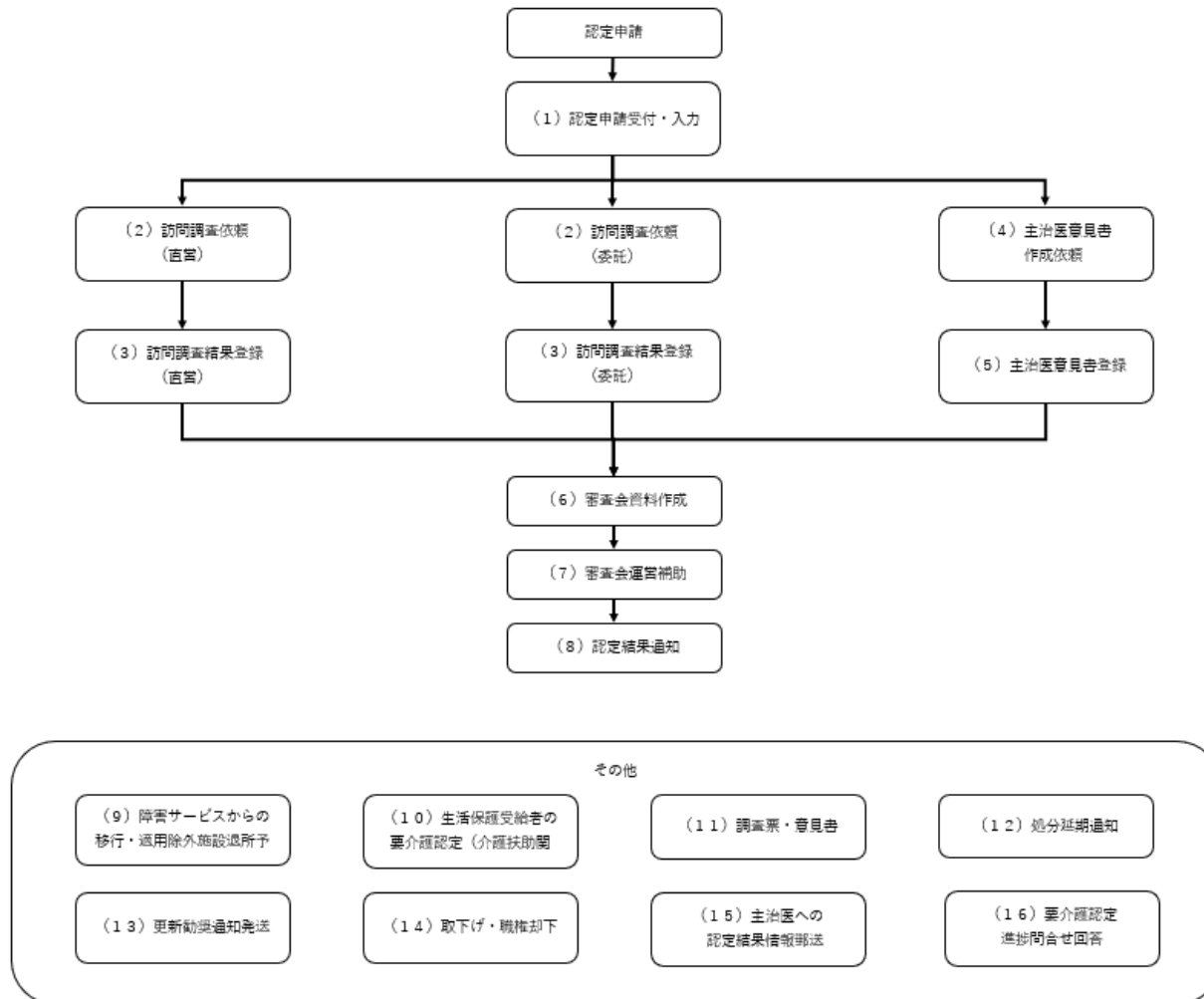


# 認定事務センター 業務詳細説明書

## 目次

1. 業務フロー全体図	1
2. 業務詳細	
(1) 認定申請受付・入力	2
(2) 訪問調査依頼	4
(3) 訪問調査結果登録	6
(4) 主治医意見書作成依頼	8
(5) 主治医意見書登録・作成料支払準備	9
(6) 審査会資料作成	11
(7) 審査会運営補助	13
(8) 認定結果通知	14
(9) 障害サービスからの移行・適用除外施設退所予定者の申請	16
(10) 生活保護受給者の要介護認定（介護扶助関係）	17
(11) 調査票・意見書の督促	18
(12) 処分延期通知	19
(13) 認定更新（勧奨）通知書発送業務	20
(14) 取下げ・職権却下	21
(15) 主治医への認定結果情報発送	22
(16) 要介護認定進捗問合せ回答	22

