

オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題

廣瀬 真理子

■ 要約

本稿の目的は、高齢化によるニーズの高まりと、財源確保の課題に直面している近年のオランダの地域福祉改革について、「統合ケア」の視点から現状の改革の特徴と課題を明らかにし、わが国の政策の参考にすべき点を見出すことである。

これまでオランダの福祉改革は、「代替策」の方針に沿ってもっぱら専門職によるフォーマルなサービス提供体制のなかで、施設から在宅サービスへの転換がはかられてきた。近年では、さらに家族などのインフォーマルな介護の担い手を巻き込んだ「統合ケア体制」がめざされている。しかしその具体策をみると、「利用者本位」のサービス体制が強調されるいっぽうで、医療と介護を切り離すような長期医療保険制度の改正や、市場原理の導入によるサービス提供体制の変容、また、高齢者や女性の就労促進策と家族介護への期待などがみとめられ、「統合ケア」を進めるうえで新たなディレンマを生み出している。

■ キーワード

代替策、統合ケア、利用者本位、現金給付、家族介護

はじめに

周辺諸国に比べて人口の高齢化が社会問題となった時期はやや遅れたものの、オランダの社会福祉改革のうねりは、すでに1970年代以降、施設サービスから在宅サービスへの転換を軸に、地域における専門サービス体制の再編を促してきた。そして、1980年代以降は、基本的な政策方針として、質を落とさず安価なサービスに置き換えるという意味での「代替策」(substitutie)や、個々のニーズに対応する目的で「個別仕立てのケア」(zorg op maat)に沿った改革が進められてきた。

これらの「見直し」は、近年ではさらに「現代化」(modernisering)や「イノベーション」(innovatie)という用語をともなって、効率を重視したサービス提供体制を築くための具体的な政策に反映されている。と同時に、オランダの福祉改革の基本理

念そのものが、特に1990年代後半以降、次のように大きく変化したことが注目される。すなわち、かつてのような公的責任や相互扶助を前提とした福祉改革から、最近では、「利用者本位」のサービスが重視されるとともに、サービス利用者の自己責任を基盤にすえた改革をめざすものとなった。

以上のようなラディカルともいえる改革の背景には、たんに国内での少子・高齢化の進行による財源の逼迫や人材不足の問題だけでなく、EU統合によってEMU(経済通貨統合)などEU政策に歩調を合わせるために財政を引き締めざるをえないオランダの加盟国としての事情がある。

本稿では、近年のオランダの地域福祉政策の現状と改革の動向について、高齢者の長期医療・介護に焦点をあてて、「統合ケア」の視点から考察し、わが国でも議論を呼び起こしている「地域包括ケアシステム」の参考とすべき論点を見出すことに

したい。

以下では、オランダの高齢者の生活状況について概観することからはじめ、在宅・施設サービスの現状について明らかにする。そして、オランダの高齢者介護をめぐる制度・政策の主な特徴について示したうえで、現在実施に移されつつある改革の動向と課題について、フォーマル部門とインフォーマル部門に分けてそれぞれ検討を加えることにしたい。

1. 高齢者の引退と地域生活

2006年現在、オランダの全人口は約1630万人であり、そのうち65歳以上人口の割合は14.3%を占めている。社会文化計画局(SCP)のデータに沿って高齢者の生活状況について概観してみよう¹⁾。

(1) 高齢者の引退プロセスと経済生活

オランダでは、65歳以上の高齢者の約9割は、公的年金と職域年金や企業年金などの私的年金を組み合わせて主な収入源として、地域で暮らしている。オランダはこれまで、EU諸国のなかでも65歳以前に労働市場を退出する早期退職者の比率が高いことが特徴であったが、近年の早期退職制度の見直しと就労促進策によって、周辺諸国に比べて急速に高齢労働者の就業率が高まっている。2005年には55歳から64歳までの実質的な就業率は40%となり、EUが示している目標値(2010年までに45%に引き上げる)に近づいている。

また、高齢者層の高学歴化も進んでおり、全体としてみれば、以前に比べて高齢期の経済生活は安定的になり、就労機会が増えたほか、生涯教育や社会参加活動も活発になった。

しかしそのいっぽうで、約12万人の高齢者が、無年金または低年金のために貧困状態におかれているという報告もある²⁾。政府は、これらの人々に対してタックス・クレジット(税控除)などを通

