

平成 26 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
(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

(H25・循環器等（生習）一般・028)

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 津下 一代

平成 27 (2015) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	津下一代	1
II. 分担研究報告		
1) 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	27
2) -1 管理栄養士・栄養士の保健指導に関するコンピテンシー・習得ニーズの把握および 保健指導用教材の食生活支援に関する内容分析		40
2) -2 特定保健指導の支部間差に関する質的検討～インタビュー直後記録のまとめ～	林芙美, 武見ゆかり, 他	66
3) 自治体における生活習慣病予防の保健指導実施者のスキル向上に向けた取り組み調査	杉田由加里, 他	88
4) 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	103
5) -1 日本人間ドック学会による報告①		117
5) -2 日本人間ドック学会による報告②	和田高士	122
6) 健康づくりのための身体活動基準 2013・アクティブガイドの認知向上に関する研究	宮地元彦	137
7) 保健指導研修企画者・講師のためのアドバイザーワークショップ』の実施報告	津下一代	143
8) 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	159
III. コアスライド集 (基礎編、計画・評価編、技術編)		185
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表 刊行物・別刷		243

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・特定保健指導では保健指導者の資質向上の目的で全国で研修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、各地の研修課題や保健指導者の特性を分析し、効果的な方法についての検討を目的とした。昨年度の研究では、保健指導スキルの格差や、対象者の特性把握、ニーズに合った研修を行う必要性が明らかとなった。早急に研修の標準化を図る必要があるため、保健指導研修会のコアスライドを作成した。

今年度は昨年度の調査結果を踏まえ、保健指導者の実態をより深く分析するために、職種や所属、経験年数、都道府県等別に、保健指導者のスキル評価や学習方法、指導効果、ニーズ調査を行った。保健指導者だけでなく、研修会の企画者や講師に向けた調査も実施し、都道府県や学会で行われる研修、あるいはOJTをもとに、より質の高いものにするための課題や改善点を抽出した。

研修手法の開発として、コアスライドを現場の声を反映させた改編版により、研修レベルの標準化を図った。研修ツールとして作成したビデオ教材は、指導者同士がグループワークすることで知識、経験を共有し、指導レベルの底上げを可能とした。また、企画者・講師向けのワークショップを開催し、研修の課題や工夫の情報共有を行った。ツールを用いた研修効果の検証では、指導者の知識や自信、指導効果等を向上させる可能性も確認できた。身体活動基準2013については、その根拠をまとめ欧文誌に掲載、アクティブガイドの地域版や筋トレ版を作成したり、Facebookを通じて保健指導者に周知するなど、保健指導の場面で活用が進むような取り組みを行った。

今後の展望として、保健指導スキルを正しく簡便に評価できる指標の検討、指導レベルに対応する階層的な研修、体制についての検討を通じ、保健指導の質を向上させていきたいと考えている。

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）
三浦康平（あいち健康の森健康科学総合センター）
服部真実（あいち健康の森健康科学総合センター）

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。「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が喫緊の課題である。特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。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年間の取り組みにより、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

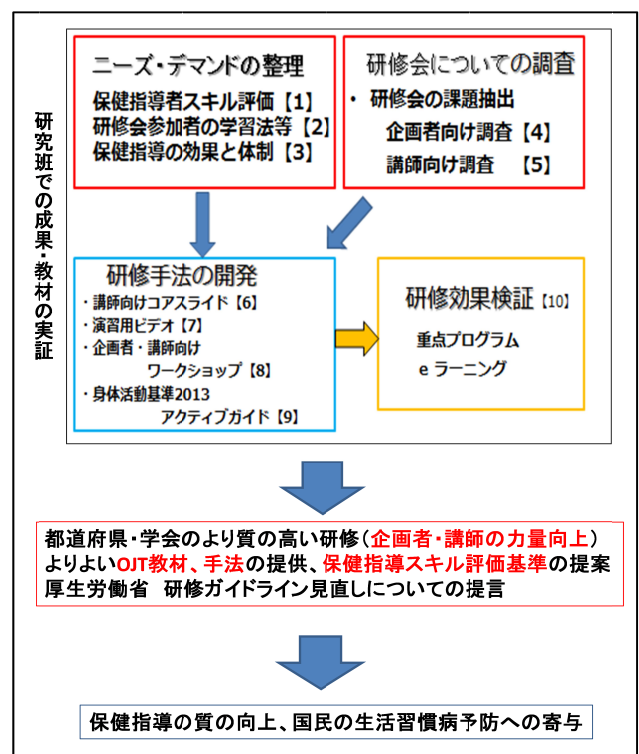
考えられた。

そこで本研究班では、昨年度、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多様な研修での課題を分析し、解決策の検討を行った。さらには、保健指導者の習得度・認知度調査を実施したことで、保健指導スキルの差が大きいことや対象者の特性把握、ニーズに合った研修を行う必要性が明らかとなった。また、研修の標準化を図るため、保健指導研修会のコアスライドを作成した。

今年度は保健指導の質の向上を目指し、昨年度の調査結果を踏まえ、保健指導の実態をより深く分析するために、指導者の職種や所属、経験年数、都道府県別にスキル評価や学習方法、指導効果、ニーズ調査を実施した。さらに、保健指導者だけでなく、研修会の企画者や講師に向けた調査も実施し、都道府県や学会で行われる研修、あるいは組織、団体で行われているOJTから、より質の高い研修にするための課題や改善点の抽出を行った。また、研修手法の開発のため、昨年度のコアスライドに現場の声を反映させた改編版を作成し、ビデオ教材を研修ツール用に作成した。研修企画者と講師向けのワークショップを開催し、グループワークによりそれぞれの

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)

- (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能力**
- (2) **対象者との信頼関係を構築できる能力**
- (3) **個人の生活と環境を総合的にアセスメントする能力**
- (4) **安全性を確保した対応を考えることができる能力**
- (5) **相談・支援技術**
 - ① **カウンセリング的要素を取り入れた支援**
 - ② **認知行動療法の手法、コーチングの手法等を取り入れた支援**
 - ③ **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能力**
 - ① **栄養・食習慣についての専門知識**
 - ② **身体活動・運動についての専門知識**
 - ③ **たばこについての専門知識**
 - ④ **アルコールについての専門知識**
- (7) **学習教材を開発する能力**
- (8) **活用可能な社会資源に関する情報収集を行う能力**



研修の課題や工夫点を情報共有し、見える化した。作成したツールは、使用による指導者のスキルや保健指導効果を検証した。

以上、2年目に実施した保健指導の質を向上させるための各取り組みについて報告する。

B. 研究方法

1) ニーズ・デマンドの整理

標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）研修ガイドラインをもとに、健診データの情報提供、禁煙、節酒、身体活動の各専門分野、行動変容に関する能力等、保健指導に必要な要素を抽出し、保健指導者の習得度に関する2種類の調査票（基礎編用、計画・評価編用）をベースに用いて、評価した。

①都道府県・国保連等研修会参加者に対する調査

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。

②管理栄養士・栄養士会調査

専門外分野（運動・禁煙・節酒指導等）の知識・スキルの現状について把握することを目的とし、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行った。その結果、22都道府県1,608名の栄養ケア・ステーション特定保健指導登録者に対して、平成26年2月に郵送により調査協力依頼文書及び無記名自記式の調査票を配布し、宛先不明で未達であった60名を除く1,548名を調査対象者とした。

③日本人間ドック学会での調査

第三期特定健康診査、特定保健指導に向けた、必要なエビデンスを日本人間ドック学会内で集積することを目的として、調査を行った。具体的には、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

会で、アンケートを作成した。平成25年12月に、人間ドック健診情報管理指導士4,678名にアンケート郵送し、平成25年12月26日から平成26年1月21日に、インターネット上で無記名によるアンケート調査を行った。

アンケート内容は、「特定保健指導を自信をもって実施できているか。」「施設内で知識収録型の勉強会が実施されているか。」「自施設で特定保健指導マニュアルがあるか。」等とした。その後、調査内容を論文化した。

④協会けんぽの支部別保健指導効果の検証

特定保健指導の積極的支援を受けた男性（40歳～64歳）を対象に、特定保健指導の効果として、体重の年齢調整平均値の変化およびメタボリックシンドローム該当者の年齢調整割合の変化を協会けんぽの支部別で検証を実施した。

⑤協会けんぽの保健指導の支部間差に関する質的検討

協会けんぽの47都道府県支部について、特定保健指導の効果に支部間差の要因を検討し、研修プログラムや支部体制を強化するデータ収集として、インタビュー調査を行った。

平成23年度における特定保健指導の実施率・改善率・稼働率の面から上位支部（実施率が10%以上と相対的に高く、改善率・稼働率ともに平均より高い都道府県支部）と下位支部（実施率が6%以下と相対的に低く、改善率・稼働率ともに平均よりも低い都道府県）を各5支部選定し、協会けんぽ本部を通じて各支部へのインタビュー調査への協力依頼を行った。その結果、全10支部から協力への同意が得られ、外部の研究者2名が平成26年11月から平成27年1月にかけて、支部保健師への個別インタビューと契約保健師へのグループインタビューを実施した。上位支部、下位支部の各1支部については、管理栄養士を対象としたグループインタビューも実施した。ただし、解析の際、対象支部選定時のデータと現状に差が見られ、上位と下位支部に分けることが困難であったため、今回はインタビューアー

の主観的な情報を整理した。

2) 保健指導研修会についての調査および分析

①都道府県・国保連に対する調査

都道府県及び都道府県国保連協会が実施している、市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研修の実態を明らかにすることや、市区町村を支援する立場の都道府県および都道府県国保連協会に所属する職員への研修への示唆を得ることを目的に、都道府県及び都道府県国保連協会にて研修を立案、実施している担当者、計94名に記名自記式の調査を実施した（平成25年11～12月）。調査項目は、特定健診・保健指導等の保健事業に関する研修の立案方法と研修の内容（平成25年度）や、研修の評価方法、研修の立案・運営における課題については、自由記述とした。

②市町村における減酒指導、断酒指導の実態調査

全国市町村区の特定健診・特定保健指導業務担当部署（1,917）を対象として、自記式の調査票を郵送で全国の自治体へ送付した。郵送により返信された調査票を用いて相関分析等の解析を行った。調査票は、人口に対する保健師の割合や、保健師一人あたり特定保健指導での減酒指導件数、アルコール指導使用教材の活用の有無等とした。

③特定保健指導レベル標準化のための育成プログラムの調査

社会福祉法人聖隷福祉事業団保健事業部では、組織としての保健指導サービスの質の向上と品質管理を継続的に実施するための、「保健指導サービス品質管理システム」を導入した。組織として標準化することでスタッフ間のばらつきを少なくし、誰でも一定の水準で保健指導を提供できるよう、体制の構築と質の向上のための取り組みを報告した。具体的にはキャリアラダーとその階層別研修および外部研修である。

④研修会講師に対するアンケート調査

企画者側からの依頼の状況や打ち合わせ、評

価等を把握するため、過去3年間にホームページ（HP）上で公開されている全国で特定健診・保健指導の講師を担当した175名に対するアンケート調査を実施した。アンケートの内容としては、「年間の講師担当回数」、「担当した講義内容」、「依頼された経緯」、「担当者からの事前説明の有無」、「研修会で使用する資料の準備方法」、「担当者からのフィードバックの有無」とした。

3) 研修ツールの開発、情報等の提供

①講師向け研修会コアスライドの改編

昨年度作成した研修会講師用コアスライド（「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」、「禁煙コアスライド「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」）を平成25年度ワークショップで参加者から出された「グラフ内に具体的な数字を入れてほしい。」、「現場で多く出される質問を、コアスライド内で解決したい。」等の要望を踏まえ改編した。

今年度、講師を新たに担当する者が標準的な講義を安心して実施できるよう、一通りの流れを網羅した特定保健指導研修会「基礎編」、「技術編」、「計画・評価編」のコアスライドを新たに作成および再編集した。

②研修用ビデオならびに運営用パワーポイント作成

○研修用ビデオの作成

実際の特定保健指導の様子を研修会で放映して受講者間でディスカッションしてもらい、指導手法を伝授するためのビデオを作成した。また、禁煙教育においては、介入を行う者への教育ビデオが多数作成されている一方で、アルコールに関しては、減酒に関する教育用動画はこれまでなかった。また、特定保健指導講習でも参加者から「具体的にどのように話をすれば

よいかわからない」といった意見が寄せられたことから、実際の介入場面を想定し、“悪い介入”“良い介入”のモデルとなる動画を作成した。

○運営用パワーポイントの作成

市町村における減酒指導調査に示されているように、飲酒指導に使われている教材は、確立したものがなく、集団での疾病教育も不十分である。こういった背景を踏まえ、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、大量飲酒者に対し減酒に特化した指導を行うことを想定した“知識編”、“介入編”の二部構成の45分程度の長時間のスライドの作成に取りかかった。

③身体活動基準2013・アクティブガイドの普及

○Facebookページによる普及・啓発

身体活動基準とアクティブガイドが発表された翌日の平成25年3月19日に、分担研究者を管理人として、「健康づくりのための身体活動基準2013・アクティブガイド」のFacebookページを開設した。

平成27年3月3日時点までに、記事を250回投稿した。（内容は、①基準やアクティブガイド策定のエビデンスの紹介、②自治体等による身体活動増加の取り組みの紹介、③+10や身体活動増加のヒント、④専門家向けの活用のヒント、⑤身体活動・運動に関する研究成果の紹介、⑥関連する講習会や講演会の紹介等）。

データの解析は、インサイトと呼ばれるFacebook機能を用いて行い、管理人は、公開しているコンテンツをユーザー（閲覧者あるいは読者）が利用しているかどうか、匿名の集計データを把握し、それらの情報を活用し、①どの投稿が共感を集めているかを知る、②さらに多くの人に見てもらえるように、公開方法を最適化する、などページの改善や充実に利用することを可能とした。

○アクティブガイド翻訳と学術誌への情報発信

アクティブガイドの内容を海外に発信するこ

とと、学術誌に引用できるようにするために、はじめに英語版を作成した。研究分担者ならびに研究協力者が翻訳後、2名のネイティブスピーカーの校閲を経て最終版とした。その後、フランス語版も同様の手順で作業を行い、マレーシアのマレー語版へ翻訳を行った。

さらに、アクティブガイド策定の背景にあるエビデンスと策定のコンセプトを英文にまとめ、国際的な学術誌に掲載するために総説やレターを執筆し、投稿した。また、複数の国際学会においてアクティブガイドを紹介するシンポジウムを企画した。

④研修企画者・講師のためのアドバイザー

ワークショップの開催

平成26年12月15日（月）に、全国で保健指導研修会企画を担当している者及び講師（アドバイザーとして関与している者）を対象に、研修の現状や課題を評価し、課題に対する解決方法や取り組みを上手くすすめるために、何が必要かを議論するためのワークショップを開催した。厚生労働省健康局の講演に加え、「ワークショップのねらいと研究報告」として、各分担研究者から5分程度で、担当分野における保健指導者に求められる力や、保健指導力を高める研修の在り方について発表を行った。その後、研修会を企画運営する際のスキル向上を目的としたグループワークⅠ（研究報告を受けて感じた疑問点・重要点の検討と、研修を企画するにあたっての重視すべき点、改善すべき点の検討）と、グループワークⅡ（ビデオ教材を活用した介入評価）の流れでカリキュラムを構成した。研修後には、参加者の各発表の理解度や、グループワークⅡで使用したビデオ教材（アルコール）の今後の事業への活用度を把握するため、アンケートを行った。

4) ツールを用いたプログラムの研修効果検証

①ビデオ教材を用いた研修の効果

節酒支援のビデオ教材を用いた強化型プログ

ラム研修と通常の研修を受けた指導者のアルコールに関する習得度の違いによりその効果を評価した。

②eラーニング受講による学習効果

本研究で開発したe-ラ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。

有効性の評価のために受講者に対し、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。

5) 研究班からの学会企画

①日本人間ドック学会学術大会

これまで、開催してきた日本人間ドック学会学術大会での特定保健指導についての発表は、近年増加傾向であるものの、とりまとめて論議したことはなかった。そこで、平成26年9月5日（金）に福岡県で開催された第55回日本人間ドック学会学術大会では、一般演題から、今年の補助金の目的である、保健指導の課題、教育・教育訓練手法のあり方について、津下、和田が、優秀演題を厚労科研セッションとして選定し、よりよい保健指導に向けた議論を行った。

②日本公衆衛生学会

平成26年11月6日（木）に栃木県で開催された日本公衆衛生学会では、当研究班の内容を基に公募シンポジウムに応募、採択された。「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」（座長：津下、武見）をテーマとして、当研究の背景や目的等を説明した後、4演題を各分担研究者が担当した。

③日本肥満学会

平成26年10月24日（金）に宮崎県で開催された第35回日本肥満学会では、保健指導を担う生

活習慣病改善指導士5人によるワークショップ「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～」（座長：津下、佐野（神奈川県立保健福祉大学））を行い、効果的な肥満症対策の具体例を提示した。

C. 研究結果

1) ニーズ・デマンドの整理

①都道府県・国保連等研修会参加者に対する調査

基礎編については、2,070人の調査結果を得た。性別では女性が84.8%を占め、年代では、30歳代31.0%と最も多かった。職種は、保健師が最多の40.9%であった。全体の傾向として、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。

分野別では、「AUDIT」、「ABR方式」、「ABC方式」といった具体的な節酒支援、禁煙支援や運動生理学で習得度が低く、今後習得が必要な項目が明らかとなった。

職種別の分析では、職種間で習得度に差がみられた。医師は「身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる」の習得度が高いが、グループ支援の習得度は低かった。保健師では、「目的とスケジュール」、「対象者のアセスメント」の項目、管理栄養士では、「食行動目標と減量効果」等の食事に関する項目が高い一方で、「受動喫煙防止等禁煙環境の改善」の習得度が低かった。保健指導経験年数が長い群では全項目の習得度が高かった。

計画・評価編については、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%であった。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」、「評価結果の改善」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。

今後は、現在の調査票では質問項目が多く汎用化が難しいため、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。

②管理栄養士・栄養士会調査

栄養ケア・ステーション特定保健指導登録者659名から回答が得られた（回収率43%）。保健指導の従事頻度は、週1日未満が65%と過半数以上を占めていた。保健指導に関するコンピテンシーが低い項目として禁煙支援、飲酒、身体活動に関する項目が多く挙げられていた。

食生活に関する内容については、コンピテンシーが低い項目には挙げられなかったが、習得ニーズとして食事摂取基準等の食事療法についての理解は高いことが分かった。したがって、さらに専門職として最新の知見を高める支援も重要であると考えられた。実践と研究の融合は重要であるため、今後の研修においては、実践報告の重要性についての認知を高め、データのまとめ方や論文の書き方などの支援を行うことが重要と考えた。

③日本人間ドック学会での調査

指導・教育的立場にあることや指導経験年数、指導担当人数が自信度に関係した。勉強会の機会は施設の規模の大きさが関係していた。困難事例の対策は指導・教育的立場にあることが強く関係していた。施設のレベルアップには、指導者の人数、特に常勤の数、保健指導担当人数が関係していた。今後の研修会のあり方として、

保健指導実践者としての演習（初回面接、継続支援を中心）希望が多かった。

④協会けんぽの支部別保健指導効果の検証

体重の年齢調整平均値の変化は-1.9kgから-0.6kgまで、メタボリックシンドローム該当者の年齢調整割合の変化は、-47.7%から-30.6%まで、と大きな差あり、特定保健指導の効果は、大きな支部間差がみられた。この原因分析について支部を抽出し、ヒアリング調査中である。

⑤協会けんぽの保健指導の支部間差に関する質的検討

得られたインタビュー結果は、①保健指導全般、②人材育成、③支部体制、④事業主との連携の4つに分類できた。今回は支部間差までは検討することが出来なかったが、特定保健指導の成果に影響しうる要因をいくつか見出すことができた。

2) 保健指導研修会についての調査および分析

①都道府県・国保連に対する調査

研修の評価方法については、研修の実施直後にアンケート調査で評価しているところが多い現状であった。研修の前後で、その研修で狙っている目的・目標について、受講者がどのように変化したのか捉えることが重要であり、前前後評価を実施していくには、明確な目的・目標を掲げる必要があり、目的・目標設定の適切性の吟味が必要である。

研修内容は、保健指導スキルの向上、特定健診・保健指導の知識の習得に関する内容が多く、研修参加者の知識・実践レベルに格差が生じていることや市区町村職員の研修へのニーズや情報把握の不十分さを捉えていた。

そのため、明確に市区町村の実態を把握し、その現状に見合った研修内容を限られた予算、マンパワーの中で立案するスキルが求められている。今後は、これまで以上に共催機関との連携、外部のアドバイザーを活用することも必要である。他にも、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、評価し、次の立案に活かせるスキルを獲得できる内容となるよう、さらなる検討の必要性が示唆された。

②市町村における減酒指導、断酒指導の実態調査

回答数は1,069（回収率55.8%）であった。従来、地域でのアルコール指導は精神保健分野が主であり、生活習慣病分野ではあまりなされていないと思われていたが、本調査の結果では、生活習慣病分野である特定保健指導でのアルコール指導の方が、活発に行われていることが明らかになっており、統計的にも有意な差が認められた。一方、このようなアルコールに関連した取り組みは人口や保健師数と相関しており、小規模な自治体の保健指導の現場ではアルコール指導まで手が回っていない可能性がある。また指導方法では、主に個別面接が主となっており、指導件数のばらつきが大きいことと併せ、アルコールの指導が、それぞれの地域や保健師の意欲や技量に大きく影響されている可能性が考えられる。そのため、講習等による集団教育やITの活用を視野に入れた、より効率的な指導法の普及も求められる。

また、今回の調査から「AUDIT」、「飲酒日記」では、“指導において活用している”者は“内容を理解している”者の約1割と大きな差がみられたことは、知識はあるが活用しきれていない現状を示しており、今後、飲酒に関する指導が普及するうえで大きな課題であることを示している。

③特定保健指導レベル標準化のための育成プログラムの調査

聖隷福祉事業団では保健指導者を育成するプログラムは5段階に分かれており、その中でさらに階層別、共通、専門領域に大別されている。プログラムで実施されるロールプレイでは、実施した保健指導について自己評価と他者評価を行う。知識面では、小テストの実施、また実際

の指導場面を利用者の同意のもと、チェックリストを用いた技術確認（自己・他者評価）を年1回行っている。指導終了後にはその都度、利用者全員に対して満足度調査を行っている。このような細分化されたプログラムにより指導の質を高めている。そして、主観と客観評価両方を行うことでスキル評価の基準設定を検討する。

④研修会講師に対するアンケート調査

109名より回答を得た（62.2%）。担当した講義内容については、病態、身体活動、食事、禁煙のコンテンツについては、講師担当回数に差はみられなかったが、演習については、担当回数が多いほど担当する機会が多かった。講師の依頼経緯については、「研修担当者が講師を同時に担当している」が最も多く、「他の講師からの推薦」や「他の研修会での評判」から講師を依頼されるのは、年間講師担当回数が多い講師にみられる傾向であった。企画者との事前打ち合わせ内容については、「対象者の属性」が全体・回数別ともに最も多く、回数が増えるにつれて、「過去の研修実施状況」や「参加者の要望」についても情報提供されていることがわかった。打合せ回数については、リピートの講師に依頼をしている場合も考えられ、担当回数が多い講師ほど打合せ回数が少ない傾向であった。研修の対象者に合わせて内容を変えているかについては、回数が多いほど変更していた。研修会資料の準備方法については、「オリジナルで作成」が全体・回数別ともに最も多く、回数が多いほど、「過去の資料を使う」割合は少ない傾向であった。フィードバックについて、「あった」割合に差はなかったものの、回数が多い講師では「要求したらあった」の割合が増えおり、フィードバックを重要視していることが分かった。「研修会講師を担当するにあたり、気づいた点や改善したほうがよいと思われること」の自由記載には、「講師のスキルアップ研修が必要」、「より良い支援者を増やすためには、定期的なスキルアップ&チェックをシステ

ム化するなどの方策が必要では。」との声が聞かれた。

3) 研修ツールの開発、情報等の提供

①講師向け研修会コアスライドの改編

HPを活用し、閲覧者が適宜ダウンロードできるように整備した。パワーポイントで公開しているため、講師は研修の目的、対象者に合わせてアレンジできる形とした。アンケートでは58%がすでに活用、39%が今後活用予定と回答した。各分担研究者がノート（各スライドのポイント説明）を追加したものを作成したことで、保健指導研修会の講師担当が、標準化した一定のレベルの講義を提供できるようにした。

②研修用ビデオならびに運営用パワーポイント作成

○研修用ビデオの作成

保健指導全体のビデオは、研修受講者のアンケート結果から「業務に役立つか」について、「とても役に立つ」と答えた者は69%、「概ね役に立つ」と答えた者は29%だったことから、ビデオ研修の有効性の高さが確認されたアルコールのビデオ教材に関しては各地の特定保健指導者講習で動画を使った講習を行ってみたところ概ね好評であった。当動画は、現在、暫定的にダウンロードできるようにしてあるが、将来的には当研究班のホームページにアップするなどして、広く普及するように整備する。

○運営用パワーポイントの作成

特定保健指導の分野では、指導を行う側にアルコール関連問題への指導経験が乏しい事が多いことを想定しスライドにコメントも予めつけ、それを読むだけでも一通りの教育が行えるよう進めている。現在、“知識編”は完成し、次年度は、実際の講習等でのフィードバックをもとに、改訂を進め、最終版を報告予定である。

③身体活動基準2013・アクティブガイドの普及

○Facebookページによる普及・啓発

Facebookページの「いいね！」の総数はその

ページもしくはそのページが提供する情報に対する前向きな共感の数と捉えることができるため、「いいね！」ボタンを評価指標とした。平成25年3月3日の時点で2,613「いいね！」であったが、いいね！の増加のペースは1年目に比べて2年目よりも低いことがわかった。「新しく『いいね！』した人が1週間毎に何人いたのか？」では、週による差がみられ、多くの「いいね！」が押された週の特徴として、管理者を始めとする基準・アクティブガイドの策定メンバーによる講演とその際に本Facebookページの紹介がきっかけになっている場合が多かった。

記事の投稿に対する1日あたりの合計リーチ数では、大手の新聞記事に基準やアクティブガイドが取り上げられた、平成26年6月、7月、11月、12月が多く、新聞やテレビといったマスコミによる情報発信と、Facebookでの情報発信数がリンクすることを示された。「いいね！」の増加は口コミや唱導に依存し、投稿ページの閲覧はマスコミによる報道が関連することが示唆された。今後アクティブガイドの普及・啓発には、ソーシャルネットワーク、口コミ、マスコミを有機的に活用する必要があると考えられた。

○アクティブガイド翻訳と学術誌への情報発信

アクティブガイドの策定の背景にあるエビデンスを簡略に紹介したletterを米国心臓学会の学術誌である「Journal of American College of Cardiology」に投稿し、受諾された内容をより詳細に紹介した総説を執筆し、栄養食糧学会の英文学術誌「Journal of Nutritional Science and Vitaminology」に投稿した。

これらの論文の内容を、平成25年7月3日に欧州スポーツ科学会議のシンポジウムで紹介し、各国から集まったスポーツ科学の専門家と討論した。また、同様の内容を平成27年5月14日～18日に開催されるアジア栄養学会議のシンポジウムにて紹介し、アジアの栄養学やスポーツ科学の専門家と議論する予定である。

④研修企画者・講師のためのアドバイザー

ワークショップの開催

ワークショップには、男性8名、女性60名、合計68名の参加者があった。年代は、20歳代から60歳代の参加があり（平均年齢44.7±8.06歳）、研修企画者、保健指導実施者や特定健診・保健指導研修会の講師担当者が多かった。

グループワークは、研修会開催にあたって、4つのカテゴリー（①企画段階、②準備段階、③研修会当日、④事後、次年度に向けて）を基に実施し、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研修の内容、研修のフィードバック方法などを把握した。

研修会後のアンケートからは、理解度、参考度ともに、概ね高い評価結果であったことから、次年度以降、全国で実施される各研修会で、講師や参加者間で共有された知識や情報が活かされることが期待される。

4) ツールを用いたプログラムの研修効果検証

①ビデオ教材を用いた研修の効果

習得度の研修前後比較では、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たことから、有効性が確認された。

②e-ラーニング受講による学習効果

3種類のeラーニングの効果を評価した結果、3つのプログラムへの指導者評価は概ね良好であった。有効性の評価では、3種類のプログラムとも知識、態度、自信について有意な改善がみられた。

5) 研究班からの学会企画

①日本人間ドック学会学術大会

厚生労働科学研究費セッションとして、保健指導の課題、教育・教育訓練手法のあり方を検討することを目的とし、それにふさわしい7演題を抽出し、ディスカッションした。

発表演題は、(1)特定保健指導実施率向上への取り組み（東京都情報サービス産業健康保険組合：稲垣）、(2)アドバイスシート活用の有効性についての一考察 特定保健指導積極的支援を通して（石和温泉病院：堀内）、(3)初回面談前後での健康行動意識の変化について（熊本健康管理センター：末廣）、(4)多量飲酒者への特定保健指導による効果（あいち健康の森健康科学総合センター：豊田）、(5)指導者の職種による特定保健指導の効果について（聖隷福祉事業団：土屋）、(6)4%減量に影響する支援方法の検証（愛仁会 総合健康センター：堀西）、(7)経年実施と初年実施での最終評価結果のちがい（上村病院 健康管理室：村山）である。

多彩な視点での発表があり、会場との意見交換も活発であった。

②日本公衆衛生学会

各分担研究者より、以下のテーマで口頭発表を行った。

(1)専門職の保健指導に関する知識・技術・自信に関する現状と課題：村本、(2)協会けんぽにおける“保健指導力”向上の試み：六路、(3)専門職の“保健指導力”向上に必要なエビデンスとは？—禁煙支援分野からの考察：中村、(4)都道府県及び都道府県国保連合会による市町村の“保健指導力”向上にむけた研修の実態：杉田
シンポジウムには多数の参加者が得られ、本テーマに対する関心の高さがうかがわれた。会場と意見交換の時間では保健指導の質を重視する方向を確認した。

③日本肥満学会

肥満症、メタボリックシンドロームの保健指導に関連し、生活習慣病改善指導士5人から以下の発表が行われた。

(1)デュアルインピーダンス法による内臓脂肪測定を活用した特定保健指導（武田病院 健診センター：太田）、(2)肥満症患者に対する臨床心理学からのアプローチ（清恵会病院：小津）、(3)優しい運動指導の試み 肥満を指摘されたビ

ギナーが好む身体活動体験に基づく身体活動支援戦略の構築（群馬パース大学大学院：木村），（4）アウトソーシング機関における保健指導の実践～継続支援の関わり～（ベネフィットワン・ヘルスケア：南本），（5）宮崎県で保健指導、栄養相談を行って思ったこと（名越内科（宮崎市）：伊藤）

行動変容の低い対象者に行った保健指導においても、3%の減量を3割が達成している現状や、チーム内で対象者の情報を集約する手法、保健指導をスムーズに進めるための連携や、食品の選択方法、今後期待される内臓脂肪面積の測定方法、1種類ではなく、対象者の好き嫌いを尊重しながら、多種類複合型で行う運動療法の効果が各講師より発表された。パネルディスカッション全体を通じて、現場目線で各職種の強みと連携の重要性が話し合われた。

D. 考察

今年度の各調査・分析から、保健指導者の職種間、地域間、経験年数等による習得度やスキル、指導効果の差が明らかとなった。今後は習得度の差の原因分析やスキル評価について主観的評価と客観的評価を突合させた評価指標が必要と考えている。次年度は保健指導を多数実施している機関において、調査票による自己評価と職場における客観的評価（上司等による評価、継続率、4%以上体重減少者の割合等）を調査する計画を立てている。

習得度の差を補完するために、研修に参加することも有用であるが、多職種連携や経験年数を組み合わせたチーム形成により保健指導効果を高めることも検討すべきである。各職場において体系的にOn the Job Training (OJT) をおこない、日常業務のなかで保健指導スキル向上のための体制をとることが求められる。実際、保健指導を多数実施している機関においては、OJTの体制を整え、顧客満足度を高めることを目標に事業を行っている。研究班としても、スキル評価結果に合

わせたOJT用の保健指導教材の検討を進めていきたい。

都道府県や国保連合会による研修会については、参加者のレベル格差や市区町村格差、多様なニーズについて、研修担当者としては課題として認識しているものの、企画に反映できていない実情が判明した。研修の目的を設定するためには、制度の周知に関する項目は共通としつつも、保健指導スキル向上を目指す項目については保健指導経験年数、職種、スキル別の研修実施体制が望ましいと考えられる。都道府県の規模により財政上、または人的資源の関係から複数の段階の研修実施が困難な場合には、ブロック研修など、複数の都道府県が合同して研修をおこなうことを推奨するなど、効果性と効率性を高める工夫が必要かもしれない。

保健指導の評価については、いまだ不十分な状況であった。研修の前後のアンケートで習得度の変化を把握するだけでなく、フォロー調査や保健指導の効果評価とあわせて、研修の効果を分析していくことが求められる。研修の目的が達成できたかを確認し、PDCAサイクルを回して研修を改善していくことができるよう、研修担当者に対する研修が必要である。本研究班ではモデル的に研究担当者、講師向けの研修を行ったが、このような機会について要望する声が多いことから、制度として考えていく必要があると考えられる。

研修会で使用する映像教材や資料について、共通の媒体を希望する声も多かった。そこで、現場のニーズを反映させた研修用コアスライドを作成、ポイント解説をつけて指導内容の標準化を試みた。ビデオ教材は利用により一定の効果が得られたが、今後も引き続き効果検証を行い、有効性を明らかにする必要がある。アクティブガイドについては、翻訳版や海外の学術誌への論文掲載による情報発信を行ったことで普及が広まることが考えられた。

研究で得られた成果については積極的にシンポジウム等学会で発表した。保健指導に関して関

係者が議論，情報共有できたことで，保健指導の質を高める機会となったと考えられた。

本年度の成果をもとに，来年度は保健指導スキルの評価法の開発と検証，指導レベルの格差や市町村格差に対応した研修の検討などを進めていく予定である。

E. 結論

特定保健指導に関する指導者や研修の課題やニーズを整理し，研修の標準化に必要な指導媒体を作成した。生活習慣病の予防につながる各分野の研究を総合し，保健指導の質が高まる研修の在り方について知見を得ることができた。

F. 研究発表

- 1) Muramoto A, Matsushita M, Kato A, Yamamoto A, Koike G, Nakamura M, Numata T, Tamakoshi A, Tsushita K. : Three percent weight reduction is the minimum requirement to improve health hazards in obese and overweight people in Japan. *Obes Res Clin Pract.* 2014 ; 8 : e466-475.
- 2) Nakamura M, Oshima A, Ohkura M et al: Predictors of Lapse and Relapse to Smoking in Successful Quitters in a Varenicline Post Hoc Analysis in Japanese Smokers. *Clinical Therapeutics*, 36(6): 918-927, 2014.
- 3) 中村正和: IIIフィードバック文例集活用の手引き 4.喫煙. 今井博久(編): 今日から使える特定健診・特定保健指導実践ガイド. 東京: 医学書院, p36-43, 2014.
- 4) 中村正和: II生活習慣の是正 2.生活習慣是正の指導⑥. 日本循環器病予防学会編: 循環器病予防ハンドブック 第7版, 東京, 保健同人社, p196-199, 2014.
- 5) 中村正和: 禁煙支援. 足達淑子編: ライフス

タイル療法I—生活習慣改善のための行動療法(第4版), 東京, 医歯薬出版, p56-63, 2014.

- 6) 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.
- 7) Murakami H, Tripette J, Kawakami R, Miyachi M. "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.
- 8) 和田高土, 山門實, 秋元順子, 奥田友子, 佐藤さとみ, 石本裕美, 山下真理子, 津下一代: 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. *人間ドック* 2014 29 ; 509-514

(学会発表)

- 1) 津下一代, 武見ゆかり. 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.
- 2) 村本あき子. シンポジウム 専門職の保健指導に関する知識・技術・自信に関する現状と課題.
- 3) 六路恵子. シンポジウム 協会けんぽにおける“保健指導力”向上の試み.
- 4) 中村正和. シンポジウム 専門職の“保健指導力”向上に必要なエビデンスとは?.
- 5) 杉田由香里. 都道府県及び都道府県国保連合会による市町村の“保健指導力”に向けた研修の実態 第73回日本公衆衛生学会総会, 11月, 栃木
- 6) Hitoshi Maesato, Keiko Watanabe, Keiko Matsumura, Kazuyo Tsushita. Survey of measures taken against alcohol-related problems at the municipal level ISAM2014 October 4, 2014 Yokohama.

平成26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)研究

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

研究者名	研究項目	所属研究機関
津下 一代	保健事業の研修手法開発と評価に関する研究	あいち健康の森健康科学総合センター
村本あき子	保健指導スキル評価と対策	
和田 高士	人間ドック学会における保健指導スキル評価	東京慈恵会医科大学
横山 徹爾	PDCAサイクルを回した研修の在り方	国立保健医療科学院
杉田由加里	自治体における研修課題の分析	千葉大学大学院看護学研究科
六路恵子	協会健保における研修の在り方	全国健康保険協会
宮地 元彦	身体活動基準2013の普及と専門家研修	国立健康・栄養研究所
林 芙美	食生活に関する保健指導のスキル評価	千葉県立保健医療大学
武見ゆかり		女子栄養大学
中村 正和	禁煙支援に関する指導者教育と評価	大阪がん循環器病予防センター
真栄里 仁	アルコールに関する指導者教育と評価	国立病院機構 久里浜医療センター

研究の背景と目的

- ▶特定保健指導では、**保健指導の「質」**が求められている。
- ▶研修ガイドラインは存在するが、**研修の評価**についての研究はなく、保健指導者の資質の向上にどの程度寄与しているかは明らかではない。
- ▶保健指導効果には機関格差、保健指導者格差がみられるが、その要因について分析し、介入した研究はみあたらない。

【研究目的】



- 保健指導者の**スキルの実態**、**学習法**、**効果**を調査する
- 国、都道府県、学会等の**研修の課題**を分析する。
- 強化型研修プログラム**を実施、評価する。
- 研修プログラムの開発、講師向けマニュアルを作成する。

研究の概要

```
graph TD; A[ニーズ・デマンドの整理] --> C[研修手法の開発]; B[研修会についての調査] --> C; C --> D[研修効果検証];
```

ニーズ・デマンドの整理

- 保健指導者スキル評価【1】
- 研修会参加者の学習法等【2】
- 保健指導の効果と体制【3】

研修会についての調査

- 研修会の課題抽出
 - 企画者向け調査【4】
 - 講師向け調査【5】

研修手法の開発

- 講師向けコアスライド【6】
- 演習用ビデオ【7】
- 企画者・講師向けワークショップ【8】
- 身体活動基準2013アクティブガイド【9】

研修効果検証【10】

- 重点プログラム
- eラーニング

[illegible]

【1】保健指導力についての自己評価調査

・調査の実施

対 象: 特定保健指導研修会(基礎編、計画・評価編)受講者、

回答方法: 研修会開始前に書面回答、一部はオンライン回答

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。

・調査結果の分析

<基礎編:n=1,873>

1. 習得度の上位・下位項目(①全体 ②職種別)
2. 保健指導経験年数別の習得度差(保健師)
3. 通常と強化プログラムの習得度変化比較(保健師:「禁煙」「節酒」)

<計画・評価編:n=565>

1. 習得度の上位・下位項目(①全体 ②職種別)
2. 保健指導経験年数別の習得度差(保健師)

(村本、津下、他)⁵

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
- 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
- 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
- 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に考えることができる
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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)
- 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して支援できる
- 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
- 12 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
- 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

対応困難例

食事

- 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
- 15 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
- 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
- 17 身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる
- 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
- 19 運動に関するリスクマネジメントができる
- 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
- 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
- 22 たばこと生活習慣病の関連が説明できる
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

食事

身体活動

禁煙

節酒

基礎編:1 習得度の上位・下位項目(全体、n=1,873)

習得度の高い項目

(%)

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	: 70.7
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	: 69.3
3 たばこと生活習慣病の関連が説明できる	: 62.8
4 アルコールと生活習慣病の関連が説明できる	: 61.6
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	: 59.6

習得度の低い項目

(%)

1 問題飲酒のスクリーニングテスト(AUDIT)を使って、適正飲酒支援ができる	: 85.4
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	: 83.3
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	: 83.0
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	: 80.5
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	: 77.8

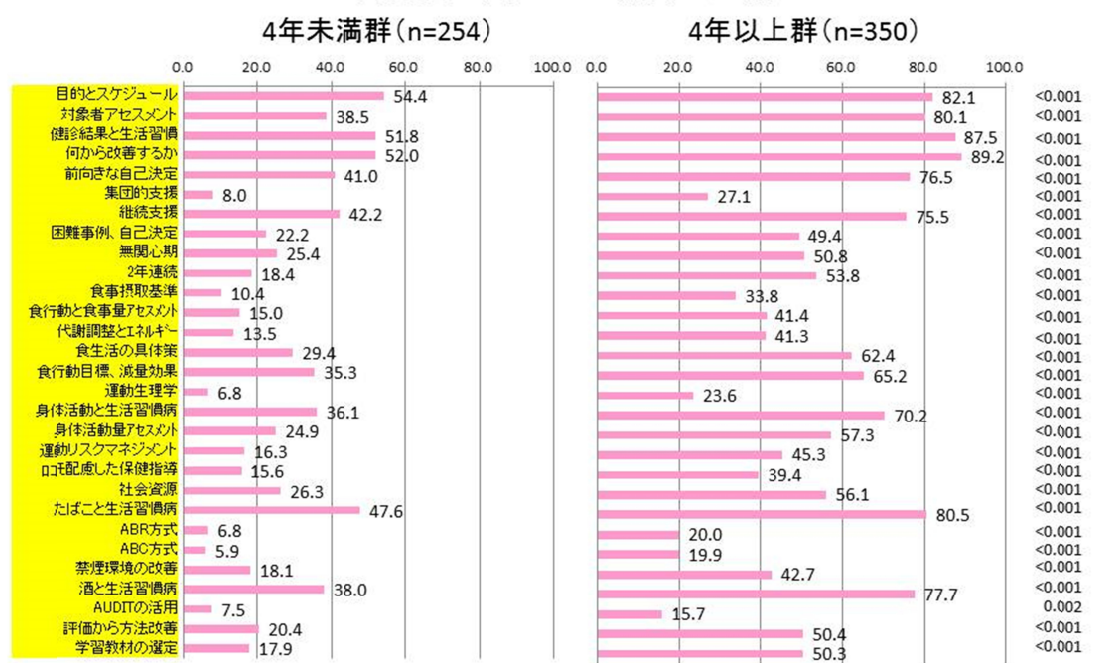
習得度の高い項目は「4:高い」あるいは「3:やや高い」と回答した者の割合の合計、
習得度の低い項目は「1:低い」あるいは「2:やや低い」と回答した者の割合の合計とした。

節酒・禁煙の具体的支援、集団的支援、運動生理学に関する項目の習得度が低い。

7

基礎編:2 保健指導経験年数別の習得度差(保健師)

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。

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。

計画・評価編： 習得度の上位・下位項目（全体、n=565）

習得度の高い項目

	(%)
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	: 31.7
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	: 26.6
3 保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる	: 26.0
4 健康課題から事業計画を立てることができる	: 23.1

習得度の低い項目

	(%)
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	: 85.7
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	: 83.7
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（プロセス評価）	: 81.1
4 集団全体において、健康課題を分析することができる	: 79.4

習得度の高い項目は「4:高い」あるいは「3:やや高い」と回答した者の割合の合計、
習得度の低い項目は「1:低い」あるいは「2:やや低い」と回答した者の割合の合計とした。

- ・基礎編に比較して全般的に習得度が低い。
- ・保健指導に社会資源を活用する視点、集団や事業全体の分析・評価について習得度が低い。

9

【2】研修会参加者の学習法、研修ニーズ調査

日本人間ドック学会特定保健指導研修会参加者の課題分析

- ・ 過去のドック学会研修会参加者4,678名に郵送によりアンケート実施の知らせを行った後、インターネット上でのアンケート調査実施（25項目）。
- ・ 640名の回答（13.7%）
- ・ 回答枝をスコア化、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[†]、[‡]で示した。

（和田、津下）

職種間で有意差がみられた項目(11/25)

アンケート項目		医師	保健師	管理栄養士
自己評価	保健指導に対する自信	2.46(156)	2.52(290)	2.82(157)**‡
自己学習	知識習得型学習	1.45(156)	1.38(290)	1.29(157)**
職場内 学習 (OJT)	カンファレンス	1.43(156)	1.47(290)	1.30(157)†
	課題を事業に反映	2.04(156)	2.23(290)**	2.14(157)
	マニュアル整備	2.16(156)	2.68(282)**	1.08(153)
	外部研修会参加	1.97(156)	2.20(282)**	2.11(153)
学会の 研修・ 教材に 関する 意見	DVD教材認知	1.68(127)	1.37(177)**	1.51(106)**
	DVD活用希望	2.43(127)	2.10(177)**	2.06(106)**
	演習の役立ち度	2.70(152)	2.86(219)*	2.89(128)*
	研修の必要回数	1.77(155)	2.00(223)**	1.94(130)
	1回の研修時間	1.85(154)	2.01(222)**	2.02(129)**

○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る

○医師の知識学習型、保健師の実践的学習型

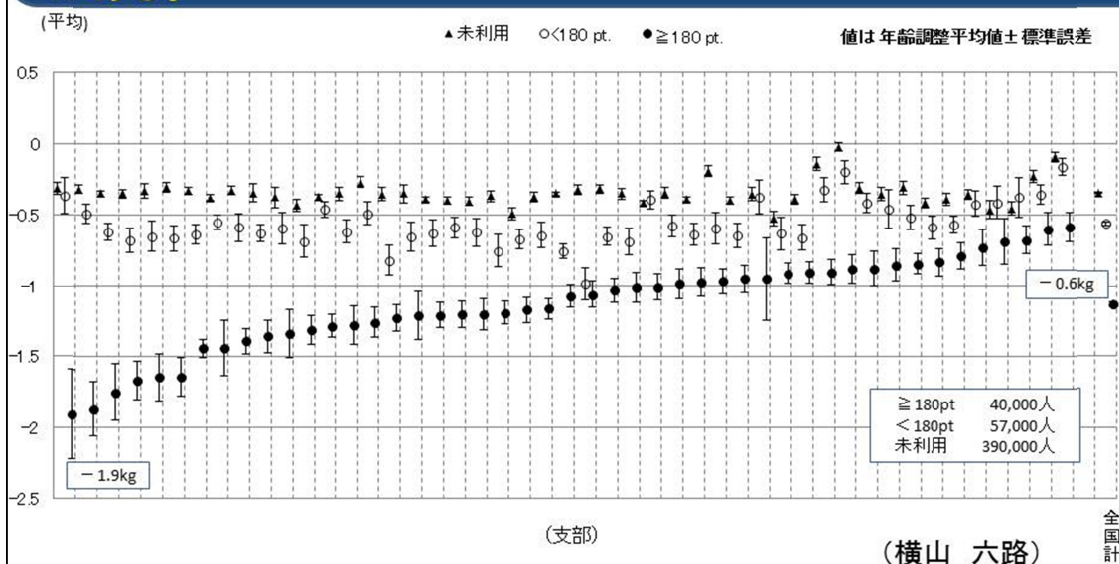
○実施体制(マニュアル整備)は保健師が高スコア

○研修会について 保健師、管理栄養士のニーズが高く、医師は自己学習型

【3】特定保健指導の効果の支部間差 (協会けんぽ)

体重の年齢調整平均値の変化(男40～64歳)【積極的支援】

- 特定保健指導の効果は、改善度の高い支部から低い支部まで大きな支部間差がある。
- 体重の平均値の変化は、最大-1.9kgから最小-0.6kgまで大きな差がある。



【4】都道府県レベル研修の課題に関する調査

- 調査対象者
都道府県及び都道府県国保連合会にて研修を立案、実施している担当者、計94名
- 記名自記式の調査を実施(平成25年11～12月)
- 有効回答数84件 (89.4%)
都道府県45件 (95.7%)、国保連39件 (83.0%)
- 調査項目
 - 特定健診・保健指導等の保健事業に関する研修の立案方法と研修の内容
 - 研修の評価方法
 - 研修の立案・運営における課題に関する自由記述

(杉田、横山、津下)

研修企画	所属部署内	共催機関と協力	外部へ委託	アドバイザーを活用	その他
都道府県(n=43)	14	24	6	0	3
国保連(n=39)	20	16	0	3	9

研修内容	都道府県 (n=43)	国保連 (n=39)
1.保健指導スキルの向上	30	25
2.特定健診・保健指導に関する知識の習得	25	20
3.データ分析に関する知識・スキルの習得	9	15
4.保健事業の評価に関する知識の習得	2	7
5.医療費の適正化に関する知識の習得	2	3
6.PDCAサイクルにもとづく事業運営に関する知識の習得	1	3
7.健康づくり政策に関する情報提供・共有	1	2
8.健診受診勧奨に関する知識・スキルの習得	1	1
9.保健指導の質評価の方法の習得	1	0
10.保健指導プログラムの実施・評価方法の習得	1	0
11.国保関連事務に関する情報提供	1	0

評価	直後のアンケート	研修の前後にアンケート	フォローアップアンケート	評価していない	その他
都道府県(n=43)	26	10	3	0	1
国保連(n=39)	31	7	0	0	1

研修の立案・運営に関する課題

	都道府県 (n=43)	国保連 (n=39)
1.グループワークのテーマ設定、演習のやり方など研修内容と、内容に見合った講師の選定に困難を感じる	4	11
2.知識・実践レベルに格差が生じている受講者の現状に見合った研修を企画するのが難しい	10	5
3.地域と職域、事務職と技術職では研修へのニーズが異なり、合同の研修ではニーズにマッチした研修内容に苦慮している	8	5
4.研修の立案にかかるアドバイザーがいない	1	0
5.保険者の研修へのニーズ把握が不十分である	3	6
6.研修を実施する上で必要な関連情報を収集するようにしているが十分であるか不安である	1	1
7.研修の評価(前後評価やフォローアップ評価)が実施できていない	3	6
8.研修立案能力を修得できる研修が少なく、担当者の力量によって実施しているので差が出ている	2	5
9.研修内容について保険者協議会とさらに連携していく必要がある	4	0
10.研修内容や実施方法など、県との連携の必要性を感じる	0	3
11.異動後すぐに研修を立案するため、日程的にも厳しく、また内容を十分に理解しているか不安である	3	0
12.効果的な研修を実施する上で予算の確保が難しい	7	0

