

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

介護保険事業における事務負担の軽減に関する
調査研究事業
報告書

平成26(2014)年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

■ ■ 目 次 ■ ■

第1章 事業実施概要.....	1
第2章 介護保険事業者の立場からみた事務負担上の問題点.....	3
1. 調査実施概要.....	3
2. 結果の概要.....	4
(1) 総論・共通的事項.....	4
(2) 認定調査、認定審査に関する事項.....	5
(3) ケアプランとモニタリングに関する事項.....	7
(4) サービス利用者や家族との契約等事務に関する事項.....	11
(5) 地域包括支援センターと事業者との連携に関する事項.....	12
(6) 介護給付に関する事項.....	13
(7) 事業者による各種計画書等.....	15
(8) 事業者の各種届け出.....	16
(9) 各種情報公開制度.....	19
(10) その他.....	20
第3章 市区町村の立場からみた事務負担上の問題点.....	22
1. 調査実施概要.....	22
2. 結果の概要.....	23
(1) 被保険者の資格に関する事務.....	23
(2) 要介護認定・要支援認定に関する事務.....	25
(3) 保険給付に関する事務.....	30
(4) 事業者指定・指導に関する事務.....	35
(5) 介護支援専門員に関する事務.....	39
(6) 地域支援事業に関する事務.....	39
(7) 保険料賦課徴収に関する事務.....	40
(8) 介護保険事業計画関係事務.....	44
(9) その他の事務.....	45
第4章 事務負担の軽減に向けた方策.....	47
第1節 介護保険事業者の事務負担軽減に向けた提言.....	47
第2節 市区町村の事務負担軽減に向けた提言.....	50

調査票

第1章 事業実施概要

1. 事業実施目的

報酬請求事務、指定権者への報告事務など介護現場においては多くの事務事項がある。しかしながら、このような各種介護保険事務においては、介護保険事業者の負担となり、効率化の妨げとなっているものがある。

本事業では、このような各種の介護保険事業において、負担が重く、効率化の妨げとなっている事務事項を把握し、具体的な事務負担の軽減策について提言することを目的とした調査研究を行った。

2. 事業内容

(1) 調査検討委員会の設置

有識者や事業者の代表等からなる検討会を設置し、本事業の進め方、実査に対する助言や、負担となり効率化の妨げとなっている事務事項に関する情報提供のほか、調査結果を踏まえて具体的な事務負担の軽減策等を議論した。

<会議議題>

回数	開催日	議題
1回	11月20日	事業の実施概要 調査の進め方（ヒアリング・アンケート調査）について
2回	2月13日	調査結果の中間報告 （ヒアリング・アンケート調査の報告）
3回	3月18日	調査結果の最終方向 事務負担の軽減策の検討、方策の方向性 報告書について

<委員等名簿>

【座長】

大杉 覚 首都大学東京大学院 教授

【検討委員】

(五十音順、敬称略)

荒木 篤 岐阜県笠松町地域包括支援センター センター長

久留 善武 一般社団法人シルバーサービス振興会 部長

高橋 是司 社会福祉法人つばめ福祉会 専務理事

服部 真治 八王子市役所高齢者いきいき課 課長補佐

吉岡 さとみ 株式会社新生メディカル 経営管理部 部長代理

【オブザーバー】

厚生労働省老健局総務課

片岡 佳和 野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー株式会社 エグゼクティブマネジャー

【事務局：三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング】

星芝 由美子 経済・社会政策部 主任研究員

五味 崇 経済・社会政策部 主任研究員

小川 美帆 経済・社会政策部 主任研究員

宇佐見 尚武 革新支援室 シニアコンサルタント

(2) 事業者・団体ヒアリング調査

介護保険事業者や事業者団体の代表等11団体・事業者に対してヒアリング調査を行い、介護保険事務における問題点や要望等を把握した。負担や問題を感じている具体的な介護保険事務における申請書類等の提示を受けながら、問題点や要望等を具体的に把握した。

(3) 自治体調査

市区町村9団体に対して、紙面によるアンケート調査を実施した。自治体が介護保険事務を実施する中で、負担や効率化の妨げとなっている事項、事務負担軽減に向けた具体的な改善・見直し方法等について具体的に把握した。

第2章 介護保険事業者の立場からみた事務負担上の問題点

1. 調査実施概要

(1) 調査目的

介護保険事業者からみて、介護保険事業を行う中で、事務について負担となっている点や効率化の妨げとなっている具体的な事項等を把握し、また、事務負担軽減に向けた改善・見直し方法等についての要望等を聞き取ることを目的とした。

(2) 調査方法・ヒアリング対象

事業者団体等7団体、および事業者団体から紹介された等の個別の事業者5事業者を対象とし、ヒアリングを行った。ヒアリングは、当社研究員が原則2名で訪問し、聞き取った。なお、団体・事業者によっては、過去に国等に対して提出した要望書や団体内で過去に所属機関に対して調査した結果なども提供いただいた。

(3) ヒアリング項目

介護保険事務に関する現状と問題点、改善方法について、以下の事項を中心として、問題点を把握し、特に改善が必要・重要と思われる事項や改善の対応策についてヒアリング調査を行った。

【ヒアリング項目】

- | |
|--|
| ①認定調査、認定審査に関する事項 |
| ②ケアプランとモニタリングに関する事項 |
| ③サービス利用者や家族との契約等事務に関する事項 |
| ④地域包括支援センターと事業者との連携に関する事項
(サービス担当者会議/包括から事業者への委託契約/等) |
| ⑤介護給付に関する事項
(給付管理(票)/介護給付費請求書/等) |
| ⑥事業者による各種計画書等
(機能訓練計画/栄養ケア計画書/リハビリテーション指示書/等) |
| ⑦事業者の各種届け出
(処遇改善交付金/等) |
| ⑧各種情報公開制度
(診療情報提供書[訪問リハ]/事業所規模点検書[通所介護]/等) / 等 |

(4) 調査期間

平成26年1月～平成26年3月までにヒアリングを実施した。

2. 結果の概要

ここでは、原則、ヒアリング結果をそのまま記載した。既に対応可能な点に困難を感じていたり、誤解に基づく認識と考えられる内容も含まれるが、事業者等が受け止めている内容として捉えたところである。

(1) 総論・共通的事項

(1-1) IT化促進による事務効率化

ア. 電子申請化の促進や電子メール送受信の活用による情報授受範囲拡大

- ◇ 申請書類について全般的に手書対応の書類が多い。事務負担軽減のためには書式の統一化と電子申請化を進める必要がある。
- ◇ 診療情報提供書、訪問看護指示書、特別指示書、訪問看護報告書などの電子化が必要。例えば訪問看護指示書を医師からもらう際に、送付用の封筒や切手を準備したうえで医師に手渡しする運用となっており、手間とコスト負担が大きい。電送が可能となるような運用を検討すべきである。
- ◇ ケアマネジャーとサービス事業所がサービス提供票等を紙でやり取りしていることに無駄を感じる。印鑑が必要な書類は紙媒体でなければ難しいが、可能な限り ICT の利用を進めるべきである。

イ. 国保連への請求前の書類作成等における IT 化対応

- ◇ 国保連への請求業務部分は電子化されているが、請求前の書類作成部分など、IT化による対応可能範囲の拡大が必要である。
- ◇ 請求・過誤調整業務に関する通知を各事業所・施設に送る仕組みに加え、法人本社に送る仕組みを設けるべきである。

ウ. IT インフラの整備

- ◇ 国保連との書類の送受信について、Windows8 対応を望む。
- ◇ インターネット回線の高速化による利便性の向上が必要。現在の ISDN 回線では回線速度が制限されているため大規模事業者には活用されにくく、また、このためだけに回線契約を結ぶ必要があり、相当のコスト負担が発生している。
- ◇ システム会社の提供するソフトウェアは、介護保険制度における報酬改定ごとに、ソフトウェアのアップデートが必要になるなど、維持・更新に手間とコストがかかる。ASP 型のソフトウェア開発を望みたい。

エ. IT 化促進に向けた事業者への支援

- ◇ IT 化にあたっては、導入費用が事業者の負担となっている。行政によるシ

システム構築や低価格での提供、金銭的な事業者支援など、IT化の推進加速が必要である。

オ. 書類保管のデジタル化

- ◇ 監査の際には関連書類を一括揃えることが慣習となっており、そのために利用者に関する記録等をデジタル化していても書類で5年程度（市区町村による）保管しなければならず、利用者の多い施設では保管倉庫が必要になるなど、負担が大きい。書類のデジタル化に合わせて監査の実施手法の変更を望みたい。保管スペース、事務負担、コストの削減が可能となる。

(1-2) 地域の個別解釈・要求への対応

ア. 市区町村間での書式等の共通化（全国共通化）

- ◇ 都道府県単位から市区町村単位へ指導監査等の権限がシフトしてきた過程において、市区町村への報告事項が増えたことなどもあり、地域による運用等の考え方の違いが目立つようになっている。市区町村ごとに書式や対応が異なり煩雑になっているため、書式統合と標準化が必要である。
- ◇ それぞれの市区町村での過去の届出書類を流用しようとしても、書式がすぐに変わり利用できなくなる点も負担が大きい。
- ◇ 基準等を書面で示し、集団指導などで一括して伝達しなければ共通理解は進まず、業務が煩雑になる。今は個別に照会しなければ自治体の基準などを理解することができず、また自治体によって基準まちまちになっている。

イ. 市区町村への報告事項の簡素化

- ◇ 例えば、入居者が戻ってこないなどで警察に通報した、利用者が入院した、などについても市区町村への報告が求められることがあり、報告事項が多すぎると感じる。

(2) 認定調査、認定審査に関する事項

ア. 調査から認定までの時間短縮

- ◇ 要介護認定等の結果がでる前に介護サービスを利用する場合、暫定ケアプランを作成し、認定後に改めて本プランを作成することとなる。審査結果の遅延をなくし、審査を早期化することで暫定ケアプランを不要とするか、もしくは本プラン作成時に暫定ケアプランからの変更がない場合、書類の再交付の手間を削減できるように、交付済の暫定プランを本プランへスライドさせられないか。
- ◇ 申請のタイミングによっては区分変更申請の判定が次月に持ち越しとなることもあり、時間的なロスが発生する。

- ◇ 認定調査と主治医意見書の同期化が必要。認知症高齢者の日常生活自立度等の判定が異なる場合がある。規定上は主治医意見書を主とすることになっているが、主治医意見書での判定は、認定調査よりも以前の時期になされていることもあり、その場合、該当期間の加算手続きが行なえなくなる。

イ. 認定審査結果通知の見直し

- ◇ 申請中の認定について、早急に結果を知りたくても、認定結果通知が利用者に届くまで待たなければ知ることができない。通常、認定調査結果は市区町村に取りに行かなければ入手できないが、調査結果と主治医意見書を担当のケアマネジャーに送付してくれる市区町村もある。ケアマネジャーの個人情報取扱申請手続きも不要となり、利便性が高い。

ウ. 病院でのアセスメント実施

- ◇ 病院でのアセスメント実施を認めて欲しい。制度上、アセスメントは利用者の自宅にて行う必要があり、退院前のアセスメントを病院で行なうことが認められない。退院間際の場合、介護計画書を作成するために病院で実質的なアセスメントを行っているのが通常であり、退院後に行なうアセスメントと重複してしまう。

エ. 認定審査会の開催条件見直し

- ◇ 審査会の開催遅延が認定までの期間の遅れの要因となっている。審査会の迅速な開催による認定の早期化が必要。
- ◇ 一次判定に不服がある場合のみ認定審査会を開くなどとして、認定審査会の全数実施を見直し、必要な場合のみに限定すれば時間とコストが大幅に削減可能である。
- ◇ 制度上 5 人の審査員が必要であるが、その日程調整が審査会の遅延につながる。必要審査員数を 3 人程度に減らす、審査員の欠席があっても審査会の開催を認める（現状は、市区町村により解釈が異なる）などが必要。
- ◇ 審査会の開催頻度を高める（体制を拡充する）ことで、審査会の開催遅延を防ぐことができるのではないか。

オ. 更新認定申請・区分変更申請の簡素化

- ◇ 更新申請については、受付開始時期を 30 日早めるか、ケアマネジャーを仲介せずに自動申請が可能となるようにし、審査結果遅延の防止を図ってはどうか。市区町村によっては、時期がきたら自動的に更新手続きを行な

