

令和 5 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

令和 5 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

要介護認定情報のデジタル化・電送化に関する調査研究事業

成果報告書

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

令和 6（2024）年 3 月

NTT Data

株式会社 NTTデータ 経営研究所

目次

第 1 章	調査概要	1
1.	調査の背景・目的	1
(1)	背景	1
(2)	目的	2
2.	実施内容	2
3.	実施体制	3
第 2 章	調査方法	5
1.	アンケート調査	5
(1)	目的	5
(2)	調査対象	5
(3)	調査期間	5
(4)	回収結果	5
(5)	調査項目	5
2.	ヒアリング調査	6
(1)	目的	6
(2)	調査対象	6
(3)	調査項目	9
3.	様式検討・取りまとめ	15
第 3 章	主治医意見書のデジタル化・電送化について	16
1.	目的	16
2.	方法	16
3.	結果	16
(1)	現行の運用	16
(2)	デジタル化・電送化の検討	28
4.	考察	50
第 4 章	要介護認定の様式について	53
1.	目的	53
2.	方法	53
3.	結果	54
(1)	現行の運用	54
(2)	デジタル化・電送化の検討	69
(3)	新たな様式案の作成	73

4. 考察	81
第5章 開示請求に関する調査	83
1. 目的	83
2. 方法	83
3. 結果	83
(1) 現行の運用	83
(2) デジタル化・電送化の検討	89
4. 考察	93
第6章 今後の展開と課題	95

第1章 調査概要

1. 調査の背景・目的

(1) 背景

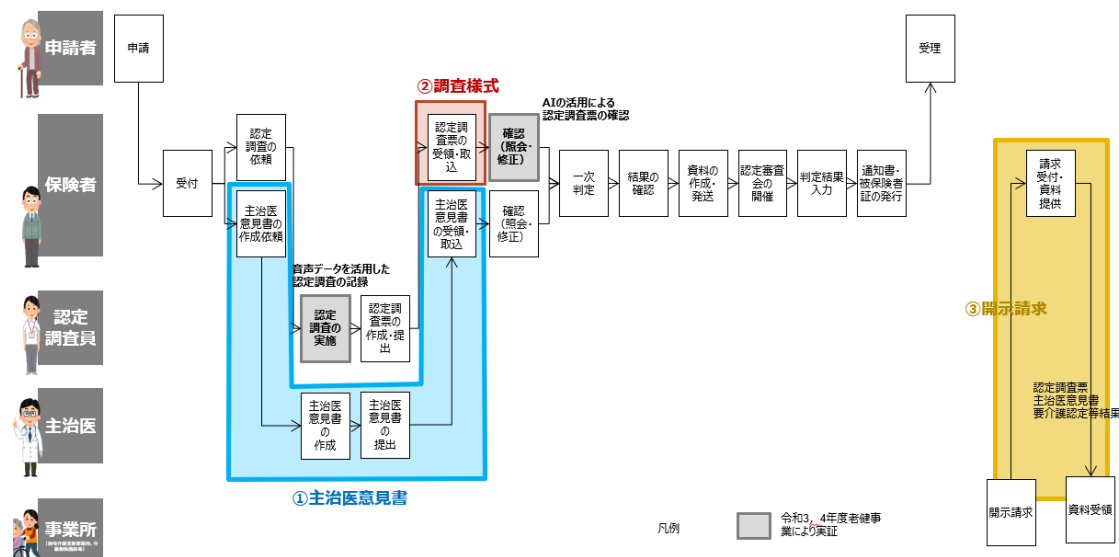
要介護認定は、介護者・要支援者の状態に応じて適切なサービスを給付するための介護保険制度の根幹ともいえる制度であり、適切に運営されることが重要である。一方、要介護認定件数の増加が予想されるなかで、要介護認定実務を担う保険者や認定調査員の人材不足が著しく、その負担軽減が求められている。

このようななか、介護情報等を、利用者や保険者、介護事業者・医療機関等が電子的に情報を閲覧できる介護情報の基盤整備が進められている。情報利活用により、利用者の自立支援、介護事業者や医療機関等の本人の状態に応じたサービス、保険者の地域の実情に応じた運営、さらに保険者や事業所・医療機関等における事務効率化が期待される。

要介護認定業務は、申請から調査実施、主治医意見書の受領、一次判定、認定審査会等により構成され、同業務に係る一連の情報は、介護情報基盤の1つの要といえる。

これまでの弊社調査（令和3～4年度の老健事業調査）では、要介護認定業務のICTやAIを活用した効率化の実態調査と実証に取り組んできた。（図表1-1 グレー部分）

図表 1-1 要介護認定業務プロセス



しかし、今後一層の効率化、電子化を進め、要介護認定に係る日数を短縮するためには、特に①主治医意見書の依頼・作成・授受の効率化、②要介護認定情報の保険者システムとの電子的な連携実現が課題となっている。いずれも、保険者内の取り組みだけでは解決が困難な課題である。さらに③電子化された情報の利活用シーンとして、保険者から事業所等への要介護認定情報提供が想定されるも

の、その実態が不明である。

(2) 目的

本事業では、①主治医意見書の依頼、作成、授受の一連の流れについて実態把握を行うとともに、デジタル化・電送化することによる効果及び実現に向けた課題を検討する。また、②要介護認定調査様式の違いとその影響を明らかにした上で、普及可能な標準的な様式を検討する。さらに③情報利活用の推進を検討する観点から、保険者における要介護認定情報の事業所等からの開示請求の実態把握を行う。

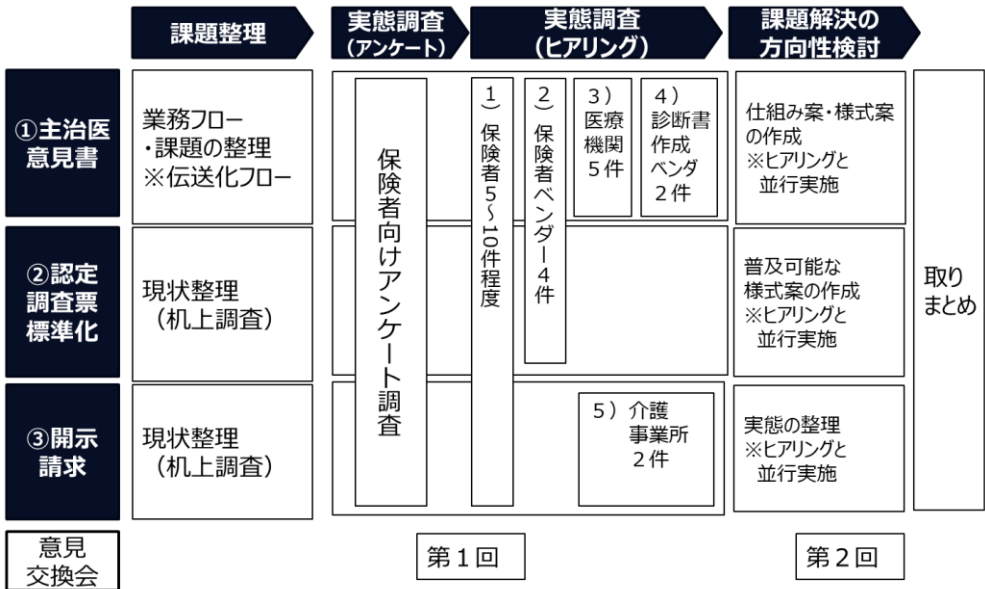
本事業は、これらの調査をもとに、要介護認定情報のデジタル化、電送化の推進に資することを目的とする。

2. 実施内容

本事業では、①主治医意見書、②認定調査票標準化、③開示請求について、課題整理を踏まえてそれぞれ実態調査（アンケート・ヒアリング）を実施し、課題解決の方向性について取りまとめる。

具体的には、図表 1-2 に示すように、①～③に関する保険者向けアンケート調査及び保険者・保険者の介護保険システムベンダー（以下「保険者ベンダー」という）・医療機関・診断書作成ベンダー・介護事業所向けヒアリング調査を踏まえ、取りまとめを実施した。

図表 1-2 調査実施内容



3. 実施体制

学識経験者と実務者から構成される検討委員会を設置し、検討委員会を開催した。検討委員会の委員を図表 1-3 に、オブザーバー等参加者を図表 1-4、図表 1-5 にそれぞれ示す。

図表 1-3 検討委員会委員一覧

氏名	所属・役職
生田 正幸	関西学院大学 大学院人間福祉研究科 講師
小林 広美	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
佐原 博之	公益社団法人日本医師会 常任理事
堤田 勲	佐世保市 保健福祉部長寿社会課 課長補佐
松川 竜也	神奈川県 地域包括ケアシステム統括アドバイザー 一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会 副理事長 ツツイグループ 顧問兼コンプライアンス室室長 主任介護支援専門員

敬称略、氏名五十音順

図表 1-4 厚生労働省オブザーバー一覧

氏名	所属・役職
長嶺 由衣子	厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐
溝上 悠介	厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐
谷口 和正	厚生労働省 老健局老人保健課 科学的介護分析専門官
伴 圭吾	厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐
藤井 麻耶	厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐

図表 1-5 事務局一覧

氏名	所属・役職
米澤 麻子	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット パートナー
朝長 大	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット アソシエイトパートナー
塙 由布子	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット マネージャー
有賀 理瑛	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット シニアコンサルタント

氏名	所属・役職
天童 空美	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット シニアコンサルタント
遠井 綾子	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット シニアコンサルタント
横山 栞奈	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット シニアコンサルタント

意見交換会は、全 2 回開催した。開催概要を図表 1-6 に示す。

図表 1-6 意見交換会の開催経緯

#	日時・場所	議題
第 1 回	2023 年 11 月 9 日 (木) 17:00～19:00 株式会社 NTT データ経営研究所 会議室・オンライン会議	・ アンケート調査 ・ ヒアリング調査
第 2 回	2024 年 2 月 14 日 (水) 14:00～16:00 株式会社 NTT データ経営研究所 会議室・オンライン会議	・ 実態調査報告（アンケート・ヒアリング）について ・ 様式検討について ・ 取りまとめの方向性について

第2章 調査方法

1. アンケート調査

(1) 目的

要介護認定情報のデジタル化、電送化の推進に向けた検討を行うため、要介護認定業務に関する認定調査票、主治医意見書等の様式について、デジタル化・電送化の状況や、記入する項目、情報の授受の方法等の保険者間の差異を明らかにする。

(2) 調査対象

1,571 保険者（保険者（広域連合及び一部事務組合を含む）及び特別区）

(3) 調査期間

令和 5 年 9 月～10 月

(4) 回収結果

1,207 票（76.8%）

(5) 調査項目

- 主治医意見書について
 - 主治医意見書への追記・削除の有無
 - 主治医意見書の提出パターンおよび現行フローにおける利点・課題
 - 主治医意見書の電子化状況・電送化の状況
- 認定調査票について
 - 認定調査票の様式・フォーマットへの追記・削除の有無
 - 認定調査票の提出先の介護保険システム
 - 認定調査票の様式統一にあたっての課題・懸念点
 - 認定調査票の記入漏れ等確認が頻繁に発生する項目について
- 開示請求について
 - 開示請求の申請フォーマット、開示される書類の種類
 - 開示請求の申請、開示の方法、本人の同意取得について
 - 開示請求の件数・必要日数
 - 現状生じている開示請求対応の課題感
 - 開示請求（申請、開示）への ICT 活用の成果

2. ヒアリング調査

(1) 目的

令和 3～4 年度の老健事業調査において、認定に係る様式（主治医意見書、認定調査票、開示請求書等）の保険者ごとの差異がシステム連携を困難にさせている可能性が明らかになったことを踏まえ、より詳細な実態把握と今後のあり方の検討を行うために実施する。

(2) 調査対象

①主治医意見書、②認定調査票標準化、③開示請求について、それぞれ図表 2-1 に示す対象、1) 保険者、2)保険者ベンダー、3)医療機関、4)診断書作成ベンダー、5)介護事業所に向け、ヒアリング調査を実施した。

図表 2-1 ヒアリング対象と件数

	対象				
	1)保険者	2)保険者ベンダー	3)医療機関	4)診断書作成ベンダー	5)介護事業所
①主治医意見書	8 件	4 件	5 件	2 件	
②認定調査票標準化					
③開示請求					2 件

1) 保険者ヒアリング

● 抽出方法

アンケート調査の回答から、以下の条件に沿って①主治医意見書、②認定調査票、③開示請求の電送化を行っている保険者を抽出した。複数の条件に合致する保険者を優先し、極力都道府県が重複しないように考慮した。

なお、主治医意見書の様式検討に関しては、S 市において模擬環境における概念実証を実施し、より詳細な課題を把握した。

図表 2-2 ヒアリング抽出条件

#	分類	条件
1	主治医意見書を電送	問 15 主治医意見書を医療機関から受け取る際 →「電子的に情報を授受している」と回答。 かつ 問 17 主治医意見書をどの媒体やファイル形式で保管しているか →「電子データで受領し、電子データとして保管」と回答。
2	認定調査票を電送	問 22 認定調査をどのような手段で依頼・督促等を実施しているか →「保険者の独自のシステム」と回答。 かつ 問 24 認定調査票の情報をどのように保管しているか →「電子データで受領し、電子データとして保管」と回答。
3	開示請求を電送	問 46 ケアマネジャーが情報の開示を請求する場合の方法 →「システム（電子申請システム等）」と回答。 かつ 問 49 ケアマネジャーに対して情報を開示する場合の方法の方法 →「システム（電子申請システム等）」と回答。

● ヒアリング対象

図表 2-3 ヒアリング対象の保険者

#	対象	人口規模※	抽出条件
1	A 広域連合	約 5.2 万人	・ 主治医意見書の電送、開示請求の電送を実施。認定調査票の電送を一部実施（受領のみ電子） ・ 医療機関ヒアリングにおいて対象とした医療機関の所在保険者
2	B 市	約 26.0 万人	・ 主治医意見書の電送、認定調査票の電送を実施
3	C 町	約 0.9 万人	・ 主治医意見書の電送を一部実施（受領のみ電子）
4	D 市	約 33.2 万人	・ 認定調査票の電送を実施
5	E 町	約 1.8 万人	・ 認定調査票の電送を実施
6	F 町	約 0.9 万人	・ 開示請求の電送を実施
7	G 市	約 24.0 万人	・ 医療機関ヒアリングにおいて対象とした医療機関の所在保険者

※令和 5 年 1 月 1 日住民基本台帳人口

図表 2-4 開示請求に関するヒアリング対象保険者

#	対象	人口規模	抽出条件
1	A 市	約 5.9 万人	・ 開示請求の電送を実施
2	B 市	約 5.1 万人	・ 開示請求の電送を実施
3	C 市	約 3.3 万人	・ 開示請求の電送を実施

#	対象	人口規模	抽出条件
4	D 市	約 8.8 万人	・ 開示請求の電送を実施
5	E 市	約 20.6 万人	・ 開示請求の電送を実施
6	F 町	約 0.8 万人	・ 開示請求の電送を実施

2) 保険者ベンダーヒアリング

● 抽出方法

令和 3 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「要介護認定事務の円滑な実施に係る調査研究事業」の調査結果を参考に、一定数の保険者が利用する介護保険認定支援システムを提供するベンダーに対してヒアリングを依頼し、許諾を得たベンダー（以下、「保険者ベンダー」という）のみヒアリングを実施した。

● ヒアリング対象

図表 2-5 ヒアリング対象の保険者ベンダー

#	対象
1	A 社
2	B 社
3	C 社
4	D 社

3) 医療機関ヒアリング

● 抽出方法

医療機関の規模（診療所・病院）および意見書の作成方法（手書きのみで作成・システムを用いて作成）の視点で選定し、許諾を得た医療機関のみヒアリングを実施した。

● ヒアリング対象

図表 2-6 ヒアリング対象の医療機関

#	対象	特徴
1	A 診療所	意見書はすべて手書きで作成
2	B 診療所	意見書の一部はシステムを用いて作成
3	C 病院	主治医意見書はシステムを用いて作成
4	D 病院	主治医意見書はシステムを用いて作成
5	E 病院	主治医意見書はシステムを用いて作成
6	F 病院	主治医意見書はシステムを用いて作成 保険者に意見書を PDF 形式で提供

4) 診断書作成ベンダーヒアリング

● 抽出方法

診断書作成支援システムを提供するベンダーで、医療機関への導入が比較的多い事業者を選定し、許諾を得たベンダーのみヒアリングを実施した。

● ヒアリング対象

図表 2-7 ヒアリング対象の診断書作成ベンダー

#	対象	特徴
1	A 社	システムのシェア率が高く、多くの医療機関で利用されている。 レセプト電算処理システムが標準装備されている。
2	B 社	院内システムより、患者基本情報や診療情報を作成中の診断書にデータを連携することができる。

5) 介護事業所ヒアリング

● 抽出方法

機縁法によって調査協力の許諾を得られた介護事業所にヒアリングを実施した。

● ヒアリング対象

図表 2-8 ヒアリング対象の介護事業所

#	対象	特徴
1	A 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	・ 都心部に所在 ・ 開示請求を行う保険者は主に 1 か所
2	B 介護保険施設 (ケアマネジャー)	・ 地方都市に所在 ・ 開示請求を行う保険者は主に 2 か所

(3) 調査項目

各調査対象先には、以下のヒアリング項目に従って意見を聴取した。

1) 保険者ヒアリング

図表 2-9 保険者向けのヒアリング項目

ヒアリング事項	
主治医意見書について	現行の運用（診断書・意見書の依頼・受領・保管）状況 ➤ 意見書は電子的に作成されたものを受領しているか否か

	➤ 意見書の作成依頼・受領方法 ➤ 意見書の介護サービス計画作成等に利用されることの同意の取得状況
	現行の運用における課題 ➤ 一連の業務の中で、業務負荷（時間が掛かる 等）となっている業務内容 ➤ 診断書・意見書等の内容確認、情報の電子化における課題 ➤ 診断書・意見書等の情報をシステムで管理するにあたっての課題 ➤ 進達書類や審議会等に必要な書類作成や、上位機関・審議会等とのやり取りにおける課題や改善要望 ➤ その他の課題
	診断書・意見書の電子的受領・業務システムへの取込等、電子化に対するニーズ ➤ 電子的な診断書・意見書データ授受の仕組みが構築された場合の効果の有無 ➤ 電子的な診断書・意見書データ授受の仕組みに求める機能
	診断書・意見書の電子的受領・業務システムへの取込等の電子化における課題や見込める効果 ➤ 業務における期待される効果、その他の効果 ➤ デジタルデータの想定される活用方法 ➤ 仕組み構築における課題（予算の捻出、既存システムとの連携等） ➤ 懸念事項（情報改ざんや漏洩等のセキュリティ、標準化に関して） ➤ その他の課題
	その他（診断書・意見書等の運用において期待すること等）
認定調査票について	業務フローの現状・電送化の状況 ➤ 要介護認定の調査票に関するフロー ・ 調査の依頼や督促、調査員からの調査票の受領、内容確認、一次判定システムへの読み込み、保管 ・ 調査票を電子的に作成されている場合、手書きと電子のおよその割合 ➤ 電送化をしている場合、その経緯（元々どのような問題があったか） ➤ 厚生労働省の様式に独自に追加した項目等（あれば）
	電送化の課題や見込める効果・メリット ➤ 電送化をしている場合、電送化にあたって生じた課題とその解決方法（システムの選定、セキュリティ対応、運用ルールの整備等） ➤ 全国的な ICT 化、電送化を想定した場合のメリット・懸念される事項 ・ 認定調査業務のフローの ICT 化について

- ・ ICT 化にともなう認定調査票の様式の統一について

開示請求における業務フローの現状

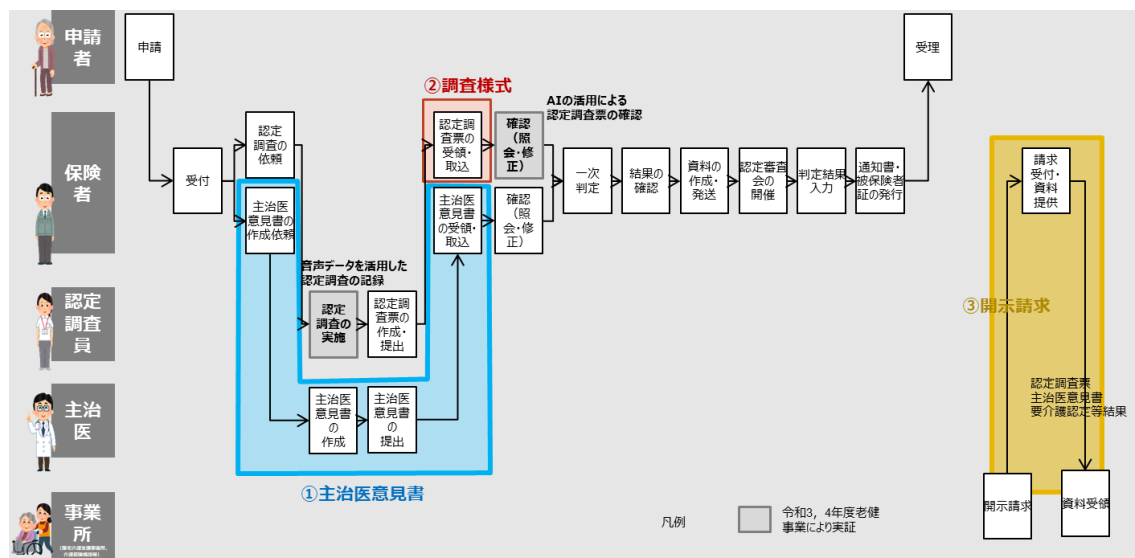
- 開示請求のパターン（ケアマネ・本人/家族 等）
 - ・ 申請者（ケアマネジャー、本人または家族）によって申請や開示の流れが異なるか
- 現在のケアマネジャーから保険者の開示請求の申請のフロー
 - ・ 申請書の入手、被保険者の同意の取得、申請書の提出
 - ・ 必要な書類の内容
 - ・ おおよその所要時間
- 現在の保険者からケアマネへの開示のフロー
 - ・ 申請内容の確認・審査、開示する情報の準備、ケアマネジャーへの情報の提供
 - ・ おおよその所要時間
- 現状の開示請求業務への課題
 - ・ 保険者様にとっての課題
 - ・ ケアマネジャーにとっての課題（困りごとや負担感等）

電送化の課題や見込める効果・メリット

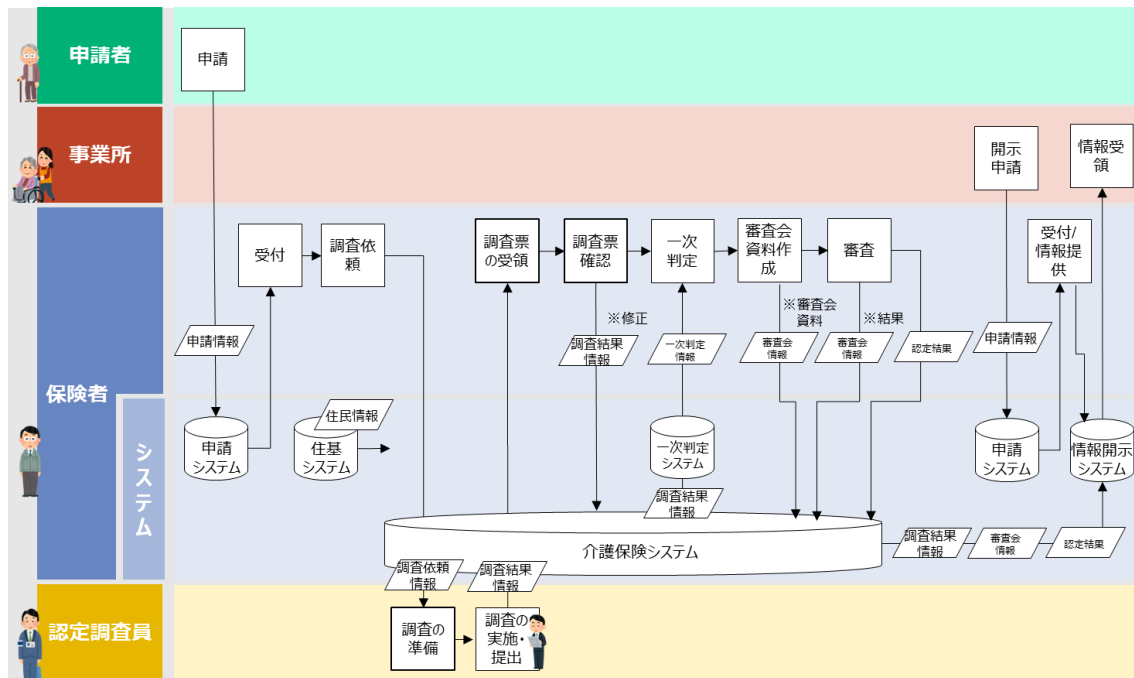
- 全国的な ICT 化、電送化を想定した場合のメリット、懸念される事項
 - ・ 申請をシステムで受け付けられるようになる場合
 - ・ ケアマネジャーへ、システム上で情報を提供できるようになる場合（地域医療情報連携ネットワーク等）

※上記について、主治医意見書については、ヒアリングに加え S 市における概念実証により調査実施

図表 2-10 ヒアリングで使用した「要介護認定プロセスと検討対象範囲」の図



図表 2-11 ヒアリングで使用した「要介護認定調査・要介護認定開示に関する業務フロー（将来像）」の図



2) 保険者ベンダーヒアリング

図表 2-12 保険者ベンダー向けのヒアリング項目

ヒアリング事項	
主治医意見書について	保険者の現状の業務状況について ➤ 保険者からの電送化に関する要望の有無 ➤ 現状のシステム構成状況 ➤ 意見書のファイル入出力可否 ➤ 進捗管理ファイルの出力可否 ➤ マスター管理状況 ➤ 先行事例の有無 今後の業務について ➤ LGWAN 経由で意見書が提出された場合の業務方法 ➤ 介護認定システムと介護保険システム間の連携方法
認定調査票について	➤ 保険者からの電送化の要望の有無 ➤ 要介護認定において、保険者の独自の様式や運用への対応例 ➤ 対応するにあたって生じた課題

ヒアリング事項	
	➤ 全国的な ICT 化・電送化を想定した場合、システムに関する懸念事項
開示請求について	➤ 保険者からの電送化の要望の有無 ➤ 開示請求に関する機能の提供有無と、提供している場合の連携面等での課題

3) 医療機関ヒアリング

図表 2-13 医療機関向けのヒアリング項目

ヒアリング事項	
(1) 現行の運用（診断書・意見書の受付・作成・発行）状況について	➤ 診断書・意見書等の作成と電子化の方法 ➤ 診断書・意見書等の作成しているシステム ➤ 一連の手続きの電子化状況 ➤ 一連の手続きの電子化が導入される計画の有無、ある場合はその内容
(2) 現行の運用における課題	➤ 現行の運用において負担が大きい業務内容とその理由、電子化による業務効率化の可否 ➤ 診断書・意見書等の内容確認、情報の電子化における課題 ➤ 書類作成にかかわる依頼受付、発行等に必要な書類作成や患者とのやり取りにおける課題 ➤ 意見書の記載 5 項目以外の情報記載に関する課題
(3) 診断書・意見書の電子化、電子的受領に対するニーズ	➤ 電子化（患者・行政とのやり取りを電子データで実現）するにあたり求める機能等
(4) 診断書・意見書の電子的受領・業務システムへの取込等の電子化における課題や見込める効果	➤ 業務の効率化での効果 ➤ 情報の利活用のメリット（地域診断等を目的としたデータ分析） ➤ 電子化のためのインフラ整備における課題（予算の捻出、既存システムとの連携等） ➤ セキュリティ（情報漏洩、改ざん）における課題 ➤ 様式や記載情報等の標準化における課題
(5) その他（診断書・意見書等の運用において期待すること等）	

4) 診断書作成ベンダーヒアリング

図表 2-14 診断書作成ベンダー向けのヒアリング項目

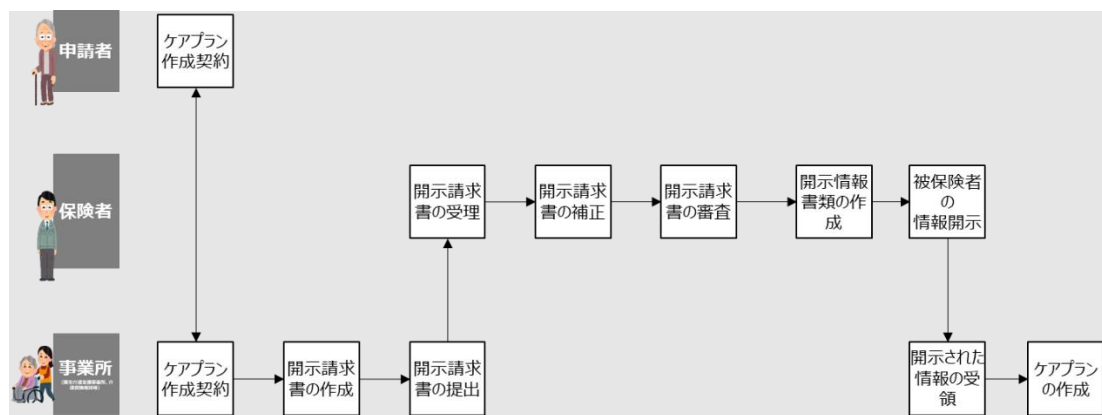
ヒアリング事項	
(1) 診断書・意見書の作成システムに関する現行の運用および実施の可否	➤ 診断書・意見書等の作成におけるデータの出力（XML、CSV、Excel、PDF）の可否について ➤ 院内システムとの連携項目（基本情報他、...） ➤ 診断書・意見書等の情報項目の形式（テキスト、コード）について ➤ 利用医療機関数（病院、診療所） ➤ 医療機関における診断書・意見書等の電送化を実施している数 ➤ HPKI を活用した電子署名機能の有無
(2) (1) の運用における課題点	➤ 技術面におけるシステム間連携の課題（情報項目の標準化、規格の標準化） ➤ 技術面以外での課題
(3) 診断書・意見書の電子署名・電子化（患者・行政とのやり取りを電子データで実現）に対するニーズ	➤ 医療機関からの電子認証・電子化（患者・行政とのやり取りを電子データで実現）に関する要望 ➤ その他要望
(4) その他（診断書・意見書等の運用において期待すること等）	

5) 介護事業所ヒアリング

ヒアリング事項	
業務フローの現状	現在のケアマネジャーから保険者の開示請求の申請のフロー ➤ 必要な書類の内容（入手方法） ➤ 被保険者への同意取得タイミング（わかれば） ➤ 申請書類の提出方法（窓口・FAX・郵送 等） ➤ 申請～開示までの期間（日数・時間）
	ケアプラン作成のための開示請求への課題感 （保険者ごとに申請フロー・申請書類が異なる、情報の開示までの期間が長い 等）

ヒアリング事項	
電送化の課題や見込める効果・メリット	➤ 全国的な電送化を想定した場合のメリット、懸念される事項 ➤ 開示請求が電送化（電子化）した場合に想定されるメリット（受付時間の拡大、窓口へ出向く手間の削減 等） ➤ 開示請求が電送化（電子化）した場合に想定されるデメリット（申請書類を電子で用意しなければならないことを負担に感じる 等） ➤ 開示請求が電送化（電子化）した場合どのような形式でデータが得られると現場で活用しやすいか（PDF…比較的印刷しやすい様式、エクセル…比較的転記や集計に適した様式 等） ➤ 介護事業所におけるインターネット環境に接続可能な端末の有無、配置数

図表 2-15 ヒアリングで使用した「開示請求の想定する一般的なフロー」の図



3. 様式検討・取りまとめ

アンケート調査、ヒアリング調査結果を踏まえ、主治医意見書様式、認定調査票様式を検討するとともに、要介護認定業務とデータ利活用の在り方について取りまとめを実施した。

第3章 主治医意見書のデジタル化・電送化について

1. 目的

要介護認定情報のデジタル化・電送化の推進に向けて、主治医意見書の依頼、作成、授受の一連の流れについて実態把握、デジタル化・電送化の方式及びその効果、実現に向けた課題及び解決の方向性について整理することを目的とした。

2. 方法

全国の保険者を対象としたアンケートにより、主治医意見書に関する業務の実態やデジタル化・電送化の状況について実態調査を行った。また、アンケート回答をふまえ、主治医意見書に関する業務の一部をICT化（電送によるデータのやりとり等）を実施している保険者に対し、現行の業務状況や課題についてヒアリング調査を実施した。さらに、医療機関、保険者の介護保険システムベンダー、医療機関の診断書作成支援システムベンダーに対してもヒアリングを実施した。（実施方法の詳細は、第2章 調査方法を参照）

