

オランダの高齢者福祉政策

日本女子大学大学院 廣瀬 真理子

1 はじめに

オランダは世界一人口密度が高い国として知られ、かつては人口政策の中心課題は人口を抑制することであった。しかし、1960年代中期に人口増加率の伸びが低下し始めると、高齢化が社会問題として注目されるようになった。1986年現在で、オランダの全人口（約1,450万人）に占める65歳以上人口の割合は、12.2%であり、高齢人口の約20%が四大都市（アムステルダム、ロッテルダム、ウトレヒト、ハーグ）に居住している。

オランダの高齢者の生活形態の特徴は、1)子供などとの同居率が極めて低いこと、2)高齢者用住居やナーシング・ホームなどの施設で生活する者の割合が高いこと、3)多くの高齢者が自ら独立した生計で暮らしていることである¹⁾。その背景には、高齢者自身が自立した生活を望んだことに加え、65歳以上の全国民を対象にした一般老齢年金法（AOW）が1957年に成立し、高齢者の所得保障制度が確立されたことがある²⁾。さらに、1963年に公的扶助法（ABW）が制定されると、同法によって一般老齢年金だけでは生活が賄えない高齢者に対して、一般老齢年金の代わりに高齢者用住宅（食事付）と小遣い程度の現金が提供されるようになった³⁾。つ

まり、住宅費を負担できない所得の低い高齢者には、施設でのケアと小遣いが保障されたのである。その結果、施設に入居する高齢者の数が増加して、オランダの高齢者政策には施設ケアの傾向が強まった。しかし、それは他方で高齢者が社会的に隔離されるという問題を生み出した。その反省から、高齢者を住み慣れた地域生活へ戻す試みとして、在宅福祉政策が積極的に導入されるようになったが、同時にそこには、政府が拡大しすぎた福祉財政を抑制する意図があったことも見逃せない。以下では、この「施設福祉」から「在宅福祉」への政策の転換に注目しながら、オランダの高齢者福祉政策の具体的特徴を明らかにしたい。

2 「施設化」のはじまり

オランダでは、施設の多くは主に宗派別の民間団体により建設されてきた。この宗派別民間団体の起源は19世紀末頃から教会活動などを通じて、それぞれの宗派（主にカトリックとプロテスタントに分かれるが、その他に無宗派の民間団体も一派を形成している。）に所属するメンバーに対して援助活動を行ったことにはじまる⁴⁾。宗派別民間団体は“*particulier Initiatief*”と呼ばれ、（以下、その頭文字をとってPIと略す。）オランダの社会福祉サービスの担い手

として重要な役割を果たしてきた。特に、第二次大戦後になって、中央政府が補助金を支給して PI の財源を保障するようになると、その活動が最も活発な時期を迎えた⁹⁾。

1960年代から1970年代はじめにかけて、オランダで高齢者用居住施設が増加した原因として第1に、上述した PI が政府の補助金を獲得して、地域に高齢者用住宅を積極的に建設したことがある。見方を変えればそれは、施設ニーズの高まりに乗じて、カトリックとプロテスタントの両派が宗派勢力のバランスをとるために挙って施設の建設を進めた結果ともいえよう。第2に、施設の建設計画が関連政策と調整されていなかったため、政府が予想しない結果をもたらした。建設・国土省の当初の目的は、高齢者が週に2～3時間の家事援助を受けながら安価な家賃で自立した生活を送れるようにすることであった。しかし、実際には施設が増えると共に、本来ならば地域で自立した生活を送れたであろう高齢者までが施設で暮らすことを望むようになってしまった。

このような理由から、1960年代後半には、施設に入居する高齢者の割合はオランダの高齢者人口の約13%という高い数値を示すことになり、オランダはヨーロッパ諸国の中でも最も施設入居者の割合が高い国となった。そして、その副次的影響が公的扶助の支出を増加させる結果となって現れた、1965年より施行された公的扶助法が高齢者に住宅を保障するようになると、公的扶助を受給して施設に暮らす高齢者が増加して、その財政にも負担が及ぶようになったのである。

ここで、オランダの高齢者用施設について簡単に紹介しておけば、それはまず、居住施設と

医療施設とに分けられる⁶⁾。

(1) 高齢者用居住施設

居住施設にも2種類あり、政府の補助金によって主に PI が管理・運営するサービス・ホームと、主に私企業が建設して経営するサービス・フラットがある⁷⁾。サービス・ホームでは、何らかのケアを必要とする高齢者に対して生活に関わる包括的なサービスが行われている。居住者の費用負担については、サービス・ホームに居住する高齢者の3/4が利用料を自らで賄いきれず、公的扶助制度から財政援助を受けている⁸⁾。1977年には高齢者居住法が改正されて、サービス・ホームに入居基準が設けられた⁹⁾。同法は、サービス・ホームがケアを提供するものであることから、その目的にかなりように入居を希望する高齢者のケアを必要とする度合いを査定することを定めた。それは他方で、サービス・ホームに居住する者の数を抑える目的をもっていた。政府は財政負担が大きくなる傾向を鑑みて、1970年代後半よりサービス・ホームの建設を削減する方針を採っている。

これに対して、サービス・フラットの多くは政府の補助金を受けずに私企業によって建設されている。但し、サービス・フラットが必要とされながらも建設されない地区では、地方自治体がそれを建設し運営することがある。サービス・フラットでは、居住者の必要に応じて家事サービス、給食サービスなどを行う。居住者が健康に生活を送る限り、サービス・フラットは快適な暮らしを約束してくれるが、一旦病気などに罹った場合、看護費用がサービスには含まれていないため、多額の費用がかかる場合がある。にもかかわらず、最近の傾向としては賃貸のサービス・フラットに対する需要が高まって

いる。そしてその条件として、大規模すぎず、費用が高すぎず、ソーシャル・サービスを受けられるような施設が望まれている。入居費用については、個別の入居者が一定の所得以下であれば、「家賃補助制度」によって政府から所得に応じた家賃補助を受けられる¹⁰⁾。