じて所得保障を行っていく方針である。また、65歳未満の高齢労働者で、体調などを理由に思うように働けなくなった場合、以前は、早期退職制度を通じた給付や、高齢労働者のための社会保障給付が行われたが、近年の制度改正により所得保障給付が縮小したことから、そのような人々が貧困に陥りやすいという指摘もある。また、高齢労働者の就業率の高まりそれ自体は評価すべきものであるが、逆にそのことが、高齢の家族介護者やボランティア活動の人材を減らしてしまうことを問題とする意見もみられる³⁾。

(2) 高齢期の家族形態と住まい

オランダの高齢者の家族形態は、夫婦のみまたはひとり暮らしが中心である。75歳以上層では約4割が、85歳以上層では2割弱が夫婦のみ世帯となっている。配偶者以外の家族(子どもや兄弟・姉妹等)との同居率はきわめて低く、年齢別にみるとその比率が最も高くなる85歳以上層であっても約6%にとどまる⁴⁾。

たしかに年齢が高くなればひとり暮らしの比率も高まるが、80~85歳層になるとその比率は約9割に上る。しかし、これらの「ひとり暮らし高齢者世帯」は、夫婦で暮らす世帯等と比較して地域の情報を得にくく、社会参加や介護サービスへのアクセスなどに問題が生じやすいことが指摘されている。

在宅ケアの促進にあわせて、オランダではその基盤となる住宅の整備が進められてきた。配偶者を失った場合や、みずからが虚弱になり、住み慣れた自宅での暮らしが困難になった高齢者に対して、室内に階段がなく、アラームが設置されて車椅子にも対応できるような高齢者向け住宅が、このところ急速に建設された。英語にすれば、それは「シェルタードハウジング」にあたるが、定義が明確でなく、オランダではその種類が多岐にわたることから、全体数を正確に示すことは困難で

ある。住宅・国土計画・環境省によれば、既存の住宅の改築も含めてこれらの「高齢者のために特別にデザインされた住まい」は、1990年には約17万5,000戸であったものが、2002年には約48万戸に増加したと報告されている⁵⁾。

そのなかで、比較的歴史がある住宅として、例えば1970年代から建設が進められた「よりかかり住宅」(aanleun-woning)は、高齢者ホームに併設される住宅で、食事など施設のサービスを利用しながら自立的な生活を営むという発想が注目を集めて一時期建設が進んだ。また最近では「複合住宅」(woonzorgcomplex)が建設されているが、それは身体的状況が変化して介護が必要になった場合にも夫婦がともに暮らせるように、状況にあわせて住まいと介護サービスを提供するものである。そのほか、高齢者のグループがみずからその住まいを管理していくというグループリビング (groeipwonen) や、主に認知症高齢者を対象とする小規模グループホーム (kleinschaligwonen) などがあ⁶⁾。

これらの住宅は、政府の補助金によって建設され民間非営利団体が運営するものもあれば、民間営利団体が建設・運営するものもあり、また、所有形態も賃貸方式と分譲方式などさまざまである。

2. 在宅サービス

では、地域で暮らす高齢者が医療や介護を必要とするようになった場合、どのようなサービスが利用できるのだろうか。

(1) 在宅専門サービスの現状

高齢者の在宅サービスの利用状況を見ると、55歳以上の約4世帯に1世帯が、自立した生活を送るために何らかの援助を受けており、75歳以上層ではその割合は約5割に上る⁷⁾。

オランダでは、「家庭医」(GP)と「在宅ケア協

会」(Thuiszorg)が、専門的な在宅サービスの中心的な担い手であるが、最近では両者の機能や役割がじょじょに変化しつつある。

「家庭医」制度は、各家庭が地域で開業する家庭医を選んで年間契約を結び、医療を受ける制度であるが、家庭医は治療や薬剤の処方を行うほか、必要に応じて患者に専門医を紹介する。この点で、家庭医は医療供給のゲートキーパーとしての役割を担ってきたといえるが、最近では在宅医療の促進にあわせて、地域医療のコーディネーターとしても期待されている。2004年現在、全国の登録家庭医数は約9,900人(そのうち女性が3,250人)であり、近年では女性の家庭医の増加がめざましい⁸⁾。

