

まいぱすが提案する地域包括ケアシステムの未来

— 国・地方自治体がまず着手すべき実践的アクション —

 MyPath

株式会社まいぱす

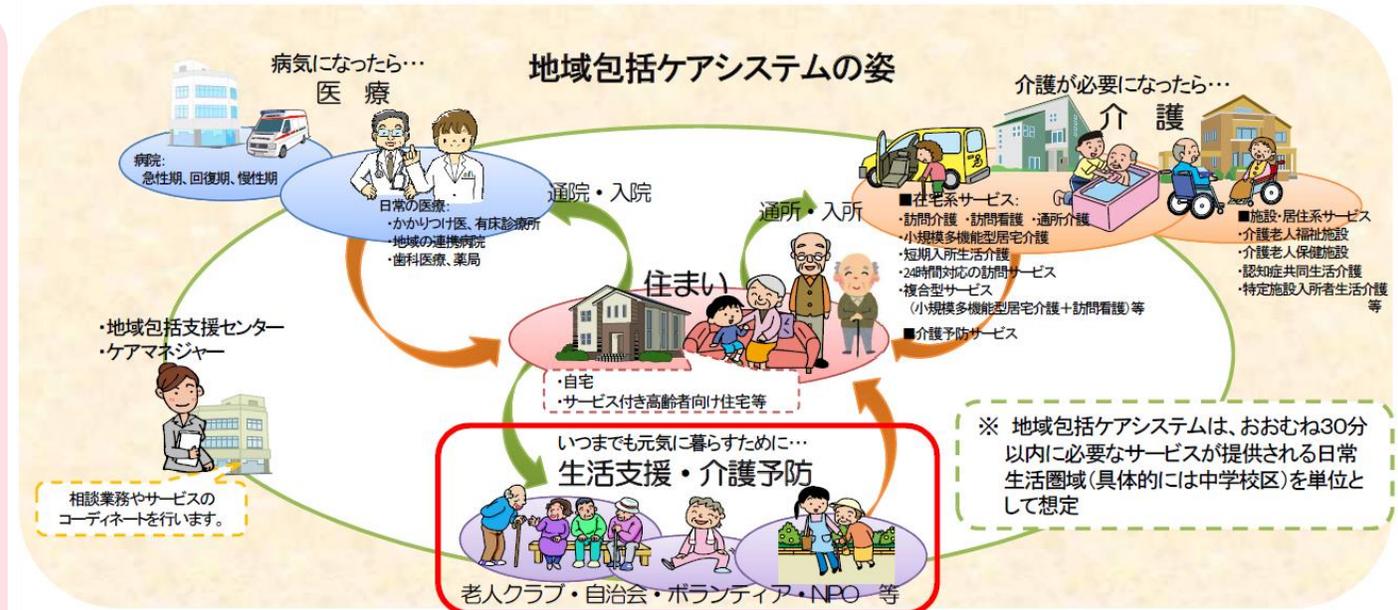
地域包括ケアシステムの実情

厚生労働省が掲げる地域包括ケアシステムについて

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の人口は、現在3,500万人を超えており、2042年の約3,900万人でピークを迎えるが、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。このような状況の中、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。このため、厚生労働省においては、2025年（令和7年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

■地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していく。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



自治体自らシステムの構築を行うことが前提

地方自治体における地域包括ケアシステムの構築に関する理想と現実①

制度設計の問題

① 国の方針と現場のギャップ

- 厚生労働省は「自治体主導」を求めるが、地方自治体には十分なノウハウやリソースがない。
- 各自治体が独自にシステムを構築しなければならないため、統一された仕組みがなく、自治体ごとに対応がバラバラ。
- 都市部と地方の状況の違いを考慮せず、全国一律の方針を押し付けている。

② 財政負担が自治体に偏る

- 地域包括ケアシステムの多くは、地方自治体の財政で運営されるが、地方ほど高齢化が進んでいるため財政負担が増大。
- 国からの補助金が不十分で、自治体によっては必要なインフラ整備ができない。
- 特に人口減少地域では「税収減」「高齢者増」「介護・医療負担増」が同時進行し、自治体の財政が持たない。

