







# 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 <sup>2</sup>	43,094 km <sup>2</sup>	357,021 km <sup>2</sup>	547,030 km <sup>2</sup>	9,631,420 km <sup>2</sup>	378,835 km <sup>2</sup>
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="624 712 639 1196">施設系</td> <td data-bbox="639 712 1410 1196"> <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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 1196 639 1361">住宅系</td> <td data-bbox="639 1196 1410 1361"> <p>② サービスハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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> </table> <p>③ シニアハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>	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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。</li> </ul>	住宅系	<p>② サービスハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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>
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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。</li> </ul>				
住宅系	<p>② サービスハウス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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 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"> <li>・ ナーシングホーム、グループホーム等 2.3%</li> <li>・ サービスハウス等 4.2%</li> </ul>				

## 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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 数十人が集まる大食堂等の共有スペースが存在。</li> <li>・ 医師は常駐していないが、看護職員が常駐。</li> </ul> <p>② プライエポーリ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。)</li> </ul> <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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 外部サービスを利用しない入居者も存在。</li> </ul>
<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"> <li>・ プライエム 2.5%</li> <li>・ プライエポーリ、エルダーポーリ 8.1%</li> </ul>

### 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="517 640 636 1193"> <p>施設系</p> </td> <td data-bbox="636 640 1412 1193"> <p>① 完全入所介護ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>② 短期入所介護施設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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 636 1368"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="636 1193 1412 1368"> <p>③ 外部介護利用型居住等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> </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"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>② 短期入所介護施設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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"> <li>・ 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。</li> </ul>
<p>施設系</p>	<p>① 完全入所介護ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>② 短期入所介護施設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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"> <li>・ 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。</li> </ul>				
<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"> <li>・ 完全入所介護施設 4.0%</li> <li>・ 外部介護利用型居住等 1.1%</li> </ul>				

#### 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="486 705 614 1030"> <p>施設系</p> </td> <td data-bbox="614 705 1380 1030"> <p>① 長期療養病床</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護高齢者の長期療養施設。医師が常駐。個室が多い。</li> </ul> <p>② 高齢者ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 1030 614 1411"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="614 1030 1380 1411"> <p>③ 高齢者アパート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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>	<p>施設系</p>	<p>① 長期療養病床</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護高齢者の長期療養施設。医師が常駐。個室が多い。</li> </ul> <p>② 高齢者ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>	<p>住宅系</p>	<p>③ 高齢者アパート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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>施設系</p>	<p>① 長期療養病床</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護高齢者の長期療養施設。医師が常駐。個室が多い。</li> </ul> <p>② 高齢者ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>				
<p>住宅系</p>	<p>③ 高齢者アパート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <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（※） （※）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"> <li>・ 長期療養病床 0.7%</li> <li>・ 高齢者ホーム 3.2%</li> <li>・ 高齢者アパート 0.1%</li> </ul>				

## 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 1406 965"> <p>① ナーシングホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="501 965 624 1453"> <p>住宅系</p> </td> <td data-bbox="624 965 1406 1453"> <p>② アシステッド・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>③ インディペンデント・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> </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"> <li>・ 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。</li> </ul>	<p>住宅系</p>	<p>② アシステッド・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>③ インディペンデント・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
<p>施設系</p>	<p>① ナーシングホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>				
<p>住宅系</p>	<p>② アシステッド・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>③ インディペンデント・リビング</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>				
<p>3 財源・費用負担</p>	<p>○ 公的財源：メディケイト（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"> <li>・ ナーシングホーム 4.0%</li> <li>・ アシステッド・リビング等 2.2%</li> </ul>				



