

# ヘルスケアリートと サービス付き高齢者向け住宅



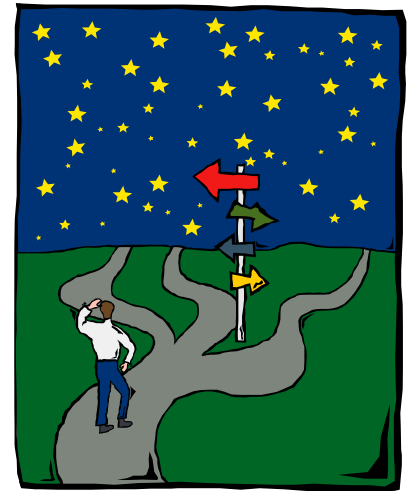
国際医療福祉大学大学院教授  
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院  
2月13日(月)新装オープン!

# 目次

- パート1
  - 社会保障・税の一体改革
- パート2
  - 医療計画見直しと在宅医療
- パート3
  - 介護報酬改定と地域包括ケアシステム
- パート4
  - 日本版ヘルスケアリートとサ高住
- パート5
  - ヘルスケアリート検討会より



# パート1

## 社会保障・税の一体改革



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

# 社会保障・税一体改革(8月10日)

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

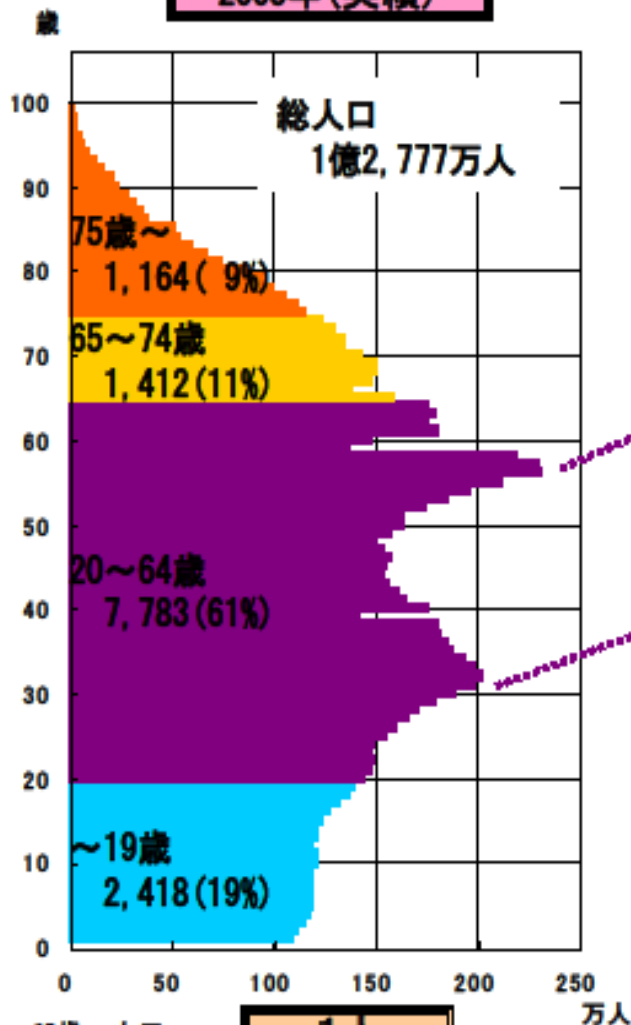


2012年8月10日、参議院を通過

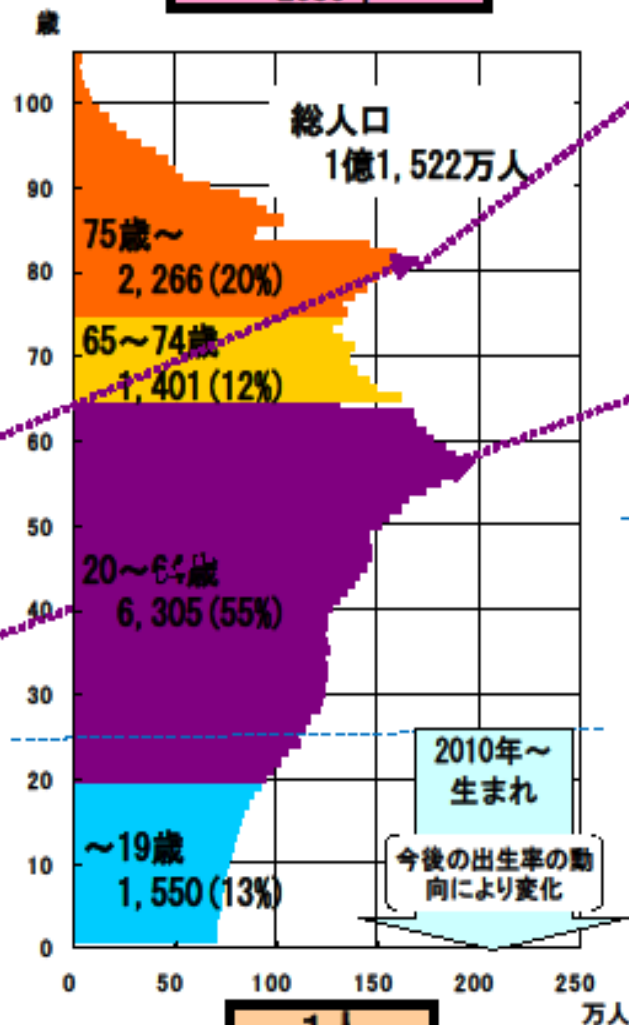
# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

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

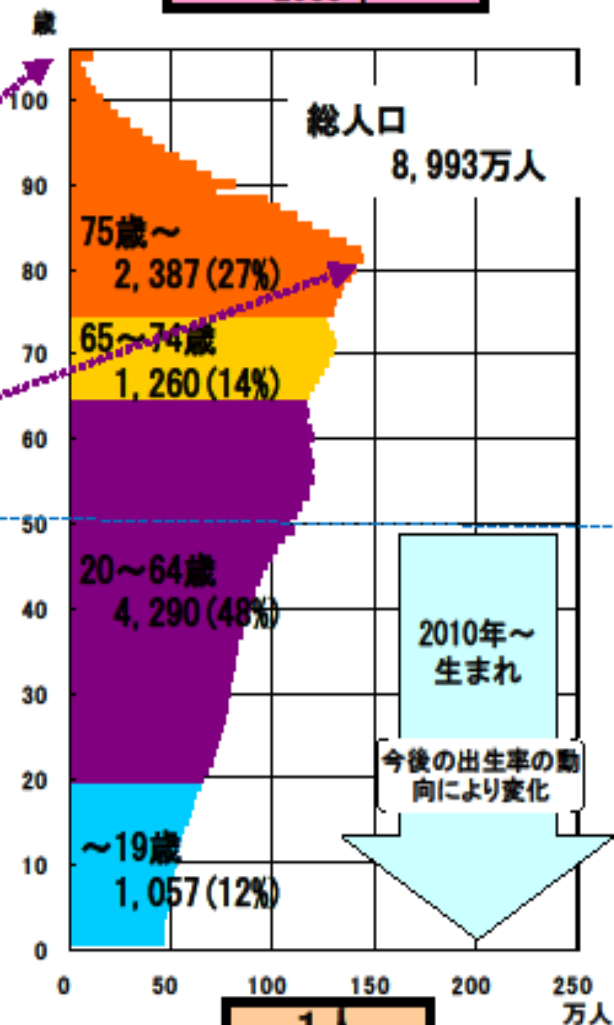
2005年(実績)



2030年



2055年

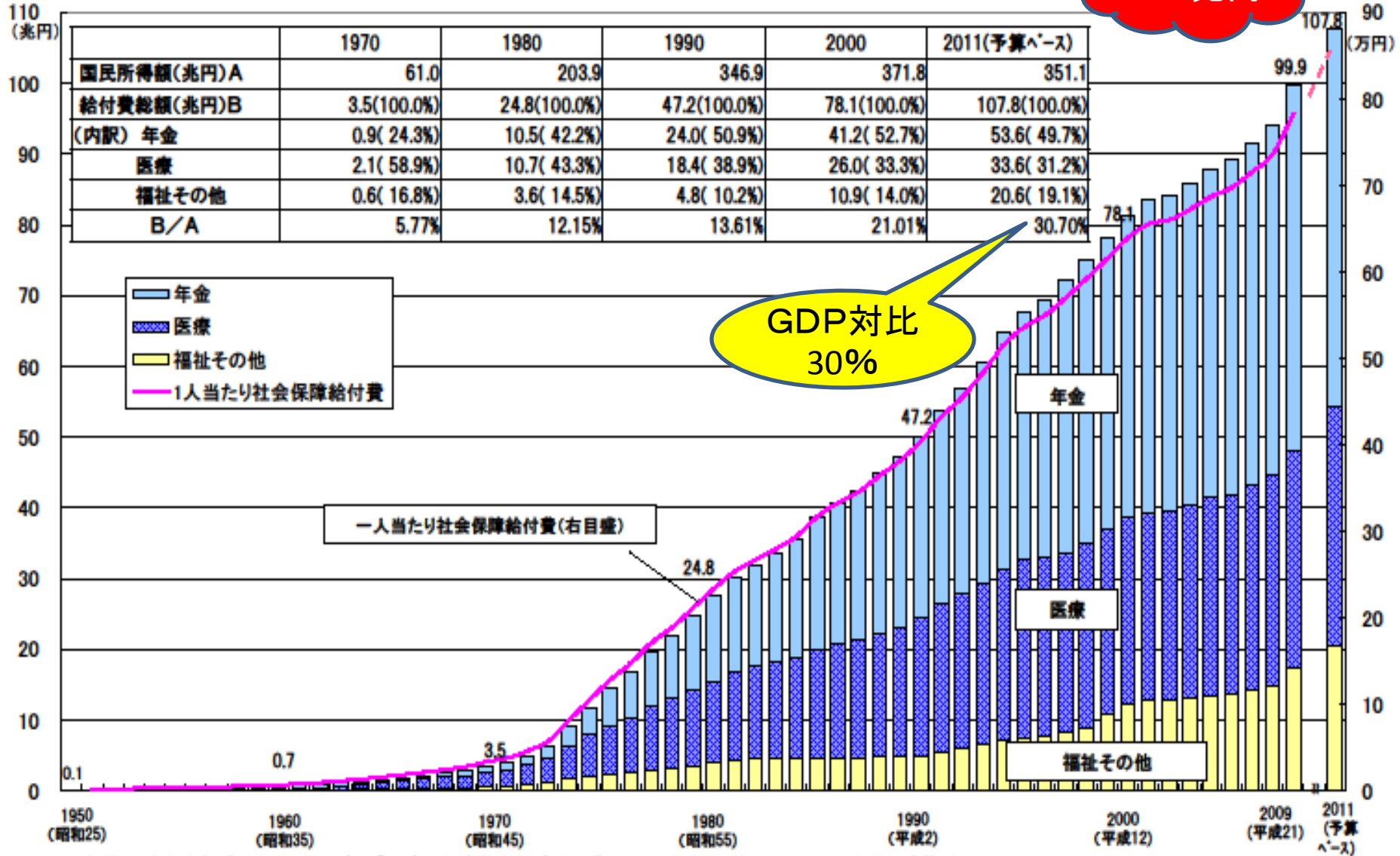


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

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

# 社会保障給付費の推移

2025年  
140兆円



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

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

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

# 団塊の世代の少年時代は「3丁目の夕日」

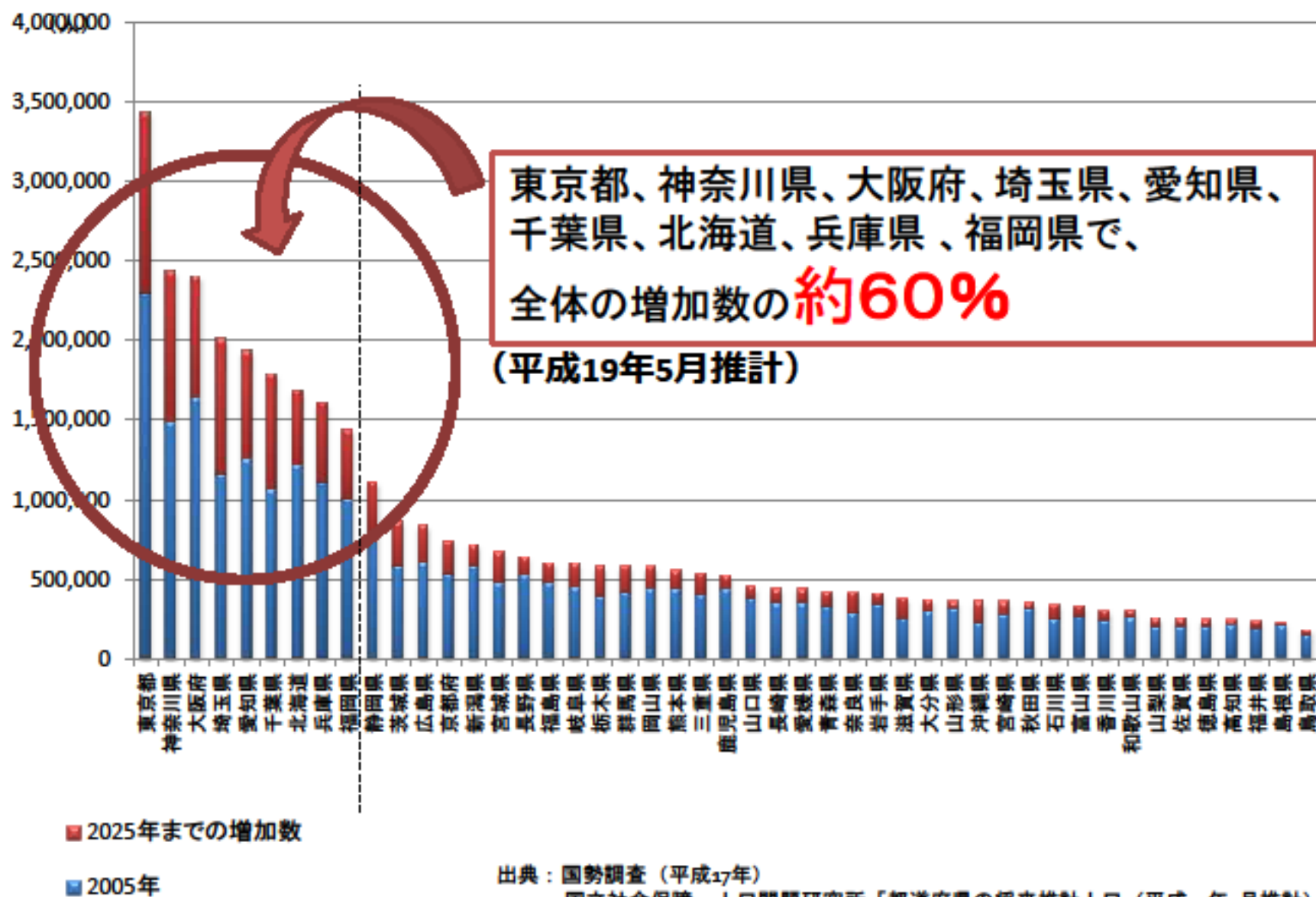
ALWAYS  
三丁目の夕日

11月5日より全国豪華客車ロードショー

制作：IMAGICA・ROBOT・パナソニック・東宝・東映・東宝テレビ・東宝映画・IMAGICA・STV・MMT・CTV・NTV・FBS ©1986 ALWAYS 三丁目の夕日製作委員会 <http://www.always3.jp>

