

医療・介護制度改正と動き出すサービス付き高齢者住宅 医療型高齢者専用賃貸住宅成功の秘訣とは！

清原 晃

株式会社エヌ・ビー・ラボ 代表取締役



清原 晃
(きよはら あきら)

講師経歴

岡山大学大学院終了。

株式会社日本エル・シーエー介護担当役員を経て、2001年株式会社ケア・リンク代表取締役に就任。全国に介護付き有料老人ホーム、グループホーム等をFCを含めて25箇所を展開。

平成18年11月より介護再生会社(株)NB-Lab.設立、代表取締役に就任、併せて、12月湘南地域にて小規模高齢者住宅を展開する株式会社ユーミーケアの代表を務め、平塚でオープンした医療併設型高専賃「ユーミーメディカルタウン湘南四之宮」がマスコミにも取り上げられて、注目を浴びた。これまで直接開発・運営に携わってきた施設数は40以上に及ぶ。

加えて、(株)キュアプラス取締役、(株)アスティ・ケア取締役を務めるなど、高齢者住宅の開発・運営に取り組みながら、講演活動やコンサルティング活動を展開してきた。又、その活動は高齢者住宅新聞やシニアビジネスマーケット誌に度々取り上げられる。2011年1月より10ヶ月にわたって、日経ヘルスケアに高専賃スタートアップ講座と題して連載される。現在は、医療法人が取り組む高齢者住宅の指導並びに小規模ローコスト型高齢者住宅 eL3 (エルスリー)の開発・普及に努めている。

はじめに

皆様こんにちは。ただいまご紹介に預かりました、株式会社エヌ・ビー・ラボの清原です。よろしくお願いたします。今日は大体1時間45分位でお話させていただき、その後、質疑等ございましたらお願い申し上げます。

今日のお話は、医療介護制度の動きと、それに伴って動き出しているサービス付き高齢者住宅の今後についてです。今、来年の改正に向けていろいろな議論がされています。それが今後どのように影響してくるのか、医療の方々も介護の方々も、固唾を呑んで見守っている状況かと思えます。まだまだ細かいところは十分に出揃ってきていませんが、今後の方向付けはある程度出てきています。今日はそういうものを中心に、医療・介護制度改正が今後の医療と介護、そしてサービス付き高齢者住宅とどのように関連していくのか、また高齢者向け住宅とは一体どういうものなのかについて、事例を踏まえてお話ししたいと思います。

私どものエヌ・ビー・ラボというのはナーシング・ビジネス・ラボラトリーの略で、医療と介護の研究所たらんという名目で2006年の11月1日に設立しました。2006年は介護関係においても4月から総量規制が入ってくる年でした。従来の介護付き有料老人ホームやグループホームといった、丸めの事業から外付けの事業に転換されるという、一つの大きな転換点でした。私どもがこの会社を作ったのは、恐らく今後は従来の丸めの高齢者住宅ではなく、介護外付けで展開される高齢者住宅の時代になるだろうと思ったからです。このモデルは、一筋縄ではいかないと思っていました。そこで、いち早

くこのエヌ・ビー・ラボを立ち上げました。目的は、今流行りのサービス付き高齢者住宅を成功に導くためのビジネスモデルを作ることです。具体的には、神奈川、愛知、福岡などで、私どもも一緒に参画してモデルを作りながら、今日に至っています。今、私どもで重点的に取り組んでいるのは、医療・介護一体型の高齢者住宅の開発と、ローコスト型の高齢者住宅の開発です。医療法人の方々が、今、積極的に高齢者住宅の開発を進めています。従来の医療に比べて難しいのは、介護だけではなく、そこに生活の要素が入ってくるといことです。医療・介護・生活という3つの要素をどのように組み合わせればいいのか非常に難しいところがあります。年金も将来どうなるか分かりません。これまでは、中流以上の方々を対象に高齢者住宅が開発されてきました。そのため、中から下、低所得者向けの高齢者住宅は世の中になかなか存在していません。そこで我々は5～6年かけて、今年度から具体的な開発に着手しました。現在、直営施設とコンサルティングを含めて、全国で41棟がローコスト

型のモデルとして取り組みを進めています。ちなみに、私どもの標準的なローカル・バージョンは月額利用料が8万5,000円です。一部でようやく8万円を切って7万円台に入ってきていますが、家賃、食事代、管理費の基本料金が10万円

～(株)エヌ・ビー・ラボの概要～

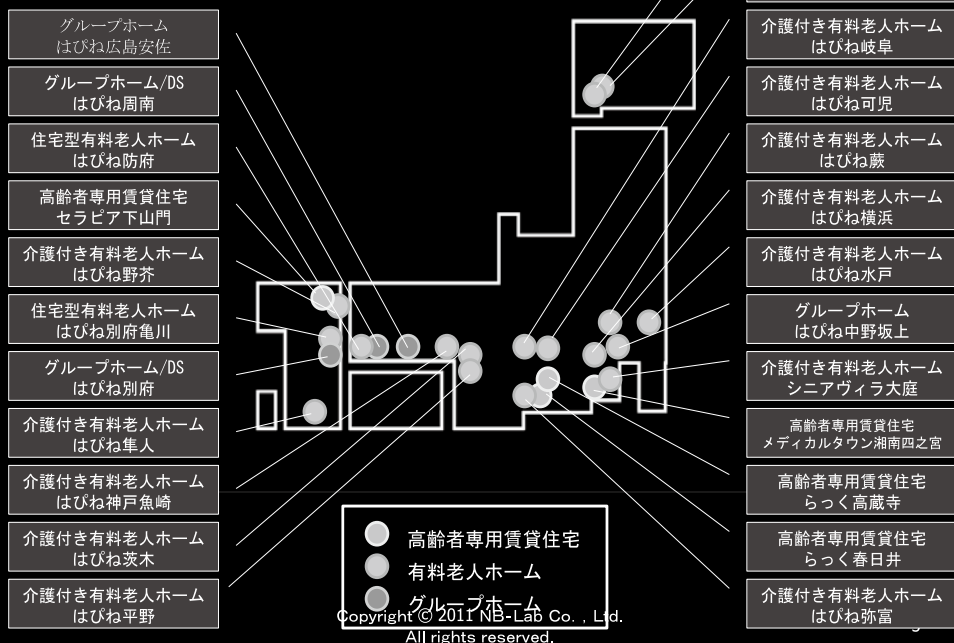
- 介護施設運営支援業務に特化することを目的に2006年11月1日設立。
- 全国の介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、デイサービス、グループホーム、居宅支援事業所、訪問介護事業所等の戦略策定、立上げ、運営に携わった人材、及び介護支援専門員、介護福祉士等の有資格者並びに経営実務経験者によって構成。
- 2006年12月、神奈川県において第1号の支援事業を開始。
- 2007年7月、愛知県において第2号の支援事業を開始。
- 2008年1月、福岡県において第3号の支援事業を開始。
- 今後、全国において、高齢者専用賃貸住宅を展開する介護運営会社において、経営陣並びに経営幹部、施設長を派遣し、運営に当たる。
- 契約形態は業務委託契約とし、施設の開発、立上げ、運営に当たる。
- 報酬体系は、派遣メンバーの数、業務内容等によって決定する。
- 併せて、医療・介護一体型高齢者専用住宅の開発、ローコスト高齢者住宅等の研究開発を行う。
- 現在、千葉、奈良、福岡、北海道、神奈川において医療法人の高専賃立ち上げ運営コンサルを実施中。

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 1

資料 2

～ 開発実績 ～ ①プロット図



を切る商品がようやく出てきているという状況です。現在、医療法人の方々と、高齢者住宅を含めて、全国で取り組みをしています。(資料1)

私どもが今まで開発してきた高齢者住宅は、2000年から既に取り組みを進めており、介護付き有料老人ホーム、グループホームから始まり、高専賃や住宅型有料などがあります。ほとんど北海道から鹿児島まで展開を進めてきています。ですから、私どもは全国フィールドで進めています。これまでの開発実績は有料老人ホームで22施設、グループホーム8施設、高専賃6施設、高専賃の立ち上げ指導で10。これに先ほどのローコスト型のモデル41棟が加わります。(資料2)

I 高齢者住宅市場

高齢者住宅市場の現状と問題点

まず、最初に高齢者住宅の現状と問題点に触れてみたいと思います。昨年の数値ですが、全国の高齢者住宅148.8万戸で、65歳以上の高齢者の人口に対して、5.05%の供給となっています。この5.05%が多いか少ないかが今、議論になっています。95%の方がまだご自宅で暮らしているという現状です。デンマークやイギリスなどの先進諸外国では、10%という数字が一つの目安です。10%という数字が出れば、ちょうど今ある施設の倍の数の施設があって初めて高齢社会に対するインフラが整備されると考えられているのです。

高齢者住宅市場で特徴的なのは、特養等の施設系サービスおよび介護付き有料老人ホームの供給数が減少している点です。これは総量規制が2006年の4月からかかっているため、2005年がピークとなります。グループホーム、介護付き有料老人ホーム、特定施設も、2000年から一気に拡大しました。民間参入の成果だと思えます。2006年4月から総量規制がかかり、それ以降は、年々供給数が少なくなり、2009年の介護付開設数は2005年のピーク時と比べて約4割の供給に留まっています。要は、介護度の高い方々を対象にした高齢者住宅の供給は、ピーク時の4割に落ちてしまっているということです。

2006年以降の開設は、従来型の丸めの施設がなかなか作れないということもあり、思うように展開できませんでした。その代わりに、住宅型有料老人ホームや高専賃などの展開がなされてきました。どちらかと言うと、これらは軽めの施設と見られがちです。そういう点でいくと、重たい方々を対象にした施設は、供給数がどんどん少なくなっているということです。そして、新たな高齢者住宅の動きが始まりました。高専賃です。2011年7月末時点で2,157件、約5万8,000戸が供給されました。介護付は新設が困難なことから、住宅型への転換あるいは既存物件の買収から数を増やしてきました。住宅型有料老人ホームでは介護付き有料老人ホームとほぼ同数になるとのことでありますが、戸数から言うと、まだ介護付き有料老人ホームのほうが多くあります。しかし、棟数でいくと、住宅型がそれに変わるべきものとして、登場して来ています。おまけに高専賃が2005年の12月から、徐々に展開を進めてきました。高専賃の住宅型は従来の丸めの施設ではなく、外付けの施設になるのですが、介護外部サービスのために、サービスメニューの構成が難しく、収益確保が困難です。実際、2005年の12月以降、高専賃に取り組んだ多くの企業が、5年間に相当数、討ち死にしたことが、その難しさを表しています。一言で言うと、介護付き有料老人ホーム、グループホームは丸めの定額制であるため、中に入れば自動的に収益が読めることとなります。高額なもので入居がなければ経営が非常に苦しくなりま



すが、そうでない場合は、入居者が多ければ一定の収益と費用もほぼ読めます。収益と費用が読めれば、利益も読めるということです。ワタミあたりが、一貫して介護付き有料老人ホームを手掛けてきたのは、民間として企業経営がやりやすいからです。ところが、高専賃や住宅型有料といった外付けのものは、経費だけはほぼ100%近く読めるものの、収益を読むのが難しいのです。というのも、入居者の方々が介護サービス、特に訪問介護サービスやデイサービスを利用するため、そういうものを併設するものの、それを使うも使わないも、利用者次第です。そういう面から考えると、なかなか収益が読めません。使ってくれるとは限らないからです。無理に使わせようとすると、行政の方々からお叱りを受けます。その点で収益が読めない事業が、高専賃や住宅型有料なのです。これがある程度

収益が読めるようになれば、事業として安定するわけです。しかし、2005年の12月以降、高専賃御三家と言われていた不動産関係、建築関係の企業が軒並み倒産しました。この事業に手を出したのために、会社本体の事業を失っていくという会社も多くありました。しかし、面白いことに5年も経てば、大体ビジネスモデルが確立し、今はこの事業の成功ポイントがどこにあるかが、分かってきました。これからは住宅型有料、高専賃が名前を変え、サービス付き高齢者住宅という外部付けの機能を持った高齢者住宅として拡大をしていくだろうといわれています。また、今年から国土交通省が325億の予算をつけて、一気に高齢者住宅の拡大を行うことになりました。時期を得たということですが、簡単にはいきません。のちほど運営者から見た問題点をご指摘致します。(資料3)

I はじめに 高齢者住宅市場の現状と問題点

1. 全国の高齢者住宅は148.8万戸(65歳以上の高齢者の5.05%)が供給された
内、有料老人ホームは5,340ヶ所、居室数は214,176戸となる。

2. 特養等の施設系サービス及び介護付有料老人ホームの供給数が減少した
総量規制の影響により、特養等の施設系サービス、グループホーム及び介護付有料老人ホームの開設数が、年々減少。2009年の介護付の開設数は、2005年のピーク時と比べて約4割の供給に留まる。

3. 新たな高齢者住宅供給の動きが始まった
高専賃は2011年7月末時点で2,157件、58,067戸が供給された。介護付は新設が困難なことから、住宅型への転換或いは既存物件の買収が増加した。住宅型有料老人ホームは棟数では介護付き有料老人ホームとほぼ同数になる。

4. 高専賃、住宅型は介護外部サービスのため、サービスメニューの構成が難しく、収益確保が困難
介護サービスが軽度のものになりやすく、商品力や収益性に大きな差がある。

5. 商品コンセプトが未確立
商品コンセプトが確立していない為にサービスメニューに合わせたハード仕様、スタッフ体制、そして運営ノウハウに著しいギャップがある。

6. 商品力にバラツキがある為に、入居者募集が容易ではない
商品コンセプトに合わせた入居者募集のノウハウが不十分である。

資料3

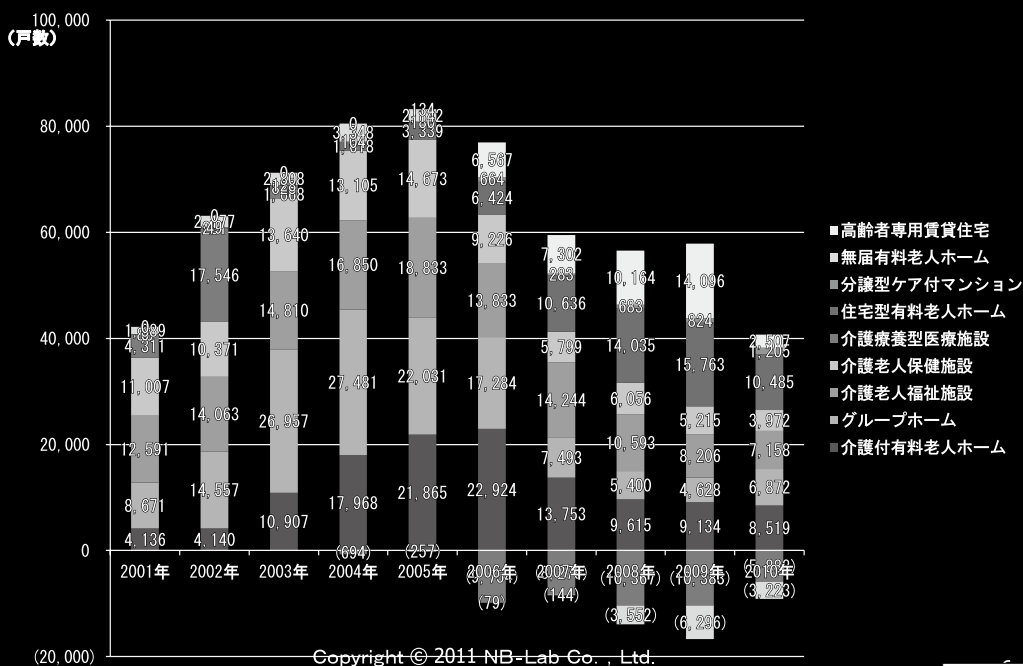
資料4はタムラプランニングが出しているデータです。高齢者住宅の開発が年々どういふ供給の構造を持ってきたかを見ると、2005年がピークです。それからの5年で丸めの事業が一気に市場に展開していきます。ただ、そうなると財政負担の関係がどうしても出てきます。2006年からは総量規制がかかり、右下下がりになってきています。なおかつ、介護度の高い方々を対象とした介護付きになると、供給数はピーク時の4割、おまけに療養病床の削減が年間1万床にもなると、いよいよ介護度の高い方々の受け皿がないというのが現状です。市場経済の世界では、需要があれば供給が伸びるのは当たり前ですが、需要があるのに供給が伸びていかないという不自然な市場になっています。(資料4)

2005年、高専賃が始まった段階では一般賃貸が厳しかったため、不動産関係、建築関係が先行して、高専賃に取り組みされるケースが多くありました。ところが、3～4年もすると、しぼんでしまいました。これは簡単な事業ではないということが分かり始めたからです。建築のほう

でも、当初の流れからすると、余り伸びていません。不動産、建築のほうでは二つに分かれて、もう二度とこういう事業には手を出したくないという方々と、建築・不動産では今後飯が食えないから、こっちに特化しようという方々となってきています。いずれにしても、簡単な事業ではないということがはっきりと分かってきたわけです。要は、ハードだけの事業ではなく、ハードとソフト一体の事業なのです。ソフトがないと、ただの箱で商品にはならないことが分かってきたということです。代わって、運営者に名乗りを上げてきたのは、介護付き有料老人ホームや施設系を営む方々、あるいは医療法人です。医療法人の参入が加速化しています。タムラプランニングの試算では、高専賃の運営事業者として、1位に躍り出ているのが医療法人なのです。ちなみに、私ども全国で展開していますが、福岡市で1施設立ち上げたときは非常に入居募集に苦労しました。おかしい、こんなはずではないのにと、地域の高齢者のことをいろいろ調べたところ、医療法人が作った高齢者住

