保健指導実施者の自律支援アセスメント指標の検討：自己決定理論に基づいて

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2022-04-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小島, 亜未, 加藤, 佳子 メールアドレス: 所属:
URL	https://fpu.repo.nii.ac.jp/records/230

［研究論文］

保健指導実施者の自律支援アセスメント指標の検討
―自己決定理論に基づいて―

小島　亜未[1)]・加藤　佳子[2)]

はじめに

メタボリックシンドローム（Metabolic syndrome：以下、MetS）に着目し、生活習慣の改善により生活習慣病の予防効果を図る特定健康診査（以下、特定健診）や特定保健指導（以下、保健指導）による効果が検証されている[1、2)]。またこうした中、特定健診の受診率や保健指導への実施率も徐々に上昇しており[3)]、よりいっそう質の高い保健指導をめざすことが期待される。

山下ら[4)]は、保健指導の効果に影響する要因としては、保健指導実施者（以下、実施者）の能力が重要であると指摘し、保健指導に求められる多様な能力に言及した上で保健指導対象者（以下、指導対象者）の身体状態に対するアセスメントに焦点をあてた「個別の保健指導技術」、生活習慣に関する知識の伝達に焦点をあてた「生活習慣に関する指導技術」、行動変容に焦点をあてた「自立的な問題解決を促す支援技術」の三つの指導技術を示している。つまり指導対象者の継続的な行動変容につながる質の高い保健指導を提供するためには、指導対象者の身体状態を的確にアセスメントし、その状況に応じた生活習慣に関する知識を伝達することに加え、自立的な問題解決を促すために指導対象者自身の動機づけを高め継続的な自己管理を可能とする働きかけが必要である。

ではどのような動機づけを高めることが、継続的な自己管理を可能とする働きかけとなるのであろうか。動機づけには、外発的動機づけと内発的動機づけがあり、内発的動機づけはより良い成果や行動の継続につながるとされている。また、外発的動機づけであっても自己決定の程度により、その成果が異なっていることが示唆されており、自己決定により動機づけの自己への内在化と統合化が図られている自律的な動機づけは、継続的な健康行動の変容やMetS関連指標の改善と関係がみられる[5-7)]。そしてWilliamsら[8)]は、自律性を尊重した支援は、自己管理能力への自信を高めるとともにMetS関連指標に影響することを報告している。このことから自律性を尊重した支援技術の獲得は特に重要であると考えられる。

受付日　2021.10.28
受理日　2021.12.23
所　属　1）看護福祉学部、2）神戸大学人間発達環境学研究科

しかしながら、山下ら[4]の報告によると、実施者の自律性を尊重した支援技術の獲得は十分であるとは言い難い。例えば「自己管理能力を高める支援をする」ことについては保健師の60.2%、管理栄養士の60.1%が、「モチベーションを高める支援をする」ことについては保健師の52.4%、管理栄養士の55.4%が自信がないと回答している。このような状況を踏まえると、実施者を対象として、動機づけや自己管理に関する行動科学に基づいた行動変容に関する研修プログラムの充実を図る必要がある。しかし支援技術の修得に対して消極的な実施者も少なくないことや、研修に参加するためには業務量を調整し時間の確保を図ることが課題とされており[4]、実施者が研修プログラムへ参加することは必ずしも容易ではない。このことから、研修の機会を充実させることと合わせて、日常の保健指導業務の中で、経験を通じて支援技術を獲得する方法について検討する必要がある。現場での実践を振り返る探求的な方法にリフレクションがあげられ、その効果が期待されている[9]。特に「自律性を尊重した支援技術の獲得」は、指導対象者へのアセスメントや知識の伝達といった実施者から指導対象者に行う一方向的な指導技術とは異なり、指導対象者との双方向的なコミュニケーションにおける複雑な対応が対象となる。そのため、指導対象者への対応を自ら振り返りこれを客観的にアセスメントし、その改善を図ることは重要である[11]。

