

保健師の地区活動の手引き

令和8年3月
札幌市保健福祉局
(保健師業務検討ワーキング・作成ワーキング)

目次

I はじめに	1
II 札幌市の保健師活動	2
III 地区活動の進め方	4
IV 個別支援の進め方	11
V 様式・資料	
地区活動様式	20
個別支援様式	43

I はじめに

人口構造や社会情勢の変化に伴い、地域保健を取り巻く状況は大きく変化しています。

札幌市においても、少子高齢化や核家族化、地域コミュニティの希薄化などから地域の健康課題は複雑、多様化しており、ヤングケアラーやダブルケア、社会的孤立、8050世帯など、年齢や属性で切り分けて対応することが難しい事案が増加しています。

そのため、組織横断的に課題を共有し支援を行えるよう、令和4年度から相談支援の充実強化を目的に区保健福祉部の在り方検討が進められ、その一環として、保健師の体制についても赤ちゃんからお年寄りまですべての年代、すべての健康レベルの市民に対し、予防的な地区活動を展開できる全世代型の地区担当保健師の配置を目指し検討を重ねてきたところです。

一方、社会の大きな変化を踏まえ、昨年、日本公衆衛生看護学会を中心に関連団体との連携のもとで、保健師活動におけるコアバリュー（価値・規範）とコアコンピテンシー（中核となる能力）がまとめられました。（表1）保健師が専門職として、社会的責任を果たすための行動原理および、地域の課題解決を目指し地域社会全体に働きかけるために求められる実践能力として明確化されたコアバリュー、コアコンピテンシーは、札幌市が目指す保健師像（図1）に通じ、令和8年度からの保健師体制はこれらのコアバリュー、コアコンピテンシーに基づく地区活動をより実践できる体制となります。

この手引きは「札幌市保健師人材育成ガイドライン」「札幌市新任保健師人材育成マニュアル」「札幌市保健師活動指針」「札幌市災害時保健活動マニュアル」を踏まえ、全世代型の予防的な地区活動について具体的なプロセスやポイント等について整理し、地区担当保健師の日々の活動の道しるべとなるよう作成しました。

これからも札幌市の保健師一人ひとりが自信と誇りを持ち、変化する時代と社会の状況に応じた地区活動を進めていきましょう。

地域：住民の生活区域全体

地区：地域を構成するより小さな単位。地区担当保健師が活動するエリア

表1 保健師のコアバリューとコアコンピテンシー

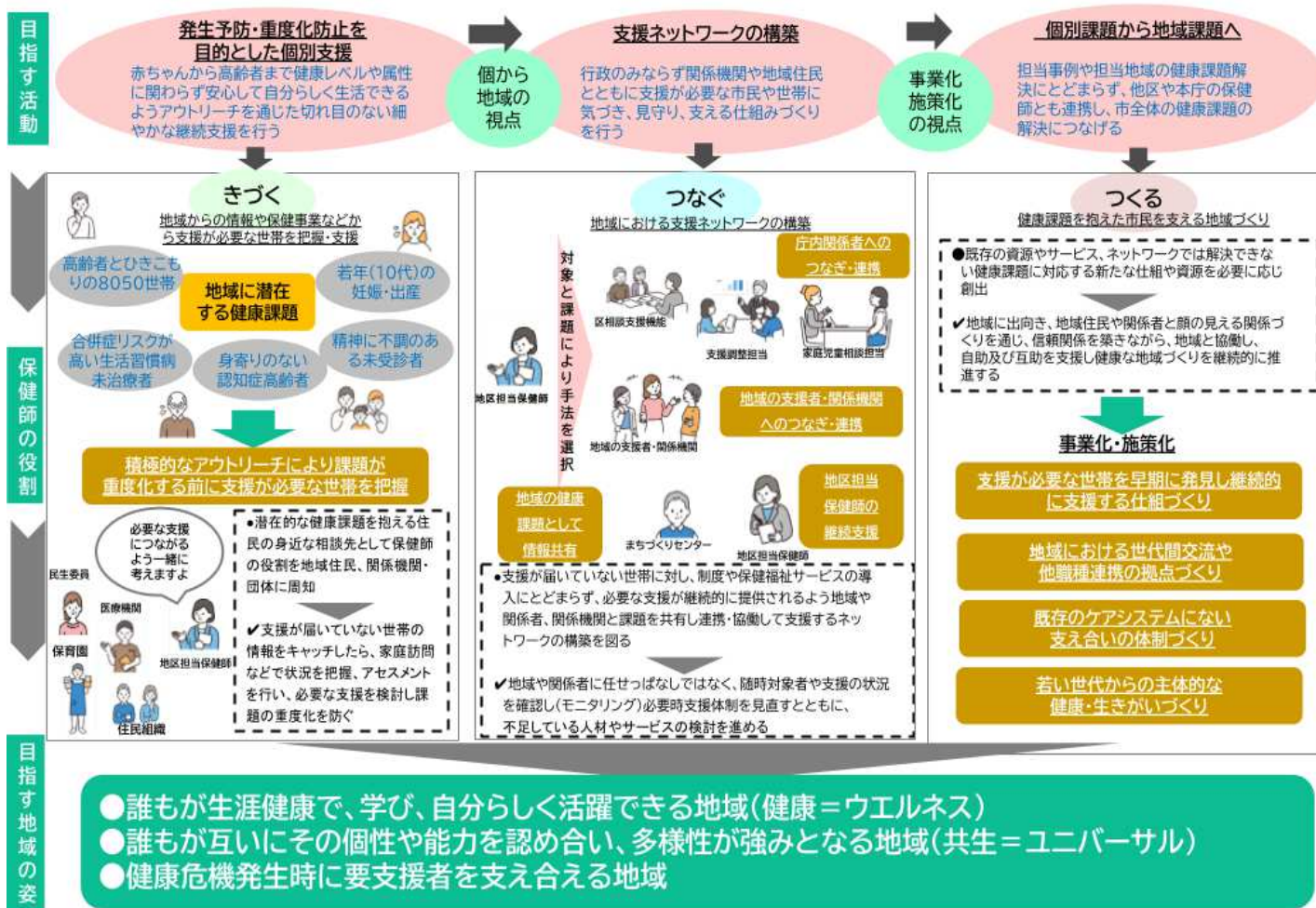
項 目	定 義
コアバリュー 保健師の価値・規範 であり、行動や意思 決定の基準となる根 源的な考え方	1 健康の社会的公正 すべての人々/コミュニティに生じる健康格差や健康の不公平の是正に取り組み、健康に資する公正な社会環境を構築/創造する。
	2 人権と自律 すべての人々/コミュニティにおける人権侵害の回避に努め、健康に関する権利を衛り、主体的な意思決定を尊重する。
	3 健康と安全 すべての人々/コミュニティの健康・安全を損なうリスクの発見/最小化に取り組み、健康で安全な生活を送ることを保障する。
コアコンピテンシー 保健師の中核となる 能力であり、考え方 や市政、行動特性が 含まれる	1 プロフェッショナルとしての自律と責任 保健師としての責任を自覚し、自身の知識・技術の開発・更新を図り、社会的信用を確保するとともに、専門性を高める。
	2 科学的探究と情報・科学技術の活用 情報科学・科学的技術を活用し、エビデンスに基づく実践の基盤となる専門的知識・技術を開発・普及する。
	3 ポピュレーションベースのアセスメントと分析 対象となる人々/コミュニティの特性や実態を多角的に捉え、横断的/縦断的なアセスメントと分析により、顕在的/潜在的なニーズと優先度を明確化する。
	4 健康増進・予防活動の実践 人々/コミュニティの実態に応じて、その力量形成とリスク回避に向けて、健康増進と予防を促進する活動を実践する。
	5 公衆衛生を向上するシステムの構築 社会全体の健康水準の向上に向けて、必要な事業化・施策化、社会資源開発、体制整備を行う。
	6 健康なコミュニティづくりのマネジメント 人々/コミュニティの健康に資する計画、実施、評価、改善を組織的/総合的に展開・管理する。
	7 人々/コミュニティを中心とする協働・連携 主体となる人々/コミュニティ、および多職種・多機関とともに、パートナーシップのもと、目的・目標の達成に向けて、役割・機能を発揮する。
	8 合意と解決を導くコミュニケーション 人々/コミュニティに寄り添い、全体の調和を伴う合意の形成や課題の解決を、対話/調整を通して行う。

