

# 諸外国における介護施設の 機能分化等に関する調査 報告書

第2回介護施設等の在り方に関する委員会  
「資料2 諸外国の施設・住まいの状況について」の詳細版

平成19年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

# 目 次

## 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査

・スウェーデン.....	1
・デンマーク.....	16
・ドイツ.....	26
・フランス.....	36
・アメリカ合衆国.....	43

# 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査

## スウェーデン

### 1. スウェーデンの概要

#### (1) 人口等の動向

##### 【基礎情報】

面積：449,964 平方キロメートル

人口：9,031,088 人（2007）

政体：立憲君主制

首都：ストックホルム

言語：スウェーデン語、一部でサミ語・フィンランド語

宗教：キリスト教（ルーテル派）87%

##### 【少子高齢化】

高齢者人口：1,619,669 人 [高齢化率 17.9%] (2007)

平均寿命：80.63 歳 [男性 78.39 歳・女性 83.00 歳] (2007)

合計特殊出生率：1.66 (2007)

##### 【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：3.3 人 (2003)

人口 1,000 人当たり看護師数：10.3 人 (2003)

1 人当たり年間保健支出額：25,527 スウェーデンクローナ (2003)

※米ドル購買力指数換算 2,745 ドル

保健医療支出対 GDP 比：9.3% (2003)



OECD Health Data 2006 他各種資料より作成

スウェーデンは、国土面積約 45 万km<sup>2</sup>、人口約 903 万人を有する立憲君主制の王国である。

平均寿命は 80.63 歳（男性 78.39 歳、女性 83.00 歳）で、世界的な長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 162 万人（高齢化率 17.9%）である。高齢化率は 1950 年に 10.2% になった後に緩やかに上昇して、1970 年に 13.8%、1980 年に 16.4%、1988 年から 90 年にかけて 17.8% までなった後に徐々に下降していたが、最近になって再び上昇傾向にある。

スウェーデンの総世帯数は約 380 万世帯で、平均構成員数は約 2.3 人と小規模な世帯が多い。20 歳から 84 歳人口の 4 分の 1 は単身で暮らしている。高齢者の単身世帯も多く、子どもと同居している高齢者は極めて例外的といわれている。

## (2) 地方自治制度の概要

スウェーデンの公共セクターは、国と、地方自治体であるランスティング（landsting；県に相当）及びコミューン（kommun；市に相当）に分類される。国は、国内のあらゆる活動に関する最終責任を負うとともに、外交政策、国防、公共の秩序及び安全保障、経済政策、労働政策、運輸政策等、いくつかの分野では直接的な責任を有する。また、ランスティング（県）は、全国に20あり、保健医療サービス、社会活動、広域地域・交通計画、文化政策、高等・専門教育など、広域的な視野からの施策展開を必要とする業務を所管している。

コミューン（市）は、全国に290あり、社会サービス（高齢者・障害者福祉、生活保護等）、教育、都市計画、土地・住宅政策、地域交通計画、電力・ガス・上下水道、環境及び公衆衛生、廃棄物処理、消防、余暇・スポーツ政策、文化政策、民間防衛、など住民に身近なサービスの責務を負っている。

なお、ランスティングとコミューンは地方自治体として同等の性格を持ち、それぞれが異なる責務を負う行政主体であるため、ランスティングがコミューンを指揮監督するというような垂直的・上下の関係にはなく、水平的・対等な協力関係にある。

図表 3-1-1 社会保障制度の実施主体と主要サービスの概要

実施主体	国	ランスティング	コミューン
規模	全国	広域	基礎的単位
主な財源	社会保険料	地方所得税 (平均約10%)	地方所得税 (平均約20%)
主なサービス	現金給付 (年金、両親手当 児童手当等)	保健医療サービス	社会サービス (高齢者介護 障害者ケア等)
主な法律	社会保険法	保健医療法	社会サービス法

(資料) 伊澤知法 2006「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156, pp.33

## (3) 保健医療サービス

保健医療サービスは、『保健医療法（HSL：Hälsa- och sjukvårdslagen）』（1982年制定、1985年、1992年、1998年改正）に基づき、主としてランスティングによって提供されている。ランスティングは、地方所得税（ランスティング税）を主要財源として診療所や病院を運営している（従事者も約9割が公務員である）。

サービス対象の範囲は、サービス供給、所得保障ともに、全市民を対象としており、国内のどこに居住していようと最善の保健医療サービスが受給できるよう制度を整備している。

#### (4) 社会サービス

高齢者介護や障害者ケアなどの社会サービスは、1982年施行の『社会サービス法（SOL：Socialtjänstlagen）』に基づき、コミュニティによって担われている。社会サービスの財源は、主として地方所得税（コミュニティ税）と利用者による自己負担によって賄われている。コミュニティの財政支出の約3割が社会サービスへの支出である。1992年のエーデル改革以降、それまでランスタングによって運営されていた高齢者の医療業務の一部がコミュニティに移管されている地域もある。

図表 3-1-2 社会保障制度の実施主体と主要サービスの内容

提供責任者	現金給付	現物給付	
		通所・在宅	入院・入所
国	<ul style="list-style-type: none"> <li>【疾病保険】</li> <li>・ 疾病手当</li> <li>・ 一時的障害年金</li> <li>・ 障害年金</li> <li>・ 近親者看取り手当</li> <li>・ リハビリ所得補償金</li> <li>・ 介護休業手当</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>【両親保険】</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>【労働災害保険】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【歯科】</li> <li>・ 歯科保険（満20歳以上の患者に対する歯科診療）</li> </ul>	
ランスタング		<ul style="list-style-type: none"> <li>【プライマリ】</li> <li>・ 病院・診療所における外来診療分</li> <li>・ 医師以外の医療提供者による補助的医療</li> <li>・ 薬剤</li> <li>・ 通院交通費補償金</li> <li>・ 高齢者のプライマリケア（長期医療ケア、訪問看護、訪問リハビリ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【入院医療】</li> <li>・ 病院等における入院診療分</li> </ul>
コミュニティ		<ul style="list-style-type: none"> <li>【在宅サービス】</li> <li>・ ホームヘルプサービス</li> <li>・ デイケア</li> <li>・ 夜間巡回ヘルプ</li> <li>・ 移送サービス</li> <li>・ 住宅改良ローン</li> <li>・ 雪かきサービス</li> <li>・ 補助器具</li> <li>・ ショートステイ</li> <li>・ 緊急アラーム</li> <li>・ 親族ヘルパー制度</li> <li>・ 住宅手当・付加手当</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【特別住宅】</li> <li>・ ナーシングホーム</li> <li>・ グループホーム</li> <li>・ 老人ホーム</li> <li>・ サービスハウス</li> </ul>

(資料) 医療経済研究機構 2004『スウェーデン医療関連データ集』 pp.90

## 2. 近年の施策の動向

### (1) エーデル改革以前

1960年代に高齢化率が10%台を迎えたスウェーデンでは、ホームヘルプサービスが急速に発展した。その後、1970年代にはサービスハウスが登場し、1982年の「社会サービス法」の制定により、高齢者や障害者が住み慣れた地域で生活できるようになることが確認されるとともに、ホームヘルプサービスやデイサービス、24時間パトロール等が充実していった。

このように、高齢者ケアの中心が「医療」から「福祉」に、「治療」から「予防・生活援助」へと政策の比重を移した結果、1982年頃からスウェーデンの医療費は下降し、高齢化が進行したにもかかわらず医療費は横ばい状態であった。しかし、1980年代後半になると、保健医療を担うランスティングと、社会サービスを担うコミューンという供給側の区分が、社会的入院患者（*medicinskt färdigbehandlade*）の増加という社会問題を生むに至った。これは、①コミューン側に入院医療を終えた高齢者を引き受けるインセンティブがなかったこと、②医療における自己負担額の方がコミューンの運営する高齢者福祉施設での自己負担額よりも低く設定されていたため、患者本人が医療施設に留まることを希望した—という2点の理由が指摘されている。

### (2) エーデル改革

約2年の審議を経てエーデル改革（*Ädelreformen*）が1990年12月13日に国会で正式に可決され、1992年1月1日より実施された。

このエーデル改革は、①社会的入院患者を減らし、入院待ちを減らすこと、②高齢者や障害者用住宅の質を向上させること、③コミューンに責任を一元化し、在宅サービスのより一層の充実を図ること—の3つを大きな目的とするものであった。

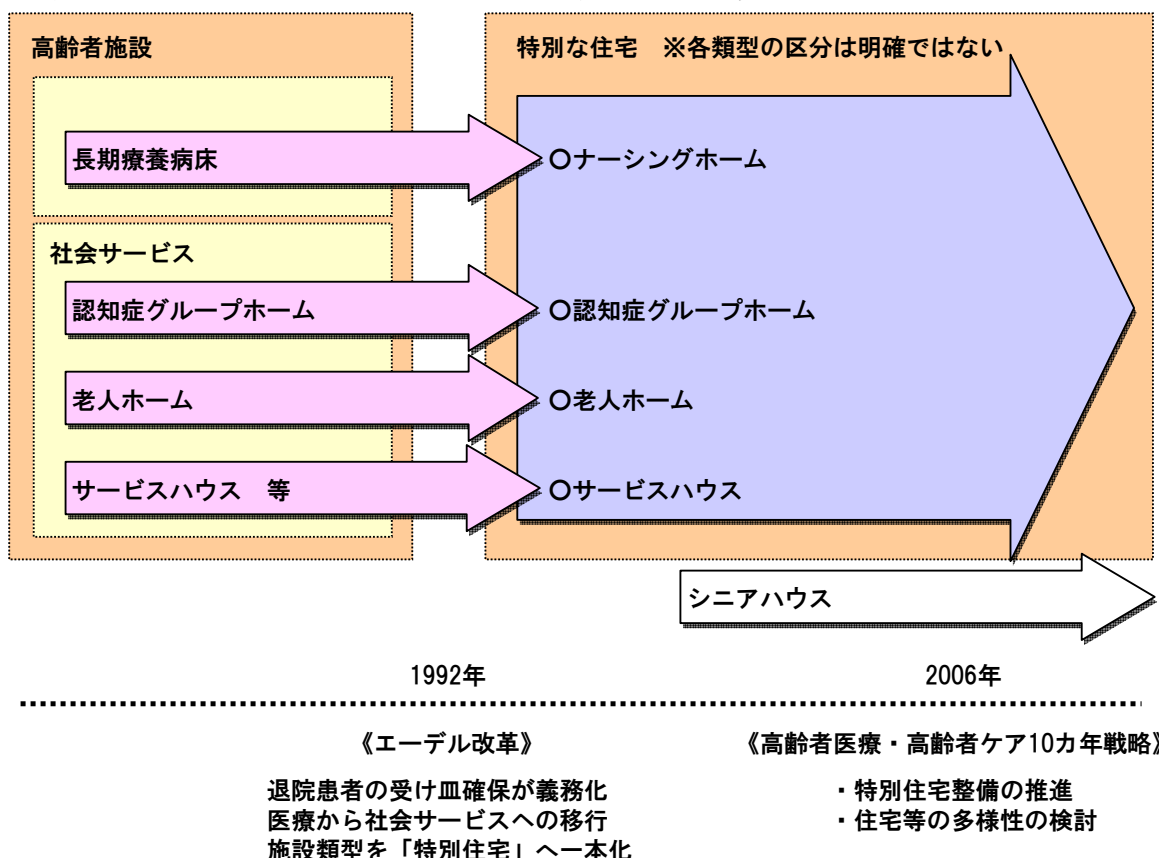
具体的な取り組みは以下の通りである。

- ・社会サービス法（19～20条）が改正され、コミューンは必要に応じて「特別住宅（ナーシングホーム、グループホーム、老人ホーム、サービスハウス）」を高齢者に提供する義務を負うこととなった。これに伴い、ランスティングが保有していた約540の長期療養病院等（約3万1,000床）をナーシングホームとしてコミューンに移管した。
- ・長期療養病院等の移管に伴い、看護師以下のコメディカルその他の職員がコミューンの職員として身分移管された（医師については適用外となった）。具体的には、地区看護師、看護師、副看護師、看護助手、作業療法士、理学療法士、ケースワーカー等の高齢者ケアを担当する職員約5.5万人がランスティングからコミューンへ移り、同時に看護師・副看護師を中心にコミューンのケアスタッフの充実が図られることになった。
- ・移管されたナーシングホームの位置付けを、従来の医療施設から、老人ホーム・サービス

