

保健所の健康づくり施策で感じている課題と対応

資料 4-1

隠岐保健所 地域健康推進課



【生活習慣病対策】 相変わらず、隠岐は壮年期の死亡が多い！県平均で平均余命が男性で1歳短い。

①具体的に何を改善したらデータ改善できるのか考える→管内担当者会議を開催（予定）

国保データヘルス計画等と連動

②保健・医療と一緒に疾患の適性管理・重症化予防を考える→糖尿病手帳等の活用で情報共有

【アルコール対策】 県平均を上回る飲酒量、飲酒頻度！精神保健で対応に苦慮。

①健康を害さないお酒のつきあい方の啓発：隠岐版AUDITチラシの作成・活用中

②アルコール健康障がい対策連絡会の開催：保健 依存症にならない・増やさない取組

医療 依存症を重症化させない取組

福祉 依存症を孤立させない取組 の検討

【社会とのつながりの切れない仕組みづくり】 コロナで薄れつつあるつながりの再確認・再構築！

①健康づくりグループ、サロン活動の継続を応援：表彰事業等のPR強化、健康情報発信の充実

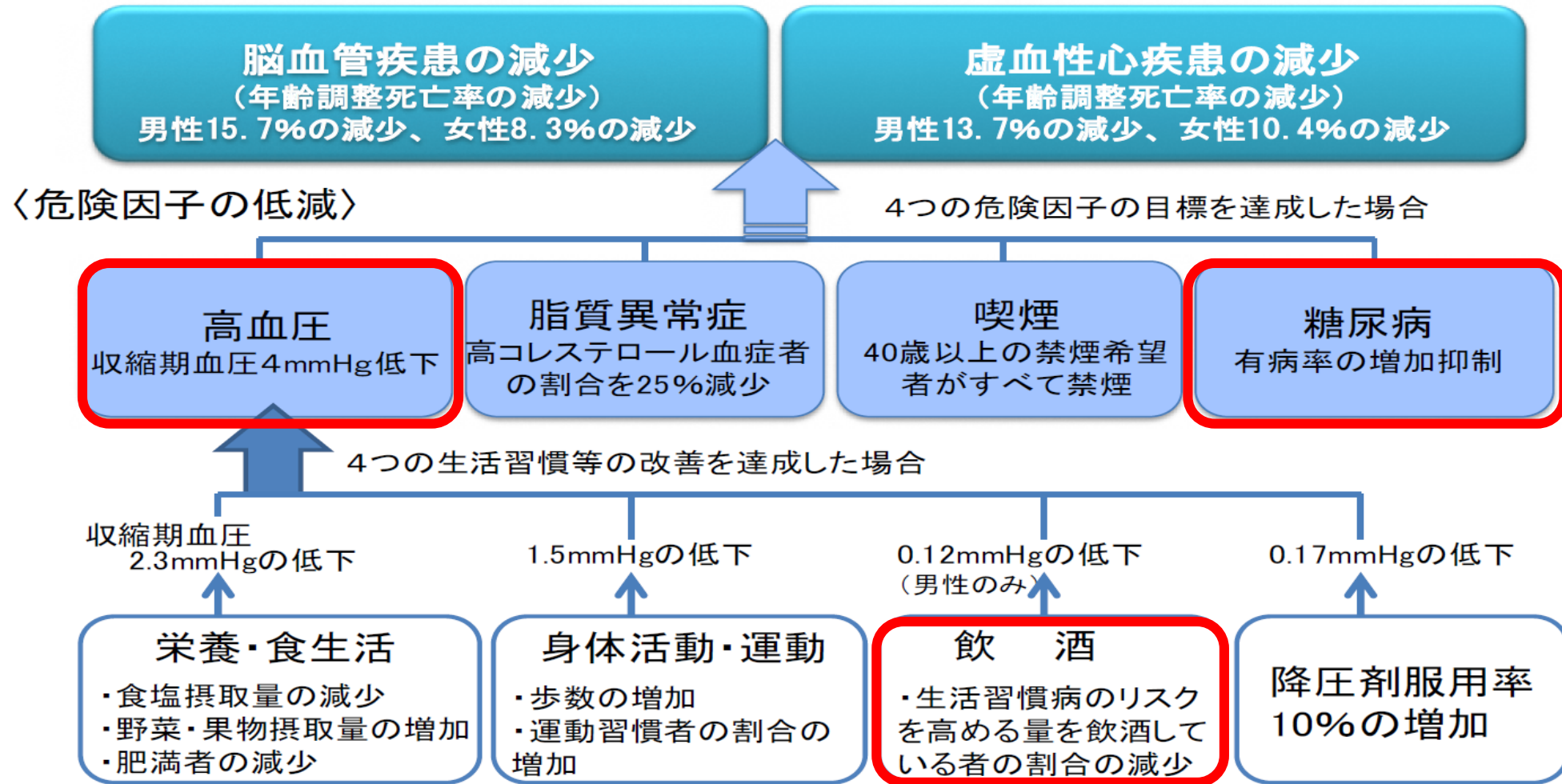
②健康寿命延伸プロジェクトで隠岐の島町北方をモデル地区として応援：地域活動と健康づくりを
コラボ

