

図表11

## 計画・評価編 1-① 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合(全体:n=565)

	(%)
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	32.3
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	27.7
保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる	26.4
健康課題から事業計画を立てることができる	23.4
集団全体において、健康課題を分析することができる	21.2
評価結果を事業の改善につなげることができる	20.6
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(プロセス評価)	19.2
費用対効果や最終評価から、事業全体の評価を行うことができる	16.6
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	14.3

「4:高い」あるいは「3:やや高い」と回答した者の合計を「習得度が高い」とした。

11

図表12

## 計画・評価編 1-② 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合(保健師:n=280)

	(%)
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	39.3
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	36.4
保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる	33.8
健康課題から事業計画を立てることができる	30.3
集団全体において、健康課題を分析することができる	28.0
評価結果を事業の改善につなげることができる	25.6
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(プロセス評価)	23.6
費用対効果や最終評価から、事業全体の評価を行うことができる	18.2
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	16.1

「4:高い」あるいは「3:やや高い」と回答した者の合計を「習得度が高い」とした。

12

図表13

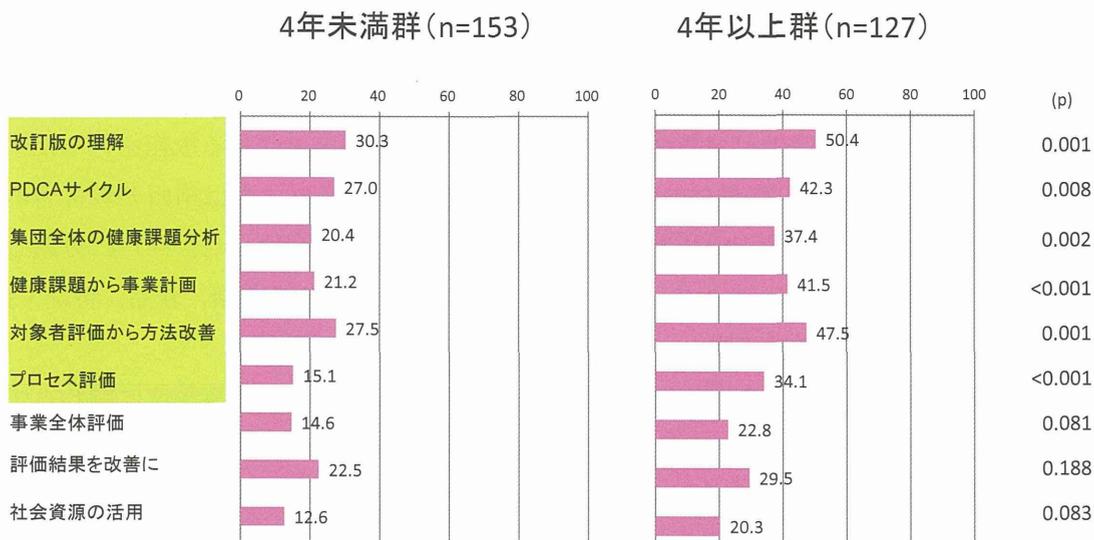
計画・評価編 1-② 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (管理栄養士:n=74)

	(%)
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	30.6
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	29.6
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(プロセス評価)	22.2
保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる	20.8
健康課題から事業計画を立てることができる	18.1
評価結果を事業の改善につなげることができる	16.7
集団全体において、健康課題を分析することができる	13.9
費用対効果や最終評価から、事業全体の評価を行うことができる	13.9
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	9.7

「4:高い」あるいは「3:やや高い」と回答した者の合計を「習得度が高い」とした。

図表14

計画・評価編 2 保健指導経験年数別の習得度差 (保健師)  
研修会開始前、習得度が高い人の割合の比較



$\chi^2$ 検定。欠損値は項目ごとにのぞいて解析。

「4:高い」あるいは「3:やや高い」と回答した者の合計を「習得度が高い」とした。

全項目で経験年数が長い群において習得度が高いと回答した割合が高いが、「事業全体評価」、「評価結果を改善に」、「社会資源の活用」については保健指導経験年数の長短で差がない。

疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)  
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

管理栄養士・栄養士の保健指導に関するコンピテンシー・習得ニーズの把握  
および保健指導用教材の食生活支援に関する内容分析

研究分担者 林 芙美（千葉県立保健医療大学健康科学部栄養学科）

研究協力者 武見 ゆかり（女子栄養大学食生態学研究室）

小松 龍史（公益社団法人日本栄養士会 会長）

下浦 佳之（公益社団法人日本栄養士会 常任理事）

### 研究要旨

**目的：**今後の食生活支援に関する研修プログラムの充実強化に資するために、管理栄養士・栄養士の保健指導に関するコンピテンシー及び習得ニーズの実態把握、並びに特定保健指導で活用している食生活に関する指導用教材について内容を分析した。

**方法：**（研究1）平成26年2月～3月にかけて、社団法人日本栄養士会の24都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション特定保健指導登録者1,548名を対象に、保健指導のコンピテンシーに関する無記名自記式質問紙調査を実施した。質問紙の配布・回収は郵送にて実施し、659名から回答を得た（回収率43%）。本研究では、保健指導に関するコンピテンシー60項目について、年齢層別、保健指導の従事頻度別に上位・下位項目を抽出した。同様に、今後取得したいコンピテンシーについても分析した。なお、未回答者は項目ごとに除外した。

（研究2）平成25年12月～平成26年1月、社団法人日本栄養士会事務局を通じて各都道府県栄養士会に対し、特定保健指導用教材・資材についての情報提供に関する依頼を行った。回答が得られた26都道府県（回答率55%）のうち、9都道府県から教材または市販の教材名の提供を受けた。教材は、特定保健指導用教材（10件）と食生活支援用教材（15件）に分類し、それぞれ食生活に関する内容について、4つのレベル（エネルギー・栄養素、食品、料理・食事、食行動）に分けて内容を検証した。

**結果及び考察：**管理栄養士・栄養士においては、年齢層や保健指導の従事頻度に関わらず、専門分野以外（飲酒、喫煙、運動）に関する保健指導のコンピテンシーが低く、習得ニーズが高いことが分かった。また、食生活支援では、“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する”の習得ニーズが高かった。一方、既存の指導用教材には、“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する”についての内容がほとんどなかった。食事摂取基準（2015年版）では、生活習慣病の発症予防・重症化予防を視野に入れたエビデンスの整理が行われており、今後の研修や教材の作成において生かしていくことが効果的であると考えた。

## A. 目的

「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」が昨年公表され、新たに保健指導レベルの者まで対象の範囲を広げた「日本人の食事摂取基準(2015年版)」も今年4月に施行される。そこで、その根拠を含めて内容を十分理解し、現場で活用できる保健指導者育成のための研修の充実や、効果的な教材作成が喫緊の課題である。しかし、職種によっても習得すべき能力は異なることから、現状を把握し、職種特有の課題を整理することは不可欠である。また、各保健指導の場において、どのような教材を用いて食生活に関する支援が行われているか、系統的に整理されたものはない。そこで、今後の研修プログラムの充実強化に資するために、以下の2点について検討した。1) 保健指導に従事する管理栄養士・栄養士のコンピテンシー及び習得ニーズの把握、2) 特定保健指導で用いられる食生活支援に関する指導用教材の実態把握。

