

フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策

奥田 七峰子

■ 要約

フランスでは、75歳以上の男性の約2割、女性の約5割が独居高齢者であり、家族による介護は期待できない。そのため、これら高齢者の生活を支えるべく、高齢者特性(要介護度など)や経済状態に応じた様々な高齢者住宅(介護施設を含む)が整備されている。また、在宅においても、在宅入院や受け入れ家庭制度など、新たな「在宅・家庭」が高齢者の在宅ケアを支えている。

フランスの場合、医療と介護が別の枠組みで発展してきたため、両者の連携には課題が残っている。高齢者住宅の自立高齢者も、いずれ機能低下を生じ、看取りを含めた対応が求められる。多様な高齢者住宅の居住者に対し、適切な医療と介護をいかに提供するかが今後の課題である。

■ キーワード

フランス、高齢者ケア、個人自立給付制度、受け入れ家庭制度

I. はじめに

わが国のかつての習慣として、過去のものになりつつある複数世代の同居は、それでもなおまだ日本ではしばしば見られる住形態の一つである。しかしながら、フランスにおいては、都市部に限らず地方・農村部においても、事の是非はともかく、三世同居は、極めてまれなものとなってから久しい。

一方、一緒に居を構えずとも、法制上、フランス民法第205～210条により、子供の養育義務を親が有すると同様に、窮する老親を扶養する義務が子供にもある。医療・介護・福祉手当の給付額や入所施設の自己負担分審査時も、当該者に自能力の無い場合には子らの収入から食費負担が必ず計算される(子、嫁・婿、孫。日本の民法第877条と異なり、兄弟姉妹間にこの義務はない。所得税控除可)。

60年代前後から核家族化、非婚化が進むフランスにおいて、高齢者達の居場所は、果たしてどのような道程をたどって現在に至ったのであろうか。そして、現状に対して、高齢者に限らず国民は、政策者は、医療者は、満足しているのであろうか。

本稿では、IIで、フランスの高齢者を取り巻く状況について、IIIで、医療・年金・介護制度について、IVで、高齢者住宅の種類とその概要について解説する。また、この中で、日本ではあまり知られていないフランスの「受け入れ家庭制度」も紹介したい。対象者が子供を引き取り育てる家庭であれば「里子・里親」と呼ばれるのであろうが、この受け入れ家庭は、高齢者(60歳以上、自立・非自立)や障害成人(18歳～)を受け入れる。県から認可を受けた一般の家庭(医療・介護職者であるなどの資格要件はない)が、有償で高齢者をステイさせる制度で、全国で約1万弱の世帯が、この受け入れ家庭候補

に手を挙げている。これに関しては、非医療型事例で、ケース・スタディも含めて詳しく紹介したい。

住環境、家族観、歴史、文化、医療制度が異なる国ながら、先進国として同種の問題を抱えるフランスから日本への示唆となるものを引き出すことを試みたい。

II. 高齢者を取り巻く状況 ～家庭・居住状況～

1. 高齢化

フランスの人口高齢化が始まった時期は日本より早いものの、高齢化のスピードははるかに遅い。2008年現在、フランスの総人口は6400万人で、うち16%が高齢者である。ちなみに、フランスの国立統計経済研究所(INSEE)による2007年5月発表の推計によると、60歳以上で日常生活動作(ADL)に他人の介助を要する者は2030年には120万人、2040年には130万人になると予想されている。

2. 高齢者と家庭環境

75歳以上で子らと同居する者の割合は、夫婦・寡婦(夫)いずれの場合も低い(表2)。2002年INSEEの統計によれば、フランス全国で、世帯主が退職者である住居は770万戸、そのうち39%が一人暮らし、52%が二人暮らしである。

3. 持ち家率¹⁾

家に対する愛着や固執度、住み替えに対する意識は、本論文テーマを考察する上で、重要なバックグラウンドとなる。フランス人高齢者の持ち家率は、2002年時点で70.7%と高い(表3)。

4. 住み替え

退職者世帯の3/4は、現在の住居に12年以上住んでいる。60歳以上の高齢者が住み替えをする率は、全世帯平均の32%に比べて9.75%と低い。しかし、高齢者の住み替えにおいては、①退職時、②84歳付近、の2時点にピークがある。①は、より快適な住環境を求めての身体自由な夫婦での大

表1 高齢者人口の推移 (人)

