

研究報告

北海道内の市町村保健師の GHQ28 による 精神的健康の実態調査と関連要因の探索

GHQ28 Survey of Mental Health and Search for Related Factors
by Municipal Public Health Nurses in Hokkaido

川口 桂嗣¹ 伊藤 俊弘²

Keiji Kawaguchi, Toshihiro Itoh

キーワード：市町村保健師, 精神的健康, メンタルヘルス, ストレス, GHQ28

Key words : Municipal public health nurse, Mental health, Stress, GHQ28

Abstract

The purpose of this study is to clarify factors related to the mental health of public health nurses. An anonymous self-administered questionnaire was mailed to 1,343 public health nurses working in 176 municipalities in Hokkaido. As a result, out of 549 respondents (recovery rate: 40.9%), 460 respondents (valid response rate: 83.8%) were included in the analysis. Mental health was measured using the question items of the Japanese version of the General Health Questionnaire 28 (GHQ28). We used logistic regression analysis to analyze the relationship with 10 items (gender, Age, educational background, position, nursing experience, affiliation department, experience other than affiliation department, years of experience as a public health nurse, size of the population served by public health nurse, workplace system (district sharing system)) as factors related to mental health. As a result, the factors related to the mental health of public health nurses were "gender" "age class" "years of experience as a public health nurse" "nursing experience" and "size of the population served by public health nurse".

By this study, It is suggested that the mental health of public health nurses is related to their experience as public health nurses and the size of the population served by public health nurse, and presents perspectives that should be considered in order to maintain good mental health of public health nurses.

要旨

本研究は、北海道市町村保健師の精神的健康に関連する要因を明らかにすることを目的とした。方法として、北海道内の176市町村に勤務する保健師1,343名に無記名自記式質問紙を郵送した。その結果、549名より回答があり(回収率40.9%)、そのうち460名(有効回答率34.3%)に分析を行った。精神的健康は日本語版精神健康調査票28項目版(以下、GHQ28)の質問項目を用いて測定した。精神的健康に関連する要因として、対象者の属性(性別、年齢、学歴、職

受付日2021年9月29日 受理日2022年1月21日

*1 佐久大学看護学部 Saku University Faculty of Nursing

*2 旭川医科大学 Asashikawa Medical University

位、看護師経験の有無、所属部門、所属部門以外での経験の有無、保健師経験年数、保健師が勤務する人口規模、職場体制(地区分担制等))の10項目との関連についてロジスティック回帰分析を行った。結果、市町村保健師の精神的健康に関連する要因は“性別”“年齢階級”“保健師経験年数”“看護師経験の有無”“保健師が勤務する人口規模”であった。

本研究により、保健師の精神的健康は、保健師としてのこれまでの経験や保健師が勤務する人口規模との関連が示唆され保健師の精神的健康を良好に保つためにも検討すべき視点が提示できた。

I. 緒言

平成6年の地域保健法改正によって、都道府県保健所(以下、保健所)と市町村との役割が分化し、母子保健サービスや一般的な栄養指導など、住民により身近で利用頻度の高い保健福祉サービスは、市町村で一元的に提供されるようになった(高階, 野村, 中川, 2001)。

また、近年は保健師の分散配置が進み、多様な部門での活動が求められている。市町村に勤務する保健師のうち、半数以上が保健部門以外の障害者福祉、高齢者福祉を扱う部門等に所属している(厚生労働省, 2021)。こうした流れから、市町村の保健師の援助対象者は母子・成人・高齢者・障害者など多岐に渡る範囲となり、担当ケースの変化に伴い、市町村に勤務する保健師は様々な新しいストレスにさらされ、そのメンタルヘルスにも影響がでていとされる(山下, 伊藤, 嶋崎, 笹川, 小西, 2004)。さらに、自治体でも職員削減が進んでいることから保健師に求められる業務の量が増大していることが予測される。特に北海道は自治体の69%が人口1万人未満の小規模な自治体が多く(北海道住民基本台帳, 2021)、今後は日本全体としても人口減少から小規模な自治体が増えることが予測される。そのため、北海道の市町村保健師の精神的健康に関連する要因の実態を明らかにすることは、今後の保健師の精神的健康を保つための対策となり、メンタルヘルスの向上を展開していく上で必要な視点を提示するための基礎

