

コレステロール血症とともに複数の成因からなっており、単独の危険因子としての分析のみでなく、メタボリックシンドロームに伴う動脈硬化惹起性リポ蛋白異常としての解析が必要と思われる。

NCEP基準では、トリグリセリドについては男女差がないが、HDLコレステロールについては男女差をもたせ、女性については50mg/dlと男性より10mg/dl高く設定している。WHO基準でも男性35mg/dl未満、女性39mg/dl未満と男女差をつけている。しかし、これはあくまで平均値が女性では高いことが根拠となっており、冠動脈疾患との関連ではない。冠動脈疾患との関連で調査しているFramingham studyでは女性でも40mg/dl未満で急に冠動脈疾患の頻度が増加しており、Lipid Research Clinics Prevalence Mortality Follow up Studyではさらに40mg/dlで境界が引けるように思われる。Framingham studyにおけるリスクスコアでもHDLコレステロールについては、男女関係なく40mg/dl未満に2点を与えている。残念ながら現時点ではわが国で動脈硬化性疾患を対象とした、男女のHDLコレステロールのリスクについての検討はなく、十分なエビデンスはないが、現時点では、男女差をつける根拠はないものと考えられる。

高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症を1項目とするか2項目として扱うかについては、NCEP基準とWHO基準の大きく異なるところであり、本委員会でも議論がかわされた。基本的に、メタボリックシンドロームが内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性を基盤として生じてくることを考えると、それに伴う脂質異常として、高頻度に見られるのが高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症である。これは、リポ蛋白リパーゼ作用の不足に基づく脂質異常であることから共通基盤で起きているものと考えられる。また糖尿病症例でHDLコレステロール値と血清トリグリセリド値との関連性をみた検討では血清トリグリセ

ライド値が150mg/dlをこえると低HDLコレステロール血症を呈する患者の割合が急激に増加する。したがって、耐糖能異常を有する場合は、脂質異常の一方が起こっていても何らかの形で、他方にも影響を与えているものと考えられる。このような観点に立つと、この両者を独立して診断基準に加えることには問題があると思われる。むしろ、両者が揃う必要はないが、一方が認められた場合は、メタボリックシンドロームの可能性を考えて診療に当たるという意味で、この両者を1項目として扱うのが妥当であると考えられる。

メタボリックシンドロームには、レムナントやsmall dense LDLなどの動脈硬化惹起性リポ蛋白の出現が伴うことが知られている³⁹⁾。レムナントリポ蛋白(レムナント粒子あるいは単にレムナントとも呼ばれる)はアポBに富むリポ蛋白であり、家族性Ⅲ型高脂血症にみられるように動脈硬化惹起性リポ蛋白として知られている。小型で高比重のLDL (small dense LDL)は動脈壁内膜に侵入しやすく、また酸化されやすい性質からマクロファージに取り込まれやすく、これも動脈硬化性惹起性リポ蛋白の一つとして考えられている。このようなことから、レムナントリポ蛋白、small dense LDL、アポBの測定はメタボリックシンドロームにおける動脈硬化惹起性リポ蛋白異常を診断する一助となるが、よりの確なマーカーについても今後検討する必要があるものと思われる。

4) 高血圧

高血圧症もまた複数の成因からなる病態である。血圧値は内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性と強く関連して高血圧自体が動脈硬化性疾患のリスクとなり、本委員会でも高血圧をメタボリックシンドロームの診断基準に含めた。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインにおいては、120/80mmHg未満を至適血圧、120~129/80~84mmHgを正常血圧、130~139/

85~89mmHgを正常高値血圧、140/90mmHg以上を高血圧としている³⁹⁾。メタボリックシンドロームに関するWHO基準では140/90mmHg以上を用いているが、NCEP基準では130/85mmHg以上の正常高値血圧以上としている。本邦の端野・壮督町研究において、血圧値を140/90mmHg以上とした場合と130/85mmHg以上とした場合を比較すると、40歳以上の男性一般住民の808名における血圧高値の頻度は140/90mmHg以上は38%、130/85mmHg以上は59%であった。5年間の前向き疫学調査の集結では、ウエスト周囲径増大を必須基準とし、血圧基準に140/90mmHg以上を用いた場合、心イベントの発症率は非メタボリックシンドロームに比べて2.1倍、130/85mmHg以上を用いた場合は1.8倍高値であった。以上より、メタボリックシンドロームの血圧基準は、正常高値である130/85mmHg以上でも140/90mmHg以上と同様の危険因子となっており、130/85mmHg以上を用いるのが妥当とした。食塩感受性高血圧患者⁴⁰⁾ではインスリン抵抗性を伴ない、メタボリックシンドロームを呈することが多く⁴¹⁾、また食塩負荷にてインスリン抵抗性が増強する⁴²⁾。

