

しかし、実際には、苦情を訴えなくてもサービスを控えることも考えられる。

事業者に関する情報提供については、最も多かったのは「事業者名や連絡先などの一覧の配布」が70.6%であり、それについて「インターネットを通じた情報提供」が11.8%、「事業者のガイドブックの配布」が11.5%、「事業者のアピールなども取り入れた一覧の配布」が5.9%の順である。

在住外国人に説明会を実施したり、外国語で情報提供をするなど特別な配慮を行なった自治体は14.3%、検討中の自治体は11.3%であり、行なう予定がない自治体が7割弱を占めている。在住外国人が自治体に占める割合を検討する必要があると考えられるが、普遍化を目指している介護保険が選別的にならないように在住外国人に対しても十分な情報提供ができるような工夫をする必要があると考えられる。

表1-7-1 自治体の特性

(単位：%、自治体N=1361)

自治体	区	1.2% (16)	苦情内容：1番目に多い	保険料	51.6% (703)
	市	31.4 (428)		サービス内容	6.2 (85)
	町	54.1 (737)		要介護認定	4.6 (62)
	村	13.2 (180)		制度全般	2.7 (37)
自治体の人口	1万未満	38.5% (524)	2番目に多い	利用者負担	1.3 (18)
	1万以上～3万未満	27.2 (370)		特にない	9.6 (131)
	3万以上～5万未満	9.5 (129)		制度全般	23.2 (214)
	5万以上～10万未満	14.0 (190)		要介護認定	22.0 (203)
	10万以上	14.0 (190)		サービス内容	12.7 (117)
要支援・要介護者	100人未満	6.8% (90)	3番目に多い	保険料	8.6 (79)
	100～300人未満	36.9 (489)		利用者負担	5.6 (52)
	300～500人未満	17.9 (238)		特にない	2.9 (27)
	500～1000人未満	15.6 (207)		要介護認定	20.6 (144)
	1000～3000人未満	14.6 (194)		サービス内容	17.6 (123)
	3000人以上	8.1 (108)		制度全般	16.9 (118)
介護保険料	1533～2500円未満	19.0% (238)	事業者に関する情報提供 (MA)	利用者負担	10.4 (73)
	2500～3000円未満	51.3 (641)		特にない	5.7 (40)
	3000～3500円未満	26.2 (327)		事業者一覧表の配布	70.6% (962)
	3500～4612円	3.5 (44)		アピール付きの一覧表配布	5.9 (81)
苦情件数	0件	37.2% (480)	ガイドブック配布	11.5 (156)	
	1～5件	23.4 (301)	インターネットなど情報提供	11.8 (161)	
	6～20件	18.3 (236)	在住外国人の情報提供：行なった	14.3 (195)	
	21～60件	10.2 (131)		検討中である	11.3 (154)
	61件以上	10.9 (141)		行なう予定はない	72.5 (988)

## 2) 介護サービスの質の確保策と関連変数との相関関係

介護サービスの質の確保策への取り組みの指標としての自治体独自の評価システムの有無を従属変数とし、人口学的指標、経済的指標、介護サービス利用上の問題、介護保険の普遍化、介護保険の苦

情の指標を用い相関関係の分析を行った（表1-7-2参照）。それぞれの指標については前項で記述した。

まず、人口学的指標として、自治体の人口、第1号被保険者、要支援・要介護者は自治体の独自評価システムとの間で強く有意な相関を示していた。すなわち、自治体の人口が多いほど、第1号被保険者の人数が多いほど、要支援・要介護者が多いほど自治体は介護サービスの質の確保のため、施設や事業者に対して自治体独自で評価するシステムを実施しているといえるだろう。

次に、経済的指標として、第1号被保険者の介護保険料は、自治体の介護サービスの質の確保策との間で有意な相関を示していた。しかし、介護保険総事業費（在宅サービス・施設サービス総事業費）は介護の質の確保策との間で有意な相関が見られなかった。いかえれば、自治体は、第1号被保険者の介護保険料が高いほど、サービスの質の確保のため独自の評価システムを実施しているが、介護保険総事業費の高低により介護サービスの質の確保への取り組みは影響を受けないようである。

介護サービス利用上の問題として、居宅介護サービスの問題の指標とケアマネジャー関連の問題の指標は、自治体の独自評価システムとの間で強く有意な相関を示していた。すなわち、自治体は居宅介護サービスの問題が多いほど、ケアマネジャーに関連する問題が多いほど、介護サービスの質の確保策のため自治体独自の評価システムを実施しているといえるだろう。逆にいえば、自治体は、居宅介護サービスの問題が少なく、ケアマネジャーに関連する問題が少ないと介護サービス質の確保策のため独自の評価システムを実施する必要性がなくなるのだろうか。これについては今後の課題として検討しなければならないだろう。

介護保険サービスの普遍化の指標としての障害者施策によってホームヘルプサービスを利用してきた者への利用料の軽減と低所得者に対する利用料の軽減を行なった法人に対する措置は、介護サービスの質の確保策との間で有意な相関を示していた。すなわち、介護保険制度実施前から障害者施策によってホームヘルプサービスを利用していた者への利用料の軽減を行なっている自治体と、低所得者のサービス利用者に対して利用軽減を社会福祉法人が行なった場合に、法人に対して措置を実施している自治体は、介護サービスの質の確保策のため自治体独自の評価システムを実施する傾向があるといえるだろう。少数民族に対する配慮としての在住外国人に対する外国語での情報提供は、介護サービスの質の確保策との間で強く有意な相関を示していた。いかえれば、在住外国人に介護保険サービスについての説明会を設けたり外国語で介護保険に関する情報を提供する自治体は、介護サービスの質の確保のため自治体独自の評価システムを実施する傾向があるといえるだろう。

介護サービスの苦情の指標としての苦情件数は、介護サービスの質の確保策との間で強く有意な関連を示しており、受け付けた苦情件数が多い自治体ほど、介護サービスの質の確保策のため自治体独自の評価システムを実施する傾向があるといえるだろう。苦情の内容別では、2番目に多い苦情として最も多くの自治体があげていた介護保険制度全般のみが介護サービス質の確保との間で有意な関連を示していた。すなわち、介護保険制度全般の苦情が多い自治体は、介護サービスの質の確保策のため自治体独自の評価システムを実施する傾向が弱くなっている。自治体は苦情件数が多いと介護サービスの質の確保のため自治体独自の評価システムを実施する傾向があるが、苦情の内容によって介護サービスの質の確保策のため独自評価をシステムの実施の有無が影響を受けないのはなぜだろうか。

