

# 2025年へのロードマップ

～地域包括ケアシステムと医療介護総合確保法について～



国際医療福祉大学大学院 教授  
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員  
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
  - 病床機能報告制度と次期医療計画見直し
- 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住宅とヘルスケアリート
- パート5
  - 日本版IHN



# 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)

- 2012年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

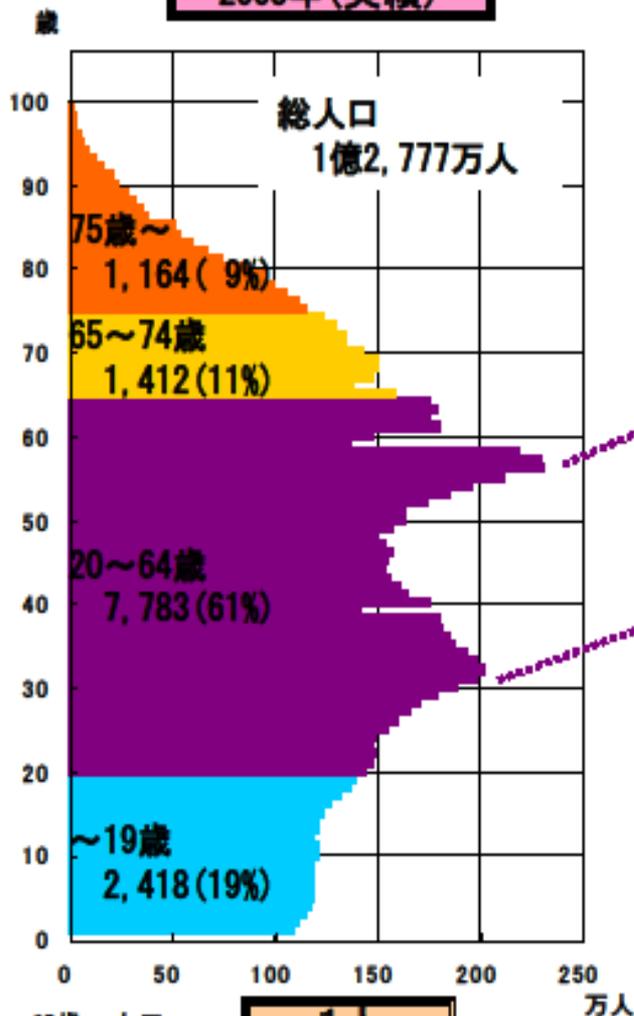


2012年8月10日、参議院を通過

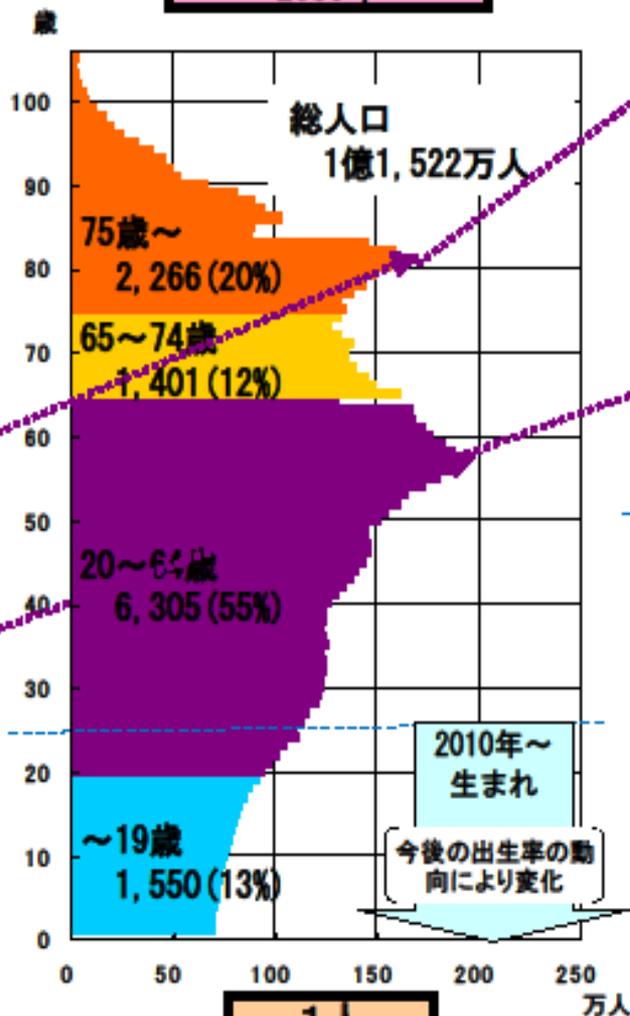
# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

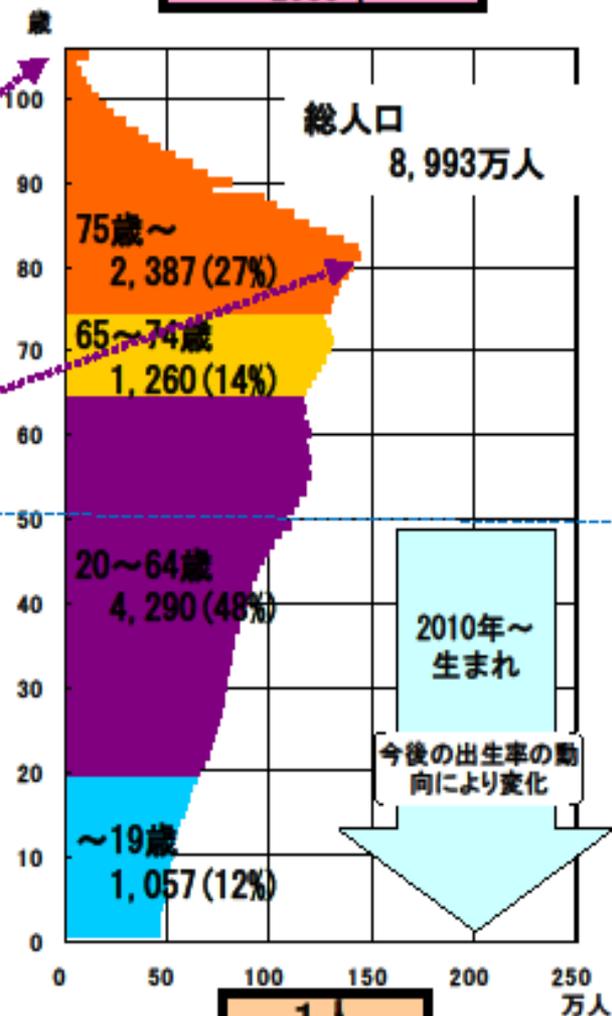
2005年(実績)



2030年



2055年



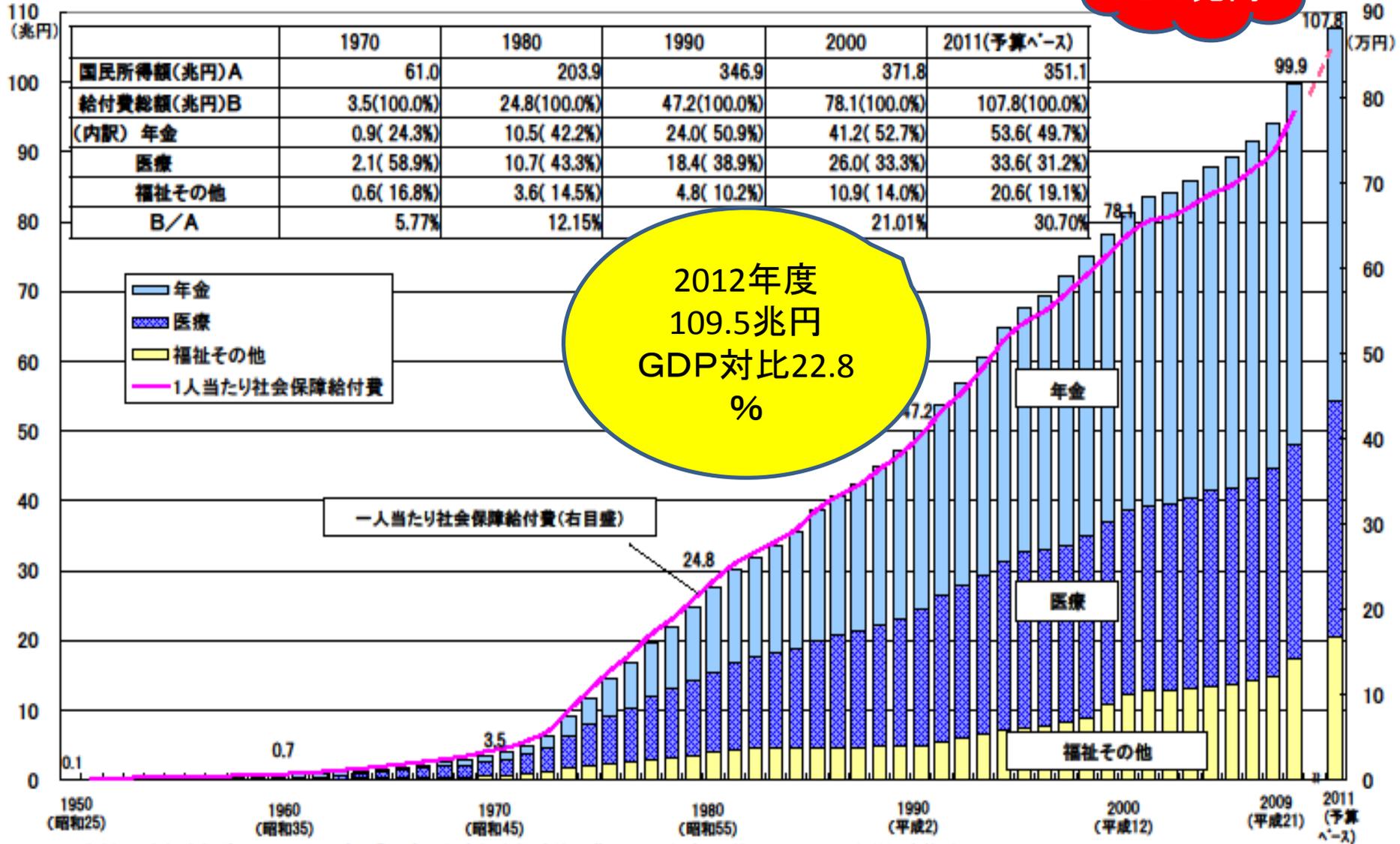
注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

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)



