

フランスにおける医療と介護の機能分担と連携

松田 晋哉

■ 要約

フランスにおける高齢者ケアは歴史的に医療と福祉のそれぞれ別の枠組みで発展してきたために供給組織および制度が多様であり、そのために調整システムの欠落による包括性の欠如、負担と受益における利用者間の不平等、サービス提供の非効率性や地域格差などが問題となってきた。

1997年に導入された依存特別給付およびそれを見直した2002年の個人自立給付はそのような多様性を排除し、整合性のある介護サービスを提供しようとするものであった。しかしながら、医療との連携が不十分であるために、依然医療保険と社会福祉（介護）のそれぞれの制度で類似したサービスが提供されるという状況が続いている。

この問題を解決するためにフランス政府は医療と介護のネットワーク化を地方保健医療計画によって実現しようとしている。

また、地域の開業看護師が調整役として機能することで高齢者に対する総合的なサービス提供を行っていることもフランスの特徴である。

■ キーワード

フランス、高齢者ケア、個人自立給付、開業看護師

I はじめに

現在多くの先進国が少子高齢化の進行に伴い高齢者に対するサービスのあり方について検討を迫られている。具体的には、高齢化による医療と福祉の連続化・ボーダーレス化とそれに伴う総合的な高齢者対策の必要性の高まりにより、サービス提供体制とその財源のあり方の見直しが求められている。

フランスでは、福祉サービス（介護を含む）は租税を財源として地方自治体の責任によって、そして医療サービスは保険料を財源として疾病金庫（国が監督者）によって提供されるというわが国に類似の制度が構築されている。そして、わが国と同様、類似するサービスが医療と福祉（介護）の両方から

提供される仕組みとなっており、しばしばその整合性が問題となってきた。本論文で筆者に与えられた課題は「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」であるが、同国は必ずしもこのテーマについて先進的な事例とは言いがたい。しかしながら、サービスの種類と量は豊富であり、整合性には欠けるが総合的なサービスが提供されているという極めてラテン的な特徴を持っている。

他方、「議論の国」であるフランスでは、サービスの整合性と効率性を高めるための種々の試みも行われている。フランスの高齢者対策の課題の多くはわが国に共通するものであり、その意味でフランスの高齢者制度を検討することはわが国における今後の高齢者対策を考える上で参考になると思われる。本論文では著者がこれ

まで行ってきた現地調査の結果に基づいて、フランスにおける医療と介護について、特に高齢者対策についてその概要を紹介する。

II フランスにおける高齢化の現状

2004年における65歳以上人口比率は約16.4%となっている。居住場所別に見ると、65歳以上人口の94%が在宅居住者である。施設居住者の70%は80歳以上の高齢者となっている。要介護度の状況については、少し古い資料であるが、97年の調査結果によると75歳以上の在宅高齢者の5%が寝たきりで、7%が介助なしでは外出不可能という状態になっている(Marie, H., 1997)。

III フランスにおける高齢者対策の歴史

フランスにおける高齢者対策は、それぞれの時代の政治的枠組みの中で個別に整備されてきたものが多く、それが現在のサービスの多様性・非整合性の原因となっている。この節ではその発展過程を歴史的に説明する。

1. ラロック委員会報告

フランスにおいては伝統的に介護を必要とする高齢者のケアは家庭内で行われるか、あるいは身寄りの無い者についてはホスピスという収容施設において行われてきた。しかしながら、精神病者や浮浪者あるいは売春婦などの収容施設として歴史的に発達したホスピスにおける高齢者ケアの状況はケアの質の面でも、また高齢者の人権への配慮の面でも多くの問題があった。フランスにおける高齢者対策の端緒となったのは1962年1月のラロック委員会(高齢者問題研究委員会)報告である。同委員会報告は施設収容を中心とした施策により高齢者が社会の周辺に押しやられ、社会的に疎外されている状況を厳しく批判し、社会に積極

的に参加する高齢者という新しい概念を提示した。また、高齢者ができるだけ、在宅で暮らせるようにするためにホームヘルプサービス利用の一般化を提言するとともに、財源論としては行政の直接サービス(社会扶助)と社会保険方式の二本立て体制を確立することを求めた。

2. 1960～70年代：ラロック報告に基づく理念の具体化と対策の転換(藤森、1999)

1970年代前半まではフランス経済の順調な発展を背景として、ラロック報告に示された理念に基づいた高齢者対策が国の経済社会発展計画の中に明確に位置づけられ、また具体的に展開された。例えば、第6次経済社会発展計画(71-75年)では「高齢者の在宅維持目標達成プログラム」が取り上げられ、国・地方自治体・社会保障金庫が共同出資で在宅サービスのモデル事業を実施したり、あるいは高齢者の在宅生活を促進するための住宅手当が創設された。また、第7次経済社会発展計画(76-80年)においても「高齢者の在宅維持を促進する優先活動プログラム」が取り上げられ、ホームヘルプサービス、高齢者レストラン、高齢者クラブ、配食サービスなどの在宅サービスが整備される一方で高齢者集合住宅、老人ホーム、長期療養施設などの施設サービスも発展した。

3. 80年代以降：福祉国家の行き詰まりと高齢者政策の綻び

1970年代の2度にわたるオイルショックによる経済危機を契機として、若年者の雇用をいかに確保するかが政策課題となり、早期退職制度などが導入された。このような政策は受益者と負担者との不均衡を構造的にもたらすことになり、結果として社会保障財政を悪化させる要因となった。また、1983年には地方分権化法により医療は疾病金庫(国)、福祉は県という責任の分担が導入され、高齢者の身近な自治体によるサービス提供体制の確