③隠岐の医療・介護を知り、元気な時から最期のことを考えておく啓発：近所で支え合える関係
の大切さ+アドバンスケア・プランニングの啓発

令和4年度 隠岐保健所 保健・医療・介護の連携を意識した業務展開

保健	医療	福祉・まちづくり
①働き盛りの「がん」「循環器疾患」対策の充実		
★健診（検診）受診の徹底 ★<u>全世代で健康的な生活習慣の改善</u>（禁煙・適正飲酒・減量・減塩等） ★精密検査受診の徹底	★<u>適正治療・疾患管理＋生活習慣の改善で重症化予防の取組強化</u> ★保健・医療の治療管理の目線合わせ（担当者会議等）	★地域・職域で健康づくり・介護予防を取り組みやすくなる応援 ★<u>延伸PJ（北方区）の取組を他地域に波及</u>
②アルコール対策の継続		
★未成年の飲酒防止・喫煙防止 ★アルコールの害（循環器疾患・認知症・依存症）の啓発強化 ★<u>AUDITで適正飲酒の啓発</u>	★<u>アルコール健康障がい対策連絡会の開催</u>（医療・保健・福祉で共通した支援・ツール検討）	★<u>酒害を正しく知り、地域で「飲み過ぎない」声かけ</u> ★孤立させない取組：酒害相談の利用、受診勧奨、各種相談の窓口PR
③隠岐で「住み続けられる仕組み」「社会との繋がりが切れない仕組み」づくり		
★<u>お薬手帳・糖尿病手帳 血圧手帳等の活用促進し 自身の健康管理の意識高揚</u> ★<u>隠岐の医療・介護を知り、元気な時から今後のことを考える啓発（ACP）</u> ★災害時の保健活動の強化	★<u>入退院連携ルールを検討し円滑な連携を図る</u> ★医療的ケアの受け皿検討 ★誤嚥性肺炎の予防のため医療・施設従事者の食形態・口腔ケアの情報共有＋勉強会の開催	★各町村ごとに住み続けられるまちづくりの検討（地域包括ケアシステムの構築） ★精神障がい者の地域定着支援の具体化（居場所づくり・ボランティア・近所の協力者育成・社協活動とコラボ等）

