

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科

産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーと
その関連要因に関する検討

2019 年度

保健医療学専攻・看護学分野・公衆衛生看護学領域

氏名：三橋 祐子

研究指導教員：荒木田 美香子教授

産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーとその関連要因に関する検討

三橋祐子

本研究の目的は、産業看護職の地域保健との連携や連携コンピテンシー（Competencies of Collaboration：「CC」）の実態とその要因を明らかにするとともに、連携コンピテンシーを高める要因について検討することである。産業看護職を対象に自記式質問紙調査を行い815名の回答を得た。地域保健との連携経験者は34.0%と低く、その必要性を認識していない者も17.9%いた。また、CC（日頃の取り組み、連携の実践、組織の理解を得るための取り組み、連携の基盤となる意識・姿勢・考え方）の関連要因は、地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加経験、ロールモデルとなるような産業看護職の存在等であり、連携コンピテンシーを高めるには地域保健関係者との顔の見える関係づくりができる機会を増やすこと、ロールモデルとなる産業看護職を増やすこと等が重要である。

キーワード：コンピテンシー，産業看護職，連携，地域保健，地域・職域連携

Competencies of occupational health nurses who collaborate with public health services and related factors

Yuko Mitsuhashi

This study aimed to clarify the current situation and competencies of occupational health nurses who collaborate with public health services, and factors related to those competencies, , and to clarify factors increased collaborative competencies(CC). A survey of occupational health nurses was conducted using a self-administered questionnaire. Of 815 respondents, only a small proportion (34.0%) had experience collaborating with public health services, and 17.9% did not even recognize the necessity of such collaboration. In addition, Factors associated with CC(“activities to prepare for collaboration,” “implementation of collaboration,” and “awareness-raising activities within one’s own organization”, “perceptions, attitudes, and thoughts that serve as the foundation of collaboration”) included participation in events such as training sessions and workshops organized by public health services; the presence of role models, etc. To increase CC, it is important to have opportunities to establish face-to-face relationships with others in the public health field, to increase the number of occupational health nurses who can serve as role models, etc.

keyword : competency, occupational health nurse, collaboration, public health services, collaboration between public health and occupational health

目 次

第1章 序論

I. 研究の背景	1
II. 研究の意義	3
III. 研究の目的	3
IV. 研究の目標	3

第2章 文献検討

I. 専門職間の連携に関する文献検討	4
II. 地域・職域連携の必要性と政策に関する文献検討	6
III. コンピテンシーに関する文献検討	7
IV. 保健師のコンピテンシーに関する文献検討	8
V. 都道府県・二次医療圏における地域・職域連携推進協議会の状況に関する文献検討	11
VI. 自治体保健師による職域との連携に関する文献検討	12
VII. 産業看護職による地域保健との連携に関する文献検討	12

第3章 研究方法

I. 研究デザイン	14
II. 研究の概要	14
III. 概念枠組み	17
IV. 用語の定義	20
V. 質問紙の作成プロセスと調査項目	20
VI. 研究対象者	24
VII. 調査方法と調査期間	24
VIII. 分析方法	25
IX. 倫理的配慮	27

第4章 研究結果

I. 回収結果および、回答者の特性	29
II. 産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識	30
III. 産業看護職の地域保健との連携に関する自己研鑽や学習経験等の状況	31
IV. 産業看護職の地域保健との連携経験の有無と、連携実施時の職場環境・連携対象者	32
V. 産業看護職の地域保健との連携経験の有無による比較	33
VI. 産業看護職の地域保健との連携経験の有無と背景要因の検討	34
VII. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーの経験状況	35
VIII. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーの構造分析	39
IX. 背景要因による4つの側面毎の連携コンピテンシーの比較	48
X. 4つの側面毎の連携コンピテンシー合計得点と関連要因の検討	52

第5章 考察

I. 回答者の特性	5 4
II. 産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識と連携経験の有無	5 4
III. 地域保健との連携経験をもつ産業看護職の特徴	5 5
IV. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーの構造と特徴	5 6
V. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーに関連する要因	5 7
VI. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーを高めるための教育的方策の検討	5 9
VII. 本研究における限界と今後の課題	6 2

第6章 結論

謝辞	6 3
----	-----

文献一覧	6 4
------	-----

資料

【資料1】研究対象者への依頼状	7 3
【資料2】質問紙調査票	7 5

第1章 序論

I. 研究の背景

我が国の就業者数は6664万人で15歳以上の人口の約60%を占めている¹⁾。労働者の健康と職場での安全を保障する法律として労働安全衛生法（1972年）²⁾等があり、産業医や衛生管理者、保健師や看護師（以下、産業看護職）が各事業所内外に雇用され産業保健活動を展開している。

また、人口の高齢化に伴い、労働者の生活も変化してきている。高齢化率は27.7%³⁾、要支援・要介護認定者数は平成28年度末で632万人を超え、第1号被保険者の18.0%⁴⁾を占める。また、全介護者の55.2%が働きながら介護をしている状態であり⁴⁾、年代的には企業の中核を担う労働者である場合が少なくない。そして、その労働者が年間10万人前後、介護離職をせざるを得ない状況である。そして、女性の就業者数は年々増え続け2016年の就業率は66.0%となり⁵⁾、夫婦や親子だけで構成される核家族の割合は全体の87.7%を占めている⁶⁾。このような背景から、労働者の中には夫婦共働き世帯で育児をしながら親の介護を行うという状況も生じている。

さらに、「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」が定められ定年延長や退職者の再雇用が推進されたことにより、労働者の平均年齢が上昇し、生活習慣病等の基礎疾患を持つ労働者の割合も高くなっている^{7) 8)}。「治療と職業生活の両立等支援対策事業」における企業を対象とした調査によると、疾病を理由として1か月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合は、メンタルヘルス不調38%、悪性新生物21%、脳血管疾患12%である⁹⁾。このような実態を踏まえ、労働者が疾病や障がいを持ちながらも離職することなく働けるよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、2016年、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」¹⁰⁾が示された（2019年改訂）。

日本看護協会が2016年に実施した看護職員の就業状況に関する調査¹¹⁾によると、回答総数の0.6%にあたる9175名が事業所に所属していた。また、同じく日本看護協会が2018年度に保健師を対象に実施した活動基盤に関する基礎調査¹²⁾によると、産業保健領域に所属する保健師の60.7%が企業・事業所、13.8%が医療保険者、10.6%が労働衛生機関に勤務し、その他、自治体職員の健康管理を担う役割として都道府県や市町村等で勤務する保健師も6.7%存在した。このように、産業看護職は様々な組織に所属し、産業保健の4つ目的¹³⁾（1. 職業に起因する健康障害を予防する、2. 健康と労働の調和を図る、3. 健康および労働能力の保持増進を図る、4. 安全と健康に関して好ましい風土を醸成し、生産性を高めることになるような作業組織、労働文化を発展させる）を達成するために活動している。

産業看護職が企業・事業所に所属する場合、産業看護職は自らも一社員であり、且つ社内の保健医療専門職の立場として、事業者が労働者と協力して産業保健の目的を自主的に達成できるように健康支援活動を展開している。また、医療保険者や労働衛生機関に所属する場合、外部資源として定期健康診断や事後指導、様々な健康づくり支援の委託契約関係を結び、労働者や事業者および、組織を支える活動を展開している。

一方、地域保健は、母子保健、成人保健（健康づくり事業）、介護予防・介護保険を含む高齢者保健、精神保健、感染症対策を含む危機管理など、幅広い世代、幅広い分野の保健対策に取り組んでいる。産業看護職は労働者および家族の健康問題に対応する場合、多くの社会資源を利用する必要があり、健康相談や情報提供のみならず、地域保健と連携し、地域保健が持つ社会資源を

有効に活用する必要がある¹⁴⁾¹⁵⁾。

このような背景のもと国は、2004年、健康増進法第9条に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針¹⁶⁾および、地域保健法第4条に基づく基本指針（最終改正：2012年）¹⁷⁾において、都道府県・二次医療圏毎に地域・職域連携推進協議会（以下、「協議会」と略す）を設置し、生涯を通じた健康づくりを継続的に支援する必要性を明記した。さらに、地域保健と産業保健の連携体制構築を目的として2005年、地域・職域連携推進事業ガイドライン（2007年、2019年改訂）（以下、「ガイドライン」と略す）¹⁴⁾を公表し、協議会の設置を進めてきた。地域・職域連携は個人の主体的な健康づくりに向けて、生涯を通じた継続的な健康管理を実施するため、継続的かつ包括的な保健事業を展開していくことを目的としており、産業保健が地域保健と連携することはこのような根拠に基づいている。

地域保健と産業保健の連携に関する研究は、都道府県・二次医療圏における地域・職域連携推進協議会の開催に基づく事例報告¹⁸⁾や質問紙調査実施に関する報告^{19) -21)}が数多く見受けられる。しかし、ほとんどが会議録であり、協議会で取り組んだ内容の概要報告が主である。著者らが地域保健を担う自治体の成人保健担当保健師350名を対象として実施した質問紙調査²²⁾では、産業保健と連携していた者の割合は保健所設置市3割強、市町2割強であった。また、日本産業衛生学会登録の産業看護職1004名を対象とした質問紙調査²³⁾では、連携経験がある者の割合は4割台であった。どちらの連携経験も半数に満たない状況であり、国としては、地域保健と産業保健の連携を推進する方針を示しているものの、労働者個人やその家族の健康問題を解決できるような実践者同士の連携には至っていない状況である^{22) -25)}。

地域保健と産業保健の連携が進まない要因の一つとして、ガイドラインは地域保健側からの連携手段の明記が中心であることから、産業看護職が連携しようとした際、何からどのように取り組めば良いのかイメージが湧き難い可能性²⁶⁾がある。また、日本産業衛生学会、日本産業保健師会などが行う産業看護職への継続教育において、地域保健と産業保健の連携に関する内容が組み込まれておらず^{27) 28)}、産業看護職が地域保健と連携するための知識や技術が習得されていない可能性も考えられた。

産業保健活動の実践者である産業看護職が労働者の支援において地域保健担当者と有効な連携を行うためには、それに特化した知識や技術が必要である。また、産業看護職が労働者の退職後も含めた人生全体や家族背景も視野に入れた健康づくりを目指して連携に取り組むためには、単なる知識と技術だけではなく、その基盤となるような意識や考え方が必要である。コンピテンシーは、知識・技術に加え、意識・姿勢・考え方・行動様式を伴う能力であり^{29) -31)}この概念を用いることが有用と考えた。

産業看護職のコンピテンシーに関する研究として、2019年10月、河野ら³²⁾が産業看護職のコンピテンシー尺度を開発したが、これらのコンピテンシーは産業保健業務全般を行うために求められるコンピテンシーであるが、地域保健を含めた他機関との連携に関する内容は具体的に明示されていない。そのため、著者らは地域保健との連携において充実した経験を持つ産業看護職を対象としたインタビュー調査を実施し、産業看護職による地域保健との連携におけるコンピテンシー（以下、連携コンピテンシー）を抽出した³³⁾。しかしながら、産業看護職の、地域保健との連携コンピテンシーの実態は明らかとなっていない。また、今後、産業看護職の連携コンピテン

シーを育成していく必要があるが³³⁾、連携コンピテンシーを高めるための要因が明らかとはなっていない。

II. 研究の意義

本研究において、産業看護職による地域保健との連携コンピテンシーの実態と、それに関連する要因が明らかになることにより、連携コンピテンシーを高めるための教育的方策などを提示することができる。産業看護職において、地域保健との連携が必要となる場面は、精神疾患や慢性疾患などを持った労働者の両立支援、感染症の予防と発生時の対応、就労時から退職後までのシームレスな健康づくり、育児・介護など家族の健康問題への対応などがある。産業看護職が地域保健との連携コンピテンシーを修得することは労働者の健康増進、生産性確保に寄与することとなる。

III. 研究の目的

産業看護職の地域保健との連携や連携コンピテンシーの実態とその要因を明らかにするとともに、連携コンピテンシーを高める要因について検討することを目的とした。

IV. 研究の目標

目的を達成するために、以下の4目標を段階的に明らかにした。

1. 産業看護職による地域保健との連携の実態把握および、連携経験の有無に関連する要因の明確化。
2. 産業看護職による地域保健との連携コンピテンシーの実態に関する明確化。
3. 連携コンピテンシーに関連する要因の明確化。
4. 連携コンピテンシーを高めるための教育的方策の検討。

第2章 文献検討

I. 専門職間の連携に関する文献検討

1. 専門職間の連携の定義に関する文献検討

地域包括ケアシステムなど医療・保健・福祉領域の多職種連携の重要性が取り上げられるようになって久しく、実践的な場面における連携のあり方やその重要性について検討した報告は数多くある。しかし、専門職間連携の概念に関する研究は少なく、その理論化は近年の研究によるものが主である³⁴⁾。大辞林第3版³⁵⁾によると、「連携」とは、「連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする。」とあり、同音語の「連係・連繫」は物事と物事、人と人との間のつながりのことであるが、それに対して「連携」は連絡を取り合って同じ目的のもとに、一緒に物事を行うことをいい、意味が異なる。松岡³⁶⁾は、ヘルスケア領域における専門職間連携を「主体性を持った多様な専門職間にネットワークが存在し、相互作用性、資源交換性を期待して、専門職が共通の目標達成を目指して展開するプロセスである」と定義している。また、山中³⁷⁾は、「連携」を「援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス」と定義している。この山中³⁷⁾による定義では、連携によって個々の活動が更に促進されるという要素を「相互促進的な協力関係」と整理している。吉池ら³⁴⁾は、これらの専門職間の連携の定義を検討した結果から、1)同一目的の一致、2)複数の主体と役割、3)役割と責任の相互確認、4)情報の共有、5)連続的な相互関係過程の5要素によって構成されると整理した。そして、「連携」とは、「共有化された目的をもつ複数の人及び機関（非専門職を含む）が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である」と定義した³⁴⁾。中村³⁸⁾は、海外文献では、「連携」を示す際に”linkage”、“coordination”、“cooperation”や“collaboration”などの用語が用いられるが、明確に区別なく翻訳され、日本で使用されているため用語の混乱があると述べている。また、Germain³⁹⁾の専門職間のcollaborationの定義・概念においては「一つの分野では達成できない、あるいは十分に達成できない目標」、「協力過程」が挙げられ、その後の各論者は定義・概念整理においてこれらを含めっていると述べている。また、John⁴⁰⁾は、collaborationは、「2人以上の利害関係者がお互いの持つリソースを出し合って、どちらも個別では達成できない目標を達成する関係性のシステムである」と定義しており、Germain³⁹⁾の定義・概念が含まれていることが分かる。これらの定義・概念の検討を経て、中村³⁸⁾は、専門職間の連携を「異なる専門職・機関・分野に属する二者以上の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、共通の目的・目標を達成するために、連絡・調整等を行い協力関係を通じて協働していくための手段・方法である」と定義した。

自治体保健師を対象とした研究における「連携」の定義について検討した結果、筒井ら⁴¹⁾は、全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究において、「連携」とは「異なる専門職や機関（もしくは組織）が、より良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」と定義した。また、栗原ら⁴²⁾は、市町の母子保健活動を担当している保健師を対象とした調査において、「連携」とは「地域看護職がよりよい課題解決と効果的な地域看護実践のために、関係機関やグループ・組織、あるいは他職種、コミュニティメンバー

などと共通の目的をもち、情報の共有を図り、協力し合い活動すること。」と定義した。さらに、渥美ら⁴³⁾は、「互いに連絡をとり協力して物事を行うことであり、行政保健師が関係機関や関係職種と互いに連絡をとり協力して物事を行うこと。」と定義した。

これらの先行研究による「連携」の定義より、本研究では「情報の共有」、「健康課題の解決（同一目的の一致）」、「協力し合った活動」を産業看護職の地域保健との連携における構成要素とした。また、質問紙調査の回答時において、産業看護職が具体的な連携内容をイメージしやすいような定義を検討した。その結果、本研究における「地域保健との連携」の定義を「産業看護職が地域保健担当者と健康情報を共有する、個別支援において協働する、各種保健事業の改善や充実および共通の健康課題の解決に向けて協議する、保健事業等を共に展開する、などといった活動を実施している状態。」とした。

2. 自治体保健師や産業看護職による連携に関する文献検討

1) 自治体保健師による連携に関する文献検討

自治体保健師の連携は、母子保健活動の場面で多く報告されている。例えば、発達障がい疑われる児やその保護者に対する支援において保育所を始めとした多職種との連携に関する報告⁴⁴⁾~⁴⁶⁾、虐待の疑われる乳幼児に対する支援において児童相談所、保育所、医療機関等との多職種連携に関する報告⁴⁷⁾~⁴⁹⁾、周産期の継続支援⁵⁰⁾⁵¹⁾や低出生体重児の育児支援⁵²⁾における医療機関との連携などがある。また、高齢者保健活動では、地域医療ケアシステムや地域包括ケアシステム構築に関する報告⁵³⁾⁵⁴⁾、訪問看護師との連携の現状や連携促進に焦点を当てた報告⁵⁵⁾⁵⁶⁾がみられる。さらに、精神保健活動に関しては、行政と救急医療機関の連携による自殺未遂者支援⁵⁷⁾や精神障がい者の社会参加促進に向けた医療機関との連携⁵⁸⁾に関して報告されていた。さらに、行政保健師が個別支援の際に行った関係機関との連携に焦点を当てた報告⁵⁹⁾、保健所管内における看護職連携の推進に向けた実態と課題を明らかにした報告⁶¹⁾が見られた。

2) 産業看護職による連携に関する文献検討

産業看護職による連携については、後述する地域保健との連携に関する文献を除くと、メンタルヘルス不調の労働者への支援における管理監督者との連携⁶¹⁾や、同じくメンタルヘルス不調者の復職支援に必要な事業場外資源との連携における産業看護職の役割⁶²⁾について報告されていた。産業看護職の連携に関する文献については文献数自体が少なく、メンタルヘルス不調の労働者支援に関するものであった。

3) 自治体保健師や産業看護職による連携の関連要因に関する文献検討

連携に関連する要因について検討した先行研究について述べる。文献数は比較的少なく、自治体保健師の連携に関するものとしては、災害時活動における保健所保健師と市町村保健師の連携に関連する要因⁶³⁾、養護教諭との連携に影響を及ぼす要因⁶⁴⁾のように、ある特定の連携場面や対象設定で検討されている。そのような中、筒井ら⁴¹⁾は、全国2万人以上の市区町村保健師を対象とした質問紙調査を実施し、保健師の様々な関係機関との連携について取り上げており、保健師の連携には「業務経験」や「常勤雇用」であることが関連しており、年代によっては「学歴」が関

連していることも明らかになった。また、著者ら²²⁾の自治体保健師による産業保健との連携実施に関連する要因は、「連携に熱心なモデル保健師の存在の有無」、「働く世代への健康支援に対する関心の有無」、「ガイドラインを読んだ経験の有無」、「産業保健スタッフ雇用状況把握の有無」、「人口規模」、「保健師数」、「上司・同僚間で連携の必要性に関する協議の有無」、「地方計画へ連携に関する内容導入の有無」であった。産業看護職の連携において関連要因を検討した先行研究は希少であり、原著論文では福田ら⁶⁵⁾の産業看護職と安全衛生担当事務職との連携に関連する要因を検討した報告のみであった。この福田ら⁶⁵⁾の事業場に所属する産業看護職 611 名を対象とした調査結果において、連携との関連要因は「年齢」、「産業看護職としての経験年数」、「自己研鑽」、「仕事への意欲」、「社内教育システム」、「健康に関する風土」、「産業保健制度の整備」などであった。海外文献では、プライマリヘルスケアを提供するための連携の背景要因が検討されており⁶⁶⁾、専門職の要因としては、「個人的な能力」、「役割思考」、「動機」、所属に関する要因としては、「組織構造」、「構成員」、「勤務時間」、「ビジョンの共有」、「リーダーシップ」、「管理サポート」が挙げられ、外的要因として、「教育」、「文化」、「階層」、「法律と規制」などが挙げられた。

これらの先行研究で示された関連要因の中から、本研究対象である産業看護職の背景要因として連携と関連する可能性がある項目を抽出した（「年代」、「経験年数」、「学歴」、「ロールモデルの存在」、「連携の必要性の認識」、「ガイドラインを読んだ経験」、「産業医の雇用状況」、「研修会や勉強会への参加」、「学会や学術集会への参加」）。

Ⅱ．地域・職域連携の必要性と政策に関する文献検討

平成 29 年就業構造基本調査⁶⁷⁾によると、女性の有業率は、平成 24 年に比べ、全ての年齢階級で上昇しており、また、育児をしている女性の有業率も全ての年齢階級で上昇し、育児をしている女性の 64.2%を占めていた。さらに、育児をしている正規雇用の従業員の 1 日当たりの家事・育児時間についてみると、男性は「1 時間未満」の割合が最も高かったのに対し、女性は「4～6 時間未満」の割合が最も高く、同じ、正規雇用の従業員であっても女性に家事の負担がかかっている現状が見受けられた。

次に、就業者の介護の状況についてみると、15 歳以上人口の有業者のうち、346 万 3 千人（5.2%）が介護をしており、介護をしている者に占める有業者の割合は、55.2%であった。また、過去 1 年間に「介護・看護のため」に前職を離職した者は、9 万 9 千人（過去 1 年間に前職を離職した者に占める割合 1.8%）であった。さらに、介護をしている正規雇用の従業員の介護日数について、男性は「月に 3 日以内」の割合が最も高いのに対し、女性は「週に 6 日以上」の割合が最も高かった。これらのことから、育児・介護の両面において、正規雇用で働く女性に負担がかかっている現状が明らかになった。このような事態を踏まえて、厚生労働省は、育児・介護休業法を制定し、介護離職を防ぎ、仕事と介護の両立を可能とするための制度や多様な家族形態・雇用形態に対応した育児期の両立支援制度等の整備に取り組んできた⁶⁸⁾。また、事業主が講ずべき措置に関する指針⁶⁹⁾において、労働者の育児・介護の状況を把握したうえで、労働者の配置転換や業務分担等の配慮をする必要性について明記されている。さらに、次世代育成支援対策推進法に基づいて、常時雇用する従業員が 101 人以上の企業は、従業員の仕事と子育てに関する「一般事業主行動計画」を策定し、都道府県労働局に届け出ることを義務化している⁷⁰⁾。このように、

育児・介護の問題は、職域にも大きな影響を与えており、産業保健活動においても着目すべき課題である。

また、厚生労働省が5年ごとに実施している労働安全衛生調査⁷¹⁾によると、2017年、現在の仕事や職業生活に関することで、強いストレスを感じている労働者の割合は58.3%であり、調査ごとに約6割の労働者が仕事による強いストレスを抱えていることが明らかになっている。さらに、業務による心理的負荷を原因として精神障害を発症し、あるいは自殺に至る事案が増加するなど、メンタルヘルス対策の取り組みが重要な課題となっている⁷²⁾。このような現状を踏まえて厚生労働省は、自殺・うつ病等対策プロジェクトチームを設置し、2010年、「誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～」について報告⁷³⁾し、5本柱の対策を示している。その柱の一つが「ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築～悩みのある人を、早急に確に必要の支援につなぐ～」であり、メンタルヘルス対策においても地域保健との連携の必要性を提唱している。

一方で、経済産業省は、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する、という健康経営の戦略を打ち出し、2014年度から「健康経営銘柄」の選定を行っており、2016年度には「健康経営優良法人認定制度」を創設した⁷⁴⁾。健康経営は、予防・健康管理の重点化を目指しており、生活習慣病等に関して「重症化した後の治療」から「予防や早期診断・早期治療」に重点化すること、また、地域包括ケアシステムと連携した事業（介護予防・生活支援等）に取り組むことを挙げている。ヘルスケア産業政策の基本理念は、生涯現役社会の構築であり、企業においても、従業員が在籍する期間だけでなく、生涯を通じた健康づくりに着目していることを強調し、企業イメージを上げるような戦略が打ち出されている。

さらに、感染症対策に目を向けてみると、新型インフルエンザを始めとした感染症対策のための事業継続計画（BCP）の策定⁷⁵⁾が企業に求められている。また、近年、風疹の流行に伴い、職域における風しん対策の必要性、抗体検査を受けることの重要性、従業員が体調不良の際の配慮等について、厚生労働省より都道府県労働局労働基準部長宛に協力依頼の通知が出されている⁷⁶⁾。このように、感染症対策においても、地域保健のみではなく、職域での理解と協力が必要であり、企業も主体となって行動できるような計画の策定や体制の整備が求められている。

これらのことから、職域においても従業員の生涯を通じた健康づくり、従業員の家族にも目を向けた介護・育児に関する支援策、また、感染症対策等に取り組む必要があるが、従業員は退職後、地域へ戻ること、また、従業員および、その家族は地域コミュニティの中で生活を営み、家族への支援は本来、地域保健分野が担うことが多いこと、感染症対策についても地域保健分野が担当していること等から、地域保健との連携は欠かせないとする。地域保健側から職域へのアプローチも当然、重要であるが、今回は産業看護職が企業内における健康支援の専門家として産業保健活動を充実させるために、地域保健との連携を推進する必要性に焦点を当てることとした。

Ⅲ. コンピテンシーに関する文献検討

コンピテンシーは1970年代に米国の行動心理学者、McClellandによって提唱された概念⁷⁷⁾であり、優れた職員が発揮している能力を行動レベルでモデル化したのが起源と言われている。しかし、その定義は様々で⁷⁸⁾、多義的な概念と言える。日本では、McClellandの流れを汲むSpencer

らの定義「卓越した成果を生む基となる能力のことであり、単に知識と技術があるだけでなく、意識・姿勢・考え方・行動様式を伴う能力である」がよく用いられている^{29)~31)}。また、岡本⁷⁹⁾は、もともとコンピテンシーには「能力」という意味があるので、それを前提として、成果を上げる者が備えている資質、と捉えるのが自然だと述べているが、コンピテンシーの概念を用いる上で混乱を招きやすい「能力」という言葉との関係性に着目して検討する。

古典的なコンピテンシーの範囲図として、Spencer ら²⁹⁾の冰山モデルが有名である。水面下にある隠された部分（自己概念、特性）と水上の目に見える部分（スキル・知識）が示されている。この冰山モデルの解釈についても様々な見方があり、見えない部分をコンピテンシー、見える部分をパフォーマンスと分ける考え方⁸⁰⁾もあれば、冰山全体を広義のコンピテンシー、見えない部分だけを狭義のコンピテンシーと説明する者もいる⁸¹⁾。ウィリアム・マーサ社の文献では、水面表層の上下の部分のみをコンピテンシーとしており⁷⁷⁾、岡本⁷⁹⁾もその考えに近いと述べている。岡本⁷⁹⁾は、「正解」が明快で切り分けできる知識と技術があるのみの状態は含まず、包括的かつ専門的な判断を伴って最善の成り立つ解、つまり、「成解」を導く複合的な能力がコンピテンシーであると述べている。すなわち、コンピテンシーは、表層的な行動のみならず、その行動を引き出す動機、自己概念、思考パターンといった表面化しない人間の特性やパーソナリティを包括的に含んでいることが特徴と言える⁷⁸⁾。2011年、加藤⁷⁸⁾は、過去10年余りの日本におけるコンピテンシー概念を総括し、コンピテンシーを「行動によって見極められる（知覚される）動機、自己効力感、思考、スキル、知識などを含む総合的な能力の概念であり、高業績につながると予測されるもの」と再定義した。つまり、コンピテンシーは行動から総合的な能力を分析するものであり、その行動を学習することで有能感を持たせ、自立的に成長できる人的資源を育てることができるとしている⁷⁸⁾。

これらの文献検討から、本研究におけるコンピテンシーは、Spencer らの「卓越した成果を生む基となる能力のことであり、単に知識と技術があるだけでなく、意識・姿勢・考え方・行動様式を伴う能力」と定義した。

IV. 保健師のコンピテンシーに関する文献検討

前項におけるコンピテンシーに関する先行研究の検討より、本研究では、コンピテンシーを総合的な能力の概念と捉え、自治体保健師もしくは産業看護職の「能力」および「実践能力」に関する文献も含めて記述する。ここでいう「実践能力」は、吉岡⁸²⁾によって定義された「人がなにかを行動によって実行し、なし得るのに必要な力」と捉える。

1. 自治体保健師のコンピテンシーに関する文献検討

日本で初めてコンピテンシーという言葉を用いた自治体保健師の能力に関する研究は、佐伯ら⁸³⁾によるものである。彼らは、自治体に勤務する保健師の知識、技術、態度、行動を含めた能力としての専門職務遂行能力を明らかにした。その能力は、対人支援能力（8項目）、地域支援および管理能力（12項目）であった。この専門職務遂行能力尺度は、開発後、多くの研究において、保健師の能力を測定するものとして活用されている。また、厚生労働省の保健師教育ワーキンググループ⁸⁴⁾は、麻原ら⁸⁵⁾が作成した保健師養成課程卒業時の技術項目を基に、保健師の実践能

力を設定した。それは、地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力、地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力、地域の健康危機管理能力、地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力、専門的自律と継続的な質の向上能力の5つである。これらの実践能力は産業保健分野で働く保健師も視野に入れ、継続的支援の対象として組織という言葉も加えられてはいるものの、中項目、小項目の表現を確認すると地域保健における活動を主体として想定されていることが明確である。さらに、同省の保健師に係る研修のあり方等に関する検討会が提示した自治体保健師の標準的なキャリアラダー（専門的能力に係るキャリアラダー）⁸⁶⁾では、5つの保健師の活動領域（対人支援活動、地域支援活動、事業化・施策化のための活動、健康危機管理に関する活動、管理的活動）毎に求められる21の能力を明示している。このうち、連携に関係する能力としては、ケアシステム構築において、健康なまちづくりを推進するため保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整を行う能力と住民、学校、企業ほか、地域の関係機関と協働し連携を図り、地域特性に応じたケアシステムを構築する能力を挙げている。さらに、大倉ら⁸⁷⁾は、行政機関に従事する保健師に期待される実践能力として7つの領域（看護過程展開能力、地域保健活動展開能力、ヘルスケア提供能力、マネジメント能力、情報活用能力、対人関係形成能力、豊かな人間力）47項目を抽出している。以上の文献は、保健活動の対象や活動目的が明確にされていない、もしくはすべての保健師活動を網羅した形式で示されており、保健師の総合的なコンピテンシーといえる。

