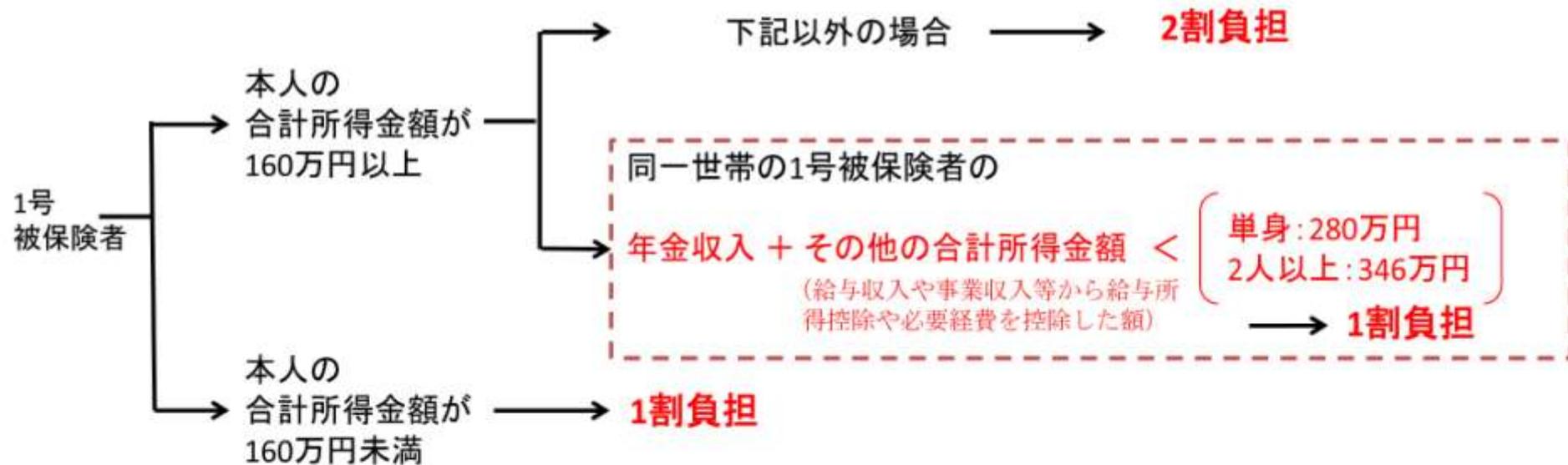


板橋区が行った「NPO法人等の活動内容に関するアンケート調査の実施結果」  
8月30日・コミュニティスペースフォーラム資料(板橋区にて開催)

- ▶ 調査対象：板橋区内を拠点とする東京都認証のNPO法人及び板橋区内で活動しているボランティア団体
- ▶ 調査機関：平成26年6月25日～7月17日
- ▶ 依頼数：228 回答数：56(24.5%)
- ▶ 介護保険制度改正に伴い、介護支援事業の担い手として活動することに関心がある団体：26団体(46.4%)
- ※関心はあるが別途拠点が必要：3団体(5.4%)

## 介護保険の自己負担が2割となる「一定以上所得者」の判定基準案

- 介護保険の自己負担が2割となる一定以上所得者については、基本的に1号被保険者である高齢者本人の合計所得金額（※1）により判定を行い、世帯の中でも基準以上（160万円以上（※2）、年金収入に換算すると280万円以上）の所得を有する方のみ利用者負担を引き上げることとする。
- しかしながら、
  - ・ その方の収入が給与収入、事業収入や不動産収入といった年金収入以外の収入を中心とする場合には、**実質的な所得が280万円に満たないケースがあること**
  - ・ 夫婦世帯の場合には、**配偶者の年金が低く、世帯としての負担能力が低いケースがあること**から、以下のように、その世帯の1号被保険者の年金収入等とその他の合計所得金額の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円（※3）未満の場合は、1割負担に戻すこととする。



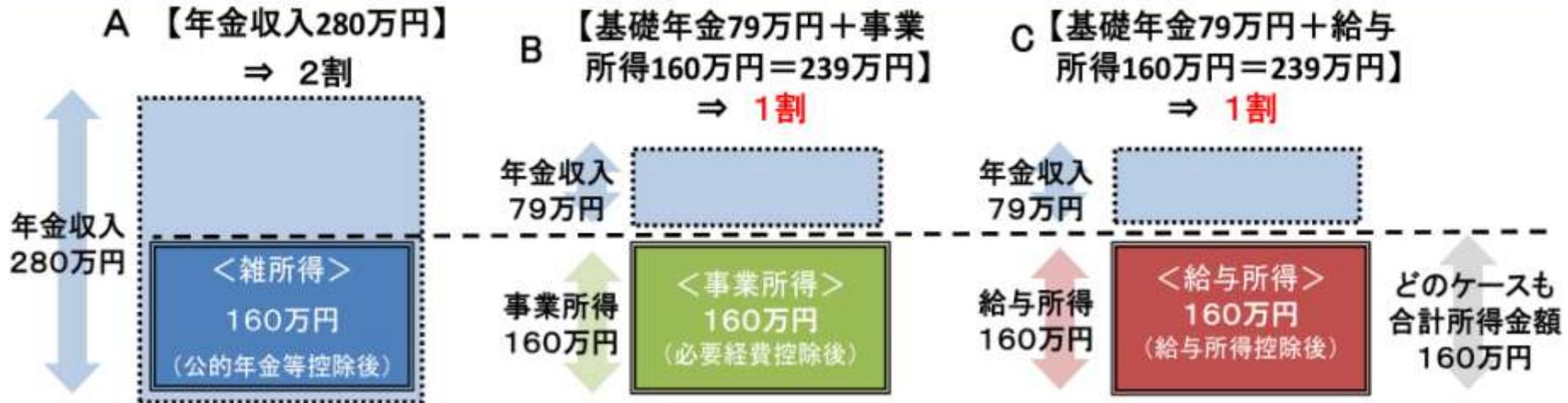
※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

※2 被保険者の上位20%に該当

※3 280万円+5.5万円（国民年金の平均額）×1.2 ≒ 346万円

## (参考) 本人の合計所得金額が160万円となる例

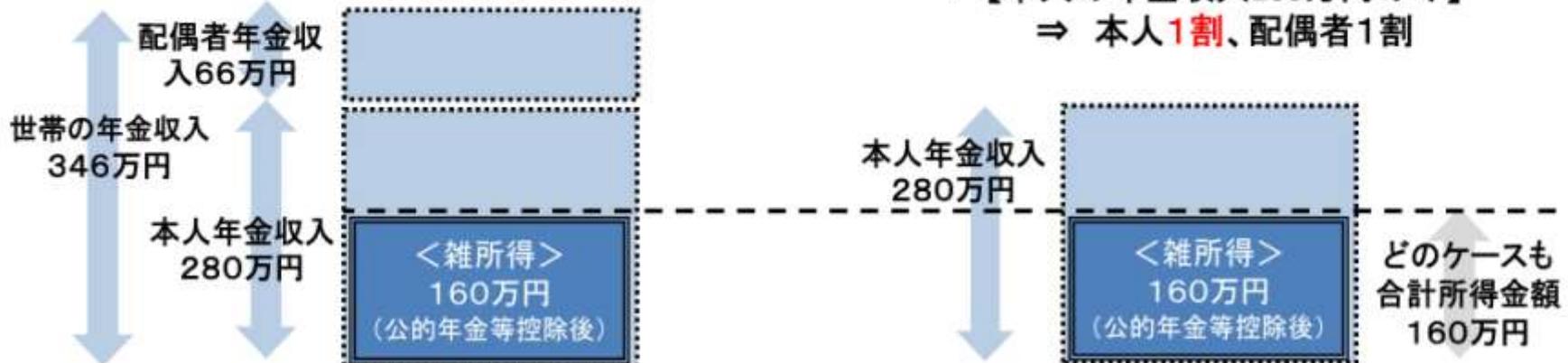
<単身の場合> B、Cの例では実質的な収入が280万円より少ないことから、1割負担に戻す



