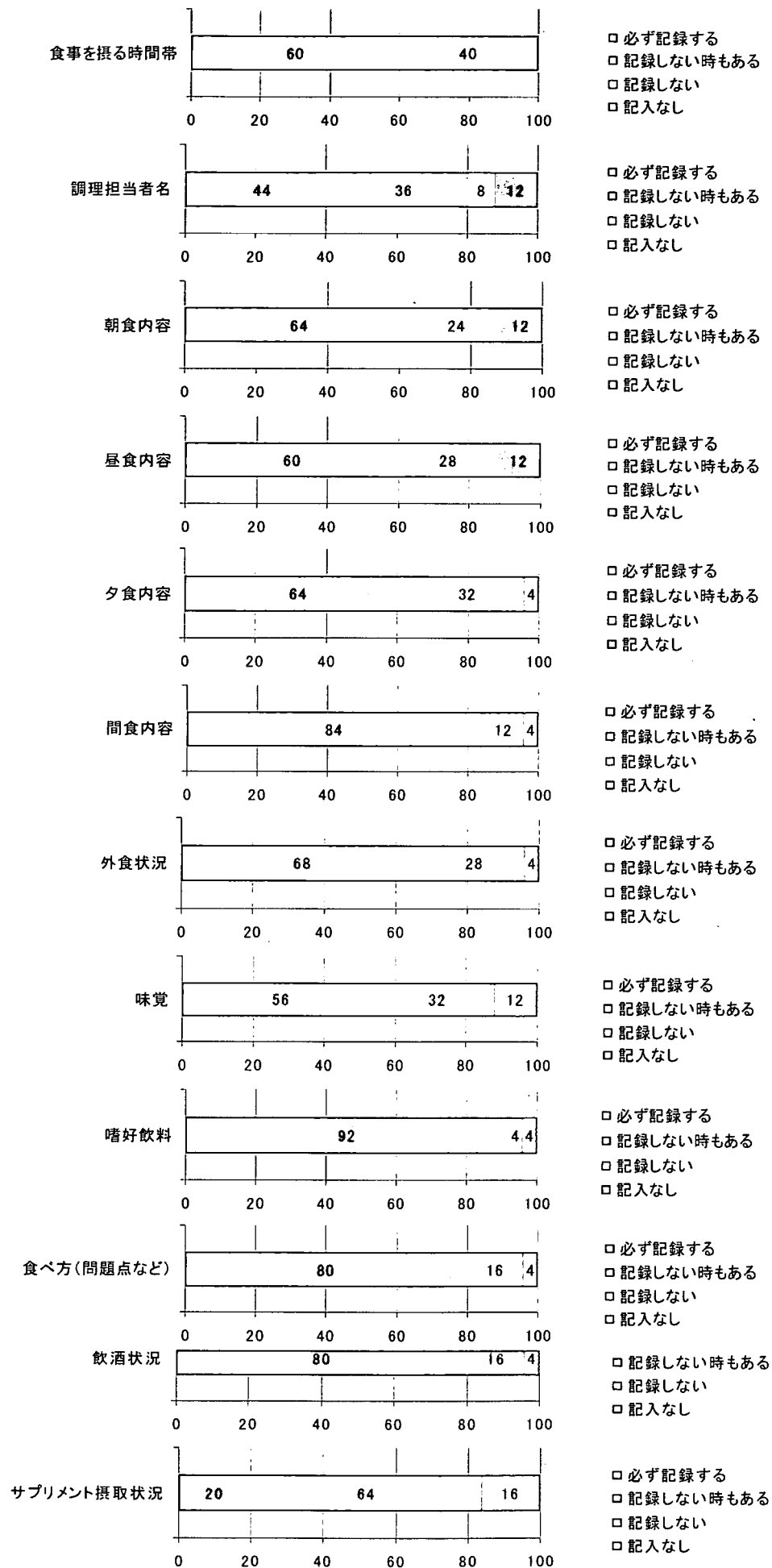
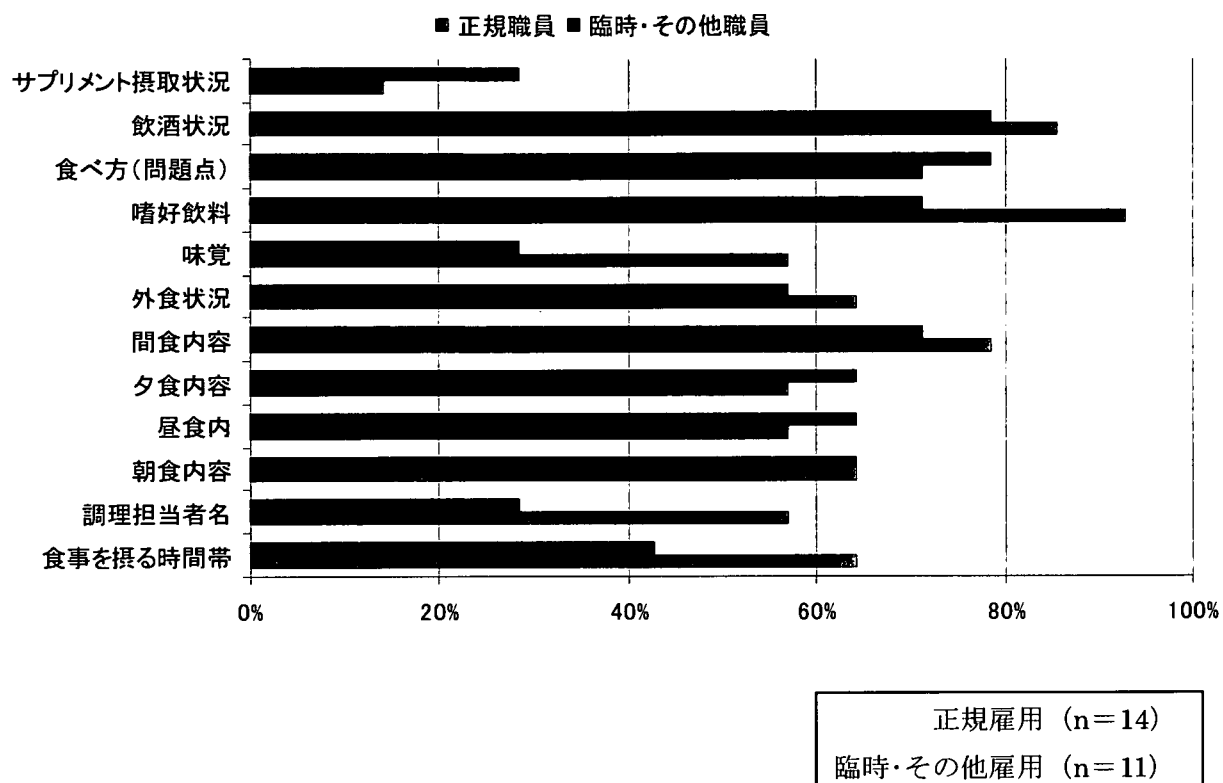


