

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7年10月20日（月） 19：30～

会場：愛媛県医師会館

循環器疾患等部会協議事項

- 1 愛媛県高血圧重症予防プログラムについて
- 2 愛媛県ビッグデータ活用地域・職域連携強化事業について
- 3 愛媛県版 ACS パスの作成について
- 4 循環器病対策に関する取組の進捗報告

○資料目次

高血圧重症化予防プログラムの活用に係る市町アンケートの結果	1P
高血圧の受診勧奨実施の状況について	11P
高血圧の取組状況	12P
(参考資料)高血圧重症化予防プログラム（本文）	13P
(参考資料)高血圧重症化予防プログラム（フローチャート）	25P
令和6年度ビッグデータ分析報告書の概要	26P
(参考資料)愛媛県ビッグデータ活用地域・職域連携強化事業について	32P
愛媛県版 ACS パスについて	34P
愛媛県における循環器病対策について	40P

高血圧重症化予防の取組みに関する調査結果

〈 R7.5月調査 〉

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 18市町 *R6→R7 松前町が追加
な い 2町 (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 19市町 *R6→R7 松山市が追加
な い 1町 (伊方町)

2. 令和7年度の取組み

② 県プログラムに準拠した取組みを実施するか。

は い 14市町 (松山市、今治市、宇和島市、新居浜市、西条市、大洲市、伊予市、
四国中央市、西予市、東温市、上島町、松前町、砥部町、内子町)*
太字R7～
いいえ 4市町 (八幡浜市、伊方町、松野町、鬼北町)
その他 2町 (久万高原町、愛南町)

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 7市町 (松山市、今治市、新居浜市、大洲市、砥部町、内子町、愛南町)*太字R7～
いいえ 10市町 (宇和島市、八幡浜市、伊予市、東温市、上島町、久万高原町、松前町、伊方町、松野町、鬼北町)
未 定 3市町 (西条市、四国中央市、西予市)

④ 令和6年度の取組みにあたって気になる点など (別紙参照)

3. 今後の取組み予定

⑤ 今後、県プログラムに準拠した取組みを実施するか。

いいえ 3市町 (八幡浜市、久万高原町、鬼北町)
未 定 3町 (伊方町、松野町、愛南町)

⑥ 今後の取組みにあたって気になる点など (別紙参照)

⑦ 自由意見 (別紙参照)

⑧ その他の質問 (別紙参照)

		①貴市町独自の高血圧重症化予防の取組みについて既存の事業要綱や基準等がありますか？
松山市	○	以下に該当する未治療者または治療中断者 【国保】Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上 【後期】Ⅰ度高血圧(140/90mmHg)以上
今治市	○	国保：Ⅰ度リスク3層未治療者、Ⅱ度かつリスク2層以上未治療者、Ⅲ度治療者 後期：Ⅱ度以上未治療者、Ⅲ度治療者 強め受診勧奨者：国保・後期ともにⅢ度未治療者
宇和島市	○	Ⅱ度高血圧以上の血圧未治療者
八幡浜市	○	①Ⅱ度高血圧以上の者(未治療者) ②Ⅰ度高血圧以上の者のうち、心電図所見あり(未受診者) ※①②いずれも当該年度特定健診(集団)受診者 ③前年度集団健診受診者でⅡ度高血圧以上の者(診断名あり内服なし・昨年度医療機関受診勧奨後、未受診者) ④前年度個別健診受診者でⅡ度高血圧以上の者(未受診者、診断名あるが内服なし)
新居浜市	○	Ⅰ度高血圧以上
西条市	○	高血圧Ⅱ度以上の者で医療機関未受診者・高血圧症未投薬者
大洲市	○	高血圧2度以上の未受診者
伊予市	○	Ⅱ度高血圧以上
四国中央市	○	Ⅱ度高血圧(160/100)以上の血圧・糖尿病・脂質異常症の未治療者及び血圧治療中の者
西予市	○	特定健診を受けた方で、高血圧Ⅱ度以上の未治療者
東温市	○	血圧値Ⅱ度以上の者。
上島町	○	Ⅰ度高血圧以上
久万高原町	○	Ⅰ度高血圧の未受診かつ高リスクかつ74歳以下：文書での受診勧奨 Ⅱ度以上高血圧の未治療かつ84歳以下：訪問での受診勧奨
松前町	○	健診において、Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上の者
砥部町	○	健診においてⅡ度高血圧、Ⅲ度高血圧となった者
内子町		
伊方町		
松野町	○	高血圧Ⅱ度以上の未治療者
鬼北町	○	健診時の血圧がⅢ度高血圧(収縮期血圧180以上かつ/または拡張期血圧110以上)、Ⅱ度高血圧(収縮期血圧160～179以上かつ/または拡張期血圧100～109以上)の者のうち、医療機関未受診の者。
愛南町	○	未治療で健診時160/100mmHg以上の者に対し家庭血圧を確認 →家庭血圧150/90mmHgであれば医療機関受診勧奨を実施

		①-1貴市町で、高血圧重症化予防における保健指導を実施していますか？
松山市	○	【国保】特定健診の結果がⅢ度高血圧(180/110mmHg)以上の者を優先的に実施 【後期】後期健診の結果がⅡ度高血圧(160/100mmHg)以上の者
今治市	○	
宇和島市	○	当市では本人の同意書は使用していない。医療機関から保健指導指示があった場合は元より、保健指導指示をいただいてない場合も、必要に応じ訪問等にて保健指導を実施している。
八幡浜市	○	上記の基準該当者について、受診勧奨と併せて保健指導を実施している。
新居浜市	○	
西条市	○	I 度及び通院中のハイリスク者に対する勧奨はしていない。
大洲市	○	同意書および紹介状の様式は独自に作成
伊予市	○	
四国中央市	○	医療機関との連携及び継続した保健指導は実施していない。
西予市	○	西予市版の主治医連絡票を用いて、対象者に主治医連絡票を渡し医療機関を受診してもらい、医師からの指示内容をもとに保健指導を実施する。また、主治医連絡票を発行する時にも血圧手帳を用いて保健指導を実施している。
東温市	○	指示書だけでなく、紹介状(東温市発行)も活用し、医療機関との情報連携を行う。
上島町	○	高血圧Ⅱ度以上の未治療者と治療中の高血圧Ⅲ度以上コントロール不良者
久万高原町	○	指示書や同意書は使用しない。
松前町	○	
砥部町	○	
内子町	○	
伊方町		
松野町	○	初回指導以降の半年間の支援継続は、全員に実施するのではなく、優先順位をつけて対象の方と相談しながら行っている。
鬼北町	○	
愛南町	○	未治療で家庭血圧150/90mmHg以上であった者に対し、「生活習慣病対策連絡票」を配布。対象者が連絡票を持って医療機関を受診し、主治医が連絡票に受診結果、保健指導の指示等を記入し、町へ返送。

		②貴市町では、県プログラムに準拠した取組みを実施しますか？
松山市	○	【国保】受診勧奨…毎月1回郵送、Ⅲ度高血圧の者については次年度再勧奨 保健指導…年1回、10人程度 【後期】受診勧奨…毎月1回郵送、次年度再勧奨 保健指導…年1回、20人程度
今治市	○	上記当市における受診勧奨基準に基づき、対象者を抽出し、集団健診受診者には健診結果説明会に来所を促し受診勧奨を実施。来所していない方に対しては、訪問や電話等で受診勧奨を行う。個別健診受診者に対しては、通知にて受診勧奨を行う。強めの受診勧奨対象者には校区保健師が訪問や電話等にて受診勧奨を行う。受診勧奨の約4か月後にレセプトにて受診について確認する。そのうち、強めの受診勧奨対象者で未受診者に対しては、受診勧奨通知(再通知)を行い、併せて校区保健師が訪問や電話にて受診指導等実施する。
宇和島市	○	特定健診等受診結果より対象者を抽出し、様式を用いて、通知、電話、個別面談等にて受診勧奨を行っている。対象者はⅠ度以上になると人数が多く対応が難しいため、Ⅱ度高血圧以上の者に実施している。
八幡浜市		
新居浜市	○	血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化における高リスク者 特にⅡ度高血圧以上に対する強めの受診勧奨
西条市	○	できるだけ訪問にて受診勧奨を行い、医療機関の受診や保健指導につなげられるようにする。また、連携手帳を活用するなど、かかりつけ医と連携した保健指導を実施する。令和6年度はマンパワー不足もあり、高血圧Ⅱ度以上を全て訪問し受診勧奨をすることが難しかった。そのため、令和7年度は、高血圧Ⅲ度以上＋高血圧Ⅱ度以上で、より重症化リスクの高い人を対象にするなど、対象の人数を調整しながら、県のプログラムに準拠した指導を行っていきたい。
大洲市	○	上記対象者に受診勧奨後、医師の指示の下、保健指導を約6ヶ月間実施する。
伊予市	○	Ⅱ度高血圧以上の方へ受診勧奨及び指示書に基づいた保健指導
四国中央市	○	対象者の抽出、案内通知、訪問または電話等での保健指導
西予市	○	血圧Ⅱ以上の未治療者への医療機関受診勧奨。
東温市	○	使用する帳票の文言以外が県のプログラムに準拠
上島町	○	受診勧奨、受診行動の確認、保健指導および事業評価を県プログラムに準拠して実施する。また、関係機関との連携もできる限り実施していきたい。
久万高原町		対象者は県プログラムと同様であるが、指示書や同意書は使用せず、保健指導を実施している。
松前町	○	国保(40~74歳)でⅡ度高血圧・Ⅲ度高血圧の者及び後期(75歳以上)でⅢ度高血圧の者のうち、未治療者・治療中断者に対して、訪問により受診勧奨や保健指導を行う。訪問をして不在だった者に関しては、電話や手紙により受診勧奨を行う。
砥部町	○	健診においてⅡ度高血圧、Ⅲ度高血圧となった者に対して、個別面談により受診勧奨を行い、その後電話または面談において受診行動の確認を行う。また適宜主治医からの指示書に従い保健指導を実施し、初回面談から約半年後に取組の振り返り・評価を電話または面談にて実施する。
内子町	○	・健診でⅡ度、Ⅲ度高血圧となったものに対して医療機関への受診勧奨通知を行う。 ・医療機関未受診者または治療中断者に対して、医療機関への受診勧奨通知を行う。 ・かかりつけ医と連携した保健・栄養指導を行う。
伊方町		
松野町		
鬼北町		
愛南町		その他 町の「糖尿病性腎症等重症化予防事業」において、健診時高血圧(上記1-①)または高血糖(HbA1c6.5以上)の受診者に対し、受診勧奨を実施。

