令和８年度　藤井寺市国民健康保険の保健事業計画

1. 計画の目標

藤井寺市では、「第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第四期特定健康診査等実施計画（令和 6 年度～令和 11 年度）[1]」を R6 年 3 月 31 日に策定、それに基づき、個別の保健事業プロセス計画を策定します。

「健康寿命の延伸」「QOLの向上」「医療費の適正化」に向けて　～藤井寺市の目標～

～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

データの分析

未受診者への受診勧奨

藤井寺市の目標	R4	R5	R6	R7	R10目標
特定健診受診率60%以上	48.8%	48.0%	51.8%	48.5%	57.5%
後期高齢者医療の健診の受診率向上	39.6%	40.6%	41.0%	42.1%	40%以上

藤井寺市の目標	R4	R5	R6	R7	R10目標
特定保健指導実施率60%以上	35.2%	35.1%	34.9%	42.7%	55.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.8%	19.3%	27.4%	20.8%	28.0%

○重症化を予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

健康のための資源（受診の機会、治療の機会）の公平性の確保

○重症化を予防できる
○死亡を回避できる

メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

藤井寺市の目標	R4	R5	R6	R7	R10目標
メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	32.4%	32.2%	33.1%	32.9%	32.0%

短期的な目標

高血圧の改善　脂質異常症の減少　糖尿病の減少

藤井寺市の目標	R4	R5	R6	R7	R10目標
健診受診者の高血圧者（160/100以上）の割合減少	6.7%	5.6%	5.5%	5.8%	6.0%
健診受診者の脂質異常者(LDL160以上）の割合減少	10.1%	11.6%	10.5%	10.4%	10.0%

藤井寺市の目標	R4	R5	R6	R7	R10目標
健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上）の割合の減少	10.4%	10.8%	10.0%	10.2%	10.0%
健診受診者のＨbA1c8.0%以上の未治療者割合の減少	0.63%	0.59%	0.53%	0.55%	0.60%

中長期的な目標

脳血管疾患・心疾患死亡率の減少　糖尿病合併症の減少

藤井寺市の目標	R4	R5	R6	R7	R10目標
脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	1.8%	1.7%	2.0%	2.2%
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.2%	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%

藤井寺市の目標	R4	R5	R6	R7	R10目標
慢性腎不全(透析有)総医療費に占める割合の維持	4.8%	5.2%	5.5%	5.7%	4.8%
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	50.9%	52.0%	54.0%	64.6%	50.0%

健康寿命の延伸　QOLの向上※　医療費の適正化※

※藤井寺市の目標

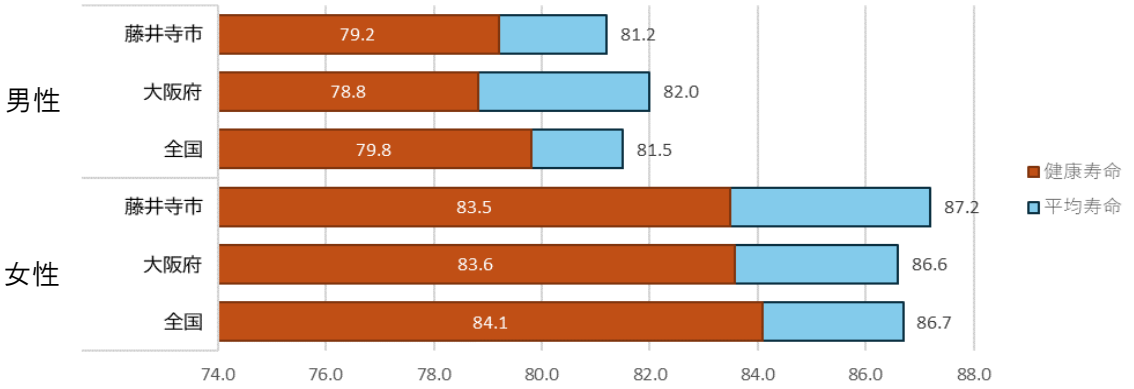
厚生労働省
「標準的な健診・保健指導プログラム令和６年度版」
図１　改変

[1] 厚生労働省　健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）」の中で、中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。なお、心疾患には健康づくりにより、予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指す。そのため、保健事業実施（データヘルス）計画では、第二期同様、虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）と大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きい糖尿病性腎症に着目した。

2. 藤井寺市の現状と課題

当市の健康寿命は、男性では大阪府よりやや長く、女性は同程度です。平均寿命は、男性では大阪府・全国よりやや短く、女性では大阪府・全国よりやや長いです。

■男女別の健康寿命及び平均寿命の比較（R6）



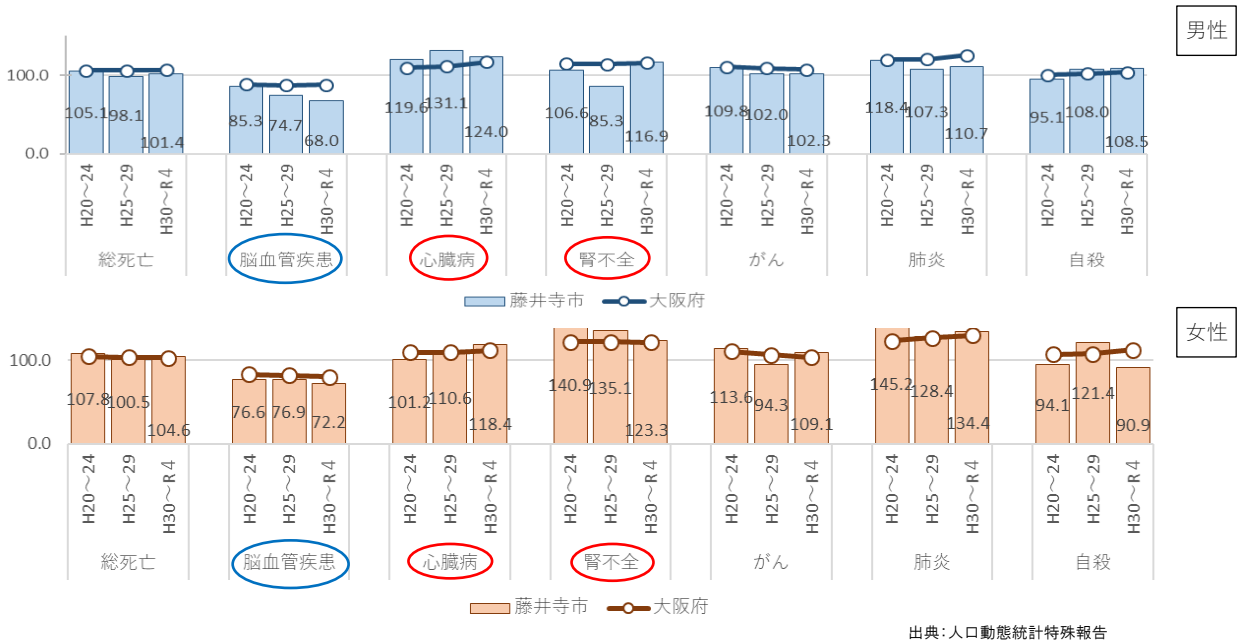
出典：大阪府健康推進室健康づくり課提供データ

標準化死亡比[2]を見ると、生活習慣病に関連した疾患では、

・男性 ：脳血管疾患は減っていますが、腎不全が増えています。

・女性 ：腎不全は減ってはいますが、高いままです。心臓病は増えています。

■男女別の主要疾病標準化死亡比の推移



出典：人口動態統計特殊報告

[2] 全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比

R3～R4 と比較すると、20 人弱いた新規人工透析患者が R5～R6 には 10 人前後に減っています。年齢階級別にみると、国保[3]から後期[4]に移った 75-79 歳で新規人工透析の人数が増えていることから、被用者保険から直接後期に入った方を考慮しても、国保のうちからの重症化予防が重要なことがわかります。

■年齢階級別新規人工透析患者数

	00～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	65～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	合計	国保	後期
R3	1	1	1	1	1	2	0	5	2	5	19	36.8%	63.2%
R4	1	0	2	2	1	3	0	6	3	0	18	50.0%	50.0%
R5	0	1	0	1	0	2	0	1	2	2	9	44.4%	55.6%
R6	0	1	1	0	0	2	0	5	1	2	12	33.3%	66.7%

出典：国保中央会

■　中長期的な目標疾患の患者数と生活習慣病の治療者数構成割合（R7）

全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
4,065人		446人	375人	222人
		11.0%	9.2%	5.5%
基礎疾患の重なり	高血圧	337人	294人	160人
		75.6%	78.4%	72.1%
	糖尿病	210人	205人	222人
		47.1%	54.7%	100.0%
	脂質異常症	326人	277人	174人
		73.1%	73.9%	78.4%
高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
2,095人		1,211人	1,837人	420人
51.5%		29.8%	45.2%	10.3%

医療費の負担額が大きい疾患、また将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見るために、生活習慣病の重なり[5]をみました。高血圧と脂質異常症については、どの疾患においても 7～8 割の方がもっており、多くの方が基礎疾患を重ねてもっている可能性があります。