# 1. 業務フロー全体



## 2. 業務詳細

### (1) 認定申請受付・入力

#### 1 申請書類の内容

##### ① 要介護認定申請書（以下「申請書」という。）

###### 【申請書の種別】

- ・新規申請（転入申請、生保2号から1号への切替手続は含まない）
- ・更新申請
- ・区分変更申請

##### ② 訪問調査確認票（以下「確認票」という。）

認定調査の場所・日程調整連絡者・立会者の有無等が記載されている。

##### ③ 健康保険証の写し

第2号被保険者は医療保険加入状況の確認が必須。各区役所及び各総合出張所（以下「窓口」という。）受付分については、通常、窓口にて宛名統合システムでの加入状況確認を行うが、その確認情報が添付されていない場合は、市介護保険課に宛名統合システムでの確認を依頼することができる。市で確認出来なかった被保険者については、届出者へ健康保険証の写しの郵送を依頼する。

#### 2 業務内容

##### 【申請書の種別】

- ・窓口受付
  - ・郵送受付（介護認定事務センター（以下「事務センター」という。）にて担当）
  - ・電子申請受付（事務センターにて担当）
- ① 窓口から届く送付表と申請書類を確認し不備があれば窓口へ連絡し、内容確認等を依頼する。県外住所者等の手入力対象案件は引き抜き、手入力処理を行う。
  - ② 申請書類は管轄区（住民票上の住所区）毎に分け、申請日、申請区分に分けておく。
  - ③ 月初めの申請受付繁忙の平準化のため、郵送申請について、更新申請受付開始日の1週間程度前から申請書類の事前預かりを実施すること。
  - ④ オンラインによる申請（マイナポータルサイトのぴったりサービスからできる電子申請）については、市介護保険課が申請管理システム（ぴったりサービスから連携されるシステム）から出力した申請書類を受け取り、入力処理等を行うこと。

### 3 申請情報入力

- ① 申請書は基本的に AI-OCR により申請情報を登録する。
- ② AI-OCR の確認画面にて文字認識内容や必須項目のチェック及び必要に応じて訂正を行う。(必須項目：病院電話番号等)
- ③ 県外訪問調査、急ぎ・ターミナル案件等は AI-OCR 処理対象外とし、手入力で申請情報を入力。なお、2号被保険者の新規申請で資格取得を行っていない案件については、資格取得処理から行う必要がある。

### 4 介護保険資格者証の出力と郵送

- ① 郵送受付や電子申請受付分については、基幹システムで介護保険資格者証（以下「資格者証」という。）を出力し郵送する。負担割合証の原本など本人に返すべき書類がある場合は、それも同封する。

## (2) 訪問調査依頼

### 1 認定調査の振り分け

申請書原本をもとに、調査担当を振り分ける。急ぎ・ターミナル案件は原則直営で調査を行う。次の4種類の調査担当に振り分ける。

#### ① 市の認定調査員による直営調査

委託できないエリアや委託件数上限を超えた調査案件を、調査区別に振り分ける。

原則として、対象者の調査は調査区が担当する。ただし、調査件数が多く、調査が滞っている調査区があれば、事前に定めた条件に基づき近隣区に振り分けることもある。

#### ② 市内指定事務受託法人への委託調査

各法人において事前に決められた要件（受託可能なエリアと件数）に沿って振り分ける。

区から候補案件がある場合は、原則、候補案件を含めて振り分ける。

#### ③ 市内指定居宅介護支援事業所（以下「居宅介護支援事業所」という。）への委託調査

更新申請のみを振り分ける。各居宅介護支援事業所別に、事前に決められた要件（受託可能なエリアと件数）に沿って振り分ける。区から候補案件がある場合は、原則、候補案件を振り分ける。

#### ④ 遠方市外および県外への委託調査（市町村・事務受託法人・指定居宅介護支援事業所含む）

調査区では調査できない遠方市外および県外居住者は、調査受託可能な自治体または指定居宅介護支援事業所等を探し、調査依頼を行う。

### 2 直営調査依頼（割当入力、調査区へのデータ提供）

① 調査区と管轄区が違う場合は、基幹システムに認定調査の担当区名入力を行う。

② 調査対象者の申請書情報等についてリスト（送付表）とPDFを作成する。

（複写機のスキャナ機能を使いPDFを作成し、調査区と共有するためシステム上の所定のフォルダに格納する。なお、今後、区への調査対象者情報のデータ共有方法については変更の可能性はある。）

