

ヘルスケアREITの活用と課題



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

国際医療福祉大学
三田病院

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・税の一体改革と国民会議
- パート2
 - 介護報酬改定と地域包括ケアシステム
- パート3
 - 診療報酬改定と在宅医療
- 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
 - ヘルスケアリート検討会報告書より

パート1

社会保障・税の一体改革と 国民会議



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

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4月に8%、15年10月に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

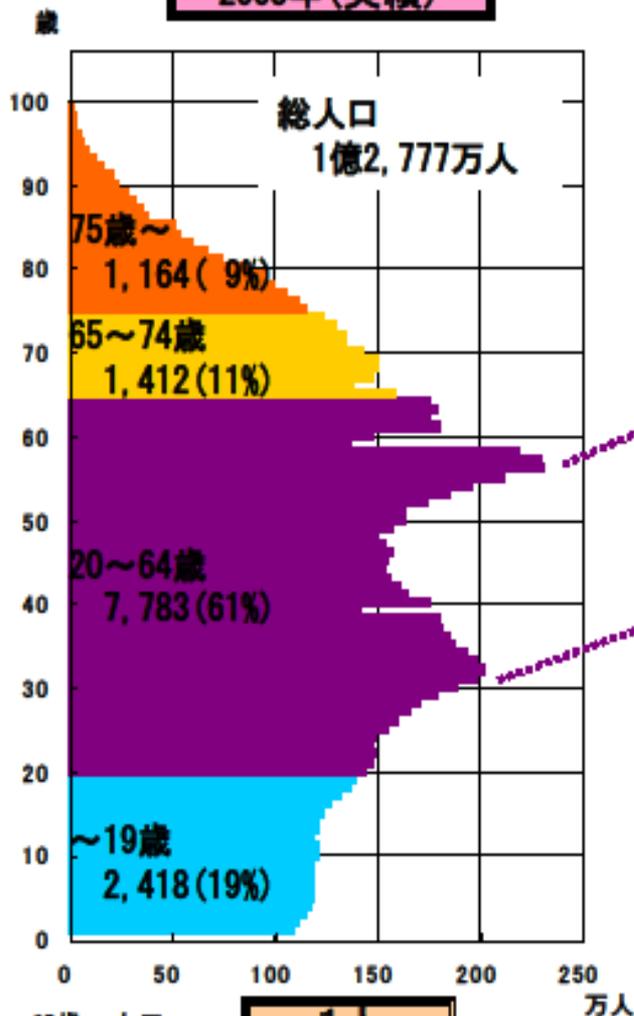


2012年8月10日、参議院を通過

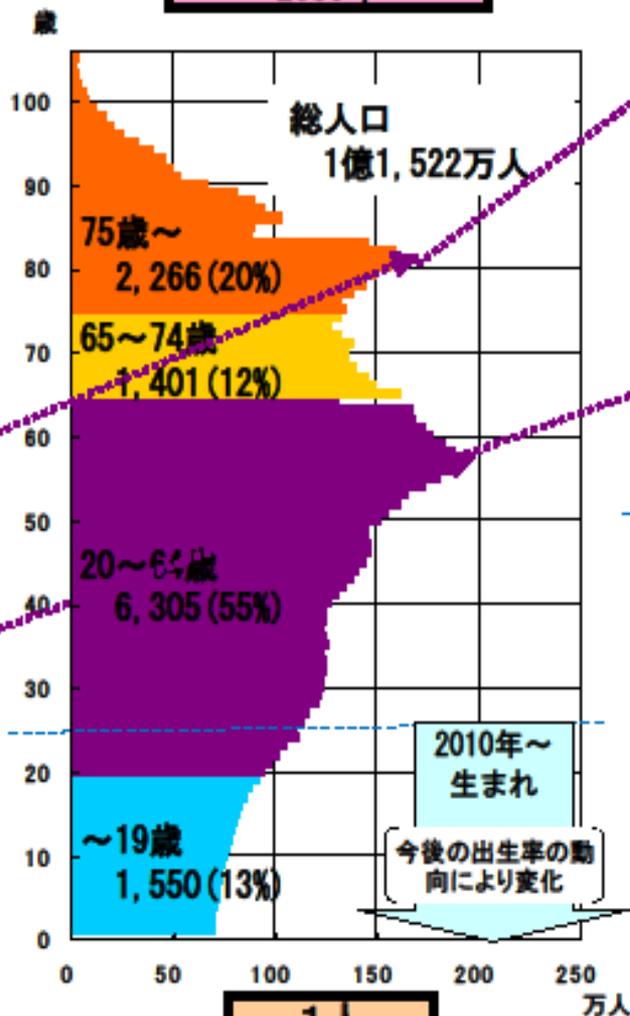
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

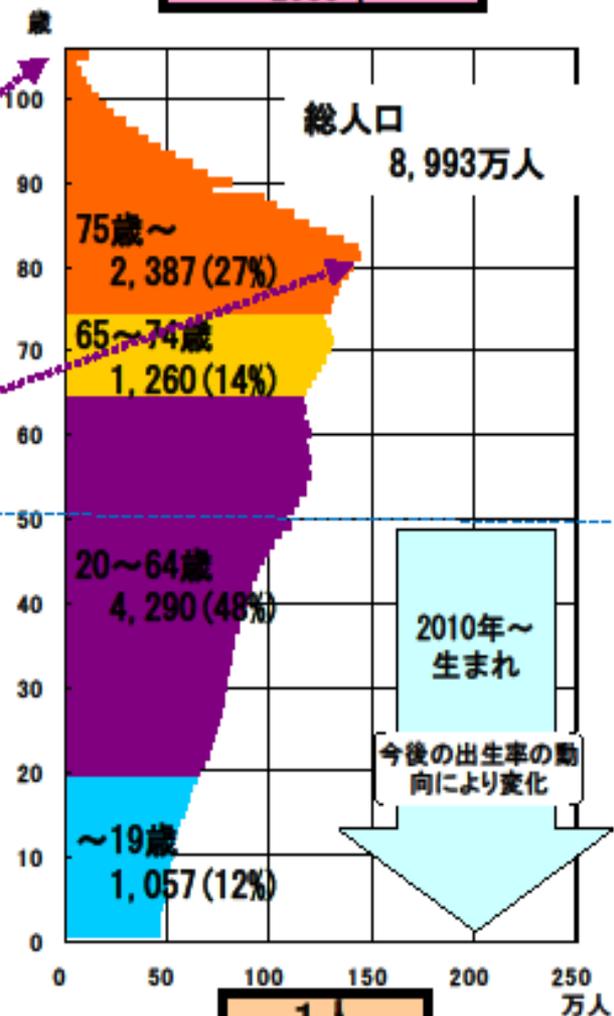
2005年(実績)



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)

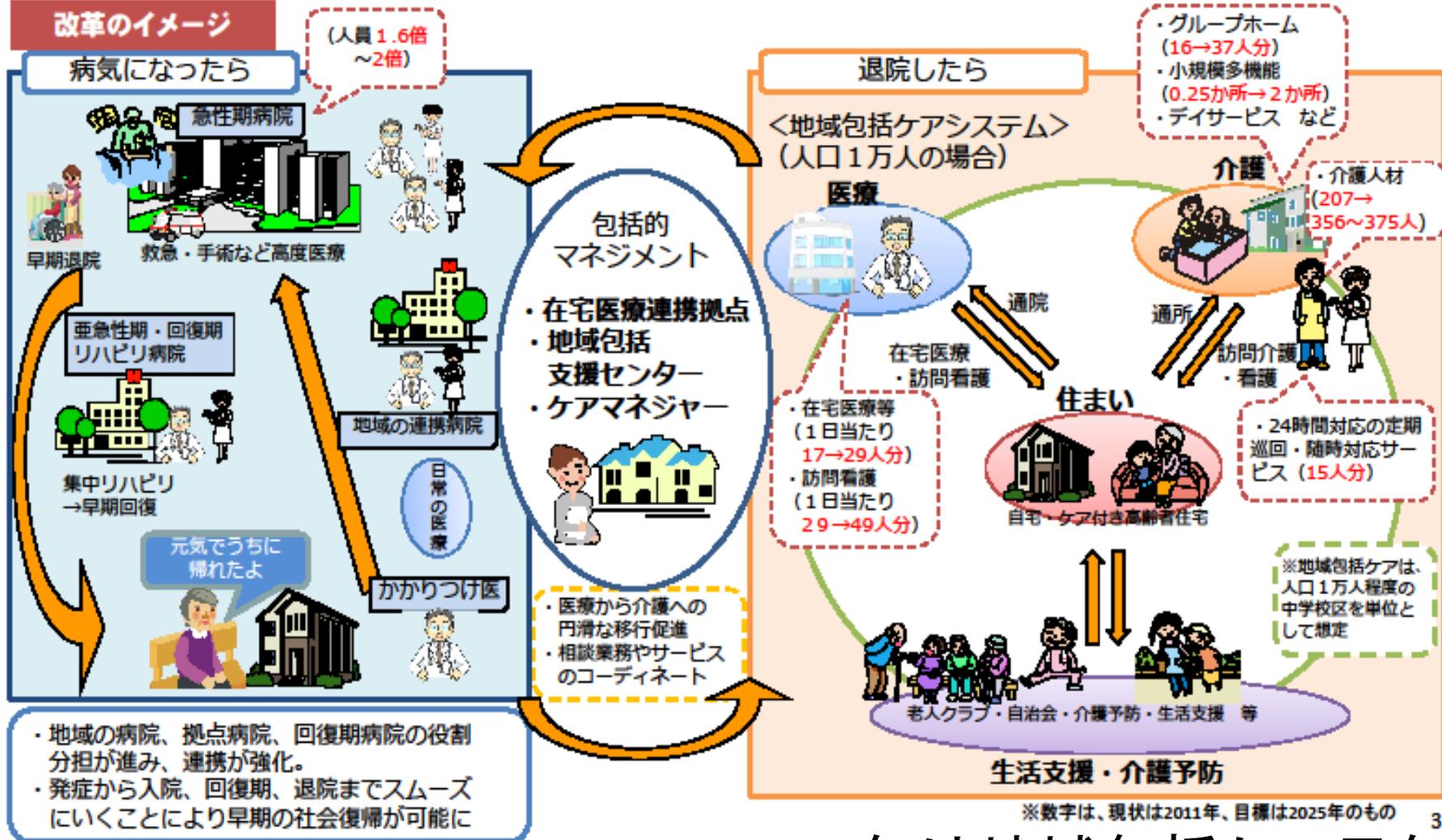
改革の方向性 ②

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



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

2012年は地域包括ケア元年

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

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知
 - 医療法人制度・社会法人制度の見直し

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。

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。**

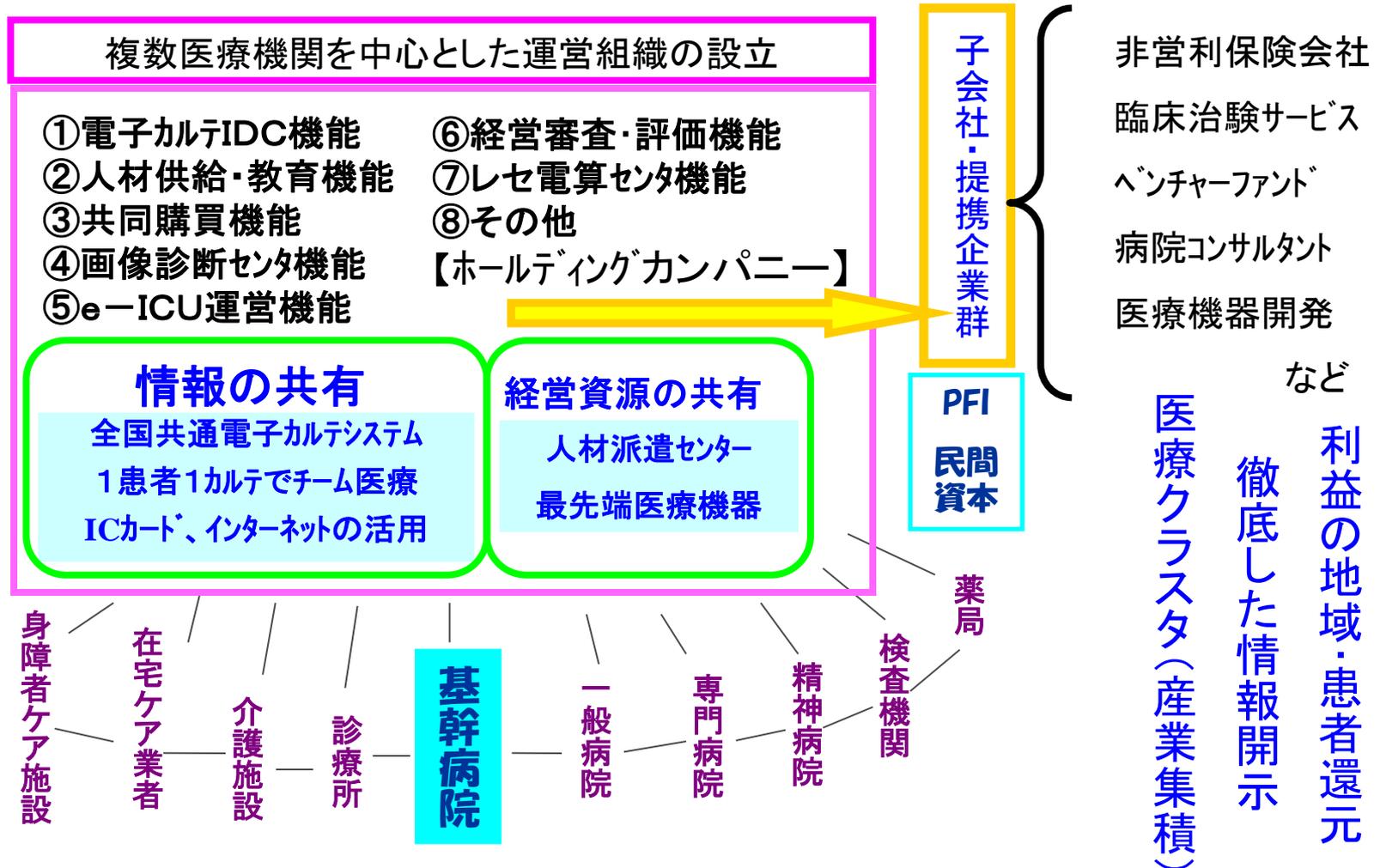
医療法人法の改正



- 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？

地域医療・介護推進法案のポイント

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

参院厚生
労働委員会

(カッコ内は施行時期)