3. 結果

以下にアンケート・ヒアリングを実施した結果を記載する。

（1） 現行の運用

1) 現行の運用フロー

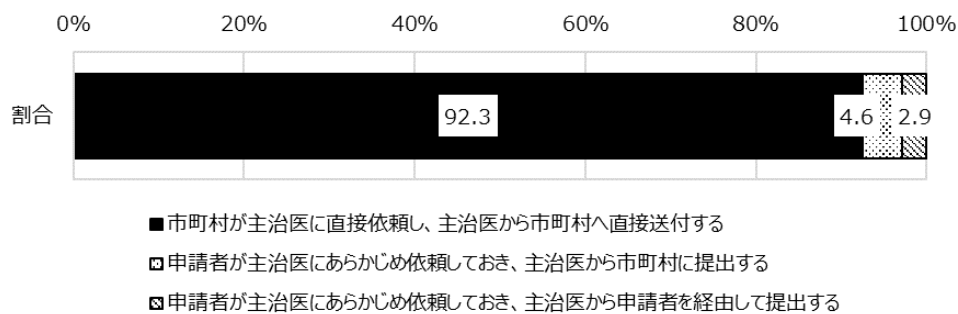
● アンケート調査（問 13）

現行のフローは、介護保険制度が始まって依頼、保険者が選択した3つのパターンにて運用が行われている（図表 3-1）。調査の結果、回答者全体の92.3%が保険者より医療機関へ直接依頼している1のパターンであることがわかった。アンケート結果の詳細については（図表 3-2）に示す。

図表 3-1 現行の運用フロー（3パターン）

1	保険者が主治医に直接依頼し、主治医から保険者へ直接送付
2	申請者が主治医にあらかじめ依頼しておき、主治医から保険者に提出
3	申請者が主治医にあらかじめ依頼しておき、主治医から申請者を經由して提出

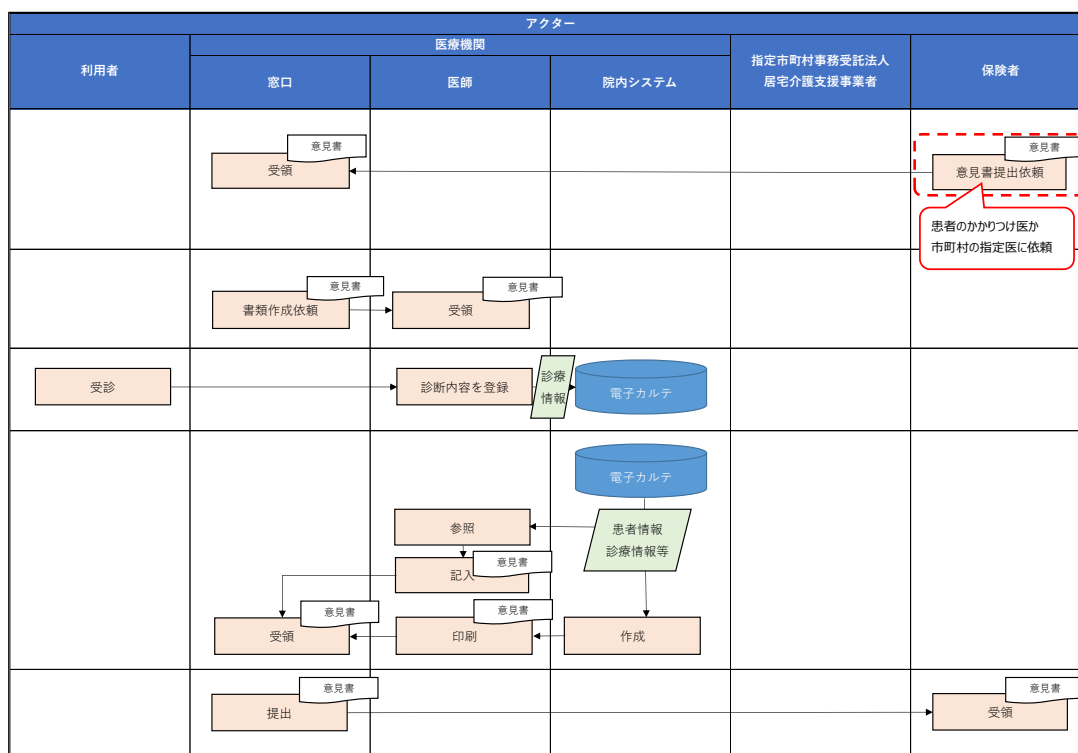
図表 3-2 問 13 主治医意見書の提出フロー（N=1,207）【単一回答】



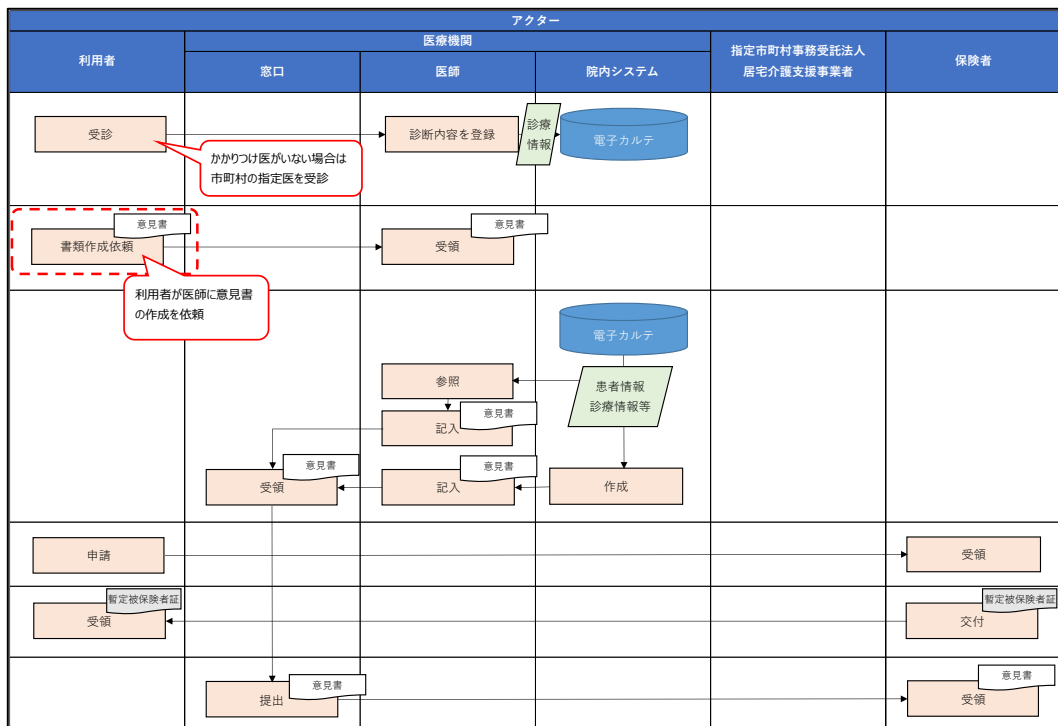
● ヒアリング調査

調査の結果、回答者の多くがパターン 1 による運用を行っていたが、パターン 3 で運用する保険者、医療機関も一部あった。各パターンのイメージを以下に記載する。（図表 3-3-図表 3-5）

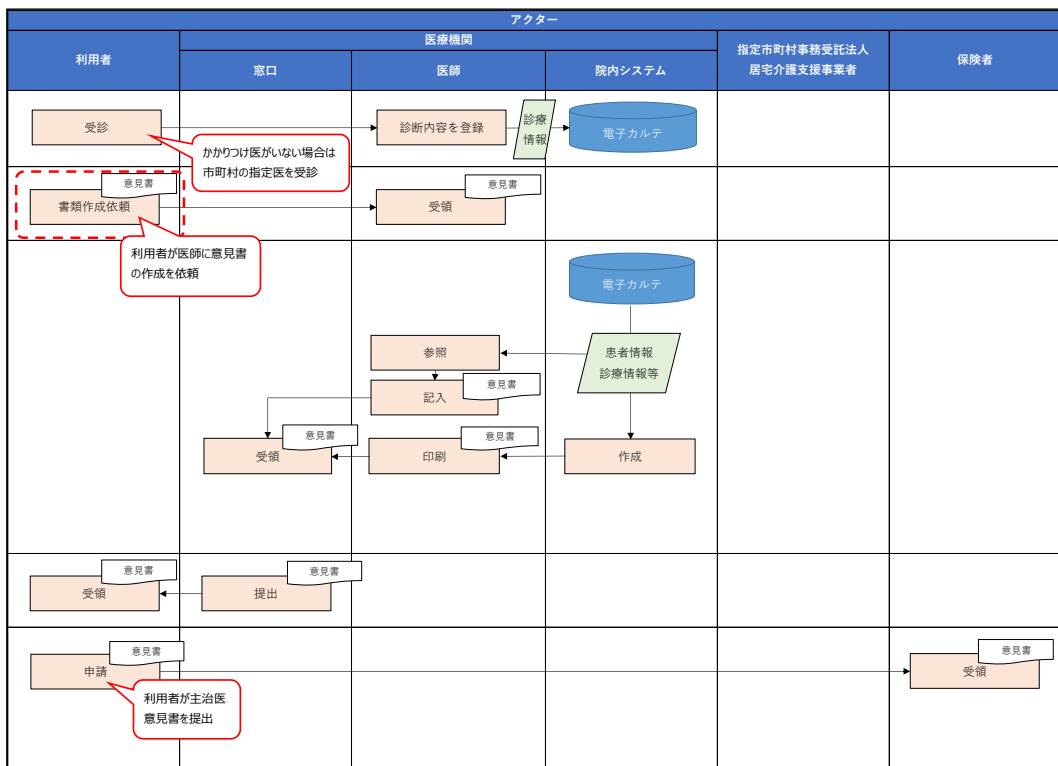
図表 3-3 現行の運用フロー パターン 1



図表 3-4 現行の運用フロー パターン2



図表 3-5 現行の運用フロー パターン3

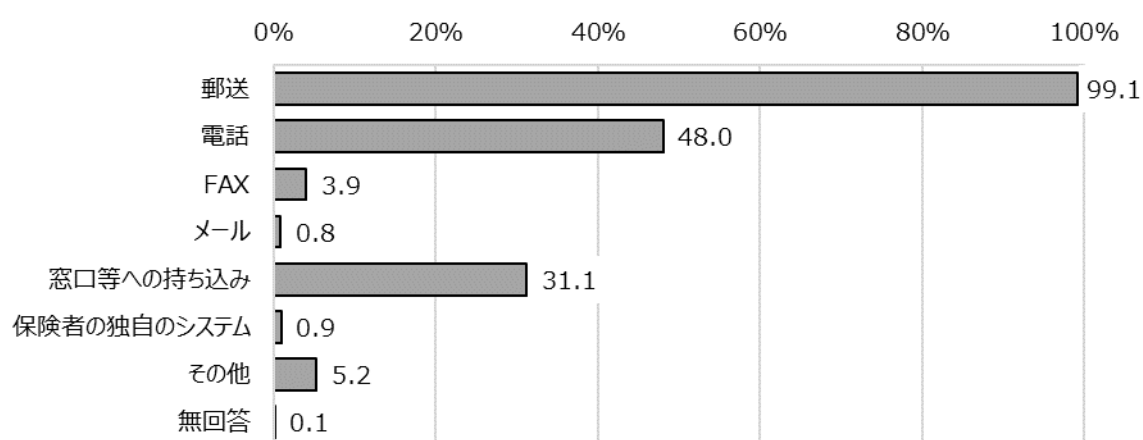


2) 保険者が主治医へ作成を依頼する方法

● アンケート調査（問 14）

主治医意見書の作成依頼を保険者から医療機関へ直接依頼しているパターン 1 における具体的な手段としては郵送が最も多く、99.1%であった。また、電話と回答した者は 48.0%であり、郵送後に電話で依頼を行う場合もあることがわかった。一方で窓口等への持ち込みにより依頼する回答者は 31.1%であり、担当者の負担となっている可能性がある。アンケート結果の詳細については（図表 3-6）に示す。

図表 3-6 問 14 主治医意見書の作成依頼の方法（N=1,114）【複数回答】



● ヒアリング調査

ヒアリングを実施した保険者、医療機関においては、多くが郵送により作成を依頼していた。保険者は封筒に紙媒体の申請書を同封して医療機関へ郵送しているが、他方医療機関側は保険者より受領した主治医意見書の紙媒体は使用せず、診断書作成支援システムを使用して主治医意見書を作成していることがわかった。ヒアリング結果の詳細については（図表 3-7）に示す。

図表 3-7 ヒアリング結果

項目	主な意見	ヒアリング先
郵送	保険者より医療機関に郵送で紙媒体の主治医意見書のフォーマットが送付される。主治医意見書はシステムで作成するため、保険者より受領した主治医意見書の紙媒体は使用していない。	医療機関
	紙の資料を郵送して依頼をしている。	保険者
独自	地域医療情報連携ネットワークを用いて、依頼と提出をネットワーク上で実	医療機関

システム	施しており、作成も診断書作成システムを用いているが、主治医の記名押印または署名については、電子署名についてシステムが対応できていないため、全行程がペーパーレスで対応できているわけではない。	
------	--	--

3) 医療機関が主治医意見書を作成する方法

● ヒアリング調査

医療機関による主治医意見書の作成において、最も時間を要する部分は患者情報の確認であり、担当者の負担が大きい。

図表 3-8 ヒアリング結果

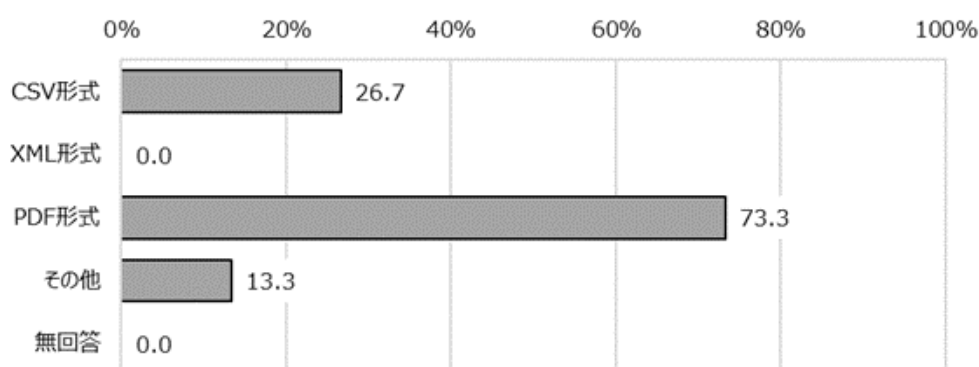
項目	主な意見	ヒアリング先
電子カルテ、診断書作成支援システムで作成	診断書作成支援システム、電子カルテのテンプレート、汎用ソフト（エクセル等）で作成し、印刷したものを保険者へ提出している。その際、医師の記名・押印または自筆署名を行っている。	医療機関
	保険者より紙媒体の主治医意見書のフォーマットが送られてくるが、電子的で作成しているため、保険者より受領した主治医意見書の紙媒体は使用していない。	医療機関
作成期間	時間を要する部分は患者情報の収集である。依頼を受けて提出まで約1～2週間を要している。	医療機関

4) 保険者が主治医意見書を受領する方法

● アンケート調査（問 16）

調査に回答した保険者のうち、主治医意見書を医療機関より電子的に受け取る事例は全体の1.2%（15件）であり（問 15）、ほとんどが電子的には受領していない。電子的に受領している場合のファイル形式は、「PDF形式」が最も多く、73.3%（11件）であった。また、CSV形式のデジタルデータで受領している事例は26.7%（4件）と多くはないが一部の保険者にて実施されているという結果であった。アンケート結果の詳細については（図表 3-9）に示す。

図表 3-9 問 16 主治医意見書を受領時のファイル形式（N=15）【複数回答】



- ヒアリング調査

保険者はシステムを利用して主治医意見書を受領を行う場合、CSV、PDF形式での受領を行っている。ただし、主治医意見書の作成を手書きで実施している医療機関については、紙での提出を受け付けている。

電子データでの受領は一部の地域で実施しており、他は基本的に紙媒体で受領している。ヒアリング結果の詳細については（図表 3-10）に示す。

図表 3-10 ヒアリング結果

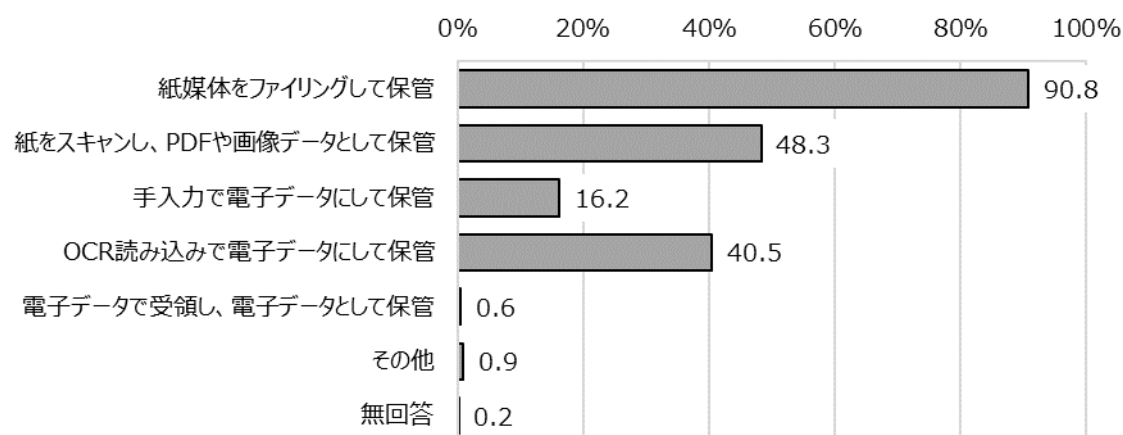
項目	主な意見	ヒアリング先
受領形式	全体の概ね 8.5 割程度が電子（CSV ファイル）での受領である。紙で受領した場合は、保険者で OCR スキャンをし、システムに取り込んでいる。 （文字の読み込み間違い等が発生する場合もあり、不便に感じている。）	保険者
	5 割程度（主要 3 医療機関）は電子的に受領、残りが紙での受領であるが、開業医側の対応が困難なため、すべてを電子化する予定はない。	保険者

5) 保険者が主治医意見書を保管する方法

- アンケート調査（問 17）

主治医意見書の保管方法は「紙媒体」が最も多く、90.8%であり、次いで「紙をスキャンした PDF 等の画像での保管」が 48.3%であった。電子データで受領し電子データで保管する保険者は 0.6%にとどまっている一方、OCR 読み込みにより電子データで保管する保険者は 40.5%であった。アンケート結果の詳細については（図表 3-11）に示す。

図表 3-11 問 17 主治医意見書の保管形式（N=1,207）【複数回答】



● ヒアリング調査

紙媒体を PDF などとして保管する場合もあるが、原本となる紙媒体もあわせて保管を行っており、原本保管ルールの周知や統一が必要との意見があった。ヒアリング結果の詳細については（図表 3-12）に示す。

図表 3-12 ヒアリング結果

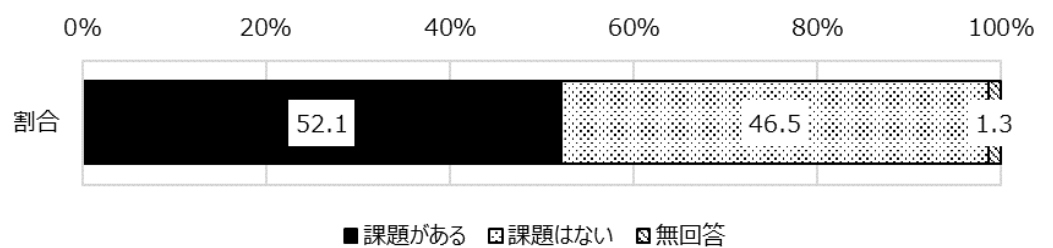
項目	主な意見	ヒアリング先
保管	・ 行政事務組合側では紙で主治医意見書を受領し、それをシステムに PDF で保管。（原本も別途町から送付）	保険者
	・ 今後、電子データを原本として扱っていくのであれば、原本保管ルールの整備が必要だと考える。	保険者
	医師のサイン済みの主治医意見書をスキャンしたものを、病院内で保管している。	医療機関

6) 現行の運用における課題

● アンケート調査（問 19）

主治医意見書の授受(依頼、受領、保管)について現行フローに対する課題を 52.1%の回答者が感じており、その具体内容は、主に郵送に要する時間・費用、紙媒体の保管場所の確保、手書き内容の確認作業などが挙げられた。その他、申請状況の進捗確認ができないこと、保険者・医療機関による依頼方法の違いや、書類紛失のリスクなどの意見もあった。アンケート結果の詳細については（図表 3-13、図表 3-14）に示す。

図表 3-13 問 19 主治医意見書の授受について現行フローにおける課題の有無
(N=1,207)【単一回答】



図表 3-14 アンケート結果【自由回答】

項目		課題の具体内容
郵送にかかる時間		・郵送でのやりとりでは、時間がかかり 30 日以内の認定を達成できない場合が多い。
		・郵送だと町外の医療機関への作成依頼前に被保険者が医療機関を受診されるケースがあり、意見書の作成が間に合わず、意見書の受領が遅れてしまうことがある。
		・依頼、受領を郵送で行っているため、依頼書が医療機関に到着する前に申請者が受診済となってしまうなどの不具合が生じている。
作業負担	進捗確認	・被保険者本人が病院に依頼をし、意見書受領後提出してもらった場合、依頼忘れ、提出忘れがあっても本人に状況を確認できず回収までに時間がかかることが多い。
		・発送状況の管理が面倒。
		・行き違いや郵便事故等により、依頼がなされないまま、長期間過ぎてしまう場合がある。
	依頼方法	・同県内でやりかたが違いため違う方法のこともあり、説明が大変。
		・作成依頼の方法が保険者によって異なるため申請者が混乱したり、行き違いになったりすることがある。
		・医療機関によって依頼方法が異なる。原則は申請者を經由して保険者から医療機関に依頼しているが、経由せず直接依頼を要する医療機関があり統一できていない

		・病院によって、窓口持ち込みや郵送等の依頼方法が異なり、対応の仕方が変化すること。
	様式	・記載項目は同じであるが、各医療機関で独自の様式を使用しているため、記入事項のチェックや OCR 取り込み時に手間がかかる。
	データ化	・紙で受領するため、スキャンしてデータ化する手間がある。
		・主治医意見書を OCR で読み込みできない場合があり、その際は手入力している。
受領・ 保管	文字の 読み取り	・手書きで返送された主治医意見書の文字が読めず、内容を確認することが多い。
		・手書きで読めない、誤字脱字の確認に手間がかかる、依頼した提出期限を過ぎる場合が多く、催促の電話をかける頻度が多い
	保管	・紙媒体の保管のためファイルを保管するスペースがない ・文書の保管スペースの確保に苦慮している。
費用負担		・紙媒体で依頼・受領する事務手間がかかり、また、郵送代や印刷代の費用がかかっている。
		・郵送にかかる郵便料金の負担、主治医意見書の画像データ保存ソフトのライセンス費用の負担。

※主な意見をまとめたもの。

● ヒアリング調査

回答者の多くは、書類の授受を郵送で対応しているため、書類の授受に日数を要することが課題として多くあった。例えば、医療機関より保険者への書類提出が、1 日ずれることで、次回の審査会まで審査を待たなくてはならないケースがある。また、主治医意見書の作成においては、患者情報の収集に最も時間を要していることもわかった。特に新規で認定を申請する場合は、患者の次回受診日に状態を把握できなければ主治医意見書を作成できないケースもあり、作成日数に影響を与えている。ヒアリング結果の詳細については（図表 3-15）に示す。

図表 3-15 ヒアリング結果

項目		主な意見	ヒアリング先
郵送にかかる時間		保険者との書類の授受（郵送）に時間を要する。（例：往復5日程要する事例もある。）	医療機関
		（通常郵便で送付すると対応が遅延してしまうため ¹ 、）ゆうパック等で郵送を行う場合もある。その場合、費用的な負担も高くなる。（一カ月に1,000～1,200件申請があり、それに加え訂正依頼等も加わるため郵送件数も相応に多い）	保険者
作成	患者情報取得	意見書を受領してから利用者が受診するまで、患者情報を把握できず、作成に着手できない。患者情報の取得を状況に応じて聞き取りを行うなど、最も時間を要しており、担当者の負担が大きい。	医療機関
	対象数の多さ	近年、地域の高齢者が多いため、主治医意見書の作成依頼が多く、作成件数が多く負担である。	医療機関
受領・保管	文字の読み取り	手書きの意見書で文字が不鮮明なものは保険者側で改めて文字起こしを行っており、手間がかかっている。（審査会でも読めないという意見がある。）	保険者
	提出の遅れ	提出が遅れる場合は督促を電話で行うこともあり負担に感じる。（書類不備時の作成医師への照会も同様。）	保険者

7) 現行の様式の使用状況

● アンケート調査

調査に回答した保険者のうち、95.4%が厚生労働省の様式を使用し、主治医意見書を作成してい

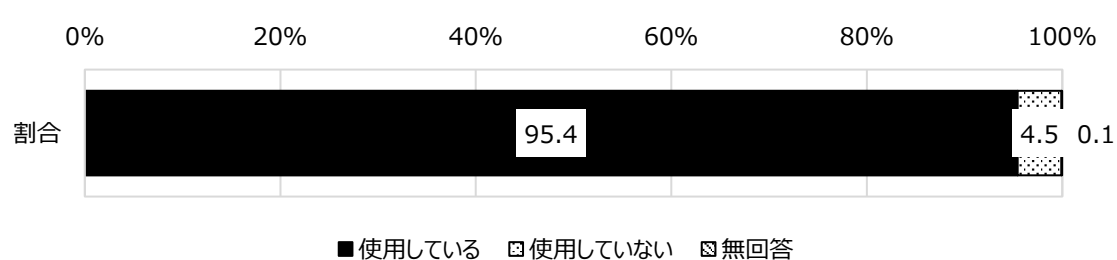
¹ 日本郵便は、2021年10月から普通扱いとする郵便物やゆうメールについて土曜日の配達を休止しているほか、2024年4月から、ゆうパックや速達郵便物等の長距離運送便の運用の見直しや遅い時間帯（20時～21時）の配達希望の廃止している。これらの影響により郵便物の配達に要する日数は増加している。

<https://www.post.japanpost.jp/2021revision/>

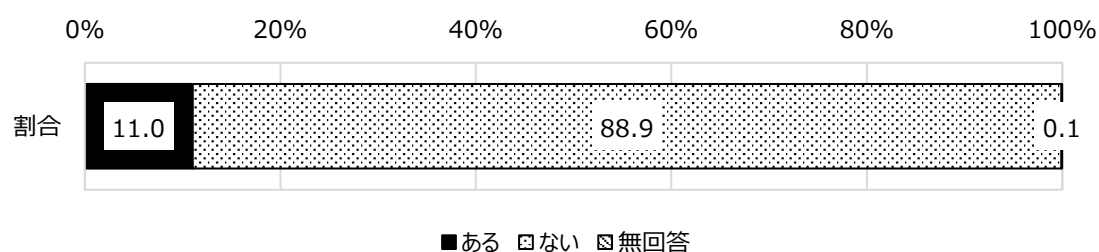
https://www.post.japanpost.jp/notification/pressrelease/2024/00_honsha/0130_03.html

た。一部の保険者が特記すべき事項やその他において項目を一部追加または削除して様式を使用していたが、調査に回答した保険者の約 9 割が厚生労働省の様式をそのまま使用していた。一部で追加されていた主な項目は、主治医への要介護認定結果の情報開示希望の有無のチェック欄であった。

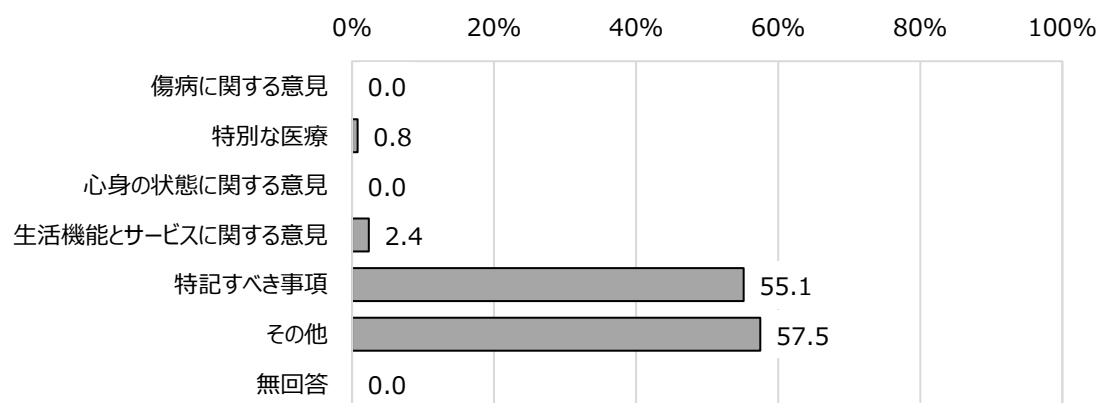
図表 3-16 問 5 厚生労働省の様式の使用有無（N=1,207）【単一回答】



図表 3-17 問 6 厚生労働省の様式に対する項目追加の有無（N=1,152）【単一回答】

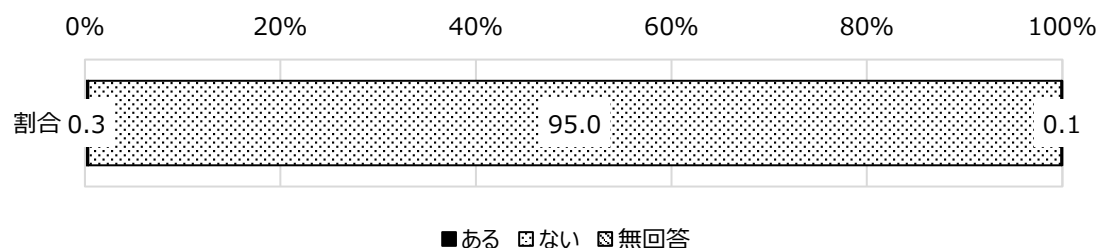


図表 3-18 問 7 厚生労働省の様式への追加項目（N=127）【複数回答】

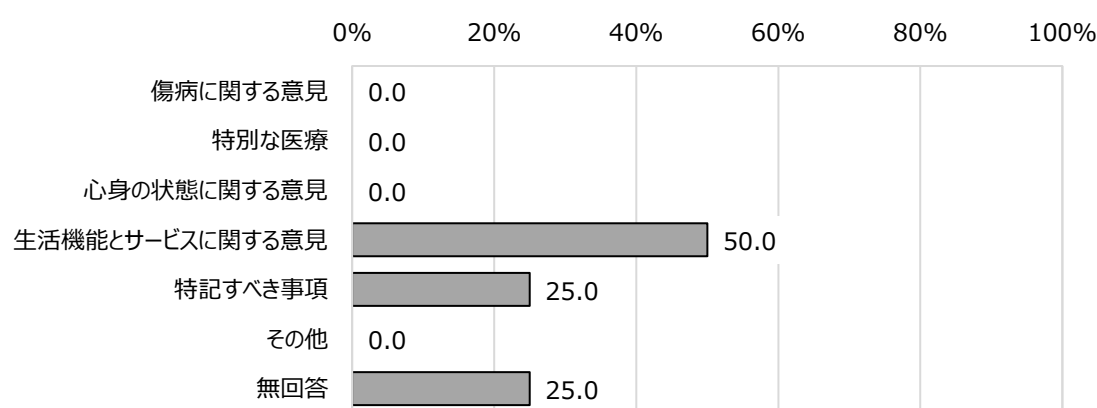


※なお、特記すべき事項やその他（欄外等）に主に追加されている項目は、主治医への要介護認定結果の情報開示希望の有無を把握するためのチェック欄等であった（問 8・問 9）。

図表 3-19 問 10 厚生労働省の様式に対する項目削除の有無（N=1,152）【複数回答】



図表 3-20 問 11 厚生労働省の様式への削除項目（N=4）【複数回答】



(2) デジタル化・電送化の検討

1) デジタル化・電送化の仕組みの検討

医療機関から主治医意見書の情報を送信する仕組みは、保険者・医療機関におけるシステムも含め既存資産の有効活用を前提として検討を行った。なお、主治医意見書の送信は、各種診断書の送信と同様の情報の流れになることから、診断書・意見書の情報の流れを併せて検討している。

検討した情報の流れは、保険者から医療機関に主治医意見書の依頼がデジタル（過渡期は従来通りの運用）で行われ、医療機関の電子カルテや診断書作成支援システムからデジタルデータとして主治医意見書が出力され、当該患者のデータが依頼元の保険者に電送、当該データが保険者側システムにスムーズに登録されるものである。その際に、保険者側のシステムで受領データを一意に特定したうえで自動登録（人手を介することなく）されることが理想である。このような仕組みを本事業においては、（仮称）意見書・診断書管理サービスとしてネットワーク及び仕組み（構成）について検討を行った。

① ネットワーク

伝送を行う際の医療機関と（仮称）意見書・診断書管理サービス間のネットワークには、インターネット接続、新規 VPN 網整備、オンライン資格確認等ネットワークが考えられるが、以下の観点・理由からオ

オンライン資格確認等システムのネットワークを活用することが望ましいと考えられる。

- 本仕組みで医療機関から送信される診断書・意見書情報は、機微な医療情報であり、高いセキュリティ対策が必要であること
- 全国の医療機関で広く普及している共通の仕組みに基づく情報送信が行われることが望ましいこと
- 本仕組みを提供する医療機関において、医療機関内部と対センターとのネットワーク間のセキュリティ対策、接続工事等の負担が最小限となること

