







諸外国の施設・住まい等 の状況について

目次

<海外調査関係資料>

1. 各国の高齢化等に係る状況(基礎資料) —————	1
2. 各国における施設・居住サービスの状況 —————	2
1) スウェーデン	2
2) デンマーク	3
3) ドイツ	4
4) フランス	5
5) 米国	6
3. 施設・居住サービスの各国別資料 —————	7
1) スウェーデン	7
2) デンマーク	12
3) ドイツ	18

1. 諸外国の高齢化等に係る状況(基礎資料)

	1) スウェーデン 	2) デンマーク 	3) ドイツ 	4) フランス 	5) 米国 	日本 
① 面積	449,964 km ²	43,094 km ²	357,021 km ²	547,030 km ²	9,631,420 km ²	378,835 km ²
② 総人口	896 万人 (2003)	539 万人 (2003)	8,253 万人 (2003)	5,977 万人 (2003)	29,081 万人 (2003)	12,765 万人 (2003)
③ 高齢者人口	154 万人 (2003)	80 万人 (2003)	1,465 万人 (2003)	977 万人 (2003)	3,592 万人 (2003)	2,421 万人 (2003)
④ 高齢化率	17.2% (2003)	14.9% (2003)	17.7% (2003)	16.3% (2003)	12.4% (2003)	19.0% (2003)
⑤ 後期高齢者人口	79 万人 (2003)	38 万人 (2003)	630 万人 (2003)	467 万人 (2003)	1,758 万人 (2003)	1,043 万人 (2003)
⑥ 後期高齢化率	8.9% (2003)	7.0% (2003)	7.6% (2003)	7.8% (2003)	6.1% (2003)	8.2% (2003)
⑦ 平均寿命	男性 77.9 歳 (2003) 女性 82.4 歳 (2003)	男性 74.9 歳 (2003) 女性 79.5 歳 (2003)	男性 75.5 歳 (2003) 女性 81.3 歳 (2003)	男性 75.8 歳 (2003) 女性 82.9 歳 (2003)	男性 74.5 歳 (2002) 女性 79.9 歳 (2002)	男性 78.4 歳 (2003) 女性 85.3 歳 (2003)
⑧ 国民負担率 ※1	潜在的国民負担率 71.1% 社会保障負担率 21.0% 租税負担率 49.9% 財政赤字対国民所得比 0.1%	潜在的国民負担率 72.7% 社会保障負担率 4.0% 租税負担率 68.8% 財政赤字対国民所得比 —% (*1.5%の財政赤字)	潜在的国民負担率 58.4% 社会保障負担率 24.7% 租税負担率 28.6% 財政赤字対国民所得比 5.1%	潜在的国民負担率 66.5% 社会保障負担率 24.5% 租税負担率 36.4% 財政赤字対国民所得比 5.6%	潜在的国民負担率 38.3% 社会保障負担率 8.7% 租税負担率 23.1% 財政赤字対国民所得比 6.6%	潜在的国民負担率 43.9% 社会保障負担率 14.7% 租税負担率 23.0% 財政赤字対国民所得比 6.1%
⑨ 在宅死亡率 ※2	51.0%	約 50.0%	51.4%	24.2%	22.0%	13.4%

出典：① World Fact Book 2006 ②～⑦ OECD Health Data 2005 ⑧財務省資料「国民負担率の各国比較」(“National Accounts”(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等) ⑨医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期に関する研究報告書」(2002)、R.H.Blank, J.C.Merrick「End-of-Life Decision Making - Cross-National Study-」(2005)、「人口動態統計」(2000)。ただし、デンマークは聞き取り調査による概算値。

※ 1：国民負担率(財務省資料)：潜在的国民負担率＝国民負担率(租税負担率と社会保障負担率の合計)＋財政赤字対国民所得比

※ 2：「在宅」の定義は、日本の場合は「自宅」、その他は「自宅」及び「ケア付き高齢者住宅」。

※文献及び現地聞き取り調査等による情報に基づいている。
 なお、日本との比較を前提としたイメージであり、各国内の地域差等により厳密ではない部分がある。

2. 諸外国における施設・居住サービスの状況

1) スウェーデン

<p>1 経緯</p>	<p>○ 従来より施設の住宅化が進められ、1992年のエーデル改革により、施設サービスは「特別住宅」として一本化され、生活環境改善が進展。（※従来の施設機能は残存。）</p> <p>○ ただし、以後「特別住宅」の定員数の漸減等、過度の在宅推進政策等も指摘されつつあり、施設・居住サービス等の在り方が議論されている。</p>				
<p>2 施設・居住サービスの類型</p> <p>「特別住宅」 (社会サービス)</p> <p>※制度上の定義区分は明確ではなく、歴史上の便宜的呼称であり、現在は類型間の差異は縮小傾向。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="612 741 869 1220"> <p>施設系</p> </td> <td data-bbox="874 741 1364 1220"> <p>① ナーシングホーム、認知症グループホーム、老人ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象として、職員が常駐し、24時間体制で介護・看護サービスを提供。 ・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。 <p>② サービスハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は日中はいるものの24時間常駐せず、必要に応じて夜間のナイトパトロール等を利用。 <p>(注) ①・②とも一律の人員配置基準は存在せず、利用者の状態に応じて市等が職員の加配等を実施。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="612 1227 869 1384"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="874 1227 1364 1384"> <p>③ シニアハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は常駐せず、必要に応じて外部の訪問介護サービスを活用。 </td> </tr> </table>	<p>施設系</p>	<p>① ナーシングホーム、認知症グループホーム、老人ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象として、職員が常駐し、24時間体制で介護・看護サービスを提供。 ・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。 <p>② サービスハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は日中はいるものの24時間常駐せず、必要に応じて夜間のナイトパトロール等を利用。 <p>(注) ①・②とも一律の人員配置基準は存在せず、利用者の状態に応じて市等が職員の加配等を実施。</p>	<p>住宅系</p>	<p>③ シニアハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は常駐せず、必要に応じて外部の訪問介護サービスを活用。
<p>施設系</p>	<p>① ナーシングホーム、認知症グループホーム、老人ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象として、職員が常駐し、24時間体制で介護・看護サービスを提供。 ・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。 <p>② サービスハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は日中はいるものの24時間常駐せず、必要に応じて夜間のナイトパトロール等を利用。 <p>(注) ①・②とも一律の人員配置基準は存在せず、利用者の状態に応じて市等が職員の加配等を実施。</p>				
<p>住宅系</p>	<p>③ シニアハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は常駐せず、必要に応じて外部の訪問介護サービスを活用。 				
<p>3 財源・費用負担</p>	<p>○ 税財源</p> <p>○ ホテルコスト（家賃・食費・光熱水費）は利用者が負担。</p> <p>○ 国が最高利用者負担額・最低所得保障額を設定し、その範囲内で市が実際の利用者負担額を決定（所得に応じて住宅手当を支給）。</p>				
<p>4 事業主体</p>	<p>○ 原則として市が建設・運営。</p> <p>○ 近年、市場経済的な競争政策が導入され、一部民間企業等に委託。</p>				
<p>5 整備状況等（※）</p> <p>（※）スウェーデン社会省：聞き取り調査時の配布資料（2006）</p>	<p>○ 高齢者人口（2005）の6.5%</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ナーシングホーム、グループホーム等 4.2% ・ サービスハウス等 2.3% 				

