

## 要介護老人の処遇——フランス

松村 祥子  
(群馬大学助教授)

我国に較べて人口の高齢化現象の到来<sup>1)</sup>が早かったフランスにおいても、要介護老人への福祉サービスが本格的にとり上げられるようになったのは、1960年以降である。近年の傾向として、60歳～75歳人口割合が安定しているのに対して、75歳以上人口が増加し特に85歳以上人口の伸びが目立つ。1975年に50万人、1980年に58万人、1990年には80万人と、20年間に倍増している老齢後期の老人数は、とりもなおさず、種々の介護の必要性を表わしている。

現在のフランスの要介護老人の処遇の方向と決定しているものに次の三つがある。第一には、高齢者問題研究委員会報告により出された高齢者の生活資力の増強、社会参加、在宅維持のための施策の勧告<sup>2)</sup>がある。第二には、1981年に誕生したミッテラン社会党政権による老人政策の改革、すなわち、地方分権化政策の下での高齢者福祉の県への移管がなされ、各県には、高齢者に対する調整員の配置と、退職者・高齢者委員会が設置されるようになったことがある。第三には現在のフランスの社会経済の基本動向をきめている第9計画(1984年—1988年)の最優先計画として老人対策株に、

施設介護に代わるものとして要介護老人の在宅処遇が強調されている点が挙げられる。

以上の三つの方向からも明らかなように、フランスの要介護老人への福祉サービスにおいては、“*Service de soins infirmiers a domicile*”<sup>3)</sup>の四つの文字、すなわち“在宅看護サービス”とは何かを中心課題にしてきている。それは、長い間、旧来の形の養老院(Hospice)や病院への収容救済を主な形態としてきたフランスの要介護老人対策の大きな転換を意味している。現在65歳以上の高齢者のうち、施設生活者は約6%であり、成人した子供との同居も稀であるため、当然、社会的介護へのニーズは高い。80歳以上の人で、身体的自立能力を維持しているのは、25%、部分的に自立不能である者50%、そして25%は完全に自助不能であるといわれている<sup>4)</sup>。施設に入っている人でも、15万人の高齢者は、快適な状態におかれているとはいえず、家庭で生活援助や、看護援助が受けられれば、その方を望んでいるとも報告されている。

## I 在宅看護サービス

では、一体この在宅看護サービスとはどんな内容で考えられているのだろうか。高齢者担当庁のフランチェスキー(J. Franceschi)氏は、次の四点から述べている<sup>5)</sup>。

第一の“サービス”については、介護の継続性、効率性を強調し、チームワークであることの重要性を説く、1ケースにつき少なくとも3人の看護婦の交替、それを補う介護人(aide-soignantes)の存在がなければ、1年間通してのサービスは保障されない、そしてこの事業の財政、行政の元締めとなる社会福祉事務所、健康センター、老人施設、看護サービスをする人を組織化するための協会が必要であり県がそれをバックアップすること、この看護サービス組織の対象地区は、数十人の高齢者を含む地区、例えば、大都市の一つの小区、小さな市町村単位がのぞましい、第二の“介護技術、処遇の内容が問題である。床ずれや、注射の処置、心臓血管系の病気の監督、薬の処方上にも数々の問題が生じる。大抵の場合は一昨日一時間位の処置で済み、看護婦が責任をもつが、場合によっては介護人によって行われることもある。原則として週に数回実施されるが、事情によっては日曜・祭日も含み、一日に二回というケースも出てくるだろう。看護サービスの指示をする人は医師であるが、患者はこの医師を自由に選ぶことが出来る。この在宅医療の費用は、主に医療保険金庫から出される。

第三の“看護サービス”(Des soins infirmiers)で問題になるのは、保健衛生

的ヘルパーではなく、実質的に入院に代わる準医療の責任の問題である。自由な身分の看護婦の活動が、重要である一方、運動療法士、発音矯正士、作業療法士の活動との連携が必要である、このサービスは高齢者の住む所で行われる。それは、個人の家であったり、マンション型老人ホームであったり、公私立老人ホームであったり種々である。

第四の支払いは誰がするのかという点では、医療保健又は医療援助である。

県単位の基準額を決めて、社会保障金庫からと、その補足としての社会援助金から支払いがなされる。

このように要介護老人の在宅サービスの第一の柱は、在宅医療援助であるが、他に家事援助がある、家事援助は在宅生活の維持にとって大切で、家事援助人の派遣、自宅又はレストランでの食事サービス、家事援助金の支給等がある。これらのサービスは、社会福祉事務所、自治体連合会、社会福祉センター、又は関係団体によって組織されている。家事援助は、健康のいかんと問わず与えられ、家事・買物掃除など物理的援助を要する高齢者が出来るだけ長く自宅で生活することを目ざしている<sup>6)</sup>この家事援助を受けるにあたっては、一定の所得制度はあるが、1977年以降は扶養義務者についての調査は一切行わないことになった。しかし、1983年以来、受給者の費用分担及び相続財産からの差し引きが行われるようになっている。ミッテラン政権成立の際も、2万人の家事援助人の増加が約束され現在では、5万人以上の人が活動してい

