

**高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る取組
鳥取県鳥取市の事例**

(令和5年10月24日中国四国厚生局地域包括ケア推進課聞き取り)

目次

1. 地域特性	3
鳥取市の概要	
鳥取市における現状	
2. 一体的実施の取り組み経緯	5
一体的実施に取り組んだ背景・経緯	
3. 一体的実施の推進体制	6
庁内の体制	
関係団体との連携	
4. 事業実施状況	10
ハイリスクアプローチ	
ポピュレーションアプローチ	
5. 事業推進のための取り組み	15
周知と広報	
6. 一体的実施の取り組みの成果	17
一体的実施に取り組んだことによる成果	
今後の展開等	

1. 地域特性

鳥取市の概要



(令和5年3月末日時点)

人口	181,786 (人)
高齢化率	30.5 (%)
日常生活圏域数	18
後期高齢者被保険者数	28,454 (人)
後期高齢者1人あたり医療費	70,954 (円/年)
後期高齢者健診受診率	20.0 (%)
(令和4年度実績)	

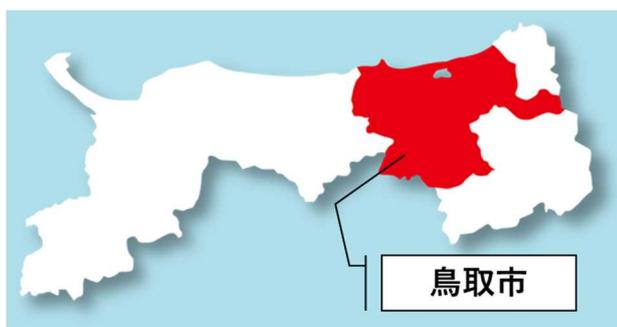
鳥取市は、鳥取県の県庁所在地及び人口が最多の市で、中核市に指定されている。県の東部に位置し、面積は約765Km²と、鳥取県の5分の1以上を占めている。

日常生活圏域別にみると市街地、海に面した地域、中山間地域等、多様な地域特性があり高齢化率も23.6%~54.8%とばらつきがある。

産業としては第1次産業事業所数が多く、同県米子市の約3倍、同規模自治体の甲府市と比べて4倍以上となる。

「煮えたら食わあ」(鍋が煮えたとしても誰も手を付けず、ようやく一人が食べ始めると我も我もと食べ始める)と表現されるように、非常に慎重で奥ゆかしい住民性がある。

一体的実施については、令和5年度時点、18圏域中13圏域で実施。



鳥取市における現状

医療費、健康課題、介護給付分析について

▼令和4年度時点の平均自立期間（要介護2以上）〔KDB：R4年度累計より〕

女性84.9歳、男性79.9歳と、国（女性84.4歳、男性80.1歳）と比べると女性は0.5年長く、男性は0.2年短い。県と比べると女性は0.2年、男性は0.1年短い。

▼令和4年度後期高齢者健診〔R5.5.2現在KDBより〕

後期高齢者健診受診率が20.0%、国平均24.8%と比較して低い。

▼後期高齢者の医療費分析（最大医療資源傷病名による）〔KDB：R4年度累計より〕

筋・骨格に係る医療費割合ががんについて高く、24.4%を占めている。要介護（要支援）者の有病状況においても、心疾患に次ぎ筋・骨格系疾患が多い。

また、精神、糖尿病にかかる医療費割合が11.1%、8.4%といずれも県よりも高い。

▼後期高齢者の人工透析患者数〔R5.5.2現在KDBより〕

増加傾向にあり、うち糖尿病性腎症を有する者の割合は直近5年間で4.9%から5.9%へと上昇している。

▼要介護認定率〔KDB：R4年度累計より〕

19.9%と県と同値であるが国平均（19.4%）より高い。また、要介護認定者のうち、4割以上が比較的軽度な要支援1から要介護1である。

▼令和2年度要介護原因疾患（新規認定主治医意見書集計結果）集計結果

27.7%が筋・骨格系疾患（関節疾患15.7%＋骨折・転倒12.0%）となっている。単独の疾患カテゴリにおいては、認知症が20.0%で最も多く、脳血管疾患が2番目で14.3%となっている。

要因

筋・骨格系疾患については、農業従事者が多いこと、自動車利用が多いことが要因として考えられる。

健診受診率については、外来通院者は毎年受ける健診の必要性を感じていないこと、令和4年度に実施した介護予防アンケート結果では、「健診を受けた」と回答した者のうち、実際受診した者はその約4割であったという認知のギャップがある等の問題が挙げられる。