5

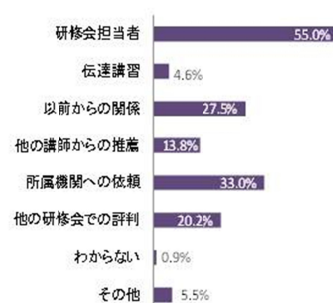
【5】研修会講師に対するアンケート調査

【対象】平成24～26年度に特定健診・保健指導研修会の講師を務めた人

【方法】インターネットにて抽出、研究趣旨とアンケートを送付し、郵送、FAX、メール返信にて回収

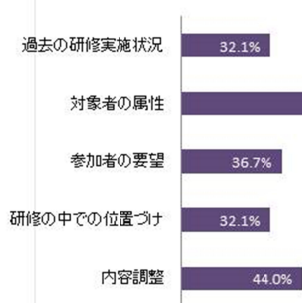
【回収率】62.2%（109名／175名）

講師の依頼経緯

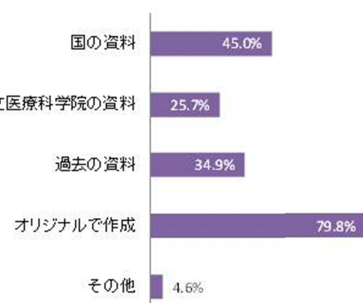


(n = 109)

事前打ち合わせの内容



研修会資料



(三浦、村本、津下)

研修会講師を担当するにあたり、 気づいた点や改善した方がよいと思われること

準備・企画段階	対象者に合わせた対応	
・参加者の視点に立って、各講義内容が一貫していることが重要。 ・担当者の認識と参加者のニーズとが一致していないといい研修につながりにくい。 ・事前に参加者からの質問内容があると準備の参考になる。 ・課題やニーズ、主旨説明がないうちに日程調整されること。	・複数の職種を同じ研修会で話を進めていくことに難しさを感じる。 ・専門職の中には予算等についてあまり理解されていないことが多々ある。各種事業を進めていくためには、事務職員としての視点も重要。 ・参加者の力量・技量は、研修だけでは把握しづらいため、必ずロールプレイや健診結果から指導内容の確認をする。	
コンテンツ	フィードバック	その他
・症例の検討が必要。個別のケースに対応するためのポイントを教授する必要がある。 ・多量飲酒者への飲酒指導の話をして、質問はアルコール依存症への介入が多く、目的とのギャップを感じる事がある。 ・身体活動の講義は、実技を行うことも少なくなく、少しでも広い場所が必要であり、舞台があることが望ましい。	・担当する時間内に収めきれないニーズがある依頼に対し、それにもかかわらず、フィードバックがない場合や優先順位を尋ねても『全て』と言われる場合に改善の必要性を感じる。	・講師のためのスキルアップ研修が必要。 ・より良い支援者を増やすためには、定期的なスキルアップ＆チェックをシステム化するなどの方策が必要では。 ・「保健指導はコーチングで行うもの」と思い込んでいる保健指導従事者が多い。 ・継続した講習や研修に参加し、スキルアップする必要があるが、一度でも実施すると、それで良いかのように誤解される危険がある。

【6】研修ツールの開発、提供

- ・ 研修会講師用コアスライドを5本作成、Hpを活用して配布。
PPTで公開しているため、講師は適宜改変して使用できる。
- ①アクティブガイドを活用した特定保健指導（宮地）
 - ②食生活支援についてのコアスライド（林、武見）
 - ③飲酒のリスクと節酒支援のポイント（真栄里）
 - ④健診結果のフィードバック・受診勧奨（津下）
 - ⑤禁煙コアスライド（中村）

講師に対するアンケートでは58%がすでに活用、39%が今後活用予定と回答した。

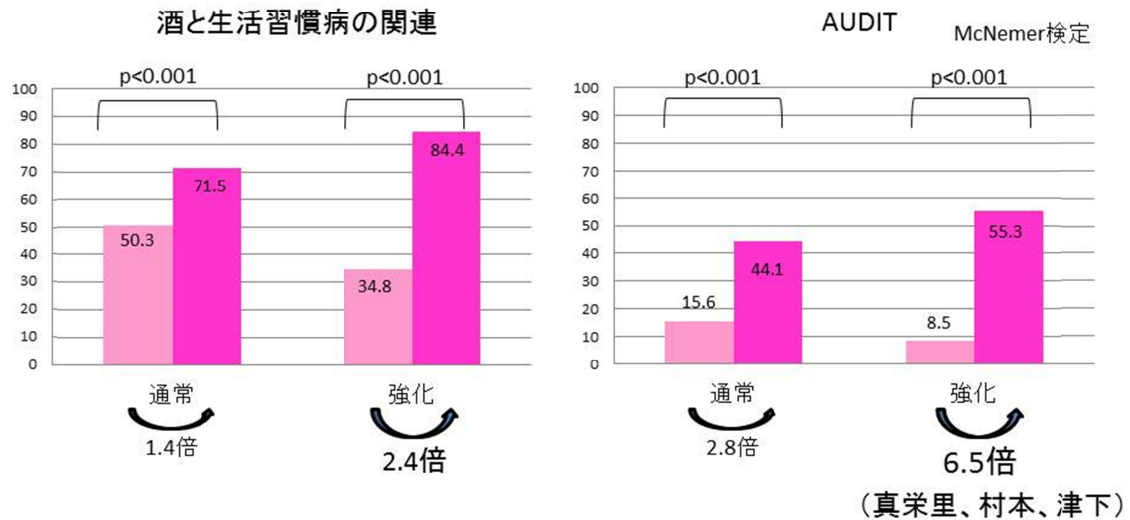


【7】保健指導ツール等の効果分析

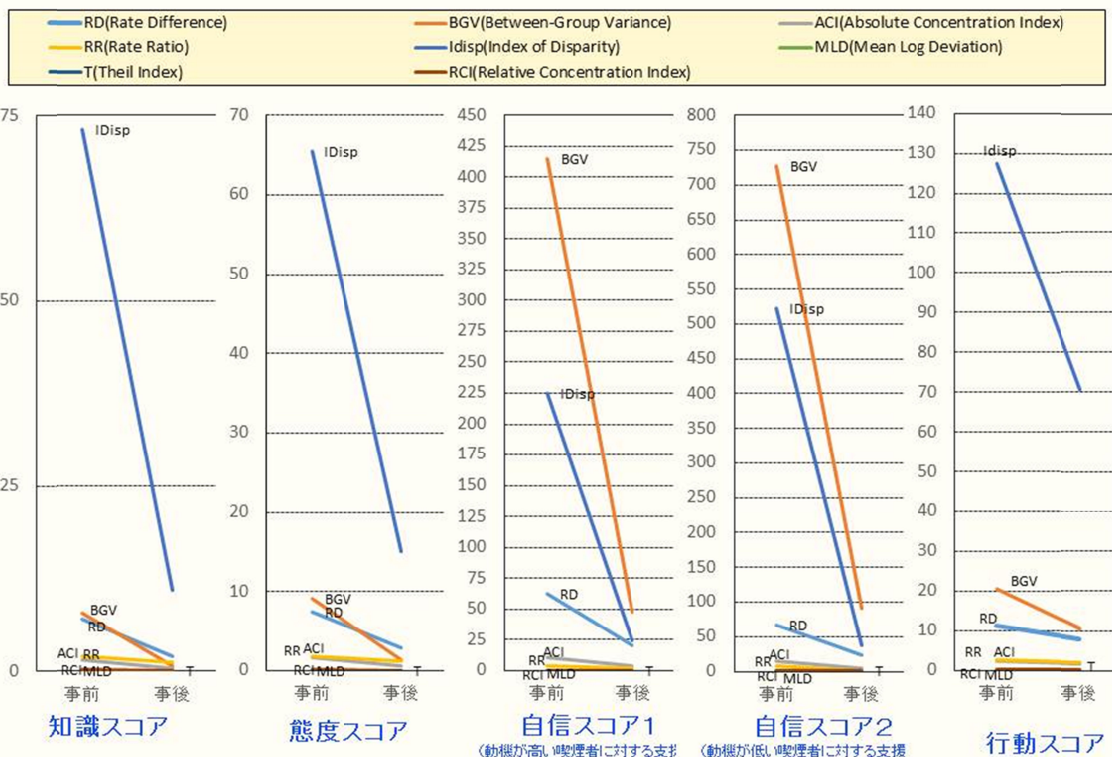
多量飲酒者への介入場面を想定した動画

減酒指導場面における、良い介入、悪い介入の例となる指導用動画を作成

習得度が高い人の割合：通常(n=179)と強化型*(n=141)プログラムの比較



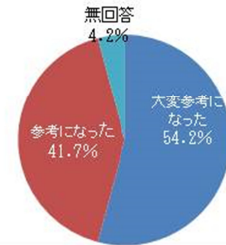
【7】eラーニングによる受講者間格差の変化－禁煙治療版(2010～2013年)



【8】ワークショップ I

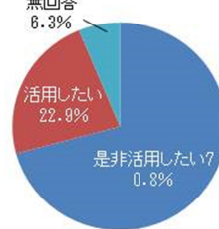
時間	平成26年 2月 5日 (水)
10:00	研究の概要
10:05	講演「健診・保健指導の研修ガイドライン(改訂版)について」
10:20	研修についての調査、保健指導者スキルについての調査の中間報告
(45分)	○都道府県における研修の現状と課題等に関する調査結果 ○保健指導者の知識・スキル・自信度等に関する調査結果
11:05	グループワークI ディスカッション
(75分)	研修企画の現状・課題・工夫
12:20	昼 食
13:10	グループワークI 発表
(30分)	
13:40	ミニレクチャー「コアスライド」ねらいと内容
(60分)	◆コアスライドの提案(食生活、身体活動、禁煙、アルコール、健診データ 情報提供)
14:40	グループワークII ディスカッション
(30分)	コアスライドについて～要望 活用方法など
15:10	10分休憩
15:20	グループワークII 各分野について報告
(20分)	
15:40	まとめ・情報交換
16:00	終了

企画・運営のグループワーク・討論について



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

コアスライドについて

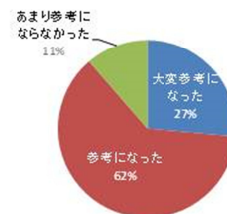


・ポイントを絞ってあるコアスライドであったのでとてもわかりやすかった
・国保と社保を分けたコアスライドの必要性がある
・保健指導の立場で、このように使いたいなどイメージが湧いてくるような教材であった

ワークショップ II

時間	平成26年 12月 15日 (月)
10:00	あいさつ
10:05	講演「研修会に求めるもの」～健康医療戦略をふまえて～
10:25	ワークショップのねらいと研究報告
(60分)	●研究の背景と目的 (10分) ●保健指導者に求められる力とは? (5～7分×3) 「食事・栄養編」、「身体活動編」、 「保健指導力についての自己評価調査結果」 ●保健指導力を高める研修のあり方とは? (5～7分×4) 「研修企画の課題調査」「協会けんぽの研修課題で」 「e-ラーニングの活用と効果」 「研修会講師を対象としたアンケート調査結果報告」
11:25	グループワークI 「研修会をプロデュースしよう」
	【個人ワーク】 ●研修の課題や工夫していることは何か、 ●研修講師との連携については十分できているか ●企画、準備、当日、事後・次年度のカテゴリー別検討
13:00	【グループワーク・課題検討】
13:30	【グループワーク・発表】
13:40	ミニレクチャー【研修企画のコツ】
14:10	グループワークII 「演習をどう取り回すか」
	【研究班作成ビデオの紹介と活用】 ●アルコール ●初回面接 (予告編)
15:10	【グループワーク・事例の検討】 【グループワーク・報告、意見交換】
15:40	まとめ・質疑応答
16:00	終了

グループワークI 「研修会をプロデュースしよう」



・企画するうえで、目的や到達目標等をしっかりと立ててチームで共有すること、事前事後評価で次年度に生かせることが理解できた。

・企画段階での課題が多くてた。ニーズの把握は職域等対象によっても異なるため、話し合いが参考になった。

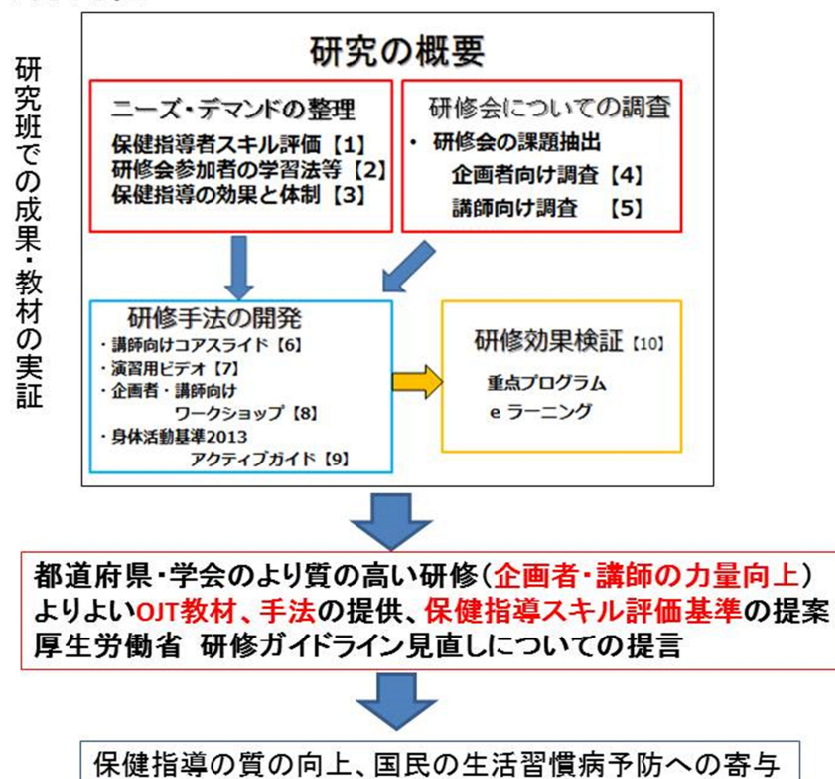
・評価の仕方が参考になった。事前・事後アンケートはとっているが、その後のフォローはしていないので今後はとっていきいたい。

・市町村、保険者格差が明らかになってきた今、初任者、スキルアップ、マネジメント等段階に応じた研修企画が必要と感じた。

研究のまとめ（平成25～26年度）

- 保健指導スキル評価：調査票（基礎編用、計画・評価編用）作成・検証
- 協会けんぽにおける支部間格差の分析
- 研修会の課題分析（都道府県・国保連）
- 市町村における減酒指導、断酒指導の実態調査
- 強化型研修プログラム、eラーニングの効果分析
- 研修会講師に対するアンケート調査
- 研修ツールの開発、情報等の提供
講師用コアスライド5本、研修用ビデオ・運営用パワーポイント作成
- 支援者用ツール「食・生活支援ガイド」
ヒストリカルコントロールデザインによる検証
- 身体活動基準2013・アクティブガイドの普及
米国心臓病学会（JACC）に科学的根拠と活用の方角性について紹介
- 研修企画者・講師のためのワークショップ開催
- 学会での「保健指導力を高める」シンポジウム・ワークショップ等の実施：
日本人間ドック学会、日本公衆衛生学会、日本肥満学会

今後の方向性



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。基礎編は制度やしくみ、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○を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・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に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・② 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・① 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・② 「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・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・② 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。

B. 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) 和田高土, 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・特定保健指導一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ー生活習慣介入ー. 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Ⅰー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ー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				
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				
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				
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に考えることができる				
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				
6 グループダイナミクスを活かした集団の支援（グループワーク等）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				
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				
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）				
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				
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				
12 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				
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				
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				
15 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				
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				
17 身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる				
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				
19 運動に関するリスクマネジメントができる				
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				
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				
22 たばこと生活習慣病の関連が説明できる				
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				
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				
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				
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				
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1-① 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (全体、n=2,070)

	(%)
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	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に考えることができる	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	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	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1-② 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (医師、n=464)

	(%)
① たばこと生活習慣病の関連が説明できる	84.0
② 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
③ アルコールと生活習慣病の関連が説明できる	78.7
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に考えることができる	71.5
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	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 1-② 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (保健師、n=847)

	(%)
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	73.4
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	72.9
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	71.9
④ たばこと生活習慣病の関連が説明できる	66.1
⑤ 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

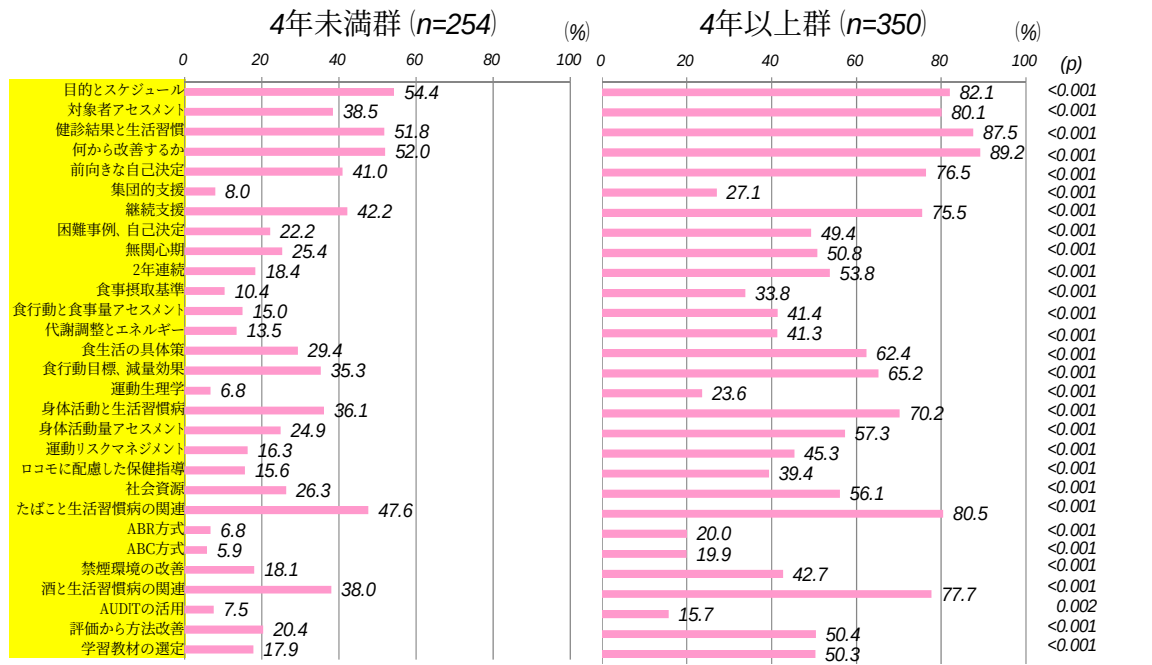
基礎編 1-② 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (管理栄養士、n=480)

	(%)
① 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
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	74.6
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	72.3
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	71.9
⑤ 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



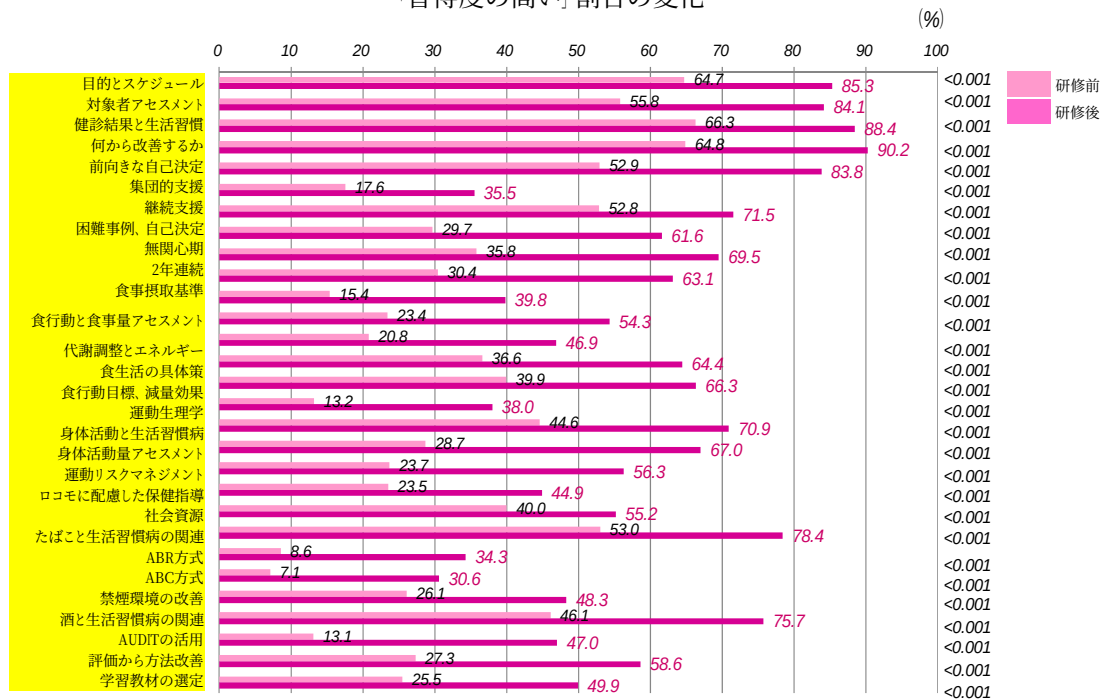
χ^2 検定。欠損値は項目ごとにのぞいて解析。

「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人の割合が高く、群間有意差がみられた。

図表8

基礎編 3-① 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



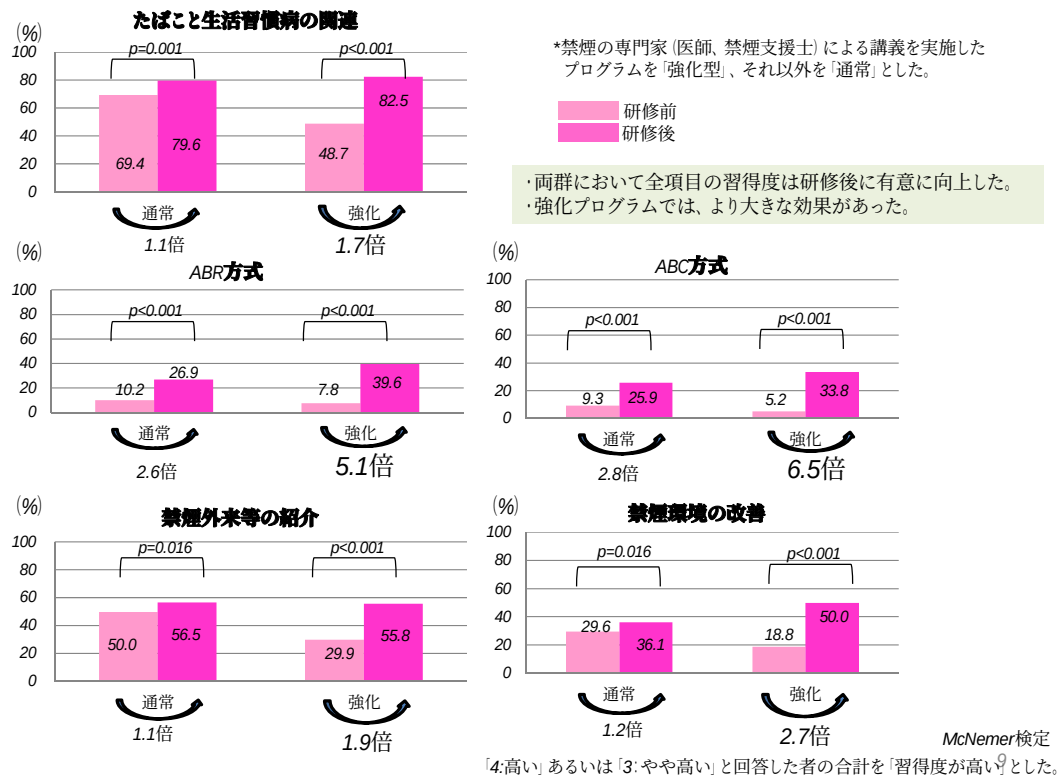
McNemer検定。欠損値は項目ごとにのぞいて解析

「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。

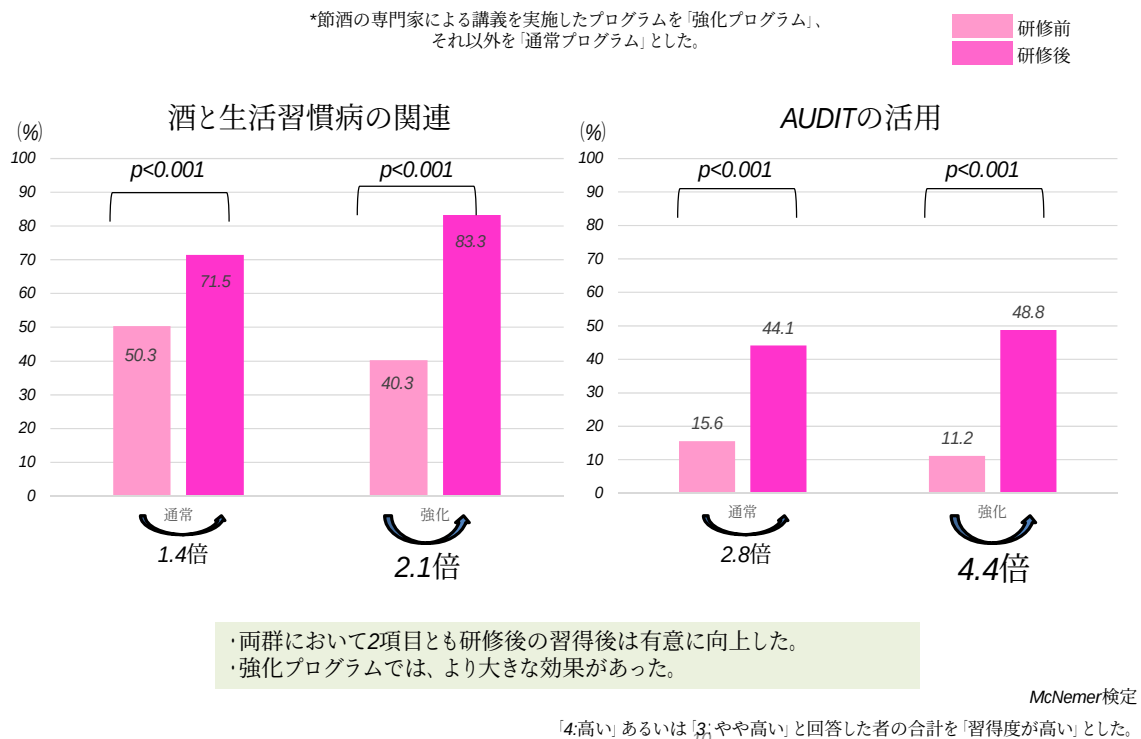
図表9

基礎編 3-②「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 3-②「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 1-① 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (全体:n=565)

	(%)
標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】の内容を理解できている	32.3
対象者の評価から、保健指導方法を改善することができる	27.7
保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる	26.4
健康課題から事業計画を立てることができる	23.4
集団全体において、健康課題を分析することができる	21.2
評価結果を事業の改善につなげることができる	20.6
対象者の評価から、企画段階やプログラムの評価を行うことができる(プロセス評価)	19.2
費用対効果や最終評価から、事業全体の評価を行うことができる	16.6
スポーツセンターや禁煙外来等の社会資源を活用した実施体制を構築することができる	14.3

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

11

図表12

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

	(%)
標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】の内容を理解できている	39.3
対象者の評価から、保健指導方法を改善することができる	36.4
保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる	33.8
健康課題から事業計画を立てることができる	30.3
集団全体において、健康課題を分析することができる	28.0
評価結果を事業の改善につなげることができる	25.6
対象者の評価から、企画段階やプログラムの評価を行うことができる(プロセス評価)	23.6
費用対効果や最終評価から、事業全体の評価を行うことができる	18.2
スポーツセンターや禁煙外来等の社会資源を活用した実施体制を構築することができる	16.1

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

12

図表13

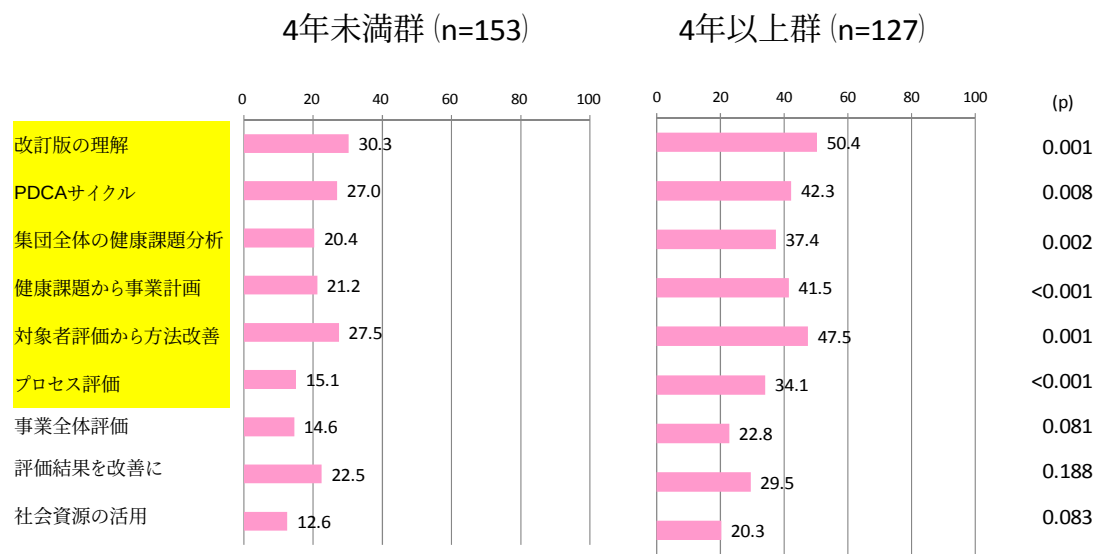
計画・評価編 1-② 項目別 研修会開始前に「習得度が高い」割合 (管理栄養士: n=74)

	(%)
標準的な健診・保健指導プログラム [改訂版] の内容を理解できている	30.6
対象者の評価から、保健指導方法を改善することができる	29.6
対象者の評価から、企画段階やプログラムの評価を行うことができる (プロセス評価)	22.2
保健事業におけるPDCAサイクルを使うことができる	20.8
健康課題から事業計画を立てることができる	18.1
評価結果を事業の改善につなげることができる	16.7
集団全体において、健康課題を分析することができる	13.9
費用対効果や最終評価から、事業全体の評価を行うことができる	13.9
スポーツセンターや禁煙外来等の社会資源を活用した実施体制を構築することができる	9.7

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

13

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

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

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

疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
**標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための
身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究**

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

研究分担者 林 芙美（千葉県立保健医療大学健康科学部栄養学科）

研究協力者 武見 ゆかり（女子栄養大学食生態学研究室）

小松 龍史（公益社団法人日本栄養士会 会長）

下浦 佳之（公益社団法人日本栄養士会 常任理事）

研究要旨

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

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

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

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

A. 目的

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

なお、コンピテンシーとは、McClelland によって提唱された概念であり¹⁾、「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」²⁾と定義されている。保健指導者の支援能力を、「支援技術」あるいは「支援スキル」等と表現する例もあるが、コンピテンシーには行動特性に加えて思考特性も含まれるため、本研究では、コンピテンシーという表現を用いることとした。

B. 方法

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

a. 対象者と方法

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

b. 調査内容

1. 保健指導に関するコンピテンシー

保健指導に関する項目は、標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）の保健指導のプロセスと必要な保健指導技術³⁾、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」⁴⁾、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。

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

2. 属性

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

3. 調査票の妥当性

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

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

c. 分析方法

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

d. 倫理的配慮

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

研究 2. 特定保健指導用教材・食生活支援用教材の内容分析について

a. 対象者と方法

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

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

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

b. 分析方法

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

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

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

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

C. 結果

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

a. 回答者の属性

表 1 に対象者の基本属性を示した。

表1 回答者の属性

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

項目ごとに欠損値を除いて集計した

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

b. 年齢層別にみたコンピテンシーの高い項目、低い項目

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

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

(27)”が上位項目として 40 代、50 代のみで挙げられていた。

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

c. 保健指導の従事頻度別にみたコンピテンシーの高い項目、低い項目

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

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

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

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

d. 年齢層別にみた習得ニーズの高い項目、低い項目について

表 4 に、年齢層別にみた習得ニーズの高い項目、低い項目について示した。

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

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

e. 保健指導の従事頻度別にみた習得ニーズの高い項目、低い項目について

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

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

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

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

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

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

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

研究 2. 特定保健指導用教材・食生活支援用教材の内容分析について

a. 分析対象教材について

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

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

b. 特定保健指導用教材について

全 10 件の特定保健指導用教材について、表 10 に結果を示した。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⑥フィードバックでは、特に食生活に関する内容は抽出されなかった。

c. 食生活支援用教材について

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

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

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

の計算」(3件)

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

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

- ・食行動レベルでは、「フッ素樹脂加工の道具を使う」(3件)

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

- ・食品レベルでは,「食塩 1g を含む調味料・食品の目安量一覧」(7件)

- ・料理・食事レベルでは,「天然食品でだしをとる」(5件)

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

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

D. 考察

a. 保健指導に関するコンピテンシー及び習得ニーズについて

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

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

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

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

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

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

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

b. 特定保健指導用教材・食生活支援用教材の内容分析について

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 参考文献

- 1) McClelland, D.C.: Testing for competence rather than for “intelligence”, Am. Psychol., 28, 1-14 (1973).
- 2) Spencer, L.M., Spencer, S.M.: Competence at work, models for superior Performance/梅澤祐良,成田攻,横山哲夫 訳. コンピテンシーマネジメントの展開導入・構築・活用, pp11-19 (2001) 生産性出版, 東京.
- 3) 厚生労働省健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム〔改訂版〕, pp.143-146, 平成 25 年 4 月.
- 4) 産業医科大学産業医実務研修センター. 保健指導実践者の行動目標. <http://ohc.med.uoeh-u.ac.jp/hokenshidouHP/jitsumusha100427/organization/page01.html>
- 5) 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究：平成 25 年度総括・分担研究報告書（研究代表者 津下一代）.

H.研究発表

1. 論文発表

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

2. 学会発表

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

I.知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用案登録

なし

3. その他

なし

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**

特定保健指導の支部間差に関する質的検討～インタビュー直後記録のまとめ～

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）

六路 恵子（全国健康保険協会）

山崎 衣津子（全国健康保険協会）

川畑 輝子（女子栄養大学栄養科学研究所）

小澤 啓子（女子栄養大学食生態学研究室）

研究要旨

目的：中小企業勤労者の保険者である全国健康保険協会において特定保健指導の効果に支部間差が生じている要因を検討し、今後の研修プログラムや支部体制の強化に資するデータを得るために、質的研究を実施した。

方法：平成 26 年 11 月～平成 27 年 1 月に、全国健康保険協会の 10 支部（平成 23 年度の実績に基づき上位 5 支部と下位 5 支部を選定）を対象に、支部保健師への個別インタビューと契約保健師を対象としたグループインタビューを実施した。対象者は、支部保健師 11 名、契約保健師 64 名である。本研究では、インタビュー時に得られた無記名自記式質問紙調査のデータと、インタビュー直後のインタビューアーによる記録シートの内容を整理した。

結果：本研究の目的にそって、得られた内容を以下に示す。

①保健指導全般：初回面接の実施率を上げる、次につなげる等、初回面接を重視していた。また、現場からは支部に対して、保健指導の成果を数字の面だけで評価することへの疑問や不満も示された。②人材育成：支部内の研修では、指導者間での話し合う場が少ないことが課題として挙げられていた。それに対して自主勉強会などの場を設けるなど工夫を始めた支部もあった。研修内容では、事例検討や指導ですぐに使える具体的な内容を学ぶ機会の増加を希望していた。③支部体制：支部と現場の関係は、支部によって異なっていた。支部上層部の理解や活動、特定保健指導に対する方針などが現場でも共有され、現場の意見が支部方針にも反映されている支部では、契約保健師の満足度も高かった。④事業主との連携：積極的な連携と事業所全体の健康づくりを重視した取組みを独自の工夫で始めた支部がみられた。

考察：本研究では支部間差までは検討することが出来なかったが、特定保健指導の成果に影響しうる要因をいくつか見出すことができた。今後は逐語録の詳細な分析を行い、特定保健指導の成果に与える要因の抽出を進めていく。

A. 目的

全国健康保険協会（以下、「協会けんぽ」とする。）とは、中小企業等で働く従業員やその家族が加入する健康保険を運営する組織であり、平成 20 年 10 月 1 日に設立した。協会けんぽでは都道府県毎に支部を設けており、保険運営の企画、保険給付、及び保険事業（予防）等を主な業務としている。平成 26 年 12 月現在、各支部には正職員である支部保健師が 1～3 名（全国 75 名）、契約保健師が 6～24 名（同 511 名）、契約管理栄養士 0～14 名（同 181 名）が所属している。

協会けんぽが国立保健医療科学院と共同で実施した平成 23 年度の特設保健指導データの分析により、その効果に支部間差が生じていることが認められている。しかし、その要因についてはこれまで明らかになっていなかった。そこで、支部保健師及び現場の契約保健師を対象にインタビュー調査を実施し、特設保健指導の効果に関連する要因について質的に検討することを目的とした。なお、本研究では分析の対象としていないが、管理栄養士に対しては、前述した目的に加え、協会けんぽ内での役割についてどのように認識しているのか把握することを目的にグループインタビューを実施した。

B. 方法

1. 対象者と手続き

協会けんぽの 47 都道府県支部について、平成 23 年度における特設保健指導の実施率・改善率・稼働率の面から上位支部（実施率が 10%以上と相対的に高く、改善率・稼働率ともに平均より高い都道府県支部）

と下位支部（実施率が 6%以下と相対的に低く、改善率・稼働率ともに平均よりも低い都道府県）を各 5 支部選定し、協会けんぽ本部を通じて各支部へのインタビュー調査への協力依頼を行った。その結果、全 10 支部から協力への同意が得られ、外部の研究者 2 名が平成 26 年 11 月から平成 27 年 1 月にかけて、支部保健師への個別インタビューと契約保健師へのグループインタビューを実施した。また、上位支部、下位支部の各 1 支部については、管理栄養士を対象としたグループインタビューも実施した。

インタビュー当日に、改めてインタビューの目的や内容、IC レコーダーによる記録、個人情報の保護等について文書を用いて説明し、同意を得た。

2. 個別インタビュー

個別インタビューでは、以下の 4 点を把握することを目的に内容を検討した。

- 1) 特定健診・特定保健指導、全般の課題について
- 2) 特定保健指導に係る人材育成について
- 3) 特定保健指導の支部内での位置づけ、保健指導者のモチベーションについて
- 4) 事業主との連携について

これらを把握するため、研究者間で協議を重ね、参考資料 1 に示すインタビューガイドを作成した。人材育成については、支部内での研修の目的や内容、研修に対する保健師や管理栄養士の反応・モチベーション、研修の評価やフィードバックなどを具体的に把握した。また、支部内での人材育成に対して、本部からの支援や要望について確認した。さらに、今後の目標や計画についても質問した。また最後に、支部保健

師に対して、今後の方向性や抱負について確認した。

個別インタビューの時間は約 40 分とし、初めに基本属性に関するアンケートに無記名で回答してもらい回収した。

3. グループインタビュー

グループインタビューでは、以下の 2 点を把握することを目的に内容を検討した。

1) 個人の保健指導スキルについて

2) 支部の体制について

これらを把握するため、研究者間で協議を重ね、参考資料 2 に示すインタビューガイドを作成した。

個人の保健指導スキルについては、初めに特定保健指導において大事にしていることは何か、具体的な経験に基づき一人ひとりの意見を確認した。その他、工夫している点や課題、成功要因についても質問した。その際、困ったときに、周りに相談できる体制があるかも確認した。これらの点について、食生活に関する内容が出ない場合は、こちらから質問を投げかけて確認した。

支部の体制については、研修内容への意向やニーズ、現在の満足度などを確認した。また、支部内での研修だけでなく、本部や外部の研修についても活用状況を確認した。さらに、支部における特定保健指導の位置づけや課題を把握した。最後に、特定保健指導の成果に影響を与えるポイントを挙げてもらった。

グループインタビューの時間は約 90 分とし、お互いに番号で呼び合うことで個人名が記録に残らないよう配慮した。また、インタビュー開始前に無記名自記式質問紙調査を実施し、保健指導の経験年数や内容、

現在の研修体制の実態や要望、特定保健指導に関する自信、属性等を把握した。

なお、管理栄養士を対象としたグループインタビューでは、上記に加え、協会けんぽ内での管理栄養士の役割について確認した。

4. インタビューアー

インタビューアーは、保健指導に直接関与しない研究者 2 名が担当し、各支部に向いてインタビューを実施した。2 名のインタビューアーの実施方法とスキルを標準化するため、事前にインタビューガイドを用いた十分な打ち合わせを行った。

5. インタビュー内容の記録

インタビューの内容は IC レコーダーを用いて録音し、後日逐語録を作成した。また、インタビューアーによる「インタビュー直後記録シート」を作成し、実施後にインタビューで捉えた内容を記録した。

6. インタビュー内容の整理・分析

本研究では、個別及びグループインタビュー直後に作成された「インタビュー直後記録シート」の記載内容から、個別・グループ別に、インタビューの目的に対してインタビューアーが主観的に把握した事項について検討を行った。なお、インタビュー対象支部を選定した際は、特定保健指導の実績を考慮したが、本研究では、支部を分けず、全体的に内容を整理した。また、今回は保健師のみを分析対象とした。

7. 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。

C. 結果

1. 分析対象者

表 1 に支部保健師の属性を示した。10 支部でインタビューを実施したが、1 つの支部で 2 名を対象とした支部があったため、全 11 名中の割合を示した。女性が 9 割と多く、年齢は 40 代・50 代が主だった。

表 2 に契約保健師の属性を示した。対象とした 64 名中、全員が女性であり、年齢は 40 代が 42%と最も多かった。

表 3 に支部保健師、契約保健師の現在の勤務日数や経験年数を示した。経験年数はそれぞれ約 16 年であった。勤務日数は支部保健師が全員週 5 日以上であるが、契約保健師は週 3-4 日が 48%で最も多かった。

2. 契約保健師における保健指導の経験年数や内容、現在の研修体制の実態や要望、特定保健指導に関する自信について

表 4 に、契約保健師における特定保健指導の経験年数や現在の支援状況等を示した。過去 1 か月の初回面接の人数は約 40 名で、支援レベルは積極的支援・動機づけ支援の両方を実施している者がほとんどであった。また、全体のおよそ 9 割が、他の保健指導経験があると回答していた。

表 5 に、研修に対する意識等を示した。協会けんぽ内での研修機会について、「十分ある」と回答した者は 2 割であった。「ある」と回答した者も合わせると約 95%を占めた。外部研修への参加の機会は「ある」と回答した者が約 7 割であった。外部研修の機会が「あまりない」と回答した理由として、3 名が「業務に追われて時間がない」、4 名が「所属先が研修の費用を負担してく

れない」を選択していた。

表 6 に、相談体制について示した。相談する相手や助言者の有無では、「いる」と回答した者が約 9 割を占めていた。また、主な相談場所は「職場内」が 73%と多数を占めていた。

表 7 に、保健指導の知識やスキルに対する自信を示した。およそ半数は「やや自信がある」と回答していたが、「あまり自信がない」「自信がない」と回答した者も約 4 割見られた。そこで、保健指導に対する自信を、年齢層別、支部区分別に示した。年齢層別では、年齢層が低い者ほど、自信がない・あまり自信がないと回答する者が多かった(図 1)。支部区分別では、下位支部で「自信がある」が数名いたが、回答分布にほとんど違いは見られなかった。

3. 個別インタビュー

表 8 に、①保健指導全般、②人材育成、③支部体制、④事業主との連携の 4 点について、良い点、課題、重視していることの項目に分けて、インタビューアーの主観的な内容を整理した。また、⑤本部への要望について記述した。

まず、①保健指導全般では、支部保健師の資質に関することが良い点として挙げられた。また、リレー制や教材の工夫など、保健指導プログラムの内容や、対象者重視の支援など保健指導の工夫が良い点として挙げられた。一方、課題としては、より重篤な者への対応ができない、家族や若年者への対応も不十分など、現在の制度に対する内容が挙げられた。リレー制にしたことで、支部の負担増といった、良い点にも挙げられた保健指導プログラム内容を、課題としてとらえている支部もあった。また、地理的問題・マンパワー不足など、支部ご

との対応が求められる内容も課題に挙げられていた。重視していることでは、「会わなければはじまらない」といった、初回面接の実施率を上げることが抽出された。

②人材育成では、契約保健師の負担減や労力の不平等感をなくすなどが重視していることに挙げられた。課題として、指導者間格差があげられ、それに対応して研修や相談体制に関する良い点や重視することが整理された。また、お互い話合う時間が少ないという課題に対して、契約保健師が集まる場を設けるなどの良い対応も見られた。

③支部体制では、重視していることとして、上層部の理解は不可欠が挙げられ、良い点や課題の双方に、上層部の理解に関する内容が挙げられた。また、支部保健師と契約保健師の関係性については、良い点・課題ともに挙げられた。

④事業主との連携では、支部独自に資料を作成したり担当者を配置するなどして、新規事業所の開拓などを実施している良い点が挙げられた。また、支部長自ら事業所をまわるなど、上層部の理解も良い点に挙げられた。また、重視していることでは、特定保健指導だけでなく、事業所全体の健康づくりを挙げ、全員に保健指導を希望していることが分かった。

⑤本部への要望では、支部からのデータを精査できていないという不満や、他支部の様子を知りたいといった要望が挙げられた。

4. グループインタビュー

表 9 に、①保健指導全般、②食生活支援、③人材育成、④支部体制、⑤事業主との連携、⑥成功要因の 6 点について、良い点、課題、重視していることの 3 項目に分けて、インタビューアーの主観的な内容を整理し

た。また、⑦本部への要望について記述した。

①保健指導全般で重視していることでは、個人を大事にすることが分かった。また、初回面接が重要で、次につなげるために目標設定は無理せず、継続支援を早めに行うなどが挙げられた。良い点では、相談体制や保健指導のプログラムの内容（リレー制、IT、電話支援等）に関するものが挙げられた。課題では、自分の保健指導の成果を感じる機会がない、成果を数でしか見てもらえないといった評価やフィードバックに関する内容や、困難事例への対応、時間がない、教材が一律など、支援の場での課題が挙げられた。

②食生活支援では、本人が決めたことを目標とし、ベストよりもベターを目指す支援を重視していることが分かった。また、内容は夕食に重きをおき、安くてバランスの良い食事の工夫やレシピの提供などを行っていた。課題としては、食事のアセスメントが十分できないことや、地域や季節で食べ方が異なることや、経済的な要因の影響なども支援の課題として挙げられた。また、支部によって管理栄養士への相談体制があるところとないところがあることが分かった。

③人材育成では、重視していることとして、すぐに実践できるスキルが学びたい、マニュアル化してほしいなどの要望があげられた。良い点では、他の人の支援を見る機会があることや事例検討、定例研修会以外の自主勉強会などが挙げられた。課題では、話し合いの時間がない、研修内容が現場で生かせるものではない、時間が足りないなど、支部内研修への不満がいくつか挙げられた。

④支部体制では、コミュニケーションや

関係性が良好であることが良い点が挙げられた。一方で、現場の要望を取り入れてもらえない、現場で思っていることと、支部の取組がかみ合っていないなどが課題として挙げられた。また、システム刷新による現場への影響も懸念されていた。

⑤事業主との連携では、もっと連携が必要との意見があった。そのために、支部として事業所にアプローチする点は良いが、アプローチできていない支部ではそれが課題として挙げられていた。

⑥成功要因としては、体制としてトップ（支部長）が重要、支部と現場、また指導者間の強い信頼関係、相談体制があるが重視していることが挙げられた。また、指導者本人の資質では、粘り強くなった、本人によりそう支援などが良い点として挙げられた。一方、課題として、効果が分からない、現場のニーズに合わないシステムの変更が成功要因に影響する要因として挙げられた。

⑦本部への要望では、本部研修の時期や場所を参加しやすいようにしてほしい、問診票の「保健指導を希望するか」の欄はなくしてほしいなどが挙げられた。

D. 考察

今回、協会けんぽの 47 都道府県のうち、平成 23 年度の実績から上位・下位支部をそれぞれ 5 か所抽出し、支部保健師への個別インタビュー及び契約保健師へのグループインタビューを実施した。インタビュー直後のインタビューアーの主観から、それぞれ良い点、課題、重視していることに内容を整理した。その結果、支部と現場の関係性が、支部によって異なっていることが分かった。支部上層部の理解や活動、特定保健指導に対する方針などが現場でも共有さ

れ、また現場の意見が支部方針にも反映されている支部では、保健師の満足度も高かった。また、研修では、全体的に指導者間での話し合う場が少ないことが課題として挙げられていたが、いくつかの支部ではそれを改善するために自主勉強会などの場を設けるなど工夫していた。また、内容については、事例検討や指導ですぐに使える具体的な内容を学ぶ機会の増加を希望していた。今回、このように複数の支部の取り組みについて話しをうかがう機会を得たが、支部保健師からは他支部がどのような体制で特定保健指導を実施しているか、もっと共有してほしいという本部への要望もあった。今後、本研究がそのような機会になることが期待される。

本研究の限界として、調査対象とした支部の選定方法がある。今回、支部間差の要因を抽出するために、平成 23 年度の特定保健指導の実績を基に上位と下位支部を選定した。しかし、各支部ともに改善に向けて様々な取り組みを行っており、選定時に参照した平成 23 年度のデータから状況が変化していた（図 3）。そこで、今回の分析において 10 支部を上位と下位に分けることが出来なかった。また、インタビューアーの主観として、地理的要因も実績に大きくかわると感じた。さらに、保健指導の成果の定義については、現場と支部の間の受け止め方にも違いがあると感じた。したがって、今後の詳細な分析では、特定保健指導の実績からだけでなく、インタビューで語られた内容をもとに特定保健指導の成果に与える要因を抽出し、研修プログラムや支部体制の強化に資するデータを得ることが課題である。また、今回は、食生活支

援における弱点克服のための基礎資料を得るために、食生活支援に関しては詳細な聞き取りを行ったが、それ以外の生活習慣（運動、飲酒、喫煙等）については、対象者から語られた内容に留めた。しかし、これらの生活習慣についても、対象者が置かれた状況を総合的に判断し、バランスよく生活習慣改善支援を行う上では重要な要素となる。そこで、それらの専門知識や活用スキルの状況については、今後の詳細な分析で実態を把握したい。