5) その他の病態

(1) 易炎症性状態と易血栓性状態

易炎症性状態と易血栓性状態は互いに関連しており、メタボリックシンドロームにしばしばみられる。ともに心血管疾患発症のリスクと考えられている⁴³⁻⁴⁵⁾。臨床検査としては高感度CRPの上昇、血中PAI-1レベルの増加があげられる。複数のメカニズムがCRPやPAI-1の上昇に関与する。実験的にはインスリン、グルコース、VLDLトリグリセリドが血管内皮細胞におけるPAI-1産生を増加することが知られている。また脂肪組織に由来するTNF- α やIL-6などの炎症性サイトカインがCRP上昇に関与したり、脂肪組織から直接合成分泌されるPAI-1が易血栓性状態に関与する可能性もある。

(2) 微量アルブミン尿

微量アルブミン尿はメタボリックシンドロームにしばしば出現する徴候である。そのメカニズムは不明な点が多いが、現時点では肥満に伴う糸球体毛細管圧上昇によるリークのみでなく、全身の血管内皮細胞障害による血管浸透性の亢進により出現し、血管内皮細胞障害を反映すると考えられている。NCEP基準には含まれていないが、WHO基準に含まれている。治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でないが、心血管疾患の予測因子の一つとして注目されており、ハイリスク群を抽出するための意義があると考えられる⁴⁶⁾。糖尿病と診断された場合には腎障害の予知因子として重要である。ADA (American Diabetes Association) では早朝尿あるいは随時尿を用いて30~300mg/g・Crを微量アルブミン尿と定義しており、日本糖尿病学会と日本腎臓学会の合同委員会でも同様の基準を推奨している⁴⁶⁾。

(3) 高尿酸血症

高尿酸血症もメタボリックシンドロームによく見られる検査値異常である。特に高トリグリセリド血症としばしば合併する。内臓脂肪蓄積時には尿酸合成が亢進しているという報告がある。肝臓における脂肪合成亢進時に消費されたNADPHを回復するためにペントースリン酸経路が活性化されプリン体生成が亢進することが想定されているが充分明らかではない。心血管疾患の予測因子の一つとしての報告が多数ある^{48,50)}ものの、直接的なリスクファクターとしてのエビデンスに乏しく、また高尿酸血症の治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でない。痛風や尿路結石症の成因として重要である高尿酸血症の管理については痛風の治療ガイドラインが日本痛風・核酸代謝学会からだされているので参照されたい⁵¹⁾。従って、高尿酸血症については、メタボリックシンドロームのリスクマーカーとして扱い、高尿酸血症を有する症例については、メタボリックシンドロームの診断

基準に則ってその有無を検討するべきである。

(4) アディポサイトカイン

脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインとして、PAI-1, アディポネクチン, TNF- α , レプチン, レジスチンなどがあげられている。内臓脂肪蓄積や肥満により、これらアディポサイトカイン分泌異常がおこるので、「その他の病態」として区別されるものではないが、今後病態把握の手段として臨床検査として用いられる可能性がある。血漿PAI-1値の測定はアディポサイトカインとしてのみでなく、メタボリックシンドロームにおける易血栓性状態の評価として意味をもつ⁵⁰⁾。アディポネクチンは基礎研究、臨床研究成果から抗動脈硬化因子としての意義に将来性がある^{16,53-55)}。とくに、内臓脂肪蓄積に伴う低アディポネクチン血症が、糖尿病、高脂血症、高血圧に加えて心血管病にも直接関連することから、今後、メタボリックシンドロームの全てのコンポーネントを結ぶ臨床マーカーとなりうる可能性がある。

臨床的意義

メタボリックシンドロームの臨床的帰結は心血管病である。本来、心血管病のリスクの重なりは、リスクが単独で存在するより危険度が増すことは当然である。高コレステロール血症に他のリスクが合併する場合の危険度についてはすでに動脈硬化性疾患診療ガイドラインに述べられており、ガイドラインを参考に診察されることが望まれる。NCEP, WHO基準によるメタボリックシンドロームの心血管疾患死亡予測の意義についていくつかの報告がおこなわれている。

6,255人を平均13年間追跡した米国The Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II)の調査研究ではウエスト周囲径のデータがないためBMI 30以上を用いたNCEP基準を用いているが、メタボリックシ

ンドローム群はメタボリックシンドロームのない群に比べ、年齢、性別を補正した冠動脈疾患死亡のハザード比は2.02、心血管疾患死亡のハザード比は1.82、総死亡のハザード比も1.4と高値であった⁵⁶⁾。糖尿病症例を除いてもメタボリックシンドローム群は冠動脈疾患死亡のハザード比は1.65、心血管疾患死亡のハザード比は1.56と高かった。ウエスト径を測定し糖負荷試験を大規模におこなったSan Antonio Heart Study (SAHS) (2,815人、平均追跡期間12.7年)では、NCEP, WHOの両基準で調査され、NCEP基準のメタボリックシンドローム群では総死亡1.47、心血管疾患死亡2.53のハザード比が、WHO基準では総死亡1.27、心血管疾患死亡1.63のハザード比が得られており、両基準とも全体として心血管死亡の予知に有用であったが、簡便なNCEP基準の方がベースに糖尿病や心血管疾患の既往のない低リスク群においても有用な傾向にあったとしている⁵⁷⁾。フィンランド、スウェーデンにおけるBotnia Study⁵⁸⁾、フィンランドにおけるKuopio Ischemic Heart Study⁵⁹⁾では、WHO基準を用いメタボリックシンドロームの診断が心血管疾患発症予測に有用であるとしている。