一方、米国では、主要な公衆衛生看護協会である4団体＜Alliance of Nurses for Healthy Environments (AHNE), Association of Community Health Nursing Educators (ACHNE), Association of Public Health Nurses (APHN), The American Public Health Association - Public Health Nursing Section (APHA-PHN)＞が連合し、The Quad Council Coalition of Public Health Nursing Organizations (QCC)を設立しており、このQCCにおいて、2004年、自治体保健師のコンピテンシーが示された⁸⁸⁾。その後、2011年、2017年に改訂され、2018年、自治体保健師のコンピテンシーとその評価ツールが公表されている⁸⁹⁾。ここで示されている自治体保健師のコアコンピテンシーは、3つのレベル（役割遂行上のジェネラリスト、プログラム実施における責任を伴う管理監督者、公衆衛生における上級管理職）に分けられ、8つの領域（評価と分析能力、方針開発と企画能力、コミュニケーション能力、文化的な能力、地域規模に応じた実践能力、公衆衛生学の能力、財務計画・評価・管理能力、リーダーシップとシステム開発能力）から成り立っている⁸⁹⁾。

保健活動の対象や活動目的を明確にした保健師のコンピテンシーに関する研究に着目して述べる。個別支援に必要なコンピテンシーとして、都築⁹⁰⁾が乳幼児健診における援助の必要性の見極めで用いる4つの能力、高橋⁹¹⁾が家庭訪問で用いる8つの能力、松坂ら⁹²⁾が家族支援実践力、堀⁹³⁾が保健師に必要な予防接種のコンピテンシーを明らかにしている。また、事業開発・施策化に必要な能力に関する研究は比較的多く、塩見ら⁹⁴⁾の事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発、杉田⁹⁵⁾の支援システムを構築・発展させる地域保健師のコンピテンシーモデルの開発、鈴木ら⁹⁶⁾の行政保健師の施策化能力評価尺度の開発などがある。そして、近年、健康危機管理に必要な能力として、岩村⁹⁷⁾の災害対応において看護職が役割・機能を発揮するために必要な能力、春山⁹⁸⁾の感染症健康危機管理における保健所保健師の

能力、阿部ら⁹⁹⁾による児童虐待防止における保健師の自信と力量形成に関する研究などがみられる。健康危機管理のコンピテンシーに関する研究は米国でも行われており、Jakewayら¹⁰⁰⁾は、緊急時対応における12のコンピテンシーを挙げている。例えば、公衆衛生の役割の説明、メンバーの機能的役割と責任の説明、通信に使用される設備の正しい使用方法の明示、関連領域における最新知識の維持のための継続教育への参加などである。国内では、他にも変革期に必要な保健師の能力¹⁰¹⁾や行政中堅保健師実践能力尺度の開発¹⁰²⁾、研究成果活用力尺度の開発¹⁰³⁾など、自治体保健師に関するコンピテンシーを取り上げた文献は多岐にわたっている。

2. 産業看護職のコンピテンシーに関する文献検討

産業看護職のコンピテンシーに関する国内の文献は極めて少ない。河野ら³²⁾の産業看護職のコンピテンシー尺度開発以外の文献では、春日ら¹⁰⁴⁾の産業保健師が保健事業評価を行う際に必要な専門能力、田所ら¹⁰⁵⁾の産業看護職のビジネスパーソンとしての専門能力、著者の産業看護職による地域保健との連携におけるコンピテンシー³³⁾のみに限られている。一方、海外では、American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)¹⁰⁶⁾¹⁰⁷⁾がBenner¹⁰⁸⁾の技能習得の段階に基づき、1999年からコンピテンシーの明確化を始めている。そして、2002-2003年、産業看護職のコンピテンシーを3つのレベル（一人前、中堅、エキスパート）、9つのカテゴリー（臨床・プライマリーケア、症例管理、労働力・職場・環境問題、規制・法制度、マネジメント、健康増進と疾病予防、労働および環境の健康と安全の教育・訓練、研究、プロフェッショナルリズム）で示している¹⁰⁷⁾。また、Olsonら¹⁰⁹⁾は、先行研究から29のコンピテンシーを抽出し、質問紙調査によりコンピテンシーの評価と技量について分析した。最も重要視されていたコンピテンシーは、「産業暴露と健診結果の関係を理解する」、「業務上の手順及び作業に関するリスクを確認する」、「様々な利害関係者と効果的に伝えあう」、「適切に記録する」であった。技量については、「学際的なチームの中で効果的に機能する」が最も高かった。さらに、D. Lallooriら¹¹⁰⁾は、英国の産業保健師のコアコンピテンシーについてデルファイ法による調査を実施し、最も重要な領域は「良好な臨床ケア」であり、続いて「健康に影響する職業上の危険因子の評価と管理の一般原則」、「コミュニケーション技術」であった。

3. 地域保健と職域保健との連携に関する保健師のコンピテンシー

保健師のコンピテンシーに関する先行研究の中でも地域保健と職域保健との連携（以下、地域・職域連携）のコンピテンシーに着目した研究は、著者の研究³³⁾と市原ら¹¹¹⁾の行政保健師が職域との連携の創出に用いた技術に着目した研究の二本のみであった。この市原ら¹¹¹⁾の研究では連携を6つの過程（地域職域連携活動の創出に向けて始動する、地域職域連携活動に必要な体制を構築する、職域との信頼関係を築く、事業所・労働者の実態を把握する、連携事業を展開する、地域職域連携事業を評価し展望する）に分け、各々で用いる具体的な技術を挙げていた。

4. 自治体保健師や産業看護職のコンピテンシーの関連要因に関する文献検討

次にコンピテンシーに関連する要因についての先行研究について述べる。堀井ら¹¹²⁾は、中堅期以降の自治体保健師の専門能力に関連する要因として、「保健師経験年数」、「管理職経験」、

「進學歷」、「前職歴」などの個人特性を挙げた。野中ら¹¹³⁾は、保健師の専門能力には、「保健師経験年数」、「勤務地の人口規模」、「学習会の参加」、「担当地区の有無」を挙げている。坂部ら¹¹⁴⁾は北陸の市町村保健師の専門能力に関連する要因として、野中ら¹¹³⁾の要因のほかに、「配属部署の保健師数」、「研修会や研究会の参加」、「現任教育体制に関する満足度」、「現任教育プログラムやマニュアルの有無」も挙げている。また、海外文献では、台湾における文化的なコンピテンシーに関連する要因として、「経験年数」、「文化的看護ケアに関する継続教育時間」、「多様な背景を持つ患者の看護の頻度」を挙げている¹¹⁵⁾。

これらの先行研究で示された関連要因の中から、本研究対象である産業看護職の背景要因として連携コンピテンシーと関連する可能性がある項目を抽出した（「事業所規模」、「産業看護職配置人数」、「資格」、「最終學歷」、「経験年数」、「自治体保健師経験」）。尚、連携コンピテンシーは、連携経験者のみに尋ねる質問項目であるが、「事業所規模」、「産業看護職配置人数」、「経験年数」、「自治体保健師経験」などは、連携経験の有無にも影響する可能性が考えられる²³⁾ことから、連携経験の有無との関連を検討する際にも使用する項目とした。

これらのことから、保健師のコンピテンシーに関する文献において、自治体保健師に関するものは、総合的な視点および、保健活動の対象や活動目的毎の視点によるもの等、数多く報告されていたが、産業看護職のコンピテンシーに関する研究は希少であること、さらに、地域・職域連携に関するコンピテンシーに焦点を絞ると前述の2本のみであることが明らかとなった。

本研究で取り上げるコンピテンシーは、産業看護職が地域保健と連携する上で発揮されるものであり、ある特定の場面設定であることから「連携コンピテンシー」とし、その定義は、「地域保健との連携において卓越した成果を生む基となる能力である。本研究の連携コンピテンシーには、地域保健との連携における表面的な能力（目に見える部分）としての知識や技術と、深層的な能力（目に見えない部分）としての意識・姿勢・考え方を含む。また、技術には、地域保健との連携に取り組んでいる者だからこそ行われる独特な動き（行動様式）を含む。」とした。

V. 都道府県・二次医療圏における地域・職域連携推進協議会の状況に関する文献検討

厚生労働省保健指導室室長による協議会開催状況等に関する調査結果に関する文献¹¹⁶⁾において、都道府県で47、二次医療圏で330、保健所設置市・特別区で97の協議会が設置されているが、開催回数は年間1～2回が80%を超えている現状である。千葉県海浜地域・職域連携推進協議会では、主に減塩対策に関する食生活改善推進やがん検診受診率向上等に取り組んだ事例を紹介している¹¹⁸⁾。また、湘南西地区では、働く人の健康情報冊子（メンタルヘルス版）を作成の上、メンタルヘルス事例検討会を開催した例が紹介されていた¹¹⁷⁾。その他の協議会の活動として、職域を対象とした健康管理体制や保健事業の内容を問う質問紙調査の実施に関する報告が数多くみられる^{19)~21)}。また、協議会の今後の方向性について検討したプロセス等に関する報告も見受けられた^{118) 119)}。これらのほとんどの文献が会議録であり、協議会で取り組んだ内容の概要に関する報告が主である。よって、どの程度の産業看護職がこれらの協議会に参加し、どのような役割を担っていたか等の記載はなく、協議会の開催が産業看護職の保健活動にもたらす効果等についても明確ではなかった。

これらのことから、協議会に限らず、地域保健主催の勉強会や研修会が産業看護職にどのような影響を及ぼすのか検討する必要性が考えられた。

VI. 自治体保健師による職域との連携に関する文献検討

近年では、自治体主導による職域との連携の事例が会議録や解説により数多く紹介されている^{120) -121)}。例えば、静岡県富士市では、2007年から「富士モデル事業」として、かかりつけ医・産業医と市役所や精神保健福祉センター等との地域・職域連携により、「睡眠キャンペーン」や「精神科への紹介システム」などの事業を展開している。また、2012年からは静岡県独自の長寿プログラム「ふじ33（さんさん）プログラム」を開発し、35市町、14企業の参加により効果的なコラボヘルス対策を展開している¹²²⁾。原著論文としては、著者の自治体に働く保健師を対象とした職域との連携の現状や連携の成果に関する全国調査^{22), 123)}がある。この調査により、職域との連携の必要性を感じている者は96.8%と高かったが、「現在、連携している」は保健所設置市で34.9%、市町で22.9%と低い状況が初めて明らかになった。また、自治体保健師は、職域との連携の成果として「これまで以上に働く世代の抱える健康課題を理解出来た」、「職域関係者との信頼関係を構築出来た」等を認識していることが明らかになり、各自治体主催の協議会や学習会を開催することが有効な連携手段である可能性が示唆された。

自治体保健師による職域との連携に関する文献も協議会に関する文献と同様、会議録レベルの実践報告が多く、著者の全国調査以外は、ある一定地域の連携に関する報告にとどまっていた。著者が実施した調査によって、自治体保健師の多くが職域との連携の必要性を感じていても連携経験者は3割前後である現状が明らかになった。しかし、この全国調査は2007年に実施したものであること、地域・職域連携の担当保健師が明確ではないため、成人期の健康づくりを担当する保健師を対象としたこと等から、対象者を明確にした上で、10年以上が経過した現在の連携状況を把握することを目的とした全国調査の必要性が考えられた。

VII. 産業看護職による地域保健との連携に関する文献検討

産業看護職による地域保健との連携に関する文献で最も古いものは、労働科学に掲載された今井¹²⁴⁾によるもので、アルコール依存症の夫をもつ従業員や身体障がい者の妻を持つ事例について地域保健と連携しながら問題解決したケース5例について記載されている。また、美ノ谷¹²⁵⁾は、保健所や社会福祉協議会との連携により事業所内で従業員を対象とした介護教室を開催した例を挙げている。このように、稀にはあるが、従業員の家族にまで目を向けて地域保健との連携による活動展開をした事例が見受けられた。また、川上¹²⁶⁾は、従業員の家族の問題、例えば、親の介護や子どもの不登校への支援において、地域保健との連携を経験し、従業員が十分な能力を発揮して働くためには、家庭が安定している必要があることを学び、地域保健との連携の必要性を実感したと述べている。廣川ら¹²⁷⁾が産業看護職を対象として実施したメンタルヘルス対策に関する調査において、事業場規模に関わらず、地域資源に最も求めるのは情報であり、情報をうまく交換するための効果的な仕組みづくりの必要性が示唆された。また、福岡¹²⁸⁾もA県の産業看護職を対象として職場のメンタルヘルス対策のための地域との連携づくりに関するニーズ調査を実施し、地域保健の連携は98.5%の者が必要であると回答していたが、70%近くの者は連携が

あまりできていないと回答していた。地域保健との連携の現状を検討した調査としては、朱膳寺ら¹²⁹⁾が東京都23区と多摩地区、および長野県の産業看護職を対象として行ったものが最も古く、実践者は約7%に過ぎなかった。その後、著者²³⁾が日本産業衛生学会登録の産業看護職のうち1004名を無作為抽出し実施した質問紙調査において、地域保健との連携経験が有る者は46.5%であった。連携の内容については、「地域保健関係者への情報提供や情報交換」が約7割を占め最も多く、その他の連携内容のほとんどが3割にも満たなかった。鈴木ら¹³⁰⁾による産業看護職10名を対象とした質的研究によると、地域・職域連携の課題として、行政側の相談窓口の不備と不足、退職する従業員の支援を地域に引き継ぐ体制の構築、地域と協働で事業に取り組む際の職域側の受け入れ体制の不備、地域の保健事業を職域に周知する体制の不備の4つを挙げていた。

これらの文献から、産業看護職は事例の健康問題の特徴を捉えたうえで、地域保健との連携の必要性を感じ、個々の産業看護職の工夫や努力によって連携に取り組んでいることが明らかになった。しかし、その連携内容は情報交換レベルに留まっていることが考えられ、産業看護職が地域保健と連携する場合、行政側の相談窓口の不備と不足など体制整備の課題があることがわかった。そして、これらの連携事例は非常に希少であり、ある一部の産業看護職を対象とした調査しかなされていないことから、産業看護職による地域保健との連携の現状を把握する必要性が示唆された。

第3章 研究方法

I. 研究デザイン

横断的質問紙調査による関連探索研究

II. 研究の概要

1. 先行研究と本研究の関係性

本研究は著者の先行研究³³⁾から継続しているため、先行研究と本研究との関係性について図1に示した。先行研究³³⁾は、地域保健との連携における産業看護職の連携コンピテンシーを明らかにすることを目的として実施しており、その研究の詳細については、以下に記した。先行研究において、地域保健との連携における産業看護職の連携コンピテンシーを明らかにすることができたが、その実態や関連要因については明らかにできていない。よって、本研究は、産業看護職の地域保健との連携や連携コンピテンシーの実態とその要因を明らかにするとともに、連携コンピテンシーを高める要因について検討することを目的として実施した。

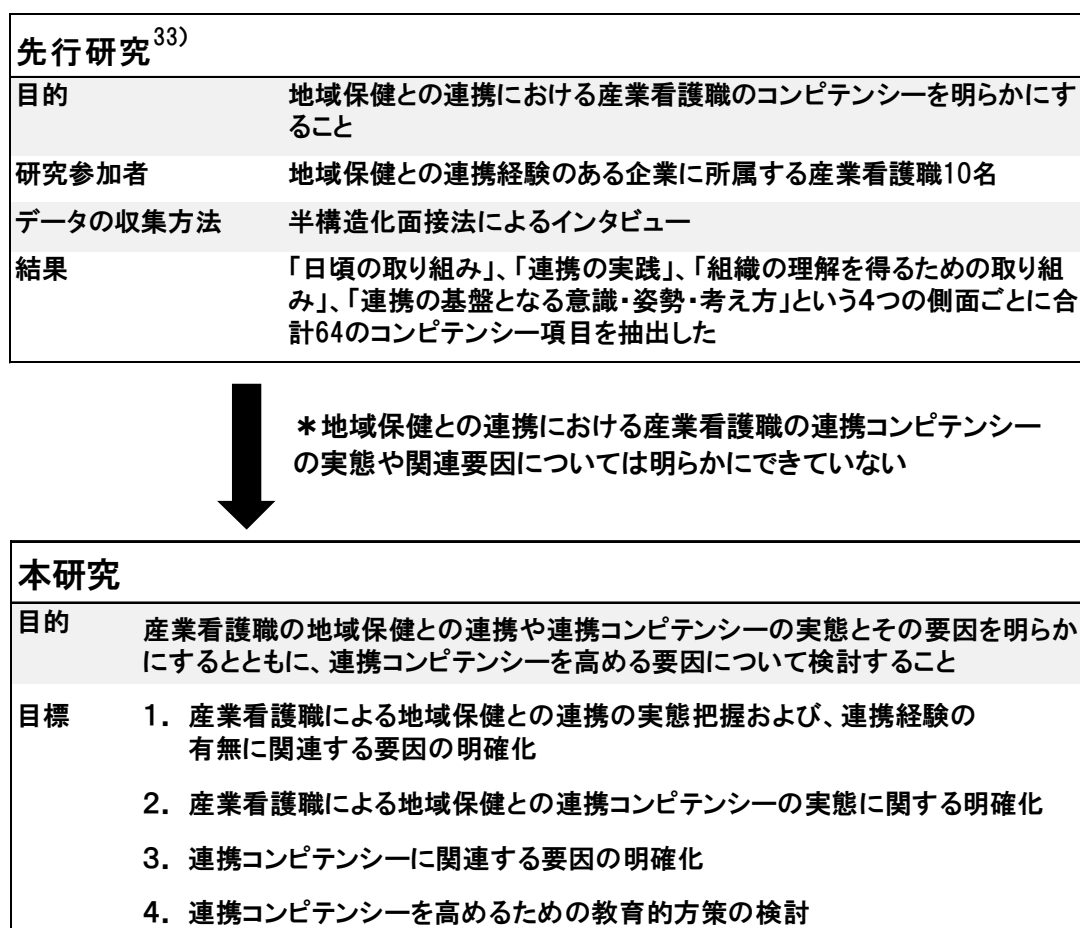


図1 研究の概要

2. 先行研究³³⁾：地域保健との連携における産業看護職のコンピテンシーに関する検討（2017）（先行研究の時点では、「連携コンピテンシー」と定義していないため、「コンピテンシー」という用語を用いる。）

【目的】

地域保健との連携における産業看護職のコンピテンシーを明らかにすること。

【研究参加者】

地域保健との連携経験のある企業に所属する産業看護職 10 名とした。研究参加者の選定にあたり、地域保健との連携における産業看護職のコンピテンシーを言語化するうえで必要な条件について検討した。研究参加者に必要な条件および、研究参加者抽出の経緯を以下に示す。

＜研究参加者に必要な条件＞

地域保健との連携において、充実した実践経験を持つ産業看護職であること。

例)

- ・電話やメールなど通信手段を用いた連携のみではなく、地域保健担当者と直接会って連携した経験がある。
- ・地域保健担当者と、従業員の健康課題の解決に向けた協議をした経験がある。
- ・地域保健関係者と保健事業等を共に企画・実施した経験がある。

＜研究参加者抽出の経緯＞

- 1) 企業に所属する産業看護職 1004 名を対象とした自記式質問紙調査²³⁾を実施し、地域保健との連携経験があると回答した者に電話インタビュー調査に協力する意思を問う質問項目を設定した。
- 2) 質問紙調査の回答者である産業看護職自ら所属・氏名を明記の上、研究への協力の意思を示した 44 名の産業看護職を研究参加者として電話インタビュー調査を実施した。電話インタビューにより、地域保健との連携状況を確認した結果、用語の定義に該当する「地域保健との連携」に取り組んでいる者は 40 名であった。また、充実した連携の経験を持つ者は 17 名であった。
- 3) 産業看護職自身が研究への協力意思を示し、上司である所属長からも研究協力の承諾が得られた者、また、日程・会場の都合を調整することができた 10 名の産業看護職を研究参加者とした。

【データの収集方法】

インタビューガイドを用い、半構造化面接法によるインタビューを実施した。インタビューの際は研究参加者の了解を得て IC レコーダーに録音し、録音内容は逐語録を作成してデータとした。インタビューの時間は約 60 分とし、インタビュー内容は所属する企業の業種、担当従業員数や研究参加者の経験年数、資格等の基本属性と、これまでに経験した地域保健との連携の経緯・内容とした。地域保健との連携の経緯・内容については、事前の電話インタビューで聴取していた内容「連携のきっかけや経緯(事例の概要を含む)」「連携の対象・方法・頻度」を再度、語って頂く形で進行し、インタビュー内容で不明瞭な部分については、随時、焦点化や確認のための質問を行った。

【分析方法】

研究参加者のインタビューにおいて、産業看護職が地域保健との連携を行うにあたり、連携を行う前の準備段階として「日頃の取り組み」、連携そのものである「連携の実践」があることが語

られた。また、産業看護職は組織の一社員として雇用されていることから、「上司や同僚など、組織の理解を得なければ連携に取り組めない」という語りが聞かれた。さらに、「地域保健との連携を行うにあたっての意識や姿勢が大事」といった深層的な能力に関する内容についても語られた。これらのことから、「日頃の取り組み」、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」というコンピテンシーの4つの側面を設定した。分析手法は Mayring の提唱する要約的内容分析を用いた。Mayring の要約的内容分析は、重要でない文章や同じ意味の言い換えを削除したり、同じ意味の言い換えを束ねて要約する段階を経て主要なカテゴリーへまとめていく手法である。データをより詳細に説明するための言い換えを用いることが特徴的である。データをコード化した後、「日頃の取り組み」、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」という4つの側面毎に分け、類似するものをまとめてサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。

【結果】

設定した4つの側面（「日頃の取り組み」、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」）毎に、地域保健との連携における産業看護職のコンピテンシーとして、64のコード（コンピテンシー）、19のサブカテゴリー、9つのカテゴリーが生成された。4つの側面毎のコンピテンシーの項目数の内訳は、以下の通りである。「日頃の取り組み」に関するコンピテンシー19項目、「連携の実践」に関するコンピテンシー24項目、「組織の理解を得るための取り組み」に関するコンピテンシー9項目、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関するコンピテンシー12項目。

【考察】

これからは従業員やその家族も含めた生活全体、人生全体をみる姿勢や考え方を基盤として地域保健との連携に取り組むことが求められ、産業看護職がこれらのコンピテンシーを習得するための機会が必要であると考えられた。また、研究参加者らは、産業看護職1名体制のような専門職の人的資源が乏しい環境であってもカテゴリーとして抽出された《地域保健担当者との関係性の構築》や《地域が持つ社会資源の活用》等のコンピテンシーを用いながら地域保健と連携し支援の充実を図っていることが伺えた。

Ⅲ. 概念枠組み

産業看護職による地域保健との連携経験の有無と背景要因および、連携コンピテンシーについて、図2に概念枠組みを示す。本研究は、関連探索研究であり、概念間の関わりを明らかにするために概念枠組みを作成した。初めに、図2に示した概念と矢印の意味を説明する。所属に関する基本情報および、産業看護職自身の基本情報については連携経験の有無に影響する可能性が考えられたが、それらの状況は疫学研究の時間的關係性原則から、連携経験の有無によって変化するものではないため、背景要因から連携経験の有無への一方向の矢印で示した(①)。また、自己研鑽・学習経験等および、連携の必要性に関する認識と、必要性を認識する理由については、連携経験によって変化する可能性が考えられたため、双方向の矢印で示した(②)。①と同様に、所属に関する基本情報および、産業看護職自身の基本情報については連携コンピテンシーに影響する可能性が考えられたが、それらの状況は疫学研究の時間的關係性原則から、連携コンピテンシーの状況によって変化するものではないため、背景要因から連携コンピテンシーへの一方向の矢印で示した(③)。また、②と同様に、自己研鑽・学習経験等および、連携の必要性に関する認識と、必要性を認識する理由については、連携コンピテンシーによって変化する可能性が考えられたため、双方向の矢印で示した(④)。

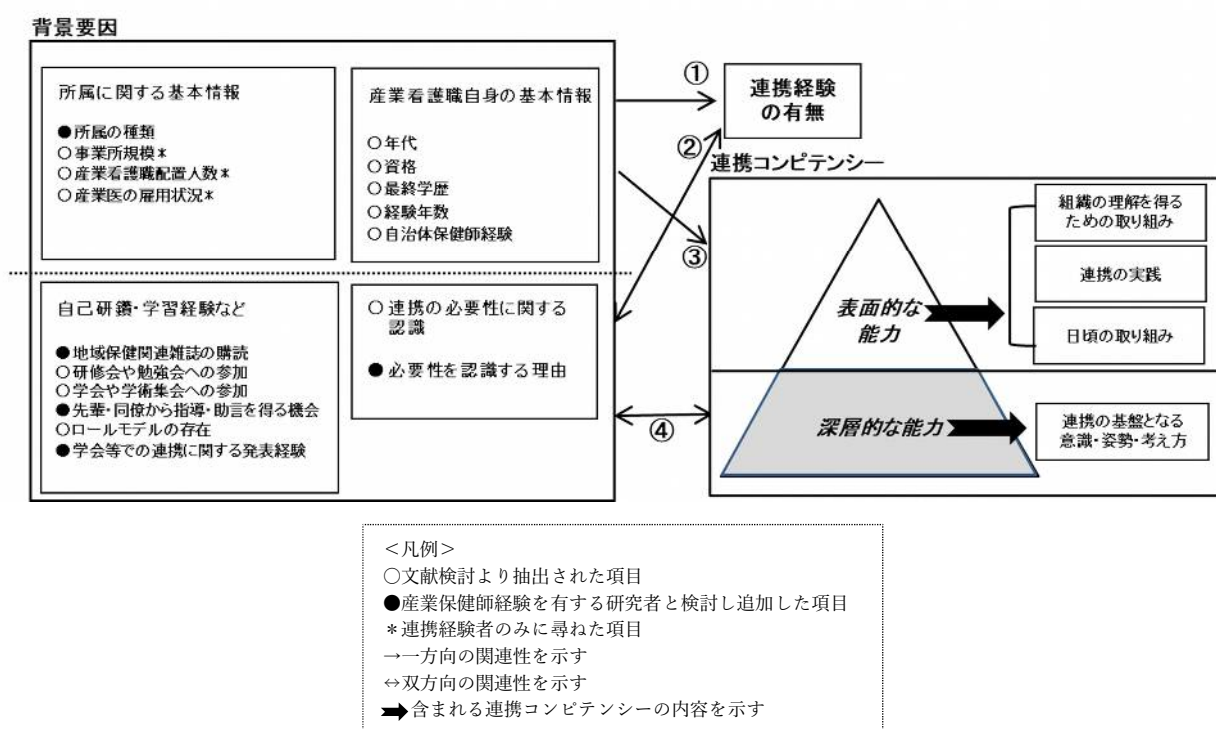


図2：産業看護職による地域保健との連携コンピテンシーとその背景要因

次に、文献検討および、研究者との検討により抽出された背景要因について説明する。背景要因のうち、文献検討により抽出されたものを纏めて示す（表 1）。所属に関する基本情報として、「事業所規模^{22), 113), 114)}」、「産業看護職配置人数^{22), 114)}」、「産業医の雇用状況⁶⁶⁾」、産業看護職自身の基本情報として、「年代⁶⁵⁾」、「資格¹¹¹⁾」、「最終学歴^{41) 111)}」、「経験年数^{22), 65), 113), 114)}」、「自治体保健師経験¹¹¹⁾」、自己研鑽・学習経験などとして、「研修会や勉強会への参加^{65), 113), 114)}」、「学会や学術集会への参加^{65), 114)}」、「ロールモデルの存在²²⁾」、「ガイドラインを読んだ経験²²⁾」、および連携の必要性の認識²²⁾ である。

表1 文献検討により抽出した背景要因

背景要因		先行研究		
種別	項目	文献番号	タイトル	左記の背景要因が関連していた事象
所属に関する基本情報	事業所規模	22	自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査	職域との連携
		113	市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因	市町村保健師の専門的能力の認知
		114	北陸の市町村保健師の専門能力とその関連要因	市町村保健師の専門能力
	産業看護職配置人数	22	自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査	職域との連携
		114	北陸の市町村保健師の専門能力とその関連要因	市町村保健師の専門能力
	産業医の雇用状況	66	Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors	ケアプラン開発における専門職間連携
産業看護職自身の基本情報	年代	65	産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携促進要因	産業看護職と安全衛生担当事務職との連携
	資格	111	行政保健師が職域との連携の創出に用いた技術	職域との連携
	最終学歴	41	全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究	市区町村保健師の連携
		111	行政保健師が職域との連携の創出に用いた技術	職域との連携
	経験年数	22	自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査	職域との連携
		65	産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携促進要因	産業看護職と安全衛生担当事務職との連携
		113	市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因	市町村保健師の専門的能力の認知
		114	北陸の市町村保健師の専門能力とその関連要因	市町村保健師の専門能力
	自治体保健師経験	111	行政保健師が職域との連携の創出に用いた技術	職域との連携
自己研鑽・学習経験など	研修会や勉強会への参加	65	産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携促進要因	産業看護職と安全衛生担当事務職との連携
		113	市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因	市町村保健師の専門的能力の認知
		114	北陸の市町村保健師の専門能力とその関連要因	市町村保健師の専門能力
	学会や学術集会への参加	65	産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携促進要因	産業看護職と安全衛生担当事務職との連携
		114	北陸の市町村保健師の専門能力とその関連要因	市町村保健師の専門能力
	ロールモデルの存在	22	自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査	職域との連携
	ガイドラインを読んだ経験	22	自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査	職域との連携
連携の必要性に関する認識		22	自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査	職域との連携