本研究では、実施者が自らの指導技術を振り返り、客観的に自己評価するアセスメントツールの開発を目ざし、実施者が自律性を尊重した支援を行っているかについて自己評価するための項目について検討することとした。

また、保健指導の技術に対する態度は保健指導の従事年数で相違があることが報告されている[12]ことから、従事年数ごとの特徴についてもあわせて検討を行った。

Ⅱ．研究方法

1．調査対象者

S県下で保健指導に従事する者に対して、医療保険課を通して調査依頼を行ったところ、70名より回答を得られ、最終的に事務職を除く保健師31名（40.0±11.2歳：男性1名、女性30名）と管理栄養士36名（46.5±14.4歳：男性0名、女性36名）、合計67名（43.6±13.4歳）を分析対象とした。

分析対象者の保健指導の従事年数は、1年未満は保健師4名（12.9%）、管理栄養士6名（16.7%）、1年以上3年未満では保健師6名（19.4%）、管理栄養士6名（16.7%）、3年以上5年未満は、保健師5名（16.1%）、管理栄養士8名（22.2%）、5年以上では、保健師16名（51.6%）、管理栄養士10名（44.4%）であった。

２．調査の手続き

S県医療保険課から県下の保健指導実施機関長あてに案内通知を行い、調査への協力を依頼した。回答期間は２週間とし、郵送等により調査票を回収した。

３．倫理的配慮

本調査は滋賀県立大学の倫理審査委員会の承認（2016年４月28日第497号）を得て実施した。調査依頼文書より、研究の目的、調査票への回答は自由意思に基づくものであり回答をもって研究への参加の同意を得たものとすること、得られたデータは統計的に処理を行い、個人が特定されないこと、また本研究の目的以外で用いないことを調査対象者に説明した。

４．調査内容

自律支援アセスメント指標：Health-Care Climate Questionnaire（HCCQ）[9]に基づき、実施者が自己の保健指導に対する自己評価を行うための15の項目を作成した。自律性を尊重した支援は、生活習慣の自己管理に対する自己効力感や有能感を高めるとともに、MetS関連指標の改善につながることが報告されている[9]。HCCQは、指導対象者が実施者から提供された支援について評価するものであり、支援が指導対象者の自律性を尊重したものであったかを主観的にアセスメントするものである。本研究では、実施者が自らの指導技術を振り返り、客観的な形成評価を行うためのアセスメントツールの開発を目ざしていることから、提供している支援が自律性を尊重したものであったか実施者が自己評価する項目を作成した。「全くそう思わない」から「強くそう思う」までの5件法で回答を求めた。

自立的な問題解決を促す支援技術への態度：実施者に必要な能力に影響する要因である「自立的な問題解決を促す支援技術」として８つの支援技術が見出されている[4]。また、行動変容の影響要因として、ソーシャル・サポートや生きがい感が示唆されている[13]ことを考慮し、８つの支援技術に「対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する」と「対象者の生きがい感を高める支援をする」の２つの項目を加えた。そして、合計10項目の支援技術に対する態度として「必要性」、「自信」、「修得意思」を尋ねた。「必要性」について「全く必要だと思わない」、「あまり必要だと思わない」、「まあまあ必要だと思う」、「必要だと思う」の4件法で、「自信」について「自信がない」、「あまり自信がない」、「まあまあ自信がある」、「自信がある」の４件法で、「修得意思」に対して「特に希望しない」、「機会があれば修得したい」、「ぜひ修得したい」の３件法で回答を求めた。

５．分析方法

自律支援アセスメント指標の妥当性と信頼性を検討するために、探索的因子分析を行い、ク

ロンバックα係数を算出した。その後、自立的な問題解決を促す支援技術への自信について、「自信がない」もしくは「あまり自信がない」と回答した者を「支援への自信低群」とし、「まあまあ自信がある」または「自信がある」と回答した者を「支援への自信高群」として2つの群に分類をした。そして自律支援アセスメント指標得点の平均値を算出しt検定を行い群間の相違を検討した。