資料として活用できると考える。また、保健師が精神的健康を良好に保つことで、市町村の保健福祉業務がより充実し、住民サービスの向上にもつながると考えられる。

本研究は、北海道の市町村に所属する保健師を対象として精神的健康に関連する要因の実態調査を行い、保健師のメンタルヘルスケア対応への一助となることを目的とする。

II. 対象と方法

1. 対象と調査期間

本研究の対象は、政令指定都市である札幌市と中核市の旭川市および函館市を除く、平成29年度保健師活動調査に記載された北海道内の176市町村に所属する保健師1,343名を対象とした。対象者の所属する市町村の保健師長あてに調査協力の依頼および対象人数分の調査票一式(対象者への調査協力依頼書、調査票および返信用封筒)を郵送し、対象者への調査票の配布を依頼した。その内、政令指定都市の札幌、中核都市の旭川および函館については、保健師の所属部門の構成割合も他の自治体とは異なるため(厚生労働省)、本研究ではその影響を考慮し対象から除外することとした。調査票の回収は、対象者から研究者へ返信封筒にて郵送により直接返送する方法にて実施した。調査は2018年8月～10月に実施した。

2. 調査内容

対象者の属性として、性別、年齢、学歴、職位、看護師経験の有無、所属部門、所属部門以外の経験の有無、保健師経験年数、所属する市町村の人口規模、職場体制(地区担当制等)で構成した。保健師経験年数は、浦橋ら(2013)の先行研究を参考に、6年未満を新任期、6年以上20年未満を中堅期、20年以上を管理期とした。精神的健康に関する調査項目として、GHQ28を用いた。GHQ28は、本邦において妥当性・信頼性が確認されており(中川, 大坊, 1985)、直近の2~3週間における心身の健康状態を28項目4件法の質問で測定する心理尺度である。GHQ28の合計点は得点が高いほど精神的健康が不良であることを示す。本研究では先行研究より、心理的不適応となるGHQ28の総得点のカットオフ値を全誤認率が最も低値となる(6/7点)とした(福西, 1990)。GHQ28の合計点から心理的適応の状況と下位尺度として「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の各因子が測定される。下位尺度の得点区分については精神健康調査票手引(中川, 大坊, 1985)に従い、「身体的症状」は2/7~3/7(軽度の症状)、4/7以上(中等度以上)。「不安と不眠」は2/7~3/7(軽度の症状)、4/7以上(中等度以上)。「社会的活動障害」は1/7~2/7(軽度の症状)、3/7以上(中等度以上)。「うつ傾向」は1/7~2/7(軽度の症状)、3/7以上(中等度以上)とした。

3. 分析方法

まず、全ての調査項目について基本統計量を算出した。次に、対象者の属性とGHQ28総得点から精神的健康の低い群と高い群において、 χ^2 検定による分析を行った。さらに、GHQ28のカットオフ値(6/7点)および各下位尺度の症状の有無(正常群と軽度以上の症状を有する群)に影響する因子は、二項ロジスティック回帰分析を用いて検討した。独立変

数には性別、年齢階級、学歴2群(大卒とその他)、職位(係員、係長級、課長補佐級、課長級以上)、看護師経験の有無、所属部門(保健師部門、福祉部門、その他)、所属部門以外の経験の有無、職場体制(地区分担当制、業務分担当制、双方の併用、その他)人口規模(5千人未満、5千~1万人、1万~5万人、5万人以上)、保健師経験年数(新任期、中堅期、管理期)を投入した。ただし、下位尺度のうち身体症状と不安・不眠では性別が疑似分離していたため、独立変数から除外した。

ロジスティック回帰分析の方法には尤度比による変数減少法を用いた。分析にはSPSS Statistics 24.0を使用し、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

調査にあたり、調査対象者には、調査の目的と方法、プライバシーの保持および調査協力は任意であること、研究成果の公表について書面にて説明を行った。

なお、本研究は旭川医科大学倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号18041)。

Ⅲ. 研究結果

調査票は549名(40.9%)の保健師より回答が得られ、そのうちGHQ28の項目および属性について1つでも欠損があったものは全て除外し、460名(有効回答率34.3%)に対して分析を行った。

