

# 連携から統合へ



国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤正樹

# 目次

- パート1
  - 医療計画と医療圏見直し
- パート2
  - 地域連携から統合へ
- パート3
  - 地域包括ケアとヘルスケアリート



# パート1

## 医療計画と医療圏見直し

医療圏の統合

# 医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日

# 医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

# 医療圏見直し

人口20万人未満で、  
流出率20%以上、流入率20%未満  
の医療圏を見直すことになった



# (参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	島根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

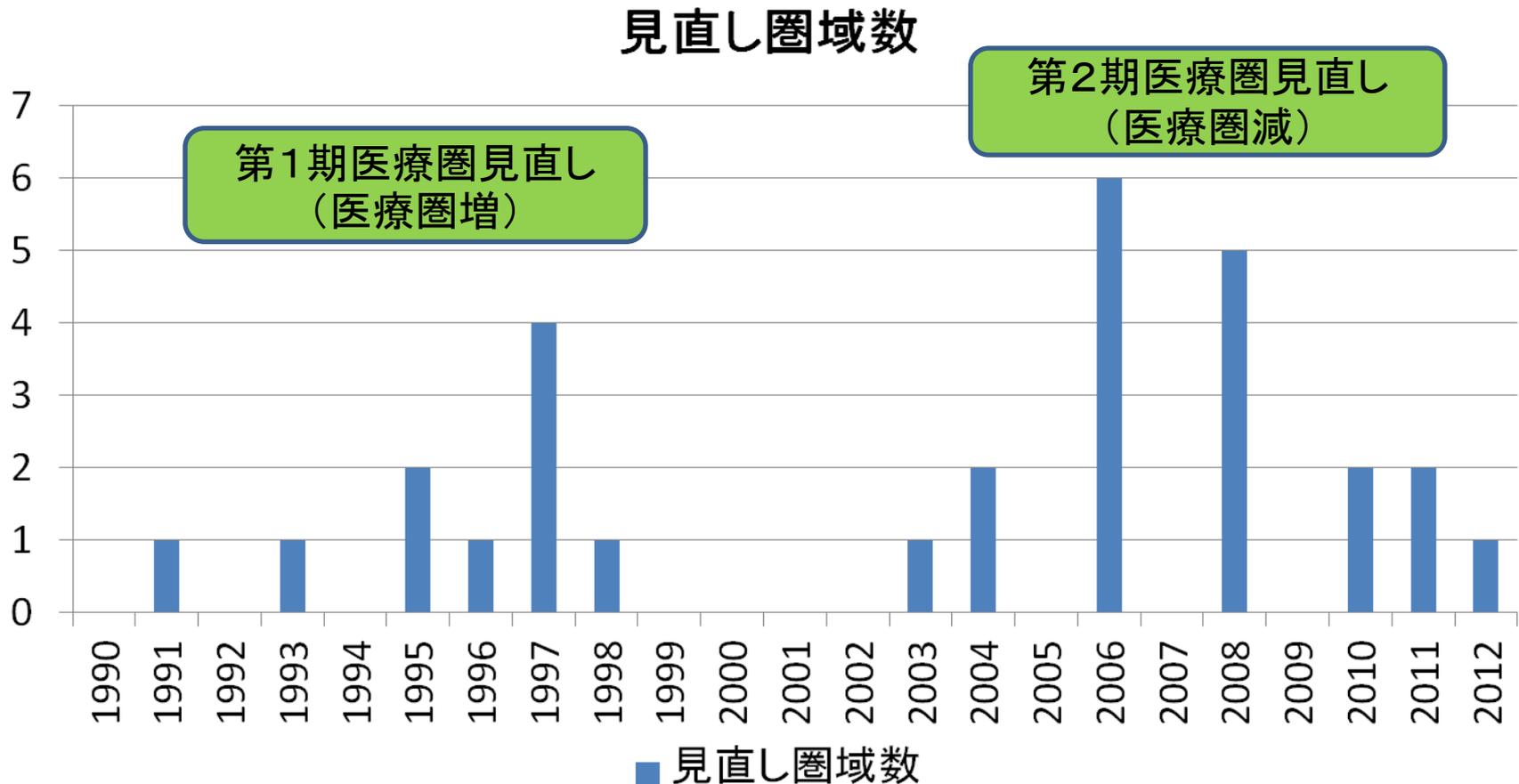
出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

# 見直しをしない理由

## ～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
  - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
  - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
  - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

# 2次医療圏見直し圏域数の推移



第1期医療圏見直し  
(医療圏増)

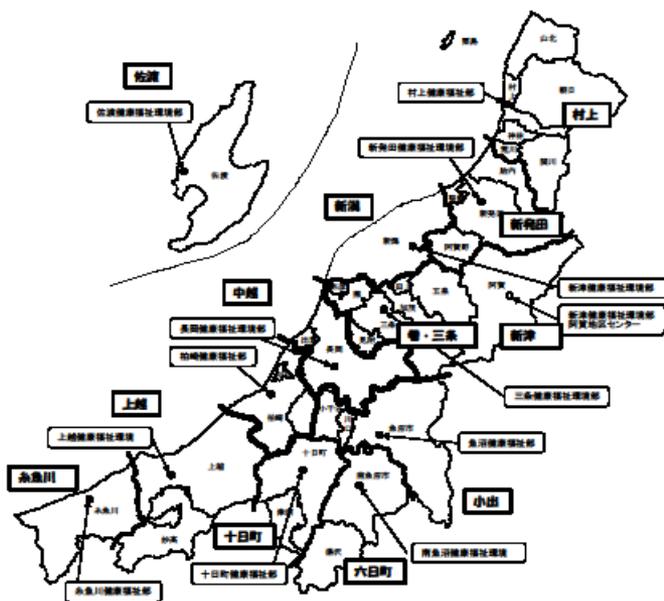
第2期医療圏見直し  
(医療圏減)

平成の大合併(1999~2010年)

地域医療再生資金(2009~2011年)

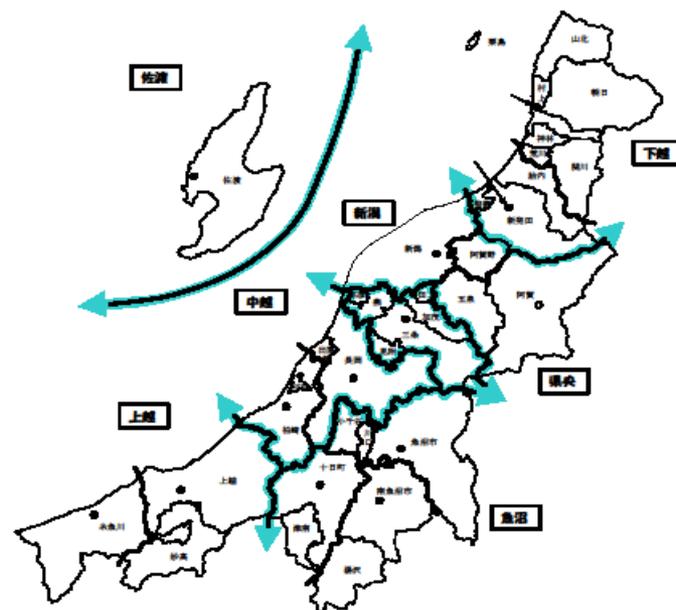
# 新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

# 医療圏見直しの今後

大都市圏及びその周辺県の医療圏  
見直しが必要

# パート2

## 連携から統合へ

# 国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



# なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

# 解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
  - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
  - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