E. 結論

47 都道府県支部の中から、特定保健指導の効果が上がっている支部と上がっていない支部の要因を明らかにするために、インタビュー調査を実施した。しかし、対象支部を選定した際に用いたデータと現状に差が見られ、上位と下位支部に分けることが困難であったため、インタビュー直後にインタビューアーが主観的に把握した内容を全体的に整理し、良い点、課題、重視していることを整理した。その結果、初回面接の実施率を上げることが支部保健師、契約保健師の両方から挙げられたが、課題として効率重視で質が追いつかない、質の部分はこれからの課題という意見も両者から得られた。また、支部の体制として、上層部の理解が重要との意見があり、その体制が取れていない支部は課題として受け止めていた。人材育成においては、研修時お互いに話し合う時間が限られている、相談体制がない等も課題として挙げられており、今後の対策を講じることが重要と考えられた。今後は詳細な分析を行い、特定保健指導の成果に与える要因を抽出し、研修プロ

グラムや支部体制の強化に資するデータを得ることが課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用案登録

なし

3. その他

なし

表1 支部保健師の属性(11名中)

		人数	%
性別	男性	1	9.1
	女性	10	90.9
年齢層	20代	0	0
	30代	2	18.2
	40代	4	36.4
	50代	4	36.4
	60歳以上	1	9.1
最終学歴	専門学校卒	7	63.6
	短期大学卒	0	0.0
	専攻科修了	2	18.2
	大学卒	2	18.2
	大学院卒	1	9.1

表2 契約保健師の属性(64名中)

		人数	%
性別	男性	0	0
	女性	64	100
年齢層	20代	0	0
	30代	13	20.3
	40代	27	42.2
	50代	21	32.8
	60歳以上	3	4.7
最終学歴	専門学校卒	37	57.8
	短期大学卒	4	6.3
	専攻科修了	14	21.9
	大学卒	9	14.1
	大学院卒	0	0.0

表3 勤務状況

		人数	%
支部保健師	週1-2日	0	0.0
	週3-4日	0	0.0
	週5日以上	11	100
主たる職種の経験年数(年) [†]		16.0±8.4	
契約保健師	週1-2日	9	14.1
	週3-4日	31	48.4
	週5日以上	24	37.5
主たる職種の経験年数(年) [†]		16.1±9.6	

[†] 平均値±標準偏差

表4 保健指導の経験や実施状況について (契約保健師)

		人数	%
特定保健指導の経験年数 [†]		4.9±1.7	
過去1か月の初回面接の人数 [†]		40.2±18.6	
支援レベル	積極的支援のみ	0	0
	動機づけ支援のみ	0	0
	両方実施	62	96.9
	未回答	2	3.1
支援形態	個別支援のみ	30	46.9
	グループ支援のみ	0	0.0
	両方実施	34	53.1
他の保健指導経験の有無	あり	56	87.5
	なし	8	12.5

[†] 平均値±標準偏差

表5 研修について (契約保健師)

		人数	%
協会けんぽ内での研修の機会	十分ある	13	20.3
	ある	48	75.0
	あまりない	3	4.7
外部研修への参加の機会	十分ある	4	6.3
	ある	47	73.4
	あまりない	13	20.3
外部研修の機会が「あまりない」と回答した理由 (複数選択)	業務に追われて時間がな い	3	-
	所属先が研修の費用を負 担してくれない	4	-
	必要性を感じない	0	-
	関心のあるテーマがない	0	-
	その他	0	-

表6 相談体制について (契約保健師)

		人数	%
相談する相手や助言者の有無	いる	55	85.9
	いない	9	14.1
主な相談場所 (相談者が「いる」と回答した者のみ)	職場内	47	73.4
	職場外	3	4.7
	職場内と職場外と一緒くらい	5	7.8

表7 保健指導に対する自信 (契約保健師)

	人数	%
自信がない	6	9.4
あまり自信がない	22	34.4
やや自信がある	34	53.1
自信がある	1	1.6
未回答	1	1.6

図1 保健指導に対する自信(年齢層別)

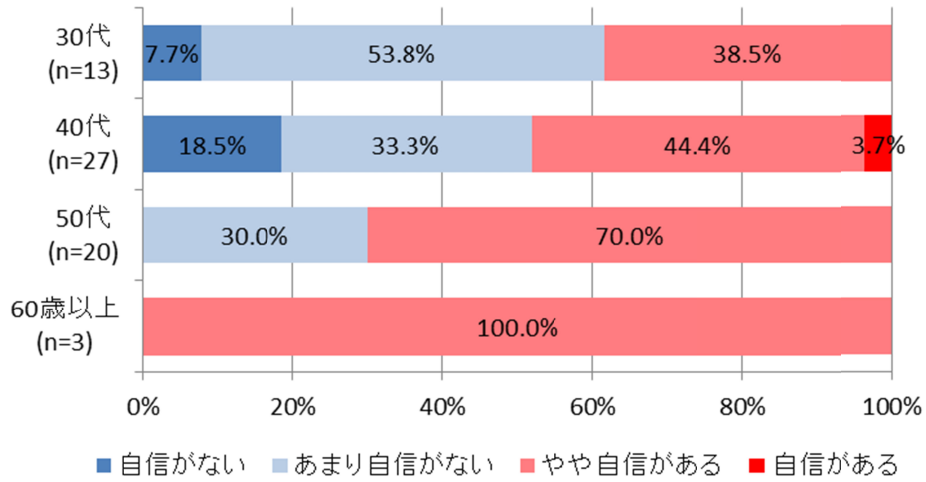


図2 保健指導に対する自信(支部区分別)

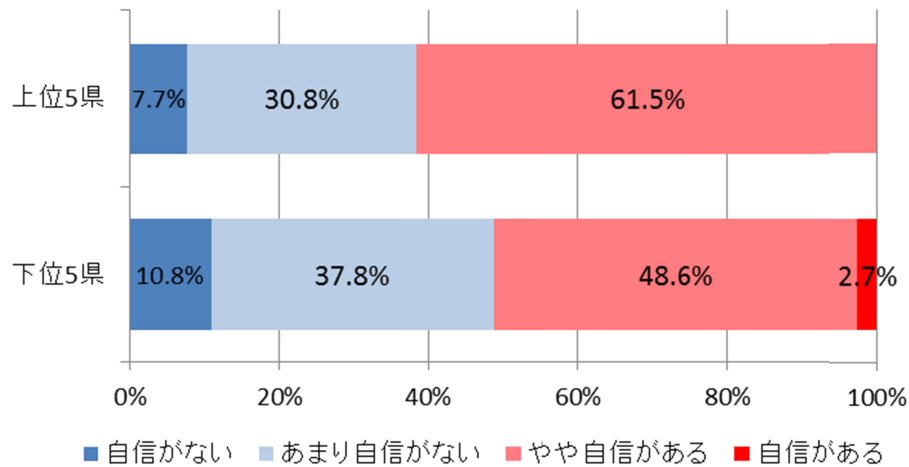
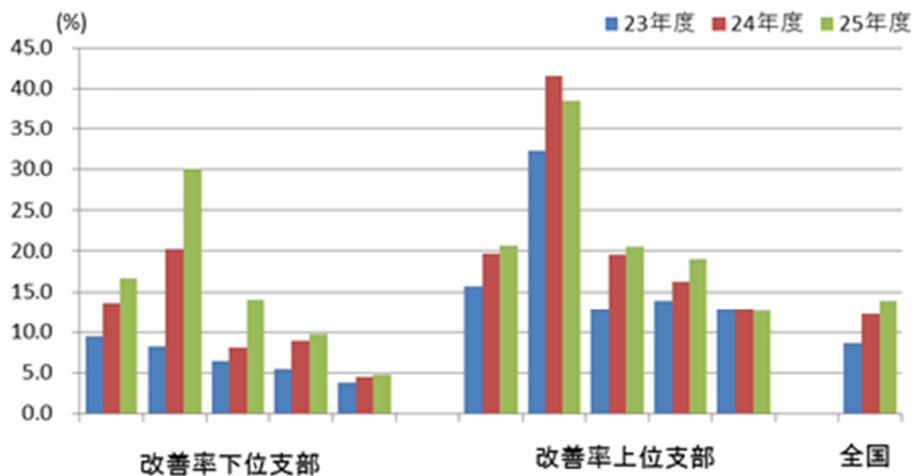


図3: 保健指導実施率の経年変化



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

自治体における生活習慣病予防の保健指導実施者のスキル向上に向けた取り組み調査

研究分担者 杉田由加里（千葉大学大学院看護学研究科）

研究協力者 水野 智子（元埼玉県立大学保健医療福祉学部）

研究要旨

生活習慣病予防の保健指導には様々な要因が関連しており、保健指導実施者は、多様な保健指導技術を駆使し、創意工夫しながら実施しているが、保健指導の展開過程において課題を感じる状況も多々散見している。そこで、本研究では、自治体における、生活習慣病予防に関する保健指導のスキルの向上に向けた個人の取り組みを促進するために、所属する組織に必要とされる条件について明らかにすることとした。

保健指導のスキル向上に向け、組織的な取り組みがされている自治体7か所（すべて市）それぞれへのインタビュー調査を実施し、①保健指導の実施体制、②JTの中での保健指導スキルの向上に向け工夫している点、③参加した保健指導に関する研修の共有・活用方法、④保健指導の評価について整理した。

組織として必要と考えられる条件に関し、以下の示唆を得た。

被保険者の健康を守る役割を担っているという目的意識を持ってもらえるような仕掛けが必要であり、そのうえで、普段から実践内容の情報交換が図られているかモニタリングしていくことが重要である。そして、保健指導を実施する中で捉えられた工夫点をすぐに活用できる職場環境づくりが必要である。

対象者ごとの保健指導の実施内容の記録が必要であり、その記録を事業担当者や上司といった複数の目で確認し、それを確実に保健指導実施者へフィードバックする仕掛けが必要である。

また、保健指導マニュアルを作成し活用するとともに、保健指導実施者自身が皆でマニュアルを更新するルールをつくることも有効と考えられた。

保健指導は単独で実施することが多いと考えられ、他職種を含め、他の実践者の保健指導内容を参加観察することや事例検討会等により、他者のスキルを参考にできる機会を設定することが必要と考える。

都道府県や都道府県国民健康保険団体連合会では、生活習慣病対策に関する研修が実施されているが、参加した研修を職場内で有効に活用するには、復命書を回覧するだけでなく、口頭での復命が有効と考える。その際、口頭での復命の時間はあらかじめどのような場で復命するのか、計画されていることが必要である。

保健指導スキル向上に活用できると考えられる保健指導の評価方法に関し、①対象者の半年後の評価、②次年度の健診データの推移、③健診受診者全体の傾向の比較が考えられる。この3つの視点を網羅した内容を全市より抽出することが出来なかった。保健指導を評価し、確実にスキル向上につなげていくには、多様な評価方法を取り入れた仕掛けを組織としてつくることが必要と考えられ、保健指導の体制を構築していく立場にある職員への研修において強化すべき点であることが示唆された。

A. 研究目的

平成20年4月より実施されている特定健診・特定保健指導の制度のもとでは、従前以上に生活習慣病の予防を意図した保健指導が展開されている。保健指導の対象者への保健指導には様々な要因が関連しており、保健指導実施者は、多様な保健指導技術を駆使し、創意工夫しながら実施しているが、保健指導の展開過程において課題を感じる状況も多々散見している。筆者らは、保健指導実施者が捉えている課題に対する効果的なアプローチ方法に関して、特定保健指導に3年以上従事し、かつ、特定保健指導以外の保健指導を実施した経験を有する熟練者へのインタビューからその対応方法を明らかにしてきた¹⁾。しかし、その保健指導スキルをどのように向上させてきたかについては詳細には明らかにしていない。

先行研究において、保健指導の質を向上させる取り組みとして、質の管理システムの導入が明らかにされ、試行されているが、円滑に導入していくには、支援者の確保、ツールと研修の活用、システム運用の事業化、外部の評価者の確保、学習の継続の必要性と多様な条件が必要であることが示されている²⁾。また、保健指導のスキルアップのために実践的ロールプレイの活用の有効性も示されているが、実践報告に留まっている³⁾。自治体においては、保健指導実施者の異動も考えられ、保健指導に関するスキルを向上させていく上で、個人の努力だけでは限界がある。所属組織として保健指導スキルの向上に向けた取り組みが重要であると考ええる。

そこで、本研究では、自治体における、生活習慣病予防に関する保健指導のスキル

の向上に向けた個人の取り組みを促進するために、所属する組織に必要とされる条件について明らかにすることとした。この条件を明らかにすることで、保健指導スキルの向上を図っていく上で組織的な取り組みを推進する立場の職員の研修への示唆を得たいと考える。

B. 研究方法

1. 研究参加者

都道府県の生活習慣病対策主管部(局)、都道府県国民健康保険団体連合会(以下、国保連とする)の保健事業担当部署にて研修等を通じて、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より、以下の条件に合う自治体を紹介してもらった。保健指導のスキル向上に向け、その自治体にて組織的な取り組みがされている自治体を推薦してもらった。

候補自治体の担当部署へ、調査依頼文と口頭で調査の趣旨を説明し、賛同の得られた7自治体にて、保健指導の実施においてリーダー的立場の職員(保健師や管理栄養士)、1~数名を研究参加者とした。

2. 調査方法

データ収集は半構成的インタビューを研究班メンバーが実施した(平成26年11月~27年2月)。

3. 調査項目

- 1) 特定健診および、その後の保健指導の実施内容と従事者
- 2) 生活習慣病予防の保健指導スキルが向上したと思えたエピソード
- 3) 上記のエピソードに関連していると

思える、①保健指導の実施体制、②OJT の中での保健指導スキルの向上に関して工夫している点、③参加した保健指導に関する研修の共有・活用方法、④保健指導の評価、等とした。

4. 分析方法

インタビュー内容を逐語録に起こし、インタビュー項目ごとに、意味が読み取れるように要約し、整理した。整理した内容を自治体ごとに比較し、その特徴を検討した。

5. 倫理的配慮

都道府県あるいは国保連から紹介を受けた後、研究者より改めて、紹介された自治体の担当者へ電話にて連絡し、保健指導の取り組み概要を聴取するとともに、調査への協力の可否を確認した。

調査の協力への賛同が得られた自治体へ改めて、研究参加者本人と直属の上司へ依頼文を送付し、協力の諾否を確認するとともに研究参加者の本調査への協力のしやすさを確保した。依頼文には、研究の趣旨、具体的な調査方法、インタビュー時の録音の依頼、研究途中でも辞退できること、個人名だけでなく自治体名の匿名化といった個人情報の保護に努めること等を記載した。

上記の点について、研究者所属機関の倫理審査委員会の承認を受け、調査に着手した。

C. 研究結果

1. 研究参加自治体の特定健診及び保健指導の実施概要（表1）

参加した自治体はすべて市であり、人口

は61,000～562,000人であった（調査時の各自治体のホームページより）。

特定健診は、一番人口の多いA市のみが個別健診のみで実施されていたが、残りの5市は個別と集団と両方の方式にて特定健診を実施していた。

保健指導は、動機づけ支援だけを市が実施する方式（A市）、積極的支援を市が実施する方式（G市）、動機づけ支援も積極的支援も市が実施する方式とさまざまであった。

2. 保健指導スキルが向上したと思えるエピソード（表2）

保健指導の対象者のリアクションから、保健指導スキルの向上を実感することが多く、例えば、相手からやってみようという言葉を引き出せたとき（A市）、「夜遅くに食べているからだね」という本人の気づきが聞かれたとき（D市）、「保健指導がよかった」と生の声から評価する（F市）、対象者が目標に示した保健行動をとってくれた時（G市）に保健指導スキルが向上したと実感していた。

また、保健指導実施者自身の変化から保健指導スキルが向上したと捉えていた。例えば、保健指導後に相手のリアクションから伝わっていないことを感じ取れるようになった（D市）、アポなし訪問でトラブルなく、うまく対人関係を取り訪問していると思っている（E市）、対象者に伝える内容が豊かになったと感じるとき（G市）等であった。

同僚からの評価によりスキル向上を自覚していた。電話相談での保健指導内容を褒められ、参考にしたいと言われた（B市）、同僚から質問され、相手が納得する新たな

気付きを提示できたとき（G市）であった。

実践してきたことを電話対応マニュアルとしてまとめた（B市）、健診データが改善した事例を集めた（C市）といった、実践してきたことを書面にまとめ、それを活用できるようになったことでスキル向上を自覚することもあった。

以上の保健指導スキルが向上したと思えるエピソードに関連する組織の条件として、以下のように整理することが出来た。

3. 保健指導スキル向上に影響したと捉えられていた保健指導の実施体制（表3）

保健指導スキルの向上に影響したと捉えられていた保健指導の実施体制として、以下のように整理できた。

保健指導後、各自が電子システムに記録する（A市）、電話相談などすべての関わりを記録し個人記録を五十音順に管理する（C市）、紙媒体で個人カルテを作成する（F市）といった、保健指導内容の記録を個人カルテとして作成し、次の保健指導に活用していた。

全記録を主任や主査が確認する（A市）、行き詰ったら同僚に相談する（D市）、リーダー的立場の保健師へ相談する（F市）といった保健指導の内容を同僚や先輩へ相談する体制をとっていた。

保健指導の実施マニュアルを作成し、毎年更新している（A市）、電話対応マニュアルを作成し、新人教育に活用している（B市）といった保健指導の実施マニュアルを作成していた。

保健指導の実施者を対象の条件に合わせ決定する（C市）、責任の所在を明確にするため保健指導の実施者を地区担当制とする

（E市、G市）というように、誰が保健指導を実施するのか、意図をもったルールを決めていた。

4. 保健指導スキル向上に影響したと捉えられていたOJTの中での工夫点（表4）

保健指導スキル向上に影響したと捉えられていたOJTの中での工夫点に関して、以下のように整理できた。

新人の育成ルールを有していた。最初の研修、先輩職員の保健指導場面の見学、ロールプレイの実施と振り返り、単独実施の見極めといった系統だった方法（A市）や、先輩職員の保健指導場面の見学（B市、C市、F市）、訪問前のシミュレーションの実施（D市）、プリセプター方式をとり指導者を明示し関わる（D市、E市）、といった育成ルールを有していた。

頻回に事例検討会を実施している（B市、C市、E市）ことも挙げられていた。

さらに、訪問から帰ってきた後、早々に話をすることで整理し、助言をもらう（E市）、困難なケースだけでなく、うまくいったケースへの保健指導内容を共有する（F市）、経験の長い保健師へ相談できる雰囲気がある（G市）といった、保健指導内容に関し、常日頃からディスカッションを実施していた。

A市は、お互いの保健指導場面を観察しあい、自身の保健指導の振り返りに活用していた。

管理栄養士に保健指導に入ってもらい、保健指導内容を参考にする（F市）といった、他職種の保健指導スキルを観察していた。

保健指導内容の記録を事業担当者、係長、課長補佐、課長と先輩保健師に確認しても

らい、随時、フィードバックする（G市）といった記録をもとに保健指導内容を確認、フィードバックしていた。

5. 保健指導スキル向上に影響したと捉えられていた研修の活用状況（表5）

保健指導スキル向上に影響したと捉えられていた所属外あるいは内部の研修の活用状況について以下のように整理できた。

外部研修に関しては、復命書を回覧するだけでなく、口頭での報告をできる時間を確保していた。月に1回のカンファレンスで報告（A市）、朝のミーティングで報告する（C市、F市）、皆が従事する事業の後の時間に報告する（D市）、事例検討会の時に報告する（E市）ことを実施していた。

内部での研修として、学習会を実施していた（A市、G市）。A市は、疑問に思ったことを取り上げ、小グループで調べたり、実際に運動を体験したりしていた。G市では、年間の研修計画を立て、生活習慣病に関するテーマだけでなく母子やがん対策なども含め、自分たちの中で担当制としてテーマに関し調べ、その担当者が講師となり皆で知識を深めていた。また、保健指導スキル向上のために演習を取り入れ実施している市もあった（B市）。

6. 保健指導スキル向上に影響したと捉えられていた保健指導の評価方法（表6）

保健指導スキル向上に活用できると考えられる保健指導の評価方法に関し、対象者の半年後の評価、対象者の次年度の健診データの推移、健診受診者全体の傾向として、有所見者の状況、健診および保健指導の利用数や利用率等が考えられる。保健指導ス

キルの向上にこれらの評価方法が影響したと捉えられていたか、語りから整理した。

A市は、対象者への半年後の満足度調査、対象者の翌年度の検査データの推移、受診者全体の検査データの推移を捉えていた。

B市は、医療費の削減といった目的に向かって、対象者の翌年度の検査データの推移、次年度の健診受診率を捉えていた。

C市は、受診者全体の検査データの推移を捉えていた。

D市は、対象者の翌年度の検査データの推移、受診者全体の検査データの推移、次年度の健診の受診率や保健指導率を捉えていた。

E市は、対象者の半年後の変化、対象者の翌年度の検査データの推移を捉えていた。

F市は、対象者の半年後の体重や腹囲、保健行動の変化、保健指導の感想、対象者の翌年度の検査データの推移、受診者全体の検査データの推移を捉えていた。

G市は、対象者の半年後の体重や腹囲、対象者の翌年度の検査データの推移、次年度の健診のリピート率を捉えていた。

7. 保健指導スキル向上に影響したと捉えられていた上記以外の条件（表7）

保健指導スキル向上に影響したと捉えられていた上記以外の条件として、以下のように整理できた。

チームワークが良く、保健指導実施者が安心して保健指導に向かえる体制が大事である（A市）、研修に参加し活用できそうだと考えると皆へ持ちかけられる（B市）、使う人の意見を取り入れて保健指導の教材を作成することでモチベーションが上がる（C市）、ちょっとしたアドバイスを同僚から常にもらえる環境がある（D市）、訪問後、

ちょっと話をして整理し、助言をもらえる（E市）、研修に参加し活かせると感じたらすぐできる環境が大事（F市）、業務中に研修会で活用する内容を調べることが認められている（G市）といった職場環境や体制づくりに関し、全市より語りを抽出できた。

また、被保険者の健康を守る、倒れる人を減らす役割があると自覚すること（C市）、関わる必要性のある人を埋もれさせない（G市）といった業務を実施する上で、実際に保健指導を実施する人が目的を明確に持つことの重要性を捉えていた。

D. 考察

本研究では、自治体における、生活習慣病予防に関する保健指導のスキルの向上に向けた個人の取り組みを促進するために、所属する組織に必要とされる条件について明らかにした。保健指導実施者のスキル向上を組織として支えるには、以下の条件を整えていくことが重要と考える。

1. 職場環境づくりにおける条件

被保険者の健康を守る役割を担っているという目的意識を持ってもらえるような仕掛けが必要であり、保健指導実施者間のチームワークへの配慮や、保健指導内容に関して、普段からの情報交換が図られているかモニタリングしていくことが重要である。保健指導スキル向上の場としてセッティングされている学習会などの準備をする時間を確保できるように配慮することも必要である。また、使用する教材の改善など、普段、保健指導を実施する中で捉えられた工夫点を活用できるように配慮していくことも必要である。

2. 保健指導の実施体制づくりにおける条件

保健指導の実施内容を対象者ごとに作成し、経年管理できるようにしていく記録が必要である。また、その記録を事業担当者や上司といった複数の目で確認し、それを確実にフィードバックする仕掛けも有効と考えられた。

保健指導マニュアルを作成している自治体もあり、保健指導スキルの向上、標準化を図るうえで有効と考えられ、そのマニュアルを保健指導実施者自身が皆で更新するルールをつくることで、マニュアルに対するオーナーシップを醸成し、ひいては保健指導スキルの向上につながると考えられた。

3. 保健指導スキルの向上に有効なOJT体制づくり

新人の育成ルールを有している自治体が複数見られた。その方法は統一されていなかったが、各自治体で創意工夫し、作り上げてきた方法と推察される。先輩保健師で育成方法を検討し、皆の了承のもと、新人が育成されることで、確実に新人自身も保健指導スキルを獲得できると共に、皆で育成することで自分自身の振り返りにもつながると考えられる。

事例検討会を実施している自治体が複数見られた。保健指導の実施は、単独で実施することが多いと考えられ、事例を検討する中で、自身のアセスメントや支援の方向性を確認していると考えられる。

単独で実施することが多い保健指導だが、他職種を含め、他の実践者の保健指導内容を参加観察することでスキル向上を図るといった方法をとっている自治体もあり、有効な方法と考えられる。しかし、実施され

ている保健指導内容の意図を汲み取るスキルも必要と考えられ、ベテランの多い自治体ならではの取り組みと考えられた。

4. 保健指導スキルの向上に向けた研修の活用方法

外部研修に参加した後、職場内で文書による復命書の回覧だけでなく、口頭での復命の時間を全市が設けていた。この口頭での復命の時間は、研修に参加した後、その都度、セッティングするのではなく、すでにどのような場で復命するのか、あらかじめ計画されており実施されていた。参加した外部研修を、保健指導実施者全員に行き渡らせ、また、研修に参加する上でのモチベーションや責務にもつながると考えられ、保健指導スキル向上に必要な組織としての条件と考えられる。

外部研修に参加するだけでなく、内部でも学習会を開催していた。専門職として知識を常に豊かにしたいという欲求はありとされるが、調べる時間を保証するなど、組織で取り組むことで、業務を意識し、必ず、業務に還元するという認識の醸成につながると考えられる。

5. 保健指導スキルの向上につながる保健指導の評価方法

保健指導スキル向上に活用できると考えられる保健指導の評価方法に関し、①対象者の半年後の評価、②対象者の次年度の健診データの推移、③健診受診者全体の傾向の比較が考えられる。これらの3つの視点に関して、全市より語りを抽出することが出来なかった。実際は実施していても語られなかったとも考えられるが、保健指導の

評価に関しては、実践が少ないという実態もある¹⁾ことから、保健指導を評価し、確実にスキル向上につなげていくには、組織として、意識して評価する仕掛けをつくることの必要性の認識やその方法を得る機会をつくっていくことが必要と示唆された。

E. 結論

本研究では、自治体における、生活習慣病予防に関する保健指導のスキルの向上に向けた個人の取り組みを促進するために、所属する組織に必要とされる条件について明らかにした。

被保険者の健康を守る役割を担っているという目的意識を持ってもらえるような仕掛けが必要であり、そのうえで、保健指導の実践に関する情報交換が普段から図られているかモニタリングしていくことが重要である。そして、保健指導を実施する中で捉えられた工夫点を、例えば、教材内容の充実に活かすなど、すぐに採用できる職場環境づくりが必要である。

対象者ごとの保健指導の実施内容の記録が必要であり、その記録を事業担当者や上司といった複数の目で確認し、それを確実にフィードバックする仕掛けが必要である。また、保健指導マニュアルを作成し、保健指導実施者自身が皆でマニュアルを更新するルールをつくることも有効と考えられた。

単独で実施することが多い保健指導なので、他職種を含め、他の実践者の保健指導内容を参加観察することや事例検討会等により、他者のスキルを参考にできる機会を設定することも有効と考える。

都道府県や国保連では、生活習慣病対策に関する研修が実施されているが、参加した研

修を職場内で有効に活用するには、復命書を回覧するだけでなく、口頭での復命の時間が有効と考える。その際、口頭での復命の時間は、あらかじめどのような場で復命するのか、計画されていることが必要である。

保健指導スキル向上に活用できると考えられる保健指導の評価方法に関し、①対象者の半年後の評価、②対象者の次年度の健診データの推移、③健診受診者全体の傾向の比較が考えられる。これらの3つの視点に関して、積極的に保健指導スキルの向上に取り組んでいるとされていた、全市より語りを抽出することが出来なかった。保健指導を評価し、確実にスキル向上につなげていくには、多様な評価方法を取り入れた仕掛けを組織としてつくるが必要と考えられた。今後、保健指導の体制を構築していく立場にある職員への研修において強化すべき点であることが示唆された。

<謝辞>

本研究にご協力いただきました、各自治体の職員の皆様、調整にご尽力いただいた都道府県および都道府県国民健康保険連合会の関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

【引用文献】

- 1) 杉田由加里他:特定保健指導展開過程における課題と対応策に関する研究,厚生労働科学研究費補助金「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と、保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」(主任研究者:横山徹爾),平成24年度分担研究報告書,13-33,2013.

- 2) 山下清香他:自治体における特定保健指導の質の管理システム導入の意義に関する検討 保健師の認識の変化から,福岡県立大学看護学研究紀要9(2),33-42,2012.
- 3) 八谷百合子:【どうすればうまくいく?保健指導】スキルアップにつなげる実践的ロールプレイのススメ,産業看護3(3),194-202,2011.

F. 研究発表

(研究報告)

- 1) 杉田由加里,山下留理子:特定保健指導の展開過程における課題と対応方法,千葉大学大学院看護学研究科紀要37,45-54,2015.

(学会発表)

- 1) 杉田由加里:都道府県及び都道府県国保連合会による市町村の“保健指導力”向上に向けた研修の実態,日公衛生抄録集,61(10),133,2014.
- 2) 杉田由加里,横山徹爾,津下一代:市町村における生活習慣病対策の保健事業の評価に関する支援の実態,日公衛生抄録集,61(10),361,2014.
- 3) 水野智子,杉田由加里,横山徹爾:市町村の生活習慣病対策に関する保健事業におけるデータ分析・活用の事例調査.日公衛生抄録集,61(10),376,2014.

G. 知的財産権の出願・登録状況

(該当事項なし)

H. 健康危険状況

(該当事項なし)

表1 自治体の人口と健診および保健指導の実施概要

ID	人口 (HPより) (概数、人)	特定健診の実施内容	保健指導の実施体制と従事者
A	562,000	・特定健診は市医師会に委託し、約200の医療機関で実施する個別健診方式	【保健指導の実施体制】 ・動機づけ支援は市直営で実施し、積極的支援については業者委託。全て個別面接で実施。 【保健指導の従事者】 ・常勤保健師3人、常勤管理栄養士1人、嘱託保健師2人、嘱託管理栄養士3人。臨時の事務職1人の10人体制。
B	61,000	・個別健診は国保担当部署で担当し、市内医師会の医療機関に委託 ・集団健診はヘルス部署が担当	【保健指導の実施体制】 ・集団健診・個別健診とも健診後にヘルス部署から、保健指導の利用券を出している。 ・保健指導は、委託の医療機関か、健康づくり財団か、市直営の保健指導の3つの方法から選択してもらう。 【保健指導の従事者】 管理栄養士1人と保健師2人。
C	87,000	・個別健診は医療機関委託、集団健診は健診機関へ委託	【保健指導の実施体制】 ・ヘルス部署が特定健診・保健指導の実務を担当している。とりまとめは主に係長である保健師1人が担当。 ・保健指導は、基本的に1対1の個別面談をするので、まず非常勤の栄養士に割り当て、割り当てし切れないところに常勤職員が入る形式としている。夜のほうが都合いいという対象者には常勤職員が担当する。 【保健指導の従事者】 ・保健師全員(6人、うち1人は嘱託)が担当。 ・特定保健指導に係わる非常勤職員を雇用している。管理栄養士8人(年間2,910時間)運動指導者(111時間)、事務者(300時間)。
D	43,000	・個別健診は医療機関委託、集団健診は健診機関へ委託	【保健指導の実施体制】 ・個別健診の人へも保健指導を実施。 ・重症化予防の対象者へも地区担当保健師が訪問にて保健指導を実施。 【保健指導の従事者】 ・市直営(衛生部門) ・常勤の保健師14人と管理栄養士2人。非常勤の管理栄養士1人と保健師2人で実施。
E	170,000	・集団健診と医療機関での個別健診	【保健指導の実施体制】 ・保健指導はすべて市直営で実施。保健指導のやり方は、個別でも集団でもデータが市のほうに返ってきた段階で積極的支援・動機づけ支援と階層化して対象者を抽出する。 ・地区担当制としており、保健指導は地区担当者が実施。特定保健指導は原則、常勤の職員が実施し、重症化予防のハイリスク者は臨時職員が実施。 【保健指導の従事者】 ・従事者は保健師計12人。
F	379,000	・個別健診は医療機関委託、集団健診は健診機関へ委託	【保健指導の実施体制】 ・特定保健指導は市直営(衛生部門)で実施。対象者の方に案内チラシを送付して、その後申し込み制で保健指導を実施している。 【保健指導の従事者】 ・常勤の保健師20人、非常勤保健師1人、管理栄養士3人、非常勤栄養士2人の計26人体制。
G	36,400	・医療機関で実施する個別健診と、山間地域にて集団健診を実施	【保健指導の実施体制】 ・動機づけ支援は、医療機関へ委託。 ・積極的支援は、直営で実施。利用券を送付し、集団か個別を選択してもらう。 ・集団は、5コース実施しており、10～60人の参加がある。 ・個別は、地区担当保健師が対応する。利用者の希望で来所あるいは訪問を選択してもらう。 ・平成26年度より重症化予防にも取り組むようになり、事業担当者が個別に対応している。 【保健指導の従事者】 ・事業担当者は3人。地区担当者は24人。相談内容によって、管理栄養士や理学療法士にも対応してもらう。

表2 保健指導スキルが向上したと思えるエピソード

ID	保健指導スキルが向上したと思えたエピソード
A	・保健指導の6か月後に評価としてアンケートをとっており、それを見ることで、反省材料になることもあるし、逆に励まされる。 ・利用者からお礼のお手紙をもらう。 ・相手が納得してくれているリアクションをし、「今日は来てよかった」と言われたとき。 ・相手から、何かこうやってみようという言葉を引き出せたとき。
B	・同僚から、電話相談での保健指導内容を褒められたこと。参考にしたいと言われた。 ・実践してきたことを電話対応マニュアルとしてまとめ、新人の育成に活用している。
C	・健診データが改善した事例を集め、その複数事例の保健指導内容を検討した。きちっと生活を聞き出せて工夫できるポイントを掴めれば、1時間ぐらいの面談でここまで下がるということが把握できた。 ・よくなった方が市長や議員、市の職員に「指導を受けてこんなによくなった」と言ってアピールしてくれる。友達や近所の人にも「よくなった」と言ってくれるので、保健指導についてのネガティブなイメージがすごく減ってきた。よくなったからこそいい口コミが広がると感じる。
D	・利用者と一緒に結果を見ていくことによって、「ああ、増えているんだね」とか、生活リズムを聞くと、「夜遅くに食べているからだね」という本人からの気づきが聞かれたとき。 ・指導的ではなく、一緒に考えていく姿勢で関わるのが以前より多くなった。 ・保健指導後に、相手の表情から「伝わっていないのでは」と感じ取れるようになり、相手の反応を客観的に見られるようになった。
E	・アポなし訪問をしているが、躊躇せずに訪問している。トラブルになったという報告も受けないので、これができることは、うまく対人関係をとりながら訪問活動ができていると思っている。
F	・積極的支援の対象者から、半年後に、腹囲や体重が減少したことや、人によっては指導が、こうだったからそこがよかったと書いてくださり、利用者からの生の声から自分の保健指導を評価できる。
G	・対象者が、病態の説明に納得してくれた時。 ・対象者が、目標に示した保健行動をとってくれた時。 ・保健師の病態に関する知識が豊かになったことで、対象者に伝える内容が豊かになったと感じるとき。 ・同僚の保健師から質問されて、相手が納得する新たな気づきを提示できたとき。

表3 保健指導スキル向上に影響した保健指導の実施体制

ID	保健指導スキル向上に影響した保健指導の実施体制
A	・保健指導後、各自が電子システムの中に記録を入力し、全記録を主任や主査が確認している。大体の状況や分析、相手の反応と、立てた目標等を確認している。 ・非常勤職員は長くこの部署で働いている人が多い。やめないというのが大事。 ・平成20年のときから、この保健指導は専門的な知識を市民の方に伝えるという意味で、研修は絶対必要という考えがあり、予算は結構つけてもらっている。 ・委託の業者の保健指導も見学している。月1回委託の方と定例会も行っている。 ・保健指導の実施マニュアルを作成しており、皆で理念を共有し、年に1回更新している。
B	・保健師2人、管理栄養士1人の計3人で実施。開始時から関わっている管理栄養士がおり積極的に取り組んでいる。 ・電話対応マニュアルを作成し、新人教育に活用している。
C	・五十音順に利用者の記録を整理し、電話での保健指導一つにしても、相談内容がわかるように、指導した内容を全部つづり、記録を管理している。 ・なるべくいろんな人が指導したほうが視点が変わって、新たなポイントがわかったりするので、極力去年と違う人が担当するようにする。逆に去年しっかり関わって、続けて関わったほうがいいような方は、続けて関わる。中身を見て担当を当てている。
D	・職場にちょっと相談できる人がいることがいい。行き詰ったら同僚に聞ける。
E	・地区担当制とし、アポなし訪問の方法をとっている。
F	・面接の担当者が、保健指導計画を立てて指導に臨む形にしている。 ・実施後、困ったこととか何かあったときにはリーダー的立場の職員に相談する形をとっている。 ・個人カルテを作成しており、何年もリピーターの方は3冊とかカルテがあるので、その3冊ごと担当に渡して、経年的な変化を見つつ指導するようにしている。
G	・責任をもって関わるように、保健指導を地区担当制としている

表4 保健指導スキル向上に影響したOJTの中での工夫点

ID	保健指導スキル向上に影響したOJTの中での工夫点
A	・新任期(あるいは採用時)の研修スケジュールが約2週間ある。その後、経験者の保健指導を実際に見てもらう。さらに、事例を想定し、お互いロールプレイで保健指導を実施する。それに先輩職員が同席し、その後、振り返りをする。単独で実施できそうと判断できたら、単独で保健指導を実施というプロセスを経る。ロールプレイをする時は、スタッフ1人が対象者役になり、2人は見ている。チェックシートがあり、△、○、◎をつけ、気づいたことがあれば記入する。 ・従事している職員同士で、他の人の保健指導を見学するようにしている。やめたほうがいいなというところ、逆にこういうふうにするのかと、プラスもマイナスもいろいろあり、人の保健指導を見ることは、自身の振り返りの良い機会になっている。お互いの了承が得られれば、囑託同士とか職員同士で見学しあったりしている。特にチェックシートを使わなくても、今日何か見学していいとか、あしたは私が見学していいかといったやりとりを普段、お互いでしている。そういう良い土壌がある。
B	・事例検討は頻回に実施している。面接で保健指導をする前や、電話で利用勧奨する前に事例検討をしている。健診結果の数値を皆で確認しながら、経年変化を見る。毎日のように事例検討をすることもある。常に3人で確認している。 ・利用勧奨の際のマニュアルを作っている。電話で保健指導をする際に活用している。 ・新人保健師が経験者の特定保健指導を見学している。新人保健師へは、あまり堅苦しくないように配慮し、電話での保健指導をする前に練習してもらっている。
C	・全員に伝えたいことは必ず全員に伝える。資料は、個人の決まった箱があるので、そこに全部入れて満遍なく伝えとか、この人、いつ来ると確認し、このときに説明するとか、とにかく全員に話をするようにしている。 ・新人にはベテランの雇い上げの方の指導を見させてもらい、次に、新人がやったのを見てもらっている。雇い上げの方が長く、スキルが高いので、その方に新人育成のこともお願いしている。 ・保健指導の結果を紙ベースで残し、次年度に活用している。 ・事例検討会は随時実施している。 ・その日指導する前にも、指導した後にも気になったケースに関し、在庁している人の中でディスカッションしている。
D	・新人保健師に必ずペアでついている。新人の保健師に退職トレーナーがついて助言、指導する体制をとっている。 ・新人保健師は、個人のデータを訪問に行く前に必ず読んでもらって、実際にどういうふうに指導したときの流れというか、シミュレーションじゃないけれども、どういうふうに説明していくかというのを行く前に確認して、去年1年間はそれをやってから訪問に行った。
E	・新人職員にはプリセプターがつくというシステムをとっている。臨時職員が新しく入ってきたときも、先輩職員や常勤職員と一緒にいる。 ・訪問した後、「今日こう言われちゃってね」とか、帰ってきて新鮮な感覚の時に、お互いにちょっと話を整理をし、助言をもらう。 ・事例検討会は、司会者を決め、自己申告制も含め事例提供者を事前に決めている。提供された事例を見て、自分はこう関わってこういふところで行き詰まっているとか、困っているということに対して、それぞれ違った立場からいろいろ助言をもらう。場合によっては関わった結果をまた報告する場合もある。
F	・新人は最初は、経験のある職員の保健指導に同席。詳細なマニュアルやQ&Aも作成しているので、決まり事は覚えてもらっている。新人育成では、勉強会も実施している。いろいろな決め事があったり、心配なことへはこのほうがいいよといった、質問表の見方など基本的なこと、アドバイスの部分を学べる勉強会を開催した。 ・困ったケースだとか、うまくいったケースに関し、こういうときはこうやったよというような情報を共有するようにしている。 ・保健師だけでなく、管理栄養士が同席し個別指導に入ることもある。管理栄養士が入ることで食事の指導のこと、話し方だったりとか、そういうことも勉強になるのでなるべく同席してもらっている。
G	・事業に従事している経験の短い保健師から長い保健師へ随時質問できる雰囲気がある。 ・初回面接後に記録し、それを事業担当者、係長(保健師)、課長補佐(保健師)、課長(保健師)と決済をとりながら、気づいた点を随時、地区担当者にフィードバックし、記録内容を確認している。

表5 保健指導スキルの向上に影響した研修の活用状況

ID	保健指導スキルの向上に影響した研修の活用状況
A	・年間を通じてスキルアップ研修を内部で実施している。内容は、ふだん保健指導の中でうまく説明できなかったこと、疑問に思い調べたいことなどを取り上げ、2～3人のグループになり、調べる。運動のビデオを見て一緒に実際、運動をやることもある。 ・外部研修はいろいろ行かせてもらっている。月に1回カンファレンスを実施し全員参加としている。カンファレンスの15分～20分程度、口頭で研修の報告をしている。 ・職務時間内の研修も入れているが、休日の研修にも行き、内容を回覧で回している。
B	・研修に参加した後、みんなと共有するために内容を報告している。研修内容を回覧することもあるが、できるだけ口頭で何を学んできたか、皆へ伝えている。 ・スキル向上の研修を実施しており、演習を取り入れている。
C	・県が主催する保健指導スキルの研修会へは、全員が参加している。研修参加後は復命書を回す。さらに自分がその中で新しく聞いたこと、取り入れたほうがいいということは、朝のミーティングで話し、復命する。
D	・研修に参加した後は、復命の書類が回ったり、重要ポイントについては口頭での説明がある。どうしても伝えたいことは、幼児の健診の後といった皆が集まるカンファレンス等を利用し、そこで伝える。復命の文書が回ってきたときに聞きたいことを参加者に聞く。
E	・市の研修は、保健師単独ではなく事務職さんと一緒に、クレーム対応とかコミュニケーション研修がある。 ・県主催の特定保健指導の研修には毎年、順番で参加している。参加した研修に関しては事例検討会の時に口頭で伝える。復命書は必ず回覧はするが、復命書だけでは伝え切れないような部分は事例検討会で伝えている。普段、職場で「こうだったよ」みたいな雑談的なことで伝えることもある。
F	・研修に行くと、従事する職員全体で情報共有する。すぐに活用できる、例えば案内チラシはこうしたほうがいいよとあったら、すぐに活用したり、支援のタイミングだとか栄養指導の具体例など、随時活用して改善している。研修の復命書を書くとともに、朝の会のときに大まかな内容や参考になるような具体的なポイントを口頭で伝えている。
G	・課内研修(学習会)を実施し、知識を深めている。月に2～3回ペースで時間外で実施している。内容は母子、がん対策、障害福祉等と多様であり、生活習慣病対策に関しては年に4回程度。その回の講師は基本的に自分たちとし、自分で学んだことを皆で共有する形式。参加は20人程度。 ・関連する書籍をそろえ、課内研修会で紹介する。 ・上記の課内研修会で外部研修の情報を提供する。

表6 保健指導スキルの向上に影響した保健指導の評価状況

ID	保健指導スキルの向上に影響した保健指導の評価状況
A	・保健指導後に評価として満足度のアンケートをとっている。 ・前年度に保健指導を受けた人が、翌年改善したかも評価している。利用者と未利用者と分けて分析したところ、有意差は出なかったが利用した人のほうが全部下がっているという結果が得られている。 ・体重や腹囲、健診データなど、データの改善度合いも見ている。
B	・最終的には医療費が減少したかだと思うが、もっと手前の評価も必要と考える。保健指導を受けた人が、服薬する率が少ないとか、次の年度の健診受診率は上がっているかをみている。
C	・国保連のデータから、何%悪い人がいたというデータを毎年出してくれるので、これが自分たちの成績表と考えている。実施している指導が全体のデータの改善につながっているか確認する。今実施している保健指導が適切か半信半疑のところがあるので、データを確認することで、自分たちのやっている指導が合っているのか確認する。
D	・個人のデータの変化を経年的に追う。 ・全体で有所見の推移をみる。 ・健診の受診率、保健指導率を捉える。
E	・去年関わったケースの今年度の健診結果を確認する。 ・積極的支援の人は半年後にどうなったか、確認する。 ・2次検査を実施している。境界型の方に糖負荷と、場合によっては頸部エコーの検査を市の負担と自己負担で実施しているので、その結果を確認する。
F	・6カ月後に振り返りシートを利用者に送り、体重や腹囲を書いてもらったり、食事とか運動習慣がこんなふうに変りましたとか、感想を記載してもらい、そういった記載から個々の保健指導内容を評価している。6カ月後の評価で体重と腹囲とあと生活習慣、食事とか運動習慣が改善したとか、変わらないとか悪化したといった改善率は見る。 ・全体的な改善率から今の実施方法を見直して、再検討をして改善につなげる。 ・1年後の健診結果から評価する。
G	・対象者の血圧、体重、腹囲が各自の目標値に達しているか、確認している。 ・対象者各自の翌年度の健診結果を確認し、検査データにて評価している。 ・翌年度に健診を受診しているか、リピート率を確認している。

表7 保健指導スキルの向上に影響したと思える条件

ID	保健指導スキルの向上に影響したと思える条件
A	・初年度(20年度)からずっと続けてくれている非常勤職員がいるのは大きい。長年続けてくれている人が数人いてくれると、続けていこうという気持ちになる。 ・個人的に参加した研修であっても回覧したり、気になる記事を回覧するなど、チームワークがよい。 ・ある程度の自由度を重要に思っている。保健指導を実施するその人がその人らしく安心して保健指導に向かえる体制を大事と考えている。 ・嘱託職員や職員のそれぞれのスキルについて信用しており、そのことが、それぞれでスキルを高めていこうという気持ちにつながってくれたらよいかと思っている。
B	・保健指導は楽しいという前向きな気持ちが大事と思う。改善していかなくちゃ、何かいい方法はないかと常に考えている。研修に行っても何か一つでも二つでも、今の自分の状況に役立てるものはないかと思いながら聞いている。 ・研修に参加し活かせる点はないかと思いつき聞いている。活用できそうだと考えるとすぐ皆へ持ちかける。短時間の検討会を開いて、「こういうふうに聞いたけど、どう思う？」みたいな感じで聞いて、賛同が得られれば、その次の月には取り入れることもある。
C	・パンフレットとかの見直しとかも、実際それを使ってもらった職員の意見をかなり聞いて、当市に合った資料を作ろうという意識のもと作成した。使う人の意見を取り入れて作っているというのが、モチベーションも上げるし、それを使って説明をしやすくなり、スキル向上に大事かと思う。実践の中でわかったことを取り入れ教材を作成している。毎年、扱う資料は改良していくので、利用者からも、「また同じこと」とかということはあまり言われない。 ・目的を明確に捉えることが大事。個人に対しては、被保険者の健康を守る、倒れる人を減らすということ、全体では医療費の削減という目的を明確にする。 ・市民向けには倒れる人を減らしたいという思いを強く抱き、保健師はそれを予防できる職種であると自覚すること。1対1の対応をきちんとでき、初めてデータが動き始めた。ぶれずにやっていかなくてはと思う。 ・指導も上から目線の指導ではなく、対等な感じというよりも、どちらかという、「来ていただいてありがとうございます」という姿勢で関わることが大事と考える。 ・どういうふうにやっていくべきなのかと方向性を皆で情報交換する中で、その人の生活に即した指導をできるかどうかということがポイントだと、共通認識をもてたというのが、スキルが向上するきっかけだと思う。生活を聞き出せると改善するということをスタッフ間で共通に認識し、確認し合うというのが一番大事だったと思う。
D	・実施した保健指導内容に関して、ちょっとしたアドバイスを同僚から常にもらえる環境がある。 ・研修に参加し聞いた話や読んで得た知識を、いろいろなパターンの利用者との相談に活かすことで、向上すると考える。数多く実施することが大事。 ・スタート時(平成20年度)から3年間、事例検討会を実施したことも大きい。事例検討はまた必要のかなというのを感じている。
E	・シリーズ化し勉強会を実施。例えば、栄養士より腎機能低下の人のたんぱく制限の食事といったテーマなどを設定し、皆で学習している。 ・事例検討会は重要。 ・訪問後、情報が新鮮な時お互いにちょっと話をして整理をし、助言をもらう。 ・あんまり躊躇せずに訪問する。訪問後不在だったり、がっかりすることもあるが、そういう意味でのタフさが培われる。
F	・平成24年度のときに、スタッフ間で褒め合う会みたいな練習をした。やっぱりその保健指導では褒める、褒めて伸ばすみたいなのがあるので、まずは褒める練習をした。褒められたことで自分自身のモチベーションも上がり、保健指導の場面で褒める練習にもなりよかった。 ・研修に参加し、具体的に活かせると感じたら、どんどん活かし、すぐに活かすことで効果もすぐにわかる。タイムリーに、今やりたいことをすぐできるという環境が大事。 ・従事する側も楽しく実施できることが重要。 ・実施体制としてはみんなと相談しながら数もこなしながら、そのときの困っていることをお互いすぐ口に出せるような環境が整うと思う。
G	・課内研修(学習会)の影響が大きいと捉えている。保健指導に必要とされる病態の知識に関しては、自分たちで学習し、共有する課内研修が有効と考えている。 ・調べたことを広められる機会(課内研修)があり、そのために業務中に調べるといった学習ができることを認められている。 ・生活習慣病予防の対策において、関わる必要性のある対象者を埋もれさせない、支援の必要な人を表に出していく仕組みが必要。 ・不在の人も多いが、関わった対象者に関わりきるというルール作りが必要。

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**

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

本年度の研究は、①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、②特定保健指導での減酒に特化した講習に用いる45分程度のスライド作成、③アルコール指導動画作成、の3部からなる。

① 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：

全国市町村区の特定健診・特定保健指導業務担当部署 1,917 に対し調査票を用いた調査を行い、1,069 の回答を得た(回答率 55.8%)。アルコールに関する指導が行われている自治体は、特定健診・特定保健指導では 76.6%，精神保健分野（アルコール依存症）では 65.1%であり、人口や保健師数との相関がみられた。指導方法としては、「面接による個別指導」（77.9%）が最も多かったが、使用する教材については特定の傾向は見られなかった。アルコールに関連した語句の認知度は、減酒指導の中核である、「AUDIT」「飲酒日記」については、28.5%，19.9%と低く、その中でも、“指導において活用している”との回答は、それぞれ 2.7%，1.3%に過ぎなかった。

