

地域包括ケアにおける住民組織の役割と求められる対応

調査部 副主任研究員 星 貴子

目 次

1. はじめに
2. 地域包括ケアの現状
 - (1) 地域包括ケアとは
 - (2) 地域包括ケアの現状
 - (3) 予見される環境変化
 - (4) 地域包括ケアを巡る問題点
3. 機能団体による介護活動の現状
 - (1) 機能団体による介護サービスの現状
 - (2) 機能団体の運営状況
4. 機能団体が地域包括ケアの一翼を担うには
 - (1) 自治体およびNPO法人の取り組み
 - (2) 残された課題
 - (3) 求められる対応
5. おわりに

要 約

1. 高齢者の増加に伴う介護保険財政の逼迫や介護ニーズの多様化を受け、厚生労働省は、地域の実情に応じた介護サービスの提供を目的に、団塊世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年までに、地域包括ケアシステムの構築を目指している。その仕組みは、医療機関、介護事業者、民間企業、NPO・ボランティア団体や自治会といった住民組織などの多様な主体の連携の下、医療、介護、介護予防、生活支援などの介護サービスを包括的に提供するものである。なかでも、国は、保険サービスの範囲を縮小する一方で、民間事業者や住民組織による保険外サービスの提供に期待を寄せている。
2. しかしながら、民間事業者は採算の合わない地域への参入に消極的なうえ、住民組織のうち地域の互助活動を担っている町内会・自治会などの地縁団体は組織率の低下等を背景に機能が低下しており、介護サービス提供の担い手となるには限界がある。とはいえ、要介護者に必要な介護サービスを極力公平に提供するには、何らかの形で住民組織の関与を求めざるを得ないのも現実である。東日本大震災の発生以降、ボランティアに対する国民の意識が高まりつつあることを勘案すると、地縁団体に代わり、もう一つの住民組織の形態であるNPO・ボランティア団体等の機能団体を積極的に取り込むことも有効であろう。
3. 現状、介護分野で活動する機能団体をみると、相互扶助としての保険外サービスの提供から、介護保険指定事業者としての保険サービスの提供まで活動の幅が広がっている。もっとも、機能団体は活動しやすい環境にあるとはいえないうえ、その運営基盤は必ずしも盤石といえないのが実情である。機能団体が地域包括ケアシステムにおける介護サービス提供の一翼を担うには、同システムの責任主体である自治体が機能団体のリーダーの発掘・育成に加え、補助金のみならず利子補給や信用補完といった資金調達環境の整備を図るとともに、機能団体自らも自主財源を獲得し自立採算を可能にするなど財務基盤の強化を図る必要がある。
4. 機能団体が期待される役割を果たすには、上述のような対応以外にも越えるべきハードルがある。NPO法人にみられるように、①他の公益法人に比べ高い税率や優遇措置の適用対象の制約といった不公平な税制、②副業の剰余金の活用方法に対する規制、③介護施設の設置運営への参入規制、などの法規制がその活動を制約しているためである。こうした状況を改善するには、国の積極的な関与が欠かせず、税率引き下げや優遇措置の適用などの税制改正のほか、副業や介護施設の運営に関する規制の緩和など、これらの法規制の見直しが求められる。このほか、介護分野のみならず地域貢献を目的とする非営利法人に関して、上記規制の対象外となる新たな法人制度を設けることも有効である。

1. はじめに

高齢者の増加に伴う介護保険財政の逼迫や介護ニーズの多様化を受け、厚生労働省（厚労省）は、地域の実情に応じた介護サービスの提供を目的とする市区町村単位の地域包括ケアシステムの構築を、団塊世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年までに実現することを目指している。

現在、各地で地域包括ケアの実現に向けた体制（地域包括ケアシステム）の整備が図られている。しかしながら、人口減少や高齢化（注1）が進展するなか、行政や医療機関・介護事業者といった従来のサービス提供主体だけでは同システムの構築が難しいのが実情である。このため、行政は、自治会やNPO（注2）・ボランティア団体などの住民組織を有力なサービス提供主体の一つとして位置づけ、同システムに積極的に組み入れることを念頭においている。

もっとも、行政や民間事業者に代わるサービス提供主体としての住民組織の妥当性については、組織としての持続可能性のほか、運営体制や責任能力といった組織基盤の観点から疑問符を付けざるを得ない。そこで、本稿では、地域包括ケアの現状や問題点を整理したうえで、行政がその一翼を担うべき主体として期待する住民組織について、各種統計・アンケート調査や先行事例等を参照しながら、その課題と求められる対応について考察する。

（注1）総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）が上昇すること。

（注2）NonProfit OrganizationあるいはNot for Profit Organizationの略称。様々な社会貢献活動を行い、団体の構成員に対し収益を分配することを目的としない団体の総称（内閣府HP参照：<https://www.npo-homepage.go.jp/about/npo.html#npol>）。NPO法人とは、特定非営利活動促進法で規定された20分野を主な活動分野とする非営利法人で、事業年度ごとの事業報告・収支報告など、活動に関して情報開示が義務付けられている。

2. 地域包括ケアの現状

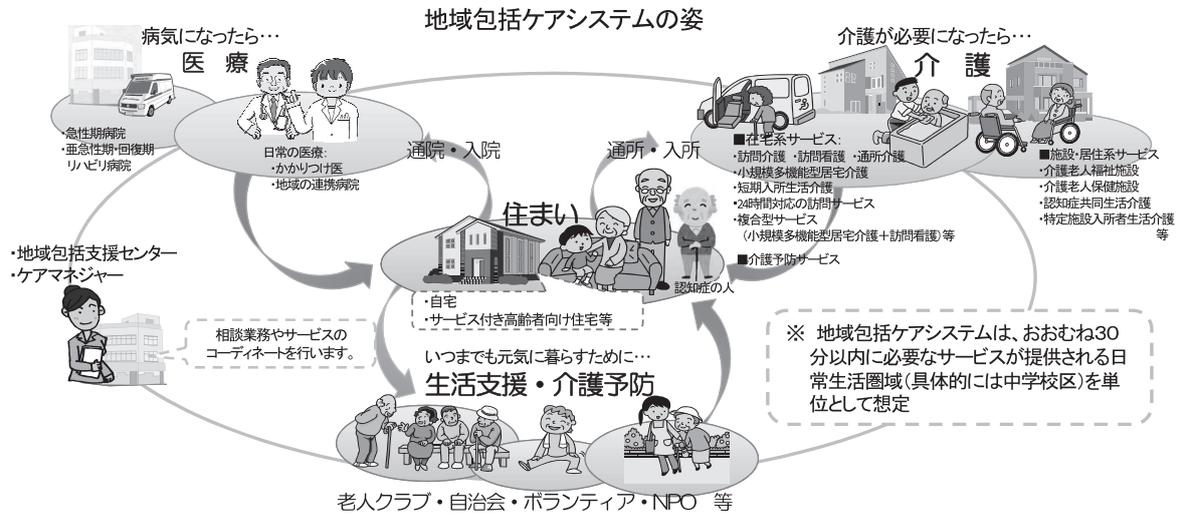
本章では、まず、議論を進める前提として、地域包括ケアの目的、仕組み、整備状況を概観し、地域包括ケアを取り巻く環境変化について確認する。そして、それらを踏まえ、厚労省が描く地域包括ケアに内在する問題点を取り纏める。

(1) 地域包括ケアとは

地域包括ケアとは、高齢者が住み慣れた地域で最期まで日常生活を送ることができるように、市区町村（以下、自治体と称する、注3）が責任主体となって、地域の実情に応じ、医療、介護、介護予防（注4）、生活支援等を包括的に提供することである（図表1）。これを実現するための仕組みである地域包括ケアシステムでは、中学校区（注5）を1圏域とし、そこに居住する全高齢者に対し、医療機関、介護事業者、一般企業、高齢者本人を含む地域住民、NPO・ボランティア団体や自治会といった住民組織などの多様な主体の連携の下、介護保険で提供されるサービス（以下、保険サービスと略する）や行政サービス（フォーマルサービス）のほか、それ以外のサービス（インフォーマルサービス、注6）が提供される。

法律面においては、2005年の介護保険法改正において地域包括ケアの概念が初めて明示され、その後2回（2011年と2014年）の改正と合わせ、地域でのサービス提供体制を整備するための施策が打ち出さ

(図表1) 地域包括ケアシステムの概要



(資料) 厚生労働省ホームページ「地域包括ケア」(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) から転載

(図表2) 介護保険制度の変遷

年月	法制度改正	主な改正点
1997年12月	介護保険法成立	
2000年4月	介護保険法施行	
2005年6月	介護保険法一部改正	地域包括ケアの概念提示 施設給付の見直し(居住費用・食費の見直し、低所得者に対する配慮) 新予防給付、地域支援事業、地域密着型サービス創設 地域包括支援センター創設
	改正法一部実施	
2006年4月	改正法全面実施	
2008年5月	介護保険法・老人福祉法一部改正	介護サービス事業者による不正防止強化(業者の業務管理体制の整備、休止・廃止の事前届出制導入、休止・廃止時のサービス確保の義務化等)
2009年5月	改正法全面実施	
2011年6月	介護保険法一部改正	地域包括ケア体制整備の推進 介護サービスの基盤強化(24時間対応サービス・複合サービスの創設、介護職員の医療行為の緩和) 保険者権限強化(介護予防・日常生活支援サービスの裁量拡大)
	改正法一部実施	
2012年4月	改正法全面実施	
2014年7月	地域医療・介護総合確保推進法成立(介護保険法一部改正)	介護老人福祉施設の入所制限、軽度介護の地域支援事業への移管等(2015~2017年度末までに段階的に実施)

(資料) 厚生労働省ホームページ「介護保険制度の概要」(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html) を基に日本総合研究所作成

れてきた(図表2)。これらの法改正から地域包括ケアのポイントを整理すると、下記の3点である。

第1は、介護予防である。要介護状態ではないものの日常生活に支援が必要な高齢者(要支援1、2)向けに身体・生活機能の維持・改善を目的としたサービスのほか、地域の全高齢者向けに介護予防のための運動教室や講習会などのサービスが提供される。さらに、国は、高齢者自身の介護予防が期待できるとして、サービスの担い手として高齢者が地域包括ケアシステムへ積極的に参加することを推奨している。

第2は、全国一律の定型サービスから地域ごとにカスタマイズされたサービスへの転換である。国は、介護保険の範囲を専門的知識・スキルを要する介護に縮小する一方、介護予防や要支援者に対する家事

援助・身体介護（日常生活支援）を自治体が実施主体となる地域支援事業に移行するとともに、サービス内容のほか地域密着型サービス（注7）の運用管理等における自治体の裁量権を拡大した。

第3は、自助・互助の推進である。地域住民、町内会・自治会やNPO・ボランティア団体が地域包括ケアシステムに組み入れられ、地域住民による助け合い（互助）によるサービス提供の拡大とともに、高齢者自らの介護予防への参画や民間サービスの自費購入（自助）が推進されている。国は、大都市圏では自助、地方圏では互助への期待を強めている。

