

2018年夏
 (通巻74号)

ちばケアマネ通信

2018年7月発行

e-mail chibacmc@dream.ocn.ne.jp / URL http://www.chibacmc.server-shared.com

診療報酬改定に見るケアマネとの連携

千葉県医師会理事/千葉県介護支援専門員協議会理事 海村 孝子

【はじめに】

今年4月、介護報酬改定と同時に診療報酬も改定されました。居宅介護支援事業所としては特定事業所加算Ⅳやターミナルケアマネジメント加算の新設、入院時情報連携加算や退院・退所加算の算定要件及び単位数の変更などがありますが、医療連携の強化と言われているように、診療報酬もこれらに関連する項目が改定されました。ここでは、ケアマネとの連携に関連する診療報酬の改定内容について触れてみたいと思います。報酬改定の意図や今後の方向性を考えるヒントになれば幸いです。

歴史上類のない高齢社会に急速に突入した現在、膨らむ医療費を抑制するために、看取りを含む慢性期医療の実施場所を、医療施設から在宅へとシフトさせる方向で国の施策が実施されています。平成30年度は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の3つが同時に改定されました。後世に伝えられる最も大きな変化は、医療提供が内包されかつ住まいの機能を有する居住系介護施設として介護医療院が創設されたことでしょう。

ケアマネが医療機関とのやりとりの中で最も重視しているのは、入院支援と考えます。今回の介護報酬改定で、入院時情報連携加算及び退院・退所加算が見直されたことについて、診療報酬の側から見てみたいと思います。

診療報酬改定においても、入院前からの支援に対する評価を新設し、退院支援加算から入院支援加算に名称が変更されています。予定入院の患者さんに対して、入院中の治療に関する説明などを事前に外来で行った場合の評価となる入院時支援加算が新設されました。又、退院支援加算1から改称した入院支援加算1では、「退院困難な要因」を持つ患者さんを3日以内に抽出することが要件の一つとなっており、診療報酬と介護報酬のスピード感が一つになったと言えます。医療機関及び介護サービス事業所との顔の見える連携の構築のため、20施設以上、年3回以上の定期的な面会も施設基準に入っています。又、地域連携診療計画加算(300点)は、対象疾患の患者に対し、同意を得た上で入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付することが算定要件です。

退院時共同指導料1は、在宅側の医療機関が算定しますが、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」に当たる場合も算定可能となるように見直されました。

退院時共同指導料2は、入院中の保険医療機関が算定します。入院中

の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除き理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を含む)、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2000点を所定点数に加算できるので、ケアマネの皆さまへのカンファレンス参加の呼びかけが増えていくことが予想されます。2019年度から施行される特定事業所加算Ⅳの取得を目指すためにも、ケアマネのカンファレンスへの参加が非常に重要となります。

