

フランスにおける高齢者介護の取り組み

——1960年代から今日までの歩み——

原 田 康 美

I. フランスの要介護高齢者と介護問題への関心

1. フランスの要介護高齢者とその「生活の場」

1990年の国勢調査によると、フランスの高齢者人口（65歳以上人口）は全人口の14.8%、835万人、後期高齢者人口は7.1%、404万人である。要介護高齢者（依存高齢者 *personne âgée dépendante*）の人数を直接調査した全国的統計は存在しないが、国勢調査の人口にここ10年ほどの地域的・限定的な各種調査から得た要介護高齢者の出現率を掛け合わせてその推定値が出されている¹⁾。要介護高齢者を含めた高齢者は、一般に身体機能上の制約または日常生活の基本的動作の遂行能力の程度によって4グループに分類される。第1グループ：ベッド・椅子だけで

過ごす者23万人（高齢者人口の2.8%）。第2グループ：身体清潔・着替に介助を必要とする者32万人（3.8%）。第3グループ：介助なしでは一人で外出できない者94万人（11.3%）。生活基本動作の自立性はほぼ保っているもののほとんど家屋内で過ごし「日常生活の手段的活動」（食事の準備、買物、家計管理、書類作成等）に援助を必要とする軽度の要介護高齢者である。第4グループ：残りの健康な高齢者685万人（82.1%）。第1と第2のグループは重度の要介護高齢者を構成する。第3グループの軽度の要介護者も含めた要介護高齢者は結局、計約150万人、高齢者人口の17.9%にのぼる。恒常的な介護・介助・付添を長期間にわたって必要とする重度要介護高齢者はそのうち55万人である。他方、痴呆性疾患の高齢者は要介護の3グループにどのように分布しているか不明であるが65歳以上人

表1 フランスの要介護高齢者（1990年）

	実数（万人）	比率（%）
高齢者人口（65歳以上～）	835	（全人口に対する割合） 14.8
後期高齢者（75歳以上～）	404	（全人口に対する割合） 7.1
超高齢者（85歳以上～）	104	（高齢者人口に対する割合） 12.4
要介護高齢者	150	（高齢者人口に対する割合） 17.9
①ベッド・椅子だけで過ごす者	23	（ " ） 2.8
②身体清潔・着替に介助を必要とする者	32	（ " ） 3.8
③介助なしでは一人で外出できない者	94	（ " ） 11.3

出所：La Société française, Données Sociales 1993, INSEE, p. 537. 1986～1991年までの各種調査・統計から作成されたもの。人口は recensement de la population de 1990 による。

口の5%、四十数万人はいると推定されている²⁾。

この要介護高齢者はいかなる場所を「生活の場」(lieu de vie)としているのか。まず第1に、1990年の高齢者人口835万人の9割以上は普通住宅に住む。要介護高齢者全体でも150万人のうち3/4強(77%)、115.5万人は普通住宅を生活の場とし、重度の要介護高齢者55万人でも31.2万人(56.7%)が在宅生活を継続している。他方、施設入所の高齢者は全体の6.6%にすぎない。重度要介護高齢者でも施設入所の者は23.8万人(43.3%)である。最重度依存の第1グループで10人中6人以上、第2グループで半分以上、軽度依存の第3グループでは10人中9人までが在宅生活を送っている。重度要介護高齢者といえども高齢者用の社会福祉保健施設や病院医療施設に入所・入院するよりも普通住宅で在宅維持の生活を送っている方が多い。ともあれ、65歳以上の高齢者の93.4%が、何らかの援助を必要とする広義の要介護高齢者の3/4強が、恒常的に第三者の援助を必要とする重度要介護高齢者でも半分以上が普通住宅で在宅生活を送ってい

るのである。

高齢者の依存の程度と(子)家族との同居・非同居との直接的関連は不明であるが、まず一般的にいえることは、高齢者人口のうち同居の者が少ないことである(「狭義の同居」=「老人+親族1人以上」で暮らす者は1975年24%→1982年19%→1990年17%)³⁾。しかし、非同居の高齢者(老親)は家族(成人子)から介護援助を期待できないというわけではない。フランスでは、年金制度の成熟・最低老齢所得の保障、一定の資産保有による経済的優位性および住宅手当、住宅取得融資、住宅改善補助等による住宅条件の向上によって高齢者が子世代から独立して自分の住居で自立的な生活を送ることが可能になっている。しかも、高齢者と家族は準同居や近居と称されるほどの近距離内または少しだけ離れた近隣・同一のコミュニティ内に住んでいることが多い。このような経済的自立性と住生活環境とを前提に親世代が50歳代~60歳代、子世代が20歳代~30歳代の頃から両者は日常的な訪問や物質的・精神的サービスの交換によって親密な親子関係を維持・強化している⁴⁾。老

表2 高齢者の「生活の場」と依存の程度

生活の場	65歳以上の人口	うち：85歳以上の割合(%)	平均滞在年数	女性の割合(%)	依存の程度による区分(%)			
					①ベッド・椅子だけで過ごす者	②身体清潔・着替に介助が必要な者	③介助なしで一人で外出できない者	④介護を必要としない者
普通住宅(在宅)	7,800,000	11	—	59.3	1.9	2.1	10.9	85.1
高齢者住宅	135,000	30	5.3	78.5	4.7	11.9	17.2	66.2
老人ホーム	302,000	40	4.4	74.1	15.0	36.9	18.2	29.9
長期滞在施設	63,000	47	2.8	77.7	52.4	38.3	6.7	2.6
精神科病院	20,000	17	—	63.3	—	—	—	0
計	8,350,000	12	—	60.3	2.8	3.8	11.3	82.1
うち：在宅看護サービスの世話を受ける者	42,000	47	—	70	25	65	5	5

出所：La Société française, Données Sociales 1993, INSEE, p. 537.

親側が健康である限りこのような老親子関係のメリットは双方にとって大きい。が、徐々にあるいは突然に老親が依存状態に陥ると近隣の子家族は介護問題に直面するようになる。その場合、直ちに施設入所または同居に帰結するわけではなく、まず何よりも、配偶者あるいは近隣に住む(子)家族が介護を引き受ける。とくに、近隣に住む親世代と子世代の頻繁な相互交流が顕著なフランスの老親子関係を前提にするならば、老夫婦世帯または一人暮らしの老親が日常生活基本動作の自立性を失って依存状態になっていくとき、近居・準同居の子世代が最も身近な介護者(aidant)としてその役割を果たそうとするのはごく自然のなりゆきであろう⁹⁾。

2. 介護問題への関心

フランスでは1960年代初めから「在宅維持」(le maintien à domicile)を基本概念とする高齢者福祉政策が展開するようになった。しかし、要介護高齢者の介護問題、家族介護の実態に対する関心が当初から強かったわけではない。1960年代～70年代の在宅維持の諸施策が、介護責任を家族から切り離すことを前提とする公的在宅サービスの拡充を中心に進められ、財政上の制約から結果として健康でより人数の多い前期高齢者＝「第3年齢」(le 3ème âge)向けの施策に終始したせいも、要介護高齢者は在宅の方がはるかに多く主に家族介護によって維持されているという実態およびその対策に対する関心は社会的論議の前面にはさほど現われなかった。ところが、1980年代に入り家族介護のさまざまな実態調査が発表されるにつれて、1970年代から具体化していった在宅維持のための諸施策(とくに家事援助サービス)や80年代から始まった在宅看護サービスが質・量ともに

重度要介護高齢者のニーズ充足にほど遠く、現実には、在宅の重度要介護者のために必要な介護ケアは主に家族が引き受けているという在宅高齢者介護における家族役割の実態上の重要性が徐々に明らかになってきた。

要介護高齢者の介護問題への関心は1980年代初めにすでに政府の報告書に現われ、それを受けて80年代～1990年代にかけて在宅の要介護高齢者に対する施策として家事援助サービスや在宅看護サービスなど在宅援助サービスの拡充の努力が続けられた。しかし、1970年代半ばに始まる経済危機および財政逼迫は要介護高齢者の在宅援助サービスの順調な発展にブレーキをかけ、増大するニーズに在宅サービスの拡充が追いつかないという状況を生み出した。近年ではむしろ「世代間連帯」(solidarité entre générations: 社会連帯による世代間連帯を含意することは勿論であるが、重点はむしろ家族内、近隣地域内でのより直接的な世代間連帯にある)によって公的介護システムの限界を補完しようという政策的方向も現われるようになってきている。フランスの要介護高齢者の多くが普通住宅を「生活の場」として在宅生活を送っているとはいえ、公的在宅サービスは十分ではなく、提供される介護ケアは「近親者のもたらしている援助の膨大さに較べれば量的にささやかなもの」なのである⁹⁾。

介護問題は先進諸国に共通する人口転換のプロセスの中で出現しているという点では一般的な共通性を有しているが、それぞれの国の高齢者政策の歴史、社会経済的状況に基づく固有の特徴をもっている。国民的関心の在り方にもそれが反映される。1990年7月のCREDOCの調査によれば、フランス国民の社会的関心は、1)失業、2)麻薬、3)重大な病気(エイズなど)、4)

貧困, 5) 要介護老人の介護, 6) 障害者の社会参加, 7) 年金財政, 8) 社会保障全般の均衡, 9) 幼児の保育, 10) その他の順になっており, 介護問題への関心は他の重要問題への関心に較べて相対的に低い位置にある⁷⁾。国・地方自治体の社会的施策でも何よりも失業対策・雇用創出が最優先されるのが今日のフランスの社会経済的状況である。そのような中で, 高齢者の介護問題に対していかなる取り組みがなされているのかを検討していきたい。

