

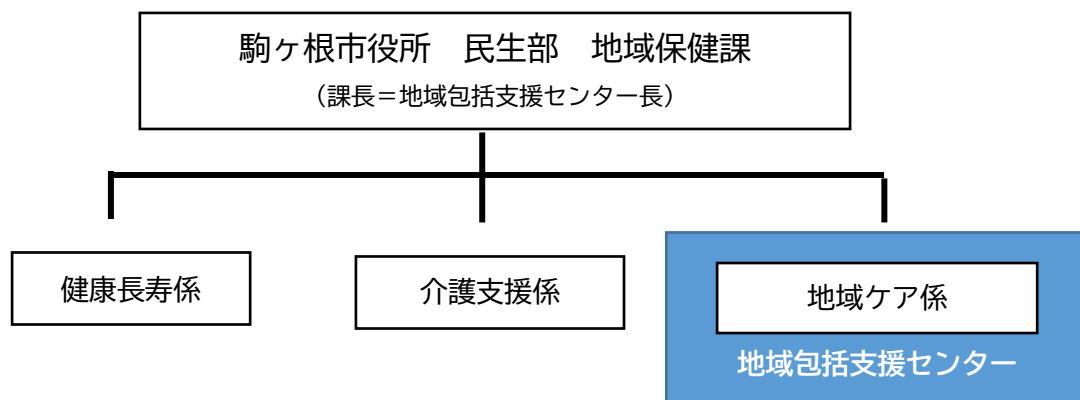
令和 7 年度 駒ヶ根市地域包括支援センター 設置運営方針

1. 設置方針

団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年（2025 年）、駒ヶ根市では「地域包括ケアシステム」の実現に向けた中核的な機関として、直営の地域包括支援センターを 1 か所（1 係）で運営します。地域包括支援センターの運営を充実させ、体制を強化することで、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を続けられるよう、包括的・継続的な支援を行い、地域包括ケアの実現を目指します。

(1) 組織体制

地域包括支援センターの人員等を定める市の条例に基づき、当センター圏域内の第 1 号被保険者数が 10,110 人（令和 6 年 4 月 1 日現在）であることを勘案して、主任介護支援専門員 2 名、保健師 5 名、社会福祉士 3 名を配置しています。



2. 運営方針

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

第 9 期介護保険事業計画では、介護保険制度の持続可能性の確保を念頭に、令和 12 年までを中期、令和 22 年までを長期と捉え、目標を設定しています。

令和 12 年：地域包括ケアシステムの深化・推進

令和 22 年：地域包括ケアシステムを基盤とした地域共生社会の実現

地域包括支援センターでは、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、高齢者の総合相談窓口であるとともに、地域包括ケアシステム実現に向けた中核的な機関として、地域の住民、関係団体や医療・介護等支援機関とネットワークを構築します。また、重層的支援体制整備事業の趣旨を踏まえ、事業を推進していきます。

(2) 公正・中立性の確保

センターは、市の介護・福祉行政の一翼を担う公益的な機関として、公正で中立性の高い事業運営を行います。

(3) チームアプローチによる業務

保健師・看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員の資格を持った専門職が、高齢者に関する様々な相談に応じます。多様化・複雑化した相談に対しては、それぞれの専門性を活かし、相互に連携・協議しながら多様な視点から問題の解決を図り、包括的に高齢者を支える“チームアプローチ”の考え方を基本として対応します。また、情報の共有と相談・支援のレベルアップに努めます。

(4) 苦情対応

常に記録を取る、組織で対応することなどを念頭に、トラブルに対し迅速かつ適切に対応し、再発防止に努めます。

(5) 個人情報の保護

地域包括支援センターが有する高齢者などの情報が、業務に関係のない目的で使用されることや、不特定多数の者に漏れることのないように情報管理を徹底するとともに、守秘義務を厳守し、個人情報の保護に留意します。

3. 地域包括支援センター運営協議会の位置づけについて

地域包括支援センターの運営を、医療・介護・福祉等の地域の関係者全体で協議し、評価していく場として、「駒ヶ根市地域包括支援センター運営協議会（以下、「運営協議会」という。）を設置し、前年度事業等を運営協議会に報告します。

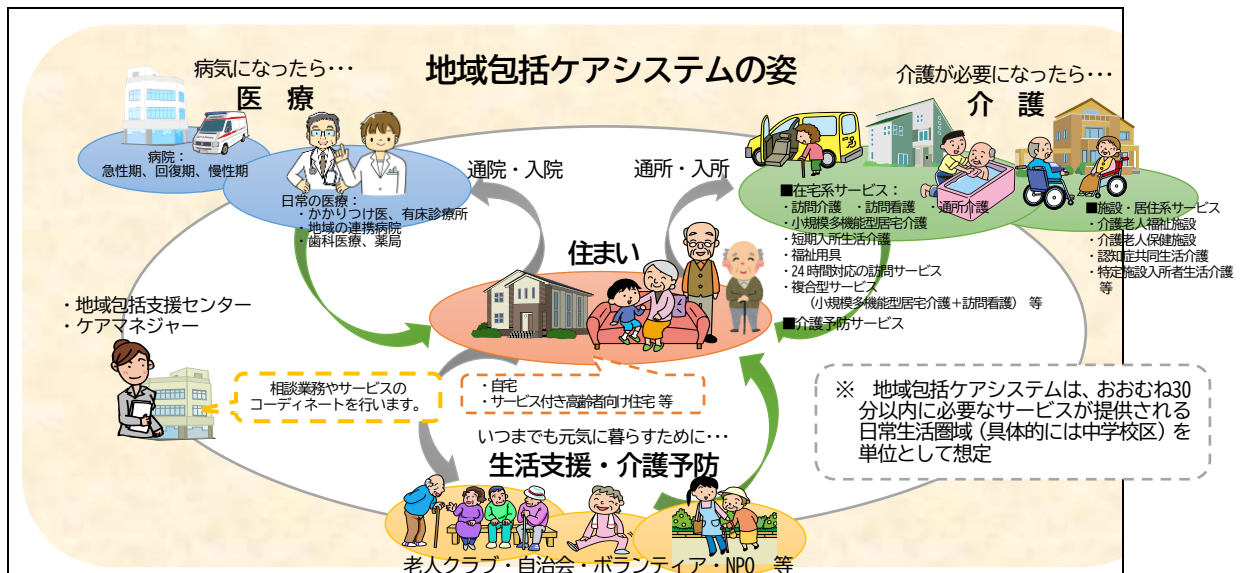
運営協議会は、地域包括支援センターの設置、業務の方針、運営、人員の確保及び地域包括ケア等に関することを掌握し、業務の評価等を行うなど、地域包括支援センターの設置及び運営に関与します。

4. 地域包括支援センター運営協議会における施策の点検について

地域包括支援センター運営協議会では、下記の7つの施策について、施策の点検及び評価結果を共有し、施策の改善等について協議を行います。

計画の柱	施策	協議の場
Ⅰ	1. 生きがいづくり・社会参加の促進	地域包括支援センター運営協議会
	2. 保健事業と介護予防の一体的実施の推進	
	3. 介護予防・フレイル対策の推進	
	4. 介護予防・生活支援サービスの充実	
	1. 地域包括支援センターの適切な運営、体制の強化	
	2. 地域ケア会議の推進	
Ⅱ	3. 支え合いの地域づくり（生活支援体制の整備）	在宅医療・介護連携推進協議会 認知症施策検討会 在宅医療・介護連携推進協議会 成年後見制度利用促進協議会
	4. 在宅医療・介護連携の推進	
	5. 認知症施策の推進	
	6. 高齢者の権利擁護	
	7. 高齢者の住まいの確保と生活の安定	
	8. 災害・感染症対策の推進	
Ⅲ	1. 介護人材の養成・確保	高齢者福祉・介護保険運営協議会
	2. 介護サービス基盤の整備	
	3. 介護サービスの質の向上	
	4. 公正・公平性の確保	
	5. 介護給付適正化の推進（介護給付適正化計画）	
	6. 保険者機能の強化	

