

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実用化研究事業)

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 分担研究報告書

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ている。今年度は,調査票(基礎編,計画・評価編)を用いて,特定保健指導研修会受講者,日本人間ドック学会の健診情報管理指導士・食生活改善指導士を対象に調査を行い,研修会開始前に(一部は終了時も)書面により,一部はオンラインにより回答を得た。開始前の習得度を全体と職種別に分析,保健師について保健指導経験年数別に分析した。基礎編については,開始前と終了時の習得度変化を分析,禁煙,節酒についての強化プログラムと通常プログラムを比較した。

基礎編は2,070人の調査結果を得た。「健診結果から身体変化と生活習慣との関連を説明」,「生活習慣の改善点を対象者と考える」,「たばこと生活習慣病の関連を説明」は習得度が高く,「問題飲酒のスクリーニングテストを使った適正飲酒支援」,「禁煙支援マニュアルに基づく標準的支援」,「同マニュアルに基づく短時間支援」の習得度は低かった。職種別では,医師は全体に習得度が高いと回答したが「継続支援」に関しては低く,保健師は「行動変容ステージ,ライフスタイルから対象者をアセスメント」,管理栄養士は「食行動目標と減量効果の関連」等について習得度が高かった。経験年数が長い群では全ての項目の習得度が有意に高かった。終了時の習得度を開始時と比較すると,全項目の習得度が有意に向上していた。強化プログラムではより大きな効果がみられた。

計画・評価編は565人の調査結果を得た。基礎編に比較して全体に習得度が低く,特に事業全体の評価・プロセス評価に関する項目や保健事業に社会資源を活用することに関して習得度が低かった。職種間で習得度の上位・下位項目に明らかな違いは見られなかった。経験年数が長いと全項目で習得度が高かったが,「事業全体の評価」,「評価結果を事業改善につなげる」,「社会資源の活用」に関しては群間有意差が見られなかった。

保健指導者の知識・スキルは項目により差があり,職種,経験年数等に影響を受けることが明らかとなった。強化プログラムにより,習得度の高まりがみられた。研修会の企画において,対象者特性を考慮すること,さらなる習得が必要な項目を内容に盛り込むことが必要であると考えられた。

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に関する調査を実施し、全体として習得度の高い項目・低い項目を明らかにするとともに、職種別の習得度の差を検証した。一部の結果については、保健指導者の保健指導経験年数による差についても検討した。

研修会開始前と終了時の習得度変化を分析、「禁煙」あるいは「節酒」の強化プログラムにおける習得度変化を通常プログラムと比較した。

B. 研究方法

【調査の実施方法】

昨年度、当研究班で作成した特定健診・保健指導研修会調査票（基礎編）、特定健診・保健指導研修会調査票（計画・評価編）を用いた。基礎編は制度やしきみ、評価・改善に関すること、食事、身体活動、禁煙、節酒、対応困難例に関する29問、計画・評価編は全9問から構成された（図表1、図表2）。

各研究者が主催した、あるいは講師を担当した特定保健指導研修会（基礎編、計画・評価編）受講者、日本人間ドック学会の健診情報管理指導士・食生活改善指導士を対象に調査を行い、研修会開始前に（一部は終了時にも）書面により、健診情報管理指導士の一部はオンラインにより回答を得た。

回答者の属性として、性別、年代、職種、保健指導経験年数を尋ねた。「保健指導経験年数」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、習得度を、1（低い）・2（やや低い）・3（やや高い）・4（高い）の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。

【分析方法】

回答者の属性については、性別、年代、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）、保健指導経験年数を調べた。

研修開始前の習得度が「4」あるいは「3」と回答したものの合計を「習得度が高い」とし、習得度が高い項目の順位を全体あるいは職種別（医師、保健師、管理栄養士）に調べた。保健師については、保健指導経験年数4年未満群と4年以上群に分類し、研修開始前の習得度を比較した。

基礎編については、さらに保健師を対象として研修会開始前と終了時の習得度変化を分析、一部の研修会において「禁煙」あるいは「節酒」について、それぞれの専門家による講義・演習を行い（強化プログラム）、それ以外のプログラム（通常プログラム）と研修前後の習得度変化を比較した。

