

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

分担研究報告書

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための身体活動基準2013に
基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究

保健指導機関における保健指導スキル評価と対策

主任研究者 津下 一代（あいち健康の森健康科学総合センター センター長）

分担研究者 杉田由加里、中村 正和、林 芙美、真栄里 仁、宮地 元彦、
村本あき子、横山 徹爾、和田 高士

研究協力者 武見ゆかり、六路 恵子

研究要旨 本研究では保健指導者のレベル確認と研修効果の評価を行い、保健指導者で強化すべき点を明らかにすることを目的とした。今年度は、保健指導者の知識・スキルについての習得度・認知度に関する調査票を作成、習得度・認知度を全体と職種別に分析、一部の結果について、認知度の保健指導者の所属による差、保健指導経験年数や従事頻度による差を検討した。

調査票作成：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】の研修ガイドラインをもとに、健診データの情報提供の在り方、禁煙、節酒、身体活動について習得度に関する調査票を作成した。特定保健指導研修会基礎編用調査票、計画・評価編用調査票、特定健診・特定保健指導、身体活動基準 2013 の認知度調査票を作成した。

調査実施：2,194 人の調査結果を得た。基礎編では「健診結果から身体変化と生活習慣の関連を説明」、「生活習慣の改善点を対象者と考える」、「保健指導の目的とスケジュールについて説明」の習得度・認知度は高く、「問題飲酒のスクリーニングテスト（AUDIT）を使った適正飲酒支援」、「禁煙支援マニュアルに基づく短時間支援」、「同マニュアルに基づく標準的支援」の習得度は低かった。計画・評価編に関する調査では「健康日本 21」、「標準的な健診・保健指導プログラムの内容理解」、「保健事業にPDCAを活用」が高く、「社会資源を活用した実施体制の構築」、「禁煙支援マニュアル」、「対象者評価から企画やプログラムを評価」は低かった。認知度調査では「ロコモ」、「健康日本 21」、「メタボの減量目標」の認知度が高く、「スマートライフプロジェクト」、「研修ガイドライン」、「AUDIT」が低い。習得度・認知度に職種間差が見られた。所属により認知度に差がみられ、保健指導経験 1 年以上で、従事頻度週 1 日以上で、それ未満と比較して認知度が高い結果となった。

以上より、習得度・認知度は項目によって差があること、受講者の職種、所属機関、保健指導経験年数、従事頻度により差がみられることが明らかになった。研修会を企画・運営する上で、受講者の属性により内容を考慮すべきと考えられた。

A. 研究目的

研究の目的は、保健指導者のレベル確認と研修効果の評価を行い、保健指導者で強化すべき点を明らかにすることである。

保健指導者の知識・スキルについての習得度・認知度に関する調査票を作成、研修会開始時あるいは研修会の前後に実施した。

全体として習得度・認知度の高い項目・低い項目を明らかにするとともに、職種別の習得度・認知度の差を検証した。一部の結果については、保健指導者の所属による差、保健指導者の経験年数や従事頻度による差についても検討した。

B. 研究方法

【調査票の作成】

標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】の研修ガイドラインをもとに、健診データの情報提供の在り方、禁煙、節酒、身体活動の各専門分野から出された意見を集約し、調査票を作成した。

標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】の研修ガイドラインに準ずる保健指導研修会(基礎編)で用いる調査票(研修前後の評価有)、特定保健指導研修会(計画・評価編)で用いる調査票(研修前後の評価有)、特定保健指導研修会以外で用い、「特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013」の認知度を問う調査票(研修前評価)、調査票と内容は同じであるが学会員調査等インターネット調査を想定した調査票、特定保健指導研修会において、基礎編と計画・評価編の両方の内容を含む研修会用の調査票(調査票+調査票)、特定健診・保健指導研修の各論(例えば飲酒、禁煙等に内容を絞ったもの)を内容とする研修会で用いる調査票(調査票の研修前評価+調査票)あるいは調査票(調査票の研修前評価)の合計7種類となった(参考資料1~7)。

使用する調査票の選択基準については図8を基本とし、研修主催者の意向や時間的余裕等を考慮のうえ決定した(図表1)。

いずれの調査票においても、回答者の属性として、性別、年代、所属、職種、勤務形態、保健指導経験年数、保健指導の従事頻度を尋ねた。「保健指導経験年数」としては、特定保健指導に限らず、健診後の生活習慣改善支援等も経験年数に含むものとした。