【参考 地域包括ケアシステム】



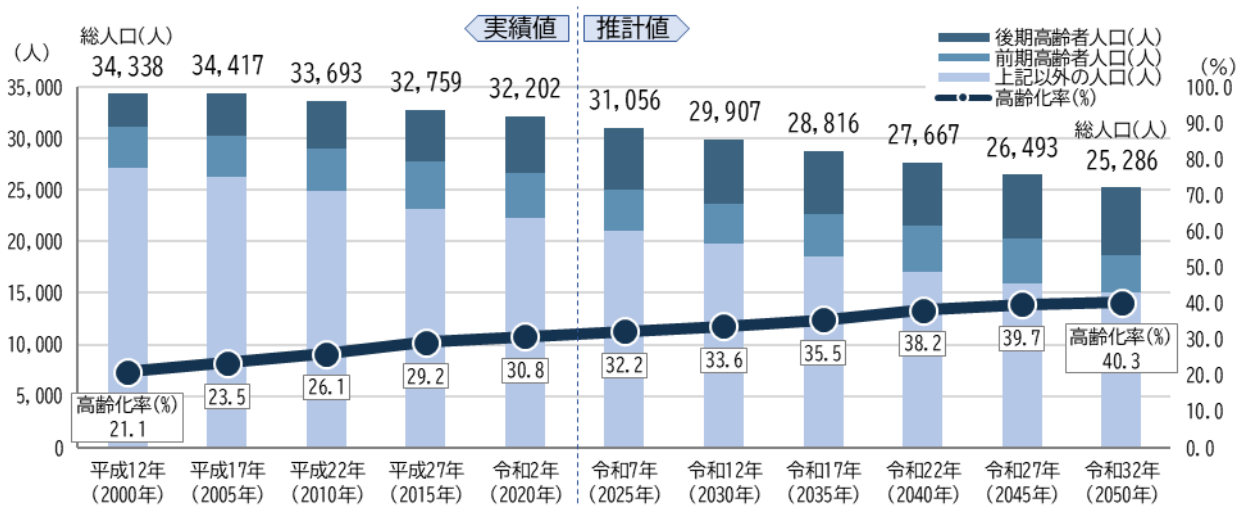
出典：厚生労働省「平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修」資料

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、「住まい」を中心に、必要な「介護予防・生活支援」、「医療」、「介護」サービスを提供するしくみ。

令和 6 年度 駒ヶ根市地域包括支援センター事業報告

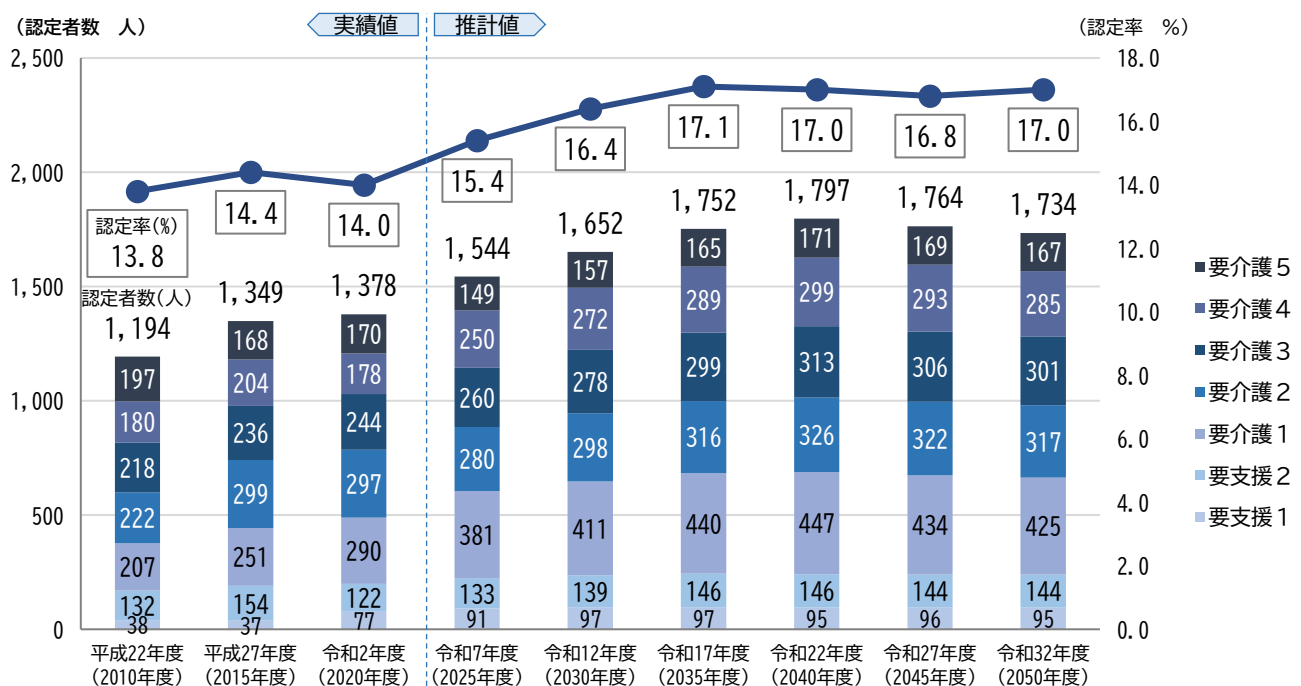
1. 高齢者を取り巻く現状と将来の見通し

【図表 1】 駒ヶ根市 人口の推移と推計



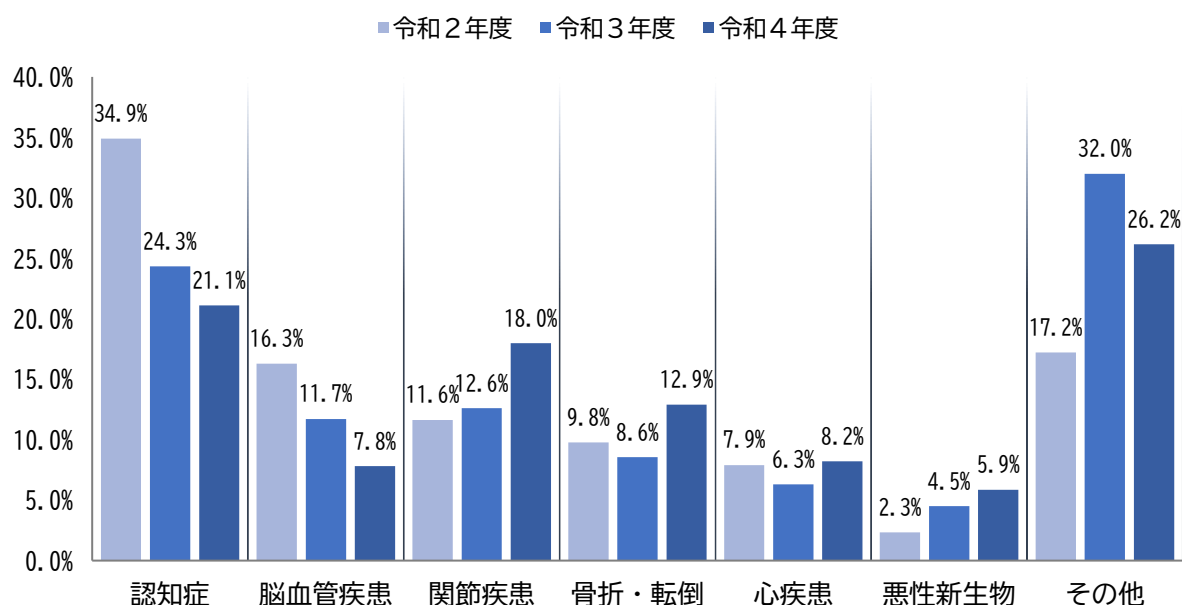
駒ヶ根市の人口は、今後生産年齢人口が大きく減少し、高齢者人口でも特に85歳以上人口が一番大きく増加する見込みです。

【図表 2】 要介護（要支援）認定者数の推移と推計



要介護（要支援）認定者は、令和 22 年度（2040 年度）をピークに減少に転じる見込みです。
令和 5 年度末～令和 12 年度末には、認定者が 146 人増える見込みです。

