

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  
(H25-循環器等-(生習)-一般-028)

**平成25年度 総括・分担研究報告書**

**研究代表者 津下 一代**

**平成 26(2014)年 3月**

# 目 次

<b>I . 総括研究報告</b>	津下一代 …… 1
<b>・ 分担研究報告</b>	
1 ) 都道府県及び都道府県国民健康保険連合会による、市区町村における特定健診・保健指導等の保健事業の充実に向けた支援に関する実態	杉田由加里、横山徹爾、他 …… 13
2 ) 保健指導機関における保健指導スキル評価と対策	村本あき子、津下一代、他 …… 19
3 ) 日本人間ドック学会研修会参加者の課題分析	和田高士 …… 41
4 ) 管理栄養士・栄養士の保健指導に関するコンピテンシーの測定および研修教材の作成	林芙美、武見ゆかり、他 …… 46
5 ) 特定保健指導研修における身体活動・運動支援コアスライドの作成	宮地元彦 …… 54
6 ) 禁煙支援に関する指導者教育と評価に関する研究	中村正和、他 …… 57
7 ) アルコールに関する指導者教育と評価研究に関する研究	真栄里仁、他 …… 71
8 ) 『保健指導研修企画者・アドバイザーワークショップ』の実施報告	津下一代、他 …… 76
<b>・ コアスライド集</b>	…… 85
健診結果のフィードバック・受診勧奨、食生活支援についてのコアスライド、 アクティブガイドを活用した特定保健指導、健診や保健事業の場で短時間でできる禁煙支援、 飲酒のリスクと節酒支援のポイント	
<b>・ 研究成果の刊行に関する一覧表 刊行物・別刷</b>	…… 141
ホームページ	…… 258
標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）英訳 第 2 編 健診 （別添）健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック）文例集	…… 259

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**

**総括報告書**

研究代表者 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）

**研究要旨**

特定健診・特定保健指導では個人のリスクに応じた保健指導の充実（生活習慣改善、重症化防止）、対象者の身体状況や生活環境、意欲等に応じた支援ができる保健指導者が求められている。そのため全国で研修会が実施されているが、研修の課題を分析し、対応策を検討した研究は少ない。

そこで本研究班では、国、都道府県、医療保険者、学会、保健指導機関等が実施している研修の課題を分析、より効果的な方法について検討する。また、保健指導者の意欲・知識・技術の変化、保健指導効果、国民への波及効果について評価できる指標の設定をおこない、その結果から保健指導者の特性分析をおこなう。本年度は、都道府県・国保連、日本人間ドック学会による研修の実態調査、保健指導者の知識・スキルについての習得度・認知度調査を実施した。保健指導スキルや自信度は、職種、施設、経験年数、市町村などの間で差が大きくなってきているため、対象者特性を把握し、ニーズに合った研修を行う必要がある。また研修の企画にあたって外部アドバイザーの必要性も要望として挙がってきている。研修の標準化をはかり、地域ごとのアドバイザーを育成する目的で、研修のためのコアスライドを作成した。e-learning等、新しい手法やOJTの活用など、継続的な研修の在り方についても検討した。

**分担研究者**

宮地元彦（国立健康・栄養研究所）  
中村正和（大阪がん循環器病予防センター）  
真栄里仁（久里浜医療センター）  
杉田由加里（千葉大学大学院看護学研究科）  
横山徹爾（国立保健医療科学院）  
和田高士（東京慈恵会医大、日本人間ドック学会）  
村本あき子（あいち健康の森健康科学総合センター）  
林 芙美（千葉県立保健医療大学）

**研究協力者**

武見ゆかり（女子栄養大学）

六路恵子（全国健康保険協会）

**A. 研究目的**

健康日本21（第2次）の目標達成に向け、循環器疾患や糖尿病の予防体制の充実、身体活動量増加対策が不可欠である。特定健診・特定保健指導では個人のリスクに応じた保健指導の充実（生活習慣改善、重症化防止）、対象者の身体状況や生活環境、意欲等に応じた支援ができる保健指導者が求められている。新たに発出された「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」、「健康づくりのための身体活動基準2013」をその根拠

を含めて十分に理解し、現場で活用できる保健指導者の育成が不可欠であり、そのための研修の充実は喫緊の課題である。とくに情報提供の在り方、禁煙、節酒、身体活動については大幅に加筆されており、指導者への普及を急ぐ必要がある。

特定保健指導では制度開始当初より研修ガイドラインが定められ、保健指導者の能力として以下の事項が実践できることを求めている。

### 健診・保健指導実施者が有すべき能力

- (標準的な健診・保健指導プログラム改訂版より)
- (1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき、行動変容に結びつけられる
  - (2) 対象者との信頼関係を構築できる
  - (3) 個人の生活と環境を総合的にアセスメントする
  - (4) 安全性を確保した対応を考えることができる
  - (5) 相談・支援技術  
    カウンセリング的要素を取り入れた支援  
    認知行動療法的手法、コーチングの手法等を取り入れた支援  
    個々の生活習慣の改善のための具体的な技術
  - (6) 個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる  
    栄養・食習慣についての専門知識  
    身体活動・運動についての専門知識  
    たばこについての専門知識  
    アルコールについての専門知識
  - (7) 学習教材を開発する
  - (8) 活用可能な社会資源に関する情報収集を行う

これらの要求を満たすため、国、都道府県、医療保険者、学会等において、図のような体系のもとに研修会が実施されてきた。しかし制度開始当初は一律の伝達講習で一定程度の効果が認められたが、この5年間の取組みにより、学習者のニーズの多様化、研修会への要求の高度化が求められている。また、研修の評価については十分検証

されておらず、研修効果を測定する指標の確立も必要であると考えられた。

そこで本研究班では、国、都道府県、医療保険者、学会、保健指導機関等が実施している研修の課題を分析、課題を抽出し、解決策を検討することとした。また、保健指導者の意欲・知識・技術の変化、保健指導効果、国民への波及効果について、汎用性のある評価指標の設定を試みた。

各都道府県、学会等で標準的な研修が行われるよう、第二期の改正点を中心としたコアスライドを作成、ホームページを立ち上げてこれらの情報がどこでも利用可能な環境を整えることとした。本稿では1年目の取組みについて報告する。

## B. 研究方法

### 1) 都道府県及び国保連による研修についての実態調査

都道府県の生活習慣病対策主管部(局)、都道府県国保連の保健事業担当課にて、研修等、市区町村の特定健診・保健指導等の保健事業への支援を実施している担当者に対し、郵送にて記名式アンケート調査を実施した。内容は研修の立案、運営、評価等について現状と課題、要望等についてである。

### 2) 保健指導機関における保健指導スキル評価と対策

- 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：特定保健指導等に関する研修会、専門職種の研修会等にて、アンケート調査を実施、2,194人の回答を得た。
- 分析：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、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。

### 3) 日本人間ドック学会研修会参加者の課題分析

上記の調査票に加え、研修会へのアンケート、OJTの状況、職場における役割等について尋ねるアンケートを、インターネットを用いて実施、回答を機関の状況や職場での役割等の観点から分析した。

### 4) 管理栄養士・栄養士の保健指導に関するコンピテンシーの測定

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、栄養ケア・ステーション特定保健指導登録者名簿の提供を受け、保健指導に関するアンケートをおこなった。基本属性6項目、保健指導経験に関する3項目、管理栄養士の基本コンピテンシー4項目、保健指導に関するコンピテンシー60項目、制度・プログラムに関する認知度5項目で構成した。

### 5) eラーニングの開発と効果に関する検討

インターネットを通じた禁煙支援・治療のための指導者トレーニングプログラムを用いて指導者研修を行い、その使い勝手と効果、さらに効果に関連する要因を分析した。学習修了者を対象に、学習後にプログラムに対する指導者の評価(興味、学習の難易度、学習期間、学習量、操作性、知人への紹介についての6項目)を尋ねるアンケート調査を実施し、プロセス評価を実施した。次に、有効性評価のため、参加者にeラーニング上で学習前後にテストやアンケートを実施し、禁煙支援・治療に関する指導者の知識、態度、自信、行動の変化を調べた。

### 6) コアスライドの作成

第一期の成果を踏まえ、第二期の重点項目を中心としてコアスライドを作成した。具体的には、

健診結果のフィードバック・受診勧奨、食生活支援、アクティブガイドを活用した特定保健指導、健診や保健事業の場で短時間でできる禁煙支援、飲酒のリスクと節酒支援のポイントである。

### 7) ワークショップの実施

都道府県国保連合会、協会健保各支部、健康保険組合連合会、保健指導機関等の講習会企画担当者及びアドバイザーとして関与する講師等を対象とし、研修の標準化、課題に対する解決法や取り組み、講師の質の向上を図るためのワークショップを開催した。アンケート調査結果を供覧した上で、グループワークにて研修企画者の生の声を拾った。コアスライドについて各専門家より説明の後、意見聴取を行い、改善点について検討した。

### 8) 研究班ホームページの立ち上げ

研究班で調査した内容、コアスライド、研修会等の情報を全国に早く配信するため、ホームページを立ち上げた。

## C. 研究結果

### 1) 都道府県及び国保連による研修についての実態調査

○有効回答数84件(89.4%)。82カ所が研修を実施。都道府県においては、共催機関と一緒に立案することが多かった。国保連は、所属部署内の職員で立案することが多かった。両機関とも外部のアドバイザーを活用することは少ない現状であった。

○**内容**としては、保健指導スキルの向上、特定健診・保健指導に関する知識の習得に関する内容が多く、データ分析に関する知識・スキルの習得に関しては、少ない個所であるが実施されていた。また、わずかであるが、PDCAサイクルにもとづく事業運営に関する情報収集に関し、実施されていた。

- 研修の評価**としては、研修直後のアンケートの  
みが多く、一部で前後評価が行われていた。
- 研修の立案にかかるスキル**について、今まで修  
得する機会としては都道府県の35機関、国保連  
の33機関が有ると回答し、そのほとんどが保健  
医療科学院の生活習慣病対策にかかる研修で  
あった。
- 立案・運営に関する課題**としては、職種に見合  
った研修内容とすることの困難さ、グループワ  
ークの内容など、研修内容の充実に向け困難感  
を持っていた。少数意見であるが、研修の予算  
の確保の難しさや、外部のアドバイザーの確保  
の難しさを課題と捉えていた。また、市町村格  
差が生じているのを捉えており、その格差に見  
合った研修を立案することが課題と捉えていた。  
少数意見であるが、保健事業の運営におけ  
る、データ分析に基づくPDCAサイクルを実行す  
ることにまだ不慣れであることを捉えていた。

## 2) 保健指導機関における保健指導スキル評価と 対策

- 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、所属間差、保健指  
導経験年数間差がみられた。

## 3) 日本人間ドック学会研修会参加者の課題分析

- 自信度に対する職種間差：管理栄養士は医師、  
保健師に比べて有意に自信をもって行っていた。
- 施設内の勉強会：医師は知識学習型、保健師の  
実践的学習型の勉強会を有意に高く実施。
- 体制：特定保健指導マニュアルの完備で医師よ  
り保健師で有意に高スコアを示した。
- 外部の特定保健指導研修会参加：保健師は医師  
に比べ有意に研修会に参加している。
- 日本人間ドック学会主催のブラッシュアップ  
研修会：「業務に役立つか」では医師は保健師、  
管理栄養士に比べ業務に役立つ率が低いとし  
ているものの、総じて役に立っていると結果で  
あった。
- 人間ドック学会発行のグループ支援のための  
DVD「メタボリックシンドロームと言われたら」  
の活用度は、どの職種も活用度は低く、とくに  
保健師の活用度が有意に低かった。

## 4) 管理栄養士・栄養士の保健指導に関するコン ピテンシーの測定

登録者名簿については40都道府県から回答が  
得られ(回答率85%)、18都道府県から名簿提供  
の同意を得た。その他4都道府県から直接送付の  
同意を得た。平成26年2月、22都道府県1,614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、郵送により調査協力依頼文書および調査票  
を配布した。今後は、回収、集計、および分析を  
順次行っていく予定である。

## 5) eラーニングの開発と効果に関する検討

- 3つの禁煙eラーニングプログラムに対する指  
導者の評価は概ね良好であった。
- 有効性の評価においても、3種類のプログラム  
とも禁煙治療の知識、自信、態度について有意  
な改善がみられた。行動についても学習直後の

調査であったが、5項目中、治療版、支援版で3項目、導入版で2項目において有意な改善がみられた。

## 6) コアスライドの作成

5分野についてコアスライドを作成した。作成者、協力者は「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）の策定に参加した研究者を中心としており、その概念や具体的な方法をわかりやすく伝える教材をめざし、意見交換をしながらコンパクトにまとめた。実際の研修の場面では、これらのスライドに加えて、講師自らのスライドを加えることにより、標準化と地域特性やニーズによるアレンジが可能な内容としている。

ワークショップにて研修企画者、講師等の意見を踏まえ、修正を行っている。

**健診結果のフィードバック・受診勧奨**：全員に対する情報提供、受診勧奨の考え方、健診判定値の根拠、ナショナル・データベース（NDB）を活用した性・年齢階級別の検査値平均値についてコアスライドを作成した。

**食生活支援**：エネルギーコントロールを中心に、行動科学や食環境整備の視点を組み込んだ食生活支援に関するコアスライドを作成し、標準的な研修実施に向けてテキストを付けた。

**アクティブガイドを活用した特定保健指導**：特定保健指導における不可欠な内容として、1) 初回面接での減量プラン策定、2) 生活活動も含めた身体活動支援の重要性、3) シンプルなメッセージによる目標の提示、4) 標準的な質問票を用いたアセスメント法、5) セグメント別の指導法、6) 安全な身体活動・運動実践のポイント、7) 痛みを訴える対象者に対する運動療法のポイント、8) 生活環境についての気づきを促すこと、9) 情報提供ツールについて、の9項目を挙げ、コアスライドを作成

した。研修時間には限りがあるので、20～30分程度で講習が完了する分量とすること、内容が具体的に把握できるよう、イラストや図をより多く用いることに留意した。

**禁煙支援**：健診や保健指導の場面で簡単に用いられるよう、禁煙指導の根拠、ABR方式、ABC方式の概要についてコアスライドを作成、解説書も掲載した。

**飲酒のリスクと節酒支援**：特定保健指導でのアルコール問題の理解、ならびに減酒指導に焦点を当てたスライドを作成した。

## 7) ワークショップの実施

- 研修企画の現状について、3つのテーマ（年間を通じた研修計画について、個々の研修会について、職場内の研修会について）と4つのカテゴリー（企画・運営・評価・改善工夫）を基に、グループワークを実施し、情報の共有化を図ると共に保健指導を効果的に実施できる人材のスキルアップと事業企画の評価法などの現状を把握した。
- 研修会の企画、運営について、PDCAを回した効果性の高いものにしていくために、対象者のニーズを的確に把握する方法、効果を客観的に測る物差し（指標）、効果的な実施方法についての情報提供、企画についてのアドバイスを求める声が多くあった。
- コアスライドについては、使う側の立場で忌憚のない意見が聴取できた。作成者が直接意見を聞くことで、より現状に即した内容に変更することとなった。

## D. 考察

今年度は本研究班の初年度であり、研究者間の問題意識の共有と実態調査に時間を割いた。

研修企画者については、都道府県、国保連のほぼすべてをカバーすることができた。制度開始後6年が経過し、ニーズの多様化、より実践的な内

容への要求度が高まっていることが課題として把握できた。研修企画者に対してアドバイザー的な存在が求められていること、地域で講師を確保できない悩みを解消する手立てが強く求められた。

ワークショップでは研修参加者側の保健指導機関の意見を聴取することができた。県等の集合研修に一定の情報伝達効果は期待しているものの、職場でのOJTに直結する方法の紹介、保健指導者の客観的なスキル測定と学習課題の明確化などについてのニーズが高まっている。

保健指導者のスキル、認知度は職種別、経験年数別、機関別等で多様となっており、個人に合った学習を進める必要がある。自らの達成度を把握し、適切な情報に接することができることが重要であり、eラーニングやOJTのより一層の拡充が求められる。

本研究班では、今年度作成した調査票を応用し、ホームページ上で「健康Word検定」を展開、ABC方式・ABR方式、AUDITなど認知度の低い項目については学習者の能力に合わせて情報を提供できるシステムを作成した。

また、地元の保健医療従事者、研究者等が特定保健指導研修の講師を実施できる体制づくりも急務と考えており、今年度はコアスライドを作成した。次年度、このスライドを用いて研修会を実施してもらい、課題について検討したうえでさらに使いやすくしていきたいと考えている。このような講師に対する研修会などの企画も必要と考えている。

今回の研究を通じて、各分野の専門家が繰り返しディスカッションできたのは大きな収穫であった。保健指導対象者に対してよりよい支援をできる指導者を育成するために、国や地方自治体、学会は何をすべきか、また研究者・専門家に求められる役割は何か、改めて考えることができた研究であった。

この成果を次年度以降のモデル実施につなげていきたい。

## E . 結論

特定保健指導研修に関する課題抽出、習得度・認知度調査票の作成と実施、コアスライドの作成、ワークショップの実施等を行った。各分野の専門家が独立して教材を作成するのではなく、共通の目標をもって標準化をすることも重要であると考えられた。

## F . 研究発表

- 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) 中村正和: 第4章 健康教育 第3節 禁煙支援. 中央労働災害防止協会 (編): 産業保健・産業栄養指導専門研修. 東京: 中央労働災害防止協会, p157-170, 2013.

6) 中村正和: 脂質異常症における禁煙療法. 日本臨牀, 71 (増刊号3): 516-521, 2013.

7) 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) 津下一代、村本あき子 . 特定健診2,245万人のデータを活用した、性・年齢・年齢調整後地域別データの見える化 . 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 . 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

4) 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

5) 中村正和: 禁煙治療の課題について. 第53回日本呼吸器学会学術講演会, 2013年4月, 東京.

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

7) Nakamura M: Future challenges of tobacco dependence treatment from Japanese experiences. Luncheon Seminar, APACT. August 2013, Chiba. Japan.

8) Oshima A, Masui S and Nakamura M on behalf of the J-STOP group of Japan Medical-Dental Association for Tobacco Control: J-STOP (The Japan Smoking Cessation Training Outreach Project): The Outline and Evaluation. Poster, APACT. August 2013, Chiba. Japan.

9) 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

10) 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.

- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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)
- 14) 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. 日本アルコール関連問題学会. 2013



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

**都道府県及び都道府県国民健康保険連合会による、  
市区町村における特定健診・保健指導等の保健事業の充実に向けた支援に関する実態**

杉田由加里（千葉大学大学院看護学研究科）

横山徹爾（国立保健医療科学院生涯健康研究部）

津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター）

### 研究要旨

本研究の目的は、都道府県および都道府県国民健康保険連合会（以下、国保連とする）が実施している、市区町村における特定健診・保健指導等の保健事業の充実に向けた支援の実態を明らかにし、市区町村を支援する立場の都道府県および国保連に所属する職員への研修への示唆を得ることである。

市区町村に対して実施していた研修の内容は、保健指導スキルの向上、特定健診・保健指導に関する知識の習得に関する内容が多かった。研修の評価に関しては、研修の直後のみにアンケート調査で捉えているところが多く、今後の課題と考えられた。

都道府県および国保連が今後、充実した研修を実施していくには、市区町村格差を明確に捉え、その現状に見合った研修内容を立案・実施、評価していくことが必要であり、今まで以上に関係する機関との連携や外部のアドバイザーの活用が必要であると考えられた。都道府県および国保連の職員を対象とした中央研修において、市区町村格差を捉えることができ、その現状に見合った研修を立案し、評価できるスキルを獲得できる内容を考慮していく必要性が示唆された。

### A．研究目的

平成25年4月に標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)が公表され、特定健診をスタートに、特定保健指導を含む健診後の保健事業も第2期がスタートし、より充実した事業展開が期待されている。保健事業のさらなる充実には、各自治体における創意工夫が必要であり、保健事業に従事している人材のスキル向上と共に、事業を実施していく上でのバックアップ体制の充実も必要と考える。

そこで本研究では、都道府県および都道府県国民健康保険連合会（以下、国保連とする）が実施

している、市区町村における特定健診・保健指導等の保健事業の充実に向けた支援の実態を明らかにし、市区町村を支援する立場の都道府県および国保連に所属する職員への研修への示唆を得ることとした。

### B．研究方法

#### 1．調査方法

本調査は記名式の調査とした。郵送により、文書にて依頼し、郵送または電子メールによる回答とした。

#### 2．調査期間

平成25年11月～12月であった。

### 3. 調査対象者

都道府県の生活習慣病対策主管部(局)、都道府県国保連の保健事業担当課にて研修等、市区町村の特定健診・保健指導等の保健事業への支援を実施している担当者。計94機関における94名。

#### < 倫理面への配慮 >

調査の依頼文に、回答書に記入した内容や問合せ時・提出時のメールアドレスは、本調査以外で利用することはなく、個人や所属の特定につながる内容は記号化するなど、研究の全過程をとおして個人情報の保護に努めることを明記した。合わせて、質問・意見等に対する連絡先、調査結果を報告書として報告することを依頼文に明記し、調査を実施した。

## C. 研究結果

### 1. 回収状況

有効回答数84件(89.4%)であり、都道府県45カ所(95.7%)、国保連39カ所(83.0%)であった。

### 2. 特定健診・保健指導等の保健事業に関する研修の実施状況(平成25年度)

#### 1) 研修の実施状況

82カ所が研修を実施(予定を含む)していた。その内訳は、都道府県43カ所、国保連39カ所であった。

#### 2) 研修を立案する時の方法(表1)

都道府県においては、共催機関と一緒に立案すること、ついで、所属部署内の職員で立案することが多かった。国保連は、所属部署内の職員で立案すること、ついで、共催機関と一緒に立案が多かった。両機関とも外部のアドバイザーを活用することは少ない現状であった。

#### 3) 特定健診・保健指導等の保健事業に関する研修の内容(平成25年度)

都道府県と国保連が共催で実施していることが多く、合わせて表2に示した。

保健指導スキルの向上、特定健診・保健指導に関する知識の習得に関する内容が多く、データ分析に関する知識・スキルの習得に関しては、少ない個所であるが実施されていた。また、わずかであるが、PDCAサイクルにもとづく事業運営に関する情報収集に関し、実施されていた。

#### 4) 研修の評価(表3)

都道府県および国保連とも、研修の直後にアンケートを実施し評価していることが多い現状であった。都道府県においては、研修の前後で評価することも少ないが実施されており、研修の効果を捉える考え方が充実しつつあるのがうかがえた。

#### 5) 研修の立案にかかるスキルの習得する機会

特定健診・保健指導等の保健事業に関する研修の立案にかかるスキルについて、今まで修得する機会の有無については、都道府県では35機関、国保連では33機関が有ると回答し、そのほとんどが保健医療科学院の生活習慣病対策にかかる研修に参加していた。

#### 6) 特定健診・保健指導等の保健事業に関する研修の立案・運営に関する課題(表4)

都道府県においては、研修へのニーズ把握が不十分という認識のもと、職種に見合った研修内容とすることの困難さ、グループワークの内容など、研修内容の充実に向け困難感を持っていた。少数意見であるが、研修の予算の確保の難しさや、外部のアドバイザーの確保の難しさを課題と捉えていた。

国保連においては、都道府県同様、研修のニーズ把握が不十分であるという認識のもと、市町村格差が生じているのを捉えており、その格差に見合った研修を立案することが課題と捉えていた。

都道府県、国保連とも研修の立案・運営に関するスキルを獲得できる機会が少なく、研修の立案・運営、評価に関するスキルを獲得したいという学習ニーズが明らかとなった。

7) 特定健診・保健指導等の保健事業に関する研修に参加する市区町村の職員に関する課題  
(表5)

都道府県、国保連とも、保健事業の実施内容に市町村格差が生じてきているのを捉えており、その格差を考慮した研修内容とすることが課題と捉えていた。

少数意見であるが、保健事業の運営における、データ分析に基づくPDCAサイクルを実行することにまだ不慣れであることを捉えていた。

## D . 考察

### 1 . 研修の評価方法

ほとんどの機関で実施した研修の評価を実施していたが、研修の実施直後にアンケート調査で捉えているところが多かった。研修の効果を捉える上で、研修の前後で、その研修で狙っている目的・目標に対し、受講者がどのように変化したか捉えることが必要であり、研修を評価する方法として、前後評価をしていくことの必要性が示唆された。

この前後評価をしていくには、明確な目的・目標を掲げる必要があり、ただ前後評価をじっしすれば研修を評価したことにはならず、目的・目標の設定の方法に配慮していく必要がある。

### 2 . 都道府県および国保連による市区町村の研修へのニーズ把握の必要性

研修内容をみると、保健指導スキルの向上、特定健診・保健指導に関する知識の習得といった従来からの研修内容が多数を占めていた。その一方で、保健事業の内容の市町村格差や、市

区町村の職員の研修へのニーズ把握の不十分さを捉えており、研修内容と現状との乖離を捉えているのではないかと考えられた。

特定健診・保健指導事業がスタートした当初であれば、伝えなければならない内容、獲得してほしいスキルなど研修を実施する側の考えを優先させることが必要であったと考えられるが、すでに2期目がスタートしている現状においては、明確に市町村格差を捉え、その現状に見合った研修内容を限られた予算、マンパワーの中で考えていく時期にあると考える。そのためには、今まで以上に共催機関との連携や外部のアドバイザーを積極的に自ら求めていくことが必要かつ重要であると考えられた。

### 3 . 都道府県および国保連の職員の研修の立案・運営、評価に関する学習ニーズ

上記で記した、研修の評価方法のスキル、市区町村格差に見合った研修の立案・運営、評価に関し、高い学習ニーズがあることが明らかとなった。市区町村格差を捉えることができ、その現状に見合った研修を立案し、評価できるスキルを獲得できるような、都道府県および国保連の職員に対する中央研修を今後、考慮していく必要性が示唆された。

## E . 結論

都道府県および都道府県国民健康保険連合会が実施している、市区町村における特定健診・保健指導等の保健事業の充実に向けた支援の実態を明らかにした。

市区町村に対して実施していた研修の内容は、保健指導スキルの向上、特定健診・保健指導に関する知識の習得に関する内容が多かった。研修の評価に関しては、研修の直後のみにアンケート調査で捉えているところが多く、今後の課題と考えられた。

都道府県および国保連が今後、充実した研修を実施していくには、市区町村格差を明確に捉え、その現状に見合った研修内容を立案・実施、評価していくことが必要であり、今まで以上に関係する機関との連携や外部のアドバイザーの活用、都道府県および国保連の職員を対象とした中央研修の充実の方向性が示された。

#### **F . 研究発表**

(該当事項なし)

#### **G . 知的財産権の出願・登録状況**

(該当事項なし)





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・障害因子 . 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	1 集団的支援 :73.4
	2 酒と生活習慣病 :89.3	2 AUDIT :71.8
	3 健診結果と生活習慣 :86.5	3 継続支援 :64.9
保健師 (n=431)	1 目的とスケジュール :84.4	1 AUDIT :85.3
	2 何から改善 :82.0	2 ABR方式 :81.1
	3 健診結果と生活習慣 :81.2	3 ABC方式 :80.8
看護師 (n=24)	1 健診結果と生活習慣 :58.3	1 食アセスメント、ロコモ :100.0
	2 何から改善 :54.2	ABR方式、ABC方式 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	1 ABR方式、ABC方式 :86.7
	2 何から改善 :82.3	
	3 健診結果と生活習慣 :81.9	3 AUDIT :82.3
事務職 (n=68)	1 目的とスケジュール :51.6	1 集団的支援 :97.9
	2 健康日本21 :27.0	2 継続支援 :97.6
	3 たばこと生活習慣病 :19.3	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	1 社会資源と実施体制 :79.2
	2 対象者評価から保健指導改善 :44.5	2 事業全体評価 :76.0
	3 PDCA :43.2	3 プロセス評価 :72.3
看護師 (n=11)	1 健康日本21 :50.0	1 アクティブガイド :100.0
	2 改訂版の理解 :27.3	2 禁煙マニュアル :83.3
	PDCA 対象者評価から保健指導改善	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	1 禁煙マニュアル :92.0
	2 アクティブガイド :36.0	2 社会資源と実施体制 :86.2
	3 対象者評価から保健指導改善 :34.5	3 事業全体評価 :82.8
事務職 (n=108)	1 健康日本21 :20.4	1 アクティブガイド :94.1
	改訂版の理解	2 対象者評価から保健指導改善 :93.8
	3 事業全体評価 :16.2	3 プロセス評価 :93.5

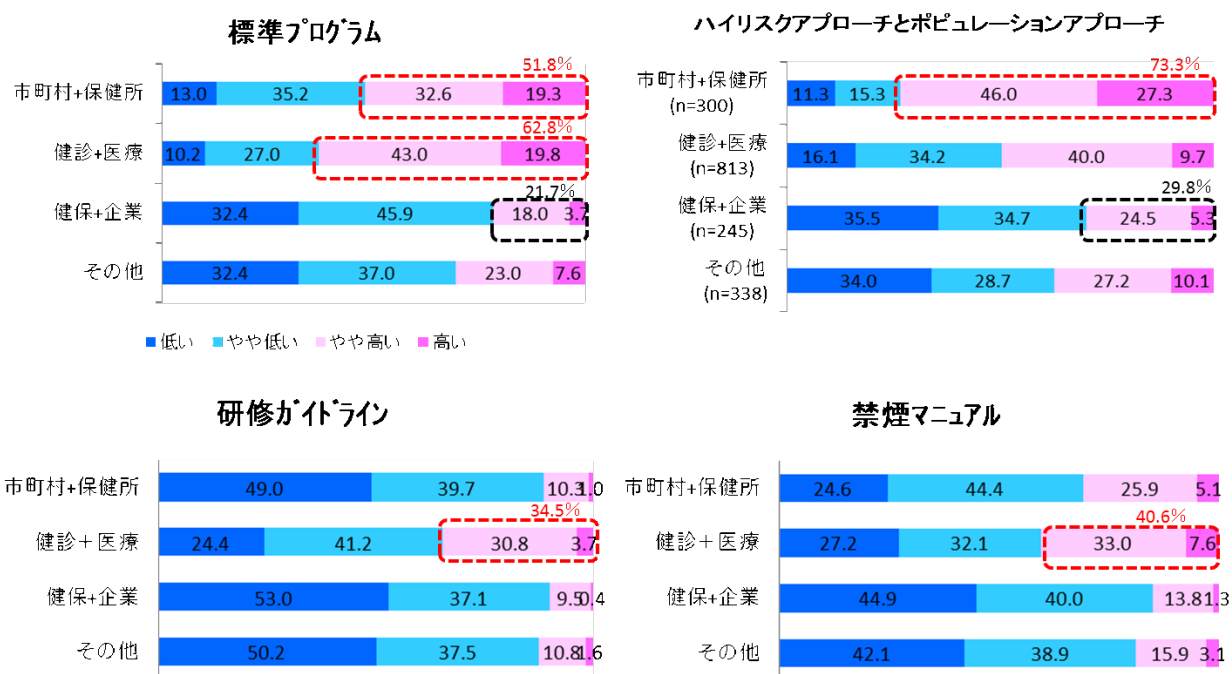
特定保健指導研修会(計画・評価編)に関する調査結果(調査票②、⑤の集計)  
10例以上の有効回答があった職種を対象とした分析

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

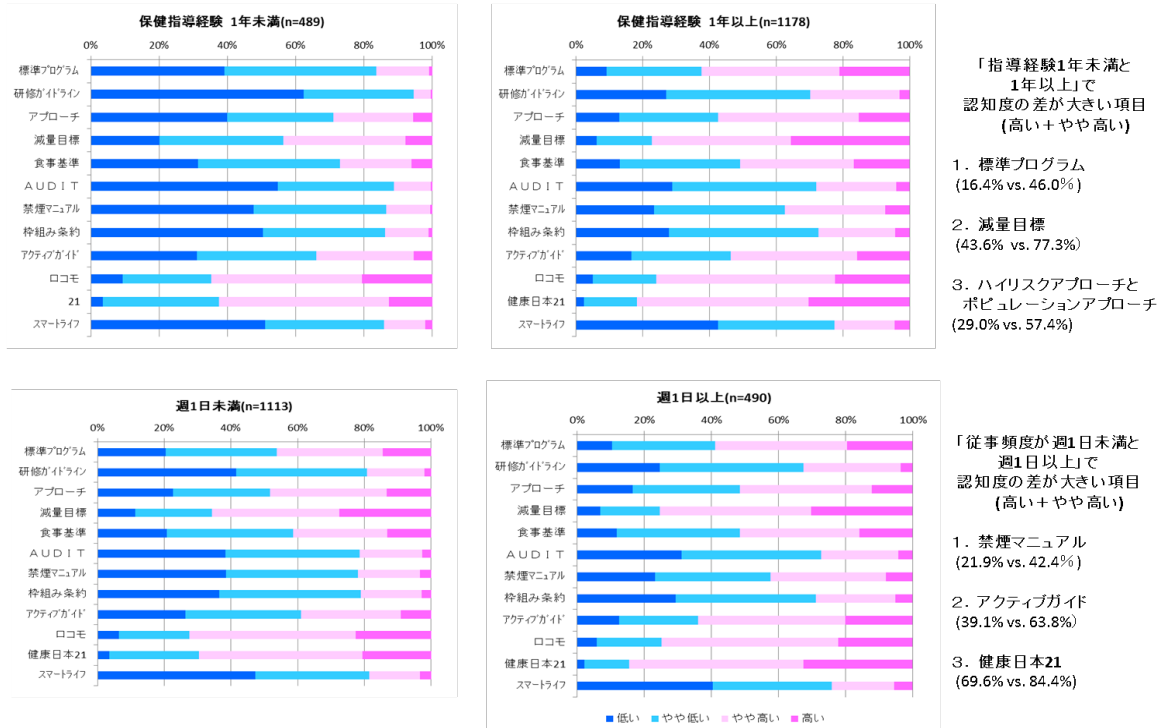
特定健診・特定保健指導、身体活動基準2013の認知度に関する調査結果(調査票③、⑥の集計)  
10例以上の有効回答があった職種を対象とした分析

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

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

## 日本人間ドック学会研修会参加者の課題分析

研究分担者 和田 高士（東京慈恵会医科大学総合健診・予防医学センター 教授）

**研究要旨** 日本人間ドック学会研修会参加者の課題分析とくに、職種別の課題の分析、教育・教育訓練手法のありかたについて検証した。

これまでの日本人間ドック学会の特定保健指導の指導者育成事業はおおむね高い評価を得ていることがわかった。ただし医師は多忙のためか、研修会への参加時間をこれ以上費やすのは難しい結果が得られた。

### A. 研究目的

日本人間ドック学会 研修会参加者に対するアンケート調査を実施、アンケート結果を分析することで、以下の検討を行う。人間ドック健診機関での特定保健指導の現状、その分析から、とくに指導者職種別での保健指導教育・教育訓練手法のありかた、問題点を抽出する。

### B. 研究方法

アンケートは、本研究班のものと、日本人間ドック学会に与えられた命題を達成するために、日本人間ドック学会独自のものを設定することとした。

まず、協力委員により独自アンケート骨子を作成し、平成25年11月13日に公募により参集した15名の日本人間ドック学会関係者による委員会を開催し、アンケート内容について審議した。独自アンケート内容は25設問（表1）とした。

平成25年12月、会員4,678名に郵送によりアンケート実施開催の知らせを行った。

平成25年12月26日から平成26年1月21日まで、インターネット上でアンケート調査（表1）を行い、640名の参加者があった。職種の内訳は、表2の4)のごとく、看護師、栄養士、その他がいずれも3名以下と、統計解析に不十分なサンプル数であるため除外した。回答枝をスコア化し（表2）設問別に、Bonferroni/Dunn検定の平均値の多重比較による分散分析を行った。医師を基準として $p < 0.05$ は\*、 $p < 0.01$ は\*\*を付記した。保健師を基準として管理栄養士間はそれぞれ<sup>+</sup>、<sup>+</sup>で示した。

（倫理面への配慮）

アンケートへの返信をもって調査協力への同意とし、無記名回答を解析・公表することを実施の際に了承を得た。解析は、日本人間ドック学会内で行われ、日本情報システム・ユーザー協会からのプライバシーマークの付与機関である。

表1 日本人間ドック学会関係者へのアンケート

1. 特定保健指導を自信をもって行なっていますか  
( 1 . 自信がない , 2 . あまり自信がない , 3 . やや自信がある , 4 . 自信がある )
2. 施設内で知識収録型の勉強会はしていますか?  
( 1 . していない , 2 . 散発的に実施 , 3 . 定期的に実施 )
3. 施設内でケースカンファレンス型の勉強会はしていますか? ( 1 . していない , 2 . 散発的に実施 , 3 . 定期的に実施 )
4. 問題解決型の相談しあう機会がありますか  
( 1 . ない , 2 . 困った事例があるときに相談できる環境がある , 3 . 定期的にある )
5. 話し合った内容を実践に活かす仕組みはありますか ( 1 . ない , 2 . 個人的に工夫している , 3 . 組織で情報共有し解決している , 4 . マニュアル化している )
6. 自施設での特定保健指導マニュアルについて  
( 1 . ない , 2 . ないが相応の仕組みがある , 3 . あるが改訂されていない , 4 . ありそしてバージョンアップしている )
7. 過去1年間に外部の特定保健指導の研修会に参加しましたか ( 1 . なし , 2 . 1回 , 3 . 2 -3回 , 4 . 4回以上 )
8. あなた自身がこれまでに特定保健指導に関して外部の研修会・学会で発表したことがありますか  
( 1 . なし , 2 . 1回 , 3 . 2 -3回 , 4 . 4回以上 )
9. 人間ドック学会発行の特定健診・特定保健指導パンフレット15点について ( 1 . まったく知らない , 2 . 知っているが活用していない , 3 . 一部活用している , 4 多く活用している )
10. 上記のパンフレットを平成25年全面改訂しましたことについてお伺いします ( 1 . 知らない , 2 . 悪くなった , 3 . 良くも悪くもなっていない , 4 . 良くなった )

