

令和4年度 介護人材キャリアアップ研修

介護支援専門員実務研修受講試験

模擬試験解答・解説



ケアプランもみの木

主任介護支援専門員 伊禮ひろみ

介護支援分野

(問題1～25)

※参考文献

発行:一般財団法人長寿社会開発センター
介護支援専門員基本テキスト九訂

テキスト上巻:介護保険制度・ケアマネジメント 介護保険サービス
テキスト下巻:高齢者保険医療・福祉の基礎知識



第1条(目的)

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第2条(介護保険について)

- 1項 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2項 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3項 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4項 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

第3条(保険者について)

参照：上P43～

- 1項 **市町村及び特別区**は、この法律の定めるところにより、**介護保険を行うものとする。**
- 2項 市町村及び特別区は、介護保険に関する収入及び支出について、政令で定めるところにより、**特別会計**を設けなければならない。

第4条(国民の努力及び義務)

- 1項 **国民は、自ら要介護状態となることを予防**するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して**常に健康の保持増進に努める**とともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な**保健医療サービス及び福祉サービス**を利用することにより、**その有する能力の維持向上に努めるものとする。**
- 2項 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する**費用を公平に負担**するものとする。

(介護保険法)

第5条(国及び地方公共団体の責務)

- 1項 **国は、**介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう**保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保**に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。
- 2項 **都道府県は、**介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な**助言及び適切な援助**をしなければならない。
- 3項 **国及び地方公共団体は、**被保険者が、可能な限り、**住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した**日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、**要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止**のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

第5条の2(認知症に関する施策の総合的な推進等)

- 1 国及び地方公共団体は、認知症(脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。以下同じ。)に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、**認知症に関する知識の普及及び啓発**に努めなければならない。
- 2 国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、**研究機関、医療機関、介護サービス事業者等と連携し、認知症の予防、診断及び治療**並びに認知症である者の心身の特性に応じたリハビリテーション及び**介護方法に関する調査研究**の推進に努めるとともに、**その成果を普及し、活用し、及び発展させるよう努めなければならない。**並びにその**成果の活用**に努めるとともに、認知症である者を現に介護する者の支援並びに認知症である者の支援に係る**人材の確保及び資質の向上**を図るために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、前項の施策の推進に当たっては、認知症である者及びその家族の**意向の尊重**に配慮するとともに、**認知症である者が地域社会において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することができるよう努めなければならない。**

※問題2解釈

一番新しい改正

2020(令和2)年の介護保険法改正の概要

- ①地域生活課題の解決に資する市町村の包括的な支援体制の構築の支援
- ②地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進
- ③医療・介護データ基盤の整備の推進
- ④介護人材確保および業務効率化の取り組みの強化
- ⑤社会福祉連携推進法人制度の創設

参照：2017(平成29)年からの
介護保険法改正 P29～

※問題3解釈(令和元年度介護保険事業報告)

(参)要介護(要支援)状態区分別の認定者数

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
93万人	94万人	135万人	116万人	88万人	82万人	60万人

④

③

①

②

⑤

⑥

⑦

地域支援事業の事業構成(市町村が責任主体)

参照：上P147～

事業構成		
介護予防・日常生活支援総合事業	1介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業) ①訪問型サービス(第1号訪問事業) ②通所型サービス(第1号通所事業) ③その他生活支援サービス(第1号生活支援事業) ④介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防事業)	2一般介護予防事業(すべての1号被保険者及びその支援のための活動) ①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動支援事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業
包括的支援事業	1包括的支援事業(地域包括支援センターの運営) ①第1号介護予防支援事業(要支援者にかかるものを除く) ②総合支援業務 ③権利擁護業務 ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	2包括的支援事業(社会保障充実分) ①在宅医療・介護連携推進事業 ②生活支援体制整備事業 ③認知症総合支援事業 ④地域ケア会議推進事業(地域包括支援センター又は市町村が直接実施)
任意事業	①介護給付費等費用適正化事業 ②家族介護支援事業 ③その他の事業	

※1介護予防・生活支援サービス事業の④と包括的支援事業1の①は一体的運営

※包括的支援事業は市町村の必須事業で、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしく生活を継続していく事ができるようにするため、地域のケアマネジメントを総合的に行うもの。

包括的支援事業(包括支援センターの運営)包括的支援事業(社会保障充実分)がある

※包括的支援事業の委託先は老人介護支援センター。一部事務組合または広域連合を組織する市町村。医療法人、社会福祉法人、一般社団法人、一般財団法人、NPO法人、その他 市町村が認める法人。※①～④は一括して委託。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者	市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	要介護者 要支援者	左のうち、初老期における認知症、脳血管疾患等の老化に起因する疾病によるもの(特定疾病) 16種類p86
保険料の賦課方式	所得段階別定額保険料 (低所得者の負担軽減)	健康保険：標準報酬および標準賞与×介護保険料率(事業所負担あり) 国民健康保険：所得割、均等割り等に按分(国庫負担・地方負担あり)
保険料の徴収方法	年金額一定額(18万円)以上は年金天引き(特別徴収)、それ以外は市町村が徴収(普通徴収)	医療保険者が医療保険料として徴収し、介護給付費・地域支援事業支援納付金として一括して納付
利用した際の負担	応益負担が原則 サービス費用の1割(2割・3割)を負担します	同左
被保険者証の交付	65歳の誕生日前日の属する月に保険証が交付されます。	要介護認定を受けた人および保険証交付を請求した人に交付されます。

65歳以上の高齢者が申請を行う場合、申請書に、要介護状態等の原因を問わない。第2号被保険者が申請を行う際は、心身の変化に起因する政令で定める特定疾病に限る。

特定疾病は16種類(第2号被保険者のみ)

参照：上P72

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

- | | |
|--|-----------------------------|
| ①がん【がん末期】※(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。) | ⑨脊柱管狭窄症 |
| ②関節リウマチ※ | ⑩早老症 |
| ③筋萎縮性側索硬化症 | ⑪多系統萎縮症※ |
| ④後縦靱帯骨化症 | ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 | ⑬脳血管疾患 |
| ⑥初老期における認知症 | ⑭閉塞性動脈硬化症 |
| ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質 基底核変性症及びパーキンソン病※【パーキンソン病関連疾患】 | ⑮慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑧脊髄小脳変性症 | ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |

※問題4解釈

被保険者(第1号被保険者:65歳以上、2号被保険者:40歳～64歳)

第1号保険者は、同一市町村内での住所変更をした場合、届出が必要である。住民基本台帳法に定める届出をしたときは、同一事由で介護保険法上の届出があったこととみなされる。なお、届出は、本人の属する世帯の世帯主が代行できる。

第2号保険者の場合は、要介護認定などを申請した者か、被保険者証の交付の申請をした者に交付される。第1号被保険者には、要介護・要支援認定の有無に関わらず、被保険者証が交付される。

※住所地特例とは

参照：上48

社会保険制度において、被保険者が住所地以外の市町村に所在する介護保険施設等(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(措置による入所の場合)入所または入居することで施設等の所在市町村に住所を変更した場合、住所を移す前の市町村が引き続き保険者となる特例措置である。

※問題4解釈

参照：上p47～

参考

介護保険の資格の取得は、原則その日(当日)であるが、法律により、満年齢での計算では前日に年齢が加算されるため、誕生日の前日に資格を取得する事となる。(ちなみに、被保険者が死亡した場合は、その翌日から資格喪失)