各項目について回答がなかったもの、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。

C. 研究結果

【基礎編調査結果】

2,070人の調査結果を得た。性別では女性が84.8%、年代では30歳代が最も多く31.0%、次いで40歳代（26.5%）、50歳代（20.9%）であった。職種については、保健師が最多で40.9%、次いで管理栄養士（23.0%）、医師（22.4%）であった。

1 習得度が高い項目、低い項目（全体）

研修開始前の「習得度が高い割合」の上位5項目は以下の通りであった（図表3）。

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（以下、健診結果と生活習慣の関連）：71.6%

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考えることができる（何から改善するか考える）：69.4%

3. たばこと生活習慣病の関連が説明できる：63.4%

4. アルコールと生活習慣病の関連が説明できる：61.7%

5. 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（目的とスケジュール）：59.3%

一方、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を使って、適正飲酒の支援（ブリーフインターベンション）ができる（AUDIT）：14.8%

2. 「禁煙支援マニュアル（第二版）」に基づき、標準的支援ができる（ABC方式）：17.0%

3. 「禁煙支援マニュアル（第二版）」に基づき、短時間支援ができる（ABR方式）：17.2%

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（集団的支援）：19.7%

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（運動生理学）：22.3%

1 習得度が高い項目、低い項目（職種別）

医師（n=464）、保健師（n=847）、管理栄養士（n=480）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、図表5、図表6）。

全体の傾向と比べて特徴のあった点として、医師は全体に習得度が高いと回答したが、「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）」の習得度が低かった。保健師は、「目的とスケジュール」、「行動変容ステージ、ライフスタイルから対象者をアセスメント（対象者のアセスメント）」の習得度が高かった。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）」や、「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ことができる（食生活改善に関する具体策の提案）」、「代謝の調整とエネルギー・

栄養素、食品との関連が説明できる（代謝調整とエネルギー等との関連）」について習得度が高い一方で「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、相談に乗ることができる（受動喫煙防止等禁煙環境の改善）」の習得度が低かった。

2. 保健指導経験年数別の分析（保健師）

保健指導経験年数について回答の得られた保健師を4年未満群（n=254）と4年以上群（n=350）に分類し、研修開始前の習得度を比較した。保健指導経験年数4年以上群において、全項目で習得度が高いと回答した割合が高く、群間有意差がみられた（図表7）。

3 研修会開始前と終了時の習得度変化（保健師）

研修会開始前と終了時に回答を得られた保健師（n=512）を対象とし、習得度を前後比較した結果、全ての項目の習得度が終了時に有意に向上していた（図表8）。「習得度が高い割合」が終了時に特に高まった項目は、「ABC方式（研修前の4.3倍）」、「ABR方式（4.0倍）」、「AUDIT（3.6倍）」であった。

3 「禁煙」、「節酒」の強化プログラムと通常プログラムにおける習得度変化比較（保健師）

保健師を対象に、「禁煙」に関する強化プログラムを受講した群（n=154）と通常プログラム受講群（n=108）の研修前後の習得度変化を比較した。両群においてたばこあるいは禁煙に関する全項目の習得度が終了時に向上していたが、強化プログラムではより大きな効果がみられた（図表9）。

同様に、保健師を対象に「節酒」に関する強化プログラム受講群（n=216）と通常プログラム（n=179）の習得度変化を比較した結果、両群において終了時に有意に習得度が向上していたが、強化プログラム群ではより習得度の向上がみられた（図表10）。

【計画・評価編調査結果】

565人の調査結果を得た。性別では女性が81.1%、年代では40歳代が最も多く35.0%、次いで30歳代(33.2%)、50歳代(15.4%)であった。職種については保健師が最多で(56.3%)、次いで事務職(22.7%)、管理栄養士(14.5%)であった。

1 習得度が高い項目、低い項目(全体)

計画・評価編は、基礎編に比べて全体的に習得度が低かった。「習得度が高い割合」の上位3項目は以下の通りであった(図表11)。

1. 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%
2. 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%
3. 保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる：26.4%

一方、下位3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(社会資源と実施体制)：14.3%
2. 費用対効果や最終評価から、事業全体(事業全体評価)：16.6%
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：19.2%

1 習得度が高い項目、低い項目(職種別)

保健師(n=280)、管理栄養士(n=74)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12、図表13)。上位・下位項目ともに、職種間で内容に明らかな違いは見られなかった。

2. 保健指導経験年数別の分析(保健師)