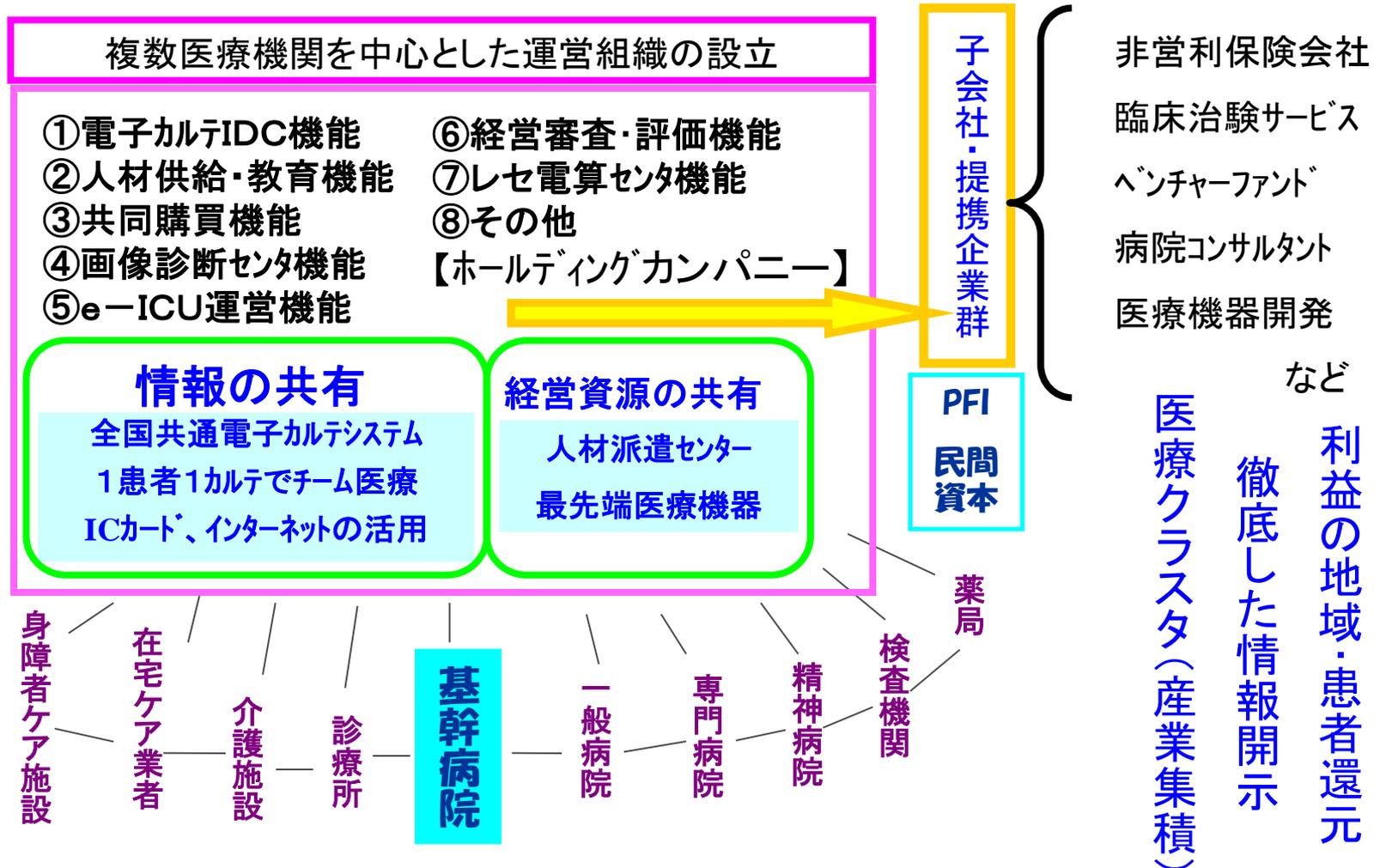
# 医療法人法の改正



- 経済財政諮問会議（議長：安倍首相）
  - 伊藤元重東大教授
  - 医療法人法の改正（規制緩和）
    - 医療法人同士の合併や権利の移転をしやすくするような医療法人制度の規制緩和を進めるべき
  - 新型医療法人
    - 国や自治体が運営する公設病院や健保組合が運営する公的病院などもグループに参加できるような地域経営統合の道を開く

# 1つの広域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



# 広域医療圏統合事業体

- IHN: Integrated Healthcare Network
  - 「人口数百万人の広域医療圏において、急性期ケア病院、診療所、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、地域医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する統合医療事業体」
  - 松山幸弘氏、キャノングローバル戦略研究所

# IHNモデル

- センタラヘルスケア
  - センタラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
  - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
  - 医科大学を併設
  - 開業医ネットワークとの連携
  - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
  - 規模のメリットを追求



バージニア州 ノースフォーク  
センタラヘルスケア

# IHNモデル分類

- ①純民間型・1地域密着型
- ②自治体立・1地域密着型
- ③全国展開型
- ④純民間・医科大学業務提携型
- ⑤医科大学主導型
- ⑥完全統合クローズ型。

# IHN分類

- ①純民間型・1地域密着型
  - センタラ・ヘルスケア、連邦政府や州政府の補助金を受けない純民間型のIHNである
  - インターマウンテン・ヘルスケア(ユタ州ソルトレーク市)も有名
- ②自治体立・1地域密着型
  - 自治体立病院を中核に設立されたIHNで純民間型よりは規模が小さい
  - 代表例はサラソナ・メモリアル・ヘルスケア【フロリダ州】

# IHN分類

- ③全国展開型
  - 中小規模の地域密着型IHNを全国規模で複数たばねたIHN
  - 売上規模は最大であるが、それぞれの拠点が分散しているので、求心力が1地域密着型より弱い
  - 代表例はカトリック系のアセンション・ヘルスやカソリック・ヘルスケア・ウェストなど
- ④純民間型・医科大業務提携型
  - センタラ・ヘルスケアがあげられる。センタラ・ヘルスケアは地元の医科大学や総合大学医学部と業務提携を行っている
  - その他の例としてはミズーリ州セントルイス市のワシントン大学と業務提携したBJCヘルスケアの例がある

# IHN分類

- ⑤医科大学主導型

- 医科大学が所有する病院グループが周辺の病院群を買収し、さらに医療関連産業も集めて発展したもの
- ペンシルベニア州ピッツバーグ市にあるUPMC(ピッツバーグ大学メデイカルセンター)などが代表例

- ⑥完全統合クローズ型

- カイザーパーマネンテ(カリフォルニア州オークランド市)が代表例
- もともと鉱山会社のカイザー社の従業員保険から始まった保険会社であるカイザーパーマネンテが周辺の7~8州の加入者820万人を擁して、自ら30の病院を経営し、1.1万人のプライマリケア医をかかえた巨大IHNを形成している。

# IHNモデルの成功の秘訣

- 地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- 規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- 医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- 医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- 医療と経営の分離
- 民間手法による地域連携から地域統合へ

# 日本版IHN

- 日本版IHN
  - 既存の単独の医療・介護福祉・教育複合体の発展形
  - また先進的な民間病院の連合体構想なども考えられる
  - 今や存続が危ぶまれている公的病院のリストラプロセスの中での地域統合ネットワークも現実的な選択肢

パート3  
地域包括ケアシステムと  
ヘルスケア・リート

# 地域包括ケアシステムのサービスイメージ

認知症患者へのサービス  
複合型サービス  
小規模多機能型居宅介護  
(訪問看護と組み合わせた  
複合型サービスを含む)  
グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



