

介護給付関係事務について

【令和7年度】

立川市保健医療部介護保険課介護給付係

目次

ページ

1.	居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出	1
2.	給付管理業務	3
3.	月途中での変更事項がある場合の「給付管理票」作成	3
4.	返戻および再請求	4
5.	過誤申立て	4
6.	負担割合証	10
7.	特定入所者介護サービス費（介護保険負担限度額認定）	10
8.	高額介護（介護予防）サービス費	12
9.	高額医療・高額介護合算制度（年単位）	12
10.	軽度者に対する福祉用具貸与の取扱い	13
11.	福祉用具購入	18
12.	住宅改修	19
13.	介護給付適正化事業	25

1. 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出

要介護・要支援認定を受けた方が介護保険のサービスを1割、2割または3割で利用するためには、事前に居宅サービス計画(ケアプランともいう)を作成する必要があります。

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書(以下「届出書」という)とは、居宅介護支援事業所(地域包括支援センターを含む)に居宅サービス計画の作成を依頼し、合意したことを市へ届出していただくものです。この届出書を提出することで、居宅介護支援事業所は居宅介護支援費または介護予防支援費(以下「居宅介護支援費等」という)の請求を行うことができるようになります。

(1) 新規の場合

新規に要介護・要支援認定を受けた方には、認定結果通知をお送りする際に、届出書とサービス利用等の手引きを同封しています。これにより、在宅でサービスを利用する場合には、居宅介護支援事業所に居宅サービス計画を作成していただくこととお勧めするとともに、届出書を市へ提出していただくようお願いしています。

(2) 居宅介護支援事業所を変更する場合

居宅介護支援事業所を変更した場合にも、この届出が必要になります。本人、家族等、変更前と変更後の居宅介護支援事業所で調整し、変更年月日について確認していただくようお願いいたします。この調整がうまくできていないと給付管理票が返戻になる場合がありますので、ご注意ください。

【例】 実際には4月からA居宅介護支援事業所へ変更していたが、届出書を5月1日の変更日で提出していた場合

変更後のA居宅介護支援事業所が4月分の給付管理票を提出しても、保険者の受給者台帳では、4月までの居宅介護支援事業所は変更前のB居宅介護支援事業所となっているため、給付管理票が返戻となります。

(3) 提出日とサービス利用開始年月日

新規届出および変更届出のいずれの場合も、届出書の中央にある「サービス利用開始(変更)年月日」を、適用開始日として国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)へ送る受給者台帳に反映させています(届出書を提出した日ではないので、注意してください)。届出書を提出した年月日は、届出書の右上の「提出日」欄にお書きください。

なお、サービス利用開始月内に届出書を提出していただかないと、国保連へ送る受給者台帳への反映ができないため、給付管理票を提出しても返戻となってしまいますので、必ず、サービス利用開始月最終開庁日を含めない2開庁日前までに、立川市介護保険課介護給付係へ届くようにしてください。ただし、新規申請中で認定が出ていない方の届出書については、認定が出た月の最終開庁日を含めない2開庁日前までに届くようにしてください(認定が出ていないと請求しても返戻になります)。

また、サービス利用開始年月日誤りにより返戻になった場合には、正しい日付の届出書を再提出してください。なお、かなり以前の日付に遡って提出される場合には、事前にご連絡ください。

※提出前に記載事項に漏れや誤りがないか、再度確認をお願いいたします。また、重複して提出されることも見受けられます。各事業所において届出書類の管理を徹底してください。

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

居宅サービス計画作成
 介護予防サービス計画作成
 介護予防ケアマネジメント

依頼（変更）届出書

該当する区分に☑をつけてください。

立川市長 殿

提出日 令和 年 月 日

下記の事業者に、居宅サービス計画作成等を依頼することを届け出ます。

(被保険者情報)

被保険者番号

住所

氏名 押印は不要です。

電話番号

個人番号

必ず月の最終開庁日を含めない2開庁日前までに介護保険課に届出書が届くようにしてください。

(例)

令和7年5月サービス利用分を令和7年6月に請求するには、令和7年5月28日（水）までに提出

居宅サービス計画作成等を依頼（変更）する事業所について

届出区分	サービス利用開始（変更）年月日			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	令和	年	月	日

事業所名 新規・被保険者にとって過去に居宅の届出がない場合
変更・上記以外

所在地・電話番号

利用開始月における居宅サービス利用（※） 有 無

事業所番号

※（看護）小規模多機能型居宅介護事業所が作成する場合

介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する場合

委託先事業所名

所在地・電話番号

(看護)小規模多機能型居宅介護支援事業所が提出する場合に必ず☑をつけてください。

原則、月末に担当した事業所が当該月の給付管理を行います。月の前半に居宅介護支援事業所、後半に(看護)小規模多機能型居宅介護支援事業所が担当している場合は、例外として居宅介護支援事業所が給付管理を行います。

これに関するエラーは毎月起こっていますので、どの事業所が給付管理をするのかよく連携を取るようになしてください。

事業所番号

(注意事項)

- この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに立川市へ提出してください。
- 届出がない場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。

(立川市記入欄)

入力		備考	
----	--	----	--

受付印

2. 給付管理業務

(1) 給付管理票の提出

居宅介護支援事業所は、給付管理票を作成し、居宅サービス計画の対象となる月の翌月10日までに国保連に提出することになっています。

(2) 国保連による審査（給付管理票と請求書等の突合）

国保連では保険者からの委託を受け、給付管理票を基に介護サービス提供事業所の請求書等と突合し、支給限度額等の審査を行います。そこで審査が無事終わると、はじめて、介護給付費または介護予防給付費（以下「介護給付費等」という）の支払いが行われることとなります。

給付管理票が提出されていない場合は、介護給付費等の請求をしても保留もしくは返戻となります。また、月途中のサービス計画変更で当初の計画より上回るサービス内容の提供があったにもかかわらず、その旨が反映されていない給付管理票が提出された場合には、上回ったサービス分についての介護給付費等については支払われません。この場合は、翌月以降に修正した給付管理票を再提出してください。

3. 月途中での変更事項がある場合の「給付管理票」作成

(1) 月の途中で居宅介護支援事業所が変更になった場合

A居宅介護支援事業所 → B居宅介護支援事業所

月末時点でのB居宅介護支援事業所が、給付管理票を作成します（居宅介護支援費等を請求できるのは給付管理票を作成した居宅介護支援事業所に限られます）。

(2) 月の途中で要介護状態が要支援2から要介護1へ変更になった場合

C介護予防支援事業所 → D居宅介護支援事業所

月の途中で要介護状態が、要支援と要介護をまたがる変更となった場合、月末時点でのD居宅介護支援事業所が、給付管理票を作成します（居宅介護支援費等を請求できるのは給付管理票を作成した居宅介護支援事業所に限られます）。要介護状態区分、支給限度額については、その月に関しては重い方の要介護状態、支給限度額が適用になります（上記事例では要介護1の方）。

(3) （看護）小規模多機能型居宅介護支援事業所が提出する場合

（看護）小規模多機能型居宅介護支援事業所が提出する場合、原則、月末に担当した事業所が当該月の給付管理を行います。月の前半に居宅介護支援事業所、後半に（看護）小規模多機能型居宅介護支援事業所が担当している場合は、例外として居宅介護支援事業所が給付管理を行います。

4. 返戻および再請求

(1) 返戻

国保連が行う審査において、給付管理票や請求書等の内容に誤りがあった場合、請求の返戻が行われま
す。居宅介護支援事業所および介護サービス提供事業所（以下「介護サービス事業所」という）は、返戻の内
容を確認し、再請求の必要がある場合には、翌月以降に再請求を行うことができます。

