



cutting through complexity™

# 日米の高齢施設・住宅の現状と 日本版CCRC構想に対する示唆

2015年5月14日

KPMGヘルスケアジャパン株式会社

取締役・パートナー 松田 淳

# 本日のアジェンダ

1. わが国の高齢者施設・住宅の現状
2. 米国の高齢者施設・住宅（シニアリビング）の現状
3. 日本版CCRCに対する示唆
4. 米国の高齢者施設・住宅のファイナンス手法

KPMGヘルスケアジャパン株式会社はKPMG International のメンバーファームです。

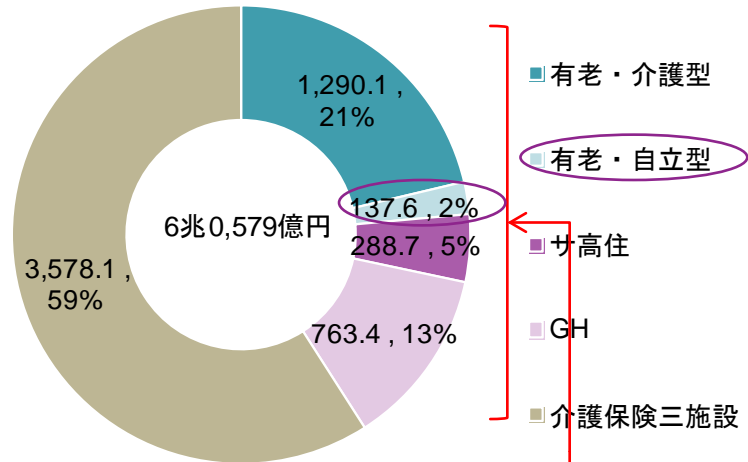
この資料は、KPMGヘルスケアジャパン株式会社（以下「当社」といいます。）が制作したもので、本資料の内容の全ての点において、当社の著作権法上の「著作物」と不正競争防止法上の「営業秘匿」を含んでおります。本資料に記載される当社のアイデア及びコンセプト等は、当社のスキル・能力等ご評価頂くことを目的としており、無断転写転載につきましては、ご遠慮いただきますようお願い申し上げます。本資料のいかなる利用についても、交渉と合意、そして特定の契約書へのサインが必要とされます。

ここに記載されている情報はあくまで一般的なものであり、特定の個人や組織が置かれている状況に対応するものではありません。当社は、的確な情報をタイムリーに提供するよう努めておりますが、情報を受け取られた時点及びそれ以降においての正確さは保証の限りではありません。何らかの行動を取られる場合は、ここにある情報のみを根拠とせず、プロフェッショナルが特定の状況を綿密に調査した上で下す適切なアドバイスに従ってください。

# わが国の高齢者施設・住宅の現状 市場規模および施設供給状況

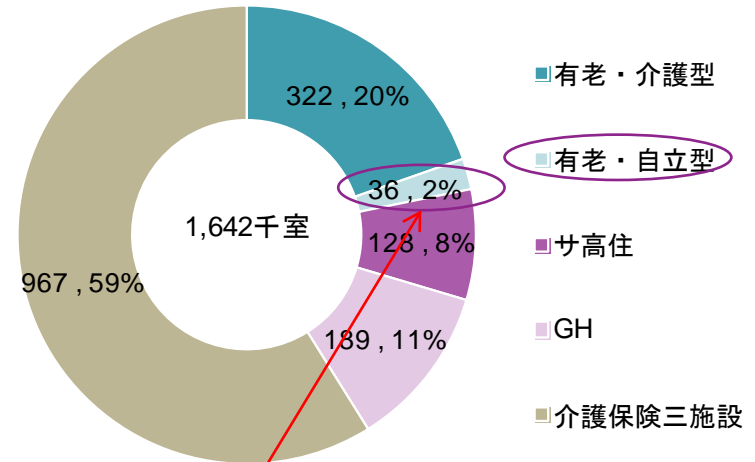
高齢者施設・住宅の市場規模は、介護保険3施設を含む広義の意味では6兆円、1,642千室を超える規模となっており、このうち民間の営利企業が営み得る市場は全体のおよそ40%を占めている。自立者向け施設・住宅は、現時点では有料老人ホームの自立者向け施設が大層を占めているが、その割合は市場全体の2%程度、営利企業が参入できる市場の中でも5%程度に留まっている。

高齢者施設・住宅 市場規模  
(推計売上指標、単位：10億円、14/6月推計)



・ 営利企業が営みうる事業は、シニアリビング市場全体の約40%を占めるに至っている

高齢者施設・住宅 居室数  
(単位：千室・床、14/6月推計)



・ 自立者向け施設・住宅は、供給されている居室全体の2%程度に過ぎない

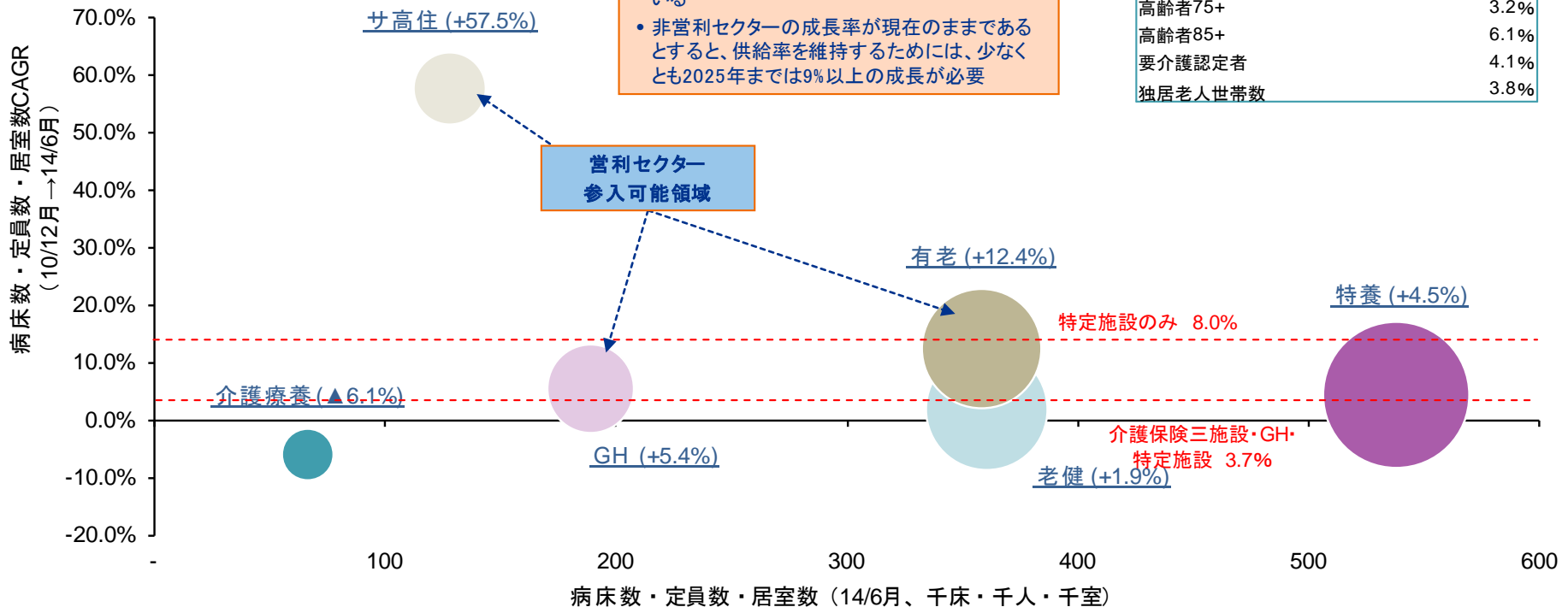
Note: (1) 推計売上指標とは、KPMGが横比較を可能とするために一定の前提条件のもとに高齢者施設・住宅の年間売上水準を試算・推計したものである  
(2) 居室・定員指数も同様にKPMGが算定基準を設けて居室、定員数を合算したものである  
(3) 高齢者向け分譲住宅は含まない  
(4) 2014年6月時点のデータに基づき、同試算結果を年換算した値

Source: 各種行政開示資料を基にKPMG作成

# わが国の高齢者施設・住宅の現状 成長率

年次平均成長率(居室数ベース)で見た場合、特に成長が著しいのは有料老人ホームとサ高住を中心とした営利企業を中心としたセクターである。

施設類型別供給量・成長率 (10/12月～14/6月)



Notes: (1) 病院は病床数、介護施設は、高専賃貸/サ高住を除き居室数を表している。高専賃貸/サ高住については、戸数を用いている  
 (2) 高齢者向け分譲住宅は含まない

Source: 厚生省 医療施設調査、病院報告、人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」ほか、各種行政開示資料を基にKPMG作成

# わが国の高齢者施設・住宅の現状

## セグメント(要介護・自立、ならびに価格帯)毎の状況

わが国の高齢者施設・住宅は、介護保険制度導入による効果もあり、要介護者向け、中でも価格設定の低い施設の市場規模が大きく、成長も高い点に特徴があり、後述する米国市場の状況とは大きく異なっている。自立者向けについては、中価格帯以上の施設(実態としては比較的高価格帯施設)が中心となっており、現時点では一定以上の所得層の高齢者を対象とした施設・住宅となっている。

