

ケアマネジャー受験対策講座

ケアマネジャー受験対策 1日集中講座！2024

本番まで●か月！頻出ポイントを総ざらい！
独学できる体制を作る！ &
あと1点を確実にとるためのポイント&テクニック！

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara. All rights reserved.



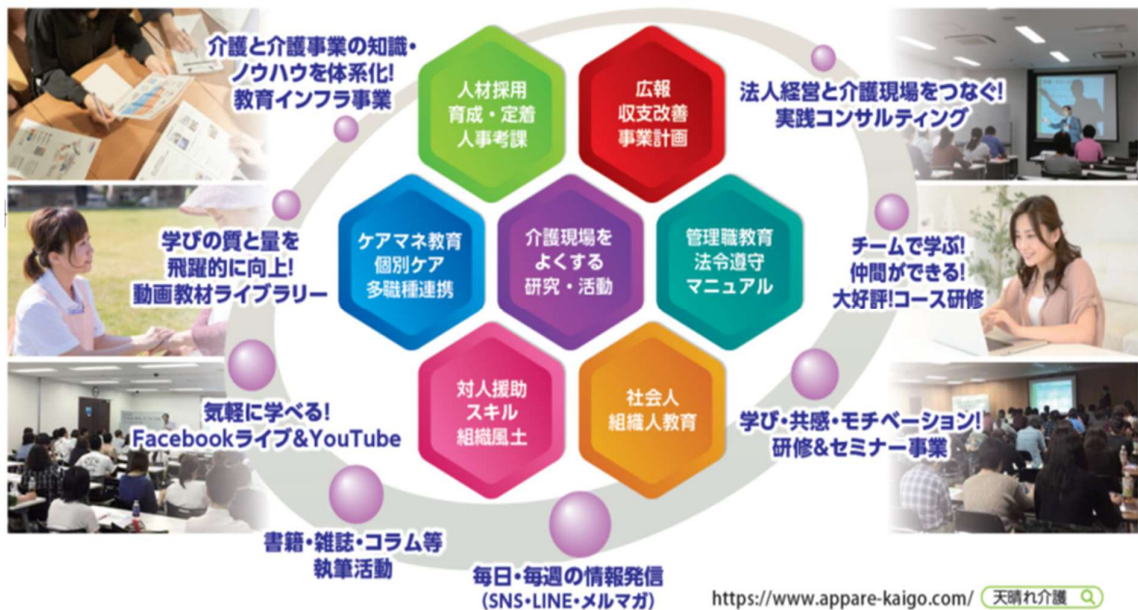
講師プロフィール



- ◎昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員
- ◎京都大学経済学部卒業後、平成12年、特別養護老人ホームに介護職として勤務
- ◎社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の実務に携わる
- ◎15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を目的に独立
- ◎著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間400回を超える
- ◎ブログ、facebook、毎朝5:55のライブ配信など毎日更新中
- ◎YouTubeや動画ライブラリーでは500本以上の動画を配信
- ◎介護と介護事業を守り、よくする教育インフラ「リーダーズ・プログラム（年会費制）」を主催
- ◎「継続的な学習」を当たり前に。「リーダー」を1人でも多く増やすために、日々活動中
- ◎4児の父、趣味はクラシック音楽
- ◎天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/>「天晴れ介護」で検索

- 日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師
- 全国有料老人ホーム協会 研修委員
- 稲沢市 地域包括支援センター運営協議会委員
- 出版実績：中央法規出版、日総研出版、ナツメ社、その他10冊以上
- 平成20年第21回G Eヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞
- 榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

介護現場をよくする研究・活動



- facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信
- YouTubeでも週2回程度、介護現場をよくする内容を発信中！
- メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）
- 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

介護現場をよくする研究・活動

■よい介護職はいても、よい介護現場はなかなかない……

- ・ 1人1人がよくなるだけでは、うまくいかない
- ・ チーム、組織、目標、計画、ルール
リーダーシップ、コミュニケーションなどが必要
- ・ 「介護現場」をよくすることで
利用者はもちろん、職員も幸せになれる！
- ・ 人と人とがお互いに学び合い
気持ちよく支え合える社会づくり

PDCA

1. ケアマネジャー試験とは

ケアマネジャー試験の概要

介護支援分野	25問	合計60問（120分） 1問2分ペース 見直し含めてペース配分考える！						
保健医療サービス分野	20問							
福祉サービス分野	15問							
合格ライン	◆70%を基準として調整 介護支援分野：18問／25問 保健医療福祉サービス分野：25問／35問 ◆しかし、70%ギリギリでは危険！！ 多くの受験生が1、2点で涙を飲んでいる →80%を目標にしてほしい！ 介護支援分野：20問／25問 保健医療福祉サービス分野：28問／35問 <table><tr><td>難問</td><td>20%</td></tr><tr><td>普通</td><td>60%</td></tr><tr><td>易問</td><td>20%</td></tr></table>		難問	20%	普通	60%	易問	20%
難問	20%							
普通	60%							
易問	20%							
合格率	2016年度 13.1%（介護支援13点、保健医療福祉22点） 2017年度 21.5%（介護支援15点、保健医療福祉23点） 2018年度 10.1%（介護支援13点、保健医療福祉22点） 2019年度 19.5%（介護支援15点、保健医療福祉24点） 2020年度 17.7%（介護支援13点、保健医療福祉22点） 2021年度 23.3%（介護支援14点、保健医療福祉25点） 2022年度 19.0%（介護支援18点、保健医療福祉26点） 2023年度 21.0%（介護支援17点、保健医療福祉24点） 約5人に1人前後の合格率…つまり、本番の試験会場で、 40人の教室だったら、8人しか受からない！？ 「受かったらいいな～」などと、何となく勉強しては 受からない試験と考えること！							

介護支援分野

1	○	11	×	21	○
2	△	12	○	22	○
3	○	13	○	23	◎
4	◎	14	○	24	◎
5	○	15	△	25	◎
6	△	16	○		
7	△	17	△		
8	○	18	○		
9	○	19	○		
10	△	20	◎		

記号	難易度	数	
◎	勉強しなくても解ける	5	
○	勉強していたら解ける	13	小計18
△	勉強していても迷う	6	分かれ道
×	勉強してもできないかも	1	

参考：2022年度

記号	難易度	数	
◎	勉強しなくても解ける	7	
○	勉強していたら解ける	11	小計18
△	勉強していても迷う	5	分かれ道
×	勉強してもできないかも	2	

保健・医療・福祉サービス分野

26	○	41	◎	56	△
27	◎	42	○	57	△
28	○	43	○	58	○
29	◎	44	○	59	○
30	○	45	△	60	△
31	○	46	△		
32	○	47	○		
33	◎	48	○		
34	○	49	○		
35	◎	50	△		
36	○	51	○		
37	○	52	△		
38	◎	53	△		
39	○	54	○		
40	△	55	○		

記号	難易度	数	
◎	勉強しなくても解ける	6	
○	勉強していたら解ける	20	小計26
△	勉強していても迷う	9	
×	勉強してもできないかも	0	

参考：2022年度

記号	難易度	数	
◎	勉強しなくても解ける	5	
○	勉強していたら解ける	27	小計32
△	勉強していても迷う	3	
×	勉強してもできないかも	0	

9

2. ケアマネ試験の分野

「利用者のニーズ」と「社会資源」を結びつけるのが「ケアマネジメント」つまり、ケアマネジャー（介護支援専門員）の仕事！

利用者のニーズ

- ☑アセスメント力
- ☑ケアプラン立案
ニーズ、目標、サービス内容
- ☑面接力
- ☑医療知識、認知症
介護の基本、生活全般

社会資源

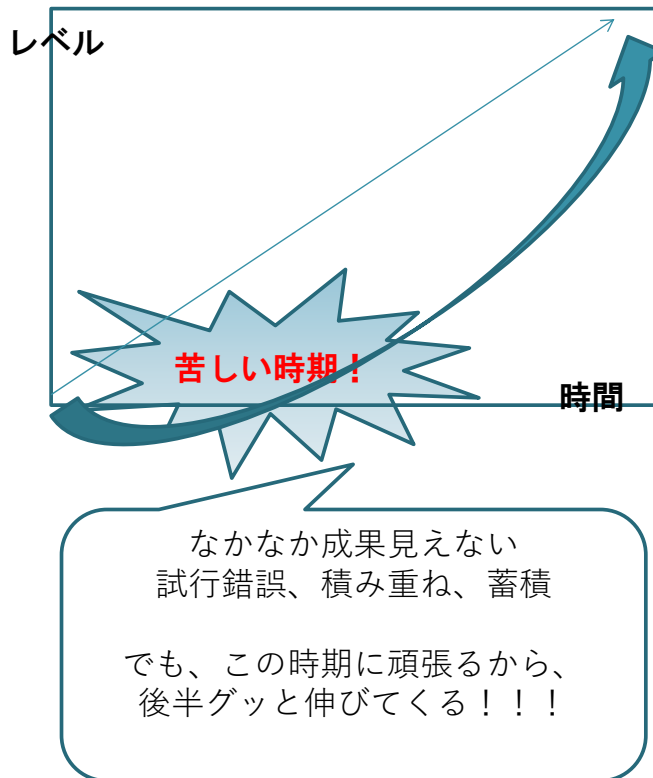
- ☑介護保険サービス
(居宅、施設等)
- ☑医療保険サービス
- ☑障害福祉サービス
- ☑市町村サービス
- ☑生活保護、成年後見制度等
- ☑インフォーマルサービス
- ☑利用者固有の社会資源

ケアマネジメント (介護支援)

法令・制度

- ☑居宅介護支援の運営基準
- ☑居宅介護支援の介護報酬算定基準
- ☑居宅サービス等の加算・減算等

3. ケアマネ試験の勉強法



◆理解×反復＝合格力（得点力）

問題が一定時間内に解けるレベル
→理解＋スピードが不可欠
→そのためにはひたすら反復！！
→身につく
→ $5 + 5 = 10$ 、 $7 + 4 = 11$ と
反射的に答えが出るレベル

◆問題集の活用

テキストからやってはいけない
→まず問題集（セミナーや動画講座があれば、まず聞き流す）
→数回繰り返して、後は苦手なところを集中攻撃！
→弱点ノートがオススメ

◆1週間を単位にプランニング

1日ずつのプランだと挫折する
→1週間単位でプランして、
決めたことをやり切る

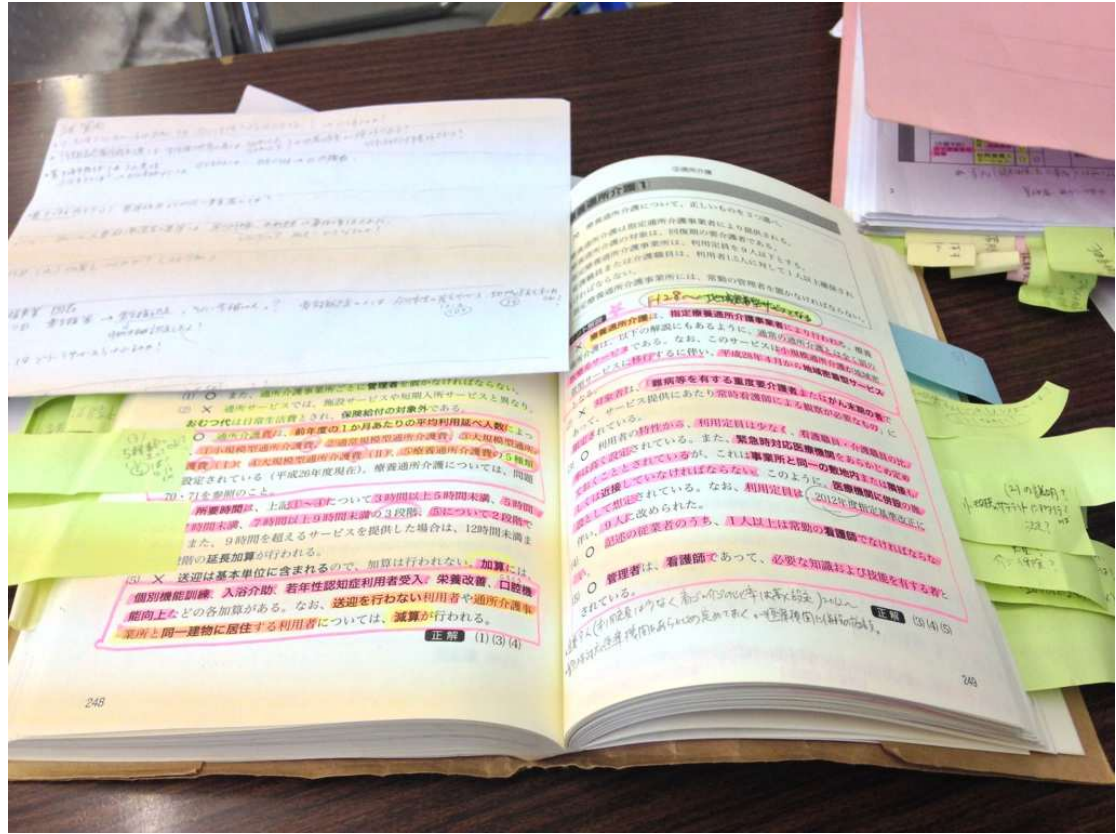
過去問から学ぶ（R2.3）

問17

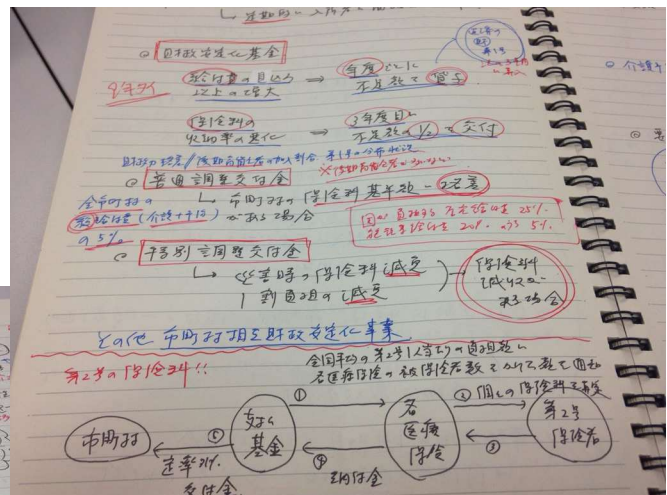
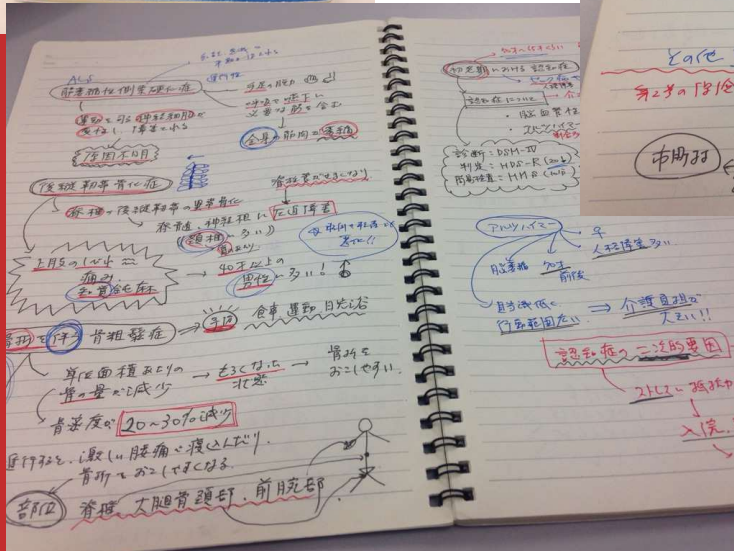
要介護認定の認定調査票（基本調査）について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 点滴の管理は、含まれない。
- 2 徘徊は、含まれない。
- 3 買い物は、含まれる。
- 4 外出頻度は、含まれる。
- 5 身体障害者障害程度等級は、含まれる。

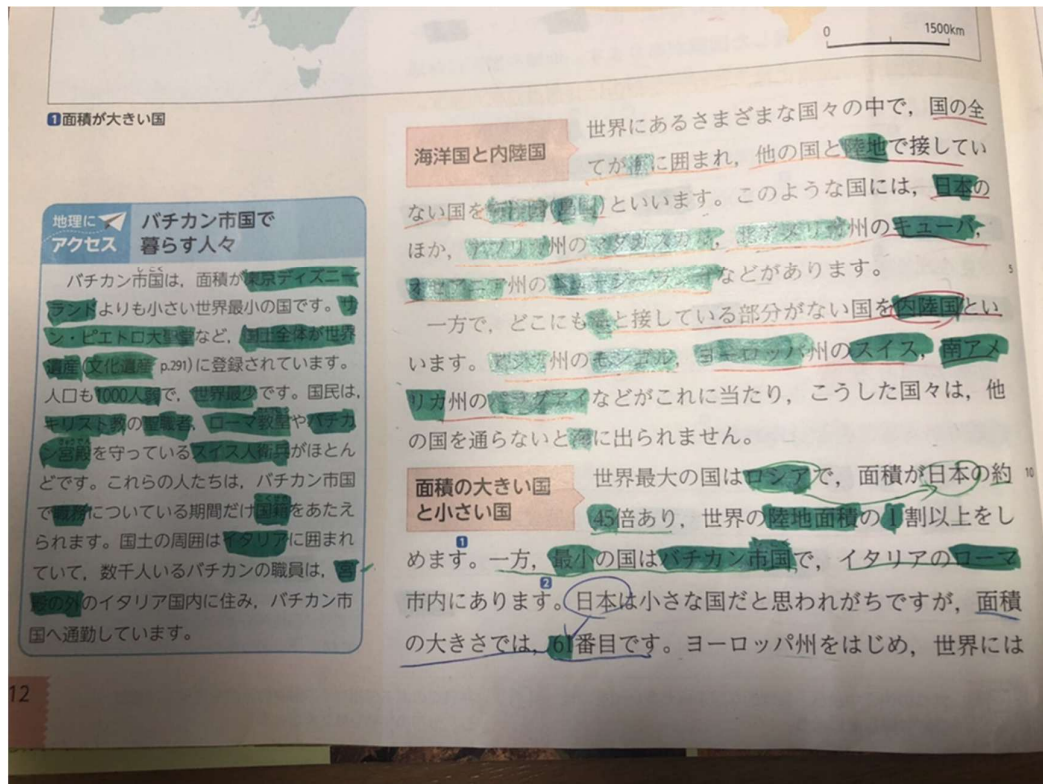
ひたすら反復練習！



弱点ノート（平成18年当時）



覚えるべきはしっかり覚える！



繰り返しの力！（メールより）

音声（動画）講座を受講し、無事にケアマネ試験合格できました。心より感謝しています。

音声（動画）講座、介護支援・医療・福祉を

10回聴いて理解し、400問程度の問題集を3回。

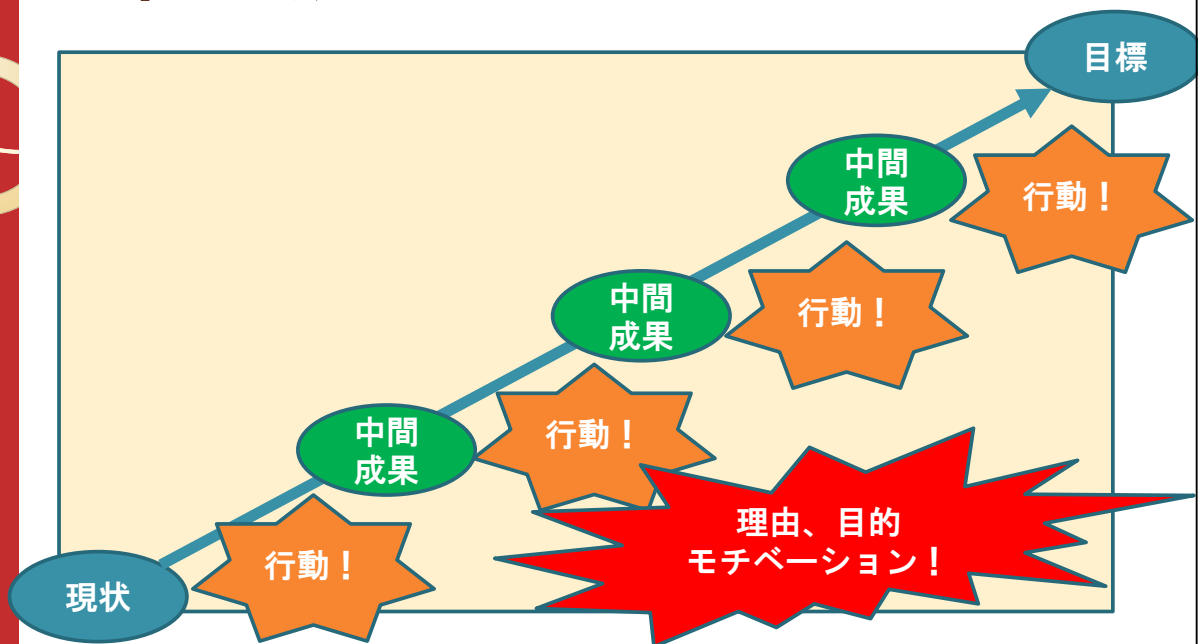
その他、260問の過去問をやっただけです。

支援18点、医療19点 福祉10点

合計47点でした。

理解がすすみ、ケアマネの仕事もやってみたいとも
思っています。

目標達成について



■モチベーションを高く保つために

- ・目標達成をして得られるもの（快）、目標が達成できないと失うもの（不快）
- ・期限が迫る（最終コーナー）と、爆発的な力が出る（マラソン、ボクシング）
- ・つまり「理由・目的」「快・不快」「期限を最終はもちろん中間でも用意」について、いつも見えるようにしておくこと

