

オランダの高齢者福祉サービスにおける「民間」の役割

廣 瀬 真理子

I はじめに

少子・高齢社会の到来と、低経済成長下での財政逼迫から、福祉国家の改革がさかんに行われているが、その具体的方策として規制緩和と民営化政策が各国で検討されている。とくに、1980年代に、イギリスで吹き荒れた民営化の嵐が大陸諸国にも及び、ここにとりあげるオランダでも、福祉国家を変革する重要な柱として、社会保障・社会福祉分野での規制緩和と民営化政策にかんする論議が呼び起こされた。

社会福祉サービス分野についてみると、公的部門の負担を軽減するために、西ヨーロッパ諸国では近年、民間の非営利または営利団体の活動を促進することや、家族、ボランティア、近隣のネットワークなどを活用する政策が検討されてきた。しかし、それぞれの福祉国家の伝統や社会背景などの違いによって、「民営化」政策の内容は異なっている。

興味深いのは、イギリスや北欧諸国などに比べて、オランダではもともと民間主導によって福祉国家が発展をみたことである。そのため、オランダの福祉サービス分野における民営化政策は、公的部門のサービス供給システムを再編して民間部門の活用をはかる、という文脈よりはむしろ、伝統的にサービスの運営責任を掌握してきた民間非営利部門によるサービス供給シ

ステム全体を効率的にするように見直すものとなっている。

本稿では、このオランダの「民間主導型」福祉国家における、近年の民営化政策の特徴について考察することにより、民営化政策における議論に新たな視点を加えるとともに、日本の福祉サービスの民営化論に参考とすべき点を見いだすことにしたい。

以下ではまず、オランダの福祉サービス分野における「民間部門」の特徴についてみることからはじめ、なぜ民間主導型の福祉供給システムが築かれたのか、その経緯について概観することにしよう。その上で、最近の福祉サービス分野における民間部門の現状と政策動向について紹介し、日本の福祉サービス供給システムについて考察する上で参考にするべきいくつかの論点を提供することにしたい。

II オランダの福祉サービス分野における「民間部門」の特徴

ヨーロッパ4か国（イギリス、イタリア、ノルウェー、オランダ）における福祉サービス分野の「民営化」にかんする比較研究において、Kramerらは、オランダの福祉サービス分野における民間部門の役割を「制度化された民営化」（institutionalized privatization）と呼んでいる¹⁾。

それは、具体的には、伝統的に宗派別に結成された民間非営利団体 (PI) による福祉サービス分野での活動のことをさしている。オランダにかぎらず、周辺の大陸諸国でも同様に、宗派を基盤とした民間非営利団体が発展をみたが、オランダの場合、その活動がより自律的であり、政府でさえ容易にコントロールを加えられないほど強固な民間主導のシステムを築き上げたことが特徴とされる。

そのほかにも、オランダの民間非営利部門のなかで、福祉サービスを提供する専門職団体と、ボランティア団体とがそれぞれ別個に存在していることがある。つまり、サービスを提供する民間非営利団体は、もっぱら有給の専門職員からなる専門集団であり、ロビー活動やアドボカシー機能を発揮するボランティアを中心とした団体と区別される。そして、専門職集団としてのサービス提供団体が、これまで地域における施設・在宅サービスの提供をほぼ独占的に掌握してきたことが、オランダの福祉サービスの特徴づけている²⁾。

たとえば、高齢者福祉サービスにかんしてみると、高齢者ホームやナーシングホームなどの入居施設のほか、ホームヘルプサービスや訪問看護事業などの在宅サービスもまた、それぞれ宗派別民間非営利団体を基盤に発展をみている。

そして、この民間非営利団体による専門的なサービスとあわせて、最近では、家族や近隣のネットワークによるインフォーマルな介護もまた、民間部門の活用策として政策的に重視されている。とくに、西ヨーロッパの工業国のなかで、オランダではこれまで女性の労働力率が相対的に低かったことから、家族介護への期待を高めることも政策的に可能であったといえよ