次に、保健指導従事年数ごとの自律支援アセスメント指標得点の平均値と標準偏差を算出し、分散分析を行った後に多重比較を行った。そして、厚生労働省が示す健診・保健指導の研修ガイドライン[14]で定義する保健指導従事区分に基づき従事年数が2年までを初任者、3年以上を経験者に群わけし、初任者と経験者ごとに自立的な問題解決を促す支援技術への態度として、必要性、自信、修得意思への回答の分布を算出しχ^2検定またはフィッシャーの直接確率検定を行い群間の相違を比較した。それぞれの解析には統計ソフトIBM社SPSSver22を使用した。

Ⅲ．結果

1．自律支援アセスメント指標の因子構造の検討（表1）

15の自律支援アセスメント項目について、一般化された最小二乗法により因子の抽出を行ったところ、固有値が6.81、1.41、1.21であったことからスクリープロット法により因子数を1に指定し、同様の方法で因子分析を行った。その結果、因子負荷量が、0.30以上であったこと

表1　自律支援アセスメント指標の因子分析結果（一般化された最小二乗法）

項目番号	項　目	因子負荷量
11	相手の気持ちをよく汲み取るように心がけている	0.81
4	対象者自身が今の状況を変えることが出来るという自信がもてるように心がけている	0.76
9	対象者の質問に対して、注意深く十分に答えている	0.75
10	対象者がどのように生活習慣を改善していきたいのか、よく聴くように心がけている	0.75
5	対象者自身が私に受け入れられていると感じてもらえるように心がけている	0.73
14	新しい方法を指導するときに、対象者がそれをどのようにとらえるか理解するようにしている	0.72
2	対象者のことを理解するように心がけている	0.70
15	対象者と共感できるように心がけている	0.69
3	保健指導の際、対象者がなんでも言いやすいように配慮している	0.66
6	対象者が自分自身の健康状態を理解し、何をすべきかについて確信ができるように心がけている	0.66
12	対象者1人ひとりを大切にするように心がけている	0.65
1	保健指導のなかで、対象者が自分で決めたり、いくつかの中から選べるなど、選択の機会と選択の自由を提供するよう心がけている	0.58
8	対象者は私のことを信頼してくれていると思う	0.52
7	対象者が私になんでも聞くように勧めている	0.41
13	対象者は私の話し方をあまりよく思っていないと感じる	0.30

から15項目を自律支援アセスメント指標とすることとした。因子寄与率は45.4％、クロンバック α 係数は0.88であった。

２．自立的な問題解決を促す支援技術への自信と自律支援アセスメント指標との関連（表２）

自立的な問題解決を促す支援技術について、「支援への自信低群（以下、SL群とする）」あるいは「支援への自信高群（以下、SH群とする）」に群わけし、群間で自律支援アセスメント指標得点の比較を行ったところ、「対象者にあわせたコミュニケーション技術を用いる」（$p=0.006$）、「対象者の行動変容ステージを理解して支援する」（$p=0.001$）、「自己効力感を高める支援をする」（$p=0.012$）、「セルフケア（自己管理）能力を高める支援をする」（$p=0.027$）、「対象者に応じた継続的なフォローをする」（$p=0.003$）、「対象者の生きがい感を高める支援をする」（$p=0.010$）の6項目の支援技術についてSH群はSL群よりも自律支援アセスメント指標の得点が有意に高かった。