じっさいに家庭医のなかではかつての単独診療を中心としたシステムから、最近では、家庭医がペアを組んで協働するケースが増えているほか、訪問看護師や理学療法士、歯科医やソーシャルワーカーなどと協働する比率も高まっており、1994年に約1割の家庭医が行うにすぎなかったこのようなグループ診療が、2004年には約3割を占めている。なおこれらのグループ診療は、主に地域の健康センター (gezondheidscentrum) などで行われている。

また、日常の在宅医療・介護は、伝統的に民間非営利団体として地域ごとに発展をみた「訪問看護師」と「ホームヘルパー」の団体がそれぞれ業務を担ってきたが、近年では両団体の財源が統合されて特別医療費(補償)制度の対象にされるとともに、看護職と介護職の資格制度も一本化され、職種は段階別に「介護専門職」(1、2、3)と、「看護専門職」(4、5)の5段階のレベル別の資格となっている。また、看護師のなかでもさらに上級で家庭医の業務を代替できるような「ナースプラクティショナー」も増加しており、2005年現在279名が有資格者として活動している。

(2) 在宅サービスにおける「統合」の課題

先に示したように、プライマリーケアと呼ばれる在宅医療・介護の担い手の間では、じょじょにはあるが、グループ診療などを通して連携・協働が進んできた。しかし同時に、医療の階層化が問題とされており、いわゆるプライマリーケアとセカンダリーケア（病院・ナーシングホーム・専門医）との連携が不十分であるといわれている。例えば病院と在宅医療をつなぐような専門医と家庭医との協働は容易ではなく、また、病院の看護師と在宅サービスを提供する介護専門職員との間の協力も難しいとされる。この点の問題の解決をはかるために、在宅ケア協会に所属する看護師が「リエゾン看護師」として、病院と連絡を密にして患者の退院の際に在宅生活への復帰をスムーズにするなどの試みが行われている。そのほかにも、急性期の統合ケアは慢性期のそれよりも困難とされ、また、治療と介護と予防が、サービス利用者の急速なニーズの変化に十分対応できていないことも統合を難しくしている⁹⁾。

他方で、「在宅ケア協会」では、人材不足が深刻である。看護職・介護職の多くは女性のパートタイム労働者であるが、パートタイム労働者が多いことについては、オランダでも賛否両論がある。労働時間を柔軟にして人材を集めるという点ではパートタイムにメリットが大きいものの、利用者にとっての満足度や業務の引継ぎなどに時間がかかることなどが問題とされている。

また、最近では、在宅医療・介護市場の規制緩和と競争原理を導入することによって、システム全体の効率化をはかることが重視されている。サービス提供者間での競争が激しくなるとともに、再編を迫られた民間非営利団体の間では、組織の一部を民営化したり、組織間での統合をはかるなど、新たな体制にみずからを適合させるための努力が重ねられている。今後、このまま民営化が進むことにより、地域の「統合ケア」にどのような影響

