

地域包括支援センター職員への地区診断研修プログラムの効果

ムラヤマ ヒロシ ウエマツ シノ スズキユリコ
村山 洋史* 上松 志乃^{2*} 鈴木裕里子^{3*}

目的 地域包括支援センター職員を対象にした地区診断についての研修プログラムの効果を検討する。

方法 研修プログラムの一般目標は、「地区診断のプロセスを経験し、その手法を身に付ける」とし、行動目標は、「参加者が地区診断に必要なプロセスを説明できる」、「参加者が地区診断を業務内に組み入れるようになる」の2つとした。東京都杉並区の地域包括支援センター職員19人に対して全6回の研修を2011年5月～10月に実施した。研修はCommunity as Partnerモデルを参考に構成し、参加者によるグループワークを中心に行った。研修評価には、出席率および毎回の研修内容の評価を含むプロセス評価、脱落率を含むアウトプット評価、研修前、研修直後および研修終了4か月後の質問紙調査による定量的アウトカム評価、研修直後の自由記載調査による定性的アウトカム評価の手法を用いた。定量的アウトカム評価では、2つの行動目標に対応した項目（具体的にイメージできる、業務内での優先順位）、および地区診断を業務内で実施することへの自己効力感についての項目を設定した。

結果 各回の出席率は83%～100%であった。内容評価はいずれの回でも出席者のほぼ全員（90%半ば～100%）から肯定的な回答を得た。参加者19人中、途中で休職した1人を除く18人が全6回の研修を修了し（脱落率5%）、全回出席者が13人、1回のみ欠席者が5人であった。定量的アウトカム評価の結果、「地域の特徴や課題の発見・明確化」、「地域の課題に対する事業計画・展開」の地区診断の2つのプロセスの両者について、参加者は研修前後で具体的にイメージできるようになり、その効果は研修終了4か月後も維持されていた。また、これらを実施することへの自己効力感は研修前後で変化はなかったが、研修終了4か月後には向上していた。さらに、業務内での優先順位では、地域の課題に対する事業計画・展開について、研修直後に比べて研修終了4か月後で高くなっていた。定性的アウトカム評価では、参加者が地区診断の手法や重要性を理解しただけでなく、現在の事業や計画の見直しのきっかけや、センター全体で地域について考え、共有する必要性の認識につながっていた。

結論 より詳細な検討が必要ではあるものの、地区診断に着目した研修を地域包括支援センター職員に対して実施した場合、地区診断への理解や具体的なイメージの構築、業務に組み入れることへの自信の向上をはじめとする参加者個人の認識や行動への効果に加え、地域包括支援センターの組織活動への効果も上げ得ることが示された。

Key words : 地域包括支援センター, 地区診断, 研修, 評価

I 緒 言

2012年4月の介護保険法改正では、高齢者が地域で自立した生活を営めるように医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的、継続的に連携した地域

包括ケアシステムの推進が大きく掲げられ、地域包括支援センターではその実現に向けた取り組みを多職種が進めている。これを達成するためには、地域の特性や課題を十分に把握し、分析し、対策を講じること、すなわち地区診断が求められる。

地区診断とは、様々な情報を収集、分析することによって地域の健康問題とその背景を明確化し、改善を図るための支援策を立案、実施、評価する一連のプロセスであり技術である¹⁾。ここでは、データ収集や分析を含む地域のアセスメントだけではなく、そのアセスメントを使って因果の推定、優先度

* 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム

^{2*} 杉並区高井戸保健センター

^{3*} 杉並区保健福祉部高齢者在宅支援課
連絡先：〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
東京都健康長寿医療センター研究所 村山洋史

の設定、そしてラベル化までの診断を含んでいる²⁾。保健師教育課程においては、「地域看護診断」として地区診断に関する教育が施されており、その効果や学習過程が検討されている^{3~5)}。しかし、保健師だけでなく、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員といった様々な背景を持つ職員が所属する地域包括支援センターでは、地区診断についての認識、教育や経験が十分に浸透しているわけではない。そのため、地域包括支援センターの職員に対しては、地区診断、すなわち地域データを整理して問題や課題を抽出する、そしてそこから対策を立てるという流れを身に付けてもらうことが重要と考えられる。これまでの地域包括支援センターに関する先行研究では、介護予防事業、虐待や権利擁護等の個別の事業や業務に関連したものが多い^{6~9)}。一方、地域をターゲットにした地区診断等に関する研修教育の手法や評価についての報告はみられない。

そこで本研究では、地域包括支援センター職員を対象にした地区診断についての研修プログラムを作成し、その効果を検討することを目的とした。地区診断には、それ以外にも地域診断、地域アセスメント等、様々な関連する呼び方が存在する。本研究では、地区診断に用語を統一し、「様々な情報を収集、分析することによって地域の健康問題とその背景を明確化し、改善を図るための支援策を立案、実施、評価すること」と定義した。

II 方 法

1. 対象者とリクルート方法

東京都杉並区（人口約53万人、高齢化率19.7%）の地域包括支援センター職員（2011年4月時点で非常勤職員、および事務職員を除く全88人）を対象とした。杉並区には地域包括支援センターが20か所設置されており、すべての業務が杉並区から社会福祉法人や医療法人等に委託されている。杉並区保健福祉部高齢者在宅支援課は、20か所の地域包括支援センターに業務支援を行っている。