このように地域包括ケアが進められる背景としては、次の3点が挙げられる。

1 点目は、介護保険財政の逼迫である。今後、認知症高齢者、単身世帯、夫婦のみ世帯など介護ニーズの高い高齢者が増加すると見込まれ、厚労省によれば、それに伴い介護給付（介護保険の総費用額）は2025年度に21兆円と、制度が導入された2000年度の6倍に達する。介護給付の増加を抑制するには、保険サービスの範囲を縮小する一方で、介護予防を推進し要介護者の増加を抑えるとともに、自助や互助によるインフォーマルサービスの利用・提供を推進し、保険サービスの利用量の低減を図る必要がある。

2 点目は、介護ニーズの多様化である。高齢者が増加するとはいえ、要介護者数やその比率（要介護認定率、注8）が自治体ごとに

異なるなど、地域で必要とされる介護サービスは一律ではない（図表3）。しかしながら、従来の定型的な保険サービスでは、そうした介護ニーズの違いに柔軟に対応できていない。地域の実情に応じた介護サービスが円滑に提供されるには、介護保険者である自治体が地元のニーズを踏まえて自らの裁量で介護サービス事業をカスタマイズすることが求められる。

3 点目は、自治体の財政難である。総務省の資料をみると、大半の自治体は、自主財源で財政を賄うことができない状況にある（図表4）。介護は最重要課題であるものの、財政的な制約があるなか、自治体のみで地域の実情に応じた介護サービスを円滑かつ効率的に提供するこ

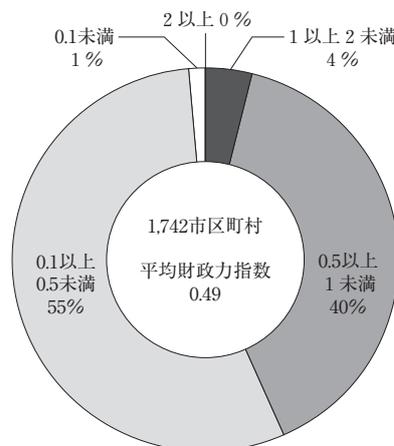
（図表3）要介護度別にみた要介護認定状況（2012年度）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	11.7	12.6	18.9	17.6	14.0	13.3	11.8
最大値	37.0	29.7	55.6	42.9	28.6	35.7	40.0
最小値	0.0	0.0	0.0	3.0	2.6	0.0	0.0
標準偏差	5.02	3.36	3.91	3.37	2.75	2.63	2.81

（資料）厚生労働省「介護保険事業状況報告（2012年度）保険者別要介護（要支援）認定者数」を基に日本総合研究所作成

（注）保険者（自治体、広域連合等）の認定率の平均、最大値、最小値、標準偏差。

（図表4）市区町村の財政力指数（2013年度）



（資料）総務省「地方公共団体の主要財政資料一覧（2013年度）」

（注）財政力指数とは、地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去3年間の平均値。財政力指数が高いほど、普通交付税算定上の留保財源が大きいことになり、財源に余裕があるといえる（総務省）。なお、財政力指数が1.0を上回れば、財政力があるとして、地方交付税交付金が支給されない。

とは難しい。このため、地域住民や住民組織など多様な主体が地域包括ケアシステムへ積極的に参画することが求められている。

(2) 地域包括ケアの現状

先述の通り、厚労省は、10年前から、地域包括ケアシステムの構築を進めているものの、その整備状況は自治体によって異なる。

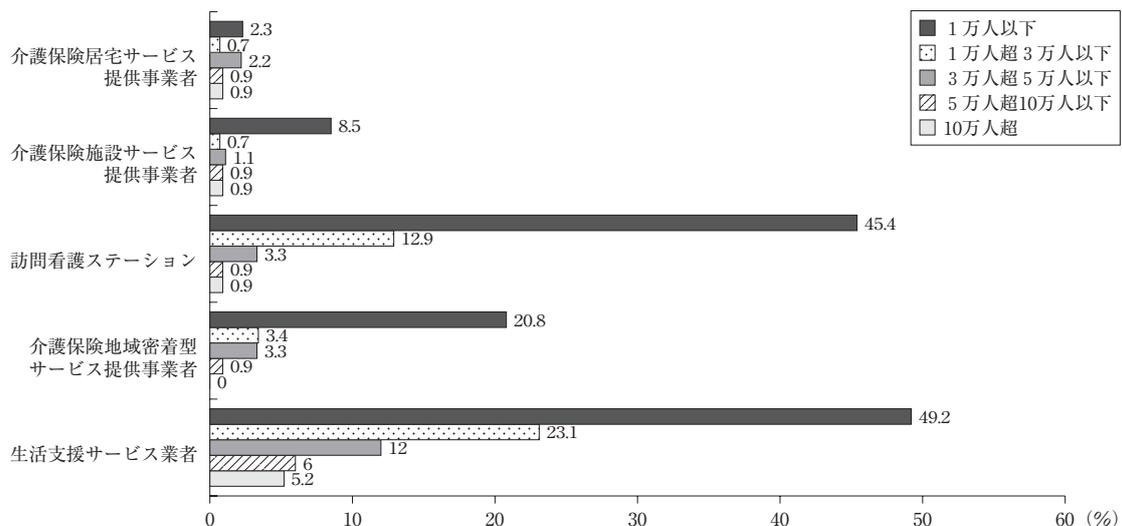
医療経済研究機構が2013年に実施した調査（注9）をみると、回答した自治体の85%がすでに地域包括ケアの整備に着手しているものの、同システムの基盤となる多種多様な主体によって構築される介護サービス提供ネットワーク（以下、ネットワークと略する）には、人口規模によって次のような違いが生じている（注10）。

A. サービス提供主体の参画

サービス提供主体の参画にバラツキがみられ、人口規模が小さい自治体ほど、必要なサービス提供主体が存在しない割合が高い（図表5）。なかでも、訪問看護ステーションのほか、地域密着型サービスの事業者や生活支援サービス業者で、人口規模による差が大きい。人口規模が小さい自治体では、介護サービスの需要総量が小規模であるために保険サービスであっても民間事業者の参入が少なく、必要なサービス提供主体が揃いにくい。

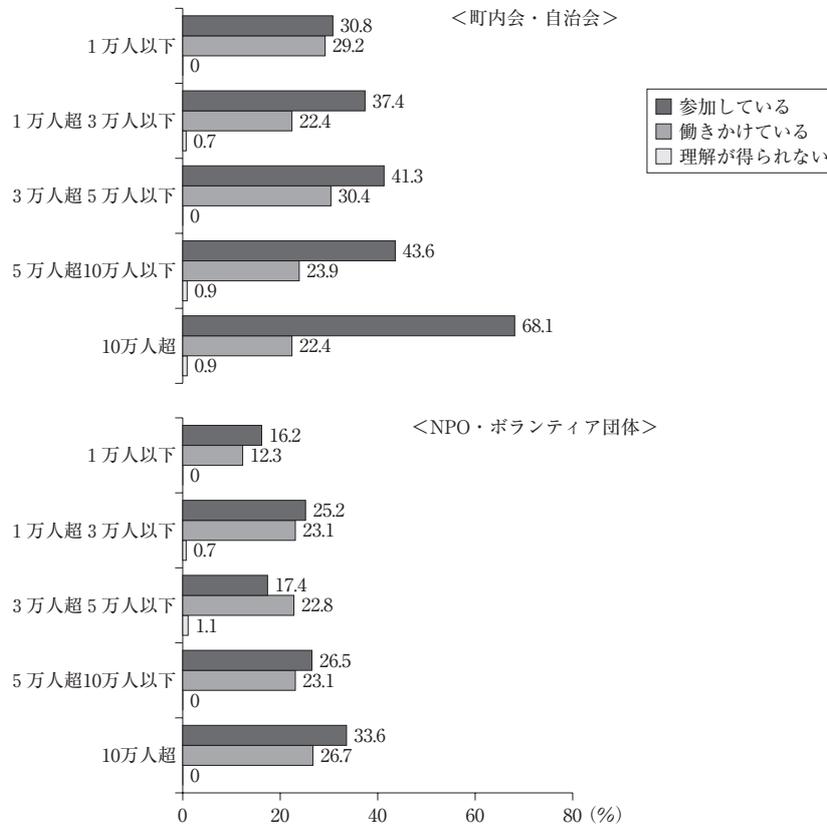
このように民間事業者の参画にバラツキがあるなか、国が期待する町内会・自治会やNPO・ボランティア団体などの住民組織も、人口規模が小さいほど、参加する割合が低い（図表6）。この要因としては、小規模の自治体では、NPO・ボランティア団体の存在しない地域や、人口減少や高齢化が進展しているため町内会・自治会が介護活動を担うことが難しい地域が多いことが挙げられる。

（図表5）人口規模別にみたサービス提供主体別の存在状況



（資料）医療経済研究機構「地域包括ケアに関する指標の検討（2013年3月）」

(図表6) 自治体による介護サービス提供ネットワーク参加への働きかけの状況



(資料) 医療経済研究機構「地域包括ケアに関する指標の検討(2013年3月)」

B. 活動範囲

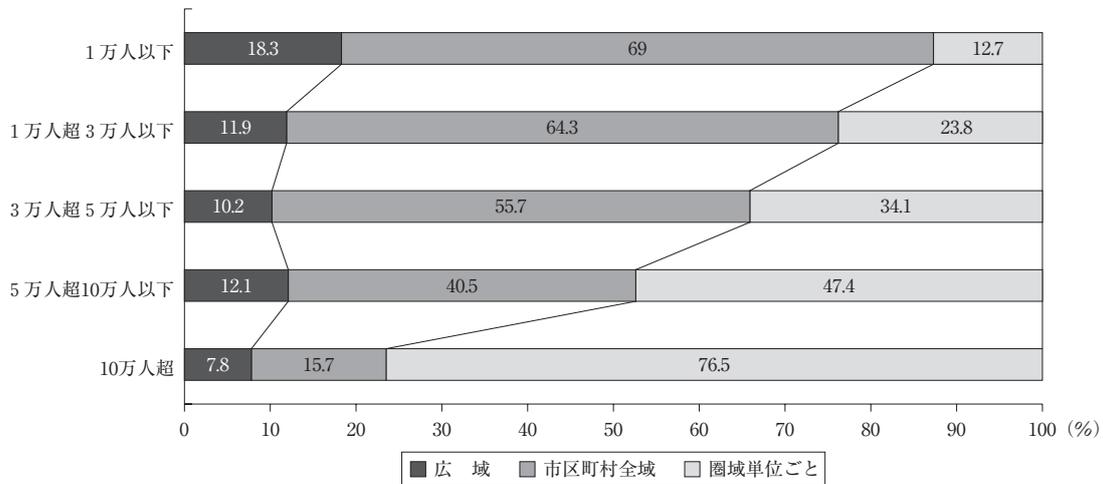
活動状況については、図表7および図表8で示した通り、人口規模が大きい自治体ほど、ネットワークごとに区域や活動内容が細分化されている。上述したように、人口規模が小さい自治体では、必要なサービス提供主体が存在しない、あるいは少ないことから、不足するサービスを補完するために市町村の境を越えてネットワークが構築されていると考えられる。しかも、参画主体の種類や数の制約から、一つのネットワークで域内の様々なニーズに対応せざるを得ない状況にあると思われる。