さらに、産業保健師経験 10 年以上を有し、5 地域以上の地域・職域連携のあり方に関する検討に携わってきた研究者 1 名と共に、文献検討では抽出されなかった背景要因が他に無いか検討し

た。この研究者の知見を取り入れることは、連携コンピテンシーに関連する要因についての先行研究が無い現時点においては、有効な手段であると考えた。

検討方法として、まず初めに、先行研究³³⁾のインタビューにおいて、研究参加者に「これまで地域保健との効果的な連携方法に関して学んだり、情報を得たりしたことがあるか？」という質問をした際、得られた内容を基にし、追加する背景要因の項目を選定した。その結果、「地域保健関連雑誌の購読」、「先輩・同僚から指導・助言を得る機会」、「学会等での連携に関する発表経験」が選定された。その後、完全に一致する表現ではないものの、連携コンピテンシーに関連する背景要因として参考になる内容が記載された先行研究との突合を行った。この一連の過程において研究者の意見を確認し、追加する背景要因を検討した。

「地域保健関連雑誌の購読」については、自治体保健師の施策化能力に関連する要因を検討した論文¹³¹⁾において、関連要因の一つに自治体の基礎資料や国の動向などの「情報収集」があがっていたことより、情報収集の具体的方法として、本項目を背景要因に取り入れることが妥当だと考えた。「先輩・同僚から指導・助言を得る機会」については、自治体保健師の専門能力に「職場内の学習会や事例検討会の有無」¹³²⁾が、対人支援能力の認知に「先輩の有無」が影響している論文¹³³⁾もみられたため、背景要因に追加した。また、「学会等での連携に関する発表経験」については、日本産業衛生学会の産業保健看護専門家制度²⁷⁾において、その登録要件として「学会での発表経験」が義務付けられていることや日本産業衛生学会への出席が求められていることにより、日常業務に問題意識をもって地域保健との連携に取り組む姿勢に関係する要因として妥当性があると考えた。

「所属の種類」については、産業部門で働く看護職は、企業に所属する者は基本的に労働安全衛生法²⁾に基づき、労働者の健康保持増進に関わるが、健康保険組合に所属するものは健康保険法¹³⁴⁾および高齢者の医療の確保に関する法律¹³⁵⁾に基づいて労働者および家族の健康の保持増進に関わる。また、労働衛生機関ではこれら3つの法を把握しつつ、企業や労働者を顧客として対応する等、活動の準拠となる法令の違いから活動の目的が異なるため、背景要因の項目に入れておくことが妥当だと考えた。

「連携の必要性に関する認識」については文献検討により抽出した。産業看護職の事業化提案決定に至るまでの思考過程に関する論文¹³⁶⁾において、産業看護職が問題解決の必要性を認識して事業化を提案する前から「事業場に存在する課題を気にかけている」、「場の特性を理解している」、「専門職としての責任感がある」という思考をもっていることが示唆された。産業看護職がどのような思考をもって連携の必要性を判断しているのか、その理由を明らかにすることで、地域保健との連携に関連する要因を検討する際の一助となると考え、「地域保健との連携の必要性を認識する理由」を追加した。

以上のように、先行研究³³⁾における研究参加者の回答を基に、研究者の意見の裏付けを確認して、これら5項目を背景要因に加えることが妥当だと判断した。そして、これらの背景要因が連携経験の有無や連携コンピテンシーと関連している可能性があると考えた。

IV. 用語の定義

1. 地域・職域連携

地域保健と職域保健の関係者が地域住民や従業員の生涯を通じた健康づくりを目指し、それぞれの機関が有している健康情報を共有しながら健康相談・健康教育等の保健事業に取り組み、より効果的、効率的な健康増進活動を展開すること。

2. 地域保健との連携

産業看護職が地域保健担当者（県・保健所・特別区・政令市・市町村の保健師・栄養士、その他の専門職、事務担当者等）と健康情報を共有する、個別支援において協働する、各種保健事業の改善や充実および共通の健康課題の解決に向けて協議する、保健事業等を共に展開する、などといった活動を実施している状態。

3. 産業看護職

企業、健康保険組合、労働衛生機関、企業内診療所等に所属し、且つ、日本産業衛生学会に所属している保健師・看護師で、産業保健活動に従事している者。

4. 連携コンピテンシー

地域保健との連携において卓越した成果を生む基となる能力。本研究の連携コンピテンシーには、地域保健との連携における表面的な能力（目に見える部分）としての知識や技術と、深層的な能力（目に見えない部分）としての意識・姿勢・考え方を含む。また、技術には、地域保健との連携に取り組んでいる者だからこそ行われる独特な動き（行動様式）を含む。

V. 質問紙調査票の作成プロセスと調査項目

概念枠組みをもとに質問項目を構成した。

1. 連携コンピテンシー

調査項目のうち、地域保健との連携コンピテンシーについては、著者の先行研究を参考とした³³⁾。本先行研究は、「第3章 研究方法 II. 研究の概要」に記載した通り、充実した連携経験を持つ産業看護職 10 名を対象としたインタビュー調査を行い、質的内容分析（Mayring の手法）により抽出した合計 64 の連携コンピテンシー項目を用いた。質問紙調査票の作成段階で実施したプレテスト（以下、1）に述べる）実施後、経験年数 10 年以上の産業保健師経験を有する研究者と検討を重ねた結果、他項目と重複する内容の連携コンピテンシー5 項目については削除し、合計 59 項目とした（表 2）。地域保健との連携コンピテンシーに関する内容的妥当性については、以下 1）に示す通り、先行研究³³⁾においてフォーカス・グループ・インタビューにより検証し、今回、質問紙調査を実施するにあたり、質問項目の適切性や回答し易さ等を確認するため、プレテストを実施した。

1) フォーカス・グループ・インタビュー（FGI）の実施

先行研究³³⁾において、その研究参加者である産業看護職 10 名を 2 グループに分け、学識経験者 1 名が加わり、FGI を実施した。この FGI において連携コンピテンシーの内容についてディス

カッションを行いながら表現の追加や修正を行い検証した。

2) プレテストの実施

(1) 対象者：地域保健との連携経験を有する産業看護職7名、および産業看護職として15年以上の経験を有する者（学識経験者・産業看護職）5名

(2) 確認事項：回答に要する時間、質問項目の適切性や回答し易さとその理由、回答の選択肢の追加・修正の必要性等

(3) プレテスト結果に基づく主な追加・修正事項：

①連携実施時の所属および担当事業所の職場環境（事業所規模・産業保健スタッフの配置人数・支援形態等）について明確に情報が取れるような設問を追加した。

②連携コンピテンシーの尋ね方について、地域保健との連携頻度は少ないため、連携時の行動様式として6件法で回答するのは難しいという意見が複数あり、前段階で「連携経験の有無」を尋ねることから、連携コンピテンシーも「経験」として尋ねた方が回答しやすいとの意見があったため、そのように修正した。

③内容が重複している、連携場面が特定されていて答えにくいとの意見があった連携コンピテンシー5項目について削除し、質問紙調査の段階で全59項目の連携コンピテンシーとした。

表2 連携コンピテンシー

側面	No.	先行研究における連携コンピテンシー
日頃の取り組み	V901	従業員との面談の際、プライベートに関する質問も織り交ぜ、従業員が家族の問題についても相談できる雰囲気と関係性を作る
	V902	従業員が働く上で家族が健康であることの重要性を保健指導に盛り込み、家族の話題を切り出しやすい雰囲気を作る
	V903	休憩中など面談以外の場でも従業員の本音が出やすいタイミングで声を掛け、家族の問題を早めに引き出す工夫をする
	V904	地域保健の組織や役職、その役割について情報を収集する
	V905	家族にも役立つよう子どもから高齢者まであらゆる年代の情報を収集する
	V906	これまでに知り合った地域保健担当者に直接、連絡して欲しい情報を収集する
	V907	市報やフリーペーパー、自治体のホームページを閲覧し、情報を収集する
	V908	事業所所在地、またはそれ以外の市町村で開催される保健事業に産業看護職自身が参加して情報を収集する
	V909	地域保健開催の研修会が無いかわりに問い合わせ、次回から案内を貰う
	V910	地域保健関連の学会や研修会へ積極的に参加して情報を収集する
	V911	地域保健主催の会議や委員会に委員として参加して情報を収集する(都道府県もしくは二次医療圏の地域・職域連携推進協議会、保健計画作成・改訂に関する会議など)
	V912	従業員が情報を求めた時、すぐに提案できるように情報をわかりやすく集約しておく
	V913	地域保健関連の学会に参加した際、積極的に名刺交換をする
	V914	保健師が所属する部署へ名刺を持って挨拶に行く
連携の実践	V1001	従業員へ地域保健の相談窓口を紹介し、まずは自身で連絡してみるよう促す
	V1002	地域保健担当者に相談するメリットを従業員が理解出来るよう説明する
	V1003	従業員が問題解決の方法を知り、地域資源を活用出来るよう支援する
	V1004	従業員が地域保健の相談窓口へ連絡した後、問題解決の方向性がみつかったか確認する
	V1005	地域保健担当者へ予め、公表できる範囲内での情報提供であることを明言する
	V1006	従業員の個人情報一旦、伏せた上で地域保健に関する情報を収集し、従業員へ伝える
	V1007	個人情報を地域保健担当者へ伝える際は、必ず従業員やその家族の同意を得る
	V1008	従業員自ら相談窓口で電話し、途中から看護職が交代し具体的な説明を引き継いで行う
	V1009	窓口が分からず、たらい回しにされる経験を従業員がする前に、看護職同士で相談しやすい環境を整える
	V1010	必要に応じて従業員と共に地域保健機関に出向き、地域保健担当者へ要領良く情報を伝える
	V1011	地域保健主催の保健事業へ従業員やその家族を紹介し参加させる
	V1012	従業員の住所地は異なっても、事業所所在地の行政区内勤務者として保健事業へ参加させる
	V1013	タイミングを図りながら産業看護職以外にも地域保健事業への参加者を募る(メンタルヘルス不調の事例が発生した際に職場の上司を研修会に誘うなど)
	V1014	安全衛生委員会の場で地域保健事業を紹介し、産業看護職以外の参加者を募る
	V1015	協働する保健事業の目的や産業看護職がこの保健事業に取り組む思いを地域保健担当者と共有する
	V1016	共催する保健事業の企画書を地域保健担当者と共に作成する
	V1017	地域保健師へ従業員の家庭訪問を依頼する際は、その負担にも出来るだけ配慮する(対象者宅近くへ行ったついででも良い、家族の同意も取れていることを伝えるなど)
	V1018	休職中または、休職満了後の従業員への支援を地域保健担当者に依頼し引き継ぐ

連携の実践 (つづき)	V1019	自治体の健診方法や保健事業などについて情報を集め、退職者へ説明する
	V1020	退職時にこれまでの健診結果を集約して渡し、地域保健での健診に繋げる
	V1021	地域保健からの講演依頼は極力受け、産業看護の現場で取り組んでいる具体的な活動内容について説明する
	V1022	地域保健主催の会議の場で、産業看護職の業務内容や役割を紹介する
	V1023	健康教育用のパネルなどを借りて活用する
	V1024	健康教育用のパンフレットやリーフレットを提供して貰い活用する
組織の理解 を得るための 取り組み	V1101	国家的な取り組みである地域・職域連携の意図や目標を分かり易く伝える
	V1102	地域保健と連携し退職後の従業員やその家族を支援することで、会社のブランドイメージを維持・向上出来る可能性について説明する
	V1103	従業員の家族の健康課題であっても、それが従業員の困りごとである以上、従業員への支援であることを前面に出し説明する
	V1104	従業員の就労継続のために連携が必要であることを、これまでの支援経緯も示しながらわかりやすく説明する
	V1105	従業員が他事業所へ移動した場合、退職した場合など先の見通しを示しながら連携の必要性を説明する
	V1106	連携の目的を明記した企画書を作成し、提示する
	V1107	地域保健との協働イベントの効果を数値などにより具体的に示す
	V1108	地域保健担当者との連携で従業員への個別支援が解決したことを示す
	V1109	保健所や市町村などの地域保健機関から無料で専門職を派遣してくれることを強調し、協働事業の承認を得る
連携の基盤となる意識・姿勢・考え方	V1201	メンタルヘルス不調の原因は仕事だけではない
	V1202	家族の健康状態と従業員の健康状態は深く関連している
	V1203	家族介護などの問題で従業員が急遽現場を離れるリスクを考えると家族ケアは優先すべき課題である
	V1204	従業員の過去から未来まで人生全体を視野に入れる
	V1205	産業保健の枠だけにこだわらず、保健師だけの枠にこだわらず、多職種と連携する姿勢をもつ
	V1206	健康問題を抱えている従業員にとっては地域保健も産業保健も関係ない
	V1207	産業看護職自身に知識が無い、対応出来ない問題を抱えた際は、事業所外にも支援を求めることが当たり前である
	V1208	産業看護は公衆衛生看護の一部であることを再認識し、産業看護職として国・地域のために何が出来るのか考える
	V1209	退職の時点で従業員に支援の必要性があれば、その先のこともコーディネートするのは産業看護職の役割である
	V1210	従業員、上司、病院、施設、地域との連携において、産業看護職はコーディネーターの役割を果たす
	V1211	連携に障壁を感じた時、産業看護職は従業員のために働いていることを再認識する
	V1212	地域保健にとって産業看護職は産業保健の専門家としてのリソースである

次に、連携コンピテンシーに関する調査項目の尋ね方について説明する。「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー（14 項目）、「連携の実践」に関する連携コンピテンシー（24 項目）、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー（9 項目）については、「全く経験無し」、「あまり経験無し」、「時々経験有り」、「頻繁に経験有り」の 4 件法で尋ねた。本来、コンピテンシーの目に見える部分（スキル・知識）に関するコンピテンシーは、「獲得する」、「(技術として) できる」という動詞を使うことが多いが、本質問紙調査では、回答者の主観に頼るのではなく、「経験したか否か」の事実を確認することを目的として回答を求めた。また、深層的な能力として、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシー（12 項目）を設定した。この連携コンピテンシーは、「全くあてはまらない」、「2 割くらいあてはまる」、「4 割

くらいあてはまる」、「6割くらいあてはまる」、「8割くらいあてはまる」、「ほぼ10割あてはまる」の6件法で尋ねた。

2. 連携経験の有無

地域保健との連携経験として、「連携した経験がある」、「連携した経験は無い」の2件法で尋ねた。また、「連携した経験がある」と回答した者には、連携時の事業所規模、看護職数、産業医の雇用形態、連携対象の所属や職種について尋ねた。

3. 背景要因

(1) 所属に関する基本情報、産業看護職自身の基本情報

回答者の基本情報として、所属に関する基本情報（所属の種類、事業所規模、産業看護職配置人数等）と産業看護職自身の基本情報（年代、資格、最終学歴、現職での経験年数等）を尋ねた。

(2) 自己研鑽・学習経験等

自己研鑽・学習経験等の状況について、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の購読」、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」、「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会」等の9項目について、「有り」、「無し」の2件法で尋ねた。

(3) 連携の必要性に関する認識と必要性を認識する理由

地域保健との連携の必要性に関する認識について、「強く感じている」、「少し感じている」、「あまり感じていない」、「全く感じていない」の4件法で尋ねた。また、必要性を認識する理由について、「従業員自身が持つ健康課題を解決する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」、「妊娠中・育児中の従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」等、10項目のうちから当てはまるものすべて選択する形式で尋ねた。

VI. 研究対象者

(社) 日本産業衛生学会の会員である産業看護職 2574 名とした。

VII. 調査方法と調査期間

1. 調査方法

日本産業衛生学会事務局に「名簿使用許可申請書」を研究計画書と共に送付し、日本産業衛生学会理事会での審議によって名簿使用の承諾を得た後、対象者の宛名シールを取得した。研究対象者への依頼状【資料1】、質問紙調査票【資料2】と共に返信用封筒を同封して対象者へ送付した。

質問紙調査票は無記名、自記式によるものであり、郵送による回収とした。

2. 調査期間

2017年4月1日～2017年5月31日までとした。

VIII. 分析方法

1. 基礎集計

目標 1 における産業看護職による地域保健との連携の実態および、目標 2 における産業看護職の連携コンピテンシーの実態を明らかにするため、背景要因である、産業看護職の所属に関する基本情報、産業看護職自身の基本情報、および自己研鑽・学習経験等の状況、また、地域保健との連携経験の有無について基礎集計を行った。連携コンピテンシーについては連携経験者のみが回答し、その経験状況を集計した。また、連携コンピテンシーの 4 つの側面毎に合計得点を算出し、箱ひげ図により合計得点の分布状況を確認した。「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー、「連携の実践」に関する連携コンピテンシー、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーについては、「全く経験無し」1 点、「あまり経験無し」2 点、「時々経験有り」3 点、「頻繁に経験有り」4 点として、各項目ごとに合計得点を算出した。「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーについては、「全くあてはまらない」0 点、「2 割くらいあてはまる」1 点、「4 割くらいあてはまる」2 点、「6 割くらいあてはまる」3 点、「8 割くらいあてはまる」4 点、「ほぼ 10 割あてはまる」5 点として合計得点を算出した。

2. 産業看護職による地域保健との連携経験の有無による比較

目標 1 における地域保健との連携経験の有無に関連する要因をあきらかにするため、連携経験の有無による各背景要因の比較検討を行った。「連携経験有り群」と「連携経験無し群」に分け、連携経験の有無と、所属に関する基本情報（所属の種類、事業所規模、産業看護職配置人数等）と産業看護職自身の基本情報（年代、資格、最終学歴、現職での経験年数等）および、自己研鑽・学習経験等の状況、連携の必要性に関する認識について比較した（ χ^2 検定、Mann Whitney の U 検定）。また、従属変数を連携経験の有無として多重ロジスティック回帰分析（変数増加法＜尤度比＞）を行った。独立変数は、 χ^2 検定、Mann Whitney の U 検定で $p < 0.05$ の有意な関連が認められた基本情報（年代、衛生管理者の資格、産業保健専門家の資格、最終学歴が専門学校、現在の所属における経験年数、産業看護職としての通算経験年数、企業内産業保健部門所属）、連携の必要性に関する認識、自己研鑽・学習経験等の状況（「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」、「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験」）計 13 項目を投入した。その際、現在の所属における経験年数、産業看護職としての通算経験年数は連続変数、その他の背景要因は 2 値変数 (0, 1) とした。得られた最終モデルに関して、モデルの有意性、ならびに適合度の検定を実施した。最終モデルに残った独立変数については、オッズ比 (OR)、95%信頼区間 (95%CI)、有意水準 (p) を確認した。

3. 産業看護職による地域保健との連携コンピテンシーの構成概念に関する妥当性検証

目標 3 に記載した連携コンピテンシーの関連要因を明らかにするための前段として、まず初めに連携コンピテンシーの構成概念に関する妥当性の検証を行った。前述した「日頃の取り組み」、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」

という連携コンピテンシーの4つの側面ごとに次の1)～3)に示す手順で実施した。

1) 項目分析

日頃の取り組みに関する連携コンピテンシー、連携の実践に関する連携コンピテンシー、組織の理解を得るための取り組みに関する連携コンピテンシーについては、各項目の平均値±標準偏差が4以上（天井効果）でないこと、1以下（床効果）でないこと、連携の基盤となる意識・姿勢・考え方に関する連携コンピテンシーについては、各項目の平均値±標準偏差が6以上（天井効果）でないこと、1以下（床効果）でないことを確認した。さらに、I-T 相関分析（Item-Total Correlation Analysis）で相関係数0.4未満の項目が無いことを確認した。

2) 確認的因子分析

連携コンピテンシーの各項目が4つの側面（仮説モデル）に合致するかを確認するために共分散構造分析を行い、モデルの適合度を算出した。分析の段階で、修正指数と改善度、モデルの適合度を確かめながら、連携コンピテンシー的内容的に類似した意味を持つ項目については削除した。

3) 信頼性の検証

4つの側面毎に含まれる個々の連携コンピテンシー項目が内的整合性を持つか確認するため、Cronbach の α 係数を算出した。

4. 連携コンピテンシーの全体構造に関する検討

前項「3. 連携コンピテンシーの構成概念に関する妥当性検証」と同様に、目標3に記載した連携コンピテンシーの関連要因を明らかにするための前段として、連携コンピテンシーの4つの側面をひと纏まりとした全体構造に関する検証を行った。共分散構造分析を行い、モデルの適合度、および内的整合性を確認した。

5. 連携コンピテンシーに関連する背景要因の検討

目標3における連携コンピテンシーに関連する要因を明らかにするため、背景要因の項目ごとに、基礎集計で算出した各連携コンピテンシー合計得点の比較を行った。基本情報（年代、資格、最終学歴、自治体保健師経験、現在の所属における経験年数、産業看護職としての経験年数、所属の種類、産業医の雇用状況、看護職の配置人数）を2値データに変換の上、群に分け、Mann-Whitney の U 検定によって、連携コンピテンシーの中央値を比較した。同様に、自己研鑽・学習経験等の有無により群分けし、連携コンピテンシーの中央値を比較した。さらに、従属変数を4つの連携コンピテンシー毎の合計得点として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。重回帰分析実施の前に、目的変数の残差について正規性 Q-Q プロットを確認し、4つの連携コンピテンシー全てにおいて直線上に分布することを確認した。独立変数は、各連携コンピテンシー毎に Mann-Whitney の U 検定で $p < 0.1$ の関連が認められた基本情報および、自己研鑽や学習経験の状況を投入した。各連携コンピテンシー毎の投入項目は次のとおりである。「日頃の取り

組み」に関するコンピテンシーの投入項目は、「年代」、「産業カウンセラーの資格の有無」、「衛生管理者の資格の有無」、「自治体保健師経験の有無」、「企業内産業保健部門所属か否か」、「産業医雇用状況（1. 専任、2. 嘱託）」、および自己研鑽や学習経験の状況（「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」、「日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加」、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の購読」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験」）の12項目である。「連携の実践」に関するコンピテンシーの投入項目は、「年代」、「衛生管理者の資格の有無」、「企業内産業保健部門所属か否か」、「産業医雇用状況（1. 専任、2. 嘱託）」、および自己研鑽や学習経験の状況（「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の購読」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験」）の9項目である。「組織の理解を得るための取り組み」に関するコンピテンシーの投入項目は、「衛生管理者の資格の有無」、「企業内産業保健部門所属か否か」、「産業医雇用状況（1. 専任、2. 嘱託）」、および自己研鑽や学習経験の状況（「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」、「日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加」、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の購読」、「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験」）の10項目である。「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関するコンピテンシーの投入項目は、「産業カウンセラーの資格の有無」、「産業医雇用状況（1. 専任、2. 嘱託）」、および自己研鑽や学習経験の状況（「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在」）の5項目である。

統計解析ソフトは、IBM 社 SPSS statistics Ver.25.0 および、Amos Ver. 25.0 を使用し、有意水準を5%とした。

IX. 倫理的配慮

1. 看護に関する倫理指針の遵守

本研究は、厚生労働省「人を対象とする医学系研究における倫理指針」、日本看護協会「看護研究における倫理指針」、日本産業衛生学会「産業保健専門職の倫理指針」に基づく倫理原則、「東海大学健康科学部倫理委員会規定」、および本研究実施計画書を遵守して実施した。

2. 倫理委員会

本研究の実施に関しては、東海大学健康科学部倫理委員会の承諾を得た（2016 年 11 月 10 日 第 16-05-1 号）。

3. 対象者の名簿入手方法について

名簿の入手に関しては、日本産業衛生学会理事会に依頼書を提出の上、理事会の審議により承諾を得た。

4. 研究対象者への承認取得の方法

質問紙調査票（資料 2）は、（社）日本産業衛生学会に産業看護職自身が登録している勤務先もしくは、自宅に郵送した。質問紙調査票送付の際は、次の①～⑦の事項を記載した協力依頼文書（資料 1）および、返信用封筒を同封し、本人の自由意思に基づいて投函できる方法をとった。また、質問紙の回答、および投函をもち同意を得たとみなす旨を文書により説明し研究参加への承認を得た。尚、質問紙調査票は無記名、自記式によるものであり、協力依頼文書には、回答した内容を研究以外の目的で使用することはないこと、質問紙回収後の同意撤回はできないことを明記した。

- ① 研究の目的
- ② 研究の方法
- ③ 質問紙回答の所要時間
- ④ 質問紙調査への協力の自由について
- ⑤ 研究に対する倫理的配慮
- ⑥ 情報の保護・保管について
- ⑦ 研究代表者の氏名、職名及び連絡先

5. プライバシーの保護

研究対象者の匿名性を保持するために、質問紙調査は無記名式とした。

6. 情報の保護・保管

研究対象者のプライバシーの保護・データの秘密保持のため「個人情報保護法」（2005 年 4 月施行）に基づいて管理した。

- 1) データは、研究以外の目的には使用しない。
- 2) 質問紙調査票は、研究代表者の所属機関内にある研究室に設置された施錠できる保管庫に保管し、研究終了後 5 年間、保管する。また、鍵の保管・管理は研究代表者が責任を持って行う。
- 3) 質問紙調査票は、5 年間の保管後、シュレッダーにより破砕処分とする。
- 4) 質問紙調査結果の入力データは USB メモリに 5 年間保存し、その後、データを完全消去する。

第4章 研究結果

I. 回収結果および、回答者の特性（目標1に関する結果）

対象者 2574 名中 815 名（回収率 31.7%）から回答が得られた。そのうち、地域保健との連携経験の有無について無回答の者 31 名、連携経験ありと回答した者のうち、連携コンピテンシーの活用状況について欠損値のある者 28 名を除き、756 名を有効回答とした（有効回答率 92.8%）。

回答者の基本情報（表3）について、年代は40代以上の者が69.0%と多く、その内訳をみると40代が全体の36.4%と最も多かった。保健師の資格を持つ者は80.2%、現在の所属における経験年数は平均10.9年、産業看護職としての通算経験年数は平均14.6年であった。また、過去に自治体保健師としての勤務経験が有る者は18.7%であった。産業看護職の所属は、企業内産業保健部門が64.7%で最も多く、次いで健康保険組合7.4%、労働衛生機関6.6%、教育機関6.6%であった。

表3 基本情報および、産業看護職の地域保健との連携経験の有無による比較

項	目	全体 N(%)	連携経験有り群 n(%)	連携経験無し群 n(%)	p値
N		756	257(34.0)*	499(66.0)	
年代 ¹⁾	30代以下	232(30.7)	61(23.7)	171(34.3)	**
	40代以上	522(69.0)	196(76.3)	326(65.3)	
	無回答	2(0.3)	0(0)	2(0.4)	
資格 ¹⁾	看護師	755(99.9)	257(100.0)	498(99.8)	—
	保健師	606(80.2)	206(80.2)	400(80.2)	
	衛生管理者	544(72.0)	212(82.5)	332(66.5)	
	産業カウンセラー	262(34.7)	101(39.3)	161(32.3)	
	産業保健看護専門家	178(23.5)	72(28.0)	106(21.2)	
最終学歴 ¹⁾	専門学校	247(32.7)	96(37.4)	151(30.3)	*
	短大専攻科	95(12.6)	27(10.5)	68(13.6)	
	大学	286(37.8)	86(33.5)	200(40.1)	
	大学院	120(15.9)	44(17.1)	76(15.2)	
	無回答	8(1.1)	4(1.6)	4(0.8)	
現在の所属における経験年数(年) ²⁾		10.9±8.7	12.5±9.2	10.1±8.4	***
産業看護職としての通算経験年数(年) ²⁾		14.6±9.3	17.0±9.6	13.3±8.9	***
自治体保健師としての経験のある者 ¹⁾		141(22.9)	56(26.7)	85(17.0)	
経験年数(年) ²⁾		5.8±5.9	5.6±5.3	5.9±6.3	
所属の種類 ³⁾	企業内産業保健部門	489(64.7)	189(73.5)	300(60.1)	***
	健康保険組合	56(7.4)	16(6.2)	40(8.0)	
	労働衛生機関	50(6.6)	12(4.7)	38(7.6)	
	教育機関	50(6.6)	13(5.1)	37(7.4)	
	医療機関	32(4.2)	6(2.3)	26(5.2)	
	企業内診療所	26(3.4)	3(1.2)	23(4.6)	
	行政機関	17(2.2)	3(1.2)	14(2.8)	
	無所属	8(1.1)	3(1.2)	5(1.0)	
	その他	19(2.5)	8(1.6)	11(2.2)	
	無回答	9(1.2)	4(1.6)	5(1.0)	

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

1) χ^2 検定による比較（無回答を除く）

2) Mann-WhitneyのU検定による比較

3) 企業内産業保健部門とそれ以外の所属における χ^2 検定による比較

※モデル作成の関係上、連携経験者のうちコンピテンシーの活用状況に関する問いに欠損のある者28名を削除した。

Ⅱ．産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識（目標 1 に関する結果）

産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識（表 4）について、全体では必要性を強く感じている者 27.9%、少し感じている者 53.0%、あまり感じていない者 16.4%、全く感じていない者 1.5%であった。また、連携の必要性を感じる理由（表 5）について、全体で最も割合が高かった理由は「介護が必要な高齢の親や家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」54.0%であり、次いで、「従業員自身が持つ健康課題を解決する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」52.5%、「難病や障害を持つ家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」49.5%、「メンタルヘルスの問題を抱える家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」47.2%であった。

表4 産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識

項目	全体 N(%)	連携経験有り群 n(%)	連携経験無し群 n(%)	p値
N	756	257	499	
連携の必要性の認識				
強く感じている	211(27.9)	106(41.2)	105(21.0)	***
少し感じている	401(53.0)	128(49.8)	273(54.7)	
あまり感じていない	124(16.4)	18(7.0)	106(21.2)	
全く感じていない	11(1.5)	3(1.2)	8(1.6)	
無回答	9(1.2)	2(0.8)	7(1.4)	

