

表8. 平成12年度高齢者一人当り介護保険会計事業費総額(単位:千円)

人口規模	5千人未満		5千人以上 1万人未満		1万人以上 2万人未満		2万人以上 5万人未満		5万人以上 10万人未満		10万人以上 20万人未満		20万人以上		全体
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
	171.4	79.0	156.3	75.6	149.3	58.0	153.2	47.9	153.0	44.4	153.7	41.0	158.4	38.8	156.4
															62.1

表9. 平成13年度高齢者一人当り介護保険会計事業予算額(単位:千円)

人口規模	5千人未満		5千人以上 1万人未満		1万人以上 2万人未満		2万人以上 5万人未満		5万人以上 10万人未満		10万人以上 20万人未満		20万人以上		全体
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
	203.7	94.2	188.0	95.7	185.5	66.5	195.9	74.7	203.3	168.2	201.0	44.6	208.5	38.5	195.1
															92.5

表10. 高齢者100人当りの介護老人福祉施設入所者数(人)

人口規模	人口規模	5千人未満		1万人以上 2万人未満		2万人以上 5万人未満		5万人以上 10万人未満		10万人以上 20万人未満		20万人以上		全体	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
平成11年度		2.22	1.59	1.82	0.85	1.48	0.61	1.25	0.43	1.23	0.37	1.15	0.34	1.57	0.93
平成12年度		2.38	1.68	1.90	0.90	1.57	0.59	1.31	0.44	1.27	0.36	1.21	0.32	1.66	0.98

表11. 高齢者100人当りの介護老人保健施設入所者数(人)

人口規模	人口規模	5千人未満		1万人以上 2万人未満		2万人以上 5万人未満		5万人以上 10万人未満		10万人以上 20万人未満		20万人以上		全体	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
平成11年度		0.74	0.68	0.82	0.75	1.00	0.60	1.17	1.37	1.08	0.48	0.91	0.41	0.94	0.84
平成12年度		0.92	0.72	1.00	0.73	1.15	0.62	1.19	0.49	1.15	0.40	1.06	0.36	1.08	0.61

表12. 介護老人福祉施設および介護老人保健施設入所者数の変化

	介護老人保健施設入所者数		
	増加	不変	減少
入所者数	434	48	119
福祉施設	77	37	32
介護施設	189	24	65
数	3	1	2
計	703	110	218
			N.A.
			197
			31.0
			102
			94.0
			424
			798
			177
			380
			100
			1455

表13. 平成13年9月30日現在の高齢者100人当り介護老人福祉施設入所待機者数

人口規模	人口規模	5千人未満		1万人以上 2万人未満		2万人以上 5万人未満		5万人以上 10万人未満		10万人以上 20万人未満		20万人以上		全体	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
1.2		1.3	1.4	1.1	0.9	1.1	0.7	1.1	0.6	1.3	1.2	1.2	0.7	1.2	1.0
1.1		1.4	1.4	1.1	0.9	1.1	0.7	1.1	0.6	1.2	1.2	1.2	0.7	1.2	1.0

表14. 市区町村における常勤保健婦の状況

人口規模		総常勤保健婦(士)数		
		H11年度	H12年度	H13年9月
5千人未満	平均値	2.3	2.4	2.4
	標準偏差	0.9	0.9	0.9
5千人以上 1万人未満	平均値	3.2	3.4	3.4
	標準偏差	1.1	1.1	1.2
1万人以上 2万人未満	平均値	4.5	4.6	4.6
	標準偏差	2.9	1.6	1.5
2万人以上 5万人未満	平均値	7.3	7.6	7.7
	標準偏差	2.3	2.5	2.5
5万人以上 10万人未満	平均値	11.0	11.5	11.8
	標準偏差	3.5	3.5	3.5
10万人以上 20万人未満	平均値	15.6	16.1	16.6
	標準偏差	4.9	5.2	4.9
20万人以上	平均値	48.6	50.5	52.4
	標準偏差	51.4	52.4	53.1
全体	平均値	8.1	8.4	8.7
	標準偏差	16.3	16.7	17.2