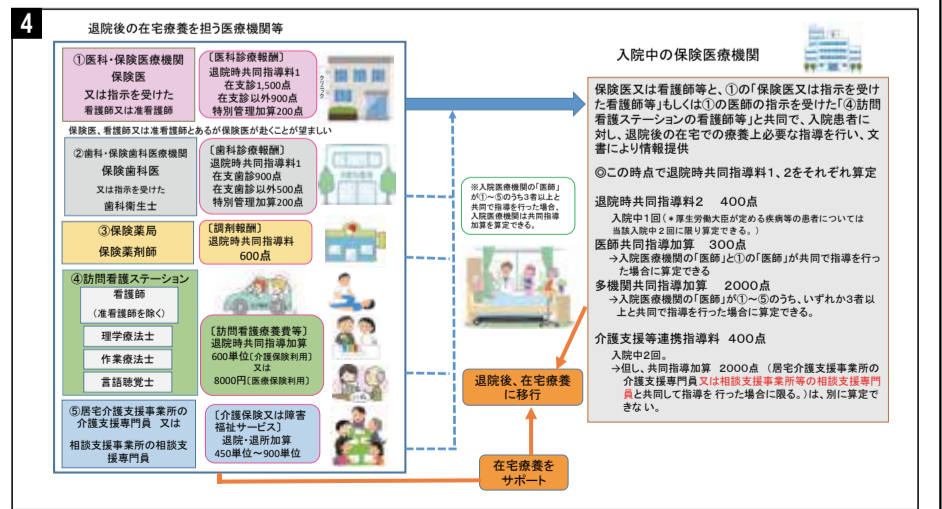
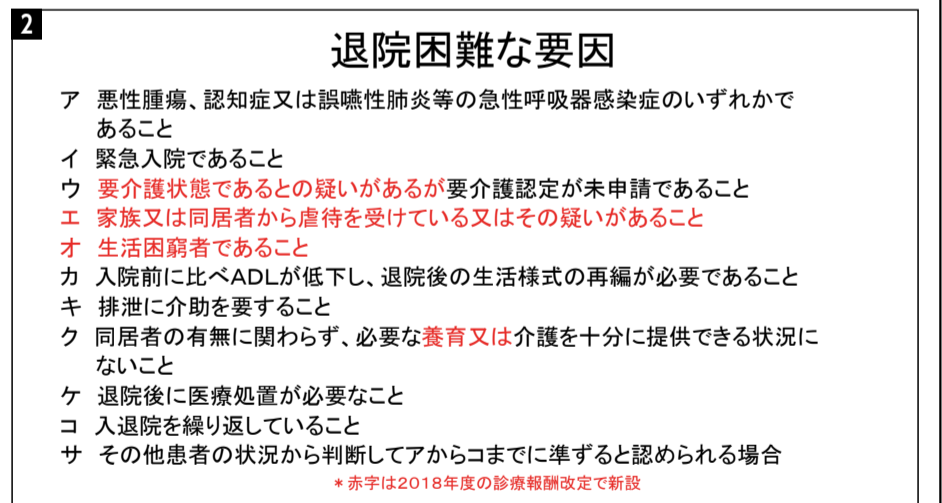
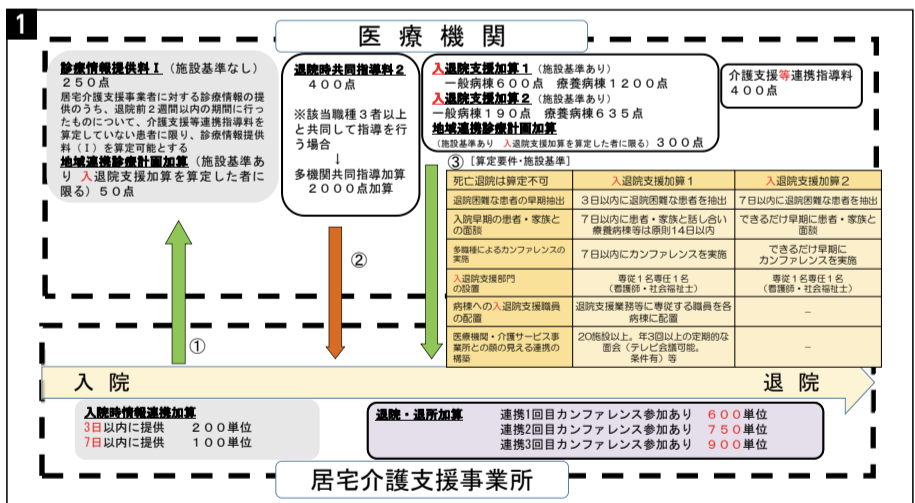
介護支援連携指導料は、介護支援等連携指導料に変わり、障害福祉サービスの相談支援専門員との連携が新たに評価されました。

このように在宅医療を担う医療機関のみならず、急性期医療を担う入院医療機関の側からもケアマネをはじめとする多職種との連携は重要なものとなっています。

又、厚生労働省は、本年3月、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂版を公表しました。診療報酬・介護報酬とも、ターミナルケアに関連する報酬においては、本ガイドラインを踏まえた対応を要件とすることとなりました。