(2) 高齢者のための医療施設

次に医療施設として、ナーシング・ホームと病院がある。ナーシング・ホームは、1941年に強制健康保険法が導入された時点で病院の機能と区別された。それは、病院が特別な医療や手術などを必要とする患者を入院させる機関であるのに対して、ナーシング・ホームは慢性疾患を抱える患者をケアする目的をもつ機関として認められたからである。1968年に特別医療費用法(AWBZ)の制定によって、公認のナーシング・ホームにかかる費用は医療保険によって賄われるようになった¹¹⁾。オランダの高齢者向けのナーシング・ホームには次の3種類のものがある。

① 身体障害者用ナーシング・ホーム (verpleeghuizen voor somatisch zieken)、② 老年性精神疾患患者用ナーシング・ホーム (verpleeghuizen voor psychogeriatrische patienten)、③ ①と②の機能を合わせ持つ高齢者用ナーシ

ング・ホーム (gecombineerde verpleeghuizen) である。そして、これらの8割以上が宗派別民間団体(PI)によって経営されている。ナーシング・ホームが建設されたことで、それまで病院で介護を受けていた高齢者の多くがナーシング・ホームに移動することになった。

ナーシング・ホームが増加したとはいえ、高齢者の医療ケアの中軸を担っているのはやはり病院である。一般病院では、高齢者の患者が増えて入院患者の平均年齢は徐々に上昇している。また、精神病院の入院患者のうち35%が65歳以上の高齢者である(1986年)。病院もまた8割以上が宗派別民間団体(PI)によって運営される私立病院である。病院と医療機関の数の推移は表1に示す通りである。

以上のことからわかるように、オランダではそれぞれの施設が主にPIによって運営されている。1960年代を通じて、PIの組織が専門化・官僚化すると、PIはサービスの供給については「素人」である政府に対して、補助金を獲得する上で強硬な姿勢をとるようになった。だが、各地で施設の数が増加すると、施設に居住する高齢者が地域生活から隔離されて孤立した生活を送るという問題が起こった。また、施

表1 オランダの病院・入所医療施設の数の推移

	1975	1980	1983	1984	1985	人口1,000人当たり ベッド数(1985)
病 院	256	231	226	217	207	4.7
精神病院	72	73	78	79	82	1.7
精神障害者施設	129	146	130	134	121	2.1
ナーシング・ホーム	298	326	327	328	327	3.4
子供用ナーシング・ホーム	27	19	14	13	12	0.1
知覚・聴覚障害者用施設	13	12	12	12	12	0.1
幼児用ナーシング・ホーム	13	24	27	27	29	0.1

出典：Netherlands Central Bureau of Statistics (1986), *Statistical Yearbook of the Netherlands*, p. 82, Table 25 より。

設に入居を希望する者が増えたため、緊急のニーズを持ちながら施設に入れない高齢者が増えた。そして、施設に入居する高齢者と地域で生活する高齢者との間で福祉サービスをめぐって格差が生まれたことも問題となった。

そこで、政府は高齢者問題を協議するために、1967年より省庁間に高齢者問題協議会（ISB）を設けて、高齢者政策をめぐり包括的な政策方針の審議を始めた。そして文化・レクリエーション・社会福祉省は、1970年から3回にわたって高齢者政策に関するレポートを提出すると共に、高齢者福祉の政策方針を固めていったのである。

3 在宅福祉政策への転換

省庁間高齢者問題協議会は、1970年と1975年の2回にわたってそれぞれ「5か年計画書」を発行した。「第一次5か年計画書」（1970）の目的は、孤独感や身体障害及び疾病の悩みを抱えている、高齢者の中でも最も弱者のカテゴリーに属する人々の要求を満たすことであった。同計画書は、高齢者ができるだけ長い間慣れ親しんだ環境で自立した生活を送れるような生活環境をつくり出すことを提案した。そのために、家事援助サービスや給食サービスなどの在宅サービスを充実させることと、地域にサービス・センターをより多く設置して積極的に地域参加活動を行えるような基盤づくりを目指した。一方、施設については、これまでの高齢者用居住施設の数は現状維持にとどめる方針であった。その代わり、地域で自立した生活を送ることのできない高齢者や、高齢者用居住施設のサービスでは間に合わない高齢者などに対しては、ナーシング・ホームを地域単位で増設していく計

画を打ち出した。

同計画書に沿って行われた政策の評価は、5年後に発表された「第二次5か年計画書」（1975）の中で検討されている。それによれば、施設数を削減することと、在宅福祉サービスのマンパワーの数を増やす目標は一応達成されたと報告されている。例えば、年間12,000の高齢者用小住宅が建設された。また、ホームヘルパーや看護婦の数も着実に伸びを見せた。地域に設置されたサービス・センターの数も1970年の82箇所から、1974年には174箇所と増加した。他方、高齢者用居住施設は削減され、1975年までには5,000ベッドの減少が見込まれた。それに対してナーシング・ホームは、10,000ベッドを増やすことが目標であったが、それを上回る13,524ベッドが増加した。

しかし、単に施設を減らして在宅サービスのマンパワーを増やすことのみが在宅福祉の充実を意味するわけではない。高齢者市民が社会参加できるような基盤を整えることも在宅福祉政策の中心課題である。そこで「第二次5か年計画書」は、高齢者の社会参加を促進することを主要な目的としている¹²⁾。

その内容は、第一次計画書の政策方針を踏襲しながらも、対象となる高齢者を一部の「弱者」に限らず高齢者全体に拡大しているところに特徴がある。つまり、高齢者が社会からはみ出さず、その一員として平等な立場を築けるように、物質的側面や文化的側面を整えながら自らを社会に統合できる方法を検討している。

施設中心主義から在宅福祉への転換について要約すると次のようになる。まず、地域の中で福祉サービスのネット・ワークをつくることがある。それは、「クローズド・サーキット」と

