

令和3年度介護人材キャリアアップ研修
～チームケアリーダーを目指したケアマネジメント能力の向上～

主 管 沖縄県子ども生活福祉部 高齢者福祉介護課
実施主体 沖縄県社会福祉協議会(福祉人材研修センター)

7/31 基本レジュメ① 介護保険制度と介護支援について

キャリアアップして試験にチャレンジしよう!

●試験の概要●

試験名は、「介護支援専門員実務研修受講試験」
合格は「実務研修」を受講できる「受講券」を手に入れること！
都道府県が年度内に開催する「実務研修」を修了し、
都道府県名簿に登録されることによって【介護支援専門員】となる。

試験日は、全国一斉 「2021年10月10日(日)午前10時～」

受験するには、試験実施者である都道府県または指定法人に受験願書を提出！

●出題科目と試験時間●

区 分		問題数	試験時間
介護支援 分野	介護保険制度の基礎知識	25問	120分 (原則10:00～12:00) 点字受験者(1.5倍)
	要介護認定等の基礎知識		
	居宅・施設サービス計画の基礎知識等		
保健医療 福祉サー ビス分野	保健医療サービスの知識等	20問	180分 弱視等受験者(1.3倍)
	福祉サービスの知識等	15問	156分
合 計		60問	

●合格基準● *参 考

分 野	問題数	合格基準			
		第 21 回	第 22 回	再試験	第 23 回
介護支援分野	25問	13点	15点	16点	13点
保健医療福祉サービス分野	35問	22点	24点	25点	22点

(注1) 配点は1問1点である。

(注2) 介護支援分野、保健医療福祉サービス分野の区分ごとに、正答率70%を基準とし、問題の難易度で補正する。

●これまでの試験結果●

	受験者数	合格者数	合格率
第1回(1998年)	207,080人	91,269人	44.1%
第2回(1999年)	165,117人	68,090人	41.2%
第3回(2000年)	128,153人	43,854人	34.2%
第4回(2001年)	92,735人	32,560人	35.1%
第5回(2002年)	96,207人	29,508人	30.7%
第6回(2003年)	112,961人	34,634人	30.7%
第7回(2004年)	124,791人	37,781人	30.3%
第8回(2005年)	136,030人	34,813人	25.6%
第9回(2006年)	138,262人	28,391人	20.5%
第10回(2007年)	139,006人	31,758人	22.8%
第11回(2008年)	133,072人	28,992人	21.8%
第12回(2009年)	140,277人	33,119人	23.6%
第13回(2010年)	139,959人	28,703人	20.5%
第14回(2011年)	145,529人	22,332人	15.3%
第15回(2012年)	146,586人	27,905人	19.0%
第16回(2013年)	144,397人	22,331人	15.5%
第17回(2014年)	174,974人	33,539人	19.2%
第18回(2015年)	134,539人	20,924人	15.6%
第19回(2016年)	124,585人	16,281人	13.1%
第20回(2017年)	131,560人	28,233人	21.5%
第21回(2018年)	49,332人	4,990人	10.1%
第22回(2019年)	41,049人	8,018人	19.5%
第23回(2020年)	46,415人	8,200人	17.7%
計	2,892,616人	716,225人	—

●試験はマークシート方式で実施される●

必ず指定の数だけ正答がある。
解答欄への転記は確実にやる。
問題を読んで○×をつけ、数を確認して解答シートへ。
時間配分は1問あたり2分 → 介護支援分野は50分、
保健医療福祉サービスは70分のペースで。

●合格への効果的学習法●

【基本テキストの熟読】	絶対に古いテキストは使うな！
【模擬問題集への挑戦】	絶対に古い問題集は使うな！ → 改正対応を確認！
【過去問題への挑戦】	雰囲気を感じる程度にする。過去問だけではダメ。
【模擬試験に挑戦】	本試験のペース配分に慣れる！
【○ × 問題】	徹底的に確認！（仲間同士で考えて問題を出し合う）
【カード学習】	見栄えは悪くても、自分で作成する意味を考える！
【テープ学習】	ICレコーダー等に吹き込み、反復・繰り返し！