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

χ^2 検定による比較（無回答を除く）

表5 産業看護職が地域保健との連携の必要性を感じる理由（複数回答）

項目	全体 N(%)	連携経験有り群 n(%)	連携経験無し群 n(%)	p値
	756	257	499	
介護が必要な高齢の親や家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため	408(54.0)	160(62.3)	248(49.7)	
従業員自身が持つ健康課題を解決する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため	397(52.5)	170(66.1)	227(45.5)	**
難病や障害を持つ家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため	374(49.5)	158(61.5)	216(43.3)	*
メンタルヘルスの問題を抱える家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため	357(47.2)	153(59.5)	204(40.9)	**
地域保健が持つ物的資源を活用したいと考えるため	275(36.4)	120(46.7)	155(31.1)	*
地域保健が持つ人的資源を活用したいと考えるため	248(32.8)	108(42.0)	140(28.1)	*
妊娠中・育児中の従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため	213(28.2)	86(33.5)	127(25.5)	
健康イベントを企画・実施する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため	197(26.1)	97(37.7)	100(20.0)	***
地域保健主催の保健事業等の企画に従業員を参加させるなど、活用したいと考えるため	136(18.0)	65(25.3)	71(14.2)	**
都道府県や市町村等、地域保健からのニーズがあるため	61(8.1)	46(17.9)	15(3.0)	***
その他	20(2.6)	13(5.1)	7(1.4)	*

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

χ^2 検定による比較（無回答を除く）

Ⅲ. 産業看護職の地域保健との連携に関する自己研鑽や学習経験等の状況（目標 1 に関する結果）

産業看護職の地域保健との連携に関する自己研鑽・学習経験等の状況を示す（表 6）。表 6 内に記載した No. は各項目ごとに付された番号であり、V4 は資料 2 として掲載した質問紙調査票の問 4 を示す。「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」56.5%、「日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加」51.0%と、半数以上の者が地域保健関連の研修会や学会等に参加した経験があることがわかった。また、「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会」26.1%、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在」13.1%であった。

表6 産業看護職の地域保健との連携に関する自己研鑽・学習経験等の状況

No.	項目	全体 N(%)	連携経験有り群 n(%)	連携経験無し群 n(%)	p値
N		756	257	499	
V402	地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加	407(56.5)	177(72.0)	244(48.5)	***
V403	日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加	368(51.0)	130(53.1)	238(49.9)	
V401	地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の購読	221(29.2)	81(31.5)	140(28.1)	
V404	職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会	197(26.1)	89(34.6)	108(21.6)	***
V407	地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験	173(22.9)	94(36.6)	79(15.8)	***
V405	地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在	99(13.1)	45(17.5)	54(10.8)	*
V406	学会等で地域保健との連携について発表した経験	56(7.4)	34(13.2)	22(4.4)	***

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

χ^2 検定による比較（無回答を除く）

IV. 産業看護職の地域保健との連携経験の有無と、連携実施時の職場環境・連携対象者（目標 1 に関する結果）

地域保健との連携経験がある者は 257 名（34.0%）であった（表 3）。連携経験がある者を対象に連携実施時の職場環境と連携対象者について尋ねた（表 7）。事業所規模は 50～499 人が 28.0%と最も多く、次いで、1,000～2,999 人の 21.0%であった。また、連携実施時の産業看護職の配置数は、1 人のみが 35.0%と最も多く、その内訳としては保健師のみが 65.6%、看護師のみが 34.4%であった。連携実施時の産業医の雇用状況としては、嘱託産業医が 48.2%と約半数を占めた。

連携対象者は、県・保健所の保健師 54.9%、特別区・政令市・市町村の保健師 52.5%と半数以上を占めた。また、事務担当者や管理栄養士・栄養士と連携した者は 10%程度であった。

表7 地域保健との連携経験がある者の連携実施時の職場環境と連携対象

		人数(%)	
担当事業所の規模	50人未満	8(3.1)	
	50～499人	72(28.0)	
	500～999人	42(16.3)	
	1,000～2,999人	54(21.0)	
	3,000人以上	43(16.7)	
	無回答	38(14.8)	
産業看護職の配置数	1人	90(35.0)	
	2～4人	79(30.7)	
	5～9人	43(16.7)	
	10～20人	18(7.0)	
	20人以上	24(9.3)	
	無回答	3(1.2)	
産業医の雇用状況	専任	98(38.1)	
	嘱託	124(48.2)	
	無回答	35(13.6)	
連携対象者の所属 と職種	県・保健所	保健師	141(54.9)
		事務担当者	30(11.7)
		(管理)栄養士	30(11.7)
		その他の専門職	29(11.3)
	特別区・政令市・市町村	保健師	135(52.5)
		事務担当者	23(8.9)
		(管理)栄養士	26(10.1)
		その他の専門職	30(11.7)
	それ以外		19(7.4)
	無回答		1(0.4)

N=257

V. 産業看護職の地域保健との連携経験の有無による比較（目標 1 に関する結果）

基本情報および、産業看護職の地域保健との連携経験の有無による比較（表 3）、産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識（表 4）および、産業看護職が地域保健との連携の必要性を感じる理由（表 5）、産業看護職の地域保健との連携に関する自己研鑽・学習経験等の状況（表 6）において、各々、「連携経験有り群」と「連携経験無し群」で比較した結果を示す。

1. 基本情報における比較（表 3）

回答者の年代では、「連携経験有り群」の方が「連携経験無し群」と比較し、40 代以上の者が有意に多かった（ $p<0.01$ ）。また、それに関連して、現在の所属における経験年数や産業看護職としての通算経験年数についても「連携経験有り群」の方が有意に長かった（ $p<0.001$ ）。さらに、資格については、衛生管理者および、産業保健看護専門家に関して、「連携経験有り群」の方が保有する者が有意に多かった（ $p<0.001$, $p<0.01$ ）。所属の種類について、企業内産業保健部門とそれ以外の所属を比較したところ、「連携経験有り群」において、企業に所属する者が有意に多いことが明らかになった（ $p<0.001$ ）。

2. 産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識および、産業看護職が地域保健との連携の必要性を感じる理由における比較（表 4・5）

産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識では「連携経験有り群」の方が有意に高かった（ $p<0.001$ ）。産業看護職が地域保健との連携の必要性を感じる理由については、11 項目中 9 項目において「連携経験有り群」の方が有意に高く、特に、「健康イベントを企画・実施する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため。」「都道府県や市町村等、地域保健からのニーズがあるため。」の 2 項目は $p<0.001$ で有意に高かった。

3. 産業看護職の地域保健との連携に関する自己研鑽・学習経験等の状況における比較（表 6）

産業看護職の地域保健との連携に関する自己研鑽・学習経験等についても 7 項目中 5 項目において、「連携経験有り群」の方が有意に高かった。特に、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」、「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験」の 4 項目は有意に高かった（ $p<0.001$ ）。

VI. 産業看護職の地域保健との連携経験の有無と背景要因の検討（目標 1 に関する結果）

産業看護職の地域保健との連携経験の有無を従属変数、背景要因を独立変数とした変数増加法（尤度比）による多重ロジスティック回帰分析により検討した結果を示した（表 8）。「企業内の産業保健部門に所属している」、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加経験あり」、「地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験あり」、「産業看護職としての通算経験年数」の 4 項目において、連携経験との間に有意な関連が認められた（ $p < 0.001$ ）。

表8 産業看護職の地域保健との連携経験の有無と背景要因との関連

独立変数	オッズ比	p値	95%CI下限	95%CI上限
定数	0.018	***		
学会等で地域保健との連携について発表した経験あり	3.098	**	1.518	6.322
企業内の産業保健部門に所属している	3.037	***	1.956	4.716
地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験あり	2.475	***	1.614	3.794
地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加経験あり	2.155	***	1.455	3.194
連携の必要性を認識している	2.154	**	1.251	3.710
衛生管理者の資格を持っている	1.689	*	1.072	2.661
職場の先輩・同僚から連携について指導助言を得る機会あり	1.609	*	1.067	2.425
産業看護職としての通算経験年数	1.040	***	1.019	1.062

n=635(欠損値を除く)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

連携の有無(1,0)を従属変数とするロジスティック回帰分析:変数増加法(尤度比)

Nagelkerke $R^2 = 0.273$

HosmerとLemeshowの検定 カイ2乗=3.637 $p=0.888$

VII. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーの経験状況（目標 2 に関する結果）

産業看護職の連携コンピテンシーについては、地域保健との連携経験がある 257 名について分析を行った。表 9～12 内に記載した No. は、先行研究により抽出し表 1 に示した連携コンピテンシーの各項目ごとに付された番号であり、V9 は資料 2 として掲載した質問紙調査票の問 9 を示し、V10 は問 10、V11 は問 11、V12 は問 12 を示した。

1. 「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシーの経験状況

「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシーの経験状況（表 9）について、経験割合（「頻繁に経験有り」もしくは「時々経験有り」と回答した者を足した割合）が最も高かったのは、「V901 従業員との面談の際、プライベートに関する質問も織り交ぜ、従業員が家族の問題についても相談できる雰囲気と関係性を作る」（91.1%）であった。次いで、「V907 従業員が働く上で家族が健康であることの重要性を保健指導に盛り込み、家族の話題を切り出しやすい雰囲気を作る」（84.8%）で、従業員との健康相談や保健指導の場面における内容であった。また、「V909 地域保健開催の研修会が無いか問い合わせ、次回から案内を貰う」、「V911 地域保健主催の会議や委員会に委員として参加して情報を収集する」、「V914 保健師が所属する部署へ名刺を持って挨拶に行く」のように、日頃から積極的に地域保健へ働きかけるような連携コンピテンシーは 30%未満と低かった。

表9 「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシーの経験状況

No.	「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー	頻繁に経験有り	時々経験有り	あまり経験無し	全く経験無し
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
V901	従業員との面談の際、プライベートに関する質問も織り交ぜ、従業員が家族の問題についても相談できる雰囲気と関係性を作る	139(54.1)	95(37.0)	15(5.8)	8(3.1)
V907	市報やフリーペーパー、自治体のホームページを閲覧し、情報を収集する	53(20.6)	149(58.0)	39(15.2)	16(6.2)
V905	家族にも役立つよう子どもから高齢者まであらゆる年代の情報を収集する	46(17.9)	124(48.2)	68(26.5)	19(7.4)
V903	休憩中など面談以外の場でも従業員の本音が出やすいタイミングで声を掛け、家族の問題を早めに引き出す工夫をする	53(20.6)	116(45.1)	66(25.7)	22(8.6)
V904	地域保健の組織や役職、その役割について情報を収集する	21(8.2)	126(49.0)	90(35.0)	20(7.8)
V912	従業員が情報を求めた時、すぐに提案できるように情報をわかりやすく集約しておく	23(8.9)	124(48.2)	66(25.7)	44(17.1)
V906	これまでに知り合った地域保健担当者に直接、連絡して欲しい情報を収集する	22(8.6)	106(41.2)	89(34.6)	40(15.6)
V902	従業員が働く上で家族が健康であることの重要性を保健指導に盛り込み、家族の話題を切り出しやすい雰囲気を作る	112(43.6)	106(41.2)	28(10.9)	11(4.3)
V908	事業所所在地、またはそれ以外の市町村で開催される保健事業に産業看護職自身が参加して情報を収集する	14(5.4)	104(40.5)	80(31.1)	59(23.0)
V910	地域保健関連の学会や研修会へ積極的に参加して情報を収集する	23(8.9)	84(32.7)	82(31.9)	68(26.5)
V913	地域保健関連の学会に参加した際、積極的に名刺交換をする	16(6.2)	63(24.5)	83(32.3)	95(37.0)
V909	地域保健開催の研修会が無いか問い合わせ、次回から案内を貰う	18(7.0)	55(21.4)	91(35.4)	93(36.2)
V911	地域保健主催の会議や委員会に委員として参加して情報を収集する(都道府県もしくは二次医療圏の地域・職域連携推進協議会、保健計画作成・改訂に関する会議など)	28(10.9)	36(14.0)	64(24.9)	129(50.2)
V914	保健師が所属する部署へ名刺を持って挨拶に行く	10(3.9)	48(18.7)	75(29.2)	124(48.2)

N=257

2. 「連携の実践」に関する連携コンピテンシー

「連携の実践」に関する連携コンピテンシーの経験状況（表 10）について、経験割合（「頻繁に経験有り」もしくは「時々経験有り」と回答した者を足した割合）が最も高かったのは、

「V1003 従業員が問題解決の方法を知り、地域資源を活用出来るよう支援する」（73.9%）であった。次いで、「V1001 従業員へ地域保健の相談窓口を紹介し、まずは自身で連絡してみるよう促す」（73.2%）で、従業員自身が地域保健へ働きかけることを促す内容であった。また、表 10 に示した連携コンピテンシー項目の上から 11 番目「V1022 地域保健主催の会議の場で、産業看護職の業務内容や役割を紹介する」以下 14 項目は 30%にも満たない状況であった。

表 10 「連携の実践」に関する連携コンピテンシーの経験状況

No.	「連携の実践」に関する連携コンピテンシー	頻繁に経験有り	時々経験有り	あまり経験無し	全く経験無し
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
V1003	従業員が問題解決の方法を知り、地域資源を活用出来るよう支援する	22(8.6)	168(65.4)	49(19.1)	18(7.0)
V1001	従業員へ地域保健の相談窓口を紹介し、まずは自身で連絡してみるよう促す	28(10.9)	160(62.3)	45(17.5)	24(9.3)
V1002	地域保健担当者に相談するメリットを従業員が理解出来るよう説明する	19(7.4)	148(57.6)	55(21.4)	35(13.6)
V1004	従業員が地域保健の相談窓口へ連絡した後、問題解決の方向性がみつかったか確認する	16(6.2)	150(58.4)	52(20.2)	39(15.2)
V1007	個人情報地域保健担当者へ伝える際は、必ず従業員やその家族の同意を得る	57(22.2)	84(32.7)	40(15.6)	76(29.6)
V1006	従業員の個人情報を一旦、伏せた上で地域保健に関する情報を収集し、従業員へ伝える	13(5.1)	118(45.9)	59(23.0)	67(26.1)
V1024	健康教育用のパンフレットやリーフレットを提供して貰い活用する	30(11.7)	87(33.9)	53(20.6)	87(33.9)
V1019	自治体の健診方法や保健事業などについて情報を集め、退職者へ説明する	21(8.2)	91(35.4)	55(21.4)	90(35.0)
V1005	地域保健担当者へ予め、公表できる範囲内での情報提供であることを明言する	11(4.3)	81(31.5)	73(28.4)	92(35.8)
V1009	窓口が分からず、たらい回しにされる経験を従業員がする前に、看護職同士で相談しやすい環境に整える	15(5.8)	68(26.5)	66(25.7)	108(42.0)
V1022	地域保健主催の会議の場で、産業看護職の業務内容や役割を紹介する	11(4.3)	56(21.8)	50(19.5)	140(54.5)
V1021	地域保健からの講演依頼は極力受け、産業看護の現場で取り組んでいる具体的な活動内容について説明する	16(6.2)	46(17.9)	41(16.0)	154(59.9)
V1015	協働する保健事業の目的や産業看護職がこの保健事業に取り組む思いを地域保健担当者と共に共有する	4(1.6)	57(22.2)	60(23.3)	136(52.9)
V1013	タイミングを図りながら産業看護職以外にも地域保健事業への参加者を募る(メンタルヘルス不調の事例が発生した際に職場の上司を研修会に誘うなど)	4(1.6)	52(20.2)	62(24.1)	139(54.1)
V1011	地域保健主催の保健事業へ従業員やその家族を紹介し参加させる	5(1.9)	48(18.7)	67(26.1)	137(53.3)
V1023	健康教育用のパネルなどを借りて活用する	9(3.5)	44(17.1)	56(21.8)	148(57.6)
V1014	安全衛生委員会の中で地域保健事業を紹介し、産業看護職以外の参加者を募る	8(3.1)	41(16.0)	52(20.2)	156(60.7)
V1008	従業員自ら相談窓口で電話し、途中から看護職が交代し具体的な説明を引き継いで行う	8(3.1)	37(14.4)	57(22.2)	155(60.3)
V1020	退職時にこれまでの健診結果を集約して渡し、地域保健での健診に繋げる	10(3.9)	33(12.8)	59(23.0)	155(60.3)
V1018	休職中または、休職満了後の従業員への支援を地域保健担当者に依頼し引き継ぐ	4(1.6)	32(12.5)	54(21.0)	167(65.0)
V1010	必要に応じて従業員と共に地域保健機関に出向き、地域保健担当者へ要領良く情報を伝える	6(2.3)	29(11.3)	47(18.3)	175(68.1)
V1017	地域保健師へ従業員の家庭訪問を依頼する際は、その負担にも出来るだけ配慮する(対象者宅近くへ行ったついででも良い、家族の同意も取れていることを伝えるなど)	4(1.6)	24(9.3)	43(16.7)	186(72.4)
V1012	従業員の住所地は異なっても、事業所所在地の行政区内勤務者として保健事業へ参加させる	2(0.8)	25(9.7)	50(19.5)	180(70.0)
V1016	共催する保健事業の企画書を地域保健担当者と共に作成する	1(0.4)	23(8.9)	43(16.7)	190(73.9)

N=257

(再掲)

表10 「連携の実践」に関する連携コンピテンシーの経験状況

No.	「連携の実践」に関する連携コンピテンシー	頻繁に経験有り	時々経験有り	あまり経験無し	全く経験無し
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
V1003	従業員が問題解決の方法を知り、地域資源を活用出来るよう支援する	22(8.6)	168(65.4)	49(19.1)	18(7.0)
V1001	従業員へ地域保健の相談窓口を紹介し、まずは自身で連絡してみるよう促す	28(10.9)	160(62.3)	45(17.5)	24(9.3)
V1002	地域保健担当者に相談するメリットを従業員が理解出来るよう説明する	19(7.4)	148(57.6)	55(21.4)	35(13.6)
V1004	従業員が地域保健の相談窓口へ連絡した後、問題解決の方向性がみつかったか確認する	16(6.2)	150(58.4)	52(20.2)	39(15.2)
V1007	個人情報を地域保健担当者へ伝える際は、必ず従業員やその家族の同意を得る	57(22.2)	84(32.7)	40(15.6)	76(29.6)
V1006	従業員の個人情報を一旦、伏せた上で地域保健に関する情報を収集し、従業員へ伝える	13(5.1)	118(45.9)	59(23.0)	67(26.1)
V1024	健康教育用のパンフレットやリーフレットを提供して貰い活用する	30(11.7)	87(33.9)	53(20.6)	87(33.9)
V1019	自治体の健診方法や保健事業などについて情報を集め、退職者へ説明する	21(8.2)	91(35.4)	55(21.4)	90(35.0)
V1005	地域保健担当者へ予め、公表できる範囲内での情報提供であることを明言する	11(4.3)	81(31.5)	73(28.4)	92(35.8)
V1009	窓口が分からず、たらい回しにされる経験を従業員がする前に、看護職同士で相談しやすい環境に整える	15(5.8)	68(26.5)	66(25.7)	108(42.0)
V1022	地域保健主催の会議の場で、産業看護職の業務内容や役割を紹介する	11(4.3)	56(21.8)	50(19.5)	140(54.5)
V1021	地域保健からの講演依頼は極力受け、産業看護の現場で取り組んでいる具体的な活動内容について説明する	16(6.2)	46(17.9)	41(16.0)	154(59.9)
V1015	協働する保健事業の目的や産業看護職がこの保健事業に取り組む思いを地域保健担当者と共有する	4(1.6)	57(22.2)	60(23.3)	136(52.9)
V1013	タイミングを図りながら産業看護職以外にも地域保健事業への参加者を募る(メンタルヘルス不調の事例が発生した際に職場の上司を研修会に誘うなど)	4(1.6)	52(20.2)	62(24.1)	139(54.1)
V1011	地域保健主催の保健事業へ従業員やその家族を紹介し参加させる	5(1.9)	48(18.7)	67(26.1)	137(53.3)
V1023	健康教育用のパネルなどを借りて活用する	9(3.5)	44(17.1)	56(21.8)	148(57.6)
V1014	安全衛生委員会の中で地域保健事業を紹介し、産業看護職以外の参加者を募る	8(3.1)	41(16.0)	52(20.2)	156(60.7)
V1008	従業員自ら相談窓口で電話し、途中から看護職が交代し具体的な説明を引き継いで行う	8(3.1)	37(14.4)	57(22.2)	155(60.3)
V1020	退職時にこれまでの健診結果を集約して渡し、地域保健での健診に繋げる	10(3.9)	33(12.8)	59(23.0)	155(60.3)
V1018	休職中または、休職満了後の従業員への支援を地域保健担当者に依頼し引き継ぐ	4(1.6)	32(12.5)	54(21.0)	167(65.0)
V1010	必要に応じて従業員と共に地域保健機関に出向き、地域保健担当者へ要領良く情報を伝える	6(2.3)	29(11.3)	47(18.3)	175(68.1)
V1017	地域保健師へ従業員の家庭訪問を依頼する際は、その負担にも出来るだけ配慮する(対象者宅近くへ行ったついででも良い、家族の同意も取れていることを伝えるなど)	4(1.6)	24(9.3)	43(16.7)	186(72.4)
V1012	従業員の住所地は異なっても、事業所所在地の行政区内勤務者として保健事業へ参加させる	2(0.8)	25(9.7)	50(19.5)	180(70.0)
V1016	共催する保健事業の企画書を地域保健担当者と共に作成する	1(0.4)	23(8.9)	43(16.7)	190(73.9)

N=257

3. 「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー

「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーの経験状況（表 11）については、経験割合（「頻繁に経験有り」もしくは「時々経験有り」と回答した者を足した割合）が全般的に低く、最も高かったものでも「V1103 従業員の家族の健康課題であっても、それが従業員の困りごとである以上、従業員への支援であることを前面に出し説明する」（40.1%）であり、次いで、「V1104 従業員の就労継続のために連携が必要であることを、これまでの支援経緯も示しながらわかりやすく説明する」（35.8%）であった。

表11 「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーの経験状況

No. 「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー	頻繁に経験有り	時々経験有り	あまり経験無し	全く経験無し
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
V1103 従業員の家族の健康課題であっても、それが従業員の困りごとである以上、従業員への支援であることを前面に出し説明する	17(6.6)	86(33.5)	66(25.7)	88(34.2)
V1104 従業員の就労継続のために連携が必要であることを、これまでの支援経緯も示しながらわかりやすく説明する	13(5.1)	79(30.7)	64(24.9)	101(39.3)
V1101 国家的な取り組みである地域・職域連携の意図や目標を分かり易く伝える	6(2.3)	75(29.2)	64(24.9)	112(43.6)
V1105 従業員が他事業所へ移動した場合、退職した場合など先の見通しを示しながら連携の必要性を説明する	11(4.3)	57(22.2)	73(28.4)	116(45.1)
V1109 保健所や市町村などの地域保健機関から無料で専門職を派遣してくれることを強調し、協働事業の承認を得る	7(2.7)	47(18.3)	52(20.2)	151(58.8)
V1102 地域保健と連携し退職後の従業員やその家族を支援すること、会社のブランドイメージを維持・向上出来る可能性について説明する	6(2.3)	42(16.3)	73(28.4)	136(52.9)
V1108 地域保健担当者との連携で従業員への個別支援が解決したことを示す	2(0.8)	40(15.6)	51(19.8)	164(63.8)
V1107 地域保健との協働イベントの効果を数値などにより具体的に示す	4(1.6)	19(7.4)	41(16.0)	193(75.1)
V1106 連携の目的を明記した企画書を作成し、提示する	2(0.8)	18(7.0)	40(15.6)	197(76.7)

N=257

4. 「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシー

「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの経験状況を示す（表12）。「6割以上あてはまる」者の割合（「6割くらいあてはまる」、「8割くらいあてはまる」、「ほぼ10割あてはまる」と回答した者を足した割合）を見てみると、「V1205 産業保健の枠だけにこだわらず、保健師だけの枠にこだわらず、多職種と連携する姿勢をもつ」（93.0%）、「V1202 家族の健康状態と従業員の健康状態は深く関連している」（92.2%）などのように9割を超える連携コンピテンシーが4項目あることがわかった。最も低い項目でも「V1203 家族介護などの問題で従業員が急遽現場を離れるリスクを考えると家族ケアは優先すべき課題である」（72.0%）と7割を超えており、他の側面と比較し、経験割合が高い項目が多かった。

表12 「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの経験状況

No.	「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシー	ほぼ10割 あてはまる n(%)	8割くらい あてはまる n(%)	6割くらい あてはまる n(%)	4割くらい あてはまる n(%)	2割くらい あてはまる n(%)	全く あてはまらない n(%)
V1205	産業保健の枠だけにこだわらず、保健師だけの枠にこだわらず、多職種と連携する姿勢をもつ	131(51.0)	68(26.5)	40(15.6)	11(4.3)	7(2.7)	0(0.0)
V1202	家族の健康状態と従業員の健康状態は深く関連している	100(38.9)	86(33.5)	51(19.8)	18(7.0)	2(0.8)	0(0.0)
V1201	メンタルヘルス不調の原因は仕事だけではない	115(44.7)	70(27.2)	49(19.1)	20(7.8)	3(1.2)	0(0.0)
V1207	産業看護職自身に知識が無い、対応出来ない問題を抱えた際は、事業所外にも支援を求めることが当たり前である	130(50.6)	61(23.7)	42(16.3)	14(5.4)	9(3.5)	1(0.4)
V1204	従業員の過去から未来まで人生全体を視野に入れる	116(45.1)	52(20.2)	61(23.7)	20(7.8)	8(3.1)	0(0.0)
V1210	従業員、上司、病院、施設、地域との連携において、産業看護職はコーディネーターの役割を果たす	104(40.5)	87(33.9)	33(12.8)	25(9.7)	5(1.9)	3(1.2)
V1211	連携に障壁を感じた時、産業看護職は従業員のために働いていることを再認識する	65(25.3)	84(32.7)	69(26.8)	24(9.3)	12(4.7)	3(1.2)
V1212	地域保健にとって産業看護職は産業保健の専門家としてのリソースである	70(27.2)	83(32.3)	57(22.2)	28(10.9)	16(6.2)	3(1.2)
V1206	健康問題を抱えている従業員にとっては地域保健も産業保健も関係ない	94(36.6)	66(25.7)	47(18.3)	23(8.9)	14(5.4)	13(5.1)
V1208	産業看護は公衆衛生看護の一部であることを再認識し、産業看護職として国・地域のために何が出来るのか考える	66(25.3)	72(28.0)	61(23.7)	36(14.0)	20(7.8)	3(1.2)
V1209	退職の時点で従業員に支援の必要性があれば、その先のこともコーディネートするのは産業看護職の役割である	84(32.7)	67(26.1)	41(16.0)	37(14.4)	22(8.6)	6(2.3)
V1203	家族介護などの問題で従業員が急遽現場を離れるリスクを考えると家族ケアは優先すべき課題である	36(14.0)	62(24.1)	87(33.9)	50(19.5)	21(8.2)	1(0.4)

N=257

VIII. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーの構造分析（目標3に関連する結果）

1. 4つの側面ごとの連携コンピテンシーの構造分析

1) 項目分析

各項目の平均値±標準偏差が4以上（天井効果）となる2項目（V901、V902）、また、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーについては、平均値±標準偏差が6以上（天井効果）となる7項目（V1201、V1202、V1204、V1205、V1206、V1207、V1210）のうち、一般的な産業保健活動における連携コンピテンシーとみなすことができる4項目（V901、V902、V1201、V1202）を削除した。また、1以下（床効果）となる22項目（V911、V914、V1008、V1010、V1011、V1012、V1013、V1014、V1015、V1016、V1017、V1018、V1020、V1021、V1022、V1023、V1102、

V1105、V1106、V1107、V1108、V1109) については、先行研究³³⁾において、充実した地域保健との連携活動を展開する産業看護職の特徴的な連携コンピテンシーであると考えたため、この段階においては削除せず構造分析の項目として用いた。I-T 分析において相関係数 0.4 未満を示す項目はなかった。

2) 確認的因子分析

先行研究³³⁾により抽出した4つの側面からなる仮説モデルにデータが合致するかを検討するため、共分散構造分析を行った。分析の際、修正指数と改善度、モデルの適合度を確認した結果、内容的に他の項目と類似した意味を持つ、もしくは特定の連携場面におけるものと考えられる連携コンピテンシー18項目(V904、V905、V907、V1003、V1004、V1008、V1010、V1012、V1014、V1015、V1016、V1017、V1019、V1021、V1022、V1023、V1108、V1109)については削除した。その結果、「日頃の取り組み」(9項目)、「連携の実践」(11項目)、「組織の理解を得るための取り組み」(7項目)、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」(10項目)の37項目の連携コンピテンシーとなった。

表2で示した全59項目の連携コンピテンシーに対し、項目分析において削除した4項目および、確認的因子分析で削除した18項目を削除した全37項目の連携コンピテンシーについて示した(表13)。

表13 連携コンピテンシーとして抽出した項目

側面	No.	先行研究における連携コンピテンシー	連携コンピテンシーモデルとして抽出した項目
日頃の取り組み	V901	従業員との面談の際、プライベートに関する質問も織り交ぜ、従業員が家族の問題についても相談できる雰囲気と関係性を作る	削除
	V902	従業員が働く上で家族が健康であることの重要性を保健指導に盛り込み、家族の話題を切り出しやすい雰囲気を作る	削除
	V903	休憩中など面談以外の場でも従業員の本音が出やすいタイミングで声を掛け、家族の問題を早めに引き出す工夫をする	○
	V904	地域保健の組織や役職、その役割について情報を収集する	削除
	V905	家族にも役立つよう子どもから高齢者まであらゆる年代の情報を収集する	削除
	V906	これまでに知り合った地域保健担当者に直接、連絡して欲しい情報を収集する	○
	V907	市報やフリーペーパー、自治体のホームページを閲覧し、情報を収集する	削除
	V908	事業所所在地、またはそれ以外の市町村で開催される保健事業に産業看護職自身が参加して情報を収集する	○
	V909	地域保健開催の研修会が無いかわりに問い合わせ、次回から案内を貰う	○
	V910	地域保健関連の学会や研修会へ積極的に参加して情報を収集する	○
	V911	地域保健主催の会議や委員会に委員として参加して情報を収集する(都道府県もしくは二次医療圏の地域・職域連携推進協議会、保健計画作成・改訂に関する会議など)	○
	V912	従業員が情報を求めた時、すぐに提案できるように情報をわかりやすく集約しておく	○
	V913	地域保健関連の学会に参加した際、積極的に名刺交換をする	○
	V914	保健師が所属する部署へ名刺を持って挨拶に行く	○