わが国においても複合リスクの心血管疾患に対する危険性が示されている。厚生労働省作業関連疾患総合対策研究班の企業従事者12万人を対象にした調査では、3年間で冠動脈疾患を発症した94例について、企業での検診結果が10年前まで遡り調べられた²⁾。発症群は性別、年齢、部署を合わせた非発症群に比べ、BMI、血圧、空腹時血糖値、血清コレステロール値、血清トリグリセライド値、血清尿酸値のいずれもが、正常よりやや高値の範囲であるが有意に高く、10年間持続していることが確認された。BMI 26.4以上の肥満、140/90以上の高血圧、220mg/dl以上の高コレステロール血症、110mg/dl以上の高血糖の4項目のうち3つ以上を有すると、これらのリスクの4つとも有しないものに比べ、重回帰分析により31.34の高いオッズ比を示した。

○糖尿病：日本糖尿病学会HP

http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=11

○高血圧症：日本高血圧学会HP

<http://www.jpnsn.org/data/jsh2009digest.pdf>

○脂質異常症：日本動脈硬化学会HP

<http://www.j-athero.org/>

○慢性腎臓病 (CKD)：日本腎臓学会HP

<http://www.jsn.or.jp/guideline/guideline.php>

○高尿酸血症・痛風：日本痛風・核酸代謝学会HP

<http://www.tukaku.jp/>

○肥満症：日本肥満学会HP

<http://www.jasso.or.jp/>

健診・保健指導の研修ガイドライン

(改訂版)

目次

はじめに	1
I 人材育成の基本的事項	2
II 研修において習得すべき能力	3
III 教育方法	5
IV 研修の評価	8
V 実践者育成研修プログラム	10
VI リーダー育成プログラム	13
VII 研修体系の整理	16

はじめに

平成20年度に開始された特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という）制度については、制度開始以来の科学的知見や実施状況等を踏まえた見直しがなされ、平成25年度から実施される予定である。

これに伴い、「標準的な健診・保健指導プログラム」も改訂されたが、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」に示された保健指導を効果的・効率的に実施するためには、医療保険者が特定健診・保健指導事業の背景や内容をふまえた上で、事業を適切に企画・実践・評価するとともに、対象者の生活習慣病予防のための行動変容に確実につながる保健指導を展開することが必要であり、そのような能力を有する人材の育成は、引き続き重要な課題である。

本研修ガイドラインは、都道府県等が特定健診・特定保健指導に関する研修を効果的に実施するために、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」を踏まえた上で、研修において習得すべき能力を明らかにし、それらの能力を習得するための教育方法、効果的な研修を実施するための研修の評価について盛り込むとともに、それらを踏まえた研修プログラムを掲載したものである。

研修を企画、運営する都道府県等においては、本研修ガイドラインの内容を踏まえた上で、それぞれの人材育成体制や研修対象者の能力、ニーズ等を考慮に入れ、理論だけでなく、具体的な取組を含めるなど、創意工夫を加えた研修を実施し、生活習慣病対策を着実に推進できる人材を育成することが必要である。

本研修ガイドラインを、都道府県等において開催される研修の企画・運営に際して活用されたい。

I 人材育成の基本的事項

1 研修の目的

「医療制度改革大綱」において、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられたことを踏まえて、平成20年度から特定健診・特定保健指導が医療保険者によって実施されている。

この目標を達成するためには、健診後の保健指導を確実に、そして効果的に実施する必要があり、各医療保険者は事業を適切に企画、評価するとともに、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」を踏まえた保健指導を保健師、管理栄養士等が的確に実施することが求められる。

このため、健診・保健指導事業に従事する者に対して研修を行い、生活習慣病対策全体を効果的に推進できる人材を育成することを目的とするものである。

2 研修の対象者

(1) 医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士、事務職等

(2) 市町村衛生部門等において生活習慣病予防対策を担当する保健師、管理栄養士等

(3) 民間事業者等において特定健診・特定保健指導事業の委託を受け、当該事業に従事する者

3 研修の実施体制

研修の実施体制は、主に以下のような実施主体が行うものであるが、実情に応じて、実施主体間の調整を図り、効率的に実施するものとする。

(1) 都道府県においては、市町村（国保部門・衛生部門等）の保健師、管理栄養士等を対象に、健診・保健指導事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施するとともに、民間事業者等の医師、保健師、管理栄養士等を対象に、保健指導の知識・技術に関する研修を実施する。

(2) 各都道府県の医療保険者は、都道府県内の国民健康保険団体連合会や健康保険組合、保険者協議会、自治体等と連携し、医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士、事務職等を対象に、健診・保健指導事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施する。

