

## フランスにおける高齢者保健福祉システム

Catherine Sauvaget\* 小川 恵子\*  
辻 一郎\* 久道 茂\*

2分化という現象はフランスの医療福祉制度の特徴である。中央政府が管轄する医療部門と、地方政府が管轄する福祉部門である。

フランスの高齢者在宅推進政策は高齢者の日常生活を援助するさまざまなサービスを開発してきた。例えば看護、医療サービスを提供すること、生活環境を改善し、社会的交流を維持することである。それによって施設に入所するまでの期間を延長させてきた。ホームヘルパーが高齢者の在宅ケアの代表である。彼らは家事（掃除、買い物、料理）を手伝う。ホームケアサービスは在宅での看護と日常生活介助である。ホームヘルパーに次いで広く普及しているサービスである。ホームケアサービスは看護婦、准看護婦、心理学者、理学療法士からなるチームで行う。

高齢者のための施設サービスは福祉と医療の2つに区別される。福祉施設には軽費老人ホームや養護老人ホームなどが含まれる。医療施設には長期入院用病院などがある。高齢者対策の主要な目標は福祉施設内で医療サービスを提供することである。高齢化が進行しているために、施設に生活する高齢者の中に、要介護者が増加しているからである。最近、新しい概念の施設がつくられてきた。例えば、要介護者のための軽費老人ホームや僻地に生活する要介護高齢者のための軽費老人ホームである。これらの施設は軽費老人ホームと長期入院病院の中間的な性格を持つ。その他に要介護高齢者のための施設も存在する。それは野外活動や作業療法を行う施設で、対象はアルツハイマー型痴呆の高齢者である。

**Key words** : 高齢者, フランス, 在宅ケア, 福祉施設, 医療福祉

### I 緒 言

老化の問題は、ある個人の特別の問題というより、今や世界のすべての人共通の問題である<sup>1)</sup>。他の先進国と同様フランスでも社会的、人口学的に重要な変化が生じている。つまり平均余命の増加と出生率の低下である。1900年のフランス人男性の平均寿命は45.3年、女性では48.7年であった<sup>2)</sup>が、1993年には男性で73.8年、女性で82.1年となった<sup>3)</sup>。フランスの女性は、日本に次いで世界第2位の長寿である。一方男性は12位である<sup>4)</sup>。

平均余命の増加とともに、人口の高齢化が生じている。最新国勢調査（1990年）によると、総人口5,662万人のうち、60歳以上が占める割合は

19.9%、65歳以上は14.7%、75歳以上は7.1%、85歳以上は1.8%であった。図1はフランスにおける65歳以上の人口に占める割合の推移を示している。年々その割合は増加し、今後も増加が予想される。2000年には、65歳以上の高齢者は全人口の15%以上を占めると予測されている。

フランスの高齢人口増加の特徴はいわゆる後期高齢者層の増加率が最も高いことである<sup>5)</sup>。60歳以上の者に占める75歳以上の割合は、1946年では21%であったが1990年には35%に達した。全人口における高齢化と同時に、高齢人口でのさらなる高齢化が起きている<sup>6)</sup>。

フランスの高齢者の大部分（94%）は地域に生活している<sup>7)</sup>。60歳以上の人口における世帯構成の年次推移を図2に示す。世帯構成の変化は2世代、3世代世帯の減少と関連している。配偶者と暮らす者の割合は依然として最も高いが、一人暮らし世帯は男女とも増加している。子どもや孫と一緒に住む高齢者の割合は減少している。高齢者全体における施設入居率に変化はないが、75歳以

\* 東北大学大学院医学系研究科社会医学講座公衆衛生分野  
連絡先：〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2-1  
東北大学大学院医学系研究科社会医学講座公衆衛生学分野 Catherine Sauvaget

