令和８年度幡多管内血管病重症化予防対策研修会

日　　時：令和８年 11 月 16 日（月）18:30～20:15
開催方法：集合及び WEB（Zoom 使用）併用開催
会　　場：高知県幡多総合庁舎　１階会議室

次　　第

18:30　開会

18:35　行政説明

「高知県の血管病対策の取組状況及び幡多管内の現状について」

説明：高知県幡多福祉保健所　健康障害課

18:45　講演

「健診結果を「受け取る」から「活かす」へ
～血管病を予防するために、医療者ができること～」

講師：高知県立幡多けんみん病院　前院長　矢部　敏和　氏

19:50　取組報告

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び循環器病重症化予防プログラムの取組報告」

報告：黒潮町健康福祉課　保健師　山地　阿佑美　氏

20:10　質疑応答、アンケート記入

20:15　閉会

＜アンケート＞　**11 月 20 日（金）〆切り**　（20 時から回答可能です）

※日本医師会生涯教育制度講習会「82 生活習慣」１単位及び CDE 高知認定更新のための研修会１単位の取得を希望される方は、必ずご回答ください。

URL　https://apply.e-tumo.jp/pref-kochi-u/offer/offerList_detail?tempSeq=22639

資料１

令和８年11月16日（月）18:30～20:15
令和８年度幡多管内血管病重症化予防対策研修会

高知県の血管病対策の取組状況及び幡多管内の現状について

高知県は、ひとつの大家族やき。
高知家の健康

高知県幡多福祉保健所　健康障害課　健康増進担当

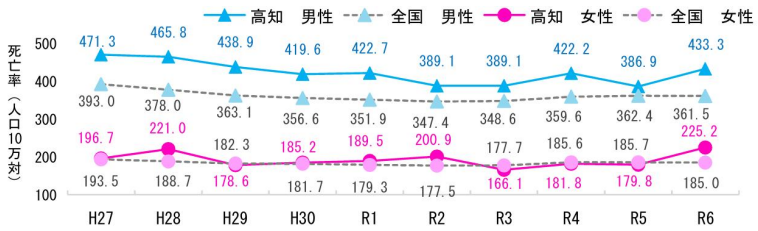
高知県及び幡多管内の現状と課題

高知家は、いろんな家族で大家族。
高知家の健康

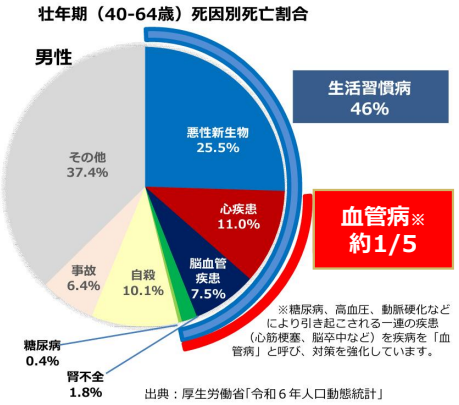
高知県の現状

◆壮年期（40～64歳）男性の死亡率は全国平均よりも高い状況であり、
死因別死亡割合においては、血管病が1/5を占めている。

壮年期（40～64歳）の年齢調整死亡率の推移

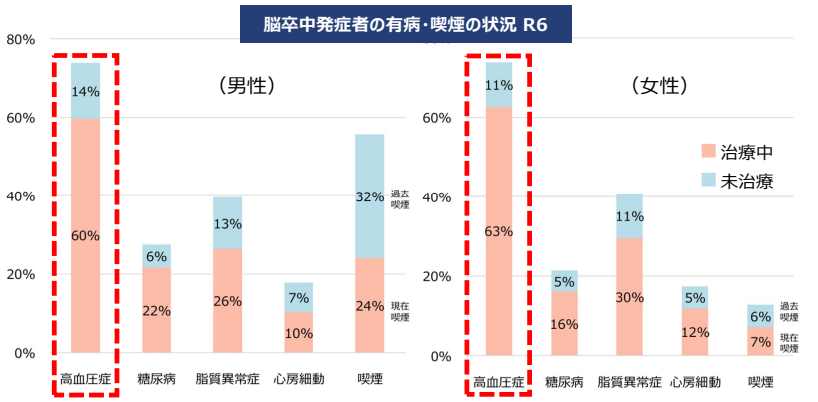


出典：人口動態調査と人口推計をもとに保健政策課で試算



出典：厚生労働省「令和６年人口動態統計」

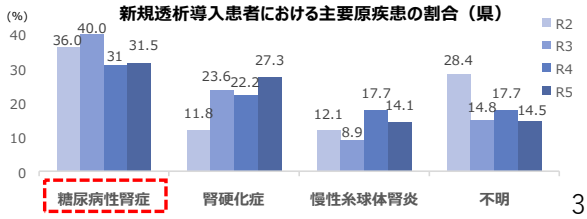
◆脳卒中発症者（初発患者）のうち、高血圧症有病者の割合は男女とも
74%と最も高く、未治療の者も一定数いる。



出典：令和６年高知県脳卒中患者実態調査

◆人口10万人あたりの慢性透析患者数は全国ワースト２位
◆新規透析導入患者のうち、約３割は糖尿病性腎症が原因

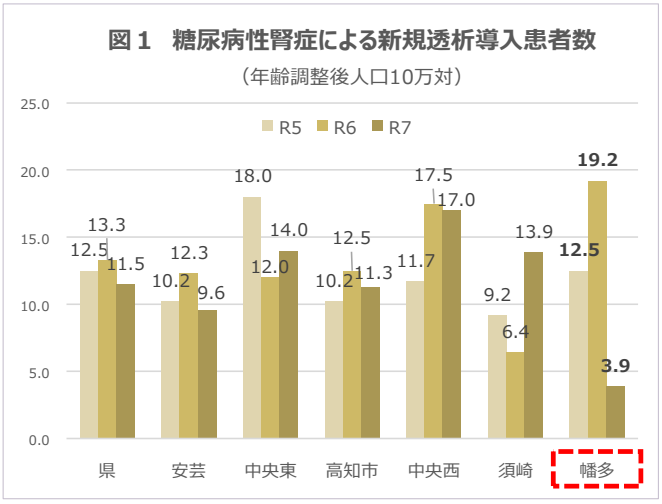
慢性透析患者	R2	R3	R4	R5	R6
県(10万人対)	373.1	379.8	380.3	377.9	375.8
全国(10万人対)	275.4	278.7	278.1	276.2	272.5
全国順位(降順)	**3位**	**3位**	**3位**	**2位**	**2位**



出典：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状」（患者調査による集計）
※データの無断使用禁止

幡多管内の状況

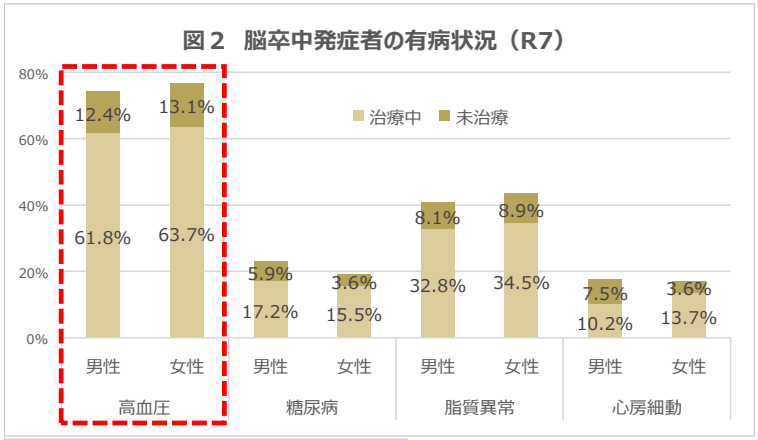
◆新規透析導入患者調査

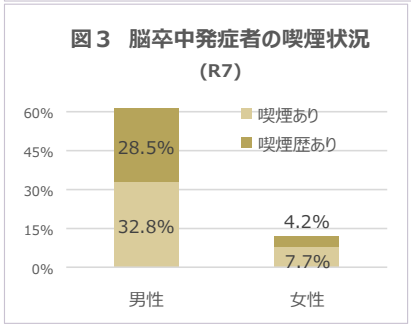


		R3	R4	R5	R6	R7
幡多	新規透析患者数	33	44	42	37	23
（実数）	うち、糖尿病性腎症によるもの	8	15	20	18	5
県	新規透析患者数	335	328	321	298	289
（実数）	うち、糖尿病性腎症によるもの	127	97	103	109	90

出典：高知県新規透析患者調査
※各年１月１日～12月31日までの期間で高知県内の透析医療機関へ調査したもので
あり、日本透析医学会の公表数値とは異なる

◆脳卒中患者実態調査（令和７年）





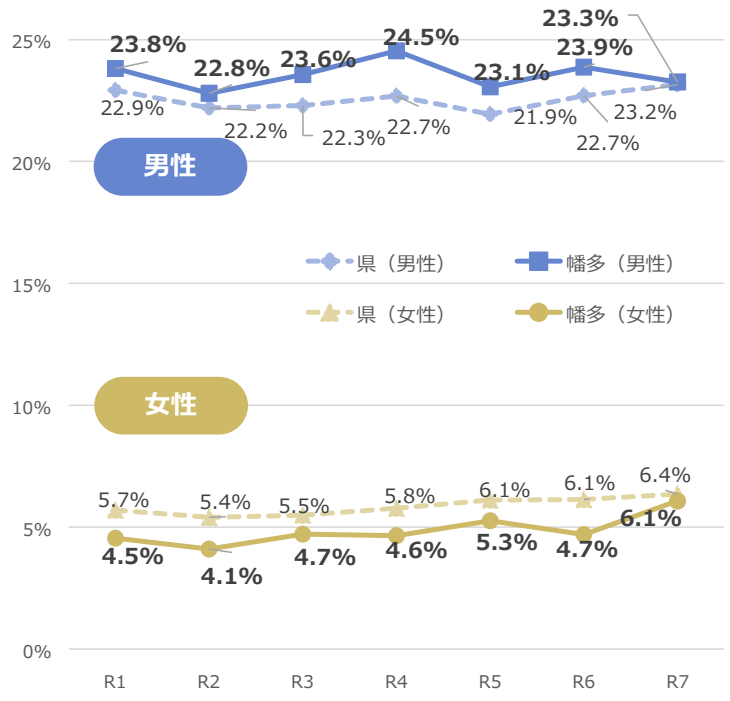
出典：高知県脳卒中患者実態調査

・管内の糖尿病性腎症による新規透析導入患者数はR7で減少したものの、R5,R6では他圏域よりも高い傾向であり引き続き対策が必要。
・脳卒中発症者の有病状況では、高血圧有病者の割合及び未治療者の割合は県同様に高い。
・脳卒中発症者の喫煙状況では、男性は喫煙歴あり又は現在の喫煙ありが６割以上を占めている。