ハウスとともに社会サービス法上の「特別住宅」に変更し、これら3つの施設系サービスを「住居系サービス」とした。

- ・この「特別住宅」における医療の提供をコミュニティの責任とした。
- ・これらの改革により、「特別住宅」における高齢者向けの医療・介護のサービス内容・利用者負担等をコミュニティ単位で一元化した。また、ランスタイングが運営していたデイケアの運営もコミュニティに移管した。また、コミュニティの高齢者ケアの権限拡大に伴う財政負担増に対し、「特別住宅」やホームヘルプサービス等在宅サービスの利用料金をコミュニティが独自に設定できるようになった。
- ・医学的に病院から退院可能と判定された高齢者に関し、コミュニティ側が適切なサービスを用意できないために病院に留まらざるを得ない場合、その分の費用（入院費）をコミュニティがランスタイングに対して支払う責任「社会的入院費支払い責任（betalningsansvar av medicinskt tårdigbehandlade）」を負うこととされた。こうした費用支払い義務を通じて、ランスタイングの医療施設からコミュニティの「特別住宅」へ的高齢者の移行が促進された。

図表 3-1-3 スウェーデンにおける高齢者施設・住まいの変遷



### (3) エーデル改革の評価

エーデル改革では、改革実施後5年間にわたり、評価委員会によってコストと質の面での評価とフォローアップを行うことが義務づけられ、1996年に最終報告書（Socialstyrelsen）が公表された。さらに、それから7年経った2003年4月に、政府はエーデル改革を評価するために高齢者医療ケア委員会（Äldrevårdsutredningen）を組織した。同委員会は、2004年6月に政府報告書「一貫した在宅ケア」（SOU, 2004）を公表した。

#### ① 改革の成果面

- ・社会的入院患者の大幅な減少が見られた。社会的入院患者は身体的疾患急性期医療で3,959人（1990年3月）から1,387人（1996年1月）へと約3分の1に減少した。その結果、入退院の待機者数も減少し、1996年1月時点の退院までの待機期間は急性期病院で13日（1990年3月）から2日へ、老年医学専門病院では36日（1992年3月）から9日へとそれぞれ大幅に縮減された。また、急性期病床における平均在院日数も短縮された。
- ・受け皿となるコミューンにおける高齢者向け住居（社会サービス法上の「特別住宅」など）が整備された。老人ホームやグループホームなどの建設が促され、痴呆性高齢者向けグループホームは1987年には全国で500人分だったものが、2000年までには痴呆性高齢者予測総数の約25%にあたる2万5千人分の建設が予定されている。また、「特別住宅」における全ての責任がコミューンに移管され、コミューンで総合的な計画ができるようになったため、円滑な退院と地域への移行が可能となった。さらに、個室化の進行といった居住環境の向上も図られることになった。
- ・コミューンによる医療サービス面では、各コミューンに医療責任看護師（Medicinskt Ansvar Sjuksköterska : MAS）を置くことが義務づけられるとともに、コミューンの看護師数が充実した。
- ・こうしたプロセスにより、1992年から94年の2年間で、急性期病床において17%のベッド削減、老年科病床において30%のベッド削減がもたらされた。

#### ② 改革の課題

- ・急性期医療における平均在院日数の短縮化の結果、終末期の患者に対する高度な医療的ケアがナーシングホームで行われるようになるなど、ナーシングホームにおける負担が重くなった。また、全体として、「特別住宅」の入所者の要介護状態が重度化する傾向にある。
- ・1990年代末から「特別住宅」の定員数が削減された結果、在宅での訪問看護など訪問サービスの重要性が増してきている。同時に、要介護度の重い在宅高齢者の増加に伴い、ホームヘルプサービスの重度化シフトがなされたため、要介護度の軽い在宅高齢者は家族介護等を利用するようになった。
- ・在宅の高齢者に対する訪問看護に関しては、ランスタイングとコミューンという2つの行



政機関に責任が分立している結果、サービスの継続性・連携が上手く図られていないという問題が生じている。この結果、在宅の高齢者に対するリハビリテーションの提供、在宅で訪問看護を受けている者に対する医師の訪問診療（医師の関与）が不十分となっていることが指摘されており、今後は保健医療サービス（ランスタング）と社会サービス（コミュニケーション）の統合・連携を更に推進してゆく「ケアチェーン」をいかにして整備していくかが課題となっている。

図表 3-1-4 スウェーデンにおける在宅介護と施設介護の割合【1993～2005】

	65 歳以上高齢者に占める割合			80 歳以上高齢者に占める割合		
	在宅介護	施設介護	計	在宅介護	施設介護	計
1993	10.6	8.4	19.0	23.0	24.0	48.0
1994	9.8	8.7	18.5	23.0	24.0	47.0
1995	9.3	8.7	18.0	22.0	24.0	46.0
1996	8.9	8.7	17.6	21.0	24.0	45.0
1997	8.4	8.5	16.9	19.8	22.8	42.6
1998	8.2	7.7	15.9	19.5	21.0	40.5
1999	8.2	7.6	15.8	19.4	20.2	39.6
2000	8.2	7.9	16.1	19.0	20.7	39.7
2001	7.9	7.7	15.6	18.3	20.0	38.3
2002	8.2	7.5	15.7	18.7	19.4	38.1
2003	8.3	7.2	15.5	19.1	18.4	37.5
2004	8.5	6.7	15.2	19.8	17.3	37.1
2005	8.6	6.4	15.0	20.1	16.5	36.1

(資料) Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006, “Institutional Care for the Eldery in Sweden”

#### (4) 今後の改革の見通し

スウェーデン政府は、2004年の政府報告書（「一貫したケア」）等に基づき、2006年4月22日に法案「高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略」(Regeringen, 2006)を国会に提出した。同法案は、同年5月30日に原案どおり可決・成立した。

この法律には、古い「特別住宅」の改築（個室化を含む）・廃止に伴い定員数が減少し（2000年から2005年の5年間で約18,000人分の定員が削減された）、「在宅」への過度の移行が進んでいるという状況も踏まえ、「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ことを目的とした「高齢者住宅委員会」を設置するなどといった内容が含まれている。

##### (目的)

高齢者医療・ケア分野において、今後充実を図る6分野を定め、10年間で100億スウェーデンクローネ（約1,500億円）の予算投入を含む十カ年の国家戦略を定めるものである。

##### (主な内容)

- ①最も病状が重い者に対するより良い医療とケアの提供
  - ・訪問看護に関し、コミュニティが将来的に責任を持つようにするとともに、在宅及び「特別住宅」で行われる医療に医師（ランスタング所属）がより関わるようにする
  - ・定期的な使用薬剤の見直し
  - ・認知症ケアの質を向上させるための特別な投資 等
- ②住宅の保障
  - ・「特別住宅」や高齢者向け社会施設の整備促進のための補助金を創設
  - ・「特別住宅」への入所を決定したコミュニティが遅滞なく当該措置を実行する責任を持つようにする措置
  - ・高齢者夫婦が、「特別住宅」において同居できることを保証する
  - ・「高齢者住宅委員会（Senior housing delegation）」を設置し、高齢者に関連する住宅（「特別住宅」を含む）について調査・分析する
- ③社会的ケア
  - ・高齢者に対するボランティアケアへのサポート
  - ・高齢者ケアにおける食事・栄養の在り方の重視 等
- ④国レベルでの平等と地域レベルでの発展の実現
  - ・高齢者医療・ケアに関するナショナルセンターの創設
  - ・高齢者医療・ケアに関するクオリティ登録制度
  - ・国によるサービス利用者調査 等
- ⑤予防措置
  - ・高齢者をケアする親族へのサポート強化

- ・ 67 歳以上の高齢者に対して、ニードテストを経ることなく、コミュニティが週数回にわたって予防的なホームヘルプサービス提供できるようにすること 等

⑥サービス従事者

- ・ 継続的能力開発
- ・ 将来的に、法律により最低限の能力レベルを設定 等

上記の中の「高齢者住宅委員会」の主な目的は、「中間的な」形態の高齢住宅の在り方を確立し、住宅の多様性を高めることにある。そのため、下記の内容の検討を行い、2007年8月31日及び2008年8月31日までに2つの中間報告書を作成し、2009年12月31日までに、課題の指摘や法律案の提案等を含む最終報告書を作成することとされている。

- ・ 新しい形態の高齢者住宅開発を促進する方策の提案
- ・ 高齢者の孤独感や孤立を、施設建設などにより防止する方策の提案
- ・ コミュニートとの対話を通じて、高齢者住宅の建設計画や住宅斡旋において、コミュニティの関与が深まるようにすること
- ・ 高齢者住宅の発展に当たって障害となる規制について指摘すること
- ・ 好事例の普及促進

また、エーデル改革以降、社会サービスにおいても市場経済的な競争原理が導入され、公共セクターによる供給が主流であるスウェーデンにおいても、民間企業による委託運営の割合が増加していることは、高齢者住宅の多様性という観点からも注目に値する。

図表 3-1-5 民間企業の割合【1995～2005】

	在宅介護	施設介護
1995	3.9	8.3
1996	3.3	9.3
1997	4.2	10.2
1998	—	9.8
1999	6.0	9.7
2000	7.3	11.6
2001	7.8	12.3
2002	8.5	13.0
2003	8.6	13.0
2004	8.6	13.1
2005	8.8	13.2

(資料) Lennarth Johansson , National Board of Health and Welfare , 2006, “ Institutional Care for the Eldery in Sweden”

