

■ 基調講演 ■

（東京開催）

「介護サービス情報の公表」制度の
意義・仕組みに関して



厚生労働省老健局 振興課長 古都 賢一 氏

基調講演（東京開催）

「介護サービス情報の公表」制度の意義・仕組みに関して

厚生労働省老健局 振興課長 古都 賢一 氏

司 会 皆さま、たいへんお待たせいたしました。これより基調講演を始めさせていただきます。本日は、厚生労働省老健局振興課長の古都賢一様に「介護サービス情報の公表制度の意義・仕組みに関して」をテーマといたしまして、ご講演をいただきます。それでは古都様よろしくお願いいたします。

古 都 皆さまこんにちは。ご紹介をいただきました、厚生労働省老健局振興課長の古都です。今日は、介護サービス情報公表制度の普及啓発のシンポジウムということで、私のほうからは、この制度の意義や仕組みについて少しお話をさせていただきます。このあとのパネルディスカッションには、大森彌先生、樋口恵子先生、田中滋先生、馬袋秀男先生と、いずれもこの制度の生みの親とも言える先生方がいらっしゃいます。私は基調講演というよりも、どちらかと言えば、口頭試問を受けているような感じがいたしておりますが、精一杯お話をさせていただこうと思っています。

そもそも介護保険制度が目指したものの1つに自己選択、自己決定というものがありました。選択をするということでは、お年寄りに限らず、皆さま方も日々いろいろな選択あるいは判断をされていると思います。そういうプロセスを考えてみますと、何かをしたい、あるいは欲しい、あるいはしなければならない、そういう目標が決まり、それを実現するためには何をしなければいけないのか。リサーチをし、そしていくつかの選択肢の中から選ぶ。車で言えば、何台かの車を選んで比較をし、そして厳選をして、最後に決定をするというような過程があるのだと思います。その際に、この情報というものが、これまでも、そしてこれからも、非常に大切なものになるということだと思っています。

この情報公表制度は、そういう意味で利用者が自己選択、自己決定をするうえでの大切な道具の1つです。ただ留意していただきたいのは、これで出る答えがすべてではなく、いろいろな選択肢の中から選び厳選をする。その絞り込みにはたいへん役に立つ。でも最後は自分自身で良し悪しを考えて決めなければいけないということです。このようなかたちでの情報公表制度という、ほかにはないものがあるということは介護保険制度の大きな特徴です。これを皆さま方に理解していただき、その理解の輪を広げていただく一助、ご協力をお願いしたいと思っています。

今日の私の話は、この情報公表制度ができた背景あたりからさせていただきます。人間の思考過程は積み上げ型ですので、前の記憶を整理しながら、そして本題に入っていきたいと思っています。是非、一緒に同じ思考過程をたどりながら、今日は考えていただきたいと思っています。

〈介護保険制度の見直し〉

さて、事業者と利用者をつなぐソフトウェアである、「介護サービス情報の公表」、これが生まれた背景を介護保険制度の見直しというところからお話しします。

介護保険制度は、日本で一番新しい社会保険制度です。医療や年金については1961年に

国民皆保険、皆年金ができています。高齢者介護については医療制度あるいは福祉措置制度、こういったものの中に含まれ、いわば縦割り制度による対応になっていました。しかし1989年のゴールドプラン策定以降、高齢者介護がより重要な課題になる中で、これをどういう仕組みで提供すればいいのかということで、今日おられる大森先生、樋口先生、田中先生にコンセプトの段階からかかわっていただきながら広く議論をしていただきました。介護保険制度はそうしてつくられた最新の社会保険制度です。

これは医療サービス、福祉サービスを統合して、市町村を保険者にしてサービスを提供するというまったく新しい仕組みでした。しかしながら、すべてこれから起こることを見通すことはできないわけですから、5年後には見直しましょうという約束の下で、言ってみればあらかじめ見直しプログラムされた法律として1997年に成立、2000年から施行されました。

そしてこの5年余の間に、いろいろな課題が見えてきました。この課題を整理しながら制度を改める。ただそれだけですと対症療法といいますか、弥縫策という面が強いかと思えます。日本の高齢化は固定していないところに課題があります。ずっと変化をし続けている。したがって昨日までは良かった社会制度や経済の仕組み、あるいは医療福祉の仕組みが明日はもう使えないかもしれない。例えば、昨日まで100人が利用していた。明日は200人が利用する。たったそれだけでサービスの量を倍にしなければいけない。費用も倍にしなければいけない。そういうことが起こり続けています。そういう社会の変化を見通した対応も必要です。ということで2015年、団塊の世代の皆さん方が介護保険制度に本格的に入ってくるということも念頭におきながら尊厳のあるケアを実現したい。そのための未来志向の改正、この2つを併せて行ったというのが今回の改正です。

そういう意味で、「10年後、20年後を見据えた未来志向の改革」だったということです。大きく言えば、3つほど柱があります。1つ目は、「要介護高齢者の変化に対応したケアの改革」です。

私たちは介護といいますと、身体介護中心にものを考えているのではないのでしょうか。これに対して、施設入所者の8割が認知症だと言われています。もう「私どもは認知症のことは知りません」「私どもは身体介護だけですよ」というわけにはいきません。心身の介護ということを考えていかななくてははいけません。心身の支援の要素が重なり合った、絡み合った、いろいろな状態の高齢者が増えてくるだろう。そういう意味で、ケアを改革していかなければいけないということです。

2つ目は、「制度の持続可能性・給付の効率化／重点化」です。もう、制度がなくなっていいという方はいらっしゃいません。ただ現実問題として、介護保険を使っていらっしゃるの、2割くらいのお年寄りです。実は約8割は保険料を納めていただいているのですが、実際には利用されていない人です。自分で健康づくりを一生懸命やっているという人かもしれません。そういう方の中には、「自分は6年間使っていないのに、3年に1回ずつ介護保険料が上がっていくのはどうしてか」、という方がいらっしゃいます。こういう方々にも納得していただけるよう、いざというときの介護保険、実際に利用するとき介護保険が安心・安全につながるものでなければいけない。そういう意味では給付の効率化・重点化も必要でした。

もう1点、地域で暮らすことが介護保険の大きな目的の1つでした。しかしこの5年間で施設指向が強まりました。もう1回考えてみようということです。介護保険がスタートする前は、たくさんの地域のサービスがありました。それがこの5年の間に、介護保険に全部おまかせという感じで潮が引くようになっていった。介護保険はあくまでも生活

