



第7回医療・介護ワーキング・グループ 提出資料

# 介護分野における規制緩和・ 手続簡素化について

2020年2月20日

日本商工会議所 社会保障専門委員会 委員

東京商工会議所 社会保障委員会 委員

東京商工会議所荒川支部 小売・サービス分科会 副分科会長

有限会社ケア・プランニング 代表取締役

中原 修二郎

# I. 「2019年度規制・制度改革に関する意見」(抄)(2019年10月17日)

## ○介護分野における規制緩和・手続簡素化を行うこと

### 【要望内容】

#### 介護分野における規制緩和・手続簡素化

### 【理由】

介護の現場では、書類の多さや手続の煩雑さが課題となっており、今後、少子高齢化が進展するにつれて介護分野での人手不足がさらに深刻化することを踏まえれば、まずは、ケアマネージャーや介護福祉士が現場でのサービスに専念できる環境を整備することが不可欠である。

このため、例えば、ICTの活用などを前提に、毎月1回以上実施することが義務付けられているケアマネージャーによる利用者宅の訪問・面接の回数を削減することなど、介護分野における規制緩和・手続簡素化を徹底的に行う必要がある。

## 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過①

○介護サービスの現場では、以前から書類の多さや手続の煩雑さが課題となっている。



実績入り提供票の保管状況



実績入り提供票の1か月の分量



## 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過②



ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況



ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況

## 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過③

○2010年2月3日 厚生労働省

「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直しに関するご意見の募集について」

○2010年7月30日 厚生労働省

「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直しに関するご意見への対応について」

➤一部ケアプラン作成工程の作業量削減はなされたものの、**業務効率化に  
関しては積み残し。**

○2016年6月2日 ニッポン一億総活躍プラン

➤「**介護ロボットの活用促進やICT等を活用した生産性向上の推進**、行政が求める  
**帳票等の文書量の半減**などに取り組む」

○2016年9月7日 社会保障審議会介護保険部会(第63回)

➤文書量半減に向けたスケジュール工程表(抜粋)

・2017年度 文書の簡素化・合理化等に関するガイドラインの策定について、  
介護給付費分科会で議論

・2020年代初頭 文書量半減

## 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過④

- 2016年3月 一般社団法人シルバーサービス振興会  
「介護分野における生産性向上に関する調査研究事業 報告書」
- 介護サービス事業における生産性向上にガイドラインに資するガイドライン  
➤2018年度厚生労働省委託事業「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン作成等一式」を株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所が受託。
- 2018年6月29日 厚生労働省令第80号発布  
➤内容は、介護サービス事業所の指定申請に係る書類の削減についてであり、  
直接的に業務効率化につながるものではなかった。
- 施設介護分野では、見守りセンサー・電子記録アプリ・ICTシステム・ウェアラブル端末等の活用によって効率的・効果的介護の実現がなされている事例が増加。

# 在宅介護サービスの業務プロセス①

プロセス		ケアマネジャー	訪問介護(ホームヘルパー)	通所介護(デイサービス)
アセスメント	書類	フェースシート アセスメントシート	フェースシート アセスメントシート	フェースシート アセスメントシート
	内容	原則利用者宅へ訪問して行なう。 ソフトによって書式は様々。 東京都の場合、「リ・アセスメント支援シート」という独自書式あり。	ソフトによって書式は様々。	ソフトによって書式は様々。
	根拠法令	○厚生省令第38号(運営基準)第13条七号 介護支援専門員は、(中略)(以下「アセスメント」という。)に当たっては、 <u>利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。</u> 第二十九条第2項2-ロ (前略)利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。(略) ロ 第十三条七号に規定するアセスメントの結果の記録	○厚生省令第37号(運営基準)第二十四条 サービス提供責任者(中略)は、 <u>利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。</u>  ○指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について(老企第25号) (略)訪問介護計画の作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、 <u>訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにし(アセスメント)、これに基づき(以後略)</u>	○厚生省令第37号(運営基準)第九十九条 指定通所介護事業所の管理者は、 <u>利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成しなければならない。</u>  ○指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について(老企第25号) ※訪問介護に準じる
ケアプラン作成	書類	ケアプラン1~3表 ケアプランA~D表(要支援の方)	訪問介護計画書	通所介護計画書 個別機能訓練計画書
	内容	ご利用者へは、担当者会議の時に署名捺印を2部もらい1部交付。各事業所へは原本複写してFAX・郵送等で交付。 各事業所の個別サービス計画書は、FAX・郵送・持参等紙媒体で受領し、保管。	ケアマネジャーの作成したケアプランをもとに作成。 紙媒体で受け取ったケアプランの必要箇所を転記	ケアマネジャーの作成したケアプランをもとに作成。 紙媒体で受け取ったケアプランの必要箇所を転記
	根拠法令	○厚生省令第38号(運営基準)第十三条十 介護支援専門員は、(中略)当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、 <u>文書により利用者の同意を得なければならない。</u> 第十三条十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。 第十三条十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、 <u>訪問介護計画(中略)等(中略)計画の提出を求めるものとする。</u> 第二十九条第2項2-イ (前略)利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。(略) イ 居宅サービス計画	○厚生省令第37号(運営基準)第十四条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たっては、 <u>居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。</u> 第二十四条 サービス提供責任者(中略)は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。 2 訪問介護計画は、 <u>既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。</u>	○厚生省令第37号(運営基準)第九十九条 指定通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成しなければならない。 2 通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、 <u>当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。</u>