11. 今後のパンフレット使用について ( 1 . まったく活用しない , 2 . あまり活用しない , 3 . できれば活用したい 4 . 積極的に活用したい )
12. 人間ドック学会発行のグループ支援のためのDVD「メタボリックシンドロームと言われたら」 ( 1 . まったく知らない , 2 . 知っているが活用していない , 3 . 時々活用している , 4 多く活用している )
13. 今後、このDVD使用について ( 1 . まったく活用しない , 2 . あまり活用しない , 3 . できれば活用したい 4 . 積極的に活用したい )
14. 現在に活用しているツールで役立っているもの・効果的と思われるツールはありますか ( 複数回答可能 ) ( 1 . 歩数計・活動量計 , 2 . 体脂肪測定器 3 . 体脂肪モデル 4 . 動脈硬化についてわかるような模型や映像など 5 . 5 . 食品、料理サンプル 6 . 特定保健指導IT支援システム 7 . 禁煙支援ITシステム )
15. 研修会の内容はいかがでしたか ( 1 . 全く良くなかった 2 . あまり良くなかった 3 . 概ね良かった , 4 とても良かった )
16. 時間数は適切ですか? ( 1 . 不足している・2 . 適切・3 . 多すぎる )
17. 難易度はいかがですか? ( 1 . 難しい , 2 . やや難しい , 3 . やや易しい , 4 易しい )
18. e-learningを用いた事前学習について ( 1 . 授業に戻したほうがよい 2 , どちらでもよい・3 , 続けてほしい )
19. e-learningによる事前学習はいかがでしたか。  
( 学習のしやすさ、理解のしやすさ等 )  
( 1 . 全く良くなかった 2 . あまり良くなかった 3 . 概ね良かった 4 . とても良かった )
20. 実践 ( 演習 ) は、あなたの業務に役立っていますか? ( 1 . 役に立っていない 2 . あまり役に立っていない 3 , 概ね役に立っている 4 . 役に立っている )

21. 5年間で最低2回の研修受講について  
(1. 1回にしてほしい, 2. 2回でよい, 3. 機会があれば3回以上受けたい)
22. 1回の研修会の時間(3時間半)について  
(1. さらに短く 2. 現状のまま・3. もう少し長く)
23. 演習についてはどのような内容をご希望でしょうか(複数回答可能)  
模範ロールプレイと研修生による実践  
保健指導実践者としての演習(初回面接・継続支援を中心に)  
保健事業統括者としての演習(報告書作成、保健指導の評価を中心に)
24. 研修会はその後の業務に役立っていますか?  
(1. 役立っていない 2. あまり役立っていない, 3. まあ役立っている, 4. 役立っている)
25. 今後の研修会の内容についてお伺いします(複数回答可能)  
保健指導をするスタッフ養成研修  
実践のためのスキルアップ  
看護師等初回面接のみの可能な職種のブラッシュアップ  
情報交換の場

表2 回答枝のスコア化

- A. 勤務形態(常勤1, 非常勤2),  
B. 保健指導年数(1年未満, 1~3年2, 4~9年3, 10年以上4)  
C. 指導従事日数: 週1日未満1, 週1日以上2)  
D. 年間指導担当人数(0人1, 10人未満2, 10~49人3, 50~99人4, 100人以上5)  
E. 保健指導の形態(個別1, 集団2, 個別と集団3)  
F. 指導・教育的立場(一人で全部できない1, 一人でできる2, 他スタッフの指導もできる3)

- G. 施設での年間で指導を受ける人数(9名以下1, 10~49名2, 50~99名3, 100名以上4)  
H. 施設での指導をするスタッフ人数(2名以下1, 3~5名2, 6~9名3, 10~19名4, 20名以上5)  
I. 機能評価施設(該当1, 非該当2)。

### C. 研究結果

集計された人数は640名であった。そのプロフィールを表3に示す。

表3 対象者の内訳

- 1) 性別: 男性131名 女性509名  
2) 年齢: 20歳代57名, 30歳代219名, 40歳代156名, 50歳代148名, 60歳以上60名  
3) 所属: 市区町村4名, 健診機関254名, 医療機関347名, 保健所5名, 企業17名, その他13名  
4) 職種: 医師174名, 保健師298名, 看護師3名, 管理栄養士162名, 栄養士2名, その他1名  
5) 勤務形態: 常勤591名, 非常勤49名  
6) 保健指導年数: 1年未満52名, 1~3年136名, 4~9年287名, 10年以上165名  
7) 指導従事頻度: 週1日未満265名, 週1日以上375名  
8) 年間指導担当人数: 0人94名, 10人未満186名, 10~49人215名, 50~99人70名, 100人以上65名 (欠損値10名)  
9) 保健指導の形態: 個別517名, 集団10名, 個別と集団81名 (欠損値32名)  
10) 指導・教育的立場 一人で全部できない149名, 一人でできる304名, 他スタッフの指導もできる163名 (欠損値24名)  
11) 年間で指導を受ける人数: 9名以下103名, 10~49名199名, 50~99名120名, 100名以上196名 (欠損値22名)  
12) 指導をするスタッフ人数: 2名以下228名,

3～5名282名，6～9名66名，10～19名41名，  
20名以上5名（欠損値18名）

13）機能評価施設：はい334名，いいえ290名  
（欠損値16名）

表1の各質問項目についての有意差のあった結果で職種間に有意差のあったものを表4に示す。設問15から25はブラッシュアップ研修会に参加した者が回答するため，例数は少なくなっている。設問14，23は優劣がないため解析から除外した。

表4 各設問の職種別平均スコアと（例数）

	医師	保健師	管理栄養士
設問1	2.46(156)	2.52(290)	2.82(157) <sup>**‡</sup>
設問2	1.45(156)	1.38(290)	1.29(157) <sup>**</sup>
設問3	1.43(156)	1.47(290)	1.30(157) <sup>‡</sup>
設問5	2.04(156)	2.23(290) <sup>**</sup>	2.14(157)
設問6	2.16(156)	2.68(282) <sup>**</sup>	1.08(153)
設問7	1.97(156)	2.20(282) <sup>**</sup>	2.11(153)
設問12	1.68(127)	1.37(177) <sup>**</sup>	1.51(106) <sup>**</sup>
設問13	2.43(127)	2.10(177) <sup>**</sup>	2.06(106) <sup>**</sup>
設問20	2.70(152)	2.86(219) <sup>*</sup>	2.89(128) <sup>*</sup>
設問21	1.77(155)	2.00(223) <sup>**</sup>	1.94(130)
設問22	1.85(154)	2.01(222) <sup>**</sup>	2.02(129) <sup>**</sup>
設問24	2.82(152)	3.04(221) <sup>**</sup>	3.06(129) <sup>**</sup>

#### D. 考察

有意差のあったものについて考察する。

「設問1 特定保健指導を自信をもって行なっていますか」については，管理栄養士は医師（ $p < 0.001$ ），保健師（ $p=0.005$ ）に比べて有意に自信をもって行っていた。経験年数などの背景を検討したがその理由を解明できないことは，アンケート調査の限界と考えられた。「設問2 施設内で知識収録型の勉強会はしていますか」については医師が管理栄養士に比べ有意に実施していた。

「設問3 施設内でケースカンファレンス型の勉強会はしていますか」は，保健師は管理栄養士に比べ有意に行っていた。これらから医師の知識学習型，保健師の実践的学習型が特徴づけられると考えられた。それは「設問5 話し合った内容を実践に活かす仕組みはありますか」で，保健師は医師に比べ有意に高スコアという解析結果からも伺えられた。

体制については，「設問6 自施設での特定保健指導マニュアル」の完備状況の設問，の設問で医師より保健師で有意に高スコアを示した。

研修会の参加に関しては「設問7 過去1年間に外部の特定保健指導の研修会に参加しましたか」では保健師は医師に比べ有意に研修会に参加していると回答している。また，日本人間ドック学会主催のブラッシュアップ研修会についての設問で「設問16 時間数は適切ですか」では医師は保健師に比べ有意に時間数が多すぎると感じており，「設問21 5年間で最低2回の研修受講について」は有意に1回にしてほしいと医師が回答しており，「設問22 1回の研修会の時間（3時間半）について」も医師は他職種に比べ有意に短くしてほしいと回答していることから，医師の外部研修会参加への時間的余裕がないことがうかがえた。

「設問20 実践（演習）は、あなたの業務に役立っていますか」，「設問24 研修会はその後の業務に役立っていますか」では医師は保健師，管理栄養士に比べ業務に役立つ率が低いとしているものの，総じて役に立っていると結果であった。

設問12 人間ドック学会発行のグループ支援のためのDVD「メタボリックシンドロームと言われたら」の活用度は，どの職種も活用度は低く，とくに保健師の活用度が有意に低かった。このDVDは特定保健指導の集団型で主に使用するものである。個別85%，集団2%，個別と集団13%と集

団の比率が極めて低いことも起因していると考えられた。なお医師は設問13で今後DVD活用したいという回答が高かったのは、上記の研修会参加に関する回答結果と併せると、時間利用を考えての回答と伺えられた。

#### **E. 結論**

これまでの日本人間ドック学会の特定保健指導の指導者育成事業はおおむね高い評価を得ていることがわかった。ただし医師は多忙のためか、研修会への参加時間をこれ以上費やすのは難しい結果が得られた。

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **H. 知的財産権利の出願・登録状況**

なし

協力委員

山門 實 三井記念病院総合健診センター  
秋元順子 医療法人社団こころとからだの  
元氣プラザ

奥田友子 一般財団法人京都工場保健会  
佐藤さとみ 東京慈恵会医科大学附属病院  
新橋健診センター

石本裕美 日本赤十字社熊本健康管理センター  
山下真理子 医療法人社団 同友会  
産業保健本部





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

## 管理栄養士・栄養士の保健指導に関するコンピテンシーの測定および 研修教材の作成

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、以下の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の把握、2) 特定保健指導で用いられる教材・資材、および指導者用研修の実態把握、3) 保健指導の弱点強化を目的とした研修教材の開発を狙った、食生活支援に関するコアスライドの作成。

**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を通じて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、および特定保健指導用教材・資材、指導者用研修についての情報提供に関する依頼を文書にて行った（研究1、研究2）。保健指導に関するアンケートは、基本属性6項目、保健指導経験に関する3項目、管理栄養士の基本コンピテンシー4項目、保健指導に関するコンピテンシー60項目、制度・プログラムに関する認知度5項目で構成した。食生活支援に関するコアスライドは、第1案を平成26年2月の講習会にて提案後、参加者からの意見やフィードバックを踏まえて、第2案を作成した（研究3）。

**結果：**（研究1）登録者名簿については、40都道府県から回答が得られ（回答率85%）、18都道府県から名簿提供の同意を得た。その他、4都道府県から直接送付の同意を得た。その結果、平成26年2月、22都道府県1,614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、郵送により調査協力依頼文書および調査票を配布した。今後は、回収、集計、および分析を順次行っていく予定である。（研究2）特定保健指導用教材・資材、および指導者用研修の情報提供については、およそ半数の都道府県から回答が得られた。教材については、「特に活用している教材等はない」が最も多く、次いで「オリジナル教材を作成し、使用している」、「市販の教材を使用している」であった。指導者用研修については、「指導者向けの研修は実施していない」が最も多く、次いで「教材等は作成していないが、研修は実施している」、「オリジナル教材を作成し、研修を実施」であった。（研究3）エネルギーコントロールを中心に、行動科学や食環境整備の視点を組み込んだ食生活支援に関するコアスライドを作成し、標準的な研修実施に向けてテキストを付けた。

**考察：**本年度はアンケート調査、教材・資材の収集、指導者用研修の実態把握、およびコアスライドの作成を行った。今後は、アンケート調査の結果をもとに、所属や経験等に特有の弱点を把握する。コアスライドについては評価を行い、研修プログラムの充実強化につなげていく。

### A. 研究目的

今年度、新たに「標準的な健診・保健指

導プログラム（改訂版）」、「健康づくりのための身体活動基準2013」が公表された。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現在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の把握、
- 2) 特定保健指導で用いられる教材・資料、および指導者用研修の実態把握、
- 3) 保健指導の弱点強化を目的とした研修教材の開発を狙った、食生活支援に関するコアスライドの作成。

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。わが国でも、管理栄養士教育の到達度を評価するために、40項目からなるコンピテンシー・モデル<sup>3)</sup>が開発されており、国外ではアメリカ、カナダ、オーストラリアなどで栄養士教育に導入されている。その内容には、栄養士が保健指導・栄養指導を行う上で必要な特性が含まれている。また、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. 研究方法

### 研究1. 保健指導に関するアンケート調査

#### 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。

#### b. 調査内容

基本属性6項目、保健指導経験に関する3項目、管理栄養士の基本コンピテンシー4項目、保健指導に関するコンピテンシー60項目、制度・プログラムに関する認知度5項目の質問紙を作成した。

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。

管理栄養士の基本コンピテンシーは、永井<sup>3)</sup>の卒前教育レベルの管理栄養士のコンピテンシー・モデルの基本コンピテンシー4項目（例：「管理栄養士・栄養士という職業を誇りに思う」）を用いた。但し、原文では「管理栄養士」となっていたが、「管理栄養士・栄養士」と一部修正を加えた。

回答選択肢は「かなりそう思う」から「全くそう思わない」の5段階とした。

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>4)</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>5)</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、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。

制度・プログラムに関する認知度は、1)健康日本21、2)健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）、3)禁煙支援マニュアル（第二版）、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）、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、の全5項目とした。回答選択肢は、「知らない」、「聞いたことはあるがよく知らない」、「内容を理解している」、「指導において活用し

ている」の4段階とした。

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. 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・資材、および指導者用研修について

### a. 対象者と方法

コアスライドの作成に資するために、都道府県栄養士会に対して、特定保健指導の際に使用している教材・資材、ならびに栄養ケア・ステーション登録者向けの指導者用研修についての実態把握を行った。対象は、全国47都道府県の栄養士会事務局。調査は、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、研究1の都道府県栄養士会への名簿提供の依頼・確認と同時に行われた。

### b. 調査内容

まず、教材・資材については、栄養・食生活に関するものに留まらず、使用している教材・資材全てを対象とした。回答選択肢は、「オリジナル教材を作成し、使用し

ている」、「市販の教材を使用している」、「特に活用している教材等はない」の3つとした。オリジナル教材の場合は、教材の提供協力が得られるかを確認し、協力が得られる場合には後日郵送してもらった。市販の教材の場合は、オリジナル教材と同様郵送、もしくは教材名及び出版元を回答してもらった。

次いで、栄養ケア・ステーション登録者向けの指導者用研修については、指導内容等の充実強化・標準化を狙った研修を指し、栄養ケア・ステーションに登録する管理栄養士・栄養士向けに行っている研修に限定した。選択回答肢は、「オリジナル教材・プログラム等を作成し、研修を実施している」、「教材等は作成していないが、研修は実施している」、「指導者向けの研修は実施していない」、「その他」の4つとした。研修を実施している場合には、研修資料の提供協力が得られるかを確認し、協力が得られる場合には後日郵送してもらった。

### **研究3 .食生活支援に関するコアスライドの作成**

特定保健指導において、食生活支援に関する研修内容の標準化や、栄養・食生活支援を専門としない指導者における指導内容の充実強化を狙い、食生活支援に関するコアスライドを作成した。コアスライドは、研修の基本となる内容にとどめこととした。第1案は平成26年2月5日に行われた「保健指導講習会課題検討のためのワークショップ」にて提案し、参加者からの意見やフィードバックを受けて第2案（図2）を作成した。第2案の作成においては、各スライドについて説明文も加えた。

## **C . 研究結果**

### **研究1 . 保健指導に関するアンケート調査**

40都道府県から回答が得られ（回答率85%）、18都道府県から名簿提供の同意を得た。その他、4都道府県からは、調査票の直接発送希望があった（対象者数96名）。また、11都道府県からは、栄養ケア・ステーションで直接特定保健指導業務を行っていないため、該当者がいない（名簿がない）と回答があった。最終的に、平成26年2月、22都道府県1,614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、郵送により調査協力依頼文書および調査票を配布した。今後は、回収、集計、および分析を順次行っていく予定である（図1）。

### **研究2 . 特定保健指導用教材・資材、および指導者用研修について**

特定保健指導用教材・資材については、26都道府県から回答が得られ（回答率55%）、そのうち「特に活用している教材等はない」が15都道府県と最も多く、次いで「オリジナル教材を作成し、使用している」が6都道府県、「市販の教材を使用している」が6都道府県であった。なお、1都道府県では、「オリジナル教材」と「市販の教材」の複数回答があった。実際に使用されている教材もしくは教材名の記述は、9都道府県から提供された。

指導者用研修については、23都道府県から回答が得られ（回答率48.9%）、「指導者向けの研修は実施していない」が14都道府県と最も多く、次いで「教材等は作成し

ていないが、研修は実施している」が4都道府県、「オリジナル教材を作成し、研修を実施」が2都道府県であった。研修を実施している都道府県のうち、2都道府県より研修教材又は指導者用教材の提供を受けた。

### 研究3.食生活支援に関するコアスライドの作成

これまでの質的・量的研究の成果をもとに、以下の5つのポイントを基本事項とした、コアスライド第2案をまとめた(図2)。

- 1) エネルギーコントロールの鍵となる食行動を共に考える、
- 2) エネルギーや栄養素の改善を、対象者の日常の食行動で使いやすい(わかる)レベルの行動目標にする、
- 3) 食生活の変容においては、対象者自身の工夫がカギ。そのための支援を、
- 4) エネルギーコントロールの評価は、エネルギーの絶対値ではなく、体重の変化を用いる、
- 5) 本人の行動・家族や職場の支援に加え、地域社会としての「健康的な食物へのアクセス」も重要

メタボリックシンドロームに対する食生活支援では、まず、内臓脂肪の減少、減量を目指したエネルギーコントロールを行い、必要に応じて血糖コントロール、血圧コントロール、脂質コントロールなども行う。そこで、食生活支援では、エネルギーコントロールを中心にコアスライドを作成した。