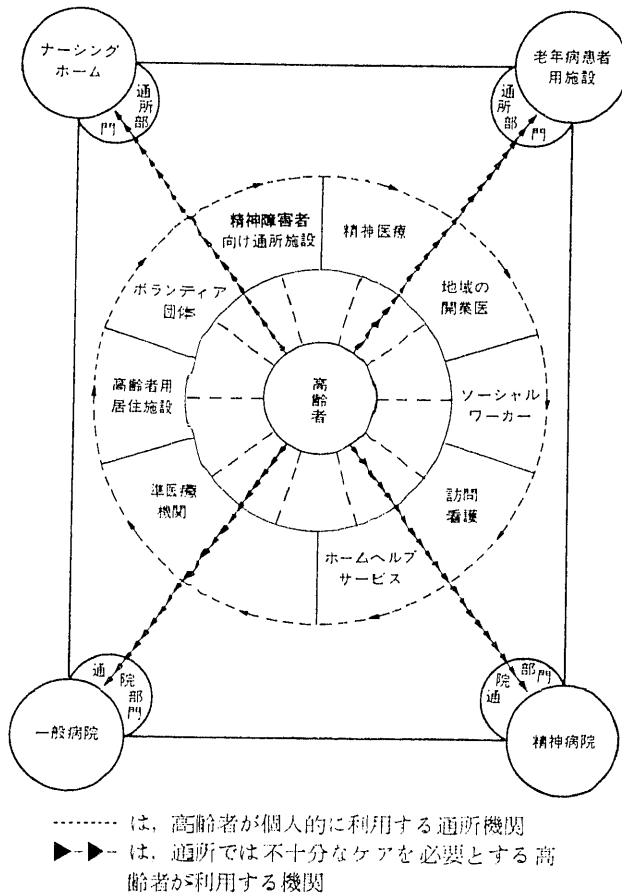
して知られるが、医療（予防と治療が含まれ、居住施設と一般住宅両方の高齢者を対象とするものであること）、住宅、社会・文化活動、レクリエーション活動などを含む組織的な援助システムでなければならない（「クローズド・サーキット」を具体的にイメージしたものが図1である）。そのためには、地域に高齢者向け小住宅を建設することが必要となる。その場合には、都市の再開発政策などによって、高齢者が生活に不便な地域に転居しななければならないような事態を引き起こさないように注意する。そして、在宅福祉サービスの中心となるホームヘルプ・サービスを需要に見合うように地域に増やして、

サービスの質の向上を目指すと同時に制度を全国的に統一する。医療については、在宅看護を重視して予防医療を含めた訪問看護を積極的に取り入れる¹³⁾。そのために、地域に在宅医療の拠点として設立されているヘルス・センターを増設する。また、ナースング・ホームにデイ・ケア・センターを併設して、高齢者の通所施設として活用する¹⁴⁾。その他にもサービス・センターを増設して地域の住宅福祉の拠点とすることが計画されている¹⁵⁾。

高齢者個人に対しては、政府が既に「65歳パス」を導入して、高齢者の社会参加をはかっている。「65歳パス」は、国内の市電とバスの乗車賃を通常料金の半額で利用できる他、芸術・文化活動、レクリエーションなどが割引となるものである。また、パスは郵便局や銀行などで身分証明書としても使用できる。このような高齢者パスを全国レベルで導入したのはオランダが世界で初めてだといわれている（1975年12月1日より施行）¹⁶⁾。その他にも社会参加を促進するために、成人教育コースや、運動クラブなどが積極的に導入されている。それらのコースは主に、前述した宗派別民間団体（PI）を基盤として組織されている。また、高齢者自身がつくる団体の活動も盛んである¹⁷⁾。

「第二次5か年計画書」が強調した点は、第1に高齢者を最大限に社会に統合することであり、第2にそれを徐々に拡大しながら、地域に医療サービスやケアなどの在宅福祉サービスを定着させていくことであった。高齢者が施設に集まって一般社会から隔離した生活を送ることよりも、住み慣れた地域で社会活動に参加しながら暮らせる方がのぞましいことはいうまでもない。オランダでも極端な「施設化」を経験した結果、

図1 高齢者を取り巻く「クローズド・サーキット」による在宅福祉サービス



出典：Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardentehuizenorganisaties (1983), *Home for the aged in their final phase of life* から作成した。

高齢者自身から在宅福祉のニーズが高まったと推測できる。しかし、他方で政府の福祉財政が逼迫したため、それを抑制するために在宅福祉を積極的に政策に導入したという背景があったことも忘れてはならない。1980年代にはいると、オランダの経済状況が悪化するにつれて、在宅福祉政策にもますます財政的余裕が失われていった。

1982年には、「高齢者政策の基盤」と題された政策文書が発表された。その目的はそれまでの高齢者福祉政策の発展に論理的な整合性を与えることであった。つまり、異なるサービスの間で調整をはかることにより、ケアの水準を維持してより効果的に統合を行うことを目指した。だが、それは前述したように、政府の福祉財政にもはや余裕がなくなったために高齢者サービスを抑制しようとするものであった。同文書は、オランダの人口のうち、特に80歳以上の高齢者が急増する予測を示した上で、今後公共支出の負担がますます大きくなることを警告した。そのために、施設ケアにも在宅ケアにもサービスの効率性を重んじなければならない。そこで重要になるのが、地域におけるプライマリーケアである。政府は自助に加えて隣人や友人の援助、あるいはボランティアによる家事サービスなどを優先的に強調した。

しかしながら、オランダではたとえ専門職員による在宅福祉サービスを削減したとしても、その代わりとなる家族・隣人・友人などによる介護はもはや期待できなくなっていた。その理由は、単に家族規模が小さくなったことだけではなく、福祉サービスは国の補助金によって行われるべきであり、家族によって行われるものではないという社会通念が既に出来上がってい

るからである。1980年代になって再び、遠い昔に行われていた家族や隣人などによる介護を復活させることが果たして可能であろうかというのがオランダ人の素朴な疑問であろう。ここに政策と実態とのギャップが見い出せる。

以上、「施設福祉」から「在宅福祉」への転換をめぐる政策動向を見てきた。では、福祉サービスの具体的な担い手となる組織及び、高齢者を含む市民はこの移り変わりにどのような対応を示してきたのだろうか。次に、地域における在宅福祉サービスの実態を探ってみたい。

