



# サ高住運営は高齢者の 住まいとして 重要な役割を担う収益源として 過剰な期待を寄せるのは問題

川田英治

有限会社アンピション代表取締役  
慶應義塾大学SFC研究所上席所員(訪問)

かわだ・えいじ

1959年 北海道稚内市生まれ。

2003年 有限会社アンピション(在宅介護事業)を  
水戸市に設立

2011年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント  
研究科博士課程修了

同年 慶應義塾大学SFC研究所上席所員  
(訪問)

「施設から在宅へ」という政策が進められるなかで、サービス付き高齢者向け住宅は介護・医療が必要な人たちの住まいの受け皿として期待が寄せられている。補助金や減税などさまざまな優遇措置があり、「60万戸」という目標に向けて急ピッチで整備が進んでいるが、「サービス付き」が看板倒れになっている例も出てきている。また、過剰な介護・医療サービス提供によって収益を追求するようなどころもある。2014年度診療報酬改定ではそうした「集合住宅」への診療のあり方をめぐって是正を図る点数配分が行われ、大きな話題となった。ここでは、介護事業を展開し、慶應義塾大学SFC研究所上席所員(訪問)でもある川田英治・有限会社アンピション代表取締役に、サ高住提案の問題事例について解説してもらう。

## 1 「介護バブル」への 違和感

昨今、再び「介護バブル」という言葉が聞かれるようになりました。ただ、認知症の要介護者と一緒に日々の生活を営むグループホームの事業主として、どうもこの言葉に違和感を抱いてしまいます。「介護バブル」と言われる背景には、安否確認や生活相談が主体のサービス付き高齢者向け住宅(以下サ高住)を推進する政策があります。助成金、税の優遇、融資に至るまで、「つくられたサ高住ブーム」とさえ言われるほどの盛りだくさんの誘致策となっています。同時に金融機関やコンサルタント(以下コンサル)業によるサ高住の説明会も盛んに行われています。これによってサ高住は2013年10月には約14万戸となり、国土交通省はさらに60万戸まで増やす計画です。「介護バブル」と称されてしまう所以です。

先日、サ高住の説明会に行きましたが、その内容は融資条件、助成制度、募集方法、医療・介護収益の説明に終始していました。肝心の医療・介護サービスをどのよう

提供し、高齢者のQOL(生活の質)を高めるのかというところは語られませんでした。サ高住への投資、建設設計、融資への思惑が先行し、医療・介護は二の次と見受けられました。

過熱するサ高住への不動産投資を、あるサ高住のコンサル会社のホームページと説明会資料の投資勧誘例を抜粋し検討してみます。

## 2 サ高住への不動産投資 勧誘例(家賃収入)

表1が、そのホームページから抜粋した内容です。サ高住への投資金額は、建築資金が9800万円となっています。月々の家賃収入は90万円ですので、年間1080万円の収入になります。投資額に対する総投資額の利回りは11・02%になります。

総投資額の利回りとは、年間収入を総投資額で割った率のことです。投資収益を考える際の指標として使われています。この11・02%の利回りはかなり高い率です。固定資産税、不動産取得税、法人税、借入利息、修繕積立金、管理費、保険料等の必要経費を差し引いたキャッシュフローもかなり高い率に

なりません。

不動産投資では一般的に、年10%以上総投資額の利回りを生む住宅用賃貸物件は相当な優良物件とされています。都心の駅近の優良物件でも10%以上の利回りの確保は難しい状況にあると聞きました。地方にあるこのコンサル会社の所在地では、この利回りの実現はかなり難しいと言えます。月90万円の収入で15戸ですから1戸当たり6万円(約25㎡)の家賃になります。この地方では2DK(約45㎡)に住める家賃です。数字にはあまりにも、サ高住への投資勧誘の強い意図が働いているように思えます。

2011年から13年にかけて建築費が15%以上値上がりしています。この傾向は14年以降も続き20%以上の値上がりになると予想されています。仮に20%値上がりした場合、同じ家賃での総投資額の利回りは、9.2%と約2%下落します。建築費の高騰により、高い利回りでの投資はたった3年で困難な状況となっています。

利回りを維持しようとすれば、家賃設定を上げなくてはなりません。高値で転売された介護施設も同様です。買主は利回り確保のため、家

賃を値上げします。もし家賃が支払えない場合には入居者を退去させる事態も想定されます。利回りを優先させた投資や転売が、高齢者の生活を圧迫しかねないのです。

住宅賃料は、立地条件、賃料相場、建物構造、資産価値等の数値化した価値で決まりますが、サ高住の賃料は不動産の価値以外に、評価の難しい医療・介護サービスの価値も含みます。医療・介護のサービスがなければ、入居を考えない高齢者が大半だからです。要介護状態が入居する場合は、入居動機はもはや不動産価値ではなく、医療・介護の価値が大半となります。顧客満足度の対象も、医療・介護サービスのウエイトが高くなります。要介護者の生活には、医療・介護サービスが中心になり、住居は生活環境の一部に過ぎなくなります。

