

特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方

医療・介護ニーズの質的变化と地域包括ケアへの取り組み
——フランスの事例から——

篠田 道子*

抄 録

フランスでは、変化した医療・介護ニーズに対応するため「高齢化社会適用法」が策定され、介護資格制度の再編が起こっている。地域包括ケアに舵を切ったことで、在宅入院をネットワークとして位置付けるなど、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えている。また、CLICやMAIAなどケアマネジメント機関を設置し、ケアマネジャーを配置するなどメリハリのあるケアマネジメントを提供するも、多職種連携に課題を残している。

キーワード：地域包括ケア、高齢化社会適用法、介護資格制度、在宅入院、ケアマネジメント

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.539-551.

I 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、給付費を適正化することである。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、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きた。

フランスでは、高齢化に対応した介護保障制度として、2001年1月1日に個別自律手当 (APA: Allocation personnalisée d'autonomie) を導入し

た。社会保険ではなく、社会扶助としての位置づけである。APA導入から15年あまりが経過し、介護ニーズも変化したため、APAの見直しを含めた「高齢化社会適応法」が2016年1月1日に施行された。さらに、この法律に先立って、「介護職制度改正国家計画」による介護資格制度が見直され、介護職の再編が起こるとともに、多様なニーズに対応できる新たな介護職である生活指導介護士 (DEAES) が誕生した。

また、2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、制度上縦割りであった保健、医療、福祉、介護を包括した行動計画が策定されるようになった。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、在宅入院 (HAD: Hospitalization a Domicile) 等をネットワークとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供

* 日本福祉大学社会福祉学部 教授

する仕組みを整えてきた。長くなった高齢期は、病状や生活環境などは一律ではない。病状が変化するたびに住まいを移動するのではなく、変化してもケアの継続性を保ちながら、ネットワークが移動するという体制を整えてきた。

さらに、地域インフォメーション・コーディネートセンター（CLIC）や、自律と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）など保健・医療・福祉・介護サービスをマネジメントする機関を設置し、新たに誕生したケアマネジャーを配置するなど、地域包括ケアに舵を切っている。

本稿では、まず、フランスの少子高齢化の状況を踏まえた上で、変化した医療・介護ニーズに対応するため策定された「高齢化社会適用法」の概要と、それに伴って再編成された介護資格制度について述べる。介護職は、賃金も低いことから、離職率が高く、増大する介護ニーズに対応するだけの確保は目途が立っていないなど、わが国と同じ課題を抱えている。

また、地域包括ケアに舵を切ったことから、HADの活動範囲も在宅だけでなく、高齢者施設にも拡大し、ネットワークとして地域全体をカバーするなど役割を拡大している。しかし、多職種連携に課題を残しているため、利用は伸び悩んでいる。多職種・他機関の連携が上手く機能していないことを重くみたHAD幹部は、多職種連携教育を導入した。

さらに、MAIAやCLICによるメリハリのあるケアマネジメントにより効率化を図っているも、どちらがイニシアチブをとるのが曖昧になっている。これらの現状と課題を整理した上で、わが国への示唆について、個人的な見解を述べる。

II フランスにおける少子高齢化の状況と政策

INSEE（国立経済統計調査研究所）の調査によれば、2016年1月1日現在のフランスの総人口は、66,627,602人で、うち65歳以上の高齢者人口は12,520,217人で、高齢化率は18.8%である。フランスは1865年には、すでに全人口に占める65歳以上の人口の割合は7%を超えていたが、14%を越

えるには115年を費やしており、高齢化の進行は極めて緩やかであった。ただし、2011年には戦後ベビーブーム世代が65歳を迎えたことから、2050年には高齢化率が24.9%になると推定されている。

フランス社会事業・保健省の調査では、2015年の平均寿命は、男性78.4歳、女性84.8歳で、2060年には男性86.0歳、女性91.9歳と世界有数の長寿国の一つである。

フランスの高齢化はゆっくり進行しているものの、長年にわたる手厚い家族政策（家族手当・柔軟な育児親休暇・ひとり親や低所得層への支援等）により、合計特殊出生率は、2.01（2013）と、2008年以降は2.0を維持しているため、現時点では人口減少や少子化は深刻ではない。しかし、高齢化の進展により、APAの受給者数は、2011年の1199千人から2035年には1500千人に達することが予測されていることから、介護職の確保は急務である。

2012年に就任したオランダ大統領は、サルコジ前大統領の社会保障の給付抑制政策を見直し、歳出を拡大することで雇用の安定を図り、その一方で、高額所得者や大企業に対する課税を強化することで、所得再分配機能を強化する公約を掲げている。医療・介護の分野では、「高齢化社会適応法」を軸として、「介護職制度改正国家計画」や「在宅サービス現代化計画」など関連法が整備されつつある。

当面の課題は、わが国と同様に、介護職の量的拡充と質の向上である。フランスの高齢者医療・介護を担う職種は、看護系と福祉系の2種類があったが、介護職制度改正国家計画により、再編が進んでいる。前述した関連法により、介護サービス従事者の処遇改善とサービスの確保を政策の中心に置いているからである。