③ 運営体制が整っていない

- 地域包括ケアシステムは、医療・介護・生活支援を統合するため、自治体・医療機関・介護事業者・住民が一体となって動く必要がある。
- しかし、自治体ごとにシステム構築の経験がなく、運営体制の整備が遅れる。

自治体で対応可能な範囲を凌駕

① 人材不足による機能不全

- 地方自治体は、医療・介護の専門家ではなく、ケアシステムの設計・運営ができる職員が不足。
- 公務員の異動サイクルが短いため、担当者が育たず、ノウハウが蓄積されにくい。

② 自治体間連携の不足

- 小規模自治体では独自に包括ケアシステムを運営するのが難しく、広域連携が必要だが、うまく進んでいない。
- 都道府県レベルの統合支援策が不十分で、自治体同士の情報共有が少ない。

③ 既存システムとの整合性がとれない

- 介護保険制度、医療保険制度、生活支援サービスが別々に運営されており、データ連携が不十分。
- 情報共有の仕組みがないため、医療機関・介護施設・自治体がバラバラに動く。

地方自治体における地域包括ケアシステムの構築に関する理想と現実②

社会的要因

① 医療・介護の担い手不足

- 医師・看護師・介護士が不足し、そもそもサービスを提供できる人がいない。
- 特に地方では、医療・介護職が都市部に流出し、人材の確保が極めて難しい。

② 住民の協力不足

- 地域包括ケアシステムは、住民が「支え合う」仕組みだが、住民が積極的に関与しないケースが多い。
- 「地域の支え合い」が前提なのに、地域コミュニティが崩壊している。
- 「自治体がやってくれる」という意識が強く、住民が自発的に活動しない。

③ 施設・インフラの不足

- 地域包括ケアの前提となる 高齢者住宅・介護施設・医療機関が不足。
- 在宅ケアを進めようとしても、医療・介護の受け皿が足りないため機能しない。

ICT活用の遅れ

① 医療・介護データの統合が進まない

- 病院、診療所、介護施設がバラバラに記録を管理しており、情報共有ができていない。
- 患者情報のデジタル化が進まず、適切なケアプランを作成するのが困難。

② 遠隔医療・見守りシステムの未整備

- 遠隔診療やIoTを活用した高齢者見守りシステムの導入が進まず、ICTの恩恵を受けられない高齢者が多い。
- 自治体のIT導入・運用がスムーズに進まない。
- 住民が密集していない地方自治体ほど、効率化の為のICT対応が必要だが導入が進まない。

③ 既存システムとの整合性がとれない

- 介護保険制度、医療保険制度、生活支援サービスが別々に運営されており、データ連携が不十分。
- 情報共有の仕組みがないため、医療機関・介護施設・自治体がバラバラに動く。

地方自治体に立場から見た 地域包括ケアシステム構築上の課題

地域包括ケアシステムの構築には様々な障害があり、これらの障害について正しく認識した上で政策に反映で来ている自治体は多くない。
また、厚生労働省は地域包括ケアシステムの構築に関する現況を一層把握し、予算編成上の課題に関しても正しく認識し自治体との綿密な連携や実証が必要。

地域包括ケアシステムの構築上の課題

① 財源の不足（地方から進む高齢化・地方の財源は厳しい）

地方から高齢化が進行しているにもかかわらず、地方自治体には地域包括ケアシステムの構築に必要な財源が十分に確保されていない現状がある。特に小規模自治体では、人員や財源の制約が大きく、他の市町村からのノウハウの吸収や、他の市町村との客観的な比較に基づく評価分析など、地域マネジメントに必要な情報収集が不十分になる恐れがある。

② 人材の不足と育成課題（地方から進む高齢化と人材不足）

地域包括ケアシステムの構築には、医療・介護・福祉の専門職や、地域マネジメントを担う人材、ICT化に伴う**専門人材が必要**ですが、特に地方ではこれらの人材が不足している。また、自治体内での人事ローテーションにより、**専門知識や経験の蓄積が難しく**、地域包括ケアシステムの構築に必要な経験と知識を持つ職員の育成が課題となっている。