(3) 各都道府県の医師会、看護協会、栄養士会等においては、各団体の会員を主な対象者とし、保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施する。

4 指導者育成体制

都道府県及び医療保険者、関係団体の研修の担当者は、都道府県レベルで実施する研修の指導的立場となることから、これらの者に対する研修は、国立保健医療科学院、医療保険者及び関係団体の中央レベルにおいて実施する。

II 研修において習得すべき能力

研修において習得すべき能力は以下のとおりであるが、研修受講対象者により必要となる能力は異なること、また、医師・保健師・管理栄養士等の職種によっても習得すべき能力は異なることから、研修プログラムを組む際には、この点を考慮する必要がある。

また、すべての能力を短期間で向上させることは現実的ではないことから、積み上げ方式の研修プログラムを組むことが適当である。特に保健指導技術の向上に関しては、集合研修に加え、OJTにおいて能力を高めていく体制が必要である。

1 健診・保健指導事業の企画・立案・評価ができる能力

各都道府県が策定する医療費適正化計画、健康増進計画等を承知した上で、健診・保健指導事業の計画を立てることが必要である。

(1) 医療関連データ等を分析し、優先課題が選定できる

- ①分析の視点がわかり、問題を見出すことができる
- ②優先順位の判断ができる

(2) 目標設定ができ、事業計画が立てられる

- ①ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの相乗効果をねらった事業計画が考えられる

(3) 健診・保健指導に関する社会資源を活用した実施体制が構築できる

(4) 事業等の効果を評価でき、評価結果を改善につなげられる

- ①評価指標となるデータを分析し、改善すべき事項が判断できる
- ②費用対効果や最終評価から、事業全体の評価ができる

2 行動変容につながる保健指導ができる能力

「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」において、以下のような能力の習得が必要である。

(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

- ①メタボリックシンドローム・健診データ・生活習慣の関連を理解する
- ②対象者の健診データ等から、身体の状態や保有するリスクを的確に把握できる
- ③糖尿病等の予防に関連した最新の知見を理解する

(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

- ①生活習慣の改善に関する保健指導の特徴を理解する
- ②行動変容に関する基本的知識・技術を理解する
- ③健診結果・質問票から、対象者の病態、安全性に配慮した保健指導の内容や受診勧奨の必要性についてアセスメントができる

(3) 対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる

- ①コミュニケーション技術を対象者に合わせて活用できる
- ②行動変容ステージに合わせた支援ができる
- ③自己効力感を高められる支援ができる
- ④モチベーションを高める支援ができる

(4) 集団的支援（グループワーク等）ができる

- ①グループダイナミクスを活用することができる

(5) 継続的なフォローアップができる

- ①セルフケア（自己管理）能力を高める支援ができる
- ②対象者が健康に関する情報を自ら収集し、正しい情報を見極める能力を高める支援ができる
- ③社会資源の活用ができる

(6) 保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる

- ①対象者への介入方法ごとに生活習慣の改善状況の評価を行い、その成果の分析ができる
- ②評価結果から、効果的な保健指導方法を創意工夫できる

3 個別生活習慣に関して指導できる能力

(1) 日常生活全体に関する指導技術

- ①家庭での過ごし方、労働内容や働き方、ストレスなどを含めた生活全体のアセスメントができる
- ②健診データと生活習慣病との関連がわかり、対象者に説明できる
- ③生活習慣について何から改善することが可能かについて、対象者とともに考えることができる

(2) 食生活に関する指導技術

- ①栄養学および食事摂取基準、関連学会ガイドラインの食事療法について理解している
- ②食事と生活習慣病の関連が説明できる
- ③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
- ④食物摂取状況や食行動等に関するアセスメントができ、対象者にあった食生活の改善が提示できる

(3) 身体活動・運動に関する指導技術

- ①運動生理学、体力測定・評価等に関する基礎知識を理解している
- ②身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる
- ③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
- ④運動に関するリスクマネジメントができる
- ⑤保健指導が終了した後も運動習慣を継続するための社会資源を紹介できる

(4) たばこに関する指導技術

- ①たばこと生活習慣病の関連が説明でき、対象者の状況にあわせた禁煙支援ができる
- ②必要に応じて、禁煙治療につなげることができる
- ③職場や家庭等の禁煙環境の改善について相談に乗ることができる

(5) アルコールに関する指導技術

- ①アルコールと生活習慣病の関連が説明でき、適正飲酒の支援ができる
- ②多量飲酒のリスクを適切に把握し、必要に応じて専門機関等へつなげることができる

4 適切な学習教材を選定、開発できる能力

- (1) 科学的根拠に基づいた適切な教材を選定でき、必要に応じて教材の開発ができる
- (2) 対象者の理解度に合わせた効果的な学習教材を選定でき、教材の改善や開発ができる
- (3) 2年連続して特定保健指導の対象となった者等の行動変容が困難な対象者の状況に応じて、教材の内容をステップアップさせることができる