図表 3-21 医療機関から伝送するためのネットワーク比較

	インターネット接続	新規VPN網整備	オンライン資格確認NW
高いセキュリティが必要	全世界からの攻撃リスクがある ✕	許可された相手とのみ暗号化通信できる ○	許可された相手とのみ暗号化通信できる ○
全国の医療機関が接続可能	全国に低廉で導入可能 ○	接続管理等の仕組み、基盤は新規に必要 △	接続管理等の仕組みは整備済み ○
医療機関ごとのNW工事、セキュリティ対策追加の最小化	医療情報システムとセキュア接続するのは困難 ✕	院内NWとの接続設計、導入工事が大規模 ✕	ガイドラインに沿って院内情報システムと接続済み ○

また、実際に医療機関と保険者間でデータの授受を行う場合は、自治体のネットワーク環境である LGWAN との接続が必要となる。LGWAN は、三層分離モデルとして設計されており、介護情報はその一層目「マイナンバー利用事務系」と二層目「LGWAN 接続系」に分類される。介護情報はその一層目「マイナンバー利用事務系」に格納される事が想定される。LGWAN と外部サービスとの接続には LGWAN-ASP のサービスを用いる必要があるが、医療 DX 推進においてはデジタル庁がその役割を担っている。デジタル庁において整備されている PMH（Public Medical Hub）が LGWAN-ASP として機能する事を想定し、（仮称）意見書・診断書管理サービスから保険者（自治体）間のネットワークは、PMH を経由して保険者システムにデータが取り込まれる仕組みについて検討を行った。

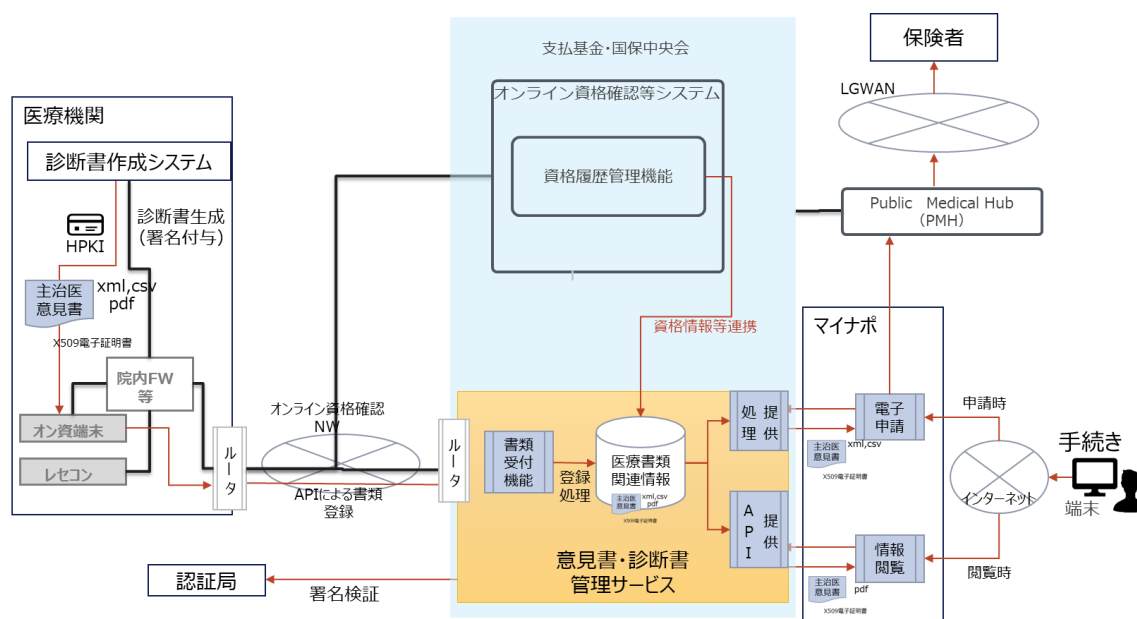
② 仕組み

医療機関に導入されている電子カルテや診断書作成支援システム等で主治医意見書を電子的に作成・電子署名を行ったのち、デジタルデータを出力、セキュアなネットワークを介して、保険者に電送し、署名検証、デジタルデータを保険者システムにシームレスに取り込む仕組みについて検討を行った。医療機関からの電送は、医療機関から保険者へ直接送付する方式と患者を経由して保険者へ送付する方式の 2 案について検討を行った。患者を経由する方式は、現状、マイナポータル経由で患者が自身の情報を閲覧・ダウンロードできる仕組みや指定した相手に送付する方法も整備が進んでいるため、選択肢の 1 つとして検討を行った。

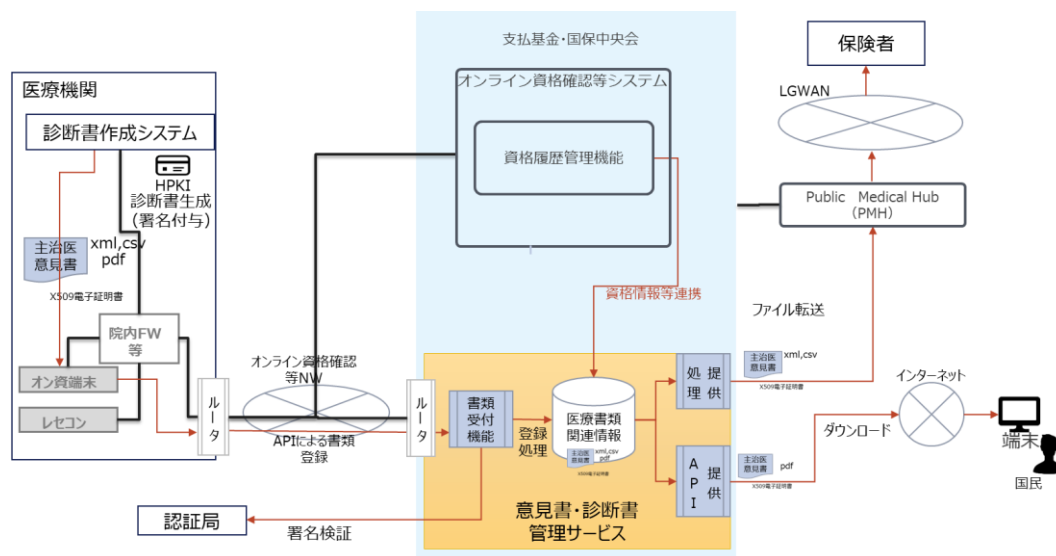
また、現行の主治医意見書は医師の記名・押印または署名が必要であるため、電子署名を付与することを前提として検討を行った。医療機関等における医師の電子署名付与については、以下の理由で HPKI を用いることが推奨されているため、本調査研究においては HPKI による電子署名付与を前提とした。

HPKI が推奨される理由としては、受領側が正当な国家資格保有者であることを受領時に電子的に短時間で確認が可能という点である。他の PKI を用いた場合、真正性の担保は可能であるが、当該文書の作成資格（例えば医師国家資格）の有無をその文書自体で確認できないため、資格の有無について確認の必要が生じた際には確認の手間がかかる。容易に確認できる点は、業務の効率化という効果に加え、面識がない医師の主治医意見書であっても受領した保険者はなりすまし等の課題を解決するうえでも有用であるものの、これまでは医療機関側の環境整備が追い付いていない状況であった。しかし、電子処方箋がスタートし、JAHIS（保健医療福祉システム工業会）が電子処方箋における署名モジュールの要求仕様を定めたことを受け、それに適合する電子処方箋共通モジュール提供事業者が数多く出現し、医療情報システムベンダーに対する実装環境を提供している。また、MEDIS-DC はクラウド環境を活用したリモート署名サービスと HPKI セカンド証明書によるクラウド鍵環境を提供し、HPKI カードレスでの電子署名を可能としたため、HPKI（医師資格証）の発行件数も顕著な伸びとなっており、電子署名の環境整備が進められている。

図表 3-22 パターン 1 医療機関から保険者へ直接送付する方式



図表 3-23 パターン 2 患者経由で保険者へ送付する方式（マイナポータル API 利用）



2) 主治医意見書の様式及びデジタルデータ交換用フォーマットの検討

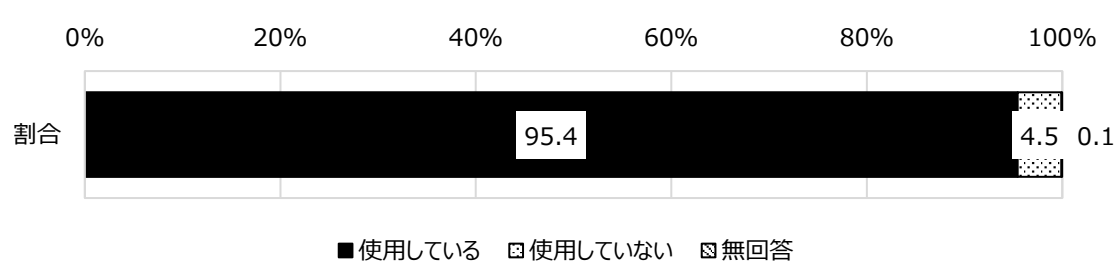
主治医意見書のデジタル化・電送化のためには、各保険者がデジタルデータを保険者システムに取込む必要があるため、統一されたデジタルデータ交換用フォーマットの作成・普及が必要である。そこで、まずは現行の運用において各保険者が厚生労働省様式の使用状況及び現行の様式の課題及び改変の必要性について検討を行った。

① 主治医意見書様式（厚生労働省様式）の使用状況

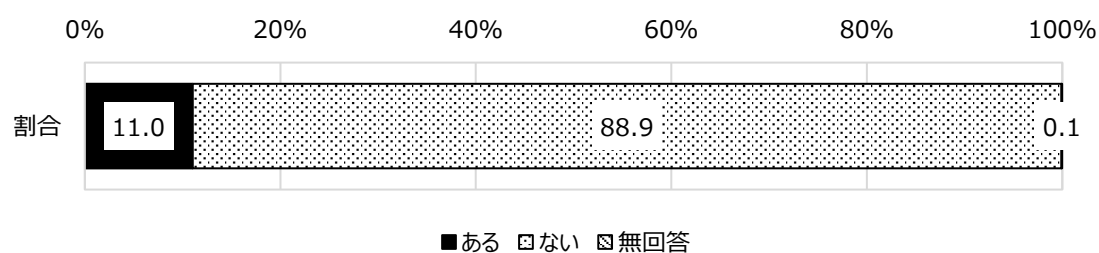
● アンケート調査

調査に回答した保険者のうち、95.4%が厚生労働省の様式を使用し、主治医意見書を作成していた。一部の保険者が特記すべき事項やその他において項目を一部追加または削除して様式を使用していたが、調査に回答した保険者の約 9 割が厚生労働省の様式をそのまま使用していた。一部で追加されていた主な項目は、主治医への要介護認定結果の情報開示希望の有無のチェック欄であった。

図表 3-24 問 5 厚生労働省の様式の使用有無（N=1,207）【単一回答】



図表 3-25 問 6 厚生労働省の様式に対する項目追加の有無（N=1,152）【単一回答】

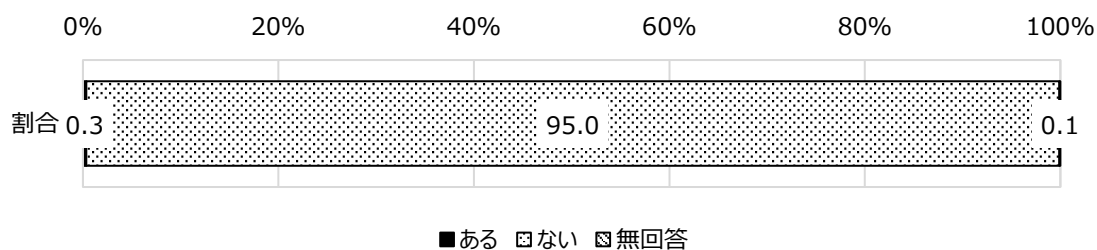


図表 3-26 問 7 厚生労働省の様式への追加項目（N=127）【複数回答】

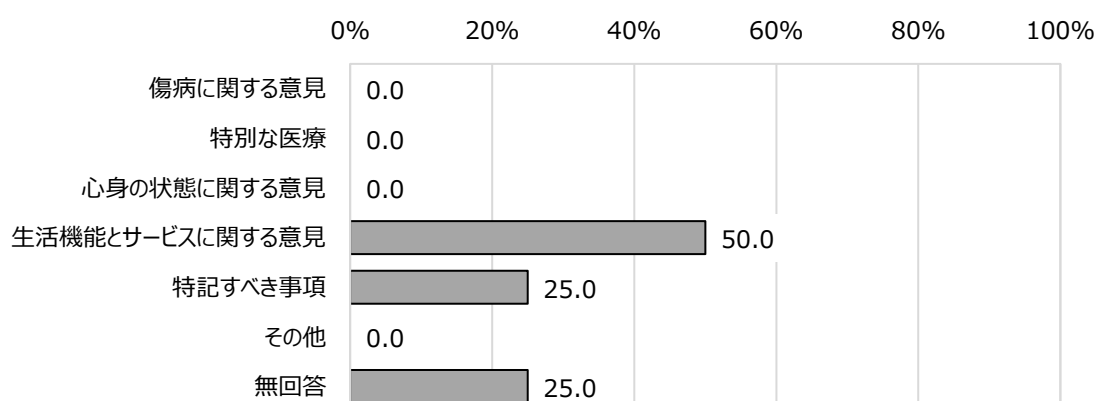


※なお、特記すべき事項やその他（欄外等）に主に追加されている項目は、主治医への要介護認定結果の情報開示希望の有無を把握するためのチェック欄等であった（問 8・問 9）。

図表 3-23 問 10 厚生労働省の様式に対する項目削除の有無（N=1,152）【複数回答】



図表 3-24 問 11 厚生労働省の様式への削除項目（N=4）【複数回答】



② 現行の様式における課題

● ヒアリング調査

ヒアリングに回答した一部の保険者、及び医療機関、診断書作成ベンダーは「統一した様式で業務を行っている」と回答した。しかし、一部の保険者においては「紙媒体で提出される場合、厚生労働省様式を使用しているが、レイアウトが異なるため OCR 対応できない場合が多く手作業による転記が必要になるなど、業務上の負担となっている場合が多い。」等の課題があることがわかった。なお、ヒアリングに回答した保険者ベンダーのいずれも、保険者と同様の課題に関して回答した。また、一部の医療機関からは「統一した様式を使用しているが、保険者から意見書と認定調査の内容が一致しないという問い合わせが多い」という運用面における課題も挙げられた。

図表 3-27 ヒアリング結果

分類		ヒアリング内容	ヒアリング先
様式の不統一	紙提出	ほぼ紙で提出され、医療機関毎にフォーマットが異なる場合がある。	保険者ベンダー
	OCR 取り込み不可に伴うシステムへの転記ミス発生	紙の様式の場合は、レイアウトが異なる場合があるため、転記入力の際にミスが発生する一要因となっている。保険者ベンダー提供の様式は OCR で取り込み、処理も楽だが、OCR 取込対応様式での提出でない場合が多い（厚生労働省様式ではあるものの OCR 取込対応様式になっていない）	保険者ベンダー
		保険者指定の様式で 1/3 が提出されるが、その他は医療機関ごとに異なる様式で提出される。医療機関独自の様式は OCR 取り込みが出来ない為、手入力しており、転記ミスの一要因となっていると感じている。	保険者

記載箇所の不統一による手間の発生	ほぼ紙で様式もバラバラで提出される。ベンダーの様式はOCRで取り込み可能だが、不可の様式で提出されるため、保険者がパッチ入力をしている。また、マスキング作業の必要がある保険者があり、（記載箇所が不統一のため）手間を要している。	保険者 ベンダー
記載内容の不一致	「主治医意見書と認定調査の内容が一致しない」との問い合わせが多い。意見書の内容を絞ってもよいのではないか。	医療機関

③ 主治医意見書の様式について

アンケート調査およびヒアリング調査結果を踏まえると、現行の厚生労働省様式を9割以上の保険者が使用していることが明らかになった。保険者が厚生労働省様式に独自に追加している項目としては、「主治医への要介護認定結果の情報開示希望の有無」が多く、デジタル化・電送化を行う場合は、現行の様式を改変して項目追加を行う方法、電送化の際にフラグを立てる方法が考えられる。これらの方法は、運用上は大きな問題にはならないものの、項目追加となる場合は、診断書作成ベンダー、保険者ベンダー共に項目追加に関する改修が必要である。

アンケート調査・ヒアリング調査結果を踏まえると、その他に追加・削除すべき必要性が高い項目はないと考えられるため、上記1項目を現行の様式に追加する形で主治医意見書のデジタルデータ交換フォーマットについて検討を行った。

④ 主治医意見書のデジタルデータ交換用フォーマットについて

医療機関の業務視点で情報連携を考えた場合、医師には主治医意見書以外にも各種診断書等の様々な様式の文書の作成依頼がある。現場の診療業務に忙殺されている医師に対して作成を依頼しなければならないため、適切な管理を行っていないと期限までに文書が作成できないなどの問題が生じる可能性がある。

文書作成の管理に係る作業コストが膨大になるため、特に大規模病院などでは文書作成支援システムを用いて、作業のワークフロー管理及び電子的な文書作成を行うことを実現している。一般社団法人生命保険協会の認定を受けた文書作成支援システムは、医療機関が作成する診断書・意見書を始めとする各種文書のサポートを行っており、保険者に提出する主治医意見書についてもサポートされている。また、診療所などの小規模医療機関ではワークフロー管理のニーズは低いいため、日本医師会 ORCA 管理機構が提供している主治医意見書等の作成に対応したソフトウェア「医見書」等が利用されている。

このように、指定されたフォーマットに基づいて電子的に文書を作成するシステムは多くの医療機関において利用されており、医療機関の通常業務に組み込まれている。そのため、それとは異なるシステムを導入しようとする、ワークフロー管理における二度手間の問題などが発生する可能性がある。このため、主治医意見書のデジタル化・電送化を行うにあたっては、文書作成システムを個別に医療機関等に提供するのではなく、電子化フォーマットを策定し、文書作成システムベンダーに実装してもらうことが重要である。デジタルデータ交換用フォーマットの標準を策定し、各社が当該標準フォーマットにて出力できる機能を実装する（標準化対応）ことが必須であるため、本事業においては、デジタルデータ交換用フォーマット

トについての検討も行った。

現在医療機関においては、国が進めている医療 DX の一環として 3 文書 6 情報については厚生労働省標準規格である HL7FHIR による出力対応が求められているため、各電子カルテベンダはこの対応を進めている。しかしながら、診断書・意見書については、デジタルデータとしての出力対応が実装できていないことが多い。また、データ出力を行う場合も標準フォーマットがないため、各社が独自の形式で出力せざるを得ない状況である。

また、保険者ベンダーがデジタルデータを取込む際の形式は、CSV 形式または XML 形式が多いものの、取込機能を標準で実装しているベンダーは少ないのが現状である。

主治医意見書については、日本医師会 ORCA 管理機構にて「電子媒体によるデータ交換用標準フォーマット（CSV 形式）」を作成・公開している。保険者ベンダーは、標準機能ではないが、当該フォーマットのデータであれば取込み対応が可能ということがヒアリング結果より明らかとなった。また、診断書作成ベンダーも、HL7FHIR と比較すると日本医師会 ORCA 管理機構が公開している形式であればシステム改修費用は発生するが、比較的容易に対応は可能という結果であった。

これらを踏まえると主治医意見書のデジタル化・電送化を実現するためには、日本医師会 ORCA 管理機構にて作成・公開している「電子媒体によるデータ交換用標準フォーマット（CSV 形式）」に前述した 1 項目（情報開示希望の有無）を追加し、コード化可能な部分をコード化しデジタルデータ交換用フォーマットの標準として規定するのが期間・コストを勘案すると現時点における最良の案であると考ええる。

なお、コード化が可能な部分としては、医療機関名や医師名が挙げられる。あくまでも、一案であるが、医療機関コードは厚生局にて指定されている医療機関番号、医師コードは、医籍番号を用いることとすれば、新たにコード体系等を検討・決定する必要がないため、比較的容易に実装ができるのではないかと考える。また、主治医意見書に記載される傷病名は、厚生労働省標準規格（HS005）として認められている「ICD10 対応標準病名マスター」より選択できる形式とし、テキスト入力された傷病名は、未コード化傷病名として出力できる仕様とするのが医療現場の入力負担を最小限にとどめる事ができる方法であると考ええる。

以下に、日本医師会 ORCA 管理機構のフォーマットをベースとした主治医意見書のデジタルデータ交換用フォーマット（案）を示す。当該フォーマットを主治医意見書の標準仕様として進めていくのが有力な選択肢ではないだろうか。

図表 3-28 主治医意見書のデジタルデータ交換用フォーマット（案）

主治医意見書のデジタルデータ交換用フォーマット（案）

項番	項目名	桁数	出力条件	出力例	備考
選択項目：市町村によって取り扱いが異なる。					
1	バージョン	4	99.9(本フォーマットのバージョン)	1.3	
2	ソフト名	20	CSV出力に用いたソフト名	医見書VER3.0-WIN	OS名も記載
3	タイムスタンプ	18	「被保険者番号+DDhhmmss」	900000000125163000	紙媒体・電子媒体間の内容照会用 DDhhmmssは意見書印刷時の日付とし、電子 ファイル上にも入力 紙媒体への印字場所は上部マージン右端
4	保険者番号	6	半角数字	999991	
5	保険者名称	40		練馬区	
6	被保険者番号	10	半角英数字	9000000011	10桁に満たない場合は右詰めとし、左側をゼロ で埋め
7	事業所番号	10	半角数字	9999999999	
8	申請日	8	YYYYMMDD	19991009	西暦（右詰前ゼロ）
9	作成依頼日	8	YYYYMMDD	19991009	西暦（右詰前ゼロ） 紙媒体では和暦
10	送付日	8	YYYYMMDD	19991009	西暦（右詰前ゼロ） 紙媒体では和暦
11	依頼番号	10	半角英数字		
12	医師番号	10	半角英数字		医籍番号
13	種別	1	0:未選択、1:在宅、2:施設	1	

必須項目

基本情報

14	記入日	8	YYYYMMDD	19991020	西暦（右詰前ゼロ） 紙媒体では和暦
15	患者名かな	30	ひらがな	やまだたろう	
16	患者名	15	そのまま（無編集）出力	山田太郎	
17	生年月日	8	YYYYMMDD	19201001	西暦（右詰前ゼロ） 紙媒体では和暦
18	患者・年齢	3	999	56	記入日時点での年齢
19	性別	1	0:未選択、1:男、2:女	1	
20	郵便番号	8	半角英数字	178-0065	
21	住所	50	そのまま（無編集）出力	東京都練馬区西大泉1-27	
22	連絡先電話番号	15	半角英数字	030-9999-8888	
23	医師氏名	15	そのまま（無編集）出力	鈴木次郎	
24	医療機関名	30	そのまま（無編集）出力	鈴木医院	
25	医療機関コード	9	そのまま（無編集）出力	131234567	都道府県番号(2桁) + 医療機関コード(7桁)
26	医療機関郵便番号	8	半角英数字	113-8000	
27	医療機関所在地	45	そのまま（無編集）出力	東京都文京区本駒込2-28	
28	医療機関電話番号	15	半角英数字	03-3946-2121	
29	医療機関FAX番号	15	半角英数字	03-3946-6295	
30	同意の有無	1	0:未選択、1:同意する、2:同意しない	1	
31	認定結果の情報提供	1	0:未選択、1:希望する、2:希望しない		
32	最終診察日	8	YYYYMMDD	19991020	西暦（右詰前ゼロ） 紙媒体では和暦
33	意見書作成回数	1	0:未選択、1:初回、2:2回目以上	2	
34	他科受診有無	1	0:未選択、1:有、2:	1	
35	他科名	13	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	1111110000001	内科、精神科、外科、整形外科、脳神経外科、 皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉 科、リハビリテーション科、歯科、その他
36	その他の他科名	6	そのまま（無編集）出力	麻酔科	OCR様式ではイメージ部分に相当
1. 傷病に関する意見					
37	診断名1	30	そのまま（無編集）出力	筋萎縮性側索硬化症(ALS)	OCR様式ではイメージ部分に相当
38	発症年月日1	12	そのまま（無編集）出力	平成11年1月12日	OCR様式ではイメージ部分に相当 (月日省略に対応するため)
39	診断名2	30	そのまま（無編集）出力	多系統萎縮症	OCR様式ではイメージ部分に相当
40	発症年月日2	12	そのまま（無編集）出力	昭和60年1月	OCR様式ではイメージ部分に相当 (月日省略に対応するため)
41	診断名3	30	そのまま（無編集）出力	パーキンソン病関連疾患	OCR様式ではイメージ部分に相当
42	発症年月日3	12	そのまま（無編集）出力	平成5年	OCR様式ではイメージ部分に相当 (月日省略に対応するため)
43	症状安定性	1	0:未選択、1:安定、2:不安定、3:不明	3	
44	不安定時の具体的状況	30	そのまま（無編集）出力	症状不安定時の具体的状況	OCR様式ではイメージ部分に相当
45	経過及び治療内容	560	改行コード(CRLF)を垂直タブ(VT)で置き換え(先頭から11個まで)	経過及び治療内容は560文字/12行以内	OCR様式ではイメージ部分に相当
2. 特別な医療					
46	処置内容	9	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	111111111	点滴管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処 置、酸素療法、レスビレータ、気管切開処置、疼 痛看護、経管栄養
47	特別な対応	2	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	11	モニター測定、褥瘡の処置
48	失禁への対応	1	0:未選択、1:選択	1	カテーテル
3. 心身の状態に関する意見					
49	寝たきり度	1	左から項目の並び順に(1~9)を選択して出力(0:未選 択)	4	自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2
50	認知症高齢者の日常 生活自立度	1	左から項目の並び順に(1~8)を選択して出力(0:未選 択)	2	自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M
51	短期記憶	1	0:未選択、1:問題なし、2:問題あり	2	
52	認知能力	1	左から項目の並び順に(1~4)を選択して出力(0:未選 択)	1	自立、いくつか困難、見守りが必要、判断できな い
53	伝達能力	1	左から項目の並び順に(1~4)を選択して出力(0:未選 択)	4	伝えられる、いくつか困難、具体的要求に限られ る、伝えられない
54	周辺症状有無	1	0:未選択、1:有、2:無	1	
55	周辺症状詳細	12	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	101101111010	幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言、暴行、介護 への抵抗、徘徊、火の不始末、不潔行為、異食 行動、性的問題行動、その他
56	その他の周辺症状	10	そのまま（無編集）出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
57	精神神経症状有無	1	0:未選択、1:有、2:無	1	
58	精神神経症状名	30	そのまま（無編集）出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
59	専門医受診有無	1	0:未選択、1:有、2:無	1	
60	専門医受診科名	15	そのまま（無編集）出力		OCR様式ではイメージ部
61	利き腕	1	0:未選択、1:右、2:左	2	

62	身長	5	そのまま(無編集)出力	142.5	OCR様式ではイメージ部分に相当
63	体重	5	そのまま(無編集)出力	43	OCR様式ではイメージ部分に相当
64	体重の変化	1	0:未選択、1:増加、2:維持、3:減	2	
65	四肢欠損	1	0:未選択、1:選択	1	
66	四肢欠損部位	10	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
67	麻痺	1	0:未選択、1:選択	1	
68	麻痺右上肢	1	0:未選択、1:選択	1	
69	麻痺右上肢程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
70	麻痺左上肢	1	0:未選択、1:選択	1	
71	麻痺左上肢程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
72	麻痺右下肢	1	0:未選択、1:選択	1	
73	麻痺右下肢程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
74	麻痺左下肢	1	0:未選択、1:選択	1	
75	麻痺左下肢程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
76	麻痺その他	1	0:未選択、1:選択	1	
77	麻痺その他部位	10	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
78	麻痺その他程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
79	筋力低下	1	0:未選択、1:選択	1	
80	筋力低下部位	10	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
81	筋力低下程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
82	関節拘縮	1	0:未選択、1:選択	1	
83	関節拘縮部位	10	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
84	関節拘縮程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
85	関節痛み	1	0:未選択、1:選択	1	
86	関節痛み部位	10	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
87	関節痛み程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
88	失調不随意運動	1	0:未選択、1:選択	1	
89	失調不随意運動上肢	2	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	11	
90	失調不随意運動下肢	2	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	11	
91	体幹	2	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	11	
92	褥瘡	1	0:未選択、1:選択	1	
93	褥瘡部位	10	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
94	褥瘡程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
95	その他皮膚疾患	1	0:未選択、1:選択	1	
96	その他皮膚疾患部位	10	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイ
97	その他皮膚疾患程度	1	0:未選択、1:軽、2:中、3:重	1	
4. 生活機能とサービスに関する意見					
98	屋外歩行	1	0:未選択、1:自立、2:介助があればしている、3:していない	1	
99	車いすの使用	1	0:未選択、1:用いていない、2:主に自分で操作している、3:主に他人が操作している	1	
100	歩行補助具・装具の使用	3	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	11	
101	食事行為	1	0:未選択、1:自立ないし何とか自分で食べられる、2:全面介助	1	
102	現在の栄養状態	1	0:未選択、1:良好、2:不良	1	
103	栄養・生活上留意点の	30	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
104	発生可能性状態	14	左から項目の並び順に (0:未選択項目、1:選択項目)で出力	10100100010001	尿失禁、転倒・骨折、移動能力の低下、褥瘡、心肺機能の低下、閉じこもり、意欲低下、徘徊、低栄養、摂食・嚥下機能低下、脱水、易感染症、がん等による疼
105	その他の状態名	15	そのまま(無編集)出力	不明な発熱	OCR様式ではイメージ部分に相当
106	対処方針内容	58	そのまま(無編集)出力	排尿誘導、定時体位交換	OCR様式ではイメージ部分に相当
107	サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	1	0:未選択、1:期待できる、2:期待できない、3:不明	1	
108	医学的管理の必要性	14	上から備考に示している順番に (0:未選択項目、1:選択項目、2:下線あり項目)で出力	111111111101110	訪問診療、訪問介護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導、その他、看護職員の訪問による相談・支援、老人保健施設、介護医療院、医学的管理特記すべき項目なし
109	その他の医学的管理	15	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
110	サービス提供血圧	1	0:未選択、1:特になし、2:あり	2	
111	サービス提供血圧留意事項	30	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
112	サービス提供摂食	1	0:未選択、1:特になし、2:あり	2	
113	サービス提供摂食留意事項	30	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
114	サービス提供嚥下	1	0:未選択、1:特になし、2:あり	2	
115	サービス提供嚥下留意事項	30	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
116	サービス提供移動	1	0:未選択、1:特になし、2:あり	2	
117	サービス提供移動留意事項	30	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
118	サービス提供運動	1	0:未選択、1:特になし、2:あり	2	
119	サービス提供運動留意事項	30	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
120	サービス提供その他の留意事項	1	0:未選択、1:特になし、2:あり	2	
121	サービス提供その他の留意事項	50	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
122	留意事項特記すべき項目なし	1	0:未選択、1:特になし、2:あり	2	
123	感染症有無	1	0:未選択、1:無、2:有、3:不明	1	
124	感染症名	30	そのまま(無編集)出力		OCR様式ではイメージ部分に相当
5. 特記すべき事項					
125	その他特記事項	700	改行コード(CRLF)を垂直タブ(VT)で置き換え(先頭から11個まで)	その他特記事項は700文字／12行以内	OCR様式ではイメージ部分に相当

なお、標準化を進めていくにあたっては、診断書作成支援システム及び保険者システムの改修コストがかかるため、当該費用を何らかの形で補填する制度設計も必要である。例えば、オンライン資格確認や電子処方箋においては、システム改修に係るコストについて国からの補助金という形で医療機関に対する支援策が実施されているため、システムベンダーは対応することができた。主治医意見書のデジタル化・電送化を加速度的に実現するためには、何らかの支援策も必要であるとする。

3) 模擬環境における概念実証（PoC）の実施

主治医意見書のデジタル化・電送化する場合の業務フローの導出、システム構成概略の検討、各種課題の抽出を行う事を目的として、概念実証（ヒアリング、机上検証、業務試行）をS市及びS市内の病院にて実施した。

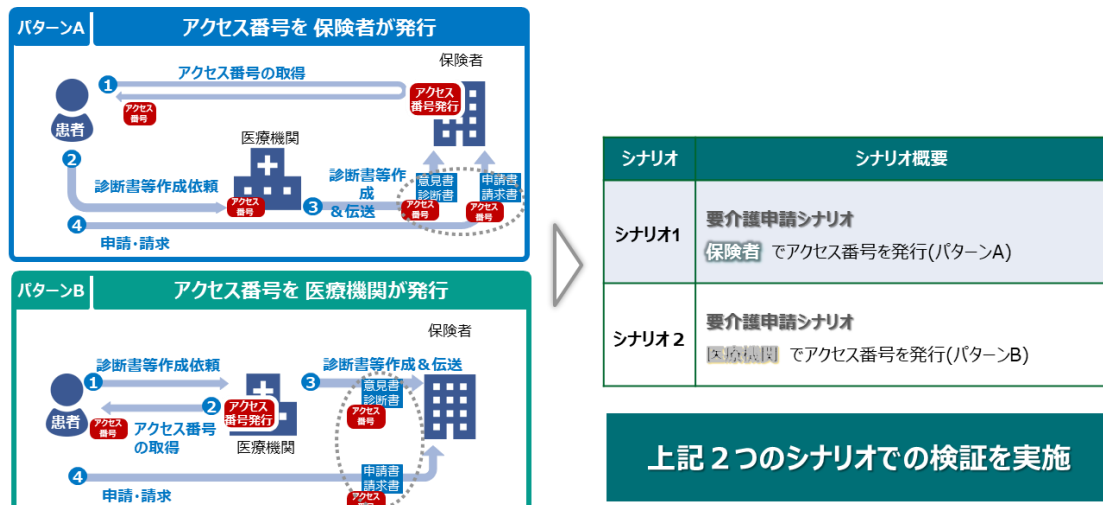
図表 3-29 意見書・診断書等電送化の実証イメージ



① 実施方法

電送化における業務フローは、各ステークホルダーで意見書・診断書のデータの授受が生じることから、共通の管理番号とセットで持ちまわることが重要になるという仮説を設定し、その管理番号（以降、『アクセス番号』）を、誰が発行し、どう運用するかに着目しシナリオを作成し実証を行った。保険者の要介護認定申請業務において、アクセス番号を「医療機関発行」、「保険者発行」の2パターンのシナリオで実施した。なお、本実証については、期間の制約及び医療機関・保険者等の既存システムや業務に影響を与えないために、診断書作成支援システムからのデータ出力・電子署名・保険者システムへのデータ取込、既存ネットワークの利用についてはスコープアウトとし独立したデモシステムにて実施した。