■　血管疾患の視点でみた要介護（要支援）認定者の有病状況（R7）

受給者区分			2号		1号						合計	
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数（国保・後期）			40		200		3,425		3,625		3,665	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳血管疾患	21 52.5%	脳血管疾患	92 46.0%	脳血管疾患	1,377 40.2%	脳血管疾患	1,469 40.5%	脳血管疾患	1,490 40.7%
			2	虚血性心疾患	9 22.5%	虚血性心疾患	47 23.5%	虚血性心疾患	1,282 37.4%	虚血性心疾患	1,329 36.7%	虚血性心疾患	1,338 36.5%
			3	腎不全	8 20.0%	腎不全	32 16.0%	腎不全	829 24.2%	腎不全	861 23.8%	腎不全	869 23.7%
		合併症	4	糖尿病合併症	4 10.0%	糖尿病合併症	36 18.0%	糖尿病合併症	472 13.8%	糖尿病合併症	508 14.0%	糖尿病合併症	512 14.0%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			35 87.5%	基礎疾患	182 91.0%	基礎疾患	3,272 95.5%	基礎疾患	3,454 95.3%	基礎疾患	3,489 95.2%
		血管疾患合計			36 90.0%	合計	189 94.5%	合計	3,313 96.7%	合計	3,502 96.6%	合計	3,538 96.5%
	認知症			認知症	6 15.0%	認知症	48 24.0%	認知症	1,482 43.3%	認知症	1,530 42.2%	認知症	1,536 41.9%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	34 85.0%	筋骨格系	183 91.5%	筋骨格系	3,316 96.8%	筋骨格系	3,499 96.5%	筋骨格系	3,533 96.4%

ヘルスサポートラボツール：データヘルス帳票（国保）

3　藤井寺市国民健康保険被保険者
4　後期高齢者医療制度の被保険者
5　KDB 厚生労働省様式_様式 3★NO.13～18（帳票）R07 年 5 月診療分

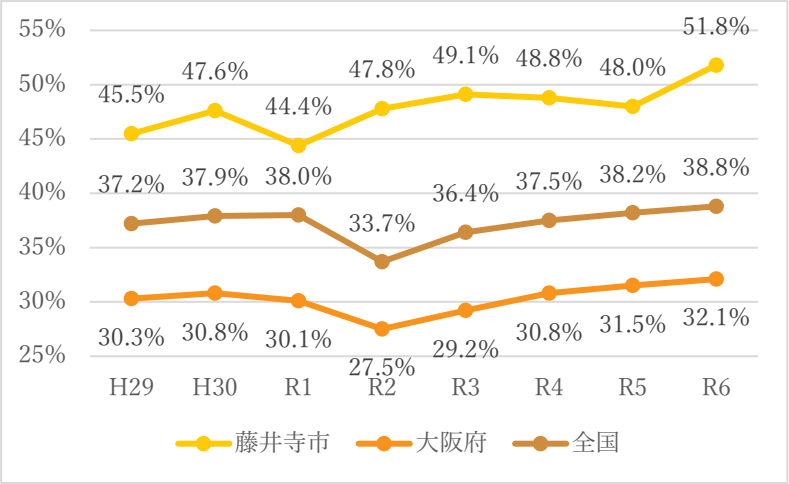
要介護(要支援)認定者と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見る[6]と、どの年代でも脳卒中(脳血管疾患)が上位を占めています。

基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で 90%前後と非常に高い割合となっているため、生活習慣病対策は介護給付費適正化でも重要な位置づけであると言えます。

■特定健診受診率

当市の特定健診受診率は、国・府の平均より高く、R6 年度は府内 1 位でした。

(府内 43 市町村の順位)

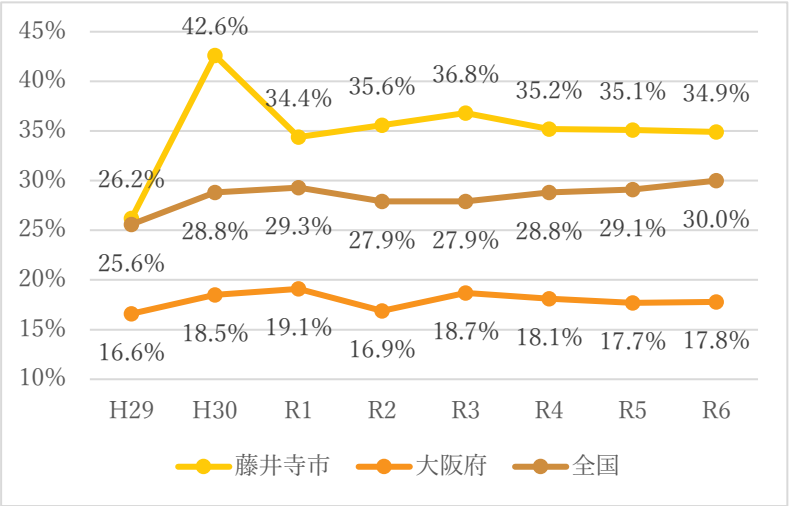


出典:法定報告

■特定保健指導実施率

当市の特定保健指導実施率は、国・府の平均より高く、R6 年度は府内 11 位でした。

(府内 43 市町村の順位)



出典:法定報告

6 KDB★NO.49(帳票)R07 年度 国保・後期の要介護認定者のレセプトから有病状況を集計

3. 令和 7 年度の評価

R6 年度の健診の結果、血圧、血糖、LDL-C コレステロールで受診勧奨判定値（巻末参照）以上の方が、R7 年度の健診結果でどうなったのか、集団での比較[7]をしました。

・血圧 ：改善している方は 40.2%（R6_43.7%）で、改善効果が他と比較して高いです。

・血糖 ：改善している方は 31.3%（R6_26.9%）と血圧・脂質に比べて少なかったです。血糖マネジメントの難しさがうかがえます。

・脂質 ：改善している方は、37.3%（R6_39.0%）でした。

リスク減少の評価（受診勧奨判定値以上）

…改善　…悪化

血圧

R06年度の結果		R07年度の結果をみる 継続受診者 847人 77.2%				未受診（中断）	75歳到達者
		高値血圧以下	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度		
Ⅰ度高血圧以上 1,097 人		364	352	104	27	250	24
		33.2%	32.1%	9.5%	2.5%	22.8%	9.6%
Ⅰ度	858	316	283	59	5	195	18
		36.8%	33.0%	6.9%	0.6%	22.7%	9.2%
Ⅱ度	197	44	62	37	12	42	3
		22.3%	31.5%	18.8%	6.1%	21.3%	7.1%
Ⅲ度	42	4	7	8	10	13	3
		9.5%	16.7%	19.0%	23.8%	31.0%	23.1%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	441	330	76	250
	40.2%	30.1%	6.9%	22.8%
Ⅰ度	316	283	64	195
	36.8%	33.0%	7.5%	22.7%
Ⅱ度	106	37	12	42
	53.8%	18.8%	6.1%	21.3%
Ⅲ度	19	10		13
	45.2%	23.8%		31.0%

血糖

R06年度の結果		R07年度の結果をみる 継続受診者 348人 79.5%				未受診（中断）	75歳到達者
		6.4以下	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上		
HbA1c6.5以上 438 人		63	120	127	38	90	13
		14.4%	27.4%	29.0%	8.7%	20.5%	14.4%
6.5～6.9	202	48	72	38	2	42	6
		23.8%	35.6%	18.8%	1.0%	20.8%	14.3%
7.0～7.9	170	13	42	63	19	33	5
		7.6%	24.7%	37.1%	11.2%	19.4%	15.2%
8.0以上	66	2	6	26	17	15	2
		3.0%	9.1%	39.4%	25.8%	22.7%	13.3%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	137	152	56	72	59	90
	31.3%	34.7%	12.8%	16.4%	13.5%	20.5%
6.5～6.9	48	72	25	33	40	42
	23.8%	35.6%	12.4%	16.3%	19.8%	20.8%
7.0～7.9	55	63	22	32	19	33
	32.4%	37.1%	12.9%	18.8%	11.2%	19.4%
8.0以上	34	17	9	7		15
	51.5%	25.8%	13.6%	10.6%		22.7%

脂質

R06年度の結果		R07年度の結果をみる 継続受診者 857人 75.8%				未受診（中断）	75歳到達者
		140未満	140～159	160～179	180以上		
140以上 1,130 人		291	303	164	99	273	23
		25.8%	26.8%	14.5%	8.8%	24.2%	8.4%
140～159	669	208	200	72	25	164	14
		31.1%	29.9%	10.8%	3.7%	24.5%	8.5%
160～179	292	54	81	64	29	64	4
		18.5%	27.7%	21.9%	9.9%	21.9%	6.3%
180以上	169	29	22	28	45	45	5
		17.2%	13.0%	16.6%	26.6%	26.6%	11.1%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	422	309	126	273
	37.3%	27.3%	11.2%	24.2%
140～159	208	200	97	164
	31.1%	29.9%	14.5%	24.5%
160～179	135	64	29	64
	46.2%	21.9%	9.9%	21.9%
180以上	79	45		45
	46.7%	26.6%		26.6%