	60-64 歳	65-74 歳	75-84 歳	85 歳以上
1950	2,036,667	3,162,407	1,364,113	200,588
1960	2,316,151	3,326,418	1,671,145	290,353
1970	2,636,052	4,117,873	1,932,640	423,099
1980	1,616,609	4,462,424	2,511,248	567,366
1990	2,892,072	4,033,096	2,963,935	874,483
2000	2,709,739	5,177,071	2,977,615	1,267,516
2001	2,770,108	5,163,132	3,152,927	1,227,052
2002	2,605,015	5,152,382	3,350,925	1,164,149
2003	2,598,366	5,137,330	3,527,470	1,114,198
2004	2,630,770	5,114,238	3,680,400	1,076,816
2005	2,669,712	5,093,358	3,807,574	1,090,333
2006	2,744,379	5,018,984	3,837,851	1,201,927
2007	3,025,479	4,930,531	3,865,773	1,314,789
2008	3,293,797	4,890,222	3,907,008	1,414,920

注：対象はフランス本土

出典：INSEE, Bilan Demographique

表2 性・年齢階級別にみた同居・独居率 (上段：女, 下段：男, 単位：%)

1999年	親と同居	独居	子供無し 夫婦のみ	子供と夫婦	単親と子家庭	その他 ¹⁾
25歳未満	86.6	3.9	3.8	1.4	0.5	3.8
	90.6	3.2	1.7	0.5	0.0	4.0
25-29歳	15.0	15.4	27.3	32.7	4.9	4.6
	29.1	18.0	25.6	19.6	0.3	7.4
30-44歳	3.0	8.2	8.6	66.9	10.9	2.5
	7.6	13.5	11.0	61.6	1.4	4.9
45-59歳	1.1	11.8	32.7	42.2	9.4	2.8
	2.2	11.5	27.2	52.1	2.4	4.6
60-74歳	0.3	27.3	53.7	8.2	4.6	5.8
	0.5	13.2	64.7	15.1	1.2	5.3
75歳以上	0	48.4	23.9	1.5	4.5	21.6
	0	20.0	62.8	5.2	1.4	10.6

注：1) 複数世帯または集合住宅・施設のこと。

2) 対象はフランス本土。

出典：INSEE, 国勢調査

表3 65歳以上高齢者における持ち家率 (%)

	1984	1988	1992	1996	2002
持ち家	56.1	59.7	63.6	65.8	70.7
賃貸	30.6	28.7	26.4	24.9	23.9
その他	13.4	11.6	10.1	9.3	5.5

注：対象はフランス本土の65歳以上世帯。

出典：INSEE

表4 不動産所有率 (%)

2002年	退職者	50歳以上現役	全世帯
現住所である住居不動産のみ所有（持ち家）	55	48	44
持ち家+ほかの不動産（別荘・貸家等）も所有	19	19	12
持ち家ではなく、ほかの不動産のみ所有	3	5	3
不動産非所有	24	28	41

出典：INSEE

都市から地方への住み替えで、70歳頃まで続く。

②は、後期高齢期に伴う身体的な不自由、配偶者の死亡に伴う住み替えで、賃貸集合住宅や社会的施設、省スペース、小都市部付近、子供や近親者の近く（“スプの冷めない距離”）への住み替え傾向が見られる。いずれも経済的負担、精神的負担を伴うものであり、住み替えを実行に移すには、かなりの要因が重ってからとなる。

80-89歳のうち13%が住み替えをし、10%が住宅改修を行ったが、いずれの場合も、身体的低下

による必要に迫られてのものであった²⁾。

5. 家族と介護負担

(1) 家族負担意識調査

フランスの保険制度は、医療、年金とも二階建て(1階：公的義務保険、2階：私的任意保険)が一般的と多くの国民(80%強)が考えており、自己負担分を2階部分で補完する。この考え方を介護にも投影した2階部分商品が、大手保険会社を中心に発売され出して久しい。

表5 介護と家族負担に関するアンケート調査結果

・現在、家族の中に要介護者がいると回答した人	23%
・上記回答者中、直接自分が介護している人(最低月1回以上)	54%
・同上(毎日)	16%
・過去に、要介護者が家族の中にいたと回答した人	60%
・将来的に、要介護者が家族の中にいると思うと回答した人	60%
・上記回答者中、在宅訪問サービス等の現物給付を希望する	84%
・上記回答者中、現金給付を希望する	68%
・上記回答者中、入所施設を希望する	66%
・上記回答者中、複数のニーズを総括して相談できる人を希望する	61%