1. 対象者の属性

表1に対象者の属性を示した。

対象集団の性別は男性12名(2.6%)、女性448名(97.4%)で、平均年齢は 38.72 ± 10.19 歳であった。学歴は大学158名(34.3%)、大学院10名(2.2%)、養成学校・その他が292名(63.5%)、職位は係員289名(62.8%)、係長級114名(24.8%)、課長補佐級37名(8.0%)、

表1 対象者の属性 n = 460

項目	区分	人数	(%)
性別	男性	12	(2.6)
	女性	448	(97.4)
年齢階級	20歳代	118	(25.7)
	30歳代	108	(23.5)
	40歳代	163	(35.4)
	50歳以上	71	(15.4)
学歴	大学	158	(34.3)
	大学院	10	(2.2)
	養成学校ほか	292	(63.5)
職位	係員	289	(62.8)
	係長級	114	(24.8)
	課長補佐級	37	(8.0)
	課長級もしくは課長級以上	20	(4.3)
看護師経験	なし	329	(71.5)
	あり	131	(28.5)
所属部門	保健部門	341	(74.1)
	福祉部門	70	(15.2)
	その他	49	(10.7)
所属部門以外の経験	なし	237	(51.5)
	あり	223	(48.5)
保健師経験年数	新任期(6年未満)	130	(28.3)
	中堅期(6年以上20年未満)	184	(40.0)
	管理期(20年以上)	146	(31.7)
人口規模	5千人未満	112	(24.3)
	5千人以上1万人未満	100	(21.7)
	1万人以上5万人未満	146	(31.7)
	5万人以上	102	(22.2)
職場体制	地区分担制	18	(3.9)
	業務分担制	64	(13.9)
	地区分担制と業務分担制の併用	366	(79.6)
	その他	12	(2.6)

課長級もしくは課長級以上20名(4.3%)、看護師経験の有無は、経験ありが131名(28.5%)、経験なしが329名(71.5%)、所属部門は保健部門341名(74.1%)、福祉部門70名(15.2%)、その他49名(10.7%)、所属部門以外の経験の有無は、経験ありが223名(48.5%)、経験なしが237名(51.5%)、保健師経験年数は6年未満の新任期130名(28.3%)、6年以上20年未満の中堅期184名(40.0%)、20年以上の管理期146名(31.7%)であった。所属する

市町村の人口規模は5千人未満が112名(24.3%)、5千人以上1万人未満100人(21.7%)、1万人以上5万人未満が146名(31.7%)、5万人以上が102名(22.2%)、職場体制は地区担当制18名(3.9%)、業務分担制64名(13.9%)、併用・その他378名(82.2%)であった。

2. 保健師のGHQ28総得点と下位尺度

表2にGHQ28の総得点と下位尺度毎の人数と割合を示した。

GHQ28の平均総得点は 7.2 ± 5.3 であった。GHQ28の総得点が7点以上で精神健康度が低いと思われる対象者は50.2%であった。

表2 GHQ28総得点と下位尺度 n = 460

	分類	人数	(%)
身体的症状	健康	150	(32.6)
	軽度の症状	142	(30.9)
	中等度以上の症状	168	(36.5)
不安と不眠	健康	172	(37.4)
	軽度の症状	143	(31.1)
	中等度以上の症状	145	(31.5)
社会的活動障害	健康	219	(47.6)
	軽度の症状	146	(31.7)
	中等度以上の症状	95	(20.7)
うつ傾向	健康	337	(73.3)
	軽度の症状	86	(18.7)
	中等度以上の症状	37	(8.0)
GHQ28総得点	精神健康度高い群	229	(49.8)
	精神健康度低い群	231	(50.2)

3. 精神的健康のカットオフ値と各要因との関連

表3に精神的健康度2群間と各属性との関連を示した。

精神的健康の低い群と高い群とをカットオフ値を用いて分け、属性に有意な関連を認められた項目は、「年齢階級」「看護師経験の有無」「所属部門以外の経験の有無」「保健師経験年数」の4項目であり、年代が若い人や保健師経験が浅い人、看護師経験がある人、所属部門以外の経験がない人では精神健康度の低い割合が高い傾向であり、保健師経験年数が管