2) デンマーク

<p>1 経緯</p>	<p>○ 1987年、施設を含めたすべてのサービス類型を、高齢者住宅法に基づく広義の「高齢者住宅」として一本化。</p> <p>○ 同時に、従来から存在するプライエムの新規建設を禁止し、個室化し生活環境をより高めたプライエポーリとして転換。</p>
<p>2 施設・居住サービスの類型</p> <p>施設系</p> <p>住宅系</p>	<p>① プライエム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象として、職員が常駐し、24時間体制で介護・看護サービスを提供。 ・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。 ・ 医師は常駐していないが、看護職員が常駐。 <p>② プライエポーリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プライエムを改修したものが多く、介護職員が常駐し、簡易キッチン、バス・トイレ付きの広い居室、10人前後の食堂等が存在。(日本のユニット型特別養護老人ホームに近い。) <p>(注) ①・②とも一律の人員配置基準は存在せず、利用者の状態に応じて市町村等が職員の加配等を実施。</p> <p>③ エルダーポーリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は常駐せず、必要に応じて外部の訪問介護サービスを活用。 ・ 外部サービスを利用しない入居者も存在。
<p>3 財源・費用負担</p>	<p>○ 税財源</p> <p>○ ホテルコスト(家賃・食費・光熱水費)は利用者が負担。</p>
<p>4 事業主体</p>	<p>○ 原則として市町村だが、非営利の住宅協会が施設等の建設・管理を行う。</p> <p>○ 近年、自由選択制が導入され、民間サービスの選択も可能となった。</p>
<p>5 整備状況等(※)</p> <p>(※) デンマーク社会省：聞き取り調査時の配布資料(2006)</p>	<p>○ 高齢者人口(2006)の10.7%</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プライエム 2.5% ・ プライエポーリ、エルダーポーリ 8.1%

3) ドイツ

<p>1 経緯</p>	<p>○ 高齢化の進展に伴い、1994年公的介護保険制度を施行。それ以降、完全入所介護から部分入所介護、施設から在宅への移行が促進。</p> <p>○ 介護保険受給者の増大、施設入所者の増大に伴い介護保険財政の悪化が問題。</p>				
<p>2 施設・居住サービスの類型</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="480 651 608 1211"> <p>施設系</p> </td> <td data-bbox="608 651 1378 1211"> <p>① 完全入所介護ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 <p>② 短期入所介護施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅介護では十分な介護が得られない場合や、施設から在宅への移行期間などに一時的に利用。 <p>(注) ①、②とも、有資格者(看護師、介護士等)を職員全体の50%以上配置する必要がある。なお、常勤医師の配置はなく、必要に応じ各利用者の家庭医が訪問診療を行う。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1211 608 1384"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="608 1211 1378 1384"> <p>③ 外部介護利用型居住等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立～軽度高齢者を対象とした住宅。必要に応じて、外部の医療・介護サービスを利用。 </td> </tr> </table>	<p>施設系</p>	<p>① 完全入所介護ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 <p>② 短期入所介護施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅介護では十分な介護が得られない場合や、施設から在宅への移行期間などに一時的に利用。 <p>(注) ①、②とも、有資格者(看護師、介護士等)を職員全体の50%以上配置する必要がある。なお、常勤医師の配置はなく、必要に応じ各利用者の家庭医が訪問診療を行う。</p>	<p>住宅系</p>	<p>③ 外部介護利用型居住等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立～軽度高齢者を対象とした住宅。必要に応じて、外部の医療・介護サービスを利用。
<p>施設系</p>	<p>① 完全入所介護ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 <p>② 短期入所介護施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅介護では十分な介護が得られない場合や、施設から在宅への移行期間などに一時的に利用。 <p>(注) ①、②とも、有資格者(看護師、介護士等)を職員全体の50%以上配置する必要がある。なお、常勤医師の配置はなく、必要に応じ各利用者の家庭医が訪問診療を行う。</p>				
<p>住宅系</p>	<p>③ 外部介護利用型居住等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立～軽度高齢者を対象とした住宅。必要に応じて、外部の医療・介護サービスを利用。 				
<p>3 財源・費用負担</p>	<p>○ 保険料財源(保険者:介護金庫)</p> <p>○ 要介護度に応じて給付限度額を設定。それを超える部分は利用者が負担。</p> <p>○ 高齢者住宅においては、ホテルコスト(家賃・食費・光熱水費)を利用者が負担。</p>				
<p>4 事業主体</p>	<p>○ 完全入所介護ホームの事業主体は、民間非営利法人が約6割、民間営利法人が約3割、公的運営機関が約1割である。</p>				
<p>5 整備状況等(※) (※)日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」(2004)</p>	<p>○ 高齢者人口(2001)の5.1%</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 完全入所介護施設 4.0% ・ 外部介護利用型居住等 1.1% 				