表5に、介護補足保険を商品ポートフォリオの中に持つ、フランスの大手保険会社 AXA による「介護と家族負担」に関するアンケート調査結果³⁾を示す。

(2) 家族介護負担アセスメント・ツール「ザリット・テスト」

要介護者の周囲者・家族に対するテスト。ザリット・テスト⁴⁾使用の広まりに見られるように、家族・近親者による介護の負担と、その経済的負荷、虐待防止対策が、昨今大きく注目されている。老老介護(高齢者が高齢者の介護をする)等の問題も、日本と同様に見られる。

Ⅲ. 社会保障制度

医療、年金、家族手当の三本柱から構成される社会保障制度が、現在の形で誕生したのは戦後間もない1945年であった。戦前・戦中、さらにさかのほれば、中世のギルドに既に職域を基盤とした共済互助制度の原形を見ることができる。

現在のフランスの保険は、日本と同様、国民皆保険制度に基づき、全国民が社会保障制度への加入を義務付けられている。ほかの先進諸国と比較しても、かなり手厚い制度であると見られる。

本章では、これら社会保障制度のうち高齢者に関係の深い医療・年金・介護制度について解説する。

1. 医療保険

フランスの医療保険制度では、保険医の協定診察料の3割、医療検査費の4割、歯科治療の3割、一般的入院費用の2割は患者自己負担となっている。薬剤費では、薬効により0%、35%、65%、100%と自己負担率が異なるが、大部分の処方薬は、自己負担35%薬である。年齢による無償医療という制度はなく、3歳未満の乳幼児も70歳以上の高齢者も皆、同様の自己負担があり、同一の健康組合によりカバーされている。一方で、国が定める31の重度の疾患については、自己負担ゼロになる特定疾患群措置がある。

さらに、公的保険の上に、国民の85%が、任意の民間保険会社や共済による補足制度に加入し、二階建ての医療財政基盤を成している。このため、フランスの外来診療の自己負担率は3割負担となっているが、実際これを負担する者は、全体としては少数派となる。

近年のアメリカ映画『シッコ』などに見られる、社会的不公平を生むアメリカ型の国民皆保険制度なしでの私的保険市場ではなく、充実した公的社会保障制度があった上で、その不足分(=自己負担分)を補足する私的二次保険制度がフランス医療財源の特徴である。

2. 年金

フランスの年金制度は、退職者の年金を現役世代の拠出金によってまかなう賦課方式である。近年のフィヨン年金改革等による拠出条件の微調整・変更により積み立て方式への傾向はあるが、制度

の概要としては、満額受給資格のための最低 45 年間の拠出期間と、60 歳以上の年齢制限原則がある。生涯の職業キャリアの履歴は、すべて皆国民社会保障番号で管理されている。果たして、フランスの高齢者は、退職後のケア支出に備えた、十分な収入が確保できているのであろうか。表 6 に、INSEE による年金受給額に関する調査結果を示す。

3. 介護手当 APA (Allocation Personalisee d'Autonomie)

労使拠出の社会保障とは異なる財源(税)を持つため、医療・年金・家族とは、本来、別枠に考えられるべきであるものだが、公的性質を持ち、かつ高齢者に関係する制度であるため、本項に記す。

2002 年、その財政決定の大きな部分を、地方自治体(県)が持ち、財源に租税と社会保障拠出金を持つ「要介護リスク」に対する介護手当で APA が導入された。

(1)ターニング・ポイント、2003 年の猛暑

APA 導入以前に存在した介護手当(97 年導入の PSD)と比較すると、利用者相談窓口の県への一本化、収入審査条件の緩和など、ユーザー・フレンドリーになったかのようにうたわれたため、当初の予想をはるかに上回る利用者を記録した本制度であったが、導入の翌年である 2003 年の猛暑により、1 万 5 千人以上もの高齢者が亡くなるという惨事によって、制度の不完全さが露呈される形となった。

この惨事の特にショッキングな点は、独居老人の死亡者よりも、むしろ施設内入所者における高

齢者の死亡者が多かった点である。死亡場所の内訳は、入所施設(50%)、次いで病院(30%)、自宅(20%)であった。時の保健相マテイ大臣は引責辞任をし、政府は、財源確保、医療スタッフ不足など、医療と介護の抜本的な制度改革を余儀なくされる。

(2)2004 年 6 月 30 日法 新しい介護費用公庫 CNSA (Caisse National de Solidarite pour l'Autonomie = 全国自立支援連帯金庫)設立