		③県プログラムについて、令和6年度、郡市医師会等との協議を行いましたか？または行う予定ですか？
松山市	○	5月 高血圧の受診勧奨等についての周知(地域保健部理事会にて)
今治市	○	6月 県プログラムをもとに受診勧奨対象者や実施方法について、協議予定。
宇和島市		
八幡浜市		
新居浜市	○	5月
西条市		未定
大洲市	○	4月 年度当初の4月下旬に協議し、決定内容を市内医療機関へ依頼している。
伊予市		
四国中央市		未定
西予市		未定
東温市		
上島町		
久万高原町		
松前町		
砥部町	○	令和5年度 令和5年度に伊予医師会と協議し、内容承認済み。
内子町	○	10～11月 町内の医療機関を訪問し、県プログラムの再周知し協力依頼をする。
伊方町		
松野町		
鬼北町		
愛南町	○	町の「糖尿病性腎症等重症化予防事業」において、年度当初に郡医師会および県立病院と委託契約を行い、町の現状や健康課題について情報共有を実施している。

	④令和7年度の取組みにあたって気になる点などがあれば、お聞かせください。
松山市	
今治市	
宇和島市	
八幡浜市	
新居浜市	
西条市	県同様の対象者に対し勧奨を実施したいが、高血圧重症化予防プログラムの対象者は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者と比較するとはるかに多く、現状では、マンパワー不足である。
大洲市	受診を拒否し、受診行動に繋げる動機付けができないケースがある。また、医療機関に繋がったが、重症化予防的観点からの指導がなされない医療機関もあり、保健指導が有効でなくなることがある。
伊予市	
四国中央市	
西予市	
東温市	
上島町	
久万高原町	
松前町	
砥部町	
内子町	
伊方町	
松野町	
鬼北町	
愛南町	

		⑤貴市町では、今後県プログラムに準拠した取組みを実施しますか？
松山市		実施済み
今治市		実施済み
宇和島市		実施済み
八幡浜市		
新居浜市		実施済み
西条市		実施済み
大洲市		実施済み
伊予市		実施済み
四国中央市		実施済み
西予市		実施済み
東温市		実施済み
上島町		実施済み
久万高原町		
松前町		実施済み
砥部町		実施済み
内子町		実施済み
伊方町		未定
松野町		未定
鬼北町		
愛南町		未定

	⑥今後の取組みにあたって気になる点などがあれば、お聞かせください。
松山市	
今治市	
宇和島市	
八幡浜市	
新居浜市	
西条市	
大洲市	相談や意見を伺える医療機関は少しずつ増えてきているが、医療機関との連携の図り方は引き続き課題
伊予市	
四国中央市	
西予市	
東温市	
上島町	
久万高原町	
松前町	
砥部町	
内子町	
伊方町	
松野町	
鬼北町	
愛南町	

	取り組みの中での課題やうまくいっていること等ありましたらご記入下さい。
松山市	
今治市	
宇和島市	
八幡浜市	
新居浜市	本プログラム内で述べられている、特定健診における心電図検査の全数実施については、県内一斉に進めていただきたいです。 近接する自治体での健診受診もあると考慮すると、市医師会へ協力依頼するだけでは十分な体制整備が期待できず、集合契約の健診内容に含めていただきたいです。 まずは委託医療機関での心電計の整備状況等の調査などから始めていただけないでしょうか。
西条市	
大洲市	
伊予市	循環器病対策として当市では特定健診受診者全員(集団)に対して心電図検査を行っている。当市には循環器専門医がおらず、精密検査判定が出た場合の紹介先に苦慮している。かかりつけ医からもまずは専門医への受診勧奨をしてほしいとの意見があった。 そのため、がん精密検査実施医療機関一覧と同様に、循環器専門医一覧の作成・更新を県循環器病対策推進協議会にお願いしたい。そして、市町への情報提供とともに、県の循環器病対策のページなどでも確認できるようにしていただきたい。(愛媛県から参考にしてほしいと言われた一般社団法人日本循環器学会ホームページは、更新がされていない。)
四国中央市	
西予市	
東温市	
上島町	
久万高原町	令和6年度末に、町内全医療機関に保健指導で療養計画書を活用することを相談し、了解をもらった。令和7年度より、本人が持っている療養計画書の目標等を確認し、保健指導に役立てていく。療養計画書を紛失した・覚えていない方には、本人からの申し出で医療機関が再度療養計画書を渡していただける。また、血圧記録手帳に保健指導の内容などを記載するページを新たに設け、かかりつけ医にも保健指導の内容を確認してもらうようお願いした。
松前町	
砥部町	
内子町	
伊方町	
松野町	
鬼北町	
愛南町	

	(1) 貴市町において、循環器病に関する市民公開講座やセミナー等を実施していますか？ 実施している場合参加者は何名ぐらいですか？	(2) 貴市町において、サロンや婦人会、高齢者クラブ、公民館等において循環器病に関するセミナーなど教育の場を設けていますか？	(3) 県庁から啓発グッズを各市町へ配布した場合、公開講座や健康イベント等において住民の方へ配布いただくことは可能でしょうか？
松山市	実施している(年 1 回程度実施し、参加者は1回 100 人程度)	実施している(年 45 回程度実施し、参加者は1回 15～20 人程度)	○
今治市	実施している(年 1回程度実施し、参加者は1回 20 人程度)	実施している(年 2回程度実施し、参加者は1回 20人程度)	×
宇和島市	実施していない	実施している(年 30～40回程度実施し、参加者は1回 15～20人程度)	○
八幡浜市	実施している(年1～2回程度実施し、参加者は1回30～50人程度)	実施している(各公民館に健康教育として募集しているが依頼がない状態)	○
新居浜市	実施していない	実施している(年10回程度実施し、参加者は1回20人程度)	○
西条市	実施している(年 4 回程度実施し、参加者は1回 25 人程度)	実施していない	○
大洲市	実施している(年 35 回程度実施し、参加者は1回 27 人程度)	実施している(年 12 回程度実施し、参加者は1回 8 人程度)	○
伊予市	実施していない	実施している(年 3回程度実施し、参加者は1回 20人程度)	○
四国中央市	実施していない	実施している(年20回程度実施し、参加者は1回10～25人程度)	○
西予市	実施していない	実施している(年 9回程度実施し、参加者は1回 30人程度)	○
東温市	実施している(年4回程度実施し、参加者は1回50人程度)	実施していない	○
上島町	実施していない	実施している(年 3 回程度実施し、参加者は1回 10 人程度)	○
久万高原町	実施していない	実施していない	○
松前町	実施している(2年1回程度実施し、参加者は1回54人程度)	不明	○
砥部町	実施していない	実施している(年3回程度実施し、参加者は1回 10人程度)	○
内子町	実施していない	実施している(年2～3回程度実施し、参加者は1回15人程度)	○
伊方町	実施していない	実施していない	○
松野町	実施していない	実施している(年4回程度実施し、参加者は1回10人程度)	○
鬼北町	実施していない	実施している(年 5回程度実施し、参加者は1回 5～10人程度)	○
愛南町	実施していない	実施している(年 4 回程度実施し、参加者は1回 5～20 人程度)	○

高血圧重症化予防の受診勧奨実施の状況（令和6年度） 【R7.8.29時点 集計値】

⑥ および ⑬
医療機関 受診勧奨実施者の人数は、市町から提出のあった「血圧評価表」より実施者“○”の数をカウント

R7.10.10

市町名		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰
		R6年度特定健診			受診勧奨													
		対象者数 (40~74歳)	受診者数 (40~74歳)	受診率	Ⅱ度以上 高血圧の 該当者	医療機関 未受診者 (受診勧奨対 象)			⑥の実施者 のうち		医療機関 受診率 (⑧/⑤)	Ⅲ度 高血圧の 該当者	医療機関 未受診者 (受診勧奨対 象)			⑬の実施者 のうち		医療機関 受診率 (⑮/⑬)
						医療機関 受診勧奨 実施者	実施率 (⑥/⑤)		医療機関 受診者	医療機関 受診率 (⑧/⑥)			医療機関 受診者 (受診勧奨対 象)	医療機関 受診勧奨 実施者	実施率 (⑬/⑫)	医療機関 受診者	医療機関 受診率 (⑮/⑬)	
1	松山市	61,822	21,191	34.3%	1,259	848	816	96.2%		0.0%	0.0%	223	173	166	96.0%		0.0%	0.0%
2	今治市	21,076	6,407	30.4%	510	315	298	94.6%		0.0%	0.0%	72	50	50	100.0%		0.0%	0.0%
3	宇和島市	12,533	4,818	38.4%	436	258	251	97.3%		0.0%	0.0%	78	50	50	100.0%		0.0%	0.0%
4	八幡浜市	5,755	1,934	33.6%	123	65	48	73.8%		0.0%	0.0%	21	14	12	85.7%		0.0%	0.0%
5	新居浜市	13,209	4,750	36.0%	560	362	272	75.1%		0.0%	0.0%	105	76	57	75.0%		0.0%	0.0%
6	西条市	14,478	5,242	36.2%	429	274	226	82.5%		0.0%	0.0%	71	48	37	77.1%		0.0%	0.0%
7	大洲市	6,043	1,966	32.5%	135	72	72	100.0%		0.0%	0.0%	24	12	11	91.7%		0.0%	0.0%
8	伊予市	5,195	2,015	38.8%	97	64	64	100.0%		0.0%	0.0%	19	14	14	100.0%		0.0%	0.0%
9	四国中央市	10,335	3,584	34.7%	368	222	178	80.2%		0.0%	0.0%	65	49	40	81.6%		0.0%	0.0%
10	西予市	5,828	2,032	34.9%	171	103	94	91.3%		0.0%	0.0%	25	18	17	94.4%		0.0%	0.0%
11	東温市	4,354	1,590	36.5%	99	56	53	94.6%		0.0%	0.0%	20	13	13	100.0%		0.0%	0.0%
12	上島町	1,072	434	40.5%	54	30	30	100.0%		0.0%	0.0%	12	9	9	100.0%		0.0%	0.0%
13	久万高原町	1,273	654	51.4%	43	23	23	100.0%		0.0%	0.0%	8	4	4	100.0%		0.0%	0.0%
14	松前町	4,012	1,759	43.8%	144	97	85	87.6%		0.0%	0.0%	31	26	25	96.2%		0.0%	0.0%
15	砥部町	3,040	1,137	37.4%	79	44	40	90.9%		0.0%	0.0%	12	7	7	100.0%		0.0%	0.0%
16	内子町	2,566	1,116	43.5%	82	50	40	80.0%		0.0%	0.0%	12	8	4	50.0%		0.0%	0.0%
17	伊方町	1,732	830	47.9%	69	42	42	100.0%		0.0%	0.0%	10	9	9	100.0%		0.0%	0.0%
18	鬼北町	1,686	922	54.7%	111	64	29	45.3%		0.0%	0.0%	16	10	5	50.0%		0.0%	0.0%
19	松野町	599	313	52.3%	27	16	16	100.0%		0.0%	0.0%	2	2	2	100.0%		0.0%	0.0%
20	愛南町	4,072	1,641	40.3%	153	98	89	90.8%		0.0%	0.0%	16	9	9	100.0%		0.0%	0.0%
市町合計		180,680	64,335	35.6%	4,949	3,103	2,766	89.1%	0	0.0%	0.0%	842	601	541	90.0%	0	0.0%	0.0%