# 社会保障給付費の推移

2025年  
149兆円

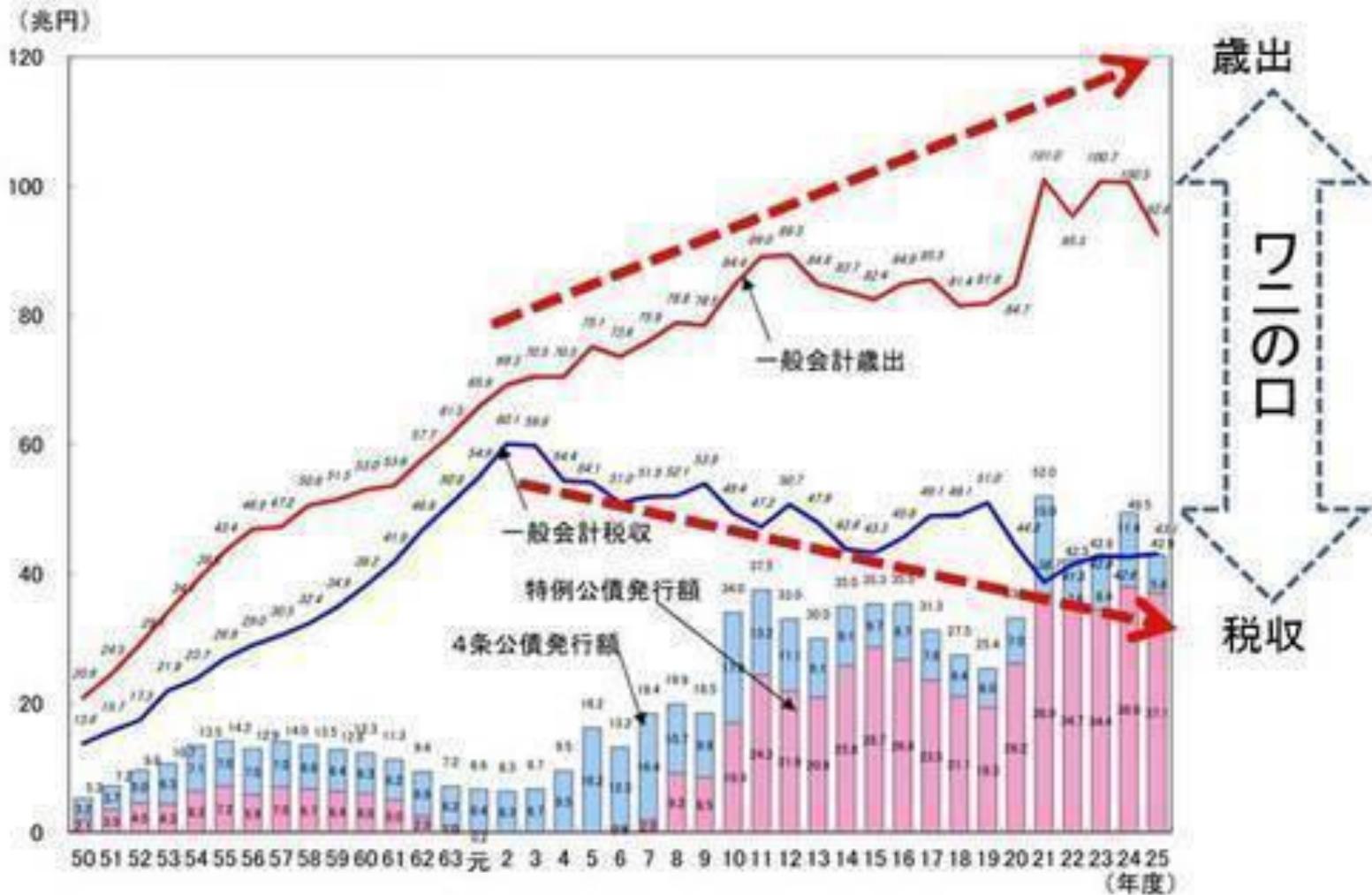


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

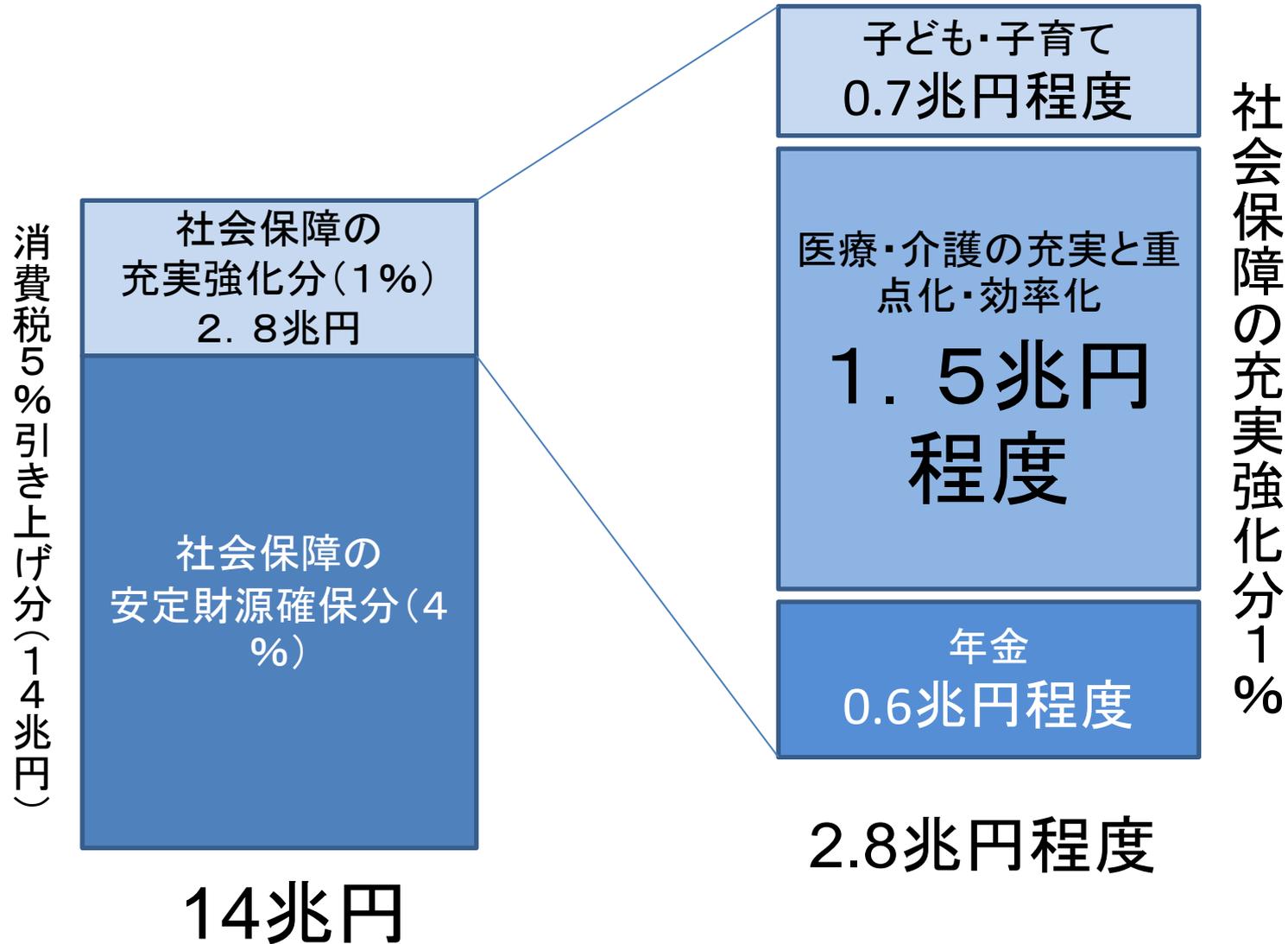
2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(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。

# ワニの口 歳入 - 歳出 = 赤字



# 消費税増税分の使い道



# 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118万人(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 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	304万人分 5万人分 -
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分
	介護施設 特養 老健(+介護療養)	92万人分 48万人分(うちユニット12万人(26%)) 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
	【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	
	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	
	449万人分(1.5倍) 40万人分(8.1倍) 15万人分(-)	
	61万人分(2.0倍) 24万人分(1.6倍) 37万人分(2.3倍)	
	131万人分(1.4倍) 72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%)) 59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))	
	232万人から244万人	
	49万人分	

一般病床  
107万床

機能分化し  
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

# 社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 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】



## 【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

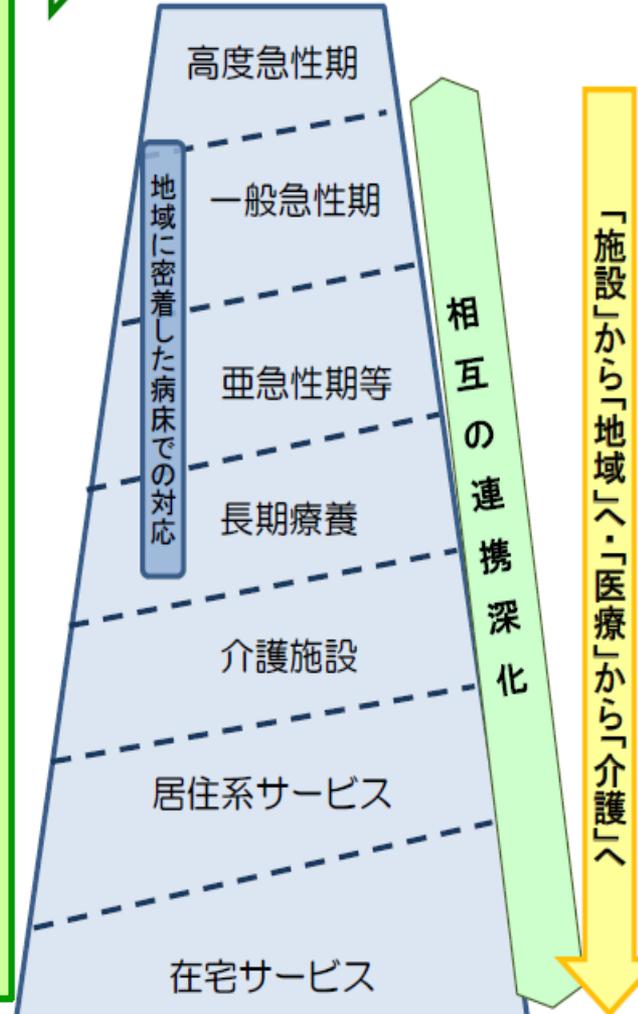
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

## 【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

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

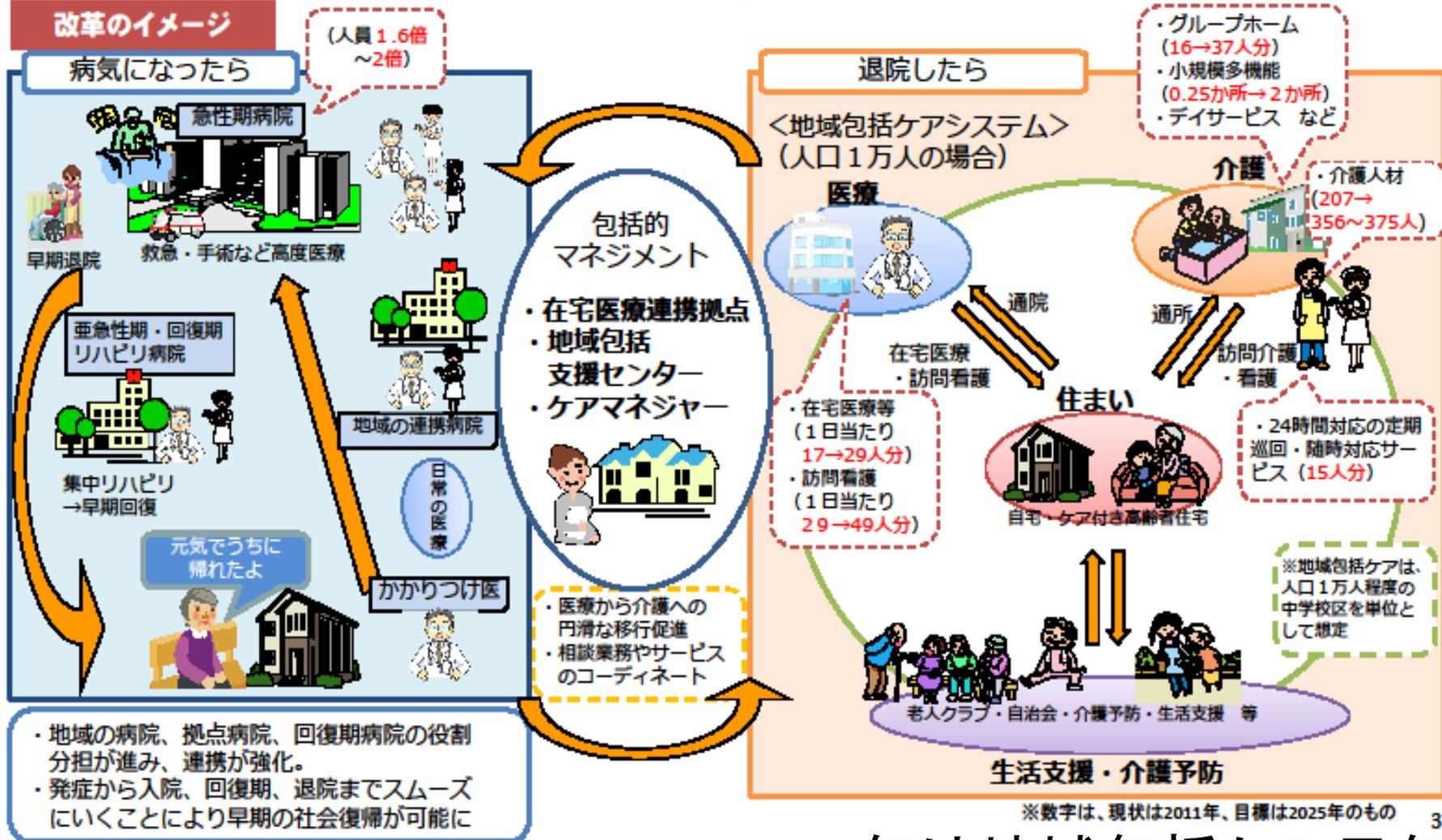
## 改革の方向性 ②

## 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

# 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

# 国民会議報告のポイント

- 都道府県の役割強化
  - 医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化
  - 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
  - 医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度見直し

# 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)

衆院厚生労働委員会  
で  
審議中！

(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

## 病床機能報告制度と 次期医療計画見直し



「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

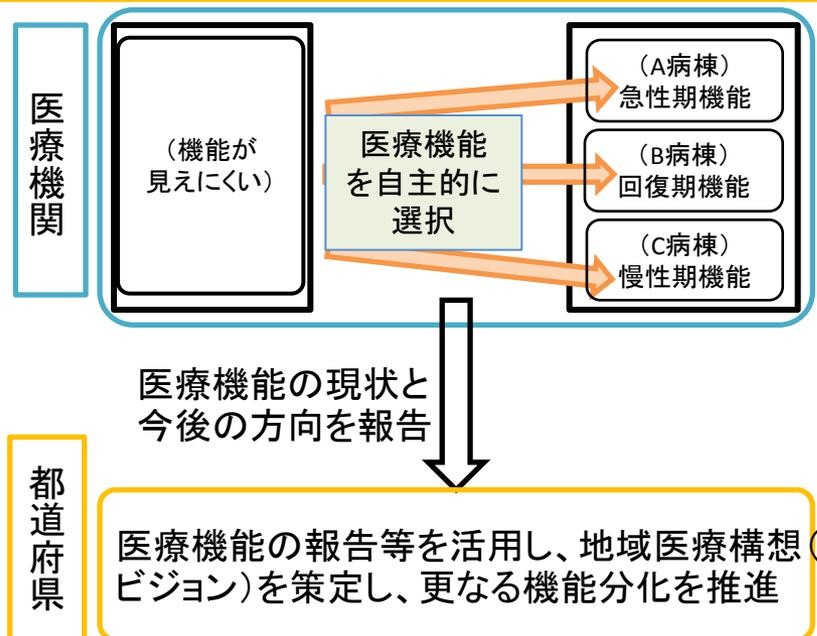
# 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

## ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能（**病床機能区分**）の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

## ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



### (地域医療構想（ビジョン）の内容)

1. 2025年の医療需要  
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制  
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

# 病床機能区分

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

# 検討会でまとまった病床機能区分

名称	内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

厚生労働省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」

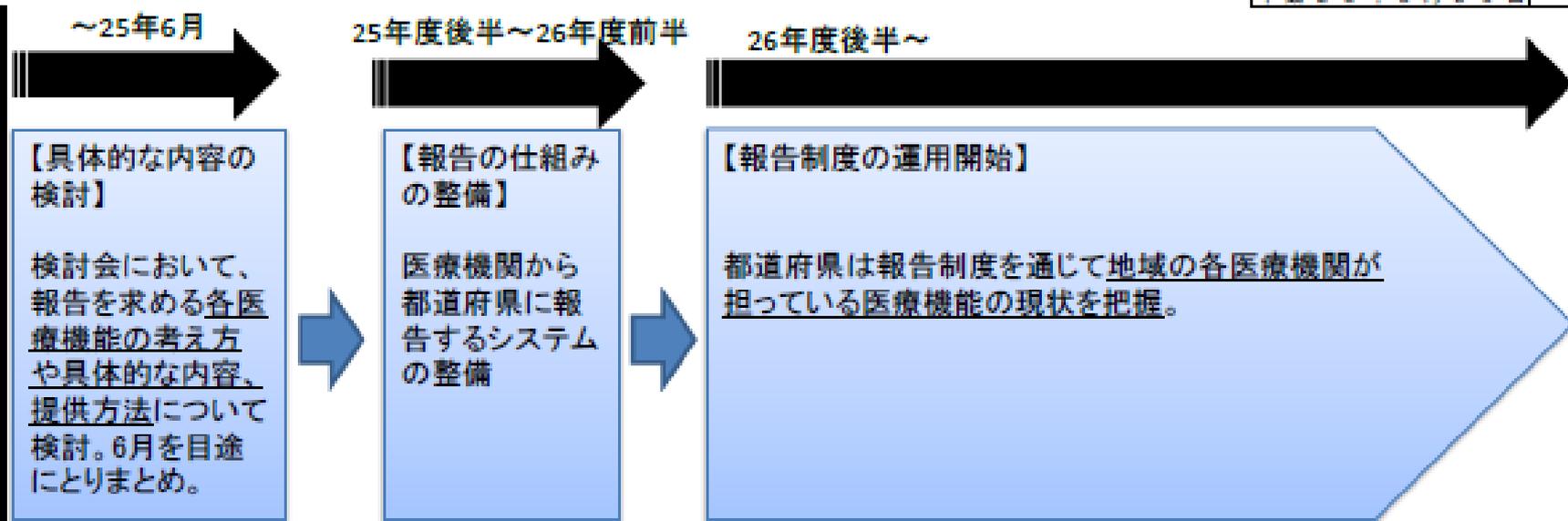
2013年9月4日

第8回の資料・議論を基に編集部作成

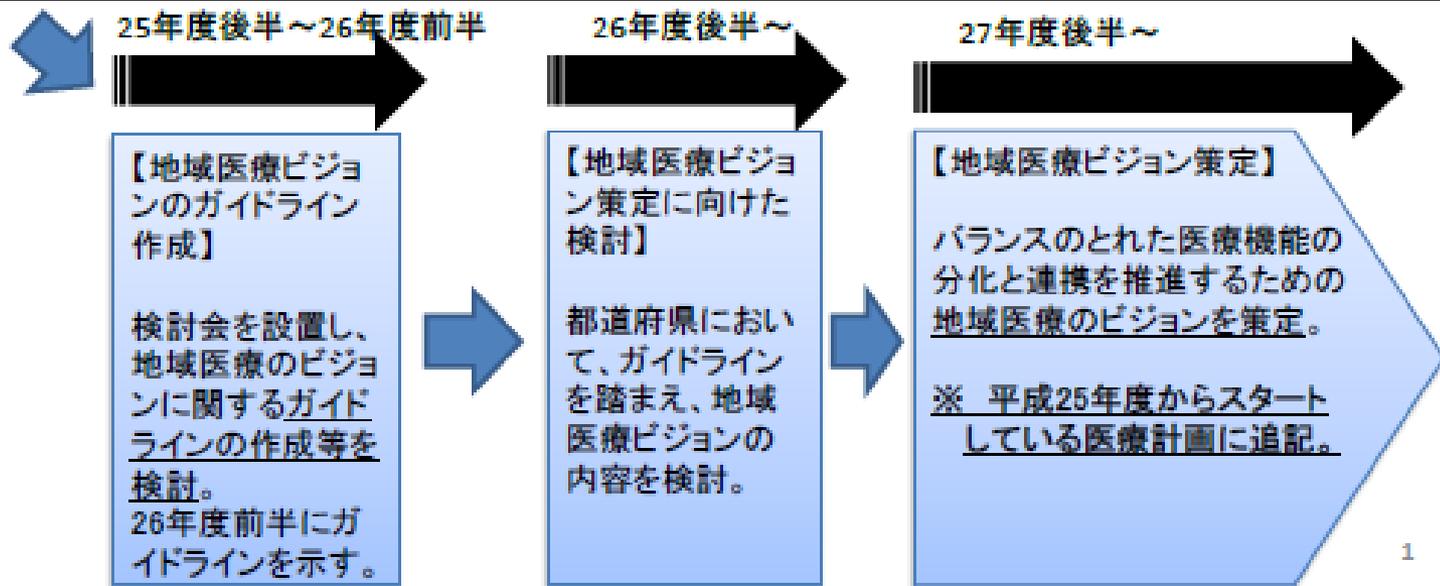
# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会  
 平成25年5月30日  
 参考資料

報告制度



地域医療ビジョン



# 病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
  - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
  - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

# 病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長 相沢孝夫氏
  - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長 中川俊男氏
  - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏
  - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
  - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

# 第3案(修正案)

- 修正案

- 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
- 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
- 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う

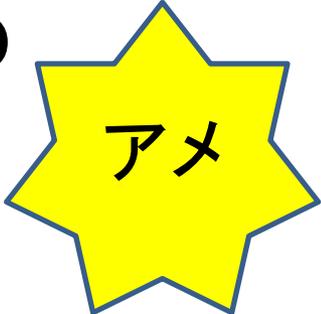
- ペナルティー案

- ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消



ムチ!

# 機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度



アメ

- 2014年度予算政府案
  - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
  - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
  - **機能分化・連携を進める医療機関への補助財源**とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
  - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

# 基金制度

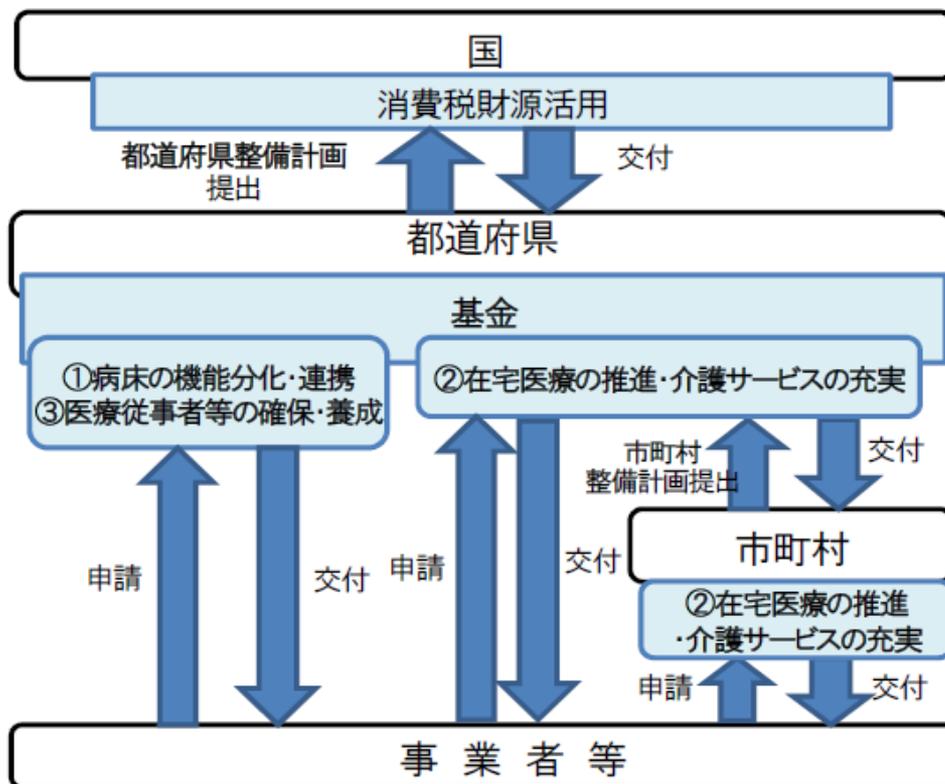
- 基金の補助対象事業
  - 都道府県が新たに策定する地域医療ビジョンを達成するための医療機関の施設・設備整備事業
  - 在宅医療を推進するための事業
  - 介護サービスの施設・設備整備を推進するための事業
  - 医師、看護職、介護職を確保するための事業
  - 医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業

## 医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度：公費で904億円  
消費増収活用分544億円  
その他乗せ措置360億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した整備計画に基づき事業実施。
- ◇ この仕組みについては、平成26年通常国会へ提出予定の医療・介護の法改正の中で、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設けることを検討。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療ビジョンの策定後に更なる拡充を検討。

### 【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



### 地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本方針を策定し、対象事業を明確化。
  - ②都道府県は、整備計画を厚生労働省に提出。
  - ③国・都道府県・市町村が基本方針・計画策定に当たって公平性、透明性を確保するための協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。

### 新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業**
  - (1) 地域医療ビジョンの達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業**
  - (1) 在宅医療を推進するための事業
  - (2) 介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者等の確保・養成のための事業**
  - (1) 医師確保のための事業
  - (2) 看護職員等の確保のための事業
  - (3) 介護従事者の確保のための事業
  - (4) 医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

## 医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

### スケジュール(案)

- 3月3日 全国医政関係主管課長会議(都道府県)  
※会議後も適宜情報提供
- 3月20日 都道府県新基金担当者会議
- 4月中旬 第1回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業として想定している内容、基金の規模感等)
- 5~6月 第2回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業の検討状況、27年度の規模感等)
- [以下は6月頃に法律が成立した場合(国会審議により変更があり得る)]
- 7月 国に協議会設置、総合確保方針の提示  
交付要綱等の発出(交付要綱等の発出から都道府県計画の提出まで1~2か月程度を想定)
- 9月 都道府県が都道府県計画を策定
- 10月 都道府県へ内示
- 11月 交付決定

