

医療と福祉の連携

——フランスの高齢者福祉サービスの場合——

群馬大学助教授 松村祥子

1 はじめに

フランスにおいても、近年の後期高齢者の増大にともない、高齢者福祉サービスの方法に新たな展開が要請されている。2000年には、75歳以上人口382万人、85歳以上人口137万人と急増が予測されている中で、心身の自律性を失いがちな後期高齢者が、快適・安全で、生き甲斐を保持できる生活を送るためには、どのような社会的援助が必要であろうか。

要介護高齢者に関する全国研究委員会 (La commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes présidée par Théo BRAUN, 1986-1987) の報告では、次のことが強調されている。第一には、在宅維持政策 (Les politiques de maintien à domicile) と、入院代替政策の促進、第二には、在宅維持が不可能になった場合の受け入れ施設体制の強化、第三には、医療保健分野と社会福祉分野の多角的な連携である。通称“ブラウンレポート”と呼ばれるこの報告提案にもとづいて、1988年2月の“高齢者問題に関する各省間委員会 (Le comité interministériel, le février 1988, consacré aux personnes âgées)”では、“要介護高齢者の権利と自由に関する憲章 (Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante)”が練られ、全国の高齢者問題従事者に配布された。

また、委員長のブラウン氏は1988年6月30日付で、高齢者担当大臣になり、このレポートでの提案実現の陣頭指揮にあっている。

本稿では、フランスにおいて、1960年代から目指されてきた高齢者在宅維持政策、1975年法により明確にされた医療と福祉の再編、そして、1983年以降、県を中心に展開している地域福祉事業の流れを統合し、より効果的で組織的な社会福祉サービスの体系化をしていく際の要とされている。医療と福祉の連携の方法について検討してみたい。

2 高齢者政策の方向

(“Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées” “Assurer aux personnes âgées accueillis en établissement, les soins et l'aide dont elles ont besoin”)

1988年度の高齢者政策として、“在宅維持の促進に関する7項目”“施設入居を保障する3項目”が示されている。まず、在宅維持策として、①在宅扶助 (l'aide à domicile) の支給、②ホームヘルパー (l'aide ménagère) の増設、③在宅介護、看護 (les services de soins infirmiers à domicile) の発達、④在宅連携介護 (les soins coordonnés à domicile) の奨励、⑤県のイニシアティブと地域福祉の活性化、⑥

(1985. 1. 1)

表1 高齢者のための施設とサービス

地方別	私立老人ホーム定員 (1)	公立老人ホーム定員 (2)	高齢者住宅定員 (3)	高齢者入居施設定員合計 (4)=(1)+(2)+(3)	医療部門定員 (5)	$\frac{(6)}{(4)} = \frac{(5)}{(4)} \times 100$ % 高齢者施設75歳以上の医療化率の医療化率 (7) = $\frac{(5)}{(4)} \times 100$ %	$\frac{(7)}{(5)} = \frac{(5)}{(4)} \times 100$ % 75歳以上の高齢者のための医療化率 (8)	長期滞在施設定員 (8)	在宅看護定員 (9)	75歳以上高齢者数 (10)
ILE DE FRANCE	18,943	19,143	19,266	57,352	4,929	8.7	8.6	8,973	2,318	570,600
CHAMPAGNE-ARDENNE	1,550	7,085	2,981	11,616	2,248	19.4	26.3	805	389	85,500
PICARDIE	2,877	9,080	1,536	13,493	1,140	8.4	11.1	2,020	627	102,640
HAUTE-NORMANDIE	2,258	8,529	7,066	17,853	1,902	10.7	20.6	2,228	432	92,400
CENIRE	3,879	15,239	4,119	23,237	3,644	15.7	21.4	2,808	571	170,660
BASSE-NORMANDIE	3,150	7,880	3,066	14,096	1,456	10.3	17.3	2,364	336	83,920
BOURGOGNE	2,822	10,325	3,220	16,367	2,062	12.6	16.1	2,627	610	127,980
NORD-PAS-LE-CALAIS	4,814	13,660	8,304	26,778	938	3.5	4.4	3,397	2,382	210,820
LORRAINE	3,834	8,605	5,463	17,902	2,464	13.8	20.2	1,619	427	122,240
ALSACE	3,498	5,081	2,507	11,086	2,117	19.1	23.3	1,848	228	90,760
FRANCHE-COMIÉ	1,868	4,178	1,742	7,788	1,175	15.1	17.9	878	199	65,500
PAYS DE LA LOIRE	9,879	15,770	8,764	34,413	3,366	9.8	18.7	4,000	1,400	180,380
BRETAGNE	7,154	13,170	4,061	24,385	5,470	22.4	31.6	4,530	2,434	173,200
POITOU-CHARENTES	3,037	8,291	2,604	13,932	1,693	12.1	13.5	1,837	1,145	125,180
AQUITAINE	8,235	11,551	4,627	24,413	4,447	18.2	20.9	2,226	1,607	213,220
MIDI-PYRENNES	6,177	10,865	5,135	22,177	3,273	14.8	17.3	1,319	1,279	189,100
LIMOUSIN	1,080	4,519	1,386	6,985	1,123	16.1	15.4	1,928	892	72,840
RHONE-ALPES	8,684	15,827	11,178	35,689	6,291	17.6	21.0	8,612	1,919	299,780
AUVERGNE	2,722	8,827	1,483	13,032	2,432	18.7	22.9	1,600	412	106,220
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4,826	6,905	4,565	16,296	3,763	23.1	23.5	1,460	581	160,340
PROV. ALPES-COTE D'AZUR	12,645	10,023	5,889	28,557	2,433	8.5	8.1	1,812	1,741	299,460
CORSE	457	89	43	589	38	6.5	2.2	392	0	17,320