図1 フランスにおける65歳以上の者が総人口に占める割合の推移<sup>2,7,31)</sup>

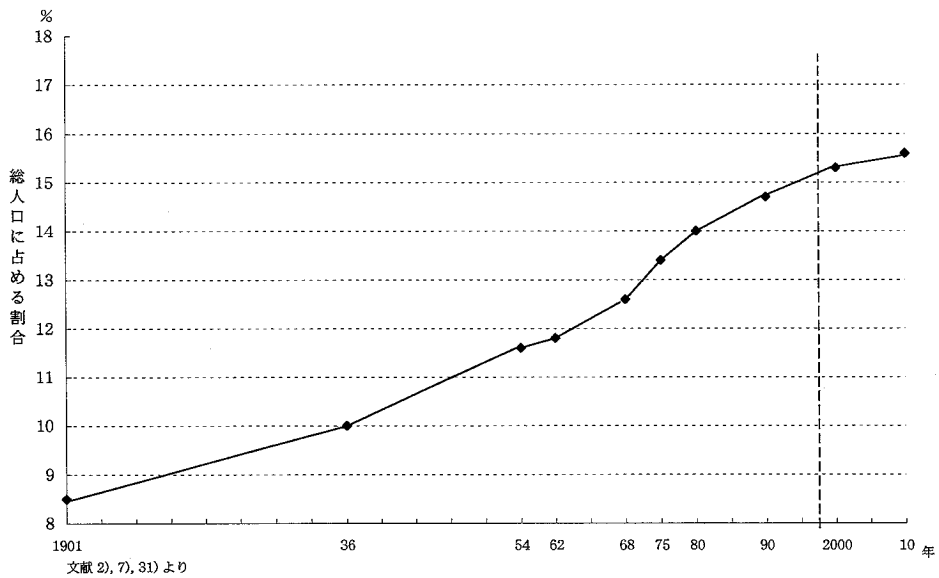
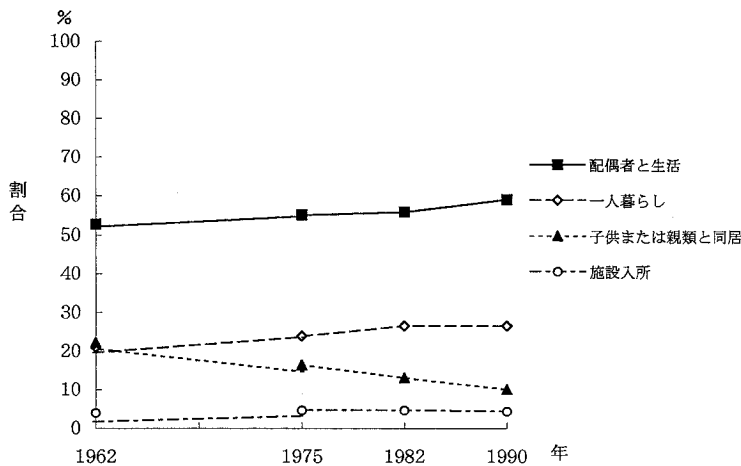


図2 フランスの60歳以上人口における世帯構成の年次推移<sup>6,7)</sup>



文献 6), 7) より

上の後期高齢者での入居率は高い(男性の12%, 女性の21%)<sup>6)</sup>。後期高齢者の施設入居率が高い理由として、いくつかのことが考えられる。第1に、平均余命の増加とともに高齢者の健康状態も改善し、施設に入所する年齢が遅れてきた。第2に、1960年代以降の在宅ケア政策の効果により、高齢者ができるだけ長く自宅で生活できるようになったことである。第3に、1970年からフォアイ

エ・ロジュマン (Foyer logement; 集合住宅) という新しい施設が開発されたことによる。フォアイエ・ロジュマンは個人の住居とメゾン・ド・ルトレート (Maison de retraite; 退職者の家) の中間的な性格を持ち、身体的に自立して介護を要しない老人のためのものである。個々のアパートに加えて、台所、テレビを見る余暇室や簡単な保健室などを含む共同設備を備えた住宅である。それ

らは、通常は町の中心に位置している。フォアイエ・ロジュマンに住む老人は、保健福祉サービス報告では施設入居と算出されるが、国勢調査では自宅居住と分類される。

高齢人口における高齢化は、要介護高齢者の増加を引き起こした。1990年における65歳以上の高齢者のうち、2.4% (18万人) は寝たきり、3.1% (23万3千人) は日常生活動作 (ADL) で要介護、12.2% (91万7千人) は外出時に介護を要すると報告されている<sup>8)</sup>。寝たきり老人の77%は自宅に生活し、23%は施設に住んでいる<sup>6-9)</sup>。これらの結果は家族の協力がいかに重要であることを示す。2世代世帯が減少し、一人暮らし高齢者が増加しているが、これは老人が孤独で家族から見放されていることを必ずしも意味しない。施設入所者の割合に大きな変化がないことの背景には、家族の協力によって在宅生活の継続が可能になっていることもあろう。

在宅高齢者における各種疾患の頻度はよく知られていない。一方、1986年～87年の推定では、施設入所の高齢者のうち、35.3%は精神障害があり、38.9%で老衰がみられている<sup>6)</sup>。

1960年代初頭から人口の高齢化に直面したフランス政府は、高齢者問題に対して各種の社会政策をうちだしてきた。この政策は高齢者を社会の中に取り込み、できるだけ長く自分たちの社会環境で生活してもらうことを目的としている。本稿ではフランスにおける高齢者保健福祉システム、特に在宅ケアと施設ケアについて紹介する。

なお用語に関しては、フランス語の発音 (カタカナ)、原語 (フランス語)、日本語直訳の順に記述する。

## II 高齢者の在宅ケア

先述のように、要介護高齢者の大部分は在宅で生活している<sup>8)</sup>。要介護のレベルがいずれにせよ、自分の家に住み、そこで死を迎えるというのが、高齢者の望みであろう。フランスの高齢者在宅推進政策は高齢者の日常生活を援助するさまざまなサービスを開発してきた。例えば看護、医療サービスを提供すること、生活環境を改善し、社会的交流を維持することである。それによって施設に入所するまでの期間を延長させてきた。在宅ケアを受けている高齢者のうち29%の者は、1年