サービス付高齢者向け住宅などの住まい

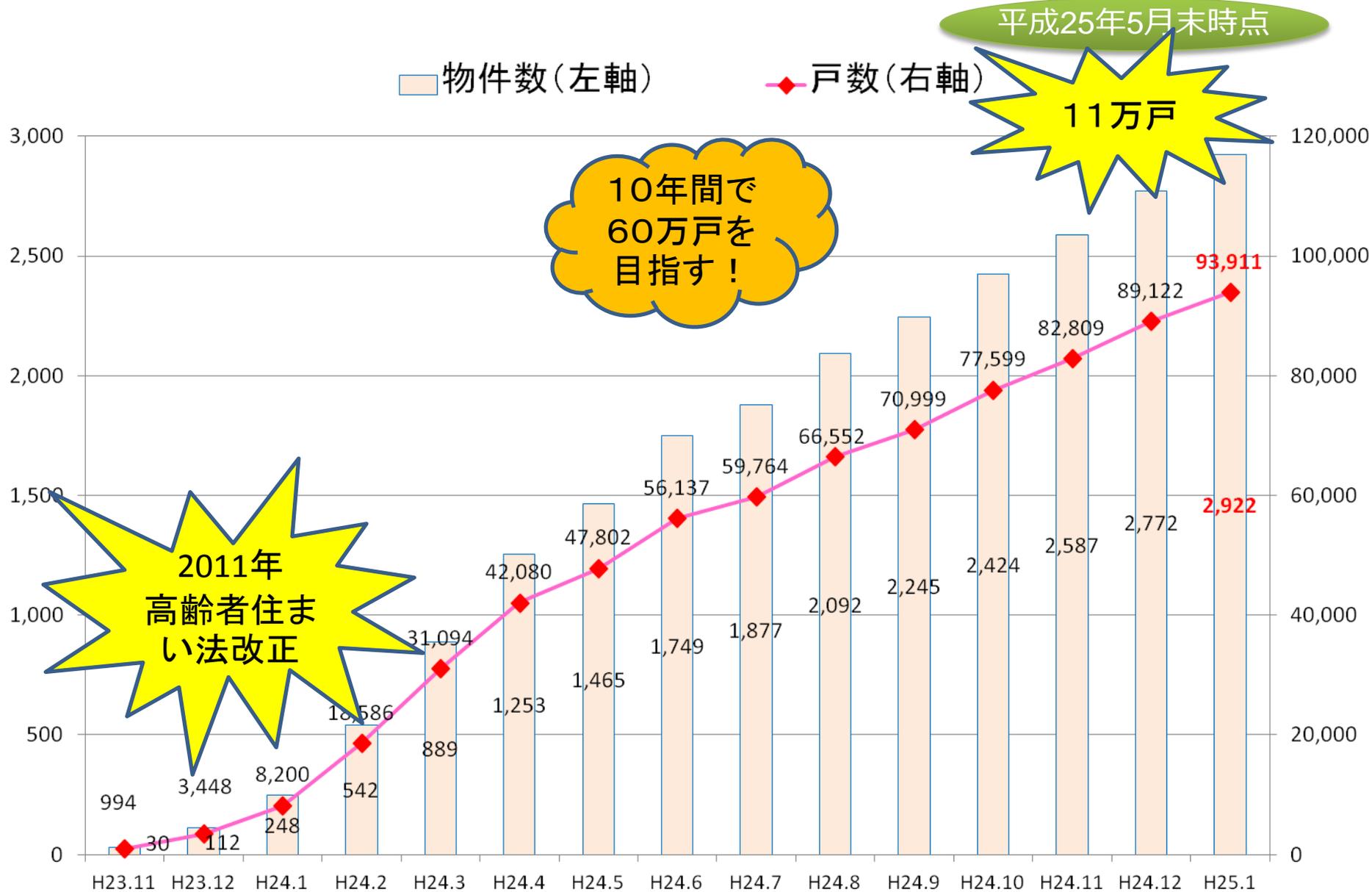


NPO,  
住民参加、企  
業、自治体など

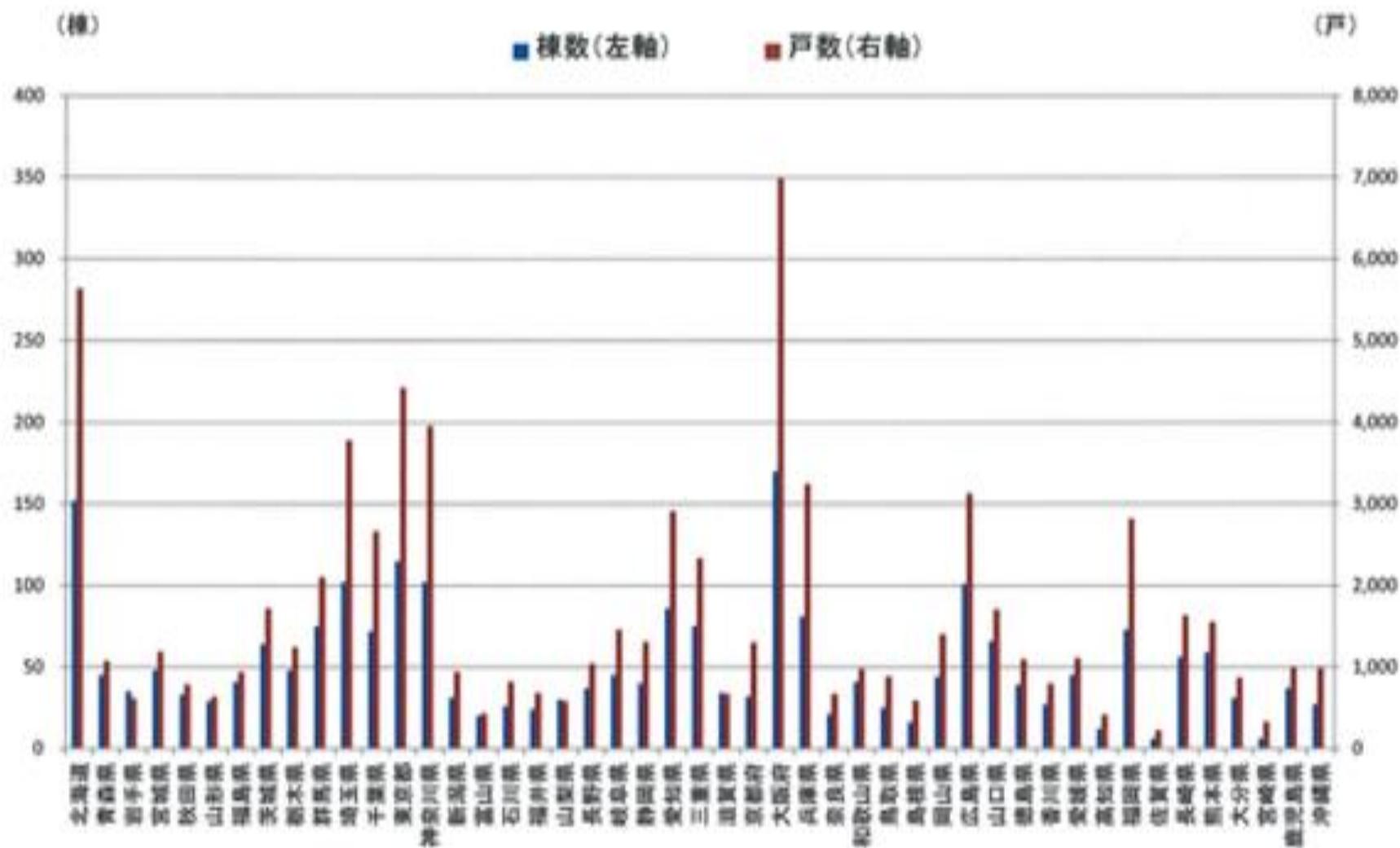
# サービス付き高齢者向け住宅

2011年高齢者住まい法の改正

# サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移



# サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H24.10末時点)



# サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

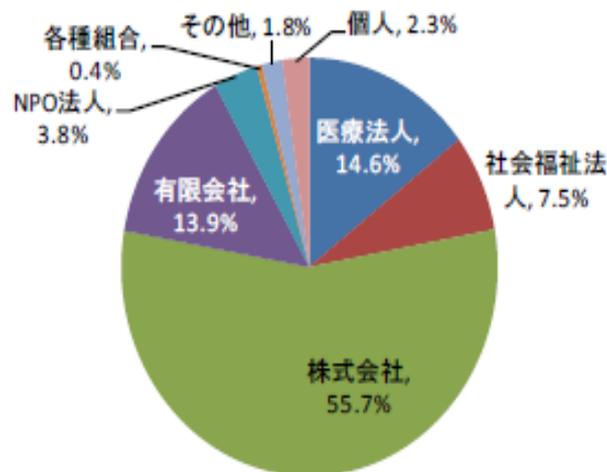
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

## ■法人等種別

有効回答数:3,142件

	実数	割合
医療法人	459	14.6%
社会福祉法人	236	7.5%
株式会社	1,749	55.7%
有限会社	437	13.9%
NPO法人	119	3.8%
各種組合	14	0.4%
その他	55	1.8%
個人	73	2.3%