施設タイプ別新規開設戸数年次推移(2010年10月現在)

全国の高齢者住宅数は34,534か所、約148万戸が供給、特養等の施設敬サービス及び介護付有料老人ホームが減少、住宅型有料老人ホームや高専賃が増加傾向。高専賃は1,500カ所を突破
(株式会社タムラプランニング&オペレーティング資料)



資料 4

宅に入っていたことが明らかになりました。表向きは医療法人ではない名前を使っている住宅もあるのですが、我々が追跡をした結果、高齢者住宅の36.7%が医療法人の経営であることが明らかになりました。これなら同じ金額では勝負になりません。医療が付いていたら、そちらに流れるのに決まっています。そこで一気に商品を変えたといういきさつがありました。既に進んでいるエリアにおいては、医療法人の取り組む高齢者住宅は、かなりの数に及んできているということが言えます。(資料5)

高齢者住宅市場規模(2025年)

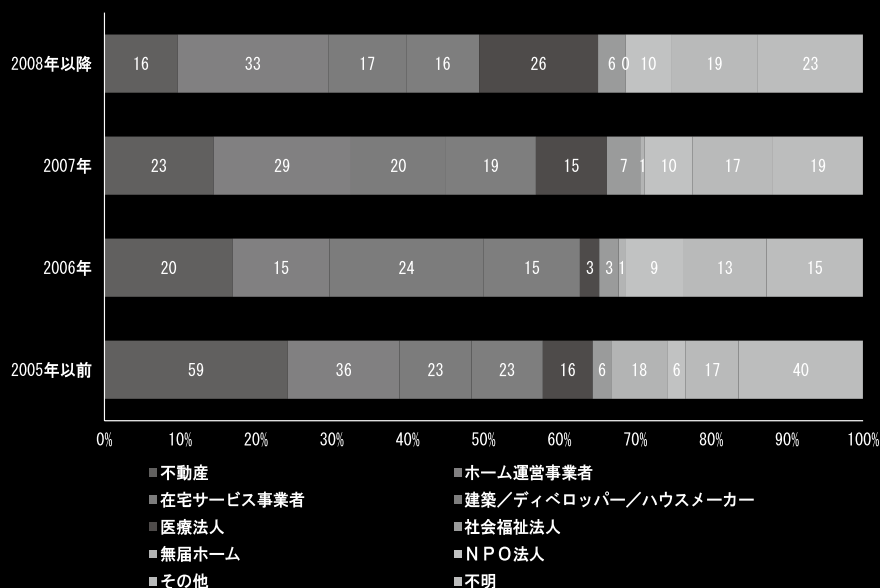
2010年の高齢者人口は約3,000万人です。2010年の高齢者住宅数は、先ほど申し上げたとおり、約1,488,000戸、充足率は5.05%です。2025年の高齢者人口は3,500万人になります。高齢者人口の増加率は18.9%です。従来の5.05%で試算をすると、充足率で必要な高齢者住宅は1,767,500戸ということで、現戸数と差し引くと、278,623戸の高齢者住宅が不足することになります。と

ころが、先ほど申しました、欧米基準の充足率10%で計算すると、350万戸の高齢者住宅が必要になります。欧米基準による追加必要戸数は、約200万戸になります。これを1棟50戸換算でいくと4万棟。私どもが今進めている1棟16戸という小規模のモデルだと、125,700棟必要になるということです。前の高専協が国に提言していたのは、100万戸という数値です。少し多めになるかもしれませんが、これからどんどん高齢化が進んでいくことを考えると、充足率5%のままの推移では足りないと思っています。今後、高齢者が安心して住める住宅数は約200万戸必要になってくるというわけです。国土交通省では今年から3万戸ずつ供給しようということですが、まだ足りないというのが現状だと思います。200万戸を前提にして高齢者住宅を整備するとすれば、建築と設備関係で13.5兆円というマーケットになります。ハード面での市場規模が13兆円を超えるものになります。また、介護保険、医療保険は別で、食事やリネン、保険以外のサービスまとめて、大体年間9,000億のランニングコ

介護付の運営事業者や、医療法人の参入が増加

高専賃の登録情報のうち、「管理主体名」をベースに、事業者の本来業務や運営母体の業種を建築年別にまとめたものが下図である。2005年以前に建築された物件では不動産業者が最も多いが、近年は老人ホーム運営業者や医療法人の割合が高くなっている。

(株式会社タムラプランニング&オペレーティング資料)



Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料5

ストが発生します。そこに様々なビジネスチャンスがあるということです。先頃、施設系の高齢者住宅が増えていて、これに供給するベッドや厨房の機器などを扱っているところが大変調子がよく収益も上がっているというデータが出ていました。まさに、それは一つの成長分野として捉えることができると思います。最たる内需拡大の手段になっていくと思います。(資料6)

政府は、生活支援サービス付き賃貸住宅の整備のため、2011年度中に3万戸、2020年度までに30万戸に増やす方向で推進しています。(資料7)

高齢者住宅市場規模 (2025年)

(単位)

①	2010年高齢者人口	人	29,440,000
②	2010年高齢者住宅戸数	戸	1,488,877
③	充足率(②/①)	%	5.05
④	2025年高齢者人口	人	35,000,000
⑤	高齢者人口増加率(④/①)	%	118.9
⑥	現充足率必要戸数試算(④*③)	戸	1,767,500
⑦	2025年必要高齢者住宅戸数(⑥-②)	戸	278,623
⑧	充足率欧米基準	%	10
⑨	欧米基準による必要戸数(④*⑧)	戸	3,500,000
⑩	欧米基準による追加必要戸数(⑨-②)	戸	2,011,123
	1棟50戸換算	棟	40,222
	1棟16戸換算	棟	125,700

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 6

高齢者住宅をめぐる最近の政府の動き

2011年(平成23年)1月20日(木曜日)

高齢者に生活支援住宅

中高齢者・高齢者夫婦世帯は増加の一途

日中に職員常駐 ■ 緊急時24時間対応

国交省・整備促進へ助成

11年度中に3万戸

安全の確保が急務。高齢者住宅の整備は、高齢者の生活の質を向上させる重要な役割を果たす。国交省は、高齢者住宅の整備を促進するため、11年度中に3万戸の整備を目標としており、国交省は、整備促進へ助成を行う。

主な高齢者向けの住まい

名称	サービス内容
特別養護老人ホーム	昼食つや入浴介護など手厚い介護
老人保健施設	歩行訓練などリハビリサービス。在宅復帰を目指す
介護療養型医療施設	長期にわたり医療と介護を一体的に提供
生活支援サービス付き住宅(新築)	専門知識を持った人の常駐し、安全確認や生活相談

生活支援サービス付き賃貸住宅の整備

2011年度中に3万戸



2020年度迄に30万戸程度に増やしたい考え

2011. 1. 20 日経新聞より

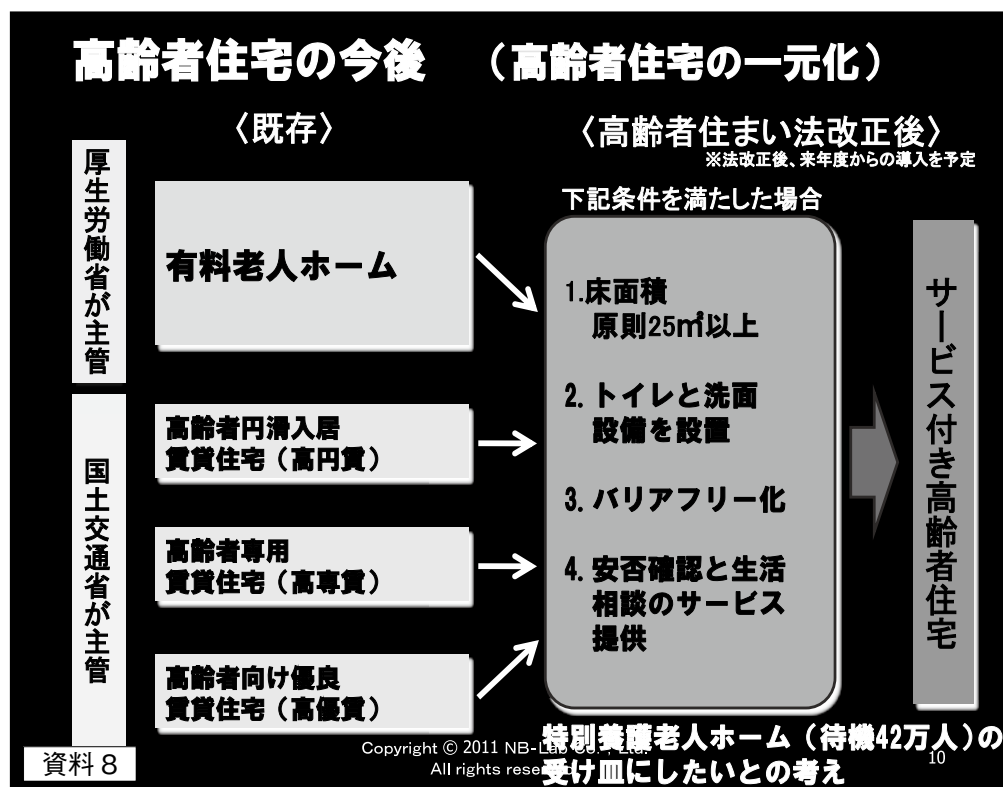
Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 7

従来、厚労省の管轄だった有料老人ホームと国土交通省の管轄だった高齢者住宅をわかりやすく統一しようということで生活支援サービス付き賃貸住宅という名称になるわけです。もともと高円賃、高専賃、高優賃という高齢者住宅を推進するための制度があったわけですが、こうしたものを一本化しようと高齢者住まい法を今年度改正しました。そして、1部屋の床面積が25㎡以上、トイレと洗面設備を設置してバリアフリー化、安保確認と生活相談のサービス提供をするという条件を満たしていれば、サービス付き高齢者住宅として一本化することになりました。つまり、もし有料老人ホームを営んでいても、こうした基準を満たしていれば、有料老人ホームではなく、国土交通省と厚労省の共同事業として取り組まれたサービス付き高齢者住宅として展開できるというわけです。また、従来の高専賃はすべて10月20日をもって、サービス付き高齢者向け住宅に切り替えなければ登録抹消ということになります。要は、サービス付き高齢者向け住宅を特別養護老人ホームの受け皿にしたいという狙いで制度を作ったということです。(資料8)

高齢者住宅のこれからの主な動き

2035年、高齢者は、2005年に比べて全国で45%増えるといわれています。増加率は、埼玉県83%増、神奈川県82%の増、千葉県77%増、東京都68%増、愛知県66%の増と、都市部の伸びが際立っています。増加の63%を3大都市圏が占めるということで、高齢化住宅の需要は都市圏に集中すると考えてよいと思います。要は、これから増える高齢者の過半数が3大都市圏に集中するということです。高齢者の問題は、従来、地方の過疎地帯の問題だったと思います。それが今は都市部にシフトしてきています。その原因はどこにあるのでしょうか。「あなたは2025年の衝撃に耐えられますか」ということが今よく言われています。それは、団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者になるのが2025年だからです。2015年には団塊の世代がすべて高齢者になりますが、2025年が本格的な超高齢者社会ということです。今後、高齢者の問題は、都市圏の問題に移ってきます。一番深刻なのは埼玉県です。不思議なことに、医療も介護もどちらかと言うと西高東低です。そして、西のほうからジワジワと整備がなされてきています。首都圏でもなんとか体制を作ろうと躍起になっ



ていますが、首都圏近辺の方々の反応が今一つです。ちょうど高度経済成長のときに地方都市から移ってきた方々が団塊の世代で、これから高齢を迎えるにあたってインフラはどうか問題となっています。2015年には一人暮らしの高齢者世帯は570万世帯となり、高齢者世帯の33%にあたります。なかでも、2020年に独居割合が50%以上になる県が9つあります。鹿児島や和歌山はその常連ですが、その中に東京都が入ってくるのです。2020年に東京の高齢者世帯を見ると、その過半数が独居の世帯という、とんでもない状況が生まれくるのです。恐らく東京は世界一の高齢者の街になると言われています。そうすると、自立から介護まで、幅広い高齢者住宅の必要性が予想されます。先ほど申したように、サービス付き高齢者住宅は今年から始まり、向こう3年間で9万戸の開発が行われます。従来の高専賃、高優賃、高円賃は、すべてサービス付きに統合されます。そして、一部住宅型

老人ホームでも基準を満たすものは該当するという、新しい取り組みが遅まきなら始まりました。2006年～2008年度の特養の整備状況は財政負担の問題があり、計画に対して実績は50%を切っている状況です。重たい方々の施設の整備は急がなければいけません。しかし、財政の問題があって、地方都市等ではまだ整備ができていないという現状です。待機者数は42万人にも及びます。この層の囲い込みが必要になってきています。ベネッセ、メッセージ、ワタミなどの大手は、今年の決算報告会で軒並み低価格型高齢者住宅に関する方針を出しています。ワタミでは低価格の基準は、一時金が300万、月額の利用料が15万円だということですが、我々はそれでも足りないと思っています。本当の低額は、10万円を切るものだと私どもは思い続けています。ただ、こぞってシフトを組むということは、そこが大変な成長分野だと言えらると思います。(資料9)

高齢者住宅のこれからの主な動き

- ・35年の高齢者は05年に比べて全国では45%増える。埼玉県83%増、神奈川県82%増、千葉県77%増、東京都68%増、愛知県66%増と都市部の伸びは際立つ。増加の63%を三大都市圏が占める。高齢化住宅の需要は都市圏に集中する。
- ・2015年には1人暮らしの高齢者世帯は570万世帯となり、高齢者世帯の33%となる。2020年には独居割合が50%以上となる県は9つあるが、その中に鹿児島県、和歌山県、山口県と同様、東京都が入っている。自立～介護の幅広い高齢者住宅需要が予想される。
- ・サービス付高齢者向け住宅の供給が本年度から開始される。今年度3万戸の供給を行い、向う3年間で9万戸の開発が行われる。従来の高専賃、高優賃、高円賃は全てサービス付に統合され、一部住宅型有料老人ホームも基準を満たすものは該当する。
- ・2006年～08年度の特養の整備状況は計画見込み数3,392床に対して実績は48.2%と整備が遅れている。その為待機者数は42万に及ぶ。この層の囲い込みが重要となる。
- ・ベネッセ、メッセージ、ワタミと各大手各社は低価格型高齢者住宅の開発に乗り出す。

高齢者施設の種類と選択

高齢者住宅には施設と在宅があります。施設は特養、老健、療養病床群で、それ以外はすべて在宅ということになります。資料10で見ていただきたいのは、給付額です。おそらく多くの医療関係の方々が、今後、高齢者事業、介護事業に取り組むときに、介護は儲からない、労多くして報い少なしと思っていると思います。しかし、特養、老健、療養病床群の給付額を見ていただいたら分かると思いますが、従来の特養で給付額は20万～30万円です。老健も25万～30万円です。こ療養病床群については、25万～40万円。療養病床では1ベッド当たり30万～35万円というのが通常の見え方だと思います。グループホーム等で24万～25万円、ケアハウス、介護付き有料老人ホームなどで25万円程度の数字になります。つまり、かなりの差があるということです。住宅型有料や高専賃も、訪問介護外付けとなると、訪問介護の部分で6万～35万円、要介護5の方が介護サービスで給付額35万8,000円がピークです。ここでだまされやすい





のが、高専賃や住宅型有料の報酬が結構高いということです。要するに、グループホームや介護付き有料老人ホームのほうが住宅型よりも高いと。確かにマックスが取れば高いのです。訪問介護や在宅医療を使いながら、35万8,000円だと、結構な金額になると思いがちです。ところが、住宅型や高専賃などの外付けサービスでは、介護保険は大体半分しか使いません。これが一般的な通例です。ですから、それくらい感覚で事業計画を組まないで、とんでもないことになります。これを無視して建築コストを上げ、いいもの作っても大丈夫だという形で進んでダメになるケースが非常に多いのです。そういう場合は、数値がマジックになります。丸めの施設では当然入居は定額制ですから、一定の収益が確保できます。しかし、住宅有料、高専賃と呼ばれるものはあくまでも任意性のある、選択性のあるサービスなので、満額はお使いになりません。ですから、この半分くらいで経営すると、かなり厳しいことになります。医療関係で行くと、療養病床では、先ほど言ったよう