また、コアスライドでは、行動科学や食環境整備の視点を組み込んだ食生活支援のポイントを概説するのみにとどめたことから、研修においては、対象者の状況やニーズに合わせた食生活支援が実践できるよう、

栄養素の種類やその働き、食品・調理法の特徴など、支援に必要な知識やスキルを補えるような教材・資材をプラスするよう指示した。その他、食生活支援では、個々人の生活習慣(一人暮らし、交代勤務など)、食嗜好、地域の食文化などを尊重した個別対応が求められることから、具体的な食事例などは、それぞれの対象集団に応じて適宜追加することを推奨し、コアスライド枚数は多くなり過ぎないように配慮した。

尚、ワークショップの参加者から出た第1案に対する主な意見とその対応法は、以下の通りである。

- ・「食行動変容のためのアプローチ」のスライドは文字が多くて見づらいという意見が出されたため、スライドを2枚に分けた。

- ・「研修時に強調したい部分は赤字で示すなど、色を変えると良い」という意見を受けて、各スライドでポイントとなる部分は色を変えたり、フォントを変える等の対応を行った。

- ・「日常の食生活で使いやすいレベルで食行動の目標を提示・助言する」に関連する複数のスライドについては、「具体的な料理例等を示してほしい」という意見が出された。しかし、コアスライドでは基本となる部分を示すことにとどめ、+ の部分は各研修会の対象者および目的に応じて、研修会講師が追加して対応することが望ましいと考え、追加は最小限にとどめた。

- ・食事摂取基準については、「栄養士っぽい」、「栄養士しか分からないかも」という意見が出されたが、専門家以外が支援する際の弱点克服も本コアスライドの目的となっているため、各指標の考え方は含めることとした。なお、研究班全体で実施した

認知度調査の結果によると、管理栄養士や栄養士では、「食事基準」（食事摂取基準および関連学会ガイドラインの食事療法について）に対する認知度が高かったが、看護師では認知度が低い項目に含まれていた。また、「健康日本21」に比べて、食事基準に対する認知度は所属に限らず認知度は低かった。

・料理・食事レベルで、「『食事バランスガイド』は使いにくい」という意見が出されたが、ここでは食事バランスガイドの活用を勧めるものではないことが分かるように、説明用テキストには食事バランスガイドに関する説明は加えなかった。

・「エネルギーコントロールだけでなく血糖コントロール等の視点も必要ではないか」、「ライフスタイル（一人暮らし等）にも配慮した提案もして欲しい」という意見が出されたため、学会ガイドラインの食事療法例や困難事例への対処法などを追加した。

・「地域の食文化に合わせた食事例の提案も含めて欲しい」、「流行りのダイエットに対するエビデンスを入れて欲しい」、「会社レベルで環境改善につなげる事例を入れて欲しい」等も意見として出されたが、それらは研修の対象者や目的に応じて教材をプラスして対応すべき内容であると判断し、コアスライドには含めなかった。

・その他は、「分かりやすい」、「活用しやすい」などの意見が得られたため、特に修正は加えなかった。

## D. 考察

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向けて、以下の点について

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の把握、2) 特定保健指導で用いられる教材・資材、および指導者用研修の実態把握、3) 保健指導の弱点強化を目的とした研修教材の開発を狙った、食生活支援に関するコアスライドの作成。

アンケート調査については、本報告時において全ての調査票の回収が終了しなかったため、今後検証を行っていく予定である。尚、本研究では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を調査の対象としたが、健診機関や企業と直接契約して保健指導を行う管理栄養士は少なくない。また、都道府県によっては、栄養ケア・ステーションにて特定保健指導業務や指導者の登録を行っていなかった。そのため、本調査により管理栄養士・栄養士の保健指導のコンピテンシーを評価できるかについては、今後慎重な検証が必要と考える。コアスライドについては、研修会での評価や課題分析等を行っていく予定である。また、収集した教材等を用いて、補助教材の検証も行っていきたい。

## E. 結論

本年度は、管理栄養士・栄養士を対象とした保健指導に関するアンケート調査、指導用教材の収集、指導者用研修の実態把握、及び食生活支援に関するコアスライドの作成を行った。今後は、アンケート調査の結果をもとに、所属や経験等に特有の弱点を把握したり、コアスライドの評価を行い、食生活支援の研修プログラムの充実強化につなげていく予定である。

## F. 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) 永井成美、赤松利恵、長幡友実、他: 卒前教育レベルの管理栄養士のコンピテンシー測定項目の開発, *栄養学雑誌* 70; 49-58 (2012).
- 4) 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.
- 5) 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>

## G. 研究発表

### 1. 発表論文

- 1) 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).
- 2) 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).

### 2. 学会発表

- 1) 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)

## H. 知的所有権の取得

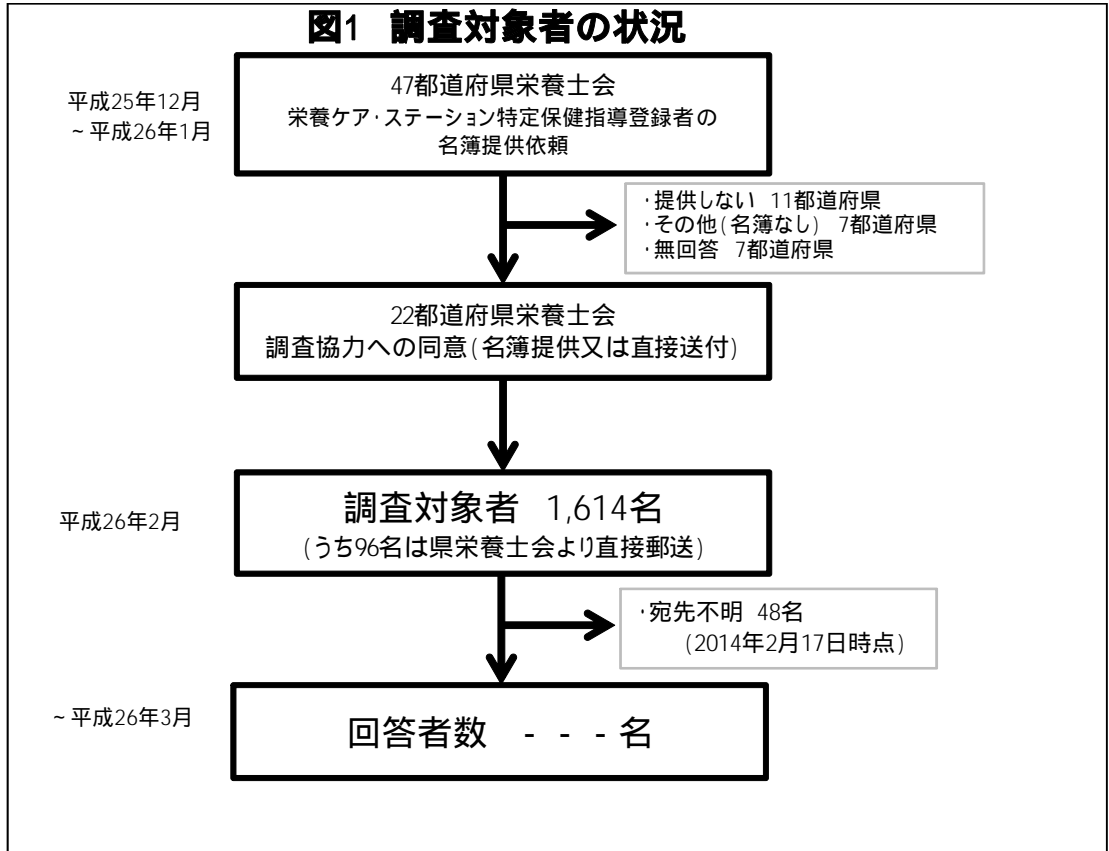
なし

## I. 健康危険状況

なし



**図1 調査対象者の状況**



## 特定保健指導研修における身体活動・運動支援コアスライドの作成

研究分担者 宮地元彦  
独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進研究部

身体活動基準・アクティブガイドの内容を吟味し、保健指導で活用できる指導技術を効果的に学ぶための教材として、研修用コアスライドを作成することを目的とした。

特定保健指導における身体活動・運動指導で不可欠な内容として、1)初回面接での減量プラン策定、2)生活活動も含めた身体活動支援の重要性、3)シンプルなメッセージによる目標の提示、4)標準的な質問票を用いたアセスメント法、5)セグメント別の指導法、6)安全な身体活動・運動実践のポイント、7)痛みを訴える対象者に対する運動療法のポイント、8)生活環境についての気づきを促すこと、9)情報提供ツールについて、の9項目を挙げ、コアスライドを作成した。さらに、研修時間には限りがあるので、20～30分程度で講習が完了する分量とすること、内容が具体的に把握できるよう、イラストや図をより多く用いることに留意した。今後、コアスライドを用いた講演を用いた特定保健指導研修会を実施し、受講者からのフィードバックに基づき内容を改定していくことが望まれる。

### A. 研究目的

特定健診・特定保健指導も第二期に入り、結果が一層求められるようになってきた。特定保健指導においてメタボの改善を導くためには食生活の改善に加えて、身体活動・運動習慣の確立が不可欠である。

平成25年3月に新しい「健康づくりのための身体活動基準2013」と「健康づくりのための身体活動指針(アクティブガイド)」が策定された。新しい基準とアクティブガイドは、特定保健指導での活用も視野に入れて作成されており、指導ツールとして十分に活用することができる。アクティブガイドは保健指導対象者が身体活動・運動習慣を獲得するためのリテラシーを高めるためにも活用することが可能である。

身体活動・運動指導のスキル向上のための指導者向け研修においても、短時間の講習で効果を上げるために、アクティブガイドのような体系化されたツールを用いることは有効であると考えられる。

本研究では、身体活動基準・アクティブガイ

ドの内容を吟味し、保健指導で活用できる指導技術を効果的に学ぶための教材として、研修用コアスライドを作成することを目的とした。

### B. コアスライドに含める内容の吟味

特定保健指導における身体活動・運動指導で不可欠な内容として以下の項目が挙げられる。

- 1) プランニングシートを用いての初回面接での減量プラン策定
- 2) 忙しい働き盛り・子育て世代に対する、運動だけでなく生活活動も含めた身体活動支援の重要性
- 3) リテラシーが低い対象者の行動変容を促すための、シンプルなメッセージによる目標の提示
- 4) 指導対象者の身体活動状況を把握しセグメント化するための、標準的な質問票を用いたアセスメント法
- 5) 効果的な行動変容を促すための、アセスメントに基づいたセグメント別の指導法
- 6) 保健指導における身体活動と運動に伴う事故

や傷害防止のための、安全な身体活動・運動実践のポイント

- 7) 痛みを訴える対象者に対する運動療法のポイント
- 8) 身体活動・運動習慣に強く影響を及ぼす、生活環境についての気づきを促すこと
- 9) 様々なメディアを活用した、身体活動や運動の奨励のための情報提供ツールについて

### C. コアスライド

コアスライドを作成するにあたり、以下のポイントに留意した。

- 1) エビデンスに基づく身体活動基準、アクティブガイドの内容を活用すること
- 2) 研修時間には限りがあるので、20～30分程度で講習が完了する分量とすること
- 3) 内容が具体的に把握できるよう、イラストや図をより多く用いること

上述の3項目と、前項のコアスライドに含める内容に基づくコアスライド11枚を以下に示した。

#### 初回面接での減量プラン策定

**内臓脂肪減少のためのエネルギー調整シート**  
身体活動改善でエネルギー消費を増やすことにより、内臓脂肪を減らす。特に減量の最初の1ヶ月は減量効果が大きく見られると予測されています。

**減量目標の設定**  
身長( )cm、体重( )kg、BMI( )kg/m<sup>2</sup> → **8.5 cm**  
BMI( )kg/m<sup>2</sup> → **3 cm**  
体重( )kg、脂肪1kg = 7,000kcal → **6か月**  
脂肪1kg = 7,000kcal

**最近1年間の体重の増減に気づきエネルギー出納を把握する**  
1kg × 7000 = 7000kcal  
7000 ÷ 120日 = 32kcal/日

**行動目標の決定**  
食事だけではダメ  
運動だけでは無理  
+10は30-46kcal

【目標達成に必要なプラン】  
目標達成のために減らしたい、1日あたりのエネルギー量  
(a) 3cm (kg) × 7,000kcal ÷ (b) 3ヶ月 ÷ 30日 = kcal/日  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない

【目標達成に必要なプラン】  
目標達成のために減らしたい、1日あたりのエネルギー量  
(a) 3cm (kg) × 7,000kcal ÷ (b) 3ヶ月 ÷ 30日 = kcal/日  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない

【目標達成に必要なプラン】  
目標達成のために減らしたい、1日あたりのエネルギー量  
(a) 3cm (kg) × 7,000kcal ÷ (b) 3ヶ月 ÷ 30日 = kcal/日  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない

【目標達成に必要なプラン】  
目標達成のために減らしたい、1日あたりのエネルギー量  
(a) 3cm (kg) × 7,000kcal ÷ (b) 3ヶ月 ÷ 30日 = kcal/日  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない

【目標達成に必要なプラン】  
目標達成のために減らしたい、1日あたりのエネルギー量  
(a) 3cm (kg) × 7,000kcal ÷ (b) 3ヶ月 ÷ 30日 = kcal/日  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない  
この目標で減らしたいから、その分を減らさなければならない

### 生活活動を含む身体活動の重要性

**身体活動**

**運動**  
健康増進や体力向上、楽しみなどの意図を持って、**余暇時間に計画的に行われる活動**  
散歩、ダンス、エアロビクス、ジョギング、テニス、サッカーなど

**生活活動**  
日常生活を営む上で必要な労働や家事に伴う活動  
買い物、大の散歩、運動、床掃除、庭掃除、洗濯、荷物運搬、子供と遊ぶ、階段昇降、雪かきなど

運動指導でなく、身体活動支援を！

### シンプルなメッセージによる目標の提示

**プラス・テン +10から始めよう!**

今日より10分多くからだを動かすだけで、健康寿命を伸ばせます。あなたも+10で、健康を手に入れてください。

18歳～64歳  
元気にからだを動かしましょう。  
**1日60分!**

プラス・テン +10で目指そう!

65歳以上  
じっとしていません。  
**1日40分!**

筋力トレーニングやスポーツなどが含まれると、なお効果的です!

### 標準的質問票を活用したアセスメント

あなたは大丈夫? 健康のための身体活動チェック

スタート  
毎日合計60分以上、歩いたり動いている

アセスメント  
↓  
セグメント化  
↓  
セグメント別アドバイス

運動習慣がある No Yes  
運動習慣がない No Yes

同世代の同性と比較して歩くスピードが速い No Yes  
同世代の同性と比較して歩くスピードが遅い No Yes

このままではあなたの健康が心配です。いつ、どこかで+10できるか考えてみましょう

目標達成まで、あと少し! +10で、よりアクティブな暮らしを!

目標を達成しています。もう一歩、一緒に動かしませんか? アクティブな暮らしを!

素晴らしい! 一緒に動かしませんか? アクティブな暮らしを!

アセスメントのベース  
**特定健診の標準的質問票**

川上、宮地ほか  
特定健診・保健指導の標準的質問票を用いた身体活動評価の妥当性、日本公衆衛生学雑誌、2010

### アセスメントに基づいたセグメント別の指導

健康のための一歩を踏み出そう!

**1 気づく!**  
あなた自身の健康状態を把握し、目標を設定してください。その目標を達成するために、どのような行動が必要かを考えましょう。

**2 始める!**  
今日からでも、少しずつでも健康のために行動することが健康への第一歩です。+10から始めましょう。

**3 達成する!**  
目標を達成したら、さらに目標を設定してください。健康のために、毎日少しずつ行動しましょう。

**4 つながる!**  
一人では難しい目標も、仲間と一緒に達成しましょう。一緒に行動すると、楽しみが増え、継続しやすくなります。

**気づく!**  
↓  
**始める!**  
↓  
**達成する!**  
↓  
**つながる!**

行動変容理論やソーシャル・キャピタルの考え方を具体化して活用

## 安全な身体活動・運動実践のために

### 安全のために

誤ったやり方でからだを動かさずと思わぬ事故やけがにつながるので、注意が必要です。

- ✓ からだを動かす時間は少しずつ増やしていく。
- ✓ 体調が悪い時は無理をしない。
- ✓ 病気や痛みのある場合は、医師や健康運動指導士などの専門家に相談を。

## 身体活動や運動の奨励のための情報提供ツール



- 専門家や指導者による囁導・支援
- パンフレットや読み物などの活用
- 携帯電話やパソコンなどのICTの活用
- Facebookなどのソーシャル・ネットワークの活用
- 身体活動に関するアセスメントの充実と結果の見える化

## 膝が痛い人のための簡易運動療法

おおむねよくなった後の日頃のこれだけ体操

### 膝痛予防のこれだけ体操

- 大きく息を吸った後、太ももの前に力こぶがでていることを感じつつ、息をアーと吐きながら、3秒間保ってください。
- 3秒間保った後は、床に足を下してリラックスしながら、息を吸ってください。
- これを連続5回繰り返して行うことを1セットとし、ウォーキング10分以上を主とする運動の前後に、必ず1セットずつ行う習慣をつけましょう。

1セット

3秒5回 たったの20秒

- ① 踵を前方へ押し出すイメージで
- ② 膝の裏を最大しっかり伸ばす

運動、ウォーキングなど10分以上活動する前後に習慣化すると予防法として確実。



## D. コアスライドの今後の改善

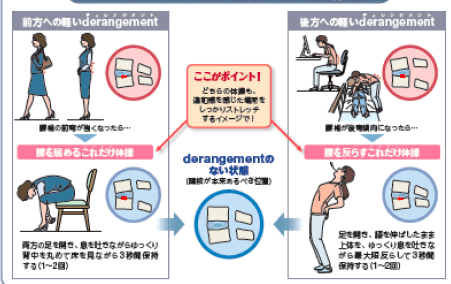
コアスライドを用いた講演を用いた特定保健指導研修会を実施し、受講者からのフィードバックに基づき改定していくことが望まれる。

## E. 結論

特定健診・保健指導研修会での身体活動、運動講習で用いるコアスライドを、身体活動基準、アクティブガイドを基に作成した。

## 腰が痛い人のための簡易運動療法

おおむねよくなった後の日頃のこれだけ体操



## F. 健康危険情報

問題なし。

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 体を動かす環境について気づきを促す



身の回りの環境や人とのつながりは、私たちの身体活動量や運動習慣に影響している。

Inoue Seta IJ Epidemiol. 2011;21(6):481-90.

環境やつながりに対する認知を高めることが重要

Harada K et al. J Aging Phys Act. 2011;19(3):262-72.