う。

家族介護者の就労状況についてみると、周辺諸国に比べて、オランダでは就労と介護を両立させている人々の割合が小さいことがあげられている³⁾。そのため確かに、保育など子育て面での施策は、最近まであまり重視されてこなかった。しかし、高齢者介護にかんしては、前述したように、家族介護だけでなく、専門サービスが大きく発展をみている⁴⁾。

そのほかの民間部門の活動として、営利部門によるサービスがある。前述したように、1980年代には、営利団体の活用策について活発な議論が展開されるようになった。しかしこれまでのところ、その役割は、民間非営利団体によるサービス提供の不足部分を補完することが主であり、営利部門の活動はまだ、それほど活発ではない。しかし、政策的には、今後の発展がもっとも期待されている部門でもある。

以上のように、オランダの福祉サービスの大きな特徴は、伝統的に築かれた民間非営利団体が、財政責任を政府に負わせて、サービス運営の中心的役割を果たしてきたことである。しかし、最近では、家族やボランティアなどの活用を見直し、また、民間営利団体によるサービスを促進するなどして、この既存の福祉サービス供給システム全体を柔軟かつ効率的にする政策がとられている。

というのも、この民間主導型の福祉国家に対する批判が、公的部門が拡大した福祉国家に対する批判と同様、その官僚化されたシステムや、非効率性などの問題に焦点が当てられているからである。では、オランダではなぜこのように強固な民間主導型の福祉システムができあがったのか、次に、その発展の経緯についてみておこう。

III オランダの民間主導型福祉サービスの展開

オランダの福祉国家の形成過程に大きな特徴を与えた、宗派別民間非営利団体によるサービス供給システムの発展の背景には、歴史的・文化的な伝統の影響が強くあらわれている。なかでも、オランダ特有の社会構造と、そこにおけるキリスト教の教義が、民間非営利団体の活動の基礎を築くものとなった。

ここでいう特有の社会構造の影響とは、19世紀末から1960年代中期にかけて形成されたカトリックとプロテスタントと無宗派に分かれた縦割り社会のことをさす。それらのイデオロギー別の「柱」が、政党から日常のサークル活動にいたるまで市民の生活のなかに浸透していた時代、人々はみずからの属する「柱」のなかで生涯を送ったといわれている。そのため、福祉サービスもまた、宗派にもとづくそれぞれの「柱」のなかで提供されるというシステムがつくり上げられた。

また、キリスト教の教義である「補完性の原則」(subsidiariteitsbeginsel)は、下部機関ができることについて上部機関が手を出してはならない、という原則から、福祉サービスについても、住民の身近に存在する民間団体がまず行うものとされた。その場合の政府の役割はもっぱら、民間が対応できないような場合に限ってそれを行うことができる、というきわめて制限されたものであった。

当初は、教会の財源によって地域ごとに援助活動を展開していた民間非営利団体は、やがて戦後の福祉国家の整備期において、政府から100%またはそれに近い財源を保障されて地域レベ

ルでのサービスの提供の担い手となる。それでもなお、政府には財政責任のみを負わせ、民間非営利団体の活動が自律性を保ちえた理由は、前述した独特の社会構造と補完性の原則を基盤にしていたことに加えて、当時、政権の座にあった宗派政党が、民間非営利団体の活動を支持したこともある。中央政府からの財源が、非営利団体の中央機関を通じてその傘下組織へと配分されるしくみが築かれるようになると、地域ごとにそれぞれ発展をみた民間非営利団体の中央集権化が進んだ。