### 3. 施設介護サービスの体系

高齢者介護に係る「特別住宅」の供給は、社会サービス法に準拠してコミューンが責任主体となり、本人・家族の申請に基づいて、介護ニーズ判定員による介護レベルの判定等を経て、入所調整を行っている（ただし「シニアハウス」は社会サービス法の対象外である）。入所調整（優先順位の判断）にあたっては、認知症の程度や独居等といったことが考慮されている。なお、「特別住宅」への入所には、大きく2つのルートがある。

①在宅 → 病院 → ショートステイ※ → 特別住宅

②在宅 → 本人等から入所申請 → 特別住宅

※ショートステイは、リハビリテーション、家族へのレスパイトケア、ターミナルケア、退院後在宅復帰までの退院調整といった機能を有している

財源はコミューン税及び利用者負担であるが、国が最高利用者負担額・最低所得保障額を設定し、その範囲内でコミューンが実際の利用者負担額を決定している（さらに利用者本人の所得に応じて住宅手当を支給している）。原則として、ホテルコスト（家賃・食費・光熱水費）は利用者が負担している。また、日本のように全国一律の人員配置や施設設備等の施設要件といったものは存在せず、各コミューン等の判断に任されている。

前述のように「特別住宅」は1992年のエーデル改革以前は、ナーシングホーム、グループホーム、老人ホーム、サービスハウス等といった医療・介護の入所施設であったものが統合されたものであり、現在でも改革以前の施設類型の性質を引き継いでいるものが多くみられる。そのため、施設類型によって、スタッフ配置の状況も若干異なっている。

図表 3-1-6 職員配置の状況

	介護職員/入所者	看護師/入所者	訓練を受けた者
施設			
ナーシングホーム	0.73	0.12	85%
グループホーム	0.91	0.04	77%
居住系ケア			
老人ホーム	0.68	0.05	74%
サービスハウス	0.39	0.02	77%
その他保護住宅	0.62	0.05	82%

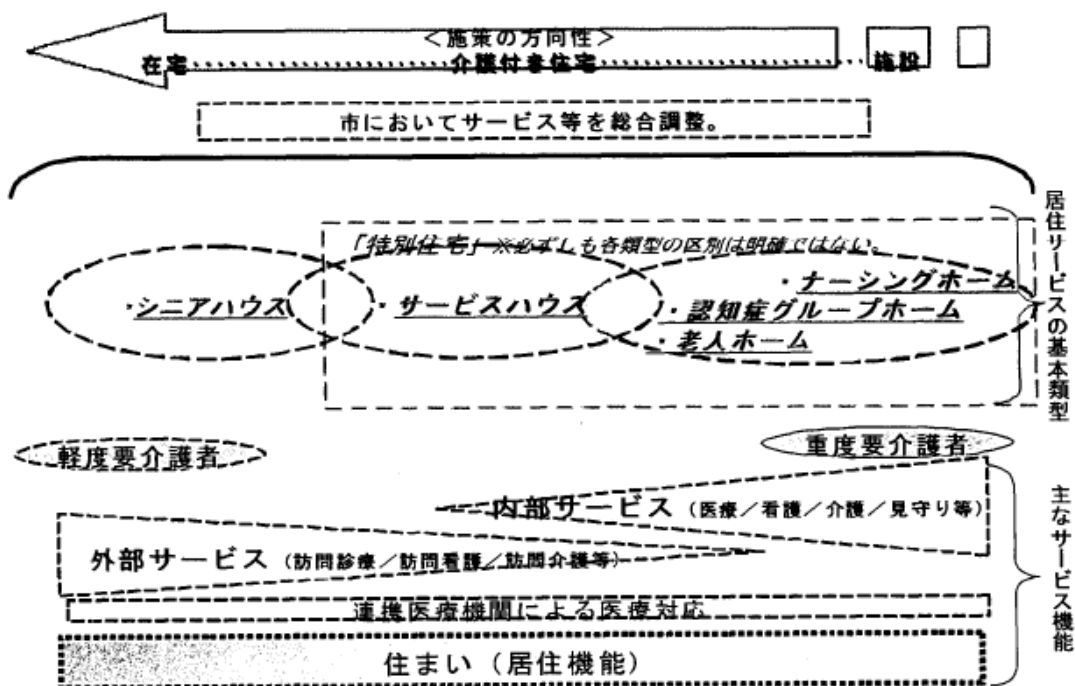
(資料) Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006, “Institutional Care for the Elderly in Sweden”

図表 3-1-7 特別住宅の施設設備

	入所者数	
	人数	割合
大部屋	2,727	2.6%
1 部屋 (台所・トイレ・風呂全て無し)	5,635	5.4%
1 部屋 (台所無し・トイレ・風呂有り)	18,669	17.8%
1～1.5 部屋 (台所・トイレ・風呂全て有り)	53,097	50.7%
2 部屋 (台所・トイレ・風呂全て有り)	19,132	18.3%
3 部屋 (台所・トイレ・風呂全て有り)	1,139	1.1%
その他	4,388	4.2%
合 計	104,787	100.0%

(資料) Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006, “Institutional Care for the Elderly in Sweden”

図表 3-1-8 スウェーデンにおける居宅・施設サービスのイメージ



## (1) ナーシングホーム・認知症グループホーム・老人ホーム

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 利用者の主な状態像と類型概要

#### ■ ナーシングホーム (sjukhem)

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である（急性病院からの退院患者を含む）。以前はランディングが所管する医療機関であったが、エーデル改革（1992年）によりコミュニンに移管されて社会サービスに位置づけられ、個室化等の居住環境整備が進められた。ただし、他の「特別住宅」よりも居住環境は概して悪く、大部屋が今でも多いといわれている。

建物内の様子



#### ■ 認知症グループホーム (gruppboende / gruppboestad / grupphem)

中～重度の認知症高齢者が中心であり、少人数（1ユニット8～10人規模）で共同入居している。居室以外に、食堂や居間等の共有スペースがあり、家庭的な環境を有する。また、各室ごとにシャワー、トイレ、ミニキッチンが整備されていることが多い。

建物の外観



#### ■ 老人ホーム (ålderdomshem)

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の程度の介護の必要性を有する高齢者を対象とする。居室は個室がほとんどであり、食堂、居間等の共有スペースを有する。

## ② 介護サービス

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

## ③ 医療サービス

医師の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ている。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。また、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こともある。

手術などで入院医療が必要な場合には、近隣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。

室内の様子



## ④ 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て、重度化してから入居する場合も多く、在居日数は短縮傾向にある。ターミナルケアとして、基本的な疼痛緩和以外に、酸素吸入や点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない（本人や家族に同意を取る場合が多い）。

スタッフルーム



## (2) サービスハウス

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

自立～軽度の要介護者が中心である（完全自立しており、外部サービスを利用する必要のない者も存在する）。各部屋に台所、シャワー・トイレが整備されている。また、施設にはレストラン、ホビールーム、洗濯室、デイセンター、図書室、美容室など多様なサービスを併設している。

### ② 介護サービス

日中に職員が居るケースが多く、内部の看護・介護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。

### ③ 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。

### ④ 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。ターミナルケアとして、基本的な疼痛緩和以外に、酸素吸入や点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない（本人や家族に同意を取る場合が多い）。

## (3) シニアハウス（pensionärsbostad）

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。これは民間企業により供給され始めたもので、社会サービス法の外にあるため許認可も必要としない。最近はコミュニケーションによるものも増加してきている。

自立～軽度の要介護高齢者を対象としているが、対象年齢に制限があり、55歳以上75歳未満というものが多い。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。週に数回の訪問系サービスをパッケージとして家賃に組み込んでいるケースもある。



**参 考 文 献**

OECD Health Data 2006

医療経済研究機構 2004 『スウェーデン医療関連データ集』

伊澤知法 2006 「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』  
No.156, pp.33

(株)日本総合研究所 2004 『介護施設等の費用体系に関する総合調査』

Lennarth Johansson , National Board of Health and Welfare , 2006, “ Institutional Care for the Eldery  
in Sweden”

# デンマーク

## 1 デンマークの概要

### (1) 人口等の動向

#### 【基礎情報】

面積：43,094 平方キロメートル

人口：5,468,120 人（2007）

政体：立憲君主制

首都：コペンハーゲン

言語：デンマーク語、グリーンランド語、ドイツ語

宗教：キリスト教（福音主義ルーテル派）95%



#### 【少子高齢化】

高齢者人口：842,492 人 [高齢化率 15.4%] (2007)

平均寿命：77.96 歳 [男性 75.65 歳・女性 80.41 歳] (2007)

合計特殊出生率：1.74

#### 【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：2.9 人 (2002)

人口 1,000 人当たり看護師数：10.3 人 (2002)

1 人当たり年間保健支出額：22,371 デンマーククローナ (2002)

※米ドル購買力指数換算 2,655 ドル (2002)

保健医療支出対 GDP 比：8.8% (2002)

OECD Health Data 2005 他各種資料より作成

デンマークは、国土面積約 4.3 万 km<sup>2</sup>、人口約 547 万人を有する立憲君主制の王国である。平均寿命は 77.96 歳（男性 75.65 歳、女性 80.41 歳）で、世界的な長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 84 万人（高齢化率 15.4%）である。高齢化率は 1960 年に 10.6%、1970 年に 12.3%、1980 年に 14.4%、1990 年から 91 年にかけて 15.6% までなった後に徐々に下降していたが、最近になって再び上昇傾向にある。

なお、65 歳以上の親と子どもの同居率は日本と比べて非常に低く、6%程度である。ただし、1980 年頃は 1%未満であったとも言われ、最近増加傾向にある。

## (2) 地方自治制度の概要

デンマークの公共セクターは、2006年12月31日までは、国と、地方自治体である14のアムト（amter；県に相当）及び271のkommuner（市に相当）に分類されていた。そして2007年1月1日からは、「2007デンマーク自治体改革」の一環として、県は5つのレギオナ（regioner；広域行政機構）に再編され、kommunerは人口3万人以上を目処に合併・統合されて98に減らされている。

従来のアムトの所管業務は病院運営等の医療行政、中等教育と職業教育、障害児（者）教育、成人教育、障害者福祉、児童福祉、ホームレス対策、地域開発、環境政策等であったが、実質的には業務の9割は医療行政に係るものであった。今般の地方自治体の再編により、病院運営、観光・労働・教育と文化等に係る地域計画の策定と地域開発、土壌汚染対策、障害者施設の運営がレギオナの所管業務として残され、それ以外はkommuner、又は国に移管された。そのため、kommunerの所管業務は非常に広範囲なものとなり、社会福祉サービス、高齢者福祉サービス、医療行為以外のヘルスケア、児童保育・義務教育の初等教育、ごみ処理・生活排水処理、図書館、音楽・文化・スポーツ施設等の地域住民サービス等が含まれている。従来のアムトは課税権を持っていたが、レギオナには課税権がなく、国の助成金とkommunerの財源により運営されることになった。

## (3) 保健医療サービス

デンマークの医療は5つのレギオナが提供している。医療費は税金を財源としており、原則として無料である。15歳以上の住民は、医療制度のうちグループ1又はグループ2の何れかを選択する（15歳未満の者は親が属するグループに加入している）。

