

# FRANCE

## フランス



### 年金

フランスの年金制度は日本同様に賦課方式に基づいており、財源は主に労働者や雇用主から納付される保険料で賄われている。フランス政府は人口や経済状況に合わせ、年金制度に変更を加えようとしてきたが、そのプロセスは大変な痛みを伴うものであり、大規模なストライキを引き起こした。

納付人口及び退職者人口の構造変化を反映するために何度か改革が行われてきたが、1993年、民間企業において公的年金満額受給のために必要な就労年数を、37.5年から40年に引き上げた。政府は2年後にこの改革を公務員対象に実施しようとしたが、成し遂げられなかった。2003年ようやく全国民に適用されることになったが、導入は段階的である。

また2008年に施行された法律により、労働者が希望する場合は定年を遅らせる(70歳まで)ことができるようになった。しかし、政府が所有する一部の企業(軍、警察、エネルギー関連企業、公共交通機関の従業員、オペラ関連の従業員、国会議員など)では特別な退職金制度があり、従業員は55歳あるいは50歳で退職することができる。また女性は子どもを1人産むたびに就労年数が2年付加される。2010年10月、大規模なストライキが行われたにも関わらず、再び制度改革が実施された。その概要を以下に説明する。

フランスの年金制度では、給料を受け取っているすべての労働者と公務員に対し、国が収入の50～55%を支給する(就労年数40年、制度改革後は42年に達している場合)。給付金には「社会保障年金」と「補足年金」が含まれる。前者は「積立」ではなく「再分配」の概念に基づいており、全国民に対して支給される。フランスの年金制度では、経済的な投資プロセスよりも社会的な再分配を優先している。つまり、現役世代の保険料は投資されるのではなく、退職した人々に直ちに再分配されるという考えに基づいている。補足年金は主に高所得者に関係するものである。また、会社によっては企業年金制度や個人年金制度(アメリカの制度に近い)が存在する。全体的に、年金制度はインフレや株式市場の変動の影響を受けなくなっている。しかし、賦課方式ということは、労働者と退職者の比率悪化の影響を受けやすいことを意味する。

2010年10月に議会を通過した改革では、1955年以降に生まれた人を対象に、法定定年年齢(満額とは限らないが、年金の受給資格が与えられる年齢)が60歳から62歳に段階的に引き上げられる。さらに、社会保障年金を満額受給する資格が得られる年齢が、加入年数に関わらず、65歳から

# FRANCE

総人口		62,036 (千人)
平均寿命 (2008)	男性	77.4 歳
	女性	84.3 歳
高齢化率 (65 歳以上)		16.8 %
合計特殊出生率		2.00



67歳に引き上げられる。ただし、危険を伴う職業に就く人々は60歳から満額受給できる。

上記政府系企業の年金制度では、納付者と受給者の割合が民間部門の制度よりも遙かに憂慮すべき状況にあり、大部分を税金で賄わなくてはならない、という事態に至っている。



## 家族

フランスでは家族の大切さや世代間の絆に重きが置かれており、年齢が上がるにつれ（高齢者の住居が近い距離にある場合は特に）、世代間関係は大きな役割を持つようになる。

最近次第に4世代の家族も見られるようになってきているし、高齢者の意思で同居はしないものの、家族の絆は強まっているように感じられる。健康寿命が長くなった結果、前期高齢者という新しい世代が生まれた。60歳から70歳のアクティブなおじいちゃん、おばあちゃんたちである。

彼らは、孫の世話をすることによって、子ども世代をサポートする重要な役割を担っている。例えば子ども世代の経済事情（無職）や、個人的危機（離婚など）を背景に、高齢者が彼らを手助けすることでそれらの困難に対処しようとしている。祖父母の50%は精神的なサポートのみならず、経済的なサポートも担うようになってきており、特に比較的収入の多い前期高齢者からの支援は子ども世代からあてにされている。

その一方、後期高齢者の50%は子どもから何らかの援助を受けている。特に、加齢により依存度が増すと、受けるサポートも大きなものになる。

フランスの大多数の高齢者は持ち家があり、自分の家を去ることにより自主性を失うことは避けたいと考えるせいか、子どもと同居していない。

フランス国立統計経済研究所（INSEE）の調査によると、65歳以上の高齢者の80%は自分の家に独りか夫婦で住んでいる（寿命の差により、女性の独り暮らしが40%であるのに対し男性は16%）。5.5%の高齢者がリタイアメントホームに住んでいる。