以上これらのサービスを受けている。長期にわたりサービスを受けられることが在宅生活の推進に役立ったと考えられる<sup>10)</sup>。

表1はフランスの主な在宅ケアを示す。

大別してエード・メナジェル (Aide-Ménagères; メイドサービス)、セルビース・ド・ソアン・ア・ドミシール (Services de soins à domicile; 家での介護サービス)、オクシリエル・ド・ヴィ (Auxiliaires de vie; 生活の手伝い人) などがある<sup>11)</sup>。

エード・メナジェルが高齢者の在宅ケアの主要な役割を担っている。彼らは家事 (掃除、買い物、料理) を手伝う。1993年には8万人のエード・メナジェルが60万人を介護 (対象者当たり平均1カ月16時間) した<sup>12)</sup>。利用者大部分は高齢者で (96.8%) で、その80%は一人で生活している。それ以外のエード・メナジェルの利用者は身体障害者 (17%)、働く母親 (0.9%)、病人 (0.6%) である。

セルビース・ド・ソアン・ア・ドミシールは在宅での看護と日常生活介護である。厚生省の調査<sup>13)</sup>によるとセルビース・ド・ソアン・ア・ドミシール利用者の97%が60歳以上であった。全国平均では、75歳以上のうち1%の者が、このサービスを受けている。利用者のうち26%は寝たきりで週に平均11.1回の訪問、1回につき33分のサービスを受けている。65%はADLに要介護のレベルで週に7.7回、1回につき30分のサービスを受けている。5%は外出に要介護のレベルで週に6.4回、1回につき25分のサービスを受けている。4%の者は軽度の要介護または自立レベルである。週に6.6回の訪問、1回につき21分のサービスを受けている。サービス内容の60%は入浴介護で、60%にじょく創の予防、30%がトイレ介護である。利用者の3分の1は一人暮らしで、自宅またはフォアイエ・ロジュマンに生活している。35%は配偶者か同世代の者と同居している。30%は若い世代と同居し、3%はセクシオン・ド・キュール・メディカル (Section de cure médicale; 医療の部門) を備えていないメゾン・ド・ルトレートに生活している。ケアの25%は看護婦が残り、75%は准看護婦が行う。69%は個人または非営利団体、8%は公共の病院がそのサービスを担う。1991年には4万2千人 (平均年齢: 82歳) がこれらのサ

表1 フランスの在宅ケアサービス

<p>ユー・ド・メナジェール "Aide-Ménagère"</p>	<p>セルヴィーヌ・ド・ソ アン・ア・ドミスティル "Services de soins à domicile"</p>	<p>オクスイリエル・ ド・ヴィ "Auxiliaire de vie"</p>	<p>ガルド・ア・ ドミスティル "Garde à domicile"</p>	<p>アンフイルミエル・ ド・ヌイ "Infirmière de nuit"</p>	<p>テレ・アラーム "Télé alarme"</p> <p>ルバ・ア・ドミスティル "Repas à domicile"</p>
<p>概 票</p>	<p>家事の手伝い。市役所 もしくは私的機関が運 営する。資格を必要と するが、セルヴィーヌ ・ド・ソアン・ア・ド ミスティルよりは基準は ゆるい。</p>	<p>ADLの介護を提供。 公的機関が運営。</p>	<p>高齢者本人が雇う。家 事、洗濯、買い物など。</p>	<p>午後8時から朝8時ま で高齢者の自宅に帯 在。正看護婦が行う。</p>	<p>自宅への食事サービ ス。</p>
<p>目 的</p>	<p>自宅で医療・看護サー ビスを提供。軽症者の 入院を回避したり、施 設や病院から退院後の 援助。要介護者を看護 する。できるだけ高齢 者の在宅を助ける。</p>	<p>自宅、メゾン・ド・ル トレントやフォアイエ ・ロジュマンで要介護 高齢者の生活を援助す る。</p>	<p>夜間の看護。 一人暮らしやその家族 の安全のため。</p>	<p>1日に2回高齢者に食 事を提供。</p>	<p>一人暮らしやその家族 の安全のため。</p>
<p>期 間</p>	<p>医師の指示による。平 均すると月に16時間。</p>	<p>期限なし。</p>	<p>期限なし。</p>	<p>最高7日間、医師の指 示が必要。</p>	<p>主治医の指示による。</p>
<p>経済的援助</p>	<p>低所得高齢者へ地方政 府より援助。高所得の 高齢者へは中央政府よ り援助。</p>	<p>低所得高齢者。</p>	<p>疾病基金から1日 229FF。</p>	<p>低所得者に対して援 助。</p>	<p>主治医の指示による。</p>
<p>自己負担</p>	<p>収入による。1時間あ たり6FFから75FF。</p>	<p>所得により時間あたり 40FFから76FF。</p>	<p>機械の購入または貸 借。</p>	<p>食事の費用。</p>	<p>食事の費用。</p>
<p>備 考</p>	<p>1960年代に開始。</p>	<p>各高齢者の状況によ ってサービスの内容は異 なる。1981年の5月に 開始。</p>	<p>1987 年にサービス開始。</p>	<p>なし。</p>	<p>オープンの賃借は可 能。夕食にはスープつ き。配達は朝で、土曜 日と日曜日もサービス は可能。</p>