表13 連携コンピテンシーとして抽出した項目(つづき)

側面	No.	先行研究における連携コンピテンシー	連携コンピテンシーモデルとして抽出した項目
連携の実践	V1001	従業員へ地域保健の相談窓口を紹介し、まずは自身で連絡してみるよう促す	○
	V1002	地域保健担当者に相談するメリットを従業員が理解出来るよう説明する	○
	V1003	従業員が問題解決の方法を知り、地域資源を活用出来るよう支援する	削除
	V1004	従業員が地域保健の相談窓口へ連絡した後、問題解決の方向性がみつかったか確認する	削除
	V1005	地域保健担当者へ予め、公表できる範囲内での情報提供であることを明言する	○
	V1006	従業員の個人情報を一旦、伏せた上で地域保健に関する情報を収集し、従業員へ伝える	○
	V1007	個人情報を地域保健担当者へ伝える際は、必ず従業員やその家族の同意を得る	○
	V1008	従業員自ら相談窓口へ電話し、途中から看護職が交代し具体的な説明を引き継いで行う	削除
	V1009	窓口が分からず、たらい回しにされる経験を従業員がする前に、看護職同士で相談しやすい環境に整える	○
	V1010	必要に応じて従業員と共に地域保健機関に出向き、地域保健担当者へ要領良く情報を伝える	削除
	V1011	地域保健主催の保健事業へ従業員やその家族を紹介し参加させる	○
	V1012	従業員の住所地は異なっても、事業所所在地の行政区内勤務者として保健事業へ参加させる	削除
	V1013	タイミングを図りながら産業看護職以外にも地域保健事業への参加者を募る(メンタルヘルス不調の事例が発生した際に職場の上司を研修会に誘うなど)	○
	V1014	安全衛生委員会場で地域保健事業を紹介し、産業看護職以外の参加者を募る	削除
	V1015	協働する保健事業の目的や産業看護職がこの保健事業に取り組む思いを地域保健担当者と共有する	削除
	V1016	共催する保健事業の企画書を地域保健担当者と共に作成する	削除
	V1017	地域保健師へ従業員の家庭訪問を依頼する際は、その負担にも出来るだけ配慮する(対象者宅近くへ行ったついででも良い、家族の同意も取れていることを伝えるなど)	削除
	V1018	休職中または、休職満了後の従業員への支援を地域保健担当者に依頼し引き継ぐ	○
	V1019	自治体の健診方法や保健事業などについて情報を集め、退職者へ説明する	削除
	V1020	退職時にこれまでの健診結果を集約して渡し、地域保健での健診に繋げる	○
	V1021	地域保健からの講演依頼は極力受け、産業看護の現場で取り組んでいる具体的な活動内容について説明する	削除
	V1022	地域保健主催の会議の場で、産業看護職の業務内容や役割を紹介する	削除
	V1023	健康教育用のパネルなどを借りて活用する	削除
	V1024	健康教育用のパンフレットやリーフレットを提供して貰い活用する	○
組織の理解を得るための取り組み	V1101	国家的な取り組みである地域・職域連携の意図や目標を分かり易く伝える	○
	V1102	地域保健と連携し退職後の従業員やその家族を支援することで、会社のブランドイメージを維持・向上出来る可能性について説明する	○
	V1103	従業員の家族の健康課題であっても、それが従業員の困りごとである以上、従業員への支援であることを前面に出し説明する	○
	V1104	従業員の就労継続のために連携が必要であることを、これまでの支援経緯も示しながらわかりやすく説明する	○
	V1105	従業員が他事業所へ移動した場合、退職した場合など先の見通しを示しながら連携の必要性を説明する	○
	V1106	連携の目的を明記した企画書を作成し、提示する	○
	V1107	地域保健との協働イベントの効果を数値などにより具体的に示す	○
	V1108	地域保健担当者との連携で従業員への個別支援が解決したことを示す	削除
	V1109	保健所や市町村などの地域保健機関から無料で専門職を派遣してくれることを強調し、協働事業の承認を得る	削除

表13 連携コンピテンシーとして抽出した項目(つづき)

側面	No.	先行研究における連携コンピテンシー	連携コンピテンシーモデルとして抽出した項目
連携の基盤となる意識・姿勢・考え方	V1201	メンタルヘルス不調の原因は仕事だけではない	削除
	V1202	家族の健康状態と従業員の健康状態は深く関連している	削除
	V1203	家族介護などの問題で従業員が急遽現場を離れるリスクを考えると家族ケアは優先すべき課題である	○
	V1204	従業員の過去から未来まで人生全体を視野に入れる	○
	V1205	産業保健の枠だけにこだわらず、保健師だけの枠にこだわらず、多職種と連携する姿勢をもつ	○
	V1206	健康問題を抱えている従業員にとっては地域保健も産業保健も関係ない	○
	V1207	産業看護職自身に知識が無い、対応出来ない問題を抱えた際は、事業所外にも支援を求めることが当たり前である	○
	V1208	産業看護は公衆衛生看護の一部であることを再認識し、産業看護職として国・地域のために何が出来るのか考える	○
	V1209	退職の時点で従業員に支援の必要性があれば、その先のこともコーディネートするのは産業看護職の役割である	○
	V1210	従業員、上司、病院、施設、地域との連携において、産業看護職はコーディネーターの役割を果たす	○
	V1211	連携に障壁を感じた時、産業看護職は従業員のために働いていることを再認識する	○
	V1212	地域保健にとって産業看護職は産業保健の専門家としてのリソースである	○

以下、連携コンピテンシーの構造分析結果を示す。

(1) 「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー

分析の結果、適合度指数として GFI=0.973、AGFI=0.950、RMSEA=0.035、CFI=0.987、AIC=73.602 が得られた (図3)。それぞれの観測変数への標準化係数は、V903 が 0.30 で低値を示したが、それ以外の係数については 0.47~0.79 であった。

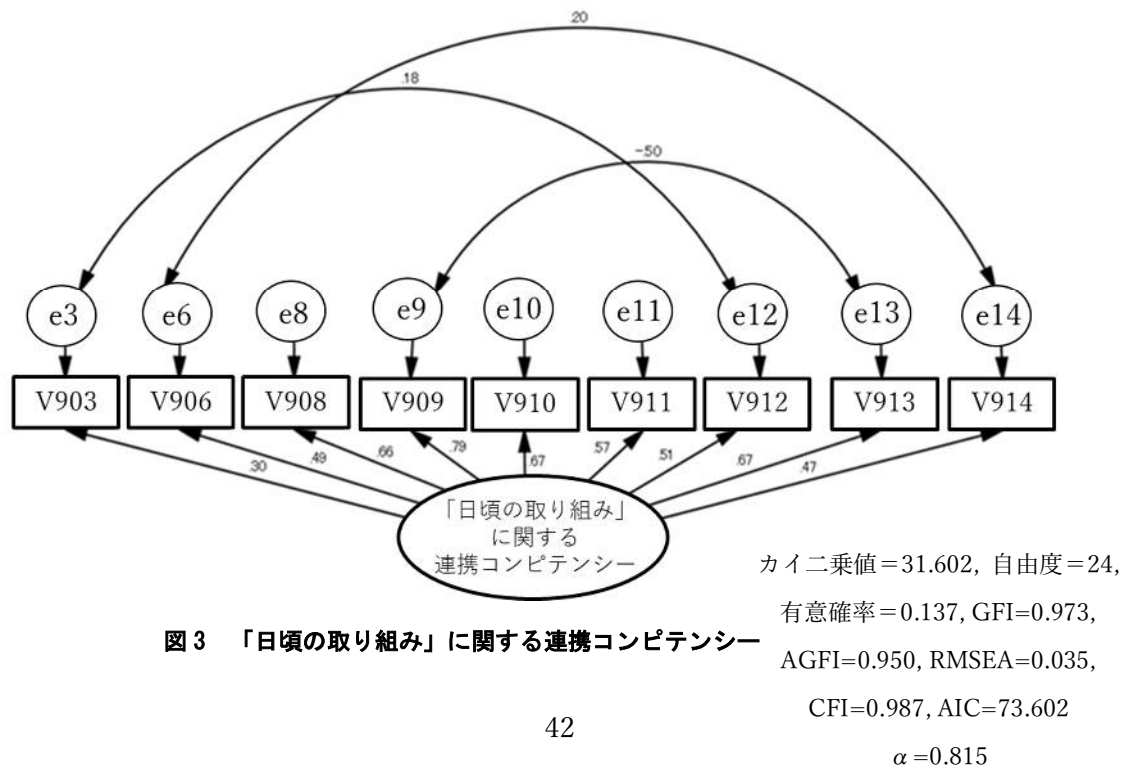


図3 「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー

(2) 「連携の実践」に関する連携コンピテンシー

分析の結果、適合度指数として GFI=0.961、AGFI=0.932、RMSEA=0.047、CFI=0.979、AIC=115.795 が得られた (図 4)。それぞれの観測変数への標準化係数は、V1020 と V1024 が 0.33 で低値を示したが、それ以外の係数については 0.44~0.79 であった。

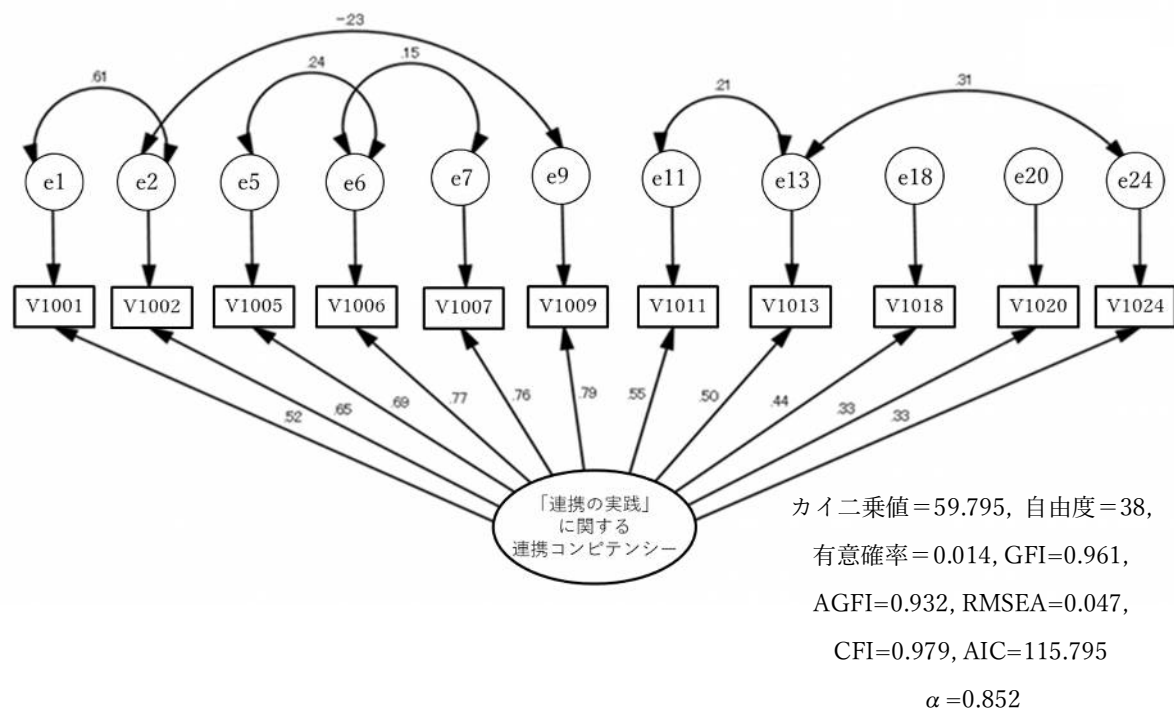


図 4 「連携の実践」に関する連携コンピテンシー

(3) 「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー

分析の結果、適合度指数として GFI=0.981、AGFI=0.950、RMSEA=0.051、CFI=0.992、AIC=52.699 が得られた (図 5)。それぞれの観測変数への標準化係数は、0.51~0.82 であった。

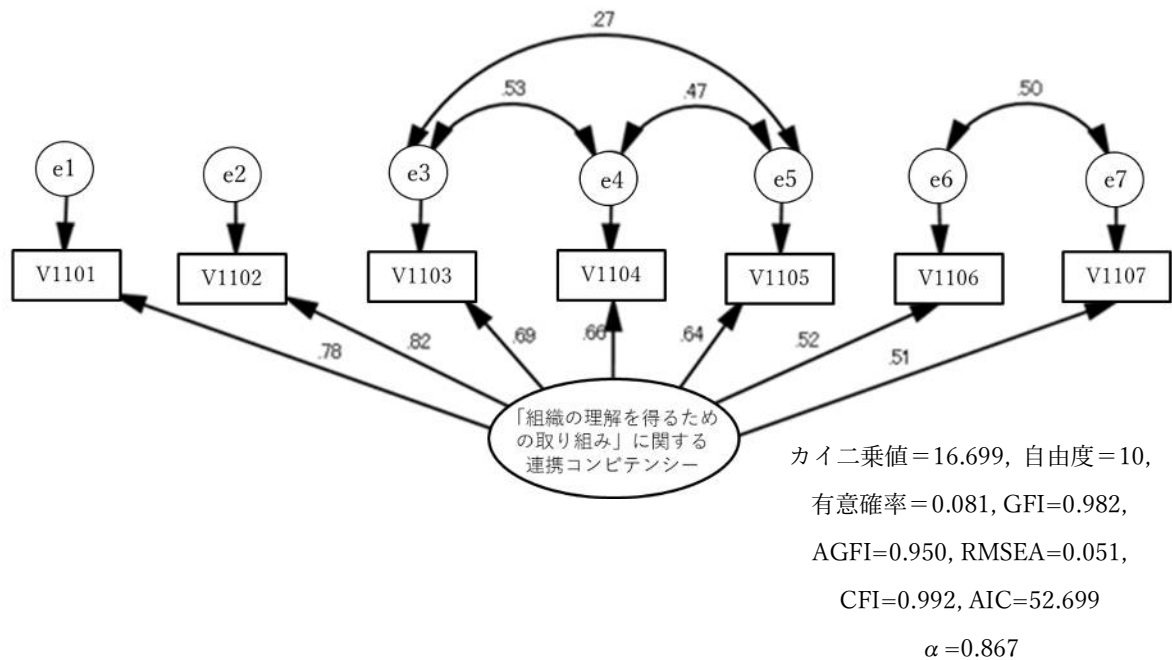


図 5 「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー

(4) 「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシー

分析の結果、適合度指数として GFI=0.973、AGFI=0.973、RMSEA=0.034、CFI=0.991、AIC=89.562 が得られた (図 6)。それぞれの観測変数への標準化係数は、0.46~0.77 であった。

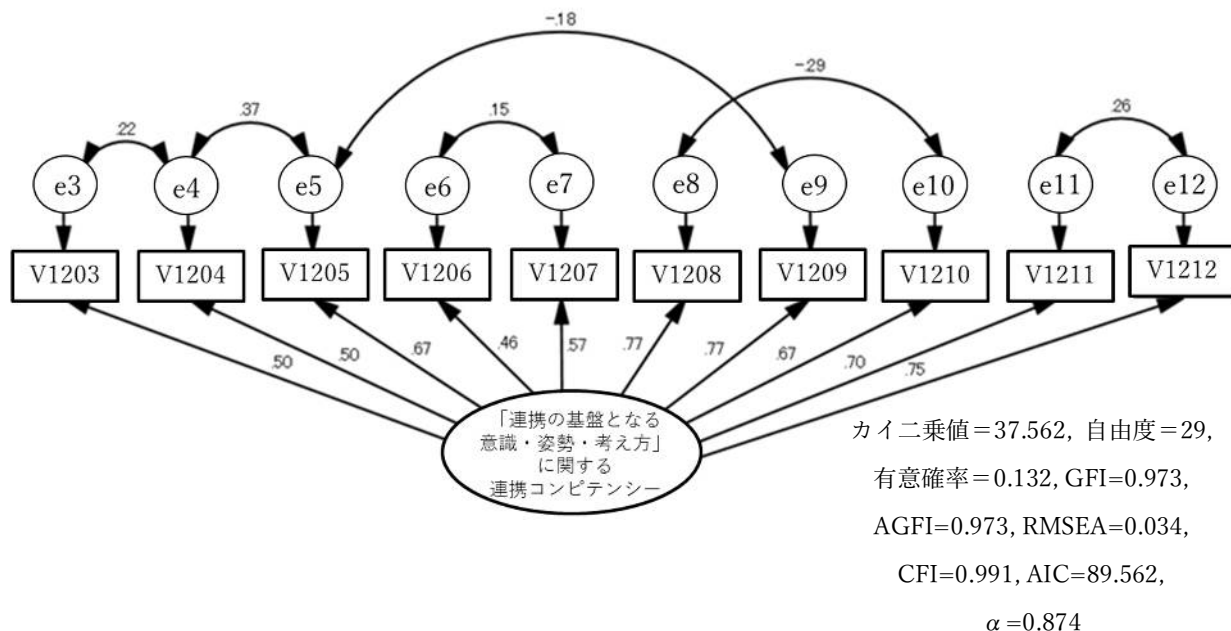


図 6 「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシー

以上、(1) ~ (4) すべてにおいて適合度指数は統計学的許容水準を満たしていた²⁵⁾。

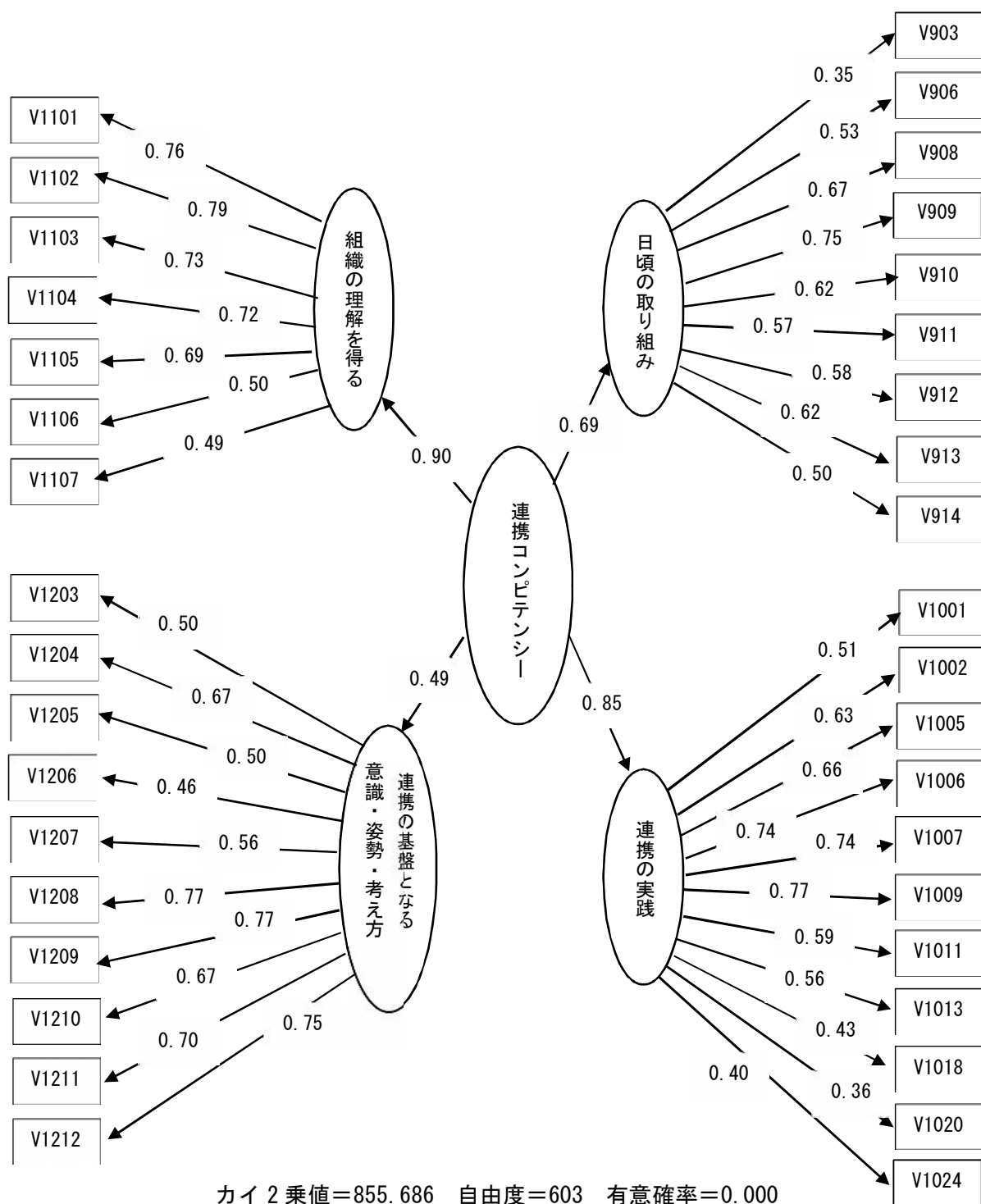
3) 信頼性の検討

4 つの側面全てにおいて Cronbach' s α 係数は、0.815 (図 3)、0.852 (図 4)、0.867 (図 5)、0.874 (図 6) であり、4 つの側面毎の連携コンピテンシーについて内的整合性が確認された。

2. 連携コンピテンシーの全体構造の分析

1) の 4 つの側面ごとの連携コンピテンシーの構造分析で得られたモデルをひとまとまりとして全体構造のモデルが構成されるかを検討するために共分散構造分析を行った。分析の結果、適合度指数として GFI=0.849、AGFI=0.824、RMSEA=0.040、CFI=0.936、AIC=1055.686 が得られた (図 7) 尚、連携コンピテンシーの各項目毎の誤差相関は表 14 に示す。4 つの連携コンピテンシーからそれぞれの観測変数への標準化係数は、V903 が 0.35、V1018 が 0.36 とやや低値を示したが、それ以外の標準化係数については 0.40~0.79 であった。また、Cronbach' s α 係数は、0.921 であり、内的整合性が確認された。さらに、連携コンピテンシーから 4 つの連携コンピテンシーへの標準化係数で高いものから順に示すと、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー (0.90)、次いで、「連携の実践」に関する連携コンピテンシー (標準化係数=0.85)、「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー (0.69)、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に

関する連携コンピテンシー（0.49）であった。



カイ 2 乗値=855.686 自由度=603 有意確率=0.000
 GFI=0.849 AGFI=0.824 RMSEA=0.040 CFI=0.936 AIC=1055.686
 $\alpha = 0.921$

図 7 連携コンピテンシーの全体構造

表14 連携コンピテンシー項目の誤差相関

No.	No.	相関係数
日頃の取り組み		
V903	V912	0.13
V906	V914	0.17
V909	V913	-0.32
V910	V913	0.24
連携の実践		
V1001	V1002	0.63
V1001	V1207	0.17
V1002	V1009	-0.19
V1005	V1006	0.28
V1006	V1007	0.20
V1011	V1013	0.17
V1013	V1024	0.26
V1024	V1101	0.27
組織の理解を得るための取り組み		
V1103	V1104	0.46
V1103	V1105	0.18
V1104	V1105	0.39
V1106	V1107	0.51
連携の基盤となる意識・姿勢・考え方		
V1203	V1204	0.22
V1204	V1205	0.36
V1205	V1209	-0.18
V1206	V1207	0.14
V1208	V1210	-0.30
V1211	V1212	0.26

IX. 背景要因による4つの側面毎の連携コンピテンシーの比較（目標2・3に関する結果）

1. 地域保健との連携経験者の基本情報による比較

連携コンピテンシーの4つの側面毎の経験状況を検討するため、箱ひげ図を作成し（図8）、その分布状況を確認した結果、4つの連携コンピテンシーの中で「組織の理解を得るための取り組み」における連携コンピテンシーの中央値が最も低く、全体的に最低点に近い得点に分布が偏っていた。

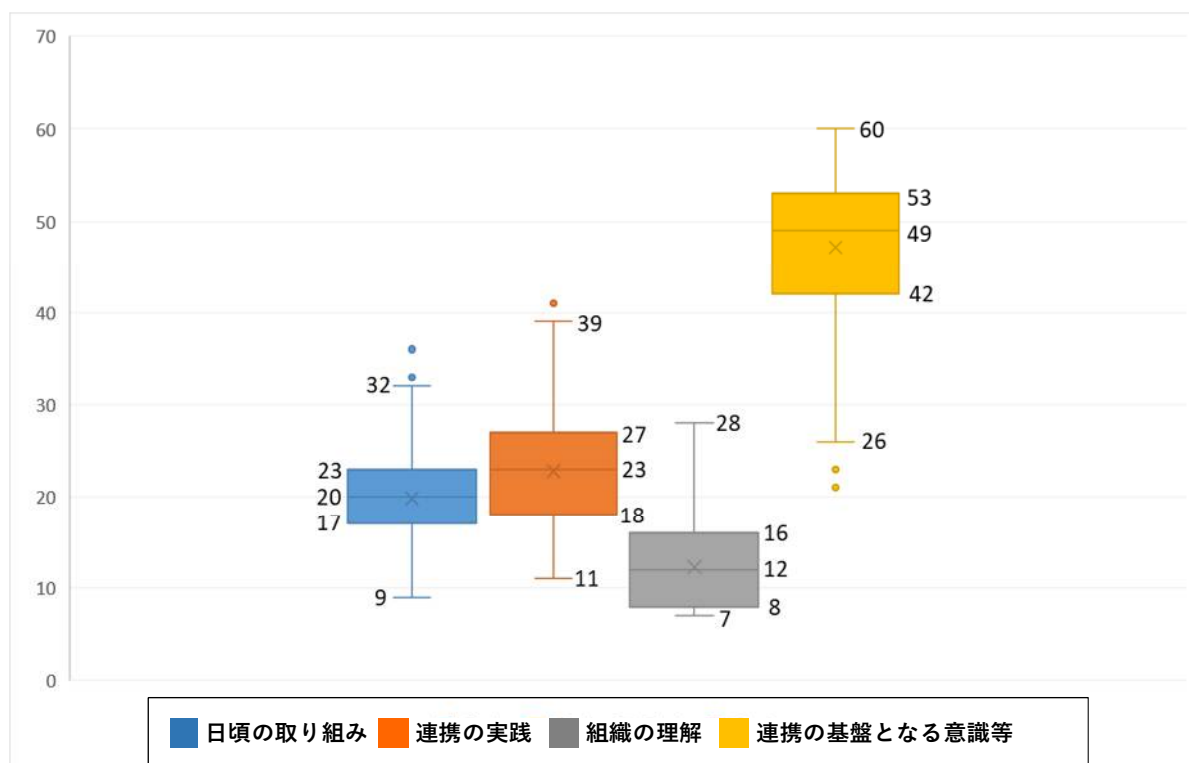


図8 4側面毎の連携コンピテンシー合計得点に関する分布状況

* 連携コンピテンシー1項目あたりの配点方法

日頃の取り組み、連携の実践、組織の理解を得るための取り組み：1～4点

連携の基盤となる意識・姿勢・考え方：0～5点

また、地域保健との連携経験者の基本情報による連携コンピテンシーの経験状況を比較するため、基本情報（年代、資格、最終学歴、自治体保健師経験の有無、現在の所属における経験年数、産業看護職としての通算経験年数、企業内産業保健部門所属か否か、産業医の雇用状況が専

任か嘱託か、看護職一人職場か否か) の該当状況を2群に分けて Mann Whitney のU 検定により連携コンピテンシー得点を比較した (表 15)。

「日頃の取り組み」における連携コンピテンシーについて、「40 代以上」、「衛生管理者の資格有り」、「自治体保健師の経験有り」、「企業内産業保健部門所属」、「嘱託産業医)」の5項目で有意に高かった。また、「実際の連携」における連携コンピテンシーについては、「40 代以上」、「衛生管理者の資格有り」、「企業内産業保健部門所属」、「嘱託産業医)」の4項目で有意に高かった。次いで、「組織の理解を得るための取り組み」における連携コンピテンシーでは、「企業内産業保健部門所属」の1項目のみで有意に高かった。最後に、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」における連携コンピテンシーでは、「産業カウンセラーの資格の有無」、「産業医の雇用状況 (1. 専任、2. 嘱託)」の2項目で有意に高かった。

