

連携から統合へ ～IHNの基礎～



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

目次

- パート1
 - 社会保障制度改革国民会議
- パート2
 - IHN(Integrated Healthcare Network)とは？
- パート3
 - 公立病院改革ガイドライン～再編ネットワーク化～
- パート4
 - 公立病院再編事例
- パート5
 - 大規模統合とヘルス・ケアリート

パート1

社会保障制度改革国民会議



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 委員名簿

平成 25 年 4 月 19 日現在

- | | | |
|---|-------|--------------------|
| | 伊藤 元重 | 東京大学大学院経済学研究科教授 |
| ○ | 遠藤 久夫 | 学習院大学経済学部長 |
| | 大島 伸一 | 国立長寿医療研究センター総長 |
| | 大日向雅美 | 恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授 |
| | 権丈 善一 | 慶應義塾大学商学部教授 |
| | 駒村 康平 | 慶應義塾大学経済学部教授 |
| | 榊原 智子 | 読売新聞東京本社編集局社会保障部次長 |
| | 神野 直彦 | 東京大学名誉教授 |
| ◎ | 清家 篤 | 慶應義塾長 |
| | 永井 良三 | 自治医科大学学長 |
| | 西沢 和彦 | 日本総合研究所調査部上席主任研究員 |
| | 増田 寛也 | 野村総合研究所顧問 |
| | 宮武 剛 | 目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授 |
| | 宮本 太郎 | 中央大学法学部教授 |
| | 山崎 泰彦 | 神奈川県立保健福祉大学名誉教授 |

◎は会長、○は会長代理

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争を避け、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

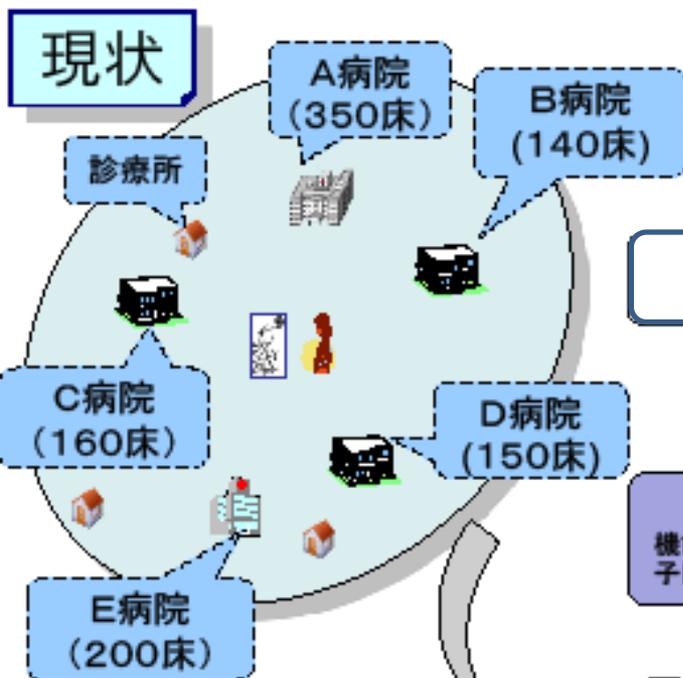
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)
 - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
 - 医療計画における連携推進
 - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
 - 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN
 - IHNとは
 - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
 - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
 - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
 - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

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

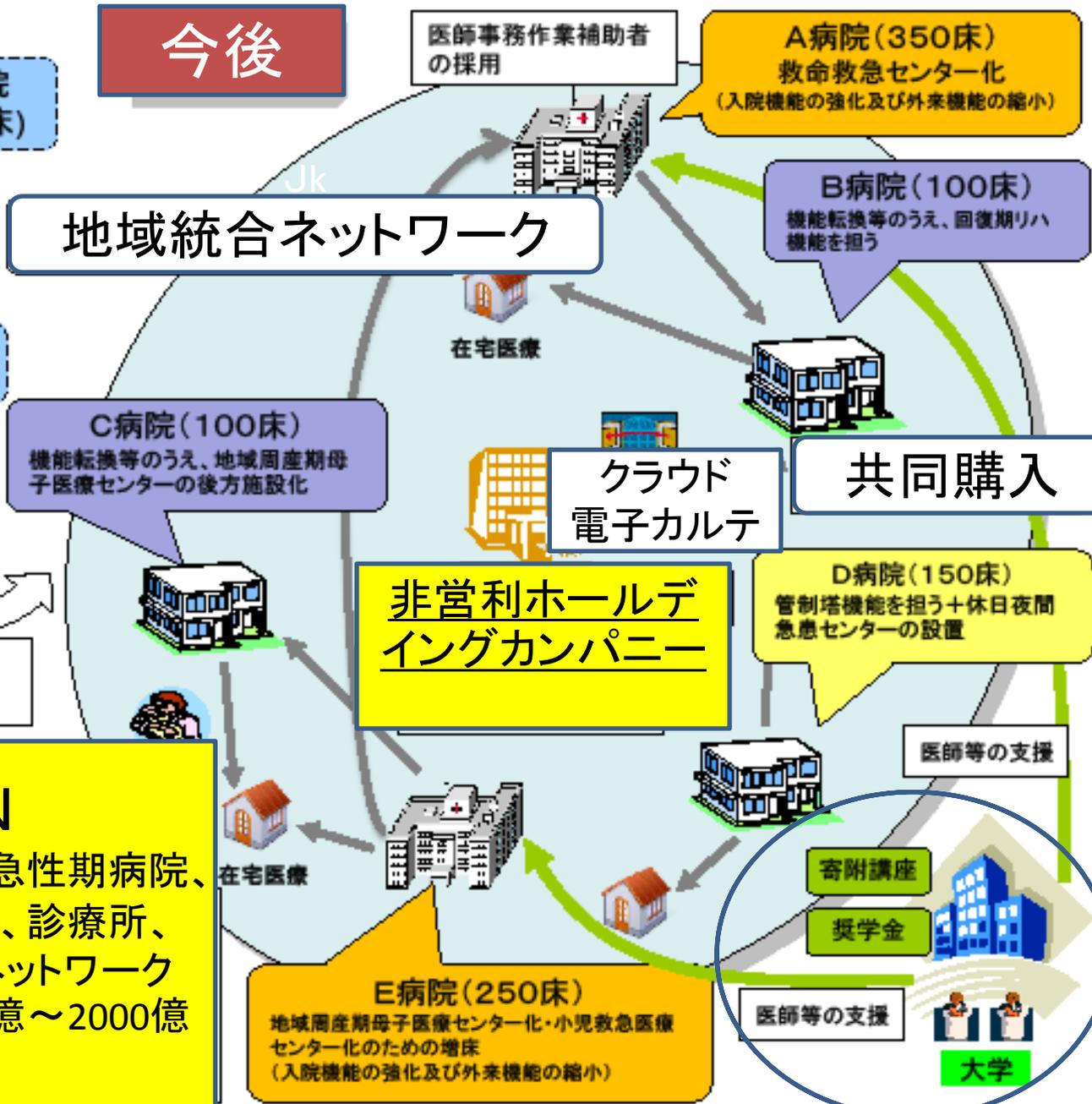


課題

- 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

今後

地域統合ネットワーク



日本版IHN

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1000億~2000億円規模

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

医療介護総合確保法案のポイント

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)

5月14日衆院厚生
労働委員会で強行
採決

(カッコ内は施行時期)

5月13日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

IHN(Integrated Healthcare Network)とは？



ここからは松山先生のスライドお借りしました

キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹
国際医療福祉大学大学院特任教授
松山幸弘氏

IHN (Integrated Healthcare Network)の

定義と成功条件

<IHNの定義>

広域医療圏において、急性期ケア病院、亜急性期ケア病院、外来手術センター、プライマリケアクリニック、検査・画像診断センター、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、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可能な限り網羅的に有する医療事業体。⇒“水平統合”ではなく“垂直統合”

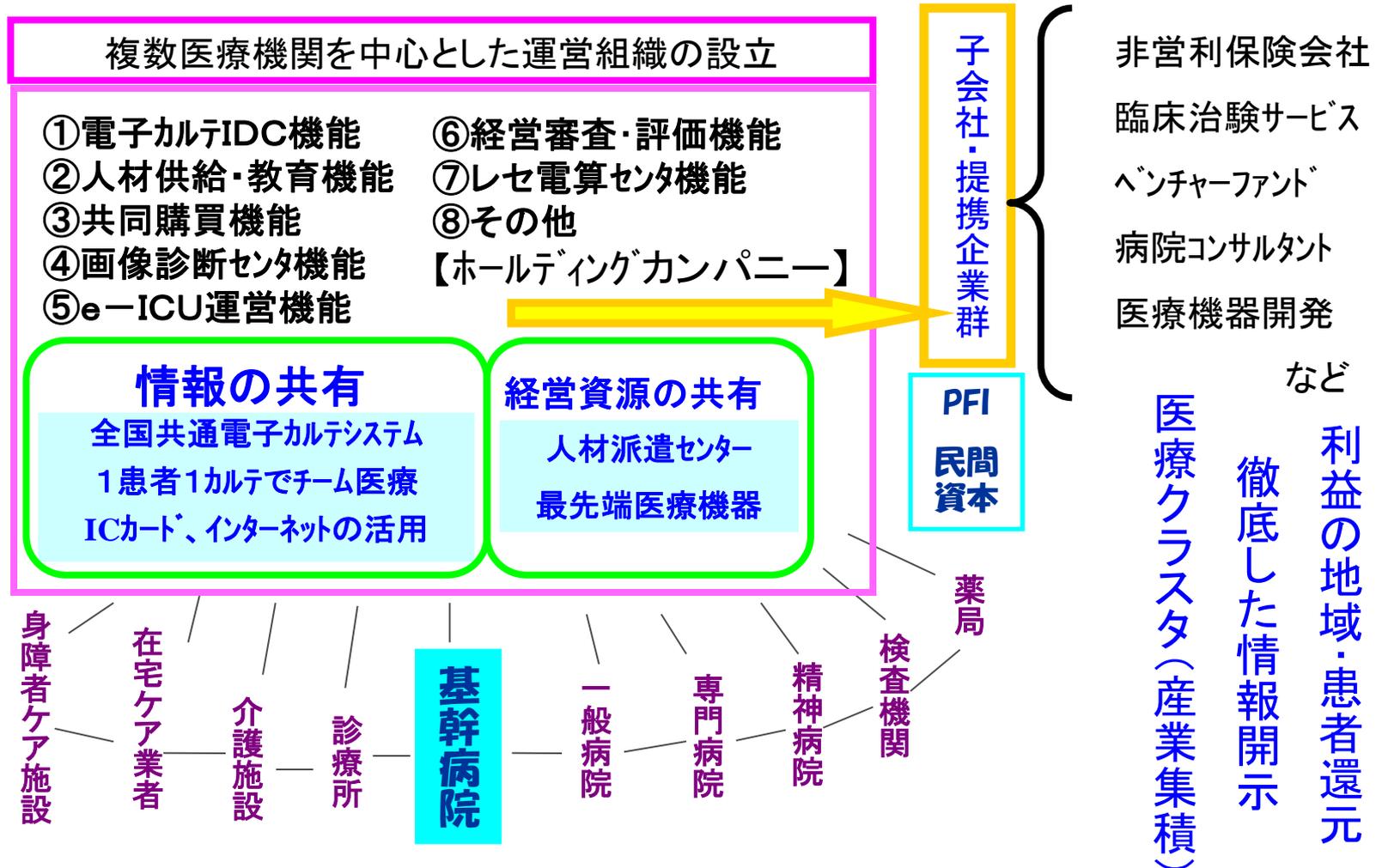


<IHN成功の条件>

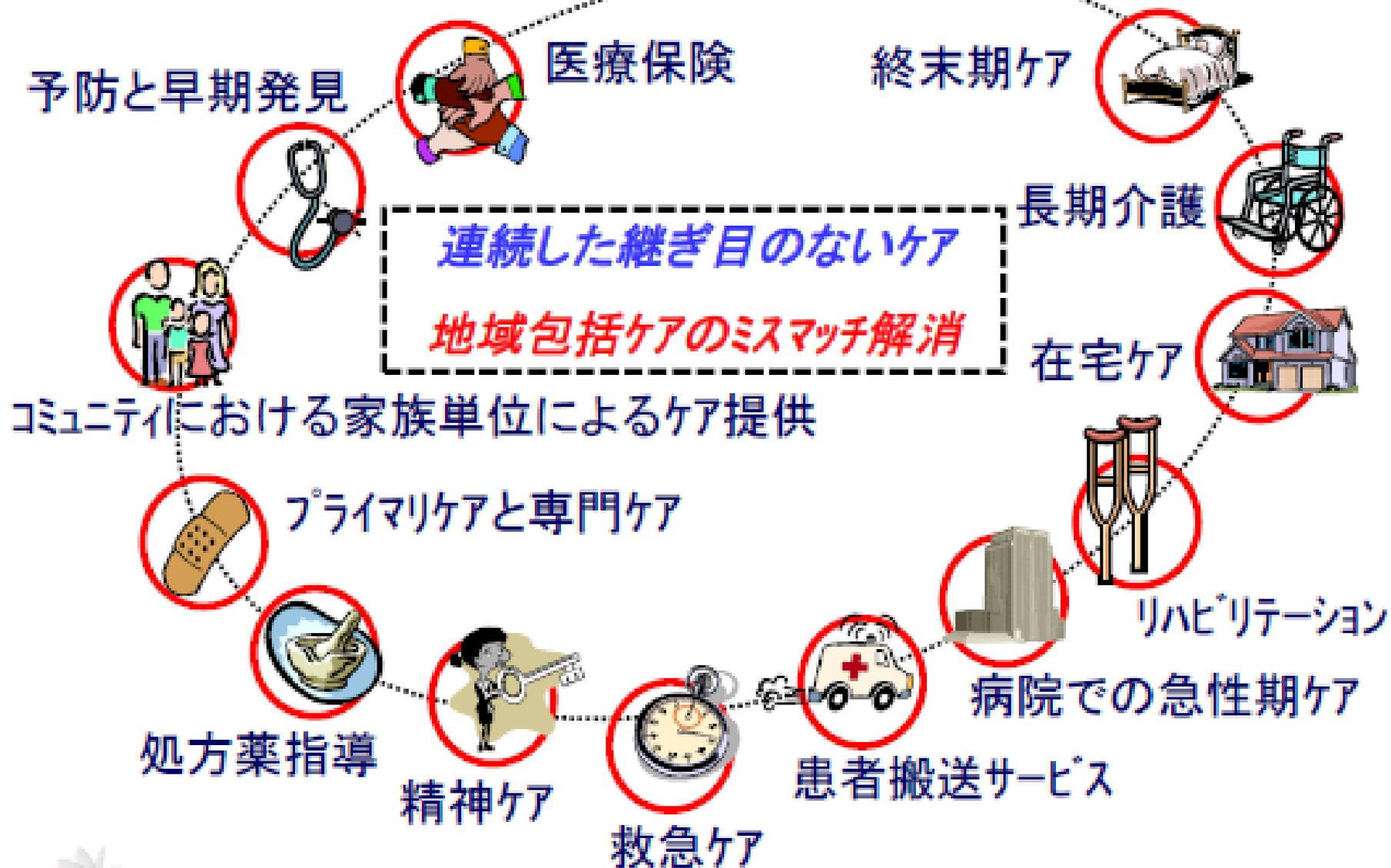
- ① 広域医療圏単位で経営資源を共有し重複投資を防止
- ② 経営は民間、ガバナンスは地域住民 (or 自治体)
⇒ 全利益を地域還元 (非営利)
- ③ 医療圏外からも“追加財源”を獲得
⇒ “地域間競争”で勝つ戦略 (IHNは地域で最大の雇用主)

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



IHN の最重要機能



医療提供体制は日米共に民間中心

IHNは
米国モデル

<病院数>

米国 (2004年末)		日本 (2007年10月末)	
国	239	国	277
自治体	1,117	自治体	1,020
民間非営利	2,967	その他公的	426
民間営利	835	医療法人	5,704
その他	640	その他	1,426
合計	5,798	合計	8,853

アメリカはオープン方式

+

日本は医師を直接雇用

診療所(独立開業医)

日本の医療提供体制は米国より営利性が強い

<非営利の判定基準>

利益が特定の個人 or グループに帰属せず全て社会に還元される

米国	日本
地域医療の最大の担い手は民間非営利病院グループ。 民間非営利病院の利益は全て地域還元される。⇒非課税 民間営利(株式会社)病院のシェアは約14%と大きくない。	病院数で医療法人が64%を占める。 大半の医療法人の場合、利益はオーナーに帰属する。 ⇒原則普通法人として課税

