

介護保険におけるサービス基盤整備の仕組みと方策

－過疎地域等における在宅福祉を中心に－

有 馬 晋 作

Structure and Measure of Making Service Supply System on Public Care Insurance
-About Home Care in Depopulation Area-

SHINSAKU ARIMA

はじめに

- 1 サービス基盤の整備状況
- 2 介護保険におけるサービス基盤整備の仕組み
- 3 介護保険におけるサービス基盤整備の法的責任の考察
- 4 介護保険における過疎市町村のサービス基盤整備の方策
- 5 訪問介護員確保のための指定基準及び介護報酬による方策

おわりに

はじめに

介護保険をめぐるのは、その実施を目前に控え、連立与党サイドから、導入延期や税方式で行なうべきなど見直し論が出されたが、最終的には、円滑な開始のための支援策として、65歳以上の保険料徴収の半年間停止（その後1年間半額）、訪問介護の利用料軽減、介護手当を支給などが決定され、当初の予定通り2000年4月から開始されることになった。ただ、このような決定に対し、これまで介護保険の制度発足に向け準備を進めてきた自治体のほか野党、マスコミからは、国の背信行為であるとか選挙目当てなどという批判が聞かれる⁽¹⁾。

このように介護保険をめぐる状況は依然として混迷しているともいえるが、その問題点のひとつに「保険あって介護なし」⁽²⁾という言葉に現わされているように、介護サービスの基盤整備が果たして順調にいくのかという問題点が指摘されている。

特に山村・離島や過疎地域については、高齢化が進行しているにもかかわらず、人材が不足がちで、かつ中心部から遠隔地で高齢者宅が広く点在しているので事業運営の効率性が低くなりやすいため、民間の参入や既存事業者の拡大が進まずサービスが不足するのではないかと危惧されている。

また、介護保険の利点とされる利用者の選択権や利用権の保障は、サービスの量が十分かで決まることであり、導入前の公費（税）方式の措置制度でも、サービスの量が十分であれば、利用者の選択権や利用権の保障は可能なので介護保険を無理に導入する必要性はないという見解⁽³⁾があるように、サービスの基盤整備は特に重要な課題であるといえる。

本稿は、以上のようなことを踏まえ、鹿児島県立短期大学地域研究所・研究プロジェクト「過疎地域における高齢者福祉の体制整備－介護保険導入後の課題－」（１９９９年度～）の一環として、介護保険におけるサービス基盤整備の仕組みについて法的分析も含め考察した上で、現在の介護保険の制度を前提に、サービス不足が危惧される山村・離島や過疎地域において、過疎市町村や国が取るべき方策を、訪問介護など在宅福祉を中心に提言を試みたい。

１ サービス基盤の整備状況

１９８９年の消費税導入とともに高齢者福祉の充実が急務とされ、同年１２月に厚生・大蔵・自治三大臣合意で「高齢者保健福祉推進１０か年戦略」いわゆる「ゴールドプラン」が策定され、各サービスごとに１９９９年度末までの具体的な整備目標値が設定された。

さらに地方分権の流れもあり、１９９０年には福祉八法⁽⁴⁾が大幅に改正され、老人福

表１ 新ゴールドプランの進捗状況

区 分		年 度	1996年度予算 ()内は実績	97年度予算 ()内は実績	98年度予算	99年度予算	新ゴールドプラン (99年度)
在宅サービス	訪問介護員 (ホームヘルパー)		122,482人 (118,779人)	151,908人 (136,661人)	167,908人	178,500人	170,000人
	短期入所生活介護 (ショートステイ)		36,727人分 (38,619人分)	44,834人分 (43,566人分)	56,802人分	63,000人分	60,000人分
	日帰り介護(デイサービス)／ 日帰りハビリテーション(デイケア)		10,322か所 (7,922か所)	12,084か所 (9,616か所)	15,006か所	17,150か所	17,000か所
	在宅介護支援センター		4,672か所 (3,347か所)	6,172か所 (4,155か所)	8,564か所	10,000か所	10,000か所
	老人訪問看護事業所 (老人訪問看護ステーション)		2,300か所 (1,863か所)	3,200か所 (2,559か所)	4,100か所	5,000か所	5,000か所
施設サービス	特別養護老人ホーム		247,109人分 (249,017人分)	262,709人分 (262,961人分)	289,155人分	300,000人分	290,000人分
	老人保健施設		191,811人分 (147,243人分)	220,811人分 (180,855人分)	249,811人分	280,000人分	280,000人分
	介護利用型軽費老人ホーム (ケアハウス)		38,200人分 (23,326人分)	51,350人分 (29,529人分)	73,400人分	83,400人分	100,000人分
	高齢者生活福祉センター		280か所 (204か所)	320か所 (227か所)	570か所	600か所	400か所

(注) 1.訪問介護員(ホームヘルパー)については、障害者プランで、1996年度において8,000人、97年度において7,500人、98年度において8,600人、99年度において8,700人(累計32,800人)の上乗せが行われている。

2.日帰りリハビリテーション(デイケア)の実績は、各年度の7月1日現在の数値。

3.1998年度予算の数値は、3次補正後の数値。

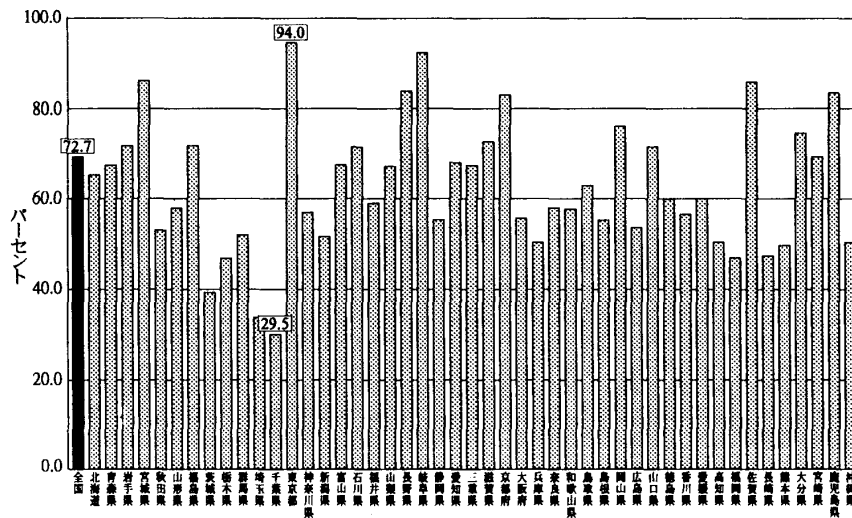
(出典)厚生省介護保険制度施行準備室監修・増田雅暢著『わかりやすい介護保険法』(1999、ぎょうせい)P84

祉法についても、特別養護老人ホームなど老人福祉施設への入所措置権を都道府県から市町村へ移譲したほか、在宅福祉サービスを市町村の団体事務として法で明確化し、施設と在宅サービスの市町村への権限一元化が図られている。

また、老人保健福祉計画の策定が市町村に義務づけられたことにより、各市町村では各サービスごとに1999年度末の整備目標が設定されたが、これに伴いゴールドプランの目標水準を大幅に引き上げた新ゴールドプランが1994年12月に公表され、表1のように、これまで計画的な予算措置によって整備が図られている(5)。

