

## オランダにおける高齢者のインフォーマル・ケア

マット H. J. M. クナッペン  
ヤン M. L. ヨンカー  
訳：都賀 潔子

章にて結論をひきだす。

### 1. はじめに

過去数十年にわたって高齢者へのインフォーマル・ケアの重要性はオランダ政府により、ますます認知されるようになってきた。インフォーマル・ケアが専門的ケアにより後方に押しやられた時期（1960年～1970年）を経て、その反対のことが現在（1980年以降）起きつつある。政府は、このような、無給・非専門的ケアが入手できることは、『思いやりのある社会（caring society）』の概念の隙間を埋め、ケア制度にかかる集約的な経費の上昇に歯止めをかける良い機会とみなしている。

それにもかかわらず、インフォーマル・ケアが何を意味するのかは、必ずしも常に明確なわけではない。本稿ではそのため、人口動態的データと、利用可能な専門的ケアの利用状況について事実を提示し（第2章）、さまざまなインフォーマル・ケアの形態を検討し（第3章）、インフォーマル・ケアの性質と幅の広さについてのデータを提示し（第4章）、特に高齢者に対するインフォーマル・ケアについて第5章で検討する。最後に、インフォーマル・ケア（非専門的ケア）が得られる可能性と公的ケア（専門的ケア）の提供状況との関係について、最終

### 2. 高齢者／ケア・サービスそしてその利用

オランダの人口1,480万人のうち、約190万人が65歳以上である。20歳以下の人口は減っており、高齢者の数は増えている。2000年までに、後期高齢者（80歳以上）の数は25%以上増えることになる。高齢者の約1/3、特に後期高齢者は単身である。80歳以上の高齢者で自分の子どもと同居する人の割合は、ここ数年で増えている（5%から今日では15%）とはいえ、高齢者のうち自分の子どもと同居する人は少ない。さらにこのグループでは、女性の数が急激に増えている（57%）。

高齢者の1/6は社会的最低生活と同等の可処分収入（expendable income）を得ており、これらの人びとの多く（25%）は単身であるか80歳以上（25%）である。高齢者の1/10は老人ホーム（residential home）かナーシング・ホームに居住している。前期高齢者（65～80歳）の5%ならびに後期高齢者（80歳以上）の33%は、このようなホームに居住している<sup>1)</sup>。老人ホームまたはナーシング・ホームに生活する人びとは、ほとんどそれらのホームで亡くなるこ

とはない。年間で高齢者の約15%が病院に収容される。

公的資金により運営される家事ホームヘルプサービス制度では、フルタイム4万人分の仕事をカバーし、10万人の従事者を抱える。従事者のほとんどは、女性のパートタイマーである。在宅介護サービスも行っている、いわゆる『十字協会』や『在宅看護協会』の類の組織は、1万人以上の人びとを雇用している。オランダには、約6,500人の家庭主治医（general practitioners—住民2,300人に1人）、7,500人の家庭歯科医（home dentist—住民2,000人に1人）、12,000人の医療専門家（medical specialists—住民1,200人に1人）がいる。収容型ケアの状況は以下のとおりである。病院ベッド65,000床（年間150万件の入院）、高齢者のための生活施設（老人ホーム）13万5,000床、ナーシング・ホームに5万床。これらには、精神病院や精神薄弱者のための施設のベッド数は含まれない。これらの病院やホームの他に、高齢者福祉財団（Foundations for the Welfare of the Elderly）が223団体あり、数千人の人びとを雇用し、あらゆる社会・文化的活動やレクリエーション活動を、それぞれのセンターにて提供している。サービスには食事サービスや緊急通報サービス、情報提供や相談事業等が含まれる。

以下の表は、高齢者を対象とするさまざまなサービスの年間利用状況の概観を示すものである。

これらの在宅ケア施設を利用する高齢者は、かなり集中的に利用することに留意されたい。『在宅看護協会』の類（十字協会等）を利用する人びとの2/3が高齢者である。かれらは、家事ホームヘルプサービス制度や十字協会によっ