※被保険者資格の取得時期

年齢到達の場合	・当該市町村の区域内に住所を有する医療保険加入者が40歳に達したとき（誕生日の前日）
住所移転の場合	・40歳以上65歳未満の医療保険加入者または65歳以上の者が当該市町村の区域内に住所を有するに至ったとき ・住民である40歳以上65歳未満の医療保険加入者、65歳以上の者が <u>適用除外施設</u> を退所したとき(施行法第11条第2項)
生活保護法の被保護者から医療保険加入になった場合	・当該市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の者が医療保険加入者となったとき(生活保護法の保護停止による国民健康保険の適用除外の非該当など)
被保護者が65歳に到達した場合	・当該市町村の区域内に住所を有する者で医療保険に加入していないものが65歳に達したとき(誕生日の前日)

※問題4-2解釈

参照：上P46～

参考

介護保険の適用除外施設とは？

- 理由：①長期にわたり入所している実態があり、介護保険のサービスを受ける可能性が低い。
②重度の障害者の入所が想定されていることから、施設が介護に相当するサービスを実施している。
③40歳以上の人が多く入所している実態がある。

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. 指定障害者支援施設 | 6. のぞみの園が設置する福祉施設 |
| 2. 障害者支援施設 | 7. 国立ハンセン病療養所等 |
| 3. 医療型障害児入所施設 | 8. 救護施設（生活保護法） |
| 4. 療養介護をおこなう病院 | 9. 労災特別介護施設 |
| 5. 医療型児童発達支援を行う医療機関等 | |

都道府県の責務と事務 (①～⑦)

都道府県が行う介護保険事業に関する事務は、以下の7つです。

① 要介護認定・要支援認定業務の支援

(介護認定審査会共同実施の支援、市町村から受託した場合の介護認定審査会の設置、指定市町村事務受託法人の指定)

② 財政支援の事務

(保健給付・地域支援事業の財政負担、財政安定化基金の設置・運営、市町村相互財政安定化支援事業の支援)

③ サービス提供事業者に関する事務

(各サービス事業者の指定・更新・指導監督、市町村が行う地域密着型特定施設入所者生活介護の指定に対しての助言・勧告)

都道府県の責務と事務

④ 介護サービス情報の公表に関する事務

(介護サービス情報の公表及び必要と思われる場合の調査等)

⑤ 介護支援専門員に関する事務

(介護サービス基盤の整備に関する事務
試験及び研修の実施、介護支援専門員証の交付、登録及び登録の更新)

⑥ (都道府県介護保険事業支援計画の策定、市町村計画策定上での、技術的助言)

⑦ その他の事務(介護保険審査会の設置等)

※なお、介護保険審査会の公益代表委員の定数は、都道府県の条令で規定 します。

国の主な事務

参照：上P52～

①制度運営に必要な各種基準等の設定等に関する事務

- ・要介護認定基準、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・都道府県や市町村がサービス提供事業者等の人員、設備、運営に関する基準を定めるにあたって「従うべき」または「標準とすべき」または「参酌すべき」基準・第2号被保険者負担率・「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」の作成、公表

②介護サービス基盤の整備に関する事務

③介護保険事業の健全・円滑な運営のための指導・監督・助言等に関する事務

※問題6解釈

参照：上P56～

保険者(市町村)の事務

- ①被保険者の資格管理(被保険者証の発行・更新を含む)
- ②要介護認定・要支援認定に関する事務
- ③保険給付に関する事務
- ④サービス提供事業者に関する事務
- ⑤地域支援事業および保健福祉事業の実施、地域包括支援センターの設置
- ⑥市町村介護保険事業計画の策定・変更
- ⑦第1号被保険者保険料率の決定、徴収等、保険料に関する事務
- ⑧介護保険制度運営に必要な条例・規則等の制定、改正等に関する事務
- ⑨介護保険の財政運営に関する事務

※保険者(市町村)が条例で定める事項

※問題6解釈 昨年度出題あり

- ・介護認定審査会の委員の定数
- ・区分支給限度基準額の上乗せ
- ・種類支給限度基準額の設定
- ・福祉用具購入費支給限度基準額の上乗せ
- ・住宅改修費支給限度基準額の上乗せ
- ・市町村特別給付
- ・指定地域密着型介護老人福祉施設の入所定員
- ・地域包括支援センターの基準
- ・第1号被保険者に対する保険料率の算定
- ・普通徴収にかかる保険料の納期
- ・保険料の減免または徴収猶予
- ・その他保険料の賦課徴収等に関する事項
- ・過料に関する事項

19

参考

※問題6解釈

参照：上P98～101

区分支給限度基準額：

厚生大臣が、対象となるサービスの種類ごとの相互の代替性の有無を考慮していくつかのサービスを一つの区分としてまとめた上で、月の初日から1ヶ月を単位として居宅要介護被保険者がサービスを利用して介護給付費の支給を受けることのできる限度額のこと

要介護1：16,765単位 要介護2：19,705単位 要介護3：27,048単位
要介護4：30,938単位 要介護5：36,217単位 訪問介護○ 訪問看護○

認定後の介護保険被保険者証に記載有り

※区分支給限度基準額が適用されるサービスとして正しいものの例

訪問介護○ 訪問看護○ 福祉用具貸与○ 訪問リハビリテーション○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護× 短期入所生活介護○ 通所介護○ 地域密着型通所介護○
小規模多機能型居宅介護○ 居宅療養管理指導× 特定施設入居者生活介護×

種類支給限度基準額：

市町村は、条例により厚生労働大臣が定める区分支給限度額の範囲内において、地域のサービス基盤の整備状況に応じて、個別の種類別のサービスの支給限度基準額(種類支給限度基準額)を定めることができます。種類支給限度基準額を超えたサービス利用は、居宅サービス全体が区分支給限度基準額の範囲内であっても、保険給付の対象となりません。

・上乗せサービス⇒在宅サービスにおいて、利用者がその費用を全額自己負担することにより支給限度基準額を超える追加的なサービスを利用することが認められている。

20

※問題7解釈

介護給付の種類と支給方法

特例：市町村がやむをえないと認めた場合

現物給付方式 (利用者負担分のみを事業者・施設に支払い)	償還払い (利用者が全額を事業者・施設に支払い、後で保険者から支給を受ける)
居宅介護サービス費【法第41条】 地域密着型介護サービス費【法第42条の2】 居宅介護サービス計画費【法第46条】 ケアマネの報酬 施設介護サービス費【法第48条】 特定入所者介護サービス費【法第51条の3】	特例居宅介護サービス費【法第42条】 特例地域密着型介護サービス費【法第42条の3】 居宅介護福祉用具購入費【法第44条】 居宅介護住宅改修費【法第45条】 特例居宅介護サービス計画費【法第47条】 特例施設介護サービス費【法第49条】 高額介護サービス費【法第51条】 高額医療合算介護サービス費【法第51条の2】 特例特定入所者介護サービス費【法第51条の4】

次ページ説明あり

居宅サービス計画がケアプランに位置づけられたサービスに支払う

高額：公的介護保険の1か月間の自己負担額の合計が所得に応じ、上限額を超えた場合に、その超過額について払い戻しを受けられるサービス

※問題8解釈

・特定入所者介護(予防)サービス費とは

低所得の要介護者または要支援者が、介護保険施設等で施設サービスや短期入所サービスを利用した際に生じる居住費(滞在費)・食費について負担限度額が設定され、この額を超えた分について特定入所者介護(予防)サービス費として介護保険制度で事業所に給付されます。なお、特定入所者介護(予防)サービス費の支給を受けるためには、市介護保険係に申請し、「介護保険負担割合証」の交付を施設に提示しなければならない。