【図表 3】新規要介護（要支援）認定者の原因疾患構成比の推移



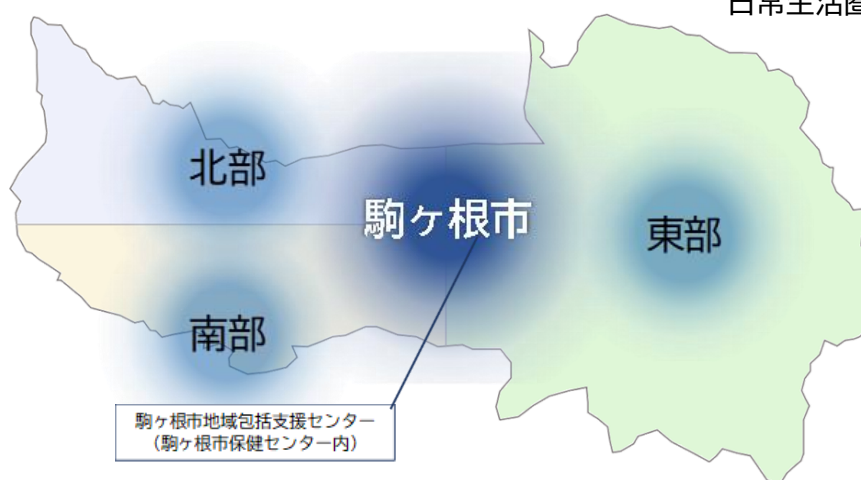
令和 4 年度の新規要介護（要支援）認定者の原因疾患は、第 1 位が認知症、第 2 位が関節疾患、第 3 位が骨折・転倒となっています。直近 3 年間でみると、認知症や脳血管疾患の割合が減少し、関節疾患や骨折・転倒の割合が増加しています。

2. 高齢者人口と地域包括支援センターの人員体制

駒ヶ根市では、地域包括支援センターを直営1か所とし、「行政区」を基本に、3つの分担エリアを設定し、地区担当制による高齢者等の総合相談への対応や、介護予防・支え合いの地域づくりをすすめていきます。

※地域包括支援センターは市町村が設置主体となり、住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設（介護保険法第115条の46第1項）である。第1号被保険者（65歳以上の高齢者）3,000人～6,000人ごとに、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員（準ずる者を含む）を最低限それぞれ各1名配置する。

日常生活圏域＝市全体（1箇所）



各地区の高齢化率と包括支援センターの人員体制

（令和6年4月1日現在）

エリア	正規	会計年度	地区	人口（人）	高齢者人口（人）	高齢化率（％）
全域			市全体	31,497	10,110	32.1%
北部	社会福祉士 1 保健師 2	プランナー 2	町1	1,051	337	32.1%
			町2	3,243	1,094	33.7%
			北割2	2,001	548	27.4%
			北割1	2,987	803	26.9%
			上穂町	1,908	577	30.2%
南部	社会福祉士 1 保健師 1	看護師 1 プランナー 2	南割	1,080	291	26.9%
			中割	1,510	403	26.7%
			小町屋	2,435	632	26.0%
			福岡	3,448	1,064	30.9%
			市場割	1,557	519	33.3%
			上赤須	795	270	34.0%
東部	社会福祉士 1 保健師 2	プランナー 2	町3	1,446	472	32.6%
			町4	2,088	572	27.4%
			下平	1,386	480	34.6%
			東伊那	1,759	644	36.6%
			中沢	2,275	998	43.9%

3. 包括的支援事業

(1) 総合相談支援事業

地域の高齢者の心身の健康維持、保健・医療・福祉の向上、生活の安定のための必要な援助、支援を包括的に行った。

相談受付件数

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年 (12 月末現在)
総合相談	624 件	570 件	723 件
新規相談受付後の 実態把握訪問	684 件	620 件 (延 972 件)	664 件 (延 1165 件)
権利擁護	320 件	321 件	359 件
担当要支援者等訪問	2581 件	2614 件	2587 件

※令和 5 年度から月報の様式を変更

(2) 権利擁護事業

高齢者が自身の権利利益が守られ、安全かつ安心して暮らせる地域を目指すため、高齢者虐待等の権利擁護支援を実施した。

① 高齢者虐待相談通報件数

	年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年 (12 月末現在)
	通報件数	16 件	25 件	13 件
相談通報者 内訳	本人	0 件	3 件	1 件
	養護者	3 件	4 件	1 件
	ケアマネ 介護事業所等	7 件	10 件	6 件
	その他 (警察等)	6 件	8 件	5 件
虐待認定件数		7 件	11 件	6 件

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

主に支援困難事例に対し、個々のケアマネジャーへの助言、家族調整等を実施した。

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年 (12 月末現在)
ケアマネ支援件数	168 件	192 件	203 件

(4) 介護予防ケアマネジメント事業

高齢者が要介護状態になることを予防し、できる限り自立した生活を送ることができるよう、要支援者・総合事業対象者に対しケアマネジメントを行った。

給付管理件数

		令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年 (12 月末現在)
介護予防サービス (予防給付) 事業 【要支援者】	自機関	1543 件	1655 件	1271 件
	委 託	756 件	327 件	236 件
介護予防・日常生活 支援総合事業 【総合事業対象者】	自機関	819 件	834 件	687 件
	委 託	39 件	33 件	26 件
合計	自機関 計	2362 件 (74.8%)	2489 件 (87.4%)	1958 件 (88.2%)
	委託 計	795 件 (25.2%)	360 件 (12.6%)	262 件 (11.8%)
	合 計	3157 件	2849 件	2220 件