ービスを利用した。

オクシリエル・ド・ヴィは、社会福祉制度から障害者年金を受けている要介護高齢者を対象に、ADLへの介護を提供している。介護提供者の数は依然として低く、1992年で4,000人である<sup>5)</sup>。

治安の問題も大きな関心事である。高齢者に対する犯罪や殺人を防ぐためのいくつかの対策が実行されてきた。パリのような大都市において特に有効である。低年金生活者のための電話の自動設置や玄関の安全対策（例えば南京錠）、遠距離まで聞こえるアラームなどが設置されるようになった。帰宅する時や銀行・郵便局に行く時に警察官が同伴するエスコートサービスも考えられてきた。しかし、身の安全対策、料理の宅配サービス、洗濯サービスはまだ不十分である<sup>1)</sup>。

オスピタリザシオン・ア・ドミシル (hospitalisation à domicile；自宅での医療) は特に興味深い。退院後のケアであり、病院の医師により管理される。これにより早期退院や在宅での療養が可能になった。治療や指導は看護婦や家庭医が訪問して行う。病院の担当医が、点滴・注射・内服薬などの処方を行う。1986年には33施設で<sup>6)</sup> 19,500人のケアを行っている<sup>14)</sup>が、依然として十分な数に至っていない。

### Ⅲ 高齢者に対する医療、福祉制度

高齢者の自宅生活を支援する努力にも関わらず、重度の要介護レベルになれば施設入所が必要になる。厚生省の1992年の報告によると、フランスでは58万人(6%)の高齢者が施設に入っている<sup>15)</sup>。施設入所率は年齢とともに増加し、65歳以上では6%、80歳以上では16%、95歳以上では44%に達する<sup>16)</sup>。施設入所時の平均年齢は83歳である。

高齢者のための施設サービスは福祉と医療の2つに区別される。福祉施設にはフォアイエ・ロジュマンやメゾン・ド・ルトレートなどが含まれる。医療施設には長期入院用病院などがある。

第二次世界大戦の直後、フランスは先進国の中でも高齢化が最も進んでいた(1960年の全人口の11.6%が65歳以上)。最初のフォアイエ・ロジュマンは、日常生活に介護を要しない一人暮らし高齢者のために、リヨン市に創設された。1969年、政府は在宅ケア政策の一環としての、フォアイエ

・ロジュマンを増やした。1981年以降、高齢者政策は次の2つを基本に展開された。まず第1には在宅ケアサービスを強化することである。第2は福祉施設内で医療サービスを提供することである。施設に生活する高齢者のなかに要介護者が増加したからである。

1980年代に多くの施設が要介護高齢者のための施設が建設された。1990年代から私的施設に医療サービス部が併設されるようになった。やや高価な施設であり、介護を必要とする高齢者のために提案されたものである。

最近、新しい理念の施設がつくられてきた。例えば、要介護者のためのメゾン・ダクユー・プール・ペルソン・アジェ・デバシヤンダント (MAPAD: Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes；要介護高齢者のための家) や僻地に生活する要介護高齢者のためのメゾン・ダクユー・ルーラル・プール・ペルソン・アジェ・デバシヤンダント (MARPAD: Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées Dépendantes；田舎における要介護高齢者のための家) である。これはフォアイエ・ロジュマンと長期入院病院の中間的な性格を持つ。MAPADやMARPADには日常生活に介護を要する高齢者が生活し、定員は10人から25人程度である。その他の要介護高齢者のための施設として、セントル・ダクティヴィテ・ナツレル・エ・ドクパシオン・ウティル (CANTOU: Centre d'Activités Naturelles eT d'Occupations Utiles；日常生活と家事や手芸のセンター) がある。それは野外活動や作業療法を行う施設で、定員は10人から12人でアルツハイマー型痴呆の高齢者が生活する。それぞれのユニットは共有部分と私的部分からなる。世話人に助けてもらいながら日常生活(食事の仕度、部屋の掃除、洗濯など)を自分で行う。1977年より、中央政府と高齢者保険基金の援助で50のCANTOUが作られている。1989年に政府は新しい建設プログラムを開始した。これは住宅と福祉施設の中間的な性格を持つ施設を建設するプログラムである。他の施設と比較して、暖かく私的な雰囲気がある。1992年に100のプロジェクトを承認し、現在30施設が建設中である<sup>17)</sup>。

福祉施設および長期入院用病院における高齢者の61%は、身体的または精神的な理由で介護を要

表2 高齢者のための施設とその収容能力<sup>20)</sup>

施設名	施設の数	共同部屋の 定員数	個室の定員数	総定員数	占有率
公的病院*	855( 11)	107,966( 30)	404( 0)	108,370( 21)	92.6
公的メゾン・ド・ルトレート	1,358( 18)	102,929( 29)	304( 0)	103,233( 20)	97.2
私立メゾン・ド・ルトレート	2,577( 33)	139,945( 39)	1,113( 1)	141,058( 28)	93.7
公的フォアイエ・ロジュマン	1,856( 24)	923( 0)	98,303( 69)	99,226( 20)	96.8
私立フォアイエ・ロジュマン	738( 10)	940( 0)	42,312( 30)	43,252( 9)	95.1
その他の施設**	316( 4)	7,261( 2)	774( 0)	8,035( 2)	82.1
総数	7,700(100)	359,964(100)	143,210(100)	503,174(100)	94.8