が及ぶのか、より詳しく検討していく必要があるだろう。

3. 施設サービス

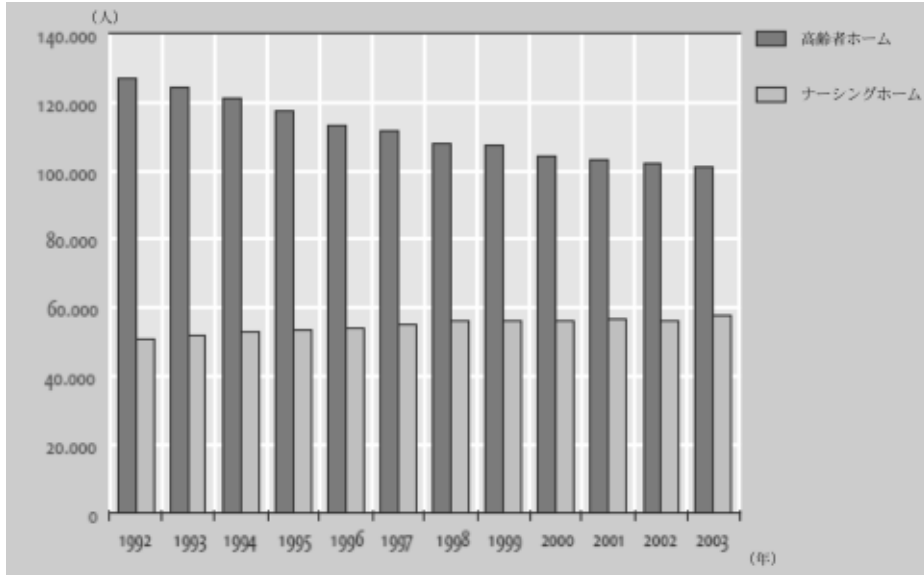
(1) 施設サービスの現状

オランダでは現在、自宅で専門的な在宅サービスや家族によるケアだけでは生活できないような要介護状態にある高齢者のための入居施設として高齢者ホーム(verzorgingshuis)が設立されている。また、重介護を必要とする高齢者や障がい者のための医療施設としてナーシングホーム(verpleeghuis)がある。いずれの施設もこれまでその大多数を民間非営利団体が設立してきたが、1997年に高齢者ホームの財源が、特別医療費(補償)制度(AWBZ)によりまかなわれるようになったために、両者の財源基盤は統一されることになった。

図1に示すように、施設入居者数は、2003年現在、全国の高齢者ホームには約10万人が、ナーシングホームには約6万人が入居している。1992年から2004年までの推移をみると、ナーシングホームの入居者数が微増傾向にあるいっぽうで、高齢者ホームの入居者数は、減少の一途をたどっている。

また入居者の要介護状態をみると、近年、特別医療費(補償)制度における要介護認定が施設入居の基準を引き締める方向で改正されたため、施設には、障がいの度合いが重い高齢者が増加している。入居施設への申請者を大別すれば、身体的な障がいを有する高齢者は高齢者ホームへの入居希望が多く、また認知症の高齢者がナーシングホームに入居する比率が高い。利用者には所得に応じた自己負担がもとめられる。

施設サービスの課題として、オランダでもナーシングホームでは3人以上の相部屋もまだ残されており、入居者からプライバシーの確保ができないという不満の声が上がっている。また、職員不



出典：SCP (2006) p.151 Figuur 7.6 より

図1 高齢者ホームとナーシングホームの入居者数の推移 (1992-2003年)

足から、入居施設において家族やボランティア等によるインフォーマルな介護が少なからず提供されており、2002年には、約10万人のボランティアが、これらの施設で活動したといわれている¹⁰⁾。

それでもなお、入居受入数を上回るニーズがあり、このところ待機者問題が深刻になっている。2003年時点で、全国で75歳以上の人々約25,000人が高齢者ホームへの入居を待機しており、また、5,500人がナーシングホームへの入居を待機している¹¹⁾。

(2) 施設を利用した統合ケアの推進

施設ケアから在宅ケアへの政策転換にあわせて、高齢者ホームやナーシングホームなどの入居施設には近年、地域とのつながりをめざした新たな役割がもためられている。いわゆる「施設の社会化」であるが、例えば、これまで高齢者ホームなどのレストランを地域住民に開放することや、地域で暮らす高齢者に対して定期的な配食サービスが行われてきた。また、アラームサービスが施設から

地域住民へ提供されている。

表1は、高齢者ホームが地域の要介護者を対象に提供した通所・在宅サービスを全国で利用した人々の数であるが、ショートステイやデイケア、アラームシステムの利用者数が増加する傾向にあることがわかる。ショートステイは主に病院からの退院者、または一時的に家族介護などが困難になった高齢者に対して、6週間から8週間、24時間ケアを提供するものであり、また、デイケア・ナイトケアは、家族介護の負担を減らすために利用されるほか、施設入所の前に試験的に利用されている場合もある。高齢者ホームが提供するこれらの3種類の通所機能を利用した地域の要介護者の数は2003年には約55,000人であった。