ヘルスサポートラボツール：③-2 経年比較ツール

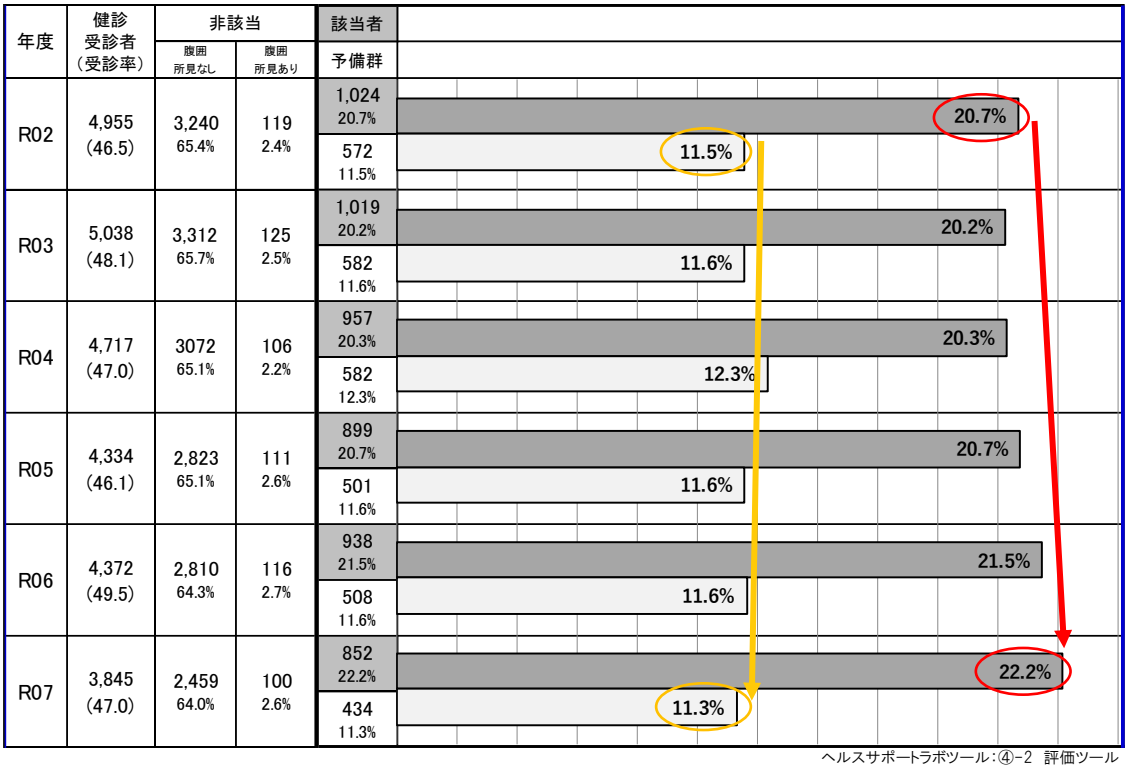
7 【ヘルスサポートラボツール】③-2 経年比較ツール（前年度と今年度の比較：前年度は 40 歳～74 歳、今年度は 40 歳～74 歳と 75 歳の継続受診者を含んで計上） ④-2 評価ツール（過去 6 か年の評価で、最終年度の年度末年齢 40～74 歳で計上）

また、中長期的評価として、過去 6 年間の推移を見ました。

国のアウトカム（結果）評価である「糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の 25%減少」を目指すため、重点課題であるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の経年変化を見ました。

■メタボリックシンドローム該当者の健診受診者全体（R2-R7 年度）の有所見者割合[8]

年度	健診受診者（受診率）	非該当 腹囲所見なし	非該当 腹囲所見あり	該当者 予備群
R02	4,955 (46.5)	3,240 65.4%	119 2.4%	1,024 20.7% / 572 11.5%
R03	5,038 (48.1)	3,312 65.7%	125 2.5%	1,019 20.2% / 582 11.6%
R04	4,717 (47.0)	3072 65.1%	106 2.2%	957 20.3% / 582 12.3%
R05	4,334 (46.1)	2,823 65.1%	111 2.6%	899 20.7% / 501 11.6%
R06	4,372 (49.5)	2,810 64.3%	116 2.7%	938 21.5% / 508 11.6%
R07	3,845 (47.0)	2,459 64.0%	100 2.6%	852 22.2% / 434 11.3%

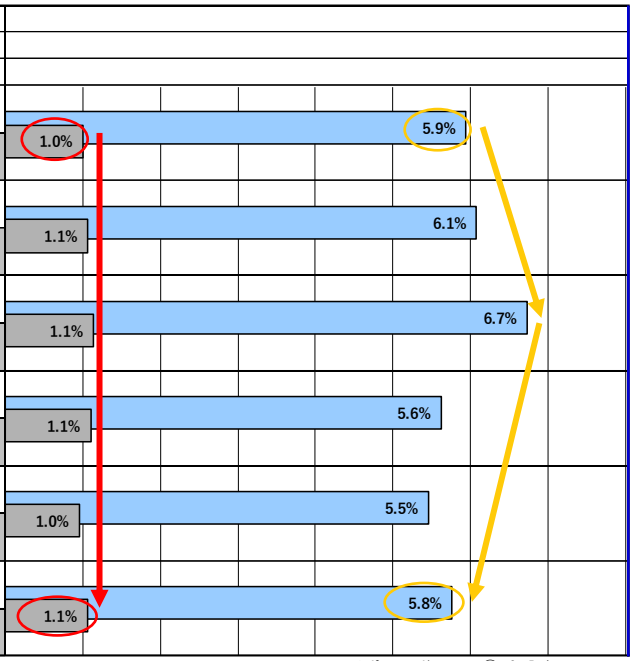


ヘルスサポートラボツール：④-2　評価ツール

メタボリックシンドロームの方は、予備軍はほとんど変化していないですが、該当者は増加しました。

■Ⅱ度高血圧以上の健診受診者全体（R2-R7 年度）の有所見者割合[9]

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲 未治療	再掲 治療
R02	4,970	2,378 47.8%	1,292 26.0%	1,005 20.2%	295 5.9%	178 60.3%	117 39.7%
					50 1.0%	36 72.0%	14 28.0%
R03	5,054	2,436 48.2%	1,308 25.9%	1,003 19.8%	307 6.1%	187 60.9%	120 39.1%
					54 1.1%	40 74.1%	14 25.9%
R04	4,730	2,307 48.8%	1,228 26.0%	877 18.5%	318 6.7%	183 57.5%	135 42.5%
					54 1.1%	38 70.4%	16 29.6%
R05	4,346	2,044 47.0%	1,165 26.8%	893 20.5%	244 5.6%	148 60.7%	96 39.3%
					48 1.1%	31 64.6%	17 35.4%
R06	4,382	2,147 49.0%	1,138 26.0%	858 19.6%	239 5.5%	155 64.9%	84 35.1%
					42 1.0%	27 64.3%	15 35.7%
R07	3,856	1,928 50.0%	956 24.8%	750 19.5%	222 5.8%	140 63.1%	82 36.9%
					41 1.1%	27 65.9%	14 34.1%



ヘルスサポートラボツール：④-2　評価ツール

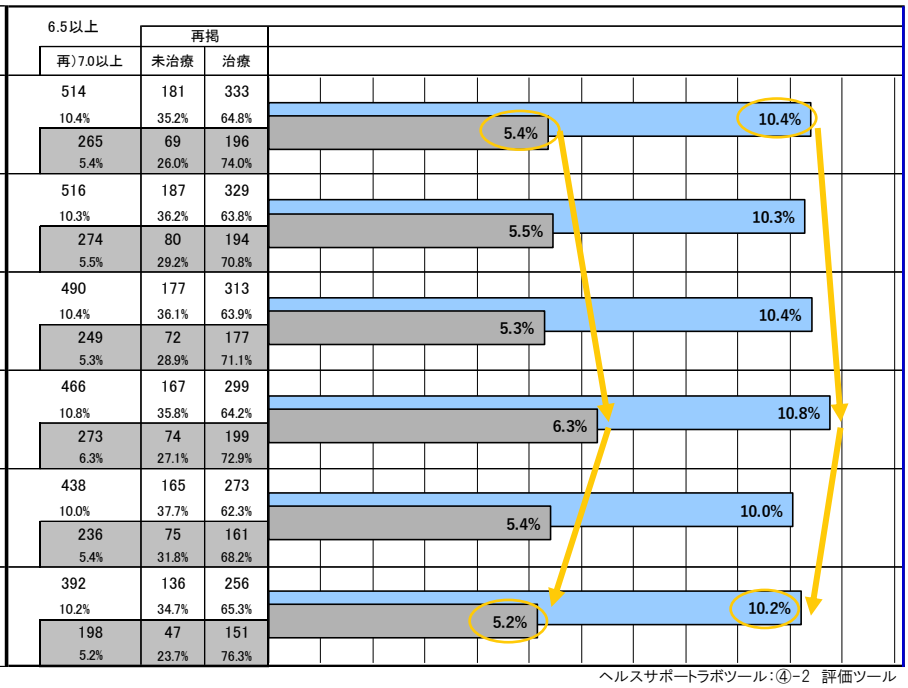
8　有所見者割合は、R8.6 月時点の健診結果提出者から集計（以下、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c6.5 以上、LDL コレステロール 160 以上も同様の集計）。8 学会から示されたメタボリックシンドローム判定ではなく、特定健診の制度で、国から示されているメタボリックシンドローム判定のロジックに基づいて判定。（8 学会の基準に加えて、HbA1c・随時中性脂肪でもリスクを判定する） また非該当については、腹囲所見の有無に分けて表示する。

9　Ⅱ度高血圧（収縮期 160 以上または拡張期 100 以上）以上（Ⅲ度高血圧を含む）の割合を水色の棒グラフで表示する。 また再掲として、Ⅲ度高血圧（収縮期 180 以上または拡張期 110 以上）はグレーの棒グラフで表示する。高血圧の内服があると問診で回答した方を「治療中」、それ以外を「治療なし」に分類して該当者を表示する。

Ⅱ度高血圧以上の方は、R4 年度に一旦増加しましたが、R7 年度には R2 年度と同程度に戻りました。Ⅲ度高血圧以上の方は、同程度で推移しています。

■HbA1c6.5 以上の健診受診者全体(R2-R7 年度)の有所見者割合[10]