表15. 市区町村における介護保険専従常勤保健婦の状況

人口規模		介護保険専従常勤保健婦(士)数		
		H11年度	H12年度	H13年9月
5千人未満	平均値	0.2	0.2	0.2
	標準偏差	0.4	0.5	0.4
5千人以上 1万人未満	平均値	0.4	0.5	0.5
	標準偏差	0.7	0.7	0.7
1万人以上 2万人未満	平均値	0.6	0.7	0.7
	標準偏差	0.7	0.6	0.7
2万人以上 5万人未満	平均値	0.9	1.0	1.0
	標準偏差	0.8	0.8	0.8
5万人以上 10万人未満	平均値	1.2	1.5	1.4
	標準偏差	1.0	1.1	1.0
10万人以上 20万人未満	平均値	1.4	1.6	1.6
	標準偏差	1.5	1.5	1.7
20万人以上	平均値	2.7	3.6	3.8
	標準偏差	3.8	4.9	5.1
全体	平均値	0.9	1.1	1.0
	標準偏差	1.5	1.8	1.8

表16. 介護保険専従の常勤保健婦(士)を雇用している市区町村の割合

人口規模	人口規模	5千人未満		5千人以上 1万人未満		1万人以上 2万人未満		2万人以上 5万人未満		5万人以上 10万人未満		10万人以上 20万人未満		20万人以上		全体	
		市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)		市区町村数
専従なし		92.00	79.31	118.00	58.42	86.00	42.36	55.00	24.44	19.00	15.20	16.00	21.05	10.00	13.16	396.00	38.71
専従あり		24.00	20.69	84.00	41.58	117.00	57.64	170.00	75.56	106.00	84.80	60.00	78.95	66.00	86.84	627.00	61.29

表17. 保健婦(士)の活動時間の配分割合(%)

年度	事業	市および区		町および村	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
平成十一年度	母子保健事業	34	13	27	11
	老人保健事業	39	14	40	14
	老人福祉事業	4	7	7	9
	介護保険事業	11	11	13	12
	その他の事業	12	13	12	11
平成十二年度	母子保健事業	33	13	27	11
	老人保健事業	38	14	38	13
	老人福祉事業	5	6	6	7
	介護保険事業	12	12	16	13
	その他の事業	12	13	12	10
平成十三年度	母子保健事業	33	12	27	11
	老人保健事業	37	14	38	13
	老人福祉事業	6	8	7	8
	介護保険事業	12	11	15	13
	その他の事業	13	13	13	11

表18. 介護保険専従保健婦の活動時間の配分割合(%)

年度	事業	市および区		町および村	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
平成11年度	認定作業	72.3	28.3	58.8	29.5
	その他の事業	27.7	28.3	41.2	29.5
平成12年度	認定作業	76.1	26.1	61.2	28.8
	その他の事業	23.9	26.1	38.8	28.8
平成13年度	認定作業	75.4	27.2	61.3	29.9
	その他の事業	24.6	27.2	38.7	29.9

表19. 介護保険事業とその他の事業兼任保健婦(士)の活動時間の配分割合(%)

年度	事業	市および区		町および村	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
平成11年度	介護保険事業(認定作業)	24.2	25.8	19.0	22.3
	介護保険事業(その他)	18.2	24.8	13.2	19.8
	介護保険以外の事業	57.5	35.5	67.8	31.6
平成12年度	介護保険事業(認定作業)	23.6	25.9	19.4	22.3
	介護保険事業(その他)	19.0	23.8	14.9	22.1
	介護保険以外の事業	57.4	32.5	65.8	32.3
平成13年度	介護保険事業(認定作業)	22.1	26.7	18.1	21.7
	介護保険事業(その他)	19.8	26.1	14.2	21.8
	介護保険以外の事業	58.1	32.5	67.7	31.8

