

## (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のコムーネ(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、コムーネは人口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、それ以外はコムーネ、又は国に移管された。そのため、コムーネ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、国の助成金とコムーネ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 (Almennyttig 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、周りはこれを支える（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。

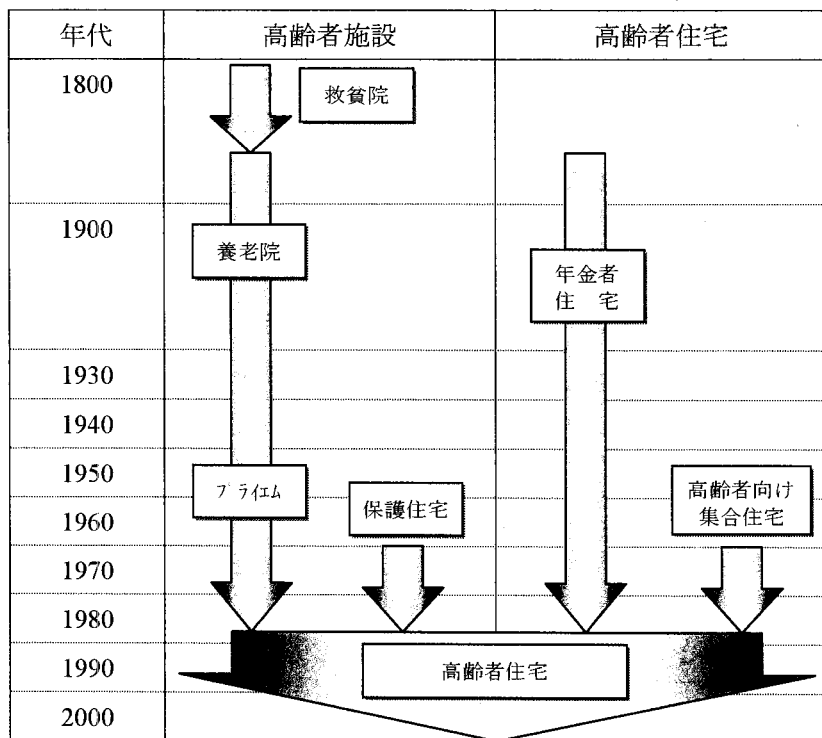
### (2) 高齢者・障害者住宅法の成立以後（1988年）

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「エルダーボーン」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、法律的には全て「高齢者住宅」となる。

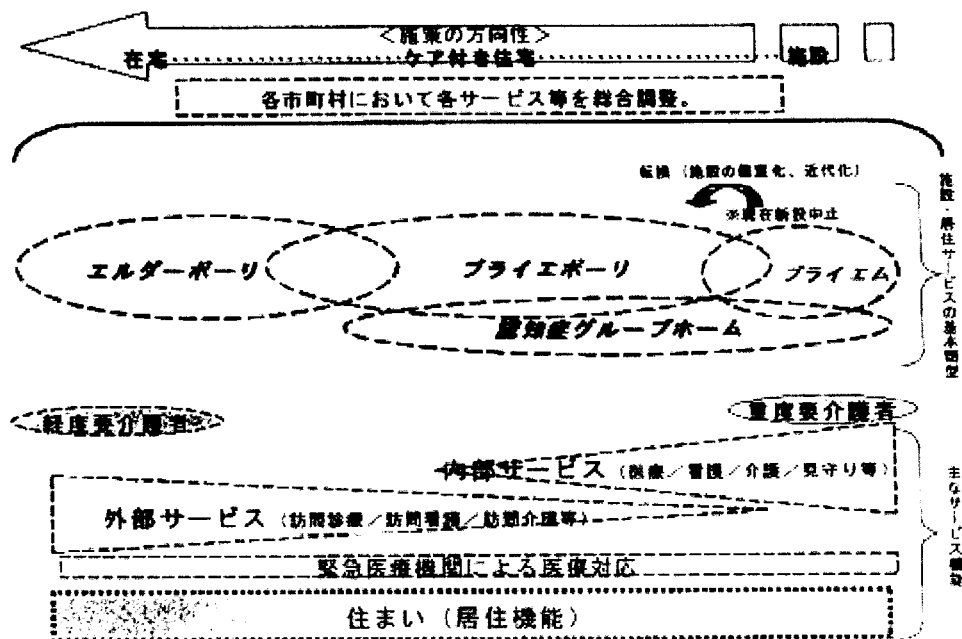
- ①プライエム
- ②保護住宅（①に準ずる施設）
- ③プライエボーリ（介護住宅）
- ④エルダーボーリ（高齢者住宅）
- ⑤グループホーム