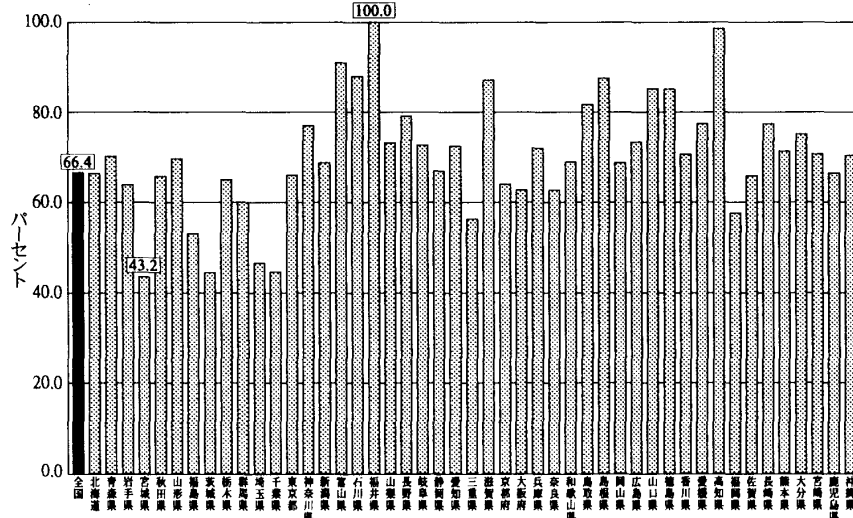
図1 高齢者福祉の都道府県別進捗状況

1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)事業



- 注) ① 平成11年度における訪問介護員(ホームヘルパー)の確保目標人数に対して、平成9年度末までに確保された人数の割合。
 ② 全国については、常勤と非常勤の割合を一定にする換算を行った参考値。

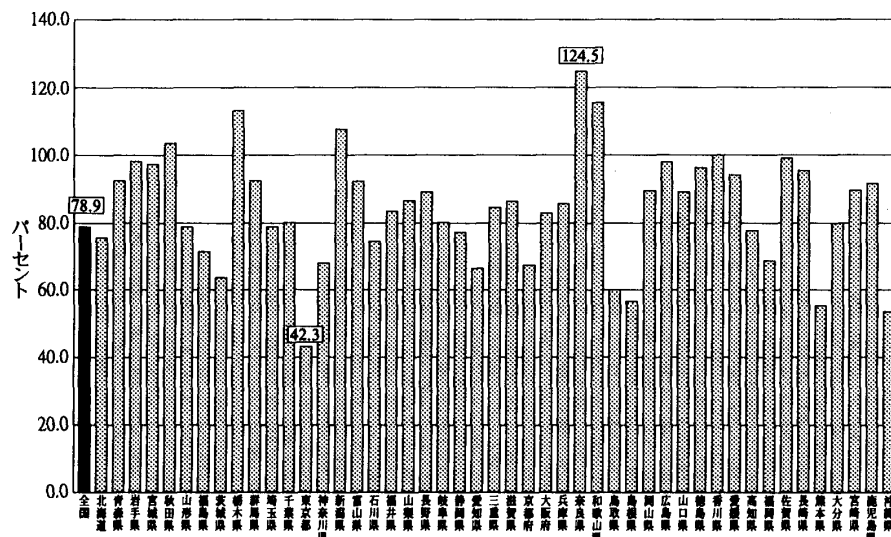
2. 日帰り介護(デイサービス)事業



- 注) ① 平成11年度における日帰り介護(デイサービス)事業の目標数に対して、平成9年度末までに整備された日帰り介護(デイサービス)の事業数の割合。
 ② 1事業当たりの利用人数は様々であるが、事業数で単純に比較した参考値。

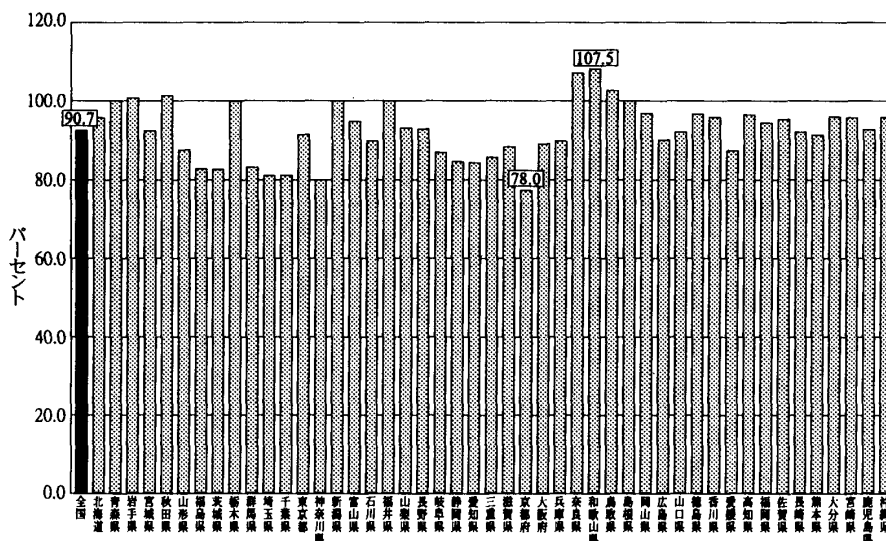
全国の各市町村においては、この老人保健福祉計画に基づき、計画的にサービスの基盤整備が図られているが、その進捗状況をみると各都道府県で格差がみられる。例えば、図1のように鹿児島県は他県に比べると、かなり順調に整備が進んでいるものの在宅福祉については都道府県間で進捗状況に大きな格差がみられる。

3. 短期入所生活介護(ショートステイ)事業



- 注) ① 平成11年度における短期入所生活介護(ショートステイ)の整備目標数(ベッド数)に対して、平成9年度末までに整備された短期入所生活介護(ショートステイ)ベッド数の割合。
 ② 1ベッド当たりの利用者数は様々であるが、ベッド数で単純に比較した参考値。

4. 特別養護老人ホーム



- 注) 平成11年度における特別養護老人ホームの整備目標(ベッド数)に対して、平成9年度末までに整備された特別養護老人ホームのベッド数の割合。

(出典)ぎょうせい編『平成11年度版 介護保険の手引』(1999.ぎょうせい)、P161~163

そのため、厚生省としては、目標達成のために必要な予算（国庫補助金）は十分確保しているのですが、まずは1999年度末の整備目標達成に各市町村は努力してほしいというスタンスであった⁽⁶⁾。しかし、先般、厚生省より発表された2000年度における介護サービスの整備見込みをみると、やはり在宅福祉を中心として、各市町村の進捗状況に、かなりの格差があることが明らかになっている。

例えば、訪問介護（ホームヘルプサービス）の供給率は、住民の利用希望に対して全国平均で84%に留まっており、通所系の在宅サービスとしてのデイサービスと通所リハビリ（デイケア）の平均供給率は72%で、ショートステイは76%となっている。

さらに、訪問介護の供給率を自治体別にみると、全国2,930自治体のうち供給率25%未満が70自治体（2.3%）、25～50%未満270自治体（9.2%）、50～75%未満483自治体（16.4%）、75%以上2,107自治体（71.9%）で、100%サービスを提供できるとした自治体は1,494自治体（51%）となっている⁽⁷⁾。