なお、コンピテンシーとは、McClellandによって提唱された概念であり<sup>1)</sup>、「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」<sup>2)</sup>と定義されている。保健指導者の支援能力を、「支援技術」あるいは「支援スキル」等と表現する例もあるが、コンピテンシーには行動特性に加えて思考特性も含まれるため、本研究では、コンピテンシーという表現を用いることとした。

## B. 方法

### 研究 1. 保健指導に従事する管理栄養士・栄養士のコンピテンシー及び習得ニーズの把握

#### a. 対象者と方法

平成25年12月～平成26年1月、社団法人日本栄養士会事務局より各都道府県栄養士会に対し、栄養ケア・ステーション特定保健指導登録者名簿の提供に関する依頼を文書にて行った。なお、栄養ケア・ステーションとは、地域住民のための食生活支援活動の拠点である。都道府県栄養士会が運営し、特定保健指導のほかにも、地域の特性に応じた様々な事業を展開している。その結果、18都道府県から名簿提供の同意が得られ、その他4都道府県から、調査票の直接発送希望が得られた。最終的に22都道府県1,608名の栄養ケア・ステーション特定保健指導登録者に対して、平成26年2月に郵送により調査協力依頼文書及び無記名自記式の調査票を配布し、宛先不明で未達であった60名を除く1,548名を調査対象者とした。同年3月中旬までに659名(回収率43%)から回答が得られた。

#### b. 調査内容

##### 1. 保健指導に関するコンピテンシー

保健指導に関する項目は、標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)の保健指導のプロセスと必要な保健指導技術<sup>3)</sup>、産業医科大学が作成した「保健指導実践者の行動目標」の「対象者に対する健診・保健指導」<sup>4)</sup>、本研究班で作成した「平成25年度特定健診・保健指導研修会アンケート(基礎編)」を基に、全11分野計60項目とした。11分野とは、①保健指導の事前準備

備, ②対象者との信頼関係, ③相談・支援技術, ④アセスメント(情報収集・判断), ⑤気づきの促し, ⑥科学的根拠に基づく健康行動の理解促進及び教材の選定, ⑦目標設定, ⑧社会資源の活用, ⑨継続フォロー, ⑩評価(3~6か月後), ⑪その他, である。各項目の語尾は, 行動について振り返り・評価できるように, “~できる”ではなく, “~する/~を行う”との文章表現を用い, 回答選択肢は「十分にできる」から「全くできない」の5段階とした。また, 回答者が今後もっと勉強したいと思う項目を複数回答で把握した。

さらに, 習得ニーズについては, 「全60項目中, もっと勉強したいと思う項目にはいくつでも○をつけ, 特に希望する項目(上位5つまで)には◎をつけて下さい」との教示に対する回答で把握した。

## 2. 属性

基本属性については, 性別, 年齢, 所属都道府県栄養士会, 主たる所属機関, 職種, 勤務形態とした。保健指導経験については, 経年年数(そのうち特定保健指導年数), 保健指導の従事頻度, 年間保健指導件数(そのうち年間特定保健指導件数)とした。

## 3. 調査票の妥当性

なお, 本調査票の使用に当たっては, 事前に内容的妥当性及び表面的妥当性について検討を行った。まず, 内容的妥当性(調査票の質問および回答肢が, 特定保健指導の内容等と整合性がとれているか)は複数の研究者で協議し確認した。また, 表面的妥当性(質問や回答肢で使われている言い回しや表現は理解されやすいか, 回答しや

すいか, 等)は, 管理栄養士の資格を持つ大学教員1名及び大学院生3名, また管理栄養士養成課程の学部生5名に確認してもらった。

## c. 分析方法

対象者の年齢層別, 保健指導の従事頻度別にコンピテンシーの高い(「十分にできる」+「できる」を合わせた割合)上位項目と, 低い項目(「全くできない」+「できない」を合わせた割合)下位項目をそれぞれ10項目抽出した。さらに, 習得ニーズについても, 同様に年齢層別, 保健指導の従事頻度別に高い項目(「勉強したい」の回答者割合が多い)上位項目と, 低い項目(「勉強したい」の回答者が少ない)下位項目をそれぞれ10項目調べた。同様に「特に希望する」項目の上位項目についても検証した。なお, 習得ニーズについては, 70代以上の回答状況に偏りが見られたため, 年齢層別では60代までを分析対象とした。

## d. 倫理的配慮

研究実施に際しては, あいち健康の森健康科学総合センターの倫理審査会にて承認を得た。

## 研究 2. 特定保健指導用教材・食生活支援用教材の内容分析について

### a. 対象者と方法

全国47都道府県栄養士会の事務局を対象に, 平成25年12月から平成26年1月にかけて, 特定保健指導の際に使用している教材・資材に関して情報提供の依頼を郵送にて行った。教材・資材については, オリジナル教材の場合は教材の提供を依頼し,

後日郵送してもらった。市販教材の場合は、郵送あるいは教材名・出版元を回答してもらい、後日研究者らが提供されたリストに基づき直接購入した。26 都道府県から回答が得られ（回収率 55%）、そのうち 9 都道府県より教材・資材の直接又はリストの提供が得られた。その結果、34 件の教材が収集された。

収集された 34 件の教材のうち、一般的な情報提供用資料（例：メタボリックシンドロームとは何か等）と判断されたものを除く 27 件を分析対象とし、特定保健指導用教材 12 件、食生活支援用教材 15 件の 2 つに分類した。特定保健指導用教材 12 件のうち、「積極的支援」と「動機づけ支援」で内容が重複していると判断した 4 件は、「積極的支援」の 2 件のみを分析対象とした。最終的に、特定保健指導用教材 10 件、食生活支援用教材 15 件を分析対象とした。

#### b. 分析方法

特定保健指導用教材は、特に食生活に関する内容に限定して内容を抽出した。抽出した内容については、保健指導の流れに準じて、①健診結果の説明、②アセスメント、③目標設定、④実施、⑤モニタリング、⑥フィードバックの 6 項目に分けて整理した。また、食生活の内容は、1)エネルギー・栄養素レベル、2)食品レベル、3)料理・食事レベル、4)食行動レベルの 4 つのレベルに分類した。さらに、4 つに分類されないその他の習慣（飲酒）、準備性に応じた支援、食環境については別枠を設けて整理した。

食生活支援用教材については、①エネルギー（収支に関するもの）、②食塩、③栄養バランスの 3 つに区分した。内容は、特

定保健指導用教材と同じく、1)エネルギー・栄養素レベル、2)食品レベル、3)料理・食事レベル、4)食行動レベルの 4 つのレベルに分類した。さらに、各項目は【アセスメント】と《実施》に内容を分けて整理した。