図6-1. 対象者の食事状況について <全体 (n=25)>



<雇用形態別>



<職歴別>

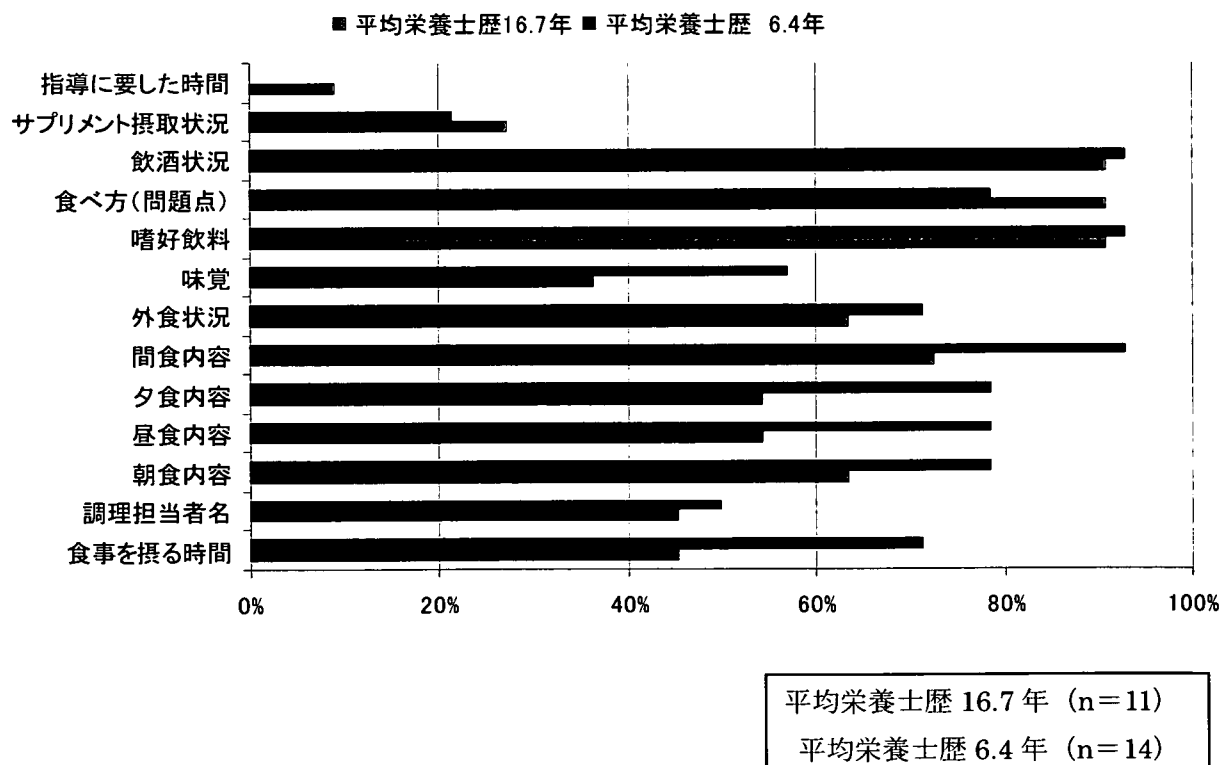


図 7 - 1 . 身体指標・臨床検査値について

身体指標・臨床検査値の経時的変化をグラフ化していますか。

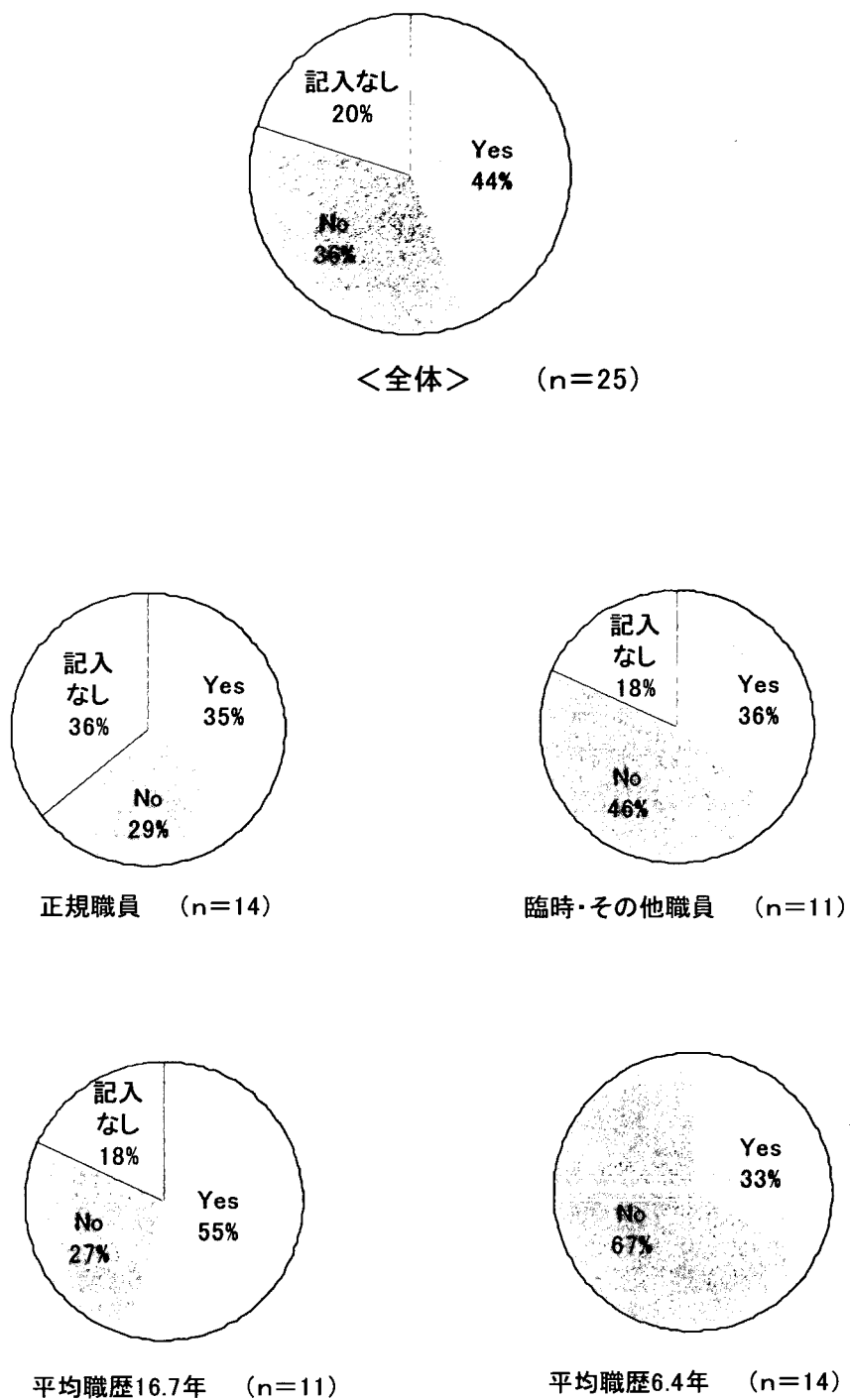
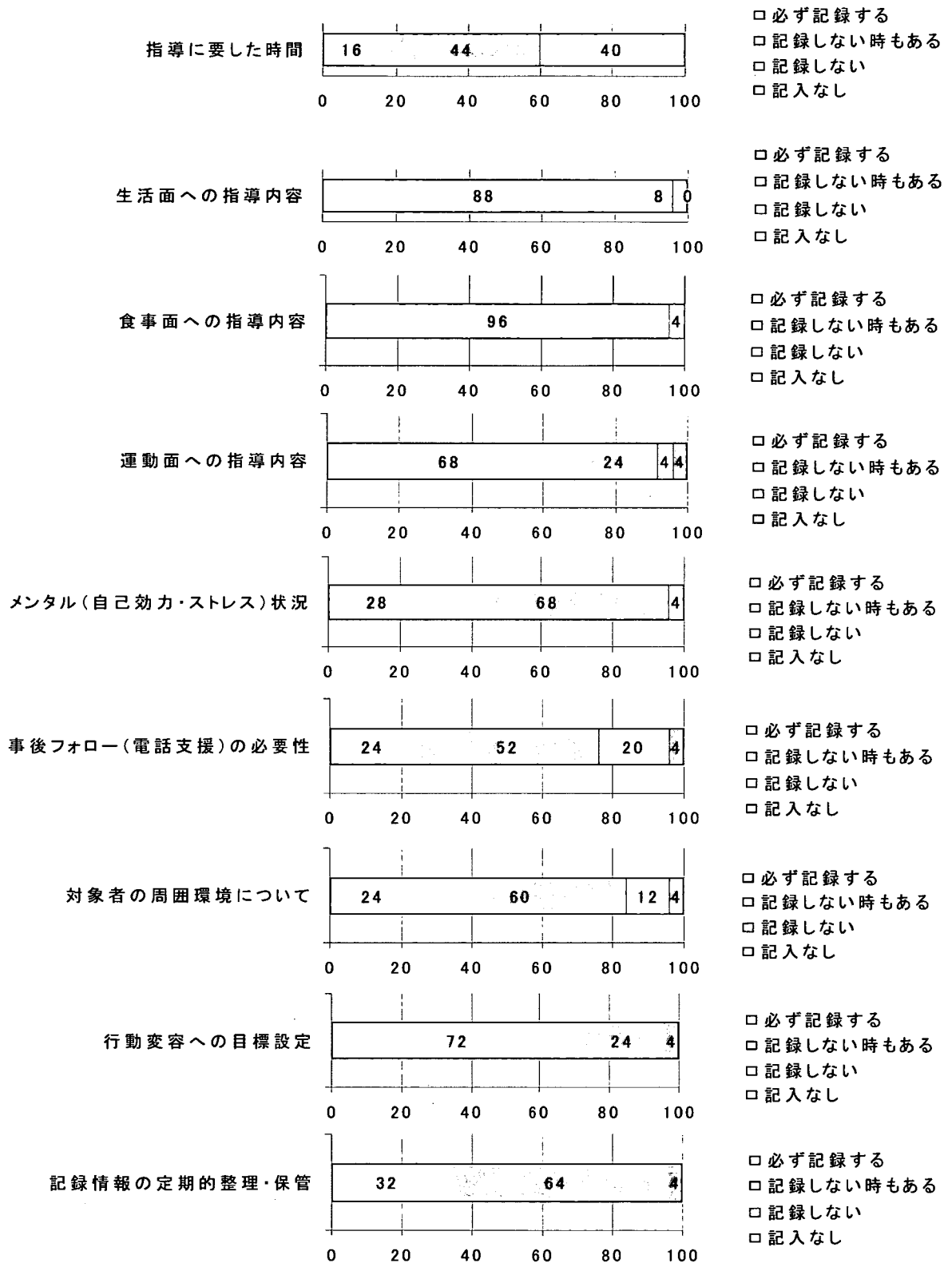
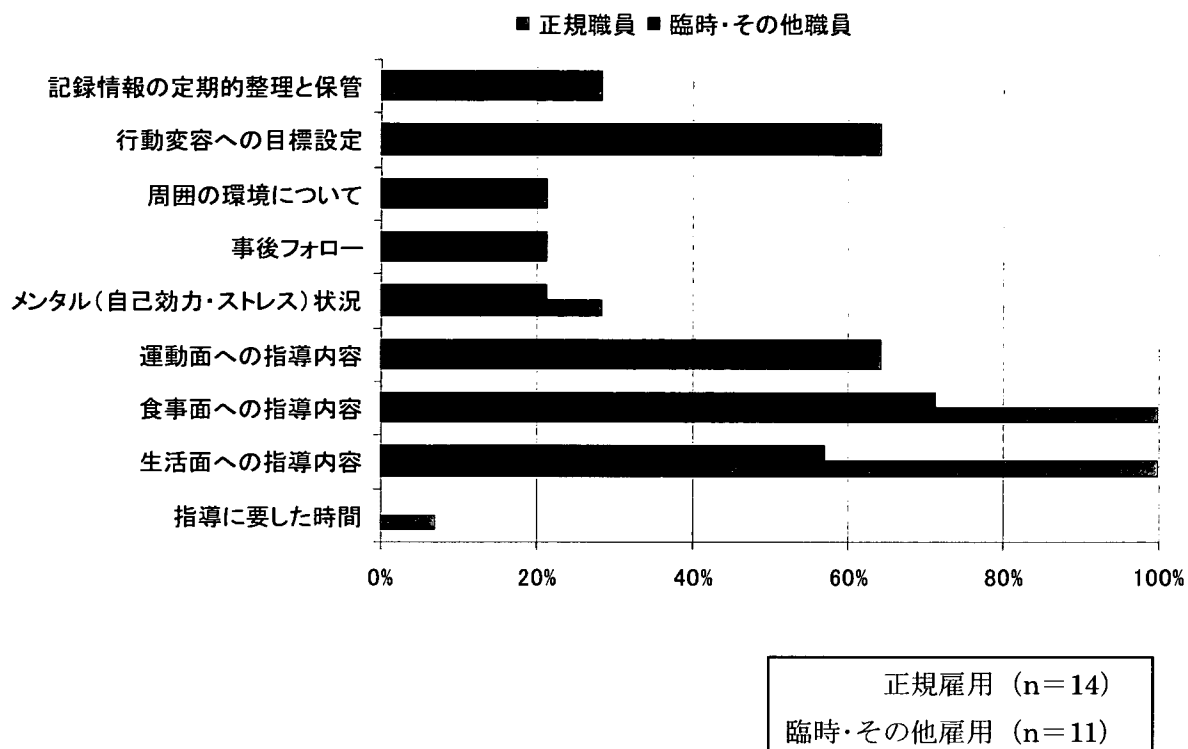