Ⅲ 教育方法

1 健診・保健指導事業の企画・立案・評価に関する研修

- (1) 医療関連データ等を用いた対象集団のアセスメント、優先課題の選定、目標設定、事業計画立案

- ①講義
 - ・PDCA サイクルで企画・立案・評価を行う基礎的な知識・方法
- ②演習（シミュレーション、グループワーク等）
 - ・医療関連データ等の分析・解析・管理
 - ・健康課題の優先順位づけや目標設定・実施計画の作成
- ③事例学習 それぞれの保険者にあわせた実践事例を学ぶ

- (2) 健診・保健指導に関する実施体制の整備

- ①講義
 - ・社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策
 - ・保健指導の質の向上に関する仕組み（OJT 体制、指導内容の評価、アウトソーシングのモニタリング等）
- ②演習（事例検討、グループワーク等）
 - ・先進的な事例から、効果的な実施体制を考える
 - ・健診受診率・保健指導利用率の向上策
 - ・アウトソーシングの課題と解決法
 - ・ポピュレーションアプローチとの連動

(3) 事業の効果評価、評価結果の活用

- ①講義
 - ・個別事例、集団、事業の評価についてデータを使用して評価
 - ・目標に合わせた評価方法
- ②演習（シミュレーション、グループワーク等）
 - ・アウトカムをわかりやすく提示する工夫（結果の見える化）
 - ・レセプトデータ等とのデータの突合による評価

2 行動変容につながる保健指導に関する研修

- (1) 健診結果から身体変化や生活習慣との関連が説明できる

- ①講義
 - ・メタボリックシンドロームに関する知識、健診データや生活習慣との関連
 - ・糖尿病等の予防に関連した最新の知見
- ②演習（ロールプレイ等）
 - ・対象者への接し方
 - ・健診結果等のわかりやすい説明の仕方

- (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

- ①講義
 - ・生活習慣の改善に関する保健指導の特徴
 - ・行動変容に関する基本的知識・技術
 - ・個別性を重視したアセスメントの方法
- ②演習（シミュレーション、グループワーク等）
 - ・具体的な事例を用いて、アセスメントを行う
 - ・対象者の行動変容ステージ、ライフスタイル等の把握

- (3) 対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる

- ①講義
 - ・行動変容ステージに応じた保健指導
 - ・自己効力感の高め方
 - ・対象者と信頼関係を築いた、実現可能な目標設定について
- ②演習（事例検討、デモンストレーション、ロールプレイ等）
 - ・自己効力感を高め、行動変容を支援する保健指導の事例検討
 - ・行動変容を支援する保健指導のデモンストレーション
 - ・コミュニケーション技術（面接技術）

- (4) 集団的支援（グループワーク等）ができる

- ①講義
 - ・自己効力感の高まりを期待する集団的支援

- ②演習（ロールプレイ等）
 - ・グループダイナミクスを活用した自己効力感を高める技術
- (5) 継続的なフォローアップができる
 - ①演習（事例検討等）
 - ・継続者及び中断者に対する支援の事例検討
 - ・保健指導終了後も意識した目標設定及び継続支援
- (6) 保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる
 - ①演習（シミュレーション、ピアレビュー、グループワーク等）
 - ・生活習慣改善状況に関するデータから成果を分析
 - ・保健指導の手法についてビデオ等による振り返り
 - ・効果的な保健指導方法を考えることができる
- 3 個別生活習慣の指導に関する研修
 - (1) 日常生活全体に関する指導技術
 - ①講義
 - (2) 食生活に関する指導技術
 - ①講義
 - ②演習（体験学習、グループワーク等）
 - ・減量プログラムの体験
 - ・食生活改善プログラムの作成
 - (3) 身体活動・運動に関する指導技術
 - ①講義
 - ・運動強度（メッツ）の考え方
 - ・対象者に応じたリスクマネジメント
 - ②演習（体験学習、グループワーク等）
 - ・身体活動・運動プログラムの体験
 - ・運動プログラムの作成
 - (4) たばこに関する指導技術
 - ①講義
 - ・たばこと生活習慣病の関連
 - ・最新の禁煙支援方法の紹介（ニコチン代替療法等）
 - ②演習（シミュレーション、グループワーク等）
 - ・行動変容ステージに応じた介入演習
 - ・禁煙プログラムの作成
 - (5) アルコールに関する指導技術
 - ①講義
 - ・アルコールと生活習慣病の関連
 - ・多量飲酒者への支援

- ②演習（シミュレーション、グループワーク等）
 - ・行動変容ステージに応じた介入演習
 - ・状態に応じた適正飲酒、断酒又は減酒支援（フリーインターベンション）
- 4 適切な学習教材の選定・開発に関する研修
 - ①講義
 - ・科学的根拠に基づく学習教材の選定
 - ・わかりやすい学習教材の開発
 - ②演習（シミュレーション、教材作成演習）
 - ・テーマ別及び対象者別教材の作成