令和7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。

- 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)

R7.8.29 連合会にて調査

		①	②				③						④	⑤	
市町	地区担当	人数	保健指導する専門職				R6 対象者数						家庭訪問基準の設定	受診勧奨の方法 (青字は治療中の方への取組み)	
			内訳			Ⅰ 度		Ⅱ 度		Ⅲ 度					
			保健師	栄養士	その他	治療	未治療	治療	未治療	治療	未治療				
	愛媛県	17	291	217	63	11	6,354	8,129	1,620	2,487	243	599	13		
1	松山市		3	3	0	0	1,853	2,408	386	650	53	170		・Ⅰ 度 全員通知 ・Ⅱ 度 全員に通知し、通知後、未受診の者に訪問。 ・Ⅲ 度 全員に通知し、通知後、未受診の者に訪問。	
2	今治市	○	45	40	5	0	628	897	173	265	22	50	○	・Ⅰ 度 集団では健診結果説明会で、会えない場合には電話または通知。個別では通知のみ。 ・Ⅱ 度 集団では健診結果説明会で、会えない場合には電話または通知。個別では通知のみ。 ・Ⅲ 度 集団では健診結果説明会で、会えない場合は訪問または電話。個別では通知後、訪問または電話。 ・Ⅳ 度 治療中は集団では健診結果説明会で、会えない場合は電話または通知。個別では通知のみ。	
3	宇和島市	○	24	18	5	1	514	618	150	208	28	50	○	・Ⅰ 度 未治療全員に通知 必要に応じ訪問や電話 ・Ⅱ 度 未治療全員に通知 必要に応じ訪問や電話 ・Ⅲ 度 訪問 ・Ⅳ 度 は治療中も訪問	
4	八幡浜市	○	13	5	6	2	170	220	51	51	7	14	○	・Ⅰ 度 郵送での通知、電話・特定健診、結果返し等対面での指導 ・Ⅱ 度 郵送での通知、電話。特定健診、結果返し等対面での指導。訪問(定期通院中でも投薬等がない場合は、生活状況の確認を行う。) ・Ⅲ 度 訪問。郵送での通知、電話。特定健診、結果返し等対面での指導。受診が確認できない、且つ、翌年に健診申し込みがない場合には訪問する	
5	新居浜市	○	7	3	2	2	599	751	169	286	29	76	○	・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、電話不通であれば文書通知 ・Ⅱ 度 〃 ・Ⅲ 度 〃 ・Ⅳ 度 Ⅰ 度以上の者は治療状況に関わらず訪問優先。 ・Ⅴ 度 Ⅱ 度以上で治療中の者(コントロール不良)は訪問で指導できなければ電話連絡、文書通知も行う	
6	西条市	○	11	3	5	3	489	640	128	230	23	48	○	・Ⅰ 度 通知・電話・対面のいずれかの方法で実施 ・Ⅱ 度 通知・電話・対面のいずれかの方法で実施 ・Ⅲ 度 全員に訪問(不在の場合は電話または通知)	
7	大洲市	○	19	15	4	0	206	269	49	62	12	12		・Ⅰ 度 通知・電話・対面いずれかの方法で全員に実施。 ・Ⅱ 度 通知・電話・対面いずれかの方法で全員に実施。 ・Ⅲ 度 通知・電話・対面いずれかの方法で全員に実施。	
8	伊予市	○	13	11	2	0	159	224	28	50	5	14		・Ⅰ 度 通知 ・Ⅱ 度 治療中: 通知(パンフレット同封) 未治療: 対面で会えない場合は電話又は通知 ・Ⅲ 度 治療中/未治療: 対面で会えない場合は電話又は通知	
9	四国中央市		19	13	4	2	425	532	130	173	16	49		・Ⅰ 度 対面(結果相談会等)で保健指導を実施。できなければ通知物の発送後、電話連絡。 ・Ⅱ 度 対面(結果相談会等)で保健指導を実施。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。できなければ通知物の発送後、訪問による保健指導を実施。 Ⅲ 度高血圧未治療者には、全員訪問している。	
10	西予市	○	17	14	3	0	237	263	61	85	7	18		・Ⅰ 度 通知・電話・対面等 ・Ⅱ 度 電話・対面等 ・Ⅲ 度 電話・対面等	
11	東温市		50	40	10		144	194	32	47	6	14		・Ⅰ 度 対面 ・Ⅱ 度 対面 ・Ⅲ 度 対面 集団健診結果説明会では、愛媛県高血圧重症化予防プログラムの様式1に準じた医療機関受診の案内文書をⅡ 度以上の方に渡して説明及び受診勧奨を実施。家庭血圧測定も促している。令和7年度から希望者にNT-ProBNPの検査も実施しており、実施者にはその値と心電図の所見、健診結果を合わせて受診勧奨及び保健指導を実施	
12	上島町	○	4	3	1		64	58	21	21	3	9	○	・Ⅰ 度 結果説明会で会えなかった人には訪問 ・Ⅱ 度 結果説明会で会えなかった人には訪問 ・Ⅲ 度 結果説明会で会えなかった人には訪問 ・Ⅳ 度 は治療中も訪問	
13	久万高原町	○	8	7	1	0	75	73	16	19	4	4	○	・Ⅰ 度 通知(脳血管疾患リスク3層者のみ) ・Ⅱ 度 訪問 ・Ⅲ 度 訪問 ・Ⅳ 度 Ⅱ 度以上で治療中の者については集団健診時に面談。必要と判断された方については後日速やかに訪問	
14	松前町	○	6	4	2	0	149	188	42	71	5	26	○	・Ⅰ 度 健診当日に対面で保健指導と受診勧奨を実施。家庭訪問、会えなかった人には電話又は手紙送付。 ・Ⅱ 度 健診当日に対面で保健指導と受診勧奨を実施。家庭訪問、会えなかった人には電話又は手紙送付。 ・Ⅲ 度 健診当日に対面で保健指導と受診勧奨を実施。家庭訪問、会えなかった人には電話又は手紙送付。 ・Ⅳ 度 は治療中も電話	
15	砥部町	○	11	8	3		118	164	30	37	5	7	○	・Ⅰ 度 訪問 ・Ⅱ 度 訪問 ・Ⅲ 度 訪問 ・Ⅳ 度 Ⅱ 度以上は治療中も訪問	
16	内子町	○	13	10	3	0	99	126	28	42	4	8	○	・Ⅰ 度 全員に通知し、未受診者には電話または訪問する。 ・Ⅱ 度 健診当日に対面で受診勧奨、全員に通知し、未受診者には電話または訪問する。 ・Ⅲ 度 健診当日に対面で受診勧奨、全員に通知し、未受診者には電話または訪問する。	
17	伊方町	○	6	3	2	1	96	107	26	33	1	9		・Ⅰ 度 全員に通知 ・Ⅱ 度 〃 ・Ⅲ 度 〃	
18	鬼北町	○	8	7	1	0	121	115	41	54	6	10	○	・Ⅰ 度 対象者全員に対面による受診勧奨を実施。対面で実施できない場合のみ電話又は通知。 ・Ⅱ 度 対象者全員に対面による受診勧奨を実施。対面で実施できない場合のみ電話又は通知。 ・Ⅲ 度 は治療中も訪問	
19	松野町	○	4	3	1	0	32	52	11	14	0	2	○	・Ⅰ 度 対面(報告会または訪問) ・Ⅱ 度 対面(報告会または訪問) ・Ⅲ 度 対面(報告会または訪問)	
20	愛南町	○	10	7	3	0	176	230	48	89	7	9	○	・Ⅰ 度 対面で会えない人には電話 ・Ⅱ 度 対面で会えない人には電話 ・Ⅲ 度 対面で会えない人には電話	

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	・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	・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	・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	・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	・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

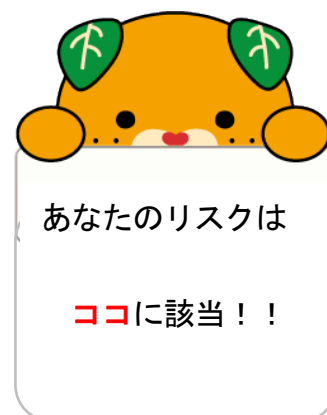
あなたが、〇月〇日に受診された特定健康診査の結果、「医師の診察を受ける必要がある」と判定いたしましたので、お知らせします。

