

「介護基盤整備」格差と行政の姿勢 ー長野県における人口3,000人未満農山村の事例を通じてー

町 田 隆 男
Takao MACHIDA

目次：

はじめに

1. 村における介護基盤整備状況の地域格差
2. 介護基盤整備の地域格差を規定する要因
(1) 客観的要因 (財政事情) とその関連要因
(2) 主体的要因 (行政の姿勢) とその関連要因
ー結びに代えてー

はじめに

介護保険のスタートが来年4月に迫ってきている。しかし、肝心の介護基盤整備は新ゴールドプランの水準でさえ全国的にみてもかなり遅れている。長野県の場合も、私達のアンケート調査によれば80%以上の予定達成率が3分の1程度で、とくに人口規模の小さい村で遅れが目立っていた。〔注1〕

しかし、これらの村でも、80%以上の予定達成率の村もあり地域格差が大きかった。ここでは、この人口規模の小さな村の介護基盤整備問題に焦点をあて、それを比較的整備の進んでいる村グループと比較的遅れている村グループとに分けて、それぞれの規定要因と解決の方向を、私達のアンケート調査を中心に分析し明らかにしていきたい。

1. 村における介護基盤整備状況の地域格差

表1は、長野県の小規模農山村におけるグループ別の「介護基盤整備状況」を示したものである。トータルでみた介護基盤整備の2000年における予定達成率が80%以上と比較的進んだグループ4か村(A～D村)の介護基盤整備上の特徴としては、①デイサービスが、E型を含めて100%整備される予定であること、②ホームヘルパーの常勤換算の予定達成率も100%に近いこと、③在宅介護支援センターも100%の予定達成率、④広域整備の特養及びそこに併設されたショートステイの予定達成率は遅れていること、⑤老健・訪問看護ステーション等は医療関連施設として、行政の「計画」では原則として対象外、⑥保健婦による訪問

表1 小規模農山村におけるグループ別介護基盤整備状況

		トータルでみた 介護基盤の 2000年での 予定達成率	デイサービス	ホームヘルパー (H・H)	在宅介護 支援センター	ショートステイ	特養	老健	訪問看護 ステーション	訪問指導	在宅医療関連	介護基盤 整備困難な 分野
先行グループ	A村	80～90%	B型 15/15人 利用実人員 100人 延人員 3,780人	社協委託 3.5/3.5人 (うち非常勤1人) 利用延人員 3,780人	設置数 1/1 相談件数 500件	広域: 利用実人員 10人 延人数 200日	広域: 枠 8/50人	広域: 枠 4/50人	—	H8 H10 訪問実数 31人 40人 延数 438人 570人 月2回	・公立診療所 ・在宅診療 個別的にいくらか	・ケアマネージメント機関 ・H.Hの数 ◎マンパワーの質
	B村	80～90%	B型 100%	社協委託 6/6人 (うち、非常勤3人、 登録1人)	設置数 1/1	広域:	広域:	—	—	常勤保健婦2人	・公立診療所 2 ・在宅診療、 個別的にいくらか	・マンパワーの質 ・訪看ステーション整備 ◎ケアマネージャー等 の確保
	C村	80～90%	B型 15/15人 E型 8/8人	社協委託 3.5/2.5人 (うち非常勤3人)	設置数 1/1 相談件数 :年500件	広域: 利用実人員 5人	広域:	—	—	H8 H10 訪問実数 87人 100人 延数 289人 300人 常勤保健婦 2人	・在宅診療、 個別的にかなり	・H.Hの数 ・マンパワーの質 ◎訪看ステーション 整備
	D村	80～90%	E型 10/10人 B型 25人(共同) 利用人員 80/44人 延人員 4000/1021人	社協委託 6/6人 (うち、登録5人) 利用実人員 60/44人	設置数 1/1 相談件数 100件	広域: 利用実人員 10/16人	広域: 9/50	—	—	H8 H10 訪問実数 135人 100人 延数 305人 200人 常勤保健婦2人(月1回) 非常勤1、非常勤ナース1	・民間診療所 1 ・在宅診療、 個別的にいくらか	◎特養
遅行グループ	E村	30～40%	B型 1/1 E型 0/1 (共同設置より撤退)	社協委託 5/7 (非常勤2、登録3)	設置数 1/1	広域:	広域:	—	—	H8 H10 訪問実数 20人 30人 延数 240人 360人 非常勤保健婦2、非常勤1	・在宅診療、 個別的にいくらか	◎特養 ・H.Hの数 ・老健
	F村	50%	B型 15/15人	社協委託 3/4人 利用実人員 30/38人	・4町村で 共同設置予定	広域: 利用実人員 10/28人	広域:	—	—	H8 H10 訪問実数 31人 60人 延数 40人 120人 ・常勤保健婦1人(年2回)	・民間診療所 1 ・在宅医療 個別的にいくらか	◎特養 ・H.Hの数 ・老健
	G村	50%	B型 15/15人 利用人員 120/120人 延人員 2300/2300人	社協委託 3.2/4人 (非常勤1、登録4)	設置数 1/1 相談件数 日2軒ほど	広域: 利用実人員 8/20人	広域:	—	—	H8 H10 訪問実数 9人 12人 延数 18人 48人 常勤保健婦1、常勤ナース4 (月1回)(診療所)	・公立診療所 1 ・在宅医療、 組織的にかなり	◎特養 ・マンパワーの数 ・ケアマネージャー 等の確保
	H村	30%	—	社協委託 4/5人	—	広域:	広域:	—	—	H8 H10 訪問実数 6人 8人 延数 80人 100人	・公立診療所 ・在宅診療、 個別的にかなり	・特養 ◎デイサービスセンター ・マンパワーの確保
	I村	50%	D型 12/12人 利用人員 70人	社協委託 2.6/3人 (登録4人)	設置数 1/1	広域: 利用人員 2人	広域: ・枠 5/50人	—	—	H8 H10 訪問実数 40人 60人 延数 80人 120人 常勤保健婦 1人	・公立診療所 ・在宅診療、 個別的にいくらか	・ケアマネージメント 機関 ◎マンパワーの確保

