

## 日本介護支援専門員協会南関東ブロック研修会レポート

広報委員会 山口 定之

平成31年2月24日、TKPガーデンシティ千葉にて日本介護支援専門員協会主催の南関東ブロック研修会が開催されました。研修会テーマは「介護支援専門員の立場でACP(アドバンス・ケア・プランニング=愛称:人生会議)を考える～利用者の尊厳ある高齢期を支える!～」です。

研修会は332名の参加者のもと、日本介護支援専門員協会活動報告、基調講演1及び2、シンポジウムの流れで進められました。以下、当日の内容から基調講演2本をレポートします。

### 1. 基調講演1

千葉県医師会理事で千葉県介護支援専門員協議会理事でもある海村孝子氏による「私のリビングウィル・千葉県医師会における取り組み」の講演がありました。人生の最終段階を過ごしたい場所についての意識調査(平成25年)では自宅という回答が71.7%、医療機関が19.0%、介護施設が8.2%となっているが、実際の死亡場所は81.0%が病院、自宅は13.9%である。千葉県民を対象とした同種の調査では「わからない」が33.8%、「できるだけ在宅を希望」が47.1%、「医療機関」が14.1%となっている(平成29年度)。それに対して実際の死亡場所は病院が75%、自宅は15%(平成26年度)であり、希望と現実にはギャップがあるのが現状である。また、「人生の最終段階における医療についての考え」は41%が「考えていない」と回答(平成24年度)している。自分で判断できなくなった場合に備えてどのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについては一般国民のおよそ70%が賛成(平成25年)しているが、実際にそういう書面を作成しているのは3.2%と少ない。これらのことを受けて国においても「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」が開催され、また「人生の最終段階における医療およびケアについての指針」も改訂されてきた。その中では「もしものときのために、本人が望む人生の最終段階における医療やケアについて、前もって考え、医療・ケアチームと繰り返し話し合いを共有する取り組みを『アドバンス・ケア・プランニング』と呼び、その考え方が広く認知されることを目指す。」とされている。

さて、では実際の場面ではどのような状態になったらACPを実施するのか?それは「この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか?」という問いに対して、「もし驚かないのなら、緩和ケアを開始したほうがよい。」というのが目安であり、それは同時にACPを行う時期でもあると考えてよいとのことである。厚生労働省ではホームページで「これからの治療・ケアに関する話し合い」というパンフレットを公開しており、千葉県地域生活連携シートでもリビングウィル等の意思表示を記載する欄を設け、千葉県医師会ホームページにて公開している。

介護支援専門員がこのACPにどれくらい関わっているかについては、人生の最終段階の意思決定支援をしているという回答が53.2%、していないが43.5%(医療機関等との情報共有における介護支援専門員の実態調査(平成30年))であり、意思決定支援時のツールの有無については6.3%が有り、83.5%が無しと回答している。意思決定支援について聞き取りにくいことの記載では、「縁起が悪い、失礼ではないかと言われた」「もうすぐ死ぬのかと勘違いされた」「信頼関係がないと聞きづらい」「ケアマネ一人での対応には限界を感じる、連携が必要」「踏み込んでいい領域なのか?」「そういう話は避けたい本人、家族が多い」などの回答があった。

千葉県医師会での今後の取り組みとしては「人生の最終段階における医療に関するシンポジウム事業」の継続、「私のリビングウィル平成31年度版」の作成と一般市民への周知・啓発・普及などを行っていく。

### 2. 基調講演2

一般社団法人iACP理事で亀田総合病院在宅診療科地域医療支援部長の大川薫氏が登壇され、「もしものための話しあい—それぞれの価値観に根ざした役割の再考—」というテーマで講演されました。

ACPの概念は「年齢や健康段階によらず、本人の価値観・人生の目標・将来の医療ケアに関する意向が理解、共有されることを支えるプロセス」であり、「どのくらい知りたいのかという本人の心の準備の程度に従っ