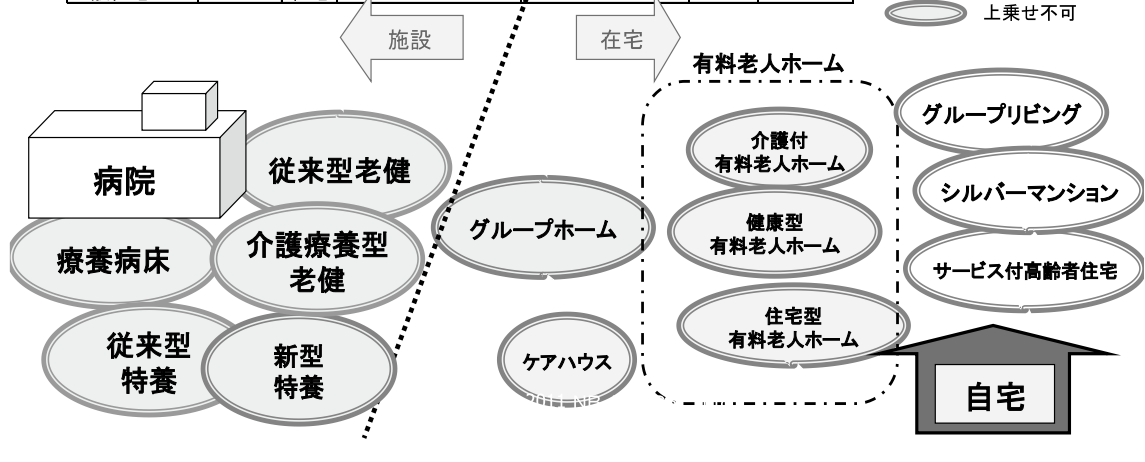
資料10

(1) 高齢者施設の種類と選択

要介護者の関係施設と一般住宅

通称		介護保険適用	給付額(月)(新法)	家賃	対象者	
特養(従来型)	従来型	施設	介護老人福祉施設	20.6～29.2万円	無	要介護1から
"(新型)	新型	"	小規模生活対応型	23.8～29.6万円	有	"
老健		"	介護老人保健施設	24.9～31.3万円	無	"
療養病床群		"	介護療養型医療施設	24.9～41.3万円	無	"
グループホーム		在宅	痴呆対応型共同生活介護	24.2～26.2万円	有	"
ケアハウス		"	特定施設入所者生活介護	7.2～24.9万円	"	要支援以上
有料老人ホーム	介護付	"	"	"	"	"
	住宅型	"	在宅介護サービス	6.15～35.83万円	"	自立から
	健康型	—	要介護で退居	—	"	"
一般住宅		在宅		"	—	

-  家賃なし
-  家賃あり
-  上乗せ可
-  上乗せ不可



に、1ベッドで35万～40万近くになります。要は倍以上です。ですから、高齢者住宅事業は儲からないということになります。ところがこれが間違いなのです。方法によっては、この辺が全然違ったものになります。要は、医療法人が高齢者住宅を介護保険と訪問診療のダブルインカムで経営すれば、一人当たりの収益は、療養病床1床分くらいに相当するということです。ですから、新しい医療型の高齢者住宅を作るとは可能だということです。(資料10)

新制度創設に至った背景

新成長戦略、国土交通省成長戦略は、7つの成長分野の一部として、高齢者住宅のマーケットを位置付けています。国土交通省でも、賃貸が非常に厳しくなっています。現実には今賃貸が20%の空室率と言われています。今後アパートを推進しようにもリスクが高く、なかなか推進できないという状況があります。一方、高齢者が増えていくため、高齢者住宅にシフトしようという動きがあります。そこで2020年くらいを目標

に、年間約6万戸の供給を見込もうというのが今回の対策です。資料11には、孤立化の恐れのある高齢単身・夫婦のみの世帯支援について、総理指示の注目すべき言葉が入っています。介護保険はこれまで「家族同居世帯」を標準としたサービスが中心である。しかし今後は、「高齢単身・夫婦のみ世帯」を支える『新型サービス3本柱』の全国普及を目指す、というところ。これは国が従来の家族を中心とした介護保険の限界を表明したことになります。それ以外のサービスをもっと付け加えないと、家族で高齢者を見るという時代は終わったと。それに代わるべき社会インフラとして、こういうサービスを提供する仕組みを作らないと間に合わないというのがこの趣旨です。『新型サービス』3本柱は、今いろいろ議論がなされている部分です。24時間地域巡回・随時訪問サービス、高齢者向け住宅、認知症支援です。要は、この3つに焦点を当てた制度改革をしていかないと、従来の高齢者を対象とした介護保険だけではもう限界だという状況になってきています。ですから、来年度の改定はこう

(2)～新制度創設に至った背景～

新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)【抜粋】

第3章 7つの戦略分野の基本方針と目標とする成果
(4) 観光立国・地域活性化戦略
～ストック重視の住宅政策への転換～

(中古住宅の流通市場、リフォーム市場等の環境整備)
(略)急増する高齢者向けの生活支援サービス、医療・福祉サービスと一体となった住宅の供給を拡大するとともに、リバースモーゲージの拡充・活用促進などによる高齢者の資産の有効利用を図る。(略)

国土交通省成長戦略

(平成22年5月17日国土交通省成長戦略会議)【抜粋】

2. 急増する高齢者向けの「安心」で「自立可能」な住まいの確保
～少子高齢化の進展を地域の活力創造の転機へ～
1) 将来目指す姿、あるべき姿
急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する。
<戦略目標:2020年目途>
・高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3～5%)とする。
→平均すると年間6万戸の供給が必要

総理指示(平成22年8月29日)孤立化のおそれがある「高齢単身・夫婦のみ世帯」支援について【抜粋】

介護保険の改革

介護保険改正(2012年予定)に向けて、次の点を厚生労働省をはじめ関係省庁に指示した。

(1) 介護保険の基本目標の追加

・介護保険の基本目標に、『孤立化のおそれがある「高齢単身・夫婦のみ世帯」の生活支援』を追加する。

(2) 「高齢単身・夫婦のみ世帯」を支える『新型サービス』の全国普及

・介護保険は、これまで「家族同居世帯」を標準としたサービスが中心。
今後は、「高齢単身・夫婦のみ世帯」を支える『新型サービス3本柱』の全国普及を目指す。

『新型サービス』3本柱

- ① 24時間地域巡回・随時訪問サービス
- ② 高齢者向け住宅(見守り付き高齢者住宅、住み替え支援)
- ③ 認知症支援(徘徊SOSネットワーク、予防・治療・支援の一貫サービス体系、成年後見)

資料 11

いうものを背景にした大幅な改定が予測されています。我々も、注目していて、いつ出てくるのか、毎日情報やデータを探しています。24時間巡回型訪問介護サービスが、包括型になるのかどうか、今非常に議論されています。確かに高齢者住宅ということでは、包括型システムは必要ですが、問題なのは、金額や報酬がどうなのかです。これによって経営が変わってきます。年末に向けて数値的なものが出てくると思いますが、それ次第で我々も戦略を大きく変えていかなくてはいけないという段階です。(資料11)

サービス付き高齢者向け住宅登録標準

住宅に関する要件は、先ほど言いましたように原則25㎡以上です。ただし、共同利用の居間、食堂、台所が十分な面積を有する場合は、18㎡以上でもいいということですが、この事業の厄介なことは、国が決めた基準、県が決めた基準、市町村が決めた基準が、下に行けば行くほど厳しくなっていくことです。国はこう決めています、大方の県において言われているのが、25

㎡と18㎡の差の7㎡×居室数の共有部分がないとダメだということです。その共有部分の中に廊下は入りません。事務室も入りません。厨房も入りません。エレベーターも入りません。それを除くと、リビングや食堂など、共同で使われる部分は増えていきます。通常の住宅型有料老人ホームよりも面積は膨らんでしまいます。要するに、それだけコストが掛かってしまうということです。その分、1割の補助金が出ても、相殺されるような内容が結構あるというのが我々の考え方です。原則、台所、トイレ、収納、浴室が、25㎡でフル装備型のものが、サービス付き高齢者向け住宅のモデルになっています。そう考えると、誰を対象にしているか分かります。どちらかと言うと、自立系を対象にしたものです。自立系は以前から言われているように、25㎡以上必要です。介護付だと、居間有料老人ホームの最低は13㎡です。普通、特定施設で18㎡なので、約10畳です。18㎡で、トイレ・洗面付というのが、通常の介護型施設の規模ということです。サービス付きとなるとフル

(3) サービス付き高齢者向け住宅登録基準～

<高齢者等居住安定化推進事業：H23年度予算額325億円>

高齢者単身・夫婦世帯の急増に対応し、高齢者が安心して暮らすことができる環境を整備するため、国土交通省・厚生労働省が連携して行う高齢者住まい法改正により位置づけられる「サービス付き高齢者向け住宅」の建設・改修費に対して、国が民間事業者・医療法人・社会福祉法人・NPO等に直接補助を行う。

<要件>

○ 住宅(ハード)に関する要件

- ・原則25㎡以上 ※共同利用の居間、食堂、台所等が十分な面積を有する場合は18㎡以上
- ・原則、台所、水洗便所、収納設備、浴室の設置
- ・原則3点以上のバリアフリー化 (手すりの設置、段差の解消、廊下幅の確保)

○ サービスの要件

- ・次のいずれかの者が常駐するなどにより、緊急通報及び安否確認サービスの体制があること
社会福祉法人、医療法人又は居宅介護サービス事業者の職員 等

○ その他

- ・賃貸借方式又はこれを準じた契約とすること (長期入院等を利用した退去を防止)
- ・前払家賃等を受領する場合の返還ルール及び保全措置の実施 等

<補助率>

住宅：	高齢者生活支援施設：
新築 国 1/10(上限 100万円/戸)	新築 国 1/10(上限1,000万円/施設)
改修 国 1/3(上限 100万円/戸)	改修 国 1/3(上限1,000万円/施設)

11

装備で、お風呂やキッチンも共同でよくても、先ほど言った基準があります。25㎡でフル装備の自立系は、介護系では厳しいと思います。介護系で一番事故の起きるのはお風呂や火の周りなので、それを介護付にするとすれば、かなりいろいろな工夫が必要になります。サービス要件としては、緊急通報、安否確認のために、一定の資格を持った職員が待機しなければなりません。また、これまでのように高額の一時金は取れないことになります。礼金等は当然取れず、敷金程度となります。敷金か前払い家賃として一定の金額を取ってもちゃんと償却していかなくてははいけません。銀行か有料老人ホーム協会等の保全措置が必要だという結構シビアな形になっています。基本的には、このサービス付き高齢者住宅は、一時金を取らない方向で進められると思います。要は、一般賃貸とほぼ同じような条件です。6ヶ月までの敷金と、月額利用料という形になると思います。こういう条件を満たしていれば、補助金として1/10、一戸当たり100万円。そして、高齢者生活支援施設は訪問介護事業所やデイサービスを併設する場合にも、1/10あるいは上限1000万円です。資金額の建設コストの1/10は一応補助金として出ますが、内容からして規模の大きなものを作らざるを得ない傾向があるということです。(資料12)

運営者の視点から比較

サービス付き高齢者住宅の説明会が4月末から5月の連休を挟んで、全国で開かれました。私どもも、東京で第1回目の説明会があるというので行きました。開始して3分経たないうちに240名分の席が全部埋まったというくらい盛況な説明会でした。おおむね、建築、不動産設計の方々が、非常に関心を持たれていました。説明会の際の質問でも「300億円の予算、3万戸の枠が半年もしないうちになくなってしまいうんじゃないですか」というのがありましたが、そんなに簡単にはいきません。今もまだずっと続いています。実はこのサービス付き高齢者住宅と、有料老人ホームには、大きな差異があります。補助金についても、サービス付きはありで、従来の有料老人ホームはなしです。今、札幌市内

では、高齢者下宿という無届のものが約200軒あると新聞に載っていました。一部では、こういうものは違法ではないものの、何かあったときには非常にリスクが高いことになります。基本的には、高齢者住宅は住宅型になると思います。問題は、住所地特例が使えるかどうかです。住宅型有料老人ホームは、住所地特例が使えます。住所地特例とは、他の行政から入ってきたときに、自分のところの行政の介護保険を使うのではなくて、前にいたところで介護保険の給付を行うということです。地方都市では、他の市町村の行政から来た高齢者の税金の面倒を全部見るのはいかないということで、住所地特例が使えていました。実は、このサービス付き高齢者住宅の一番大きな問題点は、基本的には住所地特例が使えないことです。サービス付き高齢者住宅に、外部の行政から入ろうとすると、住民票を移さざるを得ないことになります。ですから、自立型のサービス付き高齢者住宅であれば、当然住民票も移してとなりますが、介護の付いた方や医療依存の高い方などは、なかなか住所を移してまでは入って来ません。おおむね私どもが全国的に展開している中で、3～4割は地区外の方々です。その3～4割の方が地区外から得られないとなると、地区内だけで賄っていかなくてははいけない。これは30名以下の地域密着型とまったく一緒で、苦勞します。実際、我々も苦勞しました。ですから、大都市で、高齢者人口も有り余っており、自分たちの行政だけで賄えるようなところでは、サービス付きでもいいと思いますが、地方都市になると、サービス付きは集客に苦勞するという問題が出てくると思います。これが一番大きいと思います。それ以外は、行政の指導あり・なしです。当然、有料老人ホーム等になると、指導監査があります。今度のサービス付きも厚労省と組んで、指導という面では入ってくるようです。ただし、住宅型は、通常の有料老人ホームよりはゆるいと思います。その意味では、住宅型有料とサービス付き高齢者住宅をどのように使い分けるかが、非常に需要だと思います。私どもは、都内でサービス付き高齢者住宅を手掛けています。ここでは面積をどのように圧縮するかで苦勞しま

した。その結果、廊下のない高齢者住宅となりました。廊下が共有部分に含まれないのであれば、廊下をなくしたらいいと。要は、アイランド方式です。真ん中にキッチンやリビングを設け、その周辺に部屋を張り巡らすという形です。これには都でも非常に頭を抱え、お互いに折り合った条件は、1m分だけは廊下とみなすというものでした。とにかく1㎡でも削りたいということからすると、そういう対策も考えられるということです。ですから、そういう工夫が今から成されてくると思います。ありのまま、そのままの基準で作ると、やはり図体の大きいものを作ることになり、その分コスト高になってしまう面があります。そここのところは十分に気を付けていただきたいと思います。医療型でとなると、重度の方々を対象にするには、お風呂、キッチンがリスクです。ですから、18㎡にして、でき

るだけコンパクトに仕上げていくことが必要になると思います。サービス付きで行くのか、あるいは住宅型で行くのか、そういう柔軟な発想を持って、取り組むべきだと思います。(資料13)



資料 13

(4) 運営者の視点から比較

<サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームの違い>

	サービス付き高齢者向け住宅	住宅型有料老人ホーム	無届高齢者住宅
補助金	あり	なし	なし
住所地特例	利用不可(市区町村内限定)	利用可(全国どこでも可)	□
行政指導・監督	報告徴収・立入検査あり	実地指導あり	無届運営発覚の場合は行政指導あり
	サービス内容に基準あり	各都道府県毎設置指導指針あり	有料老人ホームへの届出もしくはサービス付き高齢者向け住宅への登録が必要
	報告を求める事が出来、立入、帳簿・書類・物件検査・質疑が可能となっている。		
利用者のメリット	制度によるサービス内容の統一		入居審査が曖昧
運営者のメリット	社会的な信用ある事業運営、事業性としても多店舗展開が可能		申請なし
利用者のデメリット	市外で希望する物件に入居不可	特になし	運営者の都合で運営内容の変更がある
運営者のメリット	登録・設置に行政へ書類提出があり手間?		申請の手間がない

All rights reserved.