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

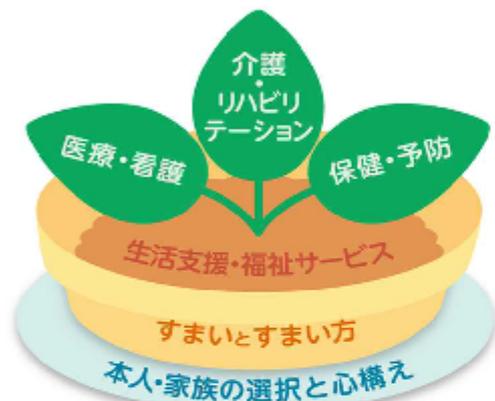
介護保険事業計画

介護保険事業計画

医療介護のあるべき姿

パート2

介護報酬改定と 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

社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

○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の実現により、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になる。

＜改革の主な具体策＞

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



2025年の地域包括ケアの姿



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

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)

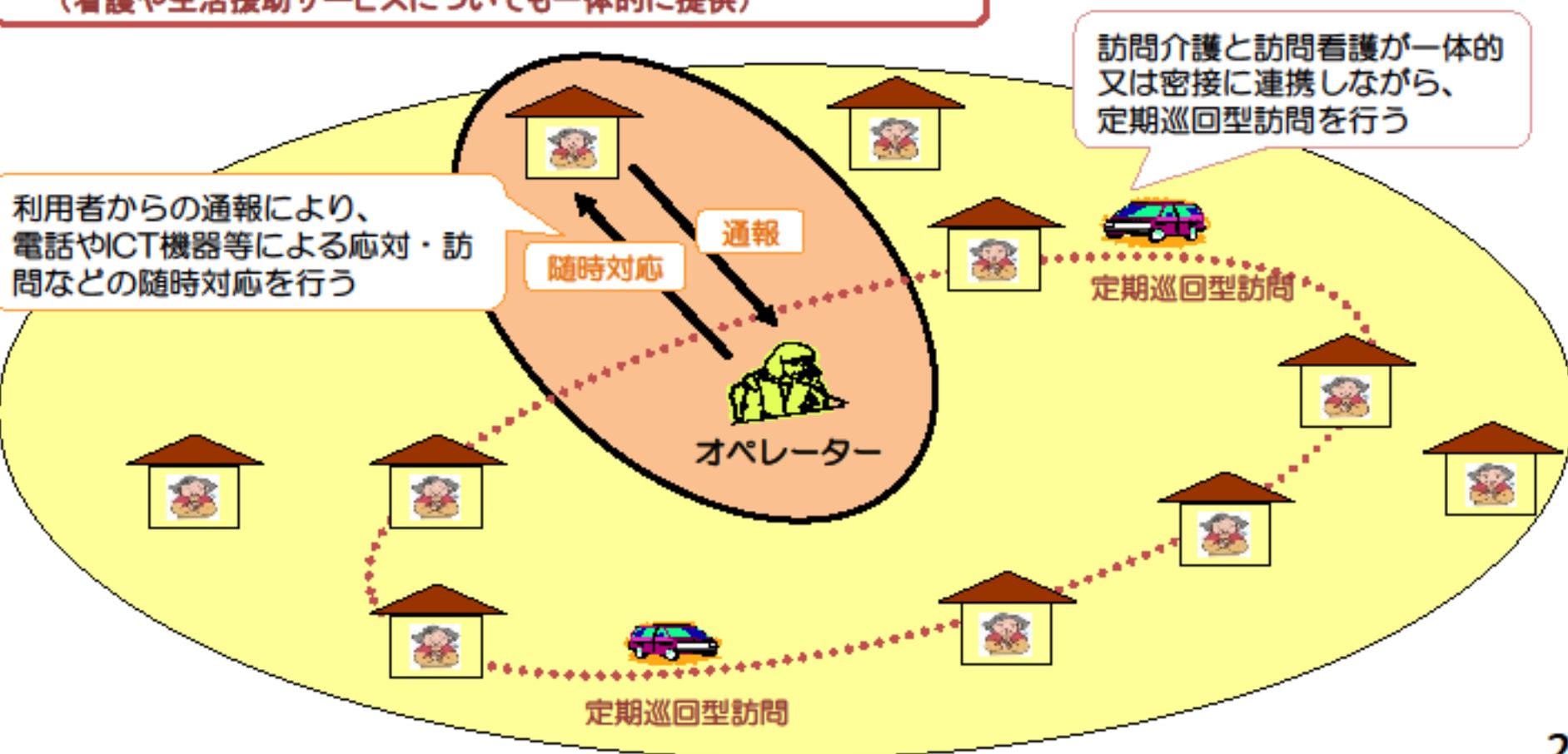
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

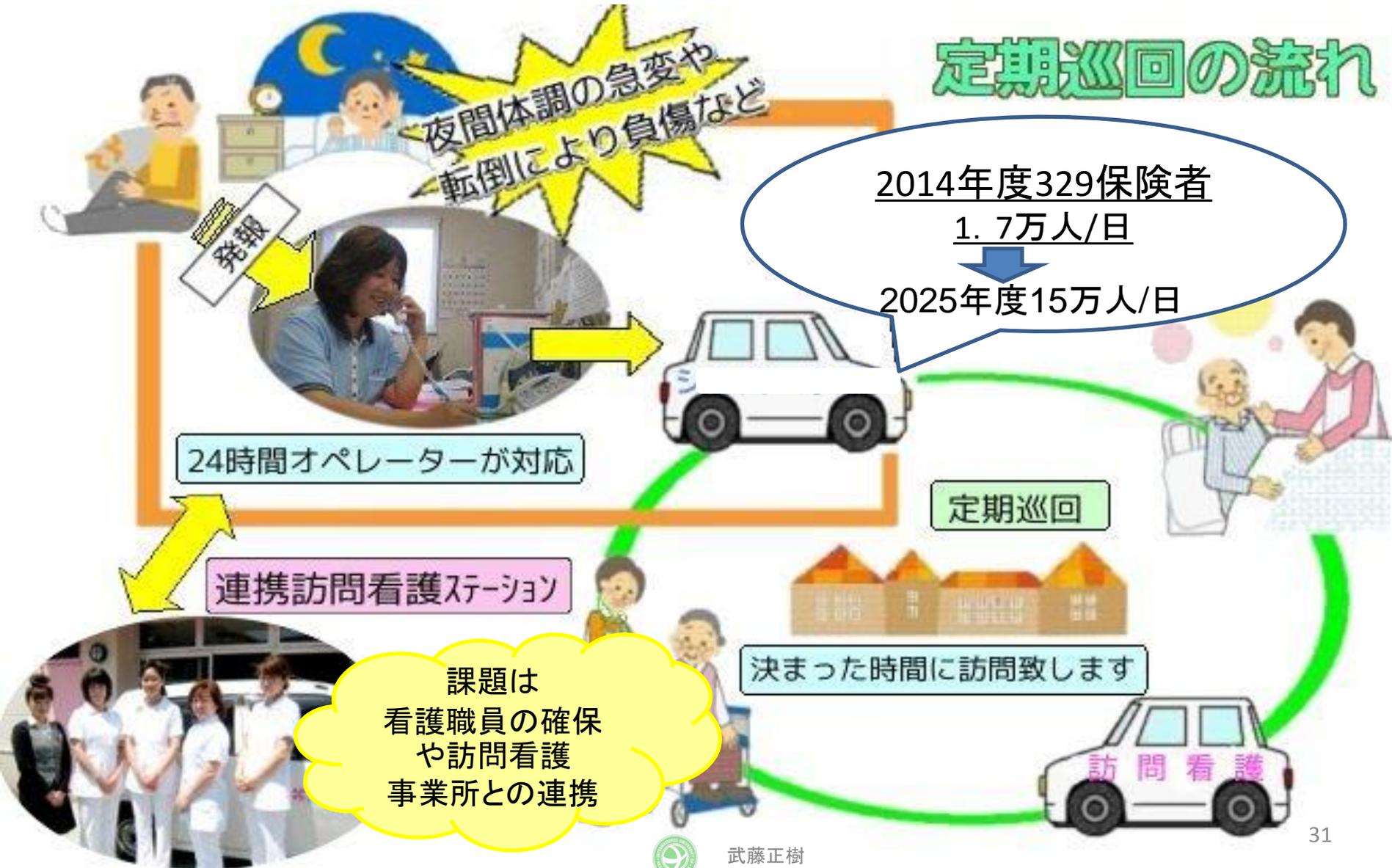
I 制度概要について

○ 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）



地域包括ケアを支える新規サービス①(2012年4月より) 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス



②複合型サービス

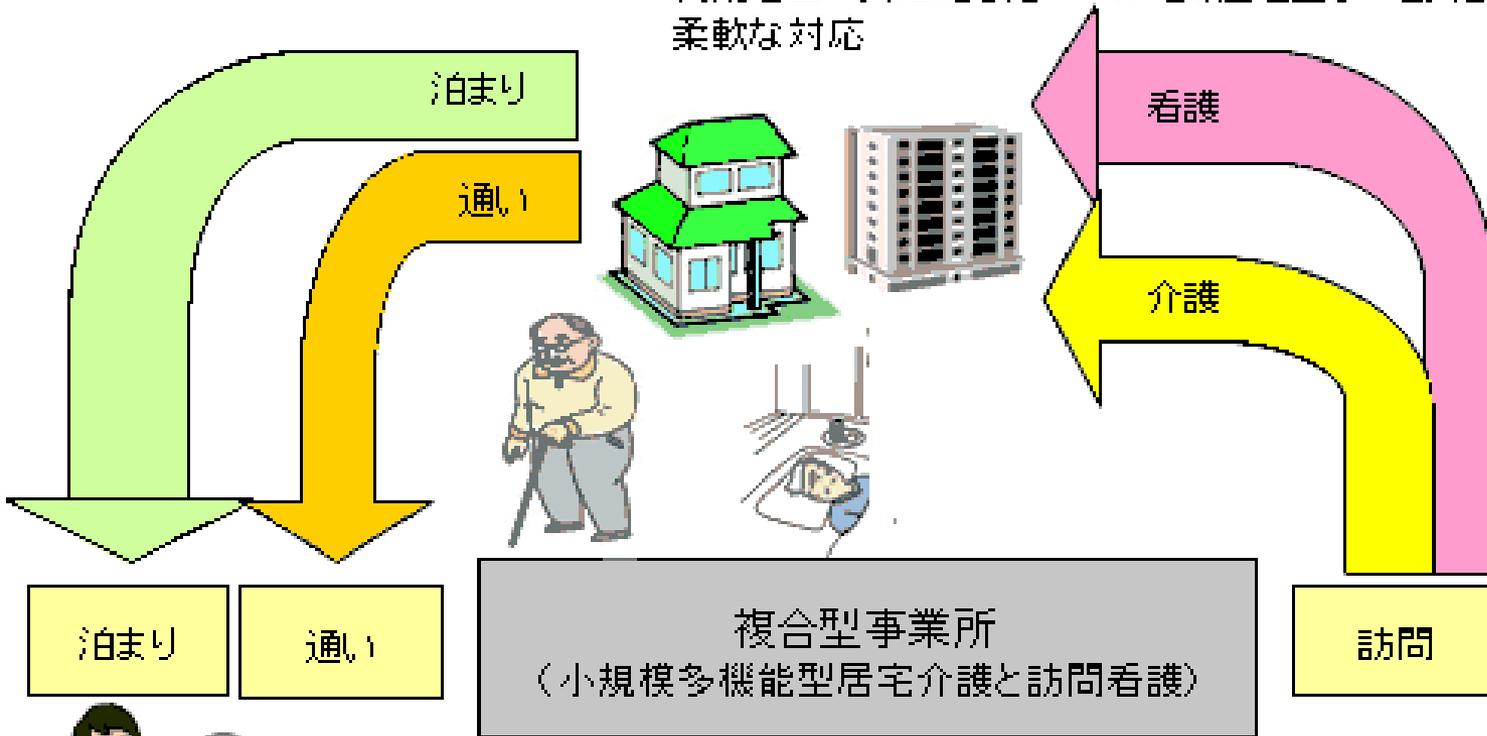
小規模多機能型居宅介護と
訪問看護との組み合わせサービス
介護給付費分科会(2011年5月)

地域包括ケアを支える新規サービス②(2011年5月)

認知症の人にやさしい複合型サービス

利用者ニーズに応じた柔軟な対応

※地域密着型サービスとして位置づけ



サービス事業所数 78 保険者90
事業所
利用者数約
1400人
(2013年10月)

看護師確保、
訪問看護との
連携の
確保が課題



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護サービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする。
- 別々に指定したサービスを提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネージャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

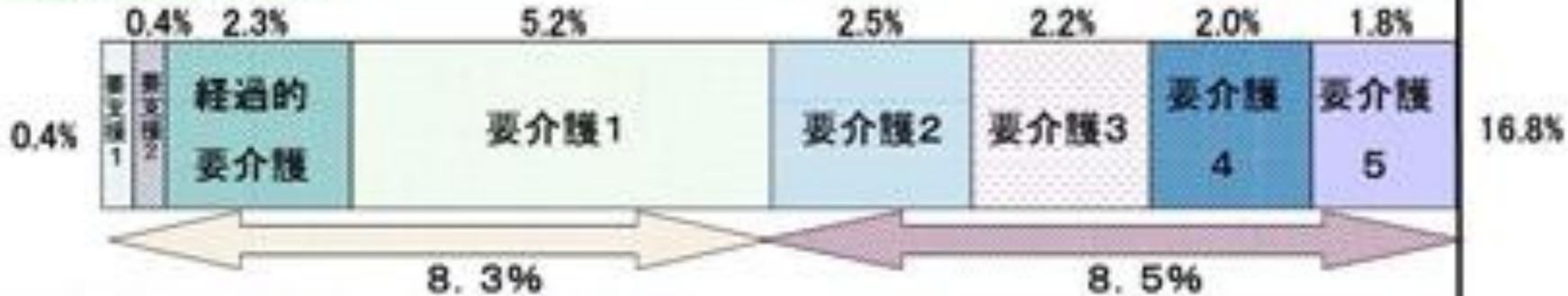


③サービス付高齢者向け住宅

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% (0.9%) 介護保険3施設等 (3.5%)

