

(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



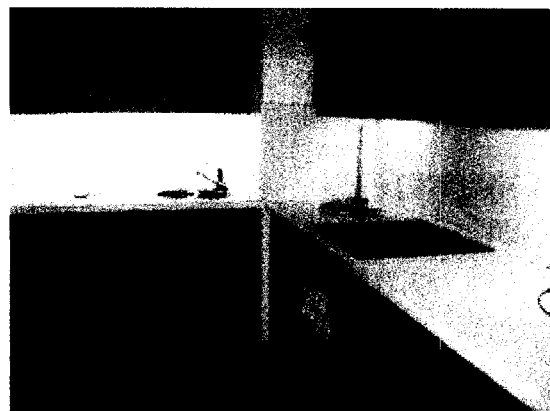
③ 医療サービス

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

㈱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 km²

人口：63,713,926 人 (2007)

政体：共和制

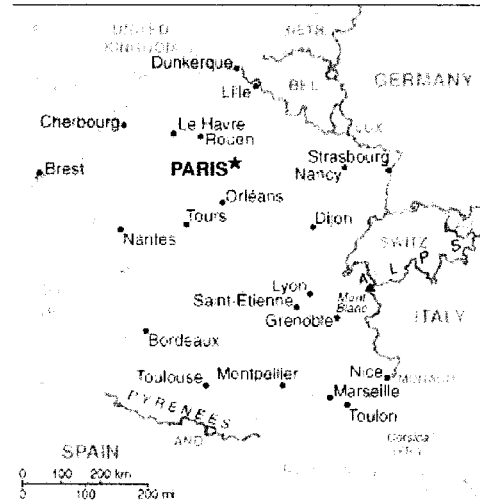
首都：パリ

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 km²、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ユーロに下げるなど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) ㈱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：9,826,630km²

人口：301,139,947 人 (2007)

政体：連邦共和制

首都：ワシントン D.C.

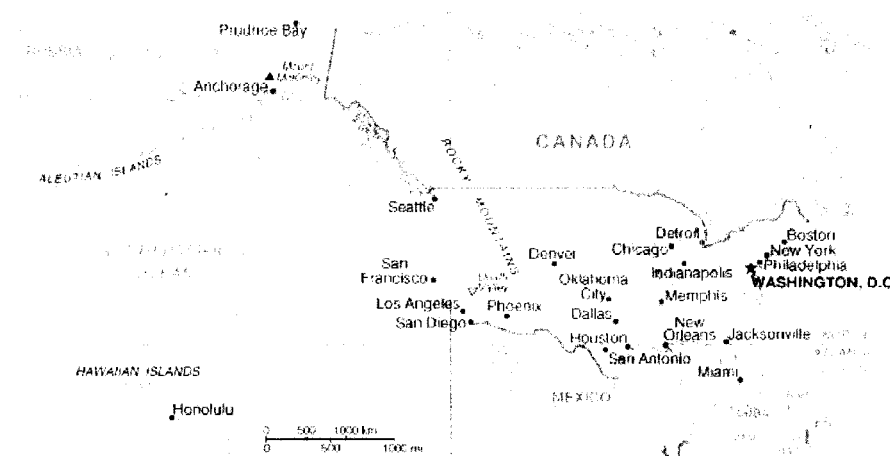
言語：英語 82.1%

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 km²、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。

