

《研究ノート》

フランスにおける医療と介護の連携

尾 玉 剛 士

1. はじめに

人口の高齢化の進展にともない多くの先進国において高齢者医療・介護がますます重要な政策分野となっている。高齢者の生活の質を維持・向上するためには医療と介護の連携が欠かせない。ところが、日本をはじめとして福祉国家の医療制度と介護制度は歴史的に別個に発展し、異なる法律、異なる財源に基づいて運営されていることが少なくない。また、医療と介護とでは専門職の教育課程も異なり、同じ高齢者を前にしても異なる発想法や異なる専門用語を用いて行動しようとすることがありえる。かくして高齢者医療と介護の連携が一つの政策課題となる。高齢者の状態の変化に合わせて、医療や介護などの専門職が協力しながら医療機関・介護施設・自宅などを通じて継続的に医療と介護を提供する仕組みの構築が求められているのである。

本稿の目的はフランスにおける高齢者医療と介護の連携のあり方について検討し、今後の研究課題を整理することである。他の社会保障政策についてもいえることだが、自国の政策の今後について考える上で、外国における取り組みはそれを教師とするにせよ反面教師とするにせよ発想の源になる。フランスの場合、日本と同様に医療と高齢者福祉(介護や低所得者対策からなる)が別個に発展し、高齢化に対応した医療提供体制の再編や医療と介護の包括的提供がまさに課題となっている。近年日本では、フランスは出生率の回復に成功した国の一つとして、その子育て支援が注目を集めている。一方、高齢者のケアに関してはどういった状況にあるのかはあまり知られていない。以下では、日本と課題を共有しながら必ずしも十分に検討されてこなかったフランスの高齢者医療・介護をとりあげていく。幸いなことに先行研究が皆無というわけではなく、医療と介護の連携という問題関心を筆者と共有しながらフランスを扱った貴重な論考が一部の専門家によって発表されている¹⁾。本稿はこれらを参照しつつフランスの状況を整理し、問題の所在と調査すべき対象を明らかにすることを目的としている。

以下ではまずフランスにおける高齢化の状況を手短かに確認し(第2節)、医療制度と高齢者介護制度をその複雑さ・連携の困難さに注目しながら整理する(第3節)。続いて高齢者に対する医療・介護サービスを施設・在宅サービス双方についてまとめる(第4節)。第5節では、高齢者医療と介護の連携に向けた取り組みを全国的な政策のレベルとサービスが提供される地域レベルに分けて検討する。最後に、今度の研究課題を示すことにしたい(第6節)。

2. 高齢化の進展

フランスは先進工業国のなかでも早くから人口の高齢化が始まった国であり、1864年には既

に高齢化率が7%を越えていた。ただし、その後の高齢化の進展は緩慢であり1978年に高齢化率が14%に達するのに114年かかっている(国立社会保障・人口問題研究所 2015)。日本の場合、7%到達が1970年、14%到達が1994年であり、わずか24年で倍加している。今世紀には両国の高齢化率は逆転しており、2010年の日本の高齢化率が22.9%であるのに対して、フランスでは17.0%にとどまっている(UN 2015)。ともあれフランスでも人口の高齢化は着実に進んでおり、日本と同様に高齢者医療・介護システムの再編が課題となっている。2010年の75歳以上人口比率は日本で11.0%、フランスで9.0%であり、フランスの方が後期高齢者の割合が高いことも指摘しておきたい。

3. 医療制度・高齢者介護制度の概要

(1) 医療制度²⁾

フランスでは職業に応じていずれかの公的医療保険制度に加入することになっており、国民皆保険が維持されるよう制度的な工夫が凝らされている。一般企業労働者を中心に住民の約90%が「一般制度」(régime général)に加入しており、日本ほど制度の分立に悩まされていない。また、日本とは異なり、被保険者は退職後も同じ医療保険制度に加入し続ける。

高齢者の長期入院や在宅看護、社会医療施設(後述)での医療サービスは医療保険によって費用が負担される。医療機関は病院と開業医の診療所に大別されるが、病院病床の大半は公立であり、開業医の診療所はごく小規模で外来に特化しているなど、日本に比べて機能分担が明確である。ただし、病院と診療所の連携不足が改革の度に課題とされ、医療の内部だけでも連携不足が見られる。また、病院も開業医の診療所も医療に特化する傾向が強くなり、日本のように介護サービス事業所を併設している医療機関は一般的ではない(篠田2008)。