今からでも間に合いますか？

条件はたった1つ……

「〇〇」でやれば受かります！

ちょっと過激ですが…

合格しなければ、

自分含め親兄弟子供が「〇〇」される！？

→「〇〇〇〇」を可能な限りMAXに！

○週間をどのように使うか？

- ・ 7月開始（15週間）、問題集（540問）
- ・ 1問5分と考えて、1回目約3000分
- ・ 2回目1500分、3回目1000分、4回目500分、5回目500分
- ・ 合計 約6000分＝100時間
- ・ 別会社の予想問題2回分を2回繰り返す＝10時間
- ・ 110時間／14週＝約7時間／1週

週	日付	介護支援	保健・医療・福祉	予想
1	7/○－7/○	1－100		
2	7/○－7/○	101－200		
3	7/○－7/○	201－300		
				1回目
				2回目
○				

○週間をどのように使うか？

- ・ 7月開始（15週間）、問題集（540問）
- ・ 1問5分と考えて、1回目約3000分
- ・ 2回目1500分、3回目1000分、4回目500分、5回目500分
- ・ 合計 約6000分＝100時間
- ・ 別会社の予想問題2回分を2回繰り返す＝10時間
- ・ 110時間／14週＝約7時間／1週

週	日付	介護支援	保健・医療・福祉	予想
1	7/○－7/○	1－100		
2	7/○－7/○	101－200		
3	7/○－7/○	201－300		
				1回目
				2回目
○				

勉強計画

介護支援分野

保健医療福祉分野

予想問題

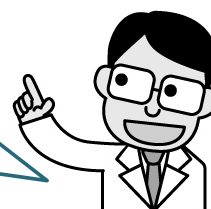
週	日付	介護支援	保健・医療・福祉	予想
1	6/10-6/16			
2	6/17-6/23			
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18	10/7-10/13			

21

4. マル秘解法テクニック！

×	否定文、～のみ、～に限られる、いかなる場合も、～必要ない
○	～の1つ、およそ
×	指示した、判断した、説得した
○	相談した、検討した、提案した、配慮した
○	利用者を大切にしたい表現（×：家族の意見のみを聞く）
言葉の入替	市町村／都道府県、～することができる／～しなければならない
数字	3年に1度、検査値の基準値、胃ろうの交換頻度
※少し知っておくと、困った時に役立つだけでなく、勉強が楽しくなる！	

以上のことを参考に、ぜひ勉強頑張って下さい！
よく、試験勉強は実際の業務に役立たないと言いますが、
きちんと理解するところまで勉強すれば、
これほど役立つ内容はないと思っています！
よいケアマネジャーになるためにも、頑張りましょう！



過去問から学ぶ（H26）

問題24 腰痛の持病のある一人暮らしのYさん（75歳、女性）が、つまづいた拍子にさらに腰を痛めて動けなくなった。要介護2の認定を受け、当初は週5回訪問介護を利用していた。その後要介護度が改善し、家事は相当程度行えるようになったが、訪問介護員の家事に頼り、訪問介護員との会話を楽しみにしている。このため、訪問介護の回数を減らすことに納得しない。介護支援専門員の対応として、より適切なものはどれか。3つ選べ。

- 1 家事について、現状でYさんができることとできないことを一緒に確認する。
- 2 話し相手になってくれるインフォーマルサポートを探す。
- 3 自分でできる家事は保険で給付できないとして、一方的に自立を求める。
- 4 訪問介護事業所に訪問回数を減らすよう指示する。
- 5 Yさんの生活上の楽しみを見つけ、それを実現するための方法を検討する。

【参考】壁に貼る勉強法 （道山ケイさんのメルマガより）

例えばあなたが、日本の県庁所在地を全て覚えたいとします。
この時、白地図に県庁所在地を書き込みます。
そしてその白地図をコピーして、
トイレ、机の前、玄関のドアなどに貼ります。これだけです。

（中略）

ではなぜ壁に貼る勉強法は効果的なのでしょうか？
人間というのは、繰り返し触れることで物事を記憶します。
例えば、毎日学校に行くときに目にする看板。
知らないうちに頭に残っていますよね？
これは毎日繰り返し見ることで、
知らないうちに頭に入っているのです。
覚えたい内容を壁に貼っておくことで、
知らないうちに目にします。
すると、気づいたときには頭に残ってしまうのです。

受験対策動画講座15時間！

- 完全独学は難しい上に、面白くない…
独学できる基礎を作る！
- 導入編&介護支援分野編、保健・医療・福祉サービス分野編
※天晴れ介護サービス総合教育研究所HPより
※導入編については、YouTubeでもご覧になれます！
- とりあえず聞き流して、あとは問題集！
- 1回聞いただけでは分からない内容も、動画があれば安心！
- 受験生はもちろん、現役ケアマネさん、本部職員さんも！

介護支援分野 目次

天晴れ介護サービスHPよりお求め頂けます！



◎目次

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. データ（高齢化・家族・介護サービス） | 15. 保険給付一覧 |
| 2. 保険用語と意味 | 16. 特例サービス |
| 3. 介護保険制度の全体像 | 17. 他法との給付調整 |
| 4. 介護保険制度の改正と背景 | 18. 地域支援事業と介護保険 |
| 5. 介護支援専門員 | 19. 現物給付と償還払い |
| 6. 居宅介護支援 | 20. 介護報酬の支払いの流れ |
| 7. 介護予防支援 | 21. 第1号保険料 |
| 8. ケアプラン | 22. 第2号保険料 |
| 9. ケアマネジメントの比較 | 23. 保険財政 |
| 10. 被保険者 | 24. 居宅サービス共通基準 |
| 11. 16の特定疾病 | 25. 介護保険施設共通基準 |
| 12. 被保険者の資格得喪・届出 | 26. 居宅介護支援の基準 |
| 13. 要介護認定 | 27. 居宅介護支援の介護報酬 |
| 14. 認定の申請と期間 | 28. 保険者 |
| | 29. 介護保険事業計画 |
| | 30. 各委員会・審査会 |

保健医療サービス分野 目次

天晴れ介護サービスHPよりお求め頂けます！

◎目次

1. 高齢者の心身機能・疾病
2. 医学的診断・医療との連携
3. 在宅での医療管理
4. バイタルサインと検査値
5. 高齢者に多い疾患と治療
6. 急変時の対応
7. 感染症
8. 認知症の介護
9. 高齢者の精神障害
10. リハビリテーション
11. ターミナルケア
12. 薬の知識
13. 栄養・食生活
14. 介護技術の展開

15. 訪問看護
16. 訪問リハビリ
17. 居宅療養管理指導
18. 通所リハビリ
19. 短期入所療養介護
20. 小規模多機能型居宅介護
(看護小規模多機能型居宅介護)
21. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
22. 介護老人保健施設
23. 介護療養型医療施設／介護医療院
24. 地域別の介護報酬(共通)
25. 集合住宅の減算、
各種委員会・会議(共通)



福祉サービス分野 目次

天晴れ介護サービスHPよりお求め頂けます！

◎目次

1. ソーシャルワーク
2. 社会資源の活用
3. ICF (国際生活機能分類)
4. 障害者総合支援法
5. 生活保護制度／
生活困窮者自立支援法
6. 虐待・後期高齢者医療制度
7. 成年後見制度／
日常生活自立支援事業
8. 高齢者住まい法／老人福祉法
9. 個人情報保護法／
育児・介護休業法

10. 訪問介護
11. 訪問入浴・短期入所生活介護
12. 通所介護
13. 療養通所介護
14. 福祉用具貸与／特定福祉用具販売
住宅改修
15. 特定施設入居者生活介護
16. 夜間対応型訪問介護
認知症対応型通所介護
17. 小規模多機能型居宅介護
18. 認知症対応型共同生活介護
19. 介護老人福祉施設
20. 地域別の介護報酬(共通)
21. 集合住宅の減算、
各種委員会・会議(共通)

プレ講座②（介護保険入門編！）

ケアマネジャー受験対策講座



まずはここから！プレ講座

■その2 介護保険入門編

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara. All rights reserved.

I

必勝を期して...!!!

- まずは、問題集！テキストは調べることに
- プレ講座②（介護保険入門編）を観る！
- 問題集最低 3回（+α） + 模擬問題最低 1回（2回）！
- ノートを作るなら「弱点ノート」がおすすめ！
- 以上を 1週間単位でプランニング！
- 15時間の受験対策動画を観る！

必勝を期して...!!!



最後に一言・・・

嫌なら辞めなさい。
勉強は「○○」なんだから。



林修先生

ご清聴ありがとうございました！

さあ、頑張りましょう！！！！



天晴れ介護サービス総合教育研究所

代表 榊原宏昌

1. データその1（高齢化）

65歳以上高齢者、75歳以上後期高齢者

65歳以上の割合が7%超=高齢化社会、14%超=高齢社会、21%超=超高齢社会

高齢化率2019年28.4%（約3,600万人）、2025年30.5%、2050年39.6%

第1号被保険者数 2000（平成12）年約2200万人

合計特殊出生率（1人の女性が一生の間に産む子供の数）2008年1.37（2.08で維持）

高齢化社会から高齢社会へ移行するのに、日本は24年、スピードが速い

要介護等認定者数 約660万人（高齢者の約20%、75歳以上約3割、85歳以上約6割）

要介護高齢者の発生率は加齢とともに上昇

75歳以上の増加が著しい。今後も著しい（ただし、市町村によって大きな違い）

介護が必要になった主な原因の第1位は認知症

2012（平成24）年時点の認知症高齢者数は462万人、
2025年では約700万人（高齢者の20%）、2060年では約1000万人（高齢者の約3割）

2015（平成27）年は1人の後期高齢者を20～64歳の4.4人で支えていた
→2045年には、1人に対して2.3人

高齢期に不安→内容は、自分や配偶者の健康・病気、介護で上位を占める

1. データその2（家族）

75歳以上世帯数は増加、そのなかでも単独または夫婦のみの増加が顕著

高齢者が子と同居している割合は約4割（1980年は約7割）、今後も低下

要支援・要介護者がいても約7割が単独か核家族世帯（家族の介護力の低下）

……それでも、わが国の高齢者介護は、家族に大きく依存している
→社会経済的にも問題→働き盛りの人が退職・転職・休職を余儀なくされている
→機会費用を失う、厚生年金の受給額が低下、労働市場に大きな制約

同居している主な介護者の約7割弱が女性

同居している介護者の7割以上が60歳以上→老老介護の現実

同居介護者の主な続柄は、①配偶者、②子、③子の配偶者の順

介護者の介護歴は平均6.7年、5～9年が約4割で最も多い（認知症の人と家族の会）

1. データその3（介護サービス）

施設サービス利用者より居宅サービス利用者の方が多い（介護保険は居宅重視）

要介護度が高いほど施設サービスを利用する割合が高い

訪問看護と短期入所生活介護も要介護度が高いほど多く利用する傾向

居宅サービス種類別受給者の推移では、訪問介護と通所介護、福祉用具貸与が利用量・伸びとも目立っている

社会福祉法人や医療法人に加えて、株式会社などの営利法人も多く参入

2022（令和4）年度の給付費は約11兆円

65歳以上が払う保険料の全国平均は2000年2,911円→2024年6,225円

介護保険法

第1条 自立支援、尊厳の保持、国民の共同連帯

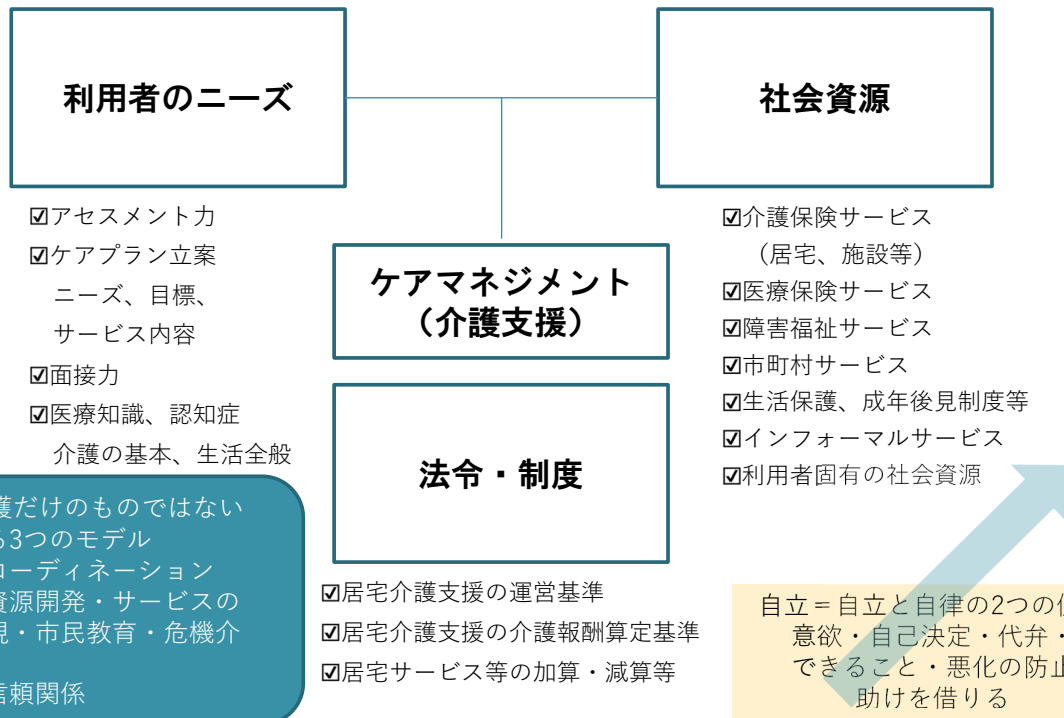
第2条 要介護状態等の軽減・悪化の防止、医療との連携、
多様な事業者による総合的・効率的な提供

第4条 国民の努力義務（予防、健康の増進、リハビリテーション等）

第5条 認知症の調査研究の推進、在宅重視

ケアマネジメントとは

「利用者のニーズ」と「社会資源」を結びつけるのが「ケアマネジメント」つまり、ケアマネジャー（介護支援専門員）の仕事！



2. 保険用語と意味

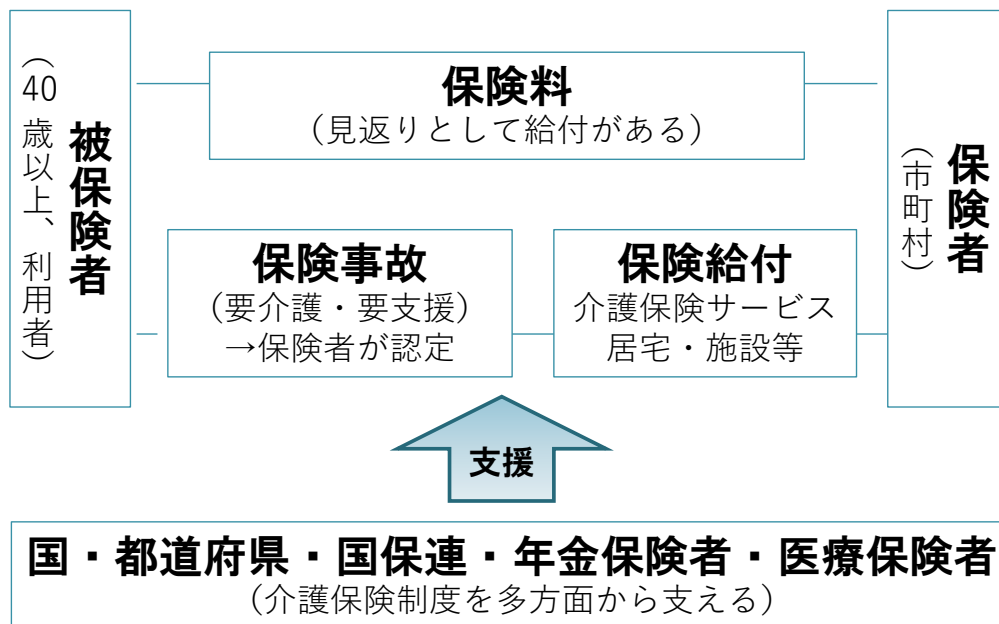
意味	保険用語	車の保険では	介護保険では
万が一の事故に備え	保険事故	車の事故	要支援・要介護状態になること
多くのお金を出しあい	保険料	保険料	介護保険料 (第1号、第2号) ②①②参照
お金を出した人の中で	被保険者 ※「被」とは「受ける人」	保険に加入している人	介護保険では40歳以上の人が強制的に被保険者となる (詳細は⑩参照)
事故が発生した人に	保険事故 (にあった人)	事故にあった人	要支援者・要介護者
お金を給付する制度	保険給付	修理や治療にかかった費用	介護保険サービス (居宅サービス、施設サービス等) ⑮参照
上記保険を実施し、保険料を集める人	保険者	〇〇損害保険等	市町村

