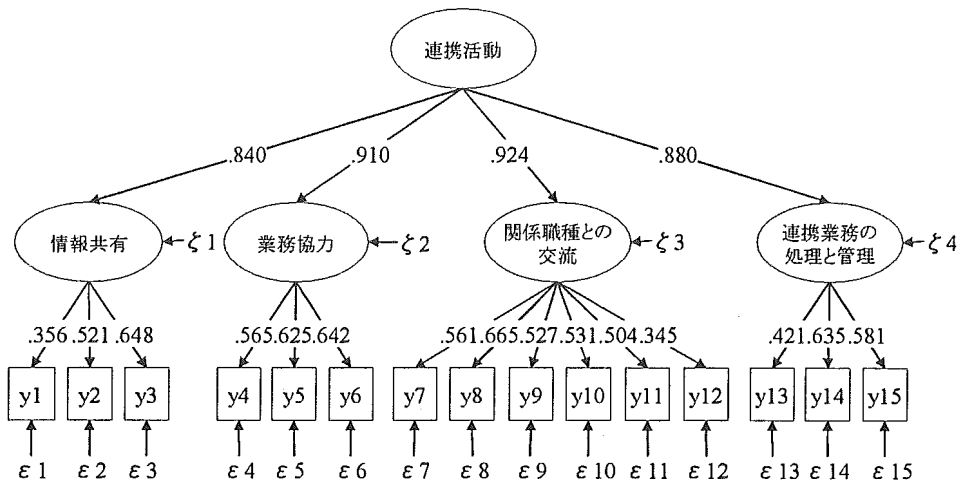


図 14 連携活動尺度の回答分布

(2) 保健師における一般的な連携活動の構造化

①連携活動尺度の構成概念妥当性の検討

保健師における一般的な連携活動に関する 15 項目を用いて連携活動の構造化を目的に、確証的因子分析(統計ソフト M-plus、推定方法:最尤法)をおこなった。すでに専門員においてその因子構造が確認されている「情報共有」に関する領域 3 項目、「業務協力」に関する領域 3 項目、「関係職種との交流」に関する領域 6 項目、「連携業務の処理と管理」に関する領域 3 項目の 4 領域 15 項目からなるモデルを使用し、データへの適合度を検討した結果、統計学的な許容水準を満たす結果が得られた(図 15)。なお、このときの 2 次因子から 1 次因子に向かうパス係数、1 次因子から観測変数に向かうパス係数は、いずれも正值で、その有意性を示す t 値はすべて 1.96 以上で有意であった。



$\chi^2 = 2778.850$ $df = 86$, $p = 0.00$, $CFI = 0.926$, $TLI = 0.910$, $RMSEA = 0.051$, $SRMR = 0.035$

図 15 連携活動尺度の確証的因子分析結果

(3) 連携活動尺度の合計得点

連携活動尺度(合計得点 45 点満点)の平均得点は 22.5 点 (標準偏差 5.11、範囲 0—42 点)であった (図 16)。

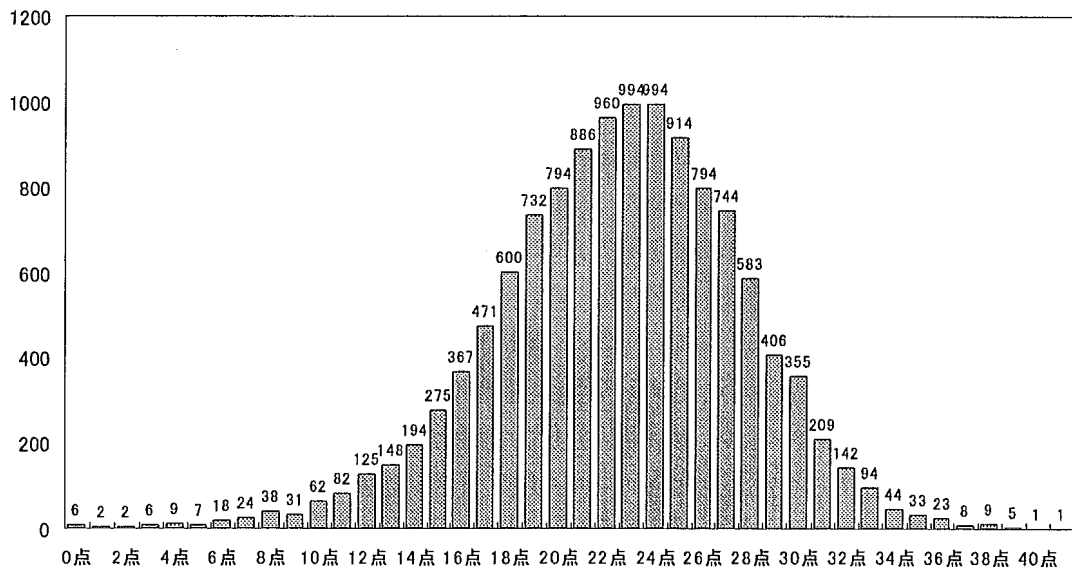


図 16 連携活動尺度の合計得点



日常業務評価と業務負担感

日常の業務評価と業務負担感に関する項目12項目について欠損値のない11,581名を解析対象とした。

(1) 回答分布

日常の業務評価に関する項目について欠損値のない11,581名を対象に記述統計をおこなった。回答分布は表6、図17に示す通りである。

回答「いつも」に着目するなら、「急いで、仕上げなければならない業務がいつもある」、「人員配置数が不十分な業務」、が多かった。回答「ない」に着目するなら「非協力的な職員と一緒にする業務をすることがある」が少なかった。

表6. 日常業務評価に関連する要因の回答分布 (n=11581)

項目	頻度		
	ない	時々	いつも
X1 急いで、仕上げなければならない業務	233 (2.0)	8619 (74.4)	2729 (23.6)
X2 その日のうちにはとても終わりきらない業務	1052 (9.1)	7185 (62.0)	3344 (28.9)
X3 一度に、たくさんの種類が重なった業務	799 (6.9)	8170 (70.5)	2612 (22.6)
X4 意にそぐわない業務	2871 (24.8)	8227 (71.0)	483 (4.2)
X5 自分に権限がない業務	2440 (21.1)	8016 (69.2)	1125 (9.7)
X6 難しすぎて手に負えない業務	2726 (23.5)	8550 (73.8)	305 (2.6)
X7 関係する法律・制度がはっきりわからない業務	3213 (27.7)	8124 (70.1)	244 (2.1)
X8 自分だけでは処理しきれない業務	894 (7.7)	9871 (85.2)	816 (7.0)
X9 非協力的な職員と一緒にする業務	5729 (49.5)	5457 (47.1)	395 (3.4)
X10 情報が得にくい業務	2308 (19.9)	9054 (78.2)	219 (1.9)
X11 人員配置数が不十分な業務	1837 (15.9)	7029 (60.7)	2715 (23.4)
X12 新しい知識や技術の習得が必要な業務	382 (3.3)	8846 (76.4)	2353 (20.3)