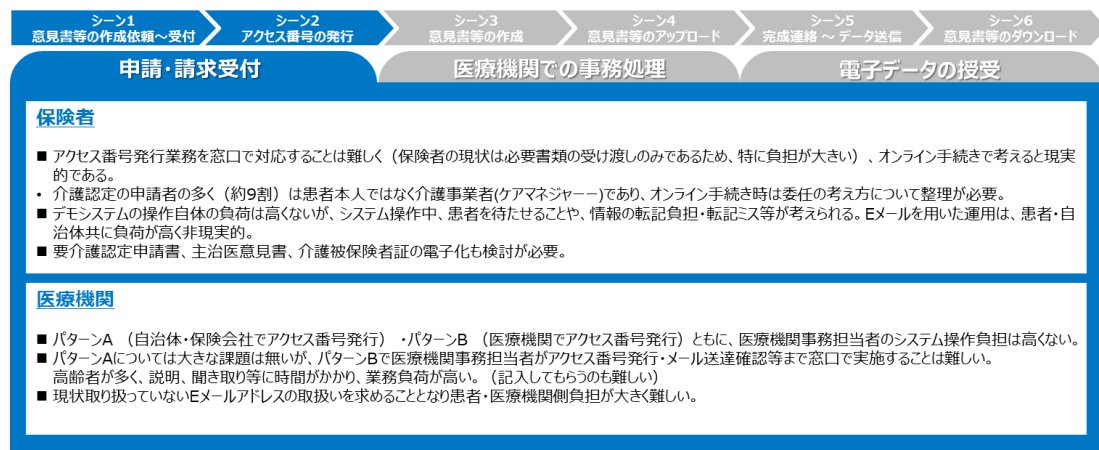
図表 3-30 実証シナリオ（2 パターン）

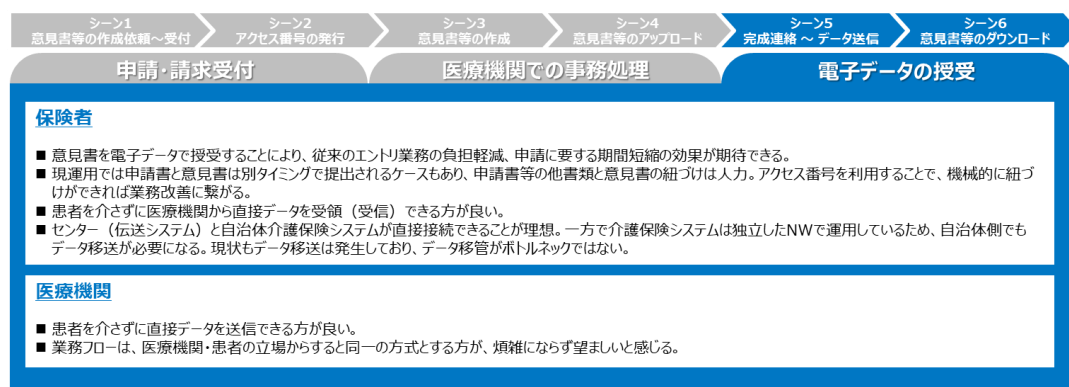
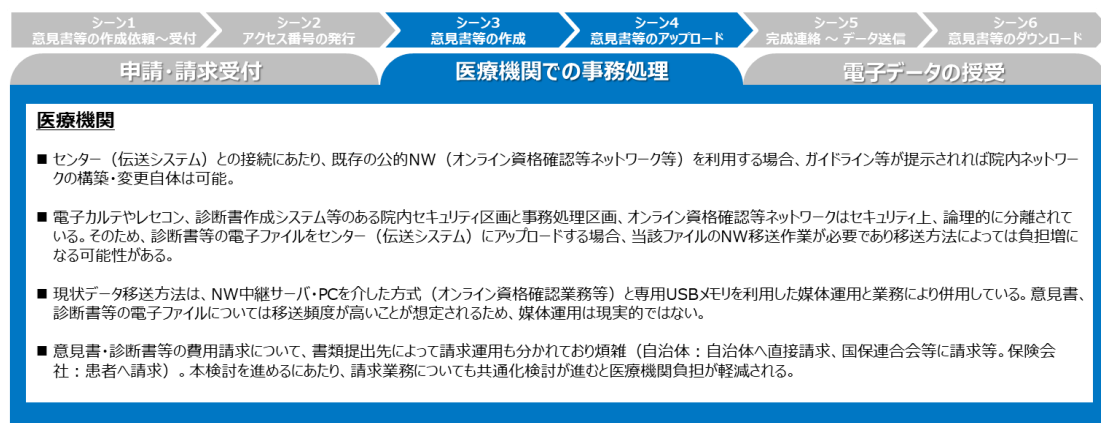


② 実施結果

実証実施結果について、「申請・請求受付」、「医療機関での事務処理」、「電子データの授受」に分けて整理を行った。患者と書類（申請書・主治医意見書）をシステム内で確実かつ容易に紐づけを行うための業務（操作）を医療機関側または保険者側が実施する必要があるため、実運用に近い形での実証等にて更なる検討・検証が必要であるという点が課題として挙げた。また、医療機関、保険者共に患者を介さずに直接書類（主治医意見書等）の授受がシステム内で完結できると良いという意見であった。主な意見を、図表 3-31 に示す。

図表 3-31 実証実施結果





③ 実証（PoC）まとめ

実証結果からは、主治医意見書の電送化については、現行の紙での運用に比べ、患者の利便性向上と負担軽減が図れ、医療機関、保険者等においても業務効率化、手続き日数の短縮が期待できることが明らかになった。それぞれに期待できる効果は以下のとおりである。

■ 医療機関

デジタル化・電送化にあたっては、システム改修及び現行の業務を一部変更する必要があるものの、実現性は高い。

■ 保険者

保険者における介護認定申請手続きは、3 種類に大別されるが、いずれの方式においても電送化は可能であり、関連手続きも含めデジタル化を行う事により業務負担軽減効果が見込まれる。

このように医療機関・保険者それぞれがデジタル化・電送化に期待を寄せている結果となったが、一方で個々の意見書・診断書単位で電送先や手順が異なると医療機関の負担が高まるため電送化の方式については、業界の枠にとらわれずに統一的に進めていくことも望まれている。特に医療機関からは主治医意見書のみがデジタル化・電送化されても、他の診断書・意見書が紙での提出であったり、異なる方式での電送となった場合は紙とデジタルの二重運用となり業務量の増加につながるという意見があがって

いる。このため、主治医意見書のみならず、各診断書・意見書を扱う業界が診断書・意見書のデジタル化・電送化の検討を横断的に実施することが必要ではないかと考える。

以下に、実現に向けた主な取り組みと課題を整理（現在国が進めている施策にて解決可能なものも含まれる）した。

図表 3-32 意見書・診断書の電送化実現に向けた主な取り組みと課題

実現に向けた主な取り組み	課題
■ 管理番号（アクセス番号）の導入 意見書・診断書を電子化・伝送化する場合には、当該情報を一意に特定するための管理番号（アクセス番号）の導入が必要。 ■ アクセス番号の考え方 識別に使用できる情報は、各業界ごとに存在はするが、番号体系はバラバラで、医療機関の混乱が予見されるため、様々な業界で統一のアクセス番号の導入が望ましい。 ■ アクセス番号の発行主体 発行主体は、意見書・診断書の「発行者（医療機関）」と「利用者（保険者）」が考えられるが、『利用者（保険者）』で発行する方が望ましい。 ■ 伝送方式 意見書・診断書の送受信については、患者等を介さず、医療機関と保険者で直接授受した方が望ましい。各種手続きに必要な他書類との同時送信は必須ではなく非同期でも可能。	■ 自治体手続きの負荷軽減 介護認定手続きにおいては、アクセス番号の発行をWEB化することで自治体での対面対応は不要となる。さらにケアマネジャー等が自身で手続きができ来庁の負荷も削減できるため要検討。 ■ 国の仕組みの活用 将来的にはマイナポータルやマイナンバーカードの活用も視野に入れた検討が必要。 ■ 個人への通知手段 Eメールアドレスを用いた運用は、患者・医療機関・保険者ともに負荷が高く非現実。SMSは検討の余地あり。一方で、デジタルバйд対策としてIT機器が利用できない場合の対応も要検討。 ■ 医療機関との接続ネットワーク セキュリティや導入コスト・負荷等を考慮し、社会保険診療報酬支払基金が提供する『オンライン資格確認ネットワーク』の活用が望ましく、国が進める医療DXの流れと連携した検討が必要。

本概念実証（PoC）はあくまでも、模擬患者・模擬環境で実施したものであるため、主治医意見書のデジタル化・電送化については、実運用環境に近いシステムでの実証・検証を行い社会実装に向けた課題の整理と解決の方向性を示していく必要があると考える。

4) デジタル化・電送化により期待される効果

① 医療機関における期待される効果

医療機関における診断書・意見書情報を送信する仕組みを構築した場合の効果として、「作業工数の削減」「郵送費等通信費用の削減」「情報漏洩リスクの軽減」が考えられる。

図表 3-33 医療機関における期待される効果

期待される効果		場面	具体的な内容
作業工数の削減	完成連絡にかかる時間の削減	患者への書類完成連絡	保険者への電送が実現すれば、患者への書類完成連絡が不要となる可能性がある。
	書類訂正作業負担の削減	書類の提出	保険者に提出時点で入力データの形式チェック等を行う機能が実装されれば、記載不備等による書類訂正作業が軽減できる。
	申請受付から書類引き渡しにおける一連作業の負担軽減	書類等の保管・印刷・封入・郵送等	電子化（ペーパーレス化）により、保管、印刷、封入、郵送など紙である故の作業負担が軽減できる。 医療機関から双方向性の機能があるクラウドベース上のシステムに主治医意見書のデータを送信し、その情報が保険者に通知される事により双方の作業負担が軽減できる。
	院内手続きの負担軽減	書類の受け渡し（院内担当者間）	院内でも作成依頼や完了の連絡をメールや電話で実施しているため、この作業がなくなると楽になる。
郵送費等通信費用の削減	通信費用の削減	書類郵送	保険者への電送が実現すれば、郵送費や患者への完成連絡のための電話等の通信費用の削減が期待できる。
情報漏洩リスクの軽減	書類紛失リスクの軽減	-	電子化（ペーパーレス化）により、書類紛失リスクが軽減できる。
情報の利活用	既存情報の活用	-	主治医意見書の項目をデジタルデータとして保存する事で統計的なデータとしての活用が容易になる可能性がある。特記事項は、医師によって記載や表現の仕方が様々なため、統計データとして使えない可能性がある。
その他	主治医意見書以外の診断書・意見書	-	主治医意見書以外の診断書・意見書についてもデジタル化・電送化が実現すれば、紙と電子の二重運用がなくなるため大幅な業務改善効果が期待できる。

② 保険者における期待される効果

保険者における診断書・意見書情報を送信する仕組みを構築した場合の効果として、「作業工数の削減」「郵送費等通信費用の削減」「書類保管費用の削減」「情報漏洩リスクの軽減」が考えられる。

図表 3-34 保険者における期待される効果

期待される効果		場面	具体的な内容
作業工数の削減	申請受付時の作業負担軽減	内容の確認	電子データとして取り扱うため、手書きによる判読不能・不明瞭な記載を解消できる。 診断書の期限超過など軽微な不備事項について、保険者側で確認する作業が軽減できる。
		書類等の保管・印刷・郵送等	保管、印刷、封入、郵送など書類が紙である故の作業の負担が軽減できる。
	受領情報の関連システムへの登録作業の負担削減	書類情報の登録	紙媒体で受領している書類情報の登録作業の負担が削減できる。
	審査会等への書類作成業務の負担軽減	書類情報の活用	資料作成等のために、紙媒体で受領している書類情報の登録作業の負担が軽減できる。
郵送時間の削減	申請～認定期間の削減	審査会への申請	郵送の到着日により審査会の審議対象とならない可能性があるため、郵送時間は2,3日でも短縮できるとい。
郵送費等通信費用の削減	書類郵送費用の削減	申請者（医療機関）への書類郵送	診断書・意見書等の作成依頼時や、書類訂正・問い合わせ時の医療機関や申請者への書類郵送費用が削減できる。
		申請者（医療機関）への問い合わせ	書類訂正、問い合わせ時の医療機関や申請者への電話等通信費用が削減できる。
書類保管費用の削減	書類保管費用の削減	書類情報の長期保存	・書類（紙）の保存期間（最長で30年）があるため、マイクロフィルム化に要する作業費用、書類保管費用を削減できる。 ・原本（紙）を保管する場所やコストの削減ができる。
情報漏洩リスクの軽減	書類紛失リスクの軽減	-	電子化（ペーパーレス）による書類紛失リスクが軽減できる。
情報の利活用	既存情報の活用	-	受領データの形式はPDF等のイメージデータではなく、CSVやXML等の（構造化データ）形式がよい。一次判定等に使用するデータとして活用することを考えると、受領データをそのまま保険者システムに取り込めることが望ましい。

参考として、アンケート及びヒアリングにおける主な意見を（図表 3-35、図表 3-36）に示す。

図表 3-35 問 20 主治医意見書の電子化・伝送化により想定される効果【自由回答】

項目		電子化・伝送化により想定される効果の具体的な内容
郵送にかかる時間 など		・作成依頼の電子化・伝送化により、郵送によるタイムラグがなくなり、意見書の作成依頼が間に合わなくなることがなくなると思われる。
		・郵送の手間や時間が削減される他、誤送や遅延のリスクを軽減できるため、申請～認定決定に要する日数が減る。
		・印刷用紙や切手といった郵送費用の削減につながる、
作業 負担	進捗確認	・電送化により、医療機関の意見書の提出状況の確認が容易になり、提出漏れがなくなる。
		・依頼の進捗状況の確認ができる。（受理済、作成中等）
		・依頼や受領に履歴が残り、不明瞭な部分がなくなる。
		・郵送事故による個人情報の流出を防ぐことができる。
		・郵便物の紛失の恐れがなくなる
	依頼方法	・依頼の効率化が図れる。
	様式	主治医意見書の統一化・標準化と負担軽減。
	データ化	・認定支援システムへの取り込みに係る負担軽減。（OCR 取込からデータ連携へ移行）
		・送信されたデータをそのまま利用できるなら現在している OCR 化作業の時間にかかる時間が不要になる。
受領・ 保管	文字の読 み取り	・電子化できれば読めない手書き（癖字）という課題は解消される。システムの必須項目欄の空欄は事前にエラーで知らせることで防げる。
		・直筆の文章が読めないことやチェック項目の記載漏れが解消される。
		・手書きが減り、内容確認が容易になる。
		・手書き記載がなくなるとを想定すれば、不明瞭なものが減り事務負担も軽減できる。

	保管	・文書保管場所の確保や文書廃棄に係る対応が必要なくなる。
		・主治医意見書保管スペースが縮小される。
その他		・対象者や家族が医療機関へ受け取りに行く負担が解消される。
		・医師の入力漏れや記載誤り等、伝送時通知してくれれば、受領後の修正の手間がいらない。

※主な意見をまとめたもの。

③ ヒアリング調査

主治医意見書のデジタル化・電送化に対する期待としては、主治医意見書の郵送時間が短縮することにより、提出できる審査会の時期が早まる可能性について意見があった。また、システムを用いて双方向性で連携することで、保険者・医療機関・患者の間の確認が容易になることにより、現場担当者の業務負担軽減に関する意見もあった。ヒアリング結果の詳細については（図表 3-36）に示す。

図表 3-36 ヒアリング結果

項目	ヒアリング調査での主な意見	ヒアリング先
郵送にかかる時間・コスト	郵送の到着日によっては審査会にかけられない可能性もあるため、郵送部分は短縮できるとよい。電子化により、2,3 日でも短縮できるとよいと考える。	医療機関 ・保険者
	保険者とのシステム連携以降、記載内容の修正対応・差し替えの時間が短縮できるようになった。	医療機関
保管コスト	原本（紙）保存のコスト削減が可能ではないか。	保険者
作業負担	双方向性の機能があるクラウドベース上で、保険者との共有が完結すれば楽である。	医療機関
	院内でも作成依頼や完了の連絡をメールや電話で実施しているため、この作業がなくなると楽になる。	医療機関
	患者へ紙の診断書・意見書等を受け渡しすることが不要となることで患者への連絡業務が減ると想定される。	医療機関
	主治医意見書の特記事項について、医師が手書きで記載すると文字の判読ができない場合があるため、システムで作成すれば解消されるの	医療機関 ・保険者

	ではないか。	
情報の 利活用	統計データとして主治医意見書の項目を電子化することはよいと思う。しかし、特記事項の電子化に関しては、医師によって記載や表現の仕方が様々なため、統計データとして使えないのではないか。	医療機関 ・保険者
	PDF 等イメージデータではなく、CSV 等の（構造的な）データとしてデータを受領できるとよい。一次判定等に使用するデータとして活用することを考えると、データ連携出来ることが望ましい。	保険者
その他	デジタル化・電送化ではないが、オンライン資格確認システムの導入は、保険証不要で患者の情報を取得できること、また患者本人の許諾があれば、高額医療の限度額も確認できるため、メリットだと思う。	医療機関
	医療機関としては、主治医意見書に限らず全ての診断書・意見書が一つの診断書作成システムにて作成でき、オンライン資格確認システムを経由して送信できると業務効率化につながる。紙運用が残ったり、伝送方法が診断書・意見書の種類により異なると業務が煩雑になる。	医療機関 診断書作 成ベンダー

④ デジタル化・電送化によるコスト削減効果

概念実証において、主治医意見書のデジタル化・電送化により保険者における定量的なコスト削減効果を試算した。試算には、ヒアリング（一部推定含む）から得た作業時間の数値を用いた。試算により、約 23.8 億円/年のコスト削減の可能性が示唆された。

図表 3-37 デジタル化・電送化によるコスト削減効果

■ 介護保険主治医意見書（全国）の場合

		内容	計算式			HPKIを活用した仕組み （機能）	削減コスト	
			式	単価	数量		時間換算	費用換算 ※ 1,500円/時間
作業工数	申請受付	・現行業務において診断書・意見書等の記載内容確認に要している時間 ・当該不備に関する修正依頼・修正内容確認等に要する時間	1件あたりに要する時間×数量 （年間）	3分/件	6,800,000枚/年	診断書記載内容の電子データを機械チェック	340,000時間/年	510,000,000円/年
			1件あたりに要する時間×数量 （全体件数のうち、不備発生を2割にて試算）（年間）	5分/件	1,360,000枚/年	書類情報を電子データにて確認	113,333時間/年	170,000,000円/年
	受領情報のデータベースへの情報登録	登録に要する時間	1件あたりに要する時間×数量 （年間）	5分/件	6,800,000枚/年	書類データを運用しているシステムへ連携	566,667時間/年	850,000,000円/年
	上位行政機関や審査会等への必要情報の提供	資料作成に要する時間	1件あたりに要する時間×数量 （年間）	0分/件	6,800,000枚/年	書類の電子データを活用し、審査会等に向けた資料を自動作成	0時間/年	0円/年
	認定情報の開示手続き（ケアマネへの情報提供業務）	申請受付、複写、受け渡し等	1件あたりに要する時間×数量 （年間）	5分/件	6,800,000枚/年	電子データとして保存	566,667時間/年	850,000,000円/年
その他費用	書類のファイリング・データ保管費用		件数×マイクロ化	0分/件	6,800,000枚/年		0時間/年	0円/年

5) デジタル化・電送化に向けた課題と対応の方向性

医療機関から診断書・意見書情報を送信する仕組みを構築するに際し、

- ・書類の作成から申請・受領までの一連の手続きにおいて顕在している課題
- ・デジタル化・電送化の運用を行う場合の課題

を解決するための「対策の方向性（必要となる要件）」を整理した。

図表 3-38 デジタル化・電送化に向けた対策の方向性（必要となる要件）

【必要となる要件（医療機関）】

	場面	課題	対策の方向性（必要となる要件）
現状業務で顕在している課題	医師の署名・押印	署名するタイミングが遅い医師が存在し、督促が発生している。	医師が必ず確認する電子カルテに書類が作成されたか否かを確認する機能を付し、スムーズにHPKIを活用した電子署名を行い、署名・押印手続きの迅速化を図る。診断書作成システムに電子署名機能を追加する。
	患者への完成連絡	作成依頼書類の完成連絡件数が多い場合、電話をかけるなどの業務負担が大きい	診断書作成システムに書類完成連絡機能を付し、書類完成連絡を自動化することで、患者へ連絡する作業（事務）の負担を軽減する。
	書類の受け渡し（患者）	記載内容の確認時、修正の必要がある場合、手間である。	修正の必要性が生じないよう、診断書作成システム等に、電子カルテシステム内の内容と診断書記載内容とが整合するよう確認する機能を追加する。
	書類の受け渡し（患者）	完成の都度、患者に手渡しする手間が発生している。	診断書作成システムに書類送信機能を付し、手渡し・郵送の必要性をなくす。
	書類の郵送（患者）	保険者へ書類を作成の都度、郵送の手間が発生している。	
	書類の郵送（保険者）	依頼書類が完成する都度、保険者へ郵送するため、手間である。	
電子化の運用を行う場合の課題	書類作成の連絡	患者が保険者への申請手続きを開始するためには、診断書完成連絡をする必要がある。	診断書作成システムに書類完成連絡機能を追加し、患者へ電子メール等で連絡することにより、現状電話等で実施している完成連絡の負担を軽減する。
	セキュリティ	機関システムと外部システムを接続することは情報漏洩等の懸念がある。	外部システムとの接続については、一部の情報に限定して共有する仕組みにするなど、接続の工夫が求められる。
	システム整備	地域全体でシステムの導入等の整備ができず、電子化の運用が進まない。	システムを導入することによる患者・医療機関の利点を明示することで、システム導入の普及に努める。
	費用	システム等の導入費用が負担である。	システム導入初期は何らかのインセンティブを設けることで加速度的に導入が進むことが期待される。

【必要となる要件（保険者）】

	場面	課題	対策の方向性（必要となる要件）
現状業務で顕在している課題	書類の確認	主治医意見書を、目視により確認しているため、負担である。	医療機関の診断書作成システムや保険者システム等にて、記載内容の電子データを機械チェックすることにより、確認作業の負担を軽減する。
		不鮮明な手書き文字の判読に手間がかかっている。	手書き文字から電子データに変更することにより、不鮮明（読めない）文字が解消し、判読に要する作業の負担を軽減する。
	医師資格の確認	書類の署名または記名・押印が医師のものであるか確認できない。	HPKIを活用した電子署名の検証により、医師資格保有者の電子署名が付与された書類の真正性を確認することが可能となる。
	問い合わせ	不備が発生する都度、申請者（医療機関）へ電話等で確認していることが手間である。	診断書作成システムに、内容確認機能を付し、内容の不備を減らすことで、作業の負担を軽減する。
	データベースへの情報登録	手入力で情報を登録しているため、手間である。	保険者システムにデータ取込機能を追加することでデータ入力（登録）作業の負担を軽減する。
	審査会等の準備	申請書、書類、添付資料より審査会等向けの書類を作成する負担がある。	電子データを活用し、審査会等向けの書類を自動作成することで、事務負担を軽減する。
	書類の保管	個人ごとにファイリングすることが手間である。	電子データとして格納することにより、個人単位の検索が可能となり、ファイリング作業の負担を軽減する。
		書類の長期保管（マイクロフィルム化）にかかるコストが発生している。	電子データとして格納することにより、書類保管費用が削減できる。
電子化の運用を行う場合の課題	セキュリティ	システムのセキュリティへの対応が負担である。	国からセキュリティに関する指針を示すことで、システムベンダーは応じることができ、結果として保険者も安心して使用できる。
	システム整備	電子カルテや診断書作成システムを導入していない医療機関はデジタル化・電送化の運用に対応できず普及が進まない。	電子カルテや診断書作成システムの普及率を高めるとともに、OCR読み込みが可能な保険者指定の様式での医療機関から提出を求めていく事が求められる。
	作業工数	運用が紙と電子で二重化すると、負担である。	デジタル化・電送化の運用へ移行する期間を短縮（過渡期の運用期間の短縮）することが求められる。

また、主治医意見書のデジタル化・電送化に際しては、医療機関・保険者それぞれに、システム改修や過渡期における二重運用等一時的なコストの増加、作業手順が増加することが想定される。ただし、中長期的な視点で考えた場合には、保険者は、業務時間短縮やコスト削減効果が見込まれるため、一時的なコスト・作業手順の増加は、認定期間短縮効果も期待されるため容認できるのではないかと考える。

図表 3-39 デジタル化・電送化に向けた課題

	デジタル化・電送化に際しての課題		電子署名に関する課題	
医療機関	システム改修費用 (診断書作成システム/ 電子カルテ/院内NW 等)	・不備を減らすための記載内容の機械チェック機能や電送機能を追加するために、改修費用が生じる。	システム改修費用 (診断書作成システム/ 電子カルテ)	・電子署名を付す機能を追加するために、改修費用が生じるが電子処方箋における電子署名機能を使うことで改修費用はかからない可能性がある。
	作業工数の増加 (2重運用)	・紙診断書と電子診断書が併存した場合、それぞれに運用フローが必要となり、作業工数が増加する。	カードリーダーの 導入費用 ※HPKIカードを 利用する場合	・HPKIカードを利用するために、カードリーダーの導入費用が生じる。 ※HPKIカード発行対象者向けに2つ目の電子証明書として発行されているセカンド電子証明書(カードレス型)を利用する事によりカードリーダー費用は不要となる。
	作業工数の増加 (個人情報の取り扱い)	・申請者(患者)に直接診断書を手渡ししないため、保険者に直接電送することについて申請者(患者)から了承を得おく必要がある。 ※介護保険認定申請手続き時点で了承を得る運用とすることにより大きく業務増とはならない。		
保険者	システム改修費用 (保険者システム)	・電子診断書を電子化された申請書とその他の添付情報と共に受付、処理・保存可能とするために、改修費用が生じる可能性がある。	システム改修費用 (保険者システム)	・電子署名を検証するために、署名検証機能を追加する必要があるが、個々の保険者システムの改修でなくPMH等に機能追加することで構築費用は低減可能である。
	作業工数の増加 (2重運用)	・紙診断書と電子診断書が併存した場合、それぞれに運用フローが必要となり、作業工数が増加する。		

参考として、保険者に実施したアンケート及びヒアリングにおける主な意見を(図表 3-40、図表 3-41)に示す。

図表 3-40 問 20 主治医意見書の、電子化・伝送化により想定される課題【自由回答】

項目	電子化・伝送化により想定される課題の具体的な内容
セキュリティ	・保険者における個人情報保護条例上での扱いへの対応。情報漏洩に対するセキュリティ対策の強化。
	・なりすましメールや送信間違いによる個人情報漏洩。
	・通常の電子メールでは、セキュリティの問題があるため、独自のクラウドや情報連携ツールが必要。
	・電子ファイルを保管しなければならないため、管理体制を強化しなければならないこと。
	・送信誤り等による個人情報の流出。
システムの	・伝送等のためのシステム整備や、病院によって対応の可否等の偏りが想定される。

整備	・現在、紙ベースの意見書をシステムに取り込んでいるため、電子データ取り込みのためのシステム改修が必要。
	・ファイル形式、提出方法、セキュリティレベルの統一規格が必要と思われる。
	・システム等による場合、医療機関の規模による対応可否、異なるシステム間の整合性が課題として考えられる。
	・既に使用している認定システムとの互換性について確認が必要。
	・現状医師の署名欄を手書き又は押印にて確認しているが、電子化になった場合の署名方法。
	・ネット環境が弱回線の地域等でデータの送受信が円滑に進むかの課題がある。
体制の整備	・個人情報取扱いなど、電子化・伝送化の運用にあたっての整備。
	・すべての医療機関に統一した設備を整えることは難しいと思われる
	・すべての医療機関に導入されなければ、紙と電子化の意見書を取り扱う必要があり、事務が煩雑になる。
	・従来方式/電子化併存による業務フローの 2 系統化を防ぐため、電子化する場合は、医療機関側に相応の移行期間を設けた上で全て電子化していただきたい。
	・伝送処理をするにあたってのマニュアル用意が必要。
費用	・提出の為に新たな回線を引いたり、システムを導入することは医療機関にとってはコスト増となるため、どのような手段で実施するか難しい。
	・伝送化にあたり、媒体の準備、費用をどうするのか。
	・データ管理のためのシステム維持費が捻出できるかが懸念点。
様式	・全医療機関ができるわけではないと思われるので、方法や様式が統一しないと余計に手間がかかる。

※主な意見をまとめたもの。

保険者側は（保険者・保険者ベンダー）は、国の指針に基づき対応するため、概ねセキュリティ面における課題は感じていないとの意見であった。ただし、システム導入による環境の整備や費用面での課題に対する意見はあった。一方で、医療機関側は外部システムとの接続には慎重な姿勢であった。また、紙と電子を併存する過渡期の運用を短縮することも課題の 1 つである。ヒアリング結果の詳細については（図表 3-41）に示す。

図表 3-41 ヒアリング結果

項目	ヒアリング調査での主な意見	ヒアリング先
セキュリティ	セキュリティに関しては国から指針が示されればベンダーは応じ、保険者も安心すると思う。	保険者 ベンダー
	各施設の考えによると思うが、クローズドな環境下で対応を望む医療機関が多いと考える。外部システムとの接続については、使い分けが必要と考える。	医療 機関
システムの 整備	WEB 版のシステムが便利だと思うが、ガバメントクラウドや LGWAN 等の立ち位置、あり方が整理される等、環境整備されないとシームレスな業務処理は不可能。国の方針が示されれば検討可能。	保険者 ベンダー
	データのコード化が課題だと想定する。また、行政側の介護保険システムは外部の情報を直接受け入れることが出来ない仕組みのため、直接受け入れるための方法が課題だと考える。	診断書 作成 ベンダー
	電子カルテを導入していない医療機関も多く、電子化を広げる際にハードルになると考える。	保険者
	HPKI の導入を試みたが、他の医療機関と足並みをそろえることができず、数年前に取り組みは止まった。	医療 機関
体制の整備	今後、国から示される広域のプラットフォームとどう現状の運用をマッチさせていくかが課題だと認識しているが、厚労省側でどのような検討が進んでいるか見えない。	保険者
現場のニーズ	現場関係者のニーズである。関係者にとってわかりやすく役立つものであれば、他の課題は解決すると考える。	診断書 作成 ベンダー
費用	システム等の導入費用の負担が課題であり、各保険者や医療機関によっては導入できないことが考えられる。	医療 機関
作業工数	運用が二重化（紙と電子の併用）し、手間がかかり負担になる。（電子化される主治医意見書の割合は半数程度になることが想定される）	保険者

4. 考察

要介護認定情報のデジタル化・電送化に向けて、主治医意見書の依頼、作成、授受の一連の流れについて実態を把握し、デジタル化・電送化することによる効果及び実現に向けた課題及び解決の方向性について検討を行った。

アンケート・ヒアリングによる実態調査の結果から、保険者と医療機関との間の主治医意見書のやり取りでは9割超が紙媒体であることが明らかになった。保険者の9割超で、保険者から医療機関への依頼時に郵送しており、窓口への持ち込みで依頼をしている保険者も約3割あった。他方医療機関では、保険者からの依頼を受領後、診断書作成支援システムを使用して主治医意見書を作成しており、保険者より受領した主治医意見書の紙媒体は使用していないところもあった。

保険者の9割で受領した主治医意見書の保管は紙媒体であり、紙媒体の原本保管に伴う保管スペースが課題になっている。保険者の5割では紙をスキャンしPDFや画像データとしての保管をしているため、電子的に保管していてもデジタルデータとしては活用が難しい状態にある。またOCR読み込みで電子データにして保管しているケースも4割あるものの、医療機関独自の様々な様式で提出されるため、全ての様式がOCR取り込み出来ず、取り込みの手間や転記入力ミスが発生していることが分かった。

このため、デジタル化・電送化を実現することにより、上記のような手間やミスを低減することが期待される。実態調査からは、保険者から主治医意見書の確認作業に対する負担軽減に対する期待が挙げられている。誤字脱字、記載漏れの減少、内容確認に要する負担の減少に加え、電送化による郵送時間の短縮によって提出できる審査会の時期を早めることができる可能性がある。またシステムを用いて双方向性で連携することにより、保険者・医療機関・患者の間の確認が容易になり業務負担が軽減できることも期待できる。