図8-1. 対象者への指導内容について

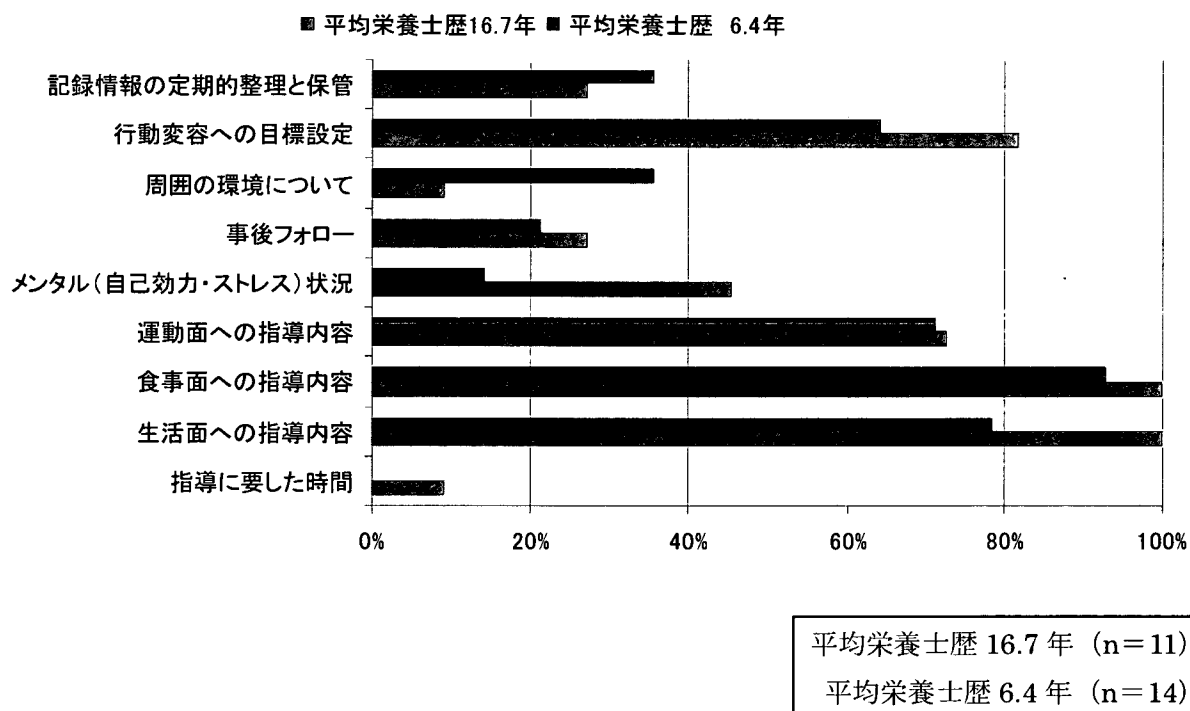
<全体 (n=25)>



<雇用形態別>



<職歴別>



【結果】

I. 栄養（食事）指導への自己評価（図1－1）

「あなたは現在の自身の栄養指導をどのように思いますか」という質問に対し、“大変良い” “良い” “少し問題がある” “問題が多い” の4段階評価を実施したところ、全体の4%が“良い”、68%が“少し問題がある”、28%が“問題が多い”と答えた。

雇用形態別では、正規職員の群に比べ、臨時・その他の職員の群において、“問題が多い”と答えた割合が高かった。

栄養士歴別では、平均栄養士歴6.4年の群の方が平均栄養士歴16.7年の群に比べ、“問題が多い”と答えた者の割合が高かった。

II. 栄養指導への改善意欲（図2－1）

「あなたは自身の栄養指導について今後どのようにしたいと思っていますか」という質問に対して、“今までよりより良くしたい” “今のままで良い” “特に考えていない” の3段階評価を実施したところ、全員が“今までより良くしたい”と答えた。

III-i. 栄養指導（全般）の方法について（図3－1）

栄養指導に関する自己評価において、栄養指導（全般）の方法について、“いつもしている” “しない時もある” “しない” の3段階の評価を行った9項目のうち、“いつもしている”と答えた割合が低い（50%未満）のは、「初回指導の前に対象者のアセスメントを行っている」「個別栄養指導はPlan→Do→Seeに則って行っている」「個別栄養指導には十分な時間をとっている（30分以上/人/回）」「対象者の行動変容を経時的に追っている」の4項目であった。それ以外の項目においては“しない”と答えた者がいなかったのに対し、この4項目に関しては、それぞれ“しない”と答えた者がいた。9項目のうち“いつもしている”と答えた者の割合が最も高かったのは、「対象者の医療機関への受診状況を確認している」「対象者を食事・生活・運動状況の視点から包括的に指導している」の2項目でともに76%の者が“いつもしている”と答えた。一方、最も実践率の低かった指導方法に関する項目は、「対象者の行動変容を経時的に追っている」で“いつもしている”と答えた者は20%であった。

雇用形態別では、3段階評価を行った9項目のうち、7項目に関する方法について、正規職員のほうが臨時・その他の職員よりも高かった。特に実践率の差が大きかったのは、「個別栄養指導には十分な時間をとっている（30分以上/人/回）」「対象者のやる気を確認している」「対象者とのコミュニケーションを取るように努めている」の3項目であった。

栄養士歴別では、3段階評価を行った9項目のうち、7項目に関する方法について平均栄養士歴16.7年の群において、平均栄養士歴6.4年の群よりも実践率が高かった。後者が前者よりも実施率が高かった項目は、「対象者の医療機関への受診状況を確認している」「対象者のやる気を確認している」の2項目であった。

III-ii. 栄養指導（全般）の方法について（図3－2～図3－7）

指導（全般）について、“Yes” “No” で評価を行った8項目のうち、「現在使用している指導（教育）ツールは適切なものである（図3－4）」「自身の栄養指導は適切であると自覚している」（図3－4）、「栄養指導が世間話で終わる時がある」（図3－9）の3項目について、“Yes”と答えた者の割合が低かった（50%未満）。一方、「栄養指導改善のために自分なりに勉強や情報収集を行っている」（図3－5）、「全体的に対象者とのラポール（信頼関係）の形成はうまくいくほうだ」（図