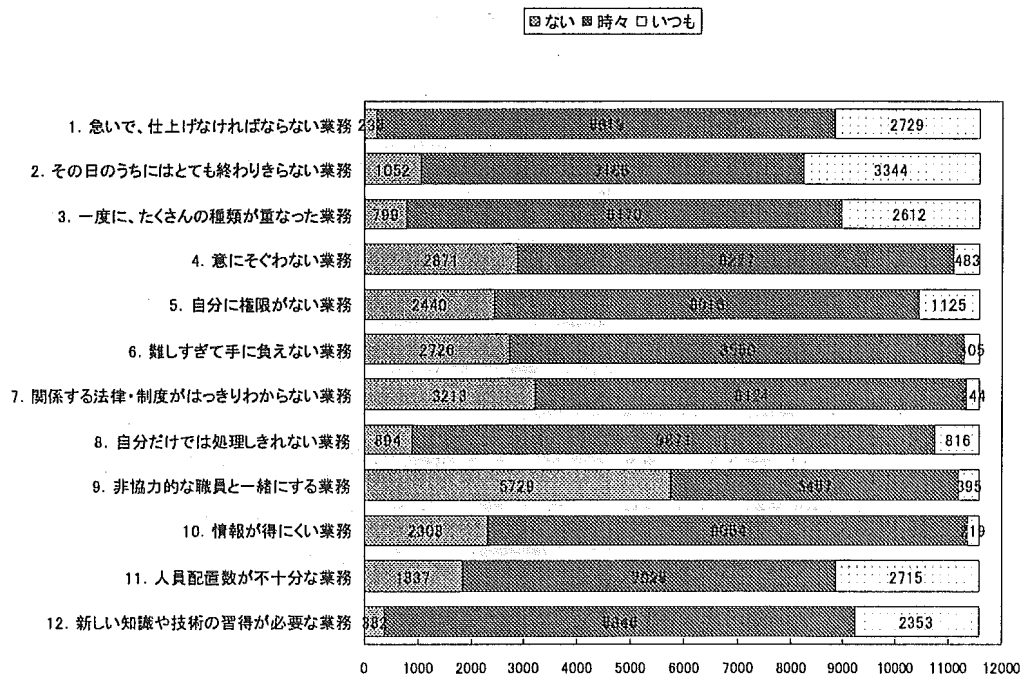


図17 日常業務評価に関する項目の回答分布

日常の業務について、それをどの程度負担に感じるかどうかに関する項目の回答分布は表7、図18に示す通りである。回答「かなり」に着目するなら「一度に、たくさんの種類が重なった業務」、「急いで、仕上げなければならない業務」をすることを負担だと感じている者が多かった。回答「まったくない」に着目するなら「非協力的な職員と一緒にする業務」をすることを負担だと感じている者は少ない傾向にあった。

表7. 業務負担感に関連する要因の回答分布 (n=11581)

項目	負担の程度		
	まったくない	少し	かなり
X1 急いで、仕上げなければならない業務	615 (5.3)	6837 (59.0)	4129 (35.7)
X2 その日のうちにはとても終わりきらない業務	1282 (11.1)	6437 (55.6)	3862 (33.3)
X3 一度に、たくさんの種類が重なった業務	1006 (8.7)	5621 (48.5)	4954 (42.8)
X4 意にそぐわない業務	2784 (24.0)	5362 (46.3)	3435 (29.7)
X5 自分に権限がない業務	3799 (32.8)	6272 (54.2)	1510 (13.0)
X6 難しすぎて手に負えない業務	2504 (21.6)	4404 (38.0)	4673 (40.4)
X7 関係する法律・制度がはっきりわからない業務	3295 (28.5)	609 (5.3)	1977 (17.1)
X8 自分だけでは処理しきれない業務	1218 (10.5)	6658 (57.5)	3705 (32.0)
X9 非協力的な職員と一緒にする業務	5288 (45.7)	3018 (26.1)	3275 (28.3)
X10 情報が得にくい業務	2328 (20.1)	7050 (60.9)	2203 (19.0)
X11 人員配置数が不十分な業務	1836 (15.9)	5720 (49.4)	4025 (34.8)
X12 新しい知識や技術の習得が必要な業務	1090 (9.4)	7378 (63.7)	3113 (26.9)

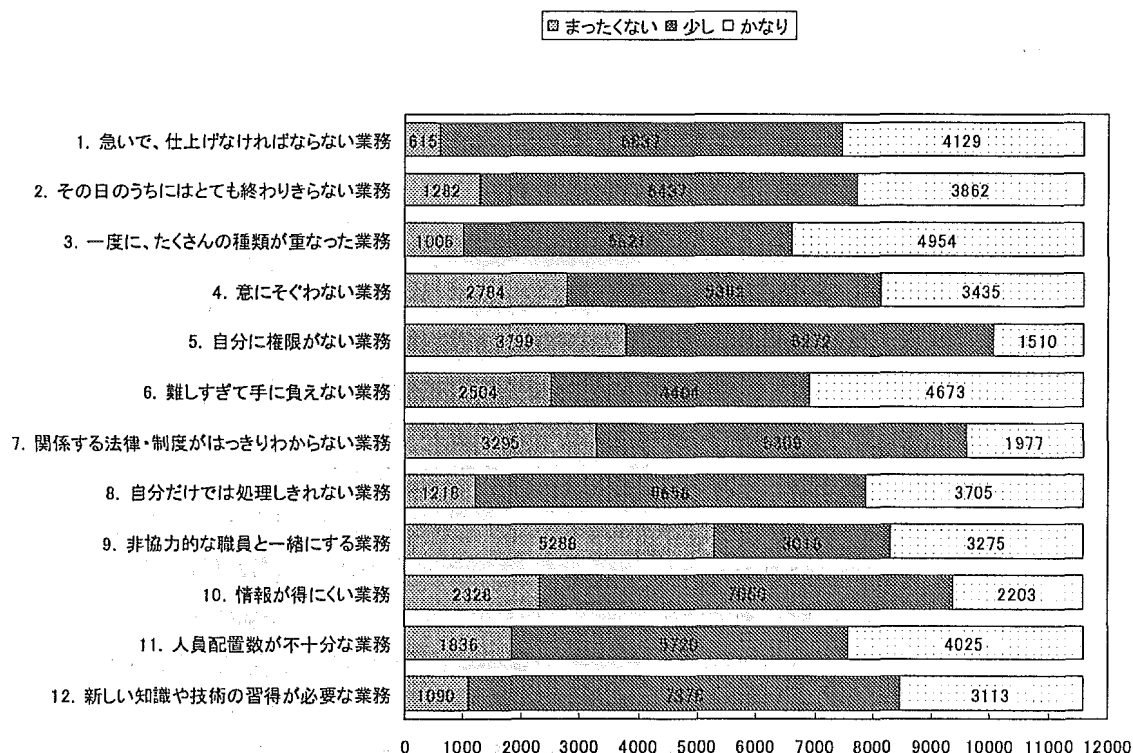


図18 業務負担感に関する項目の回答分布

(2) 日常業務評価についての構造化

① 日常業務評価尺度の構成概念妥当性の検討

「過剰な時間や労力と必要とする業務」3項目、「不利な状況下での業務」5項目、「高度な能力が要求される業務」4項目の3領域を仮定し、その因子構造モデルのデータへの適合度を確証的因子分析（統計ソフト：AMOS、推定方法：最尤法）で検討した。その結果、モデルのデータへの適合度は統計学的な許容水準を満たすものであった（図 19）。

