

医療保険適用高齢者住宅

ナーシングホーム 説明書



はじめに

1. ナーシングホームとは

- 01. ナーシングホームの定義
- 02. ナーシングホーム規格プラン

2. 市場性

- 01. 市場性
- 02. 後期高齢者数推移
- 03. 訪問看護利用者数

3. 入居者について

- 01. 医療保険適用のルール
- 02. 入居者層
- 03. 疾病者数

4. 収入について

- 01. ビジネスモデル
- 02. 収入の仕組み

5. 他社事例

- 01. 他社運営事例

6. 立ち上げ方

- 01. 立ち上げスケジュール
- 02. 立地の考え方
- 03. 人材採用の考え方
- 04. 入居募集の考え方

7. 参入方法

- 01. 参入スキーム
- 02. 収支シミュレーション

本日お伝えしたいこと

- 1 NHは少人数でも運営可能
- 2 事業性を考慮して木造で建てる
- 3 病床減・入居者ニーズ増の市場性
- 4 医療保険の訪問看護で高保険収入に
- 5 スタッフ・入居者に喜ばれるNHを！

1 - 1 ナーシングホームの定義

■ ナーシングホームとは

24時間体制で介護・看護サービス提供の環境が整っている高齢者住宅

（別名：ホスピス住宅、看護住宅など）

ナーシングホームの一番の特徴は、医療行為のサービス提供の体制が整っていて、医療依存度の高い方の受け入れが可能な点です。



建物

住宅型有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅として申請を行う

入居者

指定難病や特定疾病の患者、要介護認定3～5の高齢者が主に入居される

サービス

介護サービス、看護サービス、リハビリテーション

スタッフ

介護士、看護師、リハビリ職

1 - 1 ナーシングホームの定義

“ 小規模高付加価値モデル

ナーシングホームは医療行為を含めたサービスを行うので、入居者1人あたりの売上が従来のモデルの2倍～3倍にもなる。

居室数を増やし収益を確保する
(≒スケールメリットを享受する)



■ 従来の高齢者住宅

スケールメリットによる収益を追求
40～50床以上の多くの居室が必要



介護保険以外の医療保険や障害保険（自立支援給付）を請求できる入居者を受け入れ、平均保険収入額を高める

■ ナーシングホーム

1人当たりの保険収入額を高め収益を追求
主に医療保険により19室以下の少居室で運営可能

1 - 1 ナーシングホームの定義

■ 内観写真



1 - 2 ナーシングホーム規格プラン

19室

減算回避モデル

一般的な高齢者住宅と比較してもまだ居室数は少ないが、同一建物等減算（集合住宅で月平均20名以上へのサービス提供により▲10%）を回避ができるモデル

Point 1

同一建物等減算（集合住宅減算）の回避

1月あたり20人以上の利用者が居住する集合住宅等に居住する利用者にサービスを提供した場合に減算が適用されるが19室し、毎月最大定員にサービスを提供しても、減算回避可能

Point 2

低投資&小規模の土地で開設できる

一般的な高齢者住宅の場合、最低25室以上のスケールメリットを考慮しなければ収益が悪くなるが、ナーシングホームの収益性を活かして、19室でも十分に収益性が確保できる

Point 3

月々の家賃支払いが少ない額から始められる

19室分の家賃支払いなので、一般的な高齢者住宅と比べて少ない家賃支払い額でナーシングホームを始めることができる

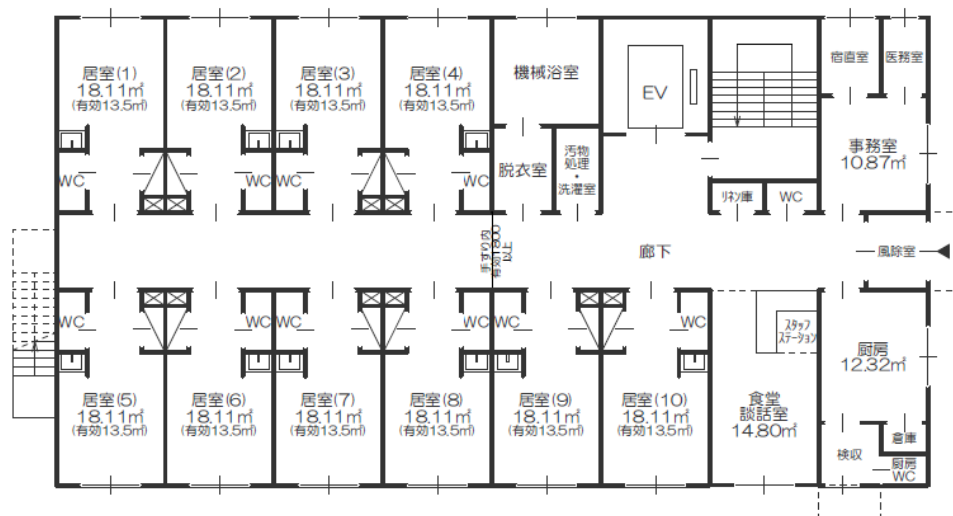
モデル／定員	減算回避モデル 19名定員
敷地面積	180坪～
延床面積	200坪～240坪
構造	木造
1人当たり保険収入額	約65万円
別表7患者比率	50%～

1 - 2 ナーシングホーム規格プラン

19室

減算回避モデル

一般的な高齢者住宅と比較してもまだ居室数は少ないが、同一建物等減算（集合住宅で月平均20名以上へのサービス提供により▲10%）を回避ができるモデル



1 - 2 ナーシングホーム規格プラン

30室

収益・運営効率最大化モデル

イニシャルコストを最大限まで考慮した施設規模で、木造でコストを抑えられる1,000㎡未満で最大限入る30室で収益も運営効率も最大化されるモデル

Point 1

簡易スプリンクラーでコスト減

建物が1,000㎡以上になると、貯水槽やキュービクルが必要になるが、1,000㎡未満であれば、簡易スプリンクラーで対応ができ、およそ700万円～800万円コストが削減できる

Point 2

住宅型有料老人ホームで居室数を確保し収益最大化

1部屋18㎡以上で補助金を受けられるサ高住ではなく13㎡以上で良い住宅型にすることで居室を確保でき、長期的目線で投資コストと収益のバランスが良い

Point 3

運営上最も運営しやすいのが30室規模

運営上スタッフの配置等を考慮すると、30室が最も運営効率が良い。30室を超えてくると運営がしにくくなる。事業者の中で運営上1つの基準として30室というラインがある。