3-6)、「意見交換できる栄養士仲間がいる」(図3-7)の2項目については、“Yes”と答えた者がそれぞれ、100%、84%、96%と高かった。

雇用形態別では、7項目において、正規職員のほうが臨時・その他の職員よりも“Yes”と答えた割合が高かった。「雑務(栄養指導以外)が多く、計画段階にあまり時間をかけられない」(図3-8)という項目のみにおいて、臨時・その他の職員において“Yes”と答えた者が多かった。雇用形態別において、“Yes”と答えた割合の差が目立った(10%以上)項目は、「栄養指導における“栄養カウンセリング論”を聞いたことがある、もしくは知っている」(図3-2)、「自身の栄養指導は適切であると自覚している」(図3-4)の2項目であった。

職歴別では、8項目のうち、「全体的に対象者とのラポール(信頼)の形成はうまくいく方だ」(図3-6)、「雑務(栄養指導以外)が多く、計画段階にあまり時間をかけられない」(図3-8)、「指導内容が世間話で終わることがよくある」(図3-9)の3項目において、平均栄養士歴6.4年の群の方が、平均栄養士歴16.7年の群よりも“Yes”と答えた者の割合が高かった。栄養士歴別において、“Yes”と答えた割合の差が目立った(10%以上)項目は、「栄養指導における“栄養カウンセリング論”を聞いたことがある、もしくは知っている」(図3-2)、「現在使用している指導(教育)ツールは適切なものである」(図3-3)、「自身の栄養指導は適切であると自覚している」(図3-4)、「指導内容が世間話で終わる時がある」(図3-9)の4項目であった。

IV. 指導内容の記録・保管

ー対象者情報についてー (図4-1)

指導内容の記録・保管に関する項目について、対象者情報の記録・保管について3段階評価を行った結果、5項目すべてにおいて80%以上の実践率であった。

雇用形態別では、5項目すべてにおいて、正規職員の方が臨時・その他の職員よりも実践率が高かった。

栄養士歴別では、「初回時の体重」、「性別」の記録に関する項目を除く他3項目、対象者の「氏名」、「生年月日」、「連絡先」において、平均栄養士歴6.4年の群の方が、平均栄養士歴16.7年の群よりも実施率が高かった。

ー対象者状況や生活等に関するアセスメントー (図5-1)

対象者状況や生活等に関する項目に対して、“必ず記録する”“記録しなし時もある”“記録しない”の3段階評価を実施したところ、18項目のうち実施率が低かった(50%未満)ものは、「保健センター来訪のきっかけ」「趣味」「家族の病歴」「20歳から今までの体重変動」「糖尿病への知識」の5項目であった。一方、実践率の高かった(80%以上)項目は、「指導日時」「指導担当者名」「既往歴・現病歴」「喫煙歴・習慣」「運動習慣」「現在の体重」の6項目あった。

雇用形態別で見ると、すべての項目において、正規職員の方が臨時・その他の職員に比べ実践率が高かった。実践率の差が目立った項目は、「糖尿病への知識」「20歳から今までの体重変動」「家族の病歴」「家族構成」「喫煙習慣」「仕事内容」「受診医療機関名」「指導担当担当者名」「アセスメント内容指導日時」の9項目であった。

栄養士歴別で見ると、平均栄養士歴16.7年の群で実施率が高かった6項目のうち、「過去の栄養指導歴」に関する項目においては実施率の差が目立った。また、平均栄養士歴6.4年の群で実践率が高かった12項目のうち、「家族の病歴」「仕事内容」「服薬状況」「過去の手術歴」の4項目において実施率の差が目立った。

－対象者の食事状況－ （図 6－1）

対象者の食事状況に関する項目に対して、“必ず記録する”“記録しなし時もある”“記録しない”の 3 段階評価を実施したところ、12 項目のうち“必ず記録する”と答えた実施率が低かった（50% 未満）ものは、「調理担当者名」「サプリメント摂取状況」の 2 項目であった。一方、実践率の高かった（80%以上）項目は、「間食内容」「嗜好飲料」「食べ方（問題点など）」「飲酒状況」の 4 項目であった。

雇用形態別では、正規職員で実施率が高かった 8 項目のうち、「嗜好飲料」「味覚」「調理担当者名」「食事を摂る時間帯」に関する 4 項目においては実施率の差が目立った。

職歴別では、平均栄養士歴 6.4 年の群で実践率が高かった 10 項目のうち、「味覚」「間食内容」「夕食内容」「昼食内容」「食事を摂る時間帯」の 5 項目において実施率の差が目立った。

－身体指標・臨床検査値について－ （図 7－1）

対象者の身体指標・臨床検査値の経時的変化をグラフ化しているかどうかを、“Yes”“No”で評価を行ったところ、全体の 44%の者が、“Yes”と答えた。

雇用形態別では、正規職員、臨時・その他の職員の間で、目立った差は見られなかった、

職歴別では、平均職歴 16.7 年の群において、平均職歴 6.4 年の群よりも、“Yes”と答えた者の割合が高かった。

－対象者への指導内容－ （図 8－1）

対象者への指導内容に関する項目に対して、“必ず記録する”“記録しなし時もある”“記録しない”の 3 段階評価を実施したところ、9 項目のうち“必ず記録する”と答えた実施率が低かった（50% 未満）ものは、「指導に要した時間」「メンタル（自己効力・ストレス状況）」「事後フォロー（電話支援）の必要性」「対象者の周囲環境について（参加事業名や家族の協力）」の 4 項目であった。また、「対象者の記録情報を定期的に整理している」という項目に対して“必ずしている”と答えた者は全体の 32%であった。

雇用形態別では、正規職員で実践率が高かった「食事面への指導内容」「生活面への指導内容」の 2 項目で、実施率の差が目立った。

栄養士歴別では、平均栄養士歴 16.7 年の群で実践率が高かった 5 項目のうち、「生活面への指導内容」において実施率の差が目立った。

Ⅱ. 効果的な栄養教育マニュアルの開発

【背景】

今回のマニュアル作成においては、“短期的介入ではなく長期的介入効果を重視した活用マニュアル”を構想の柱とし、対象者の改善経過をモニタリングし、保健指導の継続を重視したデータ記録・保管の工夫や、現代学習理論の原理を治療に応用した行動療法の技法を取り入れ、地域栄養指導の実践において、“応用可能な教育ツール”を目指す。実際に栄養指導の効果を上げるには、具体的にどのような視点をもって指導の流れを組み立ててゆけばよいのか、という指導を標準化するための指導者へ向けた方法論の提示が必要である。基本的に栄養指導は対個人に向けたものであり、“この方法なら誰にでも効果が上がる”といったゴールドスタンダードのような方法はない。しかし、効果的な指導へ導くために必要な視点は何か、という考え方も方法論の1つとして提示することは重要であると考ええる。

【目的】

地域における栄養指導を標準化するための指導者へ向けた教育ツールを作成し、それを利用した効果的な栄養教育手法の検討することで、より具体的な方法論を集約した栄養教育マニュアルとして提示する。

i) 教育ツール“栄養カウンセリングシート”の作成

【対象地区・対象】

徳島県 A 町保健センターにおいて栄養指導の対象者となった徳島県 A 町住民 260 名

徳島県 T 市、T 町の保健センターに勤務する管理栄養士 計 5 名

【方法】

徳島県の保健センターにおいて実施してきた、地域住民を対象とした生活習慣病ハイリスク者への個別栄養指導を基に、効果的な栄養教育方法論を具体的に検討した。実際に指導を運ぶ際の、“Assessment（現状把握）→Plan（計画）→Do（実施）→See（評価）”の一連の流れに基づき、具体的な栄養教育方法論を集約した“栄養カウンセリングシート”を作成した。一般住民を対象とした生活習慣病予防のための保健指導で利用するため、指導の流れを汲んだレイアウトを基本とし、使いやすさとデータを記録し管理するという点を重視した“栄養指導で利用するカウンセリングシート”という形態をとり、効果的な指導を進めていくための指導実施者に向けた教育ツールとして位置づけた。作成した栄養カウンセリングシートの原案を、徳島県下の 3 市町村保健センターにて、約半年間、実際の指導の中で繰り返し試用しながら管理栄養士との検討会を重ね、さらに 2 度の改良を加えてゆき、完成版を作成させた。保健センター栄養改善業務に携わる管理栄養士との検討会において、保健センターにおける生活習慣病対象者への栄養指導は、“対象者と保健センターとの関わり”において、対象者本人のやる気を高める、また“医療機関との関わり”において受診状況や服薬状況の確認、また、“環境”においては、対象者の周囲の協力体制を整える、という各方面からのサポートが重要であり、それぞれのチェックを十分に行うことが重要であることが分かった。これより、対象者に対する指導項目をグループ化し、指導者側が偏った項目（グループ）の指導に陥っていないか、指導実施者が自らの指導法の評価を行うという方法論を提案した。そこで、徳島県 A 町の住民 260 名の栄養指導記録データを基に、糖尿病コントロールが良好となった対象者の症例集を作成し、その対象者への指導項目を基に良好な血糖コントロールに影響

