

第 124 回 介護事務管理士技能認定試験

(令和 3 年 7 月度)

◆解答は、黒鉛筆（B または HB）を使用してはっきりと別紙解答用紙に記入してください。

◆マークシートは、解答用紙の注意事項に従って記入してください。

◆試験問題

学科問題 問 1 ～問 1 0

実技問題 問 1 1 ～問 1 6

※「市町村」は特別区を含みます。

※厚生労働大臣が定める施設の基準または基準適合届出等については要件を満たしているものとします。

◆この試験問題は、試験終了後、回収します。

目 次

学科問題	．．．．．	1 頁～ 6 頁
実技問題	．．．．．	7 頁～ 2 5 頁

受験番号

氏 名

学科問題（共通問題）

問1 介護の現場で働く中で、常に意識しておくべき基本事項はいくつかある。次の各項の中で、各介護サービスの運営に関する基準（省令）に明記されているものを1つ選びなさい。

- A. 利用者本位のケアを行うために、接遇・コミュニケーションの能力を有すること。
- B. サービスごとに介護保険で扱う部分と医療保険で扱う部分について、明確な知識を有すること。
- C. 業務上知り得た利用者や家族の個人情報を他に漏らさないこと。
- D. 利用者との信頼関係の構築につながるので、言葉のもつイメージ効果を意識しながら敬語を使用すること。

問2 次の各問を読み、正しい組み合わせを1つ選びなさい。

- (1) 介護保険制度において、ケアマネジャーが、一元化されたサービスの中で利用者の希望するサービス等を効果的・効率的に受けられるように、利用者や家族の相談に応じて適切なサービス利用の手助けをする。
- (2) 介護保険の保険者である市町村の仕事の1つに保険料の徴収があるが、市町村が徴収するのは第2号被保険者の保険料である。
- (3) 介護保険料の滞納が続くと滞納期間に応じて保険給付の支払方法の変更などのペナルティがある。この措置が行われると、被保険者証の給付制限欄に記載される。
- (4) 要介護認定をする際、コンピュータによる一次判定結果にさらに検討を加えるのが二次判定で、都道府県設置の介護認定審査会が行う。

- A. (1)(2) B. (1)(3) C. (2)(4) D. (3)(4)
- E. (1)(2)(3) F. (1)(3)(4) G. (1)～(4)すべて

問3 法定限度額において要介護2の区分支給限度基準額として正しいものを1つ選びなさい。

- A. 10,531単位 B. 16,765単位 C. 19,705単位 D. 27,048単位

問4 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

- A. 利用者が自宅等で介護サービスを受ける場合、ケアプランを作成する。そのケアプランはケアマネジャーのみ作成することができる。
- B. 住宅改修費支給後、特に要介護度が重くなり市町村が必要と認めた場合、改めて支給限度基準額までの住宅改修費を受けることができる。特に要介護度が重くなった場合とは、例えば要支援1の利用者が要介護2になった場合である。
- C. サービス提供事業所は介護保険サービスを提供する前に、利用者から被保険者証の提示を受け介護保険の給付の受給資格の有無を確認する必要がある。
- D. 介護保険サービスを提供した事業所は、利用者から利用者負担を受け取った後、領収証を発行する。領収証の発行と利用者への交付は、介護保険法施行規則で義務づけられていない。

問5 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

- A. 施設サービスを提供する機関を介護保険施設といい、4種類に分かれている。それぞれ施設・人員基準が定められており、介護医療院は都道府県知事の指定を受ける必要がある。
- B. 地域密着型サービスを提供する場合、指定の要件を満たし市町村長に申請し指定を受ける。すでに指定を受けた地域密着型サービス事業所が、介護予防地域密着型サービスを行う場合は、改めて別に申請する必要はない。
- C. 訪問リハビリテーションは病状安定期の利用者の自宅をスタッフが訪問し、必要なリハビリテーションを行うサービスである。作業療法士は、身体・精神に障害のある利用者に対して、作業・活動を通して応用的動作能力・社会的適応能力の回復をはかるリハビリテーションを行う。
- D. 福祉用具貸与は、日常生活に支障のある利用者が自立した在宅生活を送ることができるように、都道府県知事によって定められた福祉用具のレンタルサービスを行う。

問6 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

- A. 介護療養型医療施設の介護保険適用型に入院中の利用者の容態が急変し医療サービスの提供が必要となったが、一般病床の転床先に空きベッドがないため、介護保険適用型に入院したまま医療サービスを提供した。その場合の医療行為は介護保険の扱いとなる。
- B. 公費負担医療の受給者は、介護保険サービスも公費の給付対象となる。公費の種類やサービス内容によっては対象とならない場合もある。訪問介護は生活保護法では公費の給付対象となるが、難病法では給付対象とならない。
- C. 要介護者・要支援者に対する訪問看護は、原則、介護保険の扱いである。精神科を標榜する保険医療機関が行う訪問看護も介護保険の扱いである。
- D. 国保連合会は、介護給付費審査委員会を設置して介護レセプトの審査を行う。審査の結果、利用者の受給資格に問題がある場合は、請求の単位数を減じたうえで支払う。