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療
R02	4,942	2,369 47.9%	1,495 30.3%	564 11.4%	514 10.4%	181 35.2%	333 64.8%
					265 5.4%	69 26.0%	196 74.0%
R03	5,020	2,230 44.4%	1,661 33.1%	613 12.2%	516 10.3%	187 36.2%	329 63.8%
					274 5.5%	80 29.2%	194 70.8%
R04	4,709	2,153 45.7%	1,487 31.6%	579 12.3%	490 10.4%	177 36.1%	313 63.9%
					249 5.3%	72 28.9%	177 71.1%
R05	4,331	1,970 45.5%	1,399 32.3%	496 11.5%	466 10.8%	167 35.8%	299 64.2%
					273 6.3%	74 27.1%	199 72.9%
R06	4,360	2,070 47.5%	1,367 31.4%	485 11.1%	438 10.0%	165 37.7%	273 62.3%
					236 5.4%	75 31.8%	161 68.2%
R07	3,843	1,641 42.7%	1,308 34.0%	502 13.1%	392 10.2%	136 34.7%	256 65.3%
					198 5.2%	47 23.7%	151 76.3%

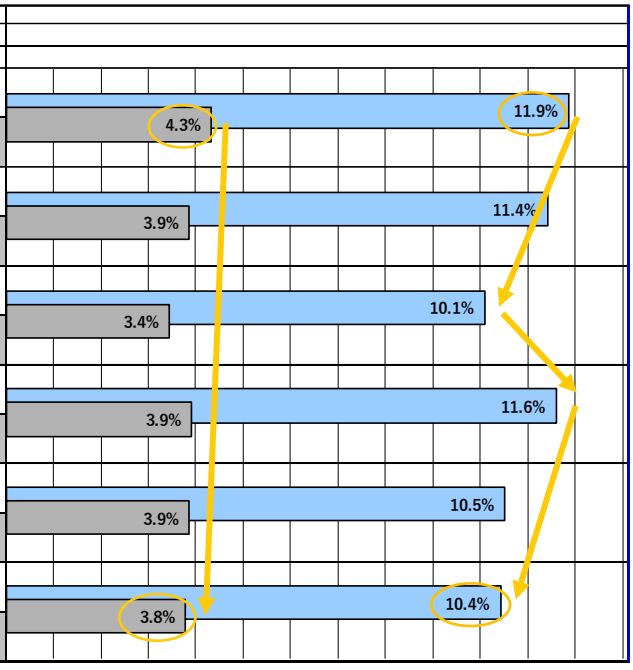


ヘルスサポートラボツール:④-2 評価ツール

重症化しやすい HbA1c6.5 以上の方は、HbA1c7.0 以上の方とともに R5 年度は増加しましたが、R7 年度にはどちらも R2 年度よりも微減しています。

■LDL コレステロール 160 以上の健診受診者全体(R2-R7 年度)の有所見者割合[11]

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲	
					再)180以上	未治療	治療
R02	4,974	2,425 48.8%	1,181 23.7%	778 15.6%	590 11.9%	548 92.9%	42 7.1%
					215 4.3%	200 93.0%	15 7.0%
R03	5,052	2,520 49.9%	1,207 23.9%	748 14.8%	577 11.4%	527 91.3%	50 8.7%
					195 3.9%	179 91.8%	16 8.2%
R04	4,735	2,440 51.5%	1,132 23.9%	685 14.5%	478 10.1%	426 89.1%	52 10.9%
					163 3.4%	143 87.7%	20 12.3%
R05	4,347	2,198 50.6%	965 22.2%	680 15.6%	504 11.6%	443 87.9%	61 12.1%
					170 3.9%	148 87.1%	22 12.9%
R06	4,381	2,226 50.8%	1,025 23.4%	669 15.3%	461 10.5%	415 90.0%	46 10.0%
					169 3.9%	153 90.5%	16 9.5%
R07	3,857	1,976 51.2%	889 23.0%	590 15.3%	402 10.4%	360 89.6%	42 10.4%
					146 3.8%	128 87.7%	18 12.3%



ヘルスサポートラボツール:④-2 評価ツール

重症化しやすい LDL コレステロール 160 以上の方は増減はありますが、R7 年度には減少しています。180 以上の方は微減しています。

10 HbA1c6.5 以上の割合を水色の棒グラフで表示する。また再掲として、HbA1c7.0 以上はグレーの棒グラフで表示する。糖尿病の内服またはインスリンの使用があると問診で回答した方を「治療中」、それ以外を「治療なし」に分類して該当者を表示する。

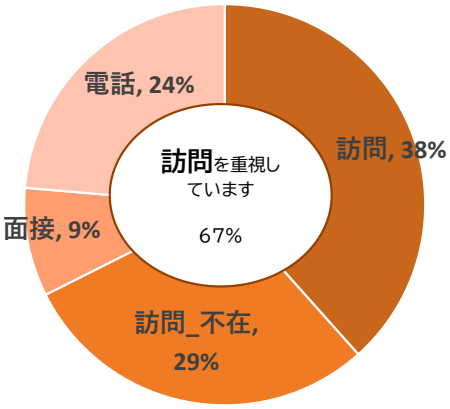
11 LDL160 以上の割合を水色の棒グラフで表示する。また再掲として、LDL180 以上はグレーの棒グラフで表示する。脂質異常症の内服があると問診で回答した者を「治療中」、それ以外を「治療なし」に分類して該当者を表示する。

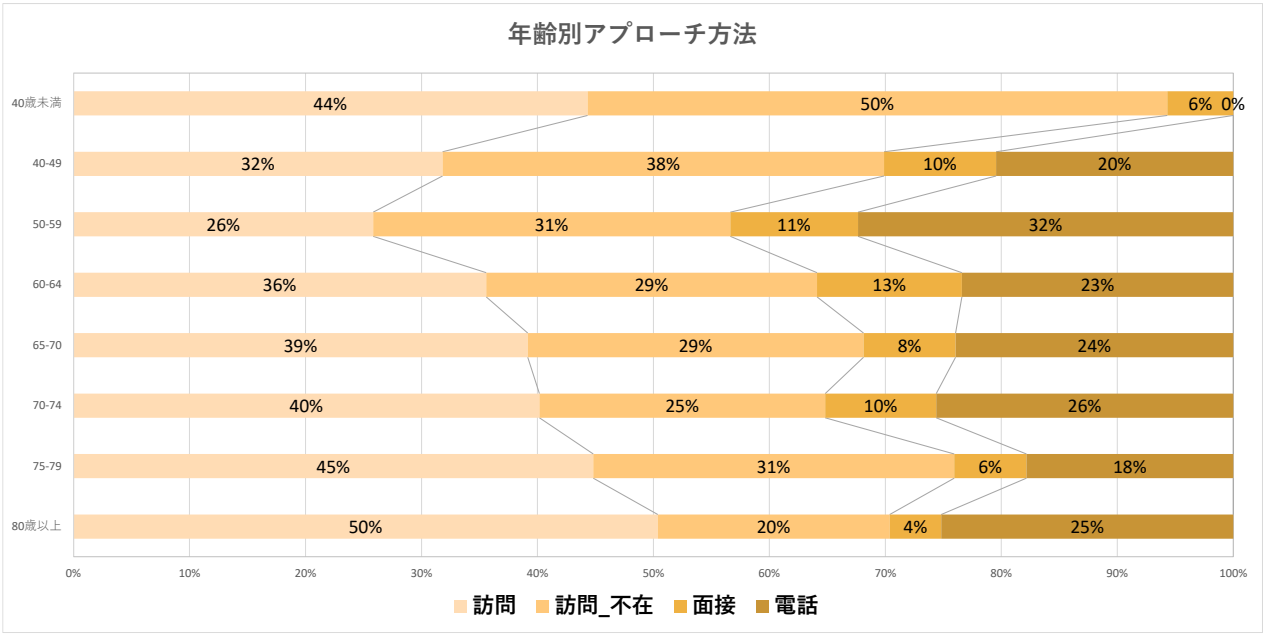
■R7 年度の保健事業全体の年代別アプローチ別の集計[12]

当市は、訪問でのアプローチを大切にしていますが、事前予告なしで訪問しているため、訪問しても半数くらいが不在で、会えないことが多いです。

特に若い世代は、電話をしても出なかったり、訪問しても不在のことが多いです。

年齢	訪問	訪問_不在	面接	電話	合計	訪問時不在率
40歳未満	39	44	5	0	88	53%
40-49	112	134	34	72	352	54%
50-59	115	137	49	144	445	54%
60-64	111	89	39	73	312	45%
65-70	242	179	49	148	618	43%
70-74	331	203	79	211	824	38%
75-79	216	150	30	86	482	41%
80歳以上	136	54	12	68	270	28%
合計	1,302	990	297	802	3,391	43%

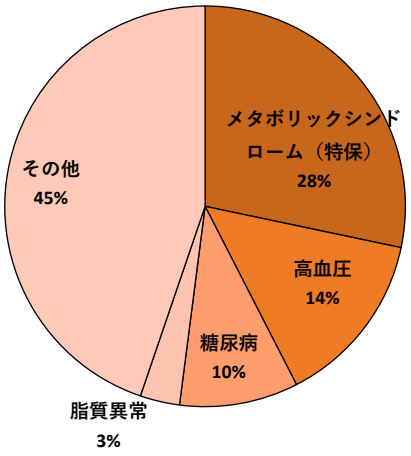




保健事業担当では、メタボリックシンドロームと脳血管疾患重症化予防を優先課題にしています。

直営で事業[13]を行っており、国保の方全員にアプローチをすることは難しいため、ガイドライン等を踏まえて重点的に行っています。

メタボリックシンドローム（特定保健指導と未利用者対策）、次いで高血圧、糖尿病の割合が高くなっており、優先課題順に対策を行えていると考えます。「その他」には、特定健診受診勧奨や一体的事業等が含まれます。