さらに、高齢者ホームとナーシングホームから直接在宅サービスを提供することも可能になったが、高齢者ホームから提供される訪問介護サービスを利用した地域の要介護者の数は、2003年現在、約65,000人となっている。

このほか、入居施設間の垣根をこえたサービス

表1 高齢者ホームが提供する在宅サービスを利用した人数（1995年-2003年）（単位 1,000人）

	(年)				
	1995	1997	1999	2001	2003
ショートステイ	21.9	24.1	28.1	28.1	30.5
デイケア	15.9	15.0	20.8	20.4	23.2
ナイトケア	0.6	0.6	1.6	1.6	1.2
在宅介護	-	-	-	-	65.1
在宅看護	-	-	-	-	15.5
在宅生活サポート	-	-	-	-	15.5
配食サービス	-	-	-	-	69.8
アラームシステム	59.4	64.6	66.9	66.7	67.1

出典：SCP (2006) p.153 Table7.5 より

提供も行われるようになり、例えば、ナーシングホームから高齢者ホームの居住者に対する医師の往診などが行われている。また、高齢者ホームから、前述した高齢者のために特別にデザインされた住まいの居住者への訪問ケアも行われている。

4. オランダのインフォーマルケア

次に、オランダの家族などによる介護（インフォーマルケア）にはどのような特徴があるのかをみておこう。EUでは最近、地域レベルでの高齢者を対象とした「統合ケア」に関する調査ネットワークが設立されるなど、比較調査研究が行われている¹²⁾。

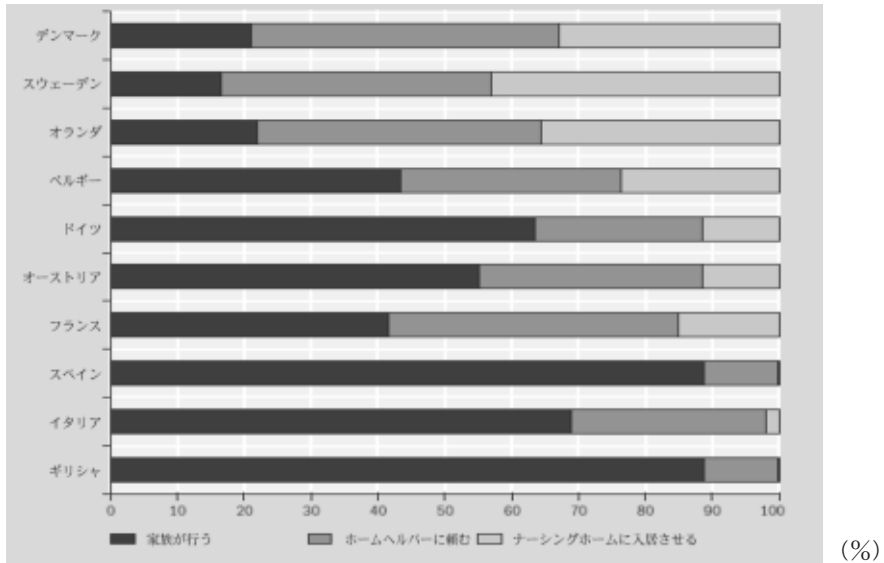
オランダの社会文化計画局は、EUのデータをもとにして、10カ国（オランダ、ベルギー、ドイツ、オーストリア、デンマーク、スウェーデン、フランス、イタリア、スペイン、ギリシャ）の高齢者介護の比較研究を行っている。そして、オランダのひとつの特徴として、長期医療・介護に対して専門サービスが発展をみたことから、これまで家族介護への依存度が低かった点が指摘されており、EUのなかでは、北欧諸国に共通する特徴をもつとされている。

図2は、「ひとり暮らしの親が自立した生活ができなくなった場合、誰が介護をすべきか」という問いに対して、「家族が行う」、「ホームヘルパーに頼む」、「ナーシングホームに入居させる」という回答の比率を各国間で比較したものである。これをみると、たしかにオランダの親の介護に対する意識は、家族介護よりも専門サービスの利用意識が高い点で北欧に近いといえよう。

