

施行前準備行為としての要介護認定と審査請求の処理について

(平成11年6月24日付事務連絡内容)

(1) 要介護認定について

1. 市町村は、11年10月に介護認定審査会を設置。
2. 市町村は、11年10月に介護認定審査会の委員を平成13年3月31日までを任期として任命。
3. 市町村は、11年10月より要介護認定の申請を受理。
4. 介護認定審査会は、要介護認定に係る審査・判定を行う。
5. 要介護認定の審査・判定の結果が施行日前に出た場合についても、市町村はその結果を被保険者に通知。
6. 通知された要介護認定の審査・判定の結果に不服がある場合は、当該通知を受け取った時点から介護保険審査会に対する審査請求が可能。(施行日の翌日の60日後まで)
7. 要介護認定の審査・判定の結果の通知後に、被保険者の状態が変化した場合は、再度要介護認定の申請を行うことができる。(この申請に対する審査・判定結果に基づく認定は「変更認定」ではなく、新規の認定という整理)
8. 5.により結果が通知された場合は、施行日の時点で正式な要介護認定となる。なお、介護保険審査会による審査請求の審理の結果を踏まえて審査・判定をやり直した場合は、施行日の時点で、認定、審査請求の受理、審査請求に対する裁決、もとの認定の取り消し、新たな認定が行われたものとして取り扱うこととする。

1. 法施行前の介護認定審査会の設置は、介護保険法施行法(以下「施行法」という。)第17条を根拠にこれを行うことができる。ただし、11年10月に審査会を設置する法的な義務はなく、設立日が前後することは問題ない。設置日自体を条例に規定する必要はない。また、委員定数の条例等の施行日が12年4月1日であっても、設置日は11年10月1日とすることは可能。
2. 介護認定審査会の委員の任命についても、施行法第17条を根拠にこれを行うことができる。任命日が10月である法的な義務はない。ただし、任期の終期は13年3月31日となる(介護保険法施行令附則第2条による経過措置)
- 3・4・5. 施行日前においても要介護認定に係る手続(申請の受理から審査・判定の結果の通知まで)は施行法第17条を根拠に施行後と同様の形で行われる。なお、この場合も原則として申請日より30日以内に結果の通知を行うことが望ましい。また、30日以内に結果の通知ができない場合には、第27条第14項に準じて、その理由等を通知することが望ましい。

6. 要介護認定が効力を発するのは平成12年4月1日であり、かつ、認定の根拠たる法律の施行日も平成12年4月1日であるため、審査請求が可能な終期についても、平成12年4月1日の（仮に結果を知った日がそれより後であればその日の）翌日の60日後となるものと考えられる。
7. 施行日前の要介護認定の審査・判定の結果通知後、施行日までに被保険者の状態が悪化した等により、当該審査・判定の結果を変更する場合は、平成12年4月1日に発効する認定は、変更認定ではなく、新規の認定と整理されることとなる。
8. 要するに、要介護認定の法的効力は、施行の日を待って発効することとなるが、要介護認定の全ての手続を施行日前に行うことは、施行法第17条を根拠に可能と言うこととなる。

(2) 審査請求の処理について

1. 11年10月に介護保険審査会を設置。
2. 11年10月に介護保険審査会の委員を、平成13年3月31日までを任期として任命。
3. 介護保険審査会は、施行日前に審査判定の結果が通知された要介護認定に対する審査請求を11年10月から受理。
4. 介護保険審査会は、審査請求に係る調査・審理を行う。
5. 審査請求に係る調査・審理の結果が施行日前に出た場合、介護保険審査会は、その結果を請求人及び保険者に通知。
6. 調査・審理の結果が「認容」であれば、保険者は、介護保険審査会の調査・審理結果を踏まえて要介護認定の審査・判定をやり直し、その結果を請求人に通知。（いずれにせよ認定の有効期間は施行日が始期となる）
7. 5又は6により通知された調査・審理の結果は、法施行の日に正式な裁決とみなされる。

1. 法施行前の介護保険審査会の設置は、施行法第17条を根拠にこれを行うことができる。ただし、11年10月に審査会を設置する法的な義務はなく、設立日が前後することは問題ない。設置日自体を条例に規定する必要はない。また、委員定数の条例等の施行日が12年4月1日であっても設置日は11年10月1日とすることは可能。
2. 介護保険審査会の委員の任命についても、施行法第17条を根拠にこれを行うことができる。任命日が10月である法的な義務はない。ただし、任期の終期は13年3月31日となる（介護保険法施行令第58条による経過措置）