(2) 高齢者福祉政策の展開³⁾

第二次世界大戦以前のフランスでは高齢者介護は家族が担っており、身寄りのない高齢者や障害者などに対する救済政策はあったものの、介護政策という独自の枠組みは成立していなかった。

戦後の高齢者福祉政策の発展の端緒としてしばしば言及されるのが1962年の「ラロック委員会報告」(*Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*)であり、このなかで高齢者の社会参加、自立した生活の継続を目標にホームヘルプサービスの一般化などが提案された。1970年代には高齢者の在宅生活の維持が追求される一方、1975年には長期入院施設や老人ホームが制度化され施設サービスも発展した。これ以降、高齢者福祉施設は医療サービスも提供される社会医療施設と介護に特化した社会福祉施設に二分されてきた。また、同じ年に第三者の介助を必要とする障害者のために「第三者補償手当」(allocation compensatrice pour tierce personne)が導入されると、障害の程度が高いと判定された要介護高齢者もこれを受給するようになり、介護手当としての役割も果たすようになった。1980年代に入ると社会党政権による第一次地方分権化改革が実施され、社会扶助(日本でいう公的扶助)や社会福祉サービスの国から県への移管が進められた。上記の第三者補償手当も国から県へと権限が

移されている。

ところが、長期入院や在宅看護などの費用は医療保険が負担しており、医療に関しては地方自治体への分権化は行われなかったため、医療と福祉(介護)との乖離が進んでしまった(白波瀬1999: 248-9; 原田2014: 40)。また、高齢者介護に限っても、県のみならず老齢年金金庫が施設・在宅サービスの提供や費用負担を担っていたりと、一元的な供給体制となっていなかった⁴⁾。このように、フランスの高齢者医療・介護は権限の錯綜とサービス提供主体の多様性を特徴としており、医療・介護それぞれの内部での縦割りと医療・介護の連携の困難を指摘することができる。主な高齢者医療・介護サービスの種類と提供主体の整理は次節で行いたが、その前に1990年代以降の介護政策の展開についてまとめたい。

1990年代には高齢者介護政策に関する議論が進められ、1997年に「特定介護給付」(PSD: prestation spécifique dépendance)と呼ばれる介護手当が創設された。これは主に県の財源によって負担される所得制限付きの給付であり、60歳以上の比較的要介護度の高い高齢者を対象としていた。給付対象が制限されており、また遺産から費用を回収する仕組みがあったこともあり、利用者数は伸び悩んだ。また、県によって給付格差があった。

もともと特定介護給付は本格的な介護手当導入までのつなぎとして導入されたものであり、2001年には「個別自立手当」(APA: allocation personnalisée d'autonomie)が創設され、翌年から実施された。所得制限が廃止され、介護サービスを必要とする60歳以上の全住民が対象になった。受給者は急増し、2012年末には約122万人が受給している(厚生労働省2015: 153)。個別自立手当の導入・定着をもってフランスにおける介護手当はひとまず確立されたとみなしてよいだろう⁵⁾。なお、個別自立手当の給付額は受給者の要介護度や所得に応じて異なり、やや複雑な仕組みとなっている。また、日本の介護保険制度のようにケアマネジメントの仕組みが制度化されなかったため、必要な医療・介護サービスの連携がとりにくくなっていると指摘されている(原田2014: 53; 篠田2008: 38)。

4. 主な高齢者医療・介護サービスの概要⁶⁾

(1) 高齢者医療サービス

①医療施設

第一に、日本の療養病床に相当するものとして、自立が失われた高齢者のための長期療養施設がある。医療に関する費用は医療保険の適用対象だが、滞在費用は自己負担となる。第二に、急性期の治療を終えた患者が在宅での生活に復帰するためのリハビリテーション施設として中期療養施設がある。医療費と滞在費の区別がなく、一括して医療保険の対象となる。この他に、一般病院内の老人科病棟(認知症の患者が多い)や精神病院がある。

②在宅医療サービス

第一に、在宅看護サービスが挙げられる。サービス提供は患者の自宅だけではなく、老人ホームなどの高齢者福祉施設でも行われている。なお、看護師が自宅などで開業し、医師の処方に基づいて訪問看護サービスを行う仕組みも確立している(開業看護師)。第二に、患者の自

