

フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向

—在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に—

篠田 道子

■ 要約

フランスでは、医療は社会保険、介護は社会扶助と別々に提供されているため、しばしば非効率性が指摘されている。また、公的病院が8割を占めることから、保健・医療・福祉の複合体は発達せず、医療に特化している。しかしながら、在宅入院制度を活用して、医療ニーズの高い患者への集中的ケアマネジメントや重層的な訪問看護により、在院日数を短縮化しつつ質の高い在宅支援を提供している。

介護制度である個人自立給付制度は、要介護認定やケアプランの作成を導入したが、介護サービスに限定されていることから、医療との連携が弱い。2003年夏にフランスを襲った猛暑は、15,000人以上の死者を出し、うち8割が高齢者であったことから、医療と介護を包括した介護制度の見直しを検討している。このような状況で開業看護師が医療と介護の橋渡しを行っていることは、伸び悩みが続くわが国の訪問看護の参考になるものである。

■ キーワード

フランス医療制度、在宅入院制度、開業看護師、訪問看護、個人自立給付制度

はじめに

先進国の共通の課題は、高齢社会に伴う社会保障費の増加と、縦割りで発達してきた医療と介護を効率よく提供するシステムを再構築して、医療費を抑制することである。フランスも例外ではなく、歴史的に医療は社会保険制度（assurance sociale）である疾病保険（assurance maladie）、介護は社会扶助制度（aide sociale）と別々に提供されている。そのため、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者には限界があること、結果として類似のサービスが異なる制度から提供されることから非効率性がしばしば指摘されている¹⁾。

このようなことから同国は、本特集のメインテーマである「地域包括ケアシステム」について先駆的な取り組みをしているわけではない。しかし、在宅入院制度に代表される、医療ニーズの高い患

者への多職種・他機関の集中的ケアマネジメントや、重層的な訪問看護について、フランスならではの特徴があり、わが国への示唆に富んでいると思われる。

在宅入院制度とは、医療ニーズの高い患者の退院前後に、在宅入院機関が中心となり、病院スタッフや個人開業者と連携して在宅生活に軟着陸させるシステムである。病診連携を核にした、多職種・他機関による集中的ケアマネジメントであり、制度を支えるケアコーディネーターは医師と看護師である。医師の関与が強く、在宅入院機関のコーディネーター医師だけでなく、開業医（かかりつけ医）や病院勤務医が協働で支える仕組みは興味深い。医療に特化したサービスを短期集中的に提供し、早めに介護サービスに移行して在宅生活を長く続けてもらい、医療費を削減するのが政府のねらいである。

一方、介護制度は社会扶助として位置づけられていることから、医療との連携が弱く、包括的ケアシステムとして機能していない。しかし、2003年フランスを襲った猛暑は、実に15,000人の死者を出し、8割が75歳以上の高齢者であった。事態を重くみたフランス政府は、医療と介護を包括した介護制度の見直しを検討し、財源として介護手当負担金を創設した。しかし、わが国のようなケアマネジメント制度が構築されていないため、サービスは依然として別々に提供されている。このような状況において、開業看護師が在宅ケアの調整役を担っている現状がある。開業看護師は医師の処方に基づいて医療行為を行うだけでなく、相談、助言、指導、多職種・他機関との調整など幅広い活動を行っている。看護師の15%にあたる68,000人余りが開業看護師として活動しているという、豊富なマンパワーで、在宅看護サービス事業所(日本の訪問看護ステーションに該当する)や在宅入院機関の訪問看護師とともに、重層的な在宅支援を行っている。このような活動は、伸び悩みが続くわが国の訪問看護の参考になるものである。

本稿では、まず平均在院日数を短縮化し、医療費を抑制する切り札として導入された在宅入院制度の概要と集中的ケアマネジメントについて紹介する。また、フランスには介護保険制度はないが、これに相当するものとして個人自立給付制度(Allocation Personnalisée D'Autonomie: 以下「APA」とする)がある。ここでは、要介護認定、介護サービスの提供方法、医療との連携の弱さを指摘しつつ、開業看護師が医療と介護のつなぎ役になっている現状を述べる。これらのことを整理しながらわが国への示唆について私見を述べる。

1. フランス医療・看護制度の概要

(1) フランス医療制度の特徴

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則と

する社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度、非被用者制度(自営業者や聖職者)など、さまざまな制度がある。このうち一般制度に国民の80%が加入している。地域保険がないため、退職後も現役時代に加入していた制度に継続して加入することになる。保険者は疾病金庫(Caisse)である。日本と同様に、患者は医師および医療機関選択の自由が与えられており、医師は出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動が認められている。

フランスも日本と同様に政府による医療費抑制政策が度々行われている。しかし、2002年からは、少子高齢化や成長の鈍化による保険料収入の伸び悩み等、さまざまな要因により医療保険財政が悪化してきた。65歳以上の人口は2004年時点で16.3%、対GDP比総医療費支出は、1996年は9.4%であったが、2004年には10.6%に増加している(表1)。

被保険者は受診した医療機関において一旦医療費の全額を支払う(ただし、入院は除く)。医師の領収証と薬局での費用を含めた領収証を所属する疾病金庫に送り償還を受ける。償還率は医療行為によって異なる。例をあげると、医師の診察料の70%(80%)、看護師・リハビリ技師・矯正士による治療費の60%(80%)、採血・画像診断等の臨床検査は60%(80%)、歯科治療に関しては一般的な治療が70%(80%)である(カッコ内は障害特別基金手当や高齢年金基金手当を受給している場合の償還率である)。自己負担額については、共済組合や相互扶助組合によりカバーされる。