ってくれるところもある。

- ◇ 認定の有効期間（最長で2年）の延長による更新手続きの削減が必要。認定有効期間を廃止し、ケアマネジャーが必要と判断した場合にのみ区分変更申請を行う形としてはどうか。
- ◇ がん末期の申請者の認定が要支援認定になり、その後に急速に悪化する事例が数多くあるため、区分変更申請等の事務が煩雑になっている。がん末期の状況がある場合は、一律に要介護を4にするなどの設定をしてはどうか。

カ. 認定審査の基準統一

- ◇ 同一施設内の隣人と類似同程度の症状であっても認定区分が異なることがあり、家族から理由を問われることがある。
- ◇ 基本調査票、1次判定結果、特記事項のうち、「特記事項」部分の認定調査員の筆記力により審査結果が左右されている感がある。特記事項に記載される事項の標準化と基本調査票への組込みができるのではないか。統一定義された基本調査票のみで適正な認定が可能なシステムの検討が必要。

キ. 認定調査票（基本調査）の項目見直し

- ◇ 洗身（1-10）について、入浴の調査内容が「洗身」の動作に対してのみであり、浴槽へのまたぎなど入浴動作全般の評価になっていない。
- ◇ 認知症の判定は、生活実態と比較して軽度に出してしまう傾向がある。認知症の介護認定については、より生活状況の支障、困難さに着目した認定を行い、予防給付ではなく介護給付としていくことが望ましい。特に独居者では軽度で判定が出てしまう傾向が強い。

(3) ケアプランとモニタリングに関する事項

ア. ケアプランにおける監査・指導の統一性

- ◇ 監査担当者による指摘事項や改善指示のばらつき、また同一担当者であっても指導が入るたびに指摘事項が変わることがある。ある拠点での改善指示を別の拠点にも適用したところ、それに対して指摘・改善指示が出たこともあり、監査・指導の統一化が必要。
- ◇ 事業者と市町村の関係を考慮すると、また、複数の自治体にまたがって活動する居宅介護事業所は多いため、居宅介護支援事業所の指定権限は従来どおりの都道府県単位でよいのではないか。
- ◇ ケアプランの目標期日について、年月日までの記載を求める保険者があり、

負担が大きい（厚生労働省は日にちの記載までは求めていないはずと思う）。

- ◇ 例えば、ケアプラン（7表1）上の訪問予定時間と実際の訪問時間が15分程度以上異なる場合に監査指摘事項となり、ケアプランを差し替えて承認の印鑑をもらうように求められる。しかし、医療・看護の場合、（前の訪問先の）利用者の状態等によって必ずしも定刻に訪問できない事情があり、介護報酬が変わるなどの大きな影響がない限りは柔軟な対応を望みたい。

イ. ケアプランの変更に伴う事務簡素化

- ◇ ケアプラン2表の短期目標は、例えば用具のレンタルであればその期間は1週間の場合もあれば1ヶ月の場合もある。その個別の目標が終わるたびにケアプランを作り直して提出、印鑑をもらうように指導する市区町村がある（地域の個別解釈・要求）。一つの短期目標が終わるたびにケアプランの再作成を課す必要はないのではないか。
- ◇ 施設のケアプランにおいて、利用者の状態によってケアプランは変更されていくべきものであり、実際に変更をしているが、書類上は入所後1週間以内に作成された暫定ケアプランが変更されないことがある。背景にはケアプラン変更における事務手続の煩雑さがある。より簡便に（書類上の）ケアプランも変更が可能となれば、実態に合ったケアプランの修正が行なわれるであろう。

ウ. サービス担当者会議の簡素化

- ◇ 会議開催に向けては、書類作成のみならず、主治医、サービス事業者等との日程調整に時間がかかり、負担が大きい。サービス間連携の視点から担当者会議の重要性と必要性は理解できるが、業務負荷との見合いから必要な時期や回数の検討が必要と考える。
- ◇ 開催を義務付けている市区町村もあるが、開催要件が緩められないか。またサービス導入時のみならず、更新時にも開催を義務付けている市区町村があるが、調整ができず書面での照会となることもある。
- ◇ サービスの回数増し利用等の場合でも担当者会議を開催し、ケアプランを作成しなければならず、会議と資料作成等の業務量が負担となっている。
- ◇ 特に訪問型のサービスについて、サービス担当者会議に参加しにくい。原則平日の日中開催であることから日程調整が難しい。4月からはさらに本人と家族の同席が必要となるため、ますます日程調整が難しくなる。

¹ 提供票・別表

- ◇ サービス担当者会議は、全員が集まって会議を開催しなくても、関係者が個別に状況を確認して報告することでも代用が効くのではないか。
- ◇ サービス担当者会議でケアプランなどを決めるということは、ケアマネジャーの裁量を限定しているとも解釈できる。ケアマネジャーの裁量を広げて任せれば、サービス担当者会議の開催頻度を減らせるのではないか。

エ. サービス担当者会議開催のガイドライン設定

- ◇ 軽微な変更の場合にはサービス担当者会議とケアプラン変更は不要とされているが、軽微な変更とはどこまでをいうかについて、市区町村、あるいは担当者や状況によって解釈が異なる。軽微な変更内容を明確にし、またその幅を広げてほしい。
- ◇ どのような場合にサービス担当者会議を開催すべきか、ガイドラインが必要である。

オ. モニタリング表と支援経過記録の統合、書式の簡素化

- ◇ モニタリングは決められた書式はないものの毎月記録を求められる。毎月の訪問は経過記録として残しているが、モニタリング記録と重複するところが多いため、必要な事項は経過記録に追記する形にして事務量を軽減できるのではないか。
- ◇ 利用者との電話でのやり取りをしたメモが現在は記録として認められておらず（過去には支援経過記録として認められていた）、指定書式への記入が二度手間になっている。書式に記録するよりも手書メモのほうが、臨場感があって理解が進むため、記録としてのメモの活用を認めて欲しい。
- ◇ 短期目標の達成状況を個別に確認し、短期目標の期間を延長する場合には第2表を作成するように指導する市区町村がある。そのような対応が必要であるなら毎月ケアプランの作成が必要になり事務負担が増える。短期目標をモニタリングするモニタリングシートの提示があればよいのではないか。
- ◇ アセスメントとモニタリングに対して、標準書式が存在しない。そのため、モニタリングの記録の仕方について、監査による細かな指摘もあると聞く。（基準がないため、監査による指摘が散漫になる傾向となる。）
- ◇ 居宅サービス計画の様式はこれ以上増やさないほうがよいが、全国的に事業所ごとにばらばらの様式で使用されているアセスメントシートについて、簡便かつ要を得た統一的な標準様式が示されるのであればよい。

カ. ケアマネジャーの業務設計

- ◇ ケアマネジャーは善意で利用者のためになることをやろうと思えば、その業務範囲は相当に幅広くなり、まじめなケアマネジャーほど多忙となる。業務範囲を適切に規定する必要があるのではないか。
- ◇ 施設においては、ケアマネジャー以外の職員へケアプラン作成の手伝いをさせることで、ケアマネジャーの負担を軽減することも考えられる。ただし、ケアマネジャーの責務があいまいなまま、一方で資格のない職員が対応すると指摘事項となることが、事務手続の効率化の妨げになっている感がある。

キ. サービス提供票・サービス報告書の書式統一化

- ◇ 現在は事業所ごとに書式が異なっている（共通の書式で行なってもらうように要望はしている）。
- ◇ ケアマネジャーから月初に送付される提供票・別表は、事業者にとっては注文書のようなものであり、その指示に基づいてサービス提供から請求までを行うが、その基点となる提供票・別表が紙媒体であり、またサービス提供の記録（利用者の出席など）も手書きである。ケアマネジャーには提供票・別表の IT 化ならびに一括請求対応をお願いしたい。
- ◇ サービス提供報告書は、何を（どのようなことを）報告すべきかの統一基準が必要。例えば、「足腰が弱い」利用者について報告する際に、「1 ヶ月でどの程度歩けるようになったか」を報告する、といった事項を共通化するイメージである。
- ◇ サービス提供時間の考え方が市区町村によって異なる。例えば 9:30～16:30 の 7 時間営業である場合に、サービス提供時間は 0～+20 分程度のバッファーを持つことが要求される。（例えば 9:30～16:50 の営業としなければ、7 時間営業とみなされない）。これは書面では確認できない要求基準であり、かつ市区町村で異なる基準である。

ク. 予防介護支援の負担軽減

- ◇ 一連の事務量は介護と同等であるが、担当できる件数の上限がなくなったことで職員の負担が膨大になっている（介護においては、ケアマネジャーは 35 件が上限、予防は上限がない）。介護予防支援計画への記述の重点化と様式の簡便化が必要ではないか。
- ◇ 介護予防支援の介護報酬は現在の 2 倍程度あってよいのではないか。また、介護予防支援計画数によって、地域包括支援センター配属職員数の加算基準を明確にして欲しい。

- ◇ 介護予防サービス支援計画書の基本様式に関して、アセスメントに関する部分は非常にわかりやすく良いが、課題の領域と目標の領域が重複するところが多く、手間がかかる。様式を簡素化できないか。

ケ. グループホームにおけるケアプラン策定ガイドラインの制定

- ◇ 現場で発生する事案は様々であり、統一の指針を作成することは困難かもしれないが、グループホームにおけるケアプラン策定に関する指針が必要であると考ええる。

コ. 通所介護計画書における作成業務（入力作業）の IT 化

- ◇ 現在はケアマネジャーにより作成されたケアプランを基に、計画書を手書きで作成、家族に承認（印鑑）をもらって本人に渡す運用となっている。サービス利用者全員の計画書作成が必要であり、モニタリングも人数分の管理が必要になる。要介護支援者は毎月、要介護支援者以外でも3か月に1回の書類更新が必要となり、現在手書きで対応しているところであるが、IT化されると事務は軽減される。

(4) サービス利用者や家族との契約等事務に関する事項

ア. 署名・押印の簡略化

- ◇ 当法人では、サービスの利用開始時に重要事項説明書（2部）契約書（2部）契約書別紙（2部）個人情報使用同意書（1部）合計7部を署名いただいております。ご利用者本人の時間的、身体的な負担がある。
- ◇ 署名を得るには説明が必要であり、家族に対して2時間程度の説明が必要になる。必要なことであるとは認識しているが、少し簡略化できると良い。
- ◇ 制度としては、家族による申請事務を代行し、家族に承認（印鑑）を受けられる形になるが、家族が（多忙で）来られないことも多く、家族の同席が必要になるところや印鑑をもらうところに手間がかかる。
- ◇ 他のサービスに存在せず、また形骸化している介護付有料老人ホームの「法定代理受領の同意書」を廃止すべき。

イ. 個人情報使用同意書の簡素化

- ◇ 個人情報使用同意書について、利用者や家族の個人情報を提供することは、サービスを利用する以上自明のことであり、柔軟に運用すべきではないか。署名を求められる利用者からも要望がある。
- ◇ 居宅介護支援における個人情報使用同意書について、一括同意を認めない

保険者があり、負担が大きい。特定施設入居者生活介護では、関係する家族全員の同意ではなく家族代表者の同意で足りることとしてほしい。

- ◇ 特定施設入居者生活介護における医療機関連携加算の主治医等への情報提供の同意書に関して、個人情報使用同意書や重要事項説明で同意を得ていると解釈すべき。この加算のために、あらためて同意書を取得するよう指導している自治体がある。看取り介護加算の算定にあたっては、医療機関で亡くなったかどうかの確認をしてよいか、同意確認が必要となり煩雑である。

ウ. 重要事項説明書の簡素化と全国共通化

- ◇ 重要事項説明書の様式の簡素化、全国での統一を望みたい。また、有料老人ホームと特定施設の一体化を図りたい。重要事項説明書の様式が都道府県により異なる。

エ. 異なる利用サービス間での書式統合

- ◇ 一人の利用者が同じ事業所で訪問看護や居宅サービスなど複数のサービスを受ける場合、その手続は契約書や同意書の書式を共通化して統合できないか。利用者の家族から要望されることもある。

オ. 要支援認定者への介護保険給付廃止についての懸念

- ◇ 要支援者 1,2 の対象者について、契約内容の変更、承認取り付け（印鑑をもらう）などの対応は相当に手間になるであろう。予定通り廃止の方向となるのであれば、例えば重要事項説明書に 1 枚程度の書類を追加するだけで処理できるように要望を出しているところである。

(5) 地域包括支援センターと事業者との連携に関する事項

(包括から事業者への委託契約等)