やがて、1960年代後半に押し寄せた世俗化の波を受けて、民間非営利団体はいっぼうでその宗派色を失いつつ、他方で新たに専門職集団へと変化していった。1970年代以降、高齢者福祉サービスの行き過ぎた「施設化」に反省を加え、在宅政策を中心に据えるような政策転換が行われるなかで、中央政府は、「分権化政策」を通して地方自治体に民間非営利団体をコントロールさせる試みを行ってきた。その結果、民間非営利団体は、新たに再編を迫られると同時に、一部の財源を自治体にコントロールされるようになり、自治体とのパートナーシップを築くことがもとめられるようになった⁵⁾。

政府はさらに、1980年代以降、規制緩和策をとって、福祉サービスの供給システムに営利団体の参入を促すなど、市場競争を取り入れる方法を加えて、民間非営利団体をコントロールすることをねらっている。しかし、民間非営利団体からの抵抗も大きく、そのもくろみは容易に進まないまま、現在の福祉国家の再編期にいたっている。

IV 民間非営利団体による在宅ケアの最近の動向

オランダの高齢者福祉サービスは、地域レベルでの医療と福祉を統合した「在宅ケア」政策を基本に展開されている。在宅ケアの担い手の中心となっているのは、訪問看護とホームヘルプであるが、地域におけるサービス供給システムを効率的にするために、1989年に両団体の中央組織が統合されて「在宅ケア協会」となった。各地域においても両者の統合が進みつつあり、1995年現在、全国の129の在宅ケア協会のうち、44団体が、訪問看護とホームヘルプを統合した組織となっている⁶⁾。この過程で、財源も統一され、両団体の財源は、現在、特別医療費補償制度（長期医療・介護費用をカバーする医療保険）によってまかなわれている⁷⁾。サービスを利用する際には一部自己負担がかかる。

オランダでは、在宅ケアの対象者には年齢制限を設けておらず、高齢者のほかに障害者や妊産婦と乳児に対するケアも行われているが、実際には高齢者の利用割合が最も大きく、サービス全体の約3/4が高齢者に提供されている。

表1は、在宅ケア協会に雇用されている訪問

表1 在宅ケア協会に雇用される職員数
(フルタイム換算)

ケアの種類	1991	1992	1993	1994
ホームヘルプ	40,757	40,678	40,773	—
訪問看護	11,848	12,085	12,406	—
合計	52,605	52,763	53,179	52,498*

*在宅ケア協会に統合されたため、1994年の数値は、合計数で示されている

出典：Schirijvers (ed.) (1997), p. 77 table 1. より

看護婦とホームヘルパーの数の推移を示したものである(フルタイムベースで換算)。1994年現在、両者の合計数は、52,498人となっており、前年に比べてやや減少している。

サービス利用者の傾向として、訪問看護についてみると、利用者全体の数の増加に比べて、一人当たりの利用時間がのびており、サービスがより集中的に利用されるようになってきている。また、ホームヘルプについては、一般の家事にくらべて介護サービスの利用が増えている⁸⁾。

最近の改正をみると、まず、その財源について、これまで特別医療費補償制度でまかなってきた在宅ケアのうち、短期的なケアについては、基礎医療保険でまかなうように変更された(1997年より実施)。つまり、在宅ケアの財源を2つに分けることにより、既存の団体だけでなく、さまざまなサービスの担い手が在宅ケアに参入できるように、システムを柔軟にすることをめざしている。

また、これまで要介護認定やサービスの内容や提供量については、訪問看護婦やホームヘルプの提供団体が決定してきたが、この役割を市町村自治体が設置するサービス判定委員会に委ねる方向での改正も進められつつある。

在宅サービスを提供するに当たって、民間非営利団体の活動は、伝統的に、地域の住民に対して非営利ベースで誠実な活動を行うという姿勢に貫かれており、それが営利団体の活動と区別されるものであった。しかし、最近では、そのような非営利団体の個性が薄まるいっぽうで、医療保険の対象となる専門的サービスの請負い機関としての性格が強まっていることは否めない。