指導者も対象者の住む地域、働く職場、家族や友人や同僚とのつながりについて考えてみよう



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

### 禁煙支援に関する指導者教育と評価に関する研究

研究分担者 中村 正和 大阪がん循環器病予防センター予防推進部長

研究協力者 萩本 明子 藤田保健衛生大学医療科学部看護学科小児看護学准教授

増居 志津子 大阪がん循環器病予防センター予防推進部副主査

#### 研究要旨

多数の参加者に、個別かつ効率的な学習を可能にするインターネットを通じた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を全国の禁煙治療の専門家の協力を得て開発した。本研究の目的は、このプログラムを用いて指導者研修を行い、その使い勝手と効果、さらに効果に関連する要因を分析し、今後の指導者研修の方向性を検討するための基礎資料を得ることにある。

開発したプログラムは、「禁煙治療版」(治療版)、「禁煙治療導入版」(導入版)、「禁煙支援版」(支援版)の3種類である。対象は2,010~12年にプログラムの学習参加募集により参加を申し込み、学習を開始した1,592名とした。学習内容を全て修了したのは1,113名で、修了率は69.9%であった。学習修了者を対象に、学習後にプログラムに対する指導者の評価(興味、学習の難易度、学習期間、学習量、操作性、知人への紹介についての6項目)を尋ねるアンケート調査を実施し、プロセス評価を実施した。次に、有効性評価のため、参加者にeラーニング上で学習前後にテストやアンケートを実施し、禁煙支援・治療に関する指導者の知識、態度、自信、行動の変化を調べた。

その結果、3つのプログラムに対する指導者の評価は概ね良好であった。有効性の評価においても、3種類のプログラムとも禁煙治療の知識、自信、態度について有意な改善がみられた。行動についても学習直後の調査であったが、5項目中、治療版、支援版で3項目、導入版で2項目において有意な改善がみられた。これらの結果から、本プログラムの学習により、指導者の禁煙支援・治療に関わる知識や態度が改善するだけでなく、禁煙支援・治療に対する自信や行動の変化が改善することが示され、プログラムの有効性が示唆された。今後、データ数を増やしてプログラムの効果に関連する要因を分析する予定である。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、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を用いて指導者研修を行い、その使い勝手と効果、さらに効果に関連する要因を分析し、今後の指導者研修の方向性を検討するための基礎資料を得ることにある。

#### B. 研究方法

##### 1. トレーニングプログラムの内容

開発したトレーニングプログラムの内容は、禁煙外来での禁煙治療の方法を学習する「禁煙治療版」(治療版)、日常診療の場での短時間の禁煙の働きかけについて学習する「禁煙治療導入版」(導入版)、健診等の保健事業の場での禁煙支援の方法を学習する「禁煙支援版」(支援版)の3

種類である。学習時間の目安は、治療版が10～12時間、導入版が3～4時間、支援版が4～5時間であった(図表1)。

トレーニングプログラムは3種類とも、導入編、知識編、実践編の3部で構成されている(図表2～4)。導入編では、日常診療や保健事業の場での禁煙支援などに関する講義ビデオを視聴し、知識編では、タバコの影響や禁煙の効果などの知識をテキストや動画を用いて学習する。実践編では喫煙者へのバーチャルカウンセリングや症例検討、Q & A演習をコンピュータ上で仮想体験をしながら学習をするよう作成されている。

## 2. 研究対象

2010年に全国のニコチン依存症管理料登録医療機関(10,551施設)に勤務する医療従事者に対しダイレクトメールを発送して治療版への参加者を募集した。また、2011～12年に大阪府内の保健医療団体、日本禁煙推進医師歯科医師連盟、産業医学推進研究会から団体事務所を通じて治療版、導入版、支援版の募集案内を行った。その結果、トレーニングプログラムに参加申し込みをしたのは2,001名(治療版1,415名、導入版256名、支援版330名)であった。参加申し込みをした者のうち、学習に必要な学習前アンケートに回答し、学習を開始したのは1,592名(治療版1,110名、導入版205名、支援版277名)であった。本研究では学習を開始した1,592名のうち、予定された全ての学習内容を修了した1,113名(治療版749名、導入版162名、支援版202名)を対象としてプログラムの使い勝手と効果の評価を行った(図表5)。

## 3. プログラムの使い勝手と効果の評価方法

プログラムの使い勝手の評価を行うため、学習修了者を対象に、学習後にプログラムに対する指導者の評価についてのアンケート調査を実施し、プロセス評価を実施した。調査項目はプログラムに関する興味、学習の難易度、学習期間、学習量、操作性、知人への紹介についての6項目であった。

次に、プログラムの効果の評価するため、トレ

ーニングに参加した対象者に学習前後にeラーニング上でテストとアンケートを実施した。テストとアンケートの内容は、禁煙治療や支援に関する知識を問う質問(知識)(治療版20問、導入版と支援版10問、ただし10問は治療版と共通)、対象者の禁煙や禁煙支援に対する考えや態度を問う質問(態度)(共通の6項目)、喫煙者に対して禁煙支援を実施することに対する自信を問う質問(自信)(治療版、導入版は共通の2項目、支援版は短時間における介入を加えた3項目)、対象者の日常診療時における禁煙治療行動を問う質問(行動)(共通の4項目、他1項目)である。

効果の評価は治療版、導入版、支援版のそれぞれのプログラム別に行った。まず、トレーニング参加者1,592名の属性を学習修了者、未修了者別に<sup>2</sup>検定、分散分析を用いて検討した。次に学習修了者1,113名の知識、自信、態度、行動が学習前後でどう変化したか検討した。知識、自信は対応ある分散分析、態度、行動はWilcoxonの符号付順位検定を用いた。最後に参加者のトレーニングプログラムへの評価を検討した。解析にはIBM SPSS Ver22を用いた。

### (倫理面への配慮)

2010年の参加者には、Webでの参加登録の前に書面でトレーニングで収集したデータに関する研究のための利用同意条件を提示し、同意できる場合のみWebから参加申込みをしてもらうようにした。2011～12年の参加者にはWebでの参加登録の際に同意条件を提示し、チェックボタンにて同意の有無を確認した。同意条件は、効果検証のためのトレーニングの前後でのアンケートやテストへの協力、学習終了期間までに学習を修了する意思があることである。さらに、各アンケート実施前に「ご記入頂いたアンケートやテストは、トレーニングの使い勝手や効果検証のみに使用し、それ以外の目的に使用することはありません」という文章を提示した。

## C . 研究結果

### 1 . 対象者の属性比較

#### 1 ) 治療版

治療版に参加した1,110名のうち、学習を修了したのは749名(67.5%)であった。学習修了者をみると、男性89.6%、女性10.4%であり、平均年齢は47.2歳であった。職業は医師が75.0%、看護師が16.7%と2職種で9割以上を占めていた。喫煙状況は非喫煙者66.9%、禁煙者31.0%でほとんどを占めていた。禁煙治療経験を見ると、1年未満37.1%、3年未満30.3%と経験の浅い参加者が多く、トレーニング経験は78.5%が経験なしであった。学習未修了者と比較すると、受講年が最近になるにつれ未修了者が有意に増加していた。また、医師、薬剤師の未修了者の割合が高かった。その他の項目では有意な違いはなかった(図表6)。

#### 2 ) 導入版

導入版に参加した205名のうち、学習を修了したのは162名(79.0%)であった。学習修了者をみると、男性43.8%、女性56.2%であり、平均年齢は47.3歳であった。職業は薬剤師70.4%、医師19.8%と2職種で約9割を占めていた。喫煙状況は非喫煙者66.7%、禁煙者26.5%でほとんどを占めていた。禁煙治療経験を見ると、1年未満51.9%、3年未満10.5%と経験の浅い参加者が多かったが、5年以上と経験が長い参加者も25.3%であった。トレーニング経験は87.7%が経験なしであった。学習未修了者と比較すると、受講年が新しくなるにつれ未修了者が有意に増加していた。また、年齢が修了者の方が有意に若かった。その他の項目では有意な違いはなかった(図表7)。

#### 3 ) 支援版

支援版に参加した277名のうち、学習を修了したのは202名(72.9%)であった。学習修了者をみると、男性14.4%、女性85.6%であり、平均年齢は41.3歳であった。職業は保健師51.5%、医師13.9%、看護師12.9%、薬剤師9.4%であった。喫煙状況は非喫煙者81.7%、禁煙者16.3%でほとんどを占めていた。禁煙治療経験を見ると、1年未満44.1%、3年未満24.3%と経験の浅い参加者が多かったが、

5年以上と経験が長い参加者も22.3%であった。トレーニング経験は77.7%が経験なしであった。学習未修了者と比較したが有意な項目は見られなかった(図表8)。

### 2 . プロセス評価

トレーニングプログラムに対する評価を6項目(興味、学習の難易度、学習期間、学習量、操作性、知人への紹介)にて調査した。その結果、治療版、導入版、支援版のほとんどの項目において、「その通り」、「だいたいその通り」と回答した対象者が約8割以上を占めていた。8割以下だった項目は、治療版の「学習期間は適切であった」78.8%と「学習量は適切であった」72.6%、支援版の「学習期間は適切であった」79.7%であった(図表9)。

### 3 . 知識

禁煙支援・治療に関する知識についての質問において、正答したものを1点とカウントし、合計点数を知識スコアとしてトレーニングプログラム受講前後の比較を行った。項目数は治療版では20項目、導入版、支援版では10項目であった。治療版では、学習前11.3点から修了後は15.0点と有意に上昇した( $p<0.001$ )。また、導入版、支援版においてもそれぞれ、4.5点から7.5点( $p<0.001$ )、4.8点から8.0点( $p<0.001$ )と有意に上昇した(図表10)。

### 4 . 態度

禁煙支援・治療に対する態度に関する6項目において、各項目の回答を、全くその通り:3点、その通り:2点、まあその通り:1点、どちらでもない:0点、あまり思わない:-1点、思わない:-2点、全く思わない-3点とスコア化し、トレーニングプログラム受講前後の比較を行った。その結果、治療版、支援版では6項目すべてにおいて有意に増加していた。導入版では5項目で有意に増加しており、有意でなかった項目は「禁煙治療は手間の割に効果が上がらない」であった(図表11)。



## 5. 自信

日常診療や禁煙治療の場において、禁煙治療や禁煙支援を実際に行うと想定した場合の自信の程度をトレーニングプログラム受講前後で比較した。その結果、治療版では、「タバコをやめたいと思っている患者」に対する自信は、60.4%から72.8% ( $p<0.001$ )へ有意に増加、「タバコをやめようと思っていない患者」に対しても41.5%から58.9% ( $p<0.001$ )へ有意に増加した。導入編においても同様に、それぞれ54.3%から72.4% ( $p<0.001$ )、33.1%から53.3% ( $p<0.001$ )と有意に増加した。支援版では、「タバコをやめたいと思っている患者への支援」において10分程度の支援に対する自信は、42.3%から64.9% ( $p<0.001$ )、日常業務の場での1~3分の支援では33.9%から60.4% ( $p<0.001$ )へ有意に増加していた。また、「タバコをやめようと思っていない患者への短時間の支援」においても20.2%から44.4% ( $p<0.001$ )へ有意に増加がみられた(図表12)。

## 6. 行動

実際の日常診療や禁煙支援の場における行動に関する5項目において、各項目の回答を、全く行わない:0点、ごく一部実施:1点、ある程度実施:2点、比較的多く実施:3点、ほとんど全てで実施:4点とスコア化し、トレーニングプログラム受講前後の比較を行った。その結果、有意に増加した項目は、治療版では「禁煙のアドバイス」0.09増加 ( $p=0.005$ )、「禁煙する気持ちの確認」0.17増加 ( $p<0.001$ )、「再喫煙を防ぐ働きかけ」0.22増加 ( $p<0.001$ )であった。導入版では、「禁煙のアドバイス」0.23増加 ( $p=0.002$ )、「禁煙する気持ちの確認」0.23増加 ( $p=0.005$ )であった。支援版では、「喫煙状況の確認」0.15増加 ( $p=0.022$ )、「禁煙のアドバイス」0.16増加 ( $p=0.009$ )、「10分程度の禁煙支援」0.32増加 ( $p<0.001$ )であった(図表13)。

## D. 考察

トレーニングプログラムの効果を評価するため、各プログラム修了者を対象にトレーニング前後で禁煙治療・支援に関する知識、態度、自信、行動の変化を調査した。その結果、知識、自信については有意に改善がみられた。態度については治療版、支援版では6項目すべて、導入版では5項目において有意な改善がみられた。行動についても、トレーニング後のアンケートが直後の時点であるため、知識、態度、自信に比べて改善を期待しにくい指標であるが、それにも関わらず、5項目中、治療版で3項目、導入版で2項目、支援版で3項目において有意な改善がみられた。これらの結果から、本プログラムの学習により、対象者の禁煙支援・治療に関わる知識や態度が改善するだけでなく、禁煙支援・治療に対する自信や行動の変化が改善することが示され、プログラムの有効性が示唆された。

受講者の属性を見ると、治療版では医療機関の医師、男性が多かった。導入版では薬剤師が多く、支援版では職域や地域の保健師、女性が多い結果となった。これは、それぞれのトレーニングプログラムのターゲットにあった受講者が得られた結果となった。全プログラムにおいて、禁煙治療や支援に関わるトレーニングの受講経験は約8割以上が経験なしと答えているが、禁煙支援や治療の経験は5~6割の対象者が1年以上経験していると回答しており、専門的な研修を受けずに実践に従事している指導者が多いことが示唆された。先行研究において、専門的な指導を受け禁煙支援や治療を実施すると喫煙者の禁煙成功率が有意に高くなること<sup>1)</sup>や、指導者の禁煙支援技術が高いほど禁煙成功率が有意に高くなることが報告されており<sup>2)</sup>、有効かつ効率的なトレーニングプログラムの実施率を向上させ、より効果的な禁煙支援・治療を実施できる体制を構築していく必要がある。

トレーニングプログラムの学習修了率を見ると、治療版67.5%、導入版79.0%、支援版72.9%であった。学習修了者、未修了者別に各属性で比較を行ったが、大きな属性の違いは見られなかった。

プログラムに対する評価を見ると、修了率が他のプログラムより低い治療版では、学習量や学習期間への否定的な回答が他のプログラムより多く、学習時間の目安も10時間以上と他のプログラムの倍以上であった。本研究ではシステム上、学習時間を正確に測定することはできないが、治療版における学習内容の豊富さによる学習時間の長さが修了率の低さにつながったのではないかと考えられた。

わが国では、平成24年に公示されたがん対策推進基本計画、第2次健康日本21において、平成34年までに禁煙を希望する成人全てが禁煙することを想定して成人の喫煙率12%の目標を設定した。また、平成25年度からの第2期特定健診・特定保健指導の制度において、健診当日からの喫煙者への保健指導が強化されることとなった。本トレーニングは指導者養成を通じて、保健医療の場での禁煙推進活動を促し、成人の喫煙率の減少目標を達成するための一助となるものとする。

なお、本トレーニングで使用している支援版の内容が第2期特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化に合わせて厚生労働省が発行した「禁煙支援マニュアル（第二版）」の主要コンテンツとして採用された。支援版のプログラムでは「禁煙支援マニュアル（第二版）」に掲載された内容のほか、禁煙支援に必要な知識を学習するコンテンツや演習などのコンテンツが充実しており、eラーニングという特性を生かして自分のペースでインタラクティブな学習が可能である。また、禁煙外来用の禁煙治療版や日常診療での禁煙導入版についても同様の学習が可能である。今後、多くの保健医療従事者が本トレーニングを受講して医療や健診等の保健事業の場での禁煙支援ならびに禁煙治療が一層推進されることを期待する。

## E . 結論

eラーニングを用いた3種類の禁煙支援・治療のための指導者トレーニングプログラムの使い勝手と効果を評価した。その結果、これらのプログラムに対する指導者の評価は概ね良好であり、学習

により指導者の禁煙支援・治療に関わる知識や態度が改善するだけでなく、禁煙支援・治療に対する自信や行動の変化が改善することが示された。今後データ数を増やしてプログラムの効果に関連する要因を分析する予定である。

## [引用文献]

- 1) Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, et al: Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5.
- 2) 萩本明子, 増居志津子, 中村正和, 他: 禁煙支援者の技術レベルと禁煙支援効果の分析. 日本公衆衛生雑誌, 54(8): 486-495, 2007.