子どもとの同居はわずか3%であり、ここ数年大きな変化はないが、80年代は、70～80歳の8%、80歳以上の19%が子どもと同居していた。

高齢者をサポートする伝統が衰退する一方、自分の家に住み続けることを希望する高齢者が増えてきた。



85歳以下の高齢者の90%が自分の家に住んでいるが、これが90歳以上では65%に減少する。自宅に住んでいない人は、リタイアメントホームやその他の施設に入所している。

配偶者と死別した男性の独り暮らしは困難な場合が多く、これが子どもと同居する高齢者の割合において、男性が女性より多い理由である(子どもと同居している割合は、男性4.5%、女性1.2%)。

それでも、かなりの高齢になり自立した生活ができなくなると、子どもや孫がサポートをすることが多い。サポートの第1ステップは、電話をかけたり会いに行ったりするなど精神的な支えである。

第2ステップは、介護提供者となり、買い物、掃除、洗濯、管理的な役割など家事全般のサポートをする。

さらに依存度が増すと、薬物投与も含めた疾病管理や排泄等、身の回りの世話を介護専門職と協力しながら行う。要介護高齢者に対するケア全体の中で、家族によるインフォーマルケアの占める割合は80%であり、その介護の主な担い手は娘である。

また、フランスの法律では、子どもは経済支援をする必要があると定められており。高齢者が施設に入所する場合は特に経済支援が重要になってくる。

夫と死別した高齢女性の多くは収入が非常に少ない。就労経験がなく、少額の年金しかもらえない場合が多い。施設介護のコストは大抵、彼女たちの年金よりはるかに高い。よって、フランスの法律に従い、子どもは経済的支援を行うことが必要である。

医療制度にかかるコストの中で高齢者の施設収容は大きな部分を占めている。しかし、それでも子どもとの同居は選択肢としては考えられていない。

その分、高齢者が自分の家で生活を続けることを可能にするサポートが多数存在する。住居の設備や装置、社会的支援、テクノロジー、食事宅配サービス、介護サービスである。

しかしやはり家族の負担は精神的にも非常に重く、レスパイト(休息)ケアが介護者に提供されることもある。



## 医療・介護・福祉政策

フランスでは高齢者を以下の3カテゴリーに分類することができ、ケアシステムはカテゴリーごとに異なる。

- 要介護高齢者：7～9%
- 虚弱高齢者：10%
- 健常自立高齢者：81～83%

このうち、全体では10%を占める虚弱高齢者(65歳以上)の年齢別での割合は、65～74歳では4%、75～84歳では11.6%、85歳以上では25%となる。この人たちが要介護状態にならないように予防することが重要である。

ケアシステムにおいては、高齢者への体系的な診察により、サルコペニア・骨減少症／骨粗しょう症・歩行障害及び不安定・栄養問題など、様々なリスク要因の予防または治療を可能とすることが求められるため、フランスでは、「Plan Solidarité Grand Age」の枠組みの中で、70歳及び定年退職年齢における無料の高齢者健診が試験的に行われている。

また、ケアシステムは、虚弱が要介護へと進行するのを予防するだけでなく、虚弱高齢者が自宅または施設で日常生活の自立を保てるよう、支援を受けられるようにするものでなければならない。フランスにおいては、そのための仕組みとして、2002年に、要介護高齢者向けにAPA（高齢者助 hands）と呼ばれる手当が創設された。これは、地方自治体及びCNSAと呼ばれる新たな機関が運営し、財源を確保している。APAは一般的な税金のみから財源を得ているものではなく、全労働者が1日余分に働いた日当でこれを雇用主への0.3%への課税としたもの及び医療保険制度からの拠出金により賄われている。

この手当の目的は、主として要介護者高齢者の支援サービスを提供することにあるが、虚弱高齢者の自立喪失を予防することも含んでいる。現在、100万人以上の要介護者が受給しており、受給者は主に軽度の要介護高齢者である。また、受給者の61%が自宅に住んでいる。

この他、2001年以降フランス政府は、

1. 「高齢化と連帯 (Viellissement et solidarités)」計画：2003～2006年。
2. 「グランドエイジ連帯 (Solidarité-Grand Age)」計画：
3. アルツハイマー3計画：2001・2004・2008年。2008年計画は2012年までカバー。
4. ハンディキャップ法(2005年2月11日)：