を及ぼしたと考えられる指導因子（項目）をまとめ、栄養指導を“客観的評価する”ために活用するチェック表を作成し、保健指導の“標準化”のための新たな視点として教育ツールに取り入れた。

【結果】

ー栄養カウンセリングシートー（参考資料1－1）

1. 栄養指導方法（Assessment→Plan→Do→See）の標準化

教育ツール“栄養カウンセリングシート”は、管理栄養士自身が、Assessment（現状把握）→Plan（計画）⇒Do（実施）⇒See（評価）の流れに沿った指導を進めていけるような構成とした。

Assessment（アセスメント）

アセスメント・基本情報

氏名、性別、生年月日、年齢、身長、住所、電話番号、初回指導日、指導担当者、栄養指導の経験、来訪のきっかけ、既往歴・現病歴（病名・年数）、受診医療機関、手術歴、服薬状況、仕事内容、家族構成、家族の病歴、趣味、喫煙歴・習慣、運動習慣）、臨床検査値

生活に関する問診

現在・過去の体重、体重変動、糖尿病の知識、栄養相談で聞きたいこと）

食事状況

食事内容、調理担当者、外食状況、味覚、食べ方、飲酒、サプリメント摂取
以上、身体状況、生活状況、食事状況の3点における項目について聞き取りを行っていくことで、対象者の指導計画を立てるための現状把握（Assessment）をしっかりと行う。

Plan・Do（計画・実施）

指導内容（食事・生活・運動）

指導内容の記録、目標設定、指導時間、次回予定日
具体的に指導を行った内容や前回立てた行動目標の達成度などを記録に残し、そこからさらなる改善へ導くための行動目標を設定し記録する。指導に要した時間や指導予定日も記録しておくことで、次回の指導の時の参考にする。

See（評価）

セルフチェック表&臨床検査値・身体指標値の変化

対象者はセルフチェック表に生活習慣改善のための行動目標を記録し、実行できたかどうかをチェックしてゆく。指導実施者は、対象者の自らに課した目標に対する実行度を基に行動変容を評価する。また、行動変容と照らし合わせて臨床検査値や身体指標などの数値からも改善効果を評価する。

2. 継続的指導を重視したデータ記録・保管の工夫

栄養カウンセリングシートは、対象者の身体指標や臨床検査値を表やグラフで整理し、食事内容やその傾向など対象者の改善状況の経過を継続的にモニタリングしていくために、用紙をファイリングしていく形式になっている。このように、データの蓄積・管理を行い、経時的に記録するレイアウトになっている。指導記録の保管を改善するため厚手のハード紙を利用した。

3. 行動療法の技法的要素

行動療法(Behavior therapy)とはアイゼンク(Eysenck,E.J)によって概念化され、現代学習理論の原理を治療に応用したものである。“行動に着目し具体的な観察できる現象によって対象者を理解する”、また、“行動変容を直接的な目標とし目標となる行動変容の方法を決定し援助する”という

行動療法の技法の特徴を、“栄養カウンセリングシート”の項目に取り入れ、行動療法の要素を含む教育ツールとした。

行動変容におけるセルフコントロール(self-control)

管理栄養士からの指導だけでなく、自分の行動を自分で操作したり、コントロールしたりすることにより、自らの行動を変容させる手法がある。自ら行動を変容させることは、管理栄養士の介入がない場合でも用いる事ができ、適切な行動の維持についても効果的である。

***食事記録**

対象者が自らの食事内容を記録にとることで、食事内容や習慣の問題点に気づき、自身の行動をコントロール・維持することにつながる。

***服薬状況・定期的医療機関への受診勧奨**

栄養指導の中で食事に関すること以外にも、服薬状況や医療機関への定期的受診の確認や勧奨をすることで、改善への行動変容を促すことにつながる。

***事後（電話・メール）フォロー**

電話やメールなどで、初回指導に続き対象者のセルフコントロール（自己管理）を基本としたきめ細やかな支援により、生活習慣改善への働きかけを継続的に実施し行動変容を促す。

目標行動の設定(goal-setting)

変容させるべき行動を実生活に則した具体的目標を設定する。管理栄養士が面接を行う中で相互的に決めていく方法が一般的である。明確な目標行動をたてることが第一段階である。

***行動目標の記録**

毎回の指導内容を記録する欄に、当分の行動目標、次回までに達成する目標を記録する。指導内容を記載する欄の最後などに記録を残しておくことで、次の指導内容をかき取る際に前回の内容をチェックすることで、行動目標が達成されているかどうかを忘れず確認することができる。

自己監視法(self-monitoring)

対象者が実行可能である行動目標に対して実際に自分で記録を行い、自分の行動を監視することによって行動をコントロールする方法である。食行動や禁煙、運動習慣など行動変容においても一般的に用いられている方法で確実に効果がある。

***セルフチェック表（参考資料1－2）**

対象者が自ら設定した行動目標に対する行動記録を、○△×など簡単に記録し日記形式で行うよう工夫している。管理栄養士は、対象者の行動記録を基に目標に対する行動変容を評価する。

自己契約(self-contract)

自ら他者と契約して、自分の行動をコントロールする方法である。対象者が、家族に対して、もし節煙できたら温泉に行くことを約束してもらい、禁煙に対する動機付けを向上させる場合である。

***環境（事業参加・家族の協力）**

家族や配偶者、友人の協力を得る、またはグループの会合や治療者との接触を保つなどの、社会的サポートを呼び起こすことで、対象者の自己契約による行動コントロールを促す。

自己教示(self-instruction)

自分自身に向けたことばによって自らの行動をコントロールする方法である。運動がいやになってしまった時、「運動ができる」、「運動すると気分が良くなる」、「目標が達成できる」など自分に語りかける方法である。

***本人のやる気（自己効力）への支援**

対象者に対して、目標設定の最適水準化やプラスイメージを与えるなど、称賛をする事で「生活改善のための行動を実行できる」というやる気をバックアップし、自己効力を高めるための支援を

することで、行動変容のための継続的な取り組みを促す。

4. 指導実施者による栄養指導の自己（客観的）評価

—症例集の作成—

【方法】

徳島県 A 町保健センターにおいて栄養指導の対象者となった徳島県 A 町住民 260 名のデータより、糖尿病コントロールが良好になった例を症例集としてまとめた。まず対象者状況で対象者の基本情報、病歴、健センター参加へのきっかけ、疾病状況をまとめた。次に臨床検査成績として HbA1c 値の変化を示すグラフと、行動変容とを照らし合わせながら治療状況の経過をまとめた。また行動変容プロセス表を作成し、参加者の治療経過をカテゴリーから分析し、個人の治療状況の把握を試みた。

【評価】

症例集の作成より、その中から糖尿病の良好なコントロールに重要な因子を明らかにし、効果的な指導項目として、方法論に加える。

【結果】

〈改善チェック表と HbA1c（グラフ）の関係〉

HbA1c のグラフと改善チェック表のカテゴリー A～C を表す矢印を対応させて、個人の血糖コントロール状況を表の項目と関連させて見ていく。矢印はそれぞれのカテゴリーと本人の関わりが開始した時期を始点とし、長さがその継続を示している。また、A～C の 3 つのカテゴリーがそろっている部分が太くなっており、この部分が、最も HbA1c 値の改善が見られる部分である。

症例 No241（参考資料 1－3）を例に見ていくと、グラフ上の①が栄養相談の開始、②の時期ではアルコール摂取の断続と運動習慣の中断が続き、HbA1c の値がなかなか安定していない。③に医療機関の変更があり、変更先の病院でのインスリン注射の勧めに抵抗を感じたことから、④以降は行動変容を起こし、HbA1c の値が改善されてきているのがグラフから分かる。

グラフを行動変容のプロセスと一緒に見ていくと、グラフ上の赤線以降の HbA1c の顕著な改善の背景には、A:保健センター、B:医療機関、C:、D:協力の 3 つのカテゴリーの矢印が全てそろっている。これより、良好な DM コントロール改善には、A～C の 3 方面からの、継続的・包括的アプローチが重要であることが分かる。