Ⅲ 「高齢化社会適応法」と「介護職制度改正国家計画」で医療・介護ニーズに対応

1 「高齢化社会適応法」は在宅ケアに手厚い政策

オランダ大統領の高齢化政策の一つである、「高齢化社会適応法」(la loi relative à l'adaptation de la Société au vieillissement)が⁸⁾、2015年12月14日に国民議会で可決し、2016年1月1日に施行された。その政策予算(年間7億ユーロ)を賄うための基金「CASA」(le contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie: 自立のための社会連帯追加負担)を開設した。財源は、退職年金、障害者手当で、早期退職手当の支給額への課税徴収(0.3%)によって捻出している。

主な対策は、①在宅APAの見直し、②介護サービス従事者の労働条件の改善とサービスの品質管理の強化、③介護人の休息の権利の創設、④自立支援の促進の4点である。在宅ケアを支援するために、低所得者や介護人だけでなく、在宅サービス企業にも手厚い政策・財政支援になっている。

(1) 在宅APAの見直し

- ①低所得者の自己負担金の免除
- ②自己負担額の引き下げ

(2) 介護サービス従事者の労働条件の改善とサービスの品質管理の強化

「在宅サービス現代化計画: Un plan de modernisation des services à domicile」(2015年1月～2018年7月)と連動しながら実施している。在宅サービス企業の組織化と従業員のプロフェッショナル化を図るため、以下の4つの行動計画を策定している。

- ①在宅サービスの品質改善
- ②在宅サービス企業の経営改善(人事管理、サービス管理、経営管理の強化)
- ③在宅サービス企業への個別支援(経営難の企業への支援、情報システム改善のための財政支援、企業間の連携システムの確立)

④情報システムの改善

(3) 介護人への休息の保障

①介護人の定義を明確化

定義: 介護人とは、要介護者の日常生活の一部またはすべてを、定期的に援助している近親者である。具体的には、配偶者、親または親しい友人・隣人も含まれる。

②介護人が休息するための支援金制度の開設

③介護人へのレスパイトケア介護手当(年間上限500ユーロ)の導入

④介護人が緊急入院し、代替要員がない場合は、992ユーロを上限とする支援金を給付

(4) 自立支援の促進

①介護予防教室参加への財政支援

②福祉機器(ホームセキュリティや照明システムなど)設置への財政支援

2 「介護職制度改正国家計画」で介護職の量的拡充と質の向上を目指す

「介護職制度改正国家計画」(2014年3月27日施行)とは、高齢化社会適応法を具体的に展開する政策の一つである。介護を専門職として位置づけ、離職率を下げる対策などにより、介護職の量的拡充と質の向上を目指している。この計画には、以下の3つの目的と19のアクションプランが定められている。

①高齢化に伴って高まるニーズに対応するために、介護専門職(les métiers de l'autonomie: 自立支援職とも訳せる)の発展を促進・支援する(アクション1～4)。

②介護職のイメージと労働条件を改善して、その分野の多種職間の自主的な移動を可能にすることによって、失業者雇用の受け皿や現職者の昇進を図る(アクション5～11)。特に、アクション9: 苦痛な介護業務による疲弊に対処するために、職員の健康管理と就業環境の改善を図ることは、離職率を下げるための対策として注目されている。

③高齢者と障害者への介護サービスの品質を高め

るために、介護資格制度を見直して、職務内容を改善する（アクション12～19）である。資格制度の見直しについては、次項の介護職の動向と課題で述べる。

IV 個別自律手当APAの概要

個別自律手当（APA：Allocation personnalisée d'autonomie）は、1997年に創設された依存的介護給付（PSD：Prestato Spécifique Dependence）を改正したもので、2002年1月1日に施行された。介護保険ではなく、社会扶助としての位置づけである。APAについては、原田（2007）、稲森（2012）の論文が参考になるので、そちらも参考にされたい。

2011年12月31日時点でのAPAの受給者数は1199千人にのぼり、前年度比2.0%の増加である。全受給者のうち在宅APA受給者は721千人（60%）、施設APA受給者は478千人（40%）である。最重度者であるGIR1は全受給者数の9.3%と少なく、軽度者であるGIR4が44%を占めている。ただし、施設APAでは、GIR1と2で60%を占めている（表1）。

APAの財源は、約3分の2を県が、約3分の1を全国自立連帯基金（CNSA：Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie）が負担しており、同基金の負担分は、介護手当負担金（CSA：Contribution Solidarité Autonomie）、一般社会拠出金（CSG：Contribution sociale generalisee）、年金保険の分担金が充てられている。なお、CSAは、2004年7月に導入されたもので、使用者が支払賃金の0.3%を負担する。