ア. 委託制度の見直し（利用者契約の実務を地域包括支援センターの所管に）

- ◇ 利用者との契約は地域包括支援センターで行なっているかどうか。現在は主体が地域包括であるものの、委託により他の事業所に所属するケアマネジャーが行なっている。
- ◇ 契約書に記載の事業所は地域包括の名前となっており、契約事務は委託先が行なっているため、利用者から不可解に思われ指摘されることもある。

イ. 地域包括支援センターへの訪問頻度低減

- ◇ 地域包括支援センターに出向くことが多いことが負担感としてある。ケア

プランに変更があるたびにチェックを受けに行くことになるが、「委託事業所」であれば信頼してもっと任せてもらえないか。

ウ. 住所地と居住地が異なる利用者に対する事務簡素化

- ◇ 居住地ではなく、住所地にある自治体とのやり取りが必要となり、遠隔地との書類のやり取りに負担感が大きい。実質的に利用者が現居住地での生活に馴染んでいたとしても、そこに住民票がなければ地域包括支援センターのサービスを受けられないこと、さらに地域によっては住民票があっても半年間の居住期間がないと地域包括支援センターのサービスを受けられないところも存在することに対して、改善を望む。
- ◇ 住所地と居住地が異なる要支援認定者の場合の介護予防支援事業の委託事務、請求事務が煩雑になっており、現場の地域包括支援センターの負担が大きい。居住地の地域包括支援センターが住所地の地域包括支援センターからの委託でなく介護予防支援業務が可能となるようにできないか。
- ◇ 要支援の人のケアプランについては、住所地特例適用施設の場合、原則、元の住所の地域包括支援センターが作成することになる。新しい住まいの近くのケアマネジャーに委託することもできるが、遠隔地の場合、適当なケアマネジャーを選んで、委託するのも容易ではなく、新しい住まいの近くの地域包括支援センターでケアプランを作成するようにしてはどうか。

エ. 地域運営推進会議の開催頻度

- ◇ グループホームにおける地域運営推進会議を2か月に1回開催することが義務付けられているが、開催頻度を地域の実状に応じて柔軟に開催できるようにしても良いのではないか。なお、市区町村によっては毎月開催を要求するところもあり、会場の手配、日程調整などの事務的な手間や費用も負担になっている。

(6) 介護給付に関する事項

(給付管理(票)/介護給付費請求書/等)

ア. 給付管理制度の問題点

- ◇ 加算・減算の日割計算が煩雑であり、給付管理のミスにつながることが多いのではないか。

イ. 加算項目の簡素化

- ◇ 加算制度の設計とその要件確認の書類・記録を簡素化すべき。例えば特定施設入居者生活介護の医療機関連携加算において、情報提供日前30日の

間に 14 日間特定施設入居者生活介護を算定していることを要件としているが、その根拠は通知であり、またその要件確認が負担となっている。制度設計段階において事務簡素化に十分留意することが必要。

- ◇ 加算事項の追加が繰り返され、相当な数になっており複雑である。利用者にも説明がしにくい（特に処遇改善加算は説明しにくい）。該当項目を探すだけでも大変で、項目が多く詳細化されていることは、間違いの原因となり、請求漏れも発生させる。
- ◇ 特に個人ごとに計算し更に兼務職員の按分も求められる場合に、事務負担が大きい。加算を多くするのではなく、基本報酬に含むべきである。
- ◇ 多すぎる加算項目を変更するたびに書面による提出が必要となり、面倒なので請求しないという事業者も実際にある。
- ◇ 発生時点もしくは事後報告で請求可能な形にできないものか。例えば、看取り介護加算について、死亡日を記入して申告すれば実施したことが分かるはずであるにも関わらず、介護報酬算定上、事前申告が必要となる。
- ◇ ホームヘルプの活動記録について、前回の介護保険制度改正により、これまで 30 分単位で区切られていた活動時間が、身体介護は 20 分以上 30 分未満、生活援助は 20 分以上 40 分未満といった具合に細かく設定された。提供したサービス内容と時間を都度確認したうえで記録・申請しなければミスが発生する状況になっており、間違った請求を行えば給付金が支給されないことになり兼ねない。詳細な規定による制度の複雑化は、給付管理に限らず介護保険制度全体で見直して欲しい。

ウ. 介護報酬請求業務の請求書記入事項の簡素化

- ◇ 請求書の記入欄として「入居日」、「以前の居住地（自宅/介護施設/病院）」があるが、請求業務に無関係な事項であるため不要ではないか。

エ. 返戻コードの整理

- ◇ 介護報酬の返戻事由が（書式上）記号化されており、返戻事由を記号で検索して調べなければならぬために手間がかかっている。返戻事由について、記号のみでなく、略語など、内容を示す短い単語が付いていると分かりやすい。

オ. ターミナル期の利用者の退院調整に係る介護報酬算定

- ◇ 重度やターミナル状態の方の退院準備として、サービス事業者とのサービス利用調整や医療連携による情報収集等を行ってきて、いざサービス利用

となって亡くなる場合がある。調整等に時間と手間をかけたにもかかわらず、サービス費の算定ができない。ターミナル期にある利用者の退院調整等について、一定の介護報酬算定基準を設ける。また短期間の調整が必要のため加算基準を設ける。

(7) 事業者による各種計画書等

(機能訓練計画/栄養ケア計画書/リハビリテーション指示書/等)

ア. リハビリテーション指示書における医師との役割分担

- ◇ リハビリテーション指示書は医師が作成するものであるが、介護老人保健施設では週 2 回のリハビリテーションが義務付けられているため、医師からの指示書は不要ではないか。なお、医療機関においては、病状によってリハビリテーションの必要性判断がなされるため、医師の判断・指示は必要であると考ええる。
- ◇ リハビリテーション計画は医師が作成し、施設が確認する（印鑑を押す）事項であるが、現実には全ての対象者における計画書を医師が作成するのは困難であり、施設が計画して医師の承認をもらう形でも良いのではないか。訪問看護ではそのやり方になっている。医師が同席している会議で決めた計画であれば、医師の承認を得たことにできればなお良い。
- ◇ 訪問リハビリテーションにおいては、リハビリテーション計画は利用者のかかりつけ医が出すべきであるが、実際には施設が懇意の医師に相談することも多い。医師の負担が大きいため、作業療法士などを含めて多職種連携で対応できないか。

イ. 個別援助計画の書式化

- ◇ 過剰な事務にならないように、必須の記述ポイントを示した標準的な参考様式が示されてもよい。通所介護計画と訪問介護計画には標準書式がない。

ウ. 福祉用具レンタル申請の簡素化

- ◇ 要介護 1 の場合は福祉用ベッドをレンタルする際に福祉レンタルの申請が必要となるが、そこに地域の個別解釈・要求もあり手続きに負担感が大きい。
- ◇ がん末期であっても、軽度認定となる場合が多々ある。認定結果が要支援であったとしても、がん末期であればベッドや車いすの利用が特例として認められるとよい。
- ◇ がんを告知しない方針の医者である場合、主治医意見書にがんであること

が記載されておらず、レンタルできないことがある。この場合も、特例として認められても良いのではないか。

(8) 事業者の各種届け出 (処遇改善交付金/等)

ア. 処遇改善交付金の届出・申請の簡素化

- ◇ 処遇改善計画書の作成は手間である。年中、都道府県と電話で修正等のやり取りをしている。中には面倒すぎて申請を諦めている事業者もある。
- ◇ 処遇改善交付金の届出・申請は不要ではないか。加算した事実を都道府県が事後確認し、問題があれば実地指導の中で対応（指摘）して欲しい。
- ◇ 処遇改善計画における「添付1」（計画書）について、施設別の計画値の記入・申告までは不要であり、事業者全体での計画で十分ではないか。本計画と実績の乖離は事業者全体でみれば少ない。さらにいえば、事業者全体で介護報酬の1.9%を超える金額を職員に還元できていれば、それで良いのではないか。その後の職員への交付金分配は事業者に任されている。

イ. 介護サービスと障害福祉サービスにおける書式統合（処遇改善加算届出書および実績報告書）

- ◇ 介護サービスと障害福祉サービスにおける基本情報、計画書、実績報告書について、ほぼ同一の内容であるにもかかわらず、県所管担当課の違いから全く別の様式となっており、それぞれに作成しなくてはならない。
- ◇ 双方の様式を同じエクセルファイル内で作成できるようになると、事務処理の効率が良くなると思われる。県が把握している数字（加算実績額）は、事前に通知いただけるか、入力は省略できるようにしてほしい。
- ◇ 高齢福祉分野と障害者福祉分野で様式をなるべく統一して簡素化し、事務負担の軽減を図って欲しい。

ウ. ケアマネジャーではない介護職員への処遇改善

- ◇ 一般事務職員への制度適用を望みたい。ケアマネジャーや看護師は別途専門職としての評価・処遇体系があるが、事務職員には処遇改善がない。事務職員なくして介護保険事業は成立せず、またフェアな評価・処遇を考えると、一般事務職員にも処遇改善交付金相当の処遇が必要であり、今は自助努力で行なっているところである。処遇改善交付金の適用者と非適用者を仕分けし、申請する事務も相当に手間となっている。

エ. 施設運営規定等（重要事項説明書を含む）

- ◇ ちょっとした変更でも届出が必要となる書類が多い。料金変更や大きな組織体制変更など、何が変更されたら届出が必要かを明示して、届出事務を削減できないか。
- ◇ 「特定施設」において定めるべき運営規程と「有料老人ホーム」として定めるべき「管理規程等」を1つの規程として認めてほしい。

オ. 事業者届出申請（更新申請、変更申請）

- ◇ 変更がなくても5年に1回、申請のために膨大な書類を再作成しなければならず、簡素化を望む。情報公表制度で公表する情報を活用するなどして簡素化ができるのではないか。
- ◇ 更新申請時に全職員の名簿の作成が求められるが、特に大規模法人ではその作成負担が大きい。今後、兼務者が増えることによってさらに対象者が増えるものと思われる。更新時に省ける書類は減らして欲しい。
- ◇ 訪問看護と予防訪問看護で事業者としてサービス開始時期が異なった場合、それぞれに、5年ごとの申請が必要となる。最初の申請時期がずれていても、次からは同じタイミングで1本化して申請ができるようにならないか。なお、ある県では、最近書式が統合されて1本の申請で対応できるようになった。
- ◇ 更新申請でも過去の届出書類を流用できずに書式をダウンロードして、一から全ての必要書類を作成しなければならない。事務作業の面からは更新作業ではなく新規登録を行なっているに等しい。変更点のみを提出する形にできないか。
- ◇ 通所介護「定員 10 名」の人員基準について、機能訓練指導員の必要勤務日数などが自治体により異なる。
- ◇ 定款変更、理事の変更・住所変更、サービス提供責任者の変更があると、法人の全施設について変更届が必要になる。住所変更程度で変更届は必要ないのではないか。施設を建てれば定款の基本資産に変更が生じるため、その都度、全事業所について変更届を行わなくてはならない。変更届を提出する単位が、少なくとも都道府県単位程度になると良い。
- ◇ 管理者の住所変更、氏名変更などが届出事項となっているが、（結婚や転居等の）プライバシーの観点からも都度の届出は不要としてよいのではないか。
- ◇ 指定申請事項に変更があった場合には届出が必要となるが、市区町村によっては、特例として管理者の変更があった場合のみならず、非常勤を含む

介護職員 1 名の転出入にも届出が必要となり、添付書類として勤務形態一覧表、運営規程（人員数を明記しているため）が必要となり、大変な作業となる（訪問介護：年に 1 回、通所介護：月 1 回）。基準（要件）さえ満たしていれば、不要ではないか。

- ◇ 従業員の人数の変更についても届け出が求められている。毎月のように採用、離職があるため煩雑であり、規定以上の人数の配置があれば、都度の届出は不要としてよいのではないか。

カ. 栄養ケア計画の見直し頻度の再考

- ◇ 特別養護老人ホームにおける高リスク者の栄養ケア計画は 2 週間に 1 回見直すこととなっているが、その期間では状況に変化がなく、見直し頻度を下げても良いのではないか。
- ◇ 通常の栄養ケア計画は、3 か月に 1 回見直すこととなっているが、全ての者を対象とすると負担となる。
- ◇ ケアプランの見直しと同様に 6 か月に 1 回とできれば、ケアプランの中に栄養ケア計画を統合できる。
- ◇ ただし、特定の病気の者、毎月の体重変化をみて気がかりな者等については、きちんと見直しをする必要がある。（通常、気になる者はケースカンファレンスで話題になる）。