介護報酬で、ターミナルケアマネジメント加算400単位が新設されましたが、診療報酬改定における対応としては、在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の算定要件に、訪問診療を提供する主治医から担当ケアマネへの情報提供が追加されました。

入院支援や終末期医療において、医療と介護の連携が必要不可欠との意思が診療報酬の側から見てもはっきりと示される改定となったと言えます。



居宅介護支援事業所の管理者の役割シリーズ

第1回 運営基準編 (I)

【はじめに】

今回の介護保険制度改正の中で、指定居宅介護支援事業所の管理者について「指定居宅介護支援事業所ごとに置く常勤の管理者は、主任介護支援専門員でなければならない（平成33年3月31日までの猶予期間有り）」とされました。

現状で主任介護支援専門員がいないか、又は在籍していても3年後はわからないという事業所にとっては、これから3年の間に主任介護支援専門員を管理者に置くよう計画を立てて準備していく必要が出てきました。そのような状況において、そもそも居宅介護支援事業所の管理者に求められている役割とは何なのか、ここで改めて「運営基準編」と「労務管理編」に分けてシリーズで解説していこうというのがこの記事の企画です。

企画の全体像は次の通りです。

- ・第1回～第4回に分けて「運営基準編」と「労務管理編」をシリーズ化。
- ・1号あたりの記事はどちらか一方か、または両方を掲載（原稿の準備次第）。
- ・主任配置の動向など、最新情報があればその都度追加掲載する。

まずは「運営基準編 (I)」からスタートです。

1. 基本的に押さえておきたい全般的な事項

平成30年4月から、各市町村で「〇〇市（町・村）指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」を定めることになりました。市町村ホームページの例規集で検索すると見ることが出来ると思いますので、まずはこれを確認しておきましょう。その上で、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）（以下、本稿では「基準」という。）」をもとにすすめていきたいと思ひます。今回は、この基準と「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年老企第22号）（以下、本稿では「解釈通知」という。）」の中から関連する項目を拾い上げ、解説していこうと思ひます。

① 「指定居宅介護支援事業者」と「指定居宅介護支援事業所」の違いは？

「事業者」は、指定居宅介護支援事業所を運営している法人を代表する者のことを指します。ここで言う「法人」は株式会社などの営利法人や社会福祉法人などの非営利法人などすべてを含みます。俗に、社長とか理事長とかの肩書きが付いている人のことですね。

「事業所」は、事業者が運営する一つの事業所のことを指します。例えば、一つの法人で「〇〇居宅介護支援センター」と「△△居宅介護支援センター」という二つの居宅介護支援事業所を運営しているような場合、「〇〇」と「△△」それぞれが別々の事業所ということになります。

基準の第3条第1項に「指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。」とありますが、言い換えれば「〇〇居宅介護支援センターと△△居宅介護支援センターの2つの居宅介護支援事業所を運営している株式会社□□の代表者は、〇〇と△△のそれぞれの居宅介護支援事業所にそれぞれ常勤の管理者を置くようにしなさい。」ということです。

②基準の条文には「事業者」がすべきことが多く記載されている

基準を読んでみると、「指定居宅介護支援事業者は、…」で始まることに気付くと思ひます。これは、管理者に対してではなく法人の代表者に課せられているということです。例えば、基準第9条には「指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に身分を証する書類を携行させ、～中略～利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。」といった具合です。

事業者がすべきこととはいえ、管理者や従業員である介護支援専門員も基準の内容を深く理解しておく必要がありますので、自分にも課せられていることとして把握することが必要だと思ひます（特に「第3章 運営に関する基準」部分、次回以降で触れます）。

③管理者の兼務について

基準第3条第3項に、

「～略～管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、次に掲げる場合は、この限りではない。

- 一 管理者がその管理する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合
- 二 管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）

とあります。更に上記第2号にかかる基準の解釈通知を見ると、「同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合（支障がない場合に限る）、同一敷地内にある他の事業所とは、必ずしも指定居宅サービス事業を行う事業所に限るものではなく、例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、当該指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない限り認められるものである。