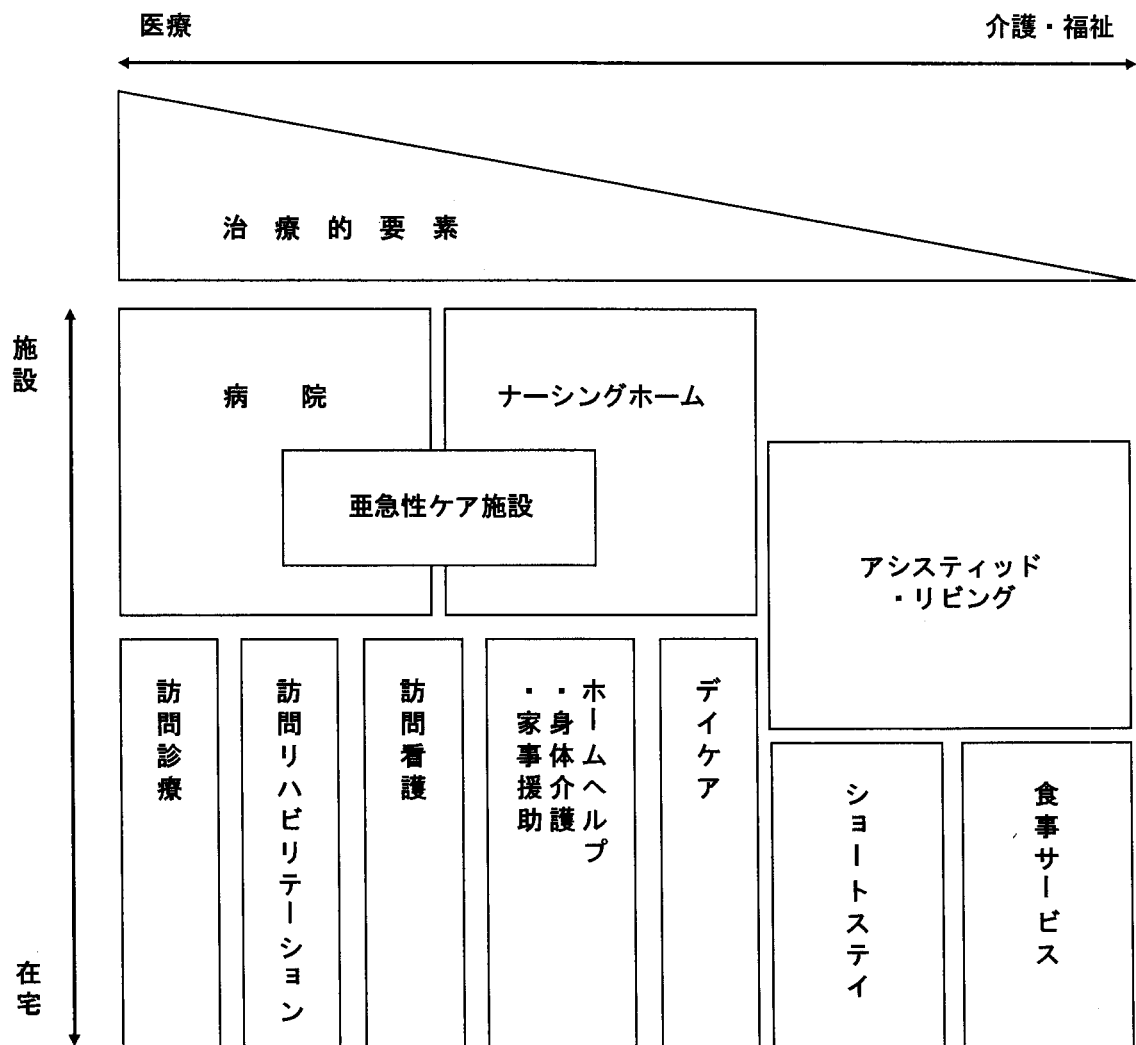
なお、民間介護保険は、契約方式からみて下記のような種類がある。

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」

図表 3-5-2 米国における高齢者の医療・介護サービス体系



(資料) 厚生労働省 2001『海外情勢白書 2000～2001年』

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。

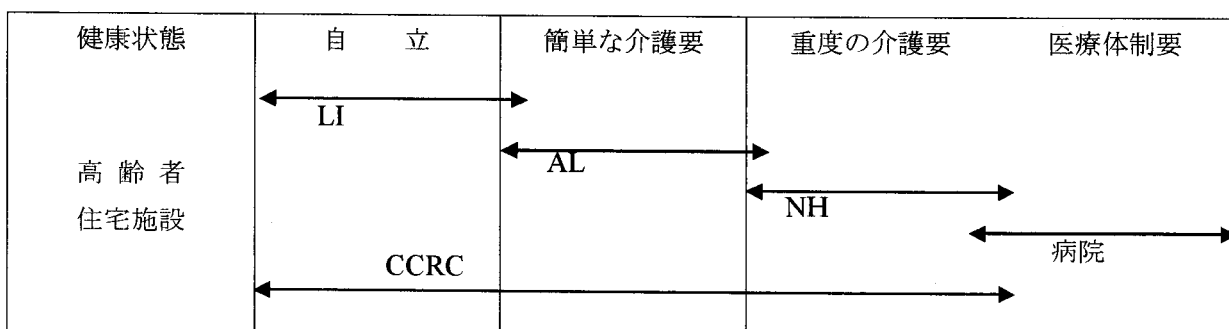
基本的なサービスとして、食事、洗濯、移動手段の確保、セキュリティシステム、施設内での医療サービスなどがあり、入居者が支払う通常の住宅コストに含まれている。施設内には、常駐医が配置され、24時間体制の巡回看護などもあり、緊急の医療処置についても対応可能である。

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～」