IV 研修の評価

研修の評価は、①研修プログラムの組み方、期間、講師の選定、教育方法など研修そのものに対する評価と、②研修受講者の実践能力の向上に関する評価が考えられる。研修の評価は、両者の評価を行い、研修の改善につなげる必要がある。

- 1 研修プログラム自体の評価（プロセス評価）
 - (1) 評価の視点
 - ・政策理念に合致した研修であったか
 - ・受講者の職種・経験等を踏まえ、ニーズに応える研修であったか
 - ・目的に合った研修の内容であったか（講師選定、教材等）
 - ・受講者が研修に積極的に参加する工夫をしたか
 - ・受講者からの疑問、不安及びクレームに適切に対応しているか
 - (2) 評価の時期
 - ・研修実施中から実施後に行う。
 - (3) 評価方法の例
 - ①受講者による評価
 - ・研修終了後アンケート等により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価
 - ②主催者による評価
 - ・研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講生の反応、講師からの意見及び教材の質等を評価
 - ・全体的な運営等の評価
- 2 研修受講者の能力習得評価（到達度・指導実践実績評価）
 - (1) 評価の視点
 - ・受講者の実践能力が向上したか（研修主催者が設定した獲得目標に対する到達度等）
 - ・研修で学んだ内容を実践に役立てているか
 - ・受講生の所属先にとって研修に参加させて有益であったか

・研修内容を受講者が職場で他の人に伝達しているか

(2) 評価の時期

・研修実施前、研修実施直後及び研修実施後一定期間を経た後に行う。

(3) 評価方法の例

- ・受講者の知識・技術の向上について、同じ評価表を用いて評価する。(研修実施前、研修実施直後、3ヶ月後)
- ・保健指導の実践に関する実績評価は、当該受講者が行った保健指導対象者の行動変容状況及び体重減少などについて評価する。(3ヶ月から1年後)
- ・受講生及び所属先に対して、研修実施後にアンケートを実施。研修が実践に与えた影響や効果、研修内容の職場内の普及度及び所属先の反応等を評価する。(6ヶ月または1年後)

V 実践者育成研修プログラム

1 医師、保健師、管理栄養士等を行う実践者育成研修プログラム例

分野	学習内容	時間	教育方法
1. 基礎編	1) 健診・保健指導の理念	135分 (3単位)	・講義 ・演習 ・通信及びレポ ート
	2) 保健指導対象者の選定と階層化		
	3) 保健指導(概論) 保健指導の基本的事項(「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の概要)		
	4) 保健指導(各論) 保健指導の特徴(身体活動・運動、食生活、たばこ、アルコール)		
	5) ポピュレーションアプローチとの連動		
2. 計画・評価編	1) 健診・保健指導事業の計画策定(演習による各種データ分析を含む)	360分 (8単位)	・講義 ・演習
	2) 健診・保健指導事業の評価(演習を含む)		
	3) アウトソーシングの進め方		
3. 技術編	1) メタボリックシンドロームの概念 健診結果と身体変化・生活習慣の関連	135分 (3単位)	・講義 ・演習
	2) 行動変容に関する理論		
	3) 生活習慣改善につなげるためのアセスメント・行動計画		
	4) 「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の内容		
	5) 生活習慣病予防に関する保健指導 ・身体活動・運動に関する保健指導 ・食生活に関する保健指導 ・たばこ・アルコールに関する保健指導 ・歯の健康に関する保健指導	135分 (3単位)	・講義 ・演習
	6) 1)～5)を踏まえた保健指導の展開(演習)	90分 (2単位)	
	7) 保健指導の評価	45分 (1単位)	
合 計		900分 (20単位)	

2 研修プログラムの組立てに際して（留意点）

(1) プログラム全体について

- ・効果的な研修を行うためには、〔事前学習〕→〔講義を中心とした研修〕→〔実践〕→〔演習を中心とした研修〕など段階的な研修プログラムを組むことが望ましい。
- ・また、研修日数が十分に確保できる場合は、講義に加えてグループワーク、シミュレーション、ロールプレイなどの参加型の演習を取り入れることにより研修内容の理解が深まるとともに、受講生同士の交流も促進することができるため、効果的である。

(2) 講義の順序性について

- ・生活習慣の改善につなげる保健指導の講義は、概論と各論で重複する部分があるが、効果的に進めるためには、概論を先に講義することが望ましい。保健指導の概論と各論を担当する講師は、重複することを認識した上で講義を行う必要があり、研修を企画する者はその調整を行うことが必要である。

(3) 講義内容について

- ・実践者を対象としたプログラムでは、効果的な保健指導を行うための個別対象者に対する保健指導方法の習得に加え、ポピュレーションアプローチについても併せて習得することが必要である。

