



家庭訪問における地域保健活動技術マニュアル

平成30年3月
長崎県福祉保健課

目 次

I はじめに

1. マニュアル作成の背景と目的	1
2. マニュアルの構成	2
3. マニュアルを使用する人と活用方法	2

II 本編

1. 家庭訪問の具体的展開	
(1) 母子保健	3
(2) 精神保健	10
(3) 難病	18
2. 訪問記録の記載等	24

III 資料

- ・訪問記録様式：様式1
- ・フェイスシート・サマリー
- ・家庭訪問引継簿
- ・先輩保健師の体験記

I はじめに

1. マニュアル作成の背景と目的

家庭訪問は、対象である住民の生活実態に迫るといふ、最も重要な要素を含む援助技術であり、近年社会福祉分野などでも重視され、推奨されているアウトリーチ機能でもある。

現在の保健所に求められる役割は、高齢者や精神障がい者、医療的ケア児を支える地域ケア体制の構築であるが、その機能を果たすためには地域住民の生活実態に触れ、対象が持つ健康課題の複雑な実態や背景を十分に理解しておくことが前提である。

保健所における家庭訪問は保健師のみならず社会福祉職、作業療法士、栄養士など様々な職種によって行われているが、その件数は平成 9 年の地域保健法の施行後激減、母子保健法や精神保健福祉法の改正による市町への業務の移行によって漸減し、一人当たりの訪問件数は平成 17 年度 28 件、平成 27 年度は年間 20 件程度にまで減少している。

訪問件数の内訳を見ると、処遇困難事例が占める割合が増加しており、家庭訪問に求められる技術の高度化と、伝承機会の減少は人材育成上も大きな課題となっている。

保健所が行う家庭訪問は、組織の判断のもと、継続的に実施されるものであり、訪問記録は行政文書として県民の権利利益の面から配慮が求められるが、これらについての基準を示したものは作成されていない。

そこで、家庭訪問の過程と実践知を明示し、家庭訪問記録の作成・供覧(報告)・保管等について県の統一基準を定めるマニュアルを作成する。

また、家庭訪問は、保健師が地域に出向き、地域に根ざして展開される活動(地区活動)の一つであり、訪問活動のみに終始するのではなく、社会資源の開発や、地域包括システムの整備、豊かなソーシャルキャピタルの醸成への展開を常に念頭において活動することが重要である。

家庭訪問における一連の組織的な対応を可能にすることにより、家庭訪問技術の伝承、および家庭訪問の質の向上と、地域で生活する人々のQOLの向上を目指す。

2. マニュアルの構成

本マニュアルは、Ⅰはじめに、Ⅱ本編 とし、本編を、1. 家庭訪問の具体的展開 と、
2. 訪問記録の記載等 の2部構成とした。

3. マニュアルを使用する人と活用方法

本マニュアルは、県立保健所で家庭訪問を行う保健師をはじめとする職員を対象に、作成している。

保健所職員の業務遂行と質の向上を目指したマニュアルであり、人材育成にも活用できる内容とした。

1. 家庭訪問の具体的展開については、先行的に家庭訪問を行ってきた保健師の行う家庭訪問について記載した。

2. 訪問記録の記載等は、保健師の家庭訪問記録の記載内容及び、相談記録を含む記録について、公文書としての管理・評価・開示等について記載した。

保健師に限らず地域保健行政に携わる職員は、本マニュアルの記載を参考に自職種の特性を活かした家庭訪問の実践に利用するとともに、記録の適正な管理等に活用していただきたい。

また、市町においては、自組織の家庭訪問の実践や人材育成における技術支援の参考として、ご活用いただければ幸いである。

II. 本編

1. 家庭訪問の具体的展開

(1) 母子保健

母子保健は「思春期から妊娠、出産、育児という一連の過程において母性が育まれるとともに、乳幼児が心身ともに健やかに育つこと」を目的としている¹⁾。

乳幼児期の家庭訪問は、乳幼児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)、養育支援訪問事業を市町が実施している。

保健所が行う訪問は、小児慢性特定疾病等の医療依存度の高いケースや要保護児童等のケースであり、関係機関の誰がどのように訪問するか、地域によって役割分担は様々である。そのため、地域を担当する支援者の関係性や訪問に関する約束事を確認しておく必要がある。

【法的根拠】

地域保健法 第6条第8号

母子保健法 第8条

児童福祉法 第12条の6、第19条

発達障害者支援法 第6条

児童虐待防止法

【家庭訪問の手順とポイント】(母子保健)

家庭訪問の手順	ポイント
<p>1 対象者の把握</p> <p>(1) 小児慢性特定疾病申請</p> <p>(2) 母親等からの電話相談または来所相談</p> <p>(3) 市町からの依頼や情報提供</p> <p>(4) 児童相談所等からの依頼や情報提供</p> <p>(5) 医療機関からの依頼や情報提供</p> <p>(6) 継続して関わっているケース</p> <p>2 優先順位</p> <p>対象者の抱える問題や緊急性などから訪問の優先順位をつける。</p> <p>【家庭訪問の優先度の高い事例】</p> <ul style="list-style-type: none">・生命に危険のある事例(児童虐待等)・依頼者や相談者の不安が強い事例・医療的ケアの必要な事例・地域の健康課題に応じて実施する事例(調査・研究等) <p>3 情報収集とアセスメント</p> <p>(1) 情報収集項目</p> <ul style="list-style-type: none">・病名及び病歴(治療経過、主治医との関係など)・現在の症状と治療状況(服薬等)、医療的ケアの状況(医療処置、機器類等)・就園・就学状況	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none">・保健所の母子保健事業等を活用しながら、対象者把握の機会を逃さないようにする。 <p>1(6)</p> <ul style="list-style-type: none">・まずは前任者から引き継いだケースを計画的に訪問しよう。母子ケースの訪問経験が少ない場合は、先輩保健師との同行訪問を行うなどして経験を重ねよう。 <p>3(1)</p> <ul style="list-style-type: none">・小児慢性特定疾病患者は疾患の管理が重要なため、各疾患の症状や治療、生活上の支障の特徴など専門知識の習得が必要。

家庭訪問の手順	ポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族構成と家族の状況(健康状態、家族関係等)、キーパーソン、主な保育者 ・ 育児の状況や悩み等 ・ 経済状況(保護者の就労の有無、生活保護受給など) ・ 社会資源の活用状況(利用している福祉サービス等の有無) ・ 居住地域の社会資源 ・ 居住地域の特性、近隣者との関係 ・ 支援者に期待していること ・ 母子健康手帳から得られる生育歴、妊娠、分娩、出生時状況、既往歴、健診、予防接種状況(兄弟姉妹分も) ・ これまでの健診、予防接種状況 ・ 緊急時の連絡先 ・ 母親や家族の強み、良い点は何か <p>(2)アセスメント項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の病状の安定性や成長、発育、発達等 ・ 育児に関すること(育児不安や育児困難がないか等) ・ 養育環境に関すること(主な育児担当者と協力者の状況等) ・ 利用可能なサービスや制度 ・ 現在の問題(主訴、現状、潜在化している課題)は何か ・ 問題の緊急性はどうか ・ 今後起こりうる(予測される)問題は何か ・ 虐待のリスクがないか(傷跡やあざ、不自然な怪我、保清ができていない、必要な受診ができていない等) ・ 保健師がアプローチする必要性があるか <p style="text-align: right;">など</p> <p>4 家庭訪問計画の立案</p> <p>アセスメントで明らかになった問題や必要な援助に優先順位をつけ、長期目標、短期目標を決める。</p> <p>活用すべき資源、他機関との連携の必要性などについて、具体的な解決に向けた計画を作成する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者の詳しい情報を把握する。 ・ 母親の抱える問題を予測し、事前の情報収集をしよう。特に市町の保健師とは情報交換を行い、妊娠届時や母親学級での様子、兄弟がいる場合は、健診や予防接種状況、家族背景などを把握しておくことよ。そのことによって、対象者の個別性に視点をあてた保健指導が可能になり、さらに市町の母子保健担当保健師との連携を深めるきっかけにもなる。 ・ また、対象者によっては、訪問看護師、児童福祉担当者、医療機関関係者からも状況を聴くことが必要である。 <p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問のねらいを明らかにし、訪問時に予測される事項を想定した対応を考えておく ・ 冬場の感染症流行期は児や家族の体調を確認し、訪問時期を計画する。 ・ 訪問計画と支援方針や内容について、先輩や同僚保健師からアドバイスをもらっておくことが、効果的な家庭訪問のために有用である。 ・ また関係機関と協働しているケースについては、訪問計画を共同で立てておくことが肝要である。それにより、質の高い支援を目指す。 ・ タイムリーな訪問を心がけよう。例え

家庭訪問の手順	ポイント
<p>【母子の家庭訪問における目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの成長、発達を促し、病気(小児慢性特定疾病等)の適切な療養ができるよう支援する。 ・母親との信頼関係を構築する。 ・母親の自尊心や自己肯定感を養う。 ・母親の生活能力および育児能力を高める。 ・母親の問題解決能力を高める。 ・夫や実母など家族のサポート力を高める。 ・関係機関との連携を図る。 ・育児サービスや社会資源を紹介する。 ・児童虐待の早期発見や早期支援、見守りやフォローアップ <p>5 家庭訪問の実際</p> <p>(1) 事前準備</p> <ol style="list-style-type: none"> ①電話で対象者の都合を確認しながら訪問日と時間を決める。 ②電話が繋がらない場合や緊急度が高い場合は、アポなし訪問し、緊急度が低い場合は一度手紙を送ってみる。 ③優先度の高い「生命に危険のある事例(児童虐待等)」については、原則複数による訪問指導を行う。 ④事前に地図で経路や駐車場を確認し、所要時間に余裕を持って出発時間を決める。駐車場の有無については、対象者から情報を得ておくとよい。 ⑤移動手段の確保 (運転士付き公用車もしくは指導車) <p>(2) 必要物品</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問バッグ メジャー、手指消毒液、血圧計、聴診器、肘枕、体温計、マスク、筆記用具等 ・名札、名刺、地図 ・母子保健情報(各市町の母子保健事業等) ・目的に応じた必要な資料や媒体 ・乳児体重計(必要時) ・育児支援チェックリスト、産後うつ病質問票、赤ちゃんの気持ち質問票(EPDS)(必要時) ・携帯電話(必要時) ・不在連絡用のメモ用紙、封筒 <p>(3) 当日</p> <ol style="list-style-type: none"> ①出発する <ul style="list-style-type: none"> ・目的や対象に応じた服装を整える。 	<p>ば、小児慢性特定疾病更新案内や受給者証交付時を活用しよう。</p> <p>5(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話連絡を取るときは、声の調子を気にかけておこう。