以上のように、在宅福祉サービスの基盤整備状況は依然として各市町村で格差が大きいとみられる。介護保険導入後も、高齢化の進展に伴い在宅福祉のニーズがますます高まると予想され、1999年12月に厚生・大蔵・自治三大臣の協議で決定された2004年度を目標年度とする新たな「ゴールドプラン21」をみても、表2のように各サービスの目標の引き上げがなされており、訪問介護員（ホームヘルパー）についても35万人と1999年度末の17万人の約2倍に整備目標が引き上げられている⁽⁸⁾。

このように、介護保険における介護サービスの早急な整備は、今後の大きな課題といえる。本稿は、山村・離島や過疎地域などでの、その改善方策等を考察するわけであるが、その前に、まず介護保険におけるサービス基盤整備の仕組みについて、在宅福祉を中心に次章で明らかにしたい。

2 介護保険におけるサービス基盤整備の仕組み

介護保険について、在宅福祉サービスにおける利用の手続きを中心として、具体的な仕組みを簡単にまとめると次のようになる（図2参照）。

介護保険は、市町村及び特別区を保険者とし、40歳以上の者を一定の保険料を支払う強制加入の被保険者とする社会保険制度であり、65歳以上の被保険者（1号被保険者；40～64歳は2号被保険者）が一定の介護を必要とする状態となったとき、市町村に申請し要介護（5段階）や要支援認定を受けた上で、都道府県が指定したサービス事業者から、各認定の支給限度額内で、1割の利用料を負担してケアプランに基き計画的に介護サービス（表3参照）を利用できる仕組みとなっている。

また、サービス事業者は、被保険者に介護サービスを提供し、その経費を、保険者たる

市町村に対し介護報酬を請求して賄うことになるが、サービス事業者の指定基準と介護報酬は厚生省が定め、都道府県が指定することになっている。

なお、財源構成は、保険料 50 %、国 25 %、県 12.5 %、市町村 12.5 % の負担

表2 ゴールドプラン21の整備目標

ゴールドプラン(GP)21の主な内容		
	現在の新GPの目標 (1999年度)	GP21の目標 (2004年度)
訪問介護員(ホームヘルパー)	17万人	35万人
訪問看護ステーション	5000カ所	9900カ所
デイサービス/デイケア	1万7000カ所	2万6000カ所
ショートステイ	6万人分	9万6000人分
特別養護老人ホーム	29万人分	36万人分
老人保健施設	28万人分	29万7000人分
グループホーム	—	3200カ所
ケアハウス	10万人分	10万5000人分
高齢者生活福祉センター	400カ所	1800カ所

(出所)朝日新聞1999年12月19日朝刊の記事

割合となっており、保険料の額は、1号被保険者が全国平均で月額2,885円、鹿児島県平均は月額3,113円で、2号被保険者は、健康保険組合の場合、平均3,930円(労使折半)となっている(9)。

厚生省は、介護保険導入前の在宅福祉は、措置制度の下、市町村が予算を組んで市町村直営や社会福祉協議会などへの委託を通じてサービスを供給するため、市町村の税収等財源や委託先の制約を受けやすく市町村によっては基盤整備が遅れることがあったとする。これに対し、同じく厚生省は、介護保険においては、多様な主体の参入を促進することにより、サービスの質の向上と地域の実情に応じたサービス基盤の整備が図られるとしているが(10)、その基本的な考え方は次のようなものである。

介護保険におけるサービス基盤整備は、支給限度額を有する要介護認定により一定の需要つまり介護市場を創出(厚生省試算では4.2兆円の市場規模)(11)した上で、この介護市場に一定の基準による指定と介護報酬によって、多様なサービス事業者の幅広い参入と既存事業者の事業拡大を促進するというものであり、これは経済学的に言えば需要をインセンティブ(誘因)とした「需要が供給を生む」というメカニズムを持つ基盤整備といえる。また、利用者によるサービス事業者の選択を可能とすることにより、サービス事業者相互の競争によって効率性とサービスの質の向上を図ろうとする目的もある(12)。

以上のことは、1980年代以降の規制緩和と民間活力の導入という国の基本的な方針

図2 介護保険における在宅福祉サービスの利用の仕組み

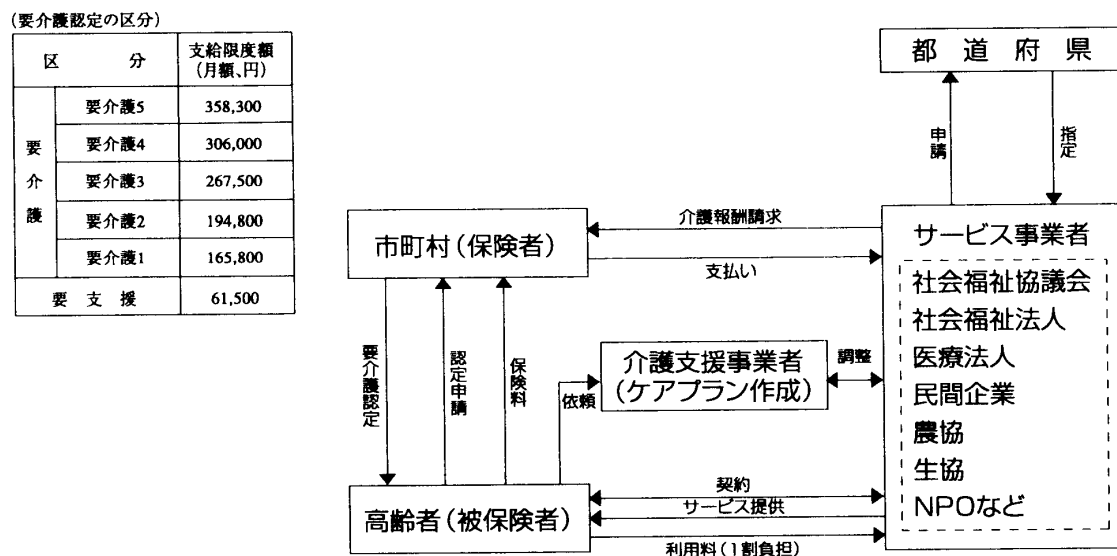


表3 介護保険における在宅福祉サービス

対象者	サービス区分
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問介護(ホームヘルプ) ●訪問入浴 ●訪問看護 ●訪問リハビリテーション ●日帰りリハビリテーション(デイケア) ●居宅療養管理指導 (医師・歯科医師による訪問診療など) ●日帰り介護(デイサービス) ●短期入所生活介護(ショートステイ) ●短期入所療養介護(ショートステイ) ●痴呆対応型共同生活介護 (痴呆性老人のグループホーム) ●有料老人ホーム等における介護 ●福祉用具の貸与・購入費の支給 ●住宅改修費の支給(手すり・段差の解消など)
要支援者	●同上(痴呆性老人のグループホームを除く)

(出典)厚生省介護保険制度施行準備室監修・増田雅暢著
『わかりやすい介護保険法』(1999、ぎょうせい) P20

に沿った政策ともいえ、高齢者福祉分野へ、これまでの措置制度とは全く違う市場原理の導入といえる。この市場原理の導入による、多様な事業者の参入と競争による効率性とサービスの質の向上というメリットを必ずしも否定するわけではないが、市場原理には、所得不足等でサービスを利用できない者が生じる可能性、社会的にみて問題のあるような低いレベルのサービスが供給される可能性⁽¹³⁾、採算がとれない地域ではサービスが十分供