以上を要すれば、人口規模の大きい自治体では、多種多様の事業者や住民組織が地域包括支援ケアシステムに組み入れられ、地域のニーズに応じた介護サービスを提供する体制が整備されつつある。一方、人口規模が小さい自治体では、サービスの提供主体が揃わず、保険外ばかりでなく保険サービスについても未だ十分に提供できる状況にないといえよう。

(3) 予見される環境変化

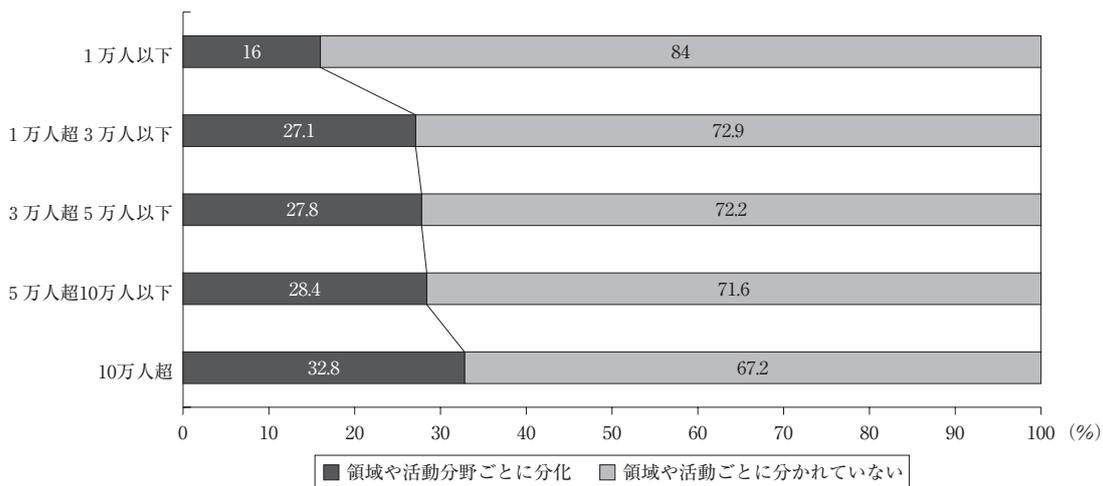
さらに、今後、人口減少や高齢化の進展が地域包括ケアシステムの構築・整備に大きく影響する可能性がある。

(図表7) 人口規模別にみた介護サービス提供ネットワークの活動範囲



(資料) 医療経済研究機構「地域包括ケアに関する指標の検討 (2013年3月)」

(図表8) 人口規模別にみた介護サービス提供ネットワークの活動単位



(資料) 医療経済研究機構「地域包括ケアに関する指標の検討 (2013年3月)」

まず、国立社会保障・人口問題研究所の推計(注11)を基に今後の人口動態をみると、各市区町村(注12)の人口は、大都市圏やその周辺の一部を除き、減少傾向が持続すると予測されている。地方圏では2025年の人口が2010年に比べ20%以上減少する自治体がある。さらに、山間部や農村部を中心に、2025年以降、1,000人以下の人口規模の小さい自治体が増加する見込みである。高齢化率については、いずれの市区町村においても、一貫して上昇し、2025年時点で、全国平均で30.4%に達すると予測されている。農村部のなかには人口の70%以上が65歳以上という自治体が出現するほか、東京都特別区といった大都市圏では急速に高齢化が進展するとみられる。

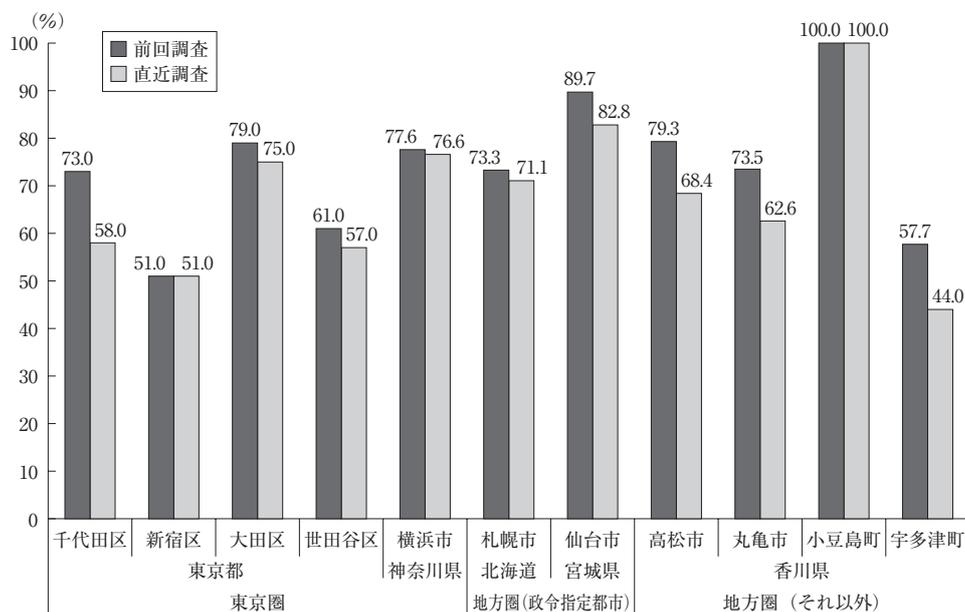
こうした人口減少や高齢化は次のような環境変化をもたらすと予想される。

一つは、住民組織、なかでも地域の互助を支えてきた町内会・自治会など地縁を基盤とする組織(地縁団体)の弱体化である。各自治体のデータや総務省の調査(注13)によれば、町内会・自治会の組織

率（加入率）は年々低下しているうえ、その相互扶助機能も低下傾向にある（図表9、図表10）。とりわけ、農村部や山間部では、今後、人口減少によって集落内の人口密度が一段と低下し近隣関係が一層疎遠になる、あるいは高齢化のため地域活動への参加が困難になるなどの要因により、こうした傾向に拍車がかかる公算が大きい。

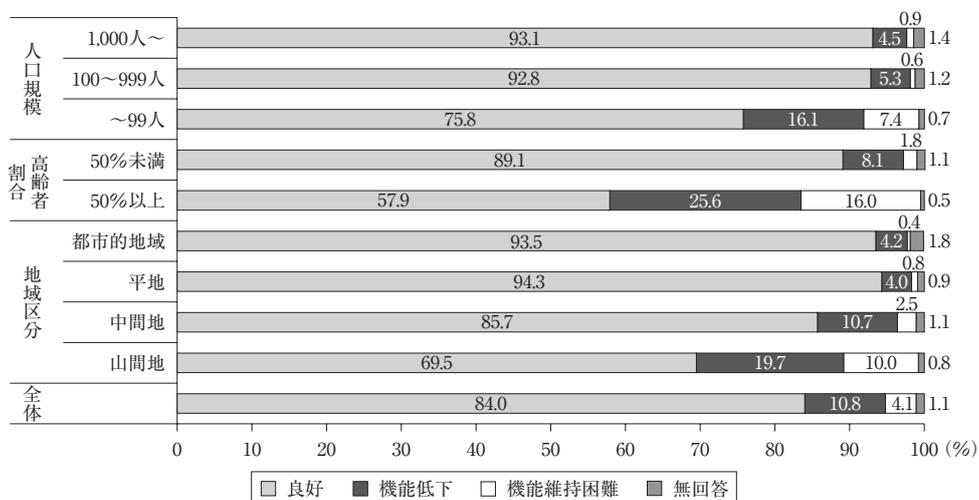
もう一つは、介護サービスの需要そのものが縮小することである。介護サービスの主たる利用者である75歳以上人口が減少に転じるためである。厚労省は、75歳以上人口が2055年まで増加するとしている

（図表9）自治体別にみた町内会・自治会の組織率（加入率）



（資料）各自治体公表データを基に日本総合研究所作成
（注）調査年度は自治体ごとに異なる。

（図表10）集落類型別にみた集落機能の維持状況

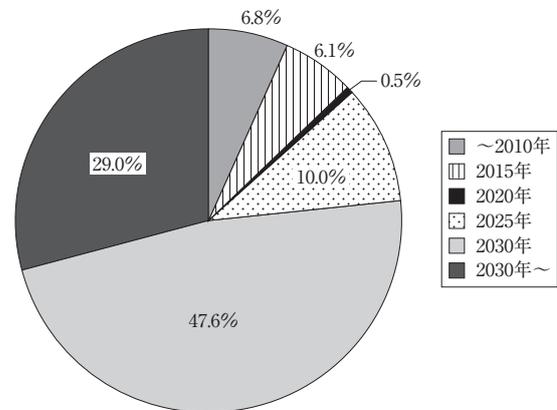


（資料）総務省「過疎地等における集落の状況に関する現況把握調査（2011年）」

ものの、これは都道府県単位の予測である。地域包括ケアの責任主体である市区町村単位で見ると、75歳以上人口は、すでに減少している自治体を含め7割以上の自治体で2030年までに減少に転じる(図表11)。2012年度末時点で、要介護認定者(要支援1, 2を含む)が100人以下の自治体が30数町村存在しており、今後、農村部を中心にこうした自治体は増加することが見込まれる。

さらに、よりインパクトが大きい事態として、人口減少が持続すれば、2025年を待たずに単独で行政機能を維持することができなくなる自治体が出現する可能性がある。上記の通り、2025年以降に人口が1,000人未満まで減少するとみられる自治体を中心に、これまでのような行政サービスの提供が困難となる公算が大きい。

(図表11) 75歳以上人口のピークアウト時期別にみた自治体の割合



(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「人口推計」を基に日本総合研究所作成

(4) 地域包括ケアを巡る問題点

ここまでの現状認識と今後予見される環境変化を踏まえると、現行の地域包括ケア構想については、次の二つの問題点が指摘できる。

A. 地域包括ケアシステムの持続可能性

一つは、地域包括ケアシステムの持続可能性である。介護サービス需要の減少に加え、行政機能の維持が困難な自治体が増加するとみられるためである。

前節の医療経済研究機構の調査では、人口規模が小さい自治体ほど介護サービスを提供する事業者の数・種類が少なく、地域包括ケアシステムを構築し難いことが明らかになった。このほか、宮澤仁お茶の水大学准教授の2002年の研究(注14)でも、要介護者の居住密度が20人/km²以下の地域では、職員当たりの巡回数が制約され、採算が合いにくいいため、介護サービスを提供する事業者の参入は少ないと指摘されている。こうしてみると、現在、地域包括ケアシステムが機能している地域であっても、今後、高齢者人口の減少や居住密度の低下によって介護ニーズが減少すれば、介護サービスの事業者が撤退し、同システムが崩れる可能性は否めない。

前節で示した通り、人口減少によって行政機能の維持が難しい自治体のなかには、自治体そのものの存続が危ぶまれるところも少なくない。地域包括ケアの責任主体である自治体そのものが存続できなければ、現行の地域包括ケアシステムの維持は困難である。時間の前後はあるものの、過疎地と定義されている自治体のみならず、大都市圏周辺でも規模が小さく人口が減少している自治体では、地域包括ケアシステムが維持できなくなる可能性は大きい。

これらを踏まえると、2025年以降も地域包括ケア体制を維持できる自治体は、大都市圏の自治体や県庁所在地および中核市など一定規模以上の人口を有し、かつ高齢者が集住する一部の自治体に限られる