(注) 社協委託のホームヘルパーの人数は、いずれも常勤換算。◎印は、介護基盤整備が最も困難な分野。

%の数値は $\frac{2000年の予定数}{計画数値}$

指導は活発で、常勤保健婦2人以上のところが多い、⑦4か村のうち2か村に公立診療所があるが、いずれも在宅診療は個別的にいくらか実施されている程度で遅れている。

これら先行する4か村と比較して、介護基盤整備が遅れているグループの5か村(E～I村)の介護基盤整備状況の特徴は、①トータルとしての予定達成率の行政による自己評価は厳しくて30～50%であること。②デイサービスもB型は何とかクリアできてもE型の整備が遅れ、H村ではB型の整備も大幅に遅れている。③ホームヘルパーの数の予定通りの確保が難しい。④在宅介護支援センターに関しては、H村を除いては何とか予定を達成できる見通しだが、F村は4町村で共同設置の予定である。⑤広域整備の特養の整備にはとくに困難を訴えており、したがってそれに併設のショートステイの整備もかなり遅れている。⑥医療関連整備では、訪問指導は一定の活動がなされているが、後述するように広いエリアを常勤保健婦1人で訪問するのには限界がある。なお、G村に関しては、公立診療所が在宅診療ではかなり組織的に活動しており、そこに勤務する常勤ナース4人が訪問看護の役割を活発に果たしている。

このように、トータル予定達成率が80%以上の村グループと30～50%の村グループとの介護基盤整備状況の差異は、①特養の整備の一層の遅れと、②デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイといった在宅介護サービス三本柱の整備状況の上述のような遅れをその内容としていることがわかる。

そこで、次に上述のような内容をもった、人口3,000人未満の農山村における介護基盤整備の地域格差はどのような要因に規定されているのかを掘り下げて個別的に分析していくことにする。

われわれが先に調査研究・分析した結果〔注2〕によれば、その規定要因は、財政などの客観的要因と、行政の姿勢などの主体的要因に大別することができた。ここでも、まず客観的な財政要因から、具体的にみてみることにする。

2. 介護基盤整備の地域格差を規定する要因

(1) 客観的要因(財政事情)とその関連要因

まず、表2をみてみたい。それによると、先の『概要』などでも問題となった財政要因のうち、地方税比率は、トータルでみたその予定達成率が80%以上のグループの村も、50%以下のグループの村も、後者のI村を除いては、10%前後に集中していて有意の差はない。むしろ後者のE村はその地方税比率が20%強にも達している。また、基準財政需要額と基準財政収入額との差を反映した地方交付税比率も、両グループでほとんど差がない。さらに、これらの財政指標を総合した財政力指数においても、E村・I村を除いては0.1～0.2に集中していて大きな差はない。さらにまた、財政の硬直性を示す人件費や公債費等の経常収支比率においても70%前後に集中していて、両グループの村の間の差がほとんどない。

