

表7 サービス担当者会議で共有した情報

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
利用者の主訴	174/281(61.9)	112/181(61.9)	171/301(56.8)	35/59(59.3)	1.976	0.577
家族の主訴	183/281(65.1)	108/181(59.7)	184/301(61.1)	34/59(57.6)	2.154	0.541
利用者の ADL,IADL の状況や変化	173/281(61.6)	107/181(59.1)	198/301(65.8)	33/59(55.9)	3.406	0.333
利用者の要介護認定状況	98/281(34.9)	64/181(35.4)	115/301(38.2)	16/59(27.1)	2.809	0.422
利用者の疾病に関する情報	129/281(45.9)	90/181(49.7)	166/301(55.1)	23/59(39.0)	7.902	0.048
利用者の生活歴	78/281(27.8)	46/181(25.4)	97/301(32.2)	12/59(20.3)	4.907	0.179
利用者の生活状況	158/281(56.2)	92/181(50.8)	168/301(55.8)	33/59(55.9)	1.538	0.674
利用者の経済状況	63/281(22.4)	48/181(26.5)	84/301(27.9)	9/59(15.3)	5.578	0.134
医療知識や医療的対処の方法	153/281(54.4)	101/181(55.8)	172/301(57.1)	35/59(59.3)	0.699	0.873
生活上の問題への対処方針	209/281(74.4)	136/181(75.1)	228/301(75.7)	43/59(72.9)	0.289	0.962
介護の方針	217/281(77.2)	141/181(77.9)	246/301(81.7)	51/59(86.4)	3.846	0.279
ケアプランの共有・検討・確定	243/281(86.5)	152/181(84.0)	266/301(88.4)	52/59(88.1)	2.014	0.569

表8 サービス担当者会議で事前に共有すべき情報

	社会福祉法人		医療法人		営利法人		特定非営利 活動法人(%)		χ ²	P 値
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
利用者の主訴	353/417(84.7)	226/258(87.6)	417/473(88.2)	73/88(83.0)	3.547	0.315				
家族の主訴	350/417(83.9)	222/258(86.0)	402/473(85.0)	70/88(79.5)	2.304	0.512				
利用者の ADL,IADL の状況や変化	349/417(83.7)	217/258(84.1)	403/473(85.2)	77/88(87.5)	1.011	0.799				
利用者の要介護認定状況	336/417(80.6)	200/258(77.5)	371/473(78.4)	72/88(81.8)	1.456	0.693				
利用者の疾病に関する情報	345/417(82.7)	219/258(84.9)	392/473(82.9)	74/88(84.1)	0.662	0.882				
利用者の生活歴	302/417(72.4)	193/258(74.8)	341/473(72.1)	59/88(67.0)	2.033	0.566				
利用者の生活状況	320/417(76.7)	210/258(81.4)	359/473(75.9)	63/88(71.6)	4.611	0.203				
利用者の経済状況	280/417(67.1)	186/258(72.1)	306/473(64.7)	49/88(55.7)	9.004	0.029				
医療知識や医療的対処の方法	205/417(49.2)	135/258(52.3)	235/473(49.7)	37/88(42.0)	2.806	0.423				
生活上の問題への対処方針	168/417(40.3)	110/258(42.6)	196/473(41.4)	38/88(43.2)	0.490	0.921				
介護の方針	176/417(42.2)	125/258(48.4)	199/473(42.1)	37/88(42.0)	3.323	0.344				
ケアプランの共有・検討・確定	164/417(39.3)	108/258(41.9)	188/473(39.7)	31/88(35.2)	1.262	0.738				

表9 サービス担当者会議で共有すべき情報

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
利用者の主訴	239/417(57.3)	142/258(55.0)	259/473(54.8)	45/88(51.1)	1.359	0.715
家族の主訴	234/417(56.1)	144/258(55.8)	259/473(54.8)	45/88(51.1)	0.805	0.848
利用者の ADL/IADL の状況や変化	227/417(54.4)	136/258(52.7)	245/473(51.8)	46/88(52.3)	0.643	0.886
利用者の要介護認定状況	137/417(32.9)	91/258(35.3)	170/473(35.9)	24/88(27.3)	2.982	0.394
利用者の疾病に関する情報	168/417(40.3)	113/258(43.8)	213/473(45.0)	34/88(38.6)	2.763	0.430
利用者の生活歴	125/417(30.0)	79/258(30.6)	147/473(31.1)	22/88(25.0)	1.334	0.721
利用者の生活状況	189/417(45.3)	108/258(41.9)	215/473(45.5)	42/88(47.7)	1.334	0.721
利用者の経済状況	134/417(32.1)	86/258(33.3)	144/473(30.4)	27/88(30.7)	0.739	0.764
医療知識や医療的対処の方法	285/417(68.3)	168/258(65.1)	312/473(66.0)	57/88(64.8)	1.039	0.792
生活上の問題への対処方針	344/417(82.5)	210/258(81.4)	378/473(79.9)	69/88(78.4)	1.375	0.711
介護の方針	352/417(84.4)	209/258(81.0)	395/473(83.5)	71/88(80.7)	1.738	0.629
ケアプランの共有・検討・確定	378/417(90.6)	234/258(90.7)	417/473(88.2)	79/88(89.8)	1.883	0.597

表10 サービス担当者会議開催困難の理由

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
自分の日程調整	153/417(36.7)	84/258(32.6)	155/473(32.8)	24/88(28.3)	3.631	0.304
サービス事業者との日程調整	327/417(78.4)	189/258(73.3)	362/473(76.5)	70/88(79.5)	2.807	0.422
会場の確保	48/417(11.5)	34/258(13.2)	75/473(15.9)	12/88(13.6)	3.615	0.306
利用者の出席	123/417(29.5)	52/258(20.2)	108/473(22.8)	21/88(23.9)	8.961	0.030
家族の出席	148/417(35.5)	71/258(27.5)	155/473(32.8)	31/88(34.1)	4.702	0.195
主治医の出席	305/417(73.1)	181/258(70.2)	319/473(67.4)	64/88(72.7)	3.715	0.294
資料作り	107/417(25.7)	55/258(21.3)	108/473(22.8)	21/88(23.9)	1.885	0.597
会議の進め方に不安を感じる	132/417(31.7)	70/258(27.1)	125/473(26.4)	18/88(20.5)	5.932	0.115