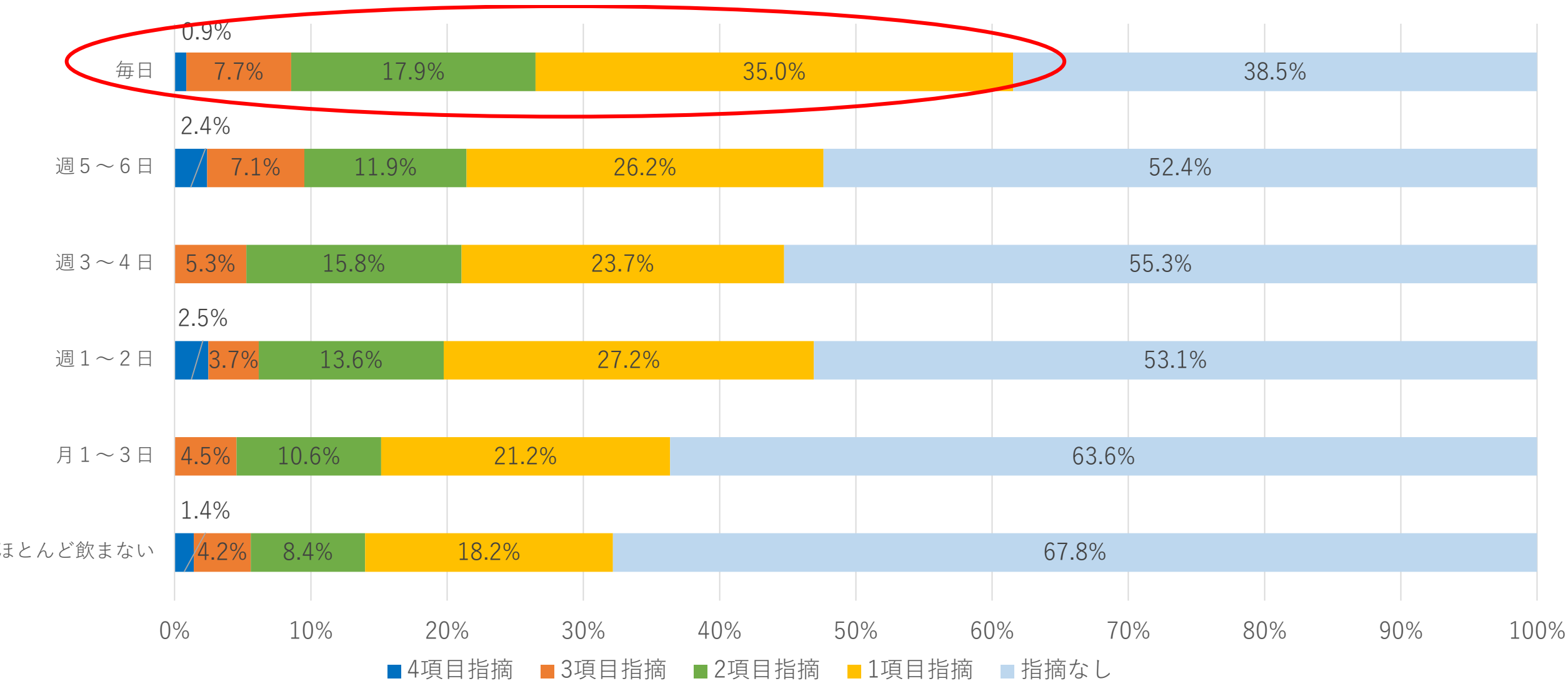
〈循環器疾患の予防〉



「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減少させること」が必要

R3.9月～11月実施 隠岐圏域独自お酒に関するアンケート調査 集計結果から

【健診結果上位4項目（血圧・中性脂肪・腹囲・LDLコレ）の指摘項目数×飲酒頻度】



飲酒頻度が多いほど、健診における指摘項目が多くなる

補足) ブリーフ・インターベンション&HAPPYプログラム研修の学び

- 働き盛り世代の健康を守るためにアルコール対策は大切なこと
- 生活習慣の行動変容を目指す：キーワードは共感・励まし・褒める
本人が変わろうとする気持ちを支援する＝自己肯定感を高める関わり
- 節酒でも身体的健康・QOLは改善する→医療費にも反映
断酒よりも継続しやすい→節酒から断酒につながることもある
- 注意されると、問題を隠し、否認するようになる
その人の考える「お酒の効用」を認めつつ「お酒の害」に気づく働きかけ

医療介護連携の取組について

【病院の病床機能報告】

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
隠岐病院	91	0	91	0	0
島前病院	44	0	20	24	0
計	135	0	111	24	0

【実際】

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
隠岐病院	91	0	38	53 うち地域包括ケア病床 53	0
島前病院	44	0	16	28 うち医療療養病床 8 介護療養病床 16 地域包括ケア病床 4	0
計	135	0	54	81	0