と考えられる。地域の実情に応じて、必要な医療、介護、保健、生活支援等を包括的に提供するという理念は否定すべきものではないものの、市区町村を運営主体とした在宅医療・在宅介護を基本とする現行の仕組みではそうしたサービスを持続的に提供することは困難である。提供主体の広域化や在宅重視の介護サービス体系の見直しなど、提供体制（仕組み）を抜本的に改革する必要があると考えられる。

こうした改革には地方行財政や産業計画あるいは国土計画なども関連することから、厚労省内のみで実現することは難しく、財務省、総務省、経済産業省、国土交通省など関連省庁の連携・協働や、システム構築主体である自治体の協力が不可欠といえよう。ただし、財政や関連制度および自治体間の調整を図る必要があるため、改革による影響を抑制しながら、段階的に進めることが重要である。

B. 住民組織のサービス提供主体としての適性

もっとも、要介護高齢者が増加している現状を踏まえると、新たな医療・介護提供体制の完成を待つ時間的余裕はない。最終形を見据えつつ改革を進める一方で、当面は現行の体制の下で介護サービスを提供することが現実的であろう。しかしながら、そうした状況を加味しても、住民組織（互助）への依存が強まることに関しては疑念を抱かざるを得ない。これが地域包括ケアを巡るもう一つの問題点である。

そもそも、介護保険制度導入の背景の一つは、地域における互助機能の低下である。人口減少や高齢化に伴い、互助を担ってきた町内会・自治会などの地縁団体が脆弱化してきたためである。前述の通り、地縁団体の相互扶助機能が一段と低下すると見込まれるなか、介護保険や自治体の財政が逼迫しているからといって、非営利性に着目して、再び互助への依存を強めることは、介護保険制度の創設の目的と矛盾する面がある。

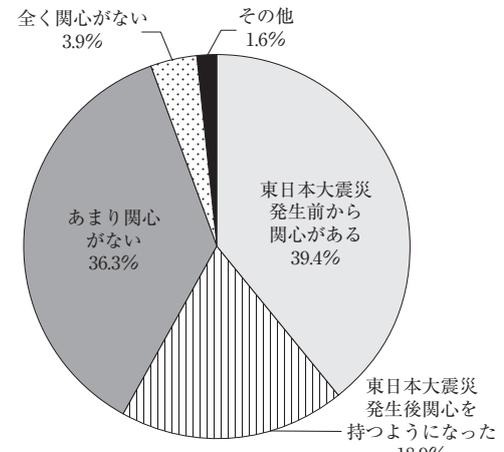
加えて、地縁団体については、活動の普遍性といった面でも問題がある。各自治体の独自調査（注15）によれば、総じて町内会・自治会の4割で高齢者に対する見守りや声掛けなどを行っているものの、専任チームを設立し、電話・家庭訪問による安否確認や食品・生活必需品の定期買い出しを行うなど、積極的に高齢者福祉を実施している町内会・自治会は全国的に少ない。地域の自治組織として様々な活動が要請されるなか、1世帯当たり月数百円程度の少額の会費では、組織としての活動は限定され、住民の任意・善意に基づく自主的な活動に依存せざるを得ないことは致し方ない。ただし、自主活動という位置づけでは、サービスの質や量に関して、同一市区町村内であっても居住する地域によって違いが生じる可能性がある。そればかりでなく、同一の地縁団体にもかかわらず活動する住民個人によって異なる可能性も否めない。したがって、地縁団体が担う活動は、ゴミだしの手伝いや声掛け等、住民の自主性や善意で対応できる範囲をとどめるべきであろう。

しかしながら、このように地縁団体の活動に限界があるとはいえ、行政や民間事業者によるサービスが期待できない地域では、住民組織を利用せざるを得ないのは事実である。こうしたことを踏まえると、国が互助の担い手として注目するもう一つの住民組織、NPO・ボランティア団体といった機能団体を積極的に取り込むことが必要になると思われる。地縁団体の組織率が低下する一方で、国民の社会貢献に対する関心は高まっており、NPO・ボランティア団体への参加者の増加や同団体の活動の活発化が期待できるためである（図表12、図表13）。そのうえ、機能団体では、社会・地域貢献という共通の目

的の下に自治体全域からスタッフが集まるため、特定の集落での活動に限定される地縁団体に比べ普遍性が高いとみられる。

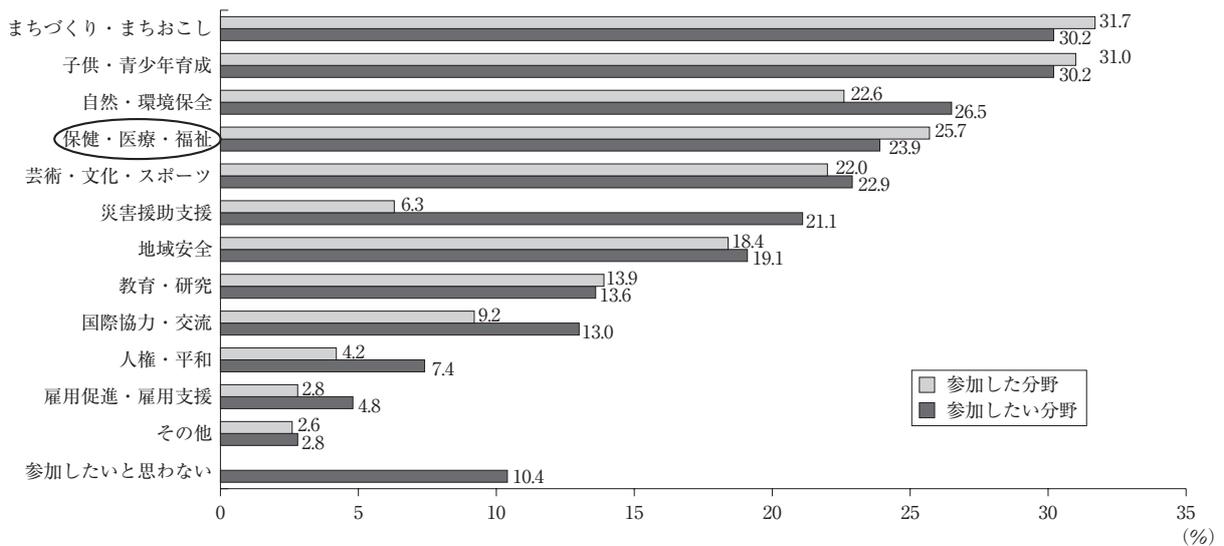
もっとも、機能団体は活動しやすい環境にあるとはいえないうえ、組織体制や財務など団体自身の運営基盤は必ずしも盤石といえないのが実情である。機能団体に地域包括ケアシステムの一翼を担わせるには、こうした状況を改善する必要がある。そこで、以下の章において、介護分野における機能団体の現状を整理したうえで、それを踏まえ、介護サービスの提供主体としての課題とそれを解決するために求められる取り組みを考察する。

(図表12) ボランティアに対する関心の有無



(資料) 内閣府「市民の社会貢献に関する実態調査 (2013年)」

(図表13) 参加した・参加したい分野 (複数回答)



(資料) 内閣府「市民の社会貢献に関する実態調査 (2013年)」

(注3) 介護保険制度の保険者。自治体は3年ごとに介護保険事業計画を策定。介護保険事業計画とは、地域の高齢者を対象とする保健福祉事業や介護保険事業を円滑に実施するための総合的な計画である。

(注4) 厚労省は、介護予防を「要介護状態の発生をできる限り防ぐ(遅らせる)こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と、定義している。

(注5) 厚労省は、高齢者の要請に対して30分以内で対応できる範囲を目安として提示。居住人口は10万人程度を想定。

(注6) 主なサービスは、通院以外(知人の見舞い、デパートでの買い物)の車による送迎、家族の食事準備、要介護者の居室以外の掃除、要介護者の日用品必需品以外(嗜好品や衣類)の買物、電話や訪問による安否確認、話し相手等。なお、フォーマルサービスと同様のサービスであっても、介護保険の指定事業者以外あるいは行政以外の民間事業者・団体が提供するサービスはインフォーマルサービスとされる。

(注7) 高齢者が日常生活圏で生活を継続できるようにするためのサービス体系。次のサービスが該当。介護給付：小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、認知症対応型通所介護(デイサービス)、夜間対応型訪問介護、地

域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模特養）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合サービス。予防給付：介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護。

(注8) 65歳以上高齢者（第1号被保険者）に対する要介護認定者の出現率。

(注9) 「地域包括ケアに関する指標の検討（2013年3月）」の自治体アンケート調査。調査対象：2012年4月時点における全国の市区町村1,742カ所のうち東日本大震災の影響で介護保険事業報告が提出されなかった4町村を除いた1,738カ所。調査期間：2012年10月1日～19日。回収状況：612市区町村（回収率35.2%）。

(注10) 同調査では、人口規模を「1万人以下」、「1万人超3万人以下」、「3万人超5万人以下」、「5万人超10万人以下」、「10万人超」に分類。回答した612自治体の人口規模別の分布は、「1万人以下」が全体の21.2%、「1万人超3万人以下」が24.0%、「3万人超5万人以下」が15.0%、「5万人超10万人以下」が19.1%、「10万人超」が19.0%、無回答が1.6%であった。なお、612自治体の人口の平均値は81,264.7人、中央値は33,425.5人、最小値は173人、最大値は2,266,693人であった。

(注11) 「日本の地域別将来人口推計（2013年3月推計）」(<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/t-page.asp>)。

(注12) 他の調査では、都道府県単位で人口動態を論ずることが多いものの、本稿では、介護保険の保険者であり、地域包括ケアの責任主体である市区町村単位でみることにする。

(注13) 総務省「過疎地等における集落の状況に関する現況把握調査（2011年度）」。調査対象：過疎地域市町村と定義された801市町村「過疎地域等における集落の状況に関するアンケート調査（2006年度）」対象自治体757市町村（2006年度調査以降合併した市町村あり）+新規44市町村、調査期間：2010年11月1日～同月26日；回収状況：全市町村から回答を回収。なお、集落とは、一定の土地に数戸以上の社会的まとまりが形成された、住民生活の基本的な地域単位であり、市町村行政において扱う行政区の基本単位。

(注14) 「関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係」、地理学評論Vol.76 p.59～80（日本地理学会、2003年）。

(注15) 福岡県福岡市「自治協議会・自治会等アンケート調査（2010年度）」、鹿児島県鹿児島市「町内会実態調査（2012年度）」、神奈川県横浜市「自治会町内会・地区連合町内会アンケート調査報告書（2012年度）」。

