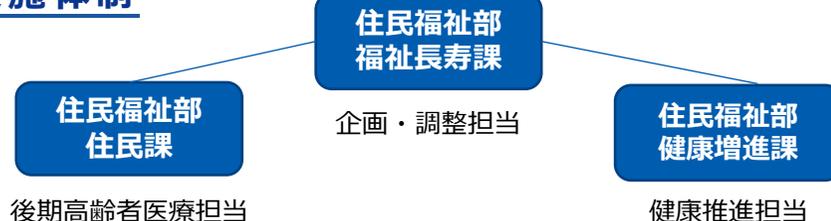


町の概況(令和4年4月1日時点)

人口	17,670人
高齢化率	30.9%
後期被保険者数	2,807人
日常生活圏域数	1圏域

実施体制



取組の経緯

- 県平均よりも後期高齢者の肥満、糖尿病の割合が高く、新規透析導入者が毎年増加していることが地域課題。各課の壁を取り除いて職員全員で保健事業と介護予防に取り組む必要性があったため、関係部署のトップがリーダーシップを発揮し、令和2年度の制度開始を機に町として取り組むことが決定した。
- 小山町では企画・調整担当を保険業務や保健衛生業務を担当する部署ではなく、介護保険業務を担当する部署が行っている。これにより、関係機関である地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、通いの場等との調整、連携がしやすい体制を整備。また、庁内では国保担当課と連携し、後期になっても国保で実施している重症化予防事業ができるよう、一体的な実施を推進している。

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
住民福祉部内の福祉長寿課・住民課・健康増進課の専門職で2か月に1回「庁内連携会議」を開催し、事業の内容、進捗及び課題等を共有。住民課とは国保保健事業のすり合わせ、健康増進課とは出張けんこう相談や栄養指導の訪問等で連携を図っている。

- **医療関係団体等との連携**
中核機関である富士小山病院のリハビリ専門職と連携し、通いの場等で歩行分析測定を実施することで早期にフレイル予防ができる体制を構築している。

地域包括支援センターには健康状態不明者等の訪問で今後も支援が必要とされる方を情報提供し、その後、同行してもらうことにより、対象者に何かあった時に相談できる体制を構築している。

ハイリスクアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**
74歳の時の特定健診において①、②が該当の者
①空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上またはHbA1C6.5%以上、かつ尿蛋白(-)または(±)の者
②尿中アルブミン検査実施後、医師より保健指導の許可が出た者
→管理栄養士による訪問指導等を実施。
※工夫点: 国保保健事業を同様に実施。
- **健康状態不明者等**
当該年度の前年度及び前々年度の健診未受診者、医療未受診者(KDB活用支援ツールより抽出)
→保健師による訪問指導等を実施。
※工夫点: 包括支援センターや管理栄養士につなげる体制を構築。
- **栄養指導**
健診結果から、85歳以下、BMI: 19未満、アルブミン値: 3.8以下の者
→管理栄養士による訪問指導等を実施。
※工夫点: 高齢者に不足がちなたんぱく質の摂取を促すため、配食支援も含めて実施。

ポピュレーションアプローチ

- 町内にある通いの場等において、地域の課題(肥満、糖尿病、歩く速度が遅くなった)に対応した健康教育や健康相談を実施。また、通いの場等においては、年2回後期高齢者の質問票を活用し、健康状態、低栄養、筋力低下等のフレイルの状況を総合的に把握し、保健指導に活用。
- 富士小山病院のリハビリ専門職と連携し、通いの場等で歩行分析測定を実施。理学療法士から歩行、姿勢、バランス、手や足の動かし方等の助言をその場で行い、リスクのある者は地域支援事業につなげる体制を構築。



静岡県小山町

事業結果と評価概要（令和3年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	9	4	<ul style="list-style-type: none"> 介入前後のHbA1cの変化 介入前後の体重の変化 人工透析移行者数 	<ul style="list-style-type: none"> HbA1c 0.1%以上改善・維持 0% 体重減少率 50% 人工透析移行 0人
	糖尿病治療中断者への指導	15	8	<ul style="list-style-type: none"> 受診状況の確認 通院治療の継続や健診受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> 治療継続率 1人（12.5%） 健診受診者 3人（37.5%）
	健康状態不明者への指導	60	55	<ul style="list-style-type: none"> フレイルチェック 受診状況及び健診受診の確認 	<ul style="list-style-type: none"> 終了 34人（61.8%）、継続 12人（21.8%）、包括接続 9人（16.4%）
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	累計1,441	<ul style="list-style-type: none"> フレイル予防の健康教育、健康相談 	<ul style="list-style-type: none"> 個別フォローした人 146人（10.1%）
	フレイル状態の把握	-	累計347	<ul style="list-style-type: none"> フレイルチェックによるフレイル該当率（15項目中5項目以上該当した割合） 	<ul style="list-style-type: none"> 男性フレイル該当率 17.3%（前年度17.3%） 女性フレイル該当率 20.3%（前年度19.8%）

・健康状態不明者への指導では、訪問すると拒絶される方が多いものの、年に1度は訪問し対象者との関係性を構築している。また、地域包括支援センター等職員にも同行訪問してもらい、対象者が身近で相談できる体制を整備している。

・ポピュレーションアプローチで工夫して取り組んでいる歩行分析測定は、リスクあり者を把握するためにも様々な通いの場で歩行分析測定を実施することが必要になるが、人員が不足しており実施回数を増やすことができていないことが課題の一つ。

・令和4年度からは、保険者機能強化推進交付金を活用して栄養指導を開始。栄養指導はもともと介護予防の一環として地域支援事業の中で取り組んでいるが、低栄養が疑われる対象者に対して、たんぱく質の摂取を促すため、一体的実施においても配食支援も含めて実施している。

課題・今後の展望

- KDBシステム等に様々な指標があるが、何をもって改善とするかなど評価指標を整備していくことが今後の課題。静岡県にはお達者度（※1）という健康寿命の指標があり、静岡県35市町で順位付けされるので、その順位を改善していくというのも一つの指標だと考えている。
- 肥満、糖尿病といった地域課題は、後期高齢者だけの課題ではなく若い世代にとっても課題であり、若い世代の積み重ねが後期高齢者の肥満、糖尿病に繋がっている。庁内関係部署においてどのような事業が行われているのかを把握し、協力・連携することにより、メタボドミノを早い段階で食い止めることが今後の目標。

※1 お達者度とは、65歳の平均自立期間（介護を受けたり病気で寝たきりになったりせず、自立して健康に生活できる期間）のこと。