の支えの柱であって、すべてを提供しているわけではありません。

地域で暮らすためには、やはり生活の潤いも欲しいわけです。1日3回ホームヘルプに来てもらうとしても、間の時間はどうやって暮らすのでしょうか。意欲を持って尊厳を持って、安心で、そして楽しく暮らすためには、いろいろな人のかかわり合い支え合いも併せて考える必要があります。そういう意味で、「地域生活の継続を支える包括的ケアシステム」を再構築しよう。ということが、この改正の背景にありました。

〈介護サービス事業者の動向〉

この5年間、介護サービスは、ある意味で量の充実が図られました。介護保険がスタートするとき、「保険あってサービスなし」ということを言われた方もありました。この5年間はいかに量を増やすかということで、例えば在宅サービスについては主体規制を一切なくしました。最近では市場化テストということで、お上の仕事に民間からもどんどん入ってもらおうということがあります。

介護保険の在宅サービスでは、最初から主体規制をなくしました。そのことが功を奏して量的な増加もあったと思います。

具体的な数を見てみましょう。イメージが分かると思います。措置制度ではなかなかサービスは増えませんでした。が、「ホームヘルパー（従事者）の推移」（図1上）を見ると、ここ10年近くで6倍近く増えました。「デイサービス事業所の推移」（図1下）も、2000年から見ると3倍近くになっています。

主体規制を撤廃した結果として在宅サービスについては、社会福祉法人、医療法人に加えて、営利法人、あるいはNPO・農協・生協といったいろいろな主体が参入されました。ある意味で参入・撤退自由の準市場とも言える福祉市場ができたわけです。そうしたことで営利法人は5年あまりで215%増、3倍以上になりました。NPO・農協・生協も3倍以上になりました。（図2）

こういう多様な主体が参入する一方で、指定取消も起こっています。忘れてはならないのは、介護保険制度は国民の皆さんの大切な浄財である、税、保険料を基本に運営される公的な仕組みだということです。それが目指すものは人に尊厳のある生活を実現することです。介護保険制度と一緒にやっていくのは、どのような主体であっても構いません。社会福祉法人だけでなく株式会社でも生協でも農協でも構わない。しかし介護保険の理念を共有していただかなくてはならないと私は思います。例えば、生協や農協は組合員のための組織です。株式会社は株主に対する義務があります。社会福祉法人や医療法人はそれぞれ社会福祉をやるため、医療をやるための専門の組織です。それぞれ法人の設立目的は違えども、この介護保険事業については、同じように利用者の自立生活を実現するという目的を法人の形態を問わず、まず第一に掲げてもらう必要があるかと思っています。

そういうことを目指す中で、やはり指定取消というようなことはあってはなりません。では指定取消は株式会社だけに多いのか。NPOにはないのか。そんなことはありません。株式会社にもNPOにも社会福祉法人にも同じように起こっています。ただ、株式会社は数が多いから指定取消も多いということはありません。（図3）

主体によって区別するつもりはありません。問題は経営者の質だと思います。経営者がどう考えているのか。これが大きく左右するのではないかなと思っています。

〈高齢者介護の新しい方向〉

このようにたくさん増えた事業者が、これからの新しい介護の実現に向っていかなければ

ばいけない。では、これからの介護は2015年に向けて何が変わるのか。1つは、高齢者の世代の質が変わります。今は戦前戦中生まれの方が中心です。質素儉約をし、人と仲良くできるというタイプの人が多いようです。しかし団塊の世代あたりは、自分を表にはつきり出される世代です。価値観、行動様式、生活様式は現在介護サービスを受けている人と全く変わってくると想像されます。そういう意味で世代の質が変わります。

また、認知症が増えます。認知症が増えるということは、要介護高齢者の質が変わるということです。さらに世帯構造も変わります。高齢者のみ、つまり独居ないしは老老夫婦が高齢者のいる世帯の6割に近くなっています。これはどんどん増えていきます。そういう意味で独居をきちんと視野に入れなければいけません。

そこで今後のサービスモデルとしては、まず、「介護予防の推進」、要介護にならないように健康づくりもする。あるいは自分が持っている残存機能をしっかり活用するということが必要です。介護予防モデルというものをしっかり考えなければならない。2つ目は、「認知症ケアの推進」ということで、「身体ケア」モデルから「身体ケア+認知症ケア」のモデルへ。3つ目は、「地域ケア体制の整備」ということで、「家族同居」モデルから「家族同居+独居」モデルへ。この3つのモデル転換がこれから必要になります。（図4）

このようなことを背景に、6つの柱で介護保険制度を大きく改正しました。まず、「予防重視型システムへの転換」ということ。それまであった要支援、要介護のサービスが本当に要介護度が進まないようにするための水際対策になっていたのかという反省があります。そこで今回は「新予防給付」を創設しました。要支援と要介護は、従来、給付の上限が違っただけでサービス内容は全く同じでした。マネジメント機関も一緒でした。また、一方で改善可能性はあまり評価されていませんでした。今回は要支援と要介護のサービスの内容を分けます。マネジメント機関も分けます。そして要支援の方には改善の可能性というものを評価してサービスを捉える。こういう仕組みに大きく変えます。さらに要支援になるおそれのある人たち、あるいは家族の相談支援などを「地域支援事業」として市町村がやっていくこととしました。

2つ目に、施設と在宅のバランスをとるために「施設給付の見直し」をし、昨年10月から施行しました。これにより介護保険3施設と居住系、いわゆる有料老人ホームやケアハウス、グループホームと在宅サービスともに、介護保険で給付しているのはすべてケアの費用ということになりました。これから長い目で見ていくと、こういう視点でいろいろ考えて直していくこともさらに必要になると思います。

3つ目に、「新たなサービス体系の確立」ということで、「地域密着型サービス」を創設します。地域で暮らすためには2つの要素が必要です。1つは、地域にサービスが必要だということです。そういう意味では、在宅三本柱だけでは不十分でした。通って、泊まって、あるいは訪問してくれる。そういうものもあってもいいではないか。また特養ももっと小さい規模で、サテライト型のようなものがあってもいい。そういう地域密着型サービスというものもつくります。

