

なった。また、州の介護金庫連合会により、介護サービス種類ごとに、標準的な職員配置水準を規定している。

③ 医療サービス

看護職員・介護職員（いずれも一定の医学教育を受けている）は、各家庭医の指示に基づき、必要に応じて入所者の胃ろう等の医療処置を行っている。医師配置は施設ごとに方針が異なるが、一般には施設に医師は配置されておらず、入所者は必要に応じて各自の家庭医の訪問診療を受けている。これは、介護ホームに医師を配置するためには相当の費用が必要になり介護保険財政を圧迫するためであるとともに、介護ホームに医師を配置しないことにより、入所者の「医師の選

択の自由」を尊重することが可能となるためである。また、訪問診療やリハビリテーション等の外部の医療サービスの利用については、公的医療保険の対象となる。もともと、緊急の事態に迅速に対応することが可能となるよう、介護ホームと医師との連携を強化すべきであるとの意見もあり、現在、ベルリンでは、介護ホームに医師を配置するモデル事業を実施している。

なお、現行では、介護ホームにおける医療サービスは、一定期間に限り公的介護保険の保険給付の対象とされるとともに、当該期間経過後には、医療保険の対象とされている。今般の医療制度改革においては、当該期間の制限が撤廃される予定であり、これにより、在宅介護における医療サービスは利用者負担が低い医療保険の対象となるのに対して、介護ホームにおける医療サービスは利用者負担が介護保険の保険給付の対象となるため、施設介護から在宅介護への移行に対する経済的なインセンティブが付与されることになる。

④ ターミナルケアの対応

心身状態が非常に悪化してから入所する者が多いため、施設内で看取りを行うケースがほとんどである。なお、入所時に聴取する本人・家族の希望を踏まえ、各家庭医の指示に基づきつつ、疼痛緩和の処置を行っている。

シャワー室



廊下の様子



(2) 短期入所介護施設

短期入所介護施設は、在宅介護では十分な介護が得られない場合や、施設から在宅への移行期間（在宅介護の利用準備中）などに一時的に利用されている。

(3) 外部介護利用型居住（Betreutes Wohnen）

介護ホームでは、施設を運営する事業者が、その内部で全ての介護サービスを調達するのに対して、外部介護利用型居住では、入居者が外部の介護事業者により必要な介護サービスを調達している。つまり、入居者が外部の介護サービス、医療サービスを利用するという点においては、自宅における在宅介護と同様である。なお、外部介護利用型居住に係る公的介護保険の保険給付の内容は、介護事業者の交通費の取扱いを除き、自宅における在宅介護に係る公的介護保険の保険給付の内容と同様である。

なお、外部介護利用型居住は、自然発生的に増加しており、その整備に対する財政的な支援は存在しない。また、ホーム法の対象ともならないため、設備等に関する基準は存在しない。この取扱いは、介護金庫と介護事業者との間で締結される契約の他、質の低いものについては利用者の判断により自然淘汰されるものと考えられている。

寝 室



① 利用者の主な状態像と類型概要

自立～軽度の要介護者が中心である。特に小規模形態の住居では、完全に自立しており、外部サービスを利用しない入居者と共同で居住する共同居住方式を採用している場合もある。これは、経営的な安定性を図るとともに、利用者相互の助け合いが期待される。

② 介護サービス

職員は常駐しておらず、入居者は必要に応じて外部の訪問介護サービスを利用している。

居住者用のレストラン



③ 医療サービス

利用者の状態に応じて、看護師による訪問看護サービス、各家庭医による訪問診療が提供されている。

④ ターミナルケアの対応

本人・家族の希望を踏まえ、外部サービスを利用し、施設内での看取りを行っている。基本的には疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ないが、状態により入院治療が行われる場合がある。