表11 サービス担当者会議進行運営困難の理由

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
会議の時間が長すぎる	45/417(10.8)	40/258(15.5)	49/473(10.4)	6/88(6.8)	6.823	0.078
集合時間が守られない	38/417(9.1)	41/258(15.9)	72/473(15.2)	13/88(14.8)	9.542	0.023
無断欠席が多い	4/417(1.0)	3/258(1.2)	16/473(3.4)	2/88(2.3)	7.785	0.051
事前の準備が間に合わない	89/417(21.3)	47/258(18.2)	74/473(15.6)	16/88(18.2)	4.818	0.186
特定の専門職に発言が偏りがち	85/417(20.4)	57/258(22.1)	125/473(26.4)	17/88(19.3)	5.545	0.136
利用者の状態説明に時間がかかる	37/417(8.9)	23/258(8.9)	46/473(9.7)	9/88(10.2)	0.326	0.955
未熟な専門職がいる	32/417(7.7)	25/258(9.7)	52/473(11.0)	8/88(9.1)	2.880	0.410
会議の結論がまとまらない	97/417(23.3)	56/258(21.7)	100/473(21.1)	24/88(27.3)	1.882	0.597
上手に進行できない	144/417(34.5)	73/258(28.3)	126/473(26.6)	21/88(23.9)	8.471	0.037

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

地域包括ケアシステムの構築に関する研究
ケアカンファレンスの構造と機能

平成 17 年度サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査の解析

2. 神奈川県解析

（2）介護支援専門員の基礎職種の違いの解析

看護職、社会福祉士、介護福祉士・ホームヘルパーの3職種

主任研究者 田城孝雄 順天堂大学 医学部公衆衛生学講座 講師

研究要旨

サービス担当者会議に対する意識や、参加者や会議で共有する情報に違いがあるかを、看護職、社会福祉士、介護職に分けて比較検討した。介護支援専門員の基礎職種により、サービス担当者会議の構造（参加者）に違いを認めた。これは、それぞれの職種の教育および現場での経験の違いに基づく可能性が推察される。

看護職と介護職を基礎資格に持つ介護支援専門員は、利用者本人、家族、主治医の参加率が高く、また「利用者の主訴」や「家族の主訴」を会議で共有する（議題とする）率も高かった。社会福祉士は、他の職種より人数が少なく確定的な事は言えないが、看護職や介護職より、利用者、家族、主治医に参加を呼びかけない傾向にある。また看護職と介護職との比較においてであるが、サービス担当者会議で利用者や家族の主訴を共有する率が低かった。

A. 研究目的

介護支援専門員の基礎職種の違いにより、サービス担当者会議に対する意識や、参加者や会議で共有する情報に違いがあるかを、保健師・助産師・看護師（以後看護職）、社会福祉士、介護福祉士・ホームヘルパー（以後介護職）に分けて、比較検討した。

B. 研究方法

質問紙調査法を行った。平成 17 年 11 月 1 日時点において指定を受けているすべての居宅介護支

援事業所を対象に、調査票を郵送した。1 事業所あたり調査票を 2 票ずつ居宅介護支援事業所の管理者あてに依頼状とともに郵送し、管理者から、調査対象事業所に勤務する介護支援専門員に手渡すよう依頼した。所属する介護支援専門員の中から担当件数の多い順に、2 名に回答してもらった。記入済み調査票の回収については、返信用封筒を同封し、介護支援専門員が調査業務の委託を受けた社団法人かながわ福祉サービス振興会へ直接返送するよう依頼した。

検定

所属する介護支援専門員の回答が、3つの職種で差が無いという仮説を帰無仮説として、 χ^2 検定を行った。P<0.05 を有意差ありとした。解析には統計ソフト SPSSver.12J を用いた。

C. 研究結果

I. サービス担当者会議の構造（参加者）

I-1. サービス担当者会議の利用者、家族の出席率

「サービス担当者会議に利用者が出席した会議が1回以上ある」と回答した介護支援専門員の割合は、看護職（保健師・助産師・看護師）、社会福祉士、介護職（介護福祉士・ホームヘルパー）で有意差を認めなかった。

「サービス担当者会議に家族が出席した会議が1回以上ある」と回答した介護支援専門員の割合も、基礎職種による有意差を認めなかった。（表1）

表1 サービス担当者会議の利用者、家族の出席率

	保健師・助産師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホームヘルパー	χ^2	P 値
利用者が出席した会議が1回以上ある	173/248(71.2)	41/56(73.2)	330/467(70.7)	0.163	0.992
家族が出席した会議が1回以上ある	192/242(79.3)	42/55(76.4)	334/467(71.5)	5.235	0.073

I-2. サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

「家族」に参加を呼びかけた介護支援専門員の割合は、**看護職 85.7% > 介護職 78.4% ≒ 社会福祉士 76.8%、P=0.047 < 0.05** であり、5%水準で有意差を認めた。

「主治医」に参加を呼びかけた介護支援専門員の割合は、**看護職 34.3% >> 社会福祉士 23.2% ≒ 介護職 22.9%、P=0.004 < 0.01** であり、1%水準で有意差を認めた。

「社会福祉協議会の職員」に参加を呼びかけた介護支援専門員の割合は、**看護職 6.9% > 介護職 2.9% ≒ 社会福祉士 1.8%、P=0.025 < 0.05** であった。

「利用者」「サービス事業者」「主治医以外の医療機関の職員」「在宅介護支援センターの職員」「民生委員」「保健師」「福祉事務所等のケースワーカー」は有意差を認めなかった。（表2）