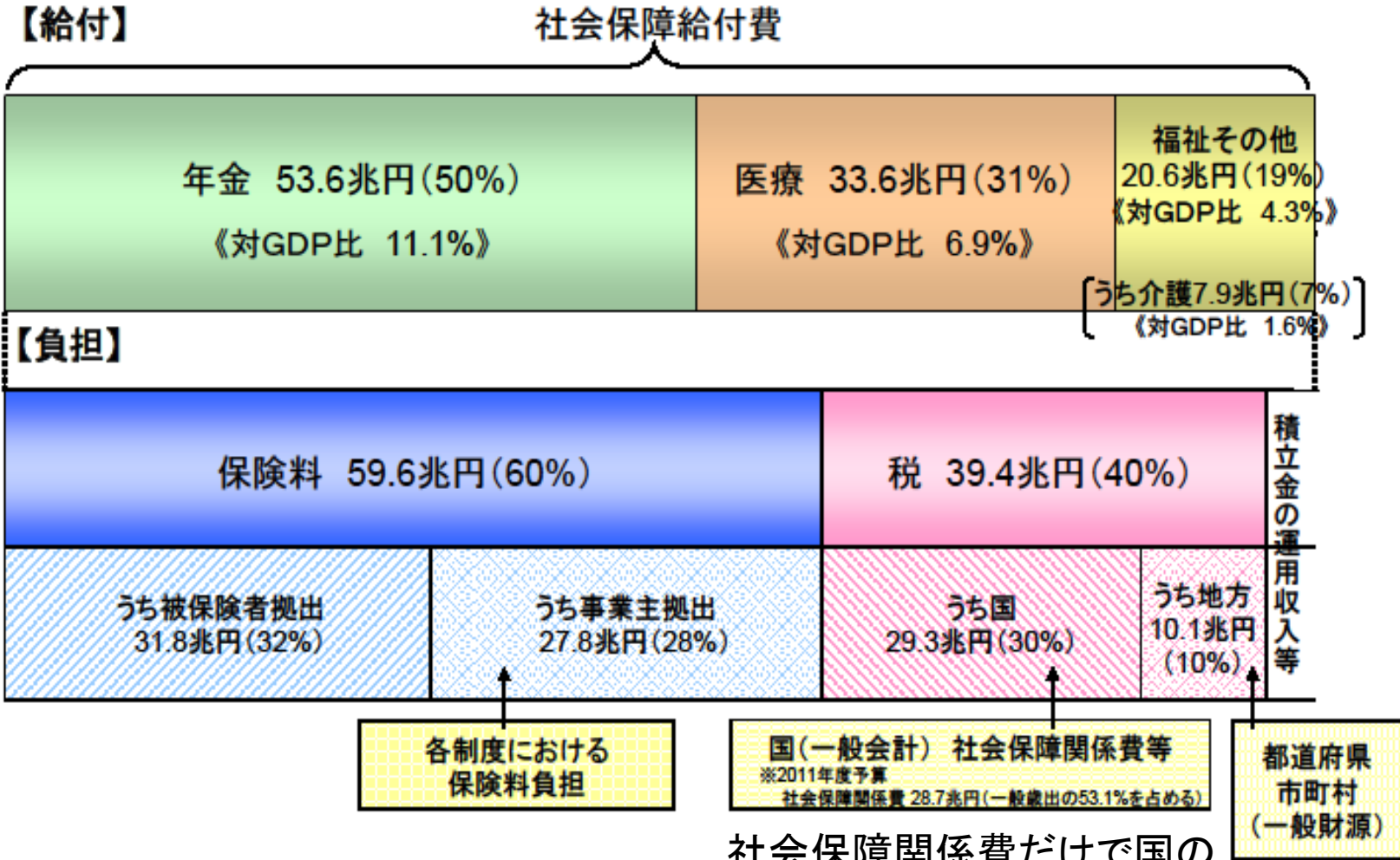


# 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



# 社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

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

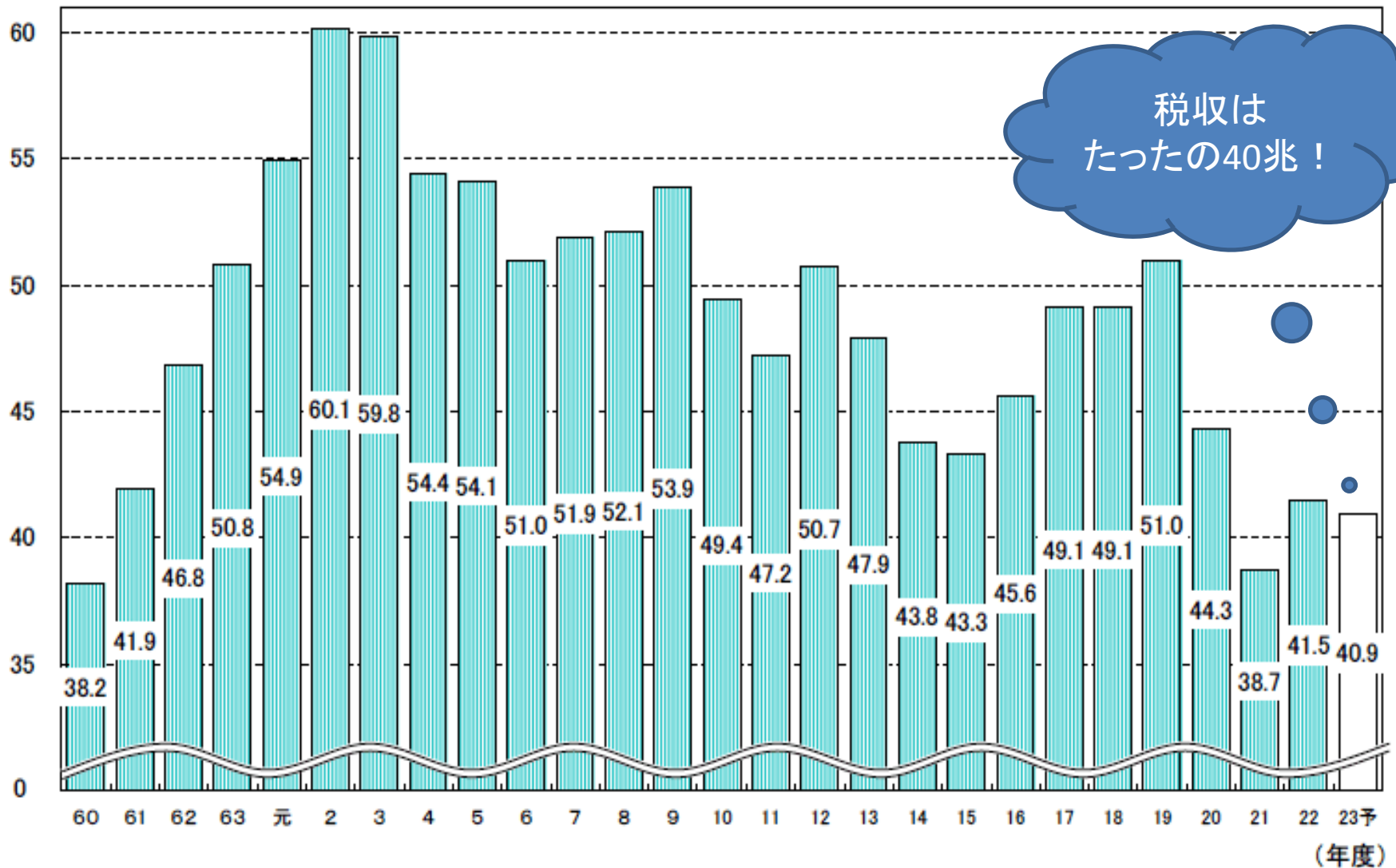


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の  
一般歳出の53%を占めている

# 一般会計税収の推移

(兆円)



# 消費増税法が成立



そしてついに増税！

しかし、  
その前になすべきことは？  
医療・介護の効率化

日本経済新聞

8月11日  
土曜日

14年4月8% 15年10月10%

増収、社会保険料に

次の...  
成長力

# 社会保障・税の一体改革

# 医療・介護サービス提供体制の見直し

## 【子ども・子育て】

### 潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

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

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

### 地域の子育て力の向上

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

## 【医療・介護】

### 2011年度

### 2025年度

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

一般病床  
107万床

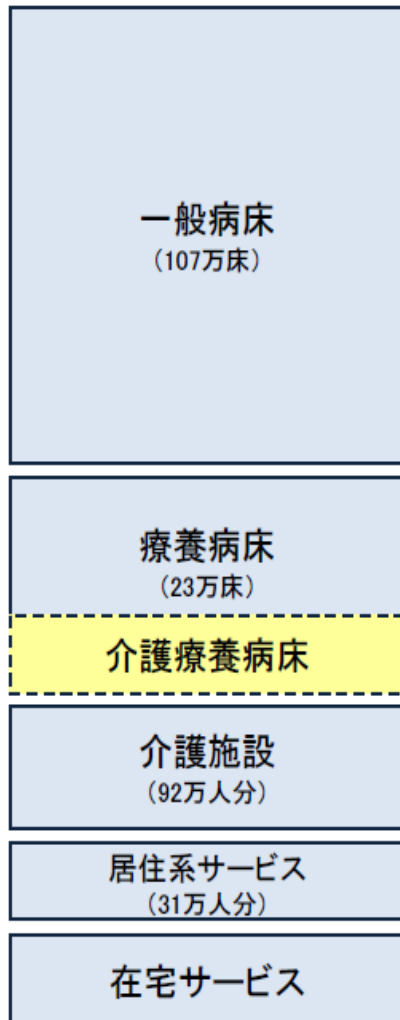
機能分化し  
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

# 社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

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

【2011(H23)年】



## 【取組の方向性】

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

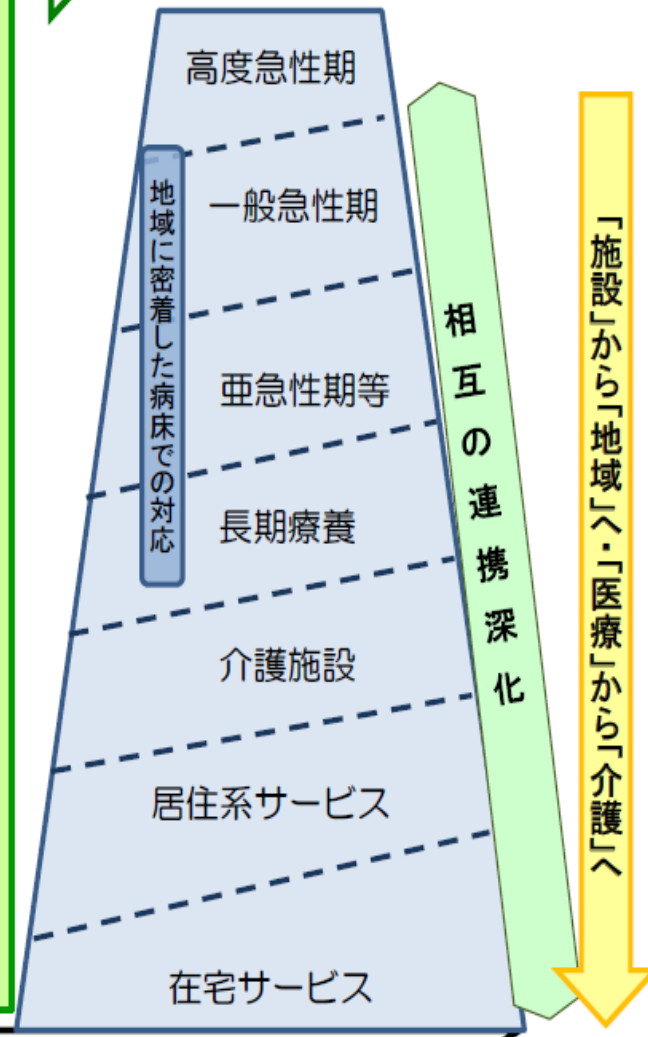
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年  
目途法案化)

## 【患者・利用者の方々】

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

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

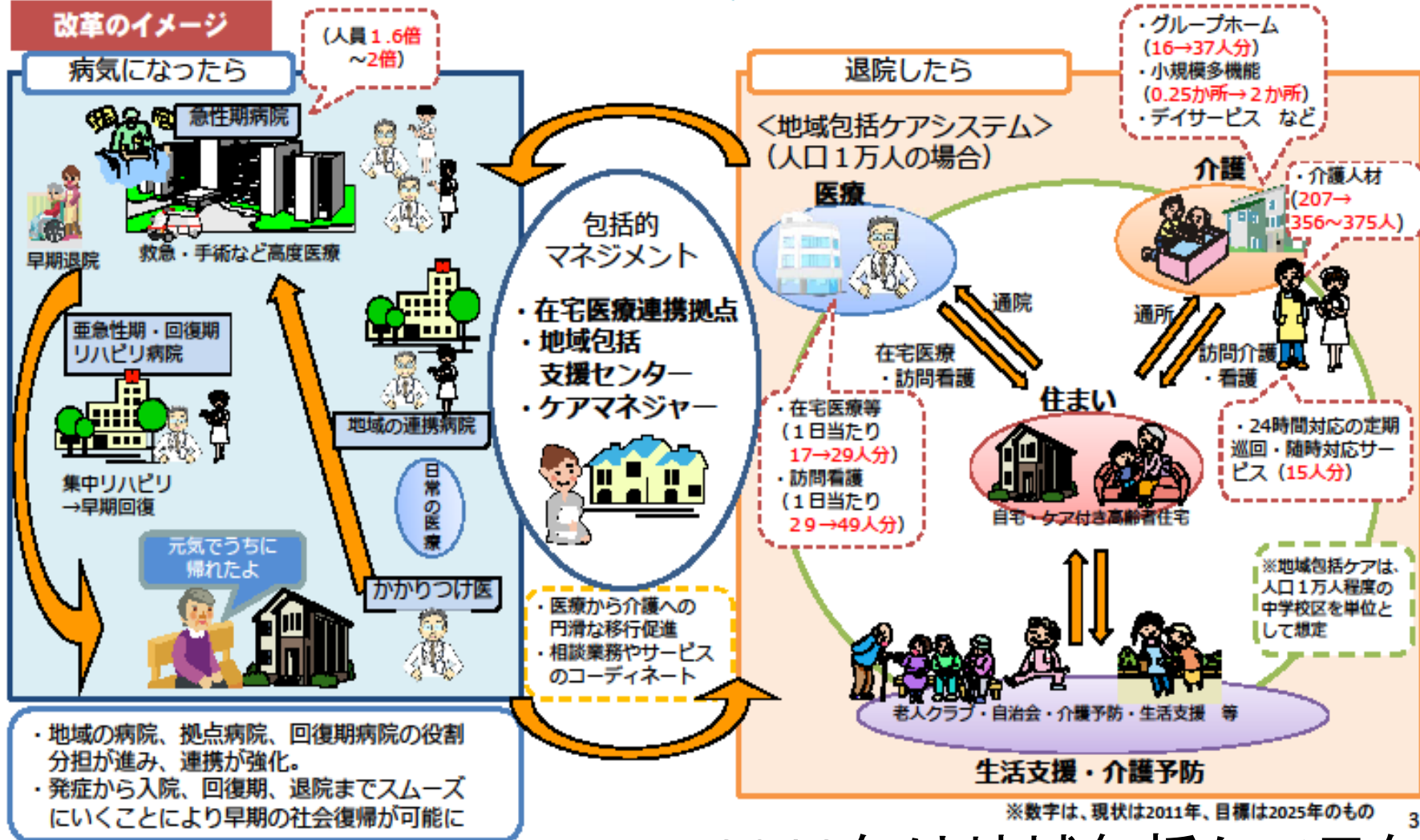
## 改革の方向性 ②

## 医療・介護サービス保障の強化

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

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

### 改革のイメージ



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

2012年は地域包括ケア元年

# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

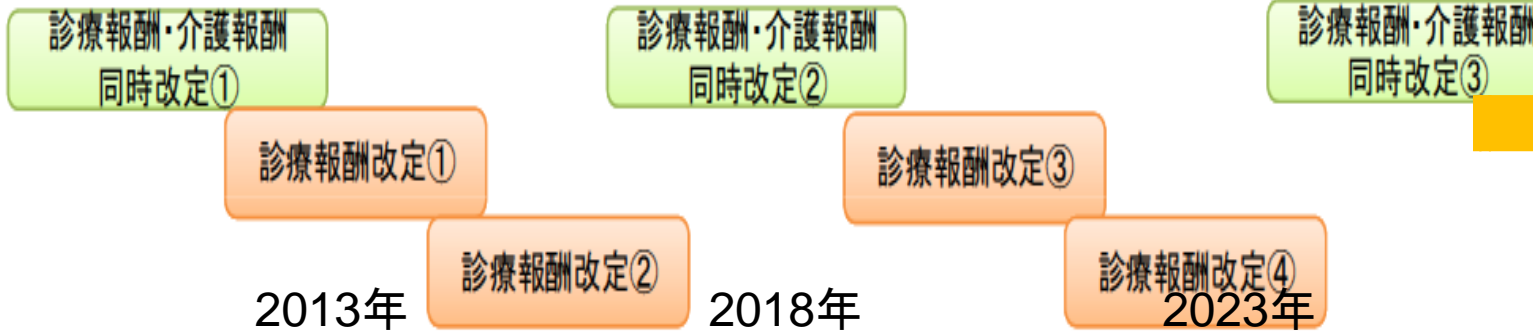
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