この20か所の地域包括支援センターに対し、2011年4月に後述の地区診断研修プログラム（以下、研修）の案内を行った。その際、経験年数がある程度有していること、地域包括支援センターの管理者であることを推奨した。これは、ある程度の経験年数を有し、地域包括支援センター内で管理的立場にある方が、地区診断についての本研修を理解し、自身の所属する地域包括支援センターで他の職員に研修で学んだ内容について伝達し、業務に活用できやすいと考えたためである。結果、17か所の地域包括支援センターから19人の応募があった（15か所の地域

包括支援センターからは各1人が、残りの2か所からは各2人が参加）。地域包括支援センター内での研修参加者の選定方法は、各地域包括支援センターに委ねた。3か所の地域包括支援センターが不参加であった理由は、「業務が多忙であり、研修に参加させる余裕がない」、「既に独自に地域づくりの展開を行っており、研修に参加する必要がないと感じた」等であった。なお、本研修の募集は、高齢者在宅支援課によって行われた。

2. 研修プログラム

まず、研修の一般目標と行動目標を設定した。一般目標は、「参加者が地区診断のプロセスを経験し、その手法を身に付ける」とし、行動目標は、「(1)参加者が地区診断に必要なプロセスを説明できる（知識）」、「(2)参加者が地区診断を業務内に組み入れるようになる（習慣）」の2つとした。目標設定に際しては、杉並区の地域包括支援センターの現状を加味しながら研修実施者内で検討を行った。

研修は2011年5月から10月までの期間、月1回（全6回）の頻度で平日午前実施し、所要時間は2時間であった。なお、研修終了4か月の2012年2月に研修終了以降の状況（研修で議論したモデル計画の進捗状況等）についてのフォローアップ報告会を実施した。研修には、研究者と高齢者支援課保健師が研修実施者として関与した。本研修では、毎回設定されるテーマに基づいたグループワーク（以下、GW）を採用した。GWでは、参加者主導で進行していけるように参加者の中から司会を決定した。なお、研修実施者は全体の進行を行い、GWにファシリテーターおよび記録係として参加し、議論が円滑に進むように図った。

杉並区は大きく3つの行政区（以下、ブロック）に分けることができる。3つのブロックはそれぞれ異なる地域特性、住民特性を有している。参加者らがある程度地域の状況について共通認識を持ちやすいようにし、研修を通してブロックごとに一貫した議論ができるようにするために、GWはブロックごとに参加者を固定し、3つのグループで行った。

地区診断の枠組みとして、本研修では Community as Partner モデルを用いた¹⁰⁾。Community as Partner モデルは、地域看護診断のモデルとして開発、発展されてきた。地域の構成要素を、地域を構成する人々（コミュニティコア；歴史、人口統計、民族性、価値観と信条といった要素）とそれを取り囲む環境を8側面（物理的環境、保健医療と社会福祉、経済、安全と交通、政治と行政、コミュニケーション、教育、レクリエーション）で捉え、モデル化している点が特徴であり、構成要素ごとに情報を

収集、整理し、そこから課題や問題を抽出し、それへの対策を立てるプロセスが含まれる¹¹⁾。本研修で Community as Partner モデルを用いたのは、このモデルが地区診断の教育場面で多く用いられているためである¹²⁾。また、地域看護診断モデルとして開発、発展したものであるが、地域の構成要素を明示しているため、地域の現状整理、課題や問題の抽出、計画の立案というプロセスを学ぶという観点では、とくに地域看護職のみを対象としない本研修でも活用可能と考えたためである。

研修の概要を表1に示す。第1回、第2回は、これまでの活動実施状況や現状を話し合った。第3回、第4回は、Community as Partner モデルに沿ってブロックの現状を整理し、特徴や課題を抽出した。第5回では、抽出された課題に対して優先順位を付け、地域包括支援センターとしてどのような取り組みが可能かを話し合い、モデル計画を立てた。第6回では、第3回～第5回の内容を発表した。

地区診断では、地域の問題を明確化する際、統計

データなどの既存資料の活用、地区踏査やインタビューなどの民俗学的アプローチ、地域の実態を把握するための社会調査等、多様な手法やソースを用いることが求められる^{10,11)}。本研修の参加者である地域包括支援センター職員は、日常業務において相談業務や家庭訪問、自治会等の地域のキーインフォーマントとの情報交換などを実施している。そのため、すでに様々な形で情報収集、把握は行っていると仮定し、本研修内であらためて地区踏査や調査等は実施しなかった。一方、人口動態、杉並区が行った行政調査結果、地域包括支援センターの業務実態報告（相談件数や訪問件数等の推移など）等の既存資料は研修実施者で用意し、第3回～第5回のGWの材料とした。また、Community as Partner モデルにおける「保健医療と社会福祉」、「政治と行政」に関して、研修実施者である高齢者在宅支援課保健師から、杉並区としての方針やこれまでの取り組みなどを適宜説明し、情報提供を行った。