保健指導経験年数について回答の得られた保健師を4年未満群(n=153)と4年以上群(n=127)に分類し、研修開始前の習得度を比較した(図表14)。全項目で保健指導経験年数4年以上群において習得度が高いと回答した割合が高かったが、「事業全体評価」、「評価

結果を事業の改善につなげることができる(評価結果を改善に)」、「社会資源と実施体制」については、群間有意差がみられなかった。

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・スキルについての習得度に関する調査を実施した。これまでに基礎編2,070人、計画・評価編565人の調査票を回収、分析した。

基礎編の調査結果から「健診結果と生活習慣の関連」や「何から改善するか考える」は習得度が高いが、「集団的支援」の習得度は低く、個別支援よりグループワーク等の集団的支援の習得度が低い傾向が見られた。分野別にみると、「AUDIT」、「ABR方式」、「ABC方式」といった具体的な節酒支援、禁煙支援については習得度が低かった。「運動生理学」についても習得度が低く、今後習得が必要な項目と考えられた。

職種別の分析では、職種間で習得度に差がみられた。具体的には、医師は全体に習得度が高いと回答し、特に「身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる」の習得度が高い特徴があったが、「継続支援」の習得度が低かった。保健師は、「目的とスケジュール」、「対象者のアセスメント」の習得度が高かった。管理栄養士は「食行動目標と減量効果」や、「食生活改善に関する具体策の提案」、「代謝調整とエネルギー等との関連」等食事に関する項目について習得度が高い一方で「受動喫煙防止等禁煙環境の改善」の習得度が低かった。所属内勉強会の内容について、医師は知識学習型が多く、保健師はケースカンファレンス等の実践型の勉強会の実施割合が高いとの報告がある³⁾。職種間の習得度差には、教育背景が異なることに加え、職場内研修(On the Job Training: OJT)の内容も影響を与える可能性があると考えられた。

保健師の経験年数別分析では、基礎編の全項目で経験年数が長い群において習得度が高

いと回答した人の割合が有意に高く、保健指導技術に関しては、保健指導経験を積むことにより習得度が高まっていると考えられた。

習得度を研修会前後で比較した結果、全ての項目の習得度が終了時に有意に向上していた。「ABC方式」、「ABR方式」、「AUDIT」等研修前に習得度が低い項目において特に大きな向上がみられた。「禁煙」あるいは「節酒」の専門家による講義・演習を取り入れた強化プログラムでは通常プログラムに比較して、より大きな習得度向上効果がみられ、有効性が確認された。

計画・評価編については、基礎編に比べて全体的に習得度が低く、職種間で習得度の上位・下位項目に明らかな違いは見られなかった。

保健師の経験年数別分析では、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かったが、「社会資源と実施体制」、「事業全体評価」、「評価結果を改善に」については、群間有意差がみられなかった。保健指導の計画・評価については保健指導経験の長短に依存しないと考えられた。また、保健事業に社会資源を活用するという視点が十分とはいえず、保健指導において活用可能な社会資源の種類や、活用するための条件等について部局横断的に情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができることが求められると考えられた。

研修後に習得度の高まりがみられ、強化プログラムではより大きな向上効果がみられたことから研修の有効性が確認された。習得度は項目により高低差があり、職種や保健指導経験年数により差がみられたことから、研修会の企画において対象者特性を考慮すること、さらに習得が必要な項目を内容に盛り込むことが必要であると考えられた。

現在の調査票は質問項目が多く汎用化が難しいため、今後は内容を精査し重要な項目に絞り込むこと、客観的評価との突合を加えることにより、保健指導スキル評価の標準化をめざしたい。

E. 結論

保健指導者の知識・スキルについての習得度に関する調査を実施した。調査結果をもとに保健指導スキル評価を標準化・汎用化し、特定保健指導研修の標準化に活用していきたい。

[引用文献]

- 1) 和田高士, 山門 實, 津下一代, 他. 特定保健指導の指導者・施設の課題, 指導者教育訓練手法の分析. 日本人間ドック 29: 509-514, 2014

F. 研究発表

(原著)

- 1) Sakane N, Sato J, Tsushita K et al. Effect of baseline HbA1c level on the development of diabetes by lifestyle intervention in primary healthcare settings: insights from sub analysis of the Japan Diabetes Prevention Program. *BMJ Open Diabetes Research and Care*. 2014; 2:000003. Doi:10.1136/bmjdr-2013-000003
- 2) Murakami H, Tripette J, Miyachi M et al. "Add 10 min for your health": the new Japanese recommendation for physical activity based on dose-response analysis. *J Am Coll cardiol*, In Press, 2014.