グループ1を選択した場合は、住民は、レギオナから指定された総合医 General Practitioner から家庭医をあらかじめ選定し、緊急時以外は原則全ての病気について最初に家庭医の診察を受ける。必要に応じて、家庭医は専門的医療機関等を紹介する。ただし、耳鼻咽喉科、眼科、歯科等の専門医を受診する場合には家庭医の紹介は不要となる。医療費は原則として無料である。

グループ2を選択した場合は、総合医や専門医等を自由に選んで受診することができるものの、一定額を自己負担しなければならない。

病院はレギオナによって運営されており、専門的な治療、機器、集中的な治療が必要な患者へ医療が提供されている。また、家庭医等の紹介なく病院を受診することは、救急を除いて許されていない。

#### (4) 社会サービス

高齢者介護や障害者ケアなどの社会サービスは、「社会支援法」に基づき、コムーネによって担われている。財源は税金であり、一部利用者負担がある。現在、ほぼ全てのコムーネにおいて 24 時間在宅ケア体制が実現しており、各コムーネは、「日中」「夜間」「深夜」の 3 つの時間帯に分けて在宅サービスを提供している。

図表 3-2-1 デンマークにおける 24 時間在宅ケア体制

区 分	時間帯	内 容
日中巡回 (Dag Vagt)	07:00～15:00	着替え、朝食、買い物、掃除、洗濯、シャワー、昼食、 トイレ介助、オムツ交換
夜間巡回 (Aften Vagt)	15:00～23:00	夕食、着替え、トイレ介助、就寝、オムツ交換
深夜巡回 (Nat Vagt)	23:00～07:00	インシュリン注射、緊急警報対応など

(資料) 松岡洋子 2005 『デンマークの高齢者福祉と地域居住』 新評論, p.91

また、高齢者住宅を含む公営住宅の供給の責任主体はコムーネであるものの、「非営利住宅協会 (Almenytting boligselskab)」がコムーネと協定を締結し、資金計画の立案、設計・施行、入居者募集、家賃徴収、その後の保守点検までを請け負っている。このような非営利住宅協会は全国に 700 組織あり、約 50 万戸の公営住宅を管理運営している。なお、この非営利住宅協会の上部組織として「全国非営利住宅協会連盟 (Boligselskabernes Landsforening)」があり、各協会間の連絡や教育研修、コンサルティング等を行っている。

## 2. 近年の施策の動向

### (1) 高齢者・障害者住宅法の成立以前

デンマークは第二次世界大戦後の復興も早く、1960年には高齢化率が10%を超えている。そのため、1960年代には救貧院や養老院の流れを汲む「プライエム（わが国の特別養護老人ホームに相当）」や「保護住宅」が多数増設されることになった。1970年代に入るとプライエムは大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、コムーネの財政負担は大きなものとなった。また、大規模施設による集団処遇であるため、生活環境は劣悪なものであった。

1979年に政府に高齢者政策委員会が設置され、1980年から1982年にかけて3回にわたり報告書が提出された。特に第2回の報告書（1981年）では、施設の問題について、居住機能とケア機能の分離の必要性が強調されている。また、第3回の報告書（1982年）では、「高齢者三原則」が示されるに至った。

図表 3-2-2 高齢者三原則

- これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす（自己決定）
- 高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこちらを支える（残存能力の活性化）
- 今ある能力に着目して自立を支援する（継続性）

そして、この報告書を基盤として、1988年1月1日をもって、プライエム、保護住宅の新規建設を禁止することが「社会支援法改正法 391号 一家事支援とプライエム、保護住宅の規定変更」によって規定されることになった。そして、高齢者の住まいの在り方は「高齢者・障害者住宅法（lov om boliger for ældre og personer med handicap）」によって、ケアについては「社会支援法」によって決められることになった。なお、高齢者・障害者住宅法は1997年より「公営住宅法（lov om almene boliger）」へと統合されることになった。

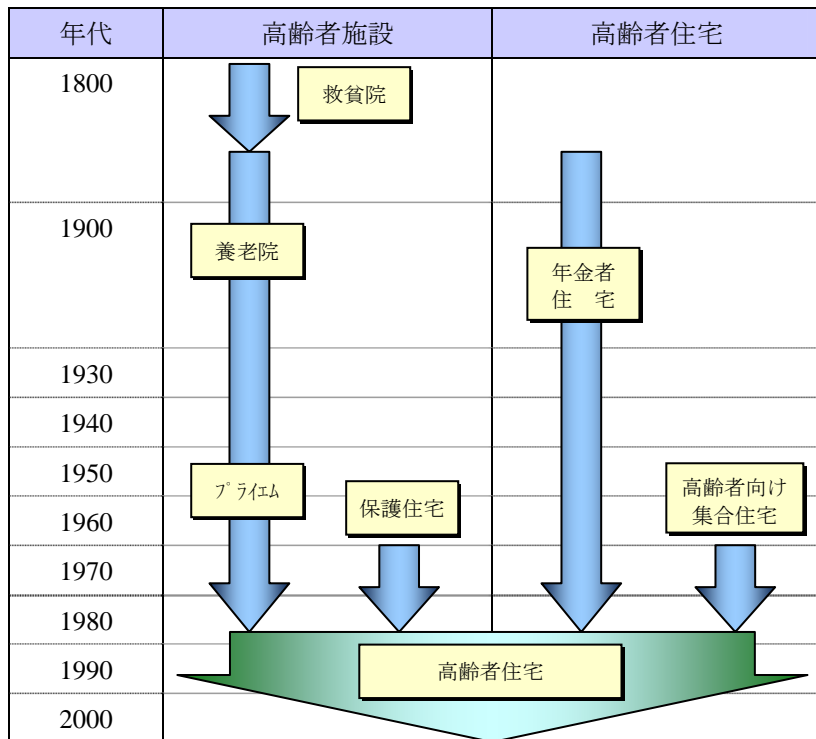
### (2) 高齢者・障害者住宅法の成立以後（1988年）

1988年以後は、高齢者・障害者住宅法に拠って、今日に至るまで年間平均3,000戸のペースで高齢者住宅が建設されていった。この結果、1987年には4万9,088戸あったプライエムは、2006年には1万5,424戸（全体の20%）減少し、3,356戸しかなかった高齢者住宅は現在5万8,292戸（全体の76%；プライエボーリ3万2,016戸、エルダボーリ等26,276戸）増加している。

高齢者・障害者住宅法の施行によりプライエム・保護住宅の新規建設は凍結された。そして、旧型プライエムの建物内部を改修して、1戸当たり延床面積が約2倍近くある「プライエボーリ（介護型住宅）」となっていものが多くみられる。プライエボーリは、わが国の特別

養護老人ホームのユニットケアに類似するものである。また、その他に内部に職員が常駐しない「エルダーボアリ」等の高齢者住宅も含めて「高齢者住宅（広義）」は増加を続けている。

図表 3-2-3 デンマークにおける高齢者施設・住宅の変遷



(資料) 松岡洋子 2005『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論, p.22～23

図表 3-2-4 デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

	1987	1990	1995	2000	2006
施設系					
プライエム	49,088	44,847	36,468	29,685	15,424
保護住宅	6,595	6,315	5,108	4,274	2,870
住宅系					
高齢者住宅	3,356	7,305	20,985	34,600	58,292
合計	59,039	58,467	62,561	68,559	76,586

(資料) デンマーク社会省資料

### 3. 施設介護サービスの体系

前述の通り、デンマークにおける現在の高齢者住宅を類型化すると下記の通りである。ただし、この類型は歴史的経緯によるものであり、法的には全て「高齢者住宅」となる。

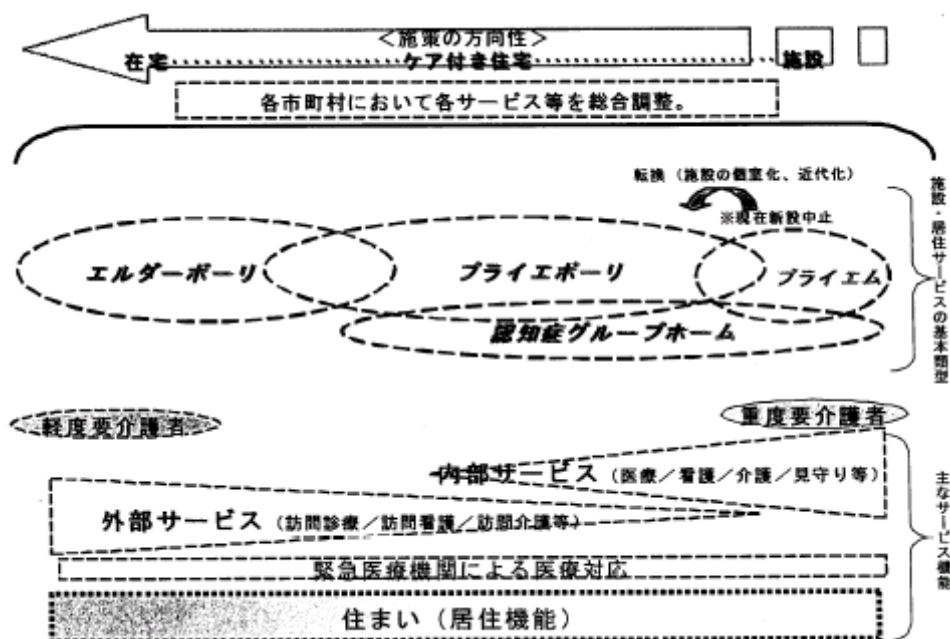
- ①プライエム
- ②保護住宅（①に準ずる施設）
- ③プライエボーリ（介護住宅）
- ④エルダーボーリ（高齢者住宅）
- ⑤グループホーム

③のプライエボーリは、①のプライエムを近代化・個室化する目的で改修したものが多く、高齢者住宅に付属するサービスエリア（PT・OT の訓練室、共同風呂等）の整備等がなされている。実態としては、日本の特別養護老人ホームにおけるユニットケアに類似している。

また、コムーネが最終的な責任主体であるため、デンマークの国として一律の職員配置要件のようなものは存在しない。例えば、プライエボーリには看護師、理学療法士、作業療法士、介護士等が厚く配置されているが、施設要件等により義務化されているものではない。

入居にあたっては、コムーネに希望する旨の申請を出し、コムーネの判定委員会による審査を受ける必要がある。また、入居費用（家賃＋食費＋光熱水費）は入居者の負担であるものの、所得に応じて住宅手当等が手厚く支給されている。

図表 3-2-5 デンマークにおける居宅・施設サービスのイメージ



## (1) プライエム (plejehejm)

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

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である。

### ② 介護サービス

常駐の施設職員（介護・看護職員）により身体介護・家事援助等が提供される。

### ③ 医療サービス

医師の配置は基本的にはない。日常的な健康管理は看護師により提供されている。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である。また、各家庭医が、入居者や看護師等の求めに応じて訪問診療を実施している。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として施設内で看取りを行う。疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。また、入居者は相当身体の状況が重くなってから入居して来る者が多く、入居期間は1年程度と短い。