### 3 指定事務受託法人へ依頼（割当入力、確認、郵送）

① 基幹システムに認定調査の担当法人情報を入力する。

② 調査依頼一覧及び調査依頼書を出力する。（ただし、調査依頼書が不要な法人もある。）

- ③ 申請書と出力書類の記載内容が一致しているか等確認を行う。  
※マイナンバー欄のマスキング漏れがないように注意する。
- ④ 送付文、調査依頼一覧、調査依頼書、申請書及び訪問調査確認票の写し、個人情報預かり証、認定調査票及び返信用封筒等を法人に応じた方法（来所または郵送等）で引き渡す。

#### 4 市内居宅へ依頼（割当入力、確認、郵送）

- ① 基幹システムに認定調査の担当法人等の入力を行う。
- ② 調査依頼書を出力する。
- ③ 調査依頼書、申請書及び訪問調査確認票の写し、個人情報預かり証、請求書、認定調査票及び返信用封筒等を郵送する。

#### 5 遠方市外および県外調査案件の依頼（割当入力、確認、郵送）

- ① 調査依頼先を探す。（有効期間切れや期間切れ間近の場合は、急ぎの対応を事前に相談する。）

##### a 調査依頼先候補への打診

###### a-1 新規申請、区分変更申請（要支援からの重度変更）の場合

⇒調査先の自治体の介護保険担当課へ連絡し調査を依頼

###### a-2 更新申請、区分変更申請(要介護からの変更)の場合

⇒（ア）過去に同じ調査先(住所地)で契約した事業所がないか確認し、該当有の場合はその事業所に直接依頼をする。

（イ）該当なし又は（ア）の事業所に断られた場合、調査先の自治体の介護保険担当課へ連絡し、調査可能な事業所を紹介してもらう。

※紹介された事業所全てに断られた場合は、再度自治体へ相談する。

###### a-3 委託了承の場合、相手方に確認すること

- ・1件当たりの契約金額（税込み）
- ・事業所の住所等

##### b 新規契約事業者との契約事務

b-1 基幹システムに事業者情報を仮登録する。

b-2 資格要件等を再確認した上で、事業者へ所定の契約書類を送付する。

b-3 事業者から契約書類が届いたら、提出物の不足や記載内容の不備がないか点検し、不備がある場合は修正等を依頼する。

b-4 契約書類が整った後、必要に応じて基幹システムの仮登録の内容を修正し、契約書類の原本は市介護保険課へ渡す。

b-5 市介護保険課から受領した認定調査員証等を事業者へ郵送する。

- ② 割当入力・確認・郵送については、（2）4 と同様に行う

### (3) 訪問調査結果登録

#### 1 認定調査票等の受付

##### ① 直営調査

調査区からの提出書類（認定調査票・特記事項・申請書コピー等）の受付を行う。

##### ② 事務受託法人（市内）

各法人からの提出書類（認定調査票・特記事項・個人情報取扱に係る書類、請求に係る書類）の受付を行う。書類内容を確認後、調査票類は申請書ファイルとセットし、委託リストに受取日を入力する。個人情報取扱および請求に係る書類は内容を確認し、市介護保険課へ提出する。

なお、請求に係る書類は各法人から毎月初め（10日まで）に提出される。→「4」実績確認へ

##### ③ 居宅介護支援事業所等

上記1-②と同様（請求に係る書類の提出時期は異なる）

#### 2 認定調査票の点検

a 認定調査票（マークシート）について記入漏れがないか点検する。

##### 【①②③共通】

認定調査票のレ点記入漏れやサービス回数などに誤りがないか点検する。レ点記入漏れやその他記入誤りがある場合は修正を行う。不明な点があれば、調査員（または所属先）へ電話確認のうえ修正するか、それが不可能な場合は認定調査票等を調査員へ返却する。

b 特記事項について適正な審査判定に資する記載内容となっているか点検する。

##### 【②③共通】

<確認項目>

- ・調査票選択肢の根拠
- ・介護の手間やその頻度が適切に記載されているか
- ・実際の介護の方法が不適切と判断されている場合には、その根拠と適切な介助の方法が記載されているか等