3. 機能団体による介護活動の現状

ここでは、統計資料や政府機関および関連団体等のアンケート調査を基に、介護分野で活動する機能団体について、介護サービスの提供や財務の現状を中心に取り纏める。

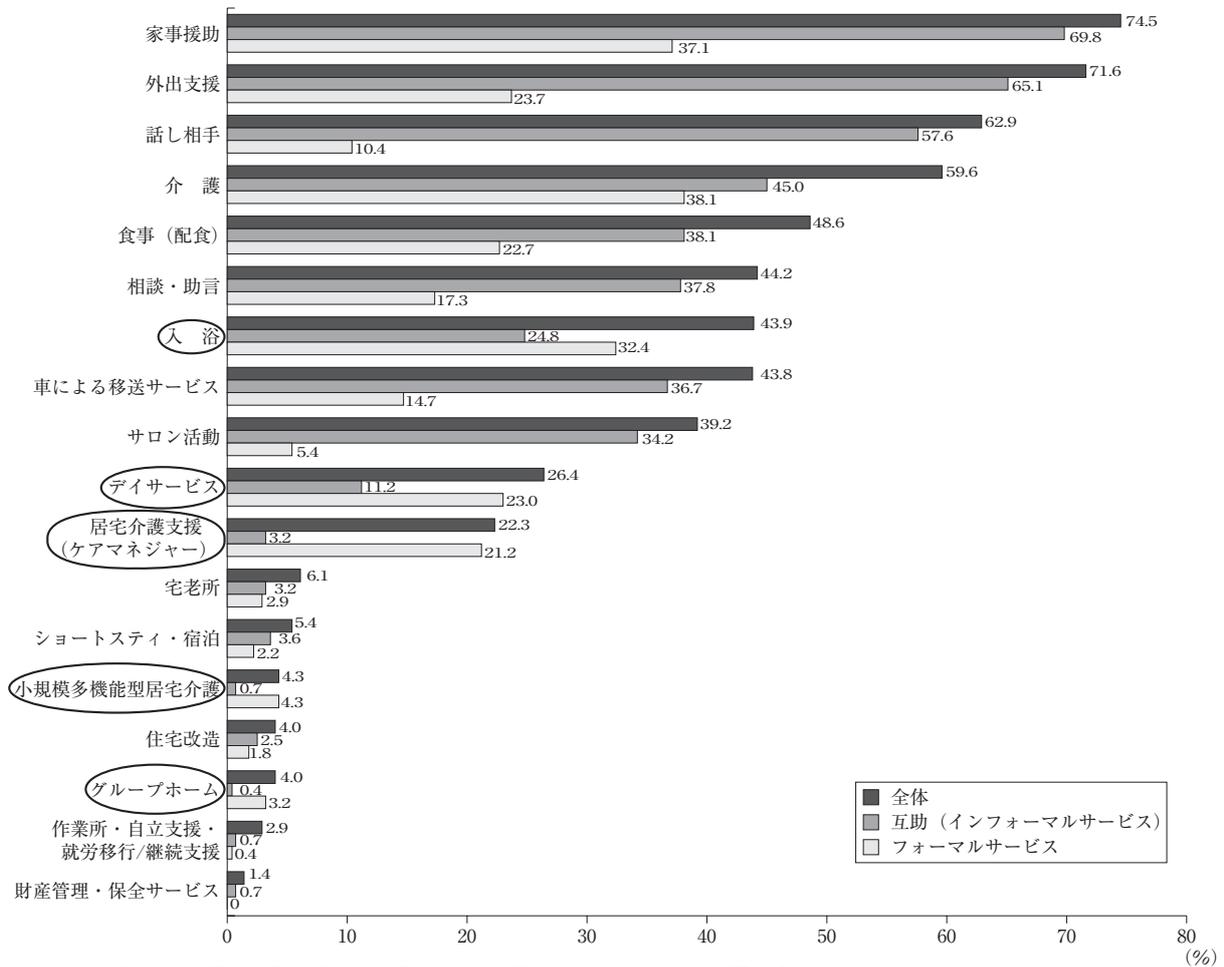
(1) 機能団体による介護サービスの現状

NPOやボランティア団体といった機能団体は、社会貢献が設立趣意であるため、互助（インフォーマルサービス）が基本であるものの、近年、これに加え、介護保険（注16）や行政からの委託による公的サービス（フォーマルサービス）を実施するケースも増えている。全国社会福祉協議会の調査（注17）によれば、提供されるサービスは日常生活の支援に関するものが中心であり、なかでも家事援助、外出支援、話し相手、介護の割合が高い（図表14）。これらは、インフォーマルサービスとして提供される割合が高いものの、家事援助や介護については3分の1の団体がフォーマルサービスでの提供を実施している。また、半数近くの団体は、インフォーマルサービスとフォーマルサービスの双方を実施している（注18）。

一方、数は少ないものの、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援（ケアマネジャー）といった専門性を要するサービスは、主にフォーマルサービスとして実施されている。全国社会福祉協議会によれば、このうち小規模多機能型居宅介護、ケアマネジャーは調査ごとに実施する団体の割合が増加しているという。

このように介護サービスはインフォーマルとフォーマルが混在しているが、この背景としては、提供する団体が介護保険の指定業者か否かの違いに加え、下記の2点が考えられる。

(図表14) 住民参加型在宅福祉サービス団体（住民互助型）におけるサービスの実施形態（複数回答）



(資料) 社会福祉法人全国社会福祉協議会「住民参加型在宅福祉サービス団体活動実態調査報告書（2012年度）」

- (注1) 全体は無回答数を基に逆算した値。全体で提供する団体が多い順に表示。
- (注2) 丸印は筆者による加筆。
- (注3) 高齢者福祉以外にも、障害者福祉、子育て支援等を行う団体が含まれる。
- (注4) フォーマルサービス：介護保険サービス、行政からの委託。

一つは、地域にフォーマルサービスを提供する事業者が存在しないことである。農村部や山間部、なかでも高齢者の居住密度が低い地域では採算が合いにくいいため、民間事業者が介護サービスの分野への参入に消極的で、保険サービスの提供を担う事業者が存在しない自治体も少なくない。もっとも、数は少ないとはいえ、こうした地域においても要介護者は存在することから、NPO法人等の非営利目的の機能団体が保険サービスの提供に当たるケースが多い。加えて、地域支援事業を担う自治体においても、財政難のため同事業のサービスを直接提供することが難しく、外部、とりわけ民間事業者が参入しない地域では機能団体に委託せざるを得ない状況にある。

もう一つは、保険外サービスの需要が高いことである。保険サービスの対象は要介護認定を受けた高齢者に限定されるため、例えば、他の家族が利用する風呂・トイレ等の掃除や家族の分も含めた買物は対象外となるケースが多い。そのうえ、要介護者であっても、通院以外の付き添いや嗜好品の買物のほか、要介護ごとに限度額を超えた部分は保険外となる。保険サービスのみで要介護者やその家族を支援

することは難しく、家族構成の変化や長寿・高齢化が進展するなか、保険外サービスに対するニーズが高まっているのが実情である。しかしながら、保険サービス同様、採算が合わない地域では民間事業者による事業展開が期待できないため、機能団体がその受け皿となっている。ちなみに、インフォーマルサービスの料金は、多くの場合、訪問費や材料費などの実費程度で、介護報酬の自己負担額と同等かやや上回る水準に過ぎず、民間企業に比べると割安である（図表15）。

（図表15）サービスの種類別利用料（1団体当たりの平均）

サービスの種類	利用単位	利用料 (円)	参 考	
			介護報酬 (単位、注)	民間企業 (円)
内容にかかわらず定額	1時間	808.3		
	1回	815.5		
日常生活のお手伝い (家事援助等)	1時間	911.7	45分以上	2時間
	1回	869.7	263	7,500~8,000
介護・介助	1時間	1,142.2	1時間以上	
	1回	1,129.8	587	
給食・配食	1食	475.5		500~750
移 送	1回	629.7	101	
たまり場の提供	1回	549.7		
その他	1時間	799.4		
	1回	712.5		

（資料）社会福祉法人全国社会福祉協議会「住民参加型在宅福祉サービス団体活動実態調査報告書（2012年度）」、厚労省「介護報酬の算定構造」、および大手家事サービス会社ホームページを基に日本総合研究所作成
（注）原則として、1単位=10円。要介護認定者の個人負担額とほぼ同じ。

以上のように、機能団体によるサービスは、インフォーマルサービスからフォーマルサービスまで幅広い。ただし、こうしたサービスがどの自治体においても同じように提供されているわけではない。前述の通り、人口規模の小さい自治体ほど、NPO・ボランティア団体が存在しない地域が多い。NPO法人は年々増加しているものの、その活動は未だ農村部や山間部といった過疎地に十分に波及していない。

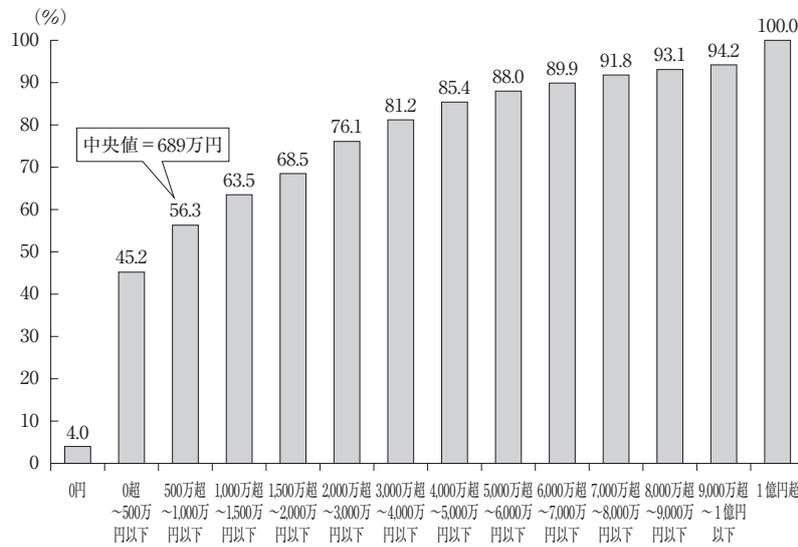
（2）機能団体の運営状況

次に、機能団体の運営状況について、収支内容を中心にみていく。なお、以下では、資料等の制約（注19）から、機能団体の種類がNPO法人に限定されるものの、主に内閣府の「特定非営利法人に関する実態調査（2013年度）、注20」を参照する。

A. 収入

まず、NPO法人の収入規模をみると、年間1億円以上のNPO法人もあるものの、総じて収入規模は小さい。過半数は年間収入が1,000万円以下であり、しかもその大半は500万円以下である（図表16）。したがって、回答したNPO法人の収入の平均は3,691万円と高いものの、中央値はその5分の1以下の689万円である。活動分野ごとに集計されていないため、過去に実施された内閣府による別の調査（注21）から保健、医療および福祉の増進（特定非営利活動促進法による分類、以下、保健・医療・福祉と