II. 高齢者福祉政策の30年

人口の高齢化に対応する政策としては, 一般に, (1) 職業活動を停止する退職者の所得保障政策, (2) 依存状態になった高齢者に生活援助を行う高齢者福祉政策, (3) 出生率の低下を主要因とする人口構成の高齢化に対処するための家族政策が考えられる。フランスでは(3)への対応が比較的早くから進み一定の成果をあげ, (1)への対応も高齢者最低所得保障制度の導入 (1956年の国民連帯基金 FNS の創設による「老齡ミニマム」の成立), 1970年代半ばまで続いた制度改革による老齡年金制度の一般化等によって組み込まれてきた。これに対して, (2)への対応は30年ほど前に基本的方向づけが初めて提案されたものの依然として不十分な状態にある⁸⁾。以下では, (2)に関連して, 要介護高齢者の介護対策としてどのような取り組みがなされてきたのかを, さまざまな立法の進展とその下での実際の施策との間のズレに留意しながら, この30年間の歩みを簡単に跡付けてみることにする。

1. 1960年代：在宅維持概念と高齢者政策の方向づけ

フランスでは1962年に発表されたラロック報告書 (国家の執行機関の役割の強化を特徴とする第5共和制の初期に設置された Pierre Laroque を委員長とする「高齢者問題委員会」の報告書) で高齢者の在宅維持という概念が提示され, それ以来これを基本概念とする高齢者福祉施策が展開されるようになった。これによって, 旧来の救貧施設オスピス (hospice) や社会扶助 (Aide sociale) という狭い枠内で病気持ちで貧しい高齢者を主に対象とする従来の隔離的で限定的な高齢者政策とは対照的に, 社会との断絶を排し住み慣れた環境の中でより多くの高齢者ができる限り長く自立した生活を送ることができるようにするというノーマライゼーションの理念に基づく高齢者在宅維持政策が打ち出されたのである。

この報告書は(a)社会福祉と(b)保健医療の2つの基軸にそって, 今日模索・展開されている高齢者介護にかかわる諸施策のほとんどを網羅する提案を行った⁹⁾。まず, (a)社会福祉にかかわる在宅対策としては, ①住宅の改善, 高齢者住宅の建設を進めて高齢者に適切な住宅を保障することを在宅維持の基本とし, ②在宅福祉施策の基軸としての家事援助サービス制度の導入, ③自立と社会参加のための人生の始まりの時期という新たな定義づけを与えられた前期高齢期 = 「第3年輪」のための地域参加型の諸施策 (高齢者クラブや高齢者食堂) が提案された。社会福祉にかかわる入所施設対策としては, ④高齢者の健康状態を施設入所の基準にし, ⑤旧来のオスピスを近代的な施設に転換して高齢者施設の質的改善を図るべきことが主張され, さらに⑥ショートステイなど施設の短期的利用を

可能にするという方向も示された。他方、(b)保健医療にかかわる対策としては、⑦在宅入院、在宅看護サービス制度等の導入による在宅の要介護高齢者に対する介護的医療サービスの導入、⑧リハビリ訓練設備の充実、⑨老人医療および準医療の専門家の養成等が提言された。しかし、このような初期の在宅維持の諸施策の提案が直ちにすべて実施に移されたわけではない。1960年代は、1962年に在宅家事援助サービスの法定給付を定める一連のデクレ (décrets n°s 62-443~62-445 du 14 avril 1962) が公布された以外は、高齢者福祉政策に関して実際上はさほど大きな進展はなかった。

ところで、1967年以前までは、家事援助者はさほど重病でない要介護高齢者の家庭内の家事および介護ケア (soins) のために派遣される看護補助職 (l'auxiliaire de l'infirmière) とみなされていた¹⁰⁾。家事援助サービスは高齢者の社会福祉施設・病院への入所・入院の回避という目的をもつものと考えられていたのである。これには任意給付の家事援助サービスの財源を主に負担する社会保険の一般制度において年金保険部門と医療保険部門とが未分離で共通の金庫の下にあったことも関係していた。しかるに、1967年以降、年金保険部門と医療保険部門の分離 (ordonnances du 21 août 1967 constituant la réforme Jeanneney) を契機に、任意給付の家事援助サービスは介護ケアを要しない高齢者の生活福祉にかかわるサービスという限定的な性格づけを与えられ、年金保険部門 (全国老齢年金金庫の社会福祉事業基金) が財源負担しそれを管轄するものとされた。これによって在宅援助サービスの領域での福祉と医療の分離の方向が定着するようになる。このことは法定給付の家事援助サービスにも影響を及ぼした。

2. 1970年代：高齢者介護対策の諸立法と「第3年齢」対策の進展

ラロック報告書の諸提案は、第6次 (1970年~1974年) および第7次 (1975年~1979年) の経済社会開発5か年計画の中で、高齢者在宅維持のための特別プログラムが策定されてようやく具体化へと顕著な展開をみせるようになる。しかし、1974年に始まった経済危機は失業人口の増加をもたらし、財政予算の逼迫、社会保障財政の危機を招いたため、高齢者在宅維持の諸施策の実施もおのずから制約を受けざるを得なくなった。このような制約があったものの、この時期には高齢者介護にかかわるいくつかの重要な立法がなされ、80年代に入って展開する一連の在宅援助サービスの諸制度の法的枠組が準備された。

1) 一連の立法によって要介護高齢者のための施設対策が打ち出された。(1)高齢者入所施設の法的地位の明確化、(2)高齢者介護対策として病院法による「長期滞在サービス」(services de long séjour = LS) の創設、(3)要介護高齢者の増加と老人ホームや高齢者住宅の入所者の高齢化に 대응するため社会福祉施設の医療化促進 = 「介護ケア部門」(section de cure médicale = SCM) の付設、(4)オスピスの他施設への転換計画等である。これらの施策の目的は、旧来の施設の近代化・医療化によって要介護高齢者の受入施設の増加をはかること、依存状態になった入所者に住み慣れた施設で介護ケアを提供すること、さまざまな施設の法的地位の確定によって管理運営の管轄および財源の負担方式を明確にすることにあった (関係法令①②③④。以下の関係法令も注11) 参照)¹¹⁾。

2) 第三者の援助を恒常的に必要とする重度要介護高齢者に対して障害者福祉制度の枠内で

「第三者補償手当」(allocation compensatrice pour tierce personne) を支給する制度が1975年に導入され、1977年末から適用されるようになった。この金銭給付は扶養義務者の所得審査なしで受給でき、要介護高齢者には介護サービス購入費用の一部補填という側面をもつ。また、「第三者」が家族であってもよいとされたため、家族介護者には介護労働への一定の報酬・慰謝料という側面をもつ[障害補償手当を統合して新介護手当を創設するという「自立給付」法案が閣議決定され、1995年秋の国会で審議に付されることになった。後述参照](関係法令⑤⑥⑦)。

3) 1978年、在宅看護サービスに対して、社会福祉医療制度(institutions médico-sociales)の一制度としての法的地位が与えられ、その介護的看護ケア(soins)の費用は医療費として医療保険(保険非加入者は医療扶助)が負担するものと定められた。これ以降、在宅看護サービスは、医療保険金庫の財政状況の影響を強く受けながらも、1980年代初めの立法措置を経て一定の発展をみせるようになる(関係法令④)。

4) これらの法的枠組の整備のほか、1970年代に策定された高齢者福祉政策の諸施策と成果は次の通りである。(1)第6次計画で策定された「在宅維持のためのプログラム」では高齢者300人程度を対象にする社会福祉セクター(secteur)を322か所創設し、そこを中心に在宅諸サービスを発達させ10万人の高齢者の施設入所を回避する予定であった。しかし、1970年～75年の間にとくに発達したのは7,000か所の高齢者クラブ、2,000か所の高齢者食堂、1,800か所の家事援助サービスであって、計画にあった在宅看護サービスやデイセンターはほとんど発達しなかった。(2)第7次計画の「優先行

動プログラム」では年金生活者の社会参加および住宅改善の施策が追加され、また、各種・各次元の制度間の連携の困難に対処するため各セクターに計画運営担当者が配置されその国庫予算が付与されるようになった。しかし、国の行動は誘導策にとどまり、国、地方自治体、社会保障機関が関与する入り組んだ管理運営・財源問題の改革にまでは及ばなかった。サービス選択の責任を任せられていた地方自治体も地方財政の危機を理由に最も安上がりで、なおかつ最もインパクトのある施策を選ぶ傾向にあった。したがって、このプログラムの成果も、家事援助サービスの一定の発展のほかは、高齢者クラブ(15,000か所に達した)、スポーツ文化活動、情報宣伝活動等、「第3年齢」向けの施策にとどまったのである。(3)在宅看護サービスに関する法整備が進められたが、現実には医療費負担の膨張に難色を示す医療保険金庫、このサービスとの競合を懸念する自由看護婦(infirmière libérale)の反対にあって実際のサービスはほとんど進展をみせなかった¹²⁾。(4)任意給付の家事援助サービス自体もこの時期から財源問題が表面化し始めるが、1977年に社会扶助の枠内の法定給付の家事援助サービスの給付の際には高齢者の扶養義務者に対して有する扶養債権が考慮されなくなったことは注目されよう。

3. 1980年代：在宅看護サービス制度の発展と高齢者福祉の停滞

社会党ミッテラン大統領の登場(1981年5月)、国民議会選挙での右派の勝利と保革共存政権の成立(1986年3月)、深刻さを増した失業問題という政治的・経済的激動の中で、地方分権化による社会福祉に関する権限の地方自治体へ

の移管(1982年～1986年)、60歳からの退職年金支給開始(1982年)、失業者の職業訓練と社会復帰を目的とする社会復帰最低所得 (revenue minimum d'insertion = RMI) の創設(1988年)など、80年代には今日のフランスの社会経済状況に大きな影響を及ぼすさまざまな社会的施策が出現した。