- 3・4・5. 施行日前に要介護認定の審査・判定結果の通知を受けた場合には、要介護認定の平成12年4月1日の発効を前提として、当該認定に係る審査請求を行うことができる。介護保険審査会においては、この審査請求について、その処理の手続（受理から、審理の結果の通知まで）を進めることができる。審査請求の処理の手続については要介護認定の手続とは異なり、施行法第17条において明文で規定されているわけではないが、
- ① 大量の要介護認定が、4月1日に一度に効力を有することとなり、審査請求もその直後に殺到するのでは、短期間で処理できず、法で審査請求手続を設けた趣旨に反することとなる恐れが強いこと
 - ② 訪問通所サービスの区分支給限度額の管理期間が1か月と短いことから、被保険者の早急な救済が強く要請されるものであること
- から、被保険者救済の観点からも、介護保険審査会の事務処理の観点からも、法の施行日前においても、施行後と同様の形で、審査請求に対する調査・審理やその結果の通知を行っておく必要がある。したがって、施行法第17条の「その他の行為」として、同条を根拠にこれらの手続を行うことができるものと解するものである。なお、法の施行後と同様の形で審査請求の処理の手続を進める以上、法の施行日前であっても委員定数条例をはじめ、関係の条例等が整備されている必要がある。
6. 調査・審理の結果が「認容」の場合は、保険者はその趣旨に沿って要介護認定の審査判定をやり直し、その結果を通知する。この場合の要介護認定は、要介護認定の変更ではなく、新規の要介護認定のやり直しという扱いとなる。この場合に通知し直された要介護認定の審査・判定結果に対してさらに不服がある場合には、当該要介護認定の発効を待って取消訴訟を提起することとなる。したがって、この場合の取消訴訟の出訴期間（3か月）については、4月1日から起算することとなる。
7. 5により通知された調査・審理の結果は、施行日前の要介護認定の審査・判定結果が施行日に認定処分としての効力を発することとなるのと同様、施行日に正式な裁決となる。
- 要するに、裁決の法的効力は施行日を待って発効することとなるが、施行法第17条を根拠に、審査請求の処理の全ての手続を施行前に行うことが可能ということとなる。

介護保険 要介護認定・要支援認定取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

平成11年〇月〇日に、あなたは要介護状態区分〇と判定され、平成12年4月1日に審査判定結果のとおり認定を受けるものとされたところですが、その後の介護認定審査会の審査判定に従い、介護保険法第31条第1項・第34条第1項の規定により、上記の取り扱いを取り消します。

被保険者番号

被保険者氏名

取消年月日

理由

・被保険者証を〇〇市（町村）介護保険課に提出してください。

提出期限：平成 年 月 日

ただし、既に被保険者証を提出されている方は不要です。

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った時点から平成12年5月31日（この通知書を受け取った時点が平成12年4月2日以降の場合はその日から60日が経過する日）までの間、〇〇県介護保険審査会に対して審査請求をすることが可能です。

住所 電話番号

介護保険 要介護認定・要支援認定延期通知書

文 書 番 号
平 成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長



平成12年1月10日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定を下記のとおり延期しますので、通知します。