## 在宅介護サービスの業務プロセス②

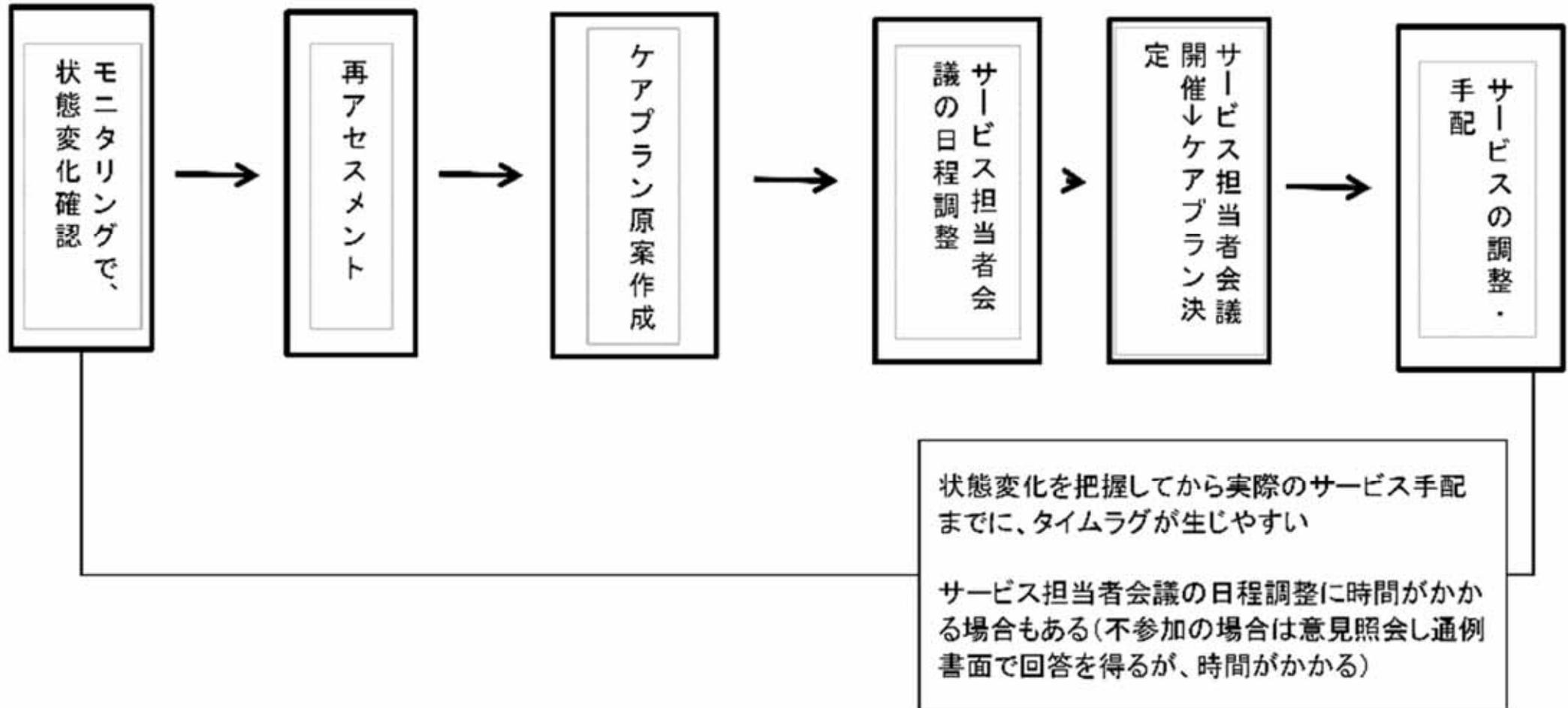
プロセス		ケアマネジャー	訪問介護(ホームヘルパー)	通所介護(デイサービス)
サービス担当者会議	書類	担当者会議録、支援経過記録	意見照会用紙(欠席の場合)	意見照会用紙(欠席の場合)
	内容	ご利用者、家族、主治医、ケアプランに位置付けられた介護サービス事業所が、一堂に会して行なう。介護サービスを受ける時や介護認定が更新された時などに必ず開催。原則担当者会議を経なければケアプランは実行できない。		
	根拠法令	○厚生省令第38号(運営基準)第13条九 介護支援専門員は、サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(中略)を召集して行う会議をいう(中略))の開催により、(中略)やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。  第二十九条第2項2-ハ (前略)利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。(略) ハ 第十三条第九号に規定するサービス担当者会議等の記録		
モニタリング	書類	支援経過記録 モニタリング表 各事業所からの報告書(利用者数×事業所数)	状況報告書	状況報告書 個別機能訓練報告書
	内容	最低月1回訪問し状況把握して支援経過記録記入。モニタリング表も作成することが多い。各事業所からFAX等で届く報告書を確認し、必要に応じて支援経過等に記録。		
	根拠法令	○厚生省令第38号(運営基準)第十三条十四 (略)実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。 イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。 ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。 第二十九条第2項2-二 (前略)利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。(略)	○厚生省令第37号(運営基準)第十四条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。  第二十四条 5 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成後、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うものとする。	○厚生省令第37号(運営基準)第九十九条 5 通所介護従業者は、それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

