

介護分野の文書に係る負担軽減 に関する専門委員会（第3回）	委員提出 資料1
令和元年9月18日	

2019年8月

日本慢性期医療協会

介護分野の文書に係る負担軽減に関する意見

【I 指定申請関連文書】

1. 申請に必要な文書の点数が多く、内容の重複もみられるので、文書の統合と整理を行って頂きたい。
特に、押印が必要な文書は申請時に1通で足りるように取り計らって頂きたい。
(例えば、介護医療院の認可申請には押印の必要な書類が6種必要となる)
2. 職員配置は、実際には可能な限り専従であることが望ましいものの、介護人材が不足する状況の中では、現場に入れる職員を増やすためにも兼務での業務を行う事業所も多くなる。ある程度の融通がきくような記載方法などを認めて頂ければありがたい。
3. 人員基準に該当するかの届出は「変更時」ではなく、「新規申請時」及び「更新時」の提出時にまとめて行うのがよい。
変更後に常時満たしているかは指導監査等で確認するようにしてほしい。
4. (介護老人保健施設) 県が指定更新の申請書類において、事業所の平面図と事業所の部屋別施設一覧表で同一の書類を求めてきているので、一枚にまとめられると良い。
5. (介護老人保健施設) これまで、指定更新の申請書類において、事業所詳細情報と役員・管理者名簿で同様の内容の記載をしていたので、二重の手間がかかっていた。
6. (特養) 加算や体制に係る変更届の添付書類の書式が多数ある。介護支援専門員・計画作成担当者の変更時の組織体系図の添付は不要ではないか。
7. (デイサービス) 付表6 通所介護事業の指定に係る記載事項に、管理者の住所等は記載しなくてもいいのではないか。
8. (デイサービス) 県に提出する書類と、市町村に提出する書類を統一してもらいたい。それぞれの様式により作成するのは労力がかかる。
共生型サービスは、障害担当の方に書類提出となる為、職員の変更等があるたびに書類を提出するのは負担である。(介護分野は特定職種のための提出となっている。)
9. (訪問看護) 県別紙様式3の「管理者の変更内容」の管理者の住所の記入は不要ではないか。

10. (訪問介護) 指定更新の際に、全員分の資格者証の提出が必要となるが、変更者の分のみの提出にはできないか。
11. (居宅介護支援) 変更申請時：参考様式 1 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表と介護支援専門員名簿の両方に就労形態があり、一枚にまとめられると良い。
12. (居宅介護支援) 変更申請時：付表 13 管理者の住所記載は必要ないのではないか。
13. (居宅介護支援) 変更申請時：付表 13 居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項に介護支援専門員一覧があり、介護支援専門員名簿と重なる部分がある。
14. (居宅介護支援) 指定申請書に関しては現状で特段変更の必要はないと思う。ただし、6年に一度の事業所更新申請書類について、もっと簡素化できるのではないかと。指定内容に変更が生じた場合は、その都度変更届を提出しているため、更新申請に関しては、原則「更新申請書」のみで良いと思う。必要であれば、添付書類として、事業内容(人員・運営規程等、他必要事項)をリスト化したものを作成し、事業者がチェックして添付すれば効率的である。

【Ⅱ 報酬請求関連文書】

1. 介護報酬改定時の申請書類等の公開が遅く、新規加算を4月1日から算定できないという現状がある。認可の権限は各地方自治体に委譲されているとしても、認可に必要な文書の整備は国が中央のポータルサイトなどで一括管理してほしい。
2. 事業者と利用者の契約の際に、本サービスの契約と、加算に係るサービスの契約とで別々に署名・押印を求められるものがあるが、事業者・利用者ともに負担軽減のため、重要事項説明書に網羅する形にしてはどうか。また、各自治体によってこの指導の内容が異なる場合もあるようだ。
3. 処遇改善加算や認知症ケア加算などは毎月の状況をシートで残す必要があるが、勤務表や請求データと重複している内容も多いため、一元化出来るような方法にすれば改めて作成する必要がなくなる。
4. 指定申請関連文書の文書と重複、類似している文書が多いため、共通化、簡素化してほしい。
5. (介護療養型医療施設) 加算要件書類の標準様式化について
入所施設の加算要件の根拠となる書類に、基本となる様式がないケースが多く見られる。このため施設側で運用していたものについて、指導時に不備を指摘されるまで判らない場合がある。
また、要件を満たしていても審査側に内容を説明して理解されるまでに時間を要して、他の審査時間に影響することが多々みられる。