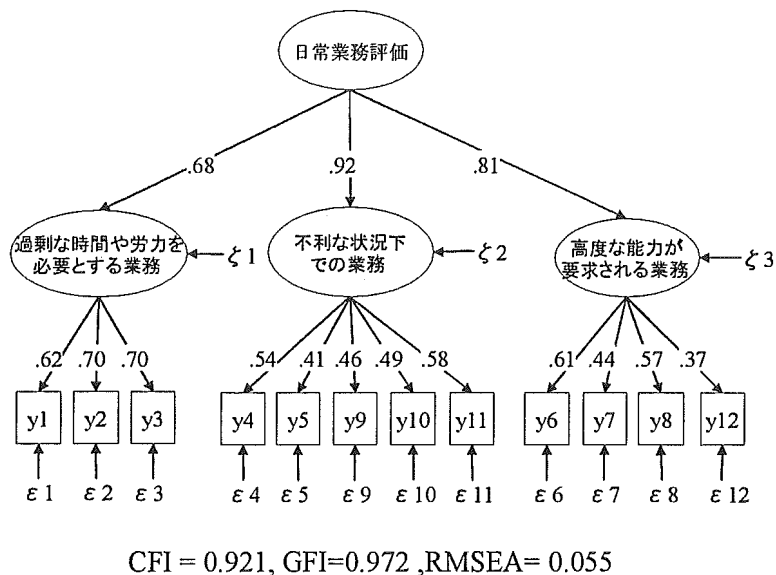


図 19 「日常業務評価尺度」の確証的因子分析結果

(3) 日常業務評価尺度の合計得点

日常業務評価尺度（24点満点）の平均得点は11.3点（標準偏差3.19、範囲0—24点）であった（図 20）。

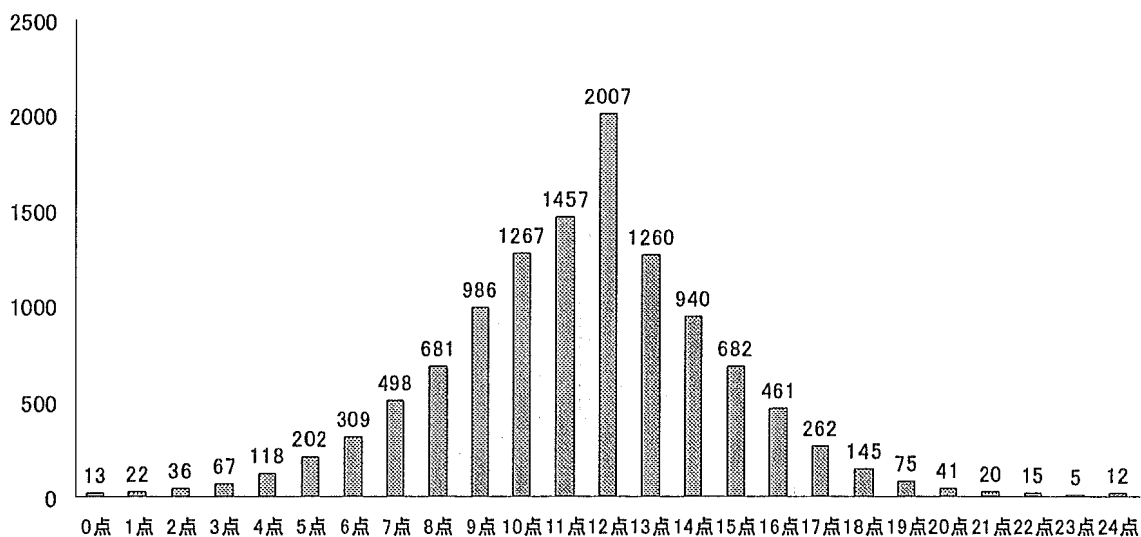
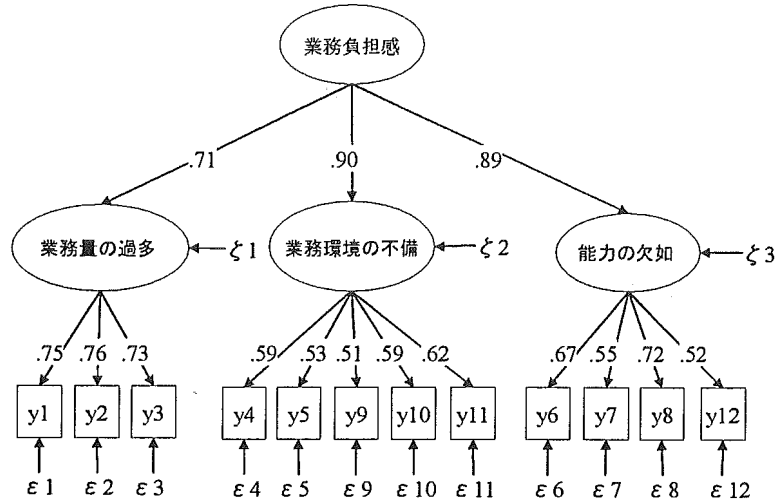


図 20 日常業務評価尺度の得点分布

(4) 日常業務負担感についての構造化

① 日常業務負担感尺度の構成概念妥当性の検討

「業務量の過多」3項目、「業務環境に対する不満」5項目、「能力の欠如感」4項目の3領域を仮定し、その因子構造モデルのデータへの適合度を検証的因子分析（統計ソフト：AMOS、推定方法：最尤法）で検討した。その結果、モデルのデータへの適合度は統計学的な許容水準を満たすものであった（図21）。



CFI = 0.945, GFI=0.970, RMSEA= 0.059

図 21 「日常業務負担感尺度」の検証的因子分析結果

5) 日常業務負担感尺度の合計得点

業務負担感尺度（合計得点 24 点満点）の平均得点 13.1 点（標準偏差 4.81、範囲 0-24）であった（図 22）。

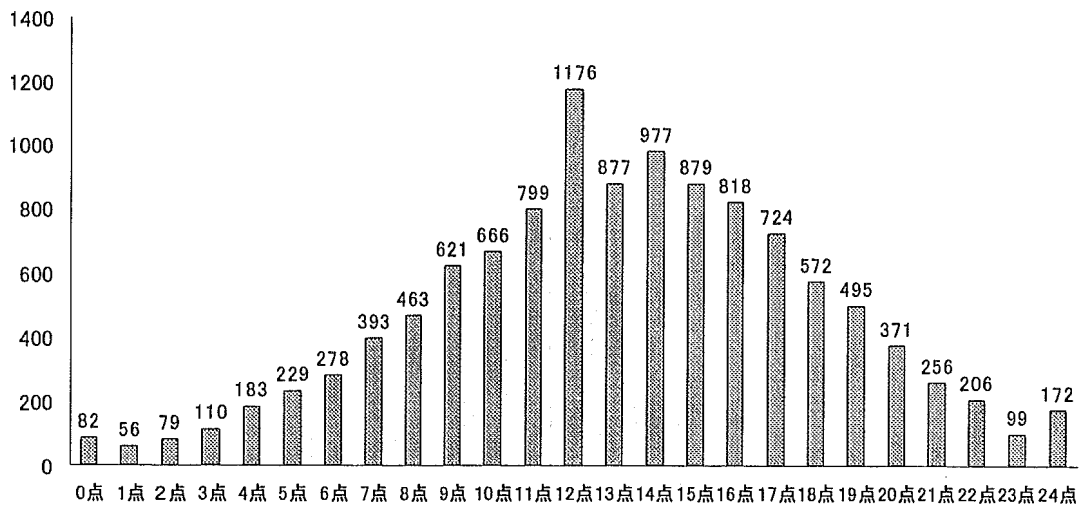


図 22 日常業務負担感尺度の得点分布



精神的健康

解析には、精神的健康に関する項目 12 項目に欠損値のない 12,697 名を使用した。

(1) 回答分布

General Health Questionnaire (以下 GHQ とする) 12 項目に欠損値のない 12,697 名を対象に記述統計をおこなった。回答分布は表 8、図 23 に示すとおりであった。なお、項目の得点化には GHQ 採点法を採用することとした。GHQ12 項目版の平均得点は 3.82 点 (標準偏差 2.96、範囲 0-12 点) であった (図 24)。

表 8. 精神的健康についての回答分布 (n=12697)

項目	*回答カテゴリー			
	0		1	
X12 ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは	7110 (56.0)	4566 (36.0)	834 (6.6)	187 (1.5)
X7 いつもより問題があった時に積極的に解決しようとするのが	1359 (10.7)	9645 (76.0)	1589 (12.5)	104 (0.8)
X4 いつもより容易に物事を決めることが	683 (5.4)	10143 (79.9)	1732 (13.6)	139 (1.1)
X1 何かをする時にいつもより集中して	1028 (8.1)	9279 (73.1)	2262 (17.8)	128 (1.0)
X3 いつもより自分のしていることに生きがいを感じるものが	1470 (11.6)	8705 (68.6)	2144 (16.9)	378 (3.0)
X10 自分は役に立たない人間だと考えたことは	2587 (20.4)	6787 (53.5)	2744 (21.6)	579 (4.6)
X2 心配事がある、よく眠れないことは	3218 (25.3)	5714 (45.0)	3030 (23.9)	735 (5.8)
X8 いつもより気が重くて、憂うつになることは	1529 (12.0)	5935 (46.7)	4224 (33.3)	1009 (7.9)
X6 問題を解決できなくて困ったことが	782 (6.2)	6549 (51.6)	4672 (36.8)	694 (5.5)
X9 自信を失ったことは	1030 (8.1)	6200 (48.8)	4502 (35.5)	965 (7.6)
X5 いつもストレス感じたことが	212 (1.7)	4575 (36.0)	5847 (46.1)	2063 (16.2)
X11 一般的にみて、いつもよりしあわせと感じたことは	536 (4.2)	4179 (32.9)	7202 (56.7)	780 (6.1)