家庭訪問の手順	ポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問場所や目的と計画・準備物品を再確認する。 ・上司や同僚に訪問先、訪問目的を報告する。 ・約束した時間に遅れないように出発時間を設定する <p>②訪問先で挨拶をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所属・氏名を明瞭に名乗り、自己紹介する。 ・訪問の目的を明確に伝える。 ・相手を確認する。 <p>③目的・状況に応じた展開を実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誠実な態度で相手の話を傾聴する。 ・生活の場で収集した新たな情報を基に、再アセスメント及び計画の修正をその場で行う。 ・対象に応じて身体測定、療養相談、生活指導等を実施する。 (例えば、妊娠中からの様子について母子健康手帳を見ながら聴く、児の発達チェックや体重測定をしながら話を進める等、子どもの発育発達や疾病管理に関する助言指導、母親の体調管理や育児の悩みに関する助言指導等) ・必要に応じて社会資源の情報を提供する。 ・不安や疑問が解消又は軽減したかを確認する。 ・継続支援の必要性を判断し、対象と相談する。 <p>(4)留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者が安心して話に集中出来る環境を設定する。 ・誠実な態度で話を聞き、傾聴や共感的理解に努める。 ・個人・家族の考え方やライフスタイルを尊重する。 ・個人・家族自らが自分の健康課題に気づき、解決に向けて主体的に取り組むように働きかける。 ・事前に行った情報収集とアセスメント内容の確認 ・発達チェックや計測の際には、必ず、室温に注意しながら、児を裸(オムツも外す)にし全身状態の確認をすること。その際、アクセサリーや腕時計は外す ・訪問で保健師が気になったことは、必ず確認する。 ・他の関係機関と情報共有する際は、予め対象者もしくは家族の了解を得ておく(虐待事例を除く)。 ・児童虐待を起こす要因を持つ事例では、リスクアセスメントを行う。アセスメント結果は、虐待を未然に防ぐ支援が必要かどうか、重症度、通告の有無、関係機関との連絡等の必要な情報内容、今後の対応等を検討する際の参考にする。継続支援をしている事例であっても、子どもの安全への視点を忘れないことが大切である。 	<p>5(3)③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指導場面では「できないこと」や「やっていないこと」を指摘するのではなく、「できること」「していること」を親が肯定的に受け止めることができるよう、児の発達と親の子育てを支援していくことが大切である。 ・体重などを計りながら、子どもの発育発達や皮膚の状況、外傷の有無などを把握するとともに、子どもを遊ばせるなどして表情などを観察する。 <p>5(4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・母親の気持ちに寄り添い信頼関係を築いていくことが母親の育児力を高めることにつながる。 ・母親の言動の中にネグレクトなど“おやっ”と思うことがあった場合、一方的に否定するのではなく、まず母親の気持ちを受けとめることが大事である。気持ちを受けとめられることが、母親にとって育児力をつけていく第一歩である。 ・保健師が感じた気がかりなことを真摯に伝えることが信頼関係の構築に大変役立つ。 ・その場で明確な回答ができない場合は保健所に持ち帰り、後日必ず回答する。 ・「聴く、観る、触れる」看護技術を使うこと。 ・保健師の「気になる」という感覚を大切にし、そう感じた理由を明確にすることが、保健師自身の子育て支援に関するスキルを高めていくことに繋がる。 ・染色体異常、先天奇形など出生直後から病気や障がいが診断されるもの、発達遅滞など成長発達に伴いその障がいが明

家庭訪問の手順	ポイント
<p>(5)不在時の対応</p> <p>①継続しているケースや約束しての訪問の場合は、訪問をしたことをメモし、氏名、訪問日時、保健所の連絡先、メッセージなどを添えて封印し、郵便受けに入れておく。</p> <p>②安否確認も同時に行う (洗濯物の様子、郵便受けの郵便物のたまり具合、ゴミの状況(家の周りの整備状況)、電力のメーター等)</p> <p>③居留守の場合もあるので、電気のメーター等をチェックする。</p>	<p>確になってくるもの、小児がんなど出生後に発症する疾病など子どもの病気や障がいの時期や原因はさまざまである。</p> <p>染色体異常や未熟児などは出生直後からNICUで治療を受けるため、母子の愛着形成が阻害されやすく、さらに障がい児を産んだことに対する罪悪感も加わり、その後の親子関係に問題を起こしやすい。</p> <p>病気や障がいを持ったわが子を受け入れられたと思っても、子どもの成長発達に伴い、新たな課題にぶつかる度に葛藤する。障がい児の支援にあたっては、まずは保護者の気持ちに沿った支援が重要である。</p> <p>医療機関に長期に入院中の場合は、家族が病院に付き添うことが多く、また兄弟児がいる場合は兄弟の精神的ストレスも考慮したかわりが重要である。</p> <p>医療機関から在宅に移行する場合は、在宅での医療の確保、福祉サービスの導入時など関係機関と連携しながらサービスを調整し、コーディネートする必要がある。</p> <p>児の成長につれ保育所入所、就学等親の不安は変化する。病気や障がいを抱える家族のニーズに応じたサービスを整え、孤立化しないように支援する^り。</p> <p>疾病や障がいにより健康な子どもとは異なる発達・発育をするため、起こっている現象、状態が障がいによるものか、故意にされているものかの判断に悩むことがある。障がいや慢性疾患を抱える子どもは常に虐待リスクを持つ子どもであることを意識して支援することが必要。</p> <p>5(5)</p> <p>・家庭訪問時、不在だった場合、事業概要の実績には1件として計上する。</p> <p>6</p>

家庭訪問の手順	ポイント
<p>6 帰所後 家庭訪問から帰所したら、まず、口頭で上司に報告する。次に記録を速やかに行う。 支援内容の評価(支援内容と個人・家族の反応、健康課題に対する支援結果と残された課題)、計画の見直し及び次回訪問の必要性和時期の検討を行う。 ①訪問により得られた事例が抱える問題を整理する。 ②整理された問題の優先順位を決め、内容に応じて次の訪問スケジュールを決める。</p> <p>記録及び報告 本編2. 訪問記録の記載等 を参照</p> <p>7 関係機関との連携 ・関係機関から依頼を受けて訪問した場合は、速やかに依頼元へ状況を報告する。 ・必要に応じて、市町保健師や訪問看護師、医療機関関係者に連絡し、訪問結果を情報共有する。 ・他の関係機関につなぐ場合は、本人または家族に了解を得る。(虐待の場合は、必要があれば家族の了解がなくても関係機関への連絡を行う)</p> <p>8 事例検討 ・継続訪問している事例については定期的に事例検討を行い、対象理解、支援方法の知識を深める。 ・事例のサマリーを作成する</p> <p>9 地区管理 地区管理は、保健師による地区活動そのものであり、担当地区内に住む全ての人々が必要なサービスが受けられるようにしていくための地域責任制を果たす機能である。管轄地域の健康課題が、県内や地域内でどのようなレベルにあるのかという視点で捉える必要がある。 また、地域のニーズや健康課題を明確にし、必要な社会資源を開発・施策化する能力が求められる。</p> <p>(1) ケース支援の進捗管理 ・訪問ケースの管理台帳を作成し、月間・年間訪問計画等の進捗を管理する。</p>	<p>・対象者の抱える問題の変化に伴い、主たる支援者が保健所保健師から他関係者等へと移行することも考えられる。 その際、常に関係者は連絡を取り合う等し、対象者に母親と子を支援する人たちがいるという安心感を与えることが必要である。</p> <p>7 ・関係機関との連携については、電話だけでなく、関係機関の近くに出向いた機会を活用して直接関係者と会って話すことが重要である。 ・虐待が疑われる場合の対応は1人で判断せず、必ず、組織、機関と連携した対応を行う。</p> <p>7.8 ・障がいや慢性疾患児は医療や療育など支援する関係機関が多岐にわたるため、日頃から顔の見える関係を構築し、適宜情報が入手できるようにする。関係機関とケース会議等を開催し、情報共有を図ることも大切である。</p> <p>8 ・所内・所外においてケース検討・事例検討等を行った場合は事業概要の実績に計上する。</p> <p>9 ・母子訪問等の個別の関わりを集積していくと、共通した類似の問題に気づくことがある。その課題を通して地域の課題を捉えることができる。</p>

家庭訪問の手順	ポイント
<p>(2) 家族管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族全員が援助の対象であるという視点を持って、家族一人ひとりの健康課題にも目をむけ、「家族」をサービスの単位として捉えることが重要である。 <p>(3) 地域診断</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当地区の支援ケースについて個別の関わりを集積していくと、共通した類似の問題を地域の課題として整理できる。 ・医療の供給体制、療養状況、サービスの利用状況等の実体及び担当地区の関係機関やキーパーソンの情報等を整理しリスト化集約することで、地域の社会資源やサービスの充足状況などが整理できる。 ・これらの情報を、地域の地理的特徴や風土、習慣等を照らし合わせ地域診断を行う。 <p>(4) 課題の共有・施策化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当地区の関係機関やキーパーソンの情報などを整理する。 ・対象者が抱える問題の内容によっては、市町の要保護児童対策地域協議会や障害者自立支援協議会が主催する会議に提案することも必要である。 	

(2) 精神保健

家庭は対象者にとって安心でき、緊張感を持たずに話すことができる場でもある。他者との関係づくりを苦手とすることの多い精神障がい者や家族にとって、家庭訪問を行うことで支援が円滑になることも少なくない。

また、家庭訪問では、電話や来所相談のみで把握が難しい日常の様子(どのような地域で暮らしているのか、家族と本人のやりとり等)を垣間見ることができ、本人の生活のしづらい状況を見極めることが可能となる。

特に精神障がい者は病識がないケースもあり、治療中断により病状が悪化する場合も少なくないため、受診や服薬を継続することが非常に重要である。それが病状の安定につながり、地域生活を円滑に行うためのポイントとなる。

保健所はノーマライゼーションの理念に基づいて、フォーマル、インフォーマルな支援を適切なタイミングで組み合わせ、精神障がい者や家族が暮らしやすく、生きがいを持った生活を送ることが出来るよう関与する必要がある。

【法的根拠】

地域保健法 第6条第10号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第47条(相談指導等)

※この法律では保健師の名称は明文化されていない

自殺対策基本法 第17条(自殺未遂者に対する支援)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 第2条第2項第3号

【家庭訪問の手順とポイント】(精神保健)

家庭訪問の手順	ポイント
1 対象者の把握 (1)本人または家族からの相談 (電話相談又は来所相談後のフォローとして) (2)関係機関または地域住民からの相談 関係機関：医療機関、市町村、福祉関係機関(相談支援事業所等)、訪問看護ステーション、警察等 住 民：民生委員、近隣者等 (3)保健所に保管している記録(訪問記録、電話・来所相談、緊急対応記録等、措置入院、医療保護入退院届、定期病状報告等) (4)精神保健福祉法 第22条申請、23条通報 (5)継続して関わっているケース	1(1) ・相談者は混乱したり、困っているがはっきりと問題意識を持っていない、自分たちでどう動いてよいかわからないなどの、問題対処能力が低下した状態で、相談に来ることも多い。 ・保健師の支援は問題解決の方向性を見つけ出すためのコンサルテーションと、自分たちで決定し、実施可能となるためのエンパワメントの付与である。コンサルテーションは一方的に情報を伝達することではない。相談者や当事者と一緒に考える姿勢で臨む。 ・特に緊急援助が必要な時は、複数の援助者が連携し、対応にあたろう。 1(5) ・まずは前任者から引き継いだケースを計画的に訪問しよう。また、精神障がい者の家庭訪問の経験が少ない場合は、先輩保健師との同伴訪問を行うなどして経験を重ねよう。