その理由については今後の課題にしたい。

表1-7-2 介護サービスの質の確保策の取り組みと関連変数との相関係数

独立変数	相関係数
人口学的指標	
自治体人口	.24**
第1号被保険者	.17**
要支援・要介護者	.18**
経済的指標	
介護サービス総事業費用	-.03
第1号被保険者介護保険料	.07*
介護サービス利用上の問題	
居宅介護サービス問題	.15**
ケアマネジャー関連の問題	.13**
介護保険の普遍化	
高齢者施策による費用負担軽減	.04
障害者施策による費用負担軽減	.07**
利用者負担の減免を行なった法人に対する措置	.08**
外国語で情報提供	.24**
介護サービスに関する苦情	
苦情件数	.17**
苦情内容：1番目保険料	-.02
2番目制度全般	-.08*
3番目要介護認定	.02

\*\*p<.01    \*p<.05

### 3) 介護保険の苦情解決に影響を与える要因

介護保険に関する苦情に関する情報を「計画を進行管理する委員会」、「サービス事業者の連絡会」、「市民」のそれぞれに提供している程度を従属変数とし、人口学的指標、経済的指標、介護サービスの利用上の問題、介護保険の普遍化、介護サービスの苦情、介護サービスの質の確保との相関関係の分析を行った（表1-7-3参照）。

まず、人口学的指標として、自治体の人口、第1号被保険者、要支援・要介護者は「委員会」、「連絡会」、「市民」への情報提供の程度との間で強く有意な相関を示していた。言い換えれば、自治体の人口が多いほど、第1号被保険者の人数が多いほど、要介護・要支援者が多いほど自治体は苦情に関する情報を「計画を進行管理する委員会」、「サービス事業者の連絡会」、「市民」に公開する傾向を示しているといえるだろう。

しかし、経済的指標である在宅・施設事業費用と第1号被保険者の保険料は、「計画を進行管理する委員会」、「サービス事業者の連絡会」、「市民」への苦情に関する情報提供の程度との間で有意な相関がみられなかった。

介護サービスの利用上の問題の指標としての、居宅介護サービスの問題とケアマネジャー関連の問題の指標は、「委員会」、「連絡会」、「市民」への情報提供の程度との間で有意な相関がみられた。す

なわち、自治体は居宅介護サービスの問題が多いほど、ケアマネジャーに関連する問題が多いほど、「情報計画を進行管理する委員会」、「サービス事業者の連絡会」、「市民」に苦情対応の状況をより詳しく報告しているといえるだろう。

介護保険の普遍化の指標は、外国語での情報提供の有無のみが「委員会」、「連絡会」、「市民」への情報提供との間で強く有意な相関を示していた。すなわち、在住外国人に介護保険に関する説明会を設けたり、情報を提供する自治体は、市民からの苦情対応の情報を「計画を進行管理する委員会」、「サービス事業者の連絡会」、「市民」に対して報告する傾向が強い。障害者施策による費用負担軽減を行なっている自治体と、低所得利用者の費用負担軽減を行なっている法人に措置を実施している自治体は、「計画を進行管理する委員会」との間で有意な相関を示している。

介護サービスの苦情の内容の指標としては、苦情件数が2番目に多い苦情として制度全般に関する苦情をあげているかどうかという変数のみが「連絡会」との間で負の有意な相関を示していた。また、介護保険制度全般に関する苦情が多い自治体ほど苦情に関する情報を「サービス事業者の連絡会」に公開する傾向が低いという結果になっている。

介護サービスの質の確保策の指標として用いた自治体評価システムの有無は、「委員会」、「連絡会」、「市民」との間で強く有意な相関を示していた。すなわち、介護サービスの質の確保への取り組みを行なっている自治体は、「計画を進行管理する委員会」、「サービス事業者の連絡会」、「市民」に介護保険の苦情に関する情報をよりくわしく報告する傾向があるといえるだろう。

表1-7-3 苦情に関する情報の提供の程度と関連変数との相関係数

独立変数	委員会への 情報提供	連絡会への 情報提供	市民への 情報提供
人口学的指標			
自治体人口	.15**	.18**	.11**
第1号被保険者	.12**	.08**	.11**
要支援・要介護者	.11**	.07**	.11**
経済的指標			
在宅・施設事業費	.00	.03	.02
1号保険者介護保険料	.00	.01	.02
介護サービス利用上の問題			
居宅介護サービス	.10**	.14**	.11**
ケアマネジャー関連の問題	.10**	.14**	.07*
介護保険の普遍化			
高齢者施策による費用負担軽減	.03	.05	.03
障害者施策による費用負担軽減	.09**	.06*	.05
利用者費用軽減を行なった法人に対する措置	.10**	.05	.06*
外国語で情報提供	.15**	.14**	.15**
介護サービスに関する苦情			
苦情件数	.04	.00	.04
苦情内容：1番目保険料	-.01	-.01	-.06
2番目制度全般	-.05	-.11**	-.07
3番目要介護認定	.06	-.05	-.04
介護サービスの質の確保			
自治体評価システム	.22**	.17**	.14**

\*\*p<.01 \*p<.05

#### (4) まとめと今後の課題

本研究では、全国の自治体を対象に介護サービスの質の確保と苦情解決に影響を与える要因を明らかにするために、人口学的指標、経済的指標、介護サービスの利用上の問題の程度、介護保険の普遍化への取り組みの程度、苦情対策の指標を用いて相関関係の分析を行った。分析にあたっては、これらの指標が大きな値を取るほど自治体は介護サービスの質の確保策と苦情解決に積極的に取り組むだろうという仮説を立てた。

分析の結果、介護サービスの質の確保策には、人口学的指標、介護サービス利用上の問題、介護サービスの普遍化の指標が影響を与える要因として作用していることが明らかになった。とくに、在住外国人に説明会の実施と情報を提供する自治体ほど、介護サービスの確保のため独自の評価システムを実施している傾向がみられることは興味深い。介護保険の苦情の指標として用いた苦情件数は、介護サービスの質の確保との間で有意な関連を示していたが、2番目に多い苦情の内容が制度全般に関する苦情であるかどうかは、介護サービスの質の確保策との間で負の相関が見られた。

そのほか、苦情対策には、おおむね自治体の人口学的指標、介護サービスの利用上の問題、介護保険の普遍化、介護サービスの質の確保が影響を与える要因として作用していた。

以上のように、介護サービスの質の確保と苦情解決には、自治体の人口学的要因、介護サービスの利用上の問題、介護保険の普遍化の指標としての在住外国人への情報提供の有無が影響を与える要因として作用していた。しかし、経済的指標と苦情内容は、介護サービスの質の確保策と苦情解決との取り組みの程度に有意な関連を示さなかった。

新しいシステムを創造しようとする時、古いシステムは否定しなければならないが、古いシステムを否定する行為に、新しいシステムを創造する行為が含まれていなければ、古いシステムを否定することが、新しいシステムの創造に結びつかない(神野、1999)。