(総説)

- 1) 津下一代. 肥満症の予防・治療の効果. 日本医師会雑誌 143(1): 49-53, 2014
- 2) 津下一代. 特定健診・特定保健指導 到達点と今後の方向性. 医学のあゆみ 250(9): 637-640, 2014
- 3) 津下一代, 村本あき子, 加藤綾子, 他. 成果につなげる特定健診・特定保健指導ガイドブック. 中央法規 2014

- 4) 津下一代編著．困った患者の生活習慣指導．日本医事新報 2014. 10月号
- 5) 村本あき子，津下一代．ストップ ザ 肥満症：生活習慣介入．臨床と研究 91(6)：741-746，2014
- 6) 村本あき子，津下一代．メタボリックシンドローム．臨床栄養実践ガイド．中外医学社 107-111，2014
- 7) 村本あき子，津下一代．特定健診・特定保健指導と行政的な取り組み．月刊糖尿病 6(8)：81-88，2014
- 8) 村本あき子，津下一代．肥満症の治療の実際 - 生活習慣介入 - ．臨床と研究 91(6)：25-30，2014
- 9) 中村正和．講座 禁煙を科学する メタボリック症候群と禁煙．呼吸，33(4)：353-359，2014
- 10) 中村正和．禁煙支援．足立淑子編：ライフスタイル療法 - 生活習慣改善のための行動療法(第4版) 医歯薬出版 56-63，2014
- 11) 真栄里仁，樋口進：女性の飲酒をめぐる状況と職域での対応．産業医学ジャーナル 37：14-19，2014
- 12) 宮地元彦：次期改定に向けての課題と必要なエビデンス，特集「新しい身体活動基準・アクティブガイドをめぐる」臨床スポーツ医学 31(1)：74-77，2014
- 3) 津下一代，佐野 喜子，太田 智美，小津 寛子，木村 朗，南本 素子，伊藤 薫．ワークショップ．家庭・社会における特定健診から得られた肥満症対策～生活習慣病改善指導士の活動から．第 35 回日本肥満学会，2014 年 10 月，宮崎
- 4) Maesato H，Watanabe K，Matsumura K，Tsushita K．Survey of measures taken against alcohol related problems at the municipal level. The 16th International society of Addiction Medicine Annual Meeting. 2014，Yokohama
- 5) Hayashi F，Okuyama M，Takemi Y et al. Efficacy of the Diet-Lifestyle Support Guide on body weight in the Specific Health Guidance Program. Academy of Nutrition and Dietetics 2014 Food and nutrition Conference & Expo. Atlanta，USA，2014
- 6) 村本あき子，松下まどか，津下一代．肥満を伴う血糖高値例において検査値を改善するのにどれくらいの減量が有効か．第 57 回日本糖尿病学会，2014 年 5 月，大阪

G. 知的所有権の取得

なし

H. 健康危険状況

なし

(学会発表)

- 1) 津下一代，和田高士．厚労科研セッション 第 55 回日本人間ドック学会学術大会，2014 年 9 月，福岡
- 2) 津下一代，武見ゆかり，村本あき子，六路恵子，中村正和，杉田由香里．シンポジウム 特定保健指導において，専門職の“保健指導力”をいかに高めるか．第 73 回日本公衆衛生学会，2014 年 10 月，栃木

図表1

特定健診・保健指導研修会調査票(基礎編) 質問項目

1 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	制度 し く み	14 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ことができる	食事
2 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ができる		15 設定した食行動の目標を実施すれば、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	
3 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		16 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	身体活動
4 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から改善することが可能か対象者ととも考えることができる		17 身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる	
5 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ができる		18 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ができる	
6 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		19 運動に関するリスクマネジメントができる	
7 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		20 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	禁煙
8 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ができる	21 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できる		
9 行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応ができる(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)	対 応 困 難 例	22 たばこと生活習慣病の関連が説明できる	禁煙
10 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できる		23 「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	
11 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できる		24 「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	
12 食行動と食事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	食 事	25 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、相談に乗ることができる	節 酒
13 代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明できる		26 アルコールと生活習慣病の関連が説明できる	
		27 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)ができる	評 価 改 善
	28 保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる		
		29 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	