## 在宅介護サービスの業務プロセス③

プロセス		ケアマネジャー	訪問介護(ホームヘルパー)	通所介護(デイサービス)
実績確認 給付管理	書類	提供票・別表(実績入り) 給付管理票・居宅介護支援介護給付費明細書	提供票・別表(実績入り) 介護給付明細書	提供票・別表(実績入り) 介護給付明細書
	内容	実績の記入された提供票・別表がFAX等で届く。その内容をソフトへ手入力する 入力した実績をもとに書類作成し、インターネットで国民健康保険団体連合会へ提出	毎月ケアマネジャーから受け取った提供票に実績を手書き、もしくは自社ソフトに入力して印刷し、大半はケアマネジャーへFAX・郵送等で紙媒体で送付	毎月ケアマネジャーから受け取った提供票に実績を手書き、もしくは自社ソフトに入力して印刷し、大半はケアマネジャーへFAX・郵送等で紙媒体で送付
	根拠法令	○1999年12月8日厚生省「給付管理業務について」  ○厚生省令第38号(運営基準) 第十四条 指定居宅介護支援事業者は、毎月、(中略)国民健康保険団体連合会に対し、居宅サービス計画において位置付けられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービス(中略)として位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。		

## 在宅介護サービスの業務プロセス④

### ○ケアプランの変更における現行の規定プロセス



# 必要書類の種類・分量・流れ①

時期	利用者・家族	介護支援専門員	枚数	サービス事業所
新規プラン時 認定更新時 認定変更時 プラン変更時		<p>アセスメントシート ★書式に規定はなく、23項目の標準課題分析項目を網羅していれば、シートは自由。介護ソフトにあるフォーマットを使用するケースも多い。以下その一部を例示。</p> <p>○基本情報シート、リ・アセスメント支援シート(東京都) ※必須書式ではないが、法定研修はこの書式をもとに行われる。 ○居宅サービス計画ガイドライン(全社協方式)</p>	6 12	
	<p>署名・捺印 1部保管、1部返却</p> <p>捺印 1部保管、1部返却</p> <p>署名・捺印 1部保管、1部返却</p>	<p>居宅サービス計画書</p> <p>← ○1~3葉 → 署名・印入りの複写物を、主治医・サービス事業所へ交付 署名・印入りの原本を、利用者ごとに保管 ○4葉(サービス担当者会議議事録)</p> <p>← ○利用票・別表 → 印をもらった原本を、利用者ごとに保管 介護支援専門員1人当たり担当35人×4枚=140枚</p>	3~4 1~2 2~4	<p>保管</p> <p>個別支援計画書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護計画書</li> <li>○訪問看護計画書</li> <li>○通所介護計画書</li> <li>○個別機能訓練計画書(加算算定する場合)</li> <li>○栄養ケア計画書(加算算定する場合)</li> <li>○口腔機能向上計画書(加算算定する場合)</li> </ul> <p>署名・印入りの複写物を介護支援専門員へ交付</p>