などを創設して高齢者を支援している。

虚弱高齢者の大半は、家族や在宅サービスによる支援を得ながら自宅で生活したいと望んでいる。施設入所は多くの場合、急性疾患または慢性疾患の悪化に伴い自律が大きく損なわれた際に必要となる。

フランスでは、在宅の虚弱高齢者サポートのための多くのキープレーヤーが存在している。例えば、家族介護者や友人、家庭医、在宅サービス、配食サービス、アラームシステム、高齢者の「クラブ」、デイセンター、ボランティア協会が挙げられる。

各人のニーズに応じて、在宅サービスは看護師・理学療法士・心理士等のサービスをまとめたものとなりえるのである。虚弱高齢者は、これら全ての専門家やシステムを含むネットワークの中心



---

に存在する。

一般的に、虚弱高齢者ケアの主要目的の1つは、虚弱が自立の喪失に進むのを予防することであるため、ケアシステムには2つの重要な目標が求められる。1つは、身体・社会・精神的に幸福であるために健康を増進することであり、2つは、様々な自覚的活動を促進することである。そのためには以下のような点に留意しながら、健康的なライフスタイルを推進しなければならない。

- 生涯にわたる教育及びヘルスリテラシー
- 健康的な食生活
- 軽く長く続ける運動
- 知的活動及び社会的交流
- 就労及びレジャー活動の継続
- 個人的なコミットメントや責任

また、生涯にわたった視点から見て予防に重要な役割を果たすのは、一般医及び小児科医・病院や診療所・学校・大学・マスメディア・職場である。

さらに、長寿における課題の1つは、高齢者の活動の促進である。多くの研究から、教育レベル・知的及び身体的活動・社会との関わり・就労活動の継続が、アルツハイマーの発症を遅らせることができることと実証している。

統合ケア及び健康・活動の促進は、虚弱が要介護に悪化するのを予防するだけでなく、大半の高齢者がアクセスできる形で、虚弱の症候を健常の状態に改善するために、最良のツールであり、フランスにおけるケアも中期的にはこのような方向に進むこととなるであろう。



## 認知症対策

フランスにはアルツハイマー病とその関連疾患に対して、総合的な政府プログラムが存在しており、この計画のスタートは2001年までさかのぼることができる。総額40億ユーロが計上されたプログラムの中で様々な取り組みが行われてきており、アルツハイマーはフランスのケアシステムの中にしっかりと組み込まれている。それは、例えば報酬体系やアルツハイマー病専用病棟設立などの計画にも、見て取ることができる。

現在のサルコジ大統領も積極的に関わるこの国家計画により、病気に対する社会的な認知向上・早期診断・ケアへのアクセス向上・支援サービス改善が大きく前進し、施設ケアの質向上や研究の発展にも役立った。

フランスの計画は3つのセクションに分かれており、具体的には

- ① 患者及び介護者のQOL向上
- ② 行動に向けた知識の向上；研究の発展
- ③ 社会的認知向上及び資源の結集

となっている。各セクションでは、目標・背景・測定・関係者・スケジュール・財源・評価が明確に定義されている(68ページ参照)。

例えば患者のQOL向上に向けた目的の中には、介護者への支援増加やすべての関係者の協働の強化が含まれる。また、患者の半数が適切な診断を受けていなかったため、診断やケアへのアクセス向上に向けた取り組みは、特に喜ばしいものであった。空白地域におけるメモリークリニックや、研究・研修センターの開設も、不可欠なものと捉えられた。

さらに、フランスの計画で革新的な取り組みだったのは、行動トラブルのある患者専用のユニットをナーシングホームの中に設けたことである。特に、若年患者向けの入所施設は喫緊の課題として考えられたほか、研究の拡大や前進は、以前フランスで財源不足だった状況を踏まえると、極めて画期的なことである。

しかし、効果とともに課題も浮かび上がった。特に顕著だったのは、取り組みに関する遅れである。例えば、重い行動症状がある患者専用のナーシングホーム・ユニットは、2008～2009年には1か所も設立に至らなかった(ただし93か所は進行中である)。その他レスパイトユニットにおいても遅れが目立った。

2008年時点で利用可能となった施設は、デイケアでは11,000か所の計画のうち2,125か所、ショートステイは5,600か所のうち1,125か所のみである。さらに、専門職に対する研修にも遅れが見られている。