社会保障について

社会保険	医療・年金・雇用・労災・介護
公的扶助	生活保護
社会福祉	児童・障害・高齢者・子供手当

3. 介護保険制度の全体像

※介護支援分野の勉強は以下のどれかに属する。
今、自分がどこを勉強しているのかを常に確認することが大切！



4. 介護保険制度の改正と背景

1997（平成9）年12月	介護保険法成立（以前は措置、画一的、応能負担）
2000（平成12）年4月	介護保険スタート（契約、応益負担、利用者選択、ケアマネジメント、民間活力）
2003（平成15）年4月	介護報酬（▲2.3%）
2006（平成18）年4月	介護報酬（▲0.5%）、制度全般の見直し、持続可能性→予防（要支援1,2） 地域密着型事業、地域包括支援センター、情報の公表、 居住費・食費の見直し→特定入所者介護サービス費 事業所指定更新制（6年）、ケアマネ更新（5年）
2009（平成21）年4月	介護報酬（+3.0%）→人材確保、処遇改善が目的、業務管理体制
2012（平成24）年4月	介護報酬（+1.2%）、地域包括ケアシステムへ向けて 「介護・医療・予防・生活支援・住まい」「自助・互助・共助・公助」 「規範的統合（関係者間での目標・考え方の共有）」 基盤強化（定期巡回・複合型サービス）
2015（平成27）年4月	介護報酬（▲2.27%）、費用負担公平化、地域医療介護総合確保基金を県に 新総合事業、包括的支援事業充実、地域ケア会議、特養介護度原則3以上 2割負担導入、高額介護サービス費見直、補足給付見直（資産勘案）
2018（平成30）年4月	介護報酬（+0.54%）、保険者等の地域分析と対応（地域マネジメント） 居宅サービスの指定の保険者関与（意見言える、条件つける） 介護医療院、共生型サービス、有料老人ホームへの事業停止命令可、 第1号被保険者は所得に応じて3割負担、第2号の保険料は総報酬割へ
2021（令和3）年4月	介護報酬（+0.7%）、感染症や災害への対応力強化 居宅介護支援減制、科学的介護（LIFE）、高額介護サービス費 特定入所者介護サービス費（補足給付）見直し（預貯金基準も見直し）
2024（令和6）年4月	介護報酬（+1.59%）、処遇改善、虐待・身体拘束防止強化 生産性向上、医療・介護の連携、栄養・口腔・リハの一体的取り組み 居宅介護支援さらなる減制、介護予防支援の指定可能に、テレワーク

◎3年
ごとの
介護報
酬の見
直し、
市町村
介護保
険事業
計画の
策定

◎5年
を経過
するご
とに制
度全般
の検討
と必要
な見直
し

過去問から学ぶ（R5）

問題 1 高齢化について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 2025(令和7)年には、いわゆる団塊の世代が85歳に到達する。
- 2 2021(令和3)年国民生活基礎調査によると、65歳以上の者のいる世帯では「三世帯世帯」の割合が一番多い。
- 3 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」(平成30年推計)によると、世帯主が65歳以上の世帯数は2040(令和22)年まで増加し続ける。
- 4 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口」(平成29年推計)によると、前期高齢者の人口は、2015(平成27)年と比べて2045(令和27)年では倍増する。
- 5 2019(令和元)年度末における85歳以上の介護保険の被保険者に占める要介護又は要支援と認定された者の割合は、50%を超えている。

過去問から学ぶ（R5）

問題 2 地域福祉や地域共生社会について正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 市町村は、包括的な支援体制を整備するため重層的支援体制整備事業を実施しなければならない。
- 2 市町村は、市町村地域福祉計画を策定するよう努めるものとする。
- 3 地域共生社会とは、子供・高齢者・障害者などすべての人々が地域、暮らし、生きがいをともに創り、高め合うことができる社会のことである。
- 4 介護保険法に基づく地域支援事業等を提供する事業者が解決が困難な地域生活課題を把握したときは、その事業者が自ら課題を解決しなければならない。
- 5 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の共生型サービスは、介護保険制度と障害福祉制度の両方に位置付けられている。

過去問から学ぶ（R5）

問題 4 介護保険法第2条に示されている保険給付の基本的考え方として正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 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なければならない。
- 2 被保険者の置かれている環境に配慮せず提供されなければならない。
- 3 可能な限り、被保険者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。
- 4 医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 5 介護支援専門員の選択に基づき、サービス提供が行われなければならない。

43

6. 居宅介護支援（申請からのプロセス）

- 申請（申請書＋保険証、デイやヘルパーなどは代行不可）
- 要介護・要支援認定（一次判定、二次判定の仕組みについて理解）
- ①初回面談（居宅を訪問、1時間程度が望ましい）
- ②課題分析（アセスメント）（23の課題分析標準項目）自宅訪問・本人及び家族
- ③ケアプラン原案作成（ニーズ（課題）、長期・短期目標、サービス内容）
- ④サービス担当者会議（チームアプローチ、情報共有と専門的意見、同意と計画交付）
- （サービス実施：デイやヘルパーなど）
- ⑤モニタリング（毎月居宅訪問（オンライン可）、本人面談、記録。計画実施状況や生活状況）
- ⑥更新・再アセスメント

要介護認定申請書

介護保険〔要介護・要支援認定〕申請書（新規）									
(あて先) 一宮市長 次のとおり申請します。					申請日	平成 年 月 日			
申請者氏名					本人との関係				
住所					連絡先				
提出代行者 名称及び 所在地	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)				印				
被 保 険 者	被保険者番号				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	フリガナ				性別	男・女			
	氏名				電話番号				
	住所	〒 1.申請者と同じ 2.一宮市			電話番号				
	現在入所中の 介護保険施設・ 医療機関等の 有無(短期入所を 除く)	施設名			所在地	〒		電話番号	
有・無	期間	年 月 日 から 年 月 日							
主 治 医	氏名				医療機関名				
	所在地	〒			電話番号				
	受診状況	定期的に受診中 以前受診していたが最近、受診していない 未受診							
※2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方は、下記の欄を記入するとともに、加入している医療保険証を提示してください。(コピーでも可。ただし必ず本人の氏名が分かるようにして下さい。)									
医療保険者名				医療保険証記号番号					
特定疾病名									
介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を一宮市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。また、主治医意見書を記載した医師には、介護認定審査会による判定結果を提示することに同意します。									
本人氏名									
申請される方は、太枠内をすべてご記入下さい。									
照会照付	入力	一次	意見書	調査票	事務名簿	受付			

介護保険被保険者証（表）

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		給付制限	内容
番号		認定年月日	平成 年 月 日	開始年月日	平成 年 月 日
住所		(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)		終了年月日	平成 年 月 日
フリガナ		認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	開始年月日	平成 年 月 日
氏名		居宅サービス等	区分支給限度基準額 平成 年 月 日～平成 年 月 日 1月当たり	終了年月日	平成 年 月 日
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日 平成 年 月 日
性別	男・女		種類支給限度基準額		届出年月日 平成 年 月 日
交付年月日	平成 年 月 日				届出年月日 平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		介護保険施設等	種類
					入所等年月日 平成 年 月 日
					名称
					退所等年月日 平成 年 月 日
					種類
					入所等年月日 平成 年 月 日
					名称
					退所等年月日 平成 年 月 日

介護保険負担割合証

介護保険負担割合証

五 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介

護防サビシ以下「居宅サビシ等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サビシ計画を若しくは介護サビシサビシ計画を作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サビシの作成を依頼して介護予防サビシ計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。

七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。

八 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用

に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません)。

九 介護予防・生活支援サービスの事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額、事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。

十 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載

事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。

十一 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返して

十二 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証

を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

十三 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受

十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事
 けます。

後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

交付年月日 年 月 日

被 保 者	番 号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女				
利用者負担の割合		適 用 期 間									
割		開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日
割		開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日
保険者番号並びに保険者の名称及び印											

注意事項

一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービスの事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口提出してください。

二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービスの事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。（居宅介護支援サービスの利用支払額はありません。）

三 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際にはこの証を添えてください。

四 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出て下さい。

五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

六 利用時支払額を三割（利用者負担の割合）欄に記載された割合が三割である場合

は四割」とする措置（給付額減額）を受けている場合は、この証に記載された利用者の負担の割合よりも、当該措置が優先されます。

認定調査票（概況調査）

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな		所 属 機 関	
記入者氏名			

II 調査対象者

過去の認定 ふりがな	初回・2回目以降 （前回認定 年 月 日）	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護（ ）
対象者氏名	性別 男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
現住所	〒 -	電 話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係（ ）	電 話	- -

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用（認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6月の品目数を記入）			
☐ （介護予防）訪問介護（ホームヘルプサービス）	月 回	☐ （介護予防）福祉用具貸与	品目
☐ （介護予防）訪問入浴介護	月 回	☐ 特定（介護予防）福祉用具販売	品目
☐ （介護予防）訪問看護	月 回	☐ 住宅改修	あり・なし
☐ （介護予防）訪問リハビリテーション	月 回	☐ 夜間対応型訪問介護	月 日
☐ （介護予防）居宅療養管理指導	月 回	☐ （介護予防）認知症対応型通所介護	月 日
☐ （介護予防）通所介護（デイサービス）	月 回	☐ （介護予防）小規模多機能型居宅介護	月 日
☐ （介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月 回	☐ （介護予防）認知症対応型共同生活介護	月 日
☐ （介護予防）短期入所生活介護（特養等）	月 日	☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
☐ （介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）	月 日	☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
☐ （介護予防）特定施設入居者生活介護	月 日	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
☐ 複合型サービス	月 日		
☐ 市町村特別給付 []			
☐ 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設利用	施設連絡先
☐ 介護老人福祉施設	施設名 _____
☐ 介護老人保健施設	郵便番号 _____
☐ 介護療養型医療施設	施設住所 _____
☐ 認知症対応型共同生活介護専用施設（グループホーム）	
☐ 特定施設入居者生活介護専用施設（ケアハウス等）	
☐ 医療機関（医療保険適用療養病床）	
☐ 医療機関（療養病床以外）	電 話 _____
☐ その他の施設	

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について、認定調査票（特記事項）の下部、「概況調査の特記すべき事項」欄に記入してください。

認定調査票（基本調査①）

（3）認定調査票（基本調査）の構成

認定調査票（基本調査）は、以下の項目（群）から構成されている。

第1群	身体機能・起居動作
	「1-1 麻痺等の有無（左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他（四肢の欠損）」 「1-2 拘縮の有無（肩関節、股関節、膝関節、その他（四肢の欠損）」 「1-3 寝返り」 「1-4 起き上がり」 「1-5 座位保持」 「1-6 両足での立位保持」 「1-7 歩行」 「1-8 立ち上がり」 「1-9 片足での立位」 「1-10 洗身」 「1-11 つめ切り」 「1-12 視力」 「1-13 聴力」
第2群	生活機能
	「2-1 移乗」 「2-2 移動」 「2-3 えん下」 「2-4 食事摂取」 「2-5 排尿」 「2-6 排便」 「2-7 口腔清潔」 「2-8 洗顔」 「2-9 整髪」 「2-10 上衣の着脱」 「2-11 ズボン等の着脱」 「2-12 外出頻度」
第3群	認知機能
	「3-1 意思の伝達」 「3-2 毎日の日課を理解」 「3-3 生年月日や年齢を言う」 「3-4 短期記憶」 「3-5 自分の名前を言う」 「3-6 今の季節を理解する」 「3-7 場所の理解」 「3-8 徘徊」 「3-9 外出すると戻れない」

認定調査票（基本調査②）

第4群	精神・行動障害
	「4-1 物を盗られたなどと被害的になる」 「4-2 作話」 「4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」 「4-4 昼夜の逆転がある」 「4-5 しつこく同じ話をする」 「4-6 大声をだす」 「4-7 介護に抵抗する」 「4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがない」 「4-9 一人で外に出たがり目が離せない」 「4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」 「4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする」 「4-12 ひどい物忘れ」 「4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする」 「4-14 自分勝手に行動する」 「4-15 話がまとまらず、会話にならない」
第5群	社会生活への適応
	「5-1 薬の内服」 「5-2 金銭の管理」 「5-3 日常の意思決定」 「5-4 集団への不適応」 「5-5 買い物」 「5-6 簡単な調理」
その他	過去14日間にうけた特別な医療について 【処置内容】 1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマ（人工肛門）の処置 5. 酸素療法 6. レスビレーター（人工呼吸器） 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 【特別な対応】 10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 11. じょくそうの処置 12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）

主治医意見書①

主治医意見書		記入日 平成 年 月 日	
申請者	（ふりがな）	男・女	平 一
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。		連絡先（ ）	
医師氏名 医療機関名 医療機関所在地		電話（ ） FAX（ ）	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	（有の場合）→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他（ ）		
1. 傷病に関する意見			
(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日 1. 発症年月日（昭和・平成 年 月 日頃） 2. 発症年月日（昭和・平成 年 月 日頃） 3. 発症年月日（昭和・平成 年 月 日頃）			
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 （「不安定」とした場合、具体的な状況を記入）			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 （最近（概ね6ヶ月以内）介護に影響のあったもの）及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入）			
2. 特別な医療（過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック）			
処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養		
特別な対応	☐ モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ☐ 褥瘡の処置		
失禁への対応	☐ カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）		
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む） ・短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない ・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない			
(3) 認知症の周辺症状（該当する項目全てにチェック；認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む） ☐ 無 ☐ 有 → ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他（ ）			
(4) その他の精神・神経症状 ☐ 無 ☐ 有（症状名： 専門医受診の有無 ☐ 有（ ） ☐ 無）			

主治医意見書②

(5) 身体状態
 身長＝ cm 体重＝ kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)
☐ 四肢欠損 (部位：)
☐ 麻痺
☐ 右上肢 (程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 右下肢 (程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ その他 (部位： 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 筋力の低下 (部位： 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 関節の拘縮 (部位： 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 関節の痛み (部位： 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左
☐ 褥瘡 (部位： 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ その他の皮膚疾患 (部位： 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない
 車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 ☐ 自立しない何とか自分で食べられる ☐ 全面介助
 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良
 → 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()
 → 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療
☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導
☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 ☐ 特になし ☐ あり () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()
 ・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()
 ・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)

(1) 判定の基準

調査対象者について、調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。
 なお、全く障害等を有しない者については、自立に○をつけること。

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度

(1) 判定の基準

調査対象者について、訪問調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、まったく認知症を有しない者については、自立に○印をつけること。

【参考】

ランク	判 断 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）
2	これまでの生活と現在の状況
3	利用者の社会保障制度の利用情報
4	現在利用している支援や社会資源の状況
5	日常生活自立度（障害）

6	日常生活自立度（認知症）
7	主訴・意向
8	認定情報
9	今回のアセスメントの理由

課題分析（アセスメント）

No.	標準項目名
10	健康状態
11	ADL
12	IADL

13	認知機能や判断能力
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況
15	生活リズム
16	排泄の状況
17	清潔の保持に関する状況
18	口腔内の状況
19	食事摂取の状況

20	社会との関わり
21	家族等の状況
22	居住環境
23	その他留意すべき事項・状況

居宅サービス計画書

第 1 表

居宅サービス計画書（１）

作成年月日

年 月 日

[初回](#) · [紹介](#) · [継続](#)

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日
 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5
---------	---------------------------------------

利用者及び家族の
生活に対する
意向を踏まえた
課題分析の結果

介護認定審査会の
意見及びサービスの
種類の指定

総合的な援助の方 針

生活援助中心型の 算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（

居宅サービス計画書

作成年月日 年 月 日

第2表

居 宅 サ ー ビ ス 計 画 書 (2)

利用者名 殿

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。



居宅サービス計画書

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
午前	16:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								
午後	24:00								

週単位以外のサービス	
------------	--



居宅サービス計画書

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)						
※備考						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次の開催時期)						

(注意) 1 この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所に連絡のうえ、一宮市に提出してください。

2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず一宮市に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

7. 介護予防支援（申請からのプロセス）

- ・申請（申請書＋保険証、デイやヘルパーなどは代行不可）
- ・要介護・要支援認定（一次判定、二次判定の仕組みについて理解）
- ・①初回面談（居宅を訪問、1時間程度が望ましい）
- ・②課題分析（基本チェックリスト、4領域（運動移動・日常生活・社会参加・健康管理））
- ・③ケアプラン原案作成（ニーズ（課題）、目標、サービス内容）
- ・④サービス担当者会議（チームアプローチ、情報共有と専門的意見、同意と計画交付）
- ・（サービス実施：デイ等セルフケア含む、生活機能改善のための目標指向型）
- ・⑤モニタリング（3か月に1回居宅を訪問(ワライン可)、毎月記録、計画実施状況や生活状況
- ・⑥更新・再アセスメント

基本チェックリスト

基本チェックリスト（厚生労働省作成）				
No.	質問項目	回答		得点
暮らしのその1	1 バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
	2 日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
No. 1～5の合計				
運動器関係	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	
	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
	8 15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
	9 この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
No. 6～10の合計				3点以上
栄養・口腔機能等の関係	11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ	
	12 身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ	
	No. 11～12の合計		2点以上	
	13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
No. 13～15の合計				2点以上
暮らしのその2	16 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ	
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
No. 16～20の合計				
No. 1～20までの合計				10点以上
うつ	21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
	22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
	23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
	24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
	25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	
No. 21～25の合計				

☆チェック方法
回答欄のはい、いいえの前にある数字(0または1)を得点欄に記入してください。

☆基本チェックリストの結果の見方
基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目6～10の合計が3点以上
- 項目11～12の合計が2点
- 項目13～15の合計が2点以上
- 項目1～20の合計が10点以上

介護予防サービス・支援計画書

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1日	1年
アセスメント領域と現在の状況 運動・移動について 日常生活（家庭生活）について 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 健康管理について	本人・家族の意欲・意向 領域における課題（背景・原因） 総合的課題 課題に対する目標と具体策の提案 具体策についての意向（本人・家族） 目標 目標についての支援のポイント 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス 介護保険サービスまたは地域支援事業 サービス種別 事業所 期間