※その他は、一般社団法人、合同会社等。



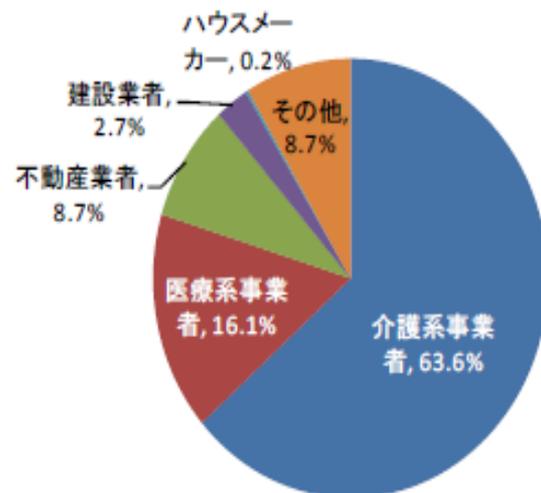
H25.3末時点

## ■主な業種

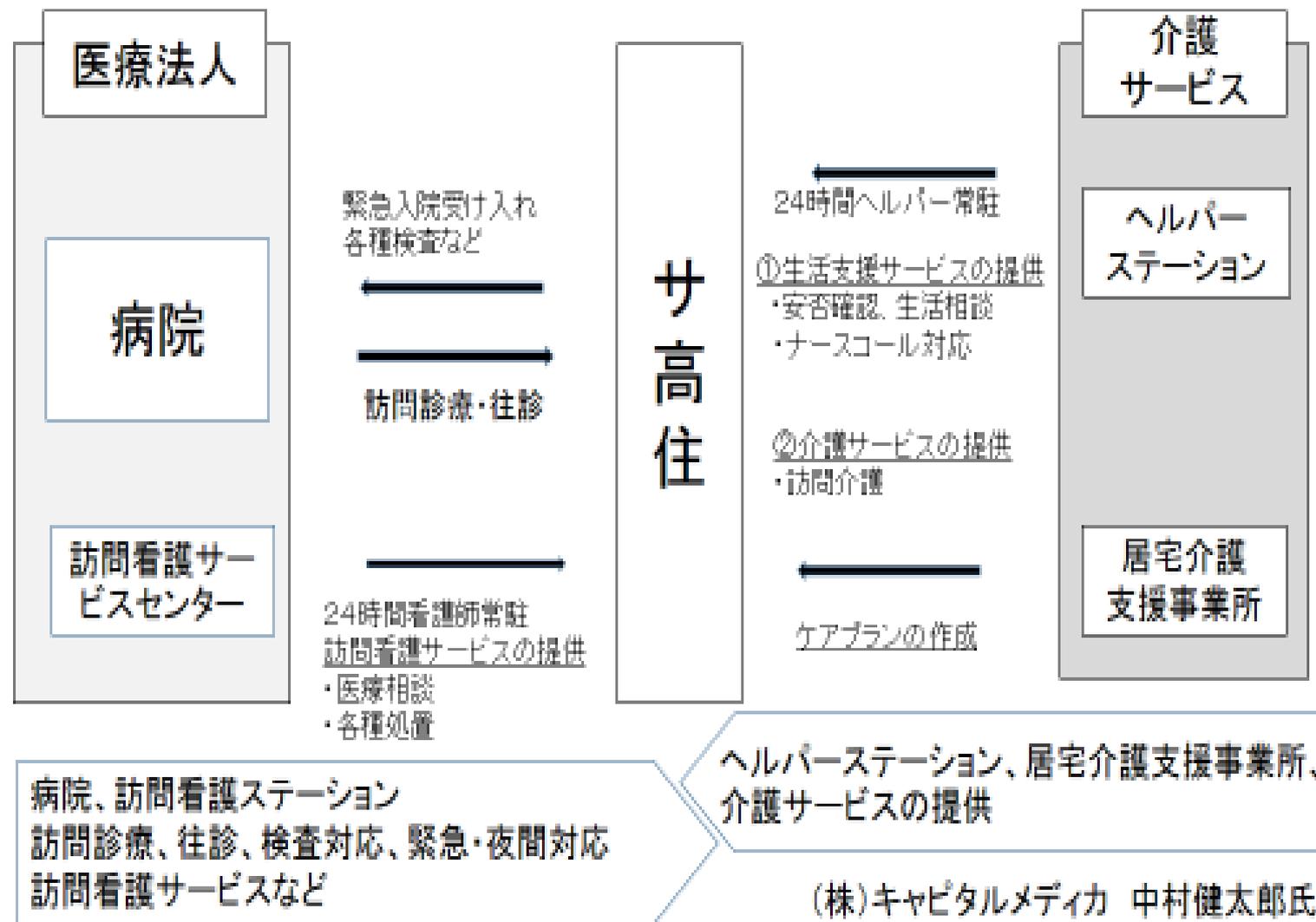
有効回答数:3,069件

	実数	割合
介護系事業者	1,951	63.6%
医療系事業者	495	16.1%
不動産業者	267	8.7%
建設業者	83	2.7%
ハウスメーカー	7	0.2%
その他	266	8.7%

※その他は、警備会社、農協・生協、電気設備会社等。

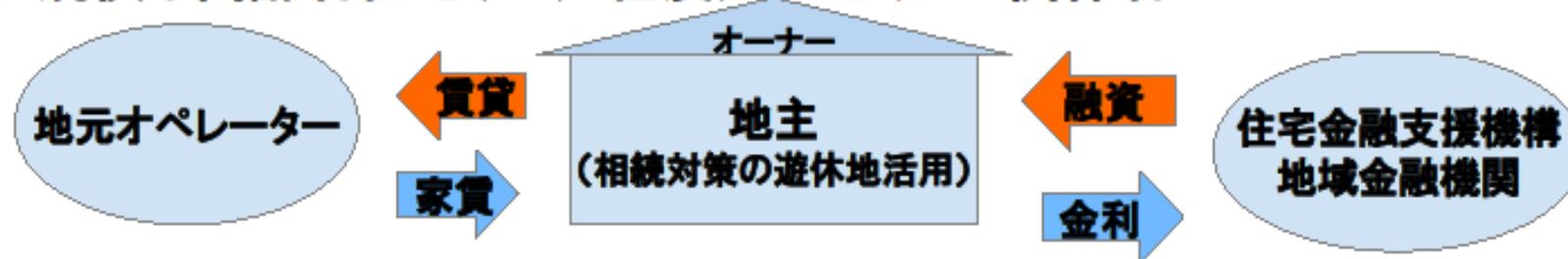


# 医療系サ高住の運営体制の例



# 誰がどのような高齢者住宅を建設し運営するのか？

- 不動産の所有(オーナー)と運営(オペレーター)の分離
  - ◆ オペレーターは建物を賃借しオペレーションに特化する
  - ◆ オペレーターはオフバランス経営のメリットが得られる
  - ◆ オペレーターは資金調達力に限界がある
  - ◆ 不動産投資家やデベロッパーは高齢者住宅への投資に注目し始めている
- 小規模な高齢者住宅(30戸程度)は“**地域**”の関係者で



- 大規模な高齢者住宅(60戸以上)は“**資本市場**”の関係者で



# サービス付き高齢者向け住宅と 資金調達

ヘルスケア・リートの応用

# 高齢者住宅60万戸の整備にどのくらいの資金が必要か？

- 国の高齢者住宅整備目標～10年間で60万戸(年間6万戸)
- 必要な資金(推定)～平均10百万円/戸×60万戸=6兆円(年間6,000億円)
  - ◆ 推定の前提条件
    - 建物の面積～40㎡/戸 (居室部分+共用部分)
    - 建物の建築費～6百万円/戸 (約50万円/坪)
    - 土地の取得費～地方都市2百万円～東京都心15百万円/戸  
地方物件や借地物件の比率が高いことより平均10百万円と仮定
- 高齢者住宅・施設にかかわる事業や投資は、少子高齢化と核家族化が進む中で社会的ニーズを背景に、成長が見込まれる有望なマーケット
- 一方で現状では高齢者住宅・施設に投資している投資家は限定的であり、投資家の裾野拡大が重要な課題