問7 次の（１）～（４）に適合する正しいものの組み合わせを１つ選びなさい。

介護を必要とする場合、利用者やその家族が市町村の窓口に申請する。申請を受けた市町村は、訪問調査、一次判定などを行い認定結果を申請日から（①）に通知する。利用者の状態は時とともに変化するので、認定の有効期間は原則として初回は（②）となる。ただし、（③）の意見に基づき、有効期間が３ヶ月～１２ヶ月の範囲で定めることができる。また、初回の申請が令和３年７月５日の場合、有効期間は（④）までとなる。

- | | | | |
|-----------|------|----------|-------------|
| A. ①30日以内 | ②6ヶ月 | ③介護保険審査会 | ④令和３年12月31日 |
| B. ①60日以内 | ②6ヶ月 | ③介護認定審査会 | ④令和４年１月31日 |
| C. ①30日以内 | ②6ヶ月 | ③介護認定審査会 | ④令和４年１月31日 |
| D. ①60日以内 | ②6ヶ月 | ③介護保険審査会 | ④令和３年12月31日 |

学科問題（選択問題）

学科問題における問題の選択について

【学科問題】は以下のきまりを守り問題を選択して解答してください。

※ 学科の選択問題は大問、問 8～問10で構成されています。
各問題のそれぞれ①～③の小問 3 問から、1 問ずつ選択し解答してください。

〈正しい解答（選択）例〉

- 問 8 の①を解答、問 9 の①を解答、問10の①を解答
- 問 8 の②を解答、問 9 の①を解答、問10の③を解答

〈誤った解答（選択）例〉

次の場合、問 8 の解答のみを有効とし、問 9 および問10は無解答となります。

- 問 8 の①と②と③を解答
- 問 9、問10の解答なし

※この場合、問 8 の①しか採点されず、問 9、問10は無解答となります。

〈全問題の解答をした場合〉

各問題の①に対する解答を有効とし、そのほかの解答は無効といたします。

問8 ①居宅サービス・支援サービス

要介護3の利用者に診療所の看護師が、18:00～18:25の訪問看護を提供した場合のサービスコードとして、正しいものを1つ選びなさい。

- A. 131111 B. 131112 C. 132111 D. 132112

②施設サービス

要介護4の利用者にサービスコード551027のサービスを提供した場合、請求に使用する介護レセプトの様式として正しいものを1つ選びなさい。

- A. 様式第八 B. 様式第九 C. 様式第十 D. 様式第九の二

③地域密着型サービス

要介護1の利用者にサービスコード361111のサービスを提供した場合、請求に使用する介護レセプトの様式として正しいものを1つ選びなさい。

- A. 様式第六の六 B. 様式第六の五 C. 様式第六の四 D. 様式第六の三

問9 ①居宅サービス・支援サービス

次の文章を読み、正しい組み合わせを共通選択肢の中から1つ選びなさい。

- (1) 訪問リハビリテーションを病院が提供した場合と介護老人保健施設が提供した場合、算定する単位数は同じだが、サービスコードは異なる。
- (2) 通所介護における科学的介護推進体制加算は、1日につき40単位を算定する。
- (3) 要介護4の利用者に介護職員3人で提供した訪問入浴の単位数は、所定単位数×95%で算定する。
- (4) 通所リハビリテーションにおける短期集中個別リハビリテーション実施加算は、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定できない。

②施設サービス

次の文章を読み、正しい組み合わせを共通選択肢の中から1つ選びなさい。

- (1) 介護福祉施設サービスにおいて、認知症の入所者が全体の3分の1以上を占める施設で、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月2回以上行われた場合、精神科医療養指導加算を算定できる。
- (2) 介護医療院に入所中の利用者が、急性呼吸不全の状態になり、応急的な治療管理を令和3年7月14日、16日に行った。緊急時治療管理として、1,036単位算定できる。
- (3) サービスコード532720は、1回限り20単位を算定できる。
- (4) 介護老人保健施設において、蜂窩織炎の者は所定疾患施設療養費の対象となる。

③地域密着型サービス

次の文章を読み、正しい組み合わせを共通選択肢の中から1つ選びなさい。

- (1) 夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）を算定する事業所で定期巡回を月8回提供した場合、その月の合計単位数は4,113単位である。
- (2) 認知症対応型共同生活介護における入院時費用は、利用者が医療機関に入院後、3月以内の退院が見込まれ再び入所できるような体制を確保している場合、1月に7日を限度に算定できる。
- (3) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と訪問入浴介護は、併せて算定できる。
- (4) サービスコード786338が表すサービス内容略称は、地域通所介護ADL維持等加算Ⅰである。