宅で病院のスタッフが入院時と同様の医療サービスを提供する「在宅入院」(HAD : hospitalisation à domicile)という仕組みがある。これは医療サービスを短期集中的に提供することで在宅生活に復帰してもらうこと、またそうすることで平均在院日数と医療費を抑制することを狙いとしている(篠田2008 : 29)。この他に、要介護高齢者にリハビリを提供するデイケアや、放射線治療や人工透析などを行うための日帰り入院がある。これらはいずれも公的医療保険の適用対象である。

(2) 高齢者介護サービス

①介護施設

代表的な施設として、日常生活において支援を必要とする高齢者のための「老人ホーム」(maison de retraite)がある。利用に際して個別自立手当の受給が可能であり、給付額は利用者の要介護度・所得により異なる。本来医療施設ではないのだが、慢性期の安定した傷病を有する高齢者に一般診療や看護サービスを提供するための医療部門が併設されていることもある。医療部門での診療は医療保険の対象とされる。医療部門の併設によって福祉施設の医療化が進められている(社会医療施設)。また、自立した高齢者の個室からなる「集合アパート」(logement-foyer)があり、必要に応じてホームヘルプサービスが提供される。ここでも医療部門の併設が進められている。この他には、ショートステイ施設や認知症高齢者グループホームなどがある。

②在宅介護サービス

第一に、掃除・買い物・食事の準備などの「ホームヘルプサービス」(aide ménagère)があり、老齢年金金庫が費用を補助してきたが、個別自立手当の対象になったことで、同金庫の役割は低下した。主に市町村社会福祉センター(CCAS : centre communal d'action sociale)や非営利団体によってサービスが提供されている。第二に、ホームヘルプサービスの補足として休日や夜間などの利用を目的とした「自宅付き添いサービス」(service de garde à domicile)がある。利用料金が安く、先述の第三者補償手当を利用すれば配偶者以外の家族をサービス提供者として契約対象にすることが可能であり、税制上の優遇措置も適用されるため利用が広がった。この他に、血縁関係のない高齢者を家庭に受け入れて生活を支援する「受け入れ家庭制度」(placement familial)もある。

5. 高齢者医療と介護の連携に向けた取り組み

フランスでは公立中心の病院と開業医の診療所の連携が長年にわたって課題とされてきた。また、医療保険の財政再建を重視する政府と医療保険制度の日常的な管理運営を担う医療保険金庫(労使)という別種の分断線もある。介護に関しては、1980年代以降は県が主たる権限と財政責任を有するものの、国が一部の財政負担を行っていたり、市町村社会福祉センターがサービスを提供していたり、さらには老齢年金金庫がサービス提供と費用負担両面から関与していたりするなど、多様なアクターが関与しており相当複雑である。こうしたなかで要介護状態や疾病の予防、治療、リハビリ、自宅や福祉施設での医療・介護サービスを切れ目なく実現して

いくために、どのような工夫が凝らされてきたのだろうか。以下では国レベルでの政策の展開と地域レベルでの実践に分けて検討していく。

(1) 全国的な政策レベルでの取り組み(政府間関係の推移)

上述のように、病院と診療所の連携、あるいは医療と介護の包括的な提供は度々政策課題となっており、中央政府・議会のレベルでも対応が検討されてきた。以下ではまず保健医療計画の発展をとりあげる⁷⁾。これによって、従来のように入院治療・外来診療・高齢者福祉の各サービスがバラバラに展開されるのではなく、一定の地理的範囲のなかで計画的に医療・介護サービスが供給される仕組み作りが進められている。1970年の病院改革法によって導入された「保健医療地図」(carte sanitaire)は過剰病床の抑制のためのツールとして機能していたが、1991年病院改革法によって「地域圏保健医療組織化計画」(SROS : schéma régional d'organisation sanitaire)⁸⁾が新たに導入され、地域住民の医療需要に合わせて医療供給体制を再編していくための計画として精緻化が目指されることになった。2006年から実施された第三期地域圏保健医療組織化計画では、病院医療のみならず、診療所や高齢者介護施設との連携が計画の対象として位置づけられた。このように1990年代から地域圏を単位として医療供給体制を再編しようとする動きが強まっていった。