4 在宅福祉のネット・ワーキング

高齢者人口のうち、施設に居住する者の割合は1960年代後半の13%から、1985年には約8%にまで減少した。その傾向に合わせて在宅福祉サービスの需要が著しく伸びている。オランダの在宅サービスを行う主な専門職を機能別に4つに分けると、①一般開業医、②ソーシャル・ワーカー、③ホームヘルパー、④訪問看護婦となる¹⁹⁾。

その中でもサービスの担い手の中心となるのは、ホームヘルパーと訪問看護婦であるが、どちらの団体も宗派別民間団体(PI)をその組織基盤としている¹⁹⁾。このことから、1970年代後期より福祉行政の地方分権化が進み、福祉サービスを監督する地方政府の権限が強化されたとはいえ、実際にオランダの在宅福祉サービスを担っているのは未だに伝統的に組織化されたPIであることがわかる。但し、昨今では「世俗化」の進行や、異なる宗派間でも小規模の組織が合併したことなどにより、個別の組織にほとんど宗派色は見られない。特定の宗派によって

サービス利用者や従事者を分けることもなく、組織間のサービスの内容にも違いがなくなっている。しかしながら、その中央組織には今でも宗派別の伝統が残っており、組織間の協議などではしばしば意見の対立が見られる。以下ではまず、在宅介護の中心となっているホームヘルプ・サービスと在宅看護の実態から見ていこう。

(1) ホームヘルプ・サービス

教会のボランティア活動に端を発したホームヘルプ・サービスは、当初は各宗教組織が抱えるメンバーの家庭に対して終日単位でサービスを行っていた。戦時期には、各家庭に男性の労働力が減ったためにそのニーズも高まったといわれる。戦後になると各宗派及び無宗派のホームヘルプ・サービス組織が結成され、1948年から政府の補助金を獲得しながら急速に発展した。1962年頃が発展のピークと見られるが、当時の組織の数は約970に上ったと記録されている。しかし、1970年代中期より始められた政府の地方分権化政策により、各地域に設置されていた小規模のホームヘルプ組織が合併などを強いられた結果、1980年にはその数は245にまで減った。

1986年現在では234組織あり、事務職などを入れると約90,000人が雇用されている(そのうち80,000人はパート従事者である)。サービスを利用する者は高齢者が最も多く全体の半数(約100,000世帯)に上るが、その他には慢性病患者や出産後の家事援助を必要とする婦人なども利用している。サービスを利用するためにはホームヘルプ組織が行うニーズ査定による条件に該当することが必要である。サービス利用者のうち88%が継続的にサービスを利用している。ホームヘルプ・サービスの財政基盤は、政府の

補助金と、所得に応じた利用者の自己負担によって賄われている。その割合は最低でも政府が66%を負担することになっている(但し一般老齢年金の収入のみで生活する高齢者に対しては、政府が100%負担する)。また、大都市(アムステルダム・ロッテルダム・ハーグ)では、地方政府がさらに22%の補助を行うので本人負担は約9%にとどまっている(残りの3%は寄付などによる)²⁰⁾。

特記すべきことは、1977年より国民保険制度の一般障害給付法(AAW)がホームヘルプ・サービスに補助金の支給を始めたことである²¹⁾。それによって、サービスを利用する資格があるにも関わらず、ヘルパー不足でサービスが受けられない場合、私企業が行うホームヘルプ・サービスを一旦本人の負担で利用しておき、後でかかった費用を国民保険から償還してもらうことが可能になった。1985年には約11,000世帯が同制度を利用していることを見ると、オランダのホームヘルプ・サービスがマン・パワー不足であることが窺える。では実際にどのような人々がサービスを行っているのだろうか。

従事者の大多数は、専門的な訓練を受けていない中年層の婦人である。彼女達の殆どはパート・タイム従事者であり、ホームヘルプを始める時に短期の研修を受ける他は、ヘルパーのミーティングで意見を交換する程度の専門的知識しか持っていない。少数派ではあるが、専門教育を受けたヘルパーもある。専門教育とは主に就学中に職業訓練コースで高齢者ケアの専門知識を得た若者か、あるいは年齢の高い者で、働きながら職業訓練を受けてきたような者である。ヘルパーの賃金は通常、1時間当たり20~24ギルダー(1983年)となっている。またその稼働

時間は、最高でも週当たり12時間で、2日間以内とされる。サービス利用者の多くは、週に2～3度半日程度の援助を必要としている。最近の傾向として、正規労働時間外に（例えば夜間や週末など）ヘルパーが稼働するようになったことがある。また、必要であれば、ヘルパーの一日の訪問時間を数回に分けることも可能である（一回の訪問時間には15分から2時間の幅が認められる）。

在宅福祉が促進される一方で、ヘルパー数の不足が深刻な問題となっている。そこで、オランダでは1977年よりホームヘルプの全国組織が、「アルファ・ヘルパー」というヘルパーのカテゴリーを新たにつくって、マン・パワー不足を補う努力を行っている。「アルファ・ヘルパー」というのは、特別な訓練も経験もない者が、サービス利用者家庭の単純な家事を行うものである。アルファ・ヘルパーはホームヘルプ・サービス組織に雇用されるのではなく、サービス利用者と直接に雇用関係を結ぶ。ホームヘルプ・サービス組織は、アルファ・ヘルパーの登録だけを扱い、サービス利用者の望む時にヘルパーを派遣する仲介役を引き受けている。アルファ・ヘルパーの数は、1980年には約19,000人であったが、1985年には約40,000人に増えている。アルファ・ヘルパーの賃金は一般のヘルパーと比べてかなり低い（1983年現在で1時間当たり約11ギルダーである）²²⁾。

このアルファ・ヘルパー制度は、マン・パワー不足を補うと同時に、サービス供給形態を弾力的にしているという面からは評価されよう。しかし、低賃金で、仕事の内容を窓ふきや床掃除などの雑用に限り行うことは、ヘルパーの役割に階層をつけることにもなり、今後ヘルパ

ーを育成する面から見ても問題である。また、アルファ・ヘルパーとして働く者には高齢の主婦が多い。そこで、男女平等を目指す関係団体からは、同制度が主婦を雑用に追い込んで、婦人の社会的地位を低めているという厳しい批判もなされている。