表20. 介護保険の導入が及ぼした影響

	母子保健事業		老人保健事業		介護保険以外の老人福祉事業		
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	
実施した事業の量	増加 変化なし 減少	305 998 87	21.9 71.8 6.3	383 725 282	27.6 52.2 20.3	551 413 354	41.8 31.3 26.9
実施した事業の質	向上 変化なし 低下	342 963 81	24.7 69.5 5.8	420 826 139	30.3 59.6 10.0	537 696 75	41.1 53.2 5.7
担当常勤職員の実人数	増加 変化なし 減少	96 1095 186	7.0 79.5 13.5	112 1003 259	8.2 73.0 18.9	155 845 301	11.9 65.0 23.1
担当常勤職員の時間 外勤務	増加 変化なし 減少	315 1042 14	23.0 76.0 1.0	455 885 31	33.2 64.6 2.3	308 812 179	23.7 62.5 13.8
担当非常勤職員全員の 就業時間	増加 変化なし 減少	194 804 36	18.8 77.8 3.5	206 744 86	19.9 71.8 8.3	136 666 85	15.3 75.1 9.6
担当常勤職員1人当りの 担当業務の範囲	増加 変化なし 減少	465 867 18	34.4 64.2 1.3	567 720 66	41.9 53.2 4.9	559 588 128	43.8 46.1 10.0
委託事業	増加 変化なし 減少	66 1171 3	5.3 94.4 0.2	149 1064 34	11.9 85.3 2.7	454 605 152	37.5 50.0 12.6

表21. 母子保健事業における質と量の関係

母子保健事業の量	母子保健事業の質				
		向上	変化なし	低下	合計
増加	市区町村数	241	57	3	301
変化なし	総和に対する割合(%)	17.4	4.1	0.2	21.8
減少	市区町村数	91	860	44	995
	総和に対する割合(%)	6.6	62.2	3.2	71.9
合計	市区町村数	9	46	32	87
	総和に対する割合(%)	0.7	3.3	2.3	6.3
合計	市区町村数	341	963	79	1383
	総和に対する割合(%)	24.7	69.6	5.7	100.0

表22. 老人保健事業における質と量の関係

老人保健事業の量	老人保健事業の質				
		向上	変化なし	低下	合計
増加	市区町村数	265	105	9	379
変化なし	総和に対する割合(%)	19.2	7.6	0.7	27.4
減少	市区町村数	109	575	39	723
	総和に対する割合(%)	7.9	41.6	2.8	52.3
合計	市区町村数	46	144	90	280
	総和に対する割合(%)	3.3	10.4	6.5	20.3
合計	市区町村数	420	824	138	1382
	総和に対する割合(%)	30.4	59.6	10.0	100.0

表23. 母子保健事業量と老人保健事業量の関係

母子保健事業の量	老人保健事業の量			
	増加	変化なし	減少	合計
増加	188	73	44	305
増加に対する割合(%)	13.6	5.3	3.2	22.0
変化なし	171	642	182	995
変化なしに対する割合(%)	12.3	46.3	13.1	71.8
減少	23	10	53	86
減少に対する割合(%)	1.7	0.7	3.8	6.2
合計	382	725	279	1386
合計に対する割合(%)	27.6	52.3	20.1	100.0

表24. 母子保健事業の質と老人保健事業の質の関係

母子保健事業の質	老人保健事業の質			
	向上	変化なし	低下	合計
向上	246	85	10	341
向上に対する割合(%)	17.8	6.2	0.7	24.7
変化なし	165	729	66	960
変化なしに対する割合(%)	11.9	52.8	4.8	69.5
低下	6	12	62	80
低下に対する割合(%)	0.4	0.9	4.5	5.8
合計	417	826	138	1381
合計に対する割合(%)	30.2	59.8	10.0	100.0

表25. 介護保険の導入によって最も影響を受けた事業

市区町村別		母子保健事業	老人保健事業	介護保険対象外 の老人福祉事業
市および区	市区数	16	167	251
	(%)	3.7	38.5	57.8
町および村	町村数	67	354	498
	(%)	7.3	38.5	54.2
全体	市区町村数	83	521	749
	(%)	6.1	38.5	55.4

表26. 介護保険の導入による老人一人当りの介護の量の変化

市区町村別		非常に増加	やや増加	ほぼ変化なし	やや減少	非常に減少
市および区	市区数	95	291	41	17	1
	(%)	21.3	65.4	9.2	3.8	0.2
町および村	町村数	168	616	148	51	4
	(%)	17.0	62.4	15.0	5.2	0.4
全体	市区町村数	263	907	189	68	5
	(%)	18.4	63.3	13.2	4.7	0.3