Ⅱ 札幌市の保健師活動

1 札幌市が目指す予防的な地区活動について(図1)

「きづく」「つなぐ」「つくる」を基本的なプロセスとし、目指す地域の姿である「誰もが生涯健康で、学び、自分らしく活躍できる地域(健康＝ウェルネス)」「誰もが互いにその個性や能力を認め合い、多様性が強みとなる地域(共生＝ユニバーサル)」「健康危機発生時に要支援者を支え合える地域」の実現に向けて予防的な地区活動を充実させていきます。

図1 地区担当保健師の役割～全世代型の予防的な地区活動を目指して



2 地区活動の実践体制

(1) 地区チーム制による活動

札幌市のまちづくりの基本単位である連合町内会(連町)を複数職員によるチームで担当します。複数の連町を1つの地区とし、その地区をチームで担当することで、地区を担当するチームメンバー全員が地区内の連町の状況や個別支援の状況を把握することができ、支援の即応性や活動の充実を図ります。また、チームメンバーが相互にサポートし、経験を共有することで実践力を強化していきます。

(2) チームリーダーの配置

チーム内の目配りや係長との連絡調整役として各地区チームにリーダー保健師を配置し、チーム内のOJTを推進します。また、チームリーダーはチーム内の他の保健師と同様に地区を担当するため、中堅期(概ね5年目～)以降が担える役割とし、区の実情に応じ交代することも可能です。各チームのリーダーがチームの活動状況および個別支援の懸念事項などについて、係長に報告・相談できるよう、定例ミーティングを実施するなど体制を整えましょう。

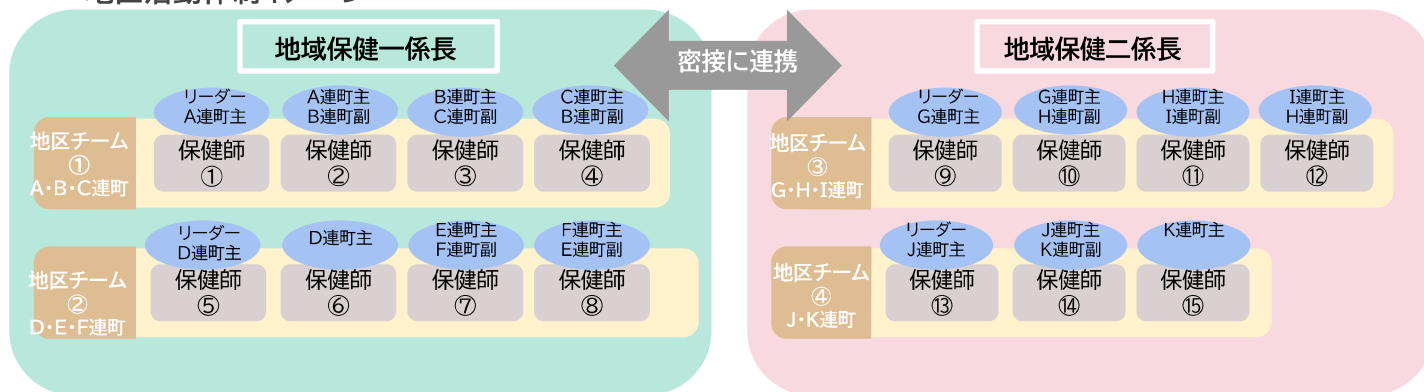
(3) チーム編成の考え方

連町ごとに主たる窓口となる保健師を決めますが、区内の連町数が地区担当保健師数を下回る地区では連町の主担当が2人となる場合もあります。

チームの構成人数は3人を基本としますが、区内の連町数などの実情により2～5人までの範囲で適宜調整します。また、チームメンバーの経験年数や年齢が偏らないよう考慮します。