# 2025年へのロードマップ

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

病床機能情報報告制度

②基金

③報告制度

病床機能情報報告制度  
地域医療ビジョン

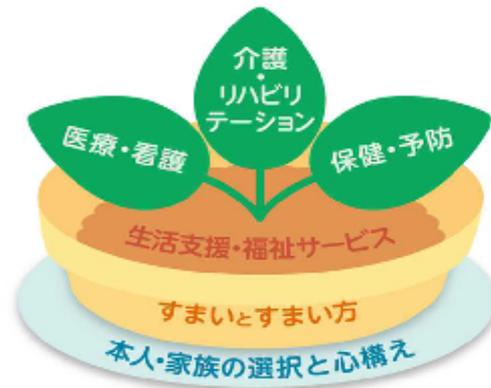
病床機能情報報告制度  
地域医療ビジョン

病床機能情報報告制度  
地域医療ビジョン

医療介護のあるべき姿

# 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

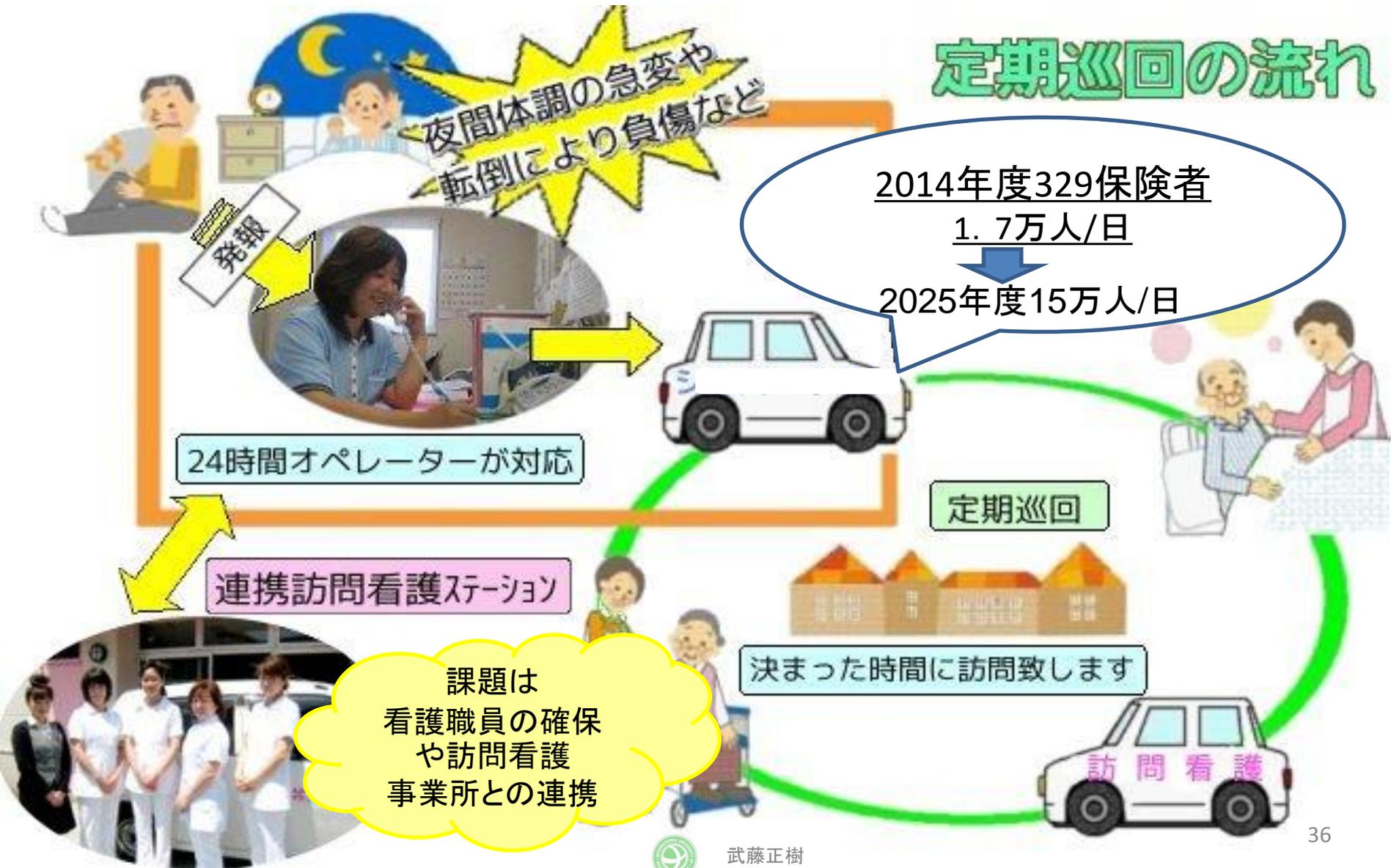
- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
  - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
  - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
  - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
  - ②介護施設における医療ニーズへの対応
  - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保



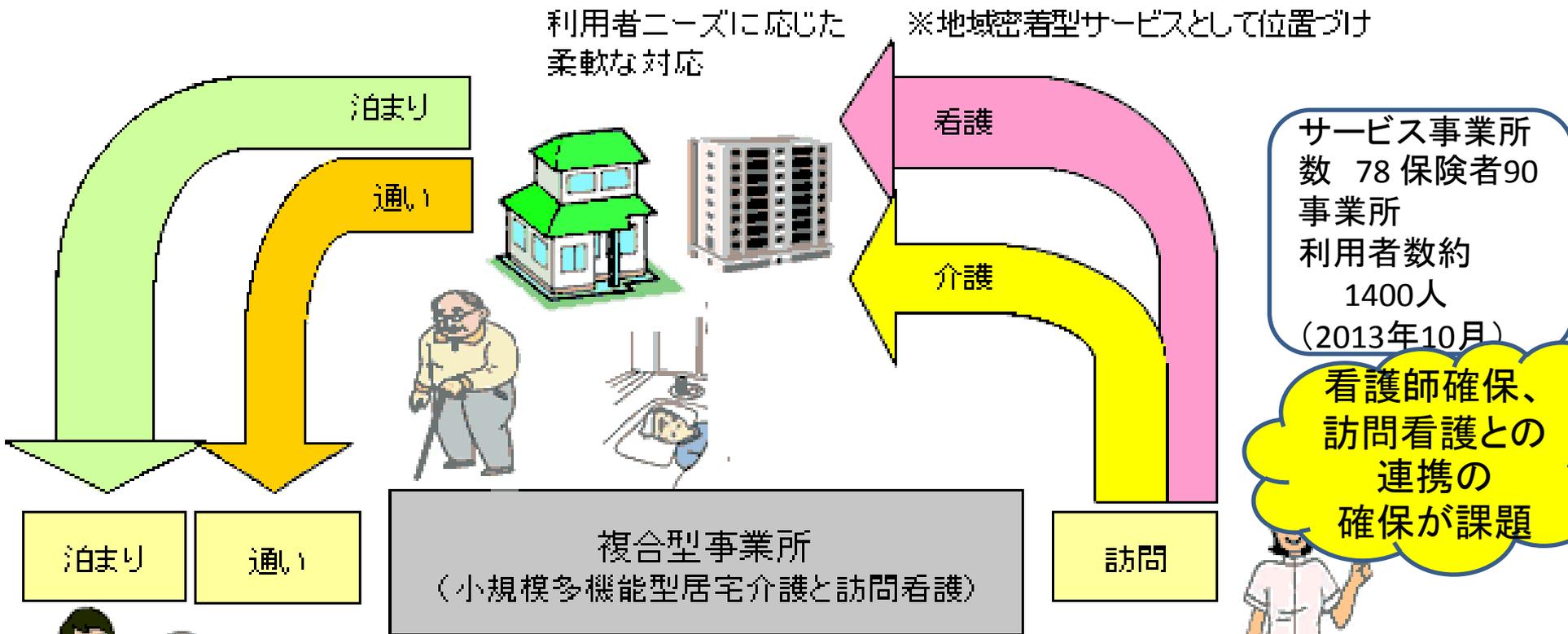
# 地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

- ①24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護
  - 改正介護保険法(2011年6月)
- ②認知症の人にやさしい複合型サービス
  - 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)

# ①24時間対応の定期巡回・随時対応サービス



## ② 認知症の人にやさしい複合型サービス



- 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)

# 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。

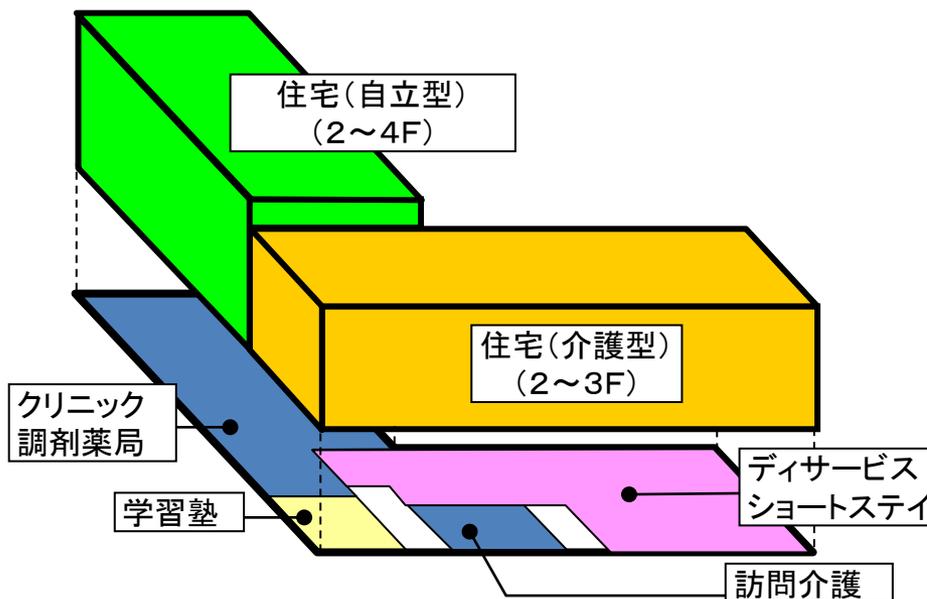
	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