第9期 介護保険事業計画				令和6年度（12月末時点）				
施策名	現状と課題	第9期介護保険事業計画における具体的な取組	第9期介護保険事業計画における目標（評価指標等）	令和6年度の目標	令和6年度の実施内容・実績	自己評価（A・B・C）	自己評価（左記評価理由）	課題と対応策
生きがいつくり・社会参加の促進	シルバー人材センターへの運営補助や高齢者クラブ連合会・単位クラブへの活動補助を行ったが、会員数は減少傾向であるため、雇用促進等と就労機会の確保、健康づくり等への参加促進が必要になる。	・シルバー人材センターの運営支援 ・高齢者クラブの活動支援 ・高齢者の生きがいと健康づくり推進事業 ・長野県シニア大学への参加促進 ・通いの場参加者増加に向けた取組「3介護予防・フレイル対策の推進」を参照	・社会参画している人の割合 ・65歳以上のうち就業している割合 ・65歳以上人口に占めるシルバー人材センターの登録者数 ・シルバー人材センターの登録者数 ・高齢者クラブの会員数 ・健康・生きがいつくり教室開催数	・シルバー人材センターへの運営支援及び高齢者クラブへの活動支援の実施 ・生きがいと健康づくり推進事業の実施 ・長野県シニア大学の周知啓発の実施	・シルバー人材センターへの補助 3,769千円（補助総額7,539千円の1/2） R6.4月現在 65歳以上人口10,110人 会員数299人 割合2.9％ ・高齢者クラブへの補助 一般・事務局補助1,300千円 会員数1,565人（前年△149人） ・健康・生きがいつくり教室 10単位クラブで計15回 参加者 465人 ・長野県シニア大学の周知啓発 市報・HPへの掲載、窓口で入学案内を設置	B	シルバー人材センター及び高齢者クラブにおいて、事業や教室、講座などに取り組みをしているが、会員の増加につがっていない。	・シルバー人材センター及び高齢者クラブへの補助を行ったが、会員増にはつながらっていない。 ・健康と生きがいつくり教室は、教室開催数は概ね目標どおり開催している。 教室の内容については、参加者の増加や健康・生きがいつくりとして、効果的な内容になるよう随時見直しを図っていく。 ・長野県シニア大学は、周知広報を行い、参加促進につなげている。
介護予防・生活支援サービスの充実	第8期では総合事業の実施箇所数が増加したが、利用人数は見込み人数を下回っているため、サービスの充実により箇所数・利用人数の増加を目指していく。	・総合事業の適切な単価設定 ・サービスA・B従事者研修の開催 ・通いの場から通所型サービスBへの移行支援 ・訪問型サービスB・Dへの立ち上げ支援	・サービスA・B従事者研修受講者数 ・サービスA・B従事者研修受講者のうちサービス従事者数 ・通所型サービスBの実施団体数 R5年度2団体→R8年度増加 ・訪問型サービスB・Dの実施団体数 R5年度2団体→R8年度増加	・サービスA・B従事者研修(入門的研修)の実施 ・通所型サービスB：1箇所増 ・訪問型サービスB・D：未設定（サービスの基盤となる「生活支援の仕組みづくり」を優先）	・サービスA・B従事者研修（入門的研修）受講者：31人（3クール開催） ・通所型サービスB：新規0箇所（3地区に対し働きかけ） ・訪問型サービスB・D：新規0箇所	B	・サービスA・B受講者は実績の通りだが、就労までのフォローや追跡は未実施。 ・通所と訪問のサービスに関しては働きかけはしたが、立ち上げには至らなかった。	・サービスA・B従事者研修については、入門的研修として実施することができたため受講者は31人となった。 ・通所型サービスBは人員体制や今後の継続性への不安等を理由に新たな立ち上げには至らなかったため、第2層SC等に対して立ち上げについて説明する機会を持ち、通いの場に対し積極的にアプローチしていく。
地域ケア会議の推進	個別の課題を吸い上げ、地域全体の課題として捉えて政策形成へ繋げる流れを作っている。地域課題の吸い上げの頻度を増やすことで、政策形成へ繋げるサイクルを促進することを目指すしていく。	・自立支援・介護予防の理解の促進 ・個別事例検討による地域資源の活用促進と地域課題の発見 ・地域課題解決・資源開発機能の強化	・要支援・事業対象者の介護度の維持・改善率（R4:71.5％→R8:増加） ・ケアマネジメント支援会議(資料3-1※1)の開催件数（R4:56件→R8:増加） 個別地域ケア会議（資料3-1※2）の開催件数（R4:11件→R8:増加） 第1層・第2層SCの個別地域ケア会議への参加率（R4:27％→R8:増加）	・ケアマネジメント支援会議を通し、地域課題の共有・明確化 ・個別地域ケア会議を通し、新しく出来た資源の集約	・ケアマネジメントの質の向上のための係内研修実施（要支援・事業対象者の介護度の維持・改善率 85.0％、ケアマネジメント支援会議の開催件数108件） ・個別地域ケア会議の開催（件数12件、第1・2層SCの個別地域ケア会議への参加率25％） ・地域ケア推進会議（資料3-1※3）の開催（13回）	B	前年度は個別支援からゴミ出しの課題が抽出され地域課題として具体的な支援へ繋がった。今年度も年度末にかけて個別支援から課題抽出を行う予定。	・個別会議から推進会議に課題を上げていく手段を強固にする ・係内の課題の共有機会を年に1回つくる。地域ケア推進会議へ課題を繋げる。 ・係内の地域課題検討会で、ケアマネジメント支援会議から出た課題を2か月に1度共有する。
支え合いの地域づくり（生活支援体制の整備） ※SC＝生活支援コーディネーター	SCと推進会議が中心となり、地域の中での困りごとを地域の中で解決する仕組みづくりを推進している。地区ごとの進捗差はあるが、困りごとの相談窓口の明確化、ボランティア募集、支援内容やマッチングの方法等仕組みづくりに向けた具体的な検討が進んできている。	・支え合いの意識醸成（推進会議等での啓発、研修会開催等） ・地域資源の立ち上げ支援（各地区の仕組み立ち上げに向けた情報提供や調整） ・多様な主体との連携促進（資源開発の強化） ・第1層SCによる地域課題の把握・分析・情報発信（地域ケア会議と一体的に推進）	・地域づくりへ参加意向のある高齢者の割合（R4：50.3％→R8：増加） ・生活支援の仕組みの構築に向けた取り組み段階表（R8：6段階到達13地区） ・住民による生活支援サービスの実施主体数（R5：4団体→R8：増加） ・NPO・民間企業等による生活支援サービスの実施主体数（R5：1団体→R8：増加）	① 各地区における住民主体の生活支援体制整備の推進（取り組みの段階表にて全地区1段階UPに向けて、今年度のテーマを「支え合い推進会議の充実」とした。） ② 多様な主体との連携促進（民間企業へのアプローチ） ③ 地域課題の把握・分析・発信（地域ケア会議との連動）	・支え合いの地域づくり勉強会（参加者62名）、移動支援勉強会の実施（参加者40名） ・支え合い推進会議での啓発等支援21回 ・生活支援の仕組み構築に向けた取り組み段階表6段階到達地区：3地区（年度当初より3地区増加） ・多様な主体（シルバー人材センター等）への聞き取り ・地域ケア会議と連動し、ゴミ出し支援に対する有償サービスが開始となった。（社協）	B	・SCと支え合い推進会議の推進力により、生活支援の仕組みを活用した具体的な支援事例も出てきている。 ・一方で地区ごとの進捗差があり、支え合い推進会議において生活支援の仕組み構築に関する議題提出と関係者と意識の共有は全地区でできているが、具体的な行動に結びつくことが難しい地区もある。	地区ごとの取り組みの進捗差に対しては、課題となっていることを第1層SCが焦点化してアプローチしていく。

施策名	現状と課題	第9期介護保険事業計画における具体的な取組	第 9 期介護保険事業計画における目標（評価指標等）	令和 6 年度の目標	令和 6 年度の 実施内容・実績	自己評価 （A・B・C）	自己評価 （左記評価理由）	課題と対応策
保健事業と介護予防の一体的実施の推進 介護予防・フレイル対策の推進	健康寿命延伸に向け課題分析すると、内科疾患では心疾患・脳血管疾患への対策が挙がる。生活習慣病が重症化した結果とも言え、高齢期は基礎疾患の保有率が高い為、重症化予防を重要視する。全身状態を確認できる健診受診率も低く（県平均20％に対し駒ヶ根14.2％）重症化予防のセルフケアとして家庭血圧測定・記録と75歳以降も継続した健診受診の呼びかけを行ってきた。 介護保険では70代から申請が増加傾向。軽度認定者の原因は運動器疾患(転倒・骨折・関節疾患)割合が多い。 介護予防効果を高める上でフレイルの周知は重要。フレイルを理解し、予防方法としても「通いの場」を活用する人の増加を目指す。	1.後期高齢者健診ハイリスク者への訪問等による保健指導/個別支援 2.介護予防・重度化防止・社会参加継続に関する普及啓発 （市の健康課題をテーマとした健康講話の開催含む） 3.支援が必要な人を把握し、住民主体の通いの場等へ繋げる取組の実施 4.通いの場参加者の介護予防効果の把握・分析（フレイル状態の把握と対象者への支援含む） 5.通いの場運営支援 6.活動量計を使った健康づくり事業 7.脳卒中再発予防事業 8.地域リハビリテーション活動支援事業	・社会参加している人の割合 （R4：72.0％→R8：75.0％） ・フレイルの認知度 （R4：22.7％ →R8：23.0％） ・通いの場参加者実人数 （R5：1,488人 →R8：2,100人） ・後期高齢者健診受診率(人間ドック含む) （R4：14.2％→R8：増加）	①健康講話実施箇所数・実施回数＝各55か所以上 ②後期高齢者健診受診率(人間ドック含む)＝14.2％以上 ③通いの場参加者実人数＝R5年度(1,488人)より増加 ◆今年度スタートさせたモデル団体への介入事業については協議事項にて詳細を説明を行う 報告1 モデル団体で把握したフレイル高齢者数・割合 報告2 モデル団体の健診受診率 報告3 モデル団体の家庭血圧測定・記録定着率	①健康講話 実施箇所数＝50か所(目標比△5) 実施回数＝59回(目標比+4) ②後期高齢者健診受診率（人間ドック含む）暫定受診率＝16.6％(目標比+2.4％) ③令和6年4月1日現在の参加者実人数・・・1,610人（令和5年度比+122人）	B	①多方面から通いの場へ健康講話活用 の働きかけを行い、 情報・知識を得る機会を設定する団体が増えた。 ②健診については包括支援センターが関わる集団や個別 ケースに対し時期に応じた受診勧奨を実施。人間ドック 受診の定着も後押しし、R6年度から受診率の算定方法が 変更されているにも関わらず現時点で目標達成してる。 ③通いの場は終了団体もある中、新たな団体の立ち上がり もあり多様な選択肢が生まれている。	①フレイルという言葉・内容の認知度を上げる為の周知方法について ・フレイル予防について市民が情報に触れる機会を増加させる必要がある。 ・通いの場実人数に関して単年度目標は達成しているが、現状の傾向では9期目標である「2,100人」到達は厳しい。しかし明確な改善策が見えない。 （今年度試験的に行った体力測定とフレイル把握・早期支援は、意義のあるものがあるが、継続して行うには圧倒的にマンパワーが足りない。現行業務と並行して行う現実的な案として広報啓発などの取組みから行っていきたいと考える）