* 回答カテゴリー

X1,X4:「0:できた」「0:いつもと変わらなかった」「1:いつもよりできなかった」「1:まったくできなかった」

X2,X5,X6,X9,X10,X12:「0:まったくなかった」「0:あまりなかった」「1:あった」「1:たびたびあった」

X3:「0:あった」「0:いつもと変わらなかった」「1:なかった」「1:まったくなかった」

X7:「0:できた」「0:いつもと変わらなかった」「1:できなかった」「1:まったくできなかった」

X8:「0:まったくなかった」「0:いつもと変わらなかった」「1:あった」「1:たびたびあった」

X11:「0:たびたびあった」「0:あった」「1:あまりなかった」「1:まったくなかった」

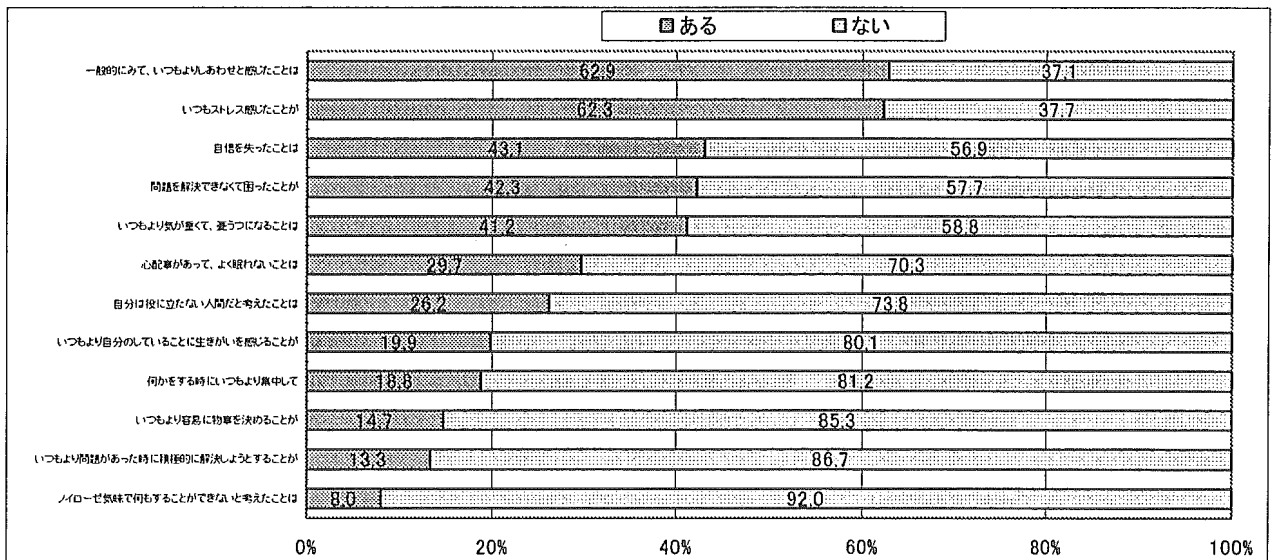


図 23 精神的健康に関する項目の回答分布

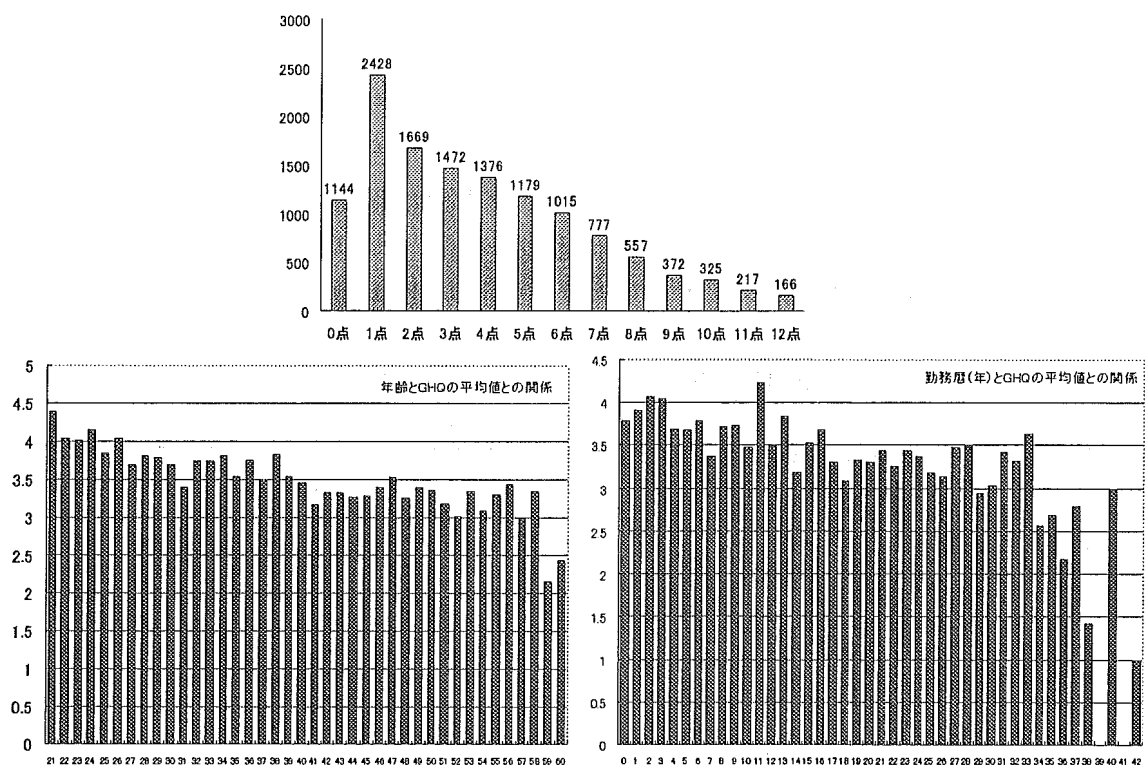
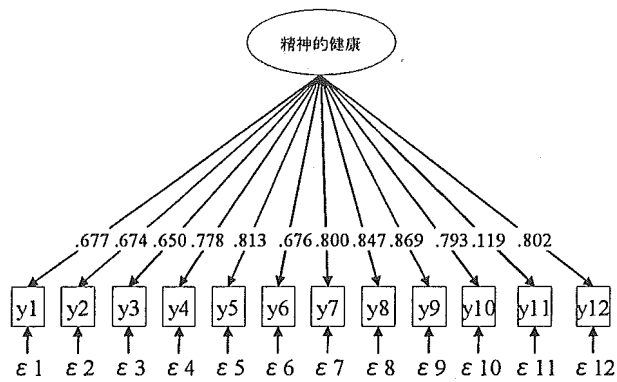


図 24 GHQ の得点分布と年齢、勤務年数との関係

GHQ の 12 項目の得点と年齢、勤務年数の関係について相関分析をおこなった。その結果、精神的に不健康であると考えられている 4 点以上の保健師は 12,697 名中 5,634 名 (44.4%) であった。また、年齢と精神的健康度の関係から、年齢が高いほど、精神的健康度が良好である傾向 ($r=.89$) がみられ、総勤務年数についても、同様の結果 ($r=.84$) がみられた。

(2) GHQ 尺度 12 項目版の構成概念妥当性の検討

精神的健康に関する 12 項目を用いて、構成概念妥当性の検討を目的に確証的因子分析 (統計ソフト M-plus、推定方法: WLSMV) をおこなった。GHQ 尺度 12 項目版は従来の研究において 1 因子モデルであることが確認されていることから、1 因子モデルのデータへの適合度を検討した。その結果、統計学的な許容水準を満たす結果が得られた (図 25)。なお、このときの 1 次因子から観測変数に向かうパス係数は、いずれも正值で、その有意性を示す t 値はすべて 1.96 以上で有意であった。



$\chi^2=3268.516$ $df=46$, $p=0.00$, $CFI=0.941$, $TLI=0.964$, $RMSEA=0.074$, $SRMR=0.071$