指定居宅介護支援事業所の管理者は、その営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務していて、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業員等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要がある。

また、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業員との兼務は一般的には管理者の業務に支障があると考えられるが、訪問サービスに従事する勤務時間が限られている職員の場合には、支障がないと認められる場合もありうる。また、併設する事業所に原則として常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者との兼務は可能と考えられる。なお、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められないものである。」

とあります。兼務は可能という単純な理解の仕方ではなく、ケアマネジャーに従事する場合、その他の場合であっても本来の管理者としての業務に支障がない場合に限られることを改めて意識しておく必要があると思ひます。どういう場合に支障があると判断されるのかについては、管理者として必要な業務が、他の業務との兼務のために十分果たせないと認められる場合であると思ひますが、その内容は個別具体的に判断されることとなるでしょう。

今回は、運営基準の管理者の責務について触れたいと思ひます。

執筆：山口 定之（理事）

ケアマネ 得情報! 第1回

障害関係のケアマネジメントについて

社会福祉法人ロザリオの聖母会 地域生活支援センター「友の家」所長・相談支援専門員 白井 正和

平成30年度の介護保険制度改正では「共生型社会の実現」という方向性が打ち出され、高齢者と障害者の相互利用がよりすすめられることとなりました。それを受けて、居宅介護支援においても指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第1条の2第4項に「～略～障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。」と規定され、私たちケアマネジャーの業務においても連携が求められることになりました。

指定特定相談支援事業者とはどのような事業者なのか、ケアマネジャーとどのような連携が求められてくるのか。

そのあたりを障害分野で活躍している方に解説していただきました。

【ケアマネジメント従事者】平成30年6月1日現在

	障害関係	高齢関係
事業所指定	指定相談支援事業（障害者総合支援法）	指定居宅介護支援事業（介護保険法・市町村）
従事者	・相談支援専門員（平成24年厚生労働省告示第225・226・227号） ・「主任相談支援専門員」（平成30年度設置）	・介護支援専門員（介護保険法第7条） ・「主任介護支援専門員」
資格取得	実務経験+県相談支援従事者初任者研修を修了し、+現任研修（5年毎）の受講前提として認められる。（試験無し）	・国家資格保持者および一定の条件を満たした相談員等+介護支援専門員実務研修受講試験合格者+介護支援専門員実務研修修了

障害のある人（児童を含む）について、その人が自立した社会生活を営むことができるよう、障害福祉サービスなどの利用計画の作成や地域生活への移行・定着に向けた支援など、生活全般にわたる相談支援を行うことが必要とされており、それらを行う事業者を「指定（特定・一般）相談支援事業者」と言い、そこでケアマネジメントをする役割を担う従事者として「相談支援専門員」が制度化されている。「相談支援専門員」は、マネジメントを行う役割として介護支援専門員の考え方を後追いするように役割の整理がされているが、同じケアマネジメントといっても実務においては制度だけでなく、多くの違いがある。このため、地域で活動するケアマネジャーとの相互理解が不可欠となっている。以下、両制度のケアマネジメントの従事者について記載する。

	障害関係	高齢関係
法定研修更新性	・有り (現任研修 5年毎)	・有り (現任研修または再研修、更新研修、主任更新)
サービス制度	障害者総合支援法 ・障害支援区分によるサービス種別制限ある。 ・プランに基づくサービスごとの支給量による。 ・自己負担無料の方が多い。	介護保険法 ・要介護(支援)区分ごとにサービス支給限度基準額あり。 ・自己負担1～3割。※詳しくは本号県庁だより参照
マネジメント	・サービス等利用計画(ケアプラン)基本相談含む ・継続サービス利用支援(モニタリング)個別状況で期間決定(3、6ヵ月が多い) ・30年度より件数制限開始 ・施設入所利用者も対応(年1～2回モニタリング)	・ケアプラン作成、介護サービス利用で報酬。 ・モニタリング必須(毎月)。 ・給付管理業務が必須(毎月)。 ・標準件数あり ・施設入所者は施設ケアマネに移行する。
地域の基幹機能	基幹相談支援センター (市町村が広域設置、必須でない。民間委託可)	地域包括支援センター (市町村単位で設置、設置必須。民間委託可)
地域の検討の場	地域自立支援協議会(市町村が広域設置)	地域包括支援センター 介護保険・地域包括支援センター運営協議会
組織	日本相談支援専門員協会(個人会員) ・都道府県、市町村の組織は地域の実情によるもので組織化されていない地域もある。	日本介護支援専門員協会(個人会員) 千葉県介護支援専門員協議会(個人会員等) 各地域介護支援専門員協議会