※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」

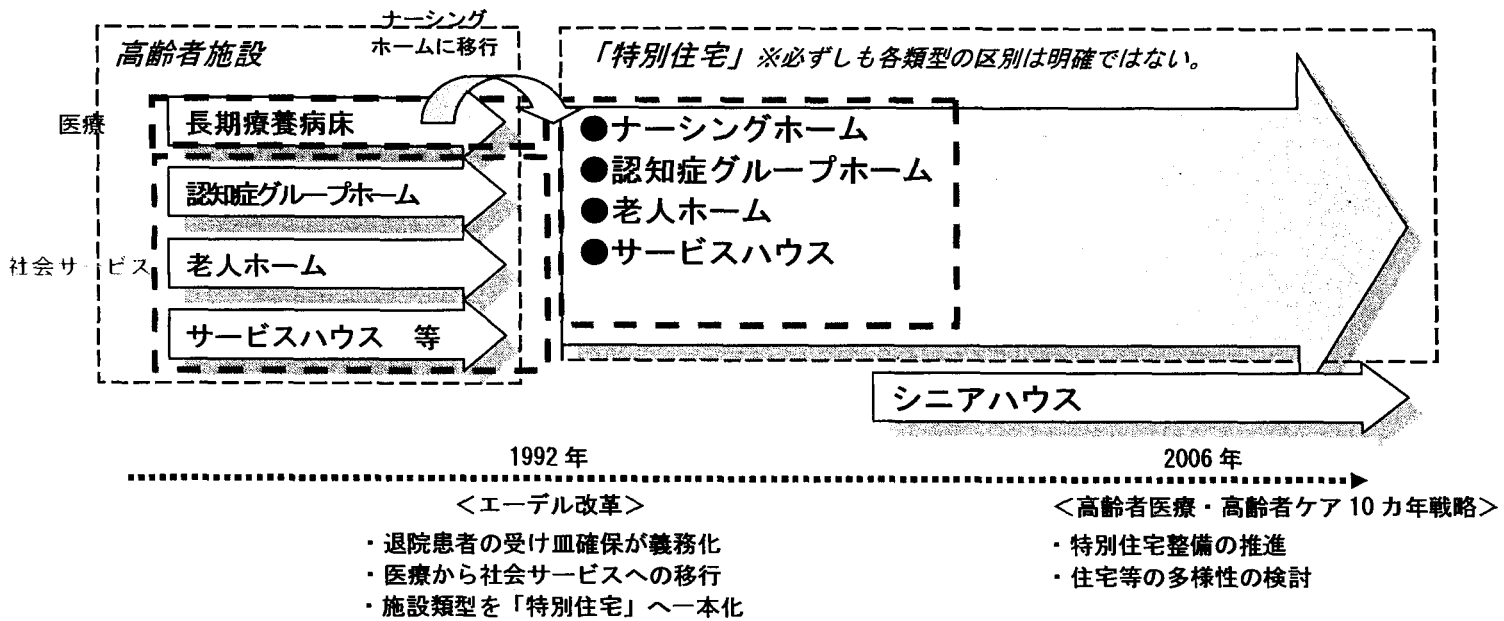
として一本化されたことにより、種々の住宅等の環境整備が進む。

- ・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＞



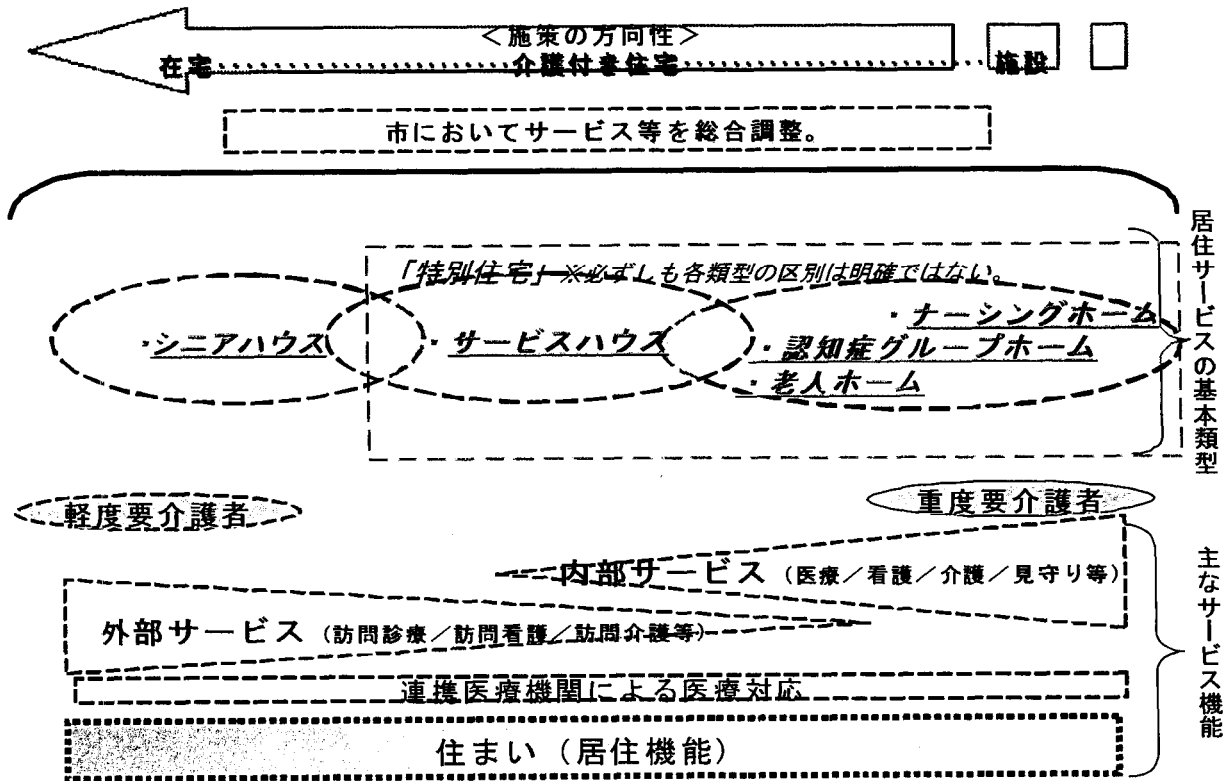
## 2 施設・居住サービスの体系 (図2参照)

- ・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。）