表3 精神的健康度2群間と各属性との関連

項目	区分	精神的健康		p
		健常群 (6点以下)n=229	ハイリスク群 (7点以上)n=231	
		人数 (%)	人数 (%)	
性別	男性	9 (75.0)	3 (25.0)	n.s
	女性	220 (49.1)	228 (50.9)	
年齢階級	20歳代	54 (45.8)	64 (54.2)	*
	30歳代	46 (42.6)	62 (57.4)	
	40歳代	82 (50.3)	81 (49.7)	
	50歳以上	47 (66.2)	24 (33.8)	
学歴	大学・大学院	75 (44.6)	93 (55.4)	n.s
	養成学校ほか	154 (52.7)	138 (47.3)	
職位	係員	137 (47.4)	152 (52.6)	n.s
	係長級	56 (49.1)	58 (50.9)	
	課長補佐級	23 (62.2)	14 (37.8)	
	課長級もしくは課長級以上	13 (65.0)	7 (35.0)	
看護師経験	なし	174 (52.9)	155 (47.1)	**
	あり	55 (42.0)	76 (58.0)	
所属部門	保健部門	165 (48.4)	176 (51.6)	n.s
	福祉部門	37 (52.9)	33 (47.1)	
	その他	27 (55.1)	22 (44.9)	
所属部門以外の経験	なし	105 (44.3)	132 (55.7)	*
	あり	124 (55.6)	99 (44.4)	
保健師経験年数	新任期(6年未満)	58 (44.6)	72 (55.4)	**
	中堅期(6年以上20未満)	83 (45.1)	101 (54.9)	
	管理期(20年以上)	88 (60.3)	58 (39.7)	
人口規模	5千人未満	55 (49.1)	57 (50.9)	n.s
	5千人以上1万人未満	54 (54.0)	46 (46.0)	
	1万人以上5万人未満	62 (42.5)	84 (57.5)	
	5万人以上	58 (56.9)	44 (43.1)	
職場体制	地区分担制	8 (44.4)	10 (55.6)	n.s
	業務分担制	35 (54.7)	29 (45.3)	
	地区分担制と業務分担制の併用	181 (49.5)	185 (50.5)	
	その他	5 (41.7)	7 (58.3)	

*p<0.05 **p<0.01(χ^2 検定)

理期である人は精神的健康度が高かった。

4. GHQ28およびその下位尺度に対する影響因子

表4にGHQ28およびその下位尺度に対する影響因子の分析結果を示した。

はじめにGHQ28のカットオフ値(6/7点)以上の比ハイリスク群に影響する因子として性別、年齢階級、看護師経験の有無、所属する市町村の人口規模(1万~5万人)が抽出さ

れた。GHQ28における精神的健康度は、性別では女性は男性とのOR(95%CI)が5.1(1.30-19.75)、年齢階級では50歳以上は20歳代とのOR(95%CI)が0.39(0.21-0.74)、看護師経験者はない者とのOR(95%CI)が1.59(1.04-2.45)、人口1~5万人規模の者は5万人以上の者とのOR(95%CI)が1.89(1.11-3.21)であることが示された。