(2) 再請求

介護サービス事業所は、給付管理票や請求書等について、国保連において審査を行った結果、返戻となっ
た場合、その内容（内容欄や備考欄のエラーコード等）を確認し請求内容に誤りがあれば、給付管理票や請
求書等を修正し、翌月以降に国保連に再請求してください。また、保険者の受給者台帳に誤りがあり返戻とな
った場合は、保険者に対し受給者台帳の修正を依頼した後、再請求してください。

5. 過誤申立て

「過誤申立て」とは、国保連で審査され、支払いが確定した介護給付費等に誤りがあった場合は、介護サー
ビス事業所が保険者に対して申立てを行い、保険者が国保連に依頼して給付実績を取下げ処理のことで、
居宅介護支援費等や介護給付費等について、実際のサービス提供実績とは異なった額で国保連に請求し、
支払いが行われた場合は、保険者に「過誤申立書」を提出し、当該支払い決定済みの請求を取下げた上で、
国保連に対して、正しい額で再請求を行っていただく必要があります。

また、誤って実体のない請求を行い、支払決定された場合も、過誤申立てにより介護報酬の返還を行って
ください。

(1) 過誤申立て及び再請求の流れ（P7「フローチャート図」参照）

- ① 【介護サービス事業所】 毎月20日までに過誤申立書を保険者に送る。
- ② 【立川市】介護サービス事業所から提出された過誤申立書の内容をとりまとめ、毎月25日までに国保
連に過誤データを送る。
- ③ 【介護サービス事業所】 サービスの提供実績がある場合には、翌月10日までに国保連に
再請求を行う（同月過誤）。

※②で国保連に送ったデータについては過誤処理され、データを送った翌々月に各介護サービス事業
所に「過誤決定通知書」が送付されます（6月25日にデータを送った場合は8月2日頃に送付さ
れます）。

(2) 過誤申立書の提出

- ① 市に提出する書類
 - ・ 介護給付費の場合：過誤申立書（介護給付費）
 - ・ 介護予防給付費の場合：過誤申立書（総合事業費）

② 提出期限

毎月20日（20日が土・日・祝日等の閉庁日の場合は、直前の開庁日）

※21日以降に到着した分は翌月の処理となりますので、ご注意ください。

③ 提出方法

「過誤申立書（介護給付費）」または「過誤申立書（総合事業費）」に必要事項を記入し、郵送または窓口持参で介護保険課介護給付係へ提出してください（総合事業費は高齢政策課で処理しますが、提出はまとめて介護保険課でも結構です）。

④ 提出にあたっての留意事項

- ・ FAXや電子メールでの提出はできません。
- ・ 国保連からの通知により、返戻・保留になっていないことを確認した上で提出してください。
- ・ 国保連に請求を行った月は、国保連にて審査中となりますので、過誤申立てを行うことはできません（〔例〕×令和7年4月サービス提供→5月請求→5月過誤申立て）。過誤申立書は、毎月2日頃に国保連から送られる返戻（保留）一覧表からの通知を確認した後、20日（この場合、6月20日）までに市に提出してください。
- ・ 複数名の過誤申立てを行う場合は、被保険者番号・サービス提供年月の順に記入してください。
- ・ 過誤申立書の「申立事由コード」の欄については、「過誤申立事由コード」（P9）を参照して記入してください。
- ・ ひと月に50件以上の過誤申立てを行う場合は、事前に提出日についてご相談ください。
- ・ Hで始まる被保険者番号の過誤申立書は、立川市生活福祉課へ連絡・提出してください。

(3) 通常過誤と同月過誤

過誤には、国保連の過誤処理の翌月以降に再請求を行う「通常過誤」と、過誤処理と再請求を同じ月に行う「同月過誤」があります。

① 通常過誤

「通常過誤」とは、過誤申立て（請求の取下げ）により、一度該当の請求額を0とし、国保連からの過誤決定通知書を確認した後、正しい額を再請求する方法です。例えば、6月20日までに保険者に過誤申立書を送ると、保険者は6月25日までに国保連に過誤データを送信します。その後国保連が過誤処理を行い、8月2日頃に国保連から事業所に「過誤決定通知書」が送られます。事業所はその通知を確認した後、8月10日までに国保連に再請求を行います。これが「通常過誤」の一般的な流れになります。

② 同月過誤

「同月過誤」とは、過誤申立て（請求の取下げ）と再請求を同じ月に行い、差額のみを調整する方法です。例えば、6月20日までに保険者に過誤申立書を送ると、保険者は6月25日までに国保連に過誤データを送信しますが、事業所が7月10日までに正しい額による再請求を国保連に対して行った場合には、取下げによって返還する金額と、再請求によって支払われる金額が相殺され、差額の調整がされます。一般的には、実地指導や自主点検等により、大量の請求取下げが発生する場合に、同月に再請求を行うことで差額を調整し、支払額への影響を軽減する方法として、「同月過誤」が行われます。

③ 東京都国保連の取扱い

過誤の取扱いやスケジュールについては、都道府県の国保連によって違いがあり、他県の場合には、通常過誤を基本とし、同月過誤については、一定の要件を満たした場合のみ認められるというところが多いようですが、東京都国保連の場合は、基本的に「同月過誤」が可能になるようにデータ処理をしているため、すべての過誤について、過誤申立てをした翌月（10日まで）の請求が可能です。もちろん、過誤申立て翌々月に送られる過誤決定通知書を確認してからの再請求も可能です。

(4) 過誤申立てと給付管理票（修正）の提出の関係

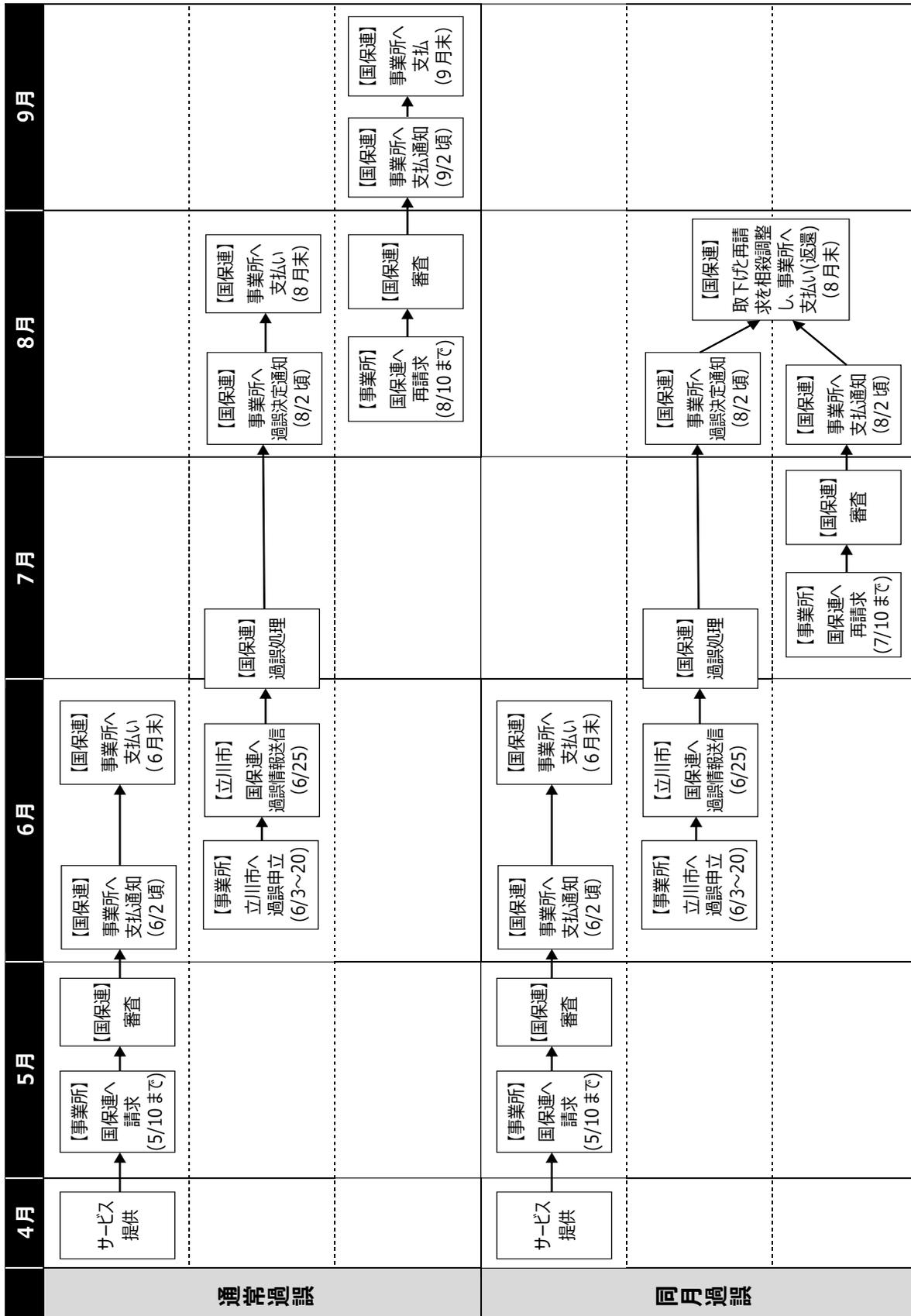
過誤申立てにあわせて、単位数の変更を行う給付管理票を修正する場合は、介護サービス提供事業所との連絡調整を行った上で、国保連での過誤処理月の翌月以降に修正した給付管理票を提出してください。国保連の過誤処理と同一月に給付管理票の修正を行いますと、エラー（N7：既に過誤調整を行っています）となりますので、ご注意ください。