② 特定保健指導での減酒に特化した講習に用いるスライド作成：

上記の調査結果も踏まえて、減酒に特化した講習に向けた 45 分程度のスライドの作成を始めた。同スライドは“知識編”“介入編”の二部構成から成り、本年度は“知識編”の作成を行った。

③ 減酒指導場面教育用動画：

減酒に関する教育用動画はこれまでなく、特定保健指導・指導者講習でも参加者から具体的な介入についての要望もあったことから、実際の介入場面を想定し、“悪い介入”“良い介入”のモデルとなる動画を作成した。保健医療関係者に広く利用してもらうように当研究班のホームページへのアップを予定している。

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。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、生活習慣病分野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、結果、考察

今年度の本研究は3つの項目からなり、それぞれの研究ごとに詳細を記す。

1. 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

本調査は昨年度から開始された調査であり、本年度はデータ収集と解析を行った。

1) 調査対象

全国市町村区の特定健診・特定保健指導業務担当部署（1,917）。

2) 調査方法

自記式の調査票を郵送で全国の自治体へ送付した。郵送により返信された調査票は久里浜医療センターでデータ入力後、IBM社のSPSS Statistic(ver21)を用いて相関分析等の解析を行った。

3) 調査内容

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（調査票については平成26年度報告書参照）

4) 結果

回答数は1,069（回収率55.8%）であった。回答のあった市町村の人口規模は1万人～10万人弱が最も多く（57.2%）（表1）、保健師数では10名から100名未満が最も多かった（50.5%）（表2）。

特定保健指導での飲酒に関する保健師一人当たりの年間の指導件数は、“年に1～2件”が最も多く（43.4%）、次いで“月1～2件”（22.1%）となっていた。“全くあるいは殆ど行われていない”が20.9%ある一方、“月に数件以上”も11.1%見られた（表3）。また、精神保健分野での断酒指導についても、“年に1～2件”（37.1%）が最も多く、次いで“月1～2件”（26.2%）となっているのは、特定保健指導同様だが、“全くあるいは殆ど行われていない”が34.0%と、特定保健指導（20.9%）より高くなっていた（表4）。指導方法では、“面接による個別指導”が圧倒的に多くなっており（77.9%）、“各種講習・講演”“E-mail等のITを利用した節酒指導”は、それぞれ7.8%、1.4%に過ぎなかった（表5）。指導に使用する教材としては、“アルコールパッチテスト”（2.3%）、“飲酒日記”（2.2%）は稀であり、“その他”が最も多かった（38.1%）（表6）。アルコール指導で困ることは、“効果の実感が得られない、実感がない”（44.9%）、“拒否的な態度が多い”（33.5%）のほかに、“どのように指導して良いかわからない”も16.7%となっており、“なし”は9.0%に過ぎなかった（表7）。語句の認知度では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒」では、“内容を理解している”が35.7%、“指導において活用している”も43.4%であり、「節度ある適度な飲酒」でも、それぞれ35.0%、51.8%と比較的高かったが、「AUDIT」では、25.8%、2.7%、「飲酒日記」でも18.6%、1.3%と認知度が低かった（表8）。

5) 考察

従来、地域でのアルコール指導は精神保健分野が主であり、生活習慣病分野ではあまりなされていないと思われていたが、本調査の結果では、生活習慣病分野である特定保健指導でのアルコール指導の方が、活発に行われていることが明らかになっており、統計的にも有意な差が認められた（表9）。これは特定保健指導に飲酒指導が取り入れられたことの影響と考えられる。一方、このようなアルコールに関連した取り組みは人口や保健師数と相関しており（表10～13）、小規模な

自治体の保健指導の現場ではアルコール指導まで手が回っていない可能性がある。また指導方法では、主に個別面接が主となっており、指導件数のばらつきが大きいことと併せ、アルコールの指導が、それぞれの地域や保健師の意欲や技量に大きく影響されている可能性が考えられる。また講習等による集団教育や、ITの活用などは進んでおらず、より効率的な指導法の普及も求められる。アルコールに関連した語句の認知度では、“内容を理解している”、“指導において活用している”を合わせた割合は、「節度ある適度な飲酒」「生活習慣病のリスクを高める飲酒」の二者と、「AUDIT」,「飲酒日記」の二者との間で大きな差がみられた。これは、前者が、健康日本21の目標の中で用いられている語句であるのに対し、後者は特定保健指導の語句であり、かつ用いられるようになってから時期がそれほど経っていないことも影響していると考えられ、今後、徐々に認知度が向上していくことが期待できる。それより問題なのは、「AUDIT」,「飲酒日記」では、“指導において活用している”ものは“内容を理解している”ものの約1/10と大きな差がみられたことであり、知識はあるが活用しきれていない現状を示しており、今後、飲酒に関する指導が普及するうえで大きな課題であることを示している。

2. 特定保健指導での減酒に特化した講習に用いるスライド作成

前記の調査に示されているように、飲酒指導に使われている教材は、確立したものがなく、集団での疾病教育も不十分である。こういった背景を踏まえ、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、大量飲酒者に対し減酒に特化した指導を行うことを想定した“知識編”“介入編”の二部構成の45分程度の長時間のスライド（以下、特化バージョン）の作成に取りかかった。特定保健指導の分野では、指導を行う側にもアルコール関連問題への指導経験が乏しいことが多いことを想定しスライドにコメントも予めつけ、それを読むだけでも一通りの教育が行えるようにする予定である。現在、“知識

編”は完成しており（資料）、次年度は、実際の講習等でのフィードバックをもとに、改訂を進め最終版を報告予定である。

3. 減酒指導場面教育用動画

禁煙教育では、介入を行う者への教育ビデオが多数作成されている一方で、アルコールに関しては、減酒に関する教育用動画はこれまでなかった。また、特定保健指導・指導者講習でも参加者から、「具体的にどのように話をすればよいかわからない」といった意見が寄せられたことから、実際の介入場面を想定し、“悪い介入”“良い介入”のモデルとなる動画を作成した。動画は、①概要、②悪い介入例、③良い介入例、④解説の4部からなり、“悪い介入”、“良い介入”の部分は、実際に減酒指導に当たっている臨床心理士、アルコールソーシャルワーカー等による実際の介入場面を想定したミニドラマ構成となっている。各地の特定保健指導者講習で動画を使った講習を行ってみたところ概ね好評であった。当動画は、現在、暫定的に

<http://www.ooo.ms/kr/0108.zip> からダウンロードできるようにしてあるが、将来的には当研究班のホームページにアップするなどして、保健医療関係者に広く利用してもらう予定である。

（同動画からの減酒指導場面のキャプチャー画像）



C. 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.

D. 健康危険情報

報告すべきものなし。

E. 研究発表

1) 国内

口頭発表	1 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

表 1

人口(n=1,069)		
	n	%
千人未満	10	0.9
千名以上一万人未満	222	21.0
1万人以上～10万人未満	606	57.2
10万人以上	227	21.4
無回答	4	0.4

表 2

保健師数		
	n	%
5名未満	173	16.2
5名～10名未満	336	31.5
10名～100名未満	539	50.5
100名以上	13	1.2
無回答	7	0.7

表 3

保健師一人あたり特定保健指導での減酒指導件数(n=1069)		
	n	%
まったくあるいは殆どない	223	20.9
年1～2件	464	43.4
月1～2件	236	22.1
月数件以上	119	11.1
無回答	27	2.6

表 4

保健師一人当たり依存症者への断酒指導件数		
	件数	%
まったくあるいは殆どない	359	34.0
年1～2件	391	37.1
月1～2件	276	26.2
月数件以上	29	2.7
無回答	14	1.3

表 5

アルコール指導の指導方法(n=1,069)		
	n	%
講習・講演	83	7.8
個別面接	833	77.9
E-mail等のIT	15	1.4
スクリーニングテスト	28	2.6
受診勧奨	164	15.3
その他	36	3.4

表 6

アルコール指導使用教材(n=1,069)		
	n	%
パッチテスト	25	2.3
飲酒日記	24	2.2
厚労省等の情報	349	32.6
ネット情報	176	16.5
ASK,久里浜等の出版物	58	5.4
その他	407	38.1

表 7

アルコール指導で困ること(n=1,069)		
	n	%
なし	96	9.0
拒否的態度	358	33.5
効果がない	480	44.9
指導法不明	178	16.7
その他	211	19.7

表 8

語句認知度(n=1,069)								
AUDIT			生活習慣病のリスクを高める飲酒		節度ある適度な飲酒		飲酒日記	
	n	%	n	%	n	%	n	%
知らない	359	33.6	26	2.4	11	1.0	367	34.3
聞いたことはある	391	36.6	182	17.0	115	10.8	477	44.6
理解している	276	25.8	382	35.7	374	35.0	199	18.6
活用している	29	2.7	464	43.4	554	51.8	14	1.3
無回答	14	1.3	15	1.4	15	1.4	12	1.1
理解以上合計 (理解している+利用している)	305	28.5	846	79.1	928	86.8	213	19.9

表 9

特定保健指導と精神保健分野の飲酒に関する指導割合比較
 (“ほとんどない”を1, “年に1~2件”を2, “月に1~2件”を3, “月に数件”を4として比較)

		対応サンプルの差					t 値	自由 度	有意確率（両 側）
		平均 値	標準偏 差	平均値の標準誤 差	差の 95% 信頼区 間				
					下限	上限			
ペア 1	Q5飲酒指導 - Q9断酒 指導	.6555 8	1.09256	.03418	.58851	.72264	19.18 2	1021	.000

表10

人口と飲酒指導 (特定保健指導)

		Q2人口	Q5飲酒指導
Q2人口	Pearson の相関係数	1	.117**
	有意確率 (両側)		.000
	N	1065	1039
Q5飲酒指導	Pearson の相関係数	.117**	1
	有意確率 (両側)	.000	
	N	1039	1042

**．相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

表11

保健師数と飲酒指導（特定保健指導）

		Q3保健師	Q5飲酒指導
Q3保健師	Pearson の相関係数	1	.068*
	有意確率（両側）		.029
	N	1062	1036
Q5飲酒指導	Pearson の相関係数	.068*	1
	有意確率（両側）	.029	
	N	1036	1042

*. 相関係数は 5% 水準で有意（両側）です。

表12

人口と断酒指導（精神保健分野）

		Q2人口	Q9断酒指導
Q2人口	Pearson の相関係数	1	.107**
	有意確率（両側）		.001
	N	1065	1032
Q9断酒指導	Pearson の相関係数	.107**	1
	有意確率（両側）	.001	
	N	1032	1035

** . 相関係数は 1% 水準で有意（両側）です。

表13

保健師数と断酒指導（精神保健分野）

		Q3保健師	Q9断酒指導
Q3保健師	Pearson の相関係数	1	.139**
	有意確率（両側）		.000
	N	1062	1029
Q9断酒指導	Pearson の相関係数	.139**	1
	有意確率（両側）	.000	
	N	1029	1035

** . 相関係数は 1% 水準で有意（両側）です。

特定保健指導における減酒指導 ～知識編～

分子の大きさ アルコールと臓器障害



水 (18)

消化管：食道炎、急性胃粘膜病変、胃十二指腸潰瘍、肝硬変に伴う食道静脈瘤、食道カンジダ症、胃粘膜の萎縮性変化、Mallory-Weiss症候群、蛋白漏出・吸収不良状態

悪性腫瘍：食道癌、口腔、咽頭、喉頭癌、大腸癌、肝細胞癌、膵臓癌、乳癌



エタノール (46)

肝臓、膵臓：アルコール性肝障害、アルコール性膵炎

脳神経障害：Wernicke-Korsakoff症候群、アルコール性痴呆、アルコール性大脳萎縮、アルコール性筋症

整形外科疾患：骨粗鬆症、大腿骨骨頭壊死

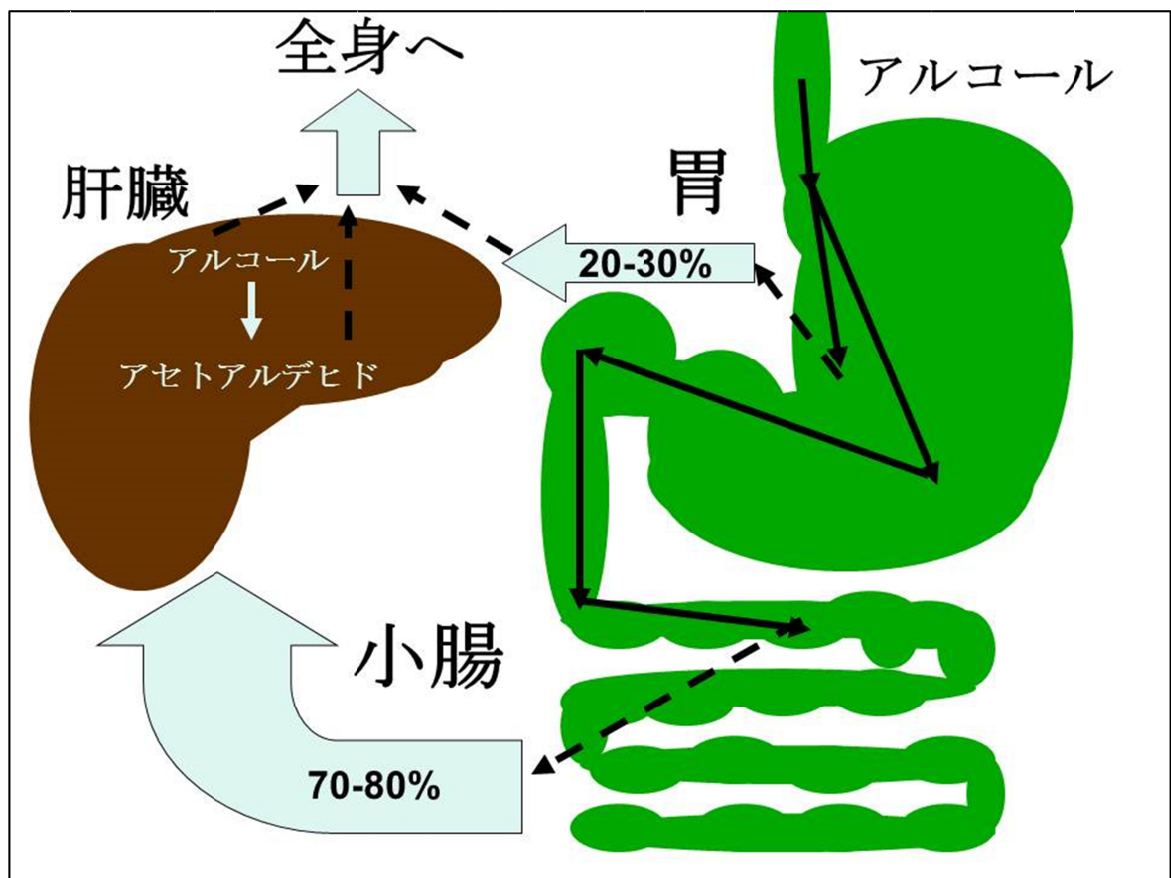


ブドウ糖 (180)

循環器疾患：高血圧、アルコール性心筋症、不整脈

造血器障害：巨赤芽球性貧血、溶血性貧血、血小板減少

代謝障害：高中性脂肪血症、高乳酸血症、高尿酸血症



1日3合以上の飲酒者：	約860万人
問題飲酒者：	約300万人
アルコール依存症患者：	約 80万人
精神科にて治療中の患者数：	約2～5万人程度

アルコール使用障害が原因で

入院している患者：	約 21万人
外来患者：	約119万人

その多くは精神科やアルコール専門病院でなく、内科などの一般診療科で治療されている。

過量飲酒に感受性のある血液検査

1. γ -GTP活性の上昇
2. 赤血球容積(MCV)の増加
3. GOT(AST)とGPT(ALT)活性の上昇
4. 尿酸値の上昇
5. 中性脂肪(空腹時)の上昇
6. CPK活性の上昇

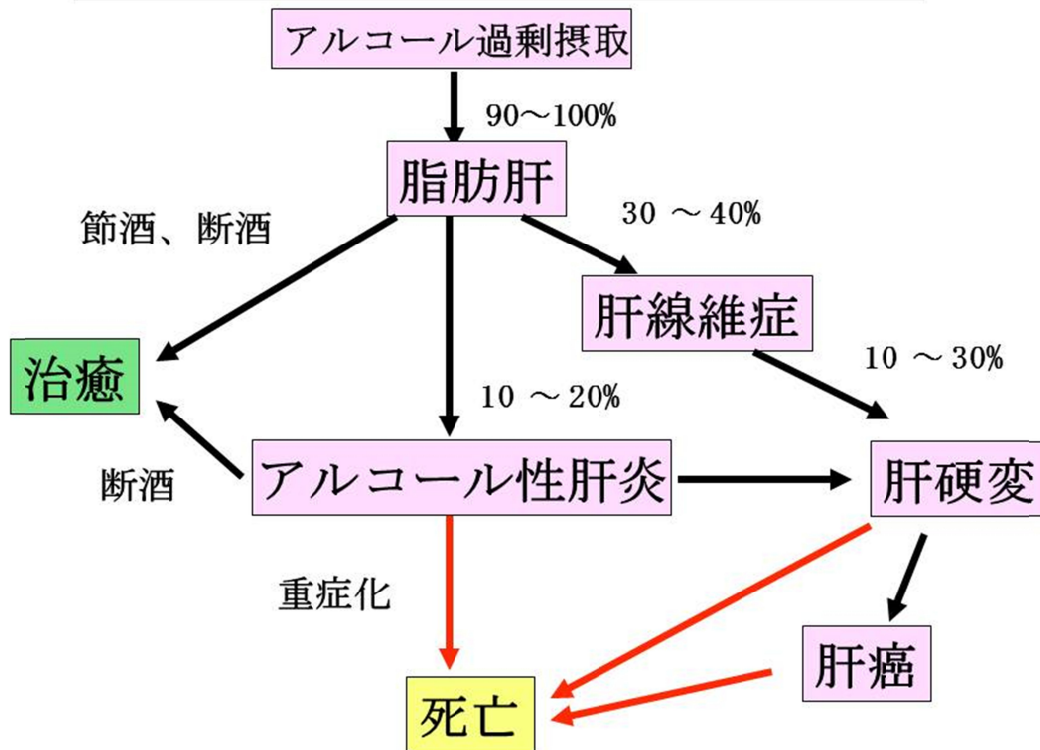
アルコール性肝障害診断基準 (アルコール医学生物学研究会 2011年版)

アルコール性肝障害とは、通常は5年以上の長期にわたる過剰の飲酒が肝障害の主な原因と考えられる病態で、以下の条件を満たすものです。

1. 過剰の飲酒：
一日あたり、アルコール度数5%のビール（またはカンチューハイ）でロング缶(5%)3本以上に相当する飲酒をいいます。ただし女性や少量の飲酒でも赤くなりやすい体質の人では、1日ロング缶2缶程度の飲酒でも肝障害が起こる可能性があります。
2. 禁酒により、血清AST,ALTおよび γ -GTP値が明らかに改善する。
3. B型肝炎やC型肝炎や、自己免疫性肝炎などが血液検査上否定される

アルコール性肝障害診断基準 (2011年版)
アルコール医学生物学研究会(JASBRA) 2012

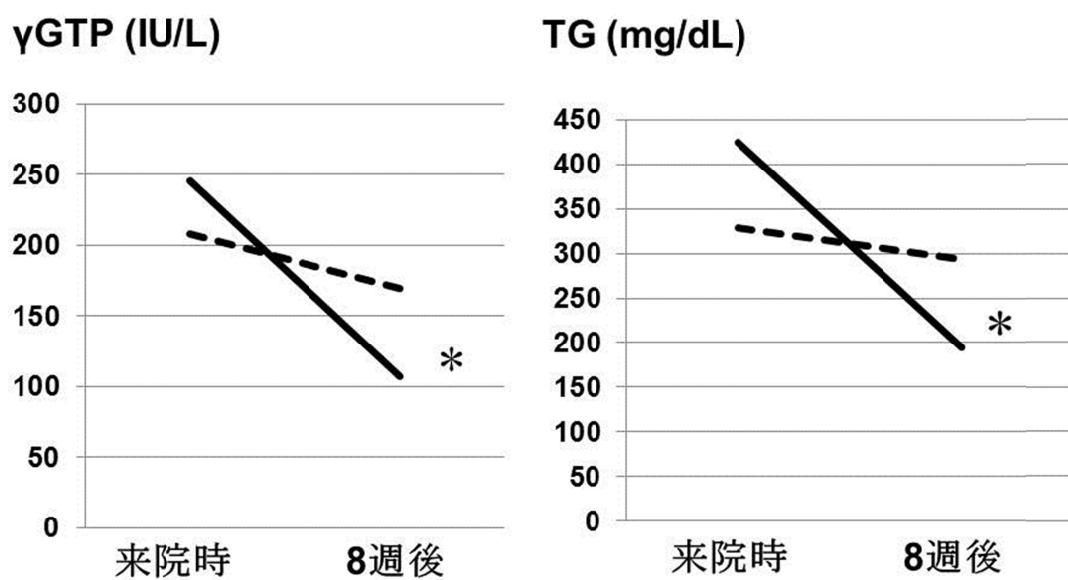
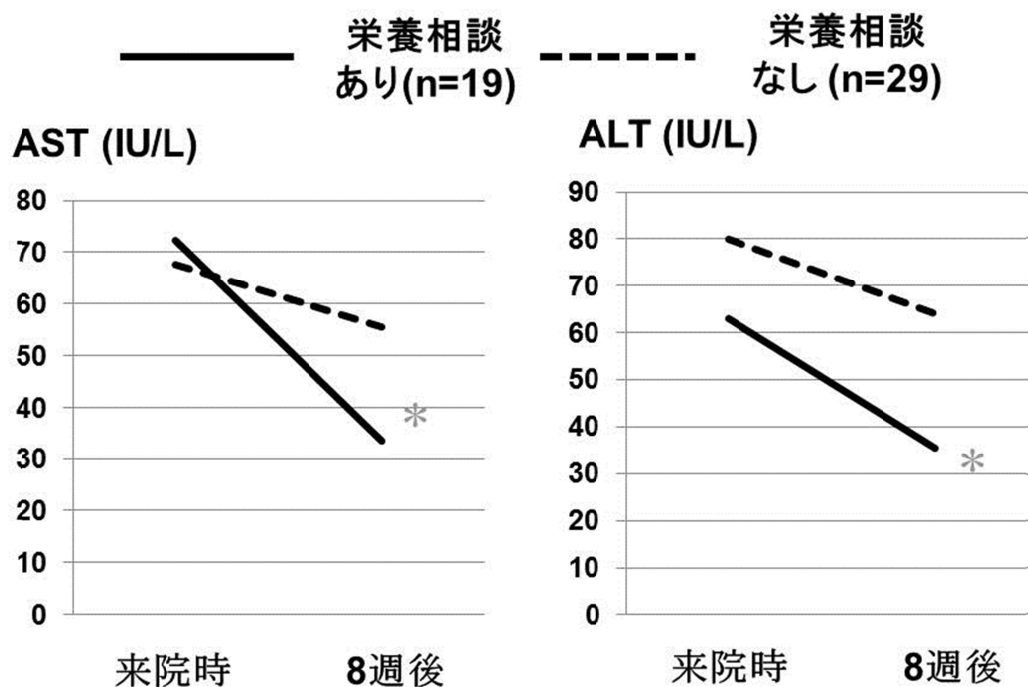
アルコール性肝疾患の経過



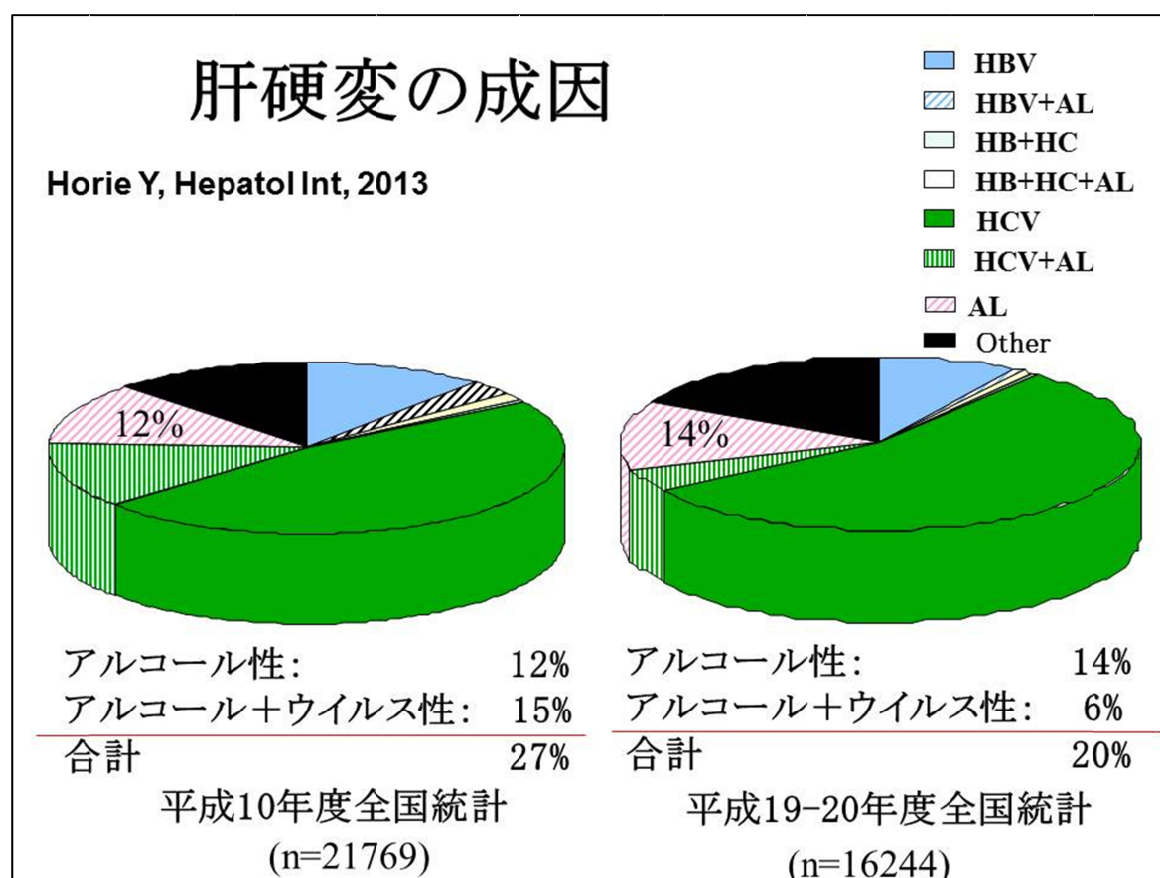
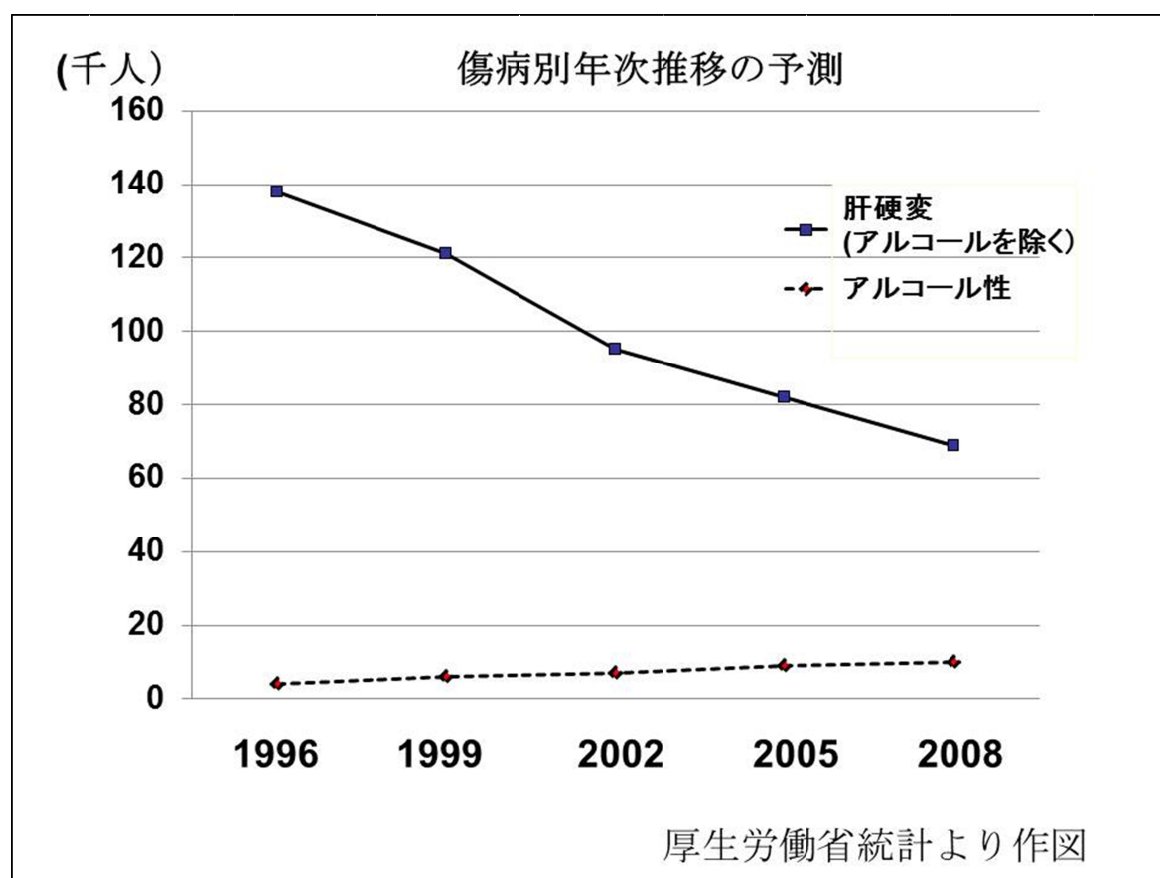
なぜ飲酒すると脂肪肝になるのか？

- (1) 肝臓で合成される脂肪の増加
- (2) 脂肪酸酸化の低下による中性脂肪の増加
- (3) 末梢から肝臓へ移動する脂肪の増加
- (4) 肝臓から末梢へ移動する脂肪の運搬障害

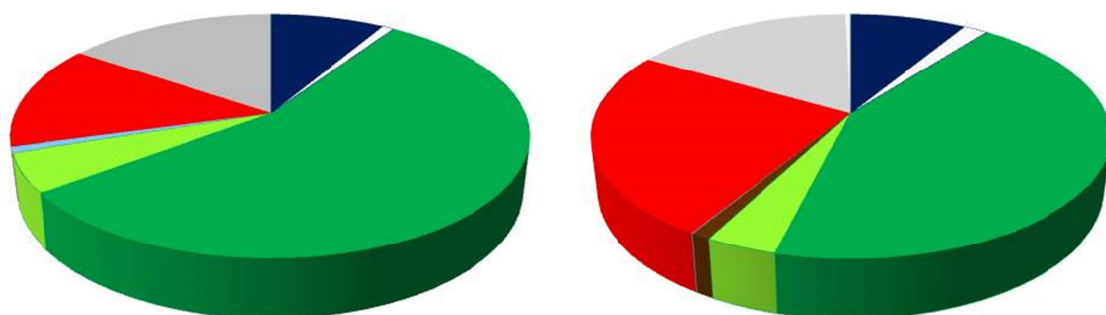
AST, ALT, γ -GTP, TGの推移



* $p < 0.05$ vs 栄養相談なし



肝硬変の成因



2007-08
(n=16224)

AL 13.7%
ウイルス+AL 6.2%
AL Total 19.9%

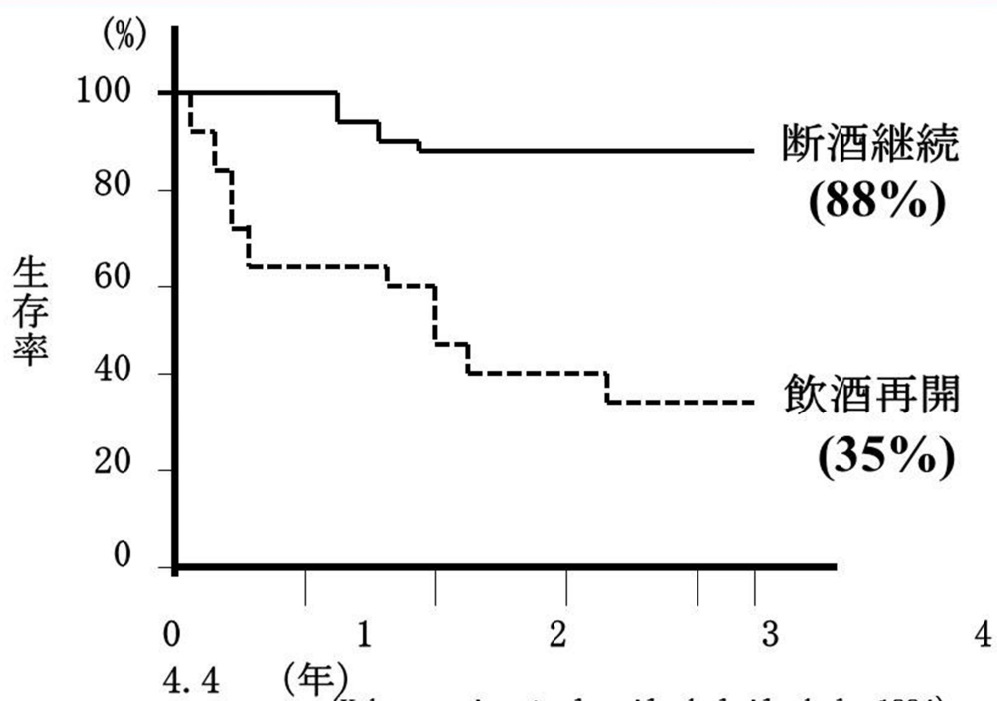
2012
(n=9326)

AL 24.6%
ウイルス+AL 6.0%
AL Total 30.6%

■ HBV □ HBV+AL ■ HCV ■ HCV+AL ■ HBV+HCV ■ AL ■ Other

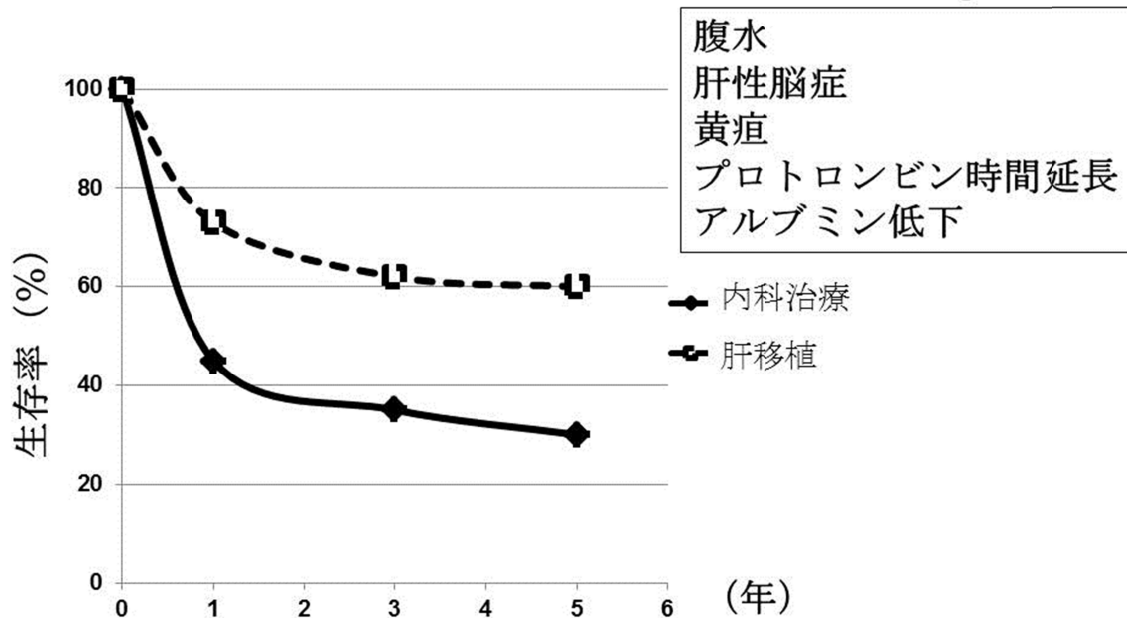
堀江 義則 平成25年度厚生労働科学研究費補助金研究総合報告書(樋口班)
アルコール性肝障害の実態調査 2014

アルコール性肝硬変の予後と飲酒の影響



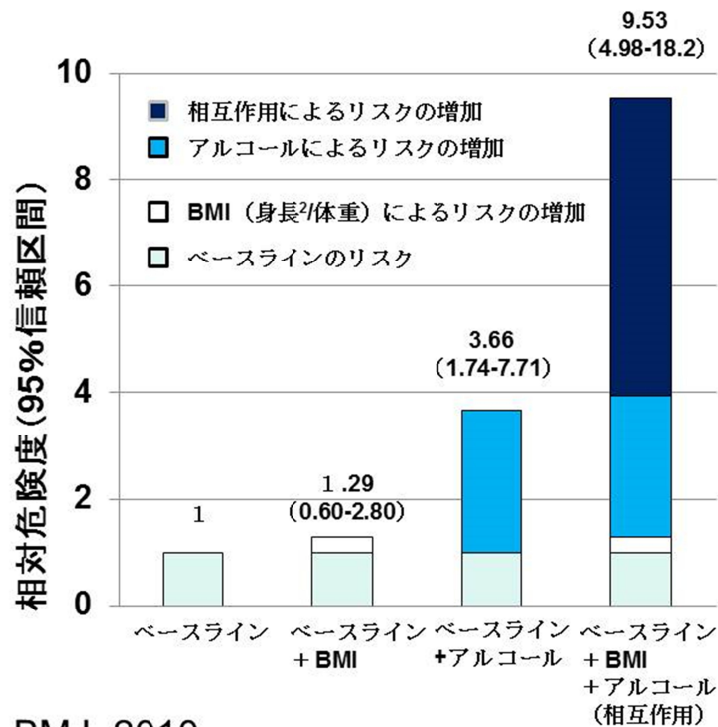
(Yokoyama A, et al., Alcohol Alcohol, 1994)

移植の有無による非代償性アルコール性肝硬変の予後 (Child-Pugh C)



Poynard T; J Hepatol, 1999より作図

体重過多と過剰飲酒による肝疾患死亡率の相対危険度への影響



Hart CL, BMJ, 2010

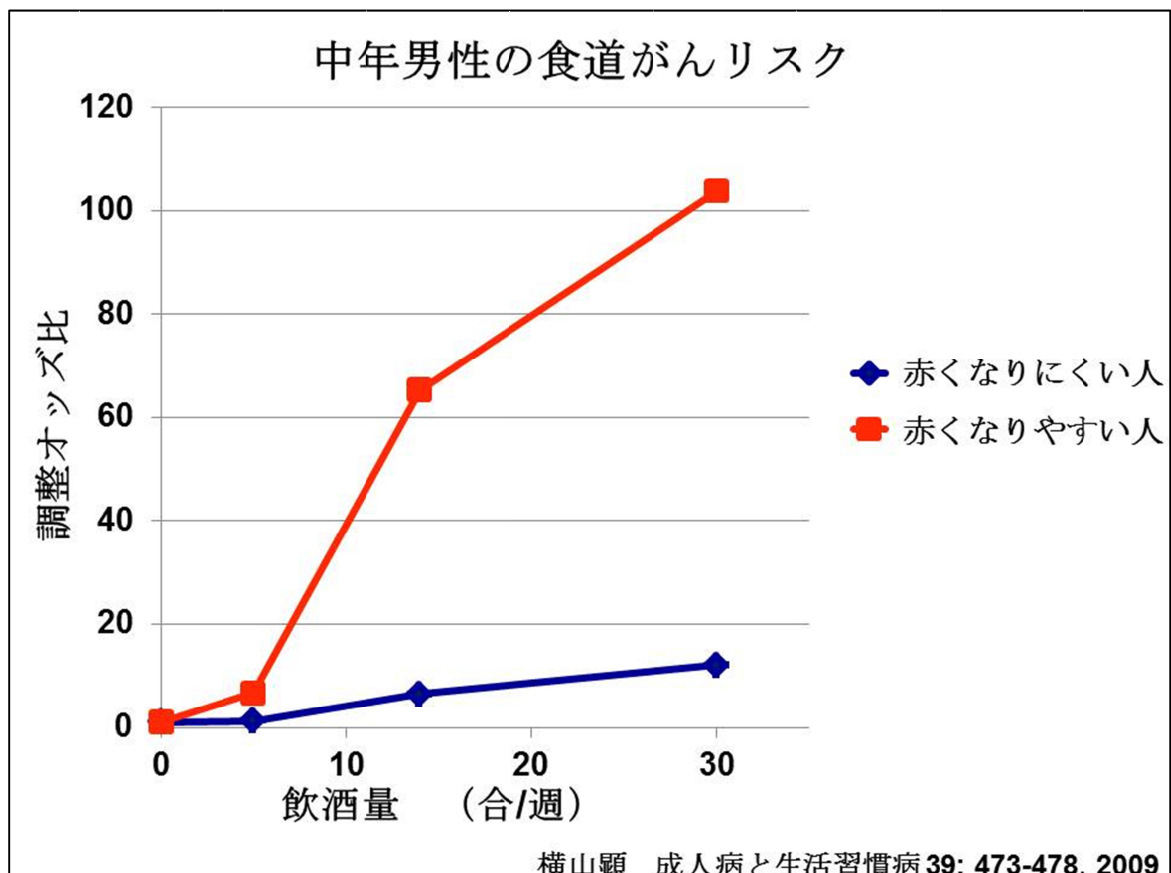
アルコールと癌

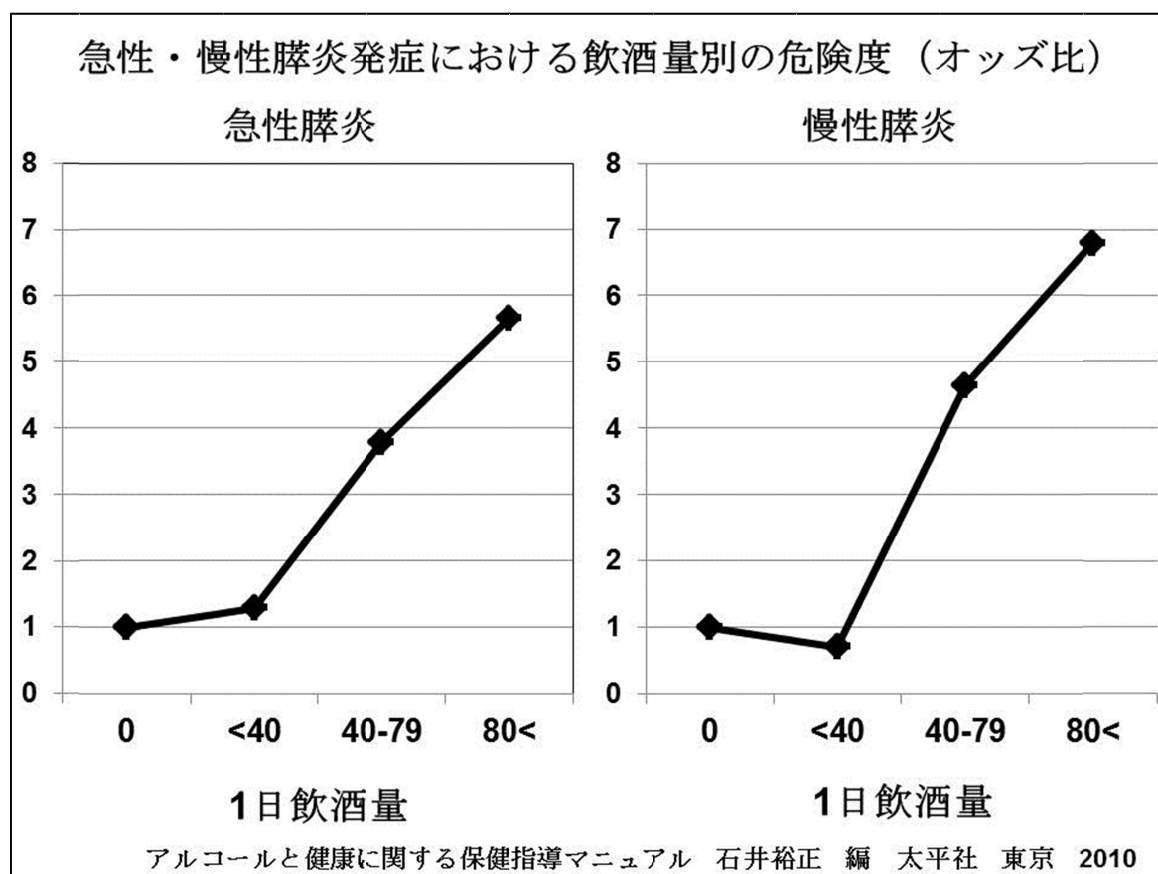
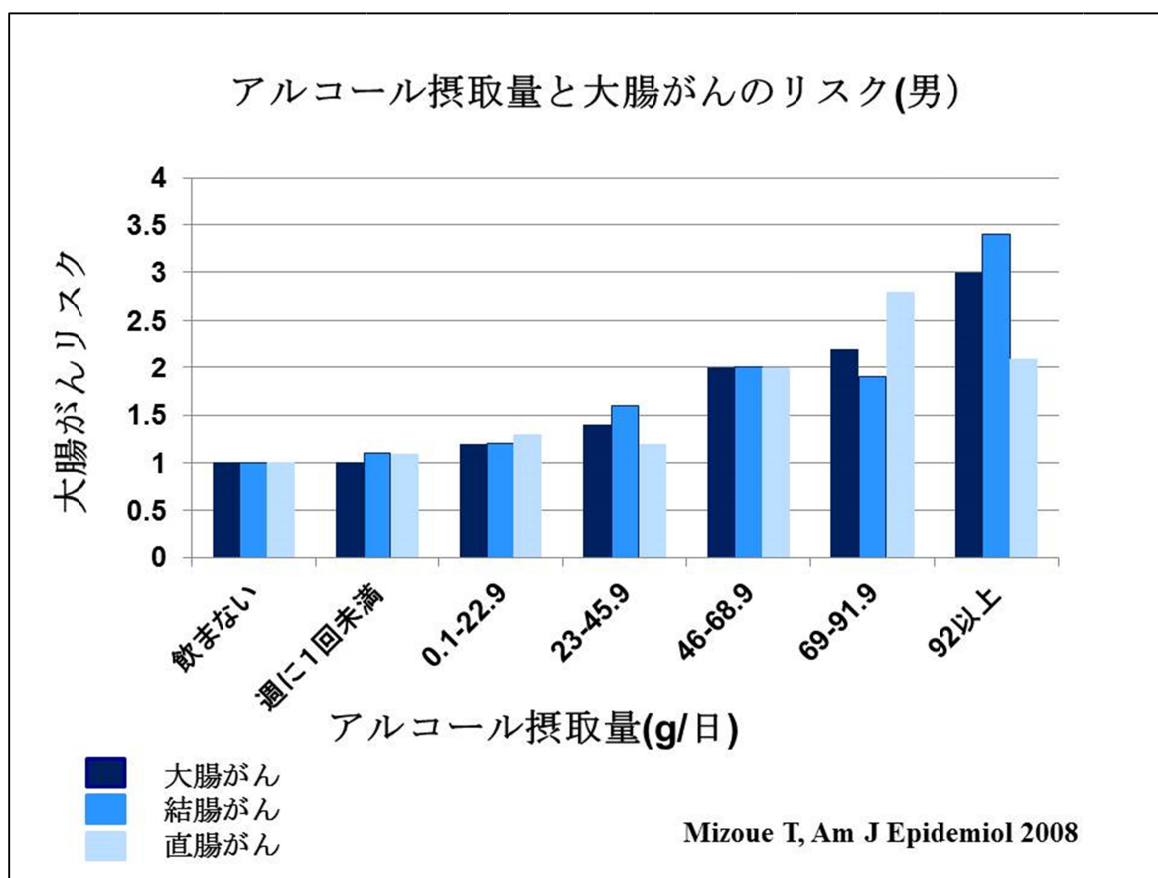
- 食道癌（咽頭癌、喉頭癌）
- 危険因子：高濃度アルコール飲料、喫煙、
少量の飲酒でも赤くなりやすい人、
赤血球の大きさ（MCV）が大きい
- 胃癌：飲酒との関連については、はっきりしない。
- 大腸癌：飲酒との関連あり

下咽頭・食道がんのリスクと飲酒・喫煙習慣

	喫煙なし	30本/日以上
飲酒習慣なし	1倍	4倍
日本酒換算で 1.5合以上の飲酒	8倍	30倍

アルコールと健康に関する保健指導マニュアル 石井裕正 編 太平社 東京 2010



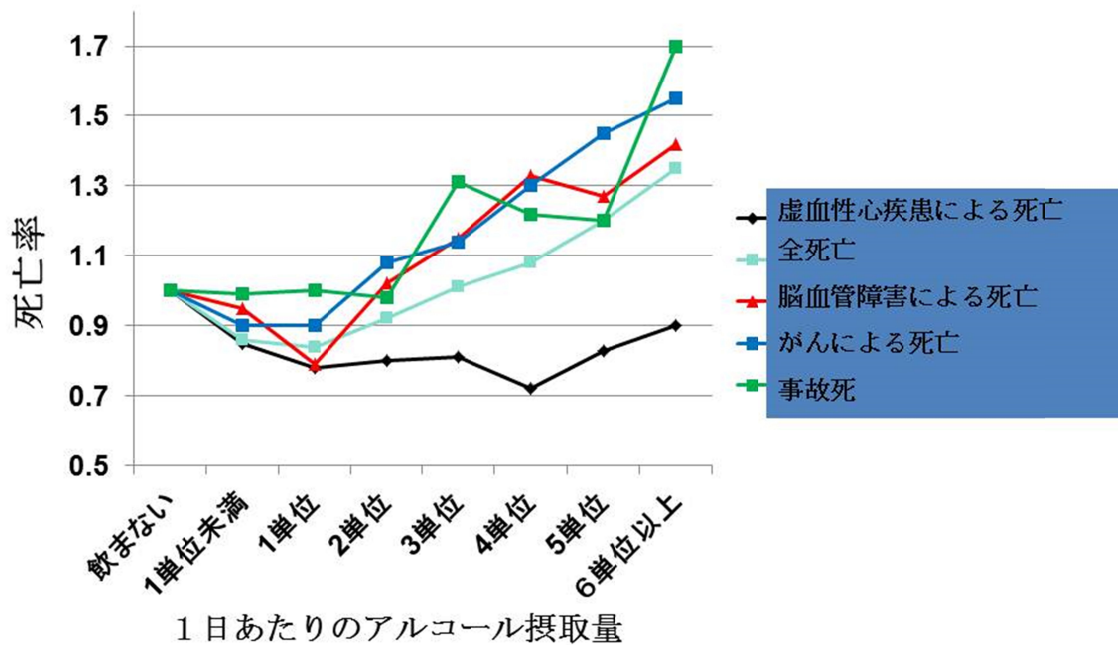


急性膵炎後の飲酒と合併症の頻度

飲酒状況	膵炎再発	慢性膵炎への移行	糖尿病合併
断酒	19.8%	13.6%	14.1%
節酒（時々）	18.9%	12.3%	14.2%
節酒（毎日）	36.7%	23.3%	30.0%
継続飲酒	57.7%	40.9%	37.2%

アルコールと健康に関する保健指導マニュアル 石井裕正 編 太平社 東京 2010

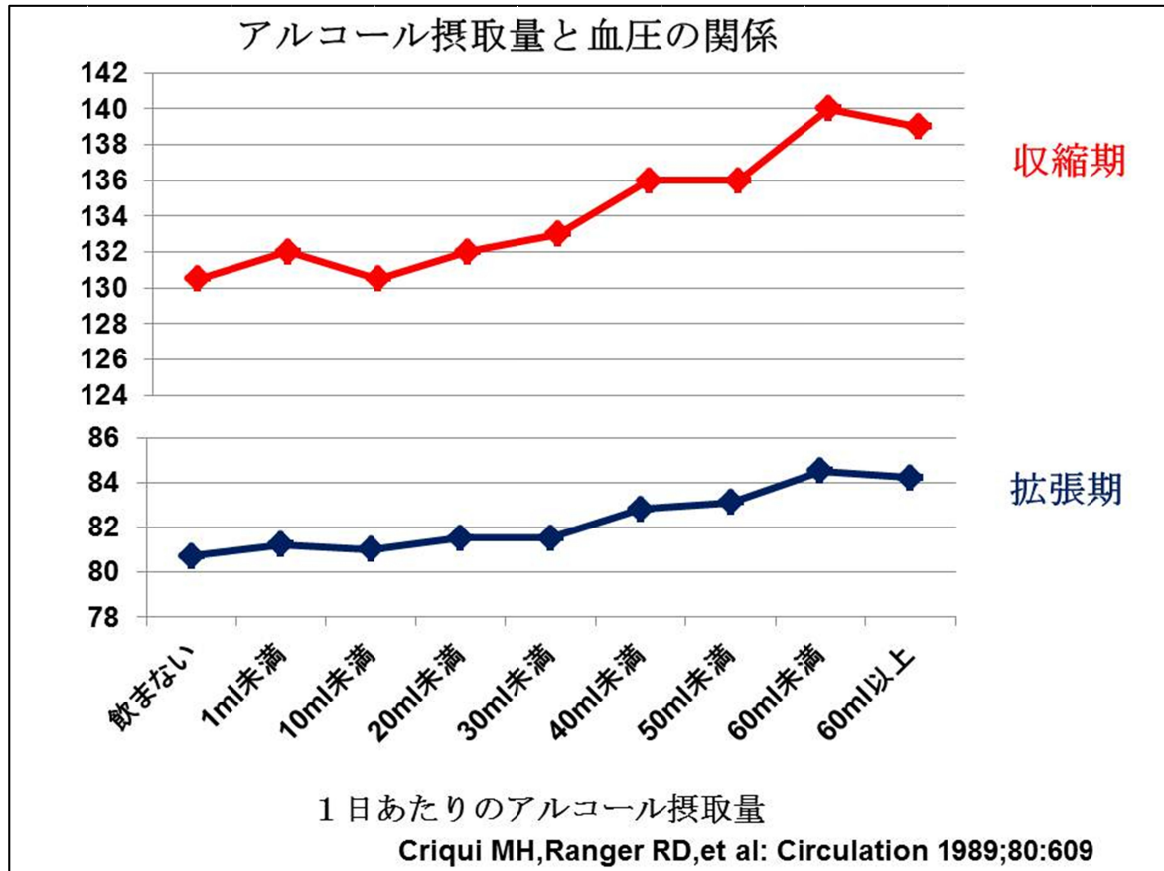
アルコール摂取量と各疾患のリスク



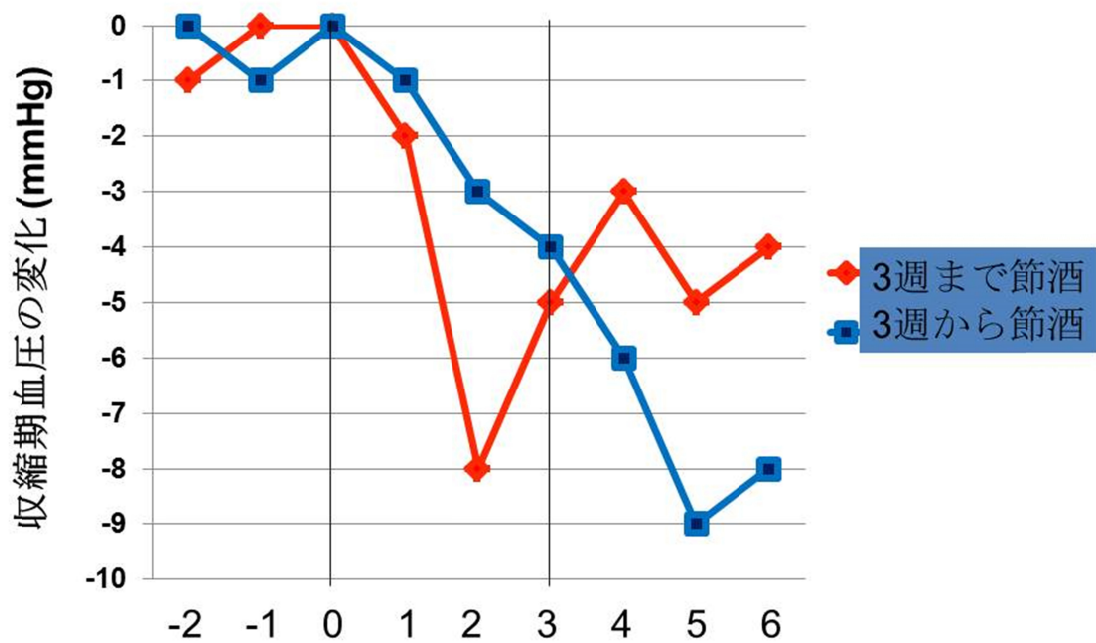
◆アルコール摂取量の1単位は、日本酒は0.5合、ビール小瓶1本、ウイスキーシングル1杯に相当
Boffetta P, Garfinkel L: Epidemiology 1990;1:342.