○新規ケアプラン作成、認定更新時等に作成する書類は、東京都推奨書式を使用した場合、①基本情報シート、②リ・アセスメント支援シート、③居宅サービス計画書で、枚数は個々に異なるが、概ね**利用者1人当たり16枚程度**になる。

○利用者やサービス事業所へ、署名と印のあるものを交付する必要があるため、**基本的には紙ベースでやり取りする**ことになる。

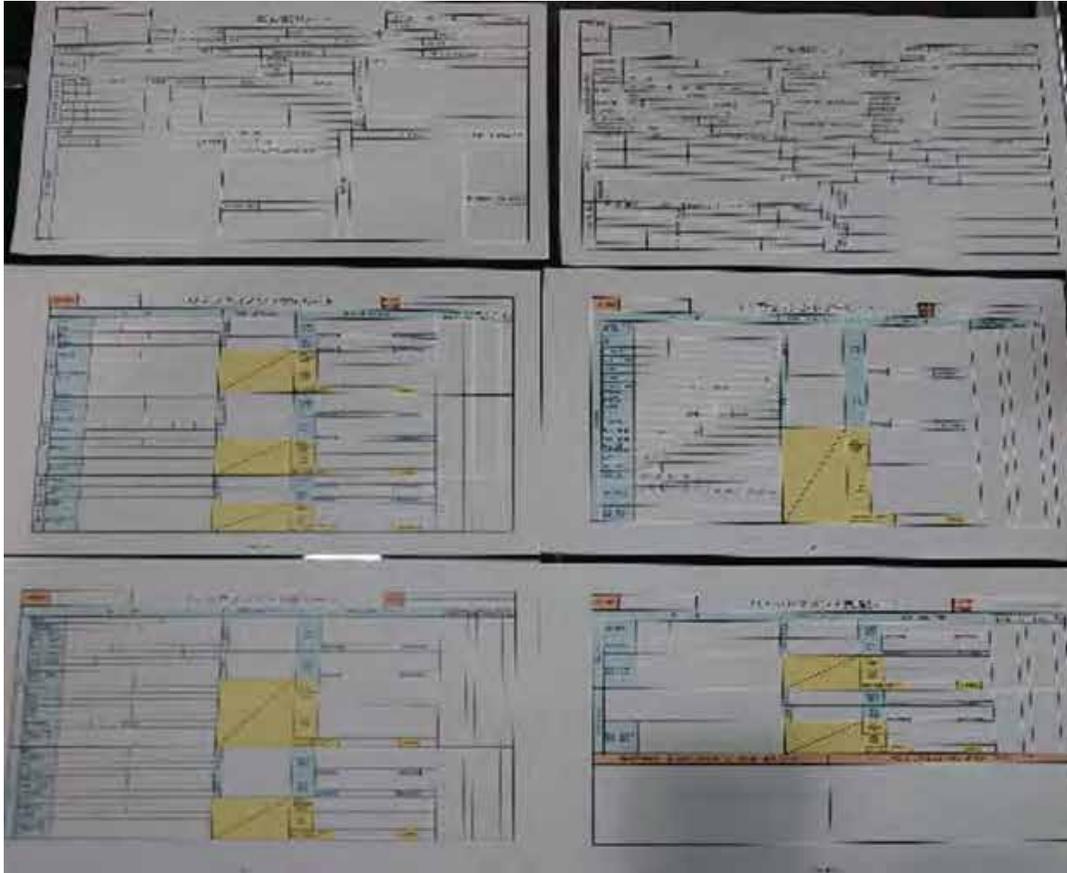
## 必要書類の種類・分量・流れ②

時期	利用者・家族	介護支援専門員	サービス事業所
毎月	捺印 ← 1部保管、1部返却 →	<b>利用票</b> ○利用者ごとに作成(1人あたり2~4枚程度。もっと多いことも) 印をもらった原本を保管 介護支援専門員1人当たり35件担当として、利用者1人につき4枚作成すると、 $35 \times 4 \times 2$ (交付分)=280枚/月	
		<b>提供票</b> ○利用者ごと・利用している事業者別に作成し紙に印刷 利用者1人当たり3事業者使い、1事業者あたり4枚送付→ $35 \times 3 \times 4 = 420$ 枚/月  FAXや郵送で、各サービス事業者へ送付  ○送付されてきた利用実績の入った提供票をもとに、介護ソフトに利用実績を手入力する。	