従来の措置制度では、サービスを提供する事業者側と利用者側の直接契約関係は存在せず、あくまで事業者と措置を行う自治体との間に契約が結ばれ、要介護者にサービスを提供していた。したがって、介護サービスに不満などがある場合は直接自治体に申し立てることができた。しかし、現在の介護保険のもとでは、事業者とサービス利用者側が直接契約を結ぶようになっており、自己決定や自己責任が重視される社会になっている。そのため、自治体が責任を免れがちである。民間企業は、消費者の欲望を操作しているという批判や、政府に劣らない官僚化が進行しているといわれている反面、民間企業の方が政府より、消費者の受容に対して敏感であり、行動も機動的である(武川、2001)という指摘もある。事業者に対する判断が異なっている状況の中で、自治体は、利用者に適したサービスの選択を可能にする情報提供やサービスの質を確保するためのサービス評価システムの整備に取り組むことなどが必要になると考えられる。

介護保険サービスの利用者側は、事業者側に介護サービスに関するトラブルや被害にあっても、それを訴えることが困難な状況にあることもあり、不満や苦情は潜在化する恐れがある。介護サービスの利用者は、サービス事業者に対して弱い立場におかれている。たとえば、国民生活センターの「ホームヘルプサービス利用実態調査(1997)」では、ヘルパーの訪問によって嫌な思いや被害にあった人のうち8割は「どこにも言わなかった」としている。それは、過半数の人々が「気まずくす

るのがいやだった」、「ヘルパーが来てくれなくなったら困る」など、不満を訴えることによって被害がエスカレートするのではないかという不安が積もっているからである（伊藤、2001：216）。すなわち、介護保険料や1割の利用料を負担しているにも関わらず、サービス利用者側が直接サービスの提供者に金銭を支払わないことと、サービス利用者の置かれている弱い立場が不満・苦情を潜在化する要因として作用していると考えられる。とくに、高齢化が進み、高齢者夫婦のみの世帯と一人暮らし高齢者が増加している今日、このような状況は増えることが予想される。それに加えて、事業者に属するケアマネジャーが利用者の不満や苦情をどの程度まで受け入れて解決に向けて任務を果たすかも課題である。一方、消費者としての意識の向上により、介護保険制度をめぐる苦情が噴出することも予想される。したがって、自治体における介護サービスの質の確保策と苦情解決は、これまで以上に重要な課題になると考えられる。

今後の研究課題としては、第1に、要支援・要介護者が自治体の人口に占める割合についても分析する必要があると考えられる。本研究では、人口学的指標として自治体の人口の人数しか把握することができず、自治体の人口が多いほど介護サービスの質の確保策と苦情対策を行なっているような結論になってしまった。しかしながら、自治体の人口に占める要支援・要介護者の割合も介護の質の確保策と苦情解決に影響を与える要因として作用することが考えられる。

第2に、介護サービスの苦情の内容のみならず苦情を訴えやすい環境であるかどうかについて分析する必要があると考えられる。すなわち、本研究では苦情の内容が介護の質の確保策と苦情解決との間で有意な関連がほとんどみられなかった。有意であったとしても負の相関がみられた。苦情は、相手に対する期待感や信頼があるから出てくるのであり、期待感や信頼感が失われてしまえば利用者は最終的な解決方法としてサービス事業者を変えてしまう傾向がある（岡本、2000：107）。したがって、苦情を訴えやすい環境であるかどうか重要な要因であるだろう。

## <参考文献>

- 伊藤周平、2000『介護保険と社会福祉：福祉医療はどう変わるか』ミネルヴァ書房
- \_\_\_\_\_、2001『検証介護保険』青木書店
- 小林良二、2001「要介護認定とケアマネジメント」『季刊・社会保障研究』36(2)、167-175
- 厚生労働省、2000『国民生活基礎調査』
- 厚生統計協会、2001『国民の福祉の動向』
- 岡本祐三、2000、『介護保険の教室：自立と支え合いの新秩序』PHP新書
- 神野直彦、2000「三つの福祉政府と公的負担」神野直彦・金子勝編『福祉政府への提言』岩波書店、265-314
- Hiraoka, Koichi, 1999 "Long-term Care Needs of Elderly Japanese and Policy Implications", paper presented at the 6th Asia/Oceania Congress of Gerontology.
- 平岡公一、2001「福祉国家体制の再編と市場化－日本の介護保険を事例として－」（社会政策学会第102回大会（2001.5.26）配布資料）
- O'Malley, T. A. et al. 1983. Identifying and preventing abuse and neglect of elderly persons. Ann.

Intern. Med. 98, 998-1005.

Phillips L. R., Morison, E. F., Chae, Y. M. 1990. The Qualcare Scale : developing an instrument to measure quality of home care. Journal Nurs. Stud. 27(1). 61-75

佐和隆光、2001『21世紀日本型資本主義は何処へいく』2001ニッセイ基礎研シンポジウム

隅谷三喜男、1991「社会保障の新しい理論を求めて」隅谷三喜男編『社会保障の新しい理論を求めて』東京大学出版会、1-30

武川正吾、2001「福祉社会の変容と健康・福祉サービス」京極高宣・武川正吾『高齢社会の福祉サービス』東京大学出版会、3-27

八代尚広、1999『少子・高齢化の経済学』東洋経済新報社

横山純一、1999「介護保険法の全面改訂を：地方分権を目指した税方式」神野直彦・金子勝編『福祉政府への提言』岩波書店、47-67

<付録>

表1-7-4 介護保険に関するその他の苦情内容

カテゴリー	苦情内容
介護保険制度	制度に関連して困っていることについて相談 制度に関する不満 介護保険制度自体への苦情
事業者に関すること	事業者間のトラブル 介護保険施設への入所などの相談 入所施設により退所をほのめかされた 施設への入所を断われたなど入所の際の相談 本町内のサービス事業者が不正請求などで県の監査が入り、その苦情関係事業者との調整 事業者の説明、情報の不足 施設の室内環境（掃除のほこりが舞っている） 業者からの勧誘に関する苦情 手続き、契約について、民間事業者との契約に不安を感じる 別事業者のサービスに変更すると、支援事業者の届け手も同系列のところへの変更をすすめられることがある
介護保険書類に関すること	被保険者証が届いていない 請求書の明細書がわかりにくい 介護保険庁からの通知について（支配方法など） 保険料納入方法 口座振替について 保険記の送付について 事務的な準備が整っていない 新生代行に関してのトラブル
費用	介護療養型医療施設入所における介護保険給付対象外の経費が6万以上あり納得いかない 精神病院入院中、介護保険料は負担するが、家族には何のメリットもない