ただ、介護サービスは経験財という性質を持ちます。実際にサ高住に入居しサービスを受けてみなければ、その良し悪しの判断がつきません。住宅の瑕疵は見えますが、医療・介護サービスのそれは見るできません。サービス評価の相違は入居後のトラブルに直結します。医療・介護サービスと賃料は相関関

係にあり、サ高住の価値は下がります。医療・介護サービスの質の低下によって、賃料を落とさざるを得なくなれば、予定していた利回りの確保はできなくなります。

このように、ハードだけでなくソフトによってもサ高住の価値は左右されてしまうので、通常の不動産投資よりも慎重を期すべき投資と言えるかもしれません。このホームページで示された高い利回りは、医療・介護サービスの質がよほど高いということと提示されているのか、疑問符をつけざるを得ません。

### 3 サ高住への不動産投資 勧誘例(サブリース)

表1にある「一括借り上げ賃料」とは、不動産業界では「サブリース料」と言われるもので、サブリースとは建物の償却期間に合わせて概ね10〜20年間、サブリース会社が建物オーナーに家賃保証をする契約のことです。サブリース会社は賃借人から家賃をもらい、一括借り上げ家賃としてオーナーに払う仕組みです。

サブリース会社の収入は管理料や礼金で、建設費や土地の購入等の

表1 あるコンサルティング会社の試算

土地面積	居室数	延床面積	居室面積計	デイサービス面積	合計
650㎡	15戸	620㎡	510㎡ 1戸/約25㎡	110㎡	620㎡
建築費用		8,200万円	600万円	1,000万円	9,800万円

- ①一括借り上げ賃料/月賃料90万円 年額1,080万円の収入  
建築投資金額 9,800万円  
総投資利回り(年)1,080万円÷9,800万円=11.02%
- ②一括借り上げ賃料なので、家賃の変動を押さえることができ安定した投資利回りが得られる

初期投資や固定資産税等の経費が  
発生しないというメリットがありま  
す。建物オーナーは、契約期間は  
空室があつても、入ってくる収入は  
同じで借り手不足というリスクを  
回避できるのです。

たとえば、サブリース契約におい  
て20戸の物件の家賃が各戸5万円  
とします。100万円が一括借り上  
げ家賃としてのオーナーの収入にな  
ります。オーナーはこのなかからサ  
ブリース会社へ管理料を支払いま  
す。一方、サブリース会社は、契約  
期間が10年〜20年の長期にわたる  
場合、多くのサブリース契約は経  
済状況や市況によって賃料は見直  
されます。賃貸市況価格が低落し  
た場合、高いままの家賃保証を続  
けるとサブリース会社は赤字になっ  
てしまうからです。

ですから、最初から2年ごとに  
契約賃料を見直す条項を盛り込む  
サブリース会社もあります。ホーム  
ページでは「安定した利回り」と書か  
れていますが、決して安定している  
わけではないのです。前述のように、  
医療・介護サービスの質がサ高住の  
サブリースの契約賃料に大きく影  
響します。長期間の契約が存続す  
るかどうかも同様です。

バブル崩壊後、サブリース会社は  
契約賃料の値下げや契約解除を  
行ってきました。バブルの結果は、  
皆さんが知るところです。誘致政策  
や投資勧誘による過熱したバブル  
は、医療・介護の質にも空洞化を  
もたらすのかもしれない。

#### 4 サ高住への不動産投資 勧誘例(医療収入)

サ高住の不動産投資について、ど  
のような勧誘が行われているのか、  
別のコンサルが行った2011年の  
医療機関向け説明会の資料から考  
えてみます。資料では、サ高住の医  
療の収支モデル(診療報酬08年度が  
説明されています。表2は、その説  
明会の資料になります。在宅療養  
支援診療所の患者に対する収入は  
11万400円になります。一方、サ  
高住を建てた場合、再診料点数が  
月に4回×200点=800点にな  
ります(1)。そこに患者40人が入居  
する場合には、800点×40人×10  
円=32万円。さらに1人当たりの在  
宅時医学総合管理料が4200点  
×40人×10円=168万円となりま  
す。合計で月200万円の収入にな  
るとしています(2)。月に約190

万円以上の収入アップになるとい  
うわけです。

「サ高住を開設し、月に4回患者  
の所に往診した場合に収入は20  
0万円近くになる。来る患者を待つ  
のではなく、往く形に変えるだけで  
サ高住は多くの収益をもたらす。  
在宅診療の重要性からしばらくは  
この収益モデルは有効だ」と説明し  
ています。

#### 5 医療・介護を収益モデルの 根拠にできるか

しかし、そもそも、医療・介護  
はいつ必要になるのか予測できない  
不確実性をもつ事業です。この点で、  
右の説明には疑問が残ります。サ  
高住の入居者全員が同時に歩行困  
難で在宅医療が必要となるのか、全  
員に月4回の訪問診療が必要なの  
か、従前の主治医は不要なのか――。  
これらは医師が判断すべきもので、  
エビデンス(根拠)が必要になりま  
す。収益モデルといえども、エビデ  
ンスがなくては計算できないはずで  
す。入居者がこぞって最も重度化し  
た状態での値を想定する収益モデル  
に、エビデンスを見出すことはでき  
ません。