記載内容に不整合性がある場合や不十分である場合には、できる限り調査員（または所属先）へ電話確認のうえ修正するが、それが不可能な場合は調査員へ返却する。

##### 【①直営調査分】

特記事項の項目がない等明らかな不備があれば調査員（または調査区）へ電話確認のうえ追記修正等するか、それが不可能な場合は調査員へ返却する。

### 3 認定調査票 OCR の登録

#### ① ②③共通

- a 提出された認定調査票（マークシート）を OCR 登録機に読み込ませる。エラーが生じた場合は、内容の確認・修正を行い、再度読み込ませる。
- b 提出された特記事項を OCR 登録機で読み込んだ後、画像データ（定形外登録）を個人のデータに紐づける。
- c ab の登録にあたっては他の被保険者に登録することがないように個人情報を正確に突合した上で行うこと。
- d OCR 登録後は、申請書等原本を格納した申請書ファイルを所定場所から引き出し、提出された個票（調査票、特記事項、申請書等コピー）を格納する。
- e 申請書ファイルに意見書（以下「意見書」という。）がそろっている場合は、申請書類・意見書と合わせて、審査会割当（マスキング処理）処理へ進む。まだ意見書がそろっていない認定調査票は、申請書類とともに保管する。

### 4 実績確認

- ① 調査実施月の翌月 10 日までに提出される請求に係る書類受付後に、審査会システムから法人別の認定調査実績一覧表を出力し、提出された請求に係る書類内容と突合し点検する。
- ② 点検作業後に実績報告書を作成し、同月 20 日までに市介護保険課へ報告書および関係書類を提出する。突合して疑義がある場合等は、電話で各委託先へ確認し適宜対応する。

※請求にかかる書類と主な点検内容

完了届・・・調査実施月、完了届の委託団体名称・件数

内訳書・・・被保険者番号、対象者氏名、実施日

#### (4) 主治医意見書提出依頼

##### 1 AI-OCR 登録分

- ① 基幹システムより、前日 AI-OCR で処理した申請書に対応する〔意見書依頼文〕・〔作成料報告書〕を出力する。
- ② 基幹システムより〔AI-OCR 登録エラー一覧〕を出力する。
- ③ ②でエラーとなった対象者について、申請書コピーを確認しながら正しい申請情報を手入力し、〔意見書依頼文〕と〔作成料報告書〕を出力。
- ④ 申請書コピーと①③で出力した〔意見書依頼文〕と〔作成料報告書〕を突合し、依頼文の対象者及び意見書依頼先医療機関、作成区分、金額に誤りがないか確認する。
- ⑤ 〔意見書依頼文〕〔作成料報告書〕を封入封緘し発送。(意見書(紙様式)など必要に応じて同封する書類がある。)

##### 2 手入力分

- ① 県外調査対象者、情報提供シート同封希望者、2号対象者、急ぎ・ターミナル対象者は手入力で申請情報を入力し、〔意見書依頼文〕と〔作成料報告書〕を出力する。
- ② 〔意見書依頼文〕〔作成料報告書〕を封入封緘し発送。(意見書(紙様式)など必要に応じて同封する書類がある。)

##### 3 医療機関、主治医登録有無の確認

県外調査対象者や〔AI-OCR 登録エラー一覧〕による医療機関反映エラー、作成料報告書の口座欄空白等については、申請書に記載された医療機関及び主治医が、基幹システムに登録されているかを確認する。医療機関及び主治医の登録がない場合は、医療機関コード、医療機関名、医療機関住所・連絡先、担当医を機関システムに登録する。(依頼文に口座振替依頼書を同封すること)

## (5) 主治医意見書登録・作成料支払準備

### 1 主治医意見書及び作成料報告書の受付

- ① 郵送で届く意見書と作成料報告書を受付する。作成料報告書の同封がない場合には、医療機関へ連絡し督促を行う。(意見書の同封がない場合も同様とする。)

### 2 主治医意見書の点検

- ① 意見書の記入漏れがないか、医師名自筆(又は印)があるか、依頼している被保険者のもので間違いのないか等を点検する。
- ② 第2号被保険者の場合は特定疾病名が正しいか、さらに国が定めた診断基準を満たしているかを確認する。
- ③ ①②の確認で内容に不備があった場合は、医療機関へ電話連絡し、必要事項を聞き取り修正する。修正した部分は、センター従事者が修正したことがわかるように記録を残す。できる限り電話連絡のうえ修正するが、自署漏れ等、センターでは修正不可能な場合は相手方へ返却し、再提出を求める。