<2人以上の場合> Eの例では世帯収入が346万円より少ないことから、1割負担に戻す

**D 【本人:年金収入280万円+配偶者:基礎年金66万円(平均受給額)】**  
⇒ 本人2割、配偶者1割

**E 【本人の年金収入280万円のみ】**  
⇒ 本人1割、配偶者1割



# 東京都武蔵野市の第6期計画・制度改正・地域包括ケアシステム推進へ向けた取り組み (新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実務的課題)

基本的対応方針: 国の制度見直しに伴う課題・問題点を把握したうえで、武蔵野市としての地域の実情に応じた円滑な制度変更対応とサービス水準の維持・向上を目指す

- ▶ 予防給付再編対応方針: 予防訪問介護・予防通所介護を利用している要支援者に対しては、これまでと同程度のサービス供給が継続されることを基本とする
- ▶ 一定以上所得者の2割負担対応方針: 来年8月施行に向けて、ケアマネジャー・事業者などの協力を得ながら、市民への周知を丁寧に行い、「負担割合証」の発行などを円滑に進める
- ▶ 地域ケア会議対応方針: 「在宅支援連絡会議」「地区別ケース検討会」などの既存の連携会議に重層的な地域ケア会議機能を付加し、多職種連携強化

## 介護保険制度見直しに対する武蔵野市の基本的方針

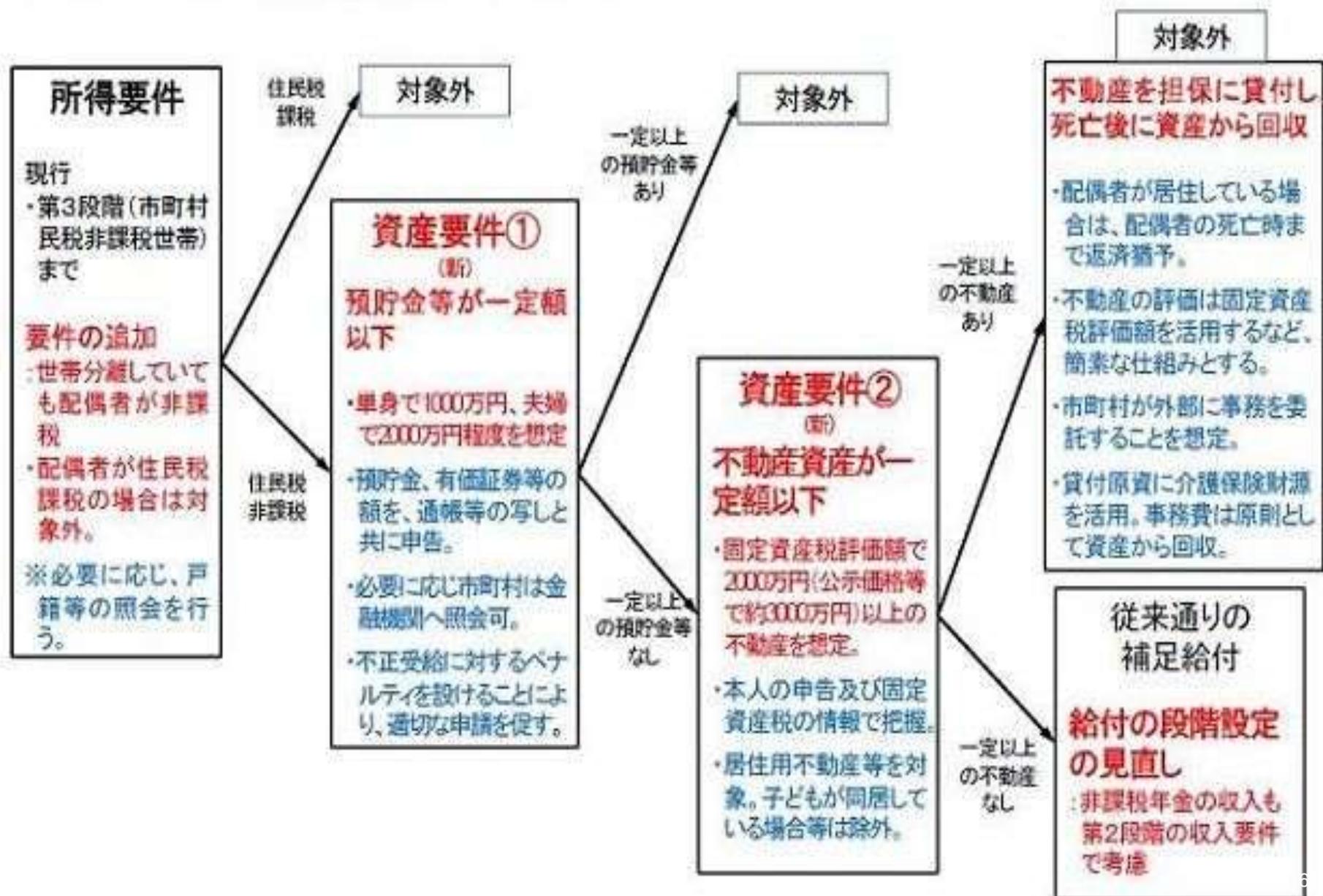
- ▶ 従来の予防訪問介護など主に雇用されている介護職員によるサービスに加え、NPOや民間事業者、有償・無償のボランティアなどによる支援体制
- ▶ 単価などは“国が定める額を上限”として市町村が独自に設定

市町村事業となるため、サービス提供に関する運営基準、人員基準、委託単価（月当たり包括報酬か1回ごとの出来高か）、事業者との契約・審査・支払方法、利用者の申請方法などが市町村によって異なることが想定される