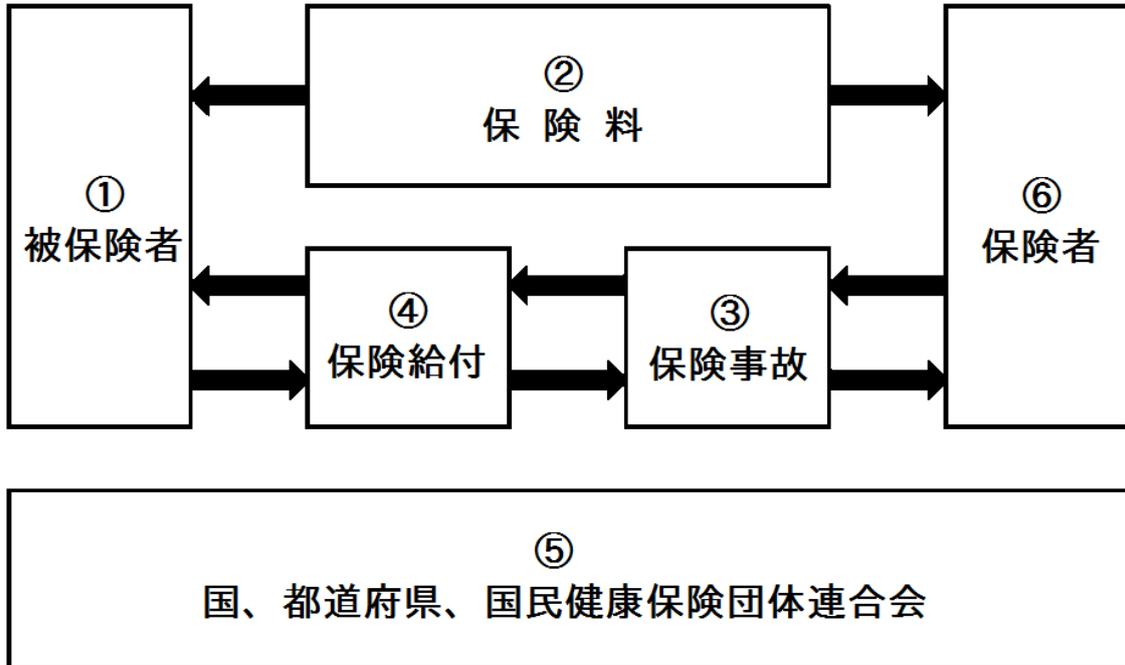
●当日に向けての余裕がほしい●

- 会場の確認（交通手段・時間・日曜日）
- 持ち物の確認（受験票・鉛筆・消しゴム・定規・スリッパ など）
- 試験前日はよく眠る
- 早く起きて、ちゃんと食べて、ちゃんと出して 「いざ、出陣!!」
- 自分を信じて深呼吸 「あせるな」「落ち着け」 合格は目の前！

●試験が終わったら●

- 家族・同僚とともに、挑戦した自分をねぎらう。
- 気になる問題は1～2問は必ずあるが、心配するな！ ほかはみんな正解だ!!
- 当日の夜、インターネットでは、解答・解説もチラホラ。
- 落ち込むな、合格しているはずだ！
- 合格通知とともに、「実務研修」の案内を待て！ 欠席できない研修だ！
- 介護支援専門員実務研修は、87時間になりました！

介護保険制度 キーワード解説



(注) 以下、「テキスト①」とあるのは『[九訂] 介護支援専門員基本テキスト』
第1巻（長寿社会開発センター＝発行）を指します。

①被保険者

□第1号被保険者（「テキスト①」 p.44～45）

その市町村（以下、特別区を含む）に住所を有する65歳以上の者。

□第2号被保険者（「テキスト①」 p.44～45）

その市町村に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者。

□強制適用（「テキスト①」 p.44）

第1号・第2号被保険者の各要件に該当する者は、当事者の保険加入の意思にかかわらず、また届出の有無にかかわらず、介護保険の被保険者となる。

□年齢要件（「テキスト①」 p.44～45）

第1号被保険者は65歳以上の者、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の者。

□住所要件（「テキスト①」 p.45～46）

第1号・第2号被保険者ともに、その市町村に住所を有する者。

□住所地特例（「テキスト①」 p.48～50）

住所地特例対象施設（①介護保険施設、②特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）、③老人福祉法に規定する養護老人ホーム）に入所することにより、その施設の所在地に住所を変更した被保険者について、移転前の住所地であった市町村を保険者とする特例措置。

