

介護保険施行後の保健師活動に関する調査（第1報）

介護保険業務へのとりくみに焦点を当てて

ナガタ	サトコ	ムラシマ	サチヨ	ハルナ
永田	智子*	村嶋	幸代*	春名めぐみ ^{2*}
キタガワ	サダヨシ	クラモチ	カズエ	フルヤ
北川	定謙 ^{3*}	倉持	一江 ^{4*}	古谷
ホリエ		ユザワ		アキエ
堀井とよみ ^{6*}		湯澤まさみ ^{7*}		章恵 ^{5*}
				田上
				豊 ^{8*}

目的 介護保険制度開始後の自治体における保健師の配置と介護保険への関与状況、および、自治体の介護保険への取り組みについて全国調査を行い、相互の関連を把握する。これにより、保健師の配置が介護保険の運用に及ぼす影響を検討する。

方法 平成13年3月に、全国1,344自治体（政令指定都市・特別区・市は全数、町・村は4分の1抽出）に郵送法による質問紙調査を実施した。

結果および考察 有効回収数は569（回収率42.3%）であった。自治体における保健師の配置は、「老人保健」が36.4%で最も多く、次いで「母子保健」29.8%で、「介護保険」は10.2%であった。

介護保険業務のうち、非認定者のフォロー、要介護者家族への介護指導、相談・苦情処理には80%以上の自治体で保健師が関与していた。認定調査に関する業務やケアプランの質の保証に関する業務、すなわち介護認定調査員や介護支援専門員への研修・指導・助言、介護認定審査会の準備・調整、介護サービス提供者への指導などには、市部では6割～8割の自治体で保健師が関与していたが、郡部では3割～6割の自治体しか関与していなかった。さらに、介護保険部門に保健師が配置されている自治体の方が、個別的な対応を除く殆どの業務で、保健師の関与割合が高かった。

保健師の所属部門別に関わっている業務を見ると、「介護保険部門」の保健師は、認定調査やケアプラン・サービスの質に関する業務への関わりが多く、「福祉部門」や「保健福祉部門」の保健師は、患者・家族への個別的な対応が中心となる業務で多く関わっていた。

介護保険サービス事業者への研修会・個別指導・事例検討は50%近くの自治体で実施されていたが、研修会や個別指導は郡部で実施率が低かった。

介護保険導入後の問題点として、「部署の細分化による連携や意志疎通の困難さ」「認定調査や介護支援専門員業務の時間的負担」「非認定ケースの情報把握や介護保険サービスを受けているケースへの働きかけが行いにくい」などがあげられた。

結論 介護保険への保健師の関与状況が示され、保健師の配置と介護保険業務、特に質保証に関する業務の実施と関連していることが示唆された。保健師の配置部門は介護保険や福祉に広がっており、介護保険サービスの質向上などが期待される一方、部門間の連携強化に向けた取り組みが必要である。郡部ではサービス事業者への指導等の実施率が低く、保健所などの都道府県組織による支援の必要性が示唆された。

Key words : 介護保険, 保健師活動, 質保証, 地方自治体

* 東京大学大学院医学系研究科地域看護学

^{2*} 東京大学大学院医学系研究科母性看護学・助産学

^{3*} 前埼玉県立大学

^{4*} 財団法人埼玉県健康づくり事業団

^{5*} 前日本看護協会

^{6*} 水口町社会福祉協議会

^{7*} 富士市福祉保健部保健福祉センター

^{8*} 三菱総合研究所医療福祉システム部

連絡先: 〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野

永田 智子

Ⅰ 緒 言

平成12年4月に施行された介護保険制度は、我が国の保健福祉行政において、昭和36年の国民皆保険施行以来の大きな制度変更である。その制度は、地方分権の試金石と言われるように、市町村が実施主体と位置づけられ、保険者としての責任と裁量権が与えられている¹⁾。すなわち、自ら介護保険計画を策定し、サービスの質保証などを含めた制度の運用を実施するのである。その実施内容には各自治体の方針や用いることのできる資源が影響を及ぼすと考えられる。特に、自治体職員数が全体として抑制される中で²⁾、新たな制度に対応する職員をどのように配置するかということは、その自治体における制度の円滑な実施に影響を与え、その自治体が住民に対してどのように責任を果たしうるかということに寄与すると推測される。

地域保健活動に従事する保健師は、自治体で介護保険を担う職種の一つである。平成12年に改正された「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」で、介護保険導入後に強化すべき地域保健活動の取り組みとして、①介護保険・老人保健福祉・地域保健などの密接な連携にもとづく高齢者対策、②健康づくり・介護予防などの強化、③高齢者のニーズの早期発見と総合調整、④サービス供給体制の整備・地域ケアシステム作りの推進、⑤サービスの質を確保するための調査・助言、⑥要介護認定の質の確保、⑦相談・苦情などの情報活用によるサービスの質向上、の7点が挙げられており³⁾、介護保険制度下における認定調査や介護保険サービスの質向上、サービス未利用者や自立と認定されたケースのニーズ把握とサービス調整、地域ケアシステムの構築などへ、保健師が積極的に関わることが求められている。