〔補足 2025年度における必要病床数推計〕

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2025年度	135	8	39	50	38

【医療介護の病床・定員数】

病院) 回復リハ病床 (一般+療養) 0・医療療養8・介護療養16 (島前病院)
 診療所) 有床診療所0
 介護) 介護老人保健施設70・特別養護老人ホーム270

【課題】

- ◆高齢化が進み、医療介護が必要な住民が増えるが、医療介護のベットには限りがある。
↓
- ◆医療介護のあまり必要のない自立した高齢者が最後まで島で住める。
↓
- ◆壮年期からの生活習慣病予防・疾患の適正管理が必要。

+	精神病床	感染症	=	総数
	22	2		115

「医療的ケアが必要になると長期入院・施設入所が難しくなる」という現実

隠岐圏域地域連携ハンドブック：令和2年度隠岐地域保健医療対策会議 在宅医療部会・難病対策部会で情報提供

【隠岐圏域地域連携ハンドブックについて】

- ・隠岐圏域の医療・福祉機関の支援体制・対応可能な医療処置等を関係者間で共有する目的で平成27年度に作成。今年度、現状把握のために27年度と同様の調査を実施。
- ・内容：支援体制の一覧（島前・島後別）・各機関の情報（1枚毎にシート作成）

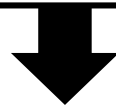
【R2の結果から見えてきたこと】

◆医療的ケアが必要になると、長期入院や施設入所の受け入れが難しい→特に島後

- ・人工呼吸器・気管切開・頻回な喀痰吸引・中心静脈栄養等の処置について、受け入れ不可能の診療所・施設が多い。施設看護職が少なく、日勤中心の配置になり、24時間対応が難しい

【2つの部会で話し合ったこと】

- ☐ 医療的ケアが必要な方の長期療養の受け皿の検討が必要
- ☐ **病院・行政・介護関係者と「できることから」話し合い改善できることに着手することが必要**
- ☐ 島民に現状を理解し、健康管理＋今後の心づもりを意識する啓発が必要



次年度の会議を待たず、隠岐の島町関係者で話し合いの場を持とう！

隠岐の島町医療・介護連携に係る意見交換会を開始

隠岐の島町の医療・介護の会議を連動させていこう！

隠岐の島町地域包括ケア推進会議

〈関連する会議で情報共有〉

隠岐の島町の主要な会議に
問題提起できる議論・整理を

隠岐の島町医療・介護連携に係る意見交換会
(隠岐病院・隠岐広域連合・隠岐の島町・隠岐保健所)

地域包括ケア推進協議会 (隠岐広域連合)

隠岐地域保健医療対策会議
在宅医療部会・難病対策部会 (隠岐保健所)

隠岐の島町

医療・介護連携部会

まずはここから着手！

入退院連携に関する検討

ワーキング

住民啓発に関する検討

地域包括ケアシステム
に関する検討

「5年後10年後を見越した仕組みづくりを考える」ことが大切！

R3.6.10第1回隠岐の島町入退院連携に係る意見交換会 課題抽出

〈今見えている課題〉

【医療・看護】

- ・ 医療的ケアが必要な方の受け皿不足
- ・ 医療・看護の人材不足

【介護・リハ】

- ・ 在宅サービス不足
- ・ 入所までの中間施設の確保

【生活支援・すまいとすまい方】

- ・ 身寄りのない方等の退院後の支援
- ・ 通院困難者の通院手段
- ・ 高齢者、従事者の住まいの確保

【保健・福祉】

- ・ 住民啓発の必要性
- 1) 疾患管理＋重症化予防
- 2) 医療・介護の現状理解
- 3) ACP/意思決定支援

〈今後検討していくこと〉

①入退院連携ルールの確立

- ・ 入退院連携ツールの検討
- ・ 医療・介護まめネットの活用

★多職種研修会の開催

②医療介護のベットコントロール

- ・ 全体集約の仕組みづくり
- ・ 施設の特性に合わせた利用

③町で地域包括ケアシステムを検討

- ・ 実践できる仕組みづくり

例) 高齢者、従事者向け住宅の確保
総合相談支援体制づくり
(生活困窮者・退院困難者等)