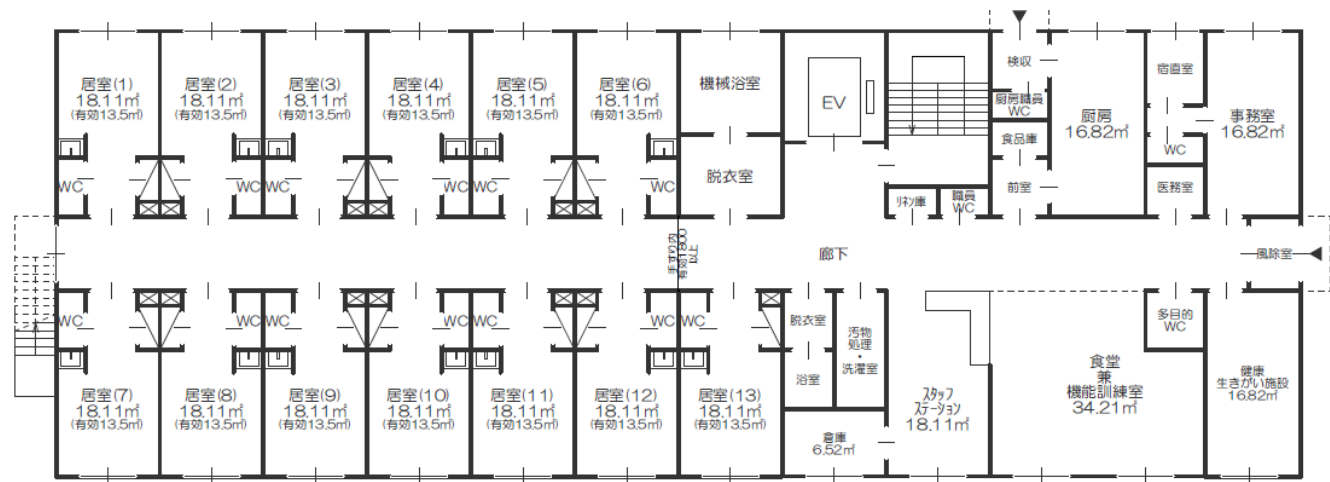
モデル／定員	収益運営効率最大モデル 30名定員
敷地面積	270坪～300坪
延床面積	270坪～300坪
構造	木造
1人当たり保険収入額	約60万円
別表7患者比率	30%～

1 - 2 ナーシングホーム規格プラン

30室

収益・運営効率最大化モデル

イニシャルコストを最大限まで考慮した施設規模で、木造でコストを抑えられる
1,000㎡未満で最大限入る30室で収益も運営効率も最大化されるモデル



2-1 市場性

■ 地域医療構想とは

2040年を見据えた、医療提供体制を整える改革

人口ボリュームの一番多い、団塊の世代が2025年には75歳以上となる超高齢社会を迎え、医療需要が増大し、これに対応するための医療提供体制を整える

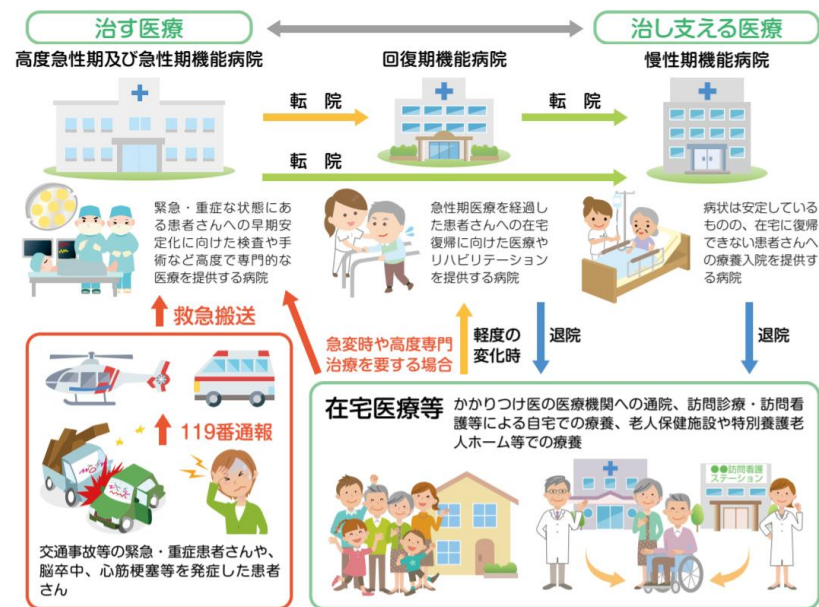
でも実際は、病床数を減らすための政策

■ 日本の病床数は世界的にも突出している

日本は他国よりも高齢化が進んでいることはありますが、1000人当たりの病床数は13.1床と、福祉優等生国のスウェーデンで2.3床、デンマークで2.2床であり、過剰な状態は否めません

■ 病床が多いと医療費が増加する

「病床が作られると、患者と医療費が増える」という現象が生まれやすくなり、医療費は一層増え、その抑制が求められてる。その方策として**地域医療構想によって病床数のダウンサイジング**

