所担当者会の開催(R4.11.7WEB開催)

○スマートヘルスケア推進事業

○愛媛県循環器病対策推進計画に基づく取組み

令和5年度 ビッグデータ活用県民健康づくり事業の取組 について

事業の流れと今後の展開（予定）



区分	H30~R2	R3	R4	R5	R6~	
協会の運営	年2回 データ分析、地域課題を踏まえ事業の方向性等の協議・評価	年1回 事業全体の評価（年度末）			健康寿命延伸、医療費等適正化、データに基づく施策の全県展開	
代表者会議の運営	年1回 保健所事業の方向性等の協議・評価	年1回 保健所事業の方向性等の協議・評価				
ビッグデータ研修会	年1回~2回					
ビッグデータ分析委託 (関係者による分析ワーキンググループを設置)	高血圧を中心とした健診・医療・介護のビッグデータ分析	心不全分析	高血圧の経年変化の分析	分析結果に基づいた対策検討・保健指導ツール等の作成		提供
地域健康づくり事業 (保健所・市町)	データ分析結果に基づく保健事業展開を目指し、市町と連携協働	データ分析結果に基づく保健事業展開の実践				提供
保健所担当者会 (R3年度~新規)		連携強化				

県内全20市町において保健所と協働しながら、ビッグデータ分析を活用した保健事業・健康づくり事業が展開できることを目指します。

令和5年度 ビッグデータ活用県民健康づくり事業の取組 について

令和5年度事業計画のトピックス

☆データ分析結果に基づく健康づくり事業の実施に向け、保健所を中心とした各地域での取り組みを支援・強化する。また、県及び市町の健康づくり計画等の見直しを機に、事業評価・分析を実施する。

☆スマートヘルスケア推進事業における健康アプリの活用を進めるとともに、健康アプリの有用性等について評価を実施し、健康アプリの全県民展開を目指す。

☆循環器病対策関係事業とも連携し、メディアやデジタルを活用した効果的な情報発信を実施する。

実施予定内容

- 1 ビッグデータ活用県民健康づくり協議会（年度1回）
 - 2 ビッグデータ活用県民健康づくり代表者会議（年度2回）
 - 3 分析ワーキンググループ会議の開催（年度10回程度）
 - ・データ分析方針、データの見方や解釈の検討等を実施
 - ・研修会の企画・支援・助言
 - ・各保健所事業への支援
 - 4 ビッグデータ研修会の開催（年度2回）
 - ・地域の健康づくりに関すること
 - ・高血圧重症化予防、循環器予防に関すること（循環器対策）
 - 5 ビッグデータ分析（愛媛大学委託）
 - 6 ビッグデータ活用地域健康づくり事業の実施（保健所事業）
 - ・各地域の特色に応じた健康づくり事業の実施
 - ・市町健康づくり計画評価・見直し等への支援
 - 7 ビッグデータ保健所担当会の開催（年度1～2回）
- スマートヘルスケア推進事業（ビッグデータ事業での成果物をアプリ内で周知）
- 循環器病特別対策事業
（愛媛県循環器病対策推進計画に基づくもの、産官学連携プロジェクトを含む）

愛顔の健康づくり通信 (No.3)

今回のテーマは

特定健診結果の推移



愛媛県イメージアップ
キャラクター みぎやん

(発行: 愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課 Tel: 089-912-2401/E-mail: healthpro@pref.ehime.lg.jp)

愛媛県では「愛媛県ビッグデータ活用県民健康づくり事業」を実施しています。

この事業では、国保及び協会けんぽ加入者の40～74歳の特定健診結果と医療に関するデータ等を分析しています。この度、事業を継続してきたことにより蓄積されたデータを活用し、経年変化の分析を開始しました。

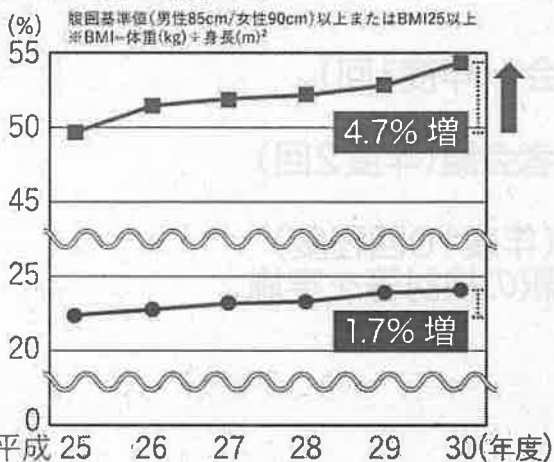
今回は、特に問題の大きい肥満・メタボリックシンドローム・高血圧を中心に報告します。



肥満・メタボは増加中!!

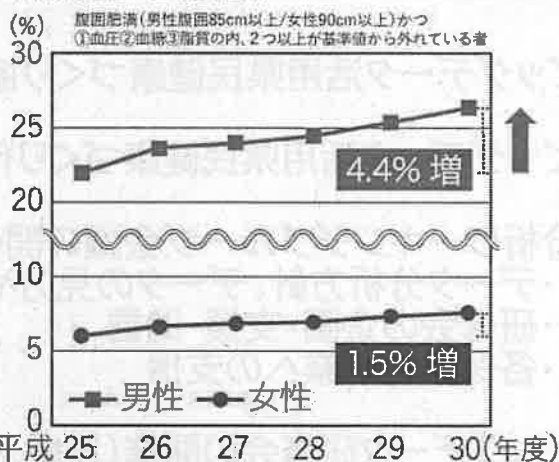
肥満の割合

(平成25年度～30年度:国保)