【例】令和7年5月サービス提供分の報酬が支払われたが、請求誤りが判明し、過誤申立てと給付管理票の修正が必要なケース

7月20日までにサービス事業所が過誤申立てを保険者に提出した場合、国保連での過誤処理は8月上旬となるので、8月10日までの請求で給付管理票の修正をしても、エラーとなる（過誤は処理される）。給付管理票の修正と過誤分の再請求は翌月9月10日までの請求時以降に行う必要がある。

○ 過誤申立ての流れ

東京都国保連の場合は、基本的に「同月過誤」の請求が可能です。



事業所 → 保険者 → 連合会

保険者名 立川市

(保険者番号:132027)

過誤申立書 (介護給付費)

申立年月日 平成 31 年 4 月 10 日

事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
事業所名称	柴崎ヘルパーセンター
電話番号	042 - 523 - 2111
担当者名	羽衣 一郎

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号										フリガナ	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由 (該当する事由にチェックや○を付けてください)	再請求		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				様式	申立事由				
1	0	0	0	0	9	8	7	6	5	4	タチカワ タロウ	立川 太郎	平成 31 年 2 月	1	0	0	2	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
2	0	0	0	0	9	1	2	3	4	5	スナガワ ハナコ	砂川 花子	平成 29 年 8 月	1	0	4	2	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
3	0	0	0	0	8	9	0	1	2	3	カミムサ イズミ	上砂 泉	平成 30 年 4 月	1	0	9	9	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input checked="" type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			平成 年 月					<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			平成 年 月					<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			平成 年 月					<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			平成 年 月					<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			平成 年 月					<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			平成 年 月					<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			平成 年 月					<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> (市・都・県) の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他()	有 無

※ 提出期限は毎月20日(20日が開庁日の場合は直前の開庁日)です。なお、1AXでの提出は受け付けません(郵送または窓口提出)。

※ 国保連で審査中でないこと、減反・保留になっていないことを確認した上で提出してください。

※ 申立事由コードについては、別紙「過誤申立事由コード」を参照してください。

※ Hで始まる被保険者番号の過誤申立書は生活福祉課へ提出してください。

※ 1ヶ月に50件以上の過誤申立を行う場合は、事前に提出日についてご相談ください。

【問い合わせ先】

〒190-8666 立川市豊町1156-9
立川市福祉保健部介護保険課介護給付係
TEL:042-523-2111 内線1440

【過誤申立事由コード】

過誤申立事由コードは、下記のとおり前2桁（様式番号）、後2桁（申立事由番号）を組み合わせた4桁で設定します。

（例：訪問介護の請求誤りによる申立）⇒

1	0	0	2
---	---	---	---

（1）様式番号（前2桁）

① 介護給付費

様式番号 申立事由番号

様式番号	サービス種類	明細書様式
1 0	訪問介護	二
	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	訪問リハビリテーション	
	通所介護	
	通所リハビリテーション	
	福祉用具貸与	
	居宅療養管理指導	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護*	
	夜間対応型訪問介護*	
地域密着型通所介護*		
認知症対応型通所介護*		
小規模多機能型居宅介護*		
看護小規模多機能型居宅介護*		
2 1	短期入所生活介護	三
2 2	短期入所療養介護（介護老人保健施設）	四
2 A	短期入所療養介護（介護医療院）	四の三
2 3	短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	五
3 0	認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）*	六
3 2	特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	六の三
3 4	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）*	六の三
3 4	認知症対応型共同生活介護（短期利用）*	六の五
3 6	特定施設入居者生活介護（短期利用）	六の七
3 6	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）*	六の七
4 0	居宅介護支援（計画費）	七
5 0	介護老人福祉施設サービス	八
6 0	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護*	八
6 0	介護老人保健施設サービス	九
6 1	介護医療院サービス	九の二
7 0	介護療養型医療施設サービス	十

② 介護予防給付費

様式番号	サービス種類	明細書様式
1 1	介護予防訪問介護（平成29年3月サービス分まで）	二の二
	介護予防訪問入浴介護	二の二
	介護予防訪問看護	二の二
	介護予防訪問リハビリテーション	二の二
	介護予防通所介護（平成29年3月サービス分まで）	二の二
	介護予防通所リハビリテーション	二の二
	介護予防福祉用具貸与	二の二
	介護予防居宅療養管理指導	二の二
	介護予防認知症対応型通所介護*	二の二
	介護予防小規模多機能型居宅介護*	二の二
2 4	介護予防短期入所生活介護	三の二
2 5	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）	四の二
2 B	介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	四の四
2 6	介護予防短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	五の二
3 1	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）*	六の二
3 3	介護予防特定施設入居者生活介護	六の四
3 5	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用）*	六の六
4 1	介護予防支援（計画費）	七の二

※ サービス種類欄に「*」が表示されているものは、地域密着型サービスです。

③ 介護予防・日常生活支援総合事業

様式番号	サービス種類	明細書様式
1 0	訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス	二の三
2 0	介護予防ケアマネジメント	七の三

※ ただし、介護予防ケアマネジメントの過誤申立は本帳票ではできませんので、高齢福祉課介護予防推進係にお問い合わせください。

(2) 申立事由番号（後2桁）

申立事由番号	申立事由
0 2	請求誤りによる実績取下げ
4 2	適正化(その他)による保険者申立の過誤取下げ ※市の指導検査によるものは「4 2」です。
9 9	その他の事由による実績の取下げ ※都道府県の指導検査によるものは「9 9」です。