### セグメント別市場規模、成長率

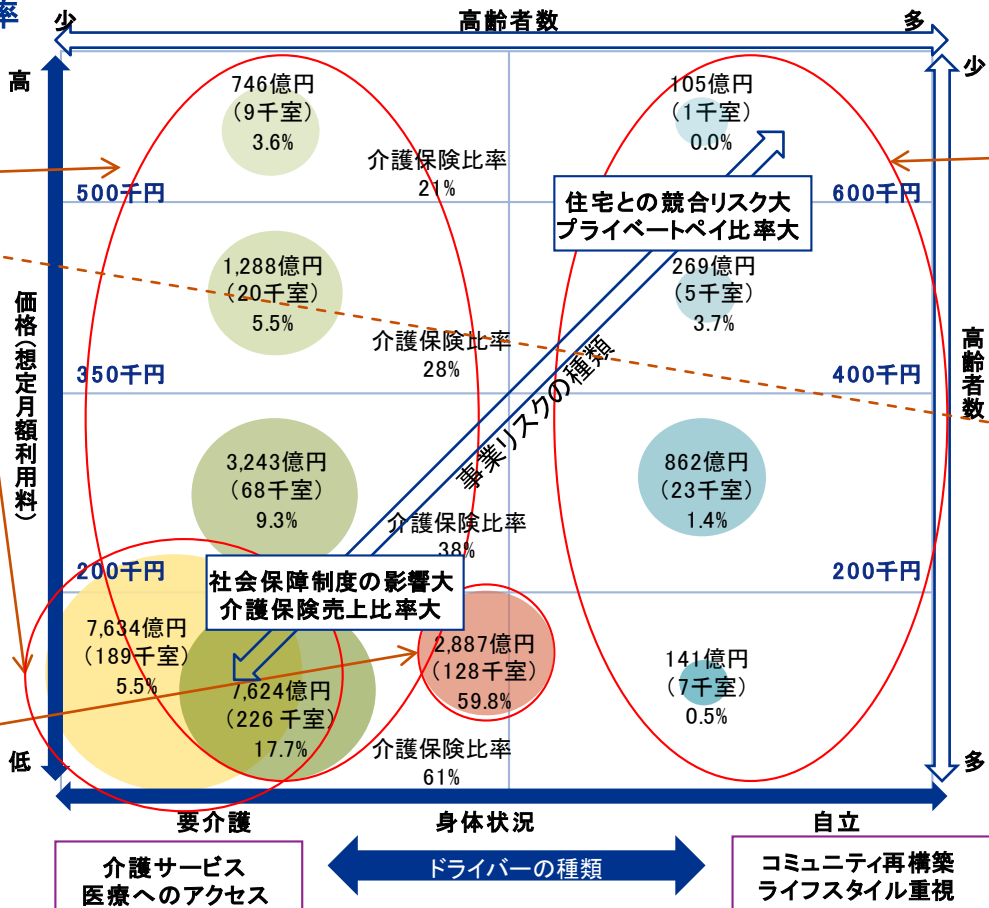
有料老人ホーム(介護者向け)	
市場規模	1兆2,901億円
施設数	9,307施設 (322千室)
平均居室数	35室
CAGR	14.4% (10/12→14/6)

グループホーム	
市場規模	7,634億円
施設数	12,475施設 (189千室)
平均居室数	15室
CAGR	5.5% (10/12→14/6)

サービス付き高齢者住宅	
市場規模	2,887億円
施設数	4,097施設 (128千室)
平均居室数	31室
CAGR	59.8% (10/12→14/6)

有料老人ホーム(自立者向け)	
市場規模	1,376億円
施設数	476施設 (36千室)
平均居室数	78室
CAGR	1.5% (10/12→14/6)

- 平均居室数は要介護者向けで35室、自立者向け施設で78室となっている。(いずれも有料老人ホーム)
- 一定規模以上の事業者の居室規模はもうすこし大きく、それぞれ50~70室、150~250室程度である。(300室程度の施設を展開する事業者も数社存在)
- 後述する米国の施設と比較すると、日本の要介護者向けは米国と同規模、自立者向けはかなり小規模といえる

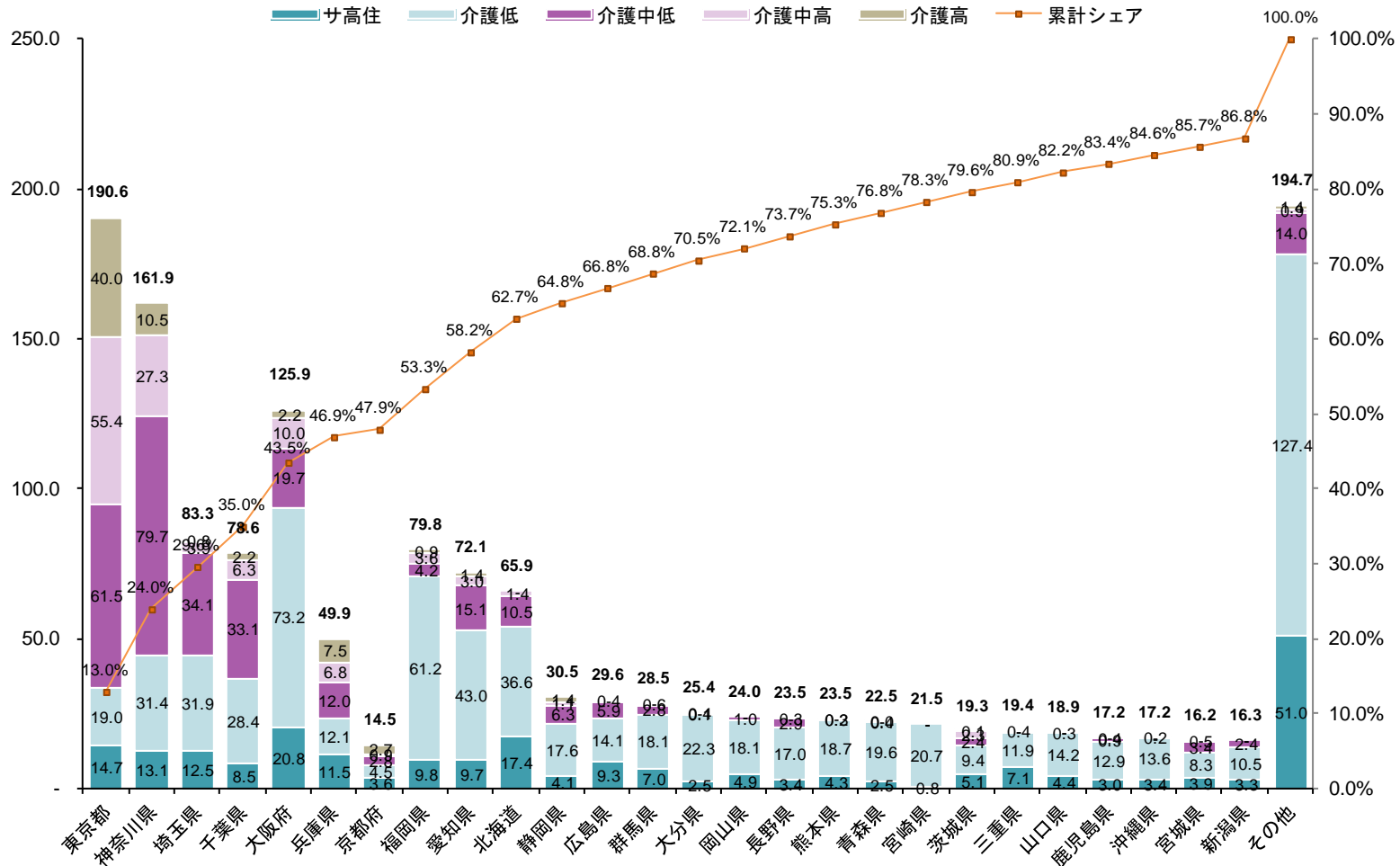


Note : (1) 想定月額とは、入居一時金を要介護者向けは60カ月、自立者向けは180カ月で除し月額利用料に加えたもので、入居者の負担感のイメージを示したものである(会計上の売上とは異なる点に留意が必要)  
 (2) 介護保険サービス(介護保険の自己負担分、介護保険給付額)を含まない(米国との比較では留意が必要)

# わが国の高齢者施設・住宅の現状 地域性(要介護者向け施設・住宅)

有料老人ホーム、サ高住は地域によって発展形態が異なっている。特に価格セグメントの観点からは、多様性のある地域、高価格帯が展開されている地域は限定されている。

地域別の要介護者向け高齢者住宅市場カテゴリ・ミックス (13/12月推計売上指標ベース、単位：十億円)