### 3 作成料報告書の点検

作成料報告書に不備がないか点検する。不備がなければ受付。印漏れなどの不備がある場合は医療機関へ電話連絡し、作成料報告書を返却し再提出を求める。

### 4 OCR登録

- ① 意見書をOCR登録機に読み込ませる。登録にあたっては他の被保険者に登録することがないように個人情報を正確に突合した上で行うこと。
- ② OCR登録終了後は、
  - a 主治医作成料報告書は、医療機関コード順に並べた上で月末まで保管する。
  - b すでに認定調査票がそろっている意見書は、申請書類・認定調査票と合わせて、審査会割当(マスキング処理)処理へ進む。
  - c まだ認定調査票がそろっていない意見書は、申請書類とともに保管する。

### 5 口座振替依頼書

- ① 記入内容に不備がないか確認し、基幹システムへ口座情報を入力する。
- ② 内容に不備がある場合は、医療機関へ電話連絡のうえ返却し、再提出を求める。

### 6 作成料支払い前確認

作成料報告書受領日の翌月初旬に市介護保険課より送付される、支払い予定データと作

成料報告書記載内容に相違ないか確認する。内容に相違がある場合は、原因を確認し必要なデータ補正等を行う。

## (6) 審査会資料作成

### 1 審査会割当

処理チェック表の項目を確認しながら処理を行う。

- ① 認定調査票と意見書がそろった案件は、順次マスキングを行い、申請書、意見書調査票、特記事項の氏名、被保険者番号の誤記入などないか確認しておく。
- ② 割当する件数を区毎に揃えて、被保険者番号順に並べておく。
- ③ 審査の中立・公正性を保つため、割当予定の審査会委員の医師と、意見書を記載した医師が同一でないかを確認する。(同一なら別日の審査会へ変更する)
- ④ 審査会の割当件数が決まったら(ある程度件数が揃ったら)該当審査会日に割当する。  
※割当件数は審査会あたり25件から50件、毎月の申請件数、進捗状況の件数、審査会回数、日程を考慮し件数を決める。資料が揃った案件から速やかに割当していくことを基本とし、割当漏れにより長期間未処理で残る案件がないよう週1程度はチェックを行う。
- ⑤ 審査会システム(以下「システム」という。)にて、一次判定処理を行う。
- ⑥ 簡素化対象の分は、システムにて簡素化登録を行う。
- ⑦ システムにて、審査順序を登録する。
- ⑧ システムより資料を印刷する。(事務局用と委員用それぞれ印刷する。)
- ⑨ 印刷した認定申請者一覧表の内容が、申請書原本と相違ないか確認する。(氏名、申請区分、申請年月日)

### 2 審査会資料等の点検、発送

適正な審査判定に資する審査会資料を完成させる。

- ① 印刷した資料の内容のすべての個人情報と突合せ、審査対象者に誤りがないか確認する。(申請書原本も確認。氏名、申請区分、申請年月日、被保険者番号等)
- ② 印刷に漏れがないか、審査会資料の件数を確認する。(事務局用、委員用)
- ③ 認定対象者一覧で2号被保険者を確認し、意見書の診断名に問題がないか確認する。
- ④ 意見書に、主治医の署名か押印があるか確認。
- ⑤ 文章の文字切れがないか等を確認する。
- ⑥ 意見書と特記事項にマスキング漏れがある場合は修正しておく。
- ⑦ 認定調査票のレ点と特記事項、意見書の内容とを突合せ、不整合がないか、適正な審査判定に資する記載内容となっている点検する。特に認定調査票については、再度、選択根拠のほか、介護の手間やその頻度が適切に記載されているか点検すること。
- ⑧ 介護認定審査会の準備として、審査会委員からの質問が想定されることについて、予め回答を準備する。特に、特記事項の内容から頻度を確認し、より介護の手間がかかる、

かからない等の記載事項を把握し、必要に応じて審査会へ情報提供できるように準備をする。

- ⑨ 点検後、審査会資料一式を委員の人数分コピーし、資料毎に綴り、レターパックに委員の宛名シールを貼ったうえで発送する。
- ⑩ 審査会資料の原本（事務局用と委員用）は、各区役所福祉課へ発送する。  
控え用の一覧表と申請書等原本は審査会日までセンターで保管、その後審査会毎にまとめて書庫に保管する。