この家族介護と専門サービスとの関係について、同報告では、オランダは、「家族が軽介護を行い、専門サービスが重介護を行う」という役割分担にあてはまるもとされている¹³⁾。つまり、家族介護も少なからず行われてきたが、重介護まで家族が担わなくてすむように専門サービスが設立されてきたといわれる。北欧に比べて女性の労働力率が低く、潜在的な介護力が残されているが、オランダでは高齢者介護については家族に依存せずに、専門サービスが提供されてきたようすがうかがえる。

5. 近年の福祉改革の動向

最後に、最近の改革の方向として、(1)社会支援



出典：Pommer=Woittiez=Stevens (2007) p.15 Figure2 より

図2 ひとり暮らしの親が自立した生活ができなくなった場合、誰が介護をすべきか

法（Wet maatschappelijke ondersteuning：Wmo）の導入と自治体の改革、(2)介護のための現金給付、(3)家族介護への期待、の3つについてそれぞれ紹介しておきたい。

(1) 社会支援法の導入と自治体の改革

前述したように、オランダでは、医療・福祉行政は、伝統的に地域の医療・介護サービスは民間非営利団体の活動に委ねられてきたため、市町村自治体の役割はもっぱら民間非営利団体がサービスを提供できない場合にそれをカバーする程度にとどめられてきた。市町村自治体が高齢者や障がい者向けのサービスに大きくかかわるようになったのは、過去20年間くらいのことである。

分権化政策の下で、住民に最も身近な市町村レベルでの自治体を中心になって、サービス利用者にとってよりよいサービス提供体制を築くことと、同時に住民を巻き込んで、多様なニーズに対応できるような自立支援のサービス体制を構築することをめざして、2007年より社会支援法が施行され

た。

同法は、これまでの社会福祉法（Welzijnswet：1987年制定）と、障がい者福祉法（WVG：1994年制定）と、さらに特別医療費（補償）法（AWBZ：1967年制定）の一部を統合したものである。障がい者福祉法による住宅改修や移送サービス、車椅子の支給等はそのままWmoに引き継がれている。介護に関しては、これまで特別医療費（補償）制度の給付とされてきた家事援助が、社会支援法の対象とされて、医療保険制度の給付から公費による給付へと切り替わった。つまり、特別医療費（補償）制度は、今後は相対的に重度の医療・介護サービスを対象とし、家事援助のような軽度のサービスは社会支援法の下で実施されることになる。したがって、これまで給付の申請にあたって行われていた要介護認定のうち、家事援助に関する申請については、自治体による認定が行われる。同制度は財源を公費とし、各自治体には高齢者や障がい者の自立支援のほか、家族介護者への援助などを行うことも期待されている。また、各自治体に

は4年に1度、地域計画を策定することが義務づけられた。

社会支援法が対象とする主なサービスの実施はあくまで自治体の裁量に委ねられるが、各自治体に力量の差があることや、今までは特別医療費(補償)制度によりカバーされてきた家事援助サービスが公費によるサービスに変更されたことにより、これからのサービス利用が不安定になるという懸念が示されるなど、論議を呼び起こしている。加えて、自治体の裁量が強まることにより、サービスの利用に地域差が大きくなることも予想されている。例えば政府は、すでに自治体に対して、必要に応じてアラームなどを利用した24時間サービスや、住民の介護相談などを受ける「地域支援センター」の設置をはたらきかけているが、最近の調査によれば、約1/4の自治体でまだその設置が進んでおらず、また高齢者ホームもナーシングホームも地域支援センターも設立されていない自治体が若干数あることが明らかにされている¹⁴⁾。

(2) 介護のための現金給付(個別ケア予算: Per-soonsgebonden budget: PGB)

試験的事業を経て1996年より特別医療費(補償)制度に、個別ケア予算(PGB)とよばれる介護のための現金給付が導入され、それまでのサービスの現物給付に加えて、現金給付も選択できるようになった。受給条件は、在宅で3ヵ月間以上要介護状態にあることとされる。個別ケア予算の額は、機能別に分けられた必要なサービスと必要な時間をもとに決定され、1日あたりの上限額が決められている。

現金給付の導入によりサービス利用者の選択の幅を広げることが目的であるが、そのいっぽうで介護市場の形成を促して既存の民間非営利団体を競争にさらしてより効率的なサービス提供体制を築くこともねらいとされている。