研修では、各回のテーマに従ってグループごとに

表1 地区診断研修プログラムの概要

一般目標：参加者が地区診断のプロセスを経験し、その手法を身に付ける。

行動目標：(1)参加者が地区診断に必要なプロセスを説明出来る。

(2)参加者が地区診断を業務内に組み入れるようになる。

回	テ ー マ	研修の実施事項
第1回	研修オリエンテーション 地域の現状把握、地域づくりの悩みについての情報交換	<ul style="list-style-type: none"> 研修全体の狙い、目標、各回のテーマ、スケジュールの説明 Community as Partner モデルの説明 グループワーク ブロックごとに発表、質疑応答
第2回	各地域包括支援センターで力を入れて取り組んでいる地域づくり活動の狙いや効果	<ul style="list-style-type: none"> 前回の振り返り 第2回のテーマの確認 グループワーク ブロックごとに発表、質疑応答
第3回	地域をアセスメントする① (人口動態、住民特性、保健医療福祉サービス、地域の環境について) ^a	<ul style="list-style-type: none"> 前回の振り返り 第3回～第5回のテーマの確認 第3回、第4回のグループワークの進め方についての説明 グループワーク
第4回	地域をアセスメントする② (高齢者の社会活動参加、フォーマル・インフォーマルな地域の社会資源について) ^a	<ul style="list-style-type: none"> 第3回～第5回のテーマの再確認 グループワーク
第5回	事業計画・展開 (ブロック毎に地域課題に対して地域包括支援センターができることを考える)	<ul style="list-style-type: none"> 第3回～第5回のテーマの再確認 第5回のグループワークの進め方についての説明 グループワーク
第6回	第3回～第5回に話し合われた内容をブロック毎に発表	<ul style="list-style-type: none"> ブロックごとに発表、質疑応答 研修全体の狙い、目標の再確認

a：Community as Partner モデルに含まれる構成要素のうち、「コミュニティコア」、「物理的環境」、「保健医療と社会福祉」、「経済」、「安全と交通」は第3回に、「政治と行政」、「コミュニケーション」、「教育」、「レクリエーション」は第4回に含めた。

意見や考えを出し合い、KJ法を用いて整理した。第3回、第4回では、参加者各自の地域や地域住民に対する日常業務で持っている印象や自身で把握している地域情報を出し合い、加えて既存資料からテーマに関連する地域の客観的なデータを探し、グループで共有した。

GWの内容や効果が参加者の所属する地域包括支援センター内で波及することを狙い、GWで話し合われた内容は、その回の研修終了後から次の研修までの間に研修実施者が資料としてまとめ、参加者にフィードバックした。また、前回の振り返りの時間を各回の始めに設け、まとめの資料を説明することで、出席者は前回の内容を復習でき、欠席者は欠席した回の内容を把握、理解できるように努めた。

3. 研修評価

プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価の3種類を行った。アウトカム評価には、定量的評価と定性的評価の2種類を含めた。

1) プロセス評価

各回(全6回)の出席率、および研修内容についての内容評価を含めた。内容評価は第1回~第5回の各回終了後に無記名でアンケートを行い、その回の研修内容について尋ねた(第6回は成果発表が主であったため実施しなかった)。調査項目は、「分かりやすかった」、「興味を持てるものだった」、「今後の活動や業務に役立つと思う」、「地域包括支援センター職員に対する研修として適切であった」の4項目で、「非常にそう思う」から「全くそう思わない」までの5件法で尋ねた。分析は、各項目についての「非常にそう思う」と「そう思う」への回答割合を算出した。なお、毎回の内容評価の結果は研修実施者で共有し、次回以降の研修に反映させた(たとえば、前回の内容を復習する時間を多めに設ける、地区診断と地域包括支援センターの業務との関係について参加者と再確認する時間を設ける等)。

2) アウトプット評価

参加者のうち、研修終了後(第6回終了時点)までに参加辞退の意向を示した者の人数から脱落率を算出した。

3) 定量的アウトカム評価

研修参加者に対し、研修前(5月)、研修直後(10月;第6回終了後)、および研修終了4か月後(翌年2月;フォローアップ報告会后)に質問紙調査を実施した。質問紙は無記名で回答してもらい、封筒に入れ郵送にて回収した。データの入力および分析を担当する研究者に参加者個人の回答が特定できないよう、高齢者在宅支援課保健師の協力を得て

参加者にIDを付し盲検化を図った。

調査項目は、基本属性(性別、年齢、最終学歴、業務で用いている職種、地域包括支援センターの管理者か否か、現在の地域包括支援センターの管轄地域での活動経験年数)に加え、アウトカムとして「地域の特徴や課題の発見・明確化」および「地域の課題に対する事業計画・展開」の2つの地区診断のプロセスについて、具体的にイメージできるか、自信が持てるか、地域包括支援センターにおける自身の業務内での優先順位、のそれぞれ3項目を尋ねた。前者2項目は、「(前述の2つのプロセス)に関して具体的に何をすることがイメージできる(行動目標1に対応)」、「(前述の2つのプロセス)に関する業務に対して自信が持てる(行動目標2に対する自己効力感)」という質問に、「非常にそう思う」から「全くそう思わない」までの7件法で尋ねた。業務内での優先順位は、「あなたの業務の中で、(前述の2つのプロセス)に関する業務の優先順位はどのくらいですか(行動目標2に対応)」という質問に、「非常に高い」から「非常に低い」までの6件法で尋ねた。分析は、調査した3時点のアウトカムをそれぞれ比較した(研修前vs研修直後、研修前vs研修終了4か月後、研修直後vs研修終了4か月後)。それぞれの時点間で評価が向上した者、不変だった者、低下した者の人数を把握し、検定はWilcoxonの符合付き順位和検定を用いた。本研究はサンプルサイズが小さいため、順位和を求めた後、Wilcoxonの符合付き順位和検定の統計数値表を参照して棄却域を決定した。有意水準は、Bonferroni補正を行い、1%が $P < 0.003$ ($\equiv 0.01/3$)、5%が $P < 0.017$ ($\equiv 0.05/3$)、10%が $P < 0.033$ ($\equiv 0.10/3$)とした(両側)。