GHQ28の各下位尺度について、身体症状を有する者は、年齢階級、職場体制が関連し、

表4 GHQ28およびその下位尺度に対する影響因子 n = 460

	因子	項目	オッズ比	95%信頼区間		P
GHQ28(全体)	性別(男性対)	女性	5.07	1.30	— 19.75	0.019
						0.014
	年齢階級(20歳代)	30歳代	1.02	0.59	— 1.77	0.939
		40歳代	0.74	0.45	— 1.21	0.232
		50歳以上	0.39	0.21	— 0.74	0.004
	看護師経験(なし)	あり	1.59	1.04	— 2.45	0.033
	人口規模(5万人以上)	5千人未満	1.32	0.76	— 2.31	0.324
		5千~1万人	1.06	0.60	— 1.88	0.835
		1万~5万人	1.89	1.11	— 3.21	0.018
	1) 身体的症状*	年齢階級(20歳代)				2.33
30歳代			1.09	0.60	— 1.97	0.778
40歳代			0.95	0.56	— 1.60	0.834
50歳以上		0.43	0.23	— 0.79	0.007	
看護師経験(なし)		あり	1.48	0.93	— 2.36	0.099
職場体制(地区分担制)						0.061
		業務分担制	0.17	0.04	— 0.84	0.029
		双方の併用	0.21	0.05	— 0.95	0.043
その他		1.16	0.09	— 14.84	0.908	
2) 不安・不眠*		年齢階級(20歳代)				
	30歳代		1.41	0.81	— 2.46	0.224
	40歳代		1.11	0.68	— 1.81	0.689
	50歳以上	0.49	0.27	— 0.89	0.019	
3) 社会的活動障害	保健師経験年数(管理期)					0.065
		新任期	1.41	0.87	— 2.29	0.165
		中堅期	1.69	1.09	— 2.64	0.020
	人口規模(5万人以上)					0.031
		5千人未満	1.72	0.99	— 2.98	0.053
5千~1万人		1.05	0.60	— 1.85	0.856	
1万~5万人	1.88	1.12	— 3.15	0.017		
4) うつ傾向	年齢階級(20歳代)					<0.001
		30歳代	0.29	0.16	— 0.54	<0.001
		40歳代	0.38	0.22	— 0.64	<0.001
	50歳以上	0.24	0.11	— 0.51	<0.001	
	看護師経験(なし)					
		あり	2.35	1.47	— 3.75	<0.001

独立変数に投入された因子: 性別、年齢階級、学歴(2群大卒)、職位、看護師経験の有無、所属部門、所属部門以外の経験の有無、保健師経験年数、人口規模、職場体制
 ロジスティック回帰分析(尤度比による変数減少法) *性別を除く

年齢階級では50歳以上は20歳代とのOR(95%CI)が0.43(0.23-0.79)、職場体制では地区分担制は、業務分担制とのOR(95%CI)が0.17(0.04-0.84)であり、地区分担制と業務分担制を併用している者とのOR(95%CI)が0.21(0.05-0.95)であることが示された。

不安・不眠を有する者は、年齢階級が関連しており、50歳以上の者は20歳代とのOR(95%CI)が0.49(0.27-0.89)であることが示された。

社会活動障害を有する者は、保健師経験年数、人口規模との関連がみられ、中堅期は管理期とのOR(95%CI)が1.69(1.09-2.64)、人口規模では人口5万人以上の地域に対して1~5万人の地域ではOR(95%CI)が1.88(1.12-3.15)であることが示された。

うつ傾向を示す者は年齢階級と看護師経験に関連することが示された。年齢階級では20歳代は30歳代とのOR(95%CI)が0.29(0.16-0.54)、40歳代ではOR(95%CI)が0.38(0.22-0.64)、50歳以上ではOR(95%CI)が0.24(0.11-0.51)であった。看護師経験者がいない者は経験者とのOR(95%CI)が2.35(1.47-3.75)であることが示された。

結果の関係について、GHQ28に影響する因子のうち、年齢階級は、身体症状、不安・不眠、うつ傾向の3下位尺度が関連していた。うつ傾向は20歳代のリスクが他の年代よりも高いことが示されたのに対し他の因子は50歳以上のリスクが低下する傾向で、GHQ全体においても同様の傾向であった。また、看護師経験者もGHQ28のハイリスク因子であり、下位尺度においても、うつ傾向の関連因子であることが示された。一方、人口規模は社会的活動障害でのみ関連がみられた。いずれも人口1~5万人の地域がリスクの高い者が多いことが認められた。