現在、定例様式がなく整備が必要と思われる加算項目については以下の通りである。

- ・褥瘡対策指導管理 … 日常生活自立度の評価記録様式
- ・薬剤管理指導 … 必要指導項目および指導対象薬剤の明記できる様式
- ・退院前後訪問指導加算 … 必要項目が明記できる様式
- ・退院時情報提供加算 … 必要項目が明記できる様式
- ・退院前連携加算 … 必要項目が明記できる様式

6. (介護老人保健施設) 新規申請時、変更時ともに、変更届出書にて変更後を記載し、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表にも変更後の加算等を記載し、体制等状況一覧にも○を付すのでまとめることはできないか。
7. (介護老人保健施設) △△県別紙7の従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表において、完全週休二日制(土・日・祝日休)における職員の勤務すべき時間の算出方法の解釈がまちまちになっている。
8. (介護老人保健施設) 厚生労働省の在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価に対し、評価表の集計用の様式が統一されていないため、当法人では全老健事務局版を使用している。行政のほうで、算定に関して集計の参考様式を作成していただけると、事業所ごとの解釈や様式作成の手間が省けるのではないか。
9. (特養) 個別機能訓練加算、褥瘡対策に係る加算、栄養ケア計画書等取得時の計画書の見直しが3ヶ月毎であり、変更がない場合でも説明・同意・署名が必要となっている。ご家族に電話連絡で面会の日程調整をしたり、郵送し、また返送してもらったりと手間と郵便代が毎月かかっている。変更ない場合には期間を6か月にできないか。
10. (デイサービス) 介護給付費算定に係る体制等に関する届と介護給付に係る体制等状況一覧表をまとめて頂きたい。
11. (訪問介護) 加算に関する集計様式について、参考様式がないものがある。事業所独自の集計となり、集計の解釈ミスや様式作成に手間が生じる。加算作成時に参考様式を全て提示いただきたい。
12. (居宅介護支援) 別紙1 別紙1-2と介護給付費算定に係る体制等状況一覧表と特定事業所加算の届け出が重なる部分あり一枚にまとまらないか。
13. (居宅介護支援) 特定事業所加算の届出に関して、加算Ⅲ⇒Ⅱまたは加算Ⅱ⇒Ⅰへ変更する際、「情報共有のための会議(週1回程度)」の添付書類の期間を明確し統一してもらいたい。
△△市の場合、記載がなかったため3月分を添付した。週1回の会議でコピーして添付するにもかなりのボリュームになった。

14. (居宅介護支援) 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表に関しては、多くの加算で提出を求められているが、毎月現場でも必要なものであり、負担感はさほど感じない。
しかし、居宅介護支援事業所の場合、介護支援専門員の変更については届出しているが、主任介護支援専門員の資格を取得した際は届出していないので、勤務形態一覧表で主任介護支援専門員が何名配置されているかの確認は必要だと思う。
15. (通所リハビリテーション) 加算申請書について、申請するための数字を確定させるために結構な時間をとられる現状であり、特に少人数で運営する場合、加算申請の文書作成はどうしても負担となり利用者業務に支障をきたす可能性もある。

【Ⅲ 指導監査関連文書】

1. 集団指導の内容をウェブ上に公開するなどして、時間や場所の制限を受けずに参加できる工夫を加えて頂きたい。集会とオンライン中継の併用型等も助かる。
2. 毎年同じ書類を提出するので、変更点のみの報告にしていただけると負担軽減につながる。
3. 実地での個別指導に関しては、担当者や各自治体によって指導の内容が異なることのないように全国統一の指導要領などを用いて指導して頂きたい。
4. あらかじめ準備する書式の案内があると準備時間が短縮でき、かつ過不足を防ぐことが出来る。
5. 指導監査等では、事前文書の提出や準備ではなく、指定申請関連文書、報酬請求関連文書の文書を基本に確認、指導するのがよい。
6. 実地指導の際にあちらこちらのシートから情報を拾い出すのは大変なため、スムーズに進めるために、情報をまとめたものを用意することを求められるが、内容としては各種記録から拾い出せるものばかりである。わざわざ書類を作成するための負担は減らして欲しい。
7. サービスの質、利用者保護の目標とするのであれば、「ケアの記録等」を中心に指導監査してはどうか。
8. 実地指導では利用者ごとに紙ベースでプリントしてファイルを作り残す事が義務付けられている。データは残っているので、データでチェックにして頂くと大変合理的。