また、「モチベーションを高める支援をする」（$p=0.069$）、「集団支援（グループワーク等）

表２　自立的な問題解決を促す支援技術への自信の高低群別自律支援アセスメント指標得点の平均値（標準偏差）および t 検定結果

	支援への自信低群（SL群）			支援への自信高群（SH群）				
	n	M	SD	n	M	SD	p 値	
1．対象者にあわせたコミュニケーション技術を用いる	26	3.65	0.45	39	3.99	0.48	0.006	**
2．対象者の行動変容ステージを理解して支援する	25	3.60	0.37	40	4.02	0.49	0.001	**
3．自己効力感を高める支援をする	42	3.74	0.48	23	4.06	0.46	0.012	*
4．モチベーションを高める支援をする	42	3.78	0.49	22	4.01	0.48	0.069	†
5．集団支援（グループワーク等）をうまく展開する	49	3.78	0.47	15	4.04	0.50	0.069	†
6．セルフケア（自己管理）能力を高める支援をする	42	3.76	0.48	23	4.03	0.47	0.027	*
7．対象者に応じた継続的なフォローをする	28	3.65	0.43	37	4.00	0.48	0.003	**
8．問題解決のために社会資源を利用する	49	3.79	0.48	16	4.05	0.48	0.072	†
9．対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する	51	3.81	0.47	12	4.08	0.54	0.085	†
10．対象者の生きがい感を高める支援をする	42	3.75	0.47	21	4.09	0.47	0.010	*

***：p＜0.001　**：p＜0.01　*：p＜0.05　†：p＜0.1

をうまく展開する」（$p=0.069$）、「問題解決のために社会資源を利用する」（$p=0.072$）、「対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する」（$p=0.085$）の4つの支援項目ではSH群の方がSL群よりも自律支援アセスメント指標の得点が高い傾向にあった。

３．保健指導従事年数別自律支援アセスメント指標得点の比較（表 3）

保健指導従事年数別に自律支援アセスメント指標得点の平均値をみたところ、保健指導従事年数が１年未満よりも５年以上のほうが、自律支援アセスメント指標得点の平均値が有意に高かった（$p=0.044$）。

表３　保健指導従事年数別自律支援アセスメント指標得点の平均値（標準偏差）および分散分析と多重比較の結果

a. 1年未満（n＝9）	b. 1年以上 3年未満（n＝12）	c. 3年以上 5年未満（n＝12）	d. 5年以上（n＝32）	合計（n＝65）	有意確率	多重比較 (Bonferroni)
3.50 ±0.32	3.84 ±0.49	3.75 ±0.44	4.00 ±0.51	3.85 ±0.49	0.044 *	d＞a

***：$p<0.001$　**：$p<0.01$　*：$p<0.05$

４．保健指導初任者と経験者別の自立的な問題解決を促す支援技術への必要性、自信、修得意思の比較（表 4）

保健指導初任者と経験者別に自立的な問題解決を促す支援技術に対する態度について検討したところ、「集団支援（グループワーク等）をうまく展開する」（$p=0.091$）、「問題解決のために社会資源を利用する」（$p=0.082$）の支援技術の必要性において経験者よりも初任者のほうが必要性があると回答した者の割合が高い傾向にあった。

「問題解決のために社会資源を利用する」の支援技術への修得意思ついて、経験者よりも初任者のほうが修得したいと回答した者の割合が有意に高かった（$p=0.049$）。

自立的な問題解決を促す支援技術に対する自信ついて、「対象者の行動変容ステージを理解して支援する」（$p=0.004$）、「集団支援（グループワーク等）をうまく展開する」（$p=0.008$）、「セルフケア（自己管理）能力を高める支援をする」（$p=0.008$）、「対象者に応じた継続的なフォローをする」（$p=0.004$）、「対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する」（$p=0.049$）の項目では、初任者と経験者との間で分布の差がみられ、初任者よりも経験者のほうが自信をもっている割合が高かった。また、「対象者にあわせたコミュニケーション技術を用いる」（$p=0.065$）、「対象者の生きがい感を高める支援をする」（$p=0.057$）では、初任者よりも経験者