また、この国家計画プロジェクトは、患者・介護者及び国全体にとって有益なものであるが、この病気が世界的に及ぼす影響を食い止めるには、1つの国の国家計画だけでは十分とはいえない。世界的な取り組みがより効果的であり、世界中で高まるアルツハイマーへの負担に対する対応を国境を越えて推し進めるためには、強いネットワークと基盤が必要である。

## アルツハイマー及び関連病(Alzheimer's Disease=AD)に対する 2008～2012年フランス国家計画の取り組み44項目

### A 患者及び介護者のQOL向上

目標	取り組み	予算(百万ユーロ)
介護者への支援増加	<b>1</b> レスパイトシステムを展開・多様化する <b>2</b> 介護者の権利と研修を強化する <b>3</b> 家族介護者の健康管理システムを改善する	206.00
すべての関係者の協働の強化	<b>4</b> 「AD患者の受け入れ統合施設」と呼ばれる情報センターを全国展開し、個別対応型にする <b>5</b> 全国に「コーディネーター」を配置する	141.40
患者や家族の在宅生活支援強化	<b>6</b> 在宅支援を強化する：専門的訓練を受けた職員によるサービスを提唱する <b>7</b> 新たな技術を駆使して在宅支援を改善する	173.00
診断やケアへのアクセス改善	<b>8</b> 診断及びカウンセリング提供のシステムを整備及び実施する <b>9</b> 医療専門職への新たな診療報酬システムを試行する <b>10</b> 緊急時対応用に患者の病気の情報が記載されたカードを個別に作成する <b>11</b> 空白地域にメモリークリニックを開設する <b>12</b> 空白地域にメモリー研究・研修センターを開設する <b>13</b> メモリークリニックの質を向上する <b>14</b> 薬に関連する医療事故をモニタリングする <b>15</b> 薬物の適切な服用を勧告する	105.86
患者のQOL向上に向けた施設ケアの改善	<b>16</b> 行動症状がある患者専用ユニットをナーシングホームに設置する <b>17</b> 医療リハビリ及び経過観察部門内でAD患者専用ユニットを開設する <b>18</b> 若年患者向けの入所施設を提供する <b>19</b> 若年AD患者向けの全国情報センターを設置する	831.20
医療専門職のスキル認識や研修	<b>20</b> 新たな専門職の設置と技術開発を展開する	

## B 行動に向けた知識の向上；研究の発展

目標	取り組み	予算(百万ユーロ)
最先端レベルの研究への 取り組み	21 科学的研究を促進及びコーディネートする財団を設立する	190.86
	22 ADに関する臨床研究を実施し、薬物を使用しない療法の評価を改善する	
	23 若手研究者への助成金を計上する	
	24 外科医助手職及び大学病院助手職を新設する	
	25 人間・社会科学の研究を支援する	
	26 革新的な取り組みを行う研究グループを支援する	
	27 人間・社会科学における臨床研究グループを支援する	
	28 大容量の画像データベースを自動的に蓄積・抽出処理できる研究機関を設立する	
	29 大規模な患者グループの長期的なモニタリング調査を行う	
	30 高速の遺伝子型判定法を導入する	
	31 AD罹患率20~30%の霊長類であるネズミクツネザルのゲノム解析を有効活用する	
	32 臨床疫学教育を拡大する	
	33 産官学の連携を進める	
疫学調査及び経過観察 体系化	34 疫学調査及び経過観察を行う	2.30

## C 社会的認知向上及び資源の結集

目標	取り組み	予算(百万ユーロ)
社会的認知に向けた 情報提供	35 情報提供及び地域でのアドバイスのためのホットライン及びウェブサイトを開設する	6.00
	36 計画に関する情報提供のための地域会議を開催する	
	37 ADについての知識と対応法についての理解度を調査する	
倫理的な配慮及び 取り組みの促進	38 ADに関する倫理問題情報資料センターを設置する	2.50
	39 施設に入所しているAD患者の法的地位に関する議論を開始する	
	40 代理人の選定方法やGPSプレスレット着用のは是非など、患者の自律に焦点を当てた定期的な会合を開催する	
	41 ADの治療に関する実験計画の情報を患者やその家族に提供する	
欧州における ADの優先化	42 ADとの闘いをEUの優先事項とする	0.30
	43 全欧州で認知症研究を広報及び促進する	
	44 欧州会議を開催する(2008年秋)	