表27. 介護保険の導入による介護の質の変化

市区町村別		非常に向上	やや向上	ほぼ変化なし	やや低下	非常に低下
市および区	市区数 (%)	25 5.7	293 67.4	109 25.1	8 1.8	0 0.0
町および村	町村数 (%)	87 8.8	622 63.1	255 25.9	21 2.1	0 0.0
全体	市区町村数 (%)	112 7.9	915 64.4	364 25.6	29 2.0	0 0.0

表28. 介護保険の導入による介護を受ける高齢者数の変化

市区町村別		増加	変化なし	減少
市および区	市区数	383	40	2
	(%)	90.1	9.4	0.5
町および村	町村数	707	204	14
	(%)	76.4	22.1	1.5
全体	市区町村数	1090	244	16
	(%)	80.7	18.1	1.2

表29. 介護保険の導入による保健と福祉の有機的連携の変化

市区町村別		非常に向上	やや向上	ほぼ変化なし	やや低下	非常に低下
市および区	市区数 (%)	13 2.9	221 49.0	181 40.1	32 7.1	4 0.9
町および村	町村数 (%)	52 5.3	464 47.2	384 39.1	73 7.4	10 1.0
全体	市区町村数 (%)	65 4.5	685 47.8	565 39.4	105 7.3	14 1.0

II. 共分散構造分析による老人保健サービス事業量と職種別職員数との関係 －機能訓練と訪問指導におけるアウトプットとインプットの関係－

1.目的

老人保健サービスを行政学的に分析する際、各地方自治体において老人保健サービスに対してどの程度のマンパワーが投入され（インプット）、どの程度のサービスが提供されているのか（アウトプット）、その関係を総合的かつ定量的に明らかにすることは大変興味深い。しかし、老人保健サービスにおけるインプットとアウトプットの関係、つまり投入マンパワーの変動と老人保健事業実施量の変動との関係を定量的に分析した研究は非常に少ない。そこで本研究では、情報の因果関係を分析するのに適した統計手法である共分散構造分析（構造方程式モデリング、以下 SEM）を用いて、地方自治体が提供する老人保健サービスのインプットとアウトプットとの関係を明らかにする。具体的には、地方自治体（市区町村）が提供する機能訓練や訪問指導といった老人保健サービスについて、当該サービスのインプットとアウトプットの関係、厚生労働省「平成 11 年度地域保健・老人保健事業報告（老人保健編）」に報告された各市区町村のデータをもとに SEM を用いて分析する。インプットの指標として各老人保健サービスに投入された職種別延職員数、アウトプットの指標として各市区町村が実施した老人保健サービスの各事業量（延利用者数）を採用する。SEM を用いた分析を行うことにより、機能訓練と訪問指導といった事業内容の違いによってマンパワーの投入量（インプット）がどのような影響を受けるのか、それぞれの事業における標準的なインプットとアウトプットの関係はどのようになっているのか、といったことが明らかとなる。

2.使用するデータおよび方法

2-1 使用するデータおよび対象

老人保健サービスの事業量および職種別職員数は、平成 11 年度厚生労働省「地域保健・老人保健事業報告」によって報告された各市区町村のデータを、目的外使用許可を得て使用する。使用する調査項目は、地域保健・老人保健事業報告における「15 (6) 老人保健 (機能訓練)」ならびに「15 (7) 老人保健 (訪問指導)」である。

機能訓練に対するインプット指標は、機能訓練に従事した医師、理学療法士、作業療法士、保健婦 (士)、看護婦 (士)、およびその他の職種の各延人員である。機能訓練に対するアウトプット指標は、A 型機能訓練および B 型機能訓練の各被指導延人数である。なお、A 型および B 型機能訓練の被指導延人数は、保健所等へ委託した分を除外した人数とした。

訪問指導に対するインプット指標は、訪問指導に従事した医師、保健婦 (士)、看護婦 (士)、栄養士、歯科衛生士、およびその他の職種の各延人員である。訪問指導に対するアウトプット指標は、寝たきり者、痴呆性老人等、および要指導者への各被訪問指導延人数である。なお、寝たきり者、痴呆性老人等、および要指導者の各被訪問指導延人数は、保健所等へ委託した分を除外した人数とした。