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（ か月毎）

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）

高血圧症保健指導指示書

【保険者からの指導勧奨・かかりつけ医からの指導勧奨】

年 月 日

(保険者代表者) 様

医療機関名

医師氏名

$$\frac{1}{2}$$

医療機関所在地

電話番号

患者氏名		生年月日	年	月	日（歳）	男・女
住所			電話番号			
保健指導に関する指示内容						
該当項目へチェック☑						
保健指導を実施することが ☐ 適当 ☐ 不適當						
《該当する病名》						
☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症						
☐ 虚血性心疾患 ☐ 心不全 ☐ 脳血管疾患						
☐ 慢性腎臓病（CKD） ☐ その他（ ）						
《依頼する指導内容》						
☐ 食事指導 ☐ 服薬指導 ☐ 運動指導 ☐ 禁煙指導 ☐ その他						
留意事項（ ）						
《自由記載欄》						
（保険者が対象者ごとに医師に確認したい内容や、医師による治療状況等の記入に使用）						

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 _____

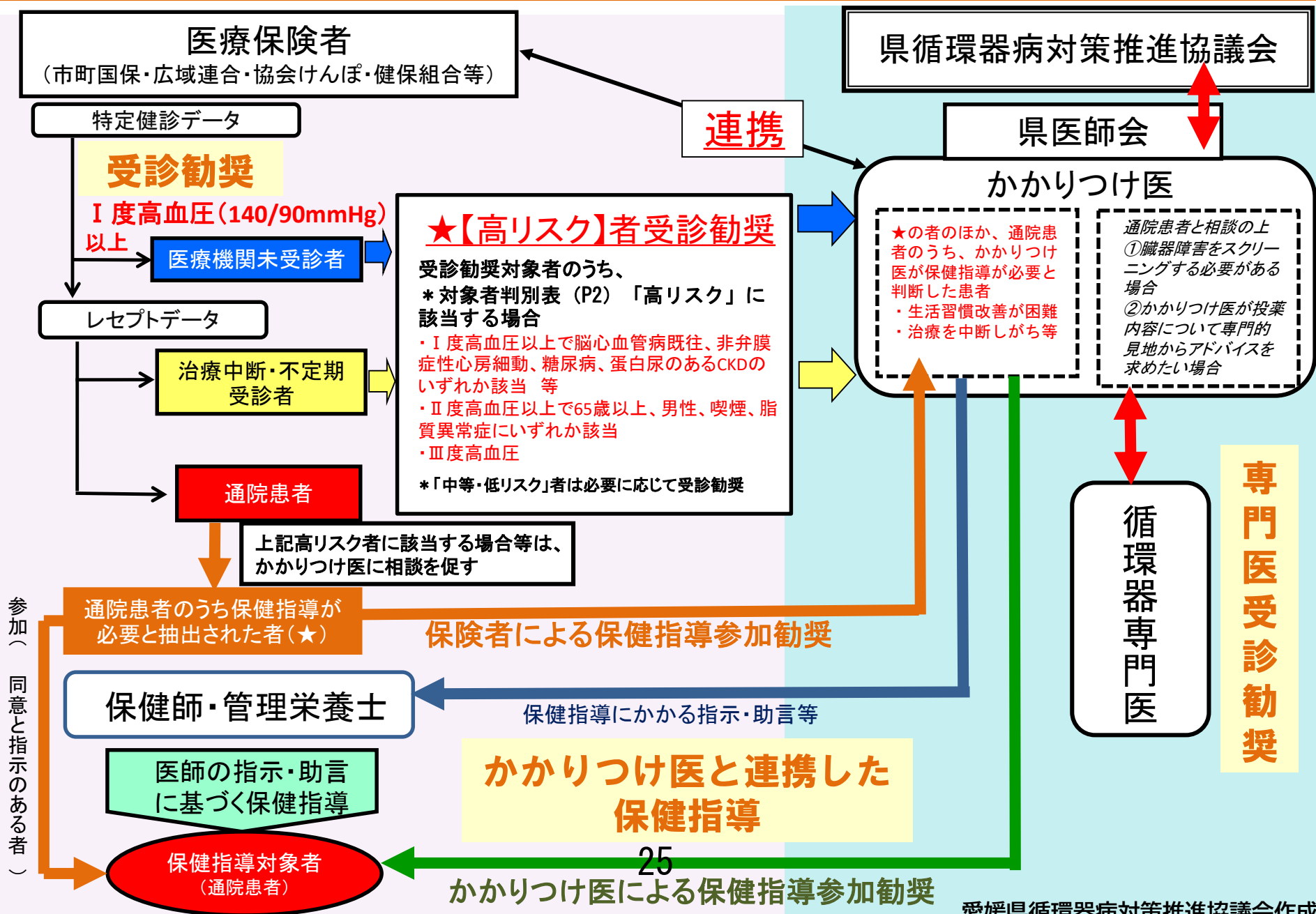
◆高血圧症保健指導への参加を希望しますか。(該当するものにチェック☑)

※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

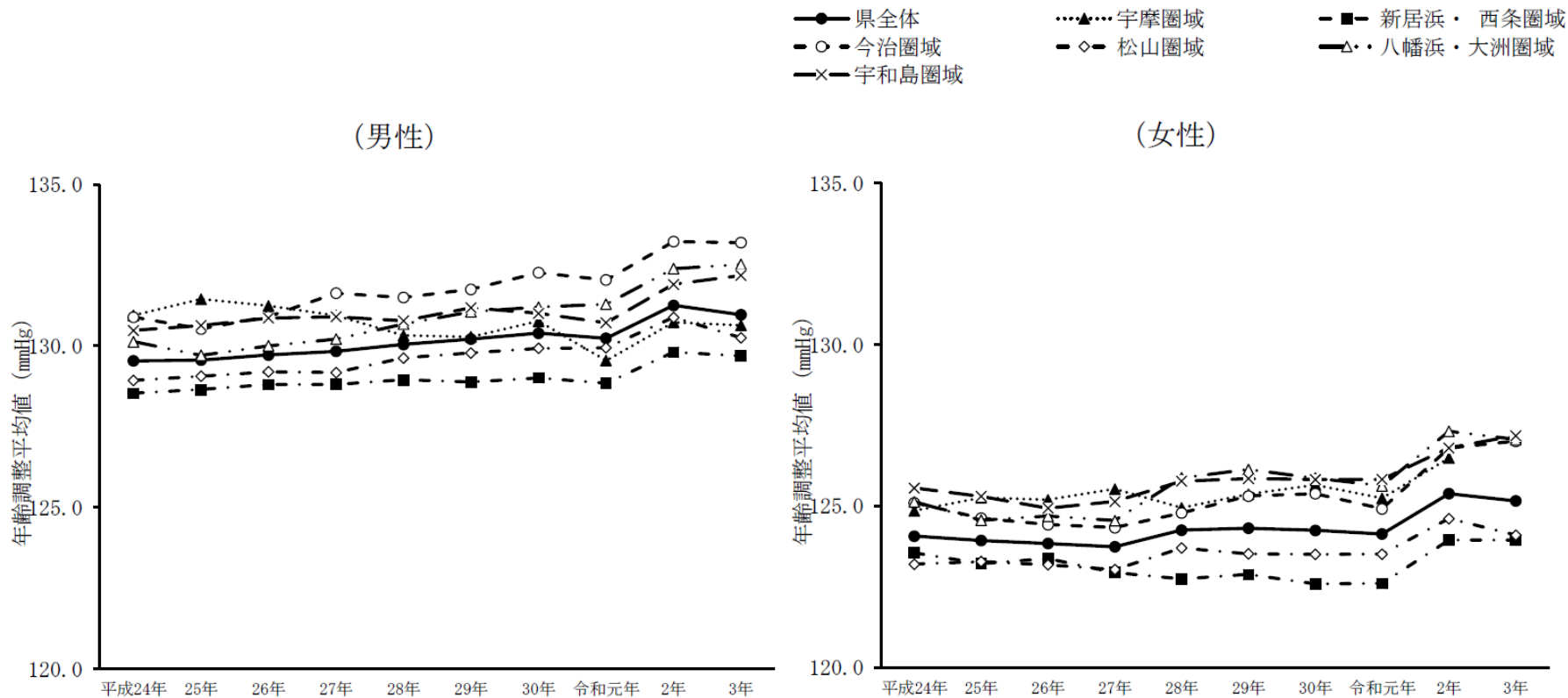
※希望しない理由

☐ 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)