またサービスをつくることと並んで、ネットワークをつくることが大事です。その拠点が「地域包括支援センター」です。ここでは要介護高齢者だけでなく、高齢者あるいは家族の総合相談を受け付けます。そこで虐待の防止なども行っていきます。またケアマネジャーを支援する。あるいは介護予防、いわゆる要支援の方々、要支援になるおそれがある人たちのケアマネジメントなどを担う機関になります。現在、全国で3500弱、設置されています。真の意味で地域を支えるネットワークづくりを担っていただきたいと思います。

そしてサービスの内容を変える、量を増やすということの次にくるのが、3つ目の、「サービスの質の確保・向上」です。ここに情報公表が入ります。また質を高めるために今回事業者の指定の更新制も入れました。6年ごとに更新です。ケアマネジャーも更新制を入れました。5年ごとに更新です。またケアマネジメントの内容の見直しも行いました。（図5）

その結果、サービスの種類はたくさん増えました。（図6）

要介護の方へのサービスと要支援の方へのサービスの2つに分けました。それから地域に密着しているか、あるいは全県的にサービスを提供するかで都道府県が指定するものと市町村が指定するものに分けました。逆に言うと、利用者はますます自分はどのサービスを利用するのが一番適切かということを求めてもらえると思います。そういう意味で、地域包括支援センター、あるいはケアマネジメント事業者、あるいは市町村にも説明責任があると思います。こういったところが利用者の相談支援をきちんと行わなければいけない。私は重層的にやっていくべきだと思っています。そういう中で、この多様なサービスメニューの中からどれを選ぶのかということが重要になります。

〈「介護サービス情報の公表」制度が求められる背景〉

介護保険制度は量から質への時代に移っています。制度も多岐にわたりできるだけきめ細かくしようというところまでご理解いただいたと思います。ではそれをどうやって適切に選択しうるのか。そのための情報が欲しいということになると思います。そこで「介護サービス情報の公表」制度が求められるということです。

復習になりますが、介護保険制度は利用者が自分でサービスを選択をするという仕組みです。サービスが1つしかなければ選択は事実上ないと同じです。2つあるから2つの特徴を比べて自分はこちらがいいと選ぶわけです。それにはまず供給量を確保しなければいけないということで主体規制の撤廃などをしました。また措置制度ではある意味で全国均一のサービスを目指していましたが、介護保険では参入撤退が自由であると同時にサービス競争により良いところが選ばれます。こうした競争による介護サービスの質の向上も目指しました。

では、現状はどうなっているのか。確かに供給量は増加しました。一方で、高齢化が進展しています。そのピークはこれからです。そういう意味では需要も拡大していきます。もっといろいろな選択肢が欲しいという声もあります。それから多様な主体も入ってきました。ここまではうまくいっています。一方で、では利用者はどうやって選ぶのですかということです。例えば、ケアマネ事業所は全国に2万か所以上あります。地域に何十もある。ではどうするのかという話になってきます。

高齢者自らが情報収集をするのはなかなか難しいことです。口コミにも限界があります。口コミは決して悪くないと思います。実際、誰かが体験してその評価をしているわけですから。ただ、ばらつきが大きい。一方、口コミですら情報が入らない方がいらっしゃる。1人で抱え込んで困っている方に、ちょっと情報を提供すれば救われるということはたくさんあります。

高齢者自身が情報収集の困難性をお持ちです。これは措置制度の影響もあります。措置制度の時代は、福祉事務所に行けばそこで全部教えてくれました。介護保険になると利用者が選ぶということで、逆に自治体が引いてしまうというところがあります。介護保険制度が始まったとき、ある自治体では「事業者の競争を阻害してはいけませんから、名前と住所と連絡先しか市民には配りません」ということもありました。2000年頃から私は客観

的な情報であればイエス・ノーで聞いて出せばいいじゃないか。市町村が独自にやるべきことがあるのではないかなと思っていましたが、今日まで、その困難性はなかなか解消されず、行政からの情報提供が不足していました。

また医療サービスでは、広告が制限されています。福祉サービスでは、基本法である社会福祉法の中で、虚偽の広告を出してはいけませんよということは定めてありますが、原則自由です。しかし広告では自分のよいところしか出しません。例えば、3枚の広告を比べても同じことを書いてあるわけではないのでなかなか比較ができない。そういう不足感があります。それから逆に、事業者は一生懸命に努力しているのだけれども、中小零細で十分な情報提供まで手が回らない。でもこんなに良いサービスをやっているというところもあります。そういうところを知ってもらいたいということもあります。これらが公平な競争を導くわけです。情報を提供して知ってもらうことについては、規制改革派の方々も大賛成です。情報の公表の義務付けは規制改革派の人たちからすると、適正な市場を実現するために不可欠であって、これは規制ではないということになっています。そういう意味で、情報提供環境の整備が必要になったと思います。（図7）

そういうことで介護サービス情報の公表は、介護保険制度の基本理念、「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を、現実の場面で実現するために必要になるわけです。（図8）

一方で、介護保険サービスの質の確保といったときに、第三者評価、あるいは指導監査というものがあります。今日、お話ししている情報公表は第三者評価でも監査でもありません。この3つをごちゃごちゃにして考える行政の方、事業者の方あるいは利用者の方がいらっしやいます。それぞれ果たすべき役割やポイントが違います。第三者評価は、簡単に言えば、事業者が自分のサービスがどういうポジションにあるのか知って、どこに改善の目標をおくかを自分で知るという役割があります。ある意味では、自分以外の第三者から自助努力を評価されるのが第三者評価です。

一方、介護保険事業であればサービスの基準というものが決まっています。この基準は守ってもらわなければ困るわけです。理由もなく従わないと指定取消ということになります。例えば、3人の利用者に1人の職員を置きなさいという基準があります。しかし4人に1人しかいない。これは何の努力もしないでずっとそのままのところがあるとします。ここには指導監査が入り、強制力を持って改善をお願いします。一方、うちの施設はユニットケアで利用者平均2.3人に1人の職員の割合ですと。これは随分手厚いのです。でも2.3対1だからといっても基準からみて良いも悪いもありません。3.0対1を越えていますから。そういうところは第三者評価などでよくやっていますねと評価される方が良いでしょう。