## F . 研究発表

- 1 . 論文発表
  - 1) 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.
  - 2) 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.
  - 3) 中村正和: 第4章 健康教育 第3節 禁煙支援. 中央労働災害防止協会(編): 産業保健・産業栄養指導専門研修. 東京: 中央労働災害防止協会, p157-170, 2013.
  - 4) 中村正和: 脂質異常症における禁煙療法. 日本臨牀, 71(増刊号3): 516-521, 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.
- 2 . 学会発表

- |   |  |
|---|--|
| <p>1) <u>中村正和</u>: 禁煙治療の課題について. 第 53 回日本呼吸器学会学術講演会, 2013 年 4 月, 東京.</p> <p>2) <u>Nakamura M</u>: Brief smoking cessation intervention at health examination and training for health professional. Symposium, APACT. 18-21 August 2013, Chiba. Japan.</p> <p>3) <u>Nakamura M</u>: Future challenges of tobacco dependence treatment from Japanese experiences. Luncheon Seminar, APACT. 18-21 August 2013, Chiba. Japan.</p> <p>4) Oshima A, Masui S and <u>Nakamura M</u> on behalf of the J-STOP group of Japan Medical-Dental Association for Tobacco Control: J-STOP (The Japan Smoking Cessation Training Outreach Project): The Outline and Evaluatuon. Poster, APACT. 18-21 August 2013, Chiba. Japan.</p> <p>5) 増居志津子, <u>中村正和</u>, 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.</p> <p>6) 萩本明子,<u>中村正和</u>, 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.</p> <p>7) <u>中村正和</u>: 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.</p> <p>8) 増居志津子, <u>中村正和</u>, 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.</p> | <p>2 . 実用新案登録<br/>なし</p> <p>3 . その他<br/>なし</p> |
|---|--|

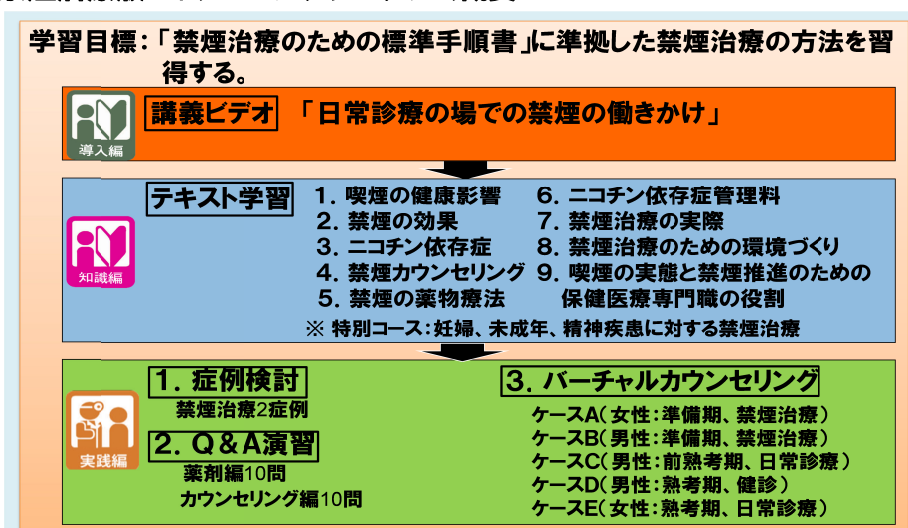
**G . 知的財産権の出願・登録状況( 予定を含む。 )**

- 1 . 特許取得  
なし

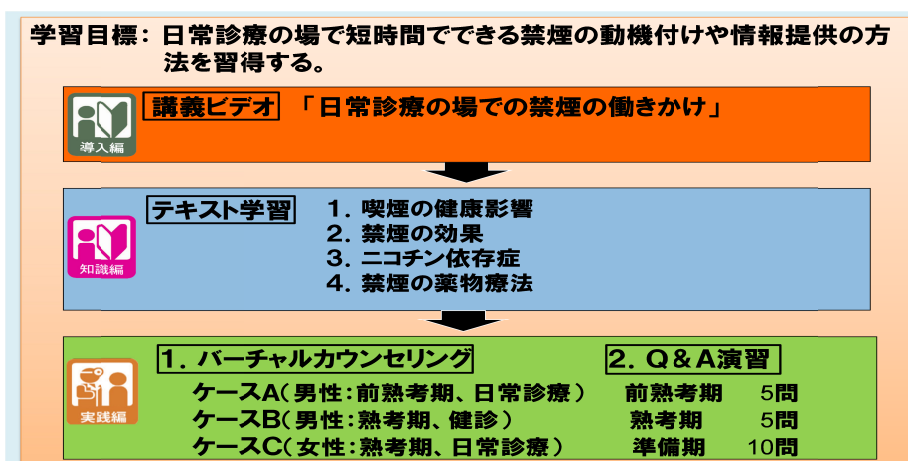
図表1. トレーニングプログラムの概要

	禁煙治療版	禁煙治療導入版	禁煙支援版
用途	禁煙外来	日常診療 薬局・薬店	地域や職域の保健事業 の場
学習内容	禁煙治療標準手順書 に準拠した禁煙治療	短時間でできる禁煙の 動機づけや情報提供	短時間でできる禁煙の 動機づけや情報提供、 禁煙カウンセリング
対象	医師やコメディカル	医師やコメディカル 薬局・薬店の薬剤師	地域や職域の保健指導 者
学習時間 (目安)	10～12時間	3～4時間	4～5時間

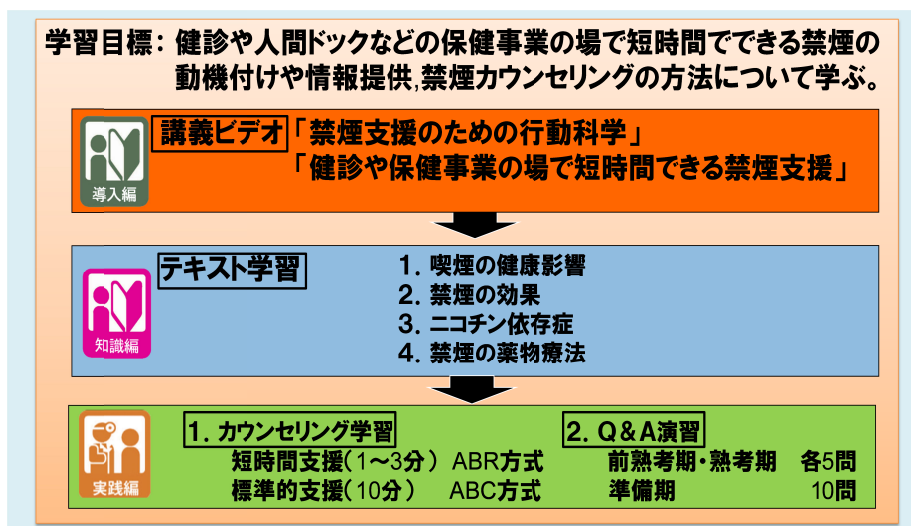
図表2. 禁煙治療版のトレーニングプログラム概要



図表3. 禁煙治療導入版のトレーニングプログラム概要



図表4. 禁煙支援版のトレーニングプログラム概要



図表5. トレーニングプログラムの参加及び修了状況

プログラム名	2010年度			2011年度			2012年度			合計		
	申込者	参加者	修了者 (修了率)	申込者	参加者	修了者 (修了率)	申込者	参加者	修了者 (修了率)	申込者	参加者	修了者 (修了率)
禁煙治療版	932	744	523 (70.3%)	172	131	94 (71.8%)	311	235	132 (56.2%)	1415	1110	749 (67.5%)
禁煙治療 導入版	-	-	-	148	129	108 (83.7%)	108	76	54 (71.1%)	256	205	162 (79.0%)
禁煙支援版	-	-	-	199	166	128 (77.1%)	131	111	74 (66.7%)	330	277	202 (72.9%)
合計	932	744	523 (70.3%)	519	426	330 (77.5%)	550	422	260 (61.6%)	2001	1592	1113 (69.9%)

申込者：参加申込を行った者

参加者：参加申し込みをし、かつ参加に必要な学習前アンケートに回答した者

修了率：参加者の中で、所定の全ての学習内容を期間内に修了した者の割合

図表6 . 禁煙治療版における学習修了者と未修了者の属性比較

	全員 (n=1110)		修了者 (n=749)		未修了者 (n=361)		2検定 分散分析
	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	
受講年							
2010	744	67.0%	523	69.8%	221	61.2%	p<0.001
2011	131	11.8%	94	12.6%	37	10.2%	
2012	235	21.2%	132	17.6%	103	28.5%	
性別							
男性	988	89.0%	671	89.6%	317	87.8%	p=0.376
女性	122	11.0%	78	10.4%	44	12.2%	
年齢 (missing=1)	47.6	10.1	47.2	9.9	48.3	10.4	p=0.083
職種							
医師	868	78.2%	562	75.0%	306	84.8%	p=0.019
保健師	19	1.7%	15	2.0%	4	1.1%	
看護師	156	14.1%	125	16.7%	31	8.6%	
栄養士	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%	
薬剤師	55	5.0%	37	4.9%	18	5.0%	
心理職	2	0.2%	2	0.3%	0	0.0%	
臨床検査技師	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%	
事務	2	0.2%	1	0.1%	1	0.3%	
その他	6	0.5%	5	0.7%	1	0.3%	
施設 (missing=5)							
病院	404	36.4%	278	37.1%	126	34.9%	p=0.253
診療所	636	57.3%	425	56.7%	211	58.4%	
地域	13	1.2%	9	1.2%	4	1.1%	
職域	19	1.7%	17	2.3%	2	0.6%	
その他	33	3.0%	20	2.7%	13	3.6%	
喫煙状況 (missing=5)							
喫煙者	24	2.2%	16	2.1%	8	2.2%	p=0.805
禁煙者	349	31.4%	232	31.0%	117	32.4%	
非喫煙者	732	65.9%	501	66.9%	231	64.0%	
雇用形態 (missing=5)							
常勤	969	87.3%	653	87.2%	316	87.5%	p=0.566
非常勤	114	10.3%	82	10.9%	32	8.9%	
その他	22	2.0%	14	1.9%	8	2.2%	
禁煙治療経験 (missing=5)							
1年未満	416	37.5%	278	37.1%	138	38.2%	p=0.573
3年未満	322	29.0%	227	30.3%	95	26.3%	
5年未満	191	17.2%	130	17.4%	61	16.9%	
5年以上	176	15.9%	114	15.2%	62	17.2%	
トレーニング経験 (missing=5)							
なし	865	77.9%	588	78.5%	277	76.7%	p=0.793
あり	240	21.6%	161	21.5%	79	21.9%	

\* 年齢のみ平均値及び標準偏差を表示し、検定は分散分析を使用している。

図表7. 禁煙治療導入版における学習修了者と未修了者の属性比較

	全員 (n=205)		修了者 (n=162)		未修了者 (n=043)		2検定 分散分析
	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	
受講年							
2011	129	62.9%	108	66.7%	21	48.8%	p=0.031
2012	76	37.1%	54	33.3%	22	51.2%	
性別							
男性	91	44.4%	71	43.8%	20	46.5%	p=0.753
女性	114	55.6%	91	56.2%	23	53.5%	
年齢 (missing=1)	48.0	9.8	47.3	9.4	50.7	10.9	p=0.043
職種							
医師	45	22.0%	32	19.8%	13	30.2%	p=0.520
保健師	8	3.9%	7	4.3%	1	2.3%	
看護師	6	2.9%	4	2.5%	2	4.7%	
助産師	1	0.5%	1	0.6%	0	0.0%	
薬剤師	141	68.8%	114	70.4%	27	62.8%	
その他	4	2.0%	4	2.5%	0	0.0%	
施設 (missing=1)							
病院	13	6.3%	8	4.9%	5	11.6%	p=0.402
診療所	35	17.1%	26	16.0%	9	20.9%	
地域	28	13.7%	22	13.6%	6	14.0%	
職域	36	17.6%	30	18.5%	6	14.0%	
その他	92	44.9%	76	46.9%	16	37.2%	
喫煙状況 (missing=1)							
喫煙者	12	5.9%	11	6.8%	1	2.3%	p=0.431
禁煙者	57	27.8%	43	26.5%	14	32.6%	
非喫煙者	135	65.9%	108	66.7%	27	62.8%	
雇用形態 (missing=1)							
常勤	185	90.2%	147	90.7%	38	88.4%	p=0.474
非常勤	14	6.8%	12	7.4%	2	4.7%	
その他	5	2.4%	3	1.9%	2	4.7%	
禁煙治療経験 (missing=1)							
1年未満	107	52.2%	84	51.9%	23	53.5%	p=0.794
3年未満	23	11.2%	17	10.5%	6	14.0%	
5年未満	25	12.2%	20	12.3%	5	11.6%	
5年以上	49	23.9%	41	25.3%	8	18.6%	
トレーニング経験 (missing=1)							
なし	177	86.3%	142	87.7%	35	81.4%	p=0.461
あり	27	13.2%	20	12.3%	7	16.3%	

\* 年齢のみ平均値及び標準偏差を表示し、検定は分散分析を使用している。

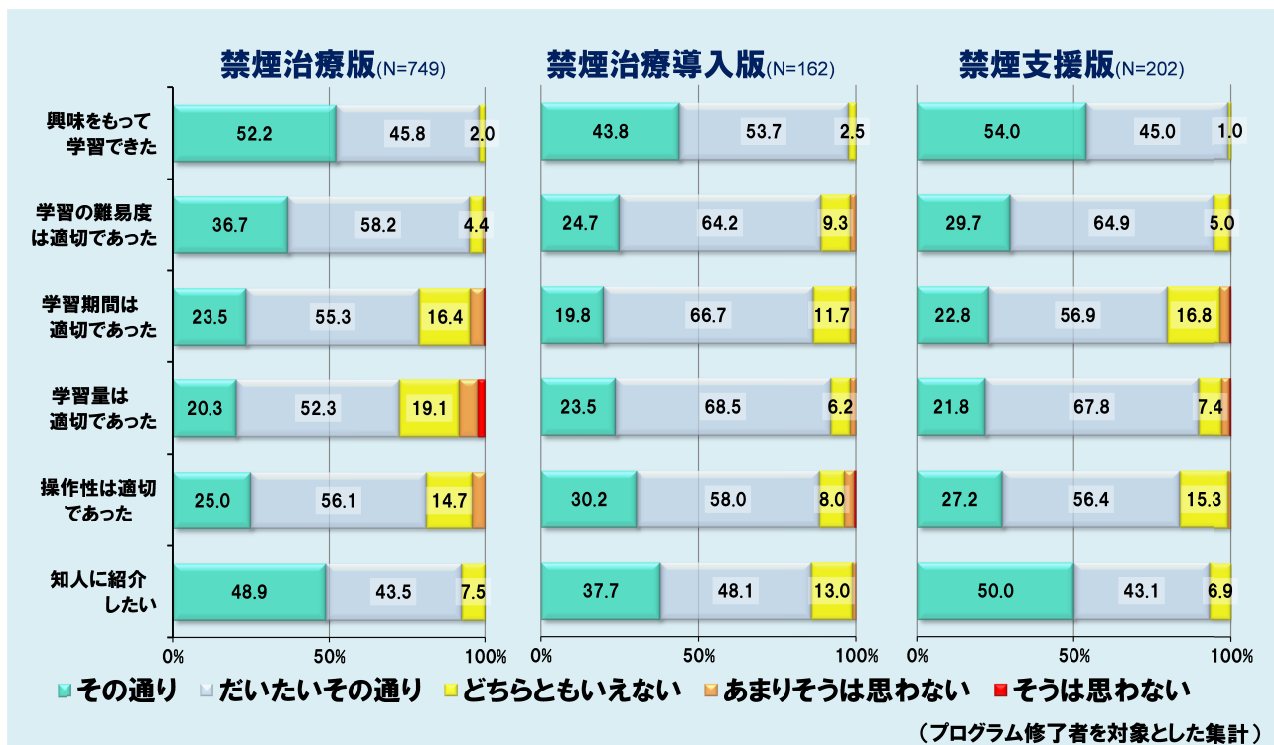
図表8. 禁煙支援版における学習修了者と未修了者の属性比較

	全員 (n=277)		修了者 (n=202)		未修了者 (n=075)		2検定 分散分析
	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	
受講年							
2011	166	59.9%	128	63.4%	38	50.7%	p=0.055
2012	111	40.1%	74	36.6%	37	49.3%	
性別							
男性	42	15.2%	29	14.4%	13	17.3%	p=0.539
女性	235	84.8%	173	85.6%	62	82.7%	
年齢	41.4	10.0	41.3	9.2	41.8	12.3	p=0.754
職種							
医師	46	16.6%	28	13.9%	15	20.0%	p=0.559
保健師	148	53.4%	104	51.5%	44	58.7%	
看護師	34	12.3%	26	12.9%	8	10.7%	
栄養士	16	5.8%	13	6.4%	3	4.0%	
薬剤師	24	8.7%	19	9.4%	5	6.7%	
臨床検査技師	1	0.4%	1	0.5%	0	0.0%	
事務	4	1.4%	4	2.0%	0	0.0%	
その他	4	1.4%	4	2.0%	0	0.0%	
施設							
病院	15	5.4%	11	5.4%	4	5.3%	p=0.586
診療所	29	10.5%	20	9.9%	9	12.0%	
地域	90	32.5%	63	31.2%	27	36.0%	
職域	106	38.3%	77	38.1%	29	38.7%	
その他	37	13.4%	31	15.3%	6	8.0%	
喫煙状況							
喫煙者	6	2.2%	4	2.0%	2	2.7%	p=0.082
禁煙者	54	19.5%	33	16.3%	21	28.0%	
非喫煙者	217	78.3%	165	81.7%	52	69.3%	
雇用形態							
常勤	238	85.9%	169	83.7%	69	92.0%	p=0.147
非常勤	34	12.3%	28	13.9%	6	8.0%	
その他	5	1.8%	5	2.5%	0	0.0%	
禁煙治療経験							
1年未満	127	45.8%	89	44.1%	38	50.7%	p=0.057
3年未満	67	24.2%	49	24.3%	18	24.0%	
5年未満	31	11.2%	19	9.4%	12	16.0%	
5年以上	52	18.8%	45	22.3%	7	9.3%	
トレーニング経験							
なし	220	79.4%	157	77.7%	63	84.0%	p=0.251
あり	57	20.6%	45	22.3%	12	16.0%	