( ) 中の数は%を示す \* : 公的病院における老人ホーム, \*\* : 新設施設 (MAPAD など)  
 フォアイエ・ロジュマン=集合住宅, メゾン・ド・ルトレート=退職の家

する。長期入院の病院では90%の患者が要介護、50%は寝たきり、75%の患者には認知障害がある。メゾン・ド・ルトレートなどの福祉施設入居者のうち、17%は寝たきり、34%はADL 要介護、16%は外出要介護である。フォアイエ・ロジュマン入居者の70%は介護を要しない。しかし3%は寝たきりで、10%はADL に介護が必要、15%は外出に介護を必要とする。13%の者に精神障害がある<sup>18)</sup>。

表2は高齢者のための社会施設とその収容能力を示す。長期入院のための6万5千病床(このうち6万病床は公的病院に設置)は、この中に含まれていない。施設の収容能力は依然として不足しており、特に要介護高齢者で著しい。国内での分布も不均一である。占有率は高く、施設に入るための待ち期間は1年以上に及ぶこともある<sup>17)</sup>。

1990年から92年には民間経営のメゾン・ド・ル

トレートとフォアイエ・ロジュマンの数は、各36%、22%も増加した。しかし公的機関での増加率は、5%に過ぎなかった<sup>16)</sup>。

図3は、医療社会施設における職員1人当たりの入院・入所者数を示す。職員合計数は14万6千人であり、そのうち40%は特別の資格のない介護職員で、20%は準看護婦である。平均して一人のスタッフが3.5人の世話をする。公的なメゾン・ド・ルトレートと公的病院では職員が多い。フォアイエ・ロジュマンのマンパワーが最も少ない。それは比較的若い高齢者や介護の必要度の少ない入居者がフォアイエ・ロジュマンに多いからである<sup>18)</sup>。