立が図られたが、他方で後期高齢者の増加によって顕在化してきた「医療の福祉化と福祉の医療化」に対応する総合的政策推進を困難にする結果となった。特に、フランスの場合、類似のサービスを疾病保険、老齢年金保険、高齢者福祉制度、障害者制度など種々の制度の枠組みで、ばらばらに提供するシステムが歴史的に構成されてしまったために、総合的なサービス提供体制を再編することが困難となっている。

さらに1980年代をとおした経済状況の悪化によってフランスにおける失業率が増加し、これが職域連帯を基盤とした社会保障を維持することを徐々に困難にしていった。そして、この問題に対処するために全国民を対象として、職業収入、退職手当、失業手当、不動産収入、資産収入、および投資運用収入などすべての収入を課税対象とする一般福祉税(Contribution Sociale Généralisée: CSG)が導入されることとなった。現在、この一般福祉税は家族手当、老齢手当に加えて医療保障にもその財源として用いられるようになっている。

4. 1990年代以降：高齢者サービスの総合化の模索

1990年代になり、社会の高齢化はさらに進行し、後期高齢者の増加にどのように対応すべきかが重要な政策課題となった。そして、新しい時代における高齢者対策を模索する目的で高齢者を対象とした種々の社会調査が行われた。

例えば、GauthierとColvezの調査報告は、1990年フランスに居住する790万人の65歳以上高齢者のうち約19万人(2.4%)が寝たきり、約24.4万人(3.1%)が車椅子での生活、そして97.7万人(12.4%)が外出に際して第三者の援助が必要な状態にあると推計している(Marie, H., 1997)。そして、同報告では確かに要介護高齢者の割合は年齢とともに増加していくが、いずれの年齢階級においても70%以上の高齢者は自立していることを明ら

かにした。また、これらの報告は要支援高齢者の大部分が在宅で生活することを望んでいること、要支援高齢者の3分の1は子供家族と暮らしていること、在宅寝たきり高齢者および在宅で車椅子で生活している高齢者の大部分は家族によって世話されており、その3分の2は家族のみが介護資源となっていること、したがって介護者への支援が必要なことなどを明らかにした。

さらに、高齢化の進展に伴い、要介護状態になる年齢の上昇が観察されており、適切な在宅サービス提供体制が構築されれば、高齢化が施設ケアの必要性に与える影響は抑制できると考えられるようになってきた。そして、このような社会経済環境や高齢者対策に関する考え方の変化に伴い、フランスにおける高齢者対策は一方で社会的疎外と要介護状態の予防、他方で要介護状態にある高齢者とその家族への支援を推進する方向へと動くことになった。

IV 高齢者医療福祉制度の概要と近年の動向

図1はフランスにおける高齢者医療福祉の概要について高齢者を中心に示したものである。この図からは医療と福祉とが体系的に提供されている印象を受けるが、実際には両者の間にサービスの調整はなく、類似のサービスが異なる財源でばらばらに提供されている。この制度およびサービス提供者の多様性と調整の欠落がフランスにおける高齢者医療福祉制度改革の最大の課題となっている。