地区活動の継続性を踏まえ、異動や産休・育休などの事情がない限り、チームは変更せず継続して地区を担当することが望ましいです。

地区活動体制イメージ



Ⅲ 地区活動の進め方

1 地区活動のプロセス



視点	地区活動	準備・情報整理・アセスメント
データを見る ●既存資料、データ等から担当地区の特徴を把握する	■ 地区情報の視点を参考に、担当地区の基本情報や健康状態を表す指標を把握・確認する ✓ 人口動態、住民基本台帳、健診結果、既存事業の実施結果など	☐ 地区活動シート(地区活動様式1)に基本情報を整理する
人を見る・環境を見る ●地域に出向き担当地区の特徴を知る	■ まちセンや地区組織の定例会議、子育てサロンやすこやかくらぶなどに積極的に顔を出し情報を集める ✓ 住民の生の声や生活実態などを見聞きし、観察した質的なデータ ✓ 地区のマンパワーやパワーバランス、住民主体の取組や活動状況 ■ 地域のキーパーソンを把握し顔の見える関係を築く ✓ キーパーソンが感じている課題や地域への思い、ニーズを把握する ■ 担当地区にある関係機関や団体、社会資源を知り、その役割や特徴を把握する	☐ 地区に出向いて集めた情報や保健師の地区活動の取組実績などを地区活動シート(地区活動様式1)に整理する ☐ データや地区活動から把握した地区の特徴(強みや困りごとを抽出し地区活動シート(地区活動様式1)に記入する ☐ 担当地区の社会資源や関係機関、キーパーソンなどの情報を地区活動マップ(資料2)に書き込み、担当地区の全体像を把握する
人を見る・環境を見る ●地区活動や個別支援、地区の情報整理の中での「気づき」から地域を捉える ●「気づき」の背景にある問題は何かを考え、データと突合して確認し地区の健康課題を明らかにする	■ 個別支援を通して支援対象者に共通する生活課題や背景などを見る視点をち、担当地区の特徴や困りごとを把握する ■ 住民の健康づくりや保健福祉活動への関心や活動状況を把握する ■ 住民主体の地区事業の状況(年齢層、参加者間のつながり、役員の活動状況など)を把握する ■ 活動の中で気になったことや感じたことに「おや?」「なぜ?」「いつもと違う」など問題意識を持ち、気づけるよう意識してアンテナを立てる	☐ データの整理や地区活動の中で気になったこと、感じたことを些細なものを含めて「気づき」として地区活動シート(地区活動様式1)に書き出し、何のデータがあれば根拠となるか、明確に説明できるかを考える ☐ 「気づき」を地区情報の視点(資料1)を参考にデータで確認し深める ✓ 「気づき」の背景にある要因や地域で顕在化・潜在化している問題を考える(仮説を立てる) ✓ 保健師が考えた問題は本当に問題なのか、その要因は何かを探り、裏付ける ☐ 保健師の「気づき」とデータを突合させて深掘りした内容を地区活動シート(地区活動様式1)に整理して記載する ✓ データで深掘りする仮説は地域にとって受け入れやすいもの、すぐに保健師が取り組むことができそうなものなど優先順位が

視点	地区活動	準備・情報整理・アセスメント
		高いものに絞り込む(2～3個程度) □問題になっていることの背景にある健康課題を明らかにする ✓地区担当保健師として支援の重要度や支援による改善の可能性を検討し解決すべき優先順位を考える ✓住民に視点を置いた課題だけでなく、住民を取り巻く環境を含めた情報をアセスメントし課題を抽出する □優先順位をつけて地区活動シート(地区活動様式1)に健康課題を記載する □健康課題解決に向けた長期目標(あるべき地域の姿)を考え地区活動シート(地区活動様式1)に記載する ✓5～10年の長期スパンで継続的に評価していく視点で設定する

ポイント

- ◇日頃の活動を通じて積極的に地区に出向き、地区関係者と顔が見える関係になりましょう
- ◇地域で起こっていること、地区の人々の暮らしに興味と関心を持ち、住民や関係者の生の声に丁寧に耳を傾けることが、健康課題解決のヒントになります
- ◇「同じような問題を抱える世帯がほかにもいないか」「同様の問題や状況をよく見聞きする」などの日々の活動のなかでの「気づき」を大切にしましょう

視点	地区活動	準備・情報整理・アセスメント
人と考える ●住民・地区関係者と健康課題を共有する ●住民・地区関係者と健康課題解決の方向性について一緒に考える	■ 明確化した健康課題は、地域ケア会議や住民組織の定例会議など既存の会議の活用により共有したり、適切な既存の場合がない場合は情報交換の場を新たに設けるなど、様々な機会を通じて保健師の活動状況や地区の健康課題を共有する(学習会、ワークショップ、座談会など) ✓ 健康課題に対し、地域がどのような状態になってほしいか一緒に考える ✓ 課題解決に向けて目指す方向性を一致させる ✓ 地区の健康課題を住民・地区関係者がどのように捉えているか、課題解決へのニーズは何かを確認する	□ 健康課題の背景にある地区の状況や要因について、データや科学的な根拠に基づきわかりやすく説明できるよう工夫する ✓ 地区活動シート(地区活動様式1)や地区活動マップ(資料2)を加工するなど効果的に活用する
連携・調整 ●地区の特徴を踏まえた健康課題解決に向けた取組について、住民・地区関係者と検討する	■ 既存の取組や仕組、ネットワークでは解決しきれないことは何か話し合う ■ 課題解決のために誰が何をするか(できるか)、取組の優先順位は何かを一緒に考える	