### 3 追加資料の作成

ターミナル案件等早めの審査が必要な場合は、追加で審査するため別途資料を作成する。  
追加件数は審査会あたり5件まで（例外あり）

- ① 対象審査会の医師と意見書の医師が同一でないか確認し、追加する審査会日を決める。
- ② 該当審査会に追加し、審査会順番を追加で登録する。
- ③ 通常の資料と同様に事務局用と委員用を出力し、申請日、区分、氏名、被保番の誤りないか、マスキングの漏れなどないか確認する
- ④ 資料一式をスキャナで取り込み、該当区へ審査日の2開庁日の午前中をめぐりにメールでデータを送付する。
- ⑤ 資料一式と申請書等原本はホッチキスで止めて、該当審査会の資料と一緒に保管する

## (7) 審査会運営補助

### 1 審査会当日の事務

- ① 審査会は、開庁日に開催する。原則 13 時から 20 時の間に開催され合議体によって開催時間が異なる。開催場所は主に区役所の会議室（北区は熊本市健康センター清水分室を使用する合議体も有り）。選挙期間など開催場所が変動することもある。

#### 【審査会開催回数（参考）】

・最小区 12 回/月、最大区 18 回/月

- ② センター従事者は、各審査会の開始時間 30 分前までに現地に到着し、区役所職員と審査会の事前打ち合わせを行い、注意案件等の情報共有を行う。
- ③ センター従事者は審査会場へ到着したら会場を設営し、審査会資料の配布、審査会用端末の動作確認等を行う。
- ④ センター従事者は審査会の進行を補助する。委員から各案件に関する質問が生じた際に回答する。区役所職員はセンター従事者では対応不可能な審査会委員からの質問、意見、要望に対し、市として適切な対応を行う。
- ⑤ 審査会開始後、センター従事者は所定の次第に従って議事進行を補助するとともに、議事録や判定結果を記録する。
- ⑥ 審査会終了後、出席委員名や議事内容に誤りがないか確認した上で合議体長の署名をいただく。（Web 審査会の場合は、口頭で合議体長の意思確認を行う。）
- ⑦ 審査会委員が退場したら会場の後片付けを行い、審査会用端末等に二次判定結果及び議事録の入力を行う。
- ⑧ 区役所職員は⑦の内容の不備確認を行う。（不備が確認された場合は、センター従事者が再入力を行う。）
- ⑨ 区役所職員は、二次判定結果を手書き記入した審査会対象者一覧を PDF で認定事務センターへ送付する。

## (8) 認定結果通知

### 1 認定結果通知 出力・入力

- ① 審査会当日 17:00 に審査会システムで二次判定データ出力を行う。(各区入力済か確認後に行う)
- ② 各区から指定フォルダに提出された〔審査会対象者一覧〕を出力。
- ③ 審査会の翌開庁日の朝、出力された〔介護保険被保険者証〕及び〔介護保険負担割合証〕を本庁舎 3 階情報政策課で受取り、本庁舎マシン室にて裁断及び三つ折りをを行う。
- ④ ③を認定事務センターに持ち帰り、センター常駐の介護保険課認定事務班の職員へ受取り内容を報告。
- ⑤ 基幹システムから〔介護保険被保険者証〕〔負担割合証〕の発行一覧を出力。
- ⑥ ③と⑤を照合し過不足がないか確認。
- ⑦ 基幹システムから〔介護保険 要介護認定・要支援認定結果通知書〕等を出力。
- ⑧ ③、⑦で出力された帳票類を、①で出力した〔審査会対象者一覧〕の順に並べ替える。
- ⑨ 新規資格取得者(未申請)の〔介護被保険者証〕や、記載事項変更による出力分、前住地引継ぎ(転入者)分の〔介護保険負担割合証〕については、介護保険課(本庁舎)宛に送付する。
- ⑩ 基幹システムから〔滞納者一覧〕、〔エラーリスト〕等を出力。
- ⑪ ⑩の〔エラーリスト〕等の対象者について、基幹システムへ二次判定結果を手入力し必要帳票類を個別出力。
- ⑫ ⑪で出力したものを⑧に合わせる。

### 2 認定結果通知 確認

- ① 各区から提出された〔審査会対象者一覧〕に記入されている二次判定結果及び認定期間と結果通知・被保険者証の内容に相違がないかを点検する。
- ② 〔エラーリスト〕等の対象者で二次判定結果を手入力した分については、出力された結果通知・被保険者証の内容に加え帳票の過不足がないかも確認する。
- ③ 新規申請の対象者に〔介護保険負担割合証〕があることを確認。ない場合は詳細を確認。
- ④ 要介護度や結果に応じた同封書類を入れ、誤送付(特に別人の書類が混ざらないこと)がないよう注意する。
- ⑤ 発送日の記録を残す。