□適用除外（「テキスト①」 p.46）

①長期の継続入所・入院、②重度障害者の入所・入院、③40歳以上の人が多く入所・入院しているといった実態から、医療型障害児入所施設等に入所・入院している者は、当分の間、被保険者から除外される。

□届出義務（「テキスト①」 p.48）

資格の取得により、保険給付受給権利と保険料負担義務が生じることに伴う義務。第1号被保険者に、所要の届出義務（原則14日以内）が課される。第2号被保険者は、医療保険への加入および要介護認定・要支援認定以降に市町村において被保険者管理が行われるため、届出義務はなし。

□連帯納付義務（「テキスト①」 p.65）

世帯主は、家計上の主たる責任を担うことから、住居および生計を同一にする第1号被保険者の普通徴収における保険料の納付について連帯して納付する義務を負う。

□被保険者証（「テキスト①」 p.50～51）

被保険者であることを示す全国一律の様式による証明書。要介護認定・要支援認定を受けようとするときは市町村に、サービスを受けようとするときには事業者や施設に提示する。

②保険料

□第1号保険料の算定（「テキスト①」p.63）

保険者である市町村が、政令で定める算定基準に従い、条例で3年を1期として設定する。個々の被保険者の負担能力に応じて、原則9段階の所得段階別定額保険料が設定されている。

□特別徴収（「テキスト①」p.64～65）

第1号被保険者の保険料について、年額18万円以上の老齢年金（または退職年金）、遺族年金、障害年金の受給者である場合は、年金保険者が年金を支給する際に天引きして徴収し、市町村に納入する。

□普通徴収（「テキスト①」p.65）

第1号被保険者のうち、年額18万円未満の老齢年金等受給者については、市町村が直接納入通知書を送付し、保険料の納付を求める。

□医療保険者（「テキスト①」p.67～69）

国が定めた第2号被保険者の負担割合をもとに、各医療保険者は、医療保険各法の規定に基づき第2号被保険者の保険料率を設定し、賦課・徴収のうえ、社会保険診療報酬支払基金に対し介護給付費納付金・地域支援事業支援納付金として納付する。

□社会保険診療報酬支払基金（「テキスト①」p.67～68）

医療保険の各保険者から集めた納付金を財源とし、各市町村の介護保険特別会計に、給付費に対し定率27%（2021（令和3）～2023（令和5）年度）を介護給付費交付金・地域支援事業支援交付金として交付する。

□保険料滞納者への措置（「テキスト①」p.66）

被保険者が介護保険料を滞納している場合には、①償還払い化、②給付の一時差止、③滞納している保険料額の保険給付額からの控除の措置がとられる。

③保険事故

□要介護認定・要支援認定（「テキスト①」p.71～74）

被保険者からの申請に基づき、あるいは介護予防のスクリーニングの結果によって、保険者である市町村が全国一律の基準を用いて行うもの。要介護状態区分等（非該当・要支援1～2・要介護1～5）が、介護サービスの必要度等によって定められる。

□特定疾病（「テキスト①」p.71～72）

第2号被保険者については、加齢に伴って生じやすい16の疾病に対して、保険給付が認められる。継続して要介護状態等となることを見込まれることなども、その前提となる。

□認定申請（「テキスト①」p.73～74）

被保険者が保険給付を受けようとする場合は、市町村に認定申請を行う。その際には、被保険者本人による申請、あるいは家族・親族等による代理申請のほか、指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設のうち援助義務違反のないものに加えて、地域包括支援センターや成年後見人・民生委員・社会保険労務士による申請代行も可能である。