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

報酬改定



医療計画

医療計画 医療計画 医療計画 医療計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画 介護保険事業計画 介護保険事業計画 介護保険事業計画 介護保険事業計画

医療介護のあるべき姿



# パート2

## 医療計画の見直しと在宅医療



2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

# 現行の医療計画～4疾患5事業～

- 4疾病

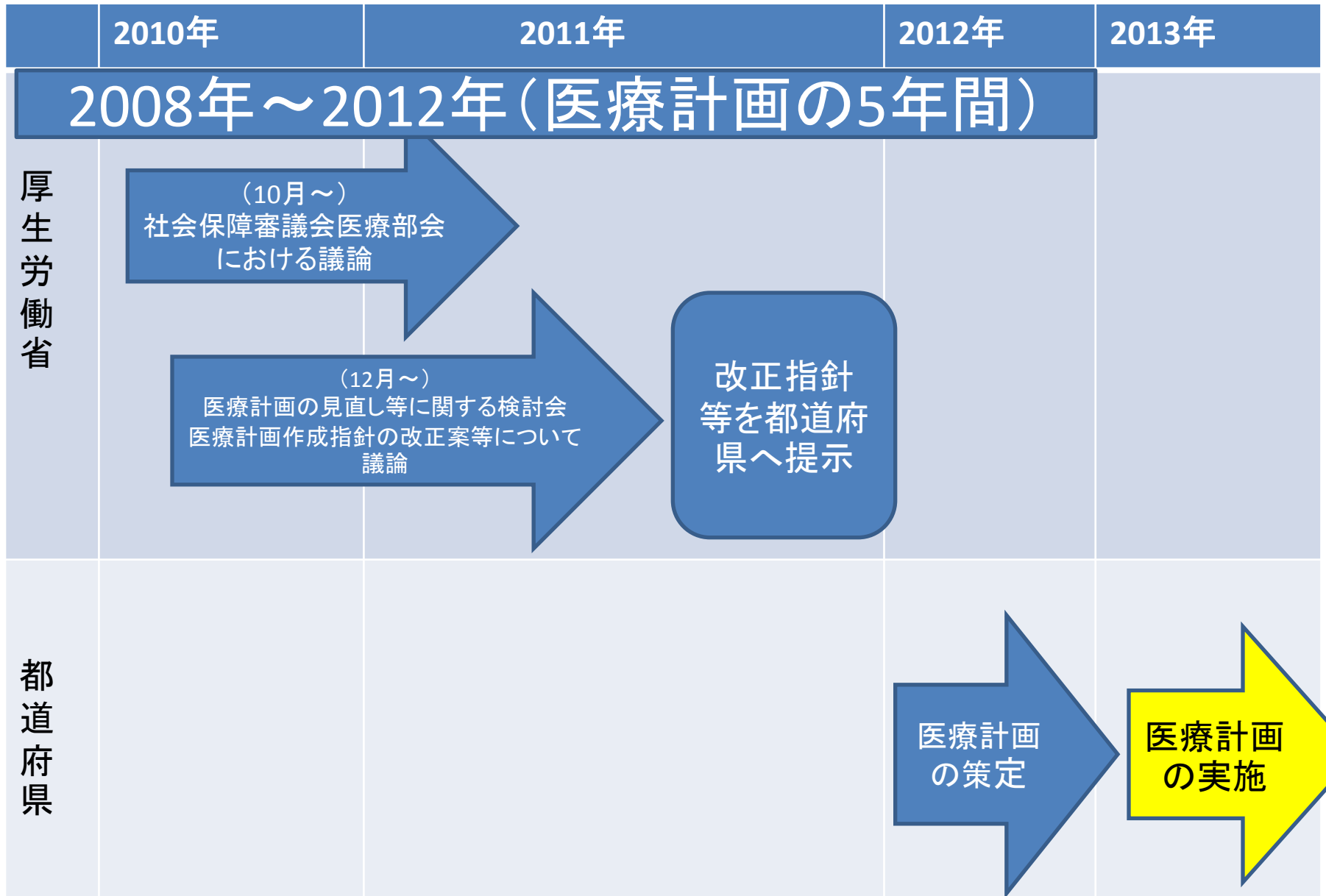
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

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

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして  
地域医療計画作成指針に採用

# 医療計画見直しスケジュール(案)



# 医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日

# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \* 在宅医療構築  
に係わる指針を  
別途通知する

# 在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化



# 「医療計画の見直しについて」

## ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

### ○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

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

### ○在宅医療に係る圏域の設定について

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

### ○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

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

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

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

# 「在宅医療指針」

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



# パート3

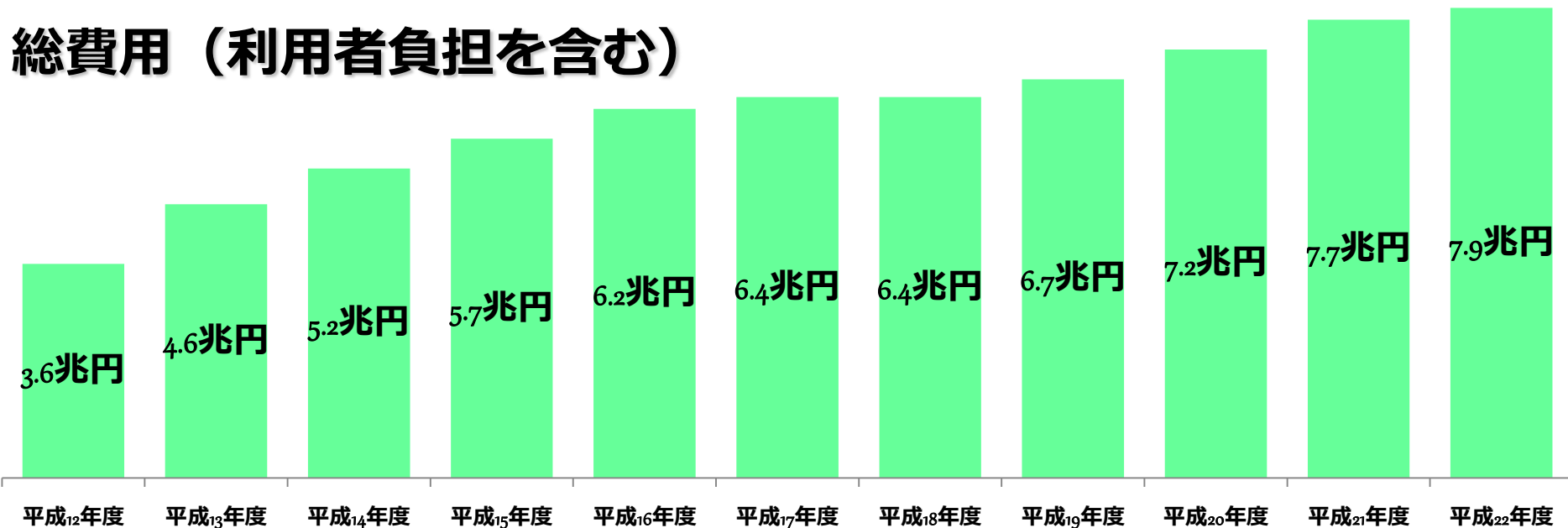
## 介護報酬改定と地域包括ケアシステム



社会保障審議会・介護給付費分科会

# 介護保険の総費用と保険料の動向

## 総費用（利用者負担を含む）



（注）平成12年度～平成19年度は実績、平成20年度は補正後予算、平成21年度（介護報酬改定+3.0%）、平成22年度は当初予算

## 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（加重平均）基準月額〕

第1期

（平成12～14年度）

2,911円

第2期

（平成15～17年度）

3,293円  
(+13%)

第3期

（平成18～20年度）

4,090円  
(+24%)

第4期

（平成21～23年度）

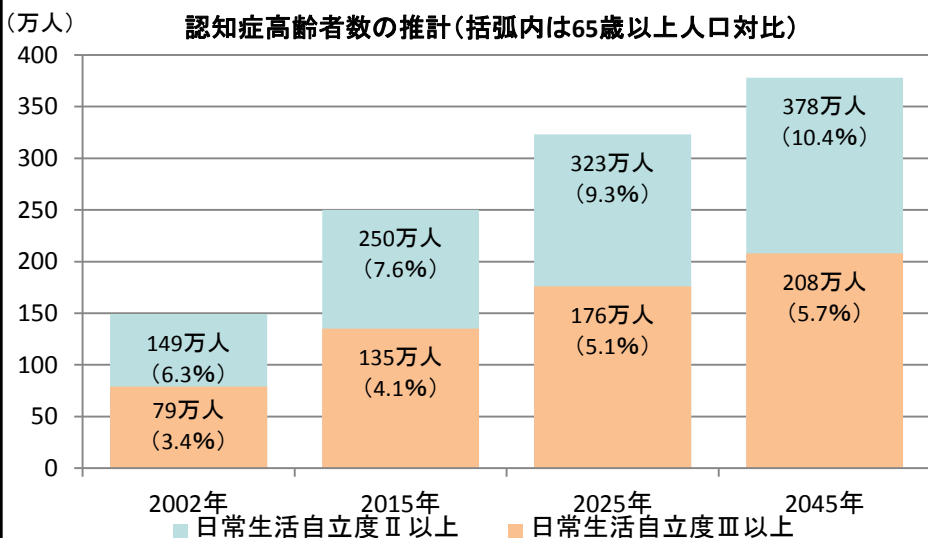
4,160円  
(+1.7%)

# 今後の介護保険を取り巻く状況について

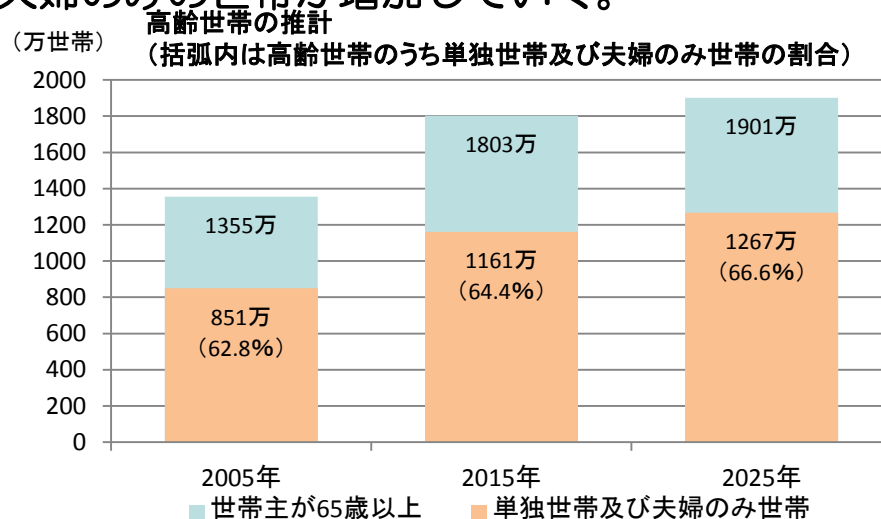
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみ世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

# 2012年介護報酬改定の 基本方針

地域包括ケアシステム

# 2012年介護報酬改定の基本方針

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

# 地域包括ケアシステムについて

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

## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

### ①医療との連携強化

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

### ②介護サービスの充実強化

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

### ③予防の推進

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

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

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

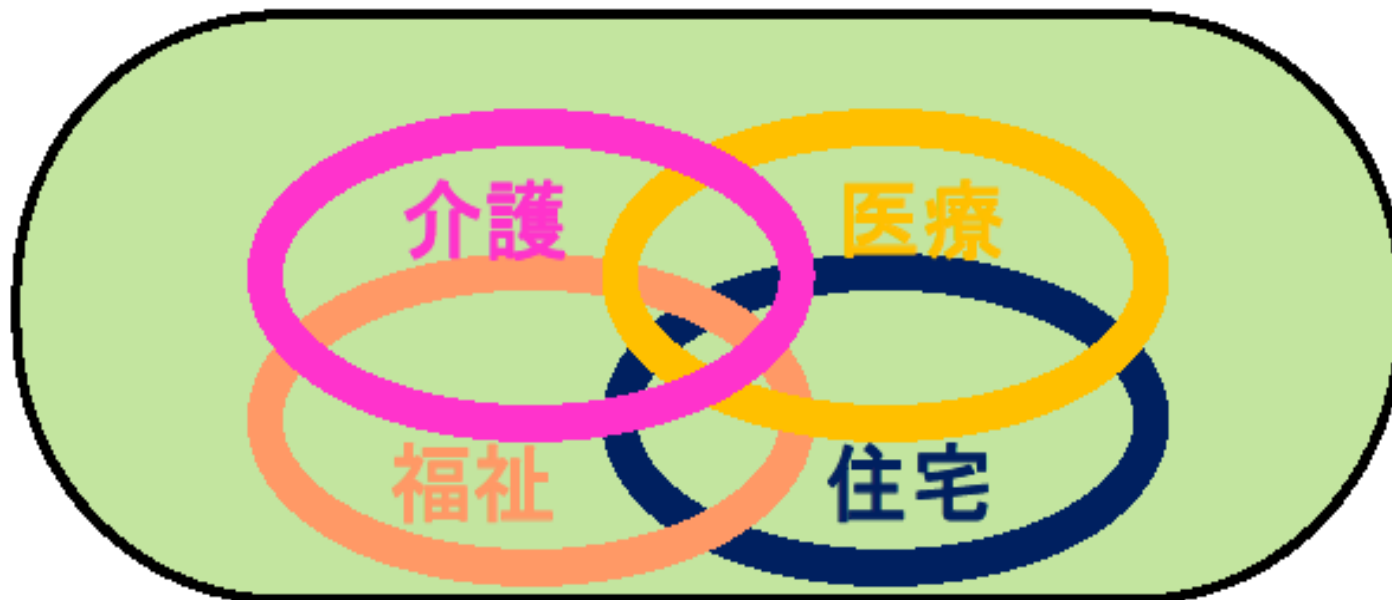
### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

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

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

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

# 地域包括ケアシステム



## 【地域包括ケアの四つの視点による取組み】

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

### ①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

### ②介護サービスの充実強化

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

・24時間対応の在宅サービスの強化

### ③見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

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

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

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備

・持ち家のバリアフリー化の推進

# 地域包括ケアシステムのサービスイメージ

認知症患者へのサービス  
複合型サービス  
小規模多機能型居宅介護  
(訪問看護と組み合わせた  
複合型サービスを含む)  
グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