被保険者番号		被保険者氏名
--------	--	--------

理由

処理見込期間

問い合わせ先
〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

国保連合会における保険者共同処理について（案）

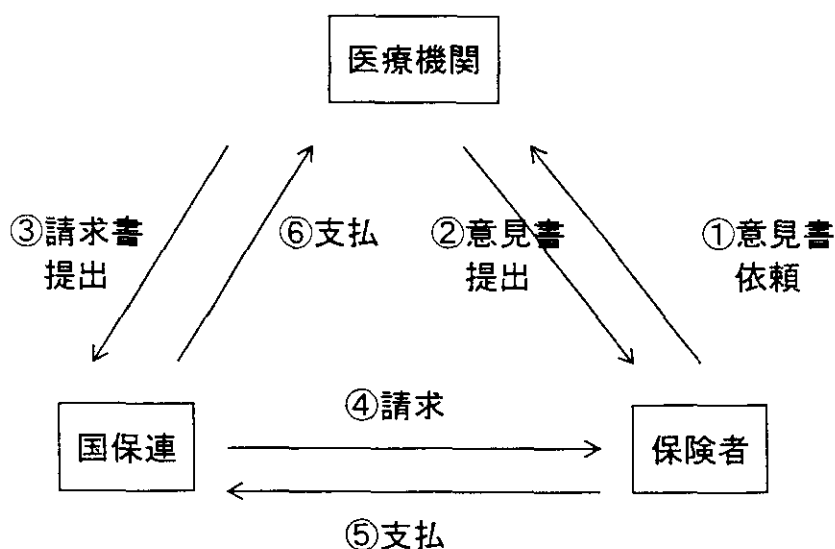
国保中央会では、主治医意見書料の審査支払を国保連の共同処理として医療機関に支払う方向（医師個人に支払う場合を除く）でシステム開発を進めている。

また、認定調査の委託料の支払についても共同処理として居宅介護支援事業者や介護保険施設に支払う方向でシステム開発を進めている。

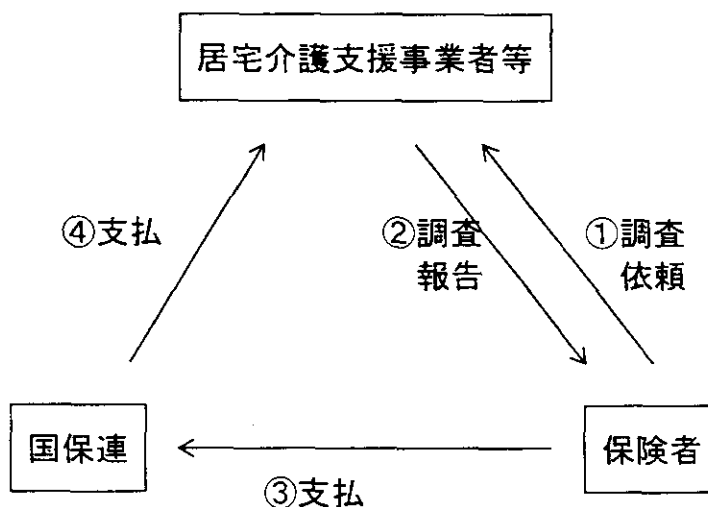
ただし、中央会が開発しているシステムについては12年4月からの稼働となる。

なお、保険者共同処理については、都道府県が国保連と市町村の調整を行い、委託の有無及びその内容を決める必要がある。

1 主治医意見書料の審査支払



2 認定調査委託料の支払



介護保険 主治医意見書作成料請求書

様式案

平成		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)氏名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				

請求医療機関	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒		-							

電話番号

作成依頼日	年	月	日	依頼番号							※
意見書作成日	年	月	日	意見書送付日	年	月	日				保険者確認

※印の欄は記入しないで下さい

意見書作成料	種別	1.在宅	2.施設	1.新規	2.継続	金額					円
--------	----	------	------	------	------	----	--	--	--	--	---

内訳		点数		摘要								
診断・検査費用	診断											
	検査	胸部単純X線撮影										
		血液一般検査										
		血液化学検査										
		尿中一般物質定性・半定量検査										
合計				点数合計×10円								円

請求額	意見書料							円
	診断・検査費用							円
	消費税							円
	合計							円

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・胸部単純X線撮影
- ・血液一般検査
- ・血液化学検査
- ・尿中一般物質定性・半定量検査

支給限度額管理の運用について

標記については、介護保険法施行規則（平成11年3月31日厚生省令第36号。以下「規則」という。）の第3節及び第4節において、所要の規定を置いたところであるが、具体的な運用方法については、以下のとおりであること。

A. 訪問通所・短期入所サービスの支給限度額管理について

1. 居宅サービス区分について（規則第66条）

法第43条第1項に規定する居宅サービス区分及びそれぞれの区分に含まれる居宅サービスの種類は、以下のとおりであること。

(1) 訪問通所サービス区分：

訪問介護、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及び福祉用具貸与

(2) 短期入所サービス区分

短期入所生活介護及び短期入所療養介護

2. 支給限度額管理の期間について（規則第67条及び第86条）

※ 便宜上、「新規認定」、「更新認定」及び「変更認定」という用語を、以下のとおりの意義を有するものとして使用する。

「新規認定」

- ・申請の時点で要介護認定又は要支援認定を受けていない者に対する要介護認定又は要支援認定

「更新認定」

- ・要介護更新認定
- ・要支援更新認定
- ・要介護更新認定の申請に対し法第35条第2項に基づき行われる要支援認定
- ・要支援更新認定の申請に対し法第35条第4項に基づき行われる要介護認定