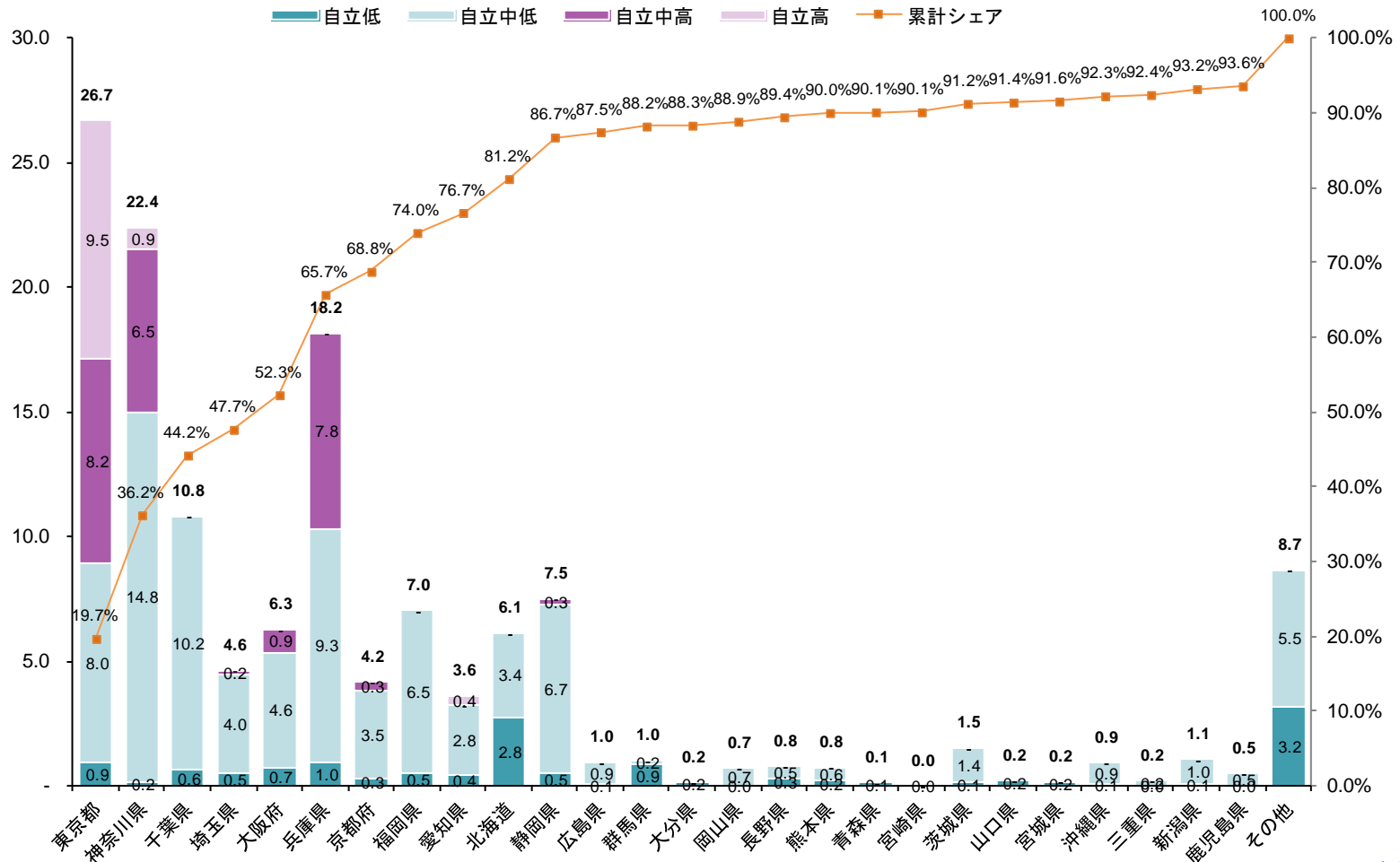
Source: 各種データからKPMG作成

# わが国の高齢者施設・住宅の現状

## 地域性(自立者向け施設・住宅)

自立者向け施設については、これまでのところは展開されている地域が極めて限定的となっている。

地域別の自立者向け高齢者住宅市場カテゴリ・ミックス (13/4月推計売上指標ベース、単位：十億円)



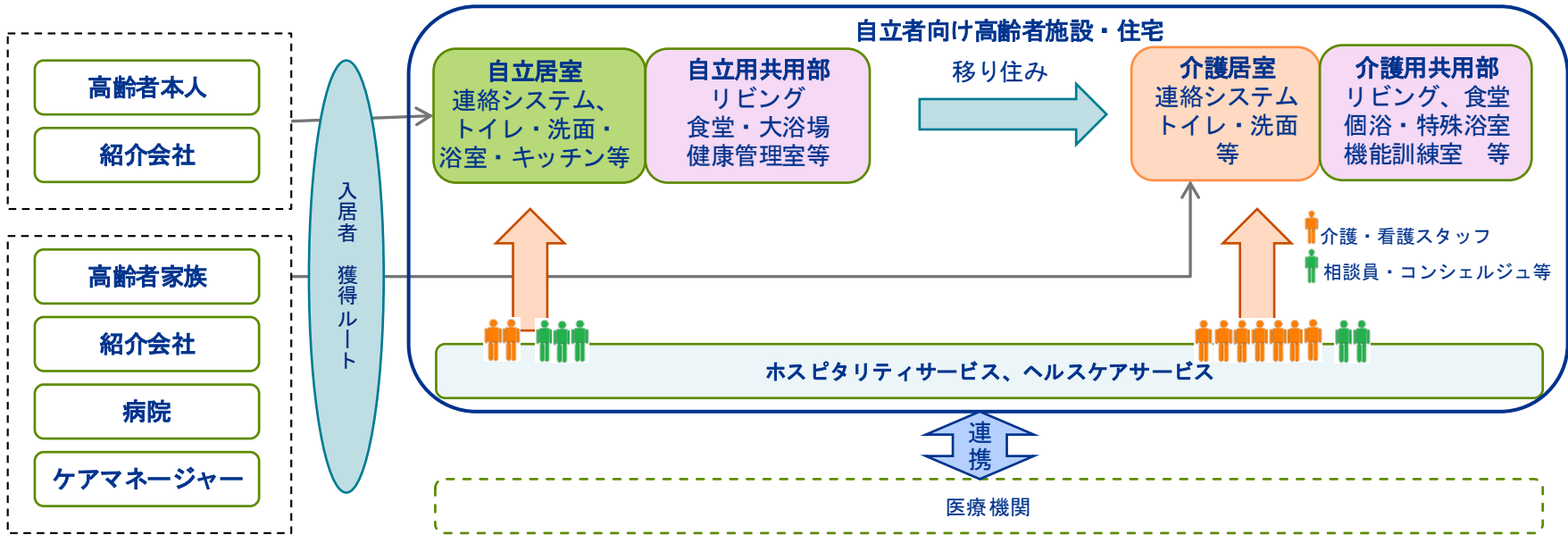
Source: 各種データからKPMG作成

# わが国の高齢者施設・住宅の現状

## 自立者向け施設・住宅の事業モデル(基本構造の代表例)

わが国の自立者向け有料老人ホームは、多くの場合、要介護状態となった際の移り住み先として、介護居室を有している。また、自立者向けに限らず、要介護者向けも終身利用的な施設運営を行っており、かかる観点からはCCRC的色彩を有しているとみることが出来る。また、価格設定の面からは、入居一時金制度、介護保険制度の存在により、移り住みによる入居者の自己負担金額の変動幅は比較的小さく、入居者が自らの将来的な経済的負担を予測しやすいモデルとなっている。

### 自立者向け有料老人ホームの基本構造



#### 入居者属性と入居期間

- 自立者向け(介護居室移り住み後を含む)の平均年齢は80歳程度、平均入居期間は180カ月～240カ月程度に及ぶ
- ちなみに、要介護者向けは平均年齢85歳程度、平均入居期間は48～72カ月程度
- 入居者には、自立者向け、要介護者向けにかかわらず、終身入居意識が強い

#### 自立居室・介護居室の運営状況

- 多くの自立者向け施設では、介護居室を併設
- 規制上の移り住みルールはないが、事業者側が入居者の身体状況により、施設内の第三者委員会の判断、家族との合意により、身体状況(平均的には要介護3程度)での移り住みを促しているケースが多い

#### 価格設定

- 介護居室への移り住みによって、若干の月額費用の上昇がある施設と、同一価格の施設が存在するが、価格変動の幅は大きくない
- 基本的な考え方として、要介護者向け、自立者向けともに、月額利用料は年金プラスαで金額設定、それを超える部分は入居一時金として徴収する形が多い

Source: KPMG作成



# わが国の高齢者施設・住宅の現状

## 自立者向け施設・住宅の事業モデル(展開モデルの代表例)

わが国の自立者向け施設・住宅の展開モデルとしては、自立居室と要介護居室が同一立地のものと、立地が異なるものが存在するが、前者が中心的に展開されている。後述する米国のモデルとの比較では、いずれのモデルもコミュニティの規模が小さく、提供サービスの多様性と事業性をバランスさせることが課題となっている。なお、立地の異なるモデルの場合、たとえ同一地域内であっても、高齢者が移り住みに抵抗感が示す点に留意をする必要である。また、別事業者の提供が前提となる医療サービスについて、安定的提供を実現するための工夫が必要である。