表2 サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

	保健師・助産 師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P 値
利用者	178/245(72.7)	36/56(64.3)	341/476(71.6)	1.590	0.452
家族	210/245(85.7)	43/56(76.8)	373/476(78.4)	6.136	0.047
主治医	84/245(34.3)	13/56(23.2)	109/476(22.9)	11.101	0.004
サービス事業者	225/245(91.8)	52/56(92.9)	440/476(92.4)	0.110	0.946
主治医以外の医療機関の職員	86/245(35.1)	20/56(35.7)	135/476(28.4)	4.057	0.132
在宅介護支援センターの職員	43/245(17.6)	10/56(17.9)	101/476(21.2)	1.515	0.469
社会福祉協議会の職員	17/245(6.9)	1/56(1.8)	14/476(2.9)	7.378	0.025
民生委員	26/245(10.6)	6/56(10.7)	44/476(9.2)	0.403	0.818
保健師	27/245(11.0)	4/56(7.1)	38/476(8.0)	2.069	0.355
福祉事務所等のケースワーカー	25/245(10.2)	7/56(12.5)	68/476(14.3)	2.410	0.300
薬剤師	7/245(2.9)	0/56(0.0)	2/476(0.4)	9.098	0.011
栄養士	9/245(3.7)	0/56(0.0)	10/476(2.1)	3.190	0.203

I-3. サービス担当者会議に実際に参加した人

全てにおいて有意差を認めなかった。(表3)

表3 サービス担当者会議に実際に参加した人

	保健師・助産 師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P 値
利用者	168/245(68.6)	35/56(62.5)	317/476(66.6)	0.819	0.664
家族	193/245(78.8)	41/56(73.2)	339/476(71.2)	4.780	0.092
主治医	53/245(21.6)	8/56(14.3)	71/476(14.9)	5.487	0.064
サービス事業者	218/245(89.0)	48/56(85.7)	436/476(91.6)	2.756	0.252
主治医以外の医療機関の職員	70/245(28.6)	20/56(35.7)	124/476(26.1)	2.535	0.282
在宅介護支援センターの職員	37/245(15.1)	9/56(16.1)	84/476(17.6)	0.771	0.680
社会福祉協議会の職員	13/245(5.3)	1/56(1.8)	15/476(3.2)	2.727	0.256
民生委員	19/245(7.8)	5/56(8.9)	32/476(6.7)	0.525	0.769
保健師	20/245(8.2)	4/56(7.1)	37/476(7.8)	0.076	0.963
福祉事務所等のケースワーカー	19/245(7.8)	5/56(8.9)	58/476(12.2)	3.531	0.171
薬剤師	4/245(1.6)	0/56(0.0)	2/476(0.4)	3.573	0.168
栄養士	8/245(3.3)	0/56(0.0)	9/476(1.9)	2.778	0.249

I-4. サービス担当者会議に参加すべき人

介護支援専門員の意識調査として、「主治医」が、毎回サービス担当者会議に参加するべきと

考えた介護支援専門員の基礎資格は、**看護職 27.8% > 社会福祉士 21.1% = 介護職 20.9%**、 $P=0.030 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。

「利用者」は、**看護職 69.6% > 介護職 63.3% = 社会福祉士 60.0%**であり、「家族」は、**看護職 79.9% > 介護職 73.9% = 社会福祉士 73.3%**であり、看護職 > 介護職 = 社会福祉士という傾向を示したが、それぞれ利用者は $P=0.067 > 0.05$ 、家族は $P=0.074 > 0.05$ であり、有意差を認めなかった。

その他は、有意差を認めなかった。（表4）

表4 サービス担当者会議に参加すべき人

	保健師・助産師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホームヘルパー	χ^2	P値
利用者	270/388(69.6)	54/90(60.0)	437/690(63.3)	5.420	0.067
家族	310/388(79.9)	66/90(73.3)	510/690(73.9)	5.194	0.074
主治医	108/388(27.8)	19/90(21.1)	144/690(20.9)	7.001	0.030
サービス事業者	353/388(91.0)	85/90(94.4)	642/690(93.0)	2.067	0.356
主治医以外の医療スタッフ	52/388(13.4)	14/90(15.6)	103/690(14.9)	0.560	0.756
在宅介護支援センターの職員	36/38(9.3)	5/90(5.6)	82/690(11.9)	4.352	0.114
社会福祉協議会の職員	8/388(2.1)	1/90(1.1)	4/690(0.6)	4.957	0.084
民生委員	29/388(7.5)	2/90(3.3)	32/690(4.6)	4.725	0.094
保健師	16/388(4.1)	1/90(1.1)	17/690(2.5)	3.539	0.170
福祉事務所のケースワーカー	32/388(8.2)	11/90(12.2)	66/690(9.6)	1.472	0.479
薬剤師	11/388(2.8)	1/90(1.1)	8/690(1.2)	4.353	0.113
栄養士	17/388(4.4)	1/90(1.1)	15/690(2.2)	5.452	0.065

I-5. サービス担当者会議の不参加理由

(1) 利用者

利用者が、サービス担当者会議に参加しない理由として、「出席を呼びかけていない」と回答した介護支援専門員の割合は、**社会福祉士 25.6% >> 介護職 15.1% = 看護職 13.9%**、 $P=0.020 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。

「利用者が会議の意義を理解していない」と回答した介護支援専門員は、**社会福祉士 16.7% = 介護職 14.5% > 看護職 10.1%**という傾向を示したが、 $P=0.070 > 0.05$ であり、有意差を認めなかった。

「日や曜日があわない」「時間帯が合わない」「連絡がつかない」「信頼関係の不確立」は有意差を認めなかった。（表5）

表5 サービス担当者会議の不参加理由 (1)利用者

	保健師・助産師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホームヘルパー	χ^2	P値
日や曜日があわない	45/388(11.6)	16/90(17.8)	75/690(10.6)	3.694	0.158

時間帯が合わない	44/388(11.3)	9/90(10.0)	74/690(10.7)	0.174	0.917
連絡がつかない	2/388(0.5)	0/90(0.0)	4/690(0.6)	0.524	0.770
会議の意義の無理解	39/388(10.1)	15/90(16.7)	100/690(14.5)	5.312	0.070
信頼関係の不確立	4/388(1.0)	1/90(1.1)	6/690(0.9)	0.099	0.952
出席を呼びかけていない	54/388(13.9)	23/90(25.6)	104/690(15.1)	7.788	0.020