【共通選択肢】

- A. (1)(2) B. (1)(3) C. (2)(4) D. (3)(4) E. (1)(2)(3)
F. (1)(3)(4) G. (1)～(4)すべて

問10 ①居宅サービス・支援サービス

次の場合の合計単位数として正しいものを1つ選びなさい。

要介護2の利用者に10:00～11:25身体介護（30分以降は生活援助中心）を月8回提供した場合の合計単位数

- A. 4,632単位 B. 3,704単位 C. 3,072単位 D. 2,536単位

②施設サービス

次の場合の合計単位数として正しいものを1つ選びなさい。

令和3年7月3日に初めて病院に入院した要介護3の利用者に、療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）／従来型個室を提供した場合の令和3年7月分の合計単位数

- A. 25,781単位 B. 24,892単位 C. 26,651単位 D. 25,732単位

③地域密着型サービス

次の場合の合計単位数として正しいものを1つ選びなさい。

要介護4の利用者に10:00～16:30地域密着型通所介護を月6回提供した場合の合計単位数

- A. 5,382単位 B. 6,060単位 C. 6,270単位 D. 6,954単位

実技問題（選択問題）

実技問題における問題の選択について

【実技問題】は居宅および支援サービス2問（問11、問12）、施設サービス2問（問13、問14）、地域密着型サービス2問（問15、問16）で構成されています。

- ◆全6問の中から2問を選択して解答を作成してください。
- ◆同じサービスの問題を2問選択しても構いません。
- ◆全問題の解答をした場合は、先頭の2問に対する解答を有効とし、3番目以降の解答は無効といたします。

問11 次の条件をもとに、令和3年7月分の介護レセプトを確認し、次の各問に答えなさい。

居宅サービス

■ 被保険者の情報

- 【被保険者番号】0002165883
- 【氏名(フリガナ)】平山 健太(ヒラヤマ ケンタ)
- 【生年月日・性別】昭和20年6月19日・男性
- 【保険者番号】282046
- 【保険者名】兵庫県西宮市
- 【要介護状態区分】要介護3
- 【認定の有効期間】令和2年12月1日～令和3年11月30日
- 【利用者負担割合】1割
- 【居宅サービス計画】居宅介護支援事業者作成

■ サービス内容

- ・令和3年1月から開始
- ・9:30～15:15 通常規模型通所リハビリテーション（実施回数：8回）
入浴介助（実施回数：8回）

■ 届出の情報

- ・入浴介助加算（Ⅰ）
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

■ 請求事業者の情報

- 【事業所名称】前浜クリニック
- 【事業所番号】2810890013
- 【所在地】兵庫県西宮市

■ 居宅介護支援事業者の情報

- 【事業所名称】ケアサポート あさがお
- 【事業所番号】2870122146

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

様式第二

公費負担者番号										令和 3 年 7 月 分									
公費受給者番号										保険者番号 2 8 2 0 4 6									

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 2 1 6 5 8 8 3										請 求 事 業 者	事業所番号	2 8 1 0 8 9 0 0 1 3									
	(フリガナ)	ヒラヤマ ケンタ											事業所名称	前浜クリニック									
	氏 名	平山 建太											〒										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 2 0 年 6 月 1 9 日											所在地	省略									
	要介護状態区分	要介護 1・2・③・4・5											連絡先	電話番号									
	認定有効期間	令和 2 年 1 2 月 1 日 から 令和 3 年 1 1 月 3 0 日 まで																					

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
事業所番号	2 8 7 0 1 2 2 1 4 6										事業所名称	ケアサポート あさがお									

開始年月日	令和		年		月		日	中止年月日	令和		年		月		日
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所														

給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	通所リハ I 153	1 6 1 1 9 8	8 4 6	8	6 7 6 8			
	通所リハ入浴介助加算 I	1 6 5 3 0 1	4 0	8	3 2 0			
	通所リハサービス提供体制加算 II	1 6 6 1 0 0	6	8	4 8			

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請 求 額 集 計	①サービス種類コード/②名称	1 6	通所リハビリテーション						
	③サービス実日数	8	日		日				
	④計画単位数	7 1 3 6							
	⑤限度額管理対象単位数	7 1 3 6							
	⑥限度額管理対象外単位数								
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	7 1 3 6							
	⑧公費分単位数								
	⑨単位数単価	1 0 8 3	円/単位		円/単位				
計 欄	⑩保険請求額	6 9 5 5 3							
	⑪利用者負担額	7 7 2 9							
	⑫公費請求額								
	⑬公費分本人負担								