調査票の各設問について、習得度あるいは認知度を4段階で自己評価し、該当数字ひとつにつけるよう記載した。

特定保健指導研修会(基礎編)あるいは特定保健指導研修会(計画・評価編)で用いる調査においては、各項目の習得度を1(低い)・2(やや低い)・3(やや高い)・4(高い)の4段階で問い、「健康日本21(第2次)」、「健康づくりのための身体活動基準(アクティブガイド)」、「禁煙支援マニュアル(第二版)」については、1(知らない)・2(聞いたことはあるがよく知らない)・3(内容を理解している)・4(指導において活用している)の4段階で認知度を尋ねた。「特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013」の認知度を問う調査票においては同様の尺度で認知度を尋ね、「研修ガイドライン【改訂版】」については、1(知らない)・2(聞いたことはあるがよく知らない)・3(内容を理解している)・4(人材育成において活用している)の4段階を用いた。

【対象】

各研究者が主催した、あるいは講師を担当した研修会の受講者を対象とした。

合計2,194人の調査結果を得た。このうち、特定保健指導研修会(基礎編)に関するものは943例(調査票、)、特定保健指導研修会(計画・評価編)に関するものは316例(調査票、)

)、特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013の認知度に関するものは1,732例(調査票、)であった。

各項目について回答がなかったもの、認知度・習得度に関して、複数回答のあったもの(例:1と2の両方に)があったものは無効回答と扱い、分析から除外した。

【分析方法】

1. 特定保健指導研修会(基礎編)調査結果

回答者の属性

性別、年代、所属(市町村、健診機関、医療機関、保健所、健康保険組合、企業、その他)、職種(医師、保健師、看護師、管理栄養士、栄養士、健康運動指導士、事務職、その他)、勤務形態(常勤、非常勤)、保健指導経験年数、保健指導の従事頻度(週に1日以上、週に1日未満)について、回答者の属性を調べた。

習得度・認知度の高い項目、低い項目

研修前の習得度が「4」と「3」と回答したものの合計の割合を用いて、習得度の高い上位5項目を検証した。また、習得度が「1」と「2」と回答したものの合計の割合を用いて、習得度の低い下位5項目を調べた。

職種別 習得度・認知度の高い項目、低い項目

職種別に習得度の高い項目、低い項目のそれぞれ上位・下位3項目を調べた。なお、10例以上の有効回答を得られた職種を分析対象とした。

2. 特定保健指導研修会(計画・評価編)調査結果

回答者の属性、習得度・認知度の高い項目・低い項目、職種別の習得度・認知度の高い項目・低い項目について1と同様に検討した。

3. 特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013

の認知度調査結果

回答者の属性、認知度の高い項目・低い項目・職種別の認知度の高い項目・低い項目について1と同様に検討した。認知度調査については、所属による認知度差が大きい項目、保健指導経験年数、従事頻度別の認知度差についても検討を加えた。所属については、「市町村、保健所」「健診機関、医療機関」「健康保険組合、企業」「その他」と分類、保健指導経験は「1年未満」と「1年以上」、保健指導の従事頻度は「週1日未満」と「週1日以上」で分類し、各項目の認知度を比較した。

C. 研究結果

1. 特定保健指導研修会(基礎編)調査結果

回答者の属性

女性80.5%、男性19.5%、年代では30歳代が最も多く32.8%、次いで40歳代(26.3%)、50歳代(20.8%)であった。

所属は、医療機関(41.9%)、健診機関(30.0%)、市町村(9.9%)の順に多い集団である。職種については、保健師が最多で45.9%、次いで管理栄養士(24.9%)、医師(18.6%)であった。

勤務形態は常勤が91.9%であった。保健指導経験年数では1~3年が62.1%と最も多く、次いで4~9年(26.6%)、1年未満(6.7%)であった。保健指導従事頻度は週1日以上が39.6%、週1日未満は60.4%であった。

習得度・認知度の高い項目、低い項目

習得度・認知度の高い上位5項目は以下の通りであった。

1. 健診結果等から身体変化やリスク及び生活習慣との関連が説明できる: 77.3%
2. 生活習慣について、対象者の生活状況や背景を踏まえて何から改善することが可能か対