(図表16) NPO法人の収入規模別分布

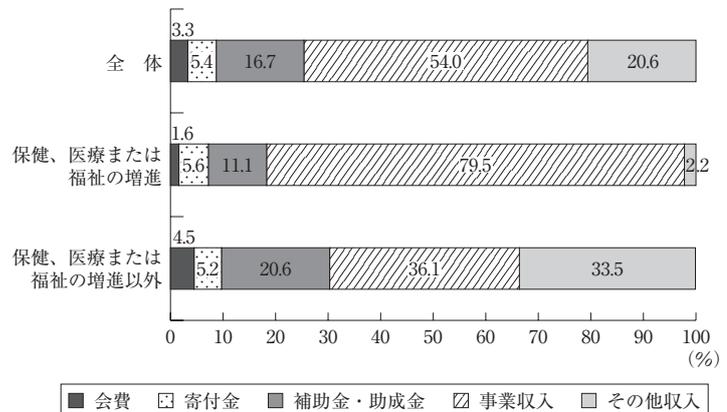


(資料) 内閣府「特定非営利法人に関する実態調査 (2013年度)」

略する) を主目的にするNPO法人の結果を類推すると、500万円以下の小規模の法人が大半とみられる。

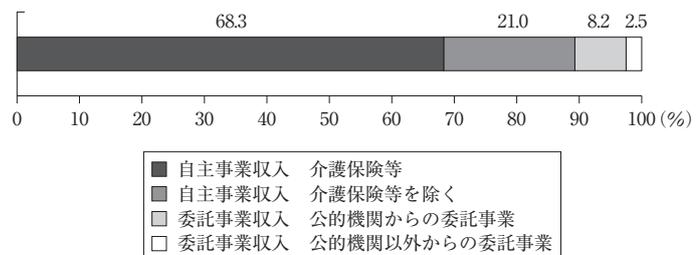
収入構造をみると、保健・医療・福祉分野のNPO法人全体では、事業収入が全体の80%以上と、事業収入の割合が他の分野の1.5倍となる(図表17)。事業収入の内訳をみると、介護保険事業からの収入が全体の68.2%、公的機関からの委託事業が2.5%と、フォーマルサービス関連事業が70%以上を占めている(図表18)。もっとも、NPO法人を個別にみると、事業収入の割合が高いとする法人は半数以下であるのに対し、事業以外の収入の割合が高いとする法人が3分の1以上を占めている(図表19)。こうしてみると、会費、寄付金や補助金・助成金に依存せざるを得ないNPO法人が少なくないといえよう。

(図表17) NPO法人の収入内訳



(資料) 内閣府「特定非営利法人に関する実態調査 (2013年度)」

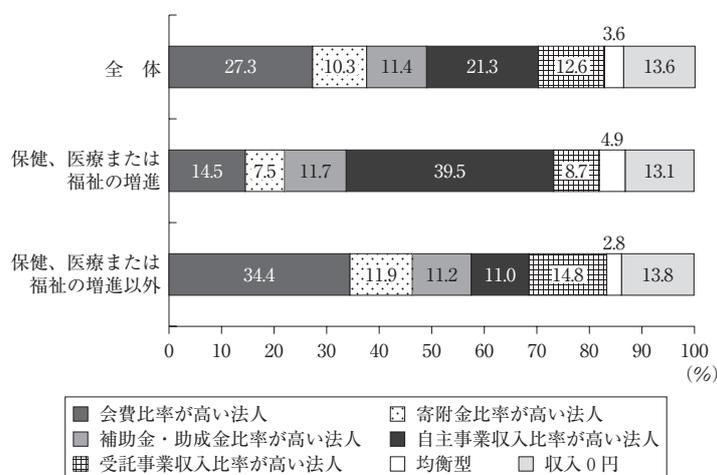
(図表18) NPO法人(保健、医療または福祉の増進)の事業収入の内訳



(資料) 内閣府「特定非営利法人に関する実態調査 (2013年度)」

(注) 自主事業 (介護保険等を除く) には非営利目的以外の事業 (副業) を含む。

(図表19) 主な収入源別にみたNPO法人の割合



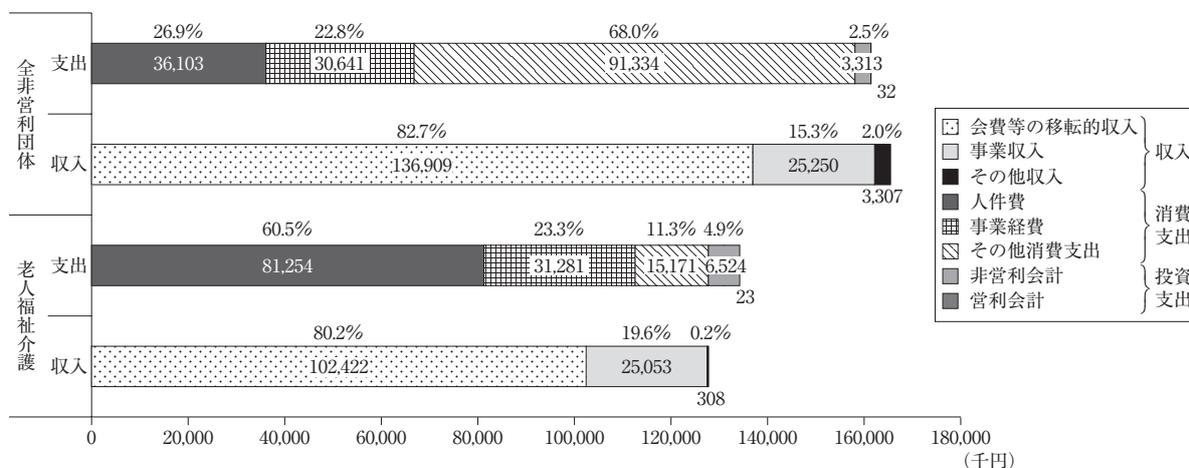
(資料) 内閣府「特定非営利法人に関する実態調査 (2013年度)」

B. 支出

支出をみると、NPO法人全体の規模別の分布については収入と同様の傾向がみられる。一方、金額については平均3,527万円、中央値が643万円と、いずれも収入額を上回っている。同調査では、活動分野別の結果が公表されていないものの、この結果を基にすれば、金額は少ないとはいえ、保健・医療・福祉分野のNPO法人でも利益を確保できる構造にあると類推することは可能である。

しかしながら、内閣府の別の調査(注22)によれば、対象範囲が非営利団体全体にまで拡大するものの介護分野で活動する非営利団体では、総支出額の方が総収入額より多く、上記とは逆の結果となった(図表20)。さらに、この調査では、支出構造も公表しており、それによれば、消費支出は総収入額を下回るものの、投資支出分を加えると総収入額を上回るとの結果であった。

(図表20) 民間非営利団体の収入・支出額



(資料) 内閣府「民間非営利団体活動実態調査 (2013年度)」

(注) 民間非営利団体：SNAにおける民間非営利サービス提供者という概念に合致する団体で、営利を目的とせず社会的サービスを提供することを目的としている民間団体。経営組織が民営のものうち「会社以外の法人」、「法人でない団体」が対象。NPO(法人)・ボランティア団体のほか、社会福祉法人等が含まれる。

これらを踏まえると、保健・医療・福祉分野のNPO法人では、収入は人件費や事業経費などの必要経費に充当されるにとどまり、投資に充てる資金までをカバーできないなど、厳しい財務状況にあることが窺われる。

(注16) 介護保険サービスを提供できる事業者は法人格を有する団体のみ（介護保険の指定事業者の要件）。

(注17) 全国社会福祉協議会「住宅参加型在宅福祉サービス団体活動実態調査報告書（2012年度）」。

アンケート調査：調査対象：1,938団体、調査期間：2013年1月8日～2月15日、回答数：581件（回収率30.0%）。2012年度の活動状況を調査。社会福祉協議会の定義によれば、住宅参加型在宅福祉サービス団体とは、地域住民の参加を基本として、非営利で、住民相互の対等な関係と助け合いを基調とし、有償・有料制、あるいはポイントの貯蓄等によって行う家事援助や介護サービスを中心に活動する団体。NPOやボランティア団体のほか、市区町村社会福祉協議会、生活協同組合、農業協同組合、福祉公社・事業団等が運営する団体が含まれる。同調査では、住宅参加型在宅福祉サービス団体の運営形態をNPO・ボランティア団体などの住民互助（住民の自主的な会員制による団体）、社会福祉協議会、生活協同組合、農業協同組合、その他（社会福祉施設、ワーカーズコレクティブ、ファミリーサービスクラブ他）に分類。本稿では、運営形態が住民互助型のみを取り上げる。

(注18) 同調査では、家事援助についてインフォーマルサービスとフォーマルサービスの両方を行っている場合の担い手（同じスタッフか否か）について質問している。回答が複数回答であるため、全体の回答数（581）から「両方行っていない（228）」、「その他（8）」、「無回答（84）」の回答数を減じた値を「両方行っている」団体数（261）とした。両方行っている団体の割合＝44.9%。

(注19) 前節で参照した全国社会福祉協議会の調査は、収入と支出の回答数に1.5倍以上の差があるうえ、総額ベースでの調査で、収入規模や収入源などを把握できないためである。

(注20) 調査対象：全国のNPO法人47,303団体、調査期間：2013年8月9日～9月30日、回答数：13,130件（回収率：29.8%）

(注21) 「市民活動団体等基本調査（2008年度）」。調査対象：全国の住民組織（町内会・自治会等地縁団体を除く）10,000団体、調査期間：2008年11月14日～2009年1月23日、有効回収数：4,465件（有効回答率46.9%）、集計対象：4,379件（有効回答数のうち、社会福祉法人、財団法人等調査対象外の回答が含まれていたため、これらを集計対象外とした）。同調査では、介護分野で活動する住民組織の約70%が総収入100万円未満で、1,000万円以上は17%であった。本稿で主に参照している「特定非営利法人に関する実態調査（2013年度）」の全体傾向に比べると、小規模の組織が多い。

(注22) 内閣府「民間非営利団体活動実態調査（2013年度）」。2013年度の収入、経費、投資支出に関する調査。調査対象：「2012年経済センサス（総務省）」などにより推計した全国の対象民間非営利団体約224,000事業所のうち無作為抽出した3,000事業所、調査期間：2014年7月9日～9月30日、有効回答数：2,402件（有効回答率 80.1%）。なお、民間非営利団体とは、SNAにおける民間非営利サービス提供者という概念に合致する団体で、営利を目的とせず社会的サービスを提供することを目的としている民間団体。経営組織が民営のものうち「会社以外の法人」、「法人でない団体」が対象。したがって、NPO（法人）・ボランティア団体のほか、社会福祉法人等が含まれる。

4. 機能団体が地域包括ケアの一翼を担うには

以上みてきたように、地域住民の需要の高まりを背景に、機能団体の活動はインフォーマルからフォーマルまで範囲が拡大している。しかしながら、その活動には依然地域的なバラツキがあるうえ、財務基盤をみても必ずしも盤石とはいえないのが実情である。機能団体がサービス提供主体として地域包括ケアの一翼を担うには、こうした状況を改善する必要がある。もっとも、一口に機能団体といっても、その形態は法人化された組織から数人の有志で構成される緩やかな組織まで幅が広い。そこで、以下では、地域包括ケアの担い手の一翼として中心的な役割が期待できる組織として、機能団体のなかでもNPO法人に焦点を絞って見ていく。

(1) 自治体およびNPO法人の取り組み

まず、NPO法人自身および活動の拠点となる自治体が、活動環境の整備とともに、その財務基盤の強化を図ることが重要である。

A. 活動環境の整備

NPO法人の活動を支えるには、次のような環境整備が必要と考えられる。

まず、活動を支えるため、資金環境を整備する必要がある。資金面での支援としては、これまでも各自治体が補助金や助成金の交付といった方法で実施している。補助金・助成金は活動を支えるうえで重要と思われるものの、筆者の調査では、補助金・助成金がなくなれば、事業を一部縮小せざるを得ないとするNPO法人が少なからずあった。恒常的な補助金はそれに対する依存度を高め、事業開拓や経費効率化へのインセンティブが削がれるなど、NPO法人のモラルハザードを招来しかねない。こうしたことを踏まえると、補助金・助成金の対象を制限するとともに、それに代わり、資産規模や適用期間を限定して金融機関からの借入れに対して利子補給をする、あるいは信用保証（注23）をするなど、資金調達環境の整備も必要となろう。