	第1号被保険者の保険料の徴収開始に関する広報について（直前にも知らせ て欲しいなど）
介護従事者の態度	訪問調査中に不快な思いをした 訪問調査拒否 訪問調査員の調査の仕方について 認定調査に携わる調査員の資質について 訪問調査立会いについて ショートステイの利用中に施設職員の対応が悪かった
ケアマネジャーに関 すること	ケアプランを含め、ケアマネジャーの対応、知識、力量など ケアマネジャーよりデイサービスをすすめられているが断わってもいか ケアマネジャーが約束の時間を守らない、住宅改修などの情報を知らない
サービスの内容・利 用、福祉用具に関す ること	サービス利用に関すること 居宅介護サービスの内容などについて相談 従来の身体障害者施策の方を本人が利用したくても介護サービス優先のため、 利用できないことに対する不満 短期入所の利用限度日数を増やして欲しい 精神障害者の処遇 住宅改修などについて 透析で週3回通院しているが、送迎サービスはないか 福祉用具の購入、貸与
医療に関すること	主治医の変更に関すること 施設入所中の医療へのかかわり 医療保険との関係 介護保険のサービスについては福祉医療の適用がない
その他	要介護者の家族の対応についてケアマネジャーから相談 人によって支援の程度に差がある、差別を感じる 身体拘束 介護認定における痴呆の取り扱いについて 現在自立しているが、今後急に介護が必要になった時の不安 介護者の負担状況についての訴え

注：介護保険に関するその他の苦情内容は、コンピューターに入力されている内容を訂正せずカテゴリー別に整理した。



## 8. 介護保険事業計画の策定・実施過程と住民参加

小坂啓史

### 【要約】

本章では自治体が介護保険事業計画を策定するにあたり、自治体職員以外の審議会・委員会の設置、住民参加の機会の設置方法、事業計画の進行管理といったことに関してどのように取り組んできたかを明らかにした。審議会・委員会設置については、新たに設けた自治体が大多数であったが、市部において既存の審議会などを活用したところが若干多かった。地方別では甲信越・北陸地方においては新たに設置したところがほとんどであった。設置した自治体にしほってその委員人数をみると、区、市、町、村の順に人数が少なくなっている。公募委員の人数も同様の順に人数が少なくなる。次に事業計画の策定における住民参加の機会の設定についての志向性について分析すると、「代表参加」、「直接参加」、「意見採取」に分けることができた。「代表参加」は全体としては志向性は低く、「直接参加」は審議会・委員会への住民参加については志向性が高いが、住民との集会については低い。「意見採取」は、志向性は低い。事業計画の進行管理の方法については、新たに外部委員を含む委員会を設置する（予定）という自治体がほぼ半数にのぼる。地方別では町、村の多い地方は計画進行管理の実施を考えていない割合が、区、市が多い地方は新たに進行管理のための委員会を設け対応している割合が大きくなる傾向がある。最後に介護保険制度の実施過程をみていくことは、その正統性を確保することが最終的な政策評価へと結びつくためであると考察された。結局、サービスを消費する市民の側に立った計画策定が、評価を受けるにあたっての大きな条件であり、こうした点に関して以上のような実態把握が続けられる必要があると指摘できる。

### (1) 本章における視点と目的

本章では、区市町村の自治体が介護保険事業計画を策定するにあたってどのような対策をとって臨んだのか、そして実施にあたってはどのような流れで行ってきているのかといったことに関して明らかにする。介護保険事業計画の策定にあたっては、審議会や委員会の設置や住民参加を行うことで現実的な社会状況やニーズへ近づけ、成果をあげていくことが必要になってくる。また、その計画の進行過程における状況をモニタリングすることにより、さまざまな政策実施上の逆機能的要素や促進要因が明らかになり、更にはそれが成果とどのようなかたちで関連づけられるか、といったことについて理解する助力ともなる。こうした取り組みに関して、どの程度政策実施者である自治体が行っている（あるいは予定である）のかを把握することで、少なくとも介護保険制度における政策評価の過程分析的研究とそのあり方についての、考察の地を構成することができると考えられる。

このような視点に立ち、以下では次のような分析を行うこととする。まず第一には、自治体における介護保険事業計画の策定について、行政サイド以外の組織を構成したかどうかについて明らかにする。措置から市場へという介護保険の理念から考えると、消費者の多様な意向に対応しうするためには、相応の多様な視点が必要であるだろう。これは、市場の基盤整備という介護保険制度下において自治体に課せられた役割には、ニーズの的確な把握がもとめられるからである。第二には計画策定段階において、地域住民が参加することのできるなんらかの回路をつくり、交流を行ったかということに関するものである。これは第一の点と同じ理念に基づいてニーズの把握をより直接的に行うことであり、策定段階においてのより重要な機会となると考えられる。第三には、計画遂行にあたってのマネジメント（計画進行のための管理）をどのようなかたちで行っているのかに関して明らかにする。計画のマ

ネジメントはその円滑な実施にむけて必要であるが、採用されている方法によっては効果が異なると考えられる。以上の3つの観点から、全体的な政策評価における、過程評価の局面での自治体の取り組みかたについて、その状況を示していきたい。

## (2) 介護保険事業計画の策定における審議会・委員会の設置状況

### 1) 審議会・委員会の設置について

はじめに介護保険事業計画の策定にあたっての、自治体による職員以外のメンバーを含む審議会や委員会の設置の動向についてみてみることにする。この分析については区市町村別、そして地方別のクロス集計を行い、その実態を明らかにする。

表1-8-1 審議会・委員会の設置状況(区市町村別)

	合計(実数)	あらたに審議会 や委員会を設置	既存の審議会や 委員会を活用	庁内の組織 だけで策定	その他	不明
全体	100.0(1,360)	83.7	9.0	0.1	0.5	6.7
区	100.0(16)	87.5	6.3	-	-	6.3
市	100.0(428)	81.5	12.1	0.2	0.5	5.6
町	100.0(736)	84.9	7.5	0.1	0.4	7.1
村	100.0(180)	83.3	7.8	-	1.1	7.8

まず区市町村別にみてみよう(表1-8-1)。全体的な傾向としては、「あらたに審議会や委員会を設置」した自治体が8割を超しており、「既存の審議会や委員会を活用」したもの、「庁内の組織だけで策定」したものを大幅に上回っている。しかしやや詳細にみると、市部で「既存の審議会や委員会を活用」したというものの割合が12.1%と他と比較して若干高い数値を示している。市レベルでの計画策定については、これまでの福祉計画において既にそれに順ずるものややってきたからであるのか、あるいは取り組み姿勢に問題があるのかはこのデータからは把握できないが、行政サイドにおける地域福祉の取り組みの若干の違いを示すものであるといえるだろう。

表1-8-2 審議会・委員会の設置状況(地方別)