糖尿病については、甘党で果物好きである等、糖分の摂取量が多いこと、運動習慣がない人が多いことが影響しているものと考えられる。

2. 一体的実施の取り組み経緯

一体的実施に取り組んだ背景・経緯

鳥取市は、全国に比べ要介護リスクが高い自治体である（健康とくらしの調査 2019 より）。特に、全国市町村と比較し「運動機能低下者」「うつ」の割合が高く、「幸福感がある者」の割合が低かった。

また、鳥取市における後期高齢者の状況（KDB より）として、後期高齢者医療費で最も多いものは筋・骨格系疾患であり、全体の4分の1を占め、要介護（要支援）者の有病状況においても、心疾患に次ぎ筋・骨格系疾患が多い。更に、要介護認定者のうち、約4割が比較的軽度な要支援1から要介護1で、その要因として筋・骨格系疾患が占める割合が多い。また、骨粗しょう症検診を受けた人の約半数は要指導・要精密である。

更に、フレイルリスクの上昇の別の要因として、主観的健康感と生活満足度が県に比して低いことや医療費分析で3番目に多いのが精神疾患であること（令和2年度 KDB 結果より）、主観的幸福感やうつ指標に該当する人が多い（JAGES2019 健康とくらしの調査より）ことが影響していると考えられることからフレイル予防対策が必要であると考えられた。

これらから、高齢者がフレイルの状態に早めに気づき、フレイル予防の3本柱（栄養・運動・社会参加）をうまくリンクさせて自分の生活サイクルに組み入れていくことができるよう、地域の関係機関と連携してこれらの対策に取り組むことにした。

3. 一体的実施の推進体制

庁内の体制

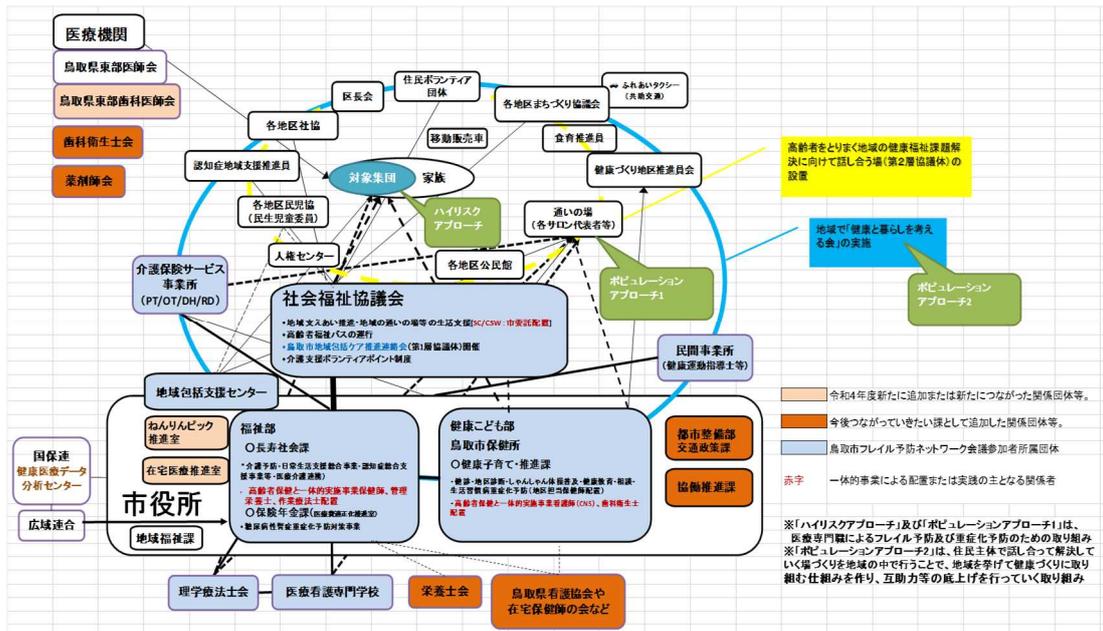
実施体制について

鳥取市における実施体制は図表1、図表2のとおりである。

図表1

主担当課	福祉部長寿社会課
企画・調整を担当する 職員の配置課	同上
連携している課	健康子ども部健康・子育て推進課、保健総務課、 保険年金課
その他連携している機関	鳥取市社会福祉協議会(生活支援コーディネーター)、 各地域包括支援センター、 鳥取市医療看護専門学校、 鳥取県理学療法士会、 介護事業所、各地域の地区公民館、 地区社会福祉協議会、まちづくり協議会、 民生児童委員会、区長会などの住民団体等