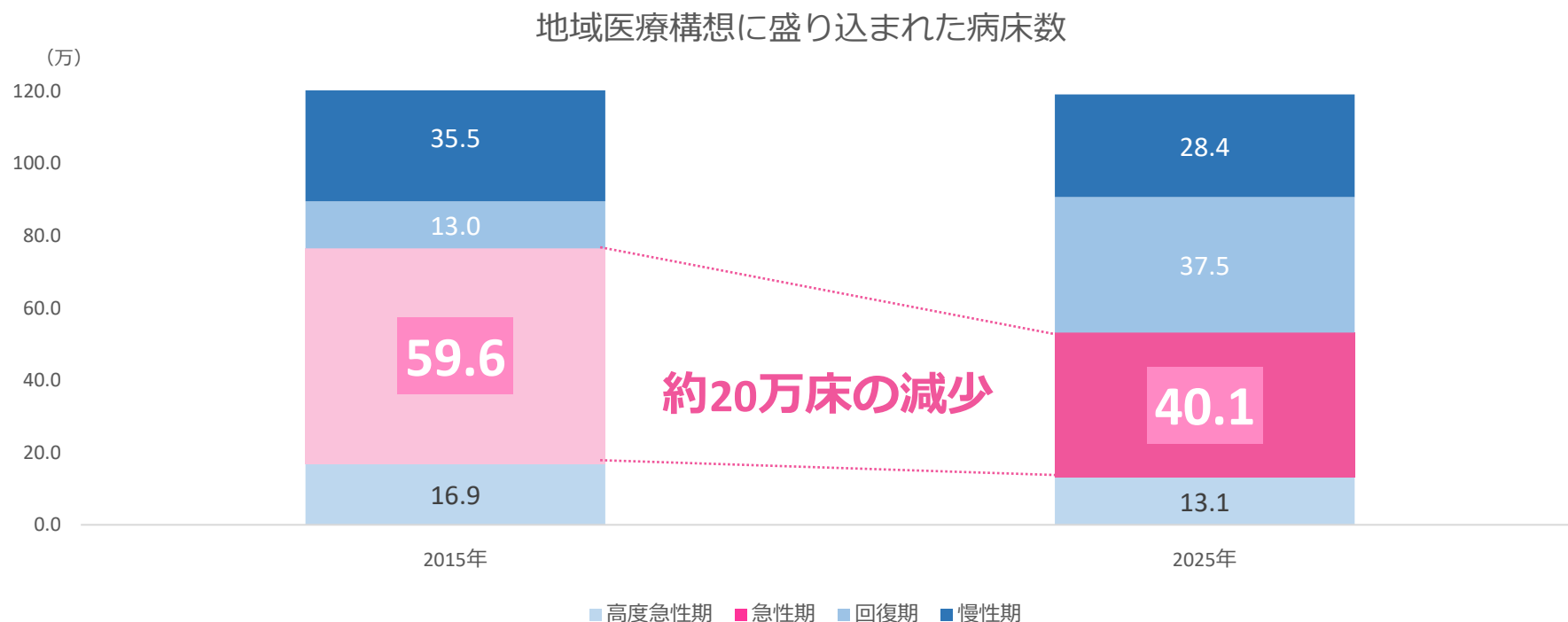


Source: 地域医療構想リーフレット

2-1 市場性

“ 2025年までに急性期は約20万床削減、回復期は25万床の不足

①難しい手術に対応する高度急性期病床②救急患者を受け入れる急性期病床
③リハビリテーションなどで自宅復帰を目指す回復期病床④慢性疾患の人を受入れる慢性期病床
の4つの機能について、2025年の姿を予想し必要病床を各県ごとにまとめられています