表４　保健指導初任者と経験者別自立的な問題解決を促す支援技術に対する態度の分布とχ_2検定またはフィッシャーの直接確率検定の結果

必要性a	初任者（n=22） 全く・あまり必要だと思わない n	%	初任者（n=22） まあまあ必要だと思う・必要だと思う n	%	経験者（n=45） 全く・あまり必要だと思わない n	%	経験者（n=45） まあまあ必要だと思う・必要だと思う n	%	p値	
1．対象者にあわせたコミュニケーション技術を用いる	0	0.0	22	100.0	0	0.0	45	100.0	1.000	
2．対象者の行動変容ステージを理解して支援する	1	4.5	21	95.5	0	0.0	45	100.0	0.328	
3．自己効力感を高める支援をする	0	0.0	22	100.0	2	4.4	43	95.6	0.448	
4．モチベーションを高める支援をする	0	0.0	22	100.0	2	4.4	43	95.6	0.448	
5．集団支援（グループワーク等）をうまく展開する	1	4.5	21	95.5	9	20.0	36	80.0	0.091	†
6．セルフケア（自己管理）能力を高める支援をする	1	4.5	21	95.5	1	2.2	44	97.8	0.552	
7．対象者に応じた継続的なフォローをする	0	0.0	22	100.0	2	4.4	43	95.6	0.448	
8．問題解決のために社会資源を利用する	0	0.0	22	100.0	6	13.3	39	86.7	0.082	†
9．対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する	1	4.5	21	95.5	3	6.8	41	93.2	0.593	
10．対象者の生きがい感を高める支援をする	1	4.5	21	95.5	1	2.3	43	97.7	0.599	

自信	初任者（n=22） 自信がない・あまり自信がない n	%	初任者（n=22） まあまあ自信がある・自信がある n	%	経験者（n=45） 自信がない・あまり自信がない n	%	経験者（n=45） まあまあ自信がある・自信がある n	%	p値	
1．対象者にあわせたコミュニケーション技術を用いる	12	54.5	10	45.5	14	31.1	31	68.9	0.065	†
2．対象者の行動変容ステージを理解して支援する	14	63.6	8	36.4	12	26.7	33	73.3	0.004	**
3．自己効力感を高める支援をする	16	72.7	6	27.3	26	57.8	19	42.2	0.235	
4．モチベーションを高める支援をする	16	72.7	6	27.3	26	59.1	18	40.9	0.278	
5．集団支援（グループワーク等）をうまく展開する	21	95.5	1	4.5	29	65.9	15	34.1	0.008	**
6．セルフケア（自己管理）能力を高める支援をする	19	86.4	3	13.6	24	53.3	21	46.7	0.008	**
7．対象者に応じた継続的なフォローをする	15	68.2	7	31.8	14	31.1	31	68.9	0.004	**
8．問題解決のために社会資源を利用する	18	81.8	4	18.2	33	73.3	12	26.7	0.444	
9．対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する	20	95.2	1	4.8	33	75.0	11	25.0	0.049	*
10．対象者の生きがい感を高める支援をする	17	81.0	4	19.0	25	56.8	19	43.2	0.057	†

修得	初任者（n=22） 特に希望しない n	%	初任者（n=22） 機会があれば修得したい・ぜひ修得したい n	%	経験者（n=45） 特に希望しない n	%	経験者（n=45） 機会があれば修得したい・ぜひ修得したい n	%	p値	
1．対象者にあわせたコミュニケーション技術を用いる	0	0.0	22	100.0	1	2.2	44	97.8	0.672	
2．対象者の行動変容ステージを理解して支援する	1	4.5	21	95.5	2	4.4	43	95.6	0.704	
3．自己効力感を高める支援をする	1	4.5	21	95.5	4	8.9	41	91.1	0.466	
4．モチベーションを高める支援をする	1	4.5	21	95.5	3	6.8	41	93.2	0.593	
5．集団支援（グループワーク等）をうまく展開する	1	4.5	21	95.5	6	13.3	39	86.7	0.258	
6．セルフケア（自己管理）能力を高める支援をする	1	4.5	21	95.5	3	6.7	42	93.3	0.602	
7．対象者に応じた継続的なフォローをする	0	0.0	21	100.0	2	4.4	43	95.6	0.462	
8．問題解決のために社会資源を利用する	0	0.0	22	100.0	7	15.9	37	84.1	0.049	*
9．対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する	1	4.5	21	95.5	4	9.1	40	90.9	0.456	
10．対象者の生きがい感を高める支援をする	0	0.0	21	100.0	5	11.4	39	88.6	0.131	