4) 定性的アウトカム評価

定性的アウトカム評価として、研修に参加したこと新たに学び、知ることができた点、地域包括支援センターでの業務に活きると思えた点の2つについて、非構造的な自由記載調査を行った。この調査は、定量的アウトカム評価で行った研修直後(10月)の質問紙調査と同時に実施した。分析は質的内容分析の手法^{13,14)}を参考に行った。まず、回答文章に省略等が認められれば、意味やニュアンスに注意しながら補足を加えてデータセットを完成させた。次に、研修による学びや発見、業務への活用等のについての記述を抜き出し、それらを意味やニュアンスを損なわないよう配慮しながら要約し、コードを作成した。さらに、コードの意味内容の類似性を考慮しながら分類し、カテゴリーを作成した。

また、自由記載調査に加え、研修がどのように業

務に活用されたかを確認するため、研修終了4か月に実施したフォローアップ報告会の内容（研修で議論したモデル計画の研修後の進捗状況）を集約した。

4. 倫理的配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究部門倫理委員会の承認を得て行われた（2011年5月26日承認）。調査の際は、調査の趣旨、調査への協力は任意であること、匿名性を保持すること等を調査対象者に伝えた。

Ⅲ 結 果

1. 参加者の属性

研修に参加した19人の属性について表2に示す。女性が15人（78.9%）、平均年齢は41.4歳、14人（73.7%）が大学卒業であった。業務で用いている資格は、保健師が1人、看護師が2人、社会福祉士が13人、主任介護支援専門員が2人であった。地域包括支援センターの管理者は6人であり、所属する

表2 参加者の属性 (n=19)

性別	
女性	15(78.9)
年齢(歳)	41.4±11.8
最終学歴	
専門学校卒業	3(15.8)
短大卒業	2(10.5)
大学卒業	14(73.7)
業務で用いている資格	
保健師	1(5.3)
看護師	3(15.8)
社会福祉士	13(68.4)
主任介護支援専門員	2(10.5)
管理者	6(31.6)
管轄地域での活動経験年数(年)	5.3±4.7

値はn(%)またはmean±SD。

地域包括支援センターが管轄している地域での平均活動経験年数は5.3年であった。

2. プロセス評価

表3にプロセス評価の結果を示す。出席率は、第5回のみ3人が欠席（83%）であったものの、それ以外では欠席2人が1回、欠席1人が2回、全員出席が2回であった。欠席理由で多かったのは、「急な訪問業務」、「ケースの緊急対応」等の業務によるものであった。内容評価では、第1回で分かりやすい、興味が持てるものだった、活動や業務で役立つ、地域包括支援センター職員に対する研修として適切という質問に対して、参加者全員が「非常にそう思う」あるいは「そう思う」と回答をしていた。また、項目別にみると、興味が持てた、活動や業務で役立つという質問には、調査を行った5回中4回で参加者全員が「非常にそう思う」あるいは「そう思う」と回答していた。

3. アウトプット評価

研修参加者19人中、1人が休職により第5回から脱落したものの、残りの18人は第6回まで参加した（脱落率5%）。18人中、全回出席した者は13人、1回のみ欠席であった者は5人であった。

4. 定量的アウトカム評価

研修直後から研修終了4か月（フォローアップ報告会）時点までに1人が配置転換により地域包括支援センターから異動したため、研修終了4か月後の調査には17人が含まれた。表4に研修前後でのアウトカムの変化を示す。具体的イメージでは、研修前に比べ、研修直後および研修終了4か月後で、地域の特徴や課題の発見・明確化、地域の課題に対する事業計画・展開の両者において向上していた（研修前 vs 研修直後： $P<0.033$, $P<0.033$ ；研修前 vs 研修終了4か月後： $P<0.017$, $P<0.017$ ）。自己効力感では、地域の特徴や課題の発見・明確化、地域の

表3 プロセス評価の結果

回	出席率	分かりやすかった	興味が持てるものだった	今後の活動や業務で役立つと思う	地域包括支援センター職員に対する研修として適切であった
第1回	19/19(100%)	19/19(100%)	19/19(100%)	19/19(100%)	19/19(100%)
第2回	18/19(95%)	18/18(100%)	18/18(100%)	18/18(100%)	17/18(94%)
第3回	18/19(95%)	17/18(94%)	18/18(100%)	17/18(94%)	17/18(94%)
第4回	17/19(89%)	15/17(88%)	16/17(94%)	17/17(100%)	16/17(94%)
第5回	15/18(83%)	14/15(93%)	15/15(100%)	15/15(100%)	15/15(100%)
第6回	18/18(100%)	—	—	—	—