虚血性心疾患とアルコール

1. アルコールは血小板凝集抑制作用を持つ。
2. アルコール摂取は、線溶系を亢進させる。
3. アルコール摂取により、HDLコレステロール（善玉コレステロール）が増加し、それぞれが、虚血性心疾患の発症頻度と逆相関する。
4. 赤ワイン中には、抗酸化物質、血小板凝集抑制物質が含まれており、このようなアルコール以外の含有物の効果も指摘されている。

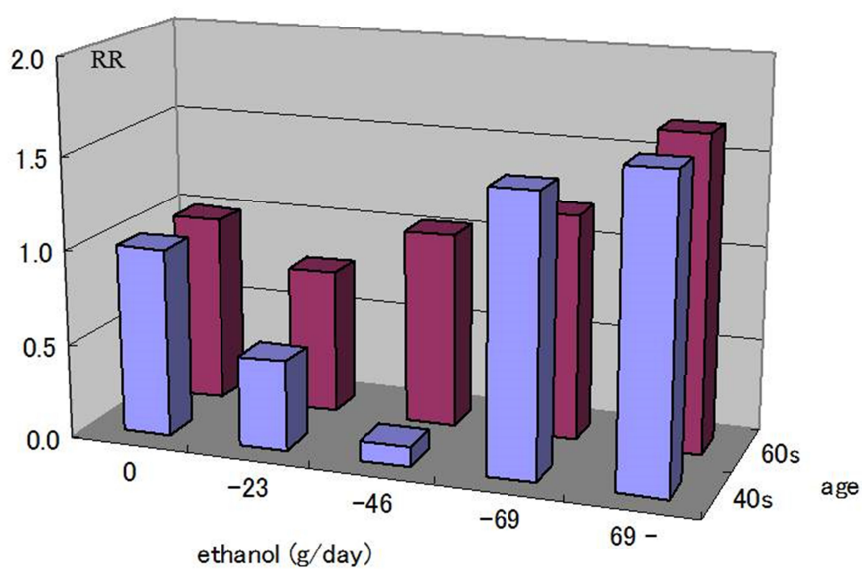


節酒による血圧低下 (非服薬男性高血圧患者)

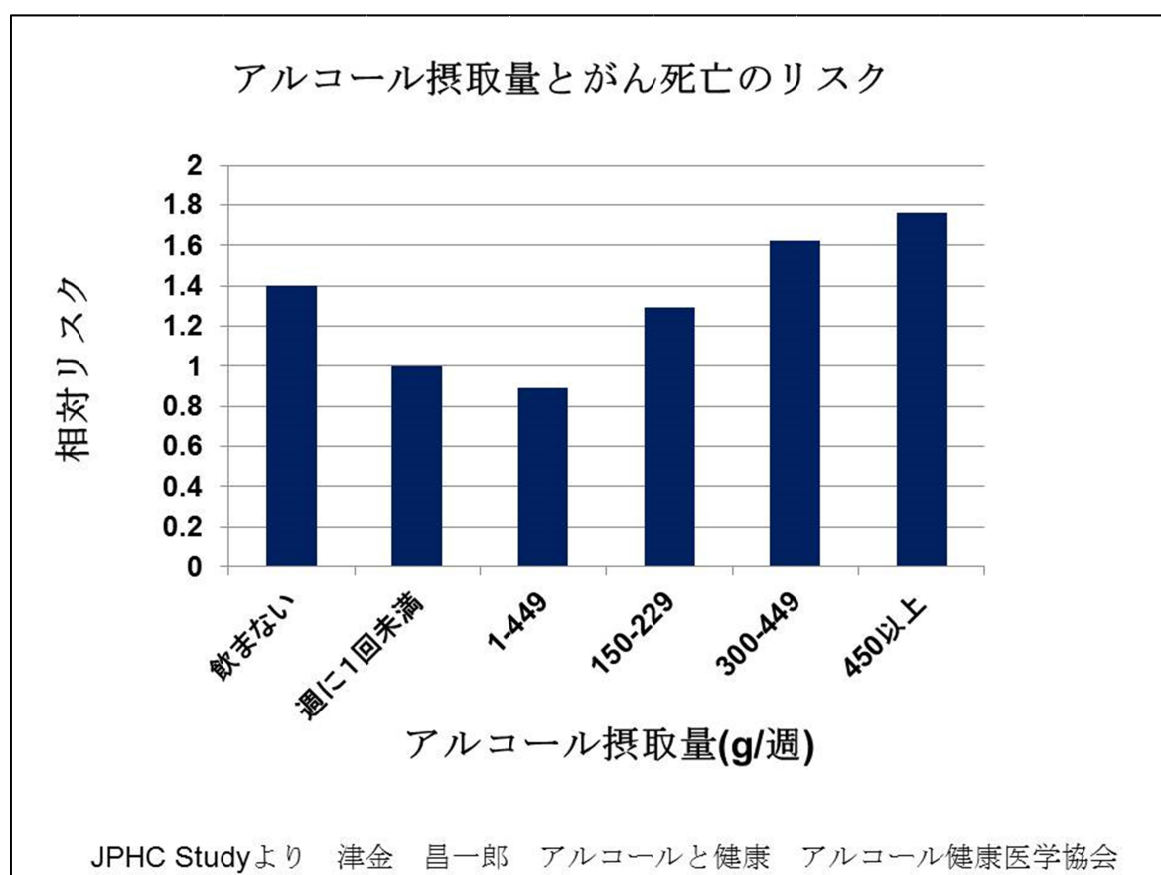
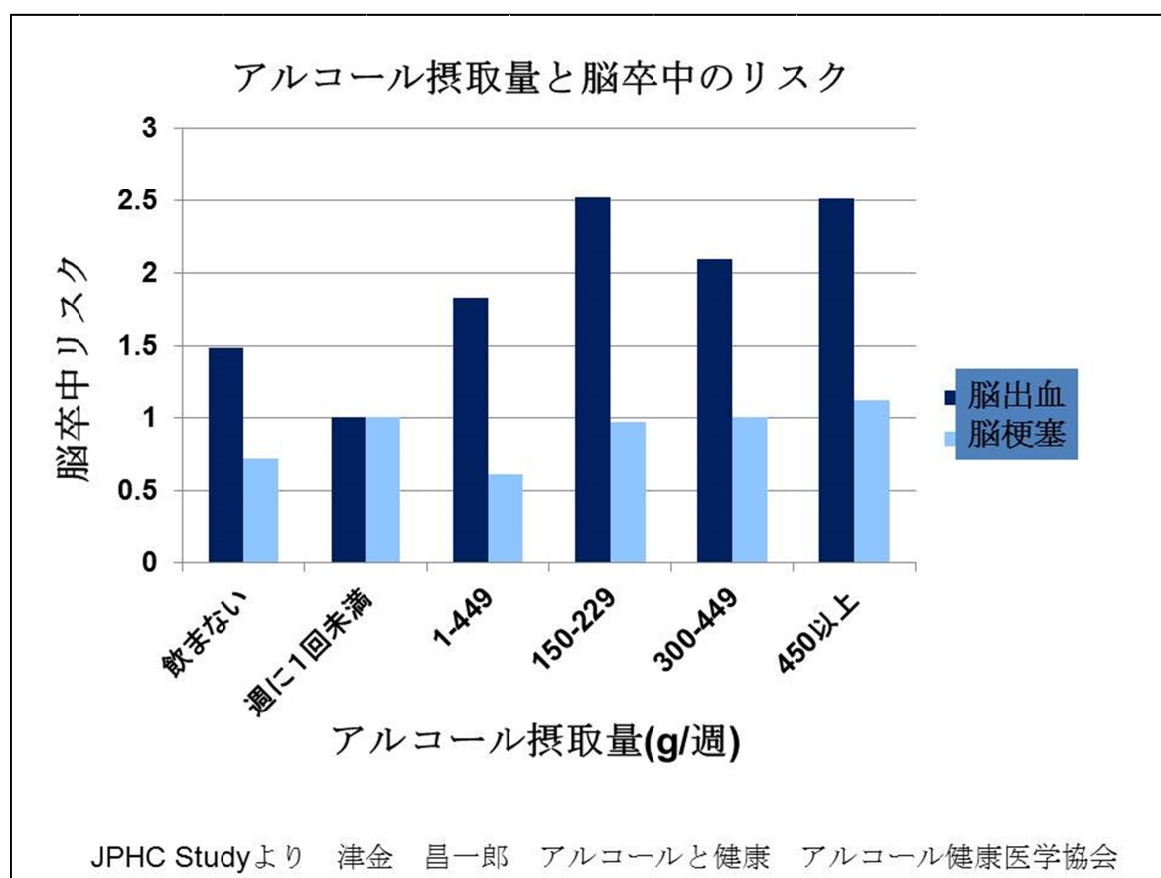


Ueshima H, et al, Hypertension, 1992

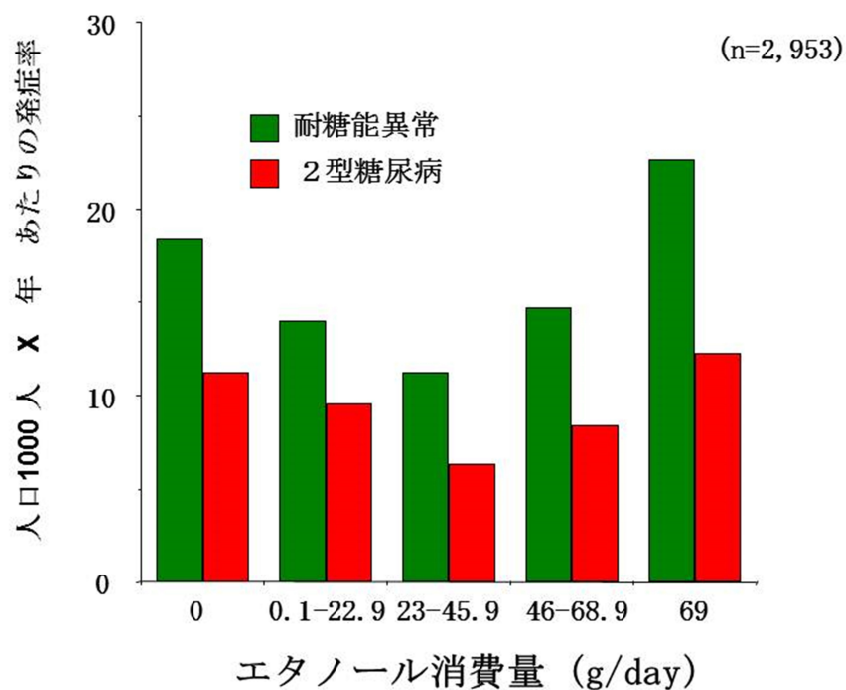
年齢別の飲酒と冠動脈石灰化の危険度



アルコールと健康に関する保健指導マニュアル 石井裕正 編 太平社 東京 2010

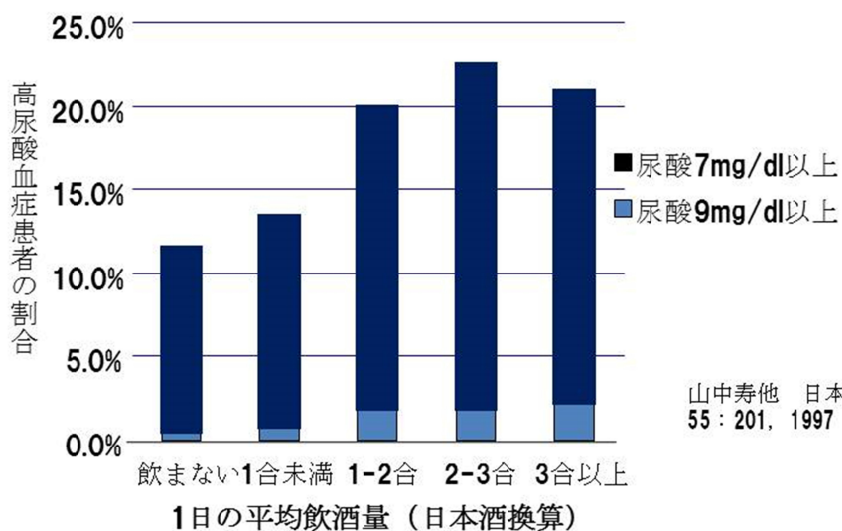


耐糖能異常ならびに2型糖尿病の発症率



(N Nakanishi, Diabetes Care, 2003;26:48-54)

飲酒量別に見た高尿酸血症患者の割合

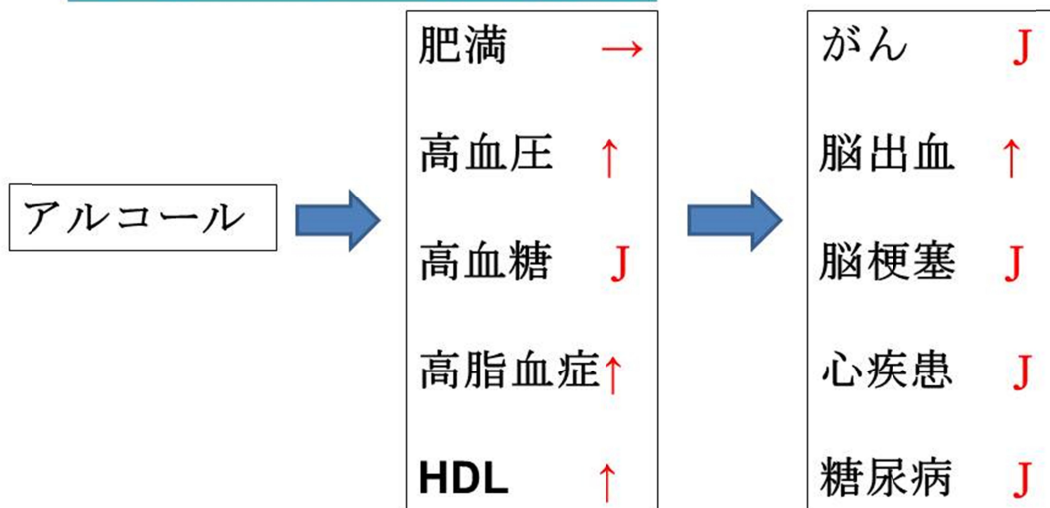


山中寿他 日本臨床
55: 201, 1997

飲酒 (アルコール) による高尿酸血症の機序

- ・ アルコール飲料自体の尿酸
- ・ 酢酸代謝に伴う肝臓でのプリン体合成促進
- ・ 尿酸排泄抑制 (高乳酸血症による乳酸との拮抗)
- ・ アルコール利尿による脱水
- ・ 食欲増進

飲酒による生活習慣病



- : 飲酒と病気のリスクとの関係が確認できない
 ↑ : 少量の飲酒でもリスクが増加
 ↓ : 飲酒によりリスクが低下
 J : 少量飲酒でリスク低下するが大量飲酒でリスク増加 (Jカーブ)

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
分担研究報告書**

日本人間ドック学会による報告①

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 公益社団法人日本人間ドック学会では、平成 20 年度の特定保健指導が開始になってから、特定保健指導を実施担当する人材を育成してきた。具体的には、アドバイザー研修、さらにレベルアップするためのブラッシュアップ研修である。講座形式である。しかし特定保健指導も 7 年目に入り問題点が徐々に浮き彫りにされてきた。すなわち実施していても効果につがっていない保健指導施設が少なからずあるということである。効果に結びつかない保健指導を改善するのが研修会の役割として重要であると判断し、より現実的な教育手法、すなわち、実際の特定保健指導をビデオ収録し、それを研修会で放映して受講者間でディスカッションしてもらう方式を今年度完成させた。アンケート調査の結果、このビデオ研修の有効性の高さが確認された。

A. 研究目的

公益社団法人日本人間ドック学会では特定保健指導の実施者育成のために、アドバイザー研修（初回）と、よりレベルアップさせるブラッシュアップ研修会（アドバイザー研修修了者）を平成 20 年度より実施してきた。6 年が経過し、研修会の成果を問う時期になった。そこで前年度では、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した結果、ただなんとなく保健指導を行っていても効果に結びつかないという問題点が明らかにされてきた。効果に結びつかない保健指導を改善するのが、研修会の役割として重要であると判断した。そこで、特定保健指導の効果あ

る手法をより直接的な方法で伝授するビデオを作成し、研修会に採用し、効果判定を行った。

B. 研究方法

ビデオ撮影は、平成 26 年 11 月に行った。特定保健指導側は経験ある保健師とし、受講者は特定保健指導該当者である一般市民である。特定保健指導の実際をビデオ撮影することで、他の施設はどのように行っているのかを知る、効果のある保健指導とはどういうものなのか、その中でも問題となるところはあるのかなどを含ませた内容とした。撮影したビデオは平成 27 年 1 月 30 日・31 日に開催された第 24 回人間ドック

健診情報管理指導士研修会（アドバイザー研修）で公開された。受講者は 210 名である。職種別内訳は医師 50 名、保健師 100 名、管理栄養士 41 名、看護師 19 名である。全員にアンケート用紙を配布し、研修会終了時に回収した。

（倫理面への配慮）

アンケートは無記名とし、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た。日本人間ドック学会事務局は、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を付与された機関である。

表 1 日本人間ドック学会関係者へのアンケート

Q1. 今回の研修会全般の印象についてお聞きします。

（A. とても良かった, B. 概ね良かった, C. あまり良くなかった, D. 全く良くなかった）

Q2. 今回の研修会は、あなたの業務に役立つと思いますか。

（A. とても役に立つ, B. 概ね役に立つ, C. あまり役に立たない, D. 全く役に立たない）

Q3. ビデオ学習（演習）についてはいかがでしたでしょうか。

（A. とても役に立つ, B. 概ね役に立つ, C. あまり役に立たない, D. 全く役に立たない）

Q4. 今後更新のためのブラッシュアップ研修会（5 年間のうちに 2 回以上）にご参加いただくことになります。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

（A. 模範ロールプレー, B. 実践者としての演習, C. 事業統括者としての演習）

C. 研究結果

アンケート回答者は 197 名（回収率 93.8%）であった。その職種別内訳を表 2 に示す。

表 2 対象者の職種別内訳

医師 44 名（22.3%）

保健師 96 名（48.7%）

管理栄養士 35 名（17.8%）

看護師 15 名（7.6%）

未記入 7 名（3.6%）

表 1 で得たアンケート調査を解析した結果を図 1-4 で示す。

図 1

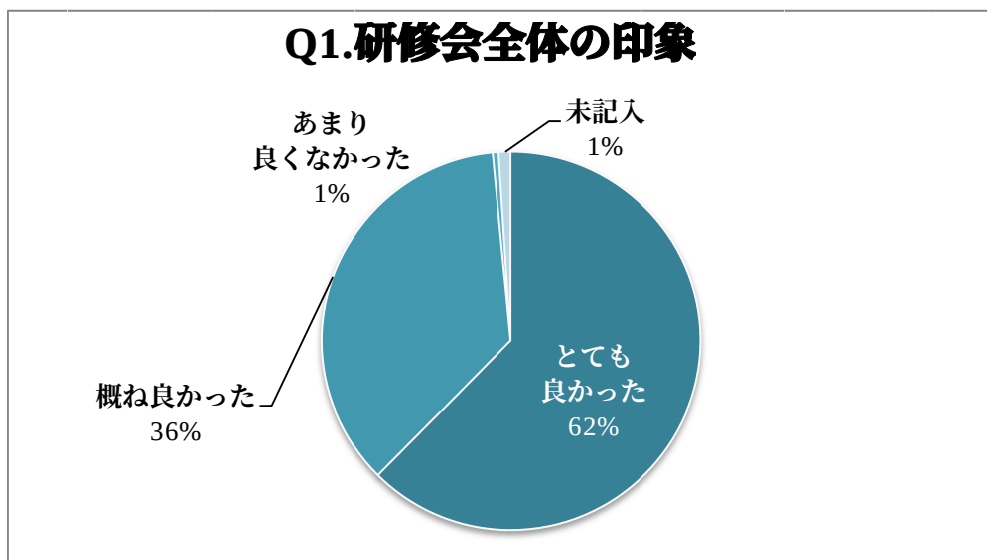


図 2

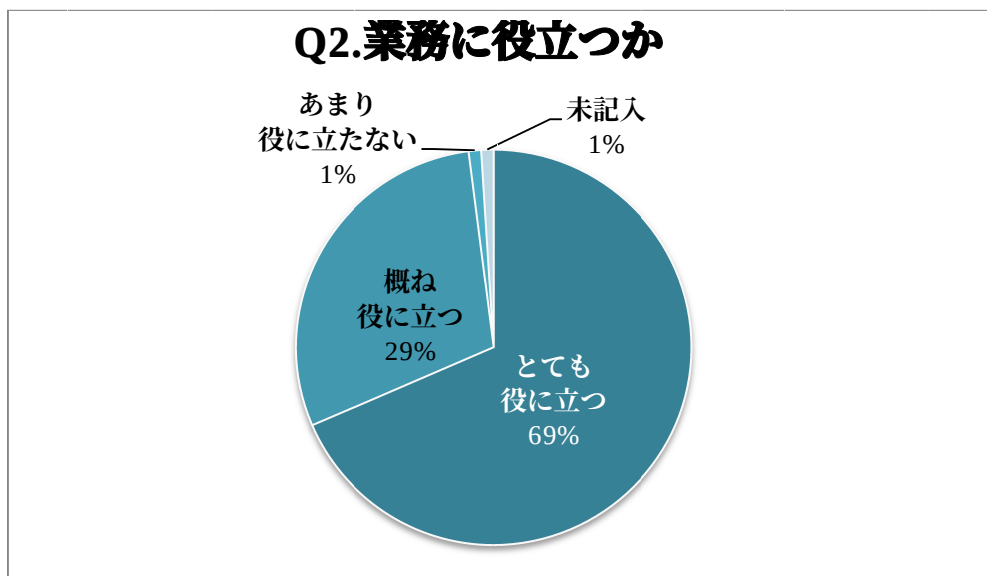


図 3

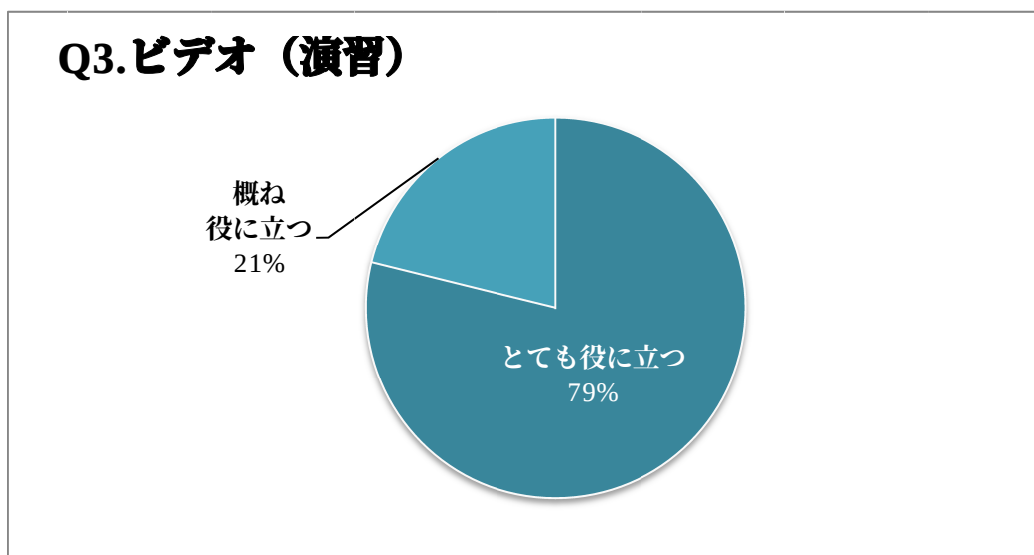
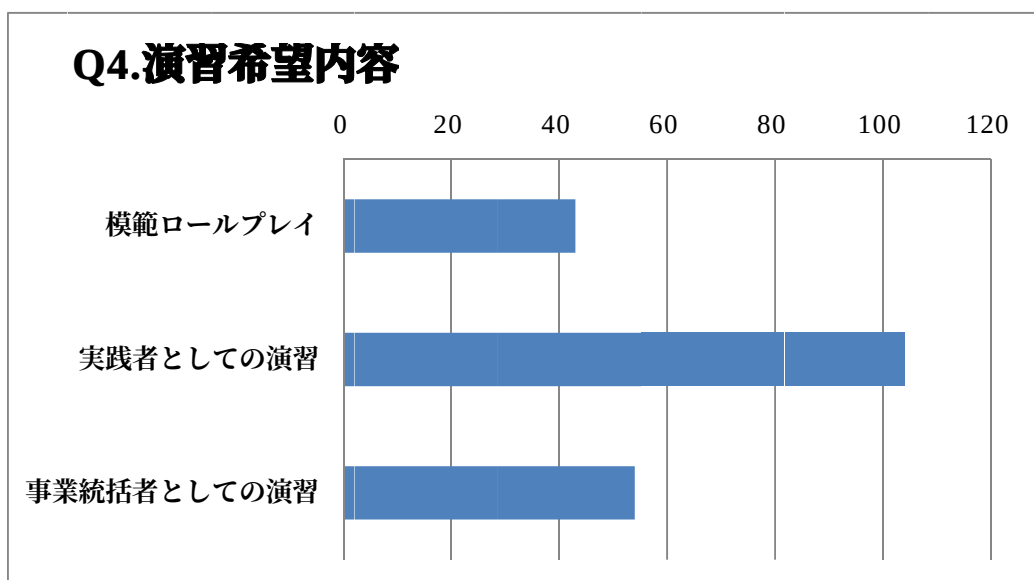


図 4



D. 考察

これまでの研修会では、演習と称して、事例提供を行い、その症例に基づいて6名1グループとなって、保健指導で話題・課題にしたいポイントを拾い上げ、目標を設定する、最後に講師の方からその症例に対する運動指導、食事指導のワンポイント講演で締めくくるという形式であった。しかしながら、各施設のこれまでやってきた経験に基づいての意見を出す、場合によってはそれが自己流、有効性が少ないこともあり、またそれを評価することもされてこなかった。その結果、現場ではただなんとなく保健指導を行って効果に結びついてきていない危惧があった。

保健指導効果を引き出すプロセスとして、行動変容の重要性の理解→アセスメント→行動目標の設定（効果につながり実現性の高い目標）→指導者との約束が重要であり、特定保健指導（メタボ対象）では、エネルギー収支に着目した行動目標がきちんと立てられているかどうか効果が直結する。

これまでの研修会での症例検討をグループ検討している現場を監督してきた側からすると、受講者が効果の低いアドバイスを提言していることも少なくなかった。これまでの研修会を受講しても、他処の指導方法の実際を知ることは無く、勉強した知識を個々の力量にまかせて行われてきた。

そこで、今年度は、模範に近い特定保健指導の実際をビデオ録画（助成金使用）し、この動画を研修会で放映し、討議する方法を導入した。受講者のアンケート調査の結果、研修会全体は「とても良かった」62%に対して、ビデオ演習は79%とはるかに高い結果が得られた（図3）。今後の演習希望（図4）も、これまで行ってきた模範ロールプレーよりも、実践者としての演習を希望する者が2倍以上あり、より实际的なものを希望していることが明らかにされた。

今年度の補助金は極めて効果のある使い方ができたと考えられた。

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で、効果に結びつかない研修生を生み出してきた問題点を克服するために、特定保健指導の実際のビデオを作成、研修会で放映し、それに対して良い点、不足している点を議論するという新たな方

式を導入した。その結果、きわめて満足度が高い評価が得られた。これが今後の指導の現場で生かされ、効果をあげさせる特定保健指導実践者が誕生していくものと期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 知的財産権利の出願・登録状況

なし

協力委員

津下一代

あいち健康の森健康科学総合センター

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

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
分担報告書**

日本人間ドック学会による報告②

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 研究分担者として、公益社団法人日本人間ドック学会では、第55回日本人間ドック学会学術大会（平成26年9月5日、福岡）の機会を利用して、厚労科研セッションを設けた。これは特定保健指導に関する一般演題の中から本科学研究費の研究目的に沿った優秀演題7演題を選別し、特別枠としての厚労科研セッションを組んだ。その概要を紹介する。討論を通じて、聴講者に有益な情報がもたらされた。

A. 研究目的

公益社団法人日本人間ドック学会では第55回日本人間ドック学会学術大会を平成26年9月4日、5日に福岡市で開催した。今回は、本補助金により、研究目的に沿った厚生労働科学研究費セッション（厚労科研セッション）を設けた。すなわち、第3期の特定保健指導（平成30年度～）からの保健指導の課題、教育・教育訓練手法のあり方を検討することを研究目的とし、それにふさわしい演題を厚労科研セッションとして選定したものである。

B. 研究方法

研究主任津下一代と研究分担者和田高士が、一般応募演題から優秀演題7題を抽出し、発表してもらった。
（倫理面への配慮）
なし

C. 結果

発表要旨を概説する。

1) 稲垣 紀子, 安藤 敏子, 小川 咲子, 高木 有子, 猪爪 靖子, 久富 恵子, 黒木 令子, 和合 和久, 高谷 典秀, 荒井 肇: 特定保健指導実施率向上への取り組み. 人間ドック 29: 368, 2014.

（要旨）腹囲, BMI を測定した時点でリスクを説明し, 血液検査結果が出た時点で特定保健指導を受けられる体制づくりを構築した。

これにより初回面接実施率は 43% から 20% に減少した。（図表 1）

2) 堀内里枝子, 藤巻佐和子, 竜沢日出美, 村松 照美, 望月宗一郎: アドバイスシート活用の有効性についての一考察 特定保健指導積極的支援を通して. 人間ドック 29: 368, 2014.

（要旨）新たに導入したセルフモニタリングのできる保健指導ツール＝アドバイスシートを活用した群と非活用群での効果の差異を検証した。活用群で体重減少に効果がみられた。

3) 末廣 美幸, 前田 豊美, 盛川恵美子, 石本 裕美, 湯浅由美子, 牛島 絹子, 緒方 康博: 初回面談前後での健康行動意識の変化について. 人間ドック 29: 369, 2014.

（要旨）初回面談における健康行動変容について検証した。自己効力感の上昇が著しく, 内的コントロール所在, 脅威, 有益性に低い傾向が見られた。（図表 2）

4) 豊田 将之, 小津知恵子, 加藤 綾子, 津下 一代: 多量飲酒者への特定保健指導による効果. 人間ドック 29: 369, 2014.

（要旨）2 合以上の飲酒者の 6 か月間の変化では 1 合以上減少群でより多くの検査値の変化量がみられた。（図表 3）

5) 土屋易寿美, 小山奈緒美, 平山さかゑ, 鳥羽山睦子, 武藤 繁貴: 指導者の職種による特定保健指導の効果について. 人間ドック 29: 370, 2014.

(要旨) 看護師と栄養士において検査結果に差異があるかを検証した。両群ともに、腹囲、BMI、TG、FBS の減少が見られた。看護師群では AST の、栄養士群では血圧、GGT が有意に減少した。(図表 4)

6) 堀西 千鶴, 廣澤妙恵子, 西川 明希, 大宮裕紀子, 久徳 智子, 村上淳, 岡村 雅雄: 4%減量に影響する支援方法の検証. 人間ドック 29:370, 2014. (要旨) 支援方法として、手紙、電話、メール、面談に分類して検討した結果、定期的なメールが 4%減量に効果的支援と考えられた。(図表 5)

7) 村山 友木, 酒井 陽子, 宮澤 裕子, 上村 斉: 経年実施と初年実施での最終評価結果のちがい. 人間ドック 29:371, 2014. (要旨) 経年者に比べ、初年者の腹囲・体重減少率はより大であった。初年度の特定保健指導で優先順位をしっかりと見極め、具体的な目標をたてて最終評価まで取り組むことがマンネリ化を防ぐと考えられた。(図表 6)

D. 考察

これまで、公益社団法人 日本人間ドッ

ク学会では学術大会を 55 回開催してきた。そのなかで、特定保健指導についての発表は、近年増加傾向にある。しかしながら、とりまとめて論議したことはなかった。一般演題から、今年の補助金の目的である、保健指導の課題、教育・教育訓練手法のあり方について、優秀演題を抽出して、厚労科研セッションを設けた。このなかで 7 演題が発表され、価値ある成果を見出し、聴講者の教育に役立った。

E. 結論

第 55 回日本人間ドック学会学術大会で厚労科研セッションを設けて、本補助金の目的に沿った発表が一般公募からの抽出して行った。討論を通じて、聴講者に有益な情報がもたらされた。

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

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)
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 26 年度分担研究報告

健康づくりのための身体活動基準 2013・アクティブガイドの 認知向上に関する研究

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 部長

＜目的＞本研究は、Facebook ページを通じた身体活動基準 2013 とアクティブガイドの普及・啓発の取り組みの可能性を検討することを第一の目的とした。さらに、アクティブガイドの英語版、タイ語版、フランス語版を作成し、英語版をベースに国際的な学術誌に情報発信を試みることを第二の目的とした。

＜方法＞平成 25 年 3 月 18 日に身体活動基準とアクティブガイドが発表された翌日の 3 月 19 日に、分担研究者を管理人として、健康づくりのための身体活動基準 2013・アクティブガイドの Facebook ページを開設し、以後記事のアップならびにページ上での意見交換を継続的に行った。ページへの参加者や閲覧の動向を Facebook ページの機能であるインサイトを活用して分析した。アクティブガイドの内容を海外に発信することと、学術誌に引用できるようにするために、英語版、マレー語版、フランス語版に翻訳した。また、英語版をベースにアクティブガイドの策定の背景のエビデンスを国際誌に投稿した。

＜結果と考察＞平成 25 年 3 月 3 日の時点で 2,613 いいね!であった。多い週では 40 いいね!を超える一方、少ない週には 0 という場合もあり、管理者や策定メンバーによる講演などがきっかけになっている場合が多かった。大手の新聞記事に取り上げられた際に高いリーチが記録されていた。アクティブガイドの英語版、マレー語版、フランス語版の翻訳が完了し、国立健康・栄養研究所のホームページに英語版とマレー語版を掲載した。また、アクティブガイドの策定の背景のエビデンスを国際的な学術誌に掲載した。さらに欧州スポーツ科学会議などで身体活動基準とアクティブガイドを紹介した。

＜まとめ＞今後、健康づくりのための身体活動基準やアクティブガイドの普及・啓発のための新たな試みを一層推進していく必要がある。

A. 背景と目的

平成 25 年 3 月には、これらの改定版である「健康づくりのための身体活動基準 2013」および「健康づくりのための身体活動指針＜アクティブガイド＞」が発表された。

アクティブガイドは特別な知識を持たない人でも、すべての内容を読み切るのには 10 分程

度で足りるよう、A4 サイズ表裏 1 枚にまとめられた。読みやすいようにカラーで作成され、イラスト等をふんだんに取り入れ、普及と啓発に重点を置いている。しかし、それだけでは十分な普及と啓発が可能とは思われない。そこで、低コストで効果的な普及・啓発方法を検討する必要がある。

近年では twitter や Facebook といったソーシャルネットワークによる人のつながりが構築されつつある。これらのメディアは、従来のマスメディアのように、情報発信に必要なコストが極めて低いと同時に、口コミに近い広がりやつながりを通して、情報の発信の可能性を秘めている。

また、身体活動基準 2013 やアクティブガイドのコンセプトや考え方を国内にとどまらず、海外にも広く発信するために、外国語に翻訳するとともに、国際的な学術誌に積極的に基準やアクティブガイドの策定の背景にあるエビデンスや科学的重要性について公表していく必要がある。

そこで本研究では、Facebook ページを通じた身体活動基準 2013 とアクティブガイドの普及・啓発の取り組みの可能性を検討することを第一の目的とした。さらに、アクティブガイドの英語版、フランス語版、タイ語版を作成し、英語版をベースに国際的な学術誌に情報発信を試みることを第二の目的とした。

B. 方法

研究 1: Facebook ページによる普及・啓発

平成 25 年 3 月 18 日に身体活動基準とアクティブガイドが発表された翌日の 3 月 19 日に、分担研究者を管理人として、「健康づくりのための身体活動基準 2013・アクティブガイド」の Facebook ページを開設した。

([https://www.facebook.com/pages/健康づくりのための身体活動基準 2013 アクティブガイド/152889648208465](https://www.facebook.com/pages/健康づくりのための身体活動基準2013アクティブガイド/152889648208465))。

平成 27 年 3 月 3 日時点までに、250 回の記事の投稿を実施した。記事の内容は、①基準やアクティブガイド策定のエビデンスの紹介、②自治体等による身体活動増加の取り組みの紹介、③+10 や身体活動増加のヒント、④専門家向けの活用のヒントなどである、⑤身体活動・運動に関する研究成果の紹介、⑥関連する講習会や講演会の紹介、などであった。

Facebook ページ開設から平成 27 年 3 月 3 日までのデータの解析は、インサイトと呼ばれる Facebook 機能を用いた。Facebook ページの管理人は、公開しているコンテンツをユーザー（閲覧者あるいは読者）が利用しているかどうか、匿名の集計データを把握することができる。それらの情報を活用し、①どの投稿が共感を集めているかを知る、②さらに多くの人に見てもら

えるように、公開方法を最適化する、などページの改善や充実に利用することが可能である。

研究 2. アクティブガイドの翻訳と学術誌への情報発信

アクティブガイドの内容を海外に発信することと、学術誌に引用できるようにするために、はじめに英語版を作成した。研究分担者ならびに研究協力者が翻訳後、2 名のネイティブスピーカーの校閲を経て最終版とした。続いて、フランス語版も同様の手順で翻訳作業を行った。また、発展途上にあるアジアの国々における身体活動・運動施策の推進が重要な課題であることから、アジアの言語への翻訳を試みた。まず初めに独立行政法人国立健康・栄養研究所と交流の深いマレーシアのマレー語版へ翻訳を行った。英語版からマレー語版へ翻訳を本研究所の協力研究員が実施し、その後 2 名のマレーシアの研究者により校閲作業を行った。

さらに、アクティブガイド策定の背景にあるエビデンスと策定のコンセプトを英文にまとめ、国際的な学術誌に掲載するために総説やレターを執筆し、投稿した。また、複数の国際学会においてアクティブガイドを紹介するシンポジウムを企画した。

C.D 結果と考察

研究 1: Facebook ページによる普及・啓発

Facebook ページには、いいね! ボタンが設置されている。ページにいいね! をしたユーザーには、管理者からの投稿があった際に、ユーザーのページにその投稿の情報がフィード(送信)され、その情報を閲覧するきっかけが提供される。いいね! の総数はそのページもしくはそのページが提供する情報に対する前向きな共感の数と捉えることができる。

図 1 は通算合計いいね! の推移である。平成 25 年 3 月 3 日の時点で 2, 613 いいね! であった。いいね! の増加のペースは 1 年目に比べて 2 年目よりも低いことがわかった。

今日までの合計いいね! 数: 2,613



図 1

図2は、新しくいいね！した人が1週間毎に何人いたのか？を示したものである。多い週では40 いいね！を超える一方、少ない週には0という場合もあり、多くのいいね！が押されるためのきっかけがあるものと思われる。多くのいいね！が押された週の特徴として、管理者を始めとする基準・アクティブガイドの策定メンバーによる講演とその際に本 Facebook ページの紹介がきっかけになっている場合が多い。



図2

図3は記事の投稿に対する1日あたりの合計リーチ数である。投稿のリーチとは、投稿を閲覧したユニークユーザー数で、投稿がユーザーのニュースフィードに表示された時点で、そのユーザーへのリーチとしてカウントされる。表示される数字は、投稿が作成されてから28日間の合計で、デスクトップとモバイルのFacebookで投稿を見た人が含まれる。要約すると、投稿の記事が届けられた数と言える。平成26年6月、7月、11月、12月に針のような高いリーチ数が記録されている。これは、大手の新聞記事に基準やアクティブガイドが取り上げられた際に記録されている。新聞やテレビといったマスコミによる情報発信と、Facebookでの情報発信数がリンクすることを示すデータである。



図3

研究 2. アクティブガイドの翻訳と学術誌への情報発信

図4はアクティブガイドの英語版(左)、マレー語版(中)、フランス語版(右)の表紙である。

英語版とマレー語版に関しては、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページにすでに掲載済みであり、PDFをダウンロードすることができる。



図4

アクティブガイドの策定の背景にあるエビデンスを簡略に紹介した letter を米国心臓学会の学術誌である Journal of American College of Cardiology に投稿し、受諾された。2015年3月16日号に掲載される予定である。また、その内容をより詳細に紹介した総説を執筆し、栄養食糧学会の英文学術誌 Journal of Nutritional Science and Vitaminology に投稿し、2015年の5月頃に掲載される予定である。

これらの論文の内容を、平成25年7月3日に欧州スポーツ科学会議のシンポジウムで紹介し、各国から集まったスポーツ科学の専門家と討論した。また、同様の内容を平成25年5月14日～17日に開催されるアジア栄養学会議のシンポジウムにて紹介し、アジアの栄養学やスポーツ科学の専門家と議論する予定である。

E. 結論

Facebookを活用した身体活動基準2013・アクティブガイドに関する情報発信を試みた。ページにいいね！をしている好意的なユーザーは一貫して増加している。いいね！の増加は口コミや唱導に依存し、投稿ページの閲覧はマスコミによる報道が関連することが示唆された。今後アクティブガイドの普及・啓発には、ソーシャルネットワーク、口コミ、マスコミを有機的に活用する必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

問題なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ① Murakami H, Tripette J, Kawakami R, Miyachi M. “ Add 10 Min for Your Health ” TheNew Japanese Recommendation for Physical Activity Based on Dose-Response Analysis. J Am Coll Cardiol. In press.
- ② Miyachi M, Tripette J, Kawakami R, Murakami H. “+10 min of physical activity per day ” : Japan is looking for efficient but feasible recommendation for its population. J Nutr Sci Vitaminol. In press.

2. 学会発表

- ① Miyachi M. Evidence-based physical activity guidelines for Japanese: a systematic review and meta-analysis. Eur Coll Sports Sci. Amsterdam, Netherland.