合計		省略	
枚中	枚目		

問11 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

(1) A枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. A枠内の記載に誤りはない。
- b. 氏名は、平山健太が正しい。
- c. 開始年月日に令和3年7月2日を記載するのが正しい。
- d. 請求事業者の事業所番号は、2810890031が正しい。

(2) B枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. B枠内の記載に誤りはない。
- b. 通所リハ I 153は誤りで、通所リハ I 253が正しい。
- c. 通所リハサービス提供体制加算Ⅱのサービスコードは、166102が正しい。
- d. 通所リハサービス提供体制加算Ⅱの単位数は、18単位が正しい。

(3) C枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. C枠内の記載に誤りはない。
- b. サービス実日数は24日が正しい。
- c. ④計画⑤限度額管理対象は7,088単位、⑥限度額管理対象外は48単位が正しい。
- d. ④計画⑤限度額管理対象は7,088単位、⑥限度額管理対象外は144単位、⑦給付単位数は7,232単位が正しい。

(4) D枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. D枠内の記載に誤りはない。
- b. ⑩保険請求額は69,555円、⑪利用者負担額は7,728円が正しい。
- c. ⑩保険請求額は70,489円、⑪利用者負担額は7,833円が正しい。
- d. ⑩保険請求額は70,490円、⑪利用者負担額は7,832円が正しい。

問12 次の条件をもとに、令和3年7月分の介護レセプトを確認し、次の各問に答えなさい。

居宅サービス

■ 被保険者の情報

- 【被保険者番号】0016813426
- 【氏名(フリガナ)】太田 綾乃 (オオタ アヤノ)
- 【生年月日・性別】昭和18年9月23日・女性
- 【保険者番号】142067
- 【保険者名】神奈川県小田原市
- 【要介護状態区分】要介護2
- 【認定の有効期間】令和3年5月1日～令和4年4月30日
- 【利用者負担割合】1割
- 【居宅サービス計画】居宅介護支援事業者作成

■ サービス内容

- ・介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅱ)／介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)
- ・多床室入所
- ・前月までの短期入所利用日数：12日
- ・令和3年7月のサービス実施日：7月3日～7月6日、7月24日～7月26日
送迎実施日：7月6日、7月26日
- ・特別療養費：感染対策を常時実施

■ 届出の情報

- ・夜勤職員配置加算
- ・感染対策指導管理

■ 請求事業者の情報

- 【事業所名称】老人保健施設 陽だまり
- 【事業所番号】1452308064
- 【所在地】神奈川県小田原市

■ 居宅介護支援事業者の情報

- 【事業所名称】居宅支援たんぽぽ
- 【事業所番号】1477215380

居宅サービス介護給付費明細書

様式第四

公費負担者番号										令和 3 年 7 月 分													
公費受給者番号										保険者番号 1 4 2 0 6 7													
被 保 険 者	被保険者番号 (フリガナ)	0 0 1 6 8 1 3 4 2 6 オオタ アヤノ										請 求 事 業 者	事業所番号	1 4 5 2 3 0 8 0 6 4									
	氏 名	太田 綾乃											事業所名称	老人保健施設 陽だまり									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 1. 男 ②. 女 1 8 年 9 月 2 3 日											〒										
	要介護状態区分	要介護 1・②・3・4・5											所在地	省略									
	認定有効期間	令和 3 年 5 月 1 日から 令和 4 年 4 月 3 0 日まで											連絡先	電話番号									
居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成										入所年月日 令和 3 年 7 月 3 日												
	事業所番号 1 4 7 7 2 1 5 3 8 0										退所年月日 令和 3 年 7 月 6 日												
	事業所名称 居宅支援 たんぽぽ										短期入所実日数 7												
給 付 費 明 細 欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分回数等		公費対象単位数		摘 要								
	老短Ⅱ ii 2		2 2 3 2 2 1		9 4 1		7		6 5 8 7														
	老短夜勤職員配置加算		2 2 6 1 1 7		2 4		7		1 6 8														
	老短送迎加算		2 2 1 9 2 0		1 8 4		2		3 6 8														
	合 計																						
緊 急 時 施 設 療 養 費	緊急時傷病名		① ② ③		緊急時治療開始年月日		① 令和 ② 令和 ③ 令和		年 年 年		月 月 月		日 日 日										
	緊急時治療管理(再掲)				単位		単位×																
	特 定 治 療	リハビリテーション				点		摘要															
		処置				点																	
		手術				点																	
		麻酔				点																	
		放射線治療				点																	
合計				点																			
往診日数				医療機関名				通院日数				医療機関名											
特 別 療 養 費	傷病名				識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要				
	0 1		感染対策指導				6		7				4 2										
	合計												4 2										
請 求 額 集 計 欄	区 分		保 険 分		公 費 分		保険分特定治療・特別療養費		公費分特定治療・特別療養費														
	①計画単位数		7 1 2 3																				
	②限度額管理対象単位数		7 1 2 3																				
	③限度額管理対象外単位数																						
	④給付点数・単位数		7 1 2 3								4 2												
	⑤点数・単位数単価		1 0 5 5 円/単位						10 円/点・単位				10 円/点・単位										
	⑥給付率		9 0 /100				/100		9 0 /100				/100										
	⑦請求額(円)		6 7 6 3 3						3 7 8														
	⑧利用者負担額(円)		7 5 1 5						4 2														
特 定 入 所 者 介 護 サ ー ビ ス 費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額				
	合 計																						
											保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額				