スウェーデン（2005）

6.5% サービスハウス等 (2.3%) ナーシングホーム、グループホーム等 (4.2%)

デンマーク（2006）

10.7% ブライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%) ブライエム等 (2.5%)

英国（2001）

11.7% シェルタードハウジング (8.0%) ケアホーム (3.7%)

米国（2000）

6.2% アシスタッドリビング等 (2.2%) ナーシング・ホーム (4.0%)

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』

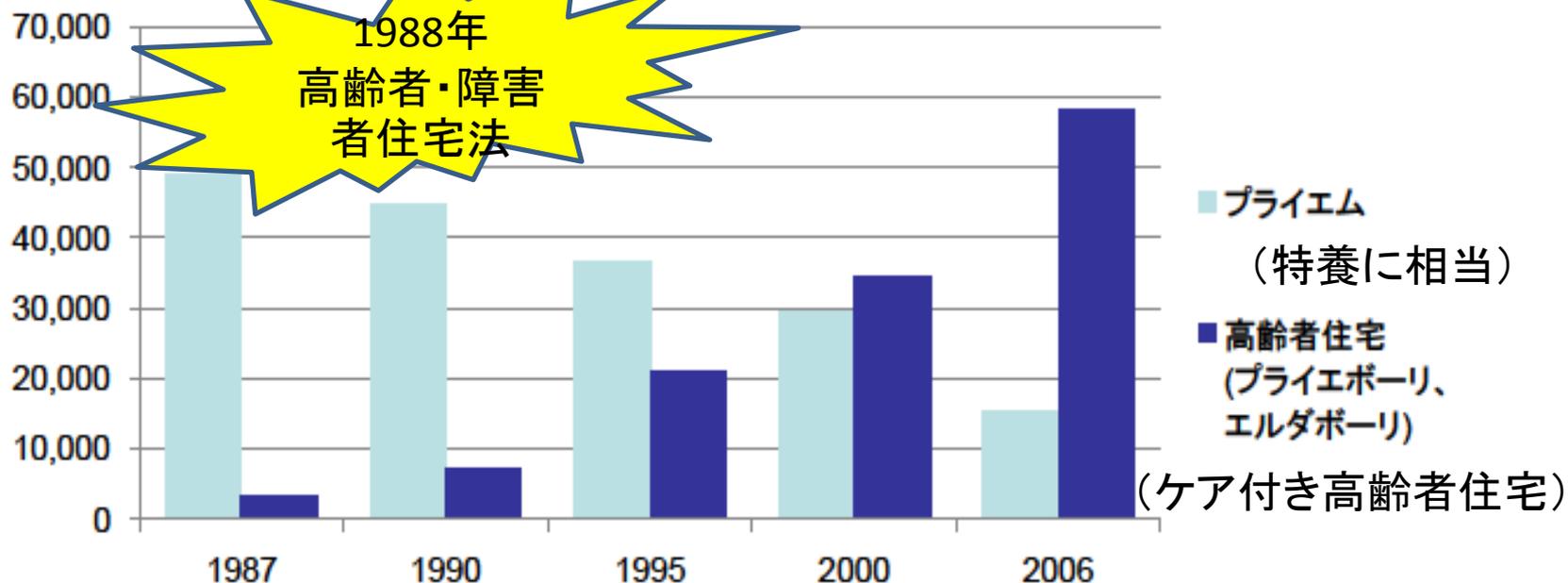
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

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



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、ヘルパーステーション、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。

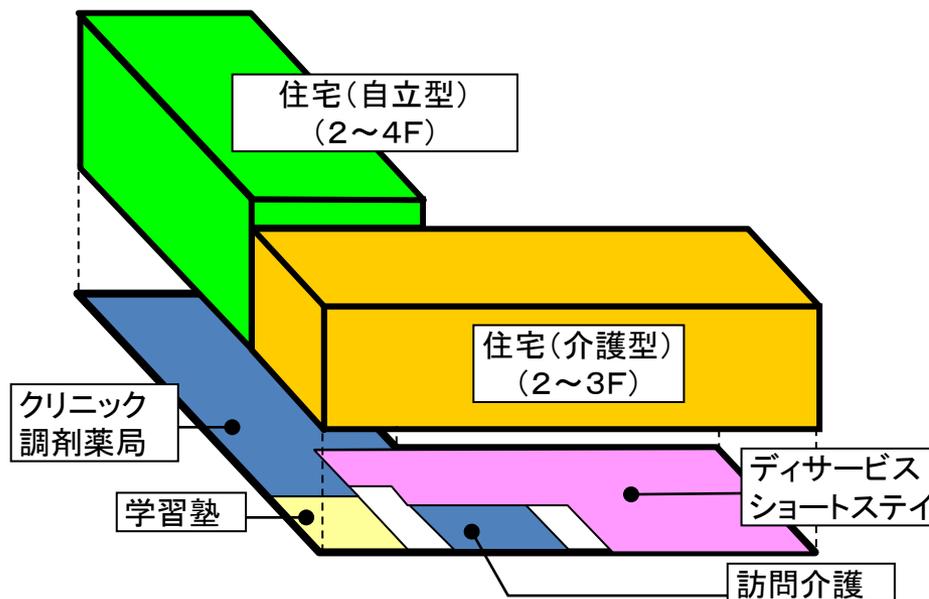
	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

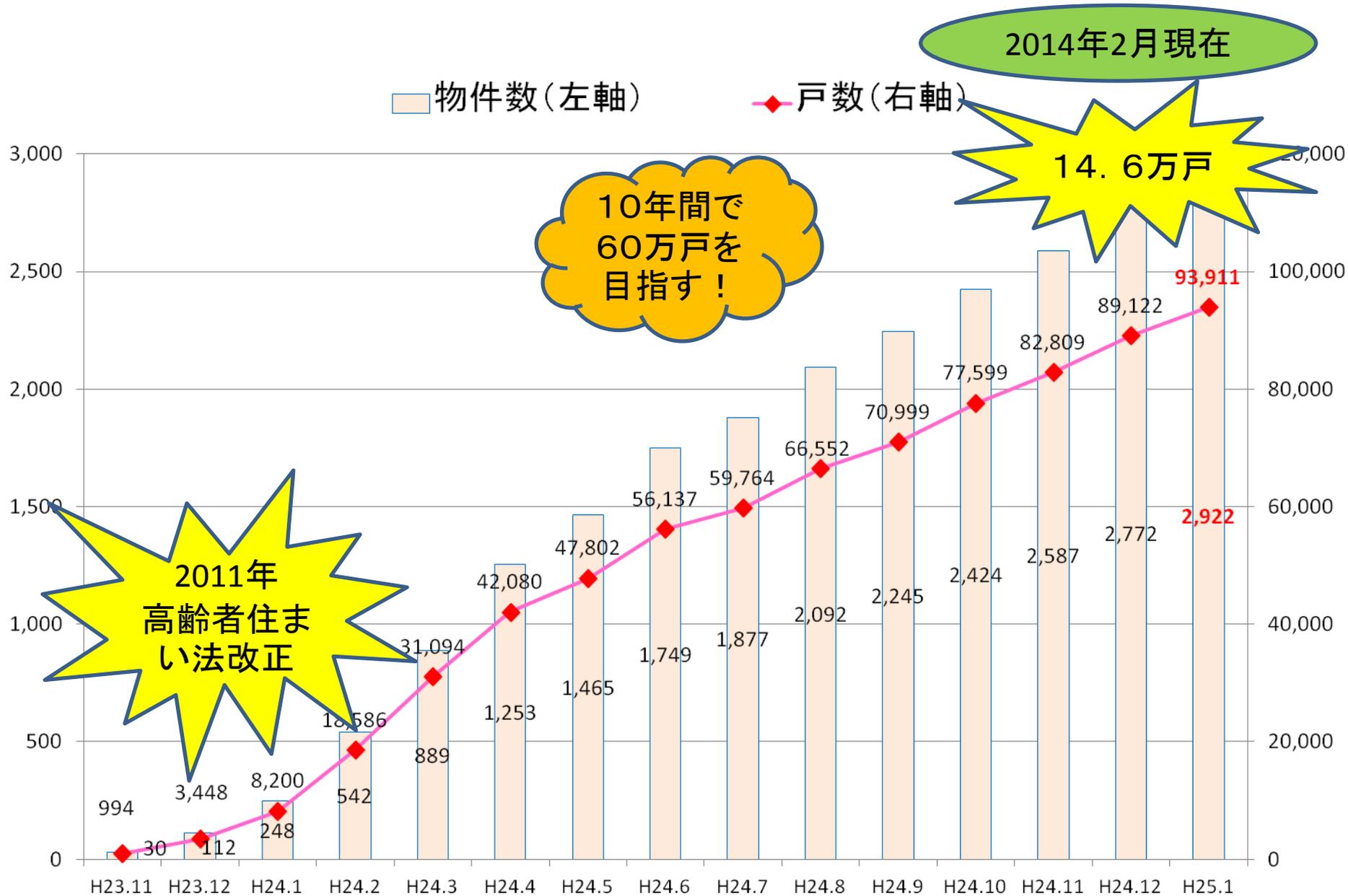
訪問介護、通所介護、短期入所
居宅介護支援

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

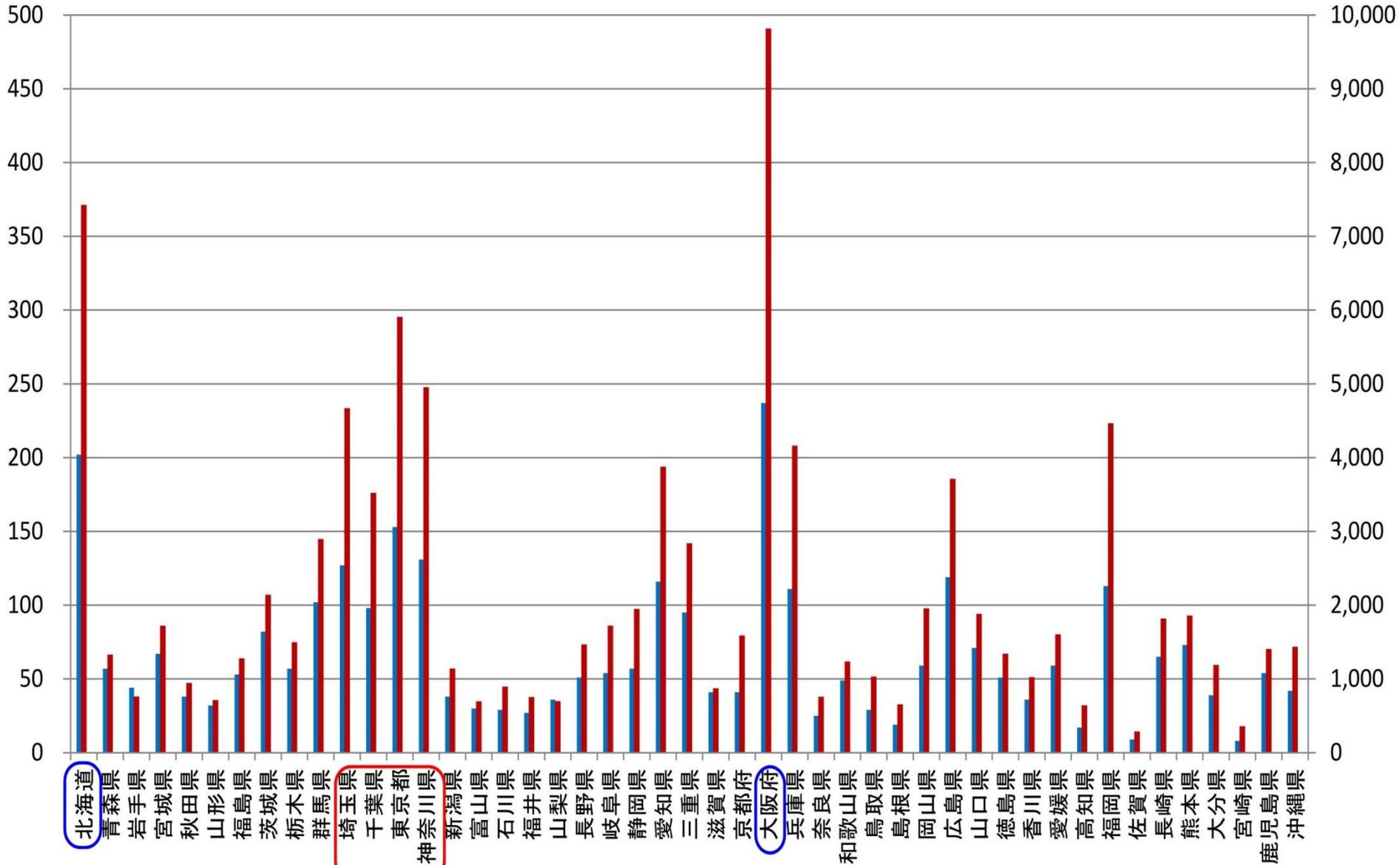


都道府県別サービス付き高齢者向け住宅の登録情報(2013年2月28日時点)

(棟)

■棟数(左軸) ■戸数(右軸)

(戸)



(サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムのHPより)

サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

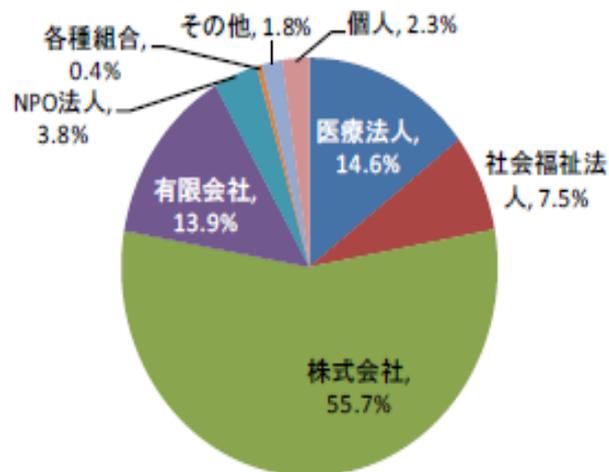
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

