

第2回介護施設等の在り方に関する委員会 － 議 事 次 第 －

日時：平成18年12月15日（金）
14:00－16:00

場所：霞が関東京會館
（ゴールドスタールーム）

議 題

1. 我が国における高齢者の住まい等の状況について
2. 諸外国の施設・住まい等の状況について
3. その他

第2回介護施設等の在り方に関する委員会

資料1

平成18年12月15日（金）

我が国における高齢者の住まい等 の状況について

目次

<高齢化関係資料>

1. 人口の推移 …………… 1
2. 都道府県別高齢化率の推移 …………… 2
3. 都道府県別高齢者数の増加状況 …………… 3
4. 高齢者が属している世帯の推移 …………… 4
5. 単身高齢者の推移 …………… 5

<住まい関係資料>

6. 65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・
ケア付き高齢者住宅の割合 …………… 7
7. 高齢者世帯の住宅の所有関係 …………… 8
8. 高齢者世帯の住宅の一人当たり延べ面積 …………… 9
9. 高齢者世帯の住宅の建て方 …………… 10
10. 高齢者のいる世帯の居住する住宅の建築時期 …………… 11
11. 高齢者の居留意向 …………… 12
12. 介護の場所の希望 …………… 13
13. 高齢者の同居の状況 …………… 14
14. 最期の療養の場所の希望 …………… 15
15. 自宅で最期まで療養したい理由 …………… 16
16. 自宅以外で終末期を療養したい理由 …………… 17
17. リバースモーゲージについて …………… 18
18. 住宅政策における主な高齢者対策(国土交通省) …………… 19
19. 高齢者向けの主な賃貸住宅 …………… 21
20. 住生活基本法<平成18年 6月8日公布・施行> …………… 22
21. 住生活基本計画(全国計画)高齢者施策関係部分抜粋 …………… 23

<療養病床関係資料>

22. 都道府県別にみた65歳以上人口10万当たりの療養病床
の病床数(平成18年3月末) …………… 25
23. 65歳以上人口に対する介護施設等の整備状況
(平成18年3月) …………… 26
24. 65歳以上人口に対する介護保険施設等の整備状況と
医療療養病床の整備率との関係 …………… 27
25. 療養病床の規模別の分布状況 …………… 28
26. 療養病床(介護療養型医療施設)の規模別の分布状況 …………… 29
27. 療養病床の開設者 …………… 30
28. 療養病床を有する病院の系列で提供している関連
サービスの状況 …………… 31
29. 療養病床を有する病院の規模別の併設サービスの状況 …………… 32

<介護施設等の現状関係資料>

30. 要介護度別にみた在所者数(構成割合)の年次推移 …………… 33
31. 施設の種別にみた定員、在所者数、利用率 …………… 34
32. 介護施設の定員規模別の利益率 …………… 35
33. 死亡前2週間以内に実施した医療処置の割合(複数回答) …………… 36

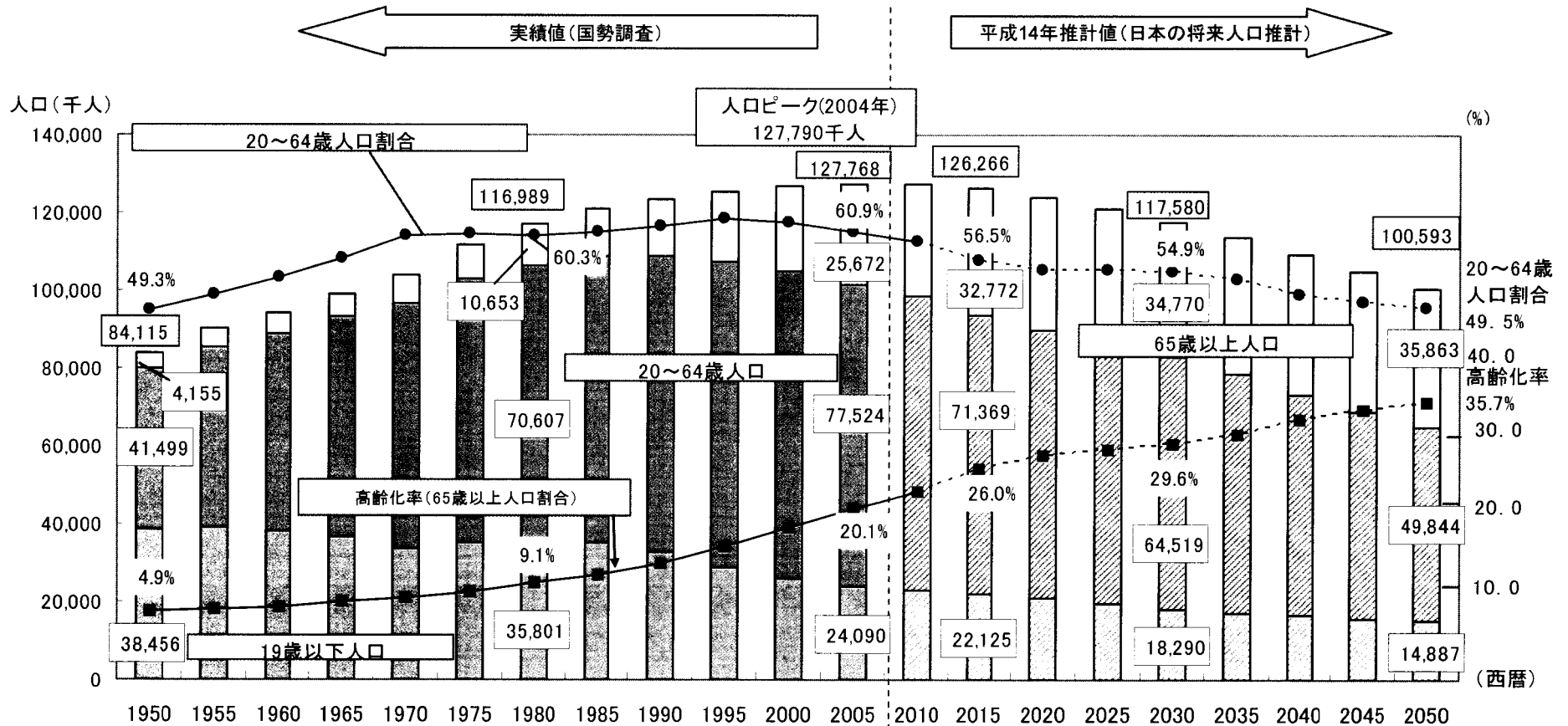
高齡化關係

1. 人口の推移

我が国の総人口は2004年にピークを迎え、今後減少する。

20～64歳人口は1999年から減少が始まっており、2030年には54.9%となる。

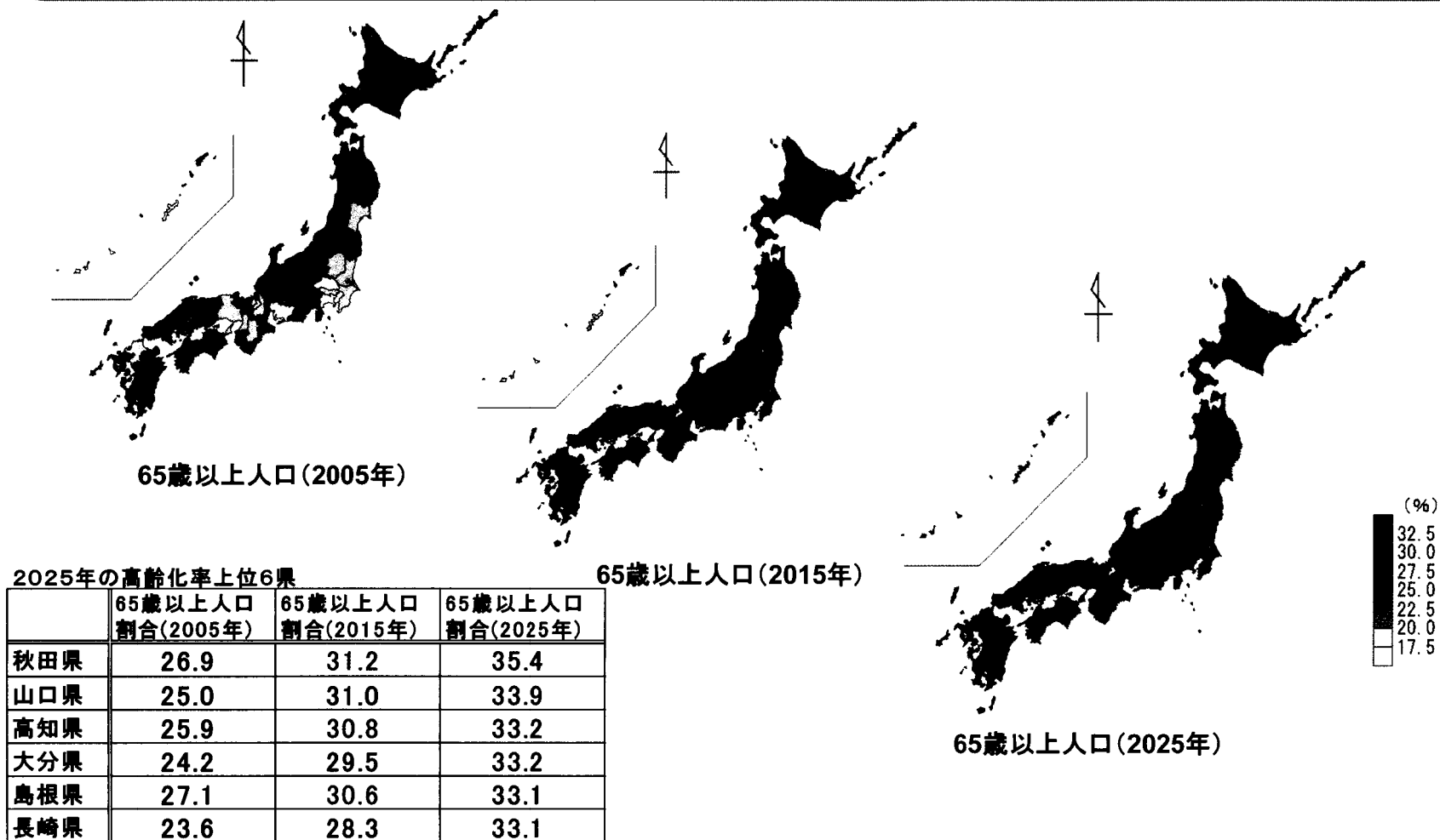
一方、高齢者人口は増加を続け、2005年に20.1%である高齢化率は、2030年には29.6%に達すると予測される。



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)中位推計」

2. 都道府県別高齢化率の推移

都道府県別では、2005年には高齢化率20%以下が14都府県見られるが、2015年には、沖縄県を除く46都道府県で高齢化率20%を超え、2025年には25%を超えるのが45都道府県、30%を超える県が28道県に達すると予測される。

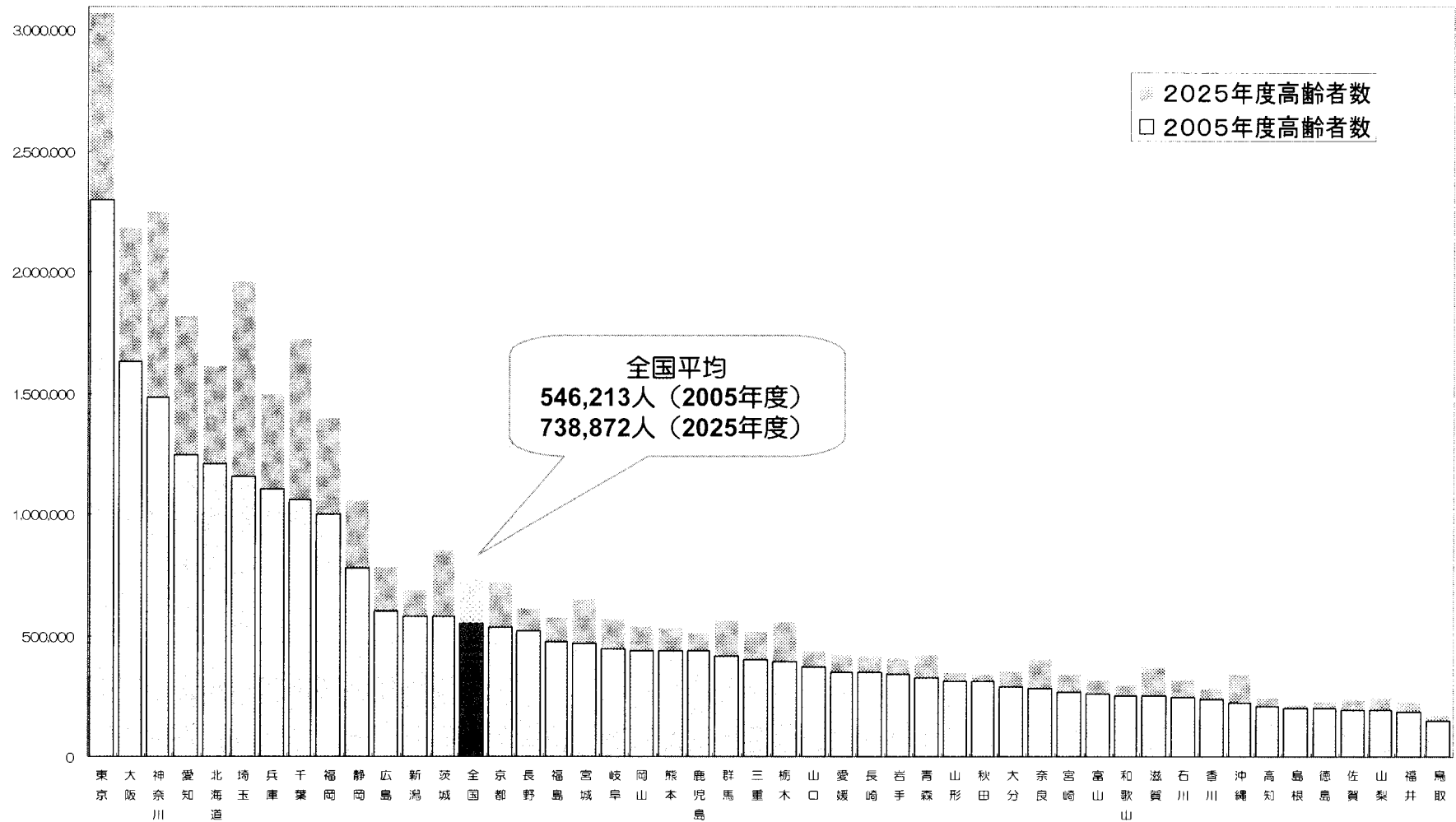


【資料】2005年は総務省統計局「国勢調査」、2015年・2025年は国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口」(平成14年3月推計)

3. 都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。

単位：人

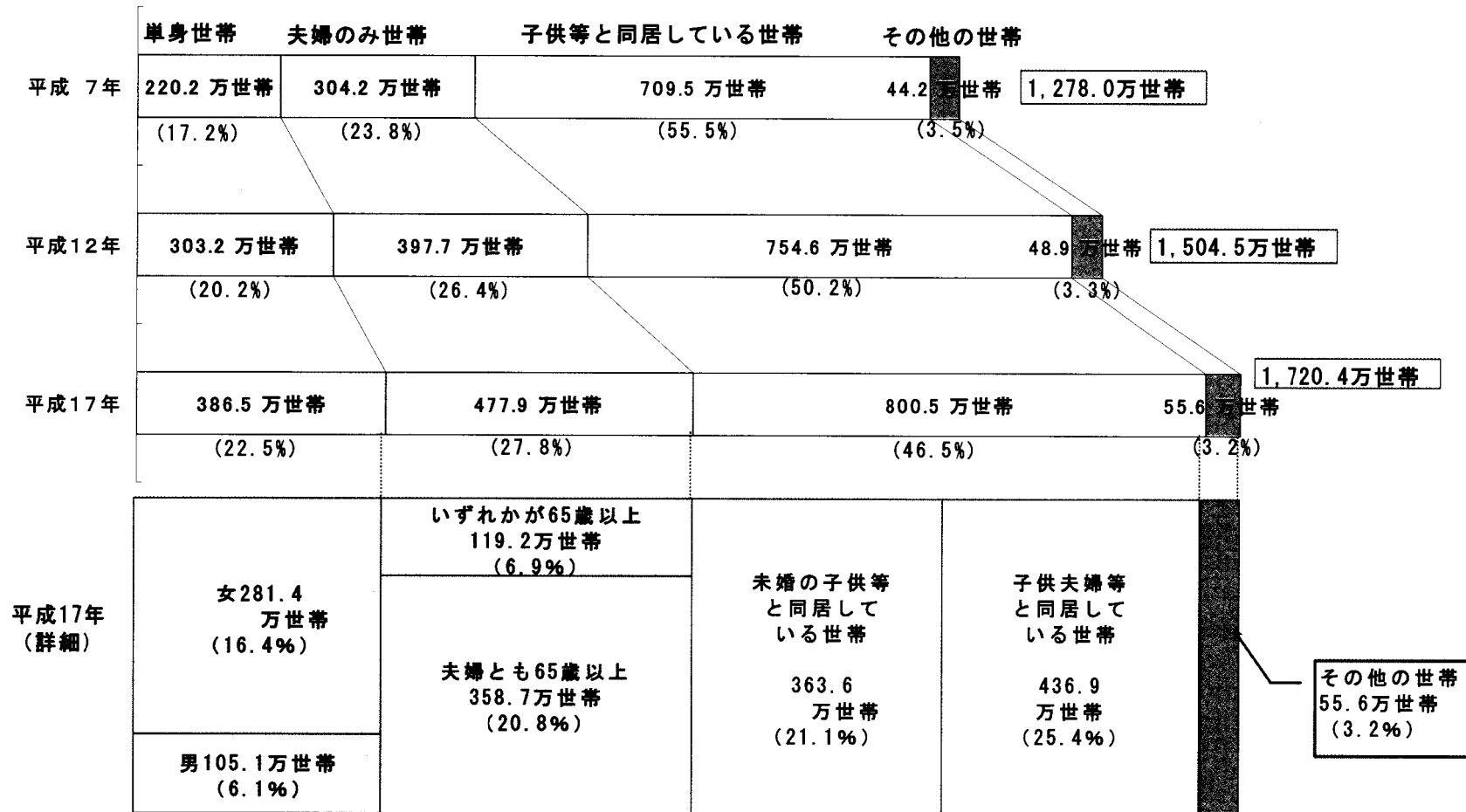


【資料】

2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」
 2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成14年3月推計）」