4) フランス

<p>1 経緯</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1970年代以降、従来の収容施設型から、施設の医療・介護等サービスを重視し、脱施設化が進展。 ○ 1997年、要介護高齢者が長期滞在する全施設類型を「高齢者入所施設」として統合。 ○ 2002年、介護給付制度（個別自立手当：現物給付）を創設。 				
<p>2 施設・居住サービスの類型</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">施設系</td> <td style="padding: 5px;"> <p>① 長期療養病床</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護高齢者の長期療養施設。医師が常駐。個室が多い。 <p>② 高齢者ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">住宅系</td> <td style="padding: 5px;"> <p>③ 高齢者アパート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主に自立高齢者を対象とした集合住宅。リビングルーム等を共同利用。内部職員が常駐する場合が多いが、必要に応じて、外部の医療・介護サービス等を利用。 <p>(注) 一律の人員配置基準は存在せず、各施設等が利用者の状態等に応じて配置。</p> </td> </tr> </table>	施設系	<p>① 長期療養病床</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護高齢者の長期療養施設。医師が常駐。個室が多い。 <p>② 高齢者ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 	住宅系	<p>③ 高齢者アパート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主に自立高齢者を対象とした集合住宅。リビングルーム等を共同利用。内部職員が常駐する場合が多いが、必要に応じて、外部の医療・介護サービス等を利用。 <p>(注) 一律の人員配置基準は存在せず、各施設等が利用者の状態等に応じて配置。</p>
施設系	<p>① 長期療養病床</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護高齢者の長期療養施設。医師が常駐。個室が多い。 <p>② 高齢者ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 				
住宅系	<p>③ 高齢者アパート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主に自立高齢者を対象とした集合住宅。リビングルーム等を共同利用。内部職員が常駐する場合が多いが、必要に応じて、外部の医療・介護サービス等を利用。 <p>(注) 一律の人員配置基準は存在せず、各施設等が利用者の状態等に応じて配置。</p>				
<p>3 財源・費用負担</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 税財源 ○ 個別自立手当（県が要介護度を判定し所得に応じて給付額を決定）、それを超える部分は利用者負担 				
<p>4 事業主体</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則として県が建設・運営。 ○ 施設の4割は民間営利組織が運営。 				
<p>5 整備状況等（※） （※）日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」（2004）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者人口（2000）の4.0% <ul style="list-style-type: none"> ・ 長期療養病床 0.7% ・ 高齢者ホーム 3.2% ・ 高齢者アパート 0.1% 				

5) 米国

<p>1 経緯</p>	<p>○ 介護は基本的に利用者負担（外部サービス等）または家族介護により対応していたが、1960年代、メディケイド（低所得者を対象とした医療保険制度）が創設され、負担困難な際には本制度で補完。</p> <p>○ 同時に、ナーシングホームや大規模高齢者住宅の整備が進展。</p> <p>○ 1980年代以降、高所得層等のニーズにより、多様な施設及び居住形態が整備される。</p>				
<p>2 施設・居住サービスの類型</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="488 815 608 981"> <p>施設系</p> </td> <td data-bbox="608 815 1378 981"> <p>① ナーシングホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="488 981 608 1480"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="608 981 1378 1480"> <p>② アシステッド・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 軽度要介護者を対象とした施設と住宅の中間的類型。基本的に常駐職員により介護サービスを24時間体制で提供。必要に応じ外部の医療・介護サービスも利用。 <p>③ インディペンデント・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主に自立高齢者を対象とした集合住宅。リビングルーム等を共同利用。職員は非常駐。必要に応じ外部の医療・介護サービスも利用。 </td> </tr> </table>	<p>施設系</p>	<p>① ナーシングホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 	<p>住宅系</p>	<p>② アシステッド・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 軽度要介護者を対象とした施設と住宅の中間的類型。基本的に常駐職員により介護サービスを24時間体制で提供。必要に応じ外部の医療・介護サービスも利用。 <p>③ インディペンデント・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主に自立高齢者を対象とした集合住宅。リビングルーム等を共同利用。職員は非常駐。必要に応じ外部の医療・介護サービスも利用。
<p>施設系</p>	<p>① ナーシングホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中重度者を対象に常駐職員により介護・看護サービス等を24時間体制で提供。 				
<p>住宅系</p>	<p>② アシステッド・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 軽度要介護者を対象とした施設と住宅の中間的類型。基本的に常駐職員により介護サービスを24時間体制で提供。必要に応じ外部の医療・介護サービスも利用。 <p>③ インディペンデント・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主に自立高齢者を対象とした集合住宅。リビングルーム等を共同利用。職員は非常駐。必要に応じ外部の医療・介護サービスも利用。 				
<p>3 財源・費用負担</p>	<p>○ 公的財源：メディケイト（利用者負担能力を超える場合）等</p> <p>○ 私的財源：民間介護保険、利用者負担等</p> <p>○ 高齢者住宅においては、ホテルコスト（家賃・食費・光熱水費）を利用者が負担。</p>				
<p>4 事業主体</p>	<p>○ 多くが民間営利組織による運営。</p>				
<p>5 整備状況等（※） （※）医療経済研究機構「アメリカ医療データ関連集」（2005）</p>	<p>○ 高齢者人口（2000）の6.2%</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ナーシングホーム 4.0% ・ アシステッド・リビング等 2.2% 				

※文献及び現地聞き取り調査等による情報に基づいている。
なお、日本との比較を前提としたイメージであり、各国内の地域差等により厳密ではない部分がある。

3. 施設・居住サービスの各国別資料

1) スウェーデン

<概要>

○1992年のエーデル改革により、施設サービスは「特別住宅」として一本化されるとともに、生活環境の整備が進展した。

- ・医学的入院治療が終了した患者の退院先の住居や施設の供給が、市に対して義務づけられたことにより、医療サービスとしての施設（長期療養病床）から社会サービスとしての「特別住宅」（ナーシングホーム）への移行が行われ、生活の場としての環境改善が進んだ。
- ・なお、高齢者の居住施設は「特別住宅」として法制度上は一本化されたが、統合前の施設機能の特色は残存している。主に、要介護度が重い者が入居する24時間ケア体制のナーシングホーム、認知症グループホーム、老人ホームと、自立もしくは軽度の要介護度の者が入居するサービスハウス、さらに近年の新たな高齢者住宅の流れとしてシニアハウスが存在する。（※各サービスの詳細については後述）

○各サービスは、市及び「特別住宅」が利用者の状態に応じて提供する。

- ・基本的に市の判断に基づくサービス提供が行われ、各「特別住宅」の人員・施設基準や全体の整備計画等は、各市において高齢者の状態に合わせて定めることとしている。さらに、各「特別住宅」においても、必要に応じ職員配置等を独自に調整することが可能である。

○過度の自宅療養、外部サービス偏重については、提供面・財政面の限界による揺り戻しが見られる。

- ・政策上の過度な施設（内部サービス）から在宅（外部サービス）への移行により、特別住宅やシニアハウス等への揺り戻しの過程にあり、施設・居住サービス等の在り方が議論されているところである。

1 近年の施策の動向（図1参照）

- 1980年代～
 - ・社会的入院及び認知症高齢者の増加等を背景とし、質の向上を目指した高齢者福祉政策が提唱される（老人ホームの個室化等のための国庫補助金）。
- 1992年
 - ・エーデル改革により、市に対し入院治療が終了した患者の退院後の受け皿確保が義務づけられたことにより、社会的入院患者の減少が進む。