最近では、この現金給付をさらに拡大し、自己

管理を強めていく方向にある。現金給付を選ぶ人々の数が増えているなかで、2005年現在、個別ケア予算の利用者は、全体で約78,000人おり、そのうち56歳以上の利用者が37,000人となっている。

また、現金給付利用者のうち、約7割が家族等のインフォーマルな介護者に現金を支給しており、約3割が専門サービス機関のサービスの購入に当てている。

家族等のインフォーマルな介護者のうち、約半数は、現金給付を使った介護を行う前に有給職に就いておらず、この現金給付プログラムが長期介護を担う労働力を拡大したという見方もある。しかし、今までの無償労働を有償化したといえるいっぽうで、主に女性が担っている現金給付による介護は、女性たちを生活の見通しのない低賃金労働に従事させる「罠」にもなりかねない、と指摘する論者もいる。高齢者は若年障がい者等に比べて、インフォーマルな介護者を選ぶ傾向がある。そこで、現金給付利用者を支援する団体(Per Saldo)は、政府の補助金を受けて、現金給付利用者に対する情報提供やアドバイスを行っている。

他方、現金給付は、専門サービスの提供者にとってどのような意味をもつのだろうか。現金給付によるサービスを提供することで、専門サービス提供者は追加的な収入を生み出すことになるが、職員不足の問題からその調整にディレンマを生じることがある。また現金のやりとりがスムーズでない場合もあり、現在までのところ、現金給付の導入は当初予想されたほどのメリットにはなっていないようである。

(3) 家族介護への期待

1990年代後半になり、長期医療と介護をめぐる政策には、高まるニーズに対する財源の確保と、在宅と施設の両面での専門サービスの待機者問題が深刻になり、介護のための人材の確保が政策課題となった。そして家族介護もまた、この文脈に

において奨励されている。

2001年に保健・福祉・スポーツ省が発行した白書“Zorg Nabij”（身近なケア）には、家族介護の促進と、家族介護者への支援の方針が示されている。特に介護を行う家族に対するレスパイトケアなどの支援策や、就労と介護の調和をはかるための取り組みなどがあげられている。

他方で、労働市場の人材不足が今後ますます進むことが予想されることから、女性就労の促進も重視されている。北欧のような男女の就労を前提としてきた社会からみると、オランダの場合、今後は、仕事も介護も同時に負担が高まっていくことを意味するのではなかろうか。就労と子育ての両立に比べて、就労と介護の両立には被介護者の状態の予測が困難であることから、より個々の状況に応じたきめ細かい支援策がますます必要となろう。

おわりに

オランダの社会福祉改革は、これまで施設サービスから在宅サービスへの転換を軸に、地域をベースとして専門サービスを中心とした効率的なケア体制を築くための改革が重ねられてきた。しかし、最近の改革動向は、伝統的な公的責任や相互扶助の理念を大きく転換させるものとなっている。つまり、財源の逼迫を主な理由とした政府の財政抑制策は、フォーマルセクターにおいては、①自治体を中心とした地域福祉システムの構築、②介護市場の形成と競争原理の導入（伝統的なサービス提供者である民間非営利団体と営利団体との競争が中心）、③公的責任の後退（ケアの自己責任化）といった流れをつくっており、また、インフォーマルセクターにおいても、①現金の導入による利用者本位（消費者中心）のサービスシステム、②家族介護の促進と家族介護者への支援、③ボランティア等の社会資源の活用などが重視される方向

にある。

以上のような改革が、地域における「ケアの統合」をどのようなかたちで進めていくのか、今後とも注目していきたい。

注

- 1) 社会文化計画局（SCP）は政府の補助金により運営される研究機関であるが、独立した機関として社会政策に関する調査・研究を行っている。ここでは高齢者施策の参考とするために、隔年ごとに高齢者の生活実態に関する報告書（Rapportage ouderen）を発行している。
- 2) Boer (2006) pp.242-243
- 3) Boer (2006) pp.79-80
- 4) Boer (2006) p.15
- 5) 廣瀬（2005）pp.135-139
- 6) 一例をあげれば、