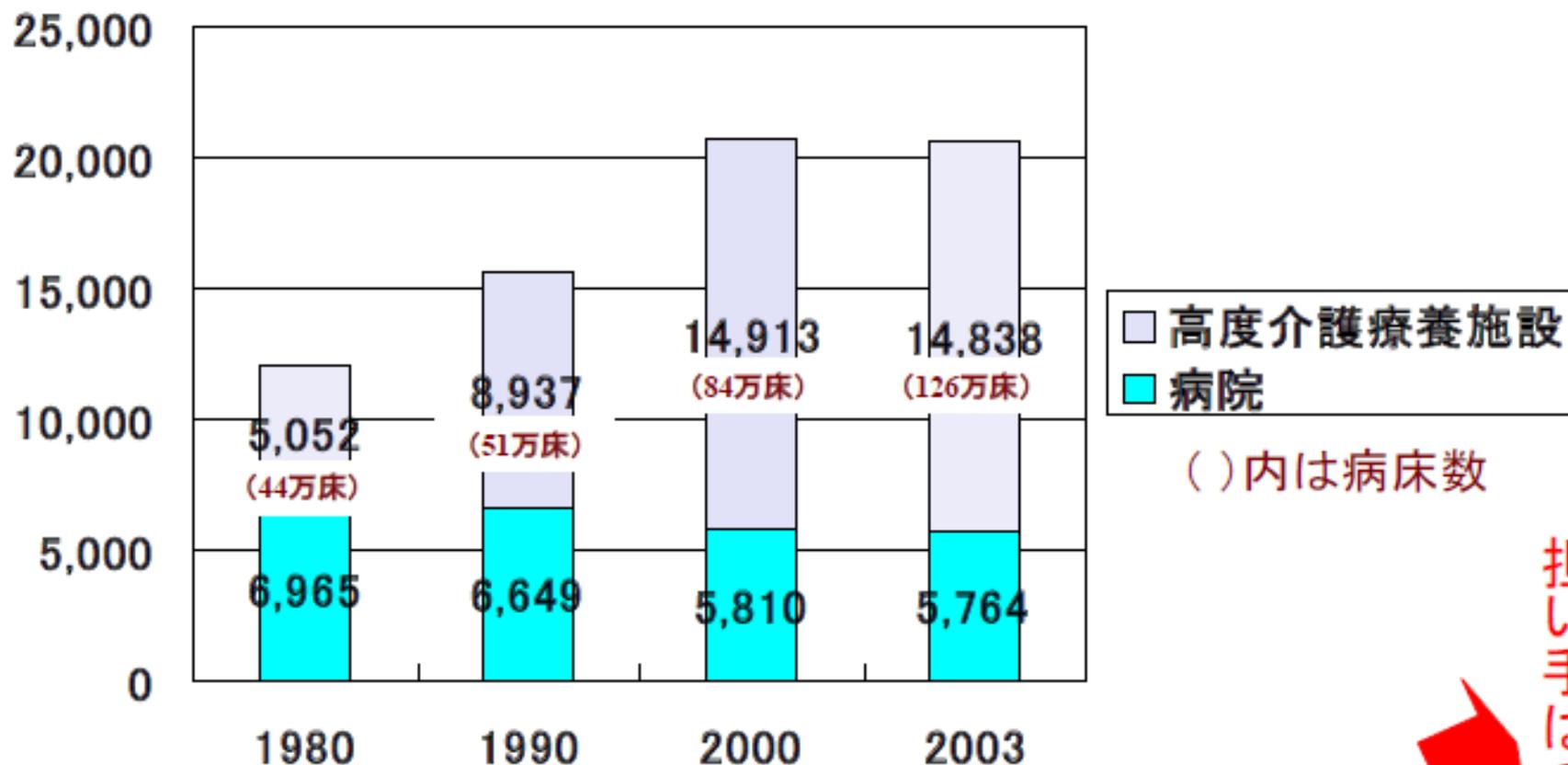
<2004年米国病院協会長 David Bernd 氏の見解>

非営利病院と株式会社病院の経営手法は同じ。違いは利益還元先にある。

米国の病院 & 高度介護療養施設の数と推移

高度介護療養施設 = Skilled Nursing Facility

急性期ケア病院で集中治療を受けた患者等が送られる施設

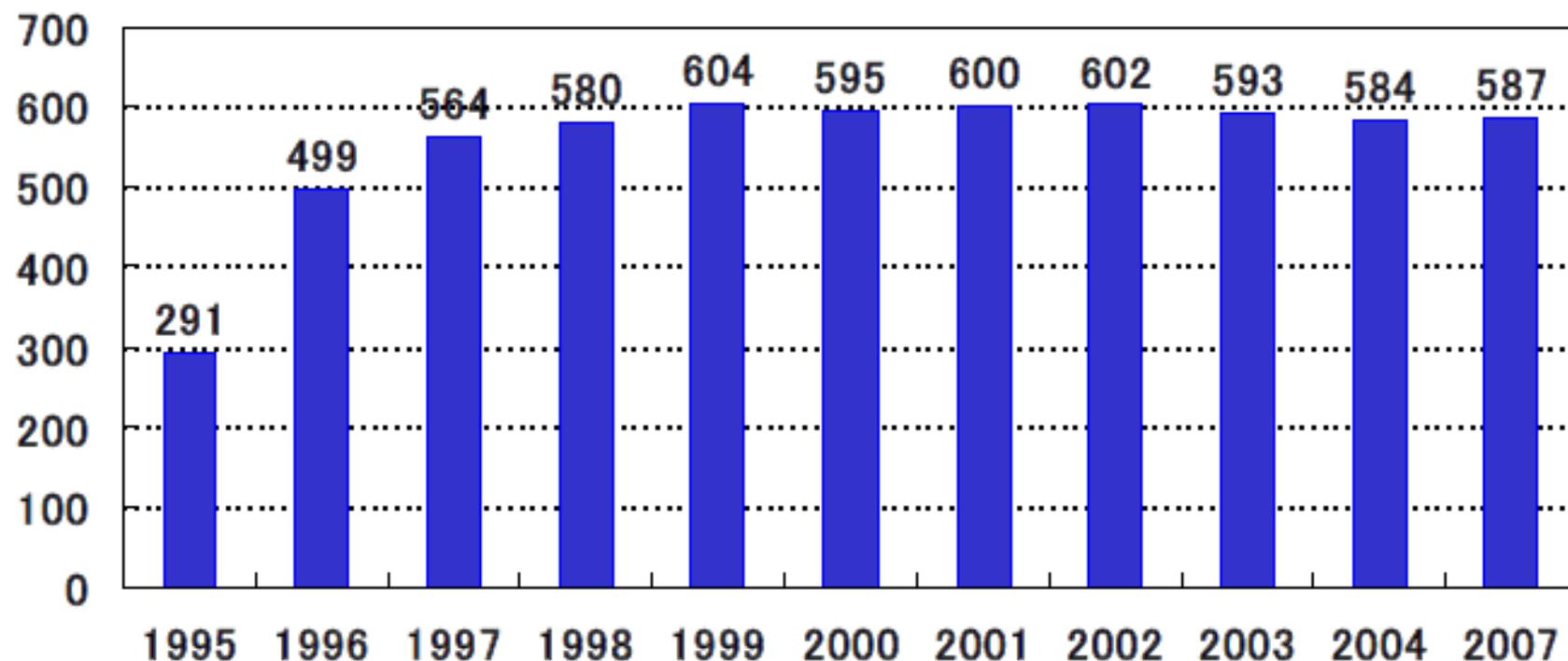


担い手は？

医療市場拡大の中で医療施設の増加と機能分化が急速に進展

1990年代に登場し急成長したIHN

IHNの数の推移



- 米国内の主要医療圏の全てをカバー ⇒ 急性期ケア市場におけるシェア60%超
- 通常各医療圏に複数のIHNがあり、患者と参加独立開業医の獲得競争を展開

トピックス:IHN普及の背景① 社会的要請

90年代以降、医療サービスの費用対効果を高め、かつ、発病から社会復帰までの一連の
継ぎ目ないサービスを提供することを目的に、IHNが急速に発展した

- IHNが登場する以前の1980年代、米国では、同種の病院同士による水平統合が盛んに行われていた。
 - この時期に急成長したのが、HCA社(Healthcare Corporation of America 10年総収入約300億ドル)である。
- しかし、水平統合による規模拡大では、発病から社会復帰まで、異なる医療サービスを求める患者のニーズに応えることができず、90年代以降、異種医療機関が垂直統合した医療コングロマリット(現在のIHN)が登場するようになった。
- 00年以降は減少傾向にあるが、これは、IHNが主要な医療圏に普及し終わり、IHN同士の統合が進んだためと考えられる。

IHN概念図

1980
年代

類似機能を持つ病院同士の水平統合

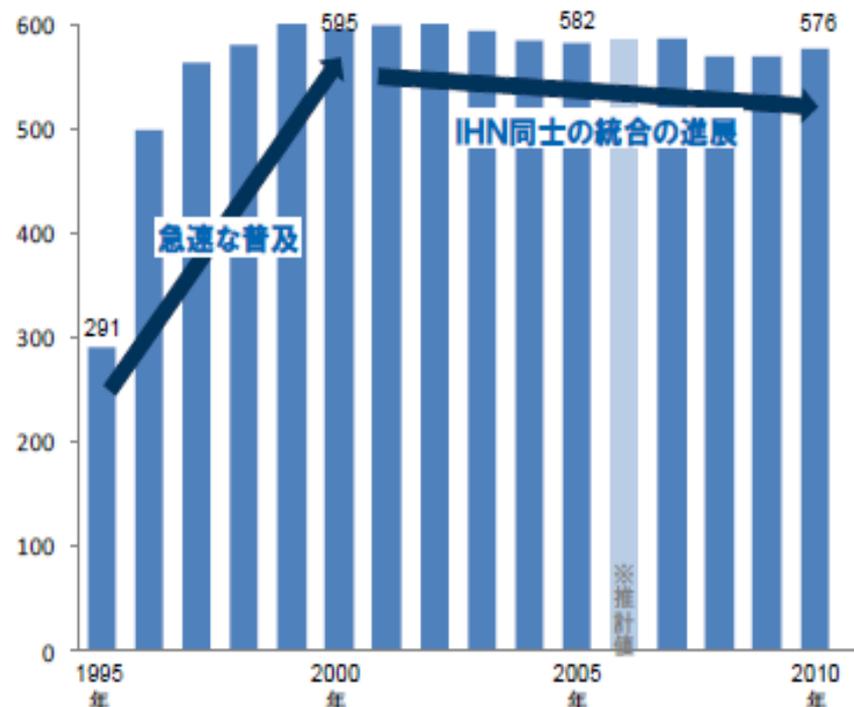
- ✓ 規模拡大によるスケールメリットを追求する
- ⇒発病→社会復帰に至る医療サービスを求める患者ニーズに応えることが出来ず

1990
年代
以降

異種医療機関の統合による医療コングロマリットの形成

- ✓ 患者ニーズである、発病→社会復帰の流れをカバーし、かつ、医療サービスの費用対効果向上を狙う

IHNの数



トピックス: IHN普及の背景② 医療機関の経営改善

病院の収益率改善の視点からも、IHN化を推し進めるインセンティブが存在していた

- 医療費の増加が社会的問題となっていた1985年から1990年にかけて、病院の収益率は大きく低下、経営の改善に向けた方策が検討されていた。
- IHN化の推進によって得られるメリットは、まさにこの時期の問題解決に寄与するものであり、病院側では、経営状況の改善を目的として、IHN化を推し進めるニーズが存在していたと言える。

経営統合が進んだ要因

医療費の増加

- ✓ コスト低下と質向上に対する要望の高まり
- ✓ 外来ケア、在宅ケア、長期介護などの、より安価な病院外ケアが強調され始めた

マネジドケアの成長

- ✓ 保険会社が医療行為に対する管理に注力し始めた
- ✓ 規模の小さい病院ほど保険会社との交渉で不利になった

入院ケアの減少

- ✓ 新しい医療技術の登場
- ✓ 新薬の登場

病院の収益率が急速に悪化していった

- ✓ 1985年から90年の間、Community病院の利益率は、36%低下した

経営統合を進めた理論

コスト効率の向上

- ✓ 購買とビジネス交渉における規模の経済性の発揮
- ✓ 経営管理部門の合理化
- ✓ 分断された医療事業者間の取引コストの削減

入院ケア以外の収益源の獲得

- ✓ 外来ケア、在宅ケア、長期介護などの病院外ケアの提供

リスク分散

- ✓ ヘルスケアの一部門がショックを受けた際にも、他部門でその影響を吸収

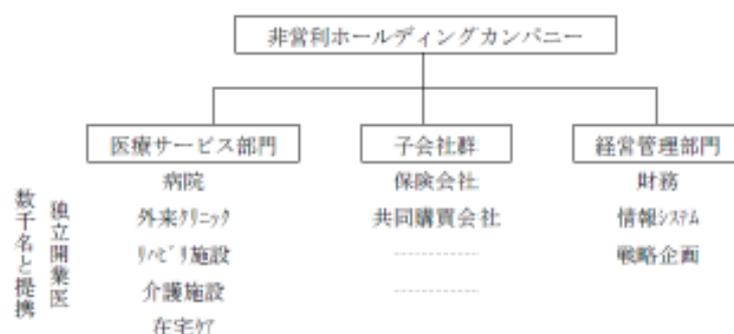
収益率の改善や経営リスク低減に向け、IHN化を推し進めるニーズが存在していた

トピックス: IHN(Integrated Healthcare Network)

マネジドケアに対応するため、医療機関が連携し、広域医療圏統合ネットワーク(IHN)と呼ばれる統合医療事業体を構成する動きが進んでいる。

- 医療機関は前述のMCOとの契約を通じて、各々のMCO会員に医療サービスを提供することになる。
- ただし、MCOは医療サービスを出来るだけ低価格で求める傾向があり、その様なMCOとの契約交渉力を担保するために、各地の開業医や病院が自らの存続のために連携し、一つの医療事業体を形成する動きが活発になった。
- こうした事業体を、IHNと呼んでおり、米国には600程度存在すると言われている。また、IHNは米国において入院患者数で医療市場全体の64%を占め、その9割が非営利組織(NPO)と紹介されている。
- IHNは、
 - 病院・自宅療養サービス・老人ホーム・開業医など多様な医療関連機関が連携し、単一の事業体を構成する。
 - それにより、マーケティング・運営・管理・財務・購買などの事業活動を統合し、全体として業務の効率化を図ることが出来る。
 - また、IHNに参加する各医療関連機関のリソースを効率的に活用でき、医療の質が向上することが期待できる。
- 前述の通り、米国の病院数は、AHA登録病院数で5,795であり、民間非営利病院が2,918、州政府・自治体が設置者である公立病院が1,092、民間営利病院が998、残りが精神病院、連邦立病院などとなっている。
- 数が最も多く、米国の医療提供体制で中心的役割を果たしている約3,000の民間非営利病院の大部分は、単独経営ではなくINHを形成している。また、2003年の調査によると、20以上の機関を統合したIHNは全IHNの44%を占めている。

非営利IHNの組織構造



参考)

- 民間非営利病院が形成する民間INHの代表例であるセンタラヘルスケア(米国バージニア州ノーフォーク)のガバナンスの構造は次の通り。
- 地域住民の有力者たちがメンバーである理事選考委員会がセンタラの理事を任命。そして理事会が経営執行役員の任命と事業計画の承認を行う。
 - センタラは、自治体から人事で干渉を受けないかわりに補助金も無し。
 - 州政府から非課税の優遇措置を受ける見返りに、自らの収益の中から年間百億円を超える慈善医療を実施。
 - センタラの施設や医療機器を利用するのは、数千名の独立開業医。センタラは、これらの独立開業医から利用料は徴収しない。また給与の支払等も無い。
 - 米国の場合、診療報酬は入院費用と医師報酬に区分されており、センタラの病院の収入源は保険者からの入院費用の償還となっている

IHNモデルの形成の過程

- 米国の病院はもともと民間非営利が中心で構成
- 1980年後半から1990年代に政府の医療費抑制策により病院の収益が悪化
- またマネジドケアに対抗するため病院の統合による規模拡大が盛んになった
- 統合は1980年代は類似の機能をもつ病院の水平統合から始まった
- 1990年代からは垂直統合によるIHNが盛んになって現在に至る

IHNモデルの成功の秘訣

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

IHN と保健・医療・福祉複合体の比較

	IHN (米国)	保健・医療・福祉複合体 (日本)
経営意思決定の一元化	○	○
地域住民(or自治体)によるガバナンス	◎	×
利益の地域還元	◎	×
救急・慈善医療等のセーフティネット	◎	▲
医療サービスの品揃え	○	▲
事業規模	大	小
地域間競争の担い手	○	×
グローバルスタンダードの医療を提供	◎	▲

(注)「保健・医療・福祉複合体」は二木立氏の命名による。

パート3

IHN事例(米国等)



センタラヘルスケア(バージニア州ノースフォーク)

IHNモデル分類

松山幸弘氏



- ①純民間型・1地域密着型
 - センタラ・ヘルスケア(バージニア州ノースフォーク)
 - インターマウンテン・ヘルスケア(ユタ州ソルトレーク)
- ②自治体立・1地域密着型
 - サラソナ・メモリアル・ヘルスケア(フロリダ州)
- ③全国展開型
 - アセンション・ヘルス(カトリック系)
 - カソリック・ヘルスケア・ウェスト
- ④純民間・医科大学業務提携型
 - センタラ・ヘルスケア
 - ワシントン大学と業務提携したBJCヘルスケア(ミズーリ州セントルイス)
- ⑤医科大学主導型
 - UPMC(ピッツバーグ大学メデイカルセンター、ペンシルベニア州ピッツバーグ)
- ⑥完全統合クローズ型
 - カイザーパーマネンテ(カリフォルニア州オークランド市)

①純民間型・1地域密着型 セントラ・ヘルスケア

- セントラヘルスケア
 - セントラ・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



ノーフォーク バージニア州
セントラヘルスケア

Sentara Healthcare

www.sentara.com

所在地:バージニア州ノーフォーク

The screenshot shows the Sentara Healthcare website interface. At the top, there is a navigation menu with links for Doctors, Hospitals & Facilities, Services, Patient & Visitor Info, Health Info, News, and Employment. A main banner features the text "ExploreHealth WITH SENTARA" and "READ Medical breakthroughs and health info in the monthly ExploreHealth with Sentara newspaper ad or online". Below this, there are sections for "Screenings & Events" and "Making the Right Healthcare Decisions" with three sub-images: "Quality & Safety Measures", "Defining Quality in Healthcare", and "Asking the Right Questions". A search box is labeled "Find It Fast" and includes a search button and a list of search options like "Find a Physician", "Maps & Directions", etc. At the bottom, there is a footer with contact information and a copyright notice for 2007 Sentara Healthcare.

医業サービスと医療保険の
収入合計 21億ドル
(2005)

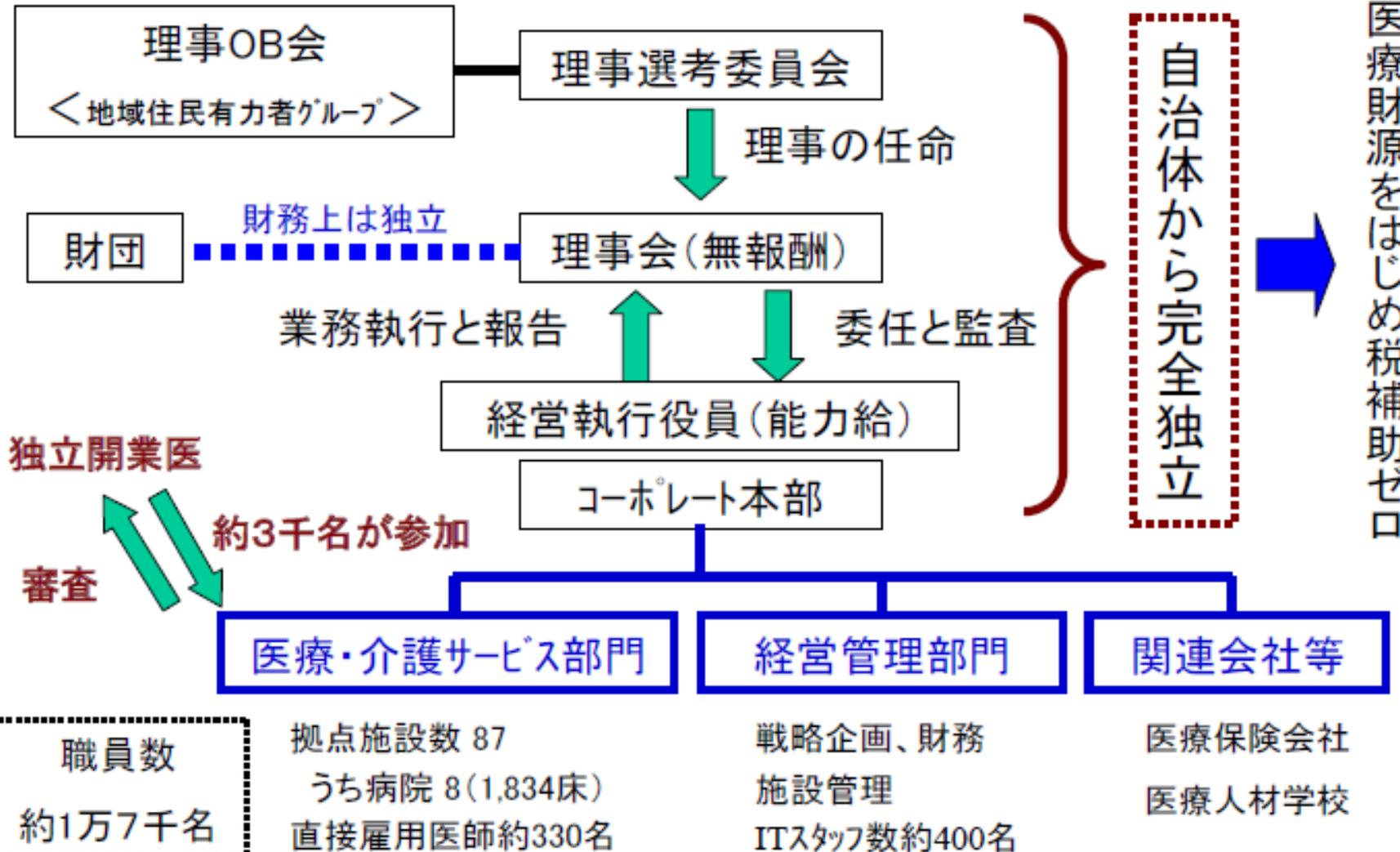
年間慈善医療 8,960万ドル

非課税 & 税による補助ゼロ

全米587のIHNの中で経営
統合度評価10年連続トップテン

Sentara Healthcare

ガバナンスは地域住民有力者グループ、経営は民間プロ



地域医療圏全体が人材、患者、資金のマグネット

Eastern Virginia Medical Center



Sentaraの基幹病院

独立系非営利
小児専門病院

病院を持たない医科大学がIHNの基幹病院と同じ敷地に立地



医科大学の臨床フィールドは地域医療圏全体

IHNの最重要インフラは臨床プロトコル

＜数千名の独立開業医が自主参加するIHNの鉄則＞

- 臨床は全て専門家である医師、医療スタッフに任せる。
- 医療が科学であることから彼らに臨床プロトコルを作成させる。
⇒各疾病の臨床内容の7～8割を標準化する



臨床プロトコルは臨床教育のツールであり順守義務はない。

臨床プロトコル＝医師集団が臨床現場を進化させ続ける仕組み

② 自治体病院を核にしたIHNの事例 SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM www.smh.com 所在地:フロリダ州サラソタ

Canon Easy-WebPrint * 印刷 高速印刷 プレビュー オプション 印刷リストを表示



SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM

HOME PATIENTS & VISITORS SERVICES & PROCEDURES FOR PHYSICIANS FOR EMPLOYEES CONTACT US / PRIVACY

About Us News & Information Classes & Events Careers & Employment Volunteering

Not just a hospital, THE hospital!