图 25 GHQ の確認的因子分析結果



介護保険制度に関する業務

介護保険に関する業務の項目に欠損値のない11,852名を解析対象とした。

(1) 所属部署

「保健」がもっとも多く6,479名(54.7%)であった。次いで「保健福祉」が3,525名(29.7%)であった(図26)。

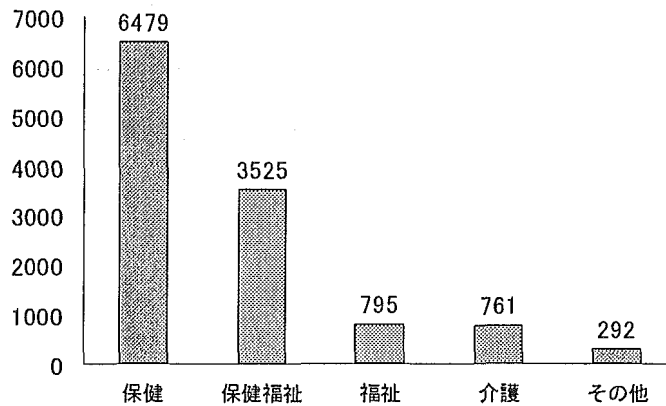


図 26 所属部署

(2) 介護保険制度に関する業務の経験

介護保険制度に関する業務の経験に関する回答分布は図27に示すとおりであった。回答「今、やっている」に着目すると、「要支援者への介護予防」が4,644名(39.2%)と最も多く、次いで「非認定者(要介護認定後、“自立”と認定された者)のフォロー」が4,420名(37.3%)、介護サービス事業者・施設との連携・調整」が4,334名(36.6%)であった。

回答「経験なし」に着目すると、「介護サービス計画(ケアプラン)の作成指導およびチェック」、「介護サービス事業者・施設への指導・助言」などが多かった。

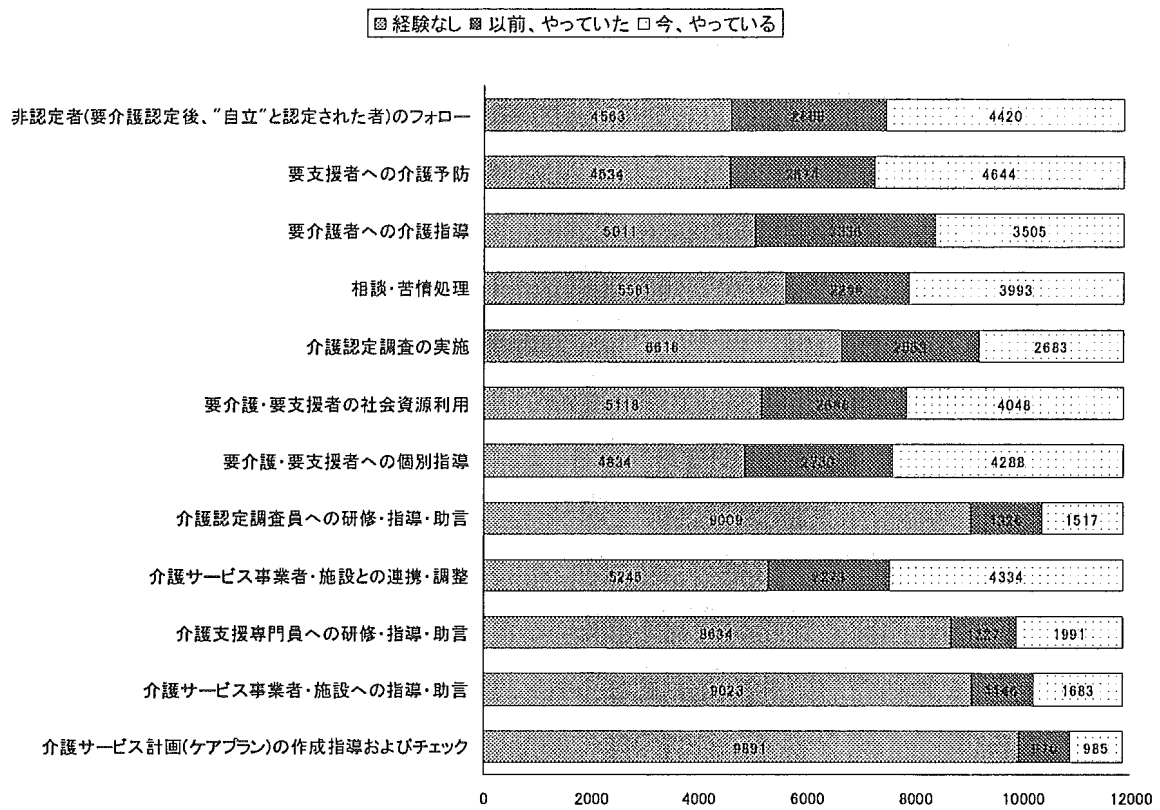


図 27 介護保険制度に関する業務の経験

(3) 保健師における介護保険制度に関する業務の重要性

介護保険制度に関する業務が、保健師の重要な「本来の業務だと考えている」人が 7,453 名 (62.9%)、「そうでない」人が 4,399 名 (37.1%) であった (図 28)。

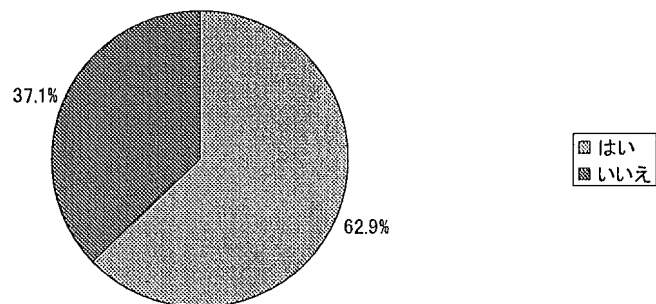


図 28 介護保険制度に関する業務の重要性

(4) 介護保険制度に関する業務で重要な取り組み

介護保険制度に関連する地域保健活動の取り組みとして、最も重要だと考えられているのは回答「健康づくり、介護予防活動の強化」8,419名(71.0%)であった。他の業務を回答している者は概して少ないといえる(図29)。