## (2) プライエボーリ (plejeboliger)

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

軽～中度の要介護者が中心であり、プライエムからの継続入居及び自宅からの住替えた者なども含む。

### ② 介護サービス

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

建物の外観





### ③ 医療サービス

入居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が対応できない緊急時の対応は、救急医療機関や病院に依頼している。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として、施設職員によるケア、そして必要に応じ外部スタッフを利用して施設内での看取りを行う。

疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。

室内の様子



## (3) エルダーボリー (ælderboliger)

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

自立～軽度の要介護者が中心であり、完全に自立して外部の介護サービスを利用しない入居者も含む。

### ② 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・家事援助等を受けている。

### ③ 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。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として、外部スタッフに依頼して施設内での看取りを行う。

疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。

## (4) 認知症グループホーム（bofelleskab）

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

中～重度の認知症高齢者に幅広く対応している。

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、プライエボエーリ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。

### ② 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 日提供している。

### ③ 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。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として、施設職員によるケア、そして必要に応じ外部スタッフを利用して施設内での看取りを行う。

疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。

建物の外観



共同食堂



## 参 考 文 献

OECD Health Data 2005

医療経済研究機構 2004 『スウェーデン医療関連データ集』

松岡洋子 2005 『デンマークの高齢者福祉と地域居住』 新評論

デンマーク社会省資料 2006

デンマーク大使館 2007 「デンマークの医療」

生田孝史 2006 「デンマークの自治体改革と地域ブランドへの取り組み」 *Economic Review*,  
p.100～101

# ドイツ

## 1. ドイツの概要

### (1) 人口等の動向

#### 【基礎情報】

面積：357,021 平方キロメートル

人口：82,400,996 人 (2007)

政体：連邦共和制

首都：ベルリン

言語：ドイツ語

宗教：キリスト教 (プロテスタント) 34%

キリスト教 (カトリック) 34%



#### 【少子高齢化】

高齢者人口：16,314,320 人 [高齢化率 19.8%] (2007)

平均寿命：78.95 歳 [男性 75.96 歳・女性 82.11 歳] (2007)

合計特殊出生率：1.40 (2007)

#### 【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：3.4 人 (2004)

人口 1,000 人当たり看護師数：9.6 人 (2004)

1 人当たり年間保健支出額：2,852 ユーロ (2003)

※米ドル購買力指数換算 3,005 ドル

保健医療支出対 GDP 比：10.9% (2003)

OECD Health Data 2006 他各種資料より作成

ドイツは、国土面積約 36 万km<sup>2</sup>、人口約 8,240 万人を有する連邦共和国である。

平均寿命は 78.95 歳（男性 75.96 歳、女性 82.11 歳）で、世界的な長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 1,631 万人（高齢化率 19.8%）である。高齢化率は 1950 年に 9.7% から上昇を続け、1979 年の 15.7% をピークに 1998 年までほぼ横這いであったが、最近になって再び上昇傾向にある。

## (2) 地方自治制度の概要

ドイツの公共セクターは、16 の連邦州（Bundesland）によって構成されている。各州は国家的な機能（立法権・司法権・行政権）を有している。16 の連邦州のうち、ベルリン、ブレーメン、ブレーマーハーフェンは都市単独で連邦州として認められており、都市州（Stadtstaat）と呼ばれる。都市州には、「区（Stadtbezirk）」という自治単位が設けられ、住民の直接選挙で選ばれる区議会がある。

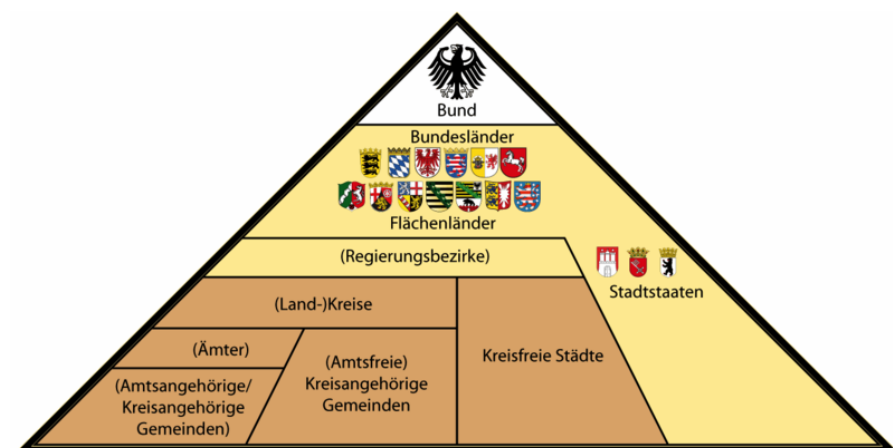
また、都市州以外の連邦州は、「県（Regierungsbezirk）」「郡（Landkreis）」「独立市（Kreisfreie Stadt；日本の政令指定都市に相当）」「市町村連合（Kommunalverband；日本の広域事務組合に相当）」「市町村（Gemeinde）」「無市町村地区（Gemeindefreies Gebiet）」から構成される。

図表 3-1-1 地方自治体の事務区分・内容

任意的自治事務	社会福祉施設の設置管理、公共交通、公営企業経営、文化・余暇・スポーツ施設設備の設置管理、企業誘致、病院運営管理 等
義務的自治事務	上下水道、廃水処理、廃棄物処理、都市計画、小中学校建設・運営管理、消防業務、道路建設管理、保健、葬儀、幼稚園の確保、地方自治体選挙の実施 等
指示による義務的事務	道路交通監視、建築確認、営業監督、住民登録、住宅建設 等
委託事務	戸籍登録業務、パスポート・身分証明書の発行、国勢調査、州・連邦・ヨーロッパ議会選挙、就学児童の登録、保健所、家畜衛生所、教育費助成金や生活扶助及び社会保険などに関する協力 等

また、郡は、個々の市町村の処理能力を超える事務事業の処理（例、道路建設、広域文化行政、環境保護、警察及び公共の安全、上下水道、廃棄物処理、公共交通、教育及び高等教育、消防・救急、社会扶助 等）について権限を持つ自治組織としての側面と、州の下級行政官庁として市町村及び市町村小連合の監督機関としての側面を併せ持っている。

図表 3-1-2 地方自治体の構成



### (3) 保健医療サービス

保健医療サービスは、『社会法典 (SGB ; Sozialgesetzbuch)』中の第 5 編「公的医療保険 (GKV ; Gesetzliche Krankenversicherung)」に基づき、わが国と同じく社会保険制度に基づき提供されている。国民の約 9 割が公的医療保険に加入し、約 1 割は民間医療保険に加入しているが、無保険者も若干存在している。公的医療保険の保険者は、連邦、州及び地方自治体から独立した公法人である「疾病金庫 (Krankenkasse)」であり、最近の統合再編を経て、2005 年時点で 267 の疾病金庫がある。

### (4) 介護サービス

ドイツでは 1994 年 5 月に『介護保険法 (Pflegeversicherungsgesetz)』が公布され、この法律に基づいた在宅介護サービスは 1995 年 4 月に、施設介護サービスは 1996 年 7 月から開始している。これは、高齢者のみというように年齢で限定されたものではなく、要介護状態の者に対して現物・現金が給付される制度である。

ドイツの介護保険は医療保険の下にあり、公的医療保険の保険者 (疾病金庫) が公的介護保険の保険者 (介護金庫 (Pflegekasse)) を兼ね、民間医療保険の被保険者は民間介護保険への加入が義務付けられている。

図表 3-1-3 ドイツにおける公的介護保険の被保険者数・受給者数の推移【1996～2004】

(単位：千人)

	被保険者数	受給者数		
			在宅	施設
1996	72,264	1,547	1,162	385
1997	71,693	1,660	1,198	462
1998	71,458	1,738	1,227	511
1999	71,545	1,826	1,280	546
2000	71,338	1,822	1,261	561
2001	70,013	1,840	1,262	578
2002	70,844	1,889	1,289	600
2003	70,457	1,895	1,281	614
2004	70,293	1,925	1,297	629

(資料) 医療経済研究機構 2006 『ドイツ医療関連データ集』, p.60

ドイツの介護保険は、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。また、現物給付と現金給付を同時に選択することが可能である。近年では、この現物給付と現金給付のミックス型の給付を希望する者が増加している。

介護保険給付は、「医療サービス機構（MDK；Medizinischer Dienst der Krankenversicherung）」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。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。なお、市町村は入所・入居調整等には関与しない。

図表 3-1-4 公的介護保険の給付概要

(単位：ユーロ)

給付種類		要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ
在宅介護（現物給付）	(月 額)	384	921	1,432
介護手当（現金給付）	(月 額)	205	410	665
代替介護（年4週間まで）	(年 額)	205	410	665
短期介護（ショート）	(年 額)	1,432	1,432	1,432
部分介護（デイ&ナイト）	(月 額)	384	921	1,432
付加給付	(年 額)	460	460	460
介護補装具	—	費用の90%		
完全施設介護	(月 額)	1,023	1,279	1,432
障害者施設の完全施設介護	(月 額)	ホーム報酬の10%（上限256）		

(資料) 医療経済研究機構 2006『ドイツ医療関連データ集』, p.60

図表 3-1-5 介護保険給付費の推移

(単位：億ユーロ，%)

	1996	2000	2004	2005
在宅介護（現物給付）	15.4 (15.2)	22.3 (14.1)	23.7 (14.1)	24.0 (14.1)
介護手当（現金給付）	44.4 (43.1)	41.8 (26.4)	40.8 (24.3)	40.5 (23.9)
代替介護	1.3 (1.3)	1.1 (0.7)	1.7 (1.0)	1.9 (1.1)
短期介護（ショート）	0.9 (0.9)	1.4 (0.9)	2.0 (1.2)	2.1 (1.2)
部分介護（デイ&ナイト）	0.3 (0.3)	0.6 (0.4)	0.8 (0.5)	0.8 (0.5)
付加給付	9.3 (9.1)	10.7 (6.7)	9.3 (5.5)	9.0 (5.3)
介護補装具	3.9 (3.8)	4.0 (2.5)	3.4 (2.0)	3.8 (2.2)
完全施設介護	26.9 (26.2)	74.8 (47.2)	83.5 (49.8)	85.2 (50.2)
障害者施設の完全施設介護	0.1 (0.1)	2.1 (1.3)	2.3 (1.4)	2.3 (1.4)
合計	102.5 (100.0)	158.6 (100.0)	167.7 (100.0)	169.8 (100.0)

(資料) 土田武史 2006「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』No.155, pp.25

介護保険給付費の推移をみると、1996年に介護手当が給付総額の46%を占めていたものの、2005年には24%にまで低下している。また、在宅介護や短期介護（ショート）、部分介護（デイ&ナイト）は微増・横這い傾向にある。その一方で、施設介護に係る給付額は増加の一途を辿り、完全施設介護は1996年には26.2%であったものが、2005年には50.2%と半数以上を占めている。

同時に保険財政についてみると、2000年以降は赤字に転落しており、資金保有高も減少し続けている。この要因として、受給者の増大、介護手当受給者の相対的な減少、そして施設入所者の増大が指摘されており、介護保険財政の適正化が求められている。そのため、完全入所介護から部分入所介護へ、あるいは施設介護から在宅介護への移行を促進するという考え方が今後も強調されることになる。