表2 介護基盤整備の客観的要因(財政要因)

(円)

		財政要因							
		地方 税比率	普通 交付税 比率	基準 財政需 要額	基準 財政収 入額	財政 力指 数	経常 収支 比率	左のうち	
								人件 費比 率	公債 費比 率
先行グループ	A村	7.0%	38.0%	1,375,040	213,735	0.17	65.8%	22.4%	18.8%
	B村	10.2%	50.9%	1,650,363	291,392	0.19	65.4%	22.8%	17.2%
	C村	7.0%	41.5%	1,146,301	161,225	0.14	74.7%	24.8%	28.6%
	D村	6.1%	56.0%	1,127,925	126,028	0.12	69.3%	22.2%	22.9%
遅行グループ	E村	21.5%	30.3%	1,540,809	563,232	0.36	69.8%	24.1%	5.8%
	F村	8.9%	40.4%	1,455,033	234,466	0.16	69.4%	21.3%	23.9%
	G村	8.4%	42.8%	1,478,013	238,515	0.17	61.5%	19.3%	20.9%
	H村	14.1%	16.5%	1,436,819	307,827	0.12	77.4%	25.2%	22.6%
	I村	2.7%	54.1%	791,411	51,380	0.06	62.8%	24.5%	18.6%

(注) 97年度分

表3 財政要因の関連要因

		財政要因の関連要因					介護基盤整備の 財政負担状況
		総面積	うち	人口密度 (1km ² 当り人口)	第2次産業 就業者比率	雇用者比率	
			山林面積 比率				
先行グループ	A村	約90km ²	89.8%	29.4人	19.3%	67.6%	—
	B村	約320km ²	90.3%	7.3人	17.2%	78.5%	—
	C村	約30km ²	74.8%	84.8人	32.0%	70.2%	・H8度に歳出の18.2%をかけて社協にデイセンター併設 ・H8度の特養負担金は経常経費の2.9%
	D村	約40km ²	87.7%	45.1人	33.5%	60.8%	—
遅行グループ	E村	約400km ²	91.8%	6.0人	—	—	・H10年、在宅介護支援センター含むデイサービスセンター建設費10億円 ・保健センター3億円
	F村	約150km ²	—	13.2人	—	—	—
	G村	—	—	—	30.7%	—	・在宅介護支援センター 3,000万円 ・診療所 20,000万円 ・高齢者生活センター 30,000万円 ・保健センター 20,000万円
	H村	約310km ²	95.8%	3.8人	18.5%	81.6%	・施設整備のための建設費 ・特養らの広域負担金
	I村	約40km ²	90.5%	19.0人	—	75.0%	—

このように、両グループの村の財政諸指標の共通性からして、財政要因は上述のような介護基盤整備の差異をもたらしている要因としてはあまり有効に働いていないといっているのではない。このことをさらに掘り下げてその関連要因を通じて、表3でみてみたい。

地方税比率と関連する第1次産業就業者比率・雇用者比率は、両グループの村でほとんど差はないが、山林面積比率は、トータルでみた介護基盤整備の予定達成率50%以下のグループ(E～I村)の方がいずれも90%以上と高い。このことは、1km²当りの人口密度に影響を与えていて、このグループではそれがいずれもかなり低い。総面積も、I村を除いてはかなり広い。このような地理的条件では、デイサービスセンター1つ作ってもその機能が低くなり、介護基盤整備へのインセンティブが働きにくいということが充分考えられる。それでもE村では、在宅介護支援センターを含むデイサービスセンターの建設費に10億円を支出し、G村では在宅介護支援センターに3,000万円を支出している。特にG村では介護基盤整備の予定達成率は50%で低い方だが、前述もしたように公立診療所の「在宅診療」(今後の全国市町村の共通課題)に関しては全国的にみても珍しく組織的に活発でかなり進んでいる背景としてその診療所の活動に2億円も投入しており、介護基盤整備とアンバランスの側面をもっている。また、H村では、総面積が300km²以上で、しかも山林面積が95%以上で、したがって人口密度が1km²当たり3.8人とかなり低い。そのため、介護基盤整備のための建設費の支出に対する負担感が、その機能も考えてかなり強い。このようなことが介護基盤整備を遅らせる1つの背景となっていることも考えられるのである。