15

高齢者施設の推移

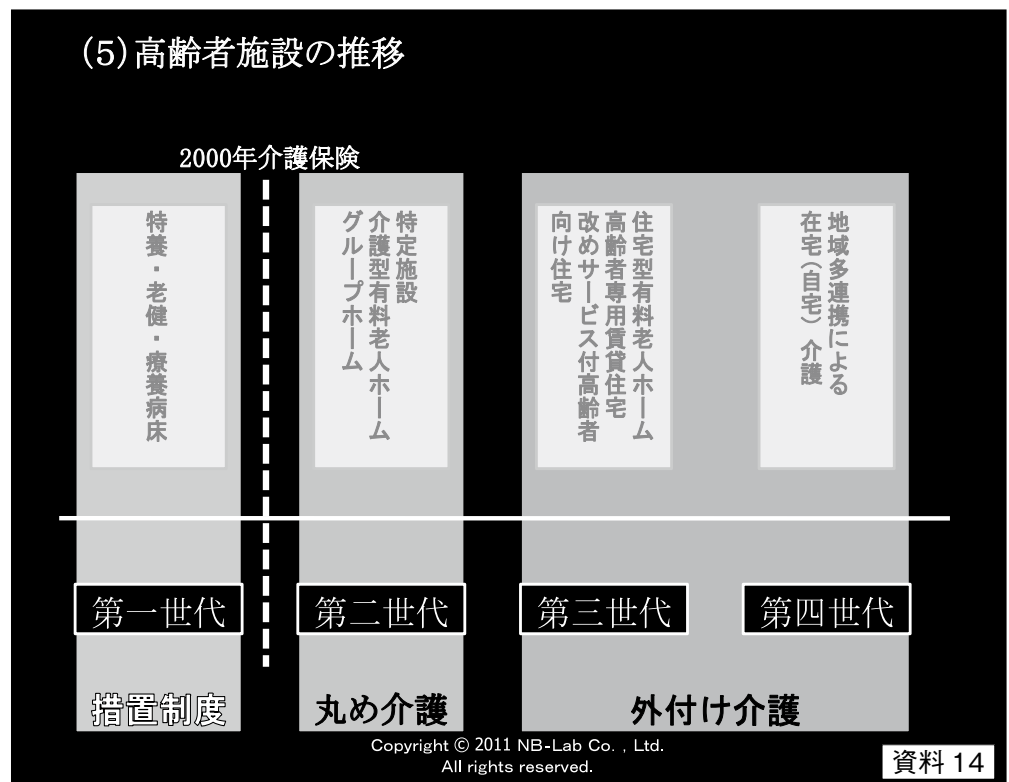
2000年の介護保険が始まる前を、第一世代の高齢者住宅と呼んでいます。これは何らかの形で高齢者の問題は行政が責任を持つという時代です。2000年に介護保険が始まって、民間参入になり、当面5年間は丸め介護、定額制となりました。グループホームや介護型有料老人ホーム、特定施設などは第二世代の商品です。こうしてみると、国はしっかり制度設計をしています。相当の時間を掛けて、日本の高齢化社会をどうしたらよいかを計算し尽くして、この制度を始めたのが見て取れます。要するに、2005年までは民間参入で簡単にできる事業ではないので、出来るだけ定額制にして、導入しやすいようにしているということです。そこから5年単位で大胆な改革を進めていると考えてよさそうです。総量規制が入り、今度は外部付け。住宅型有料老人ホームや高専賃、改めサービス付き高齢者向け住宅などの外付けサービスの商品が第三世代です。これが2006年に始まり、今はまさにその時代です。第二世代で汎用性のモデルはこれから生まれてきません。したがって今後、

量産化を進めるときは、第三世代から第四世代のものとなります。第四世代は、地域多連携による在宅介護で、これに属するのは小規模多機能や今度出てくるお泊りデイなどです。これらが在宅との連携、施設と在宅とをつなぐサービスとして生まれてくるのが第四世代ということです。第一世代から第四世代の商品、高齢者住宅は地域の中に折り混ぜられ、一番大きいマーケットは第三世代以降になると考えられます。ベネッセやワタミなど、介護事業で貢献している企業のモデルはほとんどが第二世代の商品です。その中で収益を上げたモデルは、まだ世の中に出ていません。非常に難易度の高い事業です。こうした変遷を辿りながら、20年間で国は高齢者の受け皿を確立するというシナリオが見て取れます。(資料14)

II 医療法人の取り組むサービス付き高齢者住宅

医療制度改革とサービス付き高齢者住宅

平成18年度の大規模改正に続いて、平成20年度、平成22年度の医療・介護保険制度の改正の



背景には、超高齢化社会の到来と同時に、財政負担、社会保障費の増大という問題があります。特に2015年には1人暮らしの高齢者世帯が、570万世帯、33%になります。現在34兆円という医療費も、2025年には70兆円になることが予測されています。それをどのように抑制するかが国の最重要課題になるとなると、来年の改正等において、ポイントは以下ようになります。入院医療と介護療養などの役割の明確化を図る。医療保険枠と介護保険枠の間で報酬項目の出入りを進める。在宅医療等との地域医療連携の推進。こうした点が大きな方針として掲げられています。ダブル改定の最大のポイントは、病床の再編になるのではないかとされています。一般病床の再編を促し、介護との連携をはかりながら、できるだけ在宅での医療を推進する。その動きが加速化することが予測されます。従って、在宅医療を含め、在宅医療において手厚い報酬が支払われている今日、先行した取り組みこそ、病院・診療所が生き残る勝機ではないかと思うのです。前回の医療保険制度

の改正で、1.55%アップして、かなり病院の経営が改善されてきたと言われています。それがここに来て、医療法人の方々の見方が二つに分かれてきているのを感じています。私どもは2年ほど前に、北海道から鹿児島まで、医療関係を対象に高齢者住宅の説明ツアーを組みました。今回も6月から8月にかけて、第2回目のツアーを組みました。すると2年前と今回のツアーでは、まったく違っていたのです。2年前は皆様方の危機感がひしひしと感じられたのが、今回は、やらなければいけないねというものの、危機感が伝わってきませんでした。今のうちに次の手を打たねばと積極的にこの分野を模索し始めた医療法人の方と、いやまだいいんじゃないかと先延ばしにする医療法人の方と、完全に二極に分かれてきたと思っています。今やっておかないと、もう一度厳しくなったときには手が打てないという方も少なくはなく、私どももいろいろとお手伝いをさせていただいています。(資料15)

II 医療法人の取り組むサービス付高齢者住宅

(1) 医療制度改革とサービス付高齢者住宅

平成18年度の大規模改正に引き続き、平成20年度、22年度の医療・介護保険制度の改正の背景には、超高齢化社会の到来による国のより一層の財政逼迫が主要因としてあります。

2015年には一人暮らしの高齢者世帯は570万世帯にもなり、全高齢者世帯の33%となると予測され、当然、それに伴う、医療・介護保険の増大が大きな問題となっております。現在34兆円の医療費も2025年には70兆円になることが予測され、それをどのように抑制するかが国にとって最重要課題となっております。

2012年度の医療保険制度の改正では、次の3点がポイントとなります。

1. 入院医療と介護療養などの役割の明確化を図る
2. 医療保険枠と介護保険枠の間で報酬項目の出入りを進める
3. 在宅医療等との地域医療連携の推進

<要点>

ダブル改定の最大のポイントは病床の再編になるのではないかとと思われる。一般病床の再編を促し、介護との連携のもと、できるだけ在宅での医療を推進することを狙いとするものである。その動きが加速化することが予測される。従って、在宅療養支援診療所制度を含め、在宅医療において手厚い報酬が支払われている今日、先行した取り組みこそ

⇒病院・診療所が生き残る勝機

2008年度からの

一貫した診療報酬改定のポイント

2008年度からの一貫した診療報酬のポイントは、入院医療、在宅医療、その他です。特に入院については、平均在院日数の短縮を大きなテーマとして掲げています。今、日本の一般病床の平均在院日数は大体18日とされています。対してアメリカは5.5日、ドイツでは7.8日と報告が上がっています。現実的に日本の一般病床の入院日数は長いので、これを何とか短縮したいと。ある金融機関が試算をしたところ、18日を10日に短縮すると、50万人が病院から出て行かざるを得ないだろうと。その受け皿をどうするかも金融機関は試算しています。そして、在宅医療の拡大については、開業医イコール在宅医療の構造を作ろうとしています。医療、介護保険サービスの連携をよりいっそう強化し、特に在宅療養支援診療所では、従来19床未満だったものを昨年は200床未満の病院まで拡大しまし

た。ですから、私どものような介護や高齢者住宅の事業をしているものからすると、ベッドを持っている先生と24時間の訪問診療の契約を結ぶのがありがたいということになります。何かあったときに、高齢者を運び込めるからです。在宅療養支援診療所の登録をしても半分は実際稼動していないという中で、もっと競争を激化させるためにも、200床未満の病院を認めたという傾向があります。その他部門は、リハビリ関係、地域医療連携パスなど、地域医療連携については今後10年間、非常に積極的に進められていくのではないかと思います。(資料16)

資料17は、2009年の6月のデータです。11月2日に今年6月の数値が出て、第18回の医療実態調査の結果が上がってきています。実際、2年前の数値は、100床あたりの公立病院と私的病院の経営状況は、国公立の病院で1ヶ月大体1,500万円の赤字、私的病院では大体100万円の赤字という数値になっています。それが最新のデー

(2) 2008年度からの一貫した診療報酬改定のポイント

【入院医療】

～機能分化の明確化による入院基本料の削減～

- ・入院基本料要件である平均在院日数の更なる短縮 ⇒ 一般病床の削減
- ・「医療区分」基準、入院基本料の見直し ⇒ 療養病床削減の追い込み
- ・DPC対象病院の拡大 ⇒ 入院医療の効率化徹底
- ・亜急性期病床基準の緩和 ⇒ 一般病床から亜急性期病床への移行

【在宅医療】

～在宅医療の拡大～

- ・「主治医」「総合(診療)科」の役割 ⇒ 開業医＝在宅医療の構造
- ・高齢者ヘルスマネジメント ⇒ 医療、介護保険サービスとの連携
- ・在宅療養支援診療所の厳格化と基準緩和 ⇒ 地域における登録医制度
- 4キロ圏内基準廃止、200床未満の病院可

【その他部門】

～効率化医療の推進～

- ・医療リハビリから介護リハビリへの移行 ⇒ 2009年以降の介護保険報酬改定へ先送り
- ・疾病別パスから地域医療連携パスへ ⇒ 院内から地域へ効率化範囲の拡大
- ・強制的な後発医薬品へのシフト ⇒ 手間がかかる新薬処方

タでは、国公立の病院の1,500万円の赤字が670万円くらいの赤字に圧縮されてきています。これは先ほど言いましたように、前回の医療保険制度の改正によって、本体部分で1.55%の医療報酬のアップとなり、約5,700億円とされています。こうしたことで経営がだいぶ改善されてきました。私的病院等においては、プラス460万円と大幅に改善されてきています。しかし、まだまだ利益率は3.3%というレベルで、決して今の病院経営が高収入のビジネスとは言えないのではないかと思います。ただし、介護関係の貢献は2%未満、要は98%が医療に特化した病院の経営になります。これが前提条件です。ですから、医療単体で見たときの経営状況は国公立、私的病院で改善はされていますが、依然として低レベルという位置付けがなされてくると思います。(資料17)

資料18は慢性疾患の方々を医療区分1、2、3、ADL区分1、2、3に分けた数値です。我々は介護から来ていますが、様々な医療法人が高齢者住宅に取り組んでいます。そうすると、医療と介護のどこで融合点を見出すかを我々も探っていかなざるを得ません。そういう面から考えて、医療区分1と、ADL1、2、3でベッドも3つに分かれることが分かりました。特に、医療区分1の比率が平成18年度と20年度で依然として30%台です。国は

医療区分2、3で大体80%以上を満たそうという流れがある中で、まだまだ思うように医療区分1の方々を圧縮できていません。圧縮しようにも、出て行く先がなければ病院が抱えざるを得ないことが明らかになっています。今回6年介護病床が延期されたのも、そういう背景かと思っています。(資料18)

①病院の経営概況

100床当たりの公立病院と私的病院の経営状況

(単位:千円、%)

	国公立病院①	比率	私的病院②	比率	①-②
医業収入	130,937	100.0%	135,050	100.0%	-4,113
入院収益	90,367	69.0%	89,177	66.0%	1,190
室料差額収益	1,224	0.9%	2,092	1.5%	-868
外来診療収益	35,312	27.0%	38,722	28.7%	-3,410
その他	4,034	3.1%	5,059	3.7%	-1,025
介護収入	61		146		-85
医業費用	146,377		136,155		10,222
給与費	77,073	58.9%	71,248	52.8%	5,825
医薬品・材料費	35,068	26.8%	32,066	23.7%	3,002
委託費	10,930	8.3%	8,052	6.0%	2,878
減価償却費	9,782	7.5%	6,397	4.7%	3,385
その他	13,524	10.3%	18,392	13.6%	-4,868
差額	-15,379		-959		

(注)総務省による09年6月現在の月間収支のサンプル調査

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 17

②患者分類の状況

図表3 患者特性調査対象病院(全病院)における患者分類の状況

	平成 20 年度 (136 病院)				平成 18 年度 (85 病院)			
	医療区分1 (n=2,498)	医療区分2 (n=3,781)	医療区分3 (n=1,550)	全体 (n=7,829)	医療区分1 (n=1,805)	医療区分2 (n=2,726)	医療区分3 (n=1,066)	全体 (n=5,597)
ADL区分3	10.4%	26.4%	15.0%	51.8%	10.4%	27.9%	15.3%	53.7%
ADL区分2	9.5%	13.0%	3.3%	25.8%	11.2%	12.8%	2.6%	26.7%
ADL区分1	11.9%	8.9%	1.5%	22.4%	10.6%	7.9%	1.1%	19.6%
全体	31.9%	48.3%	19.8%	100.0%	32.2%	48.7%	19.0%	100.0%
無回答(n)	(45)	(39)	(13)	(97)	(5)	(6)	(0)	(11)

【備考】20年度慢性期調査対象は、20年度慢性期調査対象病院(136病院)で療養病棟入院基本料を算定している患者(7,829人)。18年度慢性期調査対象は、18年度慢性期調査対象病院(85病院)の療養病棟入院基本料2を算定している患者(5,597人)。

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 18

慢性疾患の療養病床ではADL1、2、3と医療区分1、2、3で9象限。黒字のベッドもあれば、赤字のベッドもあるという実態が分かります。医療区分1でADL3のベッドで1日当たり3,529円の赤字になっています。一番利益を上げているところで、1日当たり5,000円の黒字です。ですから、医療区分1でADL3の方を多く抱えていると、当然、病院の経営に甚大な影響を及ぼすということが予想されます。同じベッドでも8,000円の開きがあるのに驚きました。重要なのは、医療区分1の方をいかに外に出すかですが、出たあとの行き先がありません。(資料19)

資料20は2009年の数値です。医療病床で3.7%の黒字、介護病床で3.2%の黒字となっています。これも今年の調査で大幅に改善されました。今のところ、医療病床は7.3%まで改善しています。介護病床は6年凍結されてい

ますが、こうした状況も背景にあるのではないかと思います。こうした背景で医療収入が大分改善されてきていることが改革に逆にブレーキを掛けている要因になっているのではないかと思います。(資料20)

③医療療養病床患者区分ごとの収入・費用の差額(1人1日当たり)

■患者分類(9区分)毎の収入・費用差(費用差最大の場合)…図表9と図表11の差

[図表14]

単位:円

	1-6 級地			その他の地域		
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分3	-3,529	-192	-210	-2,829	605	718
ADL区分2	-3,547	278	550	-2,949	982	1,361
ADL区分1	-1,026	1,732	5,047	-428	2,398	5,782

※ 「費用差最大」は、「その他人件費」を患者分類の状態に応じて変化する人件費とした場合の費用である。

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 19

④医療病床と介護病床の経営状況

(単位:千円、%)

	医療病床	比率	介護病床	比率	①-②
医業収入	73,593	78.0%			73,593
入院収益	57,788	78.5%		0.0%	57,788
室料差額収益	616	0.8%		0.0%	616
外来診療収益	11,424	15.5%		0.0%	11,424
その他	3,765	5.1%		0.0%	3,765
介護収入	20,779	22.0%	36,158		-15,379
医業費用	90,872		34,996	96.8%	55,876
給与費	55,943	76.0%	21,392	59.2%	34,551
医薬品・材料費	10,025	13.6%		0.0%	10,025
委託費	5,355	7.3%	2,975	8.2%	2,380
減価償却費	3,717	5.1%	1,439	4.0%	2,278
その他	15,833	21.5%	9,190	25.4%	6,643
差額	3,500	3.7%	1,162	3.2%	

(注)総務省による09年6月現在の月間収支のサンプル調査

(注)医療病床は私的病院の病床数が60%以上の一般病床

(注)介護病床は平成20年度介護事業経営実態調査結果の概要

(介護療養型医療施設「病院」より抜粋)

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 20

療養病床転換の切り札

療養病床転換の切り札とは、先ほど申したように、まずは医療病床23万床を22万床にし、区分2、3が80%を占める要件があります。また、介護病床12万床を平成23年度末までに廃止するのを6年間延期することが挙げられます。しかし、入院日数を短縮し、療養病床の削減のためにはどのようなものが受け皿になるのでしょうか。今言われているのが、病院から出て行く高齢者30万人分の受け皿が必要だということです。ただ、従来の特定施設、介護付き有料老人ホーム、特養老健は、総量規制の枠の中でどんどん作っていきける状況ではありません。そうなると、最終的には住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅といったところに新たな受け皿を作らざるを得ません。であれば、そのビジネスモデルをいち早く作り上げたほうが勝ちではないかということになってきます。(資料21)

地域医療再生のカギとして今言われているのは、病院単独施設経営から地域完結型医療経営へ、です。1980年ごろは医療費全体に占める病

院入院費用の割合は40%超でした。それが現在では、日本、米国、カナダなど医療制度が異なる国でも約30%まで低下しました。その背景には抗がん剤に代表される新薬開発、日帰り手術の普及といった医療技術の進歩があると言われ

(3) 療養病床転換の切り札

医療病床23万床→平成23年度末までに重度対応の医療病床22万床に

(医療区分2, 3が80%を占める要件)

介護病床12万床→平成23年度末までに廃止→6年間延期

今後11万床の患者が病院から出され、老人保健施設(療養型老健施設の新設)やケアハウス、グループホームや有料老人ホーム、その他高齢者専用住宅等にて受け入れるとされております。しかし、それらの施設は不足しており、明らかに介護難民、医療難民が出てくることが予測される。病院で医療区分1の患者の行き場がなく、家にも帰れず、医療難民が多数輩出されるということが言われております。特に脳卒中患者の行き場がなく、全体では30万人分の高齢者住宅が必要と言われております。

一方、介護保険についても、介護予防に力を入れると共に、これまで介護保険適応であったグループホームや特定施設(介護付有料老人ホーム)は総量規制の枠にはめられ、今後の設置が抑制されることとなりました。結果として、高齢者の受け皿として、今後は介護保険に頼らない、サービス付高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム等、介護が外付けの施設の建設が今後の大きな方向性となることが予測されます。介護が外付けとは、高齢者専用住宅にて訪問介護や訪問看護といった外部サービスを受ける施設のことです。

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 21

(4) 地域医療再生のカギ:病院単独施設経営から地域完結型医療経営へ

- ・1980年ごろは医療費全体に占める病院入院費用の割合は40%を超えていた。それが現在では日本、米国、カナダなど医療制度が異なる国でも約30%まで低下している。
- ・その背景には、抗がん剤に代表される新薬開発、日帰り手術の普及といった医療技術の進歩がある。