図表2



庁内の連携について

図表 3

＜課内各室の担当業務内容＞

▶福祉部長寿社会課 鳥取市中央包括支援センター

一体的実施の主管課。

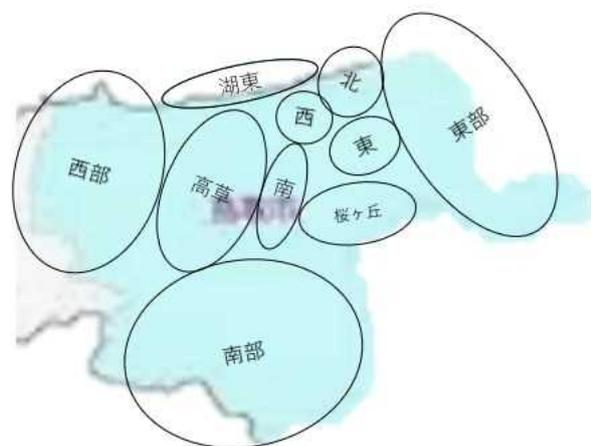
基幹型として、全市の高齢者支援施策推進業務と各地域包括支援センターの相談・伴走・後方支援業務を担う。その他、地域密着型地域包括支援センターの担当圏域は右のとおり。

▶健康こども部健康・子育て推進課：

保健事業全般を担当。

▶保健総務課：保健師業務の統括、育成を担当。

▶保険年金課：国保・年金・後期高齢者医療を担当。



企画調整担当(保健師 1 名、管理栄養士 1 名)は中央包括支援センターに所属。

地域担当医療専門職は健康こども部健康・子育て推進課、中央包括支援センターに所属。

企画・調整担当と地域担当間の連携について

情報共有の手段は、対面による協議のほか、課が別庁舎にあっても連絡がとりやすいように、チャット、メール、PC共有フォルダ、電話等を活用し、気になることがあればすぐにお互い相談することができる。ハイリスク・ポピュレーションアプローチの進捗共有や個別のケースについて協議している。

一体的実施庁内連携会議（推進会議）について

各課への情報共有の機会として一体的実施庁内連携推進会議を年 2 回開催。当該年度の進捗状況の報告、及び前年度実績から来年度計画策定に向けた協議を行っている。

関係団体との連携

鳥取市フレイル予防ネットワーク推進会議

地域の医療人材や学校法人、民間団体、行政等の多職種・多機関でフレイル予防対策について検討を行う会議を令和5年度から立ち上げ。健康な地域づくりを目指し、フレイル予防の3本柱「栄養・口腔、運動、社会参加」のうち、主に社会参加を促進していけるような施策について検討を行っている。（毎月開催）

〔構成〕

鳥取市医療看護専門学校教員〔理学療法士〕、市社協の生活支援コーディネーター〔SC〕
介護事業所、医療介護福祉機関〔理学療法士/作業療法士〕（県PT/OT会理事）
民間事業所〔健康運動指導士〕、民間薬局〔薬剤師〕（県薬剤師会理事）
地域包括支援センター認知症地域支援推進員
健康子育て推進課〔地区担当保健師、看護師、歯科衛生士〕
事務局（鳥取市中央包括支援センターの管理栄養士、作業療法士、保健師、事務職員）
等

〔現在の検討事項〕

これまでの課題（高齢少子化等）の具体的な棚卸しを経て、現在は以下2点を優先課題に挙げ、企画・事業化について検討中。

○若い世代からのフレイル予防。世代間交流の重要性。

○社会参加率の向上と誰一人とりこぼさない支援と地域のキーパーソンの人材育成。

⇒地域食堂との連携（社会とのつながりの大切さ、地域愛着）を検討中…



図表4：会議の様子

鳥取市医療看護専門学校との連携

鳥取市医療看護専門学校理学療法士学科の学生及び教員へ、地域学習のフィールドとしてフレイル予防教室等の場を提供。鳥取市や鳥取市社会福祉協議会等と連携・協働しながらポピュレーションアプローチを行うことで、次世代の医療人材育成につなげている。また、住民にとっては多世代交流・地域活性化の場となっている。