1. 福祉施設

第二次世界大戦後の高齢化に対応して、いくつかの高齢者用住宅が作られた。在宅と長期入院病院の中間的性格のものである<sup>19)</sup>。これらの福祉施設

図3 医療社会施設における職員1人当たりの入院・入所者数

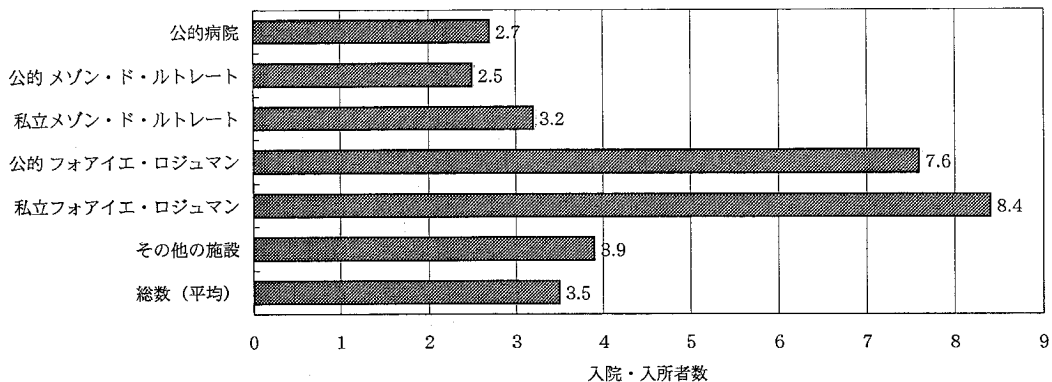


表3 福祉施設

<p>概要</p>	<p>フォアイエユ・ロジュマン "Foyer logement"</p>	<p>メゾン・ド・ド・ルトレート "Maison de retraite"</p>	<p>セクスィオン・ド・ キユール・メヂイカル "Section de cure médicale"</p>	<p>レズイダンス・ セルヴィース "Résidence service"</p>	<p>アクユエ・ファミリアル "Accueil familial"</p>	<p>エベルジェマン・ タンボレル "Hébergement temporaire"</p>
<p>票</p>	<p>一部屋と台所、バスルームとトイレ。もしくは居間と寝室、台所、バス・トイレつき。共有施設として食堂、会台、医務室、洗濯部屋、クラブ付き。</p>	<p>介護の必要のない高齢者(入居時)。部屋のタイプ個室、2人、3人部屋など各種あり。</p>	<p>メゾン・ド・ルトレート又はフォアイエユ・ロジュマンの要介護者に医療サービスを提供。病院と比べるとスタッフ数は少ない。</p>	<p>戸建て住居(私立の運営)。医療サービスも可能。</p>	<p>高齢者が個人の家でケアを受けける。同世帯に3人以下。</p>	<p>社会施設。</p>
<p>目的</p>	<p>介護の必要のない高齢者用の住宅。</p>	<p>在宅よりも施設入所を望む高齢者を対象。</p>	<p>中度の疾患での入院の回避。</p>	<p>健康人または障害者の世話も可能。</p>	<p>不合理な入院や施設入居を避ける。孤独な高齢者を家族的な暖かい環境におく。</p>	<p>高齢者を短期間世話する。要介護者、自立者とも対象。</p>
<p>期間</p>	<p>期限なし。ただし入院が必要な重症な病気が発生したり要介護になった場合は滞在できない。</p>	<p>期限なし。要介護になつた場合は例外(判断はその施設による); 医療サービスを備えた施設もある。</p>	<p>期限なし。</p>	<p>重症なケース以外は期限なし。</p>	<p>限定せず。</p>	<p>1日から1カ月。</p>
<p>疾病保険基金からの経済的援助</p>	<p>なし。</p>	<p>なし。</p>	<p>社会保障から看護料に一定額の補助。1992年のデータでは一日につき125FF。</p>	<p>なし。</p>	<p>なし。</p>	<p>なし。</p>
<p>自己負担</p>	<p>家賃とサービス料金(月1700FFから3300FF)、食費(1回につき17FFから35FF)、必要な場合ホームヘルパーのための費用。</p>	<p>要介護の程度、施設の種類、必要とするサービスによる。介護の不要な者では通常1日130から150FF。要介護者では1日180から250FF(1991年のデータ)。</p>	<p>日常生活の費用(住居、食事、サービスなど)。</p>	<p>施設に応じて一日300から400FF。</p>	<p>高齢者を受け入れる家庭が決める。</p>	<p>1991年の時点では一日に75から215FF。</p>
<p>備考</p>	<p>家庭医の訪問を依頼できる。家族も食堂を利用可能。</p>	<p>低所得者に対して経済的援助あり。</p>	<p>通常は入居料が必要(例えばロリエン市では6万FF必要)。</p>	<p>健康状態により経済的援助も可能。</p>	<p>経済的援助の可能性あり。</p>	<p>経済的援助の可能性あり。</p>

設は、当初介護を要さない高齢者のためにつくられた。1991年メゾン・ド・ルトレート（76%は公的メゾン・ド・ルトレート、27%は私的メゾン・ド・ルトレート）のうち半分の施設では医療用の病床がある。メゾン・ド・ルトレート定員数の25%が医療用の病床になっている<sup>20)</sup>。フォアイエ・ロジュマンのうち8%の施設のみが医療用病床を持つが、その割合は増加している<sup>17)</sup>。

表3はさまざまな種類の福祉施設を示す。フォアイエ・ロジュマンは介護を必要としない高齢者のための施設であり、高齢者の生活条件を改善するため70年代に開始された。概念的には自宅に相当する。フォアイエ・ロジュマンは長期滞在の施設で、14万人の高齢者が生活し、施設入所者の26%を占める<sup>21)</sup>。平均滞在期間は5年間であり、入居者の20%は10年以上滞在している。12%は配偶者と生活している<sup>22)</sup>。入居者の高齢化とともにフォアイエ・ロジュマンにも変化が要求されている。近い将来、セクシオン・ド・キュール・メディカルの併設が必要になるだろう<sup>19,23)</sup>。

メゾン・ド・ルトレートは高齢者の福祉施設の中で最も多い（施設に入居する高齢者の60%を占める<sup>24)</sup>）。これは継続した介護が必要で、自宅での生活に困難をとまらう高齢者のための施設である。私室と共有部分を有する。病院や地方政府などの公的機関だけでなく、協会や貿易会社、最近では不動産会社などの私的団体も参入している。要介護者の増加に伴い、メゾン・ド・ルトレートではセクシオン・ド・キュール・メディカルの併設を開始している。それ以外では一般医や看護婦の訪問を依頼している。

福祉施設内での医療サービスは増加している。医療費は社会保障で負担される。しかし福祉施設における医療、看護サービスの割り当て額は、長期入院病院へのそれより少ない。1993年の報告では、前者で1日131FFの援助であったのに対し、長期入院病院で217FFであった<sup>17)</sup>。この額では重症者に対する治療ができないため病院への移送が必要になる。

レズイダンス・セルビース（Résidence service；レジデンスサービス）には3つの種類がある。第1は分譲型であり、通常は町の中心に位置し、医療サービスへの対応は少ない。第2は賃貸型で、豪華であり高価である。必要な場合は病院

か他の施設に移送される。第3の種類はセクシオン・ド・キュール・メディカルを備えたものである。

他人の家で世話をしてもらおうアクユー・ファミリアル（Accueil familial；家族の一員）の利用は少ない。1992年では、2,560人の高齢者がそのサービスを受けている。これは65歳以上人口の0.03%に相当する<sup>6)</sup>。親類宅に世話になる場合はこれに含まれない。

一時的に施設に滞在することもある。例えば、介護者の休暇中とか、住宅の寒さに耐えられない場合である。一時滞在制度をとり入れる施設の数は増加している。1986年では61施設であったが1988年には100施設、1990年には132施設（2,985床数）となっている<sup>6)</sup>。