「変更認定」

- ・申請による要介護状態区分の変更の認定
- ・職権による要介護状態区分の変更の認定

- ・要支援認定を受けている者の要介護認定申請に対する要介護認定
- ・市町村の職権により要介護認定が取り消された者に対し法第35条第6項に基づき行われる要支援認定

(1) 訪問通所サービス区分

訪問通所サービス区分の支給限度額管理の期間（以下「限度管理期間」という。）は、要介護認定又は要支援認定の効力が生じた日の属する月の初日から末日までの1ヶ月間とする。したがって、新規認定の効力が月の途中で発生した場合でも限度管理期間自体は1ヶ月間となり、月途中に変更認定の効力が発生した場合でも、当該月の変更認定発効前の期間と変更認定発効後の期間は、同一の限度管理期間を構成することとなる。

(2) 短期入所サービス

原則として、**限度管理期間と要介護（支援）認定の有効期間はリンクする**が、その運用の詳細は以下のとおりであること。なお、新たな限度管理期間がスタートした時点で、直前の限度管理期間は終了するものであること。

① 新規認定又は変更認定の効力が月の初日に発生した場合又は更新認定の場合

限度管理期間は、**当該認定の効力が発生した月からの6ヶ月間（※1）**とする。

② 新規認定の効力が月の途中から発生した場合

限度管理期間は、**当該認定の効力が発生した月からの7ヶ月間（※2）**とする。

③ 変更認定の効力が月の途中から発生した場合

限度管理期間は、**当該認定の効力が発生した月の翌月からの（※3）6ヶ月間（※1）**とする。

※1 及び※2 要介護認定又は要支援認定の有効期間が、規則第38条第1項、第52条第1項及び附則第3条により変動しうることに伴い、※1の期間は3～12（最初の要介護（支援）認定の場合は3～5）ヶ月の範囲で、※2の期間は4～6ヶ月の範囲で変動しうる。

※3 申請日からその属する月の末日までの期間が変更前の要介護認定に係る限度管理期間に属することとするのは、次のような考え方に基づくものである。

イ 申請日前と申請日後の期間を別の限度管理期間に属するものとした場

合、同一月に2通りの給付管理票・請求書が必要となり、事務が複雑と
なってしまう。

ロ 変更申請が変更前の要介護認定の有効期間を長く残している時点で行
われる場合には、限度管理期間は大幅に短くなるので、その分当該限度
管理期間においては実質的に多めにサービスが受けられることとなるた
め、申請日からその属する月の末日までの期間が変更前の要介護認定に
係る限度管理期間に属することとしても、それほど不利益的な取扱いと
は考えられない。

ハ 変更申請が変更前の要介護認定の終了直前に行われた場合には、通常
の更新申請の結果要介護状態区分が変わる場合との均衡上、上記のよう
な取扱いが望ましいと考えられる。

ニ 変更申請がなされた月の初日から新たな限度管理期間がスタートする
こととした場合、変更申請の直前に集中的にサービス利用をしていた場
合に、利用者が不利益を被ることとなる。

3. 適用される区分支給限度額について

(1) 訪問通所サービス区分

区分支給限度額は、要介護状態区分に応じた区分支給限度基準額の9割と
等しくなるものであるが、特に以下の場合について留意されたいこと。

① 新規認定の効力が月の途中で発生した場合の当該月に係る区分支給限度額

当該月の期間中、要介護認定が有効である期間は1月に満たない期間とな
るが、この場合でも限度管理期間は当該月の初日から末日までの1ヶ月とな
るため、区分支給限度額は、当該認定に係る要介護状態区分に応じた区分支
給限度基準額の9割の額が適用されるものであり、日割計算が行われるもの
ではないこと。

② 変更認定の効力が月の途中で発生した場合の当該月に係る区分支給限度額

当該認定が発効する前の要介護状態区分と発効後の要介護状態区分のうち
重いほうの要介護状態区分に応じた区分支給限度基準額の9割の額が適用さ
れるものであり、日割計算が行われるものではないこと（規則第68条第1
項及び第2項並びに第87条第1項）。