〔経緯〕

学生の存在が、地域活性化及び健康増進の動機づけに非常に効果的であるため、かねてより学校との連携に注目していた。さらに、鳥取市の医療人材の地域定着も見据えたときに、特にコロナ禍での学生の直接的コミュニケーション機会の不足や人間力の向上に資する支援につながると考えた。

令和3年秋頃、長寿社会課に配置されている理学療法士を介して、鳥取市医療看護専門学校へ依頼し連携に至った。

〔内容〕

事前に高齢者介護予防に関するゼミ学生を対象に中央包括支援センターが研修を実施したうえで、フレイル予防教室（P.13 参照）を協働で実施。

その後、地区踏査活動、学生主体のフレイル予防教室の実施、その他令和6年度に県で開催予定のねんりんピック（e-sports）推進事業にも関わりを持ってもらっている。

✦ 学生の反応

- ・ 学生の姿勢に変化アリ
（教えるスタンス→教わるスタンス、挨拶）
- ・ 「実際の医療機関等の実習で大変役に立った」と報告あり。

✦ 住民の反応

- ・ 住民のみなさんはあたたかい目で見守ってくださり、学生の参加はいつも大好評。
- ・ 住民のみなさんからは「また来て」と熱いラブコールをいただいている。



図表5：教室の様子

4. 事業実施状況

ハイリスクアプローチ

ハイリスクアプローチ（高齢者への個別的支援）として、下表の事業を展開している。

図表6 ハイリスクアプローチの内容

実施項目	実施概要
低栄養・口腔フレイル予防事業	<p>対象：一体的実施・KDB 活用支援ツール「低栄養」（BMI18.5）から要介護及び福祉サービス利用者を除く。かつ後期高齢者の質問票のうち④咀嚼機能「はい」または⑤嚥下機能「はい」に該当する者。</p> <p>実施方法：対象者を抽出後、対象者1人につき、概ね3ヶ月間に2回の訪問指導を実施する。 ✓その際、原則管理栄養士と歯科衛生士（または看護師）2名による同行訪問とする。</p>
身体的フレイル予防事業	<p>対象：一体的実施・KDB 活用支援ツール「身体的フレイル」から要介護及び福祉サービス利用者を除く。かつ、BMI18.5 未満またはBMI30以上の者。 ✓令和4年度の対象者（北、国府、湖南圏域）で評価未実施者も対象とする。</p> <p>実施方法：対象者を抽出後、対象者1人につき、概ね3ヶ月間に2回の訪問指導を実施する。 ✓その際、原則看護師と委託先の作業療法士の2名による同行訪問とする。初回アセスメントの結果、必要な場合は他医療専門職による訪問支援を実施する。</p>

次ページに続く

<p>糖尿病性腎症 重症化予防事 業</p>	<p>対 象：「国保保健事業の糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業」参加者で75歳以上の者（H26～R4年度）のうち未介入の者。</p> <p>実施方法：保険年金課主催「生活習慣病食事指導事業（以下、集団教育）への参加勧奨通知を送付（保険年金課より）。</p> <p>当日参加者に対しては、歯科衛生士による口腔指導を軸とした集団教育開催後、健康状態の確認及び各医療専門職によるアセスメント・個別指導を実施する。後期高齢者質問票については、フレイル予防チェックシステムによるアドバイスシートを作成して、本人及びかかりつけ医等相談用の計2枚を本人へ配布する。その後、3か月後に電話支援による評価を行う。</p> <p>✓参加勧奨の際、後期高齢者質問票等のアンケートを同封し、当日不参加であってもアンケートの返送者に対しての後日支援が実施可能な体制をつくる。</p>
<p>健康状態不明 者対策</p>	<p>対 象：令和2・3年度「健康状態不明者」のうち、令和4年度の悉皆調査（全数調査）における介護予防アンケート返送者で該当項目が5項目以下の者及び令和5年度4月現在要介護状態にある者を除く。</p> <p>実施方法：令和4年度に実施した悉皆調査返送者と対象者の突合を行い、そのうち、本事業対象圏域において返答が無かった者または返答内容から訪問が必要と判断された者に対し1回以上訪問指導を実施する。またその際は、医療専門職2名（作業療法士と看護師または管理栄養士）による同行訪問を実施し、各専門性に応じた指導や支援を行う。</p> <p>✓本年度対象外の圏域に関しては、次年度の支援へつなげる予定。</p>
<p>包括的支援事 業</p>	<p>対 象：ポピュレーションアプローチやハイリスクアプローチを行う中で、生活機能低下を認め、スタッフカンファレンスで事後支援が必要と認められた参加者またはその家族等。</p> <p>実施方法：次の支援を実施する。</p> <p>(1) ポピュレーションアプローチの際、事後支援が必要な住民に対し、必要な医療専門職や地域資源等へつなぐ等の支援を行う。</p> <p>(2) ハイリスクアプローチの際に、対象者の家族等に対し、必要な医療専門職や地域資源等へつなぐ等の支援を行う。</p>