もっとも、先行事例をみると、リーダーとなる人材の有無および資質がNPO法人の活動の重要ポイントとして示唆される。こうしたことを踏まえると、リーダー的人材の発掘・育成を促進し、それを具体的な活動につなげる環境を整備することがより重要であろう。NPO法人の活動が活発な自治体では、NPO法人のスタッフによる実務の研究会・講習会を開催するとともに、環境整備に生かすためにNPO法人の自主的な会合に自治体職員がオブザーバーとして参加するなどの対応をとっている（注24）。ただし、こうした対応をとってもNPO法人が自発的に設立しない自治体が存在するのも事実である。その場合、一部の自治体を実施しているように、まず自治体を中心となり複数の町内会・自治会で構成されるサービス提供組織を設立したうえで、それを住民主導のNPO法人に移行させることも考えられる。

B. 財務基盤の強化

財務基盤の強化については、これまでみてきた財務状況を踏まえると、収入源、なかでも事業収入を増大させることが重要である。補助金・助成金への依存度を低減し、採算の自立化を図ることが求められよう。保険サービス事業の拡大やインフォーマルサービス事業の料金の引き上げなどが考えられる。

しかしながら、保険サービス、とりわけ居宅系サービスは収益性が低く、民間事業者が参入しないのはこのためである。介護報酬を安定して得ることができ一方で、介護職や看護職などの専門家を配置しなければならないため人件費が高むことから、とりわけ、利用回数が少ない農村部や山間部では事業を拡大しても赤字になる可能性が大きい。

一方、インフォーマルサービスの料金引き上げの効果は限定的にとどまる可能性が大きい。現行のサービス料が低額である背景の一つに、「非営利目的のNPO法人は収益を確保すべきではない」との誤った認識を持つ住民が少なくないことがある。したがって、こうした認識を変革し、市場の動きに連動した価格設定を容易にする必要がある。このためには、自治体による広報活動に加え、NPO法人が積極的に決算内容を公表し、住民の理解を得ることも重要である。しかしながら、利用者の費用負担を考慮すると、価格を民間企業並みに設定することは難しく、小幅な引き上げにとどめざるを得ないと思われる。

以上を踏まえると、NPO法人は新たな収入源を確保する必要があるといえよう。NPO法人には本業（特定非営利活動）の利益補てんのための営利事業が認められていることから、副業（注25）として営

利事業を展開することも一案である。厚労省や経産省が公表している先行事例をみると、地方圏で活動するNPO法人のなかには、訪問介護事業所のほかに、一般住民を対象にしたカフェやレストランを経営し、そこからの収入を介護事業の運営に充てる団体がある。

(2) 残された課題

もっとも、NPO法人が地域包括ケアシステムで期待される役割を果たすには、上述のようなNPOおよび自治体レベルでの対応のみでは必ずしも十分とはいえない。下記のような、国が責任を持って対応すべきいくつかの課題が残存しているためである。

A. 税制における不公平

第1は、不公平な税制である。NPO法人の税負担は、総じて他の公益法人に比べ重い。NPO法人以外の公益法人、なかでも社会福祉法人は、税法上収益事業と規定される34種類の事業を行ってもそれが公益目的であれば課税対象外となるほか、法人税の税率は19%（注26）、都道府県民税・市町村税については原則非課税、固定資産税も社会福祉など公益目的での事業で用いる建物・施設などに対しては非課税である（図表21）。さらに、社会福祉法人に寄付を行った者もその額に応じて優遇措置を受けることができる。

これに対して、NPO法人は、残余財産が国・地方公共団体に帰属すること、一定の医療施設を有すること、診療報酬の額が低廉であるといった要件を充足する事業でない限り、公益目的で実施する事業であっても、税法上の収益事業に該当するとして課税対象となる。そのうえ、法人税については税率が

(図表21) NPO法人と社会福祉法人の比較

	NPO法人	参考：社会福祉法人
根拠法	特定非営利活動促進法	社会福祉法
法人形態	非営利	非営利
事業目的	特定非営利活動（本稿で取り上げるNPO法人は保健・医療・福祉の増進を図る活動）	社会福祉事業
副業	特定非営利活動にかかる事業以外の事業	社会福祉事業（社会福祉法で規定）および公益事業（公益を目的とする社会福祉以外の事業）以外の事業
副業の規模	年間支出額（事業費と管理費）が総支出額の50%以下	年間事業費が社会福祉事業にかかる事業費を超えない範囲
副業の収益の用途	全額、特定非営利活動にかかる事業のために使用しなければならない	社会福祉事業または公益事業の経営に充当しなければならない
課税対象	法人税法に規定された34事業（保険サービスを含めた介護サービスは、医療保健業にあたり、課税対象。ただし、残余財産が国・地方公共団体に帰属すること、一定の医療施設を有すること、診療報酬の額が低廉であるといった要件を充足すれば、非課税）	法人税法に規定された34事業（ただし、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修（介護保険適用）を除き、社会福祉法人が行う介護サービス事業は非課税）
法人税（注）	25.5%（所得800万円までは15%）	19%（所得800万円までは15%）
道府県民税	課税（均等割 2万円、法人税割 法人税の5%）	原則非課税（社会福祉事業への充当額が収益の90%未満の場合、同左）
市町村民税	課税（均等割 2万円、法人税割 12.3%）	原則非課税（社会福祉事業への充当額が収益の90%未満の場合、同左）
固定資産税	1.4%	社会福祉事業に要する固定資産は非課税
寄付者に対する寄付優遇	認定・仮認定NPO法人に対してのみ	適用

(資料) 厚労省ホームページ、内閣府NPOホームページおよび財務省ホームページを基に日本総合研究所作成

(注) 2012年4月1日～2015年3月31日に開始する各事業年度に適用。

社会福祉法人よりも高い22.5%、道府県民税・市町村民税および固定資産税も徴収される。これらのことから、非営利目的で同じ社会福祉活動を行っても、NPO法人は不利な収支構造にあるといえることができる。

このほか、寄付者に対する優遇措置は、認定・仮認定NPO法人（注27）へ寄付した者に限定される。内閣府NPOホームページによれば、2014年9月末日現在、認証法人49,460団体中認定法人は709団体（注28、全体の1.4%）で、NPO法人に寄付を行ってもほとんどの場合は優遇措置を利用できないことになる。前掲の内閣府の調査では、認定・仮認定NPO法人の方が寄付収入の割合が高いとの結果が出ており、寄付の収集には、認定という所管省庁のお墨付きによる安心感・信頼感に加え、税制優遇措置を利用できるか否かも関係している可能性がある。こうしてみると、各団体が寄付募集を活発化させても、寄付者数や1人当たりの寄付額の増大には限界があり、寄付による収入の大幅な増額は期待薄である。

B. 副業（営利目的の収益事業）に対する規制

第2は、副業に対する規制である。副業については、NPO法人のみならず、他の公益法人においても制約がある。具体的には、事業規模に関しては事業費と管理費を合わせた年間支出額が総支出額の半分以下、副業からの収益に関しては全額を非営利活動にかかる事業（本業）のために使用しなければならないとされる。

法人設立の趣旨が非営利活動であることから、副業に一定の規制が課されることは当然といえるものの、こうした規制がNPO法人の財務体質の改善を阻害する要因の一つになっていることも否めない。そもそもNPO法人は、保険サービスであっても他の事業者が参入に消極的な収益性の低い地域で事業を展開するため、本業（非営利事業）のみで収益を確保することが難しく、本業を継続させるには、ボランティア意識や財政、景気動向など外部要因に左右されやすい寄付や補助金・助成金よりも、副業からの収入による補てんが必要となる。もっとも、現行の規制では副業の規模や収益の活用が制約されることから、副業の拡大やそこからの利益補てんは限定的にとどまる可能性が大きく、NPO法人の収益基盤の強化には必ずしもつながらないと思われる。

C. 介護サービス事業における参入規制

第3は、参入規制である。介護事業については、看護職員や介護職員などの専門職の配置基準および居室面積やバリアフリーなどの建物の設備基準といった要件を充足すれば、原則としていかなる法人も参入が可能である。ただし、介護老人福祉施設（注29、特養：特別養護老人ホーム）については、地域密着型特養（注30）を含め、厚労省は公益性と継続性（経営主体の事情による一方的な事業廃止は認められない）が必要不可欠であるとして、設置主体を地方公共団体（注31）、社会福祉法人、日本赤十字社、社会福祉協議会に限定している（注32）。

家族構成の変化や長寿・高齢化の進展により入所対象となる高齢者が増加しているにもかかわらず、特養については、大都市圏を中心に受け入れ人数が大幅に不足しているうえ、地理的にも偏在するなど、需給ギャップが社会問題となっている。設置主体を上記4法人・団体に限定していることが、要因の一つと考えられる。既存のこれら法人・団体のみでは、需要に追いつかないというのが実情であろう。特

養に対する需要の増加が持続すると見込まれることから、現行のままでは、待機高齢者の一段の増加は避けられない。これは、社会福祉的な観点から問題があるばかりでなく、地域の課題解決を事業目的とするNPO法人にとっても、事業活動の機会を逸する原因となっているといえよう。

(3) 求められる対応

以上のような課題に対する解決策としては、次の二つが考えられる。

A. 法規制・税制の見直し

一つは、NPO法人に対する個々の法規制・税制を見直すことである。

まず、税制については、税負担の公平性の観点から、課税対象の収益事業の範囲、収益事業にかかる法人税、道県民税、市町村民税、固定資産税などの税率、およびみなし寄付金や寄付者に対する優遇措置の適用も他の公益法人と同等にする。適用対象については、現行の認定・仮認定法人のほか、一定の要件を充足するNPO法人とすべきであろう。具体的には、主たる活動が高齢者介護（同活動にかかる事業費が総事業費の50%以上等）で、社会福祉法人に準ずる活動を行い、サービス料金が民間企業に比べ低廉であることなどがその要件として考えられる。

次に、副業については、非営利活動の事業を補てんする目的であれば、規模や収益に関する規制を緩和する。規模に関しては、一定期間、例えば3年間の平均で本業の事業費以下であれば、一時的に本業の事業費を上回ることを可能とする。また、収益の用途に関しては、非営利事業の運営費に限定されているものを副業への再投資にも使用できるようにする。再投資額については、収益の全額が可能、本業への利益補てんと同等額まで可能、本業への利益補てんを超えない額など、様々なパターンが考えられることから、今後、更なる検討が必要である。これらの規制緩和により、自主事業を拡大・安定させ、寄付や補助金・助成金に依存せずとも、収益基盤の強化を図ることが期待できる。

もっとも、副業の内容については、社会貢献というNPO法人の趣旨を踏まえると、すべての業種を可能とするのではなく、介護福祉用品の販売・レンタル、一般向け配食サービスなど高齢者介護からの派生した事業のほか、商店街等から遠隔にある地域での食品・生活用品の販売や理髪・美容店の営業といったように地域住民の日常生活に密着した事業などに限定する必要がある。