(4) 研修を担当する者について

- ・研修を企画・実施する者は、以下の①②の要件をともに満たすものとする。
- ・研修を担当する講師は、以下の①②のいずれかの要件を満たすものとする。
 - ①医師、保健師、管理栄養士のうち、いずれかの資格をもつ者で、特定健診・特定保健指導について国及び医療保険者並びに関係団体が実施する中央レベルのリーダー育成研修プログラムを履修した者
 - ②健診・保健指導（特に特定健診・特定保健指導）の専門的知識及び技術をもつ者

3 その他留意点

- (1) 研修内容については、所属や役割及び職種により異なることが考えられるため、それぞれの研修企画者が、研修の目的及び対象者等から研修内容を設定することが望ましい。

※研修内容の例

- ①事業全体に関わる人向け（医師、保健師、管理栄養士及び一定の保健指導の実務経験のある看護師）
該当分野： 基礎編、計画・評価編、技術編
- ②実際に保健指導を担当する人向け
該当分野： 基礎編、技術編
- ③事務職として事業に関わる人向け
該当分野： 基礎編、計画・評価編

- (2) 特定健診・特定保健指導に関する知見は、医学、看護学、栄養学及び運動生理学等からの実践並びに研究の蓄積により科学的根拠が示されていくものであるため、研修の内容もそれらに併せて変更していくことが考えられる。そのため、本研修ガイドラインに基づく研修は5年ごとに受講することが望ましい。
- (3) 特定保健指導を担う医師・保健師・管理栄養士等は、さまざまな指導技法や形態等を駆使して、対象者の行動変容を促し、成果を上げることが求められており、必要とされている技術は多岐にわたる。1に示された研修プログラム例において、行動変容理論をはじめ食生活・運動・たばこの保健指導技術等、一通りの知識は習得できるが、すべての能力を短期間で向上させることは現実的に困難である。そのため、研修終了後、受講者自身の日々の研鑽、職場でのOJTの着実な実施が求められる。
- (4) 研修企画者においては、本研修ガイドラインに基づく研修に加えて、より高度な保健指導技術や具体的な評価・分析手法、最新の知見など、特定健診・特定保健指導の実践者の質の向上につながる研修を企画し、実施することが望ましい。

VI リーダー育成研修プログラム

学習内容		時間
1. 健診・保健指導の事例		45分 (1単位)
2. 特定健診の基本的な考え方(概論) 特定保健指導の基本的な考え方(概論)		135分 (3単位)
事務職向け	技術職向け	
3. 特定健診・特定保健指導の事務手続きについて	4. 特定健診・特定保健指導の実際 (1) 食生活指導のポイント (2) 運動・身体活動指導のポイント (3) たばこ・アルコール指導のポイント	90分 (2単位)
5. シンポジウム「効果的な健診・保健指導のすすめ方」 ・地域保健からの事例 ・職域保健からの事例 ・健診・保健指導機関からの事例		135分 (3単位)
6. ポピュレーションアプローチのすすめ方		45分 (1単位)
7. 特定健診・特定保健指導の企画・立案・評価とデータ分析		90分 (2単位)
8. 特定健診・特定保健指導事業の実施体制		45分 (1単位)
9. 特定健康診査等実施計画と後期高齢者支援金の加算・減算		45分 (1単位)
10. 特定健診・特定保健指導の研修企画・評価 (1) 研修ガイドラインについて (2) 実際のすすめ方 ・健診・保健指導の研修に関する事例報告 ・健診・保健指導の研修の企画・評価に関する演習の説明 (3) 演習 1) 研修対象者の設定 2) 研修の目的・目標の設定 3) 研修内容の設定 4) 研修方法の設定 5) 研修に係わる講師の設定 6) 研修の評価の設定 (4) 演習発表		315分 (7単位)
11. 質疑応答		45分 (1単位)
計		990分 (22単位)

*医療保険者及び関係団体がリーダー育成研修を企画・実施する場合の担当者は、国立保健医療科学院の「健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修」を修了した者とする。

(参考資料) 国(国立保健医療科学院)が行う研修

(1) 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(研修計画編)

① 研修対象者

下記(1)～(4)において特定健診・特定保健指導の普及・推進に関わるリーダー的な立場にあり、当該年度または次年度研修を立案する者。

- (1) 都道府県
- (2) 医療保険者(国レベル団体及び都道府県支部等)
- (3) 関係団体等(国レベル団体及び都道府県組織等)
- (4) 保健所設置市及び特別区等

② 一般目標

- ・「特定健診・特定保健指導」(高齢者医療法第20・24条)を効果的・効率的に運営するために必要な「健診・保健指導」事業の企画、運営及び評価、に関して、必要不可欠な研修を実施することができる

③ 到達目標

- ・生活習慣病予防対策の基本的な考え方を理解し、説明できる
- ・特定健診・特定保健指導事業の企画・立案方法について説明できる
- ・特定健診・特定保健指導事業の評価・データ分析について説明できる
- ・特定健康診査等実施計画の立案の支援ができる
- ・特定健診・特定保健指導事業の研修企画・評価ができる

