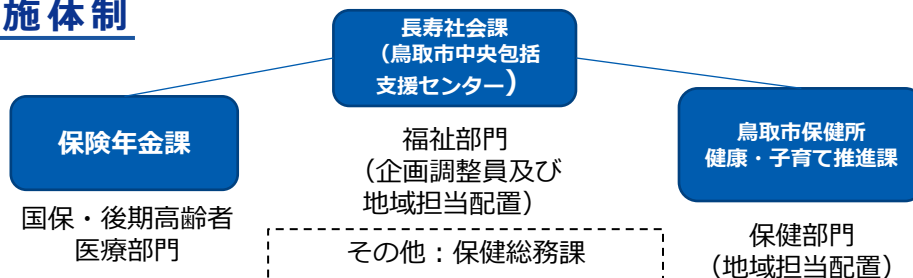


鳥取県鳥取市～一体的実施をツールに地域づくりを考える～

市の概況（令和5年3月31日時点）

人	口	181,786 人					
高	齡	化	率	30.5%			
後	期	被	保	険	者	数	28,454 人
日	常	生	活	圏	域	数	18 圏域

実施体制



SQのあるまち 鳥取市

取組の経緯

- 健康とくらしの調査2019の結果から、全国に比べ要介護リスクが高い自治体であることが分かった。
- 高齢者がフレイルの状態に早めに気づき、フレイル対策の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。

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
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、及び前年度実績の報告や来年度計画の相談を行う。
- **鳥取市医療看護専門学校との連携**
理学療法士学科学生及び教員に対し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。学生の参加により、活動がより一層促進されるとともに、次世代の医療人材育成につなげている。
- **多職種・多機関協働型のまちづくり**
主担当課である長寿社会課が持っているつながりを活用し、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、民生児童委員協議会、区長会などの住民団体等と多職種・多機関協働で地域づくりを行う。
R5年度からは鳥取市フレイル予防ネットワーク推進会議を立ち上げ、健康な地域づくりを目指し、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している。

ハイリスクアプローチ

- **低栄養・口腔フレイル予防事業**
一体的実施・KDB活用支援ツール「低栄養」抽出基準のうち、BMI18.5未満の者かつ口腔フレイルに該当する者を対象に実施。概ね3ヶ月間に2回、管理栄養士と歯科衛生士（または看護師）2名による訪問指導を実施。医療の受診勧奨やその他介護予防事業、通いの場等につなげたり、民生委員などとも連携をとっていく。
- **身体的フレイル予防事業**
一体的実施・KDB活用支援ツール「身体的フレイル」抽出基準のうち、BMI18.5未満またはBMI30以上の者を対象に実施。概ね3ヶ月間に2回、看護師と委託先の作業療法士の2名により訪問指導を実施し、必要な場合は他医療専門職による訪問支援を実施する。
- **糖尿病性腎症重症化予防**
保険年金課主催の生活習慣病食事指導事業（国保保健事業）にフレイルの視点を加えてアプローチを実施。当日、上記事業による集団教育に加え健康状態の確認及び各医療専門職によるアセスメント・個別指導を実施し、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・配付。本人及びかかりつけ医等相談用の計2枚を配付し、本人がかかりつけ医に相談する際に活用出来るようにしている。
- **健康状態不明者対策事業**
コロナ下における補助事業を活用し、後期高齢者の質問票等を郵送。返答が無かった者等に対し訪問指導を実施する。
- **包括的支援事業**
ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを実施した者のうち、事後支援が必要な住民や家族等を必要な医療専門職や地域資源等へつなぐ。

ポピュレーションアプローチ

- **フレイル予防教室、フレイル予防講座**
地区のサロン等で、年に2～3回実施。初回および最終回では血圧測定、基本チェックリスト、体組成（体重）、開眼片足立ち測定等の運動器測定を実施。フレイルリスクの高い項目についてサロン内で共有しながら、医療専門職等によりフレイル対策教育を実施。体操等を紹介し、今後のサロン全体の継続的な取り組みにつなげるよう支援する。
- **健康と暮らしを考える会**
地域の健康福祉課題について住民とともに検討。
第1回：住民と地区データの共有/強み・弱みの把握
第2回：夢物語の創出
（現実には実現しないアイデア出し）
第3回：地域健康福祉課題に即した具体的なアイデアの検討
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）
徐々にSC（生活支援コーディネーター）や地区担当保健師等による地域活動支援に移行していく。