サービス付高齢者向け住宅などの住まい



NPO,  
住民参加、企  
業、自治体など



# 地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

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

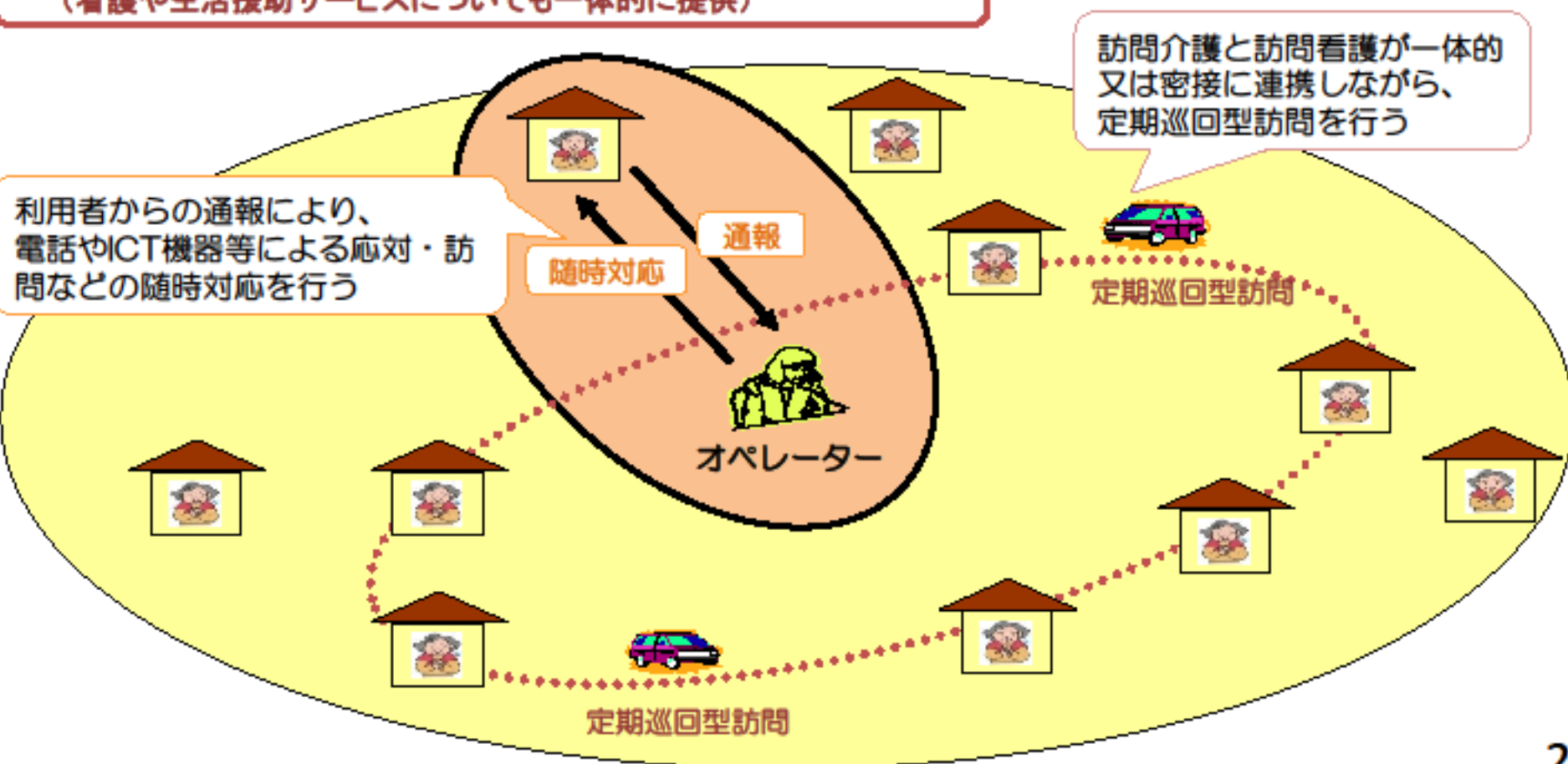
# ①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

# I 制度概要について

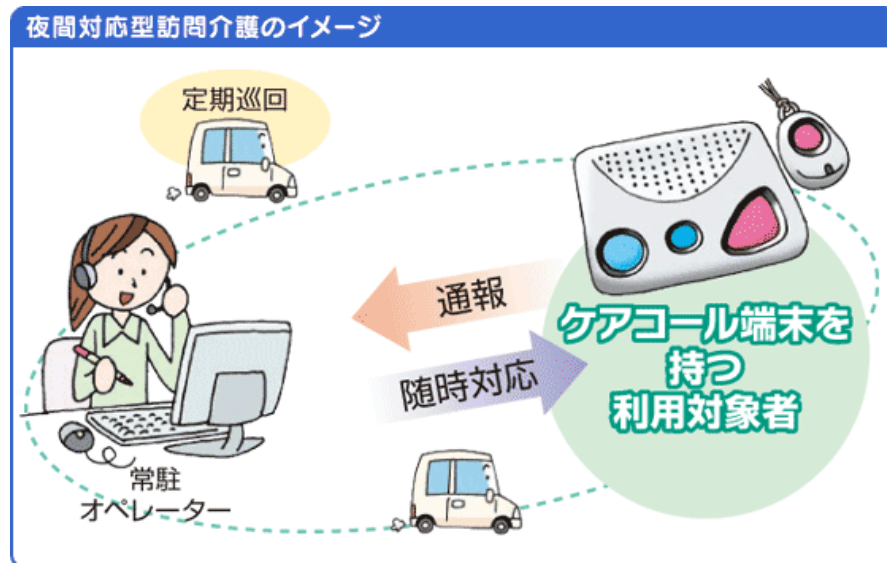
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

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



# 24時間対応型訪問介護サービス例

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



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

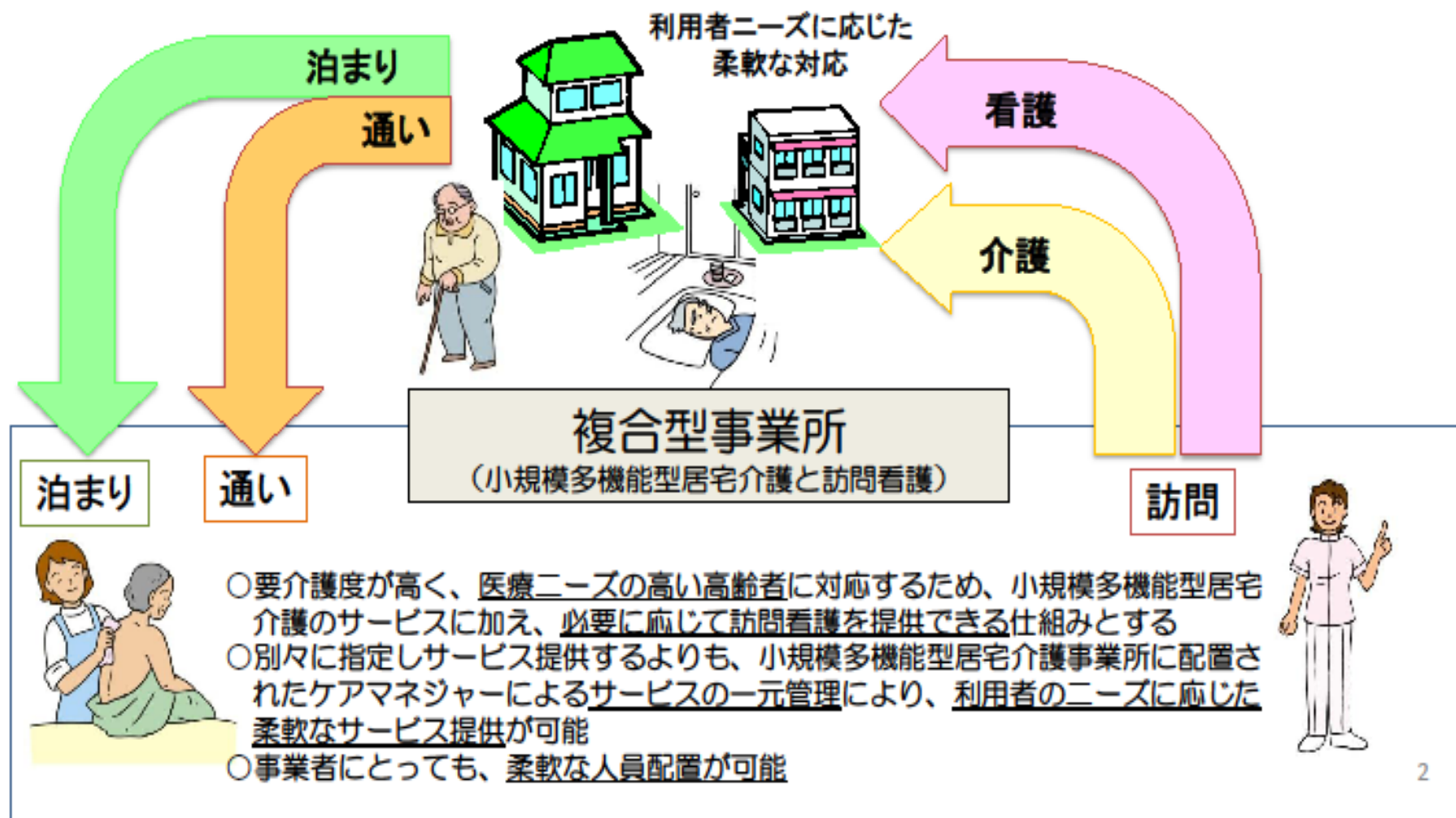
## ②複合型サービス

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

# 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

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

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



## パート4

# 日本版ヘルスケアリートと サービス付き高齢者向け住宅

# <参考>日常生活圏域サービス基盤のイメージ（都市部の例）

- ・〇〇市 人口20万 高齢化率15% 認定率13%
- ・面積(小型) 人口密度(高)

**Aエリア**

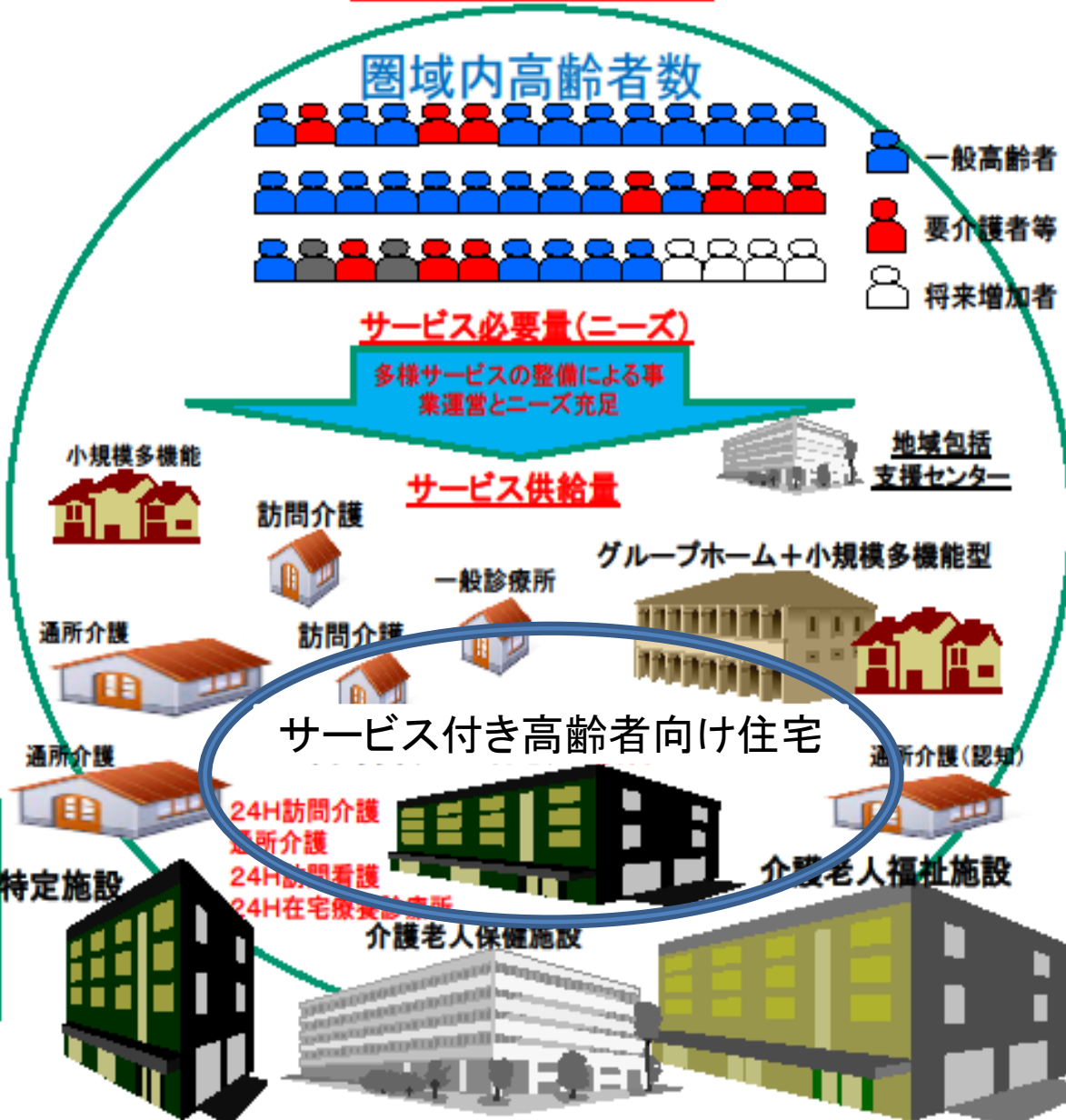
**Bエリア**  
 人口4万人  
 高齢化率16%  
 認定率12.5%

※中高層住宅に高齢化が進展し、一人暮らしも多い  
 ※高齢者人口の将来的な伸びは鈍化

**Cエリア**

**Dエリア**

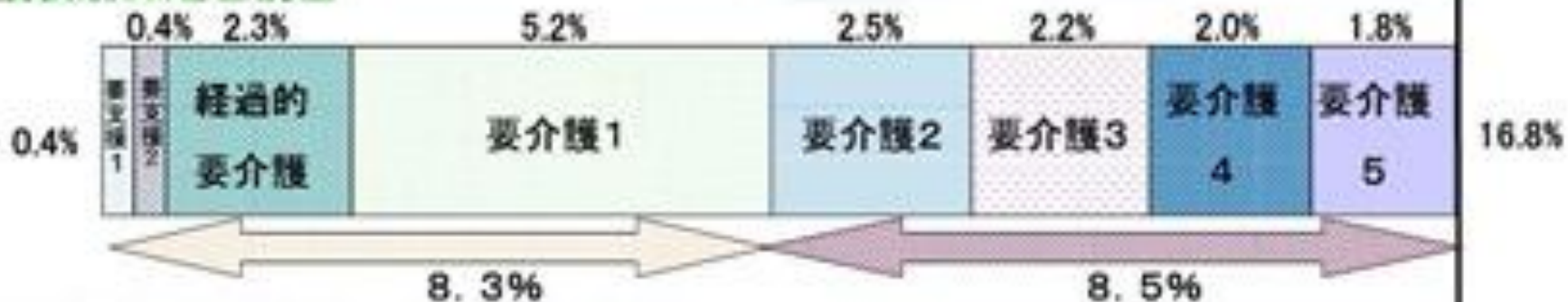
## Bエリア 日常生活圏域基盤の例





# 各国の介護施設・介護付高齢者住宅の割合

## ○要介護度別認定者割合

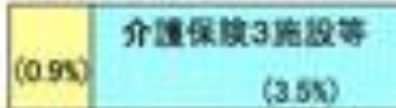


## ○各国の高齢者の居住状況（定員の比率） （全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）

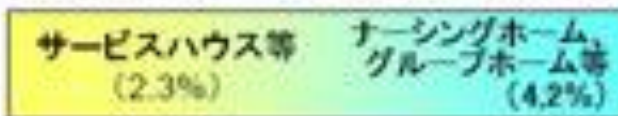
2020年までに3～5%へ  
「住生活基本計画(H23. 3)」

4.4%



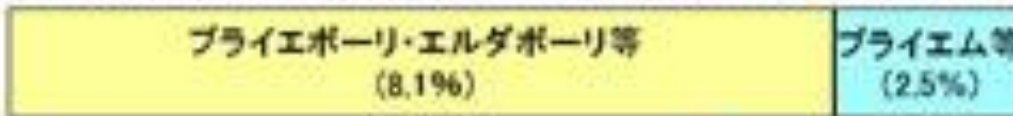
スウェーデン（2005）

6.5%



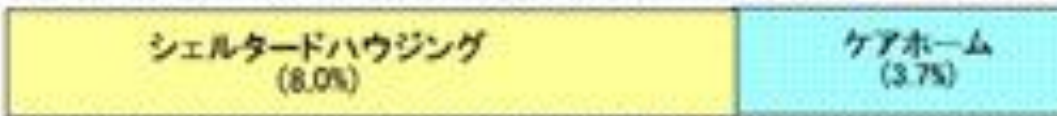
デンマーク（2006）

10.7%



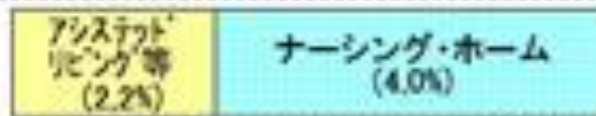
英国（2001）

11.7%



米国（2000）

6.2%



# デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

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

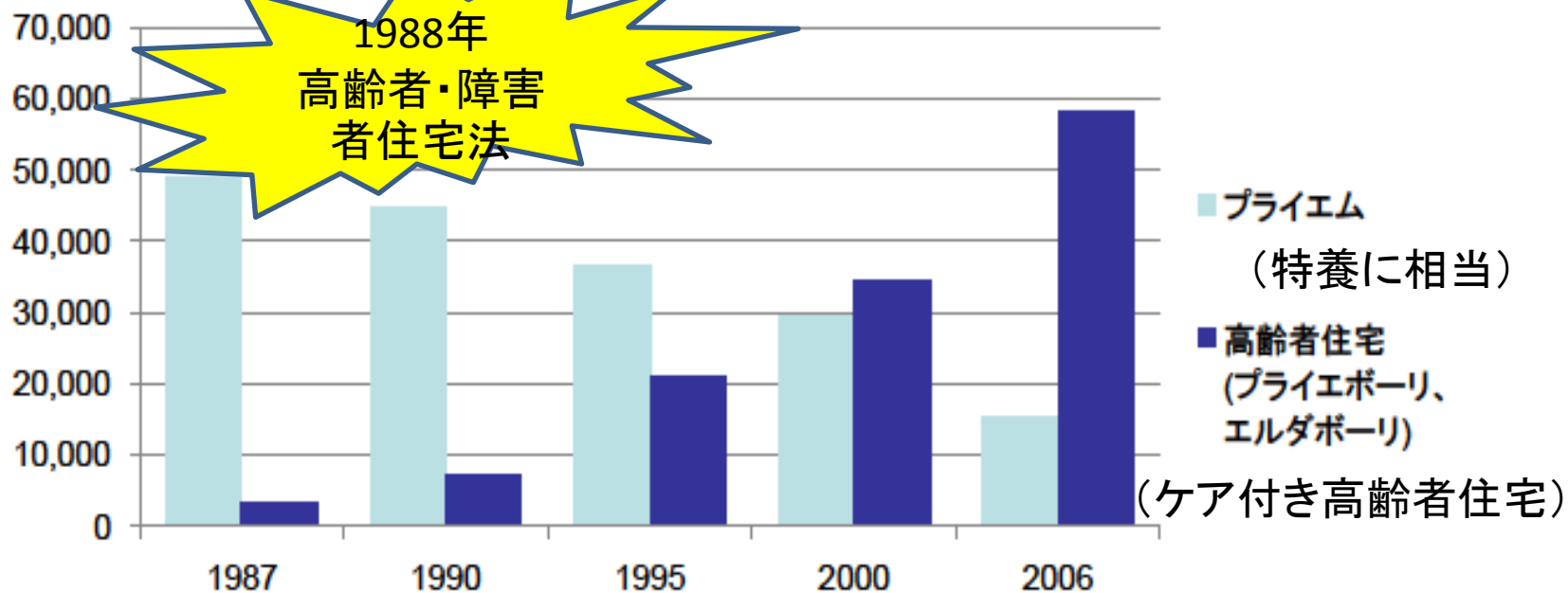
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