→ 送られてきた提供票をもとに、利用予定を自事業所の介護ソフト等に手入力し、予定管理する。提供票は保管する。  その月の利用実績を、送付された提供票に手書きで記入するか、自事業所の介護ソフトに入力し用紙に印刷して、FAX・郵送や持参等で介護支援専門員へ送付。 ← 実績入りの提供票用紙も

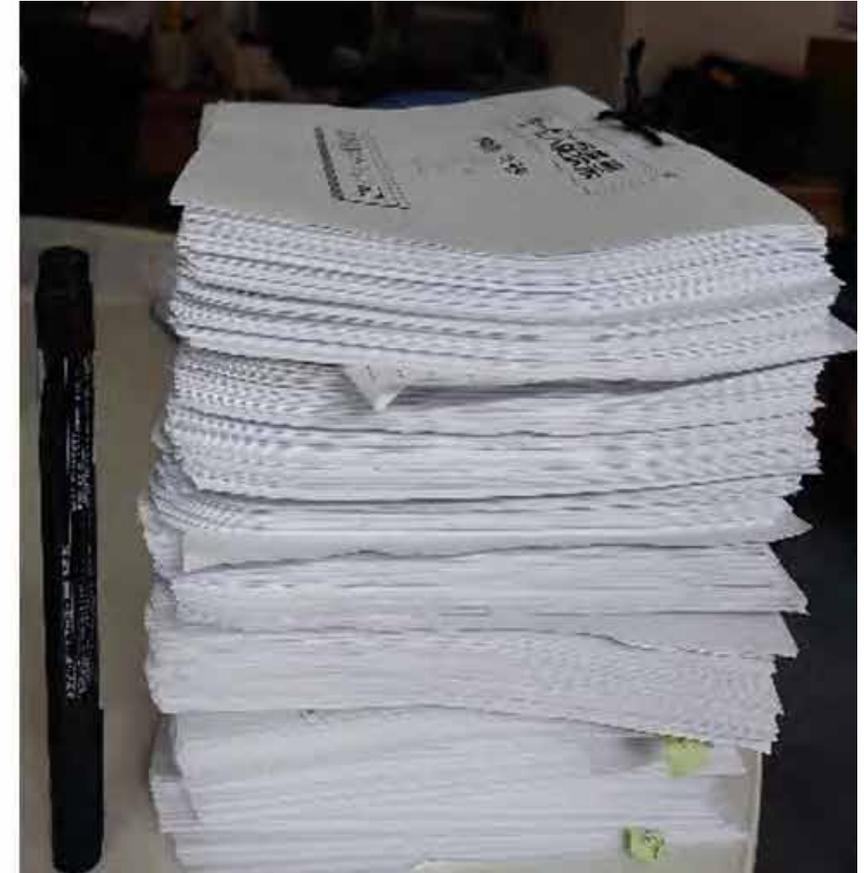
○利用票については、必ずしも印鑑をもらうことは規定されていないが、**「同意を得た」ことの証明として印をもらうことが一般的。**同意を得たことを残し、「交付する」必要があるため、**基本的に紙ベースでやり取り**することとなる(一部、同じ介護ソフト同士でデータ上のやり取り可能なものはある)。

○提供票については、現状異なる介護ソフト間でデータ上の予定確認と実績入力できる仕組みがないため、**紙ベースでのやり取りが通例**になっている。

## 必要書類の種類・分量・流れ③



東京都書式「基本情報シート」と「リ・アセスメント支援シート」



1か所のサービス事業所に届く提供票（1年間分）

## 必要書類の種類・分量・流れ④



介護支援専門員 1 名が、1 か月間に送付した提供票



他社サービス事業者から返送される実績入りの提供票の保管状況  
(過去分・概ね 1 箱 1 年分)