いずれの分析においても、同一の内容が 1 つの教材に複数含まれていた場合、出現回数は 1 件として数えた。

### C. 結果

#### 研究 1. 保健指導に従事する管理栄養士・栄養士のコンピテンシー及び研修ニーズの把握

##### a. 回答者の属性

表 1 に対象者の基本属性を示した。

表 1 回答者の属性

	n	%
<b>年齢</b>		
(n=652) 20歳代	8	1.2
30歳代	74	11.3
40歳代	150	23.0
50歳代	215	33.0
60歳代	164	25.2
70歳代	46	7.1
<b>性別</b>		
(n=651) 男性	11	1.7
女性	645	99.1
<b>主たる所属</b>		
(n=649) 医療機関	136	21.0
健診機関	13	2.0
健康保険組合	9	1.4
市町村	35	5.4
保健所	8	1.2
企業(保健指導受託)	39	6.0
企業(その他)	24	3.7
地域活動	277	42.7
保育所・学校	15	2.3
その他	98	15.1
<b>保健指導の従事頻度</b>		
(n=510) 週1日以上	179	35.1
週1日未満	331	64.9

項目ごとに欠損値を除いて集計した

年齢では50歳代が33%と最も多く、次いで60歳代、40歳代の順であった。なお、20歳代が少数であったため、以後の分析では20歳代と30歳代を合わせて検討に用いた。性別では女性が98%と多数を占めていた。主たる所属は、地域活動が43%と最も多く、次いで医療機関の21%であり、保健指導受託機関である企業や健診機関、健康保険組合に所属する者の割合は少数であった。保健指導の従事頻度は、週1日以上が35%で、週1日未満が65%と、従事頻度が少ない者が多数を占めていた。

#### b. 年齢層別にみたコンピテンシーの高い項目、低い項目

表2に、年齢層別にみた保健指導に関するコンピテンシーの高い項目、低い項目を示した。

上位項目として各年齢層に共通していたのは、“基本的なマナー(5)”や“熱意のある態度で接する(6)”，“生活背景や価値観に配慮する(7)”の「対象者との信頼関係の構築」に欠かせない3項目であった。そのほか、“生活習慣について対象者とともを考える(18)”や“相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す(41)”，“体重の3~5%の減量で効果が期待できることやその維持が大切であることの説明(44)”などであった。一方、“健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する(3)”や、“必要時にフィードバックを行い、自己効力感に働きかける(50)”は、20-30代、40代のみで上位項目として挙げられた。食生活支援に関する項目では、“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

(27)”が上位項目として40代、50代のみで挙げられていた。

下位項目として各年齢層に共通していたのは、飲酒、喫煙、身体活動に関する項目であった。また、「研究活動」に値する“取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラム開発に取り入れる(60)”も、すべての年齢層で半数前後の者が低い項目として挙げていた。また、“グループダイナミクスを生かした集団的支援”も下位項目としてすべての年齢層に共通していた。

#### c. 保健指導の従事頻度別にみたコンピテンシーの高い項目、低い項目

表3に、保健指導の従事頻度別にみたコンピテンシーの高い項目、低い項目を示した。

高い項目では、「週1日以上」「週1日未満」とともに「対象者との信頼関係の構築」に欠かせない“基本的なマナー(5)”や“熱意のある態度で接する(6)”，“生活背景や価値観に配慮する(7)”の3項目は上位に挙げられていた。その他、“生活習慣について対象者とともを考える(18)”，“相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す(41)”，“体重の3~5%の減量で効果が期待できることやその維持が大切であることの説明(44)”，“必要時にフィードバックを行い、自己効力感に働きかける(50)”は共通していた。一方で、「事前準備」である“健診・問診データ等の情報収集(2)”や“健診データ等の内容確認(3)”は「週1日以上」の者のみで上位に挙げられていた。

下位項目では、10項目のうち9項目が従事頻度別に関わらずコンピテンシーが低い項目として共通して挙げられていた。具体

的には、研究活動や、飲酒、喫煙、身体活動に関する指導、集团的支援、自己の保健指導の質のモニタリング、及び保健指導実践に必要な技術に関する研修を受けることであった。

d. 年齢層別にみた習得ニーズの高い項目、低い項目について

表 4 に、年齢層別にみた習得ニーズの高い項目、低い項目について示した。

上位項目では、専門分野以外の知識（禁煙支援、飲酒、運動など）に関して各年齢層ともに高いニーズがあった。その他、各年齢層に共通して見られた項目は、“保健指導実践に必要な技術（57）”や“保健指導の評価から、保健指導方法の改善を行う（59）”であった。また、20-30代を除く全ての年齢層で“自己の保健指導の実践の質をモニタリングする（58）”も共通ニーズとして挙げられていた。

また、食生活に関する内容で共通していたのは、“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する（29）”であった。20-30代及び50代では、“食事摂取基準等について理解し、その根拠について説明する（30）”も挙げられていた。一方、習得ニーズの低い下位項目については、表 4 のとおりである。

e. 保健指導の従事頻度別にみた習得ニーズの高い項目、低い項目について

表 5 に、保健指導の従事頻度別にみた習得ニーズの高い項目、低い項目について示した。

上位項目では、専門分野以外の知識（禁煙支援、飲酒、運動など）に関して保健指導の従事頻度を問わず高い習得ニーズがみ

られた。その他、“保健指導実践に必要な技術（57）”や“保健指導の評価から、保健指導方法の改善を行う（59）”、“自己の保健指導の実践の質をモニタリングする（58）”、“効果的な教材を選定し、活用する（26）”が共通していた。食生活支援では、“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する（29）”が共通して上位項目に挙げられ、保健指導の従事頻度が「週 1 日以上」の群のみにおいて“食事摂取基準等について理解し、その根拠について説明する（30）”も上位に挙げられていた。下位項目については、表 5 の通りである。

f. 年齢層別または保健指導の従事頻度別にみた特に希望する習得ニーズの高い項目について

表 6～7 に、年齢層別または保健指導の従事頻度別にみた習得ニーズの特に高い項目について示した。

特に希望する項目は、年齢層を問わず、専門分野以外の知識や保健指導実践に必要な技術が挙げられていた。さらに、“効果的な学習教材の選定・活用（26）”もすべての年齢層において特に高い習得ニーズがあった。また、40代以上では、“学習効果を強化するような支援プログラムを作る（12）”も挙げられた。

食生活に関しては、“食事摂取基準等について理解し、その根拠について説明する（30）”が全ての年齢層で挙げられ、20～50代では、“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する（29）”も特に希望する習得ニーズとして挙げられていた。

## 研究 2. 特定保健指導用教材・食生活支援用教材の内容分析について

### a. 分析対象教材について

表 8 及び表 9 に、今回分析対象とした教材のタイトル、著者・監修者名、出版社名、形態を示した。

特定保健指導用教材のうち 1 件は、県栄養士会のオリジナル (2) であった。その他は、市販の教材であった。食生活支援用教材は 15 件すべて市販のものであった。これらのうち、都道府県栄養士会からの回答にタイトル名の記載があったものは特定保健指導用教材の 3 件 (4, 5, 10), 食生活支援用教材も 3 件 (2, 10, 14) である。なお、出版社名に偏りがみられるが、都道府県栄養士会からの回答にあった出版社名 (東京法規出版) に基づき研究者が関連すると思われる教材を収集したためである。