介護問題については、さまざまな調査研究が在宅要介護高齢者の家族介護の実態を次第に明らかにするようになり、このことを確認して在宅維持優先の施策をとるべきとする政府の報告書も出現するようになる。第8次計画(1981年～1985年)準備作業部会のリヨン報告書(『明日に老いる』1980年)は、在宅維持優先の施策がいまだ確立せず、老親子別居の加速度的増加にもかかわらず家族の世代間関係が依然として続いていること、高齢者福祉施設の介護要員の不足が病院法上の長期滞在施設での「不適切な入院」を生みだしていることなどを指摘した。1981年には高齢者担当大臣が設けられ、報告書で勧告された施策の実施とくに在宅看護サービスを急速に発展させた。しかし、1983年には社会保障関連費用の抑制が国の施策の重点目標となり、在宅援助サービスの発展にブレーキがかかり始め、政策の重点は要介護高齢者の在宅維持を進めるため職業的介護者と家族・ボランティアの相互補完関係を発展させるという方向に置かれるようになった¹³⁾。1988年のブロン報告書も要介護高齢者の家族介護の実態を確認し、その上で「家族における維持」を促進するため税制優遇措置、有料家庭委託制度を提言した。また、重度要介護者のために財源的裏付けを伴った在宅付添サービスと介護的看護ケアとが連携した制度を発展させる必要があるとした。明示的には世代間の繋がりの強化をうたいなが

らも、実のところは費用の安上がりな家族・近隣のボランティアを在宅維持政策に組み込み、総体として社会保障費用の抑制を実現しようというこの政策的動向がその後も続くようになる。このような動向の中で実現した80年代の高齢者介護対策の具体的成果は以下の通りである。

1) 1981年に法的枠組が整えられた在宅看護サービスは80年代の初めに急速に発展し、83年からはブレーキがかかったものの80年代を通して一貫して増えていった(在宅看護サービスの定員数の伸び: 1980年3,500人→1989年38,322人)(関係法令⑧)。

2) 家事援助サービスについては、1982年に社会扶助による法定給付の担保設定が不要になり、83年には扶養義務者への求償制度が廃止され、25万フランを超える純相続財産がある場合に限って1,000フランを超える援助額について費用回収がなされることになった。このような優遇措置にもかかわらず、高齢者本人の所得水準の向上と若干の自己負担料(1時間当たり5フラン程度)の導入のため、法定給付は1983年をピークに総受給額・人数ともに減り続ける。これと対照的に、任意給付は、一般制度の社会保障機関(CNAVTS・ARRCO)による家事援助サービスの総利用時間数の推移からも明らかのように、80年代を通じて20%程度増加している(関係法令⑨⑩)。

3) 施設対策では、1975年に決定されたオスピスの近代化・転換が80年代初めにその適用に関する通達が公布されようやく実施に移されるようになる。また80年代後半頃から要介護者受入のための小規模で多種多様な施設が創設されるようになった。要介護者受入の高齢者住宅への国庫融資に関する通達、ショートステイ・グループホーム・痴呆性老人も入所可能な要介護

高齢者受入施設 (MAPAD) 等の新しい形態の施設設立の資金調達に関する年金金庫通達が数多く出され、それを後押しした。その結果、80年代には民間の高齢者住宅の増設を中心とする高齢者入所施設の定員の増加、公立施設の医療化が進展した¹⁴⁾。

4) 高齢者の在宅維持の一形態としてブロン報告書で示された高齢者の家庭委託の提案が、高齢者有料家庭受入制度 (accueil par des particuliers, à titre onéreux, à leur domicile, de personnes âgées) として1989年7月10日の法律に結実した。この制度は自立性を失ったが共同施設での生活を望まない、または共同施設では受け入れが困難な高齢者・成人障害者のニーズに応えるための措置である。有料家庭受入は県会議長の許可を必要とし、受入人数は2人まで (特例として3人)。県会議長が料金決定の権限をもち、社会扶助による費用負担も可能、在宅サービスも利用できるなど社会福祉施設に準ずる扱いを受ける。有料委託の高齢者は「本来の家族」(famille naturelle) との同居では認められない住宅手当、家事援助サービスを受給でき、受入側も一定の住宅条件を要求されるとはいえ社会保険に加入する労働者と位置づけられた。この制度は「本来の家族」との同居では高齢者も家族もこのような取り扱いを受けずかえって不利ということを逆説的に示し、「本来の家族」への支援措置の必要性を認識させる一つの契機となる (関係法令①)¹⁵⁾。

5) 家事援助職または類似の職種の地位向上と職業研修を目的として、1988年に「在宅援助者資格証明」(Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile = CAFAD) という制度が発足した。これ以降、子ども・障害者・高齢者に対して在宅援助サービスを行う労働者

は「在宅援助者」(aide à domicile) と呼ばれるようになる (ただし、日常レベルでは多く家事援助者 aide ménagère が使われる)。その仕事は、職務のもつ多元的価値を反映して在宅維持に寄与する物質的・精神的・社会的労働と定義づけられ、要介護者の①身体にかかわる仕事、②社会的生活の援助、③家事労働が具体的内容とされた (関係法令②)¹⁶⁾。

1962年にラロック報告書で提案された在宅維持を基本概念とする要介護高齢者のための諸施策は、経済危機による福祉予算の抑制・後退という条件下にもかかわらず、1980年代においても徐々に実施されていった。しかし、80年代後半頃からラロック報告書の提案に明示的には示されていなかった方向がフランスの高齢者政策に徐々に現われるようになる。まず、(1)引き続き高齢者在宅維持を優先の方針にせざるをえないほど在宅の公的介護サービスの発展が遅く不十分であることが確認された。それと同時に、(2)公的介護サービスの不足を代替 (substitution) する家族・近隣の役割を職業的介護者の介護を補完 (complémentarité) するものとして位置づけ直し、高齢者の介護システムにあらためて組み込もうとする方向が出てきた。「近隣の連帯」(solidarité de voisinage) と呼ばれるものである。(3)要介護高齢者の依存状態に即した医療と福祉の連携、管理運営にかかわる諸機関の連携など連携的体制づくりに関心が向き始めた。施設・在宅サービスの法的地位、社会保険の加入組織、所得階層などによって管理運営・財源の主体がそれぞれ異なり、多元的に分断されているフランスの社会保障システムの非効率性・不均衡性は従来から指摘されてきた¹⁷⁾が、地方分権化による社会福祉領域の地方自治体への移管によってそれがさらに増幅された感

があったからである。また(4)失業問題の深刻化が高齢者介護問題の重要性を相対的に低くしたこととも相まって、経済危機下の国庫、地方財政、社会保険諸金庫の逼迫を理由に公的介護責任をできる限り軽減し社会福祉の費用負担を抑制しようという傾向もみられる。

III. 1990年代の高齢者福祉の現状と動向

1. 高齢者福祉の現状

1990年代に入ってもフランスの経済的停滞は持続し失業問題も深刻さを増すばかりであった。その中で社会的施策は経済危機・失業問題に伴う社会的排除対策・失業対策を最優先課題として、1988年12月に創設された社会復帰最低所得保障制度(RMI)、1993年12月の5か年法による短縮労働の促進・労働の分割などの雇用創出策を中心に展開されていった。その分、高齢者介護対策の進展は相対的に鈍化したといえるが、1991年には介護費用の負担問題に関するブルーール報告書、ショプラン報告書が相次いで発表され、要介護高齢者の公的介護の取り組みの必要性に対する認識はさらに高まってきた。具

体的には、雇用創出を兼ねた高齢者介護のための地域サービス制度の促進、介護サービスの購入費用の補填のための新介護手当の構想、家族の介護役割を評価しそれを援助する介護者支援策の奨励等、社会経済的状況を反映した施策が模索されている。以下、1990年代前半における高齢者福祉の現状を説明したい。

(1) 金銭給付

フランスの要介護高齢者を含めた高齢者が一人または夫婦だけで在宅生活を続けることができるのは、高齢者の経済条件、住宅条件の一般的向上が実現したことによる。今日の高齢者は雇用不安にさらされている青年層、あるいは高等教育就学中または失業中の青年層を抱える中年層に較べると経済的にはむしろ恵まれているとさえいわれる。

1) 公的年金 公的年金制度の成熟によって高齢者の平均年金受給額が上昇した。1993年の年金平均受給額/月は全平均5,094フラン、男性7,462フラン、女性3,217フランとなっている(37.5年間保険料を支払った退職者が受け取る基礎年金および補足年金の合計額。両年金とも強制加入)。ただし、年金額は性別、退職前の職

表3 高齢者の年金・住宅状況

(単位：フラン)

老齢ミニマム ：月額	1995年7月1日	単身世帯 3,322.42		夫婦世帯 5,960.33				
年金平均受取額 ：月額	1993年	全平均	5,094	男性	7,462	女性	3,217	
		最高	一般制度幹部歴15年以上	同左		公務員カテゴリーA		
		最低	農業経営	同左	15,519	同左	12,154	
			1,712		2,363		1,359	
住宅保有率(%)	1992年	15~29	30~39	40~49	50~59	60~74	75歳以上	全平均
		12.1	45.1	62.0	67.3	69.3	56.5	53.8

出所：Dictionnaire Permanent Action Sociale, Bulletin 53 du 17 juillet 1995, p. 8816.

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, pp. 208 et 212.

Annuaire statistique de la France 1994, p. 229.

