

・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。

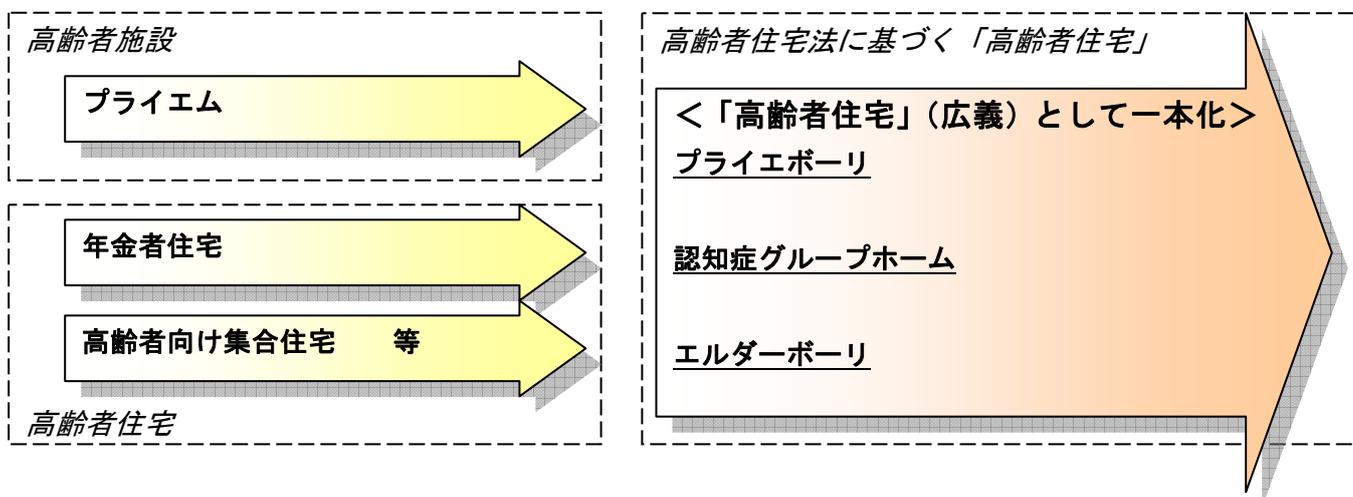
1 近年の施策の動向（図1、2参照）

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）

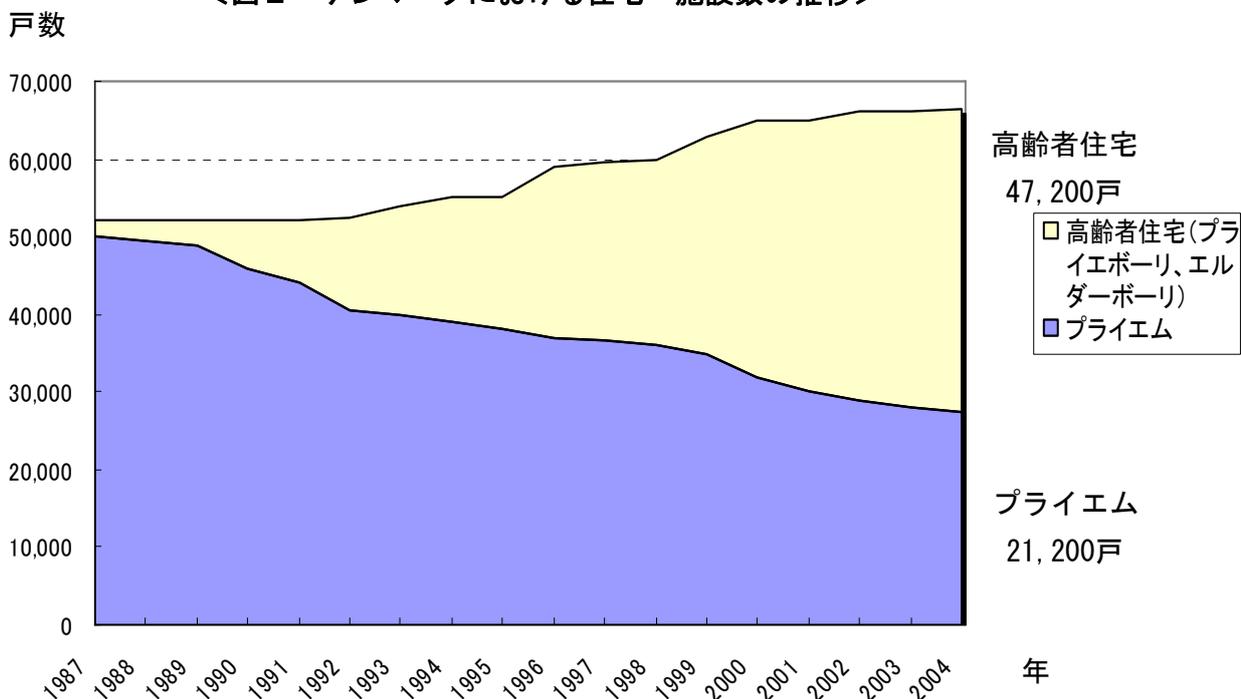
- ・以後、内部に職員が常駐しないエルダーボーリ等の高齢者住宅（狭義）も含めて「高齢者住宅（広義）」は増加を続ける。
- ・現在、高齢者の自宅からの住み替えの推進や民間企業の住宅供給開始等により、新たな高齢者住宅の在り方の検討が進んでいる。