### b. 特定保健指導用教材について

全 10 件の特定保健指導用教材について、表 10 に結果を示した。

①健診結果の説明では、エネルギー・栄養素及び食品レベルで検査結果との関連性や目標等が示されていた。

②アセスメントは、食品レベル、料理・食事レベル、食行動レベルのみで、エネルギー・栄養素レベルでの内容はなかった。また、その他の習慣として飲酒量や飲酒頻度に関するアセスメント項目が含まれていた。

③目標設定では、減量目標に対する食品からの摂取エネルギーに関する内容が多く見られた。その他、食行動レベルでの食生活の改善策や周囲からの支援なども含まれていた。

④実施では、食生活の各レベルでの内容が充実しており、その内容も多様であった。複数の教材で見られたものでは、以下のとおりである。

・食品レベルでは、「肉は低脂肪・高たんぱくの部位 (赤身) を使う」「肉より魚を多くとる」 (各 6 件)。

・料理・食事レベルでは、「食事バランスガイドの基本形と考え方」「調理法はゆでる、蒸す、煮る、網焼き」 (各 6 件)

・食行動レベルでは、「副菜 (野菜料理) を先に食べる」「麺類の汁は残す」「調味料は小皿にとってつける」「腹八分目にする」「身近なところに食べ物を置かない」 (各 5 件)

・その他 (飲酒) の習慣では、「週 2 日は休肝日を設ける」 (6 件)。

⑤モニタリングでは、食行動レベルでの食事・食生活の目標の達成度チェックが 5 件と多く、その他に料理・食事レベルの内容も含まれていた。

⑥フィードバックでは、特に食生活に関する内容は抽出されなかった。

### c. 食生活支援用教材について

表 11 に、食生活支援用教材について、全 15 件の教材から抽出した内容を示した。

①エネルギーの【アセスメント】では、料理・食事レベル、食行動レベルの内容が含まれていた。一方で、エネルギー・栄養素レベルのアセスメント項目はなかった。《実施》では、全てのレベルの内容が抽出された。各レベルで抽出された主な内容は以下のとおり。

・エネルギー・栄養素レベルでは、「腹囲の目標設定から 1 日に減らすエネルギー量

の計算」(3件)

- ・食品レベルでは、「肉は低脂肪・高たんぱくの部位(赤身)を使う」「適量のアルコール量一覧」(各3件)

- ・料理・食事レベルでは、「100kcal食事量の一覧」「調理法は蒸す,煮る,網焼きにする」(各5件),

- ・食行動レベルでは、「フッ素樹脂加工の道具を使う」(3件)

②食塩では,【アセスメント】として,食行動レベルの「麺類の汁は残さない」(2件)のみであった。《実施》では,食品レベル,料理・食事レベル,食行動レベルに内容を分類できた。以下,主な結果である。

- ・食品レベルでは,「食塩1gを含む調味料・食品の目安量一覧」(7件)

- ・料理・食事レベルでは,「天然食品でだしをとる」(5件)

- ・食行動レベルでは,「麺類の汁を残す」「食卓に調味料を置かない」(各5件)

③栄養バランスでは,【アセスメント】として食品レベルの「野菜」「乳製品」「果物」と,料理・食事レベルの「食事バランスガイド」,食行動レベルの「朝食欠食」が挙げられた。《実施》では,各レベルの内容が抽出されたが,特に料理・食事レベルの内容が多かった。具体的には,「食事バランスガイドについて」(7件),「野菜は加熱してかさを減らす」(3件)などである。

## D. 考察

a. 保健指導に関するコンピテンシー及び習得ニーズについて

保健指導に関するコンピテンシーが低い項目として専門分野以外の禁煙支援,飲酒,

身体活動に関する項目が多く挙げられていた。一方で,これらの項目は習得ニーズが高い項目として全体に共通して見られた。また,集団支援や自己の保健指導のモニタリングや改善はコンピテンシーの低い項目として挙げられ,研修ニーズとしては保健指導技術に関する項目が高かった。したがって,管理栄養士・栄養士を対象とした研修会においては,これらの実態を踏まえた研修内容を検討する必要があると考えた。

また,食生活に関する内容については,コンピテンシーが低い項目には挙げられなかったが,習得ニーズとして食事摂取基準等の食事療法についての理解は高いことが分かった。したがって,さらに専門職としての最新の知見を高める支援も重要であると考えられた。

さらに,“取り組みを学会や雑誌に発表し,次のプログラムの開発に取り入れる(60)”は年齢層や保健指導の従事頻度に関わらず,コンピテンシーの低い項目として挙げられていたが,習得ニーズとしては抽出されなかった。しかし,優れた実践を学術的な場で発表することは,更なる研究の発展に寄与することにも繋がる。また,他の実践家や研究者からのフィードバックを受けることで,さらに良い実践へとつながると考える。このように,実践と研究の融合は重要であるため,今後の研修においては,実践報告の重要性についての認知を高め,データのまとめ方や論文の書き方などの支援を行うことが重要と考える。

本研究の限界として,都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションの登録者を対象としたため,主たる所属が地域活動である者が多かったという点である。また,保健

指導の従事頻度が1日未満の者が過半数を占めていたことから、企業等で保健指導に従事している管理栄養士・栄養士は対象に含まれなかった可能性がある。したがって、本研究の結果は、保健指導に日頃従事している管理栄養士・栄養士のコンピテンシーや習得ニーズというよりもむしろ、全般的なコンピテンシーや習得ニーズである可能性は否めない。本研究の結果を解釈するには、この点に留意する必要がある。

しかし、平成25年度の全体研究<sup>5)</sup>においても、特定保健指導研修会に参加した管理栄養士では禁煙支援や飲酒支援に関する習得度・認知度が低いことが報告されている。本研究でも同様の傾向が示されたため、これらの内容については管理栄養士・栄養士にとって今後の研修での習得ニーズが高いと示唆された。

#### b. 特定保健指導用教材・食生活支援用教材の内容分析について

都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションで使用している教材を収集し、主に食生活支援に関する内容について検証した。その結果、食品レベル、料理・食事レベル、食行動レベルの各レベルで多様な内容が抽出された。また、目標設定においては減量目標との関連でエネルギー・栄養素レベルのものが中心であったが、実際の支援の場では、実施に挙げた内容をもとに、支援者が具体的な行動目標として何が出来そうか、対象者と共に考えていくものと考えられる。一方で、食環境レベルでは、周囲の人からの支援が2件該当したが、それ以外については教材に含まれていなかった。個人の行動変容を促すためには、食環境の影響も大きいのが、それらが活用可能か確認するための内容（アセスメント）や、どのように周

囲からの支援を得るか（実施）などの情報が不足していた。今後の教材作成においては、それらの情報も盛り込んでいく必要があると考えた。また、エネルギー・栄養素レベルでのアセスメントは指導用教材に含まれなかったが、これは別途食事調査を行い、内容を評価しているからと考える。しかし、実際の支援の場では、限られた時間の中で詳細な食事調査はできないため、比較的簡便な食品レベル、料理・食事レベル、食行動レベルでのアセスメントが行われていると考えられた。