家庭訪問の手順	ポイント
<p>2 優先順位</p> <p>現在の本人、家族の生命の危機や周囲に及ぼす影響の大きさ、今後問題が深刻になるおそれについての予測を行い、判断する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・放置すると本人や周囲に重大な被害が起こる、または生命の危険がある事例 (自傷他害の恐れがある場合) ・入院時、緊急対応した事例(入院中からの関わりが必要) ・家族内に複数又は複雑な問題が起こり、家族だけでは問題解決が困難と予測される事例 <p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所保健師として何を目的に訪問するか、自分ができる支援は何かを明確にしておくこと。 (本人・家族・関係者から様々な要望がある。特に家族や関係者からは、「強制的に入院させてほしい」という要望が多いが、『保健所としてできること、できないこと』があることを確認しておくことよい。) ・ケースによっては、訪問指導以外での支援も検討する。 <p>3 情報収集とアセスメント</p> <p>(1) 情報収集の手段</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族、対象者に関わる関係者(医療、福祉、市町民生委員等)などから直接聞き取る。 ・保健所に保管している過去の記録、措置入院、医療保護入院届、定期病状報告等 <p>(2) 情報収集項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生育歴や生活歴(幼少期、学校でのエピソード、成績、最終学歴、結婚の有無、就労経験、運転免許の有無等) ・発達障害等の確認項目(学童期の運動面、集団生活面での問題行動の有無) ・病歴(精神科受診の有無、診断名、身体疾患の有無) ・診断名、治療経過、本人及び家族の病識、主治医との関係など) ・本人及び家族の病識 ・主治医との関係等 ・現在の症状 ・精神症状の有無と状況(緊急性の有無) <p>※統合失調症の主な精神症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <陽性症状>幻覚、妄想、妄想以外の思考障害等 <陰性症状>感情の平坦化、意欲の低下、社会的ひきこもり等 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急対応が必要な事例は、上司に報告し、指示を仰いだ上で訪問する。 <p>3(1)(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患患者は疾患の管理が重要なため、各疾患の症状や治療、生活上の支障の特徴など専門知識の習得が必要。 ・初めから全ての情報を収集しようとせず、その時点で把握可能な内容を収集し、その後確認できた都度、情報を追加・更新しよう。 ・なお、精神保健福祉領域の家庭訪問については、市町保健師、医療を中心とした訪問看護、在宅の生活を支援する相談支援事業所等のほか、生活保護受給者には福祉事務所のケースワーカーも定期的に家庭訪問を行っている。保健所保健師は地域の支援者の一員でもあり、日頃から連携しておくことで情報を得やすい。 ・精神保健福祉法に則った報告書類などは保健所を経由するものであれば、必ず担当保健師にも供覧されるので、あらかじめ、情報を確認しておこう。

家庭訪問の手順	ポイント
<p>※うつ病の主な精神症状 抑うつ気分、興味や喜びの減退、睡眠障害、食欲不振、疲れやすさ、集中力・注意力低下、自傷あるいは自殺の観念や行為等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体症状 ・現在のかかりつけの医療機関の有無、治療状況 ・現在の通院状況・服薬状況 ・家族構成と家族の状況、家族の病気への理解、家族の力量、関係性、キーパーソンの有無 ・社会資源の活用状況(利用している福祉サービス担当の有無) ・経済状況(就労の有無、障害年金、生活保護受給の有無、他者からの支援、金額等) ・健康保険証の有無 ・居住地域の特性、近隣者との関係 ・生活の自立状況、本人の強み、本人の楽しみ ・支援者に期待していること <p>【入院治療が必要である可能性が高い場合の追加確認事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 健康保険証の有無 ② 医療費の支払い能力(家族含む) ③ 医療保護入院の同意者となれる家族はいるか ④ 入院時の受診手段(車)や同行者 など <p>(3)アセスメント項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の病状の安定性 ・現在の問題(主訴・現状・潜在化している課題)は何か ・本人・家族の希望・能力(現実検討能力、問題解決能力) ・利用可能なサービスや制度 ・問題の緊急性はどうか(早急な受診や入院治療が必要である可能性が高いかどうか等) ・今後起こりうる(予測される)問題 など <p>4 家庭訪問計画の立案</p> <p>アセスメントで明らかになった問題や必要な援助に優先順位をつけ、長期目標、短期目標を決める。</p> <p>活用すべき資源、他機関との連携の必要性などについて具体的な解決に向けた行動計画を作成。</p> <p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の意向を計画に反映させる <p>【精神障がい者の家庭訪問における目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の早期把握と、それによる早期治療へのアプローチ。 ・入院治療となった場合は、早期退院に向けて働きか 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が医療機関を受診している場合は訪問前に医療機関から、診断名や治療状況、関わり方など事前に確認しておく(連携室、PSWの活用)。 ・場合によっては、訪問後に結果の報告を行う。(原則は本人や家族の同意が必要。訪問契機<誰からの依頼に基づいた訪問か>や対象者の病状によって異なる) ・精神症状のみに偏らず、身体症状も併せ、全身状態を的確にアセスメントすることが大切である。 ・地域にどのような社会資源があるか、施設や法律だけでなく、施設担当者等の連絡先についても十分な情報提供が必要である。専門家だけでなく、民生委員・児童委員などの応援も資源として捉える。 <p>3(3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神障がい者は、機能障害、能力障害(対人関係や社会性活上の問題解決能力)、社会的不利(通常役割の制限等)という生活のしづらさを抱えている。精神疾患は、一般的に慢性経過をとりやすいものが多いので、早期発見・早期治療・早期退院によって、能力障害や社会的不利などを減らす必要がある。 <p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援目標や支援内容は、課や班内の事例検討会に事例提供し、担当者だけでなく課員や班員が持つ支援技術や情報等を含め、多角的視点によるアセスメントにより決定する。 ・本人や家族が本来持っている力を引き出せるよう支援しよう(本人や家族それぞれに何が出来るか一緒に考えるなど)。

家庭訪問の手順	ポイント
<p>けを行い、社会復帰を支援する。</p> <p>5 家庭訪問の実際</p> <p>(1) 事前準備</p> <p>① 事前連絡</p> <p>ア 訪問日時</p> <p>イ 誰が訪問するのか</p> <p>ウ 目的</p> <p>エ 同伴訪問者</p> <p>オ 車の駐車場所</p> <p>カ 配慮したほうがいい点 など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 場合によっては連絡せず訪問する場合もあるが、訪問拒否が強い場合は色々な情報を把握して所内で方針を決定する。 ・ 同伴訪問者がいる場合はそのことも伝える。 ・ 誰が連絡したほうがよいのか(事例との関係性を考慮し、関係機関(同行者)が連絡) <p>② 事前に地図で経路や駐車場を確認し、所要時間に余裕を持って出発時間を決める。駐車場の有無については、対象者から情報を得ておくと良い。</p> <p>③ 移動手段の確保(運転士付き公用車もしくは指導車)</p> <p>(2) 必要物品</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問バック ・ 血圧計、肘枕、聴診器、手指消毒、筆記具 ・ 地図、名札、名刺 ・ 情報提供用資料 ・ 携帯電話 ・ メモ用紙(不在連絡票) <p>(3) 当日</p> <p>① 出発する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目的や対象に応じた服装を整える。 ・ 訪問場所や目的と計画・準備物品を再確認する。 ・ 上司や同僚に訪問先、訪問目的、出かける旨を報告する。 ・ 約束した時間に遅れないように出発時間を設定する <p>② 訪問先で挨拶をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所属・氏名を明瞭に名乗り、自己紹介する。 ・ 訪問の目的を明確に伝える。 ・ 相手を確認する。 	<p>5(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の関係機関(市町、医療機関、自立支援関連機関等)を把握しておこう。(どこに何があるだけでなくその機関の特徴なども)。日頃から各機関の窓口となる担当者との関係づくりを図っておこう。 <p>5(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 随時連絡が取れるよう「携帯電話」は必ず所持すること。ケースによっては、不慮の事態(他害の恐れ等)も起こりうるため、多くの物品所持は速やかな移動の妨げとなる場合がある。 <p>5(3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人や家族との何気ない会話からも多くの情報が得られ、本人や家族の理解に繋がり、支援の役に立つ。本人や家族との会話を大切にしよう。 ・ 家族等から相談があった場合、相談者は誰に相談して良いかわからない状態で悩んだ末に相談したり、様々な機関のたらいまわしを経験していることが多い。相談者に対してねぎらいの言葉をかけ、話を傾聴し、信頼関係の構築に努めよう。

家庭訪問の手順	ポイント
<p>③入室時の位置取り(出口に近いところ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不測の事態を考慮し、車をすぐに発車できる方向に駐車したり、室内での位置取りを考える。治療中断や未治療、暴力等他害の情報がある事例では必ず逃げ道を確保する。 <p>④観察のポイント(五感をフルに使う)</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 自宅内の様子 イ 病状や生活能力等 ウ 家族とのやりとりの様子 エ 家族との関係性 オ 本人の表情、みだしなみ(服装、整容等) カ 自宅の周辺の様子、公共交通機関の有無 <p>⑤訪問計画に沿った支援(保健指導や情報提供等)</p> <p>⑥今後の支援について確認</p> <p>⑦他の機関につなぐ場合は、その説明と他機関の関係者に情報提供することを本人または家族に了解を得る。</p> <p>⑧訪問時間は長くても1時間程度を目処として終了する</p> <p>【措置入院の退院時等の訪問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と連携し、退院のめどがたった頃に退院時カンファレンス(事例検討会)へ出席し、病院訪問を行うなど、入院中から家族や本人とコンタクトを取り、関係性を作っておく。退院後は市町や社会復帰関係機関とも連携しできるだけ早期に家庭訪問を行う。 <p>【危機介入】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の混乱が激しく、直ちに医療の支援が必要な場合家族や警察などから連絡が入ることがある。本人が非常に混乱していて十分に受け答えができない場合も、誠意を持って医療機関の受診の説得に努める。このアプローチは家族、関係機関でチームを組んで実施する必要がある。保健師等は本人の説得と本人が受診できる医療機関を探す役割がある。 ・混乱しながらも本人と話ができる場合は、本人のつらいこと(特に身体症状:頭痛、不眠、イライラ、幻覚など)を確認し、「家族が心配している。」「心配なので一度医師に見てもらおう。」というように説得する。 ・なお、「あなたをしっかりと診ることができる専門家は医師です。」というように、精神科医療機関についてもきちんとした情報を伝え、納得してもらおう。また、必要時受診同行する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・話をしながら、家族と本人の関係や困っていること、今までしてきた具体的な対策、サポートしてほしいことなどを明らかにする。話の内容をまとめたり、言葉を置き換えたりして、家族等の混乱している状況を整理しよう。明らかになったことは言葉に出して確認しよう。 ・保健所では家族や関係機関からの相談や依頼等により未治療や治療中断で症状が悪化し、受診や入院支援のために危機介入をする場合がありうる。この場合は事前の情報収集や関係者との打合せを入念に行なおう。 ・本人との意思の疎通が図れていない場合は、安易にメモはしない方がよい場合もある。 ・今後の支援を行う上で本人にとって保健師は「味方」「理解者」であるということをおわかってもらい、良好な関係性を形成することが重要である。その為にもコミュニケーションを円滑に図れるよう、コミュニケーションスキルを高めよう。