個室内のキッチン



参 考 文 献

OECD Health Data 2006

医療経済研究機構 2006『ドイツ医療関連データ集』

土田武史 2006「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』No.155, pp.22-30

榎日本総合研究所 2004『介護施設等の費用体系に関する総合調査』

財団法人自治体国際化協会 2000「ドイツ地方行政の概要」CLAIR REPORT NUMBER 193

JETRO 2000「ドイツにおける高齢化関連ビジネスの実態および経済的波及効果」

JETRO 2002「ドイツの医療・福祉サービス」

フランス

1. フランスの概要

(1) 人口等の動向

【基礎情報】

面積：643,427 km²

人口：63,713,926 人 (2007)

政体：共和制

首都：パリ

言語：フランス語 100.0%

宗教：キリスト教（ローマ・カトリック派）83-88%

キリスト教（プロテスタント派）2%

イスラム教その他 10-15%



【少子高齢化】

高齢者人口：10,312,301 人 [高齢化率 16.2%] (2007)

平均寿命：80.59 歳 [男性 77.35 歳・女性 84.00 歳] (2007)

合計特殊出生率：1.98 (2007)

【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：3.4 人 (2003)

人口 1,000 人当たり看護師数：7.3 人 (2003)

1 人当たり年間保健支出額：2,641 ユーロ (2003)

※米ドル購買力指数換算 2,967 ドル

保健医療支出対 GDP 比：10.1% (2003)

OECD Health Data 2005 他各種資料より作成

フランスは、国土面積約 983 万km²、人口約 3 億 114 万人を有する連邦共和国である。平均寿命は 80.59 歳（男性 77.35 歳・女性 84.00 歳）で、世界的にも比較的長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 1,031 万人（高齢化率 16.2%）である。高齢化率は 1960 年の 11.6%、1970 年に 12.9%、1980 年に 13.9%、1990 年に 14.0%、2000 年に 16.1%と緩慢に上昇を続けており、ここ数年は 16%台で推移している。

(2) 地方自治制度の概要

フランスは、ヨーロッパの領土とヨーロッパ以外にある海外の領土からなる。領土内は 26 の地域圏 (région ; 州又は地方に相当) に大区分されており、地域圏は地域圏首府に行政の中心をおく。地域圏は 100 の県 (département) から構成され、本土および周辺の島嶼に 96 県、海外に 4 県をおく。さらに、県より下位の行政区画には郡 (arrondissement) や市町村 (コミューン) がある。

(3) 保健医療サービス

フランスの社会保障制度は、社会保険制度と社会扶助制度という 2 つの大きな柱で構成されている。このうち社会保険料で運営される社会保険制度は、①疾病保険、②年金、③家族手当をカバーする。社会保険制度は職域ごとに分立しており極めて複雑であるが、大別すると、国民の 80% がカバーされる被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度の 4 種類に区分される。

図表 3-4-1 各社会保険制度のカバーする範囲

	疾病 現物 給付	疾病 現金 給付	出産 現物 給付	出産 現金 給付	障害 手当	年金	労災 補償	失業 補償	家族 手当
被用者保険制度・特別制度	○	○	○	○	○	○	○	○	○
自営業者保険制度	○		○			○			○
農業一般制度	○		○		○	○	○		○

(資料) 医療経済研究機構 2000『フランス医療関連データ集』 p.54

疾病保険の給付内容については、償還払いが基本であるが、入院等の場合には直接医療機関に支払われる。償還率は医療行為により異なるが、外来の場合は 70% (通常の医薬品は 65%) が原則である。ただし、自己負担分についてもカバーする非営利の共済組合方式の補足制度が発達しており、国民の 80% は何らかの相互扶助組合等に参加している。被用者の場合、この補足制度は労働協約の一部として共済組合、あるいは相互扶助組合方式で組織されるか、あるいは民間保険会社に委託される方式で運営されている。また、国民が自助努力として個人的な民間保険に参加する場合もみられる。

この補足制度については、従来から、加入できる者とできない者との間で、医療施設へのアクセシビリティに格差が生じているという点が問題となっていた。そこで、2000 年に CMU (Couverture Maladie Universelle) 法が制定され、低所得者に対しても補足疾病保険に参加する道が開かれることになった。