(2) 在宅看護

ホームヘルプ・サービスと並んで重要になっているのが在宅看護である。オランダの在宅看護の特徴は、宗派別に結成された「クロス組織」がそれを行っていることである。その起源を辿れば、1875年に北オランダ州で最初に中立系の「北オランダ・ホワイト・クロス」が設立されたことに始まる。その後、1916年にカトリック系の「ホワイト・イエロー・クロス」、1938年にプロテスタント系の「オレンジ・グリーン・クロス」が結成され、それらがそれぞれに全国組織をつくって地域の公衆衛生並びに在宅看護を発展させてきた²³⁾。1977年には、宗派別のクロス組織を統合した「全国クロス組織」が設立されている。この統一クロス組織の主要な目的は3つある。すなわち、①地域看護を全国的に発展させること、②傘下組織のトップとして組織の利益を守ること、③州レベルのクロス組織の活動に関与することである。全国組織の下に15の州レベル・クロス組織が設立されている。州レベル組織は、その下にある地域クロス組織を監督する。オランダ全国には約1,200の地域クロス組織があるが、そのうち人口30,000人を超える地域には地域看護に一定の水準を保障するために「認定クロス組織」を設置することが法的に義務づけられている。認定クロス組織は、サービスを行う他に、地域クロス組織がカバーしていない地域の住民に対しても公平にサービスが

提供できるよう調整をはかる役割を持っている。1986年現在、地域クロス組織の数は約1,200であり、認定クロス組織は約200となっている。

クロス組織の財政は、1980年より大部分が国民保険制度の中の特別医療費制度の補助金によって賄われるようになった（それまでは、中央・地方政府がそれぞれ補助を行っていた）。加入者は利用するサービスの一部を負担する他に基本的な年金費をクロス組織におさめる。それは地域によって異なり1986年現在で年間39.5ギルダーから50ギルダーの間である（平均額は40.5ギルダー）。クロス組織に加入している者の割合は全国で約85%に上る。仮に、そのメンバーでない者がクロス組織によるサービスを受けたいと望む場合には、会費の最低額の2.5倍の額を支払えばサービスを受けることができる。

高齢者に関するサービスについて見ると、2つのタイプに分けられる。それはまず、病弱な高齢者の一般看護であるが、サービスの内容は多岐にわたっている。例えば、検診や薬剤の投与、食事の管理、入浴などの他に、ADL訓練や病状についてのカウンセリングなども行う。また、訪問看護婦以外にも、クロス組織からリハビリ療法士が派遣されることがある。もうひとつのタイプは、健康な高齢者に対して行われる、病気予防のためのサービスである。この目的は、高齢者が地域で自立した生活を続けて送れるように、病気の早期発見などに努めることや、正しい薬剤の使用法などを指導する。また、心理的側面から高齢者が孤立した生活を送らないように、地域との関係を保てるような機会づくりを行う（例えば、高齢者の水泳教室、ゲーム活動など）²⁴⁾。

(3) 一般開業医 (GP)

在宅看護の他に、一般開業医が地域の高齢者の在宅医療を担当している。一般開業医は地域住民が個別に契約を結ぶ、言わばかかりつけのホーム・ドクターであるが、軽い疾患を自らで治療する他は、患者を専門医や病院に紹介する仲介的な役割を果たしている。最近では、住民が専門医による治療を志向する傾向が強まっているため、一般開業医の医者としての役割は軽視されているという不満が開業医の間で聞かれる。彼等は、治療にあたるというよりは、もっぱら地域で暇をもてあまして中高年の愚痴を聞く役目か、あるいは患者から専門医への紹介を強制されるしかないというのである。オランダで国民医療費が急増している事情を鑑みても、地域における一般開業医の役割を再検討する必要があると思われる。

(4) ソーシャル・ワーク

一方でソーシャル・ワーカーの需要が高まっている。そしてその数もこのところ増加している。ソーシャル・ワーカーの組織基盤もまたその他の福祉サービス供約機関と同様、宗派別に分かれていたが、宗派間で組織を合併したり無宗派団体が続々と設立されてきたため宗派色は薄れているといわれる。ソーシャル・ワーカーは、特別なクライアント（例えば障害者、未婚の母、移民労働者、住所不定者など）に対応する特別ソーシャル・ワーカーと、地域活動を行う一般ソーシャル・ワーカーの部門に分かれて活動している。高齢者向け在宅福祉活動では、一般ソーシャル・ワーカーが個別のクライアントと対面してカウンセリングなどを行っている。

以上のような福祉マン・パワーの充実に加えて、地域には高齢者の社会参加の場となるようなサービス・センターが設置されたり、医療ケ

アの中継地となるヘルス・センターが増設されている²⁵⁾。また、これまでは入所者のみにサービスを行ってきた高齢者用居住施設やナーシング・ホームを開放して、地域の高齢者との交流をはかる試みもなされている。1983年には、以上のような地域のサービス機関を連携させて包括的な在宅サービスを目指す政策が発表された。しかしながら、実際に包括的なサービスを提供する上でいくつかの問題点も見られる。

まず、各組織の財政基盤が異なっていることがサービスの統合を困難にしている。例えば、ホームヘルプ・サービスの費用は自己負担と一般障害給付法の補助金によって賄われているが、在宅看護の費用は医療保険の中の特別医療費制度から補助されている。統合的なサービスを行うためには、各サービスの補助金システムを調整してサービス利用者にとってもよりシンプルな申請手続きや費用負担の方法が望まれよう。また、これまで独自性を保っていた宗派別民間団体の宗派色がいかに薄れたとはいえ、それぞれ伝統的に培われた信念を持っている組織をただちに統合させ、サービス供給システムの一本化をはかることもまた難しい。今後の課題としては、各組織間を繋ぐ協議機関を設置してサービスを統合する努力が必要となろう。さらに、福祉サービスをめぐる役割分担が不明確な場合、専門職員間で、あるいは専門職員とボランティアなど一般市民との間で、「誰がどのサービスを行うのか」という点をめぐって葛藤や対立が予想される。このような問題を解決するために、ホームヘルプ・サービス協会中央組織では、訪問看護とホームヘルプ・サービスの主な役割分担を表2のように定めている。