【現状について】

障害児から高齢期まで対象者が幅広く、ライフサポートということで支援期間も長い、また、障害サービスとともに就労、日中活動等の生活全般によるマネジメントを行い、関係者も広範囲にわたる。

指定相談事業所は相談支援専門員が一人で従事する小規模な事業所が多い。また、地域によってはサービス利用希望者全てに相談支援専門員が対応できない地域もあり、その際はセルフプランで対応せざるをえない状況が続いている。セルフプランは利用者個人でのサービス管理(給付管理)、モニタリングや関係者会議が開催できない等課題が多い。

【介護保険への移行についての課題】

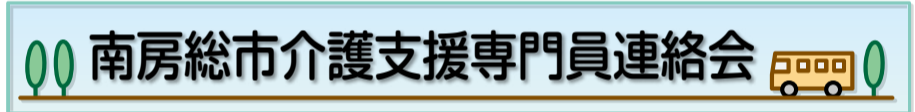
障害サービスから65歳または40歳時に介護保険へ移行または障害福祉と介護保険サービスを併給するケースも増えている。制度縦割のサービス調整、両制度が複雑で分かりにくく、利用者がどこに相談してよいか混乱する。

障害支援区分と要介護度の認定基準の相違、利用者の自己負担増、サービス量が減る場合や障害対応の介護保険サービス事業所が不足等の課題もある。

【介護支援専門員との連携について】

日常で関わることが少なく相互理解が必要で、市町村行政、障害・高齢の支援者の三者が会う場が必要である。また、地域包括支援センター(高齢)と基幹相談支援センター(障害)の役割も重要である。

地域包括ケアシステムの考え方で出来る限り住み慣れた地域で生活の継続ができるよう包括的な支援体制の推進が必要となりその際に、両専門員によるケアマネジメントが利用者に提供され、多職種協働で支援・地域資源の開発・地域づくり・政策形成を進めること、また、制度や仕組みが変わっても、その人が自分の人生を自分らしく生きることに関わり、応援し続ける仕事をしていくために協働していくことが重要と考える。



南房総市介護支援専門員連絡会 会長 堀尾 晋也

南房総市は平成18年10月、7つの町村が合併し誕生しました。気候は温暖、東は太平洋、西は東京湾に接し、南は千葉県最南端の野島崎までと大変広い面積を誇る市です。人口は38,659人(平成30年5月1日現在 南房総市住民基本台帳人口より)。南房総市が平成30年3月に作成した第8期高齢者福祉計画によれば、高齢化率は既に43%を超え、団塊の世代が75歳に達する平成37年以降には2人に1人が65歳以上になると見込まれる、いわば日本全体の20年後の状況となっています。尚、日常生活圏域は合併前の旧町村を単位とした7圏域、地域包括支援センターは公募により(JR線の名前の由来にもなっていますが)太平洋側の「外房地区」と東京湾側の「内房地区」、それぞれ1か所ずつ設置(社会福祉法人への委託)がされています。

町村合併後しばらくの間、合併以前からの地区ごとに分かれて連絡会としての活動を行ってまいりました。しかし南房総市全体での介護支援専門員の自主組織・連絡会の必要性を感じた有志を中心に、平成19年5月15日、南房総市介護支援専門員連絡会が設立されました。