開設者は、公立病院と民間病院(非営利と営利)に分けられる。民間非営利病院は24時間救急患者を受け入れるなど、いくつかの条件をクリアすることで、公的活動病院(公的病院)として認可される(注1)。その結果、2003年においては80%の病院が公的活動病院として位置づけられている²⁾。

表1 フランス概要

(2004年)

面積	54万9000平方キロメートル（日本の1.5倍）
人口	6020万人
首都	パリ 人口220万人、首都圏1120万人
元首	ニコラ・サルコジ大統領（2007年5月就任）
経済指標 ¹⁾	実質GDP成長率：2.0%（2006年） 名目GDP総額：1兆7920億ユーロ（2006年） 財政赤字対GDP比：2.6%（2006年） 失業率：9.8%（2005年）
出生率	1.91%
平均寿命 ²⁾	男：76.8歳 女：83.8歳
65歳以上人口割合	16.3%
医療費指標 対GDP比総医療費 患者自己負担／医療費 薬剤費／医療費 65歳以上医療費／医療費	10.6% 7.6% 21.8% 40.0%
医療保険料（被用者一般制度）	雇用者：12.8% 労働者：0.75%
医療保険形態種類	被用者一般制度（会社員などが対象） 非被用者制度（職人・自営業者・聖職者が対象） 農業制度 など
ヘルスマンパワー（総数） 総医師数 一般医と専門医数 総看護師数 人口1000人対比 医師・看護師・薬剤師数	201,400人 一般医：98,505人（49%）、専門医：102,895人（51%） 453,659人（うち、開業看護師：68,150人） 医師3.4人 看護師：7.5人 薬剤師：1.1人
総病床数 開設者別数・比	総病床数：471,521床 公立病院：309,047床（65.5%） 民間非営利病院：68,963床（14.7%） 営利病院：93,511床（19.8%）
平均在院日数	13.4日
死亡場所 ³⁾	病院：58.1% 施設・ケア付き住宅：10.8% 自宅：24.2% その他：6.8%
同居率 ³⁾	17%

注：1) 日本貿易振興機構（ジェトロ）資料より

2) UN「Demographic Yearbook 2004」資料より

3) 平成13年「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究」（医療経済研究機構）より引用
出典：「OECD Health data 2006」より

公的活動病院の多くは総合病院で、民間病院は単科（整形外科や産科など）を担当し、設置主体は個人、私法人、企業等である。病院は機能によって3種類に分けられる。急性期病院、中期医療入院病院（日本の回復期リハビリテーション病院や亜急性期病床に該当）、長期医療入院病院（療養病床に該当）である。日本と同様に、長期医療入院病院が高齢者介護を引き受けている現実がある。

医薬完全分業で外来処方はない。患者は医師の処方箋を持って薬局で薬剤を購入する。薬剤費に関しては、薬価が低いにもかかわらず、総医療費予算の実に2割弱を占め、ヨーロッパ第一位の消費大国である。また、鎮痛剤、酔い止め等の医師の処方箋の必要ない薬剤についても調剤薬局での購入ルートしか存在せず、ほかのヨーロッパ諸国のような雑貨屋、スーパー、ドラッグ・ストア等でのユーザーフレンドリーな購入方法は認められていないとのことである³⁾。

1991年の病院改革法では、各地方に、地域内の医療サービス体系化と質の保証を目的とした地域医療計画（Schema Regionale de l'Organisation Santeire：以下「SROS」とする）の制定が義務付けられた⁴⁾。また、SROSには「質と安全基準と適正医療に関する推奨指針」が記載されており、後述する在宅入院機関はここに記載されている治療方針や治療内容を遵守して、地域の在宅ケア組織と、補完性を持ち、広域にかつ漏れない活動を展開することが求められている。

(2) かかりつけ医制度の導入

医療保険に関する2004年8月13日の法律（以下、「04年法」とする）（注2）では、かかりつけ医制度が導入された（施行は2005年7月1日）。かかりつけ医を通じて適正な受診行動を促すものであり、これにより16歳以上の被保険者と被扶養者は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することになった。

かかりつけ医制度の導入は、①自由診療による重複受診の抑制、②①に伴う薬剤費の抑制、③慢性疾患の合理的受診行動の促進を目的としたものである。2006年6月には、16歳以上の被保険者の77%がかかりつけ医を持ち、そのうち99.6%は一般医から選ばれている⁵⁾。かかりつけ医を通さずに直接専門医にかかると償還率が低くなる（償還率は、かかりつけ医の場合は70%、かかりつけ医を通さない場合は60%である）。ただし、産婦人科、眼科、精神科による特別な診療については、かかりつけ医を通さないで専門医に直接受診することが認められている。

人口の高齢化に伴って老齢保険の赤字が拡大し、社会保障制度の財政が悪化しているため、2008年から実施する自己負担引き上げを中心とする医療保険制度の改革に着手する予定である。さらなる給付の適正化を促すために、患者がかかりつけ医以外で受診した際の償還率を現在の60%から50%に引下げ、かかりつけ医に受診した際の償還率（70%）との差を広げることが検討されている⁶⁾。かかりつけ医制度の導入で、一般医を受診せず直接専門医や大病院を受診すると給付が減額されることで適正な受診行動が促進されるなど、ゲートキーパーとしての役割が期待されている。