(2) 短期入所サービス区分

① 区分支給限度額は、当該限度管理期間に係る要介護状態区分（要支援状態
も含む。）に応じた区分支給限度基準額を基準として、当該限度管理期間に
応じて算定される額となること。

② ①の区分支給限度額の算定における限度管理期間とは、当初予定された期間のことをいい、**変更認定等により結果的に限度管理期間が短縮される場合でも、区分支給限度額が減額されるものではないこと。**

③ なお、月途中で変更認定が発効する場合には、変更認定に係る限度管理期間はその翌月からということとなる（規則67条第2項及び第86条第2項）が、**変更認定後、当該月の末日までの期間は、変更前の要介護認定に係る要介護状態区分に応じた区分支給限度額が適用される限度管理期間に属することとなること。**

4. 訪問・通所サービスの利用が少ない場合の短期入所サービスの支給限度額の拡大について（規則第68条第3項及び第87条第2項）

平成8年9月19日の介護保険法要綱案修正事項に関する与党合意において、「現金給付については、当面行わないこととし、介護基盤整備への資金投入を優先することとするが、家族介護に対する適切な評価と支援を行う観点から、ショートステイ利用枠の拡大等家族介護に対する在宅サービスの重点的提供を行う。」こととされているのを受け、**要介護更新認定、変更認定、要支援更新認定又は職権による要支援認定の時点で、直近の要介護認定又は要支援認定の有効期間における、訪問通所サービス区分に属する居宅サービスの利用実績が、厚生大臣が定める基準に該当する場合には、次の限度管理期間の短期入所サービス区分の支給限度額を拡大（厚生大臣が定める額として別途規定）することとした。**

5. 支給限度額管理の対象とならない費用について（規則第68条第4項）

支給限度額管理の対象となるサービスに係る費用のうち、「別に厚生大臣が定めるところにより算定した費用の額の合計額」は、**支給限度額管理の対象とならないものであること（規則第68条第4項）。**この「別に厚生大臣が定めるところにより算定した費用の額」の内容は、今後示すこととしているが、例えば、離島等の移動に多くの時間が必要な地域における訪問介護事業所によるサービスに対し、介護報酬上、加算を行うとした場合、この加算部分を仮に支給限度額管理の対象とする場合には、利用者の意思とは無関係に、サービス利用が可能な回数が減ってしまうこととなりかねないため、支給限度額管理の対象外とすることが考えられるところである。

6. 種類支給限度基準額の設定について（規則第69条及び第88条）

(1) 対象となるサービスの種類及び限度管理期間

法第43条第4項並びに第55条第4項に規定する種類支給限度基準額を

設定できるサービスの種類及び限度額管理期間は、以下のとおりであること。

① 種類支給限度額を設定できるサービスの種類

訪問介護、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及び福祉用具貸与

② 種類支給限度額管理の期間

要介護認定有効期間に係る日が属する月についてそれぞれ当該月の初日からの1月間とする。

(2) 準用

3. の(1)及び5. については、種類支給限度額管理についても準用されるものであること。

7. 支給限度額管理期間と支給限度額の具体例

以下は、支給限度額管理期間と支給限度額の関係について、具体的な事例をあげて参考として示したものである。なお、便宜上、訪問通所サービス区分の支給限度基準額(1月当たり)及び短期入所サービス区分の支給限度基準額(6月当たり)を、それぞれ下記のとおりとする。

<訪問通所サービス区分>

要支援	A万円
要介護1	B万円
要介護2	C万円
要介護3	D万円
要介護4	E万円
要介護5	F万円

<短期入所サービス区分>

要支援	G万円
要介護1	H万円
要介護2	I万円
要介護3	J万円
要介護4	K万円
要介護5	L万円

(1) 新規認定の場合

① 平成12月4月1日に要介護2の認定の効力が生じた場合(有効期間:同年9月30日まで)

イ. 訪問通所系の支給限度額

4~9月 各月ごとにC万円×0.9

ロ. 短期入所系の支給限度額

4~9月 1万円×0.9

② 平成12月4月15日に要介護2の認定の効力が生じた場合(有効期間:同年10月31日まで)