平成11年の日本看護協会の調査で、すでに、介護保険の準備やモデル事業への保健師の関わりが大きいこと、保健師活動の領域が従来の保健事業だけでなく介護保険事業まで拡大していること、介護保険実施時にも、要介護者・要支援者および家族からの相談、非認定者のフォロー、情報収集とPR、ケアプラン策定の相談・助言、認定調査者や介護支援専門員への指導・助言などへの関わりが予定されており、保健師の専門性への期待が

大きいことが指摘されている⁴⁾。さらに、平成12年1月の北川らの調査では、介護保険部門への保健師配置が増加する傾向にあること、介護保険施行後は保険給付以外のサービスの充実や介護保険事業のモニタリングなどへの関与が予測されていることが示されている⁵⁾。中でも、認定調査員、介護支援専門員、介護サービス提供者などへの指導・助言は、認定調査、ケアプランおよびサービスの質の保持・向上につながることを予測され、行政保健師の関与が期待される。

自治体における保健師の配置は、介護保険の質の確保やニーズの発見と調整などの実施に寄与すると考えられる。そこで、本研究では、介護保険制度開始後の自治体における保健師の配置の動向および介護保険業務への保健師の関与の状況と自治体の取り組みについて全国調査を行い、相互の関連性について考察し、保健師の配置が介護保険の運用に及ぼす影響について検討することを目的とした。

Ⅱ 研究方法

1. 対象と方法

全国の自治体のうち、政令指定都市・特別区・市は全数、町・村は4分の1を抽出し、合計1,344か所を調査対象とした(表1)。調査は郵送による質問紙調査とし、各自治体の老人保健担当課長宛てに調査票を郵送し、返送を依頼した。調査時期は平成13年2月～3月であった。

2. 調査内容

自治体の概況については、人口、高齢者数、要

表1 対象の抽出と回収率

区 分	対象数 ^a	抽出率	調 査 対 象 数	回収数	回収率
市部					
政令指定 都市・区	35	100%	35	14	40.0%
市	659	100%	659	334 ^b	50.7%
郡部					
町	1,991	25%	500	172	34.4%
村	567	25%	150	49	32.7%
合 計	3,252		1,344	569	42.3%

^a 対象数は平成12年7月1日現在

^b 市の回収数の内訳：中核市19か所、保健所政令市7か所、その他の市308か所

介護者数、介護保険サービス利用者数、介護保険サービス事業者数を尋ねた。

保健師の配置については、配置されている課・係と、業務内容（介護保険業務、老人福祉サービス、老人保健サービス、母子保健サービス、その他、介護保険サービス事業者への出向）別の保健師数を尋ねた。複数の業務を受け持っている場合には、保健師数を業務量（時間）の割合に応じて配分するようにした（例：1人の保健師が老人保健と母子保健を同割合で行って行けば、両者に0.5人ずつ計上する）。保健師の「業務別の配置」の分析には、この保健師数を用いた。

介護保険への保健師の関与については、16の介護保険関連業務について、保健師の関わりを配属部門（介護保険・福祉・保健福祉・保健）別に尋ねた。以下、「部門」とはこの「配属部門」を指す。また、介護保険サービス事業者への指導状況として、研修会・個別指導・事例検討の実施状況を尋ねた。

3. 分析方法

全体での単純集計の他、政令指定都市・特別区（以下、「政令指定都市・区」とする）、中核市・保健所政令市（以下、「中核市等」とする）、その他の市、町、村の5つの市区町村種別、あるいは、市部（政令指定都市・区、中核市等、その他の市を含む）と郡部（町、村を含む）に分けたクロス集計を実施した。必要に応じて、保健師の配置状況パターン別（介護保険への配置の有無別）のクロス集計も行った。自由回答は全て抜き出してコーディングした。

III 研究結果

1. 回収状況（表1）

調査対象1,344自治体のうち、有効回答数は569自治体（回収率42.3%）であった。内訳は、政令指定都市・区が14、中核市等を含めた市が334、町が172、村が49であった。

2. 調査に回答した自治体の概況

調査に回答した自治体の総人口は1万人未満が23.2%、1万～10万人未満が51.8%、10万人以上が24.1%であった。全体の65歳以上人口割合は16.0%で、20%未満と20%以上の自治体がほぼ半数ずつであり、30%以上という自治体も8.3%みられた。

表2 自治体全体および人口1万人あたりの保健師数

市区町村種別 および総人口	自治 体数 ^a	総保健師数		保健師数/ 人口1万人
		平均	SD	
政令指定都市 (人口：平均174万)	6	191.0	93.5	1.1
特別区 (人口：平均36万)	8	47.6	19.1	1.4
中核市・保健所政令市 (人口：平均38万)	24	47.5	12.3	1.3
上記以外の市町村				
10万人以上	90	21.3	12.5	1.2
3万～10万人未満	186	10.4	3.6	1.9
1万～3万人未満	106	5.6	2.2	3.1
5千～1万人未満	69	3.6	1.6	5.0
5千人未満	58	2.6	1.1	8.5
合 計	547			

^a 保健師数または総人口が無回答の自治体を除く

高齢者全体に占める要介護者・要支援者の割合は、平均3.2%であった。介護度別の分布は、要支援が12.1%、要介護1が26.9%、要介護2が19.0%、要介護3が14.4%、要介護4が14.7%、要介護5が13.3%であり、平成12年の調査⁶⁾とほぼ一致した。