全国
海外
県除く

FRANCE METRO POLITAINE	114,389	214,642	109,005	438,036	58,404	13.3	16.4	59,283	21,929	3,560,060
------------------------	---------	---------	---------	---------	--------	------	------	--------	--------	-----------

(資料) RAPPORT de M. Théo BRAUN より作成 (Commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes)

住居の改善, ⑦高齢者の家庭委託制度促進がある。また, 施設対策としては, ①'オスピス (hospice) の改良と老人ホーム (maison de retraite) への移譲, ②'老人ホームでの医療部門の設置, ③'高齢者のための社会施設の増設と近代設備化があげられている。

これらの施策の多くには, 既に, この数年來, 精力的にとり組まれて実績を上げているものも多い。例えば, 1987年には40億フランがホームヘルパーのための費用として支出されており, 50万人の高齢者がホームヘルプサービスを利用している。また, 在宅介護, 看護については, 1986年から1987年の1年間に2,500床増えたものも含めて, 現在約3万床が設けられている。一方, 施設対策の面でも, オスピスの11,500床は, 老人ホームに移行(1987年)され, 1988年度予算の中でも3億5,000フランがオスピスの改良のために準備されている。また, 老人ホームでの医療部門 (section decure médicale) も, 1985年には58,000床だったが, 1988年には70,000床になっている(表1)。以上のような予算面や定員の拡大にともない, 在宅介護・看護と病院のサービスの協同事業化にも積極的に取り組まれている。

このような実情をふまえて, 1988年度の要介護高齢者政策の方向として表2に示されるような医療と福祉の連携を中心にした具体的目標が掲げられている。

3 地域福祉の中で

(“Loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales” “Loi du 6 janv, 1986”)

従来, 公私のさまざまな機関を通して実施されてきた社会福祉及び社会医療の諸制度を調整・統合することが, 1975年法により定められた。とりわけ, 在宅維持策に関しての情報, 予防, 指導, 支援の活動を活性化することの必要性が第一条で唱われている。これらの活動を促進するための方途として, ①県を地理的に分割して, 社会福祉活動の拠点としての地区 (secteur social et médicosocial) を編成すること, ②活動の担い手としての社会福祉従事者の養成に力を入れること等についても規定された。その後, 1983年以降の地方分権化の下で, 社会福祉の事業運営は県に移管されるようになった。1986年に追加された多くの条項の中で, 特に留

表2 高齢者に関する方策

(1988年度)