第5回以降は休職により1人が脱落。

内容評価は、「非常にそう思う」、「そう思う」を合わせたものの数と割合を算出。

第6回は、発表が主のためプロセス評価は実施しなかった。

表4 定量的アウトカム評価の結果

	研修前 T1	研修直後 T2	研修終了 4か月後 T3	P-value		
				T1-T2	T1-T3	T2-T3
地域の特徴や課題の発見・明確化						
具体的にイメージできる						
非常にそう思う [7]	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	$P<0.033^\dagger$	$P<0.017^*$	ns
そう思う [6]	1(5.6)	2(10.5)	2(11.8)	向上：10人	向上：10人	向上：6人
まあそう思う [5]	3(16.7)	9(47.4)	8(47.1)	不変：6人	不変：6人	不変：9人
どちらともいえない [4]	6(33.3)	3(15.8)	5(29.4)	低下：2人	低下：1人	低下：2人
あまりそう思わない [3]	3(16.7)	2(10.5)	2(11.8)			
そう思わない [2]	4(22.2)	2(10.5)	0(0.0)			
全くそう思わない [1]	1(5.6)	0(0.0)	0(0.0)			
	[3.5±1.3]	[4.4±1.2]	[4.6±0.9]			
自信が持てる (自己効力感)						
非常にそう思う [7]	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	ns	$P<0.017^*$	$P<0.017^*$
そう思う [6]	0(0.0)	0(0.0)	1(5.9)	向上：7人	向上：11人	向上：12人
まあそう思う [5]	1(5.6)	2(10.5)	5(29.4)	不変：5人	不変：6人	不変：3人
どちらともいえない [4]	8(44.4)	4(22.2)	6(35.3)	低下：6人	低下：0人	低下：2人
あまりそう思わない [3]	1(5.6)	7(38.9)	3(17.6)			
そう思わない [2]	3(16.7)	3(16.7)	1(5.9)			
全くそう思わない [1]	5(27.8)	2(11.1)	1(5.9)			
	[2.8±1.4]	[3.1±1.2]	[3.9±1.2]			
業務内での優先順位						
非常に高い [6]	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	ns	ns	ns
高い [5]	4(23.5)	2(11.8)	5(31.3)	向上：4人	向上：5人	向上：9人
どちらかといえば高い [4]	4(23.5)	5(29.4)	8(50.0)	不変：7人	不変：5人	不変：4人
どちらかといえば低い [3]	5(29.4)	6(35.3)	2(12.5)	低下：6人	低下：5人	低下：2人
低い [2]	2(11.8)	3(17.6)	1(6.3)			
非常に低い [1]	1(5.9)	1(5.9)	0(0.0)			
	[3.7±1.3]	[3.2±1.1]	[4.1±0.9]			
地域の課題に対する事業計画・展開						
具体的にイメージできる						
非常にそう思う [7]	0(0.0)	1(5.6)	0(0.0)	$P<0.033^\dagger$	$P<0.017^*$	ns
そう思う [6]	2(11.1)	0(0.0)	2(11.8)	向上：10人	向上：12人	向上：9人
まあそう思う [5]	1(5.6)	7(38.9)	10(58.8)	不変：4人	不変：4人	不変：6人
どちらともいえない [4]	2(11.1)	4(22.2)	1(5.9)	低下：4人	低下：1人	低下：2人
あまりそう思わない [3]	6(33.3)	4(22.2)	3(17.6)			
そう思わない [2]	6(33.3)	1(5.6)	1(5.9)			
全くそう思わない [1]	1(5.6)	1(5.6)	0(0.0)			
	[3.1±1.4]	[4.1±1.4]	[4.5±1.1]			
自信が持てる (自己効力感)						
非常にそう思う [7]	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	ns	$P<0.003^{**}$	$P<0.003^{**}$
そう思う [6]	0(0.0)	0(0.0)	1(5.9)	向上：4人	向上：14人	向上：14人
まあそう思う [5]	2(11.1)	1(5.6)	4(23.5)	不変：9人	不変：3人	不変：2人
どちらともいえない [4]	2(11.1)	5(27.8)	7(41.2)	低下：5人	低下：0人	低下：1人
あまりそう思わない [3]	4(22.2)	4(22.2)	4(23.5)			
そう思わない [2]	7(38.9)	3(16.7)	1(5.9)			
全くそう思わない [1]	3(16.7)	5(27.8)	0(0.0)			
	[2.6±1.2]	[2.7±1.3]	[4.0±1.0]			
業務内での優先順位						
非常に高い [6]	0(0.0)	1(5.9)	0(0.0)	ns	ns	$P<0.033^\dagger$
高い [5]	3(17.6)	3(17.6)	6(37.5)	向上：6人	向上：7人	向上：9人
どちらかといえば高い [4]	6(35.3)	4(23.5)	8(50.0)	不変：7人	不変：6人	不変：4人
どちらかといえば低い [3]	4(23.5)	6(35.3)	1(6.3)	低下：4人	低下：2人	低下：2人
低い [2]	2(11.8)	3(17.6)	1(6.3)			
非常に低い [1]	2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)			
	[3.5±1.3]	[3.6±1.2]	[4.2±0.8]			

値はn(%)。無回答は除く。分析には比較する2時点のデータが揃っているもののみを使用。

有意水準 1%： $P<0.003^{**}$ 。 5%： $P<0.017^*$ 。 10%： $P<0.033^\dagger$ 。 ns：not significant.

mean±SDは、便宜的に各選択肢に得点([]の値；1~7点，または1~6点)を割り当てて算出。

時点間で評価が上がった場合には「向上」，同じ場合には「不変」，下がった場合には「低下」とした。

課題に対する事業計画・展開の両者において、研修前後での変化は認められず、評価が不変あるいは低下した者が地域の特徴や課題の発見・明確化では5人（不変）、6人（低下）、地域の課題に対する事業計画・展開では9人（不変）、5人（低下）であった。しかし、研修前および研修直後に比べ、研修終了4か月後では、評価が向上した者の人数は地域の特徴や課題の発見・明確化では11人と12人、地域の課題に対する事業計画・展開では14人ずつ存在し、地域の特徴や課題の発見・明確化、地域の課題に対する事業計画・展開のそれぞれにおいて時点間で自己効力感が向上していた（研修前 vs 研修終了4か月後： $P<0.017$, $P<0.003$ ；研修直後 vs 研修終了4か月後： $P<0.017$, $P<0.003$ ）。業務内での優先順位では、研修前に比べ、研修直後と研修4か月後で評価が向上しなかった者が地域の特徴や課題の発見・明確化では13人（不変7人、低下6人）と10人（不変5人、低下5人）、地域の課題に対する事業計画・展開では11人（不変7人、低下4人）と8人（不変6人、低下2人）存在し、時点間の差は認められなかった。一方、地域の課題に対する事業計画・展開においてのみ、研修直後に比べ、研修終了4か月後で優先順位が高くなっていた（ $P<0.033$ ）。

