

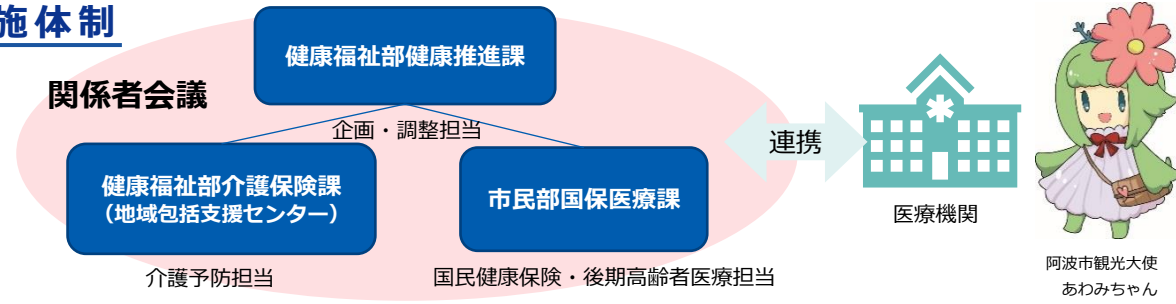
# 徳島県阿波市 一生活習慣病予防でフレイルを予防一

健診結果から対象者を明確化した個別訪問を重点に

市の概況(令和7年4月1日時点)		
人	口	33,908人
高	齢	化 率 39.3%
後	期	被 保 険 者 数 7,345人
日	常	生 活 圏 域 数 1 圏 域



## 実施体制



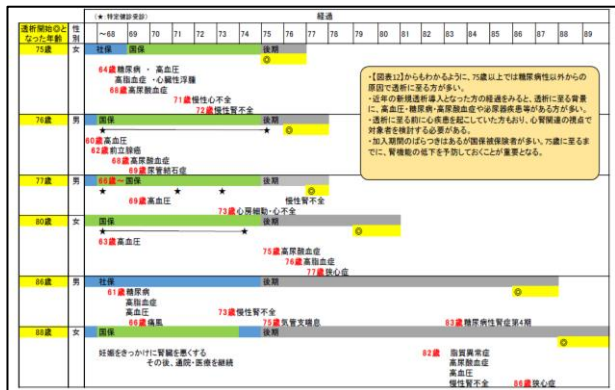
## 取組の経緯

- 一体的実施開始前は、20~39歳を対象としたフレッシュ健診(生活習慣病予防健診)や40~74歳を対象とした国保特定健診受診者への糖尿病性腎症重症化予防等にかかる保健・栄養指導を実施していた。しかし、75歳に到達すると保険者の変更により、健診結果等に基づいた保健指導が実施できないという課題があった。
- ヘルス部門と介護部門の担当者が集まり、様々なデータや高齢者の実態をみたところ、後期高齢者になり関わらなくなると健康状態が悪化しているという実態が分かった。そのことをきっかけに、75歳に到達しても継続した保健事業を効率的・効果的に実施するため一体的実施事業の取組を開始した。

## ポイント▶▶▶地域課題の分析

KDBシステムによるレセプト・健診データや「つなまるシステム※」等を活用し、経年比較や同規模保険者等との比較を行うことで、阿波市の重点課題を把握。特に75歳以上の健診結果ではeGFR40未満や尿蛋白所見のある方が多く、腎機能や心疾患等の生活習慣病重症化予防がフレイル予防につながるため重要と考えている。

75歳以上で新規透析導入となった方の経緯(令和7年度阿波市基本方針から抜粋)



## 企画調整・関係機関との連携

- **市内連携**  
市内の関係3課で、事業計画の策定や事業実績の分析・評価等を行っている。高齢者世代への保健事業のみで解決する課題ではなく、母子世代から全世代を通じて取り組む必要があるため、関係部署が一体的に解決していけるよう企画・調整を図る。
- **医療関係団体等との連携**  
毎年6月頃に、地区担当者が医療機関をまわり、阿波市の健康実態を説明しながら基本方針を配布している。若い世代からCKDの重症化予防を推進していくことを目的に、年に1回地域の医療機関の先生や関係者と一緒に勉強会をしている。

## ハイリスクアプローチ

- **重症化予防(糖尿病性腎症、その他生活習慣病)**  
全ての取組区分を実施しているなかで、特に糖尿病・CKD重症化予防に力を入れて取り組んでいる。KDB活用支援ツールで抽出した対象者への訪問のみならず、当年度の健診結果から生活習慣病重症化リスクのある方のうち、より早期の段階の対象者を抽出し、訪問を中心とした保健・栄養指導に重点を置き実施している。