④住民啓発の実施

- ・ 医療・保健・福祉共通の情報発信
(年度末に作成した媒体を活用等)



日常の療養支援

★安定した療養生活を送ることが出来る

【視点】

- ・住民が、自ら生活習慣病予防を意識した生活を送ることが出来る。
(減塩・バランス食・適度な運動・適正飲酒等の生活習慣の獲得)
- ・住民が自分の病気を理解し、重症化予防に取り組むことが出来る。
(定期受診・疾患管理の徹底、適切な生活習慣改善)
- ・元気な時から、最期どうありたいか考えておくことが出来る。
(高齢者の過ごし方教室の実施、エンディングノート・リビングウィルカードの作成)

急変時の対応

★急変時に本人が望む医療を受けられる

【視点】

- ・夜間・休日の救急外来の利用が増えないように、平時の健康管理を住民に啓発できる。
- ・急変時の対応が心配な本人・家族へ、対応方法について説明し、理解が出来る。
また、ケアマネや訪問看護、施設関係者との目線あわせを定期的に行うことが出来る。
- ・本人がリビングウィルカードを作成・常時携帯し、必要な場面で活用出来る。

隠岐の島町の高齢者がどこに住んでも
安心して医療・保健・介護サービスを受けることができる

退院支援

★本人及び家族が安心して退院できる

【視点】

- ・入退院連携ツールを作成・活用し、保健・医療・介護の関係者が同じ目線で情報共有・情報交換が出来る。
- ・本人・家族が安心して退院し、退院後の療養生活が安定して送れることで、重症化予防に取り組むことが出来る。

看取り

★穏やかな最期を迎えることが出来る

【視点】

- ・離れて住む近親者と本人が、元気な時から終末期のことを話し合い、意志決定できた上で看取りの時間を大切に送ることが出来る。
- ・保健・医療・福祉関係者が連携し、本人・家族に適切な意志決定支援を行うことが出来る。

【一緒に取り組むことで期待できること】

- ①隠岐の島町民の健康管理の意識が高まり、疾患の重症化予防につながる。
- ②医療的ケアが必要な患者が減少し、町内完結出来る患者が増える。また、医療・介護現場の負担の軽減につながる。
- ③入退院に必要な情報がタイムリーに交換できることで、早期退院・入退院の繰り返し事案が減少することにつながる。

【啓発チラシ一部】 隠岐の島町で自分らしく生きる！

～元気な時から今後のことを考えよう！～

健康で過ごすヒント



□受けている治療や
今後の療養について
主治医に相談する

□高血圧・糖尿病等の
治療を続けて重症にしない



□元気な時から
医療や介護サービスを
知っておく



- ★健康手帳を上手に活用しよう！
血圧や検査・健診の結果、先生に指導された
こと等記録しておくで健康管理に役立ちます。
- ★詳しくは保健福祉課へお問い合わせください。
(電話2-8562)



離れて住む家族とも
話しておくといいですね。



□健康を保つ生活習慣
□毎年健診を受ける



□治療や療養先を
どこにするか考えて、
家族等と決めておく

- ★隠岐の島町は「エンディングノート」や
「リビングウィルカード」を活用して
元気な時から最期の迎え方を考えて
心づもりをしておくことを勧めています。
- ★詳しくは地域包括支援センターへ
お問い合わせください。(電話2-4500)

かかりつけ医に相談し、自分の病気を正しく知り、病気とつきあっていくことが大切です！

開業医・診療所（外来治療）

- ・ 高血圧や糖尿病等の治療を続けましょう。
- ・ 高血圧等を管理して脳卒中や心臓病といった大きな病気につながらないよう気をつけましょう！

隠岐病院（外来治療・入院治療）

- ・ 必要な入院治療が終わったら、退院になります。
- ・ 入院中から、退院後の生活について準備しておく必要があります。



本土の医療機関（外来治療・入院治療）

- ・ 島内で受けられない専門的な治療を受けることができます。
- ・ 病状によって、島内の施設入所が難しくなる場合もあります。事前に説明を受けて、家族と相談しておきましょう。