V その他の「民間部門」の活用策

では、民間非営利団体以外の民間部門はどのような状況にあるのだろうか。以下では、家族、ボランティア、営利団体など、その他の民間部門について紹介することにしよう。

(1) 家族などによるインフォーマルな介護

これまで主に女性に期待されてきた、高齢者に対する家族介護は、急速な女性就労の高まりと男女平等政策の波を受けて、現在では、男女がともに就労と介護を両立できるようなシステムづくりがめざされている。

オランダでは、専門サービスシステムが発展する過程で、在宅の高齢者に対する介護に対して、家族による介護と専門サービスが補完的に提供されてきた。家族介護を提供するのは主に配偶者や近居する子世代であるが、介護を受ける高齢者の障害度が増すにしたがって、専門サービスの利用度が高くなっている。また、1980年代には、地域において、デイサービスやショートステイなどの通所サービスが大きく発展をみており、高齢者の自立的生活を支えるとともに、家族介護の負担を軽減するためにも活用されている。

そのほか、今まで民間非営利団体によって、いわば一方的に提供されてきたサービスに対して、利用者の選択を高めるような現金給付に対するニーズが生じるようになった。その結果、1996年より特別医療費補償制度が、介護のための現金給付制度(Persoonsgebondenbudget)を導入している。同給付の支給条件は、3か月以上介護を必要とする状態にあつて、在宅で暮らしている場合に、現金給付が行われるが、その

用途は、家族や近隣者の援助や介護などに対しても利用できることになっている。現在は、現金として支給されるのは、年間2,400ギルダー(約144,000円)までとなっており、残りはサービスによって支給される。しかし、この現金給付は、今後、徐々に増額される予定となっている。

現物・現金給付のほかに、家族が、就労と介護の両立をはかるためには、介護のための休業保障を行うことも重要である。現在までのところ、オランダでは育児休業制度は設立されているが、介護休業については、労使間の団体協約にまかされるものとなっており、法制化されていない。しかし現実には、民間企業の約1/3が、従業員の家族の病気に対して休業保障を行っており、またそのような制度がなくても、従業員がみずからの傷病給付を、家族介護のために当てることがある。つまり、家族や近親者の病気は従業員に心理的ストレスをもたらし、本人を就労不能の状態に追い込む、という理由から、本人の傷病給付の申請がみとめられるのである⁹⁾。

オランダの家族介護の実態をみると、所得階層や、移民など文化的背景のちがいによって大きく異なっており、低所得層や移民層で、家族介護に依存する割合が大きくなっている¹⁰⁾。

(2) ボランティア活動

オランダでは、サービスを提供する民間非営利団体の専門化が進んだ時期に、同じ民間非営利活動でありながら、ボランティア活動は、「素人の活動」という点からほとんど無視された時代があった。1980年代以降、ボランティアにも再評価が行われるようになり、その活動が地域政策のなかで重視されている。

現在、多くのボランティア団体では、活動ごとに、ボランティアに対する訓練コースを設けるなどして、その育成をはかっている。介護の提供者として主にイメージされるのは、女性のボランティアであるが、エイズ患者に対する援助には、男性ボランティアを中心とした団体もある¹¹⁾。

最近では、ボランティア活動が有償化される傾向にあり、ナーシングホームなどの入居施設や在宅ケアの提供団体のなかには、有償ボランティアを設置しているところもある。しかし、その有償化をめぐるのは、賛否両論がある。

まず、有償化のメリットとして、ボランティアの人材不足が解消できることや、専門サービスのすきまを埋めるような活動が推進できること、本来ボランティアが行うべきでない活動をした場合の補償を行えることなどがあげられる。また、サービス利用者にとって金銭を支払うことにより、ボランティアとより自立的な関係がむすべるという意見もある。