APAの総給付額は、2011年は52億6300万ユーロで、ここ数年間は微増であったが、高齢化社会適

応法の施行により、給付額が膨らむことから、2016年は59億4800万ユーロを予測している。

また、高齢化の進展により、APAの受給者数は2035年までに1500千人、2060年までに2300千人に達することが予測されていることから、給付のあり方や財源確保の見直しが近い将来必要になるであろう。

APAの対象者、要介護認定、給付内容、支給限度額については以下の通りである。

【対象者】

- ①フランス国内に15年以上合法的に居住している。
- ②60歳以上である。
- ③自律の一部を喪失したために、日常生活に支障のある者で、要介護認定で要介護者（GIR1～4）と判定された者である。

【要介護認定】

- ①本人または家族、法的代理人が県の窓口申請する。
- ②申請後に書類が送付されるので、申請者は必要事項を記入し、添付書類（ID証明書、納税書類等）を返送する。
- ③県の社会医療チーム（医師、看護師、ソーシャルワーカー）が申請者宅を訪問し、要介護認定のアセスメントを行う。その際、6段階からなる要介護状態区分（GIR1～6）を判定する。ただし、給付対象者はGIR1～4の要介護高齢者である。虚弱者（GIR5）および自立者（GIR6）は給付対象外。
- ④申請から2カ月以内に、県の担当課がAPAの給付の有無を通知する。施設入所者においては、医師の判断のもと施設内で行われる。

表1 APAの受給者数・割合 (2011年12月31日現在)

GIR	在宅APA		施設APA		合計	
	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)
GIR1	18	2.4	93	19.5	111	9.3
GIR2	126	17.5	194	40.5	320	26.7
GIR3	157	21.8	82	17.1	239	19.9
GIR4	420	58.3	109	22.9	529	44.1
合計	721	100.0	478	100.0	1199	100.0

出所：Allocation Personalisee D'autonomie et la prestation decompensation du Handicap au 30 juin.

【給付内容】

給付の対象となる在宅サービスは、個々の申請者のニーズに応じて、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護器具購入費、住宅改修経費などである。施設サービスについては、医療費および宿泊滞在費を除いた介護費のみが給付の対象となる。

【支給限度額】

高齢化社会適応法により、支給限度額が若干引き上げられた。2016年3月1日以降の在宅APAの支給限度額は、GIR1：1713.08ユーロ（改正前1312.67ユーロ）、GIR2：1375.54ユーロ（改正前1125.14ユーロ）、GIR3：993.884ユーロ（改正前843.864ユーロ）、GIR4：662.95ユーロ（改正前562.57ユーロ）である。

施設APAには支給限度額は設定されておらず、介護費用の支給額は、次の3点を基盤に計算される。①受給者のGIR、②各施設のGIR別介護料金、③受給者の収入である。

V 医療・介護職の動向と課題

1 医療職はほぼ充足

2011年から2015年までの医療従事者数の推移をまとめた（表2）。高齢者人口の増加に伴い、すべての職種が微増している。

フランスの医師・看護師は、戦後ベビーブーム世代の退職を控えているものの、現時点で数は確保されている。急性期病院の平均在院日数は5.2

日と短い。2008年の全病床数は、440,656床で、そのうち急性期病床が50%を占める。人口は日本の半分であるが、病床数は4分の1と少ない。その分、医師や看護師の配置が手厚くなっている。

2 3種類の在宅看護で役割分担

フランスの在宅看護は3種類に分けられる。①開業看護師による在宅看護（Soins à domicile par les infirmiers libéraux）と、②在宅訪問看護・介護事業所による在宅看護（SSIAD：Service de soins infirmiers à domicile）、③在宅入院（HAD）が提供する高度医療サービスに特化した短期間の在宅看護である。③については後述するので、ここでは①開業看護師と、②在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD）による在宅看護について述べる。

(1) 開業看護師による在宅看護（Soins à domicile par les infirmiers libéraux）

全国被用者疾病金庫医療職者台帳の2015年1月1日付けによれば、フランスの看護師数は600,170人、開業看護師数は98,249人であり、全看護師の16.4%を占める。開業看護師は実務経験3年を経た後に、地方公衆衛生局に登録して開業する。ちなみにわが国の訪問看護師数は、2012年は33,649人、全看護職の2%にとどまる（厚生労働省：2014）。

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

表2 医療従事者数（Professions de sante en 2015）

	2011	2012	2013	2014	2015	10万人対
医師	208,727	216,762	218,296	219,834	222,150	337
歯科医師	40,941	40,599	40,833	41,186	41,495	63
助産師	18,070	19,128	20,235	20,772	21,632	148
薬剤師	71,797	72,811	73,670	73,598	74,345	113
看護師	534,378	567,564	595,594	616,796	638,248	967
理学療法士	70,780	75,164	77,778	80,759	83,619	127
作業療法士	7,535	8,079	8,539	9,122	9,691	15
言語聴覚士	19,963	21,220	21,902	22,744	23,521	36
視能訓練士	3,396	3,655	3,826	4,016	4,185	6
足治療士	11,579	12,085	12,430	12,850	13,250	20