	合計(実数)	あらたに審議会 や委員会を設置	既存の審議会や 委員会を活用	庁内の組織 だけで策定	その他	不明
全体	100.0(1,360)	83.7	9.0	0.1	0.5	6.7
北海道・東北	100.0(292)	86.0	11.3	-	-	2.7
関東	100.0(271)	84.5	7.7	0.4	-	7.4
甲信越・北陸	100.0(154)	92.2	3.2	-	0.6	3.9
東海	100.0(140)	78.6	5.7	-	2.9	12.9
近畿	100.0(123)	79.7	14.6	-	1.6	4.1
中国・四国	100.0(191)	81.7	11.5	0.5	-	6.3
九州・沖縄	100.0(189)	80.4	7.9	-	-	11.6

※ $\chi^2 < 0.001$

次に、地方別で審議会・委員会などの設置状況にどのような違いがあるかということについてみる。このクロス集計の結果を示す表1-8-2をみると、まずどの地方も「あらたに審議会や委員会を設置」したところが8割弱から9割強と高い数値を示していることがわかる。しかし詳細にみても、「既存の審議会や委員会を活用」した数値が北海道・東北（11.3%）や近畿（14.6%）、そして中国・四国（11.5%）と他の地域と比較してやや高い比率を示している。また、甲信越・北陸は「あらたに審議会や委員会を設置」したところが92.2%と、非常に高い比率を占めている（「既存の審議会や委員会を活用」は3.2%と低い）。地方別でみると、北日本や九州を除いた西日本で、既存の審議会や委員会を活用した自治体が多く、関東や甲信越・北陸など首都圏に比較的近い地域であらたに設置したという自治体が多いという傾向があるといえるだろう。

## 2) 審議会・委員会の規模について

### ①委員の人数について

ここでは審議会や委員会を設置したという自治体に焦点を絞り、その審議会・委員会の委員の人数と、そのうちの公募委員の人数とについてみていくこととする。はじめに、委員の人数について、介護保険事業計画策定にあたり「あらたに審議会や委員会を設置した」自治体と「既存の審議会や委員会を活用した」自治体に分けた上で区市町村別にみていく。次に、公募委員についても同様の分析を行うこととする。

表1-8-3 審議会・委員会の委員人数（区市町村、あらたに審議会・委員会を設置・既存のもの  
を活用別） (%)

		あらたに審議会や委員会を設置						
	合計(実数)	10人未満	10~14人	15~19人	20~24人	25~29人	30人以上	不明
全体	100.0(1,138)	3.6	22.2	38.5	21.3	6.2	5.6	2.5
区	100.0( 14)	-	-	35.7	21.4	28.6	7.1	7.1
市	100.0( 349)	-	7.7	36.4	35.0	10.6	9.7	0.6
町	100.0( 625)	4.2	27.4	41.3	16.6	3.5	3.8	3.2
村	100.0( 150)	10.0	36.7	32.0	8.7	5.3	3.3	4.0
		既存の審議会や委員会を活用						
全体	100.0( 122)	2.5	22.1	32.8	19.7	12.3	4.9	5.7
区	100.0( 1)	-	-	-	100.0	-	-	-
市	100.0( 52)	-	15.4	28.8	30.8	15.4	7.7	1.9
町	100.0( 55)	5.5	25.5	38.2	9.1	9.1	3.6	9.1
村	100.0( 14)	-	35.7	28.6	14.3	14.3	-	7.1

※「あらたに審議会や委員会を設置」 $\chi^2 < 0.001$

表1-8-3は審議会・委員会における委員数に関し、クロス集計を行った結果である。同表から、「あらたに審議会や委員会を設置した」部分に関して全体としては15~19人が38.5%と最も高率であり、次いで10~14人の22.2%、20~24人の21.3%と続いている。表には示されていないが、単純集計において委員の人数の平均値を求めると17.9人であった（不明・非該当を除いて求めた値、標準偏差6.44）。10人から20人台前半に集中しているといえるであろう。次に区市町村別にみても

と、まず区では15～19人が35.7%と最も比率が高く、次いで25～29人の28.6%、20～24人の21.4%と続いている。市でも最も高率を示しているのが15～19人の36.4%であるが、20～24人も35.0%と高率である。町でも15～19人が41.3%と最も高いが、次いで高いのは10～14人の27.4%であった。村では一番高い比率を示しているのが10～14人で、次いで15～19人の32.0%となっている。この結果から、区、市、町、村の順に、委員の人数が少なくなっていく傾向がみられる。人口規模とも関連性があると考えられるが、それに応じて介護保険事業計画そのものの規模についても反映し、結果的に審議会・委員会の規模も小さくなると考えられるだろう。

次に既存の審議会・委員会を活用した自治体におけるその委員数について、同じく表1-8-3からみてみる。区では、既存の審議会・委員会を活用したというところは1区しか存在していない。市ではもっとも高率であるのが20～24人の30.8%で、次いで15～19人の28.8%となっている。町で最も高いのは15～19人で38.2%、次いで10～14人の25.5%となっている。村では最も高率であるのが10～14人の35.7%となっており、次に高い比率であるのが15～19人の28.6%となっている。この結果から、事業計画策定のために既存の審議会・委員会を活用したという自治体におけるその委員の人数についても、前述のあらたな審議会・委員会を設置した自治体における傾向とほぼ同様の傾向性がみとめられるといえるであろう。

## ②公募委員の人数について

ここでは公募委員の人数についてみていく。表1-8-4はこれについて、区市町村別に「あらたに審議会や委員会を設置した」と「既存の審議会や委員会を活用した」とに分けてクロス集計した結果である。これにより、まずあらたに審議会・委員会を設置した自治体について全体の傾向をみると、0人が57.4%と最も高い比率で、次いで2人の14.9%となっている。区市町村別にみると、区では3人が最も高率で28.6%、次いで2人と4人が同率の21.4%となっている。市では0人が38.7%

表1-8-4 審議会・委員会の公募委員人数（区市町村、あらたに審議会・委員会を設置・既存のものを活用別） (%)

		あらたに審議会や委員会を設置						
	合計 (実数)	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	不明
全体	100.0(1,138)	57.4	2.9	14.9	7.9	8.2	6.8	2.0
区	100.0(14)	14.3	-	21.4	28.6	21.4	7.1	7.1
市	100.0(349)	38.7	1.4	21.5	12.9	13.2	11.7	0.6
町	100.0(625)	65.3	3.2	11.7	5.9	5.9	5.1	2.9
村	100.0(150)	72.0	5.3	12.0	2.7	4.7	2.0	1.3
		既存の審議会や委員会を活用						
	合計 (実数)	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	不明
全体	100.0(122)	70.5	0.8	9.8	7.4	5.7	2.5	3.3
区	100.0(1)	-	-	-	-	100.0	-	-
市	100.0(52)	53.8	1.9	23.1	11.5	5.8	1.9	1.9
町	100.0(55)	81.8	-	-	5.5	5.5	3.6	3.6
村	100.0(14)	92.9	-	-	-	-	-	7.1