問12 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

(1) A枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. A枠内の記載に誤りはない。
- b. 請求事業者の事業所名称は、老人保健施設は記載せず「陽だまり」のみの記載が正しい。
- c. 要介護状態区分は、要介護3が正しい。
- d. 退所年月日は、令和3年7月26日が正しい。

(2) B枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. B枠内の記載に誤りはない。
- b. 老短Ⅱ ii 2は誤りで、老短Ⅰ ii 2が正しい。摘要欄に「1」の記載漏れ。
- c. 老短Ⅱ ii 2の摘要欄に「1」の記載漏れ。合計欄の合計単位数の記載漏れ。
- d. 老短送迎加算は4回736単位が正しい。合計欄の合計単位数の記載漏れ。

(3) C枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. C枠内の記載に誤りはない。
- b. 内容の感染対策指導は誤りで、感染対策指導管理が正しい。
- c. 感染対策指導は算定できない。
- d. 識別番号01は誤りで、02が正しい。

(4) D枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. D枠内の記載に誤りはない。
- b. ⑦請求額は67,632円が正しい。
- c. ⑤単位数単価は10.45円で、⑦請求額は66,992円⑧利用者負担額は7,443円が正しい。
- d. ⑤単位数単価は10.45円で、⑦請求額は66,991円⑧利用者負担額は7,444円が正しい。

問13 次の条件をもとに、令和3年7月分の介護レセプトを確認し、次の各問に答えなさい。

施設サービス

■ 被保険者の情報

【被保険者番号】0034575864

【氏名(フリガナ)】松下 由利 (マツシタ ユリ)

【生年月日・性別】昭和17年8月30日・女性

【保険者番号】221309

【保険者名】静岡県浜松市

【要介護状態区分】要介護4

【認定の有効期間】令和2年11月1日～令和3年10月31日

【利用者負担割合】1割

■ 入所の状況

令和3年6月25日 自宅より入所(初回)引き続き入所中。

令和3年7月15日 午後自宅に戻る。

令和3年7月17日 午後施設に戻る。

■ サービス内容

- ・介護福祉施設サービス費
- ・従来型個室に入所

■ 届出の情報

- ・看護体制加算(Ⅰ)イ
- ・常勤医師配置加算

■ 請求事業者の情報

【事業所名称】特別養護老人ホーム 和合苑

【事業所番号】2277025535

【所在地】静岡県浜松市

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書

様式第八

公費負担者番号										令和3年7月分													
公費受給者番号										保険者番号 221309													
被保険者	被保険者番号	0034575864										請求事業者	事業所番号	2277025535									
	(フリガナ)	マツシタ ユリ											事業所名称	特別養護老人ホーム 和合苑									
	氏名	松下 由利											〒	-									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 1. 男 ②. 女 17年8月30日											所在地	省略									
	要介護状態区分	要介護1・2・3・④・5 旧措置入所者特例 ①. 無 2. 有											連絡先	電話番号									
認定有効期間	令和2年11月1日から 令和3年10月31日まで																						
入所年月日 令和3年6月25日										退所年月日 令和 年 月 日													
入所前の状況										①. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院													
退所後の状況										1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所													
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分回数等		公費対象単位数		摘要								
	福祉施設Ⅰ4		511141		780		30		23400														
	福祉施設看護体制加算Ⅰ1		516113				630		180														
	常勤医師配置加算		516100		2530				750						㉓								
	福祉施設外泊時費用		516300		246		1		246														
	福祉施設初期加算		516400		3024				720														
	合計								25296														
請求額集計欄	区分		保険分		公費分																		
	①単位数合計		25296																				
	②単位数単価		1014円/単位																				
	③給付率		90/100																				
	④請求額(円)		230850																				
⑤利用者負担額(円)		25651																					
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額													
合計																							
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額													
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考																
	51	介護福祉施設サービス																					
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護																					

問13 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

(1) A枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. A枠内の記載に誤りはない。
- b. 保険者番号は221390が正しい。
- c. 入所実日数は、30日が正しい。
- d. 外泊日数は3日が正しい。