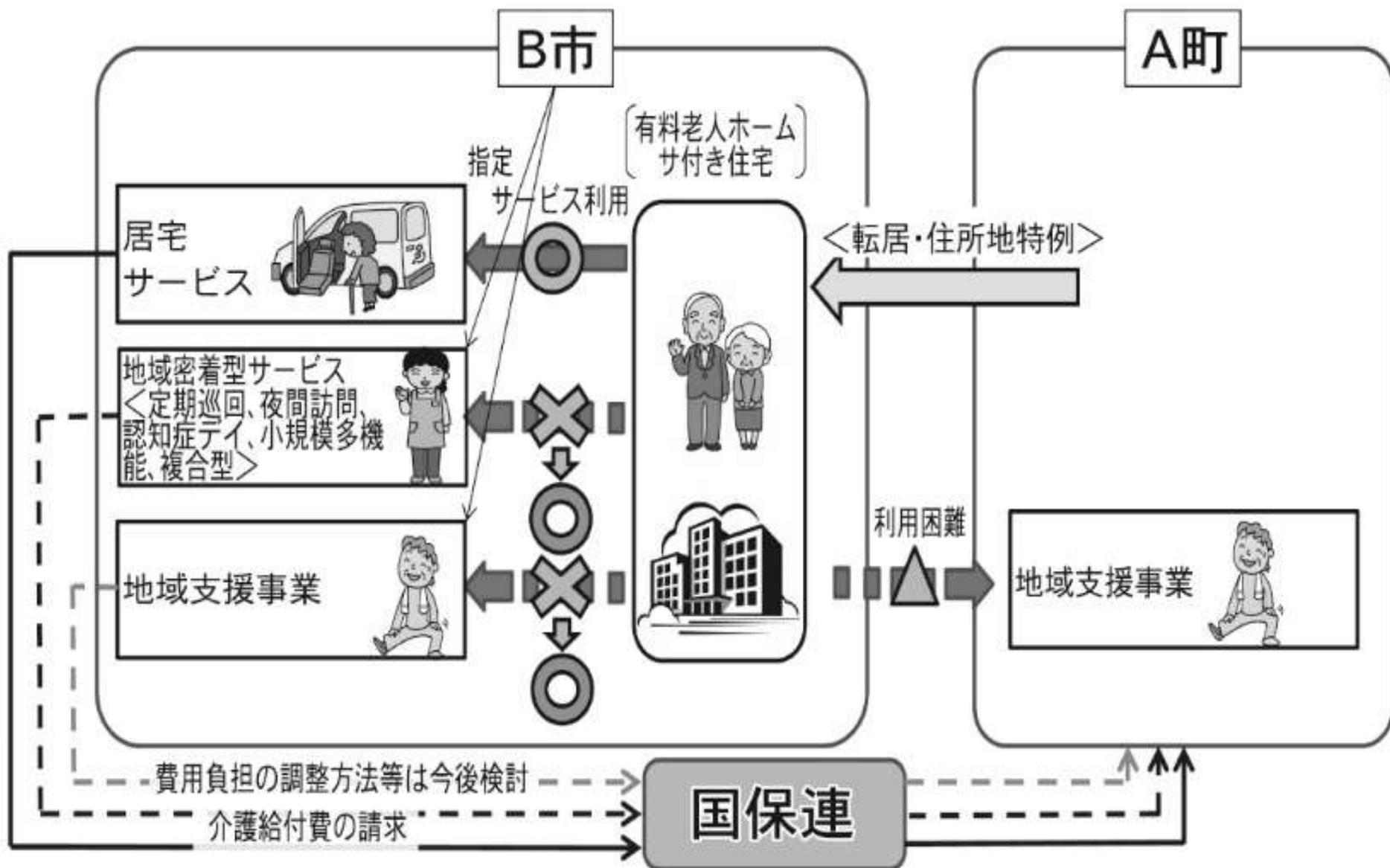
## 来年8月からの2割負担導入の課題

- ▶ 2割負担該当利用者は居宅サービス計画の見直しが必要になる可能性(サービス種類や回数の変更)
- ▶ 武蔵野市が昨年12月に実施した「要支援・要介護高齢者実態調査」(1500名対象)では、「介護保険サービスの利用者負担が2割になった場合どうしますか」の設問に対し、「サービスを『減らす・やめる』」の回答が約3割(28.6%)、『利用する回数を減らす』が23.8%

# (1) 補足給付の見直しのイメージ



# 地域密着型サービスと地域支援事業利用の見直し



# サービス付き高齢者向け住宅の供給促進施策

## 予算

### 《スマートウェルネス住宅等推進事業：平成26年度予算額340億円》

新たに創設される「サービス付き高齢者向け住宅」の供給促進のため、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。

#### ＜補助率＞

登録住宅：新築 1/10(上限 100万円/戸) 改修 1/3(上限 100万円/戸)

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

## 税制

	サービス付き高齢者向け住宅		賃貸住宅	
	措置の内容	条件	措置の内容	条件
所得税・法人税	5年間 割増償却40%※1 (耐用年数35年未満28%)	25㎡[専用のみ] (10戸以上)	なし	—
固定資産税	120㎡相当部分につき、5年間 税額を2/3軽減※2	30㎡～280㎡ [専用・共用] (5戸以上)	120㎡相当部分につき、5年間 税額を1/2軽減	40㎡～280㎡
不動産取得税	(家屋)課税標準から1,200万円控除/戸※2	30㎡～240㎡ [専用・共用] (5戸以上)	(左に同じ)	40㎡～240㎡
	(土地)家屋の床面積の2倍にあたる土地面積相当分の価格等を減額※2		(左に同じ)	

※1：平成28年3月31日までに取得等した場合に適用 ※2：平成27年3月31日までに取得等した場合に適用

## 融資

### 《(独)住宅金融支援機構が実施》

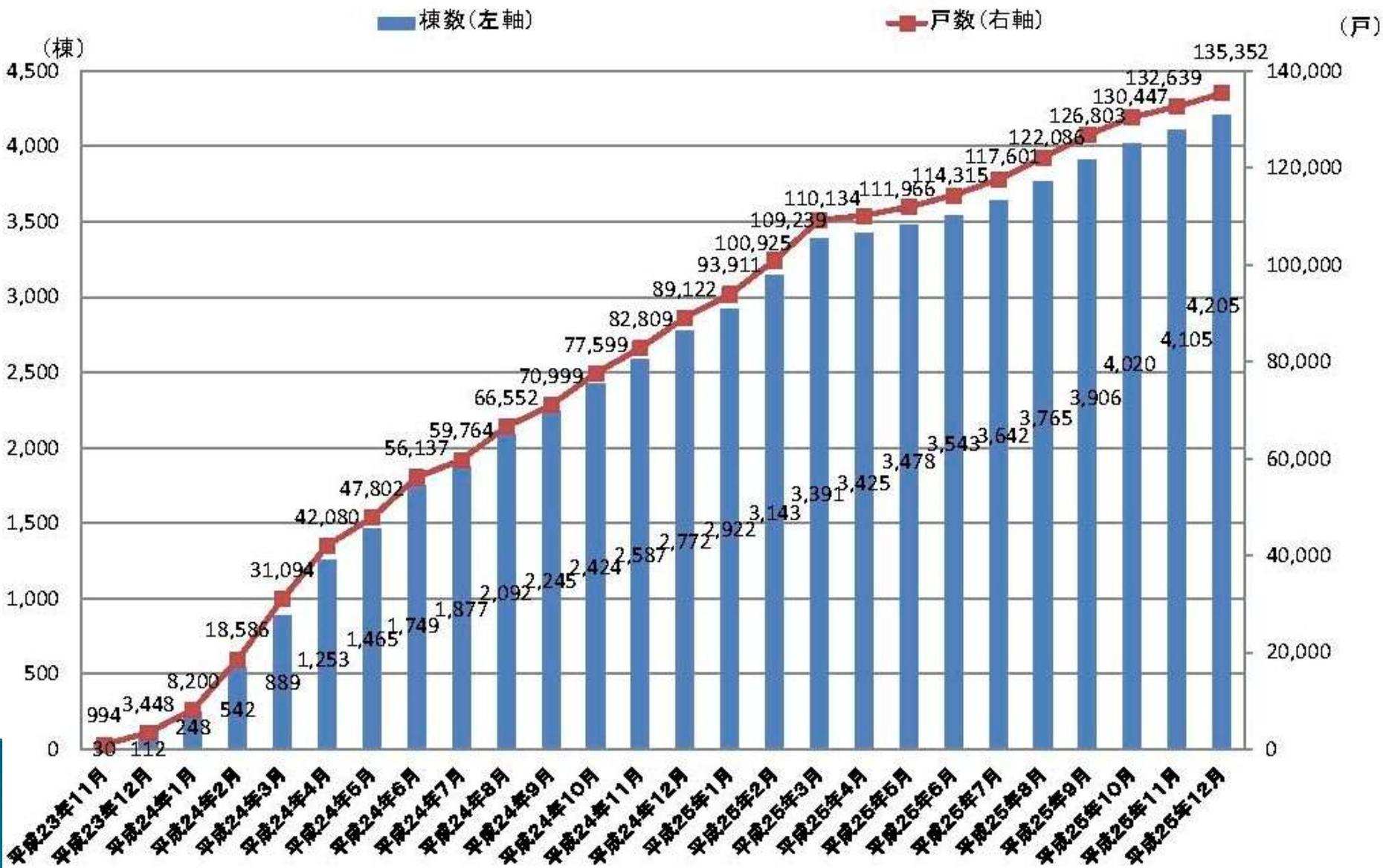
#### ○サービス付き高齢者向け賃貸住宅融資

「サービス付き高齢者向け住宅」として登録を受ける賃貸住宅の建設・改良に必要な資金、又は当該賃貸住宅とする中古住宅の購入に必要な資金を貸し付け(別担保設定不要)