Welcome to the Sarasota Memorial Health Care System.

As a community owned hospital ranked among the nation's 50 best, we're proud to set the benchmark for care for those we serve.

Knowledge is the key to good health. We hope you'll use this website to access the information you need about the hospital and the multitude of services we offer.

NEWS AND INFO

America's Best Hospitals 2006
U.S. News & World Report
Comprehensive Stroke Center
Joint Commission on Accreditation
Cancer Care Accreditation
American College of Surgeons
Commission on Cancer

GUIDE TO YOUR HOSPITAL VISIT
Your Way-Strides - Pre-registration to Discharge

OUTPATIENT CARE CENTERS
Outpatient Medical Services

SPECIALIZED SERVICES
Centers of Excellence and Continuing Care

COMMUNITY HEALTH CALENDAR
Events, Classes, Support Groups - Register Online

SARASOTA MEMORIAL HEALTHCARE FOUNDATION
Advancing Healthcare through Philanthropy

HEALTHLINE - FIND A PHYSICIAN
Find A Physician & Healthcare Resources

ADVANCES IN HEALTHCARE
Emerging & Innovative Medical Services

COMMUNITY OUTREACH
Promoting Health through Services & Partnerships

HEALTH E-CLICKS NEWSLETTER
What's New at Sarasota Memorial

MESSAGE CENTER
Welcome to Sarasota Memorial's newly designed website. We hope you will find it easier to navigate and more informative than ever! Your comments are welcome!
www.sarasotamemorial.com

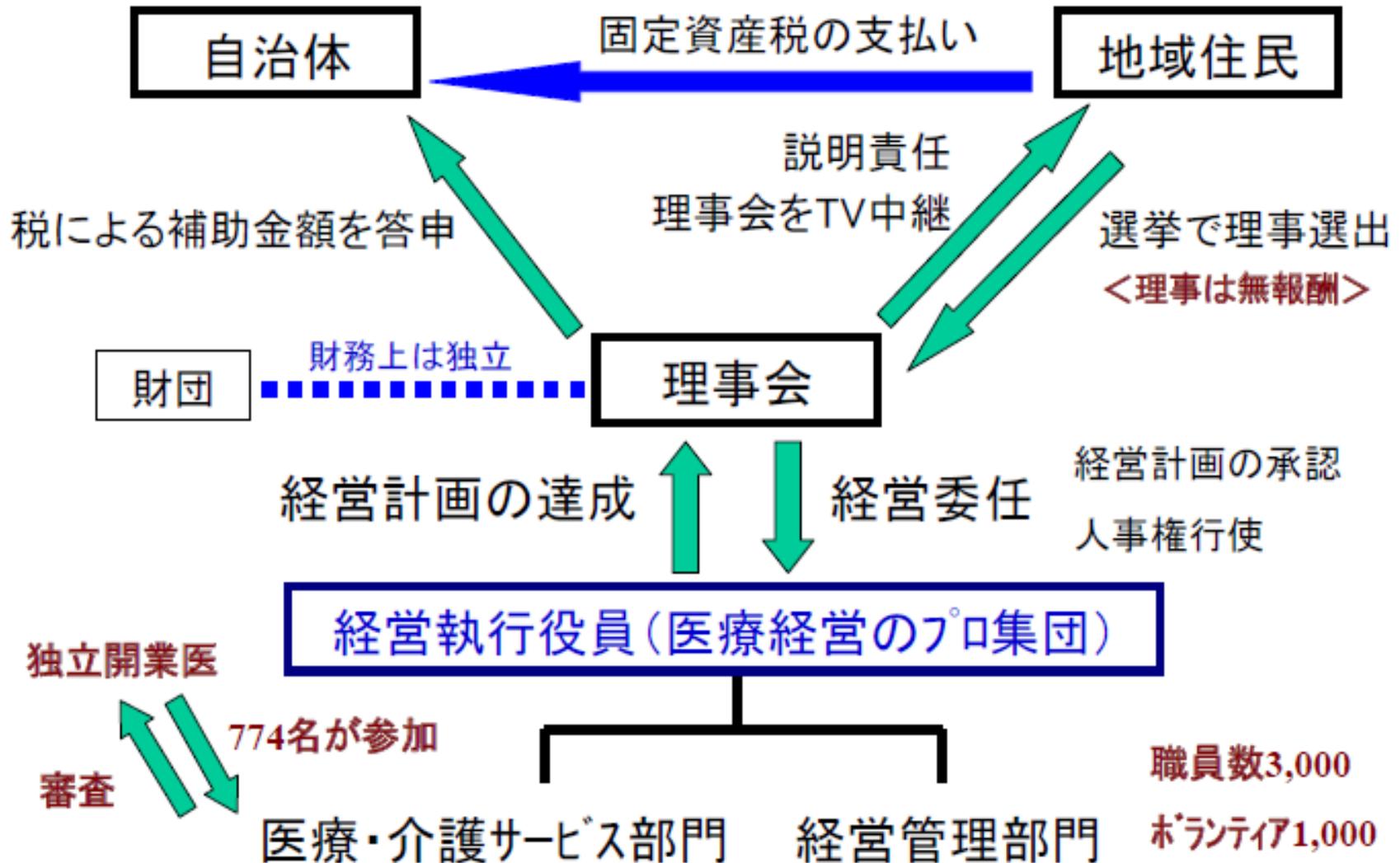
1 ページが表示されました

スタート | Sarasota Memorial H. | Microsoft PowerPoint

1251

Sarasota Memorial Health Care System

ガバナンスは地域住民(自治体)、経営は民間プロ



米国の自治体立IHNのガバナンスの特徴

(特徴①)

不採算医療から逃げることは許されない

フロリダ州サラソタの場合、2004年の初め、ライバルである株式会社病院が赤字である産科医療から撤退した。その結果、自治体病院であるサラソタが地域医療圏内の産科医療の大半を担うこととなり病院の収支が悪化、大きな経営改革(リストラ)実施を余儀なくされた。

(特徴②)

固定資産税収入で財源補填するルールが明確になっている

(特徴③)

経営努力で税による財源補填を大きく上回る慈善医療等を実施

慈善医療等 = 当初計画した慈善医療 + 未収金の貸し倒れ

自治体立IHNの例① サラソタ郡Sarasotaの収支構造

<単位 千ドル>		2005／9月期		2006／9月期	
① 収入		443,649	100	478,523	100
医療サービス(慈善医療等控除後)		394,105	88.8	400,679	83.7
自治体補助(固定資産税)		22,071	5.0	35,433	7.4
投資収益		12,854	2.9	18,834	3.9
その他収入		14,619	3.3	23,577	4.9
② 支出		447,464	100.9	451,259	94.3
うち(慈善医療費等の費用)		(63,974)	(14.4)	(92,180)	(19.3)
人件費		225,939	50.9	230,305	48.1
金利		10,946	2.5	13,989	2.9
減価償却		34,326	7.7	34,189	7.1
その他支出		176,253	39.7	172,776	36.1
③ 最終損益 (①－②)		▲ 3,815	▲0.9	27,264	5.7

Sarasota Memorial Hospital

規模は小さいがグローバルスタンダード

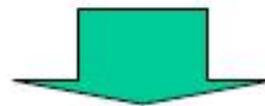


基幹病院 Sarasota Memorial Hospital

連邦立等を除く全米約5千病院の中
での診療科別ランキング(2006)

心臓科	24位
整形外科	30位
消化器科	42位
呼吸器科	44位
婦人科	49位
癌科	50位

トップ 1%!



日本でも医業収入500億円超であればグローバルスタンダード達成可能

⑤医科大学主導型 UPMC(ピッツバーグ大学メデイカルセンター)

World Class Health Care - UPMC, Pittsburgh, PA, USA - Microsoft Internet Explorer

ファイル名 編集 表示 新規 検索 印刷 印刷リストを表示

http://www.upmc.com/japanese

Canon Easy-WebPrint 印刷 高濃度印刷 プレビュー オプション 印刷リストを表示

UPMC

Home | Site Map | News

About UPMC | Hospitals & Facilities | Our Services | Find A Doctor | Your Visit | Health A-Z | Careers at UPMC

To watch UPMC Minute interviews
CLICK HERE

UPMC Minute
A series of conversations with UPMC physicians that can change your approach to health care.

Request a Doctor's Appointment

Traffic Alert:
Boulevard of the Allies
Construction and Detours
[Maps and Directions](#)

Patients and Guests

How to access UPMC's programs, services, and facilities

Health Care Professionals

Training and support for health care professionals

Classes and Events

Classes and events for the public

Supporting UPMC

Learn about the many ways to support UPMC

Quality & Innovation

To improve the safety of patient care, UPMC is testing the first-ever "smart rooms" at UPMC Shadyside. This high-tech system identifies caregivers for patients and provides critical data at the bedside for doctors and nurses.

[Read more](#)

Our Care & Services

Consistently ranked among the nation's best, UPMC's treatment programs offer nationally and internationally recognized standards of care.

[Read more](#)

UPMC Spotlight

UPMC WIVES PITTSBURGH PROMISE CONDITIONS THAT REQUIRED CITY COUNCIL APPROVAL

[Read the press release and acknowledge notices.](#)

▶▶

ピッツバーグ大学の医療事業部門

UPMCの事業構造

～2006年現在～

非営利ホールディングカンパニー

経営管理サービス

情報システム
人事、財務、法務
リスクマネジメントなど

医療サービス

病院 19、癌センター 40
プライマリケア拠点数 400

医療保険(株)

加入者数 71万人
(注)ライバル保険会社の加入者も患者として受け入れる

多角化子会社群

リハビリテーション施設 50
海外病院コンサルなど国際事業
画像診断
在宅ケア
高齢者生活介助施設 16
検査
臨床治験 など

医療圏はペンシルバニア州の西半分

人口 約 400万人

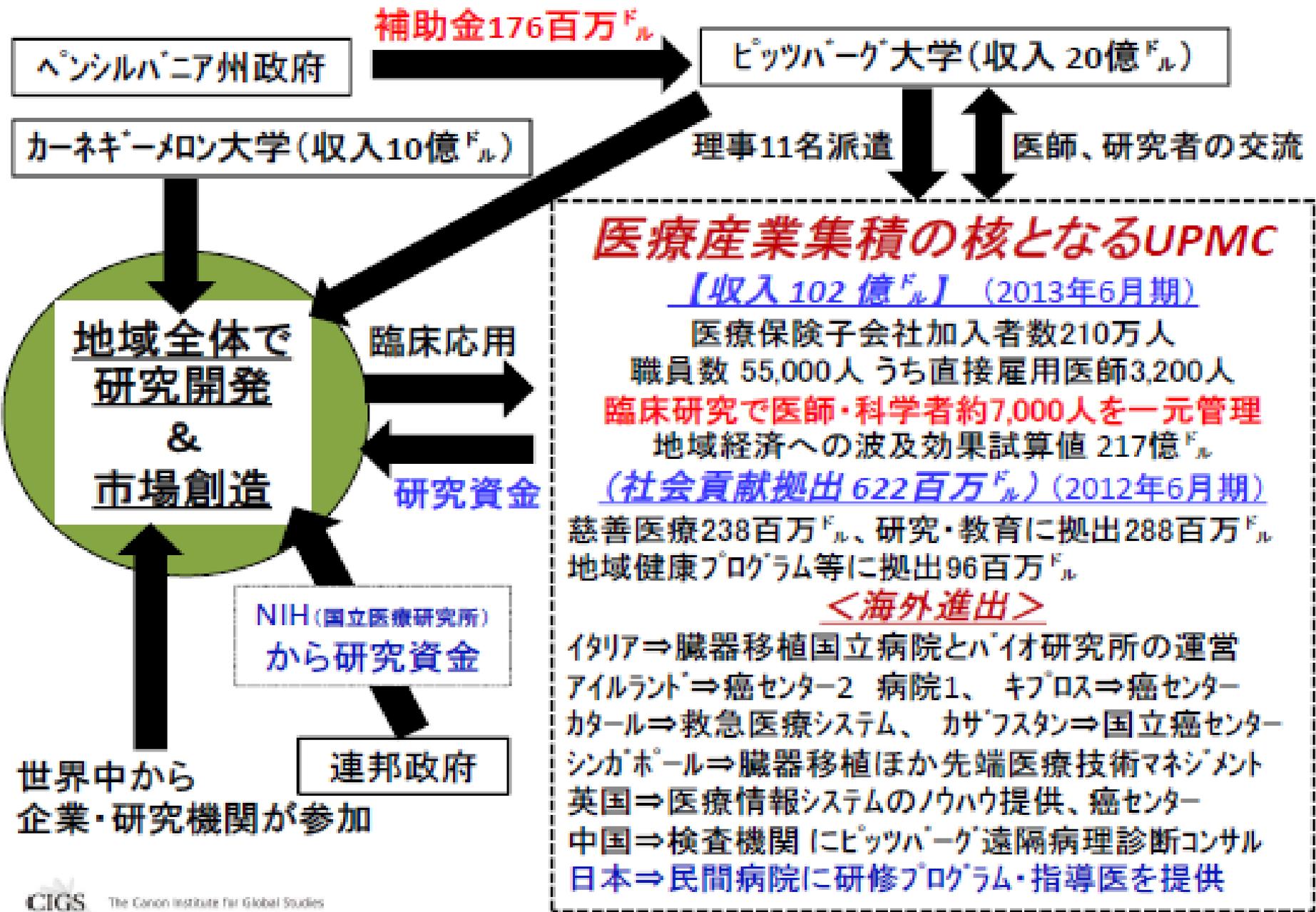
従業員数 4万3千人

参加医師数 4,500人(うち直接雇用医師 2,300人)

UPMCの医療圏(人口約400万人)

UPMCの病院医療市場シェア
ピッツバーグのあるアルゲニー郡で60%
同一医療圏にライバルIHNが存在
⇒市場独占は独禁法に抵触





日本の大学附属病院は世界基準から見れば弱小零細事業体

(単位:億円) 1US\$=100円換算	2012年3月期			2012年6月期	
	大阪大学	京都大学	東京大学	ピッツバーグ	カーネギーメロン
収入	1,312	1,450	2,173	1,956	1,062
授業料・入学料	124	137	139	525	367
附属病院収益	334	315	420	0	0
運営費交付金	473	523	827	176	0
その他	381	475	787	1,255	695
総資産	4,396	4,513	13,371	5,362	2,374
うち土地	2,234	1,666	8,897	51	45
純資産	3,083	2,886	10,717	3,400	1,628
うち政府出資金	2,684	2,445	10,035	0	0
国立大学45病院、6医療センター全体合計 8,887億円				UPMC:1地域で1兆円	

附属病院を分離し、医療事業体を創ることこそが大学ブランド戦略

UPMCの業容

	2002年	2006年
総収入 (百万ドル)	3,417	5,993
経常収入 (百万ドル)	3,360	5,699
経常利益 (百万ドル)	49	321
経常利益率	1.5%	5.6%
保険子会社加入者	56万人	71万人
アルゲニー郡での市場シェア	43.2%	48.6%
ペンシルバニア州西部での市場シェア	23.0%	26.0%
設備投資額 (百万ドル)	367	396

(注) 東京大学附属病院の2006年度収入 318億円(290百万ドル)

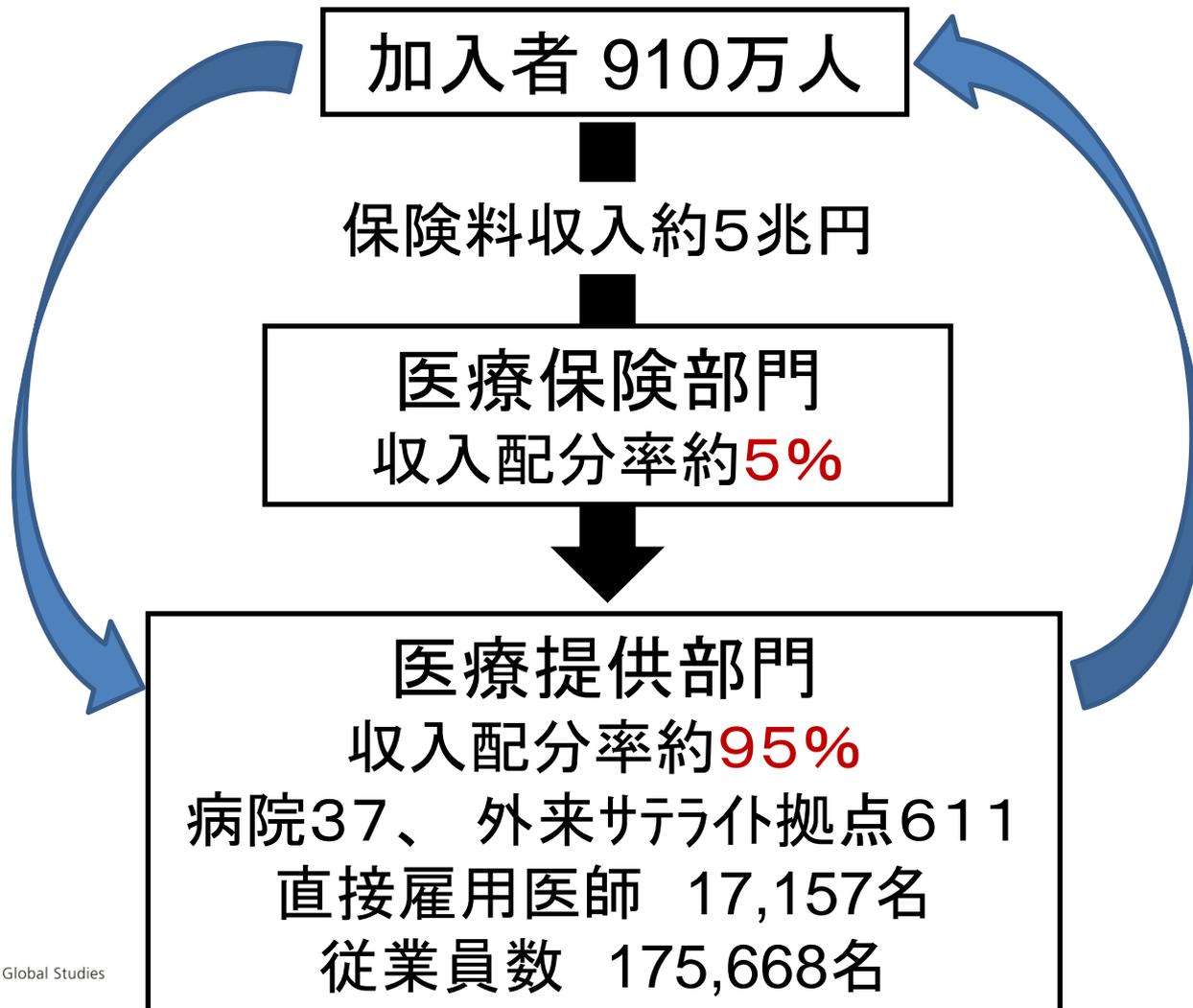
UPMCの20分の1では勝負にならない

⑥完全クローズド型 カイザーパーマネンテ

保険者と医療提供の完全連結経営

<2012年データ>

カイザーの施設からのみ受診



自社の保険加入者にもみ医療提供

医療ITの10年間投資額 60億ドル(初期投資 30億ドル)

Kaiser Permanente HealthConnect

Kaiser Permanente typically spends about 5% of our total revenue on information technology. KP HealthConnect (our integrated system for care delivery) is:

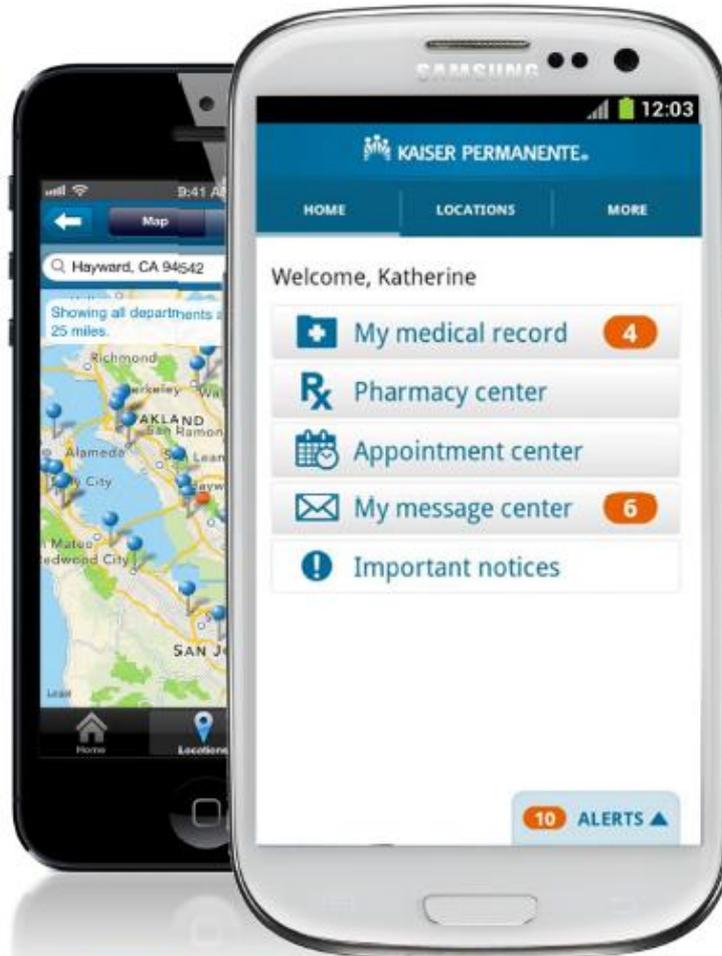
- More than just an electronic medical record
- A Program-wide system that integrates the clinical record with appointments, ancillary and specialty services, registration, and billing
- A complete health care business and management system that enhances the quality of patient care
- A personal health record for more than 4 million Kaiser Permanente members (60% of members over 13 with Internet access)

Note: Return on investment was estimated at 8.5 years (but this was a strategic investment, not based on ROI)

IT投資コストを8年半で回収

スマートフォンが医療サービス提供の重要インフラ！

KP App - Anytime, Anywhere Access



53% of U.S. adult cell phone owners have smartphones.