メタボリックシンドロームの割合

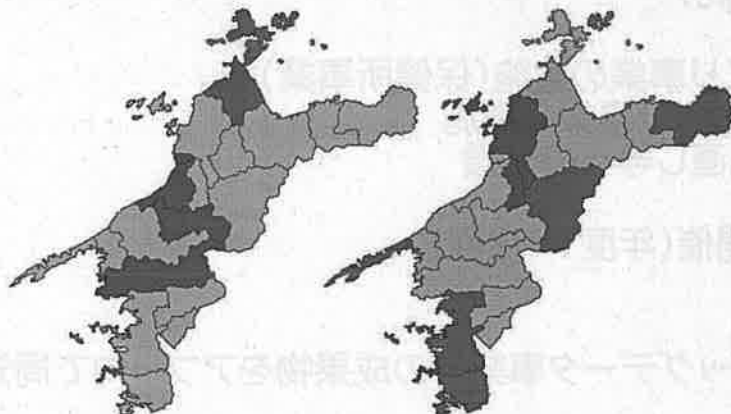
(平成25年度～30年度:国保)



メタボリックシンドロームの分布 (令和元年度:国保+協会けんぽ)

男性

女性



最新の市町別のメタボの分布はどうなっているかみてみよう



年齢調整済※

- メタボの人が多い(≒有意に高い)
- メタボの人がやや多い(≒高いが有意でない)
- メタボの人がやや少ない(≒低いが有意でない)
- メタボの人が少ない(≒有意に低い)

※凡例については、市町ごとの人口に対して、メタボの人が多い、又は少ないと表現しています。
※年齢調整とは、各市町を比較するため、県全体を基準に年齢構成の違いを補正したものです。

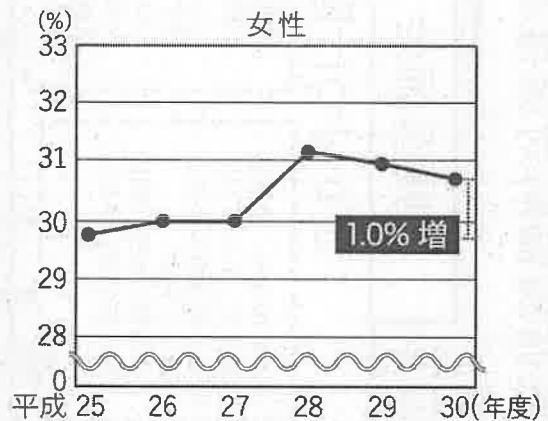
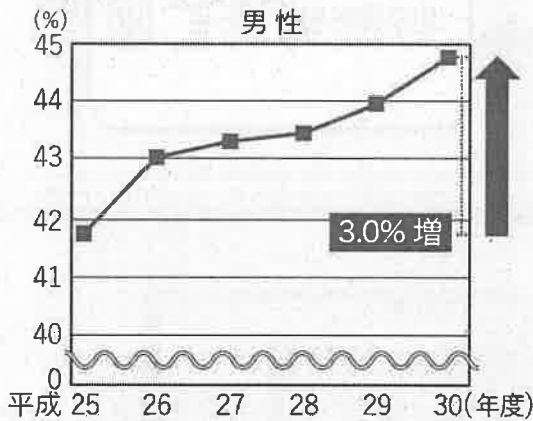
肥満・メタボリックシンドロームは、男性の増加率が特に高くなっています。さらに、メタボリックシンドロームを市町別で見ると地域差もあり、男女でも違いがあります。

特に 高血圧は男性が増加傾向!

高血圧の割合

(平成25年度～30年度：国保)

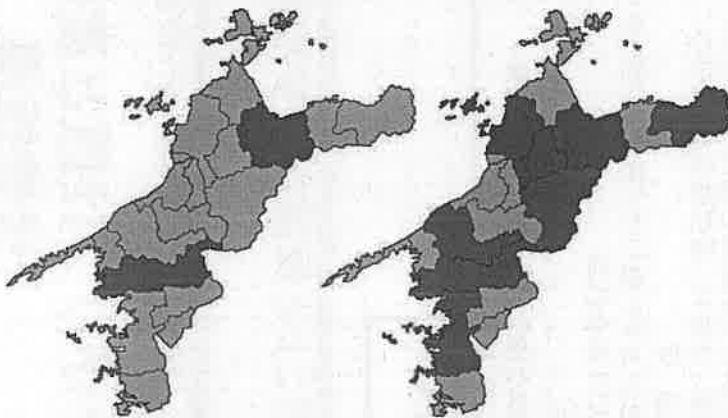
収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上もしくは血圧を下げる薬を服用している者



高血圧の分布 (令和元年度：国保+協会けんぽ)

男性

女性



最新の市町別の分布はどうなっているかみてみよう



年齢調整済*

- 高血圧の人が多い(≒有意に高い)
- 高血圧の人がやや多い(≒高いが有意でない)
- 高血圧の人がやや少ない(≒低いが有意でない)
- 高血圧の人が少ない(≒有意に低い)

※凡例については、市町ごとの人口に対して、高血圧の人が多し、又は少ないと表現しています。
※年齢調整とは、各市町を比較するため、県全体を基準に年齢構成の違いを補正したものです。

高血圧は、男性の増加率が高くなっています。さらに、高血圧を市町別でみると地域差があります。特に女性の方が地域差が大きくなっているようです。

愛媛県高血圧重症化予防プログラムを策定しました

愛媛県では、健康課題である高血圧の解決のため、令和4年12月に「愛媛県高血圧重症化予防プログラム」を策定しました。

このプログラムは、特定健診を受診した人のうち高血圧症が重症化して循環器病を発症するリスクが高い人を適切に医療機関につなぐことと、高血圧症を治療中の人のうち必要な方にかかりつけ医と連携し医療保険者が保健指導を行うこと等で、適切な血圧管理を行い循環器病の発症を防止することを目的としています。

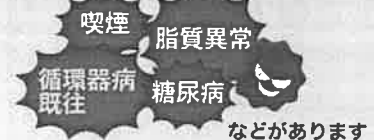
※循環器病とは主に脳卒中と心血管疾患のことをいいます。

血圧の適切な管理により、みなさんで健康寿命の延伸を目指しましょう!