種・地位、就労期間の影響を強く受けて格差がきわめて大きい。なお、年金財政の危機に対処するため年金制度の改革が行われ、民間労働者の年金受給条件はより厳しくなっている¹⁸⁾。

2) 老齡ミニマム 様々な無拠出年金と国民連帯基金 (Fonds national de solidarité = FNS) からの補足手当の2つを構成要素とする「老齡ミニマム」は、年金額がきわめて少ないか年金権を全く持たない高齢者に対する最低所得保障制度として、1956年以来機能してきた。支給額は1980年代初めミッテラン大統領が登場した直後に大幅に改善され、その後も物価指数やSMIC(全産業一律スライド制最低賃金)の上昇率以上の上昇が続いている(1980年～95年に名目価格で2.5倍以上の上昇。1995年7月1日現在の月額単身世帯3,322フラン、夫婦世帯5,960フラン)。しかし、高齢者の生活水準の上昇、公的年金制度の成熟によってFNS補足年金受給者すなわち「老齡ミニマム」受給者は減り(1985年約154万人→1993年106万人)、「老齡ミニマム」創設間もない1960年と較べれば90年代前半の受給者は半分以下といわれる。受給者は単身者が多く、75歳以上の高齢女性が半分、元農民が1/3を占める¹⁹⁾。なお、FNSは1993年7月に廃止され、新たに設立された老齡連帯基金 (Fonds de solidarité vieillesse = FSV) がその任務を引き継ぐことになった (décret n° 93-336 du 22 juillet 1993)。

3) 第三者補償手当・第三者補償割増年金 既述のように、第三者補償手当は1975年の障害基本法によって定められ(適用は1977年末から)、生活基本動作に第三者の実際の介助を必要とする障害者に対して介助費用を補填する目的で支給される手当である。所得上限額以下の所得、80%以上の障害率、生活基本動作に第三者

の援助を必要とする状態という条件を満たせば、年齢制限がないため、在宅・施設のいずれで生活しようとも該当の要介護高齢者はこれを受給できる。第三者は被雇用者でも家族でもよく、同居の家族という限定も受けないし、また複数であってもよい。第三者を外部から雇用する場合には、社会保険料使用者負担は免除され、また雇用経費は所得税控除の対象になる。この手当は障害者の社会扶助給付として位置づけられているので、通常社会扶助とは異なって扶養義務者への費用償還請求は適用されず、さらに受給者本人の死後の相続人が配偶者・卑属・恒常的な介護寄与者である場合には費用償還も行われぬ。1995年7月1日現在で補償手当は月額2,168.70フラン～4,337.41フランである。障害を判定し手当支給の審査を行うCOTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel : 進路職業指導専門委員会) の手当付与決定は1992年で104,950件である。90年代に入ってこの件数は増加傾向にある。補償手当の受給者の68.6%までが65歳以上の要介護者である(1989年)²⁰⁾。この第三者補償手当は要介護高齢者の介護サービスに要する追加的費用の補填または家族介護者への報酬・慰謝料として機能してきた。しかし、手当の本来の目的が要介護高齢者を対象にするものではなかったことから、支給の条件・対応に地域的不均衡があると指摘されている。近年の新介護手当創設の動向は増加し続ける要介護高齢者の介護ケア費用の補填と手当支給の地域的バラツキへの対処を基本的な目的にするものである²¹⁾。

他方、第三者補償割増年金(majoration pour tierce personne)は、60歳以上～65歳未満の年金生活者(労働不能の場合は60歳未満から)が

日常生活動作に第三者の援助を必要とする状態になったとき、介護費用の補填として老齢年金金庫から支給される割増基礎年金である。所得制限はないが支給要件はかなり厳しいとされる。割増年金の最低保障額は5,395フラン/月である(1995年1月1日)。

4) 他の金銭給付として、社会的住宅手当(ALS)、家族住宅手当(ALF)、対人的住宅援助(APL)が一定の所得条件、住宅条件を満たす在宅、施設の高齢者に支給される。とくに平均受給月額660フランのALSの受給者約51万人の6割以上は高齢者といわれる(1990年6月)²²⁾。また、高齢者一般に対する社会保険料・租税・TV受信料等の優遇措置もかなりの財政規模で行われ、要介護高齢者の介護費負担に対する金銭給付として一定の意義をもつことをここで付け加えておく²³⁾。

(2) 在宅サービス

在宅の要介護高齢者の介護問題に直接的に応える制度として基軸たる位置を占めるのが在宅家事援助サービス(service d'aide ménagère à domicile = SAMAD) および在宅看護サービス(service de soins infirmiers à domicile = SSIAD)である。

1) 在宅家事援助サービス このサービスは住居の日常的維持管理、家事労働(買物、食事の準備、衣類の洗濯等)のほか身体清潔、寝起きの介助等を行う。ただし、医療的看護ケアあるいは大掃除その他の力仕事は行わない。家事労働の援助と簡単な介助労働という枠を越えて、利用者の外部社会への窓口、精神的支えという役割も果たす。本来は子ども・障害者・高齢者のための制度であるが、利用者の96.8%までが高齢者、しかもその5分の4は一人暮らしの高齢者といわれる²⁴⁾。サービス給付の財源

の違いによって、①県が財源を負担する法定給付(家族社会扶助法典第158条の定める社会扶助の枠のもの)と②社会保障機関である各種老齢年金保険金庫が主に財源を負担する任意給付(社会保障法典 R. 264-3 条に定める社会福祉保健事業としてのもの)とに分かれる。

①法定給付は、65歳以上(労働不能の場合は60歳以上)で一定の所得(老齢ミニマム)以下の高齢者に健康・依存状態に関係なく月30時間(夫婦とも受給する場合は40時間)まで社会扶助の枠内で給付されるものである。1983年9月に自己負担(現在時間当たり6フラン前後)が導入されて以降、高齢者の所得条件の向上もあって法定給付の利用者は減少傾向にある。受給者への前貸金(une avance)という性格をもつ社会扶助給付は通常扶養義務者への費用償還請求権を生じさせるが、高齢者の家事援助サービスでは扶養義務者の所得の事前審査が廃止されたことで事実上これが発動しないことになった(1983年9月28日のデクレ第875号)。利用者本人に25万フラン以上の積極財産がある場合には遺産相続の際に25万フランを超える部分から1,000フランを超える扶助費に限って回収される。家事援助サービスは一定の財産を残したいとする高齢者の希望を斟酌した比較的緩やかな社会扶助制度といえる²⁵⁾。法定給付の家事援助サービスはフランスの全市町村の72.5%(26,501の市町村)で実施され、該当する高齢者の90%以上が利用できるようになっている

表4 社会扶助による家事援助サービス

	1984	1988	1989	1990	1991年	うち 海外県
受給者数	144,900	115,500	115,000	113,100	107,700	2,700

出所: Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 213.

(1988年)²⁶⁾。法定家事援助サービス制度のない地域、不十分な地域では、家事サービス費用の60%に相当する「家事サービス代替手当」(allocation représentative de services ménagers) という金銭給付がある。

②任意給付は、①の法定給付の所得条件以上の所得をもつ高齢者のうち一定の所得範囲内の者に対して所属する老齢年金金庫が給付するものである。月30時間まで、特例として一定の期間に限って月60時間～90時間まで認められる。所得額に応じて経費の10～80%の自己負担がある。CNAV(老齢保険全国金庫：家事援助総時間数の40%以上の財源を負担)では経費の平均73%が自己負担となる(1995年7月1日現在で自己負担は時間当たり6.80フラン～79.50フランまで10段階に分かれる)²⁷⁾。1993年1月から要介護高齢者の介護対策の措置として、51時間目以上～90時間までの給付については自己負担の比率が若干減じられることになった²⁸⁾。任意給付は、前貸金の付与として公権力が義務的に高齢者に関与する法定給付とは異なり、扶養義務者への求償、相続財産からの回収はそもそも発動しない。

家事援助サービスの利用者は1984年の36.6

表5 CNAVTS・ARRCO(被用者老齢保険全国金庫・補足年金制度団体)による家事援助サービス

	1981	1985	1988	1990	1991	1992年
利用者数 (千人)	211	261	284	301	307	320
利用時間 (千時間)	25.3	28.6	30.1	31.3	33	34

出所：Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 206.

CNAVTS=Caisse nationale de l'assurance-vieillesse des travailleurs salariés
ARRCO=Association des régimes de retraites complémentaires

万人から1990年の50万人に増加している。1991年末の法定給付が10.8万人、1992年の任意給付(CNAVTS・ARRCOのみ)が32.0万人、利用者総数は1992年で60万人に達した。前者の利用者は84年をピークに減っているが、後者の利用者は一貫して増えている。1992年の任意給付の総支出額は約30億フランで法定給付(1990年で約15億フラン)の2倍に達した。総費用の1/4(15億フラン)は利用者本人の自己負担による²⁹⁾。1988年10月の調査では、年間総利用時間数は7,400万時間、延べ49万人が年に9.5か月にわたって月平均16時間利用している。月に15時間以下の利用者が50%、16～30時間が45%、30時間以上は5%である。家事援助サービスを行う「在宅援助者」(ホームヘルパー)は短縮時間勤務を中心に8万人(全時間勤務に換算して4万人)いるといわれる³⁰⁾。

家事援助サービス制度はこの30年間で最も発達した在宅サービスであるが、要介護高齢者の在宅維持に対して果たす役割・機能については限界が指摘されている。まず、(1)サービス供給量が不十分で要介護高齢者のニーズを十分満たしていない。国、地方自治体の公的財源、年金金庫財源の不足が続く中サービス供給量不足は今後も続くものと思われる[月間利用時間数の限定＝「数量割当方式」(contingentement)の問題]。(2)要介護高齢者の在宅サービスは「福祉」(le social)と「医療」(le médical)との密接な連携が要求されるにもかかわらず、制度上それが家事援助サービスと在宅看護サービスとに峻別されているため、サービス供給の質的側面でも要介護者のニーズは十分に満たされない[福祉と医療の「連携」(coordination)の問題]。(3)サービス総枠の不足は給付対象を生活条件のより困難な一人暮らし老人ま