表15 地域保健との連携経験者の基本情報による連携コンピテンシー得点の比較

基本情報		各項目毎の 該当状況 (n)			日頃の取り組み			実際の連携			組織の理解			連携の基盤となる 意識・姿勢・考え方		
		中央値	四分位 範囲	p値	中央値	四分位 範囲	p値	中央値	四分位 範囲	p値	中央値	四分位 範囲	p値	中央値	四分位 範囲	p値
年代	30代以下 (61)	19.0	7.0	**	20.0	12.0	**	11.0	7.0		47.0	11.0				
	40代以上 (196)	20.0	6.0		24.0	9.0		12.0	7.0		49.0	11.8				
資格の保有状況																
保健師	有り (206)	19.0	7.0		23.0	9.0		11.0	7.0		49.0	11.3				
	無し (51)	21.0	4.0		24.0	10.0		12.0	8.0		47.0	14.0				
産業保健看護専門家	有り (72)	20.0	6.0		23.0	9.8		11.5	6.8		49.5	11.8				
	無し (185)	20.0	7.0		23.0	10.0		12.0	8.0		48.0	11.0				
産業カウンセラー	有り (101)	21.0	6.0	†	23.0	10.0		12.0	8.0		50.0	13.0	*			
	無し (156)	19.0	7.0		23.0	10.0		11.0	8.0		47.0	10.0				
衛生管理者	有り (212)	20.0	6.0	**	24.0	9.0	*	12.0	8.0	†	49.0	11.8				
	無し (45)	18.0	6.0		21.0	10.0		10.0	5.5		46.0	13.5				
最終学歴																
専門学校	該当 (96)	20.0	6.0		23.0	8.8		11.5	7.0		47.5	11.8				
	非該当 (157)	20.0	6.5		23.0	9.0		12.0	8.0		49.0	12.0				
短大専攻科	該当 (27)	20.0	5.0		24.0	10.0		11.0	7.0		48.0	9.0				
	非該当 (226)	20.0	6.3		23.0	9.0		12.0	8.0		49.0	12.0				
大学 (在学中を含む)	該当 (86)	19.0	7.0		23.0	10.0		11.5	7.5		49.0	13.3				
	非該当 (167)	20.0	6.0		24.0	9.0		12.0	7.0		49.0	11.0				
大学院 (在学中を含む)	該当 (44)	20.0	5.0		24.0	9.5		13.0	8.0		50.0	10.8				
	非該当 (209)	20.0	7.0		23.0	9.0		11.0	8.0		49.0	12.0				
現在の所属での経験年数	10年未満 (126)	19.5	6.0		23.5	9.3		12.0	7.0		49.0	11.3				
	10年以上 (128)	20.0	7.0		23.0	9.8		11.0	7.0		47.0	11.0				
産業看護職としての通算経験年数	10年未満 (72)	20.0	6.0		23.0	12.8		12.0	8.5		48.0	12.0				
	10年以上 (184)	20.0	7.0		23.0	8.0		11.0	7.0		49.0	11.8				
自治体保健師の経験	有り (56)	20.5	7.8	*	24.0	9.8		12.0	7.8		50.5	10.0				
	無し (154)	19.0	6.0		23.0	10.0		12.0	8.0		49.0	13.0				
企業内産業保健部門所属	該当 (189)	19.0	6.0	**	23.0	10.0	*	11.0	7.0	**	48.0	12.0				
	非該当 (64)	21.0	6.8		25.0	10.0		14.0	7.0		49.5	10.8				
事業所規模	500人未満 (139)	20.0	6.0		23.0	9.0		12.0	7.0		49.0	11.0				
	500人以上 (80)	20.0	8.0		24.0	9.0		13.0	7.8		49.5	13.8				
産業医の雇用状況	専任 (98)	19.0	7.0	**	23.0	9.0	**	12.0	8.0	†	47.0	10.3	**			
	嘱託 (124)	20.0	7.0		24.0	9.8		13.0	7.0		50.0	13.0				
看護職一人配置	該当 (90)	20.0	6.0		24.0	9.3		12.0	8.3		48.0	13.3				
	非該当 (164)	19.0	7.0		23.0	9.0		11.5	7.0		49.0	11.0				

N=257

† p<0.1, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Mann-WhitneyのU検定

2. 地域保健との連携に関する自己研鑽・学習経験等の有無による比較

地域保健との連携に関する自己研鑽・学習経験等の有無による連携コンピテンシーの経験状況を比較するため、自己研鑽・学習経験等の該当状況を2群に分けてMann-WhitneyのU検定により連携コンピテンシー得点を比較した(表16)。

「日頃の取り組み」における連携コンピテンシーについて、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読有り」、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加有り」、「日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加有り」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在有り」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験有り」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験有り」の6項目で有意に高かった。

「実際の連携」における連携コンピテンシーについては、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読あり」、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加有り」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在有り」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験有り」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験有り」の5項目で有意に高かった。

「組織の理解を得るための取り組み」における連携コンピテンシーでは、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読有り」、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加有り」、「日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加有り」、「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会有り」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在有り」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験有り」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験有り」の7項目すべてにおいて有意に高かった。

「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」における連携コンピテンシーは、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在有り」、「地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験有り」の2項目のみで有意に高かった。

表16 地域保健との連携に関する自己研鑽・自己学習等の有無による連携コンピテンシー得点の比較

自己研鑽や自己学習に関する項目	該当の有無(n)	日頃の取り組み			連携の実践			組織の理解			連携の基盤となる意識・姿勢・考え方		
		中央値	四分位範囲	p値	中央値	四分位範囲	p値	中央値	四分位範囲	p値	中央値	四分位範囲	p値
V401 地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読	有り(81)	21.0	5.5	***	24.0	10.5	**	14.0	8.0	**	50.0	12.5	
	無し(162)	19.0	6.3		22.0	9.3		11.0	7.0		48.0	11.3	
V402 地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加	有り(177)	21.0	6.0	***	24.0	9.0	***	13.0	7.0	***	49.0	13.0	
	無し(69)	17.0	5.5		20.0	9.0		9.0	6.0		47.0	11.0	
V403 日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加	有り(130)	21.0	7.0	***	24.0	9.0		13.0	8.0	**	49.0	13.0	
	無し(115)	19.0	6.0		22.0	9.0		11.0	6.0		49.0	11.0	
V404 職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会	有り(89)	21.0	5.5	n.s.	23.0	10.5		13.0	7.0	*	50.0	12.0	†
	無し(152)	19.0	6.0		22.0	9.5		11.0	7.8		48.0	12.0	
V405 地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在	有り(45)	23.0	4.5	***	28.0	8.5	***	16.0	6.0	***	52.0	12.5	**
	無し(196)	19.0	6.0		22.0	9.0		11.0	7.0		48.0	12.0	
V406 学会等で地域保健との連携について発表した経験	有り(34)	23.0	5.5	***	25.5	7.5	**	15.0	7.0	**	50.5	11.3	
	無し(207)	19.0	7.0		22.0	10.0		11.0	7.0		49.0	12.0	
V407 地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験	有り(94)	21.5	6.0	***	24.0	9.3	**	14.0	8.0	***	50.0	11.3	*
	無し(148)	19.0	6.8		22.0	10.5		10.0	7.0		47.5	14.0	

N=243

† p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Mann-WhitneyのU検定

(再掲)

表16 地域保健との連携に関する自己研鑽・自己学習等の有無による連携コンピテンシー得点の比較

自己研鑽や自己学習に関する項目	該当の有無(n)	日頃の取り組み			連携の実践			組織の理解			連携の基盤となる意識・姿勢・考え方		
		中央値	四分位範囲	p値	中央値	四分位範囲	p値	中央値	四分位範囲	p値	中央値	四分位範囲	p値
V401 地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読	有り(81)	21.0	5.5	***	24.0	10.5	**	14.0	8.0	**	50.0	12.5	
	無し(162)	19.0	6.3		22.0	9.3		11.0	7.0		48.0	11.3	
V402 地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加	有り(177)	21.0	6.0	***	24.0	9.0	***	13.0	7.0	***	49.0	13.0	
	無し(69)	17.0	5.5		20.0	9.0		9.0	6.0		47.0	11.0	
V403 日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加	有り(130)	21.0	7.0	***	24.0	9.0		13.0	8.0	**	49.0	13.0	
	無し(115)	19.0	6.0		22.0	9.0		11.0	6.0		49.0	11.0	
V404 職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会	有り(89)	21.0	5.5	n.s	23.0	10.5		13.0	7.0	*	50.0	12.0	†
	無し(152)	19.0	6.0		22.0	9.5		11.0	7.8		48.0	12.0	
V405 地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在	有り(45)	23.0	4.5	***	28.0	8.5	***	16.0	6.0	***	52.0	12.5	**
	無し(196)	19.0	6.0		22.0	9.0		11.0	7.0		48.0	12.0	
V406 学会等で地域保健との連携について発表した経験	有り(34)	23.0	5.5	***	25.5	7.5	**	15.0	7.0	**	50.5	11.3	
	無し(207)	19.0	7.0		22.0	10.0		11.0	7.0		49.0	12.0	
V407 地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験	有り(94)	21.5	6.0	***	24.0	9.3	**	14.0	8.0	***	50.0	11.3	*
	無し(148)	19.0	6.8		22.0	10.5		10.0	7.0		47.5	14.0	

N=243

† p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Mann-WhitneyのU検定

X. 4つの側面毎の連携コンピテンシー合計得点と関連要因の検討（目標3に関する結果）

4つの側面毎の連携コンピテンシー合計得点と関連する背景要因について、重回帰分析（ステップワイズ法）により検討した結果を示す（表17）。

「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点について、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無」、「地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験の有無」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験の有無」、「衛生管理者の資格の有無」、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読の有無」、「自治体保健師経験の有無」の6項目において、正の有意な関連が認められた。

「連携の実践」に関する連携コンピテンシーの合計得点について、「ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無」、「年代」、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無」、「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読の有無」、「産業医の雇用状況（1.専任、2.嘱託）」の5項目において、正の有意な関連が認められた。

「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点について、「ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無」、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無」、「地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験の有無」、「学会等で地域保健との連携について発表した経験の有無」の4項目において、正の有意な関連が認められた。但し、ヒストグラムにより得点のばらつきを確認した結果、低い得点に偏りが認められた。

「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの合計得点については、「ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無」、「産業医の雇用状況（1.専任、2.嘱託）」の2項目について正の有意な関連が認められた。

表17 4つの側面毎の連携コンピテンシー合計得点と背景要因との関連

従属変数	独立変数	β	t値	p値	R ²	調整済みR ²
「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点	地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無	0.304	4.914	***	0.291	0.269
	地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験の有無	0.182	2.854	**		
	学会等で地域保健との連携について発表した経験の有無	0.171	2.757	**		
	衛生管理者の資格の有無	0.150	2.423	*		
	地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読の有無	0.148	2.338	*		
	自治体保健師経験の有無	0.129	2.085	*		
「連携の実践」に関する連携コンピテンシーの合計得点	ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無	0.282	4.549	***	0.198	0.180
	年代	0.153	2.486	*		
	地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無	0.138	2.231	*		
	地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読の有無	0.132	2.153	*		
	産業医の雇用状況（1.専任、2.嘱託）	0.126	2.056	*		
「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点	ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無	0.231	3.573	***	0.227	0.213
	地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無	0.214	3.535	***		
	地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験の有無	0.176	2.763	**		
	学会等で地域保健との連携について発表した経験の有無	0.140	2.321	*		
「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの合計得点	ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無	0.213	3.330	**	0.084	0.076
	産業医の雇用状況（1.専任、2.嘱託）	0.200	3.124	**		

N=257

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

重回帰分析（ステップワイズ法）

独立変数

「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー：年代、産業カウンセラーの資格の有無、衛生管理者の資格の有無、自治体保健師経験の有無、企業内産業保健部門所属か産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V401、V402、V403、V405、V406、V407

「連携の実践」に関する連携コンピテンシー：年代、衛生管理者の資格の有無、企業内産業保健部門所属か否か、産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V401、V402、V405、V407

「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー：衛生管理者の資格の有無、企業内産業保健部門所属か否か、産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V401、V404、V405、V406、V407

「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシー：産業カウンセラーの資格の有無、産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V404、V405、V407

(再掲)

表17 4つの側面毎の連携コンピテンシー合計得点と背景要因との関連

従属変数	独立変数	β	t値	p値	R^2	調整済み R^2
「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点	地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無	0.304	4.914	***	0.291	0.269
	地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験の有無	0.182	2.854	**		
	学会等で地域保健との連携について発表した経験の有無	0.171	2.757	**		
	衛生管理者の資格の有無	0.150	2.423	*		
	地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読の有無	0.148	2.338	*		
	自治体保健師経験の有無	0.129	2.085	*		
「連携の実践」に関する連携コンピテンシーの合計得点	ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無	0.282	4.549	***	0.198	0.180
	年代	0.153	2.486	*		
	地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無	0.138	2.231	*		
	地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読の有無	0.132	2.153	*		
	産業医の雇用状況（1.専任、2.嘱託）	0.126	2.056	*		
「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点	ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無	0.231	3.573	***	0.227	0.213
	地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加の有無	0.214	3.535	***		
	地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験の有無	0.176	2.763	**		
	学会等で地域保健との連携について発表した経験の有無	0.140	2.321	*		
「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの合計得点	ロールモデルとなるような産業看護職の存在の有無	0.213	3.330	**	0.084	0.076
	産業医の雇用状況（1.専任、2.嘱託）	0.200	3.124	**		

N=257

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

重回帰分析（ステップワイズ法）

独立変数

「日頃の取り組み」に関する連携コンピテンシー：年代、産業カウンセラーの資格の有無、衛生管理者の資格の有無、自治体保健師経験の有無、企業内産業保健部門所属か産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V401、V402、V403、V405、V406、V407

「連携の実践」に関する連携コンピテンシー：年代、衛生管理者の資格の有無、企業内産業保健部門所属か否か、産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V401、V402、V405、V404、V405、V406、V407

「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシー：衛生管理者の資格の有無、企業内産業保健部門所属か否か、産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V401、V404、V405、V406、V407

「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシー：産業カウンセラーの資格の有無、産業医雇用状況（1.専任、2.嘱託）、V404、V405、V407

第5章 考察

本研究は、産業看護職の地域保健との連携や連携コンピテンシーの実態とその要因を明らかにするとともに、連携コンピテンシーを高める要因について検討することを目的とした。本研究により産業看護職による地域保健との連携と連携コンピテンシーの実態が明らかになり、組織の理解を得ることの重要性や困難性が明らかになった。また、連携コンピテンシーの関連要因は、地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加経験、ロールモデルとなるような産業看護職の存在等であり、連携コンピテンシーを高めるには地域保健関係者との顔の見える関係づくりができる機会を増やすこと、ロールモデルとなる産業看護職を増やすこと等が重要である。このような連携コンピテンシーを高める要因が明らかになったことは新規性が高いと考える。

I. 回答者の特性

本研究の対象者は、(社)日本産業衛生学会の会員である産業看護職 2574 名全員であった。ここで、本研究の回答者の一般性を確認するため、同学会の会員である産業看護職のうち、事務局がランダムサンプリングした半数を対象として 2015 年 5 月～6 月に実施した調査¹³⁷⁾における回答者の基本属性と比較した。40 代以上の者の割合は本研究では 69.0%であるのに対し 69.8%、産業看護職の勤務年数は平均 17.0 年に対し 15.3 年、企業に所属する者は 71.5%（選択肢の条件を同一に揃えて計算）に対し 75.3%であり、いずれの項目においても有意差は認められないことから、本研究の対象者は同学会員である産業看護職として、ある程度一般性があると考えられた。しかし、同学会員である時点で産業保健や産業看護に関する学習意欲や情報収集に対する意欲が高いことが考えられ、本研究の結果ではこの点を考慮する必要がある。

II. 産業看護職の地域保健との連携の必要性に関する認識と連携経験の有無

連携経験の有る者は全体の 34.0%と低く、産業看護職と地域保健との連携が活発に行われているとは言えない現状が明らかになった。また、連携の必要性を「強く感じている」割合は、連携経験有り群が無し群の約 2 倍であり、「少し感じている」を加えても連携経験有り群が 91.0%、連携経験無し群が 75.7%となり有意な差がみられた。また、連携の必要性を感じる理由についても 11 項目中 9 項目において、連携経験の有無により有意な差がみられた。特に、連携経験有り群ほど、「健康イベントを企画・実施する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」、「従業員自身が持つ健康課題を解決する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」、「メンタルヘルスの問題を抱える家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため」、「地域保健主催の保健事業等の企画に従業員を参加させるなど、活用したいと考えるため」と回答していた。川上¹²⁶⁾は、認知症の親を抱える従業員への支援において地域保健と連携した事例から、社員が生き生きと能力を十分に発揮して働くためには、本人が心身共に健康であると同時に、家庭（家族）が安定している必要があると学び、地域との連携の必要性を改めて感じたと述べている。このように、地域保健との連携を経験することでその必要性を認識し、新たな連携に繋がる可能性が考えられた。一方で、日本産業衛生学会の産業保健専門職の倫理指針の第 3 章情報の管理¹³⁸⁾によれば、産業保健専門職は職務上知りえた企業秘密は洩らさない、とあり、情報開示対象がたとえ事業者であっても、情報開示には従業員の承諾を前提とし、

その範囲は職務適性の有無や労働に際して具体的に配慮すべき事項に限定されている。このように、産業看護職はこの倫理指針に沿って情報公開と守秘義務の関係から、地域保健との連携に取り組む際も情報開示の内容とその程度について従業員個人の同意や組織の承認を得る必要がある。このことが地域保健と連携することが最善の解決策なのか、連携経験が無い者にはその必要性の判断に困難感を覚える可能性がある。

また、(社)日本産業衛生学会の生涯教育委員会が募集している「産業保健専門職の生涯教育の教材となる良好実践事例 (GPS)」を見てみると、全 228 例の中で、地域保健との連携に関する事例は 2014 年に投稿された 1 例のみであった¹³⁹⁾。本事例は大学が地域のファミリーサポートセンターと連携して学内医療従事者の育児支援を行ったものだが、産業看護職を含む産業保健スタッフが地域保健と連携した事例は一切見当たらず、成功事例を目にする機会が非常に少ないことが推察された。地域包括ケアに携わる看護職間連携のための研修会の事業評価に関する報告において¹³⁴⁾、看護職連携の具体的な成功事例を積み重ね、地域の関係者で共有することが必要であり、これらの活動を継続することが看護職連携の仕組みづくりの一助となると述べている。直近の状況として、今年 (2019 年) 9 月に改訂されたガイドライン¹⁴⁾には改訂ポイントの一つとして具体的な連携事例が追加された。例えば、地域・職域連携による取り組みの一つとして、企業の健康経営推進や認証取得に地域保健が協力する例がある。また、地域保健活動の支援対象には、これまで在勤者を含めることが難しい傾向があった²²⁾が、今回のガイドライン改訂によって、在住者・在勤者に関わらず特にポピュレーションアプローチの点で地域保健活動の支援対象とすることが明記されたため、地域・職域連携を進めやすい環境が整いつつある。

これらのことから、産業看護職が地域保健との連携の必要性を認識し、日頃の産業保健活動においてその必要性を判断できるよう連携の成功事例を増やし広く周知する必要がある。

Ⅲ. 地域保健との連携経験をもつ産業看護職の特徴

本研究結果では、地域保健との連携を実施した際の事業所規模は 499 人以下が 31.1%と多かった。朱膳寺ら¹²⁹⁾が実施した調査においても産業看護職一人当たりの担当従業員数が少ないものが地域保健に着目した産業保健活動をより多く実施していたと述べていた。このことから、産業看護職一人当たりの担当従業員数が少ないほど従業員により身近な存在となり、家族を含めた支援を行うことができ、地域保健との連携に繋がっている可能性がある^{140) 141)}。さらに、専任産業医が選任されている事業所は 38.1%と少なく、逆に嘱託産業医である事業所は 48.2%と約半数を占めた。そして、看護職の配置人数も 1 人のみが 35.0%と最も多かった。労働安全衛生規則第 15 条による産業医の定期巡視は少なくとも毎月 1 回、2017 年からは所定の情報が毎月提供される場合には 2 か月に 1 回以上へ改正されており¹⁴²⁾、嘱託産業医による職場訪問頻度は、月に 1 回程度あることが多い。嘱託産業医は時間的制約によって健康診断の事後措置等、十分な産業保健活動が行えないことから、労働者との仲介役として常勤保健師の存在が重要で、嘱託産業医活動に大きな意味を持つと言われている¹⁴³⁾。また、嘱託産業医の勤務体制を支えるためには、多職種連携や地域と協働して取り組む対策の必要性も述べられている¹⁴⁴⁾。さらに、今田は、産業看護職一人だけの職場だからこそ、外部との連携は情報収集の場所であり、自己啓発の場所でもあると述べている¹⁴⁵⁾。これらのことから産業看護職一人配置であり、嘱託産業医しか

雇用されていない職場環境ほど産業看護職の存在意義が大きく、また、産業保健活動におけるマンパワー不足を補い、情報収集や自己啓発の機会としても地域保健との連携に取り組んでいる可能性が考えられた。但し、本研究では地域保健との連携経験が無い者に事業所規模や看護職配置人数を尋ねていないため、連携経験の有無との関連について明確に証明することが難しい。

また、連携経験の有無には連携の必要性の認識が関連していることが明らかになり（表 8）、連携の必要性の認識から連携実施に至るまでの行動については、一連の構造があることが考えられた。例えば、連携の基盤となる意識・姿勢・考え方（主観的規範）があって、連携の必要性を認識（行動に対する態度）し、職場の先輩・同僚から指導助言や研修会・勉強会での学び等（行動影響要因の認知）により自己の能力をコントロールする。そして、個別事例の支援や産業保健活動の充実など、実践的な動機（意図）が生じて、行動、つまり、連携の実施に繋がるというものである。これは、主観的規範、行動に対する態度、行動影響要因の認知により自己の能力をコントロールし、ある意図が生じて行動に移るという計画的行動理論¹⁴⁶⁾に似た構造を呈していると考えられる。しかし、質問紙調査票作成当初より、このような理論に当てはめ一連の構造を想定した質問構成にはしていない。よって、今後の研究において、この点も考慮した調査を実施することで計画的行動理論を基にした連携実施における構造を証明できる可能性がある。

また、連携経験の有無と背景要因との関連（表 8）から、産業看護職としての通算経験年数が長いほど地域保健との連携経験が高まる可能性が考えられた。年代に関する χ^2 検定による比較においても（表 3）、連携有り群の方が有意に 40 代以上の割合が高いことから、業務における経験年数の影響だけではなく、産業看護職自身のライフイベントの経験が関連している可能性も考えられる。産業看護職のキャリアアンカーと基本属性との関連に関する研究¹³⁷⁾において、「労働者に応じた支援を行う」と「婚姻状況有り」、「育児経験有り」、「介護経験有り」は有意に関連していた。産業看護職自身が個々のライフイベントにおいて、様々な経験をするにより労働者の家族を含む背景を広く捉えた対象理解が深まることが考えられた。特に、産業看護職が自身の育児や介護の経験を通じて地域保健関係者との関係を構築できた場合は、その関係性を活用して労働者の問題解決に生かすことができる可能性が考えられた。この点についても今後の研究において、対象者のライフイベントに関する経験の有無について尋ねることにより、連携経験との関連性を明確化できる可能性が示唆された。しかし、妊娠・出産・育児・介護等のライフイベントの経験はあくまでも個人的な経験要因であることから、これらのライフイベントによる学びを補強し、専門職として必要な知識を身に付けられるような機会の提供が課題であると考えられた。

IV. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーの構造と特徴

4 つの側面毎の連携コンピテンシー全てにおいて適合度指数は統計学的許容水準を満たしており、先行研究で実施した質的内容分析の結果が裏付けられた。連携コンピテンシーの全体構造の適合度指数は統計学的許容水準¹⁴⁷⁾を満たすまでには至らないが、観測変数が 37 と多い状況の中で比較的高い適合度が得られており、4 つの連携コンピテンシーを統合した全体構造として適しているといえる。また、連携コンピテンシーに最も強く寄与していたのは、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーであり、次いで、「連携の実践」に関する連携

コンピテンシーであった。しかし、「組織の理解を得るための取り組み」における連携コンピテンシーの中央値は最も低く、全体的に最低点に近い得点に分布が偏っていた。著者が産業看護職を対象として地域保健との連携に関する研修会を開催し、その半年後に実施した調査¹⁴⁸⁾において、回答者の66.7%が「地域保健との連携について上司・同僚と話し合った」と回答していた。しかし、実際に連携した者はその約半数の33.3%であり、地域保健との連携を困難と感じる理由として、40%の者が「上司や同僚の理解や協力が得られない」と回答していた。鈴木ら¹³⁰⁾の研究結果においても、地域・職域連携の体制整備の課題の一つとして、「地域と協働で事業に取り組む際の職域側の受け入れ体制の不備」を挙げていた。また、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーは、標準化係数が最も高く、連携コンピテンシーに強く寄与していたことから、地域保健との連携において重要な連携コンピテンシーと言えるが、修得することが難しいコンピテンシーである可能性が考えられた。産業看護職は医療職であるだけでなく一社員として、上司や同僚である産業医・産業看護職、人事・総務部などの担当者を含め、あらゆる関係者に対し、地域保健との連携を行う根拠を明確に示す必要がある¹⁴¹⁾。産業看護職のビジネスパーソンとしての能力（企業の一員として生産性の向上に寄与する能力）に関する調査¹⁰⁵⁾において、産業看護職としての経験年数はビジネスパーソンとしての能力と正の相関がみられた。このことから、地域保健との連携を推進する上で組織の理解を得るためには、産業看護職としての経験を積み重ねビジネスパーソンとして能力を身に付けることも重要である。春日ら¹⁰⁴⁾は、産業保健師が経営層の考えを認識し、保健事業の成果の意味づけを伝えていくことは、各種保健事業に関する経営陣の理解や実施の後押しにつながる可能性もあり、今後より必要な専門能力になると述べている。

このように、組織の理解を得ることは、地域保健との連携を実施する上で重要な要素でありながら、取り組むことが難しい連携コンピテンシーである可能性が考えられた。

V. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーに関連する要因

重回帰分析の結果から（表17）、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」は、4つの連携コンピテンシーのうち、「日頃の取り組み」、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点と関連があることが明らかになった。2017年9月、厚生労働省が実施した「地域・職域連携推進協議会の設置及び実施状況」調査¹⁴⁹⁾によると、地域・職域連携推進協議会（以下、「協議会」と略す）の設置状況として、都道府県97.9%（「現在設置していない」を除く）、二次医療圏・保健所100%（その他の設置方法を含む）、保健所設置市・特別区94.8%（「現在設置していない」を除く）であり、ほとんどの地域で協議会が設置されていた。しかし、その2017年度の年間開催状況を見てみると、2回以下が都道府県82.8%、二次医療圏・保健所90.3%、保健所設置市・特別区87.1%であり、いずれも8~9割の割合で年間開催が2回以下にとどまっていることがわかる。中には、健康課題を分析することを目的としてワーキンググループを設置している協議会も3割前後あり、また、市町村単位で独自の会議を開催している地域もあることから各地域によって開催状況やその内容に格差があることが伺える。中には、これらの協議会とは別に、自治体保健師と産業看護職合同の研究会や研修会を立ち上げて定期開催している地域もあり、有効な情報交換や学習活動の場となっている¹²⁶⁾

150)。野村¹⁵¹⁾は、地域・職域関係者の認識を共通化、共有化できる“場”を数多く設定することが連携活動の推進に重要であると報告している。定期的に地域保健主催の研修会や勉強会に参加している場合、自治体の保健師や管理栄養士などの地域保健関係者と顔の見える関係を築くことができ、日頃からの人間関係づくりや情報収集が行いやすい。そして、顔が見えるからこそ、連携にもつながりやすいことが考えられた。森田ら¹⁵²⁾は顔の見える関係は単に顔が分かるだけではなく、考え方や価値観、人となり分かるような多職種小グループでの話し合いの機会から作られ、この機会を継続的に地域で持つことが重要であると述べている。また、地域保健主催の研修会や勉強会に参加することについて組織内で理解が得られていれば、連携実施においても組織の理解を得やすく、産業看護職の連携コンピテンシーの得点も高くなることが予測できる。そして、地域保健関係者との顔の見える関係づくりを行う機会づくりが課題と言える。

また、「ロールモデルとなるような産業看護職の存在」は、4つの連携コンピテンシーのうち「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの合計得点と関連があることが明らかになった。さらに「連携有り群」は「連携無し群」と比較し（表6）、「職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会がある者」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在がある者」の割合が有意に高かった。塩川ら¹⁵³⁾は熟練保健師を対象とした次世代の保健師に継承したい内容に関する調査で、経験を分かち合う風土として、「一緒に活動して見せていく」、育ちあう基盤として、「後輩への影響力を自覚し活動展開のモデルとなる」を挙げている。また、村上ら¹⁵⁴⁾は、自治体保健師が知覚するロールモデル行動には8つの中核的な特徴があり、そのうちの1つとして、「他機関・他職種と連携を図りながら地域特性に応じた保健活動を展開する」があると述べている。また、個々の保健師が職業活動において示すロールモデル行動が、保健師全体の専門職者としての態度や行動の修得促進に貢献することを意味する、と述べており、産業看護職の連携活動においても、このようなロールモデル行動を示すことのできる存在の必要性が考えられた。日本産業衛生学会の産業保健看護専門家制度²⁷⁾では、産業保健看護上級専門家の資格を設けており、産業保健看護専門家になろうとする登録者に対し、実践活動事例や調査研究のまとめ方、学術集会での発表方法、学術誌への論文投稿等について指導する体制が組まれている。このような既にある仕組みを活用して、地域保健との連携についても経験がある者から無い者へ連携コンピテンシーを継承できるような機会づくりが重要である。

このように、地域保健との連携方法を具体的に示したり、指導・助言できる身近な存在を確保することが産業看護職の連携実施や連携コンピテンシーの発達に影響する可能性が考えられた。しかし、地域保健との連携経験がある者自体が少ない現状では、そのような職場環境づくりが難しいという課題が明確になった。

さらに、「連携の実践」と「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの合計得点には「産業医の雇用状況」が関連していることが明らかになり、専属産業医よりも嘱託産業医として雇用されている事業所の方が産業看護職のこれらの連携コンピテンシー得点が高くなる可能性が明らかになった。前項（Ⅲ．地域保健との連携経験者の特徴）においても、事業所規模が比較的小さく、産業看護職一人配置であり、嘱託産業医しか雇用されていない環境ほど、産業看護職が地域保健との連携を実施している可能性について述べた。このように、連携