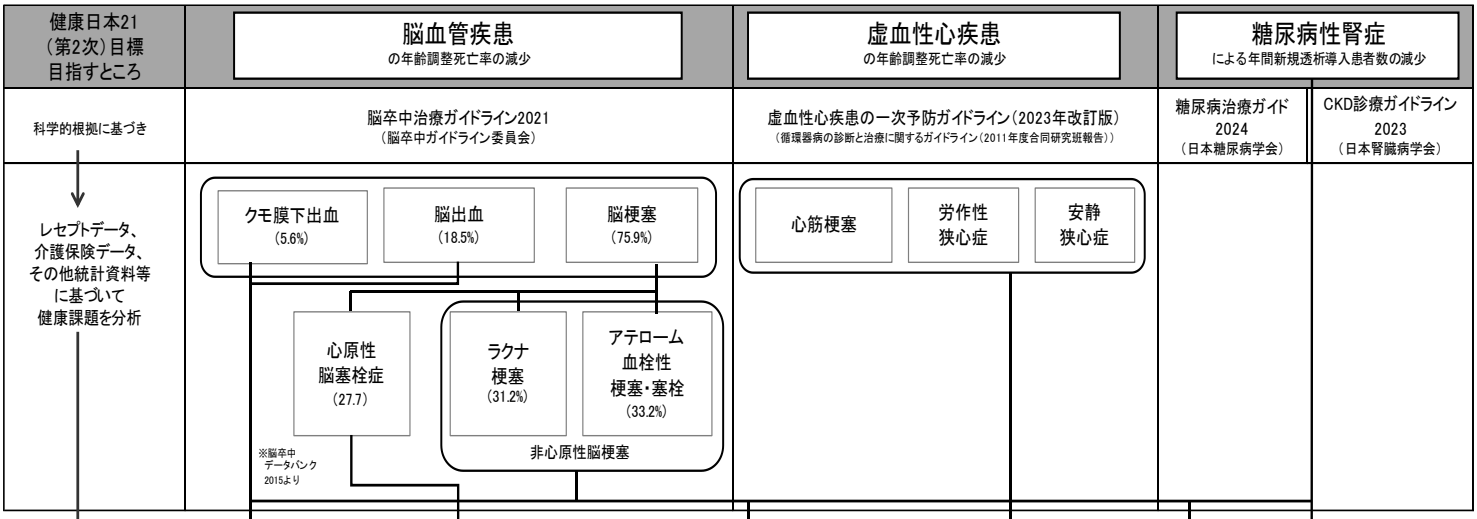
12 保険年金課と委託業者（健診受診勧奨電話は除く）の保健指導の延べ人数（3,391 人）で集計。（通知と電話不在除く。健康かるて入力分のみ集計）

13 保険年金課の保健指導の延べ人数（2,692 人）で集計。（通知と電話不在除く。健康かるて入力分のみ集計）

4. 健康課題を解決するために

R7 年度の健診結果から、どのようなリスクがある方か、各種学会のガイドラインに基づき集計しました。特にⅡ度高血圧以上の方は、未治療の方が 52.3%で、そのうち半分近くの方に臓器障害がおこっている可能性があります。

■脳･心･腎を守るために　― 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする ―



科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧管理・治療ガイドライン2025（日本高血圧学会）		動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）		メタボリックシンドロームの診断基準	糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）	CKD診療ガイドライン2023（日本腎臓病学会）
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者（2項目以上）	HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）	腎臓専門医紹介基準対象者
該当者数	222 5.8%	25 0.6%	146 3.8%	81 2.1%	884 22.9%	287 7.4%	640 16.6%
治療なし	116 52.3%	4 16.0%	128 87.7%	57 70.4%	110 12.4%	134 46.7%	156 24.4%
（再掲）特定保健指導	42 18.9%	1 4.0%	28 19.2%	22 27.2%	110 12.4%	27 9.4%	57 8.9%
治療中	106 47.7%	21 84.0%	18 12.3%	24 29.6%	774 87.6%	153 53.3%	484 75.6%
臓器障害あり	52 44.8%	4 100.0%	36 28.1%	24 42.1%	47 42.7%	64 47.8%	156 100.0%
CKD（専門医対象）	21	0	13	12	23	36	156
心電図所見あり	37	4	26	17	31	38	45
眼底所見あり	1	0	0	0	1	1	0
臓器障害なし	64 55.2%	--	92 71.9%	33 57.9%	63 57.3%	70 52.2%	--

ヘルスサポートラボツール： 健診結果集計ツール:R7 年度健診受診者（40 歳～74 歳）

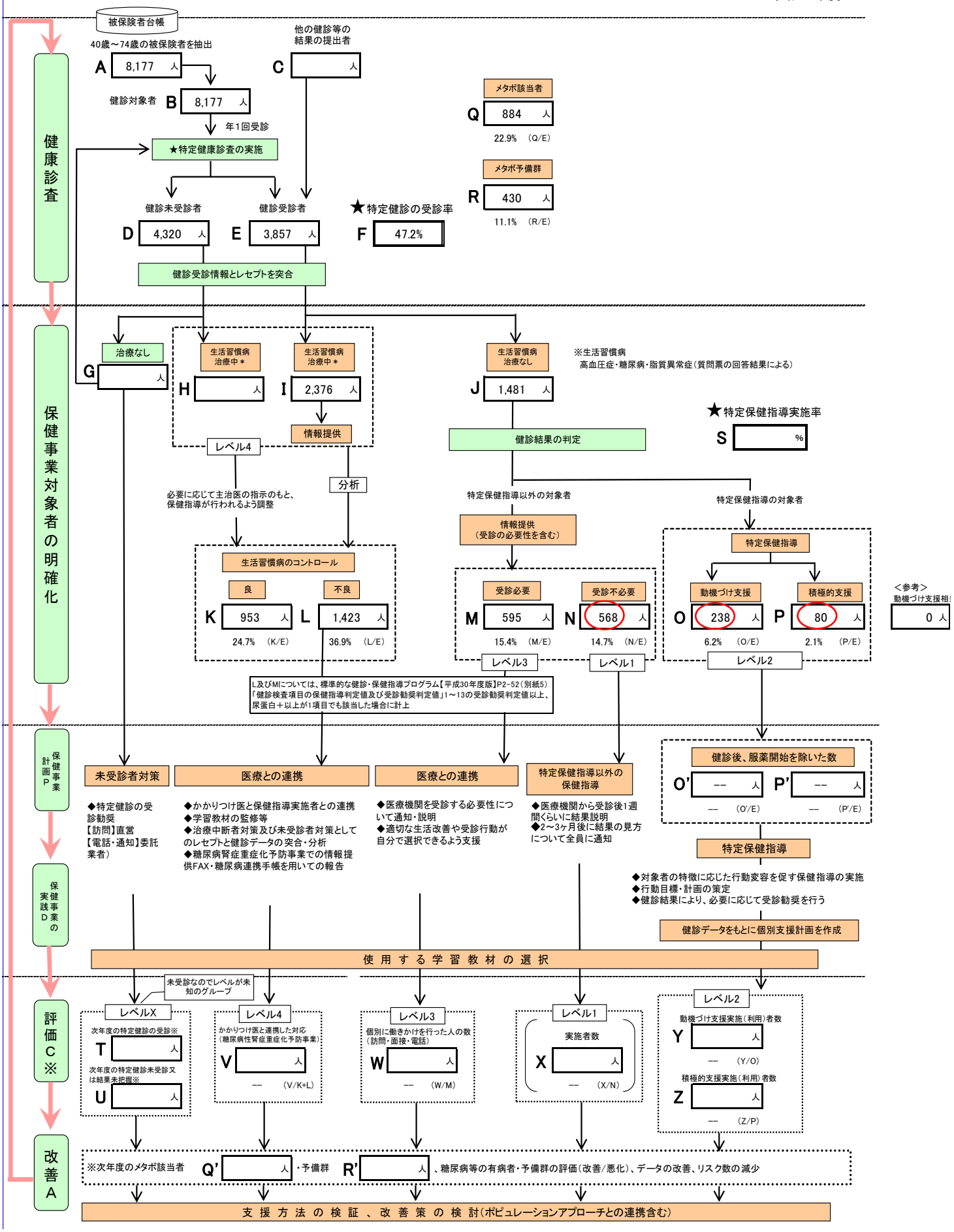
次に、プログラムの「様式 5-5」をもとに、R7 年度の健診結果から保健指導が必要な方を階層化し、どのくらい対象者がいるのかを明確化しました。11 ページからは、具体的な実施方法です。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

参考様式5-5

令和07年度



ヘルスサポートラボツール： 健診結果集計ツール：R7 年度健診受診者（40 歳～74 歳）3,857 人

1　肥満・メタボリックシンドローム重症化予防に向けて

1. 特定保健指導未利用者対策

・R3 年度より、保険年金課職員が電話で行っています。

・毎月健診結果を送付する際に、特定保健指導の日時をあらかじめ指定したリーフレットを同封し、後日保健師・管理栄養士により、電話で通知が届いたかの確認と利用を勧めます。

・勧奨の電話で利用を拒否された場合でも、可能な範囲で健康状態を確認し、生活習慣等に関するアドバイスを行います。

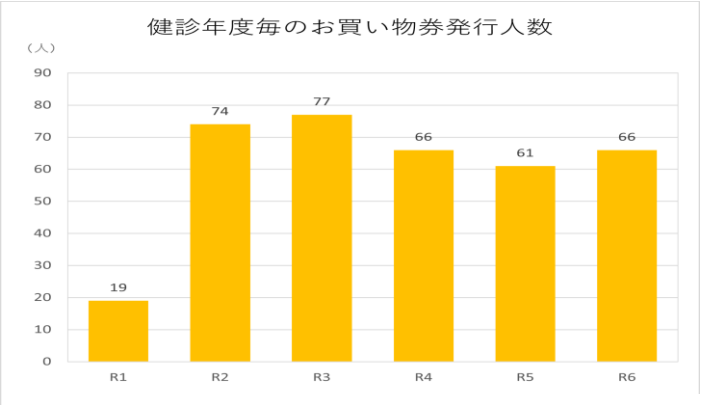
2. インセンティブを活用した特定保健指導　～ 藤井寺市商工会ためとくくんの活用 ～