て」「身体的なことだけでなく心理的・社会的・スピリチュアルな領域をも扱う」というように拡大してきた。一方で「自己決定をしない(先生にお任せします・家族がいうならそうします)」という伝統の中で生きてきた日本の高齢者にはなかなか馴染まないにもかかわらず、強要されている側面があり注意が必要」という声もある。そのような中で患者・家族と医療者とがよく相談したうえで最適な医療ケアを「一緒に」決定すること、その協働意思決定の過程がなければ根拠に基づく医療は「圧政」に転じる。医療者自身の価値観・信念・揺れが意思決定支援に投影され、医療者自身も患者さんの問題の一部になっている。そのような点を踏まえ、医療者や介護従事者は自身の考えの傾向をよく知っておく必要がある。単にコミュニケーションスキルや知識を高めればよいというものではない。患者側には「信頼できる医療者であれば治療の選択を委ねたい」という希望があり、医療者側には「ACPは治療選択に関する記録」という考えがある。また、裁量の余地(どこからどこまでなら許容範囲内か)をあらかじめ話し合っておくと葛藤が軽減する可能性がある。

締めとしてケアマネがどのような姿勢でACPに向き合えばいいかについて触れていたのいくつか列記します。

- ・話し合いを開始するかどうかは本人の心の準備の程度に従う。
- ・意向は状況に応じて変わるかもしれないので折を見て繰り返す必要がある。
- ・代理決定者になる可能性のある家族等が誰なのか、またその心の準備と責任を促す。
- ・事前指示やエンディングノートなど紙に書いた記録そのものよりも、それまでの人生録や本人・家族が大切にしている価値観・信念を共有する。
- ・自分の価値観・信念の傾向やその「ゆらぎ」を知ったうえで支援にあたる。



360名が参加し盛大に開催された



海村孝子氏



大川薫氏

### 受講者の声

- ・ACPという言葉はよく聞くようになりました。何となく「こんなものかなあ」という程度の理解しかなかったので、今日一日しっかり学ぶことができました。
- ・ACPは医療系の人達の役割と思っていたが、ケアマネも参加するもの、代弁者であることが分かった。
- ・難しいテーマと思いますが、今回の研修で意思決定の考え方が学べ、参考になりました。
- ・ACPに関わる様々な情報を知ることができたと同時にケアマネとしてやるべきことを考えさせられた。また、各地域による取り組みを知り、支援の幅を広げることができました。
- ・本人の代弁者として今後も頑張りたいと思います。
- ・ACPにおいても医療・介護の連携が大切であり、橋渡しをする役割をケアマネが担う上でも、その人の生活歴をしっかりアセスメントしなければいけないと思った。同時に支援者としての自分のスキルも高めていきたい。

## 居宅介護支援事業所の管理者の役割シリーズ

# 第4回 労務管理編

今回は本シリーズ最終回、労務管理編をお届けいたします。

### 1. 社会保険、労働保険の加入

居宅介護支援事業所の指定申請時に保険者から社会保険、労働保険への加入の確認を求められるようになってきていると思います。まずはこの点からはじめたいと思います。

居宅介護支援事業所は法人格を有しているので、単独の事業所で従業員が1名であってもこれらに加入しなければなりません。

社会保険とは厚生年金保険と健康保険の事で、介護保険の第2号被保険者も健康保険料に上乘せの形で保険料が徴収されます。申請の窓口は日本年金機構で、千葉県内には千葉・幕張・船橋・市川・松戸・木更津・佐原に年金事務所があります。労働保険とは労災保険と雇用保険のことで、こちらも労働者を1名でも雇用している場合は加入しなければなりません。手続きは管轄の労働基準監督署やハローワークになります。労働基準監督署は千葉県内ですと千葉、船橋、柏、銚子、木更津、茂原、成田、東金にあります。