2003 年夏の酷暑を経たフランスは、これより介護財源・財政を大きく変更した。

近年の医療制度改革の中でも最も大きい「ジュッペ・プラン」と並ぶ「2004 年法」を制定、かかりつけ医制度、適正医療と保険者機能強化など多くの医療改革を実施する。

介護面においては、2004 年 6 月 30 日「高齢者・障害者の自立支援に関する連帯」法を制定する。同法により、介護手当目的の財源を得るために、祝祭日を一日減らして、この日の労働によって得られる生産に相当する収益を CSA (自立連帯拠出金)とし、雇用者・被用者社会保障負担をすべて高齢者ケア目的税とした。祝祭日には、カトリック祝祭日である、5 月の聖霊降臨祭連休の月曜日が選ばれた。また、財政管理を行う CNSA(全国自立支援連帯金庫)が創設された。同金庫は、財源に税と社会保障金庫⁵⁾からの拠出金を得、要介護者(高齢者・障害者)への財政を管理する。

(3)ケース・スタディ

【ケース 1】

83 歳、女性、在宅・独居、年金月収 800 ユーロ、

表 6 平均年金受給額

(ユーロ)

2004 年	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85 歳以上
女	961	941	986	1,048	1,097
男	1,674	1,604	1,612	1,624	1,574

注：対象はフランスの 65 歳以上の被保険者本人。

出典：INSEE

認定要介護度 GIR1。

県の社会医療チームにより、必要介護支出月額 874 ユーロと査定され、そのうち 799.21 ユーロを県が給付(県が認可在宅介護事業者に直接支払う)、自己負担は 74.79 ユーロと決定された。現在、施設入所待機中である。

【ケース 2】

75 歳、女性、在宅・独居、年金月収 1,100 ユーロ、認定要介護度 GIR4。

県の社会医療チームにより、必要介護支出月額 360 ユーロと査定され、そのうち、276.94 ユーロを県が給付、自己負担は 83.06 ユーロと決定された。今後も在宅継続を希望している。

【ケース 3】

78 歳、男性、施設入所(月額 1,800 ユーロ)、年金月収 1,200 ユーロ、認定要介護度 GIR2。

在宅維持必要支出 718 ユーロの半額 359 ユーロが県より施設に支払われると想定(実際には総枠予算)、 $1,200 - 73 = 1,127$ ユーロを自己負担。残り 314 ユーロのうち、扶養義務分(収入に比例)を娘家族が支払い、残りわずかの分は県の社会福祉援助から施設に支払われている。

IV. 高齢者住宅の種類とケア

1. 高齢者住宅の概要

高齢者住宅は、昨今の在院日数短縮化政策を補うべく医療機能を有する施設と、医療機能を持たない純然たる不動産商品とに大きく二分できる。

特に、医療型施設では、少しの生活支援が必要な自立者向けから、軽度の要介護者向け、さらには、アルツハイマーを含む重度の要介護者向けのものが多様に存在する。

これら施設は、許認可制の下、入所者の平均要介護度に準じて、国・地方自治体から予算(医療・介護・生活の 3 種料金を協定)を受ける。

フランスでは、要介護度・自立度、入居希望者

およびその家族(子供、嫁、婿、孫)の収入によって、様々なタイプの長期滞在施設が、私立、公立、さらに、協定、非協定併せ約 10,300 以上存在する。その料金幅も広く、月 76,300 円から 304,900 円のものまであり、月当たりの平均自己負担額は、114,500 円である(データ：FMP Mutualite 2002 年 1 - 2 月号)。料金とは別に、入居希望者は、自分の健康状態に最もあったタイプの医療サービスを持つ施設を選択する必要がある。一方、低所得者への Aide Sociale 社会福祉手当⁶⁾ 給付の条件としては、当該者の収入のうち、90%以上が協定施設の食・住居費に費やされ、家族の最低食費義務額(親であれば子供に対して養育義務があるように、子孫は親・祖父母に対して保護義務がある。フランス民法第 203 ~ 214 条により制定)を差し引いた額が、支給される。

一方、非医療型は、昨今のフランス不動産バブルが追い風となり、退職年齢近辺の前期高齢者層が投資目的で買い、元気なうちに住み替えるための、防犯セキュリティ重視のものが売れている。言うまでもなくこちらは、完全に自費となる。

もう一つ、日本ではあまり知られていないフランスの制度に、「受け入れ家庭制度」なるものがある。対象者が子供を預かり育てる家庭であれば「里子・里親」と呼ばれるのであろうが、この受け入れ家庭は、高齢者(自立・非自立)や障害者を受け入れる。県から認可を受けた一般の家庭(医療職者であるなどの資格要件はない)が、有償で高齢者をステイさせる。非医療型事例で検証したい。