生活習慣に関するデータ

◆喫煙率（40～64歳）

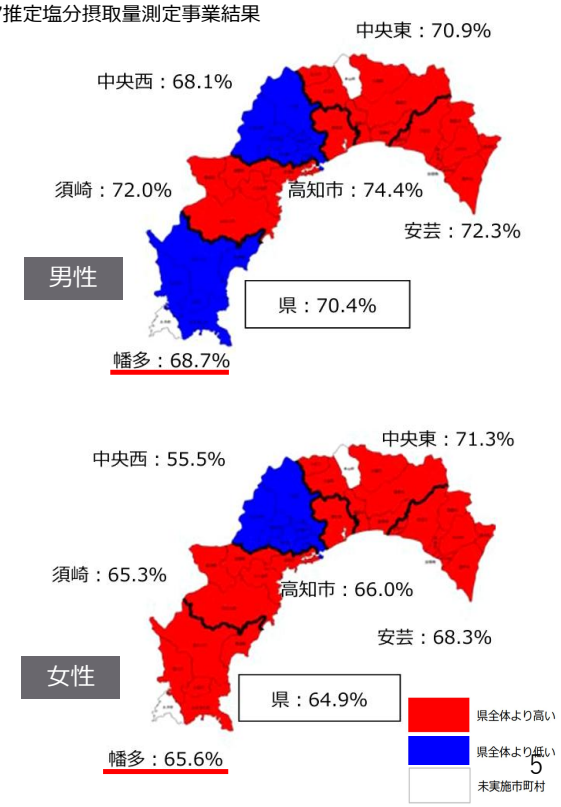
図４　喫煙率



出典：市町村国保特定健診結果（GIFKEN, FKAC）

図５　推定塩分摂取量8g/日以上の者の割合（40～64歳）

出典：R7推定塩分摂取量測定事業結果



生活習慣に関するデータ

図６　収縮期血圧130mmHg以上の者の割合

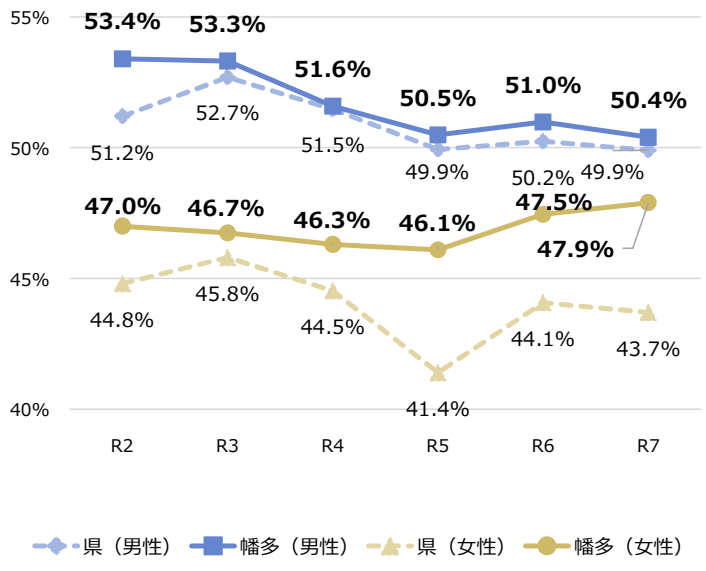
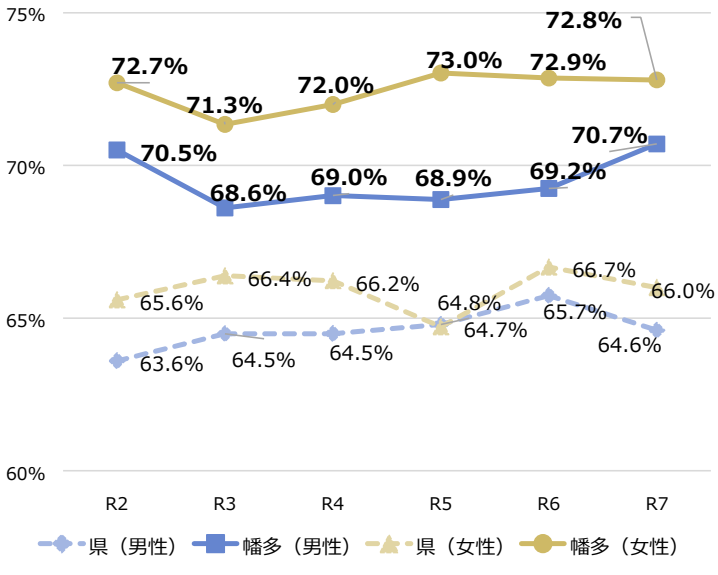


図７　HbA1c5.6%以上の者の割合



出典：市町村国保特定健診結果（GIFKEN, FKAC）

- 男性の喫煙率が高い。
- 推定塩分摂取量8g/日の者の割合が男性は約70%と高く、女性は県の割合を上回っている。
- 収縮期血圧130mmHg以上の者の割合が男女とも県よりも高く、男性では50%以上となっている。
- HbA1c5.6%以上の割合は、男女ともに県より高い状況が続いており、特に女性は高い値で推移している。

高知県の血管病対策

高知家は、いろんな家族で大家族。
高知家の健康

第５期　日本一の健康長寿県構想

- 高知県が目指す姿は、**「県民の誰もが住み慣れた地域で、健やかで心豊かに安心して暮らし続けることのできる高知県」**です。

- ４つの柱と数値目標

血管病重症化予防対策はここ！

Ⅰ　健康寿命の延伸に向けた意識醸成と行動変容の促進

健康寿命の延伸（R元→R９年）　男性71.63年→73.52年（1.89年以上の延伸）
女性76.32年→77.11年（0.79年以上の延伸）

Ⅱ　地域で支え合う医療・介護・福祉サービス提供体制の確立とﾈｯﾄﾜｰｸの強化

要介護３以上の方の在宅率（R4→R９）　43%→50%

Ⅲ　こどもまんなか社会の実現

①安心して「結婚」「妊娠・出産」「子育て」できるような社会になっている　（R4→R9）22%→50%
②出生数（R4→R9）　3,721人→4,200人

Ⅳ　高知地域共生社会の推進

孤独を感じる人の割合（R4→R9）　-（全国20.7%）→17%

血管病重症化予防対策の取組

血管病：糖尿病、高血圧、動脈硬化などにより引き起こされる一連の疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症など）

□ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（H30年１月策定、R8年3月改定）

プログラムⅠ：糖尿病の重症化リスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

プログラムⅡ：糖尿病治療中で重症化リスクの高い方への介入

・保険者が対象者を抽出

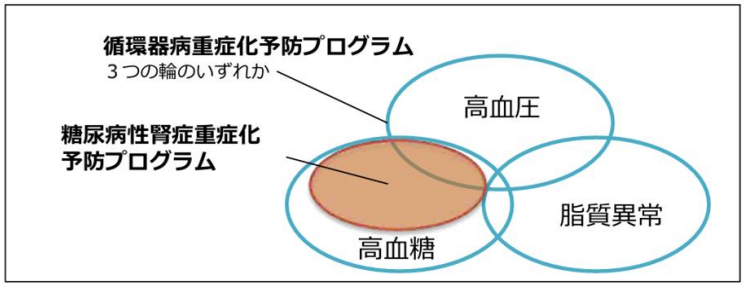
・医療機関が対象者を抽出（糖尿病性腎症透析予防強化プログラム）

R6.4月追加

□ 循環器病重症化予防プログラム（R8年3月策定）

循環器病の重症化リスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

対象者選定の関係性

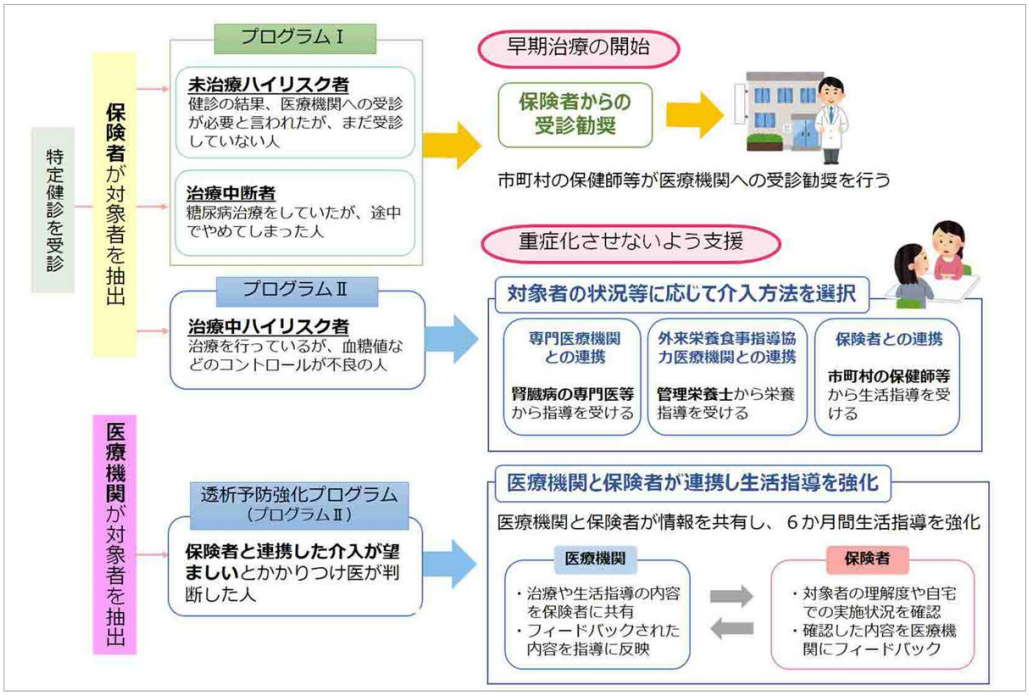


※　対象者が重複した場合は、原則として糖尿病性腎症重症化予防プログラムで介入

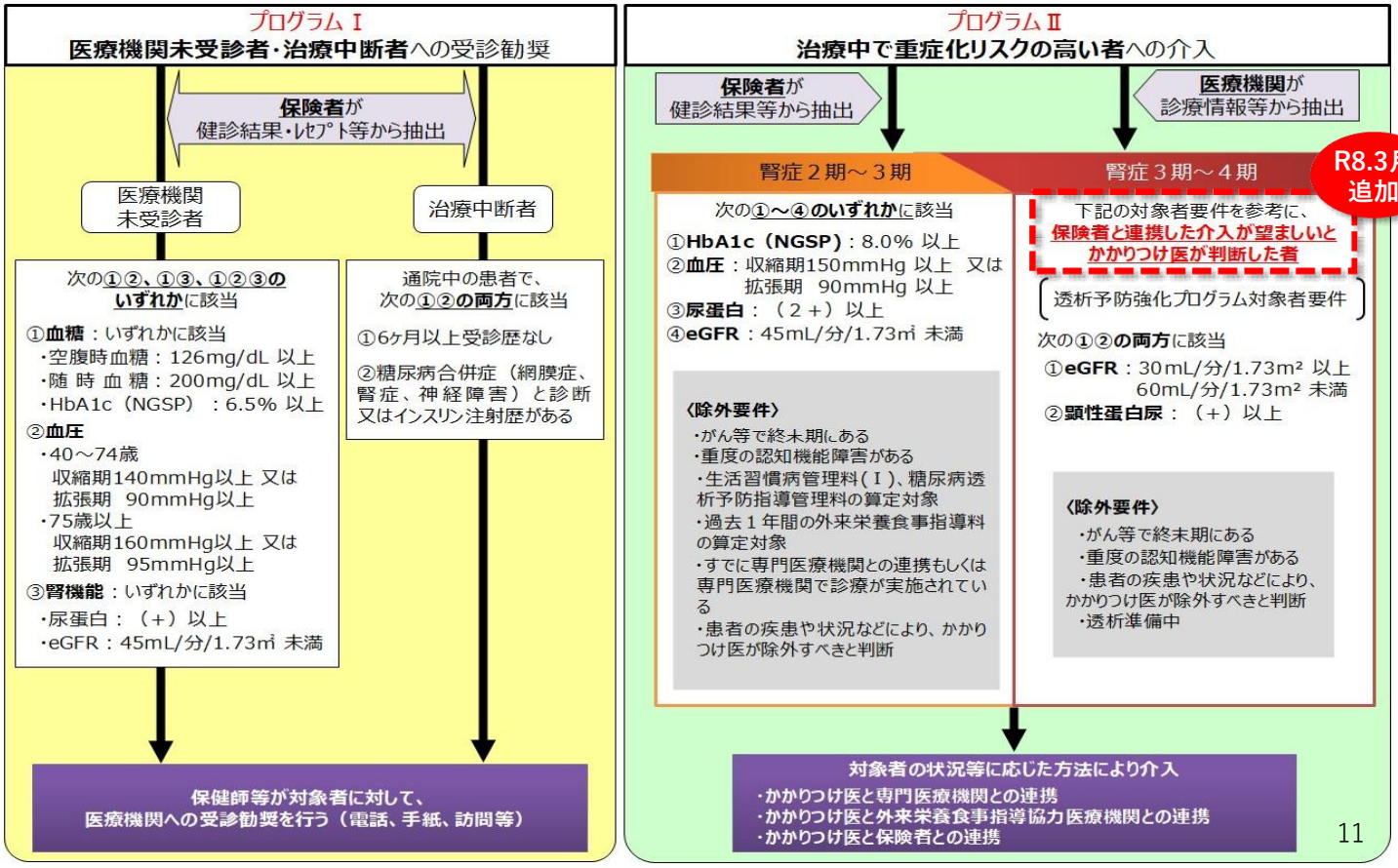
高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

目的　糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図る。

経過　平成28年４月：国が「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定
平成30年１月：高知県医師会・高知県糖尿病医療体制検討会議・高知県の３者で「高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定
令和８年３月：国のプログラム改定やこれまでの県内の課題を踏まえ、県版プログラムを改定



糖尿病性腎症重症化予防プログラム　体系図



11

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム（R8.3月改定）

※ 医療機関を中心に患者の抽出や生活指導を行うもの。

目　的　医療機関と保険者が連携して患者支援を行うことにより、透析導入時期の遅延を図る

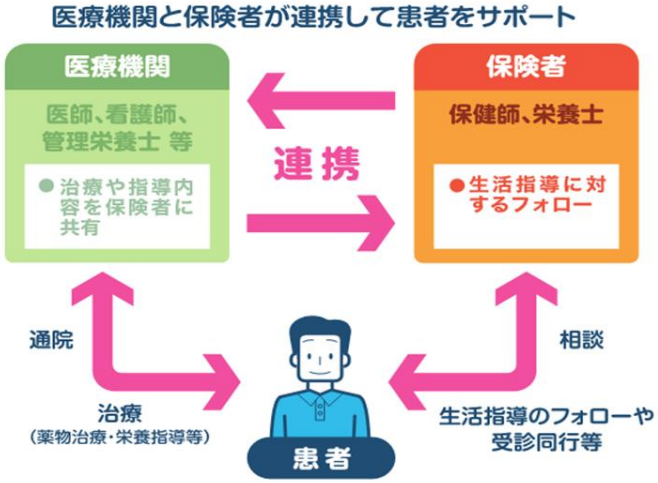
対　象　以下の要件を参考に、**２型糖尿病**または**糖尿病性腎症**の患者で、腎症の進展の恐れがあり、保険者との連携が望ましいとかかりつけ医が判断した者を対象者とする

①かつ②に該当する者

① eGFR 30ml/分/1.73m² 以上 60ml/分/1.73m² 未満

② 顕性蛋白尿（＋以上）が認められる者

概要図



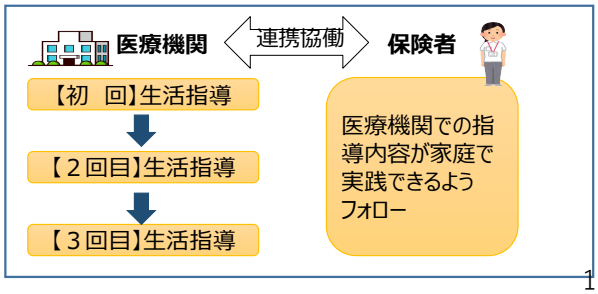
介入方法

●**腎保護療法**：概ね月1回の外来受診

●**生活指導の強化**

医療機関と保険者が連携し、１クール６か月間の生活指導を実施

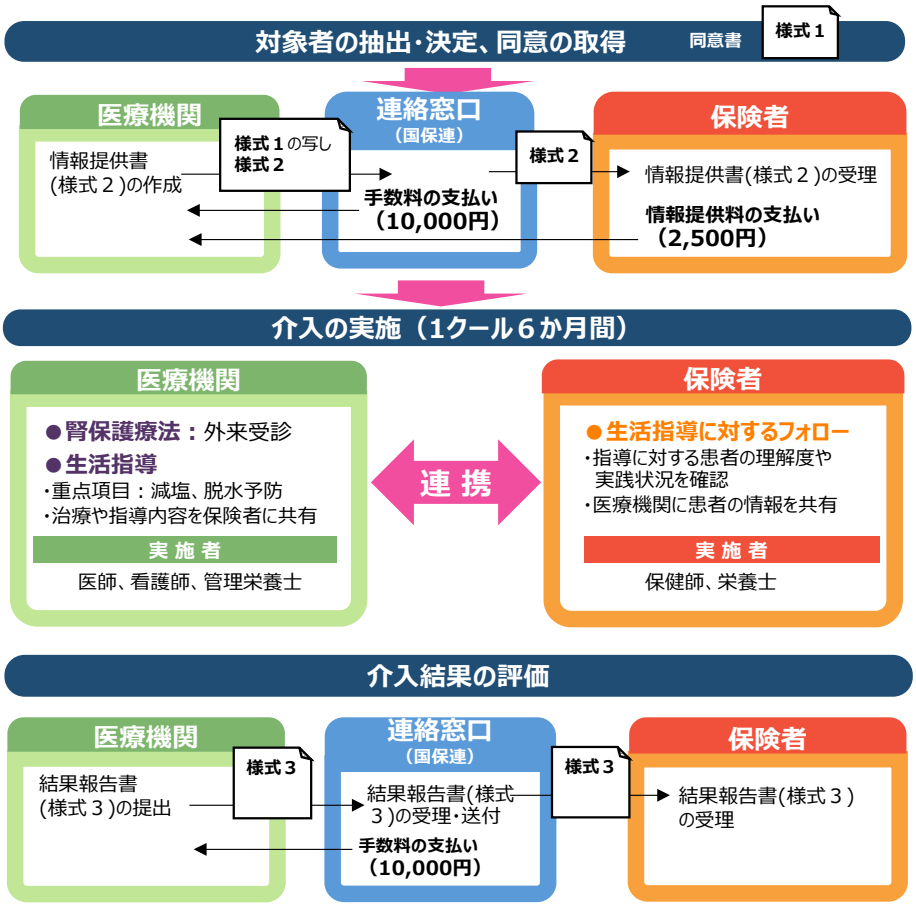
重点項目：減塩、脱水予防の徹底



12

透析予防強化プログラムの流れ

糖尿病性腎症重症化予防プログラム（別冊）P5



【介入開始に向けた手続き】

○医療機関が診療情報から介入対象者を抽出し、同意を取得後、保険者に提供するための情報提供書（様式２）と同意書（様式１）の写しを連絡窓口に提出する。

※書留郵便でお送りください。

○連絡窓口が、対象者の加入する医療保険者との調整等を行う。

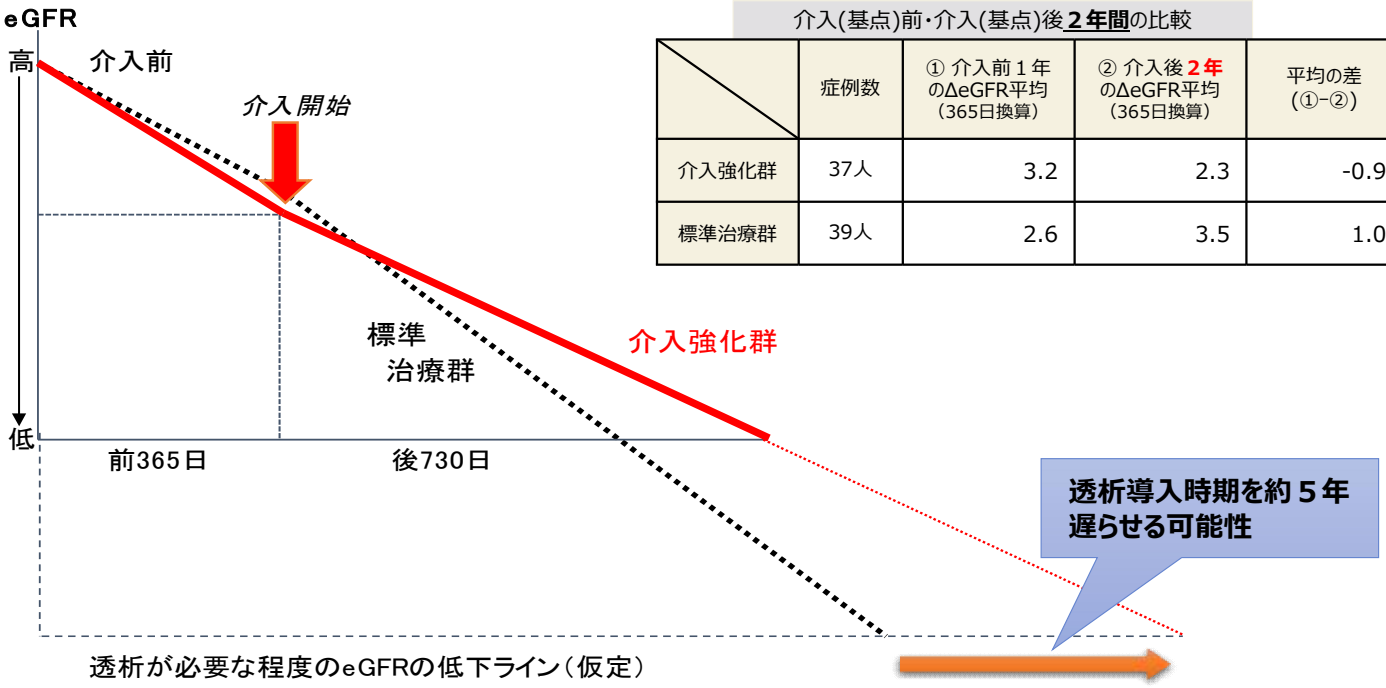
連絡窓口（様式の提出先）

〒780-8536　高知市丸ノ内２丁目６番５号
高知県国民健康保険団体連合会　別館
保険者支援課内

TEL：088-820-8415
FAX：088-820-8416

糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの効果（R2～R5事業評価）

➢ ①介入前(１年間)と介入後(２年間)のΔeGFR※の平均値を比較



介入(基点)前･介入(基点)後**２年間**の比較

	症例数	① 介入前１年のΔeGFR平均（365日換算）	② 介入後**２年**のΔeGFR平均（365日換算）	平均の差（①-②）
介入強化群	37人	3.2	2.3	-0.9
標準治療群	39人	2.6	3.5	1.0