象者とともに考えることができる：77.2%

3 .保健指導の目的と支援スケジュールについて説明できる：73.8%

4 . アルコールと生活習慣病の関連が説明できる：71.6%

5 . たばこと生活習慣病の関連が説明できる)：68.7%

一方、習得度・認知度の低い下位5項目は以下の通りであった。

1 . 問題飲酒のスクリーニングテスト (AUDIT) を使って、適正飲酒の支援ができる：82.0%

2 . 「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、短時間支援 (ABR方式) ができる：77.8%

3 . 「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、標準的支援 (ABC方式) ができる：77.7%

4 . グループダイナミクスを活かした集団的支援 (グループワーク等) ができる：77.2%

5 . 運動生理学としての体力測定・評価等について説明できる：73.3%

職種別 習得度・認知度の高い項目、低い項目

医師 (n=175)、保健師 (n=431)、看護師 (n=24)、管理栄養士 (n=234)、事務職 (n=68) について、職種別に習得度の高い項目、低い項目を調べた (図表2)。

全体の傾向と比べて、特徴のあった点として、医師では「面談や電話、メール等を活用して継続的なフォローアップができる (継続支援)」の習得度が低く、看護師では「食行動と食事量をアセスメントする方法の違いを理解し、保健指導の中で、適切な方法を用いることができる」、「ロコモティブシンドロームに配慮した保健指導ができる (ロコモ)」、「科学的根拠に基づき、対象者の理解に合わせた効果的な学習教材を選定でき、活用できる」の習得度や「アクティブガイド」の認知度が低かった。

管理栄養士は、「設定した食行動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる (食行動目標と減量効果)」の習得度が高い。事務職では、「健康日本21」の認知度が上位に入り、「継続支援」、「ロコモ」の習得度が低い。

2 . 特定保健指導研修会 (計画・評価編) 調査結果 回答者の属性

女性76.7%、男性23.3%、年代では40歳代が最も多く39.8%、次いで30歳代 (31.4%)、50歳代 (15.9%) であった。所属は、市町村 (55.9%)、健康保険組合 (25.7%)、企業 (7.9%) の順に多かった。職種については、保健師が最多で49.8%、次いで事務職 (34.5%)、管理栄養士 (9.6%) であった。

勤務形態は常勤が93.6%であった。保健指導経験年数では1~3年が44.0%と最も多く、次いで4~9年 (22.3%)、1年未満 (21.2%) であった。保健指導従事頻度は週1日以上が23.5%、週1日未満は76.5%であった。

習得度・認知度の高い項目、低い項目

習得度・認知度の高い上位5項目は以下の通りであった。

- 1 . 「健康日本21 (第2次)」について：54.3%
- 2 . 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】の内容を理解できている：32.6%
- 3 . 保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる：31.6%
- 4 . 対象者の評価から、保健指導方法を改善することができる：30.2%
- 5 . 健康課題から事業計画を立てることができる：28.4%

一方、習得度・認知度の低い下位5項目は以下の通りであった。

- 1 .スポーツセンターや禁煙外来等の社会資源を活用した実施体制を構築することができる：81.8%
- 2 .「禁煙支援マニュアル(第二版)」：81.0%
- 3 .対象者の評価から、企画段階やプログラムの評価を行うことができる：79.8%
- 4 .費用対効果や最終評価から、事業全体の評価ができる：79.5%
- 5 .集団全体において、健康課題を分析することができる：77.0%

職種別 習得度・認知度の高い項目、低い項目

保健師(n=156)、看護師(n=11)、管理栄養士(n=30)、事務職(n=108)について、職種別に習得度の高い項目、低い項目を調べた(図表3)。

特徴のあった点として、「アクティブガイド」は管理栄養士で認知度が上位に入り、看護師・事務職では低い。「対象者評価から保健指導を改善」は保健師・看護師・管理栄養士で高く、事務職で低いのに対し、「事業全体評価」は事務職で高く、その他の職種で低い。

3. 特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013の認知度調査結果

回答者の属性

女性66.2%、男性33.8%、年代では30歳代が最も多く30.7%、次いで40歳代(28.3%)、50歳代(21.7%)であった。所属は、医療機関(31.6%)、健診機関(16.6%)、市町村(13.7%)の順に多い。職種については、保健師と健康運動指導士が多く(26.2%、25.8%)、次いで管理栄養士(17.3%)、医師(15.4%)であった。