健康状態について
☐主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						

【本来行うべき支援ができない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善、予防のポイント

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

9. ケアマネジメントの比較

	介護予防支援	居宅介護支援	施設介護支援
標準件数	—	35人	100人
アセスメント	居宅にて 本人及び家族面談 4項目（運動・移動、 日常生活、社会参加、 健康管理）	居宅にて 本人及び家族面談 23項目（課題分析 標準項目）	本人及び家族面談 23項目（課題分析 標準項目）
サービス 担当者会議	原則会議 やむを得ない場合に 照会	原則会議 やむを得ない場合に 照会	会議、照会等
モニタリング	訪問 1回／3ヵ月 記録 1回／月	訪問・記録 1回／月	定期的 ※頻度は入居者の 心身状況に応じて 適切に
減算	なし	あり	なし

過去問から学ぶ（R5）

問題 21 居宅サービス計画の作成について適切なものはどれか。3つ選べ。

- 1 課題分析の結果は、居宅サービス計画書に記載しない。
- 2 総合的な援助の方針は、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、居宅サービス計画書に記載する。
- 3 居宅サービス計画の長期目標は、基本的に個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。
- 4 週間サービス計画表には、提供されるサービス以外に主な日常生活上の活動も記載する。
- 5 サービス担当者会議の要点には、出席できないサービス担当者に対して行った照会の内容について記載しなくてよい。

過去問から学ぶ（R5）

問題 22 指定介護老人福祉施設の施設サービス計画について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 モニタリングは、少なくとも月に1回行わなければならない。
- 2 アセスメントは、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。
- 3 計画の交付は、家族に行えばよい。
- 4 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も含めて位置付けるよう努めなければならない。
- 5 介護支援専門員以外の者も作成できる。

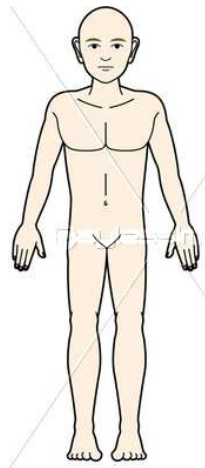
16の特定疾病（分類はあくまで記憶法）

①脳関連

脳血管疾患・初老期認知症・パーキンソン病関連疾患
脊髄小脳変性症・早老症

②脊椎・神経関連

筋委縮性側索硬化症
多系統委縮症
脊柱管狭窄症
後縦靱帯骨化症



③内臓関連

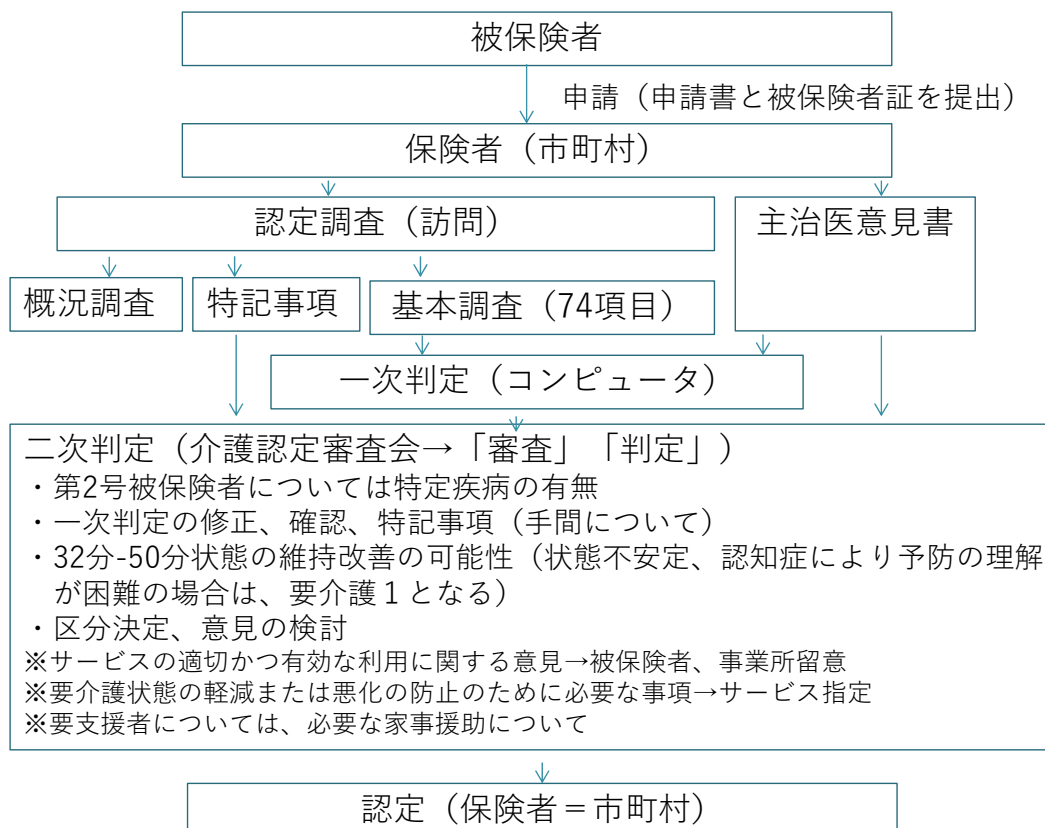
慢性閉塞性肺疾患
がん末期
閉塞性動脈硬化症
糖尿病性神経障害
腎症・網膜症

④関節関連

関節リウマチ・骨折を伴う骨粗鬆症
変形性関節症（両側の膝関節・股関節）

71

要介護認定



72

過去問から学ぶ（R5）

問題 18 要介護認定の申請について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 被保険者は、介護認定審査会に申請しなければならない。
- 2 地域包括支援センターは、申請に関する手続を代行することができる。
- 3 介護保険施設は、入所者の更新認定の申請に限って代行することができる。
- 4 要介護状態区分の変更申請には、医師の診断書を添付しなければならない。
- 5 更新認定の申請は、有効期間満了の日の60日前から行うことができる。

過去問から学ぶ（R5）

問題 19 要介護認定について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 認定調査は申請者と面接して行わなければならないと、介護保険法に規定されている。
- 2 申請者が遠隔地に居住する場合には、認定調査を他の市町村に嘱託することができる。
- 3 新規認定の調査は、指定市町村事務受託法人に委託することができない。
- 4 一次判定は、認定調査票の基本調査の結果及び特記事項と主治医意見書に基づいて行う。
- 5 審査及び判定の基準は、市町村が定める。

過去問から学ぶ（H27）

問題18 要介護認定における主治医意見書の項目として正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 認知症初期集中支援チームとの連携に関する意見
- 2 心身の状態に関する意見
- 3 社会生活への適応に関する意見
- 4 傷病に関する意見
- 5 生活機能とサービスに関する意見

75

15 保険給付一覧 その1

指定	区分	介護給付（要介護）		予防給付（要支援）	
都道府県が指定・監督を行うサービス	居宅サービス	1	訪問介護（ヘルパー）		→総合事業へ（第1号訪問事業）
		2	訪問入浴	2	介護予防訪問入浴
		3	訪問看護	3	介護予防訪問看護
		4	訪問リハビリテーション	4	介護予防訪問リハビリテーション
		5	通所介護（デイサービス）		→総合事業へ（第1号通所事業）
		6	通所リハビリテーション（デイケア）	6	介護予防通所リハビリテーション
		7	短期入所生活介護（ショートステイ）	7	介護予防短期入所生活介護
		8	短期入所療養介護（ショートステイ）	8	介護予防短期入所療養介護
		9	福祉用具貸与（レンタル）	9	介護予防福祉用具貸与
		10	特定福祉用具販売（居宅介護サービス費には含まれない）	10	介護予防特定福祉用具販売（介護予防サービス費には含まれない）
		11	居宅療養管理指導	11	介護予防居宅療養管理指導
		12	特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）	12	介護予防特定施設入居者生活介護
市町村が指定・監督を行うサービス	地域密着型サービス	1	住宅改修（指定制度なし）	1	介護予防住宅改修（指定制度なし）
		1	居宅介護支援（ケアマネ）	1	介護予防支援
		1	認知症対応型通所介護	1	介護予防認知症対応型通所介護
		2	小規模多機能型居宅介護	2	介護予防小規模多機能型居宅介護
		3	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	3	介護予防認知症対応型共同生活介護（支2のみ）
		4	夜間対応型訪問介護		
		5	地域密着型特定施設入居者生活介護（地域有料）		
		6	地域密着型介護老人福祉施設（地域特養）		
		7	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
都道府県	施設サービス	8	看護小規模多機能型居宅介護		
		9	地域密着型通所介護		→総合事業へ（第1号訪問事業）
		1	介護老人福祉施設（特養）		
		2	介護老人保健施設（老健）		
		3	介護療養型医療施設（療養型）2024.3廃止		
		4	介護医療院		

15 保険給付一覧 その2

		サービスの種類	支給限度基準額	予防の有無	医・福	基準該当	特定入所者介護サービス費	その他
在宅	訪問	訪問介護	○	(総合へ)	福祉	○		
		訪問入浴	○	○	福祉	○		
		訪問看護	○	○	医療	×		
		訪問リハビリテーション	○	○	医療	×		
		居宅療養管理指導	限度外	○	医療	×		
		夜間対応型訪問介護	○	×	福祉	×		
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○月定額	×	医療	×		
	通所	通所介護	○	(総合へ)	福祉	○		
		地域密着型通所介護	○	(総合へ)	福祉	×		
		通所リハビリテーション	○	○月定額	医療	×		
		認知症対応型通所介護	○	○	福祉	×		
	短期入所	短期入所生活介護	○	○	福祉	○	○	オムツ有
		短期入所療養介護	○	○	医療	×	○	オムツ有
	多機能	小規模多機能型居宅介護	○月定額	○月定額	福祉	×		
		看護小規模多機能型居宅介護	○月定額	×	医療	×		
	用具	福祉用具貸与	○	○制限有	福祉	○		
		特定福祉用具販売	年10万	○	福祉	×		
		住宅改修	1住宅20万	○	福祉	×		
入所		特定施設入居者生活介護	×	○	福祉	×		
		認知症対応型共同生活介護	×	○支2以上	福祉	×		
		地域密着型特定施設	×	×	福祉	×		
		地域密着型介護老人福祉施設	×	×	福祉	×	○	オムツ有
		介護老人福祉施設	×	×	福祉	×	○	オムツ有
		介護老人保健施設	×	×	医療	×	○	オムツ有
		介護療養型医療施設	×	×	医療	×	○	オムツ有
		介護医療院	×	×	医療	×	○	オムツ有

過去問から学ぶ (R3)

問題 7 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はどれか。3つ選べ。

- 1 福祉用具貸与
- 2 小規模多機能型居宅介護
- 3 居宅療養管理指導
- 4 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

過去問から学ぶ（H30）

問7 支給限度基準額について正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1福祉用具貸与には、区分支給限度基準額は適用されない。
- 2福祉用具購入費には、区分支給限度基準額は適用されない。
- 3居宅療養管理指導には、区分支給限度基準額は適用されない。
- 4転居した場合には、改めて支給限度基準額まで居宅介護住宅改修費の支給を受けることができる。
- 5地域密着型サービスには、居宅介護サービス費等種類支給限度基準額は適用されない。

79

16. 特例サービス

①申請前に緊急で利用したサービス（×居宅介護支援）

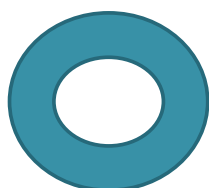
→土日、GW、年末年始などの市役所が休みの時に急に要介護状態となり介護の必要性が出てサービスを利用した場合など。

②基準該当サービス

③離島等相当サービス

原則は償還払いだが、市町村が手続きをとることにより、現物給付化が可能

④緊急やむを得ず、被保険者証を提示せず利用



指定事業所

- ①人員基準
- ②設備基準
- ③運営基準



基準該当サービス

基準を一部満たさず
人員基準は満たす必要
法人格不要、
在宅系福祉系に限定、
※市町村が必要と認める



離島等相当サービス

基準を満たさず
法人格も不要
地域密着もOK
※市町村が必要と認める

基準該当サービスの○×

基準該当が×のサービスの特徴

- ☑
- ☑
- ☑

基準該当がOKのサービス

- ☑
- ☑
- ☑
- ☑
- ☑
- ☑

基準該当サービスの○×

基準該当が×のサービスの特徴

- ☑医療系
- ☑施設系
- ☑地域密着型

基準該当がOKのサービス

- ☑居宅介護支援
- ☑訪問介護
- ☑訪問入浴
- ☑通所介護
- ☑短期入所生活介護
- ☑福祉用具貸与

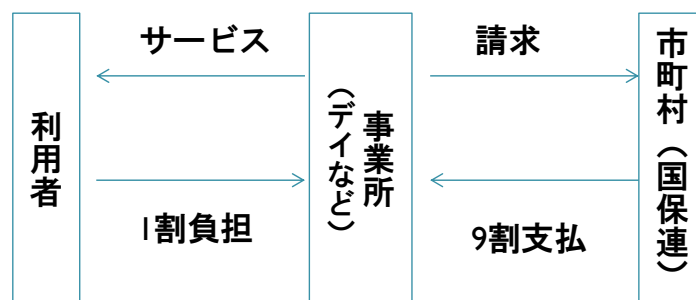
保険給付一覧 その2

		サービスの種類	支給限度基準額	予防の有無	医・福	基準該当	特定入所者介護サービス費	その他
在宅	訪問	訪問介護						
		訪問入浴						
		訪問看護						
		訪問リハビリテーション						
		居宅療養管理指導						
		夜間対応型訪問介護						
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
	通所	通所介護						
		地域密着型通所介護						
		通所リハビリテーション						
		認知症対応型通所介護						
	短期入所	短期入所生活介護						
		短期入所療養介護						
	多機能	小規模多機能型居宅介護						
		看護小規模多機能型居宅介護						
入所	用具	福祉用具貸与						
		特定福祉用具販売						
		住宅改修						
	入所	特定施設入居者生活介護						
		認知症対応型共同生活介護						
		地域密着型特定施設						
		地域密着型介護老人福祉施設						
		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						
		介護医療院						83

現物給付と償還払い

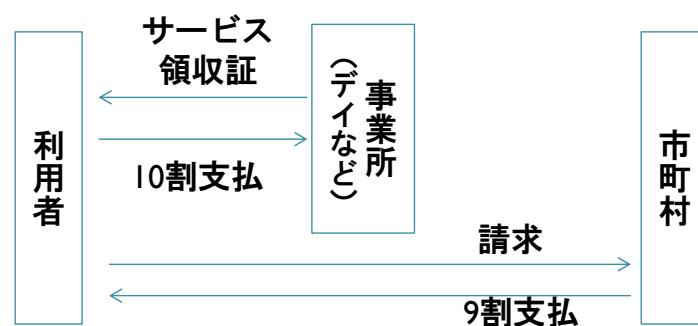
法定代理受領方式 による現物給付

※事業所が利用者の代わりに9割分の給付を受けているように見えることから「代理受領」と呼ばれる



償還払い

※一旦利用者が全額を払った後に、保険者から9割分の給付が戻ってくる形



償還払いになるサービスは？

- ☑
- ☑
- ☑
- ☑

85

償還払いになるサービスは？

- ☑特定福祉用具販売
- ☑住宅改修
- ☑特例サービス →？
- ☑高額介護サービス費

86

他法との給付調整

1. 老人福祉法	虐待などにより、契約に基づく介護保険サービスの利用が難しい場合、措置によるサービス利用あり
2. 労災補償	労災が優先して適用
3. 戦傷病者援護法	戦傷病者援護が優先して適用
4. 医療保険	原則介護保険が優先 しかし、急性期、歯の治療、末期がんの訪問看護などは例外であり、医療保険の給付対象となる
5. 生活保護法	①介護保険の被保険者（主に65歳以上） →介護保険が優先（生活保護の他法優先の原則） 利用者負担（1割）は介護扶助により給付 介護保険の保険料は生活扶助より給付 ②介護保険の被保険者ではない （40歳から64歳はほぼこれ＝医療保険未加入のため） →介護保険の第2号被保険者ではないため、 介護が必要になった時には、介護扶助から10割全額給付
6. 障害者総合支援法	介護保険が優先 しかし、障害者固有のサービスには給付が行われる また、障害者施設などは介護保険の適用除外
7. 公費負担医療	介護保険が優先 公費負担医療からの給付は、介護保険の利用者負担部分（1割）について行われる

介護保険より優先されるのはこの2つのみ！

87

生活保護・生活困窮者自立支援法

国家責任の原理	国民の最低生活保障を国が責任を持って行う
無差別平等の原理	保護は、無差別平等に受けることができる（経済的状態のみ着目）
最低生活保障の原理	健康で文化的な生活水準を維持する
保護の補足性の原理	活用し得る資産等の活用、他法に定める扶助が優先
申請保護の原則	保護は申請に基づき開始（本人の意思があること前提）
基準および程度の原則	あらかじめ生活保護の基準と程度が定められている
必要即応の原則	要保護者の実情に応じて実施
世帯単位原則	生活保護の要否、程度の決定は世帯を単位として行われる
8つの扶助（生活、教育、住宅、医療、介護、出産、生業、葬祭）	
介護扶助	介護保険創設に伴い加わった、移送についても給付、 1割負担分（65歳未満では介護保険被保険者でないため10割分） 都道府県知事が生活保護法に基づいて事業者を指定（みなされる） 申請するにはケアプランの写しが必要 原則現物給付（医療扶助同様）だが、福祉用具購入・住宅改修は金銭給付 福祉事務所に申請、介護券が事業所に送付される 要介護認定は生活保護独自に行うが、通常委託される 介護報酬の請求は、国保連に対して行う 区分支給限度基準額を上回る利用については対象外
生活扶助	介護保険料、食費、居住費、日常生活費、施設入所者基本生活費
生活困窮者自立支援法	生活困窮者：生活保護は受給していないが、可能性あり、自立が見込まれる 実施機関は都道府県、市、福祉事務所を設置する町村 必須事業（自立相談支援、住居確保給付金） 任意事業（就労準備支援、一時生活支援（宿泊、衣食）、家計相談支援）

88

過去問から学ぶ（R5）

問題 60 生活保護制度について正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 保護は，要保護者の年齢別，性別，健康状態等を考慮して行うものとする。
- 2 実施機関は，都道府県知事，市長及び福祉事務所を管理する町村長である。
- 3 生活保護費は，最低生活費に被保護者の収入額を加算して支給される。
- 4 福祉用具の利用は，生活扶助の対象である。
- 5 生活保護の申請は，要保護者，その扶養義務者又はその他の同居の親族が行うことができる。

89

18. 地域支援事業と介護保険

高齢者を
①要介護
②要支援
③事業対象者
④元気に4分類！

要介護………居宅介護支援事業所………居宅サービス計画書

要支援＋事業対象者………介護予防支援事業所………介護予防サービス・支援計画書

※主に地域包括支援センターだが委託可、直接指定も可に

新
総
合
事
業

介護予防・生活支援
サービス事業

一般介護予防事業

要支援、事業対象者を対象（要介護もOKに）
第1号訪問、第1号通所、生活支援、
介護予防ケアマネジメント

第1号被保険者全て、その支援にかかわる者を対象
把握、普及、予防事業評価等

必
須
事
業

包括的支援事業

- ①介護予防ケアマネジメント（保健師）
- ②総合相談支援業務（社会福祉士）
- ③権利擁護業務（社会福祉士）
- ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（主任CM）
- ⑤在宅医療・介護連携の推進
- ⑥生活支援サービスの体制整備
- ⑦認知症施策の推進