表 7 に高齢者住宅の概要を、表 8-9 に高齢者入所・居住施設の整備状況を示す。

2. 高齢者の死亡場所

ここで高齢者の死亡場所に関する調査を見る。2006 年、60 歳以上の死亡数 43 万 6,071 人のうち、自宅での死亡者数は 11 万 4,427 人と、約 1/4 を占める。ちなみに、日本における自宅死亡割合は、

表7 高齢者住宅の概要

名称	料金平均（月）	特徴	対象者	医療体制
寮一住宅 Foyer-Logement	約 305 ユーロ～ 763 ユーロ	在宅とホームの中間。ワンルーム、または2ルームのアパート型。個人の家具などを持ち込める。	自立	無し
サービス・レジデンス Residence service	約 915 ユーロ	アパートを購入または賃貸	自立、半自立	医療警備有り
地方老人ホーム Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agees (MARPA)	約 915 ユーロ	小規模（15～20人）自立度促進治療計画に参加	自立、半自立	看護、医師の定期的な訪問有り
自立・非自立老人ホーム Maison d'Accueil pour Personnes Agees Autonomes et Dependantes (MAPAD)	多様 月 763 ユーロから 3,049 ユーロ	多様	自立、半自立 非自立	完備
Centre d'Animation Naturelle Tiree d'Occupationn Utile (CANTOU)	約 915 ユーロ	小規模 コミュニティの生活に参加	認知症 アルツハイマー 知的能力低下	有り
長期滞在型入院施設 Unite de Soins de Longue Duree	医療費：疾病保険より負担 ハウス・アメニティ：本人または家族の負担、または社会福祉手当。一日 81 ユーロ	公立病院に附属	恒常的な医療観察、ケアを要する。	病院内に併設
受け入れ家庭 Famille d'Accueil	有償	県の行政局監視の下、局と提携契約を交わした家庭が高齢者を受け入れる。	規定無し（現実的には、要介護度の高い非自立者には難しい。）	一般家庭のため、無し

注：1) 上表利用者の内訳データは以下の通り。

- ・ 75 歳以上の高齢者の 87%、85 歳以上の高齢者の 73% が在宅。
- ・ 6,000 人の高齢者が、受け入れ家庭に迎え入れられている（有償）。
- ・ 75 歳以上の高齢者の 3%、85 歳以上の 5% が、寮一住宅に入居。
- ・ 75 歳以上の高齢者の 9%、85 歳以上の高齢者の 19% が、老人ホーム（総称）に入居。
- ・ 長期滞在型入院施設は、85 歳以上の高齢者の 3% を収容している。
- ・ 1995 年前後、700,000 人の 65 歳以上の高齢者（8%）が要介護者であった。その内訳は、65-69 歳では 1.7%、80 歳以上では 9%、85 歳以上では 20%、90 歳以上では 35% であった。
- ・ 2020 年、フランス人人口の 10% が 75 歳以上、3% が 85 歳以上となる。

2) 料金・数値・データは、いずれも 2001 年のもの。

出典：DRESS-Direction de Recherche et d'Etude en Sanitaire et Sociale

表8 高齢者入所・居住施設 収容キャパシティ
Capacite d'accueil des etablissements et services pour personne agee

2006年	高齢者専用住宅・寮 (住居数)	老人ホーム (床数)	在宅看護・介護 (訪問床数)	長期滞在 ケア施設 (床数)
フランス本土	153,006	432,804	81,404	71,724
パリ市・近郊県首都圏	27,076	50,089	10,384	8,184

出典：仏保健連帯省, Enquetes EHPA, FINESS, SAE

表9 75歳以上人口100人に対する設備充足度
Capacite d'accueil des etablissements et services pour personne agee

2006年	パーマネント およびテンポラリー 入所施設	在宅看護・介護	有医療機能床
フランス本土	12.1	1.66	9.52
パリ市・近郊県首都圏	11.2	1.49	6.96

出典：仏保健連帯省, Enquetes EHPA, FINESS, SAE

表10 高齢者の死亡場所 (人)