【参考】高知県版循環器病重症化予防プログラムの概要（令和８年３月策定）

目　的：循環器病の重症化リスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者を医療につなげることで、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症及び再発を抑制し、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を図る。

概　要：高血圧、高血糖、脂質異常を有する医療機関未受診者及び脳血管疾患、虚血性心疾患を有する治療中断者に対して、保険者が受診勧奨を行う。

対象者：①**医療機関未受診者**

健診結果で以下のいずれかに該当した者で、かつ、健診受診後３か月以上経過しても医療機関を受診していない者

血　圧		血　糖		脂　質
収縮期	拡張期	空腹時血糖	HbA1c(NGSP値)	LDLコレステロール
160mmHg以上	100mmHg以上	126mg/dL以上	6.5%以上	180mg/dL以上

※ 上記基準の該当者のうち、次の（ア）または（イ）に該当する者は、<u>よりリスクが高い者</u>とする。
（ア）上の「血圧」、「血糖」、「脂質」に２つ以上該当する者
（イ）以下のいずれかに該当する者

血　圧		血　糖	
収縮期	拡張期	空腹時血糖	HbA1c(NGSP値)
180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dL以上	8.4%以上

②**治療中断者**

脳血管疾患、虚血性心疾患で通院中で、かつ、スタチンまたは抗血小板薬の処方がある者のうち、6か月以上医療機関を受診していない者

実施方法：保険者が対象者に対して、通知物等を活用した効果的な受診勧奨を行う。

【医療機関未受診者】



【医療機関未受診者のうち、よりリスクが高い者】



【治療中断者】



15

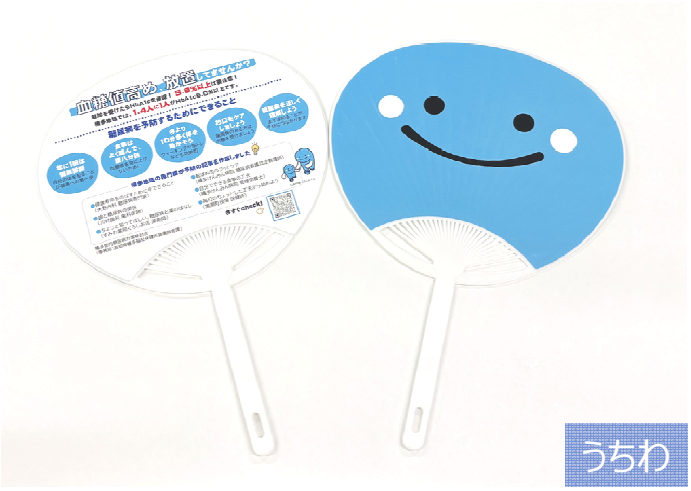
幡多管内の取組

高知家は、いろんな家族で大家族。
高知家の健康

16

幡多管内の取組　健康イベントでの啓発（血糖測定ブース、資材の作成・配布）

「健康フェスタinフジグラン四万十（R8.9.6開催）」にて血糖測定及び啓発資材の配布を行いました！
血糖測定には150名以上が参加され、ご自身の血糖値について考えていただきました。





三つ折りリーフレットはホームページからダウンロードできます。　（https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2025090400040/）

幡多管内の取組　世界糖尿病デーブルーライトアップ

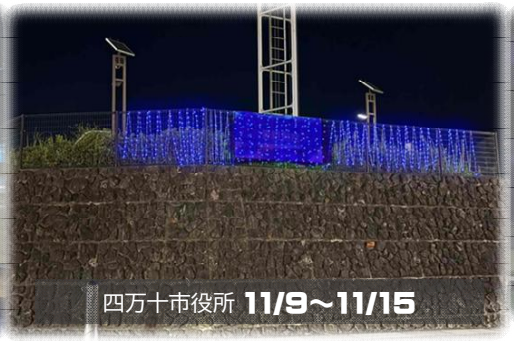
幡多地域でも、世界糖尿病デー（11月14日）にあわせて、各所でブルーライトアップを行い、ホームページやSNSなどで周知・啓発を行いました！













幡多管内の取組

糖尿病啓発記事（令和７年度幡多地域糖尿病対策検討会作成）

検討会委員である管内の**医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師**が糖尿病啓発記事を作成しました。

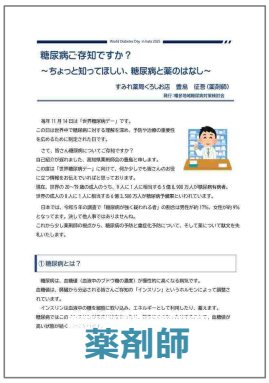
患者さんや地域の方への配布や指導等にご活用ください！

ホームページをcheck！

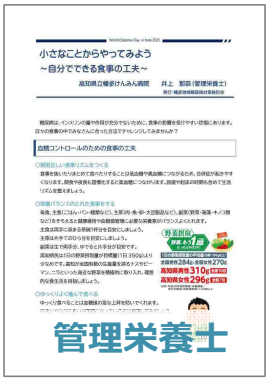
https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2025090400040/

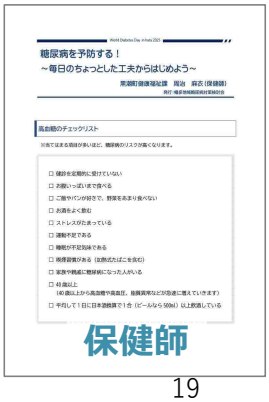












血管病重症化予防へのご協力のお願い

◆**糖尿病性腎症透析予防強化プログラム**
実施機関拡大に向けて、患者の選定等、前向きにご検討をお願いします。

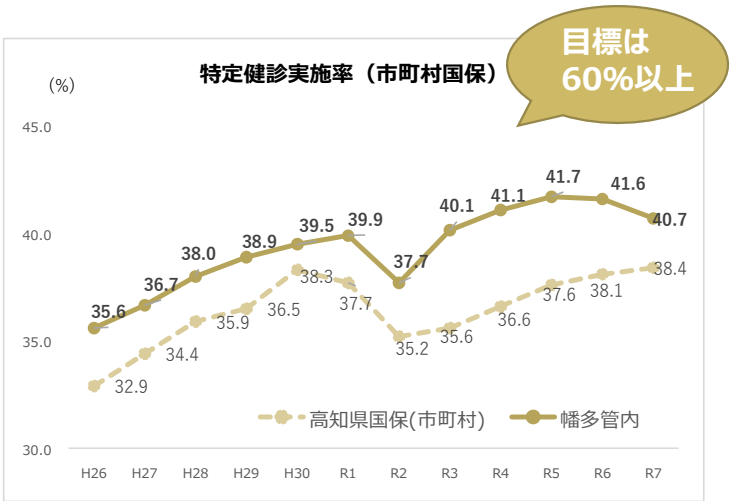
◆その他、ご不明な点があれば下記の連絡窓口までお問い合わせください。

市町村等	担当課	電話番号
宿毛市	健康推進課	0880-62-1235
土佐清水市	健康推進課	0880-87-9023
四万十市	健康推進課	0880-34-1115
大月町	健康福祉課	0880-73-1365
三原村	住民課	0880-46-2111
黒潮町	健康福祉課	0880-43-2836
幡多福祉保健所	健康障害課	0880-34-5120
高知県	保健政策課	088-823-9648

特定健診受診へのご協力のお願い

◆特定健診等による検査結果がなければ、健康状態を把握することができず、プログラムの対象者から抜け落ちてしまうことがあります。

◆皆様からの一声が、住民の方の健診受診への一歩に繋がりますので、ぜひご協力をお願いいたします。



出典：法定報告

参考

- 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム
  https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2020042800060/

- 別冊　透析予防強化プログラム
  https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2023062900130/

- 高知県循環器病重症化予防プログラム
  https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2026030800067/

資料2

Health check up

健診結果を「受け取る」から「活かす」へ

― 血管病を予防するために、医療者ができること ―

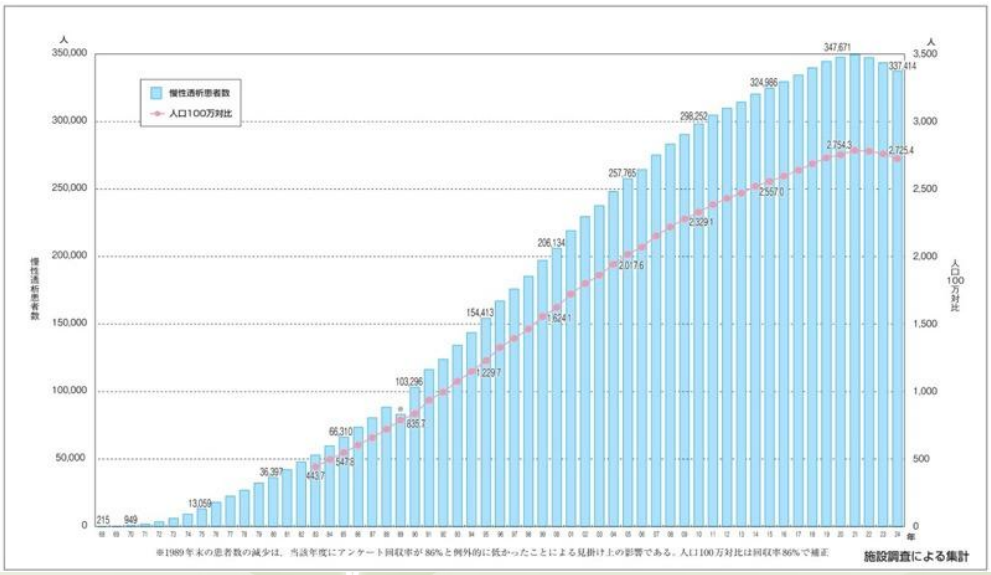
高知県立幡多けんみん病院 前院長
はたまるパートナーズ 代表理事
循環器内科　矢部　敏和