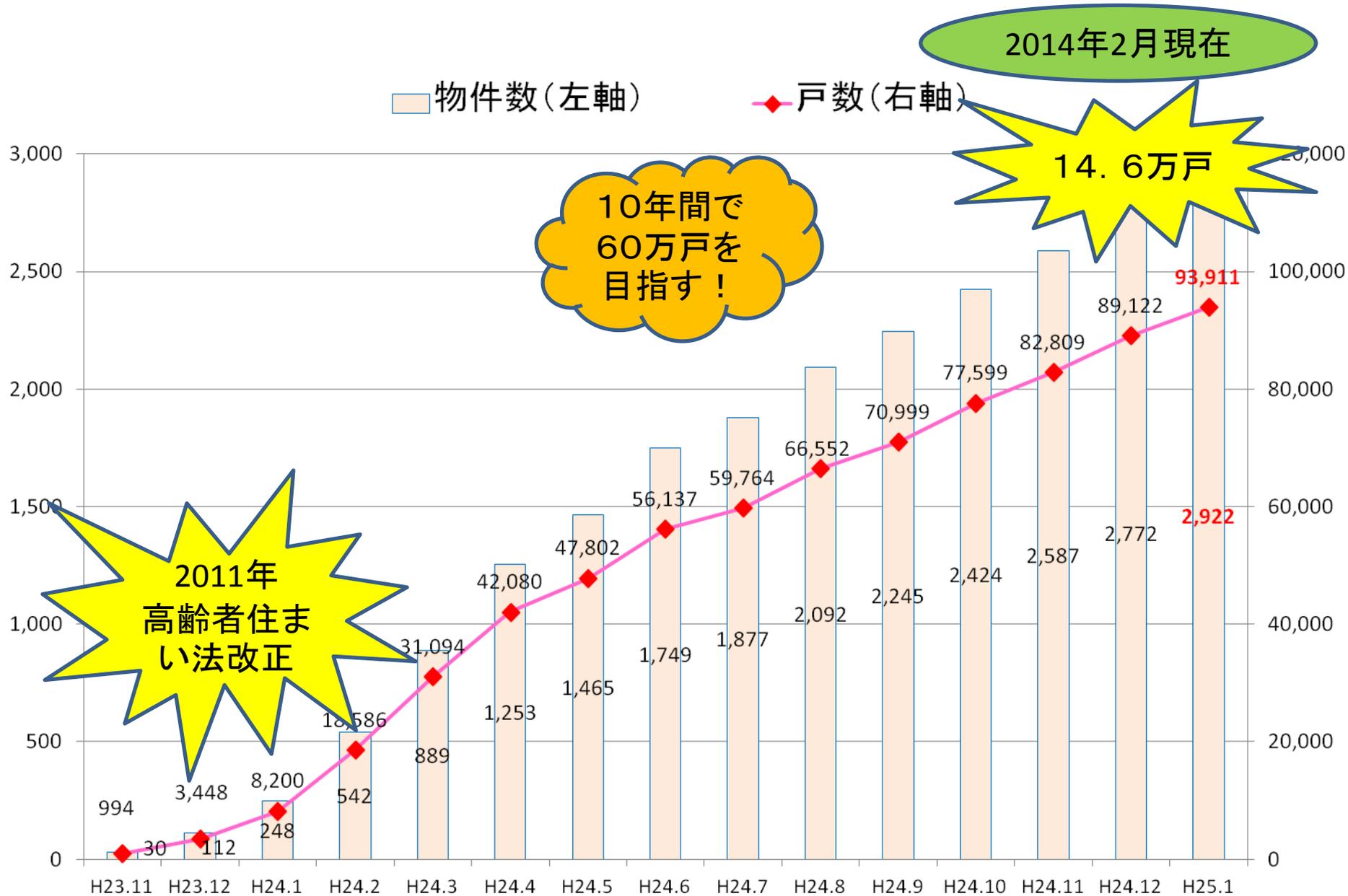
訪問介護、通所介護、短期入所  
居宅介護支援

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

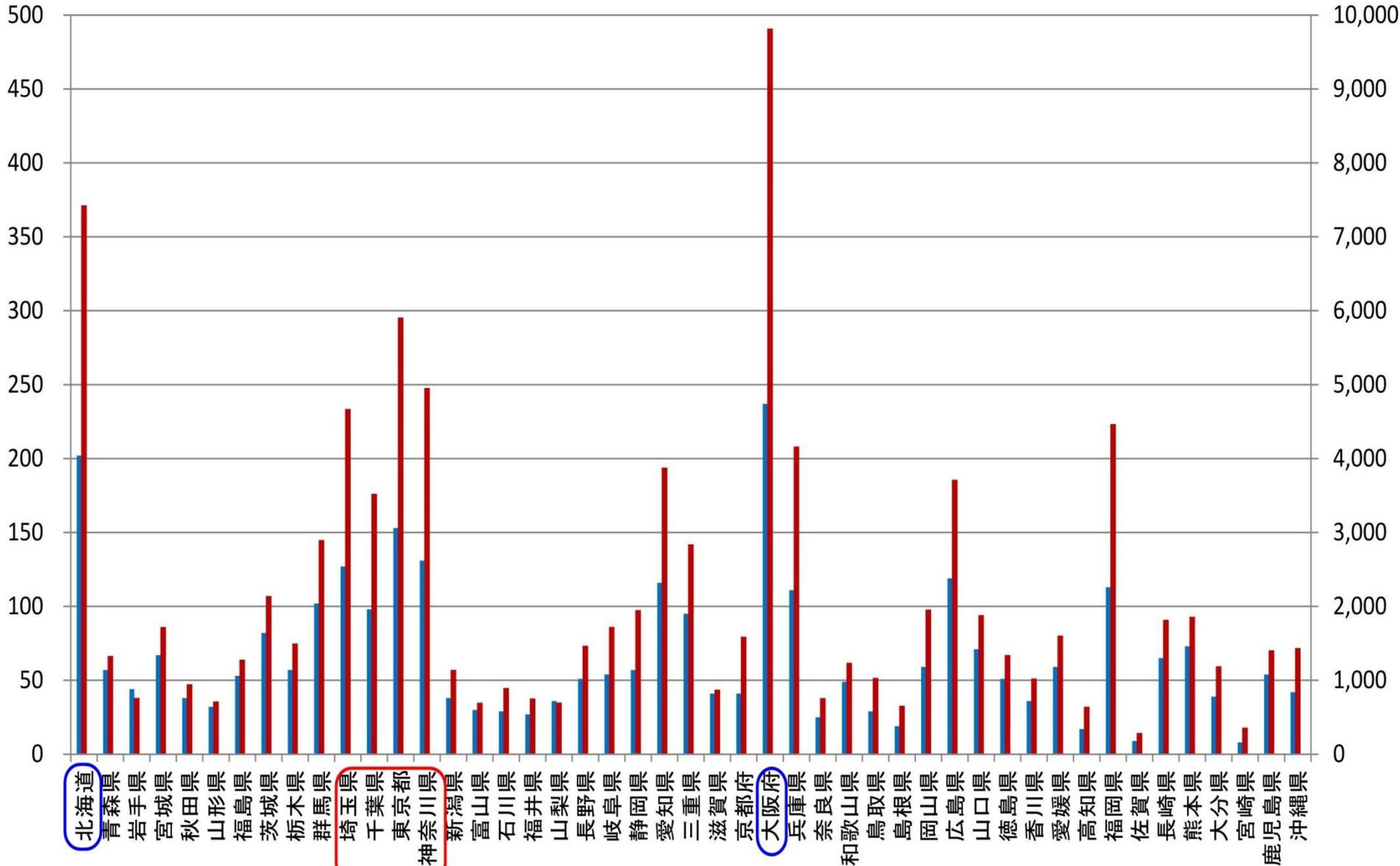


# 都道府県別サービス付き高齢者向け住宅の登録情報(2013年2月28日時点)

(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

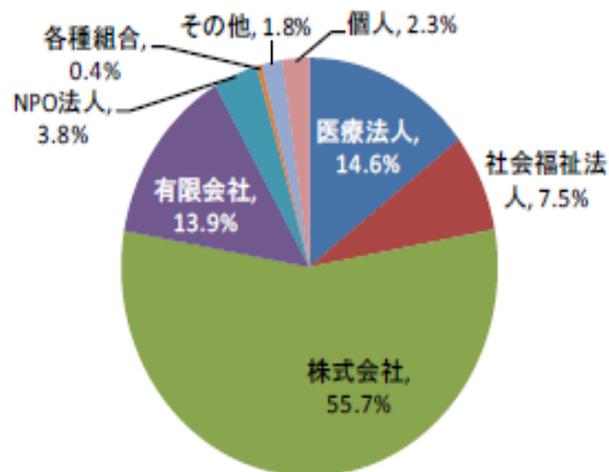
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

## ■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。



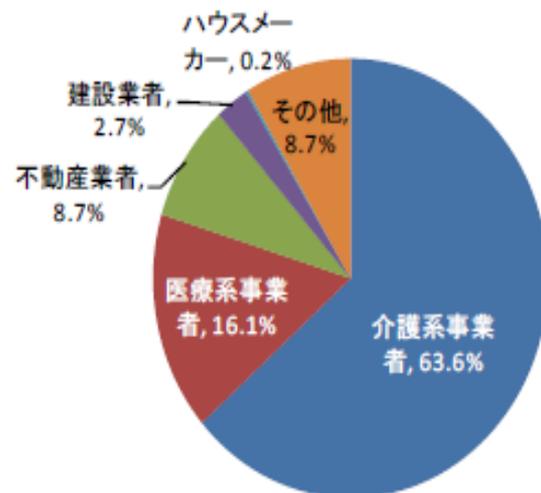
H25.3末時点

## ■主な業種

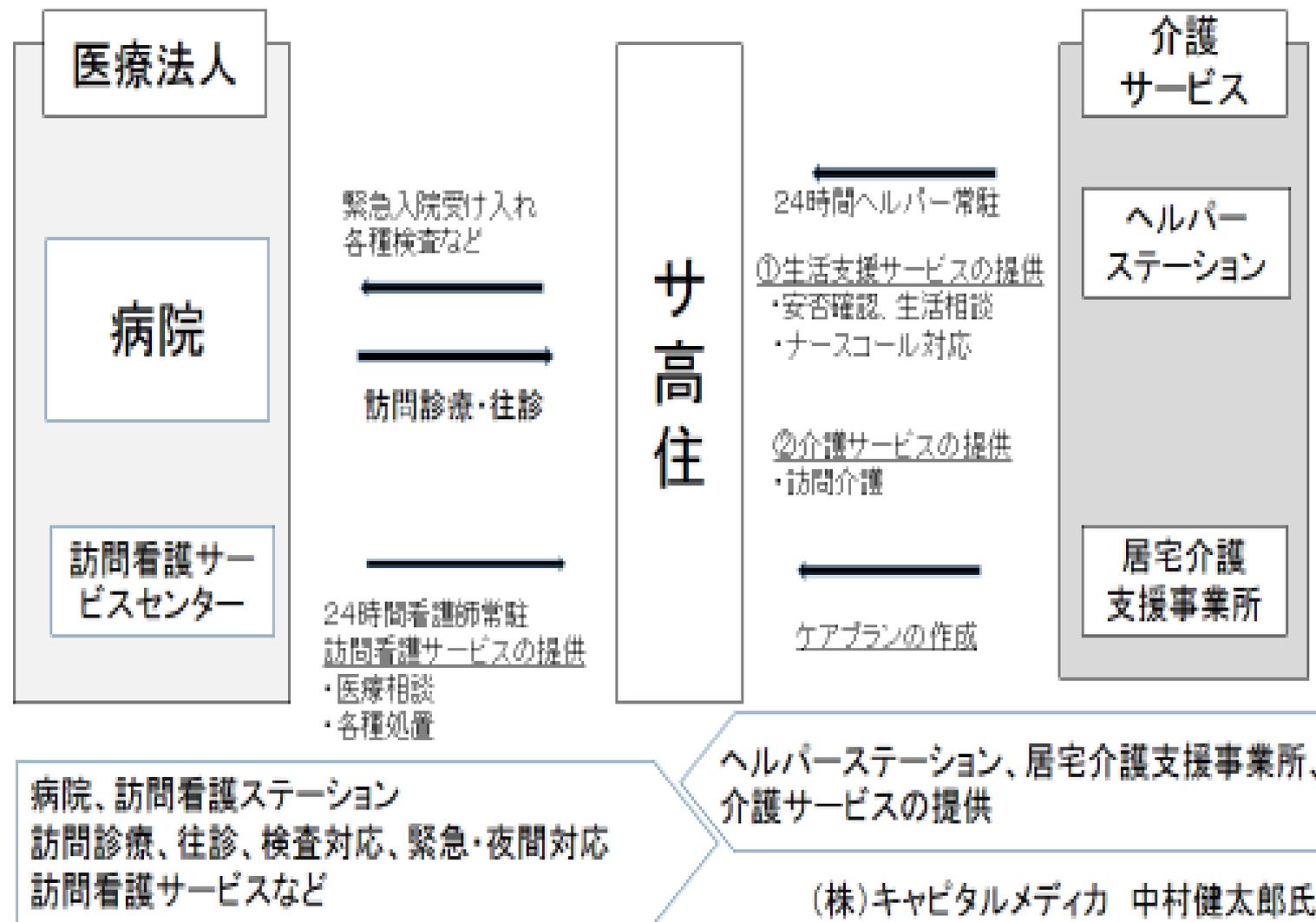
有効回答数:3,069件

	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

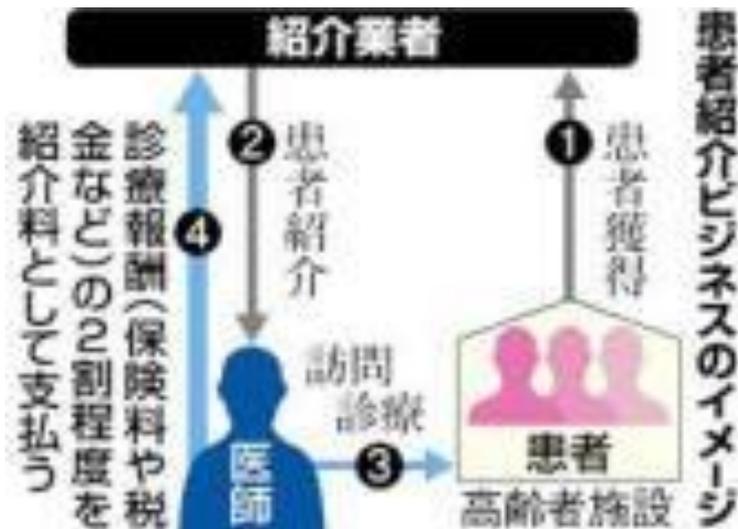


# 2014年診療報酬改定

## 同一建物減算

# 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		-		-	
処方せん		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	<u>1,200点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>	<u>1,300点</u>	<u>760点</u>	<u>1060点</u>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<u>3,150点</u>	<u>3,450点</u>
特医総管	同一	<u>870点</u>	<u>1,170点</u>	<u>800点</u>	<u>1,100点</u>	<u>720点</u>	<u>1,020点</u>	<u>540点</u>	<u>840点</u>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<u>2,250点</u>	<u>2,550点</u>

# 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

# 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

# 医療法人制度・社会法人制度の見直し

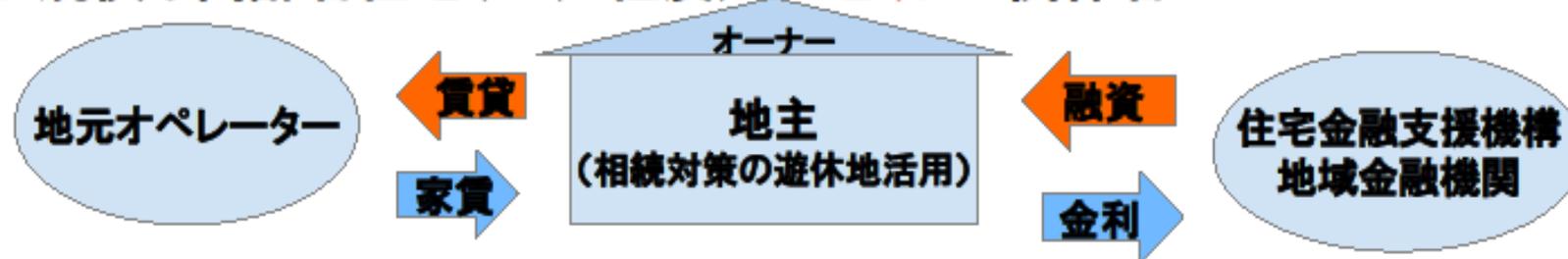
- あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である。
- 特に、社会福祉法人については、経営の合理化、近代化が必要であり、大規模化や複数法人の連携を推進していく必要がある。また、非課税扱いとされているにふさわしい、国家や地域への貢献が求められてお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