3. 保健師の業務別配置状況

自治体当たりの平均保健師数と人口1万人あたりの保健師数を表2に示す。人口1万人あたりの保健師数は、保健所をもつ自治体（政令指定都市・特別区・中核市等）で平均1.3人、これ以外の市町村では、総人口10万以上の自治体で1.2人、3万～10万未満で1.9人、1万～3万未満で3.1人、5千～1万未満で5.0人、5千人未満で平均8.5人であった。

市区町村種別に見た業務別の配置状況を表3に示す。保健師数の平均は、市部で20.5人、町で4.6人、村で2.6人であった。業務別配置状況は、全体では「老人保健」が36.4%で最も多く、次いで「母子保健」（29.8%）、「その他」（17.6%）、「介護保険」（10.2%）であった。介護サービス事業者などへの出向者は平均0.2人と多くはないが、その中では居宅介護支援事業者への出向が多かった。市区町村種別にみると、「介護保険」「老人福祉」は中核市等で6.7%、1.4%と少なかった。政令指定都市・区では、「老人福祉」は9.0%と他の市町村に比して多く、逆に「老人保健」は

表3 業務別の保健師の配置状況

	自治体数 ^a	保健師の総数	再掲：事業者の種類					介護保険サービス事業者	再掲：事業者の種類	
			介護保険	老人福祉	老人保健	母子保健	その他		訪問看護 ^b	居宅介護支援 ^b
合計	552	14.1 (100.0)	1.4 (10.2)	0.7 (4.7)	5.1 (36.4)	4.2 (29.8)	2.5 (17.6)	0.2 (1.2)	0.0 (0.1)	0.1 (0.9)
市部	336	20.5 (100.0)	2.1 (10.0)	1.0 (4.8)	7.4 (36.1)	6.1 (29.7)	3.8 (18.6)	0.2 (0.8)	0.0 (0.1)	0.1 (0.6)
(再掲)										
政令指定都市・区	14	110.4 (100.0)	11.7 (10.6)	10.0 (9.0)	27.0 (24.5)	21.7 (19.7)	38.9 (35.3)	1.1 (1.0)	0.1 (0.1)	0.9 (0.8)
中核市等	24	50.2 (100.0)	3.4 (6.7)	0.7 (1.4)	18.3 (36.5)	13.3 (26.5)	14.4 (28.7)	0.1 (0.2)	0.0 (0.1)	—
その他の市	298	13.9 (100.0)	1.5 (10.7)	0.6 (4.1)	5.6 (40.3)	4.8 (34.3)	1.3 (9.5)	0.1 (1.0)	0.0 (0.1)	0.1 (0.6)
郡部										
町	169	4.6 (100.0)	0.5 (11.8)	0.2 (4.6)	1.8 (38.8)	1.4 (30.7)	0.5 (10.4)	0.2 (3.8)	0.0 (0.3)	0.2 (3.5)
村	47	2.6 (100.0)	0.3 (12.5)	0.1 (4.1)	1.1 (42.4)	0.8 (30.4)	0.2 (6.2)	0.1 (4.4)	—	0.1 (3.6)

上段：1自治体当たり人数

下段：保健師の総数を母数とした場合の各業務の%

^a 回答に不備があった自治体を除く。

^b 「訪問看護」「居宅介護支援」の数は、「介護保険サービス事業者」の内数。

24.5%、「母子保健」は19.7%と他よりも少なかった。「その他」の業務への配置は政令指定都市・区、中核市等で30%前後と多く、村では6.2%と少なかった。

4. 介護保険への関与

1) 介護保険業務への保健師の関与

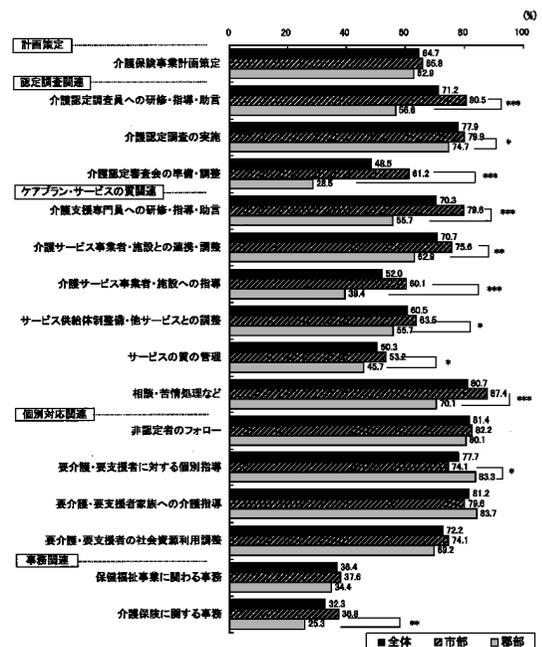
保健師の介護保険業務への関与について、全自治体の結果、及び市部と郡部を比較した結果を図1に示す。