給されない可能性などのデメリットがあるので⁽¹⁴⁾、これらのデメリットを、いかに少なくするかが課題となる。

したがって、山村・離島や過疎地域など、人口が少なく高齢者宅が点在するため効率性が低くなりやすい地域つまり採算性がとれにくい地域において、民間の参入や既存事業者の事業拡大が進まずサービス量が不足する恐れがあるという問題点について、次に介護保険におけるサービス基盤整備の法的責任の所在を考察した上で、今後の改善方策まで提言を試みたい。

3 介護保険におけるサービス基盤整備の法的責任の考察

(1) 介護保険における市町村の役割と市町村介護保険事業計画の内容

介護保険法は「市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより介護保険を行なうものとする」(3条1項)と定め、介護保険の実施主体つまり保険者は市町村及び特別区であるとし、保険者は、介護サービスの給付の決定や支払いをする給付主体の機能と、介護保険料の設定・徴収・管理を行なう財政主体の機能を有する⁽¹⁵⁾。

さらにサービス基盤の整備を計画的に進めるため、国が策定する基本指針に基づき、市町村及び都道府県は、それぞれ市町村介護保険事業計画、都道府県介護保険事業支援計画を策定することになっている。

この市町村介護保険事業計画は、市町村が国の基本方針に即して、3年ごとに5年を1期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画として策定するものである。その内容は、各市町村における保険給付の対象となる在宅サービスや施設サービスの必要量の見込み、人材確保・施設整備のための措置、在宅サービス事業者相互の連携の確保等の介護サービスの円滑な提供を図るための措置等である。また、作成の際は、老人保健福祉計画との整合性を十分図るとともに、被保険者代表等の参加による計画策定委員会の設置など、被保険者の意見を、あらかじめ反映させるために必要な措置を講じる必要があるとしている⁽¹⁶⁾。

以上のようなことからサービスの基盤整備の法的責任は、一見、介護保険事業計画の策定義務がある市町村にあるようにみえる。

厚生省も、サービスの基盤整備について、被保険者は基本的に保険主体である市町村に整備を働きかけるべきで、地域住民は市町村介護保険事業計画等の策定を通じて市町村に積極的に働きかける必要があるとの見解⁽¹⁷⁾を示しており、市町村による計画的なサービス基盤の整備が求められているといえる。

これに対して、市町村からは、サービス見込み量を設定するといっても、民間導入予測や施設整備補助金の見通し、土地の確保問題など市町村が主体的判断で選べる変数が少な

いと指摘のもと、供給主体の確保策については、公的サービスの意義を再整理し、民間サービスの情報を積極的に収集するとともにNPO等市民団体への支援等を検討する必要があるとの見解⁽¹⁸⁾がある。この見解は、どちらかといえば、サービス基盤整備に消極的と解することができる。

そこで、市町村介護保険事業計画に関する介護保険の規定の仕方から、果たして市町村にサービス基盤整備の法的責任があるかどうかを、次にみてみたい。

(2) 市町村によるサービス基盤整備の法的責任の考察

市町村介護保険事業計画は法的には行政計画であり、行政計画は「行政権が一定の公の目的のため目標を設定し、その目標を達成するために総合的に表示するもの」と定義できる。その法的効果としては、都市計画決定としての市街化区域、市街化調整区域の区別のように私人に対し規制効果を持つものや、高速自動車国道法の整備計画のように私人との関係では拘束性はないが他の行政主体又は行政機関を拘束する効果を持つものがある⁽¹⁹⁾。

このように行政計画によって行政主体を拘束する法的効果を持たせることができることから、法的には次のような可能性があることを提起できる。

つまり、介護保険法のなかで、市町村に対し市町村介護保険事業計画のサービスの見込量の達成を義務づけているとするならば、要介護認定を受けた被保険者がサービス不足で支給限度額のサービスを受けることができないという状態が生じたとき、被保険者が、この規定を根拠として市町村の義務違反で市町村に対し損害賠償を求めることができるという可能性である⁽²⁰⁾。

そこで、この法的可能性について、介護保険法の規定の仕方から検証することにより、サービス基盤整備の法的責任が市町村にあるかどうかを検証してみたい。

介護保険法117条1項では「市町村は、基本指針に即して、3年ごとに、5年を1期とする当該市町村が行なう介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。」とし、同条2項で「次に掲げる事項を定めるものとする。」として、同条1号で「各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み」、同条2号で「見込量の確保のための方策」を定めるとしている。また、国が示した指針（平成11年5月11日厚生省告示第129号「介護保険事業に係る円滑な実施を確保するための基本的な指針」）の第2.2(2)では、市町村は市町村介護保険事業計画で「見込量の確保のための方策を定めることが必要である。この場合においては、介護給付事業等サービスの事業を行なう意向を有する事業者の把握に努めた上で、情報の提供を適切に行なう等の多様な事業者の参入を促進する方策の工夫を定めることが必要である。」となっている。

これらの「量の見込みを定め」、「見込量の確保のための方策を定める」、「方策の工夫を

図る」との文言では、見込量の達成が市町村に義務づけられているかどうかは明確でないといえる。

ところで、介護保険法の施行日の時点において、居宅サービスの整備状況が地域によって相当異なることが予想されるため、厚生省は、十分なサービスを提供できない市町村は、区分支給限度基準額について、施行後5年間までの経過措置として市町村が法定の区分支給限度額を下回る限度額を経過的に設けて良いとしている⁽²¹⁾。この場合、介護保険法施行法で、この経過措置を行なう市町村を「特定市町村」と呼び、同法3条1項で「特定市町村は、(略)介護給付等対象サービスを提供する体制の確保に必要な措置を講ずるよう努めるものとする。」と規定している。

つまり、早急にサービス基盤を整備する必要性が著しく高い特定市町村の場合も、サービス基盤の整備は、「努めるものとする」という努力規定であることから、法117条2項1及び2号の「見込量の確保のための方策」を定めるという文言は、見込み量達成を義務化しているとはいえず、せいぜい努力規定と解することができよう。

ちなみに、市町村に義務づける、その他の方法としては、市町村の介護保険条例で義務づける方法があるが、厚生省が示した条例準則ではサービス基盤整備の項目自体が無く、都市住民が有識者と協力して策定した利用者重視の条例案でも、サービス基盤整備の条文が設けられているが努力規定となっている⁽²²⁾。

以上のように、市町村にとって介護保険事業計画の見込み量達成は、あくまで努力規定であると解することができる。

したがって、本節で提起した、被保険者がサービス不足でサービス支給限度額のサービスを受けることができない場合に、市町村に損害賠償を求めることができるかどうかという法的可能性は、次章で詳述するようにサービス事業者の参入に最も影響する要因は国が定める介護報酬であることもあって、困難と考えられ、法的にはサービス基盤整備の責任は市町村にはないといえよう。