令和８年度幡多管内 血管病重症化予防対策研修会 2026.11.16

SlidesCorner.com

慢性透析患者数の推移

1968-2024年



2024年 新規導入
36,404人

導入患者の平均年齢
71.69歳

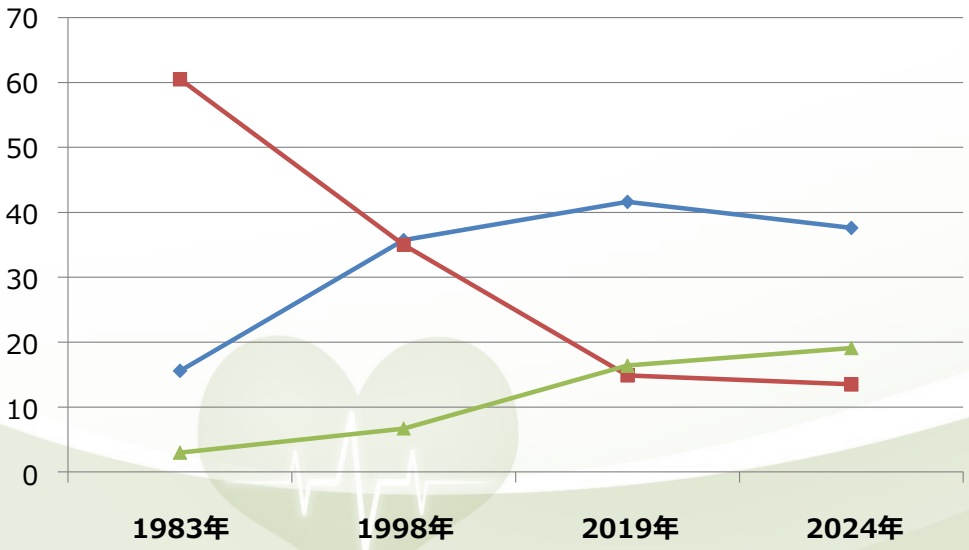
最多の原因疾患
糖尿病性腎症

一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2024年12月31日現在）

SlidesCorner.com

透析導入の原因疾患は、大きく入れ替わった

導入患者に占める主な原疾患の割合（%）



1983年
慢性糸球体腎炎 60.5%

1998年
糖尿病性腎症が首位に

2024年
腎硬化症 19.1% 第2位に

出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」補足表17、2019年報告

原因疾患の変化が示す、これからの腎臓病予防

糖尿病性腎症

血糖管理だけでなく、
血圧・脂質・肥満を
総合的に管理

腎硬化症

高血圧の早期発見と
家庭血圧に基づく
継続的な治療

慢性糸球体腎炎

尿蛋白・血尿・eGFRを
健診で拾い上げ、
早期に腎臓専門医へ

**透析導入を減らす鍵は、CKDを早期に発見し、
進行リスクを長期に管理すること。**

SlidesCorner.com

糖尿病性腎症重症化予防かつ血管病予防のためには、

血糖管理
糖尿病合併症の基本

HbA1c・低血糖
腎機能に応じた薬剤選択

血圧管理
脳卒中・心不全・腎障害

診察室＋家庭血圧
個別の目標で継続管理

脂質管理
心筋梗塞・脳梗塞

LDL-C・non-HDL-C
リスクに応じて治療

血糖・血圧・脂質を同時に診る

SlidesCorner.com

血圧管理の重要性：UKPDS 38

高血圧を合併した2型糖尿病患者を対象とした無作為化比較試験

追跡中の平均血圧　144/82 mmHg　vs　154/87 mmHg

厳格な血圧管理によるリスク低下

相対リスク減少（%）

心不全	56%	P=0.0043
脳卒中	44%	P=0.013
細小血管合併症	37%	P=0.0092
糖尿病関連死亡	32%	P=0.019

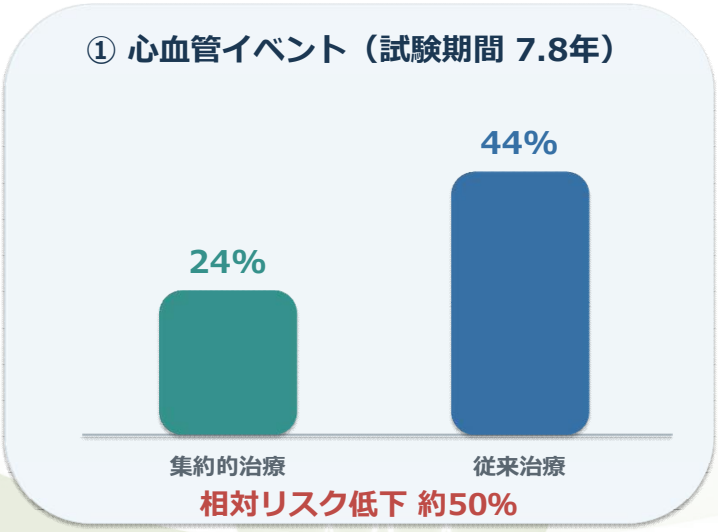
血圧を約10/5 mmHg下げることで、脳卒中・心不全・細小血管合併症のリスクが有意に低下

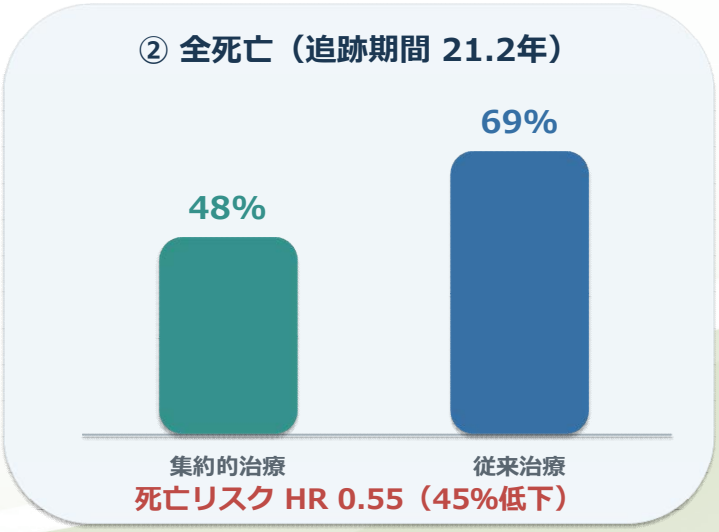
UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ. 1998;317:703–713.

SlidesCorner.com

Steno-2試験：危険因子をまとめて治療すると予後が改善

2型糖尿病＋微量アルブミン尿の患者160人を対象とした多因子介入試験

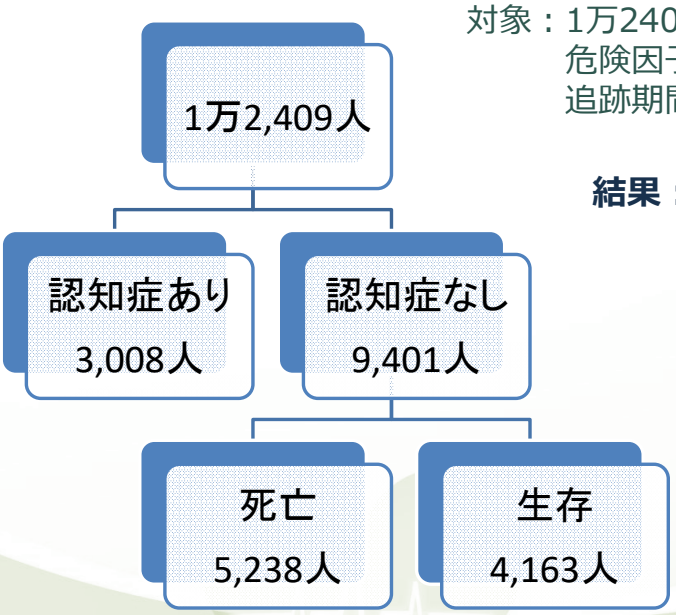




7.8年間の集約的介入で、心血管イベントを50%抑制。長期追跡では生存期間が7.9年延長

Gaede P, et al. N Engl J Med. 2008;358:580–591.

認知症のない期間：高血圧・糖尿病・喫煙の３因子複合で13年短縮



対象：1万2409人（56歳、女 56%、認知症がない）
危険因子(高血圧、糖尿病、喫煙)保有が0～3群で比較
追跡期間中央値：26.3年

結果：① 認知症のない死亡率　5.6倍(因子3 対 因子0)
② 認知症発症率　2.7倍(因子3 対 因子0)
③ 認知症のない生存期間
危険因子0：30.1年
危険因子1：26.3年
危険因子2：21.0年
危険因子3：17.5年　（最大12.6年短縮）

複数危険因子保有は、認知症になる確率2.7倍、罹患までの期間は12,6年短縮する

Jiaqi Hu , et al. Neurol Open Access 2026;2:e000152.doi:10.1212/WN9.0000000000000152

血管病重症化予防：医療者ができること

① 高血圧を識る

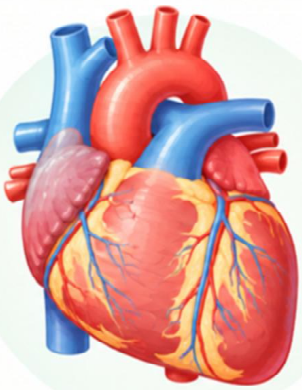
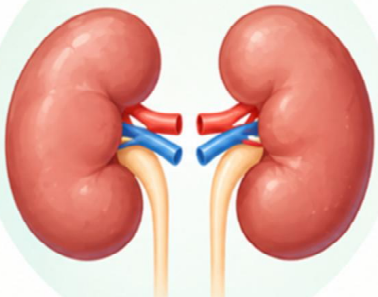