家庭訪問の手順	ポイント
<p>【精神疾患のある母親への支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊婦や産婦で、精神疾患がある場合に市町等から同伴訪問を依頼される場合がある。統合失調症等は、適切な医療により病状や生活改善が可能な病気であるが、様々な環境変化が生じる育児中は、治療の中断が起こりやすくなる。安定した育児を続けるために、妊娠中から定期的服薬の必要性や悪化の前ぶれ、パターンなどを確認しておくといよい。 <p>(4)留意点</p> <ol style="list-style-type: none"> ①円滑な訪問とするために、対象者が信頼を寄せている者等を同伴した訪問とする場合もある。 ②今後の支援を考慮し、必要と認めれば関係機関等の関係者を同伴した訪問も検討する必要がある。 ③相手の状況(若い男性、不安定な精神症状等)によっては訪問者の安全確保のため単独の訪問は避け、複数または男性スタッフと同伴訪問する。 ④約束した時間を守る。遅れるなど、こちらの都合で予定時間を変更する場合は謝罪し必ず連絡しておくこと。 ⑤対象者が不安にならないよう配慮をする。 ⑥一回の訪問で全てを行なおうとしない。 ⑦あまり根掘り葉掘り聞き出そうとしない。 ⑧面談の際の記録やメモについては、本人または家族の了解を得る。 <p>(5)不在時の対応</p> <ol style="list-style-type: none"> ①継続しているケースや約束しての訪問の場合は、訪問したことをメモし、氏名、訪問日時、保健所の連絡先メッセージなどを添えて封印し郵便受けに入れておくか、後で電話連絡する。 ②初回訪問のケースや関係が確立していないケースはメモを残すことは慎重にするが、その時の状況で判断する。 ③単身者の場合等は安否確認も同時に行う。 (洗濯物の様子、郵便受けの郵便物のたまり具合、ゴミの状況(家の周りの整備状況)、電力のメーター等) <p>6 帰所後</p> <p>家庭訪問から帰所したら、まず、口頭で上司に報告する。次に記録を速やかに行う。</p> <p>支援内容の評価(支援内容と個人・家族の反応、健康課題に対する支援結果と残された課題)、計画の見直し及び次回訪問の必要性和時期の検討を行う。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①訪問により得られた事例が抱える問題を整理する。 	<p>ポイント</p> <p>5(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家庭訪問時、不在だった場合、事業概要の実績には1件として計上する。 <p>6</p> <p>課や班内で家庭訪問の結果等の情報の共有を早期に図ることで、緊急時に所属としてすぐに対応することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なお、事例によっては家庭訪問が担当した保健師にとってストレスfulなものとなりやすいため、他者に報告することで自

家庭訪問の手順	ポイント
<p>②整理された問題の優先順位を決め、内容に応じて次の訪問スケジュールを決める。</p> <p>記録及び報告 本編 2. 訪問記録の記載等 を参照</p> <p>7 関係機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関から依頼を受けて訪問した場合は、速やかに依頼元へ状況を報告する。 ・必要に応じて、市町保健師や訪問看護師、医療機関関係者に連絡し、訪問結果を情報共有する。 ・他の関係機関につなぐ場合は、本人または家族に了解を得る(自傷他害等緊急の場合は、本人や家族の了解がなくても関係機関への連絡を行う)。 <p>8 事例検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続訪問している事例については定期的に事例検討を行うことで支援内容の質の向上を図る。 また、事例検討を通じて、対象理解、支援方法の知識を深め支援者としての能力向上に努める。 ・事例のサマリーを作成し、所内のケース会議等を開催し、健康課題・支援目標等を共有し、家庭訪問計画に反映する。 ・必要に応じて所外の関係機関との事例検討を企画・開催する。 ・依頼により、関係機関主催の事例検討会等へ出席する場合もある。 <p>9 地区管理</p> <p>地区管理は、保健師による地区活動そのものであり、担当地区内に住む全ての人々が必要なサービスが受けられるようにしていくための地域責任制を果たす機能である。管轄地域の健康課題が、県内や地域内でどのようなレベルにあるのかという視点で捉える必要がある。</p> <p>また、地域のニーズや健康課題を明確にし、必要な社会資源を開発・施策化する能力が求められる。</p> <p>(1) ケース支援の進捗管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問ケースの管理台帳を作成し、月間・年間訪問計画等の進捗を管理する。 	<p>身のストレスコントロールを図ることができる。また、一人で抱え込まないためにもなるべく早く報告しておこう。</p> <p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携については、電話だけでなく、関係機関の近くに出向いた機会を利用して直接関係者と会って話すことが重要である。 <p>7.8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の抱える問題の変化に伴い、主たる支援者が保健所保健師から他関係者等へと移行することも考えられる。その際、常に関係者は連絡を取り合う等し、本人や家族に支援する人たちがいるという安心感を与えることが必要である。 <p>8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対応にあたって、1人で抱えようとしなことが大切。援助者も孤立してしまつては、対応が遅れがちになる。事例検討の開催も含め、同僚や上司、精神科医、精神保健福祉士、警察官などと早いうちから連携を取り準備することが重要である。 ・所内・所外においてケース検討・事例検討を行った場合は、事業概要の実績に計上する <p>9</p> <p>訪問等の個別の関わりを集積していくと、共通した類似の問題に気づくことがある。その課題を通して地域の課題を捉えることができる。</p>

家庭訪問の手順	ポイント
<p>(2) 家族管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族全員が援助の対象であるという視点を持って、家族一人ひとりの健康課題にも目をむけ、「家族」をサービスの単位として捉えることが重要である。 <p>(3) 地域診断</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当地区の支援ケースについて個別の関わりを集積していくと、共通した類似の問題を地域の課題として整理できる。 ・医療の供給体制、療養状況、サービスの利用状況等の実体及び担当地区の関係機関やキーパーソンの情報等を整理しリスト化集約することで、地域の社会資源やサービスの充足状況などが整理できる。 ・これらの情報の、地域の地理的特徴や風土、習慣等を照らし合わせ地域診断を行う。 <p>(4) 課題の共有・施策化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当地区の関係機関やキーパーソンの情報などを整理する。 ・対象者が抱える問題の内容によっては、市町主催の障害者自立支援協議会が主催する会議に提案することも必要である。 	

(3) 難病

難病患者の療養は長期にわたり、病状の進行とともに保健・医療・福祉サービスは変化する。保健所は、重症になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように、介護保険・障害者福祉の担当や医療機関等との連携を強化し、難病患者とその家族を支えるための地域支援ネットワークシステムの構築が推進されるよう関与していく必要がある。

【法的根拠】

地域保健法第6条第11号

難病の患者に対する医療等に関する法律第4条 第28条第1項

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第2条第2項第3号

【家庭訪問の手順とポイント】(難病)

家庭訪問の手順	ポイント
<p>1 対象者の把握</p> <p>(1) 特定医療費(指定難病)支給認定申請</p> <p>(2) 本人または家族からの相談(電話相談又は来所相談)</p> <p>(3) 関係機関または地域住民からの相談 関係者：主治医、訪問看護師、市町関係者、介護支援専門員、相談支援専門員、難病相談支援センター職員、医療機器メーカー職員等 住 民：民生委員、自治委員、近隣者等</p> <p>(4) 継続して関わっているケース</p> <p>2 優先順位</p> <p>優先度の高い事例</p> <p>【家庭訪問の優先度の高い例】</p> <p>(1) 生命に危険のある事例</p> <p>(2) 依頼者や相談者の不安が強い事例</p> <p>(3) 症状が進行し、医療処置や介護が必要となる時期 例：『長崎県における難病の保健活動指針』に基づき、支援区分を決定した事例</p> <p>1) 要強力支援事例：難病を要因とする身体の機能障害や長期療養の必要から日常生活に著しい支障がある在宅の難病患者で保健、医療及び福祉の分野にわたる総合的なサービスの提供を要する患者であって、次のいずれかに該当するもの。 ・病気の進行が急速に進むため在宅療養サービスの調整が必要となる難病患者</p>	<p>参考文献『長崎県における難病の保健活動指針』(平成29年3月長崎県福祉保健部国保・健康増進課)</p> <p>1(1) ・新規申請は診断を受けた間もない時期であり、対象者とのファーストコンタクトとして対象把握の重要な時期である。</p> <p>1(4) ・まずは前任者から引き継いだケースを計画的に訪問しよう。また、難病事例の家庭訪問が少ない場合は、先輩保健師との同伴訪問を行うなどして経験を重ねよう。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養が長期にわたる人工呼吸器装着難病患者や専門的調整を要する難病患者 ・その他、特に保健所長が要強力支援に区分する必要があると認める者 <p>2)要支援事例：定期的な支援が必要な在宅の難病患者であって次のいずれかに該当するもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の自己管理能力又は家庭における介護力が不足していることから、在宅において療養生活を継続するにあたって、社会資源の活用を図る必要がある者 ・身体の機能低下を防ぐため、保健所又は市町村事業に参加している者 <p>3)要観察事例：年1回程度の状況把握が必要である難病患者であって、次のいずれかに該当するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活において自立しており、療養生活が家庭内で管理できる者 ・主たる療養の場が施設等である者 <p>4)その他：確定診断を受ける前や、医療費助成をはじめ行政サービスを受けていない段階でも本人及び家族からの相談があった者</p>	
<p>3 情報収集とアセスメント</p> <p>(1) 情報収集項目</p> <ol style="list-style-type: none"> ①病名及び病歴(治療経過) ②現在の症状と治療状況(服薬、医療処置、機器類等) ③医療機関(主治医(かかりつけ医、専門医、ソーシャルワーカー、など) ④主治医との関係性 ⑤主治医から本人、家族への疾患についての説明内容(今後の見通し、告知の有無等) ⑥本人、家族の医療処置実施の意思表示状況、疾患への認識、療養生活上の目標(本人・家族の思い・希望)(人工呼吸器等) ⑦ADL、IADL、要介護度、障害者手帳 ⑧ケアプラン(要介護、障害認定を受けている場合)介護支援専門員、相談支援専門員 ⑨家族構成と家族の状況(人間関係等)、キーパーソン、主な介護者とその健康状態 ⑩経済状況(収入源：就労の有無、障害年金、生活保護受給の有無、他者からの支援、金額等費) ⑪社会資源の活用状況(利用している福祉、介護保険サービスや制度、担当介護支援専門員等の有無) ⑫患者会、家族会入会状況 ⑬居住地域の社会資源 ⑭居住地域の特性、近隣者との関係 ⑮生活の自立状況、本人の強み 	<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者は疾患の管理が重要なため、各疾患の症状や進行の経過、それに伴う生活上の支障の特徴など専門知識の習得が必要。 <p>3(1)③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難病患者が地域生活を円滑に行うために、医療面での管理は重要な事項である。そのため医療機関との日頃からの円滑な連携は何よりも重要である。 <p>3(1)④</p> <ul style="list-style-type: none"> ・罹患期間により主治医と関係性が構築途中の場合もある。日常生活での課題や病状などの情報は治療を行ううえで必要であり、患者と主治医が話しやすい関係にあるかなどの関係性の把握は重要である。また、必要に応じて、主治医連絡や同行受診等の支援を検討する。 <p>3(1)⑤</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健師の訪問指導は主治医の指示の元が原則である。主治医指示と保健指導の方針が一致しないと、患者・家族の混乱

<p>⑯支援者に期待していること ⑰生育歴(職歴) ⑱趣味、特技 ⑲緊急時の連絡先 ⑳災害時の支援体制(避難行動要支援者名簿及び個別支援計画の有無、福祉避難所の場所、消防への登録の有無) ㉑災害時の薬や医療消耗品等の調達方法</p>	<p>に繋がる。また、ALSの場合など、本人に病名の告知がされていないケースも想定される。</p> <p>3(1)⑥ ・本人(家族)が、胃瘻や人工呼吸器等医療処置を行うかどうかを決定することが基本。</p> <p>3(1)⑩ 生活支援の中心となる障害者総合支援法や介護保険法についての理解を深めよう。</p>
<p>(2)アセスメント項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病気の進行とそれに伴う生活障害、社会や家族内の役割の変化、不安等 ・今後の医療処置の見通し ・本人や家族の病気の理解の程度 ・誰が何に困っているのか ・うまくいっていない要因は何か ・何を変えようまくいきそうか ・どのように変えていくか ・本人や家族の療養生活上の思いや希望を達成するために適切な看護・介護・福祉サービスの提供体制となっているか、介護者の介護負担の度合いはどうか ・利用可能なサービスや制度 など 	<p>3(2) ・事例の病状や家族機能。各種サービスの利用状況等を総合的にアセスメントし、その状況に応じて行う</p>
<p>4 家庭訪問計画の立案</p> <p>アセスメントで明らかになった問題や必要な援助に優先順位をつけ、長期支援目標、短期支援目標を決める。活用すべき資源、他機関との連携の必要性などについて、具体的な解決に向けた訪問計画を作成する。</p>	<p>4 ・難病領域の家庭訪問については、医療、看護に加え、介護、福祉、障害サービス関係者、そして、生活保護受給者には福祉事務所のケースワーカーも定期的に家庭訪問を行っており、保健所保健師は地域の支援者の一員でもある。関わるスタッフが支援方針を共有し、一貫性を持った支援を展開する必要がある。保健所の専門的中立的な立場である強みを活かし支援の実際を客観的に評価し、必要なサービスの調整、支援者のネットワーク作りの役割を果たそう。</p>
<p>5 家庭訪問の実際</p> <p>(1) 事前準備 (訪問日時)の連絡、誰が訪問するのか、訪問目的など)</p> <p>①電話で対象者の都合を確認しながら訪問日と時間を決める。</p> <p>②対象者が不安にならないよう配慮をする。</p>	

