

医療福祉機関経営と 最新のヘルスケアリートの活用



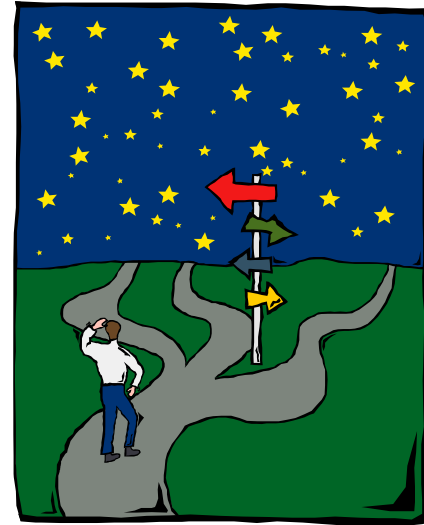
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 社会保障・税の一体改革
- パート2
 - 医療計画見直し
- パート3
 - 地域包括ケアシステム
- パート4
 - サービス付き高齢者向け住宅とヘルスケアリート
- パート5
 - 地域統合ネットワーク
- パート6
 - ヘルスケアリート検討会報告書より



パート1

社会保障・税の一体改革



2025年へ向けて、
医療・介護のグランドデザインの議論が
社会保障制度改革国民会議で行われた。

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

社会保障制度改革国民会議改革案

	改革案	法案提出メド
医療	70～74歳の自己負担2割に上げ	2014年度以降段階実施
	高額療養費の負担上限上げ	2014年度にも実施
	医療提供体制見直し	2014年通常国会に法案
	大企業健保の負担増	15年通常国会に法案
	国保の都道府県移管 高所得者の保険料上げ	2017年度までに実施
介護	軽度者へのサービスを市町村に 高齢者対象に自己負担上げ 特養の軽度者の入所制限	2014年通常国会に法案
	年金支給開始年齢の引き上げ	中長期で検討
年金・少子化 対策	待機児童対策	2014年度まで

医療法人制度・社会法人制度の見直し

- 医療法人等の間の競合を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。
- このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。
- 複数の医療法人がグループ化すれば、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、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

医療法人制度・社会法人制度の見直し

- あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である。
- 特に、社会福祉法人については、経営の合理化、近代化が必要であり、大規模化や複数法人の連携を推進していく必要がある。また、非課税扱いとされているにふさわしい、国家や地域への貢献が求められており、低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組んでいくことが求められている。

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

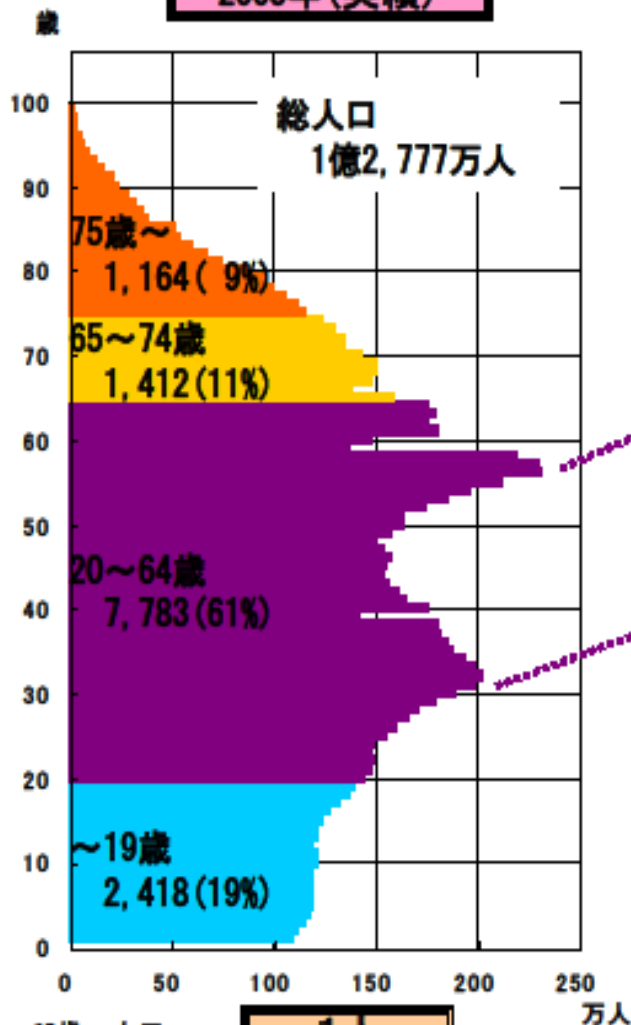


2012年8月10日、参議院を通過

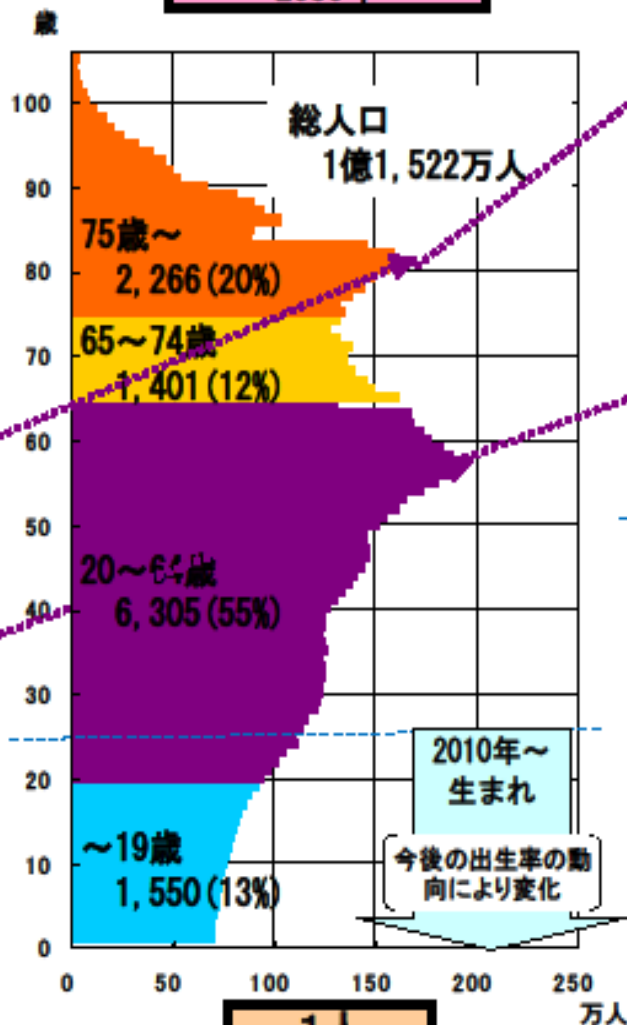
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

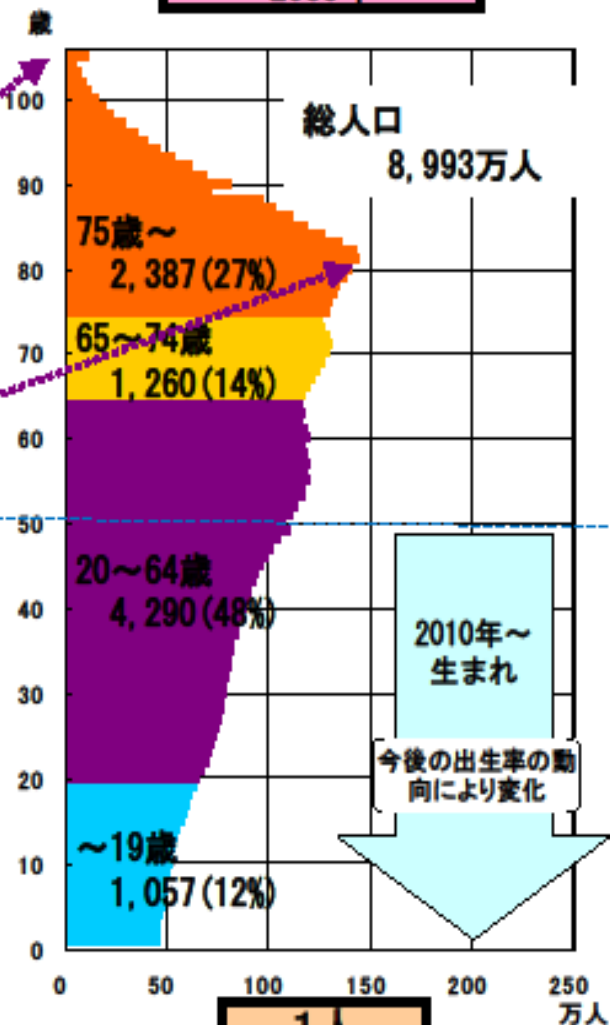
2005年(実績)



2030年



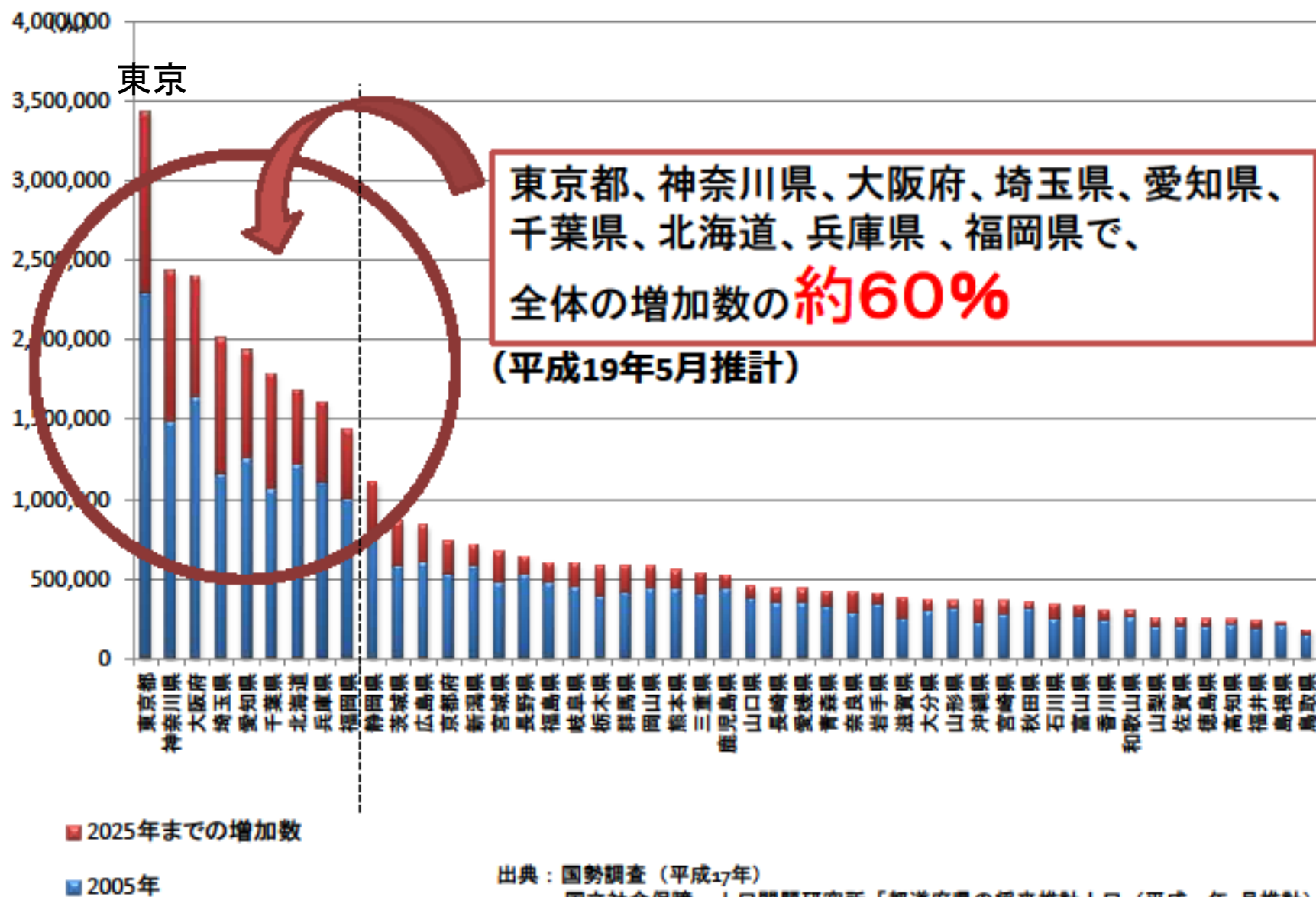
2055年



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

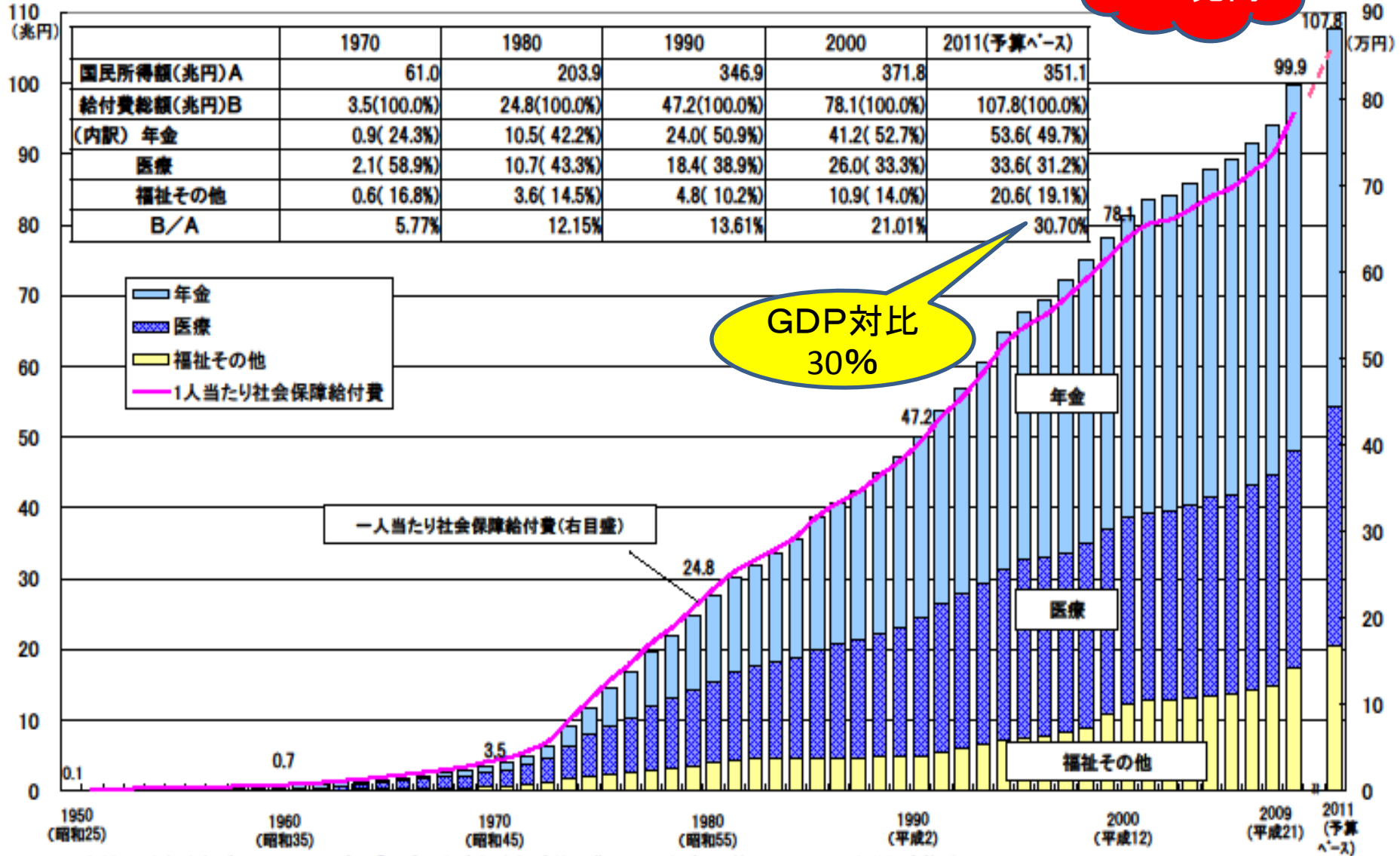
都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成17年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



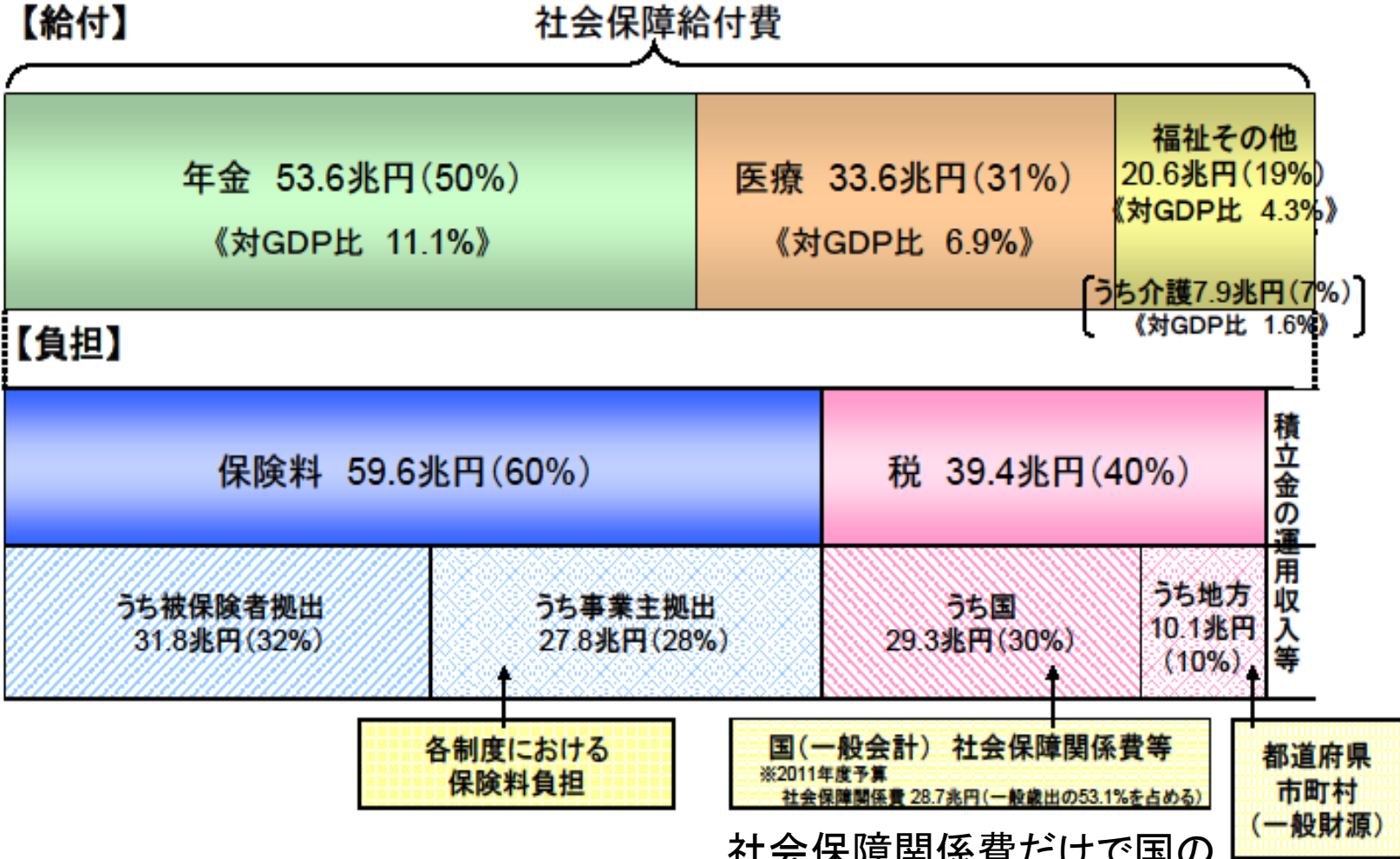
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