(1) 全対象における保健師の関与

全対象についてみると、「非認定者のフォロー」、「要介護・要支援者家族への介護指導」、「相談・苦情処理」は80%以上の自治体で保健師が関与し、「介護認定調査の実施」、「要介護・要支援者に対する個別指導」、「要介護・要支援者の社会資源利用」、「介護認定調査員への研修・指導・助言」、「介護サービス事業者・施設との連携・調整」、「介護サービス事業者・施設への指導」、「サービス供給体制整備・他サービスとの調整」、「サービスの質の管理」は70%以上の自治体で関与していた。一方、事務関連の業務に保健師が関与しているのは40%以下であった。

(2) 市部・郡部による相違

図1 介護保険業務への保健師の関与（全部門）(n=569)



関わりありの%を示す。

χ^2 検定, ***: $P < 0.001$, **: $P < 0.01$, *: $P < 0.05$

表4 市部・郡部別および保健師の介護保険部門への配置の有無別にみた介護保険業務への保健師の関与割合

	市 部		郡 部	
	介護保険部門に 配置あり n=256	介護保険部門に 配置なし n=85	介護保険部門に 配置あり n=115	介護保険部門に 配置なし n=105
介護保険事業計画策定	190(74.2)	36(42.4)***	90(78.3)	48(45.7)***
介護認定調査員への研修・指導・助言	235(91.8)	38(44.7)***	92(80.0)	32(30.5)***
介護認定調査の実施	233(91.0)	38(44.7)***	104(90.4)	60(57.1)***
介護認定審査会の準備・調整	186(72.7)	21(24.7)***	50(43.5)	12(11.4)***
介護支援専門員への研修・指導・助言	229(89.5)	42(49.4)***	88(76.5)	34(32.4)***
介護サービス事業者・施設との連携・調整	215(84.0)	44(51.8)***	89(77.4)	49(46.7)***
介護サービス事業者・施設への指導	180(70.3)	24(28.2)***	63(54.8)	23(21.9)***
サービス供給体制整備・他サービスとの調整	178(69.5)	41(48.2)***	81(70.4)	41(39.0)***
サービスの質の管理	156(60.9)	26(30.6)***	66(57.4)	34(32.4)***
相談・苦情処理など	244(95.3)	53(62.4)***	98(85.2)	56(53.3)***
非認定者のフォロー	216(82.7)	66(77.6)	101(87.8)	75(71.4)**
要介護・要支援者に対する個別指導	202(78.9)	52(61.2)**	103(89.6)	80(76.2)**
要介護・要支援者家族への介護指導	209(81.6)	64(75.3)	100(87.0)	84(80.0)
要介護・要支援者の社会資源利用調整	200(78.1)	54(63.5)**	88(76.5)	64(61.0)*
保健福祉事業に関わる事務	104(40.6)	25(29.4)	49(42.6)	26(24.8)**
介護保険に関する事務	116(45.3)	8(9.4)***	45(39.1)	11(10.5)***

「保健師が関与している」自治体の数（カッコ内は％）を示す。

χ^2 検定；***： $P<0.001$ ，**： $P<0.01$ ，*： $P<0.05$

市部と郡部における関与割合について、カイ2乗検定を行ったところ、16項目中10項目で市部のほうが郡部より介護保険業務への関与割合が有意に多かった。中でも「介護認定調査員への研修・指導・助言」、「介護認定審査会の準備・調整」、「介護支援専門員への研修・指導・助言」「介護サービス提供者・施設への指導」「相談・苦情処理」といった、認定調査やケアプラン・サービスの質に関連する業務で差が大きかった。

(3) 介護保険への配置の有無による相違(表4)

介護保険部門への保健師の配置の有無により各自治体を「配置あり」と「配置なし」の2群に分け、それぞれについて市部・郡部別にカイ2乗検定を行った。市部では16項目中13の業務で、また郡部では15の業務で「配置あり」の方が有意に関与が多かった。市部・郡部共に、介護保険に保健師が配置されている自治体の方が、多くの介護保険業務に保健師が関与しているといえる。

2) 部門別に見た介護保険への保健師の関わり

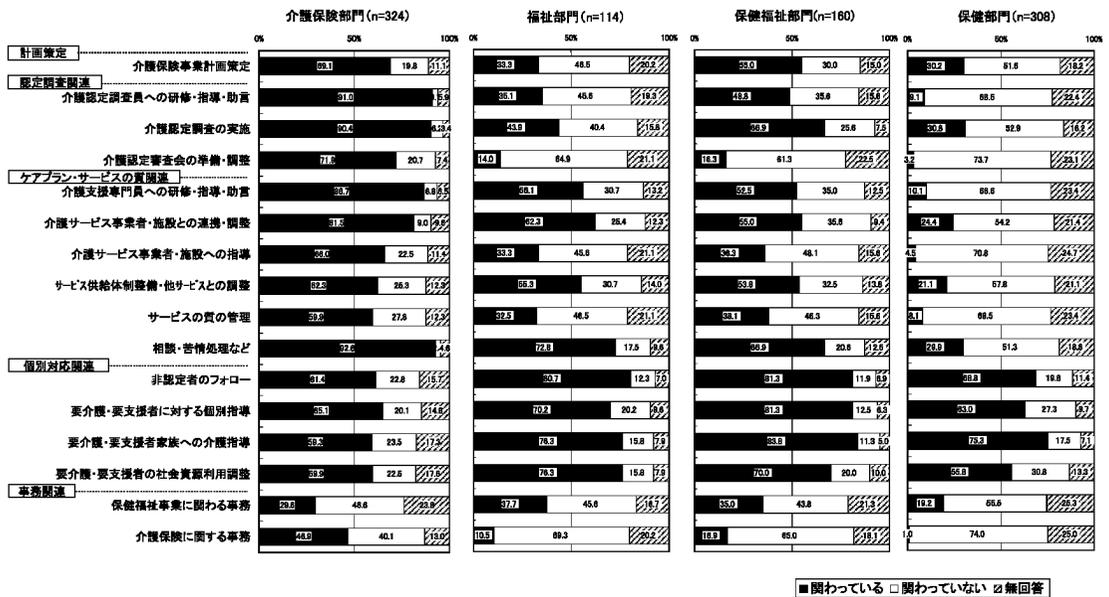
次に、介護保険業務への保健師の関わりが部門によってどのように異なるかをみるために、「介護保険、福祉、保健福祉、保健の各部門が存在