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。

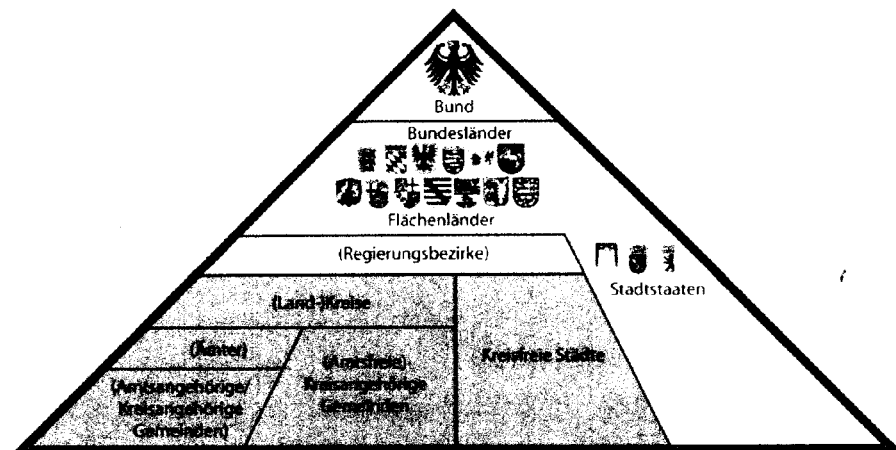
また、都市州以外の連邦州は、「県 (Regierungsbezirk)」「郡 (Landkreis)」「独立市 (Kreisfreie Stadt ; 日本の政令指定都市に相当)」「市町村連合 (Kommunalverband ; 日本の広域事務組合に相当)」「市町村 (Gemeinde)」「無市町村地区 (Gemeindefreies Gebiet)」から構成される。

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、公営交通、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	385
1997	71,693	1,660	462
1998	71,458	1,738	511
1999	71,545	1,826	546
2000	71,338	1,822	561
2001	70,013	1,840	578
2002	70,844	1,889	600
2003	70,457	1,895	614
2004	70,293	1,925	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が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。

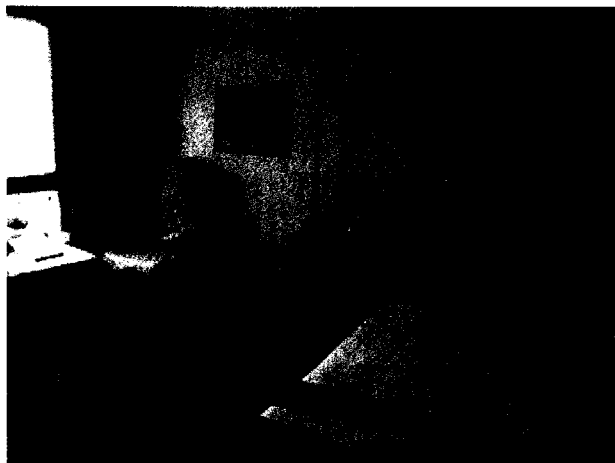
#### (1) 介護ホーム (Pflegeheim)

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。もっとも、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。

シャワー室



廊下の様子



### 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。