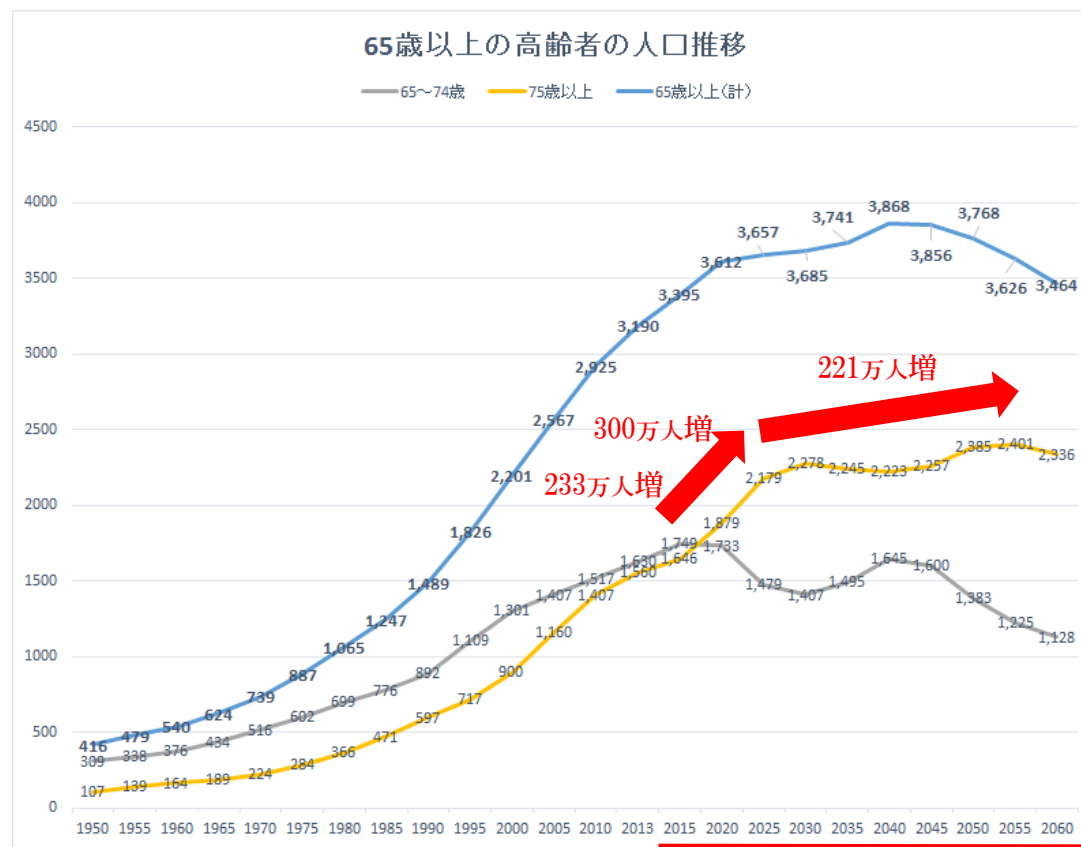


Source: 厚労省「地域医療構想について」を基に船井総合研究所作成

2-2 後期高齢者数推移

“ 後期高齢者の割合は今後も増加する

最も社会保障費を利用する、75歳以上の後期高齢者が増加傾向にある

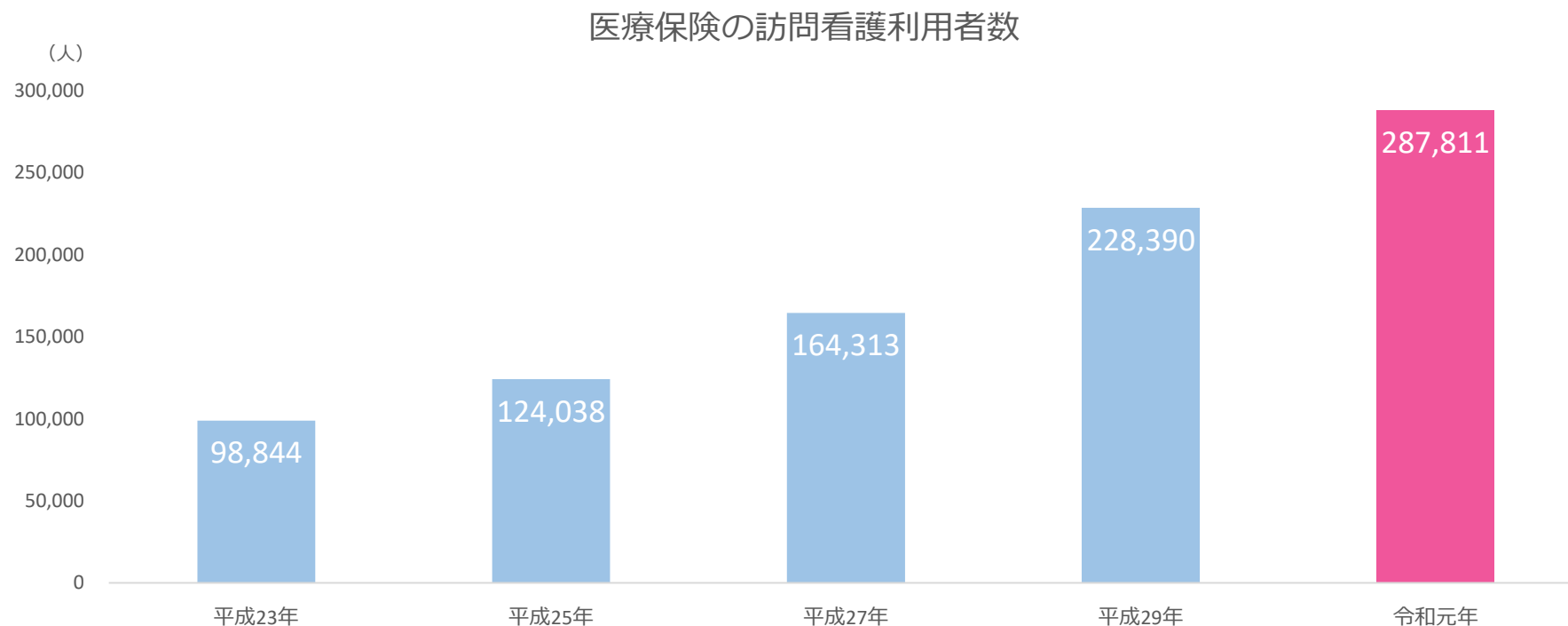


出典：国勢調査をもとに作成

2－3 訪問看護利用者数

“医療保険の訪問看護ステーションの利用者数の増加

平成23年対比で約3倍に利用者数が増加している。平成13年対比では約6倍となっている
特に70～79歳以上、90歳以上の利用者の増加が著しい。そのため、訪看ST数も増加しており
平成24年（診療・介護報酬同時改定）以降の営利法人が約4倍に増加（病院クリニックは減少）



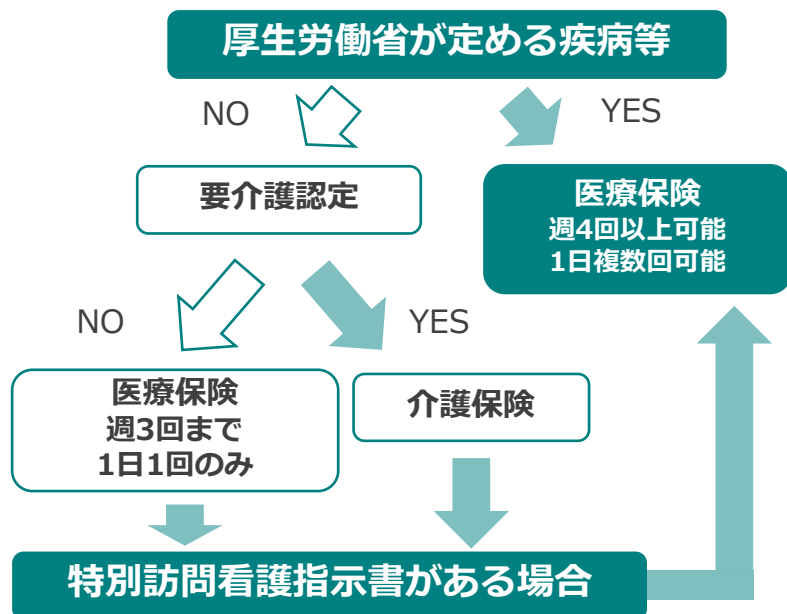
Source: 訪問看護療養費実態調査を基に船井総合研究所作成

3-1 医療保険適用のルール

“主には厚生労働省が定める疾病等（別表7）がターゲット”

医療保険適用となるケースは大きく3つ、ナーシングホームのターゲットとなるのは②③

- ① 要介護認定者を受けていない場合
- ② 厚生労働省が定める疾病等（別表7）の対象者の場合
- ③ 特別訪問看護指示書が交付されている場合



厚生労働大臣が定める疾病等（別表7）

- | | |
|----------------|------------------|
| ① 末期がん（悪性腫瘍） | ⑪ プリオン病 |
| ② 多発性硬化症 | ⑫ 亜急性硬化性全脳炎 |
| ③ 重症筋無力症 | ⑬ ライソゾーム病 |
| ④ スモン | ⑭ 副腎白質ジストロフィー |
| ⑤ 筋委縮性側索硬化症 | ⑮ 脊髄性筋萎縮症 |
| ⑥ 脊髄小脳変性症 | ⑯ 球脊髄性筋萎縮症 |
| ⑦ ハンチントン病 | ⑰ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| ⑧ 進行性筋ジストロフィー症 | ⑱ 後天性免疫不全症候群 |
| ⑨ パーキンソン病疾患 | ⑲ 頸髄損傷 |
| ⑩ 多系統萎縮症 | ⑳ 人工呼吸器を使用している状態 |