## 2. 医療施設

医療施設として主に中期・長期入院のための病院がある。主な医療施設を表4に示す。短期（内科、外科、婦人科）病床は最大で30から40日の入院となっている。中期の場合（リハビリ、療養、慢性疾患）は最長3カ月、長期の場合（要介護者）は限界はない<sup>25)</sup>。急性疾患のための老人科や老人医療、看護のための通院施設は未発達である（1992年では70施設<sup>6)</sup>）。1990年の報告では50万6千人の高齢者（60歳以上）が中期病院に入院した。平均年齢は68歳で、平均滞在期間は34日である。患者は短期病院から移送されるか、自宅から直接入院する。中期病院の主要な入院理由は以下の3つである。1つは外科や内科系疾患治療後の療養、第2は外科手術や外傷後のリハビリ、第3は癌、高血圧、糖尿病、関節痛などの慢性疾患の治療である。入院者のうち68%は自宅へ、10%は短期用病院へ、9%は他の社会施設、医療施設へ退院した。5%は死亡した<sup>26)</sup>。

長期入院用病院は、ADLに介護を要する人に長期介護を提供する場である。入院患者は継続的な医療、ケアを必要とする<sup>6)</sup>。高齢者だけのものではないが、ほとんどの患者（94%）は65歳以上である。社会保険プログラムは、これに補助金（1993年：一日当たり217FF）を出しているが、この額は特別なケアを可能とする程十分ではない。中期間用の病院とは異なり、患者は滞在費を払わなければならない。長期入院用病院は多くの場合、人生最後の場である。1990年の調査による



表4 医療施設

	中期入院用病院 “Moyen séjour pour personnes âgées”	長期入院用病院 “Service de long séjour pour personnes âgées”	急性疾患のための老人病棟 “Service de médecine aiguë gériatrique”	老人のためのデイケア病院 “Hôpital de jour gériatrique”
概 票	病院施設	病院施設	80歳以上の患者の医療施設	いろいろなレベルの要介護高齢者の老人科病院
目 的	日常生活に自立できない高齢者のリハビリ	要介護者に医療と介護サービスを提供する	老人看護に経験のあるスタッフによる医療施設	医学的検査の実施, 入院期間の短縮, 入院に対する代替, 経過観察, 入院に対する精神的ストレスを避ける
期 間	1日から80日まで	期限なし	8日から30日間。医学的指示により延長可能	必要な期間
疾病保険基金からの経済的援助	1日に800FF	医療, 看護に一定額の補助。1993年では一日あたり217 FF	基金から完全に病院へ払い戻しされる(出来高払い制)	1日800FF。交通費は病院が負担し, 基金より払い戻し
自己負担	日常生活の実費(1991年では31FF)。医療費の25%を負担	滞在費(1カ月7千FFから1万5千FF <sup>26)</sup> )	日常生活の実費(1991年では31FF)。医療費の25%を負担	看護, 移送に対して25%を負担
備 考		経済的援助を受けることも可能		朝に来院して, 日中医療を受け, 夜に自宅にもどる

と, 長期入院患者のうち, 61%はその病院で死亡した。11%は福祉施設に移り, 11%は自宅に戻った。10%は短期用の医療施設に移送され, 7%は移送後に死亡した<sup>24)</sup>。

医療施設には精神疾患患者の施設もある。しかし, これらの施設は高齢者に特に対応するものではない。たとえ高齢者が痴呆, 鬱, 妄想といった精神疾患にかかっていたとしてもである<sup>27)</sup>。

#### IV 結 語

2分化という現象は, フランスの医療福祉制度の特徴である。医療は中央政府が管轄し, 福祉は地方政府が管轄する。

中央政府は基本的政策を次の3つの方向で発展させた。第1に要介護老人の介護を改善させ, 福祉施設のなかにセクシオン・ド・キューール・メディカルをつくり, 訪問介護サービスの数を増加させた。1992年から95年に15億FFをかけて, 福祉施設に4万5千の医療用病床を増加した。これは疾病保険基金の補助による。その内訳は, 6千が長期用, 2万9千は福祉施設用, 1万病床は訪問看護用である。第2に施設と病院内の生活の質を改善すること, 第3には要介護高齢者の在宅ケアを充実することである。高齢者保険基金は, 重

症な要介護高齢者にできるだけ自宅で生活できるようなサービスを推進している<sup>6,29)</sup>。

疾病, 妊婦, 高齢, 障害, 死, 失業などの問題とは異なり, 介護は社会全体の問題として認識されにくい。この数年, 介護をどのように経済的に負担していくかについて, 政府と市民の間の論争が続いている<sup>30)</sup>。

論文執筆にあたって, フランスの Rennes 大学医学部公衆衛生の Chaperon 教授およびそのスタッフ, フランス Saint-Avé 精神病院の Dauplay さん, フランス Aix-en-Provence 病院の Sorrentino さん, フランス厚生省の Coumilleau さんの御協力に深く感謝いたします。

(受付 '97.12.17)  
(採用 '98. 5.18)

#### 文 献

- 1) Chesnais J-G. Retirement systems and social policy in ageing cities: The case of Paris. Ageing and urbanisation. United Nations 1991: 247-259.
- 2) Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration. Vieillir en France 1993.
- 3) World Health Statistics Annual 1995. World Health Organization 1996.
- 4) Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