#### ○住宅融資保険の対象とすることによる支援

民間金融機関が実施するサービス付き高齢者向け住宅の入居一時金に係るリバースモーゲージ(死亡時一括償還型融資)に対して、住宅融資保険の対象とすることにより支援

# サービス付き高齢者向け住宅の登録状況(H25.12末時点)



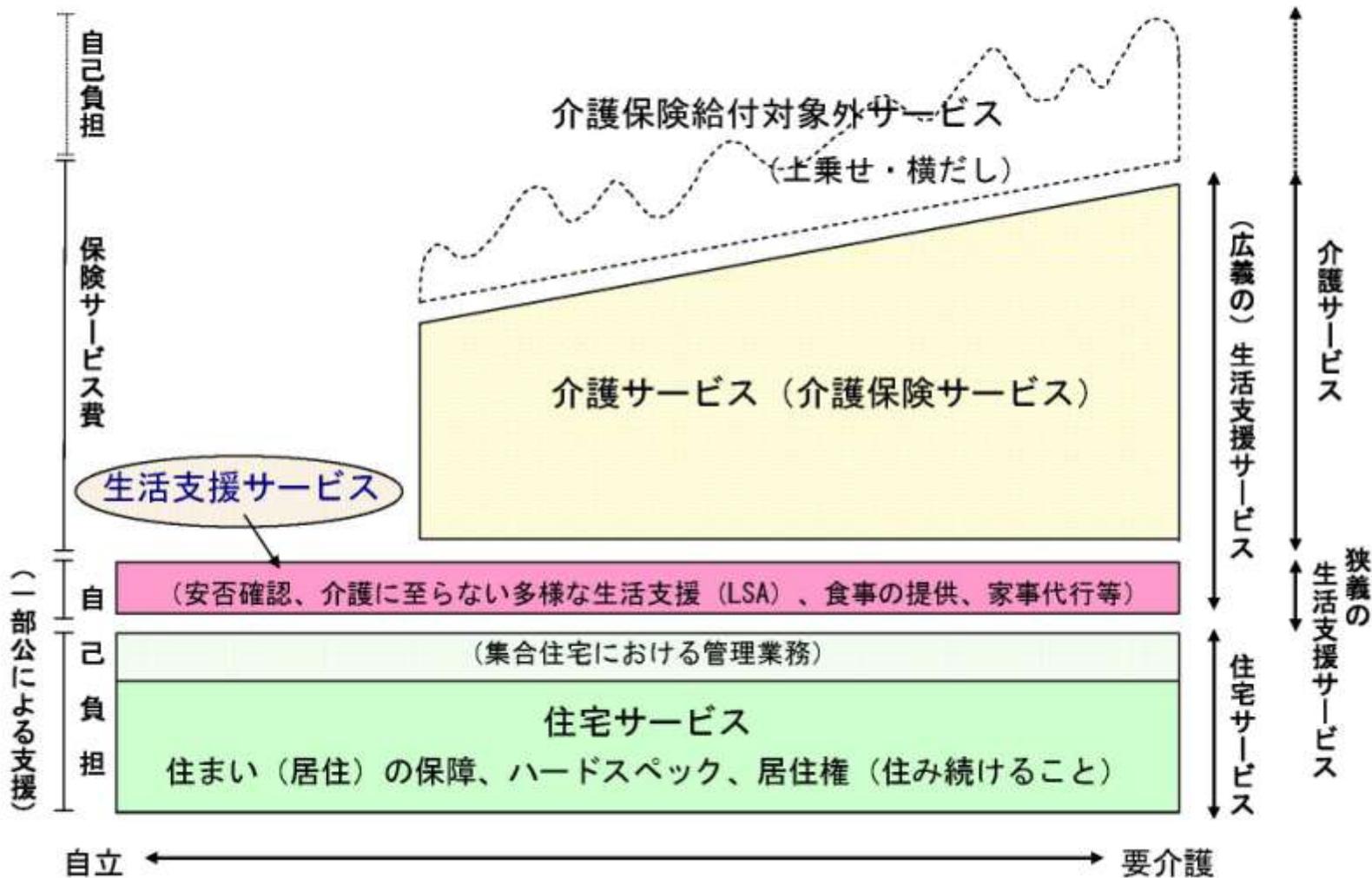
# サービス付き高齢者向け住宅の登録状況（都道府県別）

- 登録戸数が多いのは三大都市圏。それ以外の地域では、北海道・広島県・福岡県において突出している。
- 65歳以上の高齢者人口に対する住宅の供給割合は、東北地方・首都圏において全国平均を下回る傾向が見られる。

H26年5月31日時点  
(全国合計: 148,632戸)



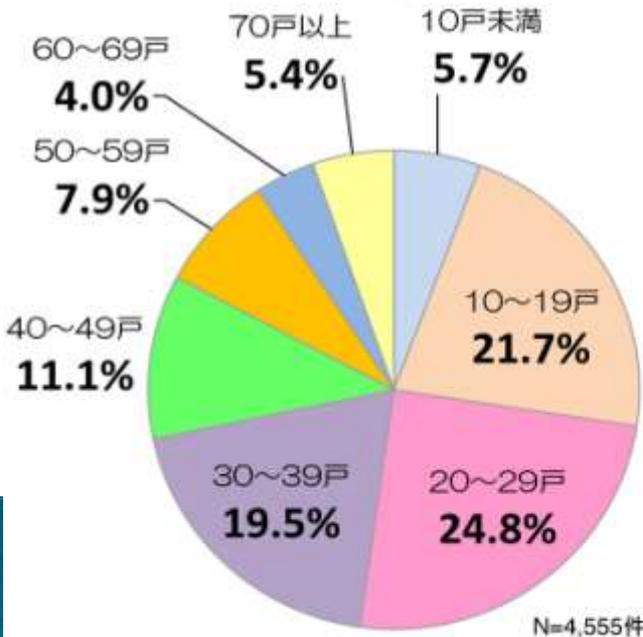
# 住まいとサービスの関係（イメージ）



# サービス付き高齢者向け住宅の規模【登録情報】（平成26年3月）

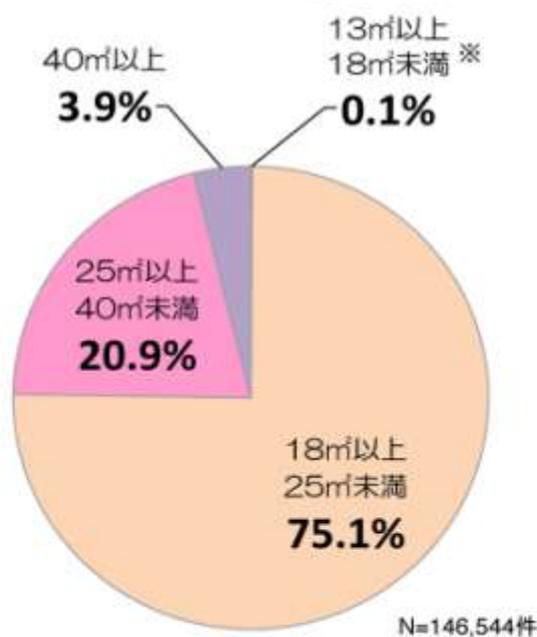
- 住宅戸数では、「10戸以上20戸未満(21.7%)」「20戸以上30戸未満(24.8%)」が多く、**全体の8割以上が50戸未満**である。
- 専用部分の床面積は、**25㎡未満が7割以上**を占める。
- 全体の**約95%**の事業者が、特定施設入居者生活介護の指定を受ける予定はないとしている。