勤務形態は常勤が85.8%であった。保健指導経験年数では1~3年が35.8%と最も多く、次いで1年未満(29.3%)、4~9年(19.1%)であった。保健指導従事頻度は週1日以上が30.6%、週1日未

満は69.4%であった。

認知度の高い項目、低い項目

認知度の高い上位5項目は以下の通りであった。

- 1 .ロコモティブシンドローム：71.8%
- 2 .「健康日本21」という国民健康づくり運動：71.7%
- 3 .メタボリックシンドロームを改善するために、3-5%の減量でも効果が期待できること(減量目標)：66.4%
- 4 .「ハイリスクアプローチ」と「ポピュレーションアプローチ」：48.5%
- 5 .「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」：48.3%

一方、認知度の低い下位5項目は以下の通りであった。

- 1 .企業や団体が参加して推進している「スマートライフプロジェクト」という健康づくり運動について：79.8%
- 2 .「研修ガイドライン【改訂版】」：77.4%
- 3 .問題飲酒のスクリーニングテスト(AUDIT)：77.0%
- 4 .「WHOのたばこ規制枠組み条約」：76.8%
- 5 .「禁煙支援マニュアル(第二版)」：74.2%

職種別 認知度の高い項目、低い項目

医師(n=289)、保健師(n=491)、看護師(n=25)、管理栄養士(n=324)、栄養士(n=29)、健康運動指導士(n=483)、事務職(n=206)について、職種別に習得度の高い項目、低い項目を調べた(図表4)。

特徴のあった点として、「食事摂取基準および関連学会ガイドラインの食事療法」の認知度は管理栄養士で高く、看護師で低いことがあげられる。

また、「健康日本21」はいずれの職種においても認知度が高いが、特に保健師・管理栄養士で認知している人の割合が高い。

所属による認知度差が大きい項目

所属分類別にみると、「標準プログラム」は、「健診機関、医療機関」、「市町村、保健所」で認知度が高く、「健康保険組合、企業」で低い傾向があった（図表5）。「ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ」は「市町村、保健所」で最も認知度が高く、「健康保険組合、企業」で低い。

「研修ガイドライン」「禁煙マニュアル」は全体的に認知度が低いが、「健診機関、医療機関」でやや高い傾向が見られた。

保健指導経験年数、従事頻度別の認知度差

保健指導経験年数1年未満群（n=489）と1年未満群（n=1,178）で比較すると、いずれの項目も後者で認知度が高い（図表6）。特に認知度の差が大きい項目としては、「標準プログラム」、「減量目標」、「ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ」であった。

保健指導従事頻度別では、いずれの項目も、週1日未満群（n=1,113）より週1日以上群（n=490）で認知度が高い。従事頻度により認知度差が大きい項目は、「禁煙マニュアル」、「アクティブガイド」、「健康日本21」であった。

D. 考察

保健指導者のレベル確認と研修効果の評価を行うために、保健指導者の知識・スキル政策についての習得度・認知度に関する調査票を作成した。今年度は約2,200人の調査票を回収、分析した。

特定保健指導研修会の調査結果から、以下の点が明らかになった。

○「健診結果から身体変化と生活習慣の関連を説明」や「生活習慣の改善点を対象者と考える」は習得度が高いが、「グループダイナミクスを活かした集団的支援」の習得度は低く、個別支

援より集団的支援の習得度が低い傾向が見られた。

- 「アルコールと生活習慣病の関連」、「たばこと生活習慣病の関連」は習得度が高いが、「AUDITを用いた適正飲酒支援」、「禁煙支援マニュアル（第二版）」、「ABR方式に基づく禁煙支援」、「ABC方式に基づく禁煙支援」といった標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】に盛り込まれた新しい支援ツールの習得度は低い。
- 「集団の課題分析」、「プロセス評価」、「事業全体評価」の習得度が低く、集団や事業全体の分析・評価が不十分である。
- 「社会資源を活用した実施体制の構築」の習得度が低く、保健事業に社会資源を活用するという視点が未だ十分でない。
- 職種別の分析では、医師は「集団的支援」、「継続支援」の習得度が低く、管理栄養士では「食行動目標と減量効果」の習得度が高い。「対象者評価から保健指導を改善」は、保健師・看護師・管理栄養士で高く、「事業全体評価」は事務職で高いなど、職種間で習得度に差が見られた。