医療技術の進歩が病院経営に与えた最大のインパクトは患者の「入院から外来施設、在宅へのシフト」である。

医療事業体が病院単独施設経営に固執しては成長力が低下する

※日本以外の先進諸国では、病院での急性期ケアのみでなく、予防、リハビリ、介護、在宅など地域住民が必要とするケアを継ぎ目なく提供する医療事業体を構築している

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 22

ています。医療技術の進歩が病院経営に与えた最大のインパクトは、患者の「入院から外来施設、在宅へのシフト」だと言われています。医療事業体が病院単独施設経営に固執しているのは、成長力が低下するという考え方があります。日本以外の先進諸国では、病院での急性期ケアのみでなく、予防、リハビリ、介護、在宅など、地域住民が必要とするケアを継ぎ目なく提供する医療事業体を構築しています。日本でもそういう新しい病院経営、医療経営というものがあり方が今後模索されてくるでしょう。既にそういう先進的な取り組みをしている病院が結構出てきています。(資料22)

医療と介護の融合ビジネスの可能性

そう考えると、医療と介護の融合ビジネスが見えてきます。資料23にあるように、医療は介護と連携した在宅医療分野への流れが当然出てくると思います。また、介護も医療との連携のもとに施設や在宅での介護という流れが加速化してきます。特に、サービス付き高齢者住宅、あるいは住宅型有料老人ホームという外付けの機能の高

齢者住宅は、病院との連携がなくては作れません。要するに、24時間安否確認等をやっているとすると、従来の特養施設などでは看護師さんの義務付けがありますが、実際のそれが外付けになると、医療とより密接な連携を取らない

(5) 医療と介護の融合ビジネスの可能性

医療・介護保険制度の改正の動きをみると、キーワードは在宅、給付額の抑制であり、その為に、医療分野は介護へシフト、そして介護分野は医療との連携のもと、施設からより在宅へとシフトするというのが大きな流れと考えられます。従って、以下により今後の病院事業の生き残りをかけた新しいビジネスモデルの提案を行います。

医療 → 介護と連携した在宅医療分野へ
 介護 → 医療との連携のもと施設～在宅介護へ



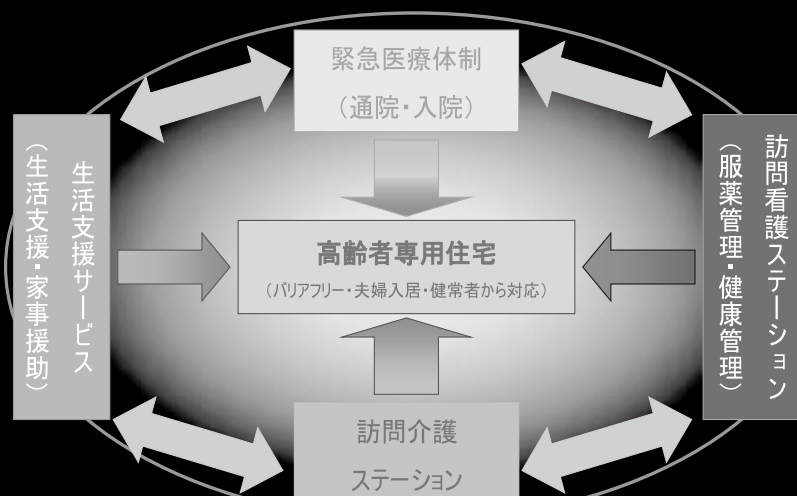
医療と介護の新しい融合ビジネスモデルの可能性

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
 All rights reserved.

資料 23

(6) 医療と介護の新ビジネスモデル

- 地域他連携の面的サービスとは 在宅での安心な暮らしのバックアップ



Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
 All rights reserved.

資料 24

と事業としては成り立たない面があるわけではということ、医療と介護の新しい融合ビジネスモデルの可能性が広がってきています。要するに、医療を核にして、その周辺部分に様々なビジネスチャンスが生まれてきているのです。医療と介護をつなぐのではなく、融合させて、一つの高収益ビジネスを作り上げるという視点に移ってきています。(資料23)

今、私どもが考えているのは、高齢者住宅という一つのハードに生活支援サービス、介護支援サービス、看護支援サービス、医療支援サービスをリンクして、重篤な方々も受け入れる高齢者住宅を生み出すというものです。では、多機能を備えた住宅に、どれくらいの金額で入れるのでしょうか。今、東京都内の高齢者住宅で、一番高い一時金額は1億8,000万円、月額は30万～40万円です。そこに入れる方がどれだけいらっしゃるかということです。そういうものをもう少しローコストにすることは大変社会的価値があります。そして、その中でトータルな

サービスができるのは、医療法人だけです。介護ではどうしても医療が手薄になるため、重篤の方々を対象にしたものは難しくなります。(資料24)

医療の新しい収益モデル

訪問診療で在宅にシフトしていこうとしているため、国はまだ依然として訪問診療に高い点数を掲げています。特に、在宅医療の24時間体制は、在宅療養支援診療所に登録をして24時間体制で高齢者や患者さんを見るということになると、在宅時医学総合管理料で4,200点が1ヶ月で付きます。要は4万2,000円ということになります。特定施設等では看護師が常駐していることもあり、これが3,000点に下げられます。要は、サービス付き高齢者住宅とか住宅型有料は、従来の在宅という発想なので、一人4,200点付きます。ただし、同一建物内にあるので、管理のために往診する場合は、1回につき200点が限度になります。最低月に2回訪問するのが前提ですが、私どもの施設のように週1回来ていただき、

(7) 医療の新しい収益モデル

1点=10円

請求科目	在宅療養 支援診療所	それ以外
往診料	650点	
緊急往診加算	650点	325点
夜間加算	1,300点	650点
深夜加算	2,300点	1,300点
在宅訪問診療料	830点	
在宅ターミナル加算	10,000点	1,200点
在宅時医学総合管理料	4,200点	2,200点
処方せん交付		
在宅時医学総合管理料	4,500点	2,500点
処方せん交付なし		

《診療所の場合 平成20年改定》

- ・初診料…270点(据え置き)
- ・往診料…650点(据え置き)
 - ①緊急往診加算650点(据え置き)
 - ②夜間加算1300点(据え置き)
 - ③深夜加算2300点(据え置き)
- ・再診料…69点
- ・在宅療養における24時間対応体制
 - ①在宅時医学総合管理料(月1回)
 - <在宅療養支援診療所> <以外>
 - 処方箋交付 4200点 2200点
 - 処方箋未交付 4500点 2500点
 - ②特定施設入居時医学総合管理料(月1回)
 - 処方箋交付 3000点
 - 処方箋未交付 3300点
 - ③居宅系施設入居者在宅患者訪問診療
 - 医師の場合 200点(1日につき)
 - 看護師の場合 430点(週3日目まで、1日につき)
 - ④在宅患者訪問看護・基本療養費 I
 - 週3日まで 555点 4日以降655点
 - ⑤ターミナルケア・看取りに係る評価の見直し
 - ・在宅患者訪問診療料
 - ターミナルケア加算…10,000点(据え置き)
 - ・在宅患者訪問看護・指導料
 - ターミナルケア加算 1500点(据え置き)

患者さんを診るとなると、月に4回で800点です。そうなると4,200点と800点で5,000点になります。これが月に支払われる金額です。資料25の表に在宅療養支援診療所と、それ以外という項目がありますが、それ以外の項目の在宅ターミナル加算では、1回の見取りで1万点という数値もあります。要は、訪問診療にかなり手厚い報酬体系が組みられているのです。若干、特定施設や同一建物で調整しつつあるものの、まだ大きく流れは変わっておらず、おそらく今後も継続されていくのではと思います。(資料25)

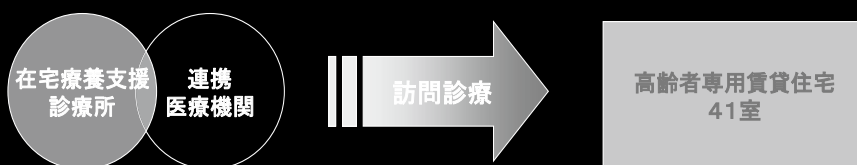
例えば、非常にシンプルな例ですが、基本的な医療収入として、41名の外来患者が月4回来院した場合は、再診料が69点なので、4回で276点。その再診療で11万3,160円という数字になります。ところが、41名の在宅患者のところにも月4回往診した場合は、200点と4,200点、4回行って5,000点。41人を往診すると、収益は205万円になるということです。来る患者を待っているだけの経営、あるいは患者のところに行く経営において、これだけの収益格差があるわけです。ところが、41名の患者のところにも1回1回行っていたのでは、体が持たないという話になります。

では、この41名の高齢者専用住宅を用意し、全員が在宅療養支援診療所に登録したらどうかという仮設に基づいて考えると、年間の在宅時医学管

理料は2,000万円くらいになります。それに諸々を加えて試算すると、年間約2,800万円の収入になります。これは週1回来てもらえる程度のもので、ですから、私どもと提携している先生方は、外来を終えて一息ついてから、夕方1時間～1時間半来て頂いて、ざっと施設を巡回していただきます。普通の場合は、この41名が全員登録することはありません。サービス付き高齢者住宅で、かなり重い人が入っているという場合でも、半数くらいしか登録はなされません。ところが、私どもが考えている医療型高齢者住宅では、大体平均要介護度が3から3.5という方々が中心になります。介護型では、平均2から3で、自立型は1以下ということになります。ですから、医療型で要介護3以上になると、ほとんどの方々が、この在宅医療の対象になってきます。医療法人が、医療依存度の高い方々の高齢者住宅を作って、そこで訪問診療を囲い込んでいくと、実際にこういう収益モデルが生まれてくるということです。(資料26)

さらに、そこに訪問看護、服薬指導等も付随すると、年間1,000万円近い数値が見込めることになります。私どもは神奈川県でも高齢者住宅を幾つか作りました。その際、ドクターから「ぜ

②「自宅以外の多様な住居」における在宅医療



・療養計画に基づき治療が必要な患者41名に対して月4回の訪問診療を行った場合

在宅患者訪問診療料200点×4回×41名×10円×12ヶ月=3,936,000円
在宅時医学管理料(処方せん交付)4,200点×1回×41名×10円×12ヶ月=20,664,000円

・在宅時医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が、当該利用者の居室を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供(利用者の同意を得て行うものに限る。)を行った場合に

居宅診療管理指導費(Ⅱ)医師290点×2回×41名×10円×12ヶ月=2,853,600円

・患者の急変等に際し、主治医等が訪問し、関係する医療従事者と共同で一同に会しカンファレンスを実施し、診療方針等について話し合いを行い、月5名の患者に指導を行った場合

在宅患者緊急時等カンファレンス料200点(月2回)×5名×10円×12ヶ月=120,000円

・年に5名の方が亡くなり、ターミナルケアを実施した場合

ターミナルケア加算10,000点×1回×5人×10円=500,000円

年間収入:28,073,600円

資料 26

Copyright © 2011 NB-Lab, Co., Ltd.
All rights reserved.

29

ひ、うちのほうにも在寮診療をさせてもらえませんか」というご丁寧な手紙をいただきました。実際に我々が高齢者住宅を作るときには、その地域の有力な先生方との連携が重要になります。特に、24時間この施設を見ていただけるドクターを最初に獲得することがこの事業の成功ポイントです。そして、その先生のお名前を借りて届け出を致します。(資料27)

資料28は、140床くらいの一般病床と療養病床を運営されている都市型病院のモデルです。駐車場の隣で、54戸の住宅型有料老人ホームを作られました。1階でデイケアセンター30人、これはマックス40人まで増やせます。そして、サテライトクリニックを併設しました。今は200床まで認められるため、あえてサテライトクリニックを作る必要はありません。当時は在寮診のドクターで19床未満しか認められていなかったため、サテライトクリニックを併設しました。そして、ヘルパーステーションと、重度対応型高専賃を10戸、1階に作りました。2階には、認知症対応型高専賃を18㎡に決めて22戸、3階には医療・介護型高専賃を同じく18㎡で22戸、合計54戸で展開しました。平均介護度は当初3で作りましたが、あっという間に3.5に上がっています。在寮診と訪問診による医療のバックアップ体制を組んでいます。介護は訪問介護事業所を新設して、居宅支援事業所は病院設置で行っています。スタッフは30名前後ですが、これにデイケアの方が10名くらいで、合計40名のスタッフ体制です。料金体系は一時金が120万で、月額17万(家賃、食事代、管理費を含む)です。事業収支は、総投資額は約6億です。建築

で5億6,000万、開業準備費用で4,000万。年間の売上高が3億5,000万。その内訳は、家賃、食費、管理費でおおむね1/3。そして、介護保険(訪問介護、訪問看護、デイケア)で45%、医療報酬で21%という構成です。介護保険はもっとも高いのがデイケアで、2番目が訪問看護、3番目が訪問介護です。日中はデイで過ごしていただき、夜間早朝を訪問介護、訪問看護で手厚く見ていくという体制です。年間の経常利益が約9,500万円、27.1%という数値です。初年度のオープン月に、54戸中26戸が埋まりました。医療型の高齢者住宅は、損益分岐点が低いのです。通常の民間企業がやる高齢者住宅は、損益分岐点の稼働率は、70%~75%くらいないと収益を生みません。ところが医療の場合は、医療保険と介護保険のダブルインカムで収益が高いという形になるので、損益分岐点は55%~60%で完全に黒字になります。要は、半分ちょっと入れば月次ベースで黒になるというメリットがあるのです。医療保険・介護保険で、一人が大体35万円前後の報酬になっています。通常、私どもの高齢者住宅で、介護保険の適用率は80%前後まで取ります。そういう仕組みを作っています。それでも、一人当たりの介護保険でどれだけ介護だけで頑

③「自宅以外の多様な住居」における在宅医療



・入居者41名に対して在宅療養支援診療所の医師の指示により、月2回24時間対応の看護師等が訪問介護・指導を実施した場合

在宅患者訪問看護指導料555点×2回×41名×10円×12ヶ月=5,461,200円

・入居者5名に対して在宅療養支援診療所の医師の指示により、月1回24時間対応の看護師等が緊急に訪問介護・指導を実施した場合

在宅患者訪問看護指導料540点×1回×5名×10円×12ヶ月=324,000円

・服薬指導を目的に在宅療養支援診療所の医師の指示により、入居者41名に対して月2回の訪問診療を行った場合

在宅患者訪問薬剤管理指導料350点×2回×41名×10円×12ヶ月=3,444,000円

・年に5名の方が亡くなり、ターミナルケアを実施した場合

ターミナルケア加算1,500点×1回×5人×10円=75,000円

年間収入:9,304,200円

資料 27

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

30

張っても、20万前後が関の山です。25万円取れば、超御の字です。ところが、医療法人が医療型のこういう住宅を作ると、ある程度介護報酬が取れ、さらにこれに医療報酬がオンされるので、35万前後という数字が出てきます。先ほど言いましたように、療養病床1床分に相当する収益が出てくるということです。おまけに病院と決定的に違うのは、人件費率が低いことです。ドクターが診ているわけではありません。あくまで基本は介護ですから、介護と訪問看護師が中心になってくるので、人件費も低い。そして、なおかつ高度の医療機器は、入ったとして、特浴くらいのものでしょうか。それもコストを抑えて、固定費がある程度圧縮できるということなので、当然これくらいの利益率を確保するのは当たり前です。ですから、先ほど申した利益が出て10%という医療と比べて、今度は医療と介護をうまく組み合わせ、その融合を図って行くことで、生まれてくる利益には大きな違いがあるということです。こういう点において一度目を留めていただきたいと思います。今は最大のチャンスだと私は思っています。逆に、これだけ収益性が高い場合、私どもが提案している医療型の高齢者住宅ゆえに料金を下げていただきたいと思います。要するに、ダブルインカムの収益体系が高いので、ローコスト型に一番向いているのです。ここですら15～17万円です。私どもでは、とにかく15万円以内に落としてくださいとおすすめています。そして少しでも医療保険・介護保険でまかなっていただければ、多くの人に入居してもらえと思っています。実際、これだけのモデルを作り上げるこ

とができるのですから。(資料28)

医療型高齢者住宅と介護型高齢者住宅を比べて、構成がどうなっているかについて、分析しました。先ほどの54名を対象としたもので見ると、売上高が3億6,430万という数値になります。経費的なものを差し引いても高収益となります。これは医療的な部分が高くなればなるほど、実際にこのように収益は上がってきます。当然それだけ人件費も上がりますが、全体的な報酬体系も上がってきます。介護のほうはどれだけ頑張っても、15%というのが限界だと我々は見えています。むしろ介護という面で見れば、10%でしょう。10%というのが介護のモデルだと言われていましたが、要は先ほど申したように、医療型は収益のほうダブルインカムで入ってきます。コストの方は、それほど大きくかかっていないので、当然これだけの利益を生み出すことができます。少なくとも20%以上の利益を出せるのが、この医療型高齢者住宅の特徴だと思います。(資料29)

④<クリニック、デイケアセンター併設高専賃の収益モデル>

※事業概要

- ・1F デイケアセンター30人、サテライトクリニック、ヘルパーステーション+重度対応型高専賃10戸
- ・2F 認知症対応型高専賃(居室18㎡22戸)
- ・3F 医療・介護型高専賃(居室18㎡22戸) 高専賃合計54戸
- 平均介護度3.5程度
- 在療診+訪問看護による医療バックアップ体制
- 介護は訪問介護事業所を新設、居宅支援事業所は病院設置
- スタッフは30名前後
- 料金体系
 - ・一時金120万、月額17万(家賃、食事代、管理費含む)