4. 高齢者が属している世帯の推移

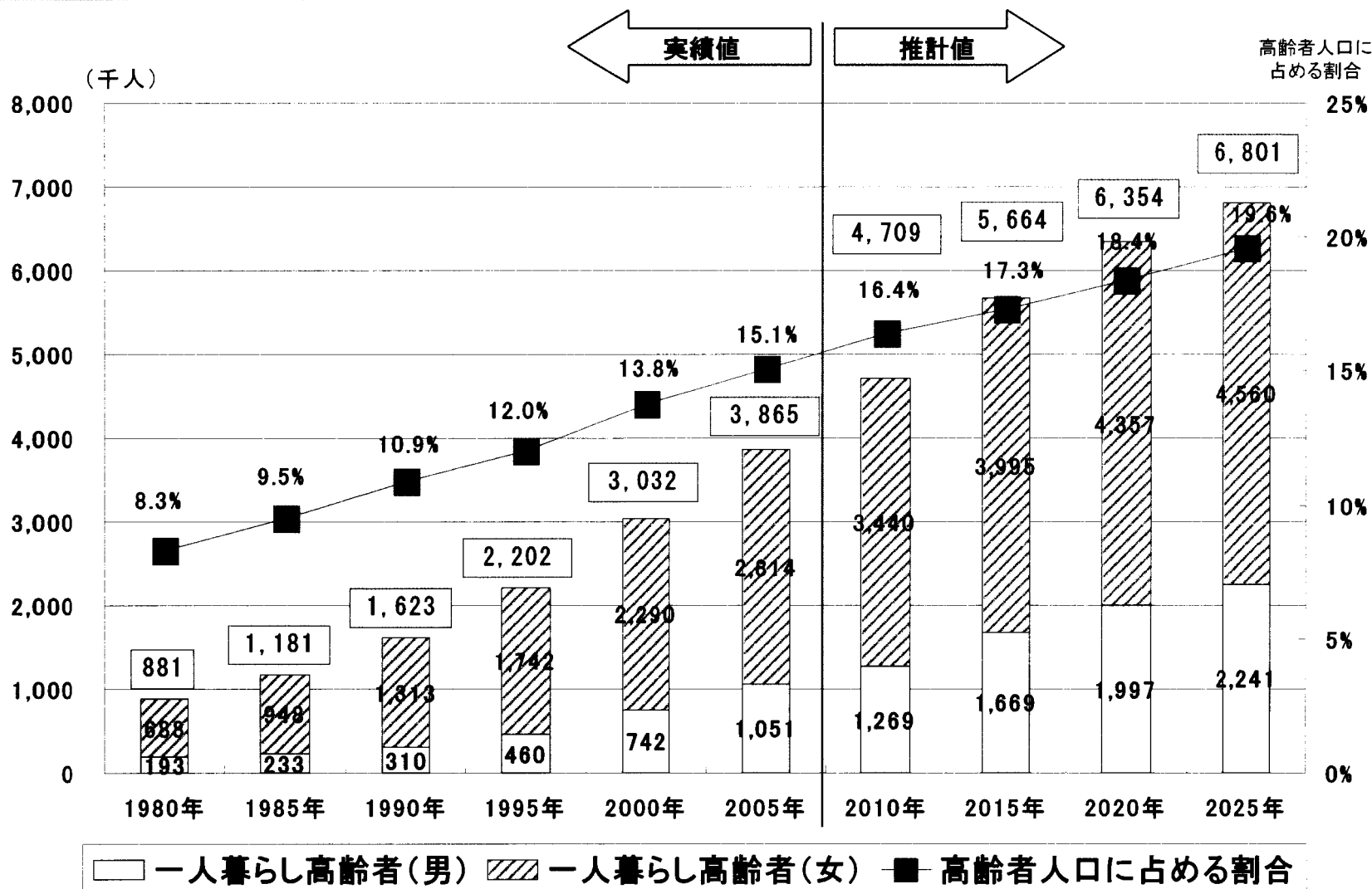
高齢化の進展に伴い、高齢者が属している世帯も増加している。特に、単身世帯及び夫婦のみ世帯の増加が著しい。



【資料】総務省統計局「国勢調査」(平成17年)

5. 単身高齢者の推移

高齢者の一人暮らし世帯の数は、2025年には2005年の1.7倍になり、高齢者人口に占める割合も19.6%に達する。



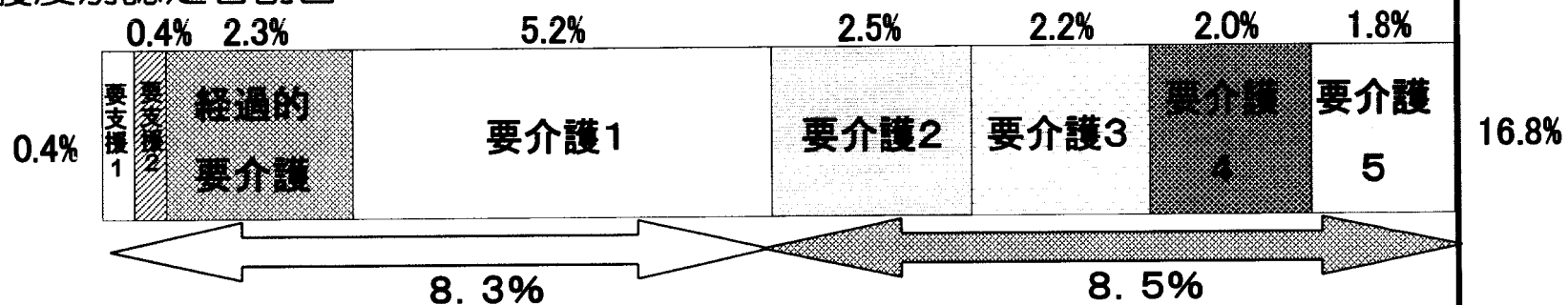
資料:総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」、「日本の将来推計人口」

住まい関係

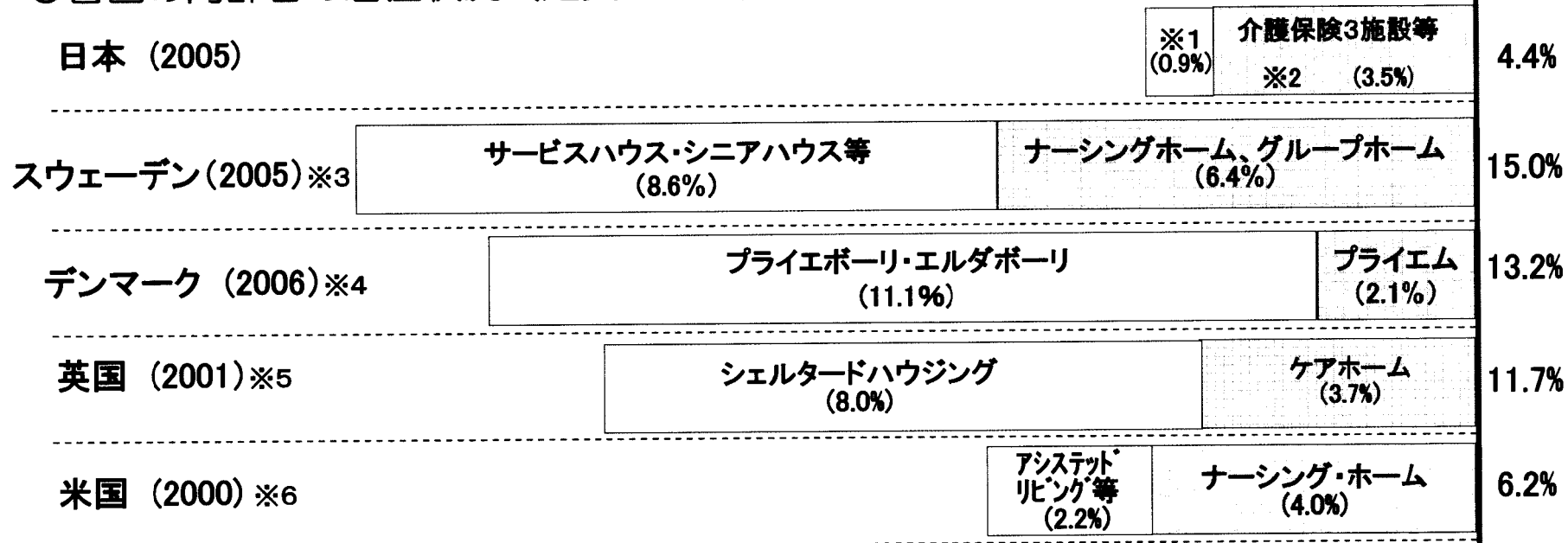
6. 65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

出典)平成18年5月 介護保険事業状況報告

○要介護度別認定者割合



○各国の高齢者の居住状況 (定員の比率) (全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の利用者数の割合)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

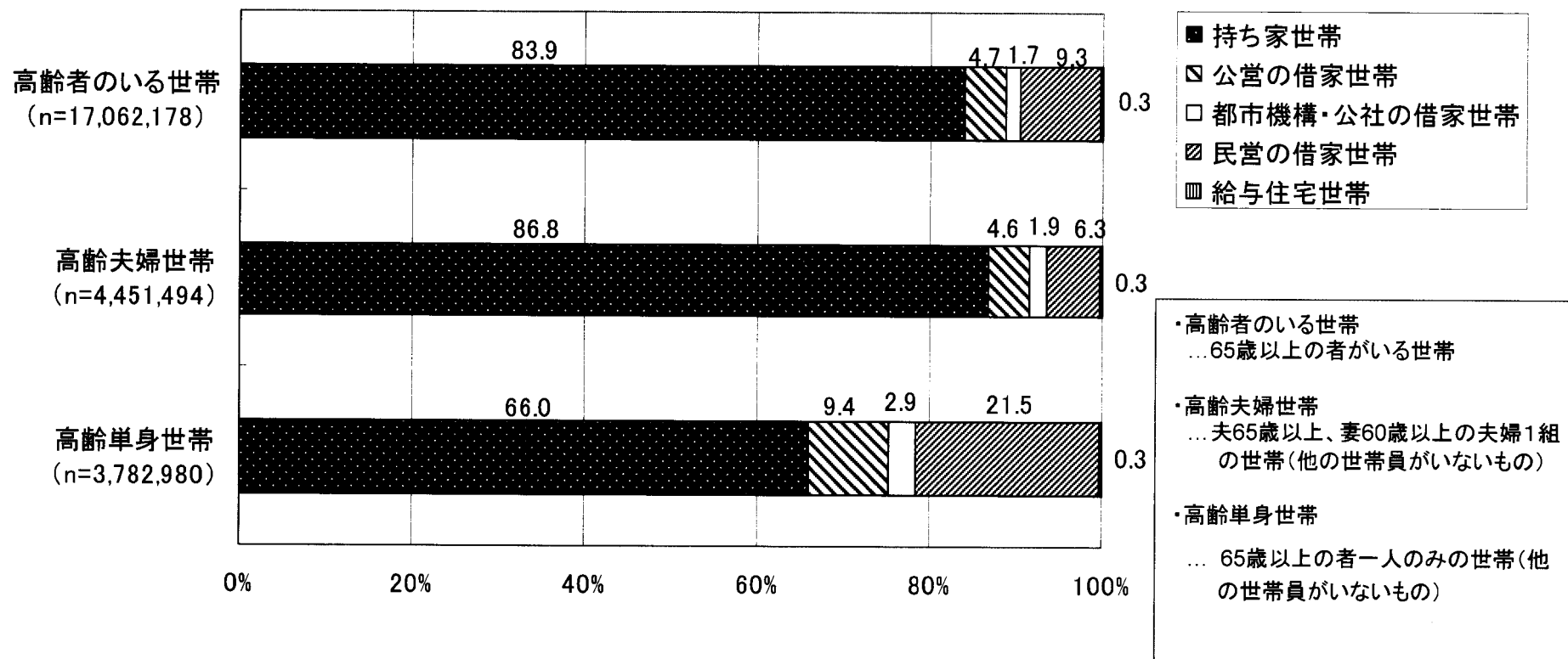
※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel (2004)「the older population」

※6 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)