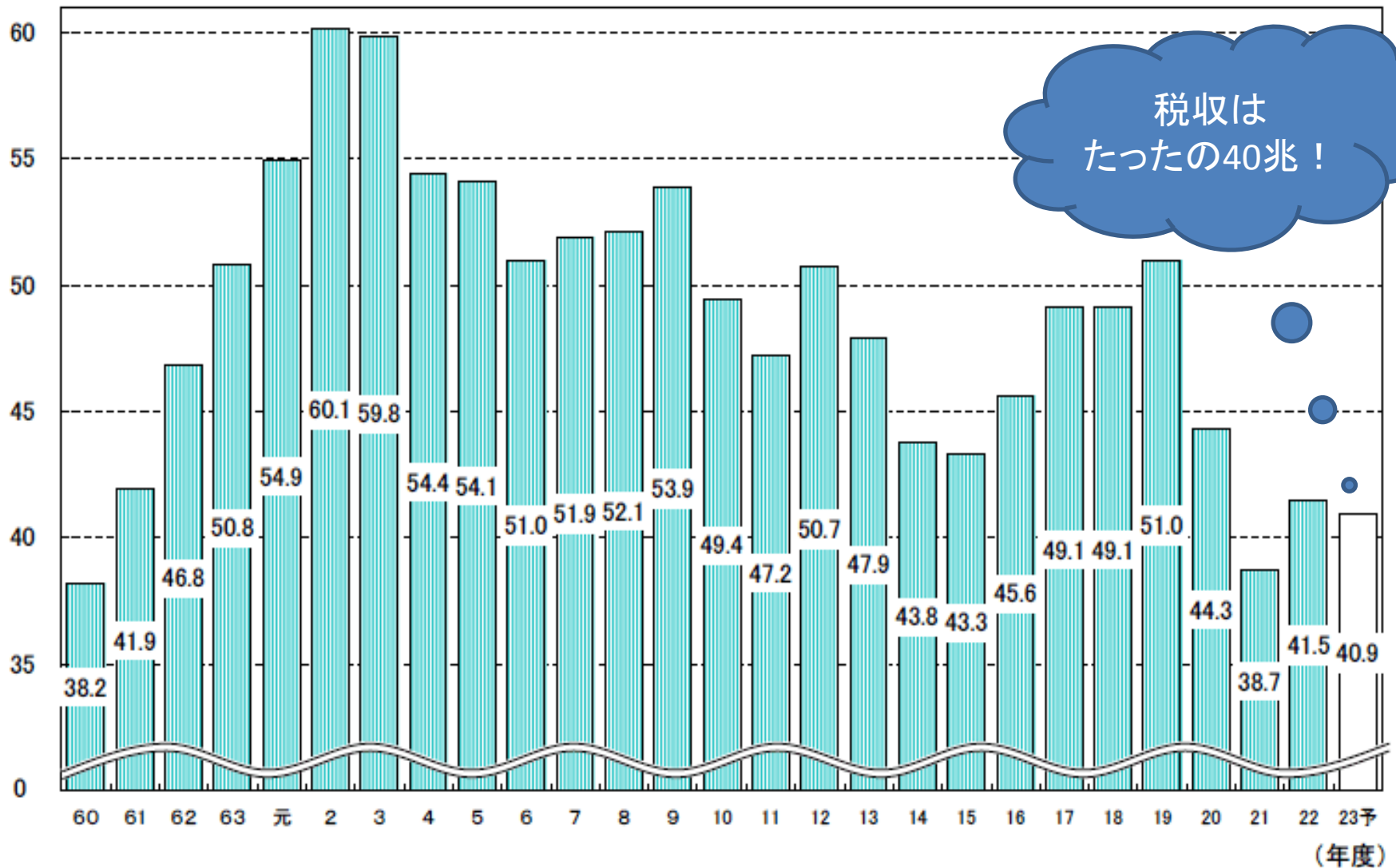


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

一般会計税収の推移

(兆円)



消費増税法が成立



そしてついに増税！

しかし、

その前になすべきことは？

医療・介護の機能強化と

徹底した効率化

日本経済新聞

8月11日

14年4月8% 15年10月10%

増収、社会保険料に

次の...

社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	⇒	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には11.8万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所 (市町村単独分含む)	⇒	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

【医療・介護】

2011年度

2025年度

	2011年度	2025年度
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度
	医師数	29万人
	看護職員数	141万
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分
【介護】	利用者数	426万人
	在宅介護	304万人分
	うち小規模多機能	5万人分
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—
	居住系サービス	31万人分
	特定施設	15万人分
	グループホーム	16万人分
	介護施設	92万人分
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	
介護職員	140万人	
訪問看護(1日あたり)	29万人分	

一般病床
107万床

【高度急性期】	22万床 15～16日程度
【一般急性期】	46万床9日程度
【亜急性期等】	35万床 60日程度

機能分化し
て103万床

641万人(1.5倍)
・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減
・ 入院の減少(介護への移行):14万人増

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

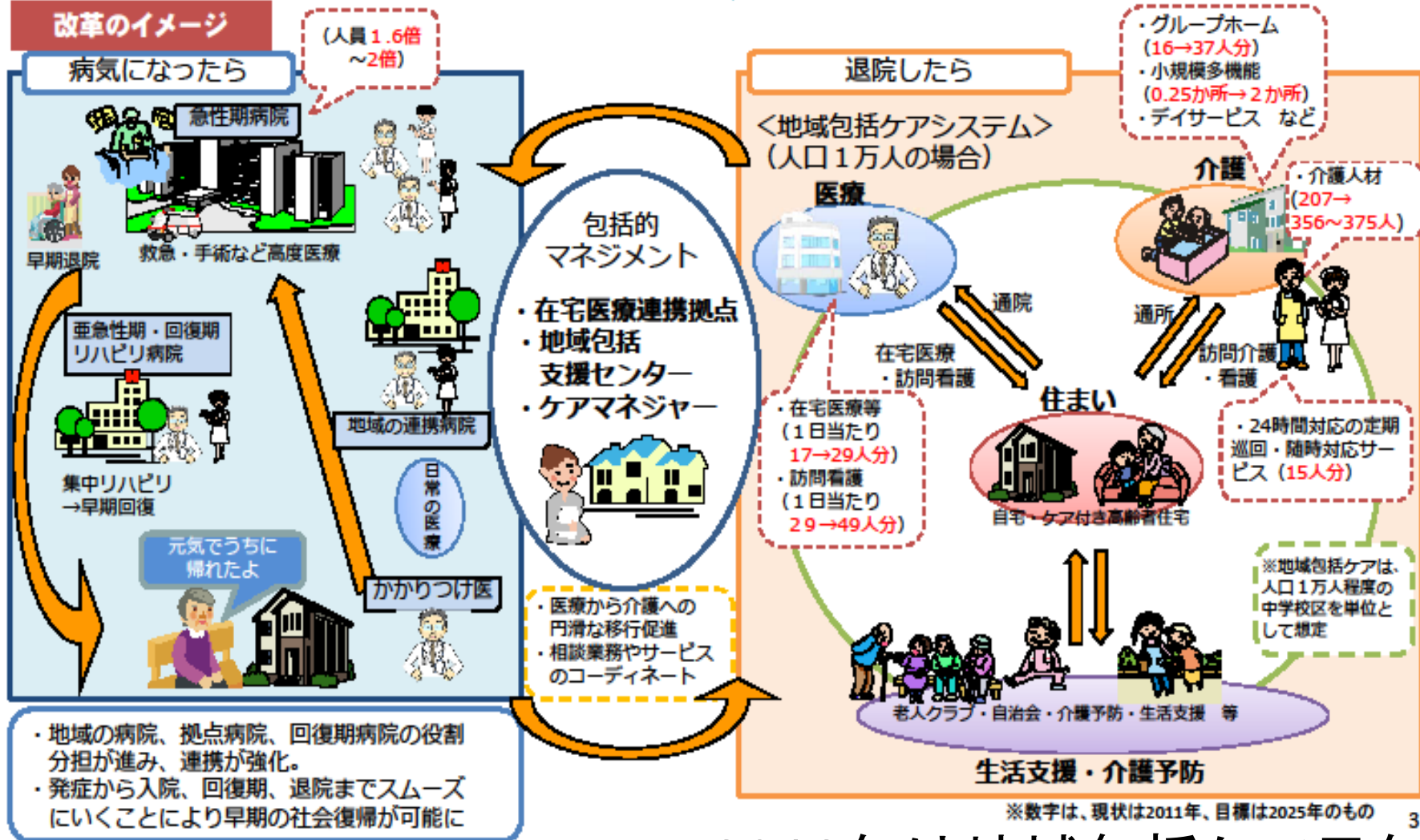
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

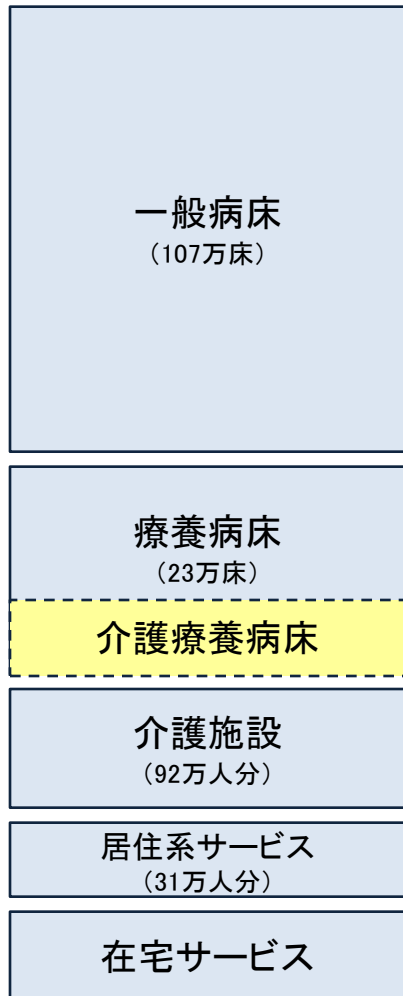
医療・介護機能の再編（将来像）

医療・介護の充実①

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

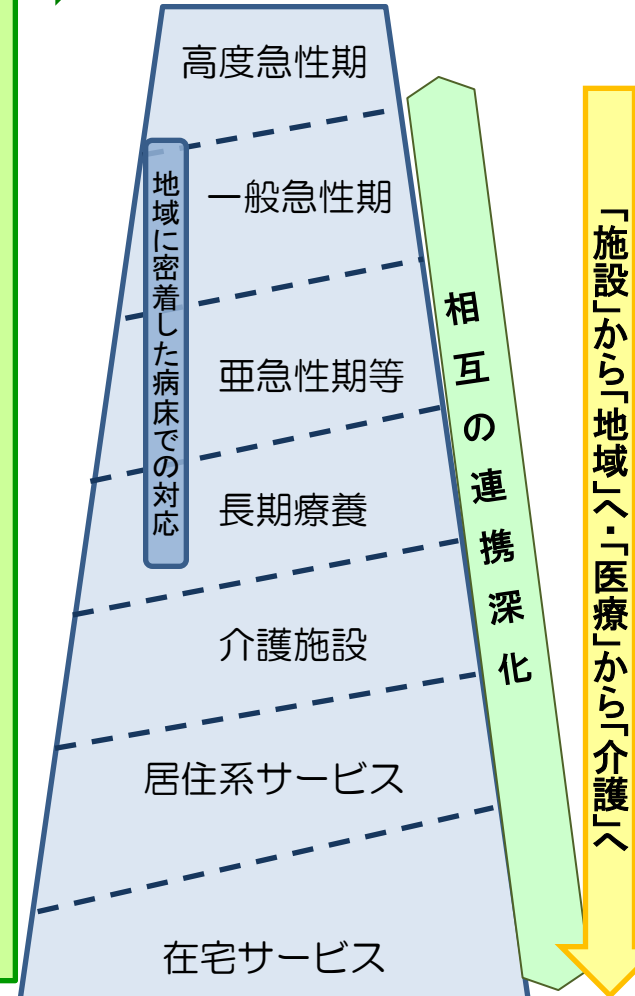
- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

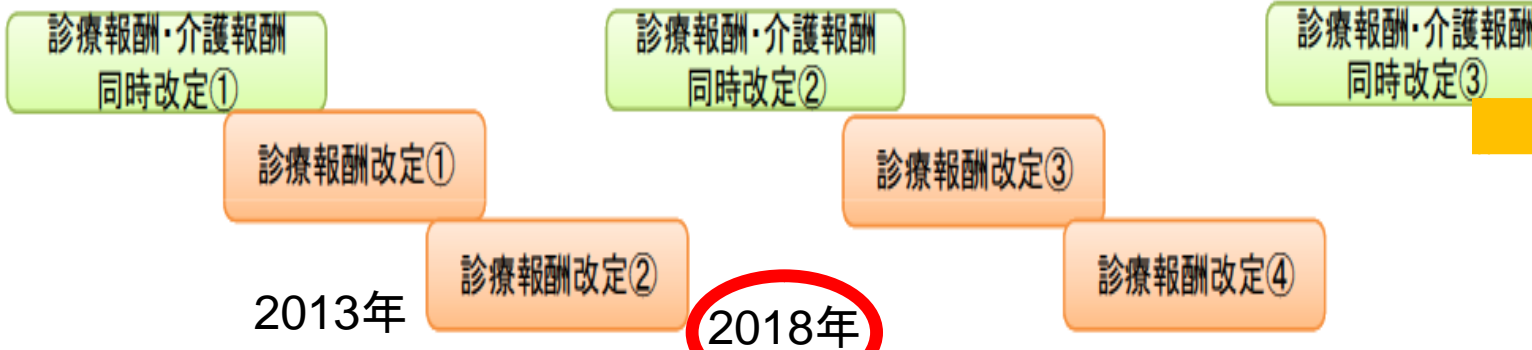
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

医療介護のあるべき姿

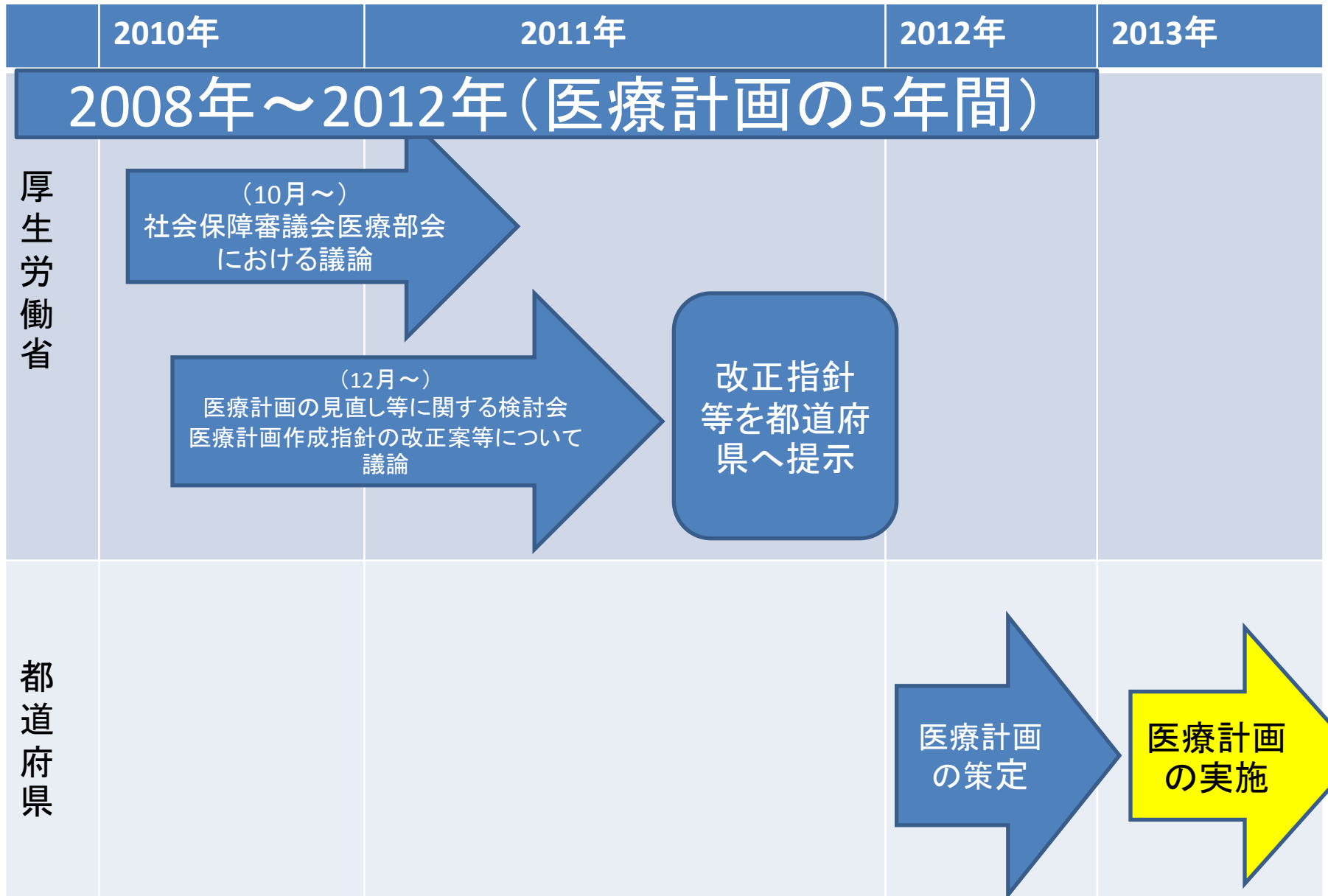
パート2

医療計画の見直し



医療計画とは医療提供体制の基本計画

医療計画見直しスケジュール(案)



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

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

– * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化



「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

2012年診療報酬改定と 在宅医療

2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会（12月1日）
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
 - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
 - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

在宅療養支援診療所・病院



06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点



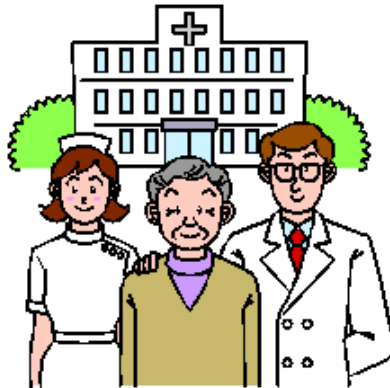
B診療所
(連携先)