(2) 家族

家族に関しては、全ての項目で有意差を認めなかった。(表6)

表6 サービス担当者会議の不参加理由 (2)家族

	保健師・助産師・ 看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P 値
日や曜日があわない	123/388(31.7)	32/90(35.6)	205/690(29.7)	1.486	0.476
時間帯が合わない	98/388(25.3)	22/90(24.4)	169/690(24.5)	0.083	0.959
連絡がつかない	33/388(8.5)	12/90(13.3)	63/690(9.1)	2.057	0.358
会議の意義の無理解	53/388(13.7)	18/90(20.0)	119/690(17.2)	3.343	0.188
信頼関係の不確立	9/388(2.3)	3/90(3.3)	15/690(2.2)	0.474	0.789
出席を呼びかけていない	39/388(10.1)	12/90(13.3)	73/690(10.6)	0.832	0.660

(3) 主治医

「主治医に連絡がつかない」と回答した介護支援専門員は、**社会福祉士 25.6% > 介護職 20.1% >> 看護職 10.6%**、 $P=0.000 < 0.01$ であり、「主治医と信頼関係が確立されていない」と回答した介護支援専門員は、**介護職 31.3% ≒ 社会福祉士 30.0% >> 看護職 17.5%**、 $P=0.000 < 0.01$ であり、共に 1% 水準で有意差を認めた。

「主治医と時間帯が合わない」と回答したのは、**社会福祉士 55.6% >> 看護職 45.4% > 介護職 40.1%**、 $P=0.011$ であり、「主治医に参加を呼びかけていない」のは、**介護職 61.6% >> 看護職 53.6% ≒ 社会福祉士 52.2%**、 $P=0.019 < 0.05$ であり、5% 水準で有意差を認めた。

「日や曜日があわない」と回答したのは、**社会福祉士 48.9% > 看護職 45.6% > 介護職 40.0%**、 $0.05 < P=0.090 < 0.1$ であり、「主治医が会議の意義を理解していない」と回答したのは、**社会福祉士 30.0% >> 介護職 21.0% ≒ 看護職 19.3%**、 $0.05 < P=0.082 < 0.1$ であり、有意差を示さなかった。(傾向は示した) (表7)

表7 サービス担当者会議の不参加理由 (3)主治医

	保健師・助産 師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P 値
日や曜日があわない	177/388(45.6)	44/90(48.9)	276/690(40.0)	4.809	0.090
時間帯が合わない	176/388(45.4)	50/90(55.6)	277/690(40.1)	8.960	0.011
連絡がつかない	41/388(10.6)	23/90(25.6)	139/690(20.1)	20.405	0.000

会議の意義の無理解	75/388(19.3)	27/90(30.0)	145/690(21.0)	5.006	0.082
信頼関係の不確立	68/388(17.5)	27/90(30.0)	216/690(31.3)	24.701	0.000
出席を呼びかけていない	208/388(53.6)	47/90(52.2)	425/690(61.6)	7.953	0.019

(4) 事業者

全体として割合が低く、「連絡がつかない」「会議の意義の無理解」「信頼関係の不確立」「出席を呼びかけていない」は10%以下であった。基礎職種で有意差を認めなかった。(表8)

表8 サービス担当者会議の不参加理由 (4)事業者

	保健師・助産 師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P 値
日や曜日があわない	165/388(42.5)	40/90(44.4)	278/690(40.3)	0.896	0.639
時間帯が合わない	143/388(36.9)	37/90(41.1)	265/690(38.4)	9.628	0.730
連絡がつかない	7/388(1.8)	0/90(0.0)	7/690(1.0)	2.491	0.288
会議の意義の無理解	1/388(0.3)	4/90(4.4)	15/690(2.2)	9.743	0.008
信頼関係の不確立	3/388(0.8)	1/90(1.1)	4/690(0.6)	0.397	0.820
出席を呼びかけていない	19/388(4.9)	1/90(1.1)	19/690(2.8)	5.034	0.081

II. サービス担当者会議の構造 (サービス担当者会議で共有する情報)

II-1. サービス担当者会議で事前に共有した情報

基礎職種による有意な差を認めなかった。(表9)

表9 サービス担当者会議で事前に共有した情報

	保健師・助産 師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P 値
利用者の主訴	182/245(74.3)	43/56(76.8)	356/476(74.8)	0.151	0.927
家族の主訴	174/245(71.0)	36/56(64.3)	318/476(66.8)	1.692	0.429
利用者の ADL, IADL の状況や変化	186/245(75.9)	39/56(69.6)	355/476(74.6)	0.951	0.621
利用者の要介護認定状況	171/245(69.8)	39/56(69.6)	315/476(66.2)	1.086	0.581
利用者の疾病に関する情報	167/245(68.2)	42/56(75.0)	327/476(68.7)	1.043	0.594
利用者の生活歴	124/245(50.6)	29/56(51.8)	232/476(48.7)	0.348	0.840
利用者の生活状況	160/245(65.3)	38/56(67.9)	309/476(64.9)	0.192	0.909
利用者の経済状況	108/245(44.1)	19/56(33.9)	182/476(38.2)	3.167	0.075
医療知識や医療的対処の方法	101/245(41.2)	25/56(44.6)	177/476(37.2)	1.918	0.383
生活上の問題への対処方針	106/245(43.3)	16/56(28.6)	185/476(38.9)	4.332	0.115
介護の方針	108/245(44.1)	23/56(41.1)	200/476(42.0)	0.340	0.844

ケアプランの共有・検討・確定	89/245(36.3)	20/56(35.7)	189/476(39.7)	0.959	0.619
----------------	--------------	-------------	---------------	-------	-------

II-2. サービス担当者会議で共有した情報

基礎職種による有意な差を認めなかった。(表10)