対象となる市区町村は、機能訓練が 651 市、22 東京特別区、1838 町、487 村 (計 2998 市区町村)、訪問指導が 671 市、23 東京特別区、1989 町、564 村 (計 3247 市区町村) である。

2-2 統計手法

前述のとおり、老人保健事業における機能訓練と訪問指導におけるインプットとアウトプットの関係性を、SEM を用いて分析する。共分散構造分析を行うための統計パッケージは、SPSS 社より提供されている Amos ver. 4.0 を使用する。

機能訓練と訪問指導それぞれに対して、アウトプットとインプットの関係性を示す因果モデルを、パスダイアグラム (パス図) によって構築し、Amos Graphics を用いて解析を行う。機能訓練については、A 型および B 型に対する 2 種類のパスダイアグラムを構築する。なお、母数の推定方法は、最尤推定法 (ML 法) とする。

以下の原則に従って、因果モデルおよびパスダイアグラムを構築した。

- (1) 因果モデルには、直接観測される「観測変数」にみが含まれる (共分散構造分析では直接観測されない構成概念を示す「潜在変数」が含まれるのが一般的であるが本研究のモデルには「潜在変数」は含まれない)。
- (2) パスダイアグラムを描く際、観測変数は四角形で囲む。
- (3) パスダイアグラムを描く際、誤差変数は円形で囲む (誤差変数は囲まないのが一般的であるが、Amos にモデルを認識させるために、直接観測されない変数の一種である誤差変数を円で囲む)。

(4) パスダイアグラムを描く際、因果的な影響を与える変数（原因変数）から与えられる変数（結果変数）に単方向の矢印を書き、矢印に因果の影響力を示す数値（因果係数）を付与する。

(5) パスダイアグラムを描く際、共変動を示す2つの変数に因果関係を仮定しないときには、双方向の矢印を描き、矢印に相関を示す数値（相関係数）を付与する。

また、構築したパスダイアグラム（因果モデル）が識別されるために、以下の仮定を置いた。

(1) 因果関係が仮定されない外生的な観測変数間に、共分散（パスダイアグラムにおける両方向の矢印）を仮定する。

(2) 外生的な観測変数には誤差変数を設定しない。

(3) 誤差変数は、いずれの変数とも共分散を設定しない。

(4) 内生的な観測変数には、1つずつ誤差変数を設定する。

(5) 内生的な変数間および内生的な変数と外生的な変数間には共分散を設定しない。

なお、パスダイアグラムにおいて、一度も単方向の矢印を受け取らない変数（一度も他の変数の結果とならない変数）のことを外生的、少なくとも一度単方向の矢印を受け取る変数（少なくとも一度は他の変数の結果となる変数）のことを内生的とする。

変数間の因果関係の考察（解釈）は、共分散構造分析の標準化解（因果係数）および非標準化解の両方を用いて行う。

2-3 構築したパスダイアグラム

2-3-1 機能訓練に関するパスダイアグラム（機能訓練モデル）

機能訓練については、図1（A型）および図2（B型）に示す2種類の因果モデルを構築した。

表1に、図1および図2の因果モデルの中で用いられた変数の内容を示す。表の一番左側の列に示した変数名が、パスダイアグラム中で用いた変数名と対応している。また、図1および図2におけるe1~e6は、いずれも各内生変数に対する誤差変数を示している。

いずれの因果モデルも、機能訓練実施延人数から、当該事業に従事する各職員の延人数にパスが出ている。機能訓練実施延人数の変動と各機能訓練従事者延人数の変動との関係を分析するためのモデルであり、機能訓練の増加（低下）が、各機能訓練従事者の延人数を増加（低下）させるという因果関係を仮定している。

2-3-2 訪問指導に関するパスダイアグラム（訪問指導モデル）

訪問指導については、図3に示す因果モデルを構築した。

表2に、図3の因果モデルの中で用いられた変数の内容を示す。表の一番左側の列に示した変数名が、パスダイアグラム中で用いた変数名と対応している。また、図3におけるe1~e5は、いずれも各内生変数に対する誤差変数を示している。