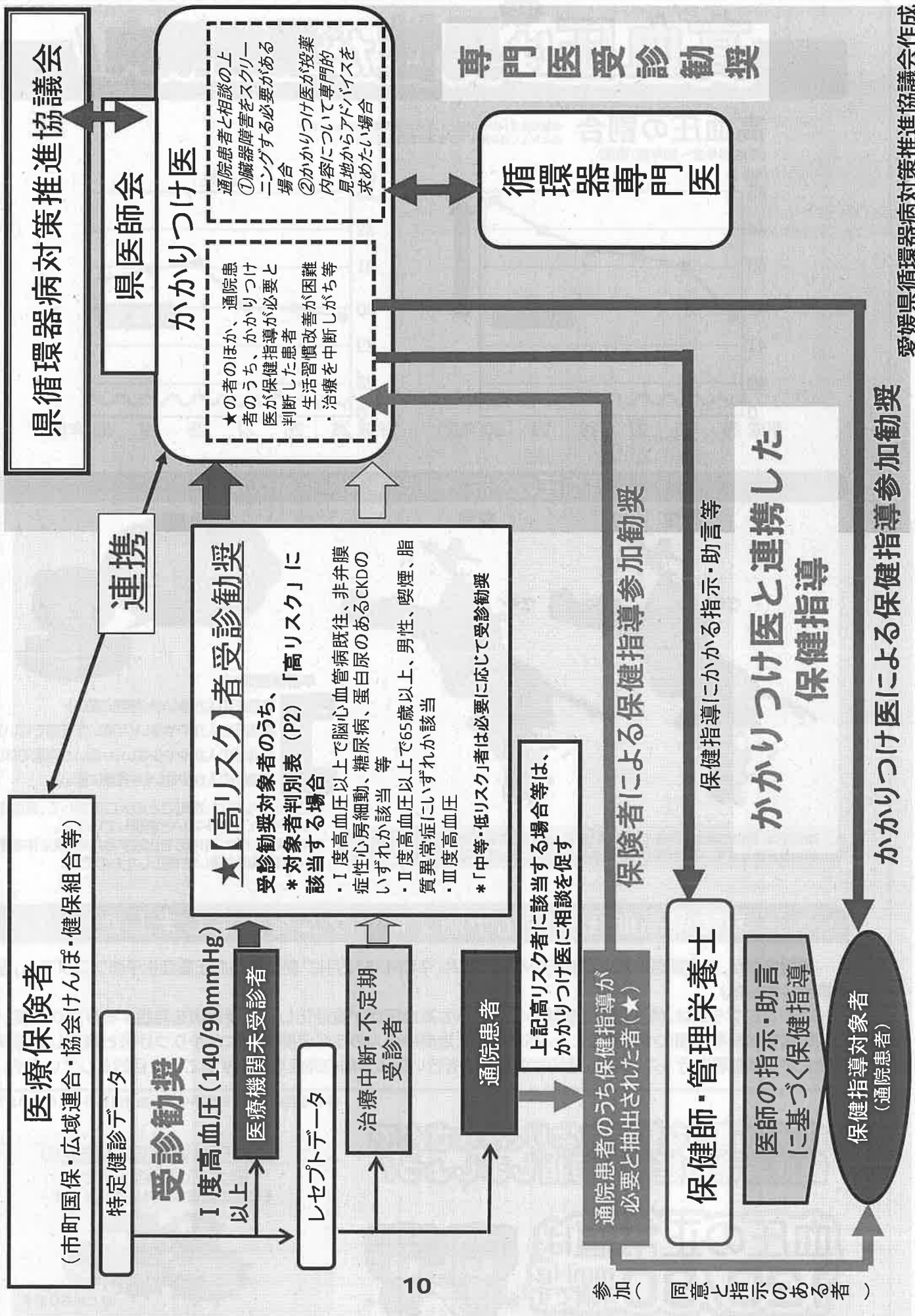
血圧の正常値は
120/80 mmHg
未満です



高血圧は循環器病発症の最大の危険因子です
その他の循環器病発症のリスクは…



愛媛県高血圧重症化予防プログラム 概要



愛媛県高血圧重症化予防プログラム

愛媛県循環器病対策推進協議会

愛 媛 県 医 師 会

愛 媛 県

1 目的

高血圧症が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者等について、適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、高血圧症で治療中の者のうち、重症化するリスクの高い通院患者に対して医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、適切な血圧管理で循環器病の発症を防止することにより、県民の健康寿命の延伸を図る。

2 医療機関未受診者・高血圧症未投薬者及び高血圧症治療中断者・不定期受診者への受診勧奨

(1) 対象者の抽出

原則として、以下のとおりとする（特定健診・レセプトデータ等から抽出）。

ただし、保険者が個別に定めることも可能とする。

① 医療機関未受診者・高血圧症未投薬者

過去の健診において、以下に該当する者

◎ I 度高血圧（140/90mmHg）以上

ただし、上記の者のうち、以下の予後影響因子等に該当する者については、重症化のリスクが高いため、高リスク者受診勧奨として強めの受診勧奨を行う。^{※1}

ア. 脳心血管病既往

イ. 非弁膜症性心房細動

ウ. 糖尿病

エ. 蛋白尿のある CKD（慢性腎臓病）

オ. 年齢（65 歳以上）

カ. 男性

キ. 脂質異常症

ク. 喫煙

※1 上記予後影響因子による分類の詳細については、次頁の表 1 を参考とすること。
「高リスク」に該当する者を、高リスク者受診勧奨対象者とする。

表1 高リスク者受診勧奨対象者判別表

	I 度高血圧 140/90mmHg	II 度高血圧 160/100mmHg	III 度高血圧 180/110mmHg～
リスク第一層 予後影響因子がない	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDのいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク

高血圧治療ガイドライン 2019 P50 表 3-2 改変

② 高血圧症投薬加療中断者・不定期受診者

以下のいずれかに該当する者

ア. 通院中の患者で最終の降圧剤投薬加療日から1年間経過しても投薬した記録が無い者

イ. 通院中の患者で1年間に降圧剤の投薬記録が3回以内の者

ただし、上記の者のうち、過去3年間程度に特定健診の受診がある場合は、健診データと照合し、特に配慮を行うこと。

○特定健診受診勧奨から高血圧症の治療を開始した者のうち、その後の受診状況が、アまたはイに該当する者（早期脱落者）

○健診データから表1を参考に高リスク者受診勧奨対象者を抽出し、強めの受診勧奨を行う。

(2) 受診勧奨の方法

保険者が、以下のいずれか、その他保険者が適当と認める方法により、受診勧奨を行う。^{*2}

- ① 郵送による通知
- ② 電話
- ③ 個別面談（個別訪問含む）

※² 対象者へは、別紙【様式1】を使用して受診勧奨を行う。
また、受診勧奨の際には、高血圧症による医療機関受診の必要性を伝えるチラシ等と合わせて交付することが望ましい。

(3) 受診行動の確認

対象者の状況に応じて、受診勧奨後の受診状況を適宜確認し、受診が確認されず再度の勧奨が必要と思われる場合は、別の方法で受診勧奨を試みる。

保険者からの受診勧奨により受診があった者については、保険者へ報告する。^{※³}

高血圧症であり、治療が必要と認められる場合は、かかりつけ医において治療を開始する。

※³ 保険者への報告は、別紙【様式2】を使用して行う。

(4) 受診勧奨後の保健指導

医療機関は、高リスクに該当する者や、生活習慣改善が困難及び治療が中断しがち等の理由で、保健指導が必要と判断した場合は、必要に応じて、保険者へ指示を行う。^{※⁴}

保険者は、その指示を基に、「4 高血圧症の通院患者に対する保健指導（かかりつけ医と連携した保健指導）」のフローにのせる。

※⁴ 保険者への指示は、別紙【様式3】を使用して行う。

3 高血圧症の通院患者に対するかかりつけ医を介しての循環器専門医受診勧奨

かかりつけ医は、以下のいずれかに該当する者に対して、通院患者と相談の上、循環器専門医の受診を勧奨する。循環器専門医の受診を勧奨する場合は、紹介状の発行を行う等、通常の医療機関の紹介方法に準じる。

ア. 臓器障害をスクリーニングする必要がある場合

イ. かかりつけ医が投薬内容について専門的見地からアドバイスを求めたい場合

4 高血圧症の通院患者に対する保健指導（かかりつけ医と連携した保健指導）

保険者による保健指導参加勧奨

(1) 候補者の抽出

特定健診・レセプト等のデータ、本人または家族等からの聞き取り等により、以下のいずれかに該当する者を抽出する。

- ① 高リスクに該当する者
- ② 生活習慣改善が困難である者
- ③ 治療を中断しがちである者

なお、以下の者は除外する。

- ア. がん等で終末期にある者
- イ. 認知機能障害のある者^{※5}
- ウ. その他の疾患を有していて、保健指導が必要でないと判断される者^{※5}

〔^{※5} 周囲に介護者等がおりプログラムの実施が可能な者はこの限りではない。〕

(2) 対象者の選定

(1)により抽出した候補者について、保険者は同意書及び指示書を郵送（又は手交等）し、保健指導への参加勧奨を行い、以下について説明する。^{※6※7}

ア. 参加を希望する場合は、指示書をかかりつけ医へ持参のうえ、指示書を作成してもらうこと。

イ. 参加を希望しない場合は、同意書のみ保険者へ提出すること。

本人の希望及びかかりつけ医の指示があった者を保健指導の対象者とする。

〔^{※6} 対象の候補者を絞って参加勧奨を行う場合は、保健指導の必要性が高く、予防効果が大きく期待できる候補者から優先的に行う必要がある。〕

〔^{※7} 同意書については別紙【様式4】、指示書については別紙【様式3】を使用して行う。指示書の提出をもって、かかりつけ医の同意があったものとする。〕

(3) 保健指導の実施

保険者は、以下のことを実施する。

- ・対象者に対し、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。
- ・適宜、対象者に検査値等を確認するとともに、対象者及びかかりつけ医等と情報を共有する。
- ・かかりつけ医に対して、保健指導の実施状況を必要に応じて報告するとともに、保健指導終了後は実施結果を報告する。

(4) 保健指導の内容

別紙「保健指導プログラム（例）」を参照のうえ、各保険者が対象者の生活環境や治療状況等、個々の状況に応じて実効性のある内容を決めること。

(5) 保健指導実施後の継続支援

保険者は、保健指導等を終了した者に対して、継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を行う。

かかりつけ医による保健指導参加勧奨

(1) 対象者の選定

かかりつけ医は、高リスクに該当し、保健指導が必要と判断した者（2による受診勧奨で受診のあった者を含む。）について、本人の同意を得たうえで、保険者へ紹介（指示）する。^{※8}