### わが国の自立者向け有料老人ホームの展開モデル例

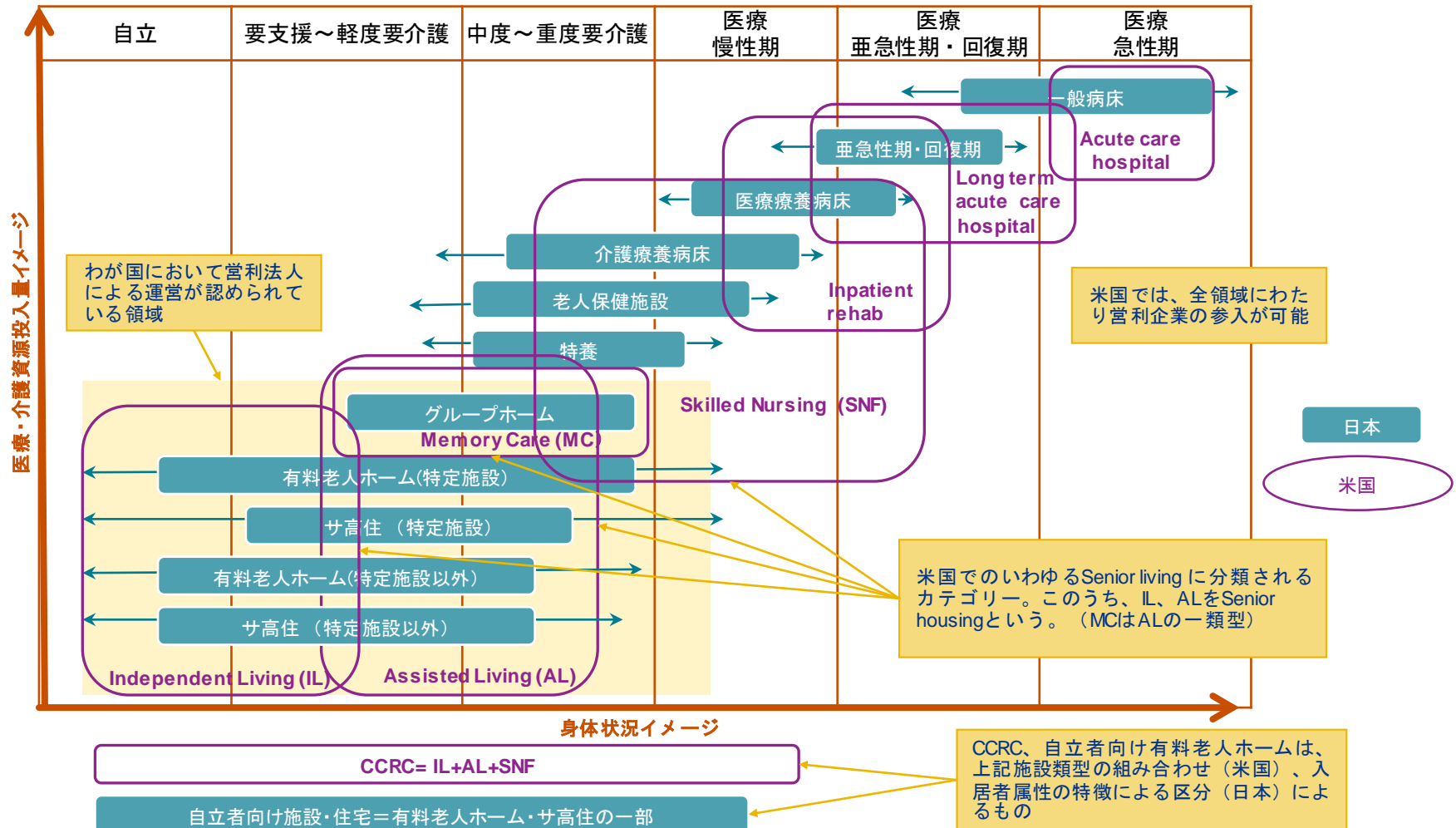
	施設完結型・独立展開モデル(自立・要介護居室同一立地)	地域クラスターモデル(別立地)
イメージ		
展開モデル概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立居室に介護居室を併設(同一立地)</li> <li>首都圏中心部高級立地における超高価格帯から高価格帯での展開、および郊外都市における高価格帯から中価格帯での展開が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同一地域において、自立者向け単独施設、介護型施設、自立・介護併設施設などをクラスター的に展開</li> <li>郊外都市における展開が中心で、高価格帯から中価格帯中心</li> </ul>
施設規模	<ul style="list-style-type: none"> <li>150室前後規模での展開が主流、ただし郊外都市での展開では、一部300室以上の展開がみられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室数は30~130室程度と小規模</li> <li>居室数の少なさによる経済性も背景となり共用部分は小さい</li> </ul>
自立者向け提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内で様々なクラブ活動を実施(意図的に非積極的な施設も存在)</li> <li>食堂は一部施設を除き1か所程度(自立者の喫食率は高くない)</li> <li>自立入居者数の大きさを事業性を確保できる施設内サービスが決まる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>共有部も小さめであり、また施設内の提供サービスは限定的</li> <li>食堂は1か所であり、食事のパラエティも限られる</li> <li>施設の外、すなわち地域との一体性確保が課題</li> </ul>
介護提供体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立居室も特定施設である場合が多く、自立居室、介護居室ともに介護サービスを提供する機会が多い</li> <li>身体状況悪化時(介護3程度)に介護居室への移り住みを促し、介護居室で介護を提供する</li> <li>移り住み者は自立居室の15~30%程度であり、自立居室規模が小さいと介護居室の事業性確保のための工夫が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>オペレーター自身が提供する介護を受けるためには、立地の異なる介護施設に移り住みが必要(追加費用が必要な場合も多い)</li> <li>居住地の変更については、同一地域内であっても、入居者に抵抗感があるため、何らかの対策が必要</li> <li>介護度が低い場合、自立居室で他社の在宅介護を利用する</li> </ul>
医療バックアップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師常駐、保険医療機関併設される場合が多い</li> <li>人間ドック、定期健診・健康相談が基本料に含まれる場合がある</li> <li>医療サービス提供者は他事業者であり、安定的提供には工夫が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般的なサ高住等の自立者向け施設では、看護師常駐やクリニック併設は行われない</li> <li>定期健診・健康相談が基本料に含まれる場合がある</li> </ul>

# 米国の高齢者施設・住宅（シニアリビング）の現状

## 日米の施設・住宅についての対応イメージ

日米の高齢者施設・住宅カテゴリーを対比させると、以下のようなイメージとなる。

日米のケアセッティング対比イメージ



Source: KPMG作成。

# 米国の高齢者施設・住宅（シニアリビング）の現状

## 施設・住宅類型概要

米国の高齢者施設・住宅は、一定の身体状況に至った場合、比較的明確な基準で移り住みが生じる仕組み（ライセンス形態）となっている。

### 施設タイプ別の概要

	概要	プライベートペイ割合
Independent living (IL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立者コミュニティで、一般的には不動産賃貸のみではなく、サービスが提供されるものを指す</li> <li>サービスは、食事、移動手段、ソーシャルゼーション（レクリエーション活動等）</li> <li>基本的には通常の集合住宅と同様の規制環境</li> <li>ALのライセンスを必要とするサービスは提供できない</li> </ul>	100%
Assisted living (AL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>一定数の高齢者に対して身支度、入浴、食事、服薬についての支援、医療機関への送迎などのサービスを提供（当該サービスの提供のためにライセンスが必要）</li> <li>ILのサービスも提供</li> <li>原則として、継続的な24時間看護が必要となった場合、寝たきりとなった場合、入居者は退去させることが必要（例外規定あり）</li> <li>公的保険のカバーはないが、民間保険（LTCI）には、期間限定の支払いを受けられるものがある（民間のLTCI加入割合は10%程度に留まる）</li> </ul>	100%
Memory care (MC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者に対するケアを提供</li> <li>MCはALの一類型との位置付けられており、入居募集を行うためには、認知症に対する研修の実施等の別途の要件が定められている</li> </ul>	100%
Skilled nursing facility (SNF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>継続的な看護サービスを提供</li> <li>ただし、公的給付範囲の削減が続く中、リハビリの提供による在宅復帰機能を強化・拡大しており、いわゆる長期滞在入居者の割合が劇的に減少している</li> <li>公的保険のうちMedicareは、病院入院が3日以上、退院時の100日間のみ（20日まではフルカバー、21-100日まで\$157.50/日カバー）、その後は全額自己負担となる。</li> <li>Medicaidには期間限定はなし</li> <li>民間保険のLTCI加入者は超過期間の一部カバーあり。</li> </ul>	33% (Medicare 25%, Medicaid 42%)

プライベートペイ割合とは、利用料のうち、利用者個人が負担する金額の割合をいう

Note: (1) 各施設タイプの要件は、主にカリフォルニア州の規制に基づいて記載している。

(2) LTCIとは、Long term care insuranceを指す

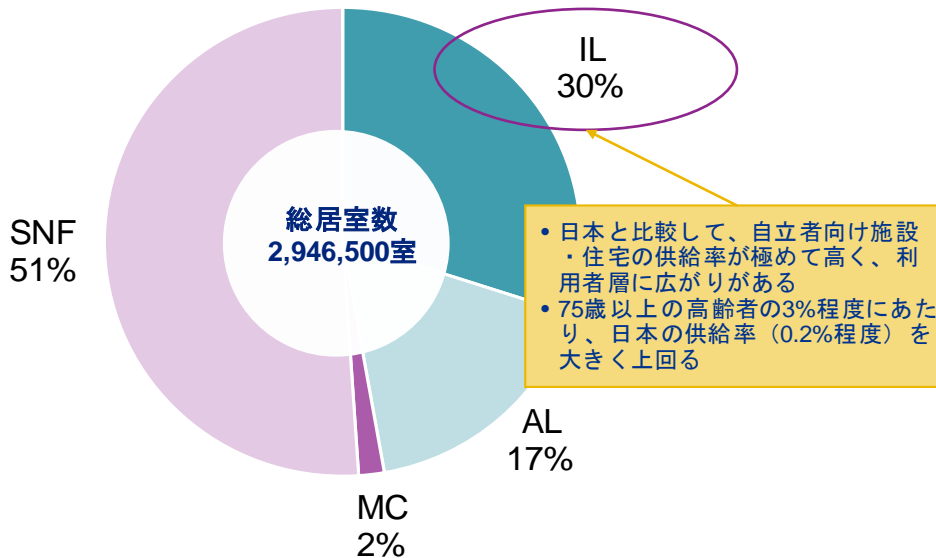
Source: 各種資料よりKPMG作成

# 米国の高齢者施設・住宅（シニアリビング）の現状

## 施設・住宅の類型別供給状況

米国においては、自立者向け施設・住宅が日本より広く浸透しており、75歳以上高齢者に対する供給率は日本の10倍以上となっている。かかる状況を背景として、ILの施設あたり居室規模も日本と比して大きく、施設内の大きなコミュニティに対して、多様なサービスを経済合理性のある形で提供しうる状況となっている。

施設類型別の構成割合  
(居室数ベース/2014年9月末現在)



Note: 施設数、居室数は、各種団体開示数値（推計数値を含む）は、団体により数値が異なるため、一定基準以上の施設を対象とした数を採用しており、ライセンス数、登録数に対する網羅性はない

Source: 各種データからKPMG作成

施設類型別の施設数、居室数、開設主体の状況

	施設数/居室数	平均居室数	開設主体
IL	4,060施設 883,500室	218室	● 営利法人51% ● 非営利法人49%
AL	6,305施設 507,500室	80室	● 営利法人86% ● 非営利法人14%
MC	1,060施設 51,000室	48室	● 営利法人94% ● 非営利法人6%
SNF	11,270施設 1,504,500室	133室	● 営利法人74% ● 非営利法人26%
合計	<b>22,695施設</b> <b>2,946,500室</b>		

- 市場の大きさを背景として、施設規模は日本より大きい
- ILの平均居室数は218室だが、一般的な規模は300~500室以上、CCRCのILでは1千室を超える例もみられる
- かかる事業規模をベースに、施設内で多様なサービスを提供、レストランも複数あるケースが多くみられる
- ALについては、一般的な規模も70~90室程度が一般的

# 米国の高齢者施設・住宅（シニアリビング）の現状

## 施設展開形態および契約形態

米国における施設展開は単独型が中心であり、高齢者施設・住宅に住む高齢者の多くは、身体状況によって別立地の施設へ移り住みが必要となる。かかる状況において、CCRCは、施設数全体の9%弱ではあるが、同一立地においてサービス提供を継続して受けることができる施設類型である。なお、CCRCのうち、入居一時金型はCCRCの約半数程度、終身にわたり利用料が固定となるものはさらにその半数程度であり、日本とは様相が異なっている。