※ 基本的には上記のいずれかを使用しますが、保険者や国保連から、別の番号を指示された場合は、その番号を記入してください。

6. 負担割合証

- 要介護・要支援認定を受けた方や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者となった方（以下「要介護・要支援認定を受けた方等」という）に交付されます。前年の所得等により負担割合を決定し、毎年7月に交付されます（交付申請手続きは不要）。
- 新たに要介護・要支援認定を受けた方等には、随時交付します（介護保険被保険者証と共に認定の結果通知に同封しています）。
- 紛失等により再発行が必要な場合は介護保険被保険者証等再交付申請書を記入し提出してください。
- 世帯員の転出入や死亡などにより世帯内の第1号被保険者が変わり、負担割合が変更となる場合には、その月の翌月初日より変更されます。毎月25日頃に世帯変更等による再判定を行い、変更がある方へ負担割合証を送付しています。
- 2号被保険者の方が、65歳になり第1号被保険者となった時に判定により2割となる場合は、年齢到達月の翌月初日から変更されます。この場合、負担割合証には、年齢到達月を境に利用者負担の割合と適用期間が2段表記されます。
- 立川市の負担割合証の色は、「ピンク色」です。
- 負担割合については、電話や窓口ではお答えできませんので、必ず介護保険負担割合証にてご確認ください。

7. 特定入所者介護サービス費（介護保険負担限度額認定）

低所得の方でも施設利用が困難とならないよう、住民税非課税世帯に属する利用者で収入と預貯金等が次ページ(PII)の要件に該当する場合は、介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）および地域密着型特別養護老人ホーム等に入所・入院または短期入所（ショートステイ）したときの食費・居住費（滞在費）の自己負担額が減額されます。この軽減措置を受けるためには、保険者に申請を行い、介護保険負担限度額認定証の交付を受け、サービスを受けるときにこれを施設に提示する必要があります。

介護保険施設等を利用される利用者については、必要に応じて「介護保険負担限度額認定証」を申請していただくようご案内してください。

(1) 介護保険負担限度額認定証の有効期間

- ・ 介護保険負担限度額認定証の有効期間は、最長1年間（8月1日から翌年7月31日まで）。
- ・ 申請受付日の月の初日から適用が開始されますので、必ず利用開始月の末日（末日が土・日・祝日等の閉庁日の場合は、直前の開庁日）までに、立川市介護保険課介護給付係に申請書を提出してください。申請受付日が利用開始月を過ぎてしまうと、翌月以降からの適用開始となり、適用できない期間が生じてしまいます。
- ・ 有効期限は、申請受付日が8月から12月までの場合は翌年7月31日まで、申請受付日が1月から7月までの場合は当該年7月31日までとなります。

(2) 更新申請について

すでに介護保険負担限度額認定証を利用している方には、6月ごろに更新申請のお知らせをお送りしています。

(3) 利用者の負担段階について

令和7年8月から

利用者負担段階	対象者	預貯金等資産要件*3	食費の負担限度額(円)	居住費(滞在費)の限度額(円)				
				ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室(特等)	従来型個室(老健・医療院等)	多床室
第1段階	・生活保護の受給者など ・世帯全員*1が住民税非課税で高齢福祉年金受給者の方	単身で1,000万円以下*4,5	300円【300円】*6	880円	550円	380円	550円	0円
第2段階	・世帯全員*1が住民税非課税で年金収入等*2が80.9万円以下の方	単身で650万円以下*4,5	390円【600円】*6	880円	550円	480円	550円	430円
第3段階①	・世帯全員*1が住民税非課税で年金収入等*2が80.9万円超120万円以下の方	単身で550万円以下*4,5	650円【1,000円】*6	1,370円	1,370円	880円	1,370円	430円
第3段階②	・世帯全員*1が住民税非課税で年金収入等*2が120万円超の方	単身で500万円以下*4,5	1,360円【1,300円】*6	1,370円	1,370円	880円	1,370円	430円
第4段階	・世帯に課税者がいる方 ・住民税課税の方			食費と居住費(滞在費)は施設等との契約金額による				

(令和7年8月1日から)

- *1 「世帯全員」には世帯分離をしている配偶者も含まれます。
- *2 「年金収入等」とは合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額をあわせたものをいいます。
- *3 「預貯金等資産」とは預貯金(普通・定期)、有価証券(株式・国債・地方債・社債等)、投資信託から負債(住宅ローン等)を控除した金額です。
- *4 夫婦世帯の場合はそれぞれ1,000万円を上乗せした額となります。
- *5 第2号被保険者(40~64歳)の場合は段階に関わらず一律1,000万円となります。
- *6 【 】内はショートステイ(短期入所生活(療養)介護等)を利用した場合の額です。

8. 高額介護（介護予防）サービス費

1ヶ月の利用者負担の合計額が、所得等に応じた限度額を超えた場合には、その超えた額について「高額介護（介護予防）サービス費」が支給されます。

国保連から送られてくる給付実績を基に、通常、サービスを受けた2ヶ月後に対象者を抽出し、支給のお知らせと申請書等をお送りしています（例：2月サービス提供分の対象者については4月中旬～下旬に送付）。

なお、支給対象となる利用者負担額は、保険給付の対象である居宅介護（予防）サービス費や施設サービス費であって、次のものは含まれません。

【支給対象となる算定額に含まれないもの】

区分支給限度額を超えた分の自己負担、住宅改修費および福祉用具購入費、施設入所時の食費・居住費（滞在費）、保険給付対象外の費用など

※ 一度、高額介護サービス費支給申請をすると、次回以降は改めて申請をしなくても同じ口座に高額介護サービス費が振り込まれます。

9. 高額医療・高額介護合算制度（年単位）

各医療保険〔後期高齢医療制度・国民健康保険・その他加入の健康保険〕の被保険者と同じ世帯に介護保険受給者がいる場合、1年間（8月1日～翌年7月31日）の医療保険と介護保険の自己負担の合計額が、所得に応じた限度額を超える場合、超えた分が申請により「高額医療合算介護（予防）サービス費」として支給されます（7月31日が「高額医療合算介護（予防）サービス費」支給の基準日となります）。医療保険と介護保険で支給額を案分したうえで、それぞれから支給されます。

対象者には、医療保険者（後期高齢者医療制度の加入者は東京都後期高齢者医療広域連合、立川市国民健康保険の加入者は立川市保険年金課）から、算定期間後の翌年2月以降に申請のお知らせが送付されます（それ以外の医療保険加入者は各保険者に問い合わせてください）。

申請書の受付窓口は、立川市保険年金課となります。申請書提出から2～4ヶ月程度で、医療保険・介護保険からそれぞれ支給決定の通知が届き、指定の口座へ振込みます。

10. 軽度者に対する福祉用具貸与の取扱い

軽度者（要支援1、2及び要介護1）に対する別紙（P16 軽度者に対する福祉用具貸与申請の判断基準）の福祉用具貸与の取扱いについては、様々な疾病、その他の原因等によって厚生労働省の示した状態像に該当する方々の利用が想定されており、軽度者においてこれらの状態像に該当する方は、比較的少数であると考えられています。

したがって、軽度者に係る別紙（P16）に基づく福祉用具貸与の取扱いについては、あくまで特例的措置であるという原則をもとに、利用者の状態及び当該福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントに基づき給付を行う必要があります。

（1）認定調査票の基本調査結果による判断（判断基準により申請不要の場合）

別紙（P16）で申請不要に当てはまれば、福祉用具貸与が可能となります。その場合、「軽度者に対する福祉用具の例外給付確認申請書」の提出は必要ありませんが、その旨をサービス担当者会議の要点（第4表・E表）等に記載してください。なお、『福祉用具貸与事業者は調査の結果の確認について、「当該軽度者の担当である指定居宅介護支援事業者から当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第一の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写しの内容が確認できる文書入手すること』』となっていることから、当該軽度者氏名・実施日時・認定調査票の基本調査結果の当該軽度者の状態像をサービス担当者会議の要点（第4表・E表）に記載した上、福祉用具貸与事業所に渡し、サービス記録と一緒に保管するよう伝えてください。