キ. 各種申請書の様式統一（全国）

- ◇ 例えば、デイサービスの指定更新書類について、ある市区町村では約 200 ページに及ぶ申請書が必要であるのに対して、別の市区町村では約 20 ページで済む。特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）では、同様に約 290 ページと 8 ページとなる。それほど様式が異なる。
- ◇ 大規模な事業者であれば帳票の設計も可能と思うが、小規模事業者はエクセルベースで作成・運用しているのが実情であり、統一的管理が難しく、さらに請求業務との連携もできないため、二重記載などの細かな事務が発生している。
- ◇ 運営規定や重要事項説明書も、行政が指定するものを利用するほうが良いのではないか。一字一句異なるだけで指摘が入るため、その負担感も大きい。

ク. サービス種類間での書式等統合

- ◇ 例えば 1 事業所で定期巡回サービスと訪問介護を行なっている場合、各種

計画書を個別に作成することが必要となったり、従業員の勤務時間の通算ができなかったりと手間が多いため、その統合を望みたい。

ケ. 印鑑について

- ◇ 法人の印鑑が求められることがあるが、事業所の印鑑でも良いことにして欲しい。大規模な法人では、法人の印鑑を押印することが負担になっている。事業所印を予め届け出ることによって、事業所印でも良いといった運用がなされるようになると良い。
- ◇ 資格証の写し等に原本証明を求める自治体があるが、それによって虚偽が減るとは考えにくい、手間・負担は大きく、原本証明を求めることを禁止すべきである。

(9) 各種情報公開制度

(診療情報提供書[訪問リハ]/事業所規模点検書[通所介護]/等)

ア. 情報公表制度の見直し

- ◇ 情報公表（制度）、第三者評価、自治体独自の評価など、情報公表（のための調査等）が多すぎるため、緩和を望む。地域密着型サービスでは、外部評価があるが、特に手間と費用がかかる。
- ◇ 介護サービス公表制度、第三者評価、実地指導で、同じような内容の記載が求められている。それぞれの必要性について、見直しが必要ではないか。
- ◇ 情報公表制度を活用できるようにしてほしい。非常に多くの調査の依頼があるが、情報公表制度のデータはダウンロードして使えるようにして、調査の簡素化を図ってほしい。
- ◇ 介護付有料老人ホームは、情報公表制度に加え、有料老人ホームの重要事項説明書の届出もあり、情報入力・書類作成が煩雑である。さらに国・自治体による調査なども繰り返される。サービス付き高齢者向け住宅の登録システムのように、登録情報が公表され、届出等と連動し、その1つの情報が誰でも自由に活用できるようにして、入力・作成・調査を簡素化すべき。
- ◇ 事業所規模点検書は、計算が煩雑で負担感が大きい。事業所評価加算は国保連が自動で計算し、その結果が通知されるが、同じような形でできないか。

イ. 主治医意見書の開示

- ◇ 介護保険認定のために、主治医から主治医意見書が出されるが、ケアマネ

ジャーに開示しない自治体がある。また依頼をしても訪問介護・通所介護事業者やケアマネジャーにはスムーズに提供されないことが見受けられる。全国的にケアパスなどにより診療情報の提供を介護事業者へも行い、通所介護などにおいても安心して医療行為が行えるようにしてほしい。

- ◇ 利用者が同意していれば開示が可能としてはどうか。現在は地域の個別解釈や考え方によって開示不可としている市区町村が多い。

(10) その他

ア. 事故報告

- ◇ 施設設置市区町村、利用者の保険者である市区町村、指定権者である都道府県の最大3か所に（感染症の場合には保健所にも）報告することになる。1か所のみへの報告とし、行政サイドで情報共有してほしい。
- ◇ 事故報告は行うが、全体としてどのような事故が多いのかなどの情報還元はされておらず、例えば事故防止などに役立っていない。
- ◇ 事故報告を有効活用していただくために、共通データベースを作成し、また、その内容が公表され、事業者側もダウンロードできて、事故防止に役立てることができるような形にされるとなおよい。

イ. 駐車許可証

- ◇ 駐車許可証をもらうために、6か月ごとに、警察に届出が必要となるが、申請時に、利用者との間で交わす訪問看護サービス利用契約書や医師からの訪問看護指示書を添付することが求められることがある。中には病名まで報告しなければならない地域もある。個人情報の観点からも、それらの情報を警察に届け出ることには疑問がある。必要最小限の報告事項となるような改善を望みたい。
- ◇ ある自治体では地域によって管轄が異なり、サービス拠点が複数ある場合には4つの警察署に個別に申請・認可を得なければならない、その統合を望みたい。なお、県警では、地域の所轄への権限移譲の関係で対応ができないようであり、上位機関への働きかけによる改善は難しいと感じる。
- ◇ 駐車許可が下りる場所に不都合が多い。道路交通法に反しない場所が基本であり、そうすると、現場から遠いところに車を止めて、そこから徒歩になる不都合も出る。本当に駐車したい場所に駐車許可が下りないことが多い。
- ◇ 例えば、訪問看護のスケジュール上、毎週火曜日の駐車許可を得ており、利用者の容態急変などで月曜日に訪問することになった場合、利用者宅に

行く前に「警察に連絡しなさい」「救急車を呼びなさい」といって駐車をさせてくれない警察もあった。ヘルパーと看護師の違いが認識されていないようなケースもあり、緊急時に対応する看護職員の役割が認識され、適切な対応ができるような体制が必要ではないか。

第3章 市区町村の立場からみた事務負担上の問題点

1. 調査実施概要

(1) 調査目的

自治体が介護保険事務を実施する中で負担や効率化の妨げとなっている事項、事務負担軽減に向けた改善・見直し方法等について具体的に把握することを目的としている。

(2) 調査対象自治体

市区町村 9 団体を対象としてアンケート調査を行った。

(3) 調査項目

- ①回答団体、連絡先
- ②介護保険事務において負担感が強い事務、効率化が必要と感じられる事務
 - ・事務（書類）の名称
 - ・事務の分類
 - ・具体的な問題点
 - ・具体的な改善・見直し方法
 - ・事務負担軽減のための制度改善など、厚生労働省や国民健康保険団体連合会等に期待すること
 - ・現行制度の中で、事務負担軽減のために実施している工夫

(4) 調査方法

調査対象自治体に調査票を電子メールにて送付し、回答済みの調査票を電子メールにて回収した。

(5) 調査期間

平成 26 年 1 月 24 日から平成 26 年 2 月 3 日

(6) 回収状況

9 自治体から 62 件の事務に関する回答があった。

2. 結果の概要

アンケート調査において「負担感が強い事務、効率化が必要と感じられる事務」として回答のあったものの内、主なものの「問題点」と「改善・見直しの方法」を、以下に記載する。

(1) 被保険者の資格に関する事務

(1-1)被保険者証の交付に関する事務

被保険者証の交付に関する事務に関する問題点を 1 自治体が挙げている。

① 問題点

ア. 65 歳到達者への介護保険被保険者証の発送事務

毎月 65 歳到達者に介護保険被保険者証を送付するが件数が多く、発送事務及び郵送料金が負担となっている。

② 改善・見直しの方法

○ 65 歳到達時点での自動的な被保険者証交付は行わない

要介護（要支援）認定を受けなければ介護サービスを利用することはできないため、65 歳到達時での被保険者証送付を行わないことが考えられる。その場合には、65 歳到達時の介護保険料額通知書を送付する際に、1 号被保険者に切り替わった旨を案内するとともに、希望者のみ手続きを経て被保険者証の交付が受けられるようにする。

(1-2)住所地特例に関する事務

住所地特例に関する事務に関する問題点を 5 自治体が挙げている。

① 問題点

ア. 転出入先が住所地特例施設であるかの確認

転出入先が住所地特例施設であるか住所からだけでは判断できず、施設所在市町村や当該施設に電話で確認を行う必要がある。確認の負担が大きくなっていると同時に、確認に時間がかかることから、来庁者を待たすこととなることもある。住所地特例施設が介護保険施設（特養、老健、介護療養病床）のみであった平成

17年度までは、福祉医療機構ホームページ（WAM-NET）で公開されていた事業者情報の検索で、ある程度対応可能であったが、平成17年改正以降、住所地特例施設の対象が拡大されたこと、WAM-NETでの事業者情報検索が廃止されたことにより、インターネット上での確認が困難となり、施設所在市町村に電話で確認を行うことが必要になっている。

また、サービス付高齢者向け住宅に関して、一般社団法人すまいづくりまちづくりセンター連合会により、情報提供システムが運用されている²が、住所地特例の該当・非該当に関する情報が掲載されていない。

なお、自治体によっては、自治体内の住所地特例対象施設の一覧をホームページ上で公開している事例もある（例、鹿児島市³）が、一元的に検索できることが望ましい。

イ. 関係者への住所地特例終了届等の提出勧奨

住所地特例施設に入所した場合、退所した場合等には、被保険者が届出を行うこととされているが、被保険者及びその家族が届出を行うことは限られ、自治体職員が住民票の異動データに基づき、判断を行っている実態もある。

また、住所地特例施設から死亡などで退所し、親族がいない場合には、施設相談員やワーカーなどの関係者に住所地特例終了届の提出を勧奨しなければならず負担となる。

② 改善・見直しの方法

○ 住所地特例施設を一元的に検索できるホームページ等の構築。

厚労省や国保連 HP 等での一元的な公開（もしくは都道府県単位）が望ましい。

サービス付高齢者向け住宅に関する情報提供システムにも、住所地特例の該当・非該当に関する情報を掲載することを検討する。

○ 住所に方書を記入するよう指導

住所地特例施設の住所に方書を記入するよう指導することが考えられる。可能であれば有料老人ホーム〇〇など施設形態がわかるように記載されることが望ましい。

² <http://www.satsuki-jutaku.jp/>

³

http://www.city.kagoshima.lg.jp/_1010/shimin/2kenko_hukushi/2-10kaigohoken/2-10-4service/0001368.html

○ 住所地特例対象施設に対し、自治体に入退所連絡票を提出しなければならないことを周知

施設から入退所連絡票の提出が必ずしもなされない状況もみられる。住所地特例施設には、介護保険法第13条第3項に基づき関係自治体に対して協力義務があることを説明するなど、入退所連絡票の提出がなされるよう、より一層の周知を図る。

被保険者からの届出を廃止し、自治体同士の連絡票と施設からの入退所連絡票のみとすることも考えられる。

(2) 要介護認定・要支援認定に関する事務

(2-1) 主治医意見書聴取事務

主治医意見書聴取事務に関する問題点を5自治体が挙げている。

① 問題点

ア. 主治医意見書の督促、進捗確認

主治医意見書の提出の遅れに対する電話での督促事務、進捗確認事務が負担。

イ. 主治医意見書の未記入、記載不備の確認

介護認定審査会委員に審査会資料を送付する前に、主治医意見書の事前チェックを行い、未記入や記載不備について、医師（医療機関）に電話で問い合わせを行い、意見書の補正を行う事務の負担が大きい。また、医師（医療機関）に問い合わせても、「記入の必要がない（と判断している）」「（専門医なので）他院に依頼してほしい」などの理由により、記入を断られることも少なくない。

ウ. 主治医意見書を介護サービス計画作成に利用することの同意確認

主治医意見書の「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。」欄に、チェックが付いていない場合の確認事務が負担。尚、ある市区町村では年間200件程度のチェック漏れが発生し、確認をしているが、「同意しない」とされるのは数件程度となっている。

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
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 <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名			

エ. 主治医意見書作成料の確認

主治医意見書作成料が 4 種に分かれており、新規申請者か継続申請者なのか、被保険者が在宅にいるのか、施設にいるのかを確認する作業が負担となっている。

② 改善・見直しの方法

○ 主治医意見書の項目の見直し

主治医意見書の項目の内、主治医であっても把握していないなど記入が難しい項目、審査会での判定に大きな影響がない項目を省略するなどの軽減策の検討が必要である。

簡素化を主眼とした検討を日本医師会で行うことも必要である。

実際の審査判定では、主治医意見書に記載されている内容の全てを、審査判定の参考資料とはしておらず、費用対効果をみると、当初見込んだような効果が得られていない可能性がある。

【省略や簡素化の検討が必要と考えられる項目として提案のあった項目の例】

- 「3 心身の状態に関する意見」中、
- (5) 利き腕、身長、体重、過去6カ月の体重の変化
- 「4 生活機能とサービスに関する意見」中
- (1) 移動
- (2) 栄養・食生活
- (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
- (6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