□認定調査（「テキスト①」p.75～77）

申請を受けつけた市町村が面接により行う、全国一律の基準を用いた基本調査。新規認定は、原則、市町村が行う。更新認定については、利益の収受・供与の禁止に違反したくない指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設、地域包括支援センターや介護支援専門員に委託することも可能となっている。その場合は、みなし公務員として守秘義務が生じる。

□審査・判定（「テキスト①」p.77～83）

市町村は、認定調査の結果および主治医意見書をコンピューターで分析し、要介護認定等基準時間を算出する（一次判定）。そのうえで、特記事項・主治医意見書とともに、介護認定審査会に提出する。介護認定審査会での合議により、要介護状態区分等が審査・判定され（二次判定）、市町村に通知、市町村が認定する。

□遡^{そきゆうこう}及効（「テキスト①」p.83）

要介護認定・要支援認定の効力は申請時に遡る。申請時点から利用されていたサービスについても、暫定居宅サービス計画等を作成していれば保険給付の対象となる。

□認定有効期間（「テキスト①」p.84）

新規認定の場合は原則6か月間であるが、市町村が特に必要と認める場合には、**3か月から12か月の範囲内**で月を単位として定める。

更新認定の場合は原則1.2か月間。ただし、市町村が特に必要と認める場合には、要介護では**3か月から4.8か月**の範囲内で、月を単位として定める。

□更新認定（「テキスト①」 p.85）

認定有効期間満了後においても被保険者に要介護状態等が見込まれるときは、有効期間満了の日の60日前から満了日までの間に市町村に対し要介護認定・要支援認定の更新を申請することができる。

□介護認定審査会（「テキスト①」 p.82）

認定にかかる審査・判定を行う機関。要介護者等の保健・医療・福祉に関する学識経験者によって構成される専門機関で、市町村の附属機関として設置される。介護認定審査会の委員は市町村長が任命し、委員の任期は2年。再任することもできる。また、委員には、職務上知り得た秘密についての守秘義務が課せられている。

④保険給付

□介護給付（「テキスト①」 p.89～92）

要介護者に対して、介護保険から給付されるサービス（居宅＝12種類、施設＝4種類、地域密着型＝9種類）

□予防給付（「テキスト①」 p.92～93）

要支援者に対して、介護保険から給付されるサービス（居宅＝10種類、地域密着型＝3種類）。

□市町村特別給付（「テキスト①」 p.93）

第1号保険料を財源に市町村が行う、法定の保険給付以外の独自給付。移送サービス・給食配達サービスなど、その内容は条例によって定められる。

□地域密着型サービス（「テキスト①」 p.90）

要介護者に対しては、①定期巡回・随時対応型訪問介護看護、②夜間対応型訪問介護、③地域密着型通所介護、④認知症対応型通所介護、⑤小規模多機能型居宅介護、⑥認知症対応型共同生活介護、⑦地域密着型特定施設入居者生活介護、⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、⑨看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）の9種類のサービスがあり、④⑤⑥のサービスは要支援者にも提供可能となっている。

□居宅介護支援・介護予防支援（「テキスト①」 p.90・93）

居宅の要介護者・要支援者に対してケアマネジメントを行い、居宅サービス計画等を作成する。なお、居宅介護支援・介護予防支援のサービスには、利用者の定率負担はない。

□利用者負担（「テキスト①」 p.104～105）

応益負担の原則から、居宅介護支援や介護予防支援にかかる費用を除くサービス費用については、定率1割（または2割、3割）を利用者が負担する（残りの9割（または8割、7割）については、介護保険財源から給付される）。なお、介護保険施設等を利用する際の食費・居住費（滞在費）については、低所得者に配慮した補足給付（特定入所者介護サービス費等）はあるものの、原則、全額利用者負担とされている。

□現物給付（「テキスト①」 p.102～103）

サービスの利用は、1割（または2割、3割）の自己負担のみで可能となっている。本来は償還払いの形式を経るべきだが、指定事業者や施設から指定のサービスを受けることなど、一定の要件を満たすことを前提に、法定代理受領方式により利用者の利便を図っている。