住宅の戸数



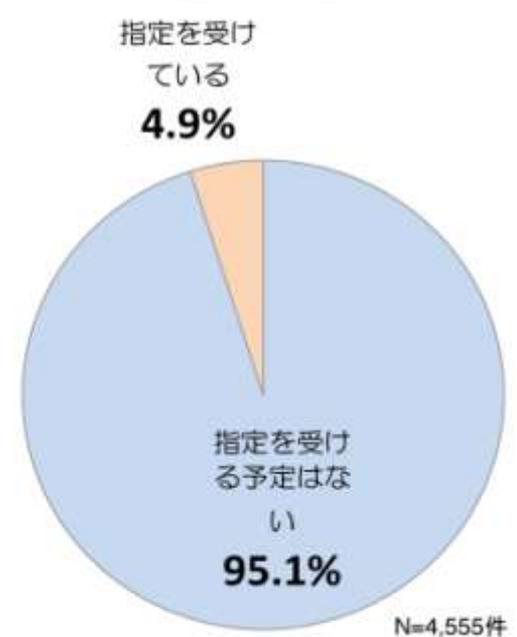
平均戸数:32.1戸

住戸の専有部分面積



平均床面積:22.2㎡

特定施設入居者生活介護

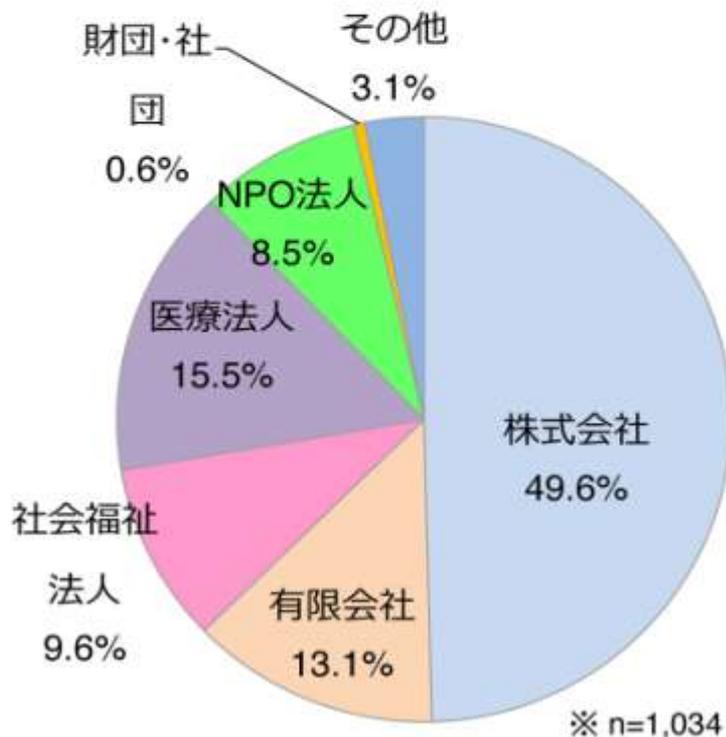


※ 高齢者居住安定確保計画に基づき登録基準を緩和したもの

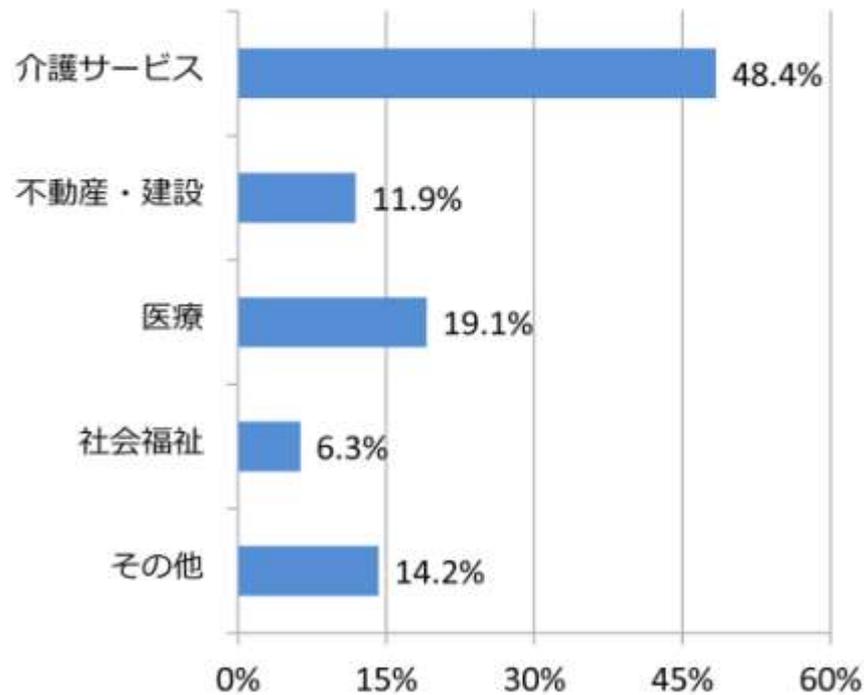
# サービス付き高齢者向け住宅の事業主体【実態調査】（平成25年7月）

- 実際に事業を行っている法人の種別では、**株式会社・有限会社(62.7%)**、**医療法人(15.5%)**、**社会福祉法人(9.6%)**で全体の約9割を占める。
- 母体法人をベースに事業種別を集計すると、**介護サービス関連が約5割**、**医療関連が約2割**を占めている。**不動産・建設業関連は1割強**に留まっている。

開設主体の法人種別



母体法人の業種



# サービス付き高齢者向け住宅の入居者【実態調査】（平成25年7月）

- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、比較的、『要支援』『要介護1・2』の入居者が多く、全体としての平均要介護度は1.76となっている。
- 一方で、開設からの期間が比較的短い住宅も多い中、『要介護4・5』の入居者も相当数認められることから、制度上は同じ「サービス付き高齢者向け住宅」であっても、個別の住宅によって機能が多様化しているものと考えられる。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、自立が約1/3である一方、『判定基準Ⅱ』以上が約4割を占めている。※入居者の日常生活自立度を把握していない事業者が約1割
- 入居者の年齢については、80代が最も多く5割以上を占めており、平均年齢は82.1歳である。

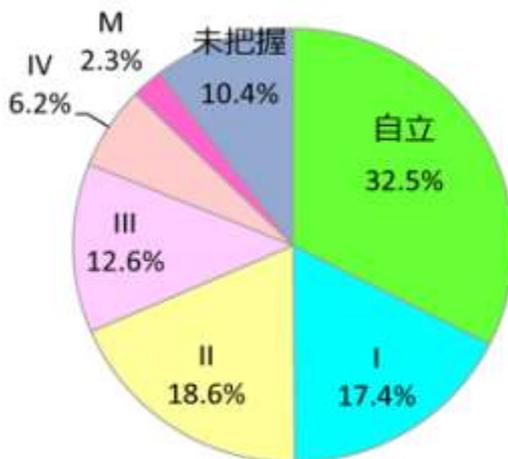
【要介護度等】(平均要介護度:1.76)



※入居者数(n=24,874)

※ 自立はゼロ、要支援1・2は0.375として平均要介護度を算出。

【日常生活自立度】



※入居者数(n=22,650)

※ 平成25年度老人保健健康増進等事業  
「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究」

【年齢】(平均年齢:82.1歳)