医療・介護サービスは一般市場で  
の取引ではなく、国がサービスを公  
的価格で買い取るという準市場で  
の取引になります。準市場ではサー  
ビス価格は変動しませんが、サービ  
ス購入の自由選択と事業者の競争  
原理によって高品質のサービスの購  
入が可能とされています。

また、医療・介護は情報の非対  
称性(高度の専門性)をもつ事業で  
す。医療・介護サービスの必要性、  
提供量、提供の是非についてのエビ  
デンスも、よほどの専門知識を備え  
ていなければよく理解できません。  
ゆえに、医療や介護サービス事業は  
法律で多くの倫理規定が定められ  
ているのではないのでしょうか。

附带的とはいえ医療・介護サー  
ビスの提供を前提とするサ高住に  
も、倫理性は当然、求められます。  
サ高住への不動産投資は通常の投  
資とは明らかに異なる性質を持つて  
いるのです。

人の命を預かる医療・介護事業  
には永続性が必要であり、不動産  
も数十年かけて償却していきます。  
サ高住への投資は目先の利益ではな  
く、医療・介護サービス事業者の  
質の評価を十分に考慮したうえで  
行うべきです。実際、すでに銀行の

サ高住への融資審査では、短期的な収支だけでなく特殊性や永続性を考慮し、さらにサービス提供事業者の評価も加えているそうです。

## 6 2014年度診療報酬改定 収支モデルはどう変わるか

2014年度診療報酬改定で、早くも表2の収支モデルは成り立たなくなりました。サ高住における在宅診療の状況を、厚労省は「荒稼ぎ」と判断したようです。表2の収支モデルを14年度診療報酬にあてはめたのが表3になります。改定後の診療報酬は、84万4800円となります(2)。115万5200円の減となり、説明会資料の収益モデルの半分以上。過去に例がない程の報酬減額となっています。

在宅医療に真摯に取り組んでいる医師も大勢います。その医師に対しては、本当に酷い改定と言えます。しかし、一部の過度な収益モデルの先行が目に見える状態で、減額の要因になっているのも事実なのです。

## 7 サ高住の重度化対応

最後に、サ高住のあり方について

ですが、これについては「重度化対応」が避けて通れません。要介護状態は、要支援1から一足飛びに要介護3〜5へと重度化することはほとんどなく、5年〜10年以上かけて加齢と既往症による機能の低下が起きてしまうケースが大半です。ただ、重度化した場合は高い専門性を持つ医療・介護サービスの提供が不可欠になります。その先には、QOD(死の質)とどう向き合うかを検討する必要もあるでしょう。

その場で提供されている医療・介護サービスが重度化に対応できない場合、住み替えも視野に入れなければなりません。これは、要介護者にとって精神的にも肉体的にも過酷なものです。サ高住に期待される役割は、提供する医療・介護の質を高めることで、そうした住み替えの必要をなくしていくことではないでしょうか。そして、それによって居室の稼働率を上げていくべきです。

確かに「重度化対応」には、コストがかかります。サ高住に暮らす高齢者の大半は年金生活者です。コスト負担増分のすべてを転嫁すると、サ高住の存続や入居稼働率にも影響を与えかねません。入居者の負

担を増やさないために、最小限のコストで、重度化対応を進める必要があるわけです。

これを実現するためには、サ高住を地域の社会資本と位置づけ、そのうえで地域での連携・協働によりサ高住の医療・介護を強化することが最大の策であり、私は提案しています。

半世紀前までは、地域に生まれ、暮らし、亡くなるのが一般的でした。それができたのも、家族をはじめ

め近所つきあい、町内会などの地域の応援があったからです。それに代わる舞台に、サ高住がなれる可能性を秘めているのです。サ高住は集合住宅であり、地域全域をカバーするより、はるかに効率的です。サ高住を単なる収益源にとらえず、地域の社会資源と位置づけ、入居者の重度化への対応力を引き上げる。これを達成こそ、サ高住本来の存在価値を示せるのではないのでしょうか。

表2 説明会で示された、サ高住の医療収益モデル

(1)来院 再診料のみ計算(2008年度改定ベース)				
再診回数	点数	人数	10円(単位)	収入
4	69	40	10	110,400
(2)サ高住 在宅医療(再診+在宅時医学総合管理料 処方箋有)				
再診回数	点数	人数	10円(単位)	収入
4	200	40	10	320,000
				+
	4,200	40	10	1,680,000
				合計
				2,000,000円

診療所の再診=110,400円  
サ高住での在宅医療=2,000,000円となり収支差約1,900,000円の増となる

表3 診療報酬改定後の同モデル

(1)サ高住 在宅医療(再診+在宅時総合管理料処方箋有)2008年度改定				
再診回数	点数	人数	10円(単位)	収入
4	200	40	10	320,000
				+
	4,200	40	10	1,680,000
(2)2014年度改定後のサ高住 在宅医療(再診+在宅時医学総合管理料 処方箋有)				
再診回数	点数	人数	10円(単位)	収入
4	103	40	10	164,800
				+
	1,000	40	10	680,000
				合計
				844,800円

平成24年度では、1,155,200円の減収となる