9. (訪問看護) 県の実地指導にて「業務管理体制の整備に係る自主点検表」と「自主点検表」の2種類の書類が求められている。「業務管理体制の整備に係る自主点検表」の「2 業務管理体制に関する内部規定・組織体制の整備」と「自主点検表」の「(4) 虐待防止に関する取組の状況」は内容が重複しているので、重複項目は省けないか。
10. (居宅介護支援) 職員勤務表と「参考様式1 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に重なる部分あり職員勤務表のみで良いのではないか。
11. (居宅介護支援) 県では実地指導時に用意する書類を居宅サービス・居宅介護支援でまとめて示すため、行政・事業所双方に混乱が生ずる。各サービスごとに用意する書類を示してほしい
12. (居宅介護支援) 「実施指導の頻度」「運用の標準化」その他の留意事項など、大いに賛成。利用者の記録等の確認は、確認の件数だけでなく、「確認内容の標準化」を加えてもらいたい。
13. (居宅介護支援) 「運用の標準化」の利用者の記録の確認に関して、例えば医療系サービスを位置付ける場合、「主治の医師の意見を求めること(人員及び運営に関する基準 第13条第19号・20号)」の確認が、△△市の場合、「居宅介護支援計画連絡票(FAX照会)」ありきになっている。同じく軽度者の福祉用具貸与の医師の判断に関しても、地区内で独自に作成した任意様式がいつの間にか「なければならない」になっている。
14. (居宅介護支援) 介護保険最新情報 Vol.155(平成22年7月30日発)「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関する意見への対応について
「3. ケアプランの軽微な変更の内容について」
基準第13条第16号において、居宅サービス計画を変更する際、原則として、基準第13条第3号から第12号までの4一連の業務を行うことが必要である。なお、利用者の希望による軽微な変更(例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第13条第3号から第12号までに掲げる一連の業務を行う必要がないとはんだんしたもの)を行う場合には、この必要はないものとする。
⇒介護支援専門員は実地指導が厳しいために、この運用ができておらず、負担軽減になっていない。
⇒今後作成するガイドラインの中で、「軽微な変更該当すると判断した根拠」の記載方法や、モニタリング様式に「軽微な変更」と記載欄を標準化することで解決できると思う。
⇒利用者の希望による週1回程度の回数の増減でも、居宅サービス計画書の変更は必要であり、基準第13条第16号の「一連の業務(第3号から第12号)を行う必要がない」というところが実際の業務に即していないように思われる。居宅サービス計画書(1)の「初回・紹介・継続」の欄を「初回・更新・変更・軽微な変更」に変更することで、一連の業務を行う必要がないと判断したということが明確になると考える。
サービス担当者会議の照会記録(旧第5表)も事務負担軽減の観点から廃止されたが、やはり実地指導で照会記録を求められたという声が多い。サービス事業者へ書面にて照会記録を求めている介護支援専門員も多く、負担軽減になっていない。

【IV 主治医意見書】

1. 考え方

・1次判定の後の調査員による2次判定の参考書類として用いられているものであるが、必要としない以下のようなケースも多い。認定審査のための書類で提出(作成)が必須となっているが、患者側の任意としてもよいのではないか。

- ① 重度且つ長期間介護を要する状態であり、連続して数回要介護5の認定を受けていて回復を見込むことができないケース
- ② 認定調査に十分な申し立てを行うことができ、医師の意見を参考として申請者が必要ないと思われるようなケース
- ③ 患者の状態を十分に把握している医師が不在のケースの場合、主治医意見書作成を引き受けてくれる医師を探して申請および認定が遅れるケースが認められる。

また、これらによるメリットは以下の通り。

- ① 医師の手間が削減できる
- ② 作成費用(全公費負担)が削減できる
- ③ 認定審査会の日程調整が容易になる(意見書の遅延等を考慮しなくてよい)

2. 重複内容

・主治医意見書の3.の(5)、4.5.に関して重複されている部分あり。
・褥瘡：3.(5)に現時点の記載項目があるが、4.(3)にも褥瘡がある。この場合この項目のタイトルの「現在あるかまたは今後発生～」の現在はいらぬ。