※事業収支

- 総投資額 約6億(内訳:建築約5億6000万、開業費用4000万)
- 年間売上高 3億5000万円(内訳:家賃11%、食費11%、管理費11%、介護保険(訪問介護、訪問看護、デイケア)45%、医療保険21%、その他1%)
- 年間経常利益 約9,500万円(27.1%)

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 28

Ⅲ 高専賃開発 成功のポイント

入居者のターゲティングとコンセプト作り

高専賃開発のポイントとして、幾つか申し上げたいと思います。入居者のターゲティングとコンセプト作りで、ほぼ8割の成否を分けます。立地面から見ると、自立型と介護型という違いはありますが、病院の場合は1mでも病院に近いほうがよいです。もし病院の近くに有効な土地を見つけることができなければ、借地で結構です。あるいは建て増しでも構いません。いずれにしても、病院に近い方がよいということです。一つだけ気を付けていただきたいのは、市街化調整区域はダメです。病院に高専賃の事業を認めていながら、都市計画法と非常に連携ができていないためです。土地が高いところを手に入れるのも将来的にはいいかもしれませんが、私どもとしては、賃貸でもよいのが高齢者住宅の特徴なので、1棟は自前でやっても2棟目、3棟目は賃貸で行きましょう。病院が借りてくれるなら今の地主さんは喜んで貸してくれる

ので、そこはできるだけ固定費を掛けずにやりましょうということを言っています。周辺環境は、病院がやるのであれば問題ありません。ハード面では、誰を対象にしたものかをしっかりと見定めることが大事です。特に、医療型はストレッチャーが入るようなエレベーターでないとダメです。部屋の大きさも、自立型と介護型では異なります。病院の場合は25㎡くらいの広い部屋を幾つか作ってもいいのですが、ポリウムゾーンは、やはり18㎡くらいが医療型の一つの特徴かと思います。場合によっては13㎡という有料老人ホームの基準もあります。

介護度が重くなった場合、高齢者が生活を持てるかどうかもポイントになります。立地面においては、病院に近いのが一番で、ソフト面では24時間緊急時のサービスあり、対応者の顔が見えているかどうか。要は、医療はいいが、介護は他の誰かがやってくれるという形で連携を取ろうとするケースがあります。これは正直言ってうまく行きません。なぜなら医療と介護で食い争いが起きてしまう

⑨医療型高齢者住宅と介護型高齢者住宅の経営比較

資料 29

1. 前提条件

- ①入居者数 54名
- ②要介護度平均3.5
- ③利用料は入居一時金120万円+月額利用料(家賃+食費+管理費)17万円
- ④医療型はサテライトクリニック併設(在療診を主に)+30人デイケア併設+訪問介護・訪問看護
- ⑤介護型は訪問介護のみの対応とする

結論:介護型は介護保険の適用率が訪問介護のみで、50%~60%程度に制約されるのに対して、医療型は訪問介護+デイケア+訪問看護でまんべんなく適用できるために、収益は高まる。

2. 収支比較

		医療型高専賃	比率	介護型高専賃	比率
収益	住宅売上高	130,653,000	36%	123,630,000	58%
	入居一時金	17,550,000	5%	17,550,000	8%
	家賃	37,440,000	10%	37,440,000	17%
	食費	31,200,000	9%	31,200,000	15%
	デイ食事	7,020,000	2%		
	管理費	37,440,000	10%	37,440,000	17%
	介護保険売上高	160,761,744	44%	90,889,728	42%
	訪問介護/看護	90,889,728	25%	90,889,728	42%
	デイケア	69,872,016	19%		
	医療保険売上高	72,882,600	20%		
合計	364,294,344	100%	214,519,728	100%	
費用	厨房委託費	34,104,000	9%	27,864,000	13%
	借地料	12,000,000	3%	12,000,000	6%
	減価償却費	15,943,543	4%	15,943,543	7%
	人件費	165,429,515	45%	98,665,377	46%
	訪問介護	98,665,377		98,665,377	
	訪問看護	29,584,813			
	デイケア	29,785,425			
	在療診	6,993,900			
	その他費用	30,580,485	8%	29,495,901	14%
	合計	258,057,543	71%	183,968,821	86%
営業利益	106,236,801	29%	30,550,906	14%	

からです。訪問看護も訪問介護も、双方が介護保険を使います。ここで奪い合いが起きてしまいます。機能分担をして、任せるなら全部任して、訪問診療だけ医療だけを取り組むのがよいです。部分的に介護をどこかと連携して行うのは、なかなかやりづらいものです。食事サービスも出来るだけそこで作るとのが前提です。そして、ターゲットは男性なのか女性なのか、自立型なのか。私どもが申し上げているのは、医療型の高齢者住宅で自立型を対象にする意味は全くないということです。何のメリットも起きません。世の中が医療型の住まいを求めているというのがありますが、介護保険、医療保険でのダブルインカムという話になると、自立型をやる意味はほとんどないと申し上げています。ターゲットが夫婦なのか独居なのかは大切です。ただ、一つだけ気を付けていただきたいのは、夫婦部屋をあまり作らないことです。皆さん、大変関心を持たれますが、入る人は少ないのです。男性は夫婦部屋でいいと言いますが、奥様方が全員拒否されます。奥様方は、全員個室で別れたほうが

いいと。場合によっては階も分けてくれという方もいらっしゃる。それと、おおむね自宅から5キロ、10キロ圏内の近隣、通常言われているのは、車で30分圏内が一番いいみたいです。あまり近過ぎると、いつも行かなくてはいけな

Ⅲ 高専賃開発 成功のポイント

(1) 入居者のターゲットとコンセプト作り

● 立地面

1: 自立・健常型と介護型の立地は異なる

駅からの距離、日常必要店舗(食品・日用品)からの距離
⇒物件対象者(高齢者)にとっては近いとは言えない距離

2: 周辺環境がミスマッチ

⇒高齢者が生活立地として評価をしにくい

● ハード面

1: EVの台数、籠の大きさがミスマッチ

⇒入居者数、介護度のレベルによって異なる

2: 部屋の大きさと装備が自立型と介護型では異なる

3: 介護度が重くなった場合、高齢者が生活を続けるイメージを持ちにくく、高専賃としての訴求力が低い

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 30

● ソフト面(サービス)

1: 24時間緊急時のサービスあるも対応者の顔が見えているか。

⇒安心感が得られにくい。

2: 介護事業者との連携が希薄

⇒入居対象者にとって訴求力は低く入居メリットがない。

3: 食事サービスが配食(弁当形式)

⇒独居で生活している状態と食事環境において大きな変化がなく(メリット)を感じられない為訴求力として低い。

● ターゲット

1: 入居対象が見えにくい物件となっていないか。

⇒男性?女性 ?

⇒自立?虚弱 ?介護度有 ?

⇒独居者 ?夫婦 ?介護施設入居希望者 ?

⇒近隣? 広域 ?

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 31

いので敬遠されます。車で30分くらいが一番いいのですが、他の市町村にまたがる場合は、先ほど言いました住所特例に気を付けてください。(資料30, 31)

高専賃の成功要因は、賃貸住宅サービスに24時間コンシェルジュサービスをベースに、介護、医療、食事等のサービスをいかに付加するかです。生活支援サービスをベースにするということです。医療法人が行うと、どうしても病院にしてしまうケースが多いのです。ベースは生活支援、そこに医療と介護。そうすると、コーディネーター、ライフプランナーの役割が非常に重要になります。特に暮らす方々のプランです。そのプランの一角に、介護、医療のサービスが加わってくるといいう仕組みを作っていくということです。基本コンセプトは明確にしておいていただきたいと思います。これが非常に曖昧になっているケースがよくあります。高専賃はただの箱です。社会的ニーズをどう商品化するかです。今既にフルラインアップが揃いました。自立型の高齢者住宅、介護型の高齢者住宅、医療型の高齢者住宅、これに、ホスピス型の高齢者住宅。ホスピスですら、外部サービスできちっとお世話できます。これは下から上に行くほど利益率が高くなります。今は、ホスピス型の高齢者住宅が出てきて、高齢者住宅のビジネスモデルがほぼ出揃ったという段階に入りました。(資料32)

ターゲットの選定が最重要

もう一つ重要なのは、ターゲットの選定が最重要だということです。高齢者住宅事業は需要の価格弾力性が極めて高い状況です。値段が上がれば需要はしぼんでいきます。値段が下がれば、需要はドンドン拡大していきます。新しいマーケットが生まれてくるのです。従来の高齢者住宅、有料老人ホームも含めて、ターゲットは、ペストレーション層です。65歳以上の女性の19%以上が相対的貧困、年収124万円以下の人たちです。その層をターゲットにした高齢者住宅は、今非常に手薄の状況です。その層に対して、我々が10万円ハウスと呼んでいる、介護保険も医療保険も入れて13万円以内、都市部で15万円以内の高齢者住宅が今問われています。これからは、そこに向けた商品開発が一番のポイントになるだろうと。先ほど私が申し上げたように、医療型の高齢者住宅は、料金を安くしてくださいと。それでも十分に20%の利益を確保することができます。この事業は入居リスクが最大のリスクです。どんなにいいものを作っても、人が入らなければうまくいきません。本体の病院すらひっくり返すくらいの大きなリスクを負う形になります。しかし、逆に入って

(2) 高専賃の成功要因

高専賃のK.F.S(成功要因)は、賃貸住宅サービスに24時間コンシェルジュサービスをベースに、介護、医療、食事等のサービスをいかに付加するかということである。

この基本コンセプトを明確にした上で、顧客に合わせた開発(立地、ハード)、運営(ソフト)、経営を行わねばならない。

現在の高専賃事業はこの基本コンセプトが曖昧になっている物件が多すぎる。

(3) 高専賃はただの箱！社会的ニーズをどう商品化するか

- 医療型高専賃(医療難民ニーズ)
入院規制から病院から出される医療依存度の高い高齢者
- 介護型高専賃(介護難民ニーズ)
特養、老健の待機待ち又、要支援で特定施設に入れない高齢者、ご夫婦生き別れの高齢者
- 自立型高専賃(将来が不安)
老老や独居の生活が不安な高齢者、まだ自立であるが、虚弱体質で将来が不安な高齢者

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 32

いただければ、安定したビジネスが生まれます。ですから、入れることが最前提です。そのためには料金を下げて、ダブルインカムにすることです。もし、我々民間の企業が医療の先生方と下手に競争したら、収益率の高さ等において100%負けます。料金設定ではかないませんから。今は先生方がちょっと欲を出して、医療が付いているから値段の高いものを持っていると思いますが、まだ我々は勝負ができるのです。本気になって医療が値段を下げだして、我々と勝負をしたら、我々は絶対かないません。それだけの優位性を医療関係は持っています。10万ハウスでも20%の利益は確保できるのです。それが15万ハウス、20万ハウスになると、先ほど言ったように、30%近い収益を上げてしまう。これは市場を選んでください。市場とターゲットを選ばないとリスクは高いということになります。(資料33)

我々が進めている小規模ローコスト・ロープライス高専賃のモデルは、16室です。1部屋18㎡で、通常の介護付老人ホームとほぼ同じです。スプリンクラーから何まで全部付いてい

ます。建築コストを坪50万円以内に抑えます。標準は坪45万円で作っていただく。これができないと、ローコスト・ロープライス型は生まれません。延べ床600㎡、200坪くらいです。総投資額は1億以内に押さえます。土地は200坪

(4) ターゲットの選定が最重要

<高齢者住宅事業は需要の価格弾力性が極めて高い>

スキミング層 (3~4%)	お金持ちで、気に入った商品は値段を気にせず購入 (年収1000万以上)
イノベータ層 (10~15%)	納得すれば、多少高くてもその商品を購入 (あつかいにくいグループ)
フォロアー層 (30~35%)	値段に敏感で、その商品の評判を確かめてから購入 (中間的、平均的であるのに満足)
ペネトレーション層 (40~50%)	値段に極めて敏感で、その商品が安くなければ購入せず(年収300万以下)

消費者階層区分

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 33

(5) 小規模ローコスト・ロープライス高専賃モデル

<モデル概要>

- 居室数……16居室
- 居室面積……18㎡
- 居室設備……トイレ・洗面台・介護ベッド・ナースコール
- 付帯施設……15室の場合は10人デイサービス併設
- 施設設備……スプリンクラー、特浴
- 構造……木造又は鉄骨
- 階数……2階
- 建築坪単価想定……~50万円(設備、外構込)
- 建築延べ床面積……600㎡
- 総投資額……~1億円(消費税込み)
- 敷地面積……200坪前後
- 開発期間……計画から竣工まで6ヶ月

<運営事業モデル>

- 敷金……3ヵ月
- 月額利用料……8万円~10万円(家賃・食費・管理費合)
- 年間売上高……7000万円前後
- 平均経常利益……10%~12%程度、医療との複合化により20%~25%の利益率確保が見込める
- 訪問介護事業所併設

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 34

くらいあれば、この1棟ができます。建築から竣工まで6ヶ月です。実際の建築期間は2ヶ月から3ヶ月で竣工します。計画から竣工まで半年というのが、我々が進めているモデルです。敷金3ヶ月、月額利用料8万～10万円。先ほど言いましたように、ローカルで進めているのは、8万5,000円、家賃・食費・管理費含めてです。年間売上高7,000万円前後です。経常利益で10～12%です。医療との複合化で、クリニックの先生にはこれをお一人で3～4棟やりませんかということを行っています。そうすると、外来収入以上になるので、その複合型でいくと20～25%の利益率確保が見込めます。その代わりに、対象者を間違えないでほしいということです。医療型は介護度3以上です。私どもは平均介護度2.5に設定しています。自立型は入れていきません。こういうものが今市場に投入され始めています。(資料34)

高専賃のサービス体系という面で見ると、切れ目のないシームレスのサービスを展開できないと価値を感じていただけません。高専賃の一つの部分、有料老人ホームの部分と、訪問介護事業所を併

設することによって、実際のこのシフトは、通常の介護付き有料老人ホームのほぼ2割のシフトになります。この中が小刻みに切られて、訪問介護と外部サービスをうまくつなげながら、同等のサービスをするというのが、高専賃の事

(6)高専賃のサービス体系

スタッフ配置～現状のシフト～

高専賃・住宅型有料老人ホーム

- ・管理者1名(訪問介護兼)
- ・相談員1名(介護アドバイザー)

訪問介護事業所

- ・管理者1名(有料兼)
- ・サービス提供責任者1名
- ・夜勤可能スタッフ7名
- ・日勤スタッフ3名(登録)

0:00 12:00 0:00

夜勤	0:00～10:00	17:00～0:00
早勤	7:30～16:30	
早勤	7:30～16:30	
日勤	9:30～18:30	
遅勤	11:00～20:00	

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd. All rights reserved.

42

〇〇 タイムテーブル(案)

資料 36

ご利用者の1日	A勤務	C勤務	D勤務	B勤務
6:00			訪問サービス	
6:30				
7:00	起床			
7:30	衣類着脱		記録送り	
8:00	朝食・お茶	食事準備・見守	食事準備・見守	
8:30		共用部分掃除	記録	
9:00		申し送り	巡回目録	
9:30	訪問サービス		共用部分掃除	
10:00	バイタル?			記録確認
10:30				請求・マネジメント業務
11:00		記録確認		
11:30		訪問サービス		
12:00	昼食・お茶	食事準備・見守		
12:30		休憩		
13:00	訪問サービス	休憩		休憩
13:30				
14:00		訪問サービス		請求・マネジメント業務
14:30				
15:00				
15:30				
16:00		記録		
16:30				
17:00		申し送り	申し送り	申し送り
17:30		訪問サービス	訪問サービス	
18:00	夕食・お茶	食事準備・見守	食事準備・見守	
18:30		訪問サービス	訪問サービス	
19:00				
19:30				
20:00				
20:30				
21:00				
21:30	就寝			
22:00				
22:30			巡回	
23:00			訪問サービス	
23:30			休憩	
0:00				
0:30				
1:00			訪問サービス	
1:30				
2:00			巡回	
2:30			訪問サービス	
3:00				
3:30				
4:00				
4:30				
5:00			巡回	
5:30			訪問サービス	

※日勤務はリーダーが勤務し、請求・書類業務をする際に勤務する。
 ※全体日報はA勤務・夜勤にて作成。
 ※サービス受注状況に応じて勤務開始時間や申し送り時間は変更。
 ⇒毎月のサービス状況と予約状況を訪問事業所管理者に報告しタイムテーブルの継続・変更を申し出る事。

業の特徴です。資料35のタイムテーブルのように、時間から時間を切って、訪問介護に行きます。ですから、プランニングが最大のポイントです。それと、コンプライアンス上問題がないように、訪問介護なら、その記録がきちっと残されて、エビデンスがちゃんと付けられていることが前提になります。こういうきちんとしたプランニングをケアマネジャーが作る。私の場合は、外部のケアマネジャーに全部プランを作ってもらっています。内部で作ると、行政からチェックが入ってしまうので、外のケアマネジャーに、私どものライフ・プランニングに基づくものをベースに、ご家族との協議の上、適切に作っていただくというのが我々のやり方です。(資料35, 36)

医療機関の受入基準事例

医療機関の受け入れ基準は、非常に範囲が広がります。後期高齢者の75歳以上が約3割近い医療保険を使っているように、実際、医療依存度がどんどん高くなっています。今、医療型の高齢者住宅で一番高いニーズは、胃ろうの方々です。それは一般の介

護付き施設では受け切れません。看護室の24時間体制でみなければならないからです。また、夜間のインスリン投与の方々や末期がんの方。こういう方々が今確実に増えています。こうした方々の行くところがないのです。ですから、

(7) 医療機関の受入基準事例

医療面受入

胃ろう	○	
インシュリン	○	
気管切開	○	
筋萎縮性側索硬化症	×	
経管栄養	○	
在宅酸素	○	
褥瘡(じよくそう)	○	
人工呼吸器	△	医師との面談によります
ストマ(人工肛門)	○	
透析	×	
糖尿病	○	
認知症	△	他の入居者への危害等が無い場合
バルン	○	
ペースメーカー	○	
IVH	○	

感染症受入

疥癬	}	※ 感染症受け入れに関しましては別途ご相談ください。
肝炎		
結核		
梅毒		
HIV		
MRSA		

※ 入居にあたっては必ず当法人医療機関の医師の判断が必要になります。医師の判断によっては受け入れができない場合があります。

All rights reserved.