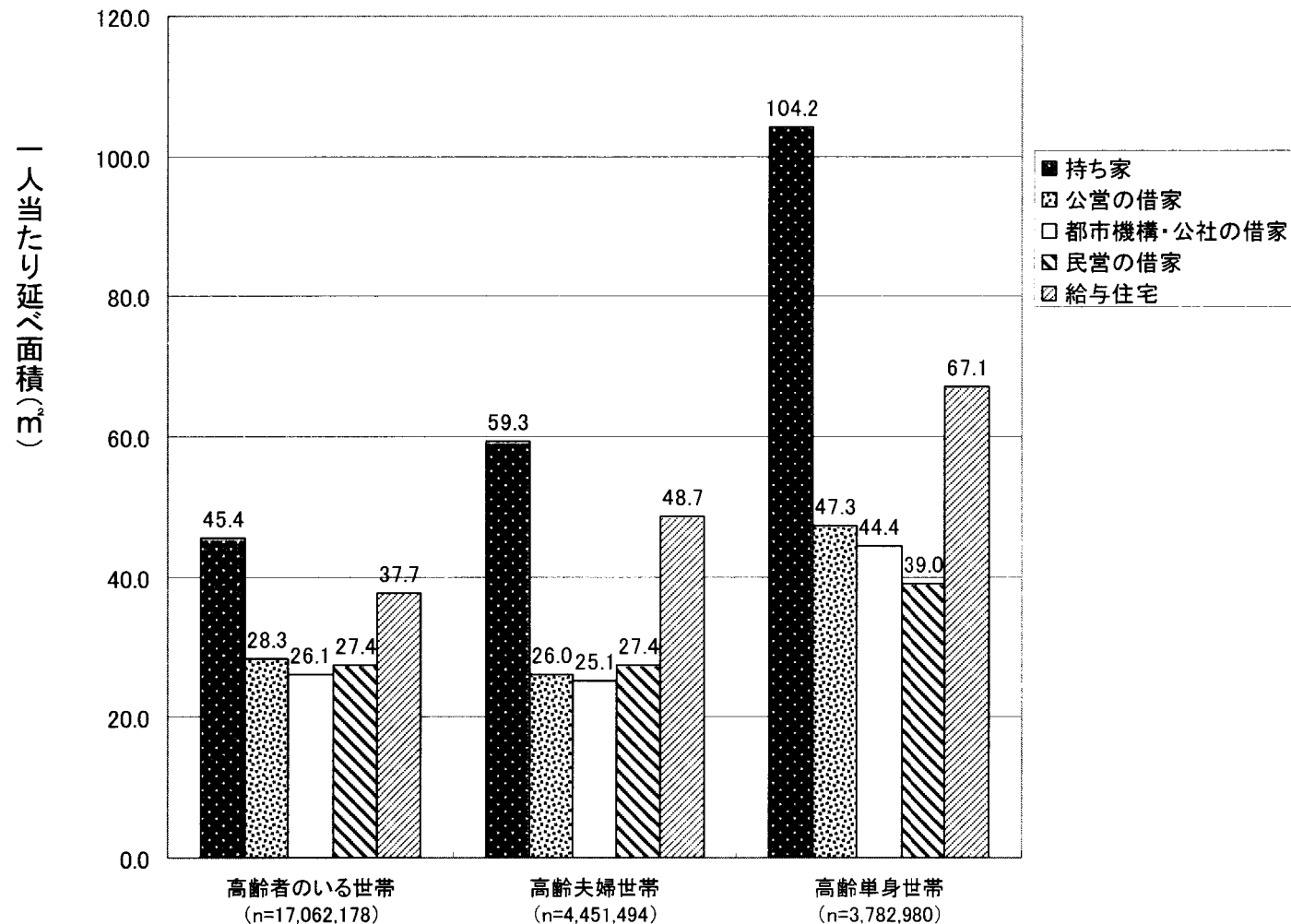
7. 高齢者世帯の住宅の所有関係

高齢者のいる世帯及び高齢夫婦世帯の持ち家率は8割を超える一方、高齢単身世帯の持ち家率は6割台に止まり、借家に居住する割合が高い。



8. 高齢者世帯の住宅の一人当たり延べ面積

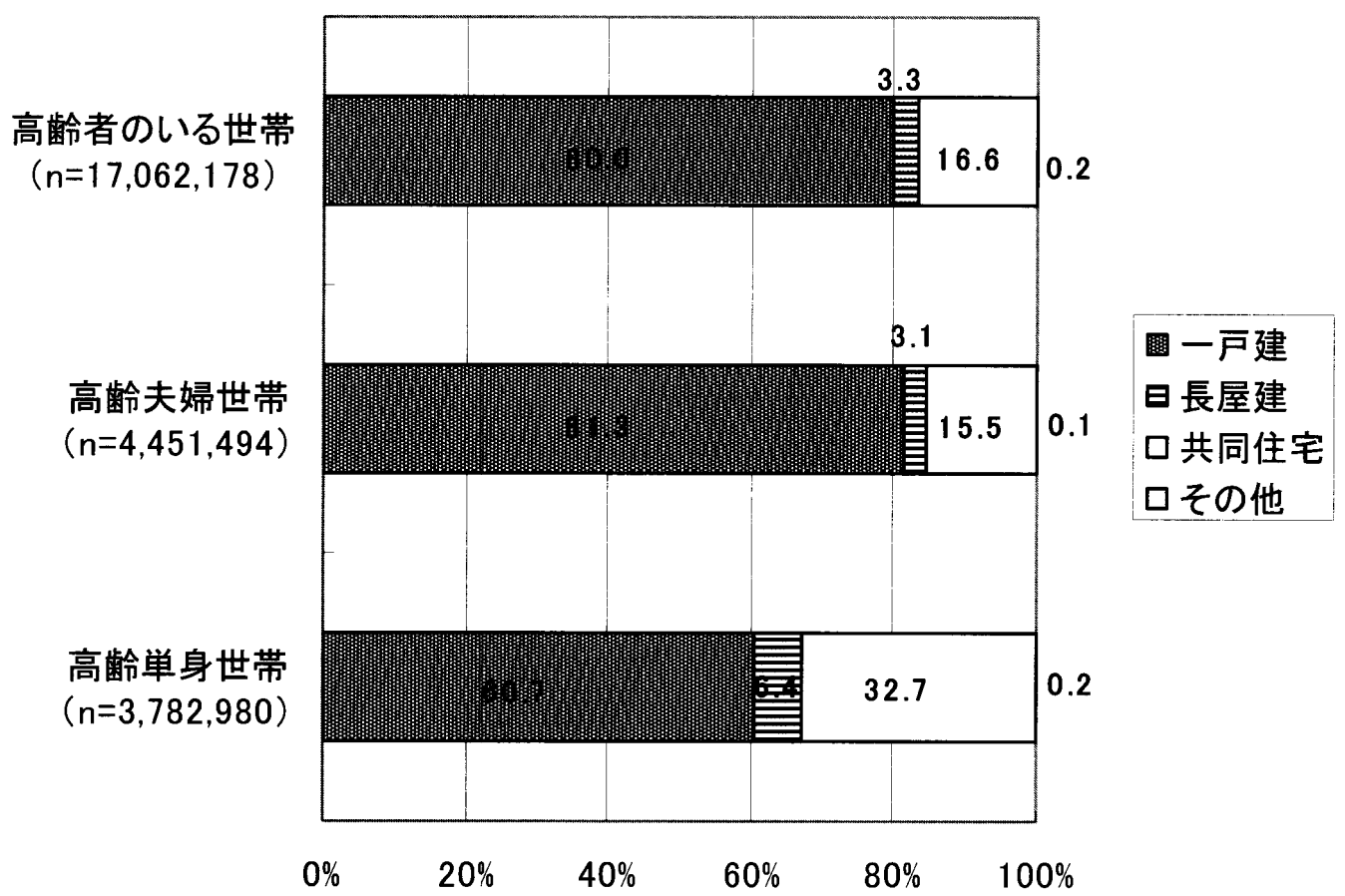
どの高齢者世帯においても、持ち家が最も一人当たり延べ面積が大きく、また、どの所有関係で見ても、高齢単身世帯の方が一人当たり延べ面積は大きい。



【資料】総務省統計局「国勢調査(平成17年)」

9. 高齢者世帯の住宅の建て方

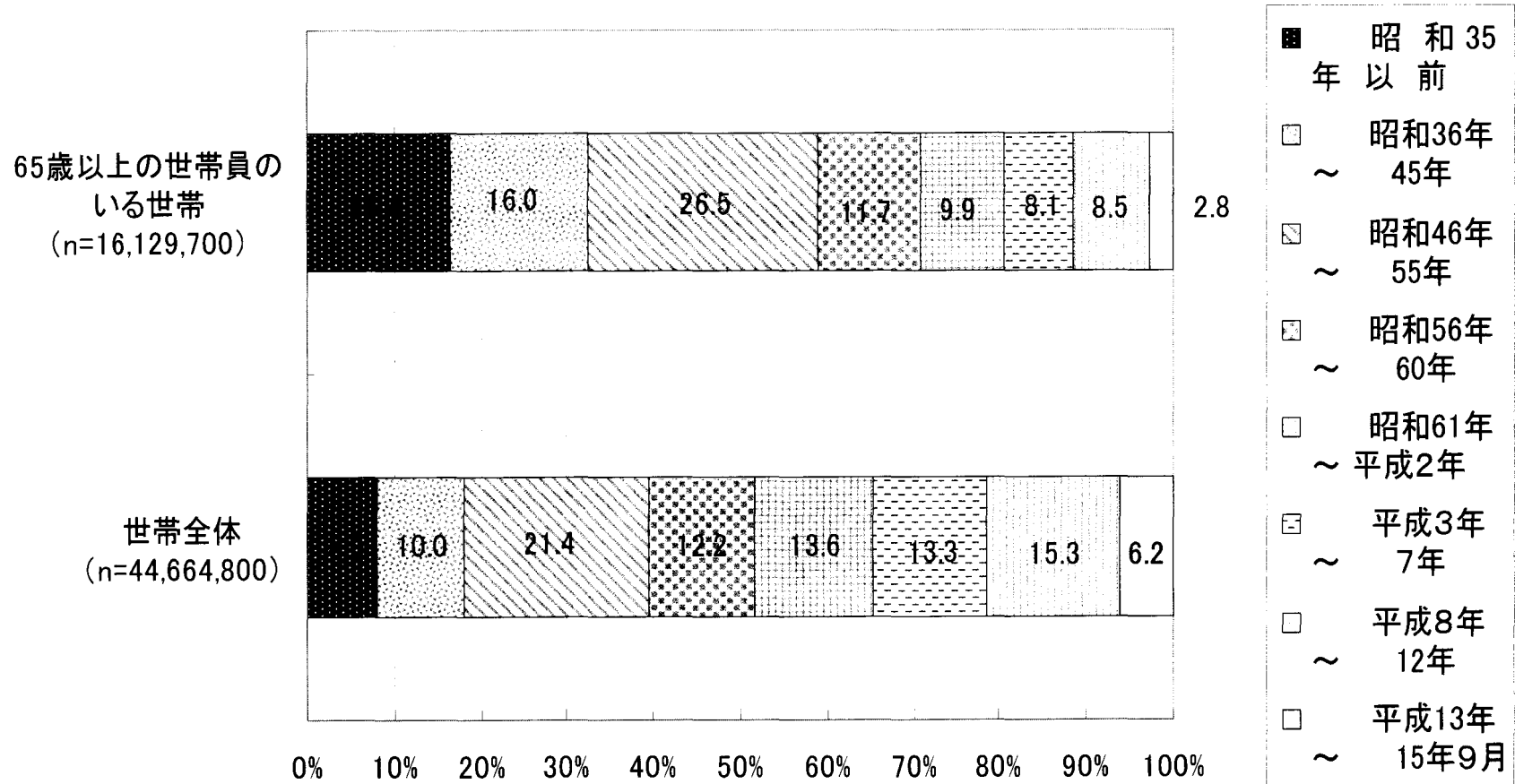
高齢者のいる世帯及び高齢夫婦世帯は、約8割が一戸建てに居住している一方、高齢単身世帯では、一戸建ては約6割で、約3割が共同住宅に居住している。



【資料】総務省統計局「国勢調査(平成17年)」

10. 高齢者のいる世帯の居住する住宅の建築時期

65歳以上の世帯員のいる世帯の約3割が、昭和45年以前に建築された住宅に居住している。

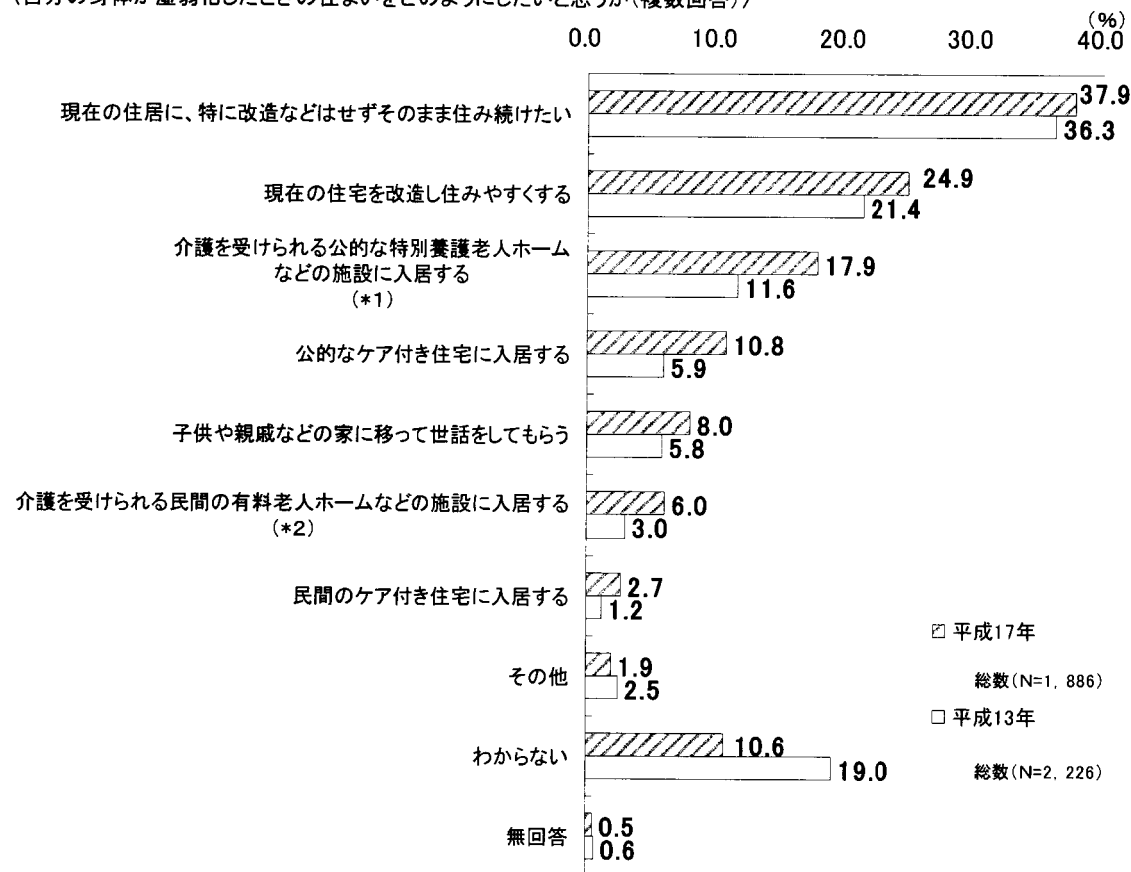


【資料】総務省「住宅・土地統計調査」(平成15年)

11. 高齢者の居住意向

自分の身体が虚弱化したときの住まいの希望について見ると、現在の住居にそのまま住み続けたいとするものが多く、現在の住宅を改造し住みやすくするものを合わせると約6割を占める。一方で、特別養護老人ホーム、ケア付き住宅、有料老人ホームなどの施設への入居を希望するものも増えている。

〈自分の身体が虚弱化したときの住まいをどのようにしたいと思うか(複数回答)〉



(*1) 平成13年は「介護専門の公的な特別養護老人ホームなどの施設に入居する」

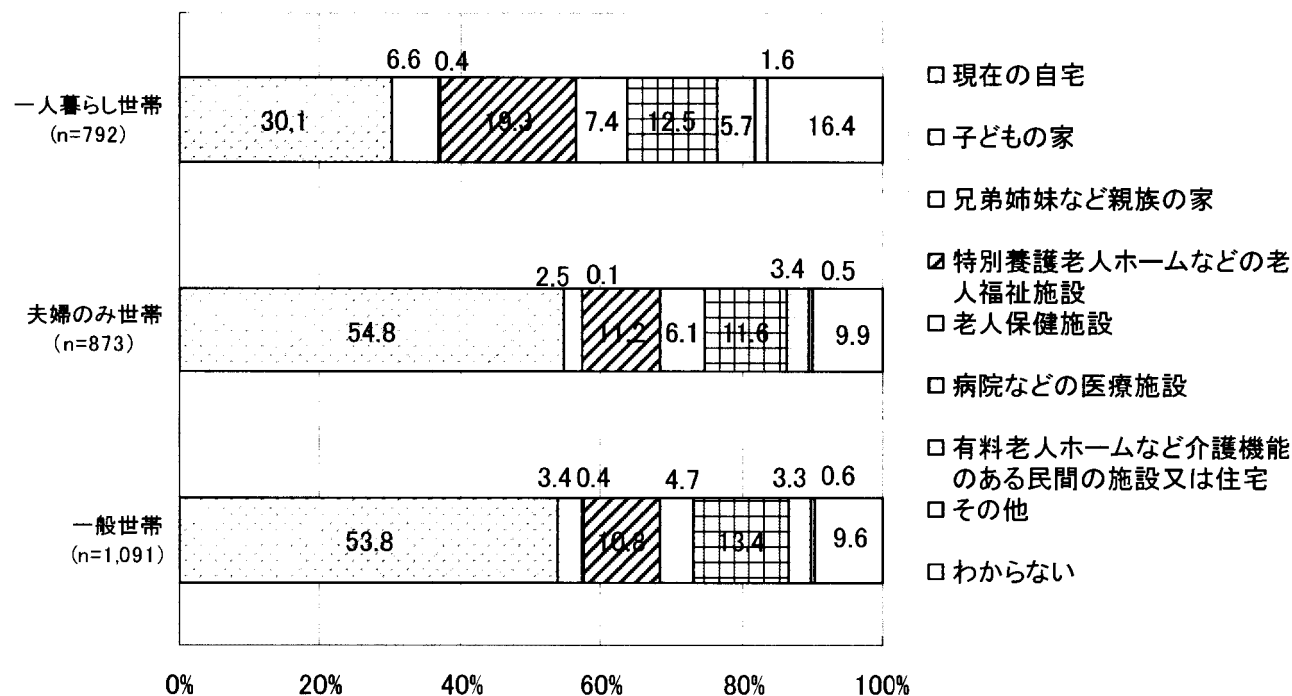
(*2) 平成13年は「介護専門の民間の有料老人ホームなどの施設に入居する」

【資料】 内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査(平成17年度)」

12. 介護の場所の希望

介護が必要となった場合に介護を受けたい場所については、高齢者夫婦のみ世帯及び一般世帯では、過半数が現在の自宅であるのに対し、高齢者の一人暮らし世帯で現在の自宅を希望する者は3割に止まり、老人福祉施設、老人保健施設及び医療施設を希望する者が約4割となっている、

〈仮に身体が虚弱になって、日常生活を送る上で介護を必要とするようになった場合、介護を受けたい場所について〉



※一人暮らし世帯... 65歳以上の者1人のみの世帯

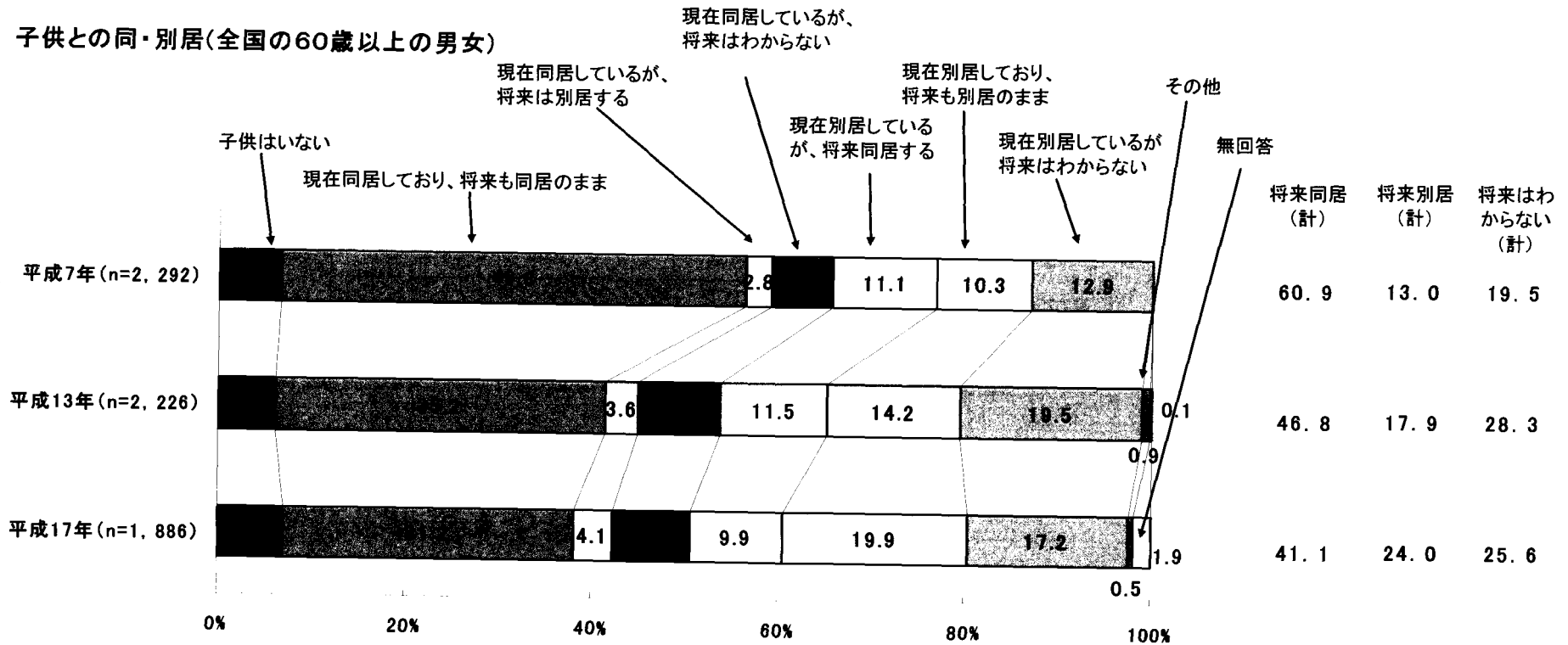
夫婦のみ世帯... 夫婦とも65歳以上で夫婦のみの世帯

一般世帯... 特に属性を限定しない世帯の65歳以上の男女(一人暮らし世帯及び夫婦のみ世帯を含む。)