- Guide pratique à l'usage du médecin généraliste. L'action gérontologique 1994.
- 5) 厚生統計協会. 人口の動向 日本と世界 1997: 77.
  - 6) Guillemard A-M. Vieillesse et politiques sociales et économiques en France. National report for the European Commission 1993.
  - 7) Desplanques G. La situation familiale des personnes âgées. Gérontologie et Société 1994; 68: 17-32.
  - 8) Boulard J-C. Vivre ensemble. Rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes. Assemblée Nationale 1991.
  - 9) Mermet G. Francoscopie 1997—Comment vivent les Français. Ed Larousse-Bordas 1996.
  - 10) Lebeaupin A. Les services de soins à domicile début 1991. Service des Statistiques des Études et des systèmes d'information. Informations rapides 1992; 29.
  - 11) Guillet P. Équipes de soins à domicile. Revue du Praticien 1990; 40: 2517-2520.
  - 12) Lebeaupin A. L'activité des services d'aide ménagère. Service des Statistiques des Études et des systèmes d'information. Informations rapides 1991; 7.
  - 13) Lebeaupin A. Les services de soins à domicile: Enquête SSAD 1991. Service des Statistiques des Études et des systèmes d'information. Documents Statistiques 1993; 168.
  - 14) Union Nationale des Associations de Soins et Services à Domicile. Vers une politique d'aide à domicile. Sept 1986: 11.
  - 15) Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration. La politique française en faveur des personnes âgées dépendantes 1992.
  - 16) Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées 1992.
  - 17) Ceccaldi D. Les institutions sanitaires et sociales. Éditions Foucher 1993.
  - 18) Kerjosse R. Établissements pour personnes âgées, le secteur privé en expansion. Service des Statistiques des Études et des systèmes d'information. Informations rapides 1992; 31.
  - 19) Hugonot-Diener L. Les structures d'hébergement extra-hospitalières gériatriques. Revue du Praticien 1990; 40: 2521-2524.
  - 20) Kerjosse R. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, activité-personnel. Service des Statistiques des Études et des systèmes d'information. Documents Statistiques 1992: 159.
  - 21) Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1993-1994. Service des Statistiques des Études et des systèmes d'information.
  - 22) Kerjosse R. Institutions pour personnes âgées: médicalisation et dépendance. Solidarité Santé Études Statistiques 1992; 3: 19-24.
  - 23) D'Autume A. Les logements foyers pour personnes âgées sont-ils un mode d'hébergement dépassé? Solidarité Santé Études statistiques 1988; 3: 89-90.
  - 24) Kerjosse R. La clientèle des établissements hébergeant des personnes âgées. Service des Statistiques des Études et des systèmes d'information. Documents Statistiques 1992; 165.
  - 25) Wagner C. Vieillir chez soi ou à l'hôpital. Solidarité Santé Études statistiques 1988; 3: 77-82.
  - 26) Mouquet M-C. Les personnes âgées hospitalisées en moyen-séjour. Solidarité Santé Études Statistiques 1992; 3: 31-36.
  - 27) Manus A. Les structures psychiatriques. Revue du Praticien 1990; 40: 2532-2535.
  - 28) Vetel J-M. Les structures hospitalières gériatriques. Revue du Praticien 1990; 40: 2525-2531.
  - 29) Maisonneuve H, Ménard J. The Juppé plan. Lancet 1997; 349: 792-793.
  - 30) Commission des Communautés Européennes. Europe Sociale 1993: Année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre générations 1993.
  - 31) Kobayashi Y, Reich MR. Health care financing for the elderly in Japan. Soc. Sci. Med. 1993; 37: 343-353.

## THE HEALTH AND WELFARE SYSTEM FOR ELDERLY IN FRANCE

Catherine SAUVAGET\*, Keiko OGAWA\*, Ichiro TSUJI\*, Shigeru HISAMICHI\*

**Key words:** Elderly, France, Home care system, Welfare institutions, Medical institutions

Dichotomy is the main characteristic of the Health and Welfare system in France. This system lies on two distinct fields, the medical field which is managed by the National Government, and the social field managed by the Local Government.

The French home care policy for the elderly has developed a large number of services to assist in activities of daily living, to provide nursing and medical care at home, to improve living conditions, to maintain social relationships, and to postpone institutionalization and hospitalization, respectively. The main home care service is represented by "home helpers" who provide maid and Notiniralsics services. The second widely used service is the "home care service" performed by a team of nurses, assistant-nurses, psychologists, physiotherapists. This team provides nursing care and assistance in activities of daily living.

As for institutions for the elderly, they are divided into welfare and medical institutions. The welfare institutions include social establishments like shelter homes and nursing homes. The medical institutions are mostly represented by long-term care hospitals. One of the main goals of the aging policy is to create medical wards in welfare institutions in response to the increased dependency of the institutionalized elderly. Recent experimental and innovative concepts have been established, such as "shelter homes for dependent elderly" for physically or cognitively impaired elderly.

---

\* Tohoku University Graduate School of Medicine, Department of Social Medicine, Division of Public Health