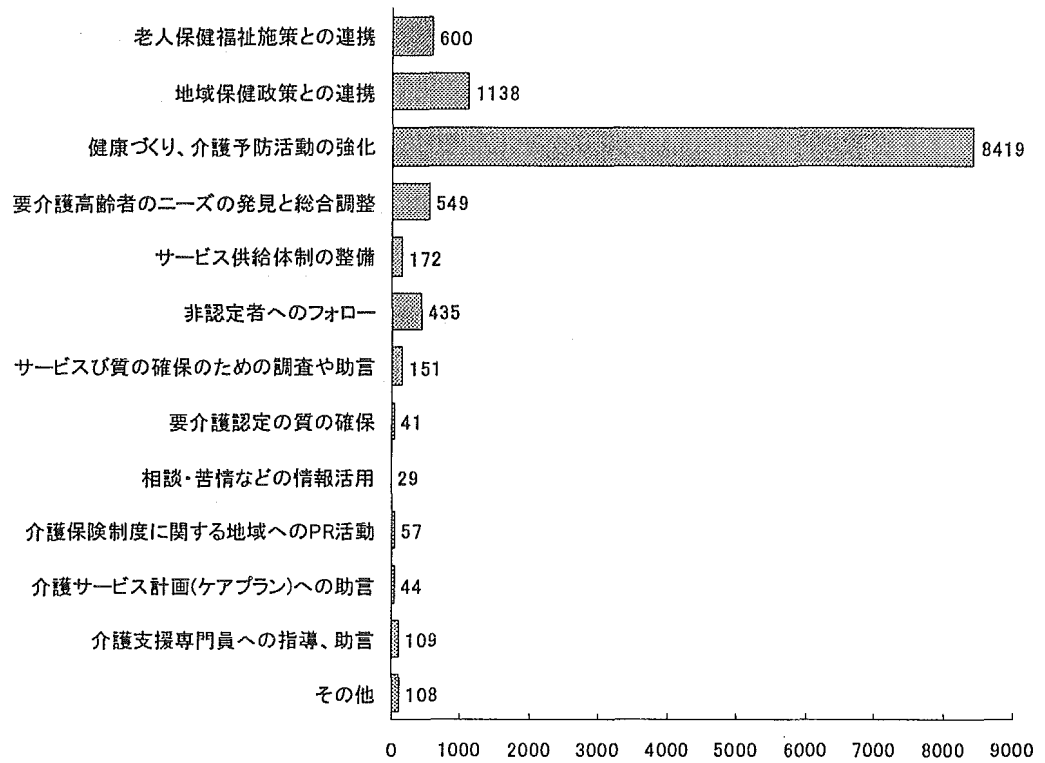


図 29 介護保険制度で重要な取り組み

都道府県別保健師数と「機関との連携の有無と有益性」尺度、「専門職との連携の有無と有益性」尺度、「連携活動評価尺度」の平均値の分布を検討した。

(1) 都道府県別保健師数と「機関との連携の有無と有益性」尺度の平均値の分布

都道府県名と機関との連携の有無と有益性に関する項目に欠損のない9,545名を集計対象とした。

都道府県別の保健師数と、「機関との連携の有無と有益性」尺度の合計得点の平均値の分布は図30の通りであった。

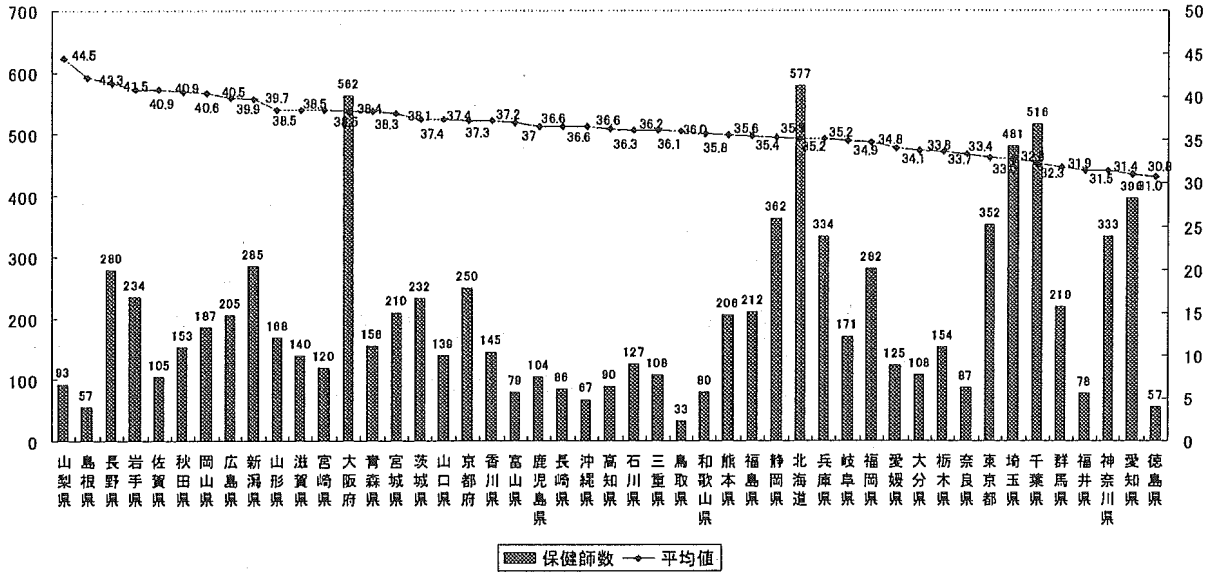


図30 都道府県別保健師数と「機関との連携の有無と有益性」尺度の平均値の分布

(2) 都道府県別保健師数と「専門職との連携の有無と有益性」尺度の平均値の分布

都道府県名と専門職との連携の有無と有益性に関する項目に欠損のない11,551名を集計対象とした。

都道府県別の保健師数と、「機関との連携の有無と有益性」尺度得点の平均値の分布は図31であった。

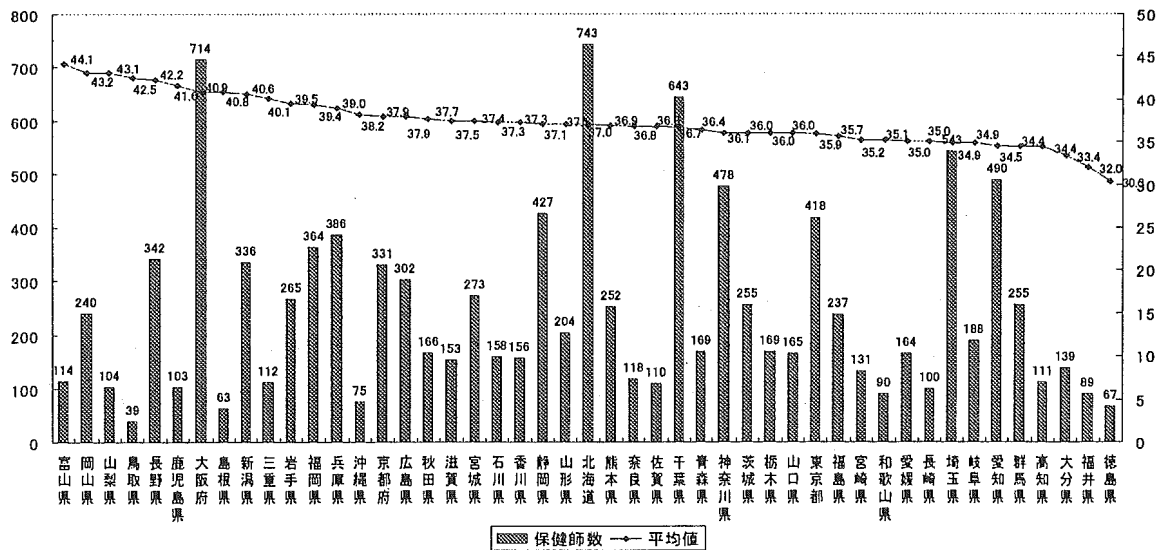


図31 都道府県別保健師数と「専門職との連携の有無と有益性」尺度の平均値の分布

(3) 都道府県別保健師数と「連携活動評価尺度」の平均値の分布

都道府県名と連携活動評価尺度に関する項目に欠損のない 11,924 名を集計対象とした。

都道府県別の保健師数と、「機関との連携の有無と有益性」尺度の合計得点の平均値の分布は図 32 の通りであった。

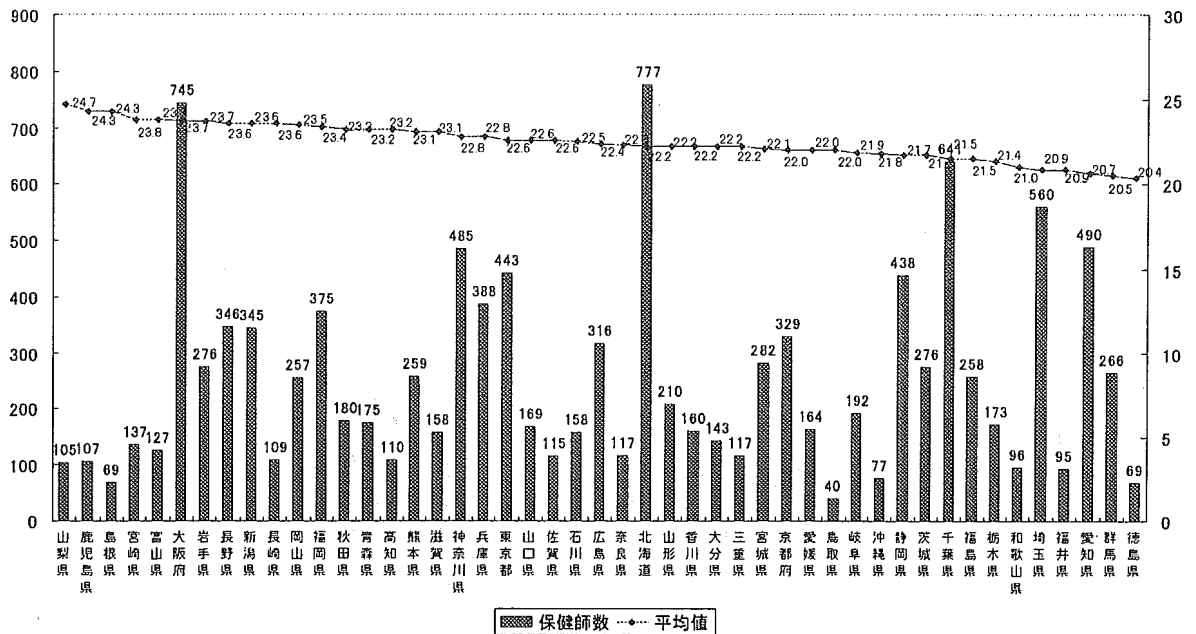


図 32 都道府県別保健師数と「連携活動評価尺度」の平均値の分布

第3節 都市規模別の分析結果

都市規模(政令、中核、その他の市町村)