個別の在宅福祉サービスを連携させることは

表2 在宅看護とホームヘルプ・サービスの主な役割分担について

- | |
|--------------------------------|
| A. 在宅看護 |
| ・入浴 |
| ・軽傷の手当 |
| ・身体機能の管理（検温、体重測定、排便状態など） |
| ・点滴、注射 |
| ・身体の自立訓練を促進する |
| ・家屋を身体障害に合わせて改築するアドバイスをする |
| ・サービス利用者が健康的な生活を送れるようアドバイスする |
| ・ヘルス・センターで乳幼児について相談を受ける |
| ・出産準備について相談を受ける |
| ・健康教育を行う |
| ・その他の看護活動 |
| B. ホームヘルプ・サービス |
| ・児童の世話 |
| ・食事の介助 |
| ・料理 |
| ・裁縫、アイロンかけなど |
| ・窓ふきや部屋・風呂場などの掃除 |
| ・植物や動物の世話 |
| ・買物など |
| C. 在宅看護婦とホームヘルパーの両者が行う活動 |
| ・車椅子の介助 |
| ・薬剤の投与 |
| ・着替えの介助 |
| ・部分的入浴 |
| ・一般開業医やその他の専門家のところに付き添って行くことなど |

出典：Centrale Raad voor Gezinsverzorging より入手した資料から作成（1987年データ）。

決して容易ではない。しかし、オランダでは問題点を克服しながら地域の在宅福祉サービスを充実させようとする積極的な試みが行われている。また、上記した専門職の他に、ボランティア活動が促進されている。高齢者サービスに見られるボランティアの役割は、主に給食サービスと緊急連絡装置の設置などに見られる。また

高齢者の社会参加を促すために、世代間交流をはかるボランティア団体の役割も大きい。

また、高齢者自身がボランティアとして活動したり、高齢者組織をつくるなど自らが積極的に地域の高齢者向け施策づくりに参加していることに注目したい。例えば、地域によっては、市町村レベルで高齢者施策協議会が設立され、そこで高齢者の代表がサービスのニーズを表明したり、施策への提言を行う機会を設けている。中央レベルでは、省庁間協議会が、そして地方レベルでは各団体の代表が集まって施策協議会が、高齢者福祉政策の改善をめぐって活発な意見を交換している。

5 むすびにかえて

他の西欧諸国の例にもれず、オランダでもまた昨今、公共支出の増大が社会問題となっている。現政権を担当するルベルスは、「現実的政策」をモットーにして緊縮財政政策を強行しているが、社会福祉の分野に関しても、在宅福祉政策を中軸として家族や隣人・ボランティアなどによるインフォーマル・サービスや、市場ベースに則った福祉サービスを導入する方針である²⁶⁾。

専門家などによるフォーマル・サービスと比較して、インフォーマル・サービスの利点は、政府の公共支出の負担を軽減すること以外に、官僚的なシステムがないのでニーズに柔軟に対応できることなどである。その一方で、インフォーマル・サービスについての問題も少なくない。例えば、住民の地理的移動が多く、家族などが近隣に永住する可能性が薄いという現実がある。また、将来的に子供の数が減ることも予

測されているので、家族のケアを期待することは実際には難しい。その他にも、重度のケア、あるいは長期ケアを必要とする場合にインフォーマル・サービスだけでは間に合わず、専門家による対応が必要となる。

このような批判を踏まえてオランダでは、インフォーマル・サービスがフォーマル・サービスを全面的に代替するものでなく、両者が連続して提供されるようなシステムづくりが在宅福祉の発展に必要であると考えられている。

また、政府は営利団体による民間福祉サービスの導入も同時に進めているが、さまざまなサービス供給体が導入されると、これまで地域の福祉サービス供給の中心となってきた宗派別民間団体(PI)も変化を迫られることになる。1960年代後半の「世俗化」をひとつのきっかけとしてPIの組織基盤は弱まりつつある。サービスの供給体が多様化する中で、PIはさらにその勢力を弱めていかざるをえないのだろうか。あるいは逆に、他の福祉サービスの提供機関と共存をはかりながら新たな発展を遂げるのである。オランダの在宅福祉サービスの供給システムを展望するに当たって、PIの今後の動向がその流れを変えるひとつの鍵を握っている。

(注)

- 1) オランダ語には「家族」を意味する言葉が2つあるといわれる。それは、“het gezin”(両親と未婚の子供を単位とするいわゆる核家族)と、“de familie”(三世代家族などより規模の大きい家族)である。第二次大戦以前まで、オランダにも三世代家族は現在に比べて多く見られた。しかし、それも経済的事情による同居が多く、例えば、農業従事者や小売商人、貧しい工場労働者の家族やあるいは、配偶者をなくした老親が子世代と同居する場合であった。

[Tenhaeff (1983) p. 14]

- 2) 一般老齢年金法 (AOW) は、オランダで最初に導入された国民保険制度として注目を集めた。その目的は、老齢による貧困や欠乏を回避するためであり、65歳以上の者に対して均一給付を行っている。保険料は、加入者が所得に応じて負担し(1988年現在で賃金の11.5%)、加入期間は15歳から64歳までとなっている。また、この他に老後の所得を補填するシステムとして、私的年金制度である産業年金制度や企業年金制度がある。[Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1982) p. 46-53]
- 3) 1963年に制定され、1965年より施行された公的扶助法は、オランダ国籍をもち国内に居住する者で、自立した生活を送れない者や生活環境にリスクがある者に対して給付を行っている。行政責任は市町村政府に置かれ、受給の際にはミーンズ・テストを伴う。施設に居住する高齢者に対する給付については1979年まで、施設側が定めた金額やサービスの質などについて、政府はほとんど口出しをしないまま給付を行ってきたが、ここで公的扶助の改正によって一応、法が認める施設サービスに限って給付を行うことになった。さらに、1985年より、居住施設に暮らす高齢者に対する給付は公的扶助制度から除外され、別制度となった。[Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1982) p. 88-89]
- 4) 宗派別民間団体が結成された背景には、オランダ特有の社会構造との深い関わりがある。それは、オランダの社会が宗派別に3つ(ないし4つ)に縦割りされていることで、(カトリック、プロテスタント、そして自由主義派と社会主義派を含めた無宗派に分かれる)「列柱状社会分割」とよばれている。この分割は、政治レベルから市民の日常生活レベルに至るまで浸透しており、例えば教会、学校、病院、放送局や地域の趣味のサークルなどが宗派別に分かれて存在していたため、市民は自分の宗派に合った施設やグループに参加した。極端に言えば、カトリック派に属している者はカトリック派とだけ交流しながらその生涯を送ったといわれる。[Brenton (1982) p. 64]