他方、トータルがみた予定達成率が80%以上のグループの村では、1km²当りの密度が最も高いC村で、総面積が約30km²と狭くそのうち山林面積も75%とかなり低い。そのため、介護基盤整備の効率がかかなりよいこともあってか、歳出の18.2%をかけて社会福祉協議会の併設施設としてデイサービスセンターを作るなど介護基盤整備にかなり積極的な姿勢を示している。また、B村では、総面積が320km²と広く山林面積が90%ほどと高い。そのため人口密度が1km²当たり10人未満と低いが雇用者比率が約80%と高いこともあってか、先の財政力指数も高い方で、これらが背景にあって介護基盤整備が相対的に進んでいるのだと思われる。

(2) 主体的要因(行政の姿勢)とその関連要因

ー結びに代えてー

上述してきたように、各村の地形や面積や人口密度などの客観的要因は、財政要因の基盤であるとともに、行政の介護基盤整備に取りくむ姿勢をも規定する側面をもっていることがわかった。しかし、客観的な財政要因そのものは、この人口規模類似の9つの農山村の介護基盤整備の両グループの格差を規定する要因とはなっていないこともわかった。そこで、この両グループの介護基盤整備を規定する要因として、介護基盤整備にとりくむ「行政の姿勢」を通じてその主体的要因について、表4を通じて、検討することにしたい。

表4 介護基盤整備の主体的要因(行政の姿勢)

		行政の姿勢				
		村長施策の 「福祉」順位	「計画」策定時 のニーズ調査	「福祉理念」と 行政目標	街全体の バリアフリー	歳出のうちの 民生費比率
先行グループ	A村	3位	本格的調査	行政目標としたい	ほとんどない	19.3%
	B村	2位	本格的調査	行政目標としたい	急峻な地で困難	13.5%
	C村	1位	本格的調査	多少は目標	ほとんどない	20.9%
	D村	3位	部分的調査	多少は目標	ほとんどない	9.6%
遅行グループ	E村	2位	部分的調査	行政目標としたい	ほとんどない	9.4%
	F村	4位以下	部分的調査	多少は目標	多少整備	—
	G村	3位	国基準	全くの理想論	ほとんどない	9.0%
	H村	4位以下	部分的調査	多少は目標	山間地で道路狭い	6.6%
	I村	2位	国基準	多少は目標	地形上困難	9.9%

ところで、表4にみられる、介護基盤整備の主体的規定要因といえる「行政の姿勢」では、上述の財政要因と違って、トータルの予定達成率が80%以上のグループの村と50%以下のグループの村とでは明確な差異がみられる。

その第1が、94年の「老人保健福祉計画」策定時における各村のニーズ調査にとりくんだ姿勢の差異である。この「計画」策定を受動的に受取った市町村では、その「計画」作りも、その計画策定のための「ニーズ調査」も、国・県基準をそのまま準用するか部分的調査に留めたり、その「計画」策定をコンサルタント会社等に「丸投げ」したところが多かった。このような市町村では、全国的にみてもその後の新ゴールドラインへの取りくみを示す介護基盤整備に関しても消極的なところが多い。

これに反して、少数派ではあるが、この「計画」策定を主体的に受けとめた市町村では、その「計画」作りも、その「計画」策定のための「ニーズ調査」も悉皆的な本格的調査を自らの力で実施している。このような市町村では、その後の新ゴールドプランにもとづく介護基盤整備にも最大限積極的にとりくんでいるところが多い。

ところで、ここでのA村・B村・C村のグループ（トータル予定達成率80%以上のグループ）は、表4によれば、この「計画」策定時にいずれも本格的なニーズ調査をしている。この行政の姿勢がその後の介護基盤整備の取りくみに影響を与えていて、その予定達成率が80%以上を達成できることに連がっているのだといってよい。なお、この先行的グループのなかでD村だけは、上述の条件を満たさず「部分的調査」に留まっている。また、このD村に関しては後述もするように歳出のなかの民生費率も10%を割っていることからして、果たして村当局が見通すように80%以上の予定達成率を実現できるか不安が残ることを、ここで付記しておきたい。

これらの先行的グループに対し、トータルの予定達成率が50%以下のE村からI村までのグループは、この「計画」策定のためのニーズ調査は、いずれも「国基準」のままか、「部分的調査」に留まっている。すなわち、市町村主体のはずの「老人保健福祉計画」が、永年の慣行から行政にとって受動的に受けとめるに留まっているのである。これを機会に、高齢化社会にふさわしい地域福祉を確立していこうとする行政目標や理念が伺えないのである。国や県がやれというからやるといった受身の姿勢の域を脱していないのである。これは、全国的にみても、多くの市町村でみられる傾向でもある。