# 「ヘルスケア施設供給促進のための 不動産証券化手法の活用及び 安定利用の確保に関する検討委員会」

米国ヘルスケアリート視察報告

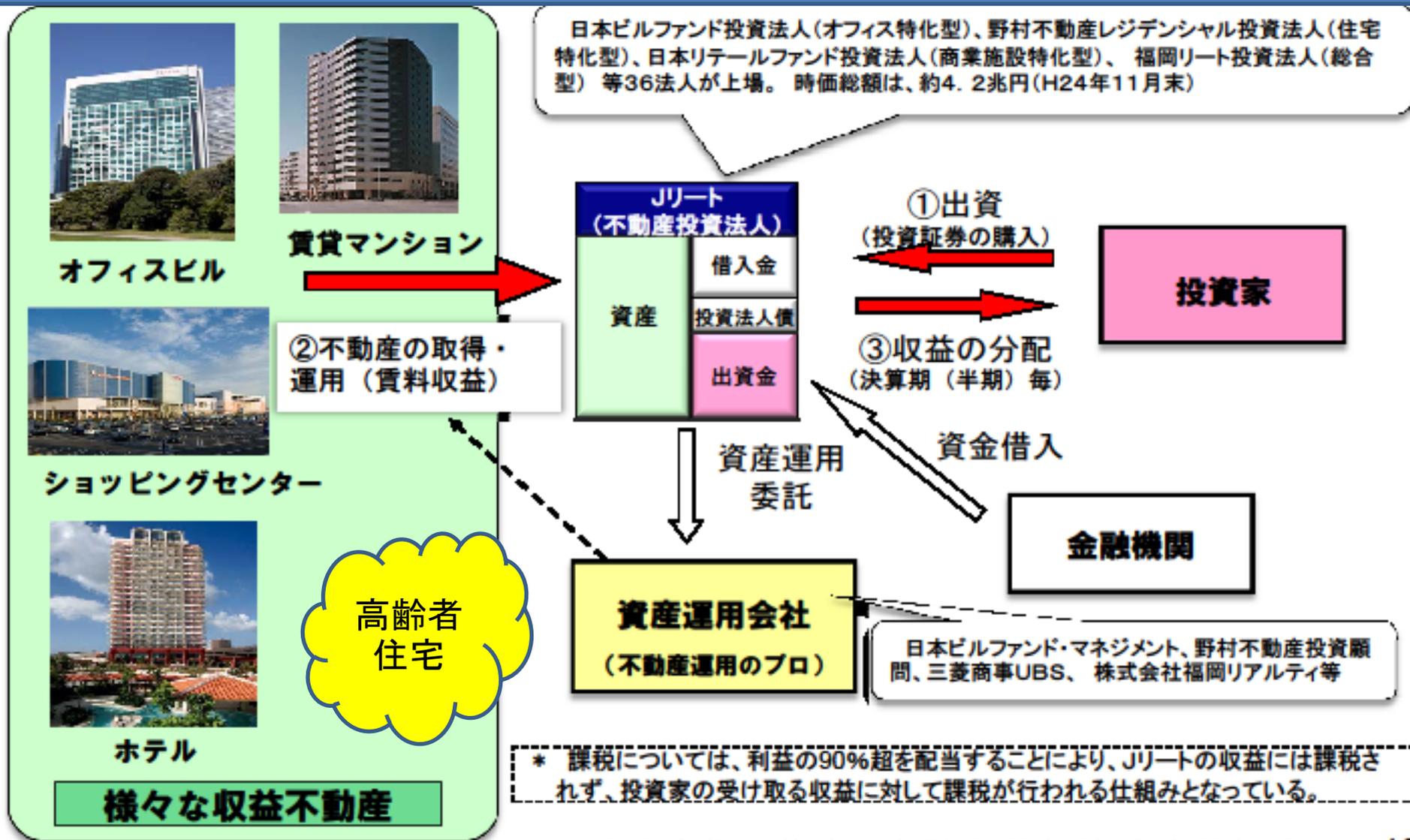
第3回検討委員会

2013年2月8日(金)  
(事務局資料)

国土交通省、金融庁、厚生労働省

# リート(REIT: Real Estate Investment Trust)とは？

不動産投資信託のこと、公衆から調達した資金を不動産に投資する仕組みのことで、特に、日本の国内法に則った日本版REIT(J-REIT)のことを単にREITという場合がある。



# REIT市場規模の上位10カ国

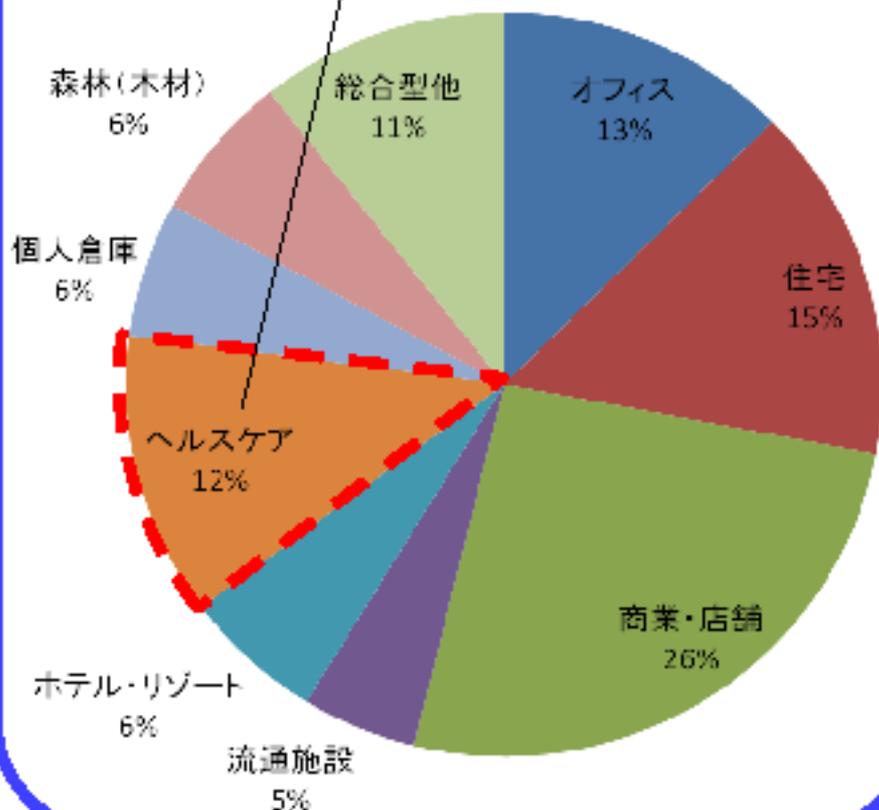
	国	時価総額 (2011年3月末)	上場銘柄数 (2011年3月末)
1	米国	35.6兆円	157
2	オーストラリア	6.8兆円	56
3	フランス	6.0兆円	43
4	日本	3.5兆円	35
5	英国	3.4兆円	25
6	カナダ	3.0兆円	34
7	シンガポール	2.4兆円	24
8	オランダ	1.1兆円	6
9	香港	1.0兆円	7
10	トルコ	0.7兆円	21

出典:『不動産証券化ハンドブック』(各国資料よりARES作成)