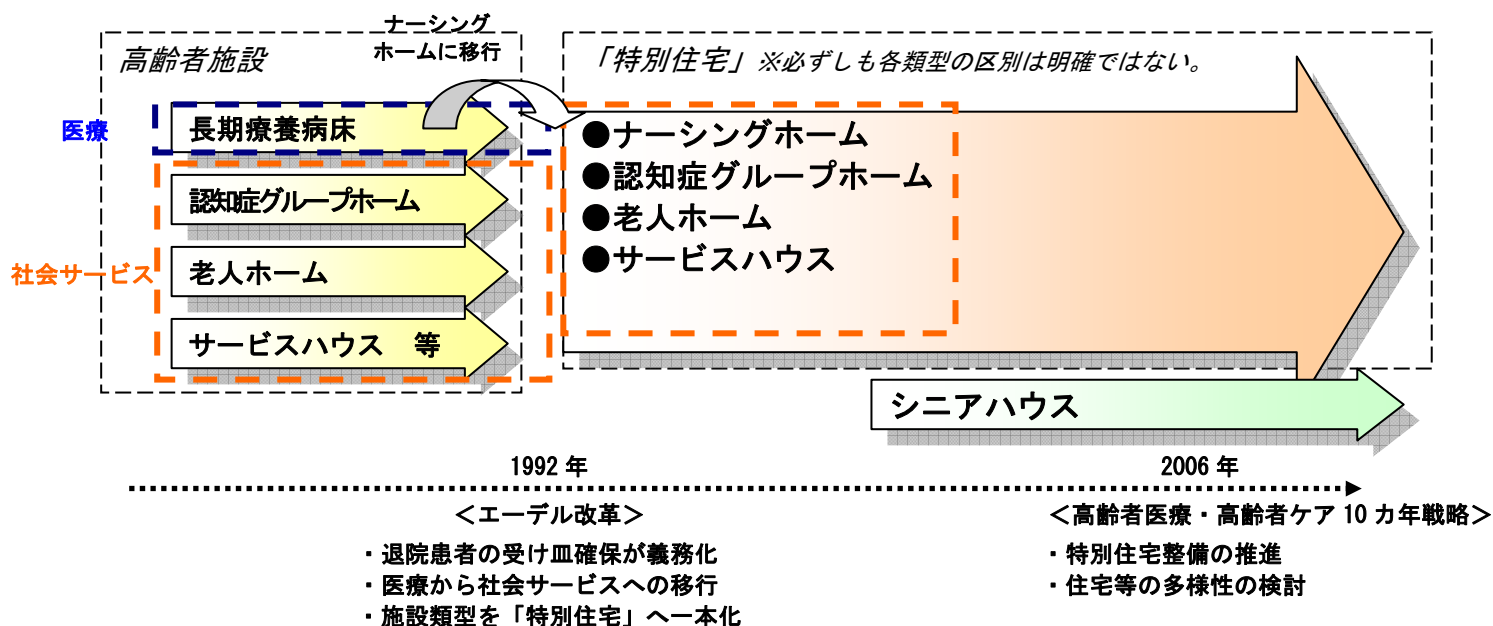
さらに、長期療養病床についても従来の医療系施設サービスが「特別住宅」（社会サービス）として一本化されるとともに、種々の住宅等の環境改善が進む。

- ・一方、急性期医療における平均在院日数の短縮化等により、「特別住宅」への入居者の要介護状態は重度化する。また、1990年代末より、「特別住宅」は減少しさらに在宅への移行が進んだ結果、新しくシニアハウス等の高齢者賃貸住宅が増加している。さらに、ホームヘルプサービスにおいても、より要介護度の高い高齢者を支えるよう重点化された結果、要介護度の低い在宅高齢者は家族介護等を利用するようになりつつある。

2006年7月

- ・過度な在宅への移行による特別住宅・シニアハウス等への揺り戻し等の状況も踏まえ、今後の中長期的な医療・介護制度の方向性を定める「高齢者医療・高齢者ケア10カ年戦略」において、「特別住宅」の整備をさらに進めるとともに、中間的な形態の高齢者住宅の在り方を確立し住宅の多様性を高めるために「高齢者住宅委員会」を設置する。