### 施設展開形態（2013年9月末現在）

	施設数 (構成比)	居室数 (構成比)	平均居室数
単独型	15,165施設 (66.8%)	1,628,000室 (55.2%)	107室
併設型	5,560施設 (24.4%)	684,500室 (23.2%)	123室
CCRC	1,970施設 (8.7%)	634,000室 (21.5%)	321室
合計	22,695施設	2,946,500室	

#### 単独型・併設型の契約形態

- 単独型、併設型ともに、契約形態はレンタル型（月額利用方式）が圧倒的に主流
- 施設移り住みにあわせて、月額利用料は変動

#### CCRCの契約形態

- レンタル型、一時金型がそれぞれ半数程度だが、レンタル型が増加している
- 特に営利企業での一時金採用は10%未満であり、日本とは異なった状況にある
- また、一時金のうち、終身利用料が完全固定となるもの（いわゆるタイプA）は、一時金方式のさらに半分程度であり、およそ4割の施設では月額利用料が移り住みに伴い変動し、ヘルスケアサービスについては、概ね出来高払い
- なお、米国における一時金は、介護・看護を中心としたサービス対価の前払いという認識が強く、国民皆保険である介護保険・医療保険が存在する日本の場合（日本の入居一時金は賃料前払いの色彩が強い）とは異なる点に留意が必要

IL、AL、SNFを併設するCCRCは全体の9%程度に過ぎない。

- 単独型施設は、施設数ベースで、全体の7割弱を占めている。
- わが国の終身利用的施設利用とは様相が異なる。

CCRCの一般的なサイズは、さらに大規模なものが多い。

わが国の自立者向け有料老人ホームの方が、利用者負担の変動が小さく固定的

Note: (1) 施設数、居室数は、各種団体開示数値（推計数値を含む）は、団体により数値が異なるため、一定基準以上の施設を対象とした数を採用しており、ライセンス数、登録数に対する網羅性はない

(2) 米国の入居一時金制度には、非返還型、返還型、一部返還型などが存在しており、日本の非返還型中心の市場とは異なっており、入居者にとっても、事業者にとっても、経済的、財務的な意味づけが異なる点に留意が必要である。

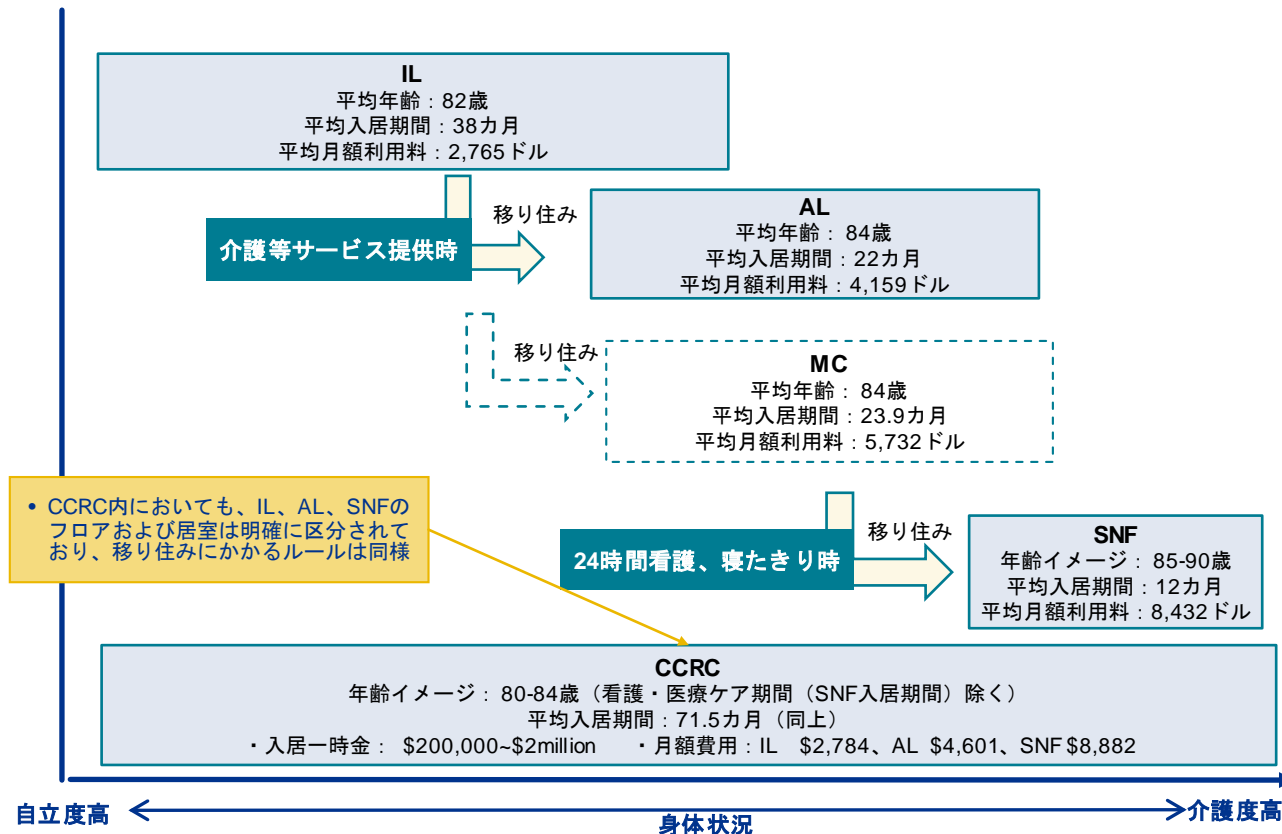
Source: 各種データからKPMG作成

# 米国の高齢者施設・住宅（シニアリビング）の現状

## 施設類型毎の特徴

入居者属性（ここでは年齢）の観点からは、各施設類型ともに日米で大きな乖離はないが、入居期間は米国の方が圧倒的に短く、移り住みによる経済負担の上昇も米国において著しい。なお、ヘルスケアサービス提供の観点からは、介護サービスの充実においては日本が先行者であると考えられるが、医療との連携については、保険制度や、後述するようなskilled nursingの新たな発展形態においては学ぶべき点があるとみられる。

### 施設類型による入居者属性、入居期間、月額利用料のイメージ



#### 移り住み状況、入居期間

- 制度環境を背景する明確な移り住み基準があり終身性は低い
- 同一立地で生活するためには、CCRCなどコスト負担の重たい施設への入居が必要 (CCRCでも施設内での移り住み回数は多い)
- 入居期間は、いずれの施設類型でもわが国に比べて極めて短い (日本: 自立者向け180~240カ月程度、要介護者向け48~72カ月程度)

#### 価格設定

- 自己負担額は大きく、かつ介護サービスをカバーする民間保険に入っていない限り、自己負担の増加が著しい
- 米国では、これらの施設類型はアッパーミドル以上の高所得者のための施設と認識されてきており、近時ようやく中所得者以下の施設供給の議論が開始されている段階

#### ヘルスケアサービス

- 日本より高齢化の進展が遅いため、ようやくIL、ALで介護、認知症の深刻化に対する対応が議論されるようになった段階 (日本の方が先行者)
- 米国では医療保険制度の改正 (ACOの導入等) で、高齢者施設・住宅を含む後方施設のアウトカムの質についての議論が本格化する中、高齢者施設・住宅のMedicalizationが議論されている

Note: (1) 平均年齢、平均入居期間、年齢イメージは米国全体、移り住み要件は、カリフォルニア州の規制に基づいて記載している。

(2) 2013年9月末現在の情報に基づく概算値

(3) ACOとは、Accountable care organization のことを指す

Source: 各種資料よりKPMG作成

# 日本版CCRCに対する示唆 米国CCRCとわが国の自立者向け施設の事業モデル比較

	米国CCRC	日本の自立者向け施設・住宅
施設規模	<ul style="list-style-type: none"> <li>●中～大規模</li> <li>●(300～500戸が多く1,000戸以上もあり)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●小～中規模</li> <li>●(150～250戸程度、300戸規模を供給する事業者も数社存在)</li> </ul>
展開地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都市部中心地、郊外都市、郊外単独新規開発地など多様(大学隣地での連携を含む多様な事例あり)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都市部中心地、郊外都市など、近時は都市での展開が中心</li> </ul>
展開方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>●IL、AL、SNFの同一立地内併設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●自立棟、要介護棟の同一立地内併設</li> <li>●同一地域内のクラスター展開事例、自立棟と要介護棟の分離・分散展開事例もあり</li> </ul>
入居者属性	<ul style="list-style-type: none"> <li>●平均年齢80代前半(入居時年齢75歳～80歳)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●同左</li> </ul>
居住期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>●72か月 + SNF入居期間</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●180～240カ月</li> </ul>
価格設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>●レンタル型、入居一時金型がそれぞれ50%程度</li> <li>●月額固定方式は、入居一時金型のさらに半分程度に留まり、サービスは出来高払い中心</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入居一時金型中心</li> <li>●月額費用は固定、ないしは要介護棟移り住み時に若干上昇する形態</li> </ul>
自立者向けサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>●大規模な自立者コミュニティを背景として、施設内コミュニティに対して様々なソーシャライゼーションサービスを提供</li> <li>●レストランは、特に郊外型の規模が大きめの施設では、複数設置される場合が多い</li> <li>●郊外単独開発の場合、施設内で生活(サービス)が完結している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●超高価格帯施設では、入居者のコスト負担力を背景に、多様な共有設備が設置され入居者向けサービスの種類も比較的多い</li> <li>●中・高価格帯、クラスターモデルでは、共有設備を絞り込み、入居者向けサービスも限定的、主に立地都市の機能に依存</li> <li>●レストランについては、一部の超高価格帯施設を除き1か所</li> </ul>
介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>●SNFにおける看護・リハビリサービスは存在するも、IL、ALにおける介護・認知症サービスの高度化が、業界全体の喫緊の課題となっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●急速な超高齢社会化を背景に高度化しつつある</li> <li>●介護保険を上回るサービス提供(自己負担による上乘せ介護)も中価格施設以上の価格帯では一般的</li> </ul>
医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>●SNFサービスは存在するも在宅医療との融合は課題</li> <li>●ACOの導入によって、医療機関と共同でのアウトカム向上へ向けた議論が開始されている</li> <li>●後述するSNFと回復期以降のサービス統合は、CCRCの医療サービス高度化に資する可能性あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●米国SNFサービスの一部は看護師配置でカバー</li> <li>●非営利原則のもと、営利企業経営の場合、医療サービスについては他法人(医療法人等)との協力関係に基づくものとなるが、提供体制に安定性を欠く場合も多く、課題は多い</li> </ul>