出所：Drees http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfef06103

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。

開業看護師が行う看護行為には、一つひとつに看護点数（診療報酬に該当）が決められている。注射や創処置など医療行為を評価する「医療・看護行為」（AMI：Actes Medico Infirmierde）と、入浴や排泄ケアなど「介護・生活行為」（AIS：Actes Infirmierde Soins）の2種類に分かれており、それぞれ単価が定められている。

(2) 在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD：Service de soins infirmiers à domicile）のサービスの主な担い手は介護職

日本の訪問看護ステーションに該当する。看護師と介護職（医療系介護士：DEAS）がチームを組んで在宅看護・介護サービスを提供している。サービスは開業看護師と同様に、「医療・看護行為」（AMI）と、入浴や排泄ケアなど「介護・生活行為」（AIS）の2種類に分かれており、医療系介護士は看護師の指示のもとで、「介護・生活行為」（AIS）を行っている。

SSIADの利用者は、APAを利用している高齢者が多く、「医療・看護行為」（AMI）は少なく、「介護・生活行為」（AIS）がほとんどである。また、看護師は人数も少ないうえ、コーディネート業務や記録等に忙殺されるため、「医療・看護行為」（AMI）を開業看護師に依頼しているのが現状である。

このようにフランスでは、急性期の高度医療に特化した在宅看護は在宅入院（HAD）が担い、状態が安定したら開業看護師と在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD）に引き継ぐという役割分担ができています。

3 介護職の動向と課題

(1) 国が主導する生涯職業教育と介護職の資格再編

フランスでも介護職は不足が予測されている。介護職数の経時的変化をまとめた公的な資料は見当たらなかったが、高い離職率による人材不足、低い給与水準（最低賃金を少し上回る金額）など、わが国と同じ課題を抱えている。このような状況を打破するために、前述の「介護職制度改正国家計画」でも、介護資格制度を見直すことで、多様な介護ニーズに対応できる有能な人材を育成・確保し、介護職のイメージアップを図るアクションプランを策定した。

制度の見直しの一環として、2016年1月29日付デクレ（社会事業・家族法典改正）で新しい介護職の国家資格である「生活指導介護士」（DEAES：Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social）が誕生した。これは、福祉系介護職の旧国家資格である社会生活介護士（DEAVS：Diplôméd'Etat d'auxiliaire de vie sociale）¹⁾、医療心理介護士（DEAMP：Diplôme d'etat aide médico-psychologique）、障害者介護士（AESH：Acompagnants des Elèves en Situation de Handicap）の3資格を生活指導介護士（DEAES）に1本化したものである。最終的には医療系介護士（DEAS：Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant）と統合させる可能性にも言及するなど、介護職の資格再編が起きている。

フランスでは、職業訓練や資格取得への支援などの「生涯職業教育」は、国の責務としているため、従業員は職業研修を受ける権利を有している。さらに、実務経験の認証や組み替えを可能にする「職業経験認定資格制度」（VAE：la validation acquis de l'expérience）²⁾があり、この制度を利用すれば、より上位の資格を取得することができることも、再編を促しているといえる。

¹⁾ 社会生活介護士（DEAVS）の資格制度は2016年度で廃止されるが、資格所有者については、新資格であるDEAESが自動的に与えられる。2015年の従業者数は55万人である。

²⁾ 「職業経験認定資格制度」（VAE：la validation acquis de l'expérience）は、2002年1月17日の「社会近代化法」で制定された。職業経験で習得した知識・技能を評価して、資格を与える、あるいは資格を引き上げる制度である。たとえば、社会生活介護士（DEAVS）の場合、2012年度は6050件の申請があった。

また、フランスの保健・医療・介護職は、学歴にリンクした5段階等級（Ⅰ～Ⅴ）に分類されている³⁾。複雑な制度のため、本稿では詳細は割愛するが、藤森（2010）が優れた論文を発表しているため、そちらも参考にされたい。ちなみに、医療系介護士（DEAS）、社会生活介護士（DEAVS）、医療心理介護士（DEAMP）と、新資格である生活指導介護士（DEAES）はすべてレベルⅤである。

本稿では、医療系介護士（DEAS）と生活指導介護士（DEAES）の職務定義、国家資格の取得方法や主な雇用先などを述べる。

（2）医療系介護士（DEAS）の定義・資格取得方法・雇用先・待遇・就業者数・離職率

- ・職務定義：医療看護スタッフの一員として、看護師の責任の下で、患者の日常生活の行為に付き添い、自立維持のための援助を通して、患者の快適性の向上に貢献する。主な業務は、患者の衛生管理と介護行為（洗面、排泄、移動、食事、褥瘡予防などの支援）、そして継続的な看護のために、介護の所見報告である。リハビリ療棟の余暇活動にも参加する。（出所：フランス社会事業・保健省）
- ・国家資格の取得方法：養成は1946年からされているが、2007年8月31日のデクレで国家資格化された。医療系介護士養成校（IFAS：Instituts de formation d'Aides-soignants）で法定研修課程（10カ月間/1435時間）を受講する。内訳は、講義（理論・実技）：17週間（595時間）、職場研修：24週間（840時間）である。入学受験資格は18歳以上で、学歴制限無し。
- ・主な雇用先：公営または民間の病院（全体の約65%）、高齢者施設、在宅訪問看護・介護事業所（SSIAD）など。開業はできない。
- ・待遇：平均月収は1626ユーロ（額面給与額）である。参考までに、フランスの法定最低賃金（SMIC）は、2016年は月額1466ユーロであることから、十分な賃金を得ているとはいえない状