＜図1 スウェーデンにおける高齢者施設・住まい関係政策の変遷＞

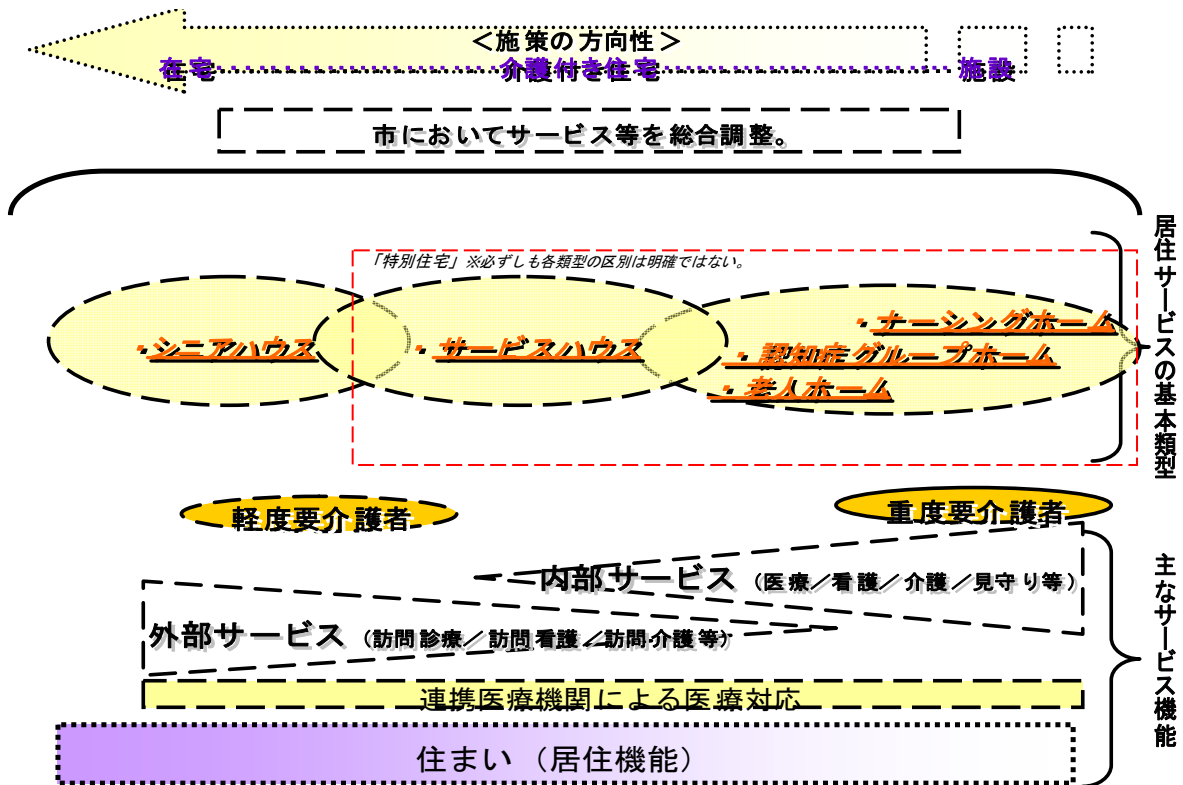


2 施設・居住サービスの体系（図2参照）

- ・各サービスについては、市が責任主体となり、本人・家族の申請に基づき、介護ニーズ判定員による介護レベルの判定及びサービス量・内容のアセスメントを経て提供している。（「社会サービス法」に準拠。（ただし、「シニアハウス」については同法の対象外となる。）

- ・市税及び利用者負担を財源としてサービスが提供される。国が最高利用者負担額・最低所得保障額を設定し、その範囲内で市が実際の利用者負担額を決定する。ホテルコスト（家賃・食費・光熱水費）は利用者が負担する（所得に応じて住宅手当を支給）。
- ・日本のように一律の人員・設備基準等は存在せず、各市及び事業者の判断に任されている。基本的に市が建設・運営しているが、近年一部民間企業にも委託が始まった。

＜図2 スウェーデンにおける施設・居住サービス等のイメージ＞



3 各類型における利用者の状態像とサービス等の提供方法

○各サービス類型において明確な基準等は存在せず、利用者の状態に応じ職員の加配等を行っている。主に24時間の介護体制の有無で以下に区別される。

(1) ナーシングホーム、認知症グループホーム、老人ホーム

○利用者の主な状態像と類型概要

・ナーシングホーム：

中～重度の要介護者で長期の療養を必要とする高齢者が中心。（急性病院からの退院患者を含む。）以前は県が所管する医療機関とされていたが、エーデル改革により市に移管され社会サービスと位置づけ、個室化等の居住環境改善が行われた。

・認知症グループホーム：

中～重度の認知症高齢者が中心であり、少人数で共同入居している。居室以外に、食堂、居間等の共有スペースがあり、家庭的な環境を有する。

・老人ホーム：

最も古くから存在する高齢者施設の形態であり、日本の特別養護老人ホームに類似する。サービスハウスとナーシングホームの間程度の介護の必要性を有する高齢者を対象とする。居室は個室であり、食堂、居間等の共有スペースを有する。

○介護サービス

- ・施設職員（介護、看護職員）により身体介護・家事援助が24時間体制で提供される。

○医療サービス

- ・医師配置は施設ごとに方針が異なり、日中常駐の施設も存在する。日常的な健康管理は看護師により提供される。中心静脈栄養、経鼻経管栄養、胃ろう等の医療処置の管理も対応可能である。利用者の状態に応じて各家庭医により訪問診療が提供される。
- ・手術などで入院医療が必要な場合には、近隣の医療機関の救急等に搬送する。また、検査・画像診断等の実施が必要な場合には、近隣の医療機関と連携できる体制をとっている。

○ターミナルケアの対応

- ・原則として当該住宅での看取りを行う。なお、在宅介護の推進を背景とし、重度化し必要に応じ初めて入居する場合も多く、在居日数は短縮傾向にある。
- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。（入居中に同意を得る場合が多い。）

(2) サービスハウス

○利用者の主な状態像

- ・自立～軽度の要介護者が中心（完全自立しており、外部サービスを利用しない入居者も含む。）

○介護サービス

- ・日中に職員が居るケースが多く、内部職員よりサービスを受ける。ただし、24時間体制ではなく、夜はナイトパトロールで対応する。

○医療サービス

- ・利用者の状態に応じて各家庭医により訪問診療が提供されている。
- ・休日及び夜間等の家庭医が対応できない時間帯での医療ニーズへの対応は、近隣の医療機関に依頼している。

○ターミナルケアの対応

- ・原則として外部サービスを利用し同居住環境での看取りを行うが、重度化しナーシングホームや病院等に入院する場合もある。
- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。(基本的に入所時に同意を得る。)

(備考)

なお、上記の他に新たな高齢者住宅の流れとして、シニアハウスがある。

これは、社会サービス法の対象外であり、形態は一定ではないが、自立～軽度の要介護高齢者を対象とした高齢者賃貸住宅で最近増加傾向にある。職員は常駐しておらず、必要に応じて外部の訪問介護（身体介護・家事援助）サービス等を利用する

2) デンマーク

<概要>

○1987年よりプライエムの建設を凍結し、施設から高齢者住宅への居住の流れを強めている。

- ・要介護度が重い者が入所するプライエム、プライエボーリ（日本におけるユニット型特別養護老人ホームに類似するケア付き住宅）と、自立もしくは軽度の要介護度の者が入居する高齢者住宅であるエルダーボーリが存在する（※各サービスの詳細については後述）。
- ・施設（内部サービス）から、ケア付き住宅（内部及び外部サービス）、さらに在宅（外部サービス）への移行が進められている。
- ・高齢者の居住施設は「高齢者住宅（広義）」として統合され、以後増加傾向にある。なお、いわゆる「施設」という概念は存在しないものの、正確には施設が個室化・近代化され、住宅関係法の規制の下に置かれたことを意味しており、統合前の施設機能が実質的に残存している。

○サービス提供体制は、制度・類型面より機能面からの整理を行っている。

- ・基本的に各市町村の判断に基づくサービス提供が行われており、国は主に監督業務のみ行う。
- ・人員・施設基準や整備計画等は、各市町村において、高齢者の状態に合わせ定めることとしている。各サービス類型においても、利用者の状態に応じ職員の加配等を行い対応している。
- ・なお、同国では、土地が公有であることが多いことから、「高齢者住宅」は公営住宅または公有の土地に建てるものであり、市町村の規制がかけやすい状況にある。