図3の因果モデルでは、3種類の訪問指導実施延人数から、当該事業に従事する各職員の延人数にパスが出ている。各訪問指導実施延人数の変動と各訪問指導従事者延人数の変動との関係进行分析するためのモデルであり、各訪問指導の増加（低下）が、各訪問指導従事者の延人数を増加（低下）させるという因果関係を仮定している。

3.結果

3-1 機能訓練モデルに関する結果

機能訓練（A型、B型）モデルおよび訪問指導モデルの概要を表3に示す。いずれのモデルも χ^2 値が高い値を示した。

A型機能訓練モデル（図1）の標準化解と非標準化解を表4、B型機能訓練モデル（図2）の標準化解と非標準化解を表5にそれぞれ示す。

A型モデルで標準化解がもっとも大きな値を示したのは、その他の職種（OTHERA）であった。それ以降、看護婦（士）（NSA）、理学療法士（PTA）、作業療法士（OTA）、保健婦（士）（PHNA）、医師（DOCA）の順であった。

A型機能訓練被指導延人数が仮に100人増加した場合、機能訓練従事者延人数がどの程度増加するかを職種別に算出すると、A型モデルの非標準化解より、医師0.4人、理学療法士2.7人、作業療法士1.4人、看護婦（士）3.2人、保健婦（士）1.3人、その他の職種6.6人となる。

B型モデルで標準化解がもっとも大きな値を示したのは、保健婦（士）（PHNB）であった。それ以降、看護婦（士）（NSB）、その他の職種（OTHERB）、理学療法士（PTB）、作業療法士（OTB）、医師（DOCB）の順であった。

B型機能訓練被指導延人数が仮に100人増加した場合、機能訓練従事者延人数がどの程度増加するかを職種別に算出すると、B型モデルの非標準化解より、医師0人、理学療法士0.3人、作業療法士0.4人、看護婦（士）4.4人、保健婦（士）3.9人、その他の職種21.4人となる。A型に比べ、B型の方が、理学療法士および作業療法士の人数が減少し、看護婦（士）、保健婦（士）およびその他の職種の人数が増えている。

3-2 訪問指導モデルに関する結果

訪問指導モデル（図3）の標準化解および非標準化解を表6に示す。

訪問指導モデルにおいて、寝たきり者（BEDRID）から各職種へのパスの標準化解がもっとも大きな値を示したのは看護婦（士）（NS）であった。それ以降、歯科衛生士（ASSIST）、保健婦（士）（PHN）、栄養士（DIET）、その他の職種（OTHER）、医師（DOC）の順であった。

寝たきり者の被訪問指導延人数が仮に100人増加した場合、訪問指導従事者延人数がどの程度増加するかを職種別に算出すると、訪問指導モデルの非標準化解より、医師0.1人、保健婦（士）46.4人、看護婦（士）47.8人、栄養士2.6人、歯科衛生士3.9人、その他の職種0.9人となる。

訪問指導モデルにおいて、痴呆性老人等（DEMENTIA）から各職種へのパスの標準化解がもっとも大きな値を示したのはその他の職種であった。それ以降、医師、保健婦（士）、看護婦（士）、栄養士（DIET）、歯科衛生士の順であった。なお、栄養士と歯科衛生士の解は、負の値となった。

痴呆性老人等の被訪問指導延人数が仮に100人増加した場合、訪問指導従事者延人

数がどの程度増加するかを職種別に算出すると、訪問指導モデルの非標準化解より、医師 2.0 人、保健婦（士） 36.3 人、看護婦（士） 18.8 人、栄養士マイナス 3.4 人、歯科衛生士マイナス 5.1 人、その他の職種 22.3 人となる。

訪問指導モデルにおいて、要指導者（GUIDE）から各職種へのパスの標準化解がもっとも大きな値を示したのは保健婦（士）であった。それ以降、歯科衛生士、その他の職種、栄養士、看護婦（士）、医師の順であった。なお、看護婦と医師の解は、負の値となった。

要指導者の被訪問指導延人数が仮に 100 人増加した場合、訪問指導従事者延人数がどの程度増加するかを職種別に算出すると、訪問指導モデルの非標準化解より、医師マイナス 0.2 人、保健婦（士） 16.1 人、看護婦（士） マイナス 1.0 人、栄養士 0.4 人、歯科衛生士 1.1 人、その他の職種 1.0 人となる。