たは二人とも援助が必要な高齢夫婦世帯に限定し（子）家族と同居する要介護高齢者はなかなかそれを利用できない仕組みになっている。高齢者の居住形態にかかわらず、高齢者一般にアクセスを広げるべきであるとする要請がとくに介護者支援の観点から出てきている[「独居条項」(clauses de solitude) の撤廃の要請]³¹⁾。

2) 在宅看護サービス この制度は医療保険の医療費負担の抑制を目的として高齢者の入院回避、退院支援を促す制度であり、要介護高齢者の在宅での介護的看護ケアを保障する在宅サービスとしてとくに1980年代初めから発展するようになった。看護婦と看護補助者で構成されるチームが、医師の指示に基づいて在宅の病気または要介護の高齢者に対して医療的看護ケアおよび一般衛生ケア、日常基本動作の介助等を含めた介護的看護ケアに関するサービスを行う。1991年の調査では、95%の者が身体清潔 (toilette) のための介護的看護ケアを受け、在宅看護サービス総訪問回数の2/3までが身体清潔だけを目的にしたものである。利用者の3人に2人は床ずれ防止のための体位交換を受け、3人に1人はおむつ交換を受けている。より専門技術的な医療的看護ケア（注射、ガーゼ交換、膀胱導尿等）を受ける者はきわめて少数

であるといわれる。在宅看護サービスの利用者は重度の要介護者（第1グループ・第2グループ）が利用者全体の91%を占め、滞在時間平均31分の訪問を週平均8.5回を受けている（最重度の第1グループでは週平均11.1回）。利用者の半数以上は85歳以上の超高齢者である。在宅看護サービスは60歳以上を対象とする制度であるが、医者等の所見があれば60歳未満の者も利用できる（例、エイズ患者の場合）³²⁾。

在宅看護サービスの費用は医療保険でカバーされ、利用者たる高齢者の自己負担はゼロである。医療保険金庫は「在宅看護ケア費」(frais de soins infirmiers à domicile) として定められる定額料金（一定額を上限とする一日当たりの料金。毎年改定）を看護サービス実施団体に直接支払う。1994年に医療保険金庫が負担する介護ケア費＝医療費は、SSIADでは174.75フラン/日である[老人ホームの介護ケア部門 (SCM) で144フラン、長期滞在施設 (LS) で226.90フラン]³³⁾。医療保険金庫の財政上はLS > SSIAD > SCMの順で医療費の負担が大きく、SSIADはSCMより高つくことになる。とはいえ、施設建設費・維持管理費・人件費等を考慮するならば、SSIADは相対的に安上がりといえる。在宅で生活する要介護高齢者お

表6 在宅看護サービス利用者の身体的依存の程度・訪問回数・滞在時間（1991年）

	①ベッド・椅子 だけで過ごす 者	②身体清潔・着 替に介助を必 要とする者	③介助なしでは 一人で外出で きかない者	④介護を必要と しない者	全 体
依存の程度による利 用者の割合 ：%	26	65	5	4	100
1週当たり平均訪問 回数 ：回	11.1	7.7	6.4	6.6	8.5
1回当たりの滞在時 間 ：分	33	30	25	21	31

出所：Enquête SESI auprès des services de soins à domicile, 1991 in Dictionnaire Permanent Action Sociale, Feuilles 9 du 15 avril 1994, p. 1899.

表7 在宅看護サービス (SSIAD) の推移

	1980	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993年
サービス団体数	95	713	939	1042	1132	1199	1284	1400
定員数	3500	26573	34870	38322	42027	43964	47468	51809
日額料金上限：F	—	108.65	119.60	125.90	134.20	142.50	153.20	161.40

出所：Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 206.

よびその介護を引き受ける家族にはこのような「在宅医療化」(médicalisation à domicile)は、在宅生活を希望する要介護高齢者の意志を尊重すると同時に、家族介護者の介護負担を一定程度軽減するものとして機能する。在宅の要介護高齢者およびその家族の中には、あまりにも高額な施設入所料金 (frais d'hébergement：宿泊費+食費)、入所施設の地域的偏在、あるいは施設入所に対する道徳規範的嫌悪の故に施設入所を避けて在宅生活を続ける者がかなりいると推測される(「在宅維持の強制」un maintien à domicile forcé)³⁴⁾が、在宅看護サービス制度がこのような要介護高齢者・家族の大きな支えとなることはいうまでもない。

80年代初めから今日まで在宅看護サービスは大きく発展した。サービス実施団体、定員数は1980年の95か所、3,500人から1993年の1,400か所、51,809人になった。定員数で約15倍の伸びである。しかし、この制度の拡充は、公立病院の組織再編から生じる病院公務員の予算ポストを在宅看護サービスの実施団体・要員に充当するという「総枠予算方式」(budget global)で進められてきたため、これまで必ずしも順調に発展してきたわけではない。また、現行制度はサービスの「数量割当方式」を採用しているため要介護高齢者および家族のニーズに量的にも質的にも十分応えられないという限界をもつ³⁵⁾。

3) その他の在宅サービス 以上の他に、

地域的団体(主に市町村、非営利団体)が様々な「地域サービス」(services de proximité)を提供している。社会福祉地域センターの開設・情報提供、高齢者食堂、食事宅配、緊急警報サービス、外出同行サービス (services d'accompagnement：行政事務手続・預金引出等の同行)、小修繕サービス、在宅付添援助サービス等、数多くのメニューが存在する。しかし、地域的な格差・偏在が著しく、フランスの高齢者すべてにこれらのサービスへのアクセスが平等に保障されているわけではない。このうち在宅付添援助サービス (services de garde ou d'aide à domicile) は、既存の在宅サービスがカバーしない時間帯・季節(夜間、週末、ヴァカンス等)または緊急時に介護付添人を利用することができるようにする。在宅援助者または在宅付添人を雇用する高齢者は社会保険料の雇用者負担を免除され、実際に支払った経費も所得税控除の対象になる。また、社会保険一般制度加入の高齢者は一定の所得条件を満たせば3か月間(更新可)在宅付添人雇用の経費補填を受けることができる。

在宅援助者・付添人などの「家庭内雇用」(emplois familiaux)による「地域サービス」の促進は深刻な失業問題に対する雇用対策として1990年代前半のフランスの重要な政策課題となり、家内使用人を派遣・斡旋する団体・組織に関する優遇措置(社会保険料雇用者負担の軽減)やその職業訓練等に関してきわめて多くの

立法がなされた。また、1993年12月の5か年法は家内使用人を直接雇用する個人（高齢者）についてもさまざまな優遇措置を定めている〔雇用者としての個人は労働法の定める雇用者の義務を免除される（労働契約の交渉、社会保障機関への申告、給与明細書の作成等）〕。個人としての雇用者は国の機関からサービス券（chèque-service）を購入しそれで家内使用人の給与を支払う。その券の半券は社会保障機関に送られ家内使用人の社会保険料支払いを証明することになる。家内使用人は国の指定する窓口でサービス券と交換に（有給休暇手当込みの）給与の支払いを受ける³⁹⁾。家内使用人の労働者としての権利を保障しつつ高齢者のための「地域サービス」を促進しようというこのサービス券方式は、現在論議されている新介護手当の在宅要介護高齢者への支給方式としても適用が考慮されているものである。

(3) 施設サービス

フランスの高齢者用入所施設としては、1975年6月30日の法律第535号による社会福祉施設・社会福祉医療施設（高齢者住宅、老人ホーム、オスピス）および1970年12月31日の法律第1318号（＝1970年病院改革法）による医療施設（長期滞在・長期療養施設、精神科病院）がある。後者は必ずしも高齢者専用施設ではないが、事実上老人ホーム付設の介護ケア部門（SCM）と同じく要介護高齢者の入所施設として機能している。1992年末の高齢者用入所施設のベッド総数は前者が約52.7万床（床数＋住戸数）後者が約7.4万床、合計約60.1万床である。前者のうち要介護高齢者用に医療化された介護ケア部門の割合は22.2%、ベッド数にして約11.7万床、後者の長期療養施設（LS）と合わせて約19.1万床が重度依存の要介護高齢者用受入施設という

ことになる³⁷⁾。すでに述べたように、重度依存の要介護高齢者55万人のうち31.2万人（56.7%）が在宅で23.8万人（43.3%）が施設で生活しているが、少なくとも介護ケア部門のベッド数が施設入所の重度要介護高齢者の人数より下回っていることは確かである。施設入所の高齢者の依存状態の増加に医療化施設の増設が追いつかないことを意味するであろう。在宅の重度要介護高齢者の中には、高額な施設入所料あるいは施設の地理的立地条件のために施設入所を断念する者もいると推定されるが、それを勘案すると重度要介護者用の入所施設に対する潜在的ニーズはまだ高いと思われる。なお、20年前に約30万床あったオスピスのうち転換未完了で残っているのは1万床以下といわれる³⁸⁾。80年代末～90年代初めにかけては、高齢者のニーズの多様化に応じた多種多様な入所施設が誕生すると同時に、シルバー市場に関心をもった不動産関連企業による高齢者施設建設ラッシュが続いた。しかし、要介護高齢者のために医療化された民間入所施設は少なく、介護ケア部門の付設はほとんど公立の社会福祉保健施設に集中している³⁹⁾。

以下、1993年現在のフランスの高齢者入所施設の種類と入所料金等を概説しておきたい⁴⁰⁾。

1) 高齢者住宅（logement-foyer） 一定の共用スペースと共同サービスを備えた賃貸集合住宅で原則的に健康な高齢者を対象とする。1980年8月4日のデクレ第637号によって虚弱老人・高齢身体障害者の入居も認められるようになった。入居者は共同サービスの費用を含めた「家賃」(loyer：入居費＋食費)を支払うが、支払いが困難な場合には社会扶助から直接的に弁済される。入所者は住宅手当を受給することができる。