**図表 3-1-6 介護保険給付費の推移**

(単位：億ユーロ)

	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2005
収入総額	120.4	160.0	165.5	169.8	168.6	168.7	174.9
支出総額	108.6	158.8	166.7	173.6	175.6	176.9	178.6
収 支	11.8	1.3	▲1.3	▲3.8	▲6.9	▲8.2	▲3.6
資金保有高	40.5	49.9	48.2	49.3	42.4	34.2	30.5

(資料) 土田武史 2006 「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』No.155, pp.26



## 2. 近年の施策の動向

ドイツでは1994年に介護保険制度が導入された。1994年以前までは、医療給付の1つとして、在宅の重度の要介護者に対する介護給付が組み込まれていた。しかしながら、その給付額は現在の介護保険による給付に比べて非常に低額のものであった。

介護サービスは民間主導で進められ、施設介護も在宅介護も利用者との契約による提供されてきた。利用料は当然ながら全額自己負担であり、そのため多くの利用者が自分の収入・貯蓄では賄いきれず、連邦社会扶助法による介護扶助や生活扶助を受けていた。しかし、高齢化の進展による要介護者の増加、介護施設の費用の高額化などにより社会扶助を負担する州・郡・市町村の財政は圧迫され、抜本的な改革が連邦に求められた結果、介護保険制度が導入されることになった。1994年の介護扶助受給者数は約45万人だったものが、介護保険導入後の1998年には約22万人まで減少し、当初の目的は達成されたといえる。

また、介護保険を実施するうえで最も大きな課題が「介護の質の確保」であった。2001年9月に「介護の質の確保法（Pflege Qualitätssicherungsgesetz）」が制定され、介護の質の確保策への取り組みが本格化した。この法律は、施設や在宅における介護当事者のレベルアップだけではなく、介護サービス提供者の自己責任の強化をはじめ、受給者保護の強化、医療サービス機構（MDK）と施設管理者との連携の強化を図ることを目的としたもので、介護施設における入所者と介護専門職の配置基準、MDKや介護金庫の権限の強化、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など多くの規定が定められた。

さらに、2002年1月には、介護施設における介護の質の確保策として、新しい「ホーム法（Heimgesetz）」が制定され、2003年8月に施行された。この法律では、入所契約の透明化の推進、介護専門職・家族・老人施設・障害者施設などのメンバーによるホーム審議会の活動の強化、ホームの管理者・MDK・介護金庫・社会扶助機関の協力体制の強化、ホームと見守りなどをうけながら暮らす住居「高齢者住宅」とを区分することなどが定められた。

また、2005年には、連邦保健・社会保障省と家族・高齢者・女性・青少年省とが協力して、介護施設の援助、認知症患者の援助、デイケア・ショートステイ・グループホームの活用などについてモデルプログラムの推進（成功事例の紹介等）を図ることになった。

### 3. 施設介護サービスの体系

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」が存在している。

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のため、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) 介護ホーム（Pflegeheim）

介護ホームは、入所者に対して常時の介護サービスを提供する施設である。

##### ① 利用者の主な状態像と類型概要

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である。入所までの流れとしては、急性期病院を退院して、中間的予防・リハビリテーション施設に移り、退所後は在宅サービスやショートステイを利用するものの、心身状態の悪化に伴い介護ホームに入所するケースが多い。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。

室内の様子



##### ② 介護サービス

施設職員（介護職員）により身体介護や家事援助が24時間体制で提供される。なお、職員の配置基準は、連邦の介護職員配置基準で規定されており、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。これは、今般の連邦制改革により、州の所管事項と

なった。また、州の介護金庫連合会により、介護サービス種類ごとに、標準的な職員配置水準を規定している。

### ③ 医療サービス

看護職員・介護職員（いずれも一定の医学教育を受けている）は、各家庭医の指示に基づき、必要に応じて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、介護ホームに医師を配置するためには相当の費用が必要になり介護保険財政を圧迫するためであるとともに、介護ホームに医師を配置

しないことにより、入所者の「医師の選択の自由」を尊重することが可能となるためである。また、訪問診療やリハビリテーション等の外部の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。もともと、緊急の事態に迅速に対応することが可能となるよう、介護ホームと医師との連携を強化すべきであるとの意見もあり、現在、ベルリンでは、介護ホームに医師を配置するモデル事業を実施している。

なお、現行では、介護ホームにおける医療サービスは、一定期間に限り公的介護保険の保険給付の対象とされるとともに、当該期間経過後には、医療保険の対象とされている。今般の医療制度改革においては、当該期間の制限が撤廃される予定であり、これにより、在宅介護における医療サービスは利用者負担が低い医療保険の対象となるのに対して、介護ホームにおける医療サービスは利用者負担が介護保険の保険給付の対象となるため、施設介護から在宅介護への移行に対する経済的なインセンティブが付与されることになる。

### ④ ターミナルケアの対応

心身状態が非常に悪化してから入所する者が多いため、施設内で看取りを行うケースがほとんどである。なお、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、疼痛緩和の処置を行っている。

シャワー室



廊下の様子



## (2) 短期入所介護施設

短期入所介護施設は、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（在宅介護の利用準備中）などに一時的に利用されている。

## (3) 外部介護利用型居住（Betreutes Wohnen）

介護ホームでは、施設を運営する事業者が、その内部で全ての介護サービスを調達するのに対して、外部介護利用型居住では、入居者が外部の介護事業者により必要な介護サービスを調達している。つまり、入居者が外部の介護サービス、医療サービスを利用するという点においては、自宅における在宅介護と同様である。なお、外部介護利用型居住に係る公的介護保険の保険給付の内容は、介護事業者の交通費の取扱いを除き、自宅における在宅介護に係る公的介護保険の保険給付の内容と同様である。

なお、外部介護利用型居住は、自然発生的に増加しており、その整備に対する財政的な支援は存在しない。また、ホーム法の対象ともならないため、設備等に関する基準は存在しない。この取扱いは、介護金庫と介護事業者との間で締結される契約の他、質の低いものについては利用者の判断により自然淘汰されるものと考えられている。

寝 室



### ① 利用者の主な状態像と類型概要

自立～軽度の要介護者が中心である。特に小規模形態の住居では、完全に自立しており、外部サービスを利用しない入居者と共同で居住する共同居住方式を採用している場合もある。これは、経営的な安定性を図るとともに、利用者相互の助け合いが期待される。

### ② 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している。

居住者用のレストラン



### ③ 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ている。

### ④ 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、施設内での看取りを行っている。基本的には疼痛緩和等以外に、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がある。

個室内のキッチン



## 参 考 文 献

OECD Health Data 2006

医療経済研究機構 2006『ドイツ医療関連データ集』

土田武史 2006「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』No.155, pp.22-30

榎日本総合研究所 2004『介護施設等の費用体系に関する総合調査』

財団法人自治体国際化協会 2000「ドイツ地方行政の概要」CLAIR REPORT NUMBER 193

JETRO 2000「ドイツにおける高齢化関連ビジネスの実態および経済的波及効果」

JETRO 2002「ドイツの医療・福祉サービス」

# フランス

## 1. フランスの概要

### (1) 人口等の動向

#### 【基礎情報】

面積：643,427 km<sup>2</sup>

人口：63,713,926 人 (2007)

政体：共和制

首都：パリ

言語：フランス語 100.0%

宗教：キリスト教（ローマ・カトリック派）83-88%

キリスト教（プロテスタント派）2%

イスラム教その他 10-15%



#### 【少子高齢化】

高齢者人口：10,312,301 人 [高齢化率 16.2%] (2007)

平均寿命：80.59 歳 [男性 77.35 歳・女性 84.00 歳] (2007)

合計特殊出生率：1.98 (2007)

#### 【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：3.4 人 (2003)

人口 1,000 人当たり看護師数：7.3 人 (2003)

1 人当たり年間保健支出額：2,641 ユーロ (2003)

※米ドル購買力指数換算 2,967 ドル

保健医療支出対 GDP 比：10.1% (2003)

OECD Health Data 2005 他各種資料より作成

フランスは、国土面積約 983 万km<sup>2</sup>、人口約 3 億 114 万人を有する連邦共和国である。平均寿命は 80.59 歳（男性 77.35 歳・女性 84.00 歳）で、世界的にも比較的長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 1,031 万人（高齢化率 16.2%）である。高齢化率は 1960 年の 11.6%、1970 年に 12.9%、1980 年に 13.9%、1990 年に 14.0%、2000 年に 16.1%と緩慢に上昇を続けており、ここ数年は 16%台で推移している。

## (2) 地方自治制度の概要

フランスは、ヨーロッパの領土とヨーロッパ以外にある海外の領土からなる。領土内は 26 の地域圏 (région ; 州又は地方に相当) に大区分されており、地域圏は地域圏首府に行政の中心をおく。地域圏は 100 の県 (département) から構成され、本土および周辺の島嶼に 96 県、海外に 4 県をおく。さらに、県より下位の行政区画には郡 (arrondissement) や市町村 (コミューン) がある。

## (3) 保健医療サービス

フランスの社会保障制度は、社会保険制度と社会扶助制度という 2 つの大きな柱で構成されている。このうち社会保険料で運営される社会保険制度は、①疾病保険、②年金、③家族手当をカバーする。社会保険制度は職域ごとに分立しており極めて複雑であるが、大別すると、国民の 80% がカバーされる被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度の 4 種類に区分される。

図表 3-4-1 各社会保険制度のカバーする範囲

	疾病 現物 給付	疾病 現金 給付	出産 現物 給付	出産 現金 給付	障害 手当	年金	労災 補償	失業 補償	家族 手当
被用者保険制度・特別制度	○	○	○	○	○	○	○	○	○
自営業者保険制度	○		○			○			○
農業一般制度	○		○		○	○	○		○

(資料) 医療経済研究機構 2000『フランス医療関連データ集』 p.54

疾病保険の給付内容については、償還払いが基本であるが、入院等の場合には直接医療機関に支払われる。償還率は医療行為により異なるが、外来の場合は 70% (通常の医薬品は 65%) が原則である。ただし、自己負担分についてもカバーする非営利の共済組合方式の補足制度が発達しており、国民の 80% は何らかの相互扶助組合等に参加している。被用者の場合、この補足制度は労働協約の一部として共済組合、あるいは相互扶助組合方式で組織されるか、あるいは民間保険会社に委託される方式で運営されている。また、国民が自助努力として個人的な民間保険に参加する場合もみられる。

この補足制度については、従来から、加入できる者とできない者との間で、医療施設へのアクセシビリティに格差が生じているという点が問題となっていた。そこで、2000 年に CMU (Couverture Maladie Universelle) 法が制定され、低所得者に対しても補足疾病保険に参加する道が開かれることになった。