こういう指導監査でもない第三者評価でもない、情報公表とは何なのか。それはできるだけ客観的な情報を提供するということです。食事がおいしいか、おいしくないか、これには個人によってばらつきがあります。例えば、魚が好きな人は、毎日食事に肉が出てくると苦痛です。そこの肉料理は超一流でもダメですね。そういうばらつきのあるものではなくて、誰が見ても分かるという事実を公表する。そしてできるだけ透明にする。私はこの準市場である介護保険のサービスはどれだけ透明でもいいと思っています。サービスに関しては隠すことは何もないという気もいたします。

介護保険サービス情報というものをきちんと公表していく。それによって被保険者が選択肢を絞り自分で選ぶその一助になると思います。（図9）

最低基準なり指導基準があって、これを守らないところは指導監査をする。しかし自助

努力のところは第三者評価というほかの専門性の高いところでお願いします。そして情報公表の義務付けは、指導監査が見るような内容、あるいは自助努力の内容も全部ひっくるめて、客観的かつ定量的なものをきちんと確認し、公表していきましょうというものです。ですからこの3つは、それぞれ役回りが違います。その中で一番ベースになる、基本図になるのが情報公表です。法律で義務付けてこれを理解してやっていただくということです。こういう関係にあることを念頭においていただければと思います。この関係がごちゃごちゃになるとおかしくなります。情報公表は監査ではありません。ただ、うそを書かれたりしますと、うそを書いたということが監査の対象になります。そこまで不問に伏すわけではありません。3つがこういう関係にあるということをご理解いただければと思います。

〈「介護サービス情報の公表」制度の概要〉

利用者には、「より適切な事業者を選択することが必要」です。しかし情報入手は困難であるという状況です。事業者には、「取組の努力が適切に評価され選択されることが必要」です。しかし公平・公正に選ばれる環境がありませんでした。そういう意味では、この仕組みは非常に面白い仕組みです。事業者が利用者の選択に資する情報を自ら積極的に公表するところに特色があります。公表は義務です。しかし書くのは事業者自身です。そして事実関係を確認するところだけ確認調査をする。こういう特色のある仕組みになっています。（図10）

公表制度のポイントです。これは「利用者の介護サービス事業所の選択（比較検討）を支援」するものです。格付けをやろうとしているわけではありません。そこはご理解いただきたいと思います。実は、この介護サービス情報の公表は非常にストイックと言いますか謙虚な制度です。あまり出しやばったりしない。例えば、マニュアルがありますかということについても、分厚いマニュアルであっても紙1枚のものであっても、その中身の良し悪しのところまでは立ち入りません。それは正直申し上げて難しい。従事者の人たちが何十時間も議論して1枚の紙にまとめたマニュアルやサービス手順書は、議論の参加者全員にしっかり身に付いていて良い効果を発揮するかもしれません。施設長が棚から持ってきたマニュアルは、立派できれいな冊子であるかもしれません。でも付箋1つ付いていない。マニュアルはあるけれど根付いていないかもしれません。そういうことを評価し始めると膨大な仕組みになります。ですからそこを評価するものではないということをご理解いただきたいと思います。そういう意味では、あくまでも参考の情報です。しかし確実に正確な情報が手に入るということです。

この制度はすべての事業所を対象とします。そして年に1回公表します。事実確認が必要な情報については、都道府県が養成する「介護サービス情報の公表」制度に関する趣旨や理念を理解した調査員に入っていただきます。そして誰でも比較可能な客観的な情報を公表する。ばらつきのある

情報は扱わないということです。（図11）

そして基本になる情報と調査をする情報を公表する。先ほど紙1枚ときれいな冊子と言いましたマニュアルなどは調査情報になります。住所などは基本情報です。基本情報は事業者自らが記入、報告していただきそのまま公表します。一方、調査情報は本当にあるかどうか確認をさせていただきます。これは都道府県がやる事務です。自治事務ですが、都道府県は多様な方法も駆使できるようにしています。例えば、その県自身でやれるというところもあれば、外部の機関を使ったほうが効率的だということもあります。そこは都道府県である程度選択できます。大切なことは、中立公平、あるいは調査の均一性の確保

は都道府県が担う役割だということです。そしてあくまでも都道府県事務ですから、指定機関を設置した場合も都道府県に責任を持ってこれを管理していただきます。

こういった2つの情報を都道府県または指定情報公表センターがインターネットで公表します。今約15万の事業所があります。の中には、年に1回しか介護報酬をもらっていないところもあります。さすがにそういうところまでは入れていません。介護報酬収入年額100万円以上の事業所を対象としています。ですから仮に10万の対象事業所があるとして、1つの事業所の情報提供量がA4用紙に30枚だとすると、300万枚になります。これを冊子にはできません。したがって、インターネットを活用します。

インターネットを活用すると、本のページをめくるよりは便利です。一度に3つが比較できるようにはしています。これを10も20も比較できるようにすると今度は画面が小さくなってしまいますから、せいぜい3つくらいかなと思っています。例えば、築地界限で訪問介護をやっているところを比較したいと思ったら、3か所並べて比べてみるができます。また自分が月島のあたりで、訪問介護を利用したい場合、月島で検索すると事業所の名前が出てきて、1つ1つ調べることもできます。それを参考情報にするわけです。そういう意味で、インターネットの活用を中心にしています。しかし決して全部インターネットでなければならないと言っているわけではありません。情報を提供する方法は多様でいいと考えています。（図12）

ケアマネジャーさんには是非これを理解していただきたいと思います。本来ケアマネジャーは利用者に複数のサービスの選択肢を示して、選んでもらってくださいという役割があります。今までケアマネジャーさんも細かくは説明できないこともいろいろあったと思いますが、今後は客観情報によってある程度深く説明できる。聞かれたことに答えられる部分が増えてくると思います。例えば、うちの村には3か所しか訪問介護事業所はないよということであれば、プリントアウトして見てもらうという方法もあっていいと思います。市町村でもいろいろな支援方法を考えてもらうといいと思います。まだまだこれは発展途上だと思います。

いろいろな実施体制を整理しました。要点は公表と調査を外部機関にやってもらうかどうかということです。「実施体制例1」は、公表センターを指定し、調査機関を指定するという方法です。「実施体制例2」のように都道府県が全部やるという方法もあります。47都道府県のうち「実施体制例1」のシステムを使っているのが30か所、そして「実施体制例2」のような完全直轄というところはありません。法律の考え方は都道府県の事務ということですから、これが基本形ですが、多様な方法がとられています。「実施体制例3」がほしい10か所、「実施体制例4」は7か所で行われています。（図13）