【資料】 内閣府 「世帯類型に応じた高齢者の生活実態等に関する意識調査(平成17年度)」

13. 高齢者の同居の状況

高齢者と同居している世帯の割合は年々減少しており、また、将来の意向についても、同居の意向は年々減少し、平成17年には4割程度となっている。

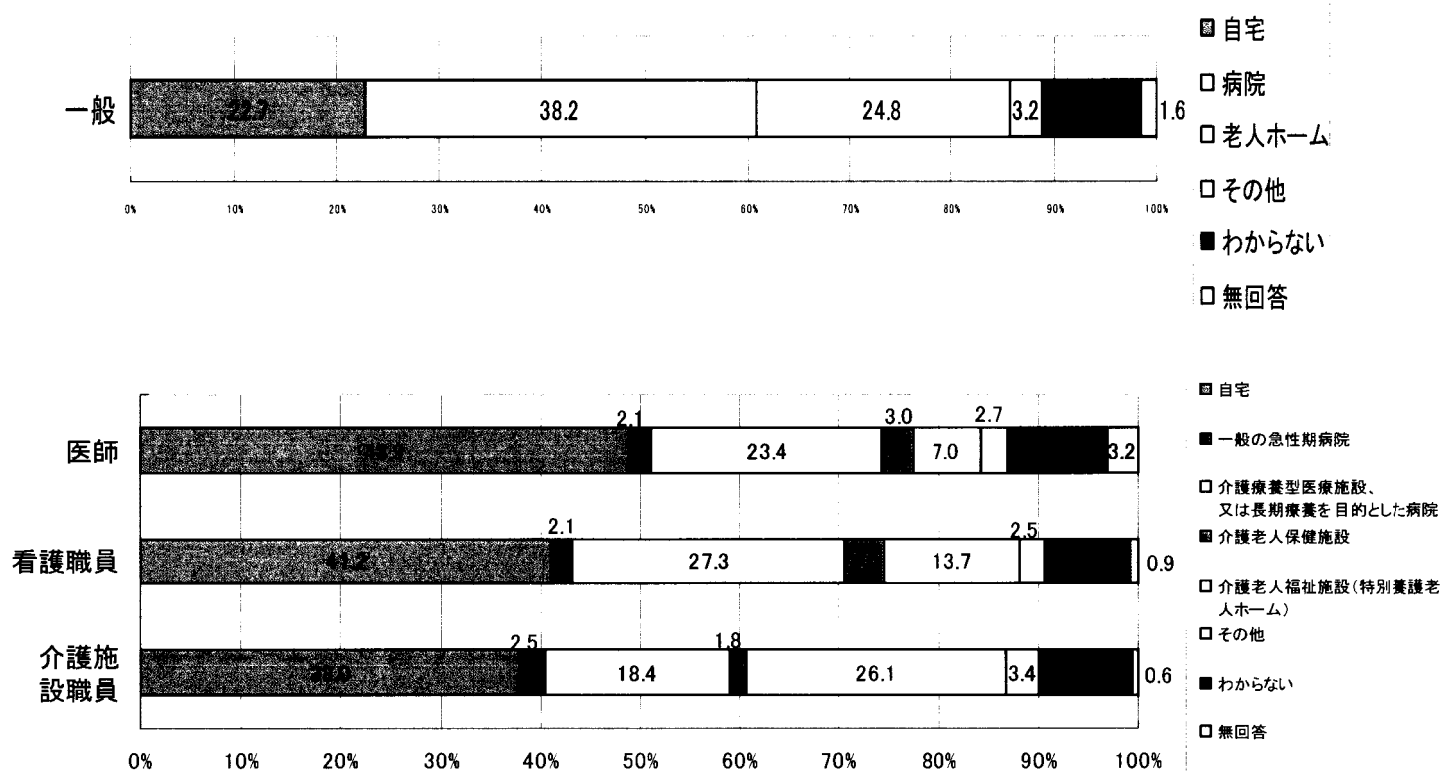


(注)平成7年は、子どもの同居の有無や将来の同居予定といった複数の質問を組み合わせで数値を出した

14. 最期の療養の場所の希望

本人が最期に療養を希望する場所は、病院が4割程度、老人ホームが2割強となっている。

〈自身が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合に最期まで療養したい場所について〉



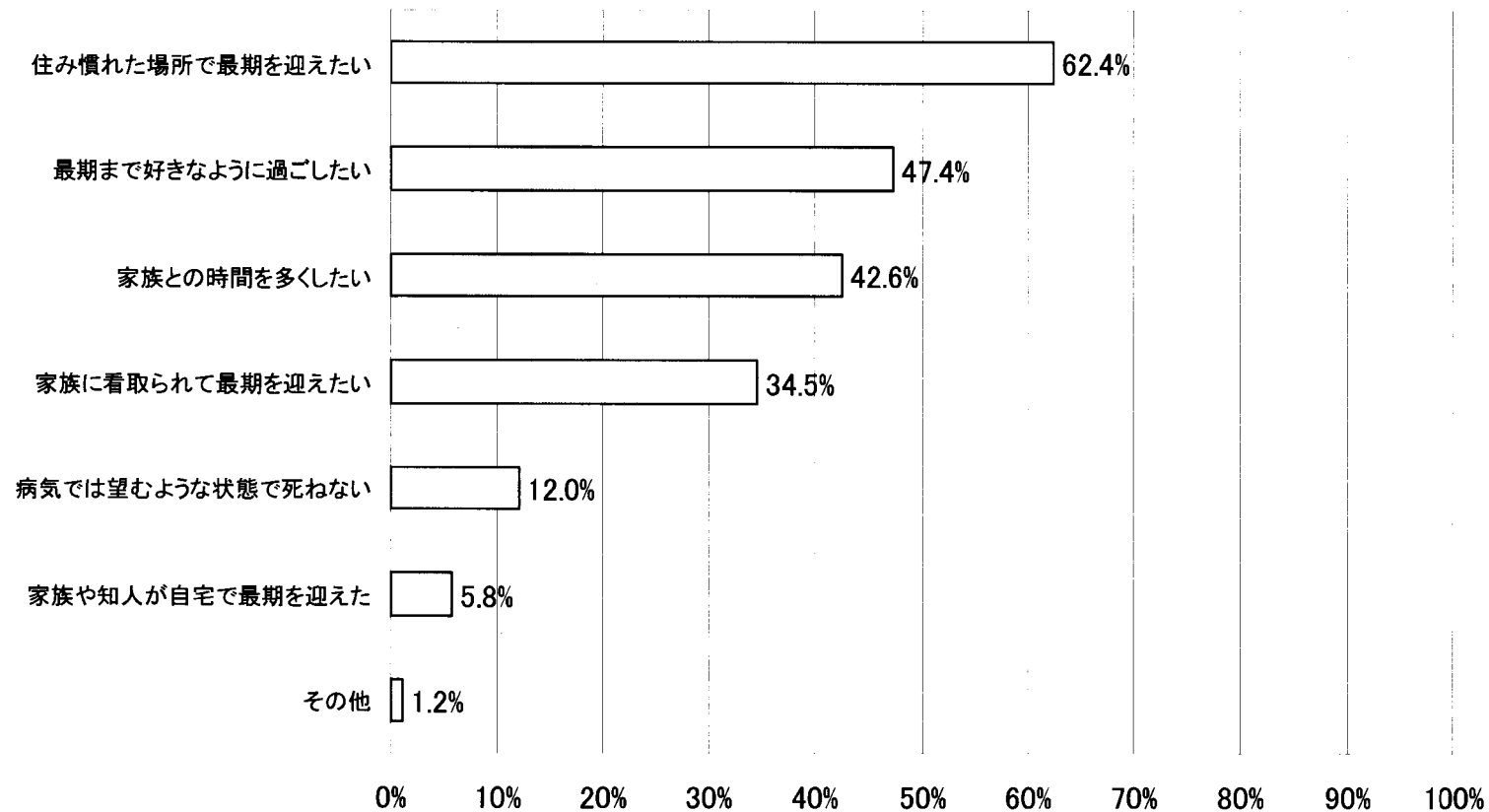
※「一般」は、20歳以上の一般国民である。

【資料】厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(平成16年7月)

15. 自宅で最期まで療養したい理由

終末期を自宅で療養したい理由として、6割強が住み慣れた場所で最期を迎えたいからとしている。

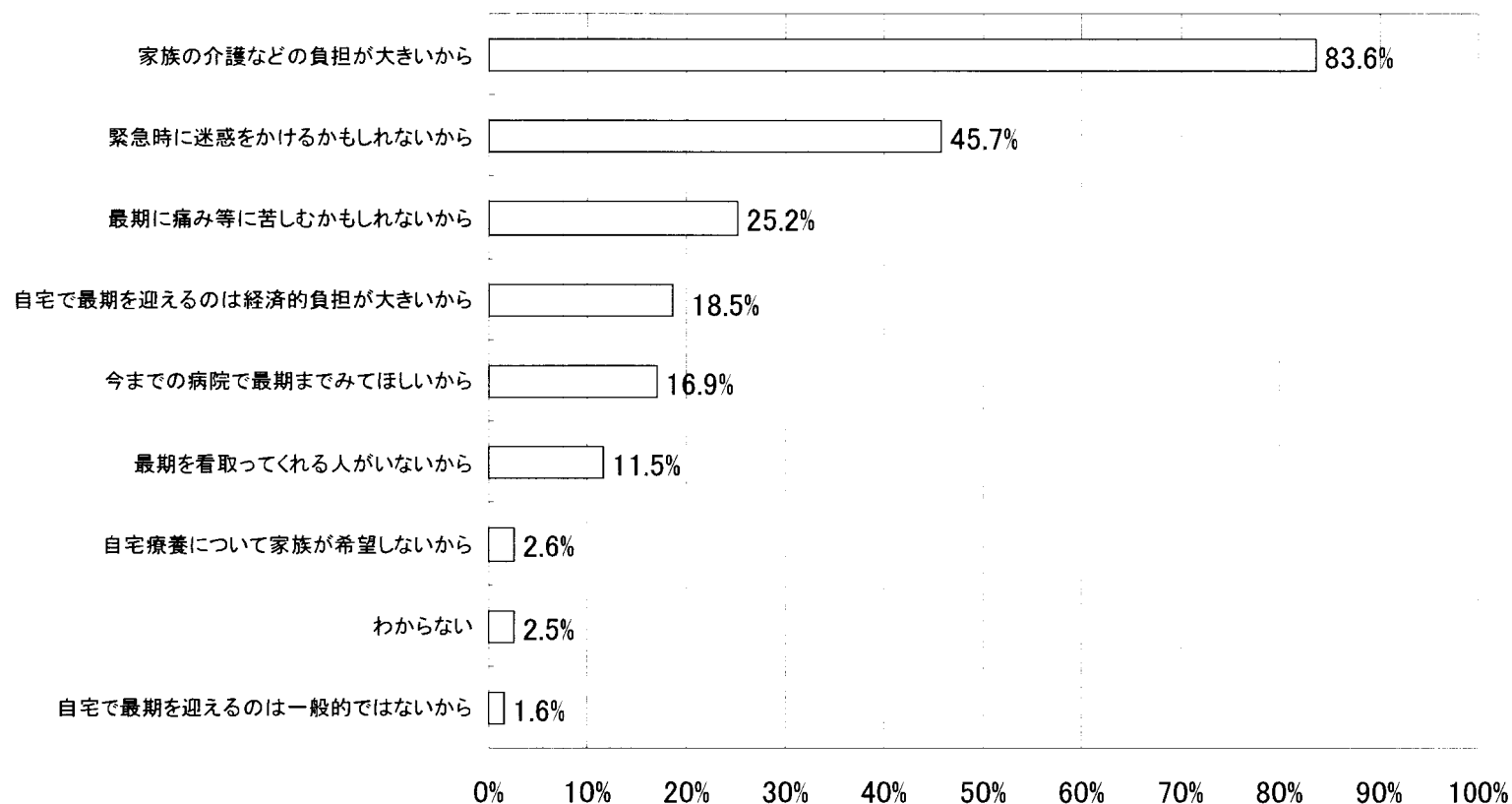
〈自身が高齢となって治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、その終末期を自宅で療養したいと回答した理由について(一般、複数回答)〉



16. 自宅以外で終末期を療養したい理由

終末期を自宅以外で療養したい理由として、8割強が家族の介護などの負担が大きいからとしている。

〈自身が高齢となって治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、その終末期を自宅以外の場所で最期まで療養したいと回答した理由について(一般、複数回答)〉

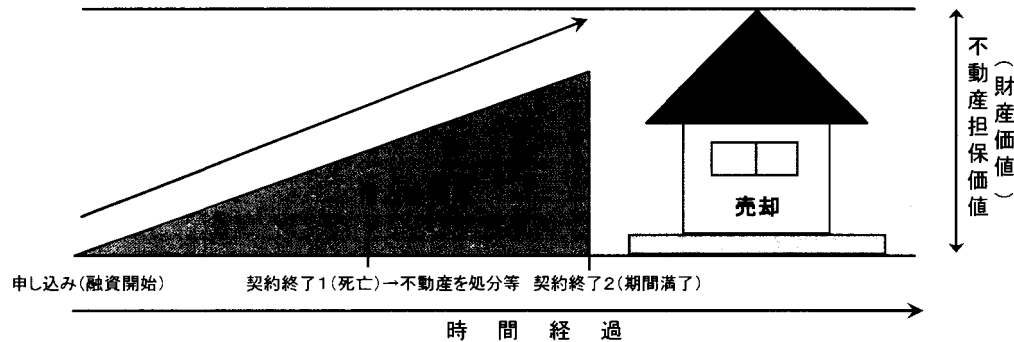


【資料】厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(平成16年7月)

17. リバースモーゲージについて

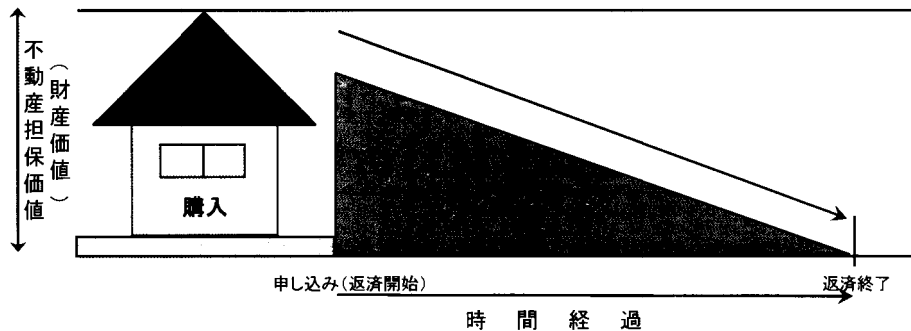
リバースモーゲージとは、高齢者などが自宅に住みながら、持ち家を担保に金融機関や自治体等から毎月資金を借りて生活費に充当し、死亡若しくは契約の終了時に、その持ち家を売却、処分するなどして借入金を一括返済する方法である。

リバースモーゲージのイメージ



※ 以下のような借入金残高が時間とともに減少する通常融資とは反対に、借入金残高が時間とともに増加する意味で、リバース(逆)モーゲージ(抵当融資)といわれている。

通常の融資のイメージ



- 我が国では、東京都武蔵野市の例など先駆的な取組はあるものの、その普及のためには、次のような問題点の解決が必要とされている。
 - ① 不動産価格変動、金利変動及び長生きによる担保切れのリスクを回避するための仕組みが整備されていないこと。
 - ② 中古住宅流通の市場が未整備であるため、不動産価値に対する融資限度額が小さくなるなど商品化の魅力が乏しいこと。
 - ③ 担保不動産の処分に関して、相続人との調整が困難な場合があること。

○ リバースモーゲージの普及に向けた最近の取組例としては、長期生活支援資金制度の創設がある。

【平成15年7月24日 第22回
社会保障審議会年金部会資料より抜粋】

18. 住宅政策における主な高齢者対策(国土交通省)

1. 持家住宅の改善

〔住宅金融公庫融資によるバリアフリー化の推進〕

- バリアフリー住宅の建設・購入、バリアフリーリフォーム融資において、最優遇金利の適用及び割増融資を実施
 - ・最優遇金利(基準金利)：3.68% (H18.12.5現在)
 - ・融資限度額の引き上げ：530万円/戸(通常のリフォーム) → 1,000万円/戸(バリアフリーリフォーム)
- バリアフリーリフォームのための死亡時一括償還制度

2. 賃貸住宅における主な高齢者対策 (→「19. 高齢者向けの主な賃貸住宅」参照)