<p>③同伴訪問者がいる場合はそのことも伝える。</p> <p>④自宅や車の駐車場所を地図や聴取りなどで事前に確認する。</p> <p>⑤移動手段の確保(運転士付き公用車もしくは指導車)</p> <p>(2) 必要物品</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問バッグ(血圧計、聴診器、肘枕、マスク、手指消毒液、体温計、メジャー、筆記用具) ・地図、名刺、名札 ・不在連絡メモ用紙、封筒 ・携帯電話 ・情報提供用資料 ・疾患に応じた必要物品を準備していく 例)網膜色素変性症の場合は、黒画用紙 白鉛筆 など <p>(3) 当日</p> <p>①出発する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目的や対象に応じた服装を整える。 ・訪問場所や目的と計画・準備物品を再確認する。 ・上司や同僚に訪問先、訪問目的を報告し、出発する旨を伝える。 ・約束した時間に遅れないように出発時間を設定する。 <p>②訪問先で挨拶をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所属・氏名を明瞭に名乗り、自己紹介する。 ・訪問の目的を明確に伝える。 ・相手を確認する。 <p>③観察のポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 室内環境の状況(療養生活に適しているか) イ 病状やADLの状況 ウ 家族の健康状態と介護力の状況 エ 家族との会話の様子や関係性 オ 本人の表情 カ 本人や家族の病気や障害の理解と受容の状況、闘病意欲 キ 生活意欲や家庭内での役割 ク 本人や家族の強み ケ 介護サービス、福祉サービス等の支援内容が適切かの確認 コ 支援者との関係性 サ 地域との関係性、地域で孤立していないか シ 災害時の避難の支障の有無(自宅の周辺の様子) 避難における介助の必要性、介助者の有無、避難方法、避難所の場所 <p>④訪問計画に沿った支援(保健指導や情報提供等)</p> <p>⑤他の機関につなぐ場合は、その説明と他機関の関係者</p>	<p>5(3)③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・五感をフルに使って観察を行う。進行性の疾患を持つ患者や家族の気持ちに寄り添うために、傾聴の姿勢を持つ <p>5(3)③ケ 5-(3)⑤</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス等支援者が複数に亘る場合、横の連携が図れているか、本人、家族の要望が十分伝わっているか、逆に支援者の指導等が本人、家族に伝わっているかなど把握し、できていない場合は調整の必要がある。 <p>5-(3)④</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の病状の進行に伴うケアの必要性を予測し、進行に合わせたケアの導入を検討するなど、タイミングを逃さないようにしよう。 <p>患者の QOL 向上のために何かできないか</p>
--	--

<p>に情報提供することを本人または家族に了解を得る。 ⑥訪問時間は長くても1時間以内で終了する。</p> <p>(4) 留意点 今後の支援を考慮し、必要と認めれば関係機関等の関係者を同伴した訪問も検討する必要がある。 ・約束した時間を守る。遅れるなど、こちらの都合で予定時間を変更する場合は謝罪し必ず連絡をしておくこと。 ・一回の訪問で全てを行なおうとしない。 ・相手に配慮し、何気ない会話の中から、必要な情報を把握する。 ・面談の際の記録やメモについては、本人または家族の了解を得る。</p> <p>(5) 不在の場合の対応 ①継続しているケースや約束しての訪問の場合は、訪問をしたことをメモし、氏名、訪問日時、保健所の連絡先、メッセージなどを添えて封印し郵便受けに入れておく ②安否確認も同時に行う (洗濯物の様子、郵便受けの郵便物のたまり具合、ゴミの状況(家の周りの整備状況)、電力のメーター等) ③居留守の場合もあるので、電気のメーター等をチェックする</p> <p>6 帰所後 家庭訪問から帰所したら、まず、口頭で上司に報告する。次に記録を速やかに行う。 支援内容の評価(支援内容と個人・家族の反応、健康課題に対する支援結果と残された課題)、計画の見直し及び次回訪問の必要性和時期の検討を行う。 ①訪問により得られた事例が抱える問題を整理する。 ②整理された問題の優先順位を決め、内容に応じて次の訪問スケジュールを決める。</p> <p>記録及び報告 本編2. 訪問記録の記載等 を参照</p> <p>7 関係機関との連携 訪問後、関係機関へ結果を報告し情報の共有及び今後の予定を確認する。また、必要に応じてケア会議(所内、関係機関等)を開催する。ただし、情報を共有する際は、原則として本人・家族の同意を得て実施すること。</p>	<p>を患者、家族と一緒に考えよう。 5-(3)④ ・専門的中立的な立場である強みを活かし支援の実際を客観的に評価し、必要なサービスの調整、支援者のネットワーク作りの役割を果たそう。</p> <p>5(5) ・家庭訪問時、不在だった場合、事業概要の実績には1件として計上する。</p> <p>6 ・患者(家族)の不安が大きい場合は、時に保健師の許容範囲をこえる感情を吐露されることも想定される。その場合は無理に1人で何とかしようとせず、所内に持ち帰り共有しよう。 ・訪問により把握したニーズのうち、既存のサービスでは対応不可能な場合、新たな社会資源として何かできないかを検討する。</p> <p>7 ・地域の関係機関(医療機関、介護サービス等)を把握しておこう。(どこに何があるだけでなくその機関の特徴なども)。日頃から各機関の窓口となる担当者との関係</p>
---	--

<p>対象者が抱える問題の内容によっては、難病対策地域協議会、市町の主催する障害者自立支援協議会の会議に提案することも必要である。</p> <p>8 事例検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続して訪問している事例については、事例のサマリーを作成する。 在宅療養支援計画策定・評価事業等を活用し、所内外において支援関係機関・者と健康課題、支援目標、役割分担等を共有し、在宅療養支援計画を作成し、各種サービスの適切な提供を行う。 ・定期的に事例検討を行うことで支援内容の質の向上を図る。また、事例検討を通じて、対象理解、支援方法の知識を深め支援者としての能力向上に努める。 <p>9 地区管理</p> <p>地区管理は、保健師による地域保健活動そのものであり、担当地域内に住む全ての人々が必要なサービスが受けられるようにしているための地域責任性を果たす機能である。管轄地域の健康課題が県内や地域内でどのようなレベルにあるのかという視点で捉える必要がある。</p> <p>また、地域のニーズや健康課題を明確にし、必要な社会資源を開発・施策化する能力が求められる。</p> <p>(1) ケース支援の進捗管理</p> <p>訪問ケースの管理台帳を作成し、月間・年間訪問計画等の進捗管理を行う。</p> <p>(2) 家族管理</p> <p>難病患者の支援で家庭を訪ねることになるが、家族全員が援助の対象であるという視点をもって、家族一人ひとりの健康課題にも目を向け、「家族」サービスの単位として捉えることが重要である。</p> <p>(3) 地区診断</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当地区の要フォロー難病患者について個別の関わりを集積していくと、共通した類似の問題を地域の課題として整理できる。 ・医療の提供体制、療養状況、サービスの利用状況等の実態及び担当地区の関係機関やキーパーソンの情報などを整理しリスト化等集約することで、地域の社会資源やサービスの充足状況などが整理できる。 ・これらの情報に、地域の地理的特徴や風土、慣習との照らし合わせ地区診断を行う。 <p>(4) 課題の共有・施策化</p> <p>地区診断に基づき、『難病地域対策協議会』『市町自立支援協議会』等での課題や施策化に反映する。</p>	<p>づくりを図っておこう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携については、電話だけでなく、関係機関の近くに出向いた機会を活用して直接関係者と会って話すことが重要である <p>7.8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対応にあたって、1人で抱えようとしないことが大切。援助者も孤立してしまつては、対応が遅れがちになる。事例検討の開催も含め、同僚や上司などと早いうちから連携を取り準備することが重要である。 ・所内・所外においてケース検討・事例検討を行った場合は、事業概要の実績に計上する。 <p>9</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問等の個別の関わりを集積していくと、共通した類似の問題に気づくことがある。その課題をとおして地域の課題を捉えることができる。
---	---

2. 訪問記録の記載等

1) 保健師の家庭訪問記録とは

このマニュアルにおいて、家庭訪問記録とは、保健師の訪問活動における実践の思考と行為の一連の過程を示し、所属組織においては公文書として位置づくものである。

家庭訪問記録は、サービスの質の保証と、一貫した継続的支援をするうえで重要な基礎資料になる。よって、必要な情報を効率よく、利用しやすい形で記録する事が重要である。

(1) 記録作成の目的と意義

- ① 活動内容を正確に記録し、相談者の過去の相談内容を踏まえた継続的な対応を行うことにより、相談者へのサービスの質の向上を図る。また、担当者が交代しても一貫した支援を行う基礎資料として活用できる。
- ② 保健師及び他職種と情報を共有し、協働して保健活動を推進する情報交換ツールとなる。
- ③ 訪問によって得られた地域の情報や事例の集積を行うことにより、公衆衛生の見地から、地域の特性を把握し、将来のサービス事業の展開に資する。
- ④ 活動内容が公的機関としての法的根拠に基づいて実施されたものであり、公正性が担保されたものであることを証明する。

2) 訪問記録の作成

(1) 作成の原則

- ① 保健師は、家庭訪問を実施した場合は、速やかに指定された記録用紙に記録する。
- ② すでに様式が定められている「結核」、「難病」、「精神」、「母子」の記録については、現行の様式を用いて記録するが、様式の定めが無い場合は、原則として訪問記録様式（様式1）を用いて記録する。

(2) 訪問記録の記載内容

訪問記録には、原則として以下の項目を記載する。

	記載項目	内容およびポイント
①	相談日時	
②	面接者	
③	対象者	実際に見ていない対象者の記録はしない（面接中の発言の中に対象者の情報が出てきた場合はそれを明示し記載する）
④	家族構成	同居家族 キーパーソン等も併せて記載する
⑤	訪問目的	
⑥	主訴	記述する情報は吟味し、集約する
⑦	状況及び観察したこと	事実確認をした内容
⑧	分析・判断	問題の構造分析、保健師のアセスメントや判断
⑨	支援内容	情報提供内容、指導・助言内容、他機関への紹介など
⑩	対象者の反応	
⑪	今後の計画及び方針	
⑫	特記事項、その他	担当者不在時にも対応可能なように正確に記載しておく

(3) 記入に当たっての留意事項

記録で行うべき事

1. 前の記録をよく読む（計画が放置されていないか確認する）
2. 支援後できるだけ早く記録する
3. 読みやすく、決められた様式で書く
4. 記載した日付を記入する
5. 記載者は署名を行う
6. 訂正は2本線で記載する
7. フェイスシートの追記・修正を確実に言い、どのページも記載されているか確認する
8. 医師連絡、指示内容及び所見については、具体的に記入する