3. 改善して欲しい点

・情報として、観る側の者としてももう少しわかりやすい情報シート作成が必要と思われる。

例えば、

- ① 摂食・嚥下：4.(3)、(6)、5.特記での関連づけた意見
 - ② 転倒・骨折：4.(3)、(6)移動、5.特記での関連づけた意見 など。
- ・4.(3)：現在なのか、今後発生の可能性なのかわかりにくい。
- ・有効期限を決めるため、今後の状態の悪化の可能性を知るためにもわかるところではあるが、明確ではない。
- ・ケアプラン作成し、サービスを始めるケアマネジャーや通所などの関係者も参考にする部分であるが、4.「(6)サービス提供時における・・・」という特別項目は不要に思う。
- ・3.(5)調査と照らし合わせながら、重要な部分の確認を行うために主治医意見書は有用性が高いが、記入漏れが多い。
- ・調査員の調査書の方が詳しく現在の様子がわかる場合が多い。

【V ケアプラン、アセスメント等】

1. ケア記録等

事業所として適切に運営しケアを提供しているかを確認する書類となるが、書類のフォーマットや情報量の例が提示されていないため、各事業所によって情報量に差がある。

どの事業所も全く必要のない書類を作成しているわけではないものの、家族にとって分かりやすい、また職員間での情報共有や意思伝達がしやすいものを、と試行錯誤している中で少しずつ書類の情報量や記載量が増えている。単に書類の簡素化や情報量の削減を行うのではなく、最低限の書類のフォーマットや内容（情報量）の例を挙げると共に、“良い事業所”と判断される基準に関しても見直していく必要があると思われる。

2. 在宅利用者のケアプラン、給付管理票について

在宅で介護保険を利用する場合、本人またはケアマネジャーによるケアプランの作成が必要となる。一定期間の制限は必要かと思われるが、特に変化のない場合には自動更新として差し支えないと思われる。

また、通所サービス利用時に、サービス提供側の請求内容と給付管理票の不一致があった場合に、返戻・保留措置となってしまう。その原因は多くの場合、ケアマネジャーが実情の把握ができていないことが主な原因であり、サービス提供側には何ら落ち度がないにもかかわらず不払いとなるケースも多く、制度的な矛盾を感じる。

上記に対する改善点は以下の通り。

- ・ケアプランは一定期間内、特に更新内容がない場合は自動更新とする。
- ・請求内容と給付管理票を同時に提出して、審査機関で突合せさせるのではなく、提供機関より請求⇒審査機関⇒ケアマネに内容確認、という流れの審査とする。（医療保険での2次審査と同様の流れで、当月分は審査機関での査定・返戻がなければ給付決定とし、その後ケアマネより内容不一致の連絡があった場合のみ、照会・査定とする）

3. ケアプランの見直しが6ヶ月毎になっており、その度にアセスメントが求められている。変化のない利用者についても、何度も同じような内容で記録しなければならず、時間がかかる。

「変化がある」、「変化がない」の基準はないが、ケアプランを変更しなければならない時や新しいサービスを組み入れる際を、「変化がある」とすれば、そういったタイミングのみの見直しとし、要介護度もケアプランも変わらない方については、年1回でいいのではないかと。

6ヶ月毎に、アセスメント見直し⇒サービス担当者会議調整⇒会議実施⇒会議録記録⇒新ケアプラン作成⇒提供票・利用票作成、を繰り返しているが、人数がさばけない。

かといって日中は在宅訪問、サービス調整、入退院支援等があり、夕方から事務仕事となり、どうしても勤務時間内に終わらない。

変化がない人については、これら一連の手続きは有効期限内に1回でいいのではないか。その分、現場に足が運べる。

また、要支援認定者についてのアセスメントは、年1回となっているので、範囲を拡大して、要介護度1～2の軽度認定者についても、変化がないとすれば、年1回にするという考え方もあるのではないか。