a：フィッシャーの直接確率検定　無印：χ２検定　***：p＜0.001　**：p<0.01　*：p<0.05　†：p<0.1

のほうが自信をもっている割合が高い傾向にあった。

Ⅳ．考察

本研究は実施者が指導対象者の自律性を尊重した支援技術を獲得することをめざし、実施者が日常の保健指導業務の中で支援実践を振り返り、指導対象者とのコミュニケーションを自己評価する自律支援アセスメント指標の検討を行った。また、あわせて保健指導を行ううえで必要とされる自立的な問題解決を促す支援技術に対する態度について、S県下で保健指導に従事する専門職の従事年数ごとの特徴を明らかにした。

はじめに自律支援アセスメント指標の妥当性と信頼性について検討したところ、因子分析の結果および信頼性係数より、自律支援アセスメント指標の一定の妥当性と信頼性が確認された。

次に自律支援アセスメント指標が、自己の実践経験のリフレクションの指標として活用可能かを検討するために、自立的な問題解決を促す支援技術への自信との関連性について検討した。なぜならば支援技術への自信は、実際の経験に裏付けられていることが確認されており[5)]、支援技術への自信が高ければ、臨床現場でその支援を効果的に実践していることを確認できる。その結果、10項目の自立的な問題解決を促す支援技術のうち６項目については、自信が高いほど自律支援アセスメント指標得点が高いことが示された。４項目については、自信が高いほど自律支援アセスメント指標得点は高い傾向が示されるにとどまった。つまり一部の技術につい

ては十分な効果がみられなかったものの、自律支援アセスメント指標をリフレクションの客観的なアセスメントツールとして活用することで、自立的な問題解決を促す支援技術を支える保健指導の実践状況を形成的に評価できる可能性が示唆された。

十分な効果が示されなかった項目についてみてみると「モチベーションを高める支援」の他、「集団支援（グループワーク等）をうまく展開する」、「問題解決のために社会資源を利用する」、「対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する」であった。これらの支援に対する自信は、他の支援技術に対する態度より極めて低い。山下ら[4)]の研究でも「集団支援（グループワーク等）をうまく展開する」、「問題解決のために社会資源を利用する」については、他の指導技術に比較して、経験の頻度や自信が著しく低いことが報告されている。これらの支援技術に共通して言えることは、実施者と指導対象者の二者間の相互関係を超えた場面での指導技術である点である。つまり集団支援、社会資源、ソーシャル・サポートといったより拡張された他者との相互関係などの外的資源の活用が問われている点である。そのため、個別支援の場面で求められる自律支援アセスメント指標の内容が十分に反映されていない可能性がある。しかし、より良い成果と行動の継続につながる自律的な動機づけは、他者との関係の中で育まれる[15)]ことからも他者とのつながりを取り入れた保健指導技術の獲得は重要である。したがって、他者とのつながりを取り入れた保健指導に関する技術の実践状況への評価が必要になると考える。

次に、保健指導の従事年数ごとの特徴について、自律支援アセスメント指標得点では、保健指導従事年数が1年未満よりも5年以上の従事年数のほうが、得点が高く、自律支援をよく行っていることが示唆された。また、保健指導初任者と経験者ごとに、自立的な問題解決を促す支援技術に対する態度について検討したところ、「問題解決のために社会資源を利用する」の支援技術に対して、経験者よりも初任者のほうが『必要性がある』、『修得意思がある』と回答した者の割合が高かった。さらに支援技術への自信について、「対象者の行動変容ステージを理解して支援する」では、73.3％の経験者が自信があると答えているのに対し、初任者では自信があると回答した者は36.4％にとどまっていた。「集団支援（グループワーク等）をうまく展開する」、「セルフケア（自己管理）能力を高める支援をする」、「対象者に応じた継続的なフォローをする」、「対象者がソーシャル・サポートが得られるように支援する」の項目についても保健指導従事年数が2年までの初任者は技術に自信がないと答えた者の割合が多かった。このことから実施者の自信を高める工夫を行うことが喫緊の課題と考えられ、従事年数ごとに自己学習、OJT（On the Job Training）、外部研修など保健指導のためのスキルやコンピテンシーを高める支援が展開される必要がある。