○ターミナルケアは全類型で対応し、その居住環境で看取る方向を取っている。

- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置は行わない。

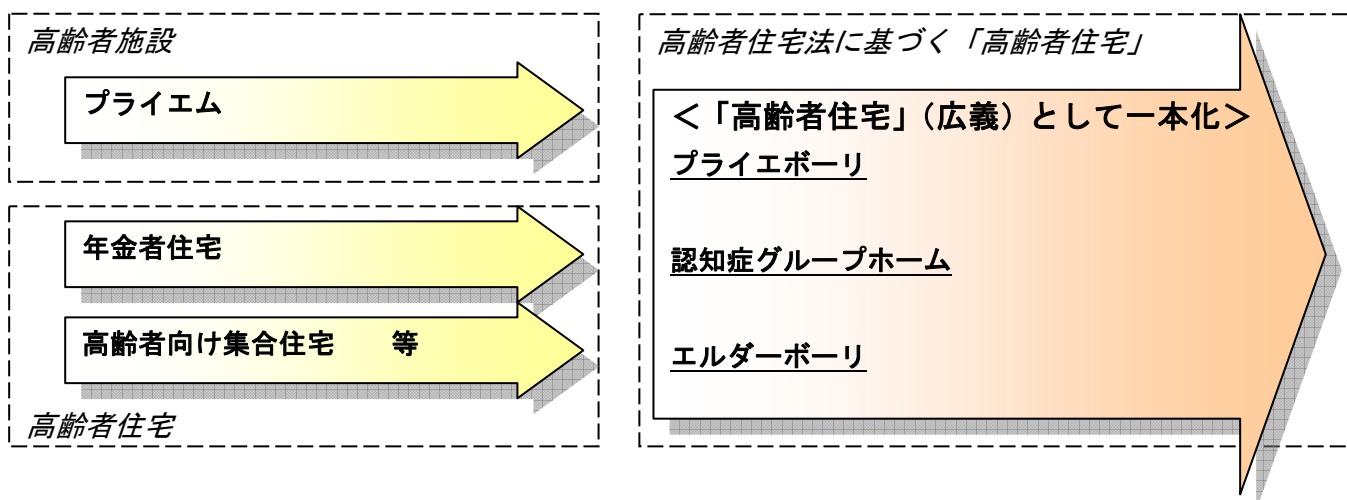
1 近年の施策の動向（図1、2参照）

1970年代～ ・高齢者の施設入所の増加に伴い。プライエム等の高齢者施設の在り方が議される。

1987年 ・プライエムを含めた全ての類型を「高齢者住宅（広義）」として一本化し、プライエムの新規建設を禁止する。プライエムについては、個室化・近代化され、ケア付き住宅としてプライエボーリとして転換が行われる。（高齢者住宅法の制定、社会支援法の改正）

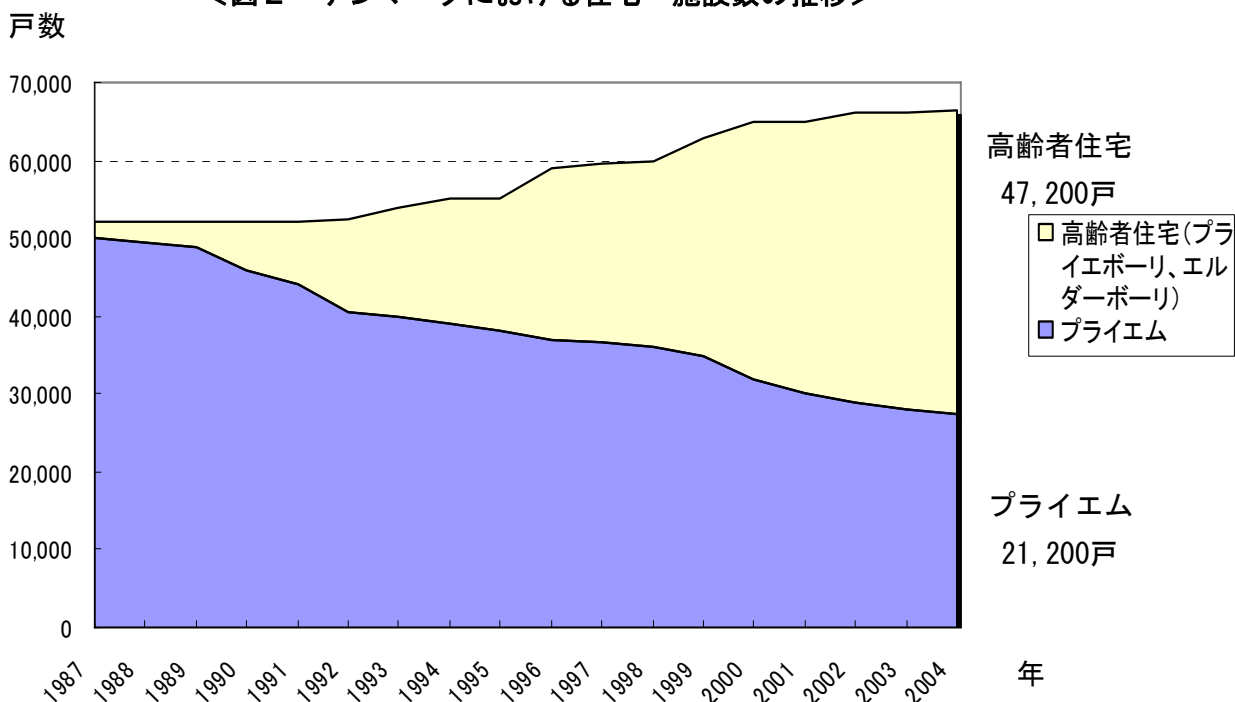
- ・以後、内部に職員が常駐しないエルダーボーリ等の高齢者住宅（狭義）も含めて「高齢者住宅（広義）」は増加を続ける。
- ・現在、高齢者の自宅からの住み替えの推進や民間企業の住宅供給開始等により、新たな高齢者住宅の在り方の検討が進んでいる。

＜図1 デンマークにおける高齢者施設・住まい関係政策の変遷＞



1987年～
 プライエムの新規建設を禁止し、全類型を一本化。
 (高齢者住宅法、社会支援法)