<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>

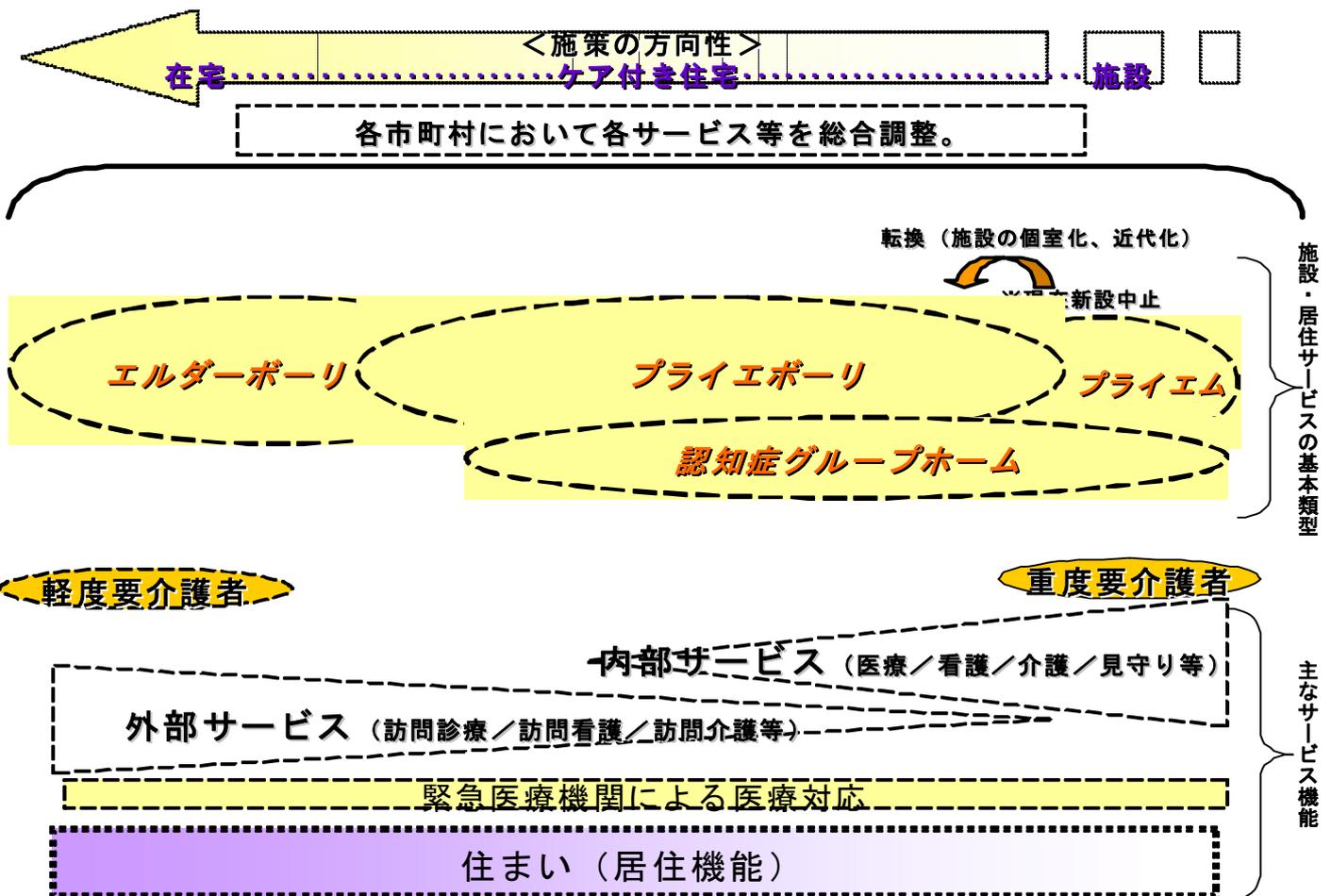


・従来のプライエムのプライエボーリ等への改修（個室化、近代化）が進められているところであるが、現在約2万戸が残存している（2004年時点）。

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。