(対象サービス)⇒介護保険施設3施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・短期入所生活介護(予防含む)・短期入所療養介護(予防含む)

※ 食事の提供に要する費用と居住に要する費用それぞれについて、施設における平均的な費用を勘案した基準額と利用者の所得に応じた負担の限度額の差が支給されます。

・償還払いとは

利用者が費用の全額をサービス提供事業者に行った支払い、その後、申請を行い保険者である市区町村から、その費用の7割から9割分の現金の償還(払い戻し)を受けること。

償還払いのサービス：福祉用具購入費、住宅改修費、高額介護サービス費の支給(給付)を受ける場合。

・法定代理受領方式とは

市町村(保険者)がサービスを受けた被保険者に代わって、サービス提供事業者へサービス利用に要した費用を支払うことにより被保険者に保険給付(費用の償還)を行ったとみなす方式です。

・**特例サービス費**：(市町村が必要と認めたとき償還払いでサービス可)

- ①やむを得ない理由で緊急に要介護認定の申請前にサービスを利用した場合
- ②基準該当サービスを受けた場合。(指定基準を満たしていない)
- ③離島等で相当サービスを受けた場合
- ④その他：ケアプランを作成しないでサービスを利用した場合や計画以外のサービスを利用した場合。介護保険被保険者証を提示しないでサービスを利用した場合などは償還払いの対象となります。

・**高額医療合算介護サービス費**：介護保険における利用者負担と医療保険の患者負担の合計額が政令で定める一定額を超える時は被保険者からの申請に基づき、その超えた額を自己負担額の比率に按分して各保険の被保険者が支払う。

・**特定入所者介護サービス費(補足給付)**：低所得の要介護者または要支援者が、介護保険施設等で施設サービスや短期入所サービスを利用した際に生じる居住費(滞在費)・食費について負担限度額が設定され、この額を超えた分について特定入所者介護(予防)サービス費として介護保険制度で事業所に給付されます。なお、特定入所者介護(予防)サービス費の支給を受けるためには、市介護保険係に申請し、「介護保険負担割合証」の交付を施設に提示しなければならない。

(対象サービス)⇒ ・介護保険施設3施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)

・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・短期入所生活介護(予防含む)・短期入所療養介護(予防含む)

※食事の提供に要する費用と居住に要する費用それぞれについて、施設における平均的な費用を勘案した基準額と利用者の所得に応じた負担の限度額の差が支給されます。

※**共生型サービス**

参照：上P130

2017(平成29)年の介護保険法制度改正により、介護保険法、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、障害者総合支援法、児童福祉法にまたがって**共生型サービス**が位置づけられた。これにより、**高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくなった**。対象となるサービスは、**訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護**などである。

	介護保険サービス	⇔	障害福祉サービス等
ホームヘルプサービス	訪問介護	⇔	居宅介護、重度訪問介護
デイサービス	通所介護 (地域密着型を含む)	⇔	生活介護、自立支援、児童発達支援、放課後等デイサービス
	療養通所介護	⇔	生活介護、自立支援、児童発達支援、放課後等デイサービス
ショートステイ	短期入所生活介護 (予防を含む)		短期入所

高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、共生型サービスが位置付けられた。(重度心身障害児者を通わせる事業所は除く)

地域密着型サービスとは？

今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、平成18年4月の介護保険制度改正により創設されたサービス体系です。

市町村が事業者の指定や監督を行います。

施設などの規模が小さいので、利用者のニーズにきめ細かく応えることができます。従って、事業者が所在する市町村に居住する者が利用対象者となっています。

参照：上P646～

○小規模多機能型居宅介護（運営推進会議：おおむね2ヶ月に1回）登録定員29人以下

小規模な居住系サービスの施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊（1室あたり定員1人）などを組み合わせて食事、入浴などの介護や支援が受けられます。

○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（運営推進会議おおむね2ヶ月に1回）5～9人入居

認知症の高齢者が共同で生活する住居で食事、入浴などの介護や支援、機能訓練が利用できます。要支援者（要支援2に限る）が利用できる。

○認知症対応型通所介護（運営推進会議：おおむね6ヶ月に1回）定員12人以下

認知症を持つ高齢者が食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を日帰りで利用できます。

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護（運営推進会議：おおむね6ヶ月に1回）

日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度の在宅生活可能にする上で重要な役割を担う定期巡回・随時対応サービスが創設されました。（要介護者が対象）

○夜間対応型訪問介護

ヘルパーによる夜間の定期巡回や、随時訪問、緊急時に対応できるように24時間態勢（オペレーションセンターサービスとケアコール端末設置）での訪問が受けられます（要介護者が対象）

○地域密着型通所介護☆（運営推進会議：おおむね6ヶ月に1回）

定員19人以下。「自立支援」「重度化防止」「介護負担軽減」

○療養通所介護（運営推進会議：おおむね6ヶ月に1回）は定員18人以下（平成30年4月より地域密着型）重度要介護者などを対象

○**看護小規模多機能型居宅介護**（運営推進会議：おおむね2ヶ月に1回）

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることで、通所・訪問・短期間の宿泊で介護や医療・介護のケアが受けられるサービスが創設されました。登録定員29人以下

○**地域密着型特定施設入居者生活介護**（運営推進会議：おおむね2ヶ月に1回）

定員29人以下の小規模な介護専用で、食事、入浴、排せつ等の介護や機能訓練及び療養上の世話を行う。

○**地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護**（運営推進会議：おおむね2ヶ月に1回）

要介護者を対象とする定員29人以下の小規模な特別養護老人ホームで、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、健康管理を利用できます。

○**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**（運営推進会議：おおむね2ヶ月に1回）

日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、**中重度の在宅生活可能にする上で重要な役割を担う定期巡回・随時対応サービス**が創設されました。

※問題11 **財政安定化基金事業**

参照：上P69～P70

介護保険⇒市町村の介護保険財政安定化を図る為⇒都道府県に財政安定化基金設置

①事業としては、

- ・通常の努力で行っても生じる保険料未納による、介護保険財政の収入不足が生じた場合、**不足分の2分の1を基準として交付金を交付する。（残りの不足額分は貸付）**
- ・見込みを上回る給付費の増大等のため介護保険財政に不足（収支不均等）が生じた場合に、必要な資金を貸し付ける。

②市町村は、**資金の貸付**を受けた場合には、借入れをした期の次の期の市町村介護保険計画の計画期間において、その**市町村の第1号保険料を財源**として、3年間の分割で基金に対し返済を行う。

- ・**財政安定化基金の財源の負担割合は、国、都道府県、市町村がそれぞれ3分の1ずつ負担**

参考

※問題14

地域支援事業の事業構成(市町村が責任主体)

参照：上P147～

事業構成		
介護予防・日常生活支援総合事業	1 介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業) ①訪問型サービス(第1号訪問事業) ②通所型サービス(第1号通所事業) ③その他生活支援サービス(第1号生活支援事業) ④介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防事業)	2 一般介護予防事業(すべての1号被保険者及びその支援のための活動) ①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動支援事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業
包括的支援事業	1 包括的支援事業(地域包括支援センターの運営) ①第1号介護予防支援事業(要支援者にかかるものを除く) ②総合支援業務 ③権利擁護業務 ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	2 包括的支援事業(社会保障充実分) ①在宅医療・介護連携推進事業 ②生活支援体制整備事業(コーディネーター) ③認知症総合支援事業 ④地域ケア会議推進事業(地域包括支援センター又は市町村が直接実施)
任意事業	①介護給付費等費用適正化事業 ②家族介護支援事業 ③その他の事業	