また、特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013の認知度調査結果から、以下の点が明らかになった。

- 「ロコモティブシンドローム」、「健康日本21」は、認知度が高く、約7割が「意味を含めて知っている」あるいは「指導において活用している」と回答した。「健康日本21」は、特に保健師・管理栄養士で認知度が高い。
- 「スマートライフプロジェクト」、「研修ガイドライン【改訂版】」、「禁煙マニュアル」は認知度が低いが、所属別にみると「健診機関、医療機関」でやや高い傾向がみられた。

○保健指導経験年数・従事頻度別に認知度をみると、いずれの項目も保健指導経験が豊富な集団で高く、保健指導に携わることを通じて保健指導者の知識が向上している可能性が考えられた。

以上まとめると、習得度・認知度は、研修受講者の職種、所属機関、保健指導経験年数、従事頻度により差がみられた。研修会を企画・運営する上で、受講者の属性により内容を考慮すべきと考えられた。

研修前後の習得度比較については、今年度十分な例数を得られなかったため、今後検証を加えたい。

E. 結論

保健指導者の知識・スキルについての習得度・認知度に関する調査票を作成した。

調査結果をもとに研修の評価指標を定め、研修の標準化に活用できると考える。また、職種や団体に特有の弱点を把握し、強化することにつなげていきたい。

F. 研究発表

(原著)

1) A Muramoto, M Matsushita, A Kato, N Yamamoto, G Koike, M Nakamura, T Numata, A Tamakoshi, K Tsushita. Three percent weight reduction is the minimum requirement to improve health hazards in obese and overweight people in Japan. doi.Org/10.1016/j.orcp.2013.10.003

2) 津下一代 . 特定健診・保健指導から見た運動の継続因子・阻害因子 . 日本臨床スポーツ医学会誌 . 21(2): 343-345 . 2013

3) 中村 誉、秋元悠里奈、松尾知恵子、早瀬智

文、村本あき子、津下一代 . 特定保健指導による運動量・エネルギー摂取量の変化と体重減少・検査値変化との関連 . 東海公衆衛生学会雑誌 .1(1): 64-70, 2013

4) 仲下祐美子, 中村正和, 木山昌彦, 北村明彦: 特定保健指導の積極的支援における 4%以上減量成功と生活習慣改善との関連 . 日本健康教育学会誌, 21(4): 317-325, 2013.

5) Umesawa M, Kitamura A, Kiyama M, Okada T, Shimizu Y, Imano H, Ohira T, Nakamura M, Maruyama K and Iso H, CIRCS Investigators: Association between dietary behavior and risk of hypertension among Japanese male workers. Hypertension Research, 36(4): 374-380, 2013.

6) 林芙美、奥山恵 . 行動変容の準備性をふまえた生活習慣変容の支援 - 支援者用「食・生活支援ガイド」を用いた関心期・無関心期への支援 - . 保健の科学 55; 292-297, 2013

7) 赤松利恵、林芙美、奥山恵、松岡幸代、西村節子、武見ゆかり . 減量成功者が取り組んだ食行動の質的研究 - 特定保健指導を受診した男性勤労者の検討 - . 栄養学雑誌 71; 225-234, 2013

8) 真栄里仁, 佐久間寛之, 他: アルコール依存症治療目標についての医師、依存症患者への調査 . 日本アルコール・薬物医学会雑誌48, 64-75, 2013

(総説)

1) 津下一代 . 特定健診・特定保健指導と糖尿病 . 月刊糖尿病 5(10): 79-88, 2013

2) 村本あき子、津下一代 . 特定保健指導の効果検証 . 肥満研究19(2): 75-81, 2013

3) 村本あき子、津下一代 . 第一期特定健診・特定保健指導の状況と第二期特定健診・特定保健指導の方向性 . プラクティス 30: 707-714, 2013

4) 大井田隆, 中村正和, 尾崎哲則 (編集): 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策. 東京: 一般財団法人 日本公衆衛生協会, 2013.