### 3 認定結果通知 滞納者分

- ① 滞納者については、給付制限の対象となるか市介護保険課で確認後に結果通知等を郵送するため、該当者を把握するとともに、先に出力された負担割合証があれば発送時期ま

で保管しておく。

- ② 介護保険課（本庁舎）から滞納者分の〔介護保険被保険者証〕及び〔介護保険 要介護認定・要支援認定結果通知〕等を受け取る。
- ③ 二次判定結果及び認定期間に誤りがないこと、負担割合証が正しく添付されることを確認し、結果に応じた同封書類を入れ、誤送付がないように注意する。
- ④ 発送日の記録を残す。

## (9) 障害サービスからの移行・適用除外施設退所予定者の申請

### 1 受付から認定結果

- ① 窓口受付後、市介護保険課で仮番を発行。
- ② 事務センターで仮番を使用し審査会システムへ対象者を入力。
- ③ 意見書依頼文及び作成料報告書を作成し郵送。
- ④ 調査依頼を行う。
- ⑤ 意見書・調査票が提出されたら、ターミナル案件と同様に急ぎ認定審査会に追加し審査。
- ⑥ 審査会終了後は結果回答を作成し、市介護保険課へ返す。

### 2 被保険者証発送（\*審査会直前、直後で熊本市の資格が発生した対象者の場合。）

- ① 1-⑥の後、市介護保険課から、認定結果入力依頼が届く。（センターで作成した結果と認定期間がずれている場合がほとんどのため要注意）
- ② 基幹システムへ対象者の申請と認定結果を入力。
- ③ 翌日負担割合証が発行される。②に同封。また、要介護度に応じた同封書類を入れ発送。

## (10) 生活保護受給者の要介護認定（介護扶助関係）

### 1 判定依頼受付

- ① 各区の保護課から、庁内メール便で審査判定依頼書（以下「判定依頼書」という。）が送付される。送付された書類を点検の上、受付印を押印し、受付簿に記入。審査会支援システムに申請情報を入力する。
- ② 直営へ調査依頼を行う。
- ③ 保護課から意見書を受領する。

### 2 主治医意見書 受付及び点検

保護課から意見書が送付されたら受付する。単純な記入漏れや誤りはセンターが医療機関に問い合わせ、修正する。特定疾病名の誤りや診断根拠の記載が不明確な場合は、保護課へ医療機関への確認を依頼し、保護課からセンターへ回答をもらう。

### 3 主治医意見書の OCR 登録

(5) と同様に行う

### 4 調査票の受領及び OCR 登録

(3) と同様に行う

### 5 審査会事務

審査会開催後の事務

- ① 二次判定結果一覧表と各区から提出される審査会対象者一覧に手書きで記入されている二次判定等の内容をもとに、保護課へ提出する判定結果通知を作成し保護課の担当者へ送付（判定依頼書原本、調査票原本一式、意見書原本も同封）。

## (11) 調査票・意見書の督促

### 【調査票】

認定調査を外部委託した被保険者の認定調査票の提出状況を確認し、回収予定日を過ぎている委託事業所全てに対して電話督促を行う。

#### ① 審査会システムの「認定調査管理」画面で調査票遅延督促一覧表を出力する

毎月中旬に、回収予定日が前月末までのリスト（調査票遅延督促一覧表）を出力する

#### ② 遅延している案件について、委託事業所へ電話等にて進捗状況を確認し、提出依頼、督促を行う。

調査保留期間が長期間見込まれる場合は、委託をキャンセルし直営調査へ切り替える等の対応をする。

### 【意見書】

#### 1 督促状

提出期限を超過した場合は、提出期限から10日～14日以内に督促状を郵送する。

その際、事前に意見書遅延・取下げ等の連絡があっているものについては督促送付しない。

#### 2 電話督促

督促状を送付しても何ら反応がない場合は、処分延期通知出力のタイミングで対象を把握し電話督促を行う（再度督促状を郵送してもよい）。

### 【遅延事情解消の取組】

進捗管理を随時行い、遅延している申請がないか確認する。被保険者の未受診により意見書作成が滞っているなどの場合は、遅延事情の解消に向けて申請者等とよく連携し、意見書や認定調査票の早期提出が図られるよう取り組む。