② 聞き方・言い方・伝え方

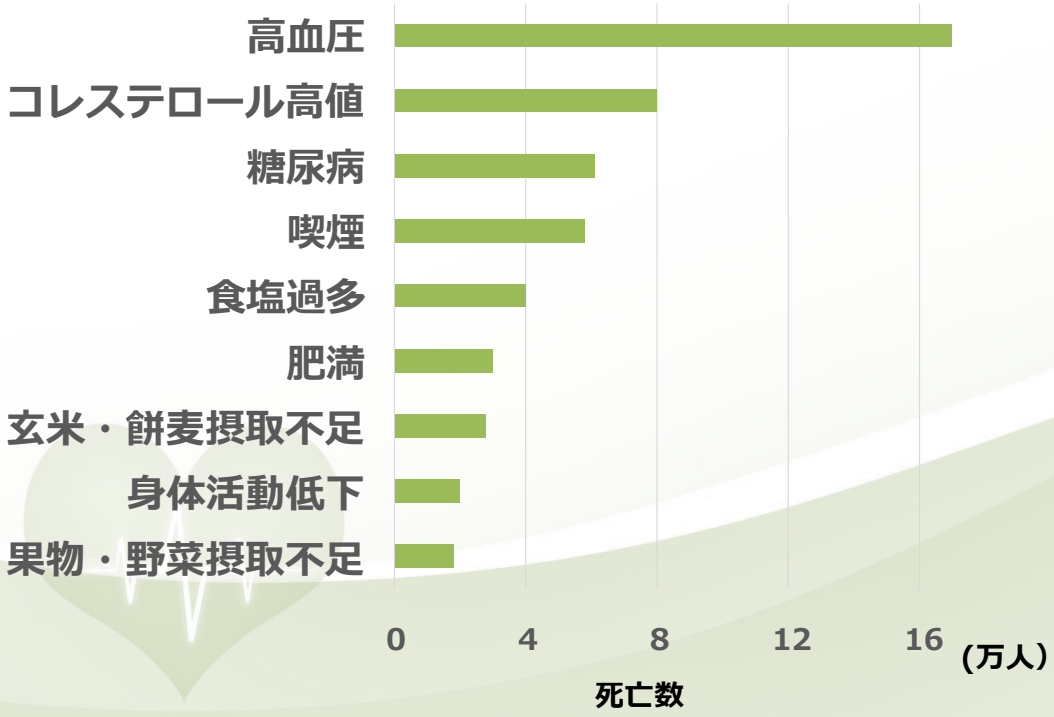


行動変容



高血圧	脂質異常 高血圧	糖尿病 高血圧
		
脳	心臓	腎臓
脳卒中・認知機能への影響	心筋梗塞・心不全	腎機能低下・慢性腎臓病

脳心血管病死亡数に対する危険因子　（2019年、男女合計）



Nomura S et al.: Lancet Reg Health West Pac., 21, 100377, 2022.

高血圧の基準は？　（病院での血圧）

120 mmHg	130 mmHg	140 mmHg	160 mmHg
正常	治療目標	高血圧	かなり高い 上の血圧 （収縮期血圧）

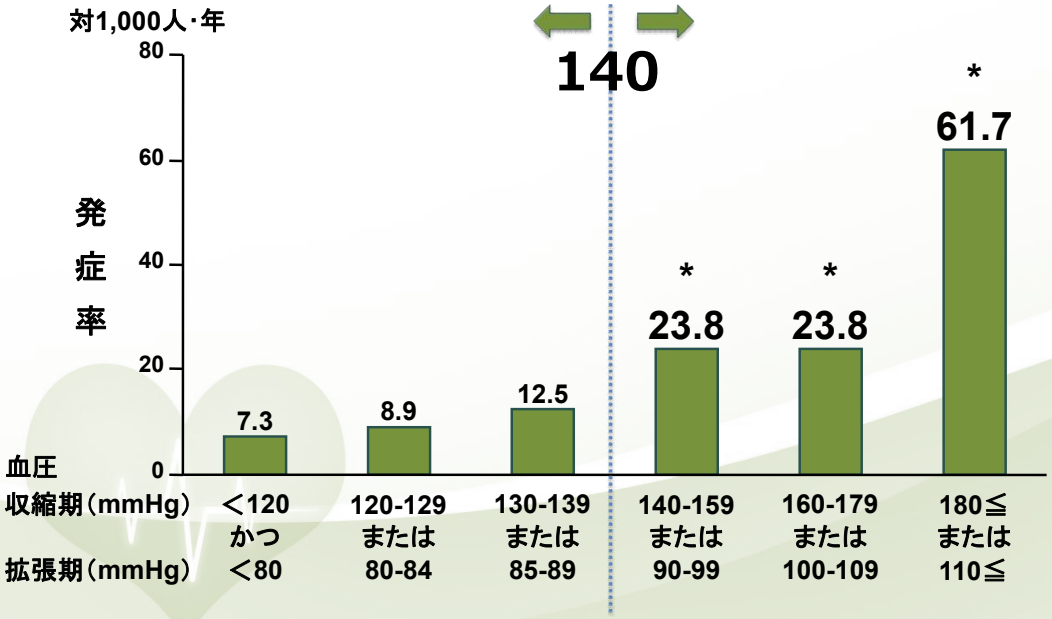
※ 1回の値だけで判断せず、家庭での血圧を継続して確認しましょう。

日本高血圧学会「高血圧管理・治療ガイドライン2025」等を参考に作成

SlidesCorner.com

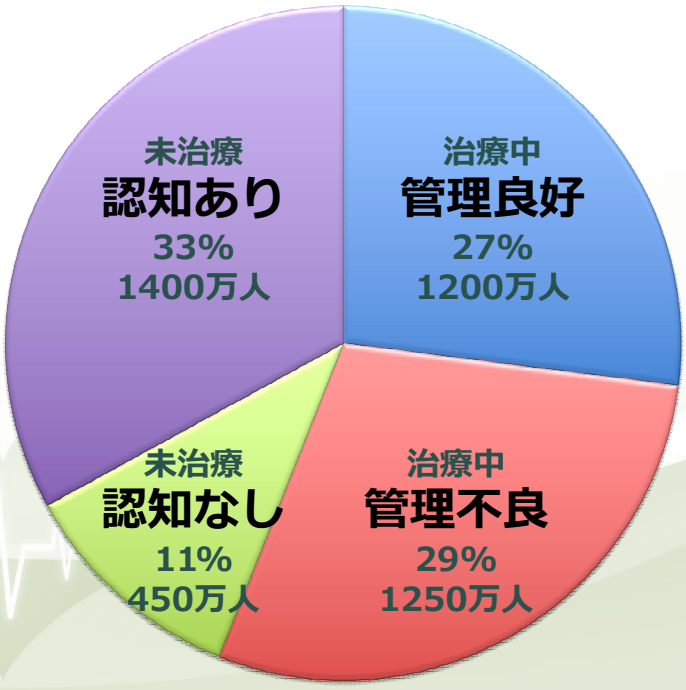
血圧値別の脳卒中発症率

久山町第1集団、60歳以上の男女、580名、追跡32年、性・年齢調整



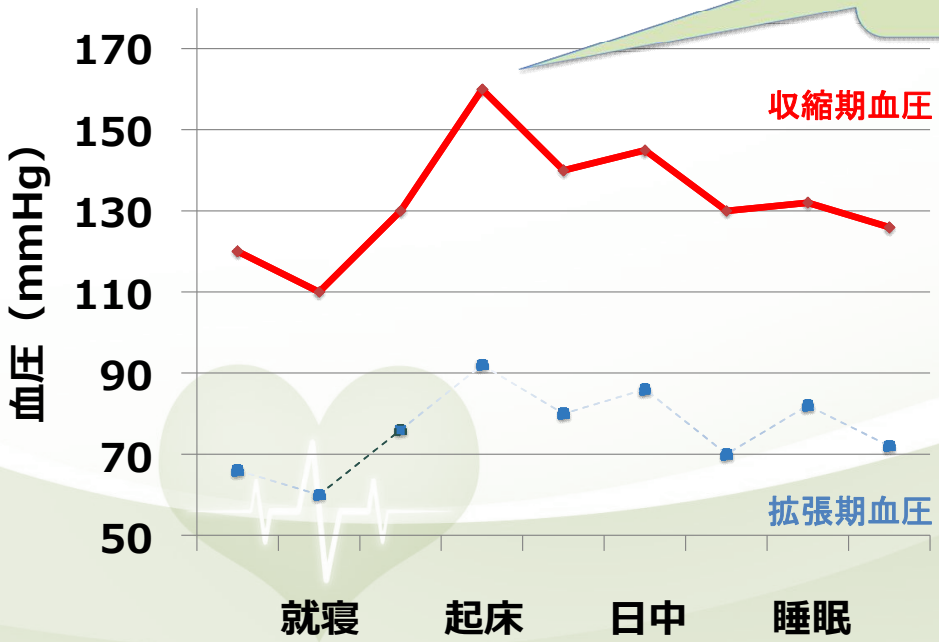
Arima H et al.: Arch Intrn Med, 163, 361-366, 2003.

高血圧有病者 4300万人：管理状況（2017年）



高血圧患者の血圧日内変動

起床時(直後ではない)
将来の死亡に関係する



起床時
起床前後で上昇
起床前から上昇

日中
活動・ストレス
で変動が激しい

夜間
睡眠中10～20%
低下

血圧管理のカギは、「家庭」にあります

病院での血圧



- 環境の影響を受けやすい（緊張、白衣高血圧など）
- 一時的な血圧の上昇が起こりやすい
- 実際の生活での血圧を反映しにくい

病院での血圧は
「その時の血圧」

家庭での血圧



- リラックスした環境で測定できる
- 日常の血圧変動を把握できる
- 高血圧の早期発見や治療効果の判定に役立つ

家庭での血圧は
「いつもの血圧」

正しい家庭血圧の測り方



起床・トイレ後
朝食前・服薬前



1～2分安静
背もたれ・足床



上腕式血圧計
腕を心臓の高さ



朝・(晩) 記録
1機会に2回
平均で見る

ポイント：1回の数字より「毎日の傾向」を見ましょう

血圧は変動する



血圧が高くなるのは　　「1回の測定値で、一喜一憂しない」

- ✓ 朝　　冬　　高齢
- ✓ 頭痛　頭重感　肩こり　など調子の悪い時
- ✓ 熱いお風呂（42℃以上）
- ✓ 激しい運動　　喫煙　　過度の飲酒　　ストレス
- ✓ 排尿・排便　　睡眠不足　　薬飲む前
- ✓ 塩分多い食事　（※ 塩分に限らず、食後は下がる）
- ✓ 手首測定　　利き腕　　厚着

高血圧対策は「特別なこと」ではありません

- 測る　家庭血圧を知る
- 減らす　食塩を少し減らす
- 動く　歩く時間を少し増やす
- 整える　体重・睡眠・飲酒を見直す

そして必要なら「薬で下げる」ことも大切です。

血圧の薬は、一度飲んだら一生やめられない？

実際は、そうではありません

血圧の薬は、血圧を下げて
心臓や血管を守るための「お守り」です。


心臓の負担を減らす


血管を守る


脳の血管トラブルを防ぐ

血圧が安定すれば、
薬でコントロールする必要がなくなることもあります。

薬は、ずっと飲み続けるものではありません

- 血圧は、生活習慣（食事・運動・体重管理・禁煙など）で改善することができます。
- 血圧が安定し、リスクが下がれば、医師と相談のうえで、薬を減らす・中止することができる場合もあります。