■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。

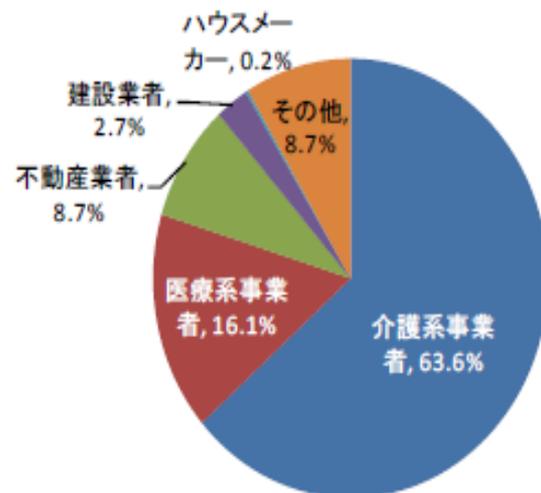


■主な業種

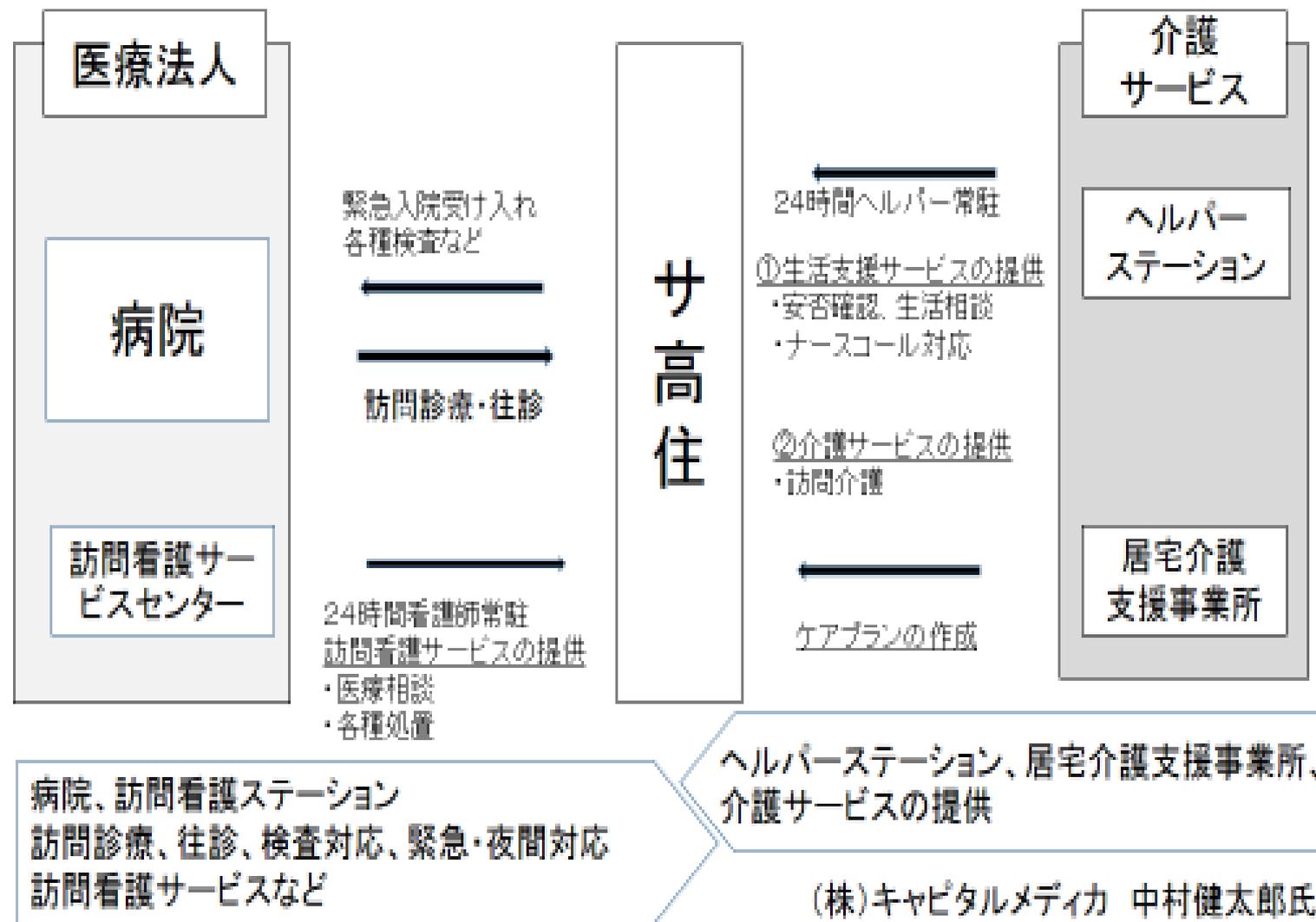
有効回答数:3,069件

	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3

診療報酬改定と在宅医療



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

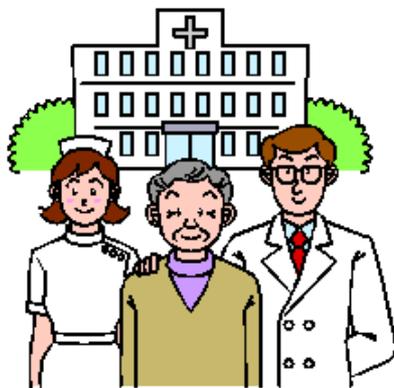


B診療所
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所
在宅療養支援診療所



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



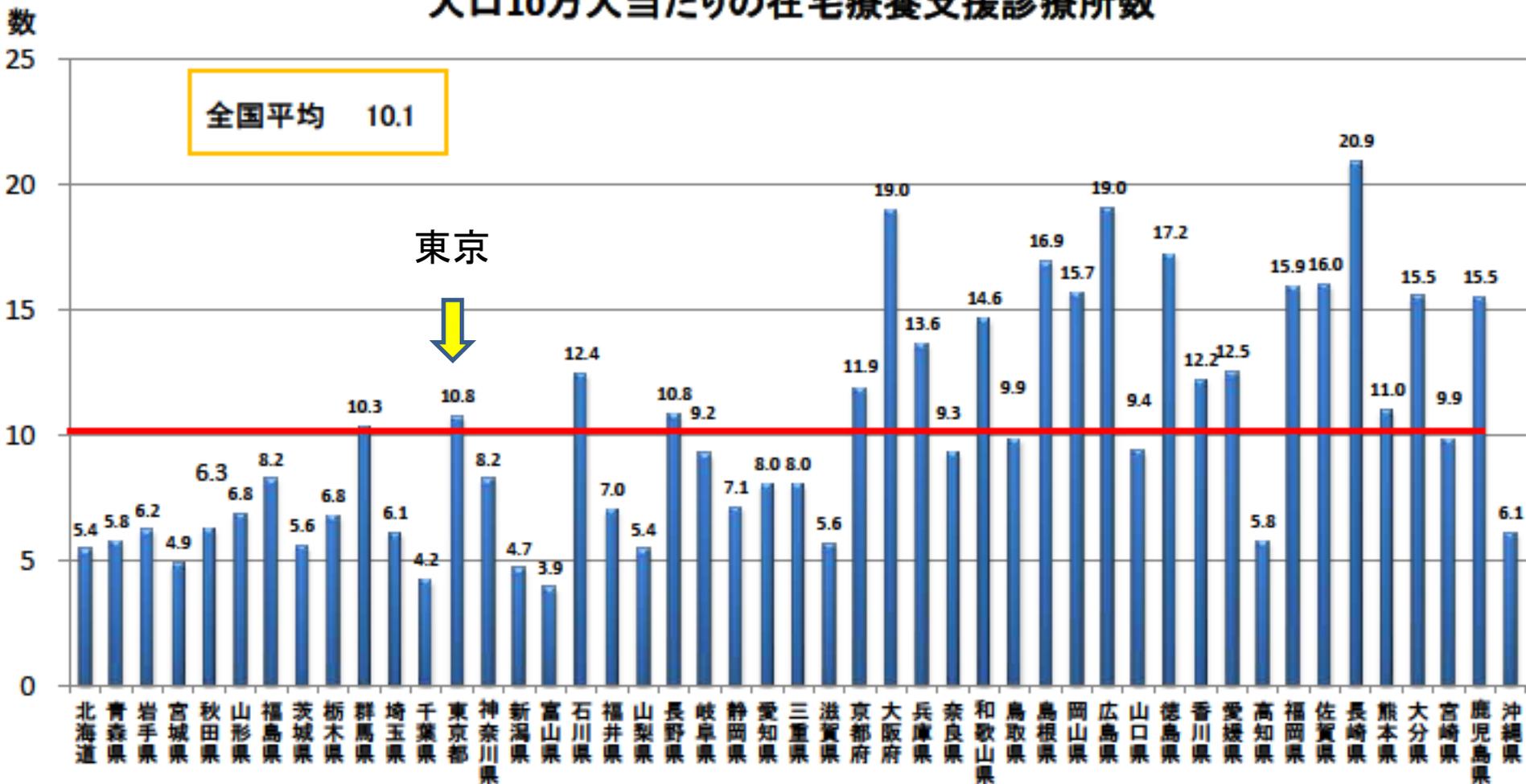
在宅療養支援診療所

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



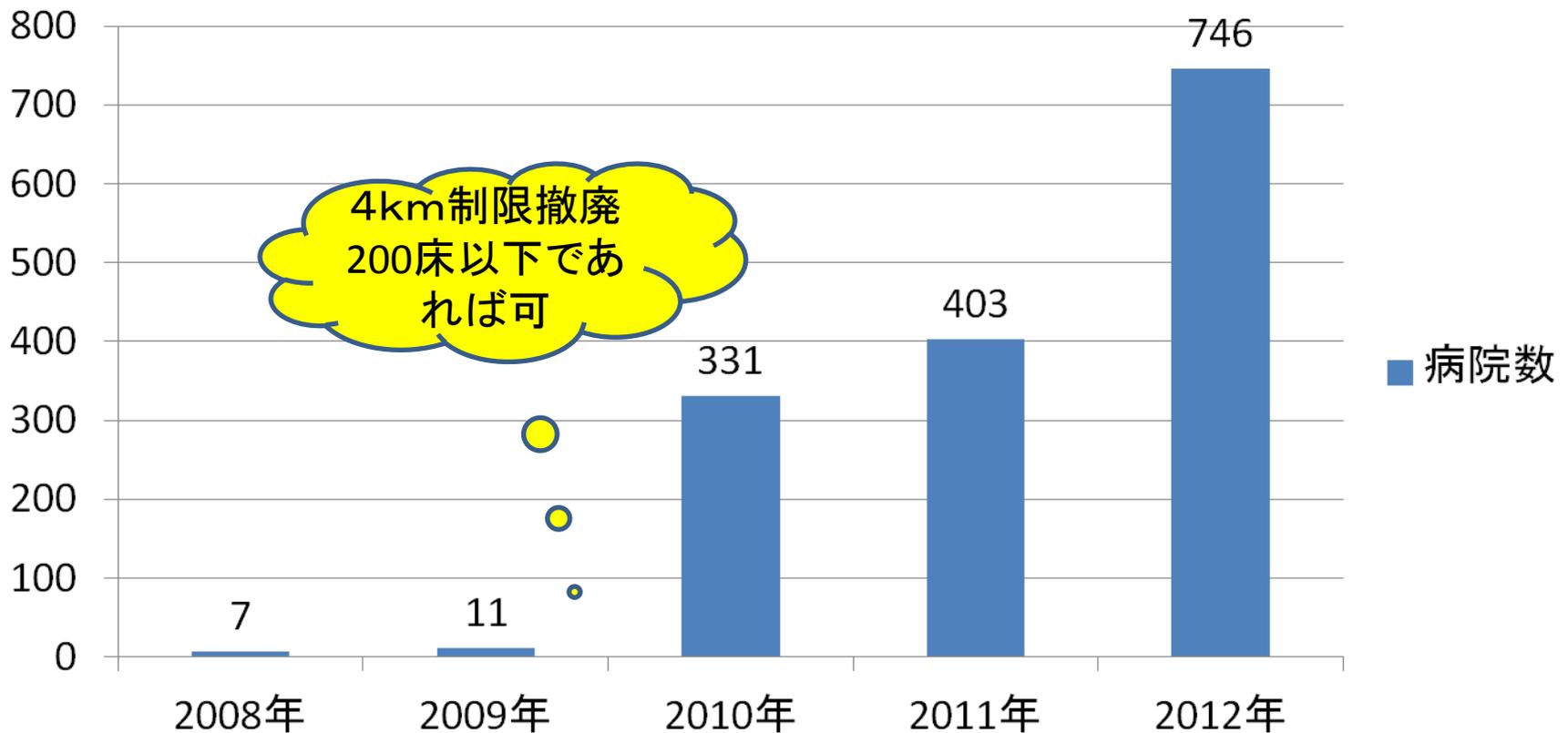
保険局医療課データ 平成23年7月

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



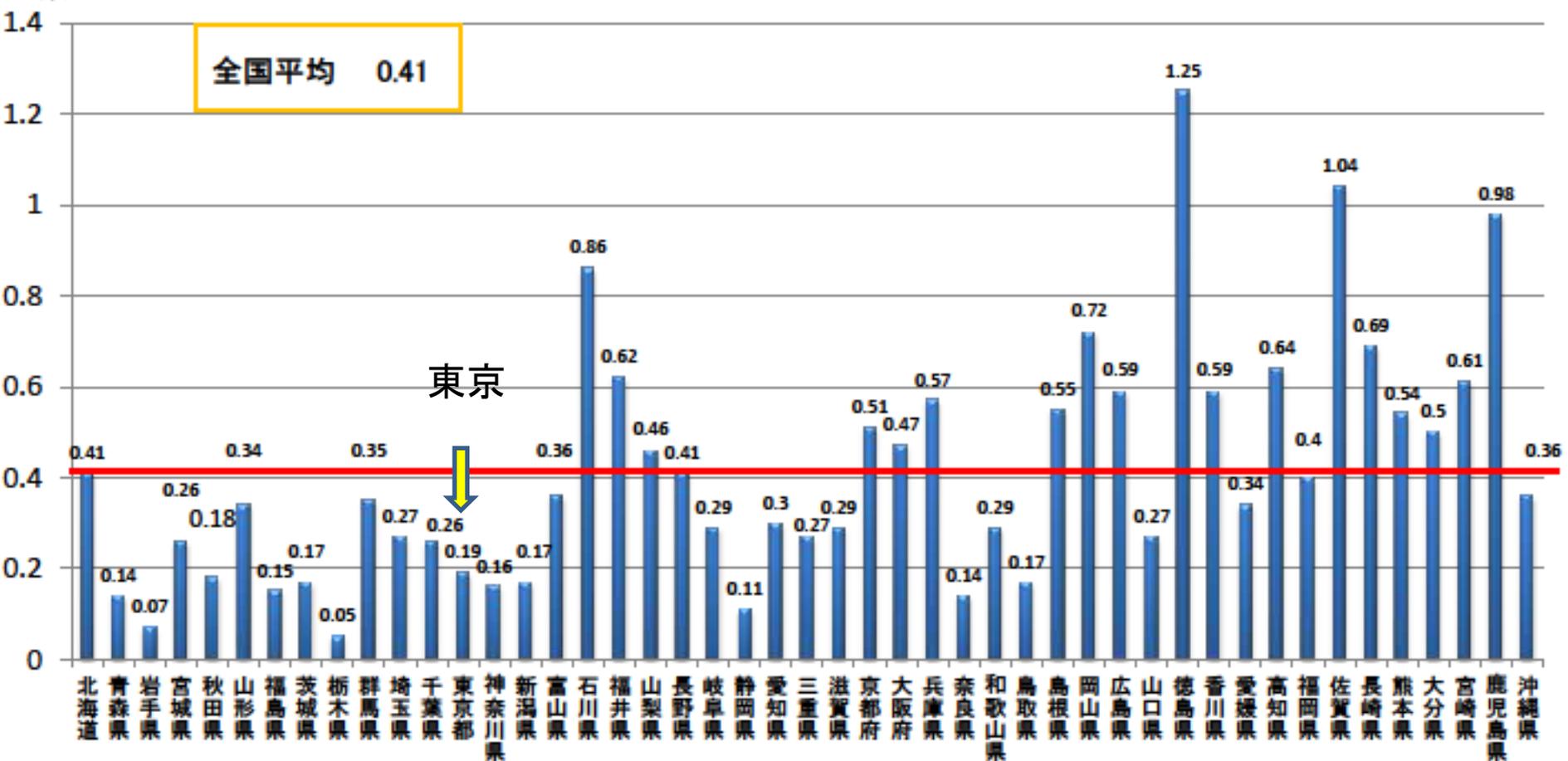
鈴木先生



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



保険局医療課データ 平成23年7月

2012年診療報酬改定

機能強化型

在宅療養支援診療所・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(2012年診療報酬改定)

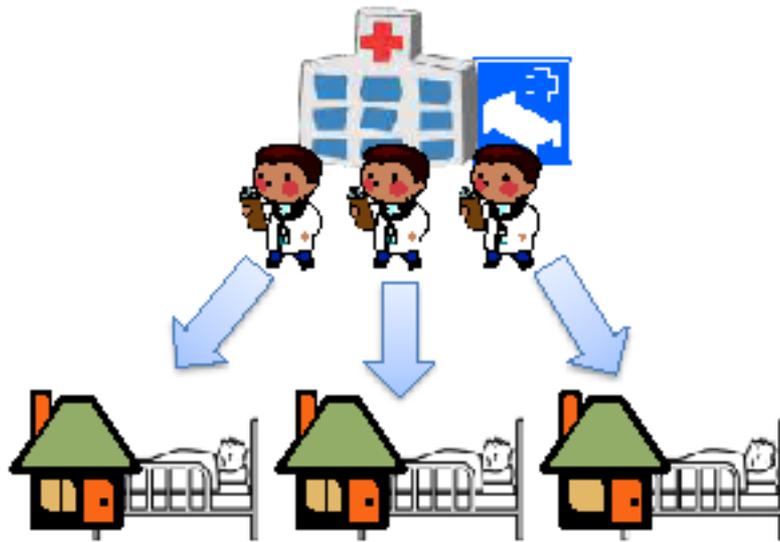
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - －イ 所属する常勤医師3名以上
 - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

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

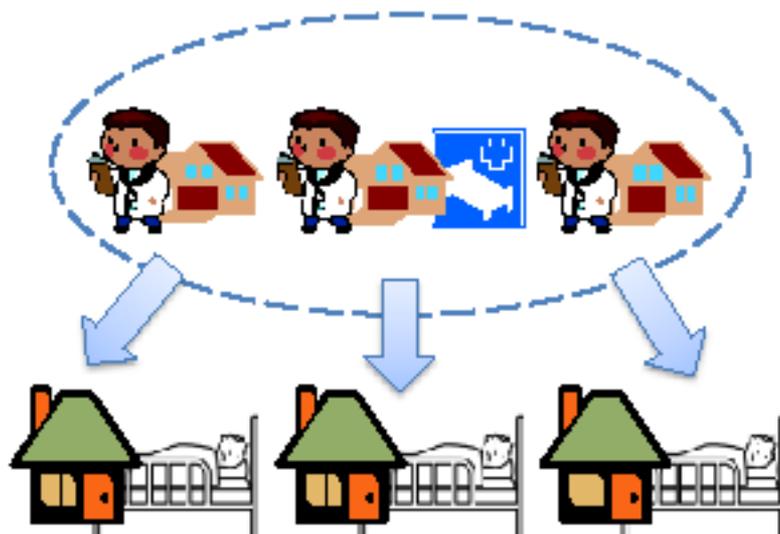
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

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)

2014年診療報酬改定

機能強化型在宅療養支援病院・診療
所の要件の厳格化と同一建物減算

機能強化型在支診等の評価

- 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績5件以上

過去1年間の在宅看取りの実績2件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。

改定後

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績10件以上