本研究は、一つの県の限られた人数の実施者を対象として検討したものである。今後はさらに多くの実施者を対象として調査を行い、自律支援アセスメント指標の標準化を図り、指標の

活用により実施者が実践の中で客観的なリフレクションを行い支援技術の向上促進をめざすことが課題である。

Ⅴ．結論

保健指導実施者が質の高い保健指導技術を獲得するには、実施者が自らの指導技術を振り返る必要がある。本研究で自律性を尊重した支援を実施者が行っているかをアセスメントする指標について検討した。その結果、15項目からなる自律支援アセスメント指標について、一定の妥当性と信頼性が確認された。

今後は、実施者自らの指導技術を振り返り、客観的な形成評価を行うためのアセスメントツールを開発し検証していくことが課題である。

謝辞：調査にご協力いただいた関係機関とスタッフの皆様に深謝します。本研究はJSPS科研費JP19K11666の助成を受けたものである。

文献

1）早川泰子，山口仁美，岩村洋子他：特定保健指導における保健指導効果とその保健指導内容との検討 動機づけ保健指導に焦点をあてて，保健師ジャーナル，70（1），42-48，2014.
2）小島亜未，小川靖子，加藤佳子：特定健康診査継続受診とメタボリックシンドローム関連指標の関係，保健師ジャーナル，72（8），680-689，2016.
3）厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ .https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02a-2.html（2021 年 10 月 28 日アクセス可能）.
4）山下留理子，荒木田美香子：特定保健指導における職種別保健指導技術の比較－保健師と管理栄養士の経験，自信，修得意思の相違，日本健康教育学会誌，22（1），39-49，2014.
5）浅川和美，高橋由紀，川波公香，川野道宏，山海千保子，関根聡子，市村久美子：看護基礎教育における看護技術教育の検討．茨城県立医療大学紀要，13，57-67，2008.
6）Williams GC，Grow VM，Freedman ZR，Ryan RM，Deci EL:Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. J Rers Soc Psychol，70（1）:115-126，1996.
7）Pelletier LG，Dion SC，Angelo MS，Reid R：Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation，eating behaviors，psychological adjustment．Motivation and Emotion，28（3）：245-277，2004.
8）山本佳代子，奥宮暁子：自己決定理論構成概念の測定尺度日本語版の信頼性・妥当性の検証―血液透析患者の自己管理における自律性支援認知，動機づけ，有能感の測定―，日本看護研究学会雑誌，32（2），13-21，2009.
9）Williams GC，Lynch M，Glasgow RE：Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care．J　Pers Soc Psychol，70（1）：115-126，1996.
10）　岡本玲子：「リフレクション」で保健指導力を高めよう！，保健師ジャーナル 72（7）：564-568，2016.
11）　田村由美，池西悦子：看護の教育・実践にいかすリフレクション　豊かな看護を拓く鍵，149-170，南江堂，2017.

12）　桐生育恵，小林和成，矢島正榮，小林亜由美，大野絢子，佐藤由美：生活習慣病予防の保健指導に必要な能力に関する市町村保健師の認識，The Kitakanto medical journal，61（1），37-49，2011.
13）　小島亜未，加藤佳子：健康診査受診者の生きがいと首尾一貫感覚（Sense of coherence：SOC）およびソーシャル・サポートとの関係．日本看護科学会誌，37（0）：18-25，2017.
14）　厚生労働省：健診・保健指導の研修ガイドライン . https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196595.pdf（2021 年 10 月 28 日アクセス可能）.
15）　Deci EL，Ryan RM：The "What" and "Why"of goal pursuits：human needs and the self-determination of behavior．Psychology Inquiry，11（4）：227-268，2000.