これに対して、ボランティア団体の中央組織は、活動の有償化に対して疑問を呈している。その基本には、ボランティア活動の理念が、利益を目的とした活動でないことから、金銭の報酬を受けるべきものではないという考え方があられる。また、組織面についてみると、有償化がこれまでのボランティア活動の自由な活動や組織の自立的な性格を阻害し、ボランティア活動が、わずかな報酬で専門的サービスを支える役割を果たすものになる、という問題も指摘されている。そして、雇用と区別がつかなくなったボランティア活動が、組織内部や組織間に問題をもたらすだけでなく、一般の労働市場にも悪影響を及ぼすとされる。そのほか、社会全体への影響として、ボランティア活動の有償化が、商業

化に拍車をかけたり、個人化を進めてしまうことに対する懸念も強く示されている¹²⁾。

1980年代にも、失業給付を受けながらボランティア活動を行うことの是非について、ボランティア理念に照らし合わせて、論議を呼び起こしたことがある。現在では、人材不足から考え出された有償化をめぐる議論が、現実的で合理的な手段と、ボランティアの活動理念との間でのディレンマを生み出しているようにみえる。

(3) 民間営利部門

福祉サービス分野における規制緩和と民間営利サービスの導入は、これまでの民間非営利団体によるほぼ独占的ともいえる福祉サービス供給システムに競争原理を持ち込み、サービス供給システムの効率化をはかるものとみられている。

在宅サービス分野についてみると、民間非営利団体がまかないきれないような訪問看護やホームヘルプなどの需要に対しては、すでに認可された5つの民間団体が、それを補うためのサービスを提供してきた。そして、その補完的なサービス部分については、医療保険制度の対象となっており、営利団体といっても、それは既存の非営利団体のサービスを補填する周辺的な活動にとどまっている。

しかし政府は最近、既存の民間非営利団体の財源を削減するいっぽうで、これらの新たに設立された民間団体への補助金を支給するなどして、条件を整え、サービス供給団体間の競争を促している。

さらに、これらのサービス提供団体の隙間を埋めるようなかたちで、営利団体が在宅サービス分野への参入をはかりつつある。しかしながら、商業ベースの団体は、すでにサービスを開

始している民間団体との間での競争をはからなければならぬ。加えて、伝統的な民間非営利団体からは、既存の団体における雇用を悪化させるという理由から、商業ベースの在宅ケアの参入には、強い抵抗がある。また、民間営利団体では、正規雇用されていない人々によるサービスも提供されており、サービスの質の確保という点からも、問題が多く残されている¹³⁾。

そのほか、一部の地域では、民間の職業紹介所が、個人レベルで家事援助サービスや高齢者介護サービスなどの担い手を斡旋している。サービスの利用者と提供者がそれぞれ紹介所に手数料を支払って登録を行うが、サービス利用者は、加えてサービスを受けた時間に応じて、一定の手数料も紹介所に支払うことになっている。このサービスの提供者には、労働市場に参入をするきっかけを掴もうとする移民の女性の登録が目立っている¹⁴⁾。

VI 在宅サービス利用者の実態と意識

では、福祉サービスの供給側における民営化の動向は、利用者側にとって、どのような影響を与えるのだろうか。最後に、民営化政策にと

もなう、サービス利用者の意識の変化についてみておこう。

オランダでは高齢者（65歳以上）が子世代と同居している割合は1割にみたく、基本的な高齢者の生活は夫婦のみ、または、ひとり暮らしとなっている。在宅ケア政策が推進されるなかで、高齢者の9割以上が地域で暮らしている。そして、在宅の高齢者の場合、家族などによる援助のみを受けながら暮らしている人々もいるが、健康状況によって、専門サービスと家族による援助を組み合わせ生活している人々もいる。

専門サービスと家族介護をどのように組み合わせ利用するかは、介護を行う家族よりも高齢者本人の意思にもとづき決定する部分が多い。その際、高齢者が家族に対して、みずからの介護を強要したり、義務感を負わせたくないなどの理由から、専門サービスを希望することがある。つまり、家族と精神面でよりよい関係を保つために、専門サービスが利用されている。