過去1年間の在宅看取りの実績4件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。

イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上

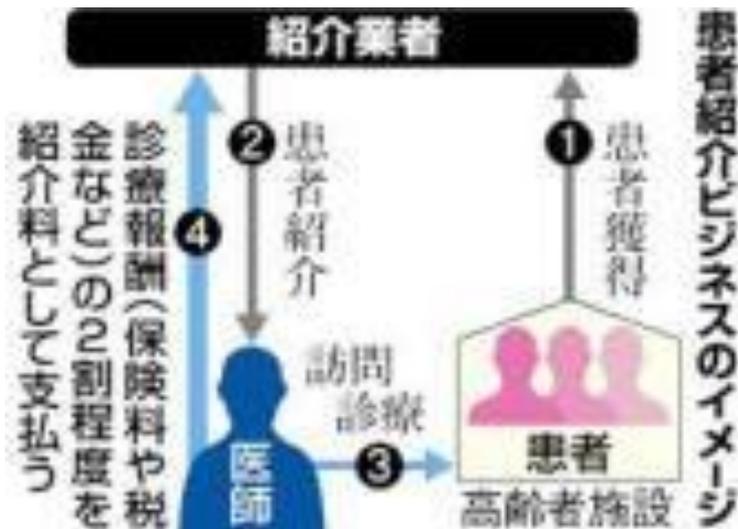
ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

- ① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

患者紹介ビジネス

- 朝日新聞の2日連続トップ記事(2013年8月)



同一建物への
訪問診療



患者紹介ビジネス
が問題となった！

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。

診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。
(一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒～10分、一月当たりの訪問診療回数 ほとんど4～5回/月)

患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

算定例

<例>強化型在支診・病院(病床有)が、集合住宅に月2回訪問診療を行った場合
訪問診療料 200点 × 2回
在宅時医学総合管理料 5,000点 × 1回 = 5,400点 + 処置料等

(参考)<特定施設等の場合>

訪問診療料 400点 × 2回
特定施設入居時等医学総合管理料 3,600点 × 1回 = 4,400点 + 処置料等

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、

一般的な状況を示すものではない。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
病床	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外		
	病床有		病床無		-		-		
病床	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

同一建物減算の除外条件

[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

パート4

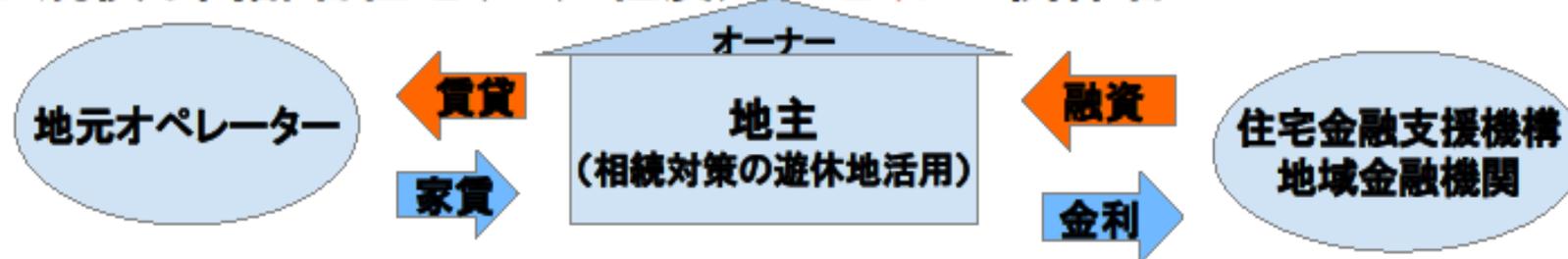
サービス付き高齢者向け住宅と ヘルスケアリート

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

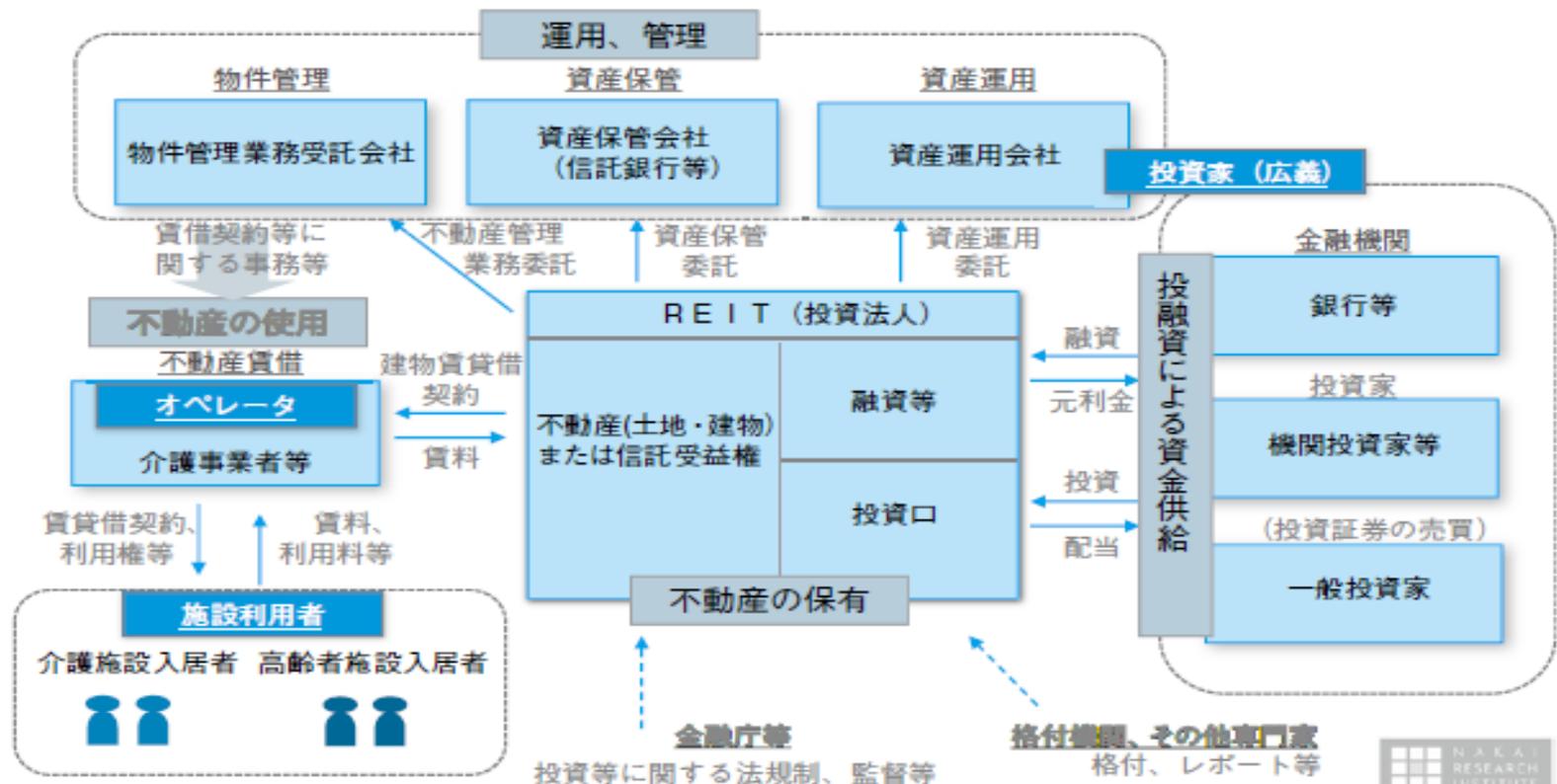
検討委員会 委員名簿

座 長	川北 英隆	京都大学大学院経営管理研究部教授
委 員	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
	正田 克成	大和ハウス工業株式会社 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
	矢木 茂	企業年金連合会年金運用部不動産担当部長
オブザーバー	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