1. 高齢者医療福祉サービスに関連する主な公的組織

高齢者に対する医療福祉サービスに関連する公的組織としては、保健担当省、地方自治体、社会保障金庫がある。

(1) 保健担当省：保健担当省は高齢者対策の基本的な枠組みを制定する役割を担っているが、

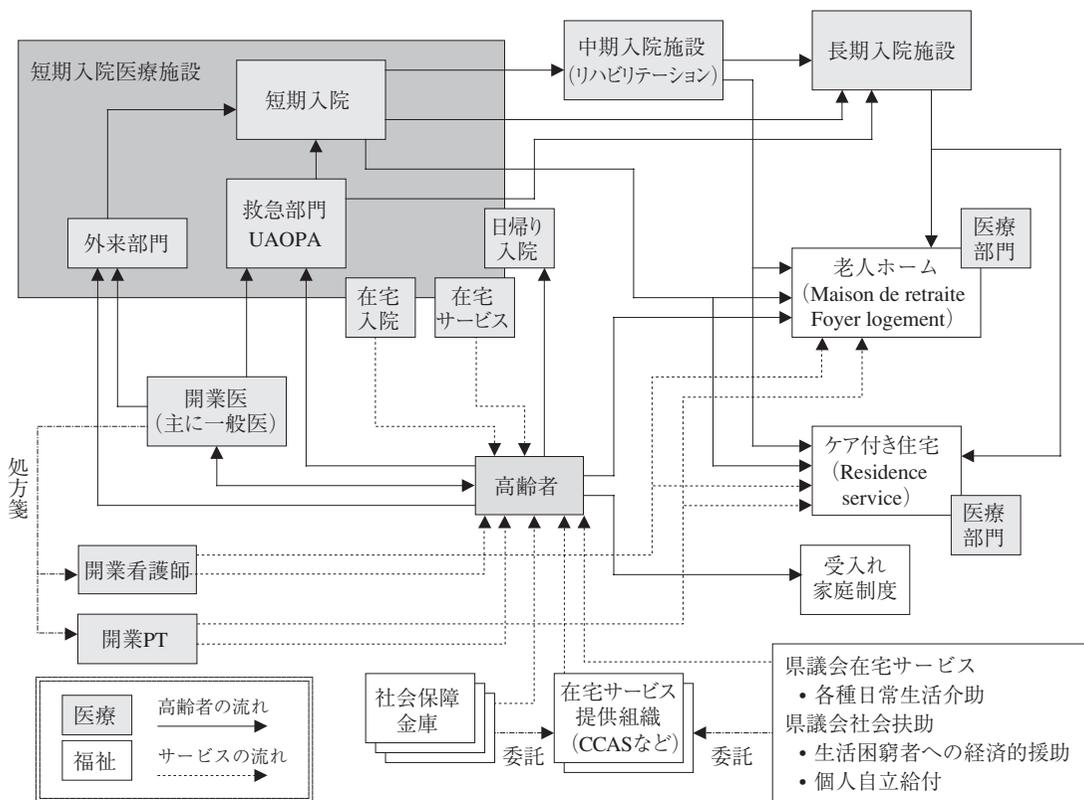


図1 フランスにおける高齢者医療介護の概要

特に保健担当省の福祉局 Direction de l'action socialeが重要である。しかしながら、サービス提供主体と制度の多様性を反映して、その他にも多くの部局が関与しているために省内・省庁間での調整は十分ではない。

- (2) 地方自治体：1983年の地方分権化法に基づく国から県への権限委譲によって、高齢者に対する医療扶助、社会扶助の提供は県の責任となっている。各県は県高齢者計画の策定が義務づけられており、また各県に組織されている県退職者・高齢者委員会(CODERPA)は高齢者施策を制定する上で重要な役割を果たしている。さらに、市町村レベルでは市町村からの補助金や一般からの寄付を財源とする独立法人である市町村福祉センター(Centre Communal des Actions Sociales: CCAS)が設立

されており、老人ホームなどの施設経営やホームヘルプサービスの提供といった直接サービスの主体となっている。

- (3) 社会保障金庫：高齢者に対する福祉サービスは措置制度の形態で提供されているため、一般高齢者に対する医療福祉サービスの保障は社会保障金庫の役割となっている。まず、疾病金庫は大きく分けて以下の3つのサービスをカバーしている：

- ① 医療施設における医療サービス費用、外来における医療・看護サービスおよび薬剤費用など
- ② 老人ホームにおける医療部門の経費(医療職・看護職の報酬、必要な医療材料費など)
- ③ 在宅における看護・リハビリテーションサービス

また、全国老齢年金金庫は保険料の0.9%を用いて加入者に対するホームヘルプサービスの提供あるいはその利用料の補助や老人ホームの建設を行っている。さらに、家族手当金庫は住居手当を高齢者に対しても支給している。わが国と異なり、フランスでは住居が社会保障の一環になっており、歴史的にもHLM(低家賃公共集合住宅)建設の過程で、高齢者向けの住宅が多く作られてきている。

2. 高齢者医療・福祉の主な関連法規

高齢者医療福祉に関連する主な法規としては病院改革法、社会福祉事業法、障害者基本法、地方分権化法、個人自立給付法などがある。

- (1) 病院改革法：1970年に制定された病院改革法(1991年改定)の中において長期療養施設と中期療養施設(=リハビリテーション施設)が定義されている。
- (2) 社会福祉事業法：1975年に制定された社会福祉事業法はいわゆる社会福祉施設の基準を規定すると同時に、県に地域福祉計画の策定を義務づけている。
- (3) 障害者基本法：1985年に既存の関連法律を統合する形で策定された障害者基本法では、身体、精神を問わずすべての障害者に総合的な対策を提供することを目的としている。後述のように、費用負担面での有利性などのためにかなりの数の高齢者が、この障害者基本法の対象となってサービスを受けている。
- (4) 地方分権化法：1983年の地方分権化法により従来国の責任で行われてきた高齢者への福祉サービス(医療扶助と社会扶助)が県の責任で行われることとなった。
- (5) 個人自立給付法：(後述)

以上のように種々のサービス提供主体が異なる法体系でコントロールされているためにフランスの高齢者対策は複雑で非効率なものになっている。特に1983年の地方分権化法によってサービス

提供体制の分断化が生じ、種々のニーズを持つ高齢者に対するサービスの調整が困難なものになってしまった。また、このようなサービスの分断化は全体として要介護高齢者対策に割り当てられる予算の不足につながり、サービスが量・質ともに不十分な状況をもたらした。このような現状の解決策を探るために策定されたのが後述の依存特別給付制度とそれに続く個人自立給付制度である。

3. サービス提供体制

ここではフランスにおける主要な高齢者医療福祉サービスを施設・在宅および医療・福祉に区分して説明する。表1は関連組織とその役割について整理したものであるが、類似サービスが異なる組織によって提供される複雑なシステムとなっていることがわかる。

(1) 施設サービス

① 医療施設

- (i) 長期療養施設：自立を失った高齢者のための医療施設(生活施設ではない)で、わが国の療養病床に相当する。医療に関する費用は公的病院の場合は総括予算、民間病院の場合は1日当たり定額で疾病金庫より支払われるが、居住に関する滞在費用は患者およびその家族の負担である。滞在費用が支払えない低所得者については、県の社会扶助により当該費用の支払いが行われる。
- (ii) 中期療養施設：急性期の医療を終了した患者が在宅復帰のためにリハビリテーション目的で入院する施設で、わが国の療養病床あるいは老人保健施設に相当するが、わが国に比較してよりリハビリテーション施設として特化している。医療費と滞在費の区分はなされておらず、両者を含めた費用が公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(た