2006年	60-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上	60歳以上全体
自宅(その他の個人宅含む)	6,777	18,458	38,755	50,437	114,427
公立病院	13,597	40,807	82,450	79,630	216,484
私立病院	3,016	8,672	14,949	10,564	37,201
ホスピスまたは高齢者施設	450	2,612	13,581	36,353	52,996
公道・戸外	517	1,066	1,021	312	2,916
その他	912	2,245	4,167	4,723	12,047
合計	25,269	73,860	154,923	182,019	436,071

注：対象はフランス本土死亡者

出典：INSEE, 死亡届

12.2%(2006年)である⁷⁾。

3. 非医療型サービス

(1)受け入れ家庭

2006年 DGAS (Direction Generale d’Affaire Social = 社会事業総合局) の調査統計によれば、フランス全国に9,220の受け入れ家庭が存在し、7,327人の障害成人と、6,541人の高齢者を受け入

れている。

①根拠法

社会福祉・家族法典 L. 第441条-1～443条-12 (1989年7月10日制定、2002年1月17日改定)

②上記法による受け入れ家庭側の要件

- a)水道蛇口、適温環境の整備された最低9m²の個室を、受け入れられる者(以下、利用者

と略)各人に用意できる(夫婦利用者など二人部屋の場合は、16m²)住宅環境がある。

- b)県によるコントロール者、および利用者のための医療・ソーシャル職業者が家庭内に入ることに同意する。
- c)両者間(受け入れ家庭と、利用者およびこれの法的責任者)の契約を文書化する(書式は特に問われないが、書式参考例は、受け入れ家庭協会のHPからダウンロードできる)。
- d)利用者からの遺産相続に関する遺言や、寄贈・寄付等の受け取りは、一切これを禁ずる。
- e)一時的な外出・不在の際、利用者に必要な介助・介護を代行できる者を確保する。

③利用の流れ

上記条件を満たす希望者は、県に許認可申請し、審査の後、認可を受ける。県からの認可は、5年間有効、更新可。県から利用者を紹介されるだけでなく、自ら広告を出し、受け入れることも認められている。1利用者につき、1週間のトライアル期間があり、拒否権を有するので本期間中に拒否できる。この期間を経た後は契約を書式化し、県に提出する。契約書中には、(a)アシスト報酬、(b)要介護度が高いケース等の特別なプライムがある場合その報酬額、(c)その他の経費、(d)家賃、(e)両者の義務、(f)契約更新・中断・解消の条件、を明記する。両者ともに、賠償責任保険に加入する義務がある。1家庭につき、最大3人まで受け入れることができる。

報酬には四つの側面があるが、額面は公定ではなく両者間での交渉となる。ただし、その場合にも基準がある(2004年12月30日制定政令)。

- a)家賃：広さと快適度から、同地域の賃貸不動産平均額に準じた額である。
- b)アシスト報酬：最低時給＝公定の労働最低賃金時給⁸⁾の2.5倍以上+10%。
- c)上昇率：公定最低賃金は毎年変動するので、これに準じたスライド修正を行う。

- d)利用者が、ショートステイ中や労働作業訓練所などへの出勤中は、留守、すなわち、受け入れ家庭には不在のため、この間の時給は計上できない。

④行政(県)の役割

- a)申請受理後の審査、認可の発行
- b)認可を受けた家庭に対して、研修(初回・継続)を行う。
- c)受け入れ家庭のコントロール、利用者の定期的ソーシャル・メディカル・フォロー

⑤ケース・スタディ：受け入れ家庭開業2年目 Kさん

パリから車で1時間程の郊外住宅地に在住。3人の子育て中である。実の母、義理の母を最期まで看取った経験から、この職業を志望し、県から認可を受けた。24時間、休みの無い責任の重い仕事ではあるが、その一方で家庭に居ながら外で働くと同様の収入が得られることを最大のメリットと考える。現在、コルサコフ症候群を患う40代の成人と、知的障害を持つ50代の成人の2人を受け入れている。3人目の受け入れを申請中である。

現状への不満は、この職業の社会的地位が大変低いこと、利用者の法的後見人らから冷たく(彼女自身が移民であることと、ほかに仕事が無いから、金銭のみが目的でこの仕事をしている、などの偏見からか)接されることだという。制度に対しては、県の研修・教育プログラムをより強化し、より多くを学べるようにとの改善を希望する。現行の不十分な点に対しては、訪問看護師が行うケアを傍らでよく観察して、模倣するように努めているそうである。

なお、終末期の看取りや、操作が複雑困難な医療機器を必要とする患者、24時間絶えず集中ケアの必要な患者には利用不可能な制度であるとの意見であった。認可直後に、終末期高齢者を受け入れた経験があり、身体的・精神的責任