（2）該当する認定の基本調査項目がない場合の判断

別紙（P16）の判断基準中で、アの車いす及び車いす付属品の（二）「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及びオの移動用リフトの（三）「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査項目がないため、医師の医学的な所見を踏まえサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより居宅介護（介護予防）支援事業者が必要と判断した場合、軽度者への福祉用具貸与が可能となっています。なお、この場合も「軽度者に対する福祉用具の例外給付確認申請書」の提出は必要ありませんが、上記と同様、その旨をサービス担当者会議の要点（第4表・E表）等に記載してください。

ただし、立川市においては電動車いすについては例外給付確認申請を必要としますので、ご注意ください。

（3）認定調査票の基本調査結果による判断

別紙（P16）軽度者に対する福祉用具貸与申請の判断基準で申請必要に当てはまる場合は、原則、貸与は不可となります。ただし、次のⅠ～Ⅲのいずれかに該当することが、①医師の医学的な所見を踏まえ、②サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、③居宅介護（介護予防）支援事業者が必要と判断した場合にあっては、④立川市が書面等確実な方法により確認することにより、福祉用具貸与が可能になります。

- I 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に別紙（P16「厚生労働大臣が定める者のイ」）に該当する
- II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに別紙（P16「厚生労働大臣が定める者のイ」）に該当することが確実に見込まれる
- III 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から別紙（P16「厚生労働大臣が定める者のイ」）に該当すると判断できる

※「医師の医学的な所見」について

サービス担当者に対する照会（依頼）内容～立川市版、主治医意見書による確認、医師の診断書または担当のケアマネジャーが医師に面接・電話・FAX等で聴取した場合は医師の氏名・医療機関名・聴取日・聴取方法（電話、面接等）・聴取内容をサービス担当者会議の要点（第4表・E表）等に記載する方法でも差し支えありません。

【注意】

医師は医学的見地から被保険者の状態像を確認し、日常生活を送る上での助言を行うことはできますが、原則、具体的な福祉用具の導入に関して決定する役割を担う立場ではありません。

特に、サービス担当者に対する照会（依頼）内容～立川市版や診断書で情報を得る場合、「特殊寝台が必要」等と記載を求めるような依頼は医師の職務範囲を超えているだけでなく、明確な状態像を示す根拠とはなりません。

福祉用具貸与理由書において医師から得る情報は、あくまでも別紙（P16）の「厚生労働大臣が定める者のイ」に示された状態像であり、医師の立場からの導入を同意する趣旨の情報を求めているものではありませんので、充分にご留意の上、取扱いをお願いします。

(4) 「軽度者に対する福祉用具の例外給付確認申請書」(P17)の提出

【提出書類】

原則としてサービス利用開始日の前日までに、次の書類を提出してください。

- ① 軽度者に対する福祉用具の例外給付確認申請書
- ② サービス担当者会議の要点（第4表またはE表）
- ③ 医師の医学的な所見が記載された書類
（[※「医師の医学的な所見」について]参照）
- ④ 居宅サービス計画書（第1・2・3表またはA・B・C・D表）
- ⑤ 福祉用具のパンフレットの写し
- ⑥ 福祉用具サービス計画書※

※⑥について「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3月31日厚生省令第37号）」の（福祉用具貸与計画の作成）第199条の2に規定されています。

また、暫定プランでも必ず提出をお願いします。本プランが確定しましたら、暫定プランで提出した書類のうち、

変更があった書類について、あらためて提出をお願いします。

(5) 立川市の確認

市では、提出された申請内容等を確認した後、適切と認められた場合は確認印を押印した「軽度者に対する福祉用具の例外給付確認申請書」の写しを返送します。原則として、受付印の日付から福祉用具貸与が可能となります。

市の確認後は、ケアプランの見直し時（長期目標が終了となる場合、認定の更新や区分変更をする場合、福祉用具の変更の必要性が生じた場合）等に、この軽度者に対する例外給付の必要性を再度検証するとともに給付が必要と判断した場合には、P14に記載されている書類を再提出してください。

(6) 必要性の検証

居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置づける場合には、利用の妥当性を検討し、サービス担当者会議の要点（第4表・E表）等に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、介護支援専門員等はモニタリング（月1回）や予防プランの目標達成状況の評価時など、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催するなど的手段によって、継続して貸与が必要か検証し、その結果を記載しなければなりません（これらの取扱いは、通常の福祉用具貸与の場合も同様です）。

※注意事項

「軽度者に対する福祉用具の例外給付」については、ケアマネジャーと福祉用具貸与事業所の双方で情報共有等を行い、適切な給付が行われるようご注意ください。市への確認を行うことを失念し、福祉用具貸与費が返還となるケースが見受けられますので、ケアプラン作成時にはくれぐれもご注意くださいようお願いいたします。

(別紙) 軽度者に対する福祉用具貸与申請の判断基準

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ (利用が想定される状態像)	基本調査項目	対応
ア 車いす及び 車いす付属品 ※左記のいずれかの状態像 に該当する者	(一) 日常的に歩行が困難な者	【基本調査 1-7 歩行】	
		「1. 捕まらないでできる」	申請必要
		「2. 何かにつかまればできる」	申請不要
	「3. できない」	申請不要	
(二) 日常生活範囲における移動 の支援が特に必要と認められる者	【基本調査項目なし】 主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等の適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が必要と判断した。	申請不要	
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品 ※左記のいずれかの状態像 に該当する者	(一) 日常的に起きあがり が困難な者	【基本調査 1-4 起き上がり】	
		「1. つかまらないでできる」	申請必要
		「2. 何かにつかまればできる」	申請不要
	「3. できない」	申請不要	
(二) 日常的に寝返り が困難な者	【基本調査 1-3 寝返り】		
	「1. つかまらないでできる」	申請必要	
	「2. 何かにつかまればできる」	申請必要	
「3. できない」	申請不要		
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	(一) 日常的に起きあがり が困難な者	【基本調査 1-3 寝返り】	
		「1. つかまらないでできる」	申請必要
		「2. 何かにつかまればできる」	申請必要
		「3. できない」	申請不要
エ 認知症老人 徘徊感知機器 ※左記のすべての状態像に 該当する者	(一) 意思の伝達、介護者への反応、 記憶・理解のいずれかに支障がある者	【基本調査 3-1 意思の伝達】	
		「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」	申請必要
		「2. ときどき伝達できる」	申請不要
		「3. ほとんど伝達できない」	申請不要
		「4. できない」	申請不要
		【基本調査 3-2 毎日の日課を理解する】から【基本調査 3-7 場所の理解】の いずれか	
		「1. できる」	申請必要
		「2. できない」	申請不要
		【基本調査 3-8 徘徊】から【基本調査 4-1 5 話がまとまらず会話にならない】 のいずれか	
		「1. ない」	申請必要
「2. ときどきある」	申請不要		
「3. ある」	申請不要		
その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されて いる場合も含む。	申請不要		
(二) 移動において全介助を必要 としない者	【基本調査 2-2 移動】		
	「1. 介助されていない」	申請不要	
	「2. 見守り等」	申請不要	
	「3. 一部介助」	申請不要	
「4. 全介助」	申請必要		
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く。) ※左記のいずれかの状態像 に該当する者	(一) 日常的に立ち上がりが困難な者	【基本調査 1-8 立ち上がり】	
		「1. つかまらないでできる」	申請必要
		「2. 何かにつかまればできる」	申請不要
	「3. できない」	申請不要	
	(二) 移乗が一部介助又は全介助を 必要とする者	【基本調査 2-1 移乗】	
		「1. 介助されていない」	申請必要
		「2. 見守り等」	申請必要
		「3. 一部介助」	申請不要
	「4. 全介助」	申請不要	
	(三) 生活環境において段差の解消が 必要と認められる者	【基本調査項目なし】 主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等の適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が必要と判断した。	申請不要
カ 自動排泄処理 装置(尿のみを自 動的に吸引する 機能のものを除く。) ※左記のすべての状態像に 該当する者	(一) 排便が全介助を必要とする者	【基本調査 2-6 排便】	
		「1. 介助されていない」	申請必要
		「2. 見守り等」	申請必要
		「3. 一部介助」	申請不要
	「4. 全介助」	申請不要	
	(二) 移乗が全介助を必要とする者	【基本調査 2-1 移乗】	
		「1. 介助されていない」	申請必要
		「2. 見守り等」	申請必要
「3. 一部介助」		申請不要	
「4. 全介助」	申請不要		