- イ. 訪問通所系の支給限度額
4～10月 各月ごとにC万円×0.9
- ロ. 短期入所系の支給限度額
4～10月 1万円×7/6×0.9

(2) 更新認定の場合

- ① 平成12月4月1日に要介護2の認定の効力が生じ（有効期間：同年9月末まで）、その後8月15日に更新申請をした結果、9月2日に同じく要介護2として更新が認められた場合で、認定審査会意見により更新認定の有効期間が1年とされた場合（有効期間：平成12年10月～平成13年9月）

- イ. 訪問通所系の支給限度額
平成12年4月～平成13年9月の各月：C万円×0.9
- ロ. 短期入所系の支給限度額
4～9月：1万円×0.9、10～9月：1万円×12/6×0.9

- ② 平成12月5月10日に要介護1の認定の効力が生じ（有効期間：同年11月末まで）、その後10月15日に更新申請をした結果、11月10日に要介護2として更新が認められた場合（有効期間：平成13年5月末）

- イ. 訪問通所系の支給限度額
5～11月の各月：B万円×0.9、12～5月の各月：C万円×0.9
- ロ. 短期入所系の支給限度額
5～11月：H万円×7/6×0.9、12～5月：1万円×0.9

(3) 変更認定の場合

- ① 平成12年8月10日に要介護3の認定の効力が生じ（有効期間：平成13年2月末まで）、その後、平成12年12月15日に変更申請をしたところ、翌年1月10日に要介護4と認定された場合（有効期間：平成13年6月末まで）

- イ. 訪問通所系の支給限度額
8～11月の各月：D万円×0.9、12～6月の各月：E万円×0.9
- ロ. 短期入所系の支給限度額
8～12月：J万円×7/6×0.9、1～6月：K万円×0.9

- ② 平成12年8月10日に要介護3の認定の効力が生じ（有効期間：平成13年2月末まで）、その後、平成12年12月15日に職権による変更認定で、要介護2と認定された場合（有効期間：平成13年6月末まで）

- イ. 訪問通所系の支給限度額
8～12月の各月：D万円×0.9、1～6月の各月：C万円×0.9

ロ. 短期入所系の支給限度額

8～12月：J万円×7/6×0.9、1～6月：I万円×0.9

B. 福祉用具購入費の支給限度額管理について

1. 福祉用具購入費支給時の「必要性」の判断（規則第70条第1項及び第2項並びに第89条第1項及び第2項）。

- ① 福祉用具購入費は、支給の申請書に記載された「当該申請に係る特定福祉用具が必要である理由」（規則第71条第1項第3号）又は申請書に添付された居宅サービス計画の記載（同条第3項）により、当該要介護被保険者等の日常生活の自立を助けるために必要と認められる場合に支給するものとする。
- ② 同一の支給限度額期間内は、原則として同一種目の特定福祉用具につき購入費の支給を2回以上行わないこととするが、既に購入費の支給を受けて購入した特定福祉用具が破損した場合、当該被保険者の介護を必要とする程度が著しく高くなった場合その他特別の事情がある場合で、市町村が必要と認める場合は2回目以降の支給も行いうるものとする。また、同一種目の特定福祉用具であっても、用途及び機能が著しく異なるもの（例えば、入浴補助用具という種目における入浴用いすと浴槽用手すり等）についても、同一の支給限度額期間内に両者の購入費の支給を行うことは可能である。

2. 支給限度基準額と要介護状態区分の関係

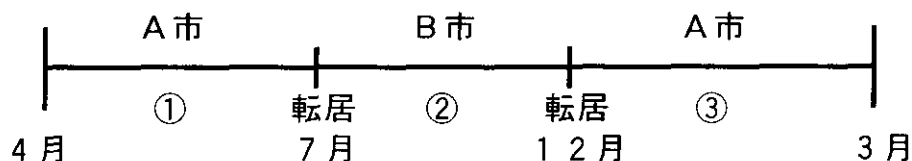
居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額（法第44条第4項）は、**要介護状態区分にかかわらず定額**とし、居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額（法第57条第4項）も同額とすることとしている。加えて、規則第73条及び第92条の規定から、居宅介護福祉用具購入費と居宅支援福祉用具購入費は、同一の支給限度額で統一的に管理されることになる。つまり、**要介護状態区分が変更された場合、要介護者が要支援者になった場合又は要支援者が要介護者になった場合であっても、被保険者に実際に給付される額の限度は基本的には変わらない**。このため、要支援者が要介護者となった場合等は、それ以前の購入について支給を受けた購入費の額を居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額等から差し引いた額が限度額となるものである。