〔公共賃貸住宅※〕

(1) バリアフリー化の推進

- 新規に整備する公営住宅、機構住宅については平成3年度から、公社住宅については平成7年度から高齢者等に
対応した仕様により供給
- 既設公営住宅について、段差解消、手すり設置、エレベーター設置等の改善事業を推進
※公共賃貸住宅：公的な機関(地方公共団体、都市再生機構、地方住宅供給公社等)が公的資金を使って建設、購
入、又は受託管理して運営している賃貸住宅

(2) 入居要件の緩和

- 高齢者の入居要件を緩和(単身入居可。入居収入基準の緩和。) <公営住宅>
- 当選率の優遇 <公営住宅、機構住宅>

(3) 社会福祉施設等との併設

- 公共賃貸住宅を整備する際に、デイサービスセンター等の社会福祉施設等の併設を推進
 - ・実績：1,091団地 1,587施設(平成17年度末)

〔高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者向け賃貸住宅の普及促進）〕

（1）高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）

- 民間事業者等によるバリアフリー化された賃貸住宅の供給を支援

（2）高齢者の入居を拒否しない賃貸住宅（高齢者専用賃貸住宅、高齢者円滑入居賃貸住宅）の登録・閲覧制度

（3）終身建物賃貸借制度

- バリアフリー化された賃貸住宅に高齢者が終身にわたり居住できる一代限りの借家契約制度を創設

〔シルバーハウジングプロジェクト〕

- バリアフリー化された公営住宅等と生活援助員（ライフサポートアドバイザー）による日常生活支援サービスの提供を併せて行う事業の推進
・実績：791団地 21, 260戸（平成17年度末）

3. 高齢者世帯の住み替え支援

- 高齢者世帯が所有する住宅を借り上げて子育て世帯等に賃貸するとともに、その借り上げ賃料等による高齢期の生活に適した住宅への住み替えを可能にする事業を支援（平成18年10月開始）。

19. 高齢者向けの主な賃貸住宅

		公 営 住 宅	機 構 住 宅	公 社 住 宅	高齢者向け優良賃貸住宅 (高優賃)	高齢者専用賃貸住宅 (高専賃)	高齢者円滑入居賃貸住宅 (高円賃)	
		(公営住宅法)	(独立行政法人都市再生機構法)	(地方住宅供給公社法)	(高齢者の居住の安定確保に関する法律)	(同左)	(同左)	
目	的	住宅に困窮する低額所得者に対して低廉な家賃の賃貸住宅を供給	主にファミリー世帯に対して良好な居住環境を備えた賃貸住宅の安定的確保	勤労者に対して良好な居住環境の住宅を供給	高齢者の単身・夫婦世帯に対して優良な賃貸住宅を供給	専ら高齢者単身・夫婦世帯に賃貸する住宅の普及	高齢者の入居を拒否しない賃貸住宅の普及	
主 な 供 給 主 体		都道府県 市区町村	都市再生機構(機構)	地方住宅供給公社(公社)	民間、機構、公社	民間	民間	
入居者 資格	同 居 要 件 等	原則同居親族を要する。 ただし、60歳以上の者は 単身入居可。	原則同居親族を要する	原則同居親族を要する	高齢者(60歳以上)単身 世帯、高齢者夫婦世帯	高齢者単身世帯、高齢者 夫婦世帯	特になし(個々の事例による)	
	収 入 要 件	【原則階層】 収入分位0~25%(4人世帯年 収約510万円以下) 【高齢者等に係る裁量階 層】 収入分位25~40%(4人世帯 年収約510~610万円)	家賃に応じた一定の基準 月収を満たしていること、 又は一定の基準月収がある 親族の連帯保証が受け られること	家賃に応じた一定の基準 月収を満たしていること、 又は一定の基準月収がある 親族の連帯保証が受け られること(東京都公社)	収入制限なし	収入制限なし	収入制限なし	
家 賃 設 定		応能応益家賃 (上限は近傍同種家賃)	近傍同種家賃と均衡を失 しないこと	近傍同種家賃と均衡を失 しないこと	近傍同種家賃と均衡を失 しないこと (建設費補助を受けた場合は、 建設費、土地取得費等を基準 に算定した限度額家賃以下)	市場家賃	市場家賃	
公 的 支 援 措 置		○建設費補助 (国1/2 地方1/2) ○家賃対策補助 (近傍家賃と入居者負担額の 差額 国1/2 地方1/2)	—	—	○建設費補助 (共用部分工事費 国1/3 地 方1/3) ○家賃対策補助 (家賃と入居者負担額の差額 国1/2 地方1/2)	—	—	
都道府県住生活基本計画 における供給目標		あり(今後5年間(H18~22)、10年間(H18~27)の供給目標量を設定)					なし	
供 給 戸 数		219万戸	75万戸	15万戸	2.8万戸	0.6万戸	8.8万戸	
(うち高齢者世帯数)		(単身33万世帯) (夫婦23万世帯)	(単身9.6万世帯) (夫婦8.5万世帯)					

(注1) 供給戸数のデータは平成17年度末、ただし、高専賃、高円賃については平成18年9月末のデータである。

(注2) 都市再生機構賃貸住宅には、高優賃として供給されているものを含まない。

(注3) 高優賃、高専賃、高円賃には重複しているものがある。

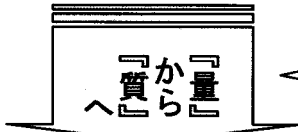
(注4) 高齢者世帯数のデータは、平成15年住宅・土地統計調査による。

20. 住生活基本法 <平成18年6月8日公布・施行>

国民の豊かな住生活の実現を図るため、住生活の安定の確保及び向上の促進に関する施策について、その基本理念、国等の責務、住生活基本計画の策定その他の基本となる事項について定める。

住宅建設五箇年計画(S41年度より8次にわたり策定:8次計画はH17年度で終了)

◇5年ごとの公営・公庫・公団住宅の建設戸数目標を位置づけ



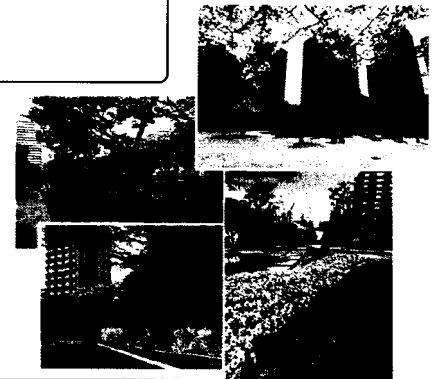
新たな住宅政策への転換

社会経済情勢の著しい変化

- ・住宅ストックの量の充足
- ・本格的な少子高齢化と人口・世帯減少 等

住生活の安定の確保及び向上の促進に関する施策

- ◇安全・安心で良質な住宅ストック・居住環境の形成
- ◇住宅の取引の適正化、流通の円滑化のための住宅市場の環境整備
- ◇住宅困窮者に対する住宅セーフティネットの構築



基本理念

『現在及び将来の国民の住生活の基盤である良質な住宅の供給』など基本理念を定める。

責務

国、地方公共団体、住宅関連事業者、居住者など関係者それぞれの責務を定める。

基本的施策

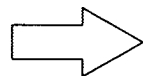
国、地方公共団体は、住生活の安定の確保及び向上の促進のために必要な施策を講ずる。

住生活基本計画の策定

- ◇住生活の安定の確保及び向上の促進に関するアウトカム目標の設定
- ◇成果指標を位置づけ

全国計画(平成18年9月19日閣議決定)

- ◇計画期間
- ◇施策の基本的方針
- ◇全国的見地からの目標・基本的施策
- ◇施策の推進のため必要な事項 等



全国計画に即して策定

都道府県計画(平成18年度中に策定)

- ◇計画期間
- ◇都道府県内における施策の基本的方針
- ◇地域特性に応じた目標・基本的施策
- ◇公営住宅の供給目標 等

21. 住生活基本計画(全国計画)高齢者施策関係部分抜粋

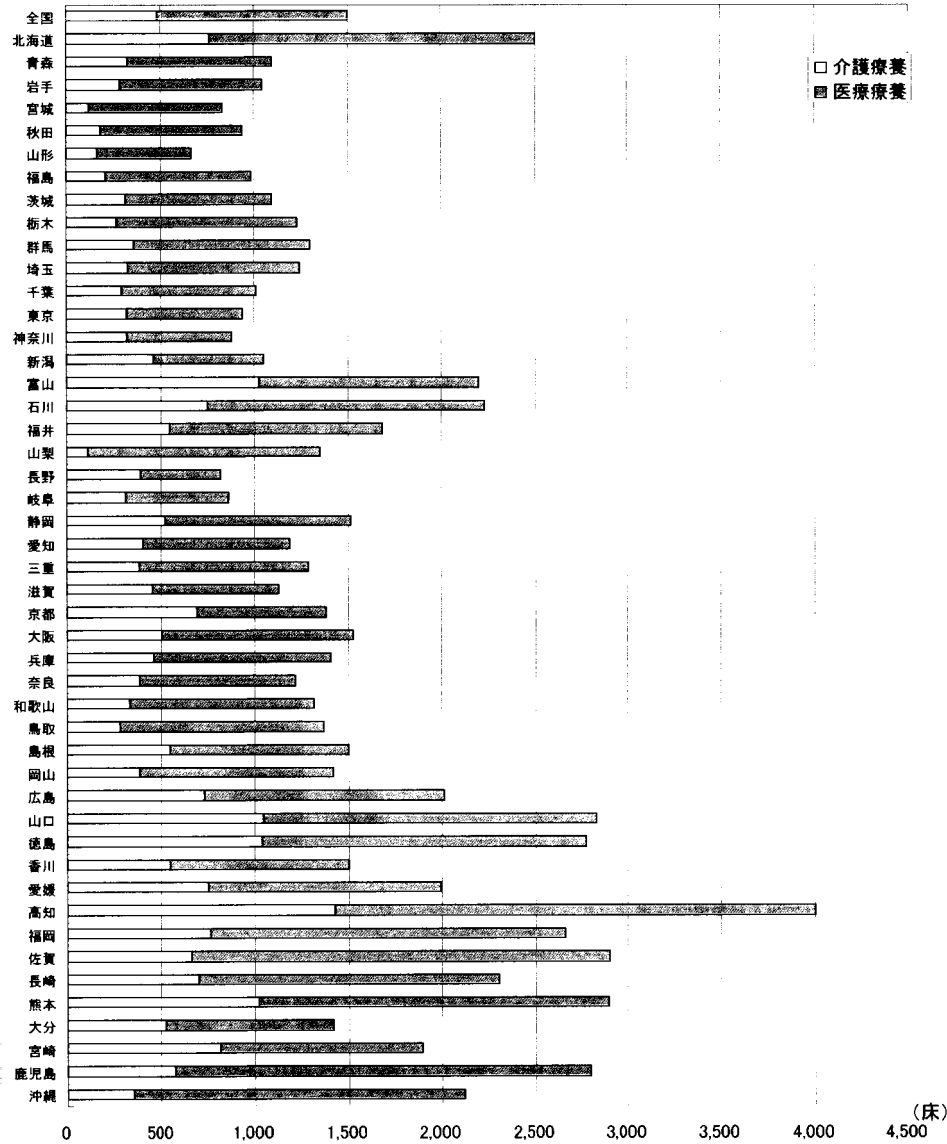
目 標	指 標	基本的な施策	※(主に高齢者に関する事項を抜粋)
<p>「良質な住宅ストックの形成及び将来世代への承継」</p> <p>住宅の安全性、耐久性、快適性、エネルギーの使用の効率性その他の住宅の品質又は性能に関し、「住宅性能水準」※に基づき、その維持及び向上を図り、現在及び将来の国民の住生活の基盤となる良質な住宅ストックの形成を目指す。</p>	<p>[ユニバーサルデザイン化の推進]</p> <p>・共同住宅のうち、道路から各戸の玄関まで車椅子・ベビーカーで通行可能な住宅ストックの比率</p> <p>【10%(平15)→25%(平27)】</p>	<p>○ 住宅ストックが長期にわたり有効に活用されるよう、耐久性に優れ、維持管理がしやすく、ライフスタイルやライフステージの変化等に応じたりフォームにも柔軟に対応できる住宅の普及を図る。</p> <p>○ 高齢者、障害者をはじめとする多様な者が安全で快適な住生活を営めるよう、住宅のユニバーサルデザイン化を促進する。</p>	<p>※「住宅性能水準」</p> <p>(10)高齢者等への配慮</p> <p>加齢による一定の身体機能の低下等が生じた場合にも基本的にはそのまま住み続けることができるように、住戸内、共同住宅の共用部分等について、段差の解消、手すりの設置、廊下幅の確保、便所の配置等に関し、日常生活の安全性及び介助行為の容易性について、適正な水準を確保する。</p>
<p>「良好な居住環境の形成」</p> <p>安全・安心、美しさ・豊かさその他の地域における居住環境に関し、「居住環境水準」※に基づき、その維持及び向上を図り、地域の自然、歴史、文化その他の特性に応じて、住民が誇りと愛着を持つことのできる居住環境の形成を目指す。</p>	<p>(居住環境水準の指標は、地方公共団体の計画において目標を定める)</p> <p>(全国計画で例示している指標)</p> <p>・高齢者の在宅介護を支援するサービス等福祉サービスの実施体制の整備率</p> <p>・高齢者、障害者をはじめとする多様な者が日常生活又は社会生活において利用する施設相互間の生活関連経路を構成する道路におけるユニバーサルデザイン化の実施率</p>	<p>○ 既存の都市基盤を有効に活用しながら、将来にわたって持続可能なバランスのとれたコミュニティの維持及び形成を図るため、居住者が相互に交流できる空間の形成に配慮しつつ、都心居住・街なか居住、住宅市街地のユニバーサルデザイン化等を促進するとともに、公的賃貸住宅の計画的な建替え、ニュータウン再生の支援等を行う。</p>	<p>※「居住環境水準」</p> <p>○居住環境水準の項目</p> <p>日常生活を支えるサービスへのアクセスのしやすさ</p> <p>①高齢者、子育て世帯等の各種生活サービスへのアクセスのしやすさ</p> <p>高齢者、子育て世帯等が日常生活を支える各種サービスに容易にアクセスできること。</p> <p>②ユニバーサルデザイン</p> <p>高齢者、障害者をはじめとする多様な者の円滑な移動の経路が確保されていること。</p>

目 標	指 標	基本的な施策	※（主に高齢者に関する事項を抜粋）
<p>「住宅の確保に特に配慮を要する者の居住の安定の確保」</p> <p>低額所得者、被災者、高齢者、子どもを育成する家庭等の居住の安定が確保されるよう、公的賃貸住宅のみならず民間賃貸住宅も含めた住宅セーフティネットの機能向上を目指す。</p> <p>この結果、これらの世帯を含む全ての世帯が、世帯人数及びその特性に応じて、健康で文化的な住生活を営む基礎として必要不可欠な住戸規模（「最低居住面積水準」※）等を備えた住宅を確保できることを目指す。</p>	<p>[高齢者等への配慮]</p> <p>・高齢者（65歳以上の者）の居住する住宅のバリアフリー化率</p> <p>一定のバリアフリー化（注1） 【29%（平15）→75%（平27）】</p> <p>うち、高度のバリアフリー化（注2） 【6.7%（平15）→25%（平27）】</p> <p>（注1）一定のバリアフリー化：2箇所以上の手すり設置又は屋内の段差解消に該当</p> <p>（注2）高度のバリアフリー化：2箇所以上の手すり設置、屋内の段差解消及び車椅子で通行可能な廊下幅のいずれにも該当</p>	<p>○ 高齢者、障害者、小さな子どもがいる世帯、外国人、ホームレス等の居住の安定を確保するため、公的賃貸住宅ストックの有効活用を図るほか、高齢者等の入居を受け入れることとしている民間賃貸住宅に関する情報の提供等を行う。</p> <p>○ 高齢者、障害者等が、地域において安全・安心で快適な住生活を営むことができるよう、住宅のバリアフリー化や見守り支援等のハード・ソフト両面の取組を促進するとともに、高齢者、障害者等に配慮した賃貸住宅の供給や公的賃貸住宅等と福祉施設の一体的整備を推進する。</p>	<p>※「最低居住水準」</p> <p>(1) 単身者 25㎡</p> <p>(2) 2人以上の世帯 10㎡×世帯人数+10㎡</p> <p>（注） 次の場合には、上記の面積によらないことができる。</p> <p>① 単身の学生、単身赴任者等であって比較的短期間の居住を前提とした面積が確保されている場合</p> <p>② 適切な規模の共用の台所及び浴室があり、各個室に専用のミニキッチン、水洗便所及び洗面所が確保され、上記の面積から共用化した機能・設備に相当する面積を減じた面積が個室部分で確保されている場合</p>

【注】本資料は、住生活基本計画（全国計画）より、主として高齢者施策に該当する部分を抜粋・編集したもの。

療養病床關係

22. 都道府県別に見た65歳以上人口10万当たりの療養病床の病床数 (平成18年3月末)