コンピテンシー得点についても産業保健活動を企画・展開する上で、産業医よりも従業員に身近で、産業医と労働者の仲介役としても存在意義の大きい産業看護職ほど、連携実践および、連携の基盤となるような意識・姿勢・考え方に関する連携コンピテンシーが高まる可能性が考えられた。公益社団法人日本看護協会による保健師を対象とした調査¹⁵⁰⁾によると、行政領域で勤務する保健師は、「現在の業務に必要な能力」および、「保健師として最も身に付けたい能力」の両方において、「連携・調整・社会資源開発能力」を多くの者が選択し、多いものから並べていずれも3位内に入っていた。しかし、産業領域ではどちらにも選択されず、代わりに「企画立案能力」や「情報収集・調査研究能力」等が高順位であった。このことから、地域保健と比較し、産業看護職の活動は事業所内のみで保健活動が完結しやすく、特に、専任産業医が雇用されている場合は、産業看護職が外部機関との連携の必要性を判断し役割を担う機会が少ないことが考えられる。産業保健活動の展開において産業看護職自ら地域保健を含む外部機関との連携の必要性を判断した上で実践することも、連携コンピテンシーを高める一つの方策である可能性がある。

その他、「地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験の有無」や「地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読の有無」についても複数の連携コンピテンシーと関連していた。地域・職域連携推進事業ガイドラインや関連雑誌の閲読は、連携を実施する上で有効な情報源となりうることが考えられた。

VI. 産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーを高めるための教育的方策の検討

これまで述べてきた通り、産業看護職が地域保健との連携に取り組み、連携コンピテンシーを高めるためには、以下、4つの課題があると考えられた（表18）。

表18 産業看護職による地域保健との連携実施と連携コンピテンシー発達のための4つの課題と本研究の結果

No.	課題	本研究の結果
1	地域保健との連携の必要性の判断ができない	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 連携未経験者は連携経験者と比較し、連携の必要性を感じる割合が有意に低かった（表4） ➤ 連携の必要性を感じる理由11項目のうち9項目において、連携未経験者の方がその理由に該当する割合が有意に低かった（表5） ➤ 「連携の必要性の認識」は連携経験との間に有意な関連があった（表8） ➤ 「産業医の雇用状況（嘱託産業医の雇用）」は、「連携の実践」、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの合計得点と関連があった（表17）
2	ロールモデルとなる産業看護職の不足	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ロールモデルとなる産業看護職の存在する者は全体でも13.1%と低く、連携経験者の方が有意に高かった（表6） ➤ ロールモデルとなる産業看護職の存在する者は、連携コ

		<p>ンピテンシーの4つの側面全てにおいて、連携コンピテンシー得点が有意に高かった（表16）</p> <p>➤ 「ロールモデルとなるような産業看護職の存在」は、連携コンピテンシーの4つの側面のうち、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの合計得点と関連があった（表17）</p>
3	地域保健関係者との顔の見える関係づくりの機会が無い	<p>➤ 連携未経験者は、連携の必要性を感じる理由において、「都道府県や市町村等、地域保健からのニーズがあるため。」の割合が有意に低かった（表5）</p> <p>➤ 連携未経験者のうち、地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加した経験がある者は半数にも満たず、連携経験者と比較して有意に低かった（表6）</p> <p>➤ 「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」は連携経験との間に有意な関連があった（表8）</p> <p>➤ 3つの連携コンピテンシー（「日頃の取り組み」、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」）において、地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加した者の方が有意に高かった（表16）</p> <p>➤ 「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」は、「日頃の取り組み」、「連携の実践」、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーの合計得点と関連があった（表17）</p>
4	組織の理解を得ることが困難	<p>➤ 連携コンピテンシーの4つの側面のうち、「組織の理解を得るための取り組み」における連携コンピテンシーの中央値が最も低く、全体的に最低点に近い得点に分布が偏っていた。</p> <p>➤ 「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーは、標準化係数が最も高く、連携コンピテンシーに強く寄与していた（図5）</p>

これらの課題を解決するためには、産業看護職の人員配置や組織構造などの職場環境の改善や教育内容の充実などの方策が考えられるが、ここでは産業看護職の現任教育に関する方策について検討したい。

課題1、2について、産業看護職の中には、地域保健との連携の必要性を感じていない者も存在し、連携実施率も低い現状であることから、各職場において地域保健との連携に関するロールモデル行動を示すことのできる存在が極端に少ないことが考えられた。よって、どのような産業保健活動の場面において、地域保健との連携が必要なのかイメージがわからず、その判断ができた

いことが考えられた。また、公益社団法人日本産業衛生学会の産業保健看護専門家制度委員会が単位認定している研修会²⁷⁾の一覧を確認しても、地域保健との連携をテーマとした内容は含まれておらず、産業保健関連の学会等において地域保健との連携をテーマにした講演やシンポジウムが開催されることは極めて稀であることから、学ぶ機会が少ないことが伺えた。このことから、産業看護職の中には地域保健との連携の必要性やそのメリットを見出すことが難しい、イメージできない者も存在すると考えられた。そのため、地域保健との連携により充実した産業保健活動を展開できた事例、予防的・効率的に健康問題を解決できた事例等の成功事例を示すことにより、産業看護職が産業保健活動の実践場面において、地域保健との連携の必要性を判断できるような教育の機会を提供する必要がある。また、一度きりの教育の機会では終わらず、教育受講後、どのような連携行動を取ることができたか、その際の困難点は何か、どのような成果が得られたのか等を振り返る機会を持つ必要がある。さらに、自らがロールモデルとなってこの連携経験を他の産業看護職にどのように伝えていくか検討するような継続的な教育が必要である。

課題3について、著者が「産業看護職のための地域保健との連携マニュアル」の作成過程¹⁵⁶⁾において4名の自治体保健師へ「自治体保健師との接点の見出し方」について尋ねた際、日頃、従業員の健康問題など何も事案が発生していない時点で保健所保健師との関係性を築いておく必要性を提示された¹⁵⁷⁾。地域保健主催の勉強会等が開催されていない地域では産業看護職自ら地域保健関係者との接点を見出す必要性があり、その手法に関する教育の機会が求められる。

課題4について、産業看護職として特徴的、且つ重要な連携コンピテンシーとして、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーが挙げられたが、最も獲得が難しい連携コンピテンシーであることが示された。しかし、産業看護職の活動においては、連携の場面だけではなく、日頃の産業保健活動を進める上でも、人間関係を調整し組織の理解を得ることが必須となる。河野¹⁵⁸⁾は、産業看護職に求められる7つのコンピテンシーの1つとして、「人・部門・組織間の意見を調整する力」を挙げており、具体的な行動として「工夫しながら人間関係を築き、維持する」、「問題解決に向けていろいろな方法で相手の理解を得て説得する」等を示している。このように、組織の理解を得るためには、産業看護職各々が置かれた環境や立場を見極め、どのように行動するべきかを考えるような機会を持つことが重要である。地域保健との連携を推進するために、どのようにして組織の理解を得ると良いか、グループワークや事例検討などの手法を用い、具体的な対応策が明確になるような教育プログラムの検討が必要だと考えられた。また、「学会等で地域保健との連携について発表した経験の有無」についても、「組織の理解を得るための取り組み」に関する連携コンピテンシーと関連していたことから、連携を経験した後には対外的な場で発表することによりさらに社内の理解も得られる可能性が考えられた。

以上により、教育プログラムに組み込むことが望ましい内容としては、地域保健関係者との顔の見える関係づくりの方法、ロールモデル行動を示すことの必要性および、組織の理解を得るための具体的な方策検討の機会の提供である。また、著者が実施した地域・職域連携研修会の効果を明らかにした調査¹⁴⁸⁾において、研修会後半年間で地域保健との連携を実施した受講者が3割強であったことから、教育後の実践行動を評価するようなプロセスを設けた方が良いと考えられた。今後、産業看護職を対象としたこのような教育プログラムを広く実施し、介入研究によって教育の効果を検証する必要がある。

VII. 本研究における限界と今後の課題

本研究の限界は、以下の4点である。

1. (社)日本産業衛生学会の会員である産業看護職を対象に調査を行ったため、専門職意識や実践能力の高い対象であった可能性が高い。加えて、今回の調査では回収率が31.7%に留まったため、対象に偏りがある可能性がある。
2. 連携コンピテンシーの妥当性について、FGIにより内容的妥当性を、確認的因子分析によって構成概念妥当性を検証したが、連携コンピテンシーに関する既存の尺度が存在しない³²⁾ため、一定の妥当性は確認できているが、基準関連妥当性の検証までは至っていない。
3. 重回帰分析の結果において、「連携の基盤となる意識・姿勢・考え方」に関する連携コンピテンシーの調整済み R^2 が低値であったこと、その他3つの側面における連携コンピテンシーの調整済み R^2 が0.2-0.3であったことから、連携コンピテンシーに関連する要因は他にもあることが考えられた。但し、社会調査データでは調整済み R^2 が0.5を超えるような例は少なく、0.2を超えれば大きいということもある¹⁵⁹⁾。よって、連携コンピテンシーに関連する要因として、一定程度の説明力はあると言える。
4. 横断研究であったことから、地域保健との連携実施や連携コンピテンシーと背景要因の関係性はみられるが、その因果関係について言及することができない。しかしながら、本研究において、文献検討および、研究者との検討により背景要因を抽出し、「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加経験あり」、「地域保健との連携について、ロールモデルとなるような産業看護職の存在」等、連携経験の有無や連携コンピテンシーに関連する複数の要因が明らかになったことは、連携コンピテンシーを高める要因につながるものであり、本研究の新規性の一つと言えよう。

以上のことから、今後、産業看護職の地域保健との連携コンピテンシーに関連する要因を縦断的に検討し、更なる検証を行う必要がある。その一つとして、地域保健との連携実施の有無には、事業所規模や産業看護職の人数配置、産業医の雇用状況等の職場環境要因および、産業看護職のライフイベントに関する経験の有無が影響している可能性が考えられるため、それらのデータを収集する質問紙調査の実施も有効である。

第6章 結論

本研究では、産業看護職の地域保健との連携や連携コンピテンシーの実態、およびそれらに関連する要因について検討し、以下の示唆を得た。

1. 地域保健との連携経験者は 34.0%と少なく、その必要性を認識していない者も 17.9%であった。連携経験者の特徴として、事業所規模 499 人以下が 31.1%と最も多く、嘱託産業医である事業所は 48.2%と約半数を占めた。また、看護職の配置人数も 1 人のみが 35.0%と最も多く、連携経験者の 72.0%が「地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加」し、連携経験が無い者と比較し、その割合が有意に高かったことから、産業保健活動におけるマンパワー不足を補い、情報収集や自己啓発の機会としても地域保健との連携に取り組んでいる可能性が考えられた。
2. 4 つの側面における連携コンピテンシーが確認された。「組織の理解を得るための取り組み」に関する合計得点の中央値が最も低く、最低点に近い得点に分布が偏っていたが、連携コンピテンシーに最も強く寄与していた。組織の理解を得ることは、地域保健との連携を実施する上で重要な要素でありながら、取り組むことが難しい連携コンピテンシーである可能性が考えられた。
3. 産業看護職による地域保健との連携コンピテンシーの関連要因は、地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加経験、ロールモデルとなるような産業看護職の存在、産業医の雇用状況、地域・職域連携推進事業ガイドライン閲読経験、地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の閲読等であった。連携コンピテンシーを高めるには、地域保健関係者との顔の見える関係づくりができる機会を増やすこと、ロールモデルとなる産業看護職を増やすこと、産業保健活動の展開において産業看護職自ら連携の必要性を判断し実践することが重要である。このように、産業看護職の地域保健との連携における連携コンピテンシーを高める要因が本研究により明らかになったことは新規性が高い。
4. 教育的方策への示唆として、地域保健との連携の必要性の判断方法、ロールモデル行動を示すことの必要性、地域保健関係者との顔の見える関係づくりの方法、および、組織の理解を得るための具体的な方策検討について、産業看護職の現任教育に取り入れることが有効である可能性が考えられた。

謝辞：貴重なお時間を割いて本研究にご協力いただきました産業看護職の皆さま方、本博士論文の執筆に当たり貴重なご指導を賜りました荒木田美香子先生を始め諸先生方、研究室ゼミの皆さま方に心より感謝申し上げます。

利益相反：本研究において、開示すべき利益相反はない。

尚、本研究は JSPS 科研費 JP15K11867（基盤研究 C）の助成を受けて実施した。

文献一覧

- 1) 総務省統計局. 2019. 労働力調査（基本集計）平成 30 年（2018 年）平均（速報）結果の要約. <https://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/nen/ft/pdf/index1.pdf> 2019. 10. 12
- 2) 厚生労働省. 1972. 労働安全衛生法. https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=347AC00000000057 2019. 10. 12
- 3) 厚生労働省. 2019. 平成 30 年版高齢社会白書(全体版). http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/sl1_1_1.html 2018. 11. 28
- 4) 厚生労働省. 2017. 平成 28 年度介護保険事業状況報告(年報). https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyos/16/dl/h28_gaiyou.pdf 2018. 11. 2
- 5) 内閣府男女共同参画局調査課. 2018. 女性活躍推進法による女性活躍の加速・拡大に向けて—平成 29 年版男女共同参画白書から—. 共同参画. 2017;102(7):2-7
- 6) 厚生労働省. 2018. 平成 29 年国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa17/index.html> 2018. 11. 28
- 7) 厚生労働省. 2017. 高年齢者等の雇用の安定等に関する法律. https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=346AC00000000068_20170401_429AC00000000014&openerCode=1/ 2019. 10. 12
- 8) 梅崎重夫, 小川康恭. 高齢労働者の安全衛生管理. 産業保健 21. 2016;84:4-6
- 9) 厚生労働省. 「平成 25 年度治療と職業生活の両立等支援対策事業」アンケート調査. <https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/140328-01.pdf> 2018. 11. 28
- 10) 厚生労働省. 2018. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000490701.pdf> 2019. 12. 19
- 11) 公益社団法人日本看護協会. 2017. 平成 29 年看護関係統計資料集. <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html> 2019. 10. 22
- 12) 公益社団法人日本看護協会. 2018. 平成 30 年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2019/hokenshi_katsudokiban.pdf 2019. 10. 27
- 13) 日本産業衛生学会 産業看護部会. 産業看護の定義. http://sangyokango.org/wp/?page_id=23 2019. 10. 22
- 14) 地域・職域連携支援検討会. 2019. 地域・職域連携推進事業ガイドライン(改訂版). <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/ikk-h.pdf> 2019. 10. 12
- 15) 三橋祐子, 錦戸典子. 産業看護職による地域保健との連携の現状とそのメリットに関する検討. 健康開発. 2015;19(3):56-64
- 16) 厚生労働省. 2004. 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針. 厚生労働省告示第 242 号. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000128079.pdf> 2018. 11. 28

- 17) 厚生労働省. 2012. 地域保健法第4条に基づく基本指針. 厚生労働省告示第464号(最終改正).
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000079549.pdf>
2018. 11. 28
- 18) 佐藤眞一, 吉岡みどり, 西出朱美ら. 千葉県海匝地域・職域連携推進協議会の取組と成果(1). 日本公衆衛生学会総会抄録集. 2015;74:516
- 19) 鮫島あゆみ, 須賀万智, 佐藤慎子. 市内事業所における健康保持・増進の取り組み状況調査—川崎市地域・職域連携推進協議会. 日本公衆衛生学会総会抄録集. 2014;73:333
- 20) 鈴木順一郎, 西山真里, 中岡洋子. 地域・職域連携による小規模事業所に対するメンタルヘルス調査について. 四国公衆衛生学会雑誌. 2006;51(1):121-124
- 21) 森田喜代子, 浦滝恵津子, 白石都ら. 地域と職域が連携して取り組んだこころの健康づくり対策. 保健師ジャーナル. 2010;66(12):1078-1085
- 22) 三橋祐子, 錦戸典子. 自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査—保健所設置市と市町の比較を通して. 日本公衆衛生雑誌. 2010;57(9):771-784
- 23) 三橋祐子, 錦戸典子. 産業看護職による地域保健との連携の現状とそのメリットに関する検討. 健康開発. 2015;19(3):56-64
- 24) 三橋祐子. 従業員の今、そして将来の元気を守るために—地域・職域連携の推進に向けて—. 健康開発. 2014;18(3):10-16
- 25) 荒木田美香子. 働く人の健康管理と地域・職域連携の課題. 地域保健. 2015;46(10):18-23
- 26) 錦戸典子, 豊田加奈子. 地域・職場における心の健康の現状と対策—連携・協働の強化に向けて. 保健の科学. 2012;54(5):292-298
- 27) 公益社団法人日本産業衛生学会産業保健看護専門家制度委員会. 2015. 産業保健看護専門家制度とは. <http://hokenkango.sanei.or.jp/> 2019. 2. 5
- 28) 一般社団法人日本産業保健師会. 2019. セミナー・研修会.
<http://sangyohokensi.net/seminar.html> 2019. 10. 12
- 29) Spencer, L. M, Spencer, S. M, (訳) 梅津良祐, 成田攻, 横山哲夫. コンピテンシーとは何か コンピテンシー・マネジメントの展開・導入・構築・活用[Competence at Work:Models for Superior PerforMannce]. 東京:生産性出版. 2001:11-19
- 30) Lusia, A. D, Lepsinger, R, (訳) 遠藤仁. 一般コンピテンシーモデル. 実践コンピテンシーモデル [The Art and Science of Competency Models]. 東京:日経BP出版社. 2002:206-209
- 31) 岡本玲子. 保健師のコアコンピテンシー. 麻原きよみ責任編集. 公衆衛生看護学原論. 東京:医歯薬出版株式会社. 2014:87
- 32) 河野啓子, 工藤安史, 後藤由紀ら. 産業看護職のコンピテンシー尺度の開発と信頼性・妥当性の検証. 日本産業看護学会誌. 2019;6(1):1-7
- 33) 三橋祐子, 錦戸典子. 地域保健との連携における産業看護職のコンピテンシーに関する検討, 日本産業衛生学雑誌. 2017;59(4):95-106
- 34) 吉池毅志, 栄セツコ. 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—. 桃山学院大学総合研究所紀要. 2009;34(3):109-122

- 35) 大辞林. 第三版. 三省堂. <https://www.weblio.jp/content/%E8%83%BD%E5%8A%9B/2019.2.19>
- 36) 松岡千代. ヘルスケア領域における専門職間連携 ソーシャルワークの視点からの理論的整理. 社会福祉学. 2000;40(2):18-26
- 37) 山中京子. 医療・保健・福祉領域における『連携』概念の検討と再構成. 社会問題研究. 2003;53(1):2-5
- 38) 中村誠文, 岡田明日香, 藤田千鶴子. 「連携」と「協働」の概念に関する研究の概観 概念整理と心理臨床領域における今後の課題. 鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要, 2012;7:3-13
- 39) Germain C. Social Work Practice in Health Care. New York: The Free Press, 1984:
- 40) John R. Graham, Ken Barter, John R. Graham. Collaboration: A Social Work Practice Method. The journal of contemporary human services. 1999;10:6-13
- 41) 筒井孝子, 東野定律. 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 2006;53(10):762-776.
- 42) 栗原美帆, 奥山みき子. 市町の母子保健活動における保健師と多職種との連携およびネットワーク. 三重県立看護大学紀要. 2012;16:35-43
- 43) 渥美綾子, 安齋由貴子. 行政保健師が行う個別支援における連携内容. 日本地域看護学会誌. 2013;16(2):23-31
- 44) 子吉知恵美. 発達障害児の保護者の受容状況に応じた保健師による支援としての多職種連携のあり方に関する研究. 小児保健研究. 2019;78(2):122-132
- 45) 大塚敏子, 巽あさみ. “気になる子ども”をもつ保護者への支援における保健師と保育士の連携経験と相互役割期待. 日本看護研究学会雑誌. 2018;41(4):651-663
- 46) 植松勝子. 就学前発達障がい児支援の基盤整備に関する検討 母子保健活動と保育園・幼稚園との連携. 日本公衆衛生看護学会誌. 2015;4(2):139-147
- 47) 小笹美子, 長弘千恵, 斉藤ひさ子ら. 保健師によるこども虐待ボーダーライン. 事例支援と連携. 日本看護学会論文集. ヘルスプロモーション. 2016;46:176-179
- 48) 尾形玲美, 有本梓, 村嶋幸代. 児童虐待ハイリスク事例に対する個別支援時の行政保健師による保育所保育士との連携内容. 日本地域看護学会誌. 2011;14(1):20-29
- 49) 荒井葉子, 安武繁, 笠置恵子ら. 児童虐待防止のための医療機関と地域保健機関の看護職の支援と連携. 人間と科学. 県立広島大学保健福祉学部誌. 2008;8(1):101-115
- 50) 相川祐里. 医療機関と地域保健師の連携による妊娠期からの育児支援の課題 済生会横浜市東部病院の周産期チーム医療活動をもとに. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌. 2018;4(1):49-54
- 51) 福澤雪子, 鄭香苗. 周産期の継続支援と連携・協働の現状に関する行政保健師の認識. 日本看護学会論文集. ヘルスプロモーション. 2017;47:75-78
- 52) 大井靖子. 低出生体重児の出生時から退院後における保健師と医療機関との連携による育児支援の検討. 岐阜県立看護大学紀要. 2014;14(1):97-108
- 53) 成木弘子, 藤井仁. 地域医療ケアシステム構築における保健所保健師の関与の特徴. 保健医療科学. 2018;67(4):382-393

- 54) 蒔田寛子, 大野裕美. 地域包括ケア推進に関する研究 多職種連携と市民参加のまちづくり. 豊橋創造大学紀要. 2018;22:59-68
- 55) 三好智美, 荒賀直子. 在宅ケアにおける市町村保健師と訪問看護師の連携状況と連携意識. 地域看護. 2014;44:31-34
- 56) 三好智美, 荒賀直子. 在宅ケアにおける市保健師と訪問看護師との連携促進のあり方の検討. 医療看護研究 2013;10(1):1-19
- 57) 氏原将奈, 与儀恵子, 小山佐智子. 行政と救急医療機関の連携による自殺未遂者支援の考察. 東京都福祉保健医療学会誌平成 25 年度受賞演題論文集. 2014;52-62
- 58) 坂田三允, 長瀬英次, 富樫栄子ら. 病院と地域の連携の促進 病院と地域の看護職者の実態調査から. Quality Nursing. 2002;8(7):595-602
- 59) 渥美綾子, 安齋由貴子. 行政保健師が行う個別支援における連携内容. 日本地域看護学会誌 2013;16(2):23-31
- 60) 多次淳一郎, 井倉一政, 前山和子. B 保健所管内における看護職連携の推進に向けた活動の実態と課題 管理職の立場にある看護職へのインタビュー調査から. 東海公衆衛生雑誌. 2017;5(1):96-101
- 61) 畑中純子, 高崎正子, 畑中三千代. メンタルヘルス不調の労働者支援における管理監督者との連携のための産業看護職による関係形成の構造. 産業衛生学雑誌. 2018;60(3):69-77
- 62) 湯川裕美, 長谷川珠代, 蒲原真澄ら. メンタルヘルス不調者の復職支援に必要な事業場内外資源の連携における産業看護職の役割. 日本健康医学会雑誌. 2015;24(2):138-144
- 63) 浦橋久美子, 中原夏美, 齋藤澄子ら. 災害時活動において保健所保健師と市町村保健師が効果的な連携をするための要因. 三育学院大学紀要. 2015;7(1):11-17
- 64) 岡本啓子, 松嶋紀子. 養護教諭と地域保健機関の連携に影響を及ぼす要因の検討(原著論文). 学校保健研究. 2006;48(3):209-218
- 65) 福田梨愛, 河野啓子, 畑中純子ら. 産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携促進要因. 日本産業看護学会誌. 2017;4(1):8-14
- 66) Van Dongen, Lenzen SA, van Bokhoven, Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. BMC Family Practice. Published online 2016 May 28.
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0456-5> 2018. 11. 28
- 67) 総務省統計局. 2018. 平成 29 年就業構造基本調査.
<https://www.stat.go.jp/data/shugyou/2017/pdf/kgaiyou.pdf> 2018. 11. 28
- 68) 厚生労働省. 1991. 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律. 1991; <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000165876.pdf> 2019. 2. 19
- 69) 厚生労働省. 2009. 子の養育又は家族の介護を行い、又は行うこととなる労働者の職業生活と家庭生活との両立が図られるようにするために事業主が講ずべき措置に関する指針.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000169669.pdf> 2019. 2. 19

- 70) 厚生労働省. 2003. 一般事業主行動計画の策定・届出等について.
<https://www.mhlw.go.jp/general/seido/koyou/jisedai/index.html>/2019. 2. 19
- 71) 厚生労働省. 2018. 平成 29 年度労働安全衛生調査（実態調査）.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h29-46-50b.html>/2019. 8. 12
- 72) 国民衛生の動向. 2019/2020. 東京：一般財団法人厚生労働統計協会. 2019:333-334
- 73) 厚生労働省. 2010. 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html>/ 2019. 8. 12
- 74) 経済産業省ヘルスケア産業課. 2018. 健康経営の推進について.
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/180710kenkoukeiei-gaiyou.pdf/ 2019. 2. 19
- 75) 国土交通省. 2010. 危機管理室事業者における新型インフルエンザ事業継続計画策定の手引き.
<http://www.mlit.go.jp/common/000125327.pdf>/ 2019. 2. 19
- 76) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長. 職域における風しん対策について(協力依頼).
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/dl/181030_1.pdf / 2019. 2. 19
- 77) McClelland, D. C. Testing Competence Rather Than Intelligence. *American Psychologist*. 1973;28:1-14
- 78) 加藤恭子. 日米におけるコンピテンシー概念の生成と混乱(組織流動化時代の人的資源開発に関する研究:組織間協力と組織間人材移動をふまえた人材開発・育成・活動の問題を中心として. 産業経営プロジェクト報告書. 2011;34:1-23
- 79) 岡本玲子. コンピテンシー. *日本地域看護学会誌*. 2018;21(1):70-75
- 80) 佐藤克己. 第4章日本の「わざ」修得と「コンピテンシー」の役割. 教育現場の「コンピテンシー評価」、「見えない能力」の評価を考える. 京都:ナカニシヤ出版. 2017:77-99
- 81) 久保淳志. 成果型年俸制の動向とコンピテンシー. *月間人事労務*. 2002;14(10):46-57
- 82) 吉岡京子. 保健師の実践能力. *日本地域看護学会誌*. 2015;17(3):93-96
- 83) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子ら. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発. *日本地域看護学会誌*. 2003;6(1):32-39
- 84) 厚生労働省保健師教育ワーキンググループ. 2010. 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標. ;
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000teyj-att/2r9852000000tf0n.pdf>/ 2019. 2. 19
- 85) 麻原きよみ, 大森純子, 小林真朝ら. 保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度. *日本公衆衛生雑誌*. 2010;57(3):184-194
- 86) 厚生労働省. 2016. 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120158.pdf>/ 2019. 2. 19
- 87) 大倉美佳. 行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究～デルファイ法を用いて～. *日本公衆衛生雑誌*. 2004;51(12):1018-1028

- 88) Quad Council of Public Health Nursing Organization. Public Health Competencies. Public Health Nursing. 2004;21 (5):443-452.
- 89) The Quad Council Coalition of Public Health Nursing Organizations (QCC). 2018. Community/Public Health Nursing Competencies (Quad Council Coalition). <http://www.quadcouncilphn.org/documents-3/2018-qcc-competencies/2019.8.9>
- 90) 都築千景. 援助の必要性を見極める—乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術—. 日本看護科学学会誌. 2004;24:3-12
- 91) 高橋美砂子. 熟練保健師の家庭訪問における支援技術—思考と行動の特徴—. 日本看護科学学会誌. 2010;30:34-41
- 92) 松坂由香里, 荒木田美香子. 行政保健師の家族支援実践力尺度の開発—信頼性・妥当性の検討—. 家族看護学研究. 2017;22(2):74-86
- 93) 堀成美. 保健師に必要な予防接種のコンピテンシー. 保健師ジャーナル. 2014;70(2):94-98
- 94) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織. 事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発 信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌. 2009;56(6):391-401
- 95) 杉田由加里. 支援システムを構築・発展させる地域保健師のコンピテンシー・モデルの開発. 日本地域看護学会誌. 2011;13(2):77-85
- 96) 鈴木由里子, 田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発, 日本公衆衛生雑誌. 2014;61(6):275-285
- 97) 岩村龍子. 災害対応における看護職が果たす役割・機能と役割・機能を発揮するために必要な能力. 2014;14(1):61-72
- 98) 春山早苗. 感染症健康危機管理における保健所保健師の役割と求められる能力. 2009;65(9):729-735
- 99) 阿部朱美, 飯村富子, 永井眞由美ら. 児童虐待防止における保健師の自信と力量形成に関する研究—H 県内の保健所及び保健センターに所属する保健師の実態調査より—. 日本赤十字広島看護大学紀要. 2008;8:39-48
- 100) Jakeway, C. C., Larosa, G., Cary, A., Schoenfisch, S. The role of public health nurses in emergency preparedness and response: A position paper of the Association of State and Territorial Directors of Nursing. Public Health Nursing. 2008;25 (4):353-361
- 101) 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子ら. 今特に強化が必要な地域保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌. 2007;9(2):60-67
- 102) 渡部瑞穂, 荒木田美香子. 行政中堅保健師実践能力尺度の開発—中小規模市町村における検討—. 日本公衆衛生看護学会誌. 2018;7(2):60-71
- 103) 岡本玲子, 関裕子, 合田加代子ら. 保健師の研究成果活用力尺度の開発. 日本地域看護学会誌. 2017;20(1):13-21
- 104) 春日美穂, 錦戸典子. 産業保健師が保健事業評価を行う際に必要な専門御応力. 日本地域看護学会誌. 2018;21(1):4-13
- 105) 田所直子, 河野啓子, 畑中純子ら. 産業看護職のビジネスパーソンとしての能力に影響する要因. 四日市看護医療大学紀要. 2018;11(1):13-25