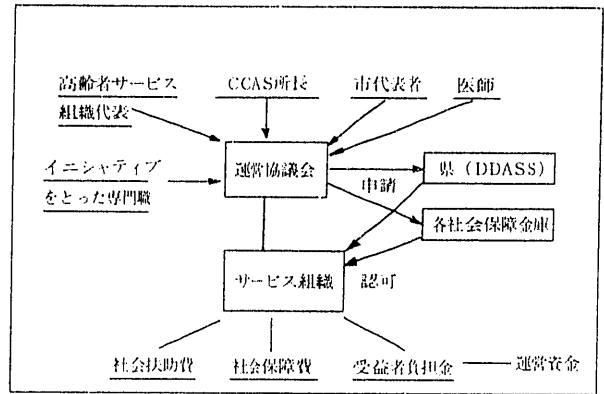
n° 1	老人ホームにおける医療部門 (sections de curemédicale) を 1988 年度中に 7,500 床増設する	n° 6	病院入院を避け, 健康に携わる種々の職種の統合の上に成立つ在宅介護を奨励する
n° 2	在宅介護, 看護サービスを1988年度中に3,000床増設する	n° 7	高齢者に関わる全ての機関や職業の統合のために県知事主導の地区契約の締結をする
n° 3	高齢者や障害者のための家庭委託制を強化する	n° 8	経済社会評議会に高齢者等の代表団が参加する
n° 4	要介護高齢者の“権利と自由”の憲章を公表する	n° 9	社会保健的施設の創設の手続を簡単にする
n° 5	全国及び県レベルでの退職者・高齢者委員会における高齢者の参加権限を拡大する	n° 10	夫婦のいずれか一方が施設入居している場合, 課税所得の中から年間10,000フランを控除する

(資料) dix mesures en faveur des personnes âgées lors du comité interministériel du 18 février 1988.

意すべき点は、①新たに地域福祉の責任者となった県会議長 (le président du conseil général) の職能、②種々の社会施設及び社会医療施設の性格規定 (但し、老人ホームに医療部門を併設することについては、既に1975年法で決められていた)、③県の社会福祉サービス活動の方法等、であろう。

このような流れの中で、高齢者が通常の生活枠内で介護をうけやすいように社会福祉サービスの供給体である各機関、組織の活動上、財政上の調整が大変重視されてきている。そこでの社会福祉、とりわけ医療保健とも関連する種々のニーズの判定やそれに対する処理の方法は、「地区契約」の形でおこなわれている。実際には、高齢者に関するサービスとして各「高齢者地区」ごとに定められた項目があるが、一般的に①義務的サービスとしての「住宅改善」「社会文化活動の促進」事業、②任意的サービスとして「情報」「住居」「栄養」「余暇」「衛生」等の事業がある。これらのサービスの実施体と

図1 在宅維持サービス組織形成モデル

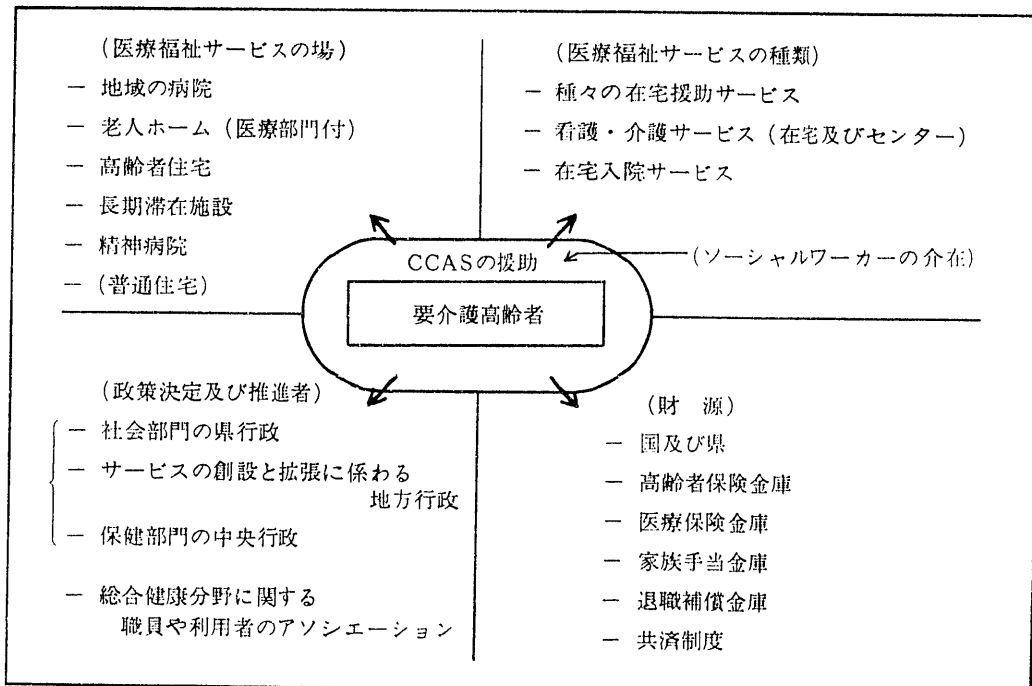


資料)「フランスにおける地域高齢者在宅福祉報告 1988年」(高島長久)より。

しては、民間の非営利組織である協会 (association) が多く、大小さまざまな規模と目的をもった協会が図1に示すような運営協議会を通して、他の公私の社会福祉関係諸機関とのつながりを保持しつつ活動をしているのである。