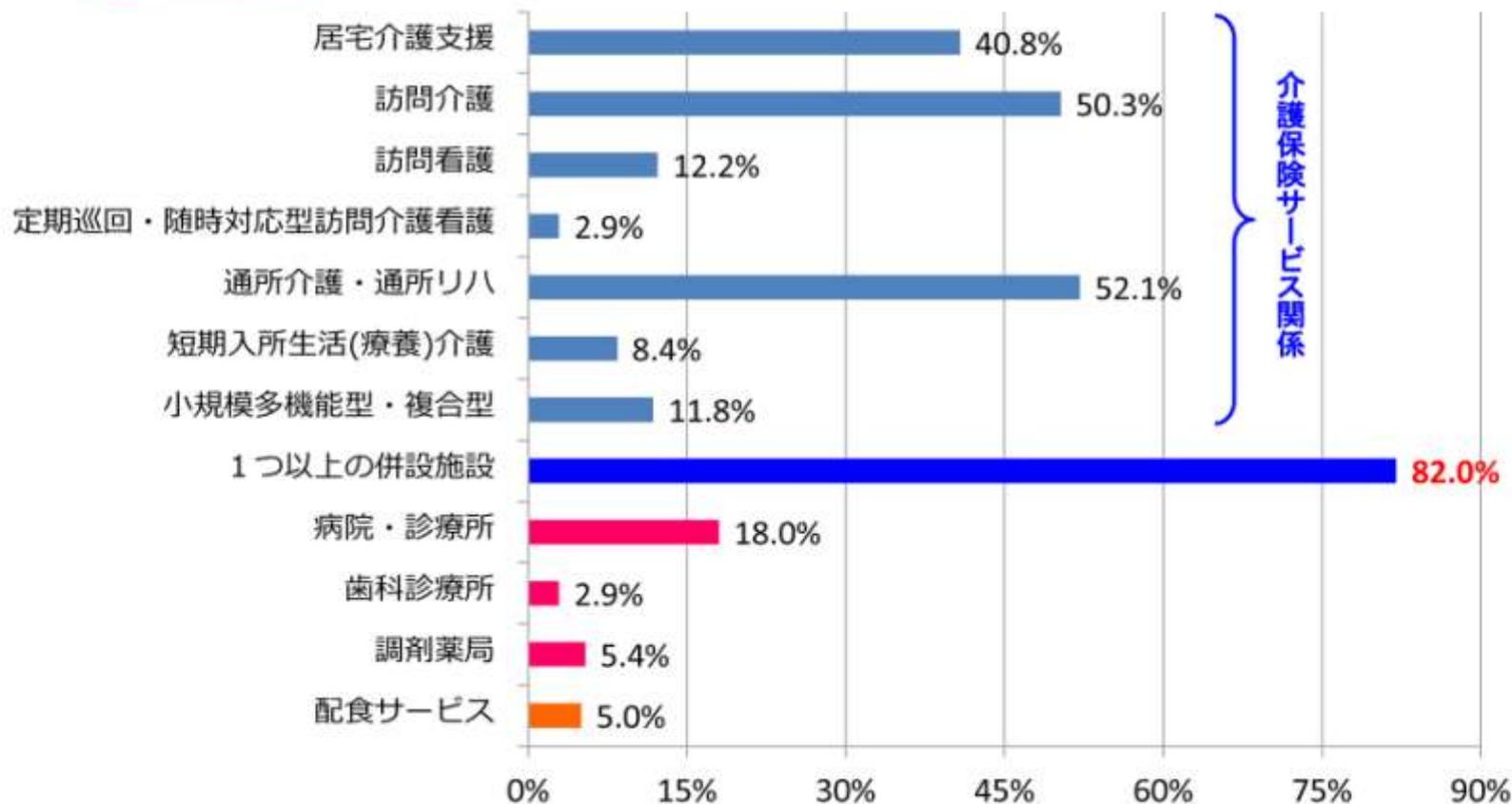


※入居者数(n=24,526)

# サービス付き高齢者向け住宅の併設施設【実態調査】（平成25年7月）

- 訪問介護事業所など、介護保険サービスの事業所を1つ以上併設している物件は82.0%（診療所・配食サービスは含まない）。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者による居宅サービスの利用状況については、「居宅介護支援」と「訪問介護」の利用率が特に高い。

## 事業所の設置状況



# 有料老人ホームの概要

## 1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない(株式会社、社会福祉法人等)。

## 2. 有料老人ホームの定義

- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス(複数も可)を提供している施設。

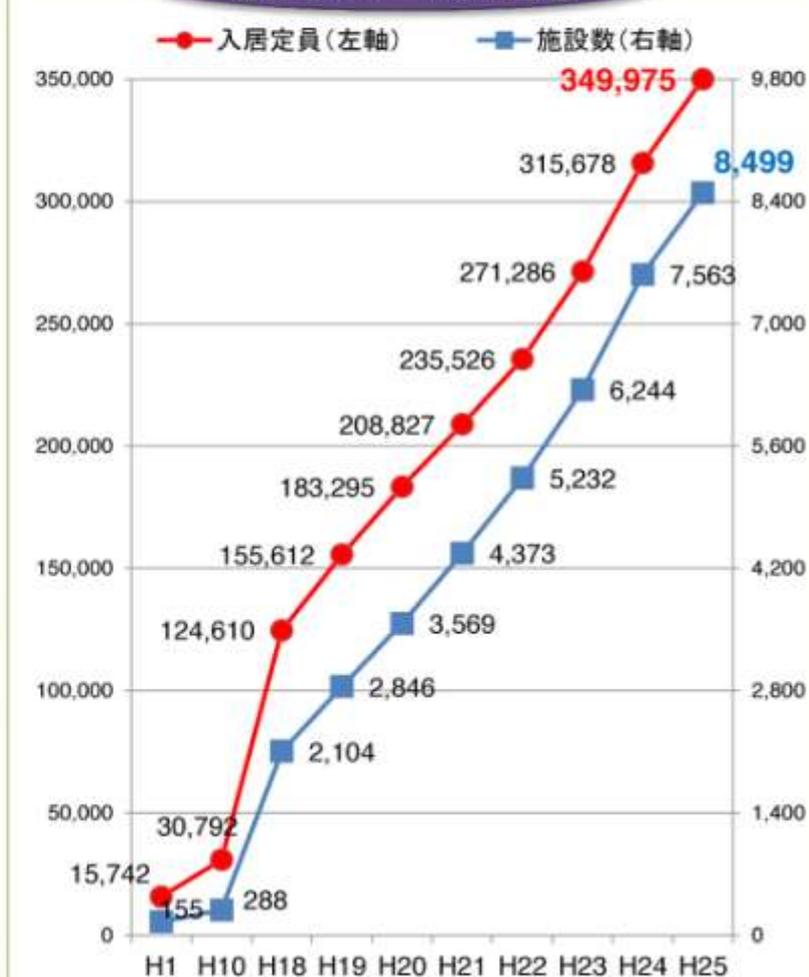


## 3. 提供する介護保険サービス

- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事の指定を受けなければならない。

※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を定めている(例:個室で1人あたり13㎡以上等)

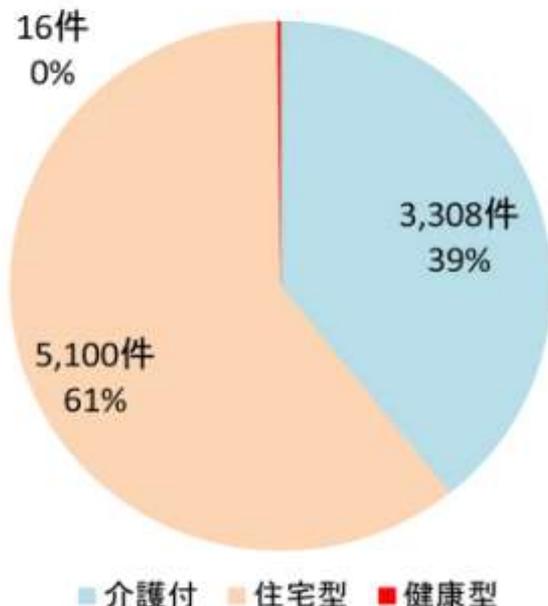
### 有料老人ホーム数の推移



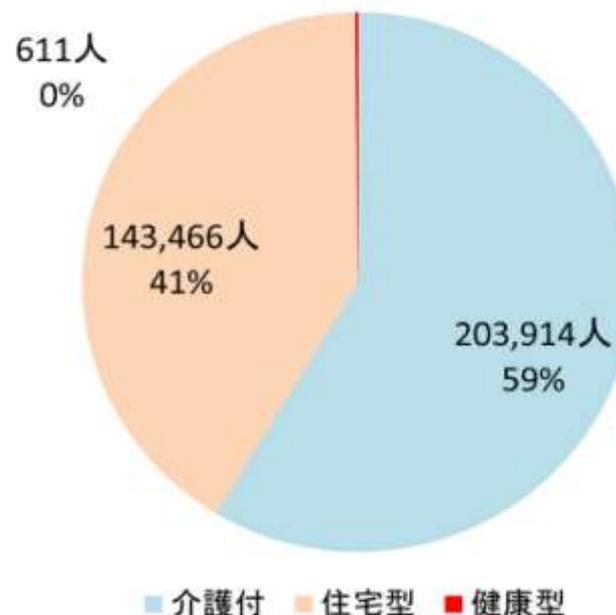
# 有料老人ホームの概況【実態調査】（平成25年度）

介護付有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	健康型有料老人ホーム
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設</li> <li>・介護等が必要となっても、ホームが提供する介護サービスである「特定施設入居者生活介護」を利用しながら、ホームでの生活を継続することが可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設</li> <li>・介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら、ホームでの生活を継続することが可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設</li> <li>・介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければならない</li> </ul>