One in three cell phone owners have used their phone to look for health information.

The KP app can help you:

- locate facilities
- access medical records
- refill prescriptions
- make appointments
- email caregivers
- view test results

Pew 2012 Mobile Health Survey



Copyright © 2013 Kaiser Permanente, Slide 18

カイザーにおけるPopulation Health のツール例

Population Management and Panel Support Tools

保険加入者一人ひとりをデータに基づき保健指導


KAISER PERMANENTE.
Demo Site

[getting started](#) | [updates](#) | [FAQs](#) | [user guide](#) | [glossary](#) | [contact us](#)

The Panel Support Tool

choose a provider
search / panel view
visit info
risk factors
logout

PCP: DEMO DOC Panel Size : 1158 Y Indicates in the registry

Report	MRN	NAME	Age	Sex	Prev	Gap	DM	CVD	CHE	HTN	CKD	Last Seen	Rev'd
<input type="checkbox"/>	000000027	DEMO27	76	F		20	Y				Y		3/23/2006
<input type="checkbox"/>	000000455	DEMO455	39	M		17	Y				Y		
<input type="checkbox"/>	000000370	DEMO370	50	F		17	Y			Y	Y	12/16/2004	
<input type="checkbox"/>						17	Y						
<input type="checkbox"/>						17	Y				Y		
<input type="checkbox"/>						16	Y			Y			
<input type="checkbox"/>						14	Y	Y	Y	Y	Y	7/6/2005	3/22/2006
<input type="checkbox"/>						12	Y			Y	Y	3/13/2006	
<input type="checkbox"/>						12		Y		Y		4/13/2005	
<input type="checkbox"/>						12	Y				Y	7/16/2005	
<input type="checkbox"/>						11		Y		Y		7/29/2004	
<input type="checkbox"/>						11	Y			Y		2/26/2006	
<input type="checkbox"/>	000000746	DEMO746	58	F		10	Y			Y		12/27/2005	
<input type="checkbox"/>	000000080	DEMO80	55	M		10	Y			Y		1/26/2005	
<input type="checkbox"/>	000000989	DEMO989	85	F		10		Y	Y	Y		5/25/2004	
<input type="checkbox"/>	000000559	DEMO559	79	F		10	Y			Y	Y	9/3/2005	

Panel Support Features

- Tools to support the systematic analysis and management of all patients assigned to a providers using national guidelines
- Effective in managing and improving the health of predefined population and sub-population groups, the short- and long-term quality of services, and the improvement of service coordination and continuity of care

Copyright © 2013 Kaiser Permanente, Slide 20



非営利ホールディングカンパニーは医療IT投資成功のインフラ

- ① 情報共有の意思がない医療事業体間を電子カルテで結んでも無駄
⇒同様に遠隔医療は医師間の信頼関係、経済的利害の一致があってはじめて機能する
- ② EMR標準化は企業ベンダーに呼びかけても全く進展しない
⇒ただし、EHRのために全国レベルでEMRを標準化する必要はない
⇒EMR構築を担う医療事業体が十分大きければよい
- ③ 医療ITコストの大部分を直接負担するのは医療提供者。しかし、その経済的便益を最も受けるのは保険者。だからデータベース構築に協力する医療提供事業体に保険者が財源付与する仕組みが重要
- ④ Population Healthで使われるのは主としてレセプト情報。
⇒ナショナルデータベース完成によりわが国でもPopulation Healthは可能
⇒コスト・ベネフィットの高い効率的な手法開発と人材育成が急務

地域医療セーフティネット事業体のガバナンス改革が必要

米国以外の医療事業体

オーストラリアの医療公営企業IHNの例

Monash Health (メルボルン)

<2013年6月期データ>

担当医療圏人口 約100万人

職員数 9,471人(うち医師数1,277)

事業拠点数 40超

総収入 1,342百万豪ドル



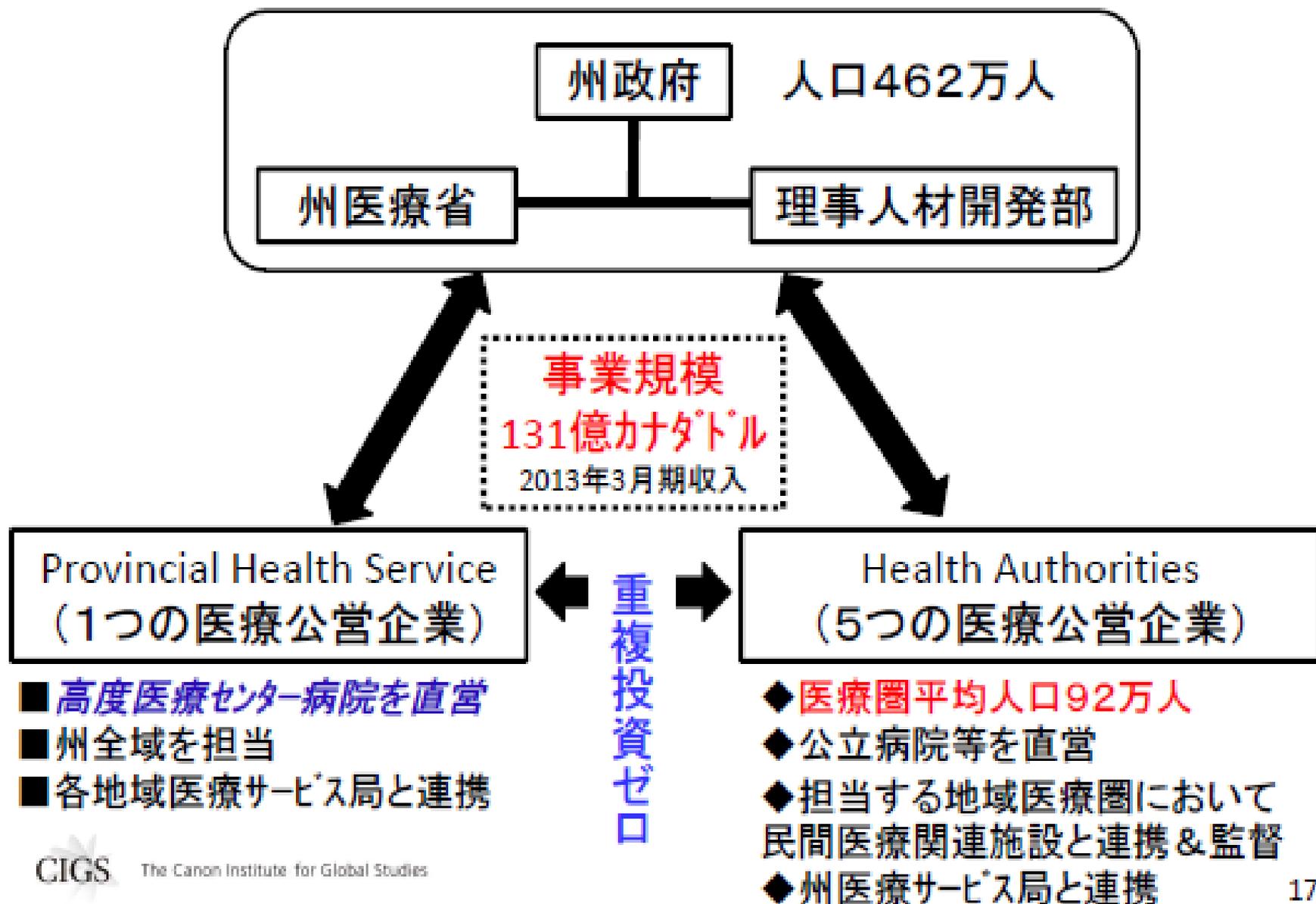
Monash Health is proud to provide integrated health care to one quarter of Melbourne's population.

We improve the health of our community through:

- Prevention
- Early intervention
- Community based treatment and rehabilitation
- Highly specialised surgical and medical diagnosis, treatment and monitoring services
- Hospital and community based mental health services
- Comprehensive sub-acute and aged care programs
- Palliative care
- Research
- Education

日本の制度で分類すると広域の地方独立行政法人
ホールディングカンパニー機能を持たない非営利IHN

カナダ British Columbia州の医療公営企業



パート4

日本版IHN事例

日本の非営利IHNの事例①

長野厚生連

“垂直統合により”国・公立病院以上に公益機能を発揮しながら黒字経営



鹿教湯病院(441床)



北信総合病院(622床)



佐久総合病院(821床)

2分割してダウンサイジング

- ①高度医療センター(450床)
- ②現病院は地域支援病院(300床)



新町病院(140床)



三才山病院(237床)

医療圏人口
215万人
検診者数
年間40万人



美里分院(120床)
精神



小海分院(99床)



富士見高原病院(149床)



篠ノ井病院(433床)



事業拠点数 70



小諸厚生総合病院(320床)



下伊那厚生病院(99床)



附属若穂病院(60床)



長野松代総合病院(365床)



安曇総合病院(312床)

2014年4月開院した 佐久医療センター(450床)



国公立病院以上に政策医療を担う長野厚生連は補助金抜きでも経常黒字

<単位:百万円>		2010年度	2011年度
①事業収益		85,765	86,741
	医業収益	79,257	79,675
	訪問看護収益	1,049	1,064
	施設運営収益	3,787	4,105
	その他	1,672	1,897
②事業費用		83,445	85,632
③事業外損益		350	355
④経常利益(①-②+③)		2,671	1,464
	経常利益率(④÷①)	3.1%	1.7%
⑤特別損益		505	311
	うち一般補助金収益	1,151	908
⑥税引前当期利益(④+⑤)		3,175	1,775
⑦法人税・住民税及び事業税		1	1
⑧当期剰余金(⑥-⑦)		3,174	1,774
	最終利益率(⑧÷①)	3.7%	2.0%

へき地に立地したのもも含め全病院が黒字

急性期から在宅まで全ての機能を果たせば黒字

診療・介護報酬が全体として低すぎることはない

地域医療崩壊の原因は報酬水準ではない

<減益の理由>

高度医療センターのための先行投資

セーフティネット事業体の模範例② 社会福祉法人聖隷福祉事業団

浜松市リハビリテーション病院 180床
指定管理者



聖隷淡路病院152床



聖隷横浜病院300床



浦安せいの里
浦安ベテルホーム
浦安聖光園
浦安せいのクリニック



聖隷佐倉市民病院294床



2012年4月現在事業拠点数

(出所) 聖隷福祉事業団WEBサイト

病院	6	有料老人ホーム	10	コミュニティセンター	2
クリニック	1	グループホーム等	2	在宅介護支援センター	2
障害者施設	13	デイサービスセンター	9	地域包括支援センター	5
特別養護老人ホーム	13	保育園	12	ケアプランセンター	12
介護老人保健施設	3	訪問看護ステーション	15	デーサービスセンター	11
軽費老人ホーム	3	訪問ヘルパーステーション	7		

社会福祉法人聖隷福祉事業団の収支

＜単位：百万円＞		2010	2011	2012
①事業活動収入		88,793	90,474	94,230
	うち経常経費補助金収入	564	599	477
	借入金元金償還補助金収入	114	114	114
	国庫補助金等特別積立金取崩額	502	529	544
②事業活動支出		85,887	88,515	91,454
③事業活動外収入		1,771	1,751	1,681
	うち借入金利息補助金収入	23	19	15
	運営費補助金収益	872	820	739
	施設設備補助金収益	196	212	227
④事業活動外支出		632	596	539
⑤経常収支差額(①－②＋③－④)		4,045	3,114	3,917
⑥経常収支差額率(⑤÷①)		4.6%	3.4%	4.2%
⑦補助金合計		2,271	2,292	2,116
⑧補助金抜き経常収支差額(⑤－⑦)		1,774	822	1,801
⑨補助金抜き経常収支差額率		2.0%	0.9%	1.9%

福祉事業込みでも補助金抜きで黒字達成



パート3

公立病院経営改革ガイドライン

～再編ネットワーク化～



公立病院経営悪化

自治体が設置者である公立病院の財務データ

(億円)

	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
経常収益	3兆9,597	3兆9,646	3兆9,558	3兆9,203
うち 医業収益	3兆4,464	3兆4,463	3兆4,510	3兆4,229
国庫(県)補助金①	163	175	189	200
他会計繰入金②	5,437	5,519	5,280	5,191
経常損益	▲1,845	▲1,103	56	95
累積欠損金	▲2兆1,368	▲2兆1,571	▲2兆0,707	▲2兆0,326
資本支出の公的補助③	1,785	2,078	2,077	2,257
うち 国庫(県)補助金	129	165	250	434
他会計からの出資金・ 負担金・補助金	1,656	1,913	1,827	1,823
公的補助の合計①+②+③	7,385	7,772	7,546	7,648



単独施設経営の発想に固執した過剰設備投資を放置することは公費の無駄

公立病院改革ガイドラインのポイント

(平成19年12月24日付け総務省自治財政局長通知)

◎地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定

(経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度を標準)

◎経営指標に係る数値目標を設定

◎経営形態の見直し

* 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、
指定管理者制度、民間譲渡を提示

◎再編・ネットワーク化

- * 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- * 病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
- * 4つのモデルパターンを提示

How?

成功の条件
は？

病院サバイバルの選択肢

選択肢	民間病院	公立病院 (自治体病院)
①機能を明確にし得意分野に 専門特化 ⇒選択と集中を徹底的に実践	○	X
②診療報酬改定の影響を中和できる 程の品揃えと規模の医療事業体とな り、財源が自己増殖する仕組み“IH N”を構築する。	○	◎

(注)“専門特化”は各設置者が運営する医療事業体全体で判定

⇒都道府県が「がんセンター」、「子供病院」等を設置することは容認される

わが国で地域医療提供体制が崩壊している原因

地域医療提供体制の経営効率を高めるためには、医業収益・疾病構造に合わせて絶えず施設&機能のポートフォリオを変革しなければならない。



わが国の場合、同一医療圏内で経営主体の異なる公立・公的病院が重複投資を行い過当競争、財源浪費に陥っている。



地域医療提供体制のガバナンスが確立されてない



経営統合に合意できた自治体病院が“ネットワーク”の形を作っても成功するとは限らない。

発想の転換①

連携ではなく統合

連携では、医療資源配分的意思決定が一元化できていないため、利害対立が発生した途端に崩壊する。



日本で推奨されている地域連携パス、マグネットホスピタルは脆弱。

マグネットホスピタル＝500床のコアホスピタル→全ファンクション(機能)を漏れなく総合して圏域全体の医療の安全を保障するには500床の規模は必要。?

<出所:宮城県仙南地域医療体制検討部会の論点整理>

◎医療圏全体での医療資源最適配分を考えた場合“巨艦病院”の必然性はない

◎マグネットホスピタルは大病院上位の発想、IHNは医療施設間に優劣ない共同体



わが国の地域医療提供体制再構築のためには、地域の医療資源 & 経済的・政治的利害を共有した医療事業体の存在が不可欠⁴²

発想の転換②

統合・再編・ネットワーク化の目的は縮小均衡ではなく拡充

＜医療施設単位の発想到束縛された日本の政府・自治体＞

- 日本では自治体病院をはじめとする公立・公的病院を改革するにあたり、財政難を理由とした地域医療提供体制の縮小均衡が不可避であるかのようなキャンペーンが行われている。
- 病院が診療所になることを医療後退と誤解する議会、自治体長。



- * 国民が求めているのは医療の縮小均衡ではなく拡充
- * 医療へのアクセスが今より向上する改革案を提示せねばならない



IHN構築により広域医療圏単位で重複・過剰投資をゼロにすれば、浮いた財源で多数のサテライト施設を建設し、地域医療の拡充を地域住民に実感してもらうことが可能。

注) 病院を入院に特化させ、外来をサテライト施設にするだけで多額の財源が浮く

公立病院改革ガイドライン

- 背景
 - 公立病院経営悪化
 - 自体財政悪化
- 公立病院改革プラン
 - 2007年総務省の懇談会スタート
 - 2008年プラン作成
- 公立病院改革プランの3つの柱
 - ①経営効率化
 - 3年程度(2010年ごろまで)
 - ②再編・ネットワーク化
 - 5年程度(2012年ごろまで)
 - ③経営形態の見直し
 - 5年程度(2012年ごろまで)

①経営の効率化

- 経営指標に係る数値目標を設定
 - － 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
 - － 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保など
- 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途
 - － (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
 - － 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

②再編・ネットワーク化

- 都道府県は、再編・ネットワーク化に医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討

水平統合をめざして

パターンⅠ

再編前



A市立病院(250床)



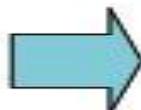
B市立病院(200床)



C町立病院(50床)



D町立診療所(無床)

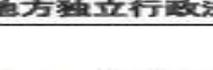


再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



新設S病院(400床)



B地区診療所(無床)



C地区診療所(無床)



D地区診療所(無床)

パターンⅡ

再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



B地区病院(基幹病院-400床に増床)



C地区診療所(19床・救急機能)



D地区診療所(無床)

パターンⅢ

再編前



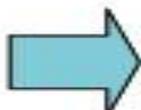
日赤S病院



A町立病院(50床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者

日赤S病院
(A、Bに医師派遣等)

A町立診療所(無床)



B町立診療所(無床)

パターンⅣ

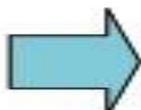
再編前

S総合病院
(S医療法人)

A県立病院(200床)



A市立病院(200床)



再編後

指定管理者

S総合病院
(S医療法人)

A県立病院とA市立病院を統合

公立A医療センター
(350床)

B町立病院(50床)



B町立診療所(19床・救急機能)

③経営形態の見直し

- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

参照：公立病院事業の主な経営形態

	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 非公務員型	指定管理者制度
開設者	地方公共団体	地方独立行政法人	地方公共団体
事業責任者	病院事業管理者	法人の長(理事長)	受託事業者(公益法人、医療法人等)
病院の位置づけ	都道府県が設置する地方公営企業	都道府県が設置する地方独立行政法人	公設民営
職員の身分	地方公務員	民間職員と同様	受託者の職員(民間職員)となる
経営	管理者の権限と責任において経営を行う	設立団体の長(知事)が中期目標を設定する	受託契約の範囲内で受託者が事業を実施する

地方公営企業法全部適応

- 地方公営企業法一部適応
 - 公立病院の多くは地方公営企業法の財務規定の部分だけが適用されている
- 地方公営企業法全部適応
 - 条例で組織や職員の身分規定などすべての条文を適用すること
 - 全部適応で新たに任命される病院事業管理者は予算や職員の人事権を持ち、給料も決められるため、より柔軟な経営ができる。
 - 一方で、経営責任が明確化される。