表2は、地域に暮らす障害者や援助を必要とする人々に対する援助の担い手について、年齢別にみたものである。いずれの年齢層でも、インフォーマルな援助が中心となっているが、何

表2 地域で暮らす障害者や援助を必要とする人々に対する援助の担い手（年齢別）

	35～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上
				(%)
インフォーマルな援助のみ	63	60	45	39
在宅専門ケアのみ	2	2	6	14
インフォーマル+在宅専門ケア	2	1	7	11
民間団体によるケア	7	7	11	19
援助なし	27	29	32	18
				(人)
対象者数	(720)	(456)	(476)	(468)

出典：Kwekkeboom(1994) p. 23 table 3.3 より

の援助も受けていない人々も少なくない。高齢者層では、在宅専門ケアや、民間サービスを利用する割合が他世代に比べてやや大きくなってきている¹⁵⁾。

また、ここ数年の間に、高齢者の専門サービスに対する態度にも変化があらわれている。それはたとえば、以前に比べて高齢者自身が、ニーズを明確にしたり、サービスに対する権利意識を強めるなど、「利用者本位」のサービス供給システムを志向するようになったことである。また、高齢者の購買力が高まっていることも、今後のサービス利用に影響を与えるものとみられている。

その理由として、高齢者世代が高学歴化していることや、以前に比べてさらに高齢者の自立的で個人化した生活が進んでいることがある。しかし同時に、政府が、それまで政府の責任であった、サービス提供にかかわる意思決定や財政リスクを保険者、ひいては利用者委ねるような方向で改革を進めた結果、利用者の専門サービスを利用する態度にも影響があらわれたとみることもできる。

目下のところ、医療・福祉分野への民間営利部門の参入は、政府による「管理された競争」の範疇で検討されている。しかし、それが、費用削減につながらなければいか、逆に負担を増すことにもなりかねないという意見もある¹⁶⁾。

VII おわりに

現在の福祉国家が抱える問題点の多くは、オランダにおいても共通しており、急速な高齢社会に備えて、サービスの質を維持したままで安価なサービスを提供する方法を模索しながら、サービス供給システムの再編が行われている最

中である。

しかし、北欧諸国などの公的部門を中心に発展をみた福祉国家とは異なり、民間主導によって発展をみたオランダの福祉国家においては、民間非営利団体に見直しを加えることもまた、プライバタイゼーション政策のひとつとなっている。オランダの事例から、福祉国家における官僚化や専門化による硬直的なシステムが、公的部門にかぎられた問題でなく、民間部門が主導権を握った福祉国家においても起こりうる問題であることがわかる。

現在のオランダの民営化政策の大きな特徴として、民間非営利団体に対して財政圧力を及ぼしながら、福祉サービス分野に規制緩和による競争原理を持ち込み、システム全体の効率化をはかることがめざされている。同時に、介護のための現金給付の導入にみるように、利用者本位のサービスシステムを基本に据えて、家族やボランティアなどの活用もはかる方針である。将来的には、徐々に営利団体によるサービスが増加することも予測されている。

しかしながら、1980年代に行われつつあった医療・福祉分野における急進的な民営化政策に対しては批判が多く、結果的にそれは実現にはいたらなかった。政府は現在、あらためて、その急進的な改革方針を見直し、段階的な方法で民営化政策を検討していく方針を示している。そして、もし競争原理を導入するのであれば、公正な競争を促す基盤として、政府には、サービスの質の標準化や労働条件の保障などについて、規制を設けることがもとめられている。

これまでヨーロッパ諸国の間でも、オランダの在宅サービスの水準の高さは注目されるものであった。最近の改革が、効率を優先するあまり、既存の民間非営利団体によるサービス供給

システムに大きな圧力をかけ、その結果、サービスシステム全体の水準が低下することを懸念する意見も、オランダ国内にみられている。

新たな制度・政策の効果について知るためには、もう少し時を待たねばならないが、今後も政府と民間非営利団体との関係を軸に、オランダの福祉サービス供給システムのあり方が大きく変わっていくものと思われる。