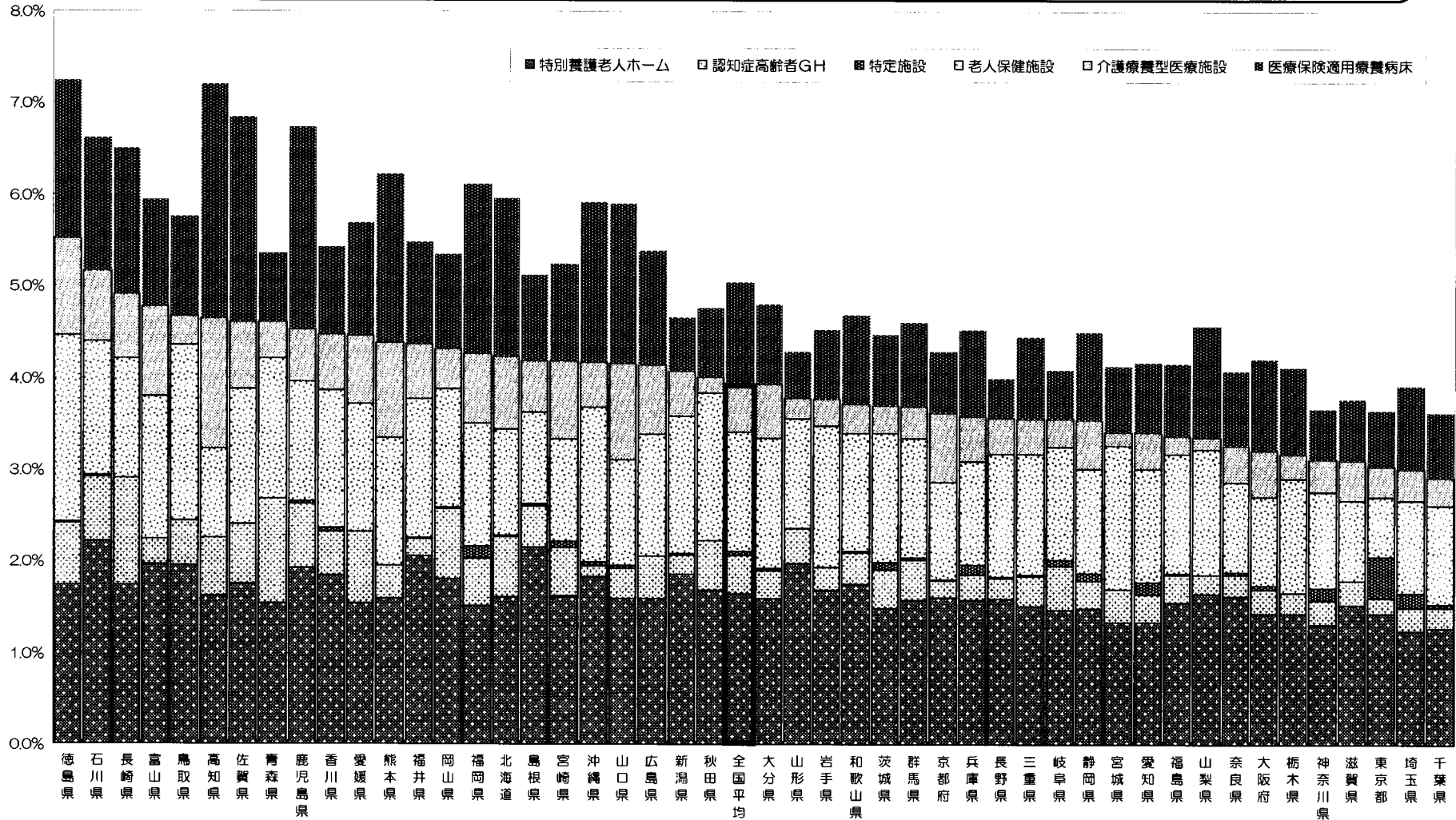
注)65歳以上人口は総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」による。

都道府県	病床数(床)			65歳以上人口10万対病床数
	総数	介護療養	割合(%)	
全国	384,531	122,191	31.8%	262,340
北海道	30,132	9,209	30.6%	20,923
青森	3,576	1,047	29.3%	2,529
岩手	3,564	968	27.2%	2,596
宮城	3,929	561	14.3%	3,368
秋田	2,893	567	19.6%	2,326
山形	2,069	501	24.2%	1,568
福島	4,705	997	21.2%	3,708
茨城	6,302	1,770	28.1%	4,532
栃木	4,799	1,034	21.5%	3,765
群馬	5,404	1,478	27.4%	3,926
埼玉	14,470	3,700	25.6%	10,690
千葉	10,730	3,058	28.5%	7,672
東京	21,560	7,212	33.5%	14,348
神奈川	13,076	4,637	35.5%	8,439
新潟	6,110	2,621	42.9%	3,489
富山	5,683	2,649	46.6%	3,034
石川	5,482	1,844	33.6%	3,638
福井	3,122	1,014	32.5%	2,108
山梨	2,616	223	8.5%	2,393
長野	4,284	2,002	46.7%	2,282
岐阜	3,819	1,361	35.6%	2,458
静岡	11,779	4,054	34.4%	7,725
愛知	14,802	4,993	33.7%	9,809
三重	5,163	1,514	29.3%	3,649
滋賀	2,814	1,112	39.5%	1,702
京都	7,331	3,679	50.2%	3,652
大阪	24,925	8,247	33.1%	16,678
兵庫	15,547	5,062	32.6%	10,485
奈良	3,446	1,074	31.2%	2,372
和歌山	3,287	823	25.0%	2,464
鳥取	1,996	409	20.5%	1,587
島根	3,012	1,106	36.7%	1,906
岡山	6,224	1,649	26.5%	4,575
広島	12,059	4,382	36.3%	7,677
山口	10,560	3,916	37.1%	6,644
徳島	5,474	2,057	37.6%	3,417
香川	3,540	1,287	36.4%	2,253
愛媛	7,009	2,645	37.7%	4,364
高知	8,262	2,944	35.6%	5,318
福岡	26,523	7,602	28.7%	18,921
佐賀	5,688	1,297	22.8%	4,391
長崎	8,046	2,441	30.3%	5,605
熊本	12,643	4,467	35.3%	8,176
大分	4,144	1,532	37.0%	2,612
宮崎	5,130	2,202	42.9%	2,928
鹿児島	12,168	2,481	20.4%	9,687
沖縄	4,634	763	16.5%	3,871

【出典】病院報告(平成18年3月分概数)

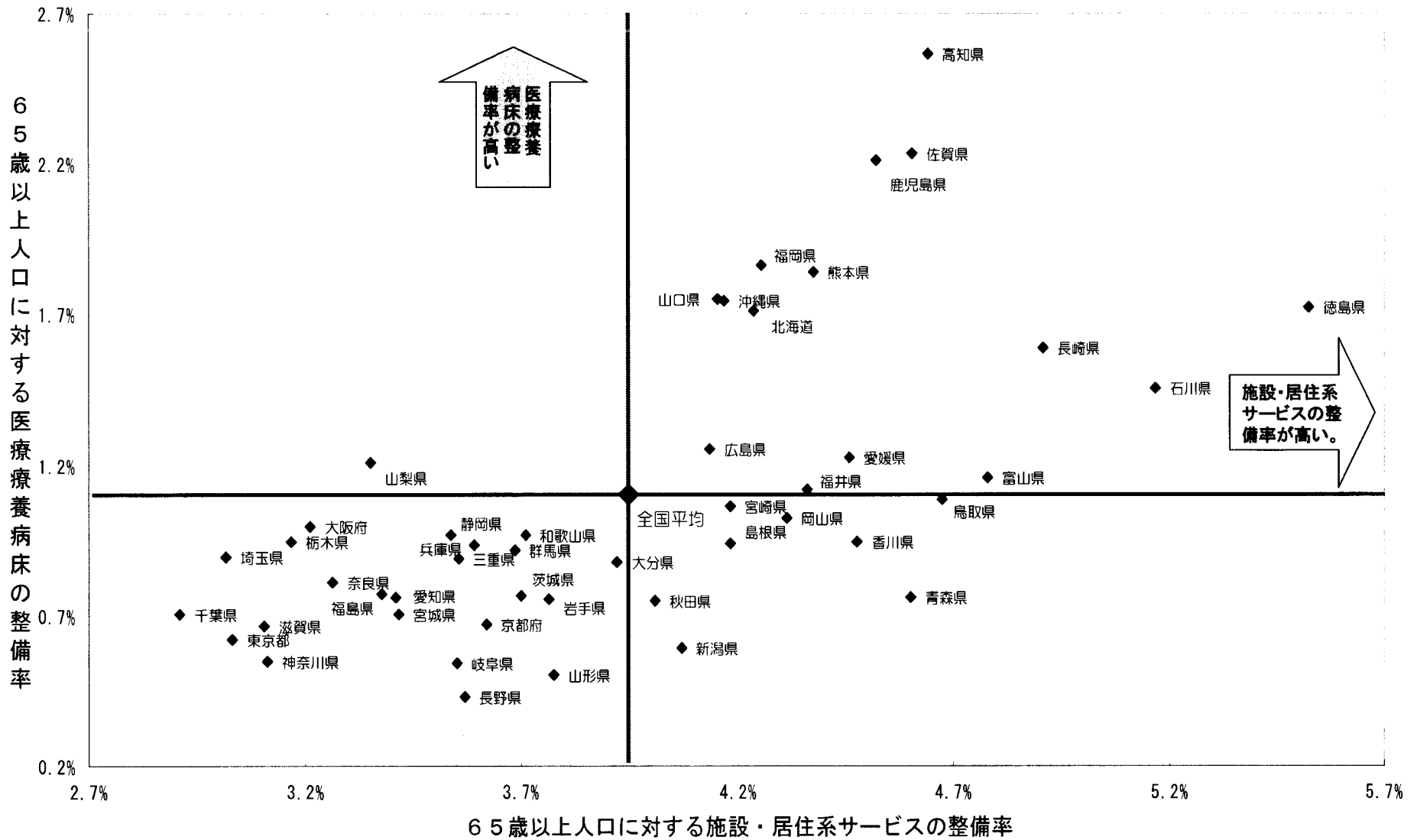
23. 65歳以上人口に対する介護施設等の整備状況(平成18年3月)

介護保険施設等の整備割合が大きい順に並べてみると、その整備割合の高い県においては、医療療養病床の整備割合も高い傾向にある。



※ 棒グラフについては、次の数値を平成18年度の高齢者人口の見込み（厚生労働省老健局計画課調べ）で除して得た率。
・介護保険3施設については、平成17年度末の定員数（厚生労働省老健局計画課調べ）
・居住系サービス（認知症高齢者グループホーム、特定施設）については、平成17年度末のサービス利用者数（厚生労働省老健局計画課調べ）
・医療療養病床については、平成18年3月末の病床数（「病院報告（平成18年3月分概数）」（厚生労働省統計情報部）

24. 65歳以上人口に対する介護保険施設等の整備状況と医療療養病床の整備率との関係

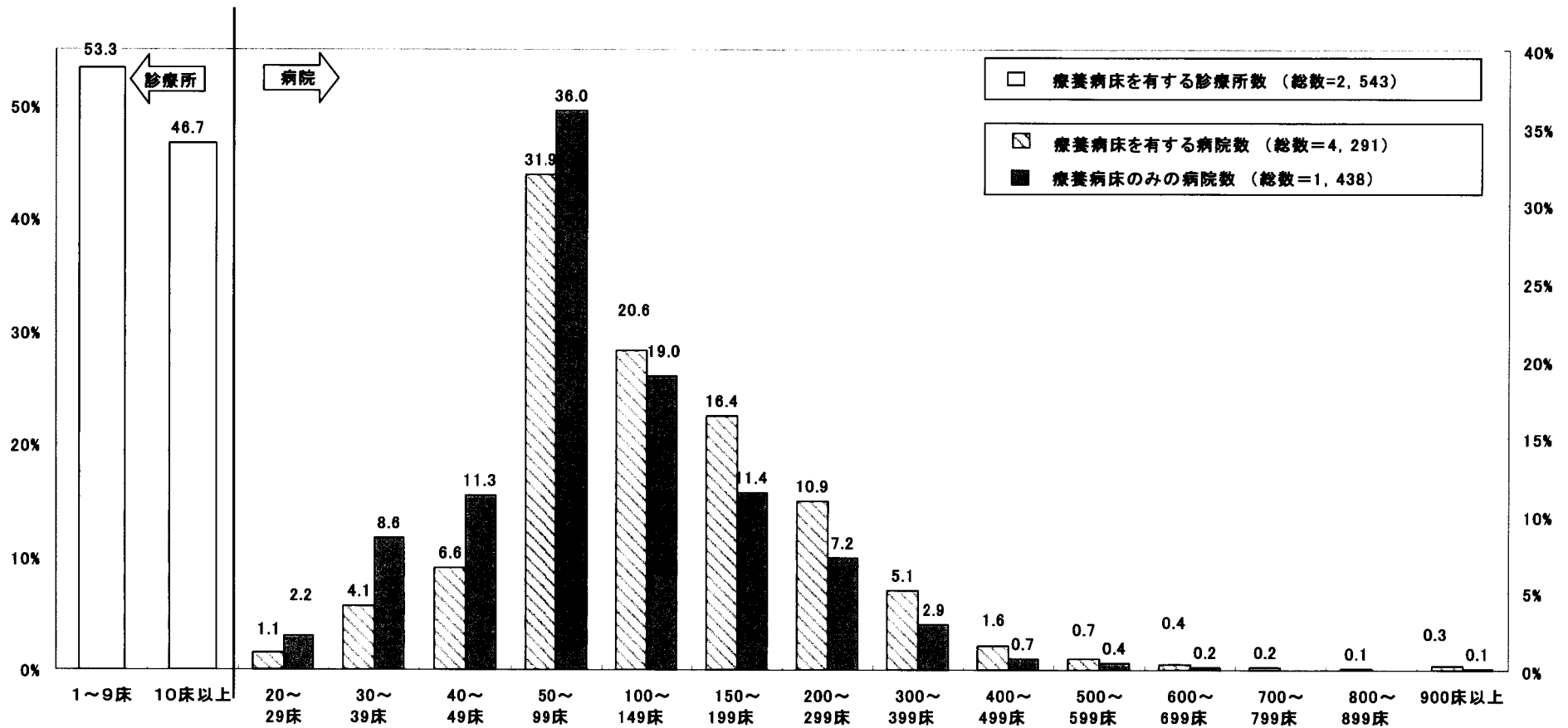


※ 整備率については、次の数値を平成18年度の高齢者人口の見込み（厚生労働省老健局計画課調べ）で除して得た率。
 ・介護保険3施設については、平成17年度末の定員数（厚生労働省老健局計画課調べ）
 ・居住系サービス（認知症高齢者グループホーム、特定施設）については、平成17年度末のサービス利用者数（厚生労働省老健局計画課調べ）
 ・医療療養病床については、平成18年3月末の病床数（「病院報告（平成18年3月分概数）」（厚生労働省統計情報部）

25. 療養病床の規模別の分布状況

病院では、50～149床の施設が多く、全施設の52.5%（療養病床のみの病院では55.0%）を占めている。診療所では、9床までの施設が53.3%を占める。

病床規模別の施設分布



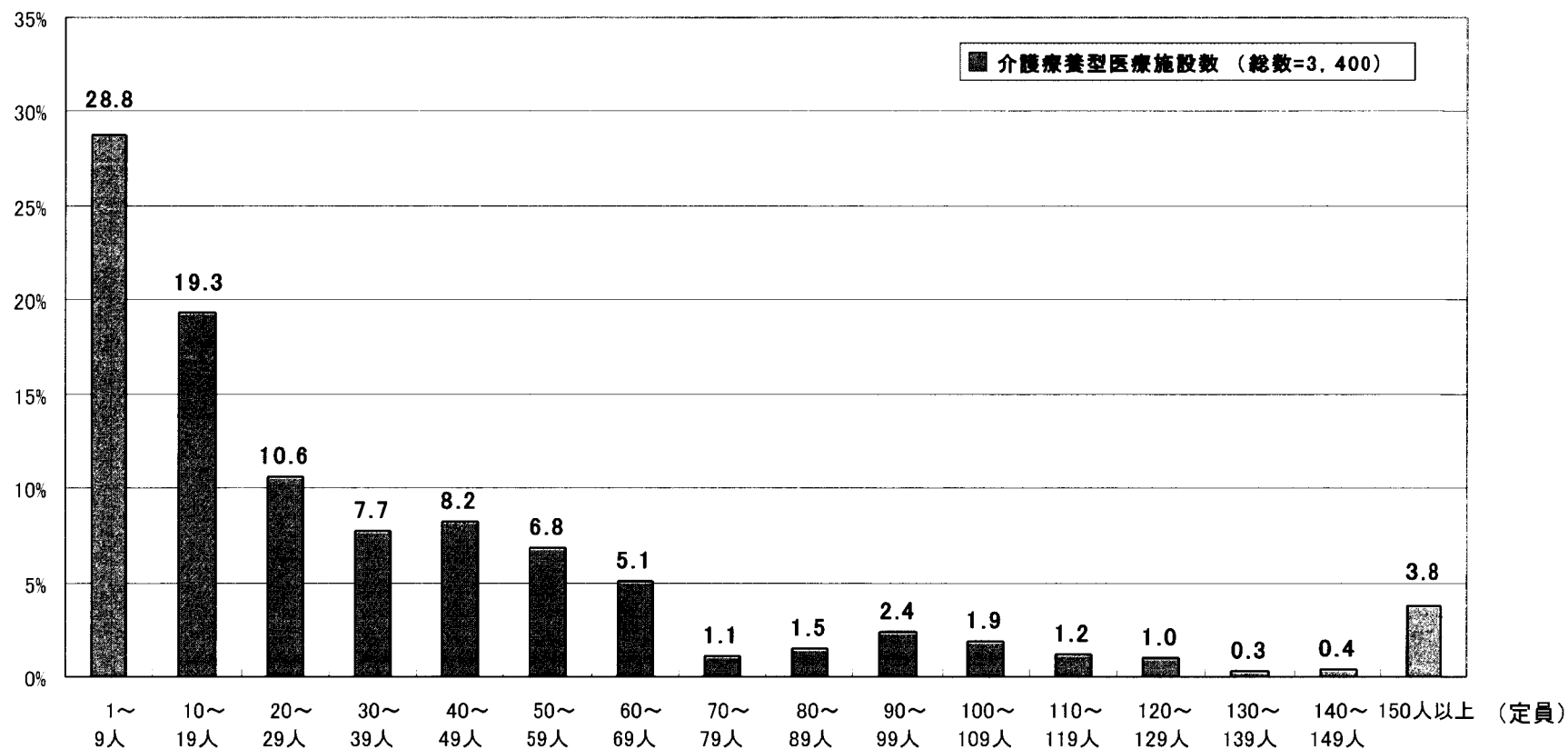
注)それぞれ、病院・診療所総数に占める割合。

【資料】厚生労働省統計情報部「医療施設調査(平成16年)」

26. 療養病床(介護療養型医療施設)の規模別の分布状況

介護療養型医療施設を定員規模別にみると、1～9人が最も多く、介護療養型医療施設総数の28.8%を占める。

病床規模別の施設分布



注) 介護療養型医療施設総数に占める割合。
 介護療養型医療施設における「定員」は介護指定病床数である。
 定員が1～9人及び10～19人の介護療養型医療施設数には診療所を含む。