地方独立行政法人とは？

地方独立行政法人とは

※病院や学校、研究所など



地域において公共上の見地から確実に実施されることが必要な事業で、民間では必ずしも実施されない恐れがあるものを、効率的かつ効果的に行わせることを目的に市が設立する法人のことをいいます。

地方独立行政法人には、公的サービスをきちんと提供する役割が法律上位置付けられています。

救急医療をはじめ、災害医療、周産期医療、高度医療など、採算性が低くても市民にとって真に必要な医療を提供するために必要な財源は市が措置します。

指定管理者制度とは？

- **指定管理者制度**は、それまで地方公共団体やその外郭団体に限定していた公の施設の管理・運営を、株式会社をはじめとした営利企業・財団法人・NPO法人・市民グループなど法人その他の団体に包括的に代行させることができる（行政処分であり委託ではない）制度である。

パート4

公立病院再編事例

経営形態見直しと
再編ネットワーク化

事例

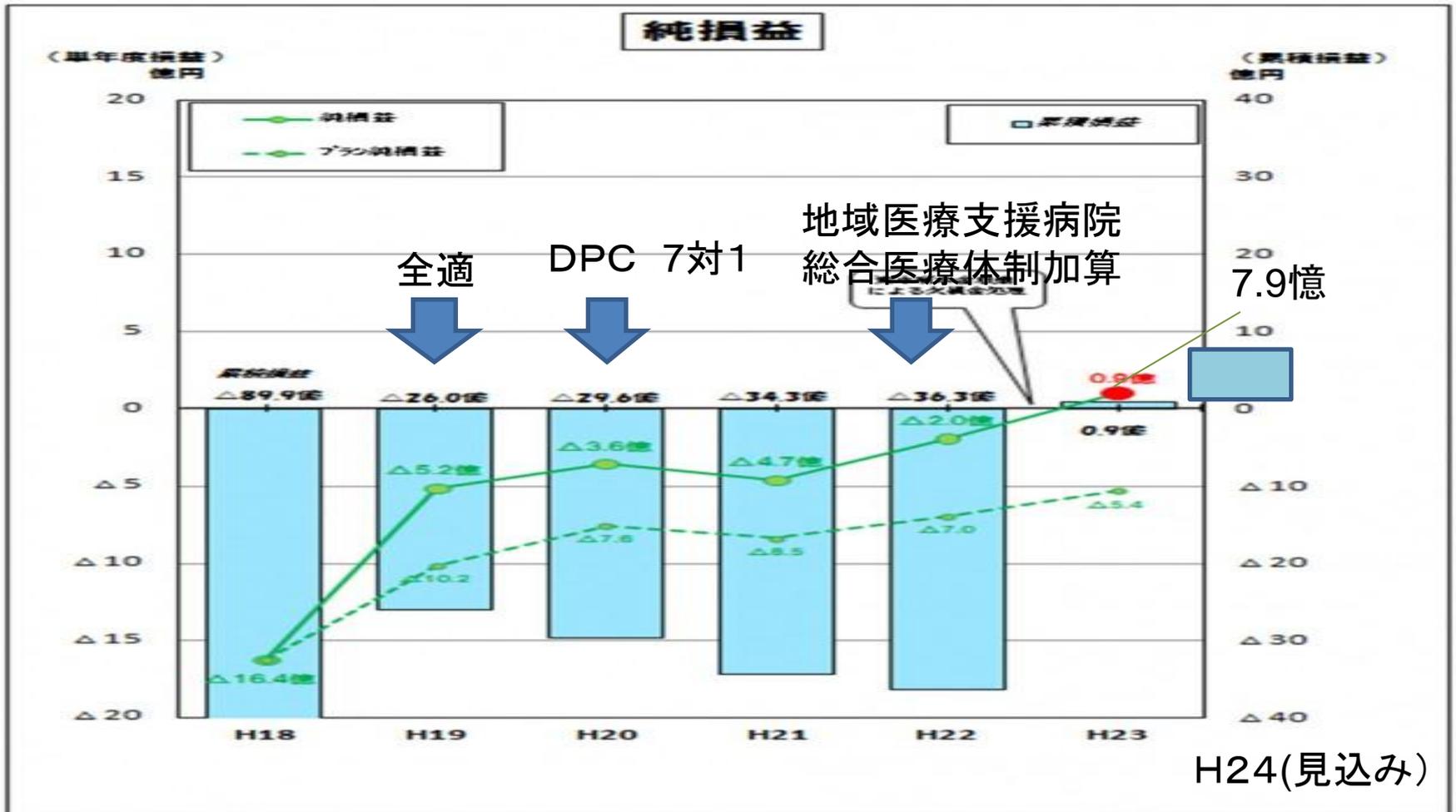
- 事例(1)全部適応
 - 県立青森中央病院
- 事例(2)指定管理者
 - 氷見市民病院
- 事例(3)統合再編
 - 県立日本海病院、市立酒田病院
- 事例(4)経営統合
 - JA栃木県下都賀総合病院、下都賀郡市医師会病院
- 事例(5)民間譲渡
 - 志木市立市民病院

事例(1) 全部適応 県立青森中央病院

- 2007年(平成19年)に地方公営企業法全部適応
 - 病院管理者を吉田茂昭院長が兼務
 - DPC、7対1、地域医療支援病院取得など
 - 医師数を100名から130名に増員
- 青森県立中央病院
(700床)



全部適応効果



医師数100名

医師数130名

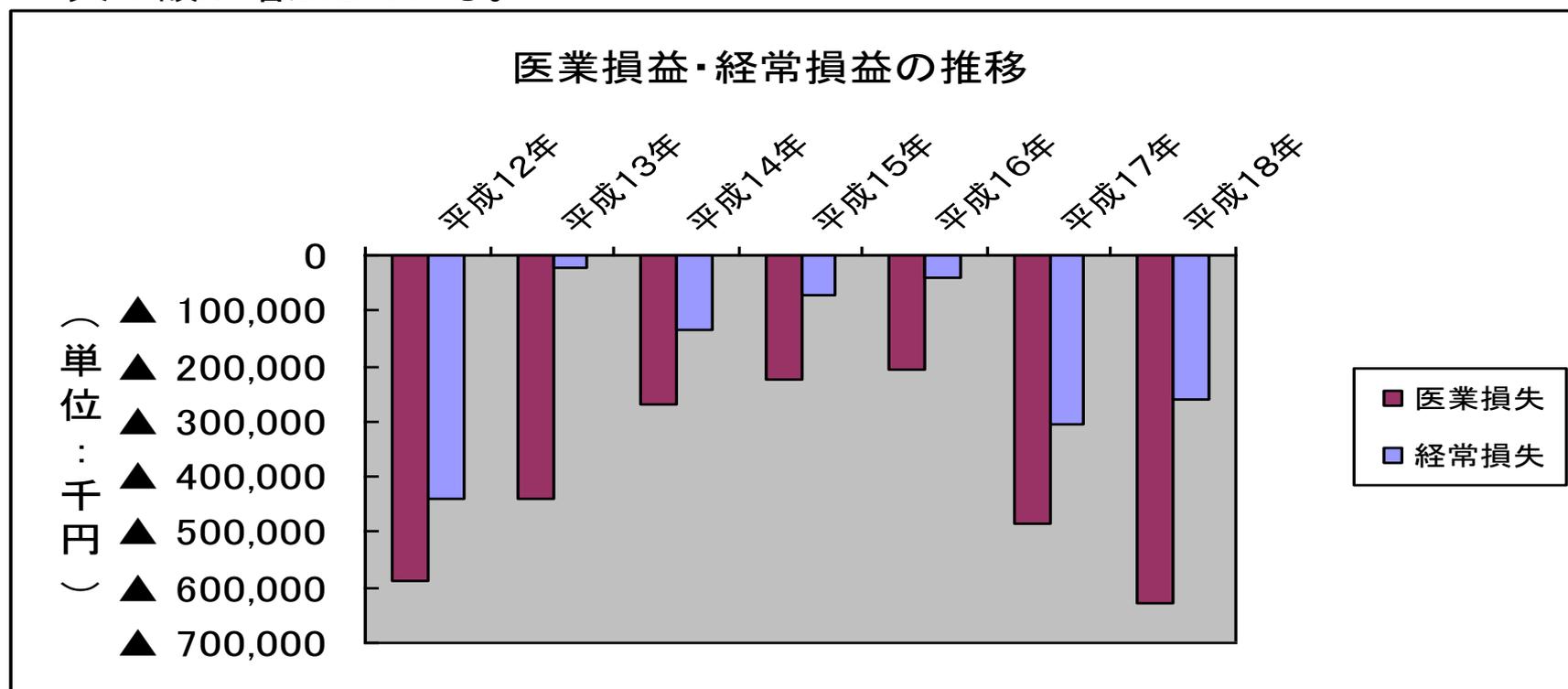
事例(2): 指定管理者 富山県氷見市民病院 ～医科大学附属病院としての再生～

- 金沢医科大学付属病院を指定管理者として、公設民営で2008年4月1日から再スタート。
数値目標として財政健全化達成
- ◆ 医科大学が公立病院の指定管理者になるのは全国でもめずらしい⇒**公立病院の経営モデルに**
- 「聖域」無き改革に挑戦し効率的な運営体質がつけられた。
- 分限免職・本庁と一体で委員会報告を忠実に実行した。
- 氷見堂故市長は最後までぶれなかった。

事例(2):氷見市民病院 改革前収支

医業損益は平成16年度までは改善していたものの、平成17年度から悪化へ転じ、18年度には医業損失が6億円を超える予測であった。

経常損益も平成16年度までは概ね低位で推移していたものの、平成17年度から損失の額が増加している。

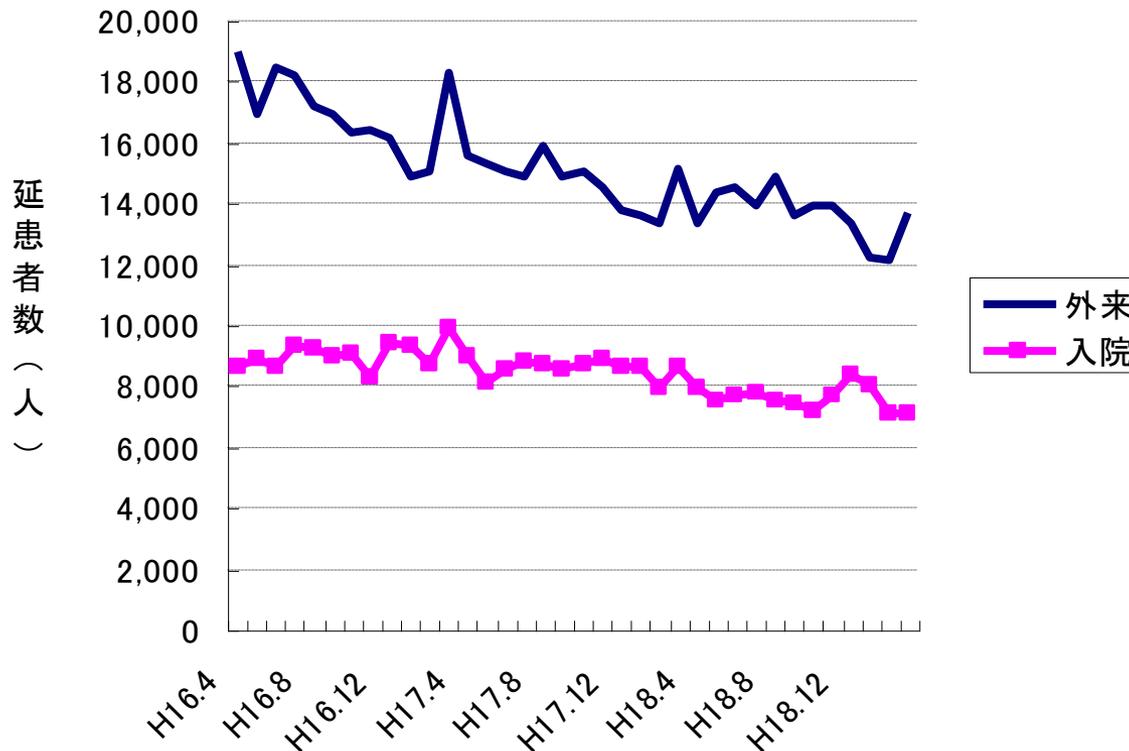


事例(2):氷見市民病院 改革前

患者数

医師不足問題が表面化するずっと以前から、患者離れは進んでおり、これは自治体病院の全国的な傾向となっている
近隣の高岡市に患者は流れていた。

過去3カ年の患者数の推移



事例(2): 金沢医科大学を指定管理者として付属病院化した

- 現在、金沢医科大学氷見市民病院として指定管理者制度のもとに経営を行っている
- 医師、大学が経営している強みを活かし、充足している。臨床研修医とのマッチング率100%
- 看護師支援の施策を行っている。

経営改革そのものは難儀しながらも成功した。

⇒ 良い経営を継続するためには、改革後も「魅力のある病院づくり」というフォローが必要

平成23年9月1日 新病院建築移転 建設費 約50億円という賢明な選択



事例(3): 統合再編後 独立行政法人化する改革プラン

総務省: 公立病院改革プラン策定状況等について(報道資料)より
②再編・ネットワーク化に係る基本的枠組みに合意した病院(抜粋)

都道府 県名	団体名	病院名	再編・ネットワーク化の内容 (要約)
山形県	山形県	独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院	山形県立日本海総合病院と酒田市立酒田病院を統合再編し、 地方独立行政法人化。
山形県	酒田市	独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 酒田医療センター	日本海総合病院は528床→648床に増床、急性期医療等の役割を担い、酒田医療センターは400床→110床に減床、亜急性期・回復期医療等の役割を担う。

事例(3):再編統合までにいたる経過

- ・平成5年酒田市に、県立日本海病院開設
- ・酒田病院の建物老朽化に伴い、改築構想が浮上（平成6年、第一次マスタープラン）
- ・平成11年、一般会計に市立酒田病院整備基金創設
（平成18年度末残高、11億435万円）
- ・平成17年3月、第二次マスタープラン作成
- ・有識者による市立酒田病院改築外部委員会から報告書提出
（県立日本海病院と経営統合し、一般地方独立行政法人とすべき）
- ・山形県は、県立病院の経営改善策を外部監査法人に委託
（報告書:運営形態は一般地方独立行政法人とすることが望ましい）
- ・平成18年9月、山形県知事と酒田市長で統合再編合意
- ・平成18年11月、第一回運営委員会を開催し、協議会を設立
- ・平成19年3月、山形県・酒田市病院統合再編基本整備構想が決定
- ・平成19年7月、第三回協議会を開催し、
経営形態を一般独立行政法人とすることを決定

事例(3):画期的な経営改革 システムの構築

平成20年4月1日

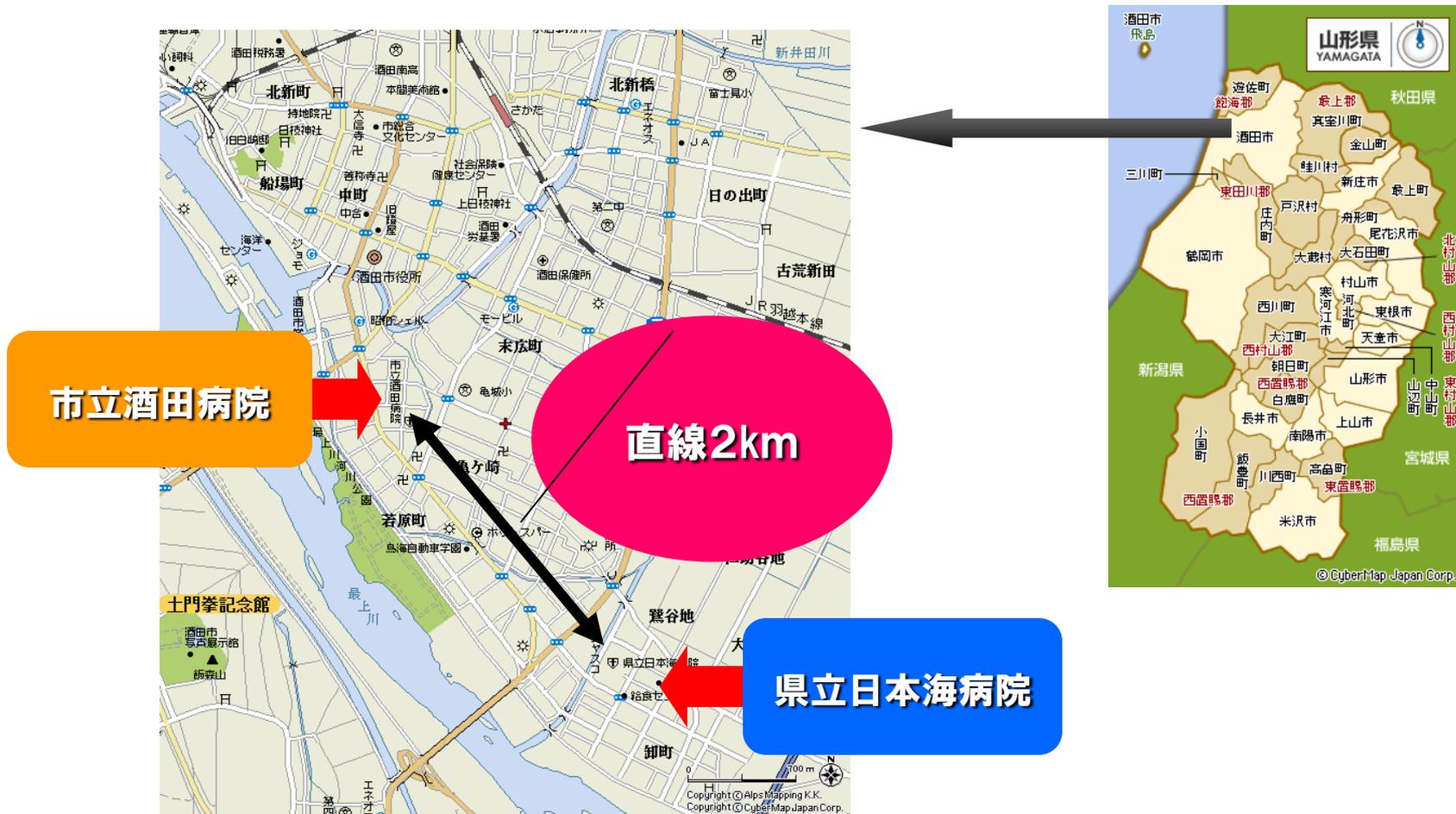
「**独立行政法人山形県・酒田市病院機構**」
(日本海総合病院・酒田医療センター)として
生まれ変わった

◆複数の自治体間による独法化は全国でもめずらしい
⇒**公立病院の経営モデルに**

◆高齢者等のために、2病院間をシャトルバスが運行

- 前年度に比べ営業利益の経営改善効果実質額が約5億円(2月末現在)
- 減価償却や交付金を含むと約15億円の経営改善効果

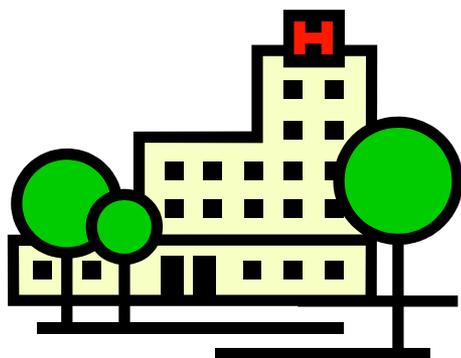
事例(3): 県立日本海病院と市立酒田病院の位置関係



事例(3): 統合再編の背景

最大理由: 診療機能の重複

県立日本海病院



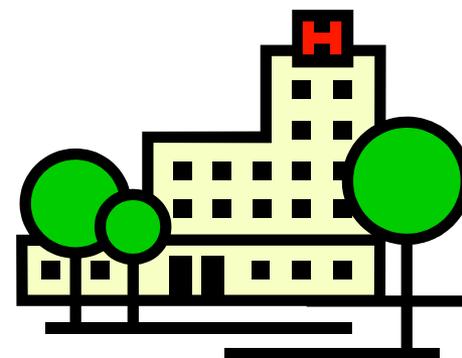
内科・消化器科・産婦人科...



一緒にやれば
効果的なんだ
けど...