※1介護予防・生活支援サービス事業の④と包括的支援事業1の①は一体的運営

※包括的支援事業は市町村の必須事業で、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしく生活を継続していく事ができるようにするため、地域のケアマネジメントを総合的に行うもの。包括的支援事業(包括支援センターの運営)包括的支援事業(社会保障充実分)がある

※包括的支援事業の委託先は老人介護支援センター。一部事務組合または広域連合を組織する市町村。医療法人、社会福祉法人、一般社団法人、一般財団法人、NPO法人、その他 市町村が認める法人。※①～④は一括して委託。

参考

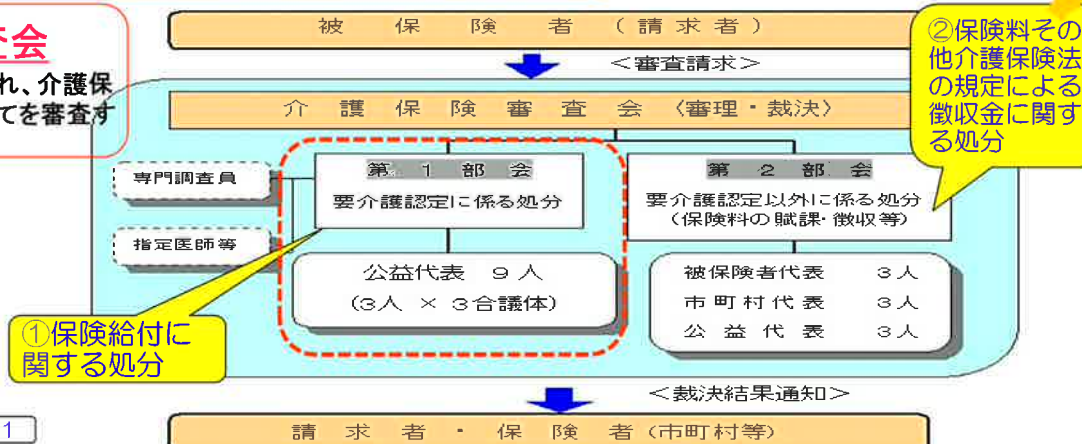
※問題15

介護保険審査会の委員定数

介護保険審査会は都道府県に設置され、要介護認定区分等に関する審査請求を受け付ける機関である。委員会定数は介護保険法代185条に定められており、公益代表委員の定数については都道府県の条例により定められる。なお、市町村に設置される介護認定審査会の委員定数は、市町村の条例により定められる。

介護保険審査会

各都道府県に設置され、介護保険に関する不服申立てを審査する第三者機関です



参照：①P191

※問題16

参照：上P71～

要介護認定の流れ

- ① 要介護認定を受けようとする介護保険被保険者は、市町村(または特別区)に対し、要介護認定申請を行う。
- ② 申請を受けて、市町村は被保険者宅(あるいは、入院・入所先)に調査員を派遣し、認定調査を行う。
- ③ 同時に、市町村は申請書で指定された医師(主治医)に対し、主治医意見書の作成を依頼する。
- ④ 認定調査結果と主治医意見書は、あらかじめ国の定めた基準により、介護にかかる時間(要介護認定基準時間)に評価される。(一次判定)
- ⑤ 5名を標準として構成される合議体にて介護認定審査会が行われ、一次判定結果および認定調査特記事項、主治医意見書を総合的に勘案し、要介護度および認定有効期間が判定される。(二次判定)
- ⑥ 市町村は、介護認定審査会の二次判定結果を受けて、要介護認定の決定を被保険者に通知するとともに、介護保険被保険者証に要介護認定の結果を記載する。(申請から認定まで30日以内)

※問題17

要介護認定の申請の代行

参照：①p88

要介護認定の申請は、本人以外にも、家族等による代理申請のほか、当該申請者の居住地域担当の民生委員も代行できる。その他、地域包括支援センターや社会保険労務士、居宅介護支援事業者等も代行できる。(介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設・成年後見人・生活支援員も代行申請可能)

要介護認定申請代行
が認められる者等

- | | | |
|------------------|------------|----------------|
| 1. 家族、親族など | 2. 成年後見人 | 3. 地域包括支援センター |
| 4. 民生委員 | 5. 社会保険労務士 | 6. 指定居宅介護支援事業者 |
| 7. 地域密着型介護老人福祉施設 | 8. 介護保険施設 | |

要介護認定申請に対する**結果の通知は、申請のあった日から30日以内**にしなければならず、これを延期することができるのは特別な理由がある場合に処理見込期間及びその理由を通知したうえで、とされている(第27条第11項)。
(特別な理由)

申請時期の集中、認定調査票の作成遅延、主治医意見書の入手遅延
介護認定審査会での審査判定の遅延 等

新規申請に伴う認定調査は、原則、市町村により行わなければならない、居宅介護支援事業者に委託する事はない。唯一、都道府県知事が指定する指定市町村事務受託法人への委託は可能となっている。

更新調査については、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設に認定調査の委託は可能

要介護認定の申請を行う場合、申請書と、第1号被保険者の場合は介護保険の被保険者証を、介護保険の被保険者証の交付を受けていない第2号被保険者の場合には、医療保険の被保険者証等を添付する。選択肢の主治医意見書は、申請を受理した後に、保険者から当該主治医へ医学的な意見を記載するよう求めるものであり、あらかじめ申請者が医師に依頼して作成してもらうものではない。

参照：①p89

介護保険法

第69条の34～37（介護支援専門員の義務）

- 1 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。
- 2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。
- 3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

第四条 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

- 2 居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること、事業者における居宅サービス計画の全体的な作成状況などについて説明し、同意を得る。
- 3 利用者・家族に対し、入院時に担当介護支援専門員の氏名等を入院先の医療機関に伝えるように依頼する。

※居宅介護支援の基本方針等

①尊厳の保持 ②自立支援 ③国民の努力及び義務 ④公正・誠実 ⑤適切なサービスの提供 ⑥公正中立 ⑦連携 ⑧医療との連携 ⑨評価

・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第37号)第99条には、通所介護事業者に通所介護計画の作成と利用者への交付が義務づけられている。したがって、通所介護計画書の提出を求めることができる。

・介護支援専門員が居宅サービス等の担当者と継続的に連携し、意識の共有を図ることが重要であることから、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認については、居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましいとされている。

・末期の悪性腫瘍の利用者については、利用者の心身の状況等により、主治の医師等の意見を勘案して必要と認められる場合は、サービス担当者会議を開催せず、サービス担当者に対する照会等により意見を求める事ができる。