表1 高齢者によるさまざまなサービスの年間利用状況（1回以上のコンタクトがあった人びとの割合：%）

	男性	女性	合計
医療専門家			54
家庭主治医 (GP)			80
地域保健婦	5	3	
家事援助サービス	9	12	
高齢者福祉財団			3

て提供される個別のサービスの75%以上を消費している。

病院では、延べベッド専有日数の合計の40%が高齢者によって占められる。高齢者に対する国家的経費は1981年で230億米ドルであり、2000年までに、人口動態の変化を基にしただけでも、280億米ドルにまで増えることが予想されている（高齢者年金は100億米ドルから140億米ドル、ケア費用が110億米ドルから130億米ドルに増えることが予想されている）。

### 3. さまざまな形態によるインフォーマル・ケア

専門的ケアのカテゴリーに属さないあらゆるサービスが、インフォーマル・ケア<sup>2)</sup>の範疇に入る。このタイプのケアは、公共政策の中で経済効率等を考えて計画されたものではなく、また、非専門的要素を多く持っていることから、インフォーマル・ケアとよばれる。この脈絡からいくと、正式の経済とインフォーマルな経済との共通性を見ることができる。インフォーマルな経済では、たとえば、社会保障の給付を受けつつ行われる、不法な『黒い仕事（税金や社会保険の掛金を支払わない）』、『灰色の回路（闇と白日の仕事の中間にある、または、正式

雇用と不法雇用の中間にある)』と『無償の仕事(ボランティアな働き)』との分類が可能である。このような闇・灰色・ボランティアな仕事の分類の仕方は、ケア・セクターにも適用できる。しかしながら、インフォーマル・ケアにおける最も重要な区別は、自助、家族による援助、近隣による援助、そしてボランティアな援助の間におけるものである。

人は通常、自分自身の面倒をみている(セルフ・ケア)。すなわち、洗濯、身支度をする、トイレに行く、食事をする、等〔一般的日常生活動作—GDL〕や、買い物、料理、掃除〔家事関連日常生活動作—DDL〕等を行っている。もちろん、人はまた、人間関係等、精神的または社会的サポートがなければやっていけない。『自助』については、サービスの繋がりは最も短距離かつ最も直接的であり、提供者と受領者が同じである。さらに、物理的かつ家事的な面に加え、自分自身に自信を持つという、社会・心理的側面もある。自助グループは、同じような問題に苦しむ人びとに援助を与えるため、自助を集合的なレベルで行う。経験交流、心理的援助やサポートが実際に提供される<sup>3)</sup>。自助グループはまた、その他の集団的な関心事について援助するためにも存在する。たとえば、特殊な病気の患者やアルツハイマー病の家族等の援助のためのものである。

絆によるケア(bond care)—または家族による援助—は、あらゆるインフォーマル・ケアに適用できる言葉であるが、特に家族による援助に適用される。この中には、中核的かつ継続的、法律的かつ道義的に期待される援助が含まれる。限定された自助(たとえば、小さい子ども

に対する)に限らず、家事関連日常生活(DDL)への援助(料理、洗濯等)も含まれる。これらの活動は、生物学的に決められた男女の役割分担と切り離すことができない、歴史的に効率良く、文化的に好まれてきた役割分担の根底をなすものである。『絆によるケア(bond care)』によって意味されるものは、家族計画や女性の解放の進行があるにしても、核家族(夫・妻・子ども)における男女の役割分担に関連する伝統的役割の果たし方である。これらの伝統的役割に加え、家族に心理的援助を与えることになる、友人との温かい関係もある。