資料 37

各種サービスの特徴

【有料サービスの一例】

生活サービスの一例

内容	料金
排泄介助(見守り・誘導含む)	1回・・・525円
入浴介助(見守り・誘導程度)	1,050円(スタッフ1名)
爪切り(巻き爪・変形の爪は除く)	1回・・・525円
清掃	1回・・・525円

排泄・入浴・清掃等、生活サービスを上手く利用し介護保険と併用することで、自己負担を圧縮できる

介護保険点数を使わずに、生活サービスを受け必要時に介護保険を使う

内容
洗濯(水洗いの出来るもの)
寝具レンタル(羽毛)
衣服の修繕
事務用コピー
カラーコピー
FAX
外出付き添い

内容

買い物代行
役所手続き
その他代行

Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 38

うちはこういう方々を受け入れることができるのを前提に、地域医療連携室等との連携を持つと、オープン時にほとんどの予約が入るという状況です。料金設定さえを間違えなければの話ですが。(資料37)

価格体系的には、一般の不動産会社・介護事業者の価格体系を見ると、都市部では家賃、管理費、食事代がついて、21万や16万、18万です。問題は管理費が7万や6万5,000など高いことです。管理費は二つの要素があります。共益費とライフサポート費用です。普通の高齢者住宅は、介護保険をどれくらい使ってくれるか分からないため、生活支援費として、3万～5万を上乗せします。そのため、どうしても金額が高くなります。この高くなった分だけ、入居リスクも高くなっていきます。私どもが先生方にご提案するのは、この管理費を共益費部分だけにしてくださいということです。生活支援費は取らないでくださいと。それで値段を下げて、あとは医療保険・介護保険のほうに任せればよいと。繰り返しですが、値段が上がると、入居リスクが高くなります。ですから、管理費の部分をどんと下げて、早期に入居していただくという仕組みを作るべきだと思っています。

各種サービスは、管理費の中に含まれるサービスです。安否確認や朝のゴミ出しサービスなど、最低限の生活支援に関わるものは、管理費の中でよいでしょう。しかし、民間の場合は各種サービスということで別に取りります。高齢者住宅で気を付けなければいけないのは、あれしてくれ、これしてくれという入居者のわがままがどんどん拡大するということです。ですから、基

本的には介護保険サービスか、介護保険外サービスかにおいて全て有償ですという事を前提にメニュー表を作り、介護保険を使わないのであれば、あとは有償になりますよという形です。例えば、おむつ交換1回が500円といったことです。こうなると、どんどん値段が上がります。私どもは料金体系を工夫して、携帯のようにパッケージ化します。それで、丸めに近いようなサービス体系を組み合わせていく。価格体系の妙です。価格の組み合わせの妙も高齢者住宅を進める上でのポイントになります。利用者にメリットのあるもので、商品を作っていくということです。(資料38)

IV「住宅」「医療」「介護」の連携をいかに図るか

既存医療・介護モデルの問題点

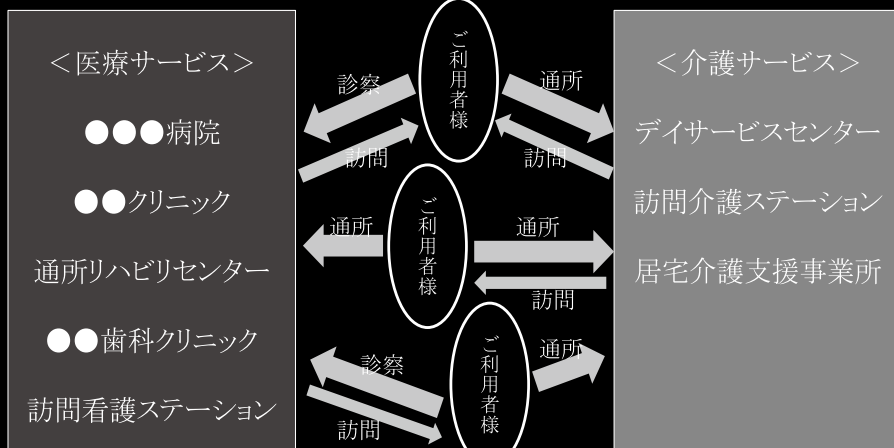
これまで医療法人が介護に取り組むと、どちらかと言うと医療が主で介護が従、あるいは補完的な意味合いが強かったと思います。例えば、訪問看護事業に取り組むときは、医療法人の場合は赤字が多いと思います。それは退院した方を何らかの形で補完しなくてはならないというコストセンターとしての位置付けが非常に強い

IV 「住宅」「医療」「介護」の連携をいかに図るか

(1) 既存医療・介護モデルの問題点

同一地域に集中して充実した医療サービスと介護サービスを提供できる体制ではあるが、ご利用者様と各事業所のワンウェイとなっており、包括的なサービス体系が構築できていない。

☞ 経営効率向上の余地がある



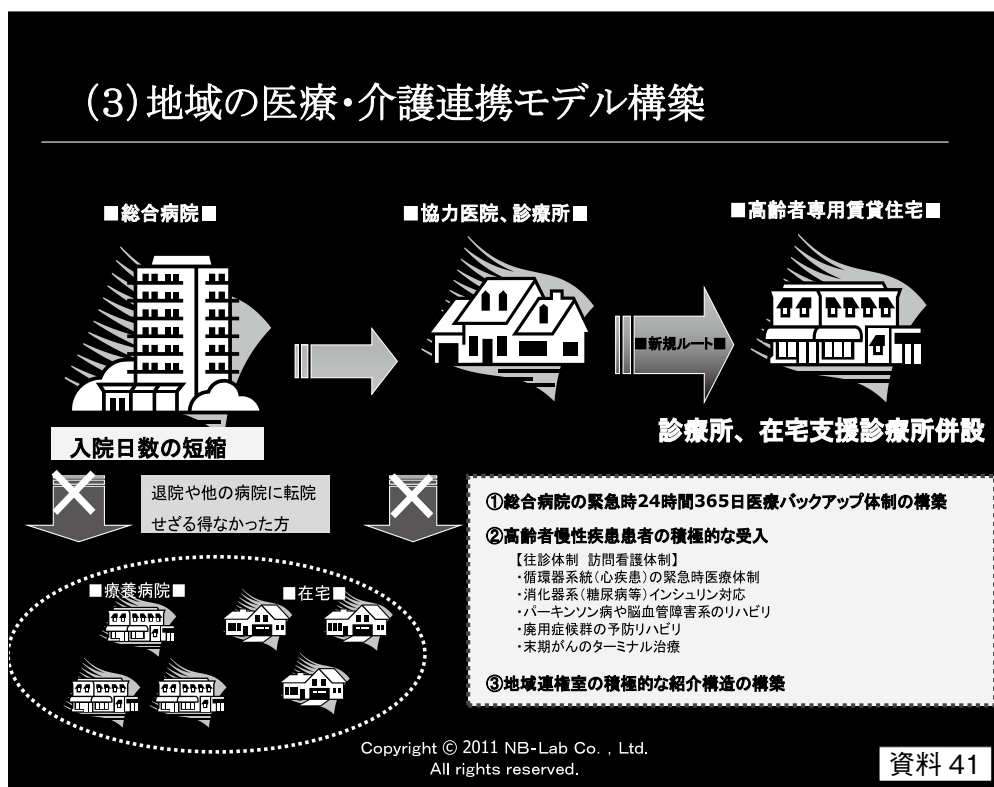
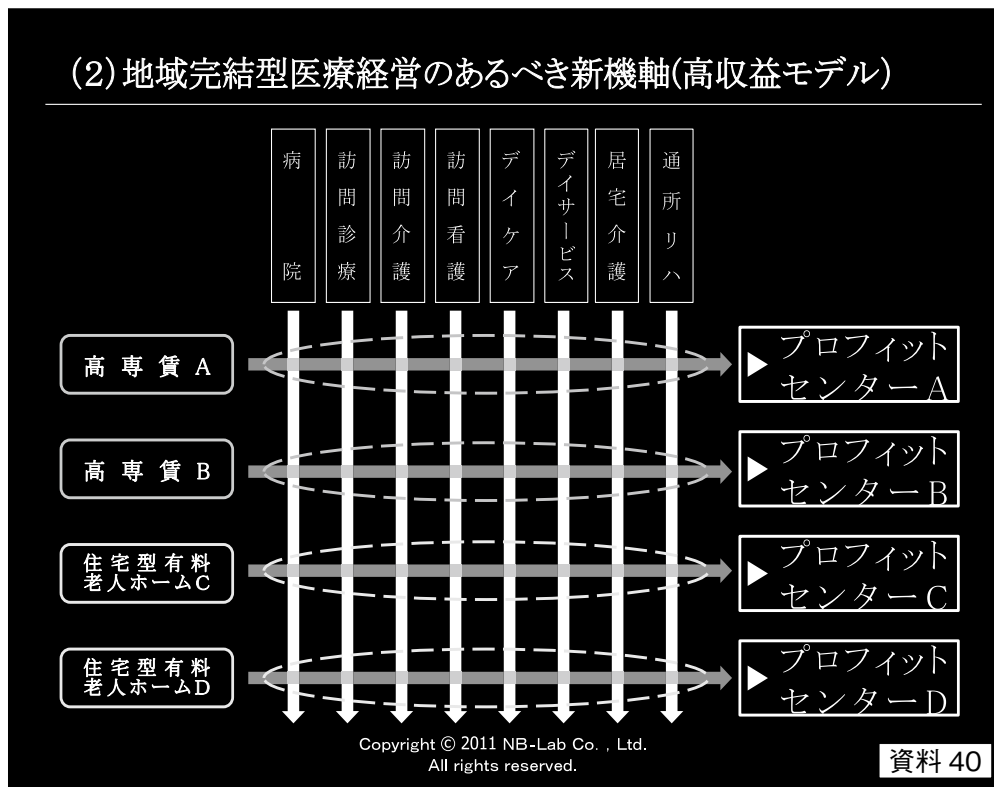
Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 39

からだと思います。医療法人が取り組む際、どうしても介護とうまく連携が取れないという点があります。ワンウェイ、一方通行のサービスになってしまっていて、どうも介護は儲からないという認識を持った方が非常に多かったと思います。(資料39)

地域完結型の医療経営のあるべき新機軸として、高収益モデルが考えられるのは、病院、訪問診療、訪問介護、訪問看護、デイケア、デイサービス、居宅介護、通所リハといったものを、外付けの高専賃に集約するというものです。これらを連携していくと、それがプロフィットセンターになります。高齢者住宅は、これらの事業を統合するインターフェイスに相当するという位置付けが明確になります。訪問診療も1軒1軒訪ねていったら、効率が悪くなります。ところが、1ヶ所の高齢者住宅に高齢者がいて、そこにいろんな事業を併設することで、一気に時間・経費が圧縮されて一定の収益をもたらすようになります。それらの機能を融合させるインターフェイスをまず作り、それを一つのコストセンターからプロフィットセンター

に転換する戦略が、今後の医療経営の重要な戦略ではないかと我々は見えています。病院の周辺に、1号棟、2号棟、3号棟と、徐々に囲い込みをしていく体制ができれば、地域の医療と介護の核になっていくという考え方です。(資料40)

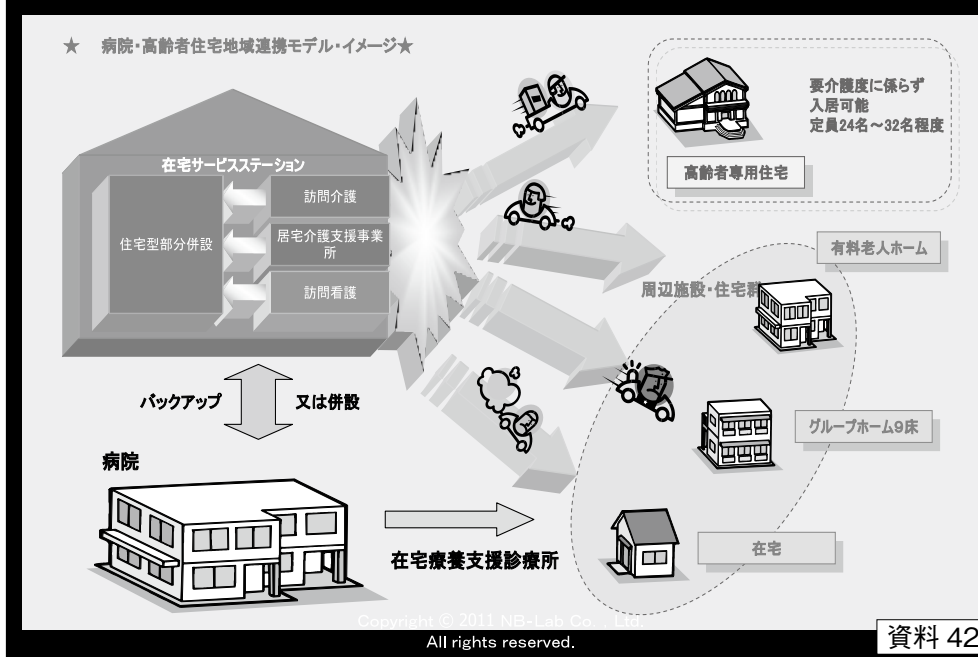


地域の医療・介護連携モデルの構築では、総合病院はいかに入院日数を短縮するか、患者さんを外に出すかがポイントです。しかし、現状はベッドが空いても患者さんの受け皿がありません。そこで求められるのが、24時間365日の医療のバックアップ体制がある診療所および在宅支援診療所の高齢者住宅です。(資料41)

高齢者専用住宅+介護+医療の機能イメージモデルとしては、病院があり、そこに病院が併設した高齢者住宅があって、重篤の方々、医療依存度の高い方々に来ていただくというものです。そして周辺部分の民間事業所と連携して、重たくなったら、ここに行く、そして、病院からは訪問診療でこう行く。ダブルのルートが開けてくることによって、地域の中で医療と介護の連携が取れた高齢者住宅が生まれてきます。これを先生が作り、さらにその周辺に2号棟、3号棟を作るのもよいと思います。民間の高齢者住宅と連携する医療法人を我々は欲しています。どうしても我々が展開する段階では、そこをまず確認して、我々はここをやりたいという考えを持っています。(資料42)



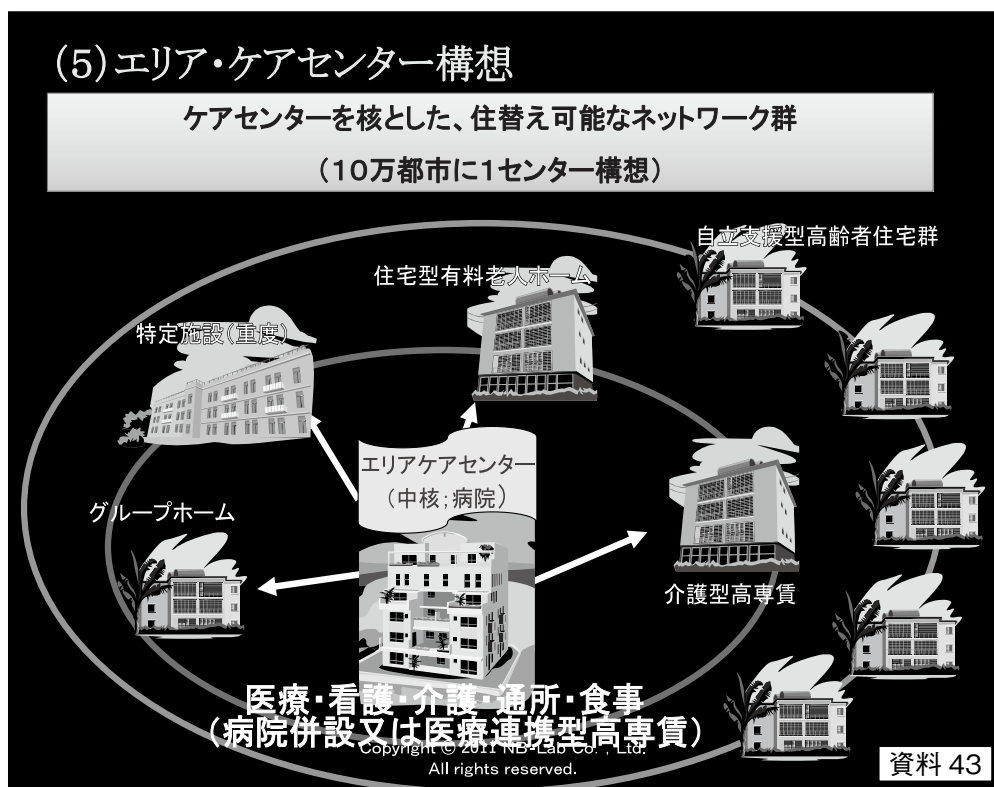
(4) 高齢者専用住宅+介護+医療の機能イメージモデル



我々の将来の構想で一番大きいのは、エリア・ケアセンター構想です。10万都市に1センター、病院併設または医療連携型の高齢者住宅があり、胃ろうやインスリン投与の方々、あるいは末期がんの方々などを対象としたホスピス型のセンターを作ることです。その周辺部分に介護型があり、その周辺部分に自立型がある。介護型は介護事業者が行います。自立型は民間の賃貸・不動産が行うというふうに、地域の連携が取れ、その中核でハブ機能が持てるのは医療しかありません。民間企業は絶対に無理です。こういう地域の絵面の中で、病院としてどういう機能を発揮していくかということです。この構築こそが今最も求められています。これをメディカルケアタウンと言います。コンパクト・シティーと言われていますが、医療と介護を中心とした街作りが、面的な展開に今後なっていくだろうと思います。そのリーダーシップを取るのは誰かということです。(資料43)