その後、2009年の病院改革法ではあらためて医療機関間の連携不足やアクセスの問題が課題とされ、地域圏ごとに保健医療政策を一元的に担う行政機関として「地域圏医療庁」(ARS : agence régionale de santé)が設立された。それまでに地域圏では病院行政を担う地域圏病院庁、保健医療・社会問題を扱う国の出先機関や地域圏医療保険金庫連合⁹⁾など多数の組織が保健医療行政に関与していたが、これらは地域圏医療庁に一本化されることになった。同庁の権限は病院・診療所のみならず医療的な性格を有する社会福祉施設(社会医療施設)にも及び、地域圏の保健医療政策全般を掌握している。同庁によって新たに「地域圏保健医療計画」(projet régional de santé)が策定されることになった。この計画は3つの計画からなっており、第一に「地域圏予防計画」(schéma régional de prévention)、第二に「地域圏治療組織化計画」(schéma régional d'organisation des soins)であり、後者は入院医療と外来医療双方が含まれる。さらに、三番目に「地域圏社会医療組織化計画」(schéma régional d'organisation médico-sociale)が含まれることが注目される。これは医療サービスが提供される社会福祉施設を対象としている。かくして地域圏医療庁のもとで予防・入院・外来・社会医療の連携が目指されることになった。

以上のように、医療の方では地域圏を単位とした権限の集約や計画の包括化が進んだのだが、高齢者医療・介護の連携という観点からは限界も指摘せねばならない。すなわち、既に述べたように高齢者介護を含む社会福祉政策は主として県の権限と財政責任下にあるのである。この結果、高齢者施設の許認可は、医療保険によって費用負担がなされる場合は地域圏医療庁の長官(中央から送り込まれる行政官)が、そうでない施設は県議会議長が行うことになっている(伊奈川2012 : 23 ; Truchet 2013 : 56-7)。以前は社会医療施設は医療行政ではなく福祉行政に含まれていたのだが、地域圏医療庁創設に伴い同庁の管轄へと移された。同庁は地方に設置された国の機関であって地方自治体の機関ではないから、こうした動きは地方分権の流れに逆行すること

になり、同時に福祉行政に亀裂が持ち込まれたことにもなる(伊奈川2012:22-5)。地域圏医療庁の創設は、同庁の保健医療政策と県の社会福祉政策の調整という新たな課題を生み出したのである。また、高齢者福祉については、県・国・医療保険などからなる複雑な財源構成も存続している。

医療政策に関しては地域圏単位での権限の集約化が進んだものの、フランスの高齢者福祉政策のわかりにくさは容易に解消されないようである。また、地域圏医療庁の地域圏保健医療計画の3つの構成要素が整合的に策定されるのか、計画は実行性をもちうるのかについて疑問視する向きもあった(Truchet 2013:64-5)。結論として、マクロな制度設計レベルでは高齢者医療・介護の連携の枠組みは整理されたとはいまだいい難い。

(2) 地域レベルでの取り組み(実践)

続けて地域レベルでの医療・介護連携に向けた取り組みについて見て行こう。まず、第三期地域圏保健医療組織化計画では医療機関と高齢者介護施設との連携が計画に含まれていたが、北西部のブルターニュ地域圏ではリハビリ施設を医療・介護連携の中核として位置づけていた¹⁰⁾。つまり、脳血管障害や骨折などの要介護状態の原因となる傷病をもった高齢者はリハビリ施設を経由することが多いことから、そこにソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、看護師などを配置し、情報を標準化することでケアマネジメント機能を持たせようとしたのである。このように第三期地域圏保健医療組織化計画のなかで医療・介護連携の目標が具体的に明記されたことが確認できる。

次に個別的な実践のレベルで医療・介護連携を担う役割が注目されるのが開業看護師である¹¹⁾。開業看護師は医師の処方に基づき、高齢者の自宅や施設に向かい、注射・点滴、褥瘡ケアや入浴介助などの訪問看護サービスを提供している。さらに、専門的な医療への橋渡しだけでなく、経済的な援助が必要と考えられる場合には自治体のソーシャルワーカーへの連絡も行っている。マクロ・レベルでの制度間の調整が不十分なままである一方、開業看護師が中心となって地域レベルでの医療・介護連携、あるいは多職種連携が図られているのである。