Source: KPMG作成

# 日本版CCRCに対する示唆

## 米国と日本の現状からの示唆

### 示唆1 事業規模

- わが国においては、自立者向け施設・住宅利用の浸透度は高くなく、コミュニティの規模を大きくするためには、もう一段の工夫が必要(後述)
- 仮にコミュニティ規模の拡大を図ることができれば、米国のように大規模コミュニティを前提としたサービスの多様性を図ることが容易になる
- 現在のコミュニティ・サイズを前提とした場合、施設・住宅完結型で多様なサービスを経済合理性のもと提供するには、価格設定が高くならざるを得ない
- 幅広い普及のためには、地域開放型での展開、場合によってはクラスター的な施設・住宅の分散展開がひとつの選択肢となる

### 示唆2 展開モデル

- 地域開放型、クラスター的展開を志向する場合、地域に存在する既存コミュニティ、および地域のさまざまな事業者が提供するサービス(医療・介護サービスに限らないサービス)との一体性・連続性の確保が重要であり、日本ならではの新たな事業モデルの構築が必要である
- 過去にクラスター展開を行った事業者は入居者獲得に時間を要しており、クラスター展開を成功させるためには、自立、介護居室が別立地であっても施設・住宅に魅力を持たせることができるサービスの開発が必要(不動産の魅力よりも提供サービス、立地地域の魅力の重要性が高い)
- (こうした状況の中、近時はサービス提供を抑え、入居者の「安心・安全」にかかる遠隔サービスのみを提供する自立者向け賃貸住宅開発の動きもある)

### 示唆3 終身性および居住コスト

- 終身性は、わが国の施設・住宅の事業モデルの方が高く、ある意味では「aging in place」を実現しやすい形態といえる(実際の居住期間も長い)
- 入居期間中の利用料変動についても、わが国の施設・住宅の方が小さく、入居者にとって将来的居住コストが読みやすく、施設・住宅を利用しやすい
- ただし、入居一時金の存在が入居者の移り住みを抑制しており、居住地選択の自由の制約(施設の閉鎖性)になっているとの見方もできる
- 入居一時金の金額設定ミスは過去も事業の破たん要因となったことから、事業モデルとしての妥当性の検証に慎重を期す必要がある(後述)
- 自立者向け施設・住宅の破たん事例においては、これに加えて、自立者コミュニティの維持失敗や、持続性ある介護サービスの提供の失敗などによる破たんもあり、少なくとも実現可能で持続可能な事業モデルを構築する努力が求められる

### 示唆4 医療・介護サービス

- 介護サービスの提供については、特に米国のIL、ALにおける提供体制・内容との比較においては、わが国の方が先行しているとみられる
- 医療サービスについては、事業者が営利法人の場合、医療サービスを自身で提供できないことから、サービスの安定性を確保しうる連携方法、ないしは法人形態の工夫が必要(実際にも、医療サービスの提供が不安定となるケースが散見される)

Source: KPMG作成

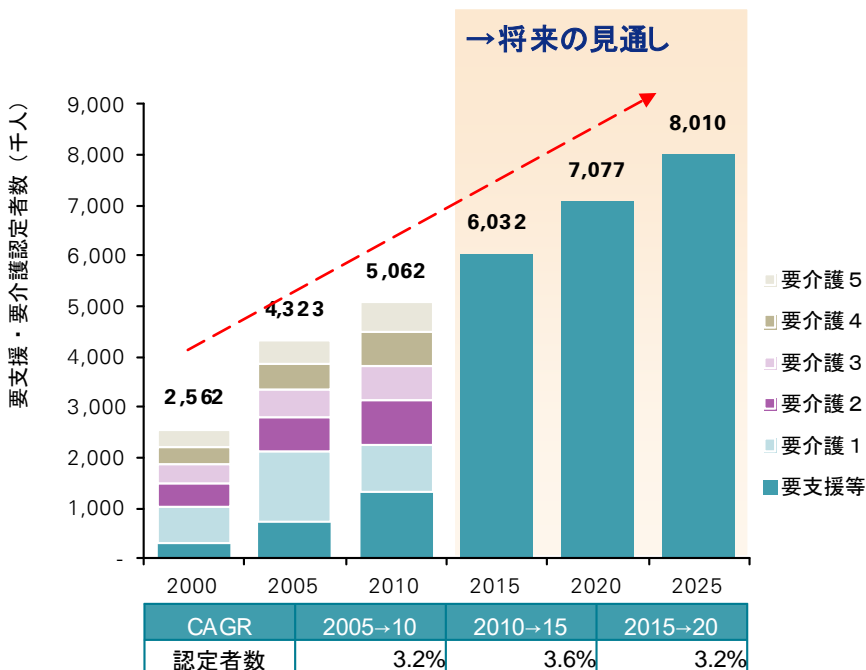


# 日本版CCRCに対する示唆

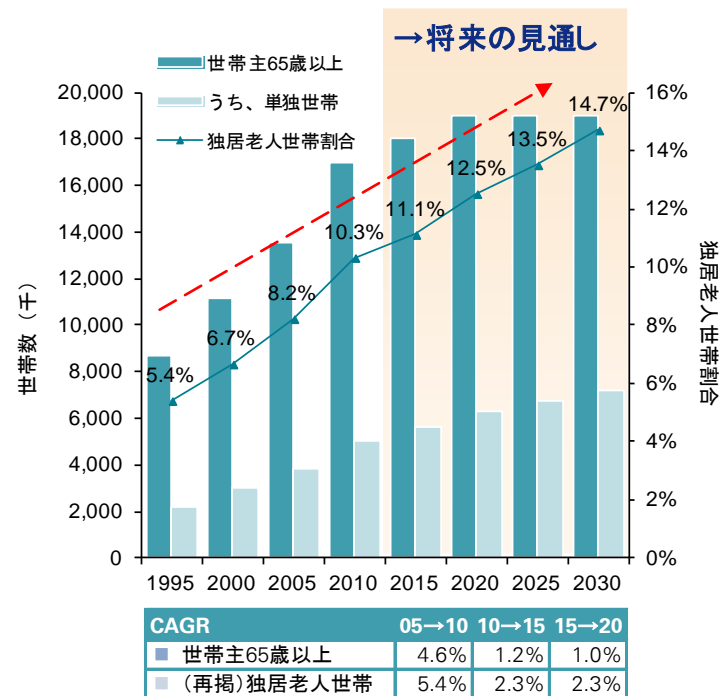
## (参考) 自立者向け施設・住宅の潜在性①

介護予防に関する施策の効果を見込まなければ、要介護者数は長期に増加することが見込まれ、介護サービスに対するニーズ・需要も拡大する。また、高齢者世帯や独居老人世帯の増加は、介護サービスのみならず、高齢者のコミュニティやライフスタイルの維持・再構築にかかわるサービスのニーズ・需要の拡大も生み出すと予想され、自立者向け高齢者施設・住宅の必要性は高まってくる可能性がある。

### 要介護者数の推移



### 高齢者世帯・独居老人世帯の推移

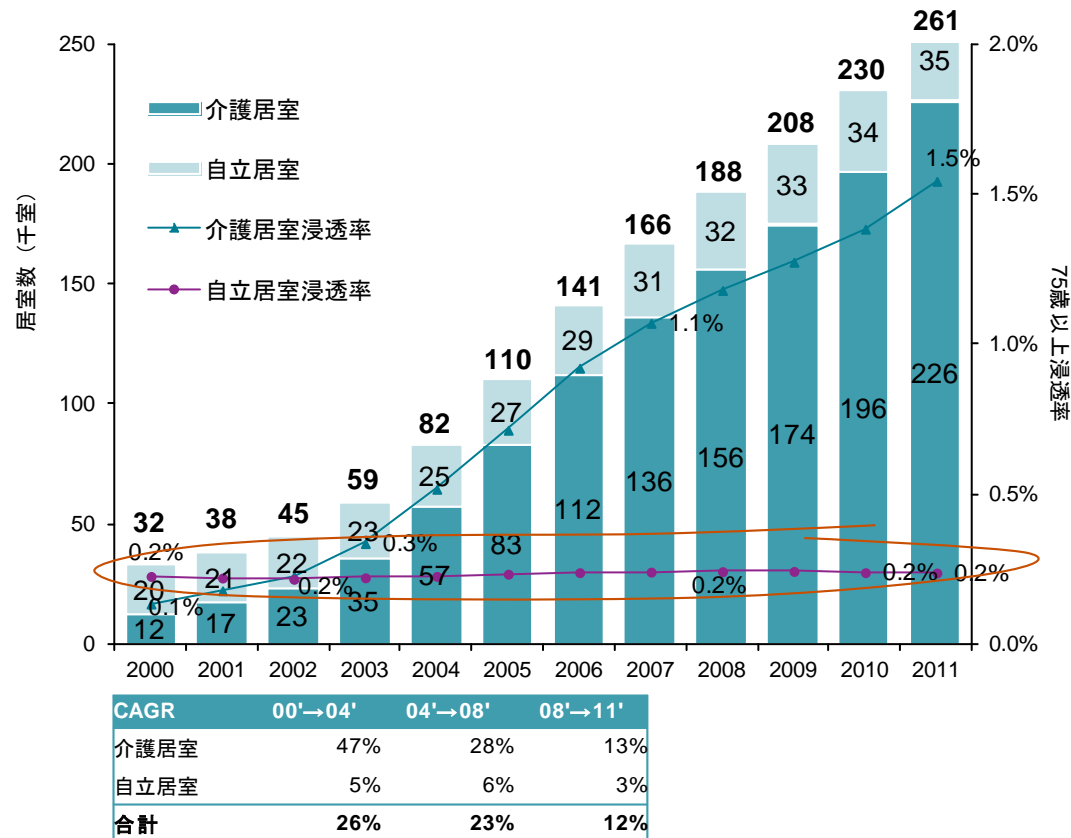


Source: 各種資料よりKPMG作成

# 日本版CCRCに対する示唆 (参考) 自立者向け施設・住宅の潜在性②

しかしながら、日本の自立者向け高齢者施設・住宅は介護保険導入以来10年間、高齢者に対して一定水準の供給が続いているが、現在のところ顧客層の拡大を実現するに至っておらず、ある程度以上の所得を有する高齢者に限られた市場となっている。