# 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

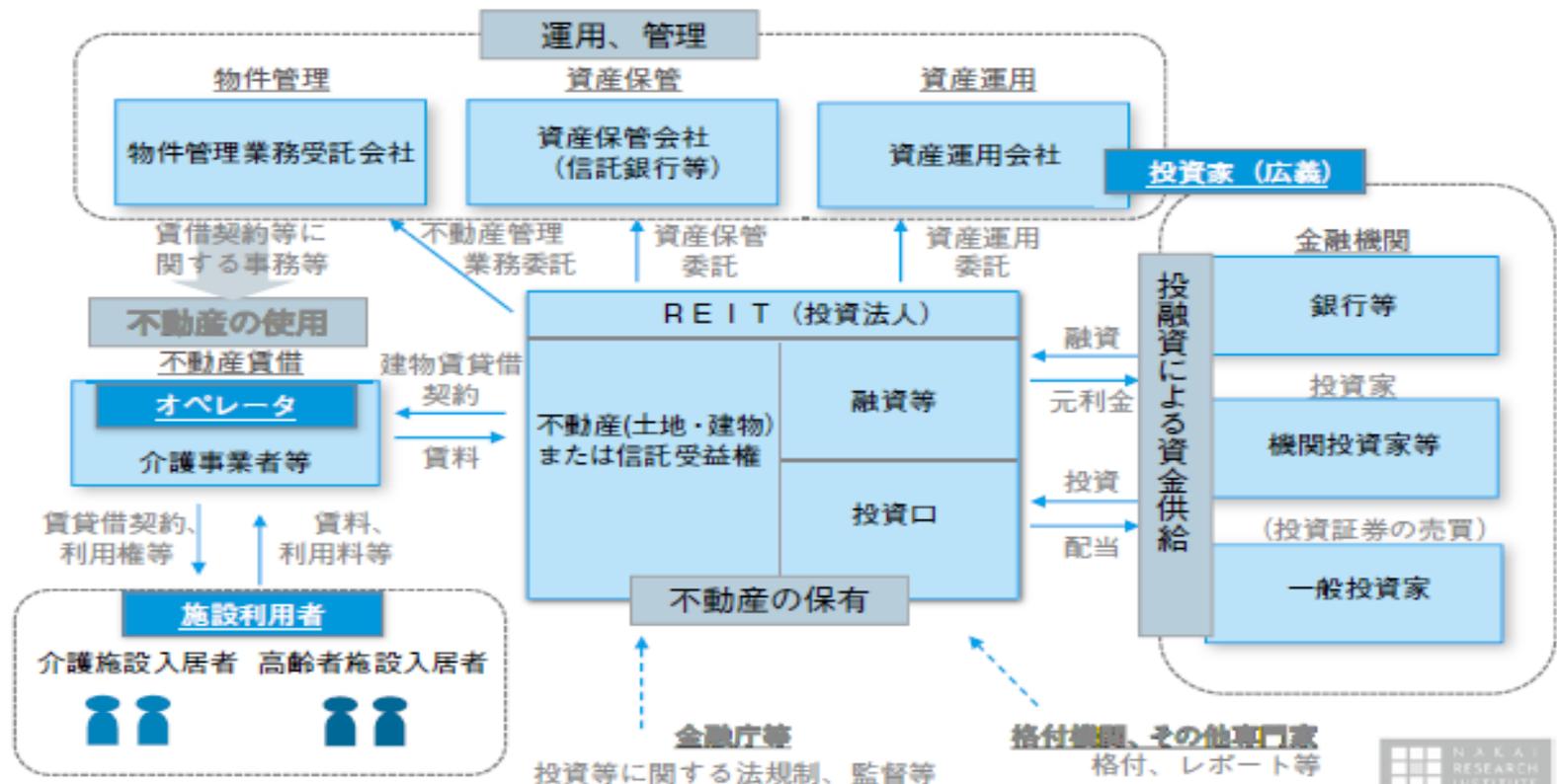
検討委員会 委員名簿

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

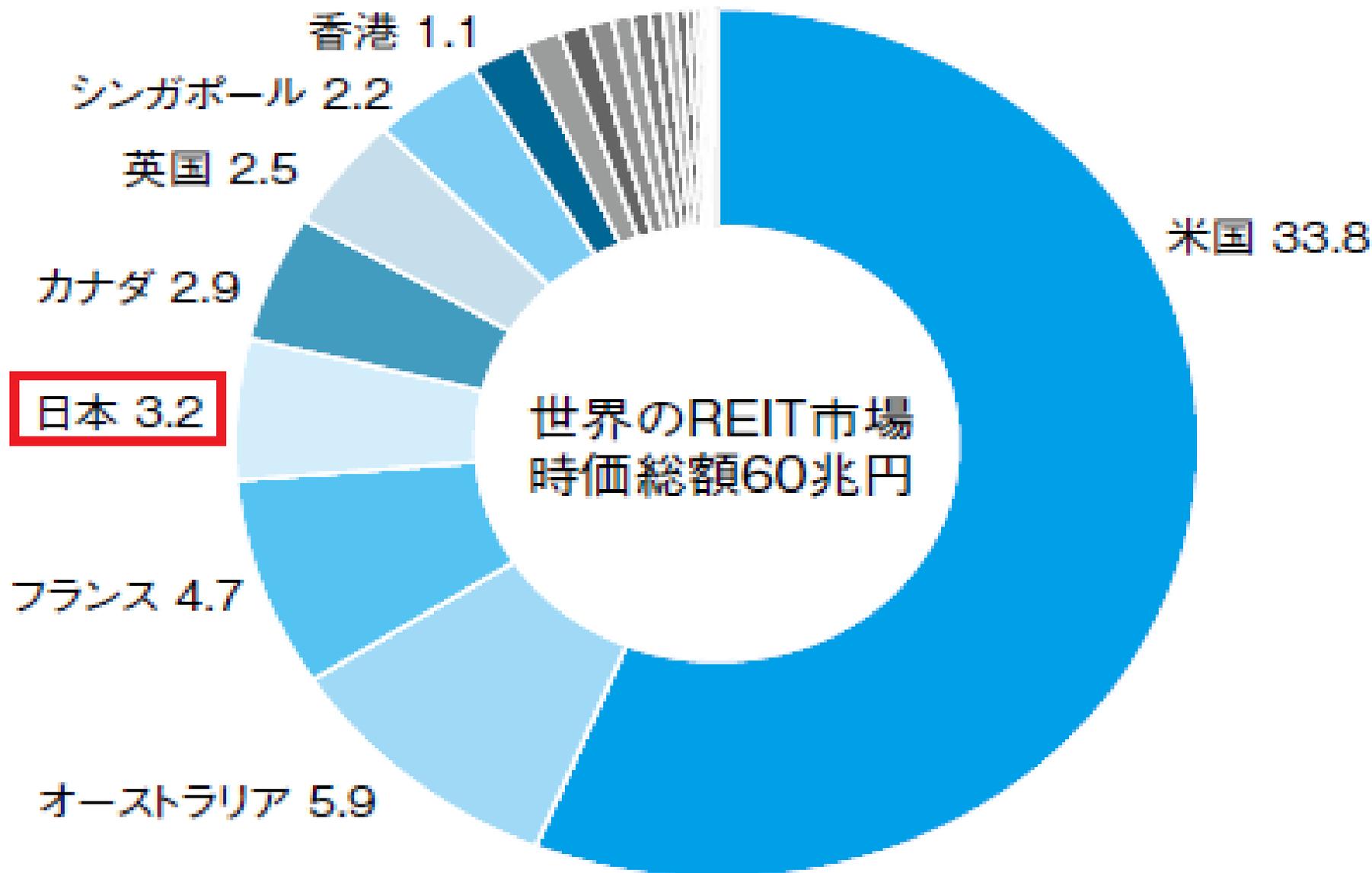
# リート(REIT: Real Estate Investment Trust)とは？

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



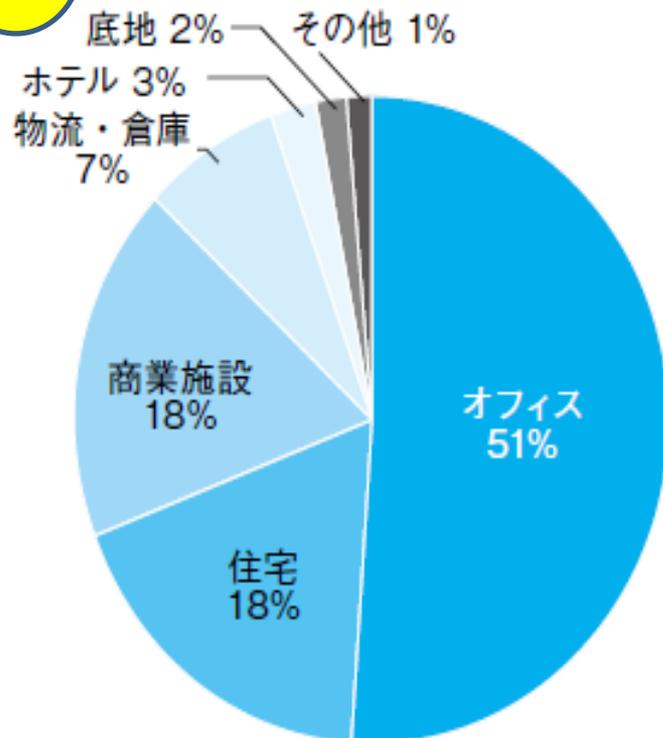
# 世界のREIT市場時価総額 60兆円の内訳



日本では  
ヘルスケア  
リートは極  
めて少ない

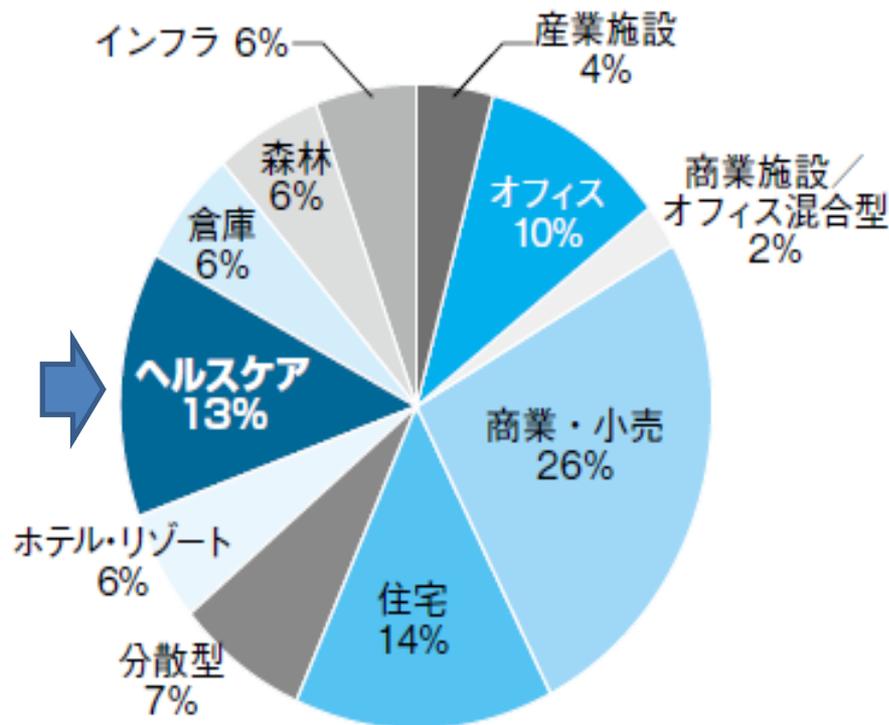
# 日米リートの投資比較

## Jリート



(2013年3月末現在)

## USリート



(2013年2月末現在)