況である。

- ・就業者数：フランス看護師情報サイト（2015）によれば、2012年度の全国就業者数は約39万人で、10年前に比べて20%増加した。同年の法定研修登録者数は25,400人、12年間で倍増した。雇用危機の中、需要が多い職種として、特に30歳以下の失業対策として注目されている。
- ・離職率：48.3%（2008年）と非常に高い。

（3）生活指導介護士（DEAES）の誕生

- 2016年1月29日のデクレで制定された新しい福祉系介護職の国家資格である。「介護職制度改革国家計画」（2014年3月27日開始）に関連した改正策の一環として、福祉系介護職の旧国家資格である社会生活介護士（DEAVS：Diplômé d'Etat d'auxiliaire de vie sociale）と医療心理介護士（DEAMP：Diplôme d'etat aide médico-psychologique）、さらに、これまで国家資格がなかった障害者介護士（AESH：Acompagnants des Elèves en Situation de Handicap）の3職種を生活指導介護士（DEAES）に1本化した。高齢者だけでなく、障害者などすべての人を対象としている。最終的には医療系介護士（DEAS）と統合する可能性にも言及している。
- ・職務定義：高齢、身体障害、生活習慣または貧窮などの理由で、困難を持つ全ての人たちの日常生活、社会生活、学業と余暇活動に付き添って、自立の獲得、維持、改善のための援助・指導をする。
 - ・国家資格の取得方法：生活指導介護士養成校（320カ所）で、法定研修課程（理論・実技）：525時間、職場研修：840時間を終了する。研修期間は12～18カ月間。
 - ・主な雇用先：医療付き高齢者施設（EHPAD）、高齢者専門病棟（USLD）、医療付き障害者施設（FAM）、病院等への就職が期待されている。

³⁾ 保健・医療・福祉（介護）職の5段階等級（Ⅰ～Ⅴ）については、http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2012/09/21/1323725_2_1.pdf P.5の「学位水準区分」が参考になる。そのうち、介護職の国家資格は最低レベルのⅤである（わが国の職業高校や職業学校に相当する）。

Ⅵ 在宅入院における集中的ケアマネジメントの動向と課題

1 HADの概要

HAD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在宅における入院である。あらかじ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自宅で提供するサービス」と定義されている。患者の自宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関が病院の医療チームと、かかりつけ医を含む個人開業者と連携・協働しながら、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。

制度を支えるコーディネーターは、HAD所属のコーディネート医師とコーディネート看護師である。特に医師の関与が強く、開業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、医療費を抑制するのがフランス政府のねらいである。

2012年末の全国HADの施設数は317施設、患者数は104,960人で入院患者の1.5%を占めている。設置主体の3分の2がNPO法人など非営利団体、残りの3分の1が民間企業などの営利法人である。2007年からは、高齢者施設や高齢者住宅に入居している人もHADのサービスを利用できるようにするなど、対象者や利用要件を緩和し、在宅ケアを支えている。

2 病院側の早すぎる退院が課題

しかし、ここ数年は、病院側の早すぎる退院による在宅医療の高度化と費用の高騰、夜間・休日対応できる医師の不足、入院患者の高齢化による介護サービスとの連携が困難など、わが国と共通の課題を抱えている。

HADは入院医療の一環であり、医療費の支払いには2006年1月より医療行為別入院診療報酬(T2A: Tarification al'Activite)による1日当たりの定額支払いである。T2Aは主傷病、副傷病、在院日数、介護度コード、カルノフスキー指数などを合わせてコーディングしたうえで、1800のカテゴリーに分類され、さらに31のプライスカテゴリーに分けられている。2013年の平均保険給付は196.1ユーロ/日であった。一番安いのが正常分娩で60ユーロ/日、一番高いのが終末期ケア550ユーロ/日である。高額な薬剤(抗癌剤など)は出来高で請求できる。

HADの成人患者は、長期慢性疾患(ALD: affectation de longue duree)が8割を占める。ALDとは、がん、神経性疾患、腎不全、糖尿病など長期療養が必要で、かつ医療費が高額になる疾病で、自己負担分が免除される疾患である。