- 5) 中央政府の補助金システムは、1952年に、現在の社会福祉・公衆衛生・文化省の前身であるソーシャル・ワーク省が設立された時に開始された。社会福祉行政をめぐる政府と民間の関係については廣瀬(1988)を参照されたい。
- 6) 1983年現在で、オランダの65歳以上人口の約9%がサービス・ホームに居住し、約7%がサービス・フラットで暮らしている。そして、約2.5%がナーシング・ホームに居住している。[Tenhaeff (1983) p. 11]
- 7) この他に、サービス・ホームやサービス・フラットに隣接して高齢者用小住宅を建設しているところもある。[Ministry of Housing and Physical Planning (VRO) (1980) pp. 9-12]
- 8) 次の表は、サービス・ホームに居住する者のうち公的扶助を受けている者の割合を時系列に見たものである。

	居住者数	居住者のうち 公的扶助受給者数	割合
1969	100,350(人)	63,707(人)	63.5(%)
1970	108,875	73,296	67.9
1975	134,680	102,000	75.7
1978	134,638	99,974	74.3
1980	135,242	105,000	77.6
1983	134,733	108,000	80.2

出典: Netherlands Central Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of the Netherlands* [各年度版] より

- 9) サービス・ホームへの入居条件は、ソーシャル・ワーカーが申請者の自宅へ赴いて、本人の生活環境について調査を行った上で、地域に設けられた入居査定委員会が審査を行い決定する。申請者に対して行われる調査は4段階に分けられている。すなわち、①身体条件(ADL調査に基づく)、②家事能力(料理、清掃など)、③心理的側面(社会参加の度合など)、④現状の居住環境(広さ、階数など)である。[Hendriks(1978)]
- 10) オランダでは、あらゆる世帯が適当な家賃で質のよい住宅に住めるように家賃補助を行っている。同制度は1970年に始まったが、一定の家賃額(1983年現在で月額650ギルダー)以下の住宅に住み、低所得者であれば、課税対象となる所得の12%以上が家賃として費やされている場合、それを越えた分について補助金が支給され

- る（所得に応じて60%から100%まで）。1983年現在、同制度を利用しているのは約60万世帯であるが、そのうち約半数が65歳以上の世帯である。〔Ministry of Housing, Physical Planning and Environment (VRO) (1984) pp. 29-31〕
- 11) 特別医療費用法(AWBZ)は、長期化した疾病、あるいは重病の患者を保護する目的で制定された。同制度は、全住民を対象とした国民保険制度であるが、拠出は被用者の所得に応じて使用者が負担する(1988年現在で賃金の4.55%)。但し、16歳以下と65歳以上の者には拠出の義務はない。1980年より、在宅看護の費用にも同制度が適用されるようになった。〔Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1982) (1987)〕
- 12) 第二次5か年計画書のタイトルは、「知らずに年をとること」と題されているが、その意味は、個人の壮年期から老年期への転換は、その者の人生を分断することなしに人目につかずに行わなければならないことを示している。〔Spaandonk (1976)〕
- 13) 医療供給の効率化をはかるためと、地域医療を促進する目的から、1979年に病院サービス法(Wet Ziekenhuisvoorzieningen)が制定され、全国が25の医療地区に分けられた。〔Passchier (1986) p. 23, Bruin (1987) pp. 25-26〕
- 14) デイ・ケア・センターは、1977年より導入が始まったが、1986年現在、320個所のナーシング・ホームのうち、159個所がデイ・ケア・センターを設けている。〔Jongeneel (1986) p. 13〕
- 15) サービス・センターは、主に高齢者の社会参加を促すための地域施設として1964年から設置されているが、1977年現在で既に400のプロジェクトに約50万人の高齢者が参加している。〔Blommestijn (1980) p. 124〕
- 16) Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare (1977)
- 17) オランダでは高齢者組織もまた、宗派別の3つの団体に分かれて発達してきた。1986年現在、最も会員数が多いのはカトリック団体(KBO)で、約19万人のメンバーを抱えている。続いて無宗派(ANBO)が18万人、プロテスタント派(PCOB)が2万5000人の会員によって組織さ
- れている。これらの団体をまとめるために全国高齢者連合組織(COSBO)がその本部をウトレヒトに構えている。COSBOの目的は、高齢者が他の世代と平等に社会参加ができるようにすることであり、そのために積極的に施策などに発言を行っている。また、高齢者組織には50歳以上になれば加入できることから、退職などを含めた高齢者の労働問題についてもCOSBOの関心は高い。COSBOの他にも、施設に居住する高齢者の組織(LOBB)が、居住施設の生活条件を改善するために活動を行っている。この活動には約600の団体が参加している。〔Wehkamp (1986) pp. 3-5〕
- 18) 在宅サービスの主な担い手の数を住民2,500人当たりで比較したものが以下の表である。
- | | | |
|------------|-------------|------|
| 一般開業医 | 住民2,500人当たり | 1人 |
| 歯科医 | | 1人 |
| 心理療法士 | | 1.2人 |
| 訪問看護婦 | | 2人 |
| ソーシャル・ワーカー | | 0.6人 |
| ホームヘルパー | | 6.6人 |
- 〔Central Council of Homehelpservice (1985) p. 23〕
- 19) PIの組織規模はまちまちであり、組織数などを正確に把握することは難しいが、100人以上の職員を抱える団体は、全体の約5%にすぎないといわれる。むしろ、その半数が職員数5名位の規模で活動していると報告されている。しかし、政府と民間の福祉サービスの担い手の比率は1:9で民間にウエイトが大きくなっている。〔Kok (1986) p. 11〕
- 20) Centrale Raad voor Gezinsverorging (1985) pp. 23-24
- 21) 一般障害給付法(AAW)は、1976年に成立した、全国民を対象とする国民保険制度である。障害を持つ前に所得を得ていることが受給の条件として上げられているが、1980年より家事労働をする主婦の職にも同様の受給資格を認めることになった。拠出額は被用者の賃金に応じて使用者が負担する。(1988年現在で賃金の6.2%)
- 22) Stijd-Groenewegen (1984) pp. 24-25.
- 23) 公衆衛生プログラムを完全に民間が行っていたこともオランダの特徴といえよう。それを証明