③ 医療介護サービスの減少（地方から減る人口と資源不足）

人口減少に伴い、地域包括ケアシステムを支えるインフラである医療・介護施設の縮小、事業者の撤退、医療・介護従事者の地域偏在という問題は、**地方の高齢者にとって大きなリスク**となっている。この課題を解決するためには、国や自治体の積極的な介入と、官民連携による新たな支援モデルの導入が不可欠。

課題から派生する各種障壁

多職種連携の不足 ▶ 漏れや重複により適切な提供が困難

ICT化の遅れ ▶ 業務効率が改善されず現場は疲弊

採算効率の低下 ▶ 地域全体の非効率による収益維持困難

人材不足の加速 ▶ システムを支える成り手の閉業・流出

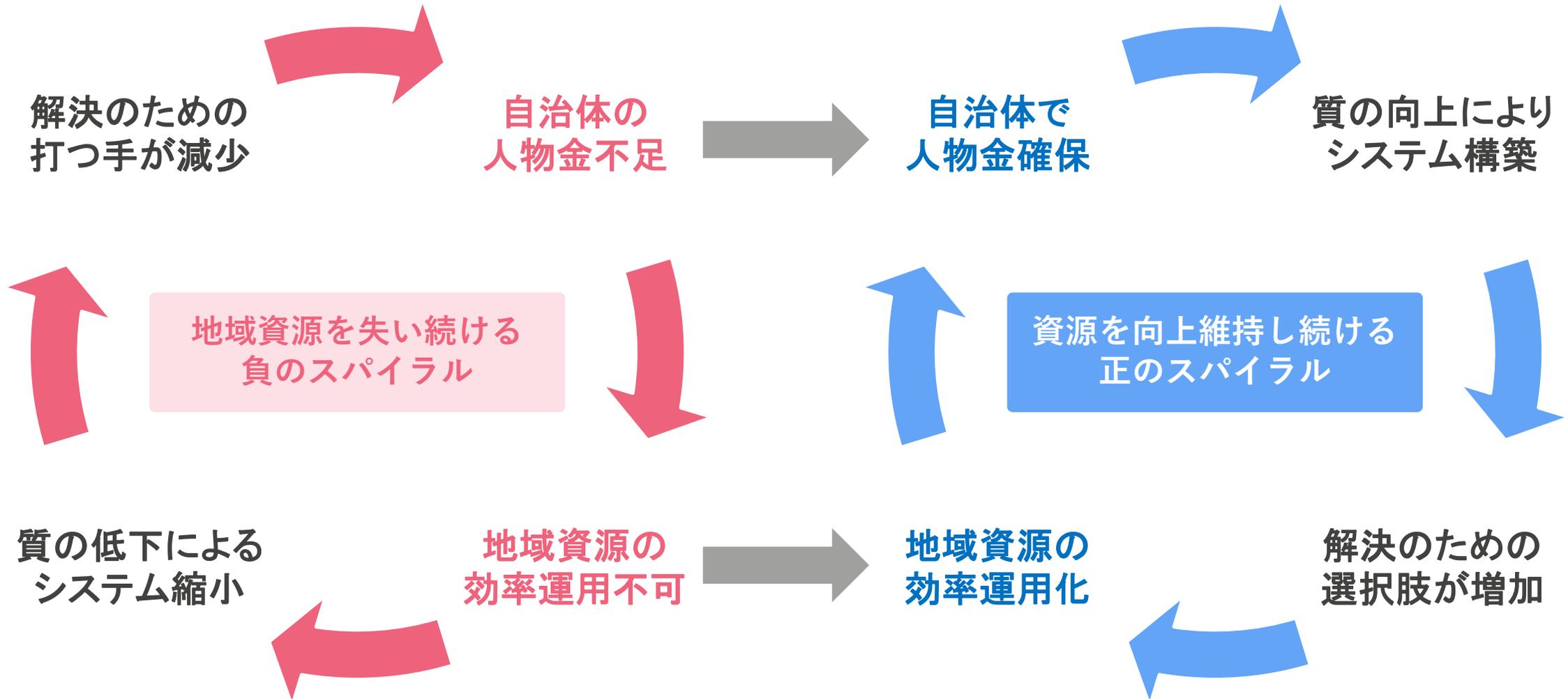
医療アクセス悪化 ▶ 市民を守る医療体制の維持が困難

介護事業者の撤退 ▶ 成り手不足や高齢化による縮小

制度体制変更に対応不可 ▶ 既存事業者や新規参入の減少

**高齢者等を支えるインフラ存続が
危ぶまれている状況**

地域包括ケアシステムを構築できない事による負のスパイラルの発生



歯止めを利かすのが業界や地方自治体における喫緊の課題

**まいぱすが掲げる
地域包括ケアシステムを
維持・改善するための政策提言**

負のスパイラルから脱却するための「国の役割と解決策」

国は「制度設計」「財政支援」「広域調整」を担うべき

① 財政支援の強化と持続可能な運営モデルの構築

【地方財政を強化し、特に人口減少地域への補助金を拡充】

- 現在の地域包括ケアシステムは自治体財源に大きく依存しているが、人口減少地域ほど財政が厳しく、必要な施設やサービスを維持できない。
- 地方交付税や特別交付金の枠組みを見直し、高齢化が進む地域への支援を重点化。

【PPP（官民連携）やPFI（民間資金活用）を促進し、持続可能な事業運営モデルを構築】

- 介護施設や地域包括ケア病棟の建設・運営に民間資本を積極的に活用し、自治体の財政負担を軽減。
- 民間企業の参入を促すため、税制優遇やインセンティブを整備。

② 人材確保と労働環境改善

【医療・介護人材の地方定着を促進】

- 医師・看護師・介護士に対する奨学金返済免除制度を拡充し、地方に一定期間勤務すれば奨学金の返済を免除。
- 地方での医療・介護従事者の給与補助を実施し、都市部と同等の待遇を確保。