# 日米リートの実業別割合の比較

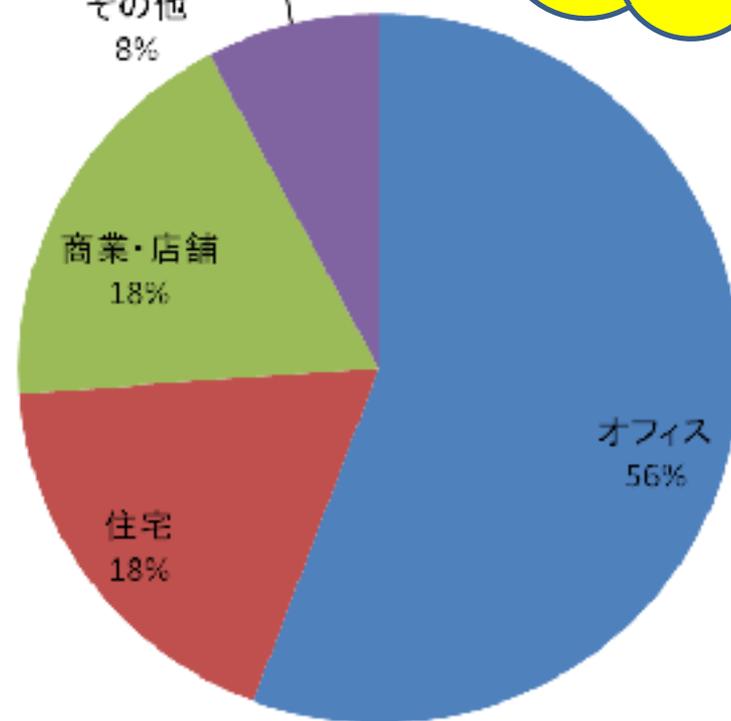
## 米国リート

株式時価総額約4兆円



## Jリート

流通施設・ホテル  
その他  
8%

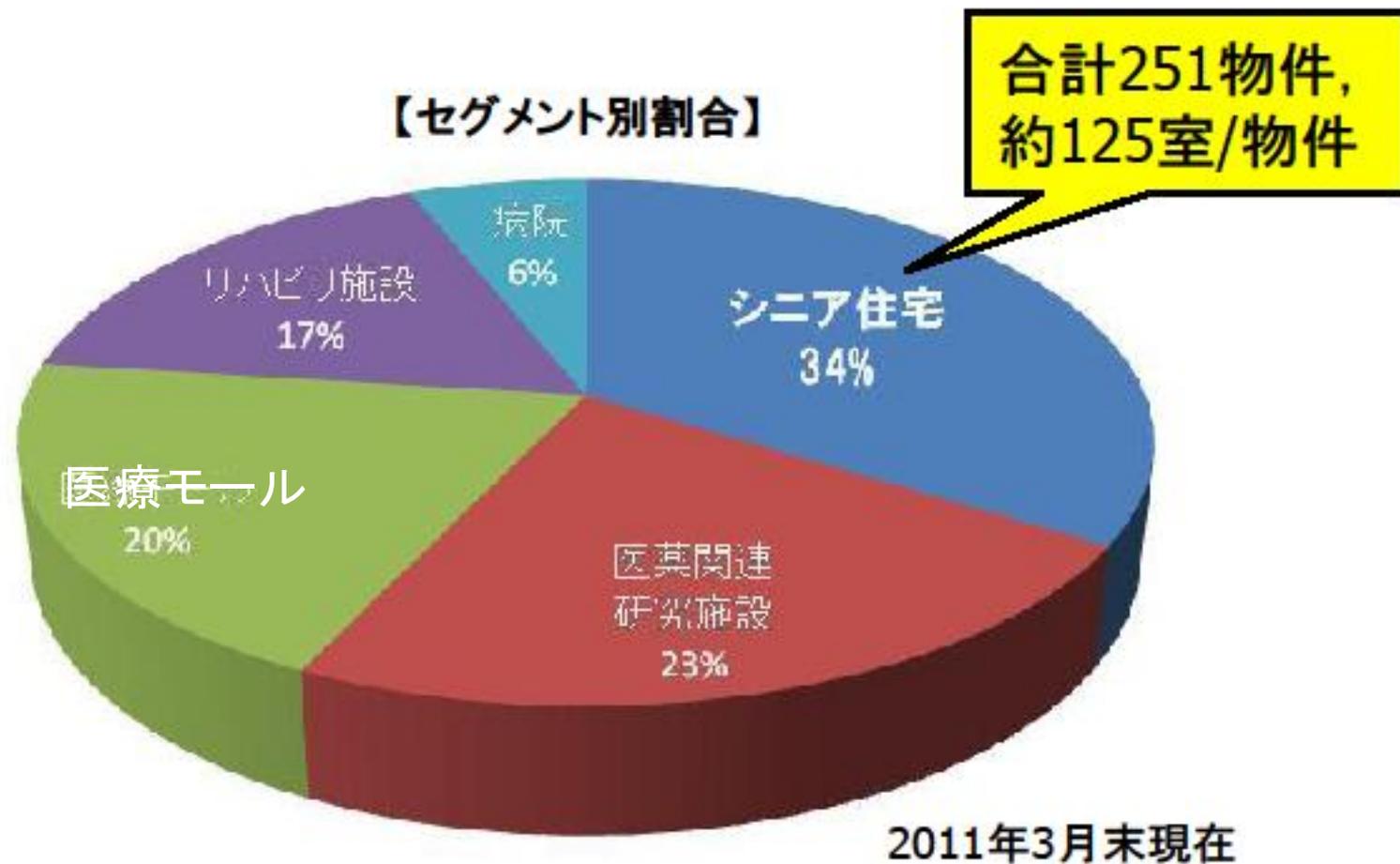


日本では  
ヘルスケア  
リートはほと  
んどない

出典: NAREIT 'REIT Watch May 2011' および 不動産証券化協会「J-REIT View(2011年5月)」データをもとに作成  
注) 米国リートは株式時価総額ベース、Jリートは保有不動産額ベース、円換算は80円/\$

# HCP社(米国ヘルスケアリートの最大手)

保有資産総額(取得価格ベース): 約1兆1800億円(80円/\$)