すでに何らかの事業を行っている法人ではこれらの加入は済んでいると思いますので、居宅介護支援の従業員を追加するか、または事業所単位で加入するかになります。インターネットで「千葉労働局」のホームページを開くと詳細を確認することができます。他の労務管理に有効な情報も掲載されていますので是非チェックしてみてください。

### 2. 就業規則の作成

労働基準法の規定ではパート、アルバイトを含め常時10人以上を使用する事業所(派遣社員は派遣元の就業規則が適用されます)は就業規則を作成しなければなりません。また、作成(作成後の変更も含む)した場合は労働者代表の意見書を添えて労働基準監督署に提出します。就業規則の記載事項には、必ず記載しなければならない事項(絶対的・必要記載事項)、制度として設ける場合に記載しなければならない事項(相対的・必要事項)、それ以外の事項(任意的・必要事項)というのがあります。絶対的・必要記載事項は、例えば始業終業時刻、休憩時間、休日・休暇などの規定、賃金関係の規定、退職に関する事項などとなっています。作成義務がない事業所においても使用者と労働者の関係があれば労働基準法は適用されますので、就業規則に準じたルールを設けるなどにも必要になるでしょう。

すでに法人として就業規則がある場合は、どのような内容になっているのか管理者としてある程度は把握しておく必要があると思います。

### 3. 労働基準関連法の遵守

労働基準法は就業規則作成の有無に関係なく、使用者と労働者の関係が成立する場合に適用されますので、管理者はその内容についても理解している必要があります。介護保険の集団指導などでも労基署からの説明がありますが、決しておろそかにしないで聞いておきましょう。

労働基準法では法定労働時間という定めがあり、原則は1週40時間、1日8時間(8時間労働の場合は途中1時間以上の休憩時間を設ける)までです。また週1回は休日(法定休日は深夜0時から24時間後の深夜0時まで業務に就かないことという定義があります)をとる必要があります。他にも有給休暇の付与日数、時間外勤務の上限(36協定の届け出)、割増賃金について、休暇休業などが決められており、また事業所の規模や形態によって例外・特例的な措置もとられていますので、それぞれの事業形態に適用される内容を確認することが必要です。36協定は1週40時間や1日8時間が原則の労働時間を超過して労働することを労使で協定という形で交わし、何時間までなら超過勤務ができるという内容の書面ですが、労働基準監督署に毎年届け出て、超過勤務については割増賃金を支払う必要があります。

労働基準法では記録や保存について、「労働者名簿、賃金台帳及び雇入、解雇、災害補償、賃金その他労働関係に関する重要な書類を3年間保存しなければならない。(労働基準法第109条)」と規定されています。

また最低賃金というのが設定されており、千葉県では平成30年10月1日以降、時給単価895円となっています。こちらの単価も年1度は改定されます。

### 4. 労務管理の実務

#### ① 居宅介護支援事業所の勤務表の作成

運営基準編Ⅲでも紹介しましたが、原則として月単位の勤務表であること、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種名(管理者兼務の有無、主任介護支援専門員、介護支援専門員、事務員など)を記載しておく必要があります。日々の勤務時間については、何通りかの勤務時間の種類がある場合はA・B・Cのように記号化して、勤務表のどこかに「A(8:30~17:30)、B(9:30~18:30)、C(9:00~16:00)」のように解説を記載しておくことでよいでしょう。

#### ② 勤怠管理

出勤退勤記録(タイムカードや出勤簿の整備)、時間外勤務の指示書、休暇届けなどの勤怠管理についても記録を保存しておく必要があります。また給与計算をする際に必要となりますので、勤務日数、労働時間数、時間外勤務の労働時間数(これは深夜時間帯や休日に勤務した場合など割増賃金の種類ごとに集計しておく必要があります)、休日や休暇日数も記録しておく必要があります。