③ ICT活用の推進

【医療・介護データの統合と標準化】

- 各自治体や医療機関、介護事業者がバラバラに管理している情報を一元化し、全国共通の「地域包括ケアデータプラットフォーム」を構築。
- 診療情報・介護記録・予防医療データを統合し、全国どこでも高齢者の健康情報を適切に共有できる仕組みを整備。

【遠隔医療とAI診断システムの推進】

- 遠隔医療（オンライン診療、AI診断）を標準化し、特に過疎地での医療サービスを補完。
- 自治体ごとのICT導入の格差をなくすため、全国統一の医療・介護ICT導入ガイドラインを作成。

④ 自治体の広域連携を促進

【広域連携モデルの導入を推進】

- 小規模自治体単独では地域包括ケアの運営が難しいため、複数の自治体が連携して運営する「広域包括ケアシステム」を構築。
- 都道府県が中心となり、医療・介護・福祉の統合運営モデルを策定。

自治体は「地域特性を生かしたシステム設計・人材確保・住民参加の促進」を担うべき

① 地域ごとの実情に応じたケアシステムの整備

【都市型・地方型のシステムを区別し、其々の特性に応じた施策を導入】

- 都市型：高齢者向けの住宅と医療機関の連携を強化し、通しやすい施設を整備。
- 地方型：遠隔医療・訪問診療を中心とした「在宅医療モデル」を確立し、必要な施設・サービスの統廃合を適正化。

【医療機関・介護施設の統廃合と役割分担の明確化】

- 不採算の病院・介護施設を単独で維持するのではなく、圏域単位での統合・再編を推進。
- 急性期病院、回復期病院、介護施設の役割を明確にし、地域ごとの医療提供体制を最適化。

② 医療・介護従事者の働きやすい環境整備

【介護・医療職の待遇向上】

- 自治体独自の財政支援を活用し、介護職の賃金アップや労働環境の改善を推進。

【地域住民の活用】

- 地域住民が介護支援活動に関与できる「地域ケアパートナー制度」を導入し、専門職の負担を軽減。
- 「認知症サポーター」などのボランティア育成プログラムを拡充。

③ 住民参加型のケアモデルを推進

【地域住民が支え合う仕組みの構築】

- 高齢者自身が「支援される側」ではなく、「支援する側」に回る「生涯現役社会」を実現。
- 高齢者向けのボランティア活動、軽作業の提供、子育て支援などを自治体がコーディネート。