ところで、介護保険法は介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行なわれるよう、国はサービス提供体制の確保に関する施策のほか必要な各般の措置を講じ(5条1項)、都道府県は必要な指導及び適切な援助をする(5条2項)となっており、都道府県介護保険支援事業計画に関して「介護支援専門員その他介護給付等対象サービスに従事する者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項」を定める(118条2項3号)となっている。これらの文言からは、依然として、サービス基盤整備の法的な最終責任が、国・県・市町村のどこにあるかは明確でなく、市町村が実施主体で予算を組んでサービスを提供していた従来の措置制度より、サービス基盤整備の責任の所在は、むしろ不明確になったといえよう。

4 介護保険における過疎市町村のサービス基盤整備の方策

法的にはサービス基盤整備の責任は市町村にないと述べたが、現実論としても、介護保険において市町村主導で積極的に基盤整備を進めることは、介護保険導入前の市町村が予算を組んで自ら若しくは委託してサービスを実施していたのに比べると、かなり困難といえる。

この理由は、介護保険における基盤整備とは、都道府県が厚生省の定める基準に基づきサービス事業者を指定するほか、前述したようにサービス事業者が参入するかどうかは厚生省の定める介護報酬の額が大きく影響するため、サービス基盤整備の進捗は、実質上、国の定める基準に左右されるという状態になるからである。

このような実態からしても、現在の介護保険の仕組みでは、市町村に対しサービス基盤整備を義務化するのには難しいといえる。これは介護保険法で保険者が市町村となっているが、介護保険は国民全体に共通する社会保険であるため市町村によって給付内容や基準に差異があってはならないという論理に基づき、介護保険の制度の骨格をなす事項の多くを国が定める「中央集権的方式」となっているからである（23）。

この中央集権的方式により、国は国民へ介護のナショナル・ミニマムを保障するわけであるが、サービス基盤整備に関しては、既に述べたように、その本質は、サービス基盤を行政自ら整備するのでなく一定の介護市場を創出した上で「需要が供給を生む」という構造により、介護市場への多様な供給主体の参入と相互の競争によりダイナミックに供給体制を整備しようとする「市場原理の導入」であるといえる。

したがって、このような「中央集権的方式」と「市場原理の導入」という状況の下では、サービス基盤整備について市町村が取り得る方策には、おのずと限界があるといえる。

今後の議論としては、一層の地方分権化のため指定基準や介護報酬額を定める権限を保険者たる市町村に移譲するという議論や財源の国から市町村への移譲という議論もありえるが、事業の採算性が低くなりやすい山村・離島や過疎地域を抱える市町村では、そのような方法も限界があるといえる。

また、過疎市町村1,230自治体の高齢者比率（平成7年国調）は25%と非過疎市町村の13.8%に比べ著しく高いため、過疎市町村を対象としたアンケート調査では、高齢化対策の現在・今後の課題としては、「高齢者の生きがい対策」が59.1%と最も多く、次に49.5%が「高齢者介護の地域での取り組み」をあげている（24）。

一方、全国3,120市町村を対象としたアンケート調査（共同通信社1999年）によると、民間営利企業の進出が見込まれるとするのは、人口50万人以上の大都市で50%、30～50万人の中核市レベルで44.7%に対し、過疎市町村が多く含まれている人口5千～1万人では6.8%、5千人未満では5.4%にすぎない状況である（25）。

そこで本稿では、現在の介護保険の仕組みを前提として、高齢化が他地域に比べ高く介護体制の整備が課題となっているにもかかわらず、介護保険の下で、今後、民間参入等が進まず介護サービスが不足すると危惧される山村・離島や過疎地域において、市町村や国が取り得る現実的な方策として、①基準該当サービスの活用、②民間事業者等への補助、③市町村等によるサービス提供という方策を提言したい。また訪問介護の場合は、④訪問介護員養成研修の積極的实施という方策も提言したい。

これらの方策は、市町村に対して地域の知恵と工夫や経営感覚を求める方策といえ、地方分権型ともいえるが、国による財政支援の必要性も指摘したい。以下これらの方策を順を追って述べたい。

①基準該当サービスの活用

基準該当サービスとは、法人格を持たず国の定めた指定基準の人員、設備運営の基準等を完全に満たさなくても当該市町村内のみで業務ができるとの条件つきで、市町村が独自にサービス事業者を指定できるというものである（26）。

この方策により、ボランティア団体や婦人会、生活改善グループ、JAの助け合いグループなど地域の自主的なグループを活用して、民間事業者の参入が困難とされる過疎地域などでも地域の実態に合ったサービス供給体制の整備を行なうものである。このような供給体制整備のためには、市町村による地域の社会資源の掘り起こしやコーディネート的な働きが一層求められるといえる。

②民間事業者等への補助

この方策は、山村・離島や過疎地域など採算性が低い民間参入が進まずサービスが不足する地域を有する市町村において、新たな民間事業者の参入や既存の社会福祉法人等の事業拡大を進めるために、民間事業者等に運営費や施設・設備整備に対して補助金を交付する方策である。

現在、山村・離島地域で介護報酬を15%加算することになっているが、加算分の財源が決まっておらず保険料や利用料に跳ね返る恐れがあるとの指摘（27）があるが、この補助金交付は保険料や利用料に影響せず、かつ直接的な方策であるため、民間事業者の参入が困難とされる過疎地域でかなり効果が期待される方策といえる。

民間補助は、法的には憲法89条の公の支配に属しない事業への公金支出の制限規定をクリアーする必要があるという問題点（28）もあるが、指定を受けたサービス事業者は、行政による監査とともに指定の取消しもあることから問題はないといえよう。

ただ、表4のように、平成9年度の財政力指数が0.2と全国平均0.42に比べ相当

低く財政力が極めて脆弱といえる過疎市町村にとって、財政状況が厳しくなりつつある昨今、このような民間補助はかなり苦しいといえる。

したがって、山村・離島や過疎地域を有する財政力が脆弱である過疎市町村等を対象として、国により民間補助のために有利な補助金や、市町村独自で補助する場合の財源として過疎対策事業債を認めるなどの方策を創設し基盤整備を促進することを提言したい。

なお、このような国による支援策の必要性として、その他に、介護保険は財源に保険料が新たに加わり国、県、市町村の負担が従来に比べ軽減されるため、浮いた財源をサービスの基盤整備に優先して使うべきとの考え方もあり得ること、現在デイサービスセンターやショートステイについては、社会福祉法人等を対象に国による施設整備補助金があるが、今後、介護報酬に施設・設備整備費用は折り込み済みとして廃止される可能性が高いため効果的な支援策となることもあげたい。

③市町村等によるサービス提供

この方策は、山村・離島や過疎地域など採算性が低いため民間参入が進まずサービスが不足する地域を有する市町村において、市町村や歴史的に市町村と関係が深い市町村社会福祉協議会がサービス事業者の指定を受けて、確実にサービス基盤を整備する方策である。

この場合、市町村社会福祉協議会への、これまでの委託方式を補助方式に単に改め赤字

表4 過疎市町村の財政力の状況
(財政力指数段階別過疎地域市町村数)

団体区分 財政力 指数区分		平成8年度	平成9年度		
		市町村	市	町村	計
過 疎 地 域	0.1未満	74 (6.0)	0 (0.0)	77 (6.5)	77 (6.5)
	0.1以上 0.2未満	651 (52.9)	4 (9.1)	637 (53.7)	641 (52.1)
	0.2以上 0.3未満	366 (29.7)	19 (47.7)	347 (29.2)	366 (29.7)
	0.3以上 0.44以下	120 (9.7)	18 (36.4)	110 (9.3)	128 (10.4)
	0.44超	20 (1.6)	3 (6.8)	16 (1.3)	19 (1.5)
	計	1,231 (100.0)	44 (100.0)	1,187 (100.0)	1,231 (100.0)
	平均値A	0.20	0.30	0.19	0.20
全国平均値B		0.42	0.71	0.34	0.42
B-A		0.22	0.41	0.15	0.22