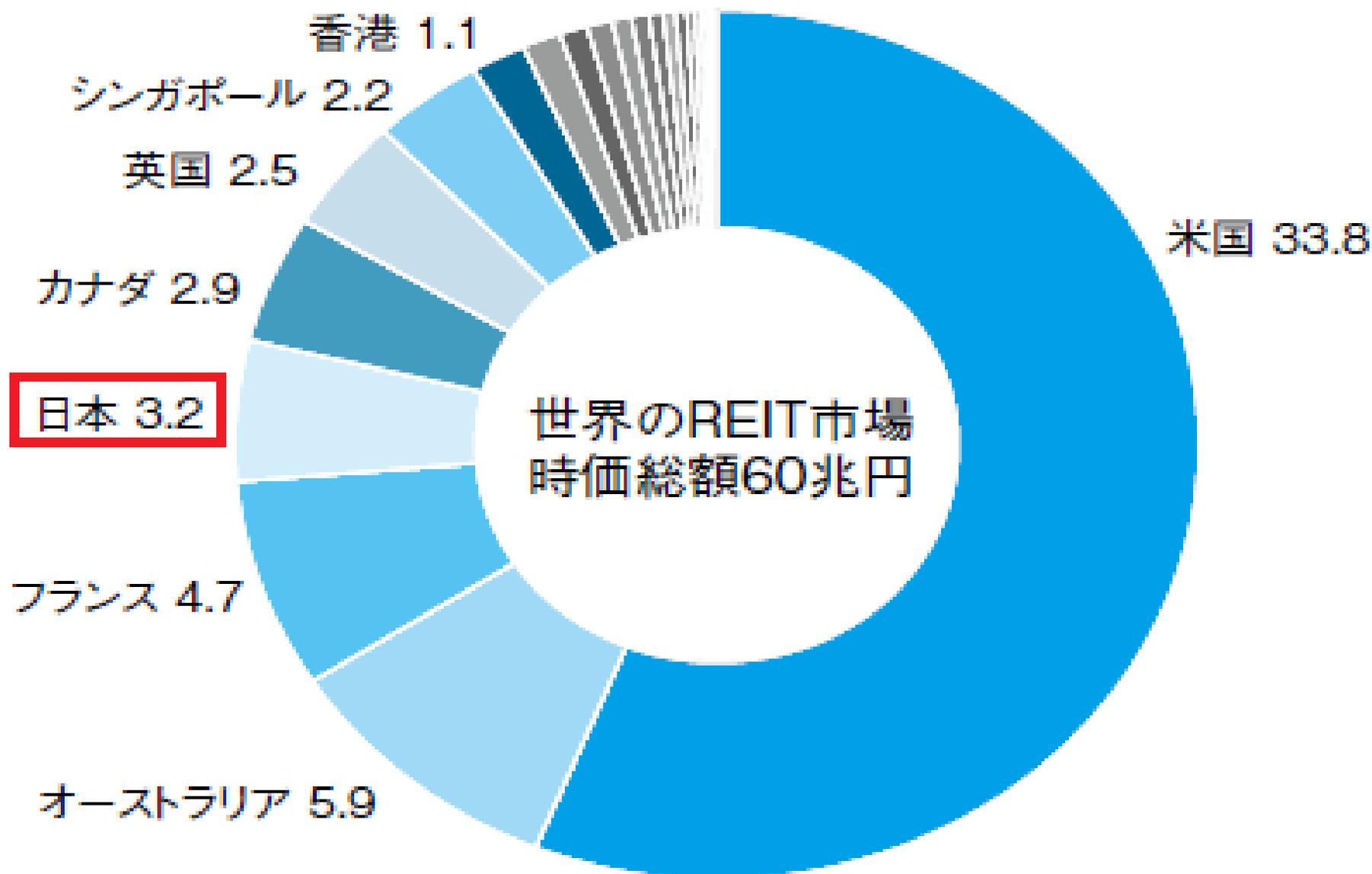
リート(REIT: Real Estate Investment Trust)とは？

不動産投資信託のこと、投資家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のスキーム

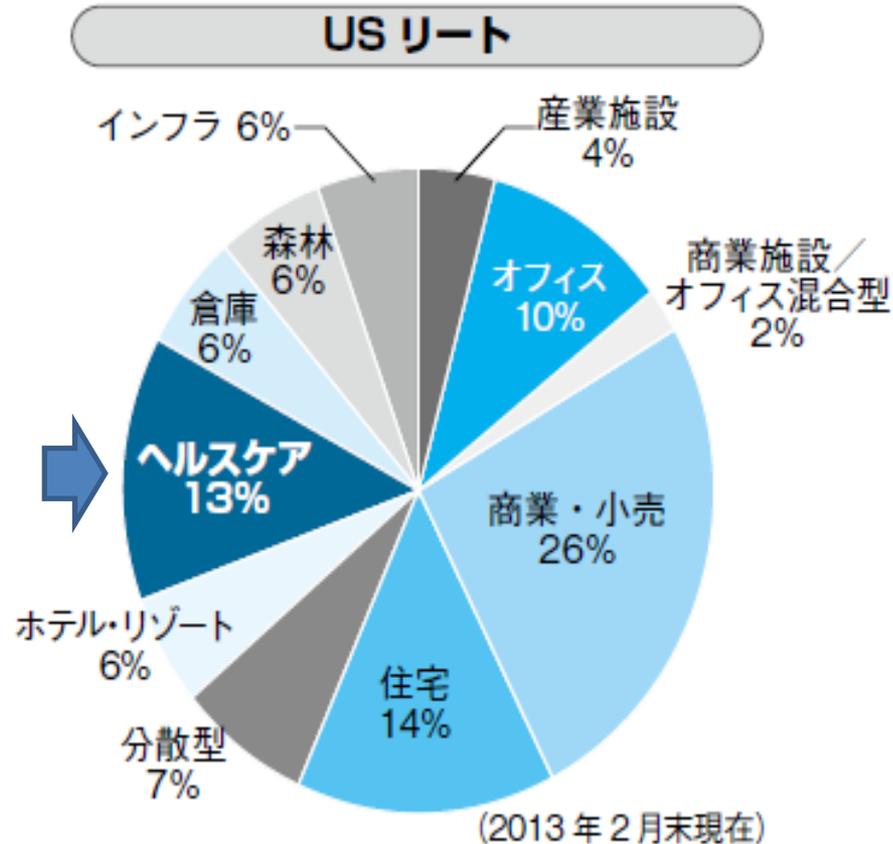
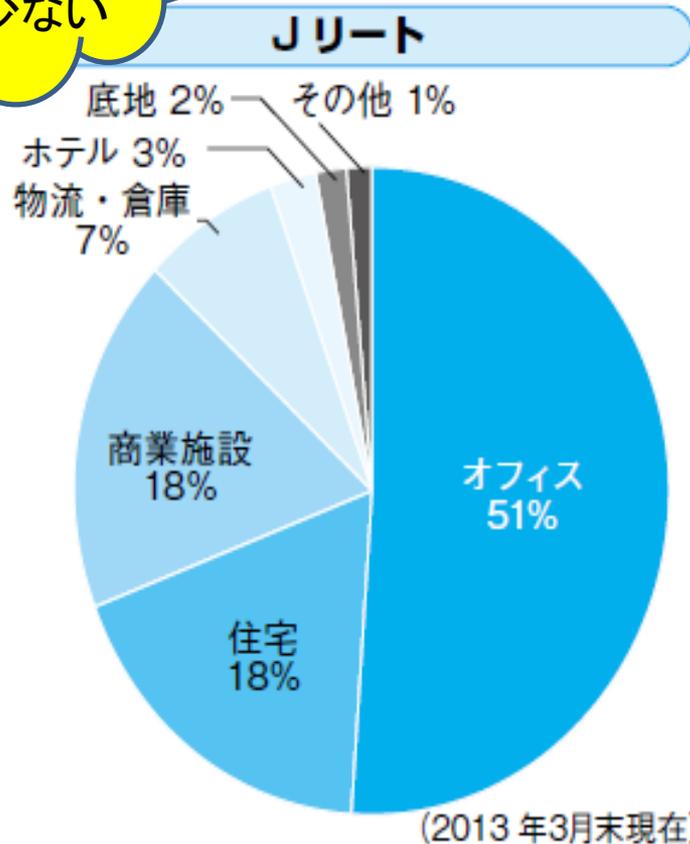


世界のREIT市場時価総額 60兆円の内訳



日本では
ヘルスケア
リートは極
めて少ない

日米リートの投資比較



出所：ARES 資料及び NAREIT [REITWatch]より国土交通省作成

海外のヘルスケア REIT の銘柄数と時価総額

国名	銘柄数	時価総額 (億ドル)	時価総額 (兆円)	シェア
米国	12	812	7.64	93.6%
カナダ	4	26	0.24	3.0%
シンガポール	2	19	0.18	2.2%
英国	1	4	0.04	0.4%
ニュージーランド	1	3	0.03	0.4%
マレーシア	1	3	0.03	0.3%
オーストラリア	1	1	0.01	0.1%
	22	868	8.16	100.0%

出所) NAREIT, 各証券取引所資料、Bloomberg 等をもとに三井住友トラスト基礎研究所作成

注) 米国のヘルスケア REIT は、FTSE NAREIT Equity Health Care Index を構成する 12 銘柄
(2013 年 3 月 20 日に上場した Aviv REIT を含む)。時価総額は 2013 年 3 月末時点

米ヘルスケア REITの時価総額・銘柄数の推移

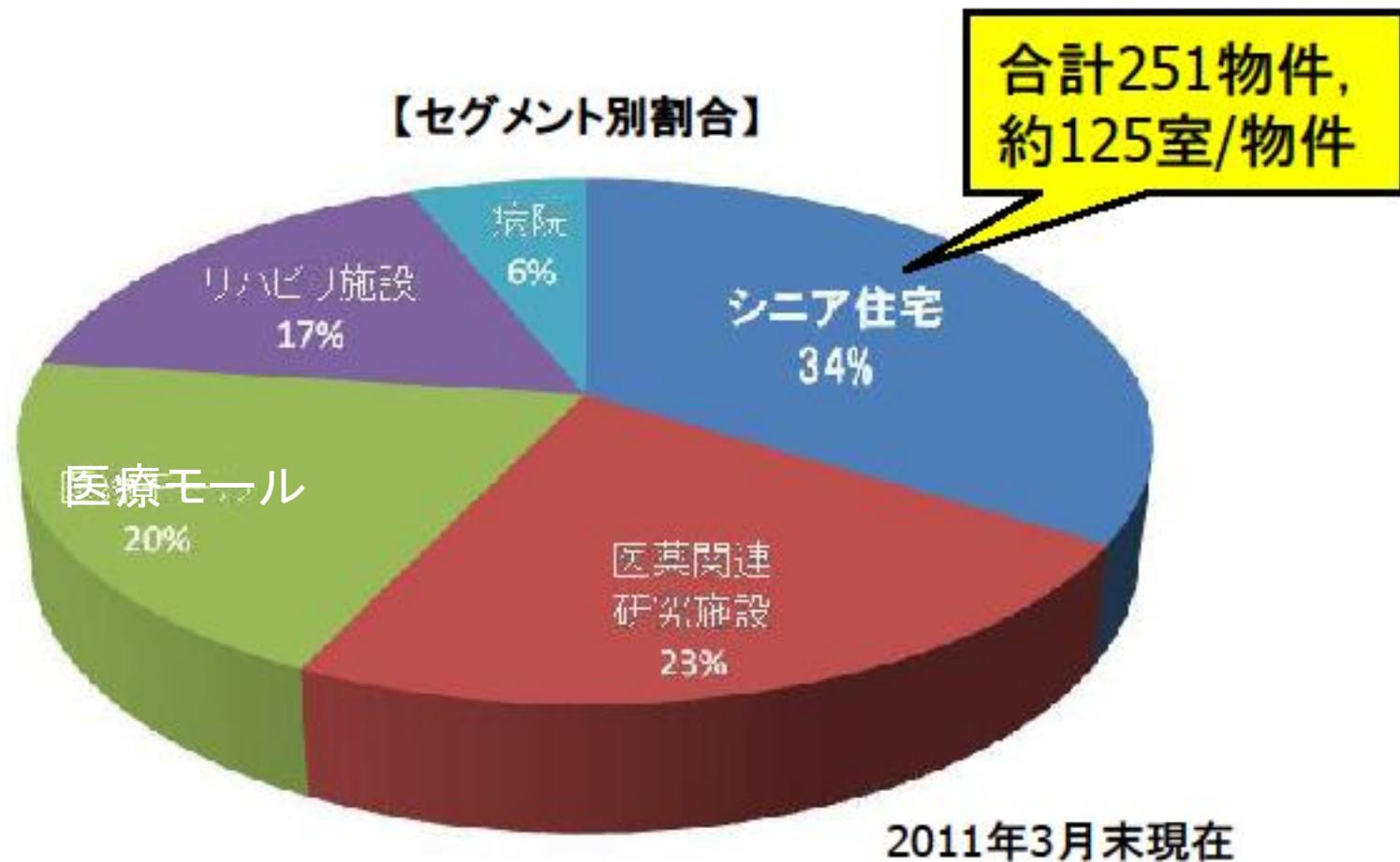


出所) NAREIT「REIT Watch」をもとに三井住友トラスト基礎研究所作成

注) 2013年は3月末時点の数値で年末値ではない

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/\$)