本事業では、デジタル化・電送化を進める際に不可欠となる主治医意見書の様式の標準案を、実態調査を踏まえて提示した。調査結果からは、9割超の保険者が厚生労働省様式を用いていることが分かったため、当該様式の項目及びレイアウトを標準として示すこととした。また、日本医師会ORCA管理機構が持つ様式が既に一定程度医療機関に普及しており、かつ保険者ベンダー側でも対応可能であることが確認できた。このため、データ形式はORCAの様式（CSV）を標準として用いることが望ましいと考える。

デジタルデータ交換用フォーマットとしては、日本医師会ORCA管理機構にて作成・公開している「電子媒体によるデータ交換用標準フォーマット（CSV形式）」に前述した1項目（情報開示希望の有無）を追加したものを標準として規定するのが期間・コストを勘案すると現時点における最良の案として提示した。

また、コード化可能な部分としては、医療現場で活用可能かつ入力負担を最小限にとどめる観点から、医療機関コードは厚生局にて指定されている医療機関番号、医師コードは、医籍番号を用いること、主治医意見書に記載される傷病名は「ICD10 対応標準病名マスター」より選択できる形式とし、テキスト入力された傷病名は、未コード化傷病名として出力できる仕様とすることを、一案として提示した。

今後、デジタル化・電送化の実現に向け、標準化された様式が医療機関・保険者の用いるシステムに早急に実装され、データの授受が可能となることが不可欠である。また、様式の実装に加え、実態調査からはデジタル化・電送化の実現には、医療機関側・保険者側とも①システム間連携の円滑化等、利用しやすい設計、②二重運用の回避のための医療機関の参加率の向上、③原本保管ルールの明確化、④費用負担の軽減が求められる。

① システム間連携の円滑化

医療機関側では電子カルテや診断書作成支援システムからスムーズに出力、当該患者の所属する保険者を特定の上、電送され、保険者側システムに登録される仕組みが必要となる。電送時には医療機関側で既に用いられているオンライン資格確認システムのネットワークを用いることも考えられる。ただし保険者側のシステムでネットワークを介して受領した情報を、ID を特定したうえで登録を可能にする必要がある。さらに、主治医意見書の内容は確定するまでの間、内容確認が医療機関・保険者双方に必要となるため、確認作業がスムーズにできることが必要である。

またセキュリティ面については、医療機関・保険者ともに外部にネットワークを介してデータを出す事に対して慎重であるため機微な情報である主治医意見書の電送については、安全性が担保されかつ既存資産を有効に活用できるネットワークが望ましい。

② 二重運用の回避のための医療機関の参加率の向上

デジタル化・電送化のメリットを享受するうえでは不可欠である。しかし、現段階では医療機関の電子カルテ普及率は一般診療所で 5 割に満たず²、依然として手書きによる作成が残っている。このため、電子化される主治医意見書の割合も半数程度にとどまるのではないかと保険者の指摘もあった。紙と電子の運用が二重化するとかえって保険者の手間が増える恐れがある。一方で、手書きによる主治医意見書の提出の方が効率的であるという医療機関も少なくないのは事実である。例えば、手書きの主治医意見書を提出する医療機関については、保険者が示した様式（OCR 取込が対応可能な様式）を必須とするなど保険者・医療機関双方にとってメリットを享受できる運用設計が必要である。

③ 原本保管ルールの明確化

デジタル化された場合に原本保管にかかるコスト軽減を実現するためには不可欠である。現在は、保険者で多くの保管スペースの準備を余儀なくされている。電子媒体での保管ルールは e 文書法等で規定がされているが、電子データを原本で扱うにはどうすべきかを分かりやすく保険者に伝えること（解釈通知など）が求められる。

④ 費用負担について

² 厚生労働省「令和 2 年医療施設（静態・動態）調査」 2022 年 4 月

医療機関、保険者双方にとっての導入、維持にかかるコスト負担に対する懸念を抑えることが重要である。一般的に、費用負担を理由にネットワークへの参加が少なければ、デジタル化・電送化へのメリットも薄くなる恐れがある。特に初期段階は費用負担を抑えるなどの工夫が求められる。

以上のような課題を解決し、主治医意見書のデジタル化・電送化が実現することにより、医療機関・保険者の現場における負担が軽減するとともに、一連の業務がより効率化することが期待される。

第4章 要介護認定の様式について

1. 目的

令和4年度調査において、ICTを活用して効果的・効率的に認定調査業務を進めるためには「様式の標準化」が課題であることが明らかになった。特に様式については、住所地特例により別の保険者の要介護認定を調査員が実施する際に、多くの事務負担がかかっていた。

そこで、全国の保険者における要介護認定様式の取り扱いや独自に追加した項目について調査を行い、現在厚生労働省において示されている認定調査票の様式見本をもとに、今後の調査様式の統一の可能性について課題仮説を整理する。

2. 方法

全国の保険者を対象としたアンケートにより、要介護認定調査のICT化の状況や様式の取り扱いについて実態調査を行った。また、アンケート回答をふまえ、要介護認定業務の一部をICT化（電送によるデータのやりとりや管理）を実施している保険者に対し、現行の業務のフローや課題についてヒアリング調査を実施した。（実施方法の詳細は、第2章 調査方法を参照）

3. 結果

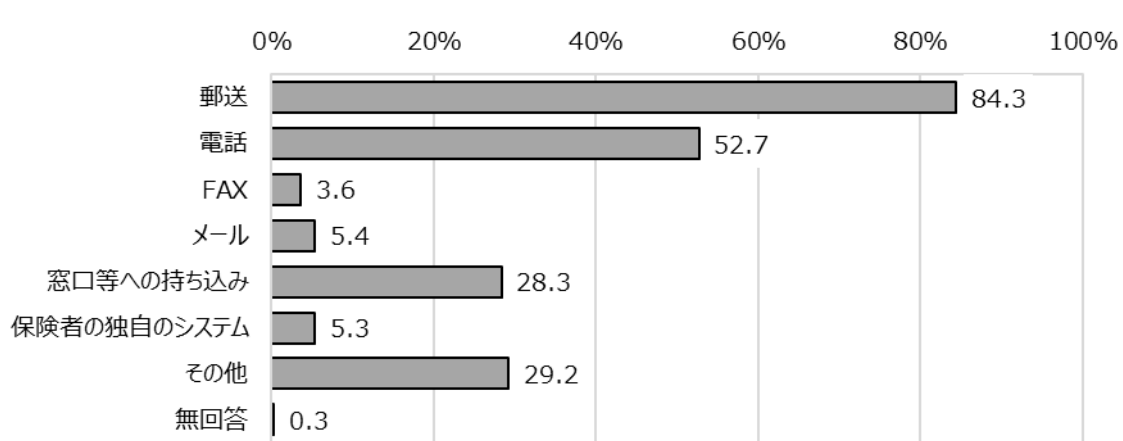
(1) 現行の運用

1) 調査票の授受と保管の方法

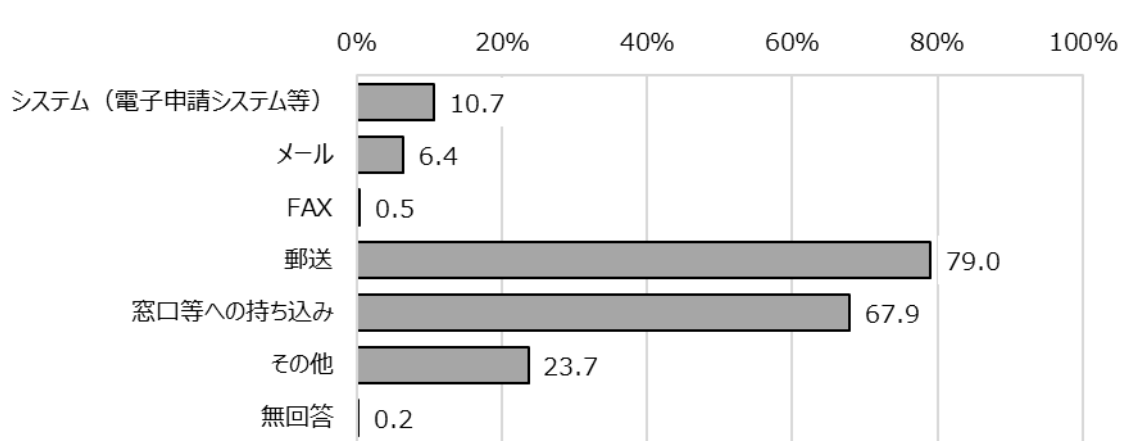
● アンケート調査（問 22～24）

調査に回答した保険者のうち、依頼・督促は 84.3%、受領は 79.0%、保管は 87.4%の保険者で、郵送で行われていた。現状は、多くの保険者で依頼から保管まで紙媒体で取り扱われているものと考えられる。

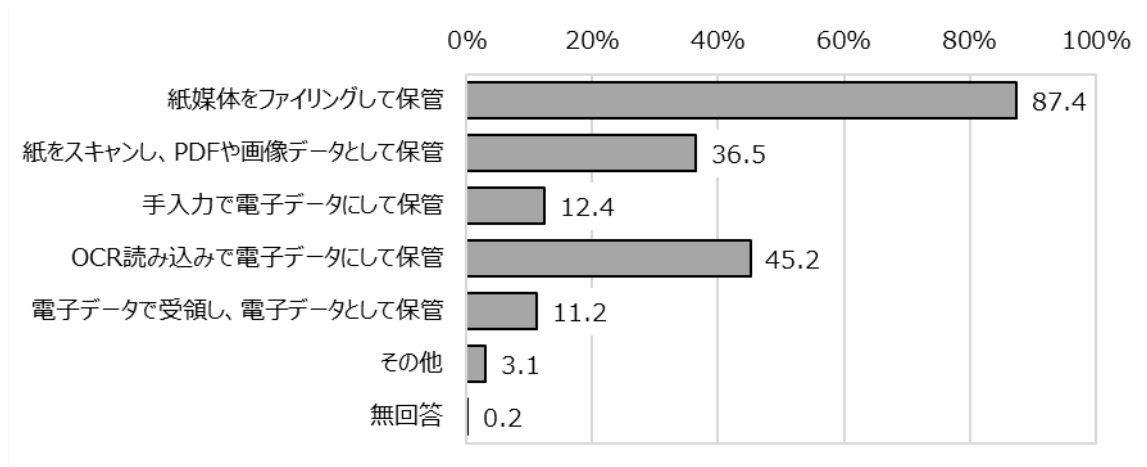
図表 4-1 問 22 認定調査の依頼・督促の方法（N=1,207）【複数回答】



図表 4-2 問 23 認定調査票の受領の方法（N=1,207）【複数回答】



図表 4-3 問 24 認定調査票の保管の方法 (N=1,207)【複数回答】



● ヒアリング調査

ヒアリングを実施した保険者においては、調査結果のデータの流れは保険者によって様々であったが、保険者の役所内の介護保険システムと認定調査システム間はネットワークが独立しているため、USB メモリー（以下、USB と記載）によってデータが移動されていた。また、認定調査システムと調査員の間は直営・委託に関わらず専用回線で接続がされていた。

広域連合・事務組合がある保険者では、介護保険システムと認定調査システムの間は USB でデータを移している場合と、両システムを一体で運用している場合があった。また、保険者と調査員の間は、持ち運び可能な PC を共有（端末ごと移動させる）ことによりデータを連携していた。

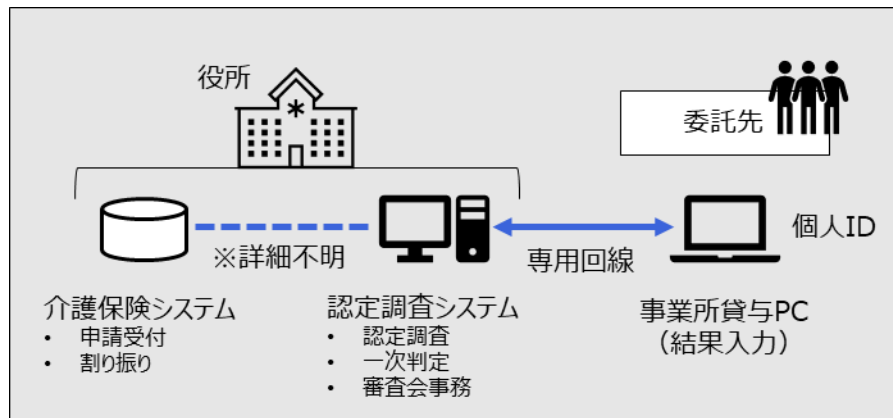
図表 4-4 ヒアリング結果（調査票の授受と保管の方法）

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
A 広域連合	【依頼と受領】事業所へ紙で依頼している。調査員が役場の保有する PC を使用して、エクセルファイルに調査結果を入力し、PC を返却する。 【読込】役場内で保険者職員が、PC と広域連合の認定調査用のシステムを有線で繋いで取り込んでいる。紙場合は、受領した調査票の内容を PC へ入力してから取り込んでいる。 【審査会】認定調査用のシステム内で一次判定と審査会に一体的に対応している。 【保管】認定審査会の資料を電子と紙両方で保存している。	保険者
B 市	【依頼と受領】紙で受け付けた認定申請の情報を行政システムに一度取り込み、そこから必要情報を抜粋して認定システムへ送っている。 【読込】調査票のデータを取り扱うシステムから、一次判定システムまでシステム内で連携できている。市にはシステムが 3 つあり、認定調査システムと審査会までのシステムは市の回線を通して繋いでいる。	保険者

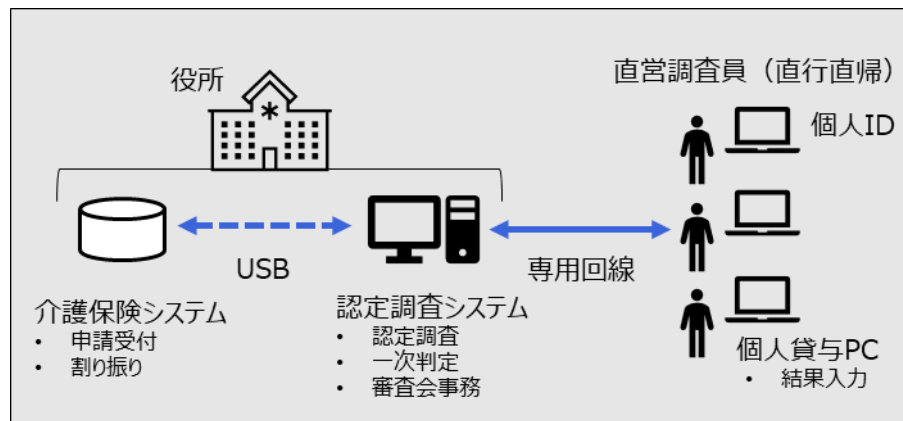
	【保管】認定審査会は紙を使用しているが、終了すれば電子化して保存している。	
C 町	【依頼】申請受付後、内容を確認し、介護保険システムから認定調査の依頼書を出力、起案し、決裁をとる。書類を事業所等へ郵送して依頼する。 【受領】調査員は、調査結果を広域連合指定のエクセルに入力し、紙（OCR で読み込める形式）に印刷したものを提出する。 【読込】提出されたものの内容を確認し、一次判定システムに OCR で読み込む。特記事項で独自様式を使用しておりエラーがでる場合は、画像で取り込む。 【審査会】審査会事務は広域連合が担当している。 【結果通知】広域連合から調査結果を共通フォルダ上で受け取り、USB に移して介護保険システムに取り込み結果通知等を行う。 【保管】紙媒体で保管している。	保険者
D 市	【依頼と受領】基幹システムで調査を割り振った後、認定システムへ USB でデータを移している。調査員が各自で閲覧し、調査を実施している。調査員が調査結果をシステムに登録すると、システム上で保険者職員が確認可能となる。 【読込】市で内容確認後、基幹システムに USB でデータを取り込む。	保険者
E 町	【依頼と受領】システム上で調査員に調査を割り振っている。調査後、役場にて調査員が PC からシステムへ有線で取り込んでいる。 【読込】1 つのシステム内で一次判定、審査会準備を行うため、USB を利用することはない。手書きの場合は OCR でスキャンしている。 【保管】全件紙と電子の両方で保存。システム内のデータ（申請書、意見書、調査票）を個人ごとに紙でもファイリングしている。	保険者
F 町	【依頼と受領】町から事務組合に依頼し、組合から所属の調査員に割り振る。外部へ委託する場合も組合から委託している（更新申請、遠方、施設入所者分）。事務組合内での処理の詳細は不明である。 【読込】事務組合がシステムにデータとして入力していると思われる（画像データではない）。 【審査会】認定調査用のシステム内で一次判定と審査会に一体的に対応している。審査会対応も事務組合が実施している。 【保管】システム内のデータとして保管されており、電子で完結している。保険者へは紙の調査票は送られてこず、内容を見る必要がある場合はシステム上で閲覧している。ケアマネジャーから情報提供依頼が来た際のみ、データをダウンロードして出力している。	保険者

これらの状況は「1 保険者と委託先の事業所を専用回線で接続する」、「2 保険者と個人貸与のPCを専用回線で接続する」、要介護認定事務の一部を広域連合や事務組合で行う保険者においては「3 保険者と調査員の間でPC等端末を移動させる」、「4 事務組合等と保険者を専用回線で接続する」の大きく4つの方法に整理された。

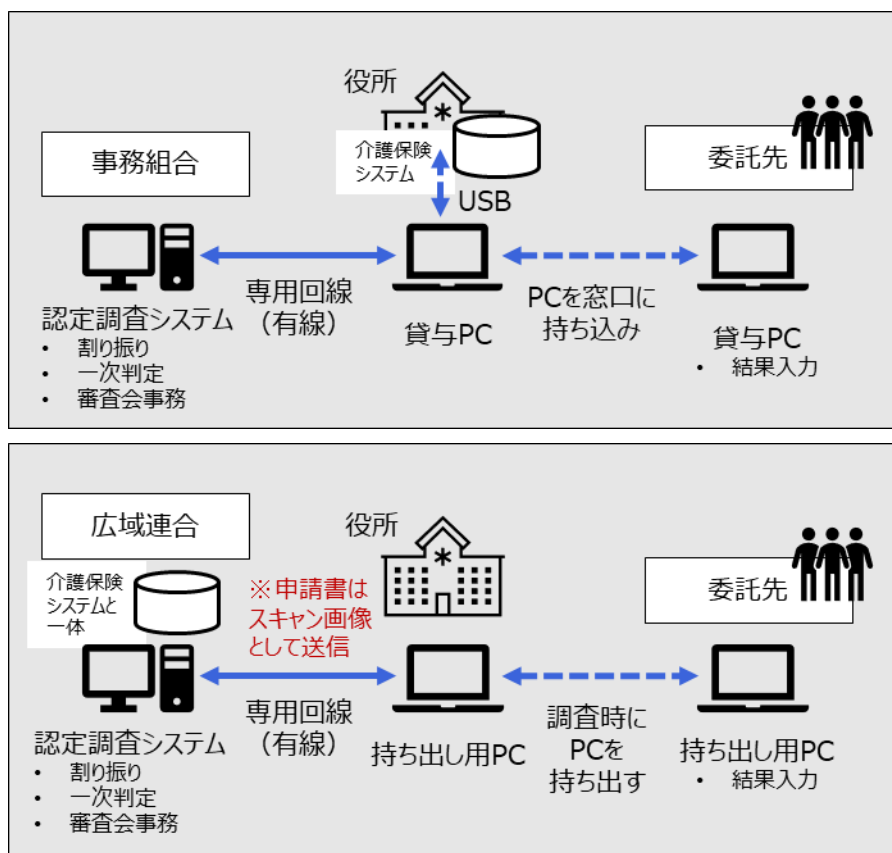
図表 4-5 パターン1 保険者と委託先の事業所を専用回線で接続する



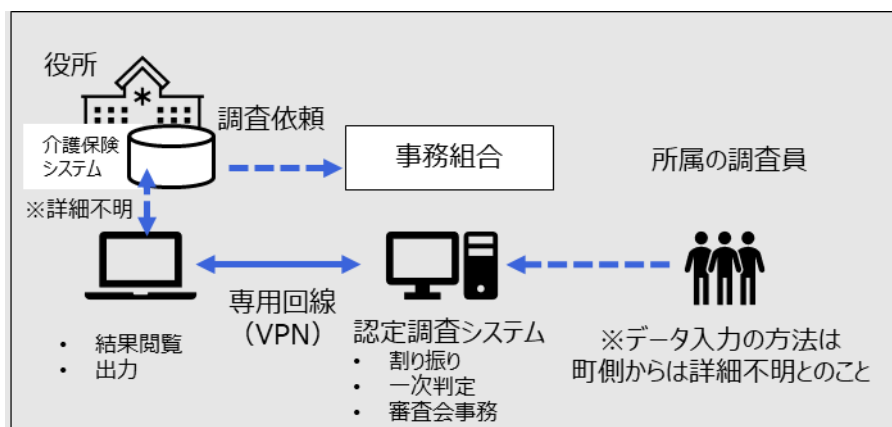
図表 4-6 パターン2 保険者と個人貸与のPCを専用回線で接続する



図表 4-7 パターン3 保険者と調査員の間で PC 等を端末移動させる



図表 4-8 パターン4 事務組合等と保険者を専用回線で接続する



2) 様式に追加している項目

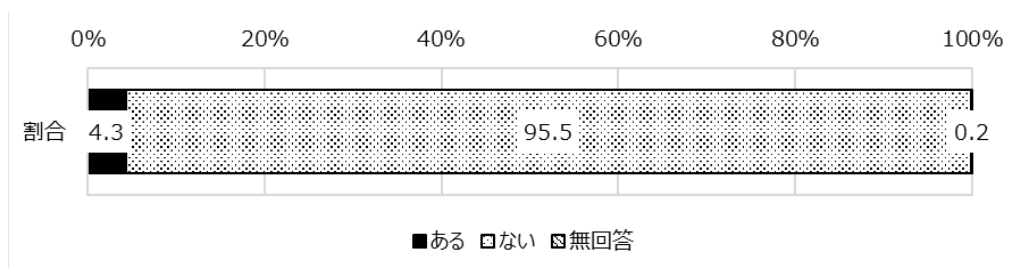
● アンケート調査（問 27～32、問 33）

認定調査票に独自の項目を追加している保険者は、基本調査では 4.3%、特記事項では 7.5%であるのに対し、概況調査では 18.6%と比較的高かった。

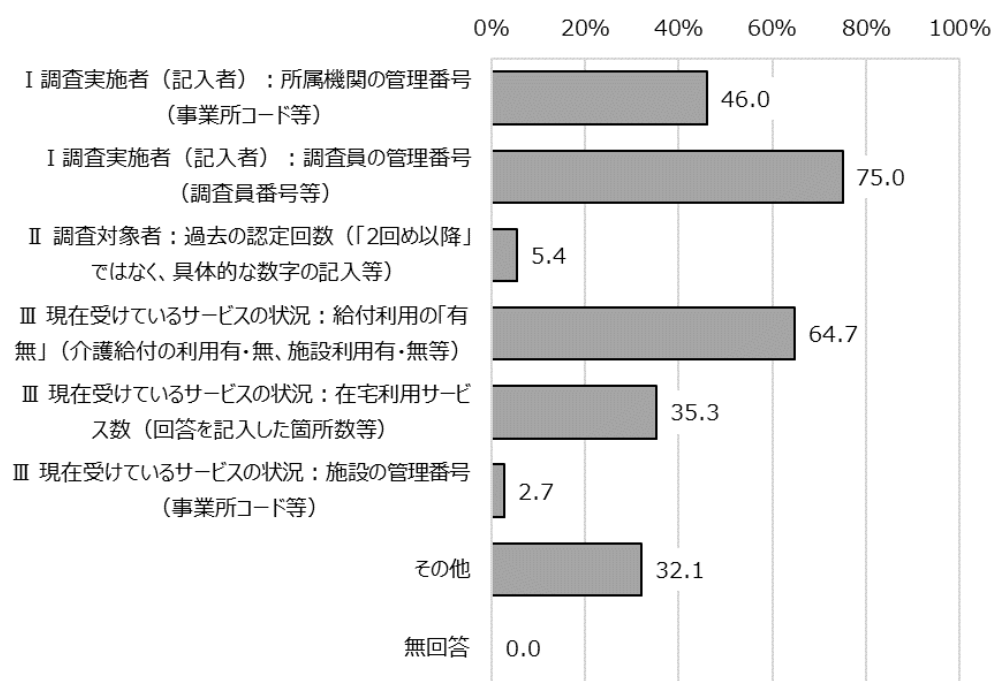
概況調査に追加した項目は、「調査員の管理番号」が 75.0%、「給付利用の有無」が 64.7%であ

った。電送化に伴い様式を統一する際は、これらの点に配慮することで影響を最小限に抑えられるもの
 と考える。（検討後の様式案については、第4章3.（3）新たな様式案の作成を参照）

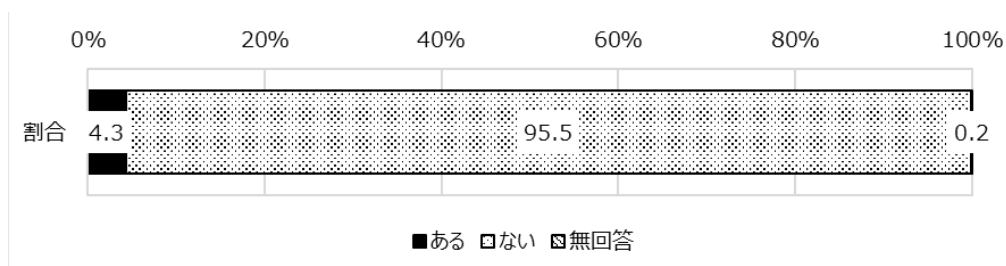
図表 4-9 問 27 独自の追加項目の有無（概況調査）（N=1,207）【単一回答】



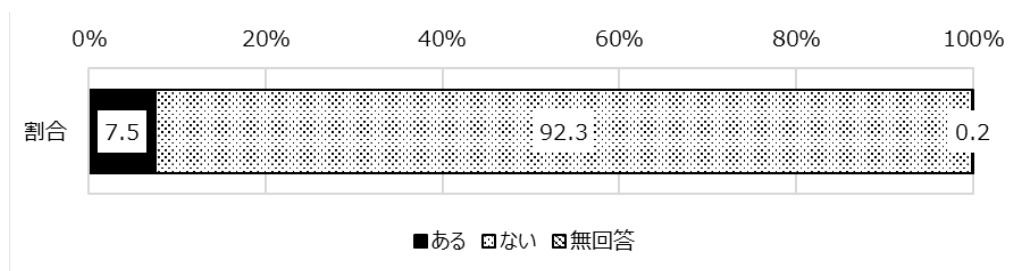
図表 4-10 問 28 独自の追加項目の内容（概況調査）（N=224）【複数回答】



図表 4-11 問 29 独自の追加項目の有無（基本調査）（N=1,207）【単一回答】

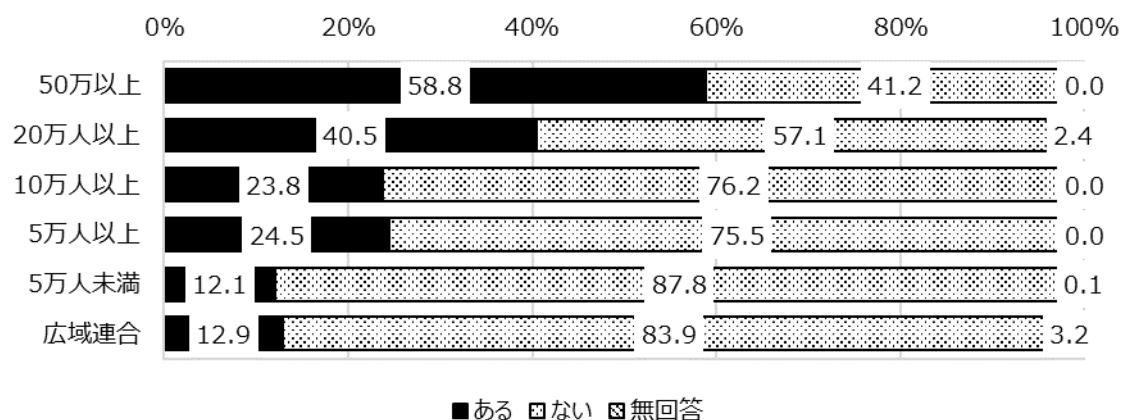


図表 4-12 問 31 独自の追加項目の有無（特記事項）（N=1,207）【単一回答】



アンケートの回答を保険者の規模別に集計すると、保険者人口の規模が大きいほど、認定調査票に独自の項目を追加している割合が高かった。特に概況調査では、人口 50 万人以上の保険者保険者では 58.8%が独自の項目を追加していた。

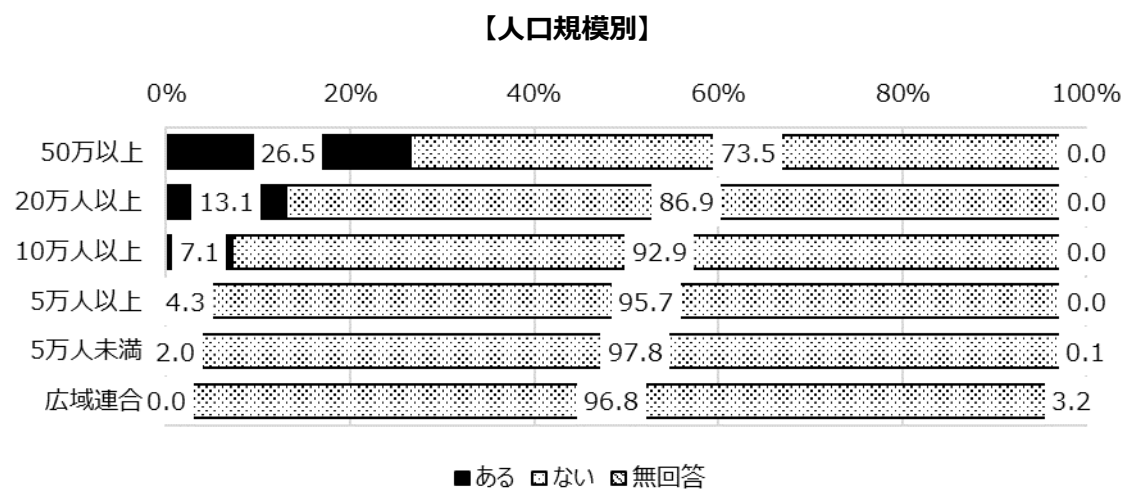
図表 4-13 問 27 独自の追加項目の有無（概況調査）（N=1,207）【単一回答】
【人口規模別】



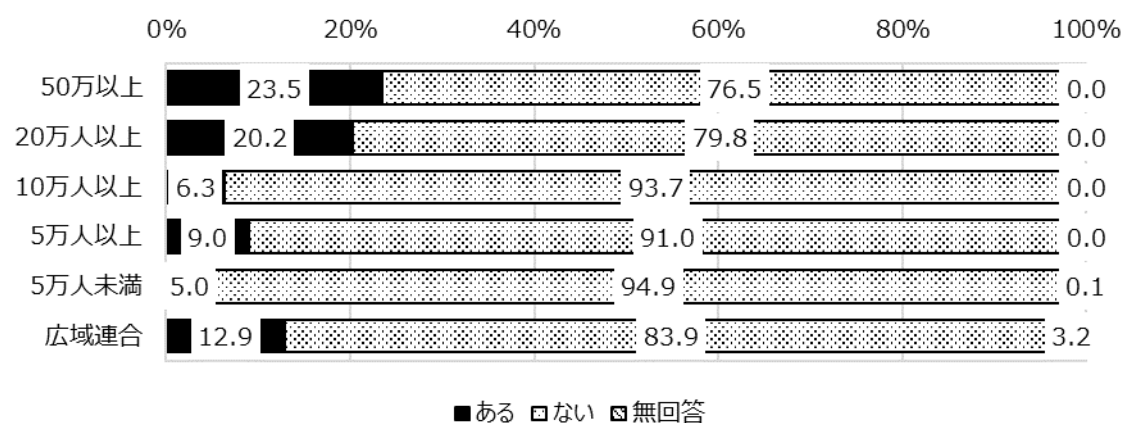
※保険者人口規模別集計の回答数

分類	50万以上	20万人以上	10万人以上	5万人以上	5万人未満	広域連合	
回答数	34	84	126	188	744	31	計1,207

図表 4-14 問 29 独自の追加項目の有無（基本調査）（N=1,207）【単一回答】



図表 4-15 問 31 独自の追加項目の有無（特記事項）（N=1,207）【単一回答】
【人口規模別】



概況調査、基本調査、特記事項ごとに、保険者で独自に追加した項目について具体的な内容を回答いただいた。

概況調査では、管理上の番号、本人の状況、申請の状況、調査の状況、サービスの利用状況等に関する項目が挙げられた。

基本調査では、管理上の番号、本人の状況、申請の状況、調査の状況等に関する項目が挙げられた。

特記事項では、本人の状況、基本調査の詳細、虐待に関する内容、前回調査との比較、審査に使用しない連絡事項等が挙げられた。

図表 4-16 独自に追加した項目の内容（概況調査）

区分	分類	追加した内容・独自の運用
概 況	管理上の番号	市区町村コード

調査		管理市区町村コード
		OCR 用の管理番号
		指定居宅介護支援事業者等の番号
		認定調査員の資格コード（医師・介護福祉士 等）
		委託区分コード
	本人の状況	年齢
		既往歴・現病歴
		身体状況
		精神状況
		前回調査時と比較した本人の状態（家族の印象）
	申請の状況	認定申請日
		申請区分（新規・更新・変更）
		申請回数
		前回認定有効期間
		申請者及び家族の主訴、申請理由、申請の経緯・本人の状況（調査員への申し送り事項）、区分変更の申請理由（良くなった・悪くなった）
		調査状況等次回調査担当への申し送り事項、日程調整の留意事項
	調査の状況	調査実施した時間
		実施場所（被保険者宅、申請者宅、入所・入院施設、その他）
		調査回数（再調査時に参照）
		調査時の立会い者の有無（続柄、氏名、住所、電話番号）、介添者・同席者氏名
	サービスの利用状況	現在受けているサービスの状況（なし、予防給付・総合事業、介護給付）
		施設種別を□でなく番号で選択
		回数を記入した場合の値の合計数
		福祉用具貸与・購入の具体的な内容
		住宅改修の改修箇所
		事業者
		施設の情報
		ケアマネジャーの情報、担当居宅事業所
		主治医の情報
		情報提供してもらった施設・病院職員名
	その他	第三者行為による傷病等の有無
		認定証等の通知の送付先