(2) B枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. B枠内の記載に誤りはない。
- b. 福祉施設Ⅰ4は誤りで、福祉施設Ⅱ4が正しい。
- c. 外泊時費用のサービスコードは、516301が正しい。
- d. 福祉施設看護体制加算Ⅰ1のサービスコードは516114で、単位数は4単位が正しい。

(3) C枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. C枠内の記載に誤りはない。
- b. 外泊時費用は3日738単位が正しい。
- c. 初期加算は、23日690単位が正しい。
- d. 福祉施設Ⅰ4、福祉施設看護体制加算Ⅰ1、常勤医師配置加算の日数は、31日が正しい。

(4) D枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. D枠内の記載に誤りはない。
- b. ④請求額は230,851円、⑤利用者負担額は25,650円が正しい。
- c. ①単位数合計は25,266単位、④請求額は230,577円、⑤利用者負担額は25,620円が正しい。
- d. ①単位数合計は25,266単位、④請求額は230,578円、⑤利用者負担額は25,619円が正しい。

問14 次の条件をもとに、令和3年7月分の介護レセプトを確認し、次の各問に答えなさい。

施設サービス

■ 被保険者の情報

【被保険者番号】0033568708
【氏名(フリガナ)】小泉 豊 (コイズミ ユタカ)
【生年月日・性別】昭和20年11月8日・男性
【保険者番号】132027
【保険者名】東京都立川市
【要介護状態区分】要介護3
【認定の有効期間】令和3年2月1日～令和4年1月31日
【利用者負担割合】1割

■ 主傷病名

糖尿病、脳梗塞後遺症

■ 入所の状況

令和3年6月10日 自宅より入所（初回）引き続き入所中。

■ サービス内容

- ・介護保健施設サービス費（Ⅱ）
- ・多床室【療養型】に入所

（特別療養費）傷病名は主傷病名と同じ

感染対策を常時実施

薬剤管理指導 実施日：令和3年7月2日、9日、16日、23日、30日

■ 届出の情報

- ・夜勤職員配置加算
- ・感染対策指導管理
- ・薬剤管理指導

■ 請求事業者の情報

【事業所名称】老人保健施設 わかば
【事業所番号】1357076673
【所在地】東京都立川市

施設サービス等介護給付費明細書

様式第九

		公費負担者番号										令和3年7月分																														
		公費受給者番号										保険者番号 132027																														
A	被保険者	被保険者番号	0033568780										請求事業者	事業所番号	1357076673																											
		氏名	コイズミ ユタカ 小泉 豊											事業所名称	老人保健施設 わかば																											
		生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 20年11月8日											性別	①. 男 2. 女																											
		要介護状態区分	要介護1・2・③・4・5											所在地	〒 省略																											
		認定有効期間	令和3年2月1日から 令和4年1月31日まで											連絡先	電話番号																											
		入所年月日	令和3年6月10日										退所年月日	令和 年 月 日																												
		主傷病	糖尿病、脳梗塞後遺症										入所前の状況	①. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																												
		退所後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																																							
B	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要																																	
		保施Ⅱii3	523115	101631	31496			1																																		
		保健施設初期加算	526400	309	270																																					
		保健施設夜勤職員配置加算	526117	2431	744																																					
		合計			32510																																					
	所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③										所定疾患施設療養開始年月日	① 令和 年 月 日 ② 令和 年 月 日 ③ 令和 年 月 日																											
			単位(再掲)	単位	単位×	日																																				
		緊急時治療管理	傷病名	① ② ③										緊急時治療開始年月日	① 令和 年 月 日 ② 令和 年 月 日 ③ 令和 年 月 日																											
			単位(再掲)	単位	単位×	日																																				
		特定治療	リハビリテーション	点	摘要																																					
			処置	点																																						
			手術	点																																						
麻酔	点																																									
放射線治療	点																																									
合計	点																																									
		往診日数	医療機関名										通院日数	医療機関名																												
C	特別療養費	傷病名	糖尿病、脳梗塞後遺症																																							
		識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要																																	
		01	感染対策指導管理	631	186																																					
		09	薬剤管理指導	3505	1750				省略																																	
		合計			1936																																					
D	請求額集計欄	区分	保 險 分										公 費 分										保険分特定治療・特別療養費										公費分特定治療・特別療養費									
		①点数・単位数合計	32510																				1936																			
		②点数・単位数単価	1054円/単位																				10円/点・単位										10円/点・単位									
		③給付率	90/100																				90/100										/100									
		④請求額(円)	308389																				17424																			
		⑤利用者負担額(円)	34266																				1936																			
	特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額																															
		合 計																																								
												保険分請求額(円)										公費分請求額										公費分本人負担月額										

問14 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

(1) A枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. A枠内の記載に誤りはない。
- b. 被保険者番号は、0033568708が正しい。
- c. 生年月日は昭和20年1月8日が正しい。
- d. 退所後の状況「1」に○漏れ。