多くの場合、『絆によるケア(bond care)』は、温かい関係(家族や友人)を越える援助の提供を示すこともある。

『近隣性(neighborliness)』がこのような援助を示す集合的な言葉であり、当然のことながら、友人や知人による努力も含むことになる。地理的近さ、相互性、意味ある相互関係、人間性が最も大切な前提条件であるが、中でも相互性が最も重要である。さらに、この手のケアは通常、家族によるケアよりも、継続性や集中度が低い。緊急時、または非常に短期間のみ、このようなインフォーマル・ケアに頼ることができる。また必要が生じた場合、後にその行為が報いられることが前提になっている。しかしながら、このような前提は、家族の移動性が増えてくるに従って消えつつある。

『組織だったボランティア・ケア』は、いわゆる伝統的な意味あいでのインフォーマル・ケアを示す表現である。公的(フォーマル)ケアの組織的な特徴を備えてはいるが、動機づけの点からみると、近隣援助に類似している。援助

者とクライアント（受け手）との間に以前からの関係はない。この関係は、むしろ、需要と供給の関係に基づいている。しかしながら、ボランティアの社会・規範的背景や個人的動機を除外するものではない。社会的接触や自分の時間の有効な使い道を見つけるばかりではなく、ボランティアの自己啓発、技術の保持、クライアントとの相互的な連帯感等も重要である。ケアの提供者と受け手との間の鎖は、ボランティア・ケアでは最も長い。伝統的なボランティア活動には、10万人以上の主として女性のボランティアたちが積極的に活動している<sup>4)</sup>。その他のボランティア活動、たとえば、組織の理事として活躍する、といったものはここでは言及しない。

#### 4. インフォーマル・ケアの需給関係

ケアの需要量は、洗顔、身支度、トイレ等のGDLや食事の用意や洗濯、アイロンかけ、掃除等のDDLの問題の発生とともに測定することができる。高齢、病気または障害の発生によるセルフ・ケアの問題は、19歳以上の人口の10%（100万人）に発生する。DDL問題（7.5%）は、GDL問題（4%）より発生率が高いが、これらの問題の全てがケアを必要とするわけではない。しばしば、適切な資源が入手可能であったり、まわりの環境から援助を得ることができたり、住宅状況が適切に調整されたりできる。この問題をよりよく理解するため、典型的な高齢者の家庭内の事情を説明する<sup>5)</sup>。

高齢者の1/3が一人暮らしであり、56%はだれか他の人と同居している<sup>6)</sup>。一人暮らしの女性のうち、50%が処方された薬を飲んでお

り、25%は特殊な食事療法にかかっている。一人暮らしの女性のうち、1/10が補助具（補聴器や義足等）を使用している。約14万人の高齢者の環境は状況に応じて調整され、同様の人数の高齢者が調整を必要としているが、まだ対応されていない。

GDL、またはDDL問題を抱える人の大半すなわち、75%（75万ケース）、または総人口の約8%がケアを必要としている。これらのケースの62%でインフォーマル・ケアが行われており、16%（9万ケース）は必要なケアが受けられていない。このようなセルフ・ケアの課題は、圧倒的に、単身の高齢者に出現し、高齢者人口の中で、需要と供給間の差異が非常に大きい（高齢者の31%がケアを必要とし、若年者は6%）。単身の高齢者ならびに高齢の女性が最もインフォーマル・ケアを受ける率が低く（47%）、専門的ケアまたは公的ケアを受けるのは単身の高齢女性が最も多い。需要と供給の間の差異はさらにDDLよりGDLの方が大きい。このことはDDLよりGDLの方が継続性が高いためであるかもしれない。

自助グループの出現は、比較的最近のものであるにしても、自助、またはセルフ・ケアは最も多くみられるケアのタイプである。グループそのものによってケアが提供され、同じような問題を抱えていたり、経験をもっていたりする人びととの接触を基盤としているため、専門的ケアと比較しての、このような援助のタイプの効率（効果）は必ずしも明確ではないが、効果が薄いというわけでもない。（自身による選択や動機づけが重要な要素であろう。）専門的ケアと比べてのサービスの質や協力の度合いは非