食生活支援用教材については、特定保健指導が主に減量を目的としているため、エネルギーの収支に関する内容が多く見られたと考える。アルコールや飲酒習慣についても分析に含めたが、その多くはアルコールのエネルギー量や適量のアルコールといった、主にエネルギーの収支に関わることであり、アルコール使用障害のスクリーニング（AUDIT）などに関する内容は含まれていなかった。今後はエネルギー以外のアルコールの生活習慣病への影響について適切に情報提供するための内容も含める必要があると考えた。

また、研究1で食生活支援に関する項目として習得ニーズが高かった“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する”に関する内容は、指導用教材にほとんど含まれていなかった。標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）では、特定保健指導非対象者（非肥満者など）への対応なども求められている。しかし、本研究の分析対象とした教材では、主にエネルギー収支に焦点を当てた内容が多くみられたため、今後は食事量だけでなく食事の質にも注目した補助教材の検討が必要と考えた。例えば、食事摂取基準（2015年版）

では、飽和脂肪酸や食物繊維の目標量が拡充されたが、それらの生活習慣病の発症予防・重症化予防の働きにも注目し、情報提供を行っていくことも重要と考える。なお、食事摂取基準（2015年版）では、これまでの主に健康な者から、新たに保健指導レベルの者も対象に含め、主要な生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病）の発症予防・重症化予防を視野に入れたエビデンスの整理が行われ、関連する各種疾患ガイドラインとの調和が図られている。したがって、このような科学的根拠に基づく基準を今後の保健指導用教材の作成・改訂においても積極的に活用していくことが重要であると考えられる。

本研究の限界として、教材収集の方法が、都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションに限られたという点である。また、回答された出版社名に基づき研究者らが教材を直接収集したため、内容に偏りが生じてしまった。今後は、教材収集の範囲を広げ、管理栄養士・栄養士以外の職種も扱う食生活支援に関する教材についても、内容を検証することも課題である。

## E. 結論

管理栄養士・栄養士における保健指導のコンピテンシーについては、年齢層や保健指導の従事頻度に関わらず、専門分野以外（飲酒、喫煙、運動）に関する項目が低く、習得ニーズが高いことが分かった。また、食生活支援では、“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する”の習得ニーズが高かった。一方、指導用教材に含まれる食生活支援の内容は多様であったが、習得ニーズにみられた“代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する”に関する内容はほとんどなかった。

食事摂取基準（2015年版）では、生活習慣病の発症予防・重症化予防を視野に入れたエビデンスの整理が行われており、今後の研修や教材の作成・改訂において、これらの内容を生かしていくことは効果的であると考えた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 参考文献

- 1) McClelland, D.C.: Testing for competence rather than for “intelligence”, *Am. Psychol.*, 28, 1-14 (1973).
- 2) Spencer, L.M., Spencer, S.M.: *Competence at work, models for superior Performance*/梅澤祐良,成田攻,横山哲夫訳. コンピテンシーマネジメントの展開導入・構築・活用, pp11-19 (2001) 生産性出版, 東京.
- 3) 厚生労働省健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム〔改訂版〕, pp.143-146, 平成 25 年 4 月.
- 4) 産業医科大学産業医実務研修センター. 保健指導実践者の行動目標. <http://ohtc.med.uoeh-u.ac.jp/hokenshidouHP/jitsumusha100427/organization/page01.html>
- 5) 平成 25 年度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）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：平成 25 年度総括・分担研究報告書（研究代表者 津下一代）.

## H. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 林美美, 武見ゆかり, 赤松利恵, 他. 特定保健指導対象の職域男性における減量の非成功要因についての検討：個別インタビューによる質的検討. 日健教誌 2014; 22: 111-122.

### 2. 学会発表

- 1) Hayashi E, Okuyama M, Takemi Y, Adachi Y. Efficacy of the Diet-Lifestyle Support Guide on body weight in the specific Health Guidance Program. Academy of Nutrition and Dietetics 2014 Food & Nutrition Conference & Expo, Atlanta, USA. 2014/10/20.
- 2) 林美美, 武見ゆかり. 保健指導における食生活分野以外の知識・スキルについて：管理栄養士・栄養士の弱点克服のためのニーズ調査. 第61回日本栄養改善学会学術総会, 神奈川県横浜市, 2014/8/22.

## I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用案登録

なし

### 3. その他

なし

## 保健指導に関するアンケート調査

（記入日： 年 月 日）

### 【ご記入にあたって】

- ・質問は、「1つ選択」するものと「複数選択」するものがあります。あてはまる選択肢に○あるいは◎をつけてください。
- ・調査票は平成26年2月25日(火)までに同封の返信用封筒にてご返送をお願いします。
- ・この研究への協力は、任意であり、協力いただかない場合も不利益が生じることはありません。
- ・回答できない質問はお答えいただかなくても結構です。無記名で回答いただく調査であり、個人が特定されることはありません。
- ・集計は集団全体として行い、厚生労働科学研究(「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」、研究代表者：津下一代)にて集約し、他の目的に使用することはありません。
- ・調査票へのご回答とご返送をもって調査協力への同意をいただけたものとします。本研究の趣旨をご理解いただきご協力いただけますようお願い申し上げます。

### I あなた自身に関する項目

下記項目に対し、当てはまるものをそれぞれ1つずつお選びいただくか、( )内に該当数字をご記入ください。

性別： 1. 男性 2. 女性

年齢： 20歳代, 30歳代, 40歳代, 50歳代, 60歳代, 70歳以上

所属都道府県栄養士会： ( )都・道・府・県

主たる所属： 1. 医療機関 2. 健診機関 3. 健康保健組合 4. 市町村 5. 保健所 6. 企業(保健指導受託)  
7. 企業(その他) 8. 地域活動 9. 保育所・学校 10. その他 ( )

職種： 1. 管理栄養士 2. 栄養士

勤務形態： 1. 常勤 2. 非常勤

保健指導経験年数： ( )年, そのうち特定保健指導経験年数： ( )年

保健指導の従事頻度： 1. 週に1日以上 2. 週に1日未満

年間保健指導件数： 約( )人, そのうち年間特定保健指導件数： 約( )人

### II 管理栄養士のコンピテンシーに関する項目

下記項目に対し、5段階で評価し、該当数字1つに○をつけて下さい。

	全 わく そう いう	思 わ な い	あ ま り い え な い	ど ち ら と も	そ う 思 う	そ う か な り 思 う
1 管理栄養士・栄養士という職業を誇りに思う	1	2	3	4	5	
2 自分は、管理栄養士・栄養士という職業に向いていると思う	1	2	3	4	5	
3 食を通して人々の健康と幸せに寄与したいと思う	1	2	3	4	5	
4 管理栄養士・栄養士としての専門的な知識と技術を向上させたいと思う	1	2	3	4	5	