4. モニタリングと支援経過入力

モニタリング記録と支援経過記録が毎月求められているが、同じようなことを記録するだけなので、支援経過入力があれば、モニタリングの入力は不必要でないか。

5. (居宅介護支援事業所) 書類の量が多い。

6. (居宅介護支援事業所) サービス担当者会議に欠席時の照会や報告書など、内容的に同じことが多い。

【VI 利用者情報】

1. 利用情報について、居宅介護支援事業所、各介護保険施設、医療機関など各機関で、それぞれの書式で、それぞれに記録し保管しているため効率化が図りにくい。

2. 各機関での情報の内容が重複し、かつ量が膨大であり、時間の短縮をできないか。介護情報共有システムを進め対応できないか検討して欲しい。

3. 介護保険の申請から訪問調査後の認定情報、その中の特記事項について開示、共有に時間がかかり、ケアプラン策定までに時間がかかり過ぎてしまう。

4. (居宅介護支援) 施設入所の際の書類について

身体状況確認に関する書類の書式が施設ごとに違うので記入が大変であり、共通するものとするか、ケアマネジャーのアセスメント表で代用して欲しい。

5. (訪問リハビリテーション) 基本情報など、その利用者に対し1枚作成すれば各サービス事業者が共有できるものにし、専門性に関し各自アセスメントするようになれば良い。

【Ⅶ 介護保険の申請手続き等】

1. 介護保険の申請手続き書類と方法が行政区によって異なる
→介護保険課、高齢介護課等があり 役所のどの窓口を案内すれば良いのかがはっきりしない。また、申請書類の書式も各行政区によって（記載項目は同じなのだが）書き方が異なり煩雑である。
2. 認定調査の方法が行政区によって対応差がある
→入院中だと病院まで来てくれる所もあれば、家族の話で対応したり、入院中は医療優先で終わる所など、対応に差がある。
3. 認定審査会の開催頻度は、行政区によって頻度差があるのではないか。
→タイミングを逃すと、介護保険の認定が受けられない事もあり、退院調整に難渋する。
4. 窓口対応としては「どこに行って」「何を書いて」「何を持ってきて」が明確になっていれば案内しやすいが、これらがバラバラであることが煩雑さの要因になる。
5. 居宅介護支援事業所に申請していない入所者の家族から依頼された場合、特別養護老人ホーム入所申込書には、被保険者番号、有効期限、要介護度、保険者番号等を家族が記入する上に、施設の介護支援専門員が、更に同じ内容を記入することは省略できるのではないか。家族欄、連絡先欄もまとめられるのではないかと思う。重複した内容の記入は省略できると思う。
6. （老人保健施設）3ヶ月間の入所中に、認定の更新時期となる場合に、更新された認定情報をもとに、再度、アセスメントし、計画書原案作り、担当者会議を実施し、計画書に同意を得るのは、省略できる方向でお願いしたい。

【Ⅷ 書類の作成・提出、情報提供の方法】

1. 計画書、その他の書類を毎月書くことを義務付けられている。6か月に一度に減らすことができないか。
2. 施設サービス計画書の「印」はサインのみでよいのではないか。
3. 契約書・重要事項説明書の「印」はサインのみでよいのではないか。住所も書かなくてよいのではないか。

4. 消費税の改定に関して

消費増税により、介護報酬が10月1日に改定となる。

本人負担金額が改定となり、重要事項説明書も全部、あるいは料金部分のみ改定しないといけませんが、その事務手続きを簡略化できないか。初回の重要事項説明書に「介護報酬改定時には、文書で説明するだけで、サイン、印鑑等は求めなくてもいい」と記載して、サイン、印鑑をいただくだけでいいということになれば事務負担は軽減できる。無論、文書で説明したことは、診療録等（施設介護支援経過）に、○月○日○時○分に家族□□様に職員△△が説明し、文書を手渡したという記載は必要。

5. 現在は職員の年休及び欠勤の管理のために、年休届（欠勤届）と諸届簿を作成しているが、どちらか1種類にすることが可能であれば、作成と提出確認の手間を少し減らすことが出来る。

6. 基本的には指定更新の際に作成するものが大半のため、以前に作成したもののデータが残っていれば数カ所の修正で対応出来るが、事業所によっては管理者や職員の入れ替わりが多いケースもあり、初めて作成に取り組む方には分かりにくい書類も多いため、作成に時間が掛かっているものと思われる。分かりやすい記載例の提示や同じような情報の集約、過去の書類から変更のない部分はあらかじめ記載をしておくなどの対応をすることで少しでも改善が図れると思われる。

7. 提出すべき文書の数が多く、内容の重複もみられるので、文書の整理統合を検討してほしい。

8. 居宅介護支援事業所から病院地域医療連携室へは、新たに書式を作るのではなく、居宅介護支援事業所で使っている書式に、足りない情報を書き込むだけにする。逆に、病院地域医療連携室から居宅介護支援事業所への情報提供も、病院地域医療連携室で使っている書式に、足りない情報を書き込むだけでよいようにすれば、文書に係る負担軽減につながる。