常にまちまちであるが、自助グループは慢性的な障害に対する専門ケアの代替を意図していたり、病気等に対する専門ケアの補完的なものを意図していることが強みとなっている<sup>7)</sup>。

国民の1/4が、自分の家庭以外の所で、無償の非組織化された形で、GDL または DDL へのインフォーマル・ケアを提供している。30～60歳の女性の3人に1人、また60歳以上の女性は8人に1人（しばしば単身の女性である）がこの中に入る。多くの社会的コンタクト（大規模な社会的ネットワーク等）を持っていれば、その発現率は特に高い。国民の約3%（32万人）が、5年以上インフォーマル・ケアを提供している。

インフォーマル・ケア提供者のうち6人に1人は、週に20時間以上のケアを提供している。8人に1人は10～20時間、4人に1人は6～10時間、2/3以上が週に5時間以下のケアを提供している。さらに、インフォーマル・ケアは、援助を提供することによって成立している。インフォーマル・ケアのケースの10%のみが、明確にケアを要求されたものである。GDL 課題より DDL 課題への需要の方が多い。

高齢者の約1/5が、週に平均18時間以上、インフォーマル・ケアまたはボランティアなサービスを提供している。高齢者の42%は、インフォーマル・ケア提供への関わりが6時間以上である。これら的高齢者のほぼ半数が、特定の関心を持つグループ、患者組織の活動、自助グループの活動、組織化されたボランティア活動に少なくとも週に3時間は参加している。自分自身の関心グループを除くと、高齢者は若年層より多くの時間をインフォーマル・ケアの提供に

費やしている（高齢者の44%が12カ月以上）。

単身の女性より、単身の男性の方が、比較的家事に関わるケア（個人的援助、公的資金により提供される家事ホームヘルプ、姻戚による援助等）を受ける率が高い。GDL または DDL 課題は、未婚の男性グループの1/5、女性の1/5にみられるが、未婚の『一人暮らしではない』グループ（30%）における利用率が高い<sup>8)</sup>。このようなセルフ・ケア課題を抱える人びとの約1/4が、他者の援助を必要としながらも援助を得られていない（全国的には、約3万人の高齢者）。ここで言及されるケースの16%は、家庭内で必要なケアが提供され、一人暮らしではない未婚の人びとがその多くを占める。個人的なレベルでは、インフォーマル・ケアを提供するのは、特に女性と一人暮らしの人びとである。同様に、女性と一人暮らしの人びとが最も他者からの援助を受けている。他者を援助しようという意欲は、他者との関係や地理的近接性に左右されるようである<sup>9)</sup>。

オランダのほぼ80%の高齢者は、住居事情によってそのニーズが満たされ、残りのニーズの50%は、専門的な家事ホームヘルプまたは、（増加しつつあるのは）私的な援助によってまかなわれている。高齢者のわずかに10%のみが、対人ケアを必要としているようである。ほとんどの部分、公的資金が導入されている在宅介護協会や専門的家事援助（時には病人の世話を専門とするものもある）、私的な看護婦等によるサービスに依存している。自助ならびに絆によるケアはそのため、専門的援助よりも量的な提供が重要な要素となる。個人的な援助の可能性に限界があった時のみ、家族によるインフォーマル・ケア（25%）、私的なケア（6～16%）、または近隣・友人・ボランティア（10%

以下)による援助に加えて、公的資金により支えられている公的なケアを求めることになる。

他の調査からは、『家庭を離れた』家族や友人・隣人等によるケアは継続性がなく、ささやかな好意に頼っている(娘の場合は除く)ことがよく知られている。通常、人びとのこのようなケアからは多くを期待することはできない。特に長期の場合やニーズが複数に渡っている場合は困難である。個人のケアに頼る場合、『中断』の危険性をはらんでおり、そのようなこともよく起きる。さらに、プライバシーの理由から、家族や友人の輪以外からの身体的、または対人的ケアを得ることを好むのが通常である。隣人・友人・知人の場合、後の相互的返礼の可能性が大きな役割を果たしている<sup>10)</sup>。医療援助は典型的に専門家の手に残されているものであるが、それに加えて、専門的身体的ケアや専門的家事援助が、多く期待されるようになってきている。