の重圧と、自身の家族への精神的負担から、トライアル期間中に、「ターミナル・ケア病院に入れるべき人だ」と、県に申し出た。

清潔に整えられた各個室と、利用者の穏やかな表情が、深く印象に残った。介護ヘルパーや保育ナニーの職に就く人たちの間で、移民率は確かに高い。フランスが、彼ら彼女らの労働力を必要とする一方で、人種差別や教育水準向上などの別種の社会問題を解決しなくてはならないことを痛感したケースであった。

(2)レジデンス

“元気なお年寄り”をターゲットとしたもので、シルバー不動産業界において、緩やかながら確実な成長を続けている。医療機能はないことを入居条件として明言し、軽度の医療必要者には、コンシエルジュ(管理人)が地域の医師や看護師を呼ぶ程度の対応はする。セキュリティ、快適さを強みに、賃貸・分譲販売をする。医療機能を持つ施設や、老人ホームに入るのは嫌だが、自宅で独居も心細いという高齢者に人気の住宅形態である。全額自己負担のため、いずれの会社も料金設定は、フランス人平均年金受給額 1,200 ユーロ前後に合せている。

(3)在宅エイド Aide a Domicile

日本語の「生活ヘルパー」が最も近い。利用者の認定要介護度によって費用の一部を介護保険を

使って利用する場合と、自費の場合に分けられる。高齢者向けサービスのほかに、現役世代を対象とした育児・家事サービス(乳幼児～小学生)の利用者も多く、フランス人のワーク・ライフ・バランスを支えている(費用の所得税控除可)。

4. 医療型サービス

(1)在宅入院 HAD(Hospitalisation a Domicile)

日本語の「在宅医療」が最も近い。本制度の対象疾患は、精神科を除く周産期からターミナル・ケアまでであるが、導入の基準は、複数の医療プロフェッショナルによる頻回介入のコーディネートが必要とする、住宅環境が整っている人となる。病棟病室での入院と同様の高度レベルの医療を、家庭で「在宅入院」として行う。

1951年、結核在宅療養制度の時代にパリで誕生した制度である。現在、在宅ケモが活動の半分近くを占める。2008年現在、フランス全国に公私立合わせて177のHADが存在する。99年の時点では、68のHAD、合計3,908床であったことから考えると、政策と国民のニーズがマッチして大きな拡大が図られたことがわかる。

2006年のインフルエンザ・パンデミー・シミュレーションの際、従来の病院入院よりもフレキシブルな増床プランが可能であることが立証された。また、地域によっては、HADの周産期部門が、産

表 11 活動データ

	2004	2005	2006
入院件数 (件)	13,746	11,472	11,700
入院日数 (日)	310,796	308,472	328,676
1日当たり患者数 (人)	689	683	724
平均在HAD日数 (日)	18.45	21.89	22.61
年間患者数 (人)	—	—	1,453
61歳以上高齢者	—	53%	46%
うち80歳以上	—	—	前年比 +4%

注：認可床数は820床(パンデミア等非常事態を除く)

科医不足に応える形となっている。

退院前の病院の医師や、患者のかかりつけ医、地域の開業看護師などの組織外のマンパワーと連携することにより、HAD 所属のコーディネーター・ドクター、看護師らがチームを患者宅に派遣し、病院退院後からのニーズに対し、「病診 HAD 連携」で 24 時間対応する。日本にも存在する在宅ケモ・在宅ターミナルなどの在宅医療は、多くの場合、フランスと比較して 1 人の医師が多くの仕事を抱え込んでしまいがちとなるため、制度が発展できない印象を持つ。

①医療費と自己負担

対象疾患の重篤性から、利用者の自己負担はゼロ、100%保険となる（在宅入院に導入される患者のケアが、在宅ケモ、周産期ケア等、フランスでは自己負担ゼロの疾患群のため）。HAD 側は、病院での入院治療と同じ点数を保険請求する。純粋な医療費は同額であるが、病院という建物に関する諸費用が発生しない。

②根拠法

公衆衛生法典 L. 第 6121 条 -2、L.6122 条 -1、2、R. 第 6121 条 -4、R. 第 6122-38、D. 第 6121 条 -8、D. 第 6124 条 -306