2) 老人ホーム(maison de retraite) 基本的に個室または二人部屋からなる社会福祉医療施設で健康な老人および虚弱老人を対象とする。公立・民間, 営利・非営利, 県との協定施設・非協定施設等の区別があり, サービス内容も多種多様である。要介護高齢者を受け入れる介護ケア部門は県の認可により老人ホームに(高齢者住宅にも)付設され, その介護ケア費用は医療保険がカバーする。県の協定施設に入所しその専用面積(1人当たり最低9 m²)等の住居条件および所得条件が要件を満たす者は住宅手当を受給できる。介護ケア費以外の入所料金(宿泊費+食費)は個人負担であり, その価額は県議会議長が決定する。全国的な統一料金は存在しない。例えば, パリ地域で月額9,000フラン~15,000フラン(後者は障害高齢者の場合), 農村地帯で6,000フラン~9,000フラン[月額料金×30日で計算。以下同様。1フラン≒20円]。所得が少なく入所料金の支払いが困難な場合には社会扶助から直接的に弁済される。

3) 近年の新しい社会福祉医療施設または高齢者用居住施設 ① MAPAD (maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes: 要介護老人受入ホーム): 定員80人以下の, 自立性を喪失した要介護高齢者を対象として主に市街地に建てられた社会福祉医療施設。入所料金は月額7,500フラン~12,000フラン。老人ホームと同じくここでも住宅手当, 社会扶助を受給できる。② Cantou(「炉端」の意): 痴呆性老人または精神障害の老人を対象とする定員12人~15人程度の小規模ホーム。寮母(maîtresse de maison)は入所者を日常生活の様々な仕事に参加させ, 社会的隔離感を排し可能な限り自立性を確保させる。料金はMAPADに準ずる。③ MARPA (maison d'accueil rurale pour per-

sonnes âgées: 農村老人受入ホーム): 農業共済組合(Mutualité Sociale Agricole)が孤立や老朽家屋に悩む農村地帯の老人達のために創設した20人程度のグループ・ホーム。入所者は個室で生活するが, 寮母が日常の家事に参加するよう促してできるだけ長く自立性を維持させる。老齢ミニマムは受給するが社会扶助には頼りたくないという農村老人の心理を反映して, 入所料金は月額2,000フラン程度に抑えられている。MARPAの設立は各地で続いている。④ Edylis: 関係省庁と老齢年金金庫との協力を得てHLM(適性家賃住宅公団)機関が実現した15戸程度の都市の要介護高齢者向けの小規模集合ケア住宅。親族・友人用の客室を備える。受入事務・住宅管理担当の事務員のほか, 24時間看護婦・介助者配備, 任意の生活サービスの提供など多様な内容をもつ。入居者の依存状態に応じた段階的介護体制を用意する場合もある。入居者の地位は住宅所有権取得者と賃借人との中間的なものである。頭金50,000フラン~90,000フランのほかに月額割賦金4,640フラン~5,640フランを支払って終身利用権を取得する。退去時または死亡時に逡減的に減額された頭金が返却される。頭金50%の返却は保障される。⑤超高齢者ホテル: 高齢者の介護ニーズに対応して3つ星程度のホテル業界が提供する24時間医療看護ケアその他の介護ケアプランを備えた居住施設。社会福祉施設ではない。3つのホテルチェーンを中心に展開されている。「オテリア」の月額料金は地方10,500フラン~15,900フラン, パリ地域14,550フラン~18,600フランである。

4) 長期滞在施設 (centre de long séjour) 生活の自立性を喪失しかつ医療的観察を恒常的に必要とする要介護老人を受け入れる病院法に

よる長期療養施設。老人ホームの医療環境より高水準になっている。入所者にかかる経費は介護ケア費 = 医療費 (frais de soins) と入所料金 (frais d'hébergement) の2つに分かれ、前者は医療保険が全額負担し後者は本人および家族の負担となる。条件を満たせば、住宅手当、社会扶助を受けることができる。長期滞在施設への入院 (入所) は中期滞在施設から移って来ることが多いとされる。ただし、この場合の施設の変更は書類上の変更にすぎず、高齢者本人・家族にとっては同じ病室、同じベッドであるにもかかわらず入所料金だけが大きく変わることになる [中期滞在施設は入院期間が40日~80日に制限されるが入院料金は日額33フラン、長期滞在施設は期間の制限がないかわり入所料金は日額250フラン~350フラン(月額7,500フラン~10,500フラン)]。

5) 精神科病院 老人精神科専門病院ではきわめて不安定な激変期の高齢者を受け入れるが、入院者はその後比較的早いうちに他の入所施設に移っていくといわれる。かなり長い入院期間でもその間の経費は全額医療保険でカバーされる。

このようなフランスの高齢者入所施設の特徴・問題点を指摘しておくならば、(1)施設入所は行政処分としての措置決定によるのではなく、高齢者側と施設側との自由な契約関係によって決定される。高齢者は自らの選択によりどの施設でも自由に選ぶことができると同時に、施設側も独自の基準と裁量に基づいて入所者を選ぶことができる。県や国は施設側が遵守すべき基準を設定し、この基準を遵守することを条件に施設側と協定を締結する。これによって行政は間接的に施設運営・施設サービスの質の確保にかかわる。高齢者側からすると協定

施設でなければ社会扶助、住宅手当を受給することができない⁴¹⁾。(2)施設配置の地理的不均衡が指摘されている。全国平均では後期高齢者人口1,000人当たりの施設ベッド数は166床であるが、北西部地方の諸県ではより多く (最多はMaine-et-Loire 県で261床)、南部地方の地中海沿岸諸県ではより少ない (最少はCorse 県で67床)。パリ市とその周縁諸県でも施設ベッド数は少ないが、その分イル・ド・フランス地方の他の諸県に施設ベッド数が集中している (1992年末現在)⁴²⁾。施設配置の地理的格差は高齢者および家族の施設選択の自由を妨げることはいうまでもない。(3)施設の医療化は入所者が依存状態になった場合でも他の施設へ移送されることなく住み慣れた場所で介護的看護ケアを受けることを可能にしたが、要介護高齢者を受け入れる医療化施設は依然として量的に不足している。(4)医療保険財政との関連では、医療保険がカバーする介護的看護ケアにかかわる医療費が施設の法的地位によって異なるという問題がある。この点に関しては、1991年のブラール報告書もショプラン報告書も介護サービスの内容と医療費は施設の法的地位ではなく入所者の健康状態・依存状態に応じて決められるべきであると指摘した。とくにSCMとLSの医療費については整合性をはかるべきであると提案した⁴³⁾(既述のように、医療保険が負担する医療費の上限額はLS > SSIAD > SCM)。また、施設での介護的ケアに要する諸経費のうち医療保険がカバーする部分と本人または社会扶助が負担する部分とを明確化する必要があるといわれる (とくに介護器材の負担について)。(5)要介護高齢者およびその家族にとって施設入所の最大の問題は入所料金の高さである。高額な入所料金は高齢者に社会扶助の申請を余儀なくさせ扶

養義務にかかわる子どもおよび孫世代の家計を脅かす⁴⁴⁾。扶養義務者への費用請求、相続財産からの費用回収を避けたい高齢者と家族は、否応なく、不十分な在宅援助サービスを可能な限り利用しながら家族介護に依拠した在宅維持を選ぶことになる。

(4) 介護者支援 (aides aux aidants)

要介護高齢者に対する在宅サービス、施設サービスの一層の充実はとりもなおさず要介護高齢者を実際に介護する家族介護者の負担軽減に寄与する。したがって、家族支援策をあらためて高齢者介護施策の一項目に加える必要はないともいえる。しかし、高齢者介護の主要な部分を担ってきたのは家族であるという実態が明らかにされるようになり、さらに1980年代後半以降の福祉の停滞・後退、要介護高齢者の増加と在宅援助サービスの限界等を前にして、1980年代末～90年代初めに家族の高齢者介護に果たす役割を再評価しそれを組み込んだ高齢者福祉政策を推進すべきであるという方向が現われてきた。要介護者本人のための在宅サービスおよび施設サービス、家族介護者のための介護者支援策は高齢者福祉に必須の「三本柱」(la triade)⁴⁵⁾とも指摘される。

具体的な介護者支援策としては、デーセンターやショートステイ等の介護者の休息・負担軽減を保障する制度の発展、職業をもつ家族介護者のための介護休業制度の制定等があげられる。また、介護労働に対する一定の報酬という側面をもつ介護手当の構想が論議されている。しかし、職業を断念し老親・配偶者の介護にあたる者、あるいは家庭の中で長年介護に携わってきた者の年金権・労働災害の保障に関する論議は一般化していないのが現状である。以下では、デーセンター、ショートステイ、介護休業

制度について簡単にふれ、最終節で1995年5月に発足したシラク大統領下のジュペ首相がこれまでに提示してきた介護手当案の内容を説明することにしたい。

1) デーセンターは、国、地方自治体、社会保障機関の財源分担の協議が整わず結局あまり発達してこなかった。それでも現在入所施設に統合された形のデーセンターが約100か所存在する。特別の財政援助を規定する立法がないため財源が不安定で、したがって利用者の自己負担料が相対的に高くなることもその増設が進まない理由とされる⁴⁶⁾。