(3) 3種類の訪問看護による重層的な在宅支援

フランスの訪問看護は3種類に分けられる。①開業看護師による訪問看護、②在宅看護サービス事業所（わが国の訪問看護ステーションに該当するもの）による訪問看護、③在宅入院機関が提供する高度医療サービスに特化した短期間の訪問看護である。③の在宅入院については後述するので、ここでは開業看護師と在宅看護サービス事業所による訪問看護について述べる。

① 開業看護師による訪問看護

フランスはコ・メディカルの開業を広く認めている。看護師総数453,659人のうち、15%にあたる

68,000人余りが開業看護師として活動している(注3)。開業看護師は自宅を事業所として開業し、医師の処方箋に基づいて医療行為を実施する。また、開業医と並んでプライマリーケアの担い手であり、医療サービスだけでなく、相談、助言、教育指導、カウンセリング、他機関との調整など日本のケアマネジャーに近い役割を担っている。費用の支払いは疾病金庫から1件当たり定額で支払われる。

② 在宅看護サービス事業所による訪問看護

日本の訪問看護ステーションに該当する。看護師がヘルパーステーションのヘルパー等とペアを組んで、主に要介護高齢者に医師の処方箋に基づき看護サービスを提供する。費用の支払いは疾病金庫から1件当たり定額で支払われる。

フランスでは急性期の高度医療に特化した訪問看護は在宅入院機関の訪問看護が担い、安定したら開業看護師と在宅看護サービス事業所がコ・メディカルと協働でケアを引き継ぐという、重層的な在宅支援となっている。

(4) ホームヘルパーは家事援助など生活支援が中心

ホームヘルパーには特別な資格は義務付けられていない。1988年からは条例により、250時間の研修と120時間の実習を修了し、「在宅援助資格証明書」を取得することが義務付けられた⁷⁾。しかし、資格取得率は20%と低いのが現状である⁸⁾。主なサービスは炊事、買物、掃除などの家事援助、話し相手、相談、見守りなどの生活支援が中心である。

ホームヘルパーの費用は低所得者については社会扶助から、一般高齢者については老齢保険金庫から拠出される。サービス提供主体は、県が所轄する非営利団体や市町村福祉センターなどである。

2. 在宅入院制度による多職種協働の集中的ケアマネジメント

(1) 在宅入院とは

在宅入院 (Hospitalization a Domicile : 以下「HAD」とする) とは、雇用連帯省「在宅入院に関する通達」(通達 NO : DH/EO2/2000/295、2000年5月30日)によれば、「病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。予め限定された期間に (ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコ・メディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供するサービス」と定義されている(注4)。患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関(NPO法人が多い)が病院の医療チームと個人開業者と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。月30時間を限度に行われる多職種・他機関による集中的なケアマネジメントである。在宅入院の目的は、平均在院日数を短縮しつつ、居宅生活への円滑な移行を支援することである(2004年の平均在院日数は13.4日、ただし、パリ市公立病院協会の調査によれば、パリ市内の急性期病院の平均在院日数は7.3日)。

在宅入院機関は病診連携の中核的役割を担い、個人開業者との関係を強化し、家庭復帰を支援する。公立病院協会傘下の急性期病院は、在宅入院機関の支部を併設することが義務付けられ、地方病院局は、病院の入院を代替する在宅入院をより一層発展させるよう通達している。

(2) 在宅入院の対象者と主なサービス

在宅入院の対象者は新生児から高齢者と幅広く、精神疾患以外のすべての疾患とほとんどの治療をカバーする。医療に特化したサービスであり、身体介護のようなものは含まれない(注5)。主なサービスは以下の通りである。

化学療法、抗生物質投与、疼痛緩和、人工栄養法、ガーゼ交換各種、治療経過観察、術後経過観察、リスクを伴う妊娠産前観察、産後観察、患者および家族への教育、作業療法、理学療法、人工呼吸、家庭復帰訓練、輸血、終末期における看取り。

また、以下の患者は在宅入院の対象外となる。

- ①コーディネートを必要とせず、単一・単職種のケア行為のみを必要とする患者
- ②在宅看護ケア（清拭、入浴介助、排泄介助など身体介護に近いもの）
- ③（技術的、設備的に）病院での入院の方が適切であると考えられる患者
- ④経管栄養、ストーマ、呼吸不全（在宅酸素療法）、腎不全（血液透析や腹膜透析）において医療機器のみの使用を目的とする患者
- ⑤精神病院入院患者

(3) 人員基準と勤務体制（公衆衛生法典 Décret 第 712 条-37 より）

- ①人員基準：6床あたり常勤換算で職員1人以上を配置。医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保有者とする。さらに、30床以上の許可を得た組織は、管理看護師を1人以上配置すること。
- ②勤務体制：3または2交替による24時間体制。
- ③専門職の配置と役割