入院医療が一疾患の定額制であるため、病院側としては早期に患者を退院させたいインセンティブが働く。パリ市内の急性期病床の平均在院日数は短縮化され、2010年では5.2日である。早すぎる退院を予防するために、入院後3日以内に退院させると、T2Aの60%しか保険給付されないという「最低入院期間」を設定している。しかし、最低入院期間を過ぎると、病院側は早期退院に拍車がかかり、すぐにHADにアクセスしてくる。HADのT2Aは、一日定額制であるため、早期に患者を確保したいというインセンティブが働く。病院側とHAD側の思惑が一致することから、コストが増大する傾向にある。

3 HADの整備状況とサービスの状況—中規模事業所にして効率化を図る

2005年から2012年までの、施設数、入院件数、患者数、病床数、総収入の推移を表3に示す。2005年から2009年までは前年比二桁の伸び率であった。2010年以降は3~8%の伸び率で鈍化している。これは、小規模なHADを統合して、中規模化することで、効率化を図っているためである。

表3 2005～2012年在宅入院の活動推移

	施設数 (前年比)	入院件数 (前年比)	患者数 (前年比)	病床数 (前年比)	総収入 (百万€) (前年比)
2005年	123施設	63,666件	35,017人	4,584床	2億8,507万1,409M€
2006年	166 (+35%)	80,980 (+27%)	46,022 (+31%)	5,931 (+29%)	3億8,597万9,339 (+35%)
2007年	204 (+23%)	95,100 (+17%)	56,287 (+22%)	7,243 (+22%)	4億7,484万2,806 (+23%)
2008年	231 (+13%)	112,591 (+18%)	71,743 (+27%)	8,456 (+17%)	5億4,606万2,339 (+15%)
2009年	271 (+17%)	129,748 (+15%)	86,674 (+21%)	10,040 (+19%)	6億5,236万8,093 (+19%)
2010年	292 (+8%)	142,859 (+10%)	97,624 (+13%)	11,050 (+10%)	7億1,404万5,440 (+9%)
2011年	302 (+3%)	149,196 (4%)	100,100 (+3%)	11,877 (+7%)	7億7,121万8,660 (+8%)
2012年	317 (+5%)	156,318 (+5%)	104,960 (+5%)	12,679 (+7%)	8億2,504万9,082 (+7%)

出所：FNEHAD「在宅入院データ2012～2013」レポートより筆者作成。

表4 HADの高齢者施設での活動状況

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	合計%
施設数	34	115	164	201	229	252	79.5%
患者数	141	748	1,582	2,329	4,170	4,283	4.3%
入院日数	4,727	34,236	72,466	102,488	136,626	189,874	4.5%

出所：FNEHAD「在宅入院データ2012～2013」レポートより筆者作成。

4 HADの平均在院日数・割合

2012年の平均在院日数は、25.2日（ただし、産後ケアおよびハイリスク新生児ケアを除いた場合は29.4日）である。これは2009年の23.7日（同28.5日）と比較すると、長期化している。その理由は、対象患者の高齢化と重度化のため、在宅看護・介護への移行に時間と手間がかかっているためである。

在院日数別割合は、10日未満が全体の51%を占めている。10日未満の主なサービスには、輸血や産後ケアなどが含まれている。次いで10日以上～20日未満の17%である。一方で、神経難病などのリハビリテーションなどは1カ月以上の在院日数を要するなど、疾病やサービスによって差が大きくなっている。

5 HADの高齢者施設での活動状況＝ネットワーク形成に舵を切るも利用は伸び悩む

2007年からは、高齢者施設（EHPAD等）や高齢者住宅などに入居している人もHADのサービス

を利用できるようになった。これは、2007年2月22日制定デクレおよび2007年3月16日省令、さらには2007年10月5日通達による一連に係法改正によるものである。これにより、HADはモバイルチームとして、地域のネットワーク形成に舵を切ることになった。2012年では79.5%のHAD機関が、高齢者施設での何らかの医療サービスを提供しているが、入所者全体に占める割合は、全入所者の4.5%にしかすぎない（表4）。

高齢者施設でHADの利用が伸び悩んでいる理由は、次の3点である。①高齢者施設職員のHADへの認知度の低さである。フランスの高齢者施設は、日本と同様に、医師は配置されておらず、看護師の配置も手薄い。介護職がケアの中核を担っていることから、医療との連携が不十分になりやすいことが考えられる。②高齢者施設で提供した場合の報酬は、在宅の報酬と比較すると13%低く設定されているため、HAD職員のインセンティブが低くなること。③高齢者施設職員、かかりつけ医、開業看護師、HAD職員との連携が上手く機能

していないことである。

多職種・他機関の連携が上手く機能していないことを重くみたHAD幹部は、多職種連携教育を導入した。HAD内部で、緩和ケアの事例検討など演習をベースに行っている。講師は当該HADの幹部職員が担当している。取り組みは順調であるが、開業医など他機関を巻き込んだ連携教育は、地元医師会等との調整ができていないため、実現には至っていない。