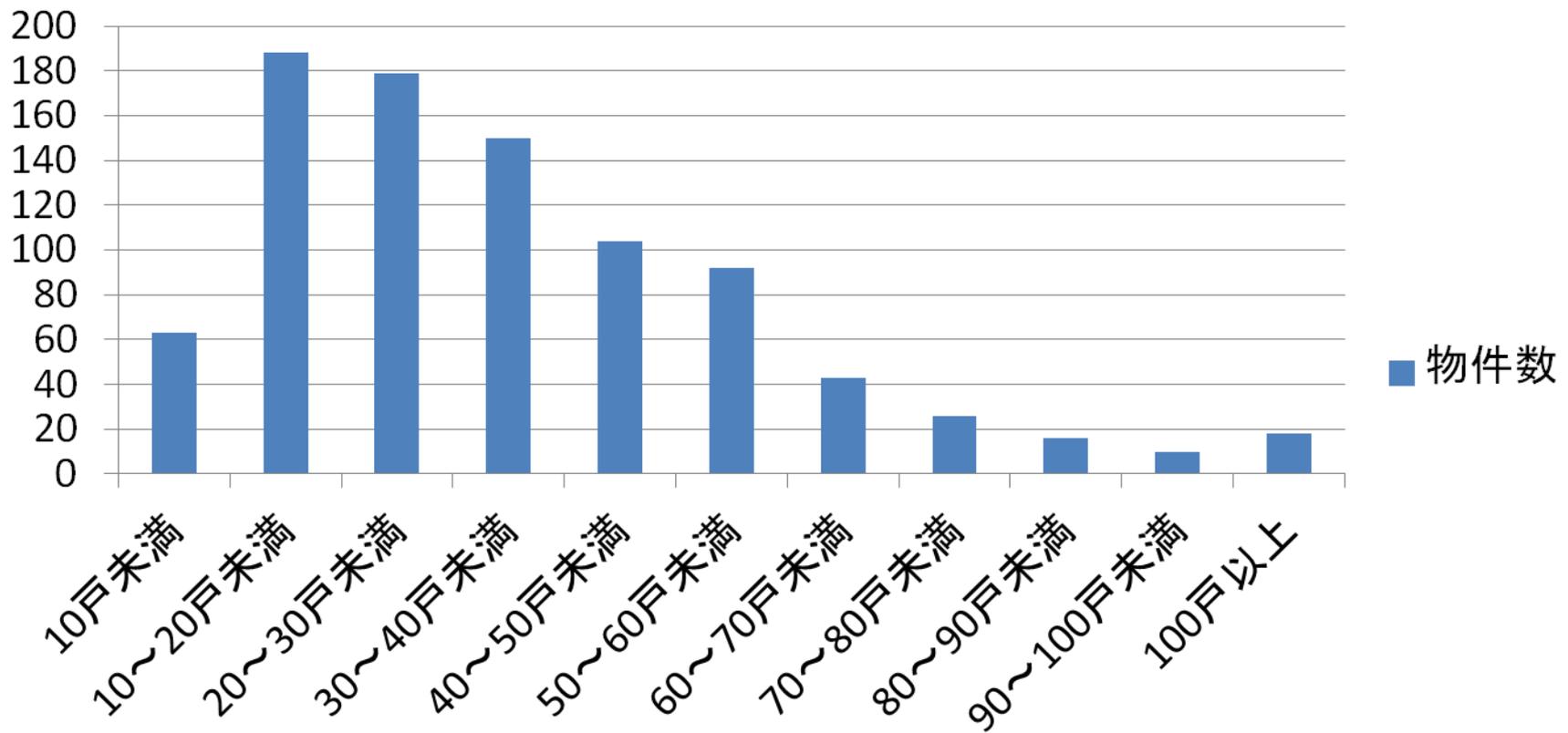


出典:HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

ヘルスケアリートの対象は  
大規模、高機能、高付加価値型  
高齢者住宅

# 日本の従来の サービス付き高齢者向け住宅は小規模

## 物件数

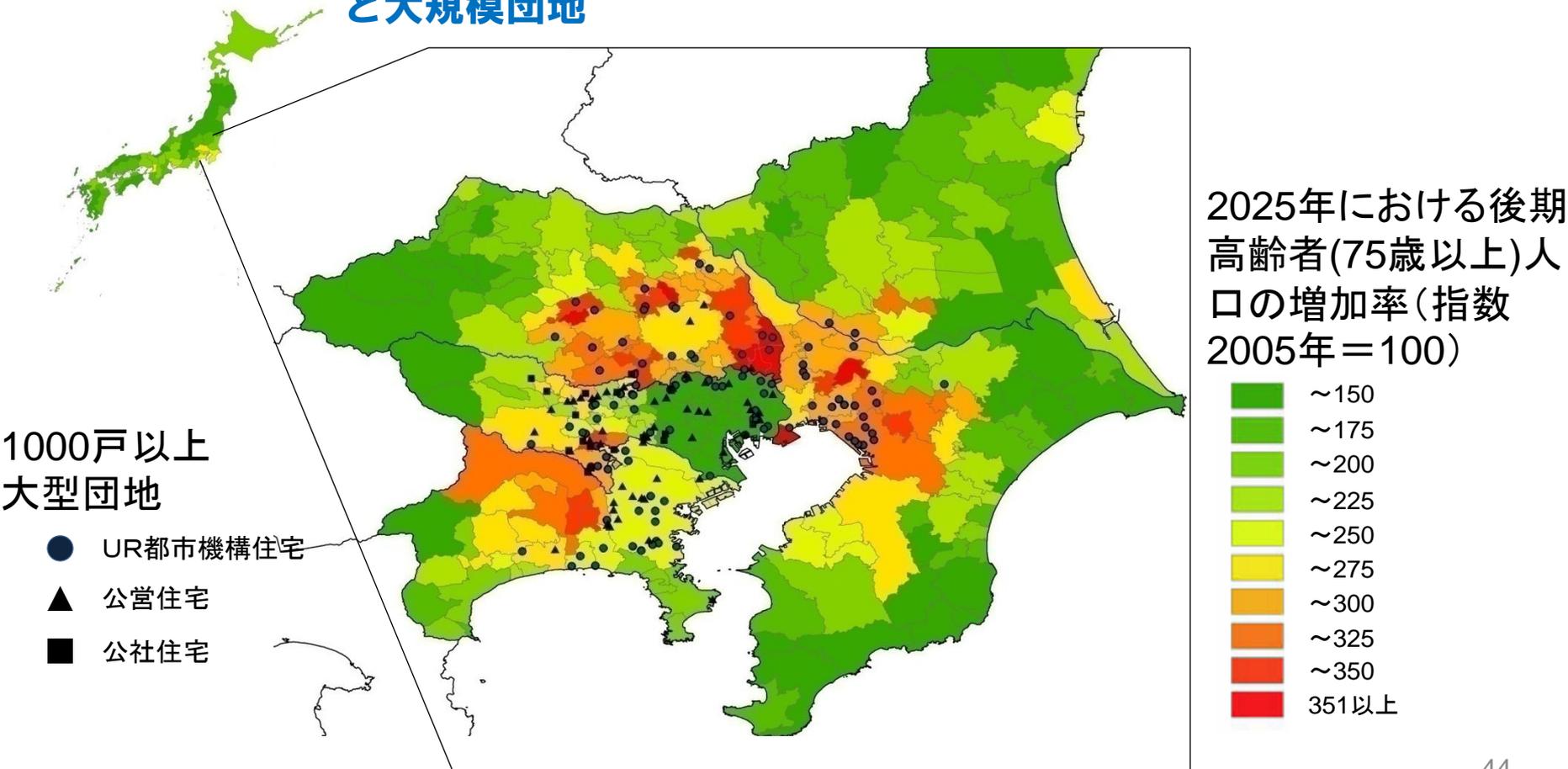


中井生活経済研究所調べ(2012年)

# 高齢化の進展と大型団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)

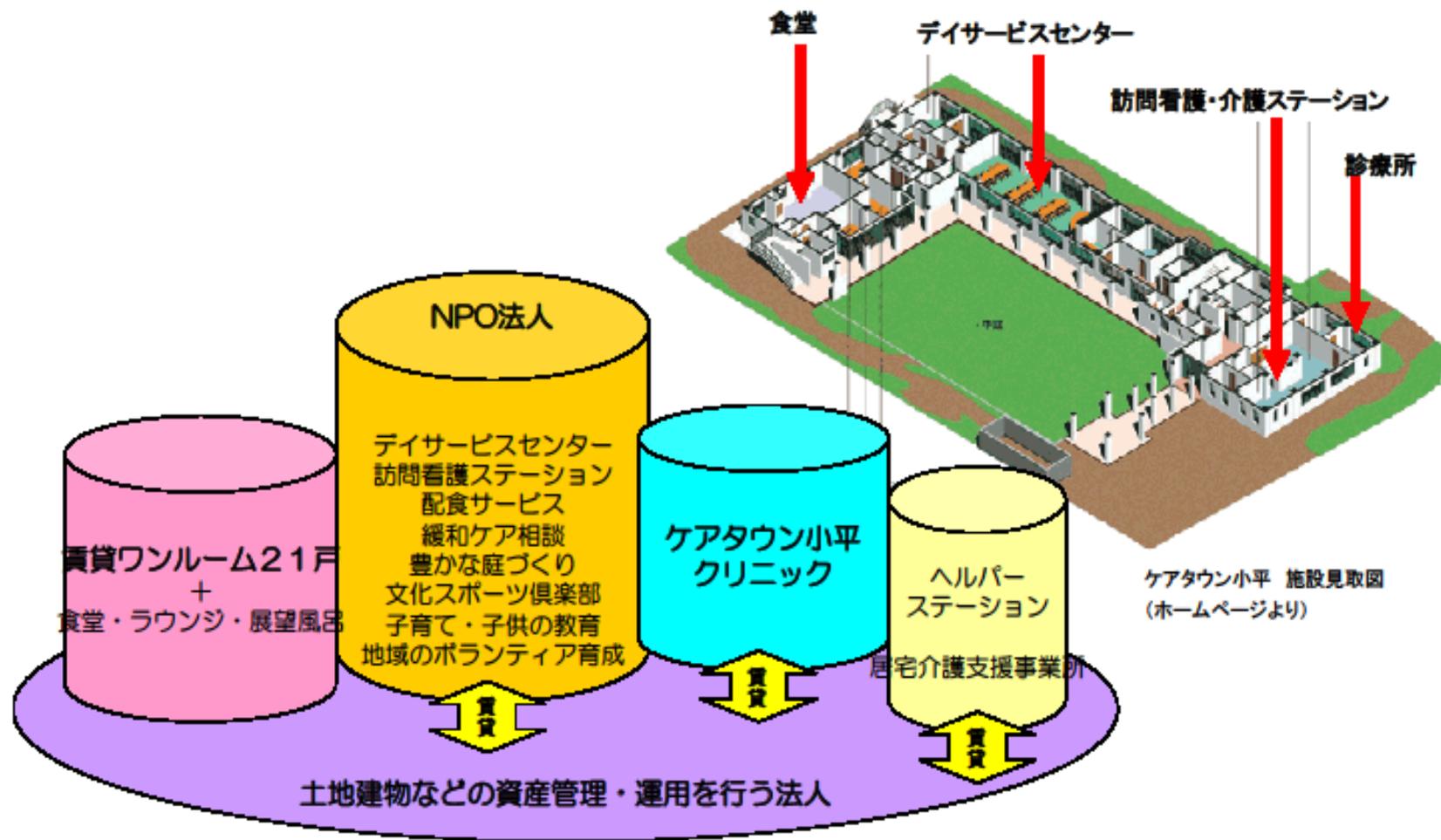
## 首都圏での高齢化の伸び率（後期高齢者の人口増加率）と大規模団地



# 大型団地再生に「サ高住」助成

- 「地域居住機能再生推進事業(30億円)」
  - 平成25年度国土交通省予算案
  - 高度経済成長期に開発されたニュータウンが今や住民の高齢化真つただ中
  - ニュータウンの中には建て替えによる高齢者対応を進めるケース増えている
- 地方公共団体、住宅供給公社などが地域ごとに協議会をつくり団地再生を行う場合に一部助成をおこなうことになった
- 対象
  - 5ヘクタール以上
  - 入居開始から30年以上経過
  - 公的団地対住宅の管理戸数が1000戸以上

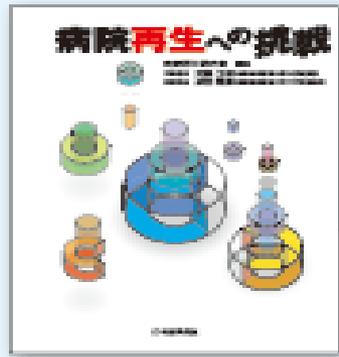
グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



好評発売中！

# 病院再生への挑戦

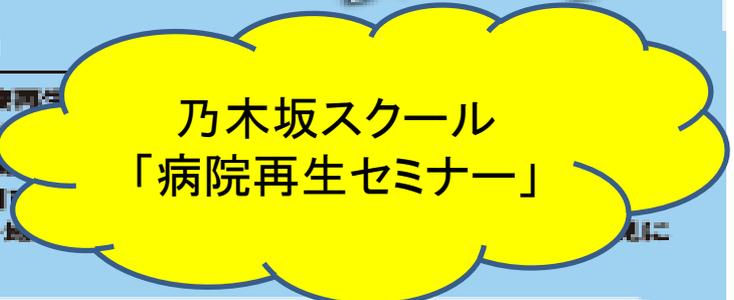
●病院再生研究会  
 武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授  
 成田 徹郎 国際医療福祉大学大学院特任准教授  
 ●B5判／122頁  
 ●定価(本体価格2,800円+税)  
 ●ISBN978-4-902266-59-7