【資料】厚生労働省統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」(平成17年)

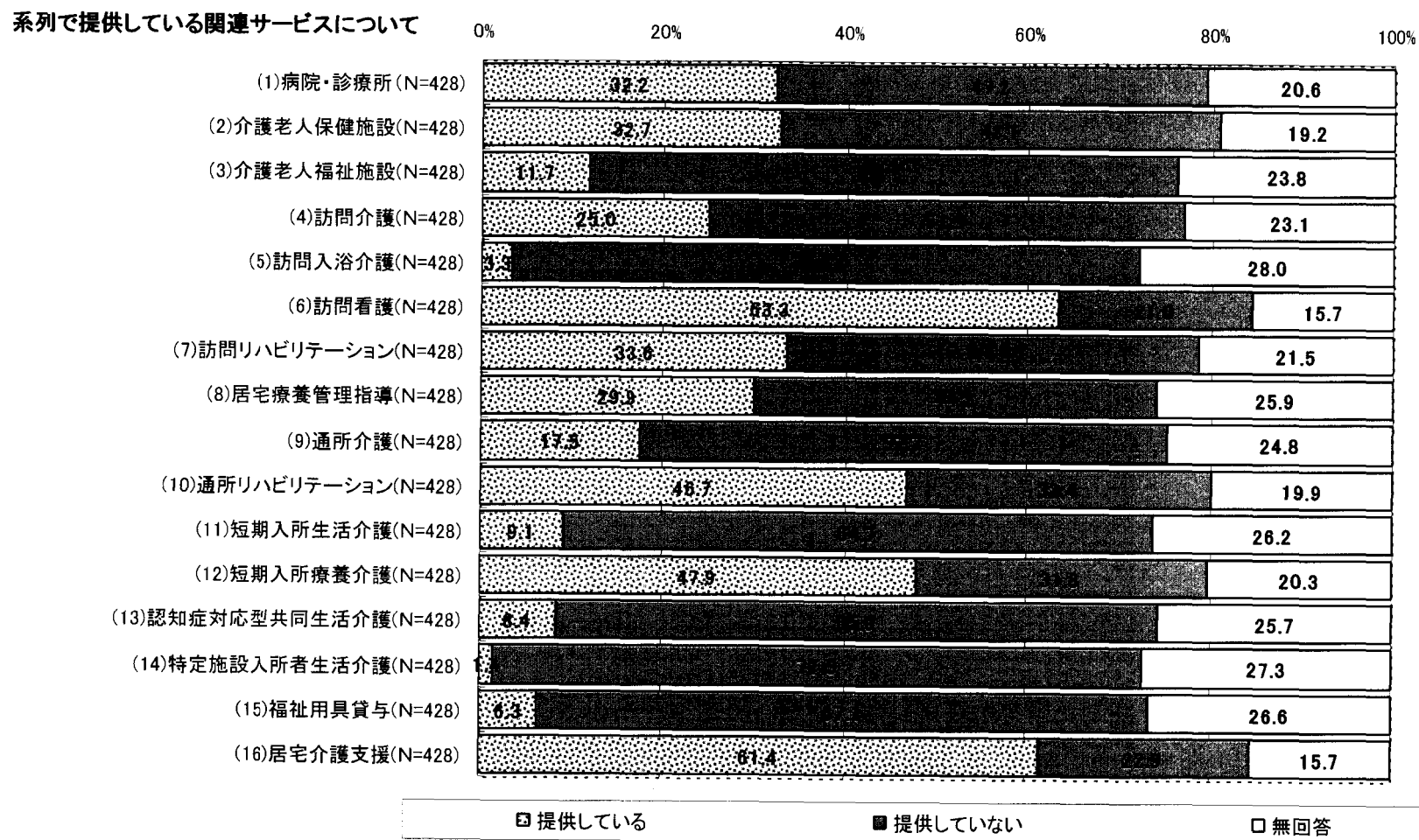
27. 療養病床の開設者

開設者別の医療施設数

	療養病床を有する病院		療養病床を有する診療所
	総数	療養病床のみの病院 (再掲)	
総数	4,291	1,438	2,543
都道府県	11	0	0
市町村	269	15	53
社会福祉法人	100	28	6
日赤	16	2	0
公益法人	191	41	7
厚生連	54	5	0
医療法人	3,160	1,148	1,727
医療生協	43	9	9
会社	12	1	0
その他の法人	55	10	10
個人	380	179	731

28. 療養病床を有する病院の系列で提供している関連サービスの状況

療養病床を有する病院の系列で提供している関連サービスは、サービスの種類により提供状況が異なるが、訪問看護(63.3%)、居宅介護支援事業所(61.4%)などが、広く提供されている。

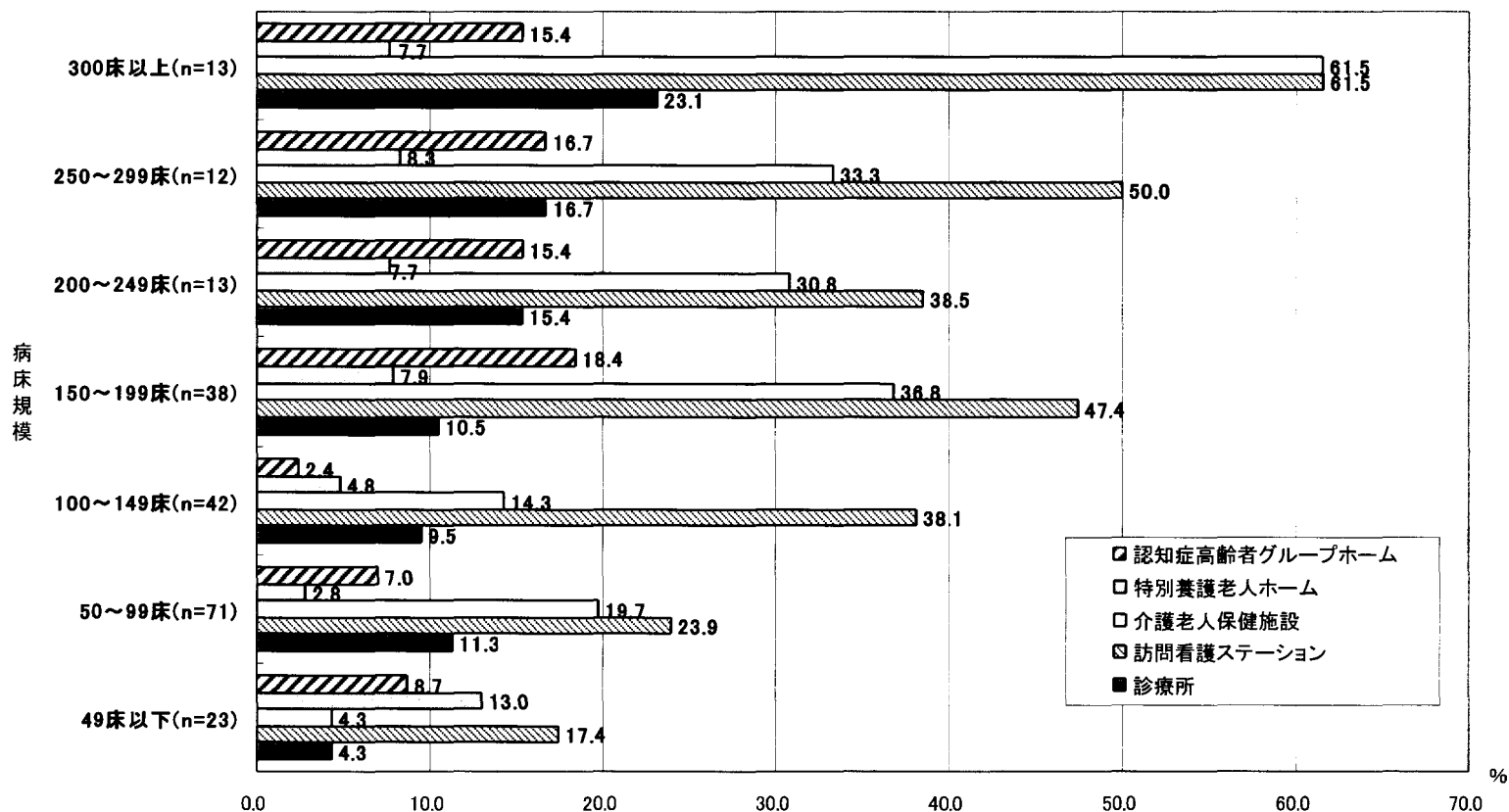


【資料】 医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査(平成16年)」

29. 療養病床を有する病院の規模別の併設サービスの状況

療養病床を有する病院に併設し、又は同一法人が有する施設・事業所としては、訪問看護、老人保健施設等の医療系サービスが多く、病床規模が大きくなるほど、医療系サービスの併設割合が高い。

病床規模別 併設施設又は同一法人で有する施設・事業所の割合(複数回答)



【資料】医療経済研究機構「療養病床における医療・介護に関する調査(平成16年)」

介護施設等の現状関係

30. 要介護度別にみた在所者数(構成割合)の年次推移

在所者を要介護度別にみると、介護老人福祉施設では「要介護5」が32.3%、介護老人保健施設では「要介護4」が27.2%と最も多い。介護療養型医療施設では「要介護5」が54.0%と最も多く、在所者の5割を超えている。

(各年10月1日現在)

介護老人福祉施設

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	平均要介護度
平成12年	12.5	14.9	19.0	28.7	22.9	1.9	3.35
平成13年	10.0	15.0	18.2	28.4	27.7	0.8	3.49
平成14年	9.1	15.0	18.2	28.2	28.9	0.5	3.53
平成15年	7.8	13.2	18.3	29.3	31.1	0.3	3.63
平成16年	6.6	10.9	18.5	30.6	33.1	0.1	3.72
平成17年	6.2	10.3	19.3	31.8	32.3	0.1	3.74

介護老人保健施設

平成12年	18.0	21.2	24.0	24.9	13.4	0.6	2.99
平成13年	15.2	21.3	23.5	25.8	16.0	0.2	3.10
平成14年	13.0	21.3	22.9	25.8	16.7	0.3	3.12
平成15年	12.3	19.6	23.7	26.7	17.4	0.3	3.17
平成16年	12.5	17.6	24.7	27.6	17.3	0.3	3.20
平成17年	12.6	17.8	25.5	27.2	16.5	0.3	3.17

介護療養型医療施設

平成12年	5.9	8.7	14.6	32.0	37.9	0.9	3.88
平成13年	4.7	8.1	11.9	28.9	43.3	3.2	4.01
平成14年	4.7	8.1	12.1	28.0	44.2	2.9	4.02
平成15年	4.4	5.9	11.4	28.9	49.5	0.9	4.16
平成16年	4.4	4.7	11.0	27.7	53.0	0.8	4.24
平成17年	4.2	4.2	10.8	27.6	54.0	0.8	4.27

注) 平均要介護度は以下の算式により計算した。

$$\text{平均要介護度} = \frac{\text{各介護度別在所者数} \times \text{要介護度の合計}}{\text{要介護1～5までの在所者数の合計}}$$

【資料】厚生労働省統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」(平成17年)

31. 施設の種別別にみた定員、在所要者数、利用率

介護保険施設の種別ごとに利用率をみると、3施設とも9割を超えている。

各年10月1日現在

	定員（人）	在所要者数（人）	利用率（%）	
介護老人福祉施設	平成17年	383,326	376,328	98.2
	平成16年	363,747	357,891	98.4
介護老人保健施設	平成17年	297,769	269,352	90.5
	平成16年	282,513	256,809	90.9
介護療養型医療施設	平成17年	129,942	120,448	92.7
	平成16年	138,942	129,111	92.9

注：介護療養型医療施設における「定員」は介護指定病床数である。

33. 死亡前2週間以内に実施した医療処置の割合(複数回答)

	医療療養病床 (※1)	介護療養病床 (※1)	介護老人保健施設 (※2)	特別養護老人ホーム (※3)
酸素療法	79.6%	70.8%	56.4%	44.9%
点滴	77.3%	69.8%	63.1%	50.6%
喀痰吸引	71.4%	67.0%	—	—
採血	56.7%	45.3%	—	—
レントゲン検査	52.4%	50.5%	—	—
抗生物質の投与	49.0%	43.4%	—	—
留置カテーテル類	43.9%	42.5%	17.0%	7.4%
心臓マッサージ	22.7%	15.1%	26.7%	10.4%
褥瘡の処置	22.1%	19.8%	10.7%	15.9%
経鼻経管栄養	21.5%	25.0%	9.7%	12.8%
昇圧剤の投与	16.4%	10.4%	—	—
中心静脈栄養	13.0%	6.1%	1.2%	—
疼痛管理	11.6%	3.8%	4.7% (疼痛の看護)	7.6% (疼痛の看護)
胃ろうの管理	9.6%	15.1%	5.5%	6.5%
人工呼吸器	3.4%	2.4%	1.5% (レスピレータ)	0.5% (レスピレータ)
人工透析	2.5%	0.5%	—	—
気管切開の処置	0.8%	1.4%	0.2%	0.2%

【資料】

※1「療養病床における医療・介護に関する調査」報告書 平成17年3月医療経済研究機構

(医療療養n=353、介護療養n=212、調査時点・平成17年2月23日～3月18日)

※2「介護老人保健施設における医療・介護に関する調査研究」報告書 平成16年3月医療経済研究機構

(n=599、調査時点・平成15年12月4日～平成16年2月4日)

※3「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」報告書 平成15年3月医療経済研究機構

(n=1811、調査時点・平成14年11月22日～12月25日)

32. 介護施設の定員規模別の利益率

定員規模別の損益を見ると、規模が大きくなるにつれ、利益率も高くなっている。

平成17年3月分

	総数	定員規模別		
		50床以下	51～100床以下	101床以上
介護老人福祉施設	13.6%	12.6%	13.8%	15.2%
介護老人保健施設	12.3%	7.3%	11.9%	15.8%
介護療養型医療施設（病院）	10.4%	8.5%	10.9%	12.0%

*収益に対する損益の割合である。

*介護老人福祉施設には、補助金及び空床利用の短期入所生活介護の損益を含む。

*介護老人保健施設及び介護療養型医療施設（病院）には、短期入所生活介護の損益を含む。

*介護療養型医療施設（病院）は、療養病床60%以上の介護療養型医療施設に係る病院全体の損益である。

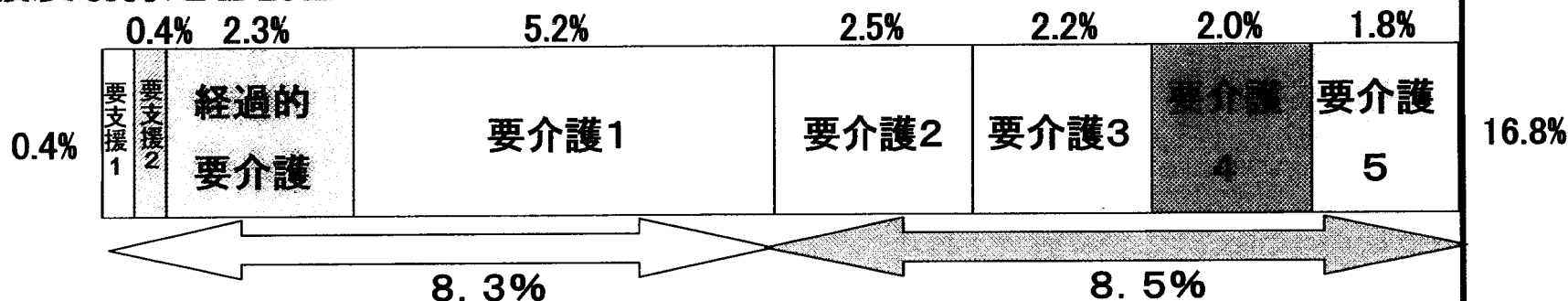
【資料】 介護事業経営実態調査(平成17年)

6. 65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

修正版

出典)平成18年5月 介護保険事業状況報告

○要介護度別認定者割合



○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合

日本 (2005)	4.4%	※1 (0.9%)	介護保険3施設等 ※2 (3.5%)
スウェーデン(2005)※3	6.5%	サービスハウス等 (2.3%)	ナーシングホーム、グループホーム等 (4.2%)
デンマーク (2006)※4	10.7%	プライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%)	プライエム等 (2.5%)
英国 (2001)※5	11.7%	シェルタードハウジング (8.0%)	ケアホーム (3.7%)
米国 (2000) ※6	6.2%	アシテッド・リビング等 (2.2%)	ナーシング・ホーム (4.0%)