表1 フランスの高齢者サービスの概要

国	県	市町村	老齢年金金庫	疾病保険金庫	家族手当金庫
単純手当 障害者生活補助員 小規模共同住宅 建設補助 個人自立給付基金	社会扶助 ホームヘルプサービス 施設利用料補助 食事サービス 家庭委託 補償手当 介護特別給付 個人自立給付 無料交通バス 緊急警報装置 配食	配食 緊急警報装置 高齢者レストラン 住宅改善 高齢者集合住宅 小規模ホーム	ホームヘルプサービス 利用料補助 在宅付添人 利用料補助 住宅改善助成 障害者第三者加算 手当 高齢者受入施設 建設融資	在宅看護サービス 中期療養施設 長期療養施設 日帰り入院 在宅入院	住宅手当

出典：藤森（1999）を改編

だし、患者の自己負担は別)。

- (iii) 老人科病棟：いくつかの一般病院では老人科病棟を設置しているが、常に満床状態で多くは老人性認知症の患者である。費用の支払いは公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(ただし、患者の自己負担は別)。
- (iv) 精神病院：老年精神科によるサービスは高齢者医療の中で最も現状に適合しているものであり、医療から福祉までの総合的なサービスが行われている。精神科医療における高齢者処遇の成功の要因としては、もともと精神疾患の患者をセクターという地域的枠組みにおける在宅・施設の有機的連携の中で、かつ医師のみならず看護職・福祉職などが総合的にかかわってきたという歴史的な条件がある。費用の支払いは公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(ただし、患者の自己負担は別)。

② 福祉施設

- (i) 老人ホーム(Maison de retraite)：わが国の特別養護老人ホームと同様、日常生活において何らかの支援を要する高齢者のための生活施設である。慢性期の安定した傷病(精神疾患を含む)を有する高齢者の医学的管理(一般的診療と看護サービス)を提供する医学部門を持つ施設もある。費用に関しては、利用料の上限額が県議会議長(わが国の都道府県知事に相当)によって決定され、各施設はその上限額を超えない範囲で自由に料金設定を行うことができる。一般的には各利用者はそれぞれの要介護度に応じて費用を負担する。後述の個人自立給付対象者の場合は、その給付決定額が自己負担額となる。低所得者は県の社会扶助により費用が負担される。併設された医療部門については、疾病金庫から定額払いで対象者数に応じた支払いが行われる。

フランスにおける老人ホームの問題点としては、施設入所者の高齢化に伴い医療ニーズが上昇しているにもかかわらず医療部門が不足しているために、老人ホームから医療施設に入院せざるを得ない高齢者が増えていることが

指摘されている。

- (ii) 要介護高齢者受け入れホーム (MAPAD: Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendentes) : 依存状態にある高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は80以下とされている。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (iii) 農村部高齢者受け入れホーム (MARPAD: Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées) : 農村部に居住する要介護高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は10~15に制限されている。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (iv) 認知症老人グループホーム (カントウ: CANTOU) : 重度の認知症老人を受け入れる小規模なグループホームで、監督役の寮母と数人の認知症老人が共同生活をする施設である。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (v) 集合アパート (Logement-foyer) : 原則として個室で自立した高齢者のための集合住宅で、わが国の軽費老人ホームあるいは有料老人ホームに類似した施設である。必要に応じて家事援助や食事などのサービスが提供されることもある。しかしながら入居者の高齢化に伴い医療ニーズ・看護ニーズの高い高齢者も増加しており、医療部門を併設する施設も増加している。費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。主なサービス提供主体は市町村である。
- (vi) 一時滞在施設 (les Résidences d'hébergement temporaire) : 病院からの退院直後や介護家族あるいは本人の状況などにより、一時的に在宅での生活が困難になった高齢者 (必ずしも要介護高齢者に限らない) を収容する施設である。わが国のショートステイサービスに相当する。ベッド数は15から25に制限されている。

費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。

(2) 在宅サービス :

入院・入所に代わるサービスとしてその発展が政策的に促進されてきた。フランスにおける在宅サービスの特徴としては、サービスが必要に応じて対象者の居宅のみならず高齢者集合住宅や老人ホームにおいても提供されることがあげられる。

① 在宅医療サービス :

- (i) 開業看護師による訪問看護 (Soins à domicile par les infirmiers libéraux) : フランスにおいては看護師が自宅で開業し、医師の処方箋に基づいて訪問看護サービスを行う制度が確立している。費用の支払いは疾病金庫から1件当たり定額で行われる。
- (ii) 在宅看護サービス (Services de Soins Infirmiers à Domicile: SSID) : 上記の開業看護師による訪問看護とは別に、医師の処方箋に基づいて調整役の看護師を中心として准看護師・看護師がチームで要介護高齢者の看護にあたる制度である。費用は定額制で疾病金庫から支払われるが、年間予算枠が地方単位で決められている。
- (iii) 在宅入院 (Hospitalisation à domicile: HAD) : 継続的医療サービスが必要な対象者に対して病院ではなく、患者の居宅で病院スタッフによって入院時と同様の医療サービスを行うというものである。費用は公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。
- (iv) デイケア (Accueil de jour) : 身体的・精神的障害のある慢性期の要介護高齢者に対してリハビリテーションサービスを提供するもので、わが国のデイケアサービスと同様である。費用