する事件として、フランスの医療チームがかつてオランダを訪れた際に、住民を対象とするレントゲン・プログラムが行政機関を通じて行われていないのを見てオランダでは公衆衛生制度が遅れていると評価したことがあった。しかし、事実はオランダの方がフランスより当時、検診参加者が多かったことが明らかにされている。

[Idenburg (1984-85) p. 126]

- 24) クロス組織の活動の内容については、The National Cross Association (1987) が詳しい。
- 25) 地域医療の拠点として設立されたヘルス・センターには、一般開業医（家庭医）と訪問看護婦とソーシャル・ワーカーが最低一人ずつ配置されて協働しているが、その数は1973年には全国で14箇所であったものが、1983年には120箇所に増えている。[Social and Cultural Planning Office (1984) pp. 31-36]
- 26) オランダでは、福祉サービスのうち専門職員によって行われ、その費用も国民保険や国庫補助金などによって制度的に保障されているものをフォーマル・サービスと呼び、それに対して家族・ボランティアなどによる援助をインフォーマル・サービスと呼んで、両者を統合することも在宅福祉政策の一環として重視している。[Koot (1985) pp. 2-3, p. 9]

参考文献

1. Blommestijn, Pieter, (1980), "Open Care for the Elderly: The Netherlands", in Anton Amann (ed.), *Open Care for the Elderly in Seven European Countries: A Pilot Study in the Possibilities and Limits of Care*, (Pergamon Press, Oxford, ch. 6, pp. 117-142.
2. Brenton, Maria, (1982), "Changing Relationships in Dutch Social Services", in *Journal of Social Policy*, vol. 11, Part 1, 1982, pp. 59-80.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek (Netherlands Central Bureau of Statistics), *Statistical Yearbook of the Netherlands* [各年度版]
4. Central Council of Homehelpservices, (1985), *Homehelp Services in Practice*, (Central Council of Homehelpservices, Utrecht)
5. Centrale Raad voor Gezinsverzorging, (1985), *International Council of Homehelp Services: National Reports*, (Centrale Raad voor Gezinsverzorging, Utrecht)
6. Driest, Piet, (1985), *Social services and the Elderly in the Netherlands*, (Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid, 's-Gravenhage)
7. Hendriks, G., (1978), *New Trends in Social Welfare Policy in the Netherlands*, (Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare, Rijswijk)
8. 広瀬真理子 (1988) 「オランダの社会福祉行政の事情」(『週刊社会保障』Vol. 42 No.1511 pp.22-25)
9. Idenburg, A., (1985), "The Dutch Paradox in Social Welfare", in Catherine Jones, Maria Brenton (eds.), *The Yearbook of Social Policy in Britain 1984-5*, (Routledge & Kegan Paul, London), CH. 7, pp. 123-143.
10. Jongeneel, Frits, (1986), "Nursing Homes Reaching Out", in National Ziekenhuis Instituut, *Institutional Care for the Elderly: Projects for the hospital Institute of the Netherlands*, pp. 13-17.
11. Knipscheer, C. P. M., (1982), "Aspects of Family Care for the Elderly". (Paper presented at European Workshop "Policy Issues in the Health and Social Welfare of the Elderly", 14-17 September 1982, Luxembourg)
12. Kok, Adrian De, (1986), "Dutch Professional Care in the Eighties: Some aspects esp. in relation to the role of social worker", (Paper presented at ICSW Preconference, Osaka Seminar 23-26th August 1986 Japan)
13. Ministry of Cultural Affairs, Recreation, and social Welfare, (1977), *Pass 65 for the aged in the Netherlands*, (Fact Sheet on the Netherlands) (Ministry of Cultural Affairs, Rijswijk)
14. Ministry of Housing, and Physical Planning, (1980), *Housing for the Elderly in the Nether-*

- lands, (Ministry of Housing and Physical Planning, 's-Gravenhage)
15. Ministry of Housing, Physical Planning and Environment, (1984), *The Financing of Housing and housing Subsidies in the Netherlands*, (Ministry of Housing, Physical Planning and Environment, 's-Gravenhage)
 16. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (1982), *Social Security in the Netherlands*, (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 's-Gravenhage)
 17. Munnichs, Joep, (1978), *Voorzieningen voor ouderen: visie op ouderdom*, (Van L Loghum Slaterus, Deventer)
 18. Passchier, Jannet, (1986), "Planning of Nursing Homes", in Nationale Ziekenhuis Instituut, *Institutional Care for the Elderly*, (Nationale Ziekenhuis Instituut, Utrecht)
 19. 佐藤進(1985)「オランダの社会福祉行政の一考
 - 察—高齢者行政を中心に」(『日本女子大学紀要』文学部第34号, 昭和60年3月, pp. 71~80)
 - 20) Spaandonk, J. W. M. Van, (1976), *1975 Memorandum of Policy relating to the Care of Aged*, (Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Work, Rijswijk)
 21. Stijk-Groenewegen, H.A., (1984), "Homehelp Services and the changing needs of clients", in International Council of Homehelp Services, *Report of 4th International Seminar of Home Help Services: Cambridge*, pp. 22-28.
 22. Tenhaeff, Carel, (1983), *Aging in the Netherlands: The Elderly and Family Affairs (1983: 2)*, (Netherlands' Federation for Policy on Aging (NFB), 's-Gravenhage)
 23. Wehkamp, Th. F.W.M (1986), *Organizations for the Aged in the Netherlands*, (NFBの資料より)