#### (4) 社会サービス

フランスにおいても要介護高齢者の長期入院が原因の1つである医療費の高騰が問題となり、その解消のために在宅入院や医療機関における老人科の充実、また医療施設と福祉施設との連携の強化の必要性が議論されてきた。1991年に提出されたBoulard報告書（国民議会委員会報告書）とSchopflin報告書（計画委員会報告書）は、医療と福祉で分離されている法律や給付・手当、提供施設等を統廃合し、新しい保障制度の創設を提言した。これらの提言に基づき、国内の15地域において新たな要介護高齢者に対する保障制度構築のための社会実験が行われた。そして、その結果を受けて1997年1月24日に「高齢者のための自立手当の創設を期待しつつ特定介護給付により高齢者の需要により適切に応えるための法律」が成立した。これにより、60歳以上の介護給付は特別介護給付が、60歳未満は第三者補償手当（県の公費で提供される障害者扶助）がカバーすることとなった。

この特別介護給付は一定所得以下（単身者の場合6000フラン/月、夫婦の場合10000フラン/月）の要介護高齢者を受給対象者とするものであった。要介護度認定は、在宅サービスの場合、医師とソーシャル・ワーカーからなるチームが申請者の家庭を訪問し、申請者及びその家族の話合いにより援助プランを作成しつつ、申請者の介護ニーズを把握し、AGGIR（Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources；老年学的自立能力判定表）に基づきGIR1からGIR6までの6段階に判定し、その報告に基づき、県議会議長を長とする委員会が審査・提案し、県議会議長が決定する。また、施設サービスにおいては、介護ニーズの把握は、医師の責任において施設によって行われる。

要介護度の重いGIR1～GIR3の者のみが、必要な介護サービスが月額5,596フランを上限に施設・在宅サービスが現物給付されるというものであった。しかしながら、一定所得以下という要件に加え、給付対象も限定されていたことから、特別介護給付受給者は介護を必要とする者の一部に過ぎないという批判がなされた。

図表 3-4-2 GIR各段階の状態像

要 介 護	GIR1	最も重い要介護者。身体的・精神的に全ての自立を失い、外部からの永続的介助を必要とする人。寝たきりのことが多い。
	GIR2	高度の要介護者。2種類のタイプがあり、身体を動かすことはできないが精神的機能は完全には失われていない人、あるいは精神的自立は失われているが身体活動は保たれている人。
	GIR3	中等度の要介護者。精神的自立があり、移動もできるが1日に何度も介助を必要とする人。多くは排泄において要介助。
	GIR4	起居、衣服の着脱、摂食に援助を必要とする人。2種類あり、移動はできないが排泄や日常生活に介助が必要な人、あるいは移動はできるが日常生活や食事に介助が必要な人。
ほ ぼ 自 立	GIR5	要支援者。独立して生活、食事できるが、外出や家事に援助を必要とする人。
	GIR6	自立している人

（資料）(株)日本総合研究所 2004『介護施設等の費用体系に関する総合調査』 p.37



そこで、2001年6月11日に「高齢者の自立性の喪失の費用負担及び個別自立手当に関する法律」が成立し、2002年に個別自立手当（allocation personnalisée d'autonomie ; APA）が創設されることになった。これは社会保険方式ではなく、原則として県税が3分の2、国からの交付金が3分の1である。要介護度の認定の方式は特別介護給付の場合と同様であるが、給付対象者はGIR1からGIR4までの4段階に拡大された。

個別自立手当の給付対象は、「在宅個別自立手当（APA à domicile）」と「施設個別自立手当（APA en établissement）」の2種類がある。在宅個別自立手当の給付対象となるサービスは、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護用具購入費、住宅改修経費等である。また、施設個別自立手当は、医療経費及び宿泊滞在経費を除いた介護経費のみが給付の対象となる。ただし、所得に応じて0～80%の自己負担が課せられることになっている（2003年時点の平均で在宅個別自立手当給付の5.7%、施設個別自立手当給付の29%）。

介護サービスは原則として認可事業者から受ける必要があり、無認可事業者のサービスを利用する場合は利用者負担が1割加算される。なお、高額な介護器具を購入する場合や住宅改築を行う場合は、複数月分の給付の一括給付も可能である。

## 2. 近年の施策の動向

個別自立手当の創設により受給者数は急増したが、当初の予想以上のペースでの増加に財政的にも深刻な状態となった。そのため、2002年度には施設への補助金を半減するとともに、個別自立手当の給付率が100%（自己負担なし）になる低所得者の所得上限を949ユーロから623ユーロに下げるといった給付率の引き下げという緊縮財政政策をとった。

しかしながら、介護費用が今後も増加し続けて財政的にも圧迫することが懸念されたため（2005年3月末での高齢者自助手当の受給者総数は87万3,000人で、59%が在宅、41%が施設入所者である）、新しく「自立のための全国連帯金庫（la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; CNSA）」が2005年に創設されることになった。これは、休日を廃止し国民連帯の日とし2008年までに90億ユーロの追加財源を措置するというものである。ただし、初の国民連帯の日とされた2005年5月16日（精霊降臨祭の月曜日）は、左翼、労働組合のスト・反対により、実際には期待した効果が上げられず、今後の在り方が再検討されている。

また、在宅サービスについては、近年では予防的観点からの在宅介護の充実が課題となっており、各金庫、県及び市町村で、個別自立手当の対象とならない高齢者を対象に、家事援助サービスを中心として、食事宅配サービスやデイケアセンター、リハビリ老人クラブ、高齢者移送サービス等のサービスを行っている。

施設サービスとしては、施設に併設されるグループホーム（Cantou）が近年増加してきている。

### 3. 施設介護サービスの体系

#### (1) 費用負担

施設介護については、前述の通り、施設個別自立手当により給付されるが、施設入居費用を「滞在」「医療・看護」「介護」と3区分したうちの「介護」についてのみ対象となる。また、前述の通り、2003年時点の平均で施設個別自立手当給付の29%を自己負担している。

また、「滞在」に該当する部分は利用者の自己負担となる。平均月額額は1500ユーロ程度(900～2000ユーロの幅)であるが、利用者の経済力では賄いきれない場合は、県税を財源とする社会扶助(aide sociale)が支払うことになる。ただし、全ての施設において社会扶助が利用できるわけではなく、施設と県の間での二者協約をした施設に限定されている。

さらに、「医療・看護」に該当する部分は医師、看護師、専門的介護士(aide soignant)などのサービスやリハビリテーションなどであるが、この部分については疾病保険金庫が負担している。これらについて外部サービスを調達してきた施設は少なくないが、入所者の重度化に対応できなくなってきたため、施設自身の医療化が進む方向性が強まっている。

図表 3-4-3 施設と在宅の給付内容の違い

	在宅介護	施設介護
給付の内容	日常生活動作における支援 □家事(掃除、洗濯、食事の支度等) □買い物 □手続き 身体介助 □着替え、トイレ、移動	施設種類に応じて □滞在・居住 □集合食事 □集団アクティビティ □個人のケアやサービス
職員の機能	主に在宅介護者(家政婦・介護士) 医療従事者やパラメディカル	医療従事者やパラメディカル 教育・福祉関係者 医療心理補助者
受給者数	60歳以上で110万人(2003)	60歳以上で66万人(2003)

(資料) ㈱日本総合研究所 2004『介護施設等の費用体系に関する総合調査』 p.41

図表 3-4-4 要介護度別にみた施設個別自立手当の月額給付額

	内 容	費用負担者
滞在	・入所者の要介護度に関係しない事務費、宿泊費、食費、日常生活、余暇活動の費用	利用者本人 ※県による社会扶助もある
医療・看護	・入所者の身体的・精神的疾患の治療に必要な医学及びパラメディカルの費用 ・要介護度に応じて設定される	個別自立手当 +本人の自己負担
介護	・入所者が日常生活を営むのに必要な保健医療以外の支援や見守りのための費用 ・要介護度に応じて設定される	疾病保険

(資料) ㈱日本総合研究所 2004『介護施設等の費用体系に関する総合調査』 p.63

## (2) 施設介護

高齢者向けの施設介護サービスを提供する施設としては、要介護高齢者入所施設と長期療養病床の2つがある。両者の区分は曖昧であるが、前者は、滞在を受け入れる機能を中心とした福祉施設から発達し、入所者の高齢化・介護の重度化に伴い、介護や看護を提供する医療福祉施設へと展開してきたものである。後者は医療機関における長期入院患者に対して、居住環境などのアメニティを充実させることで滞在費を徴収するようになったものである。ただし、要介護高齢者入所施設において施設の医療化が進められてきたこともあり、両者の医療ケアのレベルにそれほどの格差はないとされている。実際、要介護高齢者入所施設である高齢者ホーム（maison de retraite）の病床数の36.7%、高齢者アパート（logement foyer）の定員数の4.6%に対して医療部門のサービスが提供されている。

図表 3-4-5 施設介護サービスの種類

	具体的な施設名
要介護高齢者入所施設	高齢者アパート logement foyer 高齢者ホーム maison de retraite 公的病院内の高齢者ホーム部 Sections hospice-maison de retraite des hôpitaux publics
長期療養病床	公的民間病院の長期療養病床 hospitalisation en services de soins de long durée

（資料）(株)日本総合研究所 2004『介護施設等の費用体系に関する総合調査』 p.54

### ① 高齢者アパート（logement foyer）

自立生活を営める高齢者を対象にした中層又は戸建ての集合的な居住形態で、入居者の入る各個室の他に、共有スペースとしての食堂や共用室等が設けられている。入居者の加齢等によって要介護度が高まっており、医療部門の併設が多くなっている。

### ② 高齢者ホーム（maison de retraite）

高齢者アパートよりもやや要介護度の重い高齢者を対象としており、生活支援・介護等のサービスを提供する居住施設である。

### ③ 民間ケア付き住宅（residences）

民間営利事業者（介護会社や不動産会社）が経営するケア付きマンションは「レジデンス」と呼ばれており、個別自立手当の給付対象でないことが多い。ただし、入居者は高所得層であり自己負担している。サービス内容は緊急通報や、食事、洗濯、清掃サービスなどであり、施設内に看護師・介護職員を配置している。

#### ④ グループホーム (cantou)

「カントウ」と呼ばれる施設であり、わが国のグループホームと同様、認知症高齢者を少人数で受け入れて専門職員と一緒に住み込み、入居者の残存能力を最大限に活かしながら、在宅にいるのと同じような生活を送るサポートをしている。

#### 参 考 文 献

医療経済研究機構 2000 『フランス医療関連データ集』

医療経済研究機構 2005 『フランス医療関連データ集』

厚生労働省 2005 『海外情勢白書 2004～2005年』

㈱日本総合研究所 2004 『介護施設等の費用体系に関する総合調査』

亀本和彦 2004 「高齢者と居住問題」『レファレンス』平成16年9月号, p21

# アメリカ合衆国

## 1. アメリカ合衆国の概要

### (1) 人口等の動向

#### 【基礎情報】

面積：9,826,630km<sup>2</sup>  
人口：301,139,947 人 (2007)  
政体：連邦共和制  
首都：ワシントン D.C.  
言語：英語 82.1%  
スペイン語 10.7%  
その他 7.2%