特徴的な取り組み・エピソード等（ハイリスクアプローチ）

● 低栄養・口腔フレイル予防事業

令和2年度は低栄養防止事業として筋力低下防止の視点も入れながら看護師のみで支援を実施。令和3、4年度は低栄養防止事業として口腔フレイルの視点も取り入れながらの支援を、令和3年度は看護師のみ、令和4年度後半では管理栄養士との同行訪問より行ってきた。

しかし、低栄養防止の支援を行うにも、口腔フレイル予防の支援を行うにも、どちらの要素も関わりあっているので片方の支援だけでは効果があまり大きくないということ、また配置転換により歯科衛生士の関わりが可能となったことから、管理栄養士と歯科衛生士の同行訪問によるフレイルリスク者の対応を行うことにした。

● 身体的フレイル予防事業

身体的フレイル/半ば閉じこもり傾向にあった対象者から「近くの集落の公民館で講座などがあれば友人と行けるのに。開いてほしい。」と希望があったことから、一体的実施で関わりのあるSCや理学療法士学科の専門学生へ声をかけ、地域課題の共有へつなげ、学生主体の通いの場の立ち上げにつながった。

● 糖尿病性腎症重症化予防

既に国保事業で介入しており、一定の動機づけが得られた対象者に対して、腎症が悪化していく75歳以上の対象者にタイムリーで効果的な支援ができた。（糖尿病罹患期間が20年程度になった者は、より腎症が顕在化する時期であるため。）

また、糖尿病専門医による講話を集団教育プログラムに入れたところ、住民からは「話は難しくて自分自身はよくわからなかったが、今日の資料をかかりつけ医のもとにもって行って、自分がどういう状態なのか知りたい」という率直な声が挙げられ実際に相談され報告いただいた。かかりつけ医への詳細な相談への強い動機づけとなり、行動変容につながったと考えられる。



ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチ（通いの場等への積極的な関与等）として、下表の事業を展開している。

図表7 ポピュレーションアプローチの内容

実施項目	実施概要
フレイル予防教室（講座）	<p>地域の高齢者サロン等でフレイル状態の把握及び医療専門職によるフレイル予防についての教育及び評価を2～3回かけて実施する。初回のフレイルチェックでは、個人だけではなくそのサロン等全体のフレイル傾向について共有後、その傾向に合わせた支援を行って理解を深める。初回から3か月後以降に、再度フレイル状態を把握し、成果を確認。今後のサロン活動に反映していただくような支援につなげる。翌年度にはフォローアップ講座を実施。支援は多職種多機関協働型で行う。</p> <p>※単発で行うものはフレイル予防講座としている。</p>
健康と暮らしを考える会	<p>地域の健康福祉課題について住民とともに検討する多職種多機関協働型支援。3回シリーズで実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 第1回：住民と地区データの共有 強み・弱みの把握（SWOT分析） ▶ 第2回：夢物語の創出 （現実に捉われないアイデア出し作業：SWOT分析） ▶ 第3回：地域健康福祉課題に即した具体的アイデアの検討 （アイデアツリー） ▶ 事後支援：住民主体の話し合いの場の創出 （協議体設置と伴走支援） <p>徐々にSCや地区担当保健師等による地域活動支援に移行。</p>

特徴的な取り組み・エピソード等（ポピュレーションアプローチ）

- フレイル予防教室（講座）

多職種多機関協働型で実施しており、携わる人数が多いため、チェックシートを活用し関係者の情報共有を図っている。（図表8）
- 健康と暮らしを考える会

令和2年度、健康とくらしの調査2019の結果（現状）を地域住民へ伝える機会を作る目的で「健康とくらしを考える会」をモデル的に開催。令和3年度以降はさらにフォローアップとして、住民が主体的に地域のことについて