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

## 米ヘルスケア REITの時価総額・銘柄数の推移

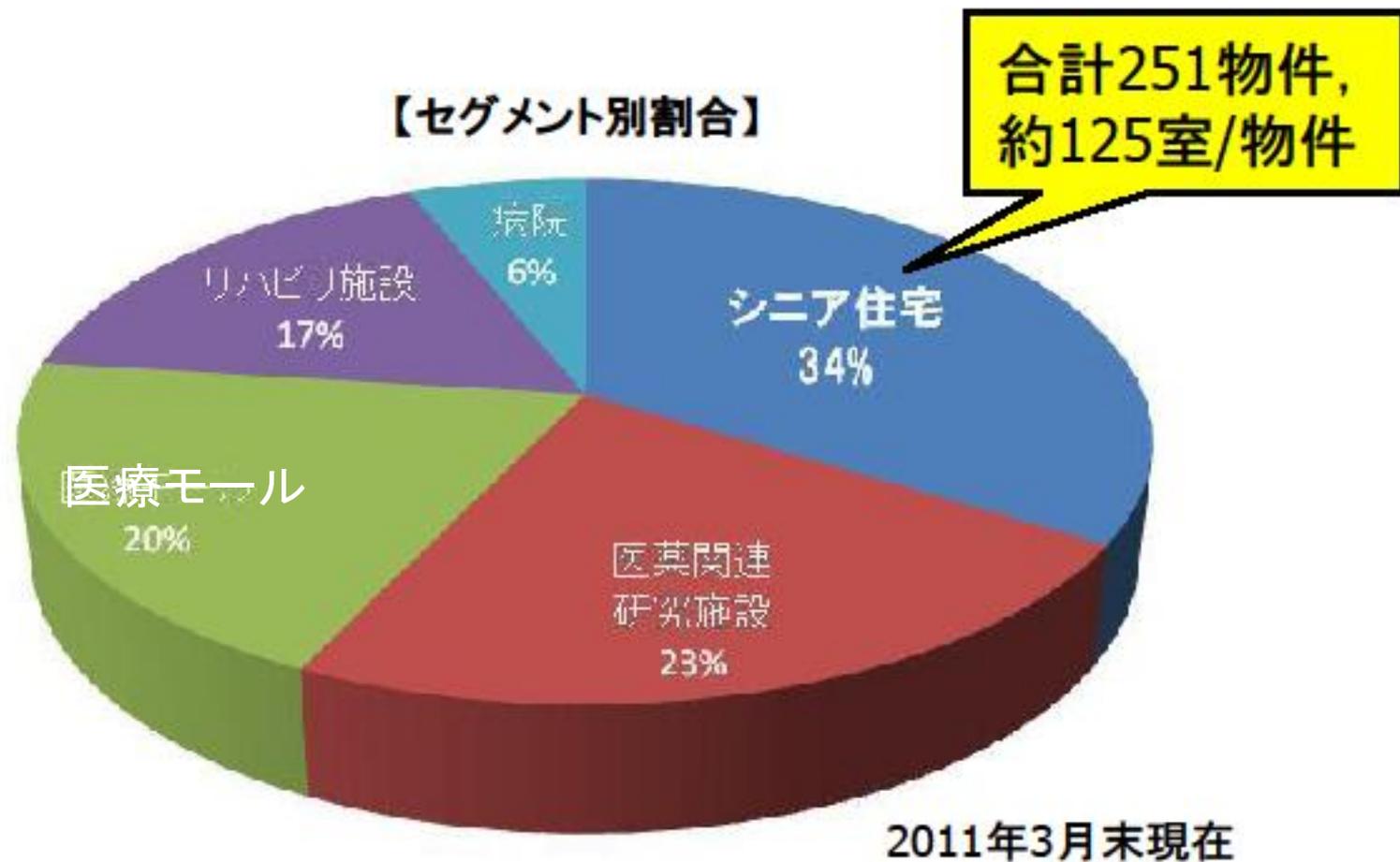


出所) NAREIT「REIT Watch」をもとに三井住友トラスト基礎研究所作成

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/\$)

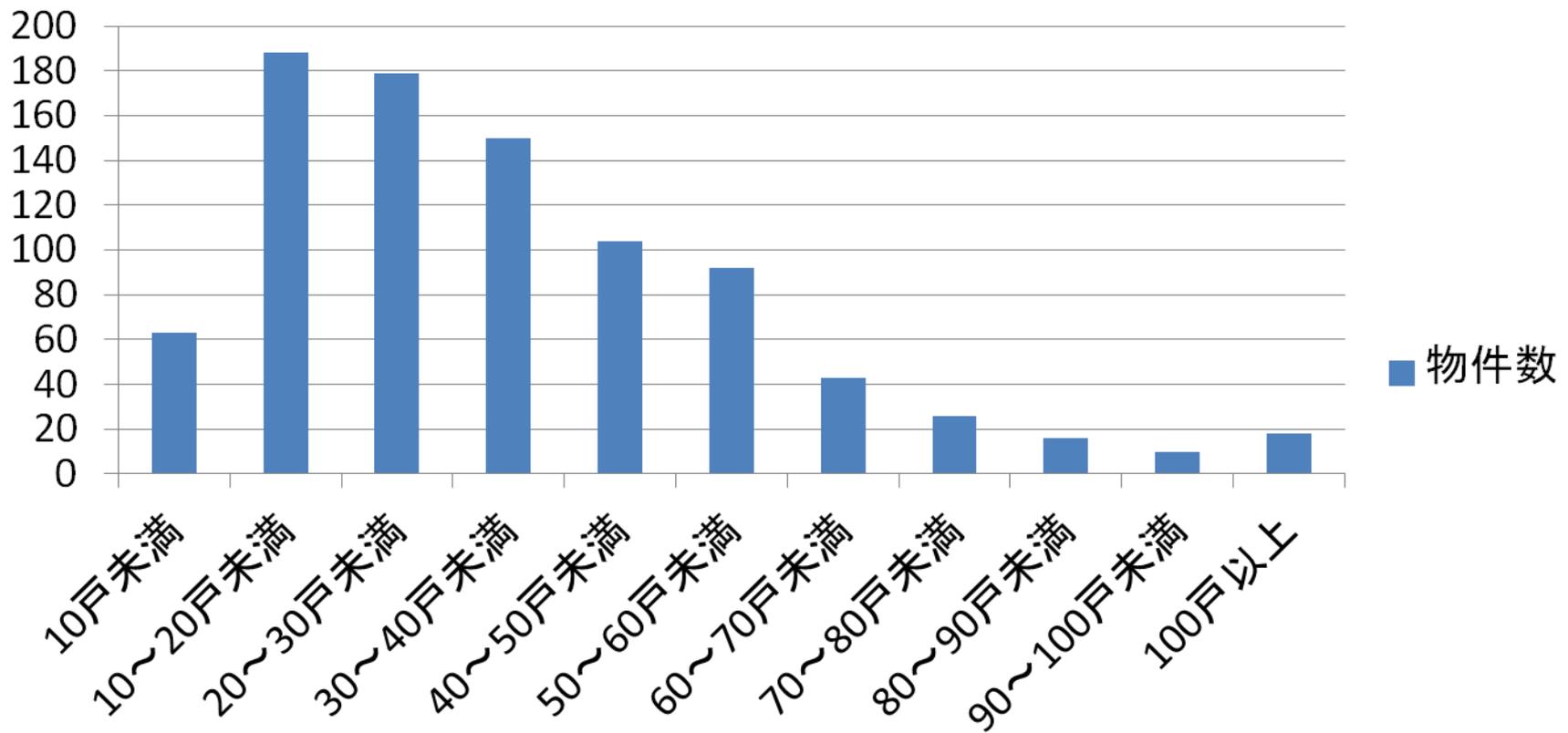


出典:HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

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

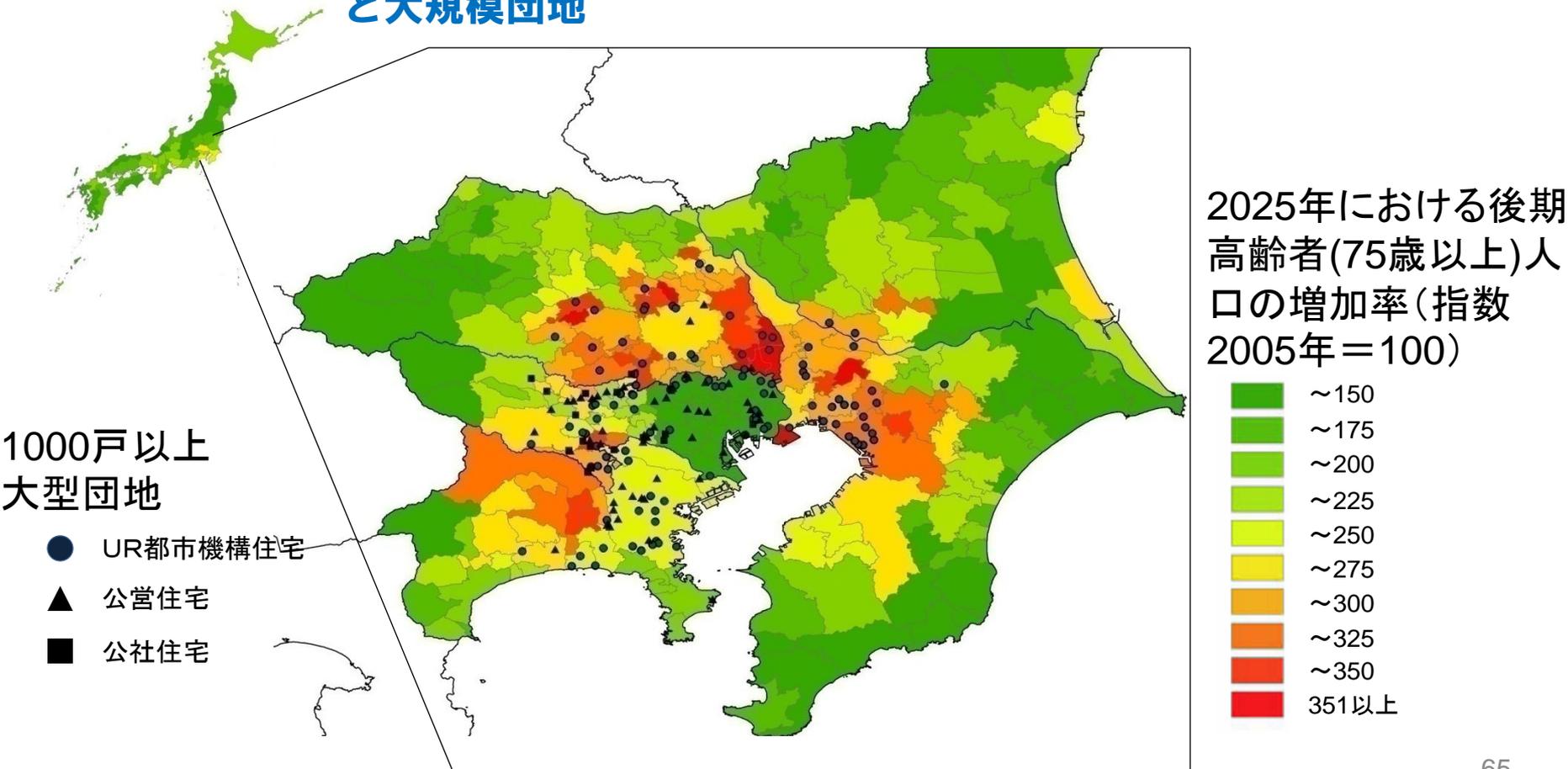


中井生活経済研究所調べ(2012年)

# 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

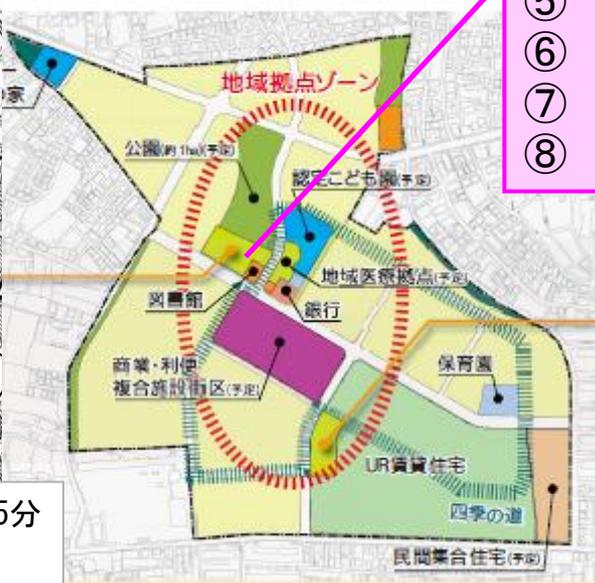
## 豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