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

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
分担報告書**

**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・講師のための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，服部真実

研究要旨

1. 全国で保健指導研修会企画を担当している者及び講師（アドバイザーとして関与している者）を対象に，研修の現状や課題を評価し，課題に対する解決方法や取り組みを上手くすすめるために，何が必要かを議論するためのワークショップを開催した。
2. グループワークの前に，講演「研修会に求めるもの ～健康医療戦略をふまえて～」と，「ワークショップのねらいと研究報告」から疑問点・重要点を書き出し，個々での振り返りを行った。
3. 研修会開催にあたって，「企画段階」，「準備段階」，「研修会当日」，「事後，次年度に向けて」の4つのカテゴリーを基に，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研修の内容，研修のフィードバック方法などを把握した。
4. 今年度研究班で作成したビデオ教材（アルコール）を使用し，特定保健指導の様子を投影し，2つの映像の中で感じた，「悪かった点」と「良かった点」を詳細に書き出し，指導する際の改善点や注意すべきポイントをグループ内で意見交換を行った。
5. ワークショップ終了時に，本研修会の各单元について，行政（都道府県，市町村，国民健康保険組合）と企業（企業，健康保険組合，医療機関，保健指導・健診機関，その他）に分類し，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，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，概ね理解が深まった，今後の参考になるとの回答を得た。
ワークショップの中で紹介した，ビデオ教材についても行政・企業ともに，今後活用したいとの回答が多く得られた。

A. 研究目的（研究概要）

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，課題を評価し，課題に対する解決方法や取り組みをうまくすすめるために，何が必要かを議論するため，保健指導研修企画者及び講師を担当する者（アドバイザーとして関与している者）を対象にワークショップを開催した。

昨年度は，情報の共有化と指導者のスキルアップ

プ、事業企画の評価法等を把握するため、研修企画の現状を、3つのテーマ（①年間を通じた研修企画、②個々の研修会、③職場内の研修会）と4つのカテゴリー（企画・運営・評価・改善工夫）を基にしたグループワークを実施した。各分野（受診勧奨、禁煙、食生活、身体活動、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で、スライドへの疑問や要望を集約し、活用度の高いスライドとするための意見交換を行った。（平成25年度 総括・分担研究 報告書参照）

今年度は、厚生労働省健康局の講演に加え、「ワークショップのねらいと研究報告」として、分担研究者から5分程度で、担当分野における保健指導者に求められる力や、保健指導力を高める研修の在り方について発表を行った。

本項では、研修会を企画運営する際のスキル向上を目的としたグループワークⅠ（研究報告を受けて感じた疑問点・重要点の検討と、研修を企画するにあたっての重視すべき点、改善すべき点の検討）と、グループワークⅡ（ビデオ教材を活用した介入評価）の内容、研修後の受講者アンケートについて報告する。

＜ワークショップカリキュラム＞

10:00	あいさつ 研究代表者 あいち健康の森健康科学総合センター 津下 一代
10:05	講演 「研修会に求めるもの」～健康医療戦略をふまえて～ 厚生労働省 健康局 がん対策・健康増進課 課長補佐 高山 啓
10:25	ワークショップのねらいと研究報告 ●研究の背景と目的 あいち健康の森健康科学総合センター 津下 一代 ●保健指導者に求められる力とは？ 「保健指導者に求められる力（食事・栄養編）」 千葉県立保健医療大学 林 美美 女子栄養大学 武見ゆかり 「保健指導者に求められる力（身体活動編）」 国立健康・栄養研究所 宮地 元彦 「検査値をわかりやすく伝えるためには」 あいち健康の森健康科学総合センター 村本あき子 ●保健指導力を高める研修のあり方とは？ 「研修企画の課題調査について」 千葉大学大学院 杉田由加里 「協会けんぽとしての研修課題について」 全国健康保険協会 六路 恵子 「e-ラーニングの活用とその効果」 大阪がん循環器病予防センター 中村 正和 「研修会講師を対象としたアンケート調査結果報告」 研究班事務局
11:25	グループワークⅠ 「研修会をプロデュースしよう」 進行 あいち健康の森健康科学総合センター 津下 一代 【個人ワーク】 ●研修の課題や工夫していることは何か ●研修講師との連携については十分できているか ●企画、準備、当日、事後・次年度にむけて、カテゴリー別に検討
11:50	昼 食
13:00	【グループワーク・課題検討】 ●個人ワークで各自が出した課題等をグループで検討する。
13:30	【グループワーク・発表】 ●企画時に、どのような研修会を展開するか。ワークの中から探求する。
13:40	ミニレクチャー 【研修企画のコツ】 国立保健医療科学院 横山 徹爾 (国立保健医療科学院では研修会をどのように企画・運営・評価しているか)
13:55	休憩
14:10	グループワークⅡ 「演習をどう取り回すか」 進行 あいち健康の森健康科学総合センター 津下 一代 【研究班作成ビデオの紹介と活用】 ●初回面接 (予告編) ●アルコール 国立病院機構 久里浜医療センター 真栄里 仁
15:10	【グループワーク・事例の検討】 ●研究班作成ビデオ紹介と活用を受けて、研修会やOJTでの活用方法を検討する。 【グループワーク・報告、意見交換】 ●各グループでの討議のまとめを報告する。
15:40	まとめ・質疑応答
16:00	終了

(1) 参加者及びグループの構成

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、保健指導機関等で講習会企画を担当する方及びアドバイザーとして関与する講師等を対象として、募集案内を送付した。

(2) ワークショップの内容

①グループワークⅠ「研修会をプロデュースしよう」(図1, 2, 3, 4, 5)

(ア) グループワーク全体の流れと時間配分を認識する。 —図1

(イ) 自己紹介, グループ内で役割分担(司会・書記, 発表者)する。 —図2

(ウ) 個人ワークとして, 講演「研修会に求めるもの」と, 「ワークショップのねらいと研究報告」を聞いて, 感じた疑問点や重要点を考え, 付箋に記入する。 —図3

(エ) (ウ)の内容をグループで共有化する —図4

(オ) 研修会の開催にあたって, 「企画段階」, 「準備段階」, 「研修会当日」, 「事後, 次年度に向けて」の4つのカテゴリー別に, 「できていないこと, 課題となっていること」, 「行っていること・工夫していること」を付箋に記入する。 —図5

(カ) (オ)で記入した付箋を, テーマごとに模造紙に貼っていき, 課題や工夫が見える化する。 —図6

(キ) (カ)の内容をグループで話し合い, 研修を企画するにあたって, 重視すべき点, 最優先に改善すべき点を検討。 —図7

(ク) (キ)で検討した内容を発表する。 —図8

図1: グループワークの流れ

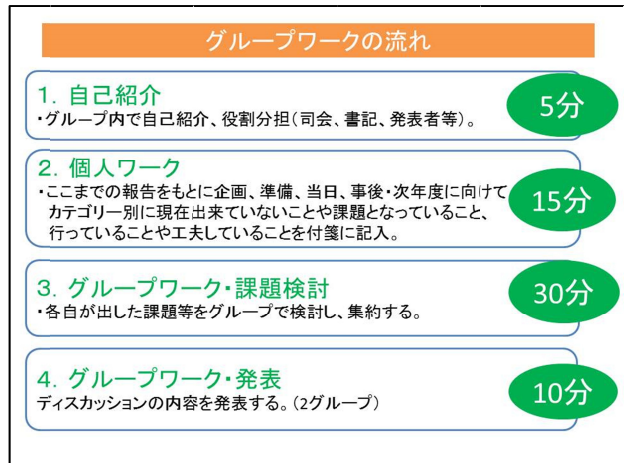


図2: 自己紹介, 役割分担

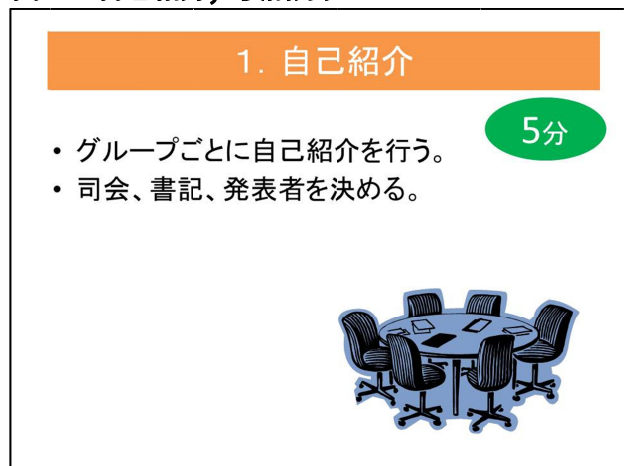


図3: 疑問点・重要点の記入

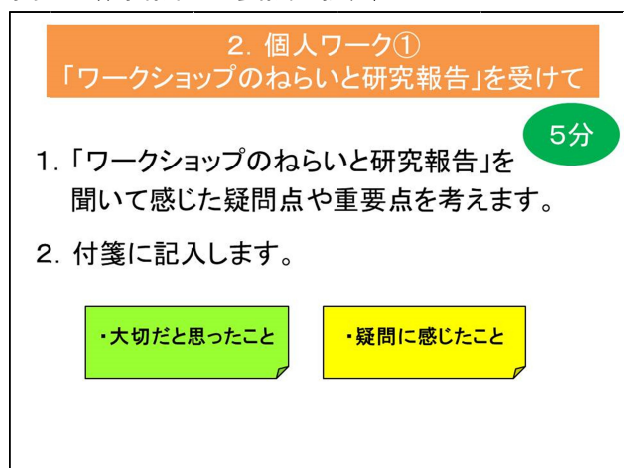


図4: グループワーク・課題の共有化

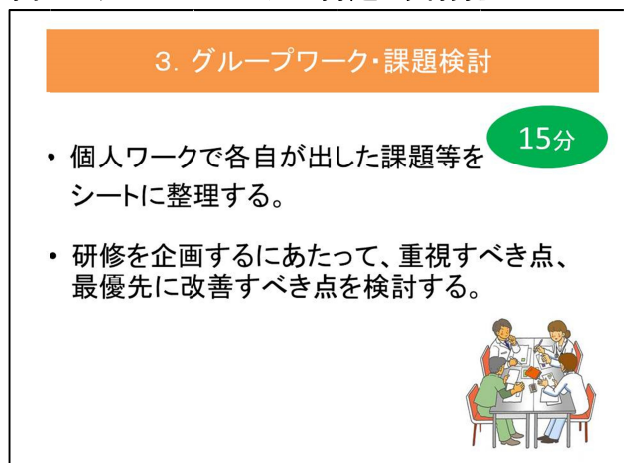


図5：カテゴリー別の検討

2. 個人ワーク②
「研修の課題や工夫していることは」

1. 4つのカテゴリーについて考えます。 15分

- ① 企画段階
- ② 準備段階
- ③ 研修会当日
- ④ 事後、次年度に向けて

2. 付箋に記入します。

・出来ていないこと
・課題となっていること

・行っていること
・工夫していること

図6：課題や工夫の見える化

3. グループワーク
「課題や工夫の見える化」

・ 個人ワークをグループ内で共有し、15分
カテゴリー毎に課題や工夫の見える化する

企画 行っていること 出来ていないこと 準備	当日 行っていること 出来ていないこと 事後・次年度
--	--

図7：グループワーク・課題検討

3. グループワーク・課題検討

・ 個人ワークで各自が出した課題等を
シートに整理する。 15分

・ 研修を企画するにあたって、重視すべき点、
最優先に改善すべき点を検討する。

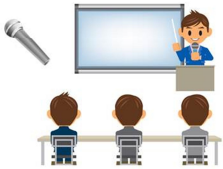


図8：グループワーク・発表

4. グループワーク・発表

研修を企画するにあたって、
重視すべき点、改善すべき点
について発表する。 10分

発表：
2分程度 × 4グループ



②グループワークⅡ「演習をどう取り回すか」

(図9, 10, 11, 12)

【研究班作成ビデオの紹介と活用】

「初回面接（予告編）」は、作成中のビデオ紹介とビデオ教材を用いた事例検討を行う場合の研修手順をレクチャーした。「アルコールについての保健指導の流れ・ポイント」は、2 パターンの保健指導をビデオで流し、その介入の様子に関してグループワークを実施した。

○ビデオ教材「初回面接（予告編）」の紹介

(ア) グループワーク全体の流れと時間配分を認識する。 —図10

(イ) 対象者の特徴を理解するため、資料等から得られる情報を集約する —図11

(ウ) ビデオ投影 —図12

(エ) 個人ワークとして、映像の中で感じた、介入の良かった点、改善点を記入する —図12

(オ) グループ内で出された意見を集約する。 —図12

(カ) (オ)をもとに発表する。 —図12

図9：はじめに

事例検討プログラム

～見えていますか？
対象者の気持ち～

1

図10：プログラムの流れ

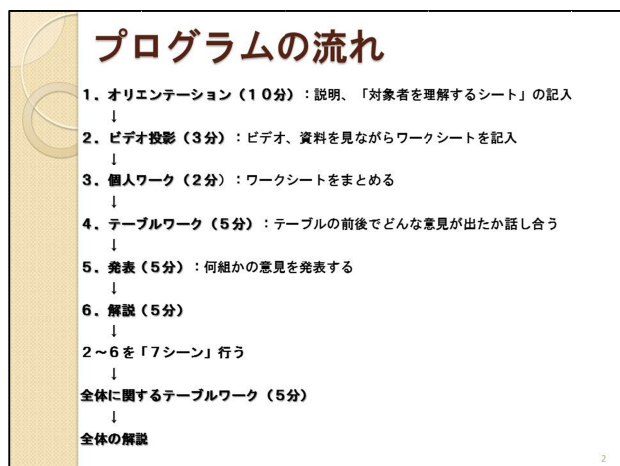


図11：対象者について

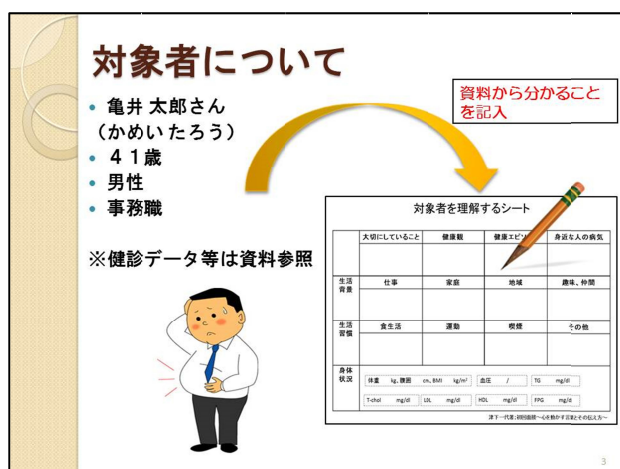
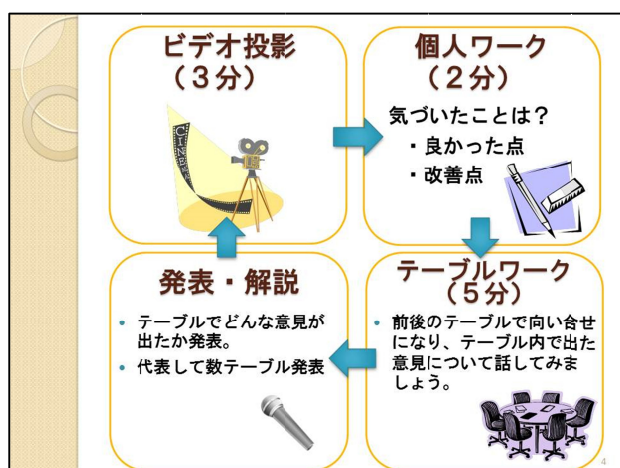


図12：発表に向けての意見の集約



○ビデオ教材：「アルコールについての保健指導の流れ・ポイント」を活用した事例検討

(ア) ビデオ投影（悪い介入例）

(イ) (ア)を受けて、個人ワークとして、介入の様子で良かった点、改善点について気づいたことを記入する。

(ウ) ビデオ投影（良い介入例）

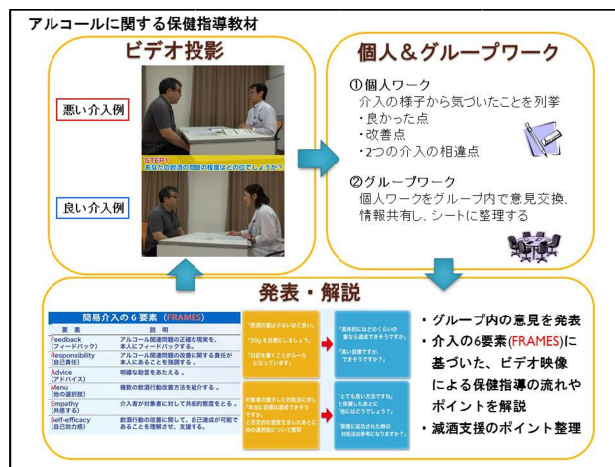
(エ) (ウ)を受けて、個人ワークとして、介入の様子から気づいたことや2つの介入の相違点について記入する。

(オ) グループ内で意見交換、情報共有し、シートを整理する。

(カ) (オ)で整理した内容を発表する。

(キ) (カ)を受けて、保健指導の流れやポイントを整理する。

図13：ビデオ教材：「アルコールについての保健指導の流れ・ポイント」を活用した事例検討



(3) 参加者事後アンケートの実施

研修会終了後に、各講師からの発表やグループワークに参加しての参考度と、ビデオ教材の活用度に関するアンケートを実施し、ワークショップを評価した。行政（都道府県，市町村，国民健康保険組合）と企業（企業，健康保険組合，医療機関，保健指導・健診機関，その他）による特徴を把握するために集計は分けて実施した。

C. 研究結果

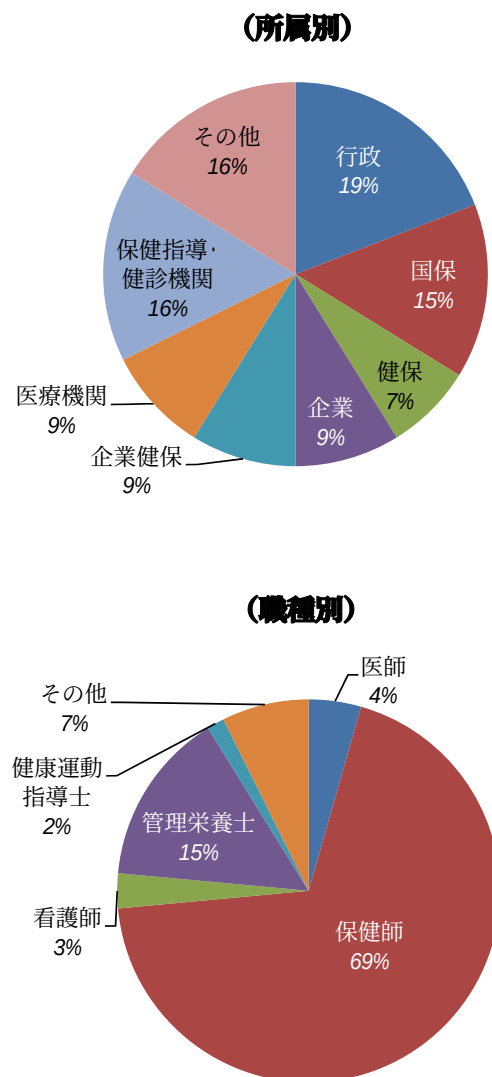
(1) 参加者及びグループ構成

男性 8 名，女性 60 名，合計 68 名の参加者及び講師 11 名で実施した。年代は，20 歳代から 60 歳代の参加があり（平均年齢 44.7 ± 8.06 歳）研修企画等，実際に現場で実施している方や特定健診・保健指導研修会で講師を担当する方からの参加が多かった。

都道府県を始め国保連，健保連，保健指導・健診機関などほぼ均一に参加が認められた。参加地域は，北海道，宮城，関東では茨城，神奈川，群馬，埼玉，東京，栃木，中部では，愛知，岐阜，静岡，富山，長野，新潟，近畿では，大阪，京都，滋賀，兵庫，その他，香川，広島，福岡，佐賀，と全国各地からの参加がみられた。職種別に見ると医師，管理栄養士，健康運動指導士，事務職の参加もあったが，全体の 7 割が保健師で，研修の企画・立案に保健師が多く関わっている現状を把握した。

参加者を行政（都道府県，市町村，国民健康保険組合に所属する者を含む）を 4 グループ，企業（企業，健康保険組合，医療機関，保健指導・健診機関を含む）とその他（フリーで活動する者）で 4 グループの計 8 グループに編成し，所属，地域，同年代，同職種，研修会講師経験の有無が重なり合わないよう配慮した上で，グループを構成した。

図 1 4：参加者内訳（所属別、職種別）



(2) ワークショップの内容

①グループワークⅠ「研修会をプロデュースしよう」

表1：【ワークショップのねらいと研究報告を受けての重要点、疑問点の検討】

	大切だと思ったこと	疑問に感じたこと
研修企画・評価に関すること	(対象者に関すること) - 対象者のニーズにあった研修内容を立案するため、研修の目的・目標設定の明確化。 - 対象者にあわせ工夫した教材の作成、選択。 - 所得格差、困難事例への対応、個別の背景(社会経済状況)を踏まえた取り組み。 - 若年者が保健指導の対象にならないような予防的事業。 - 保健指導非対象者への対応。 - 行動変容レベルのアセスメント。 - 職域、経験年数による習得度の違いに対応。 (保健指導スキルに関すること) - シンプルなメッセージでポイントを伝える手法。 - 個人に沿った内容、実現可能な内容の提案。 - 科学的根拠に基づく知識の提供。 - 社会資源に関する情報収集。 - 事業実施の際の事故防止。 (研修企画・運営に関すること) - 職種別による学習プログラムの必要性。 - 事例検討の必要性。 - 評価スケールの必要性。 - 成功事例を盛り込んだ研修。 - 事後アンケートからの習得度評価。 - PDCAの流れ。 - 研修ストーリーの一貫性。	(対象者に関すること) - 保健指導格差への対応。 - 県ごとに改善率に差がみられた原因。 - 諸外国対象者への保健指導方法。 (保健指導スキルに関すること) - マニュアルに基づき支援できることは必須か。 - 行動のポイントを伝えるためのメッセージ - 科学的根拠に基づく知識の提供は、どこまで求めるか。 - アウトソーシングの中での、実践者への研修方法。 - 保健指導の質を上げるためには、具体的に何を向上すべきか。 - 講師のトレーニング方法。 - 保健指導時にメンタル相談を受けた場合の対応。 - 未利用者や困難事例に対する対応方法。 (研修企画・運営に関すること) - 保健指導の経験年数に依存しない研修内容。 - 保健指導が終了後の効果評価方法。 - 困難事例があまり出てこない場合の対応。 - 講義の一貫性。 (健康寿命の定義、健康格差の定義が、講師によって差がある)。 - 講師との効率的・効果的な連携方法。 - 前後の自己評価以外の評価方法。 - 中長期効果の評価方法。 - 転勤での担当者の異動への対応。 (他機関に関すること) - 県が実施している内容は何か。 - 市町村ニーズは具体的に何か。
飲酒・喫煙	- e-learningでのレベルアップが大切。 - e-learningと研修会両者の長所を活かした研修システム。 - 管理栄養士のスキルアップ (管理栄養士の多い職場では、禁煙・アルコール疾患とつながりにくい傾向があるため、具体化していくことが必要)。 - 実際に摂取しているアルコール量を、対象者自身がきちんと確認できるような質問力。	- e-learningの事前学習活用方法。 「禁煙」「節酒」の強化型プログラムの内容。
食事	- 科学的な効果をどのくらい伝えられるか。 - 適した対象者のアセスメント。 - 対象者が知りたい内容の提供。 - 対象者のニーズ把握。 +10しても食事をすると体重効果には現れないため、面談者のモチベーションをUPさせることが大切。 - 対象者のクセ、改善ポイントを見極める。 - 個々の背景を踏まえ、食卓までおりた食事支援。	所得の低い人に対しての、野菜を多く摂取する工夫。
身体活動・運動	40～50代への指導の必要性 (活動量が低く運動実践困難な世代のため、生活活動を増やす必要がある)。 +10のメッセージは、様々な身体活動量の対象者にあった目標。 - 個々に合わせた目標設定。 - 実現可能なセグメント別アドバイス。 - 地域特性を考えた身体活動支援。 - 科学的根拠やその活用方法の情報提供。	- 冬場における身体活動の支援方法。 - 身体活動を研修に盛り込む方法。 - プラステンはあくまで入口であるため、そこから次につなげる仕組み。

【カテゴリー別の検討】

表2：企画段階

	できていないこと 課題となっていること	行っていること 工夫していること
関 参 加 者 に 関 する こと	・事前のニーズ把握。(5) ・経験年数や能力が異なる対象者のプログラム検討。(4) ・職域が異なる研修会の企画。(2) ・事前の習得度調査。(2)	・事前に対象者からの要望を聞く。(2) ・職場、施設での問題点を抽出し、研修終了後、具体的な計画の問題点・疑問点を把握。 ・レベル別の設定。 ・指導者をグループに配置。 ・立案を立て、実践につなぐ。
関 講 師 に 関 する こと	・誰に依頼するべきか分からず、講師が同じになってしまう。(2) ・スキルに応じた研修・OJTの実施（演習を取り入れていく際、指導者としてスキルに自信がない）。(2) ・事前の打合せが不十分で、課題や要望を伝えられていない。 ・研修担当者と打合せができておらず、一般的な内容しか講義することができない。	・直接出向いて調整を図る（現状や期待する内容を伝える）。 ・講師のことをより把握するため、論文や著書を読む。 ・参加者が新しい知識を導入できるよう、講師に依頼。
研 修 の 運 営	・担当者間で参加者情報や研修会の主旨を共有できていない。(3) ・検討会で意見が出ない。 ・マンパワー不足。	
研 修 の 企 画	・評価・指標を何にするかが定かではない。 ・概論をどの程度伝えれば良いか。 ・前年度の事後アンケート評価を生かしきれていない。 ・企画の継続性（単発になっている）。	・前年度の研修会後に実施したアンケート調査を生かす。(3) ・関係機関（県・連合会等）との連携による企画。(2) ・PDCAをまわして企画している。 ・研修内容の整合性を図る。 ・目的をもった研修の内容にする。 ・研修目標（ゴール）の明確化。 ・実施要領などの作成により予算も含めて内部調整をしている。 ・多くの参加者が集まるよう、研修会の時間や場所、アクセスを考慮する。
研 修 内 容	・演習のプログラムを入れる。（参加率が下がってしまう傾向）	・実践に生かすため、保健指導ロールプレイを研修に組み入れている。(6) ・参加型の研修・グループワークを盛り込む。 ・厚生労働省が指定する研修会の実施。（時間・プログラム） ・研修前にテーマの課題を提示。

表3：準備段階

	できていないこと 課題となっていること	行っていること 工夫していること
関する参加者 こと	- 参加者が集まる内容の検討（日時・リーフレット）。(2) - 参加者に偏りがある。 - 申込みのない市町村・地域がある。 - 経験年数が異なる参加者。 - 職種による知識の違い（事務職のニーズが不明）。 - 参加者が募集対象と異なる。 - 研修ねらいの共有化。	- 事前アンケートでの確認。(2) - 広報ツールの活用。興味を持てる案内。(2) - グループ分けの工夫。（職種・所属・経験別） - 参加者へ事前に目的や内容等を配信
関する講師 こと	- 最新情報を盛り込んでもらえない。 - 専門外への講師依頼。 - 講師への資料の修正。	- 講師との打ち合わせを十分に行う。(4) - 講師から送られてきたPowerPoint等の資料を確認する。 - シリーズの講義の際には、講師変更になった場合に、資料を共有する。 - 事例は必ず講師と相談して決める。
運営の 研修	事前のシミュレーション。	
企画の 研修	研修会に合った会場探し。	アクセスが悪い会場では、送迎バスを出して、参加しやすくしている。
内容の 研修	グループワークの実施方法。	- グループワークはイメージつかみやすいよう、担当がデモンストレーション。 - 個別に参加できるよう勧奨。 - 宿題つきの研修を実施。

表4：研修会当日

	できていないこと 課題となっていること	行っていること 工夫していること
関する参加者 こと	- 理解度の把握。(2) - ロールプレイに慣れていない。 - グループ分け（顔見知り、グループ内にいると遠慮する傾向がある）。 - 専門職種のスキルアップ。	自己評価。（目標設定に対する）
関する講師 こと		- わかりやすく見やすい資料を作成。 - より具体的な内容を伝える。
運営の 研修	- 参加者間の情報交換の時間を確保できない。 - グループワークをねらいに沿って展開する。	- 担当者が全体を把握し、スタッフに指示を出す。 - 当日の流れをスムーズにするために準備を行っている。 - 午前の講義の様子で午後からの内容を修正。 - ファシリテーターの配置。
研修 内容		- コメントをもらう。(2) - 効果的な事例検討を盛り込む。 - 困難事例に基づくケーススタディをワークショップで検討する。 - グループワークの題材をより身近なデータを活用。（参加型（質問形式・クイズ形式） - C S（顧客満足度）分析による企画。 - 継続支援へつなげる記録の書き方。

表5：事後，次年度に向けて

	できていないこと 課題となっていること	行っていること 工夫していること
関 参 する 加 こと 者 に	・目的、目標設定の適切性など、評価が十分にできていない。(2)	
関 振 する り 返 返 り こ と に	・アンケート集計後の、評価方法や開示について検討する必要がある。(6) ・アンケート内容の検討。(3) ・フォローアップ・継続した研修の開催。(3) ・研修後活用できているか確認できていない。 ・一定期間をおいた評価分析。 (行政は年度で担当が変わる。市町村保健師の離職も多く、所属への還元が困難。) ・スタッフ間の振り返り。 ・習得度を評価し、PDCAサイクルを回す。 ・次年度への検討会。 ・新規講師のリストアップ及び講師の養成。	・事前事後（終了時・6か月後）のアンケートの実施・回収・確認。(6) ・終了後のアンケートを評価し、次年度につなげる。(5) ・事前課題や研修会後の進捗状況レポートを提出してもらう。(2) ・知識・ポイントの理解度テストによる、受講前後での評価。 ・報告書の作成 (講演会の内容をHPへ公開する)。 ・研修後の独り立ちするまでフォロー。 ・企画、担当者間で反省会。

②グループワークⅡ「演習をどう取り回すか」

表6：ビデオ教材「アルコールについての保健指導の流れ・ポイント」を活用した事例検討

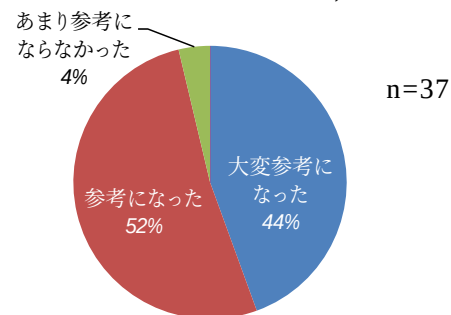
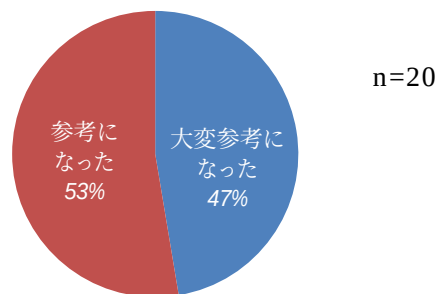
悪い介入の悪かった点	良い介入の良かった点
・言葉数が多い ・相手が話す余裕を与えない ・指導者が一方的に決めつけている ・最初の導入から上から目線 ・過去の成功例を褒めていない ・話したい雰囲気になっていない ・人の話を受け止めていない ・否定的 ・具体的な数字がない ・説明の教材を自分側に向けている	・相手の気持ちを確認している ・導入が良い ・説明が丁寧 ・自己決定を促している ・過去の成功体験を引き出している ・コーチングの技術 ・対象者を褒めている ・日記を目標達成のためのツールとして伝える ・強制しない（融通がきく） ・寄り添う (「一緒に頑張ろう」の発言が多い) ・イメージ（お酒を飲まない自分）させている ・本人に考えて、話す時間を与えている ・本人に気づきのタイミングを与えている ・飲酒についての正しい情報の共有を図りながら話を進めている

(3). 参加者事後アンケートの実施（回答率 83.3% (57/66 人)）

図15, 表7:「ワークショップのねらいと研修報告」についての参考度

・行政（都道府県，市町村，国民健康保険組合）

・企業（企業，健康保険組合，医療機関，
保健指導・健診機関，その他）

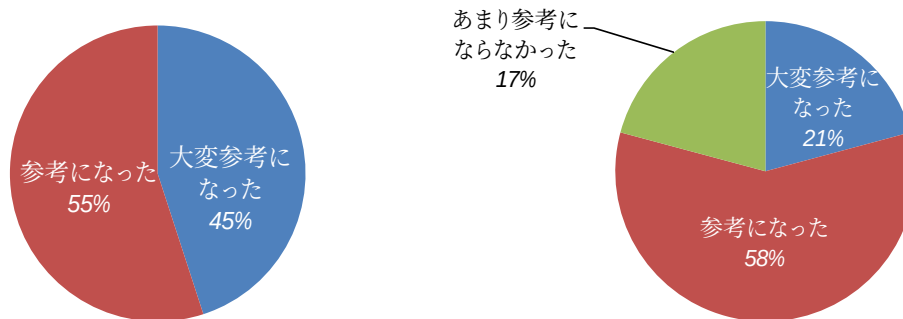


	行政	企業
参考になった内容	- 保健指導の格差をどう埋めていくのか、現状の問題を把握することができ、今後の研修企画に生かしていきたい。 - 相手の環境を知り、指導する必要があると理解できた。 - 短い時間の中でも、対象者にこちらの意図を伝えられる研修会が実施できる。 - 科学的根拠に基づく知識の提供の必要性を再認識した。 - 保健指導力についての自己評価調査結果より、支部間格差が大きいことや、各職種によるウィークポイントがわかり参考となった。 1人1人のために研修をしていることを意識して、企画することが大切だと感じた。 95%の労働者の健康管理ができていないことに関しては、地域で取り組む体制づくりが必要。 - eラーニングプログラムの活用や効果・保健指導力についての自己評価調査の中の習得度評価について参考になった。	- 外部のアドバイザーを活用することについて、どの段階で入っていただくと良いのかさらに理解したいと思った。 +10の内容で研修内容を考えるとき、具体的にどうしたらよいか。 - 協会健保の発表では、支部間の格差(改善率)の説明をしていたが、原因分析をしていたらその内容を詳しく知りたい。 - 個々の報告について、さらに詳しく聞きたいと思った。
より詳しく理解したいと感じた点	- 対象者の腑に落ちる具体的な内容であった。 - 対象者が身体活動を増やす目標になった場合、プランシートに上手くつなげていきたい。 - 企画者側の意識づけが大変重要だと思った。 - e-ラーニング+グループ学習の効果や効率的な方法を提出していけるとよい。 - 最新の栄養、運動の指導する際のポイントがわかりやすかった。 - 短時間の中でまとめられていて、本当に大切な部分、エッセンスを抽出していただき、指導者に伝える材料になった。 - 非常に内容が盛りだくさんであり、様々なエビデンスをいただいた。 - 自己評価調査結果からスキルとして不足しているものが明らかになった（禁煙・禁酒）。 - 事前・事後アンケート評価を行いたいと思った（現在は、事後のみ実施している）。 「+10」のメッセージがわかりやすいというのが、とても印象的だった。より多くの人にも合致するメッセージだと思った。 - 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。 2020年の東京オリンピック誘致を例に挙げ、集中力が5分。伝え方が大切だと感じた。 - 保健指導効果は地域格差がある。現状の問題を把握することができ、特徴に合わせた研修企画に生かしていきたいと感じている。 「運動」ではなく「身体活動」とコンセプト作り、「+10」など実行可能な行動目標設定。	「保健指導力についての自己評価（自己評価は、回答者の認識により差がある。何をもって、「できる」とするか、ものさしがあるとよいと思う。）」の詳しい結果を知りたい。併せて、分析の手法についても理解を深めたい。 - 現場の栄養士に自己評価（セルフチェック）を実施しているが、自己評価と他者評価が一致せず、フィードバックが煩雑になりがちである。面談の真の「質」はどちらなのか、その測り方があれば知りたい。

図16, 表8：グループワークⅠ「研修会をプロデュースしよう」についての参考度

・ 行政 (n=20)

・ 企業 (n=37)

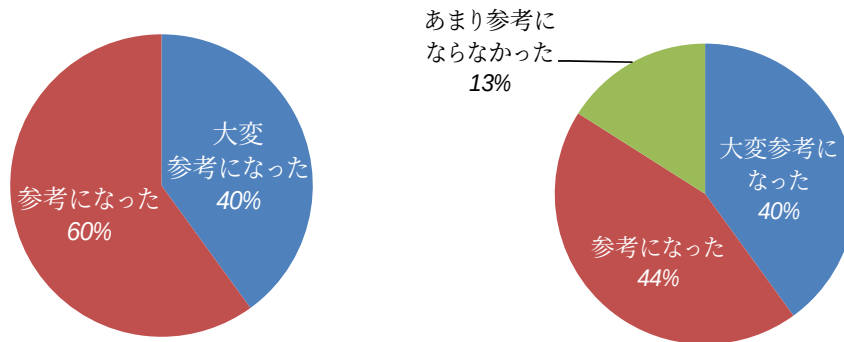


	行政	企業
参考になった内容	- 企画段階での課題が多く出た。ニーズの把握は対象によっても異なるため、話し合いが参考になった。 - グループワークを通じて、情報共有ができたと共に、できていないことに気づくことができた。 - 各県の状況がわかり、とても参考になった。 - 目的をしっかり持たないといけないと理解した。 - グループワークにて工夫している点を学ぶことができ、これから生かしていきたい。 - 他の方の意見を聞くことにより、同じようなことで悩みがあることがわかった。 - 企画の仕方について、もっと議論したい。 - 時間が足りない。事前に考えてきたことを話し合った方が効率的なので、受講前に考えて、指示があった方が良かった。 - 市町村、保険者格差が明らかになってきた今、初任者、スキルアップ、マネジメント等段階に応じた研修企画が必要と感じた。事前・事後アンケートはとってはいるが、その後のフォローはしていないので今後はとっていききたい。(どのように改善されたか等) - 企画と準備段階での工夫がとても大切だと思うので、もう少し話し合えばよかった。 - 研修を行うときの基本的に大切にすることが確認できたと思う。内容が濃かったので、消化するのに時間がかかると思った。 - 国や都道府県など規模によって準備が大変だと思った。評価の仕方が参考になった。	- 情報が共有できてよかった。時間配分をよく理解してから望めばよかった。 - 現在は、外部講師を使ってプロデュースする立場ではないが、課題がわかり、自分で企画する研究にも応用できそうに思えた。 - 企画するうえで、目的や到達目標等をしっかり立ててチームで共有すること、事前事後 - 評価で次年度に生かせることが理解できた。 - グループ内の方からとても良い参考例を聞いた。メンバーは、保健指導者の組織だからこそ、職員のレベルをⅠ～Ⅴまで分け、レベル毎のスキルアップ研修をしていた。 2年目であっても上手く研修できればファシリテーターを担当できる。 - 短い時間の中で意見を出し、まとめていく力は、とても必要なことだが、現在はまだトレーニングできていないと感じた。 - 他所属の方の工夫をきくことができて参考になった。 - 質をどう評価していくか。目的評価も重要だが、どう行うのがよりよいのか、もう少し深く知りたかった。 - 国や都道府県など規模によって準備が大変だと思った。 - 評価の仕方が参考になった。 - お互いの悩みやできていることを共有できた。 - 同じ保健指導でも、所属によって異なる。 - 今回は保険者、行政関係者が多かったと思われる。

図17, 表9：グループワークⅡ「演習をどうとり回すか」についての参考度

・行政（n=20）

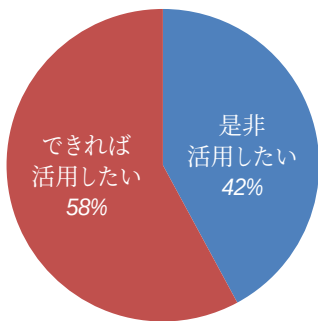
・企業（n=37）



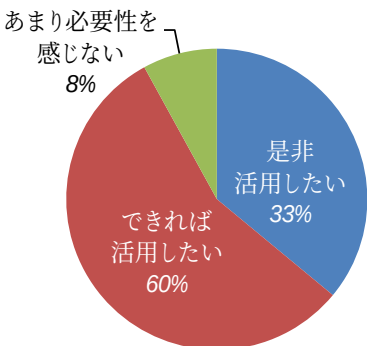
	行政	企業
参考になった内容	- 具体的な指導場面が分かり、参考にしたいと思った。 - 指導力の格差は自身のスキルアップにかかってくるので、今後も課題になると思った。 - ビデオを見て、感じることはみなさん同じ。方向性は同じなので、研修会を主催する際の参考にしたい。 - ビデオ活用など教材の工夫をすることも、大切であると感じた。 - 研修会の具体的な企画評価等、国立保健医療科学院の事例をもって紹介いただけたのが、とてもよかった。 - 分かっているつもりでいたことも、他の人の意見を聞くと視野が広がるだけでなく、他の疑問に思っていたことも解決できた。話し合いは大切だと思った。 - ビデオ教材を活用することで、全国で一定レベルの研修ができると感じた（現状では適切な講師がいなくて、内容が薄くなっている分野などで効果的）。	- アンケート調査をしているが、それを上手く活用できていない。 - 他の人の意見がとても参考になった。 - 企画のコツがとても使えると思った。 - できていないことが見えた部分とできていないことすら見えていない部分が存在する。 - 面接方法の善し悪しは第3者として、客観的に見ることで学ぶことが多いと思った。 - ライブ指導が一番とのことでしたが、やはり指導者のスキルに依るところが大きくなってしまったので、ビデオは良いツールだと思った。 - もっと多くの事例を知りたかった。 - 研修企画をしたことのない方がほとんどであった（グループ内）。全体発表も内容が目新しいことがなかった。 - FRAMESの視点について詳しく知りたい。 - 研修を実施してアンケートの中に演習がしたい実際の指導場面をみたいなどあり、参考になった。 - 成果を出すには、参加者企画。 - 具体的な内容で解りやすかった。

図18、表10：「研究班作成ビデオ教材」の活用度

・ 行政 (n=20)



・ 企業 (n=37)



	行政	企業
ビデオ教材について気づいた点	- ビデオの教材は見るとわかりやすい。 - 使用の際は対象者が限られてしまう。 - 保健指導は1対1での実施であるため、基本的なポイントを示せる事例があるとよいと思った。 - アドバイスがあったように、家庭用VTRで自身の指導場面を録画し、指導スキルを検討することはすぐに活用できそうだと感じた。 - 分かりやすい教材だった。活用を検討したい。 - 保健指導のスキルアップに有効だと思った。 - 一般的な対象者のビデオであったため、いろいろなケースのビデオがあるとよい。 - 視覚に討えるビデオ教材はとても良いと思った。 - 解説を行う職員、ロールプレイを支える事務局職員のスキルが必要だと感じた。 - VTRを活用した意見交換・グループワークをやってみたいと思った。 - 現場でとても参考になる（特に初任者）。 - 保健指導の経験年数に関係なく、良い例・悪い例が共通認識できるので教材としてはとても有用。 - 研究班作成のビデオは今後無料で活用できるようになるのか知りたい。	- 良い・悪いを出さない方がよい。良い例も、突っ込みどころは沢山あるように思う。 - 研修の題材として、絶対必要だと思った。 - 良い指導に「賞賛」や「オープンクエスチョン」など、行っているスキルのチャプターが入ると、専門用語を実際にどう使うかがわかるのではないかな。禁煙版もあるとよい。 - 保健指導者育成に活用したい。ビデオはどのくらいの費用でどこに申し込めば使えるか知りたい。 - 禁酒というと、治療ベースでの入り口として、依存症のスクリーニングという印象が強かったが、こういう活用方法でいいなら是非活用したい。 - うなずきはあったが、おうむ返し、キーワードを返すなどもう少し返し方をきちんとするとリアリティーが高くなるかと思った。理解した後、行動に移すにはもうひと工夫いるのかなと思った。 - 長さとしてちょうどよい長さだと思った。 - 市販されているものを使用しているため必要性を感じない。

表11：ワークショップ全体の感想・意見

	行政	企業
ワークショップ全体を通じての意見	・ 盛沢山の内容で、大変勉強になった。研修開催に向けて、参考になった。 ・ 事前に学習する時間があるとより効率的に進むと思った。 ・ 全体での参加者名簿がいただけるとよかった（どのような機関から参加されているのか知りたい）。 ・ 疑問な点について、その場で回答していただけてよかった。 ・ 改めて、奥深さを感じた。もっともっと練って研修企画を立てなければならないと思う。 ・ 評価や研修のモチベーションなど、とても参考になった。 ・ 保健指導実践者育成研修会の開催が来年度で、9年目を迎えるような構成にしていこうか悩んでいたが、コツをたくさんご教示いただきありがたかった。あとは実行するのみ。 ・ 今回のワークショップの手法を参考にひとつずつ実践していく。かゆいところに手の届く研修内容だった。 ・ すばらしい講師を集めて大変有意義な研修になった。 ・ 保健指導のスキルを上げることが、質を高めることにつながる。常に初心にもどり、自己を客観的にみていきたい。 ・ 研修を企画するのには悩みが多い。チームで相談しながら行うことが大切だと思った。 ・ 実践者育成研修の企画段階で、基礎編、実践編、評価編それぞれの単位が決まっていて、プログラムをたてるのに障壁になっている（参加者に合わせた内容として計画できない）。応用のきくものにしていただけると現場に即した研修ができる（全体として3日または4日で組み立てるため）。	・ もっとゆっくり拝聴したいくらいだった。 ・ 保健指導の「質」「スキル」それを客観的に測る物差しはできるか。参加者が選んで参加できる研修を考えていきたい。 ・ 講師やアドバイザーのリクエストなどあったらいいと思った。 ・ 我々は結果を出す保健指導が売り上げなので、自らのスキルアップを進んで行う「営業マンの売り上げの評価」に似たものを取り入れることも必要。 ・ 研修に参加させる上司へのアプローチが必要。 ・ 講師の先生方ご自身もご自分の担当以外を聞いて、また、本研修会の全体を見てどのような感想をお持ちなのか興味がある。 ・ 企画者、講師の先生方との意見交換はたくさんの収穫になった。 ・ 研修の実践報告（事例発表）等あるともっと持ち帰れると思った。 ・ 禁煙禁酒を含め、保健指導の必要性を感じた。 ・ 総論をどのように現場に活かせるプログラム作りに落とし込むかが課題。 ・ グループワークにアドバイザーとして先生方が入ってくださり、とても参考になった。 ・ 研修会の評価の1つとして「組織にとってどうだったか？」という評価視点で確認したい。 ・ アルコール以外のビデオ教材もほしい。 ・ Web学習はぜひやってほしい。 ・ ディスカッションの時間が足りなかった。 ・ 他の研修ではなかなか聞けない内容であり、今後の研修に活用したい。

D. 考察

研修企画のグループワークでは、研修会開催にあたって、「企画段階」、「準備段階」、「研修会当日」、「事後、次年度に向けて」の4カテゴリーにおける、「できていないこと、課題となっていること」、「行っていること・工夫していること」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、グループを行政（都道府県、市町村、国民健康保険組合）と企業（企業、健康保険組合、医療機関、保健指導・健診機関、その他）に分け、さらには、年齢や職種、講師の経験有無が重ならないよう編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、情報の共有ができ、今後の研修会にも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「特定保健指導の奥深さを改めて感じた」という意見もみられ、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、さらに参加者の指導状況や日頃感じている課題を基に、同様のワークショップを定期的に行うことの必要性が示唆された。

ビデオ教材についても、介入別の良かったと感じた点、悪かったと感じた点を集約し、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、「講師を含めたグループワークが大変参考になった」、「研修会を企画する上で悩みは多いが、チームと

して改善策を検討したい」、「すぐに活用したい」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

ニーズを捉えた充実した研修会を実施するには、担当者が企画の段階からどれだけ周到に準備できているか、そして、開催までに依頼する講師との意思疎通が十分にとれているかが重要である。また、研修内容に関して、標準化するためにはビデオ教材の有用性は高い。今後の展望として、各研究担当者の成果物については、随時ホームページに掲載し、関係者および研修企画者が必要に応じた情報や資料を、適宜活用できるように準備する。

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

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
分担報告書**

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

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である。今年度は、受講者のデータ数を増やして、使い勝手と効果の分析を昨年度に引き続き実施するとともに、新たな検討として、トレーニングによる受講者間の成績格差の縮小効果と効果評価の指標間の関連性（学習効果の関連性）を検討した。

eラーニングのプログラムは、「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。解析対象は2010～13年にプログラムの学習参加募集により参加を申し込み、学習を修了した1526名である。プロセス評価のため、学習後にプログラムに対する指導者の評価を把握するためのアンケート調査を実施した。有効性評価のため、対象者に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。有効性の評価では、3種類のプログラムとも知識、態度、自信について有意な改善がみられた。行動については、学習直後の調査であったものの、5項目中、治療版で3項目、導入版、支援版で2項目において有意な改善がみられた。喫煙者全員への禁煙アドバイスについては、3種類のプログラムに共通して有意な改善がみられた。受講者のトレーニング前の各評価指標の格差がトレーニングによって縮小するかを調べた結果、すべての指標において格差が縮小した。これらの結果から、プログラムの有効性が示された。学習効果の関連性については、3種類のプログラムとも態度の改善と自信の改善との間に有意な関連がみられた。治療版と支援版においては、行動の改善と態度、自信の改善との間にも有意な関連がみられた。知識の改善と他の指標の改善との間には治療版を除き、関連はみられなかった。

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

ることである。

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(図表1)。学習時間の目安は、禁煙治療版が10~12時間、禁煙治療導入版が3~4時間、禁煙支援版が4~5時間である。

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)。

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(10551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、2011~13年に大阪府内と高知県内の保健医療団体、日本禁煙推進医師歯科医師連盟、産業医学推進研究会、日本循環器学会、全国健康保険協会愛知支部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2666名(治療版1625名、導入版323名、支援版718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2187名(治療版1288名、導入版264名、支援版635名)であった。本研究では学習を開始した2187名のうち、予定された全ての学習内容を修了した1526名(治療版872名(67.7%)、導入版205名(77.7%)、支援版449名(70.7%))を対象とした(図表5)。

3. 解析

プログラムの使い勝手の評価を行うため、学習後、学習修了者を対象にアンケート調査を実施した。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、プログラムの効果を評価するため、トレーニングに参加した対象者に対し、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、①禁煙治療や支援

に関する知識を問う質問(治療版20問、導入版と支援版10問、うち共通の質問は6問)、②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(共通の6問)、③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(共通の2問のほか、支援版は短時間における介入に対する自信の質問を加えた3問)、④対象者の日常診療時における禁煙支援行動を問う質問(共通の4問のほか、プログラム別に追加の1問)である。

解析内容は以下の5項目である。最初の3項目については、2013年の受講者のデータを追加して、昨年度と同様の方法で解析を行った。①トレーニング参加者2187名の属性を学習修了者、未修了者別に χ^2 検定、分散分析を用いて検討した。②参加者のトレーニングプログラムへの評価を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)で検討した。③学習修了者1526名の知識、態度、自信、行動がトレーニング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。さらに、今年度は新たな検討として以下2つの解析を実施した。④トレーニングによって受講者間の知識、態度、自信、行動の成績差が縮小するかどうかを検討した。各項目をトレーニング前のスコアで3群に分け、トレーニング後のスコア差が縮小したかを格差指標を用いて検討した。使用した格差指標は図表6のとおりである。⑤トレーニング後の各項目の改善が他の学習効果とどのような関連があるのかについて検討を行った。各項目のトレーニング前後のスコア差で対象を3群に分け、他の項目のスコア差の比較を対応のない分散分析およびTukeyの多重比較を用いて行った。すべての検討は、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。格差指標の算出はHD*Calc ver1.2.4を使用し、その他の解析には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にて、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。2011~13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、①効果検証のためにトレーニング前後でのアンケートやテストへの協力、②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

学習修了者において、男性82.6%であり、平均年齢47.0歳であった。職業は医師が71.3%、看護師が19.8%と2職種で9割以上を占めていた。禁煙治療経験は、1年未満40.7%と、経験の浅い参加者が多く、トレーニング経験は79.5%が経験なしであった。学習未修了者と比較すると、修了者において医師の割合が低く、看護師の割合が高かった（図表7）。

2) 導入版

学習修了者において、男性41.5%であり、平均年齢46.7歳であった。職業は薬剤師66.8%、医師20.0%と2職種で8割以上を占めた。禁煙治療経験は1年未満51.2%と、経験の浅い参加者が多かった。トレーニング経験は85.9%が経験なしであった。学習未修了者と比較すると、年齢が修了の方が有意に若かった（図表8）。