コーディネーター医師（診療との兼務可能）、管理看護師、訪問看護師、開業看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、薬剤師、介護士、ソーシャルワーカー、心理臨床士、検査技師、放射線技師、看護助手、事務員などを配置する（コメディカルについては、常勤職員でなく、委託契約を結んだ個人開業者でも可能）。次に、コーディネーター医師と管理看護師の役割について紹介する。

i) コーディネーター医師：病院勤務医（または

開業医）から提出された治療指針をもとに、通達に基づいて在宅入院の適応について検討する。職業倫理を遵守しつつ、組織全体の医学的ニーズを調整する。サービス実施中は、病院勤務医と開業医との連携が義務付けられている。

- ii) 管理看護師：日本のケアマネジャーに相当する役割を担う。ソーシャルワーカーとともに居宅を訪問しアセスメントを実施。医師の処方に基づいてケアプランを作成する。患者・家族の同意が得られたらサービスの調整を行う。細部の個別プランについては、担当の職種が作成する。本人・家族、医師、コメディカルの調整役である。

(4) 提供されるケアの分類

提供されるケアは、患者の状態により、以下の3種類に分類される。

- ①一時的ケア：高度複雑な技術を要するケア。患者の状態は不安定であるが、ケア提供期間が予め計画できる。頻回に反復される。抗癌剤による化学療法など。
- ②継続的ケア：ケア提供期間が予め計画できない。高度複雑な技術を要するケア、看取りや生活介護などもある。
- ③リハビリテーションケア：ケア提供期間が予め計画できる。産後や急性期治療を終えた段階の患者で、亜急性期の状態にある。

(5) 在宅入院の費用

疾病金庫から支払われる。定額制で以下のサービス内容を含む。

- ①医療処置やケア
- ②往診と外来診療
- ③検査
- ④産科テレメディシン・胎児モニタリング
- ⑤医療移送

⑥医薬品、器材、ディスポ製品、寝具など

⑦医療用食品

(6) ケアマネジメントとケアコーディネーター

このように在宅入院は多職種協働による集中的ケアマネジメントを担っているが、ケアマネジメントやケアマネジャーという名称はなく、ケアコーディネーションやケアコーディネーターと呼ばれている（ケアコーディネーターは資格化されていない）。在宅入院におけるケアコーディネーターは、医師と管理看護師が担当している（注6）。

フランスは医療と介護がバラバラに提供されるシステムが続き、ケアマネジメントシステムの欠落がフランス高齢者医療福祉制度の最大の課題であった。そのため、在宅入院のように多職種協働によるケアマネジメント機能を持つ仕組みは画期的である。パリ市内の急性期病院の平均在院日数は7.3日であり、急性期病院においては入院と同時に退院支援が始まるといっても過言ではない。短い入院期間中に、病院職員のみで退院支援を行うことは限界がある。在宅入院機関や個人開業者など地域の社会資源を病院の資源とみなして活用することは、病院の地域貢献にもつながる。

連携クリティカルパスや看護情報の標準化については未整備であるが、ハイリスク患者の標準プロトコールは整備されている。また、退院時カンファレンスや同行訪問は積極的に行われている。

3. 在宅入院の実際～HADパリ公立病院協会におけるヒアリングから～

パリ市内最大手のHAD組織である、パリ公立病院協会付属在宅入院連盟（NPO法人）にヒアリングする機会を得たので報告する。データや疾患別発生件数（表2）は、当協会の2002年活動レポートから引用したものである。

【施設概要】

- ベッド数：800床（SROSでは2007年までに1200床に拡充する方針）
- 対象疾患：癌の終末期、抗癌剤などの化学療法、産前産後、小児科、神経難病が多い
- 患者の平均年齢のデータはなかったが、70歳以上が43%を占める
- 患者数：年間8000人
- 平均在院日数：18.3日
- 自宅死亡率：12%
- 職員配置：医師10人、管理看護師40人、看護師250人、看護助手100人、理学療法士や作業療法士、管理栄養士、薬剤師、心理臨床士など650人
- 17チームでパリ市内と近郊をカバーしている
- 看護師の勤務体制：1日7時間勤務で、8～10件の訪問をする。1件の滞在時間の平均は45分以内

【在宅入院におけるケアマネジメント】

- i) コーディネーター医師は、病院勤務医や開業医と協議して、在宅入院のサービス内容を検討する。訪問診療や往診は行わず、病診連携、コーディネート、書類作成などを中心に行っている。在宅入院機関は、病診連携を強化するために、後方支援病院との契約が義務付けられている。契約内容は、①治療方針の共有化、②主治医との連絡体制、③再入院や緊急入院体制、④診療情報の共有化などである。これは、患者へのケアの停止、中断を防止し、各組織間での連携を強化する意味で重要である。
- ii) アセスメントは、管理看護師とソーシャルワーカーがペアになり、患者の居宅にて24時間～7日以内に行う。医療ニーズだけでなく、心理・社会面を含む包括的なアセスメントを行う。その後、ケアプランを作成して患者に交付する。入院申し込みからサービス提供までの待機時間は24～72時間以内である。

iii) リスクの高い疾患は多職種が共有できるプロトコールがある。また、ケアプランに基づいて各専門職が個別プラン（リハビリ計画や訪問看護計画など）を作成する。HADは医療サービスに特化しているが、ホームヘルプサービスなど介護サービスが必要な場合は、市町村福祉センターや公益団体が提供するホームヘルプサービスなどを導入する。

iv) サービスの実際
管理看護師はケアプランに基づいたサービスの実施やモニタリングを行う。症状が安定したり、セルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HADの役割を終えて個人開業者や在宅看護サービス事業所に引き継ぐ。

v) サービスのアウトカム評価
2001年に国立医療機関評価機構(ANAES)による適正マニュアルに基づいた評価を受けている。2002年度に108人の患者を対象に「満足度調査」を行った。その結果は、大変満足している67.6%、満足している30.6%という高い評価を得ている。