(出典)国土庁地方振興局過疎対策室編『平成10年度版・過疎対策の現況』(1999)P61

補填を行なう方策もあるが、より経営努力を行ない市町村の負担を軽減することが重要といえよう。

例えば在宅福祉の場合、デイサービスセンター、ショートステイ、ヘルパーステーション、訪問看護ステーションなどの在宅施設を複合的に整備した上で、施設の介護職員と訪問介護員や訪問看護婦を兼務で正規職員として採用し、訪問介護をはじめ介護報酬の高い訪問入浴や訪問看護も実施するなど多角的な運営を行ない採算性を高めるという方法がある。

さらに、この在宅複合施設を核として、要介護認定からはずれた高齢者も対象とする生きがいデイサービスを中心に、給食サービスや家事援助などの訪問介護も実施する小規模な在宅施設を、過疎地域等に分散的に配置⁽²⁹⁾する方策もある。これは、過疎地域では認定を受けた高齢者への法定の保険対象サービスのみでは対象者が少なすぎて採算が合わないため、認定外の高齢者も含め、給食サービスや生きがいデイサービスなど保険対象外のサービスも実施して採算性を高めるとともに要介護となるのを予防する方法でもある。ただし、これらのサービスは国庫補助事業で市町村負担があるため、市町村の財政的負担が増す恐れがあるので、後述するように国による特別な財政支援が必要ともいえる。

以上のような多角的かつ複合的運営により、事業の採算性の向上とともに職員の労働条件の改善が実現し、この労働条件改善が円滑なマンパワー確保と過疎地域における良好な雇用の場創設に結びつくと考えられる。

また、このような方法を実施するためには、市町村職員や社会福祉協議会職員に一層の経営感覚が求められるほか、市町村社会福祉協議会に、これまで以上の地域に根ざした総合的な事業展開が期待されるといえる。

ただ、このような経営努力を行なっても、山村・離島や過疎地域などでは採算性が低下する地域があるので、やはり直接的で確実かつ効果的な方策として、国による運営費や施設・設備補助のために有利な補助金を創設することを提言したい。なお、このような市町村や市町村社会福祉協議会による多角的かつ複合的運営を補助制度のモデル事業として創設し、課題や解決策を明らかにした上で、一般的な補助制度を創設する方法もある。

④訪問介護員養成研修の積極的实施

この方策は、山村・離島や過疎地域など人材が不足する地域を有する市町村において、市町村自ら又は市町村社会福祉協議会へ委託して当該市町村の住民や隣接市町村も対象として訪問介護員養成研修を実施し、効率良く確実に人材を確保するという方策である。

離島などでも潜在的に人材はいるとの指摘⁽³⁰⁾もあるが、訪問介護員として、すぐ働く気持ちのない受講者が多いという状況もあるほか、訪問介護員養成研修は、厚生省の定めたホームヘルパー養成研修事業実施要綱⁽³¹⁾に基づき都道府県知事が指定を行なうが、

その指定基準にはカリキュラム等は定められているが、講師の具体的な資格基準もなく、養成研修修了の際の試験も義務づけられていないなどの検討課題もみられる。

介護保険における過疎市町村による在宅福祉サービスの基盤整備の方策としては、以上のような方策があげられるが、これらの方策実施のためには、市町村に対して地域の社会資源の掘り起こしとコーディネート的な役割や経営感覚が相当求められるといえる。その意味では、これまで以上に地方分権型の地域の知恵と工夫がますます必要になるといえるが、介護保険の実態が国による中央集権的方式である以上、山村・離島や過疎地域など市町村による方策に限界があると認められる地域については、国が補助制度を創設して直接的なサービス確保を図るべきといえよう。

以上、過疎市町村が取るべき方策を考察したが、このような方策を講じて、特に独居老人の場合、寝たきり等介護が必要になったとき、現在の支給限度額で在宅で一人で生活できる十分なサービスを提供できるかという疑問が生じる。現実論としては、全ての地域で独居老人を含む全ての高齢者に自宅での生活を最後まで保障することは、現時点で難しく、施設入所を選択せざるを得ない状況も生じると予想される。この意味でも、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の個室化をはじめ入所者処遇の一層の改善も、今後の大きな課題といえる。

5 訪問介護員確保のための指定基準及び介護報酬による方策

（１） 指定基準の改善

高齢者福祉において在宅福祉は年々ニーズが増加し、その重要性はますます高まりつつあり、特に、在宅福祉の要とされる訪問介護における訪問介護員の確保は、今後の重要な課題となるといえる。ただ、既に述べたように市町村が取り得る方策には限界があるといえるので、介護保険におけるサービス基盤整備の本来の誘導策であるといえる、サービス事業者の指定基準と介護報酬からの訪問介護員確保策について、その基本的な方策を考察したい。

マンパワー確保の本来の方策は、訪問介護員の賃金や労働条件を改善することといえるが、表５のような項目からなる訪問介護の事業者の指定基準をみると、常勤２．５人以上という人員基準（５条）、サービス提供責任者の設置（５条）、常勤の管理者の設置（６条）、勤務体制の確保（３０条）のみしか定められていない。

したがって、訪問介護員の労働条件改善のために、例えば、指定基準で労働法の遵守や社会保険の加入を明確に定めることにより、サービス事業者による訪問介護員の労働条件改善を促進する方策がある。

また、訪問介護員は常勤3割、非常勤7割（32）といわれるように、いわゆるパートヘルパーが多いが、現行のパートタイム労働法（「短時間労働者の雇用管理の改善に関する法律」）は、雇用管理の改善が目的となっているため、規定をみると努力規定が主となっているので、例えば努力規定となっている短時間雇用管理者の設置などを指定基準で義務づける方法も考えられる。

なお、この場合、指定基準は厚生省令であるため、法より厳しい規定を定めることができるかという法的問題が生じる。この点については、省令は、行政機関が制定する規則であり私人を拘束することができる法規命令であること（33）、また、指定は「公法上の契約」と解することができ（34）、契約は法で強行規定として禁止されていなければ任意に内容を定めることができることから、パートタイム労働法で努力規定であっても厚生省令である指定基準で法より厳しい基準を定め、それをサービス事業者に義務づけることができると考える。

ただ、このような指定基準による労働条件改善も、介護報酬が低いと実現不可能なものとなるので、これらが実現できる適切な介護報酬を設定する必要があるといえる。この点

表5 訪問介護の指定基準の内容

指定居宅サービス等の事業の人員・設備及び運営に関する基準 (厚生省令第37号)	
第2章 訪問介護	
第1節	基本方針
第2節	人員に関する基準(5,6条)
第3節	設備に関する基準(7条)
第4節	運営に関する基準(8~39条)
第5節	基準該当居宅サービスに関する基準(40~43条)