\* 年齢のみ平均値及び標準偏差を表示し、検定は分散分析を使用している。

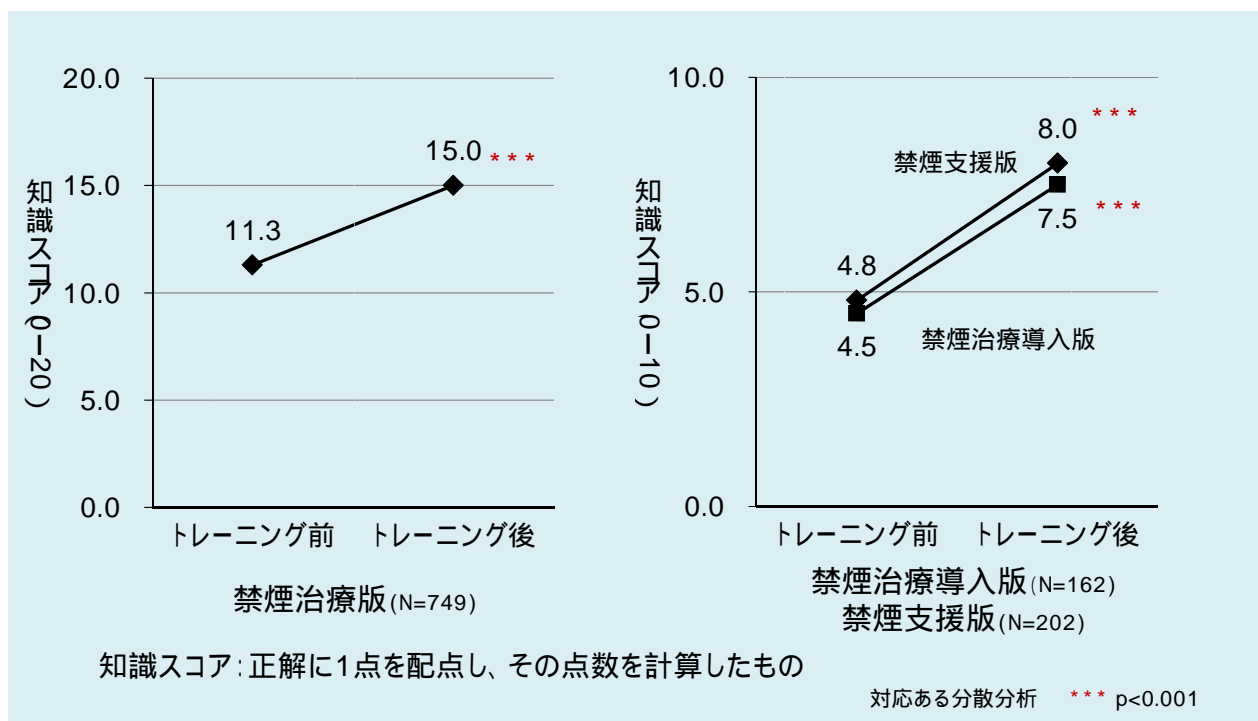


図表9. プログラム別に見たトレーニングのプロセス評価



図表9 実施したトレーニングについてのプロセス評価

図表10. プログラム別に見た禁煙治療・支援に関する知識の変化

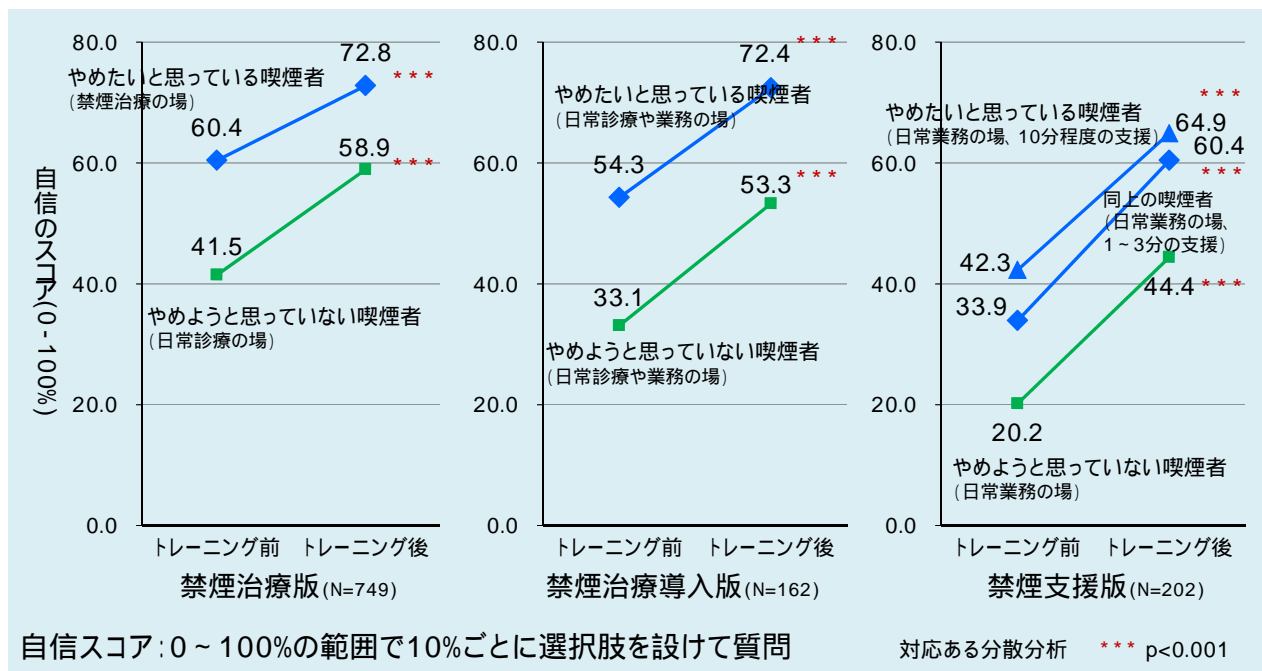


図表11. プログラム別にみた禁煙治療・支援に対する態度の変化

	禁煙治療版(n=749)		禁煙治療導入版(n=162)		禁煙支援版(n=202)	
	トレーニング前	トレーニング後	トレーニング前	トレーニング後	トレーニング前	トレーニング後
喫煙の本質はニコチン依存症	2.20	2.66***	2.03	2.57***	2.28	2.56***
禁煙治療は手間の割りに効果があがらない	0.92	1.41***	0.62	0.86	0.68	1.25***
禁煙カウンセリングは有用	2.07	2.52***	1.93	2.40***	1.94	2.34***
禁煙補助剤は有用	2.11	2.58***	1.85	2.39***	1.89	2.47***
禁煙は健康の大前提	2.45	2.66***	2.17	2.59***	2.23	2.51***
禁煙治療・支援には知識や技術の習得が大切	2.55	2.70***	2.49	2.60*	2.64	2.76**

態度スコア: -3点 ~ +3点 (3 全くその通り、2 その通り、1 まあその通り、0 どちらとも言えない、-1 あまり思わない、-2 思わない、-3 全く思わない)  
 †: 態度スコアの正負を逆転させて処理  
 Wilcoxonの符号付順位検定 \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

図表12. プログラム別にみた禁煙治療・支援に対する自信の変化



図表13. プログラム別にみた禁煙治療・支援に対する行動の変化

	禁煙治療版(n=749)		禁煙治療導入版(n=162)		禁煙支援版(n=202)	
	トレーニング前	トレーニング後	トレーニング前	トレーニング後	トレーニング前	トレーニング後
喫煙状況の確認	2.88	2.93	2.51	2.46	2.59	2.74*
禁煙のアドバイス <sup>*1</sup>	2.49	2.58***	1.70	1.93**	2.14	2.30**
禁煙する気持ちの確認	2.25	2.42***	1.61	1.84**	2.49	2.51
短時間(1~3分)の禁煙支援 <sup>*2</sup>	2.81	2.82	2.30	2.23	2.55	2.56
再喫煙を防ぐ働きかけ 「禁煙治療版、治療導入版のみ」	2.71	2.93***	2.32	2.35	-	-
10分程度の禁煙支援 <sup>*2</sup> 「禁煙支援版のみ」	-	-	-	-	1.51	1.83***

行動スコア:0点~4点 (0 全く行わない、1 ごく一部、2 ある程度、3 比較的多く、4 ほとんど全て)

\*1 喫煙者全てに実施しているかについて質問      \*2 禁煙したい喫煙者を対象に質問  
Wilcoxonの符号付順位検定      \* p<0.05      \*\* p<0.01      \*\*\* p<0.001

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  
**アルコールに関する指導者教育と評価研究に関する研究**

研究分担者 真栄里 仁 国立病院機構久里浜医療センター教育情報部長  
研究協力者 堀江義則 財団法人順和会山王病院  
樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター

### 研究要旨

アルコールの健康障害への影響は喫煙等と並び大きな問題となっている一方で、生活習慣病領域におけるアルコール指導については、充分行われておらず、指導の参考となるスライド等の資料も充分ではない。このような背景を踏まえ、本研究では今年度から向こう3年間で以下のような研究を実施する。今年度は、市町村における特定保健指導での減酒指導について実態調査を行い、次年度以降、現状とその要因、問題点などについて明らかにする。また現場での特定保健指導に資することを目的にアルコール領域の標準的なスライドを作成した。次年度以降は、アルコールに特化した指導向けの、より詳細なスライドを作成するとともに、パンフレット等の様々な指導ツールについても開発を進めていく。

#### A. 研究目的

WHOの推計では、アルコールの健康への影響は、高血圧や喫煙に匹敵するものであり、日本でも平成25年にはアルコール健康障害対策基本法が制定されるなど、幅広いアルコール対策が求められている。特に生活習慣病領域では、健康日本21(第一次)のなかで生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少、未成年者の飲酒をなくす、妊娠中の飲酒をなくす、の3つの数値目標を掲げたものの、達成項目がなかったように、飲酒に関する行動変容には困難を伴う。そのため、今回の研究では、特定保健指導に関する保健・医療分野での人材育成のための実際的な教材作成を行い、生活習慣病領域での減酒指導に資することを目的としている。

#### B. 研究方法

平成25年度は、特定健診・保健指導研修会での節酒に関する領域でのコアスライドを作成することになり、内科と事前に協議したうえで、内容

を決定した。スライドは、飲酒が関連するメタボリックシンドロームなどの生活習慣病に関する部分と、具体的な減酒方法に関する部分から成り、非専門家による医師、保健師や管理栄養士等への講義を想定して、平易な内容とした。また、並行して生活習慣病対策での節酒指導等、について、各自治体向けに郵送でアンケート調査を行った。

次年度は、アンケート調査の集計と解析を行うとともに、調査結果を参考にして、被保険者に配布するためのアルコールと生活習慣病、減酒に関する簡便なパンフレット（B5数ページ程度）を作成し、PDF化し、関係諸機関ホームページからダウンロードできるようにする。また、アルコールに特化した特定保健指導のモデルとなる45分程度のスライドの作成も予定している。

以下に本年度の研究方法の詳細について記す。

##### 1. コアスライド作成

本スライドは、特定保健指導でのアルコール問題の理解、ならびに減酒指導に焦点を当てたスライドを作成した。

### 1) 対象と目的

保険者を対象とした一般の特定保健指導で用いられる標準的なスライド用のアルコール分野スライドの作成。

### 2) 内容

- ・ Jカーブ
- ・ 節度ある適度な飲酒、リスクのある飲酒の目安
- ・ AUDITのやり方
- ・ 飲酒日記と目標設定、等

## 2. 市町村での特定保健指導における飲酒に関する指導についての実態調査

### 1) 調査対象

全国市町村（1742）の特定健診・特定保健指導業務担当部署

### 2) 調査方法

郵送で全国の自治体へアンケートを送付し、平成25年3月末までの返信を依頼している。回収された調査票は、次年度以降、久里浜医療センターでPCへのデータ入力を行い、解析を行う予定である。

### 3) 調査票

郵送による自記式調査(添付資料)

#### a) 調査内容

- ・ 自治体種別・人口規模、保健指導体制
- ・ 特定保健指導での減酒指導の有無と頻度、指導のための資料
- ・ 指導上の問題点
- ・ 精神保健分野でのアルコール指導の有無と頻度
- ・ アルコール関連問題の語句の理解度

(倫理に対する配慮)

上記調査のうち、「市町村での特定保健指導における飲酒に関する指導についての実態調査」については倫理的配慮が必要である。この研究に関しては、久里浜医療センター倫理審査委員会で審査を行い、承認を得ている。

## D. 結果と考察

本年度作成したスライドについては、主任研究者の報告書を作成していただきたい。

市町村への調査は現在、発送作業中であり、結

果は次年度に報告を予定している。

## E. 参考文献

1) 樋口 進, 杠 岳文, 松下幸生, 宮川朋大, 幸地芳朗, 加藤元一郎, 洲脇 寛. アルコール依存症の実態把握および治療の有効性評価・標準化に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患委託研究費「薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究, 主任研究者和田清」平成16年~18年度総括研究報告書.

2) 健康日本21推進のためのアルコール保健指導マニュアル, アルコール保健指導マニュアル研究会, 社会保険研究所, 東京, 2003.

## F. 健康危険情報

報告すべきものなし。

## G. 研究発表

### 1) 国内

口頭発表	0件
原著論文による発表	0件
それ以外の発表	0件

### 2) 海外

口頭発表	0件
原著論文による発表	0件
それ以外の発表	0件

## H. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む。)

1. 特許取得： なし
2. 実用新案登録： なし
3. その他： なし

## 特定保健指導における飲酒に関する指導についてのアンケート

1. 貴自治体名（例1：神奈川県横須賀市、例2：東京都世田谷区）

2. 直近の人口（例：412,739）： \_\_\_\_\_ 人

3. 保健師人数（いわゆる市町村区保健師を指しています）： \_\_\_\_\_ 名

4. 市町村区での国民健康保険加入者への特定健診・特定保健指導の実施方法についてより近いものを1つ選んで下さい。

1. 特定健診・特定保健指導共に、主に市町村区で行っている。
2. 特定健診は主に医師会等の外部機関に委託しているが、特定保健指導は主に市町村区で行っている。
3. 特定保健指導は主に医師会等の外部機関に委託しているが、特定健診は主に市町村区が行っている。
4. 特定保健指導・特定健診共に、主に医師会等の外部機関に委託している。

5. 特定保健指導での飲酒に関する指導について、より近いものを1つ選んで下さい。  
なお設問4～7については、アルコール依存症への断酒指導や受診勧告などは含めないでください。

選択肢1.(= まったく、あるいは殆ど行っていない)を選んだ場合、設問6～8は省略し設問9以降の質問にお答えください。それ以外の選択肢を選んだ場合、設問6以降のすべての質問にお答えください。

1. まったく、あるいは殆ど行っていない
2. 保健師一人あたり年1~2件程度は行っている。
3. 保健師一人あたり月1~2件程度は行っている。
4. 保健師一人あたり毎月数件以上行っている。

6. 特定保健指導の一環として、飲酒に関する指導を行っている場合、指導方法について該当するものを選んで下さい（複数回答可）。

1. 各種講習・講演
2. 面接による個別の節酒指導
3. E-mail等のITを利用した個別の節酒指導

4. KAST や AUDIT などの飲酒問題のスクリーニングテスト
5. 医療機関受診の勧め
6. その他（下記に自由にご記載ください）

**7. 特定保健指導のなかで、飲酒に関する指導で困ることはなんですか。該当するものを選んで下さい（複数回答可）**

1. 困ることはない。
2. 指導に関し拒否的な態度が多い。
3. 効果が得られない。効果の実感が無い。
4. どのように指導して良いかわからない。
5. その他（下記に自由にご記載ください）

**8. 飲酒の指導に使用している教材等がありましたら、該当するものを選んで下さい（複数回答可）**

1. アルコールパッチテスト
2. 飲酒日記
3. 厚生労働省などの情報
4. インターネットの情報
5. ASK（アルコール薬物問題市民協会）久里浜医療センターなどの出版物
6. その他（下記に自由にご記載ください）

**9. 精神保健分野（アルコール依存症対策など）での飲酒に関する指導について、より近いものを1つ選んで下さい。**

1. まったく、あるいは殆ど行っていない。
2. 保健師一人あたり年1~2件程度は行っている。
3. 保健師一人あたり月1-2件程度は行っている。
4. 保健師一人あたり毎月数件以上行っている。

**10. 下記の語句について、ご自身の理解度・習熟度を選択してください。**

a. AUDIT

(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)

b. 生活習慣病のリスクを高める飲酒量

(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)

c. 節度ある適度な飲酒

(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)

d. 飲酒日記

(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)

**ご協力ありがとうございました。この調査票を同封の封筒に入れてポストへ投函お願いします。ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。**

**【連絡先】**

独立行政法人 国立病院機構久里浜医療センター

教育情報部 真栄里 仁(まえさと ひとし)

mail: maesatohitoshi@kurihama1.hosp.go.jp

電話: 046-848-1550

FAX: 046-849-7743



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

保健事業の研修手法開発と評価に関する研究  
『保健指導研修企画者・アドバイザーワークショップ』の実施報告

研究代表者 津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター）  
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（五十音順）  
研究協力者 武見ゆかり、六路恵子、三浦康平、服部真美

### 研究要旨

1. 保健指導研修会企画担当者及びアドバイザーを対象に、課題の明確化と対応法の検討、研修会の標準化や講師の質の向上を図るための方策について議論するためのワークショップを開催した。
2. 研修企画の現状について、3つのテーマ（年間を通じた研修計画について、個々の研修会について、職場内の研修会について）と4つのカテゴリー（企画・運営・評価・改善工夫）を基に、グループワークを実施し、情報の共有化を図ると共に保健指導を効果的に実施できる人材のスキルアップと事業企画の評価法などの現状を把握した。
3. 各分野（健診データの情報提供・受診勧奨、食生活、身体活動、禁煙、アルコール）のコアスライドに対するレクチャーを受けた後、スライドへの疑問、要望、気づきなどをグループワークによって集約し、活用度の高いコアスライドにするための意見交換を行った。
4. 研修会終了時に、本研修会の各単元について特に理解が深まった点やさらに詳しく理解したいと感じた点等、参加者の理解度、内容の評価についてアンケートを実施した結果、理解が深まった、今後の参考になるとの回答を得た。

### A. 研究目的

特定健診・保健指導では、個人のリスクに応じた保健指導、対象者の状況に応じた支援ができる保健指導者が求められている。そのためには、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」、「健康づくりのための身体活動基準2013」を現場で活用できる保健指導者の育成が必要とされている。

そこで、国、都道府県、医療保険者、学会、保健指導機関等が実施している研修の現状や、課題の分析状況、改善の工夫を把握するため、保健指導研修企画者・アドバイザーを対象としたワークショップを開催した。

### B. 研究方法（研修概要）

都道府県国保連合会、協会健保各支部、健康保険組合連合会、保健指導機関等の講習会企画担当者及びアドバイザーとして関与する講師等を対象とした。研修の標準化、課題に対する解決法や取り組み、講師の質の向上を図るために何が必要か検討することを目的とし、内容を構成した。

保健事業の研修方法と評価に関する研究班を立ち上げた経緯、研究概要を説明  
研修ガイドライン（改訂版）のポイントについての講義

本研究班で実施した研修についての調査結

果報告

保健指導者のスキルについての調査の中間報告

グループワーク 「研修企画の現状・課題・改善工夫」: 研修の標準化、講師の質の向上を図る

コアスライド案の供覧

グループワーク 「コアスライドの活用」: 内容、改善点についてディスカッション。

## C. 研究成果

### 1. 参加者状況

男性8名、女性41名、合計49名の参加者及び講師10名で実施した。年代は、30歳代から50歳代が多く、研修企画等実際に現場で実施している方が多かった。

都道府県を始め国保連、健保連などほぼ均一に参加が認められた。参加地域は、九州（鹿児島、熊本、宮崎）、中国地方（山口、鳥取、島根）、近畿（大阪、奈良、兵庫）、中部（愛知、岐阜、三重）、関東は東京のみと西日本地域の参加が多かった。職種別に見ると参加の7割が保健師であった。研修の企画・立案に保健師が多く関わっていると思われた。

### 2. グループワーク 「研修企画の現状・課題・工夫」

#### (1) グループ構成

参加者をOJTをおもにディスカッションするグループと外部研修についてディスカッションするグループに分け、所属が重ならないこと、同年代、同職種も重なり合わないよう8グループ（1グループ6名程度）に編成し、多くの意見が交わされるよう配慮した。

#### (2) ワークの構成（図1、2、3、4、5）

グループワーク全体の流れと時間配分を認識する。

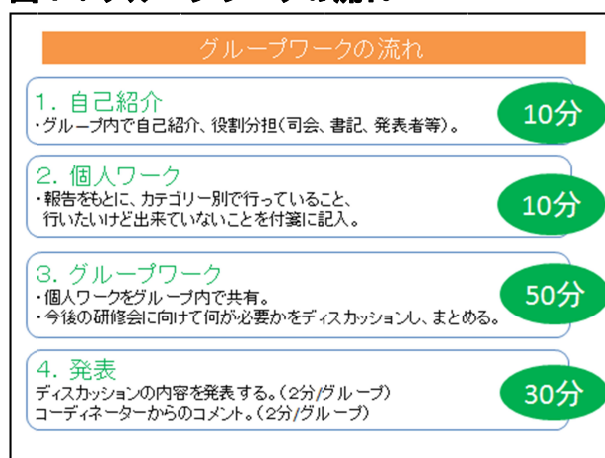
自己紹介、テーマの決定、役割分担する。

個人ワークとして、「研修についての調査、保健指導者のスキルについての調査の中間報告」を受けて研修項目4つのカテゴリー（企画、運営、評価、改善・工夫）について「行っていること」、「行いたいが出来ていないこと」、「改善できそうなこと」を記入する。