※「あらたに審議会や委員会を設置」 $\chi^2 < 0.001$ , 「既存の審議会や委員会を活用」 $\chi^2 < 0.005$

と最も高く、次いで高いのが2人の21.5%となっている。町では0人が65.3%と6割を超え、村ではさらに72.0%と高くなっている。以上より、区、市、町、村の順に公募人数の割合は少なくなっていく傾向がみられる。

次に既存の審議会・委員会を活用した自治体において、そこでの公募委員の人数についての全体の値をみてみると、0人が70.5%と最も比率が高くなっている。区市町村別では、まず区は1区のみ(4人)で、市では0人が53.8%と最も高く、次いで2人の23.1%と続いている。町では0人の比率が81.8%、村では92.9%と非常に高い。既存の審議会などを活用している自治体においても、あらたに設置した自治体とやや似た傾向があるといえるであろう。

### (3) 介護保険事業計画の策定における住民参加の機会の設置

#### 1) 住民参加の機会の設置方法における志向性の分類

ここでは、介護保険事業計画の策定に関して、住民参加の機会をどのようなかたちで設けているのかについてみていくこととする。本調査における、参加機会を設けたものについての選択項目は、「1. 計画策定のための審議会や委員会に住民が委員として参加した(以下「審議会への参加」に略す)」「2. 全住民を対象にした集会(公聴会やパネルディスカッションなど)を行った(以下「全住民の集会」に略す)」「3. 地区ごとにその地域の住民を対象とした集会を行った(以下「地区ごとの集会」に略す)」「4. 住民組織の代表者(町内会・自治会長など)との懇談会をもった(以下「住民代表と懇談会」に略す)」「5. 当事者団体やボランティア団体などの代表者との懇談会をもった(以下「団体代表と懇談会」に略す)」「6. 社会福祉協議会などの福祉団体の代表者との懇談会をもった(以下「福祉団体と懇談会」に略す)」「7. 住民モニターを通して、住民の意見を聴取した(以下「住民モニター」に略す)」「8. 書き込み可能なインターネットのホームページを活用した(以下「ホームページ活用」に略す)」となっている。

これら住民参加機会の設定に関しては、その背後にあるなんらかの、そしていくつかの要因に基づいて実施されていると考えられる。従ってこれらの要因ごとに上に挙げた参加機会を分類することで、自治体の住民参加に関する政策の取り組み姿勢が把握できるであろう。そこでそうした点を明らかにするために、一つ一つの項目をダミー変数化し因子分析を行うことでその姿勢の違いを把握することとした。分析法は主成分分析、因子軸の回転はヴァリマックス回転で行っている。因子数は2因子から4因子までの分析を行ったが、最適解は因子数が3のときであった。表1-8-5は分析結果である因子負荷行列である。因子寄与率は第一因子が28.5%、第二因子が13.9%、第三因子が13.6%であり、累積因子寄与率は55.9%である。この結果から、各々の項目内容とを比較・考慮し、第一因子を「代表参加」因子、第二因子を「直接参加」因子、第三因子を「意見採取」因子と解釈、命名した。以上より住民参加に関する自治体の姿勢には、住民らの組織の代表との接触をすることで意見の聴取を行っていく志向(代表参加)、住民と直接・対面的に接触することで計画へ反映させていくことを試みる志向(直接参加)、そして自治体の側から場所や機会を設けるのではなく、むしろ採取するようなかたちで計画に反映させていこうとする志向(意見採取)とがあることが明らかとなった。

表1-8-5 住民参加の機会設定に関する項目の因子構造

	第一因子	第二因子	第三因子
審議会への参加	-.264	.648	-7.68E-02
全住民の集会	.247	.632	.147
地区ごとの集会	.323	.608	-1.24E-03
住民代表と懇談会	.756	.144	7.780E-02
団体代表と懇談会	.792	7.754E-02	6.159E-02
福祉団体と懇談会	.793	2.813E-02	1.973E-02
住民モニター	.150	-4.96E-02	.707
ホームページ活用	-5.16E-02	9.874E-02	.789

※

	固有値	寄与率	累積寄与率
因子1	2.282	28.524	28.524
因子2	1.108	13.850	42.374
因子3	1.086	13.570	55.944

## 2) 分類化した志向性別の実態

次に、前述の3つの因子に含まれる項目ごとのクロス集計結果についてみる。上述した介護保険事業計画の住民参加に関する自治体の志向性、「代表参加」「直接参加」「意見採取」のそれぞれについて、区市町村別に住民参加の機会の設置がどのように異なるかみてみることにより、事業計画の住民参加への志向性との関連を明らかにする。

### ①住民・団体の「代表参加」への志向性について

まず、先の因子分析の結果によって得られた「代表参加」因子に属する項目について、市町村別に事業計画の策定への参加機会の設置状況をみてみることにする。結果は表1-8-6に示すとおりとなっている。「住民代表と懇談会」を設けたか否かについて、全体では「はい」が14.0%、「いいえ」が81.8%と、設けなかった自治体が多い割合を占めている。ただし、区ではそういった機会を設けた自治体が37.5%と、他と比較すると高率を示していることがわかる。また、村も16.1%と他と比較して若干高いといえるだろう。「団体代表と懇談会」においては、全体の値「はい」が15.1%、「いいえ」が80.7%と、これもそうした機会を設けなかった自治体が多かった。その中で、区ではそのような機会を設けた自治体が18.8%、市では17.5%と他と比べて若干高い比率を示している。「福祉団体と懇談会」については、全体の値では「はい」が23.8%、「いいえ」が72.0%と住民代表、団体代表との懇談会の設置に比べて比較的高率であるといえよう。また区市町村別にみると、村でそうした機会を設けた自治体が32.8%と他と比較して最も高率で、次いで町も24.5%と高い比率であった。

以上より、自治体の介護保険事業策定に関する「代表参加」への志向性に関して、全体としてはそのようなものは低いといえるが、その中でも住民組織の代表に対しては区部が、福祉団体の代表に対しては町村部の自治体が志向性をもっており、団体代表との懇談会については区市町村にはさほどの

表1-8-6 「代表参加」因子に属する項目の住民参加状況（区市町村別）  
(%)

住民代表と懇談会				
	合計(実数)	はい	いいえ	不明
全体	100.0(1,360)	14.0	81.8	4.3
区	100.0( 16)	37.5	62.5	-
市	100.0( 428)	12.9	85.0	2.1
町	100.0( 736)	13.6	81.1	5.3
村	100.0( 180)	16.1	78.3	5.6
団体代表と懇談会				
全体	100.0(1,360)	15.1	80.7	4.3
区	100.0( 16)	18.8	81.3	-
市	100.0( 428)	17.5	80.4	2.1
町	100.0( 736)	14.1	80.6	5.3
村	100.0( 180)	12.8	81.7	5.6
福祉団体と懇談会				
全体	100.0(1,360)	23.8	72.0	4.3
区	100.0( 16)	12.5	87.5	-
市	100.0( 428)	19.2	78.7	2.1
町	100.0( 736)	24.5	70.2	5.3
村	100.0( 180)	32.8	61.7	5.6