具体的には、足りない情報は、FAXの場合は送信状、手渡しの場合は、別紙に書き込めば情報提供の要件を満せるようになると思う。

病院間での情報提供も、送り手の書式と受け手の書式が異なる場合、送り手が受け手の書式に記入しなくても、受け手の書式で足りない情報を別紙に書き込めば情報提供の要件を満せるようになればいいと思う。

9. 定例報告により自己点検を行い、基準を満たしてない場合に限り変更届を提出するようにはどうするか。

10.（訪問看護）予防訪問看護の利用者に関する書類

毎月、包括支援センターへ実施状況を報告しているが、医師に送る報告書で状況確認を行って欲しい。（時期がずれるとのことで期限を決められ提出が必要となっている。）

また市町村によって、まちまちな方法で運営されているため、提出パターンもまちまちであり統一して欲しい。

11. (居宅介護支援) 報告時に市区町村によっては、要支援の利用者にはコメントを入れなければならない。(ローカルルールの撤廃)
12. (居宅介護支援) 事業所によって計画書、報告書フェイスシートなどの書式が異なり、多少内容が違ふ。
13. (居宅介護支援) 計画書、報告書に書く内容が多い。指示書や情報提供書、ケアプランに含まれる内容は省いてもよいと思われる。
14. (居宅介護支援) 「事業所が独自に作成する文書」に関して、「第5表 居宅介護支援経過」やモニタリング記録において内容の重複が多く、負担感がある。
⇒ガイドラインの作成や様式の統一により軽減する部分もあるが、実地指導が厳しく些細なことで報酬返還になることを恐れて、不要な記録が増えているという背景がある。
様式の統一に合わせ、実地指導のあり方の検討も必要。
15. (居宅介護支援)
「訪問介護 生活援助の頻回な利用に関する届出」について、指定権者により提出書類にかなりのばらつきがみられる。当県の介護支援専門員協会では県内全体の状況を調査したところ、届出の様式すら規定していない市町村もあれば、△△市のように、7種類もの書類提出を求め、モニタリング記録と居宅介護支援経過記録については「過去1年分」と膨大な資料の提出を求めるところもある。
⇒届出の書類の統一をお願いしたい。

【Ⅸ 事故報告】

1. 介護保険の事故報告が大変煩雑である。特に項目が軽微なものが多く、届け出るかどうかの判断に困る。誤嚥や擦過傷は医師の診察を受けたもの、落薬は削除し、与薬漏れに統合する、カテーテル抜去も医師の治療が必要となったもの等、アクシデントレベルの場合に報告するように基準を決めてほしい。(図を参照)

書類の煩雑さ 介護医療院の事故報告書

市町村の書類形式統一化 自民党WGに期待

事故報告書の基準

骨折	その他の外傷	職員の法令違反、不祥事
打撲・捻挫・脱臼	異食・誤えん ○	誤薬、 薬 薬、与薬もれ
切傷・擦過傷 ○	食中毒	医療的ケア関連(カテーテル抜去等) ○
やけど	感染症・結核	その他(

擦過傷、誤嚥、落葉、経鼻胃管抜去 は程度によるのでは
例えば「落葉により入所者に与薬もれが起こった場合」
「擦過傷により、医師の処置が必要だった場合」等はどうか
抑制強化につながる可能性

131

【X 電子媒体の活用】

1. どの項目においても、Web 入力や電子申請の導入は必須とするのがよい。
2. 書類提出は、郵送か Fax であるが、安全なインターネット経由で提出できるとよい。
3. 公式に掲載されている文書フォーマットのいくつかは、未だ手書きを前提にしたものとなっているので、PC 入力を前提としたものに更新してほしい。
4. 既往歴やアセスメント等の基本情報を入力することにより、基準となるケアプランが出てくるようなソフトがあれば、あとは個別による修正のみで作成できて負担軽減にもなる。
5. Web 入力や電子申請は事業所毎にフォーマットを整理して分かりやすくすることで、現在の書面入力よりは項目が分かりやすくなる。前回の提出内容を一部コピーして修正する機能を持たせれば全ての入力を行う必要がなくなる。
6. いくつかの自治体では認可申請に関して、来庁しての面談を要件としているところもある。本当に面談が必要か、オンラインでの情報共有や認可申請を行えないか等も検討してほしい。
7. 行政文書の電子化等は負担軽減につながる一方、介護事業に従事する者の IT リテラシーが高くないことも考えられるので、ハード等の補助だけではなく PC の操作研修、新しい入力デバイス、保存媒体への知識などを獲得する機会提供も必要と考える。
こういった取り組みなくハード面だけが先行すると、負担がさらに増大する可能性もある。教育の拡充の面からも、介護報酬・賃金面での処遇改善を考える必要があると思う。
8. (居宅介護支援) ICT 導入支援は是非実施すべきだと思う。