・案内通知送付時と訪問型特定保健指導実施時に、ためとくくんチラシを配布します。

・利用者に粗品と 1 万 2 千円分のポイントを付与したためとくくんポイントカードを配布します。

・3 か月後の評価時に、健康指標が改善（腹囲 1 cmかつ体重 1 kg減少）した方へは、ためとくくんカード会加入店で使用できる 500 円の商品券を交付します。

（健康指標改善への意欲向上を目的としています。）



※各年度の健診で特定保健指導実施後に発行した人数（R8.4 月時点）

3. 対象者に合わせた特定保健指導『セルフチェンジプログラム』

H20 年度からの健診結果と、本人が測定している血圧・体重・食事・運動・服薬等の健康状態等に関する電子データ（PHR）を見せてもらいながら、自分の身体に何がおこっているのかを伝え、自分の身体を大事に思ってもらえるように保健指導します。

※当市では、特定保健指導をより身近なものとして感じてもらうために、市民へは「セルフチェンジプログラム」という名称で案内しています。

◇ 実施方法

① 来庁型

・初回は個別面談、2 回目以降は個別面談または電話や手紙で、保険年金課の職員が行います。

・場所は市役所1階相談室で行います。

・開催は、平日のみ[14]です。

・予約変更等は、オンラインでも行えるようにしています。

方法	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
オンラインでの予約変更（件数）	1	7	4	2	3

14 R5 年度に日曜日にも開催し4人利用されましたが、社保加入等により終了者 0 人でした。

② オンライン型

・希望者には、オンラインでの予約等で、Zoom により遠隔で実施します。

方法	R6	R7	R8（計画）
オンラインでの特定保健指導（件数）	1	0	2

③ 訪問型

・来庁で特定保健指導の利用がなかった方には、保険年金課の職員が直接訪問し、可能な場合はその場で特定保健指導を行います。

・玄関先での保健指導となるため、気温や気候に配慮します。

・訪問不在時には再勧奨文書を自宅ポストに投函し、表札がない場合は郵送します。

方法	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
訪問	73	70	76	92	61※	39※	45※	65
訪問時不在（ポストに通知等）	105	73	38	66	50	51	50	50
電話	190	315	433	333	326	301	321	350
※内訪問での特保実施					38	16	24	

出典：健康かるて

◇ 普及・啓発（ポピュレーションアプローチ）

・健診結果説明時に、かかりつけ医より特定保健指導を勧めるリーフレットを手渡ししてもらいます。

・リーフレットは市が独自で作成し、市医師会事務局を通じて各医療機関に配布します。（10 月頃）

年度	R7	R8（計画）
配布数（枚）	1,590	1,000

2　生活習慣病重症化予防に向けて

健康寿命の延伸等を図るため、心血管系疾患の対策を行います。

1. 脳血管疾患重症化予防

① 高血圧の方への保健指導

・健診の結果等で選定した対象者に、保険年金課の職員が行います。
・保健師・管理栄養士が、複数回訪問し、健診結果をもとに身体の中で起こっていることを伝え、本人が生活習慣改善を自ら選択してもらえるよう保健指導します。可能な方にはその場で血圧を測定し、血圧手帳に記載して渡します。
・受診が必要な方へは、医療機関への受診勧奨後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診の必要性を伝えます。
・尿たんぱく陽性（＋以上）の方は、受診者全体の 8.7%を占めます。また、Ⅰ度高血圧以上で尿たんぱく陽性（＋以上）の方は 12.1%を占めるため、腎臓を守ることの大切さも合わせて伝えます。

【対象者選定に使用する項目】

高血圧	①　血圧及び受療状況 （収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mHg 以上、未治療者、血圧管理困難な方、特定保健指導対象者以外の方） 《今年度の健診結果で、毎月抽出》 ②　医療機関受療状況 （収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mHg 以上の治療中断・不定期受診者等） 《前年度健診結果等で、年 2 回抽出》

② 心房細動の方への保健指導

・健診の心電図結果で選定した対象者に、保険年金課の職員が行います。
・国保及び後期の健診受診者の心電図結果から、「心房細動」と判定された方のレセプトを確認し、未受診・中断の方に対して、電話または訪問で医療機関への受診を勧めます。
・医療機関への受診を勧めた後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診を勧めます。

③ 窓口来庁者への健康相談

・国保の手続きで窓口に来られた方等に、生活習慣病に関連した内服薬やかかりつけ医の有無等をたずねるアンケートに記入してもらいます。
・健康相談の希望を尋ね、可能な場合は、窓口で保険年金課の職員が行います。
・普段の血圧値等を問診し、保健師または管理栄養士が血圧を測定し、その場で血圧手帳に記載して、個別の健康教育を行います。

2. 糖尿病性腎症重症化予防

① 糖尿病の方への保健指導

・健診の結果等で選定した対象者に、保険年金課の職員が行います。

・保健師・管理栄養士が、複数回訪問し、健診結果をもとに身体の中で起こっていることを伝え、本人が生活習慣改善を自ら選択してもらえるよう保健指導します。

・受診が必要な方へは、医療機関への受診勧奨後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診の必要性を伝えます。

【対象者選定に使用する項目】

糖尿病	① HbA1c 及び受療状況 （HbA1c7.0%以上の未治療者、HbA1c8.0%以上の血糖管理困難な方、特定保健指導対象者以外の方） 《今年度の健診結果で、毎月抽出》 ② 受療状況 （HbA1c6.5%以上の治療中断・不定期受診者等） 《前年度健診結果等で、年 2 回抽出》

② 糖尿病性腎症の方への保健指導

・健診結果や受療状況により選定した対象者、また医療機関からの紹介者に対し、保険年金課の職員が行います。

・事業案内は、電話や訪問等で行います。

・電話による事業案内では、保健師・管理栄養士が、健診結果・糖尿病性腎症の病態や治療の必要性・生活上の留意事項（食事・運動）等を説明し、健診勧奨及び継続受診の必要性を伝えます。