記録で行ってはならない事

1. 実際に見ていない対象者の記録をしない（対象者以外の方の面接中の発言の中に、対象者の情報が出てきた場合は、それを明示し記載する）
2. 意味のない語句、対象者への助言・指導や相談・観察に関係のない攻撃的な表現をしない
3. 対象者にレッテルをはり、偏見を持った記録をしない
4. 「～と思われる」「～のように見える」という曖昧な表現をしない
5. 略語、イニシャルを使わない

家庭訪問記録は、

「相手の訴えを聞き、見てアセスメントしたことに対し考えて、どういった支援をしてどんな反応があったのか。その一連の流れを落とし込んでいくもの。」だよな！

できるだけ早く記録をするための工夫(知恵)

- ・「その日のことはその日のうちに」が原則
- ・記録をする時間を計画的にとる（業務の中に取り入れる）
- ・上司は、記録提出の進捗管理をする
- ・上司は、報告を受けたらすぐに記録するよう指示する。また、できない場合には期日を決めて行う。
- ・最初から完璧なものでもなくとも、後から加筆・修正も可能。

わかりやすい記録のポイント

- ◆観察した事と自分の意見を区別して書く
- ◆客観的に書く
 - ・余計な修飾語、曖昧な表現は使わない
 - ・測定用具(判断基準やスケール)を使う
 - ・症状・徴候は専門用語を正しく使う
 - ・行為・行動をそのまま書く
- ◆「見たこと」と「聞いたこと」は区別する
- ◆文章は簡潔・明快・明確に書く
- ◆順序良く、まとまりをつけて書く
- ◆対象者の反応や合意事項を書く



訪問記録の記載例

ある日の訪問記録

○月×日 訪問にて本人と面接

①訪問したところ、庭先に停めてある軽トラックより出てくる。ちょうど今、②ハローワークに求人情報を聞きに行き行って戻ってきたところとのことで、③手には求人情報誌を持っている。④適正検査の結果では、1科目(理数学的な領域)だけがよく、後は駄目だった。自分でも⑤問題を解いていてもわからないので最後は諦めて出てきた感じ。しかし、⑥このまま親に迷惑かけたくないのので何とか仕事につきたいと思う。しかし、⑦自分の思いは父親と話し合ったことがないので、自分ひとりで悩んでいる。

⑧父親に対し自分の思い(働きたいと思っている、迷惑をかけたくないと思っている、など)を素直に話してみる。そのうえで、自分にできそうな仕事があればチャレンジしても良いのでは。

上記の記録で、保健師が「直接観察したこと」は何でしょうか？
「人から聞いたこと」は何でしょうか？
「保健師の意見」はどの部分でしょうか？

どう書けば明確になるでしょうか？

①③実線アンダーライン部分：
「直接観察したこと」
②④⑤⑥⑦：
対象者から聞いたこと
⑧：保健師の意見

わかりやすく書きかえたある日の訪問記録

○月×日 家庭訪問 15:00～15:30 本人と庭先にて面接

<本人の様子>

訪問した時、庭先に停めてある軽トラックより出てきた。
手には求人情報誌を持っている。

<本人より聴取>

- ・本日ハローワークに求人情報を聞きに行き行って戻ってきたところである。
- ・適正検査の結果では、1科目(理数学的な領域)だけがよく、あとは駄目だった。
- ・問題を解いていてもわからないので最後は諦めて出てきた感じ。
- ・このまま親に迷惑かけたくないのので何とか仕事につきたい。しかし、自分の思いは父親と話し合ったことがないので、自分ひとりで悩んでいる。

<保健師のアセスメント>

- ・本人なりに求職のための行動を起こしている。
- ・父親への気遣い等家族のことを考え、自立しようとしている

<保健師の支援内容>

- ・以下のことを助言する

①父親に対し自分の思い(働きたいと思っている、迷惑をかけたくないと思っている、など)を素直に話してみることを。

②自分にできそうな仕事があればチャレンジしても良いのではないかと。

- ・主治医への報告 → 求職行動の現状について

<本人の反応>

黙って聞いていた

<今後の計画>

- ・2週間後に連絡し、職探しの状況を把握する
- ・父親と話はできたか、思いは話せたか確認する

出典：長江弘子・柳澤尚代
保健師必携 こう書けばわかる！保健師記録
医学書院 2004年第1版

(4) 要約の作成

保健師間の連携・協働を促進し、担当保健師が代わっても継続した支援を行うために要約（以下、サマリー）が必要である。

引継ぎには、これまでの活動を支援計画に沿って客観的に振り返り、それを評価し、その評価に基づく修正を加えて新たな計画案を作成するという重要な役割がある。しかし、長期的な支援が必要なケースの場合、この引継ぎがうまくいかないために支援の内容が変わったり、家庭訪問が中断したりといったことが起こる。

引継ぎの手段としてサマリーを作成することは、前任者はこれまでの経過を振り返り、次の担当者と支援計画の修正の検討をすることが可能となる。

また、経過が長い人は引継ぎに関わらず、半年または、1年の経過をサマリーとしてまとめる。保健師の転動等に伴う引継ぎに当たっては、ケース引継ぎ台帳を作成する（Ⅲ資料編参照）。

3) 訪問記録の供覧（報告）

(1) 訪問記録の供覧（報告）の意義

訪問記録を供覧・報告することは、保健所内における組織的な対応を可能とし、地域の健康問題にかかわる情報の共有化を推進する。

また、上司のアドバイスを受けることで、保健師の実践知が伝承される機会となり、保健活動技術の質の維持・向上につながる。

(2) 供覧（報告）の原則

- ① 訪問記録を作成した場合は、その都度供覧する。
- ② 先に口頭により報告を行い、その後供覧する。

(3) 訪問記録の供覧（報告）の手順

- ① 記録を行った保健師は、訪問記録を、各所属であらかじめ規定された職員へ回議する。原則として、本土においては班長（健康対策班長、保健福祉班長）および関係する職員へ、離島においては各グループリーダー等および関係する職員へ提出し、速やかに統括保健師及び地域保健課長または企画保健課長へ供覧する。
- ② 報告を受けた班長及びグループリーダーは、活動内容及び記録内容を確認するとともに、必要と判断される場合は、記録者に対する指導を行う。記録の供覧を受けた職員は、必要に応じてアドバイスを行う。
- ③ 報告の緊急度の高い相談記録については、供覧に当たり、緊急の文字を付記するなど、他の記録と区別できるような工夫等を行う。（例：「至急」と記載した付箋の添付など）

4) 訪問記録の管理

(1) 訪問記録の取扱い

訪問記録は、長崎県文書取扱規程に基づき行政文書分類基準表により保存管理する。

訪問記録の取扱いに際しては、当該記録内容が外部に漏れることのないように、細心の注意を払う。訪問記録は、その他の相談記録と共に、対象者ごとに整理し、相談記録台帳等に登録する。

相談記録台帳は、デジタルデータによる管理とし、地域保健課または企画保健課に設置された共有ファイル内で入力および管理する。相談記録台帳の取扱いに当たっては、個人情報の保護に十分留意の上処理する。

(2) 訪問記録の管理者

保健師の訪問記録に関しては、長崎県文書取扱規程に基づき、本土保健所においては地域保健課長、離島保健所においては企画保健課長が、以下の管理業務を行う。

- ① 訪問記録の整理、保存、利用及び廃棄に関すること。
- ② 訪問記録の管理に関する事務の指導及び改善に関すること。
- ③ 訪問記録の引継ぎに関すること。

(組織として支援してきた内容を次の担当に確実に引き継ぐことを、責任者として管理する)

(3) 執務室からの訪問記録の移しかえ、保存等

使用中の記録は、原則として執務室内のキャビネット等に、相談種別の分類及び相談者等の居住している市町別に分けて保管する。また、それ以前に使用した相談記録については、必要に応じて整理し、鍵のかかる倉庫等に移しかえ保管する。

(4) 執務室内における訪問記録の保管

訪問記録の保管に当たっては、常に紛失、盗難、火災等の予防の措置を講ずるとともに、訪問記録を他の文書等と区別し、施錠のできるキャビネット等に厳重に保管し、秘密の保持に努める。

5) 訪問記録の評価

保健師の訪問記録は、相手の訴えを聞き、見てアセスメントしたことに対して考えて、どういう支援をしてどんな反応であったのか、その一連の流れを文書に落とし込んでいくものである。さらに、保健師活動の評価や実践の根拠を示すための重要な記録であるため、供覧時やミーティングを活用して所属において記載内容についての評価を行う。

【訪問記録の評価】

- ・簡潔・明快・明確で具体的な表現であるか。
- ・情報源が正しく書かれているか。
- ・順序良く、見ただけで、何が書いてあるのか理解できるようにまとめてあるか。
- ・対象者の反応や合意事項と、今後の支援計画が記載されているか。

6) 訪問記録の開示

長崎県情報公開条例の対象となる公文書は、実施機関の職員が職務上作成し、又は取得した文書、図面及び写真及びフィルムであって、決裁等の手続きが終了し、実施機関が管理しているものとされている。したがって、訪問記録は行政文書であり、県民から開示請求がなされた場合には、開示請求者に対して開示しなければならない。

相談記録の取扱もこれに準じる。

<引用・参考文献>

- 1 木下由美子：エッセンシャル 地域看護学 第2版：医歯薬出版株式会社：163,169,2012
- 2 松田正己 他：標準保健師講座・3 対象別地域看護活動：医学書院：40,115～123,2010
- 3 山岸春江 他：文献から捉えた母子保健対策における保健師の役割：Yamanashi Nursing Journal Vol.1：2003
- 4 野村優希 他：保健所の母子保健活動からみた小児慢性特定疾患児への支援について：東海公衆衛生雑誌 Vol.1No.1：2013
- 5 長崎県における難病の保健活動指針：長崎県福祉保健部国保・健康増進課：2017
- 6 保健師のための子ども虐待予防のポイント：大阪健康医療部保健医療室地域保健課：2015
- 7 保健所等に勤務する地域保健従事者のための地域精神保健福祉活動の手引き：社団法人 日本精神保健福祉連盟：2012
- 8 統合失調症家族教室：長崎県県北保健所：2003
- 9 長江弘子 柳澤尚代：保健師必携 こう書けばわかる！保健師記録 第1版：医学書院：2004
- 10 大分県保健師人材育成ガイドライン—活動分野別編—改訂版：大分県福祉保健部健康対策課：2016
- 11 広島県保健師記録マニュアル：広島県熟練期保健師技術継承研修編 広島県県幸福支局健康福祉総務課：2017

家庭訪問における地域保健活動技術マニュアル作成について(実施要領)

目的：ケース支援における家庭訪問は、対象の選定、計画、実施、記録の一連の過程が組織の判断のもと、継続的に実施されるものである。また、訪問記録は個人情報であるが、行政文書として県民の権利利益の面から配慮が求められる。

また、近年保健師を取り巻く環境の変化に伴い、訪問件数は減少しているが、処遇困難事例が占める割合が増え、家庭訪問に求められる技術の高度化と伝承機会の減少は人材育成上も大きな課題となっている。

そこで、家庭訪問の過程を明示し、家庭訪問記録の作成・供覧(報告)・保管等について県の統一基準を定め、一連の組織的な対応を可能にすることにより、家庭訪問の質的向上と県民サービスの向上を図る。