5. 定性的アウトカム評価

1) 自由記載調査

自由記載による回答の質的内容分析の結果、以下の4つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーとそこに含まれる自由記載回答の例を表5に示す。

(1) 「地区診断の手法を理解できた」

参加者は、研修により地域の特徴や問題を明確にし、そこから展開策を考えるというプロセスを経験することで、その手法を理解できたと認識できていた。

(2) 「地域を診ることの重要性を理解した」

日常の業務に追われ、地域について考えることが

後回しにされることが多いが、この研修が地区診断のプロセスがなぜ必要なのかに気付くきっかけとなっていた。

(3) 「現在の事業や計画の目的や意義を見直すきっかけになった」

他の地域包括支援センターの職員と意見や情報を交換することによって、自身あるいは所属する地域包括支援センターがこれまで行っていた地区把握や日常業務について見直すきっかけになっていた。

(4) 「センター全体で地域について考え、共有する必要性を認識した」

職員一人で地域を考えていくには限界があり、所属する地域包括支援センターの職員皆で情報や考えを出し合い、地域の課題について話し合い、業務の方向性を確認していく必要性を感じていた。

2) 研修後のモデル計画の進捗

研修終了4か月後に実施したフォローアップ報告会では、「研修で立てたモデル計画を、ブロック内の地域包括支援センターが合同で実施できるように話し合いを進めている」、「研修で行った地区診断の方法を用いて、自分の地域包括支援センターの管轄地域を独自に分析してみた」、「管轄地域内の民生委員や事業所の主任介護支援専門員らが参加する会議で、研修で行った地区診断をやってみた」等の状況が報告された。

IV 考 察

1. プロセス評価

プロセス評価の結果、各回の出席率は高かった。また、各回の内容に対して肯定的な評価を得た。これは、参加者である地域包括支援センター職員同士のGWを研修の中心に据えたことで、自分達の活動や業務経験に基づいた意見共有、議論ができ、結果として出席率の高さ、分かりやすさの認識や興味につながったと考えられる。また、地域特性の似た

表5 定性的アウトカム評価の結果

カテゴリー	自由記載の回答例
「地区診断の手法を理解できた」 「地域を診ることの重要性を理解した」	統計データの活用法、根拠をもとにした展開方法のプロセスが理解できた。これまで地域に向けた事業は、行うことを決められた教室や連絡会だったが、私たちが意図を持って計画した事業を行うことが重要。
「現在の事業や計画の目的や意義を見直すきっかけになった」	普段の業務の中で自身が考え、取り組んでいたことを再認識し、無意識にやっていたことが新たに意識できた。自分の地域包括支援センターの活動を振り返ったり、他の地域包括支援センターでやっていることから自分の地域包括支援センターでの問題も見えてきた。
「センター全体で地域について考え、共有する必要性を認識した」	一人でできることではない。スタッフ一同で共有し、関わっていくのが有効である。

ブロックによってGWのグループを構成したことで、より議論や地域への理解が進んだとも考えられる。

2. アウトプット評価

研修参加者19人中、18人が第6回まで参加した。脱落した1人は、休職という研修とは関連性の低い理由によるものであったため、研修の脱落率は極めて低いと言える。これは、地域包括支援センターの業務委託元である杉並区が実施する研修であったため、途中で脱落しづらい状況が存在した可能性はあるが、上述のGWの形式や内容が、プロセス評価だけでなく脱落率の低さにも影響していたと考えられる。

3. アウトカム評価

行動目標1として、「参加者が地区診断に必要なプロセスを説明できる」を設定し、「具体的に何をやるかがイメージできる」を対応する評価項目として設定していた。研修後（研修直後、研修終了4か月後）には、研修前に比べて具体的にイメージできるようになっていた。加えて、定性的アウトカム評価では、「地区診断の手法を理解できた」というカテゴリーが抽出されたことは、行動目標1が6か月という短期間の研修期間内でも達成できたことを支持している。また、研修終了4か月後でも、研修前に比べ評価が有意に高かった。これは、研修前後で向上した具体的イメージが維持、あるいはより強化されていることを示している。

行動目標2は、「参加者が地区診断を業務内に組み入れるようになる」であり、業務内の優先順位を対応項目とし、これに対する自己効力感も併せて設定していた。自己効力感では、研修前後の変化はみられなかったが、研修終了4か月後には、研修前後の2時点に比べて有意に評価が向上していた。研修終了直後には具体的なイメージはある程度持てるようになったものの、研修で経験した地区診断のプロセスは一度のみであり、業務で実際に試行できるという自信までには到達していなかったと考えられる。実際に、研修前後で自己効力感の評価が低下した者が存在したが、どのように業務内で展開していけばよいかについては研修内で取り扱っておらず、それが研修前後での自己効力感の低下に影響した可能性がある。しかし、研修終了4か月後の評価は向上していたのは、研修終了4か月の期間に日常業務でどのように地区診断を取り入れられるかを参加者が探ることができたためと言えよう。また、業務内の優先順位でも、自己効力感と同じく研修前後での変化は認められず、評価が不変あるいは低下した者も一定数存在した。地域包括支援センター内での他