3. 支給限度額管理期間（規則第72条及び第91条）

要介護認定、要支援認定の時期にかかわらず、**毎年4月1日からの12ヶ月間（＝各年度）ごとに支給限度額を管理するものとする**。したがって、限度管理期間途中で、更新認定・変更認定・認定の取消し・再認定がある場合であろうと、他市町村に転出後再転入がある場合であろうと、支給限度管理に影響しないこととなる。

また、他市町村から転入してきた場合であっても、当該他市町村での福祉用具購入費の支給は、転入後の住所地市町村の福祉用具購入費の支給限度額になんら影響を及ぼさないため、市町村間での給付記録の引継は必要ない。

(参考) 市町村間で転出、転入があった場合の支給限度額管理



- ①+③・・・A市における一の支給限度額管理
- ②・・・B市におけるA市とは別の支給限度額管理

C. 住宅改修費の支給限度額管理について

1. 支給限度基準額の設定方式

住宅改修費支給限度基準額は、住宅改修の種類ごとに厚生大臣が定めるとされている（法第45条5項）ため、法律上、複数の支給限度額が設定されることも可能な規定となっている。

しかしながら、多様な居住の状況に応じて必要な改修を柔軟に組み合わせを行うことができるよう、「厚生大臣が定める居宅介護住宅改修費等の支給に係る住宅改修の種類」（平成11年3月31日厚生省告示第95号）により、手すりの取付け、床段差の解消等の工事種別をまとめて一種類の住宅改修として規定している。従って、同告示の各号に列挙された工事種別全てにつき、1つの支給限度額を設定することとしており、工事種別ごとに複数の支給限度額が設定されるわけではない。

2. 支給限度基準額と要介護状態区分との関係

居宅介護住宅改修費支給限度基準額（法第45条第4項）は、要介護状態区分にかかわらず定額とし、居宅支援住宅改修費支給限度基準額（法第57条第4項）も同額とすることとしている。加えて、規則第76条及び第95条の規定から、居宅介護住宅改修費と居宅支援住宅改修費は、同一の支給限度額で統一的に管理されることになる。つまり、**要介護状態区分が変更された場合、要介護者が要支援者になった場合又は要支援者が要介護者になった場合であっても、被保険者に実際に給付される限度額に変更があるわけではなく、支給限は、要介護状態区分の変更等の前の改修について受けた支給を差し引いた額となるものである。**

ただし、最初に住宅改修費の支給を受けた時点と比較して著しく**要介護状態区分が重くなった場合（例えば3段階上昇時）**等で、市町村が必要と認める場

合は、以前に受給した改修費の額にかかわらず、**改めてその時点での支給限度基準額までの住宅改修費の受給を可能とする**（規則第76条第2項。規則上は支給限度額を「別に厚生大臣が定めるところ」により算定する旨を規定している）。ただし、この取り扱いは一の被保険者につき1回を限度とすることとしている）。

3. 転居した場合の支給限度額管理等

- (1) 支給限度額管理は、**改修時点で居住している住居に係る改修費のみをその対象とすることとし**、当該住居以外の住居について支給を受けた改修費については、支給限度額管理の対象としないこととする。すなわち、
- ① 他市町村から転入してきた場合であっても、当該他市町村での住宅改修費の支給は、転入後の住所地市町村の住宅改修費の支給限度額になんら影響を及ぼさないため、市町村間での給付記録の引継は必要ない。
 - ② 同一市町村内で転居した場合は、転居後の住居に係る改修費については、転居前の住居に係る改修費とは別に支給限度額管理を行う。
 - ③ 一度転居した後、再転居して、転居前と同一の住居に居住する場合には、転出前の改修費と再転入後の改修費は同一の支給限度額管理の対象となる。
- (2) 支給限度基準額が改定された場合の支給限度額については、**住宅改修着工時点の支給限度基準額を適用**するものとする（規則第76条第1項第1号及び第95条第1号）。従って、改定の後に着工された場合は、当該改修についての支給限度額は、改定後の支給限度基準額から改定前の改修について受けた改修費を差し引いた額となる。