□償還払い（「テキスト①」 p.101～102）

まず、サービス利用者が事業者や施設に利用料の全額を支払う。そのうえで、事業者・施設から発行された領収書等を市町村に提出することにより、9割（または8割、7割）の保険給付を受けとる。なお、特定福祉用具購入費、住宅改修費、高額介護サービス費等は償還払いである。

□高額介護サービス費等（「テキスト①」 p.105～106・109）

利用者負担の合計が一定額を超えた場合、家計に与える影響から、負担軽減を図るために行う保険給付。所得段階別に負担上限額（140,100円・93,000円・44,400円・24,600円・15,000円）が設定されている。

□高額医療合算介護サービス費等（「テキスト①」 p.106）

医療保険と介護保険の両サービスを利用する世帯において、1年間の介護保険と医療保険の自己負担額の合計が一定額を超えた場合、その超えた額が自己負担額の比率に応じて按分され、それぞれの保険から支給される。医療保険からは「高額介護合算療養費」が支給される。

□低所得者への配慮（「テキスト①」 p.108～115）

社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度、要介護旧措置入所者に対する特例措置、高額介護サービス費等の負担上減額の引下げ、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費等の支給がある。

□特定入所者介護サービス費等（「テキスト①」 p.109～113）

介護保険施設等を利用する際の食費・居住費（滞在費）についての利用者負担に対する補足給付。ここでも負担段階を設定し、低所得者への配慮がなされている。所得（年金等）と資産（現金・預貯金等）の状況による。

□介護報酬単価（「テキスト①」 p.94～96）

保険給付の対象となる各種サービスの費用の算定基準。介護報酬として1単位の単価（10円を基本に地域差を反映）を乗じて計算される。サービスを提供した事業者・施設は、市町村から委託を受けた国民健康保険団体連合会や利用者に費用請求を行う。

□支給限度基準額（「テキスト①」 p.98～101）

負担と給付の公平を図る観点から、居宅サービスや地域密着型サービスについて設定。区分支給限度基準額、種類支給限度基準額、福祉用具購入費支給限度基準額、住宅改修費支給限度基準額がある。区分支給限度基準額、種類支給限度基準額の2つの限度額管理期間は1か月。

⑤の1 国

□国庫負担（「テキスト①」 p.61・150）

介護給付費のうち、施設等給付費は20%、居宅給付費は25%が国庫負担となる。ただし、そのうちの5%相当は、調整交付金として市町村間の第1号被保険者の所得分布等による財政格差を是正するために傾斜的に交付される。あわせて、地域支援事業支援のため、介護予防事業は25%、包括的支援事業・任意事業については38.5%を負担する。

□基本指針（「テキスト①」 p.165）

サービス提供体制の確保および地域支援事業の実施に関する基本的事項、介護保険事業計画等の作成に関する事項等を定める。

□各種基準の設定（「テキスト①」 p.52～53）

要介護認定・要支援認定基準、介護報酬の算定基準、区分支給限度基準額の設定、サービス提供事業者に対する基本方針・人員・設備・運営基準等、介護保険制度の運営にかかわる各種の基準を、解釈通知とともに設定する。

□第2号被保険者の費用負担割合（「テキスト①」 p.61～63）

被保険者総数に占める第2号被保険者数の比率の2分の1（公費負担分を除く）に相当する割合を、第2号被保険者の負担割合として、国が政令で3年ごとに定める。第1号被保険者の平均的な負担額とほぼ同じ水準となる。なお、2021（令和3）～2023（令和5）年度の負担割合は、第1号被保険者が23%、第2号被保険者が27%となっている。

⑤の2 都道府県

□介護保険審査会（「テキスト①」 p.176～178）

各都道府県に1か所ずつ設置され、要介護認定等の結果など、市町村の処分に対する不服申立について審査を行う。被保険者代表3人、保険者代表3人、公益代表3人以上の委員から構成され、任期は3年（再任可）である。

□財政安定化基金（「テキスト①」 p.69～70）

保険料未納による収入不足や介護給付費の増大などにより生じる危機に対応し、市町村保険財政の安定化を図るために都道府県に設置する。財源は、国・都道府県・市町村（第1号保険料で賄う）が3分の1ずつ負担する。