表10 サービス担当者会議で共有した情報

	保健師・助産師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホームヘルパー	χ^2	P値
利用者の主訴	155/245(63.3)	40/56(71.4)	283/476(59.5)	3.496	0.174
家族の主訴	156/245(63.7)	40/56(71.4)	293/476(61.6)	2.178	0.337
利用者のADL,IADLの状況や変化	161/245(65.7)	36/56(64.3)	282/476(59.2)	3.042	0.218
利用者の要介護認定状況	87/245(35.5)	18/56(32.1)	158/476(33.2)	0.466	0.792
利用者の疾病に関する情報	129/245(52.7)	22/56(39.3)	226/476(47.5)	3.794	0.150
利用者の生活歴	66/245(26.9)	16/56(28.6)	132/476(27.7)	0.083	0.959
利用者の生活状況	130/245(53.1)	32/56(57.1)	256/476(53.8)	0.306	0.858
利用者の経済状況	65/245(26.5)	14/56(25.0)	104/476(21.8)	2.039	0.361
医療知識や医療的対処の方法	143/245(58.4)	33/56(58.9)	259/476(54.4)	1.239	0.538
生活上の問題への対処方針	187/245(76.3)	38/56(67.9)	349/476(73.3)	1.890	0.389
介護の方針	207/245(84.5)	43/56(76.8)	368/476(77.3)	5.402	0.067
ケアプランの共有・検討・確定	215/245(87.8)	51/56(91.1)	405/476(85.1)	2.118	0.347

II-3. サービス担当者で事前に共有すべき情報 (意識調査)

「利用者の生活歴を共有すべき」と回答した介護支援専門員は、看護職 75.3% ≒ 介護職 74.3% ≧ 社会福祉士 62.2%、 $P=0.034 < 0.05$ であり、「生活上の問題への対処方針を事前に共有すべき」と回答したのは、介護職 42.6% ≒ 看護職 41.2% ≧ 社会福祉士 27.8%、 $P=0.027 < 0.05$ であり、5%の水準で有意差を認めた。生活に関心があるのは、看護職と介護職であると言える。

「利用者の生活状況を共有すべき」と回答したのは、介護職 78.6% ≒ 看護職 78.4% ≧ 社会福祉士 67.8%、 $0.05 < P=0.064 < 0.1$ 、「利用者の経済状況を共有すべき」と回答したのは、看護職 72.2% ≧ 社会福祉士 66.7% ≒ 介護職 65.8%、 $0.05 < P=0.095 < 0.1$ 、「医療知識や医療的対処の方法を共有すべき」と回答したのは、看護職 52.3% ≧ 介護職 48.6% ≧ 社会福祉士 40.0%、 $0.05 < P=0.097 < 0.1$ であり、5%の有意水準は満たしていないが、 $P < 0.1$ であり傾向を示す。

そのほかの項目は、基礎職種による有意差は認めなかった。(表11)

表11 事前に共有すべき情報

	保健師・助産師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホームヘルパー	χ^2	P値
利用者の主訴	339/388(87.4)	74/90(82.2)	595/690(86.2)	1.645	0.439

家族の主訴	333/388(85.8)	73/90(81.1)	577/690(83.6)	1.583	0.453
利用者の ADL,IADL の状況や変化	327/388(84.3)	77/90(85.6)	578/690(83.8)	0.208	0.901
利用者の要介護認定状況	309/388(79.6)	74/90(82.2)	546/690(79.1)	0.471	0.790
利用者の疾病に関する情報	329/388(84.8)	71/90(78.9)	579/690(83.9)	1.889	0.389
利用者の生活歴	292/388(75.3)	56/90(62.2)	513/690(74.3)	6.755	0.034
利用者の生活状況	304/388(78.4)	61/90(67.8)	542/690(78.6)	5.487	0.064
利用者の経済状況	280/388(72.2)	60/90(66.7)	454/690(65.8)	4.704	0.095
医療知識や医療的対処の方法	203/388(52.3)	36/90(40.0)	335/690(48.6)	4.674	0.097
生活上の問題への対処方針	160/388(41.2)	25/90(27.8)	294/690(42.6)	7.251	0.027
介護の方針	175/388(45.1)	29/90(32.2)	309/690(44.8)	5.429	0.660
ケアプランの共有・検討・確定	150/388(38.7)	28/90(31.1)	281/690(40.7)	3.184	0.204

II-4. サービス担当者会議で共有すべき情報

全ての項目において、基礎職種による有意差は認めなかった。(表12)

表12 サービス担当者会議で共有すべき情報

	保健師・助産 師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P 値
利用者の主訴	204/388(52.6)	51/90(56.7)	389/690(56.4)	1.542	0.463
家族の主訴	204/388(52.6)	50/90(55.6)	388/690(56.2)	1.354	0.508
利用者の ADL,IADL の状況や変化	205/388(52.8)	45/90(50.0)	373/690(54.1)	0.586	0.746
利用者の要介護認定状況	137/388(35.3)	24/90(26.7)	239/690(34.6)	2.538	0.281
利用者の疾病に関する情報	167/388(43.0)	35/90(38.9)	298/690(43.2)	0.614	0.736
利用者の生活歴	104/388(26.8)	34/90(37.8)	214/690(31.0)	4.795	0.091
利用者の生活状況	163/388(42.0)	40/90(44.4)	315/690(45.7)	1.335	0.513
利用者の経済状況	120/388(30.9)	26/90(28.9)	216/690(31.3)	0.218	0.897
医療知識や医療的対処の方法	243/388(62.6)	59/90(65.6)	474/690(68.7)	4.133	0.127
生活上の問題への対処方針	321/388(82.7)	76/90(84.4)	549/690(79.6)	2.372	0.305
介護の方針	320/388(82.5)	79/90(87.8)	567/690(82.2)	1.770	0.413
ケアプランの共有・検討・確定	355/388(91.5)	83/90(92.2)	611/690(88.6)	2.972	0.226

III. サービス担当者会議の困難因子

III-1. サービス担当者会議開催困難の理由

サービス担当者会議開催困難の理由として、「自分の日程調整」と回答した介護支援専門員は、**看護職 40.2% ≧ 社会福祉士 37.8% ≧ 介護職 28.7%**、 $P=0.000 < 0.01$ であり、1%水準で有意差を認めた。「会議の進め方に不安を感じる」と回答した介護支援専門員は、**介護職 31.7% > 看護職**