【2002年疾患別入院発生件数】

当協会における2002年活動レポートより、疾患別の入院発生件数を示す。化学療法や癌のケア、

産前・産後、小児などが多くなっている（表2）。

4. フランスの介護制度は医療との連携が手薄

(1) 個人自立給付制度の概要

フランスにおける介護制度は、1997年1月に依存特別給付制度(Prestato Spécifique Dépendance:以下「PSD」とする)が導入された。財源は租税で、実施主体は県であった。この制度は次のような課題があった。①社会扶助的なもので対象者が低所得者に限定された、②要介護度評価(la Grille Autonomie Gerontologique-Groupes Iso-Ressources:以下「AGGIR」とする)であるGIR(要介護状態区分)1~3の重度者が対象となった、③管理者が県であったため、給付水準に格差が生じた。このようなことから、利用者が伸び悩み、2000年の受給者はわずか12万人足らずであった。法律には「高齢者のための自立手当の創設を期待しつつ」と記載されているように、もともと期間限定の性格を有していた。

このような課題をクリアするため、PSDの代わりに2002年1月1日から個人自立給付制度(APA)が実施された。受給条件は、フランス国内

表2 疾患別入院発生件数

(2002年)

疾患	入院発生件数	疾患	入院発生件数
化学療法	2473	産前 ²⁾	718
抗ウイルス療法	212	産後 ³⁾	4259
癌・悪性腫瘍 ¹⁾	1850	小児科	1256
血液疾患	599	整形外科	79
肺疾患	22	臓器移植前後	55
エイズ	181	循環器疾患	452
神経疾患	508	その他	441

注: 1) 主な癌の内訳は、大腸癌40%、乳癌22%、肺癌9%である

2) 産前の平均在院日数は、23.77日

3) 産後の平均在院日数は、4.87日

に15年以上合法的に滞在し、60歳以上でかつ日常生活に支障のある者である。対象者のGIRを1~4と幅広くしたこと、在宅サービスだけでなく施設サービスも給付対象にしたことから対象者は拡大した。受給者数が予想を上回ったことから、財政不足が深刻化したため、財政面の緊急措置としての性格を有する改正法が2003年3月に成立した⁹⁾。2006年3月時点でのAPAの受給者総数は948,000人で、59%が在宅、41%が施設である。施設入所者は要介護度が重く、3分の2はGIR1~3の重度者である。

給付までの手続きは、本人または家族、法的代表者が県の担当窓口申請する。申請後に必要書類が送付されるので、申請者はこれに記入し添付書類(ID証明、納税書類、銀行証明)を返送する。県の担当課は本書類受理後、社会医療班が各自の要介護度評価の為に訪問を行う。申請から2ヶ月以内に、県の担当課がAPAの給付の有無決定を知らせる。施設サービスにおいては、医師の監督のもと施設内で行われる。その後、医療・福祉チーム

が高齢者と相談しながらケアプランを作成する。

AGGIRは全国一律の基準で6段階のGIRに分類されている(表3)。判定項目は、認知、排泄、身体清潔、衣服着脱、食事、移動、家事など17項目(表4)について、「完全に一人のできる」、「多少問題ありだが部分的にならばできる」、「全くできない」の3段階で評価する。応能負担で所得によって給付率、自己負担額が異なる。

フランスでも要介護度別に支給限度額を設定しているが、日本と違ってGIR5と6は給付対象にしていない。また、在宅と施設では限度額が異なっている。1ユーロ=165円に換算すると、最高レベルのGIR1でも、在宅の限度基準額は176,000円である。認定方法が異なるため、単純な比較はできないが、日本の最高レベルである要介護5と比較すると半額である。

利用者の自己負担は、所得に応じて0~90%まで設定されており、収入が633.73ユーロ/月末満の場合は自己負担が免除される。

表3 6段階のAGGIR要介護度評価

(支給最高限度額：在宅/施設)

要介護状態区分	状態像	在宅 (円換算) ¹⁾	施設 (円換算)	日本(在宅) 参考 ²⁾
GIR1	【最高度の要介護者】就床、あるいは一日座姿勢のみ、知的能力低下大、外部からの永続的介護を必要とする寝たきり状態	1067ユーロ (176,000円)	335ユーロ (55,200円)	358,300円 (要介護5)
GIR2	【高度の要介護者】自分ひとりでは移動不可能、または移動は可能であるが知的能力が低下した者	914ユーロ (150,000円)	335ユーロ (55,200円)	306,000円 (要介護4)
GIR3	【中等度の要介護者】知的能力正常、最低運動能力も保存されているが、日常生活の援助が1日数回必要	686ユーロ (114,000円)	167ユーロ (27,500円)	267,500円 (要介護3)
GIR4	【軽度要介護者】自分ひとりで移動可能ながら、日常生活の援助が必要な者	457ユーロ (75,400円)	167ユーロ (27,500円)	194,800円 (要介護2)
GIR5	【虚弱高齢者】自宅での移動、生活にほぼ問題はないが、食事の準備や生活品の買い物等に家事援助が必要な者	給付なし	給付なし	165,800円 (要介護1)
GIR6	【自立者】自立している高齢者	給付なし	給付なし	—