地域ケア会議の充実（個別課題、ネットワーク構築、
地域課題、地域づくり、資源開発、政策形成）

- ・利用料は市町村が設定
- ・報酬の請求は国保連
- ・財源にも注意！
（スライド②参照）

任意事業

- ①介護給付等費用適正化事業
- ②家族介護支援事業
- ③その他の事業

18. 地域支援事業と介護保険

高齢者を
①要介護
②要支援
③事業対象者
④元気に4分類！

要介護………居宅介護支援事業所……居宅サービス計画書

要支援＋事業対象者……介護予防支援事業所……介護予防サービス・支援計画書

※主に地域包括支援センターだが委託可、直接指定も可に

一般介護予防事業

_____を対象

第1号訪問、第1号通所、生活支援、
介護予防ケアマネジメント

第1号被保険者全て、その支援にかかわる者を対象
把握、普及、予防事業評価等

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥
- ⑦

- ・利用料は市町村が設定
- ・報酬の請求は国保連
- ・財源にも注意！
(スライド②③参照)

- ①
- ②家族介護支援事業
- ③その他の事業

91

過去問から学ぶ（R3）

問題 14 介護予防・日常生活支援総合事業について正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 要支援者は、介護予防・生活支援サービス事業の対象となる。
- 2 要介護の第1号被保険者は、一般介護予防事業の対象となる。
- 3 介護方法の指導など要介護被保険者を現に介護する者の支援のための事業は、介護予防・生活支援サービス事業に含まれる。
- 4 地域支援事業の一部である。
- 5 包括的支援事業の一部である。

92

過去問から学ぶ（R5）

問題 13 地域支援事業の包括的支援事業として正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 家族介護支援事業
- 2 一般介護予防事業
- 3 在宅医療・介護連携推進事業
- 4 保健福祉事業
- 5 生活支援体制整備事業

93

28. 保険者（市町村）

市町村の事務

被保険者資格管理	台帳、保険証の発行・更新、住所地特例
要介護認定	介護認定審査会設置、認定事務
保険給付	報酬の審査・支払、第三者行為求償事務、ケアプラン届出 限度額上乗せ、種類支給限度額、市町村特別給付（横出し） 償還払い、都道府県が施設指定を行う時の意見提出 地域密着型の指定・指導監督、事業者への立入、基準設定
地域支援事業	事業の実施、地域包括支援センターの設置、保健福祉事業
保険料	第1号保険料の設定、普通徴収、滞納者への措置
財政	特別会計、定率12.5%の負担、第2号保険料の支払基金関連 財政安定化基金への拠出、交付・貸付の申請
計画	3年を1期とする介護保険事業計画の策定

条例で定めること

必ず定める	審査会委員の定数、第1号保険料算定、普通徴収納期
やるなら定める	限度額上乗、種類支給限度額、市町村特別給付、保険料猶予・過料

◎広域連合 地方自治法による 保険者になる

◎一部事務組合 地方自治法による 保険者になる 事務の一部を共同処理

◎事務受託法人 都道府県が指定 認定調査、事業者に対して文書提出などの事務

28. 国・都道府県

都道府県の事務

要介護認定支援	認定審査会の共同設置の支援、受託（認定審査会の設置→審査・判定まで）、市町村事務受託法人の指定
保険給付	事業者指定・指導監督・基準の設定・市町村の施設への助言
財政支援	財政安定化基金の設置 市町村相互財政安定化事業の支援
情報の公表	事業者へ報告徴収・調査・公表
ケアマネジャー	合格→修了→登録→証の交付 更新
計画	介護保険事業支援計画策定、市町村計画への助言
その他	介護保険審査会設置、市町村への報告請求 医療保険・支払基金・国保連への指導監督

国の事務

基準設定	介護認定、報酬算定、限度額、人員設備運営基準、第2号負担率
財政負担	定率国庫負担、調整交付金、財政安定化基金への負担
指導・監督・助言	基本指針策定、市町村・都道府県への報告請求 医療保険・支払基金・国保連への指導監督

国・都道府県・市町村共通

→地域包括ケアに取り組む、認知症の調査研究の推進

過去問から学ぶ（R3）

問題 6 介護保険法において市町村が条例で定めることとされている事項として正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 保健福祉事業
- 2 区分支給限度基準額の上乗せ
- 3 市町村特別給付
- 4 指定介護老人福祉施設に係る入所定員の人数
- 5 地域包括支援センターの職員の員数

過去問から学ぶ（H30）

問4 介護保険制度における国又は地方公共団体の事務又は責務として正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 国は、第2号被保険者負担率を定める。
- 2 都道府県は、介護報酬の算定基準を定める。
- 3 国及び地方公共団体は、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図る。
- 4 国は、財政安定化基金を設置する。
- 5 市町村の長は、居宅介護支援事業所を指定する。

97

30. 各種委員会・審査会

	業務	設置場所	委員	任命	任期
介護保険審査会	市町村の行政処分に対する不服申立の審理・裁決 保険給付(主に認定)と保険料について ※審査請求前置主義	都道府県に1ヶ所	①被保険者代表3名 ②市町村代表3名 ③公益代表3名以上 介護認定に関しては専門調査員を置くことができ、審査は公益代表が行う	都道府県知事	3年
介護給付費審査委員会	市町村から委託を受け、介護給付費の審査	都道府県（国保連内）1ヶ所	①介護サービス代表 ②市町村代表 ③公益代表	国保連	2年
介護認定審査会	介護認定の審査・判定	保険者ごと	保健・医療・福祉の学識経験者 5人程度の合議体	市町村長	2年 条例にて2年超3年以下

※国保連では、介護給付費の審査・支払い（市町村より委託）、第三者行為求償事務（市町村より委託）、苦情処理、介護保険施設等の運営を行う。

過去問から学ぶ（H30）

問15 介護保険法で定める国民健康保険団体連合会が行う業務として正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 第1号被保険者の保険料の特別徴収事務
- 2 居宅介護サービス計画費の請求に関する審査
- 3 第三者行為求償事務
- 4 財政安定化基金の運営
- 5 介護保険施設の運営

過去問から学ぶ（R1.10）

問11

社会保険診療報酬支払基金の介護保険関係業務について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 市町村に対し介護給付費交付金を交付する。
- 2 介護保険財政の収入不足が生じた市町村に不足額を交付する。
- 3 医療保険者から介護給付費・地域支援事業支援納付金を徴収する。
- 4 介護保険サービスに関する苦情への対応を行う。
- 5 業務の一部を年金保険者に委託することができる。

「特定」をまとめてマスター

- ☑特定福祉用具販売
- ☑特定施設入居者生活介護
- ☑特定入所者介護サービス費

低所得の方には、施設利用が困難とならないよう、所得等に応じ、負担限度額が定められており、食費・居住費について、特定入所者介護サービス費を支給することにより、負担を軽減

- ☑特定事業所加算
- ☑特定事業所集中減算
- ☑特定疾病

- ☑特定短期入所療養介護

難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者に対する日帰りのサービス

- ☑特定被保険者

第2号被保険者を扶養する40歳未満ならびに65歳以上の医療保険被保険者については徴収対象となる。この被保険者を「特定被保険者」という

- ☑特定市町村

市町村相互財政安定化事業に参加する市町村

※特別徴収 ※市町村特別給付 ※特例サービス ※住所地特例

101

財政安定化基金をマスター！

- ☑財政安定化基金は（ ）が設置
- ☑介護保険の（ ）と考えるとOK
- ☑財源は（ ）
- ☑交付する場合はどんな時？
- ☑貸与する場合はどんな時？
- ☑借りた場合はいつ返す？
- ☑借りた場合はどのお金で返す？

102

財政安定化基金をマスター！

- ☑ 財政安定化基金は（都道府県）が設置
- ☑ 介護保険の（銀行）と考えるとOK
- ☑ 財源は（国，都道府県及び市町村がそれぞれ3分の1ずつ）
- ☑ 交付する場合はどんな時？
 - 保険料未納による収入不足が見込まれる場合2分の1交付
- ☑ 貸与する場合はどんな時？
 - 給付費増大により市町村の介護保険財政に不足が見込まれる場合
- ☑ 借りた場合はいつ返す？
 - 次の期の3年間で分割して財政安定化基金に返済する
- ☑ 借りた場合はどのお金で返す？
 - 第一号保険料

103

過去問から学ぶ（R3）

問題 11 財政安定化基金について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 市町村は、財政安定化基金を設けるものとする。
- 2 その財源の負担割合は、国2分の1，都道府県4分の1，市町村4分の1である。
- 3 財政安定化基金から生ずる収入は、すべて財政安定化基金に充てなければならない。
- 4 その財源には、第2号被保険者の保険料も充当する。
- 5 給付費の増大により市町村の介護保険財政に不足が見込まれる場合には、必要な額を貸し付ける。

104

第一号保険料でまかなうもの

- ☑ 財政安定化基金からの借入金の返済
- ☑ 市町村特別給付
- ☑ 支給限度基準額の上乗せ
- ☑ 財政安定化基金の市町村負担分
- ☑ 保健福祉事業

どこが決めるの？

第1号保険料は（ ）が決める
第2号保険料は（ ）が決める

保険料負担率って何のこと？
どこが決めるの？
どうやって決めるの？

3. 障害者総合支援法

◆自立支援給付 （個々の利用者障害程度などを踏まえ、個別に支給）		◆地域生活支援事業 （市町村の創意工夫により利用者の状況に応じ柔軟に実施できる）
介護給付	訓練等給付	・相談支援 ・移動支援 ・福祉ホーム ・コミュニケーション支援、日常生活用具 ・地域活動支援 等 ※高次脳機能障害者、発達障害者などの専門性の高い相談支援や広域的な対応が必要な事業を行う都道府県事業もある
・居宅介護 ・重度訪問介護 ・同行援護 ・行動援護 ・療養介護 ・生活介護 ・短期入所 ・重度障害者等包括支援 ・施設入所支援	・自立訓練（機能・生活） ・就労移行訓練 ・就労継続支援 ・就労定着支援 ・自立生活援助 ・共同生活援助	
	自立支援医療	
	・（旧）更生医療 ・（旧）育成医療 ・（旧）精神通院公費 等 ※育成医療、精神通院医療の実施主体は都道府県	
	補装具	
2003年支援費制度（契約、精神障害者が対象外、財源困難、市町村ごとでルールが異なる） 2006障害者自立支援法（すべての障害者が対象となり一元化、障害程度区分） 2012応能負担へ 2013障害者総合支援法（障害者の定義に難病を追加、障害支援区分80項目）		
障害福祉計画	国の基本指針に基づき、市町村および都道府県は3年を1期として策定	
支給決定	市町村に申請→調査→支援区分の認定→市町村が状況を勘案して支給決定	
介護保険優先	日常生活用具や補装具が介護保険と重複する場合は、介護保険が優先	

5. 虐待・後期高齢者医療制度

虐待について	
高齢者虐待防止法	虐待とは養護者（一般に家族）、養介護施設従事者（一般に施設職員）などによる行為、防止を目的とするが養護者支援も含まれる 要因は様々なものが複合して起こると考えられる
虐待の種類	身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、経済的虐待、介護放棄 女性は男性の約2.5倍、認知症高齢者が被害者になりやすい 身体的虐待が最も多く全体の約6割（施設では7割強） 加害者となる主な介護者は息子が最も多いが、性別は女性の方が多い
行政	高齢者虐待を発見し、身体・生命に重大な危険が生じている場合は、市町村等へ通報しなければならない →相談、指導等の事務を地域包括支援センターに委託すること可（※立ち入り権限除く） →立ち入り捜査の場合などに警察の援助を求めること可 都道府県知事は、養介護施設従事者などによる虐待の状況や措置について毎年公表（市は県に報告）
後期高齢者医療制度	
運営主体	都道府県ごとに全ての市区町村が加入した後期高齢者医療広域連合（事務は市町村）
被保険者	75歳以上(全員)、65以上75歳未満で広域連合の障害認定を受けた人 生活保護世帯に属する人は対象外
費用負担	保険料（財源の1割）、普通徴収・特別徴収あり選択可 財源の4割：現役世代（後期高齢者支援金） 財源の5割：国4、都道府県1、市町村1 ※調整交付金、財政安定化基金あり 1割負担（現役並所得者は3割）

6. 成年後見制度 日常生活自立支援事業

法定後見制度	家庭裁判所が選任した後見人等が財産管理や身上監護を行う 開始請求：本人・4親等以内親族可、市町村長も65歳以上で必要なら可 →専門職後見人：司法書士、弁護士、社会福祉士／市民後見人		
任意後見制度	判断能力があるうち、本人と任意後見受任者が公正証書によって契約 →判断能力↓、本人の同意得て、任意後見受任者や親族が家裁へ申し立て →家庭裁判所が任意後見監督人を別途選任し、後見開始		
	補助	保佐	後見
対象者	被補助人 (判断能力不十分)	被保佐人(判断能力著しく不十分)	成年被後見人 (判断能力欠く)
開始(本人同意)	必要	不要	不要
保護者	補助人	保佐人	成年後見人
同意権(本人同意)	必要	不要	不要
代理権(本人同意)	必要	必要	不要
日常生活自立支援事業	社会福祉法に基づいて実施、判断能力不十分 ①福祉サービスの利用援助、②日常的金銭管理、③書類等の預かり 例：認定申請手続き援助、調査立会、情報提供、契約手続の援助、支払の援助等 都道府県社協(指定都市社協)が実施主体 →窓口は市区町村社協(基幹的社協)に委託、利用者と契約する 専門員：支援計画作成／生活支援員：実際の援助 利用料は利用者負担、金額は実施主体との契約、契約前相談や生活保護は無料 運営適正化委員会は都道府県社協に置かれる		

根拠法をまとめてマスター

- ☑特別養護老人ホーム
- ☑療養型病床群
- ☑広域連合、一部事務組合
- ☑成年後見制度の市町村長申立て(65歳以上)
- ☑日常生活自立支援事業



根拠法をまとめてマスター

- ☑特別養護老人ホーム
→老人福祉法
- ☑療養型病床
→医療法
- ☑広域連合、一部事務組合
→地方自治法
- ☑成年後見制度の市町村長申立て（65歳以上）
→老人福祉法
- ☑日常生活自立支援事業
→社会福祉法



実施・運営主体を まとめてマスター

- ☑地域支援事業
- ☑日常生活自立支援事業
- ☑後期高齢者医療制度
- ☑財政安定化基金
- ☑虐待の対応
- ☑障害者総合支援法による自立支援給付

実施・運営主体を まとめてマスター

- ☑地域支援事業
→市町村
- ☑日常生活自立支援事業
→都道府県社協
- ☑後期高齢者医療制度
→都道府県ごとの広域連合
- ☑財政安定化基金
→都道府県
- ☑虐待の対応
→市町村
- ☑障害者総合支援法による自立支援給付
→市町村

113

高齢者の心身機能・疾病

意識障害	症状	意識レベルの低下
	原因	脳の器質的障害（脳血管障害や頭部外傷） 薬剤の副作用（睡眠導入剤、向精神薬、血糖降下剤など） 低血圧、低血糖、慢性呼吸不全、高血糖、尿毒症などの全身疾患 ※脳の予備能力（最大能力と日常生活に必要な能力の差）低下
せん妄	症状	一般に意識障害のレベルはそれほど高くない 一過性の認知機能障害（認知症とは異なる）、見当識障害、不眠、興奮、錯乱、幻聴、幻覚 興奮過覚醒型（興奮、錯乱、大声）、傾眠低覚醒型（反応性低下） 通常は数週間でおさまる 夜間に多い（夜間せん妄）
	原因	睡眠や覚醒リズムの障害 入院等の環境変化、生活リズムの変化、手術前などの不安、アルコール、抗不安薬や風邪薬などの薬物
	対応	せん妄を起こしている原因や病気の治療 多くの場合、抗精神病薬 日中活動を多くする

114

高齢者の心身機能・疾病

不眠	症状	夜間の睡眠時間短縮、睡眠浅い、中途覚醒、早朝覚醒 昼寝が増えて夕方眠くなり早朝起きる、男性に多い
	原因	加齢による生理的变化、抑うつ、ストレス、不安 睡眠時無呼吸、むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） 寝酒として飲むアルコール 利尿剤による頻尿も
	対応	睡眠薬が使われることが多い（習慣性、中止が難しい場合多い） 睡眠薬の多用は意識障害や健忘の原因にもなる →睡眠薬自体が不眠の原因になる場合もある 昼寝は午後の早い時間に30分まで、なるべく屋外に出る、 夕方以降はコーヒーなどを控える、寝る前の水分も控える
低栄養 食欲不振	原因	エネルギー消費少ない→食欲低下、消化器機能低下 歯の問題→軟らかい物中心→糖質増加・タンパク質やカルシウム低下 →便秘がち たんぱく質の必要量は一般成人と変わらない→筋肉の萎縮 薬物（ジギタリス製剤、認知症治療薬など） 亜鉛の欠乏も問題になる →薬剤（降圧剤、脂質異常症治療薬、抗ヒスタミン薬） →カルシウムと吸収が拮抗、ストレスでも低下 →60歳以上の味覚障害の3分の1は亜鉛欠乏が原因といわれる →味覚低下→食欲不振 →傷の治りを悪くする、免疫不全で肺炎にかかりやすくなる
	対応	高齢者になるほどたんぱく質や副食を中心とした食事にする

115

高齢者の心身機能・疾病

手足の しびれ	症状 原因	知覚鈍麻、異常知覚、運動障害 →原因：脳血管障害、脊椎の障害、糖尿病 末梢神経障害のしびれ →原因：ビタミンB1などの欠乏、糖尿病、関節リウマチ、手根管症 候群（正中神経圧迫） 下肢動脈の閉塞性動脈硬化症→間欠性跛行（歩行時に疼痛やしびれ、 休むと回復） 椎間板ヘルニア→神経支配領域のしびれ、くしゃみで増悪する痛み （神経根通）、下肢挙上で坐骨神経痛（ラセーグ徴候）
フレイル		高齢になって筋力や活動が低下している状態（虚弱） 健康と病気の間間的な段階、可逆性、 ①体重減少、②歩行速度低下、③握力低下、④疲れやすい、⑤身体活 動レベルの低下のうち3項目以上（1～2項目で前フレイル） 80歳以上で30%
サルコペ ニア		加齢に伴う骨格筋量の減少、筋力や身体機能の低下までを含める ①四肢の骨格筋量、②握力、③歩行速度により評価、指輪つかテスト 口腔のサルコペニアも存在、フレイルの最たる要因、要介護の入り口
廃用 症候群		フレイルが進行→寝たきりや廃用症候群 寝たきり：長期間にわたって1日の大半を臥床している状態 廃用症候群→日常生活の活動性の低下に伴って生じる身体的および精 神的機能の全般的な低下 （筋萎縮、関節拘縮、褥瘡、起立性低血圧、認知機能障害、尿失禁、 便秘、嚥下障害、抑うつ、肺炎） 予防には、安静を主体とした療養でなく、できる限り身体を動かす