謝 辞

本稿は、1997年度生命保険文化センターの研究助成によって、9月に行った現地調査で得た資料をもとにまとめたものである。その旨記して、同センターに感謝の意を表したい。

注

- 1) Kramer, Ralph. M, (et. al.) (1993) pp. 67-86
- 2) Kramer, Ralph. M, (et. al.) (1993) pp. 67-68
- 3) Schrijvers (ed.) (1997) p. 47
- 4) オランダにおける高齢者に対する家族介護と専門サービスについては、廣瀬(1992)を参照されたい。
- 5) 民間主導の社会福祉行政に公的介入が強まった原因として、この宗派別に分割された社会が衰退したという理由のほか、公的扶助法の制定(1963)によって、住民の最低生活保障が国の責務として位置づけられ、その行政責任が市町村自治体に置かれるようになったことも影響している。
- 6) Schrijvers (ed.) (1997) p. 73
- 7) オランダでは、1967年に設立された特別医療費補償制度が、施設・在宅の両面でのケアにかかる費用をまかなっている。同制度は、長期化した疾病や障害によって生じる医療費の過度な負担から住民を保護する目的で創設された、全住民を対象とする強制健康保険制度である。給付内容は、1年以上の病院への入院やナーシングホームへの入居のほか、在宅ケアなどにかかる費用も含まれており、日本で創設される公的介護保険制度に当たる制度といえる。[廣瀬(1996) pp. 72-75]
- 8) SCP (1996), p. 38, Schrijvers (ed.) (1997) pp. 75-77
- 9) Evers, A., et. al. (eds.) (1994) p. 151
- 10) Schrijvers (ed.) (1997) p. 48
- 11) Evers, A., et. al. (eds.) (1994) p. 157
- 12) ボランティアの報酬は年間1,000ギルダまで税控除となるが、報酬の額にはそれぞれ幅があり、たとえば、アルツハイマーの患者などの世話に、半日当たり2.5ギルダ(約150円)を支給する場合もあれば、簡単な家事に対して1時間当たり8ギルダ(約480円)、また、庭木の手入れなどに最高15ギルダを支給する場合もある。[Evers et. al. (eds.) (1994) pp. 152-153, pp. 157-160]
- 13) SCP (1996) pp. 38-40
- 14) 同職業紹介所へ支払う手数料は、サービス1時間当たり1.5ギルダ(約90円)であり、サービス利用料金は、家のなかの掃除の場合、1時間当たり12.5ギルダ(約750円)となっている(1994年現在)。[Evers, A., et. al. (eds.) p. 154]
- 15) Kwekkeboom (1994) p. 22-25
- 16) [Schrijvers (ed.) (1997) p. 31]

参考文献

- Evers, A., M. Pijl, C. Ungerson (eds.) (1994), *Payments for Care*, [Avebury, Aldershot]
- Kramer, Ralph. M, (et. al.) (1993), *Privatization in Four European Countries*, [M.E. Shape, New York]
- Kwekkeboom, M.H. (1994), *Rapportage welzijnswerk*, [SCP, Rijswijk]
- Schrijvers, A.J.P. (ed.) (1997), *Health and Health Care in the Netherlands*, [De Tijdstroom, Utrecht]
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1996), *Sociaal en Cultureel Rapport*, [SCP, Rijswijk]
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1997), *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*, [SCP, Rijswijk]
- 廣瀬真理子(1992), 「オランダの高齢者と家族」『季刊社会保障研究』Vol. 27 No. 4
社会保障研究所 pp.442-452
- 廣瀬真理子(1996)「オランダの高齢者福祉改革の

動向」『日蘭学会会誌』第21巻第2号
日蘭学会 pp. 63-77

(ひろせ・まりこ 昭和女子大学専任講師)