取り組み期間：平成 29 年 11 月～平成 30 年 2 月

取り組み方法：・ワーキンググループを設置し、保健所の意見を集約してマニュアルを作成する。

検討内容：①母子・精神・難病における家庭訪問について
②訪問記録について

検討体制等：全体会及び、ワーキンググループ(2 グループ)を設置する。

○ワーキンググループメンバー：※全体会とワーキングに出席する

○助言者は全体会に出席し助言を行う。

○事務局：福祉保健課

	所属		職位	氏名	備考
助言者	長崎県立大学		副学長	平野 かよ子	
	長崎こども・女性障害者支援センター 障害者支援部		部長	日野出 悦子	座長
ワーキング Aグループ	県南保健所	地域保健課	課長	市川 ひとみ	リーダー
	県北保健所	地域保健課保健福祉班	係長	林田 祥子	サブリーダー
	県央保健所	地域保健課保健福祉班	主任技師	楠本 奈津美	
	県北保健所	地域保健課保健福祉班	主任技師	小幡 怜子	
	県央保健所	地域保健課保健福祉班	保健師	山下 紗也加	
ワーキング Bグループ	西彼保健所	地域保健課	課長	野中 伸子	リーダー
	県央保健所	地域保健課健康対策班	専門幹	松川 靖代	サブリーダー
	西彼保健所	地域保健課健康対策班	主任技師	松岡 志帆	
	県央保健所	企画調整課	主任技師	阿野 忍	
	県南保健所	地域保健課健康対策班	主任技師	篠原 梨恵	
事務局	福祉保健課		医療監	藤田 利枝	
	〃	企画予算班	課長補佐	稗圃 砂千子	
	〃	〃	主任技師	久保 奈々	

○①の母子保健についてはこども家庭課、精神保健については障害福祉課の保健師、難病については国保・健康増進課の保健師にも参加の要請を行う。

家庭訪問における保健活動技術マニュアル作成 経過

日時	内容等	参加	時間帯	備考	
11月11日 ～21日	各保健所へマニュアル案に関する意見募集・取り まとめ →たたき台として、後の検討に活用				
12月 6日	第1回全体会	15名	10:00～12:00		
12月21日	第1回ワーキング	○Aグループ：母子検討	5名	15:30～17:30	
		○Bグループ：難病検討	5名		
12月21日～ H30 1月17日	各保健所へ家庭訪問記録アンケート実施 →事務局にて取りまとめ、検討				
H30 1月12日	第2回ワーキング	○Aグループ：母子検討	4名	13:30～16:30	
		○Bグループ：難病検討	5名		
1月25日	第3回ワーキング	○Aグループ：母子・精神検討	5名	9:30～11:30	○グループリーダーに よるすり合わせ実施
		○Bグループ：難病	3名		
2月 2日	第4回ワーキング	○Aグループ：母子・精神検討	5名	9:30～12:00	T V会議にて実施
2月13日	第5回ワーキング	○Aグループ：母子・精神検討	5名	10:00～16:30	○ワーキングメンバー によるすり合わせ実施
		○Bグループ：難病	5名	13:30～16:30	
3月13日	第2回全体会	14名	10:00～12:00		

Ⅲ 資料編

相談記録様式：様式1

訪問日時

年

月

日 ()

:

~

:

面接者 () 対象者 ()							
目 的							
主 訴							
状 況 及び 観察したこと							
	分析・判断						
支援内容							
今後の計画 及び 方 針							
特記事項 その他							
	課長	班長	係長			取扱者	供覧日
供覧							記録者サイン

フェイスシート・サマリー

平成 年 月 日 現在

フリガナ				性別	生年月日	年 月 日生(歳)	
氏名							
住所				【手帳】			
保険	国保(一般・退職本人・退職家族)、健保(本人・家族)、生保、その他()						
年金	有(障害・老齢・その他) ・無 ・不明						
疾患名	(合併症: 、既往歴:)			【経済状況】			
生育歴				【家族構成】			
職歴							
相談内容 (主訴)							
経過	<p>◆ 症状、治療、日常生活状況、社会交流、実施した支援内容など</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; background-color: yellow; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 重要なエピソードを節目でまとめる。 ● この枠内に入らない場合は、別紙を利用する。 </div>						
医療	◆ 現在通院中の医療機関名、主治医名、主治医の意見など						
	◆ 通院・服薬状況、主要薬剤名など						
関係機関・ 者の役割							
現在の							
支援内容							
課題							
支援計画 及び方法	◆ 支援計画(短期計画・長期計画)、支援方法						
サイン	課長		班長		係長		班員
	前担当		新担当				

平成 年 月 日 現在

これまでの経過					
年月	症状	治療	日常生活状況	社会交流など	実施した内容 その他

【サマリー作成時のポイント】

- 1 対象の言葉に着目し、どんなことに悩み、困っているかを「主訴」としてまとめ課題を明確にする。
- 2 経過の節目になった具体的なエピソードにそってまとめる。
- 3 時系列で、疾病・障害・生活状況・保健師の支援の経過を対応させ、総合的に経過まとめ、支援の効果を評価する。
- 4 今後の介入支援の緊急度を判断する。

新任期の保健師活動を振り返って

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター 障害者支援部長 日野出 悦子

〇はじめに

私は公衆衛生の現場である保健所を離れて既に10年経っていますが、保健所保健師として周囲の力をお借りしながら、ここまで仕事を続けられたのは、貴重な新任期の保健師活動があり、それを糧とし、人としての成長が少なからず感じられたという自負があります。せっかくの機会をいただいたので、本稿を借りて、私の体験談を紹介しながら、私が今お伝えしたいことを述べたいと思います。

〇心に残る新任期の保健活動を振り返って

私の最初の赴任地は、有川保健所（現・上五島保健所）。管轄は7カ町で人口約5万人。

私が所属する保健係は、新人の保健師にとって、保健師を束ねる「保健婦長」（当時の名称）、そして、先輩保健師の7人体制でした。また、当時には珍しいと思いますが県保健所唯一、保健師の課長配置がなされていました。

私が受け持つ担当町は、保健所からバスで1時間半ほどの距離にあり、週2～3日は家庭訪問、母子健診、老人保健集団健診、結核検診、原爆検診等が出向いたものでした。

赴任して2ヶ月目の5月、担当地域からさらに30分ほど離れた地区の3歳児健診がありました。3歳児健診の対象児は10人弱。皆、元気のいい子どもたち。その中で、健診会場に遅く訪れた40歳代の母親がおんぶした女の子に、スタッフの目がいききました。

事前カンファレンスの中で、女の子について町の保健師から、1歳半健診、3歳児健診の未受診児で、複数回の通知や電話、家庭訪問もしたが、受診につながらず、もうすぐ4歳に到達する児がいるとの紹介がありました。

これまでの経過や母子保健推進員の話から、「精神運動発達の遅れ」があるのではないかという、スタッフの意見が出されていました。

検診日最後の保健指導で、私の方から、運動発達面で少し気になるということを母親に伝え、1カ月後の精密健診の受診を勧めました。

すると、母親は「大丈夫です。もう少ししたら一人で歩けますよ。精密健診に行くまでには家から遠いし、行けない。」と言い残し、女の子をおんぶして帰ろうとしました。

その時、婦長が私を前に出し、「待って、お母さん。この（私のこと）保健婦が、近いうちお母さんの家に行きますから。その時、是非、またお話をさせてください。」と頭を下げたのでした。母親は迷惑そうな顔をして帰って行きました。

そして、健診終了後のカンファレンスで、婦長から「貴女がこの地域を担当している間、あの女の子を歩かせてごらん。それができれば、貴女は保健婦として大したもんだから。」と、ポンと背中を叩かれたのでした。

それから、この親子との関わりが始まりました。

まず、1か月後に控えた精密健診である巡回療育相談に必ず受診してもらうことが私の使命と思い、すぐに家庭訪問の予約を入れましたが、母親は迷惑そうな対応で「ここまでは遠いからわざわざ来なくてよいです。精密健診は、時間があれば行きますから。」との返事。しかし、「家に必ず行きます」と言った私の言葉にしぶしぶと受け入れた様子でした。

当時、私は運転免許を持っておらず、保健所からバスで乗り継ぎ、約2時間半かけ、親子の家に通ったのです。

最初の訪問では、私が挨拶をすると可愛い笑顔で女の子はにこりとし、母親には本当に来たのかという表情で迎えられました。

母親に女の子が一人で歩くことができるように、専門科医師から発達状況を医学的に判断してもらい、指導を受けてもらうよう助言をしました。しかし、「そのうち、歩けるから」と、1回の家庭訪問では納得してもらえませんでした。

それから機会がある度に何度も訪問を重ね、母親はやっと受診してみようという気持ちになってくれました。私は本当に受診してくれるのか、当日まで不安でいっぱいでした。

巡回療育相談当日、女の子をおんぶした母親が会場の保健所にやって来ました。

そして、「バスだから遅くなったね。ごめんね。」と新人の私に話しかけてきたのです。

その時、「心が通った！」と感じた瞬間でした。あの長い道のを、母親一人で女の子をおんぶし、長時間のバスに揺られ受診してくれたことに私は感動し、涙が出てきました。

あの時の涙は、新人保健師だからこそ流せた涙だと思っています。

また、当時の婦長、先輩の保健師みんなが、自分のことの様に一緒に喜んでくれたことが、新人の私にとってどのくらい励みになったことか・・・その日は、忘れられない一日となりました。赴任して3ヶ月目の頃のことです。

女の子の診断は、「軽度脳性小児麻痺」。

当日、親子に対し、やさしく丁寧に病気の説明をしてくれた専門科医師、そして理学療法士、作業療法士から訓練メニューの指導がなされ、側にいた私は母親に代わってメモをとり、訓練内容がわかりやすいようにと絵にしてみました。まだ、広くパソコンが普及してない時代です。

当時の離島は、療育指導してくれる専門科の医師はおらず、リハビリの専門スタッフも常時いない医療現場では、保健師自らが指導を受け、それをケースの生活の場に生かしてもらうよう支援するという、まさに保健医療の連携でありました。地域の中の保健師活動が、本当に期待されていた時代だったようにも思います。

その後、親子は年数回実施される巡回療育相談に必ず受診継続するようになりました。また、私の家庭訪問も女の子の訓練内容や成長に沿って、週1回から月1回という頻度で支援していきました。他の業務もありましたが、女の子を歩かせたいという私の素朴な気持ちと婦長が発した言葉を忘れられなかったからでした。

私は、女の子のこれからの運動発達面を考えたくて、集団保育生活の必要性和そのメリットを伝え、女の子を保育所に通わせることを提案。父親を含めた家族の中で検討してもらった結果、保育所に通わせることとなりました。

しかし、保育所の玄関やトイレ等の環境設備の問題があったため、町保健師、衛生担当者や福祉担当者に相談して、保育所に手すりを付けてもらうこととなりました。

また、女の子の受け入れのために、保母さん達に訓練内容を説明し、協力をしてもらうことにしました。その翌年、島外での療育専門機関で2回の足の手術を受けました。皆の支えがあって、やっと一人で歩くことができるようになったのです。

私は、このケースを通して自分の担当する地域やその生活の実態を知り、また、親や子が持つ力を引き出すことにより地域の仕組みを少しでも変えることができるという保健師活動経験をすることができました。

○今、伝えたいこと

私の伝えたいことは3つ。①保健師の最大武器である家庭訪問の技術を日頃から磨くこと。そのためには、「どうにかしてあげたい。」という自分自身の素朴な気持ちを持ち続けてほしい。