(2) B枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. B枠内の記載に誤りはない。
- b. 保施Ⅱ ii 3は誤りで、保施Ⅱ i 3、935単位が正しい。
- c. 初期加算の日数は、10日300単位が正しい。
- d. 夜勤職員配置加算の日数は、30日720単位が正しい。

(3) C枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. C枠内の記載に誤りはない。
- b. 感染対策指導管理は、30回180単位が正しい。
- c. 薬剤管理指導は、4回1,400単位が正しい。
- d. 薬剤管理指導の単位数は400単位で4回1,600単位が正しい。

(4) D枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. D枠内の記載に誤りはない。
- b. 保険分④請求額は308,390円、⑤利用者負担額は34,265円が正しい。
- c. 特別療養費①単位数合計1,586単位④請求額14,274円⑤利用者負担額1,586円が正しい。
- d. 特別療養費①単位数合計1,580単位④請求額14,220円⑤利用者負担額1,580円が正しい。

問15 次の条件をもとに、令和3年7月分の介護レセプトを確認し、次の各問に答えなさい。

地域密着型サービス

■ 被保険者の情報

- 【被保険者番号】0000316882
- 【氏名(フリガナ)】樋口 洋子 (ヒグチ ヒロコ)
- 【生年月日・性別】昭和10年3月21日・女性
- 【保険者番号】131235
- 【保険者名】東京都江戸川区
- 【要介護状態区分】要介護2
- 【認定の有効期間】令和3年4月1日～令和4年3月31日
- 【利用者負担割合】1割
- 【居宅サービス計画】居宅介護支援事業者作成

■ サービス内容

- ・令和3年6月から開始
- ・10:00～14:45 認知症対応型通所介護費 (i) (実施回数: 9回)
入浴介助 (実施回数: 9回)
個別機能訓練 (実施回数: 9回)

■ 届出の情報

- ・入浴介助加算 (I)
- ・個別機能訓練加算 (I)

■ 請求事業者の情報

- 【事業所名称】デイサービス えがお
- 【事業所番号】1391300240
- 【所在地】東京都江戸川区

■ 居宅介護支援事業者の情報

- 【事業所名称】江戸川ケアセンター
- 【事業所番号】1371633564

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

様式第二

公費負担者番号												令和 3 年 7 月 分	
公費受給者番号												保険者番号 1 3 1 2 3 5	

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 3 1 6 8 8 2										請 求 事 業 者	事業所番号	1 3 9 1 3 0 0 2 4 0										
	(フリガナ)	ヒグチ ヒロコ											事業所名称	デイサービス えがお										
	氏 名	樋口 洋子												〒										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和					性別	1. 男 ②. 女					所在地	省略										
	要介護状態区分	要介護 1・②・3・4・5												連絡先	電話番号									
	認定有効期間	令和 3 年 4 月 1 日 から					令和 4 年 3 月 3 1 日 まで																	

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成										2. 被保険者自己作成										
	事業所番号	1 3 7 1 6 3 3 5 6 4										事業所名称	江戸川ケアセンター								

開始年月日	令和 3 年 7 月 1 日	中止年月日	令和 年 月 日
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所		

給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	認知症通所介護 I i 22	7 2 1 2 4 7	6 2 5	9	5 6 2 5			
	認知通所介護入浴介助加算 I	7 2 5 3 0 1	5 5	9	4 9 5			
	認知通所介護個別機能訓練加算 I	7 2 5 0 5 0	2 7	9	2 4 3			

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請 求 額 集 計 欄	①サービス種類コード/②名称	7 2	認知症対応型通所介護					
	③サービス実日数	9	日		日			
	④計画単位数	6 3 6 3						
	⑤限度額管理対象単位数	6 3 6 3						
	⑥限度額管理対象外単位数							
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	6 3 6 3						
	⑧公費分単位数							
	⑨単位数単価	1 1 1 0	円/単位		円/単位			
⑩保険請求額	7 0 6 2 9							
	⑪利用者負担額	7 0 6 3						
	⑫公費請求額							
	⑬公費分本人負担							

合計		省略	
枚中	枚目		

問15 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

(1) A枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. A枠内の記載に誤りはない。
- b. 被保険者氏名のフリガナは、ヒグチ ヨウコが正しい。
- c. 請求事業者の事業所番号は、1371633564が正しい。
- d. 開始年月日は記載しないのが正しい。

(2) B枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. B枠内の記載に誤りはない。
- b. 認知症通所介護 I i 22ではなく、認知症通所介護 I ii 22が正しい。
- c. 入浴介助加算 I は、40単位 9回360単位が正しい。
- d. 個別機能訓練加算 I のサービスコードは725051で20単位が正しい。