※「住民代表と懇談会」 $\chi^2 < 0.05$ , 「福祉団体と懇談会」 $\chi^2 < 0.001$

差がないといいうるであろう。町村レベルの自治体については、社会福祉協議会などとの連絡がより密接に行われていることを示しているといえるかもしれない。

## ②住民の「直接参加」への志向性について

次に先の因子分析における、住民の「直接参加」因子に属する項目について、同じく市町村別に事業計画策定への参加機会の設置状況のみてみる。結果は表1-8-7に示すとおりである。まず住民の「審議会への参加」に関し全体の値のみてみると、「はい」が77.4%、「いいえ」が18.3%と住民が委員として審議会・委員会に直接参加している自治体の割合が非常に高い。区市町村別にみると、区でそうした機会を設けた自治体の割合が93.8%と非常に高い比率を示しており、次いで市が83.6%と高率である。次に「全住民の集会」については、全体的な傾向としては「はい」が11.9%であるのに対し、「いいえ」が83.8%とそうした機会は設けていない自治体の比率が高い。区市町村別にみると、区ではそうした機会を設けた割合が56.3%と高い。市は次いで高い比率（19.2%）を示しているが、区の比率の高さがやはり目立つといえるだろう。「地区ごとの集会」についての全体的な傾向は、「はい」が37.3%、「いいえ」が58.5%と、そうした機会を設けていない自治体の比率が高いことを示している。区市町村別では、地区ごとの集会を行った自治体は区で81.3%と高率で、次いで村の42.8%となっている。

以上より、自治体の介護保険事業策定に関する住民の「直接参加」への志向性に関して、全体とし

表1-8-7 「直接参加」因子に属する項目の住民参加状況（区市町村別）  
(%)

審議会への参加				
	合計(実数)	はい	いいえ	不明
全体	100.0(1,360)	77.4	18.3	4.3
区	100.0( 16)	93.8	6.3	-
市	100.0( 428)	83.6	14.3	2.1
町	100.0( 736)	74.0	20.7	5.3
村	100.0( 180)	75.0	19.4	5.6
全住民の集会				
全体	100.0(1,360)	11.9	83.8	4.3
区	100.0( 16)	56.3	43.8	-
市	100.0( 428)	19.2	78.7	2.1
町	100.0( 736)	7.2	87.5	5.3
村	100.0( 180)	10.0	84.4	5.6
地区ごとの集会				
全体	100.0(1,360)	37.3	58.5	4.3
区	100.0( 16)	81.3	18.8	-
市	100.0( 428)	42.5	55.4	2.1
町	100.0( 736)	31.9	62.8	5.3
村	100.0( 180)	42.8	51.7	5.6

※「審議会への参加」 $\chi^2 < 0.005$ , 「全住民の集会」 $\chi^2 < 0.001$ ,  
「地区ごとの集会」 $\chi^2 < 0.001$

ては審議会・委員会に住民が委員として参加することについてはその志向性が高いといえるが、それ以外の住民との集会については低い傾向があるといえるだろう。ただし、この住民の「直接参加」についての志向性は、区に関しては市町村と比較してもかなり高いものがあるといえるであろう。

### ③住民からの「意見採取」の志向性について

続いてここでは先の因子分析における、「意見採取」因子に属する項目について、同じく区市町村別に事業計画策定への参加機会の設置状況をみてみることにする。結果は表1-8-8に示すとおりである。まず「住民モニター」の設置による意見の採取についての全体的な傾向をみてみると、「はい」が4.3%で、「いいえ」が91.5%であった。こうした取り組みは行っていない自治体が多いといえる。区市町村別にみると、区でそうしたことを行ったという自治体の比率が31.3%と比較的高いが、市町村では5%にも満たない低い数値であった。そして「ホームページ活用」により意見採取をしたのは全体傾向では「はい」が0.8%と低率で、「いいえ」が94.9%であった。区市町村別でも、ほとんどがそうした方法はとっていないといえることができるだろう。

以上より、自治体による「意見採取」という方法は、区で住民モニターをとおして意見を得たという割合が若干高い程度であり、ほぼこの志向性は低いといえると考えられるだろう。



表1-8-8 「意見採取」因子に属する項目の住民参加状況（区市町村別）  
(%)

住民モニター				
	合計（実数）	はい	いいえ	不明
全体	100.0(1,360)	4.3	91.5	4.3
区	100.0(16)	31.3	68.8	-
市	100.0(428)	4.7	93.2	2.1
町	100.0(736)	3.9	90.8	5.3
村	100.0(180)	2.2	92.2	5.6
ホームページ活用				
全体	100.0(1,360)	0.8	94.9	4.3
区	100.0(16)	6.3	93.8	-
市	100.0(428)	2.1	95.8	2.1
町	100.0(736)	0.1	94.6	5.3
村	100.0(180)	-	94.4	5.6

※「住民モニター」 $\chi^2 < 0.001$ , 「ホームページ活用」 $\chi^2 < 0.001$

#### （４）介護保険事業計画の進行管理の方法

ここでは介護保険事業計画の自治体による進行管理の方法について明らかにしていくこととする。まずはじめに区市町村別にみでみる。そしてさらに、地方別でみでみることで進行管理方法についての地理的な姿勢の違いについて明らかにする。

まず表1-8-9により事業計画の進行管理方法についての全体的な傾向をみると、「新たに外部委員を含む委員会を設置」する（予定）という自治体が最も多く、48.0%とほぼ半数にのぼっている。次いで「既存の外部委員を含む委員会で実施」する（予定）であるところが21.5%、そして「計画進行管理の実施は考えていない」自治体の割合が11.6%の順になっている。区市町村別にみでみると、区では「新たに外部委員を含む委員会を設置」が68.8%と7割弱にもものほる数値を示している。市では「新たに外部委員を含む委員会を設置」が58.6%であるが、「既存の外部委員を含む委員会で実施」も22.9%と他と比較してやや高い比率を示している。町においては、「新たに外部委員を含む

表1-8-9 介護保険事業計画の進行管理の方法（区市町村別）

(%)

合計（実数）	新たに外部委員を含む委員会を設置	既存の外部委員を含む委員会で実施	新たに庁内組織を設置	既存の庁内組織で実施	計画進行管理の実施は考えていない	不明
全体 100.0(1,360)	48.0	21.5	2.1	10.6	11.6	6.1
区 100.0(16)	68.8	6.3	6.3	6.3	-	12.5
市 100.0(428)	58.6	22.9	1.6	7.2	4.0	5.6
町 100.0(736)	44.2	21.9	2.3	12.5	13.7	5.4
村 100.0(180)	36.7	18.3	2.2	11.1	22.2	9.4