宗教：キリスト教（プロテスタント派）52%  
キリスト教（ローマ・カトリック派）24%、モルモン教・イスラム教その他 24%

#### 【少子高齢化】

高齢者人口：37,849,672 人 [高齢化率 12.6%] (2007)  
平均寿命：78 歳 [男性 75.15 歳・女性 80.97 歳] (2007)  
合計特殊出生率：2.09 (2007)

#### 【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：2.3 人 (2002)  
人口 1,000 人当たり看護師数：7.9 人 (2002)  
1 人当たり年間保健支出額：5,635 ドル (2003)  
保健医療支出対 GDP 比：15.0% (2003)

OECD Health Data 2005 他各種資料より作成

アメリカ合衆国（以下「米国」という）は、国土面積約 983 万km<sup>2</sup>、人口約 3 億 114 万人を有する連邦共和国である。平均寿命は 78 歳（男性 75.15 歳・女性 80.97 歳）で、世界的にも比較的長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 3,785 万人（高齢化率 12.6%）である。高齢化率は 1960 年の 9.2%、1970 年に 9.8%、1980 年に 11.3%、1990 年に 12.5% となり、その後は 12% 台で横這い傾向にある。

## (2) 地方自治制度の概要

米国には連邦政府以下、50の州と1つの直轄地(ワシントンD.C.)、3,100ほどの郡があり、さらに84,400ほどの様々な自治体が郡政府下にある。

州は連邦政府によって設置されたわけではなく、自立的に作られた統治体であり、それぞれの自律性が非常に高い。それぞれに憲法を持ち、州内に自治体を設立するのも州の権限となる。さらに、州に属さない直轄領(例. ハワイ諸島周辺のウェーク島)・自治領(例. アメリカ領サモア、グアム)・自由連合州(例. プエルトリコ)が存在する。

## (3) 保健医療サービス

米国は先進国中で唯一の国民全体をカバーする公的医療保障制度がない国であり、医療保険は民間保険を中心に行われている。公的な医療保障には連邦政府が運営する主に高齢者向けの医療保障制度であるメディケア(Medicare)、州政府が運営する低所得者向けの医療保障制度であるメディケイド(Medicaid)がある。民間医療保険については、営利・非営利の民間保険会社が様々な保険商品を開発している。また、企業等が雇用者の福利厚生の一環としてこれらの保険を購入して雇用者に提供するという雇用主提供医療保険(employer sponsored health coverage, もしくは group health)に加入している場合が多い。一方、メディケアやメディケイドの被保険者の要件は満たさないが、自ら民間医療保険を購入できるほど収入が高くないため無保険者となっている者が4,580万人(2004)にもものぼり、大きな政策課題となっている。

## (4) 社会サービス

米国には、医療保障と同様、高齢者の介護を包括的にカバーする公的制度がなく、民間介護保険(Long-Term Care Insurance)が比較的発達している。なお、前述のメディケイドは長期介護も給付対象としているが、収入の一定額以上を介護費用に充当する必要があり、かつ保有資産の限度も課せられており、経済的な制約が極めて強いものである。また、介護サービスについては、アメリカ高齢者法(Older American Act)により、連邦政府等からの一定の補助が拠出されているが、予算規模は極めて小さいものとなっている。

なお、民間介護保険は、契約方式からみて下記のような種類がある。

図表 3-5-1 民間保険会社の契約方式

個人契約	個人が直接、保険会社と契約するもの
団体契約	団体が契約者となり、団体構成員を被保険者とするもの。団体がマスターポリシーを所有し、被保険者が被保険者証を所有する。
介護を条件とする繰上死亡保険給付条項のある生命保険契約	被保険者に要介護状態が発生したとき、死亡前に死亡保険金の一部または全てを支払う生命保険

(資料) 損害保険料算出機構「米国の民間介護保険の概要」



## 2. 近年の施策の動向

米国の高齢者住宅施設の起源は、米国西部の教会で高齢の牧師を対象にしたケアサービスを提供したことが起源とされている。1895年にはロスアンゼルスにおいて **Hollenbeck Home** というケア施設が開設されたとの記録も残っており、1954年には同所でナーシングホームのサービスも開始された。

このような歴史的経緯を背景として、現在も高齢者住宅施設は非営利団体や教会において運営されているケースが多い。しかしながら、近年の傾向として、ホテル事業者や不動産投資信託（**Real Estate Investment Trust ; REIT**）の参入も増えつつある。

例えば、ホテル事業者であるハイアットは、**Classic Residence by Hyatt** を1987年に設立し、現在ではフロリダ州など国内10州18カ所で比較的大規模なリタイアメントコミュニティ施設を運営している。また、高齢者住宅を対象とするヘルスケア **REIT** は年平均利回り（複利）19.6%と、その他の **REIT** よりも高い実績を上げている。さらに、2001年には米国最大の年金基金の1つであるカリフォルニア州職員年金基金（**the California Public Employees System ; CalPERS**）が、高齢者ケア施設に特化した **REIT** から、アシスティッド・リビング7物件を総額116百万ドルで買収するという動きもみられた。

## 3. 施設介護サービスの体系

米国では、高齢者住宅は、その歴史的経緯や個人の心身状況に応じたニーズにあった展開等から、非常に多岐の種類にわたっている。

なお、民間介護保険において給付対象となる施設としてはナーシングホームがあげられるが、保険商品によってアシスティッド・リビングやインディペンデント・リビング等を含むものもあり様々である。

### (1) インディペンデント・リビング (independent living)

日常生活を自力で送ることができ、介護の必要のない高齢者を対象にした集合住宅を指す。基本的には各人の自由で独立した生活を尊重し、安全な住環境を提供する一方で、共同のリビングルーム等の公共スペースを広く設置し、各種イベント・活動を提供することで、入居者が孤独にならないように配慮している。施設によっては、カードルーム、ラウンジ、映画鑑賞ルーム、フィットネスルームなどを整備している施設もみられる

また、集合住宅に限らず1戸建の集合世帯でリビングルームのかわりにクラブハウスを共有し、プール等を所有しているものもあり、**Retirement Community**、**Active Adult Community** と分類されることもある。



## (2) アシスティッド・リビング (assisted living)

日常生活において、医療サービスまでは必要としないが、食事・入浴・清掃・洗濯など軽度の要介護者を対象とする施設である。入居者はそれぞれ、キッチン、バス、トイレ、ダイニングルーム、リビングルーム、寝室等を含む居室で生活しており、基本的なサービスとして食事、掃除、シーツ交換、洗濯といった日常生活のサポートを受けている。また、介護職員等による服薬管理も行われている。

施設によっては、外出時の際の移送サービスやトイレに呼出用ブザーを設置して24時間体制の対応を行うところもある。また、原則として、施設職員によるケア、必要に応じ外部スタッフを利用して施設内での看取りも行う。

なお、Personal Care Home、Supervised Care Facility と分類されることもある。

## (3) ナーシングホーム (nursing home)

日常的な介護、医療サービスを必要とする重度の要介護者を対象とした施設であり、わが国の特別養護老人ホームに近いイメージの施設である。ただし、入居者の中には若年であるが高度の障害をもつ者もいる。病院ではないものの、病院にほぼ近い設備と体制を有しており、看護・介護職員を配置し、24時間介護にも対応している。また、原則として、施設職員によるケア、必要に応じ外部スタッフを利用して施設内での看取りも行う。

なお、Skilled Nursing Facility、Special Care Home (アルツハイマー患者等を対象とする施設) と分類されることもある。

## (4) コンティニューイング・ケア・リタイアメント・コミュニティ (continuing care retirement community)

上記のインディペンデント・リビング、アシスティッド・リビング、ナーシングホームの機能を1カ所に集約した施設であり、米国高齢者住宅協会 (American Association of Homes and Services for the Aging ; AAHSA) は「時の経過と共に変化する高齢者にニーズに応えるべく、住居・ヘルスケア面において、トータルなサービスを提供する施設」と定義している。

具体的には、広大な敷地において、入居者の年齢や心身の状況に応じた継続的な医療・介護サービスを提供することで、入居者は同一の敷地内でそれぞれのサービスを享受することができる。そのため、健康が悪化することに伴い病院やその他の施設に移動することを必要はなく、一貫した老後の生活を送ることができる。

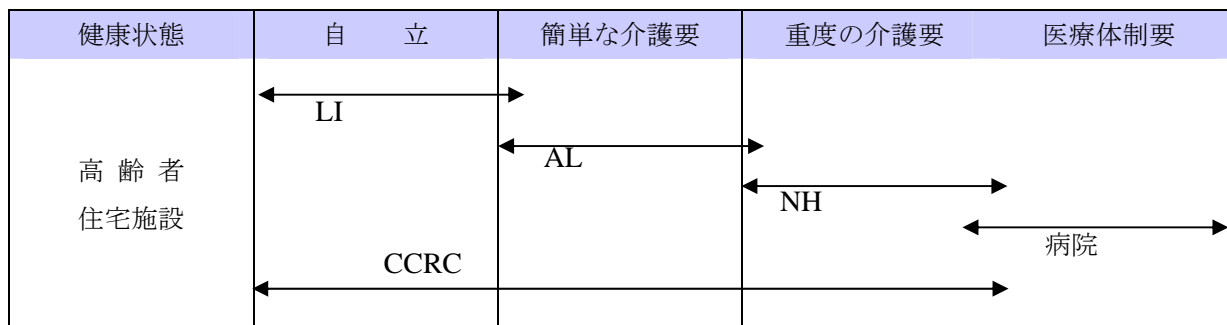
基本的なサービスとして、食事、洗濯、移動手段の確保、セキュリティシステム、施設内での医療サービスなどがあり、入居者が支払う通常の住宅コストに含まれている。施設内には、常駐医が配置され、24時間体制の巡回看護などもあり、緊急の医療処置についても対応可能である。

また、近年は、民間企業の参入により大規模化・高級化がはかった施設も登場しており、

銀行、図書館、美容室、ゴルフ場までを含み、1つのコミュニティを形成するに至っているものもみられる。

図表 3-5-3 米国における高齢者住宅の体系

施設類型	入居対象者	提供サービス
インディペンデント・リビング [IL]	自立した高齢者	共通スペース及び各種アクティビティ
アシスティッド・リビング [AL]	日常生活における簡単な介護を要する高齢者	食事、入浴、洗濯など軽度の介護及び各種アクティビティ
ナーシングホーム [NH]	医療を含む重度の介護を要する高齢者等	24時間の医療サービス
コンティニューイング・ケア・リタイアメント・コミュニティ [CCRC]	上記3施設を包含	上記3施設の内容を含むコミュニティを形成。これに、銀行、ゴルフ場等の大型施設を併設することもある。



(資料) 日本政策投資銀行 2003「高齢者住宅の新たな展開 ～米国のアクティブ・シニアと高齢者誘致による地域活性化～」, p.13

### 参 考 文 献

- 医療経済研究機構 2006『アメリカ医療関連データ集』
- 厚生労働省 2001『海外情勢白書 2000～2001年』
- 損害保険料算出機構「米国の民間介護保険の概要」
- 日本政策投資銀行 2003「高齢者住宅の新たな展開 ～米国のアクティブ・シニアと高齢者誘致による地域活性化～」