【地域の福祉ポイント制度を導入】

- 介護ボランティアや近所の高齢者支援活動に対して「地域福祉ポイント」を発行し、公共料金の割引などに活用可能にする。

④ 事業者の連合化による制度改正対応を容易に

【専門人材の配置】

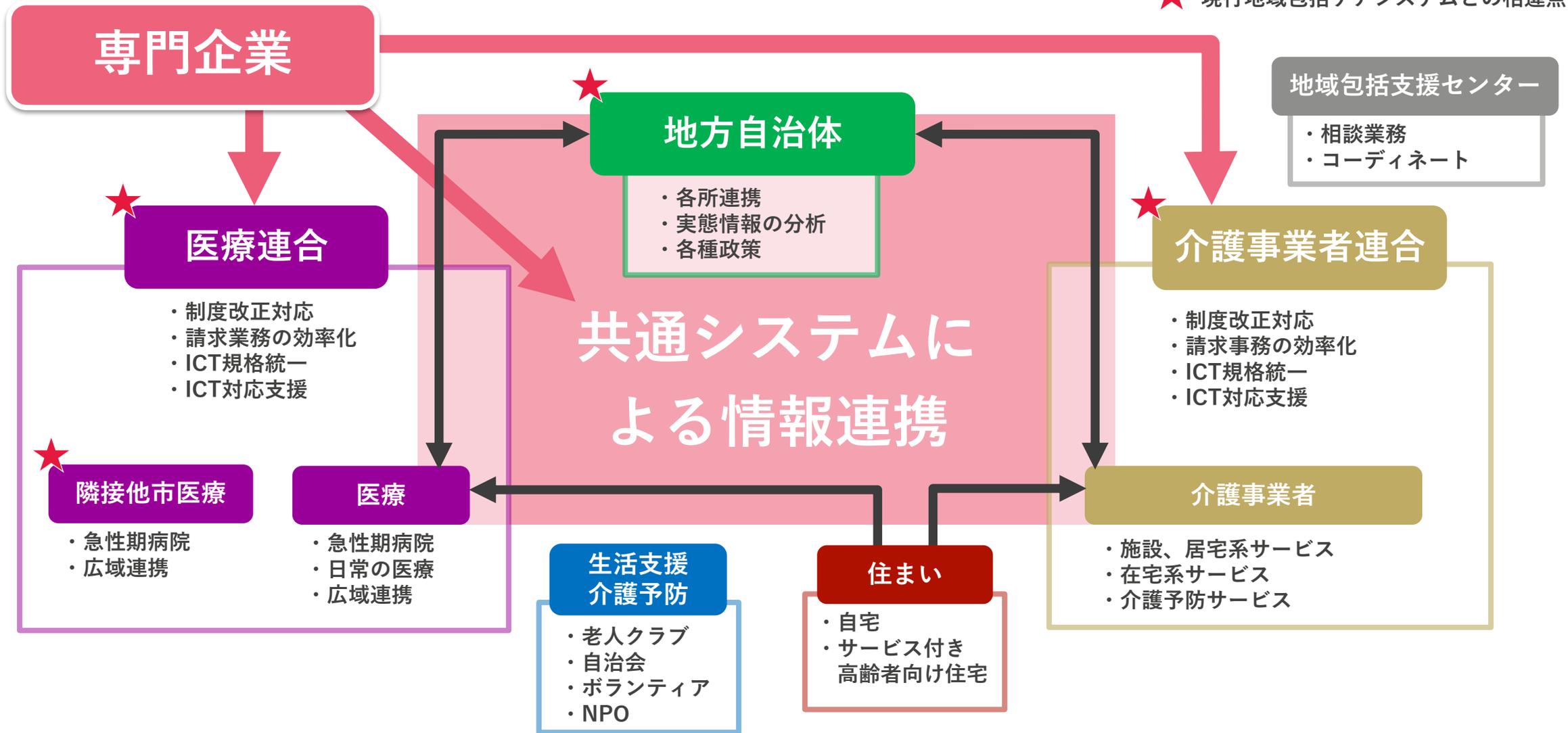
- 地域包括支援センターに医療・福祉・行政を統括するマネージャーを配置し、総合調整機能を強化。
- 相談窓口の拡充と、地域住民が利用しやすい形での情報提供を進める。