ところで、社会福祉サービスの地区編成化 (sectorisation) のねらいは、元来、高齢者のニーズが保健的であったり、医療的であったり、社会的であったりという流動的、複相的である

図2 高齢者の医療と福祉の組織図



ことへの適切で効果的な対応にある。したがって県単位で設置されている地区の多目的ソーシャルワーカー (assistante de service social de polyvalent de secteur), 県社会福祉連携・統合委員会 (le comité départemental de coordination), そして, 地区社会福祉センター (le centre communal d'action sociale) の存在は, 地区福祉の要となっているものである (図2)。

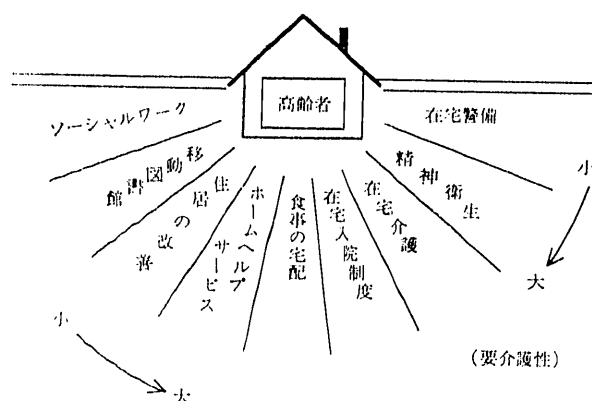
4 在宅福祉の中で

(Circularire N° 86/14 du mars 1986, relative aux actions alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées et à leur maintien à domicile)

1962年に出された“高齢者問題研究委員会報告”(rapport LAROUQUE)の中で, 高齢者に対する医療, 福祉援助に基づいた在宅維持策の方向が明らかにされた。その後, 1970年代にも, 高齢者のための在宅介護に関する種々の実践があった。1981年の政令 (Décret N° 81-448 du 8 mai 1981, relative aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées) では, それまでの施策を整理し, 在宅介護の目的, 方法などについて示されている。又, この政令にもとづいて, 1982年の暫定計画, 1984—1988年の第九次計画などの社会計画の中で高齢者政策の方向づけがなされてきた。更に, 1986年の通達では, 高齢者の心身の減退や孤立生活への対策として在宅介護の促進が強調されている。

在宅福祉の三本柱といわれる「快適安全な住まいの確保」「自立生活を補足強化するホームヘルプサービスの定着」「要介護高齢者の在宅維持に不可欠な在宅介護・看護システムの発

図2 要介護高齢者向在宅サービス



達」の中でも, 殊にこの数年著しく増えているのが在宅看護サービスである。1982年に262ヶ所で11,701床だったものが, 1986年には780ヶ所で28,228床と急増している。これは前述したように, 近年, 75歳以上の高齢者が増えていることその他, 病院に長く入院できなくなっていること, 施設より在宅を好む高齢者が多いこと等が原因となっているだろう。しかし, 現在の在宅介護システムにはまだ数多くの問題点が残されている。その一つは, 介護の担い手の身分や役割が固定していないこと, 第二に, 介護の基準が明確でないこと (夜間の介護などのケースも含めて), 第三に, この制度の採択が各県の自由意志にまかされているため地域間の格差も大きいこと, 第四に費用が不十分なこと (大半のケースは医療保険が適用されるが, 十分でない場合が多いので新たな介護保険が検討され始めている)。

このように, 長い間, 病院とその付属のオスピス (hospice) に任せてきた要介護高齢者のための医療福祉サービスが, 地域の中に解放され, 特に高齢者の個別住居を拠点として実施されている (図2)。

表3 高齢者の介護に関する数字

(1987年)

5 施設福祉の中で

(Décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977, portant application de l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales)

フランスの高齢者の75%以上の者は自宅で生命を終えることを望んでいるが、実際には70%の人が病院で死亡している。しかし、最後の段階以前では、65歳以上の高齢者の内、施設入居者は6%である。