※8 患者自身のリスクや事情に限らず、自施設において栄養指導が困難な場合、紹介の対象にできる。
かかりつけ医の紹介（指示）は、別紙【様式3】を使用して行う。

(2) 対象者への保健指導の実施等

保険者による保健指導参加勧奨（3）～（6）に準じるが、かかりつけ医による紹介があった者を優先とする。

5 事業評価

保険者は、受診勧奨及び保健指導等の実施結果を把握し、事業評価を行う。

なお、以下のデータ例を参考に事業評価を行うこととし、かかりつけ医・連携機関（郡市医師会・保健所）等との情報共有を図ること。

《毎年把握するデータ（例）》

- ・ 受診勧奨及び保健指導の対象者数、実施者数
- ・ 新規治療開始率
- ・ 保健指導の脱落者数（脱落理由）
- ・ 降圧薬服用率
- ・ 健診受診率 等

《中長期に把握するデータ（例）》

- ・ 脳卒中患者数、心血管疾患患者数の推移
- ・ 高血圧症に係る医療費の推移
- ・ 循環器病に係る医療費の推移 等

6 その他

（心電図検査の実施について）

本プログラムでは対象とならない高血圧症非合併の心疾患の見落としを防ぐため、特定健診には必須とされていない心電図検査を受診者全員に実施することは、心疾患での死亡を減らし健康寿命を延伸することに資するものである。

7 関係者の役割

(1) 保険者

① 市町国保・後期高齢者医療広域連合

- ・本プログラムに準拠して、郡市医師会及び管轄保健所等とも連携・協働を行うこと
- ・実施した取組みについては、評価・分析を行い、PDCA サイクルに基づいて次期の事業展開につなげること

② 被用者保険

- ・可能な範囲で本プログラムに準拠した実施に努めること

(2) 医師会（県及び郡市）

- ・本プログラムが円滑に運用できるよう、かかりつけ医への周知及び支援を行うこと

(3) 保健所

- ・本プログラムが円滑に運用できるよう、郡市医師会との調整等各地域における連携体制の構築について市町の支援を行うとともに、技術的な支援を行うこと

(4) 県

- ・保険者における事業実施状況を支援するとともに、県レベルで医師会及び県循環器病対策推進協議会等と県内の取組み状況を共有し、評価・分析を行う等、円滑な事業実施を支援すること

(5) 愛媛県国民健康保険団体連合会

- ・県と連携し、人材育成のための研修企画等の各種支援を行うこと

(6) 愛媛県循環器病対策推進協議会

- ・本プログラムの周知啓発を積極的に担うとともに、本プログラムにおける実施体制及び内容について、評価・改善を行うこと

(7) 愛媛県保険者協議会

- ・本プログラムについて、被用者保険を含めた保険者に広く周知啓発をすること
- ・本プログラムの推進に向けて、好事例紹介及び調査・分析を実施すること

(8) 愛媛県生活習慣病予防協議会（循環器疾患等部会）

- ・市町における本プログラムの実施を含む高血圧対策事業について、評価・改善を行い、事業実施体制整備を支援すること

8 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムは、県内各地域での高血圧症重症化予防の取組が容易となるよう、基本的な取組方策について示したものであり、保険者が保健事業において既に行っている取組を妨げるものではない。地域の実情に応じて柔軟に対応することが可能（様式の活用も含む）

であり、各地域で実施するに当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、各保険者において事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の保健所や専門家等の助言を受けることも重要である。

なお、本プログラムは愛媛県独自の取組として策定するが、今後、厚生労働省からプログラム等が示された場合は、その内容に準じて本プログラムの改訂を行うこととする。

令和4年12月15日 策定

高血圧症重症化予防 保健指導プログラム（例）

時期	実施項目	実施内容
指導前	プログラムの案内	
指導開始	初回面談 生活習慣の現状把握	<ul style="list-style-type: none"> ・問題のある生活習慣の抽出（食事・運動・生活リズム・健康管理（体調・歯と口の状態等）） ・体の状態を理解させ、生活習慣・受療状況を踏まえ、生活習慣改善に向けて自らができるスキルを身につけ、確実に行動変容できるような支援により、取組目標を設定
2週間後	電話またはメール	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談以降の生活習慣改善状況を確認 ・取組への励まし ・必要に応じて目標の見直し
1か月後	電話またはメール	
2か月後	電話またはメール	
3か月後	中間面談	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的な自己管理を行うための動機づけ ・取組を継続させるためのポイントを提案
4か月後	電話またはメール	<ul style="list-style-type: none"> ・中間面談以降の生活習慣の確認 ・取組への励まし
5か月後	電話またはメール	
6か月後	最終面談	<ul style="list-style-type: none"> ・取組の振り返り、評価 ・自己管理を継続するためのアドバイス

《留意事項》

・実施期間や指導回数については、記載例を参考に、保険者が対象者の生活環境や治療状況等、個々の状況に応じて実効性のある内容を決めること。

医療機関受診のご案内

年 月 日

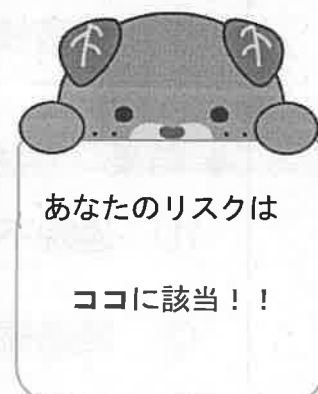
(対象者氏名) 様

あなたが、〇月〇日に受診された特定健康診査の結果、「医師の診察を受ける必要がある」と判定いたしましたので、お知らせします。

収縮期血圧 _____ mmHg	+	あなたのリスク 〇〇、〇〇、〇〇 です。
拡張期血圧 _____ mmHg (〇度高血圧)		

あなたは、特に受診が必要な
高リスク者 に該当します。

	I 度高血圧 140/90mmHg	II 度高血圧 160/100mmHg	III 度高血圧 180/110mmHg~
リスク第一層 予後影響因子がない。	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢 (65 歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある。	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のある CKD のいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある。	高リスク	高リスク	高リスク



高血圧治療ガイドライン 2019 P50 表 3-2 改変

★この受診勧奨は、愛媛県高血圧重症化予防プログラムに基づくものです★

この健診結果をもって、早期にかかりつけ医 (かかりつけ医のない方は内科・循環器内科) を受診してください。

自由記述欄
(保険者が自由に使用可能)