は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。

- (v) 日帰り入院 (Hospitalisation de jour) : 身体的・精神的障害のある慢性期の患者に対して日帰りで病院サービスを提供するもので、例えば放射線治療や化学療法、人工透析などがこの範疇に含まれる。費用は公的病院の場合は総括給付、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。

② 在宅福祉サービス

- (i) ホームヘルプサービス (aide ménagère) : フランスのホームヘルプサービスは掃除、買物、食事の準備といったいわゆる家事援助サービスである。低所得者の場合は、社会扶助としてこのサービスを受けることができる。扶養者義務は問われない。また、県議会議長が定める定額の自己負担も導入されている。使用時間には上限があり、国は月30時間までとしているが、県議会議長の権限でこの上限をあげることが可能である。

一般高齢者の場合は、老齢年金金庫が利用料の補助を対象者に行う。補助額は逓減制で所得が多いものほど少なくなる。後述の個人自立給付対象者はその給付額の範囲内でサービスを現物給付として受けることができる。使用時間に関しては被用者一般制度の場合月60時間(特別な場合は90時間)となっている。主なサービス提供主体は市町村福祉センターやアソシエーション¹⁾などの公益団体である。

ホームヘルパーになるためには特別な資格はいらないが、1988年11月30日条例により在宅援助資格証明書 (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile: CAFAD) が導入されている。この資格を取得するためには250時間の研修と120時間の実習が義務づけられている。

- (ii) 在宅付き添いサービス (Services de Garde à domicile) : 在宅付き添いサービスは本来、ホームヘルプサービスの補足として休日や夜間あるいはホームヘルプサービスの限度時間を超える場合に利用される目的で創設されたものである。しかしながら、料金が安いこと、障害者制度における第三者保障手当²⁾を使えば配偶者以外の家族員を被用者として契約ができ、税制上も優遇されることから近年在宅付き添いサービスがホームヘルプサービスよりも好んで選択されるようになってきている。在宅付き添い人になるためには特別な資格は必要とせず、失業労働者に雇用機会を提供するという労働政策にも活用されている。

- (iii) 受け入れ家庭制度 (le placement familial) : フランスでは講習などを受け一定の管理能力があると認定された家庭が、県との契約のもと血縁関係にない高齢者を受け入れて生活援助サービスを提供する制度がある。

- (iv) その他 : 各市町村では市町村福祉センターなどが主体となって、高齢者レストランおよび配食サービスの提供、緊急警報装置の貸与、老人大学・老人クラブの育成などを行っている。

4. 依存特別給付制度 Allocation Spécific

Dépendence と個人自立給付制度

Allocation Personnalisée d'Autonome

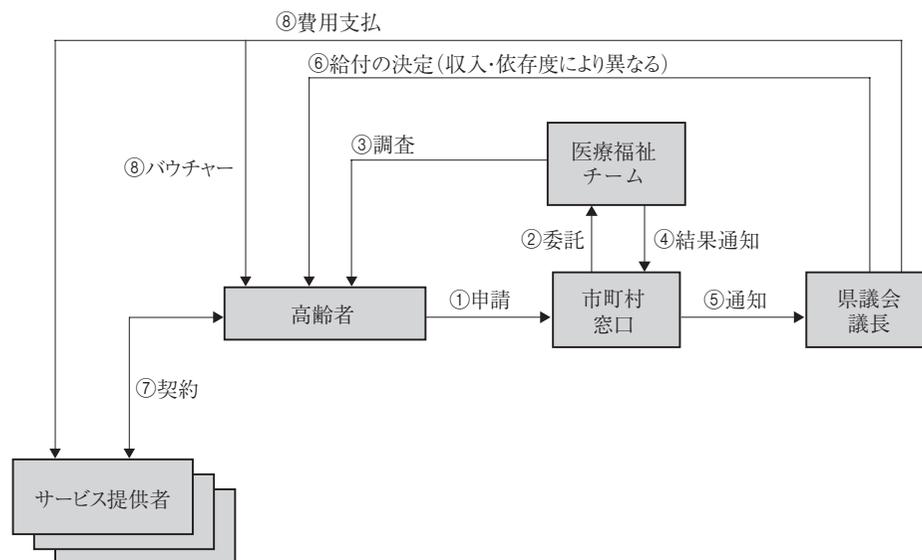
フランスにおける高齢者医療福祉制度の問題の多くは供給組織および制度の多様性に由来する。例えば、調整システムの欠落による包括性の欠如、負担と受益における利用者間の不平等(例えば、障害者制度の対象となる高齢者と対象外の高齢者)、要介護高齢者のニーズ評価の欠落とその結果としてのサービス提供の非効率性や地域格差などが問題点として取り上げられてきた。1991年に出されたBoulard報告書(国民議会委員会報告書)とSchopflin報告書(計画委員会報告書)は要介護

高齢者に関するこれらの問題を正面から取り上げ、既存の給付や手当を統廃合した新しい社会保障制度を作ることを提言した。そして、この提言を受けて要介護高齢者に対して医療福祉の総合的なサービスを提供するための新しい枠組み作りに関する社会実験がIlle-et-Villane 県などの15の地域で行われ、その検討結果を踏まえて1997年1月24日「依存特別給付制度 Allocation Spécific Dépendence」法案が成立した。

この依存特別給付はあくまで低所得高齢者(60歳以上)を対象とした社会扶助で、日本やドイツのようなすべての要介護高齢者を対象とした一般的な制度ではなかった。制度利用には所得制限があり、単身者の場合には月の収入が6000フラン(当時)³⁾、夫婦者の場合は1万フラン(当時)以上の場合、介護給付制度を使うことはできなかった。したがって、制度対象外の要介護高齢者については、従来の制度でカバーされる仕組みとなっていた。