し、かつ保健師が配置されている」自治体を対象として、部門ごとに保健師の介護保険業務への関与の程度を調べた(図2)。対象となったのは、保健師が「介護保険部門」に配置されている324自治体(56.9%)、「保健部門」に配置されている308自治体(54.1%)、「保健福祉部門」に配置されている160自治体(28.1%)、「福祉部門」に配置されている114自治体(20.0%)である。「福祉部門」と「保健福祉部門」は部門自体がない、あるいは部門があっても保健師の配置がないところが多かった。

要介護認定調査に関する項目では、「介護保険部門」の保健師が70~90%関与しているのに対し、他部門の保健師の関わりは20%以下で、特に「保健部門」では10%以下であった。一方、個別的な対応が中心となる業務では、「福祉部門」「保健福祉部門」の保健師がともに7割以上関わっており、「介護保険部門」を上回っていた。「保健部門」の保健師も、「関わりあり」が5割以上と他の業務よりは多かった。

また、ケアプランやサービスの質に関連する業務では、「介護保険部門」の保健師が60~80%関

図2 介護保険業務への保健師の関与（部門別）



わっていた。逆に、「福祉部門」「保健福祉部門」では関わる自治体数が30%~60%台にとどまり、「保健部門」ではさらに少なかった。「相談・苦情処理」でも、「介護保険部門」が92.6%と最も多く、「福祉部門」(72.8%)、「保健福祉部門」(66.9%)がそれに続き、「保健部門」では29.9%にとどまっていた。

3) 介護保険サービス事業者への指導状況

介護保険サービス事業者への指導について、「研修会」「個別指導」「事例検討」の実施の有無を尋ねた結果を表5に示す。それぞれの実施率は「研修会」44.1%、「個別指導」45.7%、「事例検討」49.9%であった。「研修会」では市部54.3%に対し郡部28.1%、「個別指導」では市部52.3%に対し郡部35.3%と、市部の方が有意に実施率が高かったが、「事例検討」では差はなかった。保健師の介護保険部門への配置の有無別にみると、市部では「研修会」「個別指導」「事例検討」のすべてにおいて、配置がある方で実施率が高かった。郡部でも、「研修会」と「個別指導」において、介護保険部門に配置のある方が有意に実施率が高かった。

実施している自治体について、保健師の関わりをみると、「研修会」で「主担当」40.2%、「一部関わっている」43.8%、「個別指導」で「主担当」

表5 保健師の介護保険部門への配置の有無別にみたサービス事業者への指導状況 —市部・郡部別—

指導方法	全体	介護保険部門への配置	
		あり	なし
研修会	251(44.1)		
市部	189(54.3)	154(60.2)	32(37.6)
郡部	62(28.1)	45(39.1)	16(15.2)
個別指導	260(45.7)		
市部	182(52.3)	149(58.2)	30(35.3)
郡部	78(35.3)	51(44.3)	27(25.7)
事例検討	284(49.9)		
市部	171(49.1)	137(53.5)	32(37.6)
郡部	113(51.1)	61(53.0)	52(49.5)

「実施している」自治体の数(カッコ内は%)を示す。 χ^2 検定；***: $P < 0.001$, **: $P < 0.01$

27.7%、「一部関わっている」55.4%、「事例検討」で「主担当」44.0%、「一部関わっている」47.2%であり、どの項目も8割以上の自治体で保健師が何らかの関わりを持っていた。