116

高齢者に多い疾患と治療

筋萎縮性側索硬化症	症状 原因	原因不明 徐々に全身の骨格筋が萎縮（進行性） →四肢の筋力低下、嚥下障害、言語障害、呼吸困難 ※残存機能：痛みなどの知覚、記憶力、眼球運動、知能、意識 膀胱・直腸機能 薬剤（進行を遅らせる）、補装具、運動訓練 過度のリハビリは残っている筋肉を痛めてしまう 人工呼吸器、胃ろうについて、予後を説明の上同意が必要
パーキンソン病	症状	4大症状（安静時振戦、筋固縮（歯車現象）、無動（動作乏しくなる、仮面様顔貌）、姿勢・歩行障害（上半身前屈、手の振り乏しい、小刻み歩行）） 50～60歳代に発症、徐々に進行 初発症状の多くが振戦、片側から始まり、反対に広がる 自律神経症状（起立性低血圧、排尿障害）、認知症、副作用の精神症状 全経過を通じてリハビリテーションが重要 将来への不安、意欲低下
	原因	脳の黒質にある神経細胞の変性・消失
	対応	Lドパなどの薬物療法（特に開始時や増量時に副作用あり） 1日のうちに効いている時間と効いていない時間がある 薬が効きにくくなれば、深部脳刺激療法、定位脳手術なども 過労と不眠により症状悪化、転倒に注意、運動しないと廃用、

117

高齢者に多い疾患と治療

骨粗鬆症 （骨折を伴った場合 特定疾病）	症状 原因 対応	骨密度低下し、骨折しやすくなる、寝たきりの重要な原因 基本的に無症状であり、骨折してから気付くことが多い 更年期以降の女性に多い 骨吸収抑制、骨形成促進、骨の基質をつくる薬 カルシウムを含む食品の摂取、適度な運動、日光浴、ビタミンD・K の摂取、転倒予防（筋力、段差なくす等）
大腿骨 頸部骨折	症状 対応	骨粗鬆症、視力低下、筋力・平衡感覚低下、薬物の副作用、 不適切な生活環境などにより転倒→術前術後のリハビリ重要 痛みだけでなく、体重の負荷が困難→多くの場合立位・歩行困難に ※骨折は他に脊椎圧迫骨折、上腕骨、橈骨下端などが多い ※高齢者の寝たきりの原因疾患として、脳血管障害に次ぐ2番目
3. 循環器の疾患		
心筋梗塞	症状	長引く前胸部痛、左肩痛、高齢者では自覚症状非定型
	原因	冠動脈が詰まることで、心筋が壊死
	対応	ただちに受診、冬季は温度差なくす、水分補給（血液の粘性防ぐ）
狭心症	症状	30分以内に痛みがおさまる 労作性→運動時の前胸部の圧迫感 異型 →夜間、睡眠中の前胸部の圧迫感（冠動脈の攣縮による）
	原因	冠動脈の狭窄、酸素供給の不足
	対応	ニトロ製剤の舌下服用（すぐ手が届くところにおいておく） 軽い運動時や安静時にも起きる不安定狭心症は心筋梗塞への移行の危険性が高いため注意

118

高齢者に多い疾患と治療

高血圧症	症状	動悸、頭痛などがあるが、大半は自覚症状なし。日内変動あり
	原因	原因明確「二次性高血圧症」、原因不明「本態性高血圧症」（多い）
	対応	血圧測定は毎日、朝・夕の2回 二次性には原因疾患の治療、 本態性にはまず生活習慣改善、それでも不十分なら薬剤 急激な気温の変化、緊張や興奮などの感情の変化、ストレス、喫煙、 食生活の乱れなどに注意、降圧剤は勝手に中止しないこと
心不全	症状	ショック、呼吸困難、食欲不振、浮腫、尿量・活動性低下 認知症症状
	原因	様々な原因で心臓のポンプ機能低下
	対応	運動制限、塩分制限、薬剤、安静、酸素吸入、呼吸困難時起座位 毎日の血圧・脈拍・体重測定、抑うつ、家族の協力

■ 表4-2-9 心不全の重症度分類（NYHA 分類）

I 度	心疾患があるが、身体活動には特に制約がなく、日常労作により、特に不当な呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの愁訴が生じないもの。
II 度	心疾患があり、身体活動が軽度に制約されるもの： 安静時または軽労作時には障害がないが、日常労作のうち、比較的強い労作（例えば、階段上昇、坂道歩行など）によって、上記の愁訴が出現するもの。
III 度	心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの： 安静時には愁訴はないが、比較的軽い日常労作でも、上記の愁訴が出現するもの。
IV 度	心疾患があり、いかなる程度の身体労作の際にも上記の愁訴が出現し、また、心不全症状、または、狭心症症候群が安静時においてもみられ、労作によりそれらが増強するもの。

119

過去問から学ぶ（R3）

問題 26 高齢者にみられる疾病：病態について適切なものはどれか。3つ選べ。

- 1 薬疹は、薬剤服用後1～2か月で出ることが多い。
- 2 高齢者の肺炎は、再発・再燃を繰り返して難治化することがある。
- 3 白内障は、水晶体の混濁により視力低下をきたす。
- 4 脱水があっても、めまいやふらつきは生じない。
- 5 ナトリウムが欠乏していても、嘔気や頭痛などの自覚症状がないこともある。

過去問から学ぶ（R1.10）

問31

次の記述のうち適切なものはどれか。3つ選べ。

- 1 フレイルとは、健康な状態と介護を要する状態の中間的な状態である。
- 2 高次脳機能障害の主な症状には、失行や失認が含まれる。
- 3 心筋梗塞は、冠動脈が破裂して起こる疾患である。
- 4 糖尿病は、肝臓で作られるインスリンの不足によるものである。
- 5 高齢者に多い骨折部位には、大腿骨頸部や胸腰椎が含まれる。

121

認知症の介護①

中核症状	脳のダメージに起因。記憶障害、見当識障害、遂行機能障害など
BPSD	行動・心理症状：幻覚、妄想、うつ、徘徊、暴言など 生い立ちや職歴、住環境やケアなどの影響を受ける
原因疾患	脳血管障害、脳変性（アルツハイマー、ピック病、レビー小体型等）、外傷性、感染性、内分泌代謝性など様々。アルツハイマー病と血管性認知症で大部分。
治療可能な認知症	正常圧水頭症：①反応鈍い②歩行障害③尿失禁が三大症状。手術可能 慢性硬膜下血腫：血腫が脳を圧迫
生活障害	日々の生活で困る。BPSDには社会生活障害（家族、友人、近所等とトラブル）
診断基準	DSM-V（診断統計マニュアル第5版）
程度の評価	HDS-R（長谷川式認知症スケール）：20点以下認知症の疑いあり MMSE：施行時間は約10分、23点以下認知症の疑いあり ※上記は質問式。それに対し観察式にはCDR、OLD、FAST、DASC21、DBD、SED11Q、NPIなど
区別するもの	MCI：軽度認知障害、健常と認知症の中間。生活能力は保たれているが、認知機能は低下。年間に約1割が認知症へ移行。ライフスタイルの改善が有効 せん妄：意識障害。BPSDには含まれない。原因・誘因があり、除くことで消失 うつ：健忘を伴い、認知症と診断されてしまうことも。ただし、レビー小体や血管性の場合、うつが初期症状であることがある アパシー：意欲や自発性低下。うつは「つらい」がアパシーは「平気」 被害妄想：喪失体験から現れやすくなる。経過とともに認知症発症も。
治療薬	4剤が保険適応。進行を遅らせる。メマンチンは興奮性BPSD、時に少量で興奮血管性：再発予防として抗血小板薬、脳循環改善薬、心房細動あれば抗凝固薬 レビー：アリセプトが保険適応に。パーキンソン病薬も→過敏反応、少量から 前頭側頭型：メマンチンは保険適応ではないが易怒性に有効 抑肝散：興奮性BPSDに効果。レビーの幻視にも効果。

122

認知症の介護②

アルツハイマー病	β たんぱくとタウたんぱくの異常蓄積、徐々に進行 健忘が初期症状、エピソード記憶、近時記憶、見当識障害、注意障害、遂行機能障害、失認、失行、BPSD、進行すると身体機能低下、最後は死に至る
血管性認知症	脳卒中が原因。Binswanger型で徐々に進行する例が多い。 認知スピードが遅くなり反応が鈍い、アパシーやうつ、パーキンソン症状、構音障害や嚥下障害。ダメージを受ける場所によって症状が異なる。 加齢に伴ってアルツハイマーの病変が加わることもある。
レビー小体型認知症	4大中核臨床像（2項目以上で診断） →症状の変動、リアルな幻視、パーキンソン症状、レム睡眠行動障害 α シヌクレインというたんぱくが異常沈着。転倒に注意、薬の副作用に注意
前頭側頭型認知症	常同行動、時刻表的、記憶は比較的保たれる、徐々に進行し活動減りアパシーへ 前頭葉萎縮：行動障害型、脱抑制、易怒性、マイルール 側頭葉萎縮：意味性、物品の名前出てこないなどの意味記憶、相貌失認
若年性認知症	全国で37800人（認知症全体の1%程度） 進行が比較的速い、前頭側頭型の割合が高い、経済的問題、診断が遅れることも
非薬物療法	リアリティ・オリエンテーション、回想法、園芸療法など
介護技法	パーソンセンタードケア（脳病変だけでなく様々な要因との相互作用） 認知症ケアマッピング、ユマニチュード、バリデーション
支援・施策	認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）2015年、2020年度末までの目標 →普及・啓発、状態に応じた適時適切な医療・介護、若年性施策強化、 介護者支援、地域づくり、予防や治療の研究、認知症の人と家族の視点重視 認知症初期集中支援：複数の専門職で訪問。地域包括、医療センターなどに配置 認知症疾患医療センターの整備：鑑別診断、地域の医療機関紹介、対応の相談 認知症地域支援推進員：地域包括、医療センター、市町村などに配置 家族会、認知症カフェ、若年性認知症コーディネーターなど

123

リハビリテーション

・リハビリテーションは、最終的にはQOLを高めることを目的とする ・依頼されたことを介助するのではなく、可能な限り自立できるように援助 →動作の確実性や安全性、介助量の軽減のためにも、福祉用具の活用	
時期の分類	予防的リハ：不動の悪循環を予防する 治療的リハ：急性期と回復期 →急性期リハ：発症直後より、廃用症候群予防、セルフケアの自立、病院にて →回復期リハ：予後予測に基づき、最大限の機能回復、早期社会復帰を目的、病院にて 維持期リハ：介護保険制度、心身機能維持改善、社会参加、体力増進 生活機能低下を速やかに捉え対応、在宅ケア・施設ケアにて
ADL	食事、排泄、更衣、整容、入浴、起居移動の6つ
IADL	炊事、洗濯、掃除などの家事、買い物、金銭管理、公共交通機関の利用など
リスク	運動に伴って起こりやすいリスク（低血糖、不整脈、呼吸困難、痛み、転倒等） その他、食事介助中の誤嚥、装着中の医療機器について、リハ機器について
関節拘縮	適切な体位の保持、最低1日に1回関節を動かすことによる予防
運動麻痺	中枢性（脳や脊髄、突っ張る）、末梢性（末梢神経や筋肉、力入らない） 麻痺の回復のみにこだわらず、現実的な日常生活能力の獲得
感覚障害	動作困難、手足の位置が確認できず傷つけたり転倒したり、低温やけどや褥瘡
痛み・しびれ	痛みのために不活発な生活に陥ることがしばしば、治療や苦痛の軽減
精神的問題	認知症とうつへの対応。仮面うつ病もある
排尿障害	皮膚の汚れや褥瘡、切迫性尿意による転倒や骨折、介助量の増加 社会参加意欲の低下、孤立、在宅生活継続困難 →移動、着替え動作、居住環境などに工夫

124

ターミナルケア

意思決定支援	リビングウィル：終末期における医療の選択を事前に意思表示したもの コンセンサス・ベースド・アプローチ：本人の意向を明確に確認できないとき、関係者の総意に基づいて方針をまとめる。
がん	重要臓器への転移によって命を落とすため、生活機能は終末期であっても保たれるが、死亡前1か月以降に急速に低下
内臓疾患	慢性の内臓疾患で、数年にわたり急性増悪や合併症の併発を繰り返しながら、しだいに低下し、死に至る。
認知症、脳卒中、老衰等	数年から十数年という長い経過のなかで機能低下。機能が低下した状態が長期間続き、最終的には肺炎などの合併症により死亡。
医療連携	急病時（カンファレンス、医師による予後、方針）、急変時（あらかじめ連絡先、対応体制、救急搬送等の準備）、入院時（情報提供）、退院退所（情報入手）、家族の休息（対応可能なレスパイト先）、看取り（予後、病状説明）
ターミナルケア	食欲落ち、体重減る→場所や好み、改善難しい場合は量より楽しみ、食べたいものを食べたいときに食べたいだけ。 口腔や嚥下機能低下→誤嚥性肺炎の予防、口腔ケア、食形態の工夫 便秘がち→下剤、排便、浣腸、自覚症状も見ながら3日～5日に1度の排便へ 体調崩す、意欲・活動の低下→疲労感が残らない程度に好きな活動、休憩時間、ベッドを離れる時間 褥瘡→予防
臨死期のケア	意識障害→傾眠、せん妄、混乱に対しては安心できる会話、精神薬 反応がなくなっても耳は最期まで聞こえるため、声かけ 呼吸の変化→息苦しさがあれば姿勢、ベッドの調整等。痰が絡む場合も。 チェーストークス呼吸、下顎呼吸。 口の渇き→口腔内を清潔に。誤嚥に注意しながら氷片、かき氷、アイスなど。 発熱→辛そうならクーリング。発汗はこまめにふき取り不快感防ぐ チアノーゼ→血圧低下し血液循環が悪くなり手足の先端冷たくなる

125

過去問から学ぶ（R1.10）

問30

認知症について正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 抗精神薬が過量だと、意欲や自発性などの低下（アパシー）をきたす場合がある。
- 2 若年性認知症支援コーディネーターは、すべての市町村に配置されている。
- 3 認知症の評価として、長谷川式認知症スケールが用いられている。
- 4 認知症の評価として、Mini-Mental State Examination（MMSE）が用いられている。
- 5 レビー小体型認知症では、幻視はみられない。

126

過去問から学ぶ（R3）

問題 31 認知症のケアや支援について適切なものはどれか。3つ選べ。

- 1 認知症施策推進大綱では、医療従事者等の認知症対応力向上の促進を図ることとしている。
- 2 認知症疾患医療センターは、地域の介護関係者等への研修は行わない。
- 3 認知症ケアパスとは、認知症の人の状態に応じた適切な医療や介護サービスの提供の流れを示すものである。
- 4 認知症初期集中支援チームは、警察と介護事業者や地域の関係団体が協力して認知症の人を捜索する仕組みである。
- 5 認知症地域支援推進員は、認知症の人やその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組を行う。

127

薬の知識

内科的治療の中心は薬物療法

古い薬を放置、自分勝手に服用、複数の医療機関から処方、誤った保管、一般医薬品との重複薬の吸収、分布、特に代謝や排泄に加齢による影響を受ける

要介護者の状態を悪化させないためには、慢性疾患の継続的な治療が必要

正確な服用が重要、飲み忘れた場合はすぐに服用が原則だが2回分を一度には服用しない

医師の指示どおり服薬しても、副作用が出ることがある

基本的には約100mlの水またはぬるま湯で飲む。アルコールと一緒に飲むのは危険。

薬物相互作用に注意（下表）

姿勢、ADL（自助具）、認知機能（カレンダー）、一包化や剤形の工夫、服薬回数減らすなど
お薬手帳、説明書（添付文書）

食品名	医薬品名	効能	相互作用の内容
納豆 クロレラ	ワーファリン	抗凝血薬	納豆やクロレラの成分であるビタミンKが、ワーファリンの血液を固まりにくくする作用を妨げてしまうため、ワーファリン服用中はビタミンKを含む食品の摂取を控える必要がある。
	カルシウム拮抗薬	降圧薬	グレープフルーツジュースには、左記の薬剤の代謝を妨げてしまう酵素が含まれている。それにより、これらの肝臓での代謝が遅れて、主作用や副作用が通常よりも強く現れてしまうことがある。
グレープ フルーツ ジュース	タクロリムス シクロスポリン	免疫抑制薬	
	イトラコナゾール	抗真菌薬	
牛乳	イレッサ	抗がん薬	
	エトレチナート	角化症治療薬	牛乳によって、薬剤の体内への吸収量が増加し、効果が必要以上に出てしまうことがある。

128

在宅での医療管理

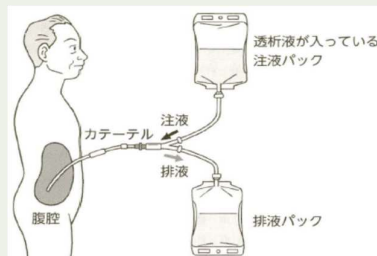
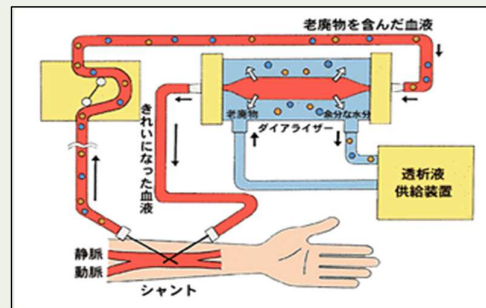
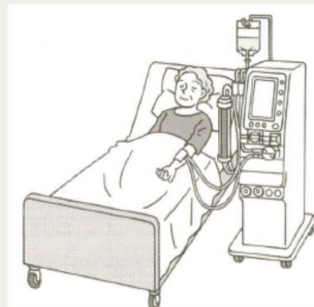
入院医療	○：資源がそろっている、医学的効果が最大限発揮 ×：生活の制限あり、入院をきっかけに認知症進行、廃用症候群、意欲低下
在宅医療	○：生活の制限がほとんどない、自分らしく過ごせる、家族やペットと一緒に ×：家族の負担、可能な検査や処置に限られる、緊急の対応に限界
訪問診療	医師が計画的に訪問して診療を行う、定期受診のようなもの →日常的な健康管理（病状の安定化、合併症の予防）、生活指導、介護指導 →早期発見 →医療者と利用者の関係性が構築されやすい→治療方針が立てやすい
往診	利用者・家族などの求めに応じて、医師が訪問して診療を行う →急病への対応
訪問看護等	訪問看護：病状・介護力・生活環境等に応じた現実的な指導 訪問リハビリテーション：階段昇降、調理など生活に即したリハビリ 訪問薬剤管理指導：生活や介護の状況を把握して、現実的な服薬の工夫を提案
在宅医療の導入にあたって	確認すべき項目 1. 医師等の指示を理解している 2. 機器の取り扱いを理解している 3. 物品の交換時期を理解している 4. 緊急時・災害時等の対応方法を理解している 5. 体調変化時の対応を理解している 6. 緊急連絡先を把握し、実際に連絡がとれる