A診療所

在宅療養支援診療所

往診料や訪問診察料に高い加算



A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる



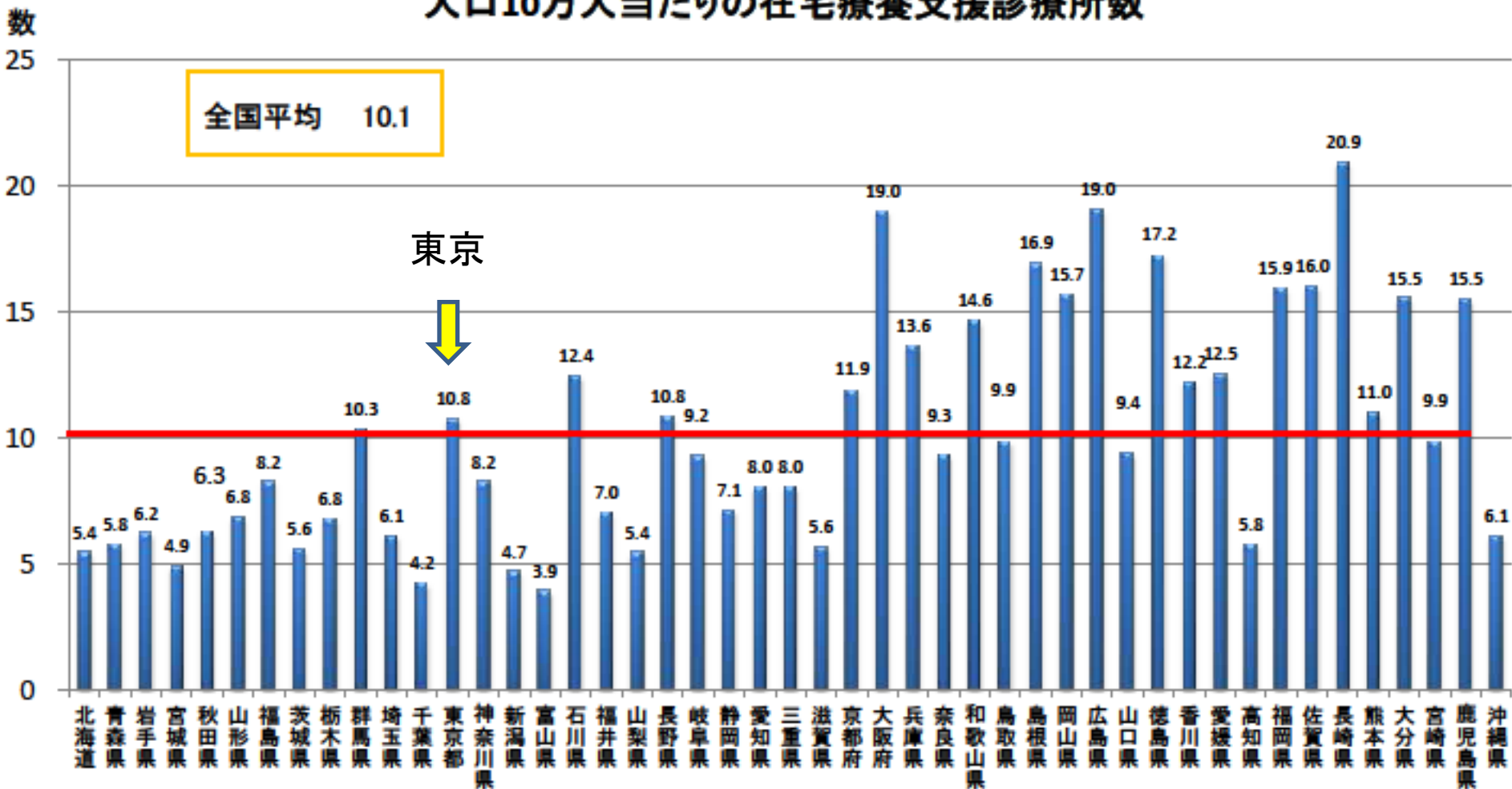
在宅療養支援診療所

湘南なぎさ診療所



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数



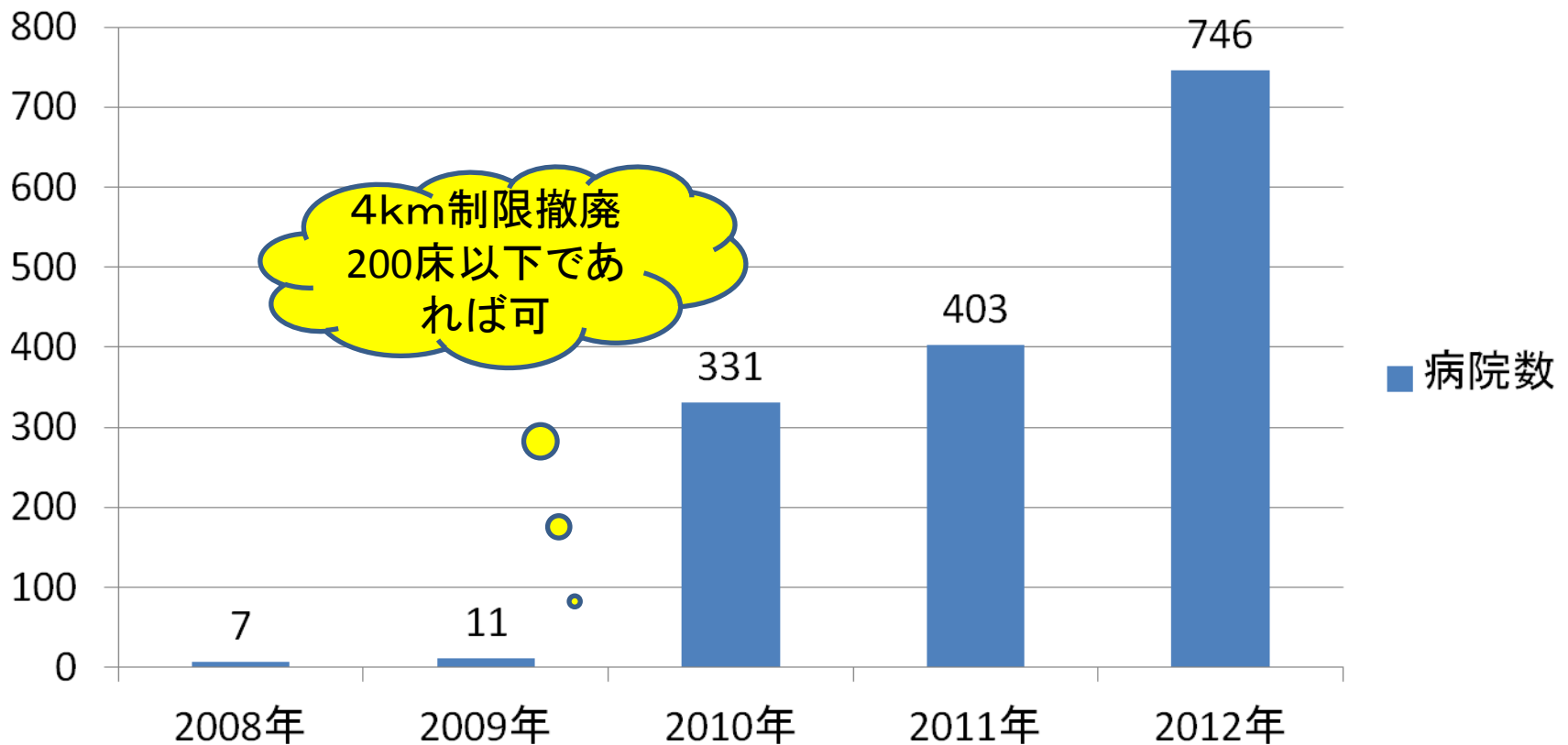
保険局医療課データ 平成23年7月

在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- **2008年診療報酬改定**
 - 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
 - このため届け出は11病院に限定
- **2010年診療報酬改定**
 - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
 - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増

在宅療養支援病院数の推移

病院数



医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生



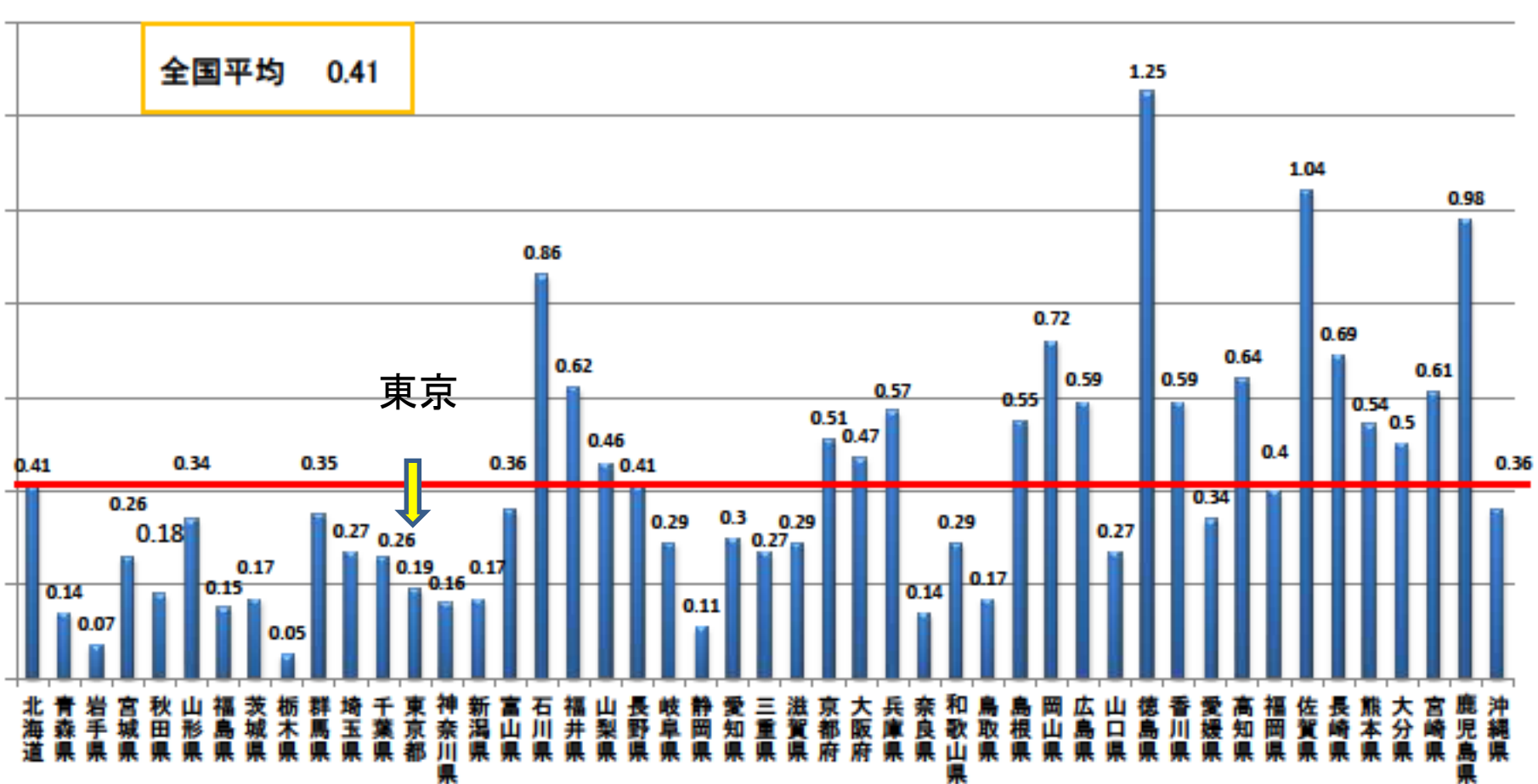
人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

数

全国平均 0.41

東京

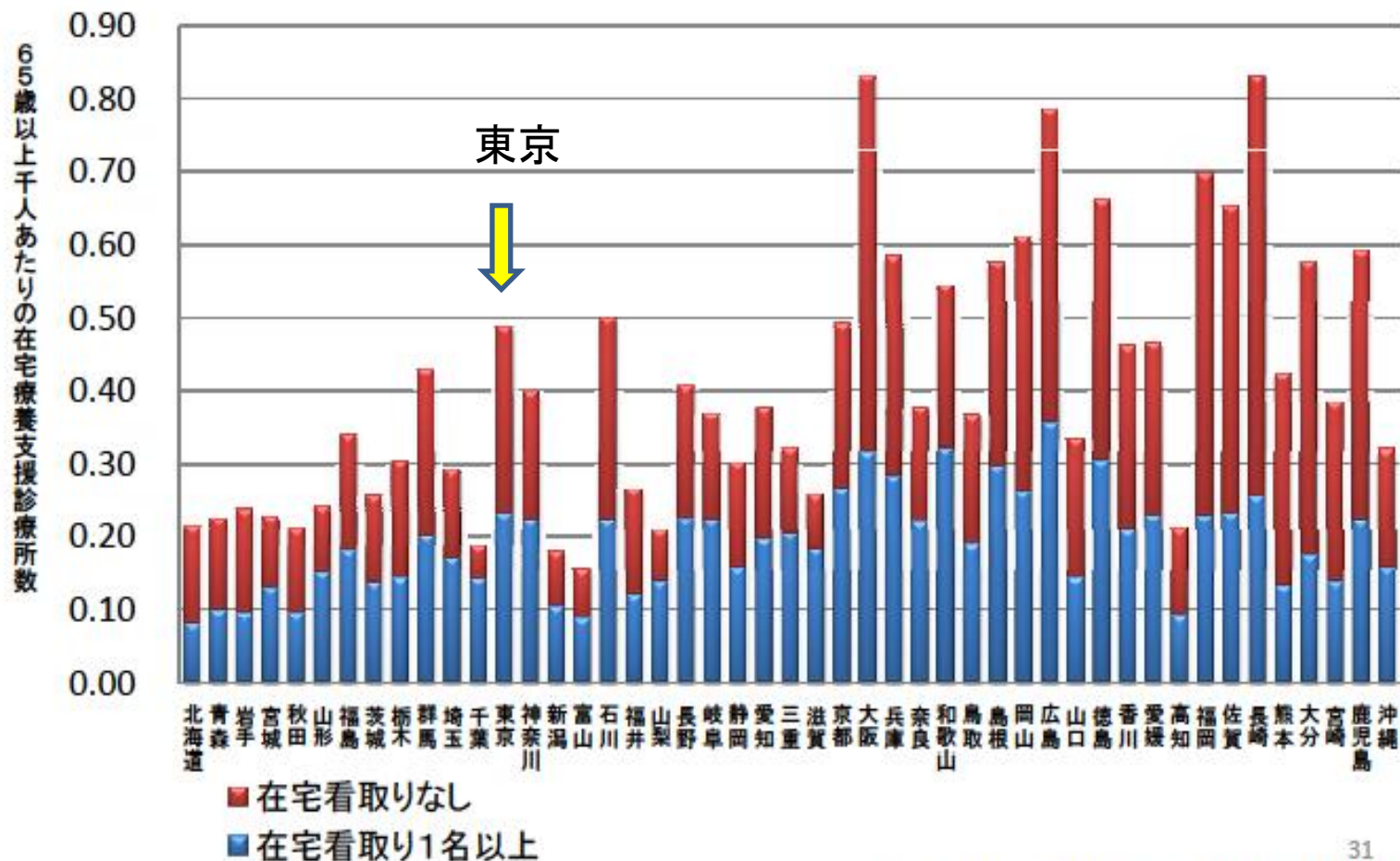


保険局医療課データ 平成23年7月

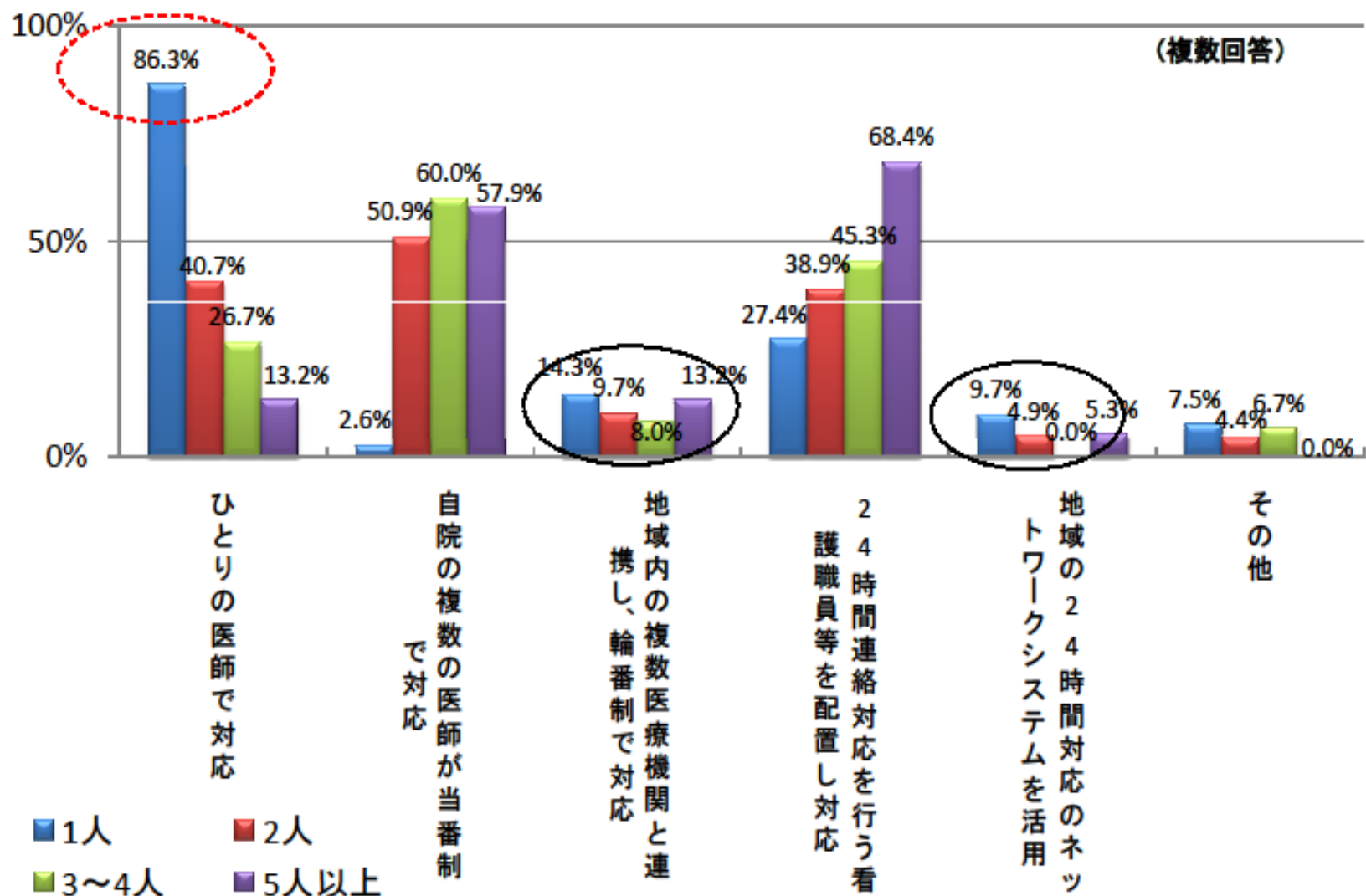
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

少ない在宅看取りと
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) <都道府県別分布>



在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

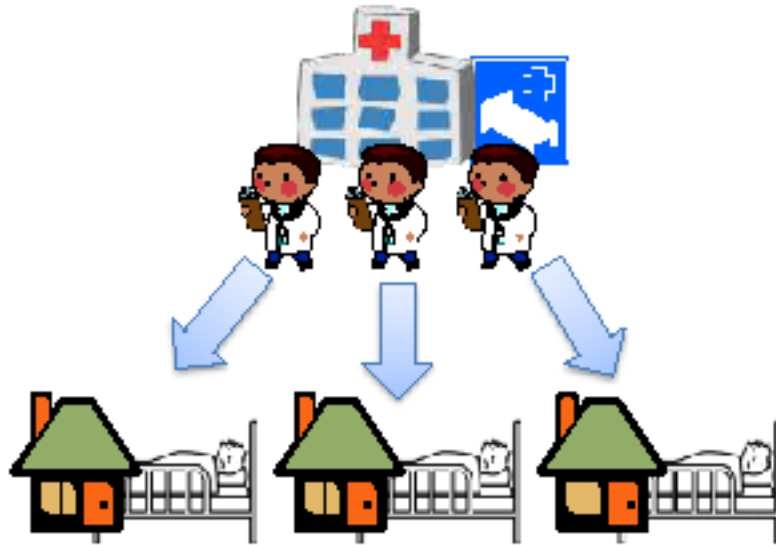
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - －イ 所属する常勤医師3名以上
 - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

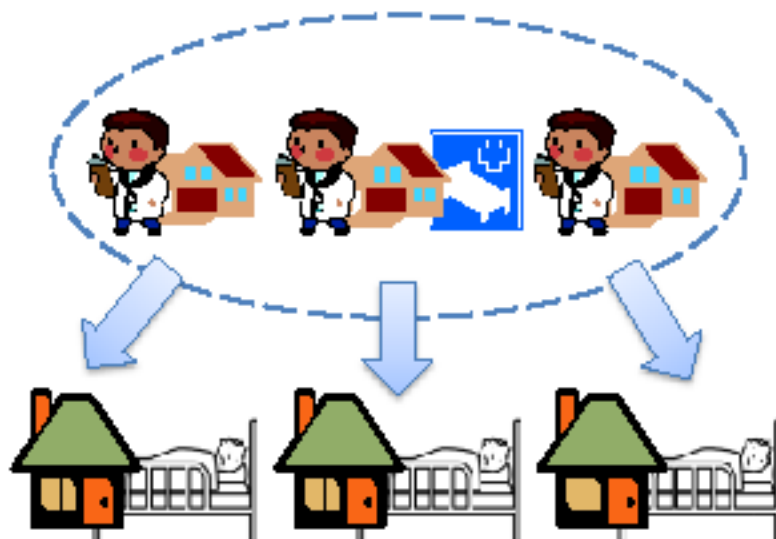
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