□介護給付費等の定率負担（「テキスト①」 p.61～62）

介護給付費のうち、施設等給付費は17.5%、介護給付費は12.5%を都道府県が負担する。あわせて、地域支援事業支援のため、介護予防・日常生活支援総合事業は12.5%、包括的支援事業・任意事業については19.25%を負担する。

□事業者・施設の指定（許可）等（「テキスト①」 p.127～134）

市町村が指定等を行う事業者を除いて、法人格、人員・設備・運営基準など、一定の要件を満たしていることを条件に都道府県知事が指定（許可）を行い、必要に応じて報告の徴収・立入検査等の指導監督ならびに取消を行う。

□都道府県介護保険事業支援計画（「テキスト①」 p.167～171）

国が定めた基本指針に則し、①介護保険施設やその他のサービス量の見込み、市町村による自立支援等施策の支援に関し取り組むべき施策・目標、②施設における生活環境改善事業に関する事項、③介護サービス情報の公表制度に関する事項、④従事者の確保と資質向上に資する事項、施設間の連携確保その他サービスの円滑な提供を図るための事業等を、3年を1期として定める。

□介護支援専門員の養成・研修・登録・更新等（「テキスト①」 p.122～124）

原則として、保健・医療・福祉分野における合計5年以上の実務経験者を対象に試験を実施。合格後の実務研修を経て登録し、申請により、5年ごとに更新される介護支援専門員証を交付する。併せて、それぞれの従業年数により各種研修を実施する。

□介護サービス情報の公表制度（「テキスト①」 p.143～146）

都道府県は、調査のもと、事業者・施設のサービスの内容およびその運営状況についての情報を公表する。報告の義務等に従わないときは、事業者・施設に対し調査命令や指定取消等を行うことができる。なお、調査や公表の実務に関しては、指定調査機関や指定情報公表センターに委託することも可能である。

⑤の3 国民健康保険団体連合会（国保連）

□介護給付費の審査・支払（「テキスト①」 p.173）

事業者・施設から請求された介護給付費について、介護報酬の基準等から請求書等の審査を行い、結果に基づいて費用を支払うとともに、支払いに要する費用を市町村に請求する。

また、介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の審査・支払も市町村から委託を受けて支払を行う。

□介護給付費等審査委員会（「テキスト①」 p.173～174）

審査を専門的見地から公正かつ中立的に処理するために設置される。国民健康保険団体連合会が委嘱する介護サービス担当者代表または介護予防・日常生活支援総合事業担当者代表委員、保険者代表、公益代表の委員（それぞれ同数）によって構成される。

□苦情処理（「テキスト①」 p.174～175）

利用者等のサービスに関する苦情・相談などを処理する業務。その対象は、指定基準違反には至らない程度の苦情とされる（指定の取消しなど、強制権限を伴うものは都道府県知事等が行う）。

□第三者行為求償事務（「テキスト①」 p.175）

市町村が第三者行為により保険給付を行ったときに取得する損害賠償請求権にかかる損害賠償金の徴収・収納事務を、市町村から委託を受けて行う。

⑥保険者

□市町村・特別区（「テキスト①」 p.43）

保険者は、原則として市町村および特別区が担う。ただし、小規模な市町村の場合は、保険財政の運営安定化と事務処理の効率化などのため、広域連合や一部事務組合を設けて介護保険事業を行うこともできる。

□被保険者の資格管理（「テキスト①」 p.44～50・57）

①被保険者の資格管理、②被保険者台帳の作成、③被保険者証の発行・更新、④住所地特例の管理等を行う。

□要介護認定・要支援認定事務（「テキスト①」 p.57）

①認定事務、②介護認定審査会の設置・運営等を行う。

□保険料の徴収等（「テキスト①」 p.63～66）

①第1号被保険者の保険料率の決定、②普通徴収・特別徴収、③保険料滞納被保険者にかかる各種措置等を行う。

□保険給付（「テキスト①」 p.57）

①介護報酬の審査・支払（国民健康保険団体連合会（国保連）に委託）、②被保険者の居宅介護支援事業者への居宅サービス計画作成依頼に対する届出の受付、③償還払いによる保険給付の支給、④区分支給限度基準額の上乗せ、⑤種類支給限度基準額の設定、⑥市町村特別給付の実施、⑦第三者行為求償事務（国保連に委託）等を行う。