これと関連して注目されるのが在宅入院の仕組みである。この枠組みのなかでは病院の医師とかかりつけの開業医が協力するので病診連携が実現しており、多職種協働の例として注目されている¹²⁾。様々なコメディカルも参加可能であり、コーディネーターには医師と看護師が当たる。看護師については、ソーシャルワーカーとともに利用者の自宅を訪れ、アセスメントを実施するとともに医師の方針に基づいてケアプランを作成する。要するに、看護師が日本のケアマネージャーに相当する役割を担っており、在宅入院の枠外からホームヘルプサービスなどを導入することもできる。ここでも看護師が様々な専門職間の調整と医療・介護の連携を遂行しているのである。

最後に、個別自立手当の導入による介護手当の一般化がケアマネジメントの制度化を伴わず、そのため多様なサービスの調整が困難になっていることは既に述べたが、全く対策がとられていないわけではないことも指摘しておきたい。2001年から地域情報・連携センター(CLIC: centre local d'information et de coordination)がフランス全土に設置され、個別自立手当を含む高齢

者福祉サービスの申請の支援や家族介護者への支援など、高齢者福祉に関する総合的な相談支援事業を担っている。日本の地域包括支援センターに類似した役割を担っていると指摘されている(原田2014:50)。なお、同センターの活動は福祉の領域に属するため設置主体は県であり、運営は市町村や非営利団体が行っている。

6. 今後の研究課題

以上、本稿ではフランスの医療制度・介護制度の概要を検討し、双方の基本的な制度設計の結果として存在する医療・介護連携の歴史的な弱さを指摘するとともに、国の政策のレベル・地域での取り組みのレベルでの連携強化に向けた動きを見てきた。こうした検討を行ってきた目的は今後追求すべき問いや調査すべき対象を特定するためだった。

第一に、医療・介護をめぐる権限関係の推移に関する分析が必要である。2009年の医療改革によって、保健医療政策については州単位での権限の集約化が進んだものの、医療と介護の関係についてはむしろ新たな分断が持ち込まれていた。パリで政府の政策の原案を作成する行政官僚たちや国会で法案を審議する政治家たちはこうした権限関係の錯綜の問題をどのように認識しているのだろうか。一次資料の収集と面接調査を踏まえた政治学的・公共政策学的な分析が必要であろう。

第二に、同じ改革によって地域圏の保健医療計画も改革されたが、医療・介護連携については新たな計画のなかでどのように目標とされ、また、そうした目標がどのように実施・具体化されたのかについて、事例研究が求められる。ここでは計画の策定プロセスの研究と実施プロセスの研究の2つが考えられる。

第三に、マクロ・レベル、法制度レベルでの研究とは別に、実際に医療や介護が提供される地域レベル、メゾ・レベルの連携(ないしは連携不足)について、具体的な事例に焦点を当てた調査が必要であろう。既に触れた開業看護師の活動や在宅入院の取り組みに着目して、具体的な活動の事例に関する情報を蓄積していくという手法も考えられるが¹³⁾、二番目の研究対象として挙げた地域圏保健医療計画のなかに含まれる医療・介護連携の目標に着目し、実施状況を追跡調査するというアプローチも考えられる。

最後に、いずれの対象を分析するにせよ、日本との比較に自覚的に取り組むことで、日仏双方の制度設計や現場でのサービスの実施状況の特徴をより正確に把握し、日本とフランス双方にとって、さらにはその他の国の現実を前にしている人々にとっての実践的なインプリケーションを導かねばならないだろう。

注

- 1) サービス供給レベルでの分析として、松田(2006)、篠田(2008)が、マクロな法制度レベルの分析として、伊奈川(2012)、松本(2012)がある。
- 2) 最近の日本語文献として、稲森(2013)を参照せよ。医療保険を含むフランスの社会保障制度全般の概要については、尾玉(2015)、厚生労働省(2015)を見よ。
- 3) 最近の日本語文献として、原田(2014)を見よ。この他に、上村(1996)、白波瀬(1999)、松田(2006)、Le Bihan and Martin(2012)も参照した。