視点	地区活動	準備・情報整理・アセスメント
企画立案 ●健康課題解決のための具体的な取組を考える	■取組の優先順位やロードマップを明確にし、活動全体の取りまとめ役を決める ■課題解決のために誰が何をするのか、住民・地区関係者の強みを活かし役割分担を明確化する ■ロードマップや役割分担などは見える化して関係者で共通認識を図る	□健康課題解決のための取組計画を作成し地区活動シート（地区活動様式1）に記載する ✓いつまでに誰（何）がどうなることを目指すのかを明確化し、地域・住民など支援対象を主語にした短期目標を設定する ✓地区の特徴に応じた効果的な手法を「いつ、どこで、だれが、だれに、何を、どのようにするか」で示す ✓事業実施だけではなく健康課題の共有による気づきの促しや動機付けなどプロセスも計画に位置付ける（スモールステップでも具体的な取組をすることが重要） ✓簡潔かつ具体的な表現を心がける ✓いつ、どのような方法でどのように評価するのかを考える
実施・評価・フィードバック ●健康課題解決のための具体的な取組を住民・地区関係者と一緒に考える	■役割分担に応じて住民・地区関係者と協働して活動する ✓住民・地区関係者と連携し、進捗状況の把握、情報共有を密に行いながら、必要に応じて見直し・軌道修正する □■具体的な効果・成果、改善点、残された課題や新たな課題は何かを評価し、地域ケア会議や区・地区連絡会、住民組織の定例会議の場などで住民・地区関係者にフィードバックする ✓評価結果に応じて、住民・地区関係者で話し合い、取組の方向性や展開方法、体制など必要な見直しを図る ✓取組や仕組の定着・発展を目指したさらなるネットワーク化を図る	

 ポイント

- ◇スモールステップでも一歩踏み出し具体的な取組を実践しましょう
- ◇住民・関係者と共に活動の成果を実感し、解決に近づいていることを確認できる機会を意識してつくりましょう

2 地区活動実践のためのツール

(1) 地区活動シート(地区活動様式1)

地区診断からPDCAサイクルによる地区活動の展開を見える化し、担当地区で具体的に何をするか、できるかを明確化し実践を後押しするためのツールです。既存データや日々の保健活動から把握した量的・質的な情報からの気づきを深掘りし、その気づきが「実際にそうなのか」を確認していくことで健康課題を明確化し、課題解決に向けた具体的・効果的な取組計画と評価を行うために年度ごとに作成・見直しを行います。

(2) 地区情報の視点(資料1)

日常的な地区活動の中で、どのような視点で意識して見たり、聴いたりすれば良いか、また、既存データや事業結果などから住民の生活課題や健康状態を把握・理解する視点を示しています。

保健師の気づきを深める際に、把握・収集したら良い情報を確認する場合にも活用しましょう。

(3) 地区活動マップ(資料2)

地区の社会資源やマンパワー、地理的環境などの既存情報のほか、キーパーソンや継続支援世帯の情報など保健師が地区踏査や地区活動で把握した情報を見える化するためのツールです。

地区の情報を統合し俯瞰して見ることで地区の強みや課題を把握することができます。日々の活動の中で把握した情報を随時マップに書き込み担当地区の理解を深めることで、効果的・効率的な活動ができるようになります。特に新任期においては、担当地区を理解し自信をもって地区に向向いていけるようマップを作成してみましょう。

マップの作成において、ベースとなる地図は各区で統一したもの(Googleマイマップ、区ガイドのデータ、災害マップ、等)を使用すると、各地区のマップとつなぎ合わせて区全体の地図も作成できます。区全体の地図を作成することで、各地区のみでは地区特性が見出しにくい事柄(高齢ケースの動向などは母数となる数が少ないなど)を他地区と比較し特性が見出しやすくなったり、区としての母子課題、高齢課題など、区全体を俯瞰して健康課題を抽出する際に役立てることができます。マップに反映させるデータ項目については各地区の特性によって様々です。どのデータを反映させるか迷う時は、「地区情報の視点」を参考にしてください。

マップの作成は様々な方法がありますが、デジタルマップの作成方法について資料2にまとめていますので参考にしてください。

【デジタルマップの作成例】 ※Googleマイマップ、GIMPを活用



※R8年度は初年度のため、地区活動と並行して、1年かけて地区活動シートを作成する

3 地区活動の基本的な流れ(年間)

時期	活動内容
4～5月(年度始め)	・住民組織(連町、福まち、民児協など)の総会や定例会議に挨拶し保健師の役割を周知 ・まちセン所長や地域包括支援センターなどの関係者に、地区の健康課題、昨年度の保健活動の実施状況と評価、今年度の取組計画などについて説明・共有
年度内随時	・健康課題解決に向けた取組を住民・関係者と協働により実践 ・地区活動シート(地区活動様式1)の見直し、追記 ・把握した社会資源や地区のマンパワー、保健師が支援する世帯の情報などを随時地区活動マップ(資料2)にプロットし地区全体の概要を把握
2～3月(年度末)	・地区活動シートの情報更新、取組の評価とそれに基づいた健康課題の見直し、次年度の取組計画作成 ・各地区の取組状況と次年度計画について両係で共有する場の設定(相談支援係など関係する係も適宜参加検討) ・各地区の健康課題解決に向けた取組状況から区の健康課題を統合、重点取組を検討し、健康課題統合シート(地区活動様式2)を作成 ・また、各地区の健康課題や取組状況を踏まえ、保健事業の全体像(図2)を適宜確認。必要に応じて既存事業の見直し、新たな事業の必要性についても検討

図2 健康・子ども課保健師の保健事業の全体像(全世代型)



IV 個別支援の進め方

1 個別支援の考え方

(1) 地区担当保健師の役割

地域に潜在する健康課題を抱える住民や世帯の身近な相談先として地区担当保健師の役割を様々な機会を通じて周知することが重要です。これにより、支援が届いていない世帯の情報を早期に把握し、支援を開始することで課題の重度化を防ぐことができます。

本人・家族、地域住民、関係機関などから寄せられる健康課題に関する多様な相談について、年代や属性、健康レベルに関わらず、主訴やニーズを丁寧に聴き取り、必要に応じ面接や訪問などにより困りごとの背景にある状況を把握し、丁寧にアセスメントを行い、必要な支援を検討していくことが地区担当保健師の重要な役割です。