高血圧症受診（精密検査）結果について

年 月 日

（保険者代表者） 様

医療機関名 _____

医師氏名 _____

〒

医療機関所在地 _____

電話番号 _____

◆下記のとおり報告いたします。

患者氏名 _____

住所 _____

生年月日（年齢） T・S・H 年 月 日 （ 歳）

受診（精密検査）日 _____ 年 月 日

◆ 結果 （該当するものに○をつけてください）

① 通院不要

② 経過観察（ 月 毎）

③ 降圧剤処方（ 開始 ・ 増量 ）

④ その他 [_____]

自由記述欄

（保険者が自由に使用可能）

高血圧症保健指導参加同意書

年 月 日

(保険者代表者) 様

氏名 (自署) _____

住 所 _____

電話番号 _____

◆かかりつけの医療機関名を記入してください。

医療機関名 _____

かかりつけ医名 _____

医療機関所在地 _____

◆高血圧症保健指導への参加を希望しますか。(該当するものにチェック☑)

※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、あなたの検査データ(血液検査・尿検査・心電図検査等)を、保険者が医療機関から提供してもらい、医療機関と共有する必要があります。

私の検査データを、保険者が医療機関(かかりつけ医)と共有することに同意のうえ、参加を希望します

参加を希望しません

※希望しない理由

自己管理できているから 参加する時間がないから

かかりつけ医の指導で十分と思うから かかりつけ医が参加を勧めなかったから

その他 ()

自由記述欄

(保険者が自由に使用可能)

高血圧重症化予防の取組みに関する調査結果

〈R5.4月健康増進課調査〉

1. 市町での取組み

① 市町独自の高血圧重症化予防の取組みがあるか。

ある 17市町
ない 3市町（西条市、内子町、伊方町）

①-1 高血圧重症化予防における保健指導を実施しているか。

ある 17市町
ない 2市町（伊方町、松山市）
未記入 1市（西条市）

2. 令和5年度 of 取組み

② 令和5年度から県プログラムに準拠した取組みを実施するか。

はい 6市町（新居浜市、今治市、上島町、大洲市、西予市、内子町）
いいえ 8市町（四国中央市、東温市、砥部町、八幡浜市、宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町）
未定 3市町（伊予市、松前町、伊方町）
その他 3市町（西条市、久万高原町、松山市）

③ 県プログラムについて郡市医師会等と協議を行ったか。

はい 3市（新居浜市、今治市、大洲市）
いいえ 10市町（四国中央市、上島町、東温市、砥部町、八幡浜市、伊方町、宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町）
協議予定 4市町（西条市、松前町、西予市、内子町）
未定 3市町（伊予市、久万高原町、松山市）

3. 令和6年度 of 取組み予定（令和5年度から実施済の6市町は除く）

④ 令和6年度から県プログラムに準拠した取組みを実施するか。

はい 4市町（西条市、伊予市、松前町、砥部町）
いいえ 2町（鬼北町、愛南町）
未定 6市町（四国中央市、東温市、八幡浜市、伊方町、宇和島市、松野町）
その他 2市町（久万高原町、松山市）

令和5年度の各市町の高血圧の重症化予防の取組み

高血圧の重症化予防を行う上で、各市町における体制や取組みについて教えていただきました。

令和5年9月1日(金)	資料4
令和5年度 第1回保健事業支援・評価委員会	

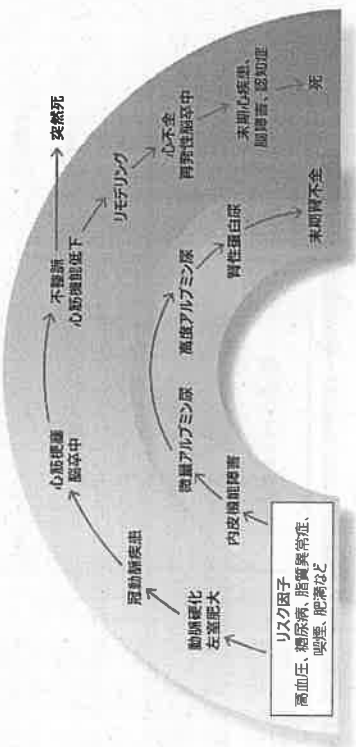
- ① 地区担当制をとっているか
 - ② 保健指導を行う専門職の人数
 - ④ 対象者へ家庭訪問を行う基準を決めているかどうか(血圧Ⅲ度には訪問等)