有料老人ホームの件数



有料老人ホームの定員数



# 有料老人ホームの入居者【実態調査】（平成25年7月）

- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、『要介護1』から『要介護5』まで、いずれの階層もほぼ同じ割合であり、全体としての平均要介護度は2.19となっている。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、自立が約1/4である一方で、『判定基準Ⅱ』以上が約5割を占めている。
- 入居者の年齢については、80代が最も多く、平均年齢は84.4歳である。

【要介護度等】

(平均要介護度: 2.19)



※入居者数(n=90,598)

※ 自立はゼロ、要支援1・2は0.375として平均要介護度を算出。

【日常生活自立度】

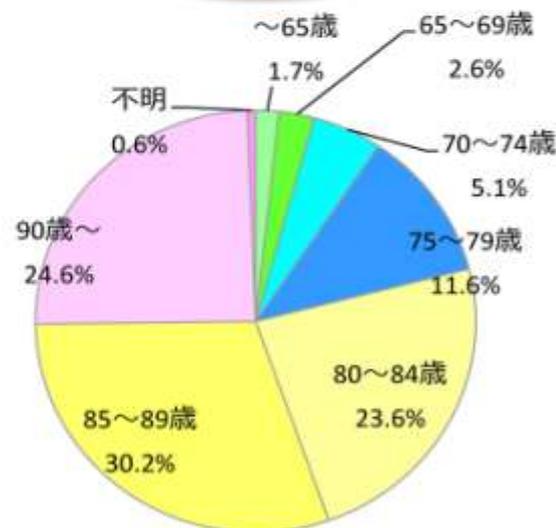


※入居者数(n=85,328)

※ 平成25年度老人保健健康増進等事業  
「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究」

【年齢】

(平均年齢: 84.4歳)

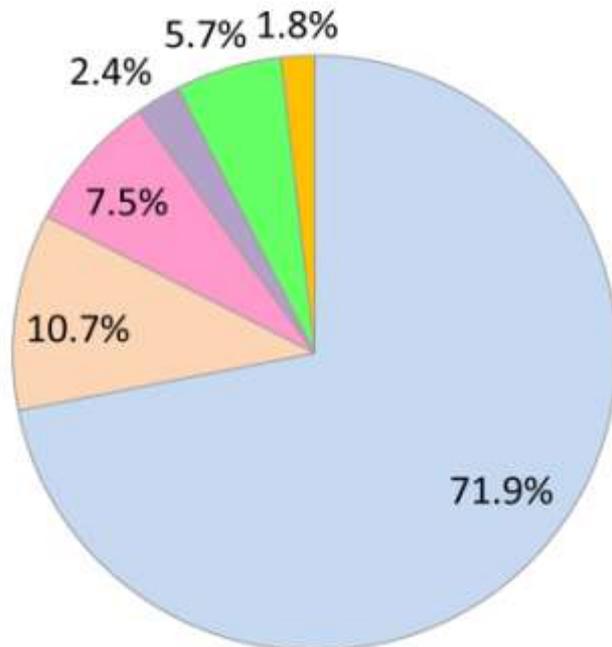


※入居者数(n=88,905)

# 有料老人ホームにおける法人種別【実態調査】（平成25年7月）

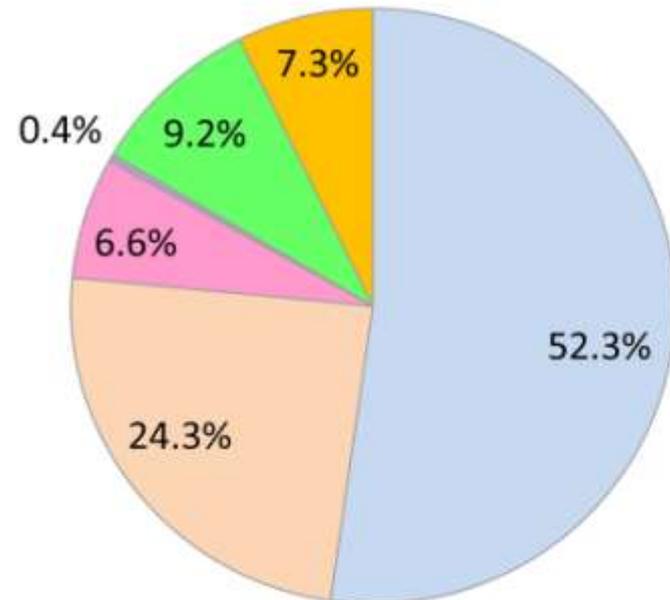
## 介護付有料老人ホーム

- 株式会社
- 社会福祉法人
- 医療法人
- 有限会社
- 財団・社団・宗教法人
- その他



## 住宅型有料老人ホーム

- 株式会社
- 社会福祉法人
- 医療法人
- 有限会社
- 財団・社団・宗教法人
- その他



# 【指導体制】有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅

- サービス付き高齢者向け住宅の事業者が、有料老人ホームの要件となっている「①食事の提供」「②介護の提供」「③家事の供与」「④健康管理の供与」のいずれかを「住宅事業の一部として」実施している場合、そのサービス付き高齢者向け住宅は「有料老人ホーム」に該当することとなる。
- 住宅事業者の希望の有無にかかわらず、上記4サービスのどれか一つでも提供していれば、その住宅は有料老人ホームとなり、老人福祉法の指導監督の対象となる。



実際の登録情報 (H26.3末時点)

	提供する	提供しない
状況把握・生活相談サービス	100%	—
食事の提供サービス	94.7%	5.3%
入浴等の介護サービス	47.3%	52.7%
調理等の家事サービス	50.4%	49.6%
健康の維持増進サービス	59.5%	40.5%

※ 併設施設等からサービスが提供されているケースが含まれている場合がある。

# 「住まい」と「介護等」の連携に関する地方公共団体の意見②

※地方ブロックごとに実施した「高齢者向け住まいに関する意見交換会」(H25.11～H26.1)において、各地方公共団体から寄せられた意見

## 課題② 困り込みの防止・適正サービスの確保

### 介護保険サービスの利用を誘導する困り込みの防止

- サービス付き高齢者向け住宅と同一の法人が運営する介護事業所の利用を、入居者に対して強要する事例がある。ただし、情報を受けて指導に入っても「勧めただけ」と回答され、実態が把握しきれないのが現状。【南関東、九州・沖縄】
- 契約書に、サービスについて入居者選択の自由を明記させている。【北関東】
- 併設施設を利用すると、サービス付き高齢者向け住宅の家賃を値引きする事例がある。【北海道・東北、東海・北陸】

### 過剰な介護保険サービスの提供の防止

- 契約時に区分支給限度基準額ギリギリの介護保険サービスの利用を条件としている事例があった。書面だけ適正なものとしている懸念もある。【東海・北陸、近畿】  
→同一法人の事業所利用を求める特約条項を削除するように当該自治体から指導。
- 区分支給限度基準額ギリギリで過剰サービスが疑われる場合は、市町村でケアプランをチェックするしかない。市町村に対しても、そのような指導を求めているが、実際には専門的な人材確保が難しい。サービス付き高齢者向け住宅ありきの介護サービス事業所の計画とならないようにしなければならない。【近畿】
- 困り込み・過剰サービスを防止するには、ケアマネの質の向上が必要であり、地域ケア会議の役割が重要。【九州・沖縄】