#### ③ 健康管理

労働安全衛生規則という省令があり、常時使用する労働者に対して1年以内ごとに1回、定期的に健康診断を行うことになっています。検査項目については同規則第44条に記載されています。

#### ④ 労働災害

いわゆる労災についてですが、労働者が、仕事に起因するケガや病気になった場合に労働基準監督署に申請します。そのケガや病気が仕事に起因するか判断が困難な場合もあるかと思いますが、そういう場合はあらかじめ労基署に相談するなどしてもいいでしょう。労災申請をしても、それが認定されるかどうかは労基署の判断になるので、事業者が労災か健康保険かを決められるものではありません。また、労働者を保護するための制度ですので、本来は労働者側から申し出があることが基本になります。労災が適用される医療機関かどうかを確認しておくこととスムーズになると思います。事案が生じてから時間が経過して健康保険で処理をしてしまった場合などは一旦健康保険での取り扱いを無しにしてから労災に切り替えますので手続きに時間がかかります。

#### ⑤ 採用、退職

新規に従業員を採用する場合は、事業者側で採用することが決まったら労働条件通知書を交付します。通知書に記載する内容は労働基準法施行規則第5条に定められています。就業規則がある場合は同時に交付しておくこととよいでしょう。その内容も含めて就職について合意ができたなら採用ということになります。

一方の退職ですが、労働者からの退職希望については「退職届」という形で提出されることとなります。雇用保険の関係でハローワークに提出する離職票の作成を求められる場合がありますので、意向を確認しておきます。離職票の交付を希望しない場合であっても雇用保険の資格喪失届の手続きは必要になります。また退職者から求められたら退職証明書を発行します。退職後、国民健康保険や国民年金に加入する場合などに使用します。

退職の場合でも解雇というのがあります。解雇を適用しようとする場合は解雇予告期間を設けるか、または解雇予告手当を支払うこととなります。解雇予告期間とは、解雇をする前に本人にいついつに解雇するということを予告する期間のことですが、予告日の翌日から起算して30日目が解雇日になるように設定します。それよりも短い期間で解雇を伝える場合は、その期間に応じて解雇予告手当を支払うこととなります。

### おわりに

4回に渡ってお届けしました「居宅介護支援事業所の管理者の役割シリーズ」、いかがだったでしょうか。労務管理についても介護保険法同様頻りに改定が行われています。これから先も関心をもって対応いただければと思います。また、事業所と税務の関係には触れませんでしたので、別途税務署や市町村の担当課などにご確認いただければと思います。

執筆：山口 定之(理事)

参考文献：「社会福祉施設・事業者のための労働基準法、労働契約法、高年給法、育介法、均等法等Q&A」東京都社会福祉協議会発行

# てうしケアマネクラブ

会長 阿曾 ゆかり

「ほととぎす 銚子は国の とっばずれ」という昔の俳句にあるように銚子市は関東平野最東端に位置しており、太平洋に突出する犬吠埼は日本一早い日の出スポットとして有名です。気候は温暖であり、主な産業は農業、漁業また醤油の街としても知られています。人口約6万人、高齢化率は35%を超えており総人口は減少傾向で、高齢化率は年々上昇傾向にあります。そのような中、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が続けられるように身近な窓口として、銚子市が直営方式で運営していた地域包括支援センターに加え、H28年10月から日常生活圏ごとに、市内の東部、中央、西部3カ所に地域包括支援センター（委託型）が設置されました。

銚子市の介護支援専門員の自主組織は「てうしケアマネクラブ」と言います。名前の由来は、昔銚子を「てうし」と書いて「ちょうし」と読ませたそうです。そこから「てうしケアマネクラブ」と名付けました。介護支援専門員の意識向上とレベルアップ、保健、医療、福祉サービスに関わるメンバー相互の情報交換、共有と協力、連絡体制の強化を図り介護保険の今後の方向や地域住民に必要なサービスの開拓を目指す事を目的としてH21年に発足し、現在は120名以上の会員が在籍しています。主な活動は年6回の研修の実施です。毎研修ごとに研修担当を持ち回りにして、会員が皆で作る研修を基本としています。てうしケアマネクラブ中の主任ケアマネによる自主的な活動として、H22年からは主任介護支援専門員連絡会が発足しました。資質向上、施設と社