129

在宅での医療管理

人工透析

人工の装置を用いて、本来は腎臓から排泄される有毒物質を除去
 血液透析：週3回程度透析施設に通院（4～5時間）、交通手段の確保が必要
 シャントの扱い注意（ぶつけない、傷つけない、血圧測らない）
 腹膜透析：月1、2回病院に通って管理、生活リズムに合わせ治療、社会復帰
 高齢者自ら操作が困難、在宅自己腹膜灌流法（1回1時間半程度）
 ※人工透析を行っている利用者は、水分や電解質バランスが崩れて体調を悪くしたり、心筋梗塞や脳卒中になるリスクが高い



130

在宅での医療管理

人工透析

医師等の指示内容

- ・ 透析方法に関する指示
- ・ 食事内容や水分量の制限に関する指示
- ・ 処方薬（自己注射薬も含む）の用法・用量に関する指示
- ・ 体調変化時、緊急時の対応

利用者・家族の理解度

（共通項目）

- ・ 医師、看護師の指示内容の理解度
- ・ 病気や透析についての理解度
- ・ 体調変化時の対応
- ・ 緊急時の連絡先、手段（利用者自身が連絡可能なのかなど）

（血液透析）

- ・ ショントを傷つけないように扱い、圧迫を避ける必要性を理解しているかの確認

- ・ 緊急時の対応（ショント部での皮下出血やショント閉塞が起こったときも含む）

（腹膜透析）

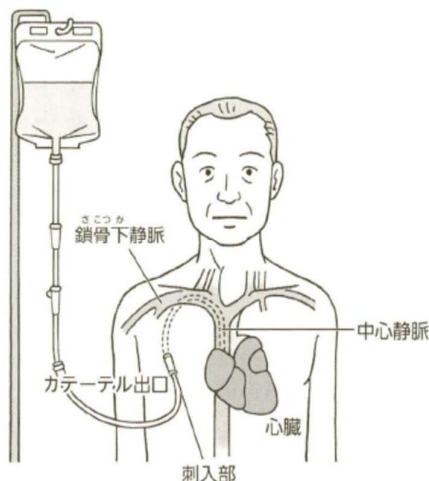
- ・ 医療的な作業を利用者・家族が行うため、手技を習得しているかの確認
- ・ 感染対策（手洗い、消毒、手袋の使用など）
- ・ カテーテル挿入部の処置の方法（ガーゼによる保護など）
- ・ 緊急時の対応（カテーテルが抜けてしまったときも含む）

在宅での医療管理

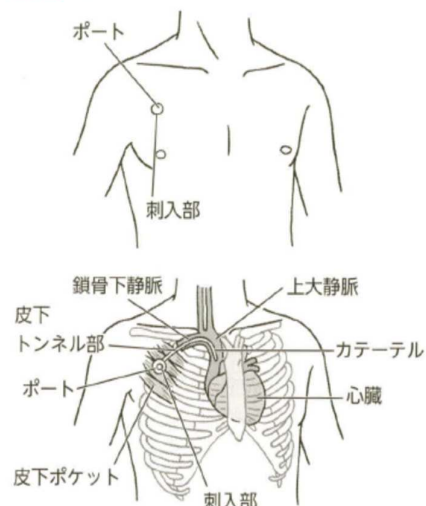
在宅中心静脈 栄養療法

- 脳梗塞、誤嚥、認知症で食事認識できず
 →経口摂取不可
 →栄養が入った点滴を、太い静脈である中心静脈から入れる
 →カテーテルの体外式と、ポート型の完全皮下埋め込み式
 →感染に注意

■ 図2-5-3 中心静脈栄養法



■ 図2-5-4 ポート



在宅での医療管理

在宅中心静脈 栄養療法

医師等の指示内容

- ・薬剤の種類、1日の点滴量・速度などの指示
- ・体調変化時の対応・入浴時の対応（誰がいつどんな処置を行うかなど）
- ・カテーテルが抜けてしまったときの対応

利用者・家族の理解度

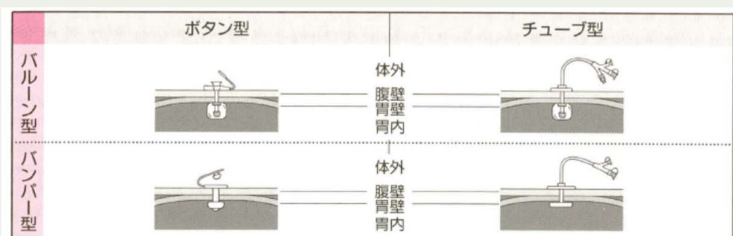
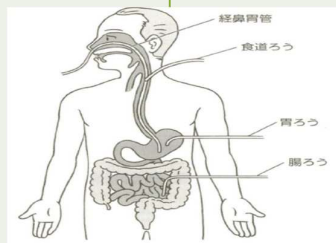
- ・医師、薬剤師、看護師の指示内容の理解度
- ・病気や中心静脈栄養法についての理解度、手技の習熟度、物品の準備・交換法
- ・感染対策（カテーテルの扱い、挿入部の管理、手洗い、手袋の使用など）
- ・体調変化時、緊急時の対応（カテーテルが抜けてしまったときも含む）
- ・緊急時の連絡先、手段（利用者自身が連絡可能なのかなど）

133

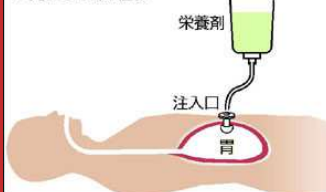
在宅での医療管理

経管栄養法

経鼻胃管：カテーテルが常時、鼻から胃に留置された状態であるため、不快感や苦痛が伴う。交換は1か月がメド。
胃ろう：バルーン型とバンパー型。
交換はバルーン型が1か月、バンパー型が6か月。
カテーテルの管理、挿入部の管理、姿勢、時間、種類など注意。



胃ろうの仕組み



医師等の指示内容

- ・栄養剤の種類、1日の回数・タイミング、1回の量・注入速度、姿勢などの指示
- ・交換の頻度や交換を実施する場所
- ・体調変化時の対応
- ・入浴時の対応（誰がいつどんな処置を行うか）
- ・カテーテルが抜けてしまったときの対応

利用者・家族の理解度

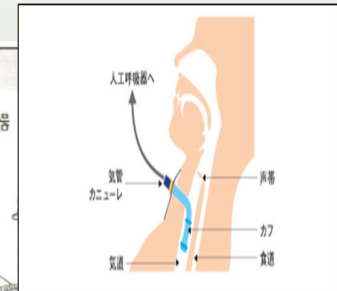
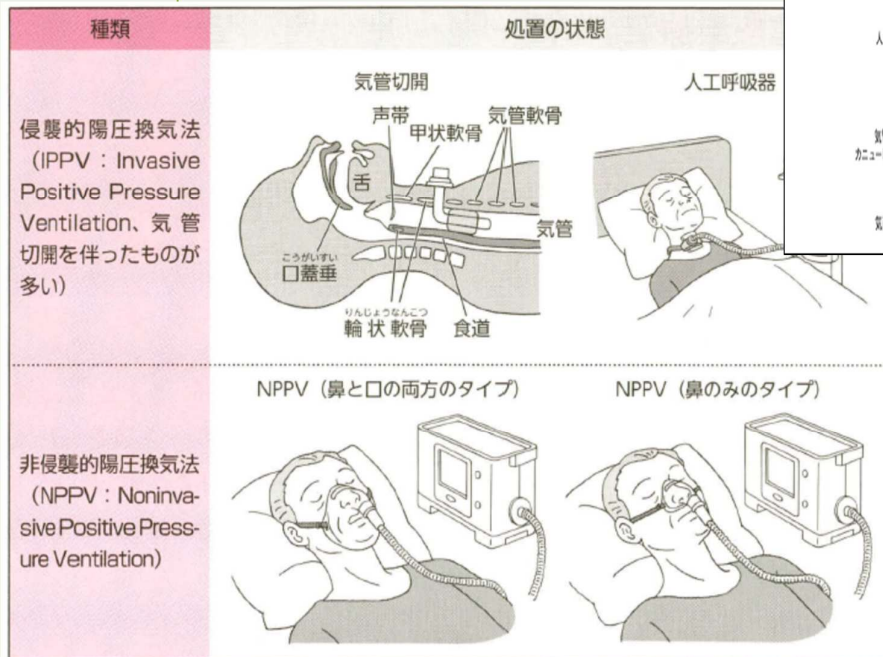
- ・医師、看護師の指示内容の理解度
- ・病気や経管栄養法についての理解度、手技の習熟度、物品の準備・交換法
- ・感染対策（カテーテルの扱い、挿入部の管理、手洗い、手袋の使用など）
- ・体調変化時、緊急時の対応（カテーテルが抜けてしまったときも含む）
- ・緊急時の連絡先、手段（利用者自身が連絡可能なのかなど）

134

在宅での医療管理

人工呼吸療法

神経難病、長期の意識障害、重度の脳卒中等で自発呼吸ができない患者が対象
人工呼吸器によって呼吸の補助、酸素の取り込みと二酸化炭素の排出を促す
気管の中に管を入れる侵襲的なもの
マスクなどを装着する非侵襲的なもの



135

在宅での医療管理

人工呼吸療法

医師等の指示内容

- ・ 時間あたりの酸素量などの指示
- ・ 機器のアラームが鳴ったときの対応
- ・ 緊急時 (気管カニューレが抜けてしまったときなど)、災害時の対応

利用者・家族の理解度

- ・ 医師、看護師等の指示内容の理解度
- ・ 病気の理解、手技の習熟度
- ・ 人工呼吸器、マスクなどの物品の扱い方の習熟度
- ・ 喀痰吸引の手技の習熟度 (必要な場合)
- ・ 感染対策 (気管カニューレや吸引チューブの扱い、気管切開部の管理、手洗い、手袋の使用など)
- ・ 体調変化時、緊急時の対応 (気管カニューレが抜けてしまったときも含む)
- ・ 緊急時の連絡先、手段 (利用者自身が連絡可能なかなど)

136

在宅での医療管理

在宅酸素療法

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
 →在宅で酸素投与を行う治療
 設置型酸素供給装置（酸素濃縮器）、外出時や停電時には携帯用ボンベ
 →携帯用ボンベの場合、医師の指示により酸素供給時間を延長する目的で呼吸同調器を使用することがある
 →高濃度の酸素を扱うため、機器を火気から2m程度離す

■ 図2-5-6 酸素濃縮器



■ 図2-5-7 携帯用酸素ボンベ



名称	使用方法・特徴
鼻カニューレ	両側の鼻腔から酸素を投与するもの。簡便であるため、食事や会話がしやすい。口呼吸の場合には効果が乏しくなる。
簡易酸素マスク	主に酸素流量の多い場合（2～3L／分以上）や、鼻カニューレで効果が不十分な場合に使用する。さらに酸素を必要とするときはリザーバー付きマスクを使用することもある。
トラキマスク	気管切開をしている場合に使用する。

137

在宅での医療管理

在宅酸素療法

医師等の指示内容

- ・酸素流量（安静時・労作時など状況に応じた流量）
- ・酸素飽和度の目安
- ・家庭内での取り扱い、外出時の取り扱い

利用者・家族の理解度

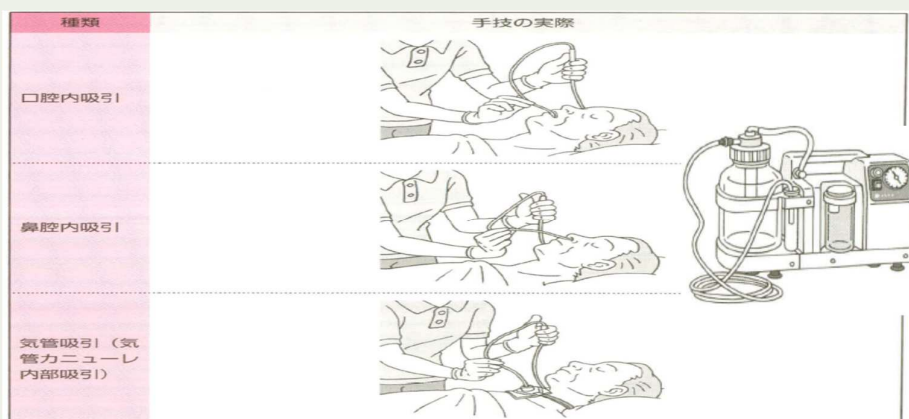
- ・医師、看護師等の指示内容の理解度
- ・病気の理解、手技の習熟度
- ・感染対策（手洗い、口腔内の清潔保持、予防接種の有無など）
- ・体調変化時の対応（普段の体調把握と状態変化時の早めの受診など）
- ・緊急時の連絡先、手段（利用者自身が連絡可能なのかなど）

138

在宅での医療管理

喀痰吸引

痰や垂れ込んだ唾液などを吸引器を用いて除去し、肺炎や窒息等を予防する処置



医師等の指示内容

- ・ 喀痰吸引の種類・頻度
- ・ 酸素飽和度に応じた対応

利用者・家族の理解度

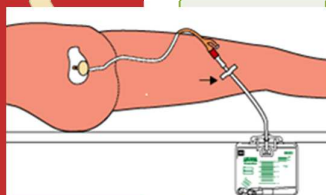
- ・ 医師、看護師等の指示内容の理解度
- ・ 病気の理解、手技の習熟度
- ・ 感染対策（カテーテルの取り扱い・消毒方法、手洗い、口腔ケア、手袋の使用など）
- ・ 体調変化時の対応（呼吸状態悪化時、酸素飽和度が低いときなど）
- ・ 緊急時の連絡先、手段（利用者自身が連絡可能なかなど）

139

在宅での医療管理

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：留置している場合は尿路感染のリスク、閉塞、誤抜去
 コンドームカテーテル法：自動排尿システムの場合は定期的な機械音による不快



種類	方法
バルーンカテーテル	尿道口からカテーテルを膀胱内に挿入・留置し、持続的に尿を排出させる方法
コンドームカテーテル	男性のペニスにコンドームをかぶせ、自動吸引によって、定期的に尿を採取する方法

医師等の指示内容

- ・ カテーテルの種類・サイズ
- ・ カテーテル交換の間隔、誤抜去・閉塞時の対応
- ・ 通院・訪問診療の間隔

利用者・家族の理解度

- ・ 医師、看護師等の指示内容の理解度
- ・ 病気の理解、手技の習熟度
- ・ 感染対策（カテーテル・蓄尿バッグの取り扱い、手洗い、手袋の使用など）
- ・ 体調変化時の対応（カテーテルトラブルの有無、発熱・尿量減少時など）
- ・ 緊急時の連絡先、手段（利用者自身が連絡可能なかなど）

140

15. 訪問看護

基本方針	看護師等が訪問して、療養上の世話、または必要な診療の補助 病状観察、情報収集／療養上の世話／診療の補助／精神的支援／リハ 家族支援／療養指導	
人員配置	管理者：看護師または保健師 看護職常勤換算2.5人以上（PT、OT、STは必要に応じ適当数）	
サービス内容	主治医より指示書→居宅サービス計画に基づき訪問看護計画書作成（准NS×） →主治医に訪問看護報告書を作成し報告 訪問看護STと病院・診療所（みなし指定）とは報酬が異なる（記録や人員異なる） 20分未満、30分未満、60分未満、90分未満（要支援、要介護で報酬に差） PT等：1回あたりの別単価、1日3回以上の報酬減、看護職の関与必要 実施内容の文書、通所リハだけでは困難な場合、リハ回数多いと減算 定期巡回・随時対応サービス連携型の報酬もある、准看護師は90%算定 退院当日の利用OK（評価↑）、専門性高いと評価、口腔連携加算、予防12月超は減算 医療保険適応（急性増悪・退院直後・終末期の特別指示書、定める疾病、精神科） グループホーム・特定施設入居者生活介護は医療保険適応なら利用可能 特養はがん末期のみ医療保険なら利用可能、いずれも介護保険では不可	
加算	緊急時訪問看護加算 特別管理加算 ターミナルケア加算 長時間訪問看護加算 複数名訪問加算 初回加算 退院時共同指導加算 看護・介護職員連携 看護体制強化加算	24時間いつでも連絡がとれる体制、体制充実 特別な管理を必要（在宅酸素、真皮をこえる褥瘡など） 死亡日および死亡日以前14日以内に2日以上 ※「人生の最終段階における…ガイドライン」 特別管理加算を行っている人に90分以上（週1回限り） 利用者の身体的理由や暴力行為等で2人必要（看護以外可） 初回の月 退院・退所時に主治医と連携して在宅生活の指導を行う 訪問介護事業者と連携し吸引や経管栄養の計画作成、助言等 緊急時、特別管理、ターミナル割合、看護6割

141

過去問から学ぶ（R3）

問題 41 指定訪問看護について正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 高齢者が自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援する。
- 2 訪問看護事業所には、言語聴覚士を配置することができる。
- 3 訪問看護では、薬剤の処方を行う。
- 4 訪問看護事業所は、介護老人保健施設の入所者にも訪問看護を提供できる。
- 5 訪問看護の提供に当たっては、家族に対しても適切な指導を行う。

過去問から学ぶ（H27）

問題42 訪問看護について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 訪問看護ステーションは、24時間連絡体制が義務付けられている。
- 2 認知症対応型グループホーム入居者は、訪問看護を利用できる。
- 3 訪問看護指示書のとおり訪問看護を提供している場合には、訪問看護報告書を主治医に定期的に提出する必要はない。
- 4 急性増悪時に主治医が特別訪問看護指示書を交付した場合には、訪問看護はその指示の日から2週間に限って介護保険から給付される。
- 5 利用者の意向の反映の機会を保障するため、看護師等は、訪問看護計画書の内容を利用者に説明し、同意を得て、交付する。