情報公表の方法は、いつでもどこでも誰でも閲覧可能なインターネット・ホームページ上ということです。現在の段階では32の都府県で準備ができて、インターネットで見ることができます。一番早かったのは愛媛県だったように記憶しています。これが6月か7月くらいだったと思います。

情報を出していただいたあとに、調査に行かなければいけません。調査が終わって確認ができたなら公表ということになりますから、若干時間差があります。残ったところも準備でき次第、どんどん公表になります。初年度ですから、どうしても準備の時間をいただきますが、これがだんだん回っていくということになればいいことになるかなと思っています。

いろいろな方法で公表をしてほしいと思います。自分のところは別に公表してもいいわけです。またどんどん家族やケアマネジャーさんにも利用していただきたい。事業者も利用者もこの情報を十分に、うまく使っていただきたいと思います。（図14）

介護サービス情報の公表の効果ですが、利用者から見ると、何を見て選ぶのかという視点ができるのではないかと思います。いくつか見ていくうちに「あれ、ここはどうだろうか」という視点ができると思います。それから選択肢の絞り込みができます。事業者から見ると、自分の努力が広く広報されるということになります。また他の事業者の取り組みを参考にすることができます。

こういうメリットがあると思います。一番受益が大きいのは事業者でしょう。自分を知っていただくことが積極的にできるわけです。（図15）

〈「介護サービス情報の公表」制度の具体的内容〉

介護給付と予防給付は、都道府県指定、市町村指定を合わせて、38のサービスの種類があります。そのうち現在は、9サービス（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・通所介護・特定施設入居者生活介護・福祉用具貸与・居宅介護支援・介護老人福祉施設・介護老人保健施設）について、平成18年4月から公表対象になっています。都道府県が指定した調査機関が調査して公表されます。現在、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護療養型医療施設について、平成19年4月から対象とする準備をしています。（図16）

実は、項目をつくるのがたいへんでした。これはシルバーサービス振興会に研究をお願いしまして、大森先生、樋口先生にも入っていただき、また現場の委員も含めると100人以上の方々に関わっていただきました。1つのサービスで10人くらいの委員の方に議論をしていただき、モデル事業を行い、そして調査がうまくいったかどうか、データの妥当性があるかどうか点検をしました。コンセプトからモデル実施、最終的な詰めまでおおよそ3〜4年かかっています。よく段取り百倍、詰め十倍と言いますが、この仕組みはこういう手順の下でつくられています。ですから30種類のサービスすべてを一度に対象にはできません。ただ残った26のサービスについても、さすがにいつまでも待つというわけにはまいません。今までやったサービスの積み上げもあります。例えば介護予防と訪問介護は似たところがありますから、もう少し早くモデル事業や検討を進めていきたいと思っています。そうした準備が整い次第、順次実施に移し、できれば次の改定までには、すべてのサービスで公表システムが動くという方向で努力したいと思っています。

報告・調査・情報公表は計画的に実施します。介護報酬収入額100万円以上の事業所が対象です。計画は都道府県がつくれます。計画の基準日は特定の1日としています。つまり1年のうちの1日を県ごとに指定し、その日を基点として記入していただいています。そのほか、調査月、指定調査機関の名称、情報公表月などが計画で定められます。（図17）

基本情報の主な項目は、「運営法人等の概要」「事業所・施設の概要」「従業者の状況」、「介護サービスの内容」「利用料」「都道府県知事が必要と認める事項」です。

「基本情報」の概要については、あとで資料（図18）をご覧ください。介護老人福祉施設であれば、法人名、種類、所在地などいろいろ入ります。

例えば、介護老人福祉施設では、施設に関する情報、それから介護報酬加算の有無のなし・ありを自ら付けていただく。食事に要する費用も1食あたりいくらか。こういうイメージでどんどん情報を出していただくというかたちになります。もちろん年に1回の静態的なものですから、その間に改善されてもすぐには反映されません。まずは年1回ということでお出しています。（図19）

「調査情報」は、確認しなければいけない情報です。ここは専門家の先生方に相当議論をしていただきました。例えば、計画内容の説明があるかないか。記録があるかないか。マニュアルがあるかないか。いわばあるかないかという有無ということがすっきりしてい

て誰が見ても分かるようにしようと。客観的な情報ですから、判断があまり恣意的になってはいけません。また調査機関はコンサルティングをしてはいけません。コンサルティングと一緒に評価あるいは調査することは絶対にいけないと思います。（図20）

調査事務の方法としては、調査員は2名以上です。面接をして報告された事項のみを確認します。報告がなければならないということです。良し悪しの評価はしません。不十分と思う方もいるかもしれませんが、客観的にやるとはこういうことです。全部やるのであればISOなど違う仕組みでやるべきだと思います。まずは万人が比較できる情報の公表ということに力点をおいています。（図21）

また、資料は、紙、電子媒体は問わないなど、とにかく客観化するための努力をいろいろしています。調査の終了については、結果について同意を得て終了、公表させていただきます。（図22）

「調査情報」の報告及び調査結果は、大項目・中項目・小項目・確認事項・確認のための材料という階層構造になっています。このあたりは、今後、いろいろな事実、材料が挙がってくると思います。そういうものを積み重ねていく中で、この内容が進化していくのではないかと考えています。そういう意味では、地味ですが質の向上に向けて徐々に効果が上がってくる仕組みではないかと考えています。（図23）

情報公表システムは、介護サービス・住所一覧から検索したり、複数の事業所を比較できます。ユニバーサルデザインへの配慮もしています。こういう画面が見やすいかどうかは別として、イメージとしてはこういうかたちで公表します。（図24-25）

手数料については、いろいろ議論があります。まずは事業者の方々が自ら選ばれることを支援するので事業者から手数料の負担をいただきます。これは、都道府県条例で定めますから、例えば北海道と佐賀県では当然違います。また国はガイドラインを示すということです。（図26）

最後に、当面の課題は何かということです。より良い情報公表制度を実現するために、まずは制度の理解促進を事業者の方にもして利用者の方にも、そして行政の方にもしていただくということです。例えば、監査と混同するようなことのないように、この趣旨の誤解がないように、きちんと理解していただくことが大切です。