5) 真栄里仁: 女性・高齢者の飲酒. Progress in Medicine 33, 105-109, 2013

(学会発表)

1) 津下一代. シンポジウム 肥満症の病態と診断のコンセンサス～肥満症に対する生活習慣介入のエビデンスについて～. 第34回日本肥満学会、2013年10月、東京

2) 村本あき子, 津下一代. 減量の1年後効果～各検査値有所見者における体重減少率と検査値改善の関係～. 第34回日本肥満学会、2013年10月、東京

3) 村本あき子, 津下一代. シンポジウム ライフステージをつなぐ栄養教育・エビデンスの構築を目指して～青年・成人期の栄養教育～. 第60回日本栄養改善学会学術総会、2013年9月、神戸

4) Nakamura M: Brief smoking cessation intervention at health examination and training for health professional. Symposium, APACT. August 2013, Chiba. Japan.

5) 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 川合厚子, 繁田正子, 田中英夫: e ラーニングを用いた禁煙支援・治療のための指導者トレーニングプログラムの評価. 第72回日本公衆衛生学会総会, 2013年10月, 三重

6) 萩本明子, 中村正和, 増居志津子, 大島明: 健診および医療機関受診時の医師の短時間禁煙推奨が

喫煙者の禁煙行動に及ぼす影響. 第24回日本疫学会学術総会, 2014年1月, 仙台.

7) 中村正和: シンポジウム 2 保健医療の場での禁煙支援・治療の推進. 第23回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会・学術総会, 2014年2月, 福岡.

8) 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 大島明, 加藤正隆, 川合厚子, 繁田正子, 田中英夫, 谷口千枝, 野村英樹: 禁煙治療・支援のためのeラーニングを用いた指導者トレーニングプログラムの効果. 第23回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会・学術総会, 2014年2月, 福岡.

9) Hayashi F: Counseling for Eating Lifestyle Modification. Health education targeting for metabolic syndrome: Let's find useful hints through good practices in Korea and Japan for the future program. Japan-Korea Joint Symposium, Japanese Society of Health Education and Promotion. June 21, 2013 (Speaker at Main Symposium)

10) 真栄里仁, 佐久間寛之, 他: アルコール依存症治療目標についての医師、依存症者への調査. 日本アルコール関連問題学会. 2013

G. 知的所有権の取得

なし

H. 健康危険状況

なし

図表2 特定保健指導研修会(基礎編)職種別 習得度・認知度

	高い項目(「高い+やや高い」)割合:%)	低い項目(「低い+やや低い」)割合:%)
医師 (n=175)	1 たばこと生活習慣病 :92.2 2 酒と生活習慣病 :89.3 3 健診結果と生活習慣 :86.5	1 集団的支援 :73.4 2 AUDIT :71.8 3 継続支援 :64.9
保健師 (n=431)	1 目的とスケジュール :84.4 2 何から改善 :82.0 3 健診結果と生活習慣 :81.2	1 AUDIT :85.3 2 ABR方式 :81.1 3 ABC方式 :80.8
看護師 (n=24)	1 健診結果と生活習慣 :58.3 2 何から改善 :54.2 3 たばこと生活習慣病	1 食アセスメント、ロコモ :100.0 2 ABR方式、ABC方式 3 学習教材、アクティブガイド
管理栄養士 (n=234)	1 食エネルギー量 :89.4 2 何から改善 :82.3 3 健診結果と生活習慣 :81.9	1 ABR方式、ABC方式 :86.7 2 AUDIT :82.3
事務職 (n=68)	1 目的とスケジュール :51.6 2 健康日本21 :27.0 3 たばこと生活習慣病 :19.3	1 集団的支援 :97.9 2 継続支援 :97.6 3 ロコモ :97.1

特定保健指導研修会(基礎編)に関する調査結果(調査票①、⑤、⑥の集計)
10例以上の有効回答があった職種を対象とした分析

図表3 特定保健指導研修会(計画・評価編)職種別 習得度・認知度

	高い項目(「高い+やや高い」)割合:%)	低い項目(「低い+やや低い」)割合:%)
保健師 (n=156)	1 健康日本21 :76.3 2 対象者評価から保健指導改善 :44.5 3 PDCA :43.2	1 社会資源と実施体制 :79.2 2 事業全体評価 :76.0 3 プロセス評価 :72.3
看護師 (n=11)	1 健康日本21 :50.0 2 改訂版の理解 :27.3 3 PDCA 対象者評価から保健指導改善	1 アクティブガイド :100.0 2 禁煙マニュアル :83.3 3 課題から事業計画 プロセス評価 事業全体評価 評価結果を事業改善に 社会資源と実施体制 :81.8
管理栄養士 (n=30)	1 健康日本21 :80.0 2 アクティブガイド :36.0 3 対象者評価から保健指導改善 :34.5	1 禁煙マニュアル :92.0 2 社会資源と実施体制 :86.2 3 事業全体評価 :82.8
事務職 (n=108)	1 健康日本21 :20.4 2 改訂版の理解 :20.4 3 事業全体評価 :16.2	1 アクティブガイド :94.1 2 対象者評価から保健指導改善 :93.8 3 プロセス評価 :93.5