従来高齢者のための社会施設である老人ホームは、自立生活のできる者のために作られており、介護、看護の機能は備えていなかった。ところが、医療施設における財政上、機能上、組織上の問題とともに、社会施設としての老人ホームに医療部門を設置する必要が出てきた。1975年法及び1977年の11月政令では、老人ホーム定員の一定枠(通常25%)を介護機能を備えた受入れにすることを義務づけた。また、1981年の政令(dicret 8 mai 1981)では、老人ホームの中で在宅介護サービスを契約により受けることが出来ることを定めている。ここでの医療サービスの費用負担には、医療保険が当然、関与するが、医療施設の場合と異なり、社会施設入居者の場合、宿泊費はもとより介護費用のうち一部自己負担分がある等の問題点も残っている。

表3に見られるように、医療及び社会施設で介護をうける数は増大しているが、施設入居か、在宅かはあくまで高齢者自身の自由意志により選択される。但し、いずれの場合にも今後需要増加が予想される介護・看護機能の整備が遅れがちであり早急の解決策が求められている。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 3,879 (施設とサービス数) <ul style="list-style-type: none"> — 3,047 医療施設 (286,844床) — 832 在宅介護実施箇所 (30,882床) ・ 298,191人 (サービス受給者) <ul style="list-style-type: none"> — 269,581人 (施設入居でサービス受給者) — 28,610人 (在宅で、サービス受給者) ・ 42億フラン (全制度の合計) <ul style="list-style-type: none"> — 32億フラン (医療施設用) — 10億フラン (在宅介護用)
--

(資料) <Bloc-Notes Statistiques> CNAMTS n° 37 de juin 1988

6 医療と福祉の連携上の諸問題

高齢者のみならず、児童や障害者への社会福祉サービスの中で、常に医療的な要素と社会的な要素は、分離できないことが多い。例えば、妊産婦や乳幼児のための社会サービスでは、保健婦、助産婦、ソーシャルワーカーがチームになっている。また、心身障害者への社会サービスでも、医療・生活・教育活動は平行的に進められなければならない。

近年のフランスでは、このような社会福祉問題解決への総合的、多角的アプローチが試行されている。つまり、新しい社会福祉の方法が、“対象者のニーズ ↔ 地区内での問題発見・解決 ↔ 社会福祉政策化” という縦の関係と “社会福祉従事者間の活動の専門職化・協働化 ↔ 複数の分野にまたがる諸制度間の調整化・統合化” という横の関係から再検討されている。実際、次第に複雑化・多様化してきた社会福祉サービスの需要に応じて供給組織や制度の多元性や重複性が機能面や財政面でのトラブルの原因となってきたこともこの方法改革の一契機ではあった。しかし、ここで何よりも目標とされていることは、①サービス利用者にとっての手續

きの簡素化と、②サービス給付水準の質量の安定化である。このような視点から、既述の医療と福祉の連携を省みると、次のような問題点が指摘できるであろう。

第一には、医療福祉ニーズの正しい発見、把握と判断、処置が必要である。例えば、痴呆性

老人の回復には、医療的治療より生活環境の改善が効果的な場合もある。また、障害者についても、その判定次第で、職業活動や生活活動の方向が制限されることの弊害も出ている。特に心身上の障害をもつ者を対象とする医療福祉サービスに関しては、サービス供給者と受給者の

表4 要介護高齢者施策への30の提案

I. 行政当局への提案
1. 退職者及び高齢者担当庁の設置（本レポートの提案を実行に移すため） 2. 自律保健（Assurance autonomie）の創設 3. 保健と福祉の交流 4. 高齢者在宅維持に関する試行的、実験的プランの配置 5. 全国予防委員会の創設
II. 地方自治体への提案
6. 老人学上の連携・統合事業の推進 7. 在宅維持と施設サービス間の連携事業 8. 在宅での連携・統合介護の実施促進 9. 在宅看護制振興
III. 法令、規則上の提案
10. 居住施設の医療化の発達 11. 病院での老年学部門の増強 12. 私立（非営利）の長期滞在施設の開設 13. 325ヶ所地区病院の役割の多様化 14. 高齢者住宅等での看護・介護を容易にする方策 15. ホームヘルパーなど在宅事業に係わる職業の発達 16. 家庭委託の法的規定化 17. 生活圏（unité de vie）の独自で柔軟性のある定義づけ 18. 要介護の親を受け入れる家庭への税務上の配慮 19. 緊急時サービスに関する補償手当の創設 20. 市町村の社会、医療、福祉従事者の職業的明確化 21. 自立性喪失の際の住居改善の簡便化 22. 高齢者のための介護保険に関する税制上の検討 23. 介護と施設給付の間の予算上の配分に関する国務院の政令の公表 24. 在宅再教育
IV. 教育及び研修に関する提案
25. 高齢化の分析 26. 高齢期（退職）への準備 27. 生涯教育としての保健教育 28. 老人医学に関する高水準の免状 29. 高齢者施策に係わる全職業人への社会老年学上の教育、研修 30. 統合看護婦のための免状の創設