		ケアプラン参加者
		障害者控除対象者認定書を交付する場合
		「7.自立度」の情報を利用することへの同意

図表 4-17 独自に追加した項目の内容（基本調査）

区分	分類	追加した内容・独自の運用
基本調査	管理上の番号	OCR 用の管理番号
	本人の状況	おむつ使用の要否
	申請の状況	申請回数
	調査の状況	調査回数
	その他	OCR としているため、概況調査の項目を追加している
		前回調査時のチェック項目をアンダーラインでわかるようにしている
		事務局記載欄のスペースを設けている
		備考欄に同席者を記入している

図表 4-18 独自に追加した項目の内容（特記事項）

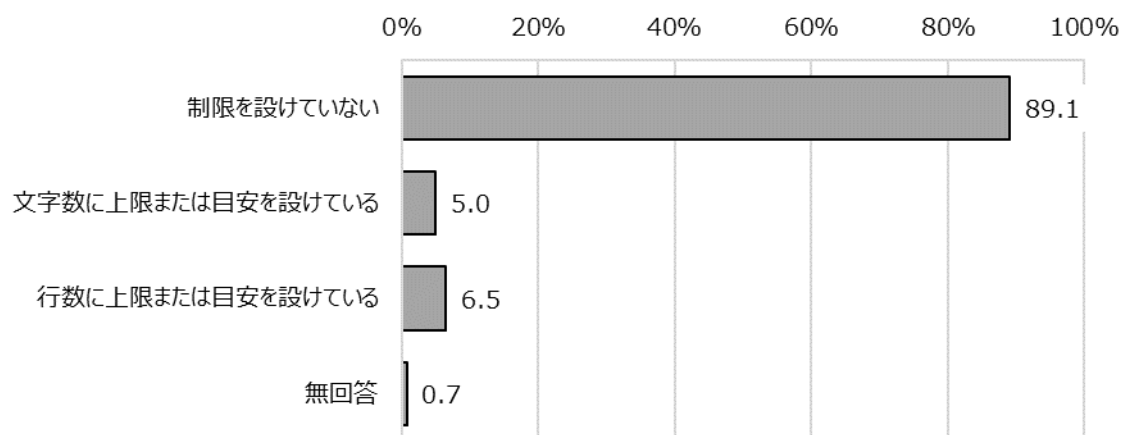
区分	分類	追加した内容・独自の運用
特記事項	本人の状況	身長・体重
		口腔の状況（噛めない、痛いところがある、口の中が汚れている、口臭がある、異常なし 等）
		食生活
		調査対象者の主訴（希望する介護サービス、入院・入所の経緯等）
		家族介護の状況
		申請者本人が一人でいられる時間
		一日の暮らし方
		主な週間予定
		屋外移動
		交通機関利用
	基本調査の詳細	1 群：目視確認したか聞き取りかの選択
		1-1：欠損部位の記入
		1-2：その他の拘縮部位の選択
		1-10：入浴か清拭かの選択・回数の記入
		2-5、2-6：回数の記入
		2-7：口臭・歯・義歯の有無
		2-10、2-11：衣服の選択能力の有無

		3-8～4-15：頻度を記載
		5-1：内服時間・回数等の理解の有無
		5-2：少額計算できるかの選択
		5-3：治療方針の自己決定能力あるかの選択
		5-4：集団への参加あるかないかの選択
		5-5：支払い能力あるかないかの選択
		5-6：炊飯、加熱、即席麺について記載
		6群：処置の最終実施日、処置の次回予定日、実施者、必要とする理由・処置内容を記載
		障害高齢者自立度：判断理由
		認知症高齢者自立度：判断理由
	虐待	虐待の可能性の有無、不適切な介護をとる場合に印をつける
	前回との比較	（更新申請の場合にのみ、本人・介護者から「前回の調査時点と比較して介護の手間（量）が、少なくなった・あまり変わらない・多くなった・わからない」を聞き取り記入する
	審査に使用しない内容	事務局記載欄を設け、保険者の職員が認定調査員に確認を行った結果、選択項目の変更を行った場合にその旨を記入する
		備考欄を設け、次回調査時に必要な注意点やがん告知の有無等、審査会資料としては適さないが記録したいことを記入する
	その他	冒頭部分に対象者の概要をまとめた文章（10行程度）を追加した
		どの項目にも当てはまらない項目要にその他の欄を設けている（見えない介護の手間等）
		調査員が判断に迷った項目、審査会委員に伝えたい情報等について印をつけ、その目印の有無を記入する
		（介助されていない状況や実際に行われている介助が不適切と認定調査員が判断する場合は、適切な介助の方法を選択する）ことについて）適切な方法を選択した場合のチェック欄を設けている
		前回認定が要介護 45 で食事摂取に介助が必要な方の場合、経口摂取不能になった場合に経管栄養を希望するか記入している
		項目の追加は行っていないが、特記事項において、季節と併せて調査の日付と曜日、場所の理解については、病院名や施設名、住所についても調査の指標外として確認している。
		概況調査の特記事項を、特記事項の用紙内に設けている

様式をデジタル化・電送化する場合に、1 項目のデータのサイズ（文字数）を設定する必要が生じる

ことを想定して、特記事項について文字数や行数の制限の有無を確認したところ、保険者の 89.1%が「制限を設けていない」と回答した。

図表 4-19 問 32 特記事項の文字数や行数の制限の有無（N=1,207）【複数回答】



- ヒアリング調査

様式の統一に関して、特記事項の文字数に制限をかけている保険者においては、審査会資料の作成のしやすさ、読みやすさを理由に制限をかけていた。また、様式は保険者の作成したものではなく、導入しているシステムのメーカーの指定したものを使用しているとの意見があった。

図表 4-20 ヒアリング結果（様式に追加している項目）

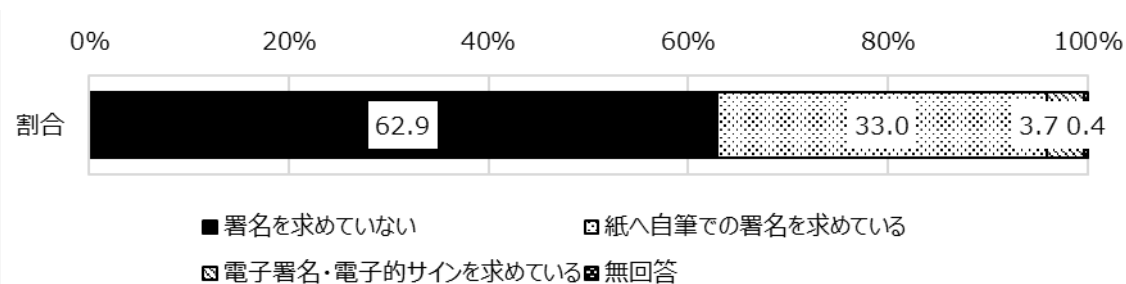
分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
文字数の制限	審査会の資料に収まるように、特記事項に文字数の制限をかけている。	保険者
メーカー指定の様式	様式は、保険者で作成したものではなく、要介護認定システムのメーカー側で用意されたものを使用している。	保険者

3) 押印、署名の取り扱い（本人確認）

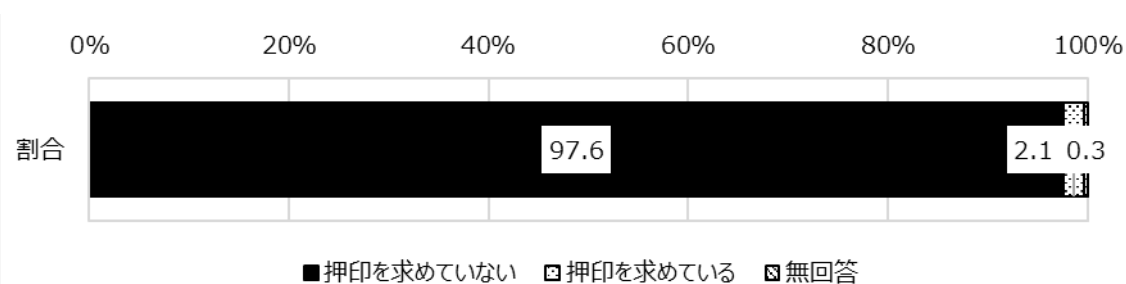
- アンケート調査（問 25、26）

認定調査票における押印、署名の取り扱いに関して、担当した調査員の署名については紙へ自筆での署名を求めている保険者が 33.0%であった。担当した調査員の押印、被保険者本人の署名と押印については、95%以上の保険者が求めていると回答した。

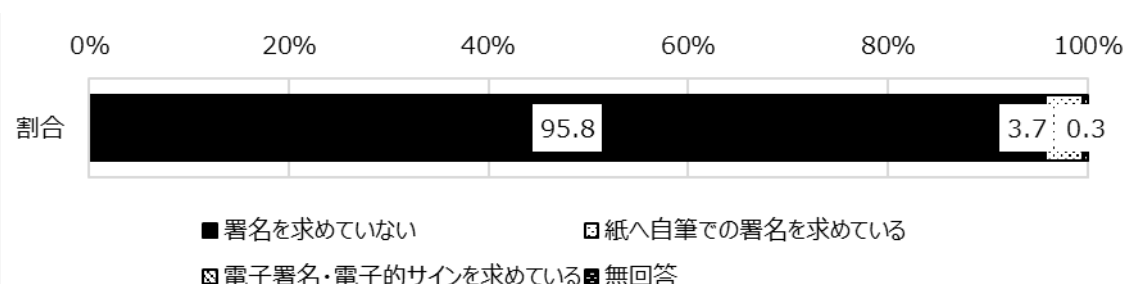
図表 4-21 認定調査票に担当した調査員の署名を求めているか（N=1,207）【単一回答】



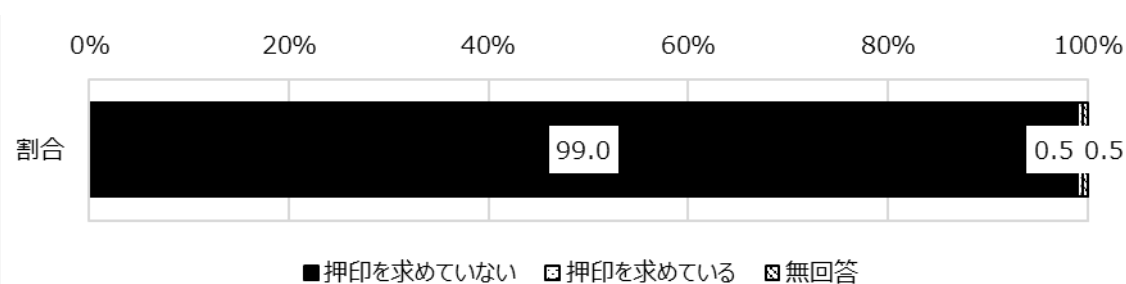
図表 4-22 認定調査票に担当した調査員の押印を求めているか（N=1,207）【単一回答】



図表 4-23 認定調査票に被保険者本人の署名を求めているか（N=1,207）【単一回答】



図表 4-24 認定調査票に被保険者本人の押印を求めているか（N=1,207）【単一回答】



● ヒアリング調査

認定調査票を電送化している保険者へのヒアリングにおいては、調査員に固有の番号を付与して個人を識別していた。保険者によっては番号によってシステム上で閲覧範囲を制御する仕組みを設けている

場合もあった。

図表 4-25 ヒアリング結果（押印、署名の取り扱い（本人確認））

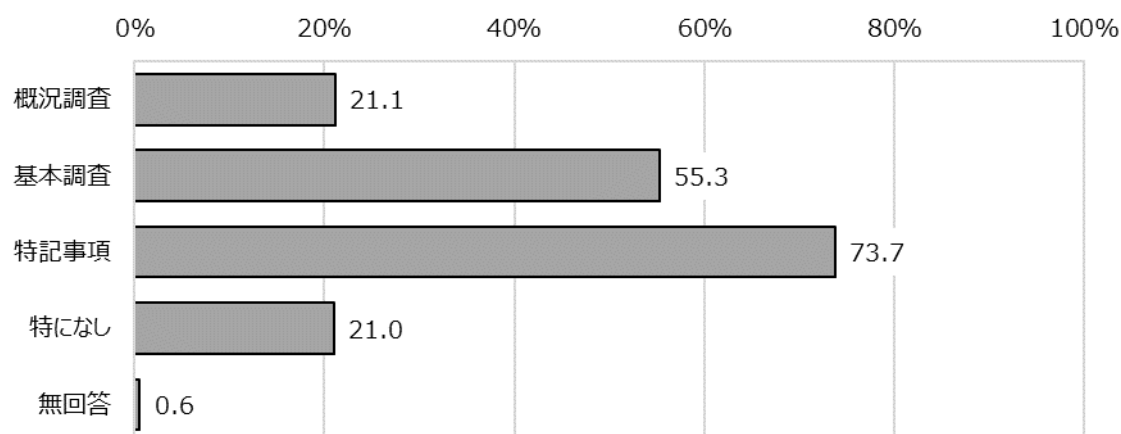
分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
調査員固有 の番号	調査員が固有の番号を保有しており、それによって識別している。	保険者
	認定システム上で、調査員が自分のIDに割り振られた被保険者の情報だけを閲覧できるようになっている。	保険者

4) 内容確認が発生しやすい項目

● アンケート調査（問 34、35）

記入漏れや内容の矛盾等、調査員に確認が必要になることが多い項目について、「特記事項」と回答した保険者が 73.7%であった。そのほか、基本調査が 55.3%、概況調査が 21.1%であった。

**図表 4-26 問 34 記入漏れや内容の矛盾等、調査員に確認が必要になることが多い項目
(N=1,207)【複数回答】**



確認が必要になる具体的な内容としては、基本調査と特記事項等調査票内の矛盾や不整合の確認が主に挙げられていた。そのほか、

未記入の項目の有無、テキストやマニュアル等を示す定義や解釈とのずれや、明らかな記載の誤りや誤字脱字、特記事項について根拠となる詳細な記載の不足等について確認されているほか、文章の冗長さ・わかりにくさや、審査会に向けて個人の特定できる記載の削除について確認しているとの回答もあった。

● ヒアリング調査

福祉用具貸与の品目や利用サービスの内容など、特記事項に書く事となっているが調査票に明確に記載する位置が決まっていない項目や、主治医意見書との回答の矛盾について内容確認が発生しやすい

いとの意見があった。

図表 4-27 ヒアリング結果（内容確認が発生しやすい項目）

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
特記事項に必ず書く項目の記入	福祉用具貸与の品目に関してよく問い合わせを受ける。調査員が特記事項に記載している場合もあるが、専用の項目が無いためか見落とす、またはもともと記載が無く、問い合わせを受ける。	保険者
	サービスの概要に関して詳しく内容を書いてない調査員があり、チェック項目と齟齬がある場合は聞き取りを行うが、さほど多いわけではない（困っているというほどではない）。	保険者
主治医意見書との相違（主に作成タイミングによる相違）	意見書を記載した時点と認定調査を行う時点とでは、1 か月など期間が空いていることがあるので、医師の見た被保険者の状態と調査員から見た状態とで記載が異なっていることがある。ただし、委託等であまり慣れていない調査員であると調査員側の記載が誤っている場合もあるため、調査日が後の内容が正しいとも言い切れず、確認している。	保険者

(2) デジタル化・電送化の検討

1) 効果

● ヒアリング調査

効果を感じている保険者においては、業務を電子化・電送化した効果としては、被保険者に調査結果を返却するまでに要する日数の短縮、単純なミスの軽減、特記事項等の内容が一定程度統一されたことによる内容確認や審査会での審査のしやすさ向上が挙げられた。

電送化されてから時間が経ち電送による運用が所与のものとなっているため、電送化当時の状況がわからず、特に効果やメリットが回答できない保険者もあった。

図表 4-28 ヒアリング結果（業務を電子化・電送化した効果）

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
時間の短縮	昨年度と比べて、現時点で 4～5 日程度結果までの期間が短くなった。調査員から市へ調査結果を随時提出してもらえるようになったことの影響が大きい。	保険者
ミスの軽減	単純なチェックミスがなくなった。	保険者
内容確認の負担減	調査票は一から作成するのではなくテンプレート入力できるようになったため、点検する側は見やすくなった。テンプレートを用意する機能があり、文言に関しては保険者が作成して登録した。	保険者
審査会の負担減	調査員の個人差が減ったため、審査会でも内容を読みやすくなったとのこと。	保険者
詳細不明	システム化したのが相当以前のことで、詳細を把握していない。現在ではシステムを利用した方法が通常の運用になっている。	保険者

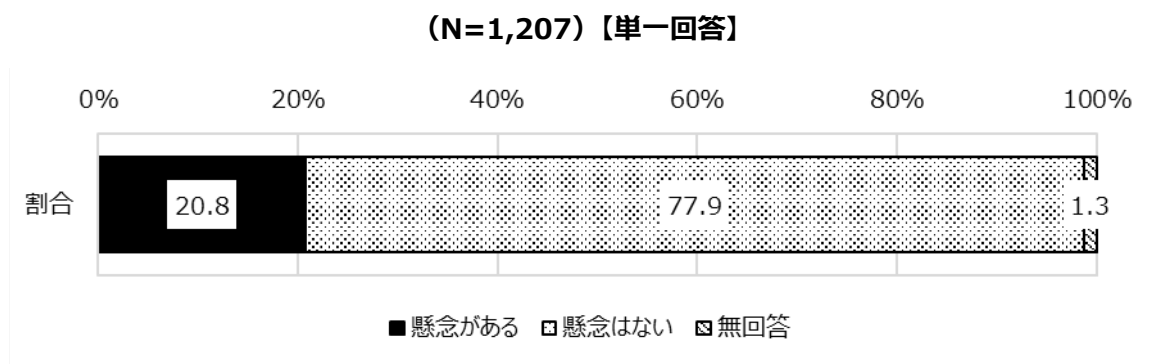
2) 課題

● アンケート調査（問 36）

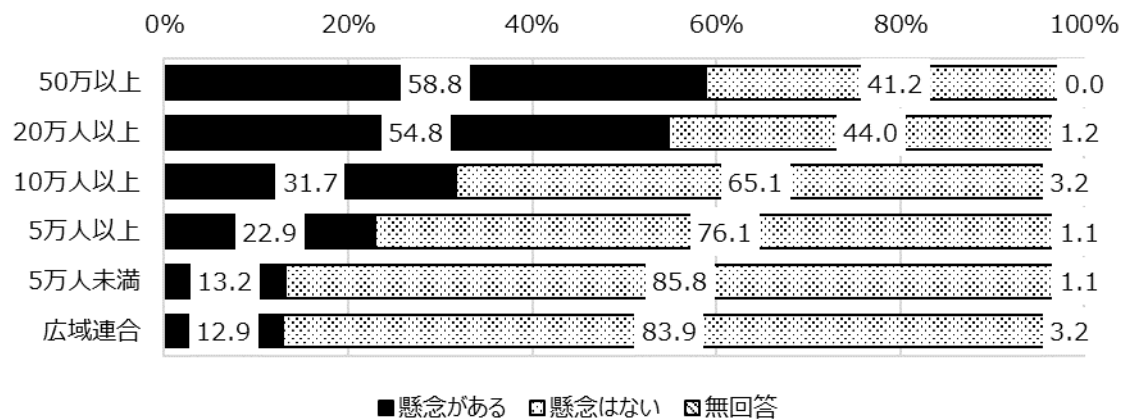
様式を全国で統一する場合について、システム改修の対応や、調査員への周知方法、一時的な不備や所要時間の増加、審査会での取り扱いやすさへの配慮、記入方法や保管方法への統一された記基準が示されるか等の懸念が挙げられた。

アンケートの回答を保険者の規模別（保険者人口規模別）に集計すると、規模が大きいほど、調査票の様式を全国で統一する場合の懸念があると回答した割合が高かった。

図表 4-29 問 36 認定調査票の様式を全国で統一する場合の懸念の有無



図表 4-30 認定調査票の様式を全国で統一する場合に懸念する点の有無 (N=1,207)
【単一回答】【人口規模別】



図表 4-31 問 36 懸念の具体的な内容 (自由記述 N=236)

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
システム改修にかかる費用	システム改修の対応（システムベンダーとの調整）や費用が必要になるか。	保険者
現行のシステムや機器との連携	現行のシステムが使いなくなるのか。	保険者
	他のシステムに正とすべきデータがある場合、システムからデータを直接反映させることができるか（例えば「過去の認定日」や「結果」等）。	保険者
	専用のハードウェアではなく、一般的な事務作業用 PC で対応可能であるか。	保険者
様式の統一	記載方法等、統一化された基準、標準的な文字数や記入例などを国から示されるか、より正確な介護度が出る様式となるか	保険者
	様式とともに、情報の保存形式や保管年度も統一されるかどうか。	保険者
一時的な職員の負担や所要時間の増加	様式変更により一時的に不備が多くなり、点検する職員の負担が増えたり、認定の所要時間がのびるのではないか。	保険者

調査員への周知	調査員への周知や研修をどのように行うか、特に委託の調査員への周知がうまくいくか。	保険者
保険者独自の管理との連携	調査員番号等による市独自の項目における管理が困難になるのではないか。	保険者
	広域連合等、複数保険者において合同で審査会を開催している場合に、保険者番号等の管理に支障が出ないか。	保険者
審査会での取り扱い	審査会で取り扱いやすい内容や分量（枚数）となるか。	保険者
	特記事項の文字数が制限されると、認定審査会の精度が低くなるのではないか。	保険者

※主な意見をまとめたもの。

● ヒアリング調査

業務をデジタル化・電送化するにあたって生じた課題としては、費用や機器の不具合に対する課題が挙げられた。すでに電送化した保険者においては、専用回線を使用することでセキュリティの問題をクリアしていた。一方で、セキュリティの要件がクリアできず、一部 USB での運用となっている保険者もあった。タブレット端末や調査の場自体でのデジタル化においては、データの入力が円滑にできないという課題が残っている。

図表 4-32 ヒアリング結果（業務をデジタル化・電送化するにあたって生じた課題）

分類		ヒアリング内容	ヒアリング先
役 所 側のシ ステム	費用	法改正により3年に1回システムを変更する必要があり、それに伴う費用が生じる。事業所に貸与しているPC等機材を一旦回収する必要があり、費用だけでなく時間も掛かり面倒に思う。	保険者
		運用面での課題は予算である。	保険者
	システム間連携	調査システムから基幹システムにデータを取り込む部分について、バッチで一括対応するなど電子的に取り込みたかったが、セキュリティの面で難しく断念した（結果 USB 運用となった）。	保険者
	セキュリティ	専用回線を使用し、外部のインターネットを介していないので心配がない。これまで漏洩も発生していない。	保険者
		調査システムとタブレット端末の間では専用の通信をおこなっており、特に問題はない。	保険者
		パスワードにより保護をかけているので、セキュリティ面での心配はない。	保険者
	不具合	PCの不具合が多発する。端末を変えたが調査員の業務に入	保険者

		トレスが生じており解消できるとよい。	
調査員との間のシステム	タブレット端末での入力	タブレットを試用したところ、特に文字入力が扱いづらいとのことで、キーボードを付属する等試行錯誤している。	保険者
	調査員の習熟	高齢の調査員はシステムに抵抗感があつたと思うが、運用を続けられているので結果的になんとかなっている。	保険者

全国的にデジタル化・電送化する場合の課題については、現行のシステムや運用との整合をとることへの懸念のほか、費用、セキュリティ、システム変更にかかる手間が挙げられた。

そのほか、今後のデジタル化・電送化に対して、認定審査会の電子化や認定調査の現場での入力を円滑にしたいとの希望や、全国的にデジタル化が進むことで、データを使用する AI 精度向上による利便性向上に期待する意見もあった。

図表 4-33 ヒアリング結果（全国的にデジタル化・電送化する場合の課題）

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
現行システムや独自の運用との整合	現行システムとの連携、市独自の項目、調査員の特定はどのようになるか懸念している。	保険者
	標準化によって現在のシステムが利用できなくなる。	保険者
費用	システムの変更にかかる費用。	保険者
セキュリティ	データの送り先の誤りによる情報漏洩が起こらないか。紙の場合でも発生がゼロというわけではないが、懸念はある。	保険者
システム変更にかかる手間	役場のシステム担当と協力・連携しなければならない難しさ。時間も掛かる。	保険者
認定審査会の電子化	認定審査会について、全国で電子化の取り組みが進むと良い。認定審査会の委員も開業医も高齢化しており、電子化についていけない者がいることが課題である。	保険者
調査の現場での入力	今後 ICT 化にあたり、いかに調査内で調査結果の記入を完結させるか。タブレットでも特記事項はその場では入力を終えられない。手書きメモアプリを導入してみたが難しかった。音声入力ができればいいが、誤変換の懸念がある。	保険者
AI の精度向上	導入したシステムでは AI が調査の内容をチェックする機能があるので、全国的に ICT 化が進むことで、AI の学習する件数が増加し、精度があがるとよい。	保険者
特になし	懸念は特になし。	保険者

(3) 新たな様式案の作成

1) 作成方法

アンケート調査において、独自に追加した項目として具体的に回答いただいた内容を一覧に整理した（図表 4-16 ～ 図表 4-18）。そのうえで、保険者や保険者にシステムを提供するベンダーに対するヒアリング調査で得られた意見を参考にしつつ、厚生労働省から公開されている様式見本に掲載されている項目に対して、追加、変更することで複数の保険者の業務の負担軽減につながる可能性のある項目を検討した。

同一の回答数の多寡というよりは、各保険者で共通する内容と考えられる項目を中心に追加を検討した。

2) 結果

検討の結果、「条件に該当する人について必ず記載しているが、記載位置が決まっていない項目の位置を決める（福祉用具の品目の詳細等）」、「保険者の状況によってある程度自由に設定できる項目が必要と考えられるため、保険者独自に使用できる項目を設定する（これについても、特記事項と分けることで必ず書く項目の漏れや内容の確認の負担を減らす）」、「特記事項などフリーコメントの項目については、文字数の上限を設定する。」の大きく3つの方向性で様式の案を作成した。

1 点目は、「条件に該当する人について必ず記載しているが、記載位置が決まっていない項目の位置を決める」ことである。福祉用具等については、現在受けているサービスの状況として何品目を利用しているか記入する欄が設けられているが、品目の内容については記載欄がない。しかし認定調査においては、基本的な情報としてほぼ必ず特記事項に記載されている内容と考えられる。結果として、調査員にとっては記載漏れを確認しにくく、また内容確認を行う職員にとっても、記載の有無を特記事項の中から探す必要があり、負担がかかっている。この負担を軽減するために、特記事項の中に記載するのではなく、特定の記入欄を設けるといものである。

2 点目は、「保険者の状況によってある程度自由に設定できる項目が必要と考えられるため、保険者独自に使用できる項目を設定する」ことである。アンケート調査において、保険者によって非常に多様な独自項目が存在していることがわかった。様式を統一するにあたって、これらの項目の記入が困難となることがないよう、予めある程度自由に設定できる項目を設けるといものである。保険者独自の項目であっても必須とする項目は、特記事項と分けて欄を設けることで、記入漏れや内容の確認の負担を減らすことを意図している。

3 点目は、「特記事項などフリーコメントの項目については、文字数の上限を設定する」ことである。様式をデジタル化・電送化してやりとりする以上、データ項目の文字数に上限を設ける必要がある。アンケート調査では、保険者の89.1%が「制限を設けていない」と回答しており、現在はほとんどの保険者では記入者が自由な分量を記入する運用がなされている。電子化・電送化の懸念として「審査会で取り扱いやすい分量としたい」という意見と「特記事項の文字数が制限されると、認定審査会の精度が低くなるのではないかと」と双方の意見があり、保険者によって文字数の制限に対する考え方が異なっているようであった。

しかし、電送化した保険者に対してのヒアリング調査では、電送化するにあたっての問題や課題について、文字数の制限を付けることで問題が生じたとの意見は聞かれなかったことから、新しく様式案を作成する段階では、文字数の上限を設ける前提で作成するほうがよいと考えたものである。

なお、本項目案については、アンケート調査の結果を元として作成した案であり、項目の内容や文字数の上限値等の詳細は、今後保険者への意見照会を行う等により詳細を決定する手続きが必要になることに留意が必要である。

図表 4-34 認定調査様式の項目案

区分	分類	必須項目	項目名称	データ形式	桁数・文字数	内容説明	追加・変更	備考
共通 (ヘッダー)	保険者番号	●	保険者番号	数字	8	保険者の保険者番号を記録		
	被保険者番号	●	被保険者番号	数字	20	調査対象者の被保険者番号を記録		
	調査日	●	調査日	日付	10	認定調査を実施した年月日を記録		
概況調査	Ⅰ 調査実施者	●	調査日	日付	10	認定調査を実施した年月日を記録		フッターとしても使用
		●	実施場所	コード	1	調査の実施場所を記録 1: 自宅内 2: 家族宅 3: 介護施設 4: 医療機関 5: その他	○	元の選択肢（自宅内・自宅外（ ））から変更
			その他の実施場所	文字列	20	調査の実施場所がその他の場合、場所を記録	○	新規追加
			調査員番号	数字	20	調査実施者の管理番号を記録	○	新規追加。自治体独自に設定可
		●	調査員氏名	文字列	40	調査実施者の氏名を記録		
		●	調査員氏名フリガナ	全角カナ	40	調査実施者のフリガナを記録		
			所属機関番号	数字	20	調査実施者の所属機関の管理番号を記録	○	新規追加。自治体独自に設定可
		●	所属機関名称	文字列	200	調査実施者の所属機関の名称を記録		
			自治体独自の管理欄1	文字列	20	管理上必要であれば自治体独自に設定できる項目	○	新規追加
			自治体独自の管理欄2	文字列	20	管理上必要であれば自治体独自に設定できる項目	○	新規追加
			自治体独自の管理欄3	文字列	20	管理上必要であれば自治体独自に設定できる項目	○	新規追加
			自治体独自の管理欄4	文字列	20	管理上必要であれば自治体独自に設定できる項目	○	新規追加
			自治体独自の管理欄5	文字列	20	管理上必要であれば自治体独自に設定できる項目	○	新規追加
	Ⅱ 調査対象者		認定調査の申請日	日付	10	認定調査の申請を受け付けた年月日を記録	○	新規追加
		●	過去の認定有無	数字	2	過去の認定の有無を記録 1: 初回 2: 2回目以降		
			前回認定日	日付	10	過去の認定が有の場合、前回の認定を受けた年月日を記録		
			前回認定結果	コード	1	過去の認定が有の場合、前回の認定結果を記録 1: 非該当 2: 要支援1 3: 要支援2 4: 要介護1 5: 要介護2 6: 要介護3 7: 要介護4 8: 要介護5		コードで管理
		●	調査対象者氏名	文字列	40	調査対象者の氏名を記録		
		●	調査対象者フリガナ	全角カナ	40	調査対象者のフリガナを記録		
		●	性別	コード	1	調査対象者の性別を記録 1: 男性 2: 女性		
		●	生年月日	日付	10	調査対象者の生年月日を記録		様式では和暦で記録できるように配慮
			年齢	数字	3	調査対象者の調査時点の年齢を記録	○	新規追加
		●	郵便番号	英数	8	調査対象者の郵便番号を記録		
		●	現住所	漢字	80	調査対象者の現住所を記録		
		●	電話番号	英数	15	調査対象者の電話番号を記録		
			家族等郵便番号	英数	8	連絡先となる家族等の郵便番号を記録		いない場合を想定して空欄可
			家族等住所	漢字	80	連絡先となる家族等の現住所を記録		いない場合を想定して空欄可
			家族等電話番号	英数	15	連絡先となる家族等の電話番号を記録		いない場合を想定して空欄可
			家族等氏名	文字列	40	連絡先となる家族等の氏名を記録		いない場合を想定して空欄可
			家族等続柄	文字列	10	連絡先となる家族等の続柄を記録		いない場合を想定して空欄可
	Ⅲ 現在受けているサービス（共通）		給付の利用有無	コード	1	受けている給付を記録 1: なし 2: 介護予防給付・日常生活支援総合事業 3: 介護給付	○	新規追加
	Ⅲ 現在受けているサービス（在宅）	●	（介護予防）訪問介護（ホームヘルプサービス）	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）訪問介護（ホームヘルプサービス）の月の利用回数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録（月○回）		認定調査を行った月のサービス利用状況を記入
		●	（介護予防）訪問入浴介護	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）訪問入浴介護の月の利用回数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録（月○回）		
		●	（介護予防）訪問看護	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）訪問看護の月の利用回数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録（月○回）		
		●	（介護予防）訪問リハビリテーション	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）訪問リハビリテーションの月の利用回数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録（月○回）		
		●	（介護予防）居宅療養管理指導	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）居宅療養管理指導の月の利用回数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録（月○回）		
		●	（介護予防）通所介護（デイサービス）	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）通所介護（デイサービス）の月の利用回数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録（月○回）		
		●	（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）の月の利用回数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録（月○回）		
		●	（介護予防）短期入所生活介護（特養等）	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）短期入所生活介護（特養等）の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録（月○日）		
		●	（介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		
			（介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録（月○日）		
		●	（介護予防）特定施設入居者生活介護	コード	1	利用有無を記録 1: 有 2: 無		