これらのことは、同じ表4での「歳出のうちの民生費比率」に、より集約的に現れている。介護基盤整備状況を示すといえる老人福祉費は、民生費支出に反映される。まさに、この民生費に示される予算配分は、行政の介護基盤整備に対する姿勢を示すかなり重要なバロメーターなのである。

このような性質をもった民生費比率が、トータルでみた介護基盤整備の予定達成率が50%以下のグループの村では、いずれも10%未満となっている。

これに対し、その予定達成率が80%以上のグループの村では、D村を除いてはいずれも10%以上となっている。とくにC村では、民生費の比率が20%以上にも達している。恐らく、このC村での「計画」策定時での本格的ニーズ調査や民生費率の重視の行政の姿勢は、同じ表4にみられる村長重点施策が「福祉」を最重視していることと関連していると思われる。村民が選んだ村の首長と行政当局である職員とが一体となって、村民のための介護基盤整備を進めようとする主体的要因が、3,000人未満のこの村の介護基盤整備の予定達成率を、トータルで80%以上にしているのだといってよいのではなからうか。

そこで、更に、このような行政の姿勢を規定している要因を探るために、上述の主体的要因に関連すると思われる要因を、表5を通じて、みてみることにしたい。

表5 主体的要因(行政の姿勢)の関連要因

		高齢化率	要介護高齢者状況等							家族介護力		「介護」に関する住民意識		
		七十五歳以上	ねたきり高齢者	痴呆性高齢者	虚弱高齢者	在宅要介護高齢者率	在宅要援護高齢者率	特養入所者数	特養待機者数	核家族化の状況	中高年(30～59才)女性の労働力率	主な介護者の続柄	「介護基盤整備」施策に対する住民ニーズ	介護サービスに關する利用者意識
先行グループ	A村	13.5%	13人	5人	約50人	2.2%	8.5%	12人	4人	—	79.1%	老々介護 10人 嫁 4人 息子・娘 4人	4位以下	かなりの抵抗感
	B村	15.4%	15人	2人	51人	2.0%	8.0%	23人	4人	—	79.1%	—	4位以下	多少抵抗感
	C村	12.1%	12人	14人	9人	4.6%	6.3%	5人	0人	単独 37人 老夫婦 72人	75.1%	老々介護 9人 嫁 15人 息子・娘 10人	3位	かなり抵抗感
	D村	12.5%	13人	5人	36人	6.3%	18.9%	6人	4人	単独 32人 老夫婦 70人 その他の核家族数 50人	81.2%	老々介護 11人 嫁 15人 息子・娘 3人	3位	多少抵抗感
遅行グループ	E村	—	5人	5人	—	1.9%	—	7人	0人	—	—	老々介護 4人 嫁 3人 息子・嫁 2人	3位	かなり抵抗感
	F村	12.8%	16人	5人	30人	3.6%	8.7%	5人	5人	—	—	老々介護 15人 嫁 29人 息子・嫁 5人	4位以下	多少抵抗感
	G村	17.0%	—	—	—	—	—	—	5人	—	—	—	2位	多少抵抗感
	H村	8.4%	3人	1人	26人	1.4%	10.7%	—	0人	単独 36人 老夫婦 47人 その他の核家族数 33人	70.9%	—	3位	多少抵抗感
	I村	15.9%	3人	1人	43人	1.4%	16.2%	2人	0人	—	67.4%	老々介護 5人 嫁 19人 息子・嫁 10人	4位以下	かなり抵抗感

(注) 在宅要介護高齢者率等は、対65歳以上高齢者数。

さて、上述の民生費比率が20%以上のC村であるが、75才以上の高齢化率は12.1%でとくに高くはない。また、「介護基盤整備」施策に関する行政が認識する住民ニーズは3番目で相対的には高い方だが、介護サービスに対する利用者意識では「かなり抵抗がある」という行政の認識である。このように、住民の側からの介護基盤整備に対する「要望」に関しては、行政としてはあまり「圧力」を感じずる状況にはない。問題は、在宅の要介護高齢者の出現率が4.6%とやや高いことである。これは、特養入所者数がA村やB村と比較してかなり少ないことと関係があると思われる。A村やB村では特養に入所しているような要介護高齢者がC村では在宅でケアを受けているものが少なくないのではなかろうか。この背景としては上述したように特養のような福祉サービス利用には「かなり抵抗感」があることが関係しているであろう。このことは、特養待機者がゼロであるということも関係があるだろう。