る。この家事サービスの制度は、「孤立した人々への安心感」を与えるものとしても、独居老人の多いフランスでは、効用の大きいものであろう。

その他高齢者の緊急事態に対し電話連絡網で呼び出し通訳する試み (Télé Alarme) や郵便配達夫が独りずまいの高齢者を週に3回訪問する試みなども地方ではおこなわれている。

このように、要介護老人にとっては、医療的なもの (le médical) と社会的なもの (le social) を分離することが難しく、特に、施設に収容された場合、本来回復する筈の社会的な自立能力も停滞・減退してしまうという危険性も大きい、勿論、在宅サービスによって施設不要論にはつながらないが、事実上、65歳～75歳の人口の1.5%しか老人ホームに入っていない状態で、個人の家をはじめマンション型老人ホームや、中期や短期の滞在施設、短期収容施設においても、病院にいるのと同じような医療・生活サービス体制を整えることが大切である。更に、85歳以上の老人をかかえる子供の年齢も高齢化し、都市化社会では、3世代の連帯は、近居、隣居でも難しくなっている。

## II 医療と福祉の境界の“在宅入院制”

こうした状況の中で医療と社会的援助をめぐって、1970年以降特に老人学研究所を始めとして種々の研究がなされてきた。そして、保健医療と福祉サービスの分離が叫ばれたのにもかかわらず現実の矛盾は増々

大きくなった。病院が老人の避難所になっていることから、医療保険の財政的危機という点からも、福祉と医療の共有案が望まれ、医療の社会化という点からも在宅サービスに注目され出てきたのが、第9計画の中のH.A.D (L'hospitalisation au domicile) である。“在宅入院制”といわれるこの考えは、社会経済審議会でJuskiewenskiによって提案された。このH.A.Dは施設介護に代わるものとして強調され、在宅看護サービスとの関連でいえば、次の三段階の広義のサービスの第三番目にあたる。すなわち看護婦が介護人と同じような保健衛生サービスをする第一段階、腸管外の治療、包帯交換、床ずれの処置などの第二段階、重い疾病をかかえた病人の治療をする第三段階がある<sup>7)</sup>。この在宅入院制は、病院と家庭医の間の中間的医療形態をとり、病院の社会への開放につながる施策で、家族にとっても遠くの病院迄通う必要のない好都合のものだと強調されているが、果してその真価はどうであろうか。ここでは、精神医学上の介護は、精神科医にまかせ、施設介護として残すが、他の疾病の高齢者については、最小限の病院収容にとどめて家庭に戻す方向が出されている。

このHADが出てきた背景をみると、フランスの病院の近年の諸問題が浮き上がってくる。つまり、1963年以来充分と考えられてきたフランスの病床数は、その後の15年間に74,000床増加したにもかかわらず、患者の病院滞在日数は、1963年の19日から1980年には10日に減っている。しかもこの病院滞在日数の減少は、他の社会的ケアを伴っ

ておらず、退院した人の医療上、生活上の問題が出ている。そこで、1981年～1982年にかけてはじめて提案されたこのH.A.Dは、病院での長期滞在を切り上げ、短期又は中期の滞在から引きつづき、出来るだけ、ケアの継続性と老人の社会的適応の両立を可能にする方策としてとり上げられた。フランスのH.A.Dはアメリカのホーム・ケアと異なり、病院の医師によるケアにとどまらず看護サービスやリハビリテーションサービス迄広範囲のものを含むことに特徴があるといわれている。例えば、どんな病気の人が対象になったかを見ると、1981年に43%は癌の患者、20%は心臓病患者、12.5%は骨折を含む運動失調症の人がH.A.Dの対象となった。H.A.Dのサービスは年齢を制限していないが62.8%は65歳以上の老人であり、パリでは受給者の平均年齢が75歳となっている。費用は医療保険で支払われている。しかし費用算定が大変難しく、地域によってその額がさまざまである。H.A.Dに関係する人は医師、看護婦、介護人、マッサージ士等々であり、介護用品、薬、検査、X線費用等も、従来の病院におけるケアと同じである。このH.A.Dはパリを中心に進んでいるが、また一般の普及は進んでいない。それは、この制度が、まだ多くの解決すべき課題を抱えている為でもある。例えば、第一に医療責任はどこにあるのかという点である。自由に医師を選べる権利は患者の特権であるが、ケアのチェーン化は、責任の範囲を困難にする。第二に、住居の質の問題である。個人の住居又は、中間施設的な住居であっても、それが本当

に病院と同じ衛生環境を保てるかどうかに大きな疑問が残る。

H.A.Dにより病気の早期回復と順調な社会適応をした成功例も多いが、看護婦と介護人、家事援助人の職務分担、チームワークの結び方にも問題が生じやすいし、対象者や家族、近隣の人々の保健医療教育の必要性も不可欠であるだろう。