	(介護予防) 特定施設入居者生活介護の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	(介護予防) 福祉用具貸与	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	(介護予防) 福祉用具貸与の利用品目	数字	2	利用が有の場合、調査日時点の利用品目数を記録 (○品目)		
	(介護予防) 福祉用具貸与の内容	文字列	100	利用が有の場合、調査日時点の利用品目の内容を記録	○	新規追加
●	特定 (介護予防) 福祉用具販売	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	特定 (介護予防) 福祉用具販売の利用品目	数字	2	利用が有の場合、過去 6 か月の利用品目数を記録 (○品目)		
	特定 (介護予防) 福祉用具販売の内容	文字列	100	利用が有の場合、過去 6 か月の利用品目の内容を記録	○	新規追加
●	住宅改修	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	住宅改修の内容	文字列	100	利用が有の場合、改修を行った箇所を記録	○	新規追加
●	夜間対応型訪問介護	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	夜間対応型訪問介護の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	(介護予防) 認知症対応型通所介護	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	(介護予防) 認知症対応型通所介護の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	地域密着型特定施設入居者生活介護	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	地域密着型特定施設入居者生活介護の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の月の利用日数	数字	2	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の月の利用回数	数字	3	利用が有の場合、認定調査を行った月の利用回数を記録 (月○回)		
●	複合型サービス	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	複合型サービスの月の利用日数	数字	2	認定調査を行った月の利用日数を記録 (月○日)		
●	市町村特別給付	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	市町村特別給付の内容	文字列	100	市町村特別給付の利用が有の場合、利用しているサービスの内容を記録		
●	介護保険給付外の在宅サービス	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	介護保険給付外の在宅サービスの内容	文字列	100	介護保険給付外の在宅サービスの利用が有の場合、利用しているサービスの内容を記録		
	利用事業所の情報	文字列	400	管理上必要であれば、利用事業所の情報を記録	○	新規追加
Ⅲ 現在受けているサービス (施設)	● 介護老人福祉施設	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 介護老人保健施設	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 介護療養型医療施設	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 介護医療印	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 特定施設入居者生活介護適用施設	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 認知症対応型共同生活介護適用施設 (グループホーム)	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 医療機関 (医療保険適用療養病床)	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 医療機関 (療養病床以外)	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
	● 養護老人ホーム	コード	1	利用有無を記録 ※特定施設入居者生活介護適用施設を除く 1:有 2:無		
	● 軽費老人ホーム	コード	1	利用有無を記録 ※特定施設入居者生活介護適用施設を除く 1:有 2:無		
	● 有料老人ホーム	コード	1	利用有無を記録 ※特定施設入居者生活介護適用施設を除く ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く 1:有 2:無		

基本調査	Ⅲ 現在受けているサービス（施設等連絡先）	● サービス付き高齢者向け住宅	コード	1	利用有無を記録 ※特定施設入居者生活介護適用施設を除く 1:有 2:無		
		● その他の施設等	コード	1	利用有無を記録 1:有 2:無		
		施設等名称	文字列	200	施設等の利用が有の場合、利用施設等名称を記録		
		施設等郵便番号	数字	8	施設等の利用が有の場合、利用施設等の郵便番号を記録		
	Ⅳ 生活状況	施設等所在地	文字列	80	施設等の利用が有の場合、利用施設等の所在地を記録		
		施設等電話番号	数字	15	施設等の利用が有の場合、利用施設等の電話番号を記録		
		● 家族状況	コード	1	家族状況を記録 1:独居 2:同居（夫婦のみ） 3:同居（その他）	○	過去の見本様式にはないが、直近の見本様式にはある項目。必須項目としている
		申請理由・申請経緯に関する事項	文字列	400	申請理由や経緯、本人や家族の希望など、調査実施者に申し送りの必要な事項を記録	○	新規追加。管理は必要であるが、印刷する様式上必要であるかは要検討
		調査日時や場所に関する事項	文字列	400	調査日時や場所について、調査実施者に申し送りの必要な事項を記録	○	新規追加。管理は必要であるが、印刷する様式上必要であるかは要検討
		概況の特記事項	文字列	400	概況についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		自治体独自の管理欄6	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄7	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄8	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄9	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄10	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
	1-1 麻痺等の有無	● 1-1 麻痺等の有無 ない	コード	1	麻痺等の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-1 麻痺等の有無 左上肢	コード	1	麻痺等の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-1 麻痺等の有無 右上肢	コード	1	麻痺等の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-1 麻痺等の有無 左下肢	コード	1	麻痺等の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-1 麻痺等の有無 右下肢	コード	1	麻痺等の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-1 麻痺等の有無 その他（四肢の欠損）	コード	1	麻痺等の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	1-2 拘縮の有無	1-1 麻痺等の有無 その他（四肢の欠損）の部位	文字列	40	その他（四肢の欠損）に該当する場合、部位を記録	○	その他の場合に詳細を記録する欄を設ける
		● 1-2 拘縮の有無 ない	コード	1	拘縮の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-2 拘縮の有無 肩関節	コード	1	拘縮の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-2 拘縮の有無 股関節	コード	1	拘縮の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-2 拘縮の有無 膝関節	コード	1	拘縮の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
		● 1-2 拘縮の有無 その他（四肢の欠損）	コード	1	拘縮の有無についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	1-3 嚥下	1-2 拘縮の有無 その他（四肢の欠損）の部位	文字列	40	その他（四肢の欠損）に該当する場合、部位を記録	○	その他の場合に詳細を記録する欄を設ける
		● 1-3 嚥下	コード	1	嚥下についての状況を記録 1:つかまらないでできる 2:何かにつかまればできる 3:できない		
		● 1-4 起き上がり	コード	1	起き上がりについての状況を記録 1:つかまらないでできる 2:何かにつかまればできる 3:できない		
		● 1-5 座位保持	コード	1	座位保持についての状況を記録 1:できる 2:自分の手で支えればできる 3:支えてもらえればできる 4:できない		
		● 1-6 両足での立位保持	コード	1	両足での立位保持についての状況を記録 1:支えなしでできる 2:何か支えがあればできる 3:できない		
		● 1-7 歩行	コード	1	歩行についての状況を記録 1:つかまらないでできる 2:何かにつかまればできる 3:できない		
	1-8 立ち上がり	● 1-8 立ち上がり	コード	1	立ち上がりについての状況を記録 1:つかまらないでできる 2:何かにつかまればできる 3:できない		
		● 1-9 片足での立位保持	コード	1	片足での立位保持についての状況を記録 1:支えなしでできる 2:何か支えがあればできる 3:できない		
		● 1-10 洗身	コード	1	洗身についての状況を記録 1:介助されていない 2:一部介助 3:全介助 4:行っていない		
		● 1-11 つめ切り	コード	1	つめ切りについての状況を記録 1:介助されていない 2:一部介助 3:全介助		
		● 1-12 視力	コード	1	視力についての状況を記録 1:普通（日常生活に支障がない） 2:約 1 m離れた視力確認表の図が見える 3:目の前に置いた視力確認表の図が見える 4:ほとんど見えない 5:見えているのか判断不能		

1-13 聴力	●	1-13 聴力	コード	1	聴力についての状況を記録 1:普通 2:普通の声がやっと聞き取れる 3:かなり大きな声なら何とか聞き取れる 4:ほとんど聞えない 5:聞えているのか判断不能		
2-1 移乗	●	2-1 移乗	コード	1	移乗についての状況を記録 1:介助されていない 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
2-2 移動	●	2-2 移動	コード	1	移動についての状況を記録 1:介助されていない 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
2-3 えん下	●	2-3 えん下	コード	1	えん下についての状況を記録 1:できる 2:見守り等 3:できない		
2-4 食事摂取	●	2-4 食事摂取	コード	1	食事摂取についての状況を記録 1:介助されていない 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
2-5 排尿	●	2-5 排尿	コード	1	排尿についての状況を記録 1:介助されていない 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
2-6 排便	●	2-6 排便	コード	1	排便についての状況を記録 1:介助されていない 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
2-7 口腔清潔	●	2-7 口腔清潔	コード	1	口腔清潔についての状況を記録 1: 介助されていない 2: 一部介助 3:全介助		
2-8 洗顔	●	2-8 洗顔	コード	1	洗顔についての状況を記録 1: 介助されていない 2: 一部介助 3:全介助		
2-9 整髪	●	2-9 整髪	コード	1	整髪についての状況を記録 1: 介助されていない 2: 一部介助 3:全介助		
2-10 上衣の着脱	●	2-10 上衣の着脱	コード	1	上衣の着脱についての状況を記録 1:介助されていない 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
2-11 スボン等の着脱	●	2-11 スボン等の着脱	コード	1	スボン等の着脱についての状況を記録 1:介助されていない 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
2-12 外出頻度	●	2-12 外出頻度	コード	1	外出頻度についての状況を記録 1:週 1 回以上 2:月 1 回以上 3:月 1 回未満		
3-1 意思の伝達	●	3-1 意思の伝達	コード	1	意思の伝達についての状況を記録 1:調査対象者が意思を他者に伝達できる 2:ときどき伝達できる 3:ほとんど伝達できない 4:できない		
3-2 毎日の日課の理解	●	3-2 毎日の日課の理解	コード	1	毎日の日課の理解についての状況を記録 1:できる 2:できない		
3-3 生年月日や年齢を言うこと	●	3-3 生年月日や年齢を言うこと	コード	1	生年月日や年齢を言うことについての状況を記録 1:できる 2:できない		
3-4 短期記憶	●	3-4 短期記憶	コード	1	短期記憶についての状況を記録 1:できる 2:できない		
3-5 自分の名前を言うこと	●	3-5 自分の名前を言うこと	コード	1	自分の名前を言うことについての状況を記録 1:できる 2:できない		
3-6 今の季節の理解	●	3-6 今の季節の理解	コード	1	今の季節の理解についての状況を記録 1:できる 2:できない		
3-7 場所の理解	●	3-7 場所の理解	コード	1	場所の理解についての状況を記録 1:できる 2:できない		
3-8 徘徊	●	3-8 徘徊	コード	1	徘徊についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
3-9 外出して戻れないこと	●	3-9 外出して戻れないこと	コード	1	外出して戻れないことについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-1 被害的	●	4-1 被害的	コード	1	被害的についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-2 作話	●	4-2 作話	コード	1	作話についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-3 感情の不安定さ	●	4-3 感情の不安定さ	コード	1	感情の不安定さについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-4 昼夜の逆転	●	4-4 昼夜の逆転	コード	1	昼夜の逆転についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-5 同じ話をする	●	4-5 同じ話をする	コード	1	同じ話することについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-6 大声をだす	●	4-6 大声をだす	コード	1	大声をだすことについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-7 介護への抵抗	●	4-7 介護への抵抗	コード	1	介護への抵抗についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-8 落ち着きのなさ	●	4-8 落ち着きのなさ	コード	1	落ち着きのなさについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-9 一人で外に出たがること	●	4-9 一人で外に出たがること	コード	1	一人で外に出たがることについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-10 収集癖	●	4-10 収集癖	コード	1	収集癖についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-11 物や衣類を壊すこと	●	4-11 物や衣類を壊すこと	コード	1	物や衣類を壊すことについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 1:ある		
4-12 ひどい物忘れ	●	4-12 ひどい物忘れ	コード	1	ひどい物忘れについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 0:ある		
4-13 独り言や独り笑い	●	4-13 独り言や独り笑い	コード	1	独り言や独り笑いについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 1:ある		
4-14 自分勝手に行動	●	4-14 自分勝手に行動	コード	1	自分勝手に行動についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 2:ある		
4-15 話がまとまらないこと	●	4-15 話がまとまらないこと	コード	1	話がまとまらないことについての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 3:ある		

5-1 薬の内服	●	5-1 薬の内服	コード	1	薬の内服についての状況を記録 1:自立 2:一部介助 3:全介助		
5-2 金銭の管理	●	5-2 金銭の管理	コード	1	金銭の管理についての状況を記録 1:自立 2:一部介助 3:全介助		
5-3 日常の意思決定	●	5-3 日常の意思決定	コード	1	日常の意思決定についての状況を記録 1:できる 2:特別な場合を除いてできる 3:日常的に困難 4:できない		
5-4 集団への不適応	●	5-4 集団への不適応	コード	1	集団への不適応についての状況を記録 1:ない 2:ときどきある 3:ある		
5-5 買い物	●	5-5 買い物	コード	1	買い物についての状況を記録 1:できる 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
5-6 簡単な調理	●	5-6 簡単な調理	コード	1	簡単な調理についての状況を記録 1:できる 2:見守り等 3:一部介助 4:全介助		
6 特別な医療	●	6 特別な医療 点滴の管理	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 中心静脈栄養	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 透析	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 ストーマ（人工肛門）の処置	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 酸素療法	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 レスビレーター（人工呼吸器）	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 気管切開の処置	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 疼痛の看護	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 経管栄養	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 じょくそうの処置	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
	●	6 特別な医療 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）	コード	1	特別な医療についての該当状況を記録 0:非該当 1:該当		
7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	●	7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	コード	1	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）を記録 1:自立 2:Ⅰ 3:Ⅱ 4:A1 5:A2 6:B1 7:B2 8:C1 9:C2		
7-2 認知症高齢者の日常生活自立度	●	7-2 認知症高齢者の日常生活自立度	コード	1	認知症高齢者の日常生活自立度を記録 1:自立 2:I 3:Ⅱa 4:Ⅱb 5:Ⅲa 6:Ⅲb 7:Ⅳ 8:M		
その他		自治体独自の管理欄（基本調査）1	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄（基本調査）2	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄（基本調査）3	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄（基本調査）4	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
		自治体独自の管理欄（基本調査）5	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
特記事項	1 身体機能・起居動作に関連する項目	1-1 麻痺等の有無	文字列	400	1-1 麻痺等の有無についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-2 拘縮の有無	文字列	400	1-2 拘縮の有無についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-3 寝返り	文字列	400	1-3 寝返りについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-4 起き上がり	文字列	400	1-4 起き上がりについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-5 座位保持	文字列	400	1-5 座位保持についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-6 両足での立位保持	文字列	400	1-6 両足での立位保持についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-7 歩行	文字列	400	1-7 歩行についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-8 立ち上がり	文字列	400	1-8 立ち上がりについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-9 片足での立位保持	文字列	400	1-9 片足での立位保持についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-10 洗身	文字列	400	1-10 洗身についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-11 つめ切り	文字列	400	1-11 つめ切りについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-12 視力	文字列	400	1-12 視力についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		1-13 聴力	文字列	400	1-13 聴力についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	2 生活機能に関連する項目についての	2-1 移乗	文字列	400	2-1 移乗についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-2 移動	文字列	400	2-2 移動についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-3 えん下	文字列	400	2-3 えん下についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-4 食事摂取	文字列	400	2-4 食事摂取についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-5 排尿	文字列	400	2-5 排尿についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-6 排便	文字列	400	2-6 排便についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-7 口腔清潔	文字列	400	2-7 口腔清潔についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-8 洗顔	文字列	400	2-8 洗顔についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-9 整髪	文字列	400	2-9 整髪についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-10 上衣の着脱	文字列	400	2-10 上衣の着脱についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	3 認知機能に関連する項目についての	2-11 スボン等の着脱	文字列	400	2-11 スボン等の着脱についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		2-12 外出頻度	文字列	400	2-12 外出頻度についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		3-1 意思の伝達	文字列	400	3-1 意思の伝達についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		3-2 毎日の日課の理解	文字列	400	3-2 毎日の日課の理解についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		3-3 生年月日や年齢を言うこと	文字列	400	3-3 生年月日や年齢を言うことについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
		3-4 短期記憶	文字列	400	3-4 短期記憶についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける

	3-5 自分の名前を言うこと	文字列	400	3-5 自分の名前を言うことについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	3-6 今の季節の理解	文字列	400	3-6 今の季節の理解についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	3-7 場所の理解	文字列	400	3-7 場所の理解についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	3-8 徘徊	文字列	400	3-8 徘徊についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	3-9 外出して戻れないこと	文字列	400	3-9 外出して戻れないことについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
4 精神・行動障害 に関連する項目につ	4-1 被害的	文字列	400	4-1 被害的についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-2 作話	文字列	400	4-2 作話についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-3 感情の不安定さ	文字列	400	4-3 感情の不安定さについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-4 昼夜の逆転	文字列	400	4-4 昼夜の逆転についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-5 同じ話をすること	文字列	400	4-5 同じ話をすることについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-6 大声をだすこと	文字列	400	4-6 大声をだすことについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-7 介護への抵抗	文字列	400	4-7 介護への抵抗についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-8 落ち着きのなさ	文字列	400	4-8 落ち着きのなさについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-9 一人で外に出たがること	文字列	400	4-9 一人で外に出たがることについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-10 収集癖	文字列	400	4-10 収集癖についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-11 物や衣類を壊すこと	文字列	400	4-11 物や衣類を壊すことについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-12 ひどい物忘れ	文字列	400	4-12 ひどい物忘れについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-13 独り言や独り笑い	文字列	400	4-13 独り言や独り笑いについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-14 自分勝手に行動	文字列	400	4-14 自分勝手に行動についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	4-15 話がまとまらないこと	文字列	400	4-15 話がまとまらないことについての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
5 社会生活の適応 に関連する項目につ	5-1 薬の内服	文字列	400	5-1 薬の内服についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	5-2 金銭の管理	文字列	400	5-2 金銭の管理についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	5-3 日常の意思決定	文字列	400	5-3 日常の意思決定についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	5-4 集団への不適応	文字列	400	5-4 集団への不適応についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	5-5 買い物	文字列	400	5-5 買い物についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	5-6 簡単な調理	文字列	400	5-6 簡単な調理についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
6 特別な医療につ いての特記事項	6 特別な医療	文字列	400	6 特別な医療についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
7 日常生活自立度 に関連する項目につ いての特記事項	7-1 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	文字列	400	1-1 麻痺等の有無についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
	7-2 認知症高齢者の日常生活自立 度	文字列	400	2-2 拘縮の有無についての特記事項を記録	○	文字数の上限を設ける
その他	身長	数値	5	現在の身長を記録(cm、小数点以下第1位まで)	○	新規追加
	体重	数値	5	現在の体重を記録(kg、小数点以下第1位まで)	○	新規追加
	口腔の状況	文字列	400	管理上必要であれば、口腔の状況について記録	○	新規追加
	食生活や栄養摂取の状況	文字列	400	管理上必要であれば、食生活や栄養摂取の状況につ いて記録	○	新規追加
	不適切な介護の可能性	文字列	400	管理上必要であれば、虐待または不適切な介護が行 われている可能性について記録	○	新規追加
	自治体独自の管理欄（特記事項） 1	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
	自治体独自の管理欄（特記事項） 2	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
	自治体独自の管理欄（特記事項） 3	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
	自治体独自の管理欄（特記事項） 4	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加
	自治体独自の管理欄（特記事項） 5	文字列	400	管理上必要であれば自治体が独自に設定できる項目	○	新規追加

4. 考察

要介護認定情報のデジタル化・電送化に向けて、保険者における要介護認定様式のデータの取り扱いについて実態を把握した。

アンケート・ヒアリングによる実態調査の結果から、ほとんどの保険者において、認定調査票のデータの作成から保管まで、紙媒体によって情報をやりとりされていることが確認された。現状では、デジタル化・電送化を実施している保険者は一部に限られていた。

認定調査票のデータをデジタル・電送でやりとりしている保険者にヒアリング調査を行ったところ、調査の直営・委託の状況や調査員の数、広域連合や事務組合との役割分担など要介護認定業務の運営状況にあわせて、様々な運用がなされていたものの、専用回線を用意することで安全にデータをやりとりする仕組みが設けられている点は共通していた。

ただし、被保険者の要介護認定結果を管理している介護保険システムと、個々の認定調査の内容を管理している認定調査システムとでは、システム間が分離されているため、基本的に USB でデータをやりとりする運用が残っていた。USB での運用には USB の紛失等による情報流出のリスクがあることも考慮すると、介護保険システムと認定調査システムの一体的なデジタル化・電送化が課題となっていると言える。本調査においては、認定調査システムで扱うデータを中心に実態調査を実施したが、今後、地方自治体における介護保険システム標準化における対応も視野に入れた一体的なデジタル化・電送化の検討が必要である。

要介護認定様式に独自に追加した項目について、アンケート調査の結果では、厚生労働省の示す認定調査票の様式に対し、保険者の 18.6%が概況調査部分に独自の項目を追加しているなど、保険者によって様式の差が様々あることから、効果的・効率的に認定調査業務を進めるために改めて様式を見直す余地があることが確認された。

アンケート調査から、「調査員の管理番号」「給付利用の有無」など一部の項目は比較的多くの保険者に共通して追加されている項目があることがわかったほか、ヒアリング調査から、福祉用具貸与の品目や利用サービスの内容など、特記事項に書く事となっているが調査票に明確に記載する位置が決まっていない項目は、内容の確認が発生しやすく職員の負担となっている可能性が示唆された。

本事業では、これらアンケート調査及びヒアリング調査の結果をもとに、3 つの方針を立てて様式案を作成した。

1 点目は、「条件に該当する人について必ず記載しているが、記載位置が決まっていない項目の positioning を決める」ことである。福祉用具の品目の内容等、認定調査において基本的な情報であるが、特記事項の中に記載されていると考えられる項目について、記入漏れの確認や内容確認の負担を軽減するために、特記事項の中に記載するのではなく、特定の記入欄を設けるというものである。

2 点目は、「保険者の状況によってある程度自由に設定できる項目が必要と考えられるため、保険者独自に使用できる項目を設定する」ことである。保険者独自の項目の記入が困難となることがないように、予めある程度自由に設定できる項目を設けるというものである。1 点目と同様に、保険者独自の項目で

あっても必須とする項目は、特記事項と分けて欄を設けることで、記入漏れや内容の確認の負担を減らすことを意図している。

3 点目は、「特記事項などフリーコメントの項目については、文字数の上限を設定する」ことである。様式をデジタル化・電送化してやりとりする以上、データ項目の文字数に上限を設ける必要がある。アンケート調査では、現在はほとんどの保険者では記入者が自由な分量を記入する運用がなされているが、電送化した保険者に対してのヒアリング調査では、電送化するにあたって文字数の制限を付けることで問題が生じたとの意見は聞かれなかったことから、新しく様式案を作成する段階では、文字数の上限を設ける前提で作成するほうがよいと考えた。

今後の課題として、本調査事業において作成した様式案については、任意のアンケート調査の結果を元として作成した案であることから、項目の内容や文字数の上限値など、今後保険者への意見照会を行う等により詳細を決定する手続きが必要になることに留意が必要である。

アンケート調査やヒアリング調査では、様式を全国で統一する場合について、①システム改修やシステム間連携への対応や、②調査員への周知、一時的な不備や所要時間の増加等の導入にかかる負担、③審査会での取り扱いやすさや、記入方法や保管方法への統一された基準等の運用における懸念があることがわかった。様式の項目の統一とあわせて、これらのシステムや実際の導入・運用面に関する懸念についても対策をとる必要がある。

アンケート調査では規模が大きい保険者ほど認定調査票の様式に独自に追加した項目があると回答した割合が高い傾向があるほか、認定調査票の様式を全国で統一する場合に懸念があると回答した割合も高かったことから、特にこれら人口規模の大きい保険者の懸念に対応できるよう配慮が必要であると考えられる。

第5章 開示請求に関する調査

1. 目的

主治医意見書及び要介護認定調査票の標準化、デジタル化・電送化が実現した場合、要介護認定等に係る個人情報の請求に係る業務（以下、「開示請求に関する業務」とする）の効率化等が検討出来る可能性がある。そこで、本事業では開示請求に関する業務への ICT の活用可能性や課題について調査・整理することとした。

2. 方法

全国の保険者を対象としたアンケートにより、開示請求に関する業務の実態や ICT 化の状況について実態調査を行った。また、アンケート回答をふまえ、開示請求に関する業務の一部を ICT 化（電送によるデータのやりとり等）を実施している保険者に対し、現行の業務のフローや課題についてヒアリング調査を実施した。さらに、居宅介護支援事業所・介護保険施設に勤務するケアマネジャーに対してもヒアリングを実施した。（実施方法の詳細は、第 2 章 調査方法を参照）

3. 結果

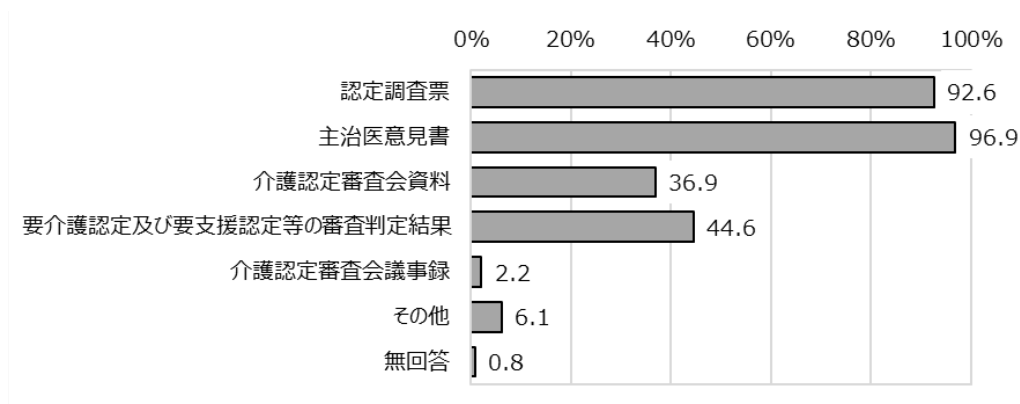
（1） 現行の運用

1) 開示対象としている書類

● アンケート調査

調査に回答した保険者のうち、主治医意見書を開示対象の書類として位置付けている保険者の割合は 96.9%、要介護認定調査票を開示対象の書類として位置付けている保険者の割合は 92.6% であり、ほとんどの保険者において主治医意見書及び要介護認定調査票が開示対象の書類と位置づけられていることがわかった。また、一部の保険者においてはこれに加えて「要介護認定及び要支援認定等の審査判定結果」や、「介護認定審査会資料」の書類も開示対象の書類と位置付けていることがわかった。アンケート結果の詳細については（図表 5-1）に示す。

図表 5-1 問 44 ケアマネジャーに対して要介護認定等に係る個人情報の開示をする場合、開示している書類（N=1,207）【複数回答】



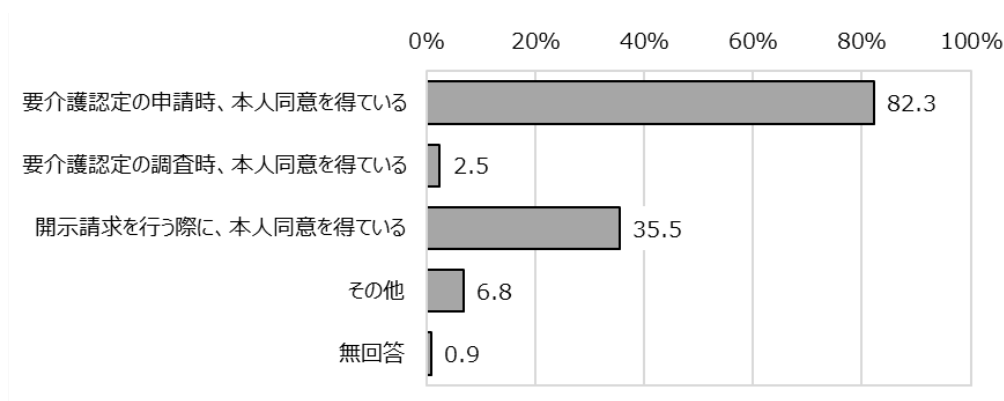
※ 設問の選択肢については「要介護認定等に係る個人情報の開示に関する要綱（平成 17 年 4 月 14 日 告示第 18 号）」第 2 条の記載をもとに設定した。

2) 開示における本人同意

● アンケート調査

調査に回答した保険者のうち、ケアマネジャーに対して要介護認定等に係る個人情報の開示をすることについて同意を得るタイミングについて、「要介護認定の申請時、本人の同意を得ている」と回答した保険者の割合は 82.3%であり、大半の保険者が要介護認定の申請時に被保険者本人から要介護認定等に係る個人情報の開示に関する同意を得ていることがわかった。アンケート結果の詳細については（図表 5-2）に示す。

図表 5-2 問 45 ケアマネジャーに対して要介護認定等に係る個人情報の開示をすることについて、いつ被保険者本人の同意を得ているか（N=1,207）【複数回答】

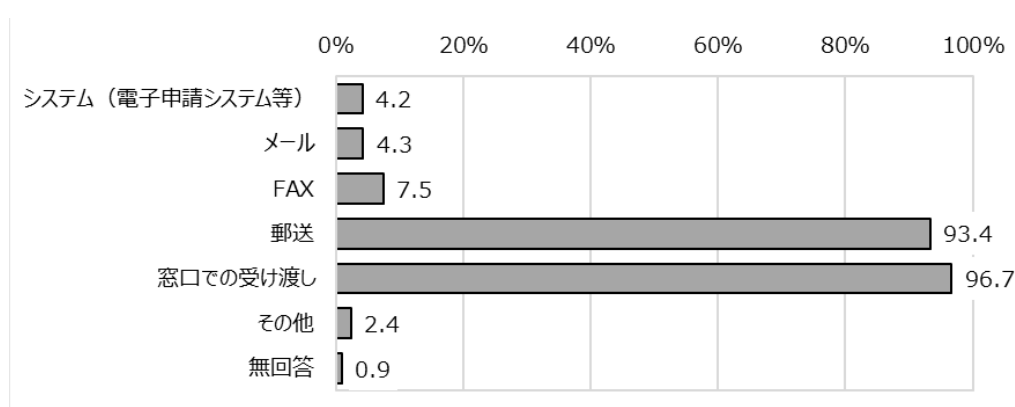


3) 開示請求方法

● アンケート調査

調査に回答した保険者のうち、ケアマネジャーが要介護認定等に係る個人情報の開示を請求する場合の方法として、窓口での受け渡しを認めている保険者の割合は 96.7%、郵送での申請を認めている保険者の割合は 93.4%であった。一方でシステムによる申請を認めている保険者の割合は 4.2%（51 件）に留まり、現状はケアマネジャーが要介護認定等に係る個人情報の開示を請求する場合、ほとんどが紙媒体で申請が行われていることがわかった。アンケート結果の詳細については（図表 5-3）に示す。

図表 5-3 問 46 ケアマネジャーが要介護認定等に係る個人情報の開示を請求する場合の方法として、認めているもの（N=1,207）【複数回答】



ケアマネジャーが要介護認定等に係る個人情報の開示を請求する場合の方法として、システムによる申請を認めている保険者が活用しているシステムについて集計した結果、電子申請システム、地域医療情報連携ネットワークが多く活用されていることが分かった。アンケート結果の詳細については（図表 5-4）に示す。

図表 5-4 問 47 ケアマネジャーが要介護認定等に係る個人情報の開示を請求する際に活用しているシステムの分類（N=51）【自由記載】

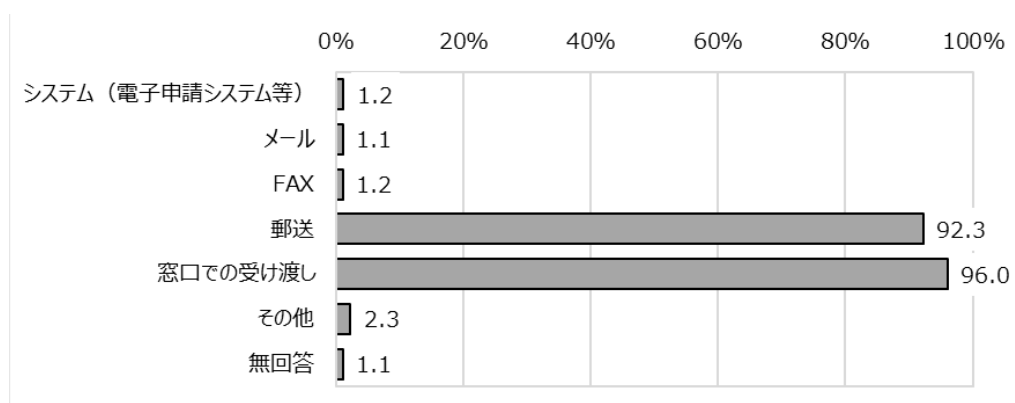
システムの分類	回答数
電子申請システム	36
地域医療情報連携ネットワーク	12
在宅・地域連携 SaaS	1
無回答	2