会資源、医療連携の3つのチームに分かれ活動を行っています。地域のケアマネジメントの質の向上や地域包括ケアシステムの構築、必要な社会資源の開発やネットワーク等、地域づくりの中心的存在になっています。昨年9月には研修の一環として介護の仕事の魅力を描いた映画「ケアニン～あなたでよかった～」を千葉科学大学看護学部で上映し学生20名も参加し、一緒に映画鑑賞を行いました。若い世代に介護の仕事のやりがいを少しでも伝えることが出来たのではないかと思います。3月には毎年恒例の「医療と介護をつなぐ研修会」が行われました。研修会は、高齢者支援に関わるすべての関係職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT、OT、MSW、介護職員、ケアマネ、行政職員等総勢94名が参加し、情報共有や連携を円滑に行えることを目的とし「看取り」をテーマにした講演を聞いてから、多職種で日頃の思いや、考えを自由に話し合いました。講演後の懇親会では、顔の見える関係づくりに大いに役立ち、交流を深めることができたと思います

今後も「会員皆で作るてうしケアマネクラブ」を活動の柱とし、高齢化の進む銚子市の地域づくりに取り組んでいきたいと考えています。



懇親会の様子



映画「ケアニン～あなたでよかった～」上映会の様子

## 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** 記録の保存について。「完結の日から2年間保存しなければならぬ。」と記載があるが、「完結の日」の基準を示していただきたい。

**A1** 「完結」とは支援が終了することでケアマネジメント過程の必要がなくなることです。

一般的には介護保険施設に入所（入院）・利用者側からの契約解除・利用者の死去などを完結としています。「完結の日」は事業所ごとの運営規定に示すことになっていますので、ご確認下さい。

**Q2** ケアプランの第2表に「口腔機能向上加算」「リハビリテーションマネジメント加算」等の項目を載せるべきなのか。

**A2** ケアプランの第2表には、「利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業

者側の個別サービス行為を意味するものではないことに留意することが必要」（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『居宅サービス計画原案の作成』（第8号）より）となっていることから、加算項目を記載する必要はない、と考えられます。

**Q3** 短期入所生活介護サービスを利用している高齢者の家族が救急車で病院に搬送されたので、いつも利用している短期入所生活介護事業所に入所しました。このような場合、緊急短期入所受入加算を算定できますか。

**A3** 定期的・緊急に関わらず、居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていなければ原則7日以内の緊急短期入所受入れ加算を算定できます。

### 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

## みんなのちば事務局です!! 77

2019年度の介護支援専門員法定研修開催は以下を予定しております。専門研修課程Ⅱ・更新研修後期につきましては、第1期での申込者多数

の為、今年度の開催を年3回にし、受講機会を増やすことで対応させていただくことにいたしました。当会ホームページから申込書をダウンロードして当会まで送付してください。ホームページ掲載時期は下記の表の「申込時期（予定）」でご確認ください。

2019.3.31時点

研修名		研修実施時期	日数（延べ）	申込時期（予定）
専門研修課程Ⅰ・更新研修前期	1期	2019年5月23日～9月3日	11日間	3月下旬
	2期	2019年12月～2020年3月（予定）	11日間	調整中
専門研修課程Ⅱ・更新研修後期	1期	2019年4月24日～7月16日	8日間	終了
	2期	2019年9月18日～11月29日	8日間	6月中旬
	<b>追加!!</b> 3期	2019年11月6日～2020年2月29日	8日間	8月中旬
主任介護支援専門員研修		2019年10月～2020年3月	12日間	7月下旬
主任介護支援専門員更新研修	1期	2019年7月～9月	8日間	4月中旬
	2期	2019年10月～11月	8日間	6月下旬