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

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

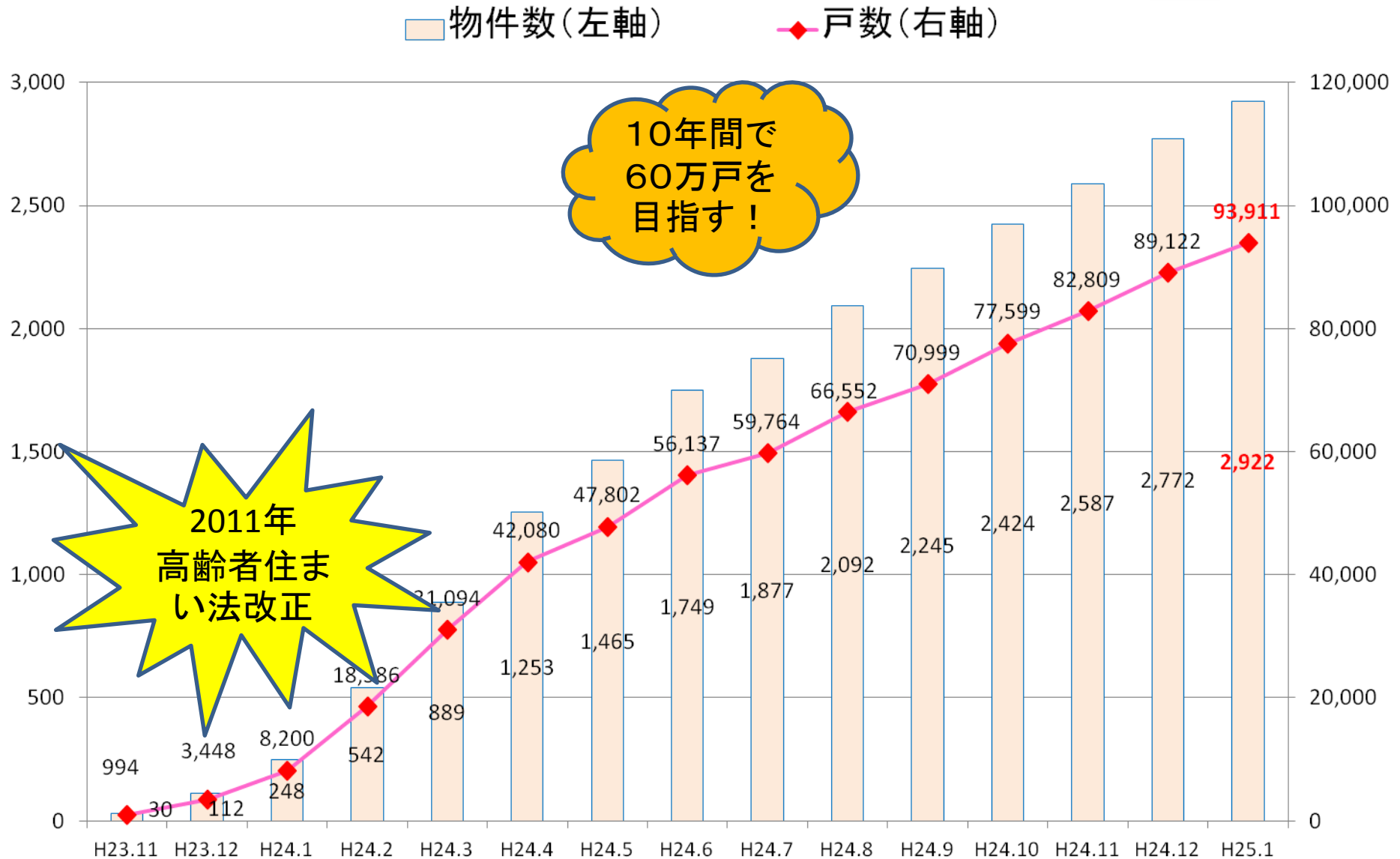
1988年 高齢者・障害者住宅法の成立 (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)

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



# サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

平成25年1月31日時点

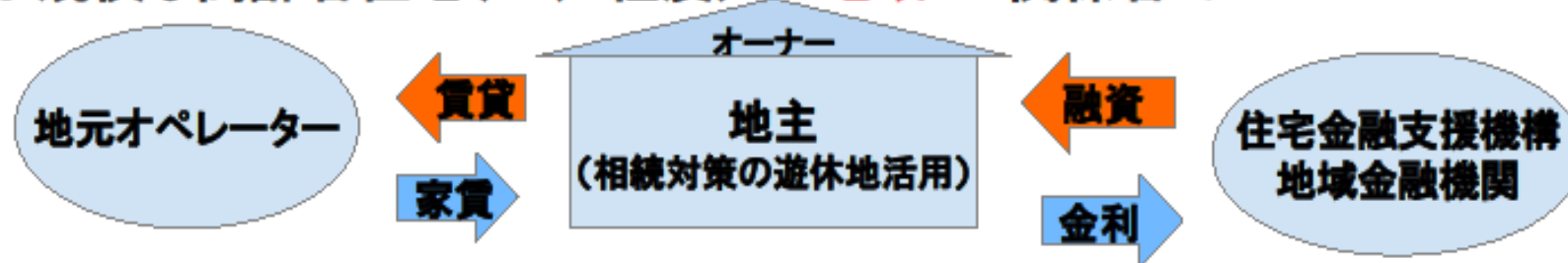


# 高齢者住宅60万戸の整備にどのくらいの資金が必要か？

- 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

# 誰がどのような高齢者住宅を建設し運営するのか？

- 不動産の所有(オーナー)と運営(オペレーター)の分離
  - ◆ オペレーターは建物を賃借しオペレーションに特化する
  - ◆ オペレーターはオフバランス経営のメリットが得られる
  - ◆ オペレーターは資金調達力に限界がある
  - ◆ 不動産投資家やデベロッパーは高齢者住宅への投資に注目し始めている
- 小規模な高齢者住宅(30戸程度)は“**地域**”の関係者で



- 大規模な高齢者住宅(60戸以上)は“**資本市場**”の関係者で



# 「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

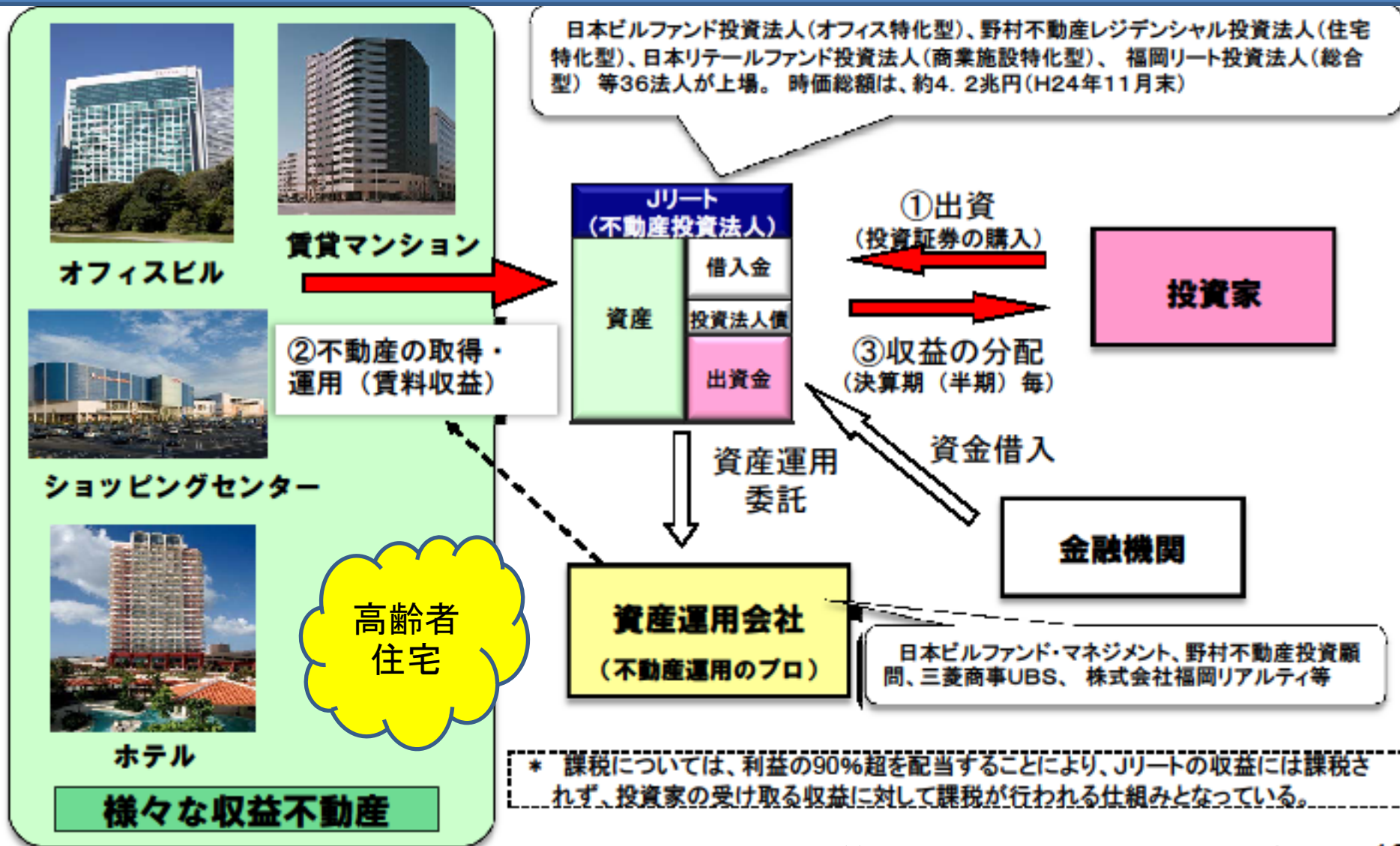
「ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の活用及び安定利用の確保に関する検討委員会」委員名簿

座長	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・アドバイザリー株式会社 シニア・マネージャー
	菅間 博	社会医療法人博愛会理事長
	栗原 美津枝	株式会社日本政策投資銀行医療・生活室長
	齋藤 理	弁護士 長島・大野・常松法律事務所パートナー 大和ハウス工業株式会社
	正田 克成	集合住宅事業推進部 営業統括部 高齢者住宅グループ グループ長
	辻本 了章	SGホールディングス株式会社経営企画部国際企画ユニット長
	藤村 隆	株式会社新生銀行ヘルスケアファイナンス部 部長
	武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所長 国際医療福祉大学大学院教授
	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

(敬称略・五十音順)

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

不動産投資信託のこと、公衆から調達した資金を不動産に投資する仕組みのことで、特に、日本の国内法に則った日本版REIT(J-REIT)のことを単にREITという場合がある。





# REIT市場規模の上位10カ国

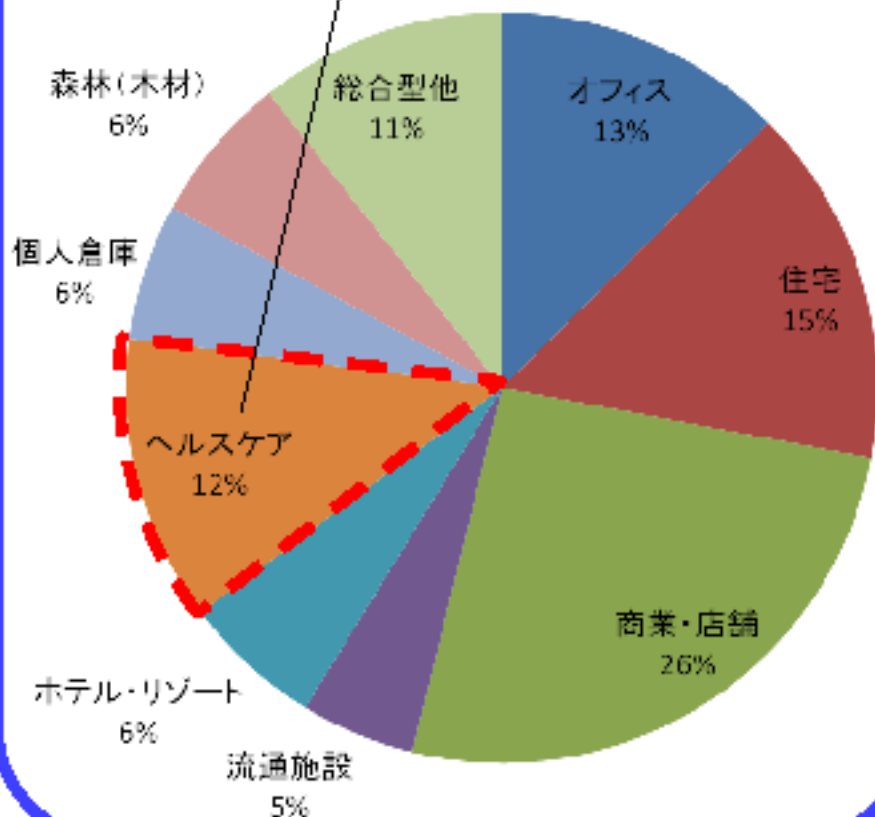
	国	時価総額 (2011年3月末)	上場銘柄数 (2011年3月末)
1	米国	35.6兆円	157
2	オーストラリア	6.8兆円	56
3	フランス	6.0兆円	43
4	日本	3.5兆円	35
5	英国	3.4兆円	25
6	カナダ	3.0兆円	34
7	シンガポール	2.4兆円	24
8	オランダ	1.1兆円	6
9	香港	1.0兆円	7
10	トルコ	0.7兆円	21

出典:『不動産証券化ハンドブック』(各国資料よりARES作成)