退院後の療養先として・・・

①家に住みながら、必要時 介護サービスを利用できます。（ヘルパー派遣・配食サービス・福祉用具 等）

- ・ 訪問診療や訪問看護を受けて在宅治療・在宅看取りも可能です。（主治医に要相談）
- ・ 部分的に施設サービスを利用も可能です。（デイサービス・ショートステイ 等）

②施設を利用する（特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・グループホーム等の入所）

* 介護保険の認定を受けると、ケアマネジャーさんにサービス調整等の相談に乗ってもらうことができます。



★療養先は、医師や看護師、地域連携室で相談に乗ってもらうことができます。

★分からないこと、不安なことは、メモにまとめておくこと、説明されたことを記録しておくといいいですね。

★もし介護保険の申請を勧められたら、隠岐の島町役場保健福祉課高齢者福祉係（電話 2-4500）へ介護認定の申請をしましょう。

★申請から認定を受けるまで1か月程度かかります。申請の際は主治医意見書も必要です。



令和4年度 隠岐の島町多職種研修会の概要

【日 時】 令和4年12月20日（火） 18:30～20:00

【テーマ】 隠岐の島町入退院連携ツールを活用し、よりよい連携を図ろう！

【参加者】 43名（ケアマネ・訪問看護・病院・行政関係者）

【内 容】 近況報告

隠岐の島町入退院連携ツールの紹介

グループワーク

（ツールの活用・ケース会議のタイミング 他）

近況報告

- 隠岐病院：現在一般病床74床/91床が稼動。（コロナ病床・改装のため減床）1日5名の新規入院患者受け入れ。毎週水曜日15時から院内入院調整会議を開催。退院・転院・手術入院の調整を実施。
- 隠岐広域連合：病診一元化の協議中。次年度、第9期介護保険計画の見直し。
- 隠岐の島町包括：地域の通いの場が不足、検討が必要。町サービス一覧の紹介。
- 隠岐保健所：コロナ患者の届出・登録の変更アナウンス。施設の感染予防の実際を紹介。

隠岐の島町入退院連携ツールの紹介

【主旨】

- 隠岐病院・隠岐病院・隠岐の島町地域包括支援センターが中心になり、入院時に必要な情報、退院時の生活支援を考えるために必要な情報を、1つにまとめて、情報の共有化を図る。
- 退院調整に必要な会議のタイミングと、参集者、協議内容について共通理解を図る。
- 活用しながら、随時内容を更新する。（今後も話し合いは継続！）

＊作成に関わった隠岐病院病棟師長の声

「ケアマネの意見も聞いて参加してもらい、参考になった。」

「入院時からACPの共有がしたい。ますますツールの活用が必要だと認識。」

グループワークの主な意見（１）

【ツールの内容について】

- ☐ 在宅に帰ることが出来るかどうか、判断するためにもADLの情報は、より細かく病棟に知ってほしい。もっと細かく書きたい。
- ☐ 退院時にも同じようなツールがほしい。1つで入退院連携の情報が見られると便利。経過が追えると、より様子が分かる。
- ☐ 書く人によって解釈が違ってくる。記入の仕方について、マニュアルがあるとよい。

★連携に必要な情報って何なのか？ 見つめなおすきっかけ！

★職種・立場によって、欲しい情報は違う！



グループワークの主な意見（２）

【カンファレンス等連携について】

- 入退院の会議にケアマネの参加は必要。声をかけよう。
- 訪問看護にいつから入ってほしいか、具体的に示してほしい。
- 共有するポイント・情報提供の時期の確認につながった。

医師説明も併せて共有できるとよい。

- ツールの情報だけでなく、関係者が意見を交わし、目線合わせが大切。

- ★生活状況を理解することが、退院の生活を描くことに大切な情報！
- ★多職種と話すことは、自分にはない視点に気づくきっかけ！



グループワークの主な意見（３）

【入力・情報管理について】

- 既存の様式に慣れているので、変更することは負担。
- 新規の人から、このツールで入力してみようと思う。
- 病診の一元化に併せて、電子化の検討が出来たらよい。
- もし、まめネットにするなら、
ソフトやランニングコスト
について、勉強会をしてほしい。

★コロナで中断したが、形になって良かった！
★これが完成形ではない。引き続き検討を！