その上で、庁内関係部署や地域の支援者・関係機関の支援、必要な社会資源、制度や保健福祉サービスなど健康課題や生活課題に応じて必要な支援につなぐほか、地区担当保健師が継続支援する場合もあるでしょう。

また、必要な支援につないだ後も、適宜対象者や支援の状況を確認し（モニタリング）、支援体制を見直すとともに、時には不足している人材やサービスの検討を進めるなど、既存の制度や社会資源では解決できない課題について、新たな資源の創出や地域のケアシステムの構築に向けた取組も必要です。

(2) 家庭訪問の重要性

家庭訪問は個別支援において最も効果的な方法であり、家族支援にも最適な方法です。対象者の生活の場で行う支援であるため、対象者の家庭環境に合わせた支援を展開することができます。

地区担当保健師の家庭訪問の特徴は、家族を単に家庭の中で見て様子を把握するというだけでなく、家庭訪問でなければ解決できない潜在している課題を見極め、時間をかけて粘り強い支援を行っていくことです。

また、家庭訪問は、一般的には事前に電話などで訪問の約束を取り行いますが、訪問約束を取ろうとすると断られる可能性がある場合には、約束をせずにその家庭に出向くことも必要になります。支援対象との関係性構築のためには、挨拶、玄関先訪問を行うことも効果的な場合もあります。

庁舎と訪問先の移動だけではなく、訪問する家庭に向かう途中でその人達が住み、生活している環境を把握することも地区、対象を理解する上で大切です。また、不在や訪問を断られた場合も、その家庭の周りの環境を把握する良い機会になります。

家庭訪問により保健師自身が住民の生活する地域に出向くにあたっては、地域の環境や行き交う人々に目を向けて地域の状況を把握し、地区診断との連動についても意識しましょう。

2 個別支援フロー(図3)

健康課題を抱える世帯の相談を丁寧に聴き取り、アセスメントを行い以下のいずれかの対応を行います。

- ① 助言や情報提供により対応終了
- ② 必要な支援・制度へのつなぎ
- ③ 地区担当保健師の継続支援

(1) 地区担当保健師の継続支援が必要な世帯

何らかの健康課題を抱え、支援が入らなければ心身に重大な影響を及ぼすと考えられる世帯で、活用できる制度や保健福祉サービスがない場合は、地区担当保健師の継続支援の要否について検討します。ただし、母子保健については「母子保健におけるハイリスク支援マニュアル」Ⅰ-2「継続支援事例の対象」に基づき判断します。

また、制度や資源につなぐための支援を行う中で、保健・医療を中心とした支援関係者の連携調整が一定期間必要な場合は保健師の継続支援開始を検討します。地区担当保健師が入手する場合は、つなぎ先の関係機関や関係者が関わるタイミングなど、役割分担を行います。

(2) 継続支援終結の考え方

世帯の健康課題、生活環境、支援体制等を丁寧にアセスメントし、課題に対する支援体制が整備された場合や今後予測される健康課題、生活課題への対処力、自助力がついたことが確認できた場合は支援の終結を検討します。

終結後の世帯の生活を具体的にイメージし、本人・家族は支援関係者と信頼関係ができているか、本人・家族が支援体制を理解し自ら相談したり、SOSを出すことができるかなど、安心・安全な生活を継続することができるかどうかを丁寧にアセスメントしましょう。

終結の検討において、ライフステージの変化や支援体制の構築などにより、主たる支援者が保健師以外になった場合も、家族支援、後方支援などの視点を持つことも重要です。

【終結の検討において家族支援・後方支援の視点が必要な世帯(例)】

- 中絶などにより妊娠が継続しなかった特定妊婦で、世帯に対象児がない場合
(支援のポイント) グリーフケア、困った時にSOSが出せるための情報提供
- 就学により主たる支援機関が小学校になったが、養育者の精神状態の不安定さや対人関係の課題が大きい場合 (支援のポイント) 家族(養育者)支援、精神面のサポート

また、終結の判断にあたっては、地区チームの定例ミーティングを実施するなど、地区チーム内で支援終結の相談・検討を実施し、地区チームの検討結果を基に、課内で組織的に判断できる体制を整備します。(例:係長と地区リーダーによる定例的な終結検討ミーティングなど)