特別訪問看護指示書

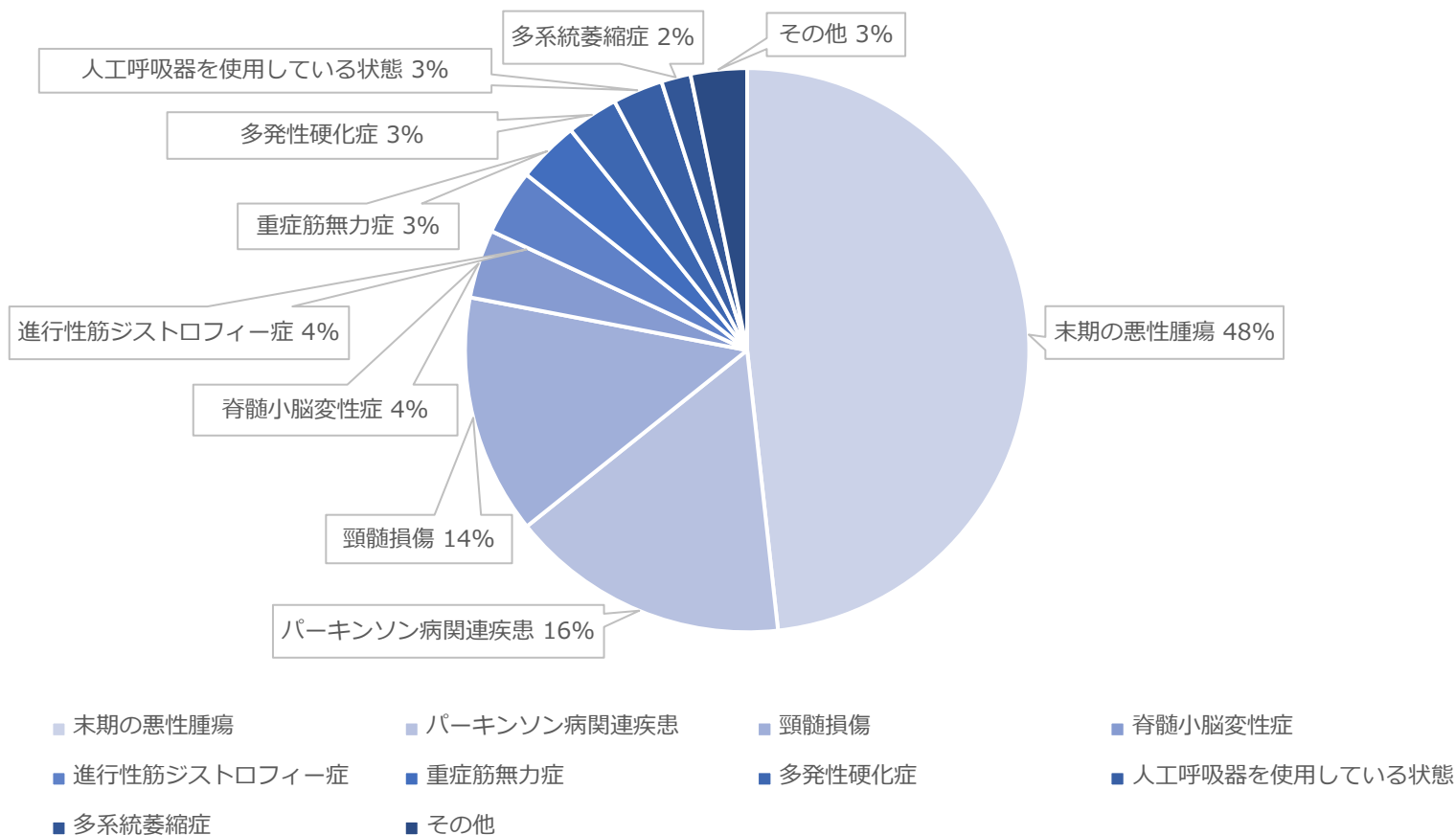
特別訪問看護指示書を発行できる正当な理由は以下の3つ

- ① 肺炎や心不全などの急性増悪
- ② 疾病に関わらず終末期であること
- ③ 退院直後であること

3-2 入居者層

“ 利用者は、末期癌・神経難病系患者が半数以上を占める

疾病者数のうち、末期癌患者は全体の半数程度を占めパーキンソン病、頸髄損傷と続く



Source: 難病情報センター

3-3 疾病者数

“ 千葉市の別表7疾病者数は5,159人

下記は、千葉市周辺地域の各市区町村別の別表7の疾病者数

エリア	全国	千葉市	市原市	木更津市
総人口	126,654,244	974,726	273,771	136,034
末期の悪性腫瘍 ※ステージⅣは約3割	325,864	2,645	743	369
頸髄損傷	92,801	714	201	100
パーキンソン病関連疾患 ※ヤールⅢ以上は8割	108,122	754	212	105
脊髄小脳変性症	26,601	195	55	27
進行性筋ジストロフィー症	25,400	195	55	27
重症筋無力症	23,973	178	50	25
多発性硬化症	19,978	134	38	19
人工呼吸器を使用している状態	19,452	131	37	18
多系統萎縮症	11,387	79	22	11
筋萎縮性側索硬化症	9,894	67	19	9
慢性炎症性脱髄性多発神経炎	4,617	24	7	3
球脊髄性筋萎縮症	1,508	11	3	2
ライソゾーム病	1,452	6	2	1
スモン	1,425	6	2	1
脊髄性筋萎縮症	884	6	2	1
プリオン病	429	3	1	0
副腎白質ジストロフィー	249	2	1	0
亜急性硬化性全脳炎	73	0	0	0
後天性免疫不全症候群（AIDS）	333	3	1	0
ハンチントン病	911	7	2	1
合計	675,353	5,159	1,449	720