当会の特徴の一つとして、居宅、介護保険施設問わず事業所単位で介護支援専門員の方が入会されており、市内2箇所の地域包括支援センターともに連携した活動を行なっております。また、南房総市内に所在する事業所だけでなく、館山市や鴨川市、鋸南町といった隣接市町に所在する事業所でも、希望される方は入会可能となっています。平成30年5月末時点で、施設も含め市内52事業所 市外12事業所、計160名以上の会員が在籍しています。事務局は市内に2か所設置されている地域包括支援センターが担当し、入退会の手続きや研修開催への協力、メールリスト(メールの一斉配信システム)の管理などを実施しています。

活動は大きく分けて「研修会」「市・関係団体との連携など」を行っ

ています。

研修は、課題整理総括表、社会福祉協議会の事業、制度改正など、介護支援専門員として必要な専門的知識や技能の習得、研鑽を目的とした内容で、年3回程度行っています。

市・関係団体との連携としては南房総市地域ケア会議へ委員としての出席、市と地域包括支援センターが取り組んでいる地域包括ケア推進事業(地域の課題についての多職種や地域住民とのグループワークなど)への積極的な参加、意見交換や施策提案を実施しています。また保健所などが広域連携を目的に主催する各種会議への参加にも協力しています。

もともと南房総市は隣接自治体(鴨川市・館山市・鋸南町)とともに「安房3市1町」と呼ばれ、千葉県では医療圏域を安房3市1町で一つの「安房圏域」と定めています。高齢者の方などは隣接自治体にある医療機関に受診・入院されることが多く、対応する居宅支援事業所やサービス事業者の提供地域も隣接自治体と重複しており、市外の事業者が南房総市内で活動されていることも多い状況です。このような状況を反映し、研修開催などについては「安房地域全体で」という視点も持って、隣接市の連絡会、協議会にも周知や参加呼びかけの協力を頂いております。また隣接市で活動されている介護支援専門員の方も多いため、他市からの研修案内なども随時会員に伝達を実施、市外の研修などへ参加される会員の方が多いのも特徴です。

最後に今後の当会の活動として、南房総市では現在組織化されていないホームヘルプ事業所やデイサービス事業所の連絡会設立に協力したいと考えております。南房総市では介護の担い手、地域社会の担い手減少が深刻な課題です。総合事業の開始に伴って小規模事業所の存続に直結する問題点も出始めており、このままではますます担い手の減少が進んでしまいます。今後、地域福祉の向上、福祉を通じた地域づくりの視点に立ち、サービス事業所ごとの連絡会設立への協力、研修会や行政との情報交換会の共同開催などを通じて、担い手育成などの課題解決、住みやすい地域づくりに取り組んでいきたいと考えています。

ケアマネジャー相談窓口【介護保険Q&A】

特定非営利活動法人 千葉県介護支援専門員協議会 サポート委員会

Q1 退院・退所加算について同一月内に入退院を繰り返した場合、その都度算定が可能なのか。

A1 円滑な在宅生活移行のため、情報共有を目的に訪問した回数（3回が上限）を評価する加算のため、それぞれの入院期間内で算定は可能になる。

算定条件は以下のとおりになります。

- イ. 1回の面談等で情報を得て、カンファレンスには不参加
 - ロ. 1回のカンファレンスにおいて情報を得た
 - ハ. 2回の面談等で情報を得て、カンファレンスには不参加
 - ニ. 2回の面談等で情報を得た。そのうち1回はカンファレンスに参加
 - ホ. 3回の面談等で情報を得た。そのうち1回はカンファレンスに参加
- 退院・退所後の在宅での情報提供を受け、居宅サービス計画書を作成が必要です。

イ～ホの条件によって算定額が異なってきます。

Q2 平成30年度の改定において、通所介護・地域密着型通所介護の提供時間が2時間から1時間ごとに見直されたが、サービス計画書の変更は必要か。

A2 介護報酬上のサービス提供時間区分が変更になっても、サービス内容や提供時間に変更がなければ計画書の変更は必要ないです。しかし、今回の改定を機にサービス内容を見直し変更が必要であれば、一連のプロセスは必要になります。