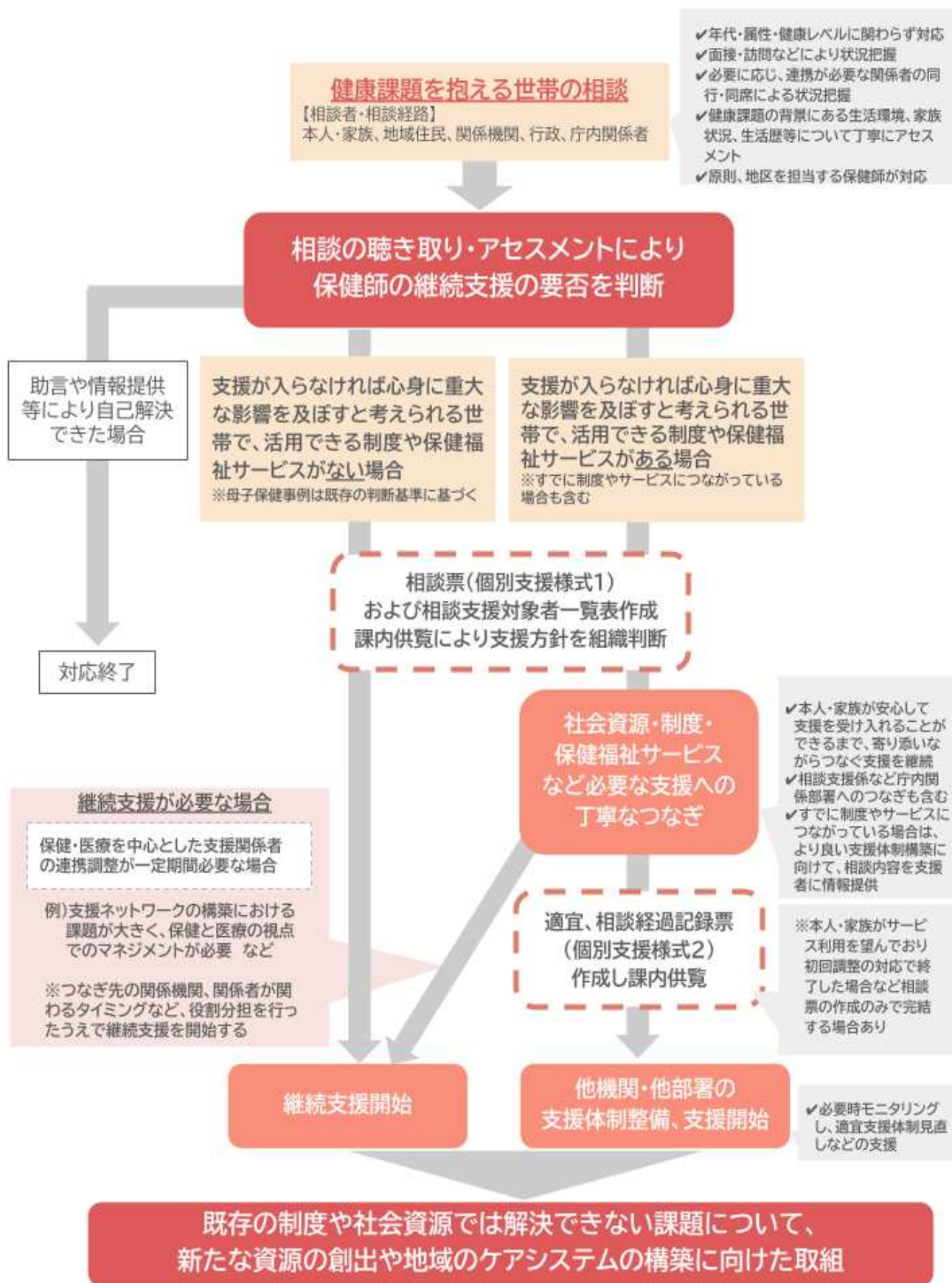
(3) 必要な支援・制度へのつなぎ

健康課題を抱える対象者が活用できる制度や保健福祉サービスがある場合、社会資源・制度・保健福祉サービスなど必要な支援につなぐことができるよう支援します。本人・家族が安心して支援を受け入れることができるまで寄り添いながら、つなぎ支援を継続します。

つなぎ先として、地域の関係機関関係者のほか、相談支援係など庁内関係部署の場合もあります。また、すでに制度やサービスにつながっている対象者から相談を受けた場合は、より良い支援体制構築に向けて、相談内容を支援者と相談内容を共有しましょう。

また、他機関・他部署の支援体制が整備された後も、必要時モニタリングし、適宜支援体制の見直しなどの後方支援をする場合もあります。

図3 個別支援フロー



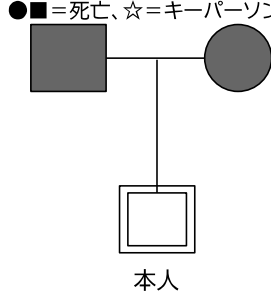
■事例① 診断後間もないALS患者の事例

対象者基礎情報	対象者/世帯の健康課題
①50代男性(本人) 【障がい名/診断名】 筋萎縮性側索硬化症(ALS) 【特定医療費(指定難病)受給者証】 申請中(新規) 【障がい支援区分/介護度】 なし 【その他】(経済状況等) 就労中(会社員)	・本人はALSの診断から間もなく、ショックを受け混乱している。現在は通勤できているが、世帯収入が本人の稼働のみのため、症状の進行に伴い通勤困難となり生計が維持できなくなることへの不安が強い。 ・妻はうつ病のため精神科に定期通院し服薬治療中。本人の理解とサポートにより症状が安定していたが、本人の症状の進行に伴う今後の生活について不安の訴えが強い。
	区に相談に来るまでの経過概要
②40代女性(妻) 【障がい/介護サービスの状況】 自立支援医療(精神) 【その他】(経済状況等) 本人の扶養家族	・物を落とすことが増え筋力低下を感じていたがさほど気にせずいたところ、躓いて転倒することが続いたため心配になり整形外科を受診。整形外科では原因が分からず、紹介された神経内科で確定診断を受けた。 ・主治医から 特定医療費(指定難病)支給認定の申請を勧められ新規申請のための来所。
	初回相談内容
	【相談担当者】地域保健係地区担当保健師(面接相談事業担当保健師から面接への同席依頼あり) 【主訴】妻の心身の不安定さもあり、頼れる身内や知人もないため今後の生活の見通しが立たないことへの不安あり。
家族状況(ジェノグラム)	区における支援内容
◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 道外在住	【関係機関】 相談支援係、医療機関 【支援内容】 ・夫婦の不安の傾聴・受容。 ・症状の進行に伴い、生活上に困難なことが生じた場合、介護保険や福祉サービスなど利用できる制度があることを説明 ・生活環境の確認、介護・福祉サービスの利用も含め今後の療養生活についてゆっくり相談するため保健師が訪問することを提案し希望される。 【結果】 ・訪問にて、介護保険サービス利用に向けた支援のタイミングや、主治医との連携体制について一緒に考えるために、次回相談支援係の担当者も同席を依頼することとなった。 ・妻の気持ちの落ち込みがあり、本人も妻に対する心配が強いいため、妻の精神的なサポートを継続が必要と判断した。