残ったサービスについても、利用者の方は、加速度的に知りたくなるはずです。訪問介護の情報があって小規模多機能はないのかというような意見が挙がると思います。準備には時間がかかるのですが、全面施行に向けて積極的な取り組みも必要です。

それから最後に、協力・協働ということ。事業者も利用者もこの介護サービス情報の可能性と役回りをきちんと理解していただくということだろうと思います。私たちは、自治体、事業者、利用者の意見を踏まえながら進化をさせていきたいと考えています。そういう意味では、共につくる情報公表ということがこれからの大きな課題ではないかと考えています。ですからいろいろなご意見やご質問もQ&Aにまとめて出したりしています。この情報公表制度が介護保険の質の向上につながり、努力している事業者が報われ、そして何よりも利用者の自立につながるということになれば幸いです。（図27）

以上、どうもありがとうございました。

司 会 古都様、たいへん分かりやすいお話の数々ありがとうございました。それでは皆さま、今一度拍手を持ってお送りくださいませ。ありがとうございました。皆さまにも介護サービス情報の公表制度の意義また仕組みなどに関してご理解いただけたかと思います。

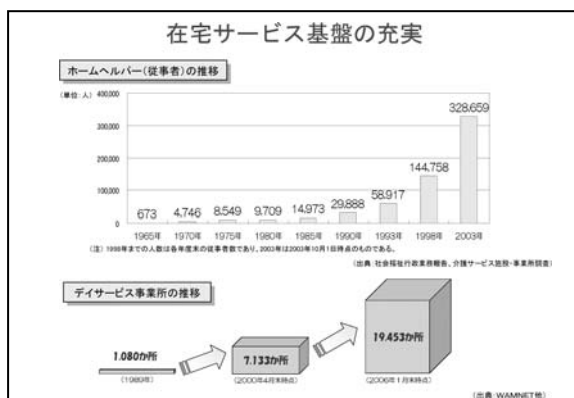


図1

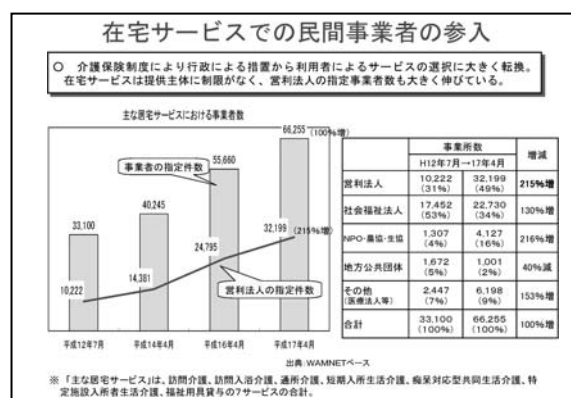


図2



図3

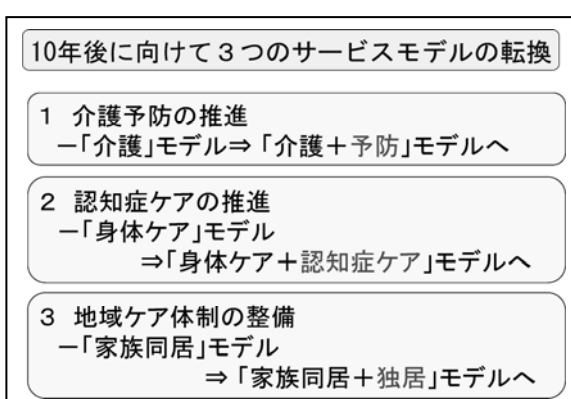


図4