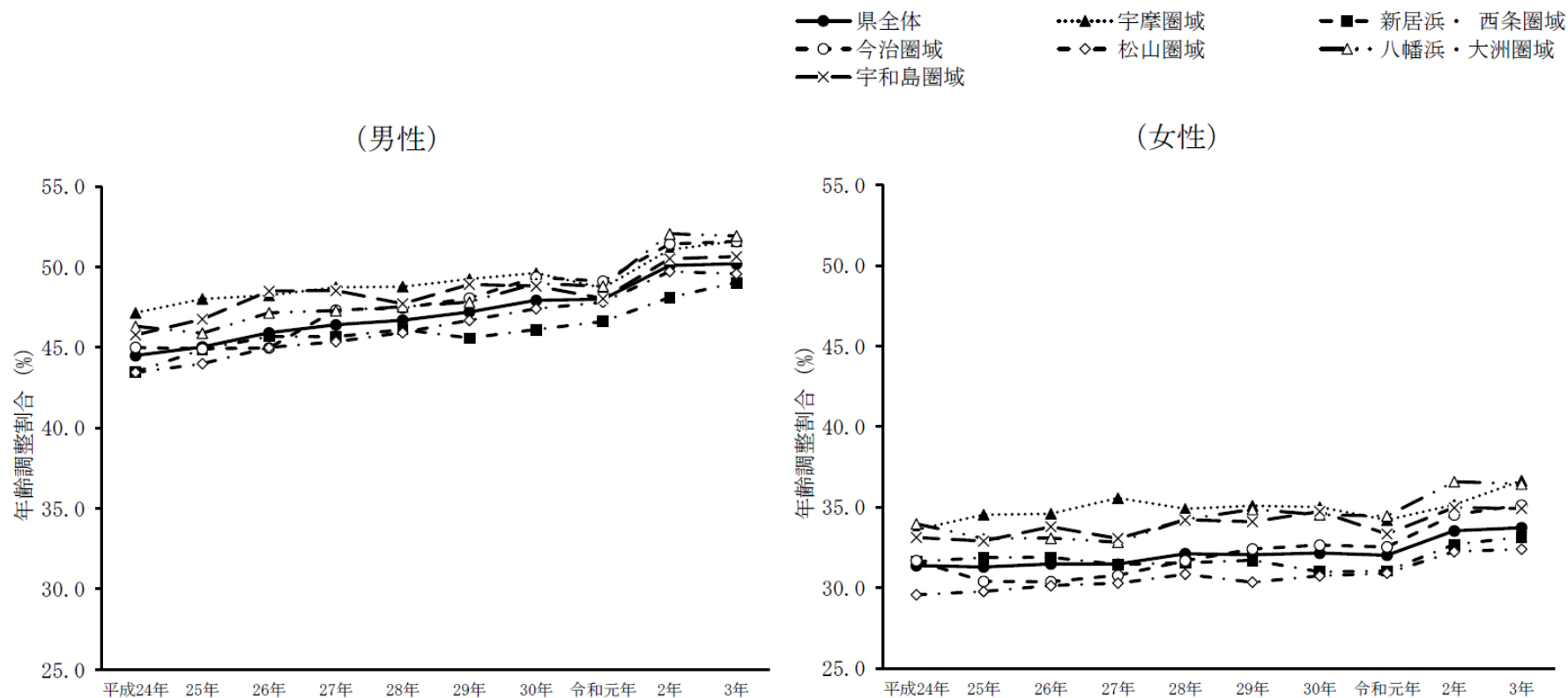
愛媛県高血圧重症化予防プログラム 概要



収縮期血圧の年齢調整平均値

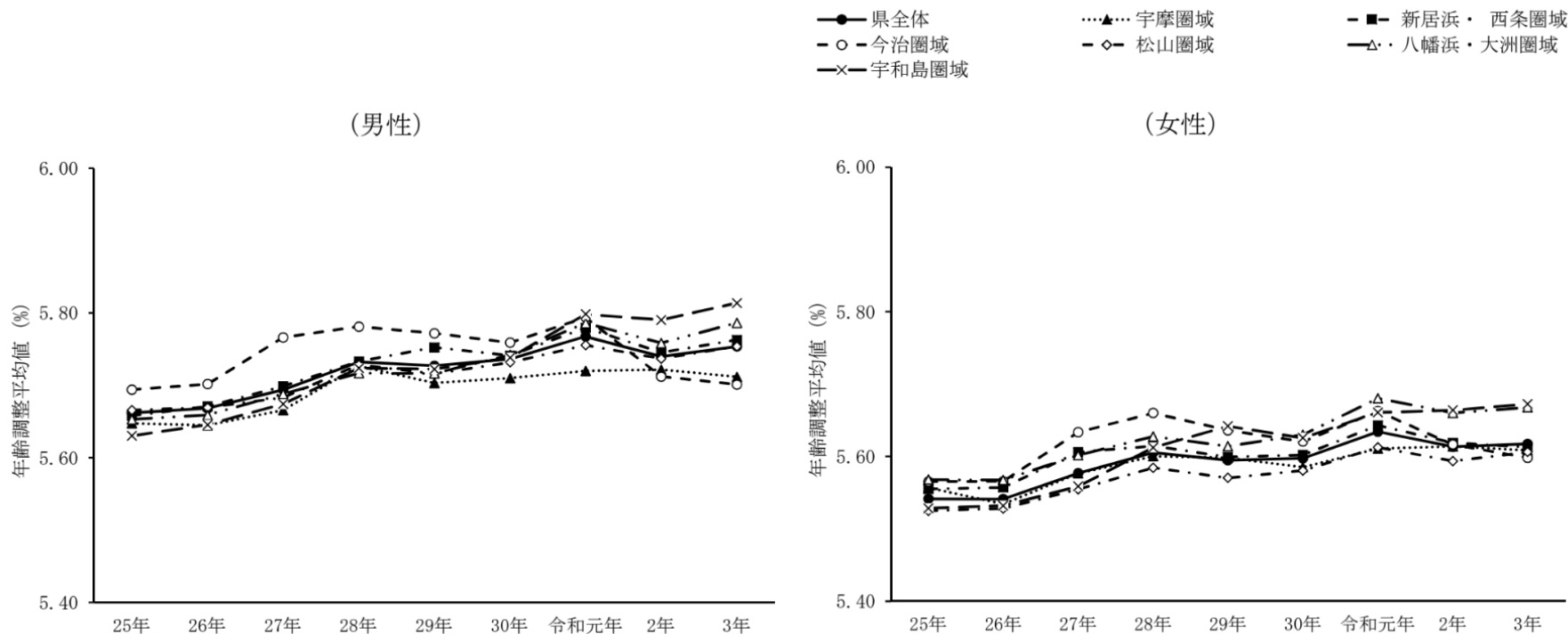


高血圧症の年齢調整割合

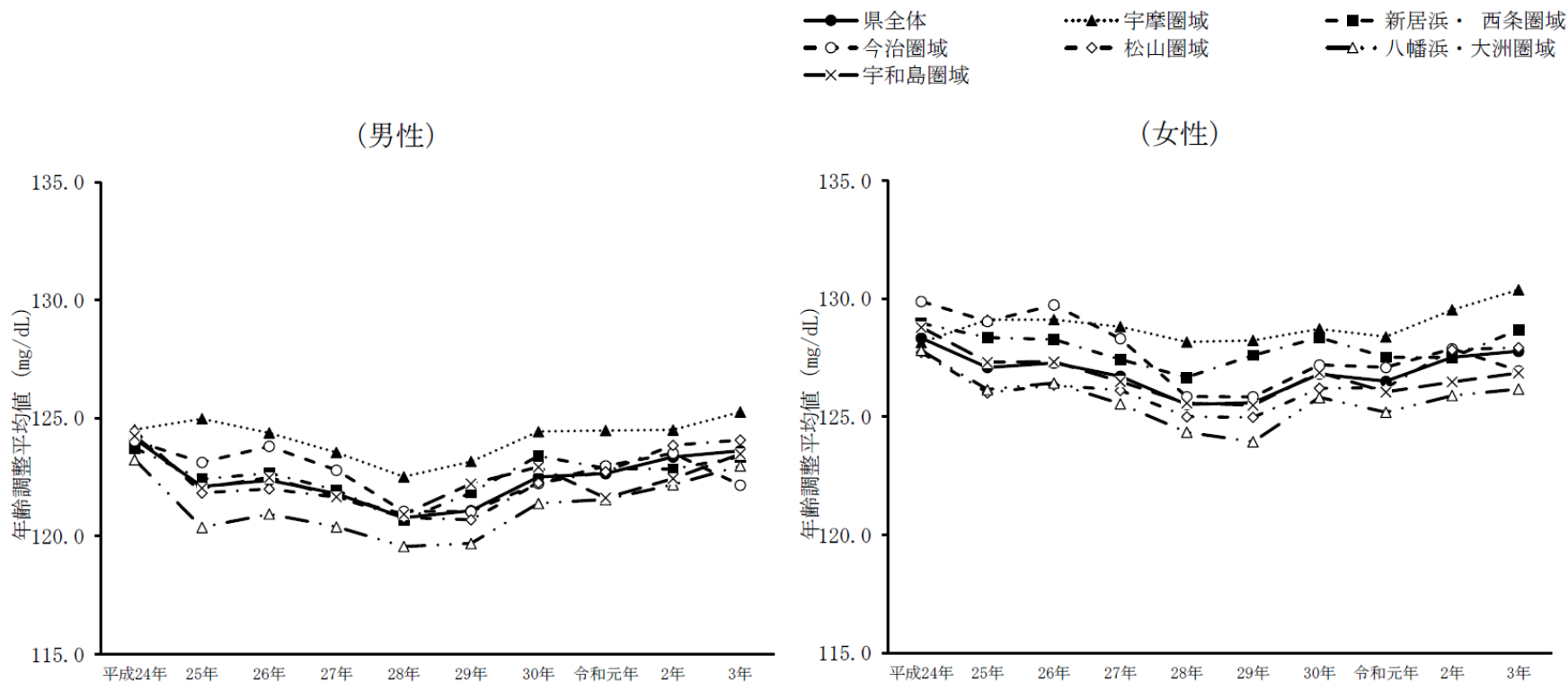


高血圧：収縮期／拡張期血圧が140/90mmHg以上、又は服薬中

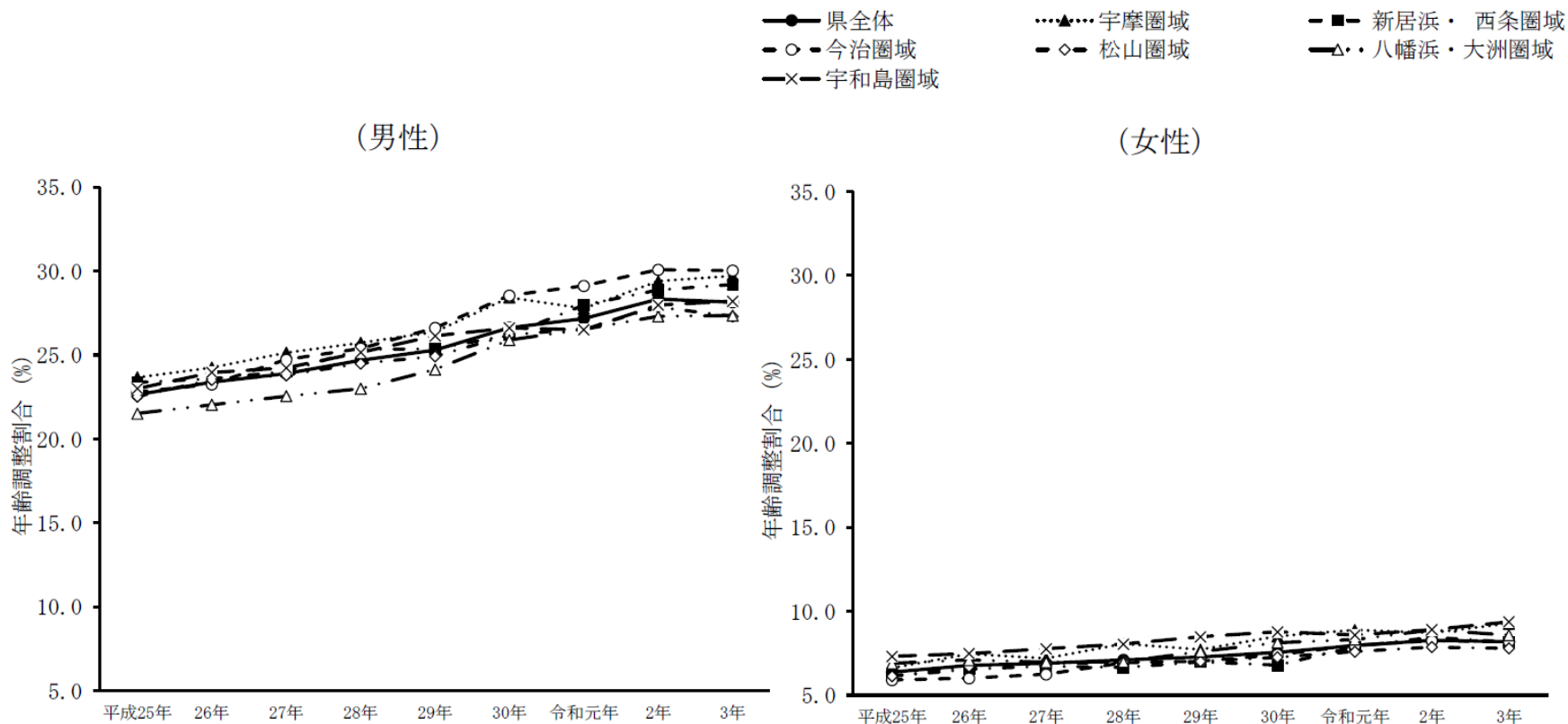
HbA1cの年齢調整平均値



LDLコレステロールの年齢調整平均値

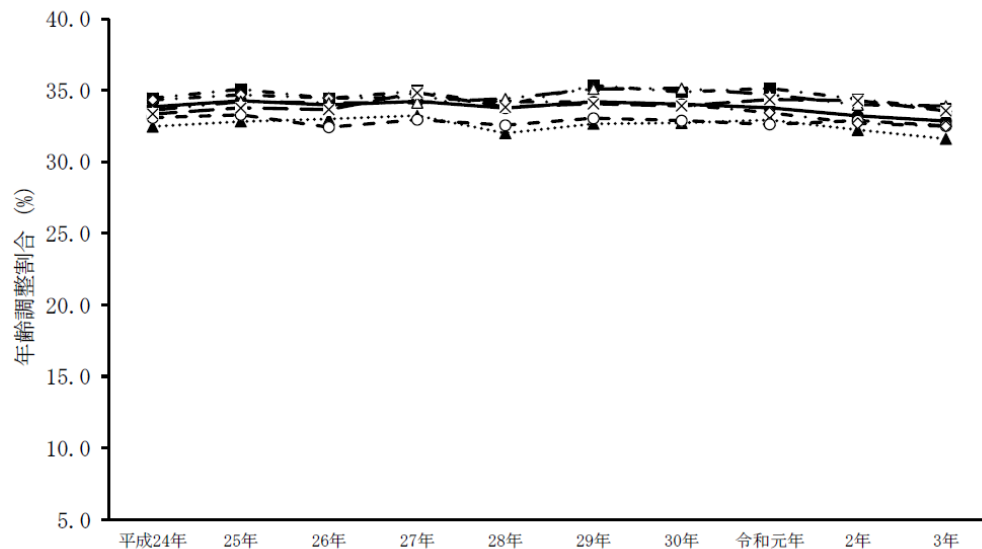


メタボリックシンドロームの年齢調整割合

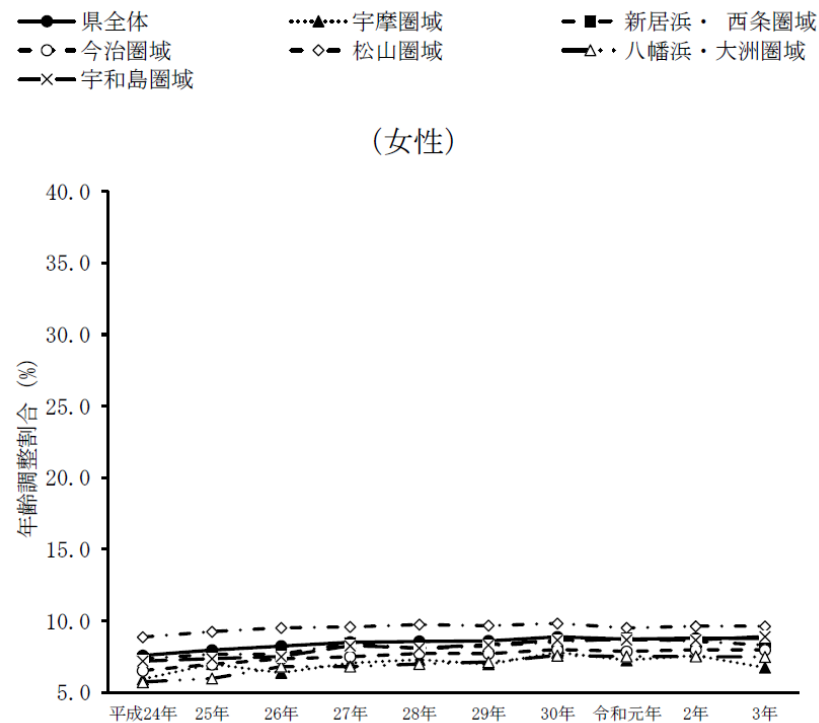


喫煙の年齢調整割合

(男性)



(女性)

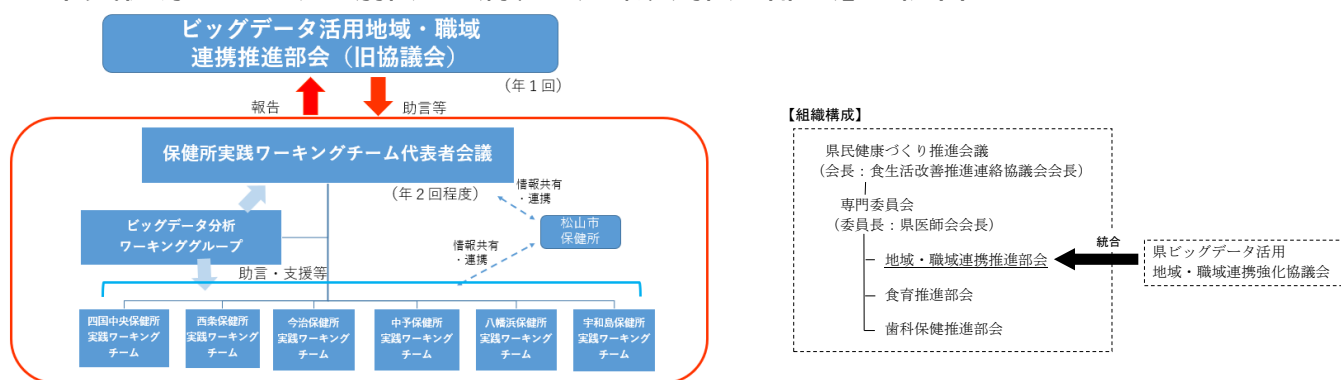


ビッグデータ活用地域・職域連携強化事業

目的・組織構成

平成30年4月から国保と協会けんぽの健診・医療・介護のデータを分析し(愛媛大学委託)、県及び市町が、保健事業に活用する。

☆令和6年度からこれまで進めてきたビッグデータの分析結果を市町の保健事業展開に活用することのみならず、健康づくりに関する意識啓発や職域への活用にも努めていくこととするため、「ビッグデータ活用県民健康づくり協議会」を「県民健康づくり運動推進会議地域・職域推進部会」に統合した。



事業内容

- 1 ビッグデータ活用地域・職域連携推進部会(旧協議会)の開催(年1回程度)
構成員 19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(年2回程度)