3) 支援版

学習修了者において、男性11.4%であり、平均年齢40.7歳であった。職業は保健師50.6%、栄養士12.9%、看護師12.7%であった。禁煙治療経験は1年未満51.2%と、経験の浅い参加者が多かった。トレーニング経験は81.7%が経験なしであった。学習未修了者と比較すると、修了者における非常勤勤務者の割合が有意に多かった（図表9）。

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割以上を占めており、8割以下だった項目は、治療版の「学習量は適切であった」75.2%のみであった（図表10）。

3. トレーニングの効果

1) 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。その結果、治療版3.7点増加、導入版2.9点増加、支援版3.2点増加と有意にスコアが向上した（図表11）。

2) 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、導入版、支援版で6項目すべてにおいて有意にスコアが増加した（図表12）。

3) 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、導入版では、たばこをやめたいと思っている喫煙者に対する自信はそれぞれ13.1%、18.2%、たばこをやめようと思っていない喫煙者に対する自信はそれぞれ17.9%、19.8%有意に増加した。支援版においても、たばこをやめたいと思っている喫煙者へ10分程度の支援に対する自信21.3%、たばこをやめたいと思っている喫煙者への1~3分程度の支援に対する自信24.6%、たばこをやめようと思っていない喫煙者

に対する自信は25.3%有意に増加がみられた(図表13)。

4) 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」0.10、「禁煙する気持ちの確認」0.18、「再喫煙を防ぐ働きかけ」0.21であった。導入版では、「禁煙のアドバイス」「禁煙する気持ちの確認」共に0.26であった。支援版では「禁煙のアドバイス」0.16、「10分程度の禁煙支援」0.33であった(図表14)。

4. トレーニングによる受講者間格差の変化

トレーニング前の各項目(知識、態度、自信、行動)のスコアを使用し、平均値前後を中群とし、中群よりスコアが低い群を低群、高い群を高群として項目ごとに対象を3群に分けた。次に、各群のトレーニング後のスコアを求め、格差指標(図表6)を用いて3群間の成績差が縮まったかを検討した。その結果、治療版(図表15,16)、導入版(図表17,18)、支援版(図表19,20)のすべての項目において、成績差の縮小がみられた(図表21)。

5. トレーニングによる各項目の改善と他の学習効果との関連

各項目のトレーニング前後のスコア差をもとめ、対象者を差が0以下をマイナス群、平均値前後以下を変化低群、平均値前後以上を変化高群として3群に分けた。次に、各群の他の項目の前後のスコア差をもとめ、比較を行った。その結果、治療版では、知識と行動以外の項目間では、変化高群が他の項目でもスコアが有意に高かった(図表22,23)。導入版では、態度と自信1(動機が高い喫煙者に対する支援)、自信2(動機が低い喫煙者に対する支援)、自信1と態度、自信2、自信2と態度、自信1、行動間では、変化高群が他の項目でもスコア

が有意に高かった(図表24,25)。支援版では、知識と自信③(動機が低い喫煙者に対する支援)、態度と自信①(動機が高い喫煙者に対する10分程度の支援)、自信②(動機が高い喫煙者に対する1-3分程度の支援)、自信③、行動、行動と態度、自信②、自信③、自信①と知識、態度、自信②、自信③、自信②と態度、自信①、自信③、自信③とすべての項目において、変化高群が他の項目でもスコアが有意に高かった(図表26,27)。

D. 考察

3種類のeラーニングの使い勝手や効果を評価した。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。有効性の評価では、3種類のプログラムとも知識、態度、自信について有意な改善がみられた。行動については、学習直後の調査であったものの、5項目中、治療版で3項目、導入版、支援版で2項目において有意な改善がみられた。喫煙者全員への禁煙アドバイスについては、3種類のプログラムに共通して有意な改善がみられた。受講者のトレーニング前の知識、態度、自信、行動の格差がトレーニングによって縮小するかを調べた結果、すべての指標において格差が縮小した。これらの結果から、プログラムの有効性が示された。

学習効果の関連性については、3種類のプログラムとも態度の改善と自信の改善との間に有意な関連がみられた。治療版と支援版においては、行動の改善と態度、自信の改善との間にも有意な関連がみられた。知識の改善と他の指標の改善との間には治療版を除き、関連はみられなかった。

学習効果の関連性の検討は断面調査によるものであるため、因果関係を検討することはできない。しかし、本結果から、禁煙支援・治療についての指導者の態度形成、自信構築、行動変容を推進するためには、知識修得を目的とした講義形式のプログラムでは不十分であることが示唆された。本研究で用いたeラーニングは、その学習内容として、講義の動画視聴とテキスト学習による知識の習得だけでなく、動画によるカウンセリングの

例示,バーチャル下での演習(カウンセリング,症例検討,Q&A演習)を体験できる学習要素を取り入れており,このことが知識だけでなく,態度,自信,さらに行動の一部においてもトレーニングの効果が観察されたと考えられる。また,禁煙成功率を高める効果的な行動技法として,問題解決カウンセリングや指導者からの情緒的サポートなどが明らかにされており¹⁻³⁾,これらの学習内容をeラーニングの体験学習において取り上げていることも,指導者の自信や行動の改善につながったのではないかと考える。

先行研究において,指導者トレーニングにより,指導者の禁煙支援・治療に関わる行動(禁煙開始日の設定,カウンセリング,フォローアップの予約など)が有意に改善し,禁煙成功率が有意に高くなることがRCT研究のメタアナリシスにより確認されている⁴⁾。これらのメタアナリシスの対象となった研究ではワークショップ形式による集合型のトレーニング方法が用いられている。本研究のようなeラーニングやウェブ学習によるオンライントレーニングの効果については,これまで報告がほとんどみられないが,英国における研究報告がある⁵⁾。英国ではNHSサービスとして禁煙治療サービスが提供されており,その一環として知識習得を目的としたオンライントレーニングとスキル習得を目的としたワークショップの組合せによる公的な指導者養成が実施されている。そのオンライントレーニングの前後の比較により知識の改善がみられたことが報告されているが,本研究のような態度や自信,行動についての評価は報告されていない。その意味で本研究はこの分野での先進的な研究と言える。

本研究に参加した受講者のアンケート結果から,禁煙支援・治療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。一方,禁煙支援・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,専門的なトレーニングを受けずに実践に従事している指導者が少なくないことが明らかになっている。本研究において,受講者の知識,態度,自信,行動はトレーニ

ング前に受講者間で一定の格差がみられたが,トレーニング後に縮小することを明らかにした。指導者間の禁煙成功率の格差については,英国においても喫煙者や地域の特性,支援方法などを補正しても有意な格差がみられることが報告されている⁶⁾。

今後の課題として,① eラーニングとワークショップの組合せによるトレーニング内容の充実,②トレーニングの長期効果の検討,特に受講者の禁煙支援・治療に関する行動の変化やトレーニングを受けた指導者から支援を受けた喫煙者の禁煙成功率を指標とした効果の検討,③本研究で有効性の評価指標とした知識,態度,自信,行動と指導者の禁煙支援スキル⁷⁾との関連の検討があげられる。

トレーニング内容の充実については,英国でも実施されているように,eラーニングとワークショップを組合せて実施するのがよい。その際,ワークショップでは,禁煙成功率を高める行動技法の演習や現場での実践につなげる計画づくりや計画を実行に移すにあたっての問題点の検討などが効果的と思われる。本研究で用いた有効性の評価指標と指導者のスキルとの関連の検討は,禁煙成功率と密接に関連する指導者のスキル⁷⁾の代理指標として,これらの評価指標がどの程度有用かを検討するための貴重な資料となる。本検討については,模擬喫煙者を用いて指導者の支援スキルをトレーニング前後で測定した研究データ⁷⁾を用いて,来年度検討する予定である。

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効果を評価した。その結果,トレーニングにより,指導者の知識,態度,自信,行動の一部が有意に改善するだけでなく,受講者間の成績格差が縮小することが示され,プログラムの有効性が示された。

[引用文献]

- 1) Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
- 2) West R, Wadia A, Hyder N, et al: Behavior change techniques used by the English Stop Smoking Services and their associations with short-term quit outcomes. Nicotine Tob Res 2010; 12(7): 742-747.
- 3) Michie S, Churchill S, West R: Identifying evidence-based competences required to deliver behavioural support for smoking cessation. Ann Behav Med 2011; 41(1): 59-70.
- 4) Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, et al: Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5.
- 5) Brose LS, West R, Michie S, et al: Effectiveness of an online knowledge training and assessment program for stop smoking practitioners. Nicotine Tob Res 2012; 14: 794-800.
- 6) Brose LS, McEwen A, West R: Does it matter who you see to help you stop smoking? Short-term quit rates across specialist stop smoking practitioners in England. Addiction 2012; 107(11): 2029-2036.
- 7) 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.
- Varenicline Post Hoc Analysis in Japanese Smokers. Clinical Therapeutics, 36(6): 918-927, 2014.
- 3) 中村正和: II生活習慣の是正 2.生活習慣是正の指導⑥. 日本循環器病予防学会編: 循環器病予防ハンドブック 第7版, 東京, 保健同人社, p196-199, 2014.
- 4) 中村正和: 禁煙支援. 足達淑子編: ライフスタイル療法 Iー生活習慣改善のための行動療法 (第4版), 東京, 医歯薬出版, p56-63, 2014.
- 5) 中村正和: IIIフィードバック文例集活用の手引き 4.喫煙. 今井博久 (編): 今日から使える特定健診・特定保健指導実践ガイド. 東京: 医学書院, p36-43, 2014.

2. 学会発表

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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.
- 2) Nakamura M, Oshima A, Ohkura M et al: Predictors of Lapse and Relapse to Smoking in Successful Quitters in a
- 1) 中村正和: 教育講演 6 結核と喫煙ー命を守る禁煙支援活動と社会環境整備. 第 89 回日本結核病学会総会, 2014 年 5 月, 岐阜.
- 2) 中村正和, 萩本明子: 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 23 回日本健康教育学会学術大会, 2014 年 7 月, 札幌.
- 3) Nakamura M: Challenge of Nicotine Dependence Treatment. Symposium 10 Smoking, 32nd World Congress of Internal Medicine. 24-28 October 2014, Seoul. Korea.
- 4) 中村正和: 専門職の“保健指導力”向上に必要なエビデンスとは?ー禁煙支援分野からの考察. 第 73 回日本公衆衛生学会総会, 2014 年 10 月, 栃木.
- 5) 増居志津子, 中村正和, 梶浦貢, 村木功, 羽山実奈, 本田瑛子, 宮崎純子, 伯井朋子, 中野玲羅, 藤村昌子, 撫井賀代, 北村明彦, 石川善紀, 岡田武夫, 木山昌彦: 大阪府行動変容推進事業について [第 3 報] 禁煙支援. 第 73 回日本公衆衛生学会総会, 2014 年 10 月, 栃木.

- 6) 中村正和: 禁煙サポートに関する総論・概説.
第55回日本肺癌学会学術集会, 2014年11月,
京都.

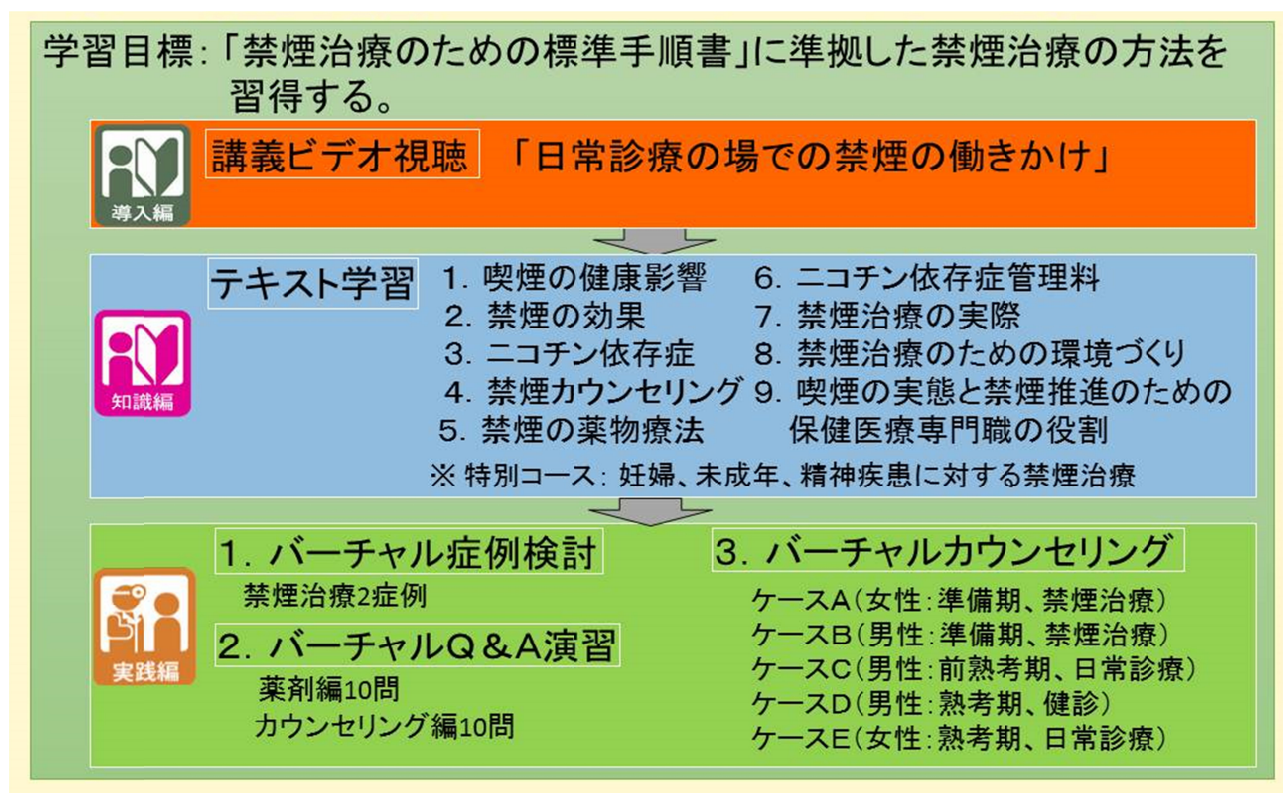
G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

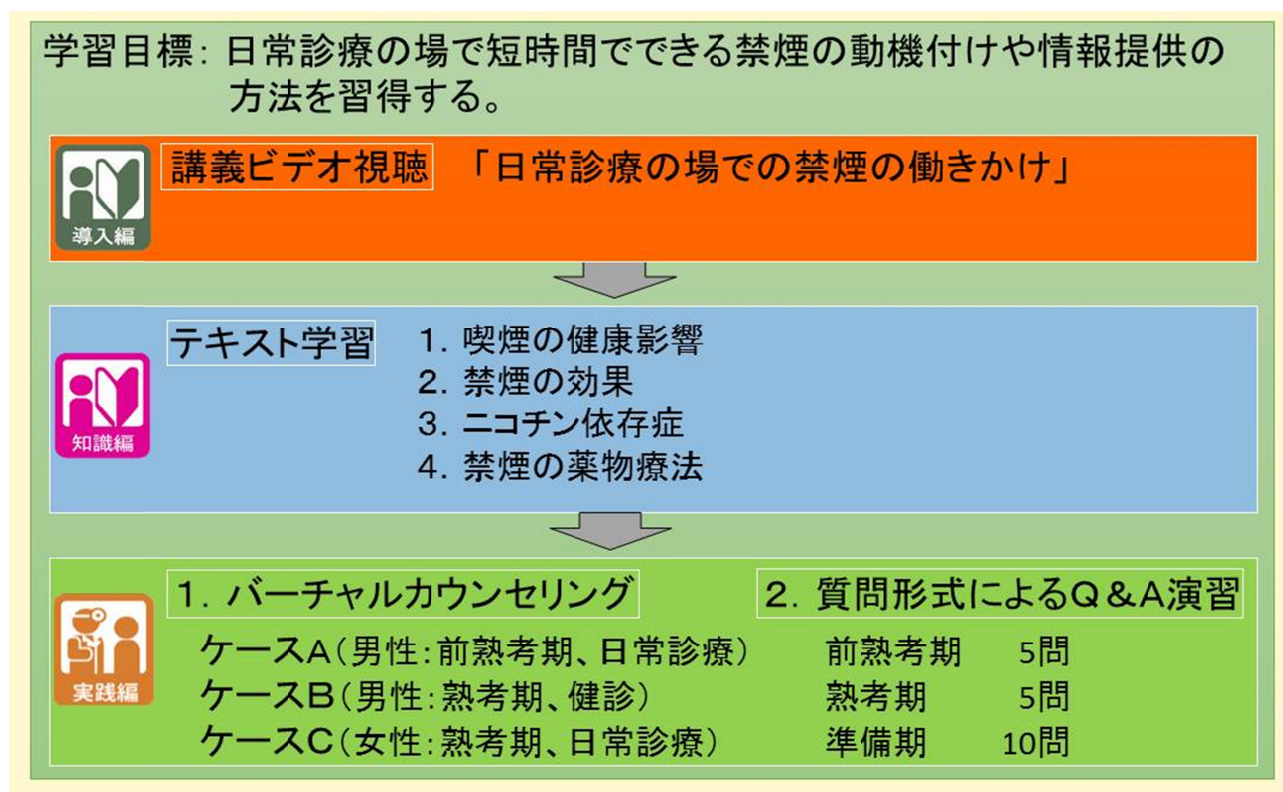
図表1. 3つのトレーニングプログラムの概要

	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

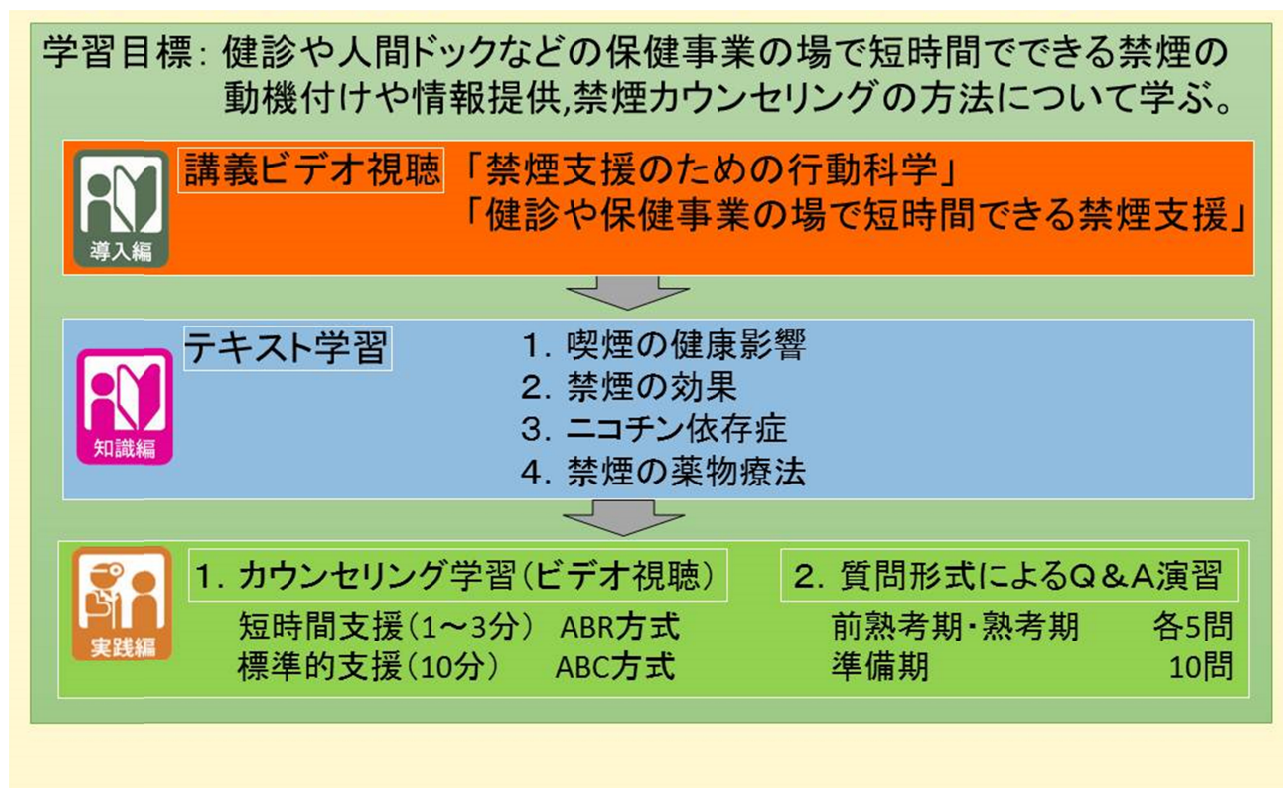
図表2. 禁煙治療版のトレーニングプログラム概要



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

	禁煙治療版	禁煙治療導入版	禁煙支援版	合計
2010年				
申込者	932	—	—	932
参加者	744	—	—	744
修了者(修了率)	523 (70.3%)	—	—	523(70.3%)
2011年				
申込者	172	148	199	519
参加者	131	129	166	426
修了者(修了率)	94 (71.8%)	108 (83.7%)	128 (77.1%)	330 (77.5%)
2012年				
申込者	311	108	131	550
参加者	235	76	111	422
修了者(修了率)	132 (56.2%)	54 (71.1%)	74 (66.7%)	260 (61.6%)
2013年				
申込者	210	67	388	665
参加者	178	59	358	595
修了者(修了率)	123 (69.1%)	43 (72.9%)	247 (69.0%)	413 (69.4%)
合計				
申込者	1625	323	718	2666
参加者	1288	264	635	2187
修了者(修了率)	872 (67.7%)	205 (77.7%)	449 (70.7%)	1526 (69.8%)

＊ 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. 受講者間格差の検討に用いた格差指標

指標	内容
絶対的格差指標	
Rate difference(RD)	最もスコアの低いグループと最も高いグループにおけるスコアの単純な差。格差が存在しない場合は0となる。
Between-group variance (BGV)	各グループと全対象者の平均値の差の2乗に対象者数で重み付けした合計。分散のこと。格差が存在しない場合は0となる。
Absolute concentration index (ACI)	RCIに対象者全員の平均を掛け合わせたもの。格差が存在しない場合は0となる。
相対的格差指標	
Rate ratio (RR)	RRと実質同様。最もスコアの低いグループの平均値を最も高いグループの平均値で除したもの。格差が存在しない場合は1となる。
Index of disparity (IDisp)	最もスコアの低いグループと他のグループの平均値の差(絶対値)の合計。格差が存在しない場合は0となる。
Relative concentration index (RCI)	スコアの低、高がどの程度、特定集団に集中しているのかを測定するもの。各グループの全対象者数における割合、スコアの平均、グループ間の相対的順位を掛け合わせて求める。格差が存在しない場合は0となる。
Theil index (T) and mean log deviation (MLD)	不均衡を表す指標。グループの全対象者数における割合と、スコア平均の全対象者平均との比率の自然対数の差もしくは合計。格差が存在しない場合は0となる。

図表7. 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=1288)		修了者 (n=872)		未修了者 (n=416)		χ 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	57.8%	523	60.0%	221	53.1%	p=0.001
2011	131	10.2%	94	10.8%	37	8.9%	
2012	235	18.2%	132	15.1%	103	24.8%	
2013	178	13.8%	123	14.1%	55	13.2%	
性別							
男性	1067	82.8%	720	82.6%	347	83.4%	p=0.707
女性	221	17.2%	152	17.4%	69	16.6%	
年齢 (missing=1)	47.3	10.1	47.0	9.9	47.7	10.4	p=0.223
職種							
医師	955	74.1%	622	71.3%	333	80.0%	p<0.001
保健師	25	1.9%	17	1.9%	8	1.9%	
看護師	209	16.2%	173	19.8%	36	8.7%	
栄養士	2	0.2%	2	0.2%	0	0.0%	
薬剤師	71	5.5%	43	4.9%	28	6.7%	
心理職	2	0.2%	2	0.2%	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	0.2%	
その他	21	1.6%	11	1.3%	10	2.4%	
施設 (missing=5)							
病院	483	37.5%	339	38.9%	144	34.6%	p=0.216
診療所	687	53.3%	460	52.8%	227	54.6%	
地域	17	1.3%	12	1.4%	5	1.2%	
職域	33	2.6%	25	2.9%	8	1.9%	
その他	63	4.9%	36	4.1%	27	6.5%	
喫煙状況 (missing=5)							
喫煙者	27	2.1%	19	2.2%	8	1.9%	p=0.924
禁煙者	392	30.4%	264	30.3%	128	30.8%	
非喫煙者	864	67.1%	589	67.5%	275	66.1%	
雇用形態 (missing=5)							
常勤	1111	86.3%	753	86.4%	358	86.1%	p=0.833
非常勤	140	10.9%	98	11.2%	42	10.1%	
その他	32	2.5%	21	2.4%	11	2.6%	
禁煙治療経験 (missing=5)							
1年未満	527	40.9%	355	40.7%	172	41.3%	p=0.732
3年未満	349	27.1%	244	28.0%	105	25.2%	
5年未満	210	16.3%	144	16.5%	66	15.9%	
5年以上	197	15.3%	129	14.8%	68	16.3%	
トレーニング経験 (missing=5)							
あり	271	21.0%	179	20.5%	92	22.1%	p=0.447
なし	1012	78.6%	693	79.5%	319	76.7%	

* 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=264)		修了者 (n=205)		未修了者 (n=59)		χ 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	48.9%	108	52.7%	21	35.6%	p=0.067
2012	76	28.8%	54	26.3%	22	37.3%	
2013	59	22.3%	43	21.0%	16	27.1%	
性別							
男性	109	41.3%	85	41.5%	24	40.7%	p=0.914
女性	155	58.7%	120	58.5%	35	59.3%	
年齢 (missing=1)	47.6	10.2	46.7	9.54	50.6	11.74	p=0.011
職種							
医師	63	23.9%	41	20.0%	22	37.3%	p=0.122
保健師	8	3.0%	7	3.4%	1	1.7%	
看護師	11	4.2%	9	4.4%	2	3.4%	
薬剤師	171	64.8%	137	66.8%	34	57.6%	
助産師	1	0.4%	1	0.5%	0	0.0%	
臨床検査技師	1	0.4%	1	0.5%	0	0.0%	
その他	9	3.4%	9	4.4%	0	0.0%	
施設 (missing=1)							
病院	25	9.5%	17	8.3%	8	13.6%	p=0.360
診療所	51	19.3%	36	17.6%	15	25.4%	
地域	35	13.3%	28	13.7%	7	11.9%	
職域	41	15.5%	34	16.6%	7	11.9%	
その他	111	42.0%	90	43.9%	21	35.6%	
喫煙状況 (missing=1)							
喫煙者	12	4.5%	11	5.4%	1	1.7%	p=0.366
禁煙者	69	26.1%	51	24.9%	18	30.5%	
非喫煙者	182	68.9%	143	69.8%	39	66.1%	
雇用形態 (missing=1)							
常勤	233	88.3%	183	89.3%	50	84.7%	p=0.069
非常勤	23	8.7%	19	9.3%	4	6.8%	
その他	7	2.7%	3	1.5%	4	6.8%	
禁煙治療経験 (missing=1)							
1年未満	137	51.9%	105	51.2%	32	54.2%	p=0.961
3年未満	30	11.4%	24	11.7%	6	10.2%	
5年未満	33	12.5%	26	12.7%	7	11.9%	
5年以上	63	23.9%	50	24.4%	13	22.0%	
トレーニング経験 (missing=1)							
あり	40	15.2%	29	14.1%	11	18.6%	p=0.367
なし	223	84.5%	176	85.9%	47	79.7%	

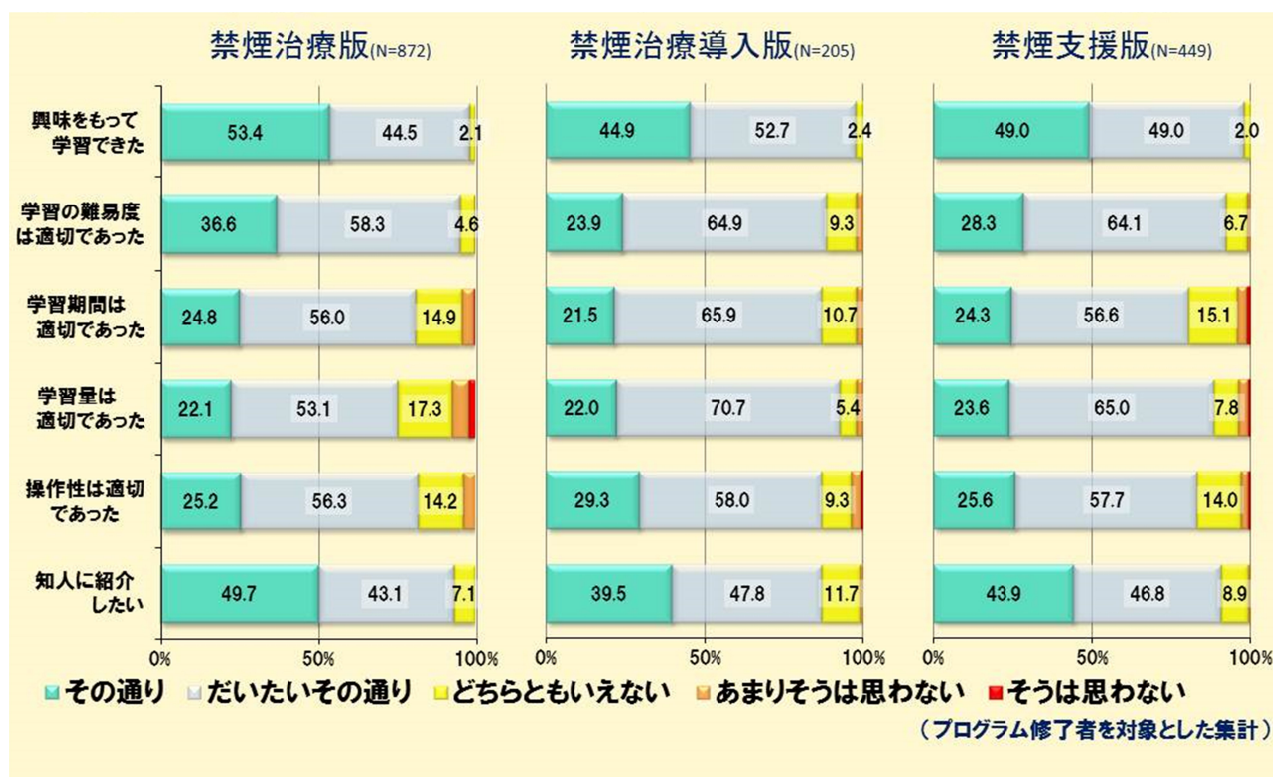
* 年齢のみ平均値及び標準偏差を表示し、検定は分散分析を使用している。

図表9. 禁煙支援版における学習修了者と未修了者の属性比較

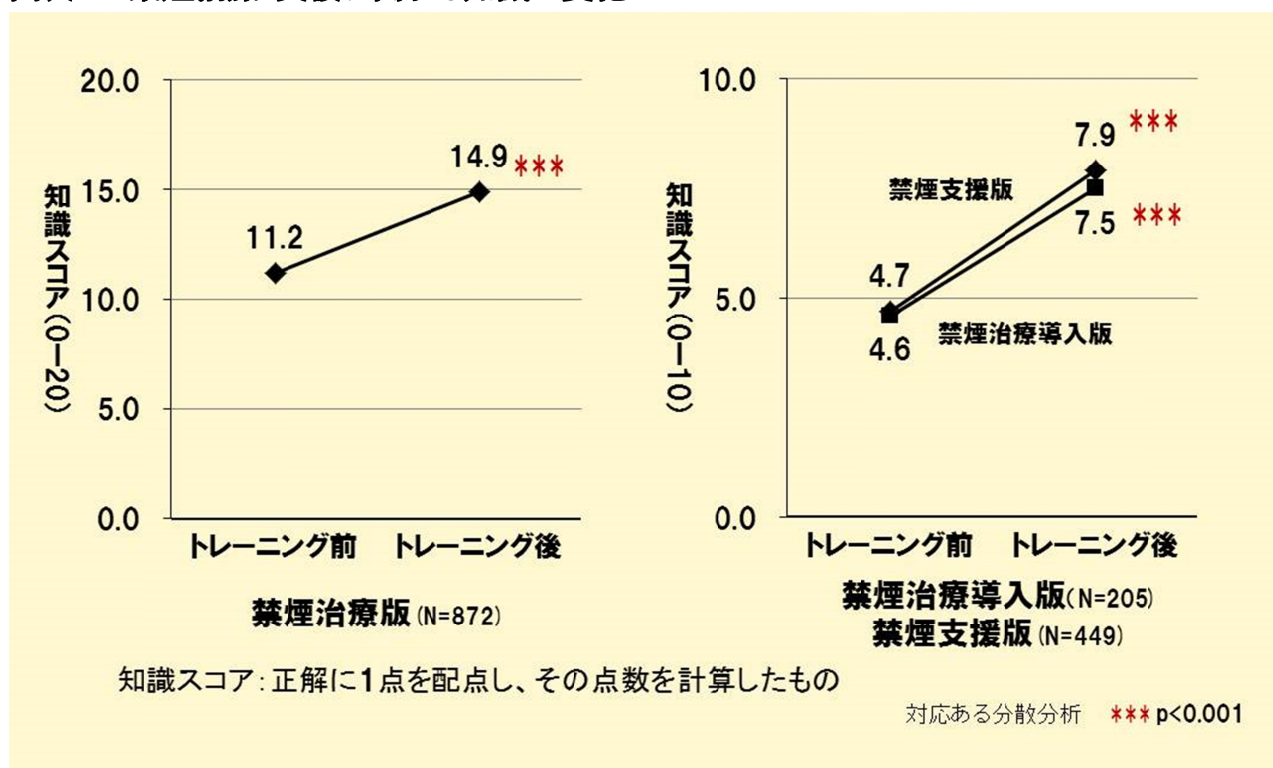
	全員 (n=635)		修了者 (n=449)		未修了者 (n=186)		χ ² 検定 分散分析
	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	n 平均	割合 SD	
受講年							
2011	166	26.1%	128	28.5%	38	20.4%	p=0.097
2012	111	17.5%	74	16.5%	37	19.9%	
2013	358	56.4%	247	55.0%	111	59.7%	
性別							
男性	78	12.3%	51	11.4%	27	14.5%	p=0.270
女性	557	87.7%	398	88.6%	159	85.5%	
年齢	40.3	10.6	40.7	10.31	39.4	11.12	p=0.170
職種							
医師	63	9.9%	39	8.7%	24	12.9%	p=0.246
保健師	331	52.1%	227	50.6%	104	55.9%	
看護師	80	12.6%	57	12.7%	23	12.4%	
栄養士	76	12.0%	58	12.9%	18	9.7%	
薬剤師	28	4.4%	22	4.9%	6	3.2%	
心理職	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%	
臨床検査技師	6	0.9%	6	1.3%	0	0.0%	
事務	4	0.6%	4	0.9%	0	0.0%	
その他	46	7.2%	35	7.8%	11	5.9%	
施設							
病院	91	14.3%	73	16.3%	18	9.7%	p=0.171
診療所	65	10.2%	43	9.6%	22	11.8%	
地域	172	27.1%	121	26.9%	51	27.4%	
職域	189	29.8%	126	28.1%	63	33.9%	
その他	118	18.6%	86	19.2%	32	17.2%	
喫煙状況							
喫煙者	10	1.6%	6	1.3%	4	2.2%	p=0.079
禁煙者	97	15.3%	60	13.4%	37	19.9%	
非喫煙者	528	83.1%	383	85.3%	145	78.0%	
雇用形態							
常勤	545	85.8%	375	83.5%	170	91.4%	p=0.022
非常勤	76	12.0%	61	13.6%	15	8.1%	
その他	14	2.2%	13	2.9%	1	0.5%	
禁煙治療経験							
1年未満	318	50.1%	230	51.2%	88	47.3%	p=0.083
3年未満	145	22.8%	100	22.3%	45	24.2%	
5年未満	71	11.2%	42	9.4%	29	15.6%	
5年以上	101	15.9%	77	17.1%	24	12.9%	
トレーニング経験							
あり	116	18.3%	82	18.3%	34	18.3%	p=0.996
なし	519	81.7%	367	81.7%	152	81.7%	

* 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10. 実施したトレーニングについてのプロセス評価



図表11. 禁煙治療・支援に関する知識の変化



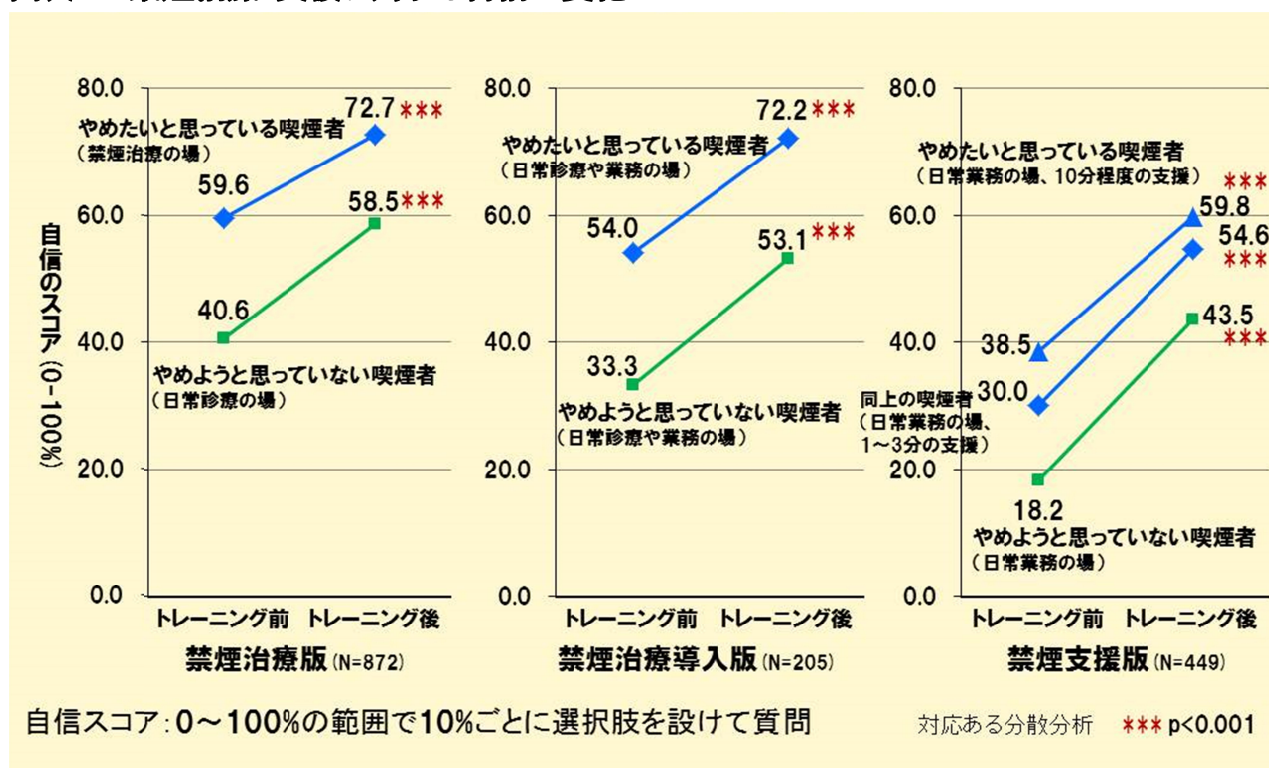
図表12. 禁煙治療・支援に対する態度の変化

	禁煙治療版(n=872)		禁煙治療導入版(n=205)		禁煙支援版(n=449)	
	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	2.65***	2.01	2.51***	2.11	2.56***
禁煙治療は手間の割りに効果があがらない†	0.89	1.39***	0.51	0.84**	0.43	1.06***
禁煙カウンセリングは有用	2.07	2.53***	1.92	2.43***	1.81	2.33***
禁煙補助剤は有用	2.09	2.58***	1.83	2.39***	1.86	2.44***
禁煙は健康の大前提	2.44	2.66***	2.18	2.59***	2.21	2.52***
禁煙治療・支援には知識や技術の習得が大切	2.55	2.71***	2.52	2.62*	2.65	2.73**

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13. 禁煙治療・支援に対する自信の変化



図表14. 禁煙治療・支援に対する行動の変化

	禁煙治療版(n=872)		禁煙治療導入版(n=205)		禁煙支援版(n=449)	
	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	2.85	2.88	2.43	2.42	2.53	2.60
禁煙のアドバイス ^{*1}	2.44	2.54**	1.62	1.88***	1.98	2.14**
禁煙する気持ちの確認	2.22	2.40***	1.55	1.81***	2.41	2.39
短時間(1～3分)の禁煙支援 ^{*2}	2.73	2.74	2.20	2.24	2.30	2.36
再喫煙を防ぐ働きかけ 「禁煙治療版、治療導入版のみ」	2.64	2.84***	2.21	2.32	—	—
10分程度の禁煙支援 ^{*2} 「禁煙支援版のみ」	—	—	—	—	1.35	1.68***

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

図表15. トレーニングによる受講者間格差の変化—禁煙治療版 (2010—13年)

	トレーニング前 値(95%CI)				トレーニング後 値(95%CI)				変化率
知識スコア									
Range Difference (RD)	6.970	(	2.97	- 10.97)	2.020	(	-5.88	- 9.92)	-71.0
Between-Group Variance (BGV)	7.793	(	-1.39	- 16.97)	0.658	(	-10.91	- 12.22)	-91.6
Absolute Concentration Index (ACI)	1.512	(	0.65	- 2.37)	0.441	(	-1.25	- 2.13)	-70.9
Range Ratio (RR)	1.952	(	1.22	- 3.12)	1.146	(	0.66	- 1.98)	-41.3
Index of Disparity (IDisp)	73.156	(	-5.29	- 151.60)	10.910	(	-47.27	- 69.09)	-85.1
Mean Log Deviation (MLD)	0.034	(	-0.01	- 0.08)	0.001	(	-0.01	- 0.01)	-95.7
Theil Index (T)	0.032	(	-0.01	- 0.07)	0.001	(	-0.01	- 0.01)	-95.4
Relative Concentration Index (RCI)	0.135	(	0.06	- 0.22)	0.030	(	-0.09	- 0.14)	-78.2
態度スコア									
Range Difference (RD)	7.400	(	2.80	- 12.00)	2.850	(	-4.79	- 10.49)	-61.5
Between-Group Variance (BGV)	9.088	(	-2.48	- 20.66)	1.381	(	-10.44	- 13.20)	-84.8
Absolute Concentration Index (ACI)	1.640	(	0.63	- 2.65)	0.636	(	-1.04	- 2.31)	-61.2
Range Ratio (RR)	1.881	(	1.18	- 3.00)	1.217	(	0.70	- 2.11)	-35.3
Index of Disparity (IDisp)	65.476	(	-8.15	- 139.10)	15.130	(	-44.76	- 75.02)	-76.9
Mean Log Deviation (MLD)	0.032	(	-0.01	- 0.08)	0.003	(	-0.01	- 0.02)	-89.8
Theil Index (T)	0.031	(	-0.01	- 0.07)	0.003	(	-0.01	- 0.02)	-89.4
Relative Concentration Index (RCI)	0.134	(	0.05	- 0.22)	0.044	(	-0.07	- 0.16)	-67.3

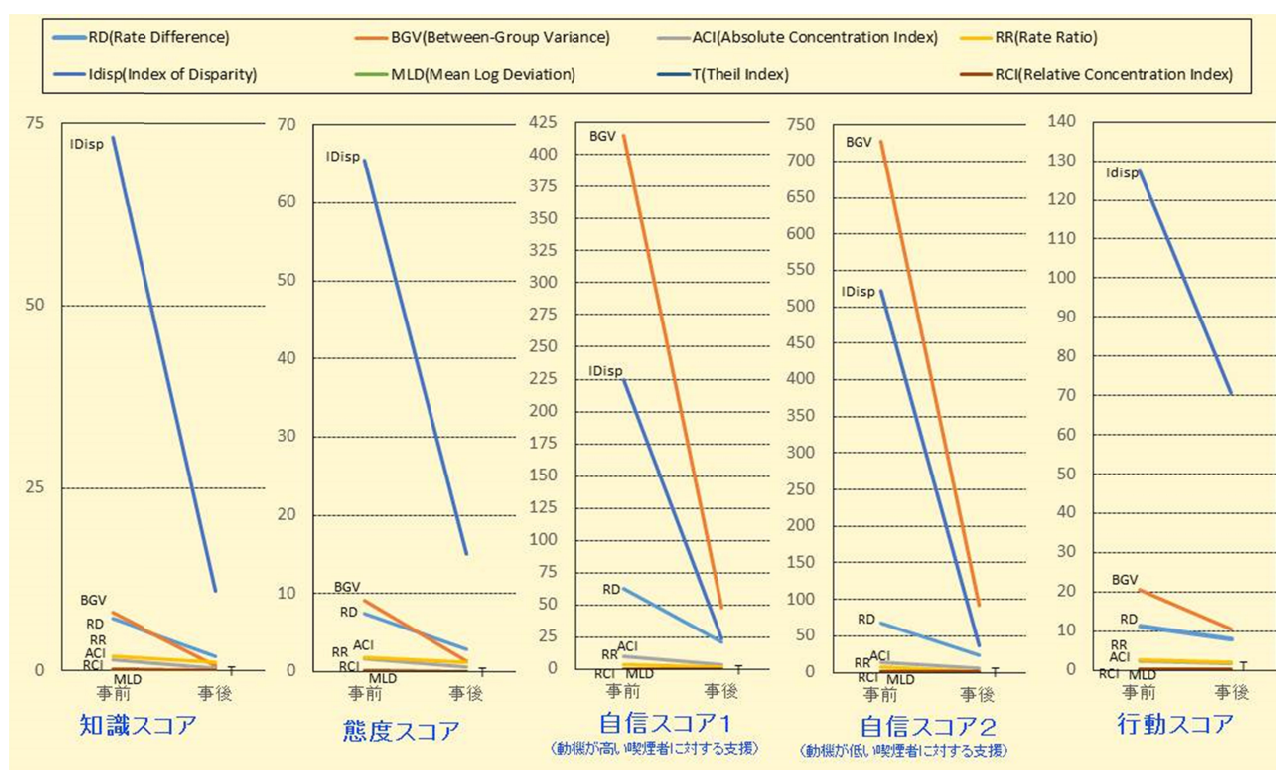
※各指標のトレーニング前のスコアや割合で3群(低・中・高群)に分け、格差と設定し、トレーニング前後の値で格差指標を算出した。

図表15 (続き) . トレーニングによる受講者間格差の変化ー禁煙治療版 (2010ー13年)

	トレーニング前 値 (95%CI)			トレーニング後 値 (95%CI)			変化率
自信スコア1(動機が高い喫煙者に対する支援)							
Range Difference (RD)	62.740	(32.74	- 92.74)	20.730	(-25.11	- 66.57)	-67.0
Between-Group Variance (BGV)	415.045	(2.54	- 827.55)	47.446	(-289.99	- 384.89)	-88.6
Absolute Concentration Index (ACI)	10.332	(5.55	- 15.12)	3.552	(-3.90	- 11.01)	-65.6
Range Ratio (RR)	3.819	(1.15	- 12.89)	1.334	(0.67	- 2.67)	-65.1
Index of Disparity (IDisp)	224.910	(-164.68	- 614.50)	24.235	(-59.12	- 107.59)	-89.2
Mean Log Deviation (MLD)	0.082	(-0.05	- 0.22)	0.004	(-0.02	- 0.02)	-94.5
Theil Index (T)	0.067	(-0.02	- 0.15)	0.004	(-0.02	- 0.02)	-93.3
Relative Concentration Index (RCI)	0.173	(0.08	- 0.27)	0.049	(-0.06	- 0.16)	-71.8
自信スコア2(動機が低い喫煙者に対する支援)							
Range Difference (RD)	67.070	(34.71	- 99.43)	23.860	(-41.59	- 89.31)	-64.4
Between-Group Variance (BGV)	727.791	(7.02	- 1448.56)	92.106	(-779.12	- 963.33)	-87.3
Absolute Concentration Index (ACI)	14.644	(7.69	- 21.60)	5.210	(-9.24	- 19.66)	-64.4
Range Ratio (RR)	8.128	(1.51	- 43.63)	1.503	(0.45	- 5.06)	-81.5
Index of Disparity (IDisp)	521.520	(-512.37	- 1555.41)	36.844	(-122.06	- 195.75)	-92.9
Mean Log Deviation (MLD)	0.317	(-0.13	- 0.77)	0.013	(-0.07	- 0.09)	-95.8
Theil Index (T)	0.243	(0.00	- 0.49)	0.013	(-0.07	- 0.09)	-94.5
Relative Concentration Index (RCI)	0.361	(0.20	- 0.52)	0.089	(-0.17	- 0.35)	-75.3
行動スコア							
Range Difference (RD)	11.200	(5.15	- 17.25)	8.040	(-1.53	- 17.61)	-28.2
Between-Group Variance (BGV)	20.506	(-2.49	- 43.50)	10.585	(-18.94	- 40.13)	-48.3
Absolute Concentration Index (ACI)	2.454	(1.14	- 3.77)	1.760	(-0.33	- 3.85)	-28.3
Range Ratio (RR)	2.635	(1.20	- 5.78)	1.891	(0.75	- 4.75)	-28.2
Index of Disparity (IDisp)	127.591	(-49.84	- 305.03)	70.510	(-83.63	- 224.65)	-44.7
Mean Log Deviation (MLD)	0.073	(-0.04	- 0.19)	0.032	(-0.06	- 0.13)	-55.5
Theil Index (T)	0.066	(-0.03	- 0.16)	0.031	(-0.05	- 0.11)	-53.4
Relative Concentration Index (RCI)	0.191	(0.07	- 0.31)	0.131	(-0.04	- 0.30)	-31.1

※各指標のトレーニング前のスコアや割合で3群(低・中・高群)に分け、格差と設定し、トレーニング前後の値で格差指標を算出した。

図表16. トレーニングによる受講者間格差の変化ー禁煙治療版 (2010ー13年)



図表17. トレーニングによる受講者間格差の変化—禁煙導入版 (2011—13年)