注：1) 1ユーロ=165円で換算(2007年12月現在)

2) AGGIRと日本の要介護度は対応するものでないため、参考資料とする

表4 AGGIR 要介護度評価の項目

<p>【識別判断項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一貫性：会話する。さらに／あるいは、理にかなった方法で行動する 2. 方位感覚：時、1日の中の時間、場所の中で自分を位置づけられる 3. 入浴・洗顔：身体の衛生について 4. 衣服の着脱：衣類を着る・脱ぐ・身支度をする 5. 食事：準備された食べ物を食べる 6. 排泄：尿や便の排泄物を衛生的に処理する 7. 移動：ベッドから起きる、ベッドに横になる、座る 8. 室内での移動：杖、歩行器、車イスを使うか否か 9. 屋外での移動：門から外に移動（交通機関は使わない） 10. 遠隔通信：コミュニケーション手段、電話、非常警報を使う
<p>【具体的判断項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. 管理：自分の持ち物、予算、資産の管理をする 12. 料理：食事の支度をし、それを食べられる状態にする 13. 家事：家事のすべてをする 14. 移動：交通手段を用いる。および／あるいは、交通手段を操作する 15. 買物：直接に購入、あるいは通信販売で購入する 16. 治療のフォロー：医師の処方箋に合っている 17. 余暇にすること：スポーツ、カルチャー、ソーシャル、レジャー、趣味

注：各項目は「完全に一人のできる」、「多少問題ありだが部分的にならばできる」「全くできない」の3段階で評価される

(2) 個人自立給付制度は医療との連携が弱い

APA は介護サービスに特化したものであり、わが国の介護保険制度のように慢性期医療を含んだものでない。サービスの利用に際し、市町村の医療・福祉チームが高齢者と相談しながらケアプランを作成する。主なサービスは、①ホームヘルパーによる家事援助、食事介助、相談、見守りサービス、②福祉用具購入や住宅改修、③デイサービスやショートステイなどである。

医療との連携では、開業医は従来から医療に特化しており、日本のような介護保険サービス事業所を併設した診療所はほとんどない。介護サービスとの連携は弱く、サービス担当者会議への参加などシステムとしては確立していない。かかりつけ医として小児から高齢者まで幅広く、軽い不眠から癌末期まであらゆる健康レベルに対応している。往診や訪問診療も行っているが、一人あるいは小グループで開業している医師が多いので、外来中心の診療スタイルである。退院直後の患者に

ついては、日中の往診が中心で夜間・緊急はHADが対応している。

フランスは前述したように、歴史的に医療と介護は別々に発達してきた経緯がある。APA という要介護認定の仕組みはできたが、サービスを調整するケアマネジメントがシステムとして位置づけられなかったこと、主たるサービスはホームヘルプサービスなど介護サービスのみであることから、医療との連携の弱さが指摘されている。

(3) 猛暑で多くの高齢者が死亡、医療と介護の連携の重要性を再認識

2003年夏にヨーロッパを襲った猛暑は、フランス国内の在宅虚弱高齢者や老人ホームの入所者などを含む15,000人の死者を出した。そのうち8割が75歳以上の高齢者であったことは記憶に新しい。不幸にも夏のバカンス中であり、医療従事者が手薄い状況であったことも事態を深刻化させた。あらためて高齢者医療と介護の連携の不十分さが指

摘された。

事態を重くみたフランス政府は、医療と介護を包括した介護制度の見直しに着手した。2004年6月30日に成立した「高齢者と障害者のための連帯法」は、祝日を1日減らし営業日（国民連帯の日）にし、その日の売り上げ相当額を、介護手当負担金としてAPAの財源に組み入れるものである。

ところで、このような状況を察知していち早くバカンスを切り上げて現場に駆けつけたのは、開業看護師であった。開業看護師は地域におけるプライマリーケアの担い手であり、医療サービスだけでなく、相談、助言、多職種との調整など、日本のケアマネジャーの役割を担っていることは前述したとおりである。医療と介護の連携が不十分な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されている。本件でも開業看護師のタイムリーかつ柔軟な対応があらためて評価された。

5. まとめとわが国への示唆

(1) 退院前後の病診連携を含む集中的ケアマネジメントは効率的

わが国の急性期入院医療は、救急医療の集中化やDPC対象病院の拡大などを背景に高度医療機能が中心となっており、そのためさらなる平均在院日数の短縮と病診連携が求められている（注7）。短い在院日数で退院後の医療ニーズを視野に入れた退院支援を行うには、入院と同時に退院支援を行うシステム作りが必要である。退院前後は患者・家族の不安が最も高まる時期であり丁寧かつ迅速な対応が必要であること、退院直後は病状が不安定であり、家族の医療行為の不慣れから、夜間の往診や訪問看護が必要な場合が多い。

わが国は在宅医療の基盤が脆弱で、24時間対応の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションは伸び悩んでいる。また、小規模事業所である診療