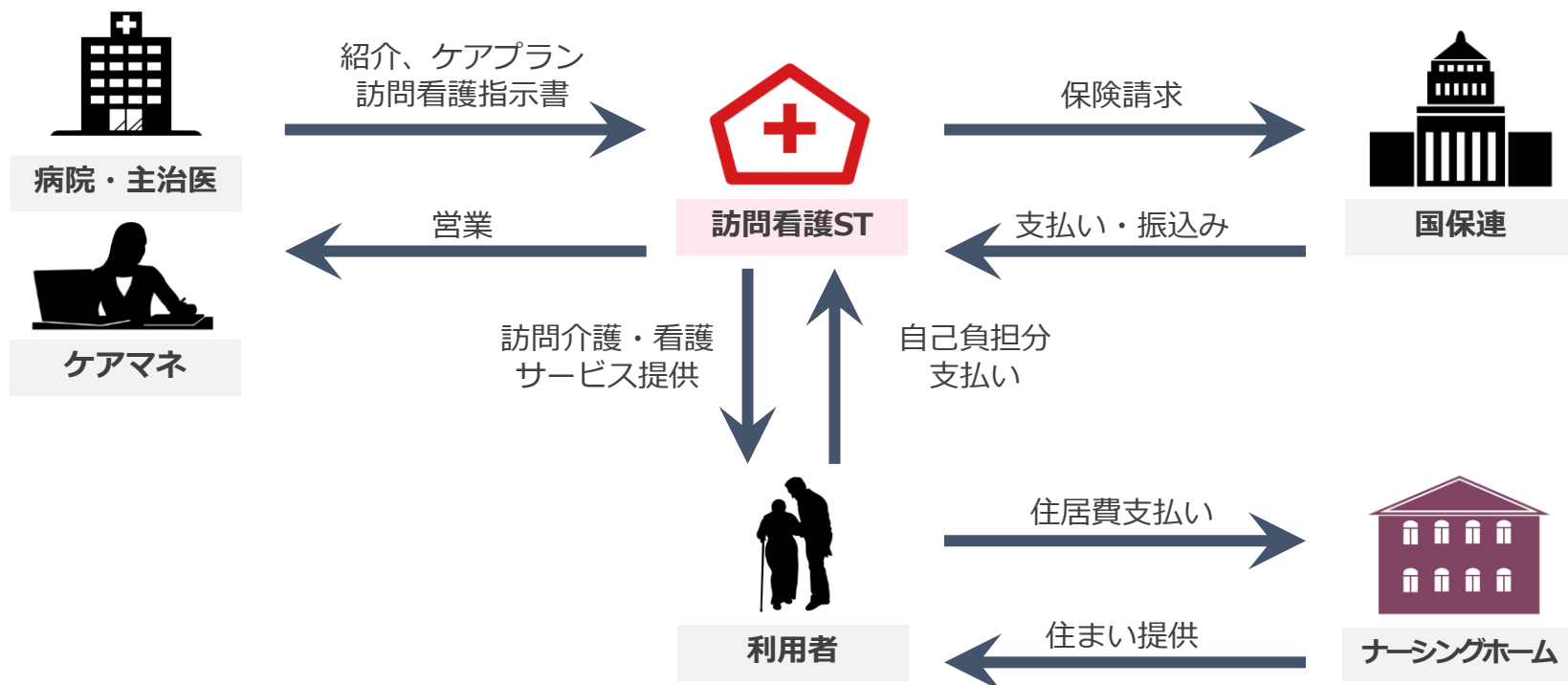
4-1 ビジネスモデル

■ ナーシングホームのビジネスモデル

一般的な住宅型・サ高住に訪問看護サービスを加えた形態

訪問看護は、かかりつけ医が訪問看護指示書を作成した後、サービスを実施します

NHの入居者は、必要な分だけ訪問サービス（訪問介護・訪問看護）を選択してサービスを受けます



4-2 収入の仕組み

“ NHの保険収入単価は60万円～

住居費 + 訪問介護 + 訪問看護

下記のケースでは、15.0万 + 25.0万 + 36.0万 = 76.0万

住居費	訪問介護	訪問看護								
										
<table><tr><td>家賃</td><td>75,000円</td></tr><tr><td>共益費</td><td>15,000円</td></tr><tr><td>生活支援費</td><td>15,000円</td></tr><tr><td>食費</td><td>45,000円</td></tr></table>	家賃	75,000円	共益費	15,000円	生活支援費	15,000円	食費	45,000円	ナースিংホームのベースとなるのは 訪問介護サービス おおよその平均介護度は4前後 介護度4で約80%利用	介護保険による訪問看護ではなく 医療保険適用による訪問看護 同一建物居住者に対する基本料金 基本療養費Ⅱ + 管理療養費 + 加算
家賃	75,000円									
共益費	15,000円									
生活支援費	15,000円									
食費	45,000円									
150,000円	250,000円	360,000円								

4 - 2 収入の仕組み

■ ナーシングホームの保険報酬の内訳

介護保険 + 医療保険 + α障がい福祉サービス



介護保険	医療保険	障害保険
訪問介護／訪問看護／通所介護 【介護保険のサービス内容】 身体介護サービス 食事や入浴の介助 生活援助サービス 掃除や洗濯のサポート	医療保険による訪問看護 【医療保険のサービス内容】 医師の指示による医療行為 バイタルチェック ターミナルケア 医療機器の管理 リハビリテーション 服薬の管理	居宅介護／重度訪問介護 【自立支援給付のサービス内容】 重度の障がいを持つ方向け 介護サービス 主には区分3以上が対象

4 - 2 収入の仕組み

■ 医療保険適用の訪問看護について

計算式：

基本療養費Ⅱ（同一建物）
+ 加算（訪問時間による）



管理療養費
+ 加算（体制による）



1ヶ月あたりの
保険報酬

「基本療養費」項目		料金
訪問看護 基本療養費Ⅱ	週3日まで	2,780円
	週4日以降	3,280円

「加算」項目※	料金
難病等複数訪問看護加算（2回）	4,500円
緊急訪問看護加算	2,650円
長時間訪問看護加算	5,200円
複数名訪問看護加算	4,500円
夜間・早朝訪問看護加算	2,100円
深夜訪問看護加算	4,200円

「管理療養費」項目		料金
訪問看護 管理療養費	月の初日	7,400円
	2日以降	2,980円

「加算」項目※	料金
24時間対応体制加算	6,400円
特別管理加算（重度）	5,000円
特別管理加算（軽度）	2,500円
退院時支援指導加算	6,000円
訪問看護ターミナルケア療養費	25,000円
営業日以外の訪問看護	3,000円