Q3 特定事業所加算(1)～(3)の要件において、他法人が運営する居宅介護支援事業者との共同での事例検討会や研修会の参加が新たに加わったが、共同とはどのようなことか。

A3 算定要件である「共同」とは、開催者が否かに問わず2法人以上が事例検討会等に参画することを指している。

サポート委員会より

今年度より千葉県介護支援専門員協議会主催の研修会会場にて相談窓口を開設しておりますのでご利用下さい

千葉県庁だより

県からのおしらせ

介護保険法等の改正について

1 はじめに

平素は、本県の高齢者福祉行政及び介護保険制度の推進に御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、今回は平成29年5月26日に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(以下、「改正法」という。)の中で掲げられた5点の改正のうち、「4.現役並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し」について取り上げたいと思います。

2 今年の8月1日から施行

改正法の多くは平成30年4月1日に施行しましたが、この「4.現役並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し」については、今年の8月1日から施行されます。

3 見直しの内容

介護サービス利用料について、これまでの利用者負担は1割、又は一定以上の所得のある方は2割としていましたが、世代間・世代内の公平を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、平成30年8月から65歳以上の方



出典：第137回社会保障審議会介護給付費分科会「介護分野の最近の動向」

(第1号被保険者)であって、現役並みの所得がある方には費用の3割をご負担いただくことになります。

4 現役並みの所得とは

65歳以上の方で、合計所得金額が220万円以上の方は3割負担となります。(月額44,400円の負担の上限あり)

ただし、合計所得金額が220万円であっても、世帯の65歳以上の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割の負担又は1割負担になります。

また今回の見直しは、現役並みの所得のある方の負担割合を3割とするものですので、1割負担の基準は変わりません。

5 給付額減額措置も見直し

介護保険料を滞納するなど適切に納めていない場合は、その期間に応じて利用者負担が3割に引き上げられます。これを「給付額減額措置」といいます。きちんと保険料を納めた人とそうでない人との「公平性」を確保するとともに介護保険財政の安定運営を図ることが目的です。今回、現役並みの所得のある方の利用者負担割合が2割から3割になったことを受けて、この「給付額減額措置」も見直され、現役並みの所得がある方が介護保険料を適切に納めていない場合、利用者負担を「4割」に引き上げるとされました。

6 負担割合の確認を

要介護・要支援認定を受けた方は、毎年6～7月頃に、どの負担割合の方も市町村から負担割合が記された証(負担割合証)が交付されます。介護支援専門員の皆様におかれましては、サービス利用者の方の負担割合を確認するとともに、改正について利用者の方に御理解いただけるよう、より丁寧な説明を行う等、御協力の程よろしくお願い申し上げます。



出典：厚生労働省ホームページ「利用者負担の基準が変わります(周知リーフレット)」より抜粋

みんなの介護事務局です!! 74

平成30年度通常総会開催

平成30年6月17日(日)、特定非営利活動法人千葉県介護支援専門員協議会平成30年度通常総会が千葉県教育会館本館3階303会議室(千葉市中央区)で開催されました。当日は383名(内、委任状出席353名)が出席されました。ありがとうございました。

下記の議案はいずれも承認されました。

- (1) 第1号議案：平成29年度事業報告
- (2) 第2号議案：平成29年度決算・監査報告
- (3) 第3号議案：平成30年度事業計画(案)
- (4) 第4号議案：平成30年度予算(案)
- (5) 第5号議案：役員の変更について(案)



介護保険に関するお問い合わせは

☎ 043-223-2387



編集後記

最近の御朱印ブームにあやかりと、自分も少し前から集めています。参拝の証としていただくものなので、順番としては参拝をしてから社務所などに立ち寄るのが正しいそうです。宮司さんやお坊さんが小筆で流暢に記帳している姿を見ていると、字の下手な自分などは感心するばかりです。

神社や寺院などで何をお願いしているかって? 「仕事のことであんまり苦勞しませんように。」

山口 定之