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:データ分析結果の地域における健康づくり事業等への活用に関することなど
- 3 分析ワーキンググループ会議の開催(年8~10回程度)
構成:6名(統計・公衆衛生の専門家)
内容:ビッグデータの分析・活用に関することなど
- 4 ビッグデータ研修会の開催(年1回程度)
内容:市町、保健所、保険者等の担当者に対する分析・活用方法にかかる研修
- 5 その他(保健所事業)
各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。

ビッグデータ活用地域・職域連携強化事業

事業開始から令和2年度

- ☆事業開始から令和2年度は、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！
- ☆令和2年度から、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年度）
 - ⇒スマートフォン健康アプリを通じて収集して得たデータを分析

令和3～5年度

- ☆分析結果を活用し、各地域において、効果的な健康づくり施策の実施や検討を行ってきた。
- ☆事業開始時はデータ分析中心の取組であったが、分析手法や内容が確立されてきたことから、分析ワーキンググループの先生方には、各地域での保健事業が効果的に実施できるよう、分析結果の活用等専門性を活かした活動をしていただくことが多かった。

令和6年度

- ☆各保健所事業において、保険者へのヒアリングや、事業所の好事例をまとめた事例集の作成など、職域を巻き込んだ取組を展開
- ☆令和2年度～5年度に国保を対象に運用していた健康アプリを全県民対象に拡大再リリース

令和7年度

- ☆保健所における職域の取組を各市町においても展開できるよう、研修会を実施
- ☆令和7年度からは、15市町で独自財源を確保しインセンティブ付与を実施するなど、アプリの取組を拡大