＜図2 デンマークにおける住宅・施設数の推移＞

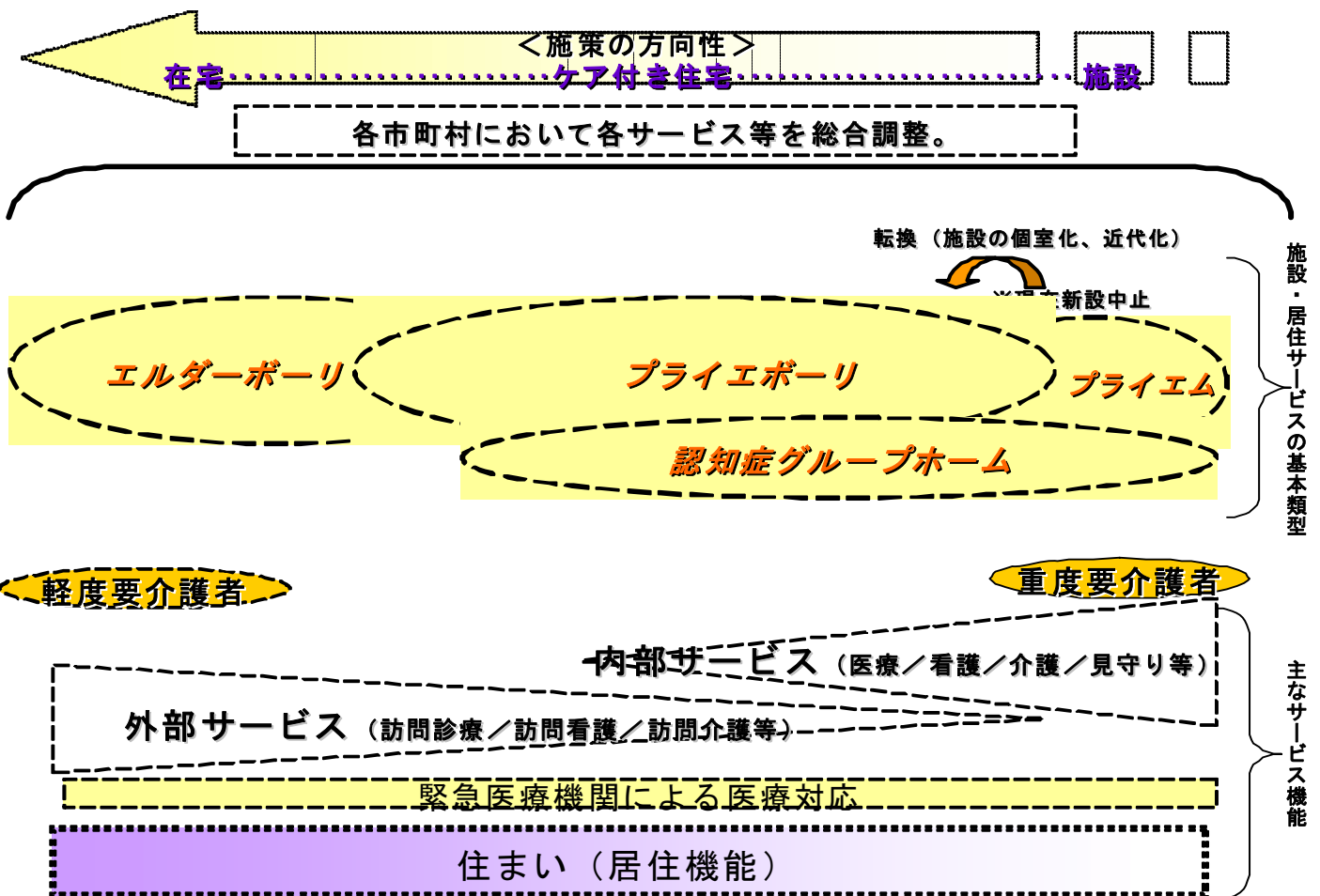


・従来のプライエムのプライエボーリ等への改修（個室化、近代化）が進められているところであるが、現在約2万戸が残存している（2004年時点）。

2 施設・居住サービスの体系 (図3参照)

- ・各サービスについては、市町村が責任主体となり、本人・家族の申請に基づき、介護ニーズ判定員による介護レベルの判定及びサービス量・内容のアセスメントを経て提供している。(社会サービス法に準拠。地方税及び利用者負担(所得応分の補助あり)を財源。)
- ・また、わが国のように一律の人員・設備基準等はなく、各市町村の判断により、高齢者の状態像に基づき設定されている。

＜図3 デンマークにおける施設・居住サービス等のイメージ＞



3 各類型における利用者の状態像とサービス等の提供方法

○各サービス類型において明確な基準等は存在せず、利用者の状態に応じ職員の加配等を行っている。

(1) プライエム

○利用者の主な状態像

- ・中～重度の要介護者が中心（急性期病院からの退院患者を含む。）

○介護サービス

- ・常駐施設職員（介護、看護職員）により身体介護・家事援助等が提供される。

○医療サービス

- ・医師配置は基本的になく、日常的な健康管理は看護師により提供される。中心静脈栄養、経鼻経管栄養、胃ろう等の医療処置の管理も可能とする。
- ・利用者の状態に応じて各家庭医により訪問診療が提供される。

○ターミナルケアの対応

- ・原則として施設での看取りを行う。
- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。（基本的に入所時に同意を得る。）
- ・施設入所期間が死の直前1年程度と短く、在宅段階でかなり手厚いケアが行われている。

(2) プライエボリー

プライエム等の施設が個室化・近代化され、住宅関係法の規制に下に置かれたケア付き住宅であり、日本におけるユニット型特別養護老人ホームに類似している。

○利用者の主な状態像

- ・軽～中度の要介護者が中心（プライエムからの継続入居及び自宅からの住み替えを含む。）

○介護サービス

- ・介護職員が常駐し、必要に応じて身体介護・家事援助、見守り等が提供される。原則、24時間体制での対応を可能とする。

○医療サービス

- ・利用者の状態に応じて看護師による看護、各家庭医による訪問診療が提供されている。
- ・休日及び夜間等の家庭医等が対応できない時間帯での対応は、緊急医療機関等に依頼している。

○ターミナルケアの対応

- ・原則として内部サービス及び必要に応じ外部サービスを利用し同居住環境での看取りを行う。
- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は

少ない。(基本的に入居時に同意を得る。)

(3) エルダーボーン

○利用者の主な状態像

- ・自立～軽度の要介護者が中心（完全自立しており、外部サービスを利用しない入居者も含む。）

○介護サービス

- ・職員は常駐しておらず、入居者が必要に応じてホームヘルプサービスや在宅介護サービス等を利用し、身体介護・家事援助等を受ける。

○医療サービス

- ・利用者の状態に応じて看護師による訪問看護、各家庭医により訪問診療が提供されている。
- ・休日及び夜間等の家庭医が対応できない時間帯での対応は、近隣の医療機関に依頼している。

○ターミナルケアの対応

- ・原則として外部サービスを利用し同居住環境での看取りを行う。
- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。(基本的に入所時に同意を得る。)