④ 研修プログラム

学習内容	時間
I. 特定健診・特定保健指導について (研修ガイドライン・研修データベース・前年度の研修実績含む)	70分
II. 特定保健指導の実際：効果的な保健指導のポイント	60分
III. 特定健診・特定保健指導の企画・立案・評価とデータ分析	80分
IV. シンポジウム「特定保健指導事業の普及推進について」 ～どのような視点で特定保健指導事業を捉え健康推進事業を行っているのか～ (1) 都道府県の事例 (2) 市町村の事例 (3) 職域の事例 (4) 効果的な保健指導事業と人材育成 (5) 総合討論	140分
V. 特定健診・特定保健指導の研修の企画・研修の評価 (演習：都道府県・団体等の単位でグループワーク) (1) 前年度の研修実績に関するブロック別情報交換 (2) 課題の整理、解決策の検討、研修計画への反映 (3) 自治体・団体別作業、検討結果の研修計画への反映	360分
VI. 全体の総括	20分
計	730分

(2) 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(事業評価編)

⑤ 研修対象者

- ・ 都道府県で特定健診・特定保健指導において市町村支援に携わる方
- ・ 都道府県等の保険者協議会および地域・職域連携推進協議会等において評価に携わる方
- ・ 医療保険者(国レベル団体及び都道府県支部、政令市等)において評価に携わる方

⑥ 一般目標

- ・ 各医療保険者が行う「特定健診・特定保健指導」(高齢者医療法第20・24条)事業を支援する、または広域的な事業評価を実施することができる。

⑦ 到達目標

- ・ 保険者が行う「特定健診事業・特定保健指導事業の評価」を支援することができる。
- ・ 保険者が行う「特定健診事業・特定保健指導事業」を踏まえて、地域(都道府県)レベルでの事業の課題を把握し分析することができる。
- ・ 地域(都道府県)レベルでの特定健診事業・特定保健指導事業の課題を改善するための支援や、行動計画の検討・企画及び保険者との調整をすることができる。

⑧ 研修プログラム

学習内容	時間
I. 生活習慣病対策保健事業の評価の考え方	60分
II. 特定保健指導事業の評価のすすめ方 (特定保健指導事業を大きな視点で捉え運営するよう啓蒙)	60分
III. 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析 (1) 健診・保健指導の実施・評価のためのレセプト分析 (2) 健診・保健指導の実施・評価のためのフローチャート分析 (3) データ分析を実施、特定健診・特定保健指導を計画・評価、健診・保健指導事業の改善を行っている事例紹介	120分
IV. 特定健診・特定保健指導の具体的な事業評価の支援について (1) 市町村の事例 (2) 都道府県の事例 (3) 質疑応答	140分
V. 特定保健指導の質の管理と評価	60分
VI. グループワーク (1) 「特定健診・特定保健指導の事業評価の支援」計画案作成 現時点での評価体制や評価内容についての課題を整理し解決策を検討 (2) ブロック別まとめ 検討結果を事業評価/評価支援計画に反映	440分
VII. 全体のまとめ	20分
計	900分

VII 研修体系の整理

区分	実施機関	対象者	内容	時期
国(中央)レベル	厚生労働省	<p><リーダー育成></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 都道府県および保健所設置市、特別区 人材育成担当者 衛生部門の保健師・管理栄養士 国保部門の保健師・管理栄養士 ◆ 医療保険者 国民健康保険中央会 健康保険組合連合会 全国健康保険協会 共済組合 ◆ 医療保険者の事業企画担当者 国民健康保険連合会 健康保険組合連合会支部 全国健康保険協会支部 ◆ 関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 日本肥満学会 健康・体力づくり事業財団 	<p>研修の企画 事業企画・評価 保健指導 知識・技術</p>	年度 第1・四半期
	医療保険者 国民健康保険中央会 健康保険組合連合会 全国健康保険協会 共済組合	<p>関係団体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 日本肥満学会 健康・体力づくり事業財団 	<p>研修の企画 保健指導 知識・技術</p>	国立保健医療科学院において、実施
関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 日本肥満学会 健康・体力づくり事業財団	<p>医療保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 都道府県国民健康保険団体連合会 ◆ 健康保険組合連合会都道府県連合会 ◆ 全国健康保険協会支部 ◆ 共済組合各支部 <p>関係団体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 都道府県組織 <p>◆ 運動指導者</p>	<p>事業企画・評価 保健指導 知識・技術</p> <p>保健指導 知識・技術</p>	年度 第2・四半期	
都道府県(地方)レベル	都道府県	<p><実践者育成></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 区市町村(国保・衛生部門) 保健師 管理栄養士 等 ◆ 民間事業者 ◆ 医療保険者 保健師 管理栄養士 等 	<p>事業企画・評価 保健指導 知識・技術</p> <p>保健指導 知識・技術</p> <p>事業企画・評価 保健指導 知識・技術</p> <p>保健指導 知識・技術</p>	年度 第2・四半期以降
	医療保険者(保険者協議会)	<p>関係団体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 	<p>保健師 管理栄養士 等</p> <p>都道府県組織</p>	