## 必要書類の種類・分量・流れ⑤



他社サービス事業者から返送される利用実績入りの提供票の保管状況  
(最近の分・介護支援専門員9人分)



介護支援専門員1人分の利用者ファイル書庫

- 書類を処分する際は、専門の事業者へ依頼をする必要があり、相応のコストがかかる。  
書類の大幅な削減によりこのコストを低減することで、**人件費増加の原資を確保**することができるのではないか。

## 現状の課題と解決策1-①

### 【課題】

- 介護ソフトごとにフォーマットが違い、互換性もない。  
このため、ソフトを変える場合のデータ移行はほぼ手作業。
- 例えば、AケアプランセンターとB訪問介護事業者が違う介護ソフトを使用している場合、データのやり取りは不可。  
このため、ケアプラン・個別計画書・モニタリング報告書・サービス利用票・提供票・実績情報などがソフト上で共有できず、結果として紙媒体でやり取りし、それぞれの事業所で手入力したうえで保管している。  
結果的に、介護サービス事業所が毎月受け取り、保管する書類が膨大になり、ペーパーレス化は進まない。
- ケアマネージャー側の実績入力は、  
(事業所のご利用者数) × (利用しているサービス事業所)  
になり、膨大な作業量になる。  
事務員を雇用する費用は介護報酬には含まれていないため、ケアマネージャーが相当な時間を割いて行っているのが現状。  
→ 利用者へ対応する時間が圧迫される。



## 現状の課題と解決策1-②

### 【課題(続き)】

- アセスメントシートには標準書式はないが、「ケアマネジメントの質」が問題視される中で「課題分析統括表」が作られたほか(必須使用ではない)、東京都においては、「情報収集→課題抽出→課題分析→ニーズの抽出」という一連のアセスメント過程を可視化するためのツールとして、「リ・アセスメント支援シート」が開発された。  
アセスメントの精度を高めようとする中で、記載が必要な情報量は多くなり、**結果的に作成する書類の分量は増えることとなった。**
- 東京都においては、この書式を使用したケアプラン点検を推奨している。  
法定研修で必ず使用され、事例提出にも使用する。  
地域ケア会議でも使用する保険者がある。  
しかし、**ローカル書式のため介護ソフトには反映されにくく**、介護ソフトのアセスメントにも入力し、必要に応じてリ・アセスメント支援シートも作成するという**二度手間が発生する**こともある。
- 現在進行中の「AIケアプラン」が本格始動しても、**互換性の課題がクリアされない限り**業務プロセスが変わらず、**本質的な効率化にはつながらない**可能性がある。

## 現状の課題と解決策1—③

### 【解決策】

- 書式の統一・情報分析へのAI関与促進・ケアプラン作成支援AIの汎用化促進  
AIによるケアマネジメント支援ツールにおいても、全国で標準となるようなアセスメントツール・書式を採用する必要があるのではないかと。今後AIツールが介護ソフトの垣根を越えて汎用化され、情報を蓄積することで分析の精度も上がることが期待されるため、汎用化促進を望む。
- 国で統一のCSVプラットフォームを作り、各ソフト会社がそのプラットフォームを活用するかたちでアプリケーションを開発すれば、ソフト同士の互換性が生まれる可能性もあるのではないかと。
- どのソフトでもデータが共有できるようになれば、提供票やモニタリング報告などを、紙媒体でFAXする必要がなくなるのはもちろん、サービス事業所で実績を入力し、ケアマネジャーがそのデータを確認して給付管理することも可能になるのではないかと。
- スプレッドシートを活用し、クラウド上でデータを共有する方法も検討できるのではないかと。

## 現状の課題と解決策2-①

### 【課題】

- 現行の制度下では、居宅サービス計画書は紙ベースでの「署名・捺印」「交付」が前提となっている。  
介護支援専門員は利用者や主治医・各サービス事業者へケアプランを「交付」する義務があるが、このことが紙の枚数と手間を増加させている。