・電話不通者には、保健師・管理栄養士が自宅に訪問し、架電時と同様に健診勧奨及び継続受診の必要性を伝えます。場合により、その場で保健指導を行います。

・医療機関への受診を勧めた後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診を勧めます。

・医療機関からの紹介者や事業案内からの来庁者には、管理栄養士が個別面談、または電話や手紙などを利用し、6 カ月以上の継続支援を行います。

・継続支援では、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医との連携を図ります。

【対象者選定に使用する項目】

① 年齢（30 歳以上の国保、後期）

② HbA1c6.5～6.9%または空腹時血糖値 126mg/dl 以上で、eGFR59 以下または尿蛋白（＋）以上の方

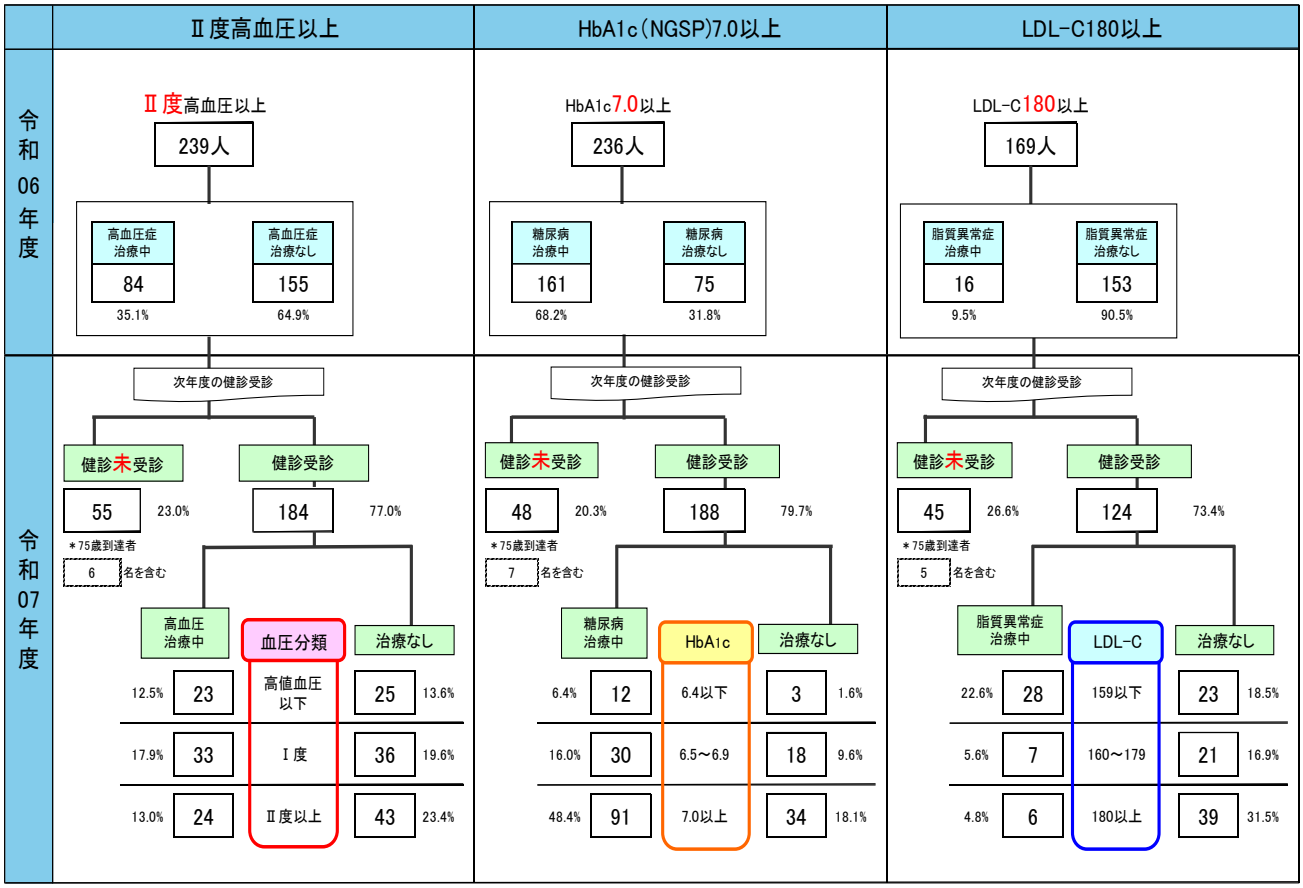
③ その他（BMI25 以上、または腹囲該当者等）

※ 医師からの紹介であれば、国保・後期以外の方でも可

③　健診を中断される方への切れ目のない保健指導

受診勧奨判定値（重症）以上の方で、健診を中断（健診未受診）されている方は、血圧・HbA1c・LDL-Cのどの項目でも 2～3 割程度いるため、単年度だけで対象者を抽出した場合、アプローチの機会を逃す可能性があります。

■重症化予防対象者の評価



ヘルスサポートラボツール：③-2 経年比較ツール

また、集団での全体評価に加えて、結果がどのように変化したのか個人の結果を見ていくことも大切なため、個人単位での変化もみています。

R6 年度の健診を受けたが、R7 年度は未受診（健診中断）だった方にも、切れ目がないよう、さらに治療の中断等の医療情報も考慮しながら、必要な方にアプローチしていきます。

■個人の評価で使用している健診結果一覧表

（R6 年度Ⅱ度高血圧以上の方の R7 年度健診結果：血圧が高い方から 10 人抜粋）

| 性別 | 健診データ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保健指導 | 医療（レセプト）データ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. 実施状況と計画数

◇ 高血圧･糖尿病･脂質異常･心房細動等心電図異常

分類・方法	R1 2019	R2 2020	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8（計画） 2026
高血圧								
訪問	9	117	162	121	179	192	185	80
訪問時不在（ポストに通知等）	10	58	82	51	148	146	147	40
電話	116	104	236	169	187	32	30	150
面談	3	2	3	6	21	10	6	3
糖尿病								
訪問	7	23	27	61	20	40	116	50
訪問時不在（ポストに通知等）	1	9	25	36	10	43	65	30
電話	186	47	85	110	136	23	24	100
面談	2	5	10	17	34	9	3	15
脂質異常								
訪問	9	0	1	6	2	2	38	10
訪問時不在（ポストに通知等）	5	0	1	1	0	6	36	0
電話	32	75	96	36	0	0	3	0
面談	0	2	0	3	0	6	0	0
心房細動等心電図異常								
訪問	0	0	2	10	7	1	0	5
訪問時不在（ポストに通知等）	0	0	0	3	3	0	1	3
電話	0	0	16	4	0	2	2	5
面談	0	0	0	0	0	0	0	0

リスクが重複している方は、心房細動＞高血圧＞糖尿病＞脂質異常症　の順に計上
出典：健康かるて

◇ 糖尿病性腎症重症化予防の 6 ヶ月継続支援

方法	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8(計画)
6 か月間継続支援（実人数）	19	26	34	23	19	14	7	11	6	7	10

出典：藤井寺市糖尿病性腎症重症化予防事業名簿

4. 若い世代からの健康への意識向上と重症化予防

- 30 歳代からの人間ドック費用の補助や、健康意識の向上と健診等の受診について、ホームページに掲載し、周知を図ります。
- 人間ドック費用の補助[15]として健診費用を運用し、7 割助成（30,000 円を上限）を行います。
- 健診結果から、生活習慣の改善が特に必要と認められる方に対しては案内を送付し、30 歳代の方も 40 歳以上の方と同様に、保健指導（セルフチェンジプログラム）を行います。
- 健診結果から、医療機関を受診する必要があると判断した方に対しては、電話で医療機関の受診を勧めます。

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8(計画)
30歳代の人間ドック受診者数	7	6	4	4	4	5

出典：健康かるて

15 人間ドックの補助は、30 歳～74 歳の国保の方が対象

3　特定健診受診率向上に向けて

1. 特定健診未受診者対策

・藤井寺市と羽曳野市の医療機関から、「予約･駐車場･女医の有無」「受診可能日時」「外国語対応（対応の可否･条件付対応[対応可能言語･通訳者の同伴の必要性]）」等の情報提供を受け、受診勧奨を円滑に案内できるよう医療機関一覧表を作成します。（4 月）

・医師会の健診担当医に、受診勧奨の時期やリーフレット･ポスター内容等について助言を受ける等、医師会と定期的に連携･調整を図ります。（随時）

①　訪問（個別の健康教育）

・保険年金課の職員が訪問します。

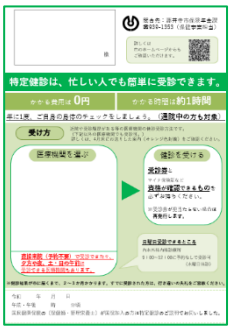
・40 歳になられる方や国保に新規加入された方には、優先的に訪問します。

・レセプトや住所等の情報から対象者が受診しやすい 2 医療機関を選定し、医療機関の最新情報を記載したリーフレット（1）を作成します。保健師と管理栄養士が訪問時に説明しながら、受診を勧めます。

・訪問不在時には、リーフレット（1）を自宅ポストに直接投函し、表札がない場合は郵送します。

・電話番号不明者には、次年度の電話受診勧奨等で活用するため、訪問時に電話番号を伺います。

リーフレット（1）

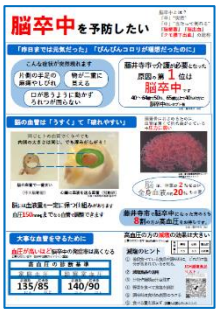


・個別の健康教育　（ポピュレーションアプローチ）として、市が独自に作成した『脳卒中を予防したい』リーフレット（2）を、本人または家族に手渡しながら、普段の血圧を伺い、知らないという方には、その場で血圧測定を行います。

・測定した血圧は、手帳に記録して渡します。家庭で血圧測定の習慣をつけてもらい、健診受診時等に医療機関に手帳を持っていくよう伝えます。

・JSH 減塩食品の企業から協力いただいた無料サンプルを提供し、調味料等で簡単に減塩ができることを体験してもらい、減塩に関心を持ってもらえるよう啓発します。

リーフレット（2）



・継続受診対策として、過去 5 年間に健診を受けたことがなく、初めて受診された方（新規受診者）には、その年度の健診結果が記載されたリーフレット（3）を個別に作成し、継続受診の大切さを伝えます。

リーフレット（3）



② 電話

・年 2 回、業者委託で行います。
・受診勧奨の架電目標件数を設定し、過去の経年受診状況や年齢等から、電話勧奨対象者の優先順位付けを行い、対象者を抽出します。
・電話勧奨は保健師・管理栄養士が行い、対象者に受診の必要性を説明するとともに、市が準備した医療機関情報一覧表を確認しながら、情報提供を行います。
・土曜日や夜間に架電する等、働く世代でもつながりやすいよう工夫します。

③ 文書

・4 月と 10 月の年 2 回受診を勧める文書を送付します。
・受診券発送時、対象者全員に受診方法等の案内リーフレットを同封します。(4 月末)
・優先順位をつけて、対象者の特性に合わせたはがき(2 種類)を送付します。(10 月)
・後期高齢者には、健康診査と歯科健診のはがき(各 1 種類)を送付します(9～10 月)

方法	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8(計画)
訪問	1,303	1,307	1,133	611	552	408	542	576	500
訪問時不在 (ポストに通知等)	1,178	1,201	1,091	650	564	451	558	495	500
電話	5,011	5,179	5,132	5,200	4,975	4,541	3,921	3,241	3,500
通知 (封書・はがき)	7,369	7,006	5,869	11,434	5,748	5,291	4,818	4,378	4,500

※通知は、受診券送付時以外の国保勧奨通知のみの件数
出典:各年度の保健事業・支援評価委員会における報告値

④ 普及・啓発(ポピュレーションアプローチ)

◆市のホームページ

随時、更新します。

◆広報 Fujiidera 掲載

年度	R3、R4	R5	R6	R7	R8(計画)
掲載月	5・6・9・10・1・3	4・5・6・3	5・6・1	5・6・10・1・3	5・6・10・1・3

◆市の SNS 配信(LINE メッセージ配信)

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8(計画)
配信月	10・1・2・3※ (計 5 回)	9・10・12・3※ (計 5 回)	9・10・1・3※ (計 5 回)	5・9・10・2・3※ (計 6 回)	5・8・9・11・1・2・3 (計 7 回)	5・9・11・1・3 (計 5 回)

※月 2 回配信

◆市の広報板 【勧奨ポスターを掲示】

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8(計画)
掲示月	5・10	5	5	5	5	5

※R6 までは市内 137 か所、R7 からは重点化し、市内 70 か所に掲示

◆健康カレンダー配布 【10 月中旬～12 月に配布】
(ロコモティブシンドロームやフレイル、サルコペニア予防等の啓発)