2) ショートステイ (hébergement temporaire) は、フランスでは主に地理的に孤立した農村の高齢者を冬期だけ一時的に受け入れる制度として展開してきた。このため現在のショートステイ利用者は基本的には健康な老人である。しかし、最近では高齢者の世話を一年中行っている「身内の者の休息・負担軽減」が利用理由の中心になってきている。利用時期も夏・冬の長期休暇期間に集中し、介護者の一時的不在の時期に重なる。ショートステイはこのように当初の設置目的から次第に離れて介護者支援の施策に組み込まれつつある。1990年の定員総数は2985床+173住戸である。通常の公立の入所施設の一定部分をショートステイ用に確保しようという動きもある。ショートステイだけの施設も主に民間経営で設立され1986年の61か所から1990年の132か所と徐々に増えている⁴⁷⁾。

3) 介護休業制度については、フランスでは、国家、地方、病院の3種の公務員に限るが、近親者介護のための「休職の権利」(disponibilité de droit)、「半日労働の権利」(mi-temps de droit)として一応のものが成立している。その内容は休業補償手当はなく単に復職が認められ

るにすぎないが、基本的に休業期間の制限はない。民間の一般労働者には介護休業制度を定める明文の法規定は存在しない。しかし労働協約・労働協定でそれを認める場合もあるし、柔軟な勤務編成が可能になった短縮労働勤務を活用して近親者介護に対処できるようにもなっている⁴⁸⁾。

2. 今後の動向

高齢者介護に対する今後の取り組みは、基本的には1980年代後半～90年代初めにかけて現われた方向の延長線上で行われるであろう。全般的な社会保障費用の抑制、公的介護システムへの家族役割の組込み、要介護者の個別的ニーズに即したサービス提供という全体的基調の中で、他の先進諸国と同様にフランスにおいても、サービス内容の標準規格化から個別的オーダー制へ、サービス給付の非連携から調整へ、給付決定権限の中央集中から地方分権へ、弱者収容制度としての施設から「生活の場」としての施設へというような流れ⁴⁹⁾がさらに強まっていくと思われる。より具体的な政策動向としては、1995年10月初めに閣議決定されその後議会審議に付された「自立給付」案 (le projet de prestation d'autonomie) の成否が注目される。以下、同法案の内容の紹介をもって結びにかえることにしたい⁵⁰⁾。

「自立給付」は、①60歳以上の要介護老人を対象とし、②在宅の場合には1996年1月1日から、施設入所の場合には1997年1月1日から実施の予定である。③依存の程度に応じて段階的支給額になるが最高額は4,300フラン/月で、現行の障害補償手当にほぼ等しい。④手当支給には所得条件が設定される(所得上限額は「自立給付」込みで月額9,250フランの純所得)。この

所得上限額は障害補償手当の所得上限額(7,600フラン)よりも引き上げられている。したがって、例えば、月額純所得4,680フランの者は現行制度では2,920フランの障害補償手当しか受給できないが、「自立給付」制度では4,300フラン(最高額)の手当を受給できる。⑤手当受給に扶養義務は関係しないが、25万フランを超える純遺産がある場合には相続財産からの費用回収が行われる。⑥年間総予算は200億フラン、県が障害補償手当その他から90億フラン、国がCSG (contribution sociale généralisée: 一般社会税) およびFSV (Fonds de solidarité vieillesse: 老齢連帯基金) から100億フラン強を支出する計画である。したがって、「自立給付」は県と国の共同管理になる予定である。⑦「自立給付」の支給は現金給付ではない。支給方法は高齢者(受給者)が在宅援助者をどのような形で雇用するかで異なる。直接雇用する場合には、雇用者としての手続を簡略化させるため「自立給付」は「サービス券」(chèque-service)で支給され、高齢者はこれによって費用の支払いを行う。「サービス券」で給与が支払われた在宅援助者は国の認可を受けた窓口でそれを換金する。非営利団体を通じて在宅援助者を雇う場合には県が直接この団体に支給額を支払う。施設入所の場合には第三者支払制度を通じて直接施設に支給額の基本部分が支払われることになる。高齢者の世話をする家族は退職年金を受給していないという条件でのみこの新手当から報酬を受けることができる。⑧「自立給付」制度は、より多くの高齢者を在宅維持する、5万～7万人の在宅援助者の雇用創出を実現する、という2つの目的をもつ。しかし、UNASSAD(在宅介護サービス団体全国連合)傘下の在宅援助者がすでに7万人存在しその大部分が短縮労働勤

務であることを考えるならば、この領域の労働力供給は十分満たされており大量の雇用創出は困難という観測もある。

〔追記〕

1995年11月初めから議会審議に付されていた「自立給付」案は、11月半ば、結局、1年後に先送りするという形で撤回された。財政赤字削減のためにジュペ首相が打ち出した公務員の賃金凍結・年金制度改革案に対する公務員の反対ストが拡大する情勢の中で、介護手当創設による社会保障費用のさらなる増加を懸念する反対意見が与党内の一部議員から表明されるに至ったからである。

注

- 1) H. Jani-le Bris, Aide aux aidants, CLEIR-PPA, 1993, p. 22. D. Bucquet, A. Colvez, S. Curtis et R. Pampalon, "Approche épidémiologique des besoins des personnes âgées dépendantes à partir de trois enquêtes régionales", Solidarité Santé-Etudes statistiques, n° 5, septembre-octobre 1990, pp. 29-36.
- 2) Commissariat Général du Plan, Dépendance et solidarités: rapport de la commission présidée par M. Pierre Schopflin, La Documentation Française, 1991, p. 26.
- 3) G. Sundstrom, "Les solidarités familiales: tour d'horizon des tendances", in Protéger les personnes âgées dépendantes, OCDE, 1994, pp. 22-27. なお、国勢調査は同居の実態を過小評価しているという指摘もある。F. Cribier, "La cohabitation à l'époque de la retraite", Sociétés contemporaines, n° 10, 1992, p. 71.
- 4) A. Pitou, Les solidarités familiales, Privat, nouvelle édition, 1992, pp. 39-41 et 205-211; F. Cribier, "Les retraites et leurs enfants: des relations plus ou moins distantes", Données Sociales Ile-de-France 1989, INSEE, pp. 244-248.
- 5) 介護者には「選択の余地はなかった」。H. Jani-le Bris, op. cit., pp. 49-52.
- 6) A. Colvez, "Panorama de la dépendance en France", Revue française des affaires sociales, 44e année, n° 1, janvier-mars 1990, p. 17.
- 7) A. Dufour, G. Hatchuel, Les Français face au problème de la dépendance des personnes âgées, Collection des rapports n° 112, CREDOC, mars 1992, pp. 27-32.
- 8) M. Laroque, Politiques sociales dans la France contemporaine, Les Editions STH, 1990, pp. 73-90.
- 9) 出雲祐二「フランスの高齢者対策」(社)生活福祉研究機構編『フランスの高齢者介護サービス・コーディネーション』中央法規出版, 1994年11月, pp. 132-134(ラロック報告書の骨子は高島長久「フランスにおける地域高齢者在宅福祉」東京都職員研修所, 1985年)。
- 10) J.-C. Henrard, J. Ankri, M.-C. Isnard, "Le soutien à domicile des personnes âgées en France", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4, octobre-décembre 1989, p. 10. 1967年の社会保障制度改革について V. Cottureau, Le droit de la protection sociale en pratique, Les Editions d'Organisation, 1992, p. 34.
- 11) ①病院改革に関する1970年12月31日の法律第1318号 = 1970年病院改革法, ②社会福祉・社会福祉医療制度に関する1975年6月30日の法律第535号, ③1975年6月30日の法律第535号の第5条の適用に関する1977年11月22日のデクレ第1289号, ④1975年6月30日の法律第535号および1970年12月31日の法律第1318号の一定の規定を修正し補完する1978年1月4日の法律第11号, ⑤障害者のための方向づけの1975年6月30日の法律第534号 = 1975年障害者基本法, ⑥1975年6月30日の法律第534号第39条が定める補償手当に関する同法の諸規定の適用に関する1977年12月31日のデクレ第1549号, ⑦補償手当に関する1978年12月18日の社会問題省通達第61号, ⑧在宅看護サービスの介護給付の付与条件に関する1981年5月8日のデクレ第448号, ⑨高齢者、障害者、寡婦の諸給付に関する1982年7月13日の法律