## (12) 処分延期通知

### 1 通知出力・発送（週1回）

- ① 申請日から認定決定までが30日を超える見込みの被保険者について、システムから処分延期通知が出力される。
- ② 死亡者、転出者等は発送対象から除く。
- ③ チラシを同封し郵送する。

### 2 通知出力・発送（月1回）

- ① 処理日の前月1日～月末までに申請され、1の週の延期通知出力から漏れたものをシステムから出力する。（漏れはないはずのため、月1の処理件数は0件が正しい）
- ② チラシを同封し郵送する。

### 3 督促

- ① 延期通知発送が2回以上になる場合は、遅延の理由を調べる。
  - ・意見書の不切、督促発送日はいつか
  - ・病院から意見書遅延連絡があっているか
  - ・申請者から調査・意見書の保留の連絡が行われていないか 等
- ② 遅延理由によっては調査担当機関（各区・委託業者）や医療機関へ連絡し進捗状況の確認と催促を行う。

### 4 報告

- ① 1日～月末の延期通知発送件数を市介護保険課へ報告し、その際、遅延理由毎の件数の内訳も示すこと。

### (13) 認定更新（勸奨）通知書発送業務

3か月後の月末で有効期間が満了する更新申請の対象者で、介護サービス利用中の者について、「認定更新案内通知書」を出力して郵送し、介護サービス利用者が継続的に介護サービスを利用できるよう更新勸奨を行う。

- ① 認定更新案内通知書が作成される。（毎月15日頃）。
- ② 市庁舎3階システム推進課にて帳票を受け取る。
- ③ 3階マシン室の圧着機でハガキを圧着する。
- ④ 件数を確認し発送する。

## (14) 取下げ・職権却下

### 1 取下げ

- ① 申請受付後、申請者から申請を取り下げる旨の連絡を受けた場合は、申請者に取下げ手続きの案内を行う。
- ② 申請受付後に被保険者の死亡や転出が判明し、調査済の場合は、暫定サービス利用済の場合などで審査が必要かどうかを届出者等に確認する。審査不要の場合は取り上げ手続の案内を行う。  
死亡が調査前であった場合は、2 職権却下の対応とする。転出が調査前であった場合は、申請区分毎に対応が異なるため注意が必要。
- ③ 申請者から申請取下げの連絡を受けた場合で、かつ、意見書又は認定調査票が揃っていない場合には、依頼先へ電話して依頼を中止し依頼文の破棄をお願いする。先方がすでに書類を作成している場合は、意見書を受理して費用を支払う。
- ④ 取下げ書が届いたら、意見書や調査の中止連絡状況を再度確認後、基幹システムに取下げ入力する。(毎日行う作業)
- ⑤ 取下げ対象者の被保険者証を再出力する。(死亡や2号被保険者の新規申請等を除く。)まとめて市介護保険課へ報告し、説明文を添付し郵送する。(週1回処理)
- ⑥ 死亡者の取下げ書については、入力後翌月にまとめて市介護保険課に報告する。(個別の発送不要)

### 2 職権却下 (死亡等)

訪問調査前に死亡した場合は、審査を行うことができないため、取下げ書の提出がない場合は職権で取下げ入力を行い市介護保険課へ報告する。(死亡の翌月以降にまとめて処理)

#### (15) 主治医への認定結果情報発送

意見書に、主治医から認定結果の通知希望があり、かつ、申請書にそれについて被保険者の本人同意がある場合にのみ、主治医に対して「認定結果一覧表」を郵送する。

- ① 認定結果一覧表が作成される。(偶数月の月初)。
- ② 本庁舎3階システム推進課にて帳票を受け取る。
- ③ 封入封緘後、件数を確認し発送する。

#### (16) 要介護認定進捗問合せ回答

##### 1 進捗確認ツールの作成

- ① 基幹システムから要介護・要支援認定申請のデータ(約3ヶ月分)を抜き出す。
- ② 抜き出したデータを進捗確認ツール(回答情報作成用の独自ツール)に貼り付け。

##### 2 問い合わせへの回答

- ① 1で作成した進捗確認ツールに熊本市電子申請サービス(以下「Logo フォーム」という。)に問い合わせがあった被保険者番号、申請区分、申請日を入力し、ツール上で回答用に表示された進捗状況をLogo フォームから回答する。
- ② Logo フォームから回答する進捗状況をCSVで出力。入力担当者とは別の者が入力内容のチェックを行う。