# 続・病院再生への挑戦

■編集 病院再生研究会  
 代表幹事 武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授  
 事務局長 成田 徹郎 国際医療福祉大学大学院特任准教授  
 ■B5判／98頁  
 ■定価(本体価格2,800円+税)  
 ■ISBN978-4-902266-80-1

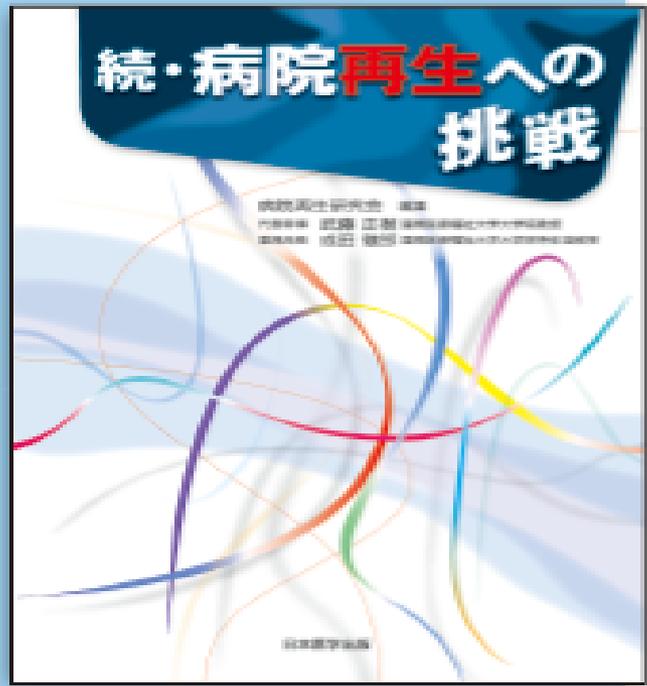
**本書の内容** 意欲的に医療再生に取り組む自治体関係者  
 本書は専刊「**病院再生**」2012年に国際医療福祉大学大学院  
 札幌道都病院・十和田市立病院・豊川市民病院の事例や地域医療再生基金・ICT活用・地域医療連携などに  
 含むアイデアを紹介。



**対象** 病院経営者・医療従事者・企業関係者・自治体関係者

## CONTENTS

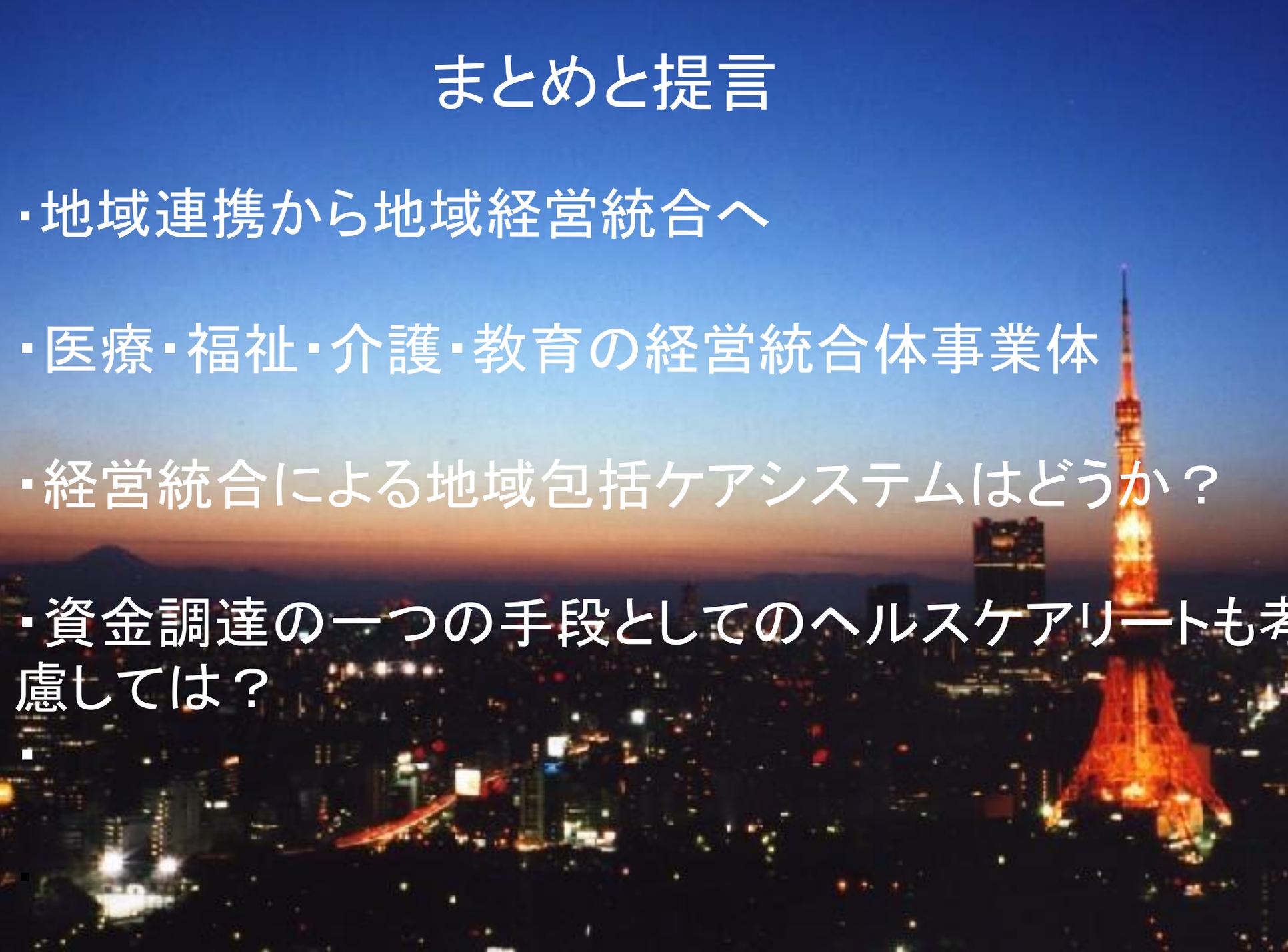
- 第1章 病院再生・再編・統合における平成25年問題  
 ―改革のキーワード「強」「リーダーシップ」「スピード感」「自主性」―  
 東日本税理士法人代表社員 長 隆
- 第2章 地域医療再生とJHN  
 キヤンブローバル医療研究所研究室長 松山 幸弘
- 第3章 V字回復の病院事業再生札幌道都病院の事例  
 医療法人社団札幌道都病院経営企画室長 高橋 安昌
- 第4章 十和田市立病院経営改革から考える自治体病院経営のあり方  
 ―十和田市病院事業経営評価委員会の議論を中心に―  
 元青森県十和田市副市長 小久保 純
- 第5章 豊川市民病院の広域医療連携 ―愛知東三河の事例―  
 豊川市民病院事業管理者 佐々木 徳義
- 第6章 独立行政法人国立病院機構滋賀病院の改革  
 独立行政法人国立病院機構滋賀病院院長 井上 修平
- 第7章 病院の経営破綻を招かないために 国際医療福祉大学大学院客員教授 瀬上 清貴
- 第8章 地域医療再生基金について 厚労省医政局看護課医療確保等地域医療対策室長 平子 哲夫
- 第9章 公立病院改革について  
 経営者自治財団理事公営企業室長 松田 浩樹
- 第10章 再生基金とICT活用の先駆的事例 ―佐酒地域医療連携ネットワークの構築―  
 新潟県生達佐酒総合病院外科部長 佐藤 賢治
- 第11章 再生基金とICT活用の先駆的事例 ―山形県置賜圏域事例―  
 公立置賜総合病院院長 新澤 陽英  
 公立置賜総合病院医療連携部長 山田 昌弘  
 公立置賜総合病院医療連携・相談室室長 古田 貴海
- 第12章 医療・介護再生への提言 ―医療領域の深層、日本人はなぜ同じ轍を踏んで来たのか！―  
 埼玉県済生会栗橋病院院長補佐 本田 宏



# まとめと提言

- ・地域連携から地域経営統合へ
- ・医療・福祉・介護・教育の経営統合体事業体
- ・経営統合による地域包括ケアシステムはどうか？
- ・資金調達の一つの手段としてのヘルスケアリートも考慮しては？

- 
- 



# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.or.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)