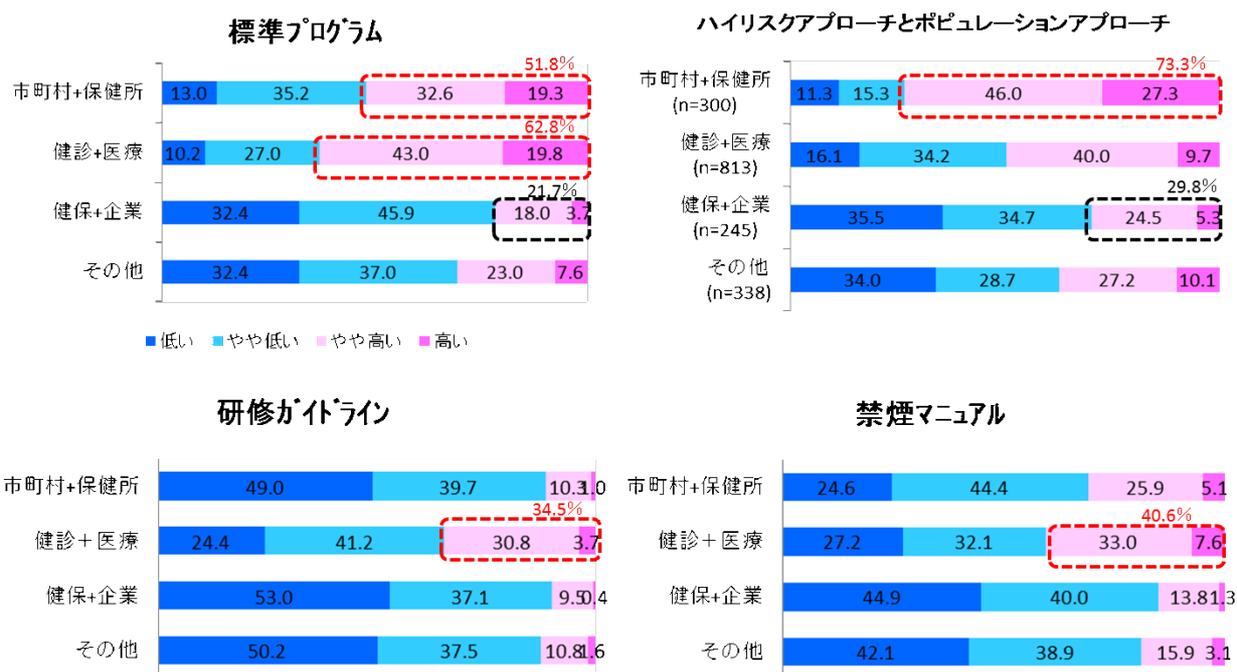
特定保健指導研修会(計画・評価編)に関する調査結果(調査票②、⑤の集計)
10例以上の有効回答があった職種を対象とした分析