改善チェック表

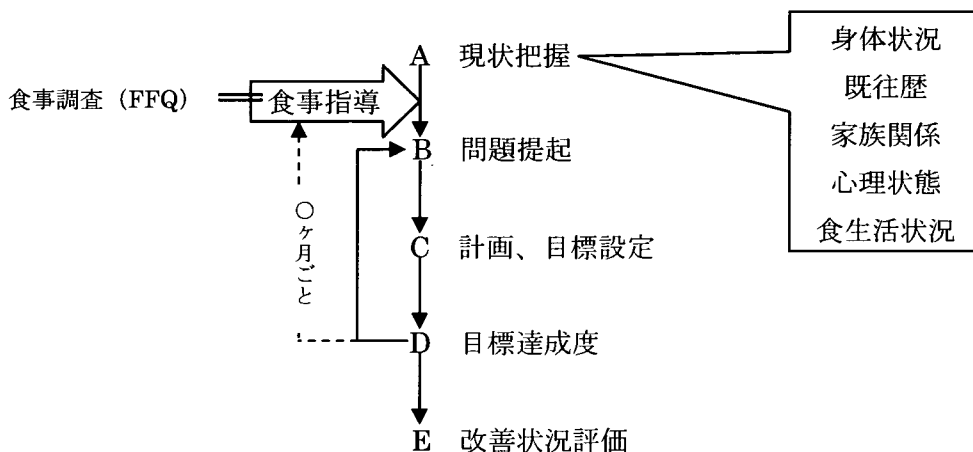
表のカテゴリー A～C に分類される項目は、A 町保健センターを訪れた住民で、血糖コントロールを行っていくうえで、HbA1c 値の改善に大きく効果が現れてきた時期に共通して見られた項目である。これをコントロールの改善指標とするため、表の項目は大きく A～C の 3 つのカテゴリーに分類した。それぞれ A が対象者と保健センターに関わる項目、B が対象者と医療機関とに関わる項目、C が対象者の環境に関わる項目である。これらの項目とその分類は、実態調査において、食事療法で血糖コントロールが改善した住民に共通して指導されていた項目を、現場栄養士と検討を重ねたうえに分類したものである。対象者の臨床検査値や身体指標などの数値の変化と照らし合わせても、項目にチェックが多い住民データほど数値の改善がみられることから、改善チェック表からも、対象者の改善状況をモニタリングすることが可能であるといえる。表で一覧にする事で、一目で対象者状況の変化を把握する事ができるため、栄養士自身が対象者への指導のチェック

をすることに利用でき、“栄養カウンセリングシート”の使用により、指導実施者である栄養士の視点の標準化を可能にすると考えられる。また、改善チェック表は、対象者の状況を指導毎に経時的に追えるようなモニタリングをするための表になっている。

ii) 効果的な栄養教育手法の検討（論文参照）

【目的】

指導実施者へ向けた“教育ツール”として提示する“栄養カウンセリングシート”を利用することで、Assessment（現状把握）→Plan（計画）→Do（実施）→See（評価）に沿った栄養指導のプロセスをいかに進め、対象者の行動変容を追い、評価してゆくか、効果的な栄養教育手法を検討し、より具体的な方法論を集約した栄養教育マニュアルとして提示する。



対象者の食事摂取状況に加えそれに関わる数多くの因子について対象者を把握し、個人に適した指導計画を立案・実施し評価するという指導を徹底することが、効果的な栄養指導を行っていく上で重要なポイントとなってくる。

Plan・Do

対象者への指導計画を立案し計画を実施に移す際、対象者の行動目標の設定し、設定した目標へ向けた実践においては、行動療法が有効である。（論文参照）行動療法は、行動療法の一つとして、指導にセルフチェック表を取り入れる方法がある。セルフチェック表は、対象者自身が目標設定を行い、その目標行動への実行度を日記形式で書きとる形のものである。セルフチェック表は、指導の中で指導者へのフィードバックとして、また対象者の食事や運動に対する意識変化に良い影響を及ぼす。（論文参照）

●地域における栄養教育手法の検討（藤井論文より）

T 県 K 町の基本健康診査より、糖尿病ハイリスク者（判要指導及び要医療者）に集団、個別および両者併用の長期（1 年）および短期（3 ヶ月）介入栄養指導を行い、教育効果を比較した。栄養教育への参加者は 102 名、平均年齢 65.5±8.0 歳であった。集団指導 1 は、1 クールが月 1 回、計 9 回の「糖尿病教室」を実施し、継続的なサポートにより望ましい生活習慣への行動変容と良好な血糖コントロールを目的とした。集団指導 2 では集団指導 1 の「糖尿病教室」に代わり、1 クールが 2 週間に 1 回、計 3 回の「健康づくり教室」を年間に 3 回の参加を募り 3 クール実施し、多くの対象者に対する自己管理の動機づけを目的とした。個別指導では集団指導の終了者を主な対象とし、月 1 回の相談日をもうけ、「個別相談」を実施し、個別の問題に対処することにより、望ましい生活習慣への行動変容と良好な血糖コントロールの維持を目的とした。

【結果】

「糖尿病教室」では、参加前に比較して参加後で、HbA_{1c}が 7 以上の者は有意に低下し、7 未満の者も維持できていたが、中には終了後、良好な血糖コントロールが維持できていない者もいた。「健康づくり教室」では、参加前後で、糖尿病の知識は上昇する傾向がみられたが、望ましい行動改善は不十分であった。「個別相談」では開始時に比べ、3 ヶ月後には多くの対象者の血糖コントロールは改善する傾向がみられたが、継続的に参加しながらも、血糖コントロールが不良な者も見受けられた。

【考察】

実施した「集団指導」「個別指導」のそれぞれの単独の方法では、望ましい行動変容とそれに伴う長期的な血糖コントロールは難しいと考えられた。それ故、栄養指導には多様な指導形態を取り入れる中で、対象者の積極的な継続を促すような指導マニュアルが必要であると考えられた。

See

対象者の身体指標、血液性状、行動変容から評価する

対象者の行動変容の継続性を促すには、指導後のフォローアップが必要不可欠である。（論文参照）

短期強力介入におけるどんな効果の出た指導方法であっても、介入後のフォローアップなしでは、また介入前の状況に戻ってしまう（論文参照）ニュースレターや支援レターの郵送など、個人に対応した栄養情報の提供の方法を工夫することで、対象者のコンプライアンスや信頼感を高め、QOL の向上、対象者の血液性状、さらに行動変容に影響を与える事が可能である。（論文参照）

Ⅲ. 栄養教育マニュアルの評価

【目的】

教育ツール「栄養カウンセリングシート」が管理栄養士に対する教育マニュアルとして有効であるかどうかを指導実施者の視点から評価する。

【対象】

徳島県、宮城県、山形県、兵庫県の 10 地区にて保健（栄養）指導業務に携わる管理栄養士 15 名

【方法】

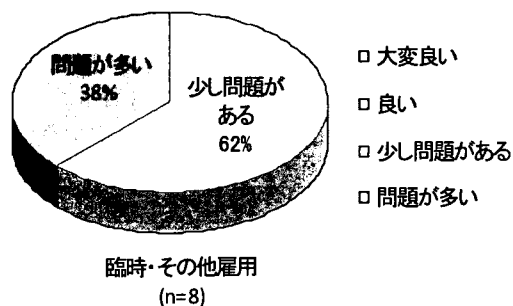
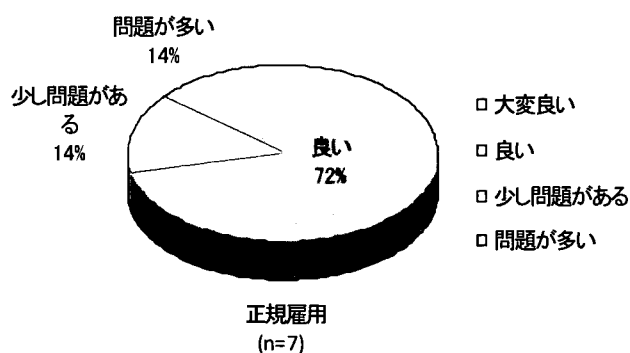
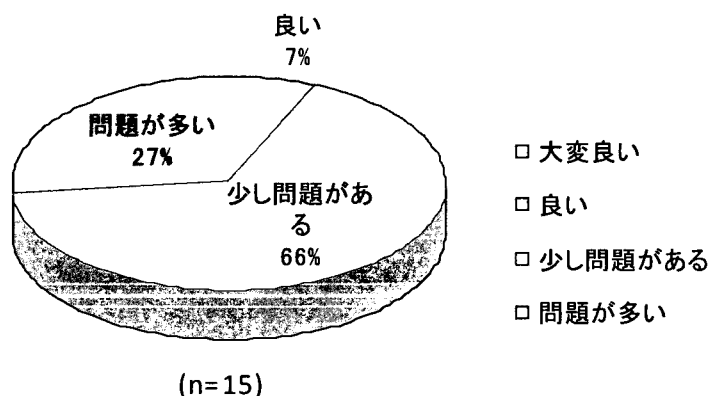
I. 栄養指導の実態調査にて、現段階において実施している栄養指導の自己評価に関するアンケート調査を実施した 4 県 10 地区の管理栄養士 15 名を対象に、実際の栄養指導業務において教育ツール「栄養カウンセリングシート」を利用した栄養指導を実施してもらった。利用条件は、対象者（軽度リスク者）に対する指導において少なくとも 1 回、栄養カウンセリングシートを教育ツールとして利用することとした。教育ツール利用後、事後アンケートを実施し、栄養カウンセリングシートが実際の指導における指導者に対する教育マニュアルとして効果的であるかどうかを検討した。事後アンケートでは、栄養指導への自己評価・栄養指導への改善意欲の変化と、栄養指導における「指導方法」「指導内容の記録と保管」に関する項目の徹底が図れるかどうかを調査した。