(3) C枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. C枠内の記載に誤りはない。
- b. ②名称は、地域密着型通所介護が正しい。
- c. ④計画⑤限度額管理対象は6,120単位、⑥限度額管理対象外は243単位が正しい。
- d. ④計画⑤限度額管理対象⑦給付単位数は、6,228単位が正しい。

(4) D枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. D枠内の記載に誤りはない。
- b. ⑨単位数単価は、11.90円が正しい。
- c. ⑩保険請求額は、63,566円が正しい。
- d. ⑩保険請求額は62,217円、⑪利用者負担額は6,913円が正しい。

問16 次の条件をもとに、令和3年7月分の介護レセプトを確認し、次の各問に答えなさい。

地域密着型サービス

■ 被保険者の情報

- 【被保険者番号】0000187034
- 【氏名(フリガナ)】大川 克美 (オオカワ カツミ)
- 【生年月日・性別】昭和16年10月18日・男性
- 【保険者番号】262048
- 【保険者名】京都府宇治市
- 【要介護状態区分】要介護3
- 【認定の有効期間】令和3年5月1日～令和4年4月30日
- 【利用者負担割合】1割
- 【居宅サービス計画】居宅介護支援事業者作成

■ サービス内容

- ・令和3年7月から開始
- ・小規模多機能型居宅介護（短期利用）
- ・令和3年7月のサービス実施日：7月16日～7月19日

■ 届出の情報

- ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

■ 請求事業者の情報

- 【事業所名称】やすらぎの家
- 【事業所番号】2691200105
- 【所在地】京都府宇治市

■ 居宅介護支援事業者の情報

- 【事業所名称】はなまるケアサポート
- 【事業所番号】2671401836

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

様式第二

公費負担者番号												令和 3 年 7 月 分	
公費受給者番号												保険者番号 2 6 2 0 4 8	

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 8 7 0 3 4										請 求 事 業 者	事業所番号	2 6 9 1 2 0 0 1 0 5										
	(フリガナ)	オオカワ カツミ											事業所名称	やすらぎの家										
	氏名	大川 克美												〒										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和					性別	1. 男 ②. 女					所在地	省略										
	要介護状態区分	要介護 1・2・③・4・5												連絡先	電話番号									
	認定有効期間	令和 3 年 5 月 1 日 から					令和 4 年 4 月 3 0 日 まで																	

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成										2. 被保険者自己作成										
	事業所番号	2 6 7 1 4 0 1 8 3 6										事業所名称	はなまるケアサポート								

開始年月日	令和 3 年 7 月 1 6 日	中止年月日	令和 年 月 日
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所		

給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	短期小規模多機能 3	6 8 1 3 3 1	7 0 7	4	2 8 2 8			
	短期小多機能型サービス提供体制加算Ⅲ	6 8 6 1 0 3	2 1	4	8 4			

給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請 求 額 集 計	①サービス種類コード/②名称	6 8	小規模多機能型居宅介護(短期利用)					
	③サービス実日数	4	日		日			
	④計画単位数		2 8 2 8					
	⑤限度額管理対象単位数		2 8 2 8					
	⑥限度額管理対象外単位数		8 4					給付率 (/100)
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		2 9 1 2					保 険 9 0
	⑧公費分単位数							公 費

計 欄	⑨単位数単価	1 0 3 3	円/単位		円/単位		円/単位	合 計
	⑩保険請求額	2 7 0 7 2					省略	
	⑪利用者負担額	3 0 0 8						
	⑫公費請求額							
	⑬公費分本人負担							

枚中		枚目	
----	--	----	--

問16 次の各問を読み、正しいものを1つ選びなさい。

(1) A枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. A枠内の記載に誤りはない。
- b. 被保険者の性別は、「1. 男」が正しい。
- c. 居宅サービス計画は「2. 被保険者自己作成」が正しい。
- d. 開始年月日を記載しないのが正しい。

(2) B枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. B枠内の記載に誤りはない。
- b. 短期小規模多機能3は誤りで、小規模多機能13が正しい。
- c. サービス提供体制加算Ⅲは、12単位4回48単位が正しい。
- d. 初期加算の算定漏れ。

(3) C枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. C枠内の記載に誤りはない。
- b. ①サービス種類コードは68ではなく、73が正しい。
- c. ⑥限度額管理対象外は48単位、⑦給付単位数は2,876単位が正しい。
- d. ④計画⑤限度額管理対象⑦給付単位数は、2,876単位が正しい。

(4) D枠の記載で、正しいものを1つ選びなさい。

- a. D枠内の記載に誤りはない。
- b. ⑨単位数単価は、10.17円が正しい。
- c. ⑩保険請求額は26,653円、⑪利用者負担額は2,962円が正しい。
- d. ⑩保険請求額は26,738円、⑪利用者負担額は2,971円が正しい。