【事業者の連合化】

- 事業者の連合化を行い、制度改正対応に際し、自治体では無く、連合体での自立対応が可能な体制構築を進める。
- ノウハウや相互支援が可能な関係性を連合体内に構築する。

まいぱすが掲げる地域包括ケアシステムの在り方

★ 現行地域包括ケアシステムとの相違点



現在の地域資源を維持するために

既存の地域資源を減らさない事を最重要事項に掲げる

医療・介護 事業者の連合化

地方自治体における事業者の連合化は、小規模事業者の経営安定化、業務効率化、制度改正対応の負担軽減のために不可欠である。個別対応の非効率を解消し、経営管理業務の統合・資源共有により、地域包括ケアの持続可能性を高める。

地域資源の ICT対応

地方自治体と事業者のICT対応は、医療・介護・福祉の情報共有を円滑化し、業務効率化、制度改正対応の迅速化、地域包括ケアの最適化を実現するために不可欠である。データ統合により人手不足を補い、持続可能な運営を可能にする。

事業者の連合化とICT対応のメリット比較

コスト削減・業務効率化・人材確保・サービス向上 という好循環が生まれ、地域包括ケアシステムの強化につながる

事業者の連合化によるメリット	カテゴリー	地域資源のICT対応によるメリット
事業者間の統一基準を設定し、業務のばらつきを解消	情報共有・連携	電子カルテ・介護記録の統合で医療・介護・終活の情報連携を強化
統合事務局でバックオフィス業務を一括管理し、コスト削減	業務効率化	AI・RPA導入で事務作業を自動化し、業務負担を軽減
事業者ごとに対応する負担を減らし、専門チームで一括対応	制度改正対応	最新の法改正情報を自動反映し、迅速な対応を実現
事業者間で人材のシェアが可能になり、人手不足を補完	人材不足対策	遠隔医療・介護モニタリングで現場負担を軽減
請求業務などの共同運営で各事業者の負担を軽減	コスト削減	デジタル化によりペーパーレス・管理コストを削減
統一基準の導入でケアの質を向上し、地域格差を解消	サービス向上	相談・見守りが簡単かつ効率的に
小規模事業者の経営基盤を強化し、安定した運営が可能	経営の安定化	IT導入により経営管理を可視化し、事業継続をサポート
事業者間の協力で、将来的な撤退リスクを低減	持続可能性	データ活用で介護・医療の需要を予測し、適切な資源配分を実現
事業者が協力し、包括的なケア体制を確立	地域包括ケアの最適化	ICTで診療・介護・終活情報を統合し、シームレスなサービスを提供

地方自治体が「先ず」取り組むべき施策の具体的順序①

フェーズ1・・・現状分析と計画策定



地方自治体が「先ず」取り組むべき施策の具体的順序②

フェーズ2・・・部分統合とDXによる地域資源の効率向上

STEP. 4

小規模事業者向け「連合体」構築

【地域ごとの医療・介護事業者の「業務統合協議会」を設立】

自治体主導で「医療・介護のバックオフィス統合協議会」を立ち上げ。参加事業者が業務課題を共有し、共通ルールを策定。

【「介護」「医療」それぞれの事業者間で業務標準化のモデルを作成】

介護業界向け：請求業務・記録管理の統一（例：介護ソフトの標準化）
医療業界向け：診療報酬請求や電子カルテの標準化

STEP. 5

地域単位での「共通管理部」設置

【自治体またはPPPモデル（官民連携）で「共通管理部」を設立】

小規模事業者が各自で事務員を雇う必要をなくし、バックオフィスを一括管理できる体制を作る。介護・医療業界共通の制度改正対応チームを設置し、最新情報を各事業者に提供。

【統合管理システムを導入】

「介護」「医療」「福祉」の事務業務や情報管理を一括で処理できる共通システムを導入。AI-OCR、RPA導入により、業務コストを削減。

STEP. 6

試験運用と最適化

【「連合体」に加盟した事業者を対象に試験運用】

実際の業務フローを運用し、どの程度の業務負担が軽減されるかを検証。

フィードバックを収集し
標準化モデルをブラッシュアップ



MyPath