表2 フランスにおける要介護認定基準 La grill AGGIR

GIR 1	(最高度の要介護者)	身体的・精神的にすべての自立を失い、他者による永続的な介入を必要とする者
GIR 2	(高度の要介護者)	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者、あるいは精神的自立は失われているが身体活動は維持されているもの
GIR 3	(中等度の要介護者)	身体的自立の面で相当程度の日常的援助を必要とする者
GIR 4	(身体活動に問題のない者)	起居、衣服の着脱、食事に援助を必要とする者
GIR 5	(軽度の要介護者)	限られた援助を必要とする者
GIR 6	(自立した者)	自立している者



注: 給付には所得制限がある。単身者で6000F(当時)、夫婦者で10000F(当時)、給付上限額は5595F(当時)。個人自立給付では枠組みは同じでこのような制限がなくなった。

図2 依存特別給付制度の概要

図2は依存特別給付制度の手続きについて示したものである。低所得高齢者(例えば月に5千フラン程度の老齢最低所得給付対象者など)が要介護状態になった場合、本人およびその家族あるいは後見人(多くの場合市町村長)が依存特別給付の申請を市町村の窓口に行く。次に市町村の委託を受けた医療福祉チーム(一般医、看護師、ソーシャルワーカーなどから構成される)が利用者宅を訪問しAGGIR評価表(表2)によって要介護度の評価を行う。この結果が市町村を通して県議会議員長に行き、AGGIR評価で1度から3度までの者が給付の対象となる。

給付は原則として現物給付であり、利用者の収入と依存度に応じた利用料が直接サービス提供者に県の社会扶助を財源として支払われる。また、この依存特別給付制度は社会扶助であるため、もし当該高齢者が30万フラン(当時)以上の遺産を残した場合、かかった費用はその遺産から回収されるシステムとなっていた。

このように、フランスにおける依存特別給付制度は対象者を低所得者に限定した部分的な要介護高齢者対策であり、わが国やドイツのような普遍的な制度とはなっていなかった。

その後、この依存特別給付に関してはいくつかの問題点が明らかとなり、その改革が課題となってきた。特に、対象収入が高すぎるために一般の高齢者に使いにくい制度になっていること、死後の費用返還の仕組みがあることなどのために重度の要介護高齢者に利用者が偏りすぎ、結果として利用者が少ないことが問題となった(2001年1月時点で135,000人、ちなみにサービスが必要な高齢者は約800,000人と推定されている)。さらに給付水準に県による大きな差があることが問題となった。

このため保健担当省の依頼を受けたGuinchard-Kunstler女史の委員会での検討を踏まえて、全国共通の給付制度である個人自立給付(Allocation Personnalisée d'Autonomie :APA)が依存特別給付に

代わって2002年1月に導入された。その主な内容は以下のとおりである。

- (a) 普遍的で客観的な給付：AGGIR評価表に基づく要介護度および所得水準に応じて全国統一の基準により給付を行うこととし、県による格差を解消。これにより対象者の範囲も所得に関係なく一般化された。なお、死後の遺産からの費用の回収も廃止されている。
- (b) 社会連帯原則に基づく財源の見直し：従来どおり社会福祉制度の一環として行われるため、主たる財源は県の公費であるが、それを補完するために国レベルで個人自立給付基金が創設された。この基金の財源は一般社会拠出金の一部と老齢保険制度からの補助金である。
- (c) 給付の申請手続きは依存特別給付制度と同様で、対象者およびその家族が県議会議員長に申請した後、医師およびソーシャルワーカーの訪問調査を受け、その結果に基づいてサービスの提供が開始される。

個人自立給付については依存特別給付に比較して認定および給付における県ごとの差が少ないこと、および給付条件が良いことから、その利用者が急速に増大し、一部ではその財政問題が議論の対象となっていた。しかしながら、2003年夏の猛暑で老人ホームや在宅の虚弱高齢者が多く死亡したことで、政府はその対策のまずさについて批判をあげるようになった。以前から老人ホーム入所者の医療ニーズの増大が課題となっており、個人自立給付利用者についても、ホームヘルプサービスなどの介護サービスは提供されるものの、医療サービスとの連携が不十分であるとの批判があった。このような批判にこたえるためにフランス政府はドイツやわが国と同様の介護保険制度を創設することの検討を開始している。その財源としては、ドイツと同様、国民の祝日を1日返上することによって保険料収入を確保する方針が検討されているようである。

5. 医療と介護との連携

以上説明したようにフランスの医療と介護(福祉)はそれぞれ別の枠組みで発展してきたために、それぞれのサービスが整合性のある形で提供される体制にはなっていない。例えば、医療および介護面でのニーズが類似した高齢者が、ある者は老人

ホームでケアを受け、またある者は長期療養病院でケアを受けるということが普通に生じており、両者の間で自己負担の面で大きな差が生じている。

しかしながら、いくつかの地方ではこのような問題を解消するために地域保健医療計画の枠組みの中で両者の連携を図る試みも行われている。例え

表3 フランスブルターニュ地方保健医療計画におけるリハビリテーションケアの記載

急性期医療との継続性を考慮して、リハビリテーションケアは地方医療計画の中で組織される。リハビリテーションケアの計画は近接性、対応の適切性と質の目的に応えるものでなければならず、領域ごとに組織化の共通の原則を定めるものである。