9. (居宅介護支援) サービス提供票・別表の印刷・サービス事業者への配布(郵送や持参)に多大な時間がかかる。ICT導入により、「印刷・配布作業」が省けるのではないか。
10. (居宅介護支援) サービス利用票・別表の利用者への説明は紙で行い、事業所用への利用者の確認は紙ではなく、タブレットの画面上でサインする方法を検討してもらいたい。

【X I その他】

1. (居宅介護支援) 住宅改修の理由書を、最近では福祉用具業者が作成することも多いが、身体状況を確認するものであれば、ケアマネジャーのアセスメント表(既存するもの)で代用して欲しい。
2. (居宅介護支援) 福祉用具の軽度者申請の際に添付する書類は、用具ごと(例えばベッドと車椅子)に身体状況が確認できる理由書を添付するため負担になる。基本はアセスメントシートに用具ごとに特記を入れる程度のものにして欲しい。
3. (居宅介護支援) 住宅改修の理由書の項目がかなり重複している。もっと簡素化してほしい。
4. (居宅介護支援) 住宅改修や福祉用具購入の「提出依頼状」に関して、担当介護支援専門員の氏名を記載しており、同じ事業所であったとしても代理提出が認められない状況になっている。
⇒利用者との契約は介護支援専門員個人ではないため、提出依頼状の依頼先には「居宅介護支援事業所名」を記載し、担当介護支援専門員以外の提出も認めてもらうことで、事業所としての業務効率は高くなる。
5. 書類の保管期間
介護保険上のルールで書類の保管期間は利用終了後5年となっているが、何年も利用される方も多いため、書類の保管場所に苦労している。
6. 行政からの連絡通信のあり方
△△市では昨年度より法定研修の案内や市に提出する文書の通知がメールのみで行われ、FAX等での通知が全くなされない状態となった。そのためパソコンに触れない職員、またパソコンの前に座る時間がないという現状では、文書の確認が遅れたり、機会を逸したりする問題が発生している。通信費等の経費削減に関する問題もあるかとは思いますが、現場の職員の負担軽減のためには誰もが確認しやすい方法での通知も検討して頂きたい。

7. △△市は今年度より保健福祉局高齢社会部内に事業者指導課という専門部署が新設され、高齢者施設・介護サービス事業者の指定・指導等にあたられている。専門部署の新設により、事業者への対応は細やかになっている。また、2019年7月以降に指定更新や指導監査に関連する文書が更新され、簡素化されている。必要以上の情報記載を求められているとは感じていない。

8. 基準以上の文書作成の例：

利用者への便り : 個別に作成するため手間はかかっているが、家族様との情報共有や信頼関係の構築に役立っている。

介護実施記録 : ケアプランのケア内容を拾い出し、日々のケアの中で出来ているかどうかを確認することで、職員全員がケアプランに基づくケアを提供出来る。

薬確認表 : 仕分けの際に薬の数の確認に使用し、薬の内容を把握することが難しい介護職員でも安全に仕分けが出来るようにしている。

入院時の情報提供書 : 普段から訪問診療で状態は確認して貰っているが、入院時に対応する病棟の看護師は利用者本人をほとんど見たことがなく、口頭での状態把握は難しいため作成している。入院は急に決定することが多く、情報量も多いがパソコンで作成出来る職員が限られているため負担が大きい。

薬の発注書 : 訪問診療にて定期薬を発注する際、出来るだけ主治医の訪問日に発注を合わせたいという兼ね合いもあって2週間おきに作成が必要。訪問診療の際に口頭で主治医に伝えても時間がかかり抜けが生じるために作成しているが、残薬の調整もあって直前にならないと作成することが出来ず、パソコンで作成できる職員が限られているため負担が大きい。

以上