単独強化型



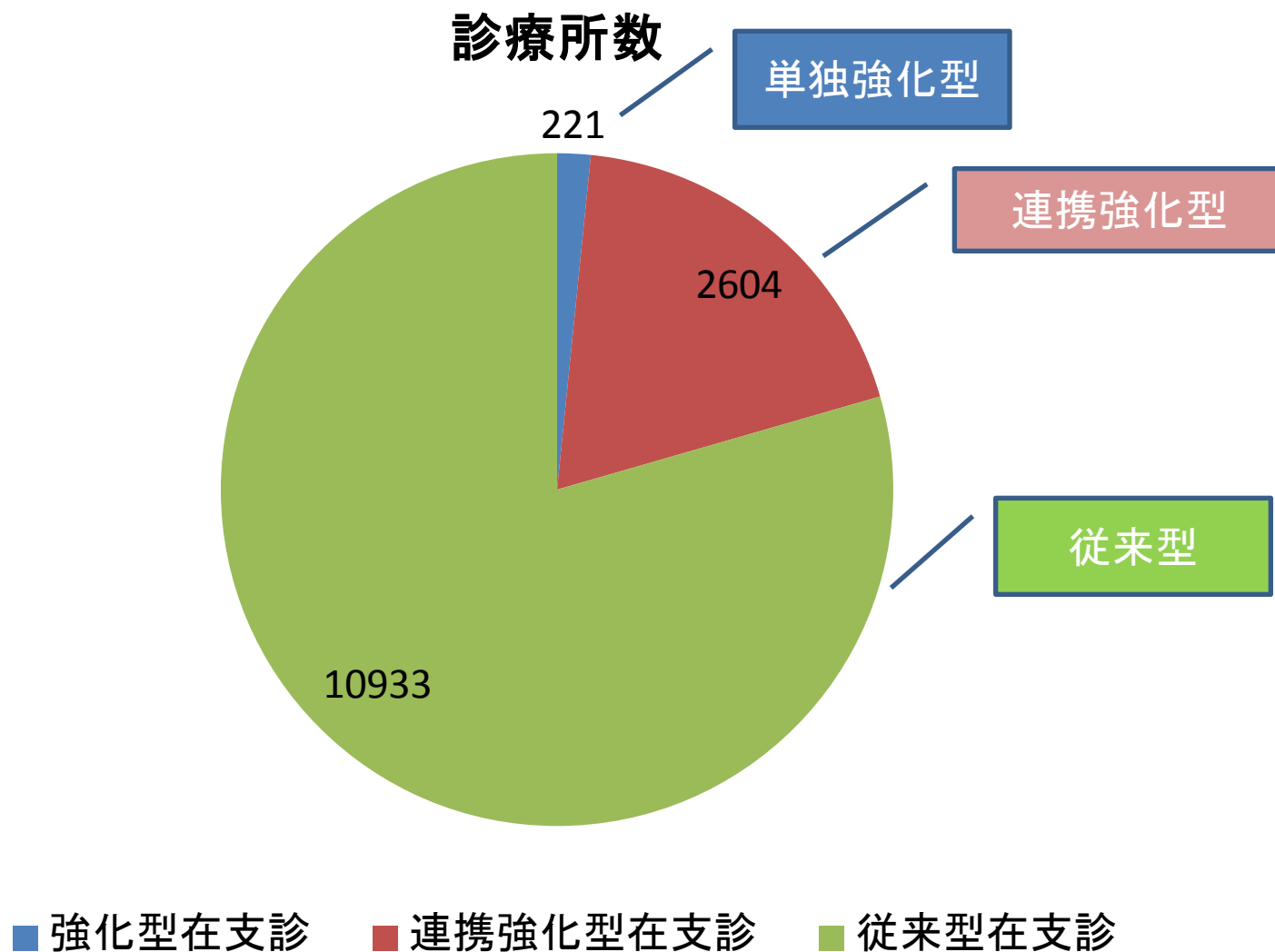
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



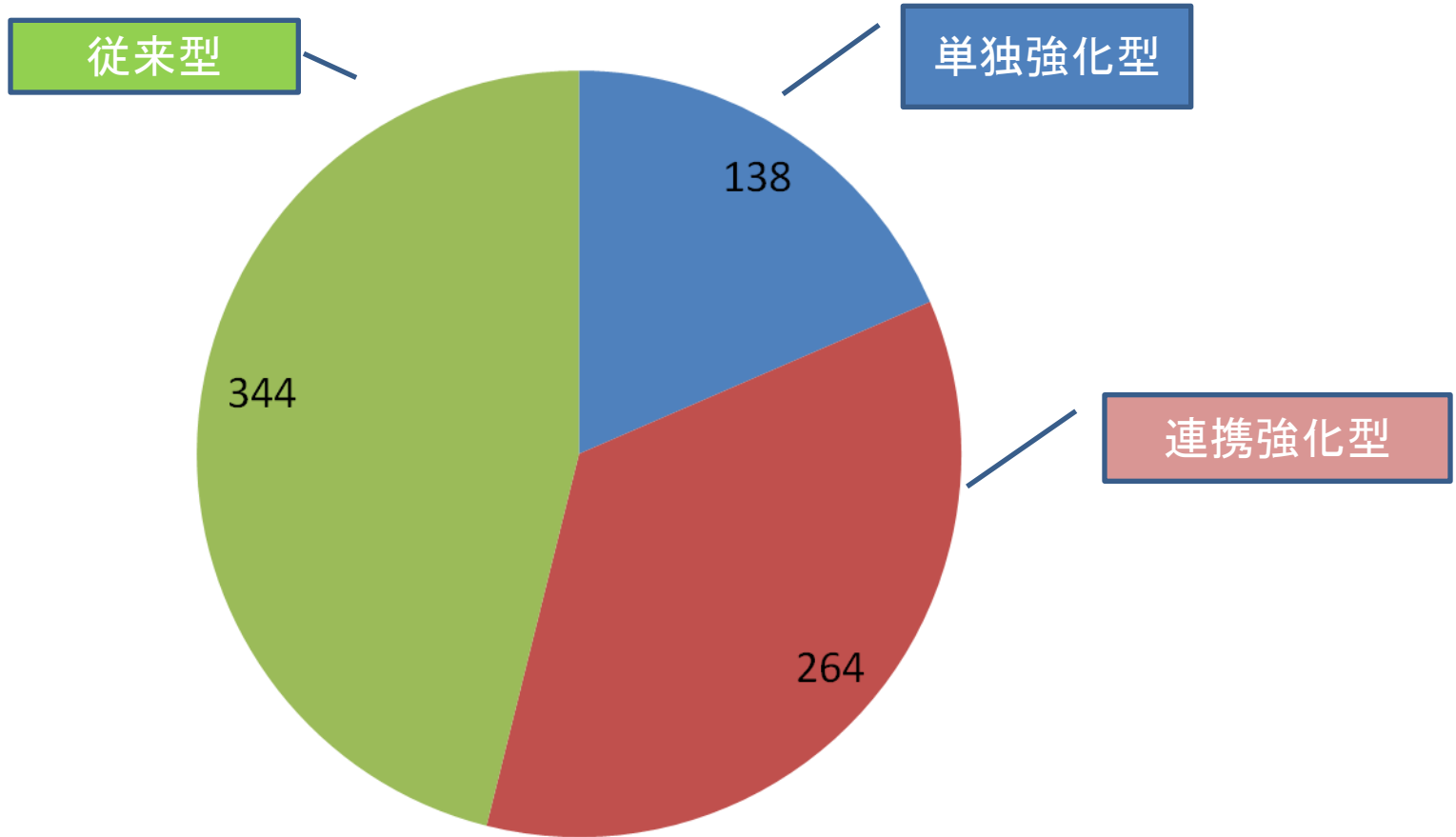
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点	5,000点(病床有6,000点)
看取り加算	3,000点	3,000点(病床有3,000点)
○在宅がん医療総合診療料		
処方せん有	1,495点	1,650点(病床有1,800点)
処方せん無	1,685点	1,850点(病床有2,000点)

強化型在宅療養支援診療所 (2012年7月現在)



強化型在宅療養支援病院 (2012年7月現在)

病院数



■ 強化型在支病 ■ 連携強化型在支病 ■ 従来型在支病

在宅医療に係る医療機関の機能の整理

	在宅療養支援診療所 /病院 (診療報酬)	在宅医療において積極的役割を担う医療機関 (医療計画) ※在宅療養支援病院/診療所の中から 位置づけられることを想定	地域医療支援病院 (医療法)
在宅医療提供に係る役割	・単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供	・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ・ <u>夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援</u> ・災害時に備えた体制構築	・自らの在宅医療提供は必須ではない
在宅療養患者の入院に係る役割	・入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	・入院機能を有する場合には、急変時受け入れやレスパイトなどを行う	・ <u>地域の医療機関において対応困難な重症例の受け入れ</u>
多職種連携に係る役割		・ <u>現場での多職種連携の支援</u> ・在宅医療・介護提供者への研修の実施	※ 医療法では、在宅医療の提供の推進に関する支援として、 ・在宅医療提供事業者の連携の緊密化のための支援 ・患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供

医療法に在宅医療に係る医療機関を書き込む！

(参考)在宅医療提供拠点

- ・地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を担う。
- ・地域の実情に応じて、市町村、地域医師会等、自ら在宅医療を提供しない主体も拠点となりうる。
- ・標準的な規模の市町村の人口(7~10万人程度)につき1カ所程度を目途に設置されることを想定。

パート3

地域包括ケアシステム

2012年介護報酬改定の基本方針

- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
 - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
 - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
 - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
 - ②介護施設における医療ニーズへの対応
 - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への
包括的な支援(地域包括ケア)を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

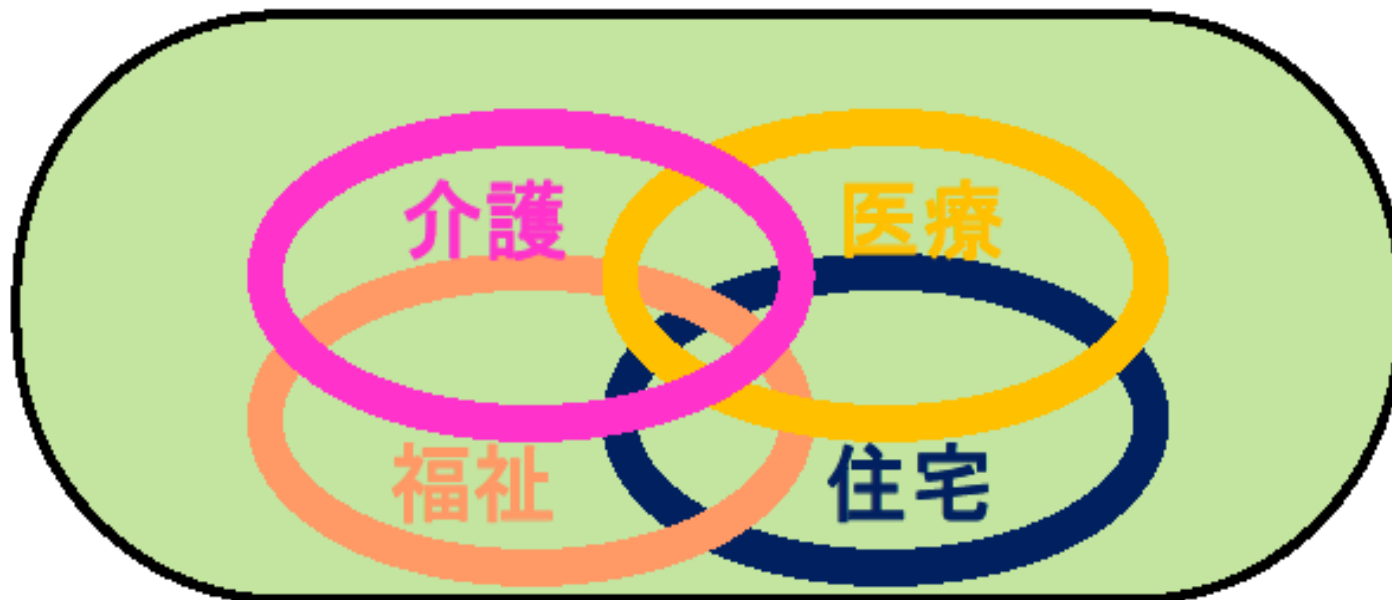
⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの四つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の4つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～④の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

④高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備

・持ち家のバリアフリー化の推進

地域包括ケアシステムのイメージ

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

地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 改正介護保険法(2011年6月)
- ②複合型サービス
 - 介護給付費分科会(2011年5月)
- ③サービス付高齢者向け住宅
 - 改正高齢者住まい法(2011年10月)

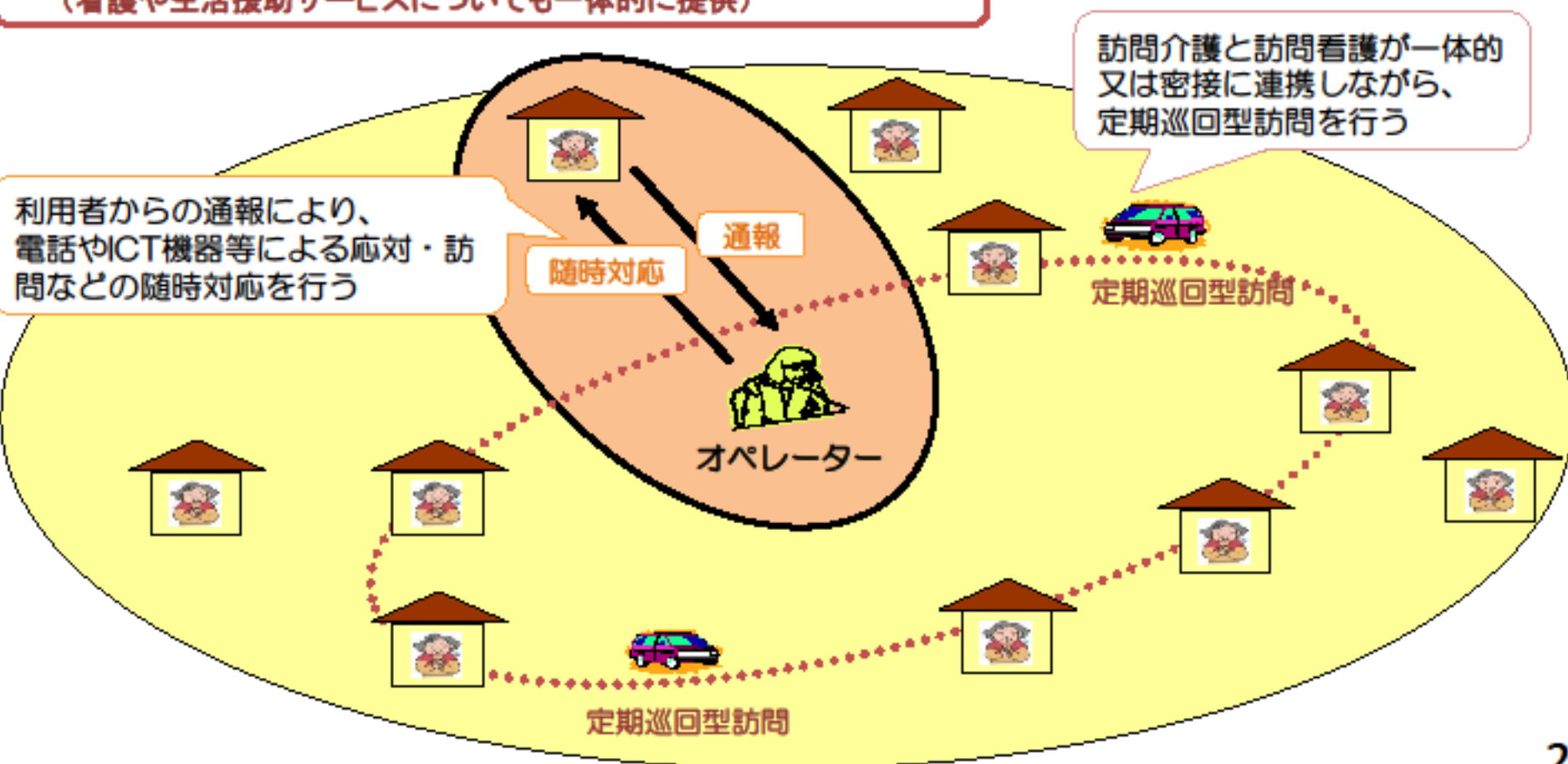
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

I 制度概要について

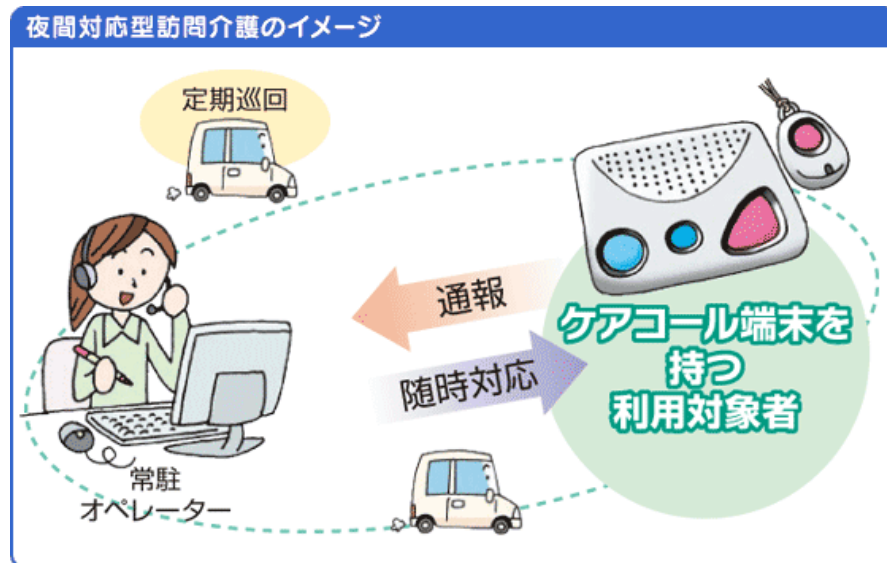
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



24時間対応型訪問介護サービス例

- 随時訪問の代表例(複数回答)
 - ①ベッドや車椅子からのずれ落ち(46%)
 - ②オムツ交換・トイレ介助(46%)
 - ③トイレやお風呂で転倒(26.9%)
 - ④体調が悪い(11.5%)
 - ⑤何となく不安(7.7%)



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

24時間型サービス実施状況

- 定期巡回・随時対応サービス実施状況
 - 2012年10月末時点
 - 68保険者、117事業所で実施
- 都道府県別実施状況
 - 東京都 13保険者
 - 埼玉県 8保険者
 - 愛知県 7保険者
 - 北海道、千葉 5保険者
 - 事業者数で最も多いのは横浜(18)、札幌(12)、名古屋(6)、川崎(5)、米子(5)