- 106) Strasser, P. B., Competency-based occupational health nurse orientation. AAOHN journal. 2005;53(8):338-339
- 107) The American Association of Occupational Health Nurses. Competencies in occupational and environmental health nursing. AAOHN journal. 2007;55(11):442-447
- 108) Patricia Benner, Christine Tanner, Catherine Chesla. Expertise in Nursing Practice. Second Edition: Caring, Clinical Judgment, and ethics expertise in nursing practice 2ND. Springer pub. 2009
- 109) Olson, D. K., Lohman, W. H., Brosseau, et al, Crosscutting competencies for occupational health and safety professionals, Journal of public health management and practice. 2005;11(3):235-243
- 110) D. Lalloor, E. Demoul, S. Kiran, et al. Core competencies for UK occupational health nurses: a Delphi study, Occupational Medicine. 2016;66:649-655
- 111) 市原千里, 佐藤由美. 行政保健師が職域との連携の創出に用いた技術. The Kitakanto Medical Journal. 2009;59(3):247-254
- 112) 堀井聡子, 奥田博子, 川崎千恵. ら, 中堅期以降の自治体保健師の能力の現状とその関連要因「標準的なキャリアラダー」を用いた調査から. 日本公衆衛生雑誌. 2019;66(1):23-37
- 113) 野中茂子, 松田正己. 市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因. 保健師ジャーナル. 2009;65(6):484-492
- 114) 坂部敬子, 中谷芳美. 北陸の市町村保健師の専門能力とその関連要因. 北陸公衆衛生学会誌. 2016;43(1):1-9
- 115) Chin-Nu Lin, Mastel-Smith, Beth, et al, Cultural Competence and Related Factors Among Taiwanese Nurses. Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins). 2015;23(4):252-261
- 116) 加藤典子, 「地域・職域連携推進協議会の設置及び実施状況」から見る協議会における健康課題の明確化の取り組み. 保健師ジャーナル. 2018;74(5):406-411
- 117) 小野聡枝, 山本恵子, 荒木田美香子. 湘南西地区における地域・職域連携推進への取組み(第3報)メンタルヘルス事例検討会. 第70回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2011;496
- 118) 滝澤喜美子, 前川絵里子, 星野詩子ら. 上越圏域健康づくり計画最終評価(第二報)ー地域・職域連携の方向性. 日本公衆衛生学会総会抄録集, 2011;70:451
- 119) 戸田輝子, 加藤恵子, 谷川隆子ら. 知多半島における地域・職域連携共同モデル事業(第2報)システムの構築を目指して. 日本公衆衛生学会総会抄録集. 2004;63:899
- 120) 佐藤貴子. 保健事業がパワーアップ! ウチの地域・職域連携(第6回)(最終回) 大分県健康アプリ「おおいた歩得」. 産業保健と看護. 2018;10(6):516-517
- 121) 高橋こずえ. 地域・職域連携事業の一環としての「働きやすく健康な職場・地域づくり」への取組み 相模原市の事例. 産業精神保健. 2012;20(2):87-91
- 122) 土屋厚子. 保健事業がパワーアップ! ウチの地域・職域連携(第2回) 静岡県ふじ33(さんさん)プログラム. 産業保健と看護. 2018;10(2):142-143

- 123) 三橋祐子, 錦戸典子. 地域・職域連携の成果に関する自治体保健師の認識と関連要因の検討. 日本地域看護学会誌. 2012;15(2):55-63
- 124) 今井文子. 職域保健活動と地域保健婦との連携. 労働の科学. 1985;40(4):10-14
- 125) 美ノ谷新子. 働く人の健康と地域保健 産業保健から地域へ連携を求めて 就労男性への介護教育のあり方. 保健婦雑誌. 1997;53(7):529-537
- 126) 川上智子. 産業保健と地域保健との連携. 産業看護. 4(4):374-377
- 127) 廣川空美, 守田嘉男, 上田晴美ら. 職場のメンタルヘルス対策のための地域との連携のニーズ. 梅花女子大学看護学部紀要. 2013;3:47-57
- 128) 福岡悦子. 職場のメンタルヘルス対策のための地域との連携づくり 産業保健活動のための地域との連携づくりに関するニーズ調査. インターナショナル Nursing Care Research. 2012;11(4). 55-64
- 129) 朱膳寺さつき, 杉山静, 河野啓子. 産業保健と地域保健の連携についての検討 産業看護職の実態調査を通して. 産業衛生学雑誌. 2000;42(6):228-236
- 130) 鈴木美雪, 大澤真奈美, 塩ノ谷朱美ら. 産業看護職における地域・職域連携のニーズ及び連携体制整備への課題. 群馬県立県民健康科学大学紀要. 2015;10:25-38
- 131) 渡部恵子, 田中美延里, 鳥居順子ら. 自治体保健師の施策化能力に関連する事業化経験と職場環境要因. 四国公衆衛生学会雑誌. 2017;62(1):71-80
- 132) 坂部敬子, 中谷芳美. 北陸の市町村保健師の専門能力とその関連要因. 北陸公衆衛生学会誌. 2016;43(1):1-9
- 133) 野中茂子, 松田正己. 市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因. 保健師ジャーナル. 2009;65(6):484-492
- 134) 厚生労働省. 1922. 健康保険法.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=84024000&dataType=0&pageNo=1 2020. 1. 4
- 135) 厚生労働省. 2019. 高齢者の医療の確保に関する法律.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf> 2020. 1. 4
- 136) 山田淳子, 佐藤由美. 個別支援から事業化提案決定に至るまでの産業看護職の思考過程. 千葉看護学会会誌. 2008;14(1):8-16
- 137) 久保善子, 鳩野洋子, 久保智英ら. 産業看護職のキャリアアンカーに影響する要因の検討. 日本職業・災害医学会会誌. 2018;66(6):476-485
- 138) 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針.
<https://www.sanei.or.jp/?mode=ethics/2019>. 8. 13
- 139) (社) 日本産業衛生学会生涯教育委員会. 2018. 産業保健専門職の生涯教育の教材となる良好実践事例(Good Practice Samples). <http://gps.sanei.or.jp/etsuran.html>. / 2019. 2. 7
- 140) 井倉一政, 多次淳一郎, 前山和子. 保健所管内で取り組んだ看護職間連携のための研修会の事業評価. 東海公衆衛生雑誌. 2018;6(1):45-50
- 141) 河野啓子. 産業看護学 2019 年版. 東京: 日本看護協会出版会. 2019;
- 142) 厚生労働省. 2017. 産業医制度に係る見直しについて. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzeniseibu/0000190999.pdf>/2019. 8. 12

- 143) 杉澤昌弘, 平山庸子. 事業所常勤保健師と連携した嘱託産業医による労働者の健康管理の試み. 産業衛生雑誌. 2014;56:386
- 144) 菅原保. 地方における中小企業の産業保健活動から嘱託産業医の現状と課題. 産業衛生学雑誌. 2018;60(6):199
- 145) 今田とも子. 一人職場だからこそ連携体制. 産業看護. 2010;2(5):8-12
- 146) 曽根智史, 湯浅資之, 渡部基ら訳. 健康行動と健康教育 理論 研究 実践. 東京:医学書院. 2006;77-90
- 147) 山本嘉一郎, 小野寺孝義編著. AMOS による共分散構造分析と解析事例. 東京:ナカニシヤ出版. 2002
- 148) 三橋祐子, 錦戸典子, 島本さと子. 「産業看護職のための地域保健との連携マニュアル」を用いた研修会の実施とその効果. 第7回日本公衆衛生看護学会学術集会講演集. 2019:115
- 149) 厚生労働省健康局健康課保健指導室. 2017. 「地域・職域連携推進協議会の設置及び実施状況」の調査結果. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000188312.pdf> 2018. 11. 28
- 150) 中林美奈子. 地域・職域連携の基盤づくり 地域保健師・産業看護職のネットワーク化に向けての取り組み. 日本公衆衛生学会誌. 2006;65:129
- 151) 野村洋子. 地域・職域連携に学ぶ. 健康管理. 2006;625:19-31
- 152) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. Palliative Care Research. 2012;7(1):323-333
- 153) 塩川幸子, 藤井智子, 北村久美子ら. 熟練保健師が語る保健師活動の継承-北海道 A 地区におけるグループインタビューから-. 北海道公衆衛生学雑誌. 2015;29:115-121
- 154) 村上みち子, 舟島なをみ. 保健師のロールモデル行動の解明. 群馬県立県民健康科学大学紀要. 2010;5:43-56
- 155) 公益社団法人日本看護協会. 平成 26 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. 2015;49.
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2015/26-katsudokiban.pdf/>
2019. 2. 18
- 156) 三橋祐子, 錦戸典子. 「産業看護職のための地域保健との連携マニュアル」の開発と活用方法の検討. 産業衛生学雑誌. 2018;60:531
- 157) 三橋祐子. 産業看護職のための地域保健との連携マニュアル. 科学研究費助成事業 (学術研究助成基金助成費) (基盤研究 (C) (一般)). 2018;6
- 158) 河野啓子, 後藤由紀, 畑中純子ら. 産業看護職に必要とされるコンピテンシーならびに産業看護教育のあり方に関する研究. 文部科学省科学研究費補助金報告. 2013;6-55
- 159) 村瀬洋一, 高田洋, 廣瀬毅士. SPSS による多変量解析. 東京:Ohmsha. 2007;183

資料：

【資料1：研究対象者への依頼状】

日本産業衛生学会登録の看護職の皆様

*既にご退職された方宛てに届きました際は、お手数をおかけ
しまして大変恐縮ですが、質問紙の余白に「退職」と朱記の上、
ご返送をお願い申し上げます。

産業看護職による地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する調査

拝啓、皆さまにおかれましては、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

私どもは、「産業看護職の地域・職域連携コンピテンシーの明確化および教育プログラムの開発と検証」という研究課題に取り組んでおり、このたび、日本産業衛生学会登録の看護職の皆さまを対象として質問紙調査を実施させていただくことになりました。

近年、メンタルヘルス不全や生活習慣病等による休職者・退職者への支援や、高齢者介護、育児不安など従業員の家族を含めた健康問題を解決するため、産業保健分野だけでなく地域保健担当者との連携を必要とする個別事例も増えてきていることが考えられます。また、地域保健担当者と協働で集団健康教育等を実施するなど、効果的な保健活動を展開している例も見受けられます。しかし、このような連携に必要なコンピテンシー（知識・技術・意識・考え方等）についてはこれまで明らかにされておらず、地域保健との連携が必要と判断してもスムーズに展開出来ない場合があると考えられます。

今後、より効率良く、効果的に保健活動を展開するためにも地域保健との連携における産業看護職のコンピテンシーについて検討していく必要があると考え、このような研究に取り組んでおります。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨にご理解を賜りご協力を頂けますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 調査目的：産業看護職による地域保健との連携におけるコンピテンシーの保有状況とその関連要因を明らかにする。
2. 調査対象：日本産業衛生学会登録の看護職 約 2700 名
3. 質問項目：産業看護経験年数などの基本情報、および地域保健との連携の有無。地域保健との連携を活発に実践している産業看護職へのインタビュー調査を基に抽出したコンピテンシーの各項目について、その保有状況など（回答所要時間：15 分程度）

4. 倫理的配慮：本調査は、日本産業衛生学会の定款第5条の（6）に基づくものであり、名簿使用の許可を得て送付させていただいております。質問紙は原則として無記名式で、個々の看護職の皆さまの自由意思に基づいてご協力をお願いいたします。また、質問紙への回答・投函を以て、研究参加への同意とみなし、質問紙回収後の同意撤回はできないことをご了承ください。回答頂いた内容を研究以外の目的で使用することはありません。

5. 回収期限：2017年〇月〇日（〇）まで

6. 結果の公表：調査結果につきましては、統計的に分析し、日本産業衛生学会等において発表させていただきます予定です。

＊特定の企業からの資金は一切用いないため、「利益相反」はありません。

2017年〇月〇日

＊本調査に関するご質問につきましては、下記までご連絡ください。

連絡先：研究責任者 東海大学健康科学部看護学科 三橋祐子
E-mail:yuko-3284@tokai-u.jp TEL:0463-90-2045 FAX:0463-90-2070

【資料2：質問紙調査票】

産業看護職による地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する調査

本調査は、日本産業衛生学会の定款第5条の（6）に基づき、学会の承認を得て実施しております。

※本調査における用語の定義

地域保健との連携：産業看護職が地域保健担当者と健康情報を共有する、個別支援において協働する、保健事業の改善や充実および共通の健康課題の解決に向けて協議する、保健事業等を共に展開する、などの活動を実施している状態。尚、従業員を地域医療機関へ紹介するなど、地域医療機関のみとの連携は除く。

コンピテンシー：卓越した成果を生む基となる能力。表面的な能力としての知識や技術と、深層的な能力としての意識・姿勢・考え方を含む。また、技術には地域保健との連携に取り組んでいる者だからこそ行われる独特な動き（行動様式）を含む。

問1 あなたご自身とご所属についてお伺いします。以下について、該当するものに○、または数字をご記入下さい。

(1)	年齢	1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代以上
(2)	お持ちの資格（ <u>すべてに○</u> をつけて下さい）	1. 看護師 2. 保健師 3. 産業保健看護専門家 4. 産業カウンセラー 5. 衛生管理者 6. その他（ ）
(3)	最終学歴	1. 専門学校 2. 短大専攻科 3. 大学（在学中含む） 4. 大学院（在学中含む）
(4)	現在のご所属での経験年数	（ ） 年 （ ） ヶ月
(5)	産業看護職としての <u>通算</u> 経験年数	（ ） 年 （ ） ヶ月
(6)	産業保健以外での看護職としての経験年数	1. 看護師（ ）年（ ）ヶ月 2. 行政保健師（ ）年（ ）ヶ月 3. その他 [] （ ）年（ ）ヶ月
(7)	現在のご所属	1. 企業（産業保健部門） 2. 企業（診療所） 3. 健康保険組合 4. 労働衛生機関 5. 行政機関 6. 医療機関 7. 教育機関 8. 無所属 9. その他（ ）

問2 あなたは、地域保健との連携の必要性を感じていますか？

(1) 強く感じている →【問3へ】	(2) 少し感じている →【問3へ】
(3) あまり感じていない →【問4へ】	(4) 全く感じていない →【問4へ】

問3 あなたが地域保健との連携の必要性を感じる理由は何ですか？次の(1)～(10)のうち、当てはまる項目の番号すべてに○を付けて下さい。

(1) 従業員自身が持つ健康課題を解決する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため
(2) 妊娠中・育児中の従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため
(3) 介護が必要な高齢の親や家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため
(4) 難病や障害を持つ家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため
(5) メンタルヘルスの問題を抱える家族を持つ従業員の支援を行う上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため
(6) 健康イベントを企画・実施する上で、地域保健と連携した方が有効と考えるため
(7) 地域保健主催の保健事業等の企画に従業員を参加させるなど、活用したいと考えるため
(8) 地域保健が持つ人的資源を活用したいと考えるため
(9) 地域保健が持つ物的資源を活用したいと考えるため
(10) 都道府県や市町村等、地域保健からのニーズがあるため
(11) その他（ ）

問4 ご自身の自己研鑽や学習の状況について伺います。各項目の有無について、当てはまる数字に○をつけてください。「あり」の場合は、当てはまる費用負担(自費・社費)にも○をつけてください。

※費用負担で、自費・社費どちらもある場合は、どちらか頻度の多い方を1つ選択し、回答してください。		必ずどちらかに○をつけてください		あてはまる費用すべてに○をつけてください
番号	自己研鑽・学習状況についての項目	なし	あり	費用負担
(1)	地域保健との連携を行う上で参考になるような関連雑誌の購読	1	2 →	自費・社費
(2)	過去1年間のうち、地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加	1	2 →	自費・社費
(3)	過去1年以上前にはなるが、地域保健主催の研修会や勉強会などへ参加	1	2 →	自費・社費
(4)	過去1年間のうち、日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加	1	2 →	自費・社費
(5)	過去1年以上前にはなるが、日本公衆衛生学会など地域保健関連の全国規模学会・学術集会へ参加	1	2 →	自費・社費
(6)	職場の先輩・同僚から地域保健との連携について指導・助言を得る機会	1	2	
(7)	地域保健との連携について、ロールモデルとなるような保健師の存在	1	2	
(8)	学会等で地域保健との連携について発表した経験	1	2	
(9)	地域・職域連携推進事業ガイドラインを読んだ経験	1	2	

問5 あなたはこれまでの産業保健活動において、地域保健と連携したご経験をお持ちですか？ <冒頭の定義に示すような活動の一つでも、一時的にでも実施したご経験があれば、(1)をご選択ください。>

- (1) 連携した経験がある → 問6以降へお進みください。
- (2) 連携した経験はない → ここで終了となります。ご協力頂きまして、誠にありがとうございました。

問6 問5で回答された連携を実施した際のご所属についてお伺いします。それぞれ該当するものに○、または語句や数字をご記入下さい。＊担当事業所については問7でお尋ねしますので、この設問では所属全体についてご回答ください。＊複数の所属で連携した経験がある場合、最も連携頻度の多かった時の所属1ヶ所を選択の上、ご回答ください。

(1)	連携実施時のご所属	1. 企業（産業保健部門） 2. 企業（診療所） 3. 健康保険組合 4. 労働衛生機関 5. 行政機関 6. 医療機関 7. 教育機関 8. 無所属 9. その他（ ）
	（1）の回答が1.企業（産業保健部門）2.企業（診療所）の場合のみ→その事業所規模	1. 50人未満 2. 50～499人 3. 500～999人 4. 1,000～2,999人 5. 3,000人以上
(2)	勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤（週 日）
(3)	看護職数 ＊（1）で回答した所属全体における数	保健師（ ）人 看護師（ ）人 ＊あなたを含む人数。一人職場の場合は、該当職種欄に「1人」とご記入下さい。
(4)	産業医数 ＊（1）で回答した所属全体における数	1. 専任（ ）人 2. 嘱託（ ）人
	産業医の勤務回数（複数雇用の場合、専任・嘱託を問わず最も多い頻度で回答）	1. 4～5回/週 2. 2～3回/週 3. 1回程度/週 4. 1～3回/月 5. 1回/月末満
(5)	看護職・産業医以外の保健医療福祉専門職の職種と人数（非常勤含む） ＊（1）で回答した所属全体における数	職種名①（ ） 人数（ ）人 職種名②（ ） 人数（ ）人 職種名③（ ） 人数（ ）人 ＊雇用が無い場合は右の（ ）内に ✓ を記入 → （ ）
(6)	あなたの業務内容（該当するものすべてに○をつけて下さい）	1. 健康診断の実施 2. 健康診断の事後指導 3. 健康相談 4. 長時間労働者への面談・フォロー 5. 健康教育 6. 健康増進活動 7. 職場巡視 8. 職場環境改善 9. 安全衛生委員会への参画 10. 救急処置 11. 診療補助業務 12. 学生への教育（実習指導含む） 13. 研究活動 14. 看護職のマネジメント 15. その他（ ）

問7 問5で回答された連携を実施した際の担当事業所についてお伺いします。それぞれ該当するものに○、または語句や数字をご記入下さい。 * 問6で回答した所属と担当事業所の情報が全て同じ場合は回答不要です。で、右の()内に✓を入れ、問8へお進みください。→()

(1)	担当事業所の規模	1. 50人未満 4. 1,000～2,999人	2. 50～499人 5. 3,000人以上	3. 500～999人
(2)	担当事業所への支援頻度	1. 4～5回/週 4. 1～3回/月	2. 2～3回/週 5. 数回/年	3. 1回程度/週
(3)	担当事業所への支援形態	1. 事業所常駐型 2. 事業所訪問型 3. その他 ()		
(4)	担当事業所の看護職数	保健師 () 人 看護師 () 人 *あなたを含む人数。一人で担当している場合は、該当職種欄に「1人」とご記入下さい。		
(5)	担当事業所の産業医	1. 専任 2. 嘱託		
	担当事業所への産業医の勤務回数 (複数で担当の場合、専任・嘱託を問わず、最も多い頻度について回答)	1. 4～5回/週 4. 1～3回/月	2. 2～3回/週 5. 1回/月未満	3. 1回程度/週

問8 問5で回答された連携の対象者について、当てはまる番号すべてに○を付けてください。

(1) 県または保健所の保健師	(2) 県または保健所の事務担当者
(3) 県または保健所の (管理) 栄養士	(4) 県または保健所の専門職<(1)(3)以外>
(5) 特別区・政令市・市町村の保健師	(6) 特別区・政令市・市町村の事務担当者
(7) 特別区・政令市・市町村の (管理) 栄養士	
(8) 特別区・政令市・市町村の専門職<(5)(7)以外>	
(9) その他 ()	

問9 あなたは地域保健との連携を行う、または行うことを想定して、次のような行動を日頃、取っていますか？過去を含め、これらの行動を取ったご経験の程度について、当てはまる番号に○をつけて下さい。

番号	地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する項目	経験全 くし	経験あ まり なし	経験時 々 有 り	経験頻 繁に 有 り
(1)	従業員との面談の際、プライベートに関する質問も織り交ぜ、従業員が家族の問題についても相談できる雰囲気と関係性を作る	1	2	3	4
(2)	従業員が働く上で家族が健康であることの重要性を保健指導に盛り込み、家族の話題を切り出しやすい雰囲気を作る	1	2	3	4
(3)	休憩中など面談以外の場でも従業員の本音が出やすいタイミングで声を掛け、家族の問題を早めに引き出す工夫をする	1	2	3	4
(4)	地域保健の組織や役職、その役割について情報を収集する	1	2	3	4
(5)	家族にも役立つよう子どもから高齢者まであらゆる年代の情報を収集する	1	2	3	4
(6)	これまでに知り合った地域保健担当者に直接、連絡して欲しい情報を収集する	1	2	3	4
(7)	市報やフリーペーパー、自治体のホームページを閲覧し、情報を収集する	1	2	3	4

番号	地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する項目	経験 全 く 無し	経験 あ ま り 無 し	経験 時 々 有 り	経験 頻 繁 に 有 り
(8)	事業所所在地、またはそれ以外の市町村で開催される保健事業に産業看護職自身が参加して情報を収集する	1	2	3	4
(9)	地域保健開催の研修会が無いかわりに問い合わせ、次回から案内を貰う	1	2	3	4
(10)	地域保健関連の学会や研修会へ積極的に参加して情報を収集する	1	2	3	4
(11)	地域保健主催の会議や委員会に委員として参加して情報を収集する (都道府県もしくは二次医療圏の地域・職域連携推進協議会、保健計画作成・改訂に関する会議など)	1	2	3	4
(12)	従業員が情報を求めた時、すぐに提案できるように情報をわかりやすく集約しておく	1	2	3	4
(13)	地域保健関連の学会に参加した際、積極的に名刺交換をする	1	2	3	4
(14)	保健師が所属する部署へ名刺を持って挨拶に行く	1	2	3	4

問10 あなたは、下記に示すような地域保健との連携行動を取っていますか？過去を含め、これらの行動を取ったご経験の程度について、当てはまる番号に○をつけて下さい。

番号	地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する項目	経験 全 く 無し	経験 あ ま り 無 し	経験 時 々 有 り	経験 頻 繁 に 有 り
(1)	従業員へ地域保健の相談窓口を紹介し、まずは自身で連絡してみるよう促す	1	2	3	4
(2)	地域保健担当者に相談するメリットを従業員が理解出来るよう説明する	1	2	3	4
(3)	従業員が問題解決の方法を知り、地域資源を活用出来るよう支援する	1	2	3	4
(4)	従業員が地域保健の相談窓口へ連絡した後、問題解決の方向性がみつかったか確認する	1	2	3	4
(5)	地域保健担当者へ予め、公表できる範囲内での情報提供であることを明言する	1	2	3	4
(6)	従業員の個人情報を一旦、伏せた上で地域保健に関する情報を収集し、従業員へ伝える	1	2	3	4
(7)	個人情報を地域保健担当者へ伝える際は、必ず従業員やその家族の同意を得る	1	2	3	4
(8)	従業員自ら相談窓口へ電話し、途中から看護職が交代し具体的な説明を引き継いで行う	1	2	3	4
(9)	窓口が分からず、たらい回しにされる経験を従業員がする前に、看護職同士で相談しやすい環境に整える	1	2	3	4
(10)	必要に応じて従業員と共に地域保健機関に出向き、地域保健担当者へ要領良く情報を伝える	1	2	3	4
(11)	地域保健主催の保健事業へ従業員やその家族を紹介し参加させる	1	2	3	4
(12)	従業員の住所地は異なっても、事業所所在地の行政区内勤務者として保健事業へ参加させる	1	2	3	4

番号	地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する項目	経験 全く 無し	経験 あまり 無し	経験 時々 有り	経験 頻 繁に 有り
(13)	タイミングを図りながら産業看護職以外にも地域保健事業への参加者を募る（メンタルヘルス不調の事例が発生した際に職場の上司を研修会に誘うなど）	1	2	3	4
(14)	安全衛生委員会の中で地域保健事業を紹介し、産業看護職以外の参加者を募る	1	2	3	4
(15)	協働する保健事業の目的や産業看護職がこの保健事業に取り組む思いを地域保健担当者と共有する	1	2	3	4
(16)	共催する保健事業の企画書を地域保健担当者と共に作成する	1	2	3	4
(17)	地域保健師へ従業員の家庭訪問を依頼する際は、その負担にも出来るだけ配慮する（対象者宅近くへ行ったついででも良い、家族の同意も取れていることを伝えるなど）	1	2	3	4
(18)	休職中または、休職満了後の従業員への支援を地域保健担当者に依頼し引き継ぐ	1	2	3	4
(19)	自治体の健診方法や保健事業などについて情報を集め、退職者へ説明する	1	2	3	4
(20)	退職時にこれまでの健診結果を集約して渡し、地域保健での健診に繋げる	1	2	3	4
(21)	地域保健からの講演依頼は極力受け、産業看護の現場で取り組んでいる具体的な活動内容について説明する	1	2	3	4
(22)	地域保健主催の会議の中で、産業看護職の業務内容や役割を紹介する	1	2	3	4
(23)	健康教育用のパネルなどを借りて活用する	1	2	3	4
(24)	健康教育用のパンフレットやリーフレットを提供して貰い活用する	1	2	3	4

問11 あなたは、地域保健との連携を進めるにあたり、次の各項目に示すような組織（上司や人事部などの関係者）の理解を得るための取り組みを行っていますか？過去を含め、これらの行動を取ったご経験の程度について当てはまる番号に○をつけて下さい。

番号	地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する項目	経験 全く 無し	経験 あまり 無し	経験 時々 有り	経験 頻 繁に 有り
(1)	国家的な取り組みである地域・職域連携の意図や目標を分かり易く伝える	1	2	3	4
(2)	地域保健と連携し退職後の従業員やその家族を支援することで、会社のブランドイメージを維持・向上出来る可能性について説明する	1	2	3	4
(3)	従業員の家族の健康課題であっても、それが従業員の困りごとである以上、従業員への支援であることを前面に出し説明する	1	2	3	4
(4)	従業員の就労継続のために連携が必要であることを、これまでの支援経緯も示しながらわかりやすく説明する	1	2	3	4
(5)	従業員が他事業所へ移動した場合、退職した場合など先の見通しを示しながら連携の必要性を説明する	1	2	3	4

番号	地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する項目	経験 全く 無し	経験 あまり 無し	経験 時々 有り	経験 頻 りに 有り
(6)	連携の目的を明記した企画書を作成し、提示する	1	2	3	4
(7)	地域保健との協働イベントの効果を数値などにより具体的に示す	1	2	3	4
(8)	地域保健担当者との連携で従業員への個別支援が解決したことを示す	1	2	3	4
(9)	保健所や市町村などの地域保健機関から無料で専門職を派遣してくれることを強調し、協働事業の承認を得る	1	2	3	4

問12 「**連携の基盤となる意識・姿勢・考え方**」について伺います。各項目について、現在のあなたの意識・姿勢・考え方としてどの程度あてはまるか、**最も近い回答欄に○をつけて下さい。**

番号	地域保健との連携におけるコンピテンシーに関する項目	あてはまる 全く ない	あ 2割 ては まる くらい	あ 4割 ては まる くらい	あ 6割 ては まる くらい	あ 8割 ては まる くらい	あ ほぼ 10割 まる
(1)	メンタルヘルス不調の原因は仕事だけではない	0	1	2	3	4	5
(2)	家族の健康状態と従業員の健康状態は深く関連している	0	1	2	3	4	5
(3)	家族介護などの問題で従業員が急遽現場を離れるリスクを考えると家族ケアは優先すべき課題である	0	1	2	3	4	5
(4)	従業員の過去から未来まで人生全体を視野に入れる	0	1	2	3	4	5
(5)	産業保健の枠だけにこだわらず、保健師だけの枠にこだわらず、多職種と連携する姿勢をもつ	0	1	2	3	4	5
(6)	健康問題を抱えている従業員にとっては地域保健も産業保健も関係ない	0	1	2	3	4	5
(7)	産業看護職自身に知識が無い、対応出来ない問題を抱えた際は、事業所外にも支援を求めることが当たり前である	0	1	2	3	4	5
(8)	産業看護は公衆衛生看護の一部であることを再認識し、産業看護職として国・地域のために何が出来るのか考える	0	1	2	3	4	5
(9)	退職の時点で従業員に支援の必要性があれば、その先のこともコーディネートするのは産業看護職の役割である	0	1	2	3	4	5
(10)	従業員、上司、病院、施設、地域との連携において、産業看護職はコーディネーターの役割を果たす	0	1	2	3	4	5
(11)	連携に障壁を感じた時、産業看護職は従業員のために働いていることを再認識する	0	1	2	3	4	5
(12)	地域保健にとって産業看護職は産業保健の専門家としてのリソースである	0	1	2	3	4	5

<大変お手数をおかけ致しました。お忙しい中、ご協力頂きまして、心より感謝申し上げます。>