図表2

特定健診・保健指導研修会調査票(計画・評価編) 質問項目

- 1 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
- 2 保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる
- 3 集団全体において、健康課題を分析することができる
- 4 健康課題から事業計画を立てることができる
- 5 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
- 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)
- 7 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
- 8 評価結果を事業の改善につなげることができる
- 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

図表3

基礎編1- 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合(全体、n=2,070)

	(%)
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	71.6
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	69.4
たばこと生活習慣病の関連が説明できる	63.4
アルコールと生活習慣病の関連が説明できる	61.7
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	59.3
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ができる	55.9
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ができる	54.9
身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる	53.4
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	51.3
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ことができる	49.9
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	48.2
行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応ができる(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)	44.1
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できる	41.7
代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明できる	41.2
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できる	38.2
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ができる	36.4
食行動と食事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	36.2
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できる	35.1
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ができる	35.0
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	35.0
保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる	34.1
運動に関するリスクマネジメントができる	33.8
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、相談に乗ることができる	33.2
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	31.0
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	22.3
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	19.7
③「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	17.2
②「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	17.0
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(ブリーフインターベンション)ができる	14.8

「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4

基礎編1- 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合(医師、n=464)

	(%)
たばこと生活習慣病の関連が説明できる	84.0
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	80.8
アルコールと生活習慣病の関連が説明できる	78.7
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	71.5
身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる	70.0
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ができる	54.4
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、相談に乗ることができる	52.7
運動に関するリスクマネジメントができる	51.3
行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応ができる(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)	49.1
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できる	49.1
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ができる	45.8
代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明できる	44.5
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できる	43.4
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	42.7
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ことができる	42.2
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	41.1
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	39.8
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できる	38.8
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	36.0
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	35.7
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ができる	35.5
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ができる	35.0
食行動と食事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	32.8
保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる	32.2
⑤「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	30.8
④「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	30.5
③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	26.2
②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	22.1
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(ブリーフインターベンション)ができる	21.5

「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5

基礎編 1- 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合(保健師、n=847)

	(%)
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	73.4
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ことができる	72.9
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	71.9
たばこと生活習慣病の関連が説明できる	66.1
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ができる	64.3
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ができる	61.3
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	61.3
アルコールと生活習慣病の関連が説明できる	58.4
身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる	54.3
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	51.4
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ことができる	47.4
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できる	44.4
行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応ができる(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)	42.5
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できる	40.0
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ができる	40.0
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ができる	38.8
保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる	36.6
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	35.7
運動に関するリスクマネジメントができる	32.7
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、相談に乗ることができる	32.1
食行動と食事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	31.0
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	30.0
代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明できる	28.3
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できる	22.5
⑤ 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	18.7
④ 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	16.4
③ 「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	15.2
② 「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	15.0
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(ブリーフインターベンション)ができる	12.6

「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6

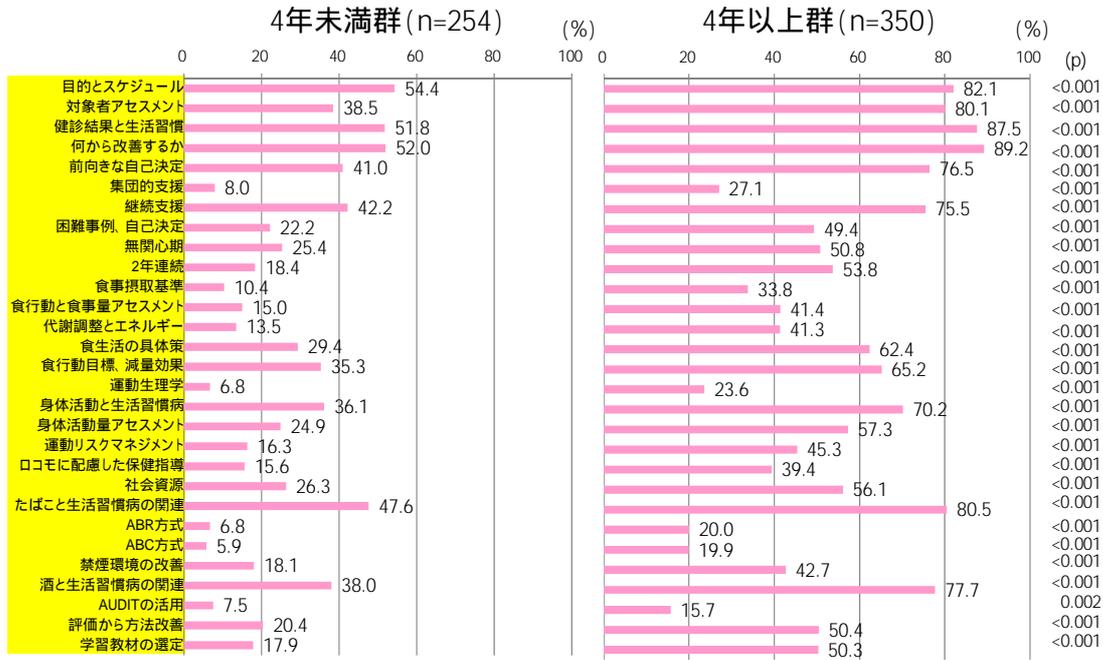
基礎編 1- 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合(管理栄養士、n=480)