市立酒田病院



内科・消化器科・産婦人科...



二つの病院に同じ科目があるために...

医師が分散配置される(医師不足に拍車がかかっている)

診療科の競合が起こっている

⇒今は良くてもこれから人口が減っていくと共倒れの危険がある

事例(3): 整備基本構想について

統合病院の医療機能「選択と集中」

< 統合再編前 >

県立日本海病院

病床数: 528床

診療科: 25科

主な機能

2.5次救急医療・高度医療・地域がん診療
連携拠点病院・救急告示病院・臨床研修
病院・災害拠点病院・感染症医療・
人間ドック・人工透析

市立酒田病院

病床数: 400床

診療科: 15科

主な機能

高度医療・救急告示病院・臨床研修病院・
人間ドック

< 統合再編後 >

統合再編後の病院

病床数: 758床(2病院合計)

【日本海総合病院】

病床数: 648床

診療科: 25科(一部の診療科を統合)

主な機能

三次救急医療(新型救命救急センター)・
高度医療・地域がん診療連携拠点病院・
救急告示病院・臨床研修病院・
災害拠点病院・感染症医療・人間ドック・
人工透析

【酒田医療センター】

病床数: 110床

診療科: 7科

主な機能

亜急性期・回復期医療の提供等

事例(3): 現在の日本海総合病院



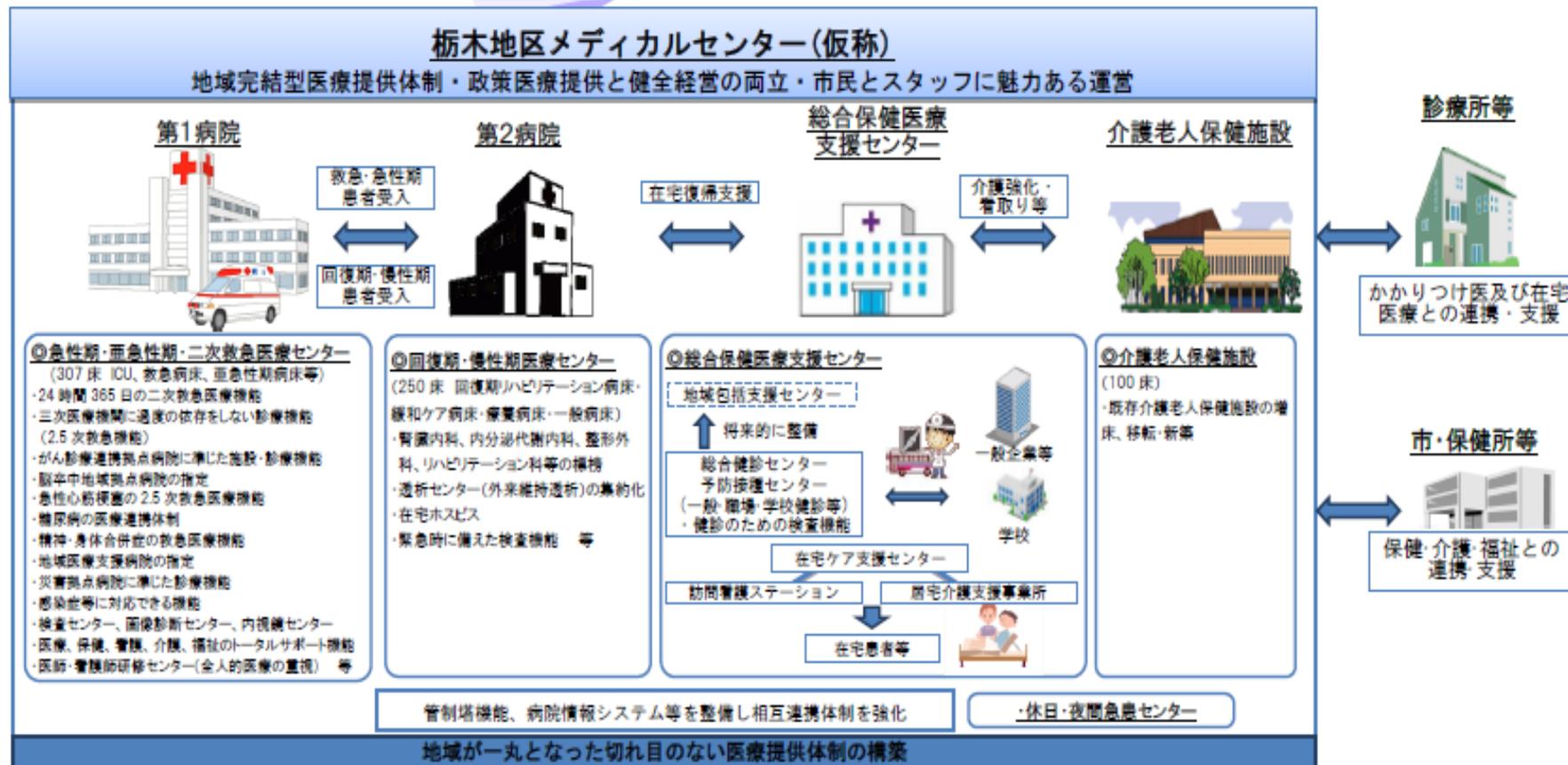
西南西から見たところ。手前が増築部分

事例(4) 病院再編

3病院の経営統合

- 栃木市 JA栃木厚生連下都賀総合病院(467床)、下都賀郡市医師会病院(112床)
 - 2病院とも老朽化が進んでいる
- 陽気会とちの気病院(165床)
 - 3者統合
 - 2011年6月に栃木地区病院統合再編協会を設立
 - 2013年「一般財団法人とちぎメデイカルセンター」が設立され、3病院の経営統合が実現した。

3 統合再編後の地域医療連携体制



事例(4) 財政支援

- 第1病院
 - 栃木駅南部に新築、本体工事費60億円
- 第2病院
 - とちの木病院の建物をリニューアル
- 再編事業に対して
 - 地域医療再生基金35億円
 - 県補助金15億円
 - 市補助金33億円

栃木地区メディカルセンター（仮称） 基本構想



第1病院（仮称）の整備イメージ

2012年3月
栃木地区病院統合再編協議会

事例(5) 市立病院の民間移譲

- 志木市立市民病院
 - 100床
- 医師減少(整形外科、小児科等)、建物老朽化
- 当初、指定管理者方式で検討、最後は民間移譲
- 首長選挙により現職市長落選
- 新市長のもとで民間移譲が実現



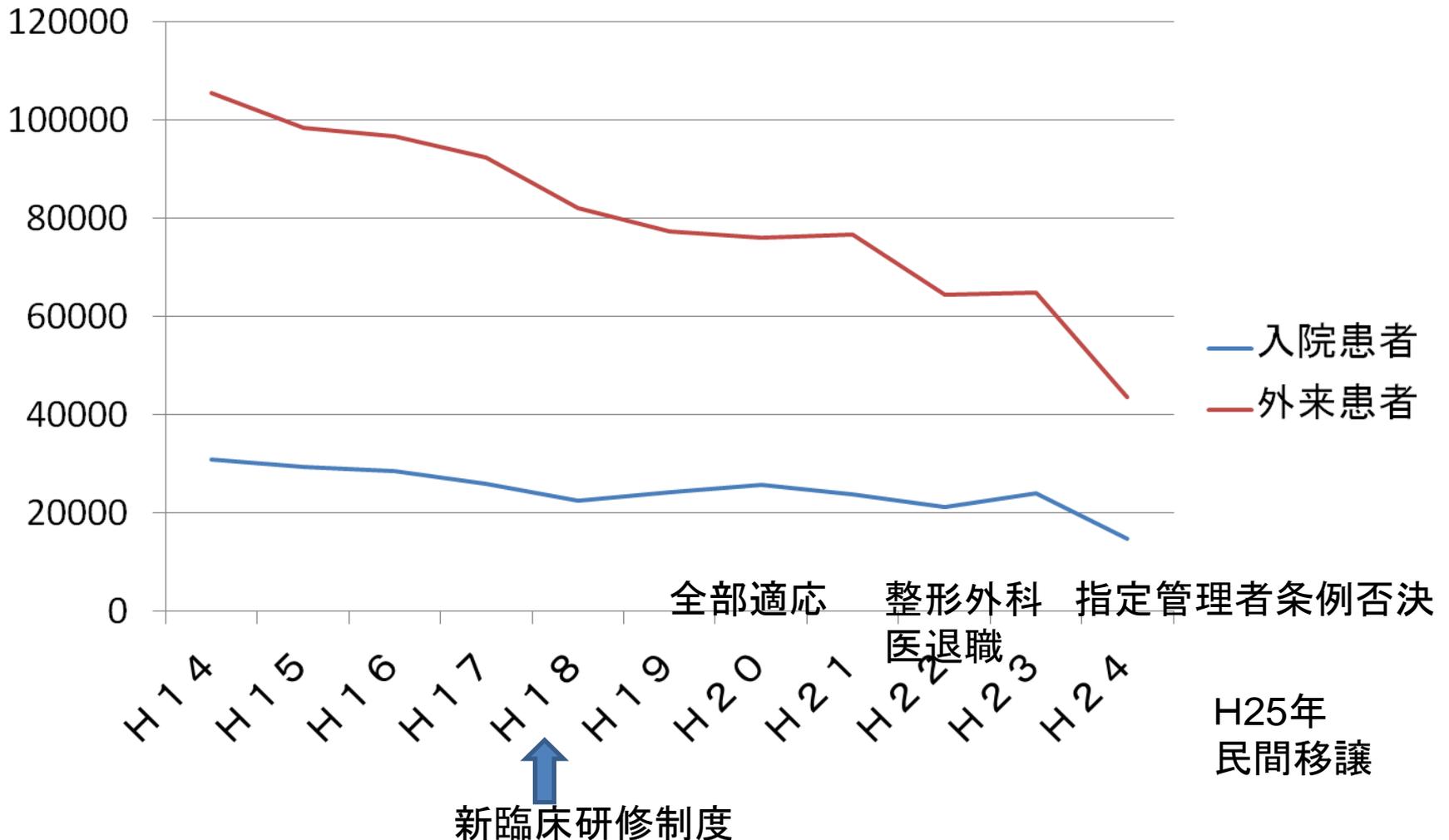
志木市立市民病院の経緯

- S54年5月 標榜3科(内科、外科、小児科)、30床で救急市民病院として発足
 - 医師は日本大学医学部より派遣
- S59年8月 100床に増床
- H7年4月 整形外科標榜
 - 医師は自治医科大学付属病院より派遣
- H13年4月 小児病院輪番制病院(小児救急医療支援事業)
- H14年4月 訪問看護ステーション併設
- H17年 医師派遣の関連病院がなくなった(新臨床研修医制度)
- H20年4月 地方公営企業法の全部適応
- H20年7月 7対1取得
- H21年5月 総合健診センターオープン
- H22年7月 整形外科医2名退職

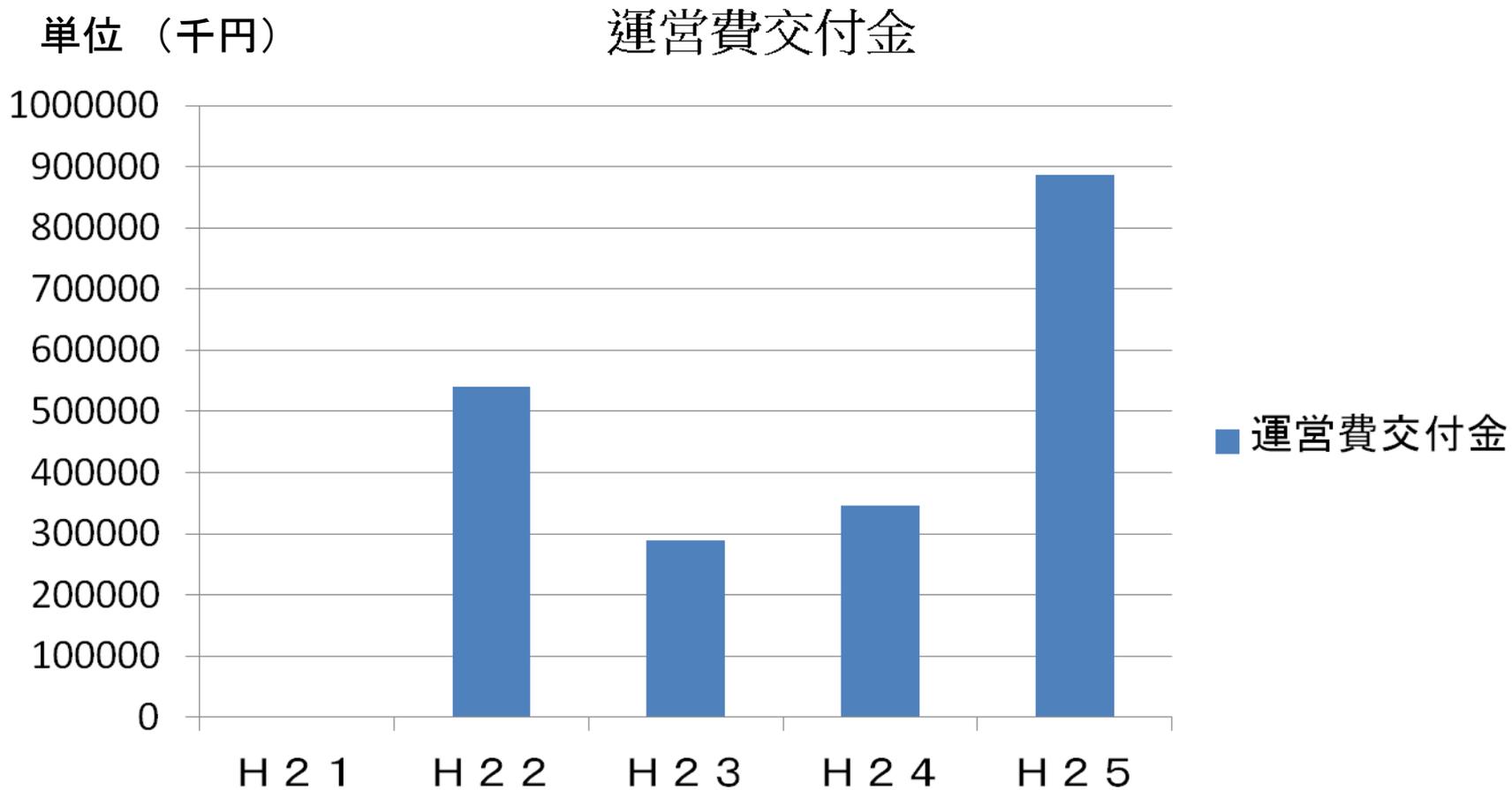
志木市立市民病院の経緯

- H22年7月 小児外科標榜
- H22年9月 補正予算可決(5億4000万円補てん)
- H23年1月 市民病院再生構想の提案
- H24年1月 小児科入院の休止発表、経営改革委員会設置
- H24年2月 経営改革委員会報告書の提出
- H24年3月 市議会の説明(日大への関連病院の申し入れ)、H24年当初予算可決(3億4600万円補てん)
- H24年8月 小児科入院休止
- H24年9月 指定管理者導入条例案の否決
- H24年12月 指定管理者1年導入条例案の否決
- H25年2月 市民病院の民間移譲に関する公募案
- H25年3月 H25年当初予算可決(8億8600万円補てん)
- H25年5月 公募、民間移譲選定委員会の設置
- H25年6月 公開プレゼン実施 審査 移譲先の決定
市長選 現職市長落選

志木市立市民病院 入院・外来患者数



運営費交付金推移



指定管理者案から民間譲渡案へ

- 当初、市側は指定管理者による経営主体変更を考えていた
 - 日大付属病院化という案も出た
- しかし議会側の反対で指定管理者案は否決
- 民間移譲を前提として、公募を行うことになった
- 移譲先の選定委員会が2法人について審議し、TMG武蔵野会に決定
- H25年6月の市長選挙で現職市長落選
- 新市長のもとで民間移譲が承認された

志木市立市民病院の民間移譲

- 2013年7月3日に、志木市立市民病院移譲先選定委員会が開催され、市民病院の移譲先についての選定結果報告書が委員長(武藤正樹:国際医療福祉大学大学院教授)から、香川市長へ手渡されました。



志木市立市民病院は 戸田中央医科グループ宗像中央病院へ



香川武文市長

中村毅理事長

戸田中央医科グループ

- 戸田中央医科グループ(TMG)
 - 一都四県下に26病院と6老人保健施設のほか、特別養護老人ホーム、クリニック、健診センター、訪問看護ステーションなど、数多くの関連事業所を展開。グループ内で地域医療ネットワークを形成している
 - グループ内の医療機関・施設では、現在、総勢11,000人を超える職員を有する



パート4

大規模経営統合と ヘルスケアリート



「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

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

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。

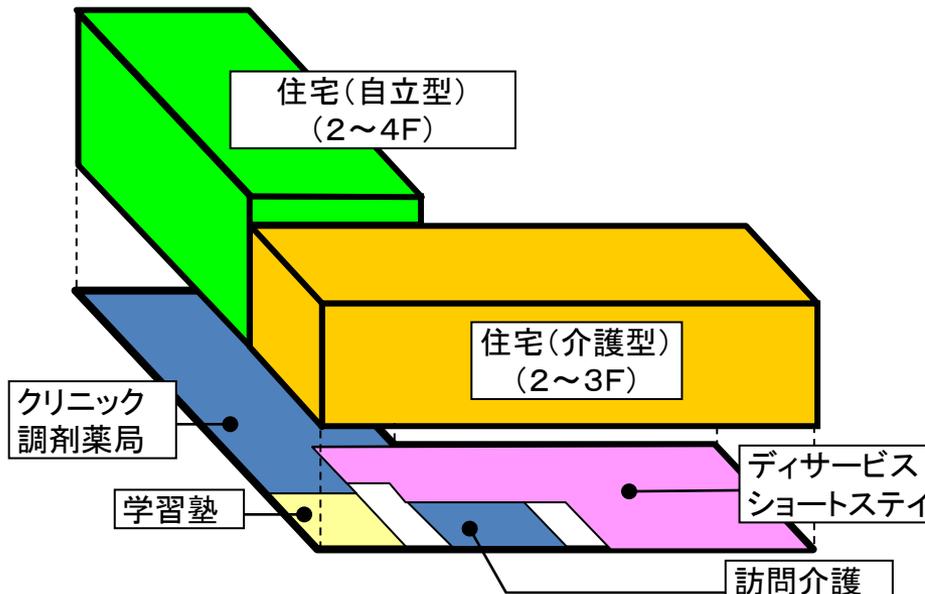
	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