IV. 考察

1. 北海道の市町村保健師の精神的健康

本研究で得られた保健師におけるGHQ28総得点の平均値は7.2点であった。この値を先行研究と比較すると、大学教職員に対して行ったメンタルヘルス調査(渋谷ら, 2014)では、GHQ28平均値が医師は4.0、看護師6.7、技術員5.2、大学教員3.2、事務職4.4であることが示されて、保健師の精神的健康は低い状態となっていると考えられる。井口(2014)の報告によると、保健師の仕事は、複雑で長期的な個別相談の増加、緊急対応に要する事例の増加、相談対象者から攻撃的な言葉を浴びる機会の増加等や仕事の負担が増していることなどから、保健師の対人援助による過程において精神的健康が低くなる要因であると考えられる。また、北海道の保健師を対象とした先行研究(表山, 工藤, 2017)では、中堅保健師は子育てをしながら働き続けるための条件がそろわない状況に不安を抱えていることが述べられている。その背景には仕事と子育てを両立する上での課題として、多様な保育サービスが北海道は全国に比べて普及していない状況による影響の可能性が述べられており、北海道という要因も一因として考えられる。

2. 北海道の市町村保健師の精神的健康に関連する要因

本研究では年齢が高く勤続年数が長いほど、精神的健康が良好である傾向がみられた。保健師としての経験を重ねることによって、困難事例に対応するための実践能力が向上していることが考えられる。また、保健師の経験年数ごとに重要な能力として、経験年数1~3年であると個人や家族を対象にしたヘルスケア提供能力、経験4~10年においては地域保健活動展開能力、経験11~20年においてはヘルスケア提供力、情報活用能力、対人関

係形成能力、マネジメント能力であると述べられており(大倉, 2004)、年齢や経験年数が長くなることによって住民への対人援助の割合が少なくなり、結果として精神的健康を保つことができると考えられる。また、経験を積むことによって問題への対処能力も向上することも考えられる。

看護師経験の有無については、看護師経験を有する保健師ほど精神的健康が悪くなる傾向がみられた。しかし、斎藤ら(2016)の報告では、看護師の経験の有無は保健師の精神的健康とは関連がないことが示されており、本調査とは異なる結果であった。新人看護師の離職した理由は「心と身体の健康問題」であると述べており(内野, 2015)、保健師の離職率3.4%(井口, 2014)と比較し、看護師は11.0%(斎藤, 2017)と高い離職率であることから、離職経験のある看護師は心と身体の健康問題を抱えた経験を持ち、保健師へ転職した後も精神的な健康が悪い状態が続いている可能性が考えられる。また、看護師の経験年数が長い場合には、転職時に新人保健師以上の能力を求められる可能性もあり、結果として精神的健康が悪くなることも推察されるが、本研究においては看護師の経験期間と保健師の精神的健康との関連性については検討しておらず、今後更なる調査を行う必要がある。

糸数ら(2005)の報告では、保健所を設置していない市町村で人口規模が小さいほど保健師の業務量が高いとされており、人口規模が小さいと、保健師の人員も少なくなると考えられるが、人員が少ない中で多くの役割を担うような仕事が続く保健師は、心身共に疲れを高めていると考えられており(武田, 2007)、本結果でも人口規模5万人以上と各人口規模を比較した結果、特に1万人以上~5万人未満の人口規模によっても精神的健康に差がみられた。しかし、人口規模1万人未満との統計的有意差は認められなかった。立山(2013)の報告によると、小規模な自治体に勤務して

いた保健師は、家庭訪問や健康相談といった保健事業を通し、ひとりひとりの住民が地域でどのような生活をし、どのような健康問題があるか把握しやすかったと述べており、今回の結果は、北海道のように人口減少から、小規模自治体が全国的に増えることが予測されるが、人口規模1万人未満のため業務量が高くとも、住民との身近な関係性があれば、仕事へのやりがい等より精神的健康を保つことができる可能性が示唆された。福永ら(2019)の報告によると、職業アイデンティティが高いことは、ストレス耐性が高いとされており、人口規模が少ないことは自分の活動による成果が見えやすくなり、そのことが仕事のやりがいへとつながり、保健師としての職業アイデンティティを高く保つことができたのではないだろうか。以上より、人口規模によって保健師の精神的健康に関連する要因は異なる可能性が示唆された。

本研究の限界は、回収率が低いことから、精神的な健康問題に関心のある対象者が多く回答した可能性も考えられるため、結果を一般化できないことである。今後の研究課題として、北海道のみならず対象の規模を広げた調査が必要であると考えられる。また、保健師の精神的健康を包括的に捉えるためにも、業務量の質問、サポート体制、職場の相談のしやすさなどについての関連も検討が必要である。