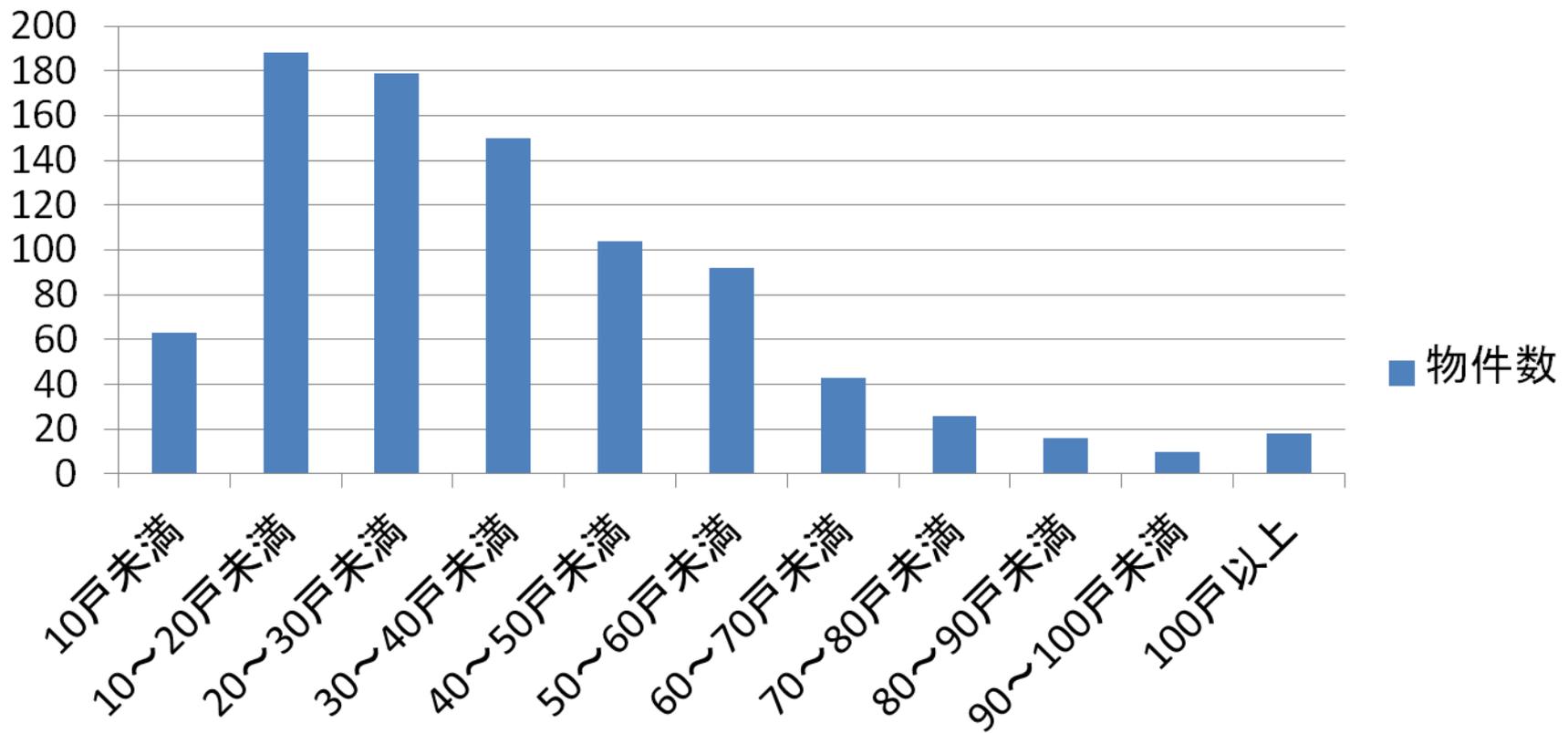


出典:HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

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

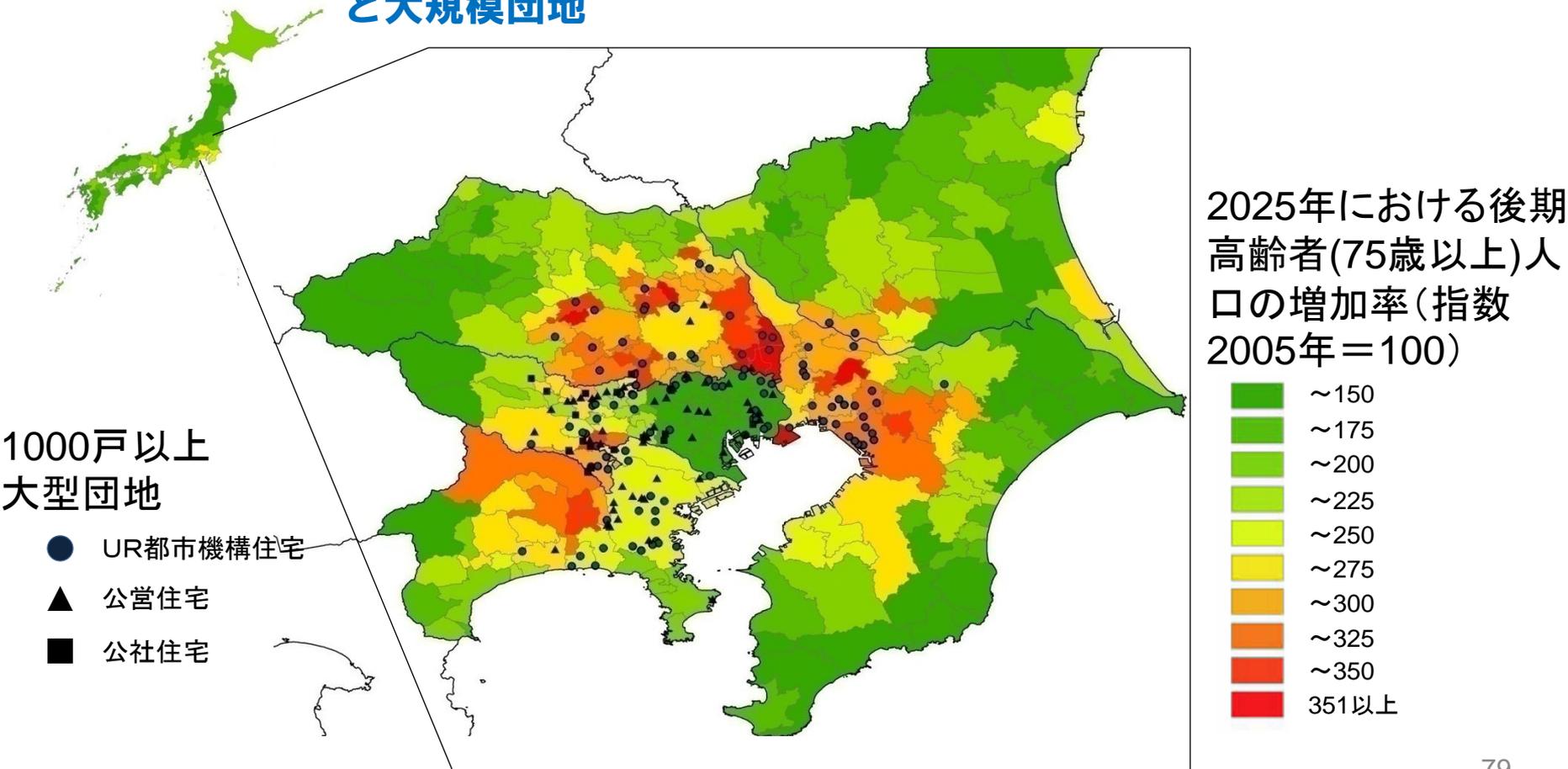


中井生活経済研究所調べ(2012年)

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

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



- 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



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



■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－都市機構は共同で、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⇒「豊四季台地域高齢社会総合研究会」の発足（参加者：東大・柏市・都市機構）

安心して暮らせる
 活力ある
 超高齢化社会
 柏－東大モデル



評価

高齢者のQOL

家族のQOL

コスト

長寿社会のまちづくり
 ー豊四季台地域の未来を考えるー
 柏－東大モデルの提案
 講演会より

地域包括ケアによる地域開発

- 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。

「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」

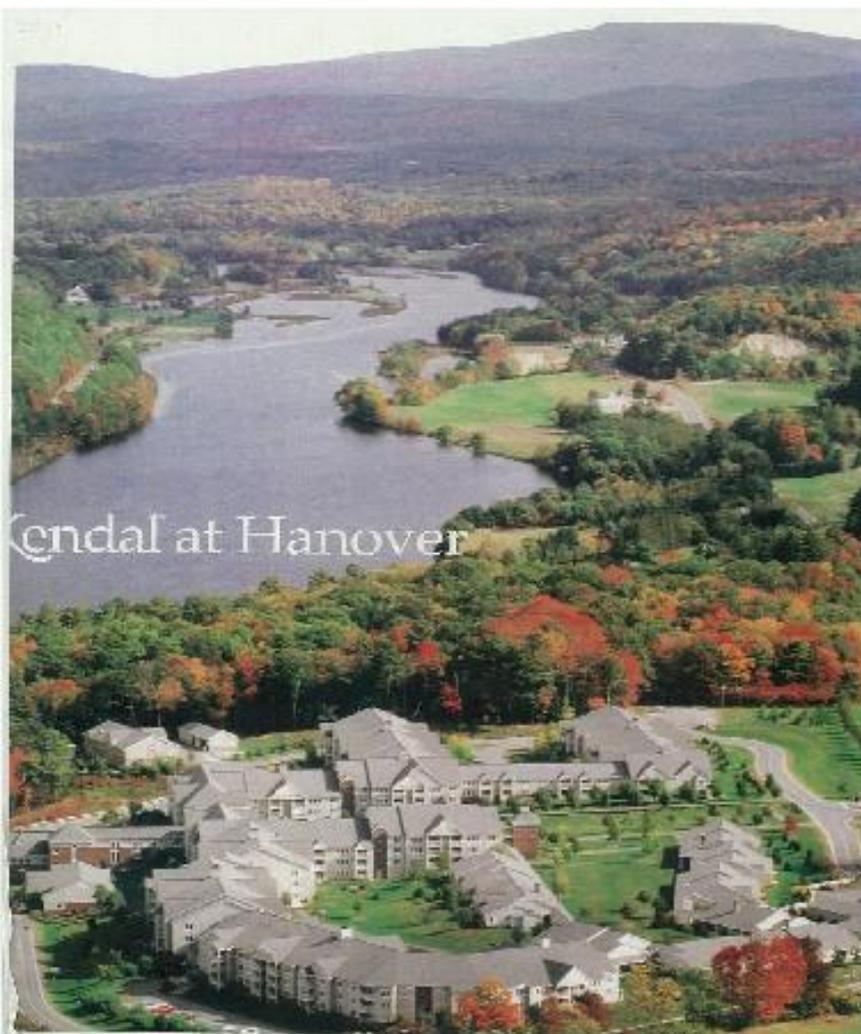
CCRCとは？ 継続的なケア

Continuing Care Retirement Community

- ①インディペンデント・リビング(IL:自立可能な健常者用)
- ②アシスティッド・リビング(AL:軽度の介護者用)
- ③ナーシング・ホーム(NH:重度の介護者用)
- ④メモリー・サポート(MS:認知症)

各居室を同じ敷地に集約、居住者を継続してケア
移転の煩雑さやコスト負担がなく、
安心して同じ敷地で暮らし続けることが可能。

大学連携型CCRC ケンダル・アット・ハノーバー(ダートマス大学)



場所: ニューハンプシャー州ハノーバー

連携大学: ダートマス大学

提携病院: ダートマス大学病院

設立: 1991年

敷地: 26万㎡(約8万坪)

事業者: ケンダル社

居住者数: 約400人

居住者平均年齢: 84歳

長生きで健康

居室: 約350居室

(認知症10室、重介護用30室)

入居率98%

収入: 約20億円

利益: 約1.5億円

従業員: 約300人

ビジネス化

地域に雇用

世代交流

ハノーバーの人口: 約11,000人

ダートマス大学の学生数: 5,800人

ハノーバーの街の魅力～学習、芸術、医療面での充実



ダートマス大学（学問）



シニア講座（生涯学習）



ホプキンスセンター（芸術）



ダートマス・メディカルセンター（医療）

ダートマス大学の生涯学習講座 多様な約50の講座

	分野	講座名
1	政治	現代の国際政策課題
2	国際金融	国際金融システム
3	環境	温暖化問題を考える
4	生活	上手に歳をとる方法
5	歴史	古代のミステリーの謎解き
6	歴史	ウィンストン・チャーチル論
7	執筆	ノンフィクションの書き方
8	文化	生け花～日本のフラワーアレンジメント

成功要因

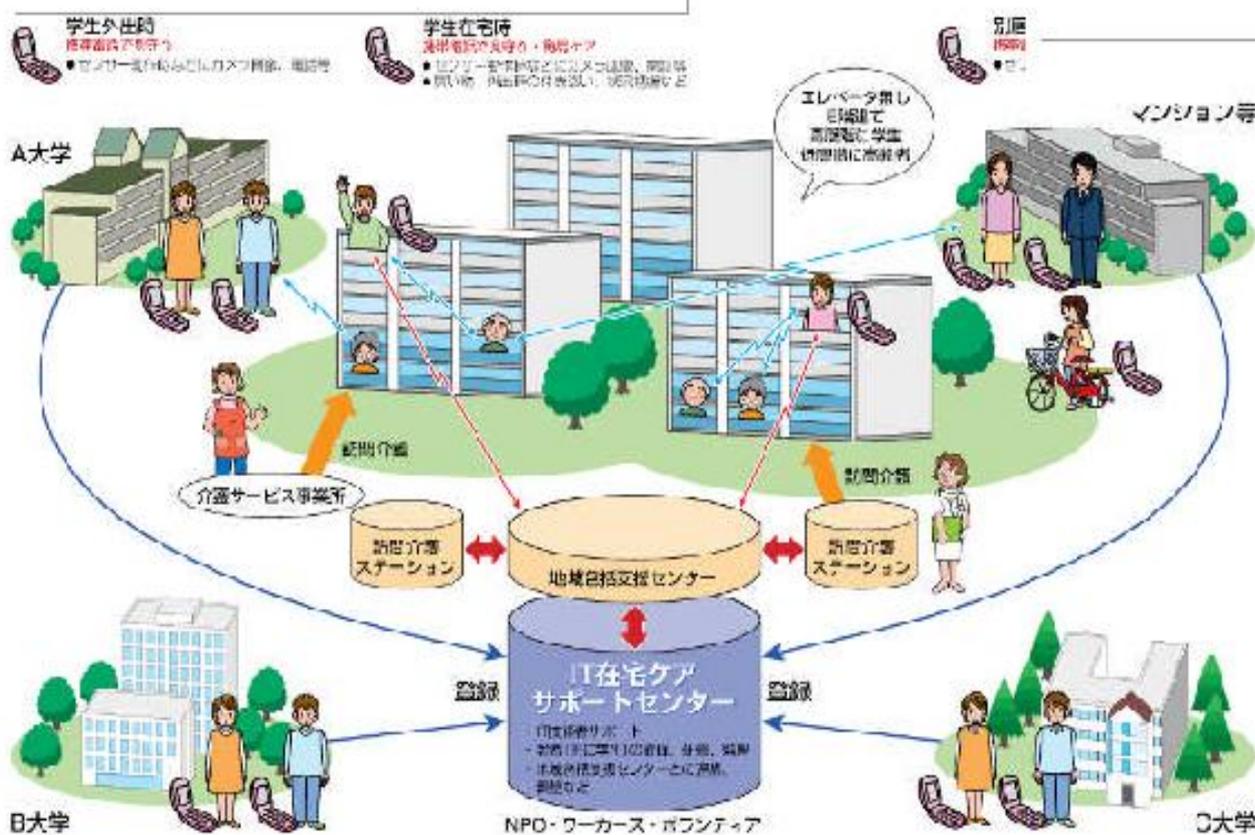
- ・キャンパスライフを楽しむ
- ・多彩な講座
- ・知的刺激
- ・ゴルフ三昧の脱却
- ・ディスカッション中心の講義