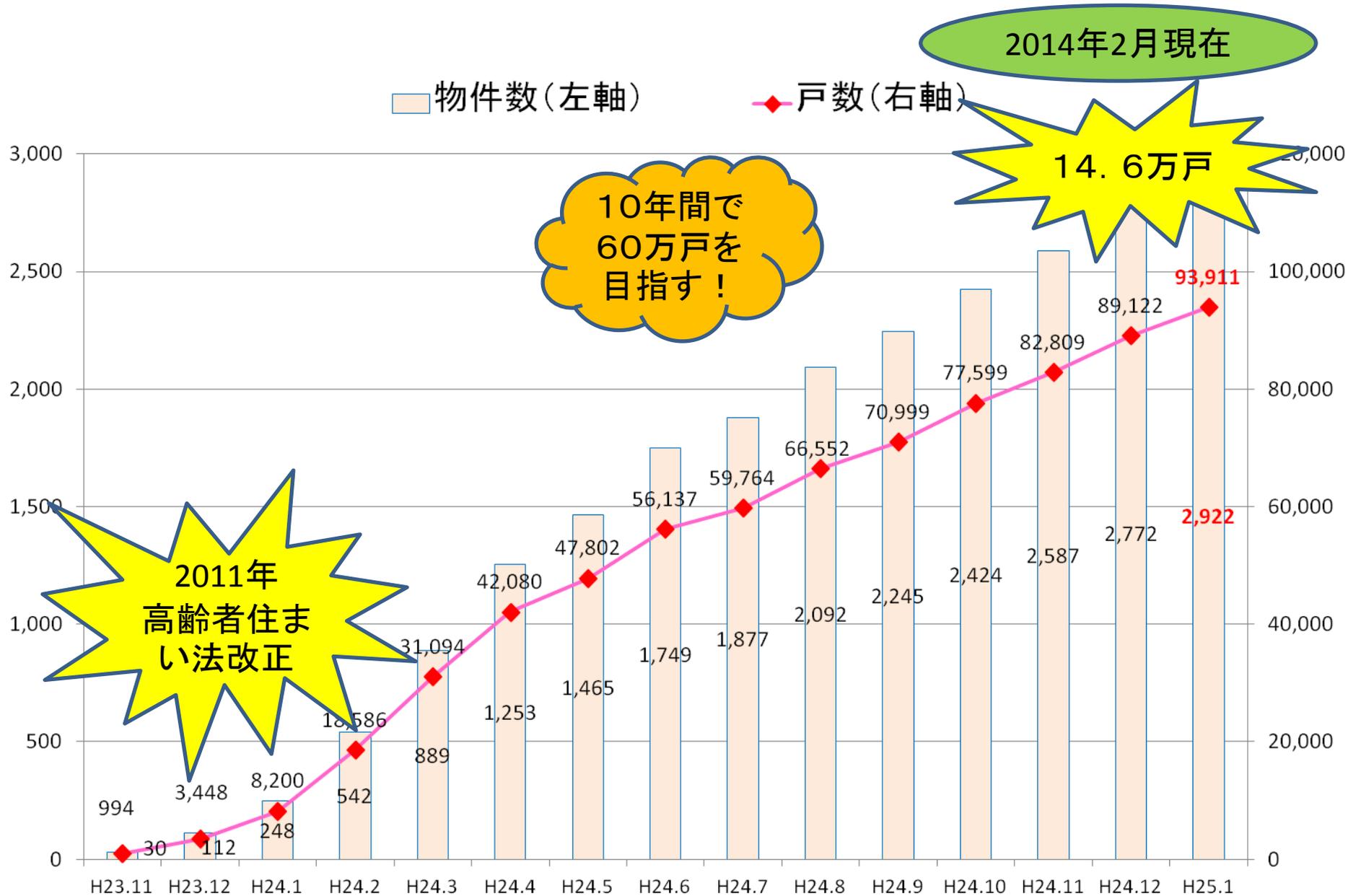
訪問介護、通所介護、短期入所
居宅介護支援

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

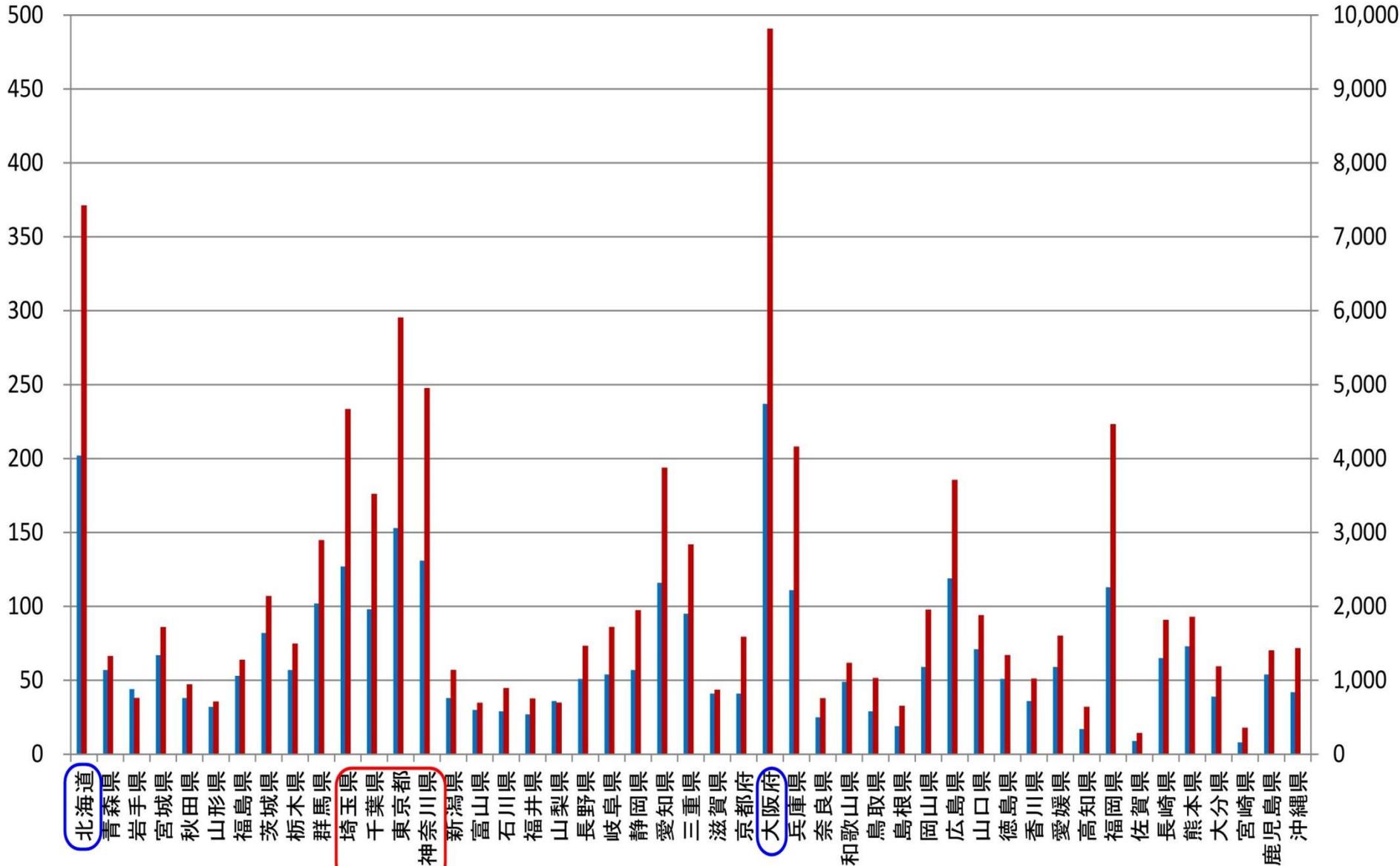


都道府県別サービス付き高齢者向け住宅の登録情報(2013年2月28日時点)

(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。

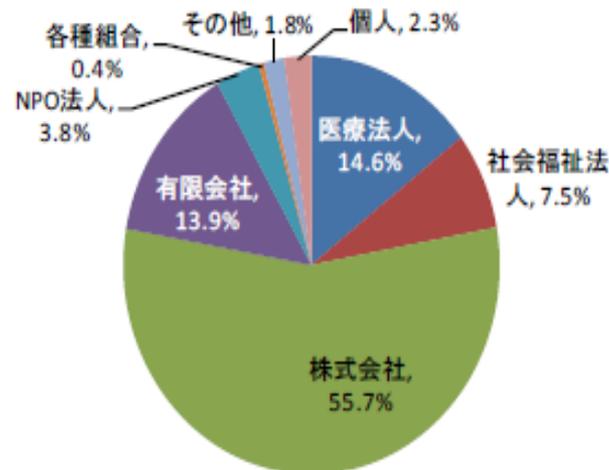
■法人等種別

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

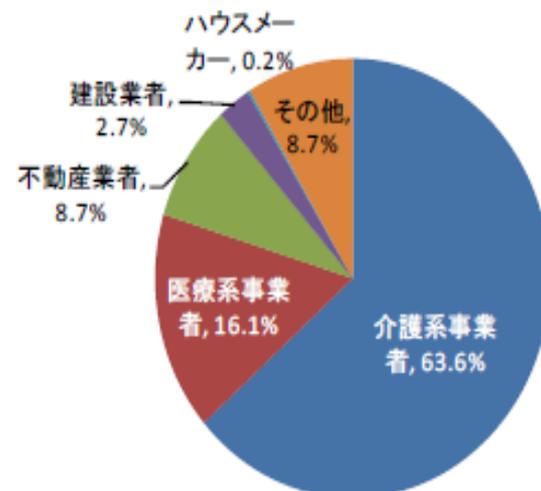


■主な業種

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。



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

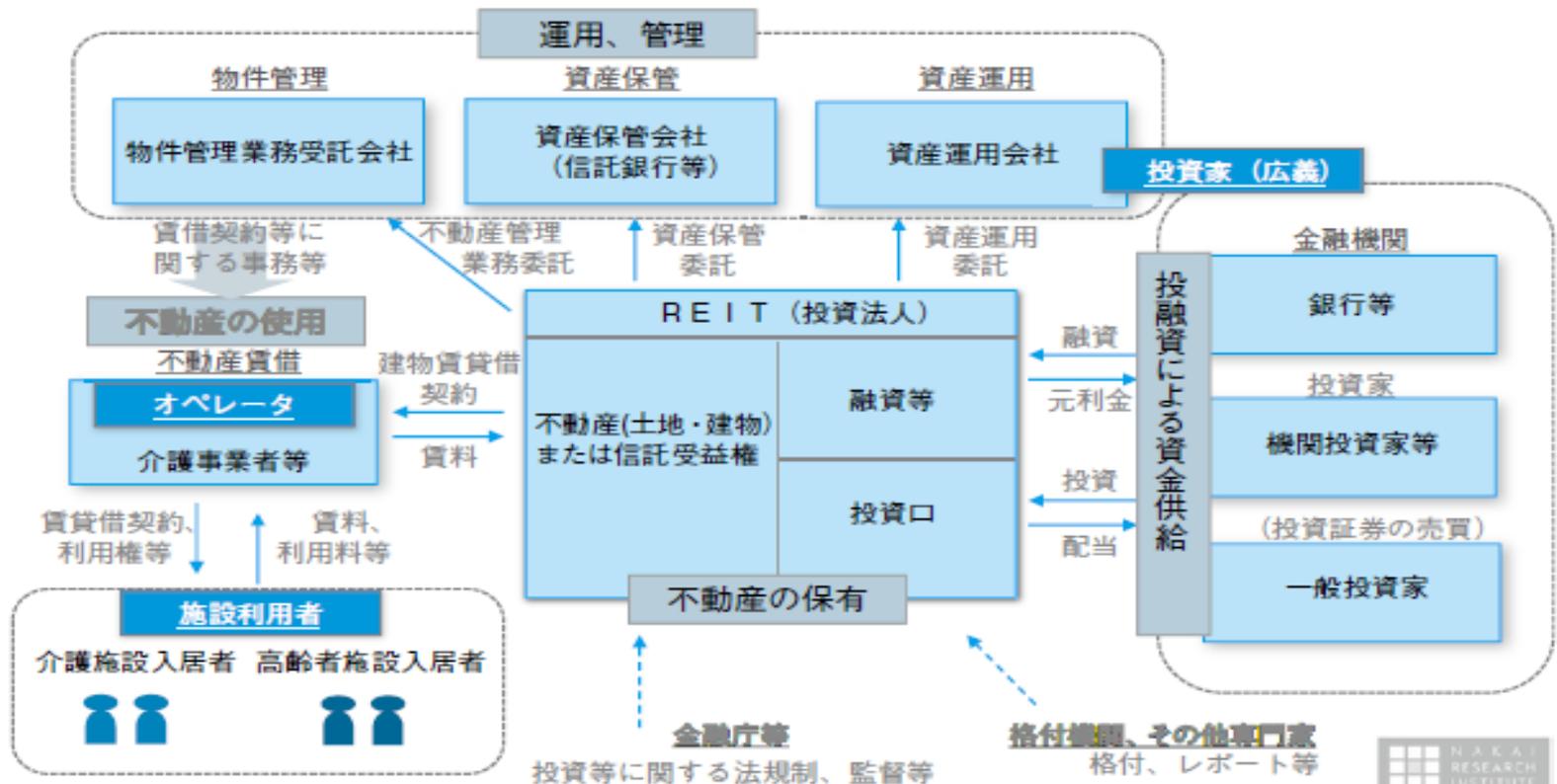
検討委員会 委員名簿

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

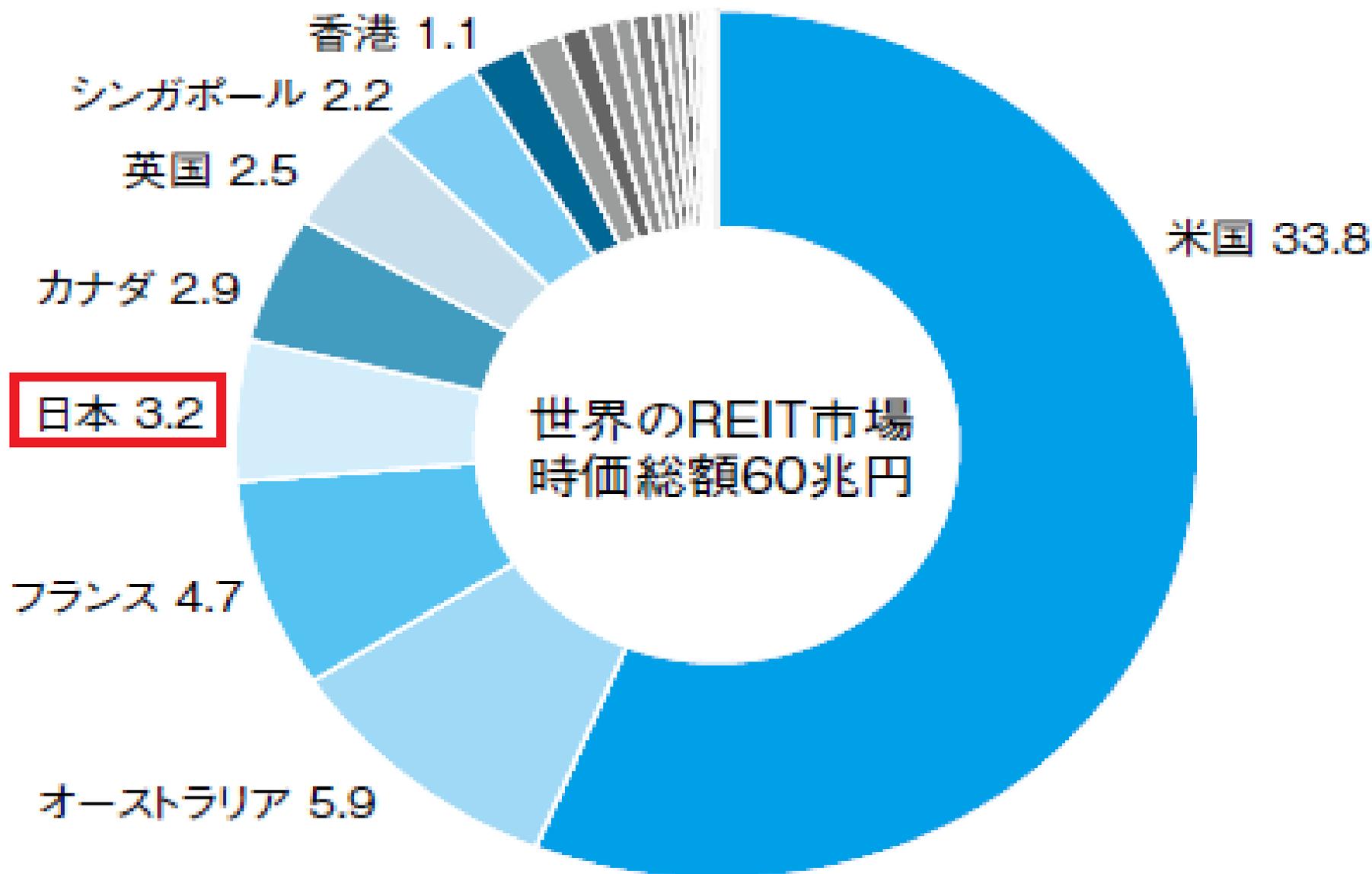
リート(REIT: Real Estate Investment Trust)とは？

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



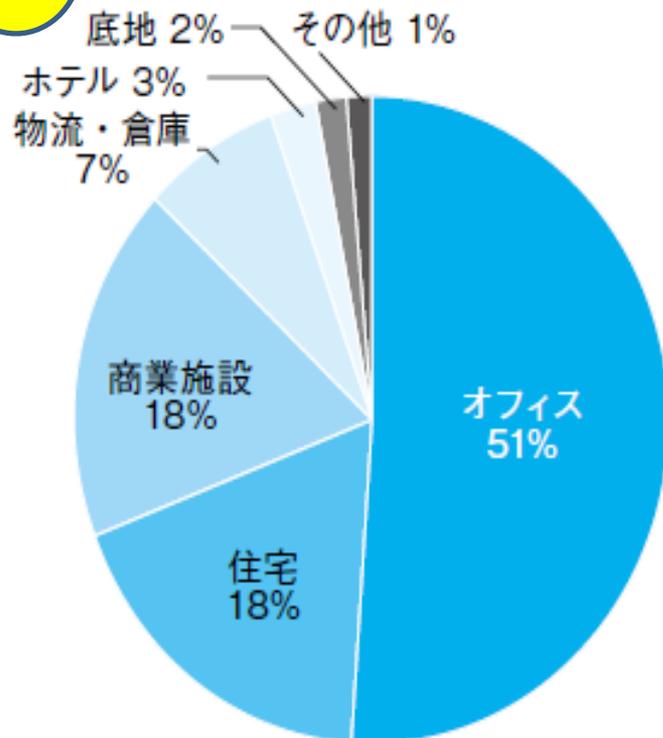
世界の REIT 市場時価総額 60 兆円の内訳



日本では
ヘルスケア
リートは極
めて少ない

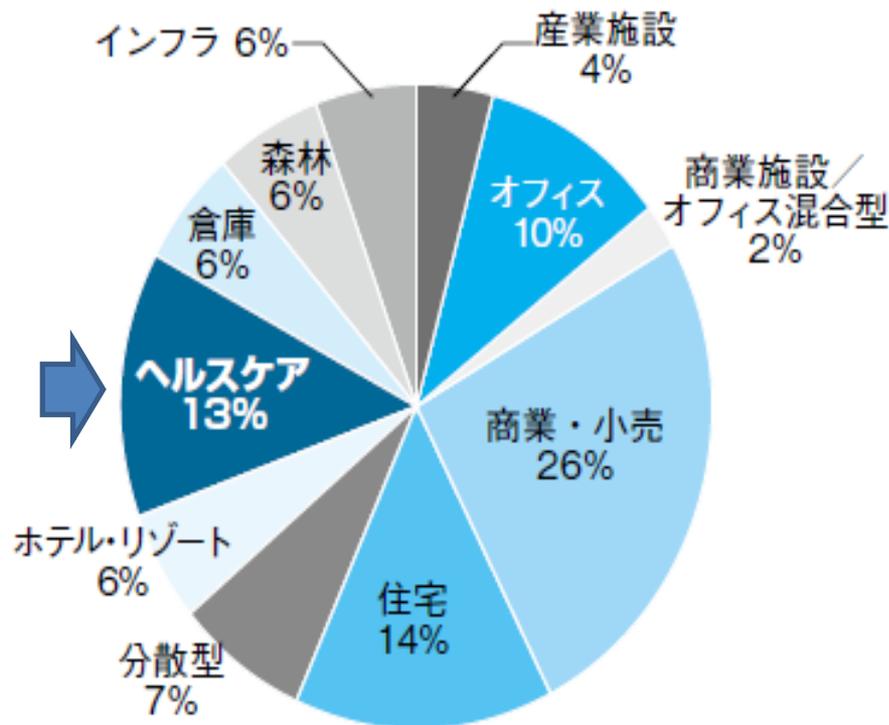
日米リートの投資比較

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

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

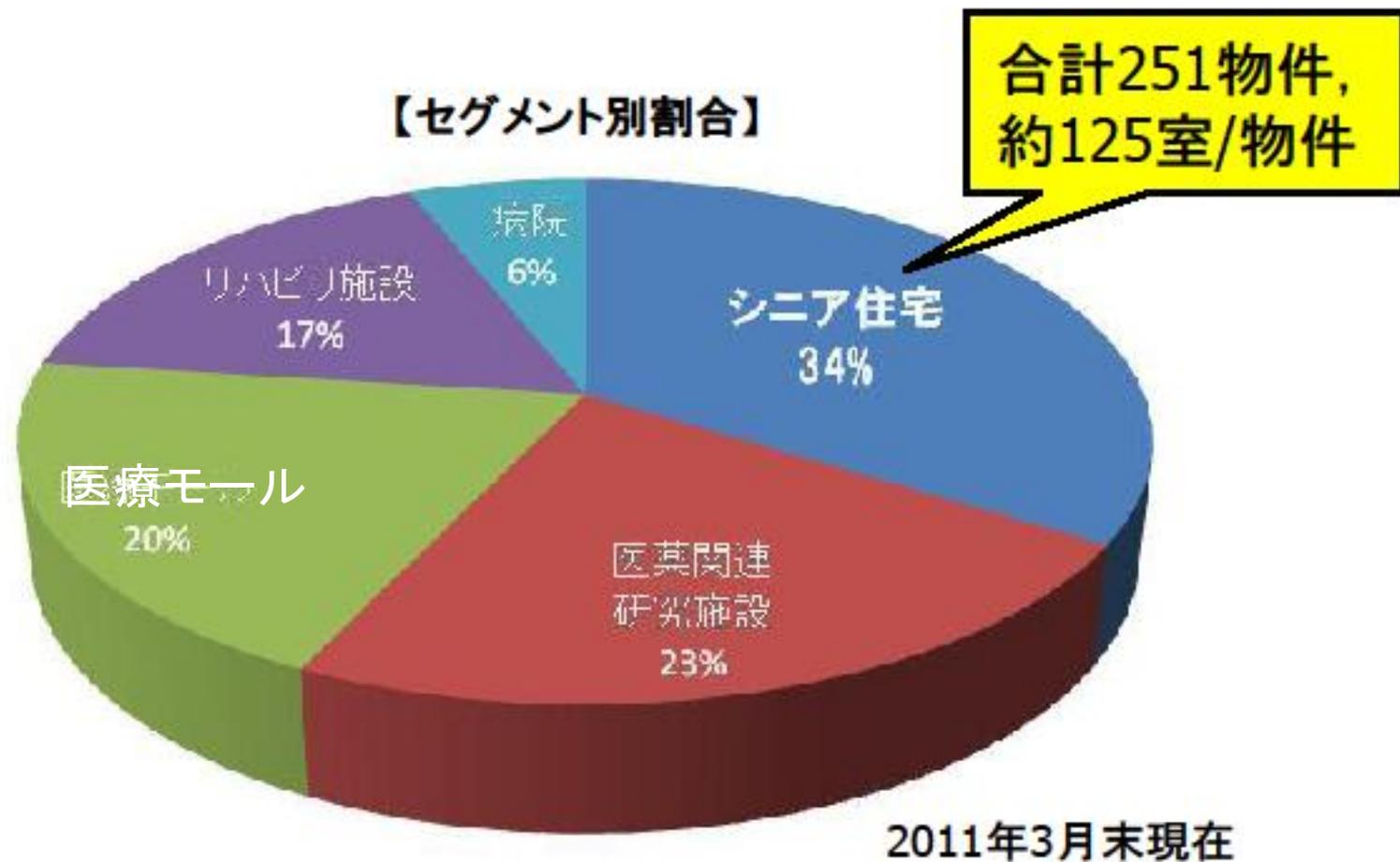


出所) NAREIT「REIT Watch」をもとに三井住友トラスト基礎研究所作成

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/\$)