都市規模を独立変数「機関との連携の有無と有益性」尺度、「専門職との連携の有無と有益性」尺度、「連携活動評価尺度」の合計得点を従属変数として一元配置分散分析をおこなった。

(1) 都市規模と機関との連携の有無と有益性の関係

都市規模と「機関との連携の有無と有益性」に関する項目に欠損のない 8,777 名を解析対象とした。都市規模と「機関との連携の有無と有益性」尺度の関係において、「政令指定都市」に所属する保健師群と「中核都市」群の間に、また、「中核都市」群と「その他の市町村」群間で有意な差が観察された。このことから、「政令指定都市」は、「中核都市」よりも、機関との連携の規模が大きく、有益性の認知得点が高いことが示唆され、さらに、「その他の市町村」は「中核都市」よりも、機関との連携の規模が大きく、有益性の認知得点が高いことが示唆された。

表 9 都市規模と機関との連携の有無の記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	範囲
政令指定都市	578	37.4	14.0	4-79点
中核都市	1095	34.6	14.2	0-88点
その他の市町村	7104	36.0	13.7	0-92点
合計	8777	35.8	13.8	0-92点

表 10 都市規模と機関との連携の有無の多重比較

		平均値の差	有意確率(P)
政令指定都市	中核都市	3.179	0.00 **
	その他の市町村	1.401	0.06
中核都市	政令指定都市	-3.179	0.00 **
	その他の市町村	-1.777	0.00 **
その他の市町村	政令指定都市	-1.401	0.06
	中核都市	1.777	0.00 **

従属変数:「機関との連携の有無と有益性尺度」合計得点
 *:平均の差は0.05以下で有意 **:平均の差は0.01以下で有意

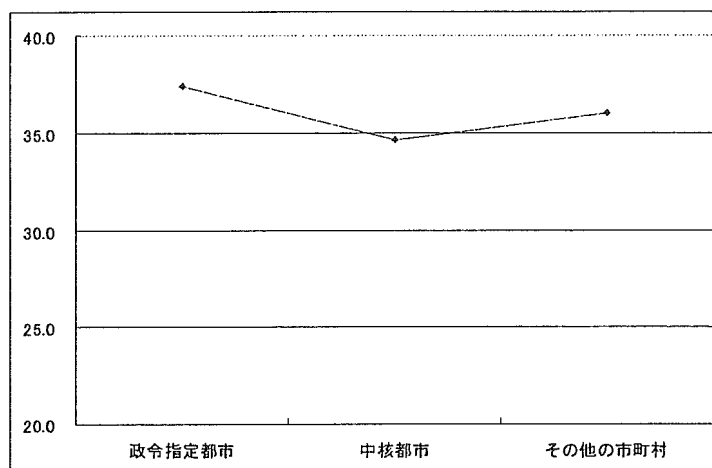


図 33 都市規模と機関との連携度数の平均値

(2) 都市規模と専門職との連携の有無と有益性の関係

都市規模と「専門職との連携の有無と有益性」に関する項目に欠損のない10,552名を解析対象とした。

都市規模と「専門職との連携の有無と有益性」尺度の関係においては、「政令指定都市」に所属する保健師群と「中核都市」群、「その他の市町村」群間において有意な差が認められた。このことから、政令指定都市は、「中核都市」「その他の市町村」よりも専門職との連携の規模が大きく、有益性の認知得点が高いことが示唆された。

表 11 都市規模と専門職との連携の有無の記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	範囲
政令指定都市	748	39.8	14.4	2-68点
中核都市	1439	36.8	13.6	0-68点
その他の市町村	8365	37.3	12.5	0-68点
合計	10552	37.4	12.8	0-68点

表 12 都市規模と専門職との連携の有無の多重比較

		平均値の差	有意確率(P)
政令指定都市	中核都市	2.978	0.00 **
	その他の市町村	2.452	0.00 **
中核都市	政令指定都市	-2.978	0.00 **
	その他の市町村	-0.526	0.46
その他の市町村	政令指定都市	-2.452	0.00 **
	中核都市	0.526	0.46

従属変数:「専門職との連携の有無と有益性尺度」合計得点

*: 平均の差は0.05以下で有意 **: 平均の差は0.01以下で有意

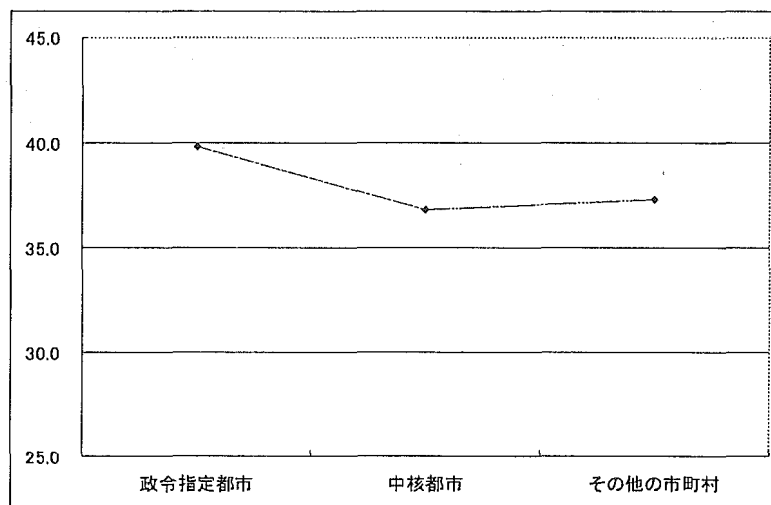


図 34 都市規模別の連携度数の平均値

(3) 都市規模と連携活動評価尺度の関係

都市規模と「連携活動評価尺度」に関する項目に欠損のない10,907名を解析対象とした。

都市規模別と「連携活動評価尺度」の関係においては、「政令指定都市」に所属する保健師群と「中核都市」群、「その他の市町村」群間において有意な差が認められた。このことから、「政令指定都市」は、「中核都市」「その他の市町村」よりも連携活動評価尺度得点が高いことが示唆された。

表 13 都市規模と連携活動評価尺度の記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	範囲
政令指定都市	756	23.1	4.9	4-38点
中核都市	1493	22.2	5.1	0-39点
その他の市町村	8658	22.4	5.1	0-42点
合計	10907	22.4	5.1	0-42点

表 14 都市規模と連携活動評価尺度の多重比較

		平均値の差	有意確率(P)
政令指定都市	中核都市	0.954	0.00 **
	その他の市町村	0.785	0.00 **
中核都市	政令指定都市	-0.954	0.00 **
	その他の市町村	-0.168	0.72
その他の市町村	政令指定都市	-0.785	0.00 **
	中核都市	0.168	0.72

従属変数:「連携活動評価尺度」合計得点

*:平均の差は0.05以下で有意 **:平均の差は0.01以下で有意

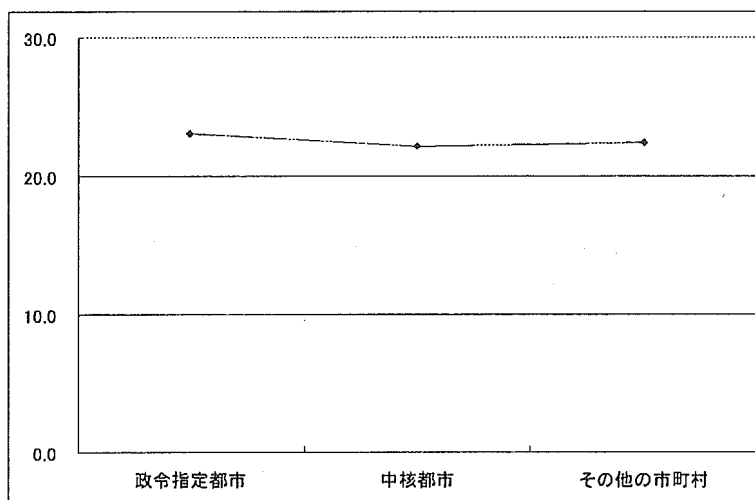


図 35 都市規模と連携活動評価尺度のの平均値



都市規模2 (市区町村別)

市区町村群を独立変数、「機関との連携の有無と有益性」尺度、「専門職との連携の有無と有益性」尺度、「連携活動評価尺度」の合計得点を従属変数として、一元配置分散分析をおこなった。