※加算項目については、表に記載のないものもございます。

4 - 2 収入の仕組み

■ 正看護師の場合の1ヶ月間医療保険報酬例

介護保険との違い 「介護度による上限がない」 点がポイント

基本療養費Ⅱ（同一建物） + 加算（訪問時間による）	246,040円	週3回まで：2,780円×3回×4週＝33,360円 週4回以上：3,280円×4回×4週＝52,480円 夜間・早朝加算：2,100円×4回＝8,400円 深夜加算：4,200円×4回＝16,800円 難病等複数回訪問加算：4,500円×30回＝135,000円
+		
管理療養費 + 加算（体制による）	119,400円	月の初日：7,400円×1回＝7,400円 2日目以降：3,000円×29回＝87,000円 ターミナルケア療養費：25,000円×1回＝25,000円
1ヶ月あたりの保険報酬	365,440円	基本療養費Ⅱ + 加算＝246,040円 管理療養費 + 加算＝119,400円

5 - 1 他社運営事例

■ 株式会社A社@北九州

介護保険収入を超える医療保険収入を獲得し、営業利益率19%を達成

異業種から参入し訪問看護ステーションを数年間運営した後、初の施設を住宅型有料老人ホームのナースィングホームとして開設。

居室数	19室
建物構造	木造2階建て
居住費	120,000円
併設サービス	訪問介護、訪問看護
人員体制	介護職10人、看護師8人
基本シフト：日中	介護職3人、看護師2人
基本シフト：夜間	介護職1人、看護師1人
入居率	95%
平均介護度	3.9
主な疾患	末期癌、ALS、人口呼吸器等

売上／月	12,410,000円
居住費	2,120,000円 (17%)
介護保険	5,048,850円 (41%)
医療保険	5,241,150円 (42%)
支出／月	10,010,000円
人件費	7,210,000円 (58%)
その他	2,800,000円 (23%)
営業利益	2,400,000円 (19%)
顧客単価	653,158円

5 - 1 他社運営事例

■ 株式会社A社@北九州

居室	介護度	居住費		訪問介護		訪問看護（介護保険）		訪問看護（医療保険）		計	
			うち自己負担		うち自己負担		うち自己負担		うち自己負担		うち自己負担
101	要介護4	120,000	120,000	278,442	27,844	0	0	117,300	13,020	515,742	160,864
102	要介護5	120,000	120,000	344,062	34,406	0	0	463,450	5,000	927,512	159,406
103	要介護4	120,000	120,000	185,628	18,563	92,814	9,281	0	0	398,442	147,844
105	要介護5	120,000	120,000	344,062	34,406	0	0	209,160	12,000	673,222	166,406
106	要介護3	120,000	120,000	229,908	22,991	0	0	369,000	5,000	718,908	147,991
107	要介護4	80,000	80,000	278,442	27,844	0	0	463,200	5,000	821,642	112,844
108	要介護3	120,000	120,000	229,908	22,991	0	0	518,780	12,000	868,688	154,991
109	要介護4	100,000	100,000	154,690	15,469	123,752	12,375	0	0	378,442	127,844
110	要介護3	120,000	120,000	229,908	22,991	0	0	216,580	8,000	566,488	150,991
201	要介護3	120,000	120,000	229,908	22,991	0	0	365,800	5,000	715,708	147,991
202	要介護4	120,000	120,000	278,442	27,844	0	0	347,000	11,280	745,442	159,124
203	要介護3	120,000	120,000	229,908	22,991	0	0	369,000	5,000	718,908	147,991
205	要介護3	100,000	100,000	229,908	22,991	0	0	519,280	12,000	849,188	134,991
206	要介護4	100,000	100,000	278,442	27,844	0	0	0	0	378,442	127,844
207	要介護5	100,000	100,000	162,977	16,298	181,085	18,109	0	0	444,062	134,406
208	要介護4	120,000	120,000	278,442	27,844	0	0	369,000	5,000	767,442	152,844
209	要介護5	100,000	100,000	344,062	34,406	0	0	471,200	8,000	915,262	142,406
210	要介護5	120,000	120,000	344,062	34,406	0	0	442,400	5,000	906,462	159,406
211	要介護4	100,000	100,000		0	0	0	0	0	100,000	100,000
計		2,120,000	2,120,000	4,651,199	465,120	397,651	39,765	5,241,150	111,300	12,410,000	2,736,185
平均	3.95	111,579	111,579	258,400	24,480	20,929	2,093	275,850	5,858	653,158	144,010

6 - 1 立ち上げスケジュール

※凡例

■ 物件取得
フェーズ

■ 人材採用
フェーズ

■ 入居募集
フェーズ

1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 4ヶ月 5ヶ月 6ヶ月 7ヶ月 8ヶ月 9ヶ月 10ヶ月 11ヶ月 12ヶ月 13ヶ月 14ヶ月 15ヶ月 16ヶ月 17ヶ月 18ヶ月 19ヶ月

土地提案

立地検討

ボリューム検討
事業収支提案

資金計画

土地取得

プラン検討

各種申請

施工者契約

建築工事

求人
記事出稿

折込
ポスティング

お仕事
説明会

病院営業

CM営業

内覧会

事前協議～確認下付

着工～完工まで約9ヶ月

6 - 2 立地の考え方

■ 立地選定の前提となる考え方

生活環境が整っていれば、ある程度の2等立地でも可能

立地は良いに越したことはないが、生活環境が整っていれば、2等立地でも可能。立地にこだわりすぎるよりも、土地代を抑えて支払い家賃を抑え、事業収支を良くした方が経営上は良い。

■ 立地選定のポイント

1. 既存事業所の近隣：訪介・訪看との**連携重視**
2. スタッフ・入居者の家族が通いやすい場所：**車や電車での通勤が困難でない**
3. 訪問診療で連携が取れる病院の近く：訪問診療の**先生がNHに訪問しやすい**
4. 障害保険が適用され易いエリア：65歳以上の方で**障害保険の算定を受けやすい**

6-3 人材採用の考え方

“ NHで働くことの社会的意義・理念に共感してもらう ”