高齢者の収入や高齢者向けの商業的サービスは、今後増えることが期待されている。それにもかかわらず、実質的な収入の上昇は非常に低いことが予測されている<sup>11)</sup>。つまり、商業的なケアは、比較的裕福な高齢者にのみ入手可能であり、裕福とはいえない高齢者は、インフォーマル・ケアや公的資金を得られるケアに逃げ込むしかない。高齢者の約60%が月収2,000ドル以下であり、商業的ケアはほとんど慰めにならないということになる。

## 5. 後期高齢者へのインフォーマル・ケア

19歳以上の人による公的ならびにインフォー

マル・ケアの参加に関わる調査は、64歳以上の人びとも多く含むものであるが、この調査からインフォーマル・ケアの提供と受領の状況がうかがい上がってくる<sup>12)</sup>。もし、インフォーマルな活動の概念が、関心事ごとのグループや患者グループ、消費者グループの援助も含むが、未組織の自助を含まないとするならば、若年層および高齢者によって提供されるケアの量は同じである(両方とも1/6)。にもかかわらず、インフォーマルな活動に費やす時間の量は異なる。若年層の55%は、多くともインフォーマル・ケアに週に3時間しか費やさない。若年層の26%のみがインフォーマル・ケアに週に6時間以上を費やすのに対し、高齢者の45%が週に6時間以上を費している。もし、病人・障害者・心理的または社会的ケアに関わるインフォーマル・ケアに絞るならば、高齢者はこの手のケアには1/5しか費やさず、若年層は1/3である。

ケアの持続性も異なる。若年層によって提供されるケアは、1/3が2カ月以下、さらに1/3が1年以上。高齢者の場合、1/5は2カ月以下、ほぼ半数が1年以上である。

家族援助の場合、伝統的な男女の役割分担がしばしば持続している。家族構成員が多くいる場合、家族援助を受ける機会が多い(他者による一定の責任の遂行、主婦があてにできない等)。しかしながら、単身者の場合、以下のような状況になる。単身男性は、毎日の生活を保持するために、こどもたちから援助を受けることがしばしばあるのに対し、単身女性は家族よりの援助をうけることは少ない。このことはつまり、高齢の単身の女性は年齢にかかわらず友人等からの援助に依存することが多いことになる。

74歳以上の人びと700人をランダムに調査したところ、74歳以上の後期高齢者<sup>13)</sup>の家事状況について、以下のようなことが浮かびあがってきた。56%が単身で居住し、ほんの1/3だけがパートナーと同居している。70%以上は初等教育しか受けていない。40%は結婚している、またはパートナーと同居しており、そのうち50%は未亡人であり、Tjadensによって調査されたそれぞれ59%と29%に対比する数値となっている。このような後期高齢者の1/5は老人ホームに居住し(12%)、またはナーシング・ホーム(8%)に居住している。

後期高齢者のほぼ43%が、GDLやDDLに制限はなく、比較的高いバイタリティを保持している。後期高齢者の約40%が重度の障害をもち、残りは若干または中度の障害をもっている。インフォーマル・ケアを受けている後期高齢者の割合は、身体的な能力の減退とともに増える。完全に元気な高齢者の42%がインフォーマル・ケアを受けている。中度または重度の障害をもつ場合は76%である。最重度の障害をも

つ者の50%がインフォーマル・ケアを受ける候補になっているが、実際には4%しか家事援助を受けていない。このような人びとの50%は、ナーシング・ホームに居住しており、16%が老人ホームに居住していることに留意されたい。元気な後期高齢者のうち、7%は老人ホームに居住しており、重度障害の高齢者のうち、16%は如何なる形の専門的ケアも全く受けていない。中度または軽度の障害高齢者のうち、25%は家事援助サービスのケアを受けている。33%は家事援助サービス、または在宅看護協会の援助を受けている。25%は老人ホームに居住しており、5%はナーシング・ホームに居住している。最後に、最重度の障害をもつ後期高齢者の約20%が(専門的かつ集約的に基金を得ている)家事援助サービスまたは在宅看護協会の援助に依存している。すなわち、『ニーズに合わせたケア』は、後期高齢者についてはあてはまらない。