Ⅶ ケアマネジメントを担う「CLIC」と「MAIA」の特徴と役割分担

フランスは高齢化に伴い、医療と介護サービスを一元化するために、ケアマネジメントを促進してきた。以下、代表的なケアマネジメント機関であるCLICとMAIAについて、篠田（2015）の論文をもとに、特徴と役割分担を述べる。

1 CLICはわが国の地域包括支援センターの機能に近く、在宅生活を継続するためのケアマネジメントを行う

「地域インフォメーション・コーディネートセンター」（CLIC：Centre Local d'Information et de Cordination Gerontologique）とは、在宅高齢者とその家族に対する総合相談・助言を行い、課題解決のために地域の社会資源とのネットワークを形成し、諸サービスの調整等を行う、地域密着型の組織である。多職種による支援チームを形成し、連携して在宅支援にあたる。フランス全土に600カ所設置されている。2004年8月13日法、第56条を根拠法とする。財源は、市税、県の補助金、老齢年金金庫や疾病金庫からの拠出金で構成されている。県が設置主体であるが、市やNPO法人などが運営している。

わが国の地域包括支援センターの役割に近く、在宅生活を継続するため、公正中立的な立場で、多職種による支援チームが他機関と連携しながら支援する。相談の結果、APAを利用する緊急度が低いと判断された場合は、地域のインフォーマルサービスの利用を推奨したり、本人や家族の持つ

ている機能を高めて在宅生活を継続できるように支援している。

2 MAIAは複雑なケアマネジメントを担う

「自律と包括的ケアのためのネットワーク」（MAIA：Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie：）は、保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口として、2009年にモデル事業として17カ所設置され、2015年末には250カ所に増えた。

多くのMAIAはCLICに併設されている。CLICは、わが国の地域包括支援センターに近い機能を持っているため、高齢者の保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口、医療と介護の連携の要として期待されていた。しかし、ケアマネジメント機能が弱かったため、医療と介護の連携は不十分なままであった。

MAIAは、認知症の人や家族に対する相談や包括的なサービスを提供するものとしてスタートしたが、徐々に役割を拡大して、現在は、60歳以上の自立困難な高齢者に次の3つのサービスを提供している。①医療・介護サービスへのアクセスを目的とした総合相談窓口、②標準化された包括的なアセスメントによる在宅支援、③ケアマネジメントによる、多職種・多機関の連携・協働である。特に③のケアマネジメントでは、シンプルなケースと複雑なケースに分け、MAIAは複雑なケアマネジメントを担当している。このように、シンプルなケースはCLICで対応するなど、MAIAとCLICでケアマネジメントの役割分担を行っている。

ただし、MAIAには、2008年から資格化されたケアマネジャー（coordonnateur）が配置されている。ケアマネジャーの基礎資格は、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士の4職種で、一定の実務経験を経た後、大学などの教育機関で研修を受けなければならない。2013年にはフランス全土で750人のケアマネジャーが誕生した。一人のケアマネジャーは、40ケースまで担当できる。

複雑なケアマネジメントでは、コーディネー

ション会議が有効なツールとして機能している。コーディネーション会議はわが国の地域ケア会議と同じ役割を担っているもので、参加者は、県の担当者、APAや高齢者施設の担当者、かかりつけ医、開業看護師、ヘルパーなどの多職種である。司会は、MAIAのケアマネジャーが担当することが多い。

Ⅷ まとめとわが国への示唆

1 ケアマネジメントの機能分化と連携のイニシアチブ

効果的・効率的なケアマネジメントを実施するためには、MAIAやCLICのように、ケアマネジメントのレベルを分けることも一つの方法であろう。フランスだけでなく、アメリカやイギリスでも包括的地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：ACT）に代表されるように、医療・介護ニーズに合わせたケアマネジメントの機能分化を促進している。

わが国の介護支援専門員の基礎資格は、介護職が中心になっている。介護系介護支援専門員は強みもあるが、医療面に弱いという側面もある。特に急性期病院からの退院支援は医療職など多職種による後方支援が必要であろう。

MAIAやCLICによるメリハリのあるケアマネジメントは効率的ではあるが、国民や医療従事者の認知度が低いいため、アクセスが少ないのが課題である。

また、HADをネットワークとして位置づけ、孤立しやすいかかりつけ医や開業看護師を後方支援する体制を整えてきた。高齢者施設にもHADのサービスを利用できるようになったが、実際の利用者は全入居者の4.5%にとどまっている。理由は、高齢者施設職員のHADに対する認知度が低いこと、自施設のみで対応する傾向が強く、HADの力を借りようとししないなどである。HADと施設との連携は必ずしもうまくいっていない。

MAIA、CLICやHADという複数のネットワークが存在していると、どこが連携のイニシアチブを取るべきか曖昧になりやすい。また、体制を整え

たからってといって連携できるものではなく、カンファレンスなど顔の見える関係づくりをするなど、地道な活動が求められている。

2 HADなどネットワークは多職種連携がポイント

介護保険制度導入前までのわが国は、高齢者施設の大規模化と施設完結型ケアを促進してきた。その結果、施設ごとに高齢者の状態像を固定化し、施設が求める状態像に合致しなくなると、転院・転所をしてもらうなど「上から目線」の対応で、ケアの継続性は担保してこなかった経緯がある。