具体的に考え、SC 等による伴走支援とともに地域課題解決につながるような仕組みを構築。プログラムは単発ではなく、複数回のプログラムにすることで定着が図れるよう工夫を行った。

最初、住民は否定的（限界集落だから何やっても無駄、等）な反応だったが、プログラムを通して「希望が持てた。」「地域についてみんなと話し合ったことは無かったが、とても良かった。」との声が聞こえた。

～こんな取組につながりました～

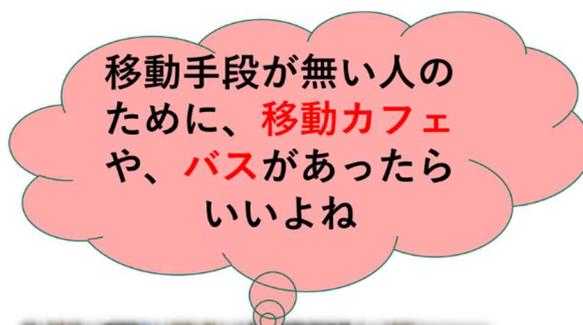
ケース①高齢化率が高いにもかかわらず、今まで認知症を学ぶ機会はなかったため、予防の話をしてほしいという声があり、認知症地域支援推進員及びSCによる各集落への認知症予防講座の開催に発展。

ケース②居場所カフェと子育てサロンとのつながりづくり（両者は同じ曜日、時間帯にやっていたのにつながっていなかったため、子育てサロン終了後に居場所カフェに立ち寄れるよう、マッチングを行った。）

フレイル予防教室 関係者情報共有 チェックシート				
				NO.
団体名	〇〇丁目1区町内会			
区分 (回数・フォローアップ等)	3回目	予定回数	3/3	
期日	令和5年3月16日(木) 13:30~15:30			
会場	〇〇地区公民館 大会議室(1階)			
会場の様子	体育館風			
おおよその人数	10名			
団体の特徴 (年齢層・特徴等)	前回とほぼ同じ ※新規の参加者がこられる可能性あり			
必要に応じて項目を追加して下さい				
	項目	記入欄		
1	集合時間	13:00		
2	市(包括・保健所等)参加者 ※所属・氏名・職種も記入	保健所:A・B(CNS)、中央包括:C(RD) 医療専門学生新3年生5人+D(PT、引率教員)		
	市社協 参加者	市社協:E・F		
3	【準備物確認】	PC	保健所、市社協	書籍一式
	PC・プロジェクター スクリーン等	フロ ジョイスティック	市社協	測定用イス
	※誰が準備するのかも記入	スクリーン	保健所	USB
4	【進行確認】	受付:市社協、来所者対応その他スタッフ適宜		
	当日の司会や流れ、 役割分担を記入	進行:Aさん、フォローBさん		
		説明:Aさん		
		入力:市社協		
	体組成・運動器測定・フレイル予防体操: 学生、フォローは引率教員、市社協			
	「季節の変わり目に気を付けたいこと」:AさんまたはBさん			
	まとめ:Cさん(KCL結果説明〜)、Aさん			
	啓発・PR(5分):市社協、医療専門学校			
5	変更する様式			
6	その他 (要重点や円滑に進むための 必要な案件等)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防手帳を余分に欲しいとのこと ・個と口のフレイルリーフレット(第2回で配布した分)が欲しい(前回の欠席者用に) ・季節の変わり目で気を付けることについて話を聞きたいとのこと⇒「生活リズムを整えて抵抗力(体力)を付けること、こうした集まりに継続して参加できること、そうすることでお互いの体調を気づき合う機会を意図的に作ること」等を伝えていただくようお願いいたします。 ・しゃんしゃん体操をされている遠いの場のようなので、参加者の誰もが脱落することなくしゃんしゃん体操をし続けられるように動機づけしたいところ。 		

開催3日前を目途に参加者で共有すること!!