有料老人ホームの供給状況と浸透率

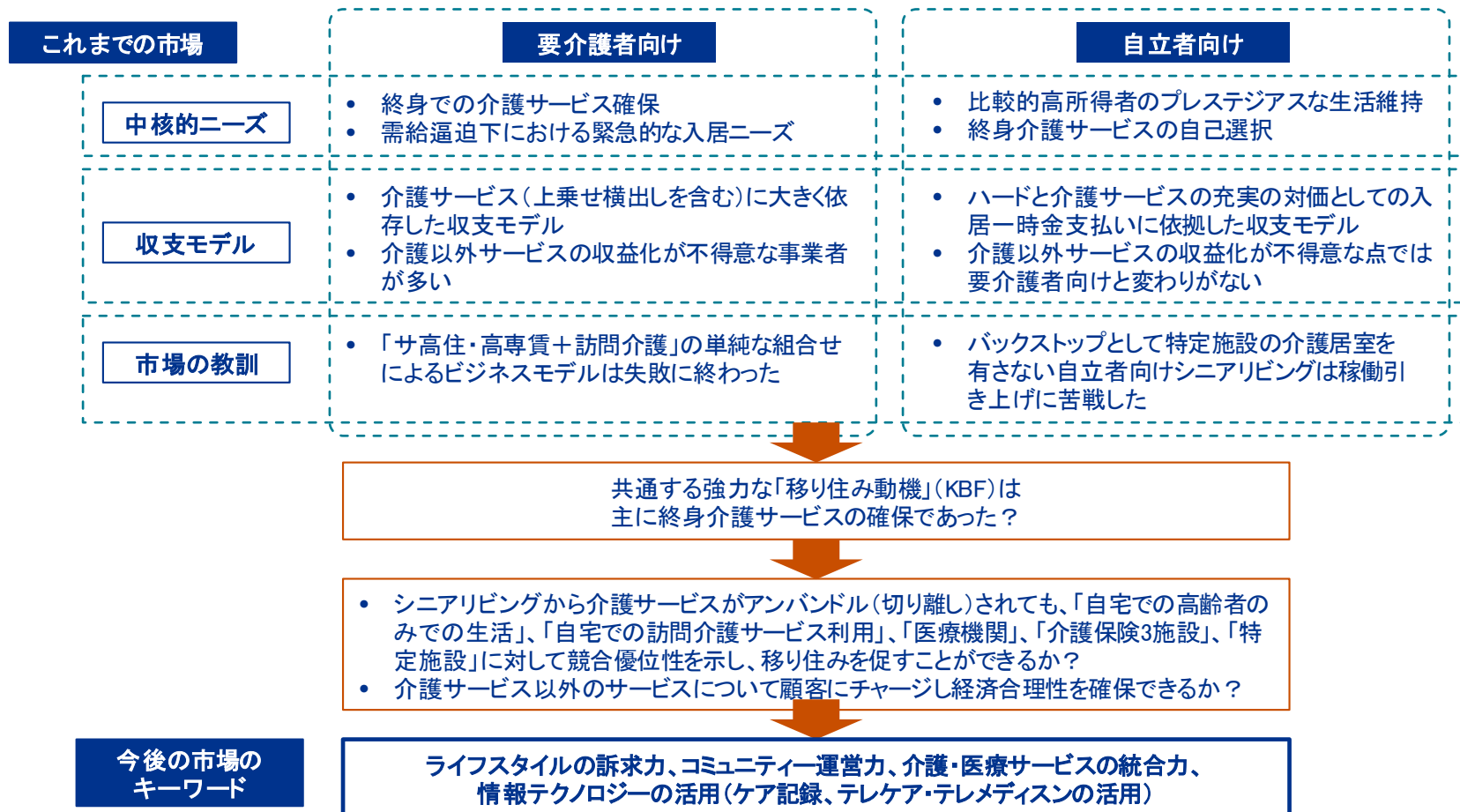


Source: 各種資料よりKPMG作成

# 日本版CCRCに対する示唆

## (参考) 自立者向け施設・住宅の潜在性③

こうした状況からの変革にあたっては、これまでの市場状況を踏まえて、介護サービス以外の移り住み動機を明確にするサービスを確立し、利用者層の拡大を図る必要がある。なお、自立者向け施設・住宅の潜在入居者拡大に時間を要する場合には、これまでの形態に拘らない新たな事業モデルの構築(地域開放型や安定的な地域連携を確保したスタンドアロン型等)が必要であると考えられる。



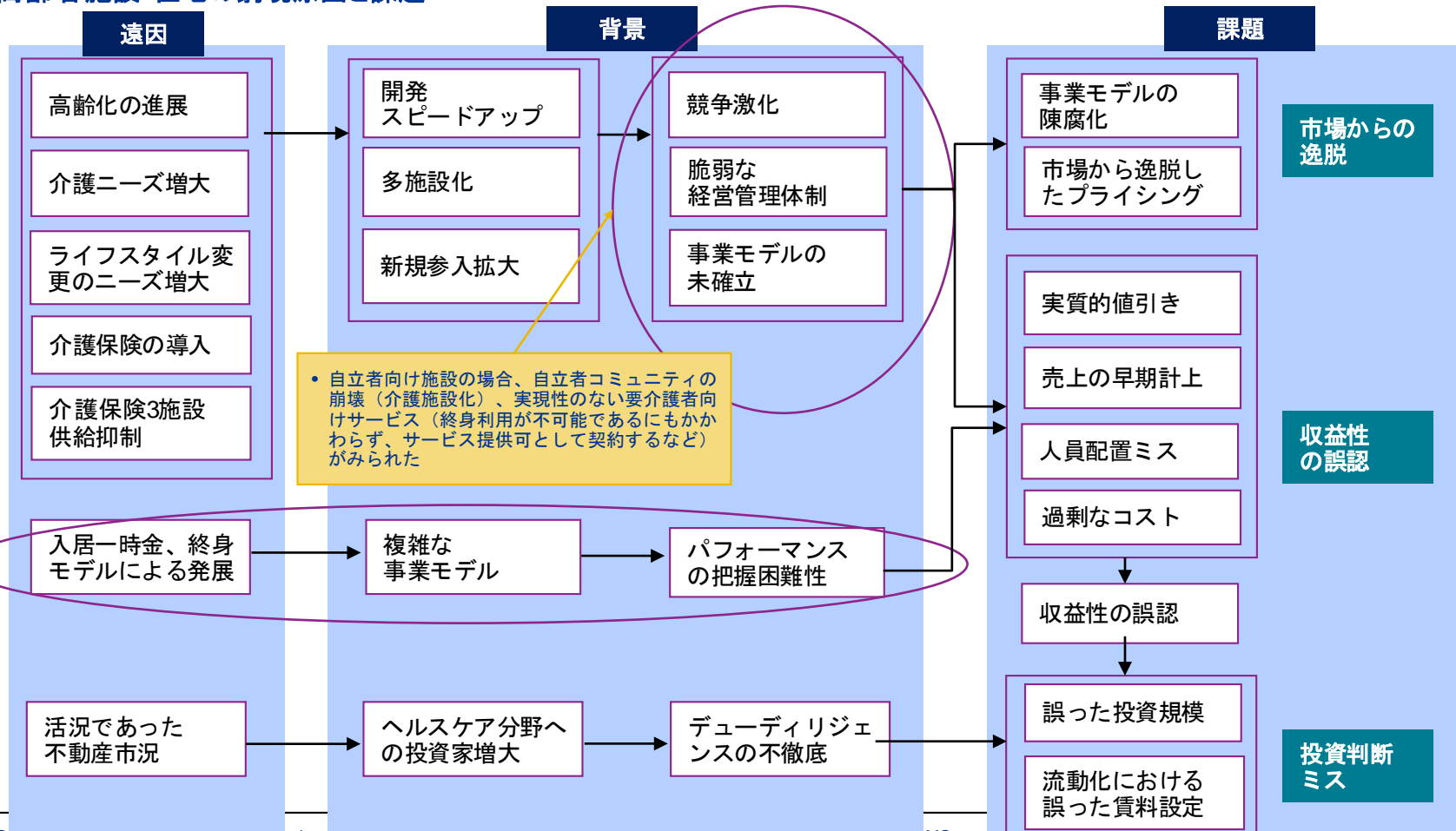
Source: KPMG作成

# 日本版CCRCに対する示唆

## (参考)過去の高齢者施設・住宅の再生案件からの示唆

高齢者施設・住宅の破たん案件は、私的整理により処理されることが多いため表面化しにくいですが、自立者向け施設・住宅を含めて、事業モデルの未確立、入居一時金の設定方法の誤りなどに起因した再生案件が多く存在している。これらの案件からの示唆を踏まえ、継続性のある事業モデルを構築することが必要である。