# 調査研究委員会報告

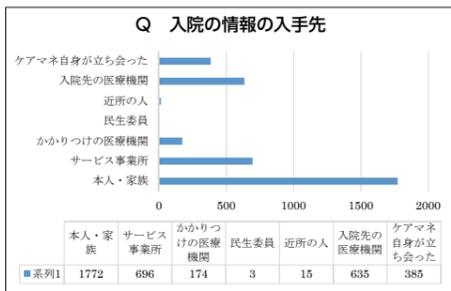
平成30年度事業「医療機関等との情報共有における介護支援専門員の実態調査」にご協力いただきありがとうございました。総数1959名の方からご回答いただき、当委員会で集計・考察をいたしましたので一部ではありますがご報告申し上げます。

- (1)調査名：医療機関等との情報共有における介護支援専門員の実態調査
- (2)送付先：千葉県内の居宅介護支援事業所（約2,000箇所）
- (3)対象者：上記送付先の介護支援専門員
- (4)調査時期：平成30年8月末～9月末

## 加算の取得について（平成30年4月～8月の給付管理数でご回答ください）

Q 入院の情報の入手先はどちらからでしょうか。（複数回答可）

本人・家族からが最も多く、次いでサービス事業所、入院先の医療機関となっている。入院と情報提供にタイムラグが生じている可能性がある。

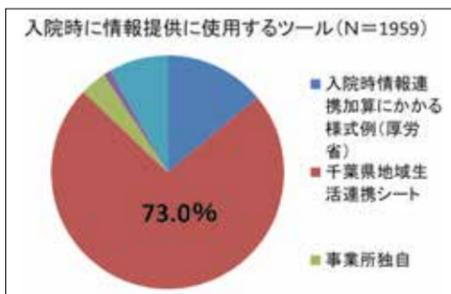


入院の事実は出来る限り迅速に入手することで、より早く本人の入院までの生活状況等を医療機関に提供することが可能になる。医療機関の入院当日に情報が欲しいという声も聞かれる。

今後、本人・家族と話し合い、担当ケアマネジャーとして医療機関からもすぐに連絡がいただける方法を実施した方が良いと考える。

Q 情報提供にはどの連携シートを使用していますか。

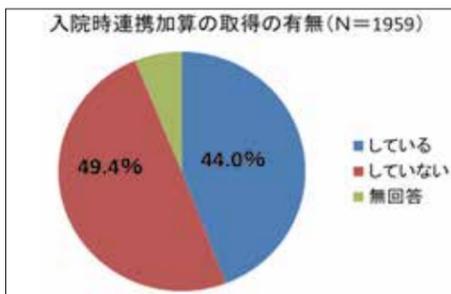
「千葉県地域生活連携シート」の使用が7割以上と、県内事業所には浸透している結果と思われる。平成30年度の制度改正時、厚生労働省版の様式が出され県中心に多職種で検討を重ね、千葉県独自の連携シートも改訂されています。



本人の基本情報等をあらかじめ記入し、ファイルしておくことで入院時に追記をして、迅速な情報提供に役立つと考える。なお、内容の見直しは定期的に必要な。

Q 退院・退所加算について取得していますか。

約半数のケースが「取得していない」という現状である。しかし、この中には「取得しなかった」と「取得できなかった」が含まれていると考える。原因について、加算要件やサブ・ケースの自由記載の分析を深めていきたいと考える。