軽度者に対する福祉用具の例外給付確認申請書

新規・継続	提出日 令和 年 月 日									
フリガナ										
被保険者氏名	保険者番号		1 3 2 0 2 7							
生年月日	被保険者番号									
要介護度	0 0 0 0									
認定有効期間	明・大・昭 年 月 日(才)									
居室介護(予防)支援事業者	所在地:〒									
確認を必要とする福祉用具及び状態像	事業者名:		□要支援1 □要支援2 □要介護1 (□要介護2・3 ※①自動排泄処理装置のみ) □認定申請中(新規・区変・更新)							
利用者の状態像(電動車いすの場合、チェックは必要なし)	電話番号:		サービス担当者会議開催日		令和 年 月 日					
福祉用具を必要とする理由を 確認した方法 (医師の医学的な所見)	□ 電動車いす※②		利用開始予定日		令和 年 月 日					
添付書類	□ 認知症老人徘徊感知機器		□ 特殊寝台		□ 特殊寝台付属品 □ 床ずれ防止器具 □ 体位変換器					
	□ Ⅰ) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に下記の状態像に該当する		□ 自動排泄処理装置							
	□ Ⅱ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記の状態像に該当することが確実に見込まれる		□ Ⅲ) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から下記の状態像に該当すると判断できる							
	□ サービス担当者に対する照会(依頼)内容～立川市版		医療機関 担当医 ※④		医療機関名 担当医師名					
	□ 主治医意見書		※③		(TEL)					
	□ 医師の診断書等		・医師の医学的な所見を取った書類		・福祉用具のパンフレットの写し					
	□ 介護支援専門員が医師の医学的な所見を取った書類		・居室サービス計画書(第1・2・3表またはA・B・C・D表)		・福祉用具サービス計画書※⑤					

※① 自動排泄処理装置は原則、要介護4と要介護5のみが対象です。

※② 厚生労働大臣が定める者のイ(利用が想定される状態像)が基本調査の結果になっている。また、アの(二)車いすにおいて「日常生活範囲における移動の支援が必要と認められる」場合及びオの(三)移動用リフトにおいて「生活環境において段差の解消が必要と認められる」場合は、主治医の意見を踏まえサービス担当者会議を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて居室介護(介護予防)支援事業者が判断した後、給付対象となるため市への申請は不要です。ただし、立川市において、電動車いすについては申請を必要とします。

※③ サービス担当者会議の要点(第4表またはE表)に医師の氏名・医療機関名・聴取日・聴取方法(電話、面接等)・聴取内容を記載してください。

※④ 必要とする福祉用具の医学的な所見をいただいた医療機関・担当医・電話番号を記載してください(主治医とは限りません)。

※⑤ 「指定居室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3月31日厚生省令第37号)」の(福祉用具貸与計画の作成)第199条の2に規定されています。

最後に保険者が確認した後、給付対象となります。

保険者確認欄	
--------	--

11. 福祉用具購入

介護保険制度では、居宅での暮らしを支えるサービスの一つとして、要介護・要支援認定を受けている方が、都道府県知事の指定を受けた事業所（以下「指定事業所」という）から、特定福祉用具（入浴や排せつに用いる貸与になじまない福祉用具で厚生労働大臣が定めたもの）を購入した場合、保険給付の対象とし、利用者の負担割合に応じて購入費の9割、8割または7割の額を支給（保険給付）します。

支給限度基準額は、同一年度（4月1日から翌年3月まで）で10万円です。

居宅介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という）は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合には、利用の妥当性を検討し、居宅サービス計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載してください。

(1) 保険給付の対象となる福祉用具の種目

- ・ 腰掛便座
 - ・ 自動排せつ処理装置の交換可能部品
 - ・ 入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台（バスボード等）、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト）
 - ・ 簡易浴槽
 - ・ 移動用リフトのつり具の部分
 - ・ 排せつ予測支援機器
- ※以下の品目は、一定の条件のもと、貸与と購入のいずれかが選択できます（令和6年4月1日から）。
- ・ 固定用スロープ
 - ・ 歩行器（歩行車を除く）
 - ・ 単点杖（松葉づえを除く）
 - ・ 多点杖

(2) 支給方法

福祉用具購入費の支給方法は、**償還払い**と**受領委任払い**の2通りの方法があり、申請の際にいずれかの方法を選択することができます。ただし、介護保険料の滞納により給付制限を受けている場合は、「償還払い」のみとなります（介護保険被保険者証に記載されているので、必ず確認してください）。

償還払い

被保険者が販売事業所に購入費用の全額を支払い、後日申請をすることにより、保険給付分（9割、8割または7割）が支給される方法。

受領委任払い

被保険者が販売事業所に保険給付分（9割、8割または7割）の受領を委任する方法で、被保険者は販売事業所に利用者負担分（1割、2割または3割）を支払い、保険給付分については保険者が販売事業所に支給する方法。

※ 受領委任払いが利用できるのは、立川市に受領委任払い取扱事業所として登録されている販売事業所（市ホームページに掲載）から福祉用具を購入する場合に限ります。

(3) 申請に必要な書類

- ・ 介護保険福祉用具購入費支給申請書（償還払いと受領委任払いで様式が異なります）

- ・ 領収書の原本(本人名義。ただし、原本とコピーを持参された場合は確認の上、原本を返却)
- ・ 購入した福祉用具のパフレット(コピーでも可)
- ・ 給付費受領委任状(償還払いで、支給額を本人以外の口座に振り込む場合のみ)

(4) 注意事項

- ・ 指定事業所以外から購入された場合は保険給付の対象となりません。
- ・ 原則、同一種目を2つ以上購入することはできませんが、購入した福祉用具の破損や、要介護者の身体状況の変化等、特別の事情がある場合は、市に相談してください。

12. 住宅改修

介護保険制度では、居宅での暮らしを支えるサービスの1つとして、要介護・要支援認定を受けている方が、厚生労働大臣が定める種類の住宅改修(手すりの取り付けや段差の解消など)を行った場合、保険給付の対象とし、利用者の負担割合に応じて改修費の9割、8割または7割の額を支給(保険給付)します。

なお、平成31年4月より一部取扱いの変更に合わせ、立川市版「住宅改修の手引き」を作成しました。介護保険で給付対象となる住宅改修の種類や支給限度基準額、給付費の支給方法、支給申請の手続き、申請に必要な書類などについて説明をしているほか、支給申請書等の記載例や留意事項、Q&Aなども掲載していますので、ご活用ください(市ホームページに掲載)。

(1) 支給限度基準額

支給限度基準額は、同一の住宅で20万円です。なお、支給限度額管理は、現に居住している住宅(住民票上の住所)について行われます。その後転居(住民票の異動)をした場合には、改めて上限に達するまで住宅改修費の支給が受けられます。