# 日米リートの実業別割合の比較

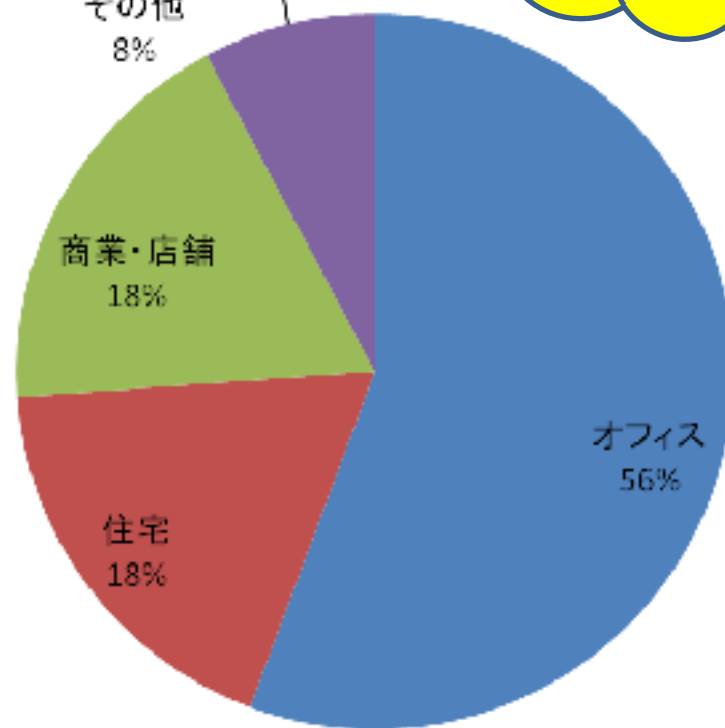
## 米国リート

株式時価総額約4兆円



## Jリート

流通施設・ホテル  
その他  
8%

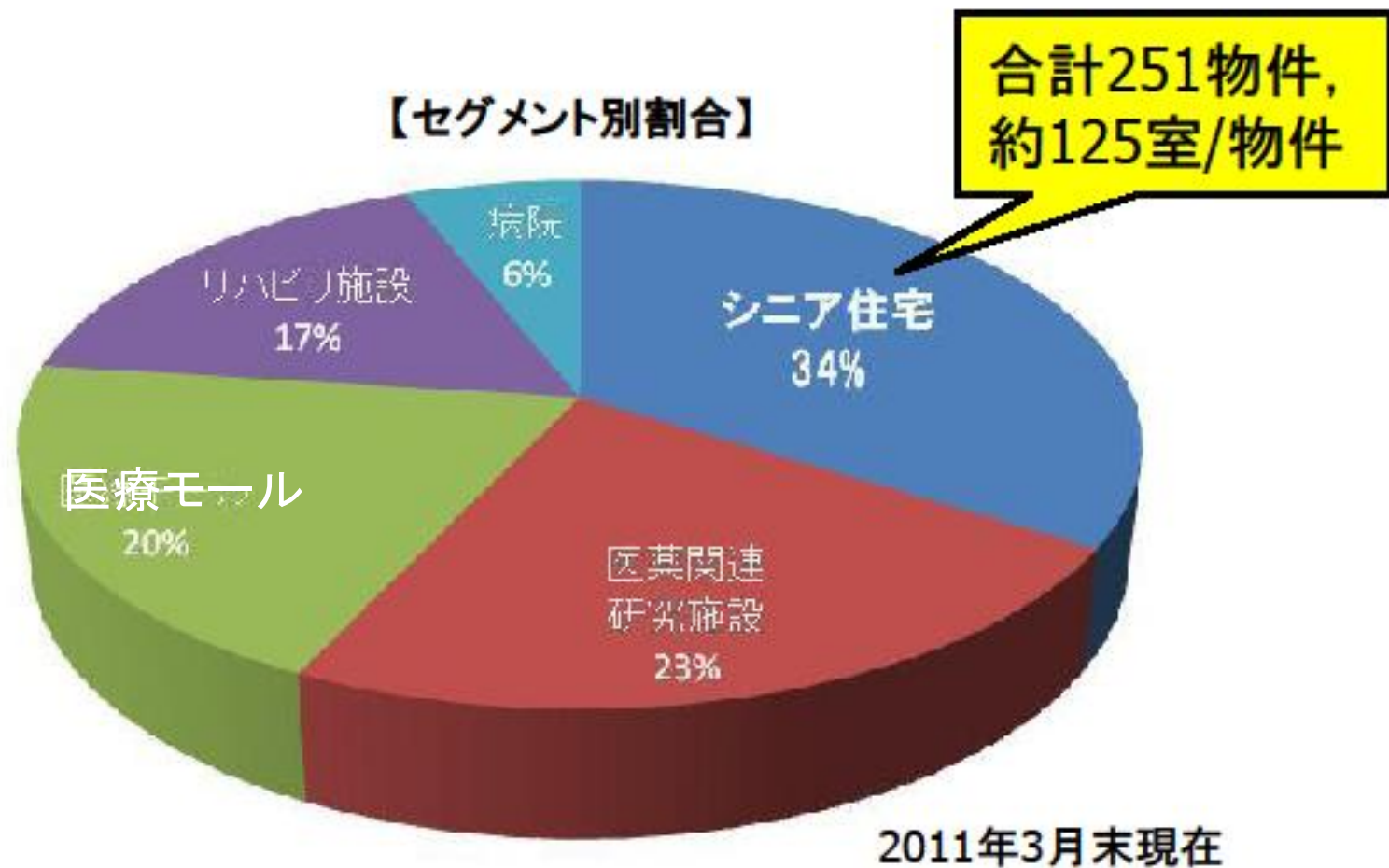


日本では  
ヘルスケア  
リートはほと  
んどない

出典: NAREIT 'REIT Watch May 2011' および 不動産証券化協会「J-REIT View(2011年5月)」データをもとに作成  
注) 米国リートは株式時価総額ベース、Jリートは保有不動産額ベース、円換算は80円/\$

# HCP社(米国ヘルスケアリートの最大手)

保有資産総額(取得価格ベース): 約1兆1800億円(80円/\$)

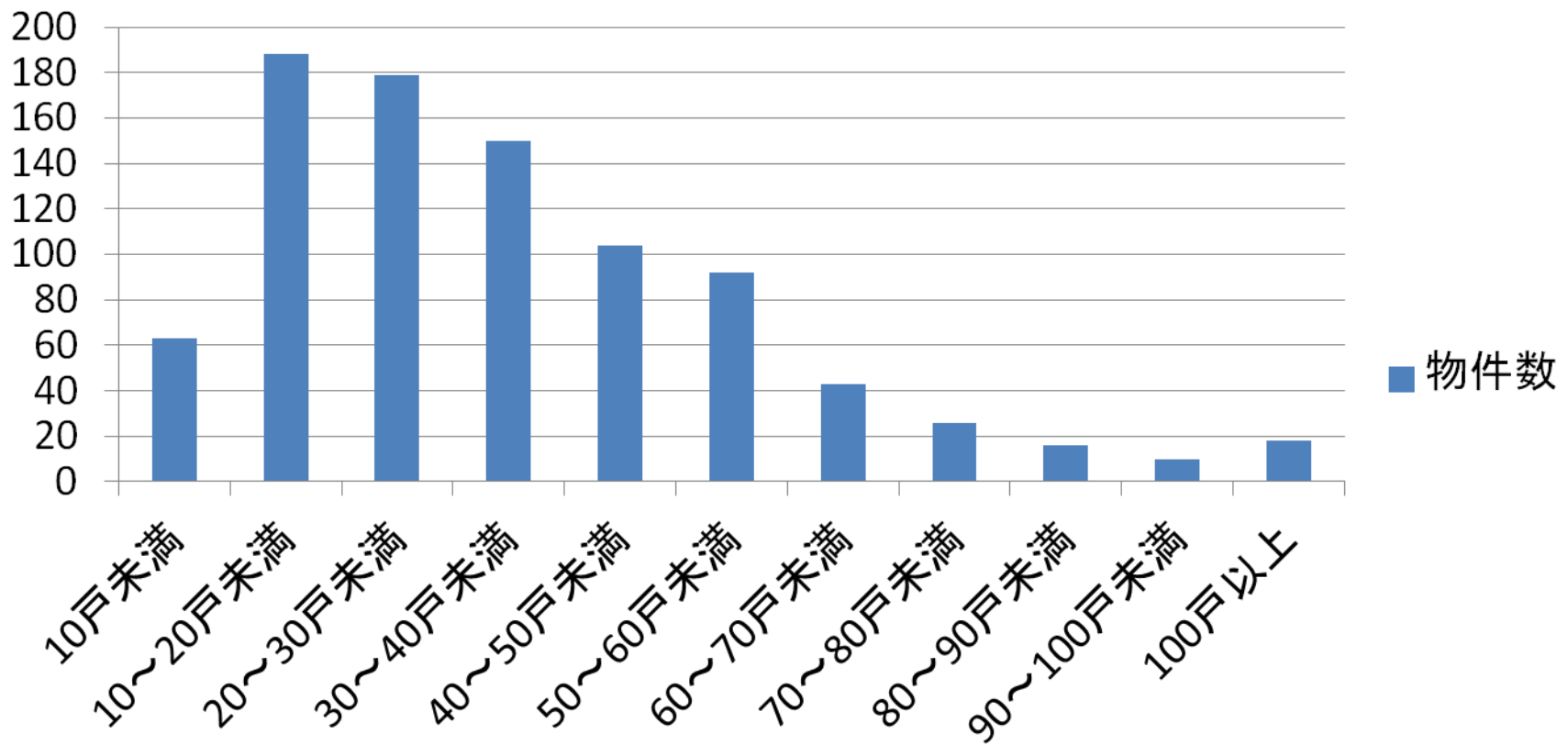


出典: HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

ヘルスケアリートの対象は  
大規模、高機能、高付加価値型  
高齢者住宅

# 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

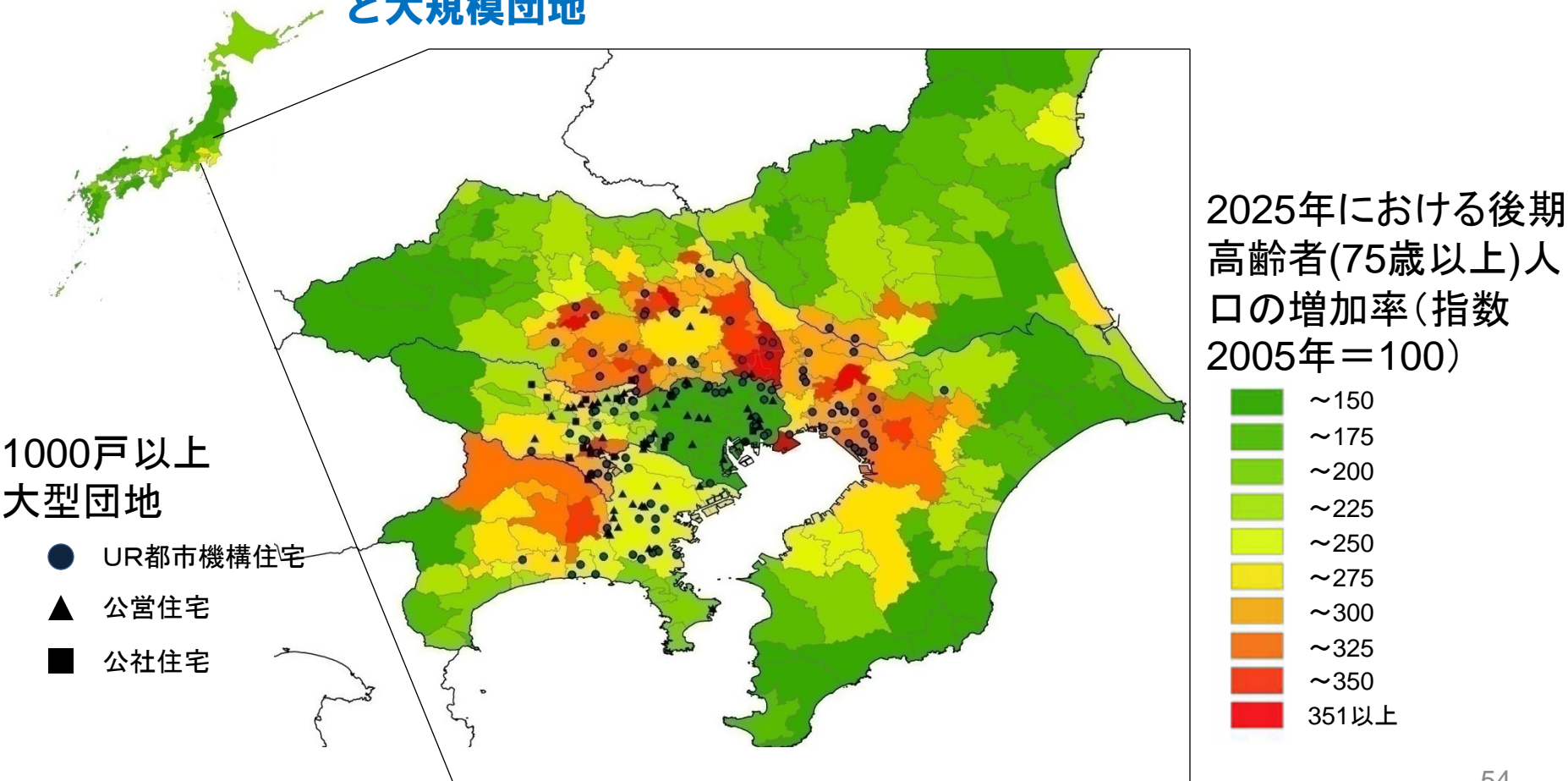


中井生活経済研究所調べ(2012年)

# 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)

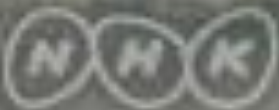
## 首都圏での高齢化の伸び率(後期高齢者の人口増加率)と大規模団地





# NHK2月19日放送 プロジェクト2030(10)

## “日本一の大家”団地再生事業



“生活に合わず、  
増える空き部屋”



松原団地  
埼玉 草加

# 大型団地再生に「サ高住」助成

- 「地域居住機能再生推進事業(30億円)」
  - 平成25年度国土交通省予算案
  - 高度経済成長期に開発されたニュータウンが今や住民の高齢化真つただ中
  - ニュータウンの中には建て替えによる高齢者対応を進めるケース増えている
- 地方公共団体、住宅供給公社などが地域ごとに協議会をつくり団地再生を行う場合に一部助成をおこなうことになった
- 対象
  - 5ヘクタール以上
  - 入居開始から30年以上経過
  - 公的団地対住宅の管理戸数が1000戸以上