について、次に考察したい。

（2） 介護報酬の改善

介護報酬は訪問介護員の賃金と訪問介護の事業の採算性を決める最も重要な要因であり、各市町村でのサービス基盤の整備に大きく影響する要因である。

このサービス基盤整備にとって重要な介護報酬の厚生省医療保険福祉審議会の案（2000年1月）は、表6のように、身体介護を中心に、かなり改善が図られている。例えば、身体介護の30分以上1時間未満4,020円は、現在の補助制度の単価である1時間3,730円より1割ほど高めに設定されている。また人件費や物価の高い都市部では2~10%程度、移動に時間がかかる離島や山村地域も15%、さらに早朝・夜間は25%、深

夜は50%を上乗せする措置も図られている。

厚生省は、この高めの設定を、民間企業の参入を促進し介護サービスの質を向上させるのが目的としており、民間大手のコムスンやニチイ学館も適正利益をあげられるだけの水準であるなどと評価しているが、ニチイ学館鹿児島支店やコムスン鹿児島は、山村・離島で介護報酬が加算されたが、市場性がはっきりするまでは参入するかどうかかわからないと慎重である⁽³⁵⁾。また、突然のキャンセルや利用時間が集中することによる待機時間の発生のため稼働率が低くなりやすいため、待機時間にも時間給の1割を支払うと仮定しても、今回の高く設定された身体介護の単価でも稼働率が50%を下回ると赤字となり事業運営が難しいとの指摘もなされている⁽³⁶⁾。

以上のように、介護報酬は訪問介護員の処遇改善が期待されるものになりつつあるが、

表6 訪問介護の介護報酬の単価

サービス時間	サービス内容	身体介護	家事援助	折衷型
30分未満		2,100円	—	—
30分以上1時間未満		4,020円	1,530円	2,780円
1時間以上		5,840円	2,220円	4,030円
1時間以上30分増すごとに		2,190円	830円	1,510円

(注) ●早朝(午前6～8時)と夜間(午後6～10時)は25%加算
 ●深夜(午後10時～午前6時)は50%加算
 ●3級訪問介護員によるサービス提供は5%減額
 ●離島・山間部などの事業所は15%加算
 (出所)南日本新聞2000年1月18日(朝刊)記事の表をもとに作成

独居老人にとって重要な家事援助の単価はかなり低く、介護報酬に人件費以外の必要経費が含まれているほか稼働率が低いと採算性が著しく悪くなるという問題点もある。さらに、山村・離島では介護報酬の加算が行なわれるが、その財源が現在のところ明確でなく保険料や利用料に跳ね返る恐れもあり、仮に支給限度額が変わらないとすれば、介護報酬の加算は利用者の利用回数の減少につながるだけで総額でみれば事業収入が増えるとは限らないともいえよう。

介護保険導入後は、各サービス事業者の採算性が明らかになり適正な介護報酬額を分析することが可能になると予想されるので、介護報酬の額が十分か又は改善が必要か、また改善がサービス事業者による訪問介護員の賃金や労働条件改善につながるかを見守っていき、既に述べた指定基準の改善と連動して適切な介護報酬額の設定など必要な対策を講じるべきといえよう。

おわりに

簡単であるが、本稿で論じたことについて、最後に次のようにまとめたい。

介護保険導入前と導入後を比べると、導入前は、高齢者福祉は地方分権が進み市町村の事務として運営されており、各市町村は市町村老人保健福祉計画によって整備目標を数値で明確に定め、例えば在宅福祉の場合、直営や委託によって市町村が予算を組んで直接に又は委託してサービスを整備することが期待されていたといえる。

これに対して、介護保険導入後は、保険者は市町村で給付主体と財政主体の2つの機能をもっており、保険者である市町村に市町村介護事業計画を策定する義務があり、サービスの見込み量を定め市町村にサービス基盤整備のための諸方策を講じることが期待されている。

しかし、介護保険におけるサービス基盤整備の本来の仕組みは、要介護認定のほか指定基準と介護報酬で介護市場を創出し、需要が供給を生むという構造により、幅広い事業主体の参入を進めサービス基盤整備を進めようというものである。この仕組みは、前者の要介護認定、指定基準、介護報酬は国が定めるため「中央集権的方式」であり、後者の介護市場を創出して幅広い事業主体の参入を進めるは「市場原理の導入」といえる。

以上のことから見ると、介護保険の制度は、通常、保険者を市町村とした地方分権であるとされるが、その本質は、介護市場の枠組みを国が定める「中央集権的方式」の下で、つまり、いわゆる「管理された市場」⁽³⁷⁾の下で展開される「市場原理の導入」であるといえる。

したがって、市町村に介護保険事業計画でサービス基盤整備の計画を策定させることになっているが、市町村に、見込み量達成の責務を担わせるのは限界があるとともに果たして妥当かという疑問が生じる。このことと介護保険の制度の実態が国による中央集権的方式である以上、山村・離島や過疎地域など採算性が低くなりやすく市町村によるサービス基盤の整備方策に限界があると認められる地域については、国が特に有利な補助制度など積極的な支援策を創設して直接的なサービス確保を図るべきといえよう。

そこで本稿では、現在の介護保険の仕組みを前提として、サービスの基盤整備について在宅福祉を中心として過疎市町村等が実際に取りうる方策として、①基準該当サービスの活用、②民間事業者等への補助、③市町村等によるサービス提供、④訪問介護員養成研修の積極的实施という方策を提言し、国による補助制度の必要性も指摘した。また、国が本来取るべき方策として、訪問介護を例にサービス事業者の指定基準と介護報酬の改善方策も提言したので、これらの提言の今後の関係機関による検討と実現を期待したい。

なお、指定基準と介護報酬の改善などについては、紙幅の関係で基本的な考え方のみしか提示できなかったため、他の事項も含め、次の機会に、より詳しく論じたいと考えている。