【要介護状態が著しく重くなった場合の例外(3段階リセット)】

初めて住宅改修費が支給された住宅改修の着工日における要介護状態区分を基準として、下記のように「介護の必要の程度」の段階が3段階以上重くなった場合、再度20万円までの住宅改修を行うことができます。なお、同一住宅・同一被保険者について1回しか適用されません。

初回の住宅改修着工日の要介護状態区分	追加の住宅改修着工日の要介護状態区分 (3段階リセットが適用される区分)
要支援1(第1段階)	要介護3(第4段階)、要介護4(第5段階)、 要介護5(第6段階)
要支援2及び要介護1(第2段階)	要介護4(第5段階)、要介護5(第6段階)
要介護2(第3段階)	要介護5(第6段階)

(2) 保険給付の対象となる住宅改修の種類

- ・ 手すりの取り付け
- ・ 段差の解消
- ・ 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更

- ・ 引き戸等への扉の取替え
- ・ 洋式便器等への便器の取替え
- ・ 上記の改修に付帯して必要となる改修

(3) 支給方法

「11 福祉用具購入」と同様。

※ 受領委任払いが利用できるのは、市に受領委任払い取扱事業所として登録されている改修事業所（市ホームページに掲載）が工事を行う場合に限ります。

(4) 申請に必要な書類

○ 事前申請

- ① 介護保険住宅改修費支給申請書（償還払いと受領委任払いで様式が異なります）
- ② 住宅改修が必要な理由書
- ③ 工事費見積書（内訳書）
- ④ 改修予定箇所が確認できる図面（平面図等）
- ⑤ 改修予定箇所が確認できる写真
- ⑥ 住宅改修の承諾書（改修する住宅の所有者が本人または配偶者以外の場合）
- ⑦ 給付費受領委任状（償還払いで、支給額を本人以外の口座に振り込む場合）

○ 支給申請（事後申請）

- ① 介護保険住宅改修完了届
- ② 領収書の原本（本人名義。ただし、原本とコピーを持参された場合は確認の上、原本を返却）
- ③ 改修完了箇所が確認できる写真

(5) 「住宅改修が必要な理由書」の作成について

住宅改修の支給申請の際に添付する「住宅改修が必要な理由書」については、原則、担当のケアマネジャーが作成してください。ケアマネジャーがいない場合や、やむを得ない事情がある場合等は、地域包括支援センターの職員のほか、理学療法士、作業療法士、福祉住環境コーディネーター2級以上のいずれかの資格保持者の作成も可としています。

しかしながら、現状、市に提出される理由書の作成者については改修業者の方（有資格者）の割合が高いため、今後はケアマネジャーに作成していただくことをさらに推進していきたいと考えています。なお、諸事情により担当ケアマネジャーではなく、改修業者が理由書を作成する場合については、十分に連絡調整を図っていただくとともに、理由書に担当ケアマネジャーの署名等をお願いします。

住宅改修が必要な理由書 (P1) 森良い記載列添

令和5年12月版

<基本情報>

被保険者番号	000000000000	年齢	00歳	生年月日	明治 大正 昭和 令和 00年00月00日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
利用者氏名	0000	認定区分 (該当に○)	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			
住所	立川市泉町0-0-0						

現地確認日	令和00年00月00日	作成日	令和00年00月00日
所属事業所	〇〇ケアプラザセンター		
作成者氏名	〇〇〇〇	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
資格等	介護支援専門員 (地域包括支援センター職員 作業療法士) 福祉住環境コーディネーター その他 ()		

※ 作成者が担当のケアマネジャー (地域包括支援センター職員含む) 以外の場合は、下記に担当ケアマネジャー確認済みの署名または記名押印を添付してください。 ※署名の場合は押印不要です。

保険者氏名	年月日	評価欄
ケアマネ		

所属事業所	印	連絡先
ケアマネ		

<総合的状況>

利用者の身体状況	変形性膝関節症による痛みと下肢筋力低下のため、足が上がりにくい。屋内はゆっくりではあるが、自力歩行可能。階段昇降や立ち上がり時には支えが必要。屋外は杖歩行。日常生活動作はおおむね自立しているが、不調時は見守りが必要。	福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定	貸与・購入品目	改修前	改修後
介護状況	長女と二人暮らし。長女は就労しているため日中は独居となる。排泄は既存手すりにより一人で行うことができるが、入浴については浴槽出入りの際に長女の介助が必要となっている。洗い場ではシャワーチェアを使用し、長女不在の際はシャワー浴で済ませようとしている。介護サービスは週1回のデイサービスを利用しており、その他に通院や買い物等の目的で一人で外出することがある。		●車いす (付属品含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	現在、入浴の一部について長女の介助を受けているが、屋内の不安や負担を感じる部分を解消することで生活動作や家事を含めて自分でできることはできる限りしていきたい。 1・2階トイレ、ポーチ階段及び屋内階段にはすでに手すりが設置されており、トイレ内動作及び階段昇降動作は一人でできている。今回は、①玄関 (上がり框)、②浴室 (浴槽出入り部分)、③リビング (ガラス出入り部分) の三か所に新たに手すりを設置すること、 膝への負担が軽減され、各動作の安定性を確保し一人で安心してできるようにしたい。		●特殊運台 (付属品含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
複数の事業所から見積もりを取るよう、利用者に対して説明しましたか	■ 説明し、2事業所以上から見積もりを取りました。 □ 説明しましたが、本人・家族等の希望により、1事業所のみから見積もりを取りました。		●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●手すり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			●ロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●歩行者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●歩行補助つえ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●移動用リフト(つり具部分除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●入浴補助用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●移動用リフトのつり具部分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

良い記載例

住宅改修が必要な理由書 (P2)

活動	①改善しようとして生活動作 ② ①の具体的な困難な状況(・・)を記入してください	③改修目的・期待効果をチェックした上で、 改修の方針(・・)を記入してください	④ 改修項目 (改修箇所)
①改善しようとして生活動作 <input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他()	② ・浴槽が縁高40cm、深さ50cmであるが、手すり等の支えとなるものがない。 ・本人足の上がりにくさと筋力低下により、自身の体を支えることができないうえに一人で歩き動作を行うことができず、浴槽に入る際は長女の介助を受けている。 ・洗い場ではシャワーチェア(補袖用具購入)を利用している。 ・本当は毎日湯船浴をしたいが、長女が不在の時は浴槽には入らずシャワー一浴で済ませている。	<input type="checkbox"/> できなかつたこと <input type="checkbox"/> よびにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	■ 手すりの取付け (① 玄関:上がり框に横型手すり) (② 浴室:浴槽横にL字型手すり) (③ リビング:掃き出し窓脇に縦型手すり) () () <input type="checkbox"/> 段差の解消 () () () () () <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え () () <input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () () <input type="checkbox"/> その他 () () ()
入浴 <input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴槽出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他()	① ・玄関上がり框に18cmの段差があるが、手すり等の支えとなる物がない。 ・本人足の上がりにくさがあるため、上がり框昇降時の動作が不安定である。 ・本人下肢筋力の低下があるため、立ったまま靴を着脱する際の支えがなく、動作が不安定である。 ・トイレ・バスや通院など一人で外出することが週に1回以上あるが、玄関移動に不安があることから外出が億劫に感じてしまっていることがある。	<input type="checkbox"/> できなかつたこと <input type="checkbox"/> よびにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え () () <input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () () <input type="checkbox"/> その他 () () ()
外出 <input type="checkbox"/> 出入口までの室内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、家具の着脱 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの 屋外移動 <input type="checkbox"/> その他()	③ ・階リビング側のテラスに物干し竿があり、毎日1回程度洗濯物干しを行う。 ・リビングの掃き出し窓からテラスに出るが、外にはコンクリートステップが1段あり、地上一コーンクリートステップ→リビング床面と、それぞれ20cmずつの段差となっている。 ・掃き出し窓付近に支えとなる物がない。 ・本人足の上がりにくさと筋力低下により、自身の体を支えることができず昇降動作が不安定で、窓枠に腰かける形でなんとか昇降している。 ・洗濯物干しは本人の役目として毎日行っているが、膝の痛みと動作が容易でないことから負担に感じてしまっていることがある。	<input type="checkbox"/> できなかつたこと <input type="checkbox"/> よびにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () () <input type="checkbox"/> その他 () () ()
その他の活動 調理 台所での移動、姿勢保持 <input type="checkbox"/> 洗濯物干しの際の移動			