### III 対象者に対する保健指導に関する項目

① 下記項目に対し、5段階で評価し、該当数字1つに○をつけて下さい。

② 全60項目中、もっと勉強したいと思う項目にはいくつでも○をつけ、特に希望する項目(上位5つまで)には◎をつけて下さい。

	①					②
	全 く で き な い	で き な い	ど ち ら と も い え な い	で き る	で 十 分 に で き る	強 も つ た い 勉 強
<b>(1) 保健指導の事前準備</b>						
1 対象者のプライバシーの確保、話しやすい環境設定を心がけて、対象者にとって都合のよい時間帯・場を設定する。	1	2	3	4	5	
2 健診・問診データ、年齢、性別、自覚症状、既往歴・現病歴・家族歴について情報収集する。	1	2	3	4	5	
3 健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。	1	2	3	4	5	
4 教材、支援媒体、社会資源等のリストを準備する。	1	2	3	4	5	

	①					②
	全くでき ない	できない	どちらとも いえない	できる	十分に できる	もっと 強いた い勉
<b>(2) 対象者との信頼関係の構築</b>						
5	基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	1	2	3	4	5
6	対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	1	2	3	4	5
7	対象者の生活背景や価値観に配慮する。	1	2	3	4	5
<b>(3) 相談・支援技術</b>						
8	スタッフ間において、適切な用語、書式、技術を用いて対象者の健康状態を伝える。	1	2	3	4	5
9	学習効果を強化するような支援プログラムを作る(フィードバックや、練習・強化・支持を組み込むなど)。	1	2	3	4	5
10	積極的傾聴法(受容・共感・自己一致)を用いて、対象者の話を聴く。	1	2	3	4	5
11	グループダイナミクスを生かした集団的支援(グループワーク等)をする。	1	2	3	4	5
12	専門分野以外の知識(減酒、禁煙指導など)を保健指導の質の確保に活用する。	1	2	3	4	5
13	所定の時間以内で保健指導を実施する。	1	2	3	4	5
14	2年連続して特定保健指導の対象となった者に対して、指導の方法や内容を見直して支援を行う。	1	2	3	4	5
<b>(4) アセスメント (情報収集・判断)</b>						
15	対象者が面接目的を理解しているかを確認する。	1	2	3	4	5
16	行動変容ステージ、ライフスタイル等から対象者のアセスメントを行う。	1	2	3	4	5
17	対象者が生活習慣改善の必要性を理解し、行動目標を決定するために必要な知識・理解力があるか査定する。	1	2	3	4	5
18	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。	1	2	3	4	5
19	家庭環境(家族など)、職場状況(職種・仕事時間・労働観など)、健康観(健康への興味・健康行動など)、生活状況(趣味・仲間・悩み・大切にしていることなど)等について情報を収集する。	1	2	3	4	5
20	根拠をもって、保健指導の優先順位(緊急性・タイミング・実行可能性など)を決定する。	1	2	3	4	5
21	対象者の準備状態や動機づけ、ゴールの再設定、最適な成果について繰り返しアセスメントを行う。	1	2	3	4	5
<b>(5) 気づきの促し</b>						
22	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について、対象者に適切に説明する。	1	2	3	4	5
23	行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応をする。(例えば、目標設定まで至らなくても、食事や身体活動、喫煙・飲酒と生活習慣病の関連について意識づけを行うなど)	1	2	3	4	5
24	生活習慣の改善により、睡眠の質の改善や便秘の解消などといったすぐに得られる副次的効果が期待できることを伝える。	1	2	3	4	5
25	毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。	1	2	3	4	5

《参考資料》

	①					②
	全 く で き な い	で き な い	い ま ど う も し て い え な い	で き る	十 分 に で き る	強 も つ た い 勉
<b>(6) 科学的根拠に基づく健康行動の理解促進及び教材の選定</b>						
26	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し、活用する。	1	2	3	4	5
27	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。	1	2	3	4	5
28	対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、食生活の多様な取り組みの具体策を提案する。	1	2	3	4	5
29	代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連を説明する。	1	2	3	4	5
30	食事摂取基準、関連学会ガイドラインの食事療法について理解し、その根拠について説明する。	1	2	3	4	5
31	身体活動・運動と生活習慣病の関連について説明する。	1	2	3	4	5
32	身体活動・運動の量についてアセスメントし、対象者に合った支援を行う。	1	2	3	4	5
33	ロコモティブシンドロームに配慮した保健指導を行う。	1	2	3	4	5
34	運動に関するリスクマネジメントに配慮した保健指導を行う。	1	2	3	4	5
35	たばこと生活習慣病の関連について説明する。	1	2	3	4	5
36	「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、短時間支援(ABR方式)を行う。	1	2	3	4	5
37	職場や家庭等における受動喫煙防止等禁煙環境の改善について、対象者の相談に乗る。	1	2	3	4	5
38	アルコールと生活習慣病の関連について説明する。	1	2	3	4	5
39	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(ブリーフインターベンション)を行う。	1	2	3	4	5
<b>(7) 目標設定</b>						
40	対象者に実行可能で具体的な生活習慣改善目標を設定する。	1	2	3	4	5
41	相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	1	2	3	4	5
42	対象者の上位目標を把握し、健康観を尊重しつつ前向きな自己決定を促す支援を行う。	1	2	3	4	5
43	対象者自らが、家族や職場など周囲の協力を得られるように支援する。	1	2	3	4	5
44	メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3~5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	1	2	3	4	5
45	勤務形態や家庭・職場の環境などが生活習慣に影響していたり、家族や職場の協力が得られない対象者に対して、困難さを軽減させて自己決定を促す支援を行う。	1	2	3	4	5
46	セルフモニタリングの意味と効用を説明し、具体的な支援媒体、記録表、歩数計などを紹介し、可能であれば提供する。	1	2	3	4	5
<b>(8) 社会資源の活用</b>						
47	運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	1	2	3	4	5
48	必要時に適切な他の専門家や機関(病院、スポーツクラブ、料理教室など)と協力する。	1	2	3	4	5

裏面もご回答下さい。

《参考資料》

	①					②
	全くできない	できない	どちらともいえない	できる	十分にできる	もっと強い勉強したい
<b>(9) 継続フォロー</b>						
49 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を行う。	1	2	3	4	5	
50 良くなっていることは褒めるなど、必要時フィードバックを行い、自己効力感に働きかける。	1	2	3	4	5	
51 1回設定した目標の達成度と、実行に当たって障害がなかったかを確認する。	1	2	3	4	5	
52 目標以外に実行したことを確認する。	1	2	3	4	5	
53 目標が達成できなかった場合は、現実にあわせた実行できる目標に修正していく。	1	2	3	4	5	
<b>(10) 評価 (3～6か月後)</b>						
54 これまでの努力を本人と共に評価し、目標達成状況、取組みの満足度などを確認する。	1	2	3	4	5	
55 今後、セルフケア(自己管理)を行っていくことへの意思を確認する。	1	2	3	4	5	
56 毎年、必ず健診を受診するよう促し、次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。	1	2	3	4	5	
<b>(11) その他</b>						
57 保健指導実践に必要な技術(カウンセリング・コーチングなど)について研修を定期的に受ける。	1	2	3	4	5	
58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	1	2	3	4	5	
59 保健指導の評価から、保健指導方法の改善を行う。	1	2	3	4	5	
60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	1	2	3	4	5	