協議内容

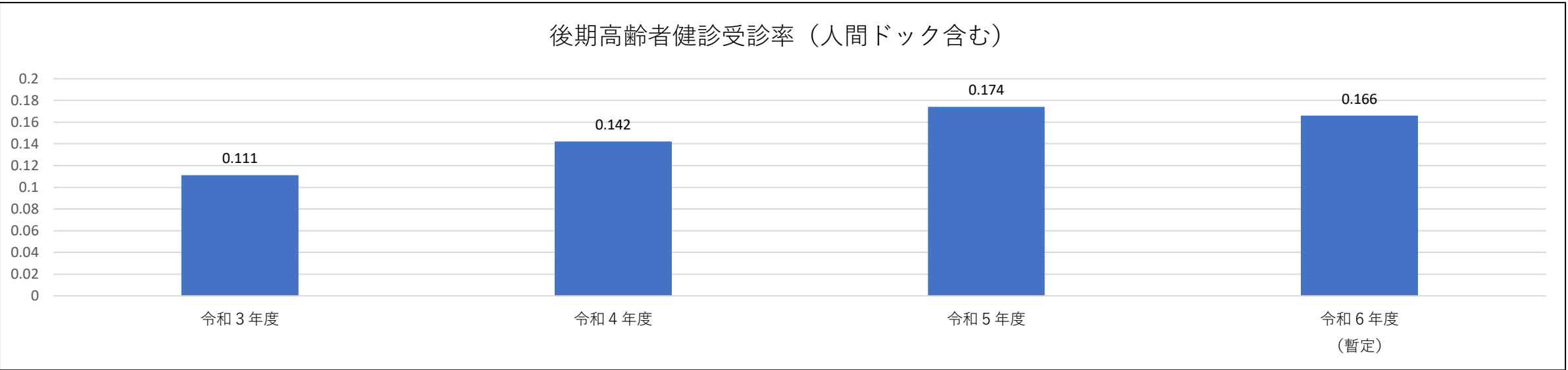
①健康講話実施箇所数・実施回数＝目標 各55回以上

健康教育内訳（R7.1.21現在）									
令和6年度実績	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度(仮定)	R5	R6	R5	R6	
参加者数（延べ）	1,172	1,060	1,172	1,172	23	11	20	8	
実施箇所（実数）	50	47	50	50	11	11	7	13	
実施回数（延べ）	68	58	68	68	5	4	4	13	
オールフレイル					23	19			

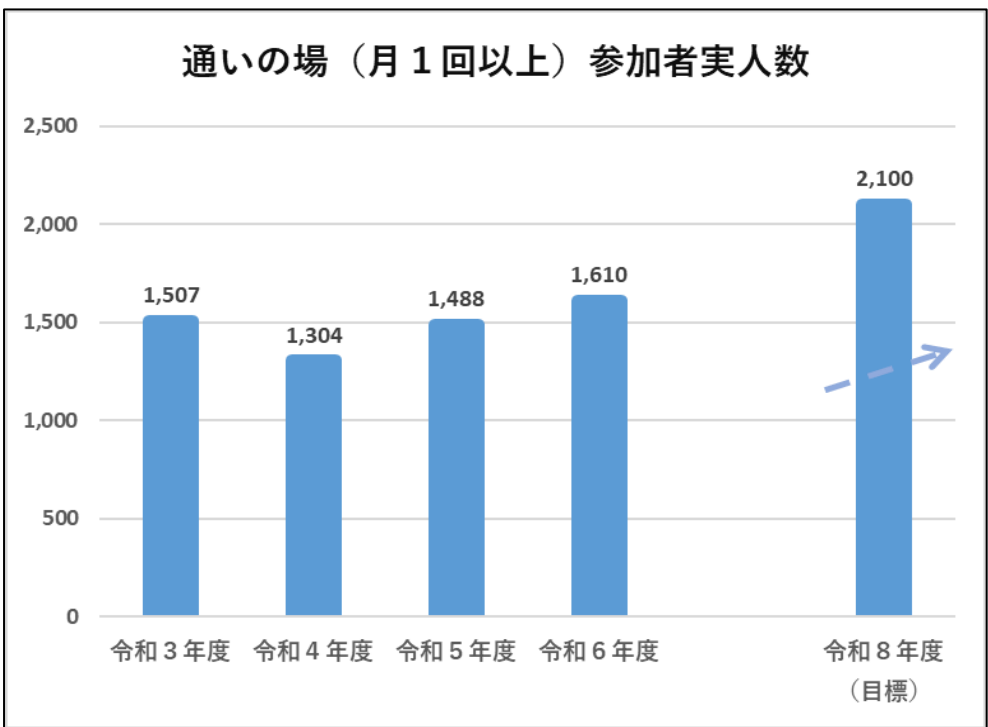
地区別 内訳（R7.1.21集計現在）											
	R4	R5	R6	R4	R5	R6	R4	R5	R6		
南割	1	2	3	福岡	3	2	2	町3	0	2	4
中割	3	3	3	市場割	2	1	0	町4	5	1	3
北割2	2	5	3	上赤須	1	1	6	上穂町	3	4	2
北割1	0	2	0	下平	1	3	3	中沢	15	9	11
小町屋	8	6	2	町1	4	4	3	東伊那	3	4	3
				町2	9	9	9	その他			2
				合計	60	58	59				

②後期高齢者健診受診率(人間ドック含む)＝目標 14.2％以上

評価指標名	現状			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度(暫定)
後期高齢者健診受診率(人間ドック含む)	11.1%	14.2%	17.4%	16.6%