支援のポイント

- ✓介護認定未申請の2号被保険者に、症状の進行を見据え、今後利用できる制度やサービスの説明、情報提供をどのように行っていくか
- ✓経済基盤の確認、情報提供(障害年金、傷病手当金、就労相談等)をどのように行っていくか
- ✓進行状況に応じ、サービスや制度を活用するタイミング等の判断を誰が行うのが適切か
- ✓今後の療養支援体制のマネジメント、コーディネートは誰が行うのが適切か
- ✓保健・医療・福祉のネットワークのマネジメントの主体は誰か、横の連携が図れているか
- ✓妻(家族)支援のあり方
- ✓症状の進行、ADLの低下があっても本人・家族が自分らしい生活ができるために、本人・家族、支援関係者が共通の支援目標を持ち、より良い支援体制となるようなコーディネート
- ✓同様の課題を抱える世帯が安心して暮らし続けることができるためのケアシステムとして、不足しているネットワークや資源はないか(医療機関ネットワークなどケアシステムの構築)

■事例② 生活習慣病重症化が予想される事例

対象者基礎情報	対象者/世帯の健康課題
①60代前半男性(本人) 【障がい名/診断名】 糖尿病(治療中断) 【障がい手帳/障がい支援区分/介護度】 なし 【その他】(経済状況等) 自営業(タクシー運転手) 一軒家に居住(持ち家) ②80代女性(隣人) 【本人との関係】 ・長く隣に住んでおり顔なじみの関係	・40代で糖尿病と診断され通院治療していたが、10年前に同居の実母が他界して単身世帯となってからは生活習慣が乱れ治療も中断 ・実母は社交的で隣人とも親しくしていたが、本人は人づきあいが苦手であいさつ程度
	区に相談に来るまでの経過概要
	・この数年間で急に痩せ、歩き方もふらつきや足を引きずっており、明らかに様子がおかしいと心配した隣人女性から保健師に相談あり ・隣人女性が心配して本人に声をかけたところ怒り出し、怒鳴られたため困惑している
	初回相談内容
	【相談担当者】 隣人女性からの相談を受けた地区担当保健師が立ち寄り訪問 【主訴】 足のむくみやしびれがあり歩くのも、車の運転も困難になってきているが、自分はもうどうなってもいいので放っておいてほしい。怒られると思うので病院には行きたくない。
家族状況(ジェノグラム)	区における支援内容
◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン  本人	【関係機関/関係者】 医療機関、隣人女性 【支援内容】 ・本人の思いや葛藤を傾聴・受容 ・現在の身体状況について確認 ・生活状況・環境の確認 【結果】 ・早急な受診が必要なため、往診も含めた受診に向けた医療機関への調整を保健師が支援できることを説明 ・体調の悪化等緊急時の対応や連絡方法などを確認 ・往診の希望があり調整するとともに、今後の支援体制整備のために保健師も同席することとした

支援のポイント

- ✓本人のセルフケア能力の見極めと行動変容に向けた支援
- ✓早急な受診に向けた説明や動機付けのあり方
- ✓療養環境整備に向けた支援体制のマネジメント(介護保険や医療保険のサービス利用に向けた調整など)は誰が行うのが適切か
- ✓近隣住民の見守り体制の整備
- ✓住民組織の定例会議や研修会など様々な場面を通じ、糖尿病悪化の兆候や同様の課題を抱える住民が潜在していることをフィードバックし、気になる方がいたら早めに相談できるよう周知啓発

3 個別支援のポイント

(1) 庁内関係部署・支援機関との連携・協働

現時点で、関係部署の直接的な支援につながらない場合でも、課題の見立てや今後の支援方針の検討、関係部署が介入するタイミングや役割分担など、多角的な視点でアセスメントし、予防的な支援につなげる意識が必要です。

また、関係部署とは定例的な情報交換の場を設け、双方の立場や役割を理解し合えるような顔が見える関係性をつくるのが大切です。その上で、それぞれが歩み寄った対応をする「のりしろ型支援」を心がけることにより、効果的な支援につながります。

特に、地区担当保健師の活動と介護障がい担当相談支援系の活動は密接に関係しているため、相談支援系と定期的な情報交換会を開催し、協働で支援する世帯等の今後の支援体制構築を検討することで、相互の役割理解が深まり、切れ目のない支援につながります。

【情報交換会の実施】(例)

参加者 ……地域保健係長、地域保健係地区担当保健師
相談支援係長、相談支援係地区担当職員等

※マネジメントの観点から係長の参加は必須とすることが望ましい。担当者については、情報交換の内容や区の実情により柔軟に検討する。

実施回数 ……2か月に1回程度

※事例の積み重ねによる顔の見える関係の構築や相互の役割理解の趣旨を踏まえ開催頻度は区の実情に応じ柔軟に検討する。

実施内容

〈個別支援世帯の情報交換等〉

✓ 地区担当保健師の継続支援世帯で相談支援係と共有するもの

地区担当保健師が継続支援を行っている世帯で、高齢者・障がい者(疑いを含む)のいる世帯の多角的な視点でのアセスメントや支援方法の検討

✓ 相談支援系の継続支援世帯で、地区担当保健師と共有するもの

地区担当保健師から情報提供を受けた世帯の支援経過のフィードバック、地域の社会資源等を活用した多角的な支援方法の検討など

〈その他の情報交換〉

✓ 地域保健担当係より

地域の社会資源情報、地域ケア会議の開催状況、認知症施策・介護予防・健康づくりに関する取組の情報など

✓ 相談支援係より

介護・福祉サービス等の改正の動向、自立支援協議会の開催状況、心の健康相談や地域密着自殺対策事業の実施状況、精神科医療機関や民間サービス等の社会資源情報など

(2) 個人・家族から集団、地域へ

個別支援は、支援対象と一対一の関係を結ぶことをゴールとするのではなく、個別支援技術を用いて、個人・家族の課題解決のための支援を行いながら、共通する課題や背景はないか考え、共通する課題をもつ個人が複数いれば、当事者が協働で解決を図れるようにグループ化するなどの集団支援への支援方法を用います。

さらに、個別支援から地区の課題をとらえ、個別支援を通して築いた地区関係者との活動の展開、既存事業の見直し、解決に向けた新たな保健事業の創出、開発など、地域のニーズに合った保健・医療・福祉サービスを提供するケアシステムを構築するための活動につなげるという視点を持つことが重要です。