～実際にこんな事例につながりました～

「今まで認知症を学ぶ機会にはなかった」「予防の話を知りたい」という声があり、DSC（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が実現！

鳥取県鳥取市

事業結果と評価概要（令和4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	低栄養防止事業	36	実 25 延 49	(1)体重 (2)行動目標の達成度 (3)行動変容 (4)後期高齢者質問票①②	低栄養フレイルリスクにある者のうち83%の人が3か月後に改善または維持できた。
	糖尿病性腎症重症化予防	23	実 2 延 4	(1)支援実施者の割合 (2)通院継続している割合、検査データ推移 (3)必要な支援へつなげた人数	2名とも通院継続中であり、HbA1cの値は6～7台となったことを把握かつフレイル対策支援を実施。また、1名は状態の変化があるにも関わらず薬が10年間同じだったため、医師への相談を勧め、事後支援時、相談されたことを確認した。
	その他身体的フレイル予防事業	26	実 20 延 24	(1)BMI (2)行動目標の達成度 (3)行動変容 (4)後期高齢者質問票の①②③	評価訪問実施者4名については全員が3か月後に改善または維持できた。残りの16名は令和5年度に評価を実施し、行動変容ステージ実行期以上の割合が7%(初回訪問時)から60.7%(評価訪問時)へ上昇した。
	健康状態不明者	102	実 25 延 25	(1)支援実施者の割合 (2)行動変容 (3)必要な支援へつなげた人数	調査時期が予定より遅延し、対象者のうち介護予防アンケートで返送があった者へフレイルチェック結果及び個別性に応じたリーフレット等を送付。令和5年度に訪問を実施し、95.2%が必要な支援へつなげた。
	その他包括的支援事業	11	実 3 延 5	必要な支援へつなげた人数と割合の把握	支援の手が届いていないフレイル中重度者についても関わり地域包括支援センターに接続することで、3次予防支援を行うことができた。
ポピュレーションアプローチ	フレイル予防教室 フレイル予防講座	実施箇所 27	延 602	(1)教育回数、参加者数、フレイル状態の把握数 (2)健康測定結果やフレイル状態の個別把握、サロン全体としての該当率の割合 (3)住民の取組、支援機関との距離感、意識変化等 (4)フレイルの理解度、教室参加希望の割合	通いの場等参加者が、個人及びサロンのフレイル傾向について把握し、地域の医療専門職やSC等の支援を受けながらフレイル対策を継続することができた。
	健康と暮らしを考える会	実施箇所 4	延 74	(1)参加者数、実施回数等 (2)地域課題等共有の有無、住民自身による地域づくり具体策の立案の有無、会議体設置の有無 (3)会参加への継続意欲の有無、地域住民の意識の変化	本事業をきっかけに、支援者側であるSC等の人材育成や、DSCや地域包括支援センターが地域づくりに関わるきっかけ作りも行い、今後もSC等による伴走支援を続けながら、住民主体の地域づくりを行っていくための基盤づくりができた。

課題・今後の展望

- 歯科衛生士や歯科医師会との連携を深めながら低栄養防止と口腔フレイル対策の支援を行う。
- フレイル予防教室については、支援内容をより効率化し、各包括と各地域を担当する保健師やSCが地域活動の中で主体的に支援できるよう体制を整える。
- 全市のフレイル対策として、より社会参加率を上げるため、鳥取市フレイル予防ネットワーク推進会議にて課題を抽出し、地域食堂やスーパー併設の薬局と連携し、事業化することができた。今後もネットワークを構築しながら、健康な地域づくりを行っていきたい。