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel (2004)「the older population」

※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)







諸外国の施設・住まい等 の状況について

目次

〈外国調査関係資料〉

1. 諸外国の高齢化等に係る状況(基礎資料)	1
2. 諸外国における施設・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 69.9% 社会保障負担率 3.7% 租税負担率 71.4% 財政赤字対国民所得比 1.5%	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)、欧州委員会・経済見通し(全国間税会総連合会調べ)(2000)
 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、生活環境整備が進展。(※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小さい。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="624 712 853 974">施設系</td> <td data-bbox="853 712 1412 974"> <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。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 974 853 1198">住宅系</td> <td data-bbox="853 974 1412 1198"> <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="624 1198 853 1361"></td> <td data-bbox="853 1198 1412 1361"> <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>	施設系	<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。 	住宅系	<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>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。
施設系	<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。 						
住宅系	<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>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 2.3% ・ サービスハウス等 4.2% 						

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="517 640 635 1193"> <p>施設系</p> </td> <td data-bbox="635 640 1412 1193"> <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="517 1193 635 1368"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="635 1193 1412 1368"> <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>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 2002年、介護給付制度（個別自立手当：現物給付）を創設。</p>				
<p>2 施設・居住サービスの類型</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 705 619 1030">施設系</td> <td data-bbox="619 705 1396 1030"> <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 data-bbox="491 1030 619 1411">住宅系</td> <td data-bbox="619 1030 1396 1411"> <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 경우가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 경우가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 경우가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>	<p>○ 税財源</p> <p>○ 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>				
<p>4 事業主体</p>	<p>○ 原則として県が建設・運営。</p> <p>施設の4割は民間営利組織が運営。</p>				
<p>5 整備状況等（※）</p> <p>（※）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（2000）の4.0%</p> <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="501 797 624 965"> <p>施設系</p> </td> <td data-bbox="624 797 1401 965"> <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="501 965 624 1453"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="624 965 1401 1453"> <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：メディケイド（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整備が進んだ。
- ・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、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（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施設サービスが「特別住宅」

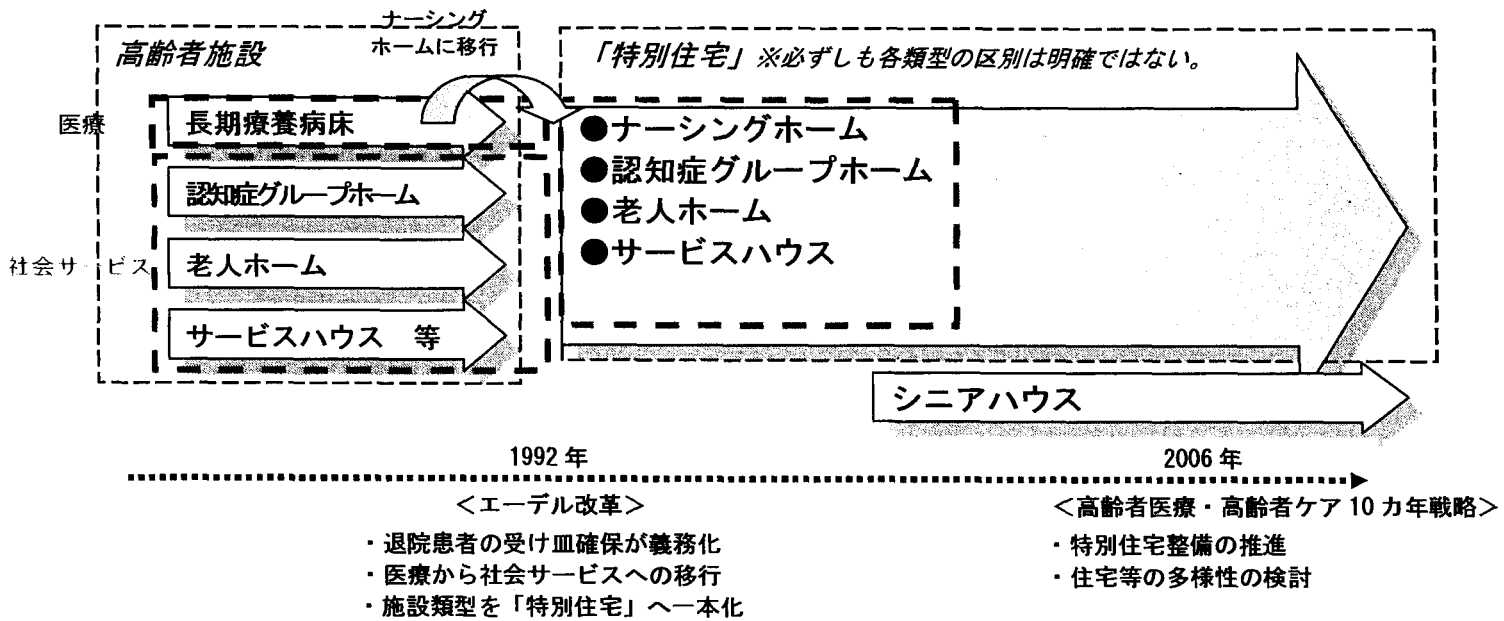
として一本化されたことにより、種々の住宅等の環境整備が進む。

- ・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＞



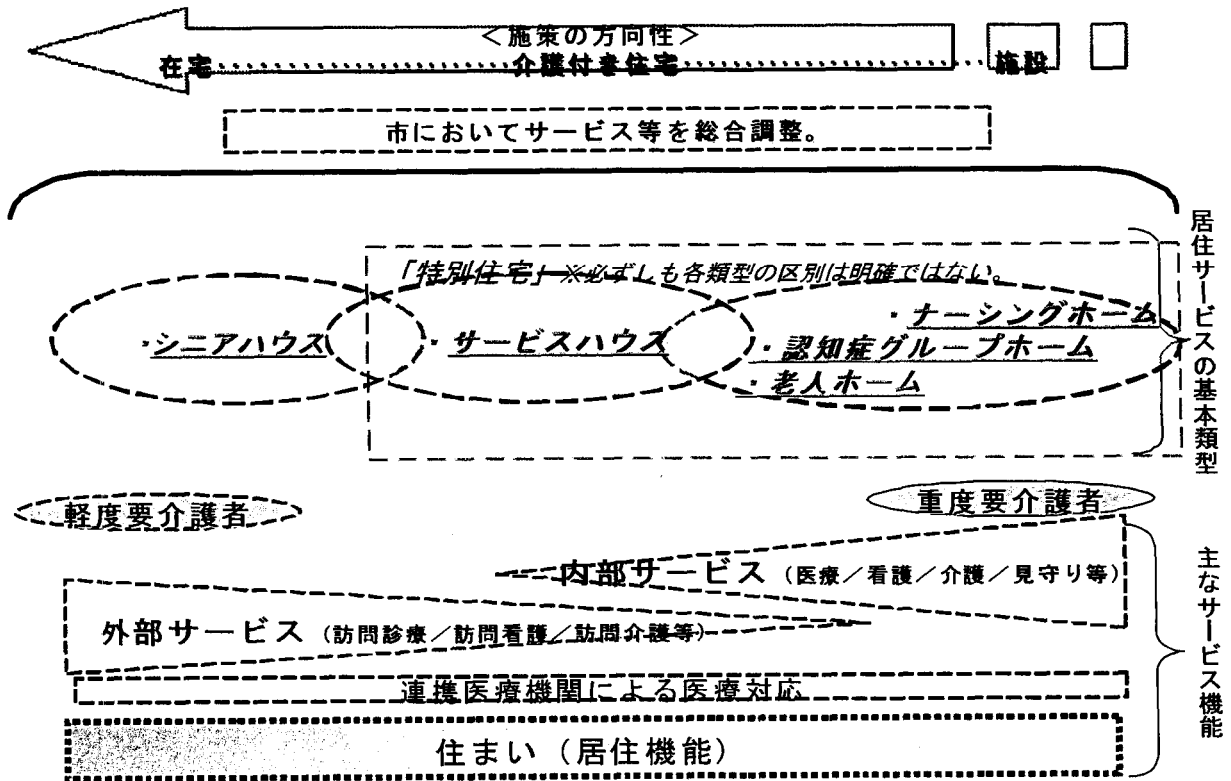
2 施設・居住サービスの体系（図2参照）

- ・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（所得に応じて住宅手当を支給）。ホテルコスト（家賃・食費・光熱水費）は利用者が負担する。

- ・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整備が行われた。

・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、プライエポーリ（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ポーリが存在する（※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、住宅関係法の規制に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て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。

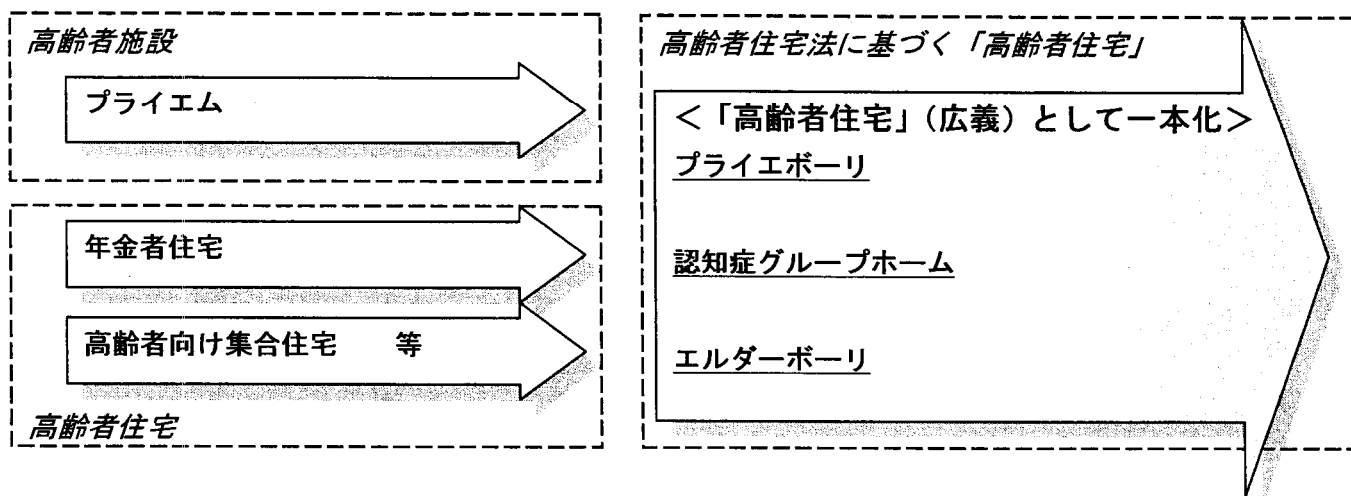
○ターミナルケアは全類型で対応し、その居住環境で看取る方向を取っている。

- ・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ポ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ポ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。

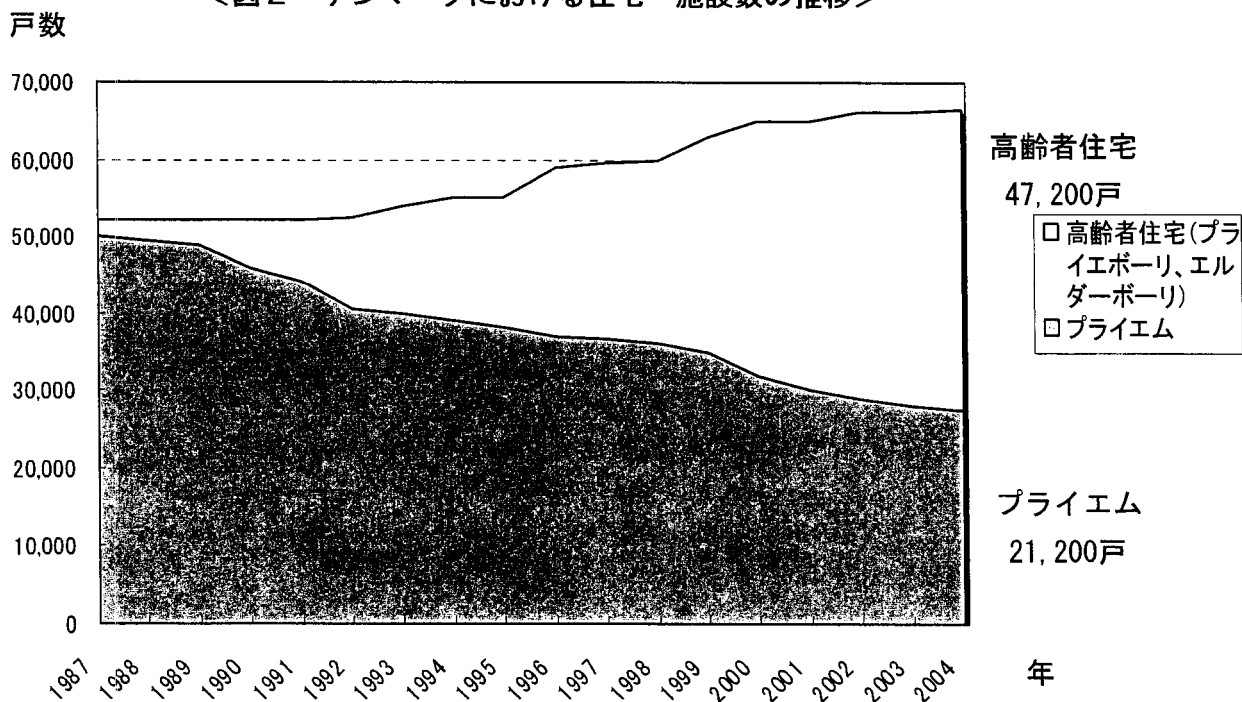
<図1 デンマークにおける高齢者施設・住まい関係政策の変遷>



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>

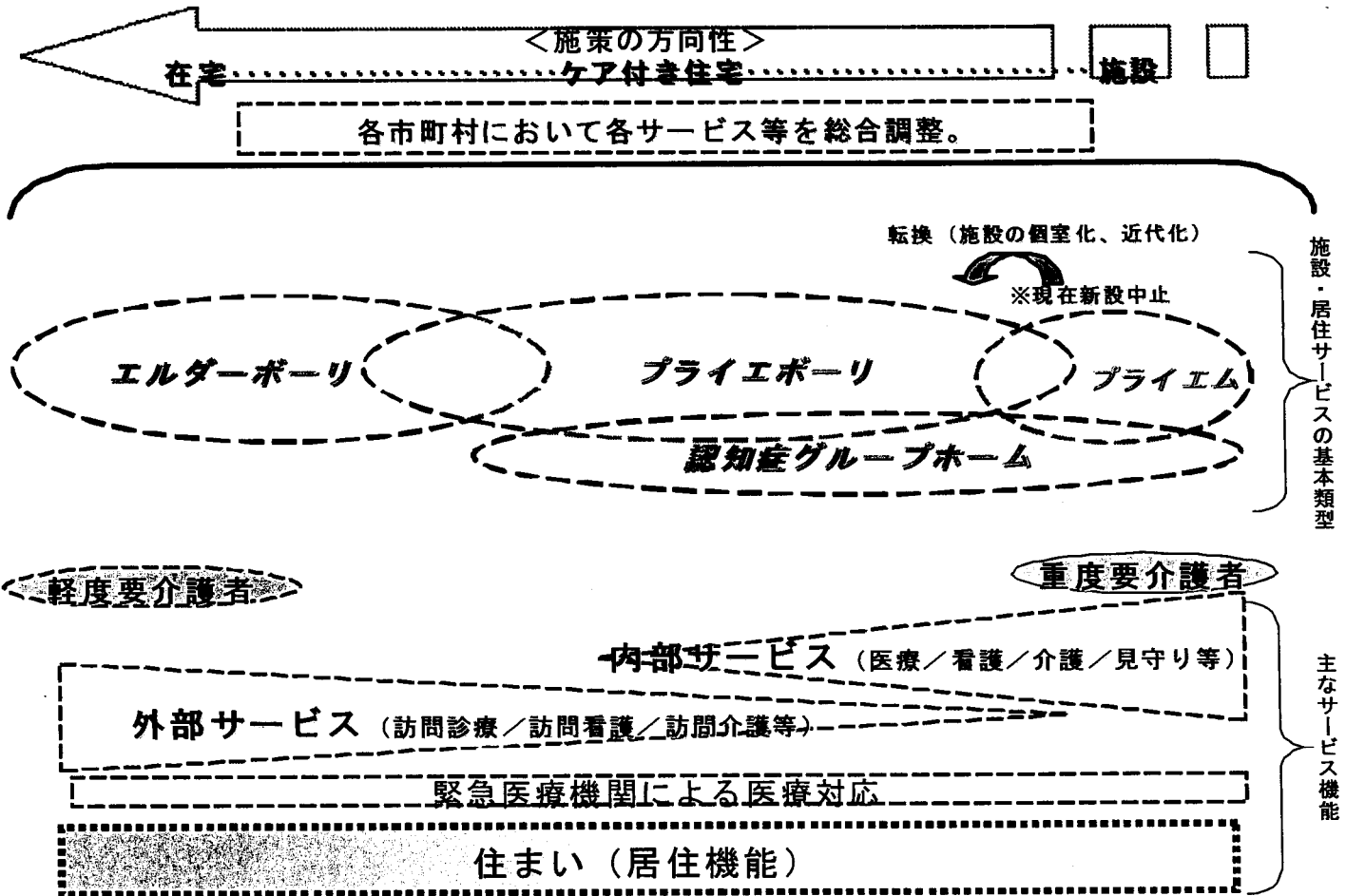


・従来のプライエムのプライエボーリ等への改修（個室化、近代化）が進められているところであるが、現在約2万戸が残存している（2004年時点）。

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) プライエボーリ

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。