加算取得が、本人及び事業所、ケアマネジャーのためになるように追跡する必要もあると考える。

## 当会『ちばケアマネ通信』 広告掲載料金

1 ページ	20 万円	1/4 ページ	5 万円
1/2 ページ	10 万円	下 1/4 段	3 万円
1/3 ページ	7 万円	1/2 ページ	

※全てカラー広告

ご希望の方は、当会までご連絡ください

※広告内容については、審査がございます。

## 編集後記

日曜の朝の図書館でのごと。外のベンチから立ち上がった男性のコートに落ち葉が沢山ついていました。あの、落ち葉が・・・と声をかけると『あ、ありがとうございます』そして私の本をみて『その作家、好きです』と。素敵な恋の始まり、とはいきませんが少し気持ちがほっこりしました。最近危険な事件も多く他人に声をかけるのも躊躇しますが、その一声で一日幸せになれる瞬間があります。今日も小さな幸せを求めて、前進、前進。

広報委員 佐久間 絵美

## 人生の最終段階における意思決定支援について

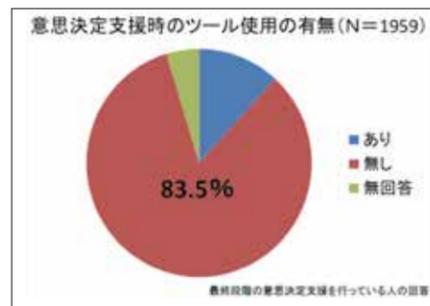
Q 人生の最終段階における医療、ケアについて、本人の意思決定支援をしていますか。



S Q 上記で「している」と回答された方にお伺いします。意思決定支援の際にツールを使用していますか。

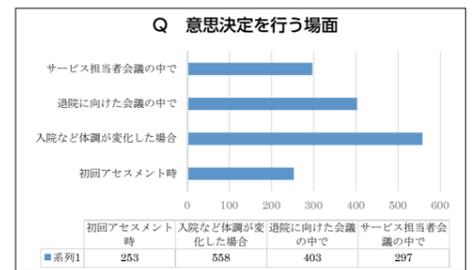
○意思決定支援の際に使用しているツール (N=123)

- 1位：千葉県医師会 「私のリビングウィル」 43件
- 2位：事業所独自のもの 18件
- 3位：松戸市「ふくろうプロジェクト」 15件
- 4位：柏市「私の望みノート」 6件
- その他  
「地域生活連携シート」  
「私の老後の生き方暮らし方ノート」  
「ネットでダウンロードした簡易的な終活ノート」など



S Q 上記で「している」と回答された方にお伺いします。どのような状況で確認していますか。（複数回答可）

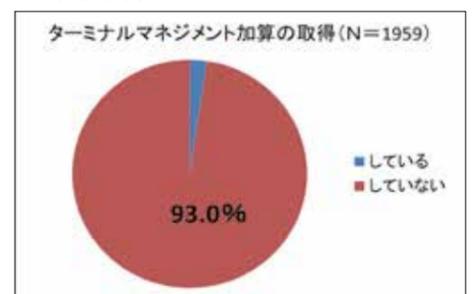
人生最終段階の意思決定支援では、半数以上で「支援をしている」と回答しているものの、意思決定を行う場面では、「入院など体調が変化した場合」「退院に向けた会議の中で」「サービス担当者会議の中で」という順になっている。また、ツールはほとんど使用しないという結果であった。



このことから「意思決定支援」の定義を理解しているのか疑問がある。また、国が提唱した「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」の概要等についても、専門職としての学びが必要と考える。今回、『南関東ブロック研修会』のテーマになったことで参加したケアマネジャーには少なからず「知識を持たなければ」と感じていただけたのではないかと。

Q ターミナルケアマネジメント加算を取得しましたか。

ほとんどのケアマネジャー(事業所)が取得していない。取得要件がきびしいこともあるが、今回のアンケート期間が制度改正から4ヶ月間という短い期間だったことも要因と考える。



以上、集計の一部の考察ですが、ご報告いたします。皆様からいただいた自由記載の内容とまとめの考察は、当会ホームページに掲載予定です。

今後とも調査研究委員会の調査にご協力いただけますよう心よりお願い申し上げます。