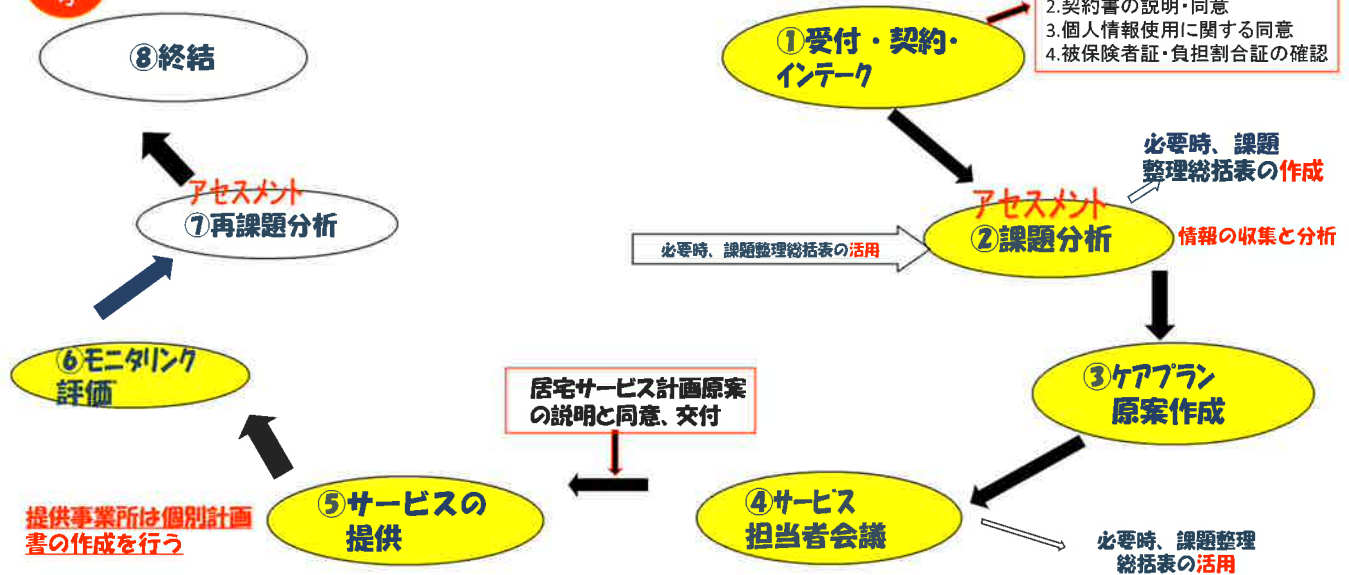
参考

ケアマネジメントの過程

(介護保険法に定める居宅介護支援)

参照：上P266～

※居宅介護支援受付は、
1.重要事項説明書の説明・同意
2.契約書の説明・同意
3.個人情報使用に関する同意
4.被保険者証・負担割合証の確認



※Plan:計画、Do:実行、Check:評価、Action:改善⇒PDCAサイクルを回すことで問題解決を図る。

参考

アセスメント

(指定居宅介護支援の運営基準第13条第6号)

参照：上P268～、319

六 適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、**利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。**

七 解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、**利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。**

この場合において、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

八 利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、**居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。**

居宅サービス計画の作成に当たっては、総合的な計画作成が求められる。利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービスまたは福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用を含めて居宅サービス計画上に位置付けられるよう努めなければならない。(他職種連携)

居宅サービス計画の原案には、提供されるサービスの目標及び達成時期だけでなく、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、サービスの種類、内容及び利用料金等を記載しなければならない。

2018(平成30)年4月より、公正中立なケアマネジメントの確保のため、利用者によるサービスの選択に資すよう、居宅サービス計画に位置付ける事業所について、複数の紹介を求めることが可能であることを利用者に説明しなければならないこととされた。

サービス担当者会議（指定居宅介護支援の運営基準第13条第9号）

- 九 **サービス担当者会議の開催**により、利用者の状況等に関する情報を**担当者**と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- 十 居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又は家族が参加する場合にあたっては、テレビ電話装置等の活用にあたって当該利用者等の同意を得なければならない。

モニタリング

(指定居宅介護支援の運営基準第13条第13号)

十三 モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

※問題21

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、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等には、兼務する事が可能となっている。なお、指定居宅介護支援事業所の管理者は主任介護支援専門員でなければならない。(ただし、2027年3月まで猶予措置、それまでの間は主任介護支援専門員以外の介護支援専門員でもよい)

介護支援専門員が福祉用具貸与や特定福祉用具販売を居宅サービスに位置付けられる場合、その利用の妥当性を検討し、当該計画にそれが必要な理由を記載しなければならない。なお、福祉用具貸与については、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証した上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

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、初回訪問時及び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。

指定居宅介護支援の提供の開始にあたり、利用者又はその家族に対し、入院時に担当の介護支援専門員の指名等を医療機関に伝えるよう求めなければならない。

2018(平成30)年4月より、一層の医療介護連携の具体化の1つとして、選択肢のとおり、指定居宅介護支援の提供の開始にあたり、あらかじめ、利用者またはその家族に対し、入院時に担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を医療機関に伝えるよう求めなければならないこととされた。

通常の居宅サービス計画とかけ離れた回数の訪問介護の生活援助を位置付ける場合、市町村に当該居宅サービス計画を届け出なければならない。

2018(平成30)年10月より、適正なケアマネジメント重視のため、選択肢のとおり、通常の居宅サービス計画とかけ離れた回数の訪問介護の生活援助を位置付けられる場合、市町村に当該居宅サービス計画を届出なければならないこととされた。

※問題23

指定介護予防支援に係る人員、指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び事業の運営に関する基準は、都道府県で無く、市町村の条例で定める。参照：上P370

基本チェックリストは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）について支援が必要かどうかを判断する。参照：上P150, 348

介護予防サービス・支援計画書の左側半分はアセスメントの欄である。ここでは、①運動・移動、②日常生活(家庭生活)、③社会参加、対人関係・コミュニケーション、④健康管理の4つのアセスメント領域でアセスメントを行うこととなっている。ちなみに、居宅サービス計画及び施設サービス計画を作成する際には、介護支援専門員は、厚生労働省が提示した課題分析標準項目23項目に基づきアセスメントを行う。参照：上P366

問題25

参考

包括的支援事業とは

市町村の必須事業で、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしく生活を継続していく事ができるようにするため、地域のケアマネジメントを総合的に行うもの。包括的支援事業(包括支援センターの運営)包括的支援事業(社会保障充実分)がある

※被保険者(第1号・2号被保険者)をすべてを対象とした事業です。

※業務・事業で「地域包括支援センターの運営(4つ)」と「社会保障充実分(4つ)」に分かれます。

地域包括支援センターの運営	社会保障充実分
①介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)	⑤在宅医療・介護連携推進事業
②総合相談支援業務	⑥生活支援体制整備事業
③権利擁護業務	⑦認知症総合支援事業
④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	⑧地域ケア会議推進事業

※委託先は老人介護支援センター。一部事務組合または広域連合を組織する市町村。医療法人、社会福祉法人、一般社団法人、一般財団法人、NPO法人、その他市町村が認める法人。