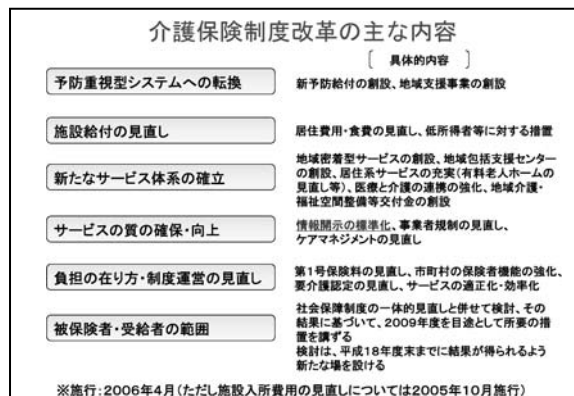


図5

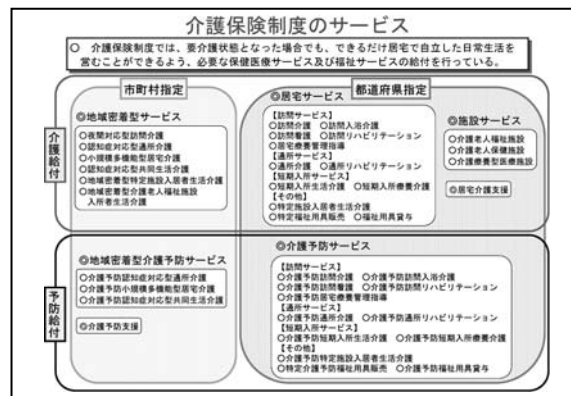


図6

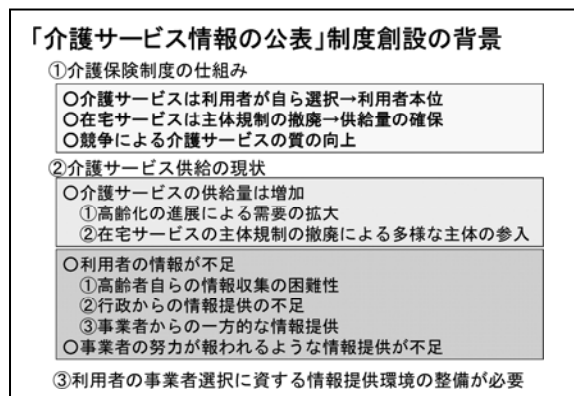


図7

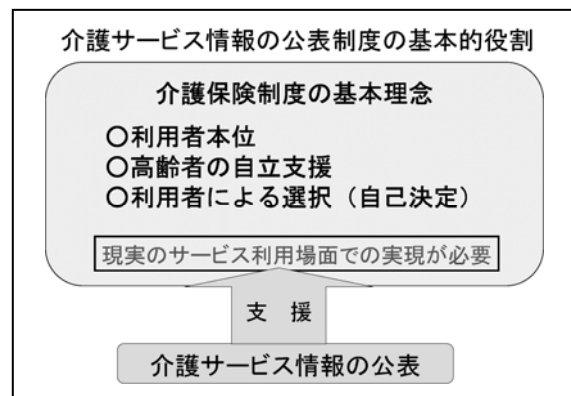


図8

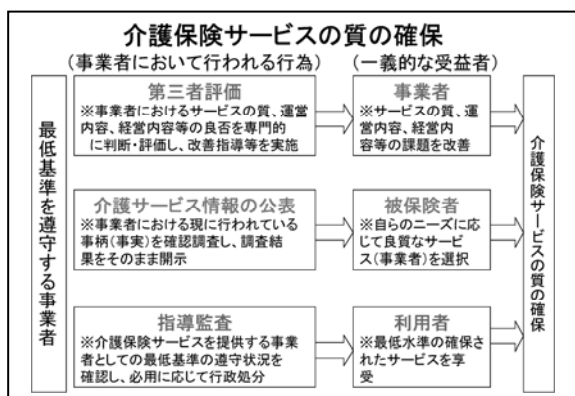


図9

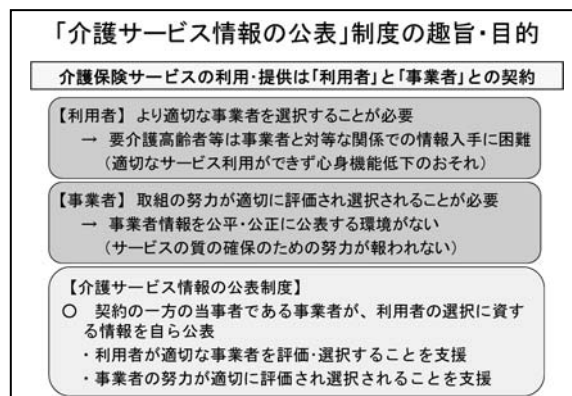


図10

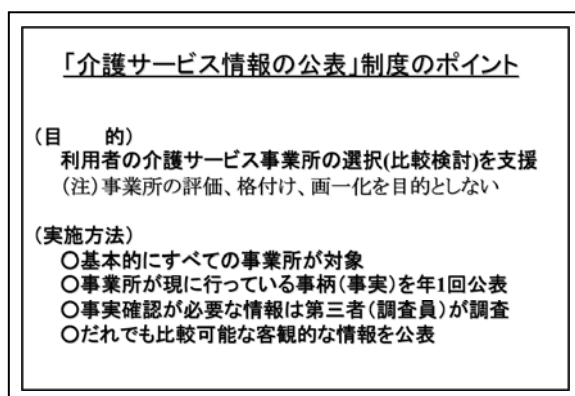


図11



図12

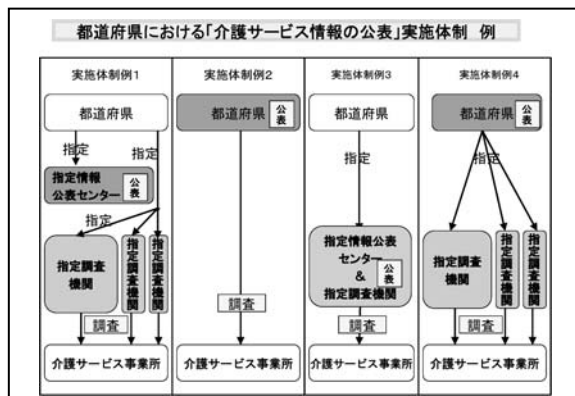


図13

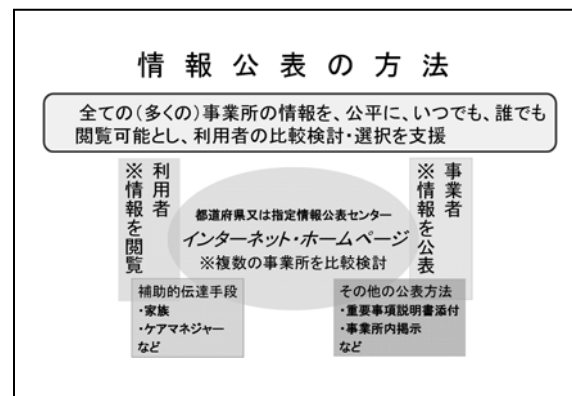


図14

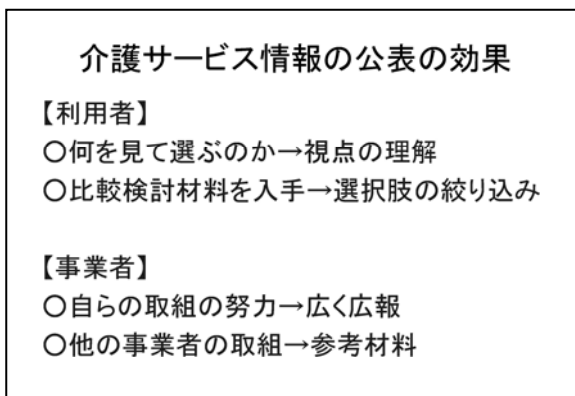


図15

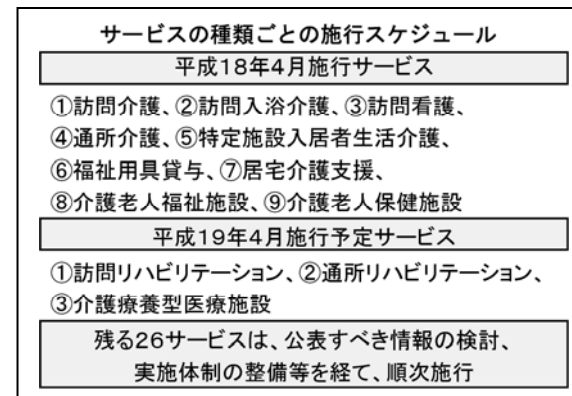


図16

報告・調査・情報公表の計画的実施	
○ 全国10万以上の事業所の報告・調査・情報公表を円滑に実施 (介護報酬収入年額100万円を超える事業所が対象) → 毎年、都道府県ごとに計画を定めて実施	
《計画で定める主な事項》	
1	計画の基準日
2	計画の期間
3	報告対象事業所の名称
4	報告の提出先及び期限
5	調査月
6	指定調査機関の名称
7	情報公表月
8	その他