- 第599号, ⑩在宅社会扶助給付および入院医療費支払額の回収方法に関する1983年9月28日のデクレ第875号, ⑪高齢者・成人障害者の個人による有料家庭受入に関する1989年7月10日の法律第475号, ⑫在宅援助者資格証明制度を定める1988年11月30日のアレテ。法律・制度の概要, 最新の給付額等は Dictionnaire Permanent Action Sociale, Feuilles 9 du 15 avril 1994 (Bulletin 51 du 14 juin 1995 et Bulletin 53 du 17 juillet 1995), Editions Législatives および Le guide de vos droits et avantages 1995, Editions Prat を参照。
- 12) J.-C. Henrard, J. Ankri, M.-C. Isnard, op. cit., pp. 11-12. 一定の経験を積んだ後, 医師と同じように地域で開業する自由看護婦は, 医師の指示に基づいて在宅の病人に看護ケアを行うことができる。出雲・前掲「フランスの高齢者政策」p. 134の注6参照。
 - 13) J.-C. Henrard, J. Ankri, M.-C. Isnard, op. cit., p. 12.
 - 14) オスピスの転換, 転換手続, 要介護高齢者受入の高齢者住宅への賃貸住宅融資, MAPAD, ショートステイの設立等に関する通達が多数出されている。
 - 15) A. Grand, "L'accueil des personnes âgées par les familles", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4, octobre-décembre 1989, pp. 34 et 40.
 - 16) R. Raguénès, Aide à domicile, Editions Frison-Roche, 1991, pp. 13-15.
 - 17) J.-C. Henrard, Les systèmes d'aides aux personnes âgées, La Documentation Française, 1992, pp. 20-25.
 - 18) 1994年1月1日から民間労働者(一般制度)の年金受給条件は年々厳格になっている。①60歳に達しなければ完全満額年金の資格は生じない。②従来150四半期で完全満額年金を得られたが, 1995年からは152四半期(38年)の保険料支払いが必要になる。③年金支給のベースが最良10年間の平均賃金から最良11年間に変更された。④2003年には160四半期(40年)の保険料支払いが必要, 2008年には25年間の平均賃金がベースになる。この年金受給条件の改正が公務員には適用されず従来通りであるため, この点は財政赤字削減を重点課題とする政府と公務員労組の間の政治問題となっている (Le Monde du 26 août 1995)。
 - 19) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 211. CLEIR-PPA, Vieillir en France, 1993, pp. 28-29.
 - 20) Annuaire des statistiques sanitaires, op. cit., pp. 239 et 241.
 - 21) Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Vivre ensemble : rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes, présenté par M. J.-C. Boulard, Assemblée Nationale, n° 2135, 1991, p. 12. 出雲祐二「障害者政策」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会, 1989年, 第12章, pp. 328-329, 藤森宮子「フランスの公的介護手当」社会福祉協議会『月刊福祉』1994年8月号, pp. 20-23を参照。
 - 22) Vieillir en France, op. cit., p. 36.
 - 23) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit., pp. 1892-4. フランス社会問題省高齢者対策担当者も保険料・租税等の優遇措置の額の大きさを指摘する。前掲書『フランスの高齢者介護サービス・コーディネーション』p. 102参照。
 - 24) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit., p. 1894.
 - 25) 扶養義務に関係しない社会扶助給付には, 種々の在宅援助給付(家事援助, 家事サービス代替手当, 高齢者食堂食費, 在宅医療扶助), 老齡ミニマムの一部を構成するFNS補足手当, 第三者補償手当等がある。Notre Temps hors série : Grand Age 1000 conseils, Bayard Presse, 1993, pp. 116-117.
 - 26) INSEE, Contours et caractères : les personnes âgées, 1990, pp. 40-41.
 - 27) Dictionnaire Permanent, Bulletin 53, op. cit., p. 8814.
 - 28) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit., pp. 1896-1897.
 - 29) H. Jani-le Bris, Aide aux aidants, op. cit., p. 25. Annuaire des statistiques sanitaires, op. cit., p. 213. Vieillir en France, op. cit., p. 52.
 - 30) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit.,

- pp. 1895 et 1898. なお、短縮時間労働は正規の全時間労働の勤務時間が短縮された雇用形態であり、正規時間勤務に認められる権利・諸手当は勤務時間数に比例して原則的にすべて認められる。
- 31) Vivre ensemble : rapport présenté par M.J. -C. Boulard, op. cit., p. 41 ; H. Jani-le Bris, *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays des Communautés européennes*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1993, p. 144.
- 32) 出雲・前掲「フランスの高齢者対策」p. 169. Dictionnaire Permanent, Feuillet 9, op. cit., p. 1899.
- 33) Quid 1995, Robert Laffont, p. 1438.
- 34) R. Raguénès, *Aide à domicile*, op. cit., p. 28. 安全の欲求、孤独の回避、家族関係の悪化防止などのため在宅生活をしたくないが、高い入所費用、入所施設の地理的位置、入所のマイナス評価などのため施設入所を諦める高齢者もいると指摘される。
- 35) A.-M. Guillemard, D. Argoud, "Vieillesse et politiques sociales et économiques en France", in *Les personnes âgées en Europe*, Centre d'étude des mouvements sociaux, 1992, p. 102. Vieillir en France, op. cit., pp. 50-51. H. Jani-le Bris, *Aide aux aidants*, op. cit., p. 26.
- 36) Dictionnaire Permanent, Feuillet 9, op. cit., pp. 1905-1907.
- 37) *Annuaire des statistiques sanitaires*, op. cit., p. 202. Dictionnaire Permanent, op. cit., Bulletin 51 du 14 juin 1995, p. 8847.
- 38) 国立老年学財団 (FNG) 理事長 G. Laroque の指摘 (Le Monde du 5 octobre 1995).
- 39) Dictionnaire Permanent, Bulletin 51, op. cit., p. 8847.
- 40) *Notre Temps hors série : Grand Age 1000 conseils*, op. cit., 1993 を主に参考にした。
- 41) 出雲・前掲「フランスの高齢者対策」p. 165.
- 42) Dictionnaire Permanent, Bulletin 51, op. cit., p. 8847.
- 43) Dictionnaire Permanent, Feuillet 9, op. cit., p. 1920.
- 44) 1995年10月現在の施設入所料金の例をあげるならば、パリ市の南東部に隣接する Val-de-Marne 県の市町村組合立老人ホームで月額 11,000フラン、パリ市南郊外の Villejuif 市の長期滞在病院施設で14,000フラン、パリ市13区の集合住宅内に開設された10人程度のグループホームで同じく14,000フランである。1フラン ≒ 20円 (Le Monde du 5 octobre 1995)。
- 45) H. Jani-le Bris, *Aide aux aidants*, op. cit., p. 41.
- 46) Dictionnaire Permanent, Feuillet 9, op. cit., pp. 1907-1908.
- 47) A.-M. Guillemard, D. Argoud, op. cit., p. 114.
- 48) フランスでは職業と介護の両立のための介護休業制度の認識は必ずしも定着していない。介護休業制度は存在しないと答えたり、1994年7月に成立した年間数日の無給病児休暇と混同したり、専門家の間でも制度の有無がはっきりしない。そのような中で、1993年、CLEIRPPA の Jani-le Bris 女史は近親者介護を行う労働者のために「社会保障・経済保障をともなった介護者休暇」(congé d'aidants avec couverture sociale et financière) が必要という政策提言を行っている。H. Jani-le Bris, *Prise en charge familiale*, op. cit., pp. 137-138. なお、フランスの公務員の人数は約450万人 (1992年末 : Annuaire statistique de la France 1994) ~600万人 (Le Monde du 2 août 1995) と推定される。なお、拙稿「フランスにおける介護休業制度」(婦人少年協会刊『諸外国における介護休業制度』一近く刊行予定) 参照。
- 49) D. Argoud, "Réflexions sur l'évolution des politiques gérontologiques en Europe", *Années Documents CLEIRPPA*, n° 232, mai 1995, pp. 6-10.
- 50) Le Monde du 5 octobre 1995.

参考文献

Argoud, D. 1995 "Réflexions sur l'évolution des politiques gérontologiques en Europe",

- Années Documents CLEIRPPA, n° 232.
- Bucquet, D., Colvez, A., Curtis, S. et Pampalon, R. 1990 "Approche épidémiologique des besoins des personnes âgées dépendantes à partir de trois enquêtes régionales", Solidarité Santé-Etudes statistiques, n° 5.
- Colvez, A. 1990 "Panorama de la dépendance en France", Revue française des affaires sociales, 44e année, n° 1.
- Commissariat Général du Plan 1991 Dépendance et solidarités : rapport de la commission présidée par M. Pierre Schopflin, La Documentation Française.
- Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales 1991 Vivre ensemble : rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes, présenté par M.J.-C. Boulard, Assemblée Nationale, n° 2135.
- Cottureau, V. 1992 Le droit de la protection sociale en pratique, Les Editions d'Organisation.
- Cribier, F. 1992 "La cohabitation à l'époque de la retraite", Sociétés contemporaines, n° 10.
- Cribier, F. 1989 "Les retraites et leurs enfants : des relations plus ou moins distantes", in Données Sociales Ile-de-France, INSEE.
- Dufour, A. et Hatchuel, G. 1992 Les Français face au problème de la dépendance des personnes âgées, Collection des rapports n° 112, CREDOC.
- 藤森宮子 1994「フランスの公的介護手当」社会福祉協議会『月刊 福祉』1994年8月号
- Grand, A. 1989 "L'accueil des personnes âgées par les familles", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4.
- Guillemard, A.-M. et Argoud, D. 1992 "Vieillesse et politiques sociales et économiques en France", in Les personnes âgées en Europe, Centre d'étude des mouvements sociaux.
- Henrard, J.-C., Ankri, J. et Isnard, M.-C. 1989 "Le soutien à domicile des personnes âgées en France", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4.
- Henrard, J.-C. 1992 Les systèmes d'aides aux personnes âgées, La Documentation Française.
- 出雲祐二 1994「フランスの高齢者対策」(社)生活福祉研究機構編『フランスの高齢者介護サービス・コーディネーション』中央法規出版
- 出雲祐二 1989「障害者政策」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会
- Jani-le Bris, H. 1993 Aide aux aidants, CLEIRPPA.
- Jani-le Bris, H. 1993 Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays des Communautés européennes, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Laroque, M. 1990 Politiques sociales dans la France contemporaine, Les Editions STH.
- Pitou, A. 1992 Les solidarités familiales, la nouvelle édition, Privat.
- Raguénès, R. 1991 Aide à domicile, Editions Frison-Roche.
- Sundstrom, G. 1994 "Les solidarités familiales : tour d'horizon des tendances", in Protéger les personnes âgées dépendantes, OCDE. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Annuaire statistique de la France 1994, INSEE.
- Contours et caractères: les personnes âgées, 1990, INSEE.
- Dictionnaire Permanent Action Sociale, Feuilles 9 du 15 avril 1994, Bulletin 51 du 14 juin 1995 et Bulletin 53 du 17 juillet 1995, Editions Législatives.
- Le guide de vos droits et avantages 1995, Editions Prat.
- Notre Temps hors série: Grand Age 1000 conseils 1993, Bayard Presse.
- Quid 1995, Robert Laffont.
- Vieillir en France, 1993, CLEIRPPA.
- (はらだ・やすみ 岡山女子短期大学専任講師)