※①～④は一括して委託。

参照: ①p.26

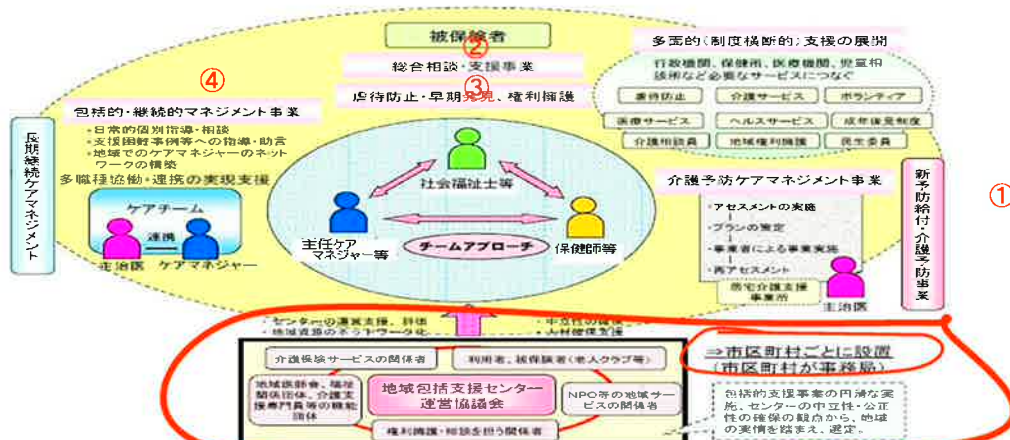
問題25

地域包括支援センター

包括的支援事業を適切に実施する為

①保健師②社会福祉士③主任介護支援専門員の3職種を基本として配置

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持や生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、介護保険法に基づき、地域住民への「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)や介護予防支援業務を実施する中核的機関として、市町村が設置する機関です。市町村は一定の要件を満たす法人等に委託することができる。



保健医療サービスの知識等 (問題26～45)



47

参考

問題26

在宅医療管理

※人工透析

(定義) 何らかの病状によって腎臓のはたらきが悪くなったときに、腎臓の代わりに老廃物の除去、水分や電解質の調節を行う方法

種別	実施者・頻度など
血液透析	・透析施設に通院し、週2回～3回、1回あたり4～5時間程度 (メリット: 医療職が透析に関する処置を行う) (デメリット: 頻回の通院、拘束時間が長い)
腹膜透析	・在宅で利用者・家族が毎日行い、1回あたり30分程度の透析液交換を1日4～5回、もしくは、就寝中に機械が自動的に透析 ・通院は月1～2回程度 (メリット: 利用者の都合の良い時間に行える。食事制限が血液透析に比べ緩い) (デメリット: 長時間実施していると腹膜の変化が起き、継続が難しい。カテーテルから細菌が入り、感染を起こし、重篤な合併症を起こす可能性がある)

48

問題26

在宅医療管理

経管栄養法	医療処置として栄養を補う方法の一つ、消化管（胃や腸等）に栄養を注入する方法	・経鼻胃管・食道ろう 胃ろう（バルーン型、パンパー型）・腸ろう
カテーテル法	尿道からの排尿をコントロールできない場合に行われる医療行為	・バルーンカテーテル法 ・コンドームカテーテル法
ネブライザー	呼吸器疾患の利用者が霧状にした薬を気管や肺に吸い込むことで症状を抑えたり、気道を加湿して痰を出しやすくするために用いる機器	・コンプレッサー式 ・超音波式
在宅自己導尿	脊髄疾患や脳血管疾患などで神経が障害され、膀胱の収縮力が低下し自然排尿が困難になった場合に、利用者が自ら膀胱内にカテーテルを挿入して尿を排泄する方法。	※バルーンカテーテルより感染リスクは低く、蓄尿パックを必要としない。
パルスオキシメーター	手足の指先に光センサーを装着し、血液中にどの程度の酸素が含まれているか（酸素飽和度：SPO ₂ ）を測定する機器。	酸素飽和度：SPO ₂ 値の変化が喀痰吸引の必要性や緊急連絡の目安となる。
ウロストミー（尿路ストーマー）	膀胱がんや前立腺がんなどの腫瘍性疾患で尿路の変更が必要になった場合や、脊髄損傷などによる神経因性膀胱機能不全などの場合に造設される。腎ろう、膀胱ろうが比較的多くみられるストーマー	
在宅酸素法	呼吸器疾患や心疾患・神経・筋疾患、悪性腫瘍などにより、低酸素血症を起こしている利用者に、在宅で酸素投与を行う治療のこと。	・設置型酸素供給装置、携帯用酸素ボンベがある。 鼻カニューレ、簡易酸素マスク、トラキマスクがある
麻薬	悪性腫瘍疼痛管理（がんへの痛みへの対応）身体的及び精神的側面がある。身体的痛みの対応で医療用麻薬が使われる。	副作用として吐き気・嘔吐・眠気・便秘があり、まれにせん妄（幻覚を見たり、意味不明な言動） 確実な内服と副作用が出てから早めに対応できる体制をつくっておく。

問題33

認知症の原因疾患

変性疾患⇒アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、嗜銀顆粒性認知症等

脳血管障害⇒血管性認知症

外傷性疾患⇒脳挫傷、慢性硬膜下血腫

感染症⇒進行麻痺（梅毒）、脳膿瘍、単純ヘルペス脳炎後遺症、エイズ

内分泌代謝性疾患⇒甲状腺機能低下症、ビタミンB12欠乏

中毒⇒一酸化炭素後遺症、メチル水銀中毒、慢性アルコール中毒

腫瘍⇒脳腫瘍（髄膜腫）

その他⇒正常圧水頭症、てんかん

アルツハイマー型認知症の症状の特徴

アルツハイマー型認知症の特徴	他のタイプの鑑別
健忘が初期症状で主症状	血管性認知症やレビー小体型認知症が健忘から始まる事があるが、健忘・見当識障害以外の症状がなければアルツハイマー型認知症が疑われる。
病識低下（自覚に乏しい）	血管性認知症やレビー小体型認知症では比較的病識が保たれる。
笑顔で流暢な会話、取り繕いと振り向き徴候（同伴者のほうを振り向いて確認を求める）	血管性認知症や正常圧水頭症では会話が遅く、表情も暗い。行動性障害型前頭側頭型認知症は、会話は流暢だが、返答がそっけなく、時には無視や拒否があり、取り繕わない。
妄想では健忘を背景に、もの盗られ妄想が多い	レビー小体型認知症では幻視を背景にした妄想が多い。
身体機能は保たれている	血管型認知症と正常圧水頭症では運動機能の障害があることが多い。レビー小体型認知症はパーキンソンズム。

問題35

終末期(ターミナル期)⇒死が間近に迫った時期、患者が助かる見込みのない状況

臨死期⇒予後数日又は1週間程度と判断し、病気が治る可能性がなく、死を迎えるであろうと予測する時期

看取り期⇒終末期にあたり、人生の最終段階において治療を必要とする人が人生の最終段階において、延命治療をせず、自然に亡くなっていく過程を見守る時期

※看取りまでの変化

	数週間～1週間前	数日前	48時間前～直前
食事	印象かなり減少、錠剤が飲めない	1回にごく少量の食べ物や水のみ	口を湿らす程度
意識	1日うとうと寝ている時間が多くなる	意識もうろう、わからない事を言う、混乱する	反応がほぼない(顔色が土気色に変化)
呼吸	息切れ、息苦しさを感ずることがある	リズムが変化する。喉がゴロゴロいう	肩や顎だけを動かす呼吸
循環	徐々に血圧低下、脈が速くなる	尿量減、濃くなる	手足が紫色、冷たい、脈が触れにくい

問題39

下P141

※糖尿病の特徴

- ・要介護者によくみられる疾患の一つ
- ・膵臓でつくられるインスリンの働きが不足し、高血糖状態に陥る。
- ・Ⅰ型糖尿病、Ⅱ型糖尿病、その他の合併症に伴う糖尿病
- ・症状(口渇、多飲、多尿)
 - ①細小血管症(小さく細い血管の病変により⇒合併症として
網膜症(視力低下)、腎症(心不全、動脈硬化性疾患、感染症)、神経障害(初期は、手足の痺れ。進行すると、痛みを感じなくなり足の潰瘍、壊死)
 - ②大血管症(動脈硬化性疾患の危険因子)狭心症。心筋梗塞、脳梗塞起こりやすい。
- ・治療⇒食事療法・運動療法・薬物療法