# 地方公共団体における指導体制の状況

- 都道府県・指定都市・中核市による、サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホームに対する「立入検査・定期報告」の実施状況は以下のとおり。
- 立入検査・定期報告を「実施している」と回答した自治体は56%、「今後、実施する方向で検討している」と回答した自治体は32%となっている。

	立入検査・定期報告を実施している					今後、実施する方向で検討	予定していない	
	実施の間隔							
	半年以内	半年～1年	1～2年	2～3年	3年以上			
全国	58	4	34	15	1	4	33	12
北海道・東北	4	0	2	2	0	0	6	5
北関東	6	0	3	1	1	1	3	2
南関東	5	0	4	1	0	0	6	1
中部	10	1	6	2	0	0	3	0
近畿	15	0	8	5	0	2	3	2
中国・四国	9	2	4	2	0	1	4	2
九州・沖縄	9	1	7	2	0	0	8	0

※ 中核市のうち6市からは回答がなかったため、母数は103団体。

【平成25年度・高齢者向け住まい意見交換会における調査結果】

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

### 在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- ▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外		
	病床有		病床無		-		-		
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	
在総管	同一	<u>1,200点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>	<u>1,300点</u>	<u>760点</u>	<u>1060点</u>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<b>3,150点</b>	<b>3,450点</b>
特医総管	同一	<u>870点</u>	<u>1,170点</u>	<u>800点</u>	<u>1,100点</u>	<u>720点</u>	<u>1,020点</u>	<u>540点</u>	<u>840点</u>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<b>2,250点</b>	<b>2,550点</b>

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②

### 在宅医療の適正化②

- ▶ 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- ▶ 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

#### 【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点



#### 【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	203点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	103点

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

#### [算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
  - 1) 往診を実施した患者
  - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
  - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

## 在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

## 患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。



診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

## 過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○ 診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。  
(一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒～10分、一か月当たりの訪問診療回数 ほとんど4～5回/月)



患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

## 算定例

<例>強化型在支診・病院(病床有)が、集合住宅に月2回訪問診療を行った場合

訪問診療料 200点 × 2回  
在宅時医学総合管理料 5,000点 × 1回 = 5,400点 + 処置料等

(参考) <特定施設等の場合>

訪問診療料 400点 × 2回  
特定施設入居時等医学総合管理料 3,600点 × 1回 = 4,400点 + 処置料等

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。 出典:保険局医療課調べ

## 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の算定要件等について

### 同一建物の場合を算定する基準について

- ◆ 同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。

(例)

1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物以外の管理料(在総管・特医総管)を算定

1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物の管理料(在総管・特医総管)を算定

- ◆ 同一患者等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。

※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診料等。)

- ◆ 在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できることとする。

### その他

- 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が算定可能である。
- サ高住等の施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。

## 高齢者施設に与える影響

- ▶ 適切な医療が施設に来なくなる
- ▶ 医療機関の確保が大変
- ▶ 医師会や在支連が対応するといってもエリアによって限界がある可能性
- ▶ 「医療連携が整った施設」というPRが有効ではなくなる可能性
- ▶ 今回認められた個別・集団組み合わせ診療(仮称)を行う場合、施設スタッフの対応が従来とは異なって来る
- ▶ 訪問薬剤師のシフトも変わって来る
- ▶ 施設スタッフや家族が通院付き添いする場合、その手間とリスクの問題は
- ▶ 同じ施設に複数の医療機関が在宅で入る場合、診療方針の違いで施設スタッフが混乱する可能性
- ▶ 同じ施設に入居しているにも関わらず、入居者の負担が大きく変化する可能性

## やっぱり不自然、今回の診療報酬改定

- ▶ 「病院から在宅へ」という考え方に逆行
- ▶ 原則、訪問を望むか、通院できるかどうかは患者の同意が大前提（受診制限につながる）
- ▶ 要介護度や医療依存度での線引き
- ▶ やはり不適切事例を起こした医療機関を個別に指導監査すべきだった
- ▶ 4分の3の減額ではなく、2割か3割程度の下げが現実的
- ▶ やはり個別・集団組み合わせ診療は、医師の疲弊、業務の非効率、医療費の無駄使いを招くのでは

## 今後の高齢者住宅をめぐる課題

- ・原則、在宅が基本
- ・訪問系サービス、定期巡回サービス、小規模多機能などを経て限界点を超えた利用者は施設へ
- ・施設の役割の明確化(特養、老健、療養病床)、さらには特定施設、住宅型有料老人ホーム、サ高住の位置づけ・役割の徹底(所得や介護状態、家族関係など様々な要素を踏まえて)
- ・特養を介護保険事業計画の中心に位置付けるかどうかの再考。特定施設をもっと増やし民間ノウハウを活用すべき
- ・一方で介護保険依存からの脱却。生活重視という観点から見れば、サ高住がベスト
- ・特定施設や特養ではガチガチな収益体質だが、自由な料金設定が可能。入居者の求めるニーズに対して自費サービスを構築できる可能性
- ・今後、介護保険給付が細っていくことが間違いないことを考えれば、自費のサービスを付加しやすい形態がベスト(様々な所得層や利用者ニーズを踏まえて)

介護・医療業界の最新動向を毎週お届け!!

高齢者住宅新聞が新たな媒体を発刊

高齢者の住まいと介護・医療を考える

# 高齢者住宅新聞

# エルダリープレス

月刊 シニアライフ版

～シニアの快適生活を応援する～

## 高齢者住宅新聞 媒体概要

- 発行形態／定期購読・タブロイド版  
毎週水曜日発行  
(月4回、各20ページ～)
- 主要読者層／施設運営会社、介護サービス会社、医療法人、社会福祉法人、人材サービス、給食・配食会社、不動産・建設会社、土地所有者、設備機器・建材、システム関連、金融関連、自治体ほか

年間購読料 **20,000円**(税別) ※送料込



## エルダリープレス 媒体概要

- 発行／月刊(8月以降毎月15日)
- 発行形態／タブロイド判
- 読者層／高齢者施設入居者・在宅高齢者、介護サービス利用者、シニア全般
- 主要購入層／介護保険施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、介護事業者、ケアマネジャー、家族・患者団体、クリニック、薬局、福祉用具事業者、地方自治体、製薬会社、医薬品卸、小売店、老人クラブ
- 発行部数／5～10万部
- 配布エリア／全国



### ■購入(買い取り)料金について

- 創刊号の購読(購入)は50部から2500円(1部あたり50円)、50部以上の申込みは50部単位  
100部:5,000円、150部:7,500円(全て送料・税込)

### ■ご購入(買い取り)方法

- 施設運営会社や介護事業者が一括購入。弊社から直接事業所に送付いたします。
- 事業者から各運営施設や入居者(利用者)に配布していただきます。
- 弊社から各施設に送付をご希望の事業者は別途お問い合わせ下さい。

### ■1部あたりの年間購読ご希望の個人・法人の方

1部単位で年間購読ご希望の方は、年間購読料600円(50円×12カ月分)(送料・税込)となります。

### 高齢者住宅セミナー2014in札幌

5月27日(火)・28日(水)  
入場事前登録・有料制  
会場:アステシア45

### 高齢者住宅セミナー2014in福岡

9月18日(水)・19日(金)  
入場事前登録・有料制  
会場:福岡県中小企業振興センター

### 高齢者住宅フェア2014in東京

7月29日(火)・30日(水)  
会場:東京ビッグサイト  
西3-4ホール

### 高齢者住宅フェア2014in大阪

11月5日(水)・6日(木)  
会場:インテックス大阪  
3号館

\*会場・会場・時間・変更になる場合があります。ご了承ください。

■お問い合わせ・お申込は

株式会社高齢者住宅新聞社

〒104-0061 東京都中央区銀座8-12-15

TEL.03-3543-6852 FAX.03-3543-6853 info@koureisha-jutaku.com

http://www.koureisha-jutaku.com

高齢者住宅新聞

検索