個人ワークで作成した内容をグループ内で共有し、各カテゴリー別に見える化を図る。

今後の研修企画にどのように反映させるかを検討する。

#### 図1：グループワークの流れ



#### 図2：テーマの決定

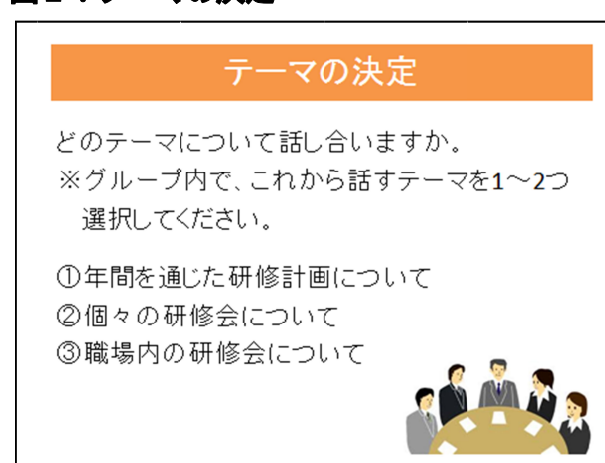


図3：現状について個人ワーク

2. 個人ワーク  
「各カテゴリーに対する取組み」

1. 4つのカテゴリーについて考えます。 **10分**

①企画(P)  
②運営(D)  
③評価(C)  
④評価を生かした改善(A)

2. 付箋に記入します。

行っていること	行いたい、 出来ていないこと	改善できそうなこと
---------	-------------------	-----------

図4：課題の見える化

3. グループワーク①  
「課題の見える化」


個人ワークをグループ内で共有し、  
各カテゴリーに対する取組みを見える化する **20分**

企画	改善 できそうなこと	運営	改善 できそうなこと
行っていること	行いたい、 出来ていないこと	行っていること	行いたい、 出来ていないこと
評価	改善 できそうなこと	評価を生かした改善	改善 できそうなこと

図5：今後の研修会に向けて

3. グループワーク②  
「今後の研修会に向けて」

カテゴリーシートから今後の研修会に  
反映させるためには何が必要か、  
どうすればよいかを検討し、まとめる。 **30分**



(3) カテゴリー別ワーク結果

ア. 企画

「行っていること」

- ・参加者のニーズを把握する
- ・年間スケジュールを立て計画的に実施している
- ・県と国保連合会と合同で企画を検討している
- ・テーマに沿った講師をお願いしている
- ・他県との共同開催により県外からの講師派遣も可能となっている
- ・参加者を経験年数で絞って設定している
- ・カテゴリー(特定保健指導実施者、健康運動指導士、スキルアップ等)に分けた研修会を実施している

「行いたい、できていないこと」

- ・参加者のレベルやニーズにあった研修会の開催
- ・他機関(県、国保、医師会、関連団体)との連携
- ・研修会へのアドバイザーがいない
- ・研修会の周知が不十分
- ・研修会の意図を伝えることが難しい
- ・講師が不足している
- ・事前の打ち合わせが少ない
- ・対象者のレベル(対象の絞込み)に合わせた企画ができていない
- ・レベル別の講習会が必要と感じる

「改善できそうなこと」

- ・入手しているものの、活用されていないデータがあるので、それをまず分析する
- ・既存データやアンケート結果を活用し、ニーズを分析する
- ・事前にアンケートを行い、受講ニーズを把握する
- ・本研究班のアンケートを活用し、研修が指導現場で役立ったかを知る
- ・企画の段階で横断的に関係者を集め、検討する
- ・内容の重複を避けるためにも、県、委託事業者、

国保、協会健保等と協議検討していくなど事前検討会を開催する

## イ. 運 営

### 「行っていること」

- ・座学ばかりでなく参加型（ロールプレイ、グループワーク）の内容を活用している
- ・内部でグループワークなど実施し、スキルアップを図っている
- ・当日の役割分担は確実に実施している
- ・外部講師に目的や現状をしっかりと伝える
- ・困難事例、先進事例など求められたものに関しては外部講師などで対応しニーズにあった研修を開催している
- ・遠方からも参加できるように開始時間などを検討している

### 「行いたいができないこと」

- ・それぞれの団体が同じような研修会を開催している
- ・十分な予算がない、人材不足
- ・実施したい内容に即した、人、物品、機材が不十分
- ・来てほしい対象者が集まらない、来てほしい市町村から参加できていない

### 「改善できそうなこと」

- ・ビデオを活用する
- ・コミュニケーションを図る場として有効に活用する
- ・組織で対応（運営）できるよう検討会などを定例的に開催する
- ・開催要項を明確に表示し魅力あるチラシの工夫
- ・横の組織機関連携（協力）を図る

## ウ. 評 価

### 「行っていること」

- ・研修会前後に実施するアンケート
- ・アンケート結果から開催時期、研修内容等の検討や、理解度、習得度の確認

### 「行いたいができないこと」

- ・評価項目が確立しておらず、場当たりのになっている
  - ・研修会受講後の指導者の状況（フォロー）
  - ・指導者を評価できるような研修の企画
  - ・実施した事業の評価
- ### 「改善できそうなこと」
- ・研修会終了後、何ヵ月後に時期をおいてアンケートを実施する
  - ・経年で評価する必要があるので、統一した評価項目を検討する
  - ・短期的な評価、中長期的な評価項目の整理
  - ・研修会受講者が保健指導をした人（集団）の翌年健診結果が改善しているか確認する

## エ. 「改善・工夫」

### 「行っていること」

- ・研修会事後アンケートを活用し、内容の改善につなげる努力をしている
- ・講者が参加しやすい時期、期間、場所を設定している

### 「行いたいができないこと」

- ・対象者のニーズの把握
- ・アンケート結果等評価につながっていない
- ・研修後の参加者へフォローができていない
- ・講師への研修目的の明確化ができていない

### 「改善できそうなこと」

- ・研修内容の理解度など把握できるアンケートを実施する
- ・関係機関との連携をしっかりと図る
- ・保健指導などの効果分析を行い、指導技術の向上を示す

## 3. グループワーク

### 2. グループワーク 「ワークシートのソート」

- ・ワークシートを分野ごとにソートし、コメント内容を共有する。
- ・どの分野の意見交換に行くか担当を決める。

15分



## 「コアスライドについて」

### (1) グループ構成

グループワーク きと同じグループで編成。

### (2) ワークの構成 (図6、7、8、9)

グループワーク全体の流れと時間配分を認識する。

個人ワークとして、ミニレクチャーの際に各分野のコアスライドに対してメモしたワークシートを整理する。

グループ内で分野ごとの意見を集約し、どの分野を担当するか決める。

各分野の担当がグループ内で集めたワークシートを分野別のブースに持ち寄り、意見交換を行う。

図6：グループワークの流れ



図7：ワークシートの整理

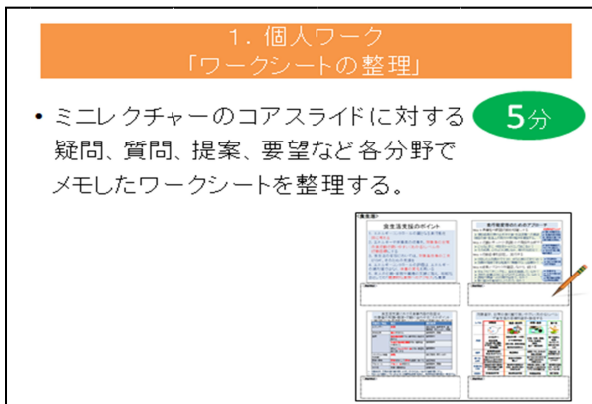


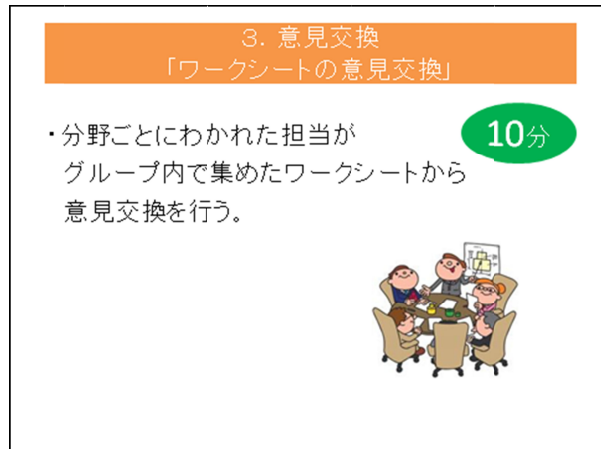
図8：ワークシートのソート

図9：ワークシートのソート

### (3) コアスライド分野別ワーク結果

#### 健診データの情報提供・受診勧奨

- ・性、年齢別平均値のグラフはとてもありがたい  
特に若い人への動機づけに使える
- ・冠動脈疾患リスク評価チャートはリスクの重複度合によりリスクが高まるという事を示している  
と理解したが、グラフの見方がすぐには理解できず時間がかかった



- ・若くしてLDLコレステロールが高いなど、家族歴の考え方や情報収集の仕方についても記載してほしい
- ・行動ステージごとのアプローチ、声掛け、文例集がほしい
- ・血糖値の優先順位 (FPGか、HbA1cのどちら) を明示してほしい

#### 食生活

- ・糖質カットをするような偏った食事制限をする人への対応法を載せてほしい
- ・残業多い人、交代勤務、一人暮らし等、例外の人たちへの食事指導のポイントを載せてほしい
- ・ストレスと食の関係について載せてほしい
- ・料理の提案で、どんな料理かを具体的に提示し

てもらえるとわかりやすい

- ・食べる時間による目標の立て方や、食事リズムについて載せてほしい
- ・朝食・昼食の欠食の人に対する指導があっても良い
- ・ダイエットに対するエビデンスを載せて欲しい

### 身体活動

- ・運動を伝える上で、スライドには表現されていない「携帯で+1000歩」や「怪我や痛みは15%起こりうる」のような豆知識も伝えたい。
- ・各運動の背景にある根拠をもっと知りたい
- ・座位時間を減らすことも有効である
- ・全体的、量としては適切でよかった
- ・セグメント化の図は、とてもよかった
- ・プラス10のエビデンスを明確にしてほしい
- ・リーフレットの環境要因への働きかけをわかりやすくしてほしい

### 禁煙

- ・付き合い喫煙、飲み会の時だけ吸う人、1日の本数が少ない人にうまく喫煙の害を伝える方法を載せてほしい
- ・寝たばこの害について載せてほしい
- ・禁煙補助剤の情報がほしい
- ・受動喫煙の害を載せてほしい
- ・受診するということはどういうことか、治療ができる情報源、治療するということがどういうことか、禁煙外来はどういう人がそこへ行けばいいのか、健保ごとに基準を決めているところもある。決めている健保の例とか示していただけるとよい。

### アルコール

- ・Jカーブに数字を入れて欲しい
- ・休肝日の考え方どうなっているのか
- ・飲酒量と肝硬変の関係図があるといいか
- ・飲酒とがんとの関係を載せてほしい
- ・精神障害者、アルコール依存症の方への支援も

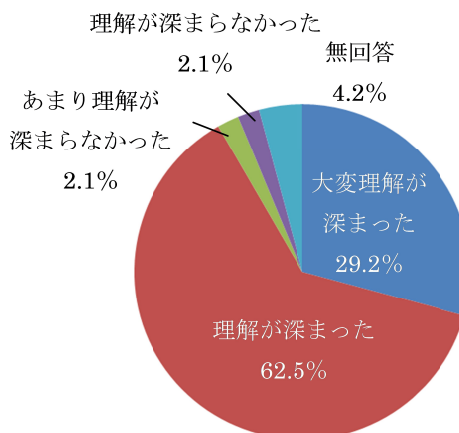
可能か

- ・酒の種類はどうか。ワインは認知症予防になるといわれている
- ・飲酒量減量と費用の関係を提示してもいいか。
- ・お酒の行動目標の具体例がほしい
- ・DVなどの情報提供のスライド
- ・こんなことを聞かれたらどう答えたらよいかのQ & A集がほしい

## 4. 研修会終了後アンケート結果

研修会終了後に、研修内容についての理解度、参考度、活用度に関するアンケートを実施し、評価を行った(図10、11、12、13)。

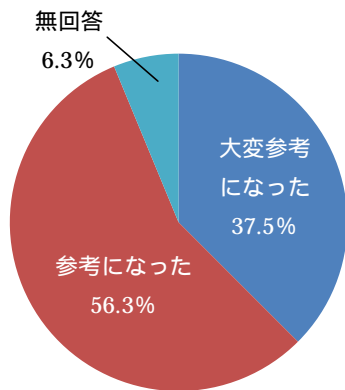
図10:「健診・保健指導の研修ガイドライン(改訂版)」についての理解度



### 特に理解が深まった点

- ・保健指導の評価方法
- ・タバコとアルコールの指導について利用のポイント
- ・文例集の活用方法

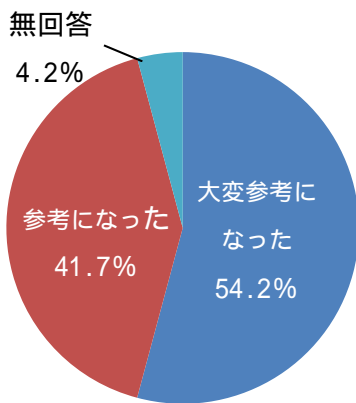
図11:「研修についての調査、保健指導スキルについての調査」についての参考度



#### 特に参考になった点

- ・OJT、ニーズ調査、保健指導者のスキル評価のためのアンケート
- ・研修会を企画するにあたり、職種、経験、保険者別など対象者属性の把握

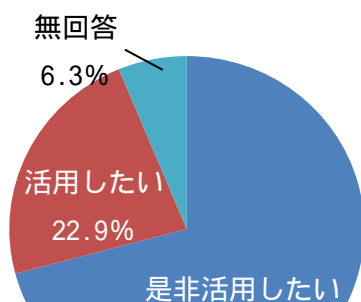
図12：企画・運営のグループワーク・討論についての参考度



#### 良かった点、より具体的な話が必要な点

- ・他機関、他府県の研修の取り組みの現状、課題、今後の取り組みについて情報交換する中で、新たな発見があった
- ・評価改善について、もっと話を深める必要がある

図13：コアスライドの活用度



#### コアスライドへの気づき

- ・標準的な研修と保健指導のためにこのような教材があることはたいへんありがたいこと
- ・それぞれポイントを絞ってあるコアスライドであったのでとてもわかりやすかった
- ・国保と社保を分けたコアスライドの必要性があると思う
- ・保健指導の立場で、このように使いたいなどイメージが湧いてくるような教材であった

#### D. 考察

研修企画のグループワークでは、カテゴリー別ワーク結果より、企画、運営、評価における現状や課題、対策をグループ間で見える化し、改善に向けての意見交換が十分にできたと考えられる。

また、グループをOJTとOFF JTで分け、且つ、年齢や職種が重ならないよう構成したことで一つのテーマに対して、多様な意見であっても議論の的がずれることなく、今後の研修会に還元しやすいと考えられる。アンケート結果からも同様の意見が多数みられた。

しかし、中にはもっと話を深める必要があった、という意見もみられた。このことから、本ワークショップの目的である保健指導研修会の標準化を図る意味でも同様のワークショップを定期的で開催することの必要性が示唆された。

コアスライドに関しては、グループワークによ

り、それぞれのコアスライドに対する意見を集約し、議論する時間を設けたことで、より活用度の高いものになると考えられる。

研修会後のアンケートからは、理解度、参考度、概ね高い評価結果であった。自由記載からも、「効率的である」、「情報交換の場となった」、「すぐに活用したい」、「研修の質を保つためには不可欠」といった意見が数多く挙げられたことから研修会の標準化につながるワークショップであったと考えられる。

## E. 結 論

研修会では一方的な情報伝達をするのではなく、現状や課題を把握し、解決方法等をグループ

ワークで議論する機会を設けることが重要である。また、研修内容を標準化するためには各分野のコアスライドの必要性は高い。今後の展望として、本研究班でホームページを開設し、関係者はそこから必要な情報や資料を活用できるよう随時研修手法における情報提供を行うため、その準備を進めている。

## F. 健康危険情報

なし

## H. 知的財産権利の出願・登録状況

なし

時間	平成26年 2月 5日 (水)
10:00	研究の概要 研究代表者 あいち健康の森健康科学総合センター センター長 津下一代
10:05	講演 「健診・保健指導の研修ガイドライン(改訂版)について」 厚生労働省 健康局 がん対策・健康増進課 主査 佐藤 智代
10:20 (45分)	特定保健指導の効果についての報告 「研修についての調査、保健指導者スキルについての調査の中間報告」 都道府県における研修の現状と課題等に関する調査結果 保健指導者の知識・スキル・自信度等に関する調査結果 (村本・和田)
11:05 (75分)	グループワーク ディスカッション 「研修企画の現状・課題・工夫」
12:20	昼 食
13:10 (30分)	グループワーク 発表
13:40 (60分)	ミニレクチャー 「コアスライド ねらいと内容」 コアスライドの提案(食生活、身体活動、禁煙、アルコール、健診データ情報提供)
14:40 (30分)	グループワーク ディスカッション 「コアスライドについて」 コアスライドへの要望、活用方法など
15:10	10分休憩
15:20 (20分)	グループワーク 各分野について報告 グループワークを踏まえて 各分野での討議のまとめを報告する(コーディネーター)
15:40	まとめ・情報交換
16:00	終了



## ・ 研究成果の刊行に関する一覧表 刊行物・別刷

- 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 ) 中村正和: 第4章 健康教育 第3節 禁煙支援. 中央労働災害防止協会(編): 産業保健・産業栄養指導専門研修. 東京: 中央労働災害防止協会, p157-170, 2013.
  - 6 ) 中村正和: 脂質異常症における禁煙療法. 日本臨牀, 71 (増刊号3): 516-521, 2013.
  - 7 ) 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) 津下一代、村本あき子 . 特定健診2,245万人のデータを活用した、性・年齢・年齢調整後地域別データの見える化 . 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 . 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
- 4) 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
- 5) 中村正和: 禁煙治療の課題について . 第53回日本呼吸器学会学術講演会、2013年4月、
- 6) Nakamura M: Brief smoking cessation intervention at health examination and training for health professional. Symposium, APACT. August 2013, Chiba. Japan.
- 7) Nakamura M: Future challenges of tobacco dependence treatment from Japanese experiences. Luncheon Seminar, APACT. August 2013, Chiba. Japan.
- 8) Oshima A, Masui S and Nakamura M on behalf of the J-STOP group of Japan Medical-Dental Association for Tobacco Control: J-STOP (The Japan Smoking Cessation Training Outreach Project): The Outline and Evaluation. Poster, APACT. August 2013, Chiba. Japan.
- 9) 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
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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)
- 14) 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