このような住民のニーズを背景に、上述もしたように村長を筆頭にして村役場職員が一体となって、本格的なニーズ調査をし、民生費を歳出の20%以上も支出して、住民の在宅ケア負担軽減のためにも介護基盤整備に前向きに主体的に取り組んでいる成果が、C村のトータル予定達成率を80%以上としているのだと思われる。

また、同じグループのA村に関しても、村長施策のなかでの「福祉」順位はC村と違って3位ではあるが、行政当局としてはノーマライゼーションの福祉理念を「行政目標としたい」と位置づけており、「計画」策定時には本格的なニーズ調査をしており、財政力はさほど高くはないのに民生費比率は19.3%と20%近くを支出し、介護基盤整備に力を入れている。この背景としては、在宅の要介護出現率が2.2%と平均より低く、「介護基盤整備」に関する住民ニーズも4位以下で低く、福祉サービスに対する利用者意識も「かなり抵抗」があることなどで、住民の側からの介護サービス充実の要請に関しては弱い方だと思われる。にも拘らず、民生費率が高く介護基盤整備のトータルでみた予定達成率が80%以上と高いのは、65才以上の高齢化率が30%以上となっていることや特養入所・待機者が計16人と比較的多いことなどが背景になってはいるとはいえ、まさに、「行政主導型」の介護基盤整備への取り組みの成果だと考えたい。

さらに、B村の場合も、介護基盤整備に関する住民ニーズは4位以下と低く住民側からの「福祉」充実への要請は決して高くはないが、高齢化率30%台後半で虚弱高齢者が増えてきており、特養入所者数も多い方であることなどを背景に、村長が施策で「福祉」充実を2位に挙げ、行政当局も「計画」策定時に本格的なニーズ調査をし、ノーマライゼーションの福祉理念を行政目標としたいなどの「福祉」施策への取り組みに熱心なことが、民生費率も15%近くをクリアし介護基盤整備のトータルでみた予定達成率を80%にしている主要要因と思われる。その意味で、このB村も村長・行政の介護基盤整備に対する「姿勢」にもとづく行政主導型といえよう。

上述のような介護基盤整備の先行グループに対して、G村の場合は65才以上の高齢化率

が30%台後半と極めて高く、住民の「介護基盤整備」に対するニーズは2位と高いにも拘らず、財政負担を前面に出して、トータルでみた介護基盤整備予定達成率は50%に留まっている。確かに、財政要因が大きいことは、先にわれわれも『概要』や『介護基盤整備の調査研究書』で分析した通りで1つの主要な規定要因ではある。しかし、ここでも分析してきたように、G村などと同じような人口3,000人未満で財政事情も似ている農山村であるA村・B村・C村では、そのトータル予定達成率は80%以上をクリアしているのである。

この差異の大きな要因は、アンケート調査結果を総合的にみる限り、介護基盤整備に対する行政の姿勢によるものと考えざるを得ない。この点G村の場合は、表4・表5をみる限り、「計画」策定時にゴールドプランの介護基盤整備の課題を残念ながら主体的に受けとめる姿勢が弱かったため、ニーズの把握も自らの調査によらずに「国・県の基準」をそのまま利用するような消極的なものであった。このような地域福祉への消極的姿勢は、ノーマライゼーションの福祉理念を「全くの理想論」とする考え方に連がっている。とはいえ、同じG村が前述もしたように在宅診療では全国的にみてもかなりの先進地域である。しかし、在宅診療は在宅福祉の充実があって始めて十分に機能するのである。このように考えると、まず、G村の行政当局は、限られた予算のなかで介護基盤整備の充実を先行すべきではなかったかと思われる。

いずれにしろ、このような「行政姿勢」が、G村とA村・B村・C村との介護基盤整備の予定達成率の格差として現れているのだと思う。

このことは、G村ばかりでなくその予定達成率が50%以下のE村・F村・H村・I村に関してもいえることなのである。

〔注1〕松本短期大学介護福祉学科在宅ケア研究会

『長野県における市町村の介護基盤整備状況に関する調査—調査結果の「概要」—』（98年7月）

〔注2〕松本短期大学

『「介護基盤整備」に関する調査研究—長野県における市町村の「実態調査」をふまえて—』（98年12月）