表6 介護保険導入後の問題・課題および工夫していること・良かった点（自由記述より抜粋）

	問題・課題	工夫していること・良かった点
事業の重なり	<p>回答自治体数：16市/7町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 老人保健事業・介護保険・介護予防等のすみわけが困難。対象者が重複する。重なる部分について保健事業の見直しが必要である。 介護保険該当者を機能訓練（A型）の対象外とするのは困難。 	<p>回答自治体数：3市</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険のサービスと重複を避けるため、訪問看護指導、機能訓練について利用者の条件を抜粋変更した。 重複がないよう介護保険部門と調整している。
部署・事業の分散による連携困難	<p>回答自治体数：17市/2町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健事業と介護保険、保健と福祉の担当課が分かれているために、情報が入りにくい。 担当課が分かれているために、全体的な評価がしにくい。 担当課が分かれているために、事業の実施方法が十分協議できない。 建物も離れており、なおさら連携が困難。 	<p>回答自治体数：8市/5町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 連絡会の開催、参加（介護保険部門・福祉部門と保健部門、在宅介護支援センターと保健師など）。 会議には必ず保健師が参加するようにしている。 現場の担当者（保健師・ケースワーカー）が一緒に活動する場を持つ。 福祉と保健が一体となる機構改革があり、むしろ連携がとりやすくなった。 以前より保健と福祉の部門を分け、各々保健師を配置していたので、介護保険の導入はスムーズだった。
ケースの把握・対応	<p>回答自治体数：8市/4町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護者の相談が減少し、情報も入りづらい。 介護保険を受けているケースでは、事業者・ケアマネ等に挟まれて、保健師としての関わりが困難。 認定されてもサービスを受けていないケースや利用を中止したケースへの関わり方が困難。 要介護者家族への訪問は理解されにくい。 介護保険部門が相談を受け、非該当だとそこで終わってしまう。予防でフォローすべき対象者がつながらなくなった。 	<p>回答自治体数：7市/2町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 福祉・保健・介護の統一システムで、利用中のサービスを事前に確認している。 独居老人や要支援者等/寝たきり老人へ全ケース訪問を行い、ニーズ調査。 介護保険担当、ケアマネ、民生委員、在宅介護支援センターなどの連携。 非該当者については総合相談窓口・基幹型在宅支援センターに情報提供するシステムになっている。 自立者やサービス未利用者への情報提供システム構築。
介護保険導入による業務量増加	<p>回答自治体数：6市/6町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険部門への保健師の分散により、保健部門のマンパワーが減少。 介護保険業務（認定調査・ケアマネージャー業務など）を保健師が実施しており、保健事業などが十分行えない。 	<p>回答自治体数：2町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護福祉部門に保健師が増員され、老人の訪問が移行したので、保健事業により力を入れられるようになった。 ケアマネの業務を少しずつ在宅介護支援センターや民間に移行している。
介護保険自体の問題	<p>回答自治体数：6市/6町村</p> <p>〈記述内容（抜粋）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネージャーが忙しく、連携が取れない。また、職種によっては、ケアプランに問題がある場合がある。 介護保険サービスが不十分。 介護予防が重要であることを啓発していく必要がある。 	

5. 介護保険導入による影響に関する自由記述
 介護保険導入後の保健事業全般について、課題・問題と工夫している点を自由記述で尋ねた。

課題・問題については319自治体、工夫している点は218自治体から自由記述が得られた。その中で、介護保険に直接関わる記述（課題・問題：72

自治体、工夫：28自治体)を抜き出し、分類・整理した(表6)。

事業の重なりに関する問題点として、介護保険、老人保健、介護予防等の内容や対象者が重なり、混乱しているという事があげられた。これに対する取り組みとしては、事業内容の見直し、対象者の範囲についての基準作成などが行われていた。

部署・事業の分散に関しては、介護保険導入により介護保険・福祉・保健などと部署が分かれた自治体において、連携や意思疎通が困難という問題点があげられた。連携を促進するための工夫としては、各部門合同会議の開催や他部門の会議への出席などによる情報の共有が行われていた。

個別ケースへの対応については、ケースの情報把握の困難さが問題点としてあげられた。特に、認定されてもサービスを利用していないケースへの働きかけや、非該当ケースを保健部門につなげることが困難という意見があった。援助漏れをなくすための工夫としては、各部門の統一システムや全ケースへの調査訪問などが行われていた。その他の問題点として、介護保険該当ケースについては、事業者やケアマネージャーとの間に挟まれ、役割がとりにくい事があげられた。

業務量の増加に関する問題点としては、介護保険部門に保健師が異動し、保健部門に補充がないなどの理由でマンパワー不足とするところがあった。また、郡部では、認定調査やケアマネージャー業務に時間を割かれ、保健師本来の仕事が十分に出来ないという問題点があげられた。

さらに、ケアマネージャーとの連携がとりにくい、介護予防についての啓発等が難しい、介護保険のサービス量が不足しているという問題もあげられた。

IV 考 察

1. 介護保険に対する保健師の関与状況について

1) 保健師の配置状況

人口1万人あたりの保健師数は、平成12年1月に行われた調査⁹⁾においては政令市で1.10人、その他の市町村では人口10万以上で0.87人、3万～10万未満で1.50人、1万～3万未満で2.42人、5千～1万未満で3.76人、5千人未満で6.49人であ

り、全区分において今回の調査のほうが有意に多かった(1サンプルのT検定、 $P<0.01$)。すなわち、自治体としての保健師数は、平均的には介護保険導入後に増員されたといえる。

各自治体において、平均10%以上の保健師が介護保険業務に携わっていた。また、福祉業務へも保健師が配置されていた。福祉分野に保健の視点が入ることは予防の視点から意義があると考えられており⁷⁻⁹⁾、この傾向は、今後もますます強まるであろう。