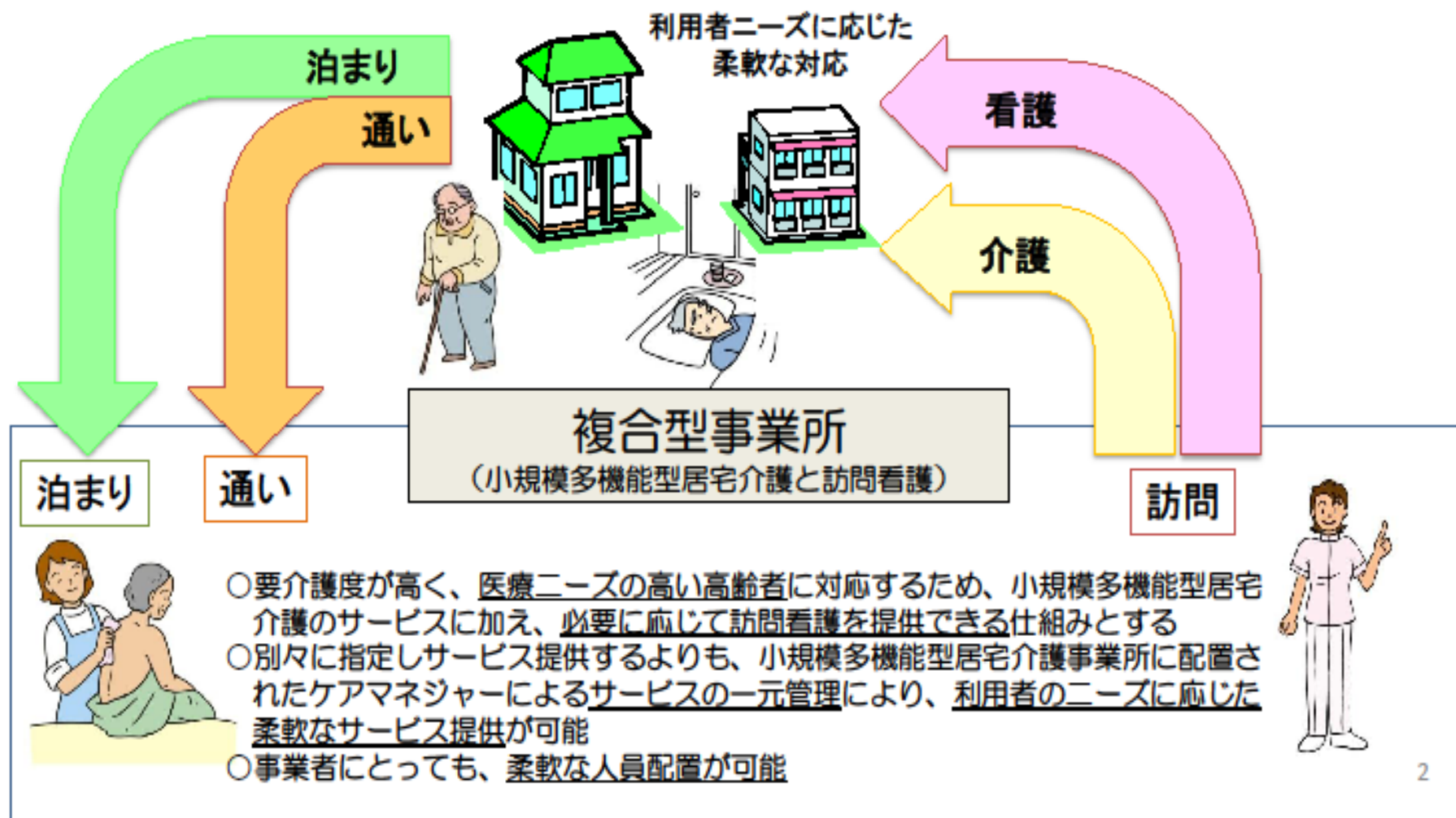
②複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と
訪問看護との組み合わせサービス
介護給付費分科会(2011年5月)

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

○ 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ

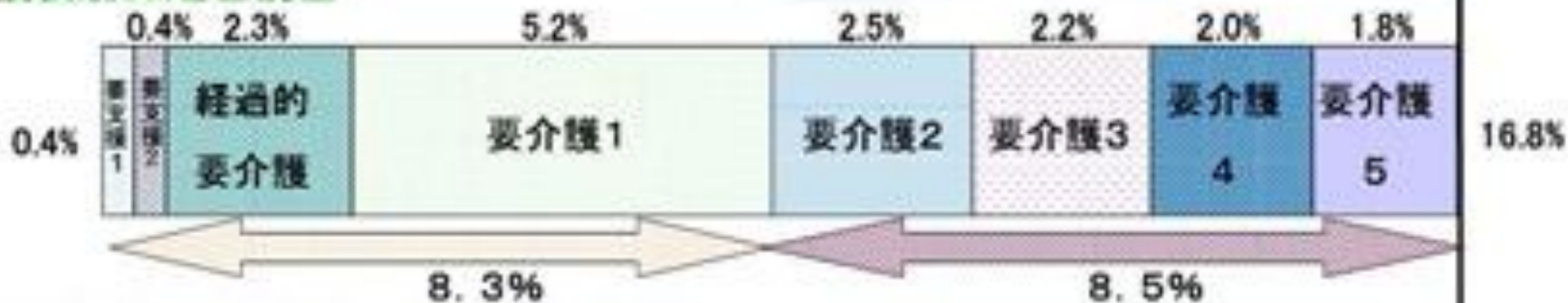


③サービス付高齢者向け住宅

改正高齢者住まい法(2011年10月)

各国の介護施設・介護付高齢者住宅の割合

○要介護度別認定者割合

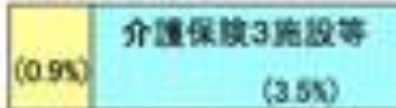


○各国の高齢者の居住状況（定員の比率） （全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）

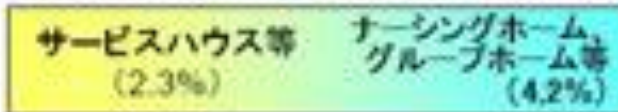
2020年までに3～5%へ
「住生活基本計画(H23. 3)」

4.4%



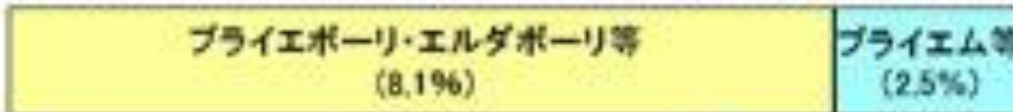
スウェーデン（2005）

6.5%



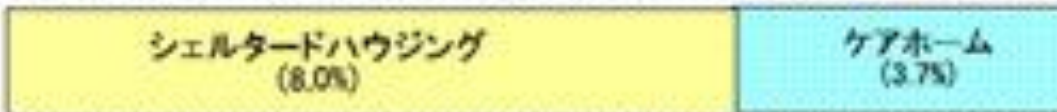
デンマーク（2006）

10.7%



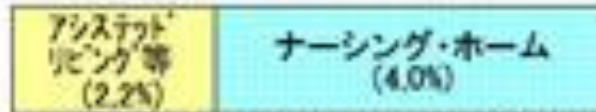
英国（2001）

11.7%



米国（2000）

6.2%



デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

出典：医療経済研究機構 2007『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書』

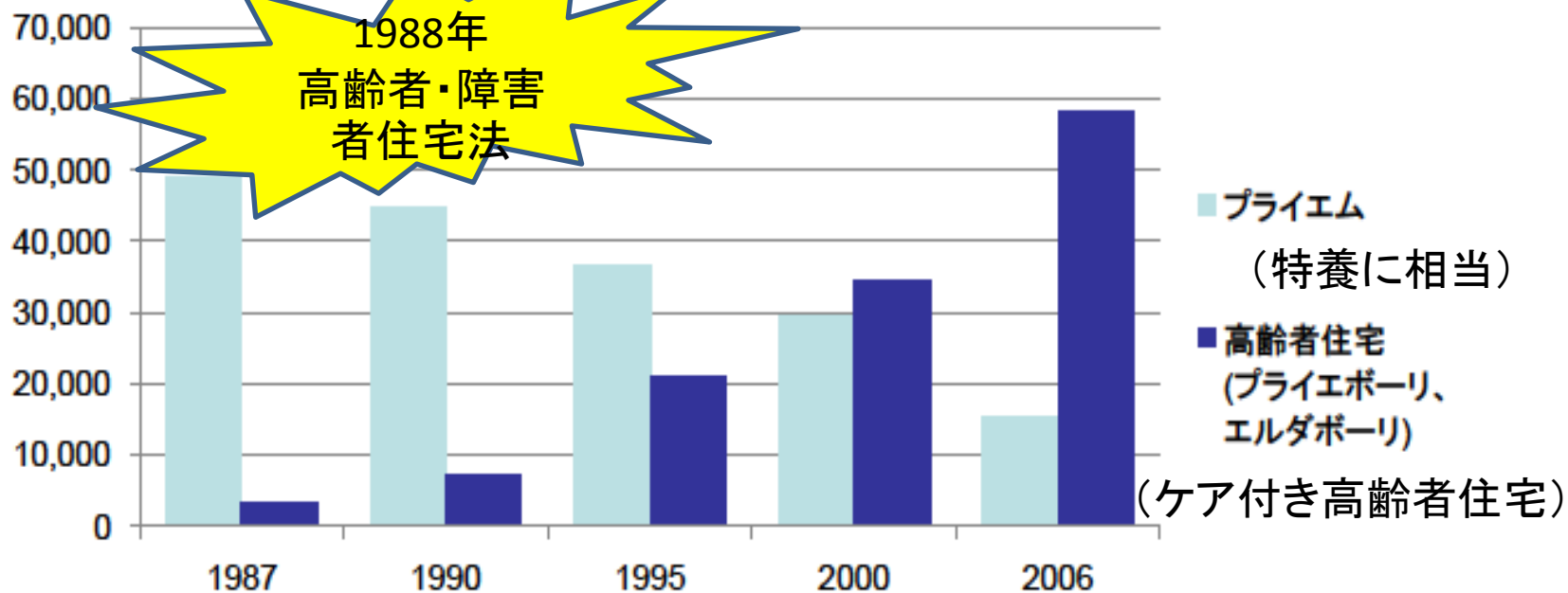
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

1981年 施設の問題について、居住機能とケア機能の分離の必要性を強調(高齢者政策委員会報告)

1982年 高齢者三原則
〔高齢者政策委員会報告〕
○これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす(継続性)
○高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える(自己決定)
○今ある能力に着目して自立を支援する(残存能力の活性化)

1988年 **高齢者・障害者住宅法の成立 (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)**

以後、プライエムを改修し、床面積が2倍程度の高齢者住宅へ転用する等の取り組みが進められている



■ 改正前

高齢者向け賃貸住宅（賃貸借方式）

高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）

※高齢者であることを理由に入居を拒まない賃貸住宅（登録基準を満たすもの）

高齢者専用賃貸住宅（高専賃）

※高円賃のうち専ら高齢者やその配偶者を賃借人とする賃貸住宅

高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）

※バリアフリー、緊急時対応サービス利用可などの認定基準を満たした賃貸住宅

有料老人ホーム（利用権方式が多い）

有料老人ホーム

※老人福祉法に規定された高齢者向けの生活施設で、老人福祉施設ではないもの

■ 改正後（2011年10月20日から）

サービス付き高齢者向け住宅

サービス付き高齢者向け住宅に一本化（高円賃、高専賃、高優賃を廃止）

※地方公共団体による高齢者向けの優良な賃貸住宅制度は存置

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けない有料老人ホーム

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律(改正法:公布 H23.4.28/施行H23.10.20)

登録戸数:82,809戸
(平成24年11月30日現在)

1. 登録基準 (※有料老人ホームも登録可)

- 《ハード》
 - ・床面積は原則25㎡以上
 - ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
 - ・バリアフリー(廊下幅、段差解消、手すり設置)
- 《サービス》
 - ・サービスを提供すること (少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供)
 - [サービスの例:食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]
- 《契約内容》
 - ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
 - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
 - ・前払金に関して入居者保護が図られていること (初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの特示の義務付け)

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護
「定期巡回随時対応サービス」の活用
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】
診療所、訪問看護ステーション、
ヘルプステーション、
デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

サービス付き高齢者向け住宅に関する制度の詳細はこちらをご覧ください。

<http://www.satsuki-jutaku.jp/system.html>

生活支援サービス付き高齢者専用賃貸住宅の事例

ココファン日吉（神奈川県横浜市） 平成22年3月開設

■土地をURより賃借して高齢者専用賃貸住宅と介護事業所を一体的に整備。学習塾も併設し、高齢者と子供、地域住民の多世代交流の促進もめざす。

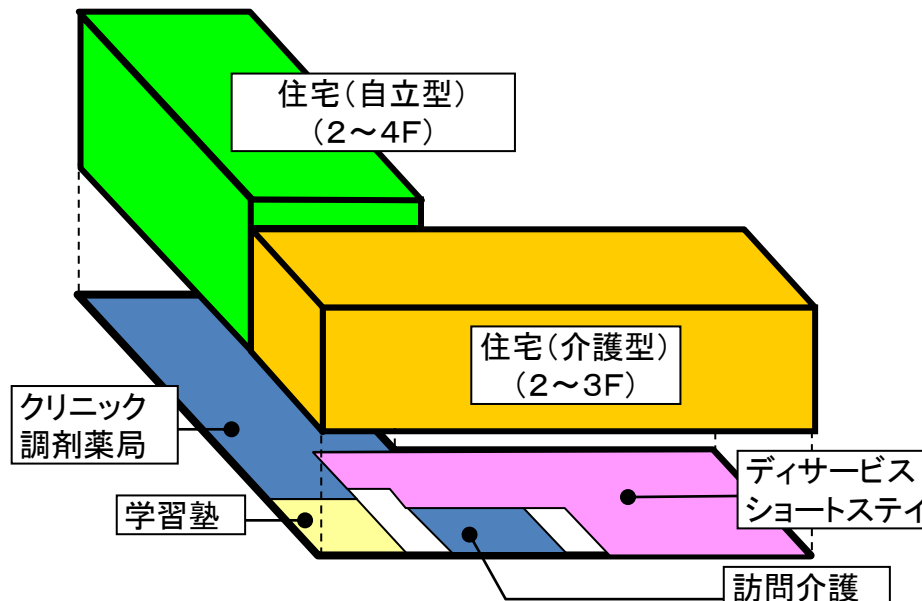
	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

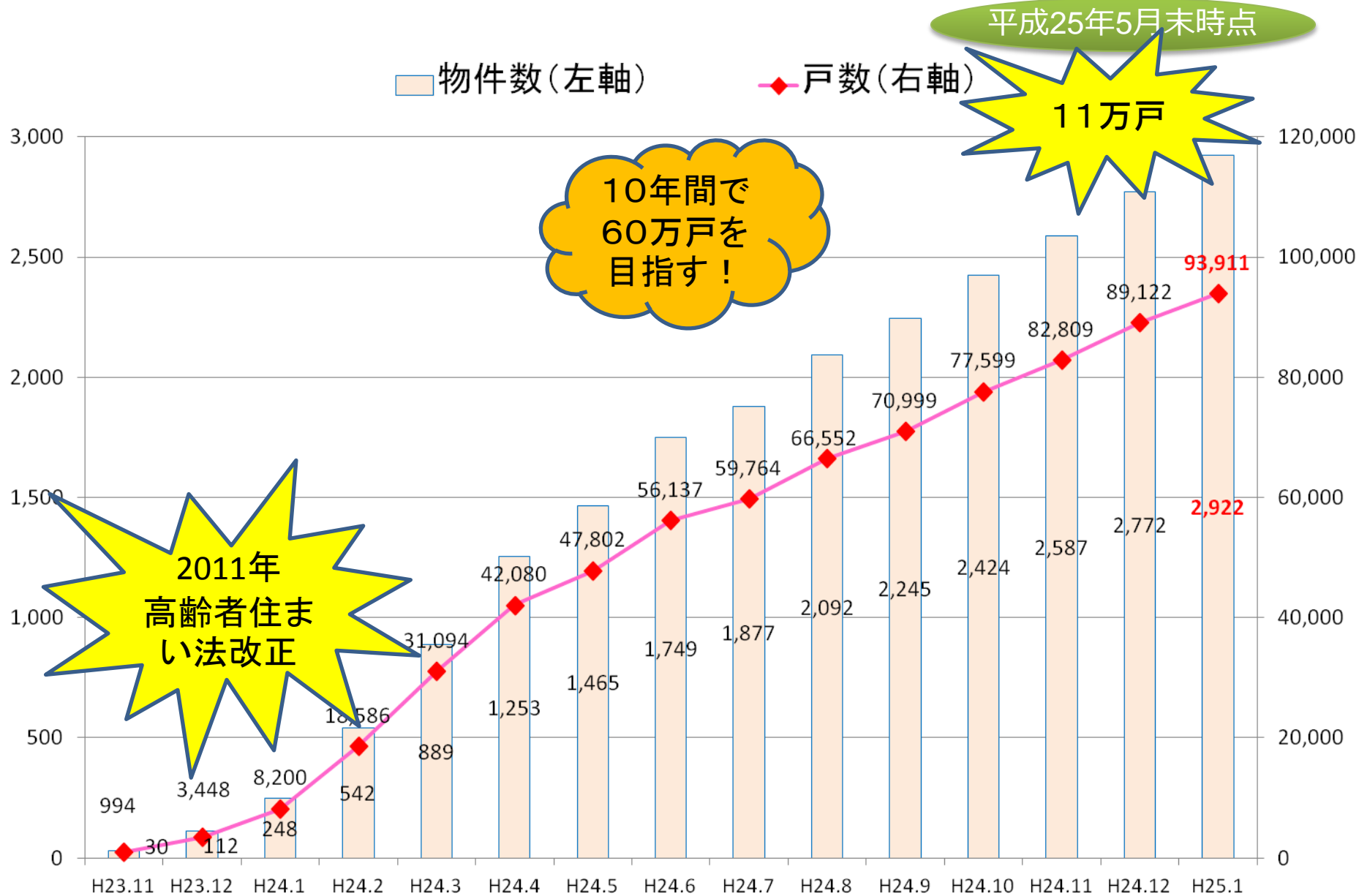
訪問介護、通所介護、短期入所
居宅介護支援

学習塾（事業者グループ会社の経営）

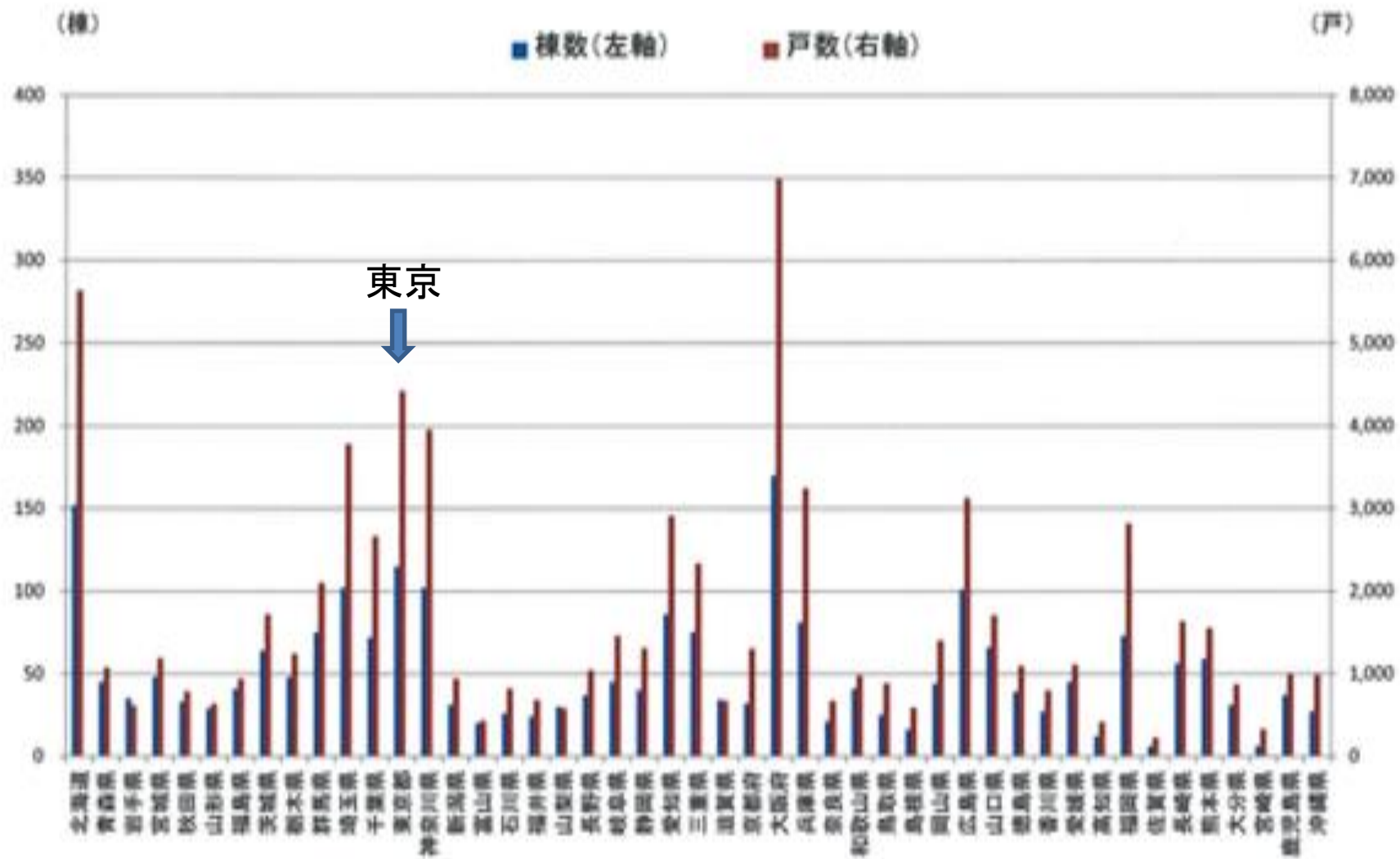
テナント：クリニック、調剤薬局



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

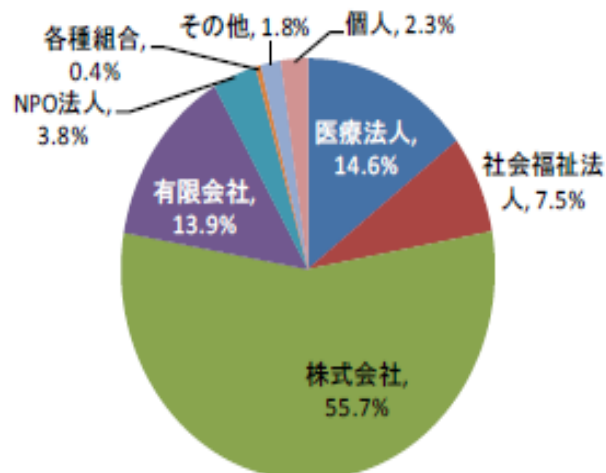
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