問題41

要介護(要支援)認定を受けていても**医療保険対象となる訪問看護**

- ①急性増悪時の訪問看護(特別訪問看護指示書が必要)
- ②末期の悪性腫瘍(末期がん)の患者への訪問看護
- ③神経難病など厚生労働大臣が定める疾病等への訪問看護
- ④精神科訪問看護(認知症を除く)

特別指示書:月に1回、14日間に限り毎日訪問看護提供が可能
(医療保険適用)

参考

問題43

※保険医療機関の指定を受けている病院は、(みなし)居宅サービス事業者として**指定居宅療養管理**指導事業者の指定があったものとみなされる

事業者・施設	居宅サービス	介護予防サービス
病院・診療所	・居宅療養管理指導 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所療養介護(療養病床を有する病院・診療所に限る)	・介護予防居宅療養管理指導 ・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防通所リハビリテーション - 介護予防短期入所療養介護(療養病床を有する病院・診療所に限る)
薬局	・居宅療養管理指導	・介護予防居宅療養管理指導
介護老人保健施設 介護医療院	・短期入所療養介護 ・通所リハビリテーション	・介護予防短期入所療養介護 ・介護予防 通所リハビリテーション

介護医療院の類型

2018(平成30)年新たに創設医療ニーズの高い重度の要介護者の支援

根拠規定	名称	概要
運営基準(介護医療院)第3条	I 型療養床	療養床のうち、主として長期にわたり療養が必要な者であって、 重篤な身体疾患 を有する者、 身体合併症を有する認知症高齢者 等を入所させるもの
	II 型療養床	療養床のうち、I 型療養床以外のもの
運営基準(介護)第4条	医療機関併設型介護医療院	病院または診療所に併設され、入所者の療養生活の支援を目的とするもの
	併設型小規模介護医療院	医療機関併設型介護医療院のうち、入所定員が19人以下のもの
運営基準(介護)第43条	ユニット型介護医療院	施設の全部において少数の療養室および当該療養室に近接して設けられる共同生活室により一体化に構成される場所(ユニット)ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる者

介護医療院の目的

- ・長期にわたって療養が必要とされる入所者に対して
生活の場の提供、日常的な療養上の管理、看護、介護、リハビリテーション、在宅復帰支援、ターミナルケアなどのサービスを提供し、尊厳の保持を旨とする自立支援を目的とする。

介護医療院の設備⇒療養室、診察室、**処置室(処置に適する施設、エックス線装置を有する)**

機能訓練室、談話室、食堂、レクリーム、浴室(身体の不自由な者が入浴するのに適したものを有する。
一般浴槽のほか、**入浴に介助を必要とするものに適した特別浴槽を設ける**)等

※介護医療院は、介護保険法に位置づけられる介護保険施設である。介護保険給付となる。

参照：2P460

福祉サービスの知識等
(問題46～60)

問題50

参考

訪問介護の人員に関する基準

参照：上P427～

職種	資格要件・配置基準等
管理者	特段の専門資格は不要。職務に専従で常勤1以上
サービス提供責任者	介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧1級修了者（共生型サービスの場合は、別に特例が定められている） ※常勤のサービス提供責任者が3人以上配置され、うち、1人以上がサービス提供責任者の業務に主として従事する場合、利用者が50人またはその端数を増すごとに1人以上とすることができる。（訪問介護計画書の作成、利用申し込みにかかる調整、利用者状態の把握、介護支援事業者等に対する利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の状態の情報提供、サービス担当者会議への出席）
訪問介護員等	介護福祉士または介護員の養成に関する研修修了者を常勤換算で2.5人以上

※医療行為でないと認められるもの

・体温測定、自動血圧測定器による血圧測定、軽微な切り傷ややけどなどの処置、湿布の貼付け、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服など⇒身体介護として行える。

※特別な医療行為（2012/平成24年4月）社会福祉士及び介護福祉法の一部改正により、一定の研修を受け、医師との連携による安全の確保が図られている事、一定の条件で痰の吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）や経管栄養（胃ろう又は腸ろう、軽微経管栄養）の行為の実施ができる。⇒登録事業者、医師による文書での指示が必要。介護、看護職員との間での連携体制の確保・適切な役割分担や緊急時の連絡体制の整備、痰の吸引等の内容を記載した「計画書」の作成、実施状況記載の「報告書」の作成と医師への提出が必要。

問題51

参考

通所介護の人員に関する基準

参照：上P489

職種	資格要件・配置基準等
管理者	特段の専門資格は不要。事業所ごとに専従で1以上（通所介護計画書の作成）
生活相談員	社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事任用資格ほか（都道府県により異なる） 事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上
看護職員	看護師、準看護師単位ごとに専従で1以上
介護職員	特段の専門資格は不要 ①単位ごとにサービス提供時間に応じて専従で次の数以上（常勤換算方式） ア 利用者の数が15人まで1以上 イ 利用者の数が15人を超す場合、超えた人数÷5+1の人員以上 ②単位ごとに常時1人配置されること ③利用者の処遇に支障がない場合は、当該事業所の他の単位における介護職員として従事することが出来る。
機能訓練指導員	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、一定の経験を有するはり師、きゅう師 1以上
生活相談員または介護職員のうち1人以上は常勤	

「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第37号）第99条には、通所介護事業者に通所介護計画の作成と利用者への交付が義務づけられている。したがって、通所介護計画書の提出を求めることができる。

福祉用具貸与の対象となる福祉用具

問題54

- | | |
|----------------------|--------------------|
| ①車いす | ⑧スロープ |
| ②車いす付属品 | ⑨歩行器 |
| ③特殊寝台 | ⑩歩行補助杖 |
| ④特殊寝台付属品(スライディングボード) | ⑪認知症老人徘徊感知機器 |
| ⑤床ずれ防止用具 | ⑫移動用リフト(つり具の部分を除く) |
| ⑥体位交換機 | ⑬自動排泄処理装置 |
| ⑦手すり | |

特定福祉用具販売の対象となる福祉用具

- | |
|---|
| ①腰掛便座 |
| ②自動排泄処理装置の交換可能部品 |
| ③入浴補助用具
(入浴用椅子、浴槽用手すり、浴槽内椅子、入浴台、浴室内すのこ、入浴用介助ベルト) |
| ④簡易浴槽 |
| ⑤移動用リフトのつり具の部分 |

住宅改修の種類

- | | |
|----------------------------------|-------|
| ①手すりの取付け | ②段差解消 |
| ③滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更 | |
| ④引き戸等への扉の取替え ⑤洋式便器等への便器の取替え | |
| ⑥その他①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修 | |

※付帯工事として

→ ・水道栓の位置を変える。
・配管工事・浴槽撤去

成年後見制度 TP506

- 1 本人、配偶者、四親等内の親族、検察官等が申立てをすることができる。65歳以上の者につき、本人の福祉を図るため特に必要がある場合は、市町村長申立てが可能。
- 2 後見開始の申立ては、本人の住所地を管轄する家庭裁判所に行く。この申立てに基づき、家庭裁判所が後見人を職権で選任する。
- 3 任意後見は、認知症等により本人の判断能力低下が不十分の際、本人、四親等内の親族等が家庭裁判所へ任意後見監督人の選任申立て、それが選任され選任開始後、不正等があった場合、家庭裁判所が任意後見監督人の報告を受け、任意後見人を解任できる。
- 4 任意後見制度を利用したい人(本人)と、なってくれる人(任意後見受任者)とが、公正証書により契約を行う。公正証書以外の方式で契約しても任意後見契約として使用できない。
- 5 職務⇒財産管理(本人に代わり財産管理、本人のために使用していく。)