25.5% > 社会福祉士 20.0%、 $P=0.015 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。

「資料作り」が開催困難の理由であると答えた介護支援専門員は、**介護職 25.9% > 看護職 21.9% > 社会福祉士 16.7%**、 $0.05 < P=0.081 < 0.1$ であり、5%の有意水準は満たしていないが、 $P < 0.1$ であり傾向を示す。

その他の項目は、有意差を認めなかった。(表13)

表13 サービス担当者会議開催困難の理由

	保健師・助産師・ 看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P値
自分の日程調整	156/388(40.2)	34/90(37.8)	198/690(28.7)	15.746	0.000
サービス事業者との日程調整	292/388(75.3)	70/90(77.8)	538/690(78.0)	1.063	0.588
会場の確保	49/388(12.6)	8/90(8.9)	96/690(13.9)	1.878	0.391
利用者の出席	79/388(20.4)	18/90(20.0)	174/690(25.2)	3.848	0.146
家族の出席	128/388(33.0)	23/90(25.6)	226/690(32.8)	2.022	0.364
主治医の出席	261/388(67.3)	69/90(76.7)	495/690(71.7)	4.105	0.128
資料作り	85/388(21.9)	15/90(16.7)	179/690(25.9)	5.020	0.081
会議の進め方に不安を感じる	99/388(25.5)	18/90(20.0)	219/690(31.7)	8.352	0.015

Ⅲ-2. サービス担当者会議進行運営困難の理由

「会議の時間が長すぎる」と回答したのは、**看護職 15.2% > 介護職 9.3% > 社会福祉士 7.8%**、 $P=0.007 < 0.05$ であった。「未熟な専門職がいる」と回答したのは、**社会福祉士 18.9% > 看護職 10.1% > 介護職 7.8%**、 $P=0.003 < 0.05$ 、「上手に進行できない」と回答したのは、**介護職 34.1% > 看護職 26.0% > 社会福祉士 22.2%**、 $P=0.005 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。

「会議の結論がまとまらない」と回答したのは、**社会福祉士 24.4% ≒ 介護職 23.8% > 看護職 18.0%**、 $0.05 < P=0.077 < 0.1$ で傾向を示したが有意差は認めなかった。(表14)

表14 サービス担当者会議進行運営困難の理由

	保健師・助産 師・看護師	社会福祉士	介護福祉士・ホ ームヘルパー	χ^2	P値
会議の時間が長すぎる	59/388(15.2)	7/90(7.8)	64/690(9.3)	9.939	0.007
集合時間が守られない	52/388(13.4)	8/90(8.9)	94/690(13.6)	1.583	0.453
無断欠席が多い	8/388(2.1)	2/90(2.2)	13/690(1.9)	0.073	0.964
事前の準備が間に合わない	71/388(18.3)	20/90(22.2)	135/690(19.6)	0.771	0.680
特定の専門職に発言が偏りがち	76/388(19.6)	26/90(28.9)	162/690(23.5)	4.352	0.114
利用者の状態説明に時間がかかる	36/388(9.3)	6/90(6.7)	58/690(8.4)	0.689	0.709
未熟な専門職がいる	39/388(10.1)	17/90(18.9)	54/690(7.8)	11.695	0.003
会議の結論がまとまらない	70/388(18.0)	22/90(24.4)	164/690(23.8)	5.123	0.077
上手に進行できない	101/388(26.0)	20/90(22.2)	235/690(34.1)	10.690	0.005

D. 考察

看護職を基礎資格に持つ介護支援専門員は、利用者本人、家族、主治医の参加率が高く、また「利用者の主訴」や「家族の主訴」を会議で共有する（議題とする）率も高い。看護教育や職場で、患者や家族と接する訓練が出来ており、利用者や家族の個々人に着眼する傾向にあり、また同じ医療職として、主治医に対して他の職種よりは関係が近いためと考えられる。

介護職（介護福祉士、2級ヘルパーなど）は、看護職よりは低いが、看護職と同様の傾向を示した。介護職も、利用者や家族と、絶えず接する職業であり、またこの職種は、介護支援専門員になるにあたり、現場経験から利用者や家族の要望に配慮する傾向があるためと考えられる。

社会福祉士は、他の職種より人数が少なく確定的な事は言えないが、看護職や介護職より、利用者、家族、主治医に参加を呼びかけない傾向にある。また看護職と介護職との比較においてであるが、サービス担当者会議で利用者や家族の主訴を共有する率が低い。また、サービス担当者会議の進行・運営上の困難点として、「未熟な専門職がいる」「会議の結論がまとまらない」と回答した比率が高い。

介護保険制度では、介護サービス給付を、要介護度に応じて、社会的階層や所得などの経済力に関係なく受けることが出来る。経済困窮者や社会的弱者救済の福祉制度とは異なる。経済状況や社会階層に関係なく要介護状態に陥る。有料老人ホームのように、経済力の差により入所する建物は異なる場合でも、介護サービスそのものは、9割の給付を受けることが出来る。このため、介護保険制度は、福祉制度に加え、医療保険や契約の概念が必要となっている。この点において、社会福祉士は、介護保険制度に、完全には順応出来ていないのではないかと推察する。虐待事例や複雑な事例は、社会福祉士が最も適任であると考えられる。

E. 結論

介護支援専門員の基礎職種により、サービス担当者会議の構造（参加者）に違いを認めた。これは、それぞれの職種の教育および現場での経験の違いに基づく可能性が推察される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

地域包括ケアシステムの構築に関する研究

ケアカンファレンスの構造と機能

平成 17 年度サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査の解析

2. 神奈川県解析

(3) 神奈川県 10 都市の比較

主任研究者	田城孝雄	順天堂大学 医学部公衆衛生学講座	講師
分担研究者	田中 滋	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科医療経済学	教授
分担研究者	片山 壽	尾道市医師会	会長
研究協力者	高橋 隆	茨城県立医療大学	保健医療学部
研究協力者	大槻紘美	かながわ福祉サービス振興会	
研究協力者	瀬戸恒彦	かながわ福祉サービス振興会	