1) 組織化の原則

① 目的

ブルターニュ地方全体ではSSR領域に関して600床の過剰病床があり、また地域的な不均衡がある。

特殊なリハビリテーションサービスと近接性のある一般的なサービスとを区別した上で、地理的に最適な分布を保障する。

対象者の病状や病気に応じて最適のリハビリテーションケアが受けられように補完性を発展させる。ネットワーク化(リハビリテーションセンターを中心に、病診連携、医療と社会医療部門)の推進を図る。

ニーズにあった質の高いサービスを提供する。そのためにネットワークの中でサービスを受けている患者のフォローアップを行い評価を行う。入院医療に代わるサービス(週単位入院、日帰り入院など)を発展させる。地域のニーズに応える形で施設の転換(リハビリテーション病院から高齢者向け福祉施設、高齢者のリハビリテーションにあった施設などへの転換)を行う。また、このような体系化においてはサービスの継続性に留意する。

② ケア部門における原則

リハビリテーション部門の使命は対象者が通常の生活に戻ることに、障害者となる前の状態にできるだけ近いレベルまで能力を回復すること、最大限の心身的、職業的、社会的自立を享受することを可能にすることである。

対象となる患者は自立性を失う可能性がある、あるいは医療的ケアの期間が伸びる可能性のある者である。対象者の受け入れにおいては以下の手続きが必要となる。

- i. 入院(入所)要求時: 主要医学的所見に関する診断書を作成し、リハ部門に提出
- ii. 入院(入所)時診察: リハ医の診察により状態の把握を行い、治療の目的を設定
- iii. 入院時: 系統的医学的診断の上、個々の患者と個別の目的を策定し、それを治療計画書にまとめ上げる。
- iv. 入院中: 定期的評価
- v. 退院計画の策定
- vi. 退院時: 退院時サマリーを作成し、退院後の継続診療を行う医療職に送付

【ネットワーク】: すべてのリハビリテーション施設はネットワークを形成しなければならない。このネットワークは急性期病院(リハビリテーション医療への入り口)から在宅介護組織までを含むものである。このようなネットワーク形成により、各患者に対して、その居住地において継続的かつ質の高いリハビリテーションサービスの提供が可能になる。

【評価】: すべての医療施設は公衆衛生法典の規定に従い、そのサービス体系の質について自己評価を行うことおよび第三者評価を受けることが義務づけられている。

2) 行動計画

行動計画においては、地方内の各セクター(わが国の二次医療圏に相当)ごとに施設機能の再配分、ネットワーク形成などが、施設の実名および実施期限とともに記載されている。

ば、フランス北西部のブルターニュ地方の保健医療計画では、リハビリテーションを連携のための中核として表3のような取り組みが行われている。

ここで重要な点は脳血管障害や骨折といった要介護状態の原因となる傷病を持った高齢者の多くがリハビリテーション施設を経由することを活用して、これらの施設に医療と介護との連携機能を持たせようとしていることである。すなわち、リハビリテーション施設にケアマネジメント機能を持たせ、そしてそのための情報の標準化とその人材（ソーシャルワーカー、OT・PTや看護師など）の配置が行われている。

また急性期病院における高齢患者の適切な診療と早期退院を促進する目的でレンヌ大学病院などでは老年科医師が院内コンサルト的に働いて、他科の医師の診療を補助する試みも行われており、その効果に関心を集めている。この試みは専門分化した医療の中で、当該診療科の医師がその専門領域のみに関心を集中し、高齢患者の持つ複合的な健康問題を総合的に見ることが出来ない、そして結果として療養の質の低下と入院の長期化をもたらしているという反省のもとに行われているものである。

さらに、地域保健医療計画を行動計画化し、記載されたネットワーク作りのための具体的な工程とその実施期限が記載されている点も重要である。

ところでフランスにおける医療と介護との連携を考える上で非常に重要な役割を果たしているのが開業看護師である。医師の包括的処方を受けて、開業看護師は高齢者の自宅や老人ホーム、その他の居宅系の施設に赴き褥そうのケアや入浴介助などの看護サービスを提供する。しかしながら、開業看護師の仕事はそれにとどまらない。経済面などの社会的援助が必要であると考えられるケースの場合は自治体のソーシャルワーカーに情報を伝達し、より専門的な医療が必要な場合はその橋渡しも行っている。整合性のない制度の中でフットワー

クの軽い開業看護師が存在することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供できている点まさにフランス的な特徴であるといえるだろう。

わが国においてもこのような役割を看護師が担うことが望ましいのではないかと筆者は考えている。これまでのところ訪問看護ステーションなどの在宅サービスの担い手がこのような機能を十分には果たしきれていないのが現状であるが、今後、わが国の医療提供体制が在宅ケア重視にシフトしていくことを考えると、例えば、フランスの開業看護師のようなよりフットワークの軽いサービス提供体制の導入可能性について検討することが必要であると考ええる。

ところで老人ホームなどの福祉施設においては、入所者の高齢化と障害の重度化に呼応して医療ニーズが高まっており、それにどのように対応するかが課題となっている。これまでは老人ホームなどの一部定数を「医療化」することで、予算制のもとで医療保険と契約している開業医（多くは一般医）によって提供される仕組みが取られてきたが、医療を必要とする施設居住高齢者の増加により、新しい仕組みが必要となっている。具体的には、老人ホームやその他の福祉施設を在宅と位置づけた上で、重度要介護高齢者に対する医療を介護やその他の福祉サービスとともにチームによって提供する仕組み（ネットワーク）が「社会医療」という別の枠組みで提供する試みが行われている。これはイギリスのSocial Care Trustに近い考え方であり、今後の展開が注目される。