高齢者住宅+介護+医療の機能モデル

最後に幾つかのパターンをご紹介します。医療と介護の連携ということになると、一番オーソドックスなのは、1階にクリニックや調剤薬局があり、上は高齢者住宅というものです。(資料44)



V 高齢者住宅+介護+医療の機能モデル...事例

□ 高齢者専用住宅に付加する機能

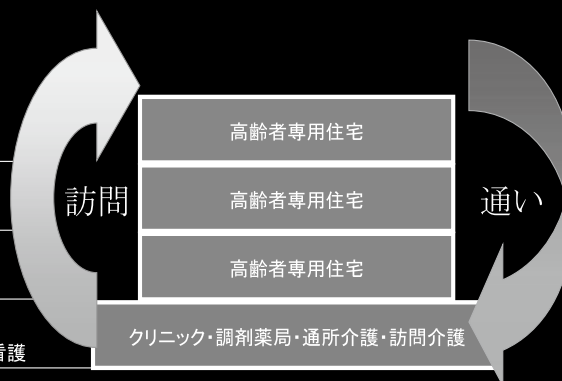
□ 在宅での安心な暮らしのバックアップ

4F・居住スペース

3F・居住スペース

2F・居住スペース

1F・緊急対応・訪問診療・訪問看護



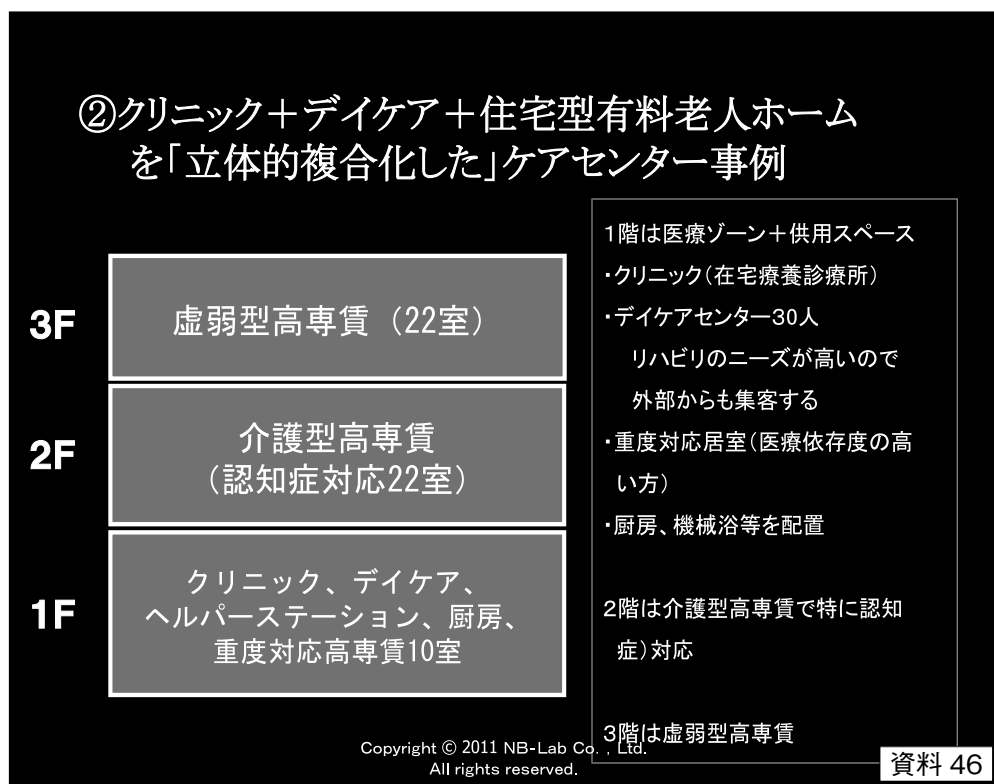
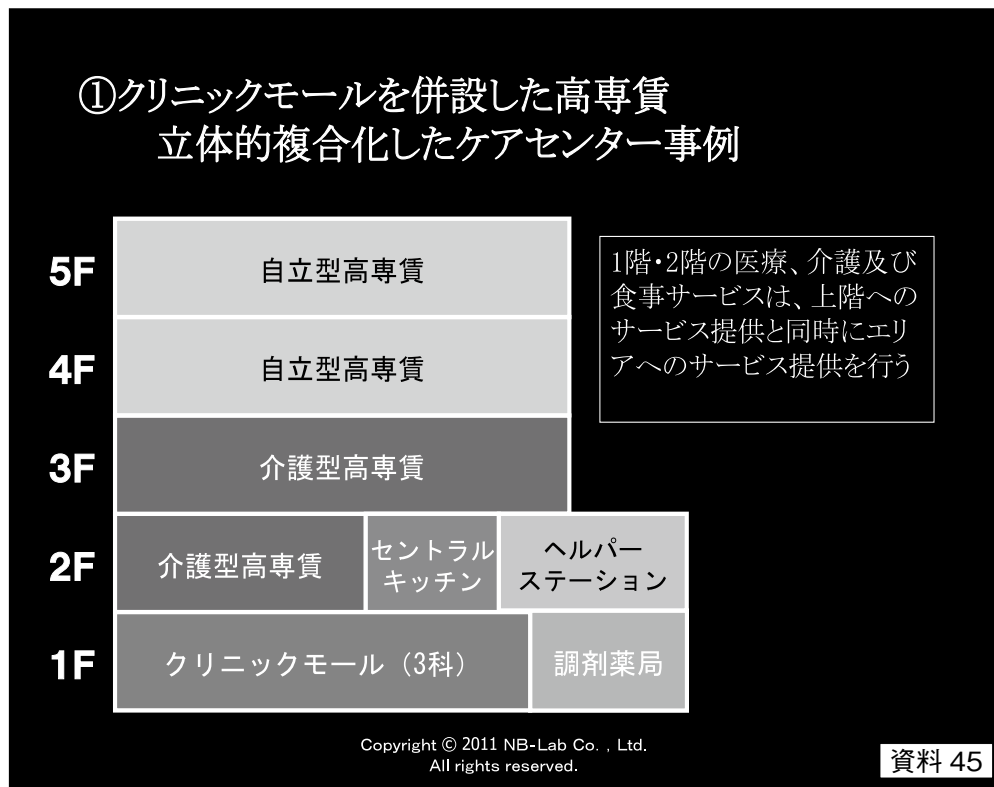
Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 44

資料45は神奈川で実際に取り組んだ事例です。1階に医療モールと調剤薬局があり、2階・3階は高齢者住宅、4階・5階は自立型の高齢者住宅という都市型の一つのモデルです。これは都市型では人気が高いタイプです。この上の1番大きな部屋は50㎡です。どの部屋も18㎡以上です。本当はこれ全部高専賃でやりたかったのですが、神奈川県が厳しくて、2階・3階を住宅型有料の届出をして、4階・5階は高専賃の届出をした複合施設です。これは半年で全部埋まりました。(資料45)

資料46は先ほど申し上げた、クリニック、デイケア、ヘルパーステーション、厨房、重度対応型、認知症対応型の複合化したもので、医療型で最も収益を上げやすいタイプです。フル装備型です。こういう風なもので、重篤な方々を受け入れていったということです。(資料46)

資料47は透析クリニックで実際に取り組まれた事例です。1階にデイケアセンター、レストランがあり、2階に透析患者を対象とした小規模多機能施設と透析クリニックが27床くらいあります。その上は透析患者用で、重度対応型、介



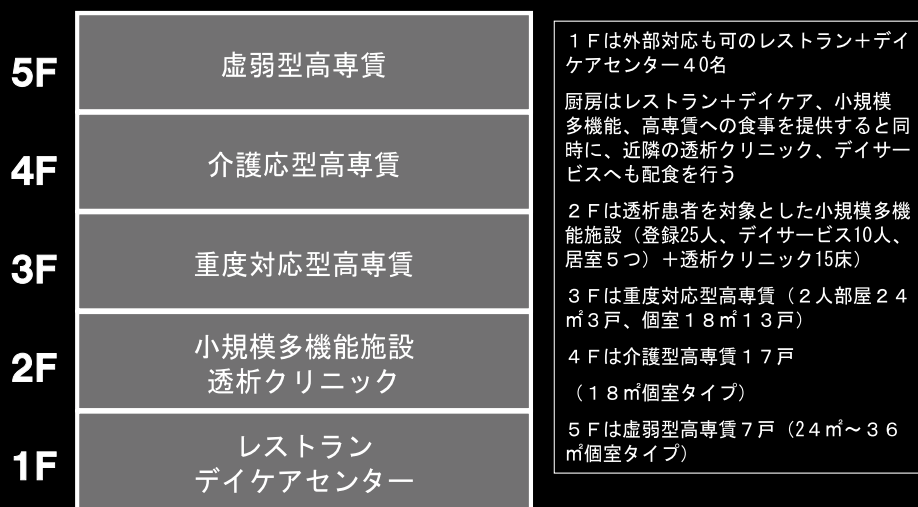
護型、虚弱型と、透析患者の方々も間違いなく高齢化してきているため、通院しにくいという方々の利便性を図っています。こちらニーズが高いのですが、気をつけていただきたいのは、透析患者用として利用料金を上げていくと厳しく、ローコスト型でないとなかなか難しいという点です。ご紹介しているのは三重県と奈良県で我々が取り組んだ事例ですが、月額利用料を11万5,000円から12万5,000円に抑えた一つのモデルです。

(資料47)

透析クリニックの改築型高専賃という事例もあります。3階建ての透析クリニックで、2階がまったく使われていませんでした。もったいないというので2階を用途変更して、高齢者住宅にしました。表から見たら病院です。裏から見たら、高齢者住宅という看板が通用口のところにあります。これが、私どもが手がけた11万5,000円バージョンです。要するに、病院の中を用途変更して、高齢者住宅に切り替えることができましたということです。2007年に、医療法人に高齢者住宅を解禁したことが前提になっています。ただし、気を付けていた

だきたいのは、改築はよほどいい物件でないといけないのです。廊下幅や部屋の大きさ、水回り、スプリンクラーといった諸条件を満たそうとすると、結構ハードルが高いので、物件次第だということを申し上げておきます。(資料48)

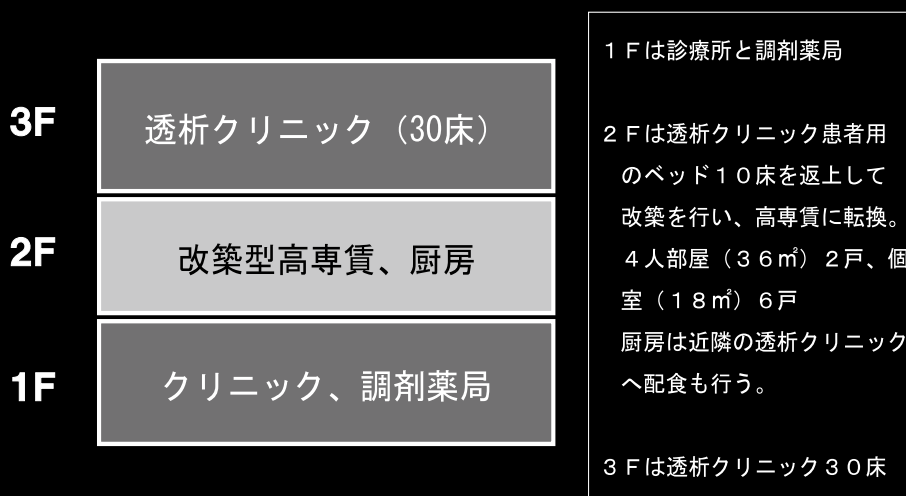
③透析クリニックを併設した高専賃 (透析患者をメインターゲット)



Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 47

④透析クリニック改築型高専賃



Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 48

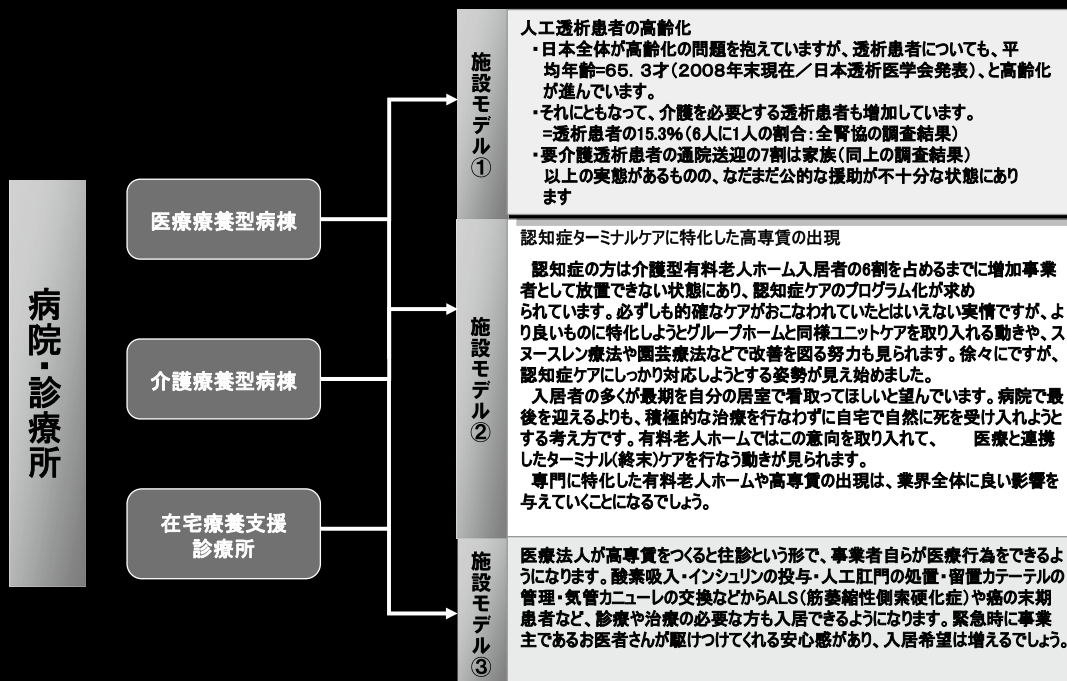
高齢者+介護+医療の専門特化モデルの可能性

最後に、医療・介護の専門特化モデルです。これからは医療型のビジネスモデルが花盛りになるだろうと思ひ、我々は今、透析病院と高齢者住宅を合わせたものを考えています。透析患者は平均年齢が65歳を越えており、年間4万人患者が増えて、3万人亡くなっています。1万人の純増で、それを約4,000の病院が奪い合っているということです。そのため、年間2.5人しか増患できません。そうなってくると、いかに高齢の患者を同一の病院と連携の下に抱え込むかも一つの戦略だと思ひます。また、非常に期待されているのが、精神科の病院が取り組んでいる認知症高齢者の住宅です。これが非常に注目されると思ひます。医療からご紹介をいただく場合の2大高齢者は、先ほど申した胃ろうの方々や認知症の方々に分かれます。精神科の病院では、社会的入院で入っている方々が4万～

5万人などと言われますが、その方々を否応でも外に出していかなくてははいけません。そうになると、それを専門的に受け入れる受け皿が必要になります。モデルはほかにもあります。先般行ったある病院では、全部、在宅酸素の管を付けていました。要するに、在宅酸素を使う方を対象にした高齢者住宅や特殊疾患を扱う高齢者住宅です。要は、患者がみな高齢化していくので、それに応じた専門的な対応のできる高齢者住宅は、さすがに民間ではできません。そこに私が申し上げたように、医療、介護、生活をミックスした一つの高齢者の住宅を提案するとすれば、大変なビジネスチャンスが訪れるだろうと思ひます。経営が上向きかけているときこそ、次の時代を見越して、こういう高齢者住宅、こういう方々を対象としたビジネスモデルへの挑戦をお願いしたいと思ひます。(資料49)

長時間にわたってありがとうございました。

⑤ 高齢者住宅+介護+医療の専門特化モデルの可能性



Copyright © 2011 NB-Lab Co., Ltd.
All rights reserved.

資料 49