図表8:チェックシート



図表9:健康と暮らしを考える会の様子(第3回)

人材育成のための取り組み

- ・ ポピュレーションアプローチにおいては、市社協の SC との連携・協働体制を強固なものとして確立しており、お互いの強みを理解し弱みを補い合いながらの実践によりお互いの人材育成に繋がっている。
- ・ 医療看護専門学校理学療法士学科学生及び教員へ、地域学習のフィールドとしてフレイル予防教室等の場を提供し、連携・協働しながらポピュレーションアプローチを行うことで、次世代の医療人材育成につなげている。これが、住民にとっては、多世代交流・地域活性化支援にも波及している。
- ・ 各圏域に根差した支援として、各地域包括支援センターと連携・協働することにより、従来地域づくりの実践経験が乏しかった各専門職も、積極的な地域づくりに関わるようになってきている。
- ・ 健康づくり部門に所属する地区担当保健師と連携・協働する機会を作ることにより、地区担当保健師にとっても、地域を見る視野を広げ、顔の見える関係づくりや地域活動の一助となっている。

6. 一体的実施の取り組みの成果

一体的実施に取り組んだことによる成果

本事業を実施するうえで感じている効果等（担当者コメント）

▶ フレイル予防の取り組みの重要性と波及効果

介入した対象者（グループ）においては、「フレイル」の認知度とともに「フレイル予防」の大切さ、「社会参加」の重要性を理解することで、個別のセルフケアだけではなく住民同士の声掛けに繋がり、新たなサロン立ち上げなど孤立・孤独防止の予防的活動にも波及している。

▶ 地域包括ケアシステム・ネットワークの構築の推進効果

一体的実施事業を一つのツールとして、地域包括ケアシステム（地域ネットワークの構築や各日常生活圏域に即した医療人材活用による重層的な支援等）構築の推進に繋がっている。

例えば、ある圏域では、圏域内の人権センターと市社協 SC、地区担当保健師と協働して、独自のフレイル予防教室を開催するようになり、評価を行いながらご当地体操等の新たな取り組みにつなげることができている。

また、地域健康課題の話し合いから挙げた対策として、一人暮らし高齢者を対象としたフレイル予防教室の開催をきっかけにつなげた地区の民生委員と協働して、地域の公園であおぞら教室を企画するなど地区活動に広がっている。

▶ 事業評価の推進における効果

フレイル予防に資するハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチを行って、毎年事業評価を行うことで、介入対象から取りこぼしている住民群や、不足しているアプローチが明確になり、今後行うべき支援に向けた検討を、多職種多機関協働で行うことができるようになった。例えば、フレイル中重度者（通いの場等に行けなくなったが、要介護まではいっておらず、地域包括支援センター等につながない）が早期予防支援につながない実態も見えてきた。

今後の展開等

✓ 低栄養・口腔フレイル対策の評価と各ハイリスクアプローチの効果的な支援に向けた研究的取組

ハイリスクアプローチにおいては、低栄養防止と口腔フレイル予防の支援を併せて行いながら、効率的・効果的な支援について検討しているところである。その際、歯科医師会や歯科衛生士会等とのつながりを生かし、行政だけでなく多種多様な視点から鳥取市の歯科保健の課題を分析できるよう連携を深める。その他、身体的フレイルにおいては引き続きリハ職を中心とした支援を行っていく。その他、本事業のみでしか行っていない健康状態不明者へのアプローチや糖尿病性腎症化予防事業におけるフレイル予防の視点を取り入れた支援を、関係各課と連携しながら行っていく。

✓ 通いの場等におけるポピュレーションアプローチの効果的な支援方法に関する検討と実践

ポピュレーションアプローチのうち、フレイル予防教室については、「ライトに広げる」をキーワードに実施していきたいと考える。フレイル予防教室におけるフレイル状態の把握方法をより厳選し、支援内容をより効率化させたプログラムとして確立して介護予防出前講座の一つのように位置づけることで、各包括と各地域を担当する SC が、地域活動の中でそれを受け入れ支援を主体的に行うことができるよう、一体的実施事業でバックアップしていく体制を整える。

地域の健康福祉課題について住民主体で検討していく取り組みである健康と暮らしを考える会については、市社協 SC が主体で取り組めるようフレイル予防教室と同様、引き続きバックアップ体制を整える。

✓ 要介護リスクを低下させるための社会参加率の上昇に向けた全市的な取り組みの推進

全市のフレイル予防対策として、より社会参加率を上げる取り組みにつながるため、鳥取市フレイル予防ネットワーク推進会議を設置し、課題を抽出し、事業化に向けた話し合いを進めていく。

また、鳥取市フレイル予防ネットワーク推進会議にて、2月1日がフレイルの日と制定されていることから、2月をフレイル予防月間と位置付け、フレイル予防に資する取り組みを計画。県へも働きかけ事業化につながった。また、当会議で行った課題分析の結果、本市全域で広がりをもせる地域食堂との連携に向けて取り組みを始めている。