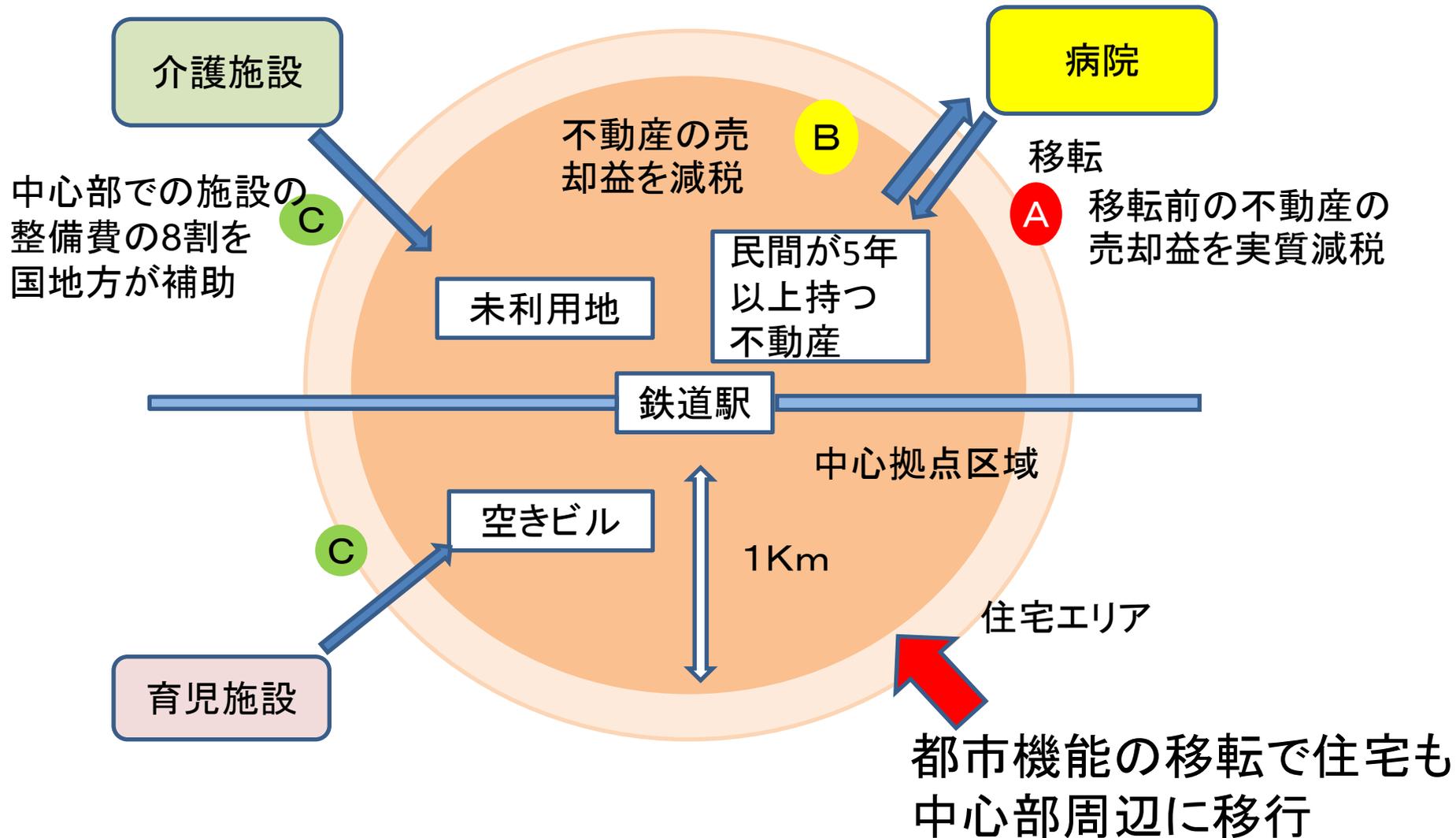
日本への示唆: その3 多世代共生CCRC

団地の低層階に高齢者が居住。高層階に近隣の学生が近居し、高齢者は大学で学ぶ。
多世代共生型コミュニティ。

都市型
近郊型
地方型



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

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

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

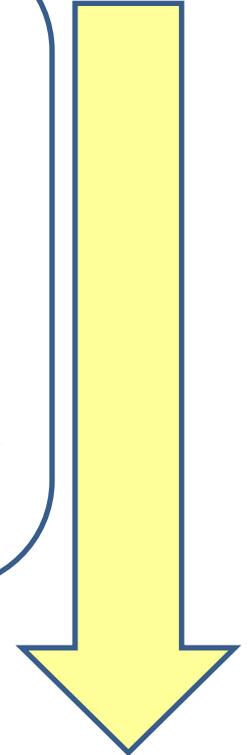
ヘルスケアリートへの期待

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。

検討会の4つのポイント

- ①ヘルスケアREITの普及啓発の実施
 - ヘルスケアREITのしくみやメリットについて、わかりやすく説明し、理解を求めていくことが必要
 - 特にREITは、施設を長期にわたり安定的かつ適切に保有することや、施設転用の可能性が小さいことを説明するなど、利用者の不安を払拭する取り組みが必要。

②ヘルスケアREITが留意すべき事項

- (1)オペレーターのモニタリング体制の拡充
 - ・オペレーターを交代させることができる要件を賃貸借契約で明確化し、万が一の場合のオペレーター交代手続きを事前に確認しておく。
- (2)賃貸借契約における合理的な条件設定
 - ・利用者、オペレーター、REITといった関係者の不安を払拭するために、オペレーターとREITとの間で締結する賃貸借契約で、提供するサービス、建物の改修内容や賃貸借契約の解除・解約の条件を明確にしておく。
- (3)REITによる適切なデューデリジェンスと内外への情報開示の実施
 - ・オペレーターについて、収益状況の分析や信用度の確認、入居一時金の未償却部分の保全状況、利用者保護の観点に沿った社内規定の有無の確認など、十分なデューデリジェンスを行い、投資後もオペレーターや施設のモニタリングを行うべき。
 - ・そのためには、オペレーターの財務状況、施設の事業収支、物件内容などについて入手できるような環境整備が前提となる。必要な情報を投資家に開示することも重要。

③オペレーター的外部評価の充実

- 第三者からの評価のしくみができることは、REITや投資家だけでなく利用者にも有用。
- しくみがないと評価コストが高くなり、評価しきれないオペレーターの事業リスクによって投資家の利回りが高くなり、オペレーターと投資家の期待利回りがかい離するおそれがある。

④ヘルスケア施設を核とした地域活性化

- 医療、介護、予防、住まい、生活サービスを一体的に提供する地域包括ケアへの参画は、ヘルスケア施設にとって有効なマーケティング戦略となり得る。
- REITは投資対象の選定・運営を通じて、地域の活性化に資することができる。

ヘルスケアREITの課題と期待

ヘルスケアREITの課題

• 1.制度リスク

- 介護保険制度などの制度改正による事業リスク
- 2年に1回の診療報酬改定、3年に1回、介護保険計画の策定・保険料の設定と介護保険報酬の改定が実施される。

• 2.オペレーターリスク

- オペレーターの内容を把握するための評価手法が確立されていない
- オペレーターが適切にヘルスケア施設を運営しているかどうか把握する必要がある。具体的には、オペレーターが提供するサービスの質、内部統制、及びコンプライアンスの程度等。

ヘルスケアREITの課題

• 3.建物リスク

- 特殊性の高いヘルスケア施設の適切な維持管理を行うための費用
- 修繕費や資本的支出等、今後発生する費用を把握する必要がある。

• 4.流動性リスク

- 建物設備・構造の特殊性等により転用が困難
- 厨房・食堂、大浴場及び避難用スロープ等、ヘルスケア施設特有の設備を備えているので、転用可能な用途が制限されたり、転用時の費用が大きくなることがある。
- また、ヘルスケア施設は一般に10億円前後のものが多く、機関投資家が扱う物件としては規模がやや小さい。

ヘルスケアREITへの期待

- **1.民間資金を直接活用した多様なヘルスケア施設の供給の促進**
 - 不動産投資市場の投資家から資金調達を行うことにより規模の大きなものなど多様な施設の供給が可能となる。
- **2.ヘルスケア施設の所有と運営の分離**
 - ヘルスケアリートが施設の所有と維持管理を専門的に行うことにより、オペレーターは施設の運営に専念できる。
 - またオペレーターは、自らの資金調達力にかかわらず機動的な運営事業の展開が可能となる。

ヘルスケアREITへの期待

• 3.ヘルスケア施設にかかる不動産市場の形成

- ヘルスケア施設は転用が困難であることから、一般的には流動性が低いといわれているが、ヘルスケア施設を取得するリートの登場により、ヘルスケア施設にかかる不動産市場が形成され、その流動性が高まる。

• 4.不動産の長期安定保有

- ヘルスケアリートは、一般の企業と同様に存続期間の定めのない法人として施設の長期保有が可能であるため、ヘルスケア施設の安定的な利用に資する。
- また、施設の新設の場合、不動産の投資回収期間は長期にわたるため、リートによって長期安定的に不動産が供給されることにより、オペレーターの経営安定化に寄与する。こうした事業者の初期的な負担能力の軽減に資する。

ヘルスケアREITへの期待

- **5.施設運営の透明化の確保**

- ヘルスケアリートは投資家に対する十分な情報開示が不可欠であることから、ヘルスケア施設の運営、サービスの状況に関する情報開示の充実が期待できるため、結果的に施設・オペレーターの運営管理能力の向上や運営の透明化につながる。

- **6.資金調達手段及び運営手段の多様化**

- 上場ヘルスケアリートは、公開市場から資金調達が可能となり資金調達手段の多様化が図られる。

日本再興戦略-JAPAN is BACK-(平成25年6月14日閣議決定)

第Ⅱ. 3つのアクションプラン

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1: 国民の「健康寿命」の延伸

③ 病気やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会

Ⅱ) 解決の方向性と戦略分野(市場・産業)及び当面の主要施策

○ 安心して歩いて暮らせるまちづくり

- ① 民間資金の活用を図るため、ヘルスケアリートの活用に向け、高齢者向け住宅等の取得・運用に関するガイドラインの整備、普及啓発等(来年度中)

※「健康・医療戦略」(平成25年6月14日大臣申合せ)2.(2)②ウにも同様の記述あり。

産業競争力の強化に関する実行計画 (平成26年1月24日閣議決定)

1. 産業競争力の強化に関する実行計画

二. 重点施策の内容、実施期限及び担当大臣(産業競争力強化法(平成25年法律第98号)第6条第3項)

2. 「戦略市場創造プラン」関連

(1) 国民の「健康寿命」の延伸

施策項目: 安心して歩いて暮らせるまちづくり

施策内容及び実施期限: 高齢者向け住宅及び病院(自治体病院を含む)等を対象とするヘルスケアリートの活用に関して、ガイドラインの策定等の環境整備を平成26年度中に行う。

担当大臣: 内閣総理大臣(内閣府特命担当大臣(金融)、国土交通大臣)

2. 成長戦略進化のための今後の検討方針

Ⅱ. これまで成長産業と見做されてこなかった分野の成長エンジンとしての育成

1. 社会保障の持続可能性確保と質の高いヘルスケアサービスの成長産業化

① 医療・介護等の一体的サービス提供促進のための法人制度改革等

～中略～

自治体病院を含む病院を対象とするヘルスケアリート活用のため、ガイドライン策定等の環境整備を平成26年度中に行う。

高齢者住宅整備にリート

国土交通省 6月末めど指針作成

国土交通省は、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどの整備・運用に特化した「ヘルスケアリート」の活用促進に向け、6月末をめどに、リートを組成する資産運用会社の組織体制のあり方などを示すガイドラインを作成する。4月には已有業者で構成する検討組織を立ち上げ、具体的な議論に入る予定だ。また、モデル事業を実施し、リートオペレーターの間で交わす賃貸借契約書のひな形なども作成したい考え。このほか、施設規模が大きく、より多くの投資を呼び込めると期待される病院についても、リートの活用策を探っていく。

病院にも照準 活用策探る

ヘルスケアリートは、投資トを設立する資産運用会社に法人の仕組みを使って市場から資金を集め、ヘルスケア施設を確保・長期運営し、賃料など、望ましい組織体制の収益を投資家に分配する。高利の進行でヘルスケア施設の量的拡大が求められる中、民間資金を使った高齢者向け住環境の整備手法として注目され、政府の「日本再興戦略」や「経済産業省のための経費削減」にも活用を促す方針が記されている。

国土交通省では2014年度に、ヘルスケア施設整備・運用するリートの調査分析やガイドラインの作成、モデル事業の実施に乗り出す。4月に設置する予定の検討組織には、大学や関係する団体・企業の有識者のほか、オペレーターとして厚生労働省や金融庁も加わる見通し。ガイドラインは主に、リー

トを打ち出したこともあり、市場の関心は高まっている。昨年12月には大和証券グループ本社の子会社、大和リアル・エステート・アセット・マネ

ジントが、日本初のヘルスケア施設特化型投資法人を設立する発表。3月末めどに100億円規模で投資運用を始める。14年中には上場を目指すとしている。ヘルスケアリートの活用に向けては現在、高齢者住宅

を対象とした検討が行われているが、今後は病院についても、病院を対象とするヘルスケアリートの普及視野に入ると当たったの認識整備などを行っている。政府の産業競争力会議医療・介護等分科会は、病床機能強化に対応する施設改修や耐震化の費用など、今後の病院

の資金調達ニーズを踏まえた



病院リート活用のためのガイドラインができる

ヘルスケアREIT

資産運用会社設立 ケネディクスなど6社

- 不動産ファンド運営のケネディクスや新生銀行など6社は28日、高齢者介護・医療などヘルスケア施設に特化して投資する不動産投資信託(REIT)の創設に合意し、資産運用会社を設立したと発表した。
- 投資法人を設立して2014年後半をめどにヘルスケアREITを上場し、早期に資産運用規模を1000億円程度に引き上げる。
- 資産運用会社は「ジャパン・シニアリビング・パートナーズ」で、出資総額は4億円。ケネディクス60%、長谷工コーポレーション20%のほか、三菱UFJ信託銀行、LIXILグループ、損害保険ジャパン、新生銀が5%ずつ出資。社長には新生銀の藤村隆ヘルスケアファイナンス部長が就任した。
- 首都圏を中心に全国の有料老人ホームや高齢者向け住宅、病院などに投資する。藤村社長は「資本市場の潤沢な資金を、成長が期待でき社会性も高いヘルスケア市場に流し込むパイプ役になる」と語った。上場時の資産規模は500億円を想定し、年間200億円程度ずつ増やしていく方針だ。
- 産経Biz (2014年4月29日)より

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。
- ・病院リートがこれからの課題

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