## 現状の課題と解決策2-②

### 【解決策】

#### ○ 居宅サービス計画書に関する「紙ベースでのやり取り」を減らせるような規制緩和、「交付」義務の見直し、ケアプラン標準仕様導入の促進

- ・居宅サービス計画書への同意を、電子署名等でも可と明示する。
- ・サービス事業者への計画書交付(介護支援専門員の義務となっている)については、個々の事業者への交付ではなく、データで確認することで可とするように規制緩和する。
- ・もしくは、利用者宅に居宅サービス計画書や個別計画書をファイリングしておき、それを介護支援専門員・サービス事業者が確認すればよいかたちにする。
- ・PDF化したケアプランをクラウドに登録し、アクセス権を持ったサービス事業者が、確認や印刷をできるようにする。
- ・**茨城県笠間市の「介護健診ネットワーク」**のように、自治体・保険者単位で情報共有システム構築し、使用している介護ソフトに関係なく閲覧できるようにするのはどうか。

## 現状の課題と解決策3

### 【課題】

○利用予定と実績に関する介護支援専門員とサービス事業所のやり取りが紙ベースであり、紙の量や業務負担が大きくなっている。

### 【解決策】

○ICT導入支援事業を活用した、ケアプラン標準仕様導入のさらなる促進が期待される。

クラウドを使用した介護支援専門員とサービス事業所との情報共有が可能になることで、紙ベースでのやり取りは激減する。

## 現状の課題と解決策4

### 【課題】

○ケアマネジャーによるモニタリング訪問が最低月1回となっているが、状態の安定している方もいれば頻回な訪問が必要な方もいる。

現状ではケアマネジャーの裁量権は認められていないため、業務効率が悪く  
なっている。

### 【解決策】

○WEBカメラや家電に搭載されたセンサーなどのツールが発展・普及してきている。

これらのツールを活用できる仕組みを作るとともに、法令を見直し、訪問頻度については最低3ヶ月に1回等としつつ、利用者の状態に応じてケアマネージャー  
による裁量を認めてはどうか。

## 現状の課題と解決策5

### 【課題】

○サービス担当者会議を開催する場所は必ずご利用者宅と限定はされていないものの、法で「召集する」と表現されているように、直接関係者が一堂に会して行うことになっている。

主治医も含めた複数の関係者を、同じ時間に同じ場所に集めるというのはかなり調整が難しく、かつ非効率になっている。

### 【解決策】

○例えば、利用者に関わる関係機関が参加できるビジネスチャットのようなツールに介護支援専門員が把握した状態や意見を求める発信をし、そこに主治医や専門職が意見して協議することをもってサービス担当者会議とみなすことができれば、利用者に対し必要なサービス提供にかかる時間が削減できるのではないか。

※介護保険は、どちらかというアウトカム評価よりプロセス(手間・時間・作業量)評価が重視される。確かにアウトカム評価が難しい側面もあるが、実効性重視の規制緩和は必要ではないか。

## その他の課題等①

- 健康増進や介護・認知症対策で、新しい技術やプログラムが開発・導入され成果を上げている。  
これらの技術を通所介護サービスなどに導入するには、相応のコストがかかるが、それをどう考えるか。
- 通所介護では「個別機能訓練加算」で機能訓練への取り組みを評価するが、これは理学療法士などの専門職を配置することが必要な「人の配置を求める」加算となっている。  
人ではなく、新しいプログラムや運動機器を導入することに対して加算を付けることが可能になれば、既存の通所介護事業所がこれらの技術を導入しやすくなる・人材の効果的な配置が可能になる等の効果が見込める。
- また、これらの技術や機器を導入したくても、コスト面で躊躇する介護事業所は多いのではないか。  
結果的に普及が進まず、技術や機器のバージョンアップをするための資金も得にくくなると、せっかくの技術も先細りになってしまう。  
⇒補助金制度や状態改善へのインセンティブ活用など、新しい技術・機器の導入について介護事業者への動機づけが必要ではないか。

## その他の課題等②

- 現行の介護分野に係る各種法律は、AI・IoT・ロボット等の先端技術や、SNSの普及等を踏まえた内容にはなっていない。  
今後、法改正等を行う際は、5G時代におけるさらなる技術革新等も念頭に置くべきである。
- 3年に一度、介護保険事業計画の作成に伴う介護報酬の改訂が行われるが、そのたびに書類作成や手続き等の負担が増加している。  
介護事業者の業務効率化のためには、既存の制度の改正等による手続簡素化に加え、新たな手続負担の増加を抑制することも必要ではないか。