■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。

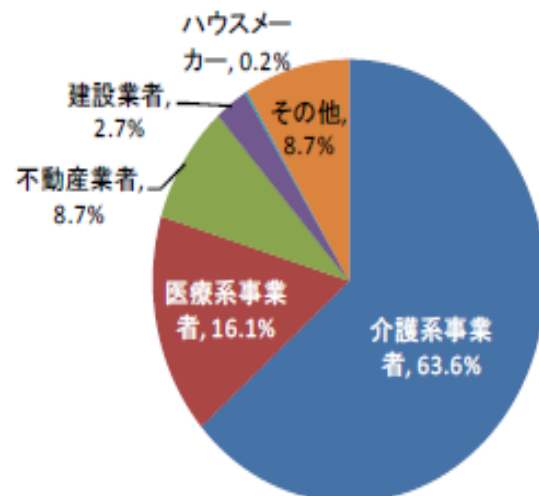


■主な業種

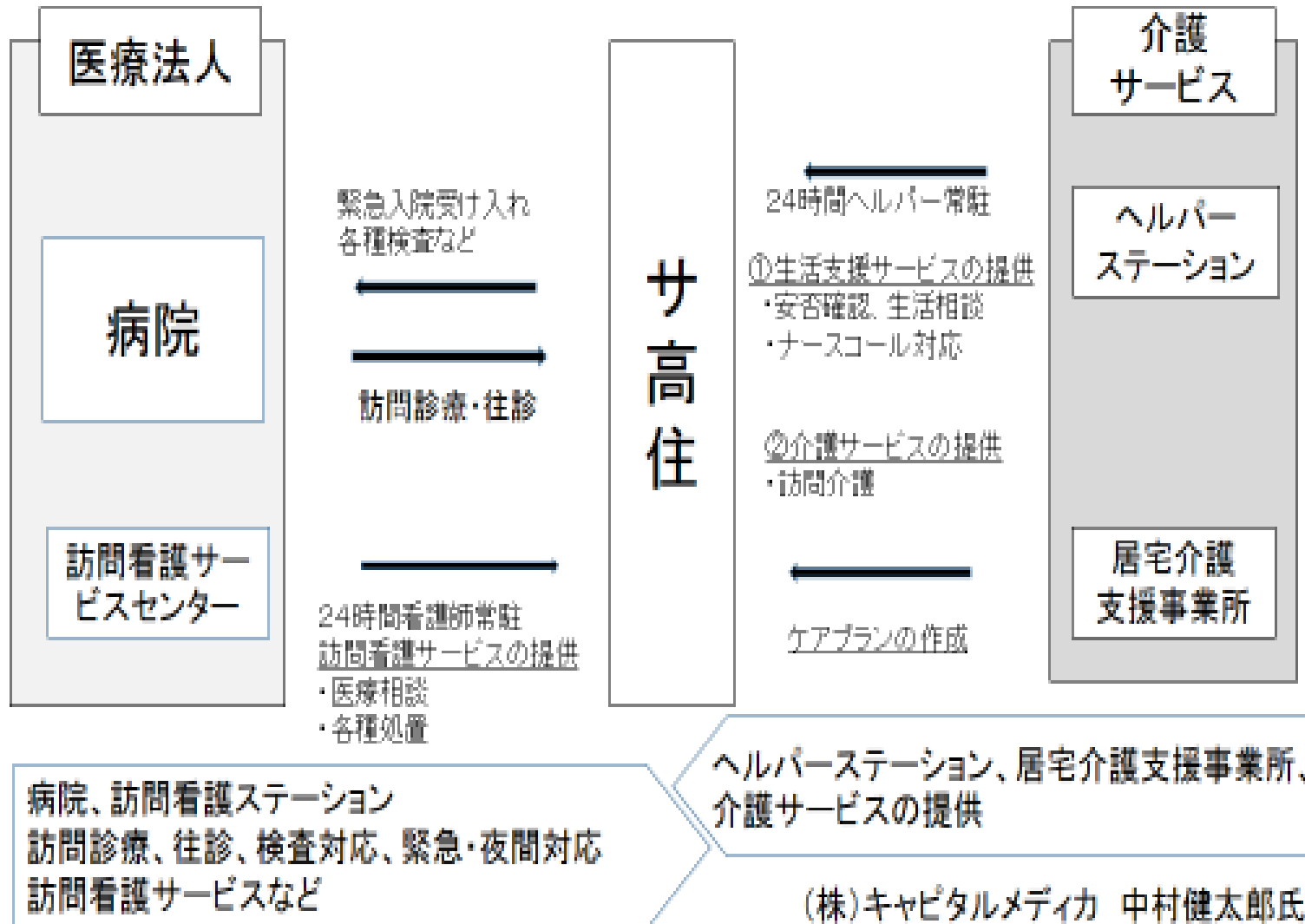
有効回答数:3,069件

	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



医療型サ高住への利用者移行

- ①一般病床からの移行
- ②療養病床からの移行
- ③精神病床からの移行
- ④在宅復帰強化型老健からの移行

医療型サ高住への利用者移行

- ①一般病床からの移行
 - 7対1、10対1の急性期病院の平均在院日数短縮
 - 13対1、15対1病床における90日超えの特定除外患者制度が見直しの影響
 - 特定除外患者には慢性透析患者も含まれているので、今や透析患者の受け皿としての在宅透析専用サ高住が人気

医療型サ高住への利用者移行

- ②の療養病床からの移行
 - 医療療養病床における医療区分1患者のような軽症患者の受け皿
 - 今後は2017年まで廃止されることになっている介護療養病床からの移行
- ③の精神科病床からの移行
 - 長期入院患者20万床の受け皿
- ④在宅宅復帰強化型老健からの移行

パート4

サービス付き高齢者向け住宅と ヘルスケアリート

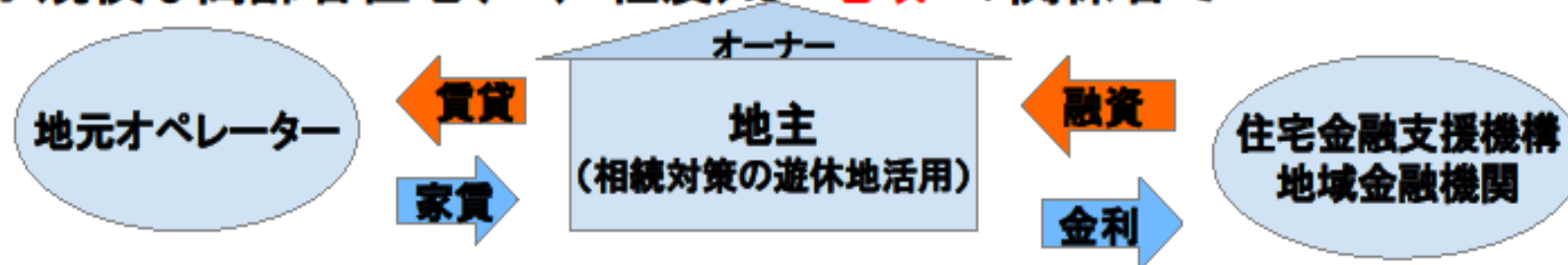
サービス付き高齢者向け住宅と 資金調達

ヘルスケア・リートの応用

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



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。

日本ビルファンド投資法人(オフィス特化型)、野村不動産レジデンシャル投資法人(住宅特化型)、日本リテールファンド投資法人(商業施設特化型)、福岡リート投資法人(総合型)等36法人が上場。時価総額は、約4.2兆円(H24年11月末)



オフィスビル



賃貸マンション



ショッピングセンター

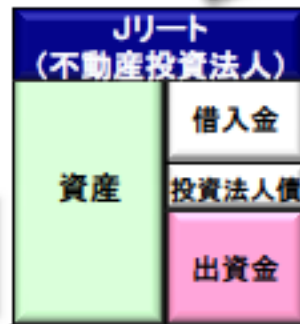


ホテル

様々な収益不動産

②不動産の取得・運用(賃料収益)

高齢者住宅



①出資
(投資証券の購入)

③収益の分配
(決算期(半期)毎)

投資家

資産運用委託

資金借入

金融機関

資産運用会社
(不動産運用のプロ)

日本ビルファンド・マネジメント、野村不動産投資顧問、三菱商事UBS、株式会社福岡リアルティ等

* 課税については、利益の90%超を配当することにより、Jリートの収益には課税されず、投資家の受け取る収益に対して課税が行われる仕組みとなっている。

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

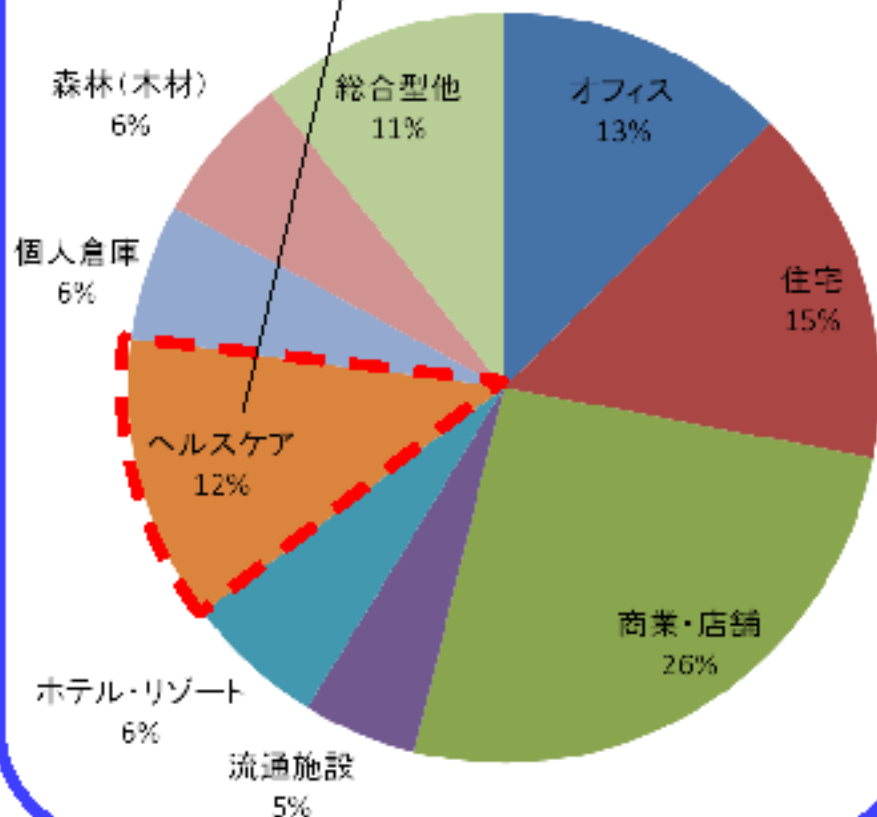
出典:『不動産証券化ハンドブック』(各国資料よりARES作成)

日米リートの実業用途別割合の比較

日本では
ヘルスケアリ
ートはほとん
どない

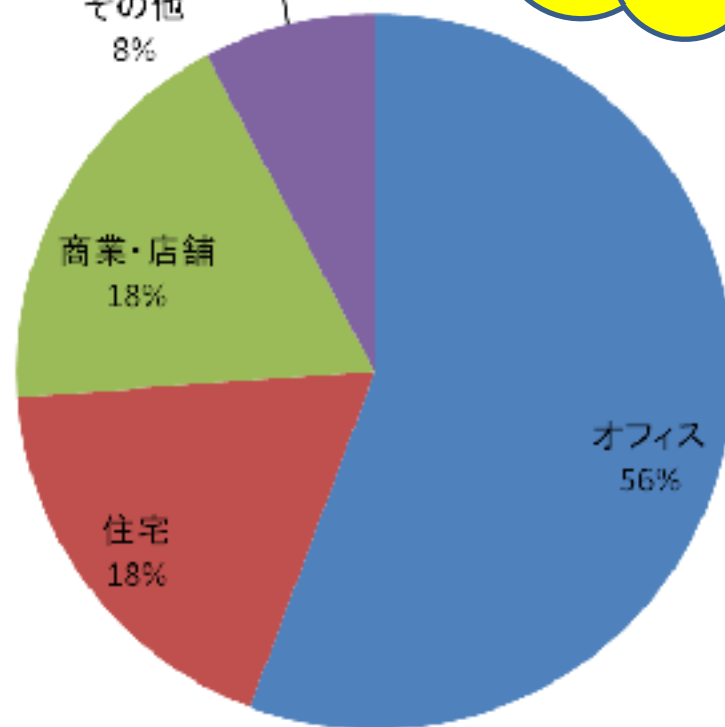
米国リート

株式時価総額約4兆円



Jリート

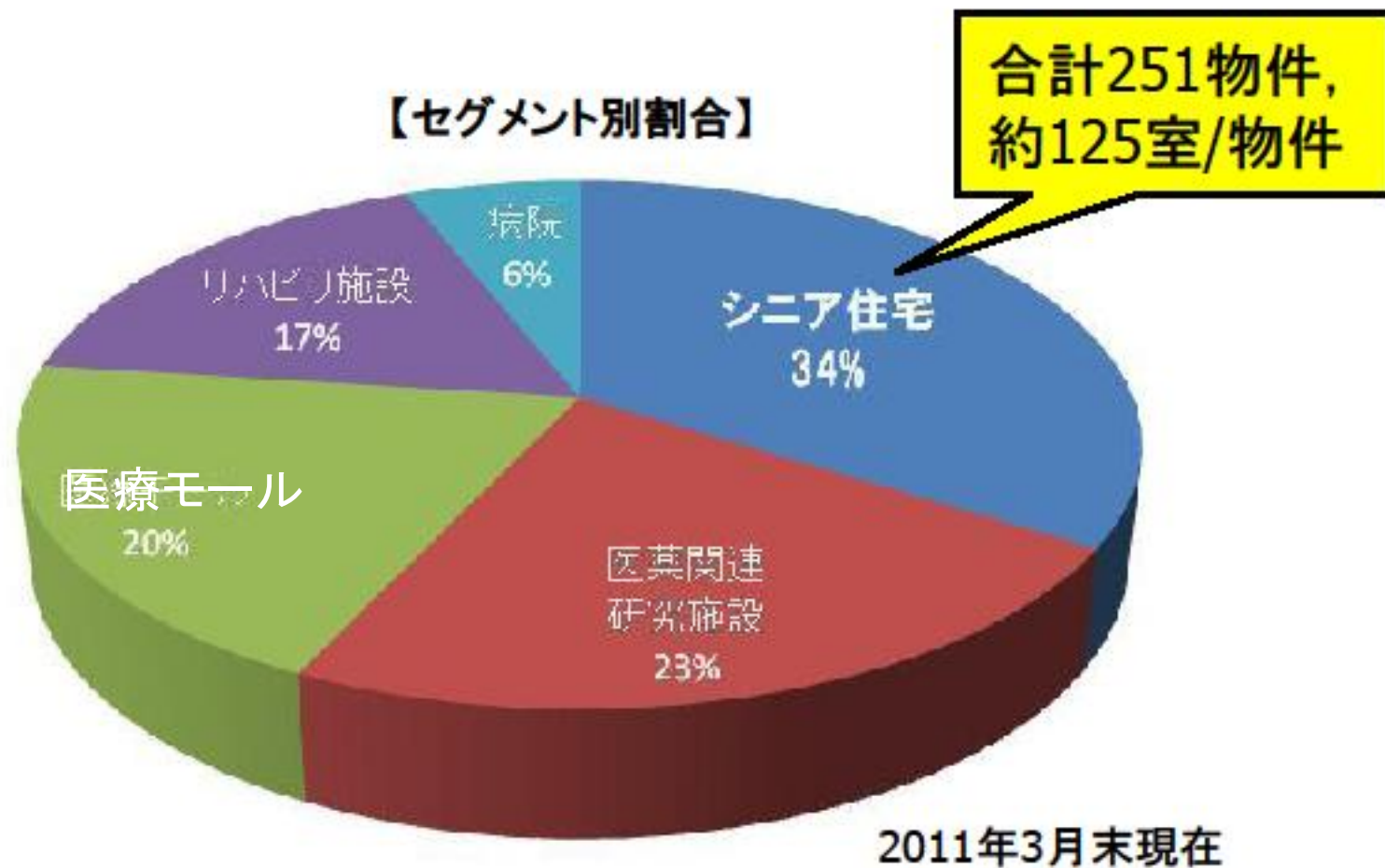
流通施設・ホテル
その他
8%



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/\$)