V まとめ

本論文ではわが国と類似の社会保障制度を有するフランスにおける医療と介護の連携について、その制度を中心に説明した。高齢者対策における医療と福祉の連続化は後期高齢者の増加する先進諸国に共通する現象であり、それを福祉と医療

という別々の枠組みではなく総合的に対処していくシステムが各国で模索されている。社会保険制度に基礎をおくフランスにおいて、ドイツやわが国と同様、要介護度の評価とそれに続くケアマネジメントのシステムが導入されている点は興味深い。

しかしながら、複合的なニーズを持つ高齢者対策を医療については社会保険制度、そして介護については租税制度というように区分して行うことには限界があり、その意味で両者の折衷的な仕組みが、社会保険制度を社会保障の基本としている国においては、社会的、文化的そして財政的にも受け入れられやすいのかもしれない。したがって、同様の制度を有するわが国が当初から税金と保険料を半分ずつ財源として投入し、しかも所得に関係なくすべての高齢者を対象として介護保障制度を現物給付で一般化したことは国際的に見ても画期的であるといえるのかもしれない。

他方、サービス提供体制は依然医療と介護とに分断されており、その整合性がフランス・日本両国の課題であり続けている。この点、医療・介護保障を短期ケアと長期ケアとに分けて、長期ケアについて介護・医療を一本化して提供する体制となっているオランダはわが国やフランスにとって参考となる国であろう。ここではその詳細については説明しないが、興味のある方は医療経済研究機構から出されている報告書を参照していただければと思う(医療経済研究機構, 2006)。

現在、フランスはその整合性の確保を地域保健医療計画の中で達成して行こうと考えている。この際、その中心的役割を担うことが期待されているのがリハビリテーション施設とそこで働く医療職・福祉職である。わが国の医療・介護制度においてはリハビリテーションの位置づけがいまひとつ明確ではないが、今後医療計画の中でそのあり方を改めて考える必要がある。例えば、現在、わが国でその導入が試みられている地域連携パスの策定に際しては、急性期医療とリハビリテーション医

療そして慢性期のケア(施設および在宅における医療と介護の両方を含む)を総合的に考える必要があるが、これは医療計画の中に介護サービスも含めた記載を行うことを要求する。

また、フランスの場合、整合性のない制度の中でフットワークの軽い開業看護師が調整役として機能することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供できている点も参考になるであろう。サービスを受ける側の視点から考えると、医療と介護が明確に区分されてしまうより、ある程度の重なりがある方が安全である。その意味で開業看護師制度はフランスの複雑な制度の安全弁として機能していると考えられることもできる。

最後に、フランスにおける今後の要介護高齢者対策を考える上で大きな検討課題になるのが障害者施策と高齢者対策との整合性である。要介護高齢者対策を再編していく上で、普遍化がより進んでいる障害者施策の存在が、ある意味において介護保障制度の一本化の障害となっているフランスの現状はわが国の今後の施策を考える上でも示唆に富むものである。現在、わが国においても障害者自立支援法により、そのサービス体系の見直しが行われ、提供体制としては介護保険制度に近いものとなっている。しかしながら、その財源のあり方や医療と福祉サービスとの整合性については検討すべき課題が多い。その意味でも、フランスにおける制度の概要を検証することは参考になるであろう。言語の壁があるために日本にはなじみの少ないフランスの制度であるが、この小論を読まれた方が少しでも同国の制度に関心を持っていただければ幸いである。

注

- 1) アソシアション：複数の者が利益を分配すること以外の目的において知識および活動をともにするという団体契約によって成立している非営利社団法人。
- 2) 第三者補償手当：障害率が80%以上で、日常基本行為に対して第三者による援助が必要な20歳以上の障

害者に、その援助費用を補償する手当として支払われる。この第三者補償手当に関しては、利用者の死後における遺産からの回収制度がないために、要介護状態となった高齢者がこの手当を受給するということが一般化した。

3) 1フラン=約20円(当時)

参考文献

医療経済研究機構 2005『オランダ医療関連データ集【2004年版】』

藤森宮子 1999「社会福祉の現状 I 高齢者福祉」『世界の社会福祉 フランス イタリア』(仲村優一, 一番ヶ瀬康子編)旬報社, pp.29-63

Henriette Marie, 1997. Les personnes âgées et la dépendance, La protection sociale en France (Crucifix I, ed), La

documentation française (Paris), pp.25-30.

松田晋哉 1993「フランスの公衆衛生行政」『日本公衆衛生学雑誌』第40巻, 第5号, pp.398-412

松田晋哉 2000「フランスの要介護高齢者対策(上)」『社会保険旬報』No.2079, pp.6-10

松田晋哉 2000「フランスの要介護高齢者対策(下)」『社会保険旬報』No.2080, pp.10-15

松田晋哉 1995「フランスの地域精神保健システム」『病院管理』第32巻, 第4号, pp.39-48

松田晋哉 2003「フランスの中期入院医療施設について」『病院』第62巻, 第12号, pp.1000-1003

松田晋哉 2004「フランスにおける地域医療計画の動向」『社会保険旬報』No.2197, pp.22-27

(まつだ・しんや 産業医科大学教授)