研究要旨

サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する質問紙調査を、広島県尾道市で行い、神奈川県を対照群として比較し、尾道市医師会方式ケアカンファレンスの特徴を研究した。本研究では、神奈川県内の各都市間の比較を行った。

川崎市が、利用者・家族に対して、参加呼びかけ率が高く、また実際の参加率も、他の都市に比べて有意に高かった。主治医の参加呼びかけ率、参加率は、各都市とも低かった。

サービス担当者会議で共有される項目に関しては、神奈川県内の各都市間で、有意な差を認めなかった。

A. 研究目的

1. 背景

サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する質問紙調査を、広島県尾道市で行い、神奈川県を対照群として比較し、尾道市医師会方式ケアカンファレンスの特徴を研究した。

尾道市では、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）に際し、ケアプランを含む情報が事前

に共有され、サービス担当者会議の場では、「医療知識や医療的対処の方法」と「生活上の問題への対処方針」が主として情報共有され、危機管理を含めたケアプランの検討がなされる。また、利用者本人、家族、主治医への参加呼び掛け及び参加率が、対照群より有意に高かった。

2. 目的

尾道市の特徴を踏まえた上で、神奈川県内の各都市の特徴を比較検討する。神奈川県内の各都市で、差があるかを検証した。尾道市が、特別なものか、神奈川県各市の違いを検証することを目的とする。

B. 研究方法

1. 神奈川県の特徴

神奈川県は首都圏に位置し、2政令指定都市を有し、人口800万人を超える県でありながら工業化・都市化が進んだ地域と農村地帯があり、全国的な平均像に近いものと考えられる。また神奈川県介護支援専門員協議会は、平成14年より毎年アンケート調査を行っており、さらに介護サービスの満足度の公表制度を、全国に先駆けて施行しており、介護保険制度において先進的な県である。

2. 方法

平成17年11月1日時点において指定を受けているすべての居宅介護支援事業所を対象に、自記式調査票を郵送した。1事業所あたり調査票を2票ずつ居宅介護支援事業所の管理者あてに依頼状とともに郵送し、担当要介護者数の多い順に2名の介護支援専門員に記入を依頼した。記入済み調査票の回収については、返信用封筒を同封し、介護支援専門員が調査業務の委託を受けた社団法人かながわ福祉サービス振興会へ直接返送するよう依頼した。

3. 統計

分析方法は、比較検討するため χ^2 検定を行った。 $p < 0.05$ を有意差ありとした。解析には統計ソフトSPSSver.12Jを用いた。

C. 研究結果

1. 回収率

該当月の居宅介護事業所数は、神奈川県が1693事業所であり、配布調査票数3386票であった。返送されてきた回収調査票数は、1122票であり、回収率は33.1%であった。

回収調査票数が、20を超えている10市と、郡部を対象に解析した。

2. 居宅介護支援事業所の設立母体

回答した介護支援専門員の所属する居宅介護支援事業所の設立母体の内訳を表1に示す。(社会福祉協議会を含む社会福祉法人、医療法人、営利法人、特定非営利活動法人の4区分、無回答、その他は合計数から除いている。)

表1 居宅介護支援事業所の設立母体の内訳

	1 社会福祉法人(社協を含む)	2 医療法人	3 営利法人	4 特定非営利活動法人	合計
1 横浜市	165 35.5%	72 15.5%	198 42.6%	30 6.5%	465 100.0%
2 川崎市	25 21.4%	8 6.8%	69 59.0%	15 12.8%	117 100.0%
3 相模原市	24 39.3%	9 14.8%	22 36.1%	6 9.8%	61 100.0%
4 横須賀市	32 59.3%	6 11.1%	8 14.8%	8 14.8%	54 100.0%
5 藤沢市	14 30.4%	4 8.7%	26 56.5%	2 4.3%	46 100.0%
6 平塚市	10 34.5%	1 3.4%	13 44.8%	5 17.2%	29 100.0%
7 大和市	8 28.6%	6 21.4%	13 46.4%	1 3.6%	28 100.0%
8 茅ヶ崎市	10 41.7%	6 25.0%	7 29.2%	1 4.2%	24 100.0%
9 鎌倉市	7 38.9%	6 33.3%	4 22.2%	1 5.6%	18 100.0%
10 厚木市	5 25.0%	10 50.0%	4 20.0%	1 5.0%	20 100.0%
20 郡部	20 50.0%	7 17.5%	11 27.5%	2 5.0%	40 100.0%
合計	358 35.9%	153 15.3%	403 40.4%	83 8.3%	997 100.0%

3. サービス担当者会議の参加者

3-1. サービス担当者会議への利用者・家族の参加

「利用者が出席した会議が1回以上ある」と回答した介護支援専門員は、川崎市 83.8% ≧ 相模原市 70.3% ≧ 平塚市 68.4% ≧ 横須賀市 64.3% ≧ 茅ヶ崎市 62.5% ≧ 横浜市 61.6% ≧ 厚木市 61.5% ≧ 藤沢市 60.6% ≧ 郡部 55.9% ≧ 大和市 52.0% ≧ 鎌倉市 20.0%、 $P=0.004 < 0.01$ であり、1%水準で有意差を認めた。

「家族が出席した会議が1回以上ある」と回答した介護支援専門員の割合は、 $P=0.069$ であり、有意な差を認めなかった。(表2)

3-2. サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

「利用者」に参加を呼びかけた介護支援専門員は、川崎市 88.0% 相模原市 81.6% 平塚市 68.4% 茅ヶ崎市 64.7% 横須賀市 62.8% 横浜市 58.9% 藤沢市 58.8% 郡部 55.9% 大和市 52.0% 鎌倉市 46.7% 厚木市 38.5%、 $P=0.000 < 0.01$ であり、1%水準で有意差を認めた。

「主治医」に参加を呼びかけたのは、厚木市 53.8% > 鎌倉市 40.0% 茅ヶ崎市 35.3% 川崎市 31.0% 横須賀市 25.6% 横浜市 23.7% 平塚市 21.1% 郡部 17.6% 藤沢市 14.7% 相模原市 13.2% 大和市 8.0%、 $P=0.023 < 0.05$ であり、5%水準で、有意差を認めた。