フランスでも日本と同様の政策が過去にとられていたが、2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、地域全体を大きな施設として捉え、HADをネットワークとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えてきた。長くなった高齢期のケアでは、症状や生活環境などは一律ではない。病状が変化するたびに住まいを移動するのではなく、変化してもケアの継続性を保つために、多職種チームが移動するという体制を整えてきた。

しかし、現実には病院からHADへのサービス提供ルートは7割を占め、在宅からHADへのサービス提供ルートは3割と少ない。高齢者施設もHADの利用が可能になったが、利用率は低位の水準に留まっている。これらが伸び悩んでいる理由は、かかりつけ医や開業看護師が「何かあったら病院に入院させる」という意識が強く、入院させる前にHADにアクセスするという発想が低いという声がある。

また、病院側の早すぎる退院による在宅医療の高度化と費用の高騰、入院患者の高齢化による看護・介護サービスとの連携が困難など、わが国と共通の課題を抱えていた。このような状況に対応するため、HAD幹部は、多職種連携教育を導入し、多職種・他機関との連携を促進するも、自事業所レベルでの取り組みに留まっている。

わが国でも多職種連携教育は緒についたばかりであるが、地域包括ケアシステムの成否は、多職

種連携・協働が鍵を握っていると言っても過言ではない。教育なくして連携は出来ないで、日仏ともに長い目で育ていくことが求められている。

3 介護職の量的拡充と質の向上は日仏ともに共通

厚生労働省が2015年6月24日に公表した「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）」によれば、2025年の需要見込みは253.0万人にのぼり、一方で供給見込みは215.2万人にとどまり、需給ギャップは37.7万人である。専門性が不明確で役割が混在している、介護職への理解・イメージ向上が不十分なため、将来展望やキャリアパスが見えづらいという指摘があり、慢性的な人材不足に陥っている。

そのため、①労働環境・処遇の改善（キャリアパスなど）、②人材のすそ野を広げるなど参入を促進する、③専門性の明確化・高度化で継続的な質の向上を目指すなどの「総合的な確保方策」を講じている。

フランスもわが国と同様の課題を抱えている。「介護職制度改正国家計画」で介護資格制度を見直し、高齢者だけでなく困難な状況にあるすべての人を支援する「生活指導介護士」（DEAES）に再編し、縦割りを解消しようとしていること、介護職の資質向上のためのアクションプランを策定したことは大いに参考になる。

参考文献

- Drees (2015) http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=nattef06103 (2016年8月22日最終確認)。
 藤森宮子 (2010) 「日仏比較の視点から見る=フランスの介護職と人材育成政策」、『京都女子大学社会研究』, No.49, pp.73-88。
 フランス看護師情報サイト (2015) www.infirmiers.com. (2016年8月22日最終確認)。
 原田啓一郎 (2007) 「フランス高齢者介護制度の展開と課題」、『海外社会保障研究』, No.161, pp.26-36。
 稲盛公嘉 (2012) 「フランス介護保障制度の現状と動向」、『健保連海外医療保』, No.94, pp.9-15。
 厚生労働省 (2014) 「第1回看護職員需給見通しに関する検討会資料『看護職員の現状と推移』」(平成26年12月1日付け資料), pp.3。
 ——— (2015) 「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」, (平成27年6月24日付け資料), pp.1。
 Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie LES CAHIERS PÉDAGOGIQUES DE LA CNSA OCTOBRE 2014.
 篠田道子 (2009) 「フランス介護制度の動向と日本への示唆」、『健保連海外医療保障』, No.83, pp.15-21。
 ——— (2013) 「フランス終末期ケアの現状とわが国への示唆-2012-2013年に発表された調査結果の分析を中心に-」, 『健保連海外医療保障』, No.100, pp.8-15。
 ——— (2015) 「フランス介護保障制度の動向-地域包括ケアシステムへの示唆と課題-」, 『健保連海外医療保障』, No.107, pp.11-19。
<http://www.cnikel.com/services-a-la-personne/enquete/aide-personnalisee-autonomie> (2016年8月22日最終確認)。

(しのだ・みちこ)

Health Care and Long-Term Care of the Qualitative Change and a Commitment to Community-Based Care: the Case of France

Michiko SHINODA*

Abstract

In France, in order to respond to changes in the health care and long-term care needs, “aging society applicable law” has been formulated, the restructuring of long-term care qualification system is going. By turning off the rudder to comprehensive community care, such as locating a home hospitalization as a network, it has established a mechanism to provide services beyond the location and institutions. Also, it sets up a care management organizations, such as CLIC and MAIA, also provides a care management with a sharp, such as placing a care manager, has left the issue to the multidisciplinary cooperation.

Keywords : Community-Based Care, aging society applicable law, Care worker qualification system, Home Hospitalization, Care Management

* Professor, Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University