R5.8.18 連合会にて調査

市町	①		②				③			④	⑤
	地区担当	人数	保健指導する専門職			R4 対象者数					
			内訳	高血圧未治療者							
人数	保健師	栄養士	その他	I度	II度	III度	家庭訪問 基準の設 定	受診勧奨の方法			
愛媛県	15	284	213	63	8	9,093	2,602	604	10		
1 松山市		4	3	1	0	2,666	764	152		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 高血圧ガイドライン第二層以上の対象者に通知 ・II度 全員に通知し、通知後未受診の者にアンケートを送付。返送なければ訪問。 ・III度 	
2 今治市	○	43	39	4	0	965	284	49	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 個別は通知 集団は対面で会えない場合には郵送又は対面又は電話 ・II度 個別は通知 集団は対面で会えない場合には郵送又は対面又は電話 ・III度 個別は通知と訪問又は電話 集団は対面で会えない場合は通知と電話 	
3 宇和島市	○	19	16	3	0	697	222	73	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 全員に通知必要に応じ訪問や電話 ・III度 訪問 	
4 八幡浜市	○	13	6	6	1	268	59	21		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 通知、電話、特定保健指導、結果説明会等の対面 ・II度 通知、電話、特定保健指導、結果説明会等の対面 ・III度 通知、電話、特定保健指導、結果説明会等の対面 	
5 新居浜市		7	3	2	2	850	287	71	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 対面(説明会、来庁相談、訪問)で指導できなければ電話連絡 ・II度 対面(説明会、来庁相談、訪問)で指導できなければ電話連絡 ・III度 電話不通であれば文書通知 	
6 西条市	○	8	3	5	0	710	183	58	●	未定	
7 大洲市	○	22	18	4	0	271	70	12		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 全員に実施。対面での受診勧奨を実施。 ・II度 困難な場合に電話・通知での受診勧奨を実施している。 ・III度 全員に実施。対面での受診勧奨を実施。 	
8 伊予市	○	15	12	3	0	229	47	9		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 電話、対面どちらかでの受診勧奨 ・III度 電話、対面どちらかでの受診勧奨 	
9 四国中央市		22	15	4	3	563	161	28		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 対面(結果相談会等)で保健指導を実施。 ・II度 できなければ通知物の発送後、電話連絡。 ・III度 対面(結果相談会等)で保健指導を実施。 	
10 西予市	○	20	15	5	0	321	86	22		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 通知(I度の3層の方のみ) ・II度 電話・対面等 ・III度 電話・対面等 	
11 東温市		38	28	10	0	174	47	8		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 対面でお会いできる場合は対面。できない場合は通知および電話 ・III度 対面でお会いできる場合は対面。できない場合は通知および電話 	
12 上島町	○	5	3	2	0	73	35	4	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 訪問 ・III度 訪問 	
13 久万高原町	○	7	6	1	0	87	24	8	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 通知(脳血管疾患リスク3層者のみ) ・II度 対面 ・III度 対面 	
14 松前町	○	7	4	3	0	221	57	19	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 健診時対面による事後指導、結果判定後に電話勧奨または通知 ・II度 健診時対面による事後指導、結果判定後に訪問。会えなければ電話。 ・III度 健診時対面による事後指導、結果判定後に訪問。会えなければ電話。 	
15 砥部町	○	11	9	2	0	191	52	9	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 なし ・II度 電話・基本訪問(リスク2層以上) ・III度 基本訪問 	
16 内子町	○	12	9	3	0	152	30	9	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 通知、受診確認できない場合は訪問もしくは電話 ・III度 通知、受診確認できない場合は訪問もしくは電話 	
17 伊方町	○	10	8	2	0	136	33	8		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 全員に通知 ・II度 全員に通知 ・III度 全員に通知 	
18 鬼北町	○	8	7	1	0	152	61	20		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 対面で会えない人に電話または通知 ・III度 対面で会えない人に電話または通知 	
19 松野町		3	2	1	0	61	23	3		<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 対面(報告会または訪問)会えなければ電話連絡後、通知 ・III度 対面(報告会または訪問) 	
20 愛南町	○	10	7	1	2	306	77	21	●	<ul style="list-style-type: none"> ・I度 ・II度 対面で会えない人に電話 ・III度 対面で会えない人に電話 	

心血管疾患の連続性<イメージ図>

冠動脈疾患の病態は様々なリスク因子により始まり、多数の生理学的経路とプロセスを経て末期心疾患に進行する。



DATA V1, et al. Am Heart J 1991; 121: 1264-1265. 2002年
DATA V1, et al. Circulation 2000; 104: 2050-2056. 2002年

動脈硬化性疾患リスク区分別の脂質異常症の管理目標値

動脈硬化性疾患リスク区分別の脂質管理目標値は、下表のとおりである。

- ・急性冠症候群
- ・家族性高コレステロール血症
- ・糖尿病
- ・冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む）の合併

リスク区分別の脂質管理目標値

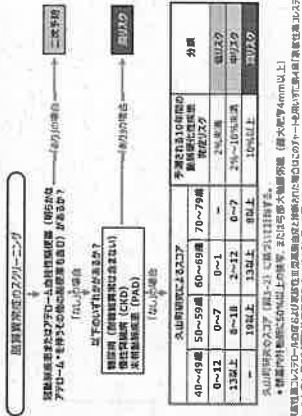
脂質成分の区別	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)		
		LDL-C	Non-HDL-C	HDL-C
一次予防 （生活習慣の改善を行わずに 治療を行う必要を 考慮する）	LDL-C	<160	<190	
	HDL-C	<140	<170	
二次予防 （冠動脈疾患またはアテローム 血栓性脳梗塞（明らかな アテローム・・・発症前の他 の脳梗塞を含む）の既往 を考慮する）	LDL-C	<120	<150	>40
	HDL-C	<100*	<130*	>40
三次予防 （冠動脈疾患またはアテローム 血栓性脳梗塞（明らかな アテローム・・・発症前の他 の脳梗塞を含む）の既往 を考慮する）	LDL-C	<100	<120	>40
	HDL-C	<70**	<100**	>40

日本動脈硬化学会 脂質管理ガイドライン（2022年版）, p.12

動脈硬化性疾患リスクに応じたカテゴリー分類

脂質管理目標値の設定にあたり、動脈硬化性疾患リスクに応じたカテゴリー分類は左図のフローチャートに沿って行う。冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む）、糖尿病（血糖値が正常でない）、慢性腎臓病、末梢動脈疾患を罹患していない場合には、動脈硬化性疾患発症予測モデル（右図）の危険因子の項目のポイント合計により年齢層別の絶対リスクを推計する。