ナーシングホームの看護師採用で最も重要な考え方は、【社会的意義・理念への共感】

「看護師が集まらない」と言っているのはナーシングホームの開設はできない。

特に現状の働き方に疑問を持っている病棟看護師は多く、自社で働きたいと思わせるか、手法論や金額帯で看護師採用のやり方は様々あるが、前提の考え方を持っていないければ採用しても長く定着せず、すぐに辞めてしまう。



病院

- 患者と関わる期間が短く自分の信念に反する
- 忙しく精神的&肉体的ストレスがかかる
- 知識や経験が偏りやすい
- 病院以外の勤務先を探しているがなかなか見つからない



ナーシングホーム

- 病院並みの高いサービス提供をすることができる
- 入居者のお看取りまで関われる
- 施設での看護なので在宅訪問看護のように何かあれば他のスタッフに頼れる
- 医療依存度の高い方の受け皿は供給不足なので社会的意義がある



訪問

- 1人で訪問し看護をする経験と高いレベルがなく不安
- 在宅では環境が整っていない
- 女性1人では訪問自体不安
- 移動の手間
- 孤独感

6-4 入居募集の考え方

■ 医療保険適用患者の入居者募集は基本「病院営業」

県単位で広範囲の入居者募集戦略が重要。病院と高頻度で接触を図り紹介元のパイプ作りがキモ

営業先候補

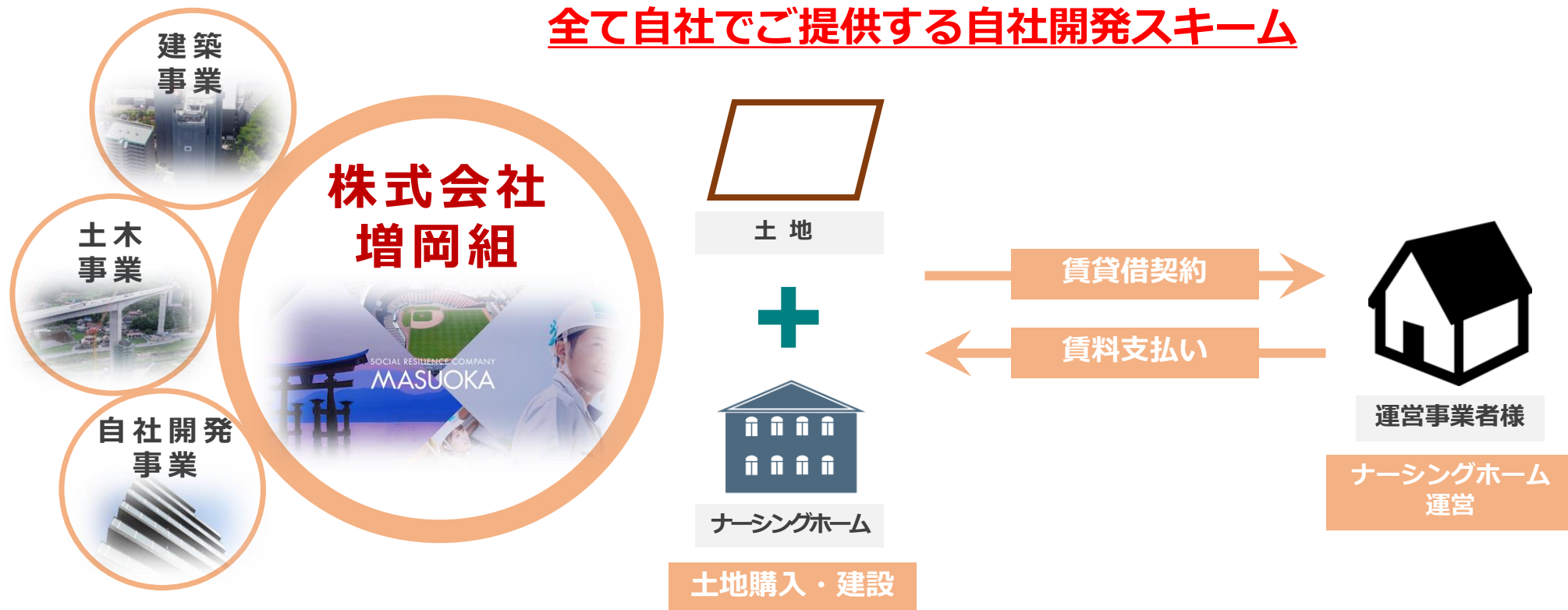
1. 病床数の多い病院
2. 急性期病棟のある病院
3. 癌診療連携拠点病院
4. 神経難病に取り組む病院
5. 脳神経内科
6. 隣接市町村・都道府県の
該当医療機関



7-1 参入スキーム

■ 一括借上げスキーム（弊社が土地を購入しナーシングホームを建て運営委託）

**弊社増岡組が土地と建物を運営事業者様に
全て自社でご提供する自社開発スキーム**



7-2 収支シミュレーション

■ ナーシングホームの概算キャッシュフロー（一括借上げ）

【前提要件】 30室 / 入居率90%時 / 医療保険適用患者5割 / 障害給付は加味せず / 平均要介護4.2 / 給与は賞与4.0か月分を案分計算

家賃収入	(円) 2,025,000	75,000/室
共益費収入	405,000	15,000/室
生活支援費収入	405,000	15,000/室
食費収入	1,215,000	45,000/室
医療・介護保険収入	13,500,000	500,000/人
売上合計	17,550,000	650,000/人
人件費	9,800,000	56%
販管費	2,232,000	13%
一括借上賃料	2,250,000	12%
経費合計	14,282,000	81%
事業損益	3,268,000	19%

概算キャッシュフロー

キャッシュフロー（月）

326万円 × 12ヶ月



キャッシュフロー（年）

3,912万円/年

<チェックポイント>

- 入居者の疾病・状態によって平均客単価及び人件費率は変動する。
- 計画にあたっては月次の入居推移、昇給計画、減価償却費等を含めた損益計算が必要。

本日お伝えしたいこと

- 1 NHは少人数でも運営可能
- 2 事業性を考慮して木造で建てる
- 3 病床減・入居者ニーズ増の市場性
- 4 医療保険の訪問看護で高保険収入に
- 5 スタッフ・入居者に喜ばれるNHを！