(4) 認知症グループホーム

○利用者の主な状態像

- ・中～重度の認知症高齢者に幅広く対応。
- ・認知症グループホームとして独立する形態から、プライエム、プライエボーンの一部ユニット等を利用してサービスを提供する形態まで様々である。

○介護サービス

- ・個室ユニットを原則とする。介護職員が常駐し、必要に応じて身体介護・家事援助、見守り等を24時間365日提供する。

○医療サービス

- ・利用者の状態に応じて配置看護職員による日常生活上の健康管理、さらに各家庭医による訪問診療が提供されている。

- ・休日及び夜間等の家庭医等が対応できない時間帯での対応は、近隣の協力医療機関等に依頼している。
- ・精神科医との医療連携も原則として定められており、投薬の指示変更等は専門医の診察を必要とする。

○ターミナルケアの対応

- ・原則として内部サービス及び必要に応じ外部サービスを利用し同居住環境での看取りを行う。
- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。(基本的に入居時に同意を得る。)

3) ドイツ

<概要>

- 1994年に公的介護保険制度を導入し、完全入所介護から部分入所介護、施設から在宅への移行が促進した。
- ・高齢者の居住施設は要介護度が重い者が入所する「完全入所介護ホーム」と、自立から軽度の要介護度の者が入居する高齢者住宅である「外部介護利用型居住」等が存在し、それを補完する形で「短期入所介護施設」が存在する。
- ・病院での死亡による医療保険財政の悪化から、在宅介護が最優先され、在宅介護で十分な介護が得られない場合には部分的施設介護の活用等が期待されている。しかし、保険給付の設定において、施設給付が在宅給付を上回っており、受給者が運営者により施設に誘導される場合があるため、今後その設定を是正する方向である。
- ・高齢者の自立支援及び介護保険財政抑制により新たな高齢者居住形態についても検討が進みつつあり、個人住宅のバリアフリー化、既存建物の高齢者集合住宅化が進んでいる。さらに、多世代共同居住方式による居住形態等をはじめとし、介護保険外でも利用者の創意工夫等により自然と広がりを見せている。

1 近年の施策の動向

- 1994年5月 ・当初介護サービスは民間保険主導で開始されたものの、介護扶助や生活扶助が増え、州・郡・市町村の財政が悪化したために、「介護保険法」が制定された。以後、完全入所介護から部分入所介護、施設から在宅への移行が促進される。
- 2001年9月 ・「介護の質の確保法」が制定され、施設や在宅における介護当事者の資質向上、介護サービス事業者の自己責任の強化、受給者保護の強化等を目的とする。
・介護施設における入所者と介護専門職の配置基準、介護金庫等の権限の強化、給付内容と価格の情報提供、記録や帳簿の作成と保管義務等が規定される。
- 2002年1月 ・介護施設における介護の質の確保策として、入所契約の透明化の推進、介護専門職・家族・施設のメンバーによる審議会活動の強化、施設に対する監督の強化、施設と見守りなどを受けながら暮らす住居とを区分すること等が定められる。（ホーム法の制定）

- ・ 現在、保険料収入の伸び悩み、介護保険受給者の増大、施設入所者の増大等に伴い介護保険財政の悪化が問題となっている。
- ・ 完全入所介護から部分入所介護へ、施設介護から在宅介護への移行の促進の方針が維持されている。

2 施設・居住サービスの体系

- ・ 介護保険給付は、「医療サービス機構」による要介護判定（要介護度：要介護Ⅰ～Ⅲの３段階）に基づき給付される。また、現金給付が制度化されており、現金給付と現物給付の両方かいずれかで各介護区分の上限まで給付される。
- ・ サービスの利用については、利用者及び家族の希望に基づき、介護金庫が選択肢を提示し決定される。市町村は基本的に入所・入居調整等には関与しない。
- ・ 現物給付にあたっては、在宅介護が最優先され、在宅介護で十分な介護が得られない場合に部分的施設介護を活用することが期待される。そのため、施設に入所する者は、在宅介護や部分的施設介護で対応できないまでに要介護度が重度化しており、その結果、在所期間は１年～１年半と短くなっており、ホスピス的な性格も強まっている。

3 各類型における利用者の状態像とサービス等の提供方法

- ・ 看護師、介護士等の専門職員を職員全体の５０％以上配置する必要がある。
（国の規定に基づく配置基準であったが、近年州に移管された。）
- ・ また、州の介護金庫連合会において、介護サービス種類毎に、標準的な職員配置を規定している。

(1) 介護ホーム

○利用者の主な状態像

- ・ 中～重度の要介護者が中心

（主な入所の流れ）

急性期病院→中間的予防・リハビリテーション施設→在宅サービス及びショートステイ等→介護ホーム

○介護サービス

- ・ 介護職員により身体介護・家事援助等が２４時間体制で提供される。

○医療サービス

- ・看護職員は、各家庭医の指示に基づき、必要に応じた入所者の胃ろう等の医療処置を行っている。
- ・医師配置は施設ごとに方針が異なるが、一般には施設に医師は配置されておらず、入所者は必要に応じて各自の家庭医の訪問診療を受けている。これは、介護保険財政面での抑制とともに入所者の「医師の選択の自由」を尊重するためでもある。また、当該訪問診療やリハビリテーション等の外部医療サービスの利用については、公的医療保険の対象となる。

○ターミナルケアの対応

- ・入所時に聴取する本人・家族の希望を踏まえ、各家庭医の指示に基づきつつ、施設での看取りを可能とする。
- ・基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。(基本的に入所時に同意を得る。)

(2) 短期入所介護施設

- ・在宅介護では十分な介護が得られない場合や、施設から在宅への移行期間などに一時的に利用。

(3) 外部介護利用型居住等

- ・設備基準等については、介護金庫と事業者間の契約及び利用者の希望に基づくものとされており、法規制はない。緊急通報サービス等を導入している居住等も多い。

○利用者の主な状態像

- ・自立～軽度の要介護者が中心(特に小規模形態の居住では、完全自立しており、外部サービスを利用しない入居者も含む場合が多い。これは、経営的な安定性とともに利用者互助の推進を目指すものである。)

○介護サービス

- ・職員は常駐しておらず、入居者は必要に応じて外部の訪問介護サービスを利用する。

○医療サービス

- ・利用者の状態に応じて看護師による訪問看護サービス、各家庭医による訪問診療が提供される。

○ターミナルケアの対応

- ・ 本人・家族の希望を踏まえ、外部サービスを利用し同居住環境での看取りを可能とする。
- ・ 基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ないが、状態により入院治療が行われる場合もある。