**IV 制度・プログラムに関する項目**

下記項目に対し、4段階で評価し、該当数字1つに○をつけて下さい。

1 「健康日本21」について	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
2 「健康づくりのための身体活動指針(アクティブガイド)」について	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
3 「禁煙支援マニュアル(第二版)」について	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
4 「保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)」とその評価結果に基づく減酒支援(ブリーフインターベンション)」について	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
5 標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)「フィードバック文例集」について	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

以上で終了となります。再度、回答のズレ、記入漏れがないか、ご確認をお願い致します。ご協力ありがとうございました。

表2 特定保健指導に関する管理栄養士・栄養士のコンピテンシー(年齢層別にみた全60項目中の上位10項目と下位10項目)

	高い項目(「十分にできる」+「できる」)の割合				低い項目(「全くできない」+「できない」)の割合			
	順位	項目名	n	(%)	順位	項目名	n	(%)
20-30代	1	5 基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	65 (75)	86.7%	1	39 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(ブリーフインターベンション)を行う。	50 (71)	70.4%
	2	25 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することもメリットがあることを説明する。	61 (74)	82.4%	2	36 「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、短時間支援(ABR方式)を行う。	49 (73)	67.1%
	3	3 健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。	58 (74)	78.4%	3	60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	42 (74)	56.8%
	4	50 良くなっていることは褒めるなど、必要時フィードバックを行い、自己効力感に働きかける。	58 (76)	76.3%	4	37 職場や家庭等における受動喫煙防止等禁煙環境の改善について、対象者の相談に乗る。	36 (73)	49.3%
	5	6 対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	57 (75)	76.0%	5	11 グループダイナミクスを生かした集団的支援(グループワーク等)をする。	31 (71)	43.7%
	6	44 メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3~5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	55 (74)	74.3%	6	48 必要時に適切な他の専門家や機関(病院、スポーツクラブ、料理教室など)と協力する。	30 (75)	40.0%
	7	18 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考える。	55 (75)	73.3%	7	33 ロコモティブシンドロームに配慮した保健指導を行う。	24 (73)	32.9%
	8	52 目標以外に実行したことを確認する。	55 (76)	72.4%	8	58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	20 (72)	27.8%
	9	7 対象者の生活背景や価値観に配慮する。	53 (74)	71.6%	9	9 学習効果を強化するような支援プログラムを作る(フィードバックや、練習・強化・支持を組み込むなど)。	20 (74)	27.0%
	10	41 相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	53 (75)	70.7%	9	47 運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	20 (74)	27.0%
40代	1	5 基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	127 (138)	92.0%	1	39 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(ブリーフインターベンション)を行う。	71 (131)	54.2%
	2	25 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することもメリットがあることを説明する。	124 (138)	89.9%	2	60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	71 (134)	53.0%
	3	7 対象者の生活背景や価値観に配慮する。	120 (138)	87.0%	3	36 「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、短時間支援(ABR方式)を行う。	55 (133)	41.4%
	4	41 相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	119 (137)	86.9%	4	48 必要時に適切な他の専門家や機関(病院、スポーツクラブ、料理教室など)と協力する。	48 (137)	35.0%
	5	6 対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	119 (138)	86.2%	5	58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	38 (134)	28.4%
	5	44 メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3~5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	119 (138)	86.2%	6	37 職場や家庭等における受動喫煙防止等禁煙環境の改善について、対象者の相談に乗る。	30 (134)	22.4%
	7	27 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。	118 (138)	85.5%	7	11 グループダイナミクスを生かした集団的支援(グループワーク等)をする。	28 (132)	21.2%
	8	28 対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、食生活の多様な取り組みの具体策を提案する。	115 (136)	84.6%	8	47 運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	26 (137)	19.0%
	9	3 健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。	117 (139)	84.2%	9	59 保健指導の評価から、保健指導方法の改善を行う。	21 (134)	15.7%
	10	50 良くなっていることは褒めるなど、必要時フィードバックを行い、自己効力感に働きかける。	115 (137)	83.9%	10	33 ロコモティブシンドロームに配慮した保健指導を行う。	21 (136)	15.4%
50代	1	5 基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	178 (190)	93.7%	1	60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	98 (186)	52.7%
	2	18 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考える。	174 (188)	92.6%	2	39 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(ブリーフインターベンション)を行う。	90 (184)	48.9%
	3	44 メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3~5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	172 (191)	90.1%	3	36 「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、短時間支援(ABR方式)を行う。	71 (188)	37.8%
	4	41 相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	171 (190)	90.0%	4	37 職場や家庭等における受動喫煙防止等禁煙環境の改善について、対象者の相談に乗る。	45 (188)	23.9%
	5	25 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することもメリットがあることを説明する。	170 (189)	89.9%	5	48 必要時に適切な他の専門家や機関(病院、スポーツクラブ、料理教室など)と協力する。	44 (192)	22.9%
	6	6 対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	169 (190)	88.9%	6	11 グループダイナミクスを生かした集団的支援(グループワーク等)をする。	41 (184)	22.3%
	7	40 対象者に実行可能で具体的な生活習慣改善目標を設定する。	167 (191)	87.4%	7	58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	41 (186)	22.0%
	8	7 対象者の生活背景や価値観に配慮する。	164 (189)	86.8%	8	59 保健指導の評価から、保健指導方法の改善を行う。	26 (186)	14.0%
	9	27 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。	165 (191)	86.4%	9	9 学習効果を強化するような支援プログラムを作る(フィードバックや、練習・強化・支持を組み込むなど)。	26 (187)	13.9%
	10	50 良くなっていることは褒めるなど、必要時フィードバックを行い、自己効力感に働きかける。	162 (189)	85.7%	10	47 運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	26 (192)	13.5%

n(人数)の上段は各項目に「十分にできる」「できる」あるいは「全くできない」「できない」と回答した人数の合計。下段は、各項目の回答者数の計。集計は項目ごとに欠損値を除いて行った。