### III. 施設収容の諸形態

集団収容施設に入所している老人は、現在では数多くないが、今後、後期高齢期の人が増えるにつれそのニーズも高まると思われる。現在

#### (1) マンション型老人ホーム

一人住いと集団宿泊の中間形態、炊事のできる個室があるが共通サービスとしての食堂、介護、準医療、余暇活動などを利用することも出来る。

#### (2) 公立・私立の老人ホーム

小規模で、メディカルケア部門を設置した老人ホームの設立が進められており、要介護老人を医療施設へ送らなくて良い方向が奨励されている。

#### (3) 中期滞在施設

老人の重い病気の段階がすぎた後、継続して医療をつづけ、自立した生活に復帰出来るようにリハビリテーションを行う施設である。

#### (4) 長期滞在施設

一つあるいは複数の重い慢性病にかかり、常時医療を与えることの出来る施設である。

#### (5) 精神病院

沢山の老人を収容している。入院費は、100%社会保障費より払い戻される。

#### (6) 短期収容施設

一定期間、たとえば、普段面倒をみている家族が留守をするバカンスの間などに利用される。

以上の施設の中での医療や福祉サービスの量や質についてここでは検討しないが、施設内のソーシャルワーカーや、介護人の養成や配置をめぐる種々の問題があることを指摘しておきたい。

以上、フランスの要介護老人の処遇の最近の動向の紹介をおこなってきたが、フランスの老人政策は、大きく分けると拋出制の社会保険によりおこなわれるものと、無拋出制の社会扶助によっておこなわれるものがある。社会保険は、社会保障金庫によって運用され社会扶助は、県を中心に、地方自治体の活動として展開されている。現在フランスの社会福祉は大きな転換点に立っている。それは、第一に、職域別連帯であった社会保険が、職業間の格差、労働人口と非労働人口のアンバランスなどで困難な事態に陥っていること。第二に、従来の中央集権的行政機構と地方分権化していく中心に社会福祉部門の運営があり、大きな組織、内容の変化が進んでいることなどである。

今ほど社会福祉がフランスで問題にされたことはかつてなかったことである。フランスでも、日本とは違った意味で、“福祉の見直し”の時期といえるだろう。

我国や他の先進諸国と同様に、在宅福祉サービス、地域福祉サービス（今回は紹介

出来なかったが）が、福祉政策の中心となっていることは確かであるが、フランスの特徴としてどんな点が見られるだろうか。

第一に、方向として在宅サービスが強調されているとはいえ、基本的には、要介護老人のための施設作りも積極的に進められている。一人の高齢者にとっても、在宅か、施設かの二者択一ではなく、施設と在宅を流動的に考え、一番自分の心身上のニーズに合った形で移動するのが望ましい形とされている。

第二に、フランスでいう在宅サービスは、同居家族の介護を計算に入れたものでなく、高齢者世帯、独居世帯を対象にしている。フランス人の家族意識は日本人以上に強いといわれ、同居率は低い、近居率は高く、別居していても、高齢者の孤立感は少ないといわれる。そうした中でも、近年の政策の方向は、高齢者を扶養する子の援助とは分離させるようになってきている。

第三に、在宅サービスの担い手は、専門職として確立した看護婦、介護人、家事援助人等である。それぞれの養成目的や方法は異なっても、その職業上の専門訓練を受けている人々の活動である。

このように在宅福祉のあり方も、フランスの国民生活と福祉の背景によっているが、近年のこの方向の中には、同時にフランス人の生活観と対立する面も見られる。例えば、郵便配達人の訪問や、テレアラーム（電話網）に見られるような生活関係のネットワーク化は、利点も多いが、個人主義を最も大切にするフランス人にとって不自然な拘束にさえ感じられている。又、個人に

特 集

与えられた職分への責任感は強いが、他人とのチームワーク（特に不確定の分野で）の苦手なフランス人のおこなう在宅サービスは、要介護老人の放任につながらないだろうか。今後の資料収集と検討が必要であることを痛感している。

注

- 1) 1900年に65才以上人口が330万人で総人口の8.5%を占めていた。
- 2) 1962年、ピエール・ラロックを委員長とする委員会報告。

- 3) Bulletin officiel "Personnes âgées" soins infirmiers à domicile, 1982, Ministère de la solidarité nationale, 2頁
- 4) 『フランスの家族と福祉政策』横浜市企画財政局都市科学研究室昭和59年3月, 17頁
- 5) 前掲『Personnes âgées』2頁～3頁
- 6) Amédee THÉVENET 『L' AIED SOCALÉ AUJOURD' HUI avec la décentralisation』1984 Les éditions E.S.F (邦訳; 『現代フランス社会福祉』林 信明訳 1987, 相川書房)
- 7) Ministère du plan et de l'aménagement du territoire 『Les Alternatives a l'hospitalisation—Enrayer la reproduction de la grande pauvreté—』Préparation du ix<sup>e</sup> plan 1984—1988.