※ 自由記載の内容からシステム分類を判断し集計

調査に回答した保険者のうち、保険者がケアマネジャーに対して被保険者の書類を開示する場合の方法として、窓口での受け渡しを認めている保険者の割合は 96.0%、郵送での申請を認めている保険

者の割合は 92.3%であった。一方でシステムによる被保険者の情報開示を行っている保険者の割合は 1.2%（15 件）に留まり、現状は保険者がケアマネジャーに対して被保険者の書類を開示する場合、ほとんどが紙媒体で情報が受け渡されていることがわかった。アンケート結果の詳細については（図表 5-5）に示す。

図表 5-5 問 49 ケアマネジャーに対して要介護認定等に係る個人情報を開示する場合の方法として、実施しているもの（N=1,207）【複数回答】



保険者がケアマネジャーに対して被保険者の書類を開示する場合の方法として、システムによる被保険者の情報開示を実施している保険者が活用しているシステムについて集計した結果、地域医療情報連携ネットワークが多く活用されていることが分かった。アンケート結果の詳細については（図表 5-6）に示す。

図表 5-6 問 50 システムによる被保険者の情報開示の際に活用しているシステムの分類（N=15）【自由記載】

システムの分類	回答数
地域医療情報連携ネットワーク	12
電子申請システム	2
在宅・地域連携 SaaS	1

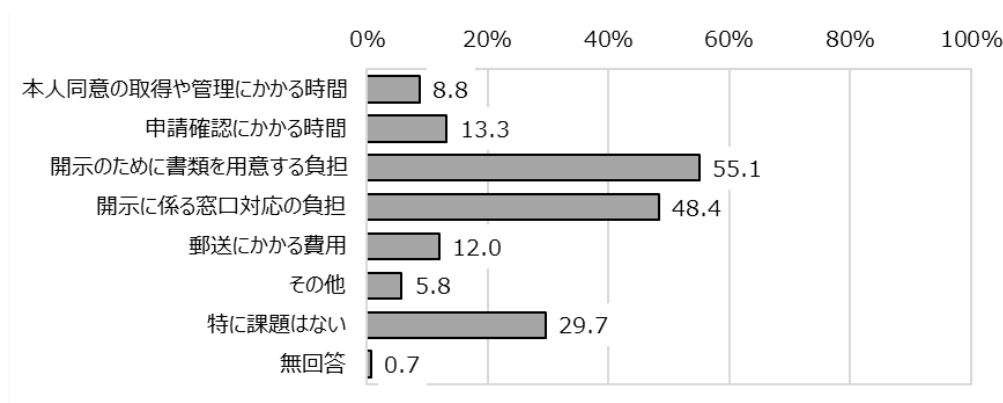
※ 自由記載の内容からシステム分類を判断し集計

4) 開示請求に関する業務への課題

● アンケート調査

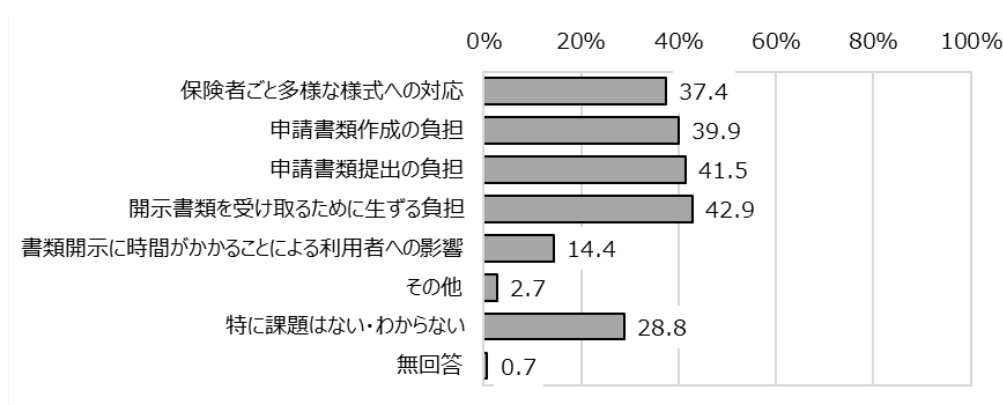
調査に回答した保険者のうち、開示請求に関する業務への課題として「開示のために書類を用意する負担」と答えた保険者の割合が最も多く、55.1%であった。次いで「開示に係る窓口対応の負担」と答えた保険者の割合は 48.4%であった。アンケート結果の詳細については（図表 5-7）に示す。

図表 5-7 問 52 ケアマネジャーからの開示請求に対して、保険者として現状どのような点に課題を感じているか（N=1,207）【複数回答】



調査に回答した保険者のうち、開示請求に関する業務に関する、ケアマネジャーが感じている課題として「開示書類を受け取るために生ずる負担」と答えた保険者の割合が最も多く、42.9%であった。次いで「申請書類提出の負担」と答えた保険者の割合は 41.5%であった。アンケート結果の詳細については（図表 5-8）に示す。

図表 5-8 問 53 ケアマネジャーが要介護認定等に係る個人情報の開示を請求することに対して、ケアマネジャーは現状どのような点に課題を感じていると考えるか（N=1,207）【複数回答】



● ヒアリング調査

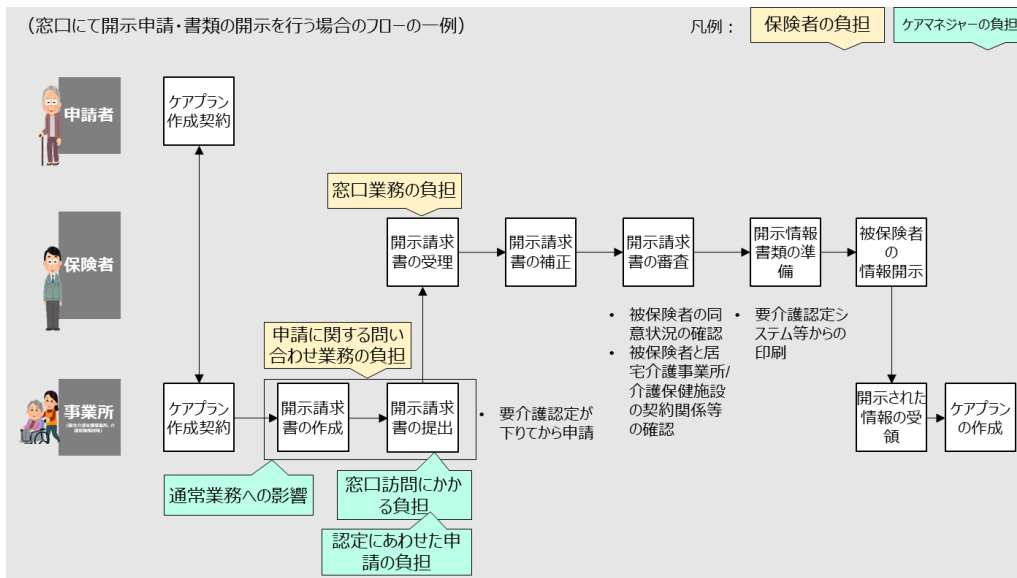
現状の運用における課題については、保険者からは開示のために書類を用意し、窓口で受け渡す業務に一定の負担を感じているという意見があがった。また、ケアマネジャーからは受付時間にあわせて役所を訪問するための日程調整、移動時間、認定が下りるタイミングにあわせて申請を行うことに対して負担を感じているという意見があがった。ヒアリング結果の詳細については（図表 5-9）に示す。

図表 5-9 現状の運用における課題に関するヒアリング結果

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
窓口業務の負担	職員にとっては多数の業務があるなかで、量的にそれなりの時間を取られるという面はある。	保険者 (ICT 未活用)
	支部 4 か所でも開示を受け付けているので、小さい体制で件数をこなすことの負担がある。	保険者 (ICT 未活用)
申請に関する問い合わせ業務の負担	(認定後、開示申請を受ける運用であるため、) ケアマネジャーから認定が下りたか問い合わせる電話が頻繁にかかってきており、それに対応する負担がある。	保険者 (ICT 未活用)
窓口訪問にかかる負担	通常業務の合間に、役所の窓口があいている時間に役所を訪ねなければいけないことは大変な手間に感じている。	ケアマネジャー
	(申請時/書類開示時に窓口訪問しているが、往復での移動時間に 40 分～50 分程かかっており、) 市役所への移動時間も負担である。	ケアマネジャー
通常業務への影響	窓口が空いている時間内に庁舎を訪問する必要があり、日程調整が困難で、書類が本来必要なタイミング(入所時面談時 等)に書類を受領することが難しい。	ケアマネジャー
認定にあわせた申請の負担	認定が下りたタイミングを見計らって申請しなければならない点も負担を負担に感じている。	ケアマネジャー

現状の運用フローについては保険者へのヒアリング調査の結果を踏まえ、「窓口にて開示申請・書類の開示を行う場合のフロー」(図表 5-10)として整理した。さらに、ヒアリングで聞かれた現状の運用における課題をフローの上にマッピングした。

図表 5-10 窓口にて開示申請・書類の開示を行う場合のフロー



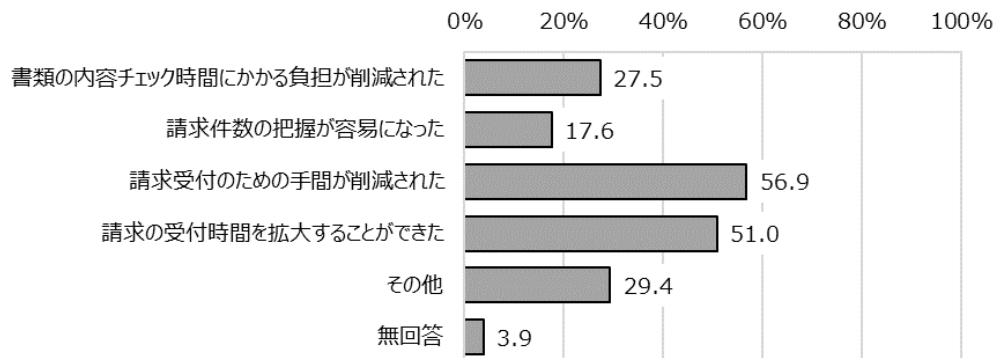
(2) デジタル化・電送化の検討

1) 効果

● アンケート調査

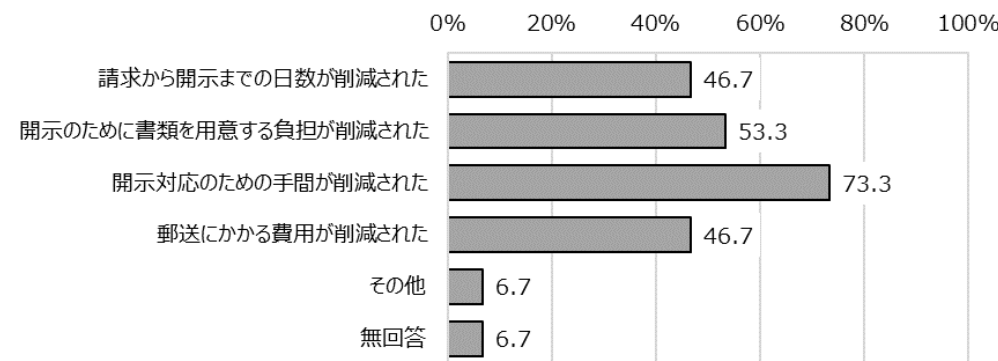
ケアマネジャーが要介護認定等に係る個人情報の開示を請求する場合の方法として、システムによる申請を認めている保険者が感じている ICT 活用のメリットについては、「請求受付のための手間が削減された」という回答が 56.9%、次いで「請求の受付時間を拡大することができた」という回答が 51.0%であった。アンケート結果の詳細については（図表 5-11）に示す。

図表 5-11 問 48 開示申請にシステム活用したことによるメリット（N=51）【複数回答】



保険者がケアマネジャーに対して被保険者の書類を開示する場合の方法として、システムによる被保険者の情報開示実施している保険者が感じている ICT 活用のメリットについては、「開示対応のための手間が削減された」という回答が 73.3%、次いで「開示のために書類を用意する負担が削減された」という回答が 53.3%、「請求から開示までの日数が削減された」「郵送にかかる費用が削減された」という回答がそれぞれ 46.7%であった。アンケート結果の詳細については（図表 5-12）に示す。

図表 5-12 問 51 情報の開示にシステム活用したことによるメリット（N=15）【複数回答】



● ヒアリング調査

開示請求の電送化のメリットとしては、保険者からは通常業務の合間に開示申請の対応ができること（即時対応の必要性がなくなること）、郵送による開示にかかる時間や費用が削減できることなどがあがった。ケアマネジャーからは、申請の受付時間の拡大や移動時間の削減等について期待する意見があがった。ヒアリング結果の詳細については（図表 5-13）に示す。

図表 5-13 開示請求の電送化のメリットに関するヒアリング結果

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
窓口対応の負担軽減	電子で申請を受ける場合は、通常業務の合間に開示申請の対応ができるため、その点は便利である。	保険者 (ICT 活用)
	電子化されることで、資料を用意する時間と費用が削減されることがメリットである。	保険者 (ICT 活用)
	保険者としては、ある程度電子化が進めば都度急いで窓口対応をしなくてもよくなり、ある程度の件数まとめて対応できるようになる面は負担が軽くなるかもしれない。	保険者 (ICT 活用)
郵送にかかるコスト・時間の削減	近頃は（普通）郵便は届くのが遅く、市民にとっては電子的なシステムが活用される情報が即時に連携されることは望ましいと思う。また、郵送に係るコストが削減できることも電子活用のメリットだろう。	保険者 (ICT 活用)

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
	普通郵便を利用した書類送付にかかる時間が長くなり、郵便料金も値上げされるなか、電送化による効率化効果は大きくなっていくのではないかな。	保険者 (ICT 未活用)
他業務への好影響	(開示に係る窓口業務が減少することにより、将来的には一般市民の窓口待ち時間の短縮にもつながるのではないかな。	保険者 (ICT 未活用)
窓口訪問の負担軽減	電子化によっていつでも申請が出来るようになれば非常にありがたい。	ケアマネジャー
	開示請求が電子化され、役所への訪問の際の移動にかかる時間が削減されるとよい。また、手間を省くためにまとめて申請するために日程調整する手間が削減されるとよい。	ケアマネジャー

2) 課題

● ヒアリング調査

開示請求の電送化に向けた課題としては「システム間連携の円滑化」、「運用二重化の防止」、「居宅介護支援事業所・介護保険施設の参加率の向上」、「申請に関する運用の効率化」に関する意見があった。ヒアリング結果の詳細については（図表 5-14）に示す。

図表 5-14 開示請求の電送化に向けた課題に関するヒアリング結果

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
システム間連携の円滑化	(地域医療情報連携ネットワークが使用出来るシステムと認定調査票・主治医意見書を管理しているシステムは) ネットワークが直接繋がっていないため都度 USB 等でデータを移動する必要があり、窓口で開示書類を渡すよりも時間がかかってしまっている。 ³	保険者 (ICT 活用)
運用の二重化防止	電子で申請をしてくる事業所は一部であり、窓口対応と電子による対応が並行しており、負担に感じている。(運用が二重化していることに負担を感じる。) ⁴	保険者 (ICT 活用)

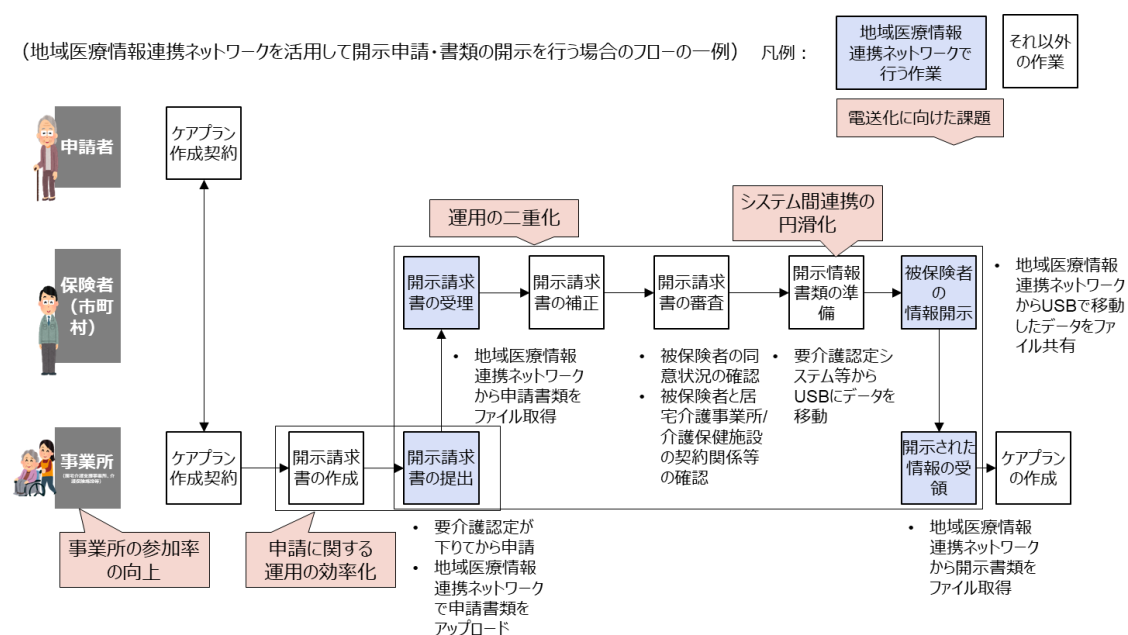
³ 地域医療情報連携ネットワークを活用して開示申請を行っている保険者 6 件にヒアリングを行ったが、いずれのケースでも USB か紙出力し、スキャンをすることで地域医療情報連携ネットワーク側に開示書類のデータを移動させていた。

⁴ 地域医療情報連携ネットワークを活用して開示申請を行っている保険者 6 件にヒアリングを行ったが、電子申請の割合は最も多くて全体の 3～4 割、最も少なくて 1 割以下であった。(ヒアリングしたすべての保険者で運用が二重化していた)

分類	ヒアリング内容	ヒアリング先
居宅介護支援事業所・介護保険施設の参加率の向上	（開示に係る窓口業務が減少することにより、将来的には一般市民の窓口待ち時間の短縮にもつながるのではないか。	保険者 (ICT 活用)
	全国的なプラットフォームが構築されたとき、専用線や専用端末を用意しなければならないような仕組みだと、参加できない施設や事業所もでてくるだろう。	ケアマネジャー
申請に関する運用の効率化	電子化によっていつでも申請が出来るようになれば非常にありがたい。	保険者 (ICT 活用)

保険者へのヒアリング調査の結果を踏まえ、「地域医療情報連携ネットワークを活用して開示申請・書類の開示を行う場合のフロー」として整理し、ヒアリングで聞かれた電送化に向けた課題をフローの上にマッピングした。

図表 5-15 地域医療情報連携ネットワーク等を活用して開示申請・書類の開示を行う場合のフロー



4. 考察

要介護認定情報のデジタル化・電送化により、保険者と医療機関、居宅介護支援事業所の業務効率化が期待される開示請求に関する業務について、実態を把握した。

アンケート・ヒアリングによる実態調査の結果から、開示請求に関する業務については ICT 活用が進んでおらず、大半の保険者において窓口対応、郵送による申請・開示が行われていることが明らかになった。さらに、保険者においては窓口対応の負担や申請に関する問い合わせ業務の負担等が生じていること、ケアマネジャーにおいては窓口訪問にかかる負担、認定にあわせて申請を行うための負担等が生じていることがわかった。また、開示請求に関する業務に ICT 活用を行っている保険者へのヒアリング結果から、開示請求に関する業務に ICT を活用することにより「窓口対応の負担軽減」「郵送にかかるコスト・時間の削減」等のメリットが生じる可能性があることがわかった。このことから、現状の開示請求に関する業務の問題を解決していくためには、ICT 活用が有効な手段のひとつになると考えられる。

ただしその一方で、開示請求に関する業務に ICT 活用を行っている保険者へのヒアリング結果から、ICT 活用における 4 つの課題があることも明らかになった。

1 つ目は、「システム間連携の円滑化」である。今回ヒアリング対象とした、開示請求に関する業務に ICT 活用を行っている 6 保険者では、いずれの保険者においても主治医意見書や認定調査票のデータをネットワーク間でファイル連携している保険者はなかった。（USB を介して介護保険システムや介護認定システムが使用出来る端末から、インターネットに接続された開示を行うシステムが使用出来る端末へファイルを移動している運用か、介護保険システムや介護認定システムの端末から認定調査票を印刷し、インターネットに接続された開示を行うシステムが使用出来る端末で当該書類をスキャンする運用を行っていた。）開示を行うたびにファイルを移動させる手間が生じることは作業上大きな負担であり、システム間連携の円滑化に向けた検討が必要である。

2 つ目は「運用の二重化防止」である。今回ヒアリング対象とした、開示請求に関する業務に ICT 活用を行っている 6 保険者では、いずれにおいてもシステムを利用した開示請求に関する業務と並行して、窓口や郵送による開示請求に関する業務も実施していた。運用が二重化することにより、手順の管理や引継ぎの手間が二倍に増えてしまう等の負担が生じる。そのため、ICT 活用を進める際には極力運用が二重化しないように移行期間の長さや運用も考慮した検討が必要とされる。

3 つ目は「居宅介護支援事業所・介護保険施設の参加率の向上」である。ICT 活用を進める際にはより多くの関係者が利用できるシステムであることが望まれる。また、居宅介護支援事業所・介護保険施設の参加率が低いことにより前述の「運用の二重化」の問題がより重いものになってしまう。専用端末や専用回線の整備等、システム利用を行う際にハードルのある仕組みとした場合、居宅介護支援事業所・介護保険施設の参加率が十分向上しない可能性があるため、セキュリティ対策との兼ね合いに留意しつつ、居宅介護支援事業所・介護保険施設の参加のしやすさに配慮した検討が必要になる。

4 つ目は「申請に関する運用の効率化」である。ヒアリングを行う中で、多くの保険者において原則として要介護認定結果が被保険者に通知されてから、ケアマネジャーへの開示に係る申請ができるようなプロセスとなっていることがわかった。このような保険者においては、ケアマネジャーには被保険者や保険者に認

定状況を問い合わせながら申請を行う負担が生じ、保険者には都度ケアマネジャーからの認定状況の問い合わせに対応する負担が生じてしまう。そのため、開示請求に関する業務の ICT 活用を検討する際には、ケアマネジャーに対応する被保険者の認定が下りたことが通知される仕組みや、被保険者の認定が下りる前からケアマネジャーの申請を受け付けられるようにし、認定結果入力と連動してケアマネジャーに開示が出来る仕組み等の検討もあわせて行う必要がある。

第6章 今後の展開と課題

要介護者等（介護保険制度における要介護又は要支援の認定を受けた人）の数は令和 2 年度で 668.9 万人となっており、10 年前の平成 22 年度（490.7 万人）と比較して 178.1 万人増加している⁵。要介護者等の数の増加に比例して、要介護認定に関する保険者やケアマネジャー、医療機関関係者等の業務負担の増加、利用者（介護認定申請者）の待機時間の増加等、要介護認定のサービス提供・利用に伴う負荷の増加が予想される。このような課題に対応していくための一つの方策として主治医意見書・要介護認定調査票等の要介護認定情報のデジタル化・電送化が望まれる。

本事業では、要介護認定情報のデジタル化・電送化に向け、（1）主治医意見書のデジタル化・電送化に向けた実態調査と様式の検討、（2）要介護認定調査票の実態調査と様式の検討、（3）主治医意見書や認定調査票がデジタル化・電送化された際に効率化が期待できる開示請求業務の実態調査を実施した。

実態調査の結果、主治医意見書、要介護認定調査票等の要介護認定情報は、要介護認定事務や開示請求業務において保険者・医療機関・介護事業者間でいずれも 8～9 割超が紙媒体での郵送による授受がなされていることが改めて明らかになった。要介護認定情報のデジタル化・電送化により、郵送にかかる時間やコスト、転記入力にかかる手間やミス等が低減されることが期待されている。

調査結果を踏まえ、デジタル化・電送化の前提となる主治医意見書や要介護認定調査票の標準様式案を整備した。

- 主治医意見書の様式については、9 割超の保険者が厚生労働省様式を用いていることが分かったため、当該様式の項目及びレイアウトを標準として示すこととした。また、日本医師会 ORCA 管理機構が持つ様式が既に一定程度医療機関に普及しており、かつ保険者ベンダー側でも対応可能であることが確認できたため、データ形式は ORCA の様式（CSV）を標準としている。
- 要介護認定調査様式については、保険者の 18.6%が概況調査部分に独自の項目を追加しているなど、保険者によって様式の差が様々あることから、効果的・効率的に認定調査業務を進めるために改めて様式を見直す余地があることが確認された。そこで、これまで特記事項に記載されていた項目の設定、保険者独自に使用できる項目の設定、フリーコメント項目の文字数の上限値の設定の観点から、要介護認定調査様式案を作成した。なお、主に記載方法に関する修正であるため、様式案の修正は要介護認定結果そのものには影響しない。

今後、要介護認定情報のデジタル化・電送化の実現に向けては、実態調査結果から明らかになった次のような課題を解決していく必要がある。

⁵ 「令和 5 年版高齢社会白書（全体版）」,内閣府,(2024),
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/s1_2_2.html

● 利用しやすい設計

① 統一された様式の実装によるシステムへのデータ取り込みの円滑化

様式された様式は、データの授受が行われる保険者・医療機関等において実装され、データ取り込みが円滑にできる体制整備が求められる。

主治医意見書の様式には、医療機関側の診断書作成支援システムとともに、保険者側の介護保険システムが対応することが必要である。主治医意見書については、診断書作成支援システムや主治医意見書等の作成支援ソフトを用いて作成している医療機関が増加傾向にはあるものの、現行通り手書きの主治医意見書を提出する医療機関が少なからず残ると思われる。デジタル化・電送化のメリットは、転記ミス等の低減による業務効率化であるため、デジタル化が不可欠である。過渡期の運用としては、手書きの主治医意見書を提出する場合においてはスキャンにより画像データとして取り込むことが現実的ではあるが、将来に向けてはできる限り OCR 取込が可能な保険者指定の様式を医療機関に使ってもらう等の働きかけやデジタル化・電送化によるインセンティブ等の検討も必要である。

要介護調査様式の実装には、保険者側のシステム対応が必要になる。現行では、一次判定部分についてはデジタル化されているものの、独自項目については個々の保険者による対応が必要となっていた。今後、地方自治体システム標準化の対応等により統一された様式が実装されることで、保険者間で被保険者が異動した場合や住所地特例の場合への対応も容易になることが期待される。ただし、規模の大きい保険者ほど独自項目を用いている現状があるため、実装に向けては保険者の理解を得るための十分な対応も必要である。

② システム間連携の円滑化

実装にあたっては、保険者・医療機関におけるシステム間連携の円滑化が不可欠である。

主治医意見書においては、医療機関内で電子カルテや診断書作成支援システムからスムーズに出力、当該患者の所属する保険者を特定の上、電送され、保険者側システムに登録される仕組みが必要となる。保険者側のシステムでネットワークを介して受領した情報を、ID を特定したうえで登録を可能にする仕組みも必要である。

要介護認定情報の取り込みにおいては、保険者内ではこれまで被保険者の要介護認定結果を管理している介護保険システムと、個々の認定調査の内容を管理している認定調査システムとでは、ネットワークが分離されているため、USB でデータをやりとりする運用が残っていた。今後、自治体情報システムの標準化・共通化における介護保険システム標準仕様等の動きを踏まえて、介護保険システムと認定調査システムの一体的なデジタル化・電送化が求められる。

いずれの場合においてもセキュリティの観点での対処も必要である。医療機関・保険者ともこれまで外部システムとの接続に慎重であり、これまでクローズな環境が求められてきている。外部との接続を検討する際にも機微な情報である主治医意見書をセキュアな環境で扱える基盤構築が重要である。

③ 業務運用に応じた設計

上述のデータ取り込みやシステム間連携の円滑化に加え、各業務におけるきめ細かな設計が求められる。

主治医意見書の作成業務においては、内容が確定するまでの間、医療機関・保険者双方に内容確認を行うプロセスがあり、依頼から確定までのステータスを容易に管理できるような仕組みが求められる。

また開示請求に関する業務の ICT 活用を検討する際には、ケアマネジャーに対応する被保険者の認定が下りたことが通知される仕組みや、被保険者の認定が下りる前からケアマネジャーの申請を受け付けられるようにし、認定結果入力と連動してケアマネジャーに開示が出来る仕組み等の検討もあわせて行うことが必要である。

● 二重運用の回避に向けた参加率の向上

電子と紙が併用されることによる二重運用を回避するために、保険者・医療機関の参加率が向上し、面的に電送化ができる体制を構築することが必要である。実態調査からは、ICT 活用を行っている保険者ではいずれも並行して窓口や郵送による業務も行っていた。しかし、運用が二重化することにより、手順の管理が引継ぎの手間が倍になる。

その要因の一つには、依然として紙媒体でなければ業務が困難という現場の実態がある。主治医意見書に関連する医療機関の電子カルテ導入率は一般診療所で 5 割に満たず⁶、電子化される主治医意見書の割合も半数程度にとどまるのではないかと保険者の指摘もあった。開示請求業務においても、専用端末や専用回線の整備等、システム利用を行う際にハードルのある仕組みとした場合、居宅介護支援事業所・介護保険施設の参加率が十分向上しない可能性がある。電子化における移行期間を設けることやセキュリティ対策との兼ね合いに留意しつつ参加のしやすさに配慮したシステム運用にする等の環境整備が必要になる。

● 原本保管ルールの検討

デジタル化された場合に原本保管にかかるコスト軽減を実現するためには不可欠である。現在は、主治医意見書について保険者で多くの保管スペースの準備を余儀なくされている。電子媒体での保管ルールは e 文書法等で規定がされているが、電子データを原本で扱うにはどうすべきかを分かりやすく保険者に伝えること（解釈通知など）が求められる。

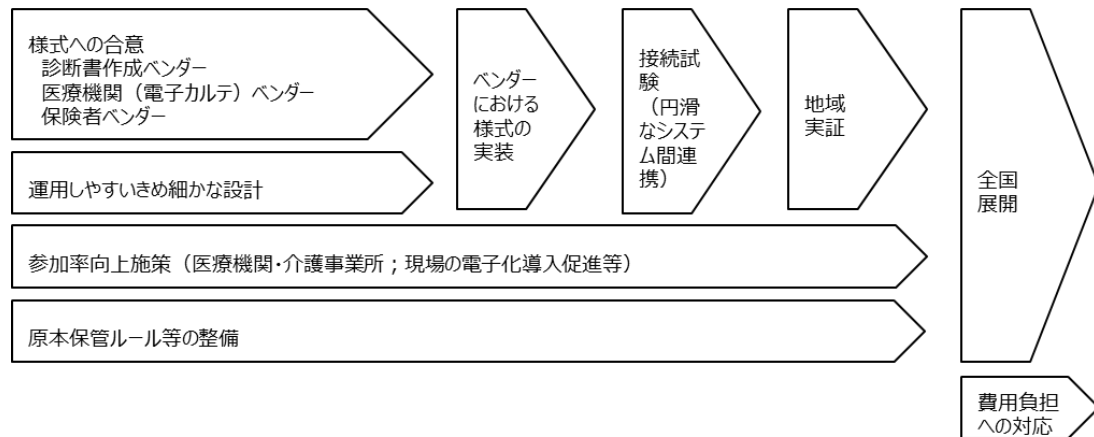
● 費用負担の懸念の払しょく

費用負担については、医療機関、保険者双方にとっての導入、維持にかかるコスト負担に対する懸念を抑えることが重要である。一般的に、費用負担を理由にネットワークへの参加が少なければ、デジタル化・電送化へのメリットも訴求しづらくなる。

⁶ 厚生労働省「令和 2 年医療施設（静態・動態）調査」 2022 年 4 月

以上のような課題を解決し、主治医意見書や認定調査票等の要介護認定情報のデジタル化・電送化の実現に向けては、次のようなステップが必要である。

図表 6-1 実現に向けたロードマップ^o



これらの実現により、医療機関・保険者の現場における負担が軽減することが期待される。また、認定調査事務に関する一連の業務がより効率化されることにより、要介護認定にかかる日数が短縮されることが望まれる。さらにデジタルデータが蓄積されれば、要介護者の疾患や生活の状況が分析可能となり、エビデンスに基づく政策検討にも寄与することが期待される。

この事業は令和5年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分) により実施したものです。

要介護認定情報のデジタル化・電送化に関する調査研究事業
成果報告書

令和6(2024)年3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

ライフ・バリュー・クリエイションユニット

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル 9 階

TEL : 03-5213-4110 (代表) FAX : 03-3221-7022

不許複製