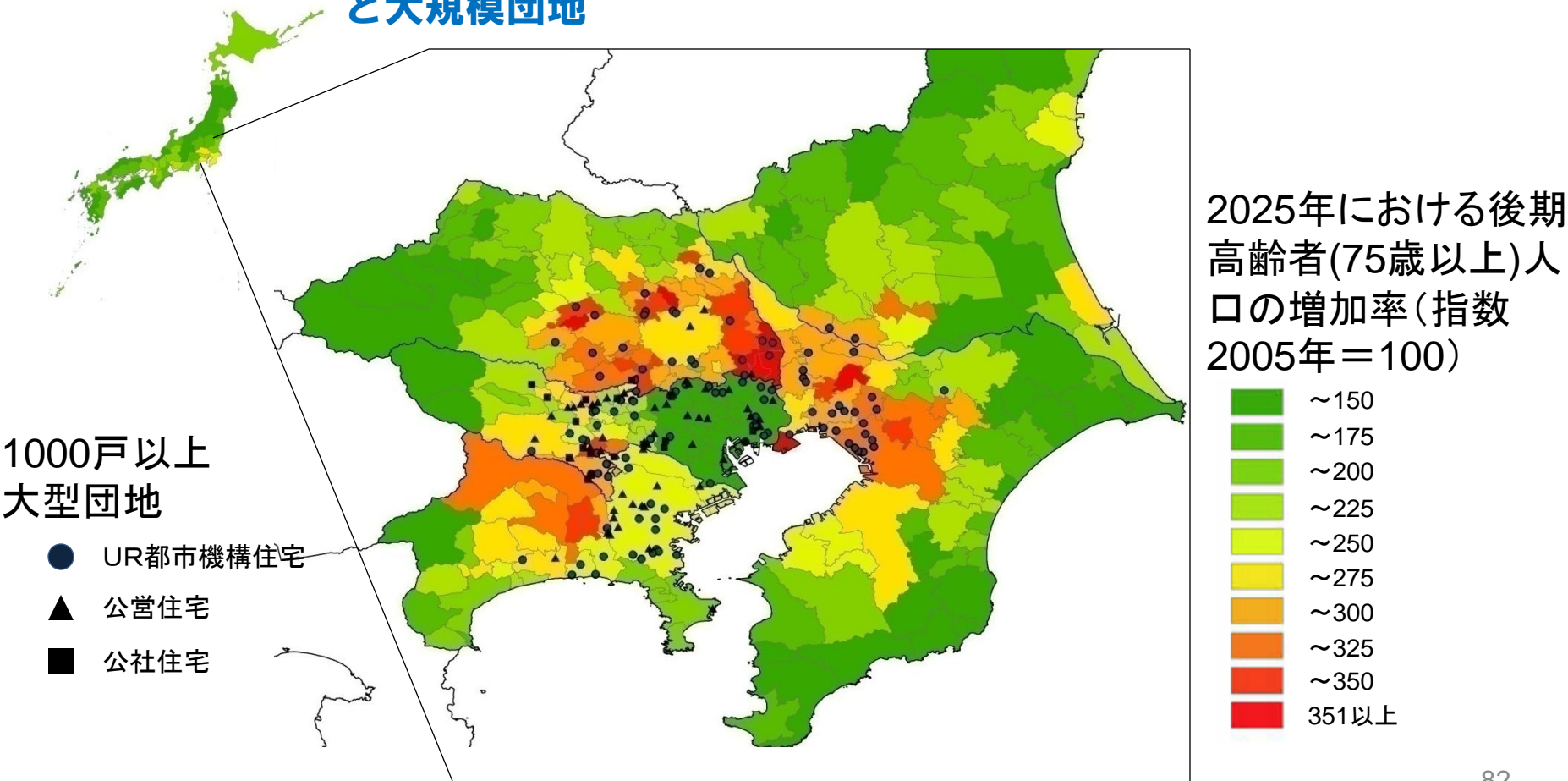
出典:HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

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

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

公的賃貸住宅団地における高齢者向け住宅・医療・福祉拠点の整備

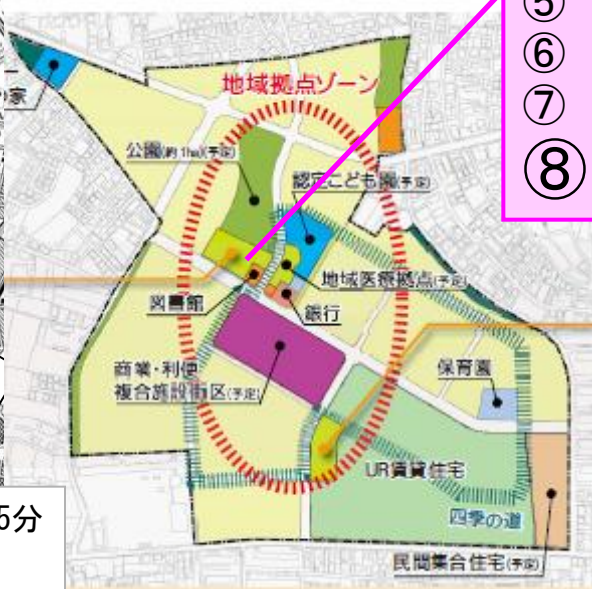
豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

柏市の豊四季台団地を含む豊四季台地区において東大（高齢社会総合研究機構）－柏市－都市機構が共同で、当該地区での将来に向けたまちづくりを、住民や医療・介護の関係者と一緒になって考え実行する「モデルプロジェクト」を計画し、サービス付き高齢者向け住宅や福祉施設等を整備。

- 事業予定地 千葉県柏市豊四季台
- 予定事業期間 平成24年度～平成25年度

【高齢者向け住宅や医療・介護拠点の整備】

- ① サービス付き高齢者向け住宅
- ② 訪問看護ステーション
- ③ 小規模多機能型居宅介護事業所
- ④ 在宅療養支援診療所
- ⑤ 豊四季台地域の主治医診療所
- ⑥ 地域包括支援センター
- ⑦ 学童保育施設
- ⑧ 薬局



施設の概要『柏こひつじ園』

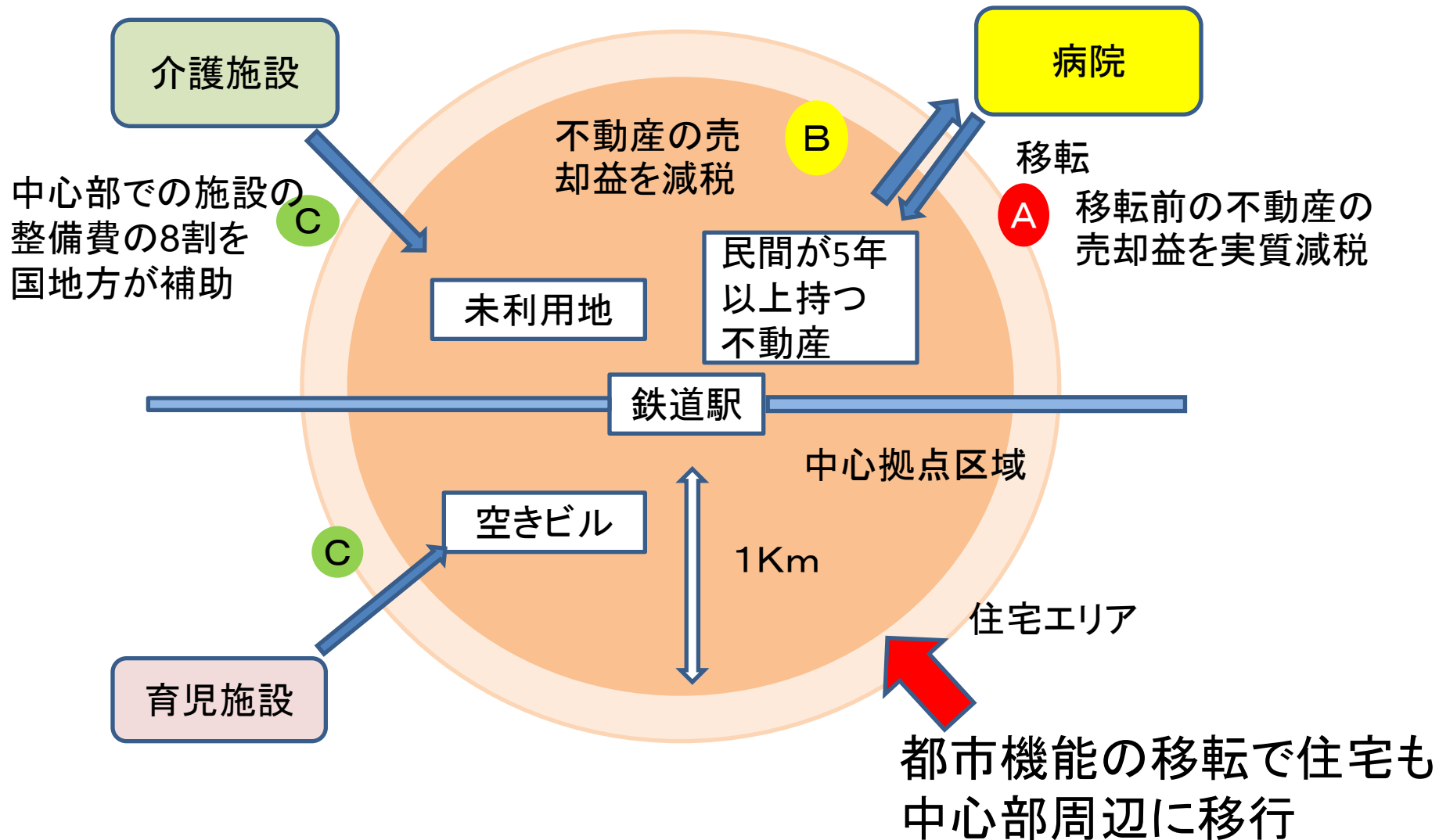
- 特別養護老人ホーム (定員 90名)
- 併設ショートステイ (定員 10名)
- 認知症対応型共同生活介護 (定員 9名)
- 老人デイサービスセンター (定員 20名)

事業者：社会福祉法人 小羊会
敷地面積：約 3,000㎡
延床面積：約 5,100㎡
規模：RC造地上6階地下1階
開設時期：平成23年10月予定



- 交通：JR常磐線・東武野田線柏駅 バス5分
- 敷地面積：32.3ha
- 管理戸数：4,666戸

国土交通省が計画する 集約型都市(コンパクトシティ)づくり支援策



パート5

地域統合ネットワーク

社会保障制度改革国民会議の
議論から

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。**

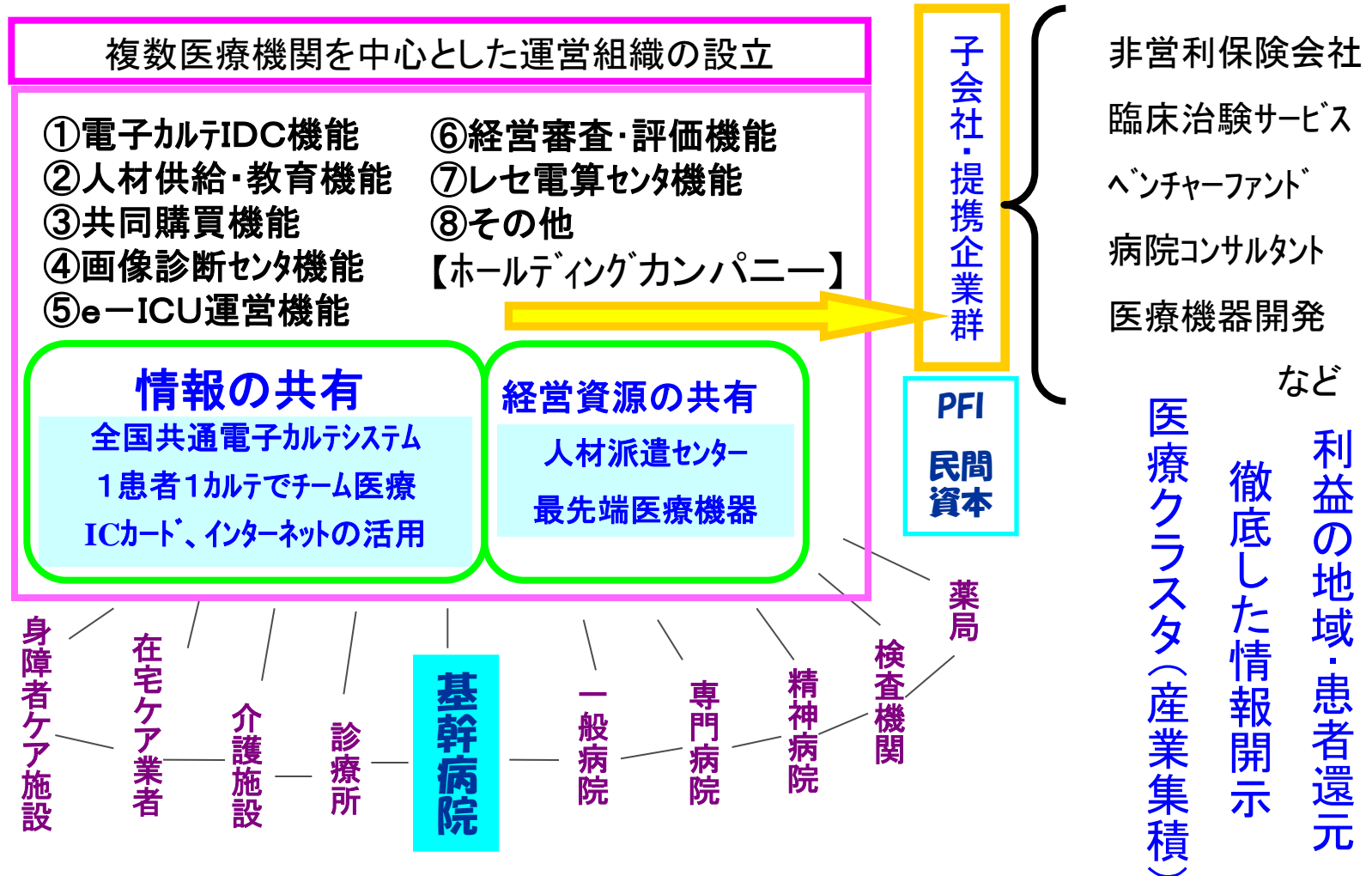
医療法人法の改正



- 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

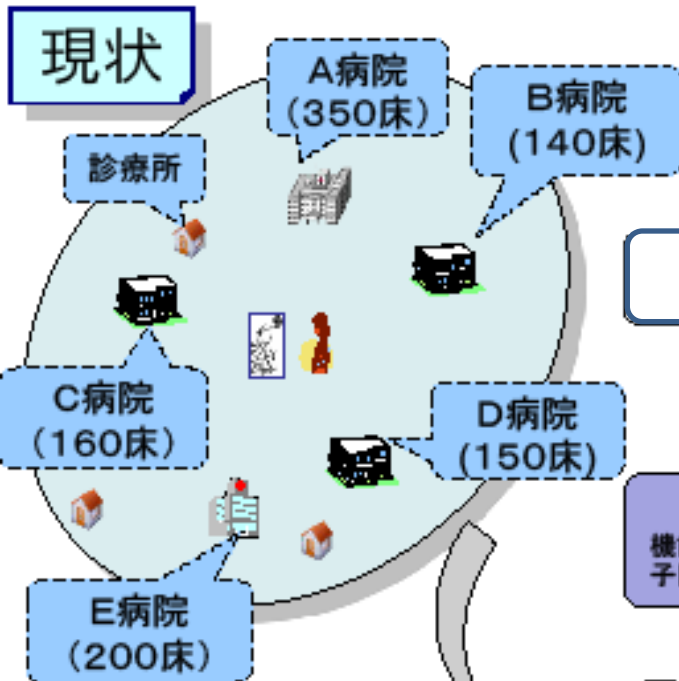
- 地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- 規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- 医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- 医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- 医療と経営の分離
- 民間手法による地域連携から地域統合へ

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
 - 日本版IHNの資金調達にヘルスケアリートはどうか？

地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

現状



課題

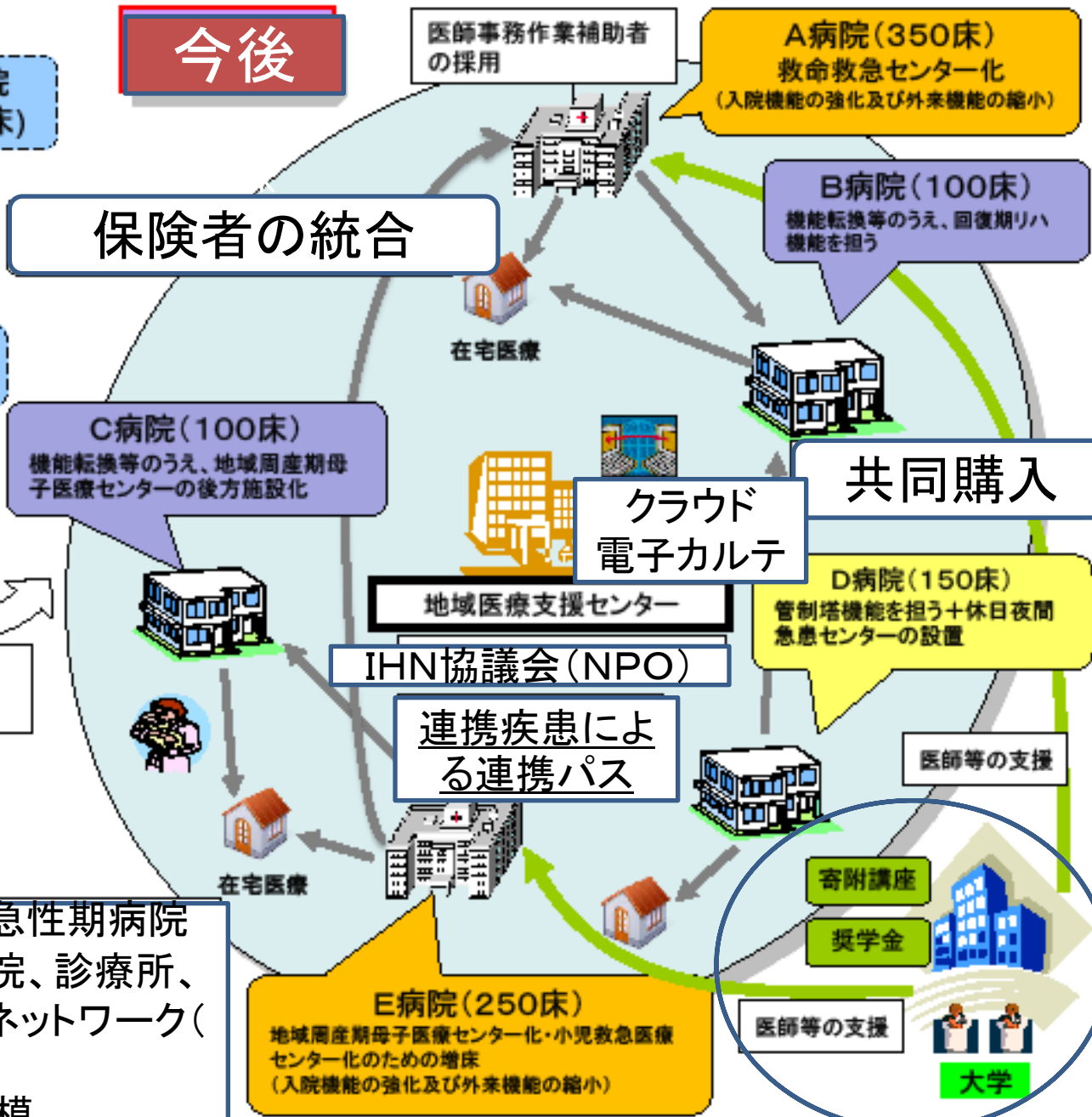
- 地域の医療資源が不足している
- 施設間で機能分化と連携ができていない

方策

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設+大学の統合ネットワーク(IHN)を形成、
売り上げ600億~1000億円規模

今後

保険者の統合



医師事務作業補助者の採用

A病院(350床)
救命救急センター化
(入院機能の強化及び外来機能の縮小)

B病院(100床)
機能転換等のうえ、回復期リハ機能を担う

C病院(100床)
機能転換等のうえ、地域周産期母子医療センターの後方施設化

クラウド電子カルテ

共同購入

D病院(150床)
管制塔機能を担う+休日夜間急患センターの設置

IHN協議会(NPO)

連携疾患による連携パス

医師等の支援

寄附講座
奨学金
医師等の支援
大学

E病院(250床)
地域周産期母子医療センター化・小児救急医療センター化のための増床
(入院機能の強化及び外来機能の縮小)

パート6

ヘルスケアリート検討会報告書より



「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」

2013年3月

「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」委員名簿

座 長 委 員	川北 英隆	京都大学大学院経営管理研究部教授
	池田 敏史子	NPO法人 シニアライフ情報センター 代表理事
	市井 達夫	一般社団法人不動産証券化協会事務局長
	岩本 隆博	株式会社メッセージ 執行役員経営企画部長
	上田 泰三	社団法人生命保険協会財務企画部会長
	小野田 道	株式会社ベネッセスタイルケア 開発基盤本部不動産開発部長
	金井 俊雄	アーンスト・アンド・ヤング・アドバイザリー株式会社 シニア・マネージャー
	菅間 博	社会医療法人博愛会理事長
	栗原 美津枝	株式会社日本政策投資銀行医療・生活室長
	齋藤 理	弁護士 長島・大野・常松法律事務所パートナー 大和ハウス工業株式会社
	正田 克成	集合住宅事業推進部 営業統括部 高齢者住宅グループ グループ長
	辻本 了章	SGホールディングス株式会社経営企画部国際企画ユニット長
	藤村 隆	株式会社新生銀行ヘルスケアファイナンス部 部長
	武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所長 国際医療福祉大学大学院教授