③利用の流れ

退院のめどが立った時点で、病院内の医師、ソーシャル・ワーカーから、HAD に連絡が入る。医師による医学面の記入、当該者による社会面（住居環境、家族環境、保険情報等）の記入が行われた申請書類を HAD が受理。退院前に、一度病院の病床までスタッフが赴き、院内のケア・スタッフ、本人、家族らと面接する。書類は、HAD のコーディネーター・ドクターが審査、チーム・カンファレンスを行い、ケア・プランを立てる。特に在宅ケモ導入の際には、初回を院内にて病院側の看護スタッフと HAD 側の看護スタッフ共同で行い、申し送り事項等を確認することが多い。退院後、スムーズに在宅での「入院」に移り、

治療が継続される。

④ケース・スタディ：パリ公立病院協立会在宅入院

パリ市および首都近郊には、39 のパリ公立病院協会傘下の公立病院が存在する。この協会に属する形で、在宅入院部門が、パリ市内と近郊（128 コミューン）を 17 セクターに分けてカバーする。

a) 料金

	日額
料金カテゴリー 1	271 ユーロ
料金カテゴリー 2	139 ユーロ

b) 人的資源と組織、勤務態勢

650 名(フルタイム換算 うち医師 14 名)
日勤シフト 7 時～ 21 時
夜勤シフト 21 時～ 7 時

c) 活動データ

前頁の表 11 に示したとおりである。

(2)在宅ケア Soin a Domicile

日本語の「訪問看護・介護」が最も近い。医師の処方指示に基づき、必要と判断された看護・介護を行う。多くは、民間非営利法人がサービス提供を行っている。

医療費と自己負担であるが、対象疾患の重篤性により、医療保険から 70～100%がカバーされ、介護保険からも要介護度に応じた自己負担が計算される。

V. おわりに

本論文では、独居高齢者を多く抱えるフランスにおける多様な高齢者住宅や新たな在宅サービスについて、その概要を紹介した。

ベビーブーマー世代の後期高齢化とそれに伴う社会保障費用の増大は、先進諸国が共通に抱える

課題である。フランスの場合、これに家族介護力の低下が加わることから、住宅施策は非常に重要となる。

ただし、2003年夏にヨーロッパを襲った猛暑により、国内の在宅居住高齢者や高齢者施設入所者などを含む約15,000人の死者を出したことに象徴されるように、まだまだ高齢者住宅の整備も、また、医療と介護の連携も十分とは言えない。

フランスの場合、医療と介護がこれまで別の枠組みで発展してきたため、両者の連携には課題が残っている。高齢者住宅の自立高齢者も、いずれ機能低下を生じ、看取りを含めた対応が求められる。多様な高齢者住宅の居住者に対し、適切な医療と介護をいかに提供するかが今後の課題である。

注

- 1) 持ち家の定義は、現住所である住居を不動産所有していること。
- 2) INSEEのHID (Handicap-Incapacite Deoebdabse) アンケートによる。
- 3) 2008年4月18日号 Le Quotidien du Medecin 記事による。
- 4) Zaritが開発した22項目からなる介護負担尺度のこと。介護者が、親族の介護をすることによって被った、身体的・心理的・経済的負担を測定する。合計88点で、20点以下は軽度、21-40点は軽～中度、41-60点は中～重度、61-88点は重度と判定する。日本語版が荒井

らによって開発されている。荒井由美子：Zarit 介護負担スケール日本語版の応用、医学のあゆみ、3(13), pp.930-931, 1998 参照。

- 5) 高齢年金金庫より6,400万ユーロ、疾病金庫より109億ユーロを拠出している。
- 6) 社会福祉手当：住宅手当(収入・住居面積条件あり)、在宅維持手当、高齢者最低保障(収入・家族の最低食費義務・相続財産よりの徴募条件あり)。さらに、動・不動産売却利益などの相続財産が45,734ユーロ以上である場合、相続者は、手当返却、および生前担保を必要とする。
- 7) 日本の自宅死亡率は、厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年人口動態調査」による。なお、この数字は全死亡者数に占める割合のことで、高齢者のみに限定したものではない。
- 8) 2008年6月1日現在 フランス最低賃金 8.44ユーロ/時(税込)

参考文献・HP

<http://www.insee.fr>

<http://www.famidac.fr>

<http://www.agenceservices.fr>

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

<http://www.constructif.fr>

<http://www.naoko.okuda.free.fr>

Christelle MINODIER 他, 2004, Le patrimoine immobilier des retraites INSEE No.984

Le Quotidien de medecins, 2008

原田啓一郎(2007)フランスの高齢者介護制度の展開と課題, 海外社会保障研究, 161, pp.26-36.

(おくだ・なおこ 日医総研フランス駐在研究員)