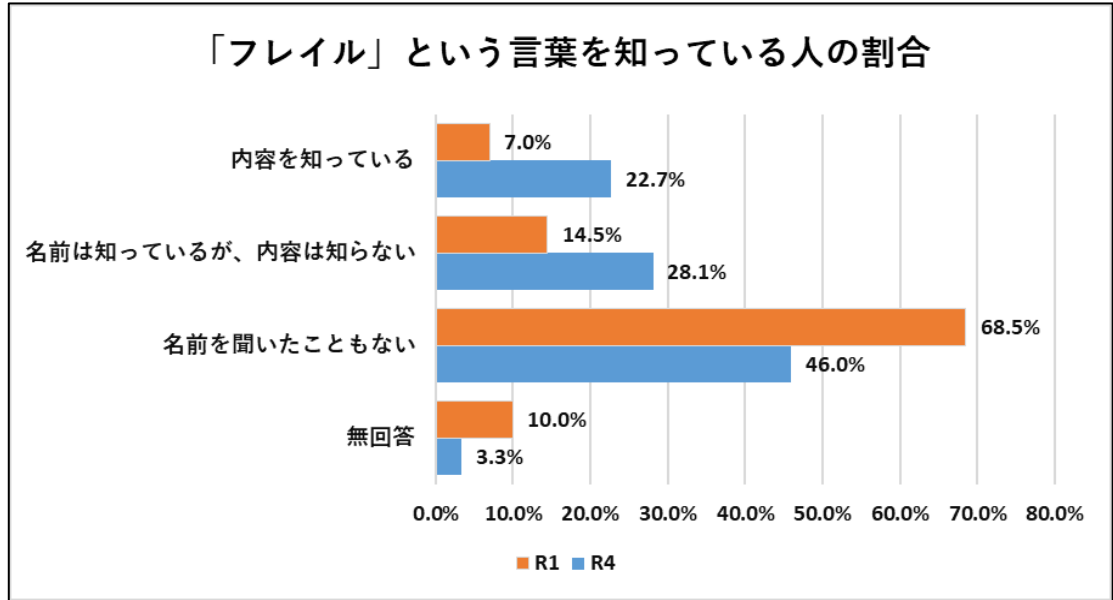


③通いの場参加者実人数＝目標 R5 年度(1,488 人)より増加

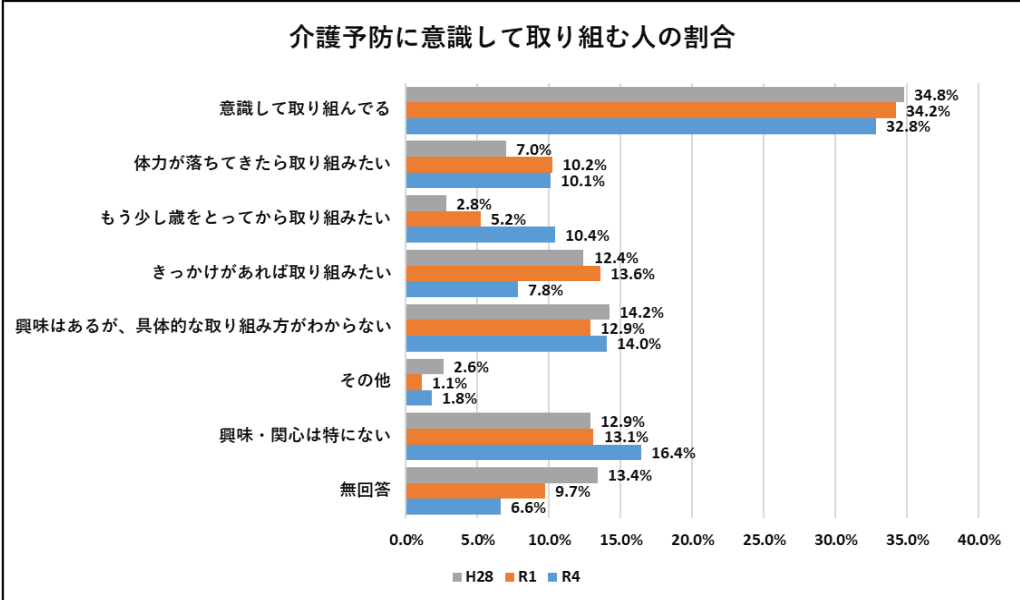


共有資料

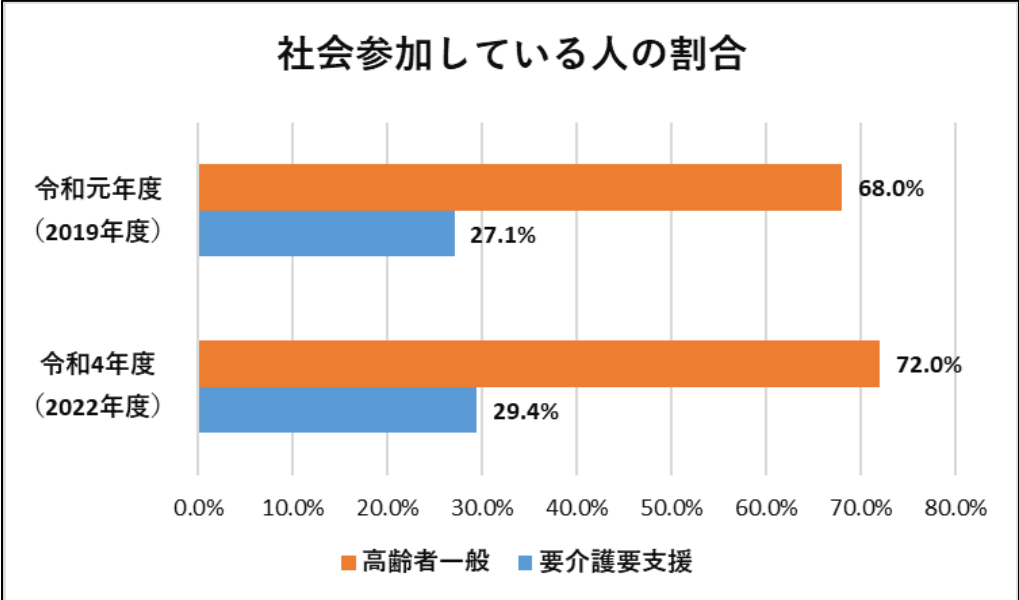
I フレイル認知度



II 介護予防への意識

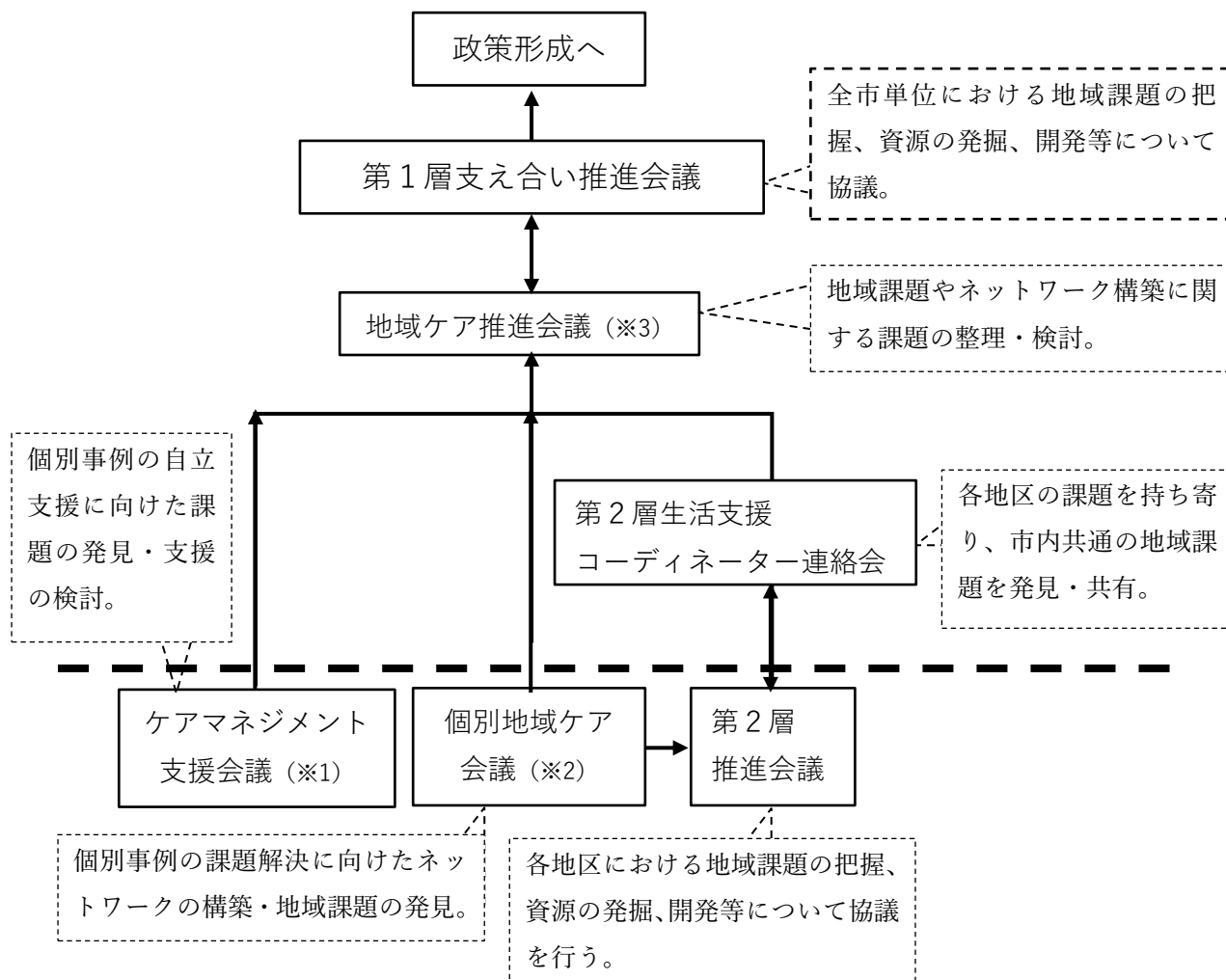


Ⅲ 社会参加している人の割合

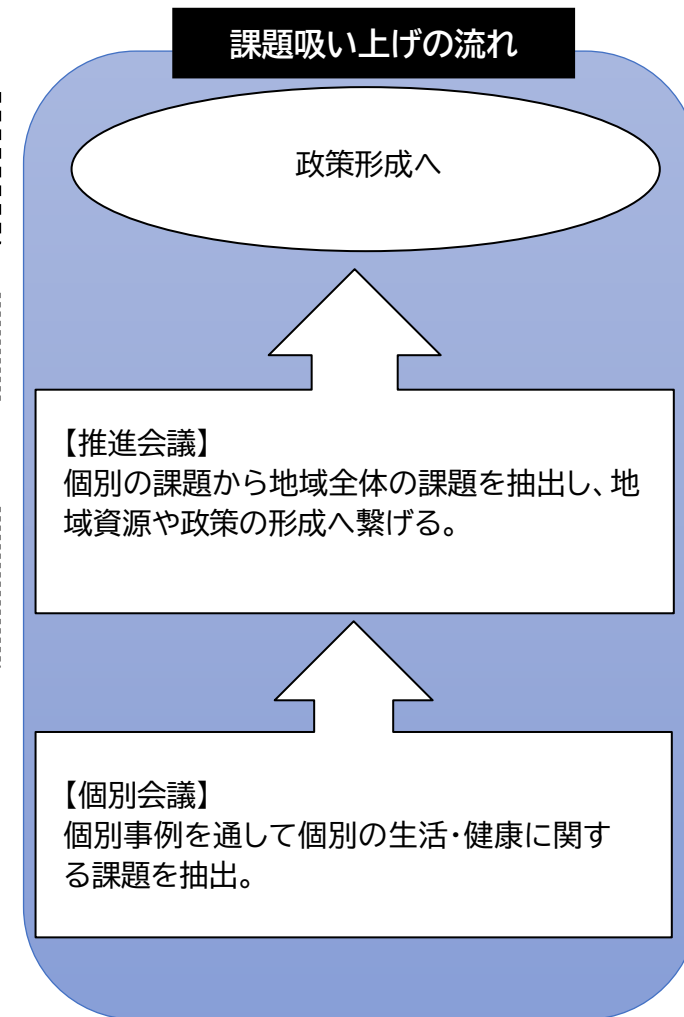


駒ヶ根市 各地域ケア会議の機能

添付資料 3-1



”個人の課題”に”地域ぐるみで対応” ”地域の課題”に”地域ぐるみで対応”