※ $\chi^2 < 0.001$

委員会を設置」が44.2%でもっとも高く、「既存の外部委員を含む委員会で実施」も21.9%と比較的高い。しかし「計画進行管理の実施は考えていない」が13.7%とやや高い比率をしめしていると同時に、「既存の庁内組織で実施」と回答しているところも12.5%とやや高い比率であった。村においては、「新たに外部委員を含む委員会を設置」が36.7%と最も高い数値であるが、しかし次いで高いのは「計画進行管理の実施は考えていない」の22.2%であった。以上より区市町村別でみると、事業計画の進行管理の方法については区、市では新たに進行管理のための委員会を設置してマネジメントしている（予定）であるところが多い傾向があるが、町、村レベルになると新たに委員会を設置する比率は同じく高いが、進行管理そのものを考えていないという自治体もやや高くなる傾向があるといえるだろう。

表1-8-10 介護保険事業計画の進行管理の方法（地方別）

		(%)						
合計(実数)		新たに外部委員を含む委員会を設置	既存の外部委員を含む委員会で実施	新たに庁内組織を設置	既存の庁内組織で実施	計画進行管理の実施は考えていない	不明	
全	体	100.0(1,360)	48.0	21.5	2.1	10.6	11.6	6.1
北海道・東北		100.0( 292)	52.7	21.2	2.4	9.6	8.9	5.1
関東		100.0( 271)	59.0	14.0	2.6	10.3	10.7	3.3
甲信越・北陸		100.0( 154)	50.0	22.7	1.9	12.3	7.1	5.8
東海		100.0( 140)	45.0	15.7	2.9	8.6	16.4	11.4
近畿		100.0( 123)	58.5	23.6	0.8	4.9	6.5	5.7
中国・四国		100.0( 191)	26.7	33.5	1.6	14.7	17.8	5.8
九州・沖縄		100.0( 189)	40.2	22.8	2.1	12.2	14.3	8.5

※ $\chi^2 < 0.001$

次に地方別にみてる。北海道・東北や関東、甲信越・北陸、近畿では「新たに外部委員を含む委員会を設置」の比率が最も高く、5割から6割弱となっている。しかし東海では同じく「新たに外部委員を含む委員会を設置」が45.0%と最も高率であるが、「計画進行管理の実施は考えていない」が16.4%と他の地方と比較してもやや高いといえる。同様の傾向は、九州・沖縄でもみられる。中国・四国は「既存の外部委員を含む委員会で実施」が最も高率で33.5%、次いで高いのが「新たに外部委員を含む委員会を設置」の26.7%だが、「計画進行管理の実施は考えていない」も17.8%と他の地方と比較しても最も高い数値を示している。これは中国・四国は町村部が多いことと関連していると考えられうる。地方別にみても結局、町村部の多い地方においては計画進行管理の実施を考えていない自治体が目立つこと、区、市が多い地方に付いては、新たに進行管理のための委員会を設けて対応している自治体の割合が大きくなるということがいえるだろう。

## (5) まとめ

以上、介護保険事業計画の策定に関する、自治体による職員以外のメンバーを含む審議会や委員会の設置状況とその人数の状況、住民参加の機会の設定方法、さらに計画の進行管理の方法についてみ

てきた。ここではこれらの結果についてまとめ、既存の議論と関連したかたちでの今後の展望などについて述べていきたい。

まずはじめに職員以外のメンバーを含む審議会・委員会については、全体としては新たに審議会や委員会を設置した自治体が大多数であったが、市部において既存の審議会などを活用したところが若干多かった。地方別では甲信越・北陸地方においては新たに設置したところがほとんどで、既存のものへの活用は北海道・東北、近畿、中国・四国で多くなされていた。次に審議会・委員会を設置した自治体にしばって委員人数についてみると、全体的には15～19人が多かったが、区、市、町、村の順に人数が少なくなっている傾向がみられた。公募委員の人数に関しても、区市町村別では同様に区、市、町、村の順に人数が少なくなる傾向がみられた。

次に介護保険事業計画の策定における住民参加の機会の設定について、その志向性を探り分類を行った上で、区市町村ごとにその実態を明らかにした。まず住民参加の機会設定の志向性については、「代表参加」、「直接参加」、「意見採取」に分けることができた。そこで「代表参加」に含まれる住民参加の機会設定項目についてみると、全体としてはこの志向性は低いといえるが、住民組織の代表に対しては区部が、福祉団体の代表に対しては町村部の自治体はその志向性をもっている。団体代表との懇談会については区市町村にはさほどの差がない。「直接参加」に関しては、全体として審議会・委員会への住民の参加についてはその志向性が高いが、住民との集会については低い。しかしこの志向性は、区に関しては市町村と比較してもかなり高いものがある。「意見採取」に関しては、全体としてこの志向性は低いといっている結果となった。

最後に介護保険事業計画の進行管理の方法についてみた。全体的な傾向は、新たに外部委員を含む委員会を設置する（予定）という自治体がほぼ半数にのぼっている。区市町村別では区、市で新たに進行管理のための委員会を設置してマネジメントしている（予定）であるところが多く、町、村では新たに委員会を設置する比率の高さと同時に進行管理そのものを考えていないという自治体もやや高くなると指摘できうる。地方別では町、村の多い地方は計画進行管理の実施を考えていない自治体の割合が大きく、区、市が多い地方は新たに進行管理のための委員会を設け対応しているところの割合が大きくなる傾向があるといえる。

介護保険事業計画の策定に関しては、これまでにも「計画策定への住民参加が期待されていたが、実施には、既存の住民団体代表を策定委員に選び、策定委員会も数回しか開かれぬなど、形式的な参加にとどまった自治体が多かった<sup>1)</sup>」といった指摘がなされてきている。こうした意見には、地域福祉の基本的な理念としての「住民主体と参加・参画」という、供給側ではなく利用者側にとっての有効性の重視<sup>2)</sup>がその背景にある。本調査においては住民参加の機会の設置に関し、直接参加の機会への志向が高いという結果が得られた。しかしこれが実際に計画に反映するのではなく、自治体側の手続きとしてだけの正統化に終わるのであれば、今後の政策の展開に関しても期待されるものは小さいといわざるを得ないであろう。介護保険制度の実施過程をみていくことの根拠の一つは、まさにその過程の実質的な正統性を確保することによって最終的な政策評価へと結びつくのだ、ということであると考えられる。少なくともサービスを消費する市民の側に立った計画策定が、評価を受けるにあたっての大きな条件として存在している。従ってこうした点に関しても、本章におけるような実態の

把握が続けられる必要があると考えられる。

(注)

- 1) 伊藤周平著『介護保険と社会福祉』ミネルヴァ書房，2000年，p.239
- 2) 加納光子「現代社会と地域福祉」井岡勉・成清美治編『地域福祉概論』学文社，2001年，p.14