身体的能力と、ケアの需要とには直接的な因果関係はない。私的なケアは、高齢者の13%に

表2 重度の制限をもつ場合または全くもたない場合の受けた援助タイプ別の対応度(%)

	インフォーマル・ケア 以外		インフォーマル・ケア	
	受けない	受けた	受けない	受けた
個人的援助				
制限なし				
全く利用していない	33	14	30	7
在宅看護婦/ホームヘルプ*	4		2	
老人ホーム	7		2	
重度の制限				
全く利用していない	1	2	10	5
在宅看護婦/ホームヘルプ*	1		13	2
老人ホーム	9		14	
ナーシング・ホーム	38		4	

\*: 在宅看護婦→在宅看護協会  
ホームヘルプ→家事援助サービス

より要求されているのに対し、ホームケアは47%、居住施設におけるケアは40%である。能力に制限が全くないまたは若干しかないグループ、および中度～重度の障害がある場合の区分をした場合、元気な高齢者の居住施設におけるケアの需要は29%であり、後者は52%である。

## 6. 結 論

1980年以来、ボランティア活動やその他のインフォーマル・ケアは、公的政策において重要な役割を果たしてきた。政府はケアの消費者とインフォーマル・ケアを、専門的ケアの費用を抑制するための大切なパートナーとして考えるようになってきている。患者や消費者（クライアント）の組織化の増加、いいかえるならば、ケアの消費者の潜在力の増加は、公的援助の増加に伴って起こってきている。政府の態度の変化は、専門的ケアの費用の抑制ができないことによるものであることは想像にかたくない。ケアの質や在宅看護の場合の個人的状況からの好ましくない遊離に対する憂慮も、政府の立場の変化に関与しているようである<sup>14)</sup>。

インフォーマル・ケアの受け手との関連における、インフォーマル・ケアの性質、規模、幅等からみると、後期高齢者、単身高齢者、女性高齢者の場合、その提供力の不足が明確にみとれる。インフォーマル・ケアの提供者はしばしば、後期高齢者を含む援助を必要とする人の増加に合わせて援助を提供することについて、過重な負担を強いられている。絆によるケアの提供者（家族や近隣）への一時的な救済としての専門的ケアの関与は、比較的近年の発展である。そのことは、インフォーマル・ケアの提供

者への感謝や懸念が残されていることを示す。経費は稀にしか償還されず、法的信頼への保護はしばしば欠落している。インフォーマル・ケアの提供者は、しばしば専門的ケアの立場からは、『ないよりまし』としか認められていない。インフォーマル・ケアのタイプ、強度、期間は専門的援助者のきまぐれ（専門家ができない／やりたくない）に左右される。そのため、インフォーマル・ケアの基盤は少しずつ侵食されている<sup>15)</sup>。

インフォーマル・ケアは常に、『文化的遅れ』のため障害にあたる。政府の政策は家族を社会において最も多い形態として、焦点をあてているが、このような関係こそ、高齢者には最も少ない形態である。インフォーマル・ケアの提供者と公的ケアとの協力こそ、われわれが『思いやりのある社会』を確立しようとするならば必須の事項である。

### 注

1) Social and Cultural Planning Office, Social and cultural report 1990 (Sociaal en cultureel rapport 1990), VUGA, the Hague, 1990.

2) これは以下による。

—Yoder J. A., Jonker J. M. L. and Leaper R. A. B., Support Networks in a Caring Society, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht/Boston/Lancaster, 1985.