まずは「減塩」

食塩摂取目標(高血圧)

6g未満/日

一般の目標は、

男性：7.5g未満 /日
女性：6.5g未満 /日

今日からできる3つ

1. 汁物は全部飲まない
2. 麺類の汁は残す
3. しょうゆ・ソースは「かける」より「つける」

「完璧な減塩」より「毎日少し減らす」

「見えない塩」に気をつける

麺類	漬物	加工食品	調味料
汁に塩分が多い	少量でも塩分が多い	ハム・ソーセージなど	しょうゆ・味噌・ソース

味が濃いものだけが問題ではありません

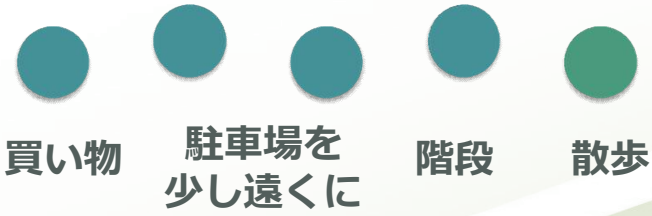
食品表示の「**食塩相当量**」を見る習慣

まずは、量を少し減らすこと → 続けやすい

運動は「頑張りすぎない」

＋10分

いつもの生活に
歩く時間を10分プラス



運動を特別な予定にしなくて大丈夫

まずは、日常の歩く時間を増やしましょう

生活習慣の改善で、血圧は10～20mmHg下がる

減塩6g/日	•6～8mmHg低下
5Kg減量	•5～6mmHg低下
有酸素運動	•4～8mmHg低下
野菜・カリウム摂取	•5～8mmHg低下
節酒	•3～5mmHg低下



行動変容を支える：我々ができること

① 「受診するように伝えた。あとは本人の責任だ」ではない
受診しない住民を責めない
住民が変わることを求める前に、私たちの関わり方を変える

② 受診しない背景を理解し、支援する
具体的、自分事、現実的

③ 「正しさ」だけでは、人は動かない
「正しさ」よりも「優しさ」が欲しい by Official髭男dism

「住民の自己責任」という考え方を変える

従来の考え方

「受診するように伝えた。来ないのは本人の責任だ」

受診勧奨を伝えた時点で、支援が終わってしまう。

「なぜ受診しないのか。どうすれば受診できるのか」

本人の事情を理解し、受診の障壁を取り除くために
医療機関・保健所・市町村が協力する

SlidesCorner.com

自己決定の尊重と、自己責任への押しつけは違う

本人の自己決定を尊重する

- 本人の意思や価値観を聞く
- 十分な情報をわかりやすく伝える
- 本人が選べる方法を一緒に探す

本人だけに責任を負わせる

- 事情を聞かずに結論づける
- 支援の機会を閉じてしまう
- 結果として行動につながりにくい

医療者には、専門的な知識を持つ者として、病気のリスクを伝えるだけでなく、住民が理解し、納得し、行動できるように支援する役割がある（一緒に考える）

受診しない背景：4つの視点

健康・心理

症状ない／危機感薄い→元気だから大丈夫
将来のリスクが実感できない→
脳卒中・心筋梗塞が自分ごとにならない

病気・治療への不安

薬の抵抗→飲み始めたら一生やめられない？
副作用が心配
検査が怖い

生活上の制約

受診面倒→仕事・家事忙しい／休み取れない
費用が心配／交通手段がない

情報不足

数値の意味が不明→去年も悪かった
受診先が不明
手続きが難しい

受診しない理由は一つではない。まず、個々の背景を知る

SlidesCorner.com

「受診しない背景」を理解し、まず聞くことが、最初の介入

症状がない	→ 無症状でも進む病気を説明
リスクを自分事にできない	→ 具体的な%を提示する
病気と言われるのが怖い	→ 「確認するための受診」と伝える
薬が怖い	→ 薬の必要性は診察後に判断すると説明
時間がない	→ 予約しやすい医療機関を案内
受診先がわからない	→ 受診先を具体的に提示

「なぜ？」を丁寧に聞くことで、支援の方向性が決まります

SlidesCorner.com

保健所職員なら、住民にどう声をかけるか

1. **まず聞く**　「健診結果を見て、どう感じたか？」
2. **理由を探る**　「受診を勧められても、行きにくい事情はあるか？」
3. **意味を伝える**　「症状がなくても、早めの確認が将来の病気を防ぐ」
4. **一緒に具体化**　「いつ、どこなら受診できそうか、一緒に考える」

受診勧奨は、説得ではなく対話から始まります。

SlidesCorner.com

「受診して下さい」では、人は動かない

具体的なリスクを伝える

↓

行動変容の鍵 ①
脳梗塞、心筋梗塞、何%
以前の病気、家族の病気

自分事化する

「まず一度、受診してみよう」

↓

行動変容の鍵 ②
受診のハードルを下げる
具体的な次の一歩

人は「何をすればよいか」が明確になるほど動きやすい

SlidesCorner.com

保健所・自治体・医療機関が一緒に取り組むこと

1. **リスクに応じた受診勧奨**
   特定保健指導（動機づけ支援、積極的支援）
2. **未受診者への再アプローチ**
   面談や電話で受診できない理由を確認する
3. **受診のハードルを下げる**
   受診先の紹介、予約方法、診療時間や交通手段の相談
4. **結果を振り返る**
   受診勧奨件数よりも、実際の受診状況や課題を評価する
5. **保健所と医療機関の連携（地域連携）:仕組みづくり**
   適切な情報共有の手続きを踏まえる

SlidesCorner.com

パターナリズム

家父長主義、父権主義



強い立場にある者が弱い立場の者の意思に反して、
弱い立場の者の利益になるという理由（思い込み）から、
その行動に介入したり、勧奨したりすること

SlidesCorner.com

説明と同意：医師と患者関係の変化

パターナリズム → IC (Informed Consent) → SDM (Shared Decision Making)

パターナリズム	IC (Informed Consent)	SDM (Shared Decision Making)
医師が情報を持ち、医師が決める	患者が情報をもらい、患者が決める	医師と患者が情報を共有し、決定も共有する
		
オレが決める型	患者が決める型	共有型

- ✓ 「正しいですよ」だけでは、人は動かない　ことがある
- ✓ 黄金律（ｺﾞｰﾙﾃﾞﾝﾙｰﾙ）は、もはや存在しない

イエス・キリスト　自分がしてもらいたいと思うことは何でも、あなた方も人にしなさい
「マタイによる福音書」 7章12節

孔子　己の欲せざるところ、他に施すなかれ
「論語」

価値観の違い
人生、生と死　などの考え方の違い
超高齢社会、情報過多の時代、個人主義

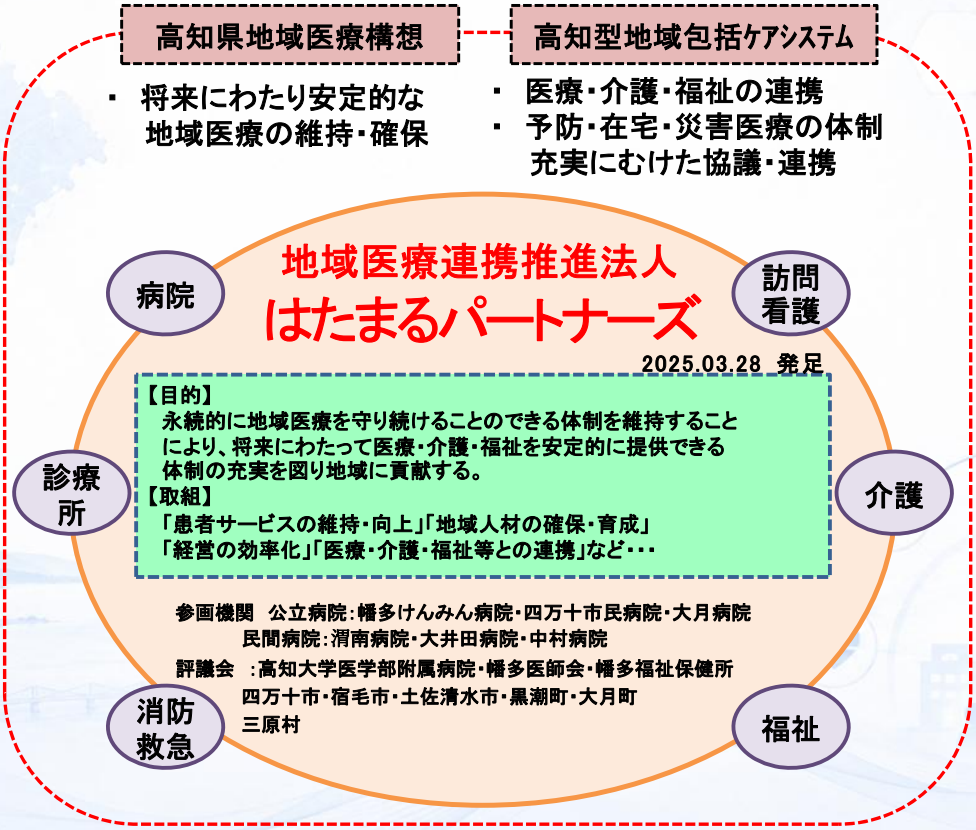
なぜ、なぜ、と根拠を示しても、理解しようとしない人がいる

まとめ

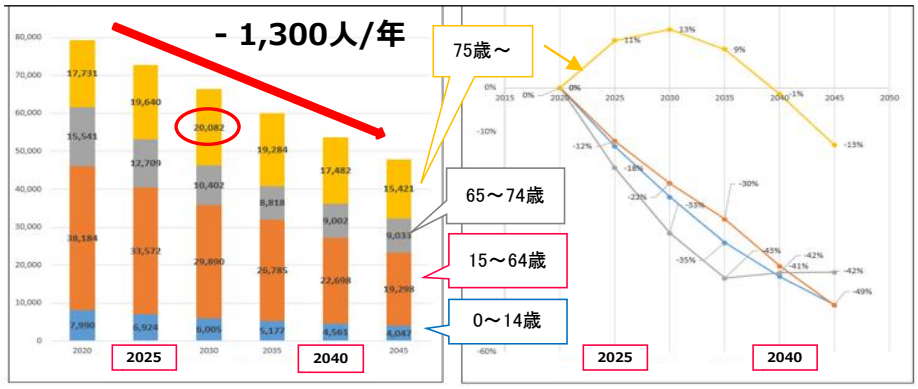
1. 検診後の行動変容には、住民の理解と医療者の支援が不可欠
   医療者が支援するためには、病気の知識が必要
2. 受診しない理由を理解し、具体的な支援を行う
   一緒に方法を考える
3. 住民を責めず、受診を勧めて終わりではなく、受診につながるまで支える
4. 保健所・医療機関・自治体が連携して取り組む（地域の医療）