「在宅介護支援センターの職員」に参加を呼びかけたのは、平塚市 31.6% ≒ 川崎市 31.0% ≒ 茅ヶ崎市 29.4% > 横浜市 26.1% > 相模原市 21.1% > 大和市 16.0% ≒ 厚木市 15.4% ≒ 藤沢市 14.7% >> 横須賀市 4.7% ≒ 郡部 2.9% ≒ 鎌倉市 0.0%、 $P=0.001 < 0.01$ であり、1%水準で有意差を認めた。

(表3)

3-3. サービス担当者会議に参加した人

「利用者」がサービス担当者会議に実際に参加したと回答した介護支援専門員は、川崎市が 82.0% と最も高く、続いて相模原市 73.7% で、平塚市、茅ヶ崎市、横須賀市の3市が 60% 台、横浜市、大和市、郡部が 50% 台、厚木市、藤沢市が 40% 台であり、鎌倉市は離れて 26.7% であった。 $P=0.000 < 0.01$ であり、有意な差を認めた。

「家族」「主治医」「サービス事業者」「主治医以外の医療機関の職員」は有意差を認めなかった。

「社会福祉協議会の職員」「薬剤師」「栄養士」は有意差を認めたが、「社会福祉協議会の職員」「薬剤師」「栄養士」は 10% 台以下であり、0% の市も多く認めた。(表4)

3-4. サービス担当者会議に参加すべき人

サービス担当者会議に毎回参加が必要と思われる人に関する意識調査では、ほとんどの項目で有意差を認めた。

「利用者」は、川崎市が 73.8% と最も高く、大和市が 38.7% と最も低かった。「家族」は、鎌倉市が 91.3% と最も高く、大和市が 54.8% と最も低かった。「主治医」は、鎌倉市が 43.5% と高く、横浜市 22.3%、茅ヶ崎市 20.8% と続き、それ以外の市と郡部は 20% 以下であった。「サービス事業者」は、藤沢市の 84.6% 以外は、すべて 90% を超えていた。

それ以外の項目は、20% 以下であり、0% の市も認めた。(表5)

3-5. サービス担当者会議の不参加理由

利用者には、有意差を認めなかった。家族では、「時間帯が合わない」という項目で、有意差を認めた。主治医では、「日や曜日があわない」「時間帯が合わない」という項目で有意差を認めた。サービス事業者では、「信頼関係の不確立」という項目で有意差を認めているが、全ての市で、5% 以下と低かった。(表6)

4. サービス担当者会議で共有した情報

4-1. サービス担当者会議で事前に共有した情報

サービス担当者会議で事前に共有した情報では、各項目とも有意差を認めなかった。(表7)

4-2. サービス担当者会議で共有した情報

サービス担当者会議で共有した情報では、「生活上の問題への対処方針」が茅ヶ崎市で100%と最も高く、厚木市が53.8%と最も低く、有意差を認めた。(表8)

4-3. サービス担当者会議の事前に共有すべき情報

サービス担当者会議の事前に共有すべき情報は、各項目とも有意差を認めなかった。(表9)

4-4. サービス担当者会議で共有すべき情報

サービス担当者会議で共有すべき情報では、「利用者の疾病に関する情報」が大和市で54.8%、川崎市で51.1%と高く、藤沢市で30.8%と最も低く、有意差を認めた。その他の項目では有意差を認めなかった。(表10)

5. サービス担当者会議の困難点

5-1. サービス担当者会議開催困難の理由

サービス担当者会議開催の困難点として、「利用者の出席」が茅ヶ崎市で最も高く54.2%であり、厚木市で4.5%と最も低く、有意差を認めた。その他の項目では有意差を認めなかった。(表11)

5-2. サービス担当者会議進行運営困難の理由

サービス担当者会議進行上の困難点は、各項目とも有意差を認めなかった。(表12)

D. 考察

有意差を認めた項目に関して、市別の各回答の最高ポイントと最低ポイント間を5等分し、それぞれ上位から下位までの区間に属するものを、A、B、C、D、Eに区分した。またAを5点、Bを4点、Cを3点、Dを2点、Eを1点として、各都市の平均点を計算した。

川崎市が、最もAランクの項目が多く、かつA~Eまでのランクを点数化した場合、最も点数が高かった。(表13、表14)

表14 有意差を示した項目の評価得点

	A	B	C	D	E	総得点	平均点
横浜市	0	0	10	4	0	38	2.7
川崎市	6	2	4	2	0	54	3.9
相模原市	3	3	3	4	1	45	3.2
横須賀市	0	2	8	2	2	38	2.7
藤沢市	0	4	3	3	4	35	2.5
平塚市	1	8	1	3	1	47	3.4
大和市	3	2	1	3	5	37	2.6
茅ヶ崎市	3	2	6	1	2	45	3.2
鎌倉市	2	3	0	4	5	35	2.5
厚木市	4	1	5	2	2	45	3.2
郡部	1	3	7	3	0	44	3.1

今回の解析は、標本数が少ないという問題があり、今回の点数化は試みに過ぎない。

先進地域の尾道市と比較するのではなく、神奈川県内の都市同士を比較検討すると、同一地域内でも、介護支援専門員のサービス担当者会議の出席者に対する意識や、その結果として参加者に差が生じることが分かった。

介護支援専門員に対する研修や、地域包括支援センターにおける地域への支援目標の項目に反映することができ、効果的な研修や、地域への支援が可能になると考えられる。

E. 結論

神奈川県内10都市を比較した。同一県内であっても、差を認めた、特にサービス担当者会議の参加者に、有意な差を認めた。

川崎市では、利用者・家族の参加率が有意に高かった。これは介護支援専門員の認識として、利用者・家族が参加すべきであると認識し、参加を呼びかけるか否かの差から生じる。

同一県内であっても、各市や各地域ごとに、実態や介護支援専門員の意識を個別に把握し、その実情に応じた肌理の細かい研修を行う必要があることが判明した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし