

平成 23 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

要介護認定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 24 年 3 月

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社



## 【目次】

I . 事業の概要 .....	1
1. 事業目的 .....	1
2. 事業内容 .....	1
3. 事業の効果及び活用方法 .....	2
4. 担当研究員の体制 .....	2
II . 要介護認定データ分析 .....	3
1. 実施目的 .....	3
2. 実施方法 .....	3
3. 有効期間の取扱いに関連する法令 .....	3
4. 分析結果 .....	4
III . 自治体職員ワークショップ .....	8
1. 実施目的 .....	8
2. 実施概要 .....	8
3. 主な意見・論点 .....	10
IV . 要介護認定業務の簡素化に関するアンケート調査 .....	20
1. 調査概要 .....	20
2. 調査結果 .....	21
V . 有識者検討会 .....	47
1. 実施目的 .....	47
2. 実施結果 .....	47

### 資料編

「平成 23 年度 要介護認定業務の簡素化に関する調査」調査票



# 1. 事業の概要

## 1. 事業目的

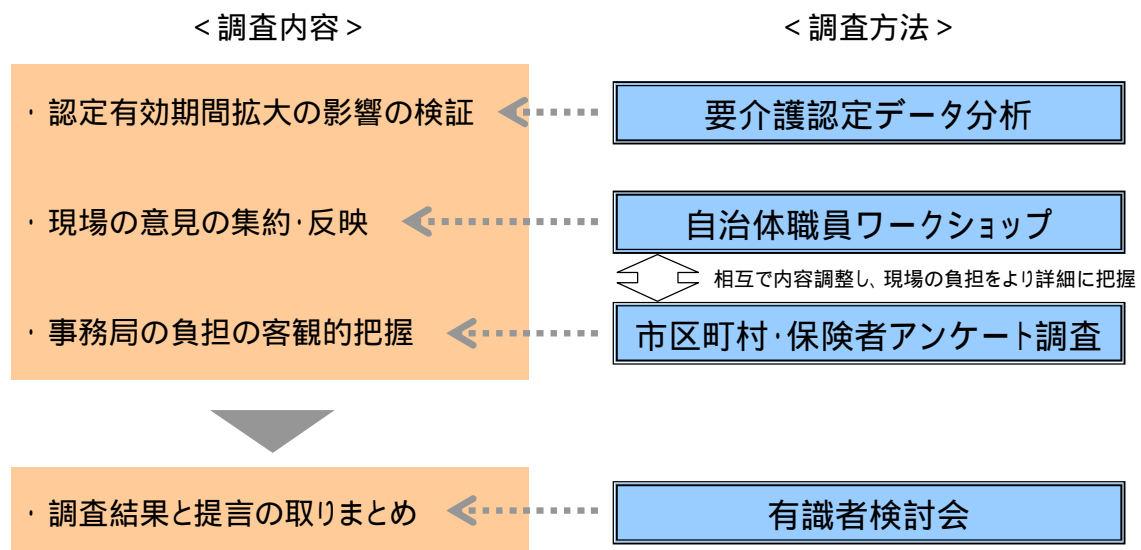
要介護認定は、介護保険制度の根幹を支える制度であるが、高齢化の進展に伴う申請者の増大の一方で、自治体財政の逼迫により認定業務担当職員の増員は見込めない状況となっており、その結果、保険者の業務負担が年々増大し、その軽減が急務となっている。本事業では、認定業務の現場の声を集約しつつ、データ分析を通じて、公平性・公正性の担保を前提とした市区町村等の事務の負担軽減につながる改善案を提案することを目的とする。

## 2. 事業内容

全国の地方自治体における業務状況を把握するため、大きく3つの方法により情報の入手を図り、検討会において事務負担軽減のための提言を取りまとめた。

- 1) 厚生労働省認定支援ネットワークまたは市町村等から認定データ入手・分析し、認定有効期間の拡大を含めた認定事務の負担軽減策の影響等について検討するための分析を実施した。
- 2) 全国を6か所程度のブロックに分けた上で、都道府県・市町村の要介護認定事務担当者を参加者としたワークショップを開催し、事務負担の軽減に関する現場の声を収集した。
- 3) 全国の自治体を対象とした(悉皆)調査を実施し、人員配置の状況や業務実施体制に関する客観的状況を把握し、議論のための基礎情報を整理した。

これら3つのデータ収集活動を踏まえ、自治体関係者及び有識者で構成される検討会を2回程度開催し、認定事務の軽減に関する提案を取りまとめた。



### 3. 事業の効果及び活用方法

地方自治体における要介護認定業務の状況について、客観的な状況把握が可能になることで、今後、国及び地方自治体が、認定業務の事務負担の軽減を行うべき業務内容を特定し、またその効果を検討する際の基礎情報を提供することができる。

また、全国の自治体の事務状況を客観的に示すことで、地方自治体においては、人員体制の見直しや業務プロセスの改善を行う上での参考情報を提示することが期待できる。

### 4. 担当研究員の体制

氏名	所属・役職
岩名 礼介	三菱UFJリサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 主任研究員
家子 直幸	三菱UFJリサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 研究員
国友 美千留	三菱UFJリサーチ&コンサルティング 公共経営・地域政策部 研究員

## II. 要介護認定データ分析

### 1. 実施目的

高齢者人口の増加にあわせ要介護認定者数も増加することが見込まれる中、現行の介護保険制度を前提とすれば、全国の自治体における要介護認定業務の事務負担はさらに増大すると考えられる。

要介護認定にかかる事務負担は、要介護認定の申請件数に直接的に影響を受けるだけでなく、認定者数及びそれぞれの更新申請における有効期間の長短によっても変化する。有効期間は心身の状態が安定し、介護の手間に大きな変化が生じないことを前提に設定されるものであることから、本分析では、有効期間を拡大した場合に、要介護度にどのような影響が生じるのについて把握するとともに、認定有効期間の拡大による認定事務の負担軽減策の影響等について検討するための分析を行うこととした。

### 2. 実施方法

厚生労働省老健局老人保健課より、平成 21 年 4 月 1 日～平成 23 年 8 月 31 日の間に認定支援ネットワークに送信された要介護認定データの提供を受け、新規申請者の有効期間を現行の 6 ヶ月から 12 ヶ月に拡大した場合の要介護度の変化率に与える影響と、自治体の負担軽減効果について分析した。

平成 21 年 10 月 1 日～12 月 31 日の 3 ヶ月間に申請のあった 1,139,431 件のうち、申請区分が新規申請であった 280,223 件（18.1%）について、新規申請時の有効期間が 6 ヶ月であり、かつ被保険者番号による時系列での申請者のマッチングが可能であった 38,518 件（13.7%）を分析対象とした。

### 3. 有効期間の取扱いに関連する法令

要介護認定の有効期間の取扱いについては、平成 23 年 4 月 1 日に介護保険法施行規則の一部を改正する省令（平成 23 年厚生労働省令第 20 号）が施行されたことに伴い、区分変更申請の場合、及び更新申請のうち前回要支援から今回要介護または前回要介護から今回要支援の場合は、設定可能な認定有効期間の範囲が 12 ヶ月に延長されている。

図表 1 平成 23 年 4 月 1 日からの有効期間の取扱い

申請区分等		原則の 認定有効期間	設定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請		6 ヶ月	3 ヶ月～6 ヶ月
区分変更申請		6 ヶ月	3 ヶ月～12 ヶ月
更新申請	前回要支援 今回要支援	6 ヶ月	3 ヶ月～12 ヶ月
	前回要支援 今回要介護	6 ヶ月	3 ヶ月～12 ヶ月
	前回要介護 今回要支援	6 ヶ月	3 ヶ月～12 ヶ月
	前回要介護 今回要介護	6 ヶ月	3 ヶ月～24 ヶ月

前回要介護から今回要介護になる場合は、有効期間は原則 12 ヶ月となるが、状態不安定による要介護 1 の場合は、6 ヶ月以下の期間に設定することが適当

また、介護認定審査会運営要綱では、認定の有効期間を原則より長く定める場合について下記のように規定している。

介護認定審査会運営要綱（老発 0930 第 6 号、平成 21 年 9 月 30 日）

（抜粋）

[ 認定の有効期間を原則より長く定める場合 ]

- ・身体上または精神上の生活機能低下の程度が安定していると考えられる場合
- ・同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態等区分に変化がない場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合（重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する）
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

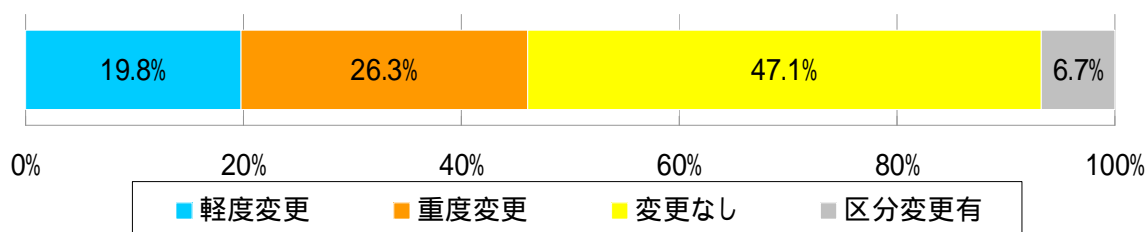
#### 4. 分析結果

##### (1) 新規申請から 12 ヶ月後の要介護度の変化率

分析対象全体の変化率

平成 21 年 10 月～12 月の期間の新規申請について、12 ヶ月後に要介護度が変化していたかどうか（変化率）を算出したところ、「変更なし」が 47.1%と約半数を占めた。また、「軽度変更」は 19.8%、「重度変更」は 26.3%、12 ヶ月経過前に「区分変更申請あり」は 6.7%だった。

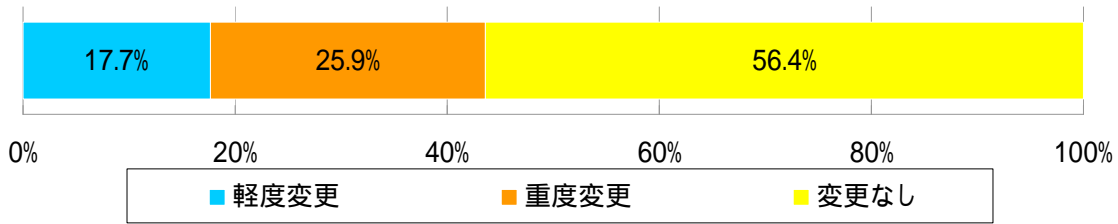
図表 2 新規申請から 12 ヶ月後の要介護度の変化率（n=38,518）



なお、参考までに、平成 22 年度の更新申請全体（3,807,844 件）における要介護度の変化は、「変更なし」が 56.4%、「軽度変更」が 17.7%、「重度変更」が 25.9%だった。



図表3 【参考】更新申請における要介護度の変化 (n=3,807,844)



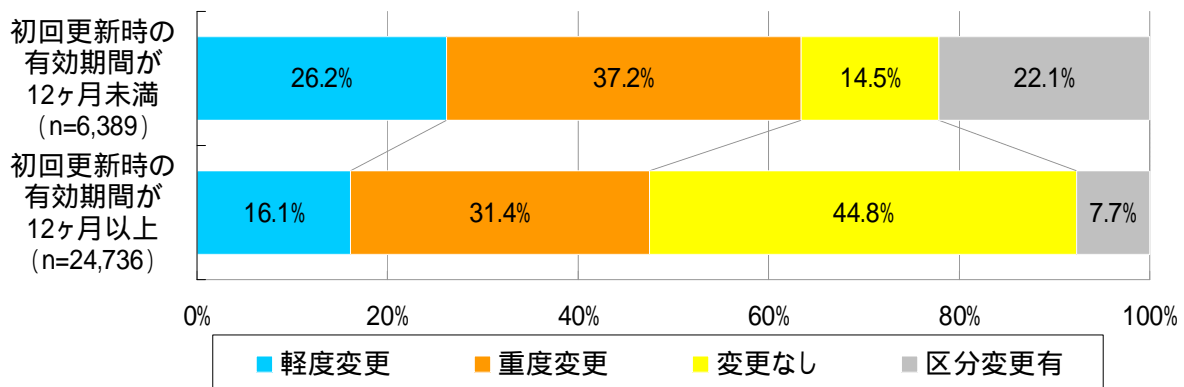
#### 初回更新時の有効期間別の集計

分析対象について、初回更新時（新規申請から6ヶ月後の認定）において決定された有効期間が原則の12ヶ月より短く設定されたケースと、12ヶ月以上に設定されたケースに分けて集計を行った。

12ヶ月未満のケースでは、「変更なし」は14.5%にとどまり、何らかの変更があった（「軽度変更」と「重度変更」の合計）のは63.4%と大部分を占めた。また、「区分変更あり」も22.1%と高かった。一方、12ヶ月以上のケースでは「変更なし」が44.8%、何らかの変更があったのは47.5%とほぼ同様となった。

有効期間は原則12ヶ月とされているが、介護認定審査会では、要介護度の変化する可能性が高いケースについては意図的に有効期間を短く設定することで、より適切な有効期間で再評価していることが推察された。

図表4 初回更新時の有効期間別 新規申請から12ヶ月後の変化率



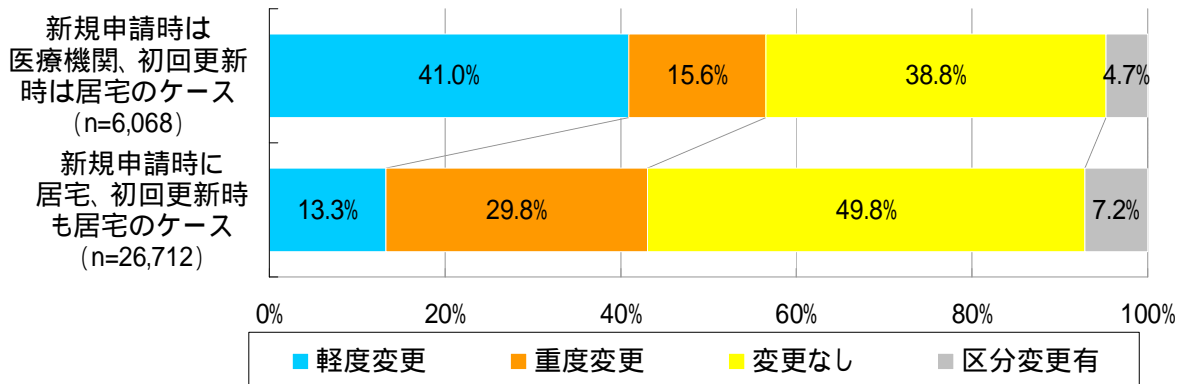
#### 新規申請時の居所別の集計

分析対象について、新規申請時の居所が医療機関だったケースと、居宅だったケースに分けて集計を行った。

新規申請時は医療機関だったが、初回更新時は居宅だった（退院していた）ケースについてみると、「軽度変更」が41.0%と最も高く、次いで「変更なし」が38.8%だった。一方、新規申請時も初回更新時も居宅だったケースでは、「変更なし」が49.8%と約半数を占めた。

新規申請を医療機関で行い、その後退院したケースは、12ヶ月後に軽度の要介護度になっている割合が非常に高いことから、対象者の状態に応じた要介護度の設定を行うためにも、原則を超えるような有効期間の設定は慎重に行う必要があることが示唆された。

図表5 新規申請時の居所別 新規申請から12ヶ月後の変化率 (n=26,712)



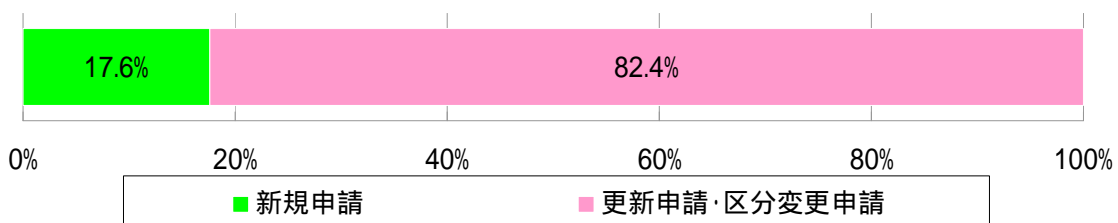
### (2) 新規申請の有効期間を拡大した場合の負担軽減効果

平成21年10月～12月の3ヶ月間に申請のあった1,139,431件のうち、新規申請（有効期間6ヶ月、前回申請のないもの）は17.6%だった。

新規申請の有効期間を一律に12ヶ月とした場合に、ある年度内の全申請件数がどのように変化するかを考えると、同一年度内に初回更新の時期となるのは半数の8.8%であり、残りの8.8%は翌年度に初回更新の時期を迎えることになる。

したがって、新規申請の有効期間の上限を6ヶ月から12ヶ月に拡大した場合、自治体の負担軽減効果は最大で8.8%となる。ただし、これはすべての新規申請の有効期間を一律に12ヶ月とした場合の数値である。実際には、介護認定審査会において、特記事項及び主治医意見書をもとに状態の安定性を検討し、個別に有効期間を決定するため、すべてのケースにおいて12ヶ月と設定されるわけではないことから、実際の負担軽減効果は8.8%より低くなるものと考えられる。

図表6 全申請件数に占める新規申請の割合 (n=1,139,431)



### (3) 分析結果の考察

新規申請から12ヶ月後の変化率をみると、要介護度が変化していなかったケース

が約半数を占めていたが、これに区分変更申請を行ったケースを加えると、更新申請の際の要介護度の変化と同様の割合となる。区分変更申請によって被保険者はその時点で適切な要介護度を得られていると考えられることから、新規申請から 12 ヶ月後の変化率は、更新申請における要介護度の変化とほぼ同様の傾向を示しており、新規申請の有効期間の上限（原則 6 ヶ月）を 12 ヶ月まで拡大することは妥当性があると言える。

新規申請における有効期間の上限を 12 ヶ月まで拡大した場合の認定業務の負担軽減効果については、全体の約 2 割を占める新規申請者の年間における更新件数の減少が見込まれ、最大で全体の申請件数の 1 割弱が減少する効果が期待できる。

ただし、これはすべての新規申請者の有効期間を 12 ヶ月とした場合の最大効果であり、当然、すべての新規申請者が 12 ヶ月とされることが適切ではない。特に、入院中（退院直前）の新規申請については、本事業で行った全国ワークショップでも要介護度（主に軽度）の変化が著しく多いことが指摘されているが、本データ分析でも 4 割程度が 12 ヶ月後に軽度化していることが明らかとなった。介護認定審査会では、これまで同様、申請者の状態の安定性等を加味しながら、適切な有効期間の設定を行うことが望まれる。

### III. 自治体職員ワークショップ

#### 1. 実施目的

保険者の事務負担が年々増大している要介護認定業務の負担軽減方策の検討にあたっては、認定業務に従事する現場の意見を網羅的に把握する必要がある。このため、全国を6ブロックに分けた上で、都道府県・市町村の要介護認定事務担当者を参加者としたワークショップを開催し、要介護認定事務の負担軽減に関する意見の収集を行った。

#### 2. 実施概要

##### (1) 自治体職員ワークショップの開催概要

全国を6ブロックにわけ、ブロック毎に都道府県・市町村の要介護認定事務担当者を参加者とし、1回あたり3時間程度のワークショップを6回(6ブロック)開催した。ただし、東日本大震災の影響をかんがみ、宮城県、岩手県、福島県の被災3県および周辺の東北地域については対象から除外した。

ワークショップの主な内容及び各回の詳細な開催情報については以下に示すとおり。

図表7 自治体職員ワークショップの主な内容

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. オブザーバー(厚生労働省)挨拶</li> <li>2. これまでの業務簡素化・適正化の流れについて</li> <li>3. 各ブロックの保険者(1~2団体)による取組紹介</li> <li>4. 討議             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 業務別の事務負担感と軽減方策について</li> <li>- 要介護認定業務に関するアンケート調査票(案)について</li> <li>- その他について</li> </ul> </li> </ol>
--

図表8 自治体職員ワークショップ各回の開催概要及び出席者

東海ブロック	
開催日時	平成23年8月17日(水)13時30分~16時30分
開催場所	TKP名古屋ビジネスセンター 会議室6
出席者	愛知県健康福祉部高齢福祉課 名古屋市高齢福祉部介護保険課認定給付係 小牧市健康福祉部長寿介護課介護認定係 浜松市社会福祉部介護保険課 四日市市福祉部介護・高齢福祉課認定審査係 度会広域連合介護保険課 <div style="text-align: right;">計9名</div>

中国ブロック	
開催日時	平成 23 年 8 月 19 日 (金) 13 時 30 分 ~ 16 時 30 分
開催場所	TKP 広島シティセンター 会議室 A-5
出席者	広島県健康福祉局介護保険課保険者支援グループ 広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 東広島市福祉部介護保険課介護認定係 北広島町保健課介護保険係 岡山市保健福祉局介護保険課 赤磐市保健福祉部介護保険課介護認定係 倉敷市介護保険課認定審査係 鳥取県東部広域行政管理組合福祉課 島根県浜田地区広域行政組合介護保険課 宇部市健康福祉部介護保険課介護認定係 <div style="text-align: right;">計 21 名</div>
近畿ブロック	
開催日時	平成 23 年 10 月 20 日 (木) 13 時 30 分 ~ 16 時 30 分
開催場所	TKP 新大阪会議室 Room 2
出席者	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 大阪市健康福祉局高齢者施策部介護保険課 寝屋川市保健福祉部高齢介護室認定担当 宇治市健康福祉部健康増進室介護保険課 南丹市市民福祉部高齢福祉課介護保険係 湖北地域介護認定審査室 丹波市福祉部介護保険課介護認定係介護保険課 和歌山市福祉保健総務部介護保険課認定調査班 海南市高齢介護課介護保険係 坂井広域介護保険課認定審査係 <div style="text-align: right;">計 15 名</div>
東日本ブロック	
開催日時	平成 23 年 10 月 25 日 (火) 13 時 30 分 ~ 16 時 30 分
開催場所	TKP 東京駅ビジネスセンター カンファレンス 29H
出席者	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課介護保険係 旭川市福祉保険部介護高齢課介護認定係 佐倉市福祉部介護保険課 鹿沼市保健福祉部介護保険課 足立区福祉部介護保険課介護認定係 新潟市福祉部介護保険課 佐世保市保健福祉部長寿社会課介護保険係

	計 13 名
<b>九州ブロック</b>	
開催日時	平成 23 年 12 月 1 日 (木) 13 時 30 分 ~ 16 時 30 分
開催場所	ホテルタイセイアネックス 2 号館 会議室 1
出席者	鹿児島県保健福祉部介護福祉課保険者指導係 北薩広域行政事務組合介護認定審査係 長島町保健衛生課介護保険係 阿久根市健康増進課介護保険係 薩摩川内市保健福祉部高齢・介護福祉課介護審査グループ 菊池市生きがい推進課介護保険係 鳥栖地区広域市町村圏組合介護保険課認定係 飯塚市保健福祉部介護保険課認定係 <div style="text-align: right;">計 12 名</div>
<b>四国ブロック</b>	
開催日時	平成 24 年 1 月 12 日 (木) 13 時 30 分 ~ 16 時 30 分
開催場所	サンポートホール高松 ホール棟 6 階 62 会議室
出席者	香川県健康福祉部長寿社会対策課保険者指導グループ 高松市健康福祉部介護保険課介護認定係 美馬地区広域行政組合 高知市健康福祉部介護保険課認定係 松山市保健福祉部介護保険課 四国中央市福祉保健部高齢介護課認定係 <div style="text-align: right;">計 8 名</div>

### 3. 主な意見・論点

6 回の自治体職員ワークショップにおいて出された主な意見・論点は以下の通り。  
認定事務の負担軽減に関する内容と、速やかな認定に関する内容に大別された。

#### (1) 認定事務の負担軽減に関する意見

##### 有効期間の上限の延長

現行の新規申請における有効期間の上限(原則 6 月)を、12 月まで拡大することにより、全体の約 2 割を占める新規申請者の年間における更新件数が半減することで、認定業務の負担を軽減することができるのではないか。

予防給付対象者(要支援 1・2)については、状態の維持・改善を目指す利用者であり、状態が急激に悪化することは考えにくいことから、更新申請者の有効期間の上限を、24 月としてはどうか。

また、更新申請についても、現在は最長で 24 月を上限としているが、状態が安定している

事案については、24月を超える延長を検討してもよいのではないかと。

【平成12年4月1日～平成16年3月31日における有効期間の取り扱い】

申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月
更新申請	前回要支援 今回要支援	3ヶ月～12ヶ月
	前回要支援 今回要介護	3ヶ月～6ヶ月
	前回要介護 今回要支援	3ヶ月～6ヶ月
	前回要介護 今回要介護	3ヶ月～12ヶ月

【平成16年4月1日からの有効期間の取り扱い】(24月間導入)

申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月
更新申請	前回要支援→今回要支援	12ヶ月
	前回要支援→今回要介護	6ヶ月
	前回要介護→今回要支援	6ヶ月
	前回要介護→今回要介護	12ヶ月※

※ 前回要介護から今回要介護になる場合は、有効期間は原則12ヶ月となりますが、状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当です。

【平成23年4月1日からの有効期間の取り扱い】(区変・またぎの12ヶ月導入)

申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	前回要支援→今回要支援	3ヶ月～12ヶ月
	前回要支援→今回要介護	3ヶ月～12ヶ月
	前回要介護→今回要支援	3ヶ月～12ヶ月
	前回要介護→今回要介護	12ヶ月※

※ 前回要介護から今回要介護になる場合は、有効期間は原則12ヶ月となりますが、状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当です。

【参考】介護認定審査会運営要綱(H21/9/30老発0930第6号)

(抜粋)

[認定の有効期間を原則より長く定める場合]

- ・身体上または精神上的の生活機能低下の程度が安定していると考えられる場合
- ・同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態等区分に変化がない

場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合(重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する)

・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

#### 遅延通知の発出業務の簡素化

30日以内に認定結果の通知を行うことができないために、多くの自治体で遅延通知を発出しているが、発出作業等に業務負担が大きい上に、費用もかかり(1通約100円程度)、受け取った高齢者も通知の内容や意味が理解できず、混乱を招くこともあることから、負担に比して効果が小さいのではないかと。

実際には、更新申請において60日前からの申請受付を認めており、更新期間が切れる前段階での認定については、必ずしも遅延通知を発出する必要はないのではないかと。

法令上の解釈にも幅があると思われることから、介護保険法の解釈に基づく同通知の発行の必要性や代替手段に関する取扱い方針について、改めて厚生労働省から事務連絡等を発出してはどうか。

一方で、本来の考え方としては、遅延通知の発出を回避することよりも、認定にかかる事務を迅速化して、通知を発出しなくてもよい体制を作ることが重要ではないかとの指摘もあった。

#### **【参考】介護保険法第27条第11項**

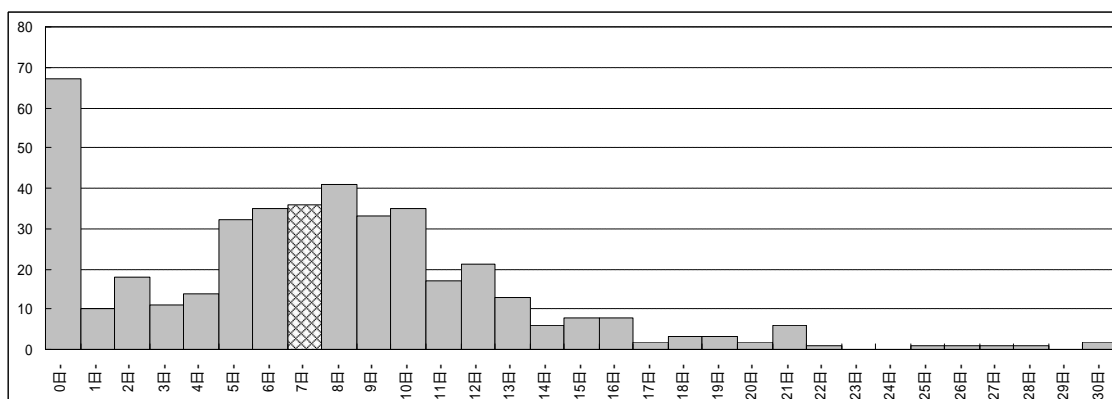
申請に対する処分は、当該申請のあった日から30日以内にしなければならない。ただし、当該申請に係る被保険者の心身の状況の調査に日時を要する等特別な理由がある場合には、当該申請のあった日から30日以内に、当該被保険者に対し、当該申請に対する処分をするためになお要する期間及びその理由を通知し、これを延期することができる。

#### **【参考】介護保険法施行規則第39条**

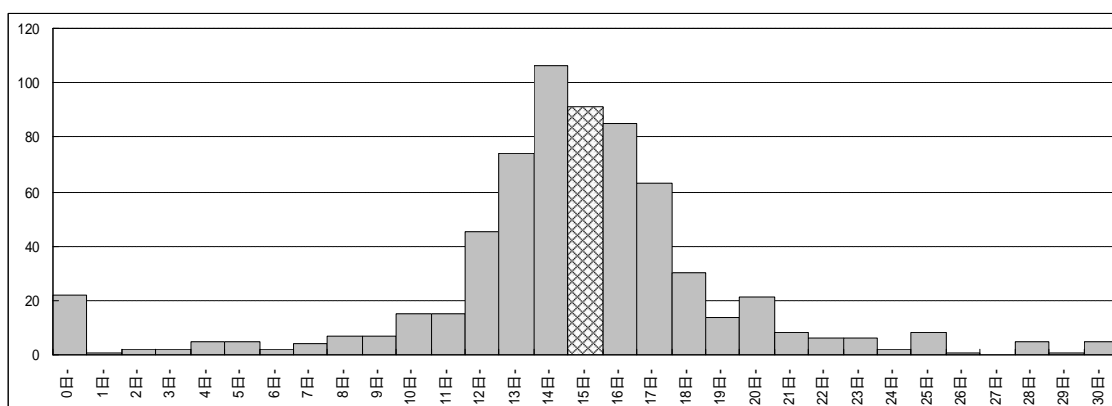
要介護更新認定の申請は、当該要介護認定の要介護認定有効期間の満了の日の60日前から当該要介護認定有効期間の満了の日までの間において行うものとする。



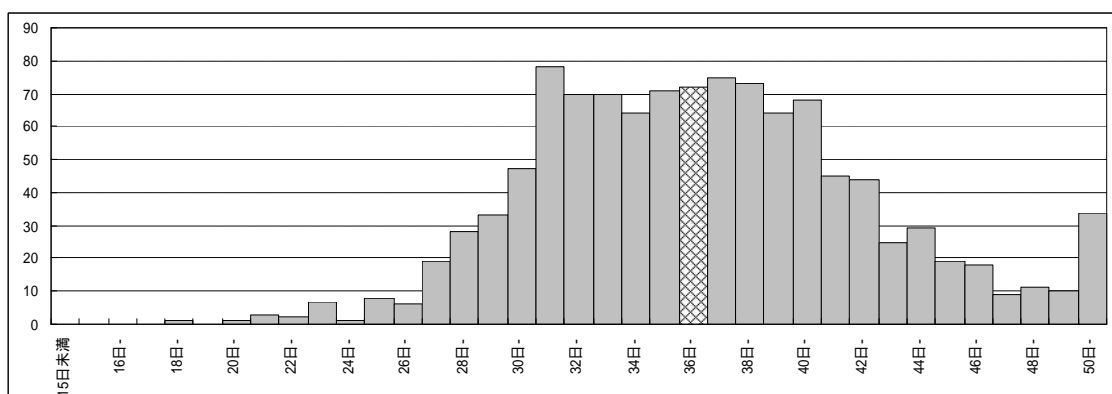
【申請～訪問調査にかかる日数】(厚生労働省「平成23年度要介護認定適正化事業 業務分析データ」より)



【主治医意見書回収にかかる日数】(厚生労働省「平成23年度要介護認定適正化事業 業務分析データ」より)



【申請～決定にかかる日数】(厚生労働省「平成23年度要介護認定適正化事業 業務分析データ」より)



上記、「業務分析データ」は平成23年度要介護認定適正化事業において自治体に提供された認定業務のデータ提供の1回目の結果に基づいている。データの集計対象は、平成22年10月1日以降申請分～平成23年6月30日までの間に、厚生労働省「認定支援ネットワーク」に500件以上のデータを送信した自治体を対象としており、ヒストグラムは、各自治体の平均日数に基づいて作成されている。集計対象の自治体数は、658自治体である。網掛け部分は、全体の中央値を示す。

調査票確認作業の軽減に向けた認定調査の品質維持・向上

介護認定審査会資料の平準化のため、認定調査票の確認作業は事務局業務の中でも

重視されているが、提出された調査票の確認作業が膨大となり、業務負担を高める要因となっている。とりわけ認定調査を委託している自治体では、受託調査員数が多く、当該調査員の調査の質に問題があることから、この確認作業が膨大になる傾向がある。

このため、認定調査経験者などへの個人委託の導入(旭川市、寝屋川市、飯塚市の取り組み)や、リーダー調査員による調査員研修制度の導入(熊本県)といった取り組み方策について、保険者に周知してはどうか。

要介護認定調査を委託して実施した場合、調査票確認作業に膨大な時間を取られるとともに、調査の平準化の点で課題が残ることから、直営体制での実施をより推進すべきではないか。

一方で、要介護認定事務に従事する直営の調査員増加については庁内からも批判が多く、事務作業の繁雑さについても理解が得にくい。全国平均等の客観データの公開を推進するべきではないか。

【現行の認定調査委託の取り扱い】

	市町村	指定市町村 事務受託法人	指定居宅介護支援 事業所等
法的根拠	介護保険法第 27 条第 2 項	介護保険法 第 24 条の 2 第 1 項第 2 号	介護保険法第 28 条第 5 項
新規申請		(介護支援専門員)	×
更新申請		(介護支援専門員)	(介護支援専門員)
区分変更申請		(介護支援専門員)	(介護支援専門員)

…すべての者が調査実施可能、 …一部の者のみ調査実施可能 ×…すべての者が調査実施不可

【介護保険法第 27 条第 2 項】市町村職員による認定調査に関する規定

2 市町村は、前項の申請があったときは、当該職員をして、当該申請に係る被保険者に面接させ、その心身の状況、その置かれている環境その他厚生労働省令で定める事項について調査をさせるものとする。この場合において、市町村は、当該被保険者が遠隔の地に居所を有するときは、当該調査を他の市町村に囑託することができる。

【介護保険法第 24 条の 2 第 1 項第 2 号】指定市町村事務受託法人への委託に関する規定

市町村は、次に掲げる事務の一部を、法人であって厚生労働省令で定める要件に該当し、当該事務を適正に実施できると認められるものとして都道府県知事が指定するもの(以下この条において「指定市町村事務受託法人」という。)に委託することができる。

(中略)

二 第二十七条第二項(第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項、第三十一条第二項及び第三十二条第二項(第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。))において準用

する場合を含む。)の規定による調査に関する事務

**【介護保険法第 28 条第 6 項】指定居宅介護支援事業所等への委託に関する規定**

6 前項の規定により委託を受けた指定居宅介護支援事業者等は、介護支援専門員その他厚生労働省令で定める者に当該委託に係る調査を行わせるものとする。

**【参考】各市町村における認定調査員募集(臨時職員等)の募集規定**

**【川口市】**

保健師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士のいずれかの資格を有し、60歳未満の方。

**【八戸市】**

介護支援専門員の業務について厚生労働省令に定める基準に違反したことがない方  
事業所などに所属していない方(フリーの方)

八戸市の要介護認定調査員として1年以上の経験を有している方

認定調査に必要な移動手段(自家用車等)が確保できる方

認定調査員向け e - ランニングシステムを受講している方もしくは受講希望の方

**【稲城市】**

(1) 看護師、介護支援専門員もしくは社会福祉士の資格を有する方

(2) 普通自動車免許を有する方

**【豊島区】**

・社会福祉士及び介護福祉士法に定める介護福祉士の資格を有するかた

・介護保険法に定める介護支援専門員の資格を有するかた

・保健師助産師看護師法に定める免許を受けた保健師又は看護師の資格を有するかた

・介護保険法施行令に定める訪問介護員養成研修 2 級課程を修了したかた

**【船橋市】**

次のいずれかの資格を持つ方

介護支援専門員・保健師・助産師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・訪問介護員 1・2 級  
(申込時実務経験 1 年以上)

自動車・自転車の運転が可能な方

**サービス未利用者の更新申請への対応**

サービス利用の予定はないが、「念のため」に申請しておくという申請者もみられ、業務面でも、費用面でも負担となっている。要介護認定者の 2 割～3 割を占めるこれらのサービス未利用者について、二次予防事業につなげることができれば、申請件数の減少につながるのではないかと。

そのためには、具体的な取り組みとして、地域包括支援センターが未利用者の更新時期の前に訪問を行い、二次予防事業などに結びつけるような取り組みが有効ではないかと。

また、住宅改修や福祉用具購入のみの申請者については簡易な審査方法を用いては

うか。

あるいは、未利用者への申請勧奨の連絡を行わないといった取り組みも考えられるのではないか。

申請件数全体を抑制する観点から、申請あたりのコストの明示化や、ホームページによる申請抑制の広報などの取り組みを行っている自治体もある。

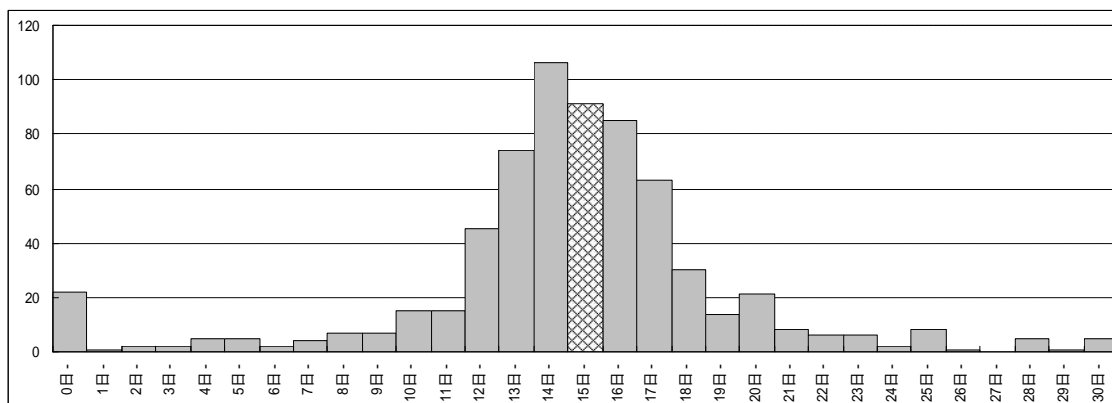
#### 主治医意見書の期限内提出

認定期間が長期化する背景として、主治医意見書の提出が遅延するケースが多く指摘されたが、遅延の理由として、主治医意見書の記載分量に問題がある点が指摘されている。

A4 サイズ 1 枚程度の分量となるよう記載項目を簡素化するとともに、医師により記載内容に濃淡が見られる特記事項欄を統合・調整するなど、医師の負担に配慮した構成に見直す必要があるのではないか。

医師が情報提供に同意せず対応に苦慮するケースがあることから、同意確認項目を削除するといった対応が考えられないか。

【主治医意見書回収にかかる日数(再掲)】(厚生労働省「平成 23 年度要介護認定適正化事業 業務分析データ」より)



#### 「ファスト・トラック」の普及

いつ判定結果が得られるか不安であるため、必要以上に早期に申請を行う(推奨する)申請者や入院先医療機関、ケアマネジャーに対して、申請時期の適正化と不要不急の申請の回避に理解を得るためにも、がん末期に係る申請などですでに行われているように、優先的に手続きを進め(いわゆる「ファスト・トラック」の設定)、関係機関に周知してはどうか(度会広域の取り組み)。

【参考】末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について(H22/4/30 事務連絡)

(抜粋)

## 2. 要介護認定の実施について

一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、暫定ケアプランの作成に加え、迅速な要介護認定を実施いただくようお願いします。

## 3. 入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について

入院している末期がん等の方が、退院後に在宅等に生活の拠点を移す場合において、入院中の段階からケアマネジャー等と医療機関が連携し、退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上及び介護報酬上評価されています。入院している末期がん等の方で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくようお願いします。

(参考)

### 介護報酬上の評価

平成 21 年度より新規に導入

- ・医療連携加算: 150 単位 / 月 (利用者 1 人につき 1 回を限度)
- ・退院・退所加算: 400 単位 / 月 (入院期間が 30 日を超えない場合)  
600 単位 / 月 (入院期間が 30 日を超える場合)

### 診療報酬上の評価

平成 22 年度より新規に導入

- ・介護支援連携指導料 300 点 (入院中 2 回)

平成 22 年度以前より導入

- ・退院時共同指導料 300 点 (入院中 1 回)
- ・急性期病棟等退院調整加算 140 点 (退院時 1 回) (平成 22 年度に改正)

### 医療機関等への協力要請

認定期間が長期化する背景には、主治医意見書の提出が遅延しているケースが多いことを指摘することができる。特に大病院の場合、非常勤で、月に数回しか勤務しない医師もあり、意見書の提出が遅延する場合がある。

また、認定事務が遅延する傾向があることから、心身の状態が安定していなくても早めに申請することを推奨する医療機関も少なくない。

さらに、診療報酬改定に連動して、要介護認定制度の利用を検討する医療機関も増加しており、医療機関からの申請件数が増加している(介護支援連携指導料)。

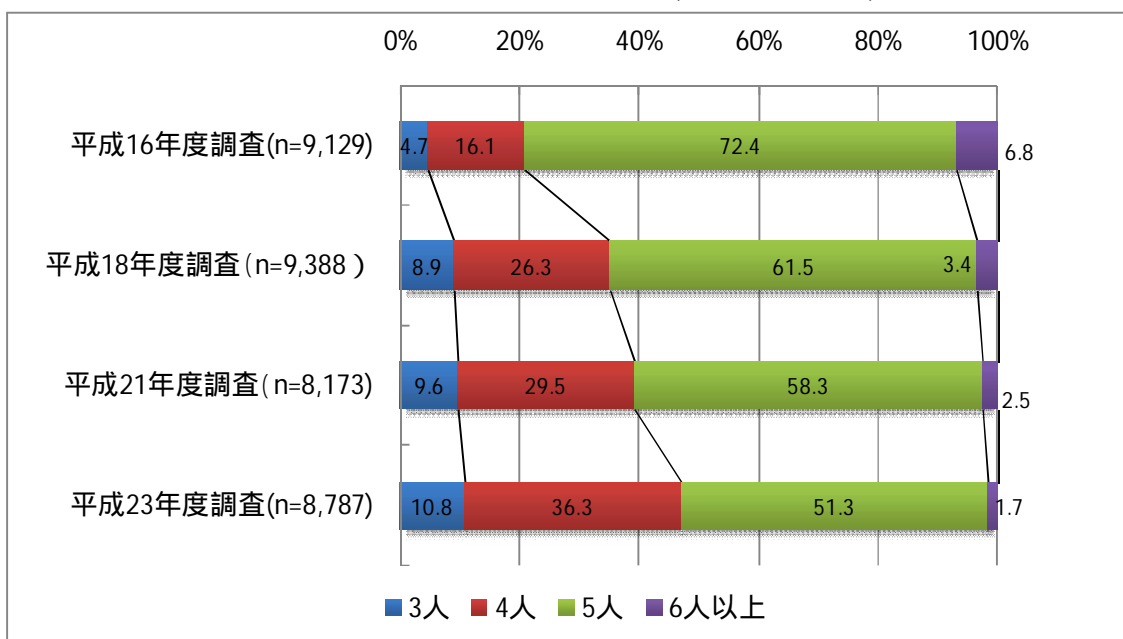
こうした状況について、医療機関に対して協力要請をするにしても、市町村では限度がある。適切な取り扱いについて、国から、改めて文書で通知することはできないか。

また、要介護認定制度に対する医療機関側の総合的な理解を促進するための広報の取り組みも必要ではないか。

### 少人数合議体の活用

3人(または4人)合議体の運用は、申請区分に関わらず可能との取り扱いになっているが、多くの自治体では採用されていない。主な理由として、委員の突発的な欠席で流会になる危険性があること、議論が不十分になるのではないかと懸念が指摘されている。一方、実際に3人合議体を運営している自治体からは、少人数の委員で審査会を行っても発言や議論の量は大きく変化しない、むしろテンポよく運営されるといった指摘もある。3人または4人による合議体の運用については、その取り扱い自体が、必ずしも周知されているとはいえないことから、実際の運用実績や、全国での設置合議体数などの具体的な状況も含め、改めて保険者に周知してはどうか。

【委員数別にみた合議体数(運用数ベース)】



平成16年度調査は「平成16年度要介護認定実態調査」(回答数1,129自治体)、平成18年度調査は「平成18年度要介護認定実態調査」(回答数981自治体)、平成21年度調査は「平成21年度要介護認定実態調査」(回答数1,529自治体)。

なお、グラフ中の「n」は全回答自治体における合議体数の合計値であり、グラフ中の比率は、全合議体数に占める割合を示している。

### 【参考】介護認定審査会運営要綱(H21/9/30老発0930第6号)

(抜粋)

#### (2) 合議体の構成

合議体の委員の定数は、5人を標準として市町村が定める数とする。なお、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であって

も、3人を下回ることはできない。

・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合

・委員の確保が著しく困難な場合

一定期間中は同じ委員構成とするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員を設置した場合であって、概ね3か月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更することは可能である。特定の分野の委員の確保が困難な場合にあっては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式でも差し支えない。

また、公平公正な要介護認定を確保するために、合議体間の定期的な連絡会等を開催することが望ましい。

ワークショップで提示されたその他の意見

担当者の異動時の円滑な引継ぎ、負担軽減方策の全国的な共有化、保険者間での業務の平準化等のため、事務局の手続きを示した手引き(マニュアル)を改訂してはどうか。一部ルールや細かい規定については、古い会議資料にしか記載がなく、参照しづらいため、過去の通知を見直すとともに、通知内容を体系化してはどうか。

## IV . 要介護認定業務の簡素化に関するアンケート調査

### 1. 調査概要

#### (1) 調査の目的とねらい

今後の要介護認定申請件数の増加見込みの中で、要介護認定業務を担当する全国の自治体の事務局の中でも、業務を簡素化することは急務である。特に、職員の人員体制が少ない中で大量の業務にあたっている事務局にとっては、自治体財政が逼迫する中、認定業務担当職員の増員は見込めないことも多く、短期的にも長期的にも効果的な負担軽減方策が望まれる。

ただし、要介護認定業務は、申請の受付、認定調査の管理、介護認定審査会の運営など多岐にわたる業務であるが、全国の保険者がまったく同じフローで業務を行っているのではなく、例えば広域連合や一部事務組合等を設置したり、介護認定審査会を近隣市区町村と協同設置している地域もあつたりするため、業務の簡素化を検討するにあたっては全国の自治体を一律の基準で捉えた単純な比較はできない。

そこで、全国の自治体を対象とした調査を実施し、人員配置の状況や業務実施体制に関する客観的状況を定量的に把握した。

なお、アンケート調査票の設計にあたっては、ワークショップ参加自治体の職員からの意見聴取を行い、より現場の感覚に整合した調査票を作成することを心掛けた。

#### (2) 調査対象

全国の市区町村、広域連合等の広域行政事務組合を調査対象とした。このうち政令指定都市については、行政区が申請受付以外の業務を担っているケースもあるため、行政区もアンケート発送先に含めることとした。

図表 9 調査対象

分類	対象団体数	構成比
市区町村	1,569	90.6%
政令指定都市	19	1.1%
広域行政事務組合	143	8.3%
合計	1,731	100.0%

図表 10 アンケート発送数

分類	対象団体数	構成比
市区町村	1,569	82.5%
広域行政事務組合	143	7.5%
政令指定都市	19	1.0%
政令指定都市の行政区	170	8.9%
合計	1,901	100.0%



### (3) 調査期間

平成 23 年 10 月 18 日～11 月 30 日

### (4) 調査方法

専用ウェブサイトの URL を電子メールで配布し、同サイト上で回答

## 2. 調査結果

### (1) 回答状況

全体の回答状況は 70.5%（政令市行政区も含めた場合は 68.0%）だった。

図表 11 回答状況

分類	発送数	回答数	回答率
市区町村	1,569	1,093	69.7%
政令指定都市	19 (189)	16 (112)	84.2% (46.6%)
広域行政事務組合	143	112	78.3%
全体	1,731 (1,901)	1,221 (1,293)	70.5% (68.0%)

（ ）内は政令指定都市行政区の発送数・回答数も含めた数

以降では、政令指定都市行政区の回答も含めた、1,293 件の集計結果を分析対象とする。

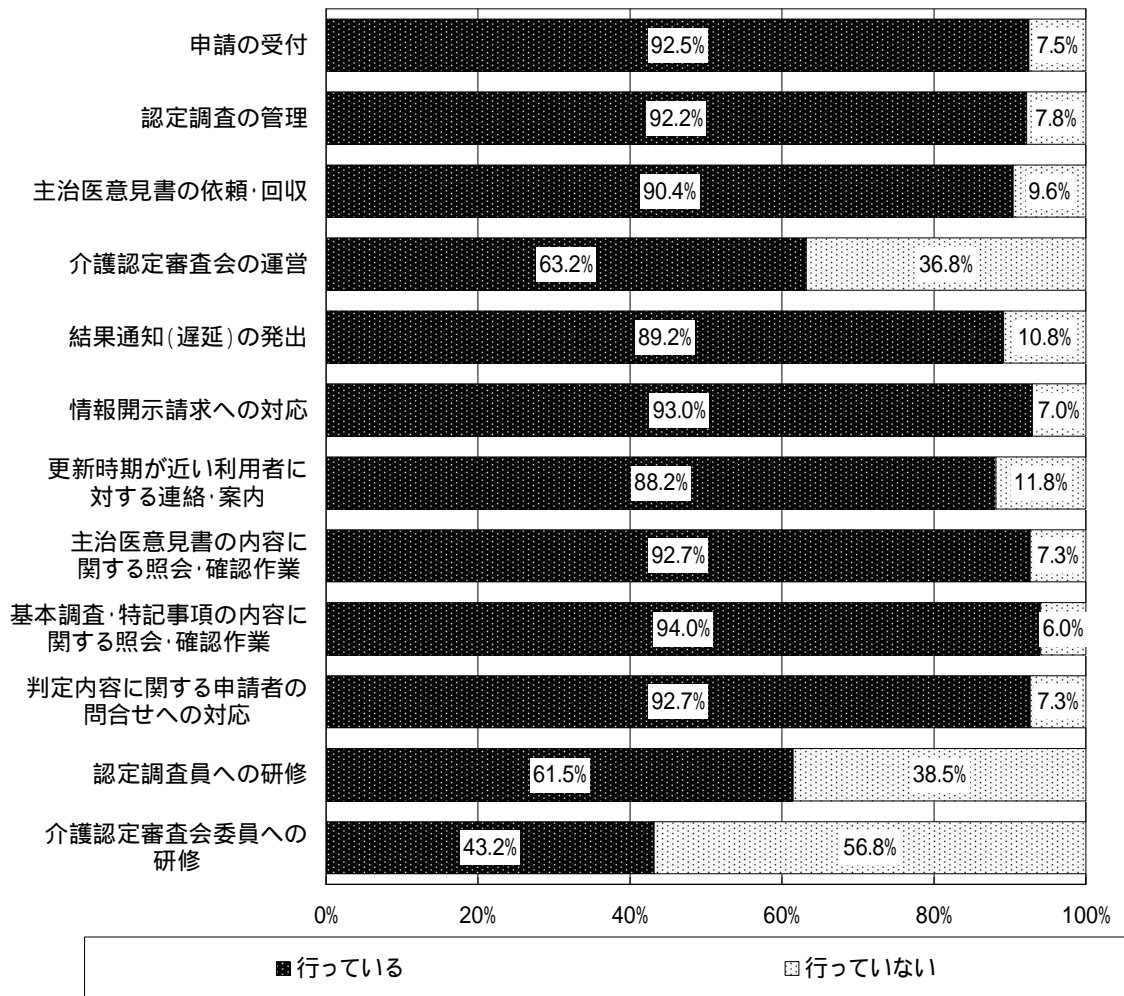
### (2) 回答自治体の体制

#### 各業務の実施状況

「申請の受付」「認定調査の管理」「主治医意見書の依頼・回収」「結果通知（遅延）の発出」「情報開示請求への対応」「更新時期が近い利用者に対する連絡・案内」「主治医意見書の内容に関する照会・確認作業」「基本調査・特記事項の内容に関する照会・確認作業」「判定内容に関する申請者の問合せへの対応」については、いずれも約 9 割の自治体で行われていた。

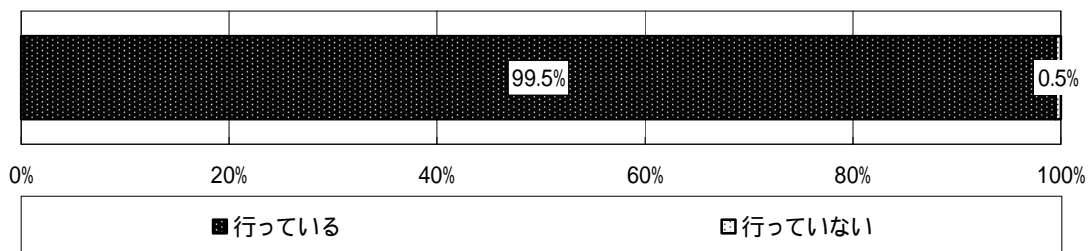
一方、「介護認定審査会の運営」は 63.2%、「認定調査員への研修」は 61.5%、「介護認定審査会委員への研修」は 43.2%と、他の業務と比較すると行っていない自治体の割合が高かった。

図表 12 業務の実施状況 (n=1,293)



また、申請の受付を「行っている」と回答した 1,196 自治体には、申請受付時の申請の必要性に関する相談業務を行っているかどうか尋ねたところ、「行っている」が 99.5%と圧倒的多数を占めた。

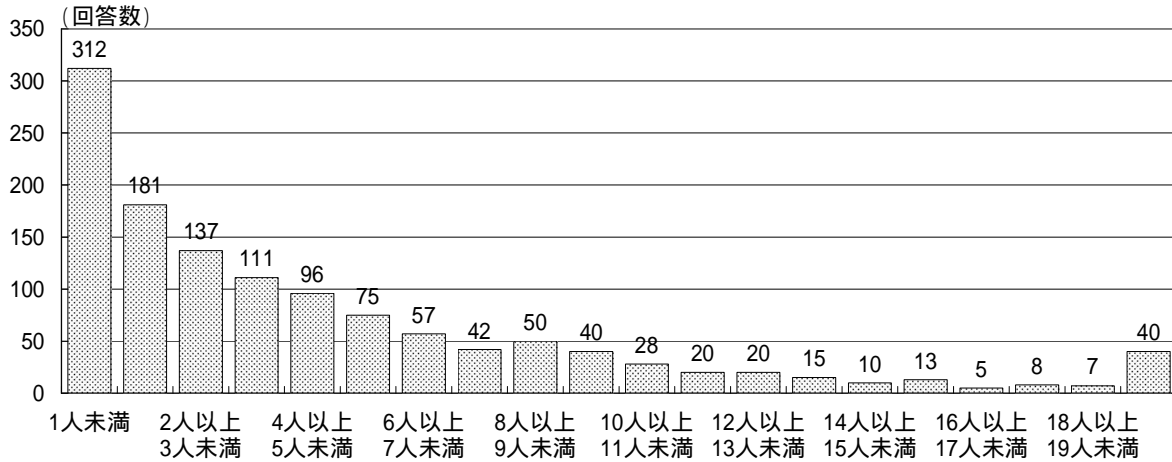
図表 13 申請の必要性に関する相談業務 (n=1,196)



## 職員数

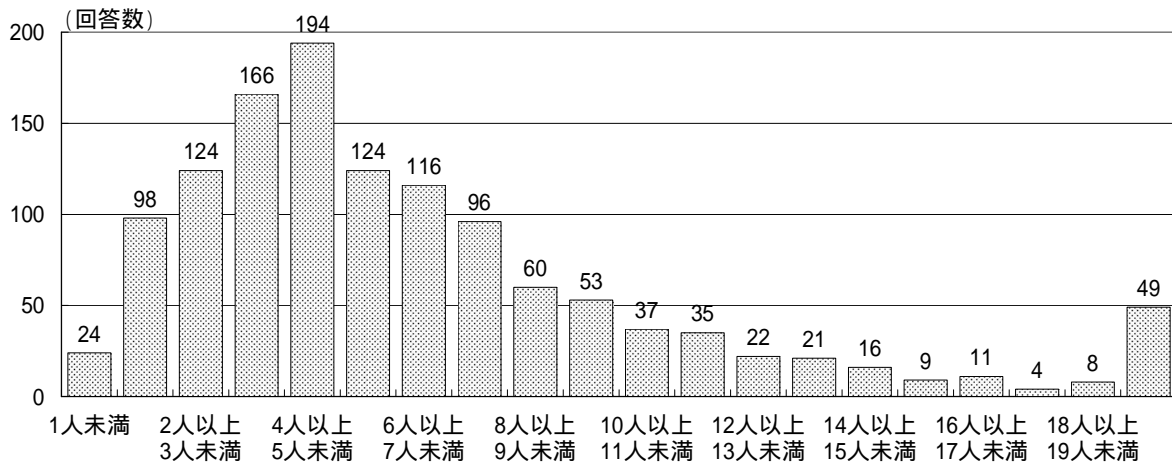
訪問調査に係る常勤換算職員数について、「1人未満」が312件（24.6%）3人未満までが630件（49.7%）であった。

図表 14 訪問調査に係る常勤換算職員数（n=1,267）



訪問調査以外に係る常勤換算職員数について、「4人以上5人未満」が194件で最も多く、次いで「3人以上4人未満」が166件、「2人以上3人未満」及び「5人以上6人未満」が124件であった。

図表 15 訪問調査以外に係る常勤換算職員数（n=1,267）



訪問調査に係る常勤換算職員数の平均は4.9人、訪問調査以外に係る常勤換算職員数の平均は7.1人であった。

図表 16 常勤換算職員数 数量

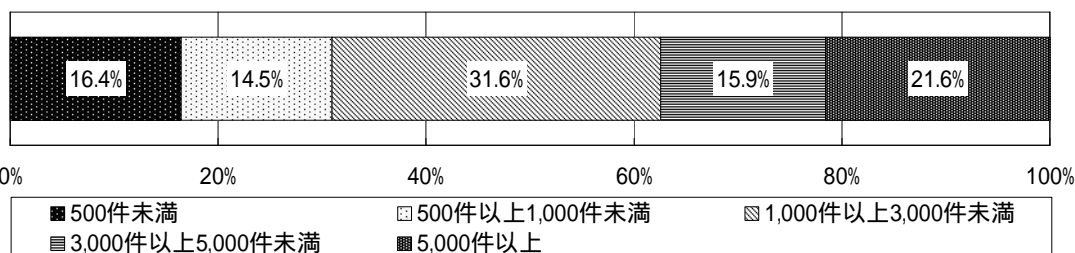
単位：人

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
訪問調査に係る職	1,267	4.9	7.0	3.0	129.4	0.0
訪問調査以外に係る職員	1,267	7.1	12.3	5.0	339.2	0.1

(3) 認定調査の管理

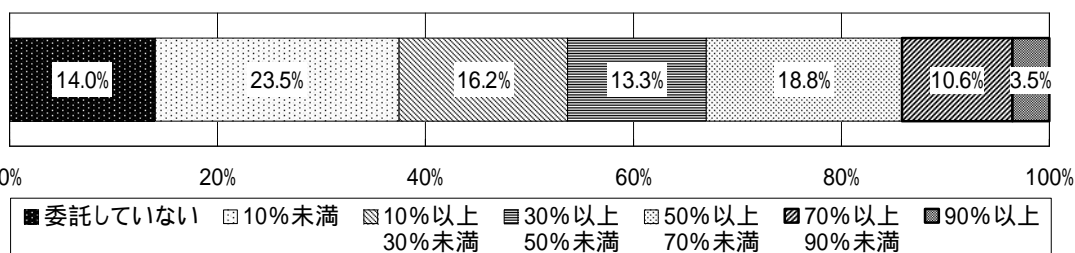
認定調査の管理を「行っている」と回答した自治体に、認定調査の実施件数について尋ねたところ、「1,000件以上3,000件未満」が31.6%と最も高く、次いで「5,000件以上」が21.6%、「500件未満」が16.4%であった。

図表 17 認定調査の実施件数 (n=1,192)



このうち、認定調査の実施件数に対する外部への委託割合を尋ねたところ、「10%未満」が最も高く23.5%であり、次いで「50%以上70%未満」が18.8%であった。

図表 18 認定調査の外部への委託割合 (n=1,185)



図表 19 認定調査の実施件数、外部への委託件数、外部への委託割合 数量

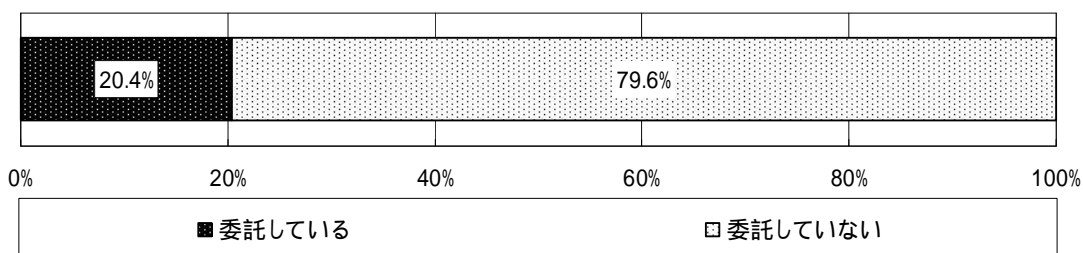
単位：件、%

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
調査実施件数 (件)	1,192	4,342.7	8,956.6	1,993	148,440	0
うち、外部に委託した件数(件)	1,185	2,074.1	7,231.6	280.5	148,440	0
外部への委託割合 (%)	1,185	31.9	30.0	24.9	100.0	0.0

委託には事務受託法人への委託分を含む

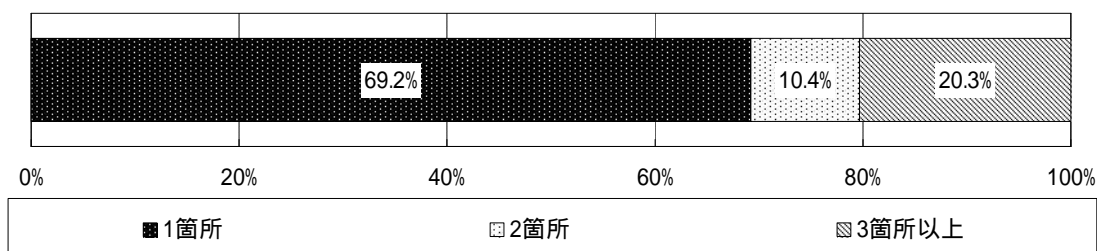
認定調査の事務受託法人への委託を行っているか尋ねたところ、「委託していない」が79.6%を占めた。

図表 20 認定調査の事務受託法人への委託 (n=1,192)



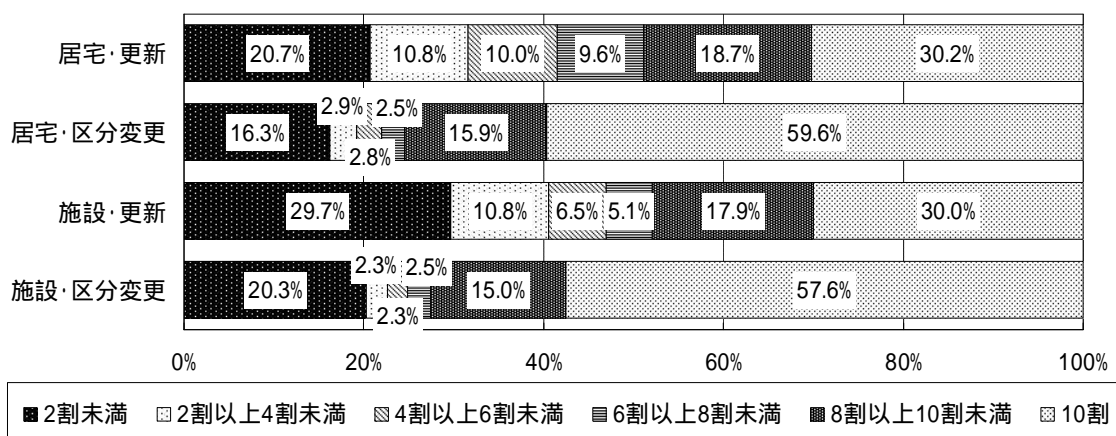
認定調査を事務受託法人へ「委託をしている」と回答した自治体に、認定調査の事務受託法人への委託実施件数について尋ねたところ、「1箇所」が約69.2%、「2箇所」が10.4%、「3箇所以上」が20.3%であった。

図表 21 認定調査の事務受託法人への委託実施数 (n=182)



申請区分が更新または区分変更の場合に、認定調査を自治体職員（嘱託職員等を含む）もしくは事務受託法人が直接行う割合について尋ねたところ、10割が直接調査である自治体は「居宅・区分変更」で59.6%、「施設・区分変更」で57.6%と過半数を超えていたが、「居宅・更新」では30.2%、「施設・更新」で30.0%と約3割程度であった。

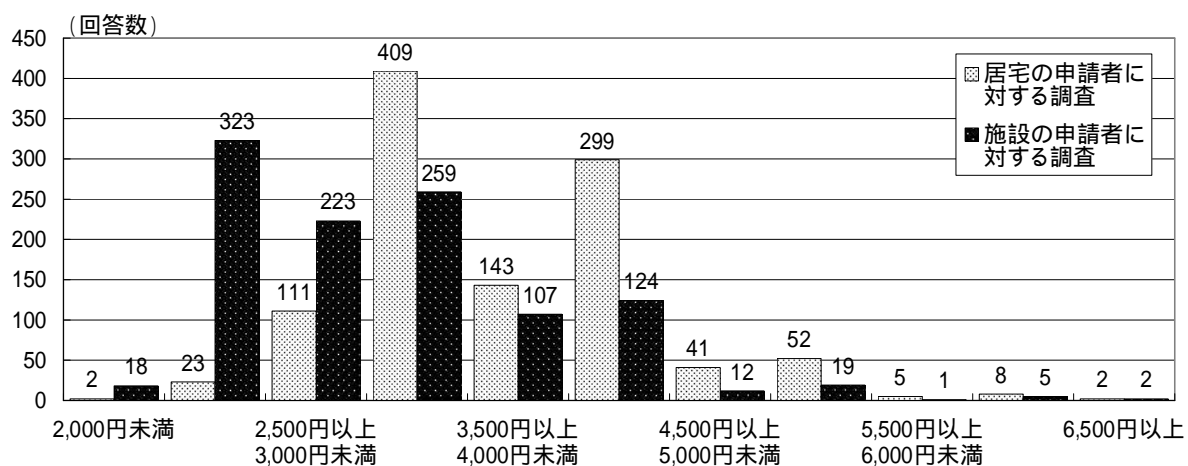
図表 22 認定調査を直接行う割合 (n=1,192)



居宅介護支援事業所への委託調査の委託費用について、居宅の申請者に対する調査費用は、「3,000円以上3,500円未満」が409件で最も多く、次いで「4,000円以上4,500円未満」が299件であった。

また、施設の申請者に対する委託調査の委託費用は、「2,000円以上2,500円未満」が323件で最も多く、次いで「3,000円以上4,500円未満」が259件、「2,500円以上3,500円未満」が223件であった。

図表 23 居宅介護支援事業所への委託調査の委託費用 (n=1,095)



図表 24 居宅介護支援事業所への委託調査の委託費用 数量

単位：円

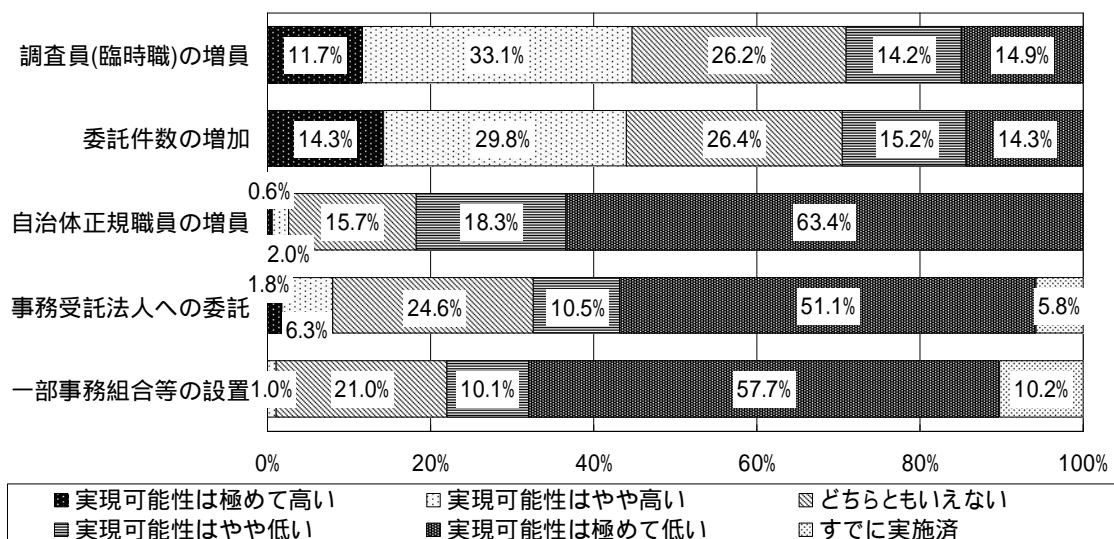
	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
居宅の申請者に対する調査	1,095	3,596.7	750.1	3,500	6,500	1,750
施設の申請者に対する調査	1,093	2,951.8	814.9	2,800	6,500	1,470

認定調査に関し、現状の体制による運営が困難になった場合の対応策を尋ねた。

まず、「直接調査にかかる調査員（臨時職）を増員する」については、実現可能性が高い（「実現可能性は極めて高い」と「現実可能性はやや高い」の合計）との回答が44.8%であった。また、「委託の件数を増やす」について実現可能性が高いとしたのは合計44.1%であった。

一方、「自治体の正規職員を増員する」は「実現可能性は極めて低い」が63.4%と多数を占めた。同様に、「事務受託法人への委託を行う」で51.1%、「近隣市町村との一部事務組合等の設置などにより要介護認定事務を実施する」で57.7%と、「実現可能性は極めて低い」との回答が過半数を占めた。

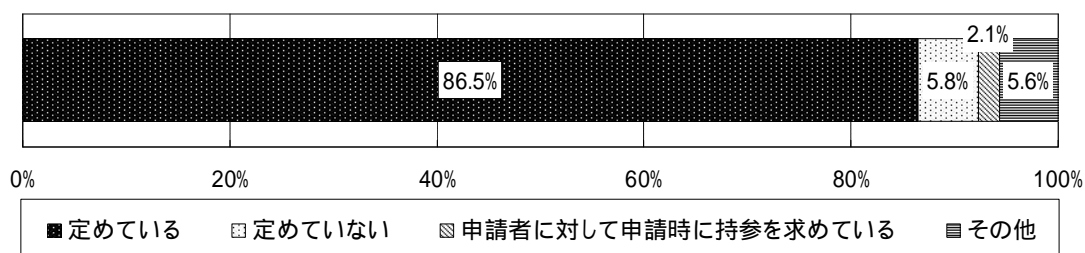
図表 25 認定調査 現状体制での運営が困難になった場合の対応策（n=1,192）



#### (4) 主治医意見書にかかる業務

主治医意見書の依頼回収を「行っている」と回答した1,169件の自治体に、主治医意見書の提出期限を定めているか尋ねたところ、「定めている」が1,011件で86.5%を占めた。

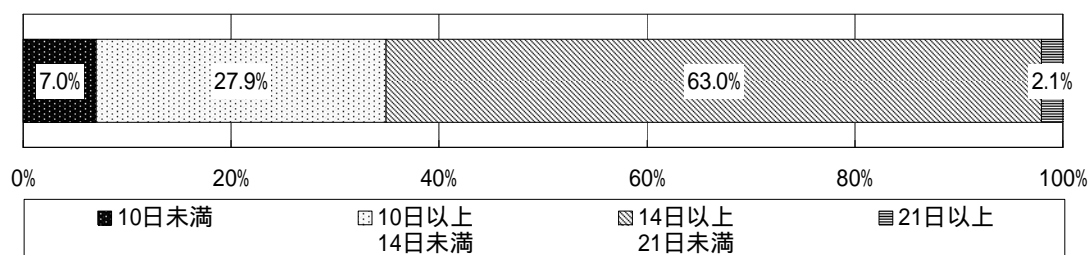
図表 26 主治医意見書の提出期限（n=1,169）



主治医意見書の提出期限を「定めている」と回答した自治体について、提出期限としている提出依頼からの日数を尋ねたところ、「14日以上21日未満」が63.0%、「10

日以上 14 日未満」が 27.9%であった。

図表 27 主治医意見書の提出期限 (n=1,011)



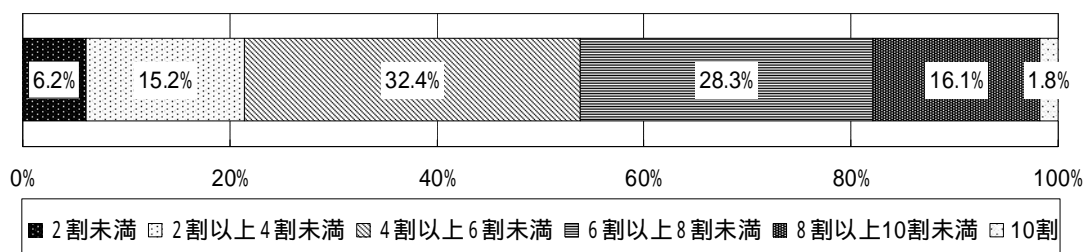
図表 28 主治医意見書の提出期限 数量

単位：日

n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
1,011	12.9	3.2	14	30	4

期限内に提出される主治医意見書の割合は、「4 割以上 6 割未満」が 32.4%と最も高く、次いで「6 割以上 8 割未満」が 28.3%、「8 割以上 10 割未満」が 16.1%であった。

図表 29 期限内に提出される主治医意見書の割合 (n=1,169)



申請 1 件あたりの主治医意見書作成報酬のうち、申請区分が「新規」の場合について、在宅のケースは中央値 5,000 円、施設のケースは中央値 4,000 円だった。申請区分が「更新」または「区分変更」の場合、在宅のケースは中央値 4,000 円、施設のケースは中央値 3,000 円だった。

在宅・施設ともに、「新規」の場合は「更新」や「区分変更」の場合と比較して中央値が 1,000 円ずつ高かった。



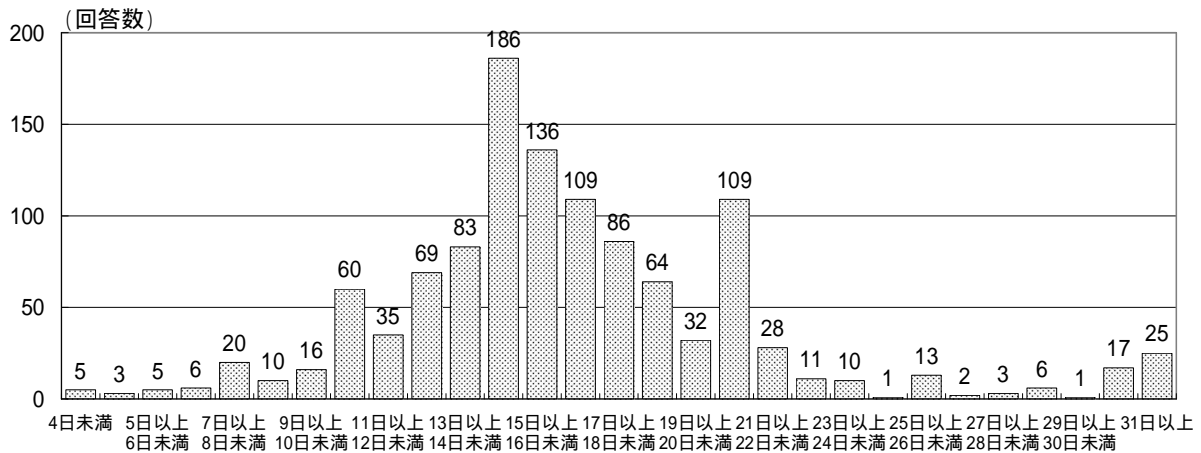
図表 30 申請 1 件あたりの主治医意見書作成報酬 数量

単位：円

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
新規・在宅	1,166	5,062.7	141.0	5,000	5,250	3,150
新規・施設	1,166	4,060.2	139.0	4,000	5,250	3,000
更新・在宅	1,166	4,074.8	168.6	4,000	5,250	3,000
更新・施設	1,166	3,069.3	170.4	3,000	4,200	2,500
区分変更・在宅	1,094	4,117.3	254.4	4,000	5,250	3,000
区分変更・施設	1,094	3,129.8	283.5	3,000	4,200	2,500

主治医意見書の平均回収日数について、「14 日以上 15 日未満」が 186 件と最も多く、次いで「15 日以上 16 日未満」が 136 件、「16 日以上 17 日未満」及び「20 日以上 21 日未満」が 109 件であった。

図表 31 主治医意見書の平均回収日数 (n=1,151)



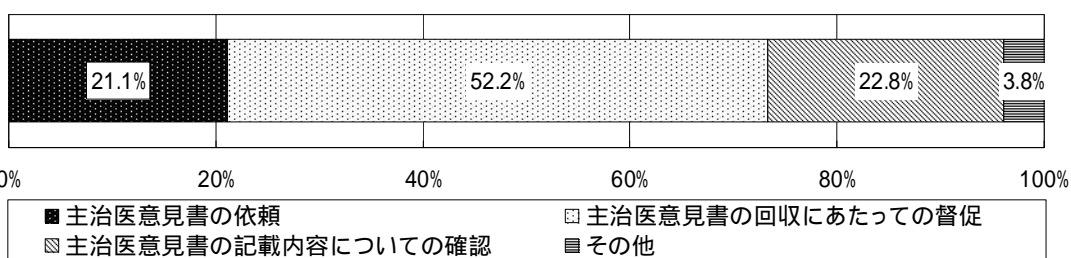
図表 32 主治医意見書の平均回収日数 数量

単位：日

n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
1,151	16.1	5.4	15.2	47.9	0.2

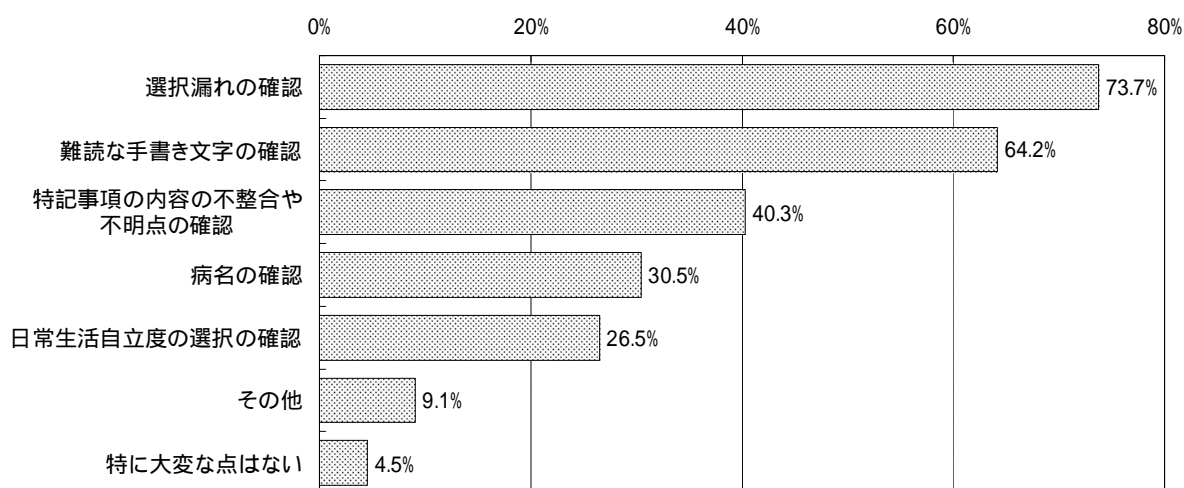
主治医意見書にかかる業務のうち最も負担の大きい業務としては、「主治医意見書の回収にあたっての督促」が 52.2%と半数以上を占めており、次いで「主治医意見書の記載内容についての確認」が 22.8%、「主治医意見書の依頼」が 21.1%であった。

図表 33 主治医意見書に係るもっとも負担の大きい業務 (n=1,169)



主治医意見書の内容確認で負担の大きい業務としては、「選択漏れの確認」が 73.7% と最も高く、次いで「難読な手書き文字の確認」が 64.2%、「特記事項の内容の不整合や不明点の確認」が 40.3%であった。

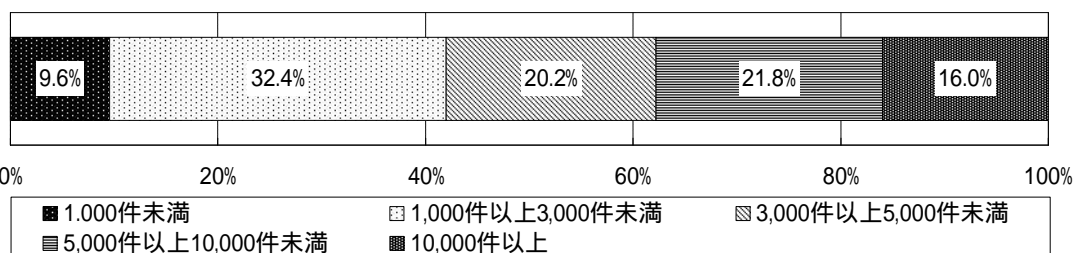
図表 34 主治医意見書の内容確認で負担の大きい作業 複数回答 (n=1,169)



### (5) 介護認定審査会の体制

介護認定審査の運営を「行っている」と回答した 815 件の自治体に、年間審査件数を尋ねたところ、「1,000 件以上 3,000 件未満」が 32.4%、「5,000 件以上 10,000 件未満」が 21.8%、「3,000 件以上 5,000 件未満」が 20.2%であった。

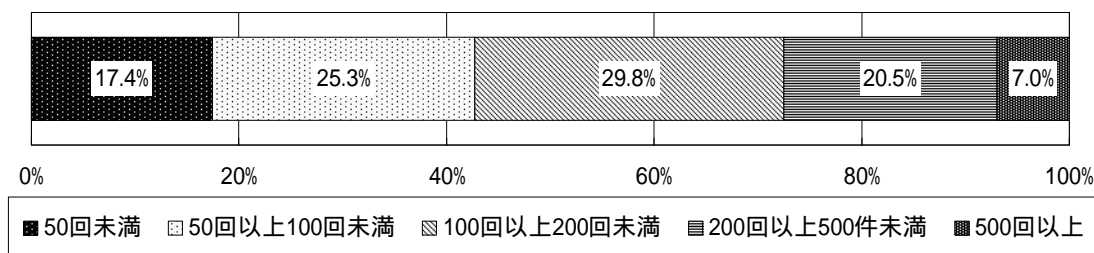
図表 35 年間審査件数 (n=815)



年間審査会開催件数について、「100 回以上 200 回未満」が 29.8%、「50 回以上 100

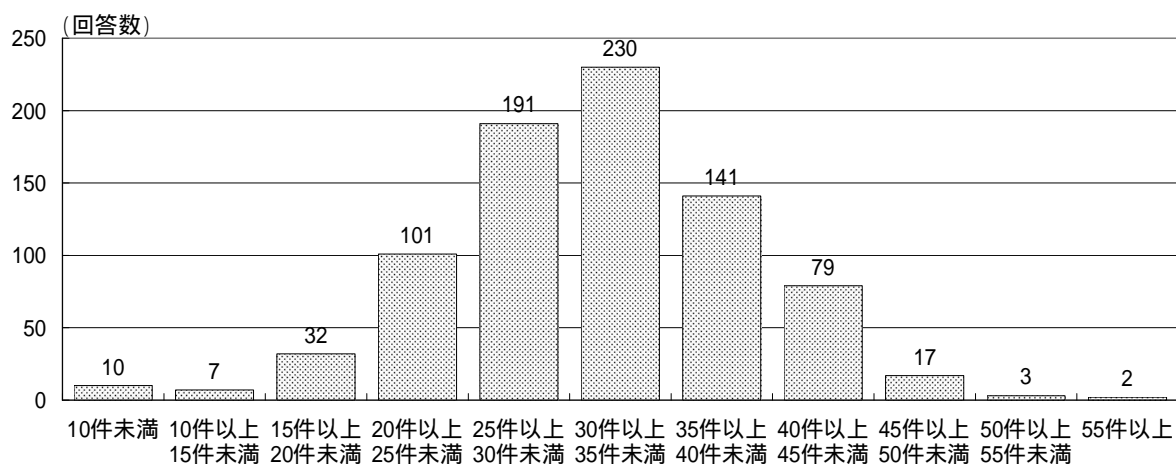
回未満」が 25.3%、「200 回以上 500 回未満」が 20.5%であった。

図表 36 年間審査会開催件数 (n=815)



審査会 1 回あたりの平均審査件数については、「30 件以上 35 件未満」が 230 件で最も多く、次いで「25 件以上 30 件未満」が 191 件、「35 件以上 40 件未満」が 141 件、「20 件以上 25 件未満」が 101 件であった。

図表 37 1 回あたりの平均審査件数 (n=813)



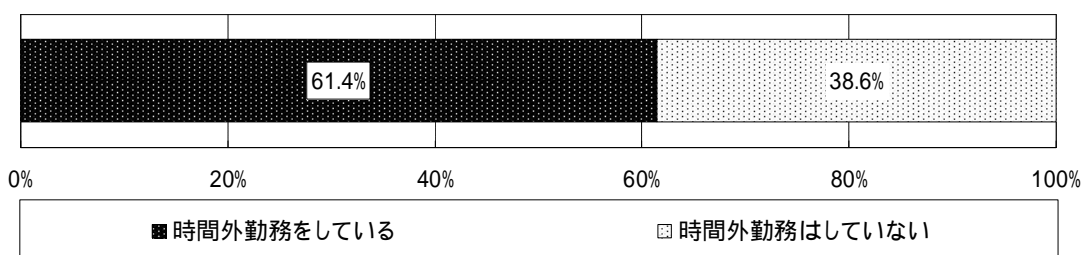
図表 38 年間審査件数、審査会開催件数、1 回あたりの平均審査件数 数量

単位：件

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
年間審査件数	815	6,412.2	10,404.7	3,646	157,599	11
審査会開催件数	813	199.3	306.1	118	4,497	8
一回あたりの平均審査件数	813	31.3	7.6	31.0	61.2	1.4

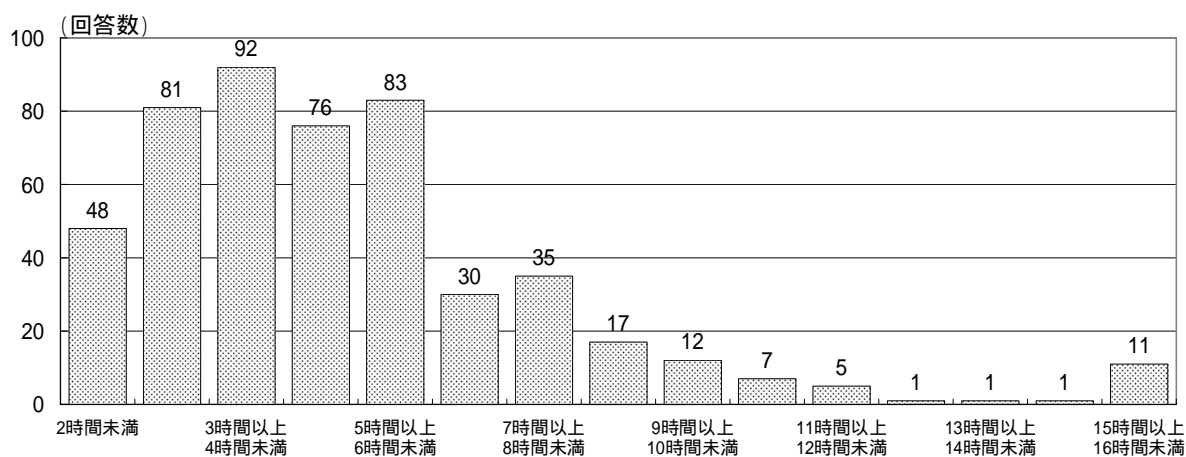
審査会同席のための時間外勤務について、61.4%の自治体が「時間外勤務をしている」と回答した。

図表 39 審査会同席のための時間外勤務 (n=817)



審査会同席のための時間外勤務について、訪問調査以外に係る職員（常勤換算）1人あたりの1週間あたりのべ時間を算出したところ、「3時間以上4時間未満」が92件、「5時間以上6時間未満」が83件、「2時間以上3時間未満」が81件、「4時間以上5時間未満」が76件であった。

図表 40 審査会同席のための時間外勤務 職員1人あたりの1週間あたりのべ時間(n=500)



審査会同席のための時間外勤務は、回答のあった500自治体で平均4.0時間、中央値3.3時間であった。

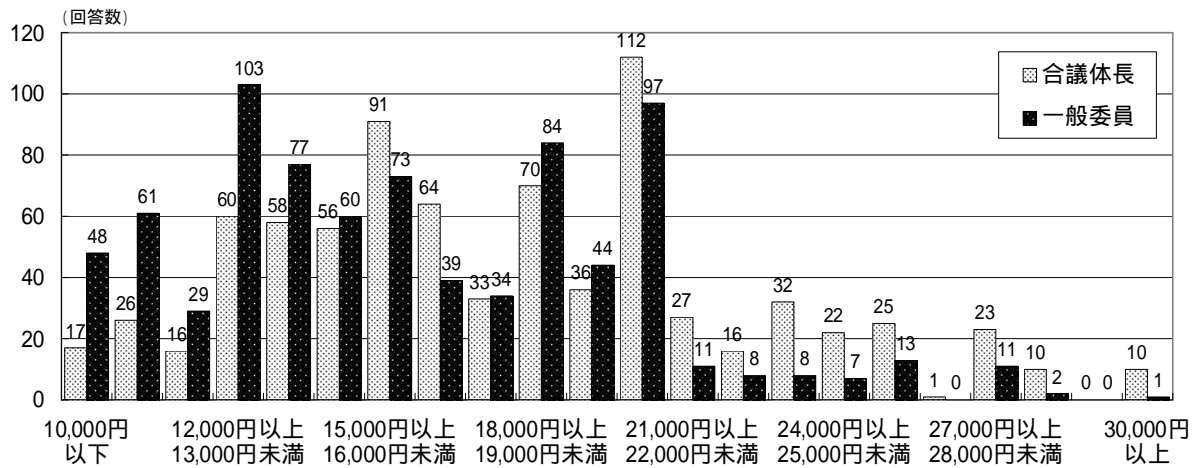
図表 41 審査会同席のための時間外勤務 1週間あたりのべ時間 数量

単位：時間

n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
500	4.0	3.4	3.3	26.1	0.2

審査会の委員謝金単価について、合議体長は「20,000円以上21,000円未満」が112件で最も多かった。一方、一般委員で最も多かったのは「15,000円以上16,000円未満」で103件であった。

図表 42 審査会の委員謝金単価 (n=810)



合議体長への謝金は平均 17,523.7 円、中央値 17,200 円であった。また、一般委員への謝金は、平均 15,487.3 円、中央値 15,000 円であった。

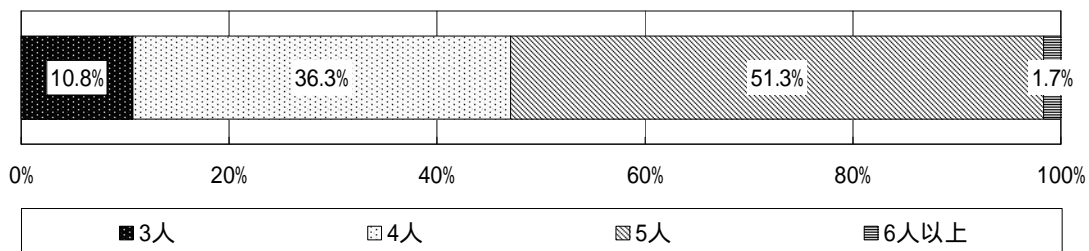
図表 43 審査会の委員謝金単価 数量

単位：円

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
合議体長	805	17,523.7	4,682.7	17,200	30,000	5,000
一般委員	810	15,487.3	4,289.7	15,000	30,000	4,500

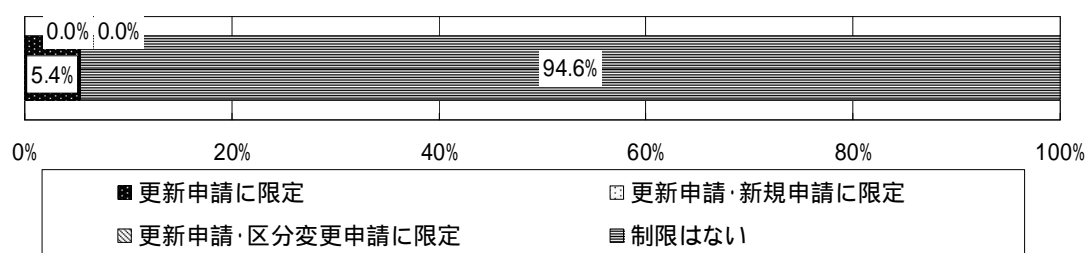
合議体の運用数について、「5人」が 51.3%と最も高く、次いで「4人」が 36.3%、「3人」が 10.8%であった。

図表 44 合議体の運用数 (n=817)



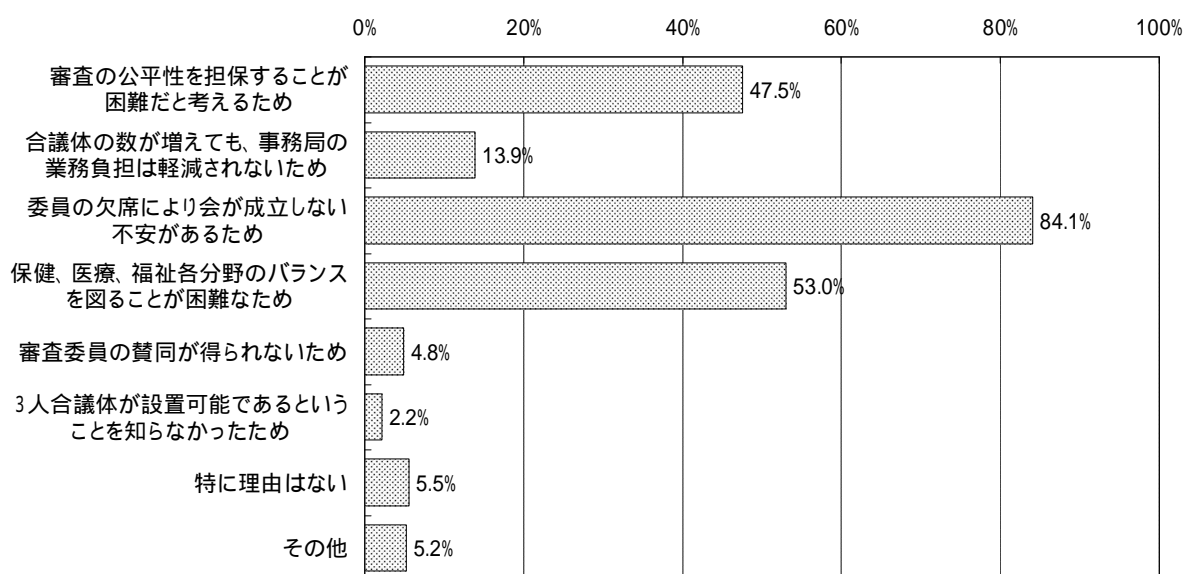
3人合議体を運用している 74 自治体に、3人合議体の取り扱いについて申請区分での制限を行っているか尋ねたところ、94.6%が「制限はない」と回答した。

図表 45 3人合議体の取り扱いについての制限 (n=74)



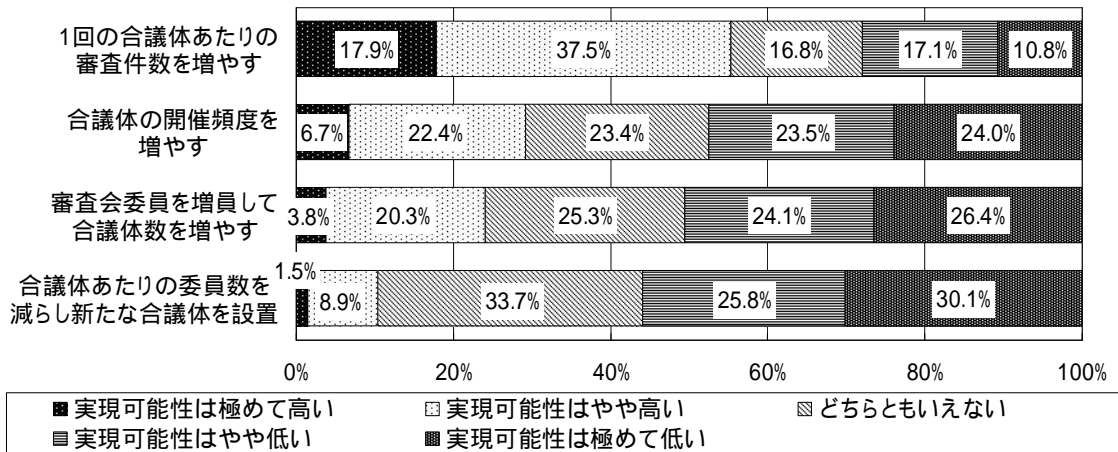
一方、介護認定審査会において3人合議体を設置していない743件の自治体に対して、3人合議体を設置しない理由を尋ねたところ、「委員の欠席により会が成立しない不安があるため」が84.1%で最も高く、次いで「保健、医療、福祉の学識経験者の各分野のバランスを図ることが困難なため」が53.0%、「審査の公平性を担保とすることが困難だと考えるため」が47.5%であった。

図表 46 3人合議体を設置しない理由 (n=743)



今後、審査件数の増加によって審査会が現状の体制での運営が困難になった場合の対策案を示し、その実現可能性について尋ねた。実現可能性が高いとする回答（「実現可能性は極めて高い」と「実現可能性はやや高い」の合計）をみると、「1回の合議体あたりの審査件数を増やす」については合計55.4%、「合議体の委員数は増員せず、また一回あたりの審査件数を増やさずに、開催頻度を増やす」は合計29.1%、「審査会委員を増員して合議体数を増やす」は24.1%、「全体の委員数は増員せず、合議体あたりの委員数を減らし、新たな合議体を設置する」は10.4%だった。

図表 47 審査会 現状体制での運営が困難になった場合の対応策 (n=817)



更新申請への12か月を超える有効期限上限の適応については、「特に設定はしていない」が26.4%、「要介護4以上または要介護5以上に限定したうえで、個別に判断している」が23.1%、「すべての更新申請において上限を24か月とし、個別に判断している」が19.7%、「前回の要介護度から変化がないもの」が18.1%であった。

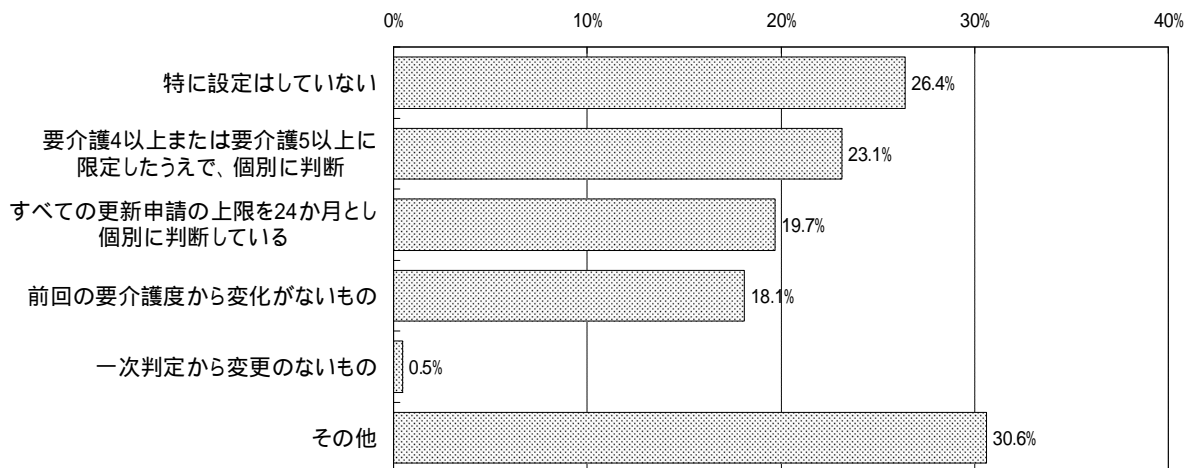
また、「その他」としては、

- ・要介護1～3で状態が安定している場合は18ヶ月、要介護4・5で状態が安定している場合は24ヶ月を目安に個別に判断（市）
- ・要介護1から3に関しては、「前回と同介護度」で「引き続き状態が安定することがみこまれる」方、要介護4から5については、前回結果に関係なく、状態の回復の見込みのないと思われる方をそれぞれ延長している。（広域行政事務組合）
- ・更新申請であり要介護2以上のもので、個別に判断している（特別区）
- ・更新後が介護2以上は原則24か月、ケースにより短縮もあり（市）
- ・2回目以降の更新で、尚且つ要介護2以上の方で、個別に判断している（市）
- ・要介護2以上に限定したうえで、個別に判断している（政令指定都市行政区）
- ・要介護2以上で前回から1段階以内変化（市）
- ・要介護2から要介護2、要介護3から要介護3・4・5、要介護4から要介護4・5、要介護5から要介護5（市）
- ・要介護2は18月 要介護3以上は24月まで（町）
- ・要介護3で前回有効期間12か月以上の場合は18か月としている（町）
- ・介護老人福祉施設入所者で要介護3以上の場合ほか（町）
- ・要介護3以上に限定したうえで、個別に判断している（市）
- ・要介護度3以上、前回有効期間12ヶ月以上、1ランク以内の変化（町）
- ・要介護3以上が連続した場合に限定し、設定している。（広域行政事務組合）
- ・前回判定も要介護4または5であること（広域行政事務組合）
- ・要介護4以上の方、又は要介護3以上で施設等入所中の方、しかし、状態が不安定で今後早期に状態像が変化の見込みのものは除く（町）

- ・ 前回、今回ともに要介護状態の場合(ただし、その差が2段階以上の場合を除く)(市)
- ・ 要介護1(状態不安定を除く)以上で前回より重度化していない場合(町)
- ・ 介護4・5は24ヶ月可。介護2・3は前回有効期間が12ヶ月で今回も同じ介護度であれば可(市)

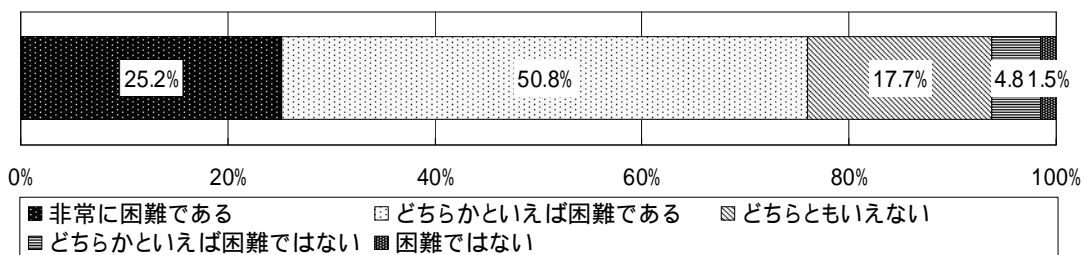
といった内容が挙げられた。

図表 48 更新申請への12ヶ月を超える有効期間上限の適用 (n=817)



審査会の委員確保の状況について、「どちらかと言えば困難である」が50.8%、「非常に困難である」が25.2%、「どちらともいえない」が17.7%であった。

図表 49 審査会の委員確保の状況 (n=817)



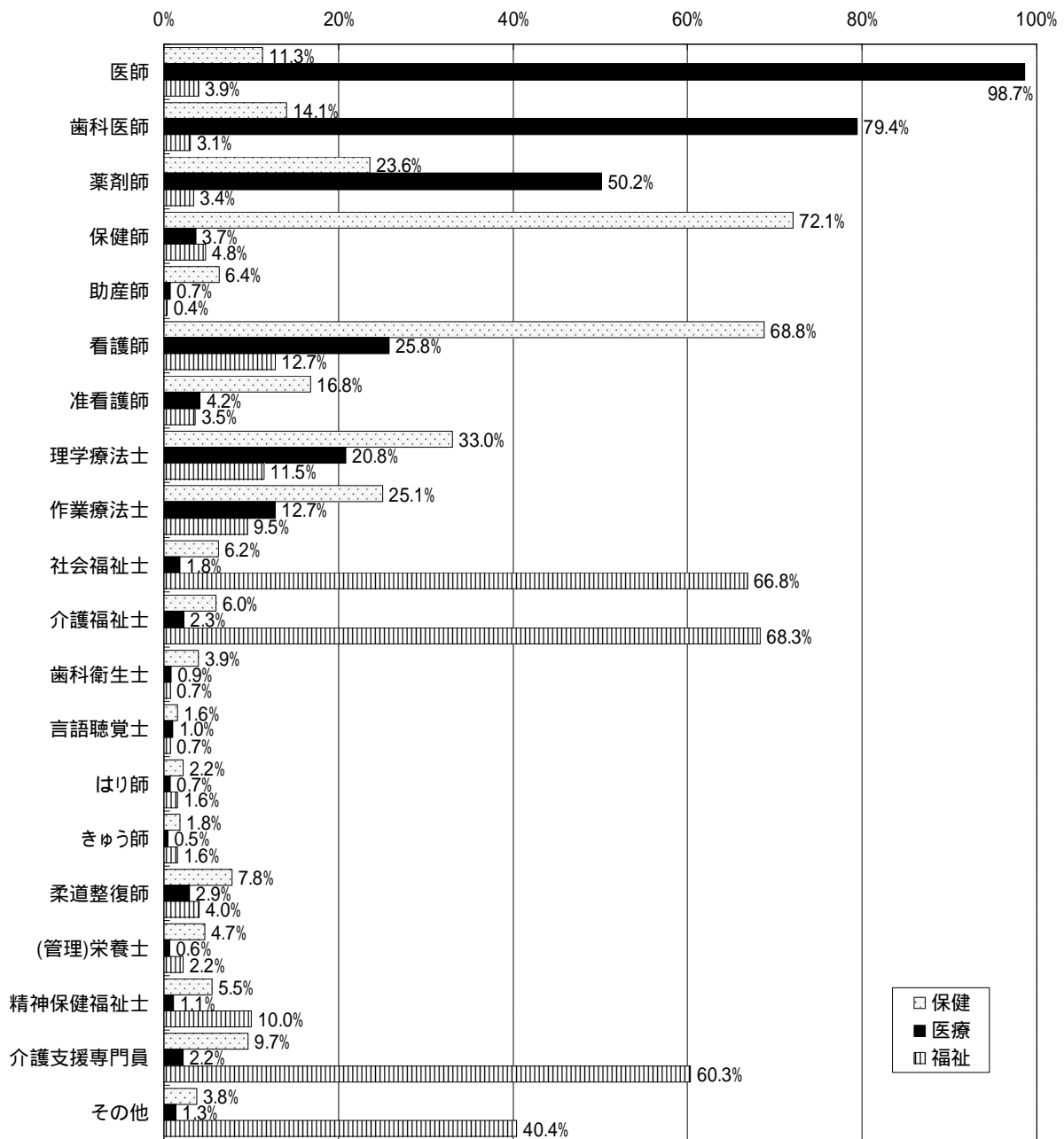
審査会委員としてどのような有資格者を各分野の委員としているかについて、保健分野としては「保健師」(72.1%)、「看護師」(68.8%)の割合が高く、「理学療法士」(33.0%)、「作業療法士」(25.1%)、「薬剤師」(23.6%)と続いた。

医療分野としては、「医師」が98.7%と圧倒的に高く、「歯科医師」が79.4%、「薬剤師」が50.2%となった。

福祉分野としては、「介護福祉士」(68.3%)、「社会福祉士」(66.8%)、「介護支援専門員」(60.3%)が高いが、「その他」も40.4%であった。「その他」としては、「施設職員」、「行政機関福祉職員(O B 含む)」、「教授等の学識経験者」といった回答があった。

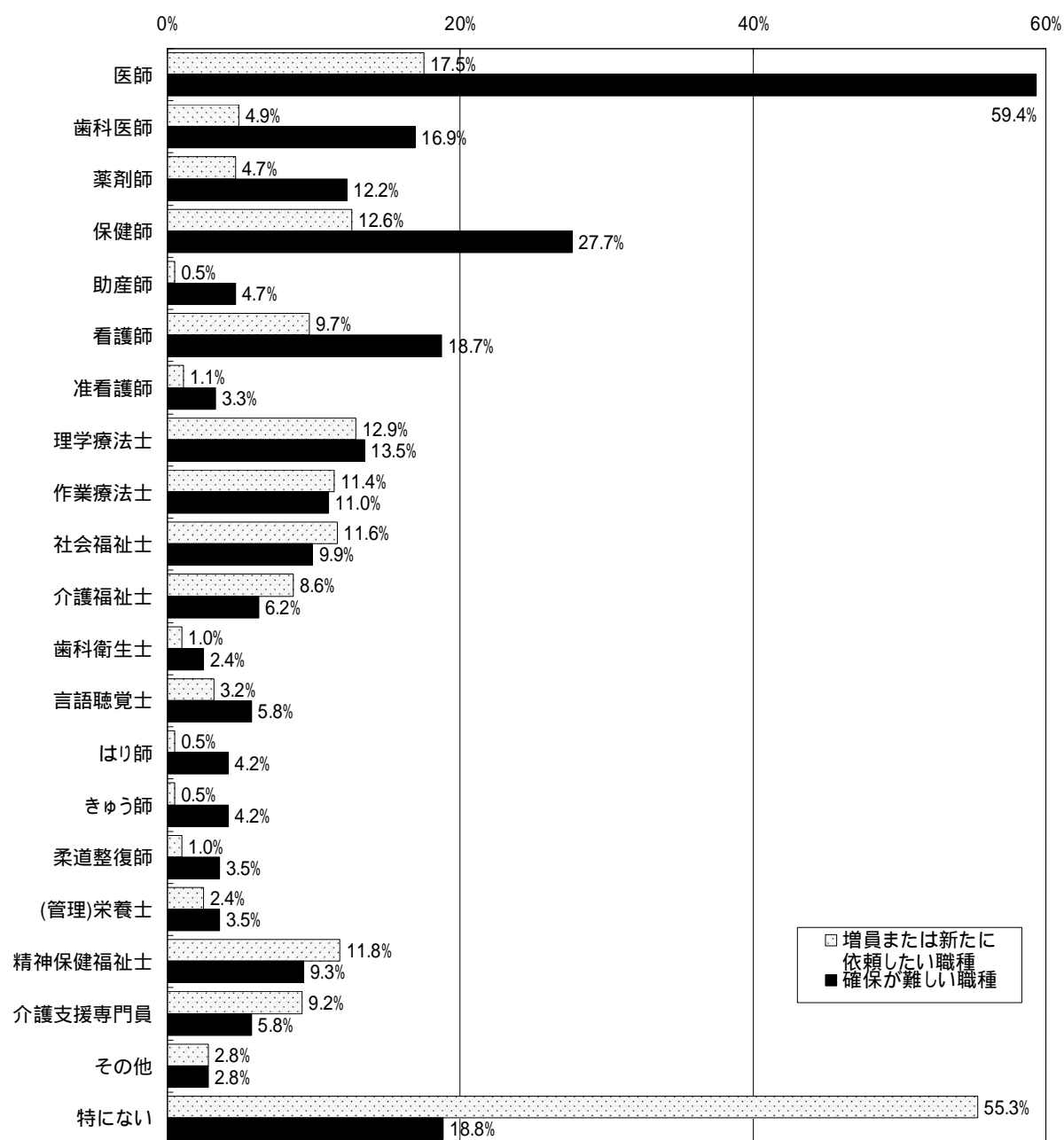


図表 50 審査会委員のうち有資格者の分野 (n=817)



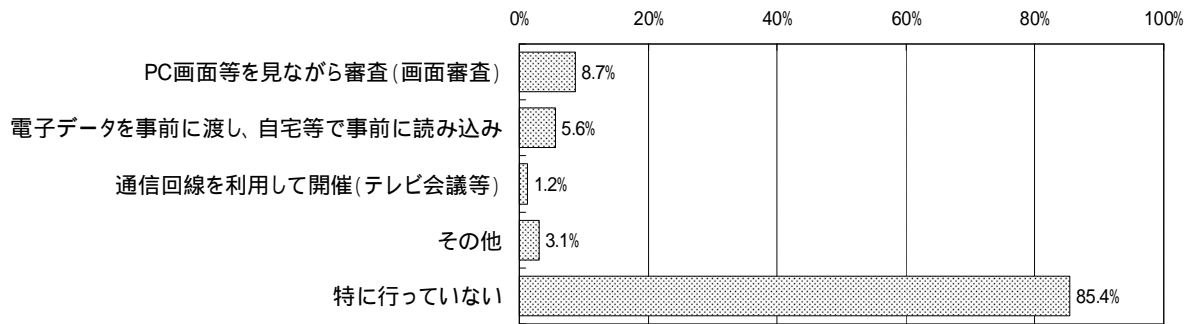
今後、増員または新たに依頼したい職種としては「特にない」が 55.3%に上った。  
 また、確保が難しい職種としては「医師」が 59.4%と最も高く、次いで「保健師」が 27.7%、「看護師」が 18.7%であり、「特にない」は 18.8%であった。

図表 51 審査会委員として増員または新たに依頼したい職種と確保が難しい職種（n=817）



介護認定審査会の運営における電子化の取組みについて、「審査委員がPC画面を見ながら審査を行っている（画面審査）」が8.7%、「審査会資料の電子データを事前に審査委員に渡して、自宅等で事前の読み込みを行っている」が5.6%であり、「特に行ってない」が85.4%と多数を占めた。

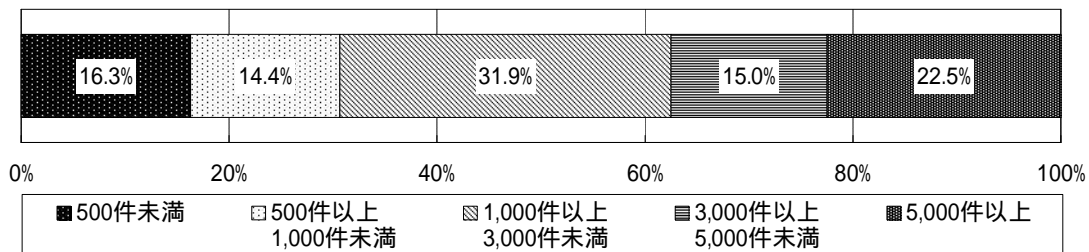
図表 52 介護認定審査会の運営における電子化の取組み (n=817)



(6) 結果 (遅延) 通知業務

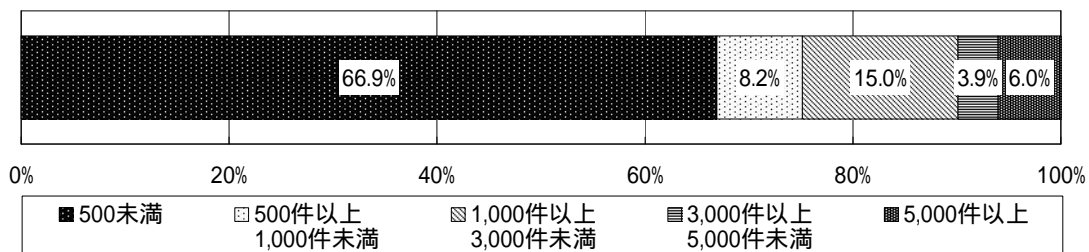
通知結果の発出数は、「1,000 件以上 3,000 件未満」が 31.9%、「5,000 件以上」が 22.5%であった。

図表 53 結果通知の発出数 (n=1,142)



遅延通知の発出数は、「500 件未満」が 66.9%、「1,000 件以上 3,000 件未満」が 15.0%であった。

図表 54 遅延通知の発出数 (n=1,142)



図表 55 結果通知発出数、遅延通知発出数、結果通知に対する遅延通知発出数の割合 数量

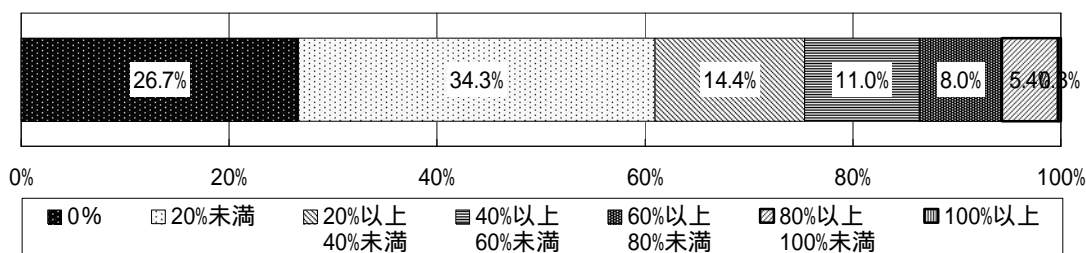
単位：件、%

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
結果通知発出数 (件)	1,142	4,323.4	8,938.5	2,031.5	160,718	0
遅延通知発出数 (件)	1,142	1,433.7	4,922.2	147.0	73,226	0
結果通知に対する遅延通知の割合 (%)	1,142	22.4	27.2	8.9	100.2	0.0

結果通知発出数に対する遅延通知発出数の割合は、「20%未満」が34.3%で最も高く、次いで「0%」が26.7%、「20%以上40%未満」が14.4%であった。

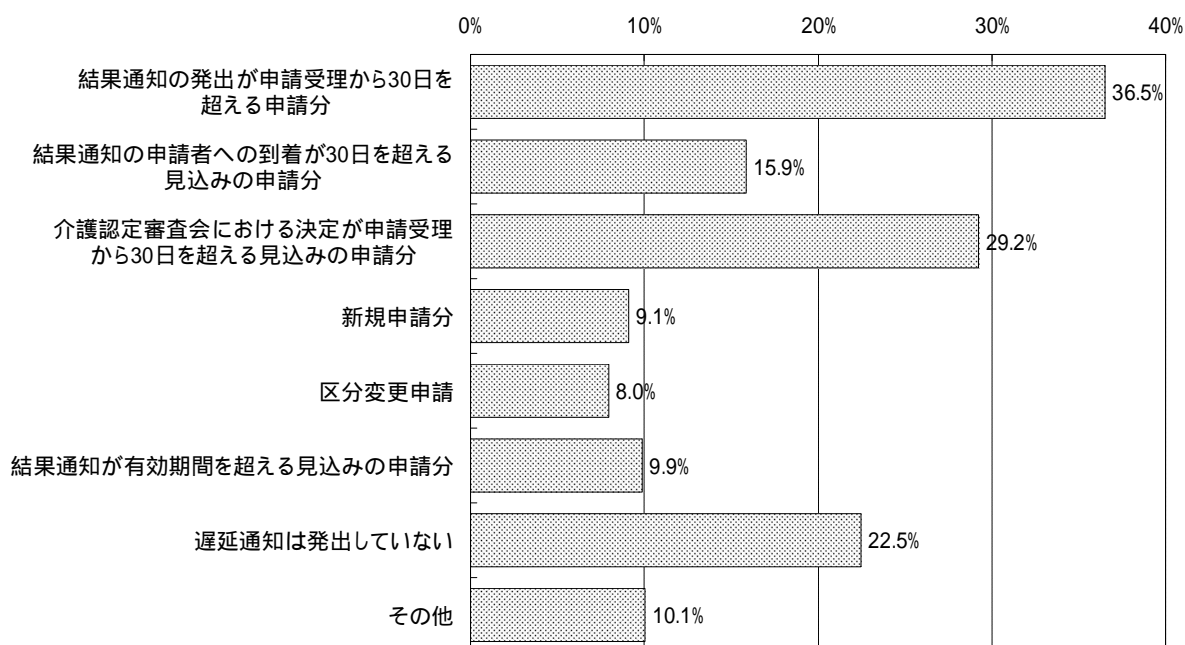
図表 56 結果通知発出数に対する遅延通知発出数の割合 (n=1,142)

単位：件、%



遅延通知の発出基準について、「結果通知の発出が申請受理から30日を超える申請分について発出している」が36.5%と最も高く、次いで「介護認定審査会における決定が申請受理から30日を超える見込みの申請分について発出している」が29.2%だったが、「遅延通知は発出していない」も22.5%あった。

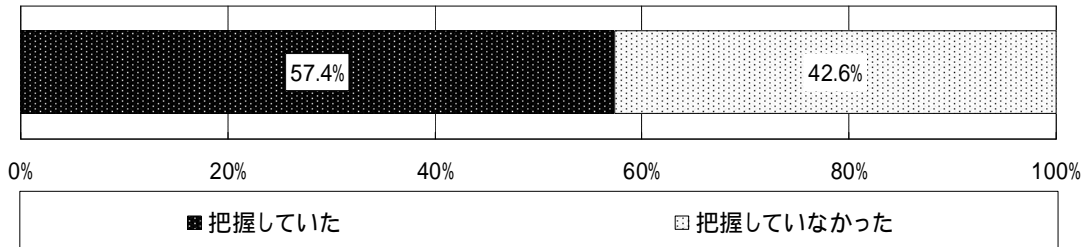
図表 57 遅延通知の発出基準 (n=1,153)



(7) サービス計画作成等のための情報請求

サービス計画作成のための情報請求件数は、57.4%が「把握していた」とのことであつた。

図表 58 サービス計画作成のための情報請求件数の把握 (n=1,202)



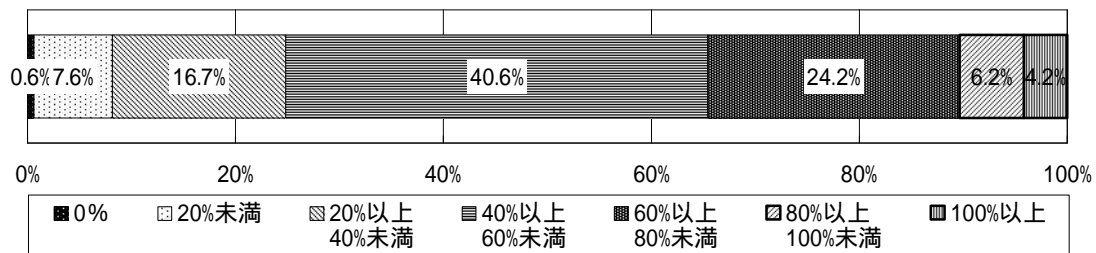
図表 59 情報請求件数、結果通知発出数に対する割合 数量

単位：件、%

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
情報請求件数 (件)	690	2,674.0	8,363.2	1,061.5	174,595	0
結果通知に対する情報請求の割合 (%)	648	54.0	29.3	52.5	255.6	0.0

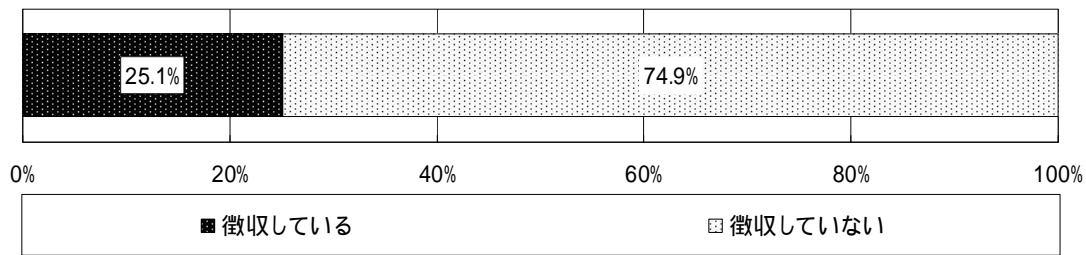
結果通知発出数に対する情報請求件数の割合について、「40%以上 60%未満」が40.6%、「60%以上 80%未満」が24.2%であつた。

図表 60 結果通知発出数に対する情報請求件数の割合 (n=648)



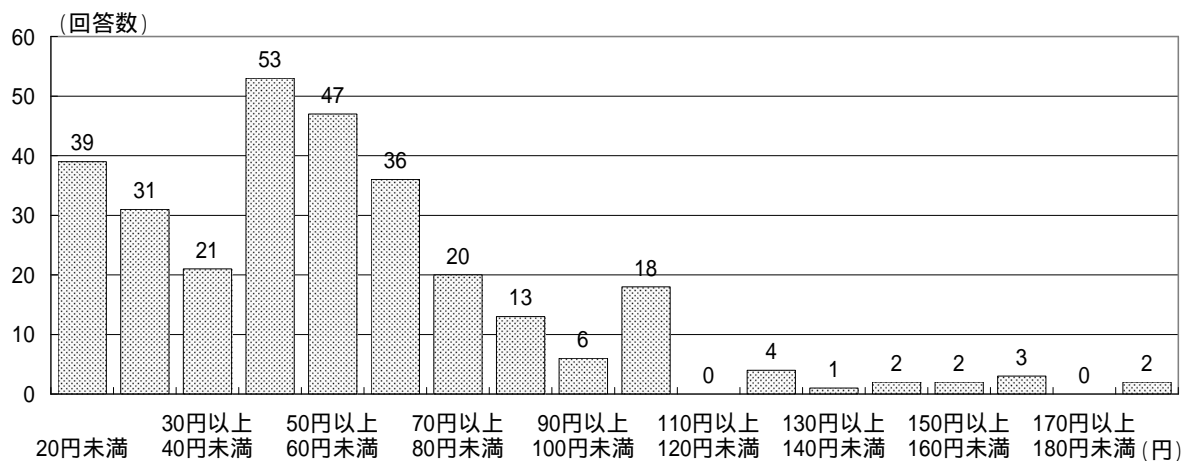
サービス計画作成のための情報請求への費用は「徴収していない」が74.9%を占めた。

図表 61 サービス計画作成のための情報請求への費用徴収 (n=1,202)



また、サービス計画作成のための情報請求への費用を徴収していると回答した 298 自治体に、請求 1 件あたりの費用を尋ねたところ、「40 円以上 50 円未満」が 53 件で最も多く、次いで、「50 円以上 60 円未満」が 47 件、「20 円未満」が 39 件、「60 円以上 70 円未満」が 36 件であった。

図表 62 情報請求に対し徴収している 1 件あたり費用 (n=298)



請求 1 件あたりの徴収費用は、平均 51.0 円、中央値 50.0 円、最大 180 円、最小 10 円であった。

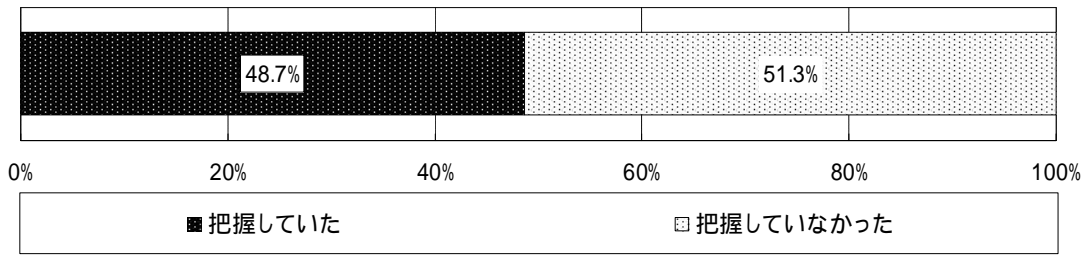
図表 63 情報請求に対し徴収している 1 件あたり費用 数量

単位：円

n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
298	51.0	32.5	50.0	180	10

主治医への判定結果の情報提供件数は「把握していた」が 48.7%、「把握していない」が 51.3%と、それぞれほぼ半数であった。

図表 64 主治医への判定結果の情報提供件数の把握 (n=1,202)



結果通知派出数に対する主治医への情報提供数を把握していた 585 自治体では、結果通知に対する情報提供の割合は平均で 33.1%、中央値で 23.4%であった。

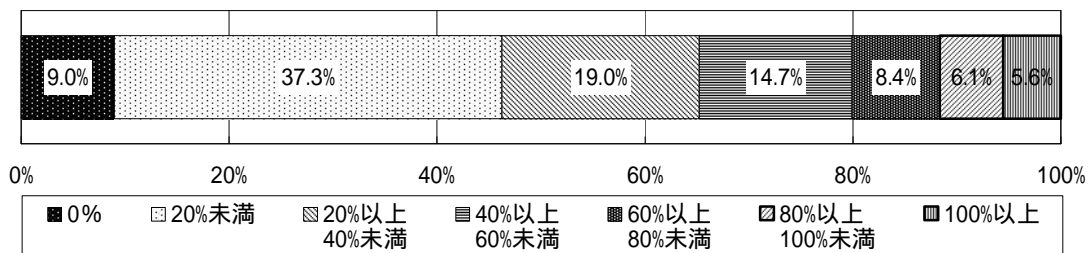
図表 65 情報提供件数、結果通知発出数に対する主治医への情報提供数の割合 数量

単位：件、%

	n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
情報提供件数(件)	585	2,251.3	5,940.6	544	65,818	0
結果通知に対する情報提供の割合 (%)	558	33.1	31.9	23.4	208.2	0.0

結果通知発出数に対する主治医への情報提供の割合は、「20%未満」が 37.3%で最も高く、次いで「20%以上 60%未満」が 19.0%、「40%以上 60%未満」が 14.7%であった。

図表 66 結果通知発出数に対する主治医への情報提供数の割合 (n=558)



(8) 職員数と申請件数に関する分析

回答自治体の業務パターン別の分類

要介護認定業務を「申請の受付」「認定調査の管理」「主治医意見書の依頼・回収」「介護認定審査会の運営」「結果（遅延）通知の発出」「情報開示請求への対応」に分け、回答団体自身が各業務を行っているかどうかにより、以下の6パターンに分類することとした。

図表 67 業務パターンの分類方法

分類名	業務パターン					
	申請の受付	認定調査の管理	主治医意見書の依頼・回収	介護認定審査会の運営	結果(遅延)通知の発出	情報開示請求への対応
単独型						
調査・意見書型	/			×	/	/
調査のみ型			×	×		
意見書・審査会型		×				
審査会事務局のみ型		×	×			
その他	(上記の5パターンに当てはまらない場合)					

行っている
× 行っていない

1,293件の回答を上記の6パターンに分類したところ、「単独型」が53.6%、「調査・意見書型」が33.6%、「調査のみ型」が1.5%、「意見書・審査会型」が0.5%、「審査会事務局のみ型」が5.5%、「その他」が5.3%となった。

図表 68 業務パターン別の分類結果

分類	対象団体数	構成比
単独型	693	53.6%
調査・意見書型	434	33.6%
調査のみ型	19	1.5%
意見書・審査会型	7	0.5%
審査会事務局のみ型	71	5.5%
その他	69	5.3%
合計	1,293	100.0%



### 分析対象

業務内容、及び自治体の規模をある程度均一にするため、業務パターンのうち「単独型」である（ただし、政令指定都市を除く）602市町村を分析対象とした。

図表 69 「単独型」の分析対象内訳

分類	対象団体数	構成比
市	426	70.8%
特別区	17	2.8%
町	150	24.9%
村	9	1.5%
合計	602	100.0%

### 申請件数と職員数の関係性

申請件数と職員数の相関係数は 0.0.5833 となり、正の相関が認められたことから、申請件数と職員数の関係性を検討するため回帰分析を行った。

< 回帰分析の設定方法 >

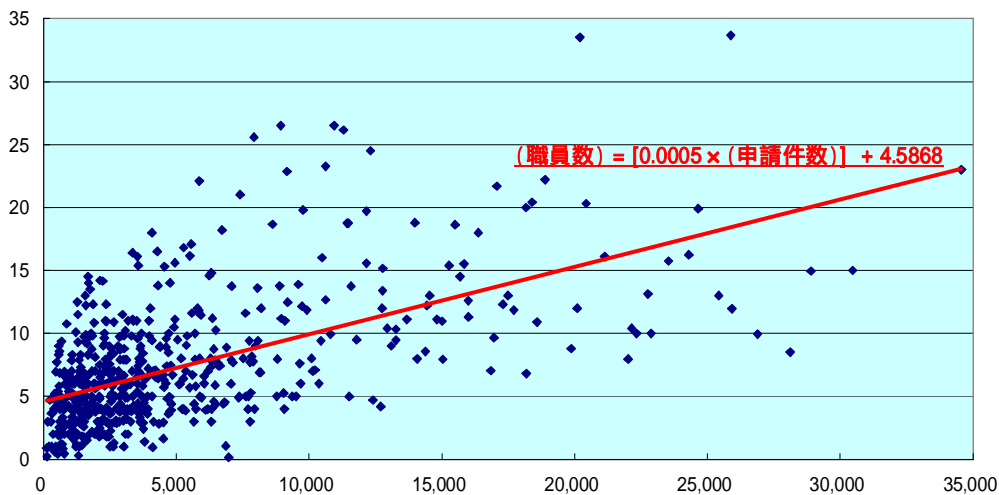
- ・説明変数 : 申請件数
- ・被説明変数 : 訪問調査以外の業務に従事する職員数（常勤換算）

この方法で単回帰分析を行った結果、次の計算式が得られた。

$$(\text{訪問調査以外の業務に従事する職員数}) = [0.0005 \times (\text{申請件数})] + 4.5868$$

なお、この計算式で考えると、申請件数約 2,000 件につき訪問調査以外に従事する職員数が常勤換算で 1 名増加することになる。

図表 70 申請件数と職員数に関する回帰分析「単独型」(n=602)

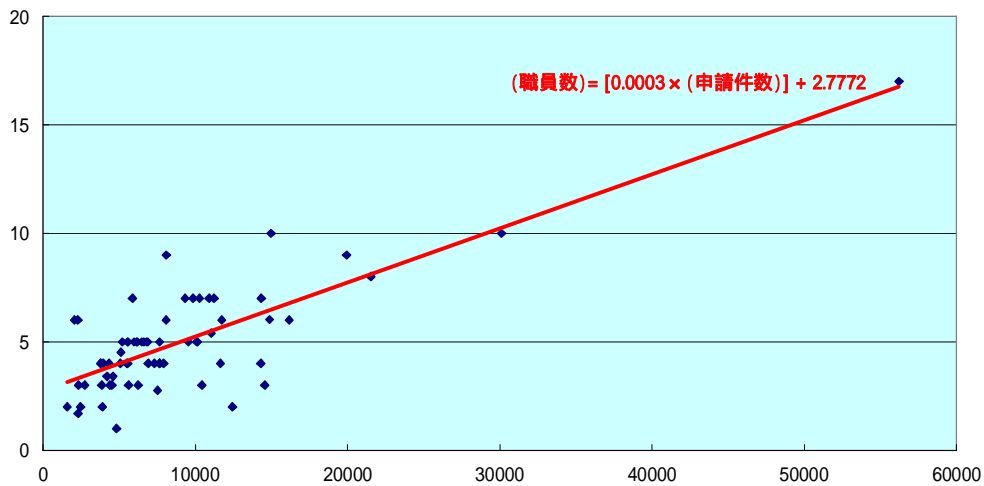


また、同様に、「意見書・審査会型」および「審査会事務局のみ型」についても単回帰分析を行い、次の計算式が得られた。

$$(\text{訪問調査以外の業務に従事する職員数}) = [0.0003 \times (\text{申請件数})] + 2.7772$$

なお、この計算式で考えると、申請件数約 3,000 件につき訪問調査以外に従事する職員数が常勤換算で 1 名増加することになる。

図表 65 申請件数と職員数に関する回帰分析「意見書・審査会型、審査会事務局のみ型」(n=68)



ただし、この計算式には下記の制約があるため、解釈には注意が必要である。

- ・既に業務量が過剰であるとの指摘がある中で、現在の申請件数と職員数から導いたものであり、適正な人員体制を示すものではない。
- ・アンケートでは訪問調査の訪問に要する時間についておおよその割合を尋ねた上で、訪問調査以外の業務に従事する職員の常勤換算数を概算しているため、必ずしも正確ではない。
- ・自治体規模を勘案せずに一律の計算式を作成している。

## V. 有識者検討会

### 1. 実施目的

本調査において実施した調査結果及びワークショップで提示された意見を踏まえ、公平性・公正性の担保を前提とした市区町村等における要介護認定事務の負担軽減につながる改善案を取りまとめることを目的として、自治体関係者及び有識者で構成される検討会を開催した。

### 2. 実施結果

#### (1) 有識者検討会の開催概要

本調査において実施してきた調査結果を踏まえ、自治体関係者及び有識者5名の検討委員で構成される有識者検討会を開催し、要介護認定事務の軽減方策に関する提案の取りまとめを行った。

有識者検討会の開催概要については、以下に示すとおり。

図表 71 有識者検討会の開催概要

開催日時	平成 23 年 12 月 26 日 (月) 14 時 00 分 ~ 16 時 00 分
開催場所	AP 渋谷 会議室 F
検討委員	石田光広 稲城市福祉部長 木村隆次 日本介護支援専門員協会会長 田中 滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 谷 圭介 相模原市介護保険課長 野中 博 野中医院院長 (五十音順、敬称略、「」は座長を示す)

#### (2) 有識者検討会における主な検討結果

有識者検討会において指摘された主な意見概要については、以下に示すとおり。

図表 72 有識者検討会における主な検討結果

論点	関連する検討委員の意見概要
有効期間の上限拡大について	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の状態に応じて要介護認定を変更することを現場が必ずしも認識していない可能性がある。期間の延長は実施して良いと思うが、本来的には臨機応変に申請者の状態の変化に応じて要介護認定を申請しケアプランを作り変えるということがあるべきで、これを自治体、ケアマネ等サービス提供者が忘れずに留めておくことが重要である。</li> <li>利用者側が状態に見合っていない場合区分変更申請をすることが可能といったことの周知徹底も重要だろう。</li> <li>申請者の状態を的確に判断する審査会の審査能力のレベルアップが重要となる。</li> </ul>

論点	関連する検討委員の意見概要
遅延通知の 発出業務の簡 素化	<ul style="list-style-type: none"> <li>遅延通知の意味が被保険者に理解されていないことが多く、ケアマネジャーと連携してケアプランを使用してほしいという説明が必要だろう。遅延通知を受け取った場合にどう対処すればよいかがわかるような説明も重要である。</li> </ul>
調査票確認 作業の軽減に 向けた認定調 査の品質維 持・向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>調査員として採用する職種を決め、研修も実施する等、非常に慎重に実施している。認定調査については、ケアマネジャーに最大の信頼を置いてこれまで実施してきており、ケアマネジャーの質の向上のためにも現状維持でお願いしたい。</li> <li>認定調査員に対する実務研修やテストなどを実施しているが、調査員によって認定調査にばらつきがある現状を考えると、最低限の資格として、ケアマネジャーの資格は必要。</li> <li>市町村で、該当する人員（ケアマネの資格保有者）がどれだけいるかの把握をせずに対処してしまうことは問題だろう。原則通り委託はケアマネということでもいいだろう。</li> <li>本来は自治体の責任で実施すべきものであり、委託の場合、自治体が責任を持ちきれないので、委託の範囲についてケアマネの資格要件は崩してほしくない。</li> </ul>
サービス未 利用者への更 新申請への対 応	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期の病院については暫定プランの意義を周知徹底することのほうが先だろう。</li> <li>議論の次元が違うのではないか。結果的には事務負担軽減につながるかもしれないが、本来は未利用者に対してどうアプローチするかという問題であり、業務負担の軽減策として提示されるものとは異なるのではないか。</li> <li>ケア論として、未利用者に対してどのようなアプローチをとっていくのかという点は別途議論が必要である。</li> </ul>
主治医意見 書の期限内提 出	<ul style="list-style-type: none"> <li>1つの解決策は退院調整である。患者が望むのは退院後の生活の安定であり、退院後の生活の安定を病院側が医療機関として提示することが重要である。それが、主治医意見書であり、ケアプランに通じるものになる。主治医意見書といているが、本来は医療機関の意見書であると考えべきだ。意見書の意義を医療機関が理解することが重要ではないか。</li> <li>主治医意見書の記載項目を簡素化したからといって早くなるというものでもないのではないか。</li> </ul>
ファスト・ トラックの普 及	<ul style="list-style-type: none"> <li>ファスト・トラックについては浸透していない面もあるので、事例紹介が重要である。事務の絶対量が増えるなかで、オーバーフローしているということが実態であるので、その点については理解を得ながら進める必要がある。</li> <li>すぐにも実施して良いものであるが、用語については要検討すべきである。ファスト・トラックでは意味が通じない可能性が高い。</li> </ul>
医療機関等 への協力要請	<ul style="list-style-type: none"> <li>現状は暫定ケアプランではなく、要介護認定の申請を先にとという選択がなされるが、本来は暫定ケアプランこそが重要である。審査会時に、状態不安定で、主治医意見書と認定調査がずれているといった状況を減らすためにも、今一度暫定ケアプランの周知徹底が必要ではないか。</li> </ul>

少人数合議体の活用	<ul style="list-style-type: none"><li>・3人合議体についてはかなり合理的に進められている。これについても事例として積極的に紹介したほうがよいだろう。</li><li>・人数を制限するという話ではなく、そうした選択肢もありうるという事例紹介という位置づけだろう。</li></ul>
-----------	---



# 資料編





# 「平成 23 年度 要介護認定業務の簡素化に関する調査」調査票

調査内容の一部については、厚生労働省が配布している『要介護認定業務分析データ』の一部を転記していただく必要がありますので、回答の際は、手元に最新の『要介護認定業務分析データ』をご用意ください。『要介護認定業務分析データ』に関するお問い合わせは、厚生労働省『要介護認定適正化事業事務局』([kaigo@nintei.net](mailto:kaigo@nintei.net))までお寄せください。

設問中、特に記載のないものに関しては、平成 23 年 4 月 1 日現在の状況でお答えください。

## 1. 基本情報の入力

問1 貴自治体における本調査の担当部署名等について入力してください。必要に応じて当調査事務局から問い合わせをさせていただくことができます。

担当部署名(係名まで)	
電話番号	

問2 貴自治体では、以下の各業務を実施していますか(1つを選択)。貴自治体で実施している場合は「1. 行っている」を、他自治体(広域連合・一部事務組合を含む、政令市の場合は市または区を含む)に委託している場合等は「2. 行っていない」を選択してください。(1つを選択)

申請の受付	1. 行っている	2. 行っていない
認定調査の管理	1. 行っている	2. 行っていない
主治医意見書の依頼・回収	1. 行っている	2. 行っていない
介護認定審査会の運営	1. 行っている	2. 行っていない
結果通知(遅延)の発出	1. 行っている	2. 行っていない
情報開示請求への対応	1. 行っている	2. 行っていない

申請受付時の申請の必要性に関する相談業務	1. 行っている	2. 行っていない
更新時期が近い利用者に対する連絡・案内	1. 行っている	2. 行っていない
主治医意見書の内容に関する照会・確認作業	1. 行っている	2. 行っていない
基本調査・特記事項の内容に関する照会・確認作業	1. 行っている	2. 行っていない
判定内容に関する申請者の問い合わせへの対応	1. 行っている	2. 行っていない
認定調査員への研修	1. 行っている	2. 行っていない
介護認定審査会委員への研修	1. 行っている	2. 行っていない

問3 貴自治体において要介護認定業務に従事している職員の数を入力してください。配置ベースで回答してください（審査会同席のための時間外勤務は残業も含まれません）。部署内で一部でも要介護認定業務に関与している場合は、認定担当係に関わらず対象としてください。

訪問調査を一切行わない正規職員（管理職含む）	常勤換算： 名（兼任職員は按分にて常勤換算）
訪問調査を行うことのある正規職員（管理職含む）	常勤換算： 名（兼任職員は按分にて常勤換算）
訪問調査の訪問に要する時間の割合	上記のうち約 %
非正規職員（専従の認定調査員を含む）	常勤換算： 名
訪問調査に要する時間の割合	上記のうち約 %

ここでの「要介護認定業務」には、問2で規定した6業務以外であっても、要介護認定に関連するものであれば対象とします（認定業務にかかる予算・決算のとりまとめ等）。

ここでの「兼任職員」とは、給付管理、保険料徴収、事業者指導、計画策定等、上記の「要介護認定業務」以外の業務と兼務している職員とします。

ここでの「訪問調査に要する時間」には、訪問日程の調整、移動、調査の実施、調査結果の整理・入力までを含むものとします。（基本調査の選択や主治医意見書との整合性の確認作業等は含まれません）常勤換算をしていただいた職員が、おおよそ平均して、どれぐらいの割合の業務量を訪問調査に投入しているかについて入力してください。

ここでの「非正規職員」には、専従の認定調査員を含みますが、在宅等で訪問調査に従事する嘱託職員については、対象としません。

問4 貴自治体において、要介護認定に係るシステム維持費はどれくらいですか。他の介護保険関連業務用のシステムと統合されている場合は、全体のシステム維持費で構いません。

要介護認定に係る年間経費	千円
--------------	----

問5 貴自治体の人口及び第1号被保険者数を入力してください。（平成23年4月1日現在 当該日のデータがない場合は、判明しているデータのうち、最も近い時点でのデータを入力してください。）

人口	人	第1号被保険者数	人
----	---	----------	---

広域連合・一部事務組合等の場合は、業務を所掌する圏域内人口の合計を記入してください。

## 2 . 認定調査の管理

問6 平成 22 年度の認定調査の実施件数を入力してください(年度期間中に合併や業務移管等があった場合は、直近の実績を 12 か月分に換算して入力してください)。なお、住所地特例による申請分と遠隔地からの申請により直接調査が困難な事例は除いてお答えください。

認定調査の実施件数	件
上記のうち、認定調査を外部に委託した件数	件(委託には事務受託法人への委託分を含みます)

問7 貴自治体では認定調査を事務受託法人に委託していますか。なお、住所地特例による申請分と遠隔地からの申請により直接調査が困難な事例は除いてお答えください。(1つを選択)

1. 委託している(                      箇所)	2. 委託していない
-------------------------------------	------------

問8 平成 22 年度において、申請者に対する認定調査について自治体職員(嘱託職員等を含む)もしくは事務受託法人が調査を直接行う割合はどの程度ですか。更新、区分変更のそれぞれについて、回答してください。なお、住所地特例による申請分と遠隔地からの申請により直接調査が困難な事例は除いてお答えください。(それぞれ1つを選択)

	2 割未満	2 割以上 4 割未満	4 割以上 6 割未満	6 割以上 8 割未満	8 割以上 10 割未満	10 割
居宅・更新	1 .	2 .	3 .	4 .	5 .	6 .
居宅・区分変更	1 .	2 .	3 .	4 .	5 .	6 .
施設・更新	1 .	2 .	3 .	4 .	5 .	6 .
施設・区分変更	1 .	2 .	3 .	4 .	5 .	6 .

問9 居宅介護支援事業所への認定調査の委託費用について入力してください。複数の価格設定がある場合は、平均値を入力していただいても結構です。

居宅の申請者に対する調査	円
施設の申請者に対する調査	円

問10 今後、申請件数が増加し、現状の体制による運営が困難になった場合の対応策として、それぞれの実現可能性について回答してください。(それぞれ1つを選択)

直接調査にかかる調査員（嘱託等の臨時職）を増員する	1．実現可能性は極めて高い 2．実現可能性はやや高い 3．どちらともいえない 4．実現可能性はやや低い 5．実現可能性は極めて低い
委託の件数を増やす	1．実現可能性は極めて高い 2．実現可能性はやや高い 3．どちらともいえない 4．実現可能性はやや低い 5．実現可能性は極めて低い
自治体の正規職員を増員する	1．実現可能性は極めて高い 2．実現可能性はやや高い 3．どちらともいえない 4．実現可能性はやや低い 5．実現可能性は極めて低い
事務受託法人への委託を行う	1．実現可能性は極めて高い 2．実現可能性はやや高い 3．どちらともいえない 4．実現可能性はやや低い 5．実現可能性は極めて低い 6．すでに実施済
近隣市町村との一部事務組合等の設置などにより要介護認定事務を実施する	1．実現可能性は極めて高い 2．実現可能性はやや高い 3．どちらともいえない 4．実現可能性はやや低い 5．実現可能性は極めて低い 6．すでに実施済

問11 認定調査の管理業務について、今後、業務の簡素化は必要だと思いますか。必要だと回答された場合は、具体的にどのような点を改善をすべきだとお考えですか。(1つを選択)

1．本業務の簡素化は必要ない 2．本業務の簡素化は必要である (具体的に： ) 3．どちらともいえない
--



問17 主治医意見書の内容確認業務で、業務負担が大きいのはどのような点の確認作業ですか。(あてはまるものすべてを選択)

1. 病名の確認
2. 障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度の選択の確認
3. 選択漏れの確認
4. 難読な手書き文字の確認
5. 特記事項の内容の不整合や不明点の確認
6. その他(具体的に： )
7. 特に大変な点はない

問18 主治医意見書の依頼・回収業務について、今後、業務の簡素化は必要だと思いますか。必要だと回答された場合は、具体的にどのような点を改善をすべきだとお考えですか。(1つを選択)

1. 本業務の簡素化は必要ない
2. 本業務の簡素化は必要である  
(具体的に： )
3. どちらともいえない

## 4 . 介護認定審査会の体制

問19 平成 22 年度における審査会の開催状況を入力してください。

年間審査件数	件
審査会開催回数	回
一回あたりの平均審査件数	(自動表示) 件

問20 介護認定審査会への同席(準備・片付け等を含む)のために時間外勤務を行っていますか。行っている場合、1週間あたり、延べ何時間ですか。たとえば週に1回、2名が4時間、勤務する場合は、「8時間」と入力してください。

1 . 時間外勤務をしている(1週間あたり延べ 時間) 2 . 時間外勤務はしていない

問21 介護認定審査会の審査会委員謝金の単価(税引き前)をお答えください。交通費等を別途支給している場合は委員謝金のみを入力してください。

合議体長	円	一般委員	円
------	---	------	---

問22 貴自治体における介護認定審査会の合議体数を、定数( 1 )、運用数( 2 )別に入力してください。(平成 23 年 4 月 1 日現在)

		定 数						
		3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人以上
運 用 数	3人							
	4人							
	5人							
	6人							
	7人以上							

1 : 定数 : 条例等で定めている合議体委員の定数

2 : 運用数 : 合議体の開催にあたり、通常出席を見込む委員数。例えば、定数は7名であるが通常5人の出席で開催している場合、仮に欠席により4名出席での開催がある場合も、運用数は5名とする。

問23 問 22 で 3 人合議体を入力した自治体に伺います。3 人合議体の取り扱いについて申請区分で制限を行っていますか。( 1 つを選択 )

- 1 . 更新申請の審査に限定している  
 2 . 更新申請及び新規申請の審査に限定している  
 3 . 更新申請及び区分変更申請の審査に限定している  
 4 . すべての申請区分について審査している(制限はない)  
 5 . その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )

問24 問22で3人合議体について「0」を入力した自治体に伺います。3人合議体を設置しない理由は何ですか。(あてはまるものを3つまで選択)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 審査の公平性を担保することが困難だと考えるため</li> <li>2. 合議体の数が増えても、事務局の業務負担は軽減されないため</li> <li>3. 委員の欠席により会が成立しない不安があるため</li> <li>4. 保健、医療、福祉の学識経験者の各分野のバランスを図ることが困難なため</li> <li>5. 審査委員の賛同が得られないため</li> <li>6. 3人合議体が設置可能であるということを知らなかったため</li> <li>7. 特に理由はない</li> <li>8. その他(具体的に: _____)</li> </ul> |
|--|

問25 今後、審査件数が増加し、現状の体制による運営が困難になった場合の対応策として、それぞれの実現可能性について回答してください。(それぞれ1つを選択)

1回の合議体あたりの審査件数を増やす	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 実現可能性は極めて高い</li> <li>2. 実現可能性はやや高い</li> <li>3. どちらともいえない</li> <li>4. 実現可能性はやや低い</li> <li>5. 実現可能性は極めて低い</li> </ul>
合議体の委員数は増員せず、また一回あたりの審査件数を増やさずに、開催頻度を増やす	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 実現可能性は極めて高い</li> <li>2. 実現可能性はやや高い</li> <li>3. どちらともいえない</li> <li>4. 実現可能性はやや低い</li> <li>5. 実現可能性は極めて低い</li> </ul>
審査会委員を増員して合議体数を増やす	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 実現可能性は極めて高い</li> <li>2. 実現可能性はやや高い</li> <li>3. どちらともいえない</li> <li>4. 実現可能性はやや低い</li> <li>5. 実現可能性は極めて低い</li> </ul>
全体の委員数は増員せず、合議体あたりの委員数を減らし、新たな合議体を設置する	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 実現可能性は極めて高い</li> <li>2. 実現可能性はやや高い</li> <li>3. どちらともいえない</li> <li>4. 実現可能性はやや低い</li> <li>5. 実現可能性は極めて低い</li> </ul>

問26 更新申請における有効期間の上限について、現在、12ヶ月を超える期間の適用については、要介護度による条件を設定していますか(審査会内での内規、慣例等を含む)。(あてはまるものすべてを選択)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 特に設定はしていない</li> <li>2. 要介護4以上または要介護5以上に限定したうえで、個別に判断している</li> <li>3. すべての更新申請において上限を24か月とし、個別に判断している</li> <li>4. 前回の要介護度から変化がないもの</li> <li>5. 一次判定から変更のないもの</li> <li>6. その他(具体的に: _____)</li> </ul> |
|---|



問27 介護認定審査会の委員確保の状況はいかがですか。(1つを選択)

- 1. 非常に困難である
- 2. どちらかといえば困難である
- 3. どちらともいえない
- 4. どちらかといえば困難ではない
- 5. 困難ではない

問28 審査会委員のうち、貴自治体ではどのような有資格者を各分野の委員としていますか。(あてはまるものすべてを選択)

介護支援専門員は、特定の国家資格の保持を前提としないものとして選択してください。

(1) 保健

- 1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 助産師
- 6. 看護師 7. 准看護師 8. 理学療法士 9. 作業療法士 10. 社会福祉士
- 11. 介護福祉士 12. 歯科衛生士 13. 言語聴覚士 14. はり師 15. きゅう師
- 16. 柔道整復師 17. (管理)栄養士 18. 精神保健福祉士 19. 介護支援専門員
- 20. その他( )

(2) 医療

- 1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 助産師
- 6. 看護師 7. 准看護師 8. 理学療法士 9. 作業療法士 10. 社会福祉士
- 11. 介護福祉士 12. 歯科衛生士 13. 言語聴覚士 14. はり師 15. きゅう師
- 16. 柔道整復師 17. (管理)栄養士 18. 精神保健福祉士 19. 介護支援専門員
- 20. その他( )

(3) 福祉

- 1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 助産師
- 6. 看護師 7. 准看護師 8. 理学療法士 9. 作業療法士 10. 社会福祉士
- 11. 介護福祉士 12. 歯科衛生士 13. 言語聴覚士 14. はり師 15. きゅう師
- 16. 柔道整復師 17. (管理)栄養士 18. 精神保健福祉士 19. 介護支援専門員
- 20. その他( )

問29 今後、増員または新たに審査会委員として依頼したい職種はありますか。(あてはまるものすべてを選択)

- |            |             |             |             |           |
|------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 1. 医師      | 2. 歯科医師     | 3. 薬剤師      | 4. 保健師      | 5. 助産師    |
| 6. 看護師     | 7. 准看護師     | 8. 理学療法士    | 9. 作業療法士    | 10. 社会福祉士 |
| 11. 介護福祉士  | 12. 歯科衛生士   | 13. 言語聴覚士   | 14. はり師     | 15. きゅう師  |
| 16. 柔道整復師  | 17. (管理)栄養士 | 18. 精神保健福祉士 | 19. 介護支援専門員 |           |
| 20. その他( ) |             | 21. 特にない    |             |           |

問30 審査会委員として確保が難しい職種はありますか。(あてはまるものすべてを選択)

- |            |             |             |             |           |
|------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 1. 医師      | 2. 歯科医師     | 3. 薬剤師      | 4. 保健師      | 5. 助産師    |
| 6. 看護師     | 7. 准看護師     | 8. 理学療法士    | 9. 作業療法士    | 10. 社会福祉士 |
| 11. 介護福祉士  | 12. 歯科衛生士   | 13. 言語聴覚士   | 14. はり師     | 15. きゅう師  |
| 16. 柔道整復師  | 17. (管理)栄養士 | 18. 精神保健福祉士 | 19. 介護支援専門員 |           |
| 20. その他( ) |             | 21. 特にない    |             |           |

問31 介護認定審査会の運営にあたり、電子化の取組みを実施していますか。なお、審査会資料等の出力におけるシステムの利用は含みません。(あてはまるものすべてを選択)

- |  |
|--|
| 1. 審査委員がPC画面等を見ながら審査を行っている(画面審査)             |
| 2. 審査会資料の電子データを事前に審査委員に渡して、自宅等で事前の読み込みを行っている |
| 3. 通信回線を利用して介護認定審査会を開催している(テレビ会議等)           |
| 4. その他(具体的に ; )                              |
| 5. 特に行っていない                                  |

問32 介護認定審査会に関する業務について、今後、業務の簡素化は必要だと思いますか。必要だと回答された場合は、具体的にどのような点を改善をすべきだとお考えですか。(1つを選択)

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 本業務の簡素化は必要ない               |
| 2. 本業務の簡素化は必要である<br>(具体的に : ) |
| 3. どちらともいえない                  |



## 6 . サービス計画作成等のための情報請求

問36 平成 22 年度において、サービス計画作成のためにケアマネジャーや家族等による認定状況に関する情報請求の件数を把握していましたか。

1 . 把握していた（平成 22 年度の申請数合計 件） 2 . 把握していなかった

問37 貴自治体ではサービス計画作成のために情報請求があった場合、ケアマネジャーや家族等から費用を徴収していますか。（1つを選択）

1 . 徴収している（1件あたり 円） 2 . 徴収していない

問38 平成 22 年度において、申請者の主治医への判定結果の情報提供の件数を把握していましたか。

1 . 把握していた（平成 22 年度の情報提供数合計 件） 2 . 把握していなかった

本調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。



平成 23 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  
要介護認定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 24 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

FAX : 03 (6733)1028