	(%)
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	76.2
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考えることができる	74.6
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	72.3
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ことができる	71.9
代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明できる	69.6
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	65.0
アルコールと生活習慣病の関連が説明できる	64.2
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ができる	60.9
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ができる	59.4
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	57.9
食行動と食事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	56.8
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できる	56.2
行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応ができる(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)	50.7
たばこと生活習慣病の関連が説明できる	48.9
身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる	47.1
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できる	44.0
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	41.0
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ができる	40.2
保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる	39.6
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できる	36.5
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ができる	31.3
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	28.7
運動に関するリスクマネジメントができる	25.3
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	21.9
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	21.8
④ 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、相談に乗ることができる	18.9
③ 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)ができる	13.1
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	8.4
① 「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	8.4

「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7

基礎編 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

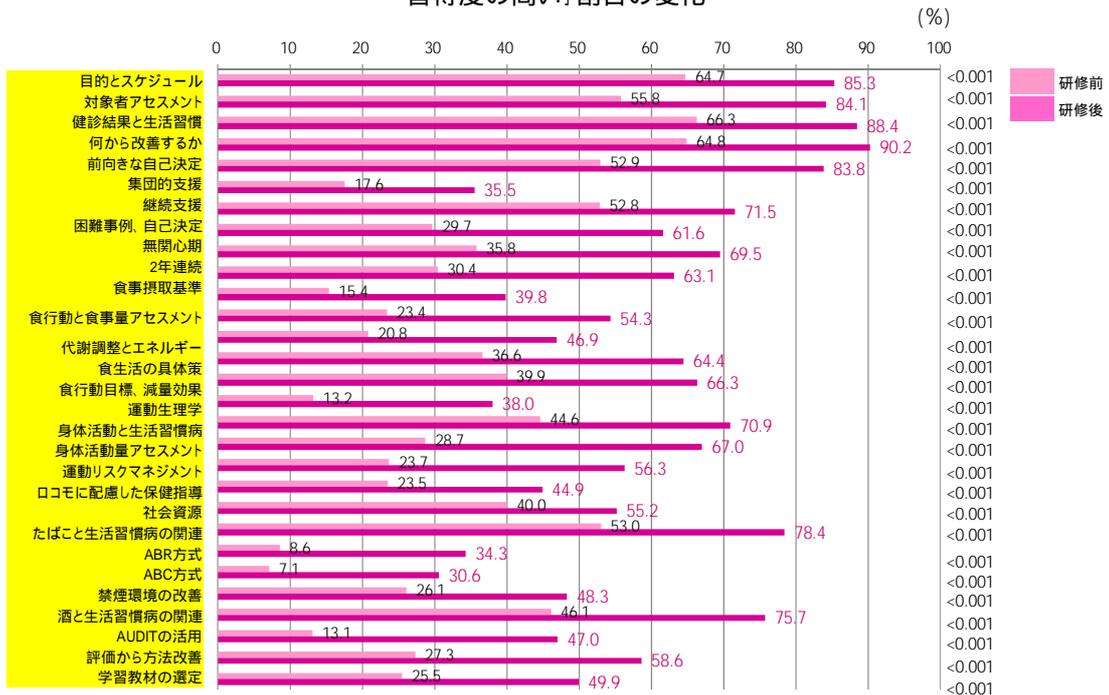


検定。欠損値は項目ごとにのぞいて解析。
「4:高い」あるいは「3:やや高い」と回答した者の合計を「習得度が高い」とした。

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人の割合が高く、群間有意差がみられた。

図表8

基礎編 3- 研修会開始前・終了時の習得度変化 (保健師、n=512) 「習得度の高い」割合の変化



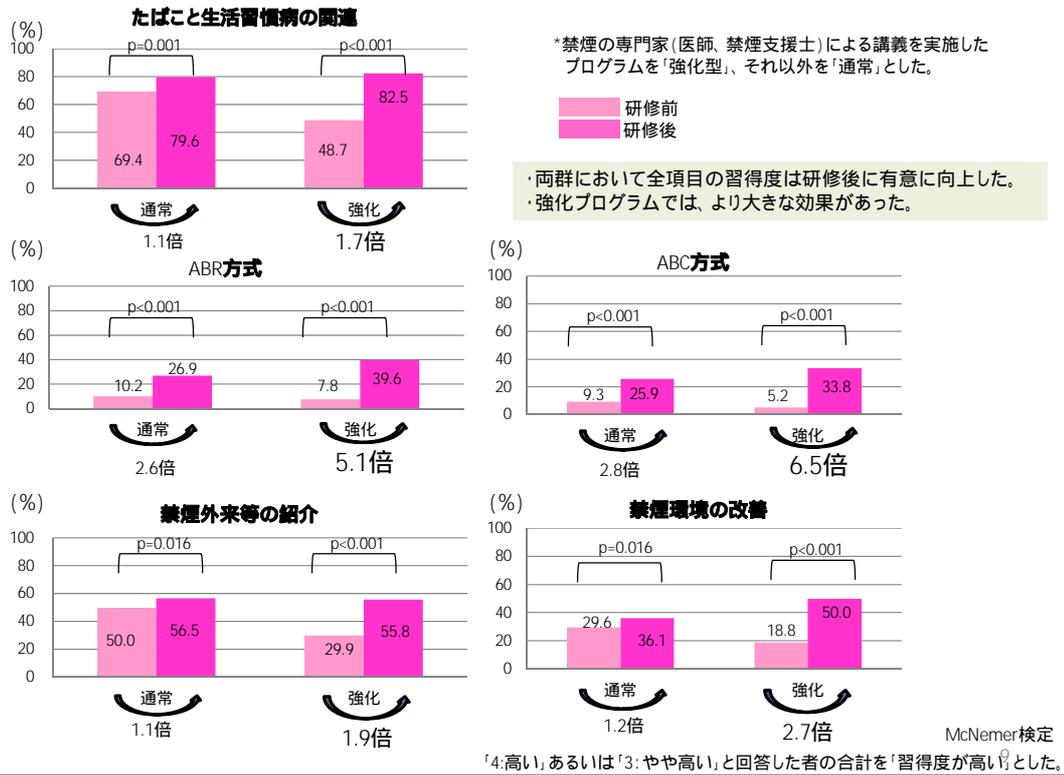
McNemer検定。欠損値は項目ごとにのぞいて解析

「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。

全項目において、研修終了時には開始前と比較して習得度が有意に向上した。

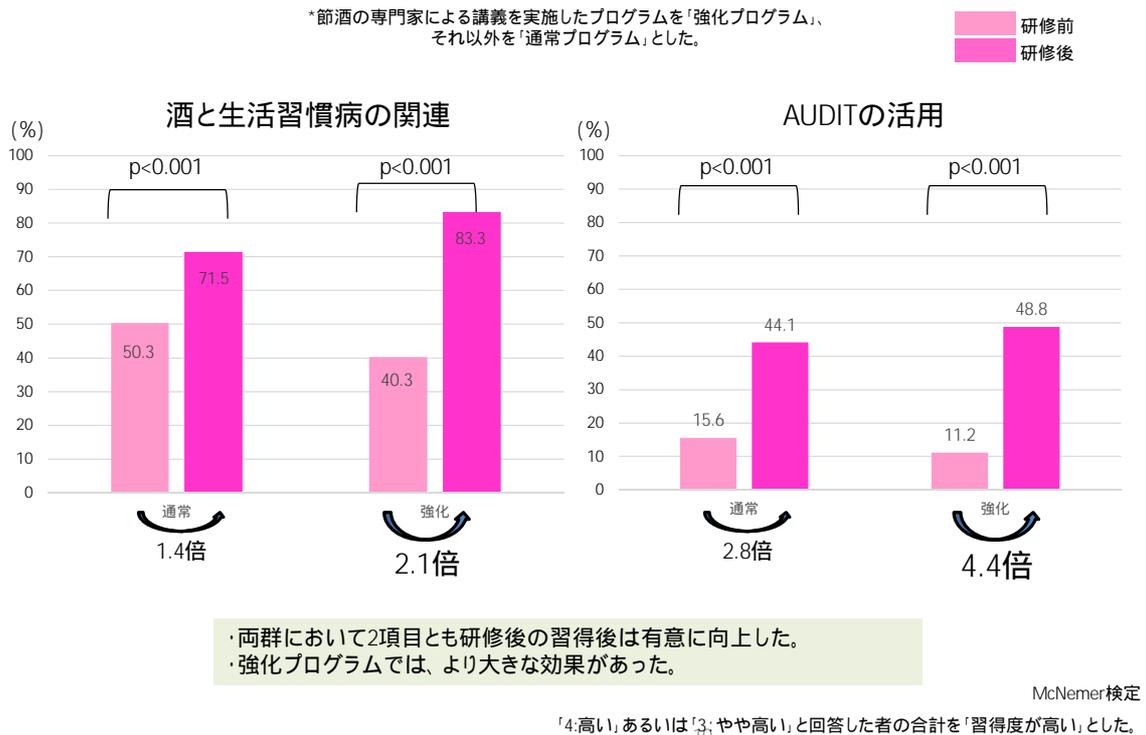
図表9

基礎編 3- 「禁煙」 研修前後の習得度変化(保健師) 習得度が高い人の割合:通常(n=108)と強化*(n=154)プログラムの比較



図表10

基礎編 3- 「節酒」 研修前後の習得度変化(保健師) 習得度が高い人の割合:通常(n=179)と強化*(n=216)プログラムの比較



図表11

計画・評価編 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- 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

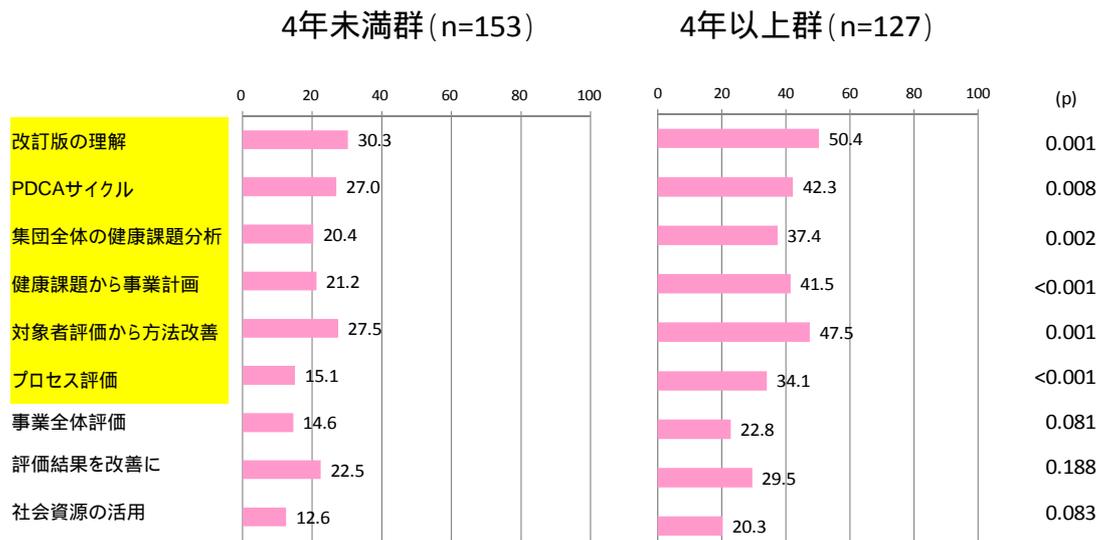
計画・評価編 1- 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (管理栄養士: n=74)

	(%)
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



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。