# 在宅サービスに対応した住宅とは？

## 在宅サービスに対応した住宅

高齢者の健康状態の変化に対応し、訪問医療・介護サービスを利用しながら、住み慣れた地域で住み続けられる住宅

### (1) 在宅サービス（訪問・通所）を受けやすい工夫

- ①訪問サービスが入りやすい工夫
- ②通所サービスに行きやすい工夫

\* プライバシーの確保／セキュリティの確保／近隣住民への配慮の視点

### (2) 要介護高齢者の身体状況に配慮する工夫

- 介助者がサポートしやすい工夫  
(排泄・入浴、住宅・敷地内の移動)
- バリアフリー対応
- 視覚・聴覚機能の変化への対応
- ヒートショック現象への対応

### (3) 家族間のプライバシーを確保する工夫

- 家族がいる場合
  - ①生活空間の配置の工夫
  - ②要介護高齢者の見守りとプライバシーの確保の双方に配慮した工夫

要介護時の対応をあらかじめ想定し、住宅のプランニングに組み込んでおき、高齢者の健康状態・ステージに応じて、改修等を通じて対応する

# (1) 在宅サービス（訪問・通所）を受けやすい工夫

訪問サービスが入りやすいように、プランを工夫

将来介護居室になる居室は、玄関の近い場所に配置し、サービス提供者が家族の居室に入らなくてもよくするなどの工夫をする

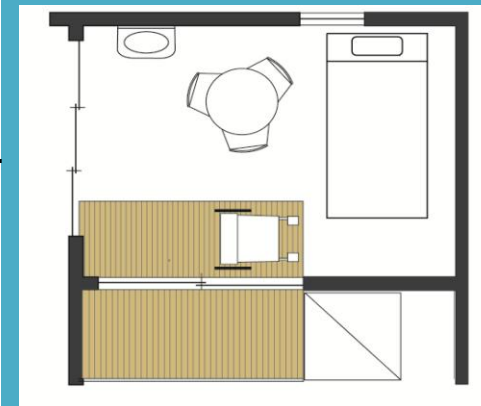
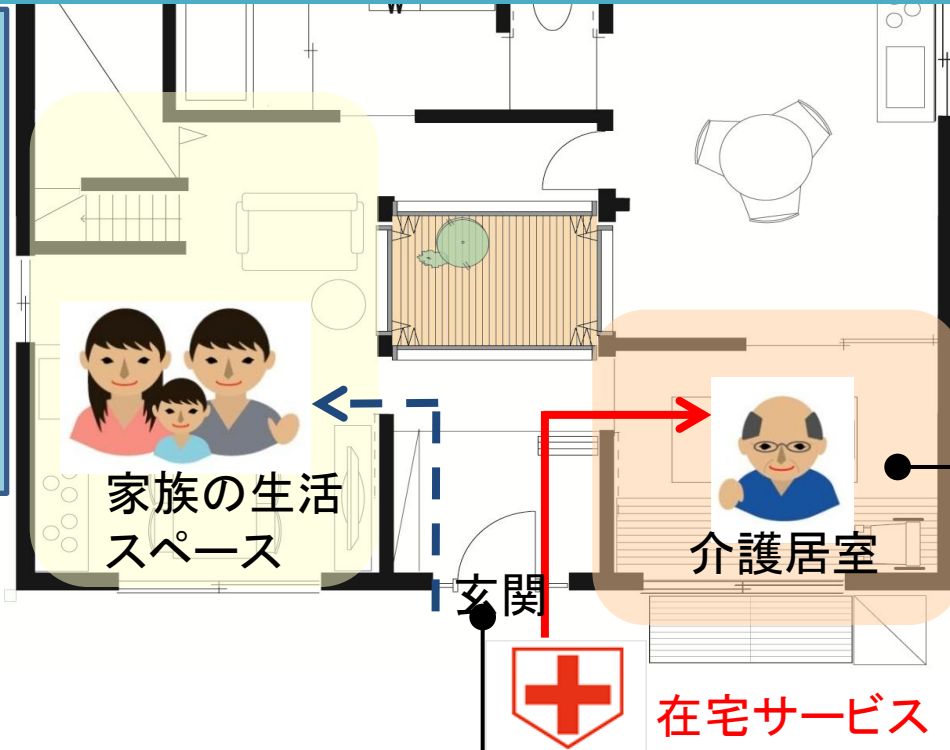
将来介護居室になる居室は、サービス提供しやすい工夫

提供するサービスに必要な機器等が搬入できるような工夫が

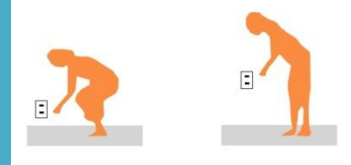
サービス提供者が利用する給湯・洗面機能を設置する  
\*新築時には配管のみ用意

通所サービスに行きやすい工夫

住宅から送迎車まで、つえ使用や介助車椅子での移動を想定し、住宅内のみならず、敷地内をバリアフリー化する



コンセントの差し込み口数や抜き差ししやすい位置に配慮する



夜間訪問サービスが入ることも想定し、出入口を工夫

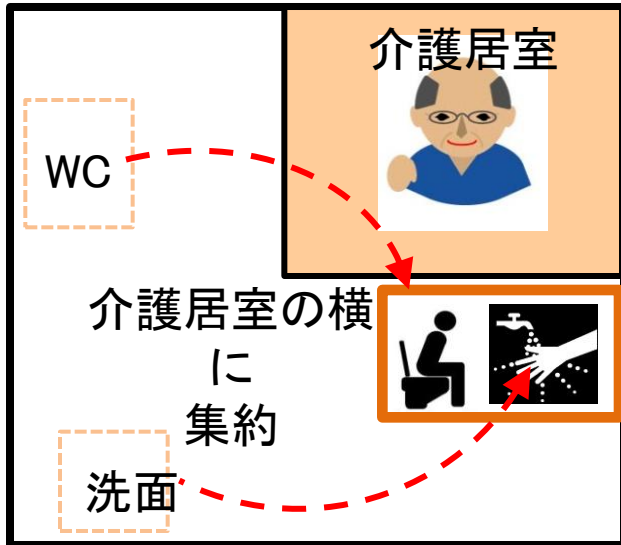
夜間の訪問サービス提供時は、サービス提供鍵の開閉を行うため鍵の取り扱いを工夫する（玄関外にキーボックスの設置等）



## (2) 要介護高齢者の身体状況に配慮する工夫

### ●トイレ・洗面の工夫

高齢者の居室の近くに水回りを一体的に配置する  
要介護高齢者がトイレに行ける工夫として、介護居室になる居室の近くにトイレや洗面所を集約させる



設備をつくりこみすぎずに、健康状態の変化に合わせて、福祉機器等を付加させる

### サポート必要度が低い時

- ・ 将来、手すりがつけられるような壁の仕様しておく
- ・ 出入口、室内の段差解消 等

健康状態の変化

### サポート必要が高くなったら

- ・ 身体機能の低下に併せて福祉機器を付加させる



便器での立ち座りが難しい場合、便座が上下し、立ち上がりを補助

### ●浴室の工夫

選択肢を活用しながら、サポートを受けて入浴させる

○入浴は「通所サービスの利用」「訪問入浴サービスの利用」「自宅の浴室を使用」の選択肢がある

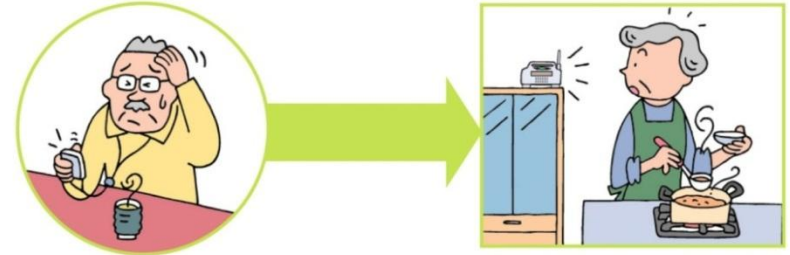
○自宅の浴室を使用する場合は、浴室の仕様をユニバーサルデザイン対応にすると共に、高齢者の要介護度に併せて、福祉機器を付加させる



# (3) 家族間のプライバシーを確保する工夫

機器を活用しながら、家族の負担を軽減させるため、機器を活用して見守る

- ・ 家族がいる場合、要介護高齢者の見守りとプライバシーの確保の双方に配慮した工夫が必要である
- ・ 家族の見守りを補完するため、機器を活用することも考えられる

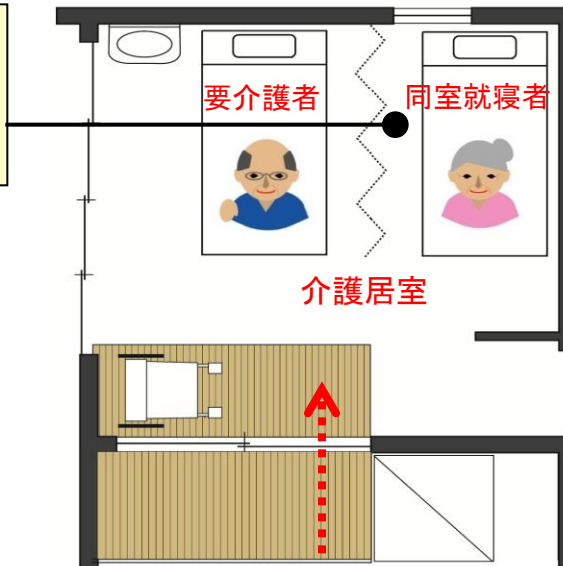


介護居室に同室の就寝者がいる場合は、同室就寝者のプライバシーに配慮する

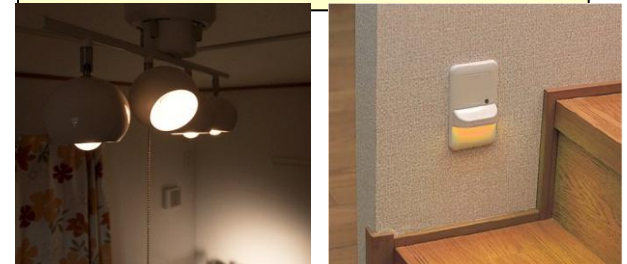
- ・ 介護居室に同室の就寝者がいる場合、夜間の訪問サービスが入ることを想定し、同室の就寝者の睡眠、プライバシーへの配慮が必要



アコーデオンカーテン等で介護居室と同室就寝者の寝室を空間的に隔てる



夜間訪問サービスが入った際、同室就寝者を起こさないようにスポットライト、フットライトを使用



在宅サービス  

# 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

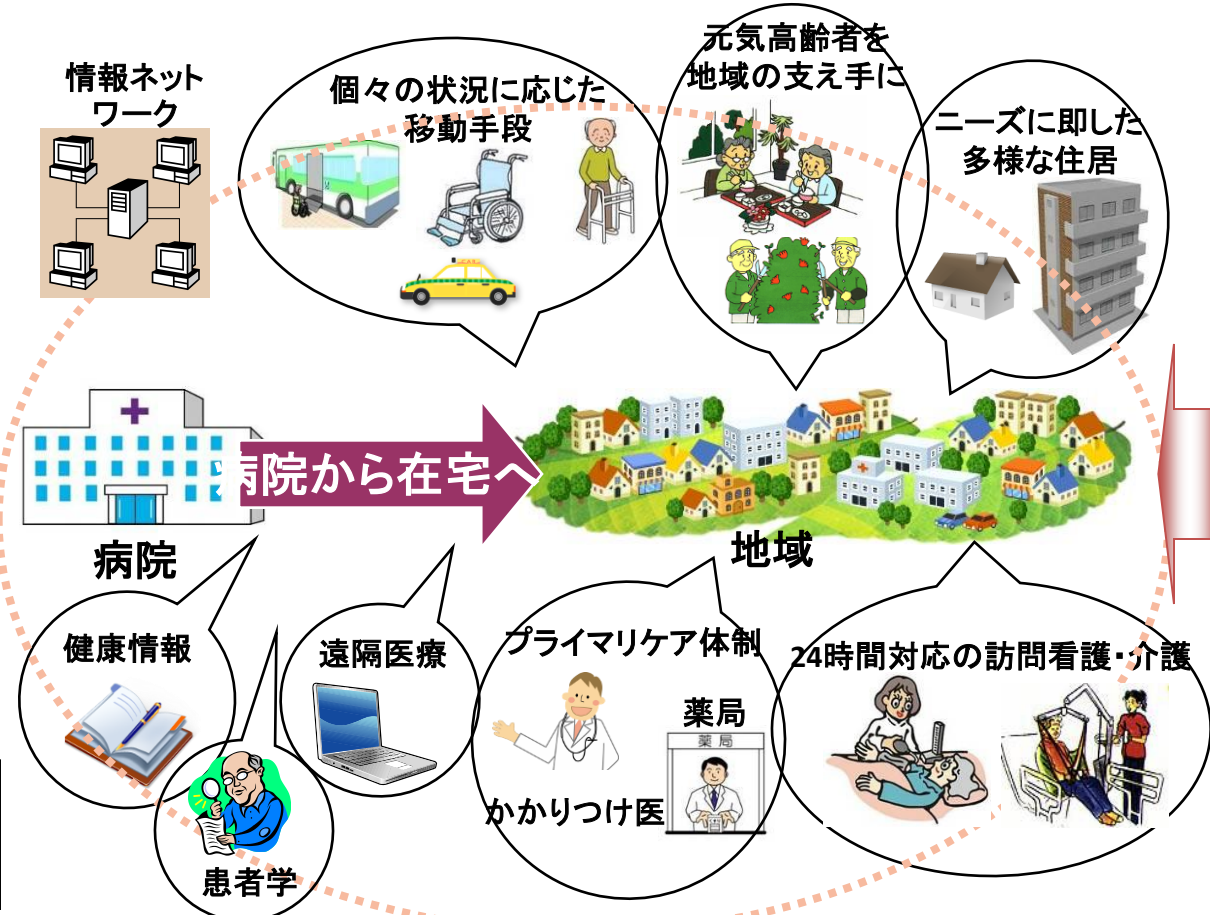


# ■豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

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

# 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。

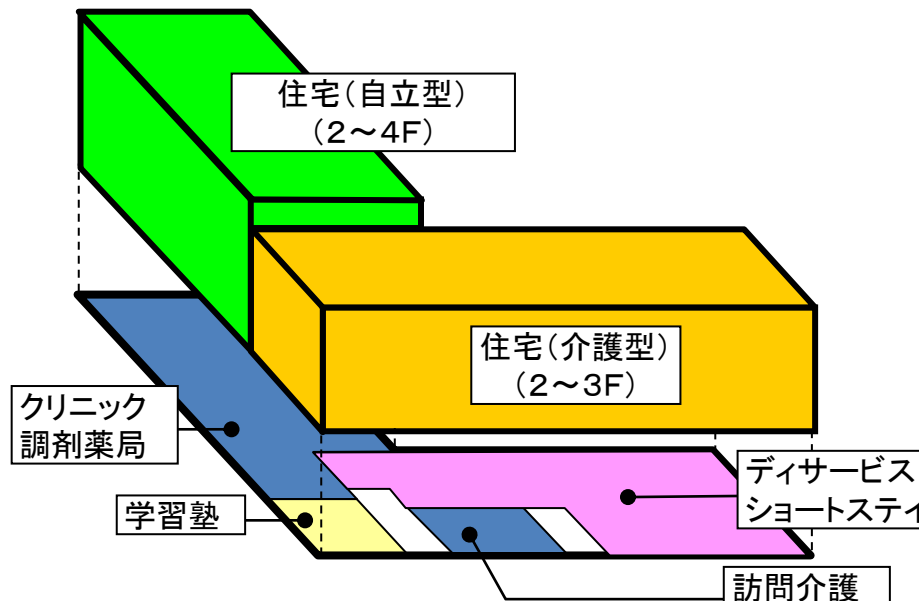
	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

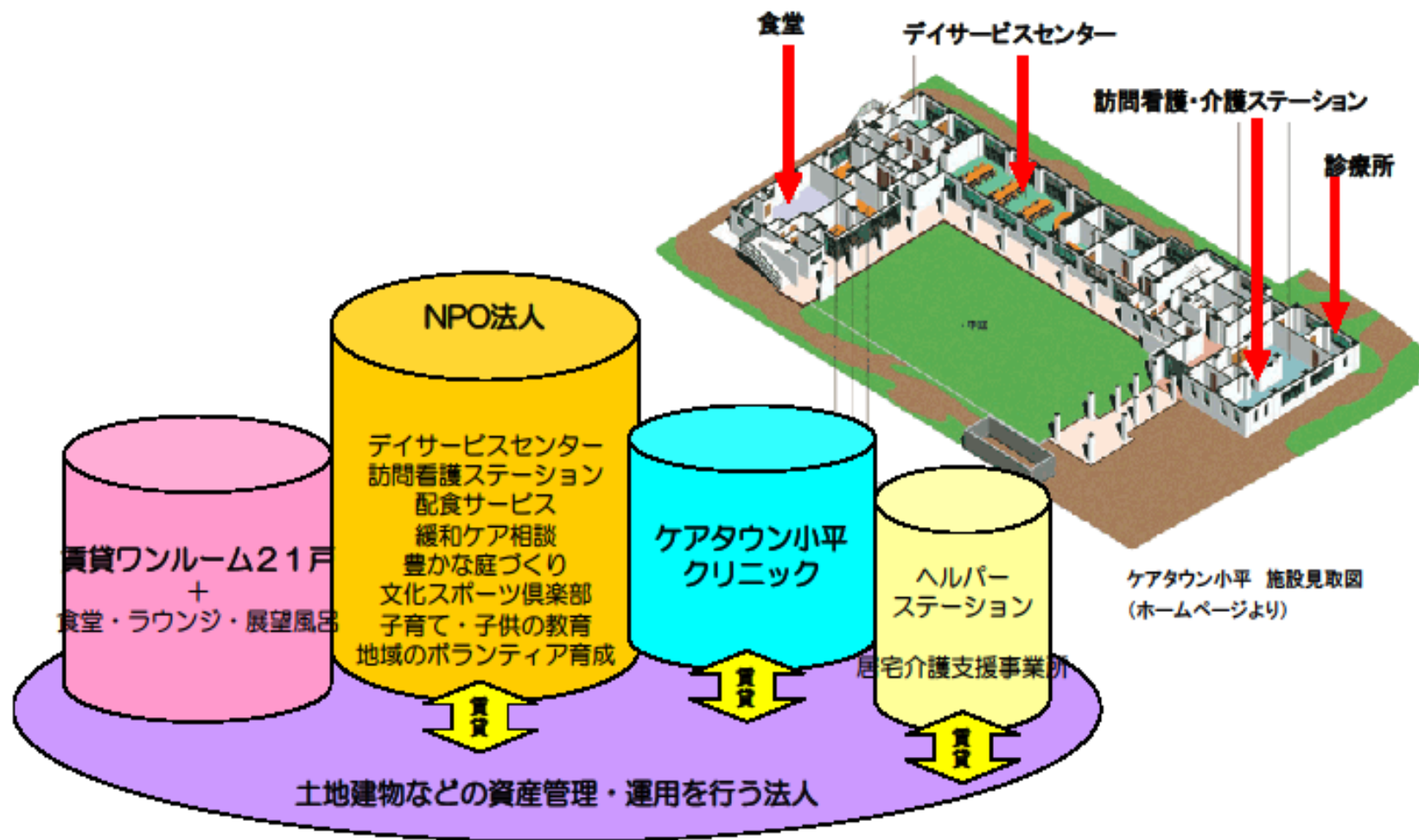
訪問介護、通所介護、短期入所  
居宅介護支援

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



グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例





# 地域包括ケアによる地域開発

- 地域包括ケアを中心としたまちづくり、例えばサービス付き高齢者向け住宅を中核とした、サービス展開や、その地域に応じたようなサービス提供を行うなど地域活性化につながるような取組が期待される。
- 例えば、米国のヘルスケアリートにおいては、投資対象にCCRC(※)があり、地域包括ケアやまちづくりに貢献している。

「ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の活用及び安定利用の確保に関する検討委員会」



# CCRC

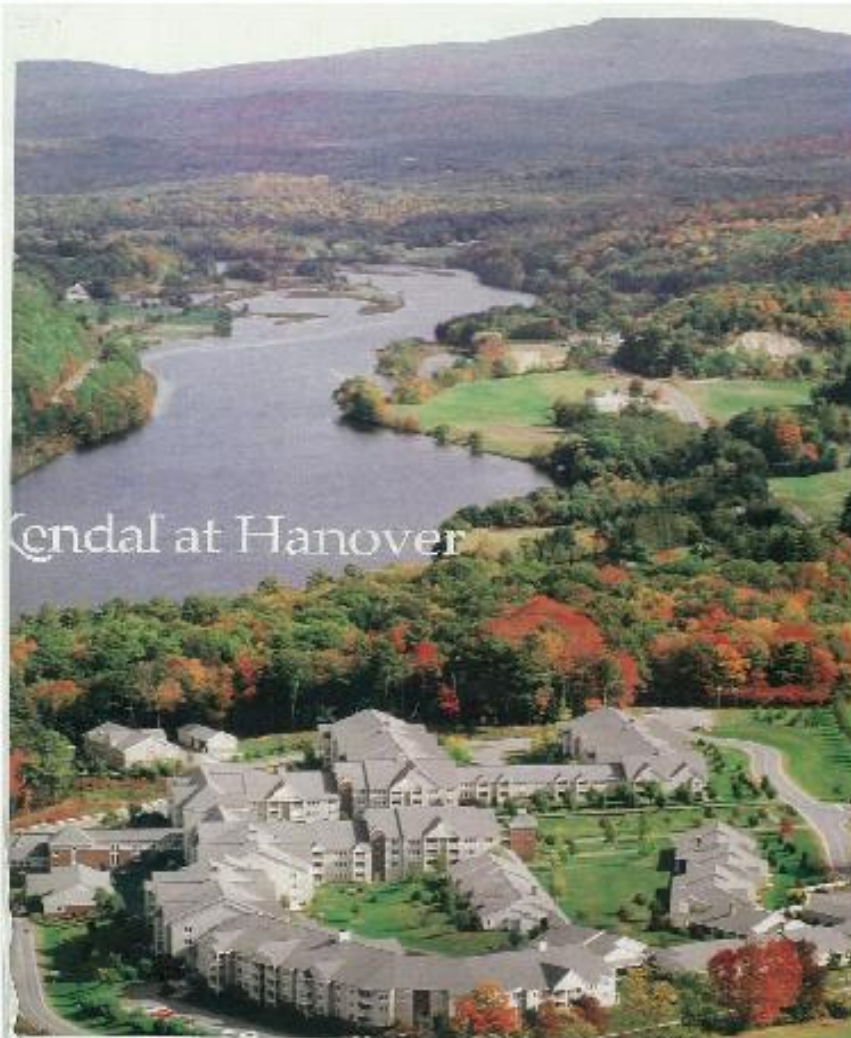
(Continuing Care Retirement Community)

- 高齢者が自立した生活を長く続けるための住宅モデル
- 自立型、支援型、介護型が一体となった高齢者向け住宅・施設のこと
- 健常者用、軽介護者用、重介護者用、認知症患者用の各施設を同じ敷地又は同じ建物に集約し、居住者が移転や更なるコスト負担がなく、安心して暮らし続けることができる高齢者コミュニティ
- 米国では「大学連携型リタイアメント・コミュニティ」がトレンド

## 米国の主な大学連携型リタイアメント・コミュニティ campus continuum.comより

	大学名	名称	所在地
1	ラッセルカレッジ	ラッセル・ビレッジ	マサチューセッツ州
2	アンダーソン大学	ユニバーシティ・ビレッジ	イリノイ州
3	アリゾナ大学	アカデミービレッジ	アリゾナ州
4	アーカンソーセントラル大学	カレッジスクエア	アーカンソー州
5	イサカカレッジ大学	イサカコミュニティ	ニューヨーク州
6	ミシガン大学	ユニバーシティコモン	ミシガン州
7	ノートルダム大学	ホーリークロスビレッジ	インディアナ州
8	ペンシルバニア州立	ビレッジ・アット・ペンステイト	ペンシルバニア州
9	フロリダ大学	オークハンモック	フロリダ州
10	デューク大学	フォレスト・アット・デューク	ノースカロライナ州
11	バージニア大学	コロナーデ	バージニア州
12	ジョージア大学	ジョージアクラブ	ジョージア州
13	カリフォルニア大学 デービス校	ユニバーシティ・リタイアメント コミュニティ	カリフォルニア州
14	スタンフォード大学	クラシック・レジデンス	カリフォルニア州
15	ダートマス大学	ケンダル・アット・ハノーバー	ニューハンプシャー州

# 大学連携型CCRC ケンダル・アット・ハノーバー(ダートマス大学)



場所: ニューハンプシャー州ハノーバー

連携大学: ダートマス大学

提携病院: ダートマス大学病院

設立: 1991年

敷地: 26万㎡(約8万坪)

事業者: ケンダル社

居住者数: 約400人

居住者平均年齢: 84歳

長生きで健康

居室: 約350居室

(認知症10室、重介護用30室)

入居率98%

収入: 約20億円

利益: 約1.5億円

従業員: 約300人

ビジネス化

地域に雇用

世代交流

ハノーバーの人口: 約11,000人

ダートマス大学の学生数: 5,800人

# ハノーバーの街の魅力～学習、芸術、医療面での充実



ダートマス大学（学問）



シニア講座（生涯学習）



ホプキンスセンター（芸術）



ダートマス・メディカルセンター（医療）

# ケンダル・アット・ハノーバー 概観



26万㎡の敷地



350戸の居室:健康状態に応じて居住



戸建てタイプ



室内

月額家賃2千4百～4千5百ドル 入居金13万～44万ドル  
食事・清掃付、税控除あり

## 元気シニアのライフスタイル



レストラン:一緒に食べる「食縁」



平均年齢84歳の元気シニア

## 元気シニアのライフスタイル



約80のサークル: 社交ダンス  
再びキャンパスライフを満喫



人気の麻雀



## ダートマス大学の生涯学習講座 多様な約50の講座

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

### 成功要因

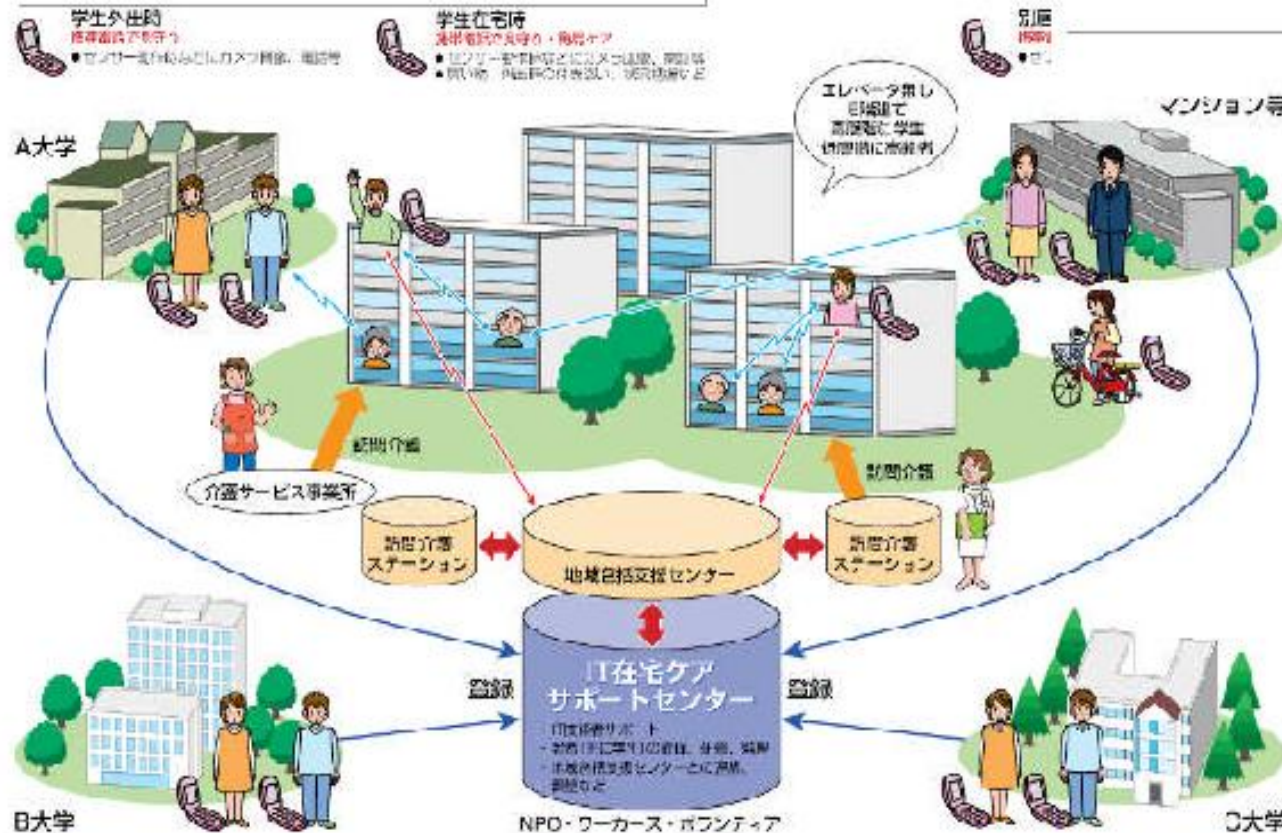
- ・キャンパスライフを楽しむ
- ・多彩な講座
- ・知的刺激
- ・ゴルフ三昧の脱却
- ・ディスカッション中心の講義



## 日本への示唆: その3 多世代共生CCRC

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

都市型  
近郊型  
地方型



# 日本版CCRC

## 21世紀版多世代共生

### 「長屋型ネットワークモデル」

- 高齢者の新しい暮らしのデザインは、21世紀版多世代共生「長屋型ネットワークモデル」
- 最新式のIT設備や医療・介護の緊急通報サービスや見守り、生活支援サービスと、旧来の古き良き長屋生活をマッチさせた新しいデザインが必要

21世紀の火の見櫓からはICT

生活支援と井戸端コミュニティ



- 江戸時代の長屋

# パート5

## ヘルスケアリート検討会より

「ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の  
活用及び安定利用の確保に関する検討委員会」

取りまとめ 骨子(案)

2013年2月

# 目次

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

# 1. 検討背景・目的

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



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



## 証券化の活用事例

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

# 1. 検討背景

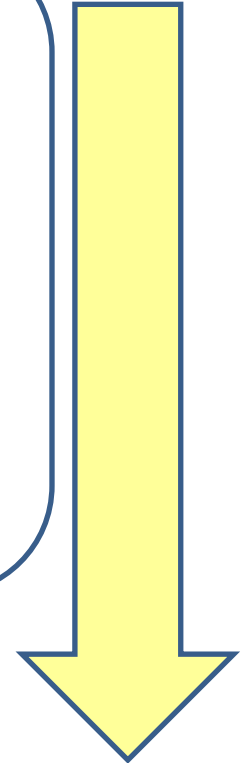
## ヘルスケアリートへの期待

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

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

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

一方で、



## 証券化への不安

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

# 1. 検討背景

そのため、



ヘルスケアリートの設立に向けた環境整備を検討

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

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

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



## 2. ヘルスケア施設における証券化の現状

### 2. 1ヘルスケア施設の規模

証券化されている住宅やオフィスと比べ、全体的な規模は小さい。また、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅については、地主の有効活用案件が多い。

- (1) サービス付き高齢者向け住宅
- (2) 有料老人ホーム
- (3) 病院

### 2. 2ヘルスケア施設の耐震化の現状

有料老人ホーム等の施設の耐震化率は、介護保険導入以降に建設されたものが大部分で、当初より耐震構造での建設が図られていたため90%台と高い。

病院は、耐震化が建築基準法で義務付けられる以前に建設された建物が多く存在し、結果的に耐震化率は低水準にとどまっているものと考えられる。

## 2. ヘルスケア施設における証券化の現状

### 2. 3サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム及び病院の現状

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

### 2. 4ヘルスケア施設の証券化の実例

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

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

### 2. 5米国のヘルスケアリートの実況

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

(1)ヘルスケアリート

(2)米国のヘルスケアリートオペレータ

# 3. ヘルスケア施設における証券化の論点

## 3.1 証券化のメリット・デメリット

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

### メリット

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

特にリートのメリットとして

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

# 3. ヘルスケア施設における証券化の論点

## デメリット

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



誰にとってのデメリット、メリットなのか、より具体的に分析をする必要がある

# 3. ヘルスケア施設における証券化の論点

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

## 3.2 ヘルスケアリートの関係者

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

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

# 3.3 各関係者にとっての論点

## (1) 利用者にとっての論点

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

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

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

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

# 3.3 各関係者にとっての論点

## (2) オペレータにとっての論点

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

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

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

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

# 3.3 各関係者にとっての論点

## (3) 投資家にとっての論点

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

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

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



# 3.3 各関係者にとっての論点

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

## 4. ヘルスケア施設の証券化 対応の方向性

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

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

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

# 4. ヘルスケア施設の証券化 対応の方向性

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

## (1) 普及啓発の強化

赤字は対応する3. 3の論点

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

3. 3(1)①～④、(3)①、④、⑥

## (2) ヘルスケアリートが留意すべき事項

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

- ① 利用者の安定利用の確保、賃料収入の安定性の確保等の為には、平素からオペレータの事業運営のモニタリングの充実に努めるとともに、万が一の場合におけるオペレータ交代手続きの確認等を行っておくべきではないか。 3. 3(1)①、(3)④

# 4. ヘルスケア施設の証券化 対応の方向性

## (2) ヘルスケアリートが留意すべき事項

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

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

3. 3(1)①、②(2)①、②

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

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

3. 3(1)④、(2)①、③、(3)④

## 4. ヘルスケア施設の証券化 対応の方向性

### (3)ヘルスケアリートから運営を任されるオペレータの評価の充実

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

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

3. 3(3)①～③

### (4)地域活性化

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

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

3. 3(3)⑤

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

# 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
- **3月下旬発売予定、現在、予約受付中**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



# まとめと提言

- ・社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザイン
- ・グランドデザインの推進エンジンは医療計画と報酬改定
- ・地域包括ケアシステムのポイントは医療と介護の連携と地域づくり、街づくり
- ・大規模、多機能、高機能のサービス付き高齢者住宅をヘルスケアリートで実現させよう。
- ・情報付加価値の高い「e-サ高住」を作ろう

# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.or.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)