- 4) 老齢年金金庫は医療保険金庫・家族手当金庫と並ぶ社会保障金庫の一つであり、これらは政府直営ではなく労使の代表が中心となって管理されてきた。医療・介護をめぐる、国と地方、社会保障金庫の権限関係は錯綜している。老齢年金金庫の介護施策については、Dupeyroux(2011:744-6)参照。
- 5) 2007年に大統領となったニコラ・サルコジは介護手当の刷新を公約していたが、果たせぬまま2012年に任期を終えている。
- 6) 主に、松田(2006:49-52)を参照してまとめた。個別自立手当導入前の状況については、白波瀬(1999:252-9)がやや詳しく、最近の状況については、原田(2014:45-6)が簡潔に整理している。
- 7) 以下、保健医療計画の展開については、松本(2012)を参考にしてまとめた。
- 8) フランス本土は22の地域圏(région)によって構成されている(2016年から13地域圏に再編される予定)。
- 9) 医療保険の保険者は国から独立して存在してきたが、1990年代以降改革の度に役割が縮小され、反対に国(中央政府)の影響力が強化されている。例えば、Palier(2009=2010)参照。
- 10) 松田(2006:55-6)の紹介による。
- 11) 以下、松田(2006:56)による。開業看護師については、篠田(2008:2011)も参照せよ。
- 12) 以下、篠田(2008)に依拠して整理した。在宅入院の仕組みは、篠田(2011)、松田(2013:43,45-7)でも紹介されている。
- 13) 本文中では触れることができなかったが、認知症対策のための医療・介護連携(近藤2015)や、1996年から開始された医療協力連合(groupement de coopération sanitaire)という病院・診療所・社会医療施設による任意の取り組みもある(松本2012:88)。

参考文献

- 伊奈川秀和, 2012, 「フランスの社会保障制度における国と地方の関係」『海外社会保障研究』180:18-27.
- 稲森公嘉, 2013, 「フランス」加藤智章, 西田和弘編『世界の医療保障』法律文化社, 43-63.
- 上村政彦, 1996, 「フランスにおける高齢者介護給付制度の構想」『三田商学研究』39(3):51-64.
- 尾玉剛士, 2015, 「フランス」土田武史編『社会保障論』成文堂, 326-34.
- 厚生労働省, 2015, 「フランス共和国」『2014年海外情勢報告』厚生労働省ホームページ
<<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/15/index.html>>2015年10月19日閲覧.
- 国立社会保障・人口問題研究所, 2015, 『人口統計資料集(2015年版)』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2015.asp?fname=T02-18.htm>2015年10月19日閲覧.
- 近藤伸介, 2015, 「フランスの認知症国家計画」『海外社会保障研究』190:14-23.
- 篠田道子, 2008, 「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向—在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に」『海外社会保障研究』162:29-42.
- 篠田道子, 2011, 「フランスにおける医師と看護師の役割分担—看護師の「固有の役割」を中心に」『海外社会保障研究』174:30-41.
- 白波瀬佐和子, 1999, 「高齢者福祉サービス」藤井良治, 塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障6:フランス』東京大学出版会, 245-64.
- 原田啓一郎, 2014, 「フランスの介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障(第2版)』法律文化社, 38-56.
- 松田晋哉, 2006, 「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』156:45-58.
- 松田晋哉, 2013, 『医療のなかが問題なのか:超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房.
- 松本由美, 2012, 「フランスにおける保健医療計画の導入と展開—医療への平等なアクセスの実現を目指して」『海外社会保障研究』178:81-91.

Dupeyroux, Jean-Jacques, 2011, *Droit de la sécurité sociale* (17^e éd.), Paris: Dalloz.

Le Bihan, Blanche and Claude Martin, 2012, "Reforming Long-term Care Policy in France", Joan Costa-Font (ed.), *Reforming Long-Term Care in Europe*, [Oxford]: Wiley-Blackwell, 35-52.

Palier, Bruno, 2009, *La réforme des systèmes de santé* (4^e éd.), Paris: Presses Universitaires de France, «Que sais-

je ?» (=2010, 林昌宏訳『医療制度改革：先進国の実情とその課題』文庫クセジュ).
Truchet, Didier, 2013, *Droit de la santé publique* (8^e éd.), Paris : Dalloz.
UN, 2015, *World Population Prospects : the 2015 Revision*, UN ホームページ <<http://esa.un.org/unpd/wpp/>>
2015年10月19日閲覧.

Keywords : フランス, 医療, 介護, 連携, 高齢者