	トレーニング前 値 (95%CI)					トレーニング後 値 (95%CI)					変化率		
知識スコア													
Range Difference (RD)	4.030	(	2.08	-	5.98	)	1.070	(	-4.19	-	6.33	)	-73.4
Between-Group Variance (BGV)	2.136	(	-0.05	-	4.32	)	0.150	(	-4.57	-	4.87	)	-93.0
Absolute Concentration Index (ACI)	0.779	(	0.40	-	1.16	)	0.207	(	-0.81	-	1.22	)	-73.5
Range Ratio (RR)	2.556	(	1.56	-	4.2	)	1.153	(	0.57	-	2.33	)	-54.9
Index of Disparity (IDisp)	47.054	(	9.92	-	84.19	)	10.223	(	-49.05	-	69.5	)	-78.3
Mean Log Deviation (MLD)	0.054	(	0.00	-	0.11	)	0.001	(	-0.01	-	0.01	)	-97.6
Theil Index (T)	0.051	(	0.00	-	0.1	)	0.001	(	-0.01	-	0.01	)	-97.4
Relative Concentration Index (RCI)	0.169	(	0.09	-	0.25	)	0.027	(	-0.11	-	0.16	)	-83.8
態度スコア													
Range Difference (RD)	7.400	(	2.92	-	11.88	)	2.800	(	-5.22	-	10.82	)	-62.2
Between-Group Variance (BGV)	9.416	(	-2.32	-	21.16	)	1.400	(	-13.18	-	15.98	)	-85.1
Absolute Concentration Index (ACI)	1.670	(	0.66	-	2.68	)	0.631	(	-1.18	-	2.44	)	-62.2
Range Ratio (RR)	2.014	(	1.21	-	3.35	)	1.231	(	0.66	-	2.3	)	-38.8
Index of Disparity (IDisp)	37.755	(	7.80	-	67.71	)	15.772	(	-31.38	-	62.92	)	-58.2
Mean Log Deviation (MLD)	0.041	(	-0.02	-	0.1	)	0.004	(	-0.02	-	0.03	)	-90.7
Theil Index (T)	0.040	(	-0.01	-	0.09	)	0.004	(	-0.02	-	0.03	)	-90.2
Relative Concentration Index (RCI)	0.152	(	0.05	-	0.25	)	0.047	(	-0.09	-	0.19	)	-68.9

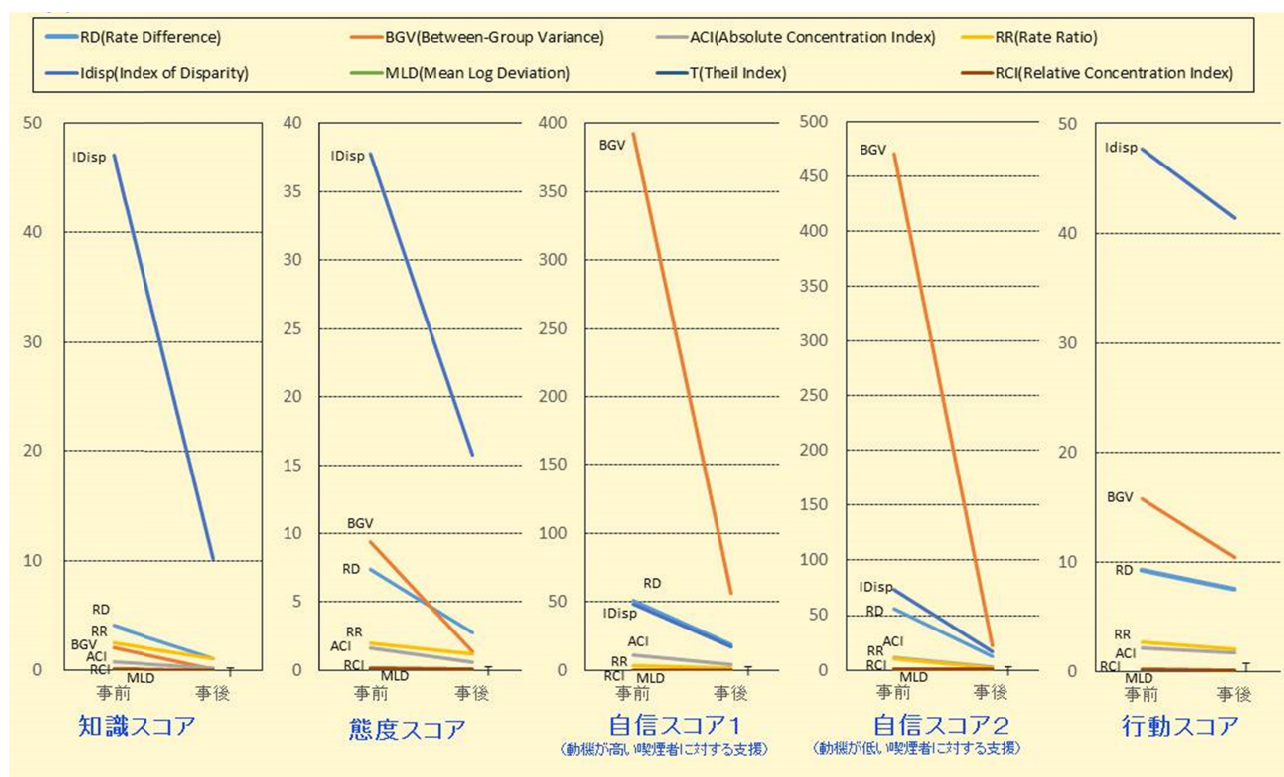
※各指標のトレーニング前のスコアや割合で3群(低・中・高群)に分け、格差と設定し、トレーニング前後の値で格差指標を算出した。

図表17 (続き). トレーニングによる受講者間格差の変化—禁煙導入版 (2011—13年)

	トレーニング前 値 (95%CI)					トレーニング後 値 (95%CI)					変化率		
自信スコア1(動機が高い喫煙者に対する支援)													
Range Difference (RD)	50.750	(	21.71	-	79.79	)	19.240	(	-26.38	-	64.86	)	-62.1
Between-Group Variance (BGV)	392.026	(	-67.6	-	851.65	)	56.327	(	-367.85	-	480.5	)	-85.6
Absolute Concentration Index (ACI)	10.690	(	4.63	-	16.75	)	4.050	(	-5.40	-	13.5	)	-62.1
Range Ratio (RR)	2.979	(	1.17	-	7.57	)	1.313	(	0.66	-	2.63	)	-55.9
Index of Disparity (IDisp)	48.311	(	10.61	-	86.02	)	17.276	(	-29.57	-	64.13	)	-64.2
Mean Log Deviation (MLD)	0.083	(	-0.05	-	0.21	)	0.006	(	-0.02	-	0.03	)	-93.3
Theil Index (T)	0.073	(	-0.03	-	0.17	)	0.005	(	-0.02	-	0.03	)	-92.5
Relative Concentration Index (RCI)	0.198	(	0.08	-	0.32	)	0.056	(	-0.08	-	0.19	)	-71.7
自信スコア2(動機が低い喫煙者に対する支援)													
Range Difference (RD)	55.530	(	26.93	-	84.13	)	12.160	(	-45.97	-	70.29	)	-78.1
Between-Group Variance (BGV)	471.078	(	-74.9	-	1017.06	)	22.763	(	-546.87	-	592.4	)	-95.2
Absolute Concentration Index (ACI)	11.669	(	5.37	-	17.97	)	2.561	(	-9.54	-	14.66	)	-78.1
Range Ratio (RR)	10.624	(	1.85	-	61.16	)	1.258	(	0.41	-	3.84	)	-88.2
Index of Disparity (IDisp)	73.059	(	-4	-	150.12	)	16.675	(	-76.67	-	110.02	)	-77.2
Mean Log Deviation (MLD)	0.320	(	-0.06	-	0.70	)	0.004	(	-0.03	-	0.04	)	-98.7
Theil Index (T)	0.235	(	0.04	-	0.43	)	0.004	(	-0.03	-	0.04	)	-98.3
Relative Concentration Index (RCI)	0.351	(	0.21	-	0.49	)	0.048	(	-0.18	-	0.28	)	-86.2
行動スコア													
Range Difference (RD)	9.310	(	2.75	-	15.87	)	7.550	(	-2.38	-	17.48	)	-18.9
Between-Group Variance (BGV)	15.749	(	-7.24	-	38.73	)	10.491	(	-21.08	-	42.06	)	-33.4
Absolute Concentration Index (ACI)	2.154	(	0.64	-	3.67	)	1.748	(	-0.55	-	4.05	)	-18.9
Range Ratio (RR)	2.743	(	1.08	-	7.00	)	2.065	(	0.64	-	6.63	)	-24.7
Index of Disparity (IDisp)	47.645	(	-1.37	-	96.66	)	41.393	(	-28.41	-	111.2	)	-13.1
Mean Log Deviation (MLD)	0.089	(	-0.07	-	0.25	)	0.047	(	-0.10	-	0.19	)	-46.7
Theil Index (T)	0.082	(	-0.05	-	0.21	)	0.046	(	-0.09	-	0.18	)	-43.4
Relative Concentration Index (RCI)	0.215	(	0.05	-	0.38	)	0.164	(	-0.07	-	0.4	)	-23.8

※各指標のトレーニング前のスコアや割合で3群(低・中・高群)に分け、格差と設定し、トレーニング前後の値で格差指標を算出した。

図表18. トレーニングによる受講者間格差の変化—禁煙導入版 (2011—13年)



図表19. トレーニングによる受講者間格差の変化—禁煙支援版 (2011—13年)

	トレーニング前 値 (95%CI)				トレーニング後 値 (95%CI)				変化率
知識スコア									
Range Difference (RD)	4.100	(1.96	-	6.24)	0.700	(-4.46	-	5.86)	-82.9
Between-Group Variance (BGV)	2.224	(-0.25	-	4.7)	0.074	(-4.42	-	4.57)	-96.7
Absolute Concentration Index (ACI)	0.798	(0.37	-	1.23)	0.141	(-0.86	-	1.14)	-82.4
Range Ratio (RR)	2.640	(1.52	-	4.6)	1.082	(0.57	-	2.1)	-58.6
Index of Disparity (IDisp)	46.970	(5.95	-	87.99)	7.229	(-46.66	-	61.11)	-84.6
Mean Log Deviation (MLD)	0.068	(0.00	-	0.12)	0.001	(-0.01	-	0.01)	-99.0
Theil Index (T)	0.063	(0.00	-	0.11)	0.001	(-0.01	-	0.01)	-98.9
Relative Concentration Index (RCI)	0.171	(0.09	-	0.26)	0.018	(-0.11	-	0.15)	-89.6
態度スコア									
Range Difference (RD)	7.800	(3.06	-	12.54)	3.500	(-4.05	-	11.05)	-55.1
Between-Group Variance (BGV)	9.487	(-2.40	-	21.37)	1.924	(-10.97	-	14.82)	-79.7
Absolute Concentration Index (ACI)	1.674	(0.66	-	2.69)	0.751	(-0.87	-	2.37)	-55.1
Range Ratio (RR)	2.083	(1.23	-	3.52)	1.297	(0.72	-	2.33)	-37.8
Index of Disparity (IDisp)	39.333	(6.40	-	72.27)	16.340	(-28.47	-	61.15)	-58.5
Mean Log Deviation (MLD)	0.041	(-0.02	-	0.1)	0.005	(-0.02	-	0.03)	-87.1
Theil Index (T)	0.039	(-0.01	-	0.09)	0.005	(-0.02	-	0.03)	-86.8
Relative Concentration Index (RCI)	0.151	(0.06	-	0.25)	0.055	(-0.07	-	0.18)	-63.6
行動スコア									
Range Difference (RD)	12.100	(6.40	-	17.8)	9.200	(-1.06	-	19.46)	-24.0
Between-Group Variance (BGV)	23.642	(0.79	-	46.49)	13.671	(-22.28	-	49.63)	-42.2
Absolute Concentration Index (ACI)	2.643	(9.45	-	3.89)	2.010	(-1.54	-	4.25)	-24.0
Range Ratio (RR)	3.814	(1.36	-	10.71)	2.438	(0.65	-	9.15)	-36.1
Index of Disparity (IDisp)	54.268	(15.63	-	92.91)	43.269	(-25.19	-	111.73)	-20.3
Mean Log Deviation (MLD)	0.134	(-0.06	-	0.33)	0.062	(-0.12	-	0.24)	-53.9
Theil Index (T)	0.115	(-0.02	-	0.25)	0.057	(-0.09	-	0.21)	-50.2
Relative Concentration Index (RCI)	0.250	(0.12	-	0.38)	0.180	(-0.04	-	0.4)	-28.1

※各指標のトレーニング前のスコアや割合で3群(低・中・高群)に分け、格差と設定し、トレーニング前後の値で格差指標を算出した。

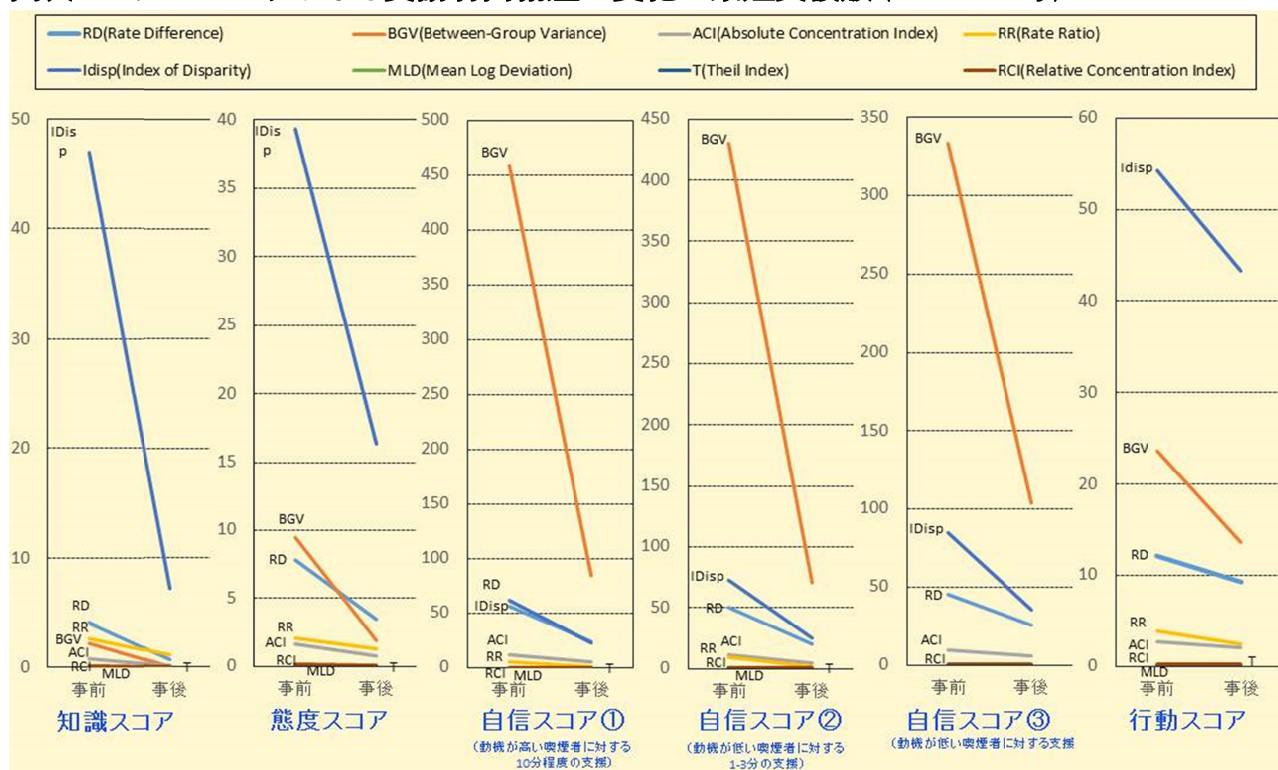
*各指標のトレーニング前のスコアや割合で3群(低・中・高群)に分け、格差と設定し、トレーニング前後の値で格差指標を算出した。

図表19 (続き) . トレーニングによる受講者間格差の変化ー禁煙支援版 (2011ー13年)

	トレーニング前 値 (95%CI)				トレーニング後 値 (95%CI)				変化率
自信スコア①(動機が高い喫煙者に対する10分程度の支援)									
Range Difference (RD)	56.200	(	31.01	- 81.39)	23.800	(	-27.50	- 75.10)	-57.7
Between-Group Variance (BGV)	458.575	(	36.21	- 880.94)	84.652	(	-498.97	- 668.28)	-81.5
Absolute Concentration Index (ACI)	11.572	(	6.43	- 16.71)	4.949	(	-5.76	- 15.66)	-57.2
Range Ratio (RR)	5.569	(	1.58	- 19.64)	1.481	(	0.59	- 3.72)	-73.4
Index of Disparity (IDisp)	62.044	(	11.41	- 112.68)	22.783	(	-42.27	- 87.83)	-63.3
Mean LogDeviation (MLD)	0.199	(	-0.07	- 0.47)	0.012	(	-0.04	- 0.07)	-94.2
Theil Index (T)	0.164	(	-0.01	- 0.34)	0.011	(	-0.04	- 0.06)	-93.1
Relative Concentration Index (RCI)	0.298	(	0.16	- 0.44)	0.080	(	-0.10	- 0.26)	-73.1
自信スコア②(動機が高い喫煙者に対する1-3分の支援)									
Range Difference (RD)	50.000	(	21.99	- 78.02)	19.700	(	-35.21	- 74.61)	-60.6
Between-Group Variance (BGV)	430.574	(	-102.30	- 963.45)	71.080	(	-566.99	- 709.15)	-83.5
Absolute Concentration Index (ACI)	11.215	(	4.67	- 17.76)	4.484	(	-7.58	- 16.55)	-60.0
Range Ratio (RR)	9.333	(	1.75	- 49.80)	1.413	(	0.51	- 3.93)	-84.9
Index of Disparity (IDisp)	72.321	(	-9.55	- 154.19)	25.148	(	-53.75	- 104.05)	-65.2
Mean LogDeviation (MLD)	0.328	(	-0.07	- 0.73)	0.011	(	-0.05	- 0.07)	-96.7
Theil Index (T)	0.243	(	0.04	- 0.45)	0.011	(	-0.05	- 0.07)	-95.5
Relative Concentration Index (RCI)	0.356	(	0.22	- 0.49)	0.079	(	-0.14	- 0.29)	-77.9
自身スコア③(動機が低い喫煙者に対する支援)									
Range Difference (RD)	45.500	(	12.63	- 78.37)	25.800	(	-35.40	- 87.00)	-43.3
Between-Group Variance (BGV)	333.837	(	-208.18	- 875.85)	104.006	(	-724.06	- 932.07)	-68.8
Absolute Concentration Index (ACI)	9.579	(	2.85	- 16.31)	5.480	(	-7.69	- 18.65)	-42.8
Range Ratio (RR)	-				-				-
Index of Disparity (IDisp)	84.945	(	-49.06	- 218.95)	35.603	(	-78.60	- 149.81)	-58.1
Mean LogDeviation (MLD)	-				-				-
Theil Index (T)	-				-				-
Relative Concentration Index (RCI)	0.526	(	0.39	- 0.66)	0.126	(	-0.19	- 0.44)	-76.0

※各指標のトレーニング前のスコアや割合で3群(低・中・高群)に分け、格差と設定し、トレーニング前後の値で格差指標を算出した。

図表20. トレーニングによる受講者間格差の変化ー禁煙支援版 (2011ー13年)



図表21. トレーニングによる受講者間格差の変化率 (2010—13年)

	格差指標変化率							
	RD	BGV	ACI	RR	IDisp	MLD	T	RGI
禁煙指導版								
知識スコア	-71.0	-91.6	-70.9	-41.3	-85.1	-95.7	-95.4	-78.2
態度スコア	-61.5	-84.8	-61.2	-35.3	-76.9	-89.8	-89.4	-67.3
自信スコア1	-67.0	-88.6	-65.6	-65.1	-89.2	-94.5	-93.3	-71.8
自信スコア2	-64.4	-87.3	-64.4	-81.5	-92.9	-95.8	-94.5	-75.3
行動スコア	-28.2	-48.3	-28.3	-28.2	-44.7	-55.5	-53.4	-31.1
禁煙導入版								
知識スコア	-73.4	-93.0	-73.5	-54.9	-78.3	-97.6	-97.4	-83.8
態度スコア	-62.2	-85.1	-62.2	-38.8	-58.2	-90.7	-90.2	-68.9
自信スコア1	-62.1	-85.6	-62.1	-55.9	-64.2	-93.3	-92.5	-71.7
自信スコア2	-78.1	-95.2	-78.1	-88.2	-77.2	-98.7	-98.3	-86.2
行動スコア	-18.9	-33.4	-18.9	-24.7	-13.1	-46.7	-43.4	-23.8
禁煙支援版								
知識スコア	-82.9	-96.7	-82.4	-58.6	-84.6	-99.0	-98.9	-89.6
態度スコア	-55.1	-79.7	-55.1	-37.8	-58.5	-87.1	-86.8	-63.6
自信スコア①	-57.7	-81.5	-57.2	-73.4	-63.3	-94.2	-93.1	-73.1
自信スコア②	-60.6	-83.5	-60.0	-84.9	-65.2	-96.7	-95.5	-77.9
自信スコア③	-43.3	-68.8	-42.8	—	-58.1	—	—	-76.0
行動スコア	-24.0	-42.2	-24.0	-36.1	-20.3	-53.9	-50.2	-28.1

※禁煙指導版、禁煙導入版 自信スコア1:動機が高い喫煙者に対する支援、自信スコア2:動機が低い喫煙者に対する支援
 ※禁煙支援版 自信スコア①:動機が高い喫煙者に対する10分程度の支援、自信スコア②:動機が高い喫煙者に対する1-3分程度の支援、
 自信スコア③:動機が低い喫煙者に対する支援

図表22. トレーニング前後のスコア変化と各指標変化との関係—禁煙治療版 (2010—13年)

	変化マイナス群		変化低群		変化高群		分散分析およびTukeyの多重比較			
	平均	(±SD)	平均	(±SD)	平均	(±SD)	全体	マイナスVS 低	低VS高	マイナスVS 高
知識スコア										
態度スコア	1.5	(2.96)	2.1	(3.34)	2.8	(3.45)	p<0.001	p=0.101	p=0.019	p<0.001
自信スコア1	10.6	(18.71)	11.3	(18.18)	16.2	(23.85)	p=0.002	p=0.932	p=0.004	p=0.015
自信スコア2	12.5	(27.08)	18.1	(28.64)	20.1	(31.28)	p=0.002	p=0.122	p=0.636	p=0.024
行動スコア	0.3	(3.48)	0.7	(3.14)	0.5	(3.68)	p=0.568	p=0.595	p=0.729	p=0.920
態度スコア										
知識スコア	3.2	(3.31)	3.5	(3.26)	4.6	(3.66)	p<0.001	p=0.532	p<0.001	p<0.001
自信スコア1	7.3	(19.96)	11.2	(18.06)	20.6	(22.09)	p<0.001	p=0.051	p<0.001	p<0.001
自信スコア2	14.1	(28.80)	16.4	(27.35)	23.1	(31.69)	p=0.001	p=0.604	p=0.014	p=0.001
行動スコア	0.0	(3.20)	0.7	(3.24)	0.9	(3.75)	p=0.014	p=0.077	p=0.779	p=0.014

※知識スコアは20項目、態度スコアは6項目、行動スコアは5項目の合計点数で算出、自信は0-100%で表記している。
 ※トレーニング前後の変化は、トレーニング後のスコアや割合からトレーニング前の値の差を算出している。
 ※自信スコア1:動機が高い喫煙者に対する支援、自信スコア2:動機が低い喫煙者に対する支援

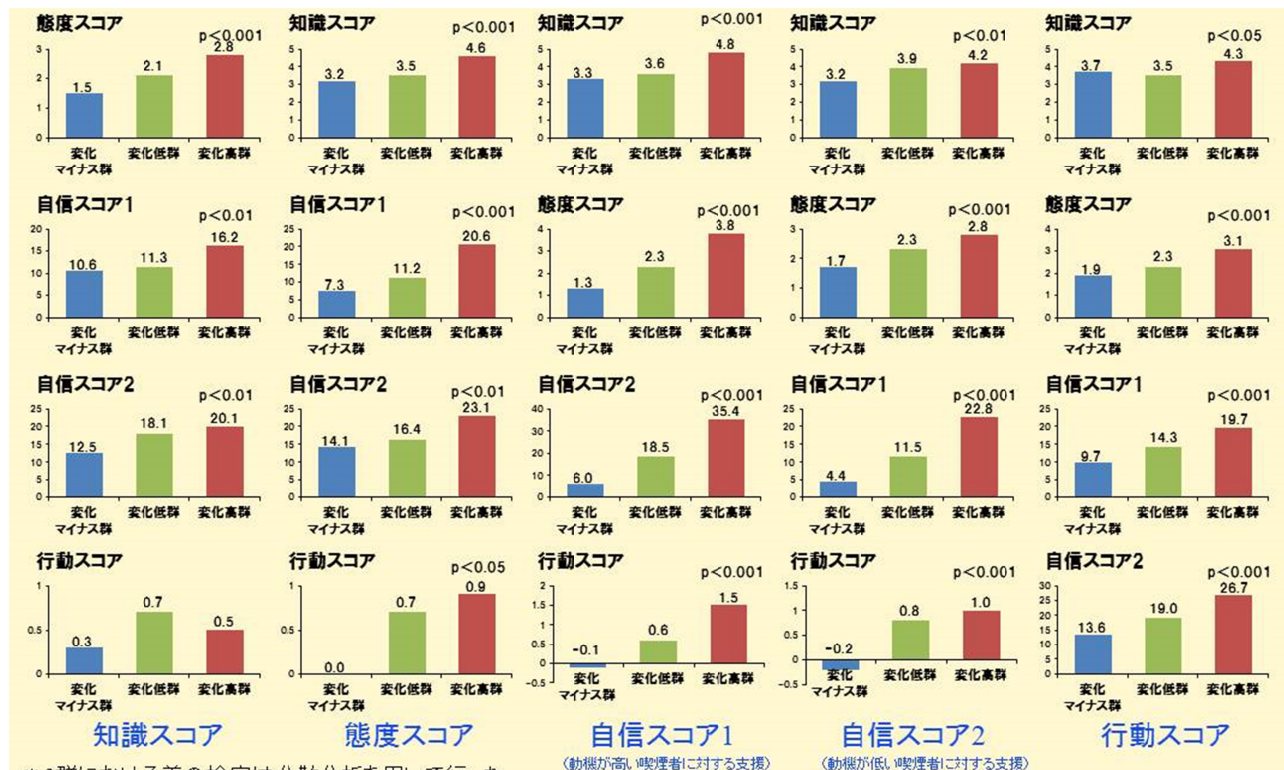
図表22 (続き)．トレーニング前後のスコア変化と各指標変化との関係—禁煙治療版 (2010—13年)

	変化マイナス群		変化低群		変化高群		分散分析およびTukeyの多重比較			
	平均	(±SD)	平均	(±SD)	平均	(±SD)	全体	マイナスVS低	低VS高	マイナスVS高
自信スコア1(動機が高い喫煙者に対する支援)										
知識スコア	3.3	(3.31)	3.6	(3.38)	4.8	(3.66)	p<0.001	p=0.590	p<0.001	p<0.001
態度スコア	1.3	(3.19)	2.3	(3.09)	3.8	(3.50)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
自信スコア2	6.0	(25.75)	18.5	(26.16)	35.4	(31.92)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
行動スコア	-0.1	(3.27)	0.6	(3.20)	1.5	(3.79)	p<0.001	p=0.020	p=0.005	p<0.001
自信スコア2(動機が低い喫煙者に対する支援)										
知識スコア	3.2	(3.44)	3.9	(3.27)	4.2	(3.58)	p=0.003	p=0.066	p=0.625	p=0.002
態度スコア	1.7	(3.23)	2.3	(3.06)	2.8	(3.60)	p<0.001	p=0.054	p=0.213	p<0.001
自信スコア1	4.4	(19.26)	11.5	(15.63)	22.8	(21.78)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
行動スコア	-0.2	(3.00)	0.8	(3.44)	1.0	(3.68)	p<0.001	p=0.004	p=0.779	p<0.001
行動スコア										
知識スコア	3.7	(3.40)	3.5	(3.46)	4.3	(3.58)	p=0.027	p=0.830	p=0.035	p=0.054
態度スコア	1.9	(3.36)	2.3	(3.20)	3.1	(3.41)	p<0.001	p=0.435	p=0.049	p<0.001
自信スコア1	9.7	(19.06)	14.3	(20.17)	19.7	(23.69)	p<0.001	p=0.021	p=0.021	p<0.001
自信スコア2	13.6	(28.35)	19.0	(27.54)	26.7	(32.37)	p<0.001	p=0.065	p=0.021	p<0.001

*知識スコアは20項目、態度スコアは6項目、行動スコアは5項目の合計点数で算出、自信は0-100%で表記している。

*トレーニング前後の変化は、トレーニング後のスコアや割合からトレーニング前の値の差を算出している。

図表23. トレーニング前後のスコア変化と各指標変化—禁煙治療版 (2010—13年)



図表24. トレーニング前後のスコア変化と各指標変化との関係—禁煙導入版 (2011—13年)

	変化マイナス群		変化低群		変化高群		分散分析およびTukeyの多重比較			
	平均	(±SD)	平均	(±SD)	平均	(±SD)	全体	マイナスVS 低	低VS高	マイナスVS 高
知識スコア										
態度スコア	1.3	(3.89)	2.5	(3.64)	2.6	(3.67)	p=0.227	p=0.276	p=0.977	p=0.216
自信スコア1	12.1	(21.61)	18.3	(17.83)	20.2	(24.87)	p=0.214	p=0.372	p=0.824	p=0.185
自信スコア2	14.8	(25.30)	17.8	(27.69)	23.4	(27.50)	p=0.231	p=0.864	p=0.367	p=0.308
行動スコア	1.2	(3.32)	0.6	(3.16)	0.5	(3.22)	p=0.551	p=0.622	p=0.976	p=0.528
態度スコア										
知識スコア	2.9	(2.23)	2.6	(2.22)	3.3	(2.16)	p=0.168	p=0.799	p=0.151	p=0.474
自信スコア1	13.9	(19.87)	15.9	(20.89)	24.1	(22.87)	p=0.013	p=0.844	p=0.062	p=0.017
自信スコア2	16.9	(27.62)	14.4	(26.65)	27.3	(26.45)	p=0.011	p=0.846	p=0.012	p=0.067
行動スコア	0.2	(2.82)	0.6	(3.19)	1.0	(3.50)	p=0.335	p=0.773	p=0.700	p=0.304

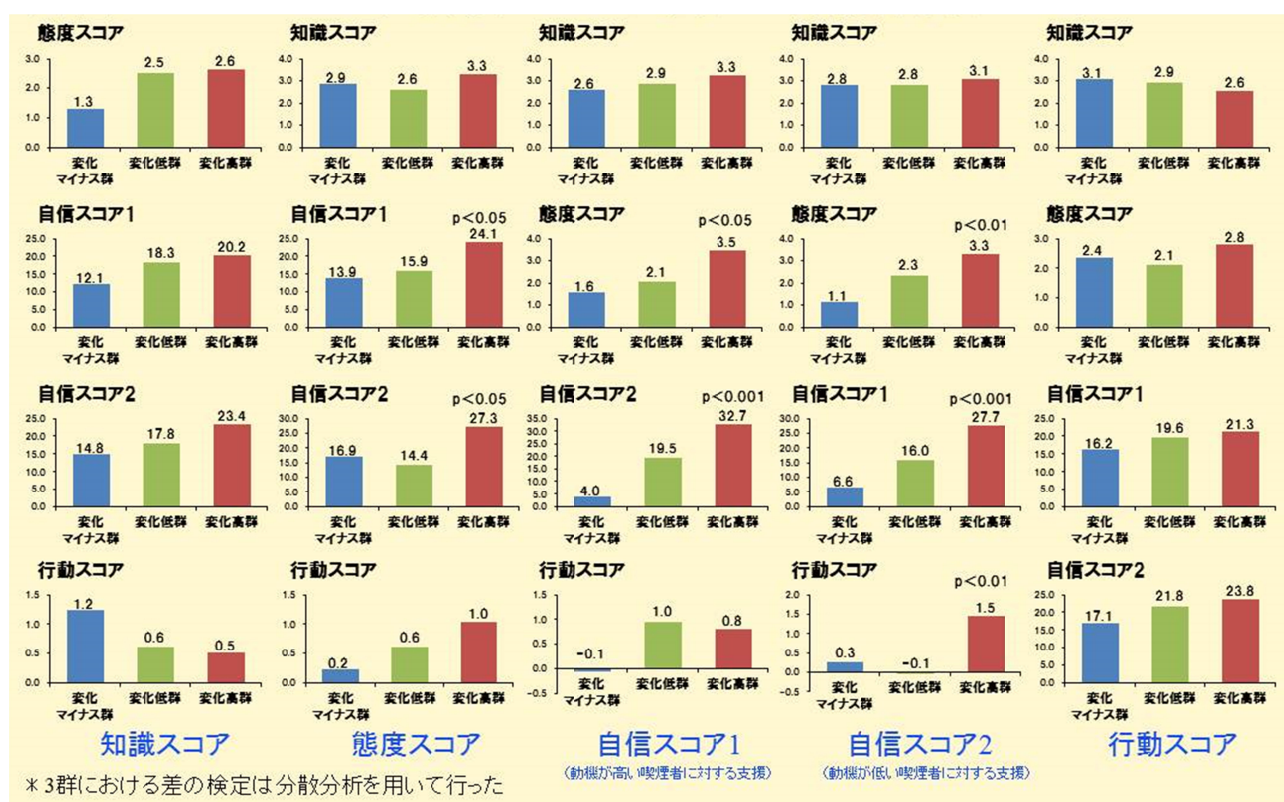
※知識スコアは20項目、態度スコアは6項目、行動スコアは5項目の合計点数で算出、自信は0-100%で表記している。
 ※トレーニング前後の変化は、トレーニング後のスコアや割合からトレーニング前の値の差を算出している。
 ※自信スコア1:動機が高い喫煙者に対する支援、自信スコア2:動機が低い喫煙者に対する支援

図表24 (続き). トレーニング前後のスコア変化と各指標変化との関係—禁煙導入版 (2011—13年)

	変化マイナス群		変化低群		変化高群		分散分析およびTukeyの多重比較			
	平均	(±SD)	平均	(±SD)	平均	(±SD)	全体	マイナスVS 低	低VS高	マイナスVS 高
自信スコア1(動機が高い喫煙者に対する支援)										
知識スコア	2.6	(2.17)	2.9	(2.28)	3.3	(2.14)	p=0.235	p=0.722	p=0.533	p=0.213
態度スコア	1.6	(3.98)	2.1	(3.29)	3.5	(3.76)	p=0.011	p=0.737	p=0.046	p=0.014
自信スコア2	4.0	(25.37)	19.5	(25.35)	32.7	(24.84)	p<0.001	p=0.001	p=0.005	p<0.001
行動スコア	-0.1	(3.27)	1.0	(3.11)	0.8	(3.23)	p=0.169	p=0.163	p=0.950	p=0.307
自信スコア2(動機が低い喫煙者に対する支援)										
知識スコア	2.8	(2.11)	2.8	(2.41)	3.1	(2.13)	p=0.680	p=1.000	p=0.726	p=0.754
態度スコア	1.1	(3.49)	2.3	(2.84)	3.3	(4.17)	p=0.003	p=0.158	p=0.244	p=0.002
自信スコア1	6.6	(18.12)	16.0	(16.85)	27.7	(23.10)	p<0.001	p=0.028	p=0.001	p<0.001
行動スコア	0.3	(3.19)	-0.1	(2.63)	1.5	(3.46)	p=0.009	p=0.863	p=0.012	p=0.071
行動スコア										
知識スコア	3.1	(2.36)	2.9	(1.74)	2.6	(2.32)	p=0.386	p=0.913	p=0.671	p=0.352
態度スコア	2.4	(3.39)	2.1	(4.22)	2.8	(3.80)	p=0.644	p=0.904	p=0.622	p=0.789
自信スコア1	16.2	(21.31)	19.6	(19.80)	21.3	(24.29)	p=0.362	p=0.632	p=0.925	p=0.379
自信スコア2	17.1	(25.75)	21.8	(29.58)	23.8	(28.26)	p=0.316	p=0.573	p=0.931	p=0.341

※知識スコアは20項目、態度スコアは6項目、行動スコアは5項目の合計点数で算出、自信は0-100%で表記している。
 ※トレーニング前後の変化は、トレーニング後のスコアや割合からトレーニング前の値の差を算出している。

図表25. トレーニング前後のスコア変化と各指標変化—禁煙導入版(2011—13年)



図表26. トレーニング前後のスコア変化と各指標変化との関係—禁煙支援版 (2011—13年)

	変化マイナス群		変化低群		変化高群		分散分析およびTukeyの多重比較			
	平均	(±SD)	平均	(±SD)	平均	(±SD)	全体	マイナスVS 低	低VS高	マイナスVS 高
知識スコア										
態度スコア	2.2	(2.65)	2.4	(3.39)	3.1	(3.31)	p=0.088	p=0.910	p=0.113	p=0.190
自信スコア①	21.6	(20.93)	26.3	(23.13)	25.9	(24.74)	p=0.370	p=0.344	p=0.989	p=0.462
自信スコア②	17.9	(21.42)	22.7	(22.85)	25.9	(21.56)	p=0.072	p=0.308	p=0.366	p=0.061
自信スコア③	19.5	(22.12)	24.6	(24.94)	29.2	(24.74)	p=0.034	p=0.329	p=0.180	p=0.033
行動スコア	1.3	(3.64)	0.7	(3.92)	0.1	(3.30)	p=0.105	p=0.443	p=0.346	p=0.098
態度スコア										
知識スコア	3.1	(2.09)	3.1	(2.39)	3.5	(2.26)	p=0.211	p=0.994	p=0.242	p=0.367
自信スコア①	20.4	(23.51)	25.1	(22.29)	29.3	(23.64)	p=0.007	p=0.227	p=0.231	p=0.005
自信スコア②	14.3	(22.39)	24.3	(21.18)	27.4	(21.98)	p<0.001	p=0.001	p=0.388	p<0.001
自信スコア③	18.5	(25.85)	25.1	(20.56)	29.8	(26.38)	p=0.001	p=0.073	p=0.180	p<0.001
行動スコア	0.6	(4.06)	-0.1	(3.30)	1.2	(3.77)	p=0.004	p=0.240	p=0.003	p=0.366
行動スコア										
知識スコア	3.3	(2.32)	3.1	(2.26)	3.1	(2.18)	p=0.766	p=0.872	p=0.997	p=0.788
態度スコア	2.3	(3.21)	2.5	(3.04)	3.2	(3.54)	p=0.036	p=0.797	p=0.317	p=0.027
自信スコア①	24.4	(22.83)	23.2	(20.89)	29.5	(25.50)	p=0.080	p=0.921	p=0.135	p=0.112
自信スコア②	21.8	(21.95)	17.7	(20.61)	28.9	(23.28)	p=0.001	p=0.311	p=0.001	p=0.011
自信スコア③	22.3	(22.90)	25.5	(23.67)	30.8	(27.89)	p=0.008	p=0.566	p=0.272	p=0.005

*知識スコアは20項目、態度スコアは6項目、行動スコアは5項目の合計点数で算出、自信は0-100%で表記している。

*トレーニング前後の変化は、トレーニング後のスコアや割合からトレーニング前の値の差を算出している。

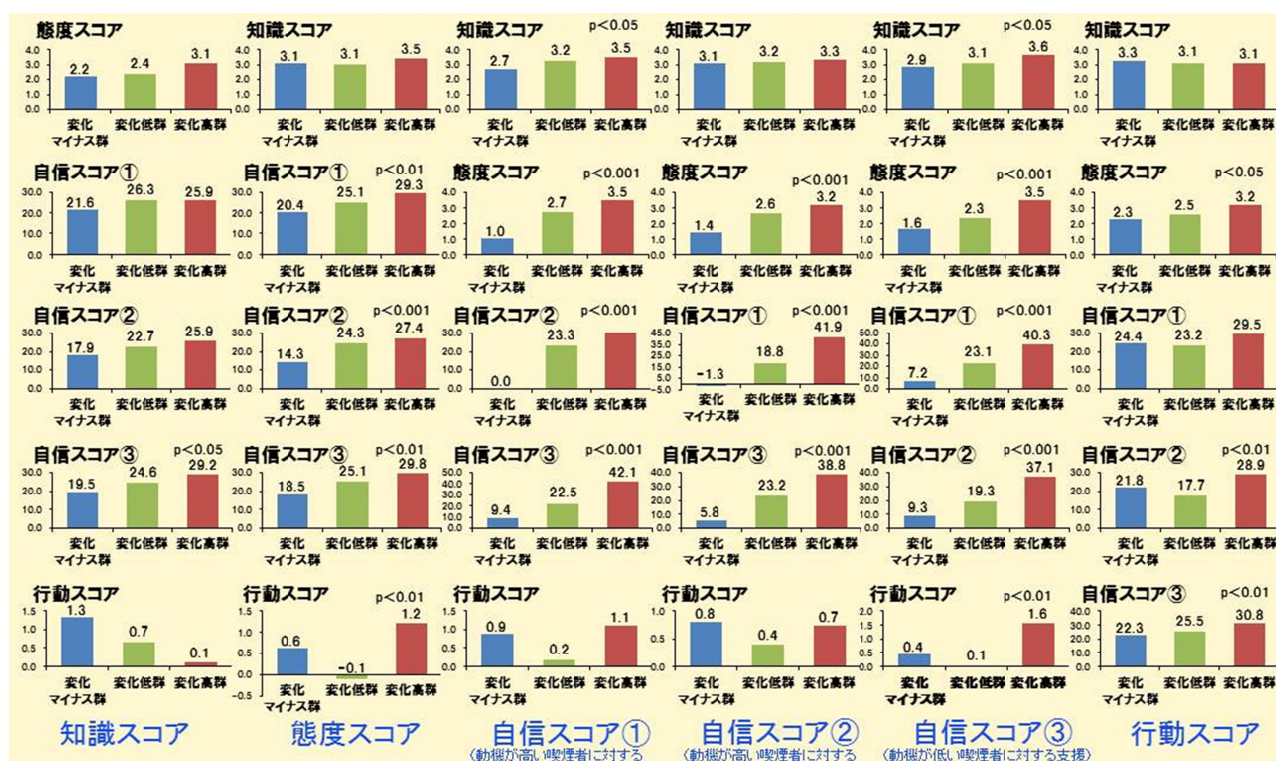
* 自信スコア①: 動機が高い喫煙者に対する10分程度の支援、自信スコア②: 動機が高い喫煙者に対する1-3分程度の支援、自信スコア③: 動機が低い喫煙者に対する支援

図表26 (続き)．トレーニング前後のスコア変化と各指標変化との関係—禁煙支援版 (2011—13年)

	変化マイナス群		変化低群		変化高群		分散分析およびTukeyの多重比較			
	平均	(±SD)	平均	(±SD)	平均	(±SD)	全体	マイナスVS低	低VS高	マイナスVS高
自信スコア①(動機が高い喫煙者に対する10分程度の支援)										
知識スコア	2.7	(2.44)	3.2	(2.29)	3.5	(2.05)	p=0.044	p=0.173	p=0.525	p=0.034
態度スコア	1.0	(3.71)	2.7	(2.95)	3.5	(3.17)	p<0.001	p<0.001	p=0.059	p<0.001
自信スコア②	0.0	(15.17)	23.3	(16.15)	48.7	(16.20)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
自信スコア③	9.4	(23.77)	22.5	(20.37)	42.1	(22.62)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
行動スコア	0.9	(3.96)	0.2	(3.32)	1.1	(4.16)	p=0.058	p=0.268	p=0.068	p=0.910
自信スコア②(動機が高い喫煙者に対する1-3分程度の支援)										
知識スコア	3.1	(2.31)	3.2	(2.29)	3.3	(2.23)	p=0.710	p=0.919	p=0.857	p=0.700
態度スコア	1.4	(3.64)	2.6	(2.99)	3.2	(3.30)	p<0.001	p=0.001	p=0.011	p<0.001
自信スコア①	-1.3	(17.30)	18.8	(14.15)	41.9	(16.72)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
自信スコア③	5.8	(24.36)	23.2	(19.19)	38.8	(22.78)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
行動スコア	0.8	(3.86)	0.4	(3.36)	0.7	(4.07)	p=0.567	p=0.643	p=0.660	p=0.986
自信スコア③(動機が低い喫煙者に対する支援)										
知識スコア	2.9	(2.22)	3.1	(2.31)	3.6	(2.18)	p=0.021	p=0.708	p=0.060	p=0.035
態度スコア	1.6	(3.49)	2.3	(3.06)	3.5	(3.33)	p<0.001	p=0.220	p=0.002	p<0.001
自信スコア①	7.2	(22.13)	23.1	(18.23)	40.3	(22.44)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
自信スコア②	9.3	(22.10)	19.3	(18.53)	37.1	(20.89)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
行動スコア	0.4	(4.03)	0.1	(3.49)	1.6	(3.75)	p=0.001	p=0.693	p<0.001	p=0.072

*知識スコアは20項目、態度スコアは6項目、行動スコアは5項目の合計点数で算出。自信は0-100%で表記している。
*トレーニング前後の変化は、トレーニング後のスコアや割合からトレーニング前の値の差を算出している。

図表27. トレーニング前後のスコア変化と各指標変化—禁煙支援版 (2011—13年)



*3群における差の検定は分散分析を用いて行った

総説、著作等

著者名	論文タイトル名	発表雑誌名
津下一代	肥満症の予防・治療の効果	日医雑誌 第 143 巻 第 1 号
津下一代	特定保健指導の高血圧に対する効果	血圧 Vol.22 no.2 2015
津下一代	特定健診ナショナルデータベース (NDB) 分析の概要	臨床栄養 Vol.124 No.2 2014.2
津下一代	特定健診 2 千万人のデータを活用した保健事業の PDCA	保健医療科学 2014 Vol.63 No.5
津下一代	特定健診・特定保健指導一到達点と今後の方向性	医学のあゆみ Vol.250 No.9
津下一代	中高年の肥満対策と生活習慣病予防のための食事 処方	日医雑誌 第 143 巻・第 11 号
津下一代	人間ドック学会発表の新「基準範囲」。どう生かす？	日経ヘルス 2014-9
津下一代	運動療法、病院から地域連携へ	Diabetes Frontier Vol.25 No.6
津下一代	特定健診・保健指導スキルアップ講座	メタボレター VOL.14
津下一代	初の生活習慣改善指導士ワークショップ	メタボレター Vol.15
津下一代	データヘルスを進めるために —保険者に求められる、データをもとにした 保健事業の取り組み—	健康保険 2014.5
津下一代	保険者機能を高める戦略的な保健事業の構築	KENPOREN AICHI No.319
津下一代	データヘルス計画で受診勧奨を効果的に行う ポイント	へるすアップ 21 2014.11
Murakami H, Tripette J, Kawakami R, Miyachi M.	"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.
Nakamura M, Oshima A, Ohkura M et al	Predictors of Lapse and Relapse to Smoking in Successful Quitters in a Varenicline Post Hoc Analysis in Japanese Smokers.	Clinical Therapeutics, 36(6): 918-927, 2014.
中村正和	フィードバック文例集活用の手引き 4.喫煙.	今日から使える特定健診・特定 保健指導実践ガイド 医学書院, p36-43, 2014.
中村正和	II-2.生活習慣是正の指導⑥禁煙	循環器病予防ハンドブック 第 7 版 保健同人社, p196-199, 2014.

中村正和	禁煙支援	ライフスタイル療法Ⅰ－生活習慣改善のための行動療法（第4版） 医歯薬出版，p56-63，2014.
中村正和	メタボリック症候群と禁煙.	呼吸,33(4): 353-359, 2014.
和田高士, 山門實, 秋元順子, 奥田友子, 佐藤さとみ, 石本裕美, 山下真理子, 津下一代	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.	人間ドック 2014 29; 509 －514
和田高士, 山門實, 秋元順子, 奥田友子, 佐藤さとみ, 石本裕美, 山下真理子, 津下一代	特定保健指導の指導研修における職種別特徴.	人間ドック 2014 29; 636 －638
Muramoto A, Matsushita M, Kato A, Yamamoto A, Koike G, Nakamura M, Numata T, Tamakoshi A, Tsushita K.	Three percent weight reduction is the minimum requirement to improve health hazards in obese and overweight people in Japan.	Obes Res Clin Pract. 2014; 8 : e466-475.
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 2014/9 Vol No.5
村本あき子, 津下一代	生活習慣介入	臨牀と研究・91 巻 6 号
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』2014.8 Part II
林 芙美, 武見ゆかり	特定保健指導対象の職域男性における減量の非成功要因についての検討：個別インタビューによる質的検討	日健雑誌 第22巻 第2号
Naoki Sakane, Juichi Sato, KazuyoTsushita, satoruTsujii, Kazuhiko Kotanj, MakotoTominaga, shoji Kawazu, Yuzo Sato, Thkeshi Usui, Isao Kamae, et al.	Effect of baseline HbA1c level on the development of diabetes by lifestyle intervention in primary health care settings : insights from subanalysis of the Japan Diabetes Prevention Program	BMJ Open Diabetes Research and Care 2014 ; 2 : 000003.

学会発表

発表者	演題タイトル名	学会名
津下一代, 武見ゆかり	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総会 2014年10月 栃木
中村正和	シンポジウム 専門職の“保健指導力”向上に必要なエビデンスとは? -禁煙支援分野からの考察-	第73回日本公衆衛生学会総会 2014年10月 栃木
中村正和	結核と喫煙一命を守る禁煙支援活動と社会環境整備	第89回日本結核病学会総会 2014年3月, 岐阜

中村正和	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 23 回日本健康教育学会学術大会 2014 年 7 月 北海道
Masakazu Nakamura	Challenge of Nicotine Dependence Treatment	32 nd World Congress of Internal Medicine 2014 October COEX,Aeoul,Korea
中村正和	禁煙サポートに関する総論・解説	第 55 回日本肺癌学会学術集会 2014 年 10 月 京都
Hitoshi MAESATO,Keiko Watanabe,Keiko Matsumura,Kazuyo Tsushita	Survey of measures taken against alcohol - related problems at the municipal level	ISAM2014 October 4,2014 Yokohama
村本あき子,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回日本糖尿病学会学術集会2014年5月 大阪
村本あき子	シンポジウム 専門職の保健指導に関する知識・技術・自信に関する現状と課題.	第 73 回日本公衆衛生学会総会 2014 年 10 月 栃木
六路恵子	シンポジウム 協会けんぽにおける“保健指導力”向上の試み.	第 73 回日本公衆衛生学会総会 2014 年 10 月 栃木
杉田由加里	シンポジウム 都道府県及び都道府県国保連合会による市町村の“保健指導力”に向けた研修の実態	第 73 回日本公衆衛生学会総会 2014 年 10 月 栃木
加藤綾子、松下まどか、村本あき子、津下一代	生活習慣が内臓脂肪面積に及ぼす影響と血圧、脂質、血糖値の関連について	第 2 回デュアルインピーダンス法を用いた内臓脂肪測定法研究会 (Dual BIA 研究会) 2014.9.6