2) 介護保険業務への保健師の関与

介護保険業務のうち、保健師の関与の割合が大きかった業務は、大きく3つに分けられる。

1つめは、個別ケースへの対応、すなわち非認定者のフォローや要介護・要支援者本人・家族への対応である。「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」でも、「要介護者等を含めた支援を必要とする高齢者を早期に発見して必要なサービスを提供すること」が必要とされており³⁾、介護保険非認定者や、要介護認定を受けても適切にサービスを利用するために助言を要する者への対応は、保健師の重要な役割であるといえる。特に、自由回答で、「制度の狭間で援助の必要なケースが洩れてしまう」という問題があげられていた。このようなケースには保健師が積極的に関わることが求められよう。

2つめは、介護認定調査に関連する業務、すなわち認定調査の実施や介護認定調査員への研修・指導等である。介護認定については、多くの問題点が指摘されており¹⁰⁾、公平性を保ちながらニーズを見落とさないためには、保健師が積極的に関与することが必要であろう。しかし、保健師が直接認定調査を実施することについては、多くの時間を要するために、他の業務への影響が出るという問題が自由記述で指摘されていた。これは、先行研究¹¹⁾でも指摘されてきたことではあるが、今回の調査が介護保険初年度であったため、なおさらその影響が大きかったと考えられる。継続ケースが増え、調査員も慣れてきた段階で、業務量を把握し、自治体の状況にあった認定調査の実施方法を再度検討していく必要があるだろう。

3つめは、介護保険サービスの質の向上についての業務である。「介護サービス事業者・施設との連携・調整」、「介護支援専門員への研修・指

導・助言」,「相談・苦情処理」には70%以上の自治体で保健師が関わっていた。しかし,「サービス供給体制整備・他サービスとの調整」「サービスの質の管理」に保健師が関与している自治体は50~60%であり,サービス事業者への指導も50%弱の実施率にとどまっており,今後の課題といえよう。

3) 自治体の規模による業務実施や保健師の関与の相違

多くの介護保険業務で,市部の方が郡部より保健師の関与の割合が有意に高かった。中でも介護認定調査員や介護支援専門員への研修・指導,介護認定審査会の準備・調整,相談・苦情処理等で差が大きかった。サービス事業者への指導も郡部では実施率が低かった。自由記述では,小規模な自治体で,多くの役割を数少ない保健師がこなすことの困難さが訴えられており,小規模町村の抱える問題が明らかになった。介護保険サービスの質向上や地域ケアシステムの構築は,市区町村の重要な役割である³⁾。この役割をサポートしていくためには,小規模自治体に対して,保健所などの都道府県組織が,介護サービス事業者・施設への指導・研修・連携・調整,介護保険事業計画作成への助言などを通し,積極的に関わっていく必要がある^{3,5,12)}。また,本調査では広域連合や一部事務組合についての質問を行わなかったため,その効果を検討できないが,今後は広域での協働体制についての検討も必要であろう。

2. 保健師の配置と介護保険への関与の程度・内容について

1) 保健師の配置部門による関与の状況

部門ごとに業務への関与度を比較した結果をみると,認定調査関連業務,介護支援専門員やサービス事業者への指導・連携,サービスの質の管理については,介護保険部門の保健師の関わりが他部門よりも多かった。一方,個別対応が中心となる業務では,福祉部門・保健福祉部門の関わっている自治体が7割以上あり,介護保険部門を上回っていた。配置のパターンによって同じ部門でも業務内容は異なり得るが,全体的には,部門によって介護保険関連業務への関わりが異なっていることが示された。この知見から,個別的な対応,即ち,非認定者のフォローや介護保険認定者及び家族への対応は,保健部門・保健福祉部門の保健

師がより力を入れなければならないことが明らかになったといえよう。

2) 配置部門の広がりの影響

「介護保険部門」に保健師を配置している自治体の方が,そうでない自治体よりも,介護認定調査関連の業務や,介護支援専門員への研修・指導等に関する業務への関与が高く,サービス事業者への指導の実施率も高かった。介護保険業務を専門的に行う部署に保健師が配置されることにより,介護保険サービスの質保証が効果的に行われると考えられる。

一方で,自由回答では,部門が分かれたために連携が困難になった,ケース把握が困難になった,などの意見があった。本調査では老人保健担当部署に調査を依頼したため,この回答には,新しい部門に保健師が異動したための影響が反映されているかもしれない。これらの問題に対しては,連絡会の開催,各種会議への参加など,種々の工夫が行われていた。先行研究では,保健師の経験年数や担当している業務範囲による影響も指摘されており¹¹⁾,今後は,各自治体の状況に応じた連携方法をさらに発展させていくことが必要であろう。

V ま と め

介護保険制度への保健師の配置状況と関与の程度,および両者の関連性が示された。特に,保健師の配置と質保証への保健師の関与との関係が明らかになったといえる。また,自治体規模によって介護保険への保健師の関わり方が異なっており,小規模自治体では保健所などの都道府県組織の積極的な関与が重要であることが示唆された。さらに,保健師の配置部門による介護保険業務への関与の差異が示されると同時に,保健師の配置が広がったことによって保健師間の連携の困難さが生じている実態が明らかになり,横のつながりを強化していく必要性が示唆されたといえる。