143

10. 通所介護

基本方針	介護、日常生活上の世話、機能訓練、社会的孤立感の解消 心身の機能の維持、家族の身体的・精神的負担の軽減	
人員配置	管理者：常勤・専従・兼務可 生活相談員：1人以上、介護職員：1人（定員15人まで） 看護職員（緩和あり）：1人（定員10人以上）、機能訓練指導員：1人以上（兼務可） 地域活動OK	
サービス内容	通常規模（750人以下）大規模Ⅰ（900人以下）大規模Ⅱ（901人以上） 時間区分：3-4、4-5…8-9、 <u>気象状況の悪化考慮</u> 居宅内介助30分まで時間に含まれる（着替え、移乗等）→有資格者か3年以上勤務 計画は管理者作成、食費・おむつ代は実費、送迎は基本単位に含まれる、 <u>共同化も</u> 同一建物利用者にサービス提供を行う場合には、地域の利用者にも提供努める 感染・災害時に利用者数が減った場合の対応（3%加算orその時の規模） 大規模型の区分支給限度基準額の管理について、通常規模型の単位数を用いる	
加算	延長加算 個別機能訓練加算 栄養改善加算 口腔機能向上加算 若年性認知症受入 入浴介助加算 送迎を行わない 認知症加算 中重度者ケア体制 生活機能向上連携 口腔・栄養スクリーニング ADL維持等加算	最大14時間まで、お泊りデイの場合算定不可 従来の要件が再編、上位加算は情報提出・活用も 管理栄養士1人以上配置（外部可）、必要に応じ居宅訪問 栄養アセスメント加算も新設 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1人以上配置、計画 担当者を決め、その特性やニーズに応じたサービスを提供 観察を含めた介助、部分浴OK、自宅での入浴を計画（上位） 片道47単位 認知症自立度Ⅲ以上の割合、研修修了者 要介護3以上の割合 外部のリハ職と連携、ICT可 介護職が可能なスクリーニング アウトカム（成果）、 <u>要件緩和・強化</u>

過去問から学ぶ（R3）

問題 51 介護保険における通所介護について正しいものはどれか。3つ選べ。

- 1 送迎に要する時間は、通所介護費算定の基準となる所要時間には含まれない。
- 2 通所介護計画は、利用者が作成を希望しない場合には、作成しなくてもよい。
- 3 利用料以外の料金として、おむつ代の支払いを受けることができる。
- 4 利用者が当該事業所の設備を利用して宿泊する場合には、延長加算を算定できない。
- 5 災害等のやむを得ない事情により利用定員を超えてサービスを提供した場合には、所定単位数から減算される。

145

18. 通所リハビリテーション

基本方針	心身の機能維持を図り、日常生活の自立を助けるリハビリ	
人員配置	医師（常勤）、PT、OT、ST、看護職員、介護職員：10人に対して1人	
サービス内容	老人保健施設、病院、診療所（みなし）、計画は共同、要支援は月単位の定額制 通常規模、大規模Ⅰ、Ⅱ、時間区分1-2、2-3…7-8、 <u>気象状況悪化を考慮</u> 居宅内介助30分まで時間に含まれる（着替え、移乗等）→有資格者か3年以上勤務 <u>医療機関のリハビリテーション計画書の受け取り義務化、入院中の医師＝主治医含む</u> <u>共生型可能に、良質なリハ（リハ会議、リハ職配置）を報酬上評価</u> 感染・災害時に利用者数が減った場合の対応（3%加算orその時の規模） 大規模型の区分支給限度基準額の管理について、通常規模型の単位数を用いる	
加算	送迎を行わない場合の減算 延長加算 入浴介助加算 栄養改善加算 栄養アセスメント加算 口腔機能向上加算 口腔・栄養スクリーニング 若年性認知症利用者受入加算 重度療養管理加算 リハビリテーションマネジメント加算 短期集中個別リハビリ実施加算 認知症短期集中リハビリ加算（Ⅰ・Ⅱ） 中重度ケア体制加算 生活行為向上リハビリテーション加算 移行支援加算 ※短期集中/認知症集中/生活行為併算定不可	片道47単位 居宅での入浴に向けた取り組みを評価 管理栄養士が外部でもOK、居宅訪問 情報提出・活用も必要 情報提出・活用で上位加算 担当、個別ケア 要介護3以上で吸引、経管栄養、気管切開等 リハ会議（TV電話）、情報提出・活用 <u>リハ・口腔・栄養の一体的取り組みを評価</u> リハマネ加算前提、退院退所・認定日より 3ヵ月以内、週に概ね2日以上、1日40分以上 退院、通所開始から3ヵ月以内、週2、月4回 要介護3以上の利用者割合等 単位数が簡素化、延長の減算廃止、リハマネ前提 社会参加、デイ等への移行

20. 小規模多機能型居宅介護

基本方針	居宅において訪問、拠点に通所、短期間宿泊させ、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、介護、日常生活上の世話、機能訓練	
人員配置	管理者（実務経験＋研修）ケアマネ（研修）、介護・看護：日中3人に1人、訪問1人、夜間：夜勤1人、宿直1人（自宅待機可、主に訪問要員）	
サービス内容	最大29名登録、最大18名通い、最大9名泊まり、過疎地域の定員緩和 訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、販売、住宅改修は併用可 ※訪問入浴は事業所負担なら利用可 介護報酬は月額定額制、同一建物の場合は別報酬体系 ※同一建物の場合の区分支給限度基準額は、同一建物外の単位数を用いる 2ヵ月に1回の運営推進会議（合同開催可）、外部評価 通いがない日は可能な限り訪問や電話連絡、通いの人数が著しく少ないのはNG サテライト（最大18人登録×2）、短期利用可（空室あれば、認知症緊急加算） ※看護小規模多機能型居宅介護（旧：複合型サービス） →小規模＋訪問看護（看護職員は常勤換算で2.5人以上）、 要支援は利用不可→複合型の計画書はケアマネ、主治医への報告書は看護師	
加算	初期加算 認知症加算 看護職員配置加算 看取り連携体制加算 訪問体制強化加算 総合マネジメント体制加算 過少サービスに対する減算 生活機能向上連携加算 口腔・栄養スクリーニング 中山間地域等加算 生産性向上推進体制加算	開始日より30日 自立度による Ⅰ：常勤専従の看護師配置、Ⅱ、Ⅲ 看護職員Ⅰ、死亡日前30日間、最終段階ガイドライン 訪問回数月に200回以上 多職種協働、地域連携、（医療機関との連携） <u>→上位加算新設、地域の拠点</u> 利用者1人あたりの平均提供回数が週4回未満 外部リハ連携、カンファレンスは担当学会議前後可 介護職が可能なスクリーニング（体重、食事量等） 業務改善、ICT、一定の成果

21. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

基本方針	定期的な巡回、随時通報により居宅を訪問、介護、緊急時の対応
人員配置	管理者 オペレーター（提供時間帯を通じて1人以上、専従） 定期巡回：必要数 随時訪問：提供時間帯を通じて1人以上 管理者＋オペレーター兼務、随時訪問＋オペレーター兼務、オペレーターの集約 オペレーター・随時訪問は午後6時～午前8時までの時間帯は事業所内にいなくてOK
サービス内容	1つの事業所で両方提供する「一体型」と訪問介護が訪問看護と連携する「連携型」 利用者に通報端末機器を配布 オペレーターは、保健師、看護職員、介護福祉士、社会福祉士、医師、ケアマネ （早朝、夜間、深夜は併設施設の職員兼務可）、 <u>都道府県越えて集約可</u> 報酬は月単位の定額制（通所サービスを利用した日は所定単位数を減算） <u>夜間対応型との統合を見据えた報酬改定も</u> 一体型でも、訪問看護サービスを行う場合と行わない場合で報酬が異なる 緊急時訪問看護加算などは一体型のみ算定可 介護・医療連携推進会議（年2回、合同開催可） 定期巡回／随時対応／随時訪問／訪問看護（←医師の指示必要） 要支援は利用不可 計画は、看護職によるアセスメントをふまえ、介護福祉士や看護師が計画作成 合鍵の管理、紛失した場合の対処について文書でまとめて利用者に交付 正当な理由がない場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供義務 総合マネジメント体制強化加算（多職種協働、医療機関との連携） <u>→上位区分</u> ターミナルケア加算：「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」）等の内容に沿った取組を行う 口腔連携加算

22. 介護老人保健施設

基本方針	看護、医学的管理下における介護、日常生活上の世話、機能訓練、必要な医療	
人員配置	100人あたり医師：1人 支援相談員：1人 ケアマネ：1人 介護職員24人 看護職員：10人 PT、OT、ST：1人 栄養士：1人	
サービス内容	従来型、ユニット型（15名まで可）、感染委員会（1回/3月）、身体拘束廃止未実施減算 介護療養型老人保健施設（療養型より転換したもの） 在宅復帰等指標：基本報酬が在宅強化型、基本型、その他に分類（評価指標見直） 協力医療機関の規定改定、加算も、感染症対応強化も	
加算	初期加算 訪問看護指示加算 栄養マネジメント強化加算 療養食加算 経口移行加算 経口維持加算Ⅰ・Ⅱ 口腔衛生管理加算 認知症専門ケア加算 若年性認知症入所者受入加算 認知症行動・心理症状緊急対応 認知症ケア加算 認知症短期集中リハビリ加算 認知症チームケア推進加算 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 ターミナルケア加算 退所前連携加算 所定疾患施設療養費 特別療養費 緊急時施設療養費 かかりつけ医連携薬剤調整加算 排せつ支援加算、褥瘡マネジメント 自立支援促進加算 安全対策体制加算 生産性向上推進体制加算	30日間 退所の際に、訪問看護指示書を出す 従来の加算は廃止、基準満たさないと減算 経口移行、経口維持と併算可能 経管栄養の方、栄養管理の基準満たす必要 誤嚥、摂食機能障害の方、栄養管理の基準満たす必要 一部基本サービスへ、（上位）情報提出・活用 入所日から3ヵ月以内、3日／週限度 チームによるBPSDの予防と対応 死亡日以前45日から、PDCA 居宅ケアマネと連携 疾患が追加 日常的な医療 救急救命医療が必要な場合に緊急的な治療管理 多剤投与軽減、情報提供・活用 情報提供・活用も 医師のアセスメント、日々の過ごし方を評価 一定の基準を満たさないと減算もある 業務改善、ICT、一定の成果

23. 介護療養型医療施設／介護医療院

基本方針	療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、必要な医療	
人員配置	100人あたり医師：3人 ケアマネ：1人 介護職員17人 看護職員：17人 薬剤師：1人 栄養士：1人	
サービス内容	病院、診療所、老人性認知症疾患療養病棟／従来型、ユニット型 長期療養の方が対象 療養機能強化型の分類（医療依存度高い方の割合）	
加算	初期加算 試行的退所サービス費 栄養マネジメント強化加算 療養食加算 経口移行加算・経口維持加算 口腔衛生管理加算 認知症専門ケア加算 若年性認知症入所者受入加算 認知症行動・心理症状緊急対応 褥瘡・排泄・安全・自立支援 特定診療費	30日 日常的な医療

◎介護医療院は、平成30年度から新たに設けられた介護保険施設です。

◎介護療養型医療施設のもつ日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れや、看取り・ターミナルなどの機能を維持しつつ、生活施設としての機能を兼ね備えた新たな施設類型として創設されました。

◎介護医療院を開設しようとする者は、都道府県知事の許可を受ける必要があります。開設できるのは、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人です。

◎病院や診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院や診療所の名称を引き続き使用できます。

※介護療養型医療施設は、2024（令和6）年3月末日までに廃止

24. 地域別の介護報酬

地域区分	1級地から7級地、その他の8区分 サービスごとに上乗せの割合が異なる 居宅療養管理指導、福祉用具貸与は対象外
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 (事業所は別の地域)	訪問系・通所系・多機能系 (訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハ・福祉用具貸与 居宅介護支援・通所介護・通所リハ、(看護)小規模多機能 居宅療養管理指導 夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護)
中山間地域等における 小規模事業所加算	訪問系・多機能系 (訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハ・福祉用具貸与 居宅療養管理指導・居宅介護支援 夜間対応型訪問介護・(看護)小規模多機能)
特別地域加算	訪問系・多機能系 (訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハ・福祉用具貸与 居宅療養管理指導・居宅介護支援 夜間対応型訪問介護・(看護)小規模多機能)

25. 集合住宅減算、各種会議・委員会

集合住宅の減算	
訪問系 (訪問介護・訪問入浴・訪問看護 訪問リハ・夜間対応訪問)	・事業所と同一敷地または隣接敷地内の建物 ▲10% ・サービス提供の90%以上が同一建物 ▲12% ・上記建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数 1月あたり50人以上の場合 ▲15% ・上記以外の建物の利用者が20人以上 ▲10%
定期巡回・随時対応	・事業所と同一敷地または隣接敷地内の建物 ▲10% ・上記建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数 1月あたり50人以上の場合 ▲15%
小規模多機能居宅介護(看護も)	事業所と同一の建物の利用者については別報酬体系
通所系 (通所介護・通所リハ・認知症デイ)	事業所と同一の建物の利用者▲94単位(1人でも) ※やむを得ない事情にで一時的に送迎必要な場合除く ※送迎を行っていない場合は片道47単位減算
居宅療養管理指導	当該訪問月に診療した人数(単一建物居住者の人数) によって評価

各種会議・委員会

小規模多機能・グループホーム 地域密着特養・地域密着特定	運営推進会議	2か月に1回
地域密着型通所、認知症通所	運営推進会議	6か月に1回
療養通所	運営推進会議	12か月に1回
	安全・サービス提供管理委員会	12か月に1回
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護・医療連携推進会議	6か月に1回
様々なサービスにおいて	虐待、感染、身体拘束等	3～6か月に1回

過去問から学ぶ（R3）

問題 45 介護医療院について正しいものはどれか。2つ選べ。

- 1 主として短期的な療養が必要である要介護者を対象とする。
- 2 その開設に当たっては、医療法に基づく都道府県知事の許可を受けなければならない。
- 3 2020(令和2)年3月末時点で全国で1,000施設以上ある。
- 4 ユニットケアを行うユニット型もある。
- 5 入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努める。

153

受験対策動画講座15時間！

- 完全独学は難しい上に、面白くない…
独学できる基礎を作る！
- 導入編＆介護支援分野編、保健・医療・福祉サービス分野編
※天晴れ介護サービス総合教育研究所HPより
※導入編については、YouTubeでもご覧になれます！
- とりあえず聞き流して、あとは問題集！
- 1回聞いただけでは分からない内容も、動画があれば安心！
- 受験生はもちろん、現役ケアマネさん、本部職員さんも！

介護支援分野 目次

天晴れ介護サービスHPよりお求め頂けます！



◎目次

1. データ（高齢化・家族・介護サービス）
2. 保険用語と意味
3. 介護保険制度の全体像
4. 介護保険制度の改正と背景
5. 介護支援専門員
6. 居宅介護支援
7. 介護予防支援
8. ケアプラン
9. ケアマネジメントの比較
10. 被保険者
11. 16の特定疾病
12. 被保険者の資格得喪・届出
13. 要介護認定
14. 認定の申請と期間
15. 保険給付一覧
16. 特例サービス
17. 他法との給付調整
18. 地域支援事業と介護保険
19. 現物給付と償還払い
20. 介護報酬の支払いの流れ
21. 第1号保険料
22. 第2号保険料
23. 保険財政
24. 居宅サービス共通基準
25. 介護保険施設共通基準
26. 居宅介護支援の基準
27. 居宅介護支援の介護報酬
28. 保険者
29. 介護保険事業計画
30. 各委員会・審査会

155

保健医療サービス分野 目次

天晴れ介護サービスHPよりお求め頂けます！



◎目次

1. 高齢者の心身機能・疾病
2. 医学的診断・医療との連携
3. 在宅での医療管理
4. バイタルサインと検査値
5. 高齢者に多い疾患と治療
6. 急変時の対応
7. 感染症
8. 認知症の介護
9. 高齢者の精神障害
10. リハビリテーション
11. ターミナルケア
12. 薬の知識
13. 栄養・食生活
14. 介護技術の展開
15. 訪問看護
16. 訪問リハビリ
17. 居宅療養管理指導
18. 通所リハビリ
19. 短期入所療養介護
20. 小規模多機能型居宅介護
（看護小規模多機能型居宅介護）
21. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
22. 介護老人保健施設
23. 介護療養型医療施設／介護医療院
24. 地域別の介護報酬(共通)
25. 集合住宅の減算、
各種委員会・会議(共通)

福祉サービス分野 目次

天晴れ介護サービスHPよりお求め頂けます！

◎目次

1. ソーシャルワーク
2. 社会資源の活用
3. ICF（国際生活機能分類）
4. 障害者総合支援法
5. 生活保護制度／
生活困窮者自立支援法
6. 虐待・後期高齢者医療制度
7. 成年後見制度／
日常生活自立支援事業
8. 高齢者住まい法／老人福祉法
9. 個人情報保護法／
育児・介護休業法
10. 訪問介護
11. 訪問入浴・短期入所生活介護
12. 通所介護
13. 療養通所介護
14. 福祉用具貸与／特定福祉用具販売
住宅改修
15. 特定施設入居者生活介護
16. 夜間対応型訪問介護
認知症対応型通所介護
17. 小規模多機能型居宅介護
18. 認知症対応型共同生活介護
19. 介護老人福祉施設
20. 地域別の介護報酬(共通)
21. 集合住宅の減算、
各種委員会・会議(共通)

プレ講座②（介護保険入門編！）

ケアマネジャー受験対策講座



まずはここから！プレ講座

■その2 介護保険入門編

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

必勝を期して...!!!

- まずは、**問題集**！テキストは調べることに
- **プレ講座②（介護保険入門編）**を観る！
- 問題集最低 **3回（+α）** + 模擬問題最低 **1回（2回）**！
- ノートを作るなら「**弱点ノート**」がおすすめ！
- 以上を **1週間単位**で**プランニング**！
- 15時間の**受験対策動画**、**改定内容動画**を観る！

勉強計画

介護支援分野

保健医療福祉分野

予想問題

週	日付	介護支援	保健・医療・福祉	予想
1	6/10-6/16			
2	6/17-6/23			
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18	10/7-10/13			

あと1か月の勉強法！

- ☑テキストの重要ポイント（自分にとって）を
何度も読み返す
- ☑これまでやってきた問題を振り返る
特に何度も間違えたところ
→何度も読み直すものに、間違えたものは書き込んでおく
→何度も読み直すものは、できれば1冊にするとよい
- ☑マークシートの練習は必須（最低限1回はしておくこと）
- ☑これ以上やっても無駄……は厳禁！
試験当日がマックスの記憶状態で臨む！！

161

本番、力を発揮するために！

勝負事に強くなるためには、

習慣をつけていくことが大事です。

雀鬼会会長・桜井章一氏

162

受験の心得！&当日の準備

受験の心得

- ☑マークシート方式 →無回答は厳禁！！
- ☑時間配分を考えておく、見直しは絶対必要！！
最低でも30分は残したい
- ☑問題分に印をつけながら解くのがおすすめ！見直しにも有効
- ☑満点をとる必要はないという気持ちは大事！
難問に心を乱されない！
- ☑常識的判断で解ける問題も多い。自分を信じること！
- ☑最後まで集中力を切らさない、最後まであきらめない！

当日の準備

- ☑持ち物確認（薬、鉛筆、はおるもの等）+受験票！！
- ☑体調万全で臨む！

終わってから…

- ☑お世話になった人に報告？？

163

ご清聴ありがとうございました！
次はケアマネ同士として
お会いしましょう！（^^）／



天晴れ介護サービス総合教育研究所

代表 榊原宏昌