図表4 特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013 職種別 認知度

	高い項目(「高い+やや高い」)割合:%	低い項目(「低い+やや低い」)割合:%
医師 (n=289)	1 ロコモ :73.7 2 減量目標 :73.6 3 健康日本21 :62.6	1 スマートライフ :67.0 2 AUDIT :60.0 3 研修ガイドライン :55.5
保健師 (n=491)	1 健康日本21 :88.1 2 減量目標 :77.7 3 ロコモ :76.4	1 スマートライフ :85.7 2 枠組み条約 :77.0 3 研修ガイドライン :74.8
看護師 (n=25)	1 健康日本21 :55.0 2 ロコモ :50.0 3 減量目標 :47.8	1 スマートライフ :95.7 2 研修ガイドライン :90.5 3 食事基準 AUDIT :87.0
管理栄養士 (n=324)	1 健康日本21 :86.0 2 食事基準 :84.4 3 減量目標 :81.6	1 枠組み条約 :81.2 2 AUDIT :78.5 3 研修ガイドライン :75.4
栄養士 (n=29)	1 健康日本21 :70.4 2 食事基準 :55.2 3 ロコモ	1 研修ガイドライン :92.6 2 AUDIT :86.2 3 スマートライフ :85.7
健康運動指導士 (n=483)	1 ロコモ :74.8 2 健康日本21 :68.9 3 減量目標 :52.7	1 研修ガイドライン :89.9 2 AUDIT :86.2 3 枠組み条約 :81.8
事務職 (n=206)	1 健康日本21 :63.9 2 ロコモ :61.6 3 減量目標 :43.8	1 研修ガイドライン :91.2 2 AUDIT :90.6 3 スマートライフ :88.1

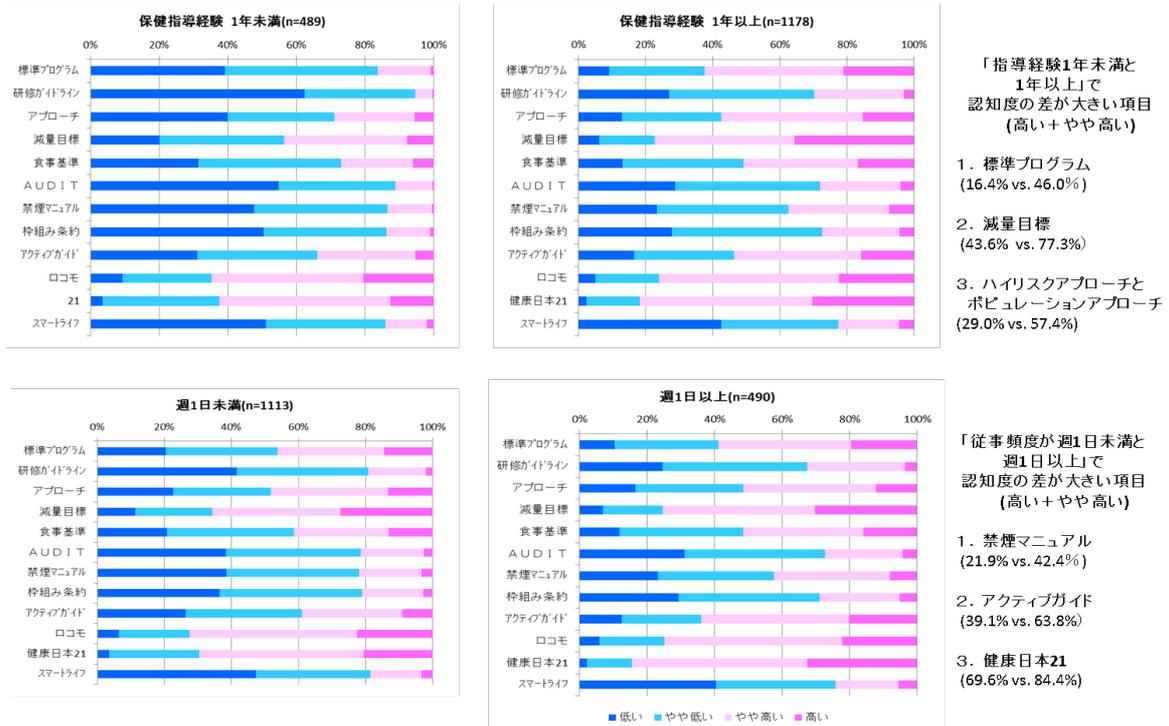
特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013の認知度に関する調査結果(調査票③、⑥の集計)
10例以上の有効回答があった職種を対象とした分析

図表5 認知度調査:所属により差が大きい項目



特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013の認知度に関する調査結果(調査票③、⑥の集計)
所属を「市町村、保健所」「健診機関、医療機関」「健康保険組合、企業」「その他」と分類し、認知度の差が大であった4項目

図表6 認知度調査:保健指導年数、従事頻度別



特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013の認知度に関する調査結果(調査票③、⑥の集計)
 保健指導経験1年未満と1年以上、保健指導従事頻度週1日未満と週1日以上に分類し認知度の差を分析