○ 主治医意見書を徴収する範囲の見直し

全ての対象者から一律に主治医意見書を徴収する必要があるかどうか検討することが考えられる。例えば、更新申請で「前回の認定時から病状の変化がない者」については、主治医意見書の記載も全く同じ内容である場合も多く、省略できる可能性がある。

○ 医師（医療機関）への周知

介護保険制度における主治医意見書が果たしている役割、必要性等について医師（医療機関）への周知を図り、主治医意見書が適切に提供されるよう働きかけを行う。

○ 主治医意見書の書式変更

主治医意見書の「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。」欄について、「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しない場合は右にレ点を入れる。同意しない。」等と変更することを検討する。

○ 主治医意見書作成料の統一

主治医意見書作成料について、厚生省は平成 11 年 6 月 1 日の事務連絡⁴で、在宅・施設別、新規・継続申請別に以下の金額とする旨を示している。

	在宅者	施設入院・入所者
新規申請者	5,000 円	4,000 円
継続申請者	4,000 円	3,000 円

主治医意見書作成料は自治体で独自に設定することが制度上は可能であるが、多くの自治体では上記通知に基づいて在宅・施設別、新規・継続申請別の 4 種に分かれた作成料を設定しているものと考えられる。

自治体及び医師会等の協議を通じて、4 つの区分の統合化を検討することが考えられる。しかしながら自治体ごとに差があるよりも統一的な仕組みとなることが望ましいことから、国レベルでも統一の必要性について検討を行うことが考えられる。検討を通じて 4 種に分かれている作成料の統一が望ましいとの結論となった場合には、事務連絡等で周知すること等も必要である。

⁴ 厚生省老人保険福祉局介護保険制度施行準備室「主治医意見書等の取り扱いについて」（平成 11 年 6 月 1 日）

(2-2)要介護認定・要支援認定に関する事務

要介護認定・要支援認定に関する問題点を3自治体が挙げている。

①問題点

ア. 要介護認定申請者数が急増し、認定審査会事務が増大

急速な高齢化の進展により、要介護認定申請者数が近年急増し、認定審査会事務が増大している。一審査会で取扱う審査件数が増加し、審査員の負担増になっている。

イ. 「要支援2」と「要介護1」の審査判定が容易ではない

一次判定における要介護認定等基準時間「32分以上50分未満」の者を、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定により「要支援2」と「要介護1」に振り分けている。しかし、介護認定審査会で判断に迷う事例が多くみられ、審査会間での判定のばらつきの要因にもなっているほか、審査に時間を要し、審査員の負担となっている。

今回の制度改正に伴い、審査判定結果が「要支援2」又は「要介護1」のいずれとなるかは強い関心事となっており、より明確でわかりやすい判定基準への見直しが必要との指摘があった。

②改善・見直しの方法

○ 認定有効期間の見直し

有効期間の上限の延長が可能となるものについて検討、検証を行うことが必要である。場合によっては、更新申請に係る認定有効期間を無期限とすることを審査会の権限でできるようにすることも考えられる。

【有効期間の延長が可能と考えられる場合の例】

- ・ 前回要支援の者の内、今回も要支援となった者について24ヶ月への上限延長（ある市では、前回要支援の者の内86%が今回も要支援となり、要支援者の更新にかかる判定では99%が12ヶ月を有効期間としているため、問題ないと考えている。）
- ・ 重度の認定者で身体状況が固定している者の上限のさらなる延長（無期限とすることも考えられる）

○ 要支援2と要介護1の判定方法の見直し

「要支援 2」と「要介護 1」の判定にのみ用いられている「認知機能の低下の評価」や「状態の安定性の評価」を廃止し、要介護から要支援の各区分の判定の柱を「介護の手間」の多寡で統一できないかどうか等を検討することが考えられる。これを前提として各区分の要介護認定等基準時間が重複しないよう一次判定の再整理を行うとともに、二次判定を含む審査判定のあり方を見直すことも必要となる。

(2-3)介護認定審査会の委員委嘱事務

介護認定審査会の委員委嘱事務に関する問題点を 1 自治体が挙げている。

①問題

ア. 介護認定審査会の委員の交代は少ないが、都度、委嘱に関する事務が発生

介護保険法施行令第 6 条により介護認定審査会委員の任期は 2 年と定められているが、任期途中で退任する委員、2 年ごとの委嘱替えでの交代も 1 割前後との実態に関する指摘があった。実質的にわずか数名のために、医師会等との連絡調整や、新規委嘱者への説明・研修、合議体メンバー編成といった委嘱に関する一連の事務が発生し負担となっている。

②改善・見直しの方法

○ 介護認定調査会委員の委嘱期間の見直し

介護保険法施行令を改正し、委員の委嘱期間の見直しを検討する。

(2-4)認定処分延期の通知事務

認定処分延期の通知事務に関する問題点を 1 自治体が挙げている。

①問題点

ア. 申請から認定通知までの期限内（30 日）に認定できない件数が多く認定処分延期の通知事務が負担

ある自治体では、申請から主治医意見書受理までの平均日数が 14.7 日、認定調査票受理までの平均日数は 11.1 日（平成 24 年度実績）となっており、速やかに内容の点検に取りかかれていない。また、内容の点検を行う際に、認定調査員や医師へ連絡が取れず時間がかかることもあり、30 日以内の認定が困難なケースが多々見られる。申請から認定までの平均日数は 33.0 日、年間の審査判定件数約 88,000 件のうち、半数にあたる約 44,000 件について認定処分延期の通知（平成

24年度実績)を行っている。件数が多いため認定処分延期の通知事務が職員の負担になっている。

②改善・見直しの方法

○ 申請から認定処分延期の通知までの期限の緩和

介護保険法を改正し、申請から認定処分延期の通知までの期限を緩和する。

(ある市の場合、35日以内とすると約71%が期限内に通知可能となる。40日以内とすると約84%が期限内に通知可能となる。)なお、新規申請や区分変更申請については緊急を要するケースもあるため慎重な検討が必要であるが(期限を緩和したとしても、迅速に認定すべきことには変わりはない)、特に更新申請については、認定終了年月日の60日前から申請可能であるため、併せて早期の申請を促せば、実質的にデメリットがないと思われる。

(3) 保険給付に関する事務

(3-1) 受給者台帳管理事務

受給者台帳管理事務に関する問題点を3自治体が挙げている。

①問題点

ア. 受給者情報の修正時の「受給者訂正連絡票」作成が負担

県国保連合会に伝送した受給者情報を修正する場合、毎月、紙媒体の「受給者訂正連絡票」を送付している。システムでのデータ訂正後、当該訂正部分を「受給者訂正連絡票」に記載しているが、作成に多くの時間を要し、転記誤りも発生し得る。

イ. 受給者台帳突合エラーリストの送付日が一定せずスケジュール調整が負担

毎月月初に受給者台帳情報を保険者から国民健康保険団体連合会へ伝送している。国民健康保険団体連合会からは、伝送した台帳情報に関して台帳突合エラーリストが送付されるが、台帳突合エラーリストの送付日が月により変動し、他の業務とのスケジュール調整が難しく負担となる。また、エラーリストの締切が24時間以内と短いことが多い。

ウ. 新年度の国保連の情報授受日程が3月に送信され、年間スケジュールの修正事務が発生

新年度の国保連の情報授受日程が3月に送信されるため、年間スケジュールを仮日程で作成し、3月に届いてから修正するため事務負担になっている。

エ. 65歳未満のみ適用される加算に年齢チェックがかかっていない

国保連の審査システムにおいて、65歳未満のみ適用される加算（若年性認知症利用者受入加算）が、65歳以上の被保険者に請求されてもエラーとならず支給される。

②改善・見直しの方法

○ 受給者訂正連絡票の廃止

システム上データを修正したら「受給者訂正連絡票」が電子的に自動的に作成されるなどシステム改修し、紙媒体での「受給者訂正連絡票」を作成しなくても良いようにする。

○ 国保連に対して、エラーリストの送付日を事前に明示するとともに、締切緩和をするよう働きかけを行う。

○ 国保連に対して、情報授受日程の送信時期を早めるよう要望する。

○ 65歳未満のみ適用される加算のエラー判定ができるよう国保連のシステムを改修するよう要望する。

(3-2)介護給付請求における過誤申し立て処理

介護給付請求における過誤申し立て処理に関する問題点を2自治体が挙げている。

①問題点

ア. 過去に遡り膨大な件数の過誤申し立てとなる場合の、国保連へのデータ送付のための入力事務が負担

事業者の介護給付費の請求は国保連合会に一括して行えるようになっているが、支払決定された介護給付費の過誤申立（取下依頼）は各保険者に対して行うことになっている。事業者が保険者ごとに申し立てを行う必要があるほか、保険者では受け付けた情報のデータ化・伝送が負担になっている。電子化されていない申立情報も少なくなく、データ化のための費用負担が大きい。

また、指導監査、報酬改定等に伴う事業所の請求誤りに対する過誤申し立てにおいて、過去に遡り膨大な件数の申し立てとなることがある。国保連へのデータ

送付のため、請求のあった介護給付費請求分に対するシステムへの入力処理が発生、負担となる。

②改善・見直しの方法

○ 事業者が直接国保連合会に申し立て

過誤申立の受付を国保連合会に委託可能とし、請求と同様、ISDN やインターネットを介して事業者が直接国保連合会に申し立てられるようにする。

○ 介護報酬算定方法の簡素化等に向けた見直し

介護報酬算定方法について、可能な限り過誤が発生しないよう、わかりやすくする、加算を最小限にする、減算規定のうちやむを得ないものは除外する等、簡素化に向けた見直しを行うことが必要である。

また、例えば、介護保険制度改正に伴い、利用者の負担割合を 1 割負担、2 割負担と区別することとした場合には、負担割合の誤りにおける過誤の発生が見込まれるため、負担割合証にて必ず負担割合を確認する仕組みを構築するなど、なるべく過誤が発生しないよう事業者へ指導するなどの取り組みが必要である。

(3-3)負担限度額認定証の交付事務

負担限度額認定証の交付事務に関する問題点を 2 自治体が挙げている。

①問題点（今後の制度改定に対する要望）

ア．認定証既交付者の交付要件の確認

認定証既交付者について、毎月税情報と突合し、非該当となった利用者には個別に連絡し対応をしている。

介護保険制度改正に伴い、認定証の発行要件に資産や非課税年金、別世帯となった配偶者の所得を取り込むことが示されている。要件が複雑化し、さらに多大な事務負担が発生することが見込まれる。

イ．毎年の更新申請への対応が負担

負担限度額認定証の交付を受けている者は、1 年単位で更新手続きを行わなければならない、更新申請に伴う申請書の確認、受付、認定証交付を毎年行うこととなり、被保険者・保険者ともに負担になっている。

②改善・見直しの方法

○ 自動更新の適用など更新手続きの必要性の再検討

継続して介護保険施設に入所していると考えられる場合が多く、負担限度額認定証の交付されている者が1年単位で更新手続きを行う必要性は低いと考えられる。施設入所者は要介護度が高く、申請書の記入が困難な場合もある。交付条件を満たしている場合には自動更新とし、非該当となったものだけ非該当通知を送付する。

(3-4)住宅改修費の支給に関する事務

住宅改修費の支給に関する事務の問題点を3自治体が挙げている。

①問題点

ア. 住宅改修費支給に関する事前申請と完了報告兼支給申請が増加し、審査・支給事務の負担が増大

事前申請と完了報告兼支給申請が年々増加しており、職員の審査・支給事務の負担が増大している。また、職員による訪問調査事業も大きな負担となっている。

イ. 住宅改修費の施工費及び諸経費の適正価格の基準がなく、見積の確認が負担

見積もりの作成にあたっては、老企第42号において「材料費、施工費、諸経費等を適切に区分したもの」と示されている。このうち、材料費は、メーカーのカタログ等により適正価格が確認できるが、施工費及び諸経費の適正価格の基準が示されていない。

利用者保護および適正給付の観点から個々の事例について確認を行っており、明らかに高額な場合は業者に問い合わせ、整合性のある説明の無い場合には、価格交渉を行う事としており、この作業が事務負担となっている。

ウ. 施行業者から提案される新しい素材、工法の判断

介護保険の適用に関して、施工方法等には市の裁量が認められているが、施工業者から様々な新しい素材や工法の提案があり、その適否の判断が難しいものも多くなっている。

エ. 介護保険制度の理解が十分でない施工業者からの申請

介護保険適用の可否を理解しないまま申請する施工業者や、提出書類を整えることが困難な施工業者もみられる。

②改善・見直しの方法

○ 介護保険住宅改修における国の関与の強化

複数の自治体において施工を行う業者も少なくないことから、自治体ごとに差があるよりも統一的な仕組みが望ましい。基準を厚生労働省が示すことも考えられる。

新たに開発された素材や工法等の参考情報を国から提供することも考えられる。

○ 施工業者の事前登録制の導入検討

施工業者を登録制として自治体が指導・監督を行えるようにすることが考えられる。但し、事前登録制の義務化を望まない自治体もあることへの留意も必要である。事前登録制とする場合には、登録業者の指定条件、登録事務、業者への指導・研修等を国で実施することの検討が必要である。

(3-5)軽度者に対する福祉用具貸与に関する事務

軽度者に対する福祉用具貸与事務に関する問題点を1自治体が挙げている。

①問題点

ア. 軽度者に対する例外給付の判断基準

貸与対象外の軽度者に対しても、個別の必要性に応じて例外的に保険給付の対象として認めているが、市町村の確認の要否等その手続き及び判断基準がわかりにくく事務に混乱が生じている。

②改善・見直しの方法

○ 軽度者に対する例外給付の廃止

介護度に応じて貸与品目を制限するならば、介護度を客観的指標と位置付け例外を認めないようにする。それによる実態的な支障が多いのであれば、貸与可能な要介護度そのものを見直す必要がある。

(3-6) 介護給付における医療費控除に関する事務

介護給付における医療費控除に関する問題点を 1 自治体が挙げている。

① 問題点

ア. 医療費控除に関する問い合わせが多い

毎年、12 月から 3 月にかけて、介護サービスの利用に関する医療費控除の可否や必要書類についての事業所や利用者からの問い合わせが多くなる。控除の可否の対象が細分化されており、事業所や利用者へ説明しても理解が得られにくく負担となっている。

② 改善・見直しの方法

○ 医療費控除の対象の見直し

介護サービス費は医療費ではないため、全面的に医療費控除の対象外として考えることもできる。対象とするのであっても、医療系サービスに限定し、該当のサービスでの 1 割の負担金額全額を対象とすることが考えられる。各種加算の扱いや事業所形態による区別等の細かい分類は不要とするなど、簡素化を図る。

(4) 事業者指定・指導に関する事務

(4-1) 地域密着型事業者の指定及び変更

地域密着型事業者の指定及び変更に関する問題点を 1 自治体が挙げている。

① 問題点

ア. 地域密着型事業者の指定及び変更等の入力 that 県庁でしか行えない

地域密着型事業者の指定及び変更等について、案件ごとに 県庁に出張し入力しており、入力業務は短時間で済むが、移動に係る時間が負担になっているとの指摘があった。

② 改善・見直しの方法

○ 各自治体で入力を可能とする

各自治体に入力端末を設置もしくは伝送ソフト等を活用し、各自治体での入力作業を可能とすることが考えられる。

(4-2)地域密着型事業者のみなし指定

地域密着型事業者のみなし指定に関する問題点を1自治体が挙げている。

①問題点

ア. 事業所所在地自治体で審査されているにも関わらず、のみなし指定を行う自治体で再度審査書類の提出を求めなければならない

他自治体の地域密着型サービスを利用する場合、事業所所在地自治体の同意を得た上で、利用希望者の居住自治体がのみなし指定をしなければならない。しかし、事業所所在地自治体で既に審査が行われているにもかかわらず、再度、多量の審査書類を提出することは事業者、のみなし指定を行う自治体ともに負担が大きい。

第6期に向けた制度改正の中で、小規模の通所介護事業所を地域密着型サービスに移行することや、サービス付き高齢者住宅を住所地特例施設とすることが検討されており、のみなし指定の件数が大幅に増加することが見込まれる。

②改善・見直しの方法

○ のみなし指定制度における二重審査の廃止の検討
自治体間で利用に係る同意申請書、同意書をやり取りするだけの形態とすること等について検討を行う。

○ のみなし指定に係る申請書類について、自治体間での事前同意がある場合と同様の省略規定を設ける。

平成24年度制度改正により、自治体間の合意によりのみなし指定の同意を省略することができることとなり、指定にあたっての提出書類の一部を省略することができる。のみなし指定全般について同様の省略規定を設けることを検討する。

(4-3)事業者指導・監査に関する事務

指導・監査に関する問題点を1自治体が指摘している。

①問題点

ア. 事業種ごとに指定基準に若干の違いがあり、事業者指導が負担

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等（以下、指定基準）では、重要事項説明や計画の作成など、同じ一連の手続きであるにもかかわらず、事業種ごとに若干の違いがあり、事業者がその違いを理解しづらく事業者

指導に負担を感じる。

イ. 通所介護事業所の宿泊サービスの指導が困難

通所介護事業所の宿泊サービスは、介護保険法の対象外の事業であるため、事業者に対する指導が難しい。

②改善・見直しの方法

- 事業種によらず同様の手続きでは統一した指定基準とする。
- 通所介護事業所の宿泊サービスは高齢者福祉法その他の法令により規制する。

(4-4)地域密着型サービスの指導監査、事務監査

①問題点

ア. 定期的な人事異動により事務能力の維持を図ることに苦慮

地域密着型サービス事業者に対する指導監査、事務監査では、サービスの質を適切に評価・指導できるスキルの必要性が求められている。しかし、市町村では定期的な人事異動によって、その事務能力を維持することに苦慮している。

イ. 法 24 条の 2 に基づく市町村事務受託法人への委託では委託する法人の入れ替えが難しく委託が進まない。

介護保険法 24 条の 2 第 1 項第 1 号に基づき市町村事務受託法人に委託する方法があるが、委託可能な法人が限定されるため、定期的あるいは必要に応じて委託する法人を入れ替えることが難しく、法人が固定化してしまう。

②改善・見直しの方法

- 公募手続きによる委託先法人の選考の検討

公募手続きによって委託先法人を選考する方法となれば、一般民間法人で監査業務を営んでいるものから適切な事業者を選考でき、質、コスト面で有利となる。監査業務を外部委託することで市町村の資源を他の業務に振り分けられる。

(4-5) 指導・監査の市町村事務への権限委譲

次期介護保険制度変更で、市町村が行う指導・監査の対象が拡大することを懸念する観点からの意見が2自治体からあった。

①問題点（都道府県事務から市町村事務への移行に対する懸念）

ア. 事業者指導・監査に係る人員、専門的知識の確保

事業者の指導・監査に関して十分なスキルを持った職員の確保が課題となっている。専門的な知識が必要であるが、専門職員を雇用する余裕がない自治体も多い。

イ. 市外事業者も多く市内事業者のみの指定では指導・監督に限界

市内を営業圏域とする事業者には市外事業者も多く、市内事業者のみを指定しても保険者としての指導・監督には限界がある。市町村が行う指導・監査の対象を拡大すること自体に疑問がある。

ウ. 指定と指導・監査の切り分け

事業者の指定と指導・監査とを行う部署の位置付けが課題となる。

②改善・見直しの方法

○ 市町村が行う指導・監査の対象を拡大することの妥当性の検討

市町村が行う指導・監査の対象を拡大することについては、改めて妥当性の検討が必要である。市町村事務とする場合には、指定と指導・監査を行う部署の位置付けに関する検討も必要となる。

市町村へ権限委譲する際には、都道府県から期限付きで人員を派遣するなどの人員配置の工夫、必要な人件費等の提示などが求められる。

(5) 介護支援専門員に関する事務

(5-1) 介護支援専門員への医療に関する研修

① 問題点

ア. 介護支援専門員への医療に関する研修会の実施

介護支援専門員を対象とした体系的な研修カリキュラムにおいて、医療に関する知識に関するカリキュラムまで実施しているが負担となっている。

② 改善・見直しの方法

○ 介護支援専門員資格の取得する受験要件の検討

医療に関する知識等については、保険者が研修で実施すべき内容ではなく、介護支援専門員資格を取得する段階で身に付けておくべき知識であるため、受験要件や試験科目を再検討し、医療的知識を備えていることを前提とした制度とすることが考えられる。

(6) 地域支援事業に関する事務

(6-1) 介護予防にかかる統計調査

① 問題点

ア. 「介護予防事業または介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」の調査内容が細かく複雑

「介護予防事業または介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」の調査内容（特に二次予防事業）が細かく複雑で事務負担になっている。

本調査に対応するためにデータベースを作成して二次予防事業対象者を管理している例もあるが調査票の変更・追加に応じてデータベースへのデータ追加が必要になるなどの課題があることが指摘された。

② 改善・見直しの方法

○ 調査項目の削減の検討

可能な範囲での調査項目の削減に向けた検討が必要である。

○ 調査項目に変更がある場合には事前に通知、回答期間を延長

(7) 保険料賦課徴収に関する事務

(7-1) 第 1 号被保険者の死亡により生じる過誤納保険料の還付事務

①問題点

ア. 日本年金機構以外の年金保険者から返納に係る連絡がなく個別照会を要する
第 1 号被保険者の死亡により生じた過誤納保険料に係る還付について、日本年金機構からは返納金内訳書が市町村へ毎月送付されるため、還付先の判断が可能となっている。

しかし、日本年金機構以外の年金保険者からは定期的な連絡がないため、市町村側から返納要不要について個別照会を行っている。保留と回答されることもあり、判明まで何度も照会することにもなっている。

②改善・見直しの方法

- 日本年金機構以外の年金保険者から、返納要不要について市町村に連絡する体制を検討

日本年金機構以外の年金保険者からも、返納要不要について、市町村に連絡できる体制の構築が望まれている。

全ての年金保険者及び年金特徴を採用している全制度において、年金保険者への返納に係る連絡基準及びタイミング等を統一した事務処理手順などを、国が示すことも考えられる。

(7-2) 特別徴収の還付

①問題点

ア. 特別徴収対象者の転出や死亡等で資格喪失した場合の還付件数が多い

特別徴収対象者が転出や死亡等で資格喪失した場合、ほとんどのケースで還付が生じる。65 歳以上の高齢者人口の増加に伴い還付件数のさらなる増加が懸念される。

イ. 国保連を通じて年金機構と異動情報等のやり取りに時間がかかり、年金天引き中止や天引き開始までに時間がかかっている。

国保連を通じて年金機構と異動情報等のやりとりに時間がかかりすぎるため年金天引き中止や天引き開始までに時間がかかってしまう。

②改善・見直しの方法

- 国保連とのデータやり取りにかかる時間の短縮
- 引き落とし額の柔軟な変更

現状では、年1回の依頼時にしか天引き金額を設定できない仕組みになっているが、より柔軟に引き落とし金額が変更可能になるよう変更を検討する。

(7-3)年金担保貸付による介護保険料特別徴収の停止

①問題点

ア. 年金担保貸付を受け年金から返済金が充当されるときに、特別徴収が停止され、普通徴収に変更される

特別徴収対象者が、福祉医療機構より年金担保貸付をうけ、年金から返済金が充てられるときには、特別徴収が停止され、普通徴収に変更となる。そのため納付書発行等の市区町村の事務負担が増加する。滞納が発生する可能性も高まり、督促状の送付をはじめとする滞納整理にかかる事務負担が増加する。

②改善・見直しの方法

- 特別徴収の継続を可能とする等の制度の見直し

年金担保貸付対象となっても特別徴収の継続が可能な制度とし、返済金に優先して介護保険料の徴収が可能なものとするなどの制度の見直しの検討が必要。

(7-4)65歳到達者への特別徴収の適用

①問題点

ア. 65歳到達時から特別徴収を適用することができず、事務負担に繋がる

65歳になって最初の半年から1年は事務手続上、普通徴収となる。そのため、介護保険料は特別徴収であると思い込んでいる被保険者の滞納が発生し、督促・催告書の発送事務が増える。また、この短期間の普通徴収のためだけに口座振替の手続・事務作業が発生している。

②改善・見直しの方法

- 65歳当初から特別徴収が可能となる仕組みを検討

住所の異動等がない場合はあらかじめ第1号被保険者になることがわかっているため、当初から特別徴収とできる手続が行えるようになれば、市町村の

事務負担軽減、滞納額の減額に繋がるものと考えられる。

(7-5)特別徴収での保険料の増額、減額

①問題点

ア. 特別徴収では年度途中での保険料の増額、減額の変更に制限がある

年度途中で介護保険料の増額又は減額の更正があった場合、更生後に徴収すべき保険料を全額特別徴収することができない。

更正後に徴収すべき保険料を全額普通徴収としたり、還付充当や併徴等とするための事務負担が発生する。

②改善・見直しの方法

- 介護保険法の改正の検討

6月分、8月分の特別徴収額の変更だけでなく、他の年金支給月の特別徴収額についても変更可能とする規定を創設するなどの介護保険法の改正を含めた検討を行う。

(7-6)住所地特例者の特別徴収停止後の、特別徴収の再開

①問題点

ア. 住所地特例者の特別徴収が停止した場合、年金受給していても特別徴収を再開できない。

住所地特例者の特別徴収が停止した場合、年金受給していても特別徴収を再開させることができない。

②改善・見直しの方法

- 再開することができるようにするなど制度等の見直しに向けた検討を行う。

(7-7)特別徴収の消し込みと収納のずれ

①問題点

ア. 特別徴収の消し込み処理と収納が逆転している

特別徴収における「消し込み処理」は偶数月の月末に処理している。その収納は

翌月の10日までとなっており、収納と消し込みが逆転している。会計事務手続き上、問題があるのではないかとの指摘があった。

②改善・見直しの方法

特別徴収の消し込みと収納ができるだけ同じタイミングでできるように見直す。

(7-8)特別徴収額の仮徴収額と本徴収額との差額

①問題点

ア. 特別徴収額は仮徴収額と本徴収額とに差がある

特別徴収額は、仮徴収額（4月・6月時）と本決定後の額（8月以降）との差があり、差は複数年にわたり続く。

前年度より当年度の所得段階が大きく下がった場合、前半で過納付になり、翌年度併徴となり、普通徴収の1～3期が滞納になりやすい。

制度説明・理解が難しくなり、問い合わせ、苦情が増加する。

②改善・見直しの方法

- 仮徴収額を前年度6期（2月）の額と同額とせず、前年度の所得段階の均等割額とするなどの見直しに向けた検討を行う。

(7-9)日本年金機構からの特別徴収候補者リストとのマッチング作業

①問題点

ア. 日本年金機構からの特別徴収候補者の基礎年金番号と、自治体の被保険者番号とのマッチング作業が煩雑

日本年金機構から提供を受ける特別徴収候補者リストをもとに、特別徴収の対象者の決定を行っているが、提供を受けるリストは基礎年金番号によるものであり、自治体のもつ被保険者番号によるリストとのデータマッチング作業が負担になっている。機械的な突合を行っているが、誤りもあるため、全件目視での確認を行っている。

②改善・見直しの方法

- 特別徴収候補者リストにマイナンバー情報を追加
特別徴収候補者リストにマイナンバー情報を追加し事務負担の軽減を図ることが考えられる。

(8) 介護保険事業計画関係事務

(8-1) 事業計画策定時の事業量推計事務

①問題点

ア. 制度改正に伴う推計方法の一層の複雑化

事業計画策定にあたる給付費の推計は制度改正や施設整備などの影響を加味し、見込みを立てているが、大幅な制度改正にあたって推計方法の一層の複雑化が見込まれる。

②改善・見直しの方法

- 制度改正に伴う影響等の早期の情報提供
制度改正に伴う影響や消費税増税に伴う報酬改定の見込みなどの早期の情報提供の仕組みを検討する。
保険者の事業量推計事務が円滑に遂行できるよう、制度改正等に伴う影響を取り込めるワークシートの提供等も考えられる。

(8-2) 計画策定に関する調査

①問題点

ア. 「日常生活圏域ニーズ調査」の各調査項目の意義や、調査結果の評価方法等の周知が不十分

「日常生活圏域ニーズ調査」の各調査項目の意義や調査結果の評価方法等の周知が不十分であるため、調査を行っても計画策定に生かすことが難しい。各自治体では、これまで計画策定のために独自に調査をしてきたが、「日常生活圏域ニーズ調査」の調査項目等の公表時期が遅く、整合性を検討する時間がない。

②改善・見直しの方法

- 調査や計画策定、評価等に関する研修、情報提供の充実
調査や計画策定、評価等の手法が浸透していないため、研修機会や情報提供等をより充実することを検討する。
- 日常生活圏域ニーズ調査の調査項目等の公表時期の前倒し
日常生活圏域ニーズ調査と、自治体の独自調査との整合性の検討を可能とするために、日常生活圏域ニーズ調査の公表時期を半年ほど早める。

(8-3)65歳前からの介護保険制度の周知

①問題点

ア. 65歳を迎えた段階での制度問い合わせが多い

65歳を迎えた段階で「介護保険料が上がること」を知り、制度などの問い合わせが多くなる。突然のことに感じることも多く、制度不信に繋がっている。

②改善・見直しの方法

- 介護保険制度を周知する対象と期間の拡大の検討
65歳に到達する前の段階から、介護保険料の負担像などを踏まえたライフスタイルや収支などを考える機会を提供する。
- 周知の広域化
介護保険制度は、国民が共通して認識すべき事項であり、市町村単位での周知は非効率な面があるので、国や都道府県レベルでの周知の強化を検討する。

(9) その他の事務

(9-1)介護給付費財政調整交付金の算定

①問題点

ア. 調整基準標準給付費額が暦年算定であるため、会計年度にまたがり給付費の集計が必要

調整基準標準給付費額は暦年の金額で算定することとなっており、現物給付は12月～11月審査決定分、償還払分は1月～12月支給決定分と、会計年度にまたがって給付費を集計する必要がある。当年度の決算前に実績報告するため、財政調整交付金の実績報告後に未調整過誤が発生することがあり、その場合、歳出と歳入の報告年度がずれるなど取扱が難しい。さらに普通調整交付金交付割合の確定が

財政安定化基金の申請期限よりも後であるため、計画期の最終年度の介護保険財政が不安定なものとなる。

②改善・見直しの方法

○ 介護給付費国庫負担金との一本化

介護給付費国庫負担金との一本化が望ましい。例えば、まず年度当初に、国庫負担金交付申請時の国庫負担基本額に前年度の普通調整交付金交付割合を乗じて交付申請を行う。そして決算後、実績報告時の国庫負担基本額に諸係数調を反映させた普通調整交付金交付割合の確定値を乗じた額を、普通調整交付金の実績報告額として精算するような形になれば、事務負担が減少する。

(9-2)介護保険災害臨時特例補助金に関する事務

①問題点

ア. 介護報酬の遡り過誤調整の発生により、過年度分を含めた対象事業費の把握管理が負担

被災した被保険者の利用負担額の減免については、介護報酬の遡り過誤調整の発生が避けられない。このため、補助金の取扱い上過年度分を含めた対象事業費の把握管理が必要とされ、その対象者が多い自治体の事務負担が多くなる。また、避難指示区域の指定解除まで相当期間が予想されることから、事務負担が継続すると見込まれる。

なお、保険料の減免措置については、保険者の財政支援以外の実施方法は不可能と考えられ、保険料賦課は保険者の事務であることから現行の方式が適切と考える。

②改善・見直しの方法

○ 対象経費を国が各都道府県国保連合会へ直接補助する方式

本補助金が被災者支援を行う保険者の財政支援とされているが、国の責任により実施される政策的補助として10割補助であることから、対象経費を国が各都道府県国保連合会へ直接補助する方式により過年度を含めた過誤調整への対応において効率化されると考える。

また、上記により各自治体からの返還金の発生が抑制できる。

第4章 事務負担の軽減に向けた方策

第1節 介護保険事業者の事務負担軽減に向けた提言

介護保険事業者の立場からみた事務負担上の問題点をもとに、今後、事務負担軽減につながると考えられる方策案を検討することとした。実現には、様々な制約や調整が必要なことがあると考えられ、事務負担軽減の観点からだけで、すぐに解決できる方策を提示できないものもあるが、方向感などを示したところである。

なお、事務負担上の問題点は、制度や理念等が正しく事業者や自治体に理解、認識されていないため、必要でないことを行うことで生じているものがある。この点については具体の解決策を提示できず、正しい理解を促すことが必要となる。

1. 総論

(1) 一層の電子化の推進

- ・保険者や国保連への申請、あるいは事業者間での連絡文書、指示書等について、可能な限り電送で行えるようにすべきである。
- ・書類の保管について、紙文書での保管ではなく、電子的な文書での保管を認めてはいかかがか。

(2) 地域による個別解釈・要求の削減

- ・地域によってルールが違うことは事業者にとって戸惑い、負担の元となる。自治体で積極的に、独自にルール化していることと、様式等、統一化されていても構わない内容にもかかわらず、単に統一化が図られていない場合がある。後者は全国的に書式を統一することが望ましいのではないか。
- ・また、一部、担当者が独自判断をしているとみられる内容もあり、その場合は修正が必要である。

(※なお、今回の調査の中では事務事項に限らず、介護保険制度の運用において自治体による独自のルールが負担につながることが指摘された。本事業の調査範囲を超えるものの、一部検討したところである。)

(3) 申請様式の変更

- ・一度提出した書類は変更がなければ有効とし、何度も同じ書類の提出を避ける

ようにすることが求められる。

- ・申請書の記載内容を頻繁に変更するのは避け、変更箇所のみ追記できるような様式として準備してはどうか。

2. 各論

(1) 利用者との契約手続きの簡素化

- ・利用申請・契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書等、署名・押印する書類が多すぎる。
 - －同一事業者で複数サービスの利用の場合にまとめて署名・押印するようにはできないか。
 - －利用申請と個人情報使用の同意書はまとめることはできないか。
 - －個人情報使用同意書については家族代表者の同意ではなく、家族全員の同意をとることになっている場合もあり、家族代表者の同意とできないか。
 - －看取り介護加算を算定するにあたって、医療機関で亡くなったかを確認するための同意が必要となるが、予めまとめて同意を得ているとみなしてはどうか。

(2) ケアプランの簡素化・変更の簡素化

- ・ケアプランの目標について、期日の記載まで求められる場合があるが、期日までは求めないでよいのではないか。
- ・短期目標の期日が終わるたびにケアプランを課す地域もあるが、そこまでは求めなくてよいのではないか。
- ・ケアプランの変更の場合、訪問サービスで開始時間が15分ずれるとケアプランを差し替え、承認の印鑑をもらうよう監査で指摘されるが、この程度の変更は事後報告で済ませることが認められるようにすべきではないか。
- ・ケアプランの「軽微な変更」がどの範囲までを指すか、なんらかガイドラインがあったほうがよい。

(3) モニタリング

- ・モニタリングの記録と経過記録が重複する。1つにまとめることが認められるとよい。
- ・1つ1つのニーズに対して、短期目標が達成できているかを確認し、短期目標の期間を延長する場合には第2表を作成するよう指導される場合がある。そこまでは不要ではないか。

(4) 住所地と居住地が異なる利用者について

- ・ 住所地の自治体とのやりとりが必要となる。居住地の自治体で調整が可能となることが望ましい。
- ・ 住所地特例があるサービスの場合、要支援の人のケアプランは、原則、元の住所の地域包括支援センターが作成することになる。新しい住まいの近くのケアマネジャーに委託することもできるが、遠隔地の場合、適当なケアマネジャーを選んで、委託するのも容易ではない。新しい住まいの近くの地域包括支援センターがケアプランを作成するようにすればよいのではないか。

(5) 事業者届出

- ・ 変更がなくても6年に1回膨大な資料を再作成しなければならない。変更点のみの届け出で済ませられないか。
- ・ 「介護」と「予防」で最初の申請時期が違う場合、5年ごとのタイミングで異なり、より煩雑である。どちらかのタイミングに揃えることを認められるようにすべきではないか。
- ・ 管理者の住所変更、氏名変更などが届け出事項となっているが、必要か。
- ・ 職員の人数変更について届け出が求められているが、規定以上の配置があれば、都度の届け出は不要としてはどうか。

(6) 駐車許可証

- ・ 6カ月ごとの申請が求められることは煩雑である。
- ・ また、患者の傷病等の個人情報の届出を求める警察もあり、個人情報保護の観点から、疑問である。

第2節 市区町村の事務負担軽減に向けた提言

1. 運用における取り組みについて

(1) 介護保険事業者データの一元的な管理

① 住所地特例施設の全国一律の検索システム

- ・ 住所地特例施設を全国一律で検索できることが望ましい。

住所地特例該当施設であるかどうかは住所だけでは判断できないため、当該施設や施設所在市区町村に電話で確認を行うなど、市区町村職員の負担になっている。自治体単位で住所地特例施設をホームページに掲載している事例もあるが、全国一律で検索できることが望ましい。