図17

「基本情報」の概要	
(介護老人福祉施設の例)	
事項	主な内容
運営法人関係	法人名・種類、所在地、連絡先、代表者名、設立日、他に実施する介護サービス
施設関係	施設名、所在地、連絡先、指定番号、管理者名・職名、指定日、交通手段
従業者関係	職種別(常勤・非常勤別)人数、勤務時間、資格、従業者1人当たり利用者数、夜勤体制、嘱託医、従業者の業務経験年数、健康診断実施状況等
サービス内容関係	運営方針、介護報酬加算サービス、提供実績、施設・設備状況、苦情窓口、損害賠償、特色等
利用料金関係	食費、居住費、特別居室費、特別食費、理美容代、日常生活費等

図18

施設からの「基本情報」の報告例	
(施設に関する事項)	
施設名称	介護老人福祉施設 〇〇〇〇
施設の所在地	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇8-9-0
施設の連絡先	電話 000-000-0000 FAX 999-999-9999
(従業者に関する事項)	
実人数	常勤 非常勤
医師	0 0 1 0
生活相談員	1 0 0 0
看護職員	5 0 1 0
介護職員	12 0 3 1
(介護サービスの内容に関する事項)	
重度化対応(介護報酬の加算)の有無	なし あり
栄養マネジメントの実施(介護報酬の加算)の有無	なし あり
看取り介護の実施(介護報酬の加算)の有無	なし あり
(利用料等に関する事項)	
食事に要する費用の額及びその算定方法	1食あたり〇〇〇円。 (□□〇〇円+△△〇〇円)
居住に要する費用の額及びその算定方法	1日あたり〇〇〇円。 (□□〇〇円+△△〇〇円)

図19

調査情報の主な項目	
1 介護サービスの内容	
①	契約内容、介護サービス計画内容等の説明の有無
②	介護サービス提供マニュアル、実施記録等の整備の有無
③	相談、苦情等対応の取組の有無
④	介護サービス提供内容の評価、見直し等の取組の有無
⑤	地域住民、ボランティアの受入れ等外部との連携の有無
2 事業所・施設の運営状況	
①	事業計画等の策定・開示、業務改善会議等の取組の有無
②	業務分担の明確化、相談指導体制の確保等の取組の有無
③	安全管理・衛生管理の取組の有無
④	情報管理、個人情報保護等の取組の有無
⑤	計画的な従業者研修、利用者意向を踏まえた運営改善等の取組の有無

図20

調査事務の方法①	
○ 調査員2名以上 (1名はサービスに関する知識を予め有する者)	
○ 事業所を訪問し、代表者との面接調査	
【面接調査の方法】	
○ 報告日現在及び報告日前1年間の調査	
○ 報告された事項のみを調査	
○ 事業者が提示する情報の事実の有無を確認 (注) 良し悪しの評価はしない	
※ 事業者自らの公表が前提	
※ 利用者自身の評価力の育成	
※ 評価は、人(主観)により異なる	
○ サービス提供記録等は、原本を1件以上確認	
※ 事業者は、1件で他の日常的な取組を説明	
※ 一定の確認基準は評価につながる	

図21

調査事務の方法②	
○ 資料は、紙、電子媒体は問わない	
○ マニュアル、記録等の具体名は問わない	
○ 事業計画等は、法人全体のものでも可	
○ 研修会等の記録は、題目、日時、出席者、概要等を確認	
○ 研修は、外部研修への参加でも可	
【調査の終了】	
○ 調査は、調査結果についての同意を得て終了	
・調査結果に事実誤認がないこと	
・調査結果がそのまま公表されること	

図22

「調査情報」の報告及び調査結果の例					
【大項目Ⅰ】介護サービスの内容に関する事項					
中項目	小項目	確認事項	確認のための材料	報告	調査
利用者本位のサービスの質の確保のために講じている措置	認知症の利用者に対するサービスの質の確保のための取組の状況	認知症の利用者への対応及び認知症ケアの質を確保するための仕組みがある。	認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等がある。	あり	あり
				なし	なし
【大項目Ⅱ】介護サービスを提供する事業所の運営状況に関する事項					
中項目	小項目	確認事項	確認のための材料	報告	調査
①適切な事業運営の確保のために講じている措置	計画的な事業運営のための取組の状況	事業計画を毎年度作成している。	毎年度の経営、運営方針等が記載されている事業計画又は年次計画がある。	あり	あり
				なし	なし

図23

情報公表システムの概要	
【基本機能】	
・介護サービス・住所一覧からの検索	
・複数事業所の比較	
・高齢者や視覚障害者の方に配慮した設計 (拡大文字、音声読上)	
・専門的な用語の説明	

図24



図25

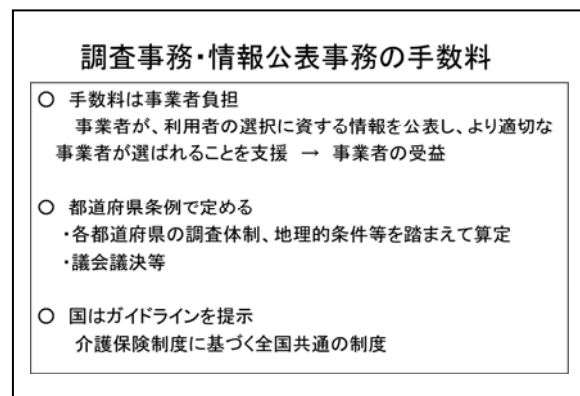


図26

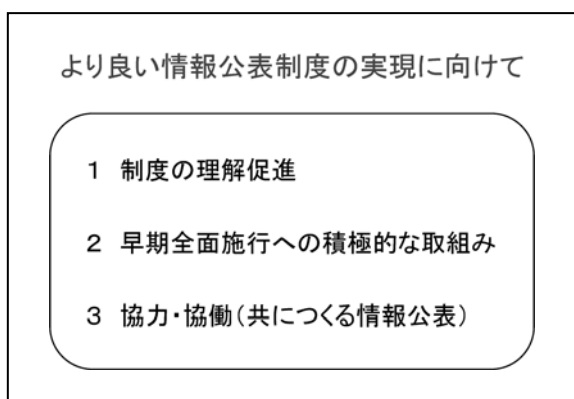


図27