生活支援の仕組みの構築に向けた取組の段階

段階		取組の状況
第9期 (R6～8)	7	支え合い推進会議による生活課題の把握、協議、資源の構築の一連の流れが継続した取組になっている。
	6	地域資源が構築されている。 地域課題に対する生活支援の仕組みができている。（例：送迎、ごみ出し、雪かき等の有償／無償支援、総合事業によるサービス等）
	5	地区の生活課題を把握し、課題解決に向けた協議を行っている。 個別地域ケア会議等で得た生活課題について推進会議で共有し、地区における課題の集積や解決に向けた協議を行っている。
	4	生活支援の仕組みづくりについて区民への共有を図っている。 自治会長会での説明、広報誌やチラシの発行等、生活支援の取組について地区住民への周知を図っている。
	3	生活支援の仕組みの構築に向けた行動が始まっている。 相談窓口の設置、アンケート実施、事業計画への掲載、予算確保等、何らかの行動が開始されている。
第8期 (R3～5)	2	生活支援の仕組み構築について推進会議と区役員等が意識の共有を図っている。
	1	支え合い推進会議にて生活支援の仕組み構築に向けた議題が出され検討を始めている。

「通いの場参加者の介護予防効果の把握・分析」について

1. モデル地区の選定について

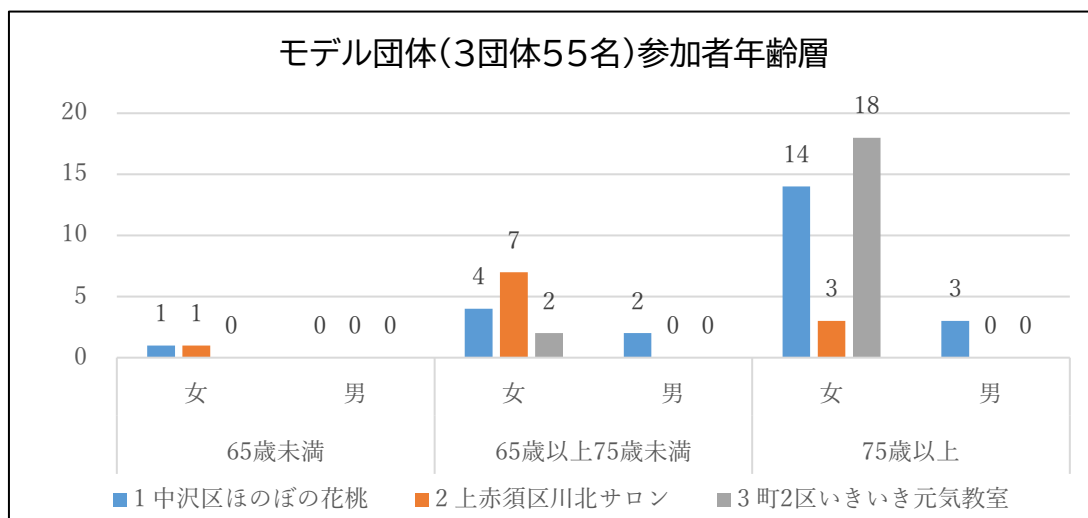
令和元年度からの継続参加者が3割以上であった町2区、上赤須区、中沢区の計3カ所の通いの場を対象とした。

モデル団体 参加者の属性

(平均年齢 80.8 歳)

単位：人

地 区		65歳未満			65歳以上75歳未満			75歳以上			総 計
番号	サロン名	女	男	合計	女	男	合計	女	男	合計	
1	中沢区ほのぼの花桃	1	0	1	4	2	6	14	3	17	24
2	上赤須区川北サロン	1	0	1	7	0	7	3	0	3	11
3	町2区いきいき元気教室	0	0	0	2	0	2	18	0	18	20
合 計		2	0	2	13	2	15	35	3	38	55



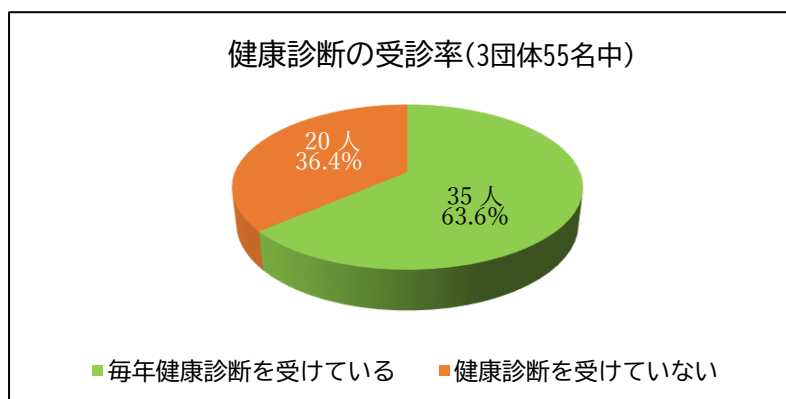
2. モデル団体における健康チェック等の実施内容について

- 1) 介入内容
 - 体力測定(握力、歩行速度、咀嚼機能、身長・体重、血圧測定)
 - 健康チェック(アンケート)
 - 体力測定後の集団・個別指導
 - 健康講話(血圧、口腔、健診の受診勧奨)
- 2) 今後の予定
 - 令和7年度に同団体にて体力測定、健康チェックを実施し、分析したデータから介護予防の意識や身体機能の変化等を確認する。

「通いの場参加者の介護予防効果の把握・分析」における

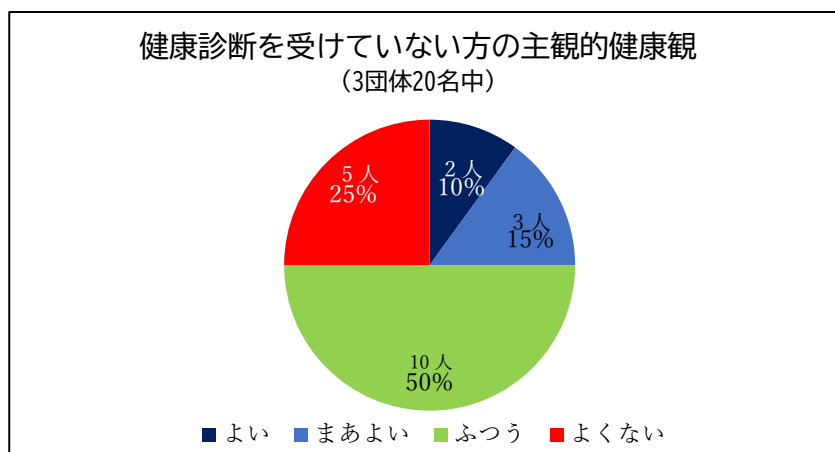
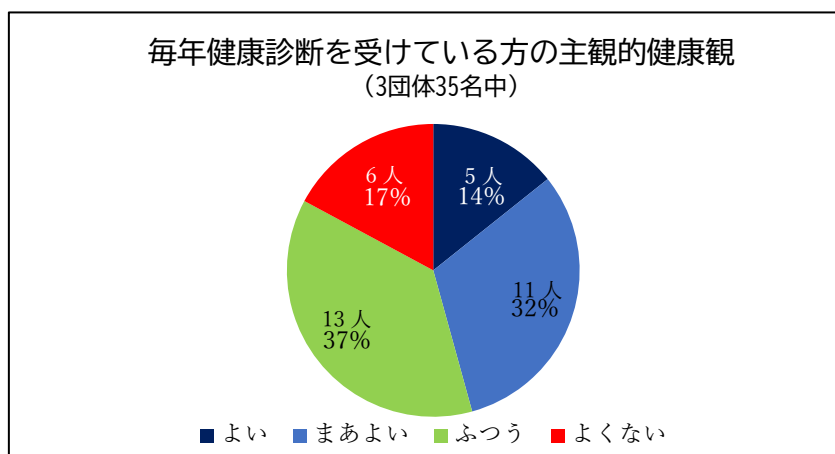
モデル団体での健康チェック等結果報告