### 高齢者施設・住宅の窮境原因と課題

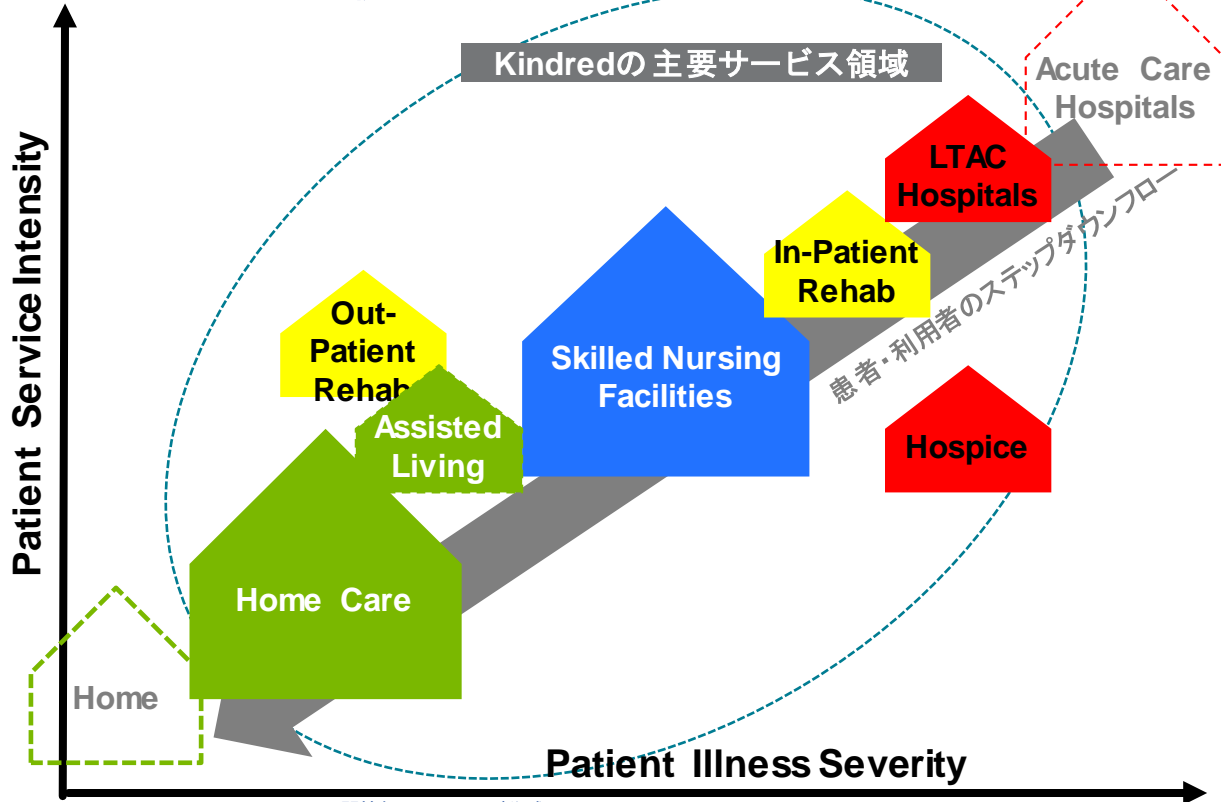


Source: KPMG作成

# 日本版CCRCに対する示唆 (参考)医療・介護の統合的提供

わが国において、高齢者施設・住宅事業者が営利企業の場合、医療サービスは、他法人との連携により提供する必要がある、これまでも安定的提供に課題のある場合がみられた。米国においても、ACOの導入により医療との連携によるアウトカム向上に向けた議論が始まりつつあるが、在宅医療との統合はこれからの課題である。かかる状況において、以下のようなSNF事業者によるサービス統合モデルは、米国のCCRCにおける医療・介護サービス提供のあり方に影響を与え始めているとみられる。わが国においても、こうした医療・介護サービスの組織的統合モデルは、組織形態において工夫が必要であるが、検討に値するものと考えられる。

米国 Kindred の継続的ケア提供モデル



## 事業モデル

- 最適なケアセットの提供
  - 徹底的なケアマネジメント
  - より快適な患者・利用者の生活水準の実現
  - 急性期医療のコスト削減に対して貢献
- ケアセットのクラスター的展開  
→ IT活用による患者・利用者情報の統合・共有

## KPI (2014年12月)

- 売上\$7.2billion / EBITDA 1,047million (Gentiva, Centerre合併後)
- 全米で1,100,000人の患者・利用者をカバー(予定)
- 在宅復帰の促進: 56%のナーシングセンターの患者は、32日以内に在宅復帰、70%の病院の患者は27日以内に在宅ないしはより下流の施設に転居
- 2009年から2013年の間に在院日数を大幅に短縮(病院10.3%、ナーシングセンターは11% 短縮)
- 同期間に再入院についても削減: 病院は14%、ナーシングホームは15%、減少

Source: Kindred Healthcareの公開情報からKPMGが作成

# 米国の高齢者施設・住宅におけるファイナンスの選択肢①

米国の高齢者施設・住宅の資金調達（オペレーターのエクイティ調達を除く）は、Fannie MaeやHUDといった政府系のファイナンス、市中銀行・ノンバンク・生保といった民間資金、REITなど、米国の通常の住宅関連ファイナンスと類似した手法によって行われているが、投融資の基準としては高齢者施設・住宅特有の基準を設けていることが多い。

	Fannie Mae / Freddi Mac (連邦住宅抵当公庫 /連邦住宅金融公社)	HUD (U.S. Department of Housing and Urban Development)	市中銀行	ノンバンク
対象施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IL / AL / MC (SNFは原則的に付属の小規模施設以外は対象外)</li> <li>● 稼働率90%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AL / MC / SNF (ILは施設全体の25%以下である場合を除き対象外)</li> <li>● 市場稼働率程度を確保していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IL / AL / MC / SNF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IL / AL / MC / SNF</li> </ul>
借入人	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別資産を対象としたSPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別資産を対象としたSPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 様々な形態が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SPC</li> </ul>
営利・非営利	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 営利・非営利ともに可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 営利・非営利ともに可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 営利・非営利ともに可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 営利・非営利とも可</li> </ul>
資金使途	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 買収、リファイナンス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 買収、リファイナンス、開発、再開発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 買収、リファイナンス、新規開発、テイクアウトローン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 様々な資金使途に対応</li> </ul>
オペレーターの条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 5施設、5年以上の運営経験</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 運営経験の豊富なオペレーター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別借入人の財政状況、運営経験、ストラクチャーに基づく銀行判断</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 同左</li> </ul>
借入期限等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 5~30年</li> <li>● 30年アモチ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 買収・リファイ: 35年ないしは耐用年数の75%、開発: 40年</li> <li>● ローン期間でのフルアモチ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3年~10年程度(一般的なファイナンスは5年未満)、25~30年アモチ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 5年未満、20~30年アモチ</li> </ul>
担保等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第一順位抵当権</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第一順位抵当権、ライセンス、流動資産等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第一順位抵当権、財務コベナント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● シニア、メザニン、パフォーマンスエクイティ、売掛金ファイナンスが可能</li> </ul>
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 銀行組成ローンを買入れ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 同左</li> <li>● Fannie MaeとはSNFで役割分担</li> <li>● 返済期限の長さ、案件サイズやオペレータークレジットに対する受容性が高い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● リーマンショック前は新規開発の最大の貸し手であった</li> <li>● 免税債に対してLOC提供も実施</li> </ul>	

Source: KPMG作成

# 米国の高齢者施設・住宅におけるファイナンスの選択肢②

CCRCの特殊性としては、非営利の運営主体が免税債にアクセス可能であることに加えて、プロジェクト規模の大きさやキャッシュフローの特殊性から、債券のプライベートプレースメント等を含めて、プロジェクトファイナンス的な手法が用いられている。

	生命保険会社	免税債	REIT
対象施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IL / AL / MC / SNF</li> <li>● 稼働安定前でも可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IL / AL / SNF</li> <li>● CCRCを具体的な対象とする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IL / AL / MC / SNF</li> <li>● 高い市場成長性のある都市部中心</li> </ul>
借入人	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別資産を対象としたSPC、オペレーター(実質借入人)</li> </ul>	-
営利・非営利	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 営利・非営利ともに可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 非営利(新規開発は条件を満たせば営利も対象)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 営利、非営利ともに可</li> </ul>
資金用途	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 買収、リファイナンス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 買収、リファイナンス、新規開発</li> </ul>	-
オペレーターの条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 経験豊富で資本力あるオペレーター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 運営力のあるオペレーター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 経験豊富なオペレーター(上場REITは大手オペレーター中心)</li> </ul>
借入期限等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 固定:5年~20年、変動:3年+α</li> <li>● 30年アモチ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 30年(新規開発は35年まで可)</li> </ul>	-
担保等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 条件はさまざま</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第一順位抵当権、売上等</li> </ul>	-
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>● リーマンショックで停滞していたが、近時は新たな生保の参入もあり活性化</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● NNN net lease、RIDEA、JV</li> <li>● ただし、SNFはNNNのみ</li> </ul>

## CCRCファイナンスの特殊性

- CCRCのファイナンスはプロジェクトあたりのファイナンス規模が大きく、特に入居一時金型においては、キャッシュフローの特殊性があることから、インベストメントバンクのアレンジによる投資家向けの債券発行(プライベート・プレースメント)などプロジェクトファイナンス的な手法が活用されている
- また、非営利法人の資金調達においては、免税債の発行を含めて特殊性が強いこともあり、非営利専門のインベストメントバンクがアドバイザーとしての存在感を示している
- なお、入居一時金型において、入居一時金保全の観点から、入居一時金についてエスクロー設定を求めるとともに、一定数以上の入居者の事前確保を開発の前提条件とする州が多い(入居者保護の観点)

Source: KPMG作成



cutting through complexity™

**お問合せ先**

**松田 淳**

**KPMGヘルスケアジャパン株式会社**

**TEL : 03-5218-6450**

**[jun.Matsuda@jp.kpmg.com](mailto:jun.Matsuda@jp.kpmg.com)**

**[www.kpmg.or.jp](http://www.kpmg.or.jp)**

ここに記載されている情報はあくまで一般的なものであり、特定の個人や組織が置かれている状況に対応するものではありません。私たちは、的確な情報をタイムリーに提供できるよう努めておりますが、情報を受け取られた時点及びそれ以降においての正確さは保証の限りではありません。何らかの行動を取られる場合は、ここにある情報のみを根拠とせず、プロフェッショナルが特定の状況を綿密に調査した上で下す適切なアドバイスに従ってください。

© 2015 KPMG Healthcare Japan Co., Ltd., a company established under the Japan Company Law and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved. The KPMG name, logo and 'cutting through complexity' are registered trademarks or trademarks of KPMG International Cooperative (KPMG International).