本稿を終えるにあたり,調査にご回答くださった市区町村担当者の皆様に深謝申し上げます。本研究は平成12年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業によって行われた。本研究の一部は,第60回日本公衆衛生学会総会(平成13年10月)において発表した。

(受付 2002. 6. 7)
(採用 2003. 6.23)

文 献

- 1) 舞立昇治. 地方分権と介護保険—地方分権の新たな時代. 公衆衛生 2002; 66: 282-287.
- 2) 総務省自治行政局公務員部給与能率推進室. 平成12年地方公共団体定員管理調査結果, 2001.
- 3) 厚生省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針 平成6年12月厚生省告示第374号(改正)平成12年3月厚生省告示第143号.
- 4) 金川克子. 区市町村における介護保険業務と保健婦・士の関わりについての実態調査, 日本看護協会平成11年度先駆的保健活動交流推進事業報告書, 1999.
- 5) 北川定謙. 21世紀の地域保健福祉対策に従事する保健婦の活動と配置のあり方に関する研究, 平成11年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業報告書, 2000.
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成12年介護サービス世帯調査. 東京: 厚生統計協会, 2002.
- 7) 野村陽子. 地域保健活動を強化するために. 保健婦雑誌 2000; 56: 812-814.
- 8) 秋田敦子. 福祉セクションで高まる“予防活動”へのニーズに保健婦はどう向き合うか. 保健婦雑誌 2001; 57: 424-428.
- 9) 河邊弘美. 保健と福祉をつなぐ保健婦の役割. 保健婦雑誌 2000; 56: 840-844.
- 10) 英裕雄. 要介護認定における諸問題について. 保健の科学 2001; 43: 229-240.
- 11) 西本美和, 竹澤良子, 居原田ひろみ, 他. 介護保険分野の保健婦・士の業務について—滋賀州市町村保健婦・士協議会の取り組み—. 保健婦雑誌 2001; 57: 712-716.
- 12) 田上豊資. 保健所による市町村支援の一環としての研修. 保健婦雑誌 2001; 57: 240-243.

PUBLIC HEALTH NURSES' ACTIVITIES AFTER THE INITIATION OF LONG-TERM CARE INSURANCE (PART 1) FOCUS ON OPERATIONS FOR LONG-TERM CARE INSURANCE

Satoko NAGATA*, Sachiyo MURASHIMA*, Megumi HARUNA^{2*},
Sadayoshi KITAGAWA^{3*}, Kazue KURAMOCHI^{4*}, Akie FURUYA^{5*},
Toyomi HORII^{6*}, Masami YUZAWA^{7*}, and Yutaka TAGAMI^{8*}

Key words : long-term care insurance, activities of public health nurses, quality assurance, municipalities

Objective We conducted a nationwide questionnaire survey to elucidate the present status of public health nurses (PHNs) after initiation of the Long-Term Care Insurance (LTCI) system, in order to study the influence of the allocation of PHNs upon the performance of the system.

Methods In March 2001, a questionnaire was mailed to 1,344 municipalities throughout Japan (all cities and 23 wards in Tokyo; one quarter of towns/villages).

Results Responses to the questionnaire were received from 569 (42.3%). The largest percentage (36.4%) of PHNs was assigned to Elderly Health, 29.8% was assigned to Maternal and Child Health, and 10.2% assigned to the LTCI. Among LTCI operations, follow-up of individuals not certified as requiring care, guidance for the family caregiver, and counseling/grievance procedures were performed with participation of PHNs in more than 80% of municipalities. In urban areas, PHNs participated in training/guidance/advice for care certification investigators/care managers, guidance for service providers, and preparation/coordination for the Certification Committee for Long-Term Care Need in 60-80% municipalities, while those who participated in these activities were only 30-60% in towns/villages. The participation ratios were highest in municipalities where PHNs were allocated to the LTCI department for almost all of the activities except individual counseling. More PHNs from LTCI departments participated in certifying of care need and improving quality of care plans/services than from other departments in offices of municipalities. On the other hand, more PHNs in Welfare or Public Health-Welfare sections than in the LTCI were involved in individual counseling, guidance for both clients and caregivers, or in case management. Training or guidance for service providers was conducted in nearly 50% of municipalities and the performance rates were lower in towns/villages. In open-ended items of the questionnaire, the following problems were mentioned: difficulties in collaboration between sections; large workloads for certification of care need/care management, and difficulties in capturing information about clients.

Conclusion The allocation of PHN influences the activities of the LTCI system, especially in relation to quality assurance. Recently, the sections to which PHNs are posted have expanded to include LTCI and Welfare. While improvement in the quality of LTCI services is anticipated, efforts are needed to strengthen collaboration among different departments. In towns/villages, performance rates of activities such as guidance for service providers of LTCI are low, suggesting the support from prefectural health centers in necessary.

* Department of Community Health Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{2*} Department of Midwifery and Women's Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{3*} Formerly Saitama Prefectural University

^{4*} Saitama Health Promotion Corporation

^{5*} Formerly Japanese Nursing Association

^{6*} Council of Social Welfare, Minakuchi Town

^{7*} Health and welfare Center, Fuji City

^{8*} Health and Welfare Systems Department, Mitsubishi Research Institute