②良い仲間を巡りあうこと。それは、自らが良い仲間を作りあげること。待つ姿勢ではなく、自分の今の気持ちを素直に仲間に言葉で話をしてみる。③まず、迷わず勇気をもって手を出してみる。一度しかない貴重な新任期を無駄にしないようにすること。きっと、保健師の仕事が一層好きなるから。

○最後に

私の職場である長崎こども・女性・障害者支援センターについて、少し紹介いたします。

当センターは、長崎県内でも由緒ある観光地「平和公園」、「浦上天主堂」、「如己堂／永井隆記念館」のそれぞれの施設から徒歩約5分圏内に位置し、風光明媚な場所にあります。2007年4月に、これまでの児童相談所、婦人相談所、身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センターの5つの相談機関を統合し、庁舎新築移転したものです。

私が所属する障害者支援部は、身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センターの他、2007年7月に高次脳機能障害支援センター、更に2013年4月には、障害者権利擁護センター、ひきこり地域支援センターがそれぞれ設置されています。

こども・女性・障害者支援センターは、名前のおおりに、こども、女性、障害者の権利を守り、発達や生活を支援する専門機関としての役割を果たす、総合的な相談・支援機関として、県の福祉保健行政の一翼を担い、約100人（嘱託職員も含む）ほどの職員が、毎日、県民のために働いている職場であります。

特に、障害者支援部は、精神科医師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、社会福祉職、一般事務と、多職種での仕事場であることから、職員同士のコミュニケーションを豊かにすることは必須であり、私自ら微力ながら、今までの公衆衛生活動で培ってきたマネジメント力を生かし、時には、葛藤、模索しながら、職員と一緒に汗をかき日々業務を行っているところです。

これがまた、私にとって、すばらしい保健師活動のひとつであります。

家庭訪問の昔、そして今思うこと、伝えたいこと

対馬保健所

企画保健課長 市川 ひとみ

家庭訪問は私の一番好きな保健師活動です。訪問に行くと、なぜか「私、保健師してるなあ〜。」という気になっていました。

○入庁時の保健師の仕事

私が入庁した昭和60年頃、保健所では3歳児健診やクリニック(健康診断)、成人病(生活習慣病)健診などを実施しており、地区を担当し、市町主催でその地区で実施される妊婦相談・妊婦教室、乳幼児相談、1.6歳児健診、健康相談、健康教育、機能訓練事業等にも従事していました。そのため、週のうちの半数以上が外勤で、半日勤務の土曜日だけが、事務所にいれる日というのも珍しくない状況でした。

そんな中で、唯一、自分で日程調整し、計画を立てて実施できるのが家庭訪問でした。対象者は精神疾患患者(その頃はまだ、法的に障がい者の中に入っていなかった)、結核患者、障がい児、未熟児、寝たきり老人(当時の呼び方)などいろいろでした。毎月保健師全員分の種別訪問の実績が集計されていたので、がんばって数を伸ばそうと、競争するようにして訪問に出かけていました。

○移動手段や携帯品、服装等

私が最初に勤務した離島の巖原保健所(現対馬保健所)には、保健指導車がなく、運転士付公用車が1台のみ。運転士さんは一人で、レントゲン車で学校健診などにも出かけていたため、訪問のために公用車を確保できるのはかなり限られており、1.2時間に1本のバスに乗ったり、隣にあった県福祉事務所のケースワーカーさんが生活保護ケースの訪問に出かける時に、同乗させてもらったりしていました。

大きな訪問バックの中に、携帯用の血圧計、聴診器、ひじ枕、乳児の体重を計測するばね秤、モッコ(風呂敷のようなものに赤ちゃんをくるんで、四方をばねに掛けて計測)、アルコール綿花(消毒用)、たまには妊娠暦速算器(通称:ももたろう)、結核ビジブルカードや記録用紙等を詰め込み、服装は普段は着ない紺色(夏は水色)の制服のスカートに白のポロシャツを着用。冬の上着は県マークが付いており、夏は暑い素材だったので、訪問時はあまり着ていませんでした。

そんな格好をして帰りのバスが来るまで、その地区の様々な対象者の家を歩いて回るので、道すがら地区の住民から「保険屋さん?」と声かけられることも多く、精神障がい者や結核患者への偏見がまだ強い時代であったため、これ幸いと否定も肯定もせず、にっこり笑って黙って頭を下げて、その場を足早に去り、やり過ごしていました。

○本人だけでなく、家族支援も重視

一軒の家の中に、例えば精神障がいの対象者に訪問すると、血圧の薬を服用している親がい

たり、分娩で里帰りをした姉がいたり…という状況だったため、本人だけでなく家族にも必ず会って、親の血圧測定や治療状況、姉の妊娠経過を確認する…等、家族も含めた健康状態の把握や生活上の注意等の保健指導を行っていました。また、精神障害者にとって、身近で支える家族の役割やその対応による影響は大きいため、本人の服薬や治療中断を防ぐための家族教育的な保健指導なども併せて行っており、本人だけでなく家族支援にも力を入れていました。結核の訪問も同様で、DOTSという言葉もまだ聞かない時代でしたが、家族に本人の服薬支援等依頼していました。家族全員、一家丸ごと健康面の支援を行う視点は今よりももっと大事とされていたように思います。

○様々な訪問の体験

未熟児出生の乳児の退院後の訪問では、赤ちゃんに触れて、体重を計ったり、股関節の開排制限の有無や反射の確認等をしていましたが、市町の乳児健診や医師の従事しない乳児相談にも行っていたので、チェックの仕方を教科書だけでなく、現場で経験をしながら学び、身につけていきました。実際に乳児相談で股関節の開排制限のある赤ちゃんを発見して、病院に受診券を発行し、診察してもらおうと、股関節亜脱臼と診断され、早速装具装着をして症状改善につながった赤ちゃんがいて、診断結果が返ってきた時、「やった！」と、うれしかった思い出もあります。

まだ通報対応の経験がない頃に、妄想のある精神の初発ケースをなんとか受診につなげようと継続訪問し、囑託の精神科医に同伴訪問してもらいましたが、病識が全くないためなかなか説得できず、若い男性で親も連れて行くことができずにうまくいかないケースがありました。ある日、親から、「本人から殴られて怖くて近所の親戚に逃げている。警察に電話して来てもらったが、話を聞いて帰られた。」との電話がありました。すぐに駆けつけると母親の顔は、ぱんぱんに腫れ上がった状態で、急を要すると判断して、警察になぜ精神障害者の警察官通報にならないのか（なぜなるのかと問う今とは逆）と確認の電話をしたところ、「家族内暴力だから。」と言われ、上司に相談して、家族から一般人申請をしてもらい、警察に協力要請をして玄関と裏の勝手口に分かれて自宅を訪問。すると、警察が尋ねた勝手口の台所で、包丁を持っている本人を発見し、警察が取り押さえ、車に乗せて警察署で指定医に診察をもらい、措置入院となったケースもありました。そんなどたばた劇で入院したケースが、入院後は人が変わったように穏やかになったのを見て、医療につなぐことの大切さを実感したのと同時に病識がない人を受診につなげることにはいつも苦勞していたので、シュ〜とふりかけると病識が出るような特効薬ができればいいのに…なんて思ったりしていました。

母子の訪問では、未熟児退院後に市の保健師と同伴すると、若い母親はばっちり化粧しているのに、赤ちゃん(第2子)は目やにで目が開いておらず、拭き取るものを持ってきてと頼むと、アルコールの含まれたお尻拭きだったのにびっくり。赤ちゃんのお世話をしているのか疑問になり、その後も気になり頻回に訪問したけれど、会えずじまいで、委員として参加している要保護児童対策協議会に挙がってきた…というケースもいて、それまで関わってきた母子に対する自分の認識(母親は愛情を持って子供を育てる)が通用しないことを実感したこともありました。

結核ではN95のような高性能のマスクがない時代でしたが、本人を早期に訪問することが

結核研究所から推奨され、G10号のおばあちゃんの病室を訪問すると小さい子供が見舞いに来ている、G6号の人が空床待ちで自宅待機させられている等、感染症対策として今では考えられないようなこともありました。

○今、思うことと伝えたいこと

ケース支援に目処がつかない状態でも、異動になると自分で継続した支援がばたっとできなくなってしまい、その後のことが気がかりなまま転勤してしまわざるをえないのは、いつも残念に思っていました。

今は昔より保健師業務の中の家庭訪問の立ち位置みたいなものや気軽に訪問に行くというような捉え方は変わってきたように感じます。訪問に対して、少し足が重くなっているようにも思います。

今回、訪問マニュアルの作成で、母子と精神を担当させてもらいましたが、各保健所から、精神障害者の訪問に対して、やたらと危険回避策の追加意見が上げられていたので、「そんなに危機介入が必要な病状の悪化したケースにはばかり行っているのかな？」と疑問に感じたのと同時に精神障害者の訪問に抵抗感があるのかも思いました。確かに今は安定したケースは相談支援事業所や訪問看護の人たちが関わっており、保健所で訪問するケースはもっと病状が悪い人や複雑なケースが増えているのかもしれませんが。他に高次脳機能障害、発達障害、ひきこもり、多問題の複雑なケースの支援も多くなっています。

結核の訪問は発生の多い保健所では頻度も多くなり、大変かもしれませんし、発生の少ない所はそれほどでもないかもしれません。でも訪問で関わる期間は決まっています。

難病は個人や保健所の状況で訪問の対象や頻度も違うようです。母子の小児慢性疾患も同様です。

初めて班長になった時、担当地区を持たなくなり、家庭訪問に行けないことを淋しく感じたのを覚えています。課長になった今でも「誰か席を替わってくれたら、私が代わりに訪問に行っていよいよ〜。」とよくぼやいています。

昔は「家庭訪問と言えば、保健師。」、「保健師は家庭訪問する人。」という保健師の専門みたいな業務だったのですが、今は「家庭訪問と言えば、訪問看護師さんやケアマネ(介護支援専門員)さん、包括支援センターの人…。」という世間や関係者の認識やイメージが、どんどん強くなっているように感じます。

ただ、どんな対象の人にも、契約なしで、拒否をされてでも、行ける保健師の家庭訪問…、行政機関の保健師が関わるかこの意味や意義を考える必要があると思います。

私は保健所勤務経験しかないのですが、たくさん家庭訪問には行きましたが、今でも継続して訪問したケースや関わりに苦労したケースのことはよく覚えています。

相手に受け入れてもらい、心を開いてもらうには自分自身の知識や技術、そして何よりもその人を理解しよう、何か役に立ちたいという気持ち…人間力？みたいなものが試されていると思うことがありました。

うまくいくこと、いかないこと、うまくいく時、いかない時等いろいろありましたが、長く保健師をしていてしみじみと思うのは、関わったケースには、むしろこちらがたくさんの

ことを学ばせてもらったということです。

若い後輩の皆さんには、家庭訪問をして対象の人の病気や障がいでなく、生活の場での暮らしぶりや暮らしている地域を目で見て、肌で感じてほしいと思います。また家族との関係性なども直接見て、確かめて判断してほしいと思います。

家庭訪問に行くと悩むことも、手ごたえを感じてうれしいことも記録がたまってしまうこともあるでしょう。でも、訪問の経験を積むことは、きっと皆さんの保健師としての成長につながります。保健師にとって家庭訪問が大事な活動であることは今も昔も変わりません。

好き勝手に、長々と書いてしまいましたが、誰かに少しでも役立つことができれば幸いです。

平成30年5月 15 日



家庭訪問における地域保健活動技術マニュアル
長崎県

発行 長崎県福祉保健部福祉保健課
連絡先 〒850-8570 長崎市尾上町 3-1
TEL 095(895)2412
FAX 095(895)2570
E-mail s04060@pref.nagasaki.lg.jp