—Knapen, M. and Heerdink, H. Can it be a bit more? On the care capacity of society, (Kan het een beetje meer zijn? Over het zorgvermogen van de samenleving), ITS, Nijmegen, 1988.

—Boot J. M. and Knapen M. H. J. M., Dutch Health care (De Nederlandse gezondheidszorg), Spectrum, Utrecht/Amsterdam, 1990 (sixth edition).

—Knapen M., Family care: Government policy,



- Statistics and Trends (Thuiszorg en mantelzorg : overheidsbeleid, onderzoeksgegevens en trends). An introduction to the theme evening "The Position of the Family in Home Care," sponsored by the Wageningen Women's Council, 12 November 1987, Vredehorst, Wageningen.
- 3) —Geelen K., Self-initiated activities in caring. (Eigen initiatieven in de hulpverlening), IVA, Tilburg, 1988 を参照せよ。
- 4) —Volunteer Policy. Interdepartmental Working Group on Volunteer Work Policy (Vrijwilligersbeleid. Interdepartementale Werkgroep Vrijwilligersbeleid), Ministry of Welfare, Public Health and Culture, Staatsuitgeverij, Rijswijk, 1980.  
—Hoekendijk L., Volunteers in caring (Vrijwilligers in de hulpverlening), Van loghum Slaterus, Deventer, 1981 を参照せよ。
- 5) これらの統計は、以下より得た。  
—Jansen T., Romijn C. and Woldringh Cl. (eds.), Demonstration Projects on Substitution in the Care for the Elderly : The begin phase. (Onderzoek Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid ; het onderzoek naar de projecten in de beginfase), ITS, Nijmegen, 1989.
- 6) 74歳以上の高齢者のいる世帯に関わる統計によれば56%が単独居住であり、1/3のみがパートナーと暮らしている。70%以上が初等教育しか受けていない。40%が現在も結婚している、または同居しており、50%が未亡人である。(Tjadens の統計ではそれぞれ59%と29%である) 20%は居住型のホームかナーシング・ホームに居住している。—Jansen T. a. o. o. c., page 309 を参照せよ。
- 7) —Geelen K., Self help under the magnifying glass. (Zelfhulp onder de loupe), IVA, Tilburg, 1987 を参照せよ。
- 8) 高齢者のケアの代替に関わるグループ・デモンストレーションプロジェクトの調査によれば、75歳以上の高齢者の40%はGDLやDDL活動に(非常に)重度な制限があり43%は全く制限がない。
- 9) —Tjadens F., o. c. を参照せよ。
- 10) —Agthoven W. M. van, Care as needed. (Zorg op maat), Amsterdam, 1985.  
—Knapen M. a. o., Can it be a bit more?, o. c.  
—Langeveld H. M., Binding in freedom. (Binding in vrijheid), Staatsuitgeverij, The Hague, 1985 を参照せよ。
- 11) 社会・文化計画事務所の計算によれば、平均上昇率は1%に満たない。  
—Social and Cultural Planning Office, Income during old age, SCE, Staatsuitgeverij, Rijswijk, 1990 を参照せよ。
- 12) これらの統計は以下より得た。  
—Tjadens F. en Woldringh Cl., Informal care in the Netherlands : Self-help problems, need for care, and practical help. (Informele zorg in Nederland. Zelfzorgproblemen, behoefte aan zorg en praktisch instrumentele hulp.), ITS, Nijmegen, 1989.
- 13) これらの統計は以下より得た。Jansen T. a. o. o. c.
- 14) Philipsen H., Home care : Emancipation or new market (Thuiszorg : emancipatie of nieuwe markt.), ATIS, Utrecht, 1988 を参照せよ。
- 15) Knapen M. Volunteers as toys (Vrijwilligers als jojo), 出典 : Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1990, 10.  
(Mat H. J. M. Knapen オランダ社会科学研究所長)  
(J. M. L. Jonker ネイメーヘン大学教授)  
(つが・きよこ 国際社会福祉協議会日本国委員会)