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



### 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

# 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

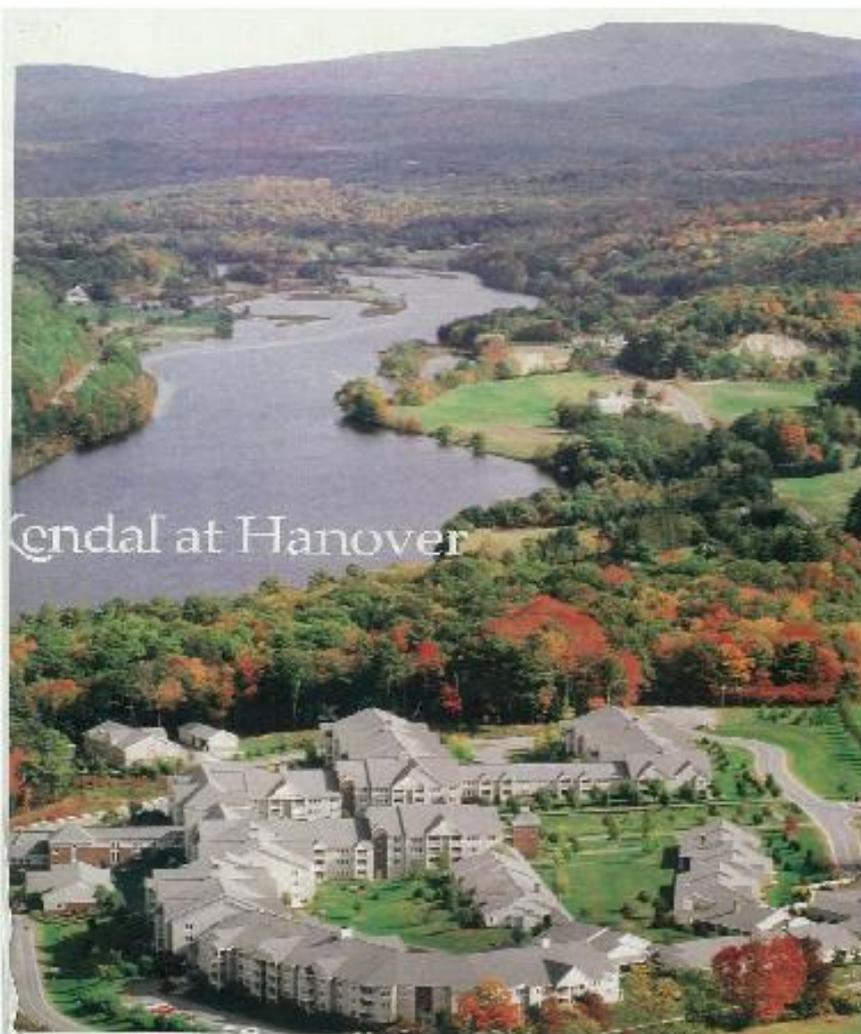
---

### 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

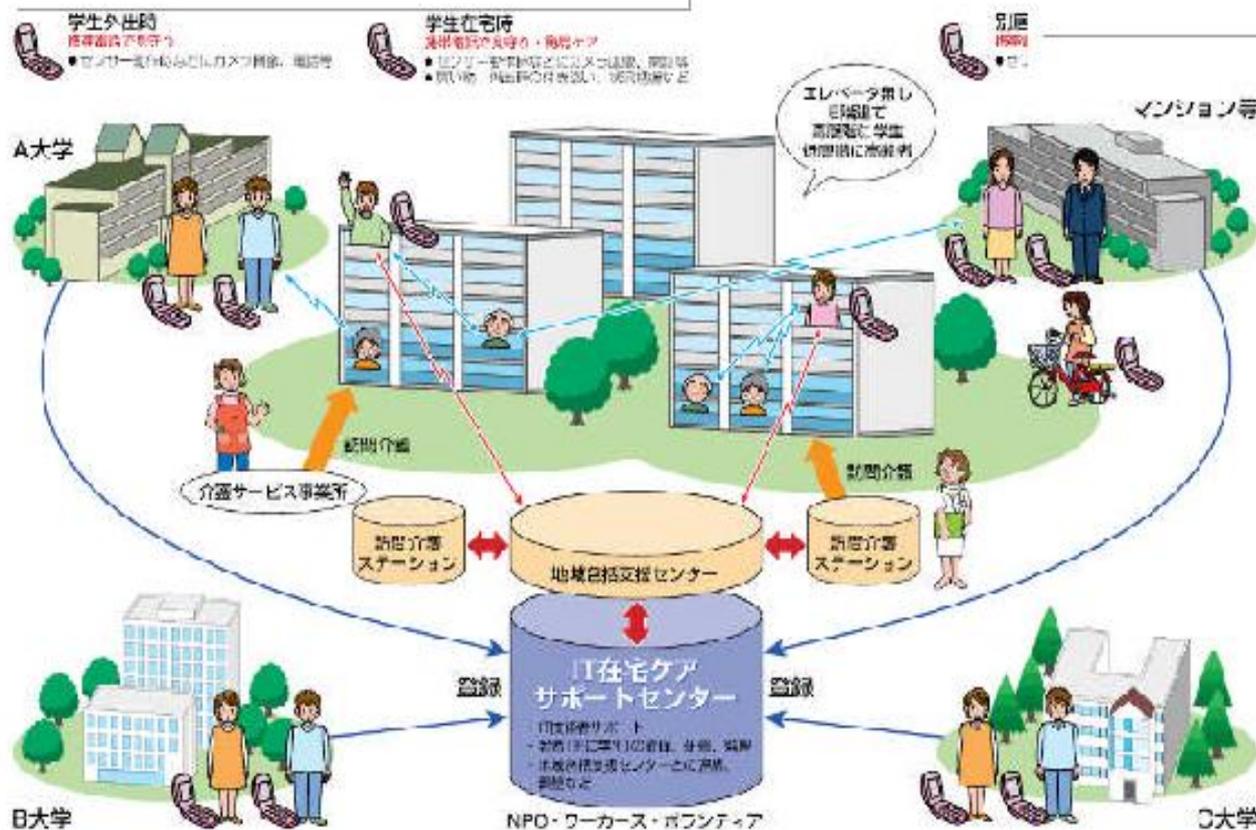
- ・キャンパスライフを楽しむ
- ・多彩な講座
- ・知的刺激
- ・ゴルフ三昧の脱却
- ・ディスカッション中心の講義



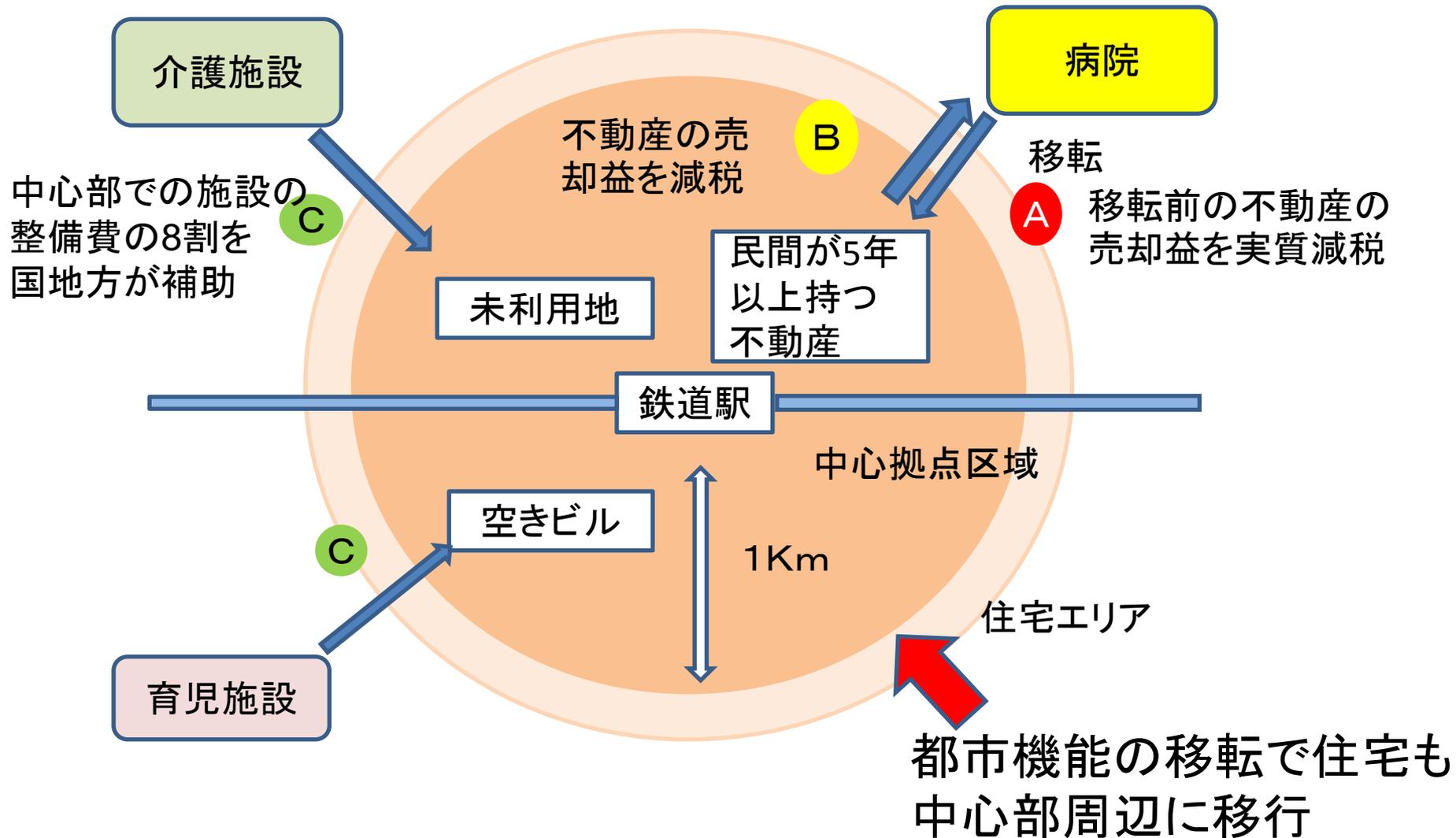
# 日本への示唆: その3 多世代共生CCRC

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



# ヘルスケアリート検討会報告書の ポイント



「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

# ヘルスケアREITの課題と期待

# 検討会報告書の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

## • 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

## 国交省 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る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「経済再生のための様々な政策」にも活用を促す方針が記されている。

国交省では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

トを打ち出したこともあり、市場の関心は盛まっている。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開始し、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場合、投資家に入りに当たってのリスク軽減などを行うっていく。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



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

パート5

日本版IHN

(Integrated Healthcare Network)

# 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

# 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。

# 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。**

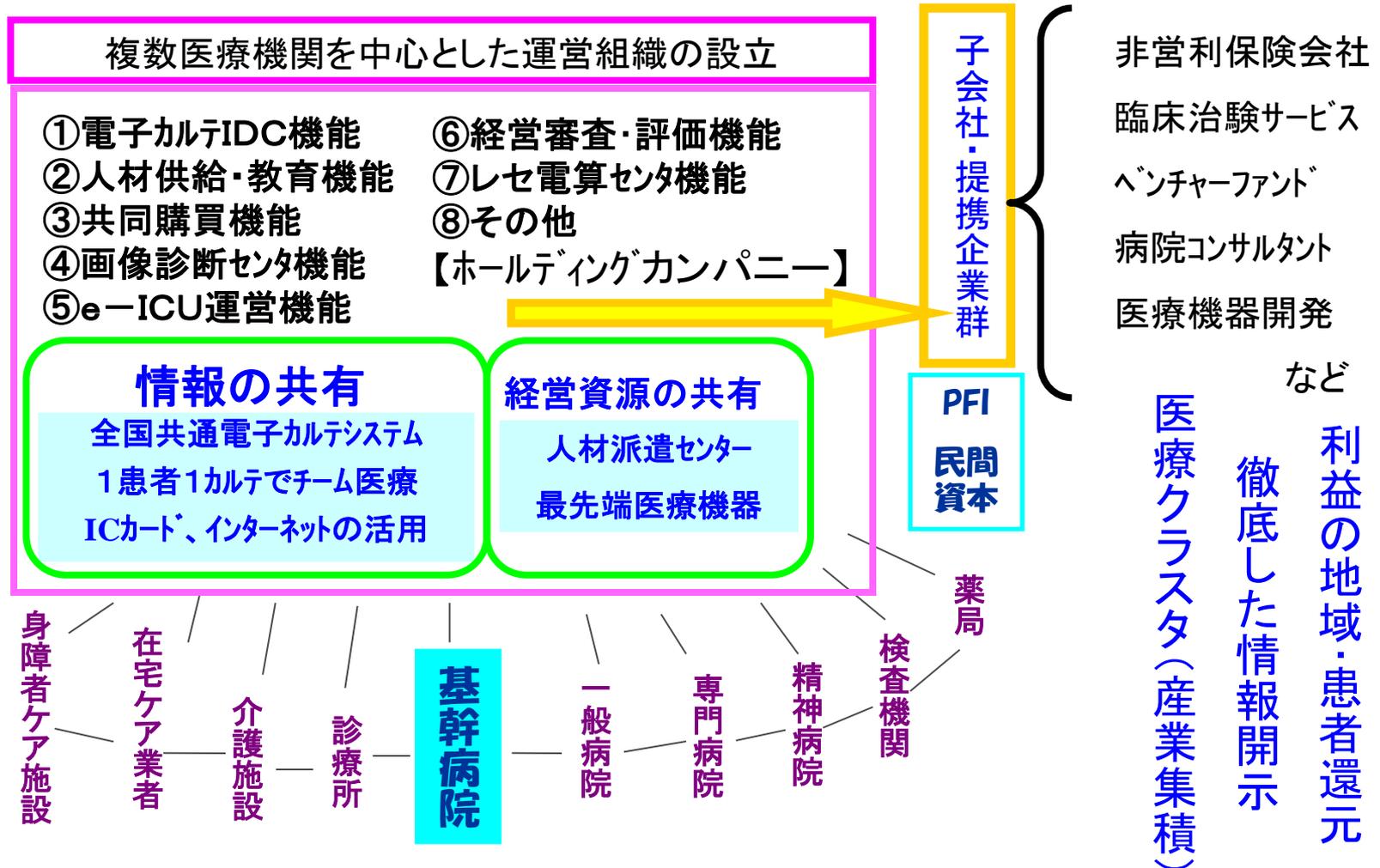
# 医療法人法の改正



- 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い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？

# 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

- ・2025年へのロードマップの推進エンジンは地域医療ビジョン(医療計画)と診療報酬・介護報酬改定
- ・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。
- ・医療機関の再編、地域包括ケアシステムの実現に日本版IHNを

# 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)