“全国要介護高齢者研究委員会報告”より（Rapport de M. Théo BRAUN. 1987）

科学的かつ民主的な相互関係が必要である。

第二には、医療福祉サービス実施の場についての流動性、柔軟性が求められている。従来病院を中心に治療・介護していた人々を、社会福祉施設や自宅に移す場合、衛生上、安全上の危険はないか。閉鎖された単一機能的な場より、開放された多機能の場の方が、どんな人にとっても望ましい生活環境には違いないが、その際、物理的、化学的環境のみならず、地域や家族の人間関係も含めた心理的、社会的環境の検討を忘れてはならない。

第三には、サービスの担い手の問題である。医師、看護婦などの医療従事者、介護士、運動療法士などの準医療従事者、ソーシャルワーカーや、ホームヘルパーなどの社会福祉従事者がチームワークで働く時、仕事の決定、責任、指令などに関する混乱が生じやすい。それぞれの分野の慣習や通念を越えた新しい職業上の倫理や人間関係の作成が急務である。

第四には、サービスの供給組織の多元性の中で、人や財源や活動の調整、調和をどうするか。前述したように、各地域では、連携・統合委員会があるが、医療と福祉の連携が増々進む中で、バランスのとれた再調整化が不可欠になっている。1989年度からの社会計画の中では、特にこの統合化の機能が強調されている。

第五には、医療福祉サービスの利用料についてである。原則として、医療サービスについては、医療保険から支払われる。しかし、ホームヘルプサービスや日常生活援助サービスは、所得比例で利用料のみならず、供給組織や内容までも異なっている。このために、高齢者や障害者にとって、“利用しにくい”、“不平等感が残る”などの不満も大きくなっている。なお、前述したように医療保健施設と社会福祉施設で

は、純医療費以外の部分での費用負担のあり方が異なっているため、自己負担の大きい施設は敬遠されがちである。医療保険の改革や介護保険の創設をどうするか等のテーマは、今後の論議の焦点である。

おわりに

フランスの医療福祉サービスの特色として①地域福祉として、種々のサービスの調整・統合化が試みられ、その中から、予防や情報教育も含めた広範囲の新しいサービスが生み出されている。②在宅介護体制（在宅入院、在宅看護、在宅支持サービス等）に積極的にとり組まれている。③医師や施設入居の選択権や、利用者の施設や制度運営への参加などサービスの受け手の自由裁量範囲が大きい。④サービスの担い手の職種が多く、その専門職化が進んでいる等があげられる。

国民に近いところで、国民のニーズに添って効果的な社会福祉サービスの供給をおこなうという表向きの旗上げをしたものの、その他のさまざまな裏向きの事情も潜在していることもあって、社会福祉分野の地方分権化も医療と福祉の再編化も難航中である。地域間格差の拡大や、財政上の突破口探しの苦慮を背負いつつ、フランスの医療と福祉の新しい方向がどのように切り拓かれていくのか。今後の動向に注目したい。

注

- 1) 表4 はブラウンレポートの結論として出された「要介護高齢者施策への30の提案である。既に政府が今後の方針として採択している項目も多い。
- 2) 本稿は第27回公開研究報告会（社会保障研究所）での報告内容に加筆したものです。なお、ブ

ラウンレポート等資料収集に協力して下さった藤森宮子氏（パリ大学大学院生）に謝意を表します。

参考文献

- 1) DALLOZ “Codes de la santé publique de la famille et de l'aide sociale” 1987. Dalloz.
- 2) Elie ALFANDARI
“Action et aide sociales” 1987 Dalloz

- 3) “Realités familiales” N° 8-septembre, 1988. UNAF
- 4) “Rapport présenté au nom de la Comiteo nationale d'études sur les personnes agées dépendantes” 1987.
- 5) “Action collectives et Travail social” Tome1, ESF, 1986

（まつむら さちこ）