3. 今後に向けて

本研究では、保健師の精神的健康状態は決して良好ではない状況が示された。また、年齢や経験などが低い保健師ほど精神的健康が悪化している可能性が示唆された。保健師の精神的健康を良好に保つためにも、経験年数が浅い保健師がメンタルヘルスの不調を引き起こす可能性が高いことを管理職が認識してマネジメントを行うことや、困難事例の対応に困っている時に相談することができるような職場環境が必要である。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、快く調査にご協力いただきました北海道の市町村保健師の皆様にご心より感謝申し上げます。また、本研究のご指導・ご助言をいただきました旭川医科大学の伊藤俊弘教授、桜美林大学の芳賀博名誉教授に深謝申し上げます。

本研究に関して開示すべきCOI状態はない。

文献

- 福永ひとみ, 吉田浩子, 島田涼子(2019). 職業性ストレスと職業的アイデンティティの関連—看護職員を対象とした質問紙調査結果から—. 心身健康科学, 15(2), 82-93.
- 福西勇夫(1990). 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point. 心理臨床, 3(3), 228-234.
- 北海道庁. 住民基本台帳人口に基づく人口、人口動態及び世帯数に関する調査, 2021/12/14, <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/tuk/900brr/index2.html>
- 井口理(2014). 行政保健師の「仕事の要求」と「仕事の資源」の概念の明確化—離職を考えた状況と職場にとどまった思いの記述を通して—. 日本公衆衛生看護学会誌, 3(1), 11-21.
- 糸数公, 福永一郎(2005). 地域保健行政活動の評価について. 厚生学の指標, 52(13), 17-24.
- 厚生労働省. 令和元年度保健師活動領域調査(領域調査)結果の概要, 2021/9/23, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/ryouikichousa_r01_1.pdf
- 中川泰彬, 大坊郁夫(1985). 日本語版GHQ精神健康調査票—手引き—. 日本文化科学社.
- 表山知里, 工藤禎子(2017). 北海道の市町村中堅期保健師におけるワーク・ライフ・バランスに関する認識と行動 ワーク・ライフ・バランスへの自己評価高値群の自由記載から. 日本公衆衛生看護学会誌, 6(1), 37-46.
- 大倉美佳(2004). 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, 51(12), 1018-1028.
- 齋藤尚子, 山本武志, 北池正(2016). 市町村保健師が健康で意欲的に仕事ができる職場環境に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 63(8), 97-108.
- 齊藤茂子(2017). 中堅看護師はなぜ離職するのか—最近5年間の統合的レビュー—. 東洋大学大学院紀要, 54, 385-405.
- 澁谷麻由美, 西村由貴, 當仲香, 清奈帆美, 松本可愛, 齋藤圭美, ……河邊博史(2016). 大学教職員のメンタルヘルス調査2014—ストレスチェック導入に向けて—. 慶應保健研究, 34(1), 45-49.
- 高階恵美子, 野村陽子, 中川真実(2001). 自治体の保健婦による保健活動の実績. 保健婦雑誌, 57(13), 1062-1068.
- 内野恵子, 島田涼子(2015). 本邦における新人看護師の離職についての文献研究. 心身健康科学, 11(1), 18-23.
- 武田富美子(2007). 北海道の市町村で働く保健師の情緒的消耗感に影響を与える要因. 北海道公衆衛生学雑誌, 21(2), 109-115.
- 立山美子(2013). 市町村合併を経験した保健師の保健活動に対する認識. 東海公衆衛生雑誌, 1(1), 54-63.
- 浦橋久美子, 齋藤澄子, 白木裕子, 永井美登利, 松本敦子, 鈴木貴恵, ……中原夏美(2014). 東日本大震災時の保健師活動の実態と保健師経験期間の関連. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 5(1), 23-31.
- 山下由紀子, 伊藤美花, 嶋崎淳子, 笹川真紀子, 小西聖子(2005). 保健師の職業性ストレスとソーシャルサポートとの関連. 聖マリアンナ医学研究誌, 5, 1-13.