の業務の業務量や優先度との兼ね合いが大きく影響していることが予想され、半年間6回の研修期間内では業務に組み入れるまでの変化は難しかったものと考えられる。加えて、調査時期による業務の繁忙の程度も影響している可能性が考えられる。しかし、研修終了4か月後には地域の課題に対する事業計画・展開に関して優先順位が高まっていた。また、評価が向上した人数は研修前後に比べると多くなっていた。これは、研修成果が徐々に業務内に浸透し始めていることを示唆している。

本研修では、行動目標として、知識、習慣の2種類を設定した。また、習慣の前段階としてそれへの自己効力感を設定した。上記の結果から、知識、習慣への自己効力感、習慣の順に研修成果が参加者に表れやすいと言える。研修回数を増やすなどの研修形式の変更が成果の浸透にどう影響するかといった検証を今後行っていく必要がある。また、地域包括支援センターでの日常業務と地区診断との連動、すなわち日常業務の中から課題や問題を抽出し、そこから計画や展開を導き出す過程を強調していくことも、地区診断を業務に組み入れていく上では重要である。

定性的アウトカム評価では、「現在の事業や計画の目的や意義を見直すきっかけになった」、「センター全体で地域について考え、共有する必要性を認識した」というカテゴリーが抽出された。本研修がこれまでの地域包括支援センターで実施されてきた業務や事業の見直しの機会につながったり、地域包括支援センター全体で地域について今一度考えるきっかけにもなり得ていることが窺われる。このような効果を評価し、効果が継続するよう支援していくことは重要である。さらに、「地域を診ることの重要性を理解した」というカテゴリーが抽出された。地区診断を行う上で、その重要性や意義を理解しておくことは必須である。本研修には、地域包括支援センターで活動する様々な背景を持つ全職種が参加していた。多職種が協働する地域包括支援センターでは、地区診断に対するこのような根本の認識から強化していくことも重要であろう。今後の研修では、行動目標としてこれらを設定するなど、研修の成果として評価できるように留意する必要がある。

地域看護診断を含む地区診断の方法論については、地区視診のためのガイドライン作成¹⁵⁾や教育方法の検討⁹⁾等、いくつかの報告が見られる。本研修ではCommunity as Partnerモデルを用いて地区診断の方法の体験、習得を目指したが、様々な背景を持つ職員が所属する地域包括支援センターでは、Community as Partnerモデルのような理論に加

え、ツールを含む方法論の導入も有効かもしれない。地域包括支援センターにおける地区診断の取り組みはまだ蓄積が浅く、今後の検討課題と言える。

4. 本研究の意義と限界

本研究では、地域包括支援センター職員に対して Community as Partner モデルを参考に地区診断についての研修プログラムを作成、実施し、その効果を検討した。地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの推進の一翼を担う組織として期待されているものの、現実には職員らは地域の実態把握や見守り訪問などの機能を十分に果たせていないと感じており¹⁶⁾、そこに大きなギャップが存在する。保健師教育課程での地区診断についての教育の方法論や効果を報告した文献は多いものの、地区診断に着目した教育研修を地域包括支援センターにおいて実施した場合にも効果を上げ得るかについては知見が得られていなかった。プロセス評価、アウトプット評価、定量的および定性的アウトカム評価といった多側面からの評価、かつ研修終了後4か月までのフォローアップを含めた評価を行ったところ良好な結果が得られたが、このことは月1回(全6回)という多いとは言えない回数ながらも、一定の効果があることを示している。本研究の知見は、全国に設置されている地域包括支援センターが行う地域活動の推進力の一助となることが期待できる。

本研究の限界として以下の点が挙げられる。第1に、本研修は都市部の1自治体の地域包括支援センター職員を対象に行われたものである。今後は特性の異なる地域でも本研修が実施可能か、あるいは得られた知見が適応可能か検討していく必要がある。第2に、本研修の評価はあくまで参加者のみの変化を検討したものである。対照群を設定した比較試験での検討が求められる。第3に、研修参加者の選定は各地域包括支援センターに委ねたため、選択バイアスが存在している。無作為化抽出等の選択バイアスを可能な限り排除できるデザインの導入が必要である。第4に、定量的アウトカム評価で用いた項目は6問(地区診断の2つのプロセスについて3項目ずつ)のみであったため、研修効果の一部の側面しか評価できていない可能性がある。研修の効果を包括的に捉えることができるよう、行動目標に対応したより多様で有意義な項目を設定しておく必要がある。たとえば、今回の自由記載調査で抽出されたカテゴリーから項目を作成することで、今後の研修への定量的評価をさらに妥当なものにすることが可能である。

V 結 語

地域包括支援センター職員を対象に、Community as Partner モデルを参考に地区診断についての研修プログラムを作成し、その効果を検討した。その結果、研修のプロセス評価、アウトプット評価は良好であった。定量的アウトカム評価では、地域の特徴や課題の発見・明確化、地域の課題に対する事業計画・展開の両者において、参加者は研修前後で具体的にイメージできるようになり、その効果は研修終了4か月後も維持されていた。また、これらを実施することへの自己効力感は、研修前後では変化が認められなかったものの、研修終了4か月後には向上していた。さらに、業務内での優先順位では、地域の課題に対する事業計画・展開について、研修直後に比べて研修終了4か月後で高くなっていた。定性的アウトカム評価からは、地区診断の手法や重要性の理解といった参加者個人への効果だけでなく、地域包括支援センターの組織活動への効果も伺われた。より詳細なプログラム内容や評価方法の検討が必要ではあるものの、地区診断に着目した研修を地域包括支援センターにおいて実施した場合、一定の効果を上げ得ることが示された。