動脈硬化性疾患リスクに応じたカテゴリー分類



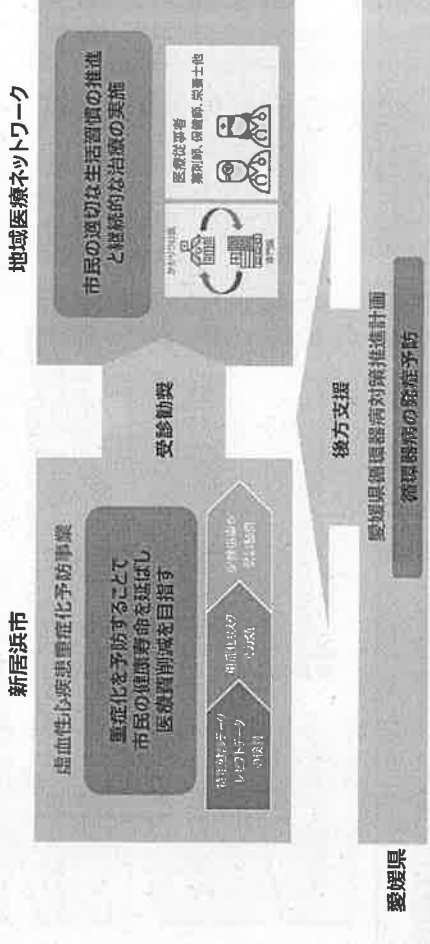
久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル

危険因子	ポイント	LDL-C	HDL-C	スコア	年齢層別の絶対リスク (%)
年齢	0	<120mg/dL	>100mg/dL	0	0
性別	1	<120mg/dL	>100mg/dL	1	1.7%
喫煙	2	<120mg/dL	>100mg/dL	2	3.4%
高血圧	3	<120mg/dL	>100mg/dL	3	5.1%
糖尿病	4	<120mg/dL	>100mg/dL	4	6.8%
脂質異常症	5	<120mg/dL	>100mg/dL	5	8.5%
動脈硬化性疾患	6	<120mg/dL	>100mg/dL	6	10.2%
脳卒中	7	<120mg/dL	>100mg/dL	7	11.9%
心臓病	8	<120mg/dL	>100mg/dL	8	13.6%
腎臓病	9	<120mg/dL	>100mg/dL	9	15.3%
末梢動脈疾患	10	<120mg/dL	>100mg/dL	10	17.0%
合計	11	<120mg/dL	>100mg/dL	11	18.7%

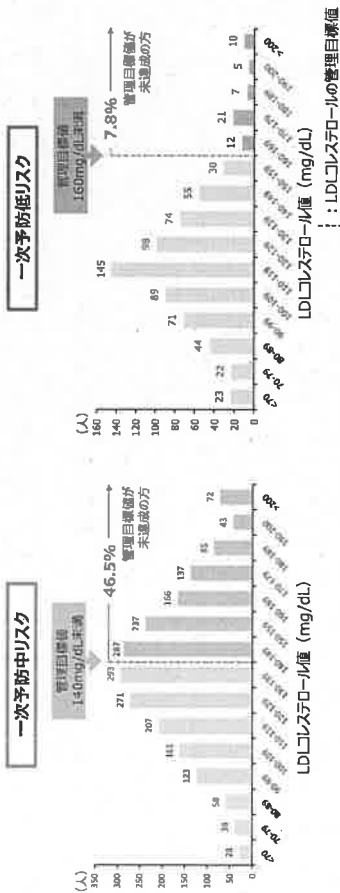
日本動脈硬化学会 脂質管理ガイドライン（2022年版）, p.66-69

虚血性心疾患重症化予防事業の位置づけと目的

本事業では、心疾患が重症化しやすく厳格な脂質管理が必要である「再発高リスク」者を特定し、適切な生活習慣の周知や受診につなげることで、市民の健康寿命が延びること、心疾患による死亡率が減少することを目指している。



c. LDLコレステロールの管理状況 一次予防中リスク群、一次予防低リスク群

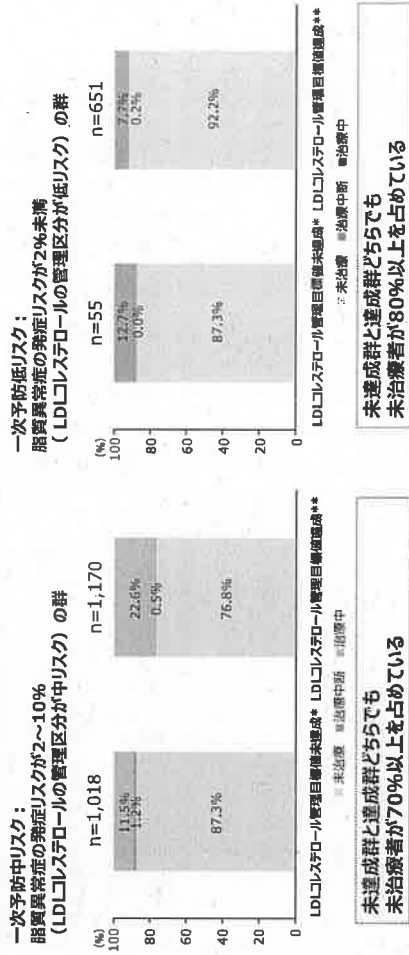


「一次予防中リスク」群では、LDLコレステロールが管理目標値を超えていたのは46.5%の方であり、「一次予防低リスク」群では、LDLコレステロールが管理目標値を超えていたのは、7.8%の方であった。

<https://www.scribd.com/document/444444444>
新薬法市 脂質管理の状況について 心血管性疾患の重症化予防事業の中間報告

d. 治療状況 一次予防中リスク群、一次予防低リスク群

各群をLDLコレステロールが管理目標値を超えている方（未達成）と、管理目標値未満に抑えられている方（達成）の2つに分け、それぞれの脂質異常症に対する治療状況を示した。
※治療中の定義は、過去1年間に脂質治療の処方があった方



未達成群と達成群とちからでも未治療者が70%以上を占めている

未達成群と達成群とちからでも未治療者が80%以上を占めている

<https://www.scribd.com/document/444444444>
新薬法市 脂質管理の状況について 心血管性疾患の重症化予防事業の中間報告