□サービス提供事業者の指定等（「テキスト①」 p.57・134～139）

地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者・介護予防支援事業者について、指定・更新・指導監督等を行う。なお、居宅介護支援事業者について、2018（平成30）年4月から市町村へ移管された。

□地域支援事業および保健福祉事業（「テキスト①」 p.57・p.147～164）

地域支援事業として、①介護予防・日常生活支援総合事業、②包括的支援事業、③任意事業の3つの事業を行う。具体的には、介護予防・生活支援サービス事業や、一般介護予防事業の他、地域包括支援センターの運営、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業などを展開する。また、第1号被保険者からの保険料を財源として、家族リフレッシュ事業等の保健福祉事業を行うことができる。

□地域包括支援センター（「テキスト①」 p.57・p.160～162）

保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等によるチームアプローチにより、地域支援事業の柱である包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援）、さらには予防給付対象者に対しての介護予防支援を実施する。

□市町村介護保険事業計画（「テキスト①」 p.165～167）

国が定めた基本方針に即し、①介護保険サービスの種類ごとの量の見込みとその量を確保するための方策、②地域支援事業の費用額・見込み量と確保方策、③被保険者の自立した日常生活支援等に関し取り組むべき施策とその目標、④事業者間の連携確保その他サービスの円滑な提供と地域支援事業の円滑な実施を図るために事業等を、3年を1期として定める。第1号保険料算定の基礎となるため、市町村は、被保険者の意見を反映できるよう必要な措置を講ずるとともに、都道府県の意見を聴かなければならない。

□条例・規則等（「テキスト①」 p.56～59）

条例は、地方公共団体がその事務を運用するために、議会の議決により制定する自主法。規則は、地方公共団体の長がその権限に属する事務に関し制定する。市町村特別給付などは条例によって規定される。

□財政運営に関する事務等（「テキスト①」 p.56～57）

①特別会計の設置・管理、②公費負担の申請・収納、③介護給付費交付金・地域支援事業支援交付金の申請・収納、④財政安定化基金への拠出、交付・貸付申請、借入金の返済等の事務を行う。

□介護給付費等の定率負担（「テキスト①」 p.61）

介護給付費のうち、12.5%を市町村が負担し、一般会計から介護保険特別会計に繰り入れる。併せて、地域支援事業を展開するため、介護予防事業は12.5%、包括的支援事業・任意事業については19.25%を負担とする。

□介護認定審査会（「テキスト①」 p.82）

保険者の附属機関としての位置づけのもと、5人を標準（更新認定や委員の確保が難しい場合は、市町村の判断により3人以上も可）とし、保健・医療・福祉に関する学識経験者の合議体によって構成される。委員の任期は2年（再任可）、みなし公務員として守秘義務が生じる。複数市町村による共同設置や都道府県などへの事務の委託、広域連合などを利用した共同実施も可能。

介護支援サービス（ケアマネジメント） 学習のポイント（重要項目およびキーワード）

近年の試験では、介護支援分野 25 問中、**7 問程度**が「ケアマネジメント」についての出題である。

- ①ケアマネジメントの考え方、介護支援専門員の役割・機能等の問題が **3 問程度**
- ②居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者・施設サービスの運営基準が **3 問程度**
- ③ケアマネジメントに関する事例問題が 1 問～2 問 程度