## ポピュレーションアプローチ

- **フレイル予防のための健康学習**  
阿波市の健康課題をはじめ、フレイル予防のための高血圧や糖尿病等を重症化させないことや健康課題解決のために必要な健康指標(家庭血圧測定等)を自分で確認していく必要性を伝えている。

※ つなまるシステム…徳島県が作成している保健事業医療・介護連携システム

# 徳島県阿波市 一生活習慣病予防でフレイルを予防一

健診結果から対象者を明確化した個別訪問を重点に

## 事業結果と評価概要（令和5年度結果）

### ● ハイリスクアプローチ

	対象者	介入者	評価指標	状況（評価結果等）
糖尿病性腎症	76名	31名	①健診受診勧奨をした対象者の健診受診の有無 ②新規未治療者の治療状況 ③介入前後の検査値（HbA1c） ④検査値（HbA1c・eGFR・尿蛋白）の変化	①5名に受診勧奨したが、健診受診した者はなし ②HbA1c7.0%以上：糖尿病未治療者2名に保健指導を実施し、治療開始1名 HbA1c7.0%未満：糖尿病管理台帳に記載の未治療者1名に保健指導を実施したが治療開始なし ③7名中改善3名、維持4名、悪化なし ④-1 R5年度にHbA1c7.0%以上で訪問した13名のうち、翌年度、健診未受診者2名、経年評価できた方のうち、HbA1c又は尿蛋白は、維持・改善7名、悪化4名 ④-2 R5年度にHbA1c7.0%未満訪問した10名のうち翌年度、健診未受診者2名、経年評価できた方のうち、HbA1cは維持・改善4名、悪化4名、尿蛋白は、維持・改善5名、悪化3名
その他の生活習慣病	65名	33名	①未治療者の治療状況 ②検査値（eGFR・尿蛋白・血圧値）の変化	①高血圧未治療者：治療開始1名 心房細動未治療者：治療開始1名 CKD対象者：訪問時に心不全症状があり医療機関受診推奨を行った者1名 ②-1 II度以上高血圧 R5年度に訪問した14名のうち翌年度健診未受診者4名、経年評価できた方のうち、血圧は、改善6名、維持・悪化4名、eGFR又は尿蛋白は、維持・改善8名、悪化2名 ②-2 CKD R5年度に訪問した16名のうち翌年度健診未受診者2名、経年評価できた方のうち、eGFRは、維持・改善10名、悪化4名、尿蛋白は、維持・改善8名、悪化6名、血圧は、維持・改善6名、悪化8名 ②-3 心房細動 R5年度に訪問した4名のうち治療中2名、治療開始2名
健康状態不明者	70名	52名	訪問把握後の適切な支援につながった人数	医療・健診・介護につながった者7名

### ● ポピュレーションアプローチ

	通いの場（実数）	参加者（累計）	状況（評価結果等）
健康教育・健康相談	2か所	61名	【介入前後の家庭血圧測定の変化】 参加後家庭血圧測定をするようになった者は増加 【介入前後の検査値（血圧）の変化】 前後で比較できた計24名のうち血圧値改善3名、変化なし17名、悪化4名



- ハイリスクアプローチでは、訪問前には対象者の受診状況等を確認し、訪問目的を明確化できるよう丁寧に準備している。訪問時には保健師、管理栄養士が対象者個人の生活状況を知ることのみを目的とするのではなく、対象者自身が健康状態をイメージできたうえで判断し予防につなげることができる保健指導となるよう努めている。
- ポピュレーションアプローチでは、健康推進課において、阿波市の健康課題や健康診査の受診の必要性等を伝え、フレイル予防のための健康教育を実施している。地域包括支援センターにおいては、小地域交流サロンでの出前講座で健康相談やフレイル予防等の健康教育を実施している。また、新規サロンが立ち上がった際に、理学療法士や介護予防サポーターと協力し、介護予防体操が定着できるよう活動している。



## 課題・今後の展望

- 引き続き、後期高齢者の心疾患・腎不全・脳血管疾患の予防によりフレイル予防、介護の重度化予防となるよう、健診・レセプトデータや糖尿病治療ガイド等各種ガイドラインに基づいた保健事業対象者を抽出し、健診や医療機関の受診勧奨をはじめ、訪問による保健・栄養指導を行い、健康課題の解決に向けた取組を行っていく。