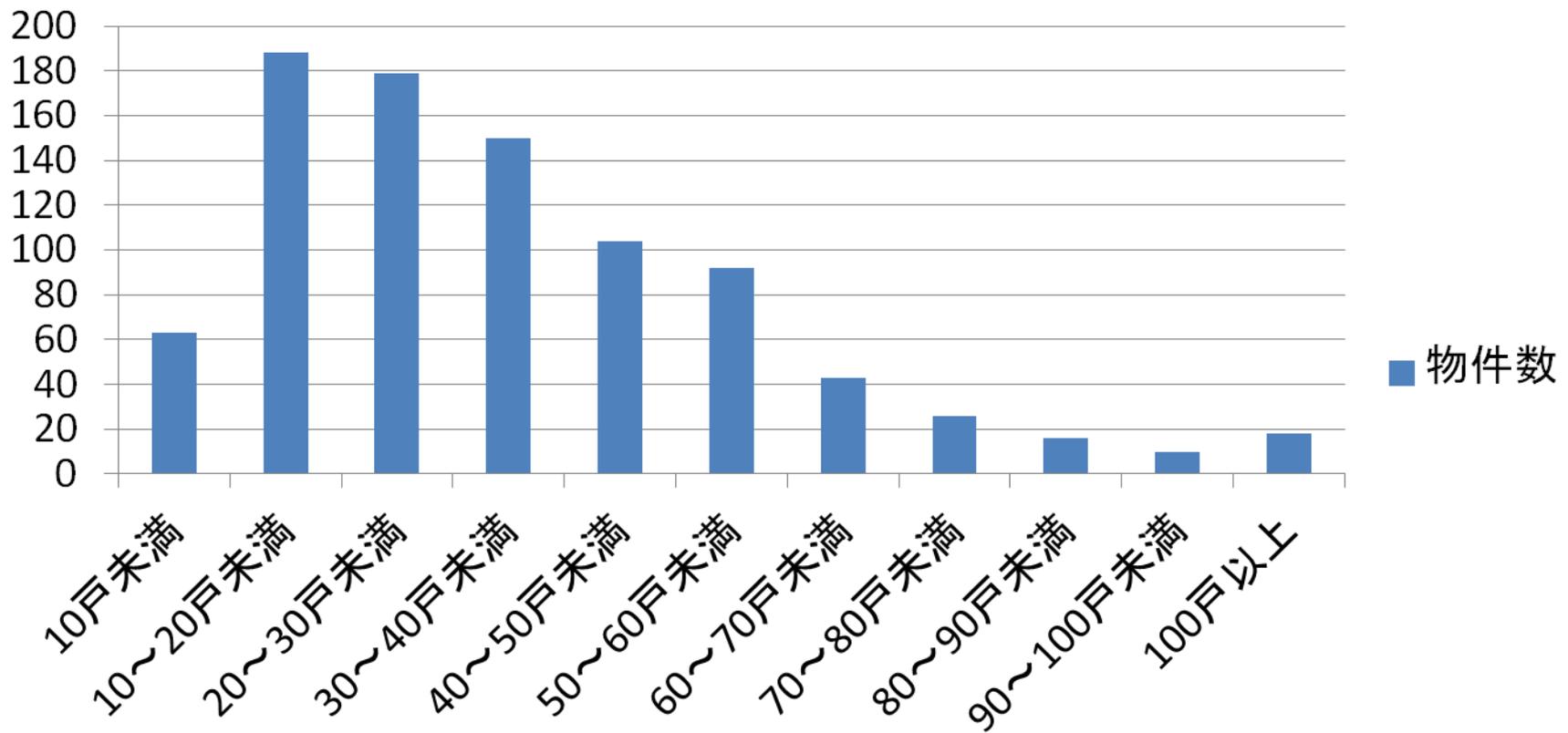


出典:HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

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

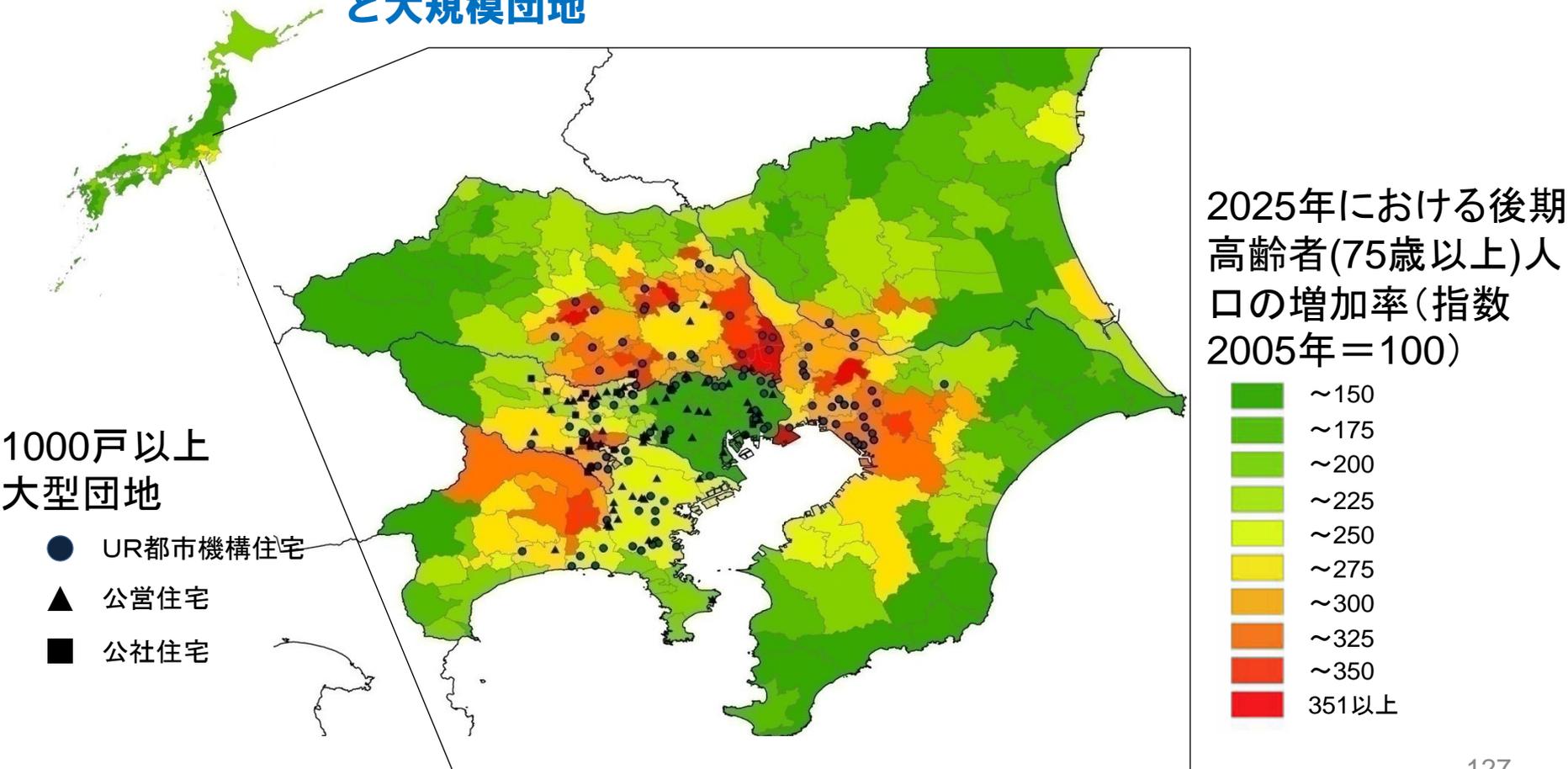


中井生活経済研究所調べ(2012年)

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tン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。

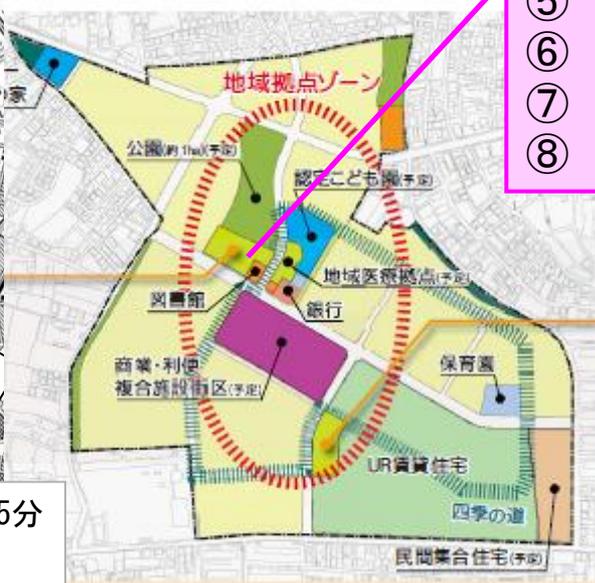
- 事業予定地 千葉県柏市豊四季台
- 予定事業期間 平成24年度～平成25年度

【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

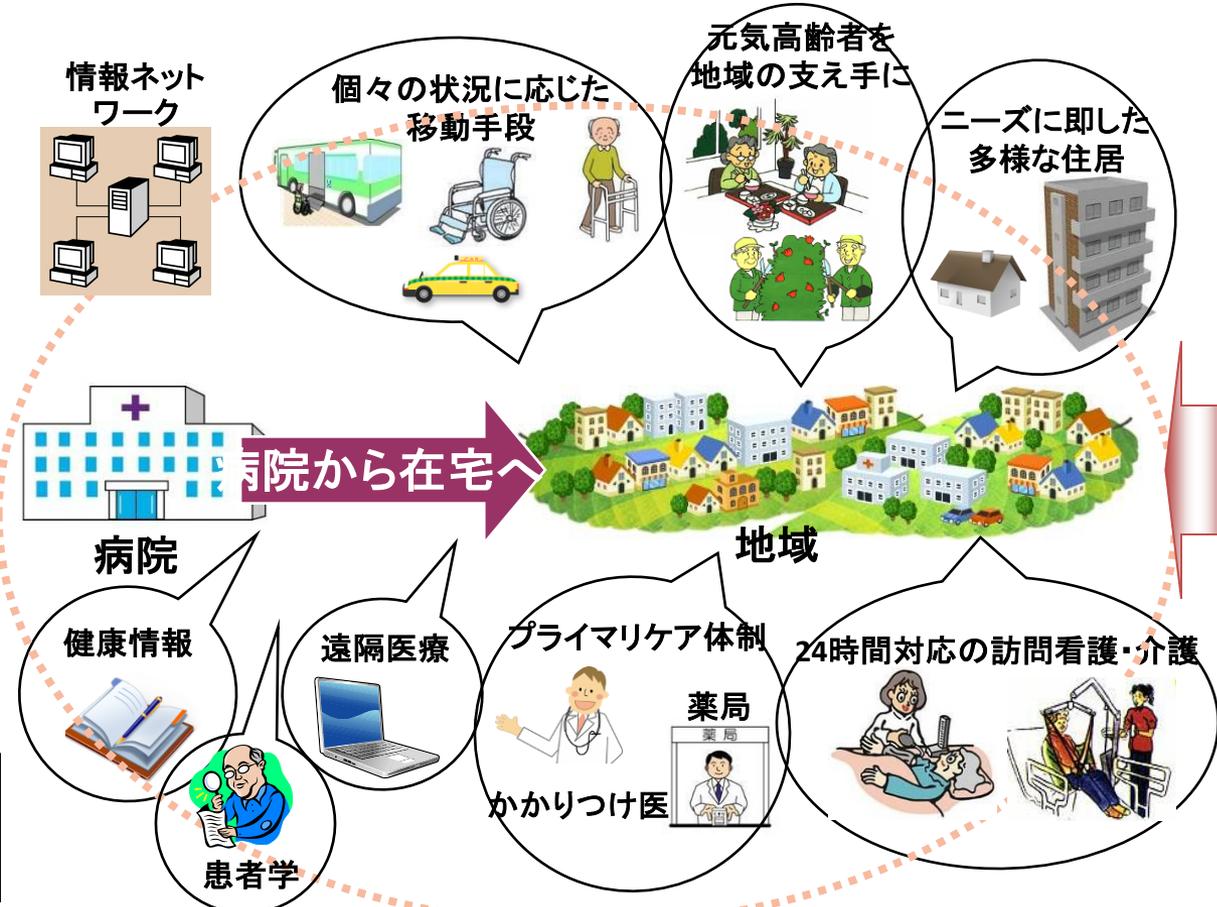


■豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

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

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



評価

高齢者のQOL

家族のQOL

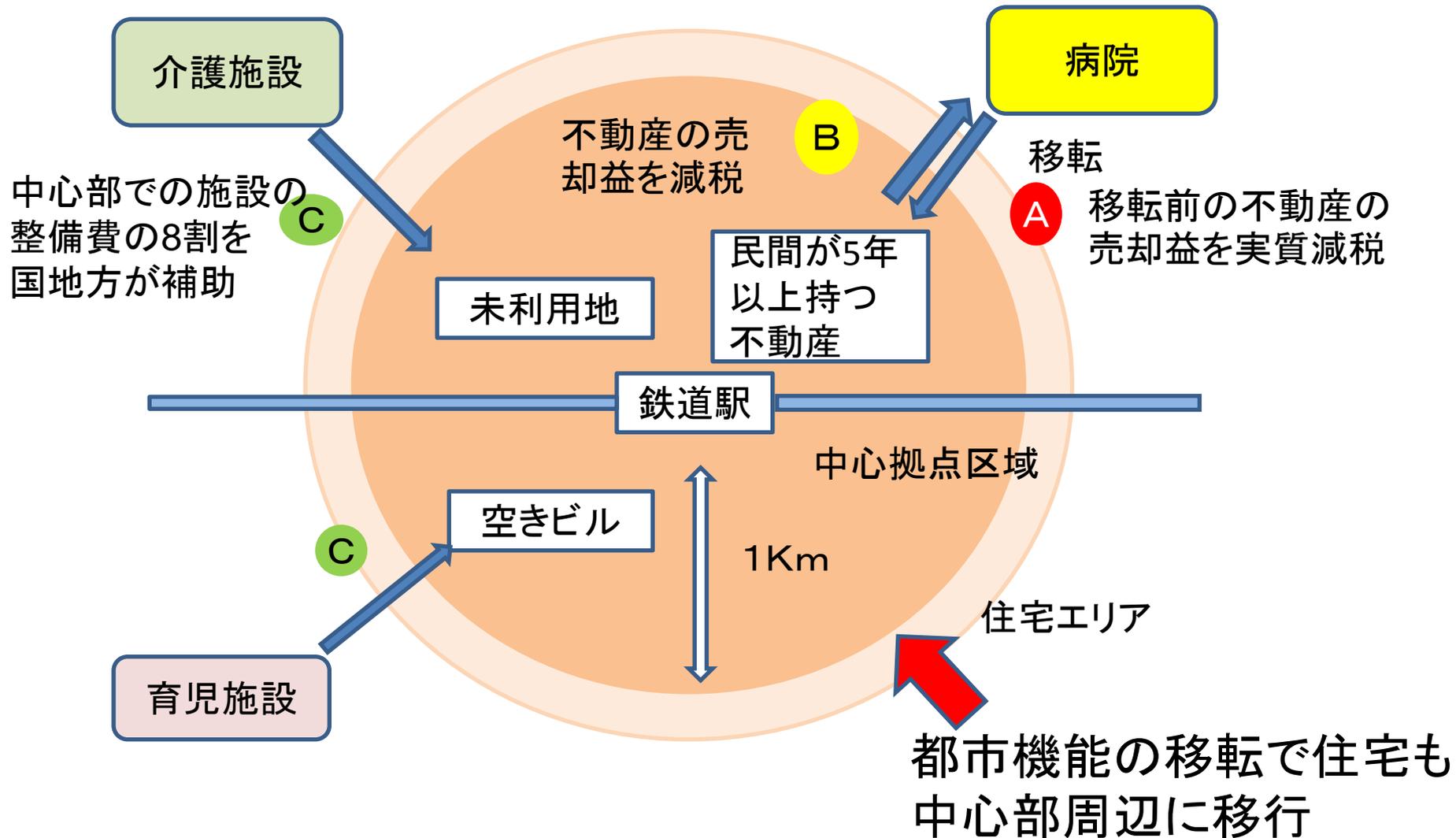
コスト

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」

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REITの課題と期待

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

エートを不安を与えず、居住の安定性を確保するための方策なども検討していきたい考えだ。また、ヘルスケア施設の入居者に不安を与えず、居住の安定性を確保するための方策なども検討していきたい考えだ。また、ヘルスケア施設の入居者に不安を与えず、居住の安定性を確保するための方策なども検討していきたい考えだ。

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

の真価を測る一環として、また

め、病院を対象とするヘルスケアリートの普及視野に入

れた取り組みを進める必要が

あると指摘。自治病院を含

め、リート活用に関するガイ

ドライン策定などの環境整備

を14年度半に行うべきとして

している。



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

ヘルスケアREITへの期待

大規模なIHNの開発・運営資金調達に
活用してはどうか？

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

- ・時代は連携から経営統合へと移り変わっている
- ・非営利性を厳格化した地域独占モデルのIHNに注目が集まっている
- ・IHNモデルは自治体病院の再生モデルとなりうるか？
それには水平統合から地域包括ケアシステムを見据えた垂直統合モデルが必要
- ・IHNモデルの資金調達の1手法として、ヘルスケアリートを応用してはどうか？