個人・家族が健康に暮らしやすい地域をつくるとともに、同様の健康課題の発生を予防する地域づくりを行うことが地区担当保健師の役割であり、個人・家族への支援、集団への支援、地域への支援を連動させることで、地域住民全体への支援を効果的に行うことができます。

4 個別支援様式

(1) 記録の作成

本人・家族、地域住民、関係機関などから寄せられる健康課題に関する多様な相談について、助言や情報提供等により自己解決できた場合以外は「相談票(個別支援様式1)」を作成し、支援方針について速やかに決裁を受け対応方針を組織的に判断します。相談票(個別支援様式1)は、地区担当保健師が作成することが原則ですが、場合によっては相談を受けた保健師が作成し、地区担当保健師に引き継ぐこともあります。母子保健事例や難病事例は、既存システム等による記録の作成により相談票(個別支援様式1)に置き換えることも可能です。

相談対象者に関する情報は、相談支援対象者一覧表に随時記載し地区管理します。地区の個別支援として管理する対象者の情報を記載することとし、担当地区の個別支援の傾向や特徴を把握するツールとしても活用します。なお、相談支援対象者一覧表には、乳幼児健診や育児教室などの事業内で支援する対象者は、各事業において支援を進行管理するため相談支援対象者一覧表への記載は原則不要です。相談支援対象者一覧表は月1回供覧します。

また、必要な支援につなぐために実施したつなぎ先との連絡調整や同行訪問、ケース会議など、寄り添い支援を行った経過は「相談経過記録票(個別支援様式2)」に記録し随時決裁を受けます。その場の相談・助言で対応が終了する場合は、相談票、相談支援対象者一覧表の記載は原則不要です。なお、本人・家族がサービス利用を望んでおり初回調整の対応で終了した場合は、相談票の作成のみで完結する場合もあります。

継続支援対象者は、「継続支援管理台帳」に入力し、支援対象者への面接・訪問により支援した場合は「面接・訪問記録票(個別支援様式4)」を作成、家族や支援関係者との連絡調整、支援対象者との電話による相談支援については、その支援経過を「支援経過票(個別支援様式5)」に記録します。

記録票は対応の都度供覧し、支援終結とする際は、個別支援様式8により決裁を受けます。継続支援対象者は、原則「世帯管理票(個別支援様式3)」を作成し必要時「ケース会議事例シート(個別支援様式6)」「ケース会議報告(個別支援様式7)」「移管伺(個別支援様式8)」を活用することとし、「継続支援管理台帳」は月1回供覧します。

【地区担当保健師の相談支援に係る記録様式等】

管理シート		相談支援対象者一覧表
		継続支援管理台帳
個別支援様式	1	相談票
	2	相談経過記録票
	3	世帯管理票(ジェノグラム含む)
	4	面接・訪問記録票(成人・高齢・障がい・その他)
	5	支援経過票(成人・高齢・障がい・その他)
	6	ケース会議事例シート
	7	ケース会議報告
	8	支援終了・移管伺 ※移管文書含む

※母子の継続支援事例については既存様式を使用

【相談支援対象者一覧表の作成目的】

- ① 過去の相談履歴の確認
- ② 全市、区内および各地区の相談支援業務量や相談種別・内容等の把握・管理
- ③ 相談支援業務の全体の管理、調整

【継続支援管理台帳の作成目的】

- ① 継続支援事例の支援の進行管理
- ② 「個別ケース台帳」の附番確認
- ③ 区内、各地区の継続支援数、事例の種別、支援内容等の傾向の把握・管理
- ④ 健康危機発生時の支援優先度の整理・管理

【記録の作成と供覧・決裁】

		記録の作成	供覧・決裁
初回相談で終了するもの		記録作成なし ※事業ごとに定めがある場合はそれに準ずる 例)乳健確認⇒乳健カルテに記録、付箋貼付など	
継続支援(入手)とするもの	必須	・相談支援対象者一覧表 ※年度ごとに作成	・月1回供覧 ※月1供覧は原則課長まで
	必須	・継続支援管理台帳 ※年度ごとに作成	・月1回供覧 ※月1供覧は原則課長まで
	必須	・相談票(個別支援様式1) (母子・難病は既存システムへの入力 帳票を使用)	・初回相談の都度、継続支援開始 の判断を伺う

		記録の作成	供覧・決裁
	必須	・世帯管理票(個別支援様式3)	(必要時、供覧・決裁時に添付)
	必須	・面接・訪問記録票(個別支援様式4) ※母子は既存様式使用	・原則、対象者との面接または訪問により支援を実施した場合、都度決裁
	必須	・支援経過票(個別支援様式5) ※母子は既存様式使用	
	任意	・ケース会議用情報シート(個別支援様式6) ・ケース会議報告(個別支援様式7)	・地区担当保健師主催の会議開催時は個別支援様式6を作成 ・他の支援関係者が主催する会議に出席した場合も含めて個別支援様式7で報告
	必須	・移管伺(個別支援様式8) ※通知・事例概要は任意	・移管(区間)の際に決裁
	必須	・終結伺(個別支援様式8)	・終結の際に決裁
つなぎ支援を行うもの	必須	・相談支援対象者一覧表	・月1回供覧
	必須	・相談票(個別支援様式1) (母子・難病は既存システムへの入力帳票を使用)	・初回相談の都度、継続支援開始の判断を伺う
	必須	・相談経過記録票(個別支援様式2)	・本人・家族が安心して支援を受け入れることができるまで寄り添いながら支援した場合は、その経過を随時記録・決裁
	任意	・ケース会議用情報シート(個別支援様式6) ・ケース会議報告(個別支援様式7)	・地区担当保健師主催の会議開催時は個別支援様式6を作成 ・他の支援関係者が主催する会議に出席した場合も含めて個別支援様式7で報告

※供覧・決裁の経路については、既存の考え方を基本とし、各所属の実情に応じて設定する。

(2) 記録の保管

① 保管期間

最終記録から5年(ただし、別途法律に定めのある記録の場合は、該当する法律に基づき保存する。)

② 保存期間満了時の措置

廃棄