所や訪問看護ステーションだけで、医療ニーズの高い患者を24時間支えることは限界があり、病院の後方支援が必要不可欠である（注8）。

このようなことから、フランスの在宅入院における多職種・他機関による集中的ケアマネジメントは、次のような点が参考になる。①病診連携が確立していること、②24時間医師や看護師の医療サービスが保証されていること、③医療と介護サービスが統合されたかたちで提供されること、④ケアコーディネーター（医師と看護師が担う）が調整機能を発揮していること、⑤リスクの高い疾患のプロトコルが準備され、多職種が共有していること、⑥退院からサービス開始までの待ち時間が少ないこと、⑦病院スタッフ、在宅入院機関、独立開業者（医師、看護師、薬剤師など）が協働して集中的なケアマネジメントを行っていることである。

退院支援は地域医療連携室など部署を設置したり、人を配置するだけでは機能せず、病院内のチームと地域連携のシステム作り、すなわち、病院内外でのマネジメントの仕組みを作りあげることが重要である¹⁰⁾。特に急性期入院医療を担う病院は、医療ニーズの高い患者の退院支援を早期に行うことから、限られた時間と資源を効率よく供給する在宅入院は大いに参考になる。

また、ハイリスク患者の在宅支援には、連携クリティカルパスのようなプロトコルを多職種・他機関が共有することが重要である。わが国でも2006年の診療報酬改定で「地域連携クリティカルパス」（大腿骨頸部骨折のみ）が認められたが、「複数の医療機関との間で共有する個々の患者の診療計画」とされており、医療機関との連携に限定したものである。今後は訪問看護や訪問リハビリテーションなどを組み入れた連携パスの開発が望まれる。

(2) 多様な訪問看護による重層的な支援体制を
訪問看護振興財団の調査によれば、2007年4月1日現在の訪問看護ステーションの指定事業所数は6,163ヶ所であり、うち休止している事業所数は437ヶ所(全事業所の7%が休止)で、実質活動しているステーション数は、5700ヶ所にとどまっている。2006年から休止するステーションが微増している¹¹⁾。これは2006年の診療報酬改定で導入された7:1一般病棟入院基本料による、看護師大量採用の影響を受けているものと思われる。ゴールドプラン21では、平成16(2004)年までに9,900ヶ所整備することになっていたが、目標達成率は約6割であり、今後も状況が好転する兆しはない。訪問看護ステーションの利用者数、訪問回数、看護師数は、介護保険施行後は横ばいで推移しており、ほかの居宅サービスの伸び率と比較すると、伸び悩んでいる。

日本看護協会は訪問看護ステーションの推進を阻む要因として、①訪問看護に対する評価が低く、経営が成り立たない、②人事管理(採用・定着)が難しく、事業の開始・継続が困難であると、分析している¹²⁾。ステーションの廃止・休止が相次ぐなかで、②の人材確保は憂慮すべき事態で、規制緩和も含めた発想の転換が求められている¹³⁾。

筆者の個人的な考えであるが、訪問看護ステーションの人員基準のハードルの高さが事業の開始と継続を阻む要因の一つになっていると思う。現行の人員基準は「保健師・看護師・准看護師を常勤換算で2.5人配置する」ことが義務付けられている。しかし、小規模事業所であることから、一人辞めると人員基準を満たせなくなるため、やむなく休止せざるを得ない。また、山間地や離島など過疎地では看護師が一人しかいないところも多く、このようなところではいつまでたっても訪問看護ステーションを設置できない(過疎地ほど高齢化が深刻で訪問看護のニーズは高い)。医師、助産師、薬剤師、柔道整復師、ケアマネジャー等は一人開

業を認めていることから、看護師が開業できない合理的な理由は見当たらない。

フランスでは急性期高度医療に特化した訪問看護は在宅入院機関の訪問看護が担い、安定したら開業看護師と在宅看護サービス事業所による看護師がコ・メディカルと協働でケアを引き継ぐという、重層的な在宅支援である。また、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、開業看護師が複雑な制度の安全弁として機能していると評価されている¹⁴⁾。

(3) 第三のすまいは医療・介護の包括的ケアが必要

2011年度末に廃止される介護療養型医療施設の受け皿として、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、高齢者専用賃貸住宅(以下、「高専賃」とする)など、施設と自宅の間に位置する「第三のすまい」が整備されつつある(介護保険制度では「居宅」として位置づけられている)。医療法改正で2007年4月からは、医療法人は付帯業務として有料老人ホームを直接経営できることになり、さらに、高専賃の経営も解禁された。有料老人ホームは設置運営指導指針の縛りが多いこと、自治体による特定施設の開設規制などがあり、新規開設が困難になっている現状がある。そのため、有料老人ホームよりも参入しやすい高専賃が伸びてくる可能性がある¹⁵⁾。高専賃は医師や看護師などの配置義務がないため、医療・看護は外付けで提供される。

このようなことから、これまでのように介護保険施設や病院に入りさえすれば、医療と介護が24時間セットで受けられるものから、住宅(家賃)と食費は自前で、必要なときに必要なだけの医療と介護サービスを受ける形態へと変化していくものと思われる。

フランスは子どもとの同居率が17%と低く、介護が必要な状態になっても一人で生活することが

前提となっている。そのため、要介護度や経済状態によって、多様な老人ホームや高齢者住宅が整備されている。これらは一部を除いて、医療と介護サービスは外付けで提供されている。同国は医療と介護が別々に提供されていることから、しばしば非効率性が指摘されている。しかも、公的活動病院が8割を占めていることから、わが国のような医療機関の複合体は発達せず、医療に特化してきた経緯がある。医療機関の複合体は光と影があり¹⁶⁾、一側面で評価はできないが、少なくとも大規模複合体はダウンサイジングに向かうものと思われる。

このような第三のすまいはフランスだけでなく、高齢化の進む先進国も整備を進めているが、外付けされた医療と介護サービスをどのようにマネジメントするかが課題になっている。要介護高齢者は医療・介護の包括的ケアが必要であり、わが国ではケアマネジメントを介護保険制度のサブシステムとして制度化したことは評価できる。しかし、24時間365日医療と介護を提供する施設サービスに需要が集中し、医療ニーズの高い高齢者の在宅ケアの整備が遅れてしまった。医療と介護は包括的に提供されることが望ましいが、必ずしも同一法人で完結するのではなく、地域ネットワークを構築し地域完結型ケアを目指すことも必要ではないかと思う。

注

- 1) 公的活動病院とは、通常の病院活動に加え、以下の活動に参加することで認可される。
①医学生教育・研修、②研究、③予防医学、④24時間救急患者の受入れ、⑤社会的排除との戦いなど。公的活動病院に認可された病院は総枠予算制の適用を受ける。
- 2) 04法改革は医療費抑制による医療保険財政の適正化が目的であり、以下の改革を行った。①保険者ガバナンスの強化、②かかりつけ医制度創設、③個人診療情報記録（個人の診療情報データベース化）の導入、④一般社会拠出金（CSG）の基盤

拡大、⑤定額負担金1ユーロ（年間上限50ユーロ）の導入。

- 3) 開業看護師の資格要件は臨床経験3年以上である。地方公衆衛生局に届け出ると開業できる。専門看護師ではないが、医師の処方箋に基づいて療養ケアだけでなく、点滴や注射など医療行為も単独で実施できる。
- 4) HADは在宅における高度医療に特化しているため「在宅高度医療事業所」と訳されることもある。
- 5) HADは医療サービスのみ提供するが、患者によっては身体介護や家事援助が必要な場合がある。このような場合は、市町村福祉センターや公益法人が提供するホームヘルプサービス、在宅付き添いサービス、配食サービスが利用できる。
- 6) コーディネーターとは、入院時から退院後も継続した医療が必要な患者をスクリーニングし、本人と家族の意向を尊重しながら多職種と協働でケアプランを作成し、諸問題を調整する役割を担う。医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーに比べ、入院直後から係わりを持つことが特徴である。
- 7) 厚生労働省診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会の「DPC導入の影響評価に関する調査」（平成19年6月22日）では、平成18年度DPC対象216病院の在院日数は、14.52日である。
- 8) 在宅医療を担う在宅療養支援診療所の届出数は、平成19年12月現在9,589ヶ所、診療所の1割である（wamnet調べ）。平成19年度「在宅療養支援診療所の実態調査」によれば、在宅療養支援診療所の管理者の平均年齢は56.8歳、医師数（常勤換算）は平均1.6人、医師1人以下の配置が60%を占める。また、平成18年「介護サービス施設・事業所調査」によれば、訪問看護ステーションの1事業所あたりの看護師数（常勤換算）は平均4.1人であり、75%のステーションが24時間連絡体制をとっている。

引用文献

- 1) 松田晋哉（2006）：「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」、『海外社会保障研究』、No.156、pp.45-58。
- 2) 厚生労働省大臣官房国際課：「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（フランス）」、『海外情勢報告（2005～2006年）』、p.241。
- 3) 奥田七峰子ホームページ：フランス医療制度、社会保障研究
<http://naoko.okuda.free.fr/care.html>（2006年3

- 月)
- 4) 松田晋哉 (2004) : 「フランスにおける地域医療計画の動向～責任化原則と契約主義による機能分化の推進」, 『社会保険旬報』, No.2197, pp.22-27.
 - 5) 前掲 2), p.246.
 - 6) 公的医療保険フランス自己負担上げ : 日本経済新聞 2007 年 8 月 9 日朝刊.
 - 7) 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, p.12.
 - 8) 「フランスの高齢者ケア事情」, シルバー新報, 2003 年 8 月 8 日号.
 - 9) 伊奈川秀和 (2004) : 「フランスの介護保障制度」, 『健保連海外情報』, No.63, pp.21-22.
 - 10) 篠田道子編集 (2006) : 『ナースのための退院調整～院内チームと地域連携のシステムづくり～』, p. 11, 日本看護協会出版会.
 - 11) 日本訪問看護振興財団機関紙「ほうもん看護」, No. 129, 2007 年 6 月 15 日.
 - 12) 日本看護協会 : 平成 19 年 3 月 1 日社会保障審議会医療保険部会資料.
 - 13) 「動き出した開業ナースたち～看護師の『一人開業』を求めて～」, NHK 社会福祉セミナー, 第 69 号, pp.104-105, 2008.
 - 14) 前掲 1), p.57.
 - 15) 「医療法人の有老ホーム, 高専賃経営が解禁」, 日経ヘルスケア, No.211, p.39, 2007.
 - 16) 二木立 (1998) : 『保健・医療・福祉複合体』, pp. 36-43, 医学書院.
- (しのだ・みちこ 日本福祉大学准教授)