1. モデル団体の健診受診率



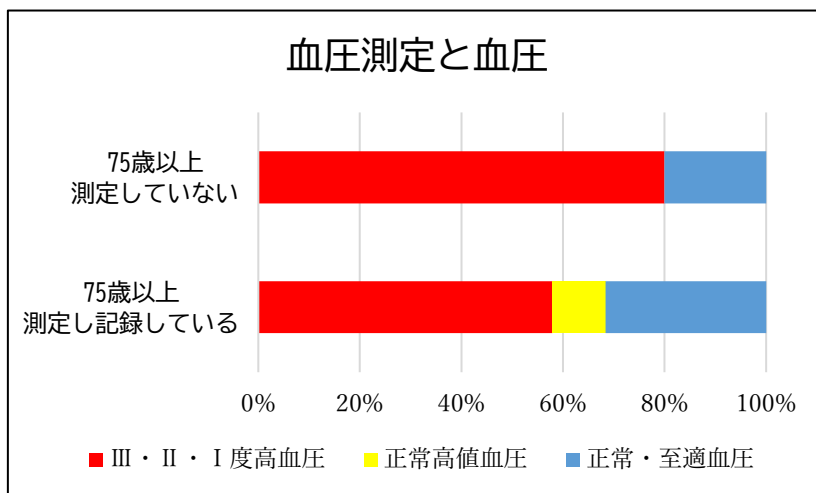
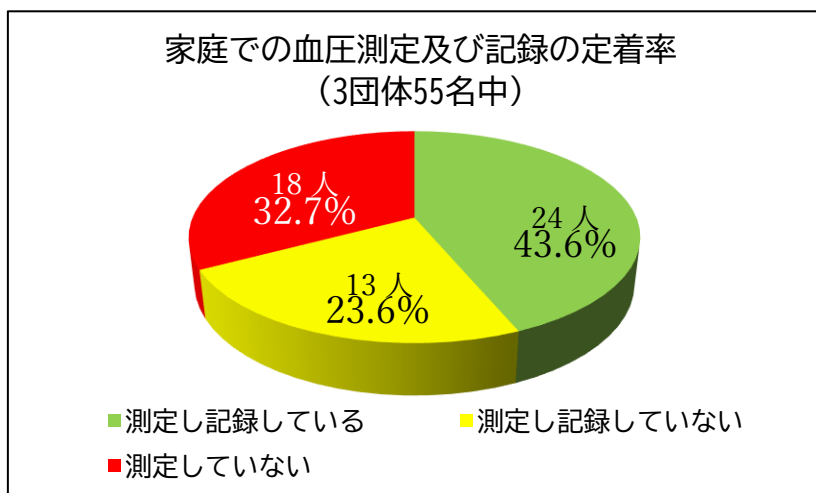
2. 健診受診の有無による主観的健康観の差

毎年健康診断を受けている方の主観的健康観は、健康診断を受けていない人に比べて、『よい』『まあよい』の割合が高い。健康診断を受けている方は、自身の健康に対する関心が高く、受診や生活習慣の改善等のセルフケアを行えているからであると考えられる。



3. モデル団体における家庭血圧測定・記録定着率

血圧を測定し記録している方は、していない方に比べて正常・至適血圧の割合が高い。日頃から自身の血圧を把握することにより、受診や服薬などの自己管理を行うことが可能となっているからであると考えられる。



「通いの場参加者の介護予防効果の把握・分析」における
モデル団体で把握したフレイル高齢者数と割合

1. 「フレイル」※の判定方法

改定日本版CHS基準（改定J-CHS基準）

項目	評価基準
体重減少	6か月で、2kg以上の（意図しない）体重減少 （基本チェックリスト #11）
筋力低下	握力：男性＜28kg、女性＜18kg
疲労感	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする （基本チェックリスト #25）
歩行速度	通常歩行速度＜1.0m／秒
身体活動	① 軽い運動・体操をしていますか？ ② 定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

判定の基準は「日本版 CHS 基準」を用いて

該当なし（0 項目）：ロバスト
（健康・健常な状態）

1～2 項目該当：プレフレイル
3～5 項目該当：フレイル としている。

※フレイル：「加齢により心身が老い衰えた（虚弱な）状態」を指す。

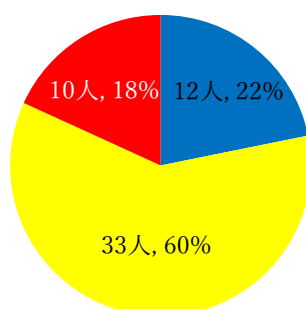
2. モデル団体で把握したフレイル高齢者数と割合

（単位：人）

		判定結果		
		ロバスト	プレフレイル	フレイル
75歳以上	38	8	21	9
65歳以上75歳未満	15	3	11	1
65歳未満	2	1	1	
合計	55	12	33	10

年齢が上昇するにつれて、フレイルの
該当になる方の割合が増加する。

フレイル高齢者数（3団体全55名中）



■ ロバスト ■ プレフレイル ■ フレイル

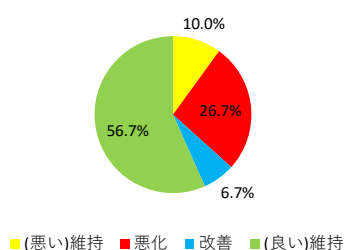
モデル団体における継続参加者の健康チェック結果の変化

3 団体において、令和元年から継続参加している 30 名（平均年齢 81.5 歳）の健康チェック結果を比較すると、7 項目において「維持（緑）」が 50～80%、外出頻度については「改善」が 90%の結果となった。

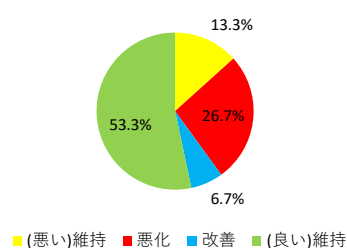
平均年齢を考慮すると、「維持」も通いの場参加による大きな効果だと考えられる。

R1からR6の変化

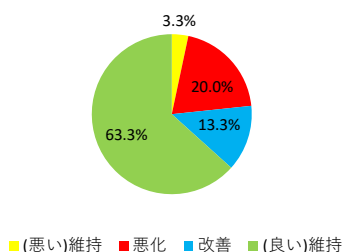
疲れた感じがする



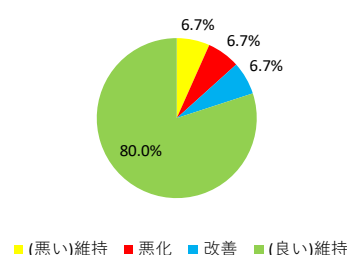
転んだことがある



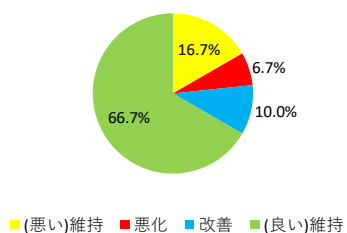
固いものが食べにくくなった



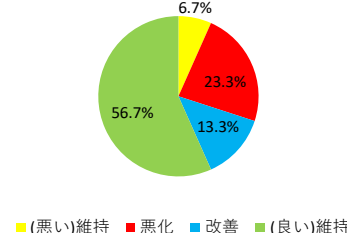
物忘れを言われた



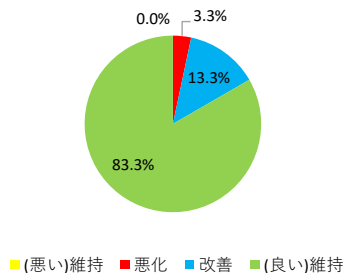
汁物でむせる



今日の日付けがわからない時がある



体重の減少があった



週 1 回外出している