〔注〕

- (1) 南日本新聞1999年11月6日、11月20日、2000年1月3日、朝日新聞1999年11月13日参照。なお、政府見直し等に関する全国47都道府県庁所在市へのアンケート調査によると、半数近い21が「評価しない」と回答しているが、訪問介護の利用料軽減については、これまで全国市長会、全国町村会が要望していたこともあり歓迎する意見が多い〔南日本新聞1999年11月20日〕。全国3120市町村へのアンケート調査(共同通信実施)でも、保険料半年徴収凍結について賛成14.7%、反対65.8%で、反対の主な理由は「赤字国債での補填が後年の国民負担になる」、「負担と給付の関係が不明確になる」などであった〔南日本新聞2000年1月3日〕。
- (2) 介護保険制度が導入されても、ホームヘルプ等の在宅サービスや特別養護老人ホーム等の施設サービスといった介護サービスの基盤整備が十分に進んでいなければ、保険料は徴収されるのに介護サービスの利用ができないのではないか、との不安からいわれる言葉〔厚生省介護保険制度施行準備室監修、増田雅暢著『わかりやすい介護保険法』(1998、有斐閣)P82〕。
- (3) 伊藤周平著『介護保険—その実像と問題点—』(1997、青木書店)P185、213。なお、介護保険に批判的な論者には、このような意見が多い。
- (4) 児童福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、老人福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法。
- (5) 以上、中野いずみ著『高齢者福祉とは何か』(1999、一橋出版)P38～42参照
- (6) 厚生省(注2)P82
- (7) 以上、南日本新聞1999年11月30日
- (8) 南日本新聞1999年12月26日。朝日新聞1999年12月19日。環境新聞社「シルバー新報」2000年1月1日
- (9) 以上の介護保険の仕組みは、厚生省(注2)などを参照。なお、支給限度額は南日本新聞1999年4月20日、保険料額は南日本新聞1999年7月27日、7月22日、2000年3月17日、2000年1月20日(2号被保険者)参照。
- (10) 平成9年11月26日厚生省発、老第103号、各都道府県あて、厚生省事務次官通知「介護保険の施行について(依命通知)」の前文参照
- (11) 厚生省(注2)P13。これは1995年度ベースであるが、2000年度当初予算の概算要求ベースでは4.3兆円となっている〔朝日新聞1999年10月23日〕。
- (12) 厚生省(注2)P8、85参照
- (13) 営利企業がサービスの利用料を低く抑えようとすれば、人件費を抑えサービス水準を落とすなどするだろうから、サービスの質の向上は望めないという指摘がある〔伊藤(注3)P175〕。なお、介護保険では本来介護報酬の1割となるはずの利用料を割り引くことができる〔南日本新聞1999年12月21日〕。
- (14) 大野吉輝著『社会保障政策論』(1999年、勁草書房)P116～123参照
- (15) 河野正輝「第3章2保険関係」佐藤進・河野正輝著『介護保険法』(1997、法律文化社)P53参照
- (16) 厚生省(注2)P83
- (17) 厚生省(注2)P88
- (18) 東京都市町村自治調査会第2次高齢者介護制度研究会編著『介護保険と市町村の役割』(1998、中央法規)P151
- (19) 以上、塩野宏著『行政法I・第2版』(1994、有斐閣)P176、うち行政計画の定義は宮田三郎著『行政計画法』(1984、ぎょうせい)P15
- (20) 老人保健福祉計画により自治体がサービス量について基準を定め又質についても特別に基準を設定し、その基準を守らせる義務を自らに課していれば、利用者の方で自治体の義務違反(裁量行為の逸脱)を手がかりに損害賠償を請求する余地が出てくるとの見解がある〔橋本宏子「第3章5介護サービスの供給体制」佐藤進・河野正輝編(注15)P111〕。ただ、この見解のなかの老人福祉計画での量の基準が、例えば寝たきりの場合、訪問介護を週5回の派遣というような基準なのか、目標年度の整備目標つまり1999年度の訪問介護員55名というような基準なのか明確でない。前者であれば、本稿で指摘した

ものは後者であるので、この見解と本稿の見解は相違するものといえる。

(21) ぎょうせい編『平成11年版・介護保険の手引き』(1999、ぎょうせい) P20、125参照

(22) この条例案は、次のようになっている〔橋幸信・堀越栄子・市民法制局準備会編著『総合介護条例のつくり方』(1999、ぎょうせい) P60、61〕。なお、厚生省の示した条例準則(案)は同書P150～157。

第2節 介護サービスの事業基盤の整備に関する措置

第39条 市は、介護を要する状態にある者に対してその必要とする介護サービスが円滑かつ効率的に提供されるよう、次に掲げる措置その他の介護サービスの事業基盤の整備を推進するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

- 一 在宅介護支援センターの再構築による活用その他介護サービスに関する施設の整備に関する措置
- 二 介護サービス事業者の連絡協議会の設置その他介護サービス事業者に対する助言及び指導等に関する措置(特に、介護サービスを提供する非営利団体に対しては、その活動に係る情報の提供、活動の拠点となる共同オフィスの提供、地方税の均等割の減免、補助金の交付その他の財政的支援の措置を含むものとする。こと。)
- 三 介護支援専門員その他の介護サービスに従事する者の養成、処遇の改善、資質の向上、就業の促進等に関する措置

2 市は、前項の措置を講ずるに当たっては、県及び隣接する市町村との連携を密にするとともに、相互の意見及び情報の交換を通じて、その助言及び適切な援助を得るようにするものとする。

(23) この集権的というのを、磯崎氏は、この論理のもと制度の骨格をなす事項の多くが、政令、省令又は厚生大臣の決定(告示)に委ねられ、自治体の条例に委ねられるのがわずかであるという状況から地方分権とはいえないと指摘している〔磯崎初仁「介護保険に関する条例制定の課題」ぎょうせい編『地方分権』OCTOBER(1999、ぎょうせい) P86〕。また新藤氏は、これまでの他の分野に比べ地方分権が進んでいるとされる老人福祉制度も実態は「集権パラダイム」で、介護保険は「市場パラダイム」であると指摘している〔新藤宗幸著『福祉行政と官僚制』(1996、岩波書店) P120、174～175〕。

(24) 国土庁地方振興局過疎対策室監修『平成10年度版・過疎対策の現況』(1999、丸井工文社) P114、115、119。なお、過疎市町村は過疎地域活性化特別措置法に基づき市町村単位で指定。

(25) 南日本新聞2000年1月3日

(26) 厚生省(注2) P96、97、ぎょうせい(注21) P123

(27) 南日本新聞1999年11月26日「介護保険かごしま一船出目前・島から③」

(28) 内野正幸著『(新版)憲法解釈の論点』(1998、日本評論社) P180参照

(29) この小規模在宅複合施設を分散的に配置するという方策と同じような提言として労働科学研究所の調査報告がある〔労働科学研究所『農村型介護・福祉サービスの供給システムに関する研究報告書』(1996) P166〕。

(30) 沖永良部和泊町が島内を対象に実施したホームヘルパー養成研修3級での受講者の話や希望者の多さから、潜在的には人材はおり、これまで行政が人材確保に積極的でなかったと指摘している〔南日本新聞1999年11月29日〕。

(31) 平成7年7月31日付、社援厚第192号・老計第116号・児発第725号、社会援護局長・老人福祉局長・児童家庭局長通知「ホームヘルパー養成研修事業の実施について」

(32) 読売新聞1997年12月6日、この割合は1995年度末の状況とされる。また1992年度予算の国会答弁で厚生省も、この割合としている〔武田宏著『高齢者福祉の財政課題』(1995年、あけびの書房) P79〕が、厚生省によって常勤、非常勤と区別した全国的な調査は1998年度末現在実施されていない。

(33) 塩野(注19) P77

(34) この公法上の契約と解するのは橋本教授の見解を参考とした。その見解は、都道府県知事による指定は知事が都道府県内の地域的統一を図るため保険者たる市町村の委任を受けて介護サービス事業者との間に締結する契約であり、その内容は介護保険の被保険者が被保険者証を提示して指定介護サービスの提供を申し出た場合にはサービス事業者は「設備及び運営の基準等、法令に規定されている各条項(いわゆる

る法的約款)に基づき、当該被保険者にサービスを提供することを約定して締結する片務的不従的契約」とみることができるというものである〔橋本(注20)P124〕。

(35) 南日本新聞1999年8月24日

(36) 以上、日本経済新聞1999年8月24日、10月25日、2000年1月18日。南日本新聞1999年11月26日、2000年1月18日。毎日新聞2000年1月18日。読売新聞2000年1月18日。環境新聞社発行「シルバー新報」1999年8月7日参照。

(37) 新藤氏は、1960年代の日本経済の成功の背景として、この官僚により「管理された市場」の存在があるとする〔新藤(注23)P27〕。