EHIME style ACS（急性冠症候群）パス

★患者様へ
受診の際はこのパスを忘れずお持ちください。



令和7年7月発行

ACS患者情報

性別 ☐ 男 ☐ 女 年齢 歳 氏名

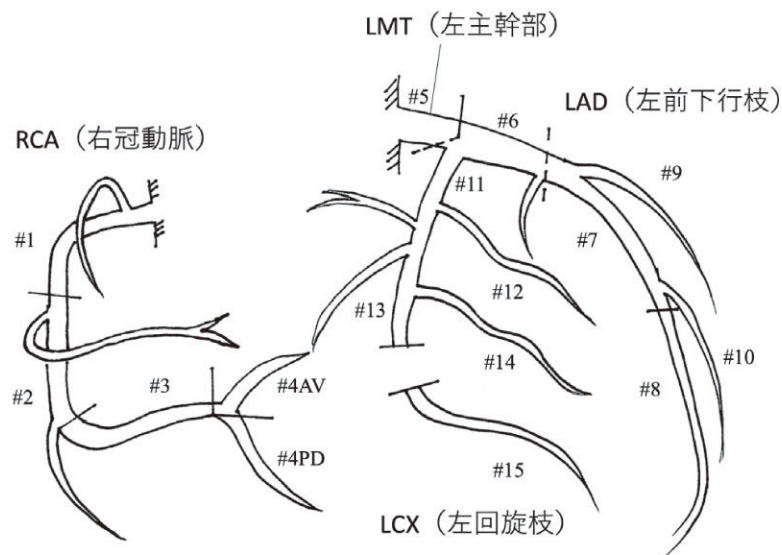
PCI実施日(/ /)

冠動脈ステント 有 無
バルーンのみ

退院時 LVEF(%)

併存疾患：☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症
☐ 喫煙 ☐ 慢性腎臓病

心不全の程度：NYHA I・II・III・IV Stage A・B・C・D
介護認定 有・無：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5



EHIME style ACS パス (リスク管理目標)

脂質管理

LDLコレステロール	70mg/dL未満
HDLコレステロール	40mg/dL以上
中性脂肪	150mg/dL未満
nonHDLコレステロール	130mg/dL未満



血圧管理

年齢75歳未満

診察室血圧	< 130/80 mmHg
家庭血圧	< 125/75 mmHg

75歳以上

診察室血圧	< 140/90 mmHg
家庭血圧	< 135/85 mmHg

糖尿病管理

HbA1c 7.0%未満

抗血栓薬 服薬状況

年 月 日に☐ 左主幹部 ☐ 左前下行枝 ☐ 左回旋枝 ☐ 右冠動脈に
経皮的冠動脈インターベンションを実施しています。
現在下記の抗血栓薬を内服中です。
☐ バイアスピリン ☐ クロピドグレル ☐ エフィエント ☐ DOAC
()
将来の出血性合併症軽減のため、患者のリスクを考慮し、下記の日程で薬剤の
切り替えをお願いします。

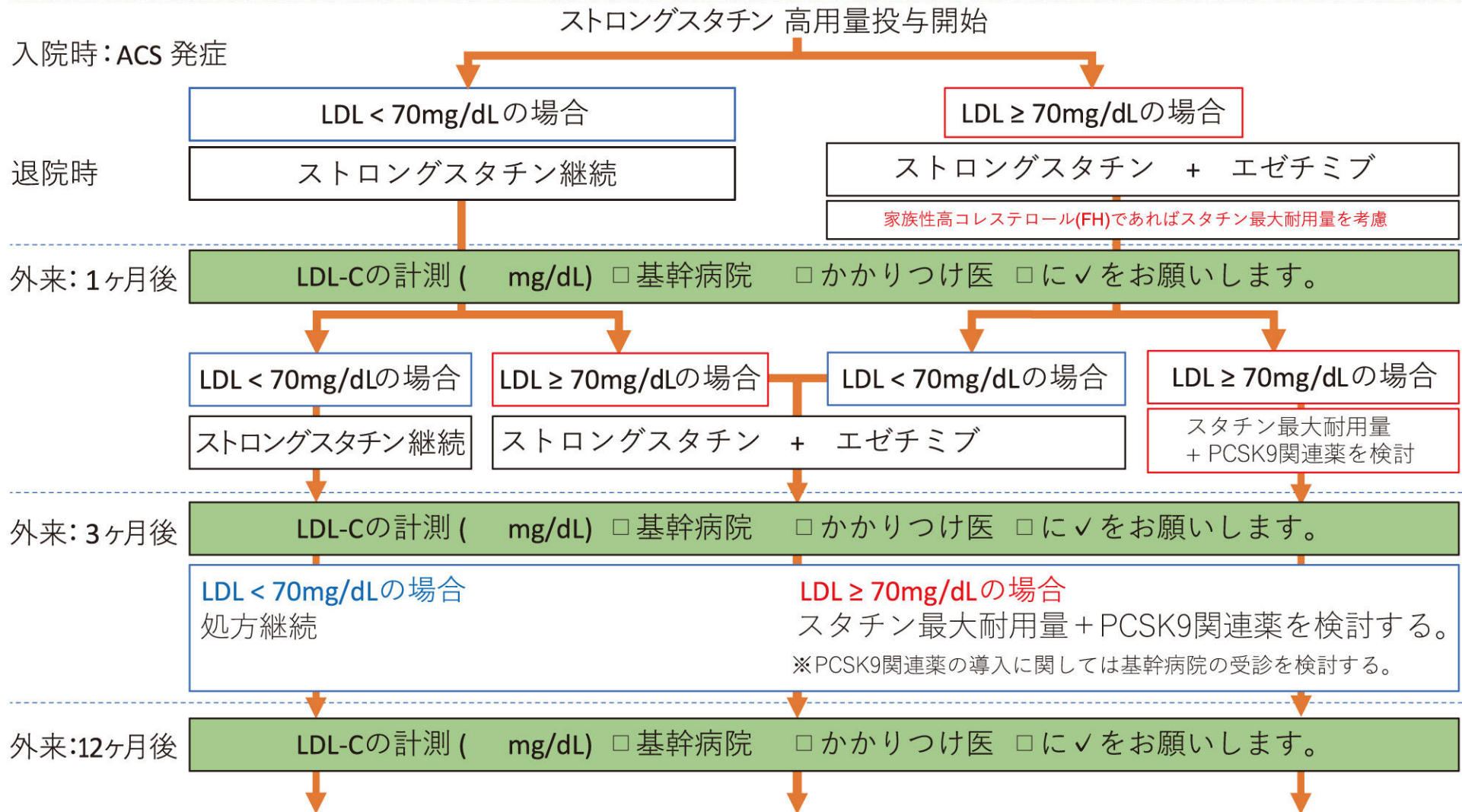
年 月 日頃に以下の内服薬へ変更をお願いします。
☐ アスピリン ☐ クロピドグレル ☐ プラスグレル ☐ DOAC ()

EHIME style ACS パス (LDL管理)



	一般名	製品名	最大用量・規格
スタチン 関連薬	アトルバスタチン	リビートル	20mg(40mg)
	ロスバスタチン	クレストール	10mg(20mg)
	ピタバスタチン	リパロ	4mg
吸収抑制	エゼチミブ	ゼチーア	10mg
配合剤	アトルバスタチン+エゼチミブ配合剤	アトーゼットHD	HDスタチン20mg
	ロスバスタチン+エゼチミブ配合剤	ロスーゼットHD	HDスタチン5mg
PCSK9 関連薬	エボロクマブ(抗体医薬)	レパーサ	140mg
	インクリシラン(核酸医薬)	レクビオ	300mg

()はFH用量



ACS管理パス

受診日 月/日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
医療機関 基幹病院 ()	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
自覚症状 ○で囲んで下さい。	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下
内服 アドヒアランス							
LDL-C	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
TG	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
HbA1c	%	%	%	%	%	%	%
禁煙継続 ○×							

ACS管理パス

受診日 月/日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
医療機関 基幹病院 ()	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
自覚症状 ○で囲んで下さい。	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下
内服 アドヒアランス							
LDL-C	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
TG	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
HbA1c	%	%	%	%	%	%	%
禁煙継続 ○×							

ACS管理パス

受診日 月/日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
医療機関 基幹病院 ()	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医	☐ 基幹病院 ☐ かかりつけ医
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
自覚症状 ○で囲んで下さい。	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下	息切れ、むくみ 胸痛、食欲低下
内服 アドヒアランス							
LDL-C	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
TG	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
HbA1c	%	%	%	%	%	%	%
禁煙継続 ○×							

愛媛県循環器病対策推進計画に基づく取り組みについて①

【脳卒中・心臓病等特別対策事業

（R6年度まで循環器病特別対策事業）】 ＊予算事業 （国1/2補助）

➤ 愛媛県循環器病対策推進会議の開催（年2回予定）

- ・第1回 7月23日（水）18：30～開催

令和7年度の実施、ACSパス作成の報告、地域脳卒中医学講座の設置について

➤ 人材資質向上支援事業

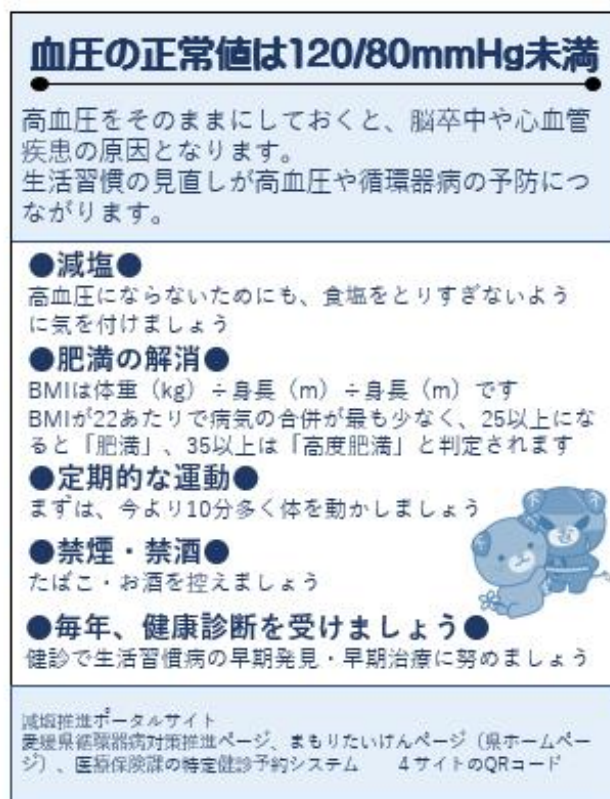
- ・循環器患者の急性期・回復期・維持期における入院中及び退院後の地域生活を包括的に支援するために、専門職向けの疾患啓発研修会を令和4年度から実施
- ・令和7年度は**薬剤師**を対象とし、**愛媛県薬剤師会に委託決定（準備中）**