(1) 市区町村と機関との連携の有無と有益性の関係

市区町村と「機関との連携の有無と有益性」尺度に関する項目に欠損のない9,545名を解析対象とした。市区町村群と「機関との連携の有無と有益性」尺度の関係においては、「市」に所属している保健師群と「町」群、「村」群において有意な差が観察された。また、「村」群と「区」群においても有意な差が観察された。以上のことから、「市」は「町」「村」群よりも、機関との連携の規模が小さく、有益性の認知得点が低いことが示唆され、さらに「村」は「区」よりも、機関との連携の規模が大きく、有益性の認知得点が高いことが示唆された。

表 15 市区町村と機関との連携の有無の記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	範囲
市	5864	35.1	14.1	0-92点
町	2803	37.3	13.0	0-92点
村	369	39.3	13.9	8-79点
区	509	36.7	13.8	0-85点
合計	9545	36.0	13.8	0-92点

表 16 市区町村と機関との連携の有無の多重比較

		平均値の差	有意確率(P)
市	町	-2.213	0.00 **
	村	-4.214	0.00 **
	区	-1.574	0.08
町	市	2.213	0.00 **
	村	-2.001	0.05
	区	0.638	1.00
村	市	4.214	0.00 **
	町	2.001	0.05
	区	2.640	0.03 *
区	市	1.574	0.08
	町	-0.638	1.00
	村	-2.640	0.03 *

従属変数:「機関との連携の有無と有益性尺度」合計得点
*: 平均の差は0.05以下で有意 ** : 平均の差は0.01以下で有意

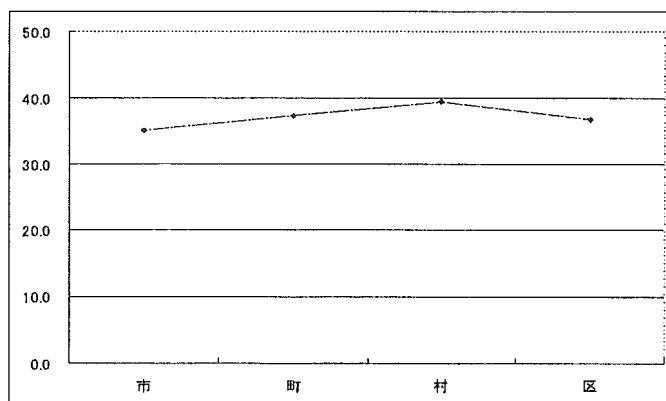


図 36 市区町村と機関との連携度数の平均値

(2) 市区町村と専門職との連携の有無と有益性の関係

市区町村と「専門職との連携の有無と有益性」尺度に関する項目に欠損のない11,551名を解析対象とした。市区町村群と「専門職との連携の有無と有益性」尺度の関係においては、「市」に所属している保健師群と「町」群、「村」群、「区」群において有意な差が観察された。また、「町」群と「村」群においても有意な差が観察された。以上のことから、「市」は、「町」「村」「区」よりも、専門職との連携の規模が小さく、有益性の認知得点は低いことが示唆された。

表 17 市区町村と専門職との連携の有無の記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	範囲
市	7147	36.7	13.3	0-68点
町	3198	38.3	11.9	0-68点
村	429	40.1	11.5	10-68点
区	777	39.1	13.1	0-68点
合計	11551	37.5	12.9	0-68点

表 18 市区町村と専門職との連携の有無の多重比較

		平均値の差	有意確率(P)
市	町	-1.586	0.00 **
	村	-3.371	0.00 **
	区	-2.368	0.00 **
町	市	1.586	0.00 **
	村	-1.784	0.04 *
	区	-0.781	0.78
村	市	3.371	0.00 **
	町	1.784	0.04 *
	区	1.003	1.00
区	市	2.368	0.00 **
	町	0.781	0.78
	村	-1.003	1.00

従属変数:「専門職との連携の有無と有益性尺度」合計得点
 *:平均の差は0.05以下で有意 **:平均の差は0.01以下で有意

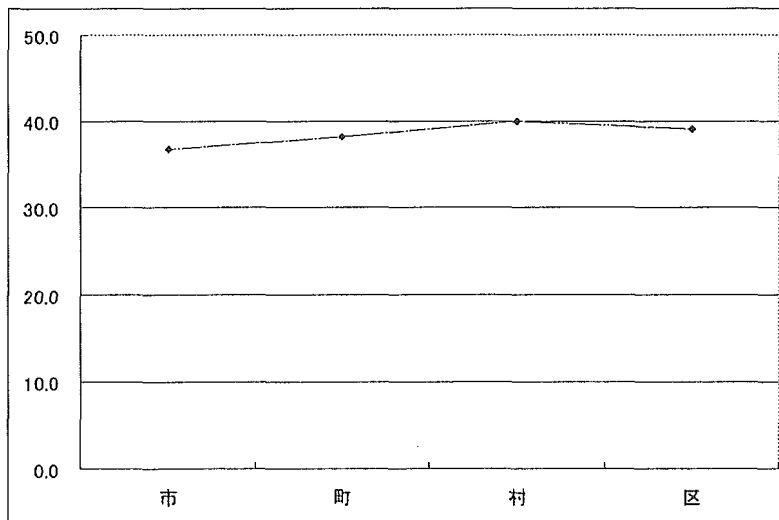


図 37 市区町村と専門職との連携度数の平均値

(3) 市区町村と「連携活動評価尺度」の関係

市区町村と連携活動評価尺度に関する項目に欠損のない 11,924 名を解析対象とした。市区町村群と「連携活動評価尺度」の関係においては、「市」に所属している保健師群と「町」群、「村」群、「区」群において有意な差が観察された。また、「町」群と「村」群間において有意な差が、「村」群と「区」群間においても有意な差が観察された。以上のことから、「市」群は、「町」「村」「区」よりも、連携活動評価尺度得点が低く、「村」は「市」「町」「区」よりも得点が高いことが示唆された。

表 19 市区町村と「連携活動評価尺度」の記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	範囲
市	7333	22.2	5.2	0-40点
町	3335	22.7	4.9	1-42点
村	449	23.9	4.7	7-35点
区	807	22.9	4.8	3-37点
合計	11924	22.5	5.1	0-42点

表 20 市区町村と「連携活動評価尺度」の多重比較

		平均値の差	有意確率(P)
市	町村	-0.512	0.00 **
	村区	-1.680	0.00 **
	市区	-0.725	0.00 **
町	市村	0.512	0.00 **
	市区	-1.167	0.00 **
	町村	-0.212	1.00
村	市区	1.680	0.00 **
	町区	1.167	0.00 **
	市村	0.955	0.01 *
区	市区	0.725	0.00 **
	町村	0.212	1.00
	市村	-0.955	0.01 *

従属変数:「連携活動評価尺度」合計得点

*:平均の差は0.05以下で有意 **:平均の差は0.01以下で有意

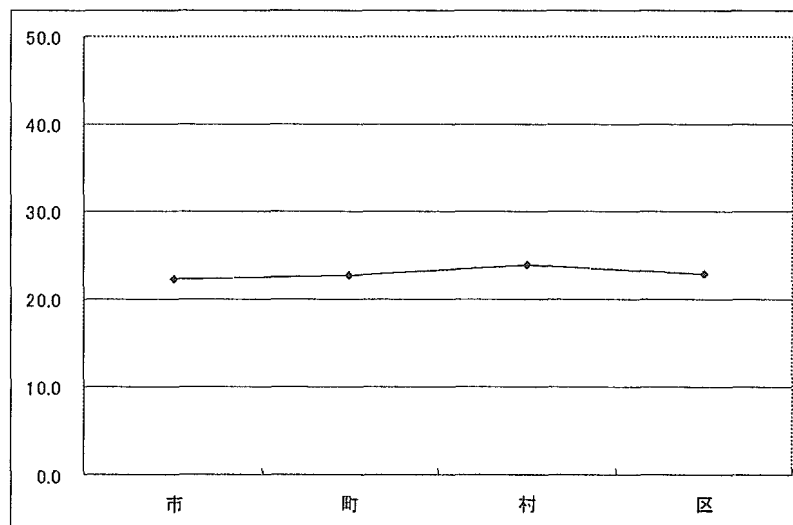


図 38 市区町村と「連携活動評価尺度」の平均値