住居改修が必要な理由書 (P1) 悪い記載例

令和5年12月版

<基本情報>

被保険者番号	0000999999	年齢	76歳	生年月日	明治 大正 昭和 20年8月21日	性別	□男 ■女			
利用者氏名	立川 二三子	要支援	要介護							
		認定区分 (該当に○)	1・②	1	・	2	・	3	・	4
住所	立川市泉町2丁目3番地4号									

現地確認日	令和3年9月1日	作成日	令和3年9月1日
所属事業所	緑ヶアプランセンター		
氏名	富士見 若葉	連絡先	042-***-****
資格等	介護支援専門員 地域包括支援センター職員 作業療法士 福祉住環境コーディネーター その他()		

※ 作成者が担当のケアマネジャー（地域包括支援センター職員含む）以外の場合は、下記に担当ケアマネジャー確認済みの署名または記名押印をしてください。署名の場合は押印不要です。

保険者氏名	年月日	評価欄
ク マ ネ		
所属事業所	印	
氏名		

所属事業所	印
氏名	連絡先

<総合的状況>

利用者の身体状況	変形性膝関節症。	福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定																																																			
介護状況	日常生活動作自立。転倒防止のためシャワー浴、家族の介助があれば浴槽に入る。	<table border="1"> <tr> <th>貸与・購入品目</th> <th>改修前</th> <th>改修後</th> </tr> <tr> <td>●車いす (付属品含む)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●特殊寝台 (付属品含む)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●床ずれ防止用具</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●体位変換器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●手すり</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●スロープ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●歩行器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●歩行補助つえ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●認知症老人徘徊感知機器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●移動用リフト(つり具部分除く)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●腰掛便座</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●特殊尿器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●入浴補助用具</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●簡易浴槽</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●移動用リフトのつり具部分</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●その他</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	貸与・購入品目	改修前	改修後	●車いす (付属品含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●特殊寝台 (付属品含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●手すり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	●スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●歩行補助つえ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●移動用リフト(つり具部分除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●入浴補助用具	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●移動用リフトのつり具部分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貸与・購入品目	改修前	改修後																																																			
●車いす (付属品含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●特殊寝台 (付属品含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●手すり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
●スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●歩行補助つえ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●移動用リフト(つり具部分除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●入浴補助用具	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																			
●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●移動用リフトのつり具部分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
●その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	動線上に手すりを取り付けることで移動中の転倒を防ぎ、安全に移動したい。																																																				
複数の事業所から見積もりを取るよう、利用者に対して説明しましたか	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>ご本人の身体的機能、住居や生活の状況、介護サービスの利用状況、日常生活動線について記載がない。 ・なぜ困っているのか、なぜ工事が必要となるかという点について記載がない。</p> </div> <p><input type="checkbox"/> 説明し、2 事業所以上から見積もりを取りました。 ■ 説明しましたが、本人、家族等の希望により、1 事業所のみから見積もりを取りました。</p>																																																				

13. 介護給付適正化事業

立川市では、東京都の「介護給付適正化計画」等を踏まえ、ケアプラン点検や住宅改修の点検等を実施し、介護給付の適正化と適切なサービスの確保に努めています。

(1) 令和6年度ケアプラン点検

ア 目的

東京都の「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」に基づき、介護サービス利用者に良質なサービスを提供するため、保険者である市とともにケアプランを検証確認しながらケアプラン作成における支援等を行います。介護支援専門員の自己点検による気づきや、市との意見交換を通じ、協同でのケアマネジメントの質の向上を目指します。

イ 対象 市内の居宅介護支援事業所

ウ 実施期間 令和6年10月中旬～令和7年3月

エ 実施事業所の選定

・自主参加枠

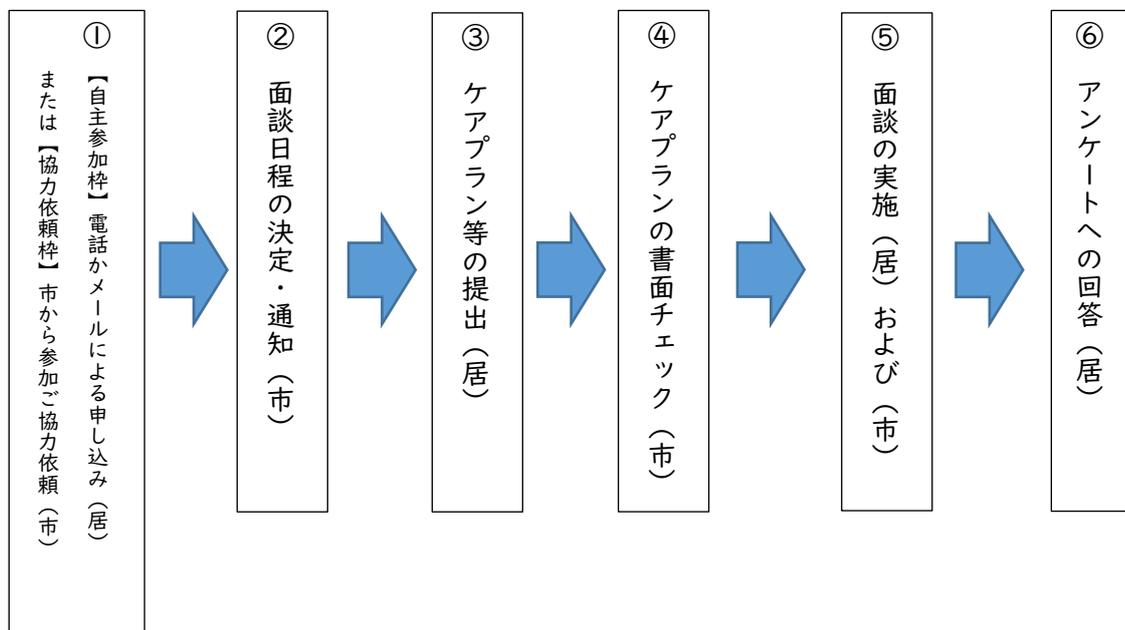
自主的にケアプラン点検を希望される事業所を募集します。電話またはメールにてお申し込みください。

・協力依頼枠(従来型)

市から対象となる居宅介護支援事業所へケアプラン点検への協力をご依頼いたします。

オ 実施件数 9事業所11件

カ 点検の流れ



※(市)・・・立川市、(居)・・・居宅介護支援事業所

(2) 令和6年度住宅改修の点検

ア 調査内容

住宅改修の対象となる改修工事について、申請内容等に関する調査、住宅改修の給付内容の評価、改修内容についての助言・指導等を行います。利用者の身体状況や動作能力等を踏まえた、適切な住宅改修・福祉用具の利用となるよう確認します。支給後については、住宅改修の効果を把握するため、利用者の自立支援につながる改修となったか、施工後のトラブルが生じていないか等を確認します。

イ 調査の流れ(支給後の場合)

- ・日程調整 市より担当の介護支援専門員に日程調整を依頼
- ・実地調査 関係者立会いのもと、申請内容との整合性を確認し、改修内容が適正か調査

ウ 実施期間 令和6年9月～令和7年3月

エ 実施件数 4件