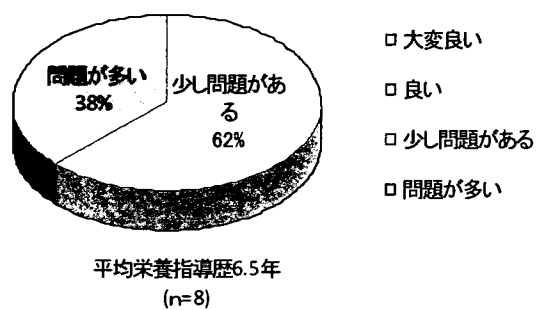
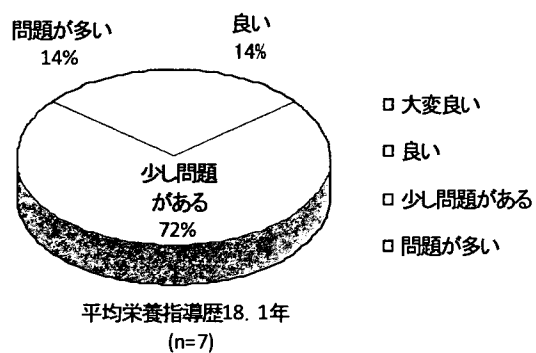
結果

I. 栄養（食事）指導への自己評価（事前アンケート）

図 9-1 あなたは現在の自身の個別栄養指導をどのように思いますか。

<全体（n=15）>

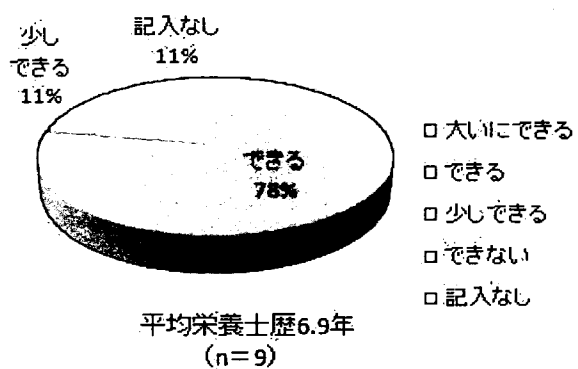
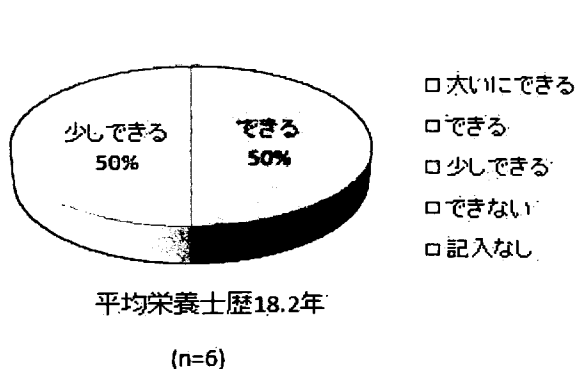
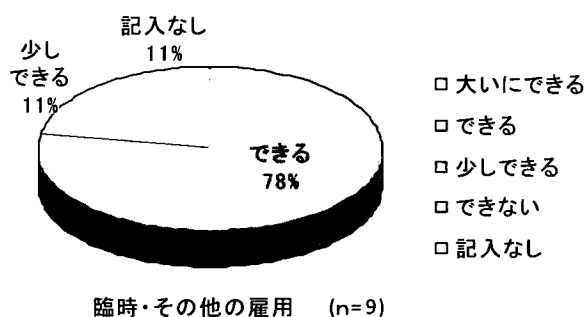
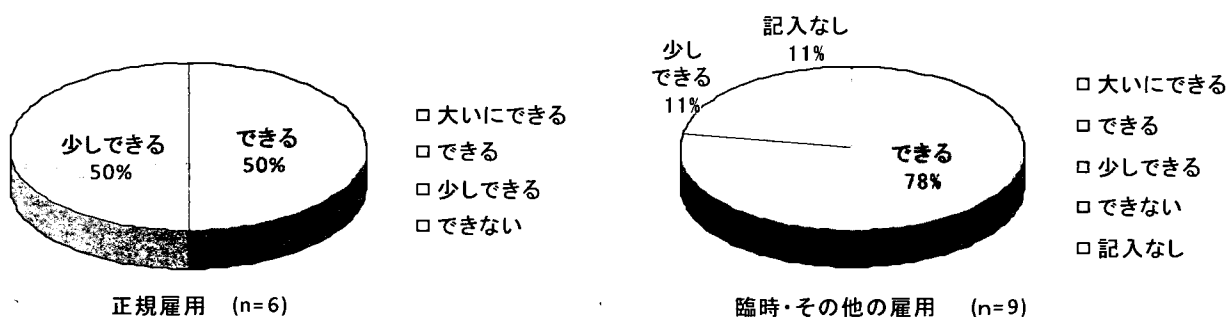
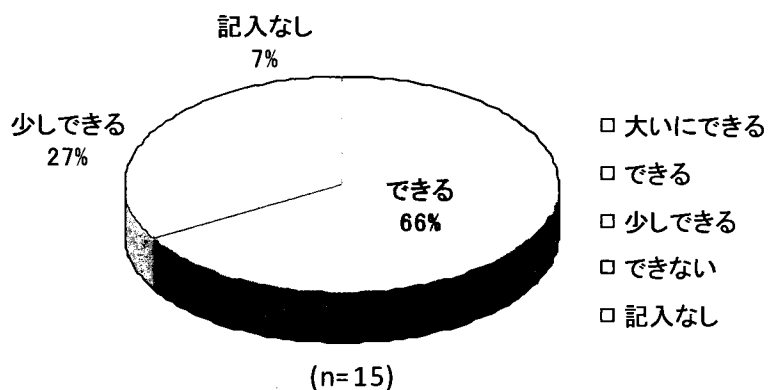




I. 栄養（食事）指導への自己評価（事後アンケート）

図9-2 栄養カウンセリングシートの利用により、あなたは自身の栄養指導における、問題点を改善できると考えますか。

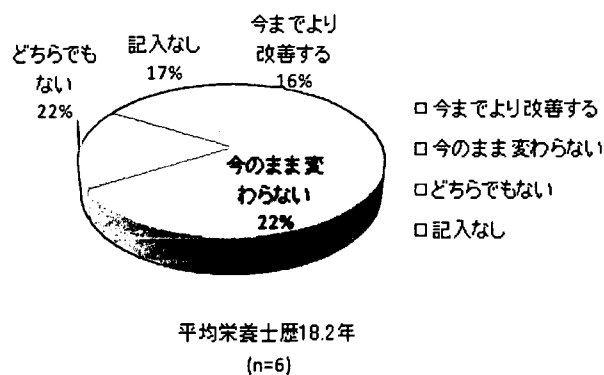
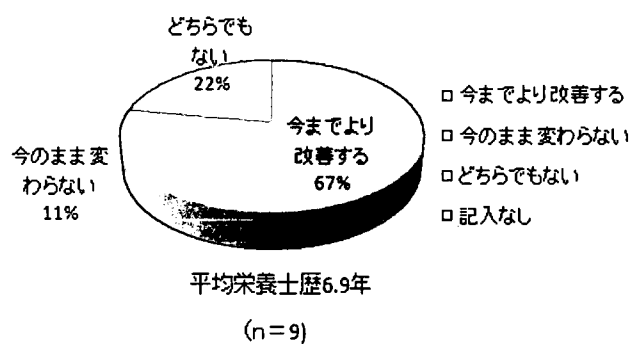
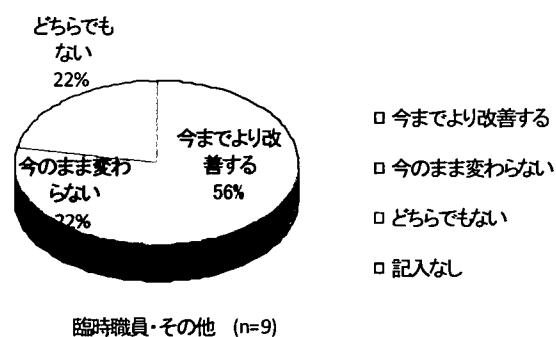
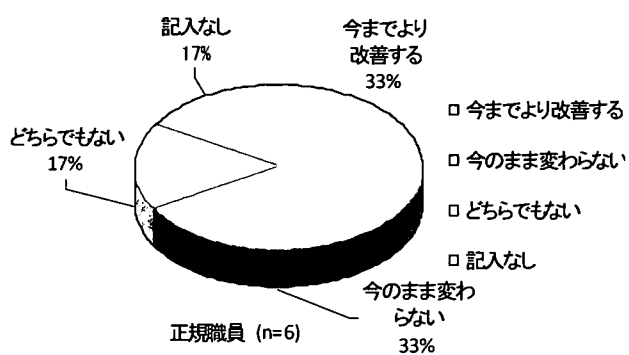
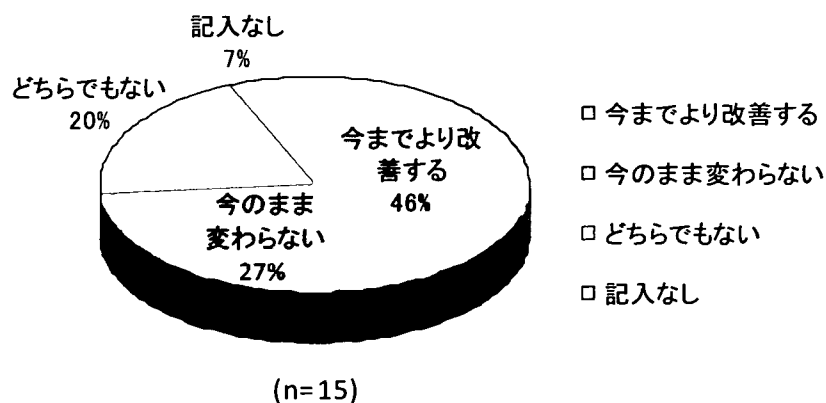
<全体（n=15）>