オブザーバー	矢木 茂	企業年金連合会年金運用部不動産担当部長
	石川 卓弥	国土交通省土地・建設産業局不動産市場整備課長
	坂本 努	国土交通省住宅局安心居住推進課長
	深澤 典宏	厚生労働省老健局高齢者支援課長
	三村 淳	金融庁監督局証券課長

宮坂 祐介	国土交通省土地・建設産業局不動産市場整備課 不動産投資市場整備室長
-------	--------------------------------------

(敬称略・五十音順)

目次

1. 検討背景・目的
2. ヘルスケア施設における証券化の現状
 2. 1ヘルスケア施設の規模
 - (1)有料老人ホーム
 - (2)サービス付き高齢者向け住宅
 - (3)病院
 2. 2ヘルスケア施設の耐震化の現状
 2. 3有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅及び病院の現状
 2. 4ヘルスケア施設の証券化の実例
 2. 5米国のヘルスケアリートの現状
 - (1)ヘルスケアリート
 - (2)米国のヘルスケアリートオペレータ
3. ヘルスケア施設における証券化の論点
 3. 1証券化のメリット・デメリット
 3. 2ヘルスケアリートの関係者
 3. 3関係者の論点
 - (1)利用者にとっての論点
 - (2)オペレータにとって論点
 - (3)投資家にとって論点
4. ヘルスケア施設における証券化の対応の方向性
 - (1)普及啓発の実施
 - (2)オペレータの評価制度の導入
 - (3)ヘルスケアリートが留意すべき事項
5. その他の論点

1. 検討背景・目的

高齢者人口増等を背景に、ヘルスケア施設（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、病院等）の供給や改修等の促進が重要な課題となっている。



現在の施設は地主の土地有効活用、不動産会社や施設運営者の自己所有物件が主なものとなっている状況であるが、ヘルスケア施設の供給・改修等の促進には他の手法についても検討する必要がある。



証券化の活用事例

一部ではあるが、民間事業者が開発したヘルスケア施設をSPC等の証券化ビークルに売却して資金を回収するケースや、施設運営者が施設の不動産部分をSPC等に売却して資金を調達し、リースバックを受けて運営を続けるケースが見られるようになっている。証券化手法は資金調達手法の一つとして、ヘルスケア施設の供給に関し、その活用が期待されている。

1. 検討背景

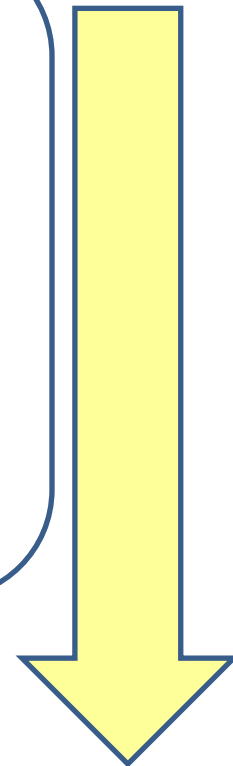
ヘルスケアリートへの期待

主に投資家側から、住宅、オフィス、物流施設等へ続く投資対象施設として、ヘルスケア施設への期待が高まっている。

アメリカやシンガポールには、ヘルスケア施設の不動産部分を専門に長期保有し、施設経営の透明性に寄与するヘルスケアリートが数多く存在し、その賃貸収益を広く投資家に分配し、その市場規模は拡大している。

我が国にはヘルスケアリートは存在しないが、今後、多くのヘルスケア施設の証券化が予想されるため、その最終的な売却先、長期保有者としての役割を担うヘルスケアリートの設立啓発に向けた環境整備について検討を行うことは有益である。

一方で、



証券化への不安

通常、S P Cは物件を長期保有することは予定されておらず、証券化されたヘルスケア施設は、原所有者に買い戻されない限り、別の者に売却され、介護・医療関係者、施設利用者、地域住民等の不安につながるとの指摘がある。

1. 検討背景

そのため、



ヘルスケアリートの設立に向けた環境整備を検討

私募ファンドなどの証券化手法に比べ、施設の長期保有、情報開示による施設経営の透明性、厳格な管理体制、資金収集力などが優れているヘルスケアリートの設立啓発に向けた環境整備について、施設の安定利用の確保、地域に与える影響などについても十分配慮しながら、介護、医療、不動産、金融など幅広い関係者の参加の下、検討を行った。

「ヘルスケア施設」について明確な定義は存在しないが、本検討委員会では、さしあたり、これまでの証券化実績やニーズ等を踏まえ、①サービス付き高齢者向け住宅、②有料老人ホームならびに、③病院※を対象としている。

※病院の証券化については、我が国の医療制度を踏まえ、慎重に検討を進める必要があると考えられるものの、実際には、現在までに約20件程度の証券化事例が確認されている。

2. ヘルスケア施設における証券化の現状

2. 3サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム及び病院の現状

今後の急速な高齢者人口増加に対して医療・介護の基本政策は、病院の平均在院日数を短縮化してベッド数は削減の方向、介護施設は増加させるものの必要数を抑制し、在宅介護への移行を積極的に行っていく方針である。すなわち、「医療」から「介護」へ、介護も「施設」から「住宅」へという動きで、この体制整備のため「サービス付き高齢者向け住宅」が創設されたものである。

2. 4ヘルスケア施設の証券化の実例

国内のヘルスケア施設の証券化は、非公表の私募ファンドにより行われている場合が多いため、網羅的な実績把握は困難となっているが、一定数の実例は存在している。

そのほとんどがシニア向け住宅を対象としているが、病院の証券化についても、公表されているもの、未公表のものも含めると全体では20～30の証券化事例があると推計される。

2. 5米国のヘルスケアリートの現状

リートは様々な国で普及しているものの、ヘルスケア専門の「ヘルスケアリート」という点では米国の市場規模が大きく、米国内のヘルスケアリート時価総額は全リート時価総額の約12%強(エクイティリートに占める割合は15%)を占めるまでに成長している。ただし、米国のヘルスケアリートの歴史は古いものの、普及には時間を要し、急成長を遂げたのは直近10年間である。

(1)ヘルスケアリート

(2)米国のヘルスケアリートオペレータ

3. ヘルスケア施設における証券化の論点

3.1 証券化のメリット・デメリット

ヘルスケア施設の証券化については、一般論として、以下のようなメリット・デメリットが考えられる。

メリット

- ・民間資金を活用したヘルスケア施設の供給拡大、多様化等が促進
- ・ヘルスケア施設の所有と運営が分離されることによる施設運営の安定化
- ・良質なヘルスケア・サービス提供による不動産の価値形成
- ・ヘルスケア施設不動産の市場が形成されることによる、資産流動性の向上

特にリートのメリットとして

- ・不動産の長期保有が可能
- ・投資家が求める情報開示により施設の経営やサービス状況等、施設経営の透明化を確保
- ・特定の投資家だけでなく、広く一般の投資家から資金を呼び込むことが可能

3. ヘルスケア施設における証券化の論点

デメリット

- ・施設運営者の管理面での負担増加
- ・施設利用者の利益より投資家の利益を優先する可能性
- ・ヘルスケア施設特有の事業リスク
- ・契約解除等を行った際の関係者のレピテーションリスク



誰にとってのデメリット、メリットなのか、より具体的に分析をする必要がある

3. ヘルスケア施設における証券化の論点

ヘルスケア施設の利用者が安心して利用でき、オペレータは、ヘルスケアリートから運営を任されることで評価が高まり、また、投資家は、安定的な投資収益を確保できるようにすることが求められるが、施設利用者、オペレータ、投資家それぞれに関して、論点があると考えられる。

3.2 ヘルスケアリートの関係者

ヘルスケア施設の証券化の関係者は多岐にわたり、その関係者によって、課題も異なることから、関係者を以下のように大きく3つに分けて、課題を整理する。

- ① **利用者**: シニア向け住宅入居者、介護施設入居者ならびに、病院利用者、いわゆる、一般消費者
- ② **オペレータ**: 介護・医療事業者等。ヘルスケア施設(不動産)の賃借人
- ③ **投資家**: 出資や融資を行う資金提供者や証券化事業を運営する主体(アセットマネージャー等)

3.3 各関係者にとっての論点

(1) 利用者にとっての論点

一般に、ヘルスケア施設の利用者は、オペレータが破綻などし、事業が継続されないなどの場合においては、退去を余儀なくされる可能性もある。この点、ヘルスケアリートは、一般の事業法人と同様に、期限の定めのない法人として施設の長期保有が可能であることから、仮にこのような場合でも、ヘルスケアリートが別のオペレータを確保することにより、入居者の継続入居の可能性が高くなり、また、同種の多くの施設を保有する専門的な貸主として、オペレータの財務状況等をチェックするなどにより、施設運営の安定性や入居者の満足度を引き上げる可能性もある。また、ヘルスケアリートは、投信法、宅建業法等に基づき、政府の監督に服することとなる。

一方で、ヘルスケアリートに投資する投資家の意向や運用会社の運用方針によっては、施設の入居者にとって以下のような不安が発生することも予想される。

- ① オペレータが破綻した場合やヘルスケアリートが施設を売却したときに、必ずしも運営の継続が図られず、入居者は施設の継続利用ができなくなるのではないか。
- ② コストを抑えるために、サービス水準の低いオペレータに変更されるのではないか。
- ③ 投資家やヘルスケアリートからの求めに応じ、入居者が支払う賃料が急に引き上げられるのではないか。
- ④ 入居一時金が、投資家に配当されてしまうのではないか。

これらの不安は、必ずしも証券化固有の課題とは言い切れないものの、ヘルスケアリートの創設を考えるにあたっては、これらの不安が払拭できるような、環境整備を行う必要があるのではないか。

3.3 各関係者にとっての論点

(2) オペレータにとっての論点

ヘルスケア施設を賃貸している貸主や、ヘルスケア施設を自ら保有しているオペレータが物件をヘルスケアリートに売却する場合には、オペレータにおいて、例えば、以下のような不安が指摘されている。

- ① 自社保有物件を売却した場合、施設の所有と運営とが分離されることにより、建物の改築等の設備投資が自由にできなくおそれがあるのではないか。 求められるべき情報が標準化されていない中で、過度な情報提供を求められるのではないか。
- ② ヘルスケアリートから契約解除や賃料値上げを迫られることはないか。
- ③ 仮にバックアップオペレータを事前に用意するとなると、同業他社に内部情報を提供しなければならなくなるのではないか。

一方で、オペレータの判断次第ではあるが、もしヘルスケア施設をヘルスケアリートに売却すれば、他の事業展開等のための資金調達を行い、かつ、リースバックという形で事業を継続することも可能であり、また、施設管理については専門的にヘルスケア施設を保有する専門的な貸主に委ね、本業に専念できるというメリットも考えられるのではないか。また、ヘルスケアリートから運営を任されることで、その信用力が評価されるのではないか。

なお、ヘルスケアリートができれば、一定の要件を満たした施設が買取りの対象となるため、有力な買取先ができることにより、ヘルスケア施設自体の供給も進むのではないか。

3.3 各関係者にとっての論点

(3) 投資家にとっての論点

高齢化の進展に合わせ、ヘルスケア施設供給のための資金需要が増加する一方、これに関心を示す投資側の需要は相当あると考えられ、特に数多くのヘルスケア施設を長期的に保有し、制度的にも安定しているヘルスケアリートへの投資対象としての魅力は大きいと考えられる。

しかしながら、米国等と異なり、我が国にヘルスケアリートが未だ創設されていないことから明らかなように、実際の投資にあたっては以下のような理由から躊躇が見られるとの指摘もある。

- ① 投資家が求める期待利回りと物件利回り(オペレータが支払う賃料/物件取得価格)との間にギャップがあるのではないか。
- ② オペレータの財務状況や施設の事業収支等にかかる情報開示制度が十分に整備されていないことから、投資対象の選定において必要な情報を入手することが困難なのではないか。
- ③ オペレータの信用力の問題や、施設の事業収支等の情報開示を行うことを躊躇するオペレータもいることから、ヘルスケアリートが保有するヘルスケア施設を運営できるオペレータの数が限定されているのではないか。

3.3 各関係者にとっての論点

- ④ 以下に挙げるような、他の投資資産と異なるヘルスケア施設の特徴を踏まえた事業リスク評価（デューディリジェンス）を行う必要があるが、投資リスクの評価が難しく、またその手法も確立されていないのではないか。
- ・オペレータの運営能力や事業収支に対する評価手法が確立しておらず、評価コストが高い
 - ・賃料収入に大きな影響を与える介護保険等の将来的な制度改正リスク
 - ・入居一時金の存在
 - ・利用者が高齢者であるため契約解除等を行った際に評判が毀損するリスク（レピュテーションリスク）等
- ⑤ 他の投資対象施設に比べて、小規模な物件が多く、投資対象になりやすい大規模な物件が不足しているのではないか。
- ⑥ 特別な設備基準、用途変更が困難である等特殊な不動産であるため、オフィスや一般住宅等に比べて流動性が低いのではないか。

4. ヘルスケア施設の証券化対応の方向性

○ どのようなヘルスケア施設を選好するかについては、ヘルスケア施設の安定した運営、ヘルスケア施設自体の性能など、利用者の立場と投資家の立場には共通点も多いと考えられ、利用者と投資家の両方から高評価を得ることがヘルスケア施設の証券化にあたって重要であると考えられる。

○ ヘルスケア施設の証券化について、現時点においては、3. に挙げたような課題や不安が指摘されている。この中には必ずしも証券化固有の課題ではないものも含まれているが、施設の長期保有などのヘルスケアリートのメリットを活かすことで、こうした課題の解決や解消につながる部分もあると考えられる。

○ なお、病院については、医療制度自体が外国と異なることから単純な国際比較は避けるべきであり、民間病院と公立病院との経営の相違などを踏まえ、その証券化は慎重に検討をしていくべきとの意見や、投資家側からも他のヘルスケア施設に比べて証券化の難易度が高いのではないかとの指摘もある。一方で、病院の建替えニーズ等も踏まえると、資金調達の一環として証券化手法が有効と認められる場合には、証券化手法を活用していくことも考えられる。

4. ヘルスケア施設の証券化 対応の方向性

ヘルスケアリートの創設に向けた環境整備の対応の方向性としては、以下の事項が考えられる。

(1) 普及啓発の強化

赤字は対応する3. 3の論点

ヘルスケア施設の証券化については未だ一般に認知されていないこともあり、ヘルスケアリートの仕組みやメリット等について、わかりやすく説明されていくことが期待される。

3. 3(1)①～④、(3)①、④、⑥

(2) ヘルスケアリートが留意すべき事項

ヘルスケアリートがヘルスケア施設を取得・運用しようとする場合に、より安定的かつ適切な事業運営や投資家保護が図られる観点から、留意すべき事項として、例えば以下の点が考えられる。

- ① 利用者の安定利用の確保、賃料収入の安定性の確保等の為には、平素からオペレータの事業運営のモニタリングの充実に努めるとともに、万が一の場合におけるオペレータ交代手続きの確認等を行っておくべきではないか。

3. 3(1)①、(3)④

4. ヘルスケア施設の証券化 対応の方向性

(2)ヘルスケアリートが留意すべき事項

- ② 入居者にとっては、ヘルスケアリートの都合によりサービス水準の低いオペレータに変更される等の不安、賃借人であるオペレータにとっては、ヘルスケアリートから一方的に契約を解除されるのではないかという不安、建物の改築等の設備投資が自由に出来なくなるのではないかといった不安が指摘されている。一方、賃貸人であるヘルスケアリートにとっては、安定的な賃料収入の確保等の観点から問題のあるオペレータは契約解除すべき状況も考えられる。

以上のような関係者の不安を払拭するためには、オペレータとヘルスケアリートとの間で締結される賃貸借契約において、提供されるサービス、建物の改修等の内容や賃貸借契約の解除・解約の条件などを明確にしておくべきではないか。

3. 3(1)①、②(2)①、②

- ③ 賃料収入はオペレータの事業収支に大きく左右されるため、オペレータの財務内容や経営悪化は大きな問題であることから、ヘルスケアリートがヘルスケア施設を取得・運用しようとする場合に、ヘルスケアリートは、オペレータの施設の事業収支等についての分析や、信用性の調査、入居一時金の未償却部分の保全状況を確認を行うなど十分なデューデリジェンスを行うべきではないか。

また、特に重要な情報(オペレータ名、オペレータの財務状況、物件内容等)については、投資家に適切に開示することも必要ではないか。

3. 3(1)④、(2)①、③、(3)④

4. ヘルスケア施設の証券化 対応の方向性

(3)ヘルスケアリートから運営を任されるオペレータの評価の充実

ヘルスケアリートが、ヘルスケア施設を取得・運用しようとする場合にオペレータを適切に評価することが重要であることは云うまでもないが、現在のところ、オペレータの一般的な評価の仕組みがないところである。

ヘルスケアリートが運営を任せるオペレータを選択するにあたって、一般的な評価の仕組み等があれば、投資家だけではなく、利用者にとっても有用ではないか。

3. 3(3)①～③

(4)地域活性化

地域包括ケアを中心としたまちづくり、例えばサービス付き高齢者向け住宅を中核とした、サービス展開や、その地域に応じたようなサービス提供を行うなど地域活性化につながるような取組が期待される。

例えば、米国のヘルスケアリートにおいては、投資対象にCCRC(※)があり、地域包括ケアやまちづくりに貢献している。

3. 3(3)⑤

※CCRC(Continuing Care Retirement Community):高齢者向け住居・施設の種類。健常者用、軽介護者用、重介護者用、認知症患者用の各施設を同じ敷地又は同じ建物に集約し、居住者が移転や更なるコスト負担がなく、安心して暮らし続けることができる高齢者コミュニティ。

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

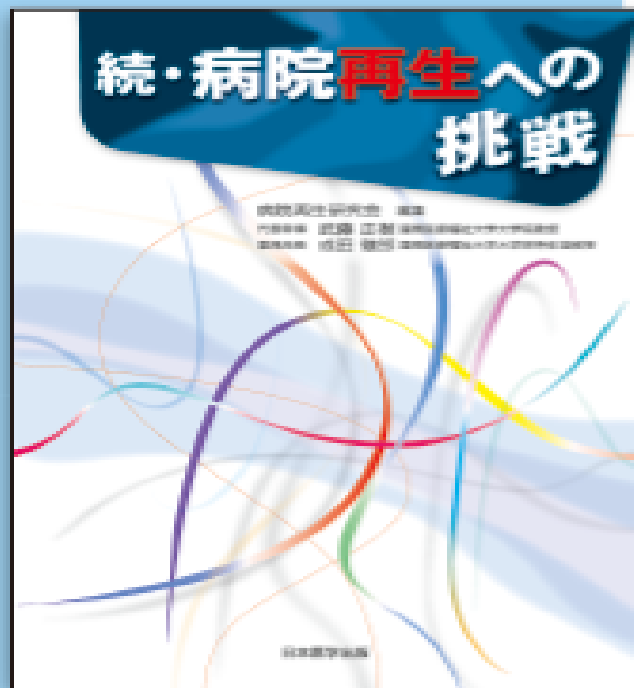
意欲的に医療再生に取り組む自治体関係者に
 本書は専刊「**乃木坂スクール**
「病院再生セミナー」」の2012年に国際医療福祉大学大学院
 札幌道都病院・十和田市立病院・豊川市民病院の事例や地域医療再生基金・ICT活用・地域医療連携などに
 含むアイデアを紹介。

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実生 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—
 新潟県生田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 —山形県置賜広域事例—
 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



2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

- ・社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザイン
- ・グランドデザインの推進エンジンは医療計画と報酬改定
- ・地域包括ケアシステムのポイントは医療と介護の連携と地域づくり、街づくり
- ・大規模、多機能、高機能のサービス付き高齢者住宅をヘルスケアリートで実現させよう。
- ・地域経営統合ネットワークがこれからの課題

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