本研究は、平成22-23年度文部科学省科学研究費補助金若手研究(B)(課題番号:22792254)の一部として行われた。

(受付 2012. 4. 6)
(採用 2012.10.29)

文 献

- 1) 麻原きよみ. 地域診断. 尾崎米厚, 鳩野洋子, 島田美喜, 編. いまを読み解く保健活動のキーワード. 東京: 医学書院, 2002; 141-144.
- 2) Muecke MA. Community health diagnosis in nursing. Spradley BW, ed. Readings in Community Health Nursing (4th ed). Philadelphia: J. B. Lippincott, 1991; 170-186.
- 3) 大須賀恵子. 看護大学生の地区診断技術を高める教育方法の検討: 地区踏査・マッピングの導入. 保健師ジャーナル 2006; 62(10): 876-881.
- 4) 西嶋真理子. 地域看護実習における地域看護診断の学習過程. 日本地域看護学会誌 2007; 9(2): 98-105.
- 5) 岩本里織, 小倉弥生, 茅本善子, 他. コミュニティアズパートナーモデルを用いた地域看護診断の学習効果: 演習後の学年比較, 実習前後比較から. 神戸市看護大学紀要 2009; 13: 49-56.
- 6) 堤 千代, 原 等子, 宮林郁子. 予防給付における口腔機能向上サービス立案に影響する要因: 地域包括支援センター職員の口腔に関するアセスメントの実

- 態. 老年歯科医学 2010; 25(2): 107-114.
- 7) 栗田圭一, 佐野ゆり, 福本 恵. 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態: とくに, 医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌 2010; 21(3): 356-363.
- 8) 高崎絹子, 佐々木明子, 大光房枝, 他. 地域包括支援センターにおける権利擁護に関する活動: 保健師等看護職の役割と機能を中心に. 高齢者虐待防止研究 2011; 7(1): 100-114.
- 9) 岸恵美子, 吉岡幸子, 野村祥平, 他. 専門職がかかわる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題: 地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より. 高齢者虐待防止研究 2011; 7(1): 125-138.
- 10) Anderson ET, McFarlane J, eds. *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- 11) 金川克子, 田高悦子, 編. 地域看護診断(第2版). 東京: 東京大学出版会, 2011.
- 12) 吉岡京子, 村嶋幸代. 保健師による地域アセスメントに関する文献レビュー. 日本地域看護学会誌 2006; 8(2): 93-98.
- 13) Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
- 14) Neuendorf KA. *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
- 15) 狭川庸子, 都筑千景, 齊藤恵美子, 他. 地域看護診断における地区視診のためのガイドライン作成の試み. 日本地域看護学会誌 1999; 1(1): 63-67.
- 16) 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会. 介護保険法改正後において, 在宅介護支援センターが地域において果たすべき役割に関する調査研究事業報告書. 東京: 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会, 2008; 26-48.
-

Effectiveness of a community diagnosis workshop for the staff of a community comprehensive support center

Hiroshi MURAYAMA*, Shino UEMATSU^{2*} and Yuriko SUZUKI^{3*}

Key words : community comprehensive support center, community diagnosis, workshop, evaluation

Objectives To examine the effectiveness of a community diagnosis workshop for the staff of a community comprehensive support center (CCSC).

Methods The general instructional objective for the participants of the workshop was to experience the process of community diagnosis and obtain skills that are relevant to implementing community diagnosis. Specific behavioral objectives included the ability to explain necessary processes of community diagnosis and to implement community diagnosis in their daily work in the CCSC. The workshop included 6 sessions conducted for 19 staff of the CCSCs in Suginami ward, Tokyo from May to October, 2011. Workshops were developed based on the Community as Partner model. Group discussions were held among the participants during each session to promote the sharing of opinions. The participants completed 4 evaluations as follows: process evaluation (assessment of the participation rate in each session and content of the sessions), output evaluation (assessment of the dropout rate), quantitative outcome evaluation (comparison of perceptions and behaviors regarding performing community diagnosis at 3 time points; before, shortly after, and at 4 months after the workshop), and qualitative outcome evaluation (open-ended feedback about the workshop). The quantitative outcome evaluation had 2 specific behavioral objectives: (1) evaluation of the concrete image of community diagnosis process and (2) the priority for performing community diagnosis in their daily CCSC work. In addition, we assessed self-efficacy for performing community diagnosis in the daily work.

Results Participation rate was high in every session (83–100%). Almost all participants evaluated the contents of the workshop as understandable, interesting, appropriate, and useful. In total, 18 out of the 19 participants completed the workshop (dropout rate was 5%; 1 took a leave of absence). Thirteen attended the workshop perfectly, but 5 were absent once. Images of the 2 processes of community diagnosis (“the assessment of the problems in the community” and “the solution planning to the problems”) were enhanced before and shortly after the workshop. These effects remained at 4 months after the workshop. The self-efficacy for implementing these 2 processes remained unchanged before and shortly after the workshop, but was improved at 4 months after the workshop. Comparing shortly after and 4 months after the workshop, planning solutions to the problems became a higher-priority task in the participants’ daily work. From the open-ended feedback, the workshop could have had some spillover effect on other aspects of the CCSC. Participants indicated that they could understand the process and significance of community diagnosis.

Conclusion As demonstrated by the staff of a CCSC, the effectiveness of the community diagnosis workshop could have an effect on the individual participant’s perceptions and behaviors as well as on the activities of the CCSC.

* Research Team for Social Participation and Community Health, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{2*} Takaido Community Health Center, Suginami Ward

^{3*} Home Care Support for Senior Citizens Section, Health and Welfare Division, Suginami Ward