表2 特定保健指導に関する管理栄養士・栄養士のコンピテンシー（年齢層別にみた全60項目中の上位10項目と下位10項目）

	高い項目（「十分にできる」+「できる」）の割合				低い項目（「全くできない」+「できない」）の割合			
	順位	項目名	n	(%)	順位	項目名	n	(%)
60代	1	5 基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	144 (151)	95.4%	1	60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	71 (141)	50.4%
	2	44 メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3～5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	143 (151)	94.7%	2	39 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（ブリーフインターベンション）を行う。	65 (145)	44.8%
	3	25 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。	142 (152)	93.4%	3	36 「禁煙支援マニュアル（第二版）」に基づき、短時間支援（ABR方式）を行う。	47 (144)	32.6%
	4	6 対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	138 (151)	91.4%	4	48 必要時に適切な他の専門家や機関（病院、スポーツクラブ、料理教室など）と協力する。	31 (149)	20.8%
	4	41 相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	138 (151)	91.4%	5	37 職場や家庭等における受動喫煙防止等禁煙環境の改善について、対象者の相談に乗る。	29 (147)	19.7%
	6	18 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。	133 (150)	88.7%	6	58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	21 (142)	14.8%
	7	7 対象者の生活背景や価値観に配慮する。	132 (149)	88.6%	7	11 グループダイナミクスを生かした集団的支援（グループワーク等）をする。	18 (145)	12.4%
	8	22 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について、対象者に適切に説明する。	131 (151)	86.8%	8	47 運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	17 (149)	11.4%
	9	50 良くなっていることは褒めるなど、必要時フィードバックを行い、自己効力感に働きかける。	130 (151)	86.1%	9	57 保健指導実践に必要な技術（カウンセリング・コーチングなど）について研修を定期的に受ける。	15 (143)	10.5%
	10	31 身体活動・運動と生活習慣病の関連について説明する。	129 (150)	86.0%	10	34 運動に関するリスクマネジメントに配慮した保健指導を行う。	13 (147)	8.8%
70代以上	1	6 対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	40 (41)	97.6%	1	60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	19 (40)	47.5%
	2	5 基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	39 (41)	95.1%	2	39 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（ブリーフインターベンション）を行う。	17 (38)	44.7%
	2	22 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について、対象者に適切に説明する。	39 (41)	95.1%	3	11 グループダイナミクスを生かした集団的支援（グループワーク等）をする。	12 (40)	30.0%
	4	18 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。	38 (41)	92.7%	3	49 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を行う。	12 (40)	30.0%
	4	44 メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3～5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	38 (41)	92.7%	5	48 必要時に適切な他の専門家や機関（病院、スポーツクラブ、料理教室など）と協力する。	10 (41)	24.4%
	6	7 対象者の生活背景や価値観に配慮する。	37 (40)	92.5%	6	36 「禁煙支援マニュアル（第二版）」に基づき、短時間支援（ABR方式）を行う。	9 (38)	23.7%
	7	25 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。	36 (40)	90.0%	7	52 目標以外に実行したことを確認する。	7 (40)	17.5%
	8	10 積極的傾聴法（受容・共感・自己一致）を用いて、対象者の話を聴く。	36 (41)	87.8%	8	58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	6 (38)	15.8%
	9	29 代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明する。	35 (40)	87.5%	9	47 運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	6 (39)	15.4%
	9	41 相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	35 (40)	87.5%	10	51 1回設定した目標の達成度と、実行に当たって障害がなかったかを確認する。	6 (41)	14.6%

n(人数)の上段は各項目に「十分にできる」「できる」あるいは「全くできない」「できない」と回答した人数の合計。下段は、各項目の回答者数の計。集計は項目ごとに欠損値を除いて行った。

表3 特定保健指導に関する管理栄養士・栄養士のコンピテンシー(特定保健指導の従事頻度別にみた全60項目中の上位10項目と下位10項目)

	高い項目(「十分にできる」+「できる」)の割合				低い項目(「全くできない」+「できない」)の割合			
	順位	項目名	n	(%)	順位	項目名	n	(%)
1日 以上	1	5 基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	171 (176)	97.2%	1	60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	96 (173)	55.5%
	2	41 相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	168 (176)	95.5%	2	39 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(ブリーフインターベンション)を行う。	91 (171)	53.2%
	3	44 メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3~5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	168 (177)	94.9%	3	36 「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、短時間支援(ABR方式)を行う。	68 (173)	39.3%
	4	25 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。	166 (176)	94.3%	4	48 必要時に適切な他の専門家や機関(病院、スポーツクラブ、料理教室など)と協力する。	48 (176)	27.3%
	5	3 健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。	166 (177)	93.8%	5	37 職場や家庭等における受動喫煙防止等禁煙環境の改善について、対象者の相談に乗る。	45 (173)	26.0%
	6	18 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。	163 (174)	93.7%	6	11 グループダイナミクスを生かした集団的支援(グループワーク等)をする。	36 (169)	21.3%
	7	50 良くなっていることは褒めるなど、必要時フィードバックを行い、自己効力感に働きかける。	166 (178)	93.3%	7	58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	32 (176)	18.2%
	8	6 対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	162 (176)	92.0%	8	57 保健指導実践に必要な技術(カウンセリング・コーチングなど)について研修を定期的に受ける。	22 (172)	12.8%
	9	7 対象者の生活背景や価値観に配慮する。	160 (176)	90.9%	9	33 ロコモティブシンドロームに配慮した保健指導を行う。	21 (172)	12.2%
	10	2 健診・問診データ、年齢、性別、自覚症状、既往歴・現病歴・家族歴について情報収集する。	161 (178)	90.4%	9	47 運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	21 (176)	11.9%
1日 未満	1	5 基本的なマナーで挨拶をし、保健指導の目的と支援スケジュールについて説明する。	297 (319)	93.1%	1	60 保健指導に関する研究や質の向上の取り組みを学会や雑誌に発表し、次のプログラムの開発に取り入れる。	169 (310)	54.5%
	2	25 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。	284 (317)	89.6%	2	39 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(ブリーフインターベンション)を行う。	163 (304)	53.6%
	3	44 メタボリックシンドローム改善の場合、体重の3~5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	285 (319)	89.3%	3	36 「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、短時間支援(ABR方式)を行う。	133 (310)	42.9%
	4	6 対象者の健康について、関心があり心配している気持ちを伝え、支援者として熱意のある態度で接する。	273 (319)	85.6%	4	48 必要時に適切な他の専門家や機関(病院、スポーツクラブ、料理教室など)と協力する。	90 (319)	28.2%
	5	18 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。	271 (318)	85.2%	5	58 自己の保健指導の実践の質をモニタリングする。	79 (305)	25.9%
	5	41 相手の要望を聞きながら、受け入れられやすい選択肢を示す。	270 (317)	85.2%	6	37 職場や家庭等における受動喫煙防止等禁煙環境の改善について、対象者の相談に乗る。	80 (313)	25.6%
	7	7 対象者の生活背景や価値観に配慮する。	267 (315)	84.8%	7	11 グループダイナミクスを生かした集団的支援(グループワーク等)をする。	75 (307)	24.4%
	8	27 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。	262 (319)	82.1%	8	47 運動習慣が継続するためのスポーツセンターや、禁煙外来等の社会資源を紹介する。	56 (316)	17.7%
	9	50 良くなっていることは褒めるなど、必要時フィードバックを行い、自己効力感に働きかける。	260 (318)	81.8%	9	57 保健指導実践に必要な技術(カウンセリング・コーチングなど)について研修を定期的に受ける。	48 (306)	15.7%
	10	22 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について、対象者に適切に説明する。	259 (317)	81.7%	10	9 学習効果を強化するような支援プログラムを作る(フィードバックや、練習・強化・支持を組み込むなど)。	46 (307)	15.0%

n(人数)の上段は各項目に「十分にできる」「できる」あるいは「全くできない」「できない」と回答した人数の合計。下段は、各項目の回答者数の計。集計は項目ごとに欠損値を除いて行った。