愛媛県循環器病対策推進計画に基づく取り組みについて②

【循環器病特別対策事業】＊予算事業（国1/2補助）

➤ 循環器病に関する啓発グッズ作成

- ・健康づくりイベント、市民公開講座等での配布を想定
- ・第1回 循環器病対策推進会議で了解→年内作成、年明け関係機関配布予定



愛媛県循環器病対策推進計画に基づく取り組みについて③

➤ 周知・啓発活動実施状況

<公式LINE>

8月8日（金） 健康ハートの日周知
1月（予定） 県民意識調査（県民アンケート実施）

<公式Instagram>

8月8日（金） 健康ハートの日周知
11月（予定） 脳卒中・心血管疾患に関する啓発投稿

<テレビ放送>

8月1日（金） 8月8日（金） あいテレビ（健康ハートの日、減塩、運動 特集）
10月（予定） あいテレビ（世界脳卒中デー、健診受診率向上 特集）

<YouTube広告>

心不全動画11月予定（準備中）

<県庁ライトアップ>

・健康ハートの日（8/10） ・世界脳卒中デー（10/29）

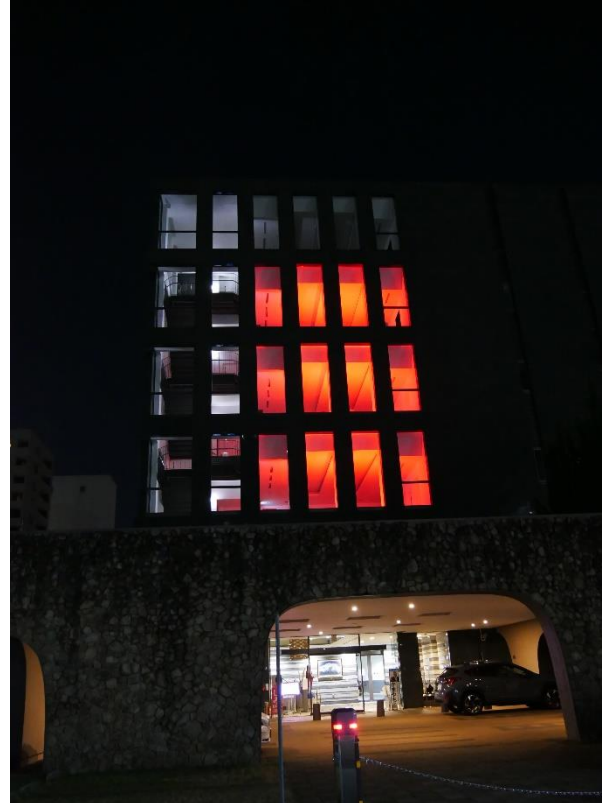
※健康ハートの日は今年度は市町へも依頼し、松山市、今治市、新居浜市、伊方町、県医師会が参画

<チラシの配布>

・9/27、28 レディ薬局主催の健康フェスタにて820部チラシ配布・減塩醤油サンプル200個配布

<デジタルサイネージ>

・愛媛県庁第一別館ロビーデジタルサイネージにて心不全の動画配信（掲示期間調整中）



愛媛県循環器病対策推進計画に基づく取り組みについて④

➤ 愛媛県 高血圧予防対策「減塩」推進ポータルサイト えひめ“ご塩慮”活動

- ・ 塩分チェックや減塩レシピの掲載及び情報発信
- ・ 日本高血圧学会「減塩の日」：毎月17日に減塩メニューを発信

➤ 愛媛県スマートフォン健康アプリの運用

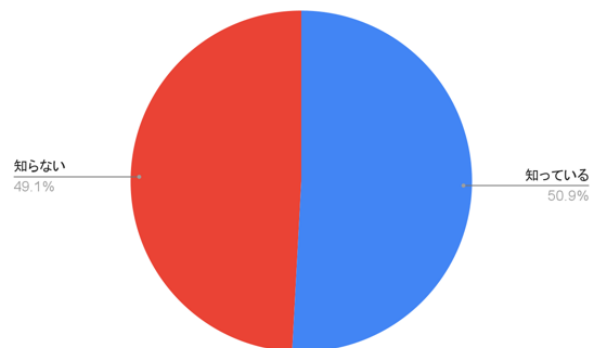
- ・ 登録者 約1.5万人（令和7年8月）
- ・ 日本高血圧学会「減塩の日」：毎月17日に減塩メニューを発信

アプリ内アンケート結果 紹介（回答者 2,267人）

血圧について

CONFIDENTIAL

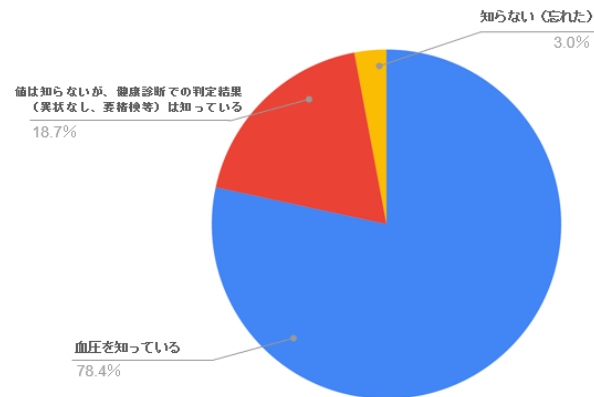
Q.7 あなたは愛媛県健康課題が「高血圧」であることを知っていますか。



血圧について

CONFIDENTIAL

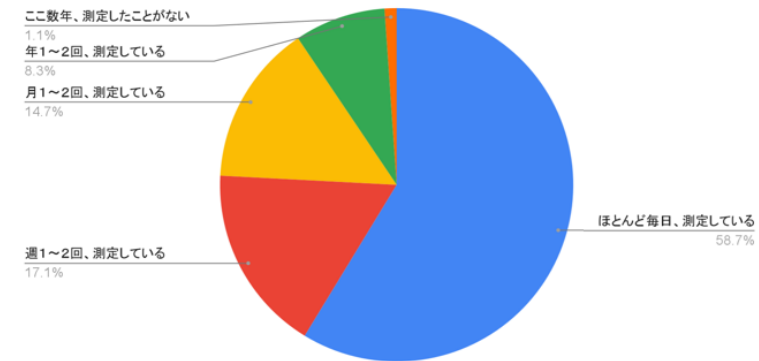
Q.8 あなたはご自身の血圧の値を知っていますか。



体重測定について

CONFIDENTIAL

Q.10 あなたは体重をどのくらいの頻度で測定していますか。

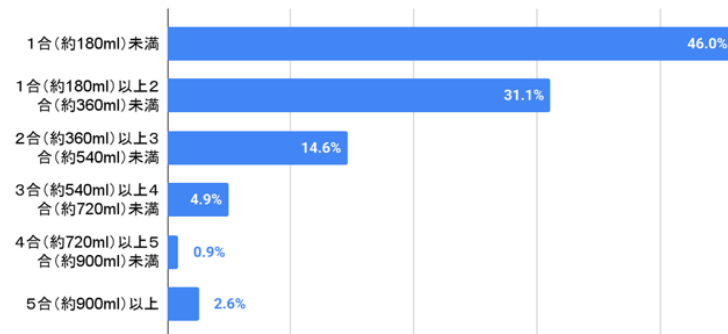


飲酒習慣について

CONFIDENTIAL

Q.14 あなたはアルコール類（お酒）を1日当たりどのくらいの量を飲みますか。

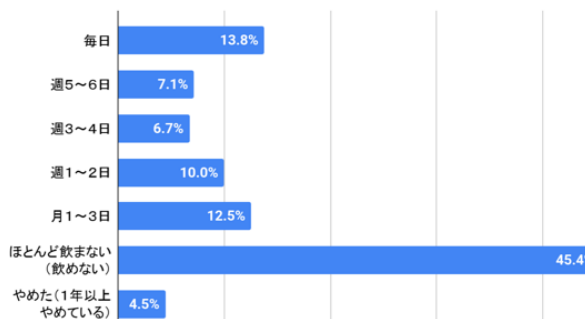
Q.13で「やめた（1年以上やめている）」「ほとんど飲まない（飲めない）」以外を選択した方（1,136名）が回答



飲酒習慣について

CONFIDENTIAL

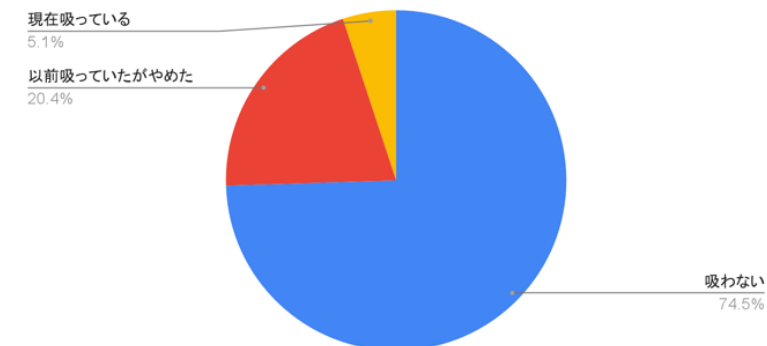
Q.13 あなたはアルコール類（お酒）を何日ぐらいのみますか。



喫煙習慣について

CONFIDENTIAL

Q.15 あなたはたばこ（加熱式たばこを含む）を吸いますか。



愛媛県循環器病対策推進計画に基づく取り組みについて⑤

➤ キッコーマン株式会社と共同で減塩の取組を展開（準備中）

- ・ 減塩郷土料理レシピの開発及びレシピカードの作成・設置
- ・ 売り場における展開（POP設置）
- ・ キッコーマン株式会社取引スーパー広告にて「ご塩慮活動」のQRコード掲載

○スケジュール

10～11月 レシピの考案、食生活改善推進連絡協議会との試食会

12月 スーパーチラシ掲載等準備

1～2月 売り場展開

○想定スーパー等

フジ、セブンスター、コープえひめ など