身上監護(事実上の介護労働でなく、介護契約、施設入所契約、病院入院手続き等)

生活保護の扶助の概要

問題58

①生活扶助	8種類の扶助の中で 基本的な扶助。飲食物費、被服費、光熱費、家具什器費等の日常生活を営むうえでの基本的な需要を満たす給付。	原則として金銭給付
②教育扶助	義務教育就学中の児童、生徒について、義務教育に伴って必要な学用品費、実験実習見学費、通学用品等の費用のための給付。	原則として金銭給付
③住宅扶助	被保護世帯が借間、借家住まいをしている場合に、家賃、地代等に充てる費用として、基準額の範囲内の額が支給される。	原則として金銭給付
④医療扶助	疾病や負傷による入院又は通院により治療を必要とする場合に、生活保護の指定医療機関に委託して行う給付。手術、施術や入退院等の場合の交通費も給付の対象。医療扶助を受ける場合は、福祉事務所から医療券の発行が必要。	原則として現物給付
⑤介護扶助	介護保険法に規定する要介護者・要支援者に対して、居宅介護や施設介護、福祉用具、住宅改修等の介護サービスが受けられるようにするための給付。	原則として現物給付
⑥出産扶助	出産に伴う費用の為の給付。分娩助産料や分娩前後の処置料、衛生材料費等。	原則として金銭給付
⑦生業扶助	生業費、技能修得費等の就労に必要な費用のための給付。高校就学に必要な費用(公立高校授業料相当分)も含む	原則として金銭給付
⑧葬祭扶助	死体の運搬や火葬、埋葬、納骨、その他葬祭に必要な費用について基準額の範囲内で給付。	原則として金銭給付

問題59

後期高齢者医療制度

75歳以上の高齢者を主な対象だが、65歳以上75歳未満で一定の障害認定を受けている者、独立した医療保険制度

- 1 運営主体は、都道府県ごとにすべての市町村(東京23区を含む)が加入して設立された後期高齢者医療広域連合である。保険料の徴収(2年に1度改定)、被保険者資格の管理、医療給付に関する受付事務は、市町村が行う。保険料⇒普通徴収、特別徴収
- 2 後期高齢者医療制度については、生活保護世帯に属する者は被保険者とはならない。
- 3 患者の一部負担の割合は、原則医療費の1割であり、現役並み所得者は3割となっている。
- 4 後期高齢者医療保険制度特有の診療報酬点数表は存在せず、診療報酬点数表は、健康保険法に基づくものと同一である。
- 5 後期高齢者医療制度においても、住所地特例があり、他の都道府県の特別養護老人ホームに入所するため住所を変更した者の届出先は、従前の住所地が存在する市町村に被保険者の届出を行う。

参照：下P479

問題60

高齢者虐待防止

(高齢者虐待防止法2006年4月施行)

この場合の高齢者とは？＝65歳以上

- 1 養護者による虐待と思われる高齢者発見⇒生命、身体に重大な危険が生じている場合、速やかに市町村に通報。それ以外の場合での虐待を受けた高齢者を発見した場合、速やかに市町村に通報。
- 2 市町村長は、立入調査等を行い場合において、職務の執行に際し必要があると認める場合、所在地管轄の警察署長に対して援助を求めることができる。
- 3 養介護施設従事者等による虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届けることができる。
- 4 有料老人ホームは、高齢者虐待防止法で対象となる養護施設に含まれる。
- 5 市町村は、養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報、届出を受けたとき、高齢者虐待に関する事項を当該施設、養介護事業の所在地の都道府県に報告。

参照：下P497

福祉サービスの知識など

参考

高齢者虐待防止法における(高齢者⇒65歳以上)

虐待の定義

- ①身体的虐待⇒高齢者の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行を加えること(薬を過剰に服用させる等して抑制する行為も含まれる)
- ②ネグレクト(介護・世話の放棄・放任)⇒高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による高齢者虐待と同様の行為の放置など、養護を著しく怠ること(参考:セルフネグレクトとは、自己放任)
- ③心理的虐待⇒高齢者に対する著しい暴言、または著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと
- ④性的虐待⇒高齢者にわいせつな行為をすること、または高齢者をしてわいせつな行為をさせること
- ⑤経済的虐待⇒養護者または高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること

生活困窮者自立支援法(生活困窮者に対する自立支援に関する措置を講ずる事により、生活困窮者の自立の促進を図る事を目的としている。

- ・実施機関・都道府県、市及び福祉事務所を設置する町村⇒事務の一部、全部を社会福祉法人、NPO法人の外都道府県が適当と認めたものに委託
- ・対象者(生活困窮者)・「現に経済的に困窮市、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」現在生活保護を受給していないが、生活保護に至る可能性がある者で、自立が見込まれる者

- ・生活困窮者自立支援法における事業

必須事業	自立相談支援事業・住居確保給付金の支給
任意事業	就労準備支援事業・一時生活支援事業・家計相談支援事業等の実施

参考問題

要介護者であって、精神障害者保健福祉手帳を有し、障害者総合支援法における就労継続支援A型を利用する場合、介護保険給付は受けられない。✕

原則、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(**障害者総合支援法**)の**自立支援給付と介護保険法**による給付が重複する場合、**介護保険法による給付が優先**する。ただし、障害者施策固有のサービス(就労継続支援等)を受ける場合は、自立支援給付と介護保険給付の併用が可能となる。

参考問題？

労働災害における療養補償の給付は、原則、介護保険給付よりも優先する。○

他法の給付と介護保険の給付が重複する場合、多くは、介護保険給付の方が優先されるが、以下のものは介護保険よりも優先される。

参照上①P116

- ①労働災害に対する補償の給付(労働者災害補償保険法、船員保険法、労働基準法等)
- ②公務災害に対する補償の給付(国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法等)
- ③国家補償的な給付(戦傷病者特別援護法、原子力爆弾被爆者に対する援護に関する法律等)
- ④虐待等による老人福祉法の措置(行政処分)

参考問題？

要介護者が訪問看護を利用する場合、介護保険給付か医療保険給付かは、主治医と相談して決めることができる。×

参照：上P117

原則、介護保険優先である。よって、要介護者が訪問看護を利用する場合には、介護保険給付となる。主治医の判断で選択できるものではない。ただし、訪問看護は、主治医から特別訪問指示書が出された場合や、末期がんなど厚生労働大臣が定める疾病等による場合などは、要介護者でも、医療保険が適用できる。

ご清聴ありがとうございました。

あきらめないで～ あいまいにしないで～ くりかえして～



～ 研修おつかれさまでした ～

実践編アンケートの回答のお願いについて

今後の本研修会充実のため、アンケートに御協力ください。

下記 QR コードまたは本会ホームページよりアンケートフォームへ
回答をお願いいたします。

回答期限：令和 4 年 10 月 10 日（月）

アンケート
(実践編)



【キャリアアップ 研修に関するお問合せ】

社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会

福祉人材研修センター（担当：長濱）

〒903-8603 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1 西棟 3F

TEL:098-882-5703 FAX:098-887-1071

[E-Mail:care@okishakyo.or.jp](mailto:care@okishakyo.or.jp)