健診結果を「受け取る」から「活かす」へ

SlidesCorner.com



年齢別人口推移　　年齢別医療需要



1　高齢者（複数疾病を抱える、社会的背景の違い、多様性）の増加
　　医療機関の機能・役割分担と、在宅・介護までスムースな連携
2　生産年齢人口減少、医療従事者の不足
　　人材育成・相互派遣等による人材確保、効率的な医療提供

地域の医療提供体制を維持するためには、
「競争ではなく、協調で取り組むべき！」

地域住民の願いである
「住み慣れた場所でいつまでも暮らし続けられる」
地域にしたい

地域医療連携推進法人『はたまるパートナーズ』は
「競争ではなく、共に創りあげる地域」をめざし、
「強制ではなく、共に声をかけあうパートナー」として
「ヒト・モノ・コトをつなげていきたい」　と思います

地域医療連携推進法人はたまるパートナーズ
HATAMARU
partners

資料３

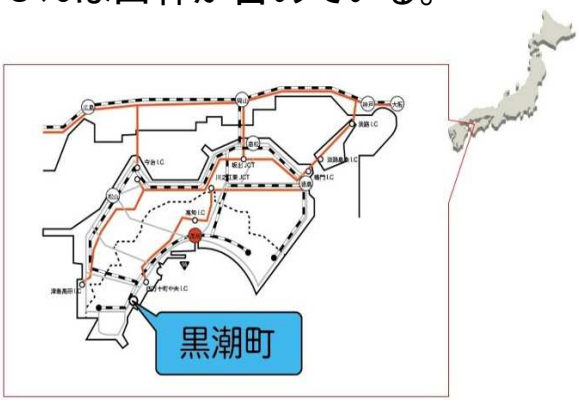
糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び循環器病重症化予防プログラムの取組報告

令和8年11月16日(月)
黒潮町健康福祉課保健衛生係
保健師　山地阿佑美

黒潮町

黒潮町は、四国、高知県の西部、幡多地区の東部に位置する、
平成18年に旧佐賀町、旧大方町が合併してできた町で、
東は四万十町、西は四万十市に接し、高知市から西へ約100㎞のところにある。
北東から南西にかけ細長く広がる地形で、南西部に太平洋(土佐湾)を望む町。
総面積は188．47㎢で、そのうち79．5%は山林が占めている。

＜令和8年10月31日現在＞
人口　9,525人
うち　65歳以上　4,506人
高齢化率　　47.3%



黒潮町の重症化予防への取組

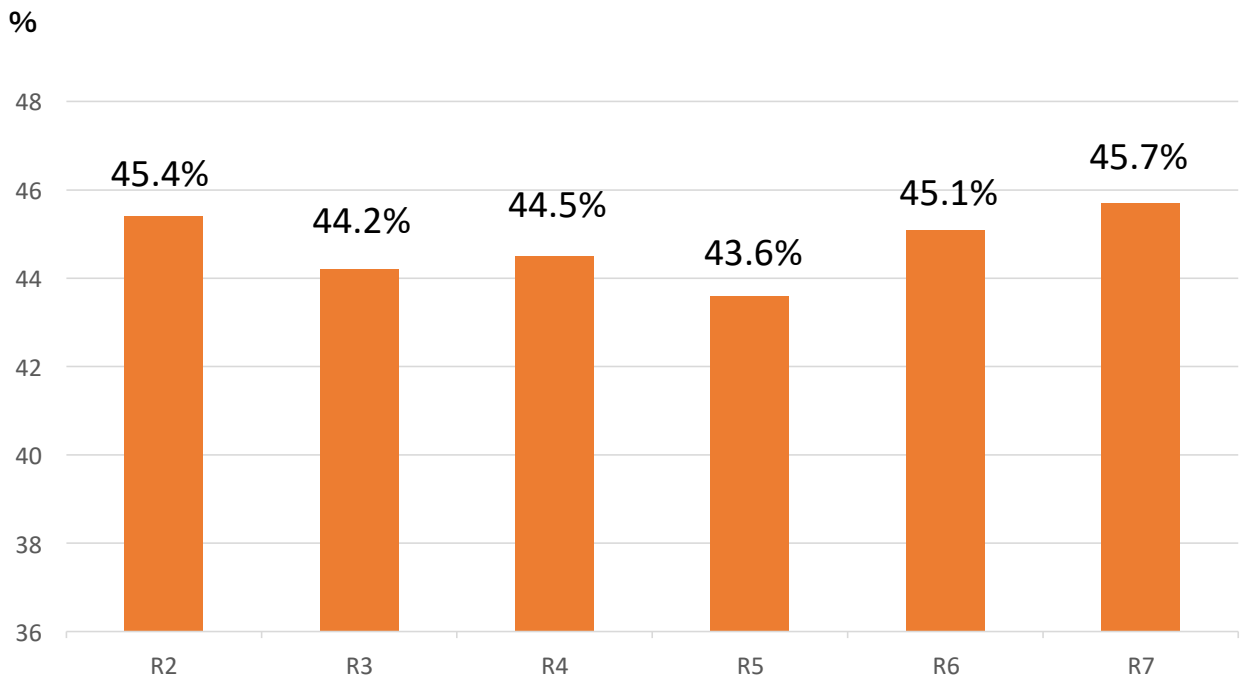
生活習慣病の発症・進行
↓
早期発見・リスク把握
↓
保健指導・受診勧奨
↓
生活習慣の改善・治療
↓
重症化予防

特定健診・若者健診・がん検診

特定保健指導
受診勧奨事業
生活習慣病予防教室

糖尿病性腎症重症化予防プログラム
循環器病重症化予防プログラム
3疾病発症ハイリスク者への介入

黒潮町 特定健診受診率

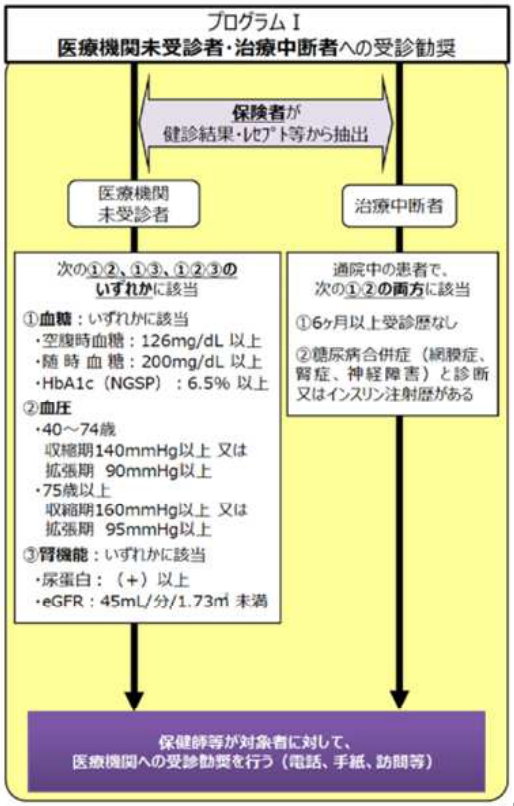


糖尿病性腎症重症化予防プログラム

毎月、システムにより対象者を抽出し、
業務担当者が対象者を選定。
地区担当保健師が介入実施。

プログラムⅠ
医療機関未受診者・治療中断者

抽出された対象者全員に対して、
訪問または電話による直接介入。



※ 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

プログラムⅡ
治療中ハイリスク者

町が指定する9つの医療機関の
受診者を対象にしている。
県の指定する対象者のうち、
②血圧のみの該当者は除外している。
訪問による直接介入を実施。
プログラムの利用につながる方が
少ないことが課題。



※ 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋

取組報告

プログラムⅠ　医療機関未受診者

令和7年度対象者　2名

ケース①　受診勧奨の結果、病院受診につながり、治療を開始した

ケース②　特定保健指導を実施、今年度データの改善につながった

取組報告

プログラムⅠ　治療中断者

令和7年度対象者　5名

うち1名が治療中断者で介入、病院受診につながり、治療再開

他4名は、保険の切替での受診中断と判断された者が3名
病名はあるが、内服の必要はなく、経過観察中の者が1名

取組報告

プログラムⅡ治療中ハイリスク者

令和7年度対象者42名　うちプログラム除外者15名
対象者27名　うち介入対象者2名

うち1名がプログラムの参加希望あり
かかりつけ医より、保険者による保健指導の依頼あり

循環器病重症化予防プログラム

令和8年4月より、毎月システムで抽出される対象者へ介入を実施。
業務担当者が対象者を選定し、対象者に合わせた通知物を郵送。

対象者：①**医療機関未受診者**
健診結果で以下のいずれかに該当した者で、かつ、健診受診後３か月以上経過しても医療機関を受診していない者

血　圧		血　糖		脂　質
収縮期	拡張期	空腹時血糖	HbA1c(NGSP値)	LDLコレステロール
160mmHg以上	100mmHg以上	126mg/dL以上	6.5%以上	180mg/dL以上

※ 上記基準の該当者のうち、次の（ア）または（イ）に該当する者は、よりリスクが高い者とする。
（ア）上の「血圧」、「血糖」、「脂質」に２つ以上該当する者
（イ）以下のいずれかに該当する者

血　圧		血　糖	
収縮期	拡張期	空腹時血糖	HbA1c(NGSP値)
180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dL以上	8.4%以上

②**治療中断者**
脳血管疾患、虚血性心疾患で通院中で、かつ、スタチンまたは抗血小板薬の処方がある者のうち、6か月以上医療機関を受診していない者

※　高知県循環器病重症化予防プログラムより抜粋

循環器病重症化予防プログラム

プログラムⅠ　医療機関未受診者

令和7年度対象者　27名　うち　よりリスクの高い者0名

プログラムⅠ　治療中断者

令和7年度対象者　0名

【医療機関未受診者】



【医療機関未受診者のうち、よりリスクが高い者】



【治療中断者】



取組報告

プログラムⅠ　医療機関未受診者

令和7年度対象者　27名　うち26名へ通知物郵送
26名中　10名受診済
受診率　38．5%（R8.11.2時点）

除外者1名は、糖尿病腎症重症化予防プログラムⅠ
未受診者で介入中の者

黒潮町の現状
～データヘルス計画より～

- 脳血管疾患および新規人工透析の患者数は改善傾向
- 虚血性心疾患患者数の増加
- 健診有所見者（HbA1c5.6%以上、メタボ該当、LDL120 mg/dl以上）割合の増加

壮年期からの早期予防が必要

特定健診受診率の向上
特定保健指導実施率の向上

血管病重症化予防への課題と今後の取組

重症化予防

- 健診受診後の要医療・要精密者の受診勧奨に、
  循環器病重症化予防プログラムの素材を活用して、
  早期からの受診を促すよう介入する。
- それぞれの事業で抽出される対象者に対して、
  現状でどのような関わり（保健指導・受診勧奨等）が必要なのか、
  アセスメントした上で介入する。