一方、介護サービス、なかでも特養への参入規制については、管理者の要件、職員配置基準、建物の構造設備基準を充足し、かつ、施設を維持するための資産（社会福祉法人の場合1億円以上）を有するNPO法人であれば、設置主体となることを認めるべきであろう。NPO法人が、在宅での介護が難しい高齢者の受け皿となる特養を運営することになれば、一般高齢者から重度の要介護者まで、また、在宅サービスから施設サービスまでというように、対象者および提供サービスの範囲が拡大することから、民間事業者が参入に消極的な地域でも、包括的な介護サービス提供体制の整備が進展することが期待できる。

なお、特養の参入規制の緩和については、これまでも、所管省庁のみならず、業界団体で議論されてきた。しかしながら、株式会社など営利目的の法人が参入した場合、市場が活性化し事業の効率化が期待できる一方で、施設の偏在の拡大やサービスの質の低下が懸念されることから、規制緩和には至って

いない。したがって、規制の完全撤廃ではなく、一部の緩和にとどめることも選択肢の一つである。その場合、参入条件を非営利法人に限定する、参入方式を公設民営方式やPFI方式にするといった方法が考えられる。

B. 新たな法人制度の創設

もう一つは、新たな法人制度の創設である。この狙いは、上述の法規制の見直しをすべてパッケージとして享受できる新たな非営利法人のコンセプトを創設することである。本来であれば、非営利法人制度全体を抜本的に見直し、改正することが理想ではあるものの、現行形態で多くの法人が活動していることを勘案すると、既存の法人のうち一定基準を充足する法人に対して、活動の主な拠点となる都道府県や政令指定都市・中核市などの所轄庁がライセンスを認定する方法が現実的と思われる。ライセンスの要件としては、前述の税制優遇措置の要件（主たる活動が高齢者介護で、社会福祉法人に準ずる活動を行い、サービス料金が民間企業に比べ低廉）に加え、その活動が地域の介護サービス提供システムを支えているとみなされる法人などが考えられる。

新たな非営利法人のコンセプトでは、高齢者介護を中心として活動する法人にライセンスを付与する。当該法人に対しては、現行のNPO法人の活動を制約している法規制の適用から除外し、法人税率の引き下げや道府県民税・市町村民税の非課税化など税制優遇措置を適用するとともに、副業の規模の上限の引き上げや副業からの収益の活用範囲を拡大し、採算の自立化を促進する。

加えて、特養など公益性が高いにもかかわらず規制されている事業分野への参入を可能とする（図表22）。ただし、副業に関する規制緩和に関しては、前述の通り、規模の上限をどの程度引き上げるか、収益を副業への再投資に活用できるようにするのか、その場合、投資額に制限を設定するのか、副業としての事業範囲をどうするかなど、非営利という活動目的に抵触しないよう、十分に検討する必要がある。

ライセンスを付与することで阻害要因となっている法規制の対象から除外されるため、前述のような個々の法規制に対して対象外か否かを判断するケースに比べ、NPO法人が地域包括ケアシステムのサービス提供主体としてより機動的に活動することが可能になると思われる。なお、当該ライセンスのコンセプトは、高齢者介護のみならず、公益事業を展開する他の非営利法人に拡大すれば、地域再生・活性化の活動を後押しすることも期待できる。

こうした観点からすると、経産省等が検討を進めている新制度「ローカル・マネジメント法人制度（仮）」は、有効な選択肢となりうる。同法人制度は、地域経済の再生・振興のため、介護にとどまらず

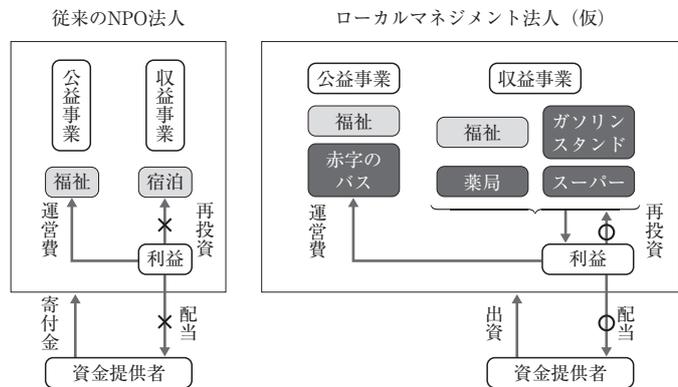
（図表22）新たな法人制度のイメージ

	概 要
法人形態	非営利
事業目的	特定非営利活動
副 業	特定非営利活動にかかる事業以外の事業
副業の規模	本業の経営に影響を及ぼさない規模（一定期間（例えば3年）の平均事業費が本業≧副業であること）
副業の収益の用途	本業の規模≧副業の規模であれば収益の全額を副業に再投資可能
課税対象	法人税法に規定された収益事業34事業（ただし、特定非営利活動にかかる事業は非課税）
法人税	社会福祉法人の税率に準ずる（現行：19%、（所得800万円までは15%））
道府県民税	原則非課税
市町村民税	原則非課税
固定資産税	特定非営利活動にかかる事業に要する固定資産は非課税
寄付者に対する寄付優遇	適 用

（資料）日本総合研究所作成

公共交通の維持や乳幼児教育支援など、地域課題解決に取り組むNPOなどの住民組織の活動を活発化させることを目的とする制度である。現在、経産省で外部の識者を交え検討中であるため、政府からは具体的な内容が示されていないものの、同省の検討資料（注33）や新聞報道（注34）によれば、NPO法人に対する副業からの収益の用途に関する規制が大幅に緩和される予定である。福祉・教育・公共交通などの公益事業の運営のための充当と用途が限定されていたものの、これを副業の拡大のために再投資できるほか、資金提供者に対して配当できるようになる（図表23）。これにより、本業の活発化とともに、配当が可能になることで、資金提供者の増加が期待できるとみられている。

（図表23）ローカルマネジメント法人（仮）のイメージ（経産省）



（資料）日本経済新聞朝刊記事（2015年1月28日）

- （注23）2015年2月20日に、「中小企業と同様の事業を行い、地域の経済や雇用を担う特定非営利活動法人（NPO法人）の事業資金の調達を支援するべく、中小企業信用保険の対象に一定のNPO法人を追加する」中小企業信用保険法の一部改正が閣議決定された。
- （注24）筆者のヒアリング調査および筆者参加の報告会資料のほか、厚労省や経産省の先行事例を参照。
- （注25）特定非営利活動促進法では「その他の事業」。
- （注26）2012年4月1日～2015年3月31日に開始する各事業年度に適用。
- （注27）寄付を促進させることを目的とした制度。仮認定とは、認定法人の要件のうち、寄付収入の割合や寄付者数などのパブリック・サポート・テストを除外したもの。
- （注28）総認定件数709件（国税庁認定と所轄庁認定の重複20法人は所轄庁認定としてカウント）。所轄庁認定512件（認定358件、仮認定154件（2014年9月30日現在））、国税庁認定217件（2014年10月1日現在）。
- （注29）65歳以上で心身に障害を持ち、常時介護を必要としかつ在宅生活が困難な高齢者に対し、介護、機能訓練、健康管理等を行うことを目的とした施設。
- （注30）定員29人以下の小規模特養。設置の認可は立地場所の市区町村が行う。入所者は原則として当該市区町村の居住者。
- （注31）都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合。
- （注32）厚労省「介護サービス施設・事業所調査（2013年度）」によれば、都道府県ごとにバラツキはあるものの、特養の設置主体は社会福祉法人が92.5%、地方公共団体が7.3%、日本赤十字社と社会福祉協議会がそれぞれ0.1%であった。
- （注33）経産省「日本の「稼ぐ力」創出研究会（第6回、2014年10月15日開催）」
- （注34）日本経済新聞2015年1月28日付朝刊。なお、同法人制度については、2016年中に関連法案が策定される予定と報じられている。

5. おわりに

以上みてきたように、国は、NPO・ボランティア団体といった機能団体に対して、地域包括ケアにおける主要なサービス提供主体としての役割を求めている。ただし、機能団体がそうした役割を果たすには、自治体による活動環境の整備や機能団体自身による財務基盤の強化とともに、国も機能団体の活動を制約している法規制を見直し、規制緩和や法人形態の変更を進める必要がある。

もっとも、第2章で指摘した通り、自治体ごとに在宅中心の介護サービス提供体制を構築するという現行の地域包括ケアの体制は、人口減少・高齢化の進展が不可避なかたにあって、持続可能とはいえない

い。これは、農村部や過疎部のみならず、大都市圏の周辺地域にもいえることである。したがって、国や自治体は、地域包括ケアの担い手として機能団体を活性化させるばかりでなく、その一方で、人口減少社会において持続可能な医療・介護の提供体制の在り方を改めて問い直し、実態を踏まえた将来ビジョンを早急に示すべきである。

(2015. 3. 31)

参考文献・資料

- ・宮澤仁 [2003]. 『関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係』、『地理学評論Vol.76』、日本地理学会、2003年
- ・高橋紘士編 [2010]. 「地域包括ケアシステム」株式会社オーム社、2010年3月
- ・西村修三監修、国立社会保障・人口問題研究所編 [2013]. 「地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして」慶應義塾大学出版会、2013年3月
- ・東京大学高齢社会総合研究機構編 [2014]. 「地域包括ケアのすすめ～在宅医療推進のための多職種連携の試み」東京大学出版会、2014年4月
- ・内閣府 [2008]. 「市民活動団体等基本調査（2008年度）」
- ・独立行政法人中小企業基盤整備機構 [2008]. 「事業型NPO法人・支援型NPO法人の現状と課題（2008年度）」
- ・総務省 [2012]. 「過疎地等における集落の状況に関する現況把握調査（2011年度）」
- ・内閣府 [2013]. 「国民生活モニター調査～町内会・自治会等のつながりに関する調査（2006年度）」
- ・内閣府 [2013]. 「市民の社会貢献に関する実態調査（2013年度）」
- ・内閣府 [2013]. 「民間非営利団体活動実態調査（2013年度）」
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング [2010]. 「平成21年度老人保健健康増進等事業による研究報告書『地域包括ケア研究会 報告書』」
- ・一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 [2013]. 「地域包括ケアに関する指標の検討―地域包括支援ネットワークの構成と機能の把握と地域包括ケアに関する調査―報告書」、2013年3月
- ・株式会社日本総合研究所 [2014]. 「平成25年度老人保健健康増進等事業地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業 事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう」、2014年3月
- ・社会福祉法人全国社会福祉協議会 [2014]. 「平成24年度住民参加型在宅福祉サービス団体活動実態調査報告書」、2014年3月
- ・厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)
- ・内閣府ホームページ (<http://www.cao.go.jp/>)
- ・内閣府NPOホームページ (<https://www.npo-homepage.go.jp/>)
- ・経済産業省ホームページ (<http://www.meti.go.jp/>)
- ・総務省ホームページ (<http://www.soumu.go.jp/>)

- ・ 総務省統計局ホームページ (<http://www.stat.go.jp/>)
- ・ 財務省ホームページ (<http://www.mof.go.jp/>)
- ・ 国土交通省ホームページ (<http://www.mlit.go.jp/>)
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ (<http://www.ipss.go.jp/>)
- ・ 社会福祉法人全国社会福祉協議会ホームページ (<http://www.shakyo.or.jp/>)