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8(計画)
配布件数	949	950	900	900	800	800

⑤ 連携・協働（ポピュレーションアプローチ）

◆市内の健診実施医療機関 40 か所に勧奨ポスターを掲示

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
掲示月	5・10	5	5・10	5.10	5	5

◆かかりつけ医より患者に受診を勧めるリーフレットを手渡しで配布
藤井寺市医師会事務局を通じて各医療機関に依頼（10 月頃）

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
配布数	1,170	1,120	796	750	875	750

◆近畿日本鉄道（土師ノ里駅・道明寺駅に A1、藤井寺駅に A3）勧奨ポスターを掲示

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
掲示月	5・10	6	5	5	5	5

◆イオングループ（イオン藤井寺店）のデジタルサイネージに勧奨ポスターを掲示

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
掲示月	5・10	6～9	6・9・11・2	5・10・1・3	6・10	5・10・1・3

◆第一生命保険株式会社

生命保険会社職員により、市民の方にがん検診、市国保加入の方に特定健診の案内を配布

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
配布数（枚）	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	800

◆住友生命保険相互会社と明治安田生命保険相互会社

生命保険会社職員により、市民の方にがん検診、市国保加入の方に特定健診の案内を配布

後期高齢者医療保険加入の方には、健康診査・歯科健診の案内を配布

年度	R6	R7	R8（計画）
配布方法	電子データお渡し	電子データお渡し	電子データお渡し

◆JSH 減塩食品企業（4 社）：減塩への関心を高めるため、訪問時等に試供品を提供



4 地域包括ケアに向けた取り組み

地域コミュニティの活性化と生涯続く健康づくりを目的に、地域包括ケアの視点から、健康に関する活動を行う自主グループの支援等を行います。

1. ヘルスアップ Fujiidera 事業

R4 年度から健康教室を開催し、市民全体の健康に対する意識の底上げを図っています。R7 年度からは、国保の方に重点化しています。

・管理栄養士（委託）が行います。
・対象者に案内を送付、または手渡しします。
・9 回 1 コースで行います。（R7 年度は 6 回 1 コース）
・自主グループ化を目指します。



2. 後期高齢者保健事業と介護予防事業の一体的実施に向けた会議（一体的地域ケア会議）

・高齢介護課が事務局となり、市役所で開催します。
・国保と後期高齢者医療の KDB[16]等を活用したデータの提供を行い、現状や健康課題等を共有し、高齢者がなぜ健康課題を抱えるに至ったのかを分析しながら、対応策を検討していきます。

◇ **構成メンバー**

・専門職… 生活支援コーディネーター、作業療法士、理学療法士、ケアマネジャー
　　管理栄養士、歯科衛生士等（地域で活躍する専門職）等
・組　織… 市（高齢介護課、保険年金課、健康・医療連携課）、地域包括支援センター、
　　社会福祉協議会　等

16 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に関する統計情報。KDB システムはその情報を保険者向けに提供するシステムのこと。

5 いつでも気軽に相談できる環境の整備

1. 健康相談

・管理栄養士または保健師（保険年金課の職員）を常時配置します。
・健診受診後に市から送付する健診結果に、健康相談のリーフレットを同封します。
・健康相談の際は、健診結果の経年データやレセプトを確認し、内服薬の有無や生活習慣等の情報をふまえて、市役所で個別面談、またはオンライン（Zoom）で遠隔面談を行います。
・必要に応じて、継続サポートを行います。

年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8（計画）
延人数（実人数）	35（18）	17（11）	35（21）	22（15）	18（16）	20

出典：健康かるて

6 その他保健事業

1. がん検診の受診率向上

・4 月末に特定健診の受診券にがん検診の受診を勧めるリーフレットを同封し、周知を図ります。
・特定健診の受診勧奨訪問時に、がん検診の受診方法等も合わせて説明します。

2. 適正服薬を促す取り組み（重複投与、多剤投与対策）

◇ **実施方法**

・健診結果の経年データやレセプトを確認し、情報収集します。
・処方薬依存が疑われる方に、大阪府こころの健康総合センター等の健康相談のリーフレットを郵送します。
・レセプトデータを継続して確認し、変化が見られない方には、保健師等（保険年金課の職員）が再通知、電話または自宅に訪問し保健指導を行います。
・保健指導後、受診状況をレセプトで確認し、変化が見られない方には、再度架電や訪問で受診を勧めます。
・必要に応じて、継続フォローを行います。

◇ **実施対象**

【重複投与】

・R3 年度は、KDB より抽出した「3 医療機関以上」かつ「複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数 1 以上」かつ「睡眠鎮静剤抗不安薬」に該当する方を対象としていましたが、R4～7 年度は「2 医療機関以上」かつ「複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数 1 以上」かつ「睡眠鎮静剤抗不安薬」に該当する方を対象としました。
R8 年度も同様に、国保連合会提供の重複服薬（投与）対象データ等から、「睡眠鎮静剤抗不安薬」に該当する方を対象とします。

【多剤投与】

・R7 年度と同様に、国保連合会提供の重複服薬（投与）対象データ等から、「血管拡張薬」3 剤以上かつ、過去の健診データでⅡ度高血圧以上の方を対象とします。

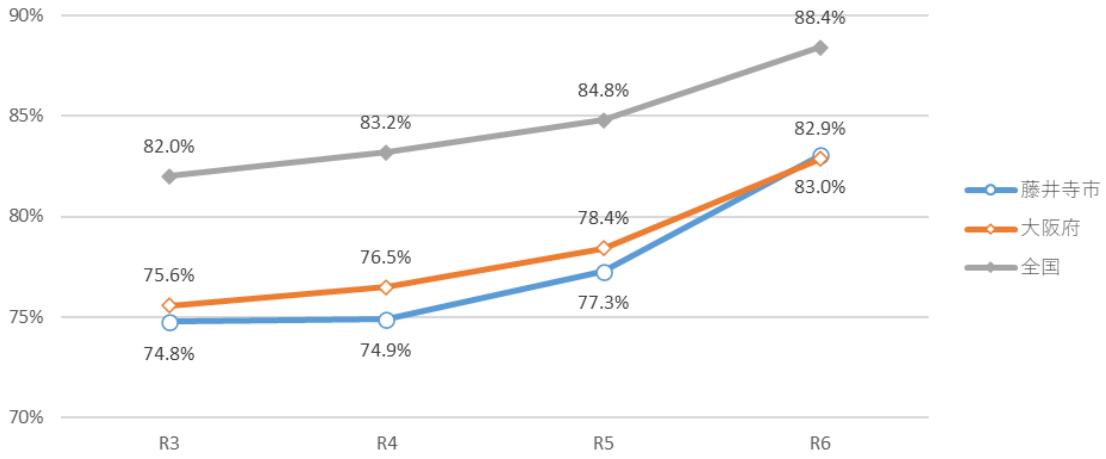
年度	R3	R4	R5	R6	R7	R8(計画)
重複服薬（実人数）	3	2	3	4	3	5
多剤服薬（実人数）	―	―	―	1	2	1

出典：藤井寺市

3. 後発医薬品の使用促進

・後発医薬品に切替えることにより 200 円以上の効果が見込める方に、年 3 回、使用促進に向けた差額通知を郵送します。
・国保の資格確認書等の送付時に後発医薬品の希望シールを同封して郵送します。（7 月）
・国保の資格確認書等を窓口で受け取る場合は、後発医薬品の希望シールを配布します。
・後発医薬品使用割合 80%を目標にします。

■後発医薬品使用割合の推移（数量シェア）



出典：厚生労働省ホームページ（全国）・大阪府国保連合会独自集計（大阪府・保険者）

巻末資料

【参考】 健診項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

項目				正常値	保健指導判定値	受診勧奨判定値	再掲	参考
身体の大きさ		BMI		～24.9	25.0～			メタボリックシンドローム診断基準検討委員会:メタボリックシンドローム定義と診断基準
		腹囲	男性	～84.9	85～			
			女性	～89.9	90～			
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪 ※（ ）内は随時の場合		～149（～174）	150～299（175～299）	300～	400～	日本動脈硬化学会:動脈硬化性疾患予防ガイドライン
		HDLコレステロール		40～	35～39	～34		
		AST（GOT）		～30	31～50	51～		日本消化器病学会:肝機能研究班意見書
		ALT（GPT）		～30	31～50	51～		
		γ-GT（γ-GTP）		～50	51～100	101～		
	内皮障害	血圧	収縮期	～129	130～139	140～	160～	日本高血圧学会:高血圧治療ガイドライン
			拡張期	～84	85～89	90～	100～	
			計	正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧以上	Ⅱ度以上	
		尿酸		～7.0	7.1～7.9	8.0～	9.0～	日本痛風・核酸代謝学会:高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン
	インスリン抵抗性	血糖		～99	100～125	126～		日本糖尿病学会:糖尿病治療ガイド
		HbA1c		～5.5	5.6～6.4	6.5～	7.0～	
		尿糖		（－）or（±）	（＋）	（2＋）～		
	腎臓	クレアチニン	男性	～1.00	1.01～1.29	1.3～		人間ドック学会:判定区分
			女性	～0.70	0.71～0.99	1.0～		
		GFR（糸球体濾過量）		60～	45～60未満	45未満	30未満	日本腎臓学会:CKD診療ガイド
		尿蛋白		（－）	（±）	（＋）～		
		尿潜血		（－）or（±）	（＋）	（2＋）～		
	その他の動脈硬化危険因子	LDL-C（non-HDL）		～119（～149）	120～139（150～169）	140～（170～）	160～（190～）	日本動脈硬化学会:動脈硬化性疾患予防ガイドライン