- ・ 指定・更新・変更等の届出情報を有効活用するなど、効率的な運用方法を検討すべきであると考えられる。

事業者や自治体に新たな事務負担が発生しないよう、事業者からの指定・更新・変更等の届出情報等を活用することなどにより、効率的な運用の方法を検討することが必要である。

(2) 他関連機関との情報連携の見直し

他関連機関との情報連携を効率化することによって、事務負担を軽減できる可能性がある。

① 日本年金機構以外の年金保険者からの返納に係る連絡体制

- ・ 日本年金機構以外の年金保険者からも第1号被保険者の死亡により生じた過誤納保険料に係る還付について定期的な連絡が受けられる体制を実現することが望まれる。

第1号被保険者の死亡により生じた過誤納保険料に係る還付について、日本年金機構からは返納金内訳書が市町村へ毎月送付されている。しかし、日本年金機構以外の年金保険者からは定期的な連絡がないため、自治体から個別に照会しなければならず負担になっている。他の年金保険者からの定期的な連絡を可能とするための情報連携のあり方について、他の年金保険者等を交えて検討を行う必要がある。

② 国保連との情報連携

- ・ 国保連との間の情報のやり取りで簡略化できるものがないか検討を行うべきではないか。

国保連との間での受給者情報の修正時、システムでのデータ訂正後、紙媒体の受給者訂正連絡票を送付する必要性等について検討を行う必要がある。

2. 介護保険制度の見直し

(1) 要介護認定・要支援認定の見直し

高齢化の進展に伴い、要介護認定者数が今後も増加することが見込まれており、要介護認定・要支援認定について、効率化を図る必要がある。

①主治医意見書の見直し

- ・主治医意見書の項目を見直し、簡略化を図るべきではないか。

主治医意見書に関する事務負担は大きなものとなっている。一方、主治医意見書の項目の内、主治医であっても把握していないなど記入が難しい項目や、審査段階での判定に大きな影響がない項目を省略するなどの軽減策の検討が必要である。簡素化を主眼とした検討を日本医師会等と共同して行うことも考えられる。

また全ての対象者から一律に主治医意見書を徴収する必要があるかどうか検討することも考えられる。例えば、更新申請で「前回の認定時から病状の変化がない者」については、主治医意見書の記載も全く同じ内容である場合も多く、省略できる可能性がある。

②認定有効期間の延長

- ・認定有効期間の見直しに係る検討を行う必要がある。

要介護認定に係る事務負担を軽減するために、認定有効期間の上限の延長が可能となるものについて検討、検証を行うことが必要である。更新申請に係る認定有効期間を無期限とすることを審査会の権限でできるようにすることも考えられる。

③要支援2と要介護1の判定方法の見直し

- ・要介護から要支援の各区分の判定の柱を「介護の手間」の多寡で統一すべきではないか

「要支援2」と「要介護1」の判定にのみ用いられている「認知機能の低下の評価」や「状態の安定性の評価」を廃止し、要介護から要支援の各区分の判定の柱を「介護の手間」の多寡で統一するよう検討することが考えられる。これを前提として各区分の要介護認定等基準時間が重複しないよう一次判定の再整理を行うとともに、二次判定を含む審査判定のあり方を見直すことも必要となる。

(2) 特別徴収に係る制度の見直し

① 65歳到達時からの特別徴収を可能とする制度見直し

- ・65歳到達時からの特別徴収が可能となるよう制度の見直しをすることが考えられる。

65歳になって最初の半年から1年は事務手続上、普通徴収となる。滞納が発生する可能性や、この期間の普通徴収のためだけに口座振替等の手続が必要になるなど、自治体及び被保険者の負担は小さくない。65歳到達時点から特別徴収が可能となる仕組み、制度を検討する必要がある。

② 特別徴収額の増額・減額変更

- ・特別徴収額を柔軟に変更できるよう制度の見直しをすることが考えられる。

年度途中で介護保険料の増額又は減額の更正があった場合、更生後に徴収すべき保険料を全額特別徴収することができない。更正後に徴収すべき保険料を全額普通徴収にするなどの事務負担が発生しており、特別徴収額を柔軟に変更できるよう制度の見直しを行うことが望まれる。

③ 年金担保貸付利用時の特別徴収停止の見直し

- ・年金担保貸付利用時の特別徴収停止に関する見直しを行うことが考えられる。

特別徴収対象者が年金福祉医療機構より年金担保貸付をうけ、年金から返済金が充てられるときには、特別徴収が停止されて普通徴収に変更される。納付書発行事務が発生し、また滞納が生じる可能性が高まるなど自治体の事務負担が高まる可能性がある。年金担保貸付対象となっても特別徴収の継続が可能な制度等とするなど、制度の見直しに向けた検討が必要である。

(3) その他制度見直し

① みなし指定制度の見直し

- ・みなし指定制度における二重審査の廃止について検討することが考えられる。

事業所所在地自治体で既に審査が行われているにもかかわらず、利用希望者の居住自治体が、改めてみなし指定を行わなければならない。再度、多量の審査書類を提出することは事業者、みなし指定を行う自治体ともに負担になっている。平成24年度制度改正により、自治体間の合意によりみなし指定の同意を省略することができることとなり、指定にあたっての提出書類の一部を省略することができるようになった。みなし指定全般について同様の省略規定を行うなど、みなし指定の制度を見直す必要がある。

② 基準の統一化

- ・事業種によらず同様の手続きでは統一した指定基準とすることが考えられる。

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等では、重要事項説明や計画の作成など、同じ一連の手続きであるにもかかわらず、事業種ごとに若干の違いがあり、その違いも理解しづらい。事業種によらず、同様の手続きでは統一した指定基準とすることが求められる。

(4) 今後の制度改定に伴う事務負担増に対する対応

①負担限度額認定証の要件確認の見直し

- ・負担限度額認定証の要件確認が複雑であり、自治体の確認事務の負担が大きく増加することが懸念されている。

介護保険制度改正に伴い、認定証の発行要件に資産や非課税年金、別世帯となった配偶者の所得を取り込むことが示されている。要件が複雑化し、さらに多大な事務負担が発生することが見込まれる。制度改正の趣旨を踏まえつつ、自治体の事務負担が過度に増加しないよう、検討を行う必要がある。

②事業者指導・監査の市町村業務への移行による事務負担増への対応

- ・市町村が行う指導・監査の対象を拡大することについては、改めて妥当性の検討が必要である。

次期介護保険制度変更で、市町村が行う指導・監査の対象が拡大することを懸念する意見がある。事業者の営業圏域が自治体を超えて設定されていることも少なくなく、市区町村内事業者のみを指定しても保険者としての指導・監督には限界がある。また市町村事務とする場合には、指定と指導・監査を行う部署の位置付けに関する検討も必要となる。

また、市町村に業務へ移行する場合には、都道府県から期限付きで人員派遣するなどの人員配置の工夫、必要な人件費の提示などが求められる。

調 査 票

I. 貴団体についてお伺いします。

Q1. 貴団体名、回答者の所属・お名前・電話番号をご記入ください。

①団体名	
②部署名	
③お名前	
④電話番号	
⑤e-mail	

上記連絡先等は、最終頁にあります「個人情報のお取り扱いについて」をご承諾のうえ、ご記入ください。ご記入頂きました連絡先は、後日調査票の回答内容に関するお問い合わせに利用させていただきます。

II. 負担や効率化の妨げになっている各種介護保険事務における問題点、改善要望などについておうかがいします。

Q2. 貴団体において、各種介護保険事務の中で負担感が強い、あるいは効率化が必要と感じていらっしゃる事務手続き及び書類について、以下の①から⑥の項目を、4頁以降の回答表にご記入ください。

回答は、負担感が強い事務、効率化が必要と感じられる事務手続きや書類ごとに、ご記入ください。

回答表が不足する場合には、御手数ですが表をコピーしてください。

改善が必要とお考えの事務については、可能であれば当該事務に関する様式の添付もお願い致します。

- | |
|--|
| <p>①事務（書類）の名称</p> <p>②事務の分類（3頁のコード表からお選びください。）</p> <p>③事務の具体的な問題点</p> <p>④具体的な改善・見直し方法（可能な範囲でご記入ください。）</p> <p>⑤事務負担軽減のための制度改善など、厚生労働省や国民健康保険団体連合会等に期待すること</p> <p>⑥現行制度の中で、事務負担軽減のために貴団体において実施されている工夫</p> |
|--|

1. 被保険者の資格に関する事務
 11. 被保険者の資格管理
 12. 被保険者証の交付に関する事務
 13. 住所地特例に関する事務
 14. その他
2. 要介護認定・要支援認定に関する事務
 21. 要介護・要支援認定申請受付
 22. 要介護認定調査
 23. 主治医意見書徴取事務
 24. 介護認定審査会関係事務
 25. その他
3. 保険給付に関する事務
 31. 介護報酬の審査・支払
 32. 負担限度額認定証の交付事務
 33. 高額介護サービス費関係事務
 34. 高額医療合算介護サービス費関係事務
 35. 住宅改修費の支給
 36. 福祉用具購入費の支給
 37. 他制度による給付との調整
 38. 市町村特別給付
 39. その他
4. 事業者指定・指導に関する事務
 41. 事業者指定・指定更新・変更
 42. 指導・監査
 43. その他
5. 介護サービス情報の公表に関する事務
 51. 介護サービス事業者の調査及びその結果の公表
 52. その他
6. 介護支援専門員に関する事務
 61. 介護支援専門員の登録・登録更新
 62. 介護支援専門員の試験および研修
 63. その他
7. 地域支援事業に関する事務
 71. 介護予防事業の実施に関する事務
 72. 地域包括支援センターの設置に関する事務
 73. その他
8. 保険料賦課徴収に関する事務
 81. 保険料の普通徴収
 82. 保険料の特別徴収
 83. 保険料の減免・徴収猶予等に関する事務
 84. 過誤納金の還付及び充当に関する事務
 85. 保険料滞納者に対する各種措置等
 86. その他
9. その他
 91. 介護保険事業計画関係事務
 92. 特別会計等に関する事務
 93. 審査請求に関する事務
 94. その他

2桁のコードを次頁以降の「②事務の分類」にご記入ください。

負担感が強い事務、効率化が必要と感じられる事務に関する回答表 No.1

①事務（書類）の名称	
②事務の分類	<p>（3頁のコード表から該当する<u>2桁のコード</u>を下欄にご記入ください。）</p> <p>（ ）</p>
③具体的な問題点	<p>（事務のどのような点がどのように負担となっているのか、どの書類のどの項目が負担になっているのかなど、問題点を具体的にご記入ください。）</p>
④具体的な改善・見直し方法	<p>（可能な範囲で、削減すべき項目等改善内容等についてご記入ください。）</p>
⑤事務負担軽減のための制度改善など、厚生労働省や国民健康保険団体連合会等に期待すること	<p>（どのような改善や取り組みを期待しているかなど、なるべく具体的にご記入ください。）</p>
⑥現行制度の中で、事務負担軽減のために貴団体で実施している工夫	<p>（貴団体における事務負担を軽減するために実施されている工夫等がございましたら、具体的に教えてください。）</p> <p>書類の工夫等については、可能であれば貴団体の当該事務に関する様式の添付もお願い致します。</p>

負担感が強い事務、効率化が必要と感じられる事務に関する回答表 No.2

①事務（書類）の名称	
②事務の分類	<p>（3頁のコード表から該当する<u>2桁のコード</u>を下欄にご記入ください。）</p> <p>（ ）</p>
③具体的な問題点	<p>（事務のどのような点がどのように負担となっているのか、どの書類のどの項目が負担になっているのかなど、問題点を具体的にご記入ください。）</p>
④具体的な改善・見直し方法	<p>（可能な範囲で、削減すべき項目等改善内容等についてご記入ください。）</p>
⑤事務負担軽減のための制度改善など、厚生労働省や国民健康保険団体連合会等に期待すること	<p>（どのような改善や取り組みを期待しているかなど、なるべく具体的にご記入ください。）</p>
⑥現行制度の中で、事務負担軽減のために貴団体で実施している工夫	<p>（貴団体における事務負担を軽減するために実施されている工夫等がございましたら、具体的に教えてください。）</p> <p>書類の工夫等については、可能であれば貴団体の当該事務に関する様式の添付もお願い致します。</p>

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

介護保険事業における事務負担の軽減に関する調査研究事業

報 告 書

平成 26 (2014) 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2

電話 : 03-6733-1021