Ⅱ. 栄養指導への改善意欲（事後アンケート）

図 10-1 あなたは栄養カウンセリングシートの利用により、自身の栄養指導が改善されていくと考えますか。

<全体（n=15）>



<全体>

表 1－1 全体（n＝15）における項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
徹底すると思う	61%	72%	64%	72%	73%	42%	62%
どちらでもない 徹底しない	35%	21%	34%	26%	7%	41%	32%

表 2－1 自己評価が上がった指導項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
全体	46%	2%	35%	31%	60%	45%	34%

<雇用形態別>

表 3－1 正規雇用（n＝7）群における項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
徹底すると思う	64%	86%	66%	68%	57%	40%	63%
どちらでもない 徹底しない	33%	14%	34%	32%	14%	39%	32%

表 3－2 臨時・その他雇用（n＝8）群における項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
徹底すると思う	56%	63%	62%	79%	75%	51%	63%
どちらでもない 徹底しない	38%	25%	34%	21%	0%	47%	32%

表 4－1 自己評価が上がった指導項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
正規雇用	31%	3%	37%	44%	50%	32%	34%
臨時・その他雇用	60%	0%	33%	21%	50%	54%	35%

<職歴別>

表 5 - 1 平均行政職歴 5.2 年（n = 8）群における項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
徹底すると思う	49%	50%	57%	72%	88%	38%	55%
どちらでもない 徹底しない	48%	38%	41%	25%	0%	54%	40%

表 5 - 2 平均行政職歴 12.5 年（n = 7）群における項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
徹底すると思う	74%	97%	72%	73%	57%	48%	70%
どちらでもない 徹底しない	20%	29%	25%	26%	14%	25%	22%

表 6 - 1 自己評価が上がった指導項目の割合

	指導方法	基本情報	対象者状況 生活習慣アセスメント	食事状況	身体指標	指導内容	全体
平均行政職歴5.2年	46%	20%	32%	30%	43%	52%	36%
平均行政職歴12.5年	38%	3%	36%	31%	50%	40%	33%

【結果】

I - i. 栄養（食事）指導への自己評価 ー事前アンケートー （図 9 - 1）

対象者の 93%が少なからず、自身の個別栄養指導に問題があると答えた。雇用形態別にみると、正規職員の 72%は自身の栄養指導に対して“良い”と答えたのに対し、臨時・その他の職員では対象者全員が、少なからず問題があると答えた。職歴別においても、平均栄養士歴が長い者の群において、栄養指導に対する自己評価は高かった。

I - ii. 栄養（食事）指導への自己評価 ー事後アンケートー （図 9 - 2）

栄養カウンセリングシートの利用により、対象者の 93%の者が自身の栄養指導における問題点を改善“できる”と答えた。これより、栄養カウンセリングシートの利用は、指導における問題点の改善に役立つと考えられる。

雇用形態別に見てみると、臨時・その他の職員において“できる”と答えた者の割合が、正規職員よりも高かったことから、栄養カウンセリングシートの自己評価のツールとしての利用は、臨時・その他の職員において、より有効であると考えられる。また、栄養士歴別に見てみると、平均行政栄養士歴 6.9 年の群において“できる”と答えた者の割合が、平均行政栄養士歴 18.2 年の群における者の割合よりも高かったことから、行政における栄養士歴が浅い管理栄養士において、栄養カウンセリングシートの評価ツールとしての利用がより有効であると考えられる。

Ⅱ. 栄養カウンセリングシート利用による栄養指導の改善 (図 10-1)

教育ツールの利用により、対象者の 46%が、栄養指導が“今までより改善する”と答えた。改善したと思われる点として、「項目に沿って栄養指導に取り組むことで、栄養士が指導に対して共通意識を持つことにつながり、対象者の指導に関する情報・意見の交換がしやすくなった」「他の栄養士や職種の人と、対象者のデータ（聞き取り）を共有できた」、「誰がアセスメントしても聞き漏らしなく実施できる」、「指導項目の確認ができる」「食生活状況に聞き取り忘れがない」「目標や問題点などを継続して指導できる」、「対象者の課題を漏れなく把握しやすい」、「食習慣・食べ方を聞く事で、対象者の生活（食生活）が見える」、「より良い目標、評価につなげられる」、「シートを利用していろいろと話を膨らませて聞きだせる」「毎回の違う栄養士が指導を担当し途中で担当が変わってもシートの記録内容で前回の指導内容がよくわかるので、次の指導につなげやすく効率的である」などの意見があった。これより、栄養カウンセリングシート利用が、栄養指導の改善に影響していることがうかがえた。また、教育ツールの使いやすかった点として、「設定目標をしっかりと記入できる」「一冊のファイルに全ての情報が含まれている」、「セルフチェック表がよい」などの意見から、栄養カウンセリングシートを利用した栄養指導により、指導自体の質を上げることができると期待できた。

教育ツールの利用で栄養指導が“今までより改善する”と答えた者は、臨時・その他の職員において、また、平均行政栄養士歴が低い群において高かったことより、臨時・その他の雇用形態の職員や経験年数の浅い指導者にとっての利用が有効であると考えられる。

Ⅲ. 栄養指導に関する自己評価 (表 1-1～表 6-1)

指導方法に関する項目、基本情報、対象者状況・生活習慣アセスメント、食事状況、身体指標に関する記録の徹底に関して、それぞれ項目の 60%以上が“徹底すると思う”という結果が得られたことから、栄養指導に栄養カウンセリングシートを取り入れる事により、栄養指導において指導方法・指導内容の記録・保管に関わる項目の徹底が図れることが明らかとなった。事前アンケートで記録を“しない時もある”“しない”と答えた者が、教育ツールの利用後“徹底すると思う”と答えた割合が身体指標のグラフ化において 60%と高かったことより、栄養指導に関して、数値データの整理は最も徹底しやすい項目である事が分かった。指導方法に関する項目の徹底も 45%と、身体指標のグラフ化に続いて改善の可能性が期待できると思われた。指導内容の記録に関しは、項目の 45%が徹底するという結果で、他の項目群に比べ低かったが、その理由として、“指導に要する時間”“生活面”“食事面”“運動面”“メンタル面”や“対象者の周囲の環境”などの項目に対する記録の徹底は、すなわち指導の実施を徹底するということを意味し、対象者への指導介入の難しさが伺われた。しかし、指導内容に関する項目の記録においては、“徹底すると思う”と答えた者の割合は 42%と低かったものの、そのうちの 45%の者が事前アンケートで記録を“しない時もある”“しない”と答えたが、教育ツールの利用後“徹底すると思う”と答えた。(表 1-1、表 2-1)

雇用形態別に見ると、指導方法に関する項目、基本情報、対象者状況・生活習慣アセスメントの記録に関する項目では正規職員の方が、食事状況、身体指標、指導内容の記録に関する項目で、臨時職員の方が“徹底すると思う”と答えた割合が高かった。(表 3-1、表 3-2) このことから、教育ツールの利用は、対象者に対して指導方法や、対象者状況を把握する場面で正規職員に有効であり、一方、臨時・その他の雇用形態の管理栄養士には、具体的な指導を行う場面において項目の記録に活用されたと思われる。また、臨時・その他の職員において、栄養カウンセリングシート利用前よりも徹底された項目が、正規職員よりも多かった。平均行政職歴別で見ると、平均行政職歴の高い群において、平均行政職歴の低い群より“徹底できると思う”と答えた項目群が多かつ