●介護支援専門員に必要な基本視点

●ケアマネジメントの理解

●ケアマネジメントの定義（「テキスト①」p.186～188）

定義 「支援の必要な人のニーズと社会資源を結びつける支援方法」

1980 年代 アメリカ 精神保健領域で導入

1990 年代 イギリス コミュニティ・ケア法で導入

日本では 1980 年代中頃 高齢者福祉領域で用いられる

1990 年 在宅介護支援センターがケアマネジメント機関

1995 年 障害者福祉領域で導入が検討される

2000 年 介護保険法 → 「介護支援専門員」「居宅介護支援」

2006 年 障害者自立支援法 → 「サービス利用計画作成費」

2012 年 障害者総合支援法 → 「サービス等利用計画」

2015 年 生活困窮者自立支援法でケアマネジメント手法が応用される

●介護保険制度におけるケアマネジメント機能（「テキスト①」p.189～196）

- 1 個別支援と地域支援を行う包括モデル
- 2 利用者本位のケアマネジメント
- 3 法の理念を実現するケアマネジメント

ケアマネジメントのプロセス

- ①インテーク・契約 ②課題分析 ③居宅サービス計画原案の作成
- ④サービス担当者会議 ⑤モニタリング ⑥終結 と「循環」

●介護支援専門員が持つべき基本理念（「テキスト①」p.198～200）

【介護保険制度の源流】

- 1 高齢者介護に対する社会的支援
- 2 高齢者自身による選択
- 3 在宅介護の重視
- 4 予防・リハビリテーションの充実
- 5 総合的、一体的、効率的なサービスの提供
- 6 市民の幅広い参加と民間活力の活用
- 7 社会連帯による支え合い
- 8 安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮

【介護保険制度における基本理念】

- 1 自立支援
- 2 利用者本位
- 3 社会保険方式

●利用者の自己決定の尊重

●自己決定の側面的支援

●利用者の尊厳の保持（価値観）

●介護支援専門員の視点（「テキスト①」p.206～228）

自立支援の視点

多様な生活を支える視点

家族介護者への支援

保健・医療・福祉サービスを統合したサービス調整の視点

チームアプローチの視点

適切なサービス利用(硬化性、効率性)の視点

社会資源調整の視点

●介護支援専門員の基本倫理（「テキスト①」p.232～236）

基本的人権と個人の尊厳

利用者の主体性と介護支援専門員の公正性・中立性

社会的責任

法令遵守

●介護支援専門員の基本視点（「テキスト①」p.237～239）

①自立支援 ②ノーマライゼーションとQOL ③生涯発達

●介護保険制度におけるケアマネジメント（「テキスト①」p.264～）

介護保険制度におけるケアマネジメントの種類

①居宅介護支援…居宅の要介護者

②施設における介護支援…施設の要介護者

③介護予防支援…居宅の予防給付を受ける者

④第1号介護予防支援事業…予防給付を受けない居宅要支援者等

●運営基準を遵守したケアマネジメントの重要性（「テキスト①」 p.310～334）

1 運営基準（支援）の理解

・指定居宅介護支援事業者

人員基準 常勤1人以上配置（利用者35人に1人）

管理者は「主任介護支援専門員」2018.04～

運営基準 主な基準は理解しておくこと「図表6-20」

運営基準（支援）の概要

居宅介護支援の具体的取り扱い方針（「テキスト①」 p.314～315）

運営基準（支援）・解釈通知（支援）（「テキスト①」 p.316～334）

●居宅介護支援の介護報酬（「テキスト①」 p.335～339）

①基本報酬

②加算減算の算定要件

●介護予防支援（「テキスト①」 p.342～374）

①居宅介護のような「課題分析標準項目」等はない

②基本チェックリスト→6つの介護予防ニーズ

運動機能の低下・低栄養状態・口腔機能の低下・
閉じこもり・認知機能の低下・うつ病の可能性

・介護予防サービス・支援計画作成指針

・モニタリングおよび介護予防サービス・支援計画での再課題分析

・介護予防支援事業者と関係機関・関係者との連携

地域包括支援センター、介護予防サービス事業者、民生委員、
ボランティア等のインフォーマルな支援

●運営基準（予防）を遵守したケアマネジメントの必要性（「テキスト①」 p.370～374）

①基準については、運営基準（支援）と同様と読み替え

●指定介護予防支援の介護給付費（介護報酬）（「テキスト①」 p.375）

①加算の種類 初回加算・委託連携加算

●施設における介護支援（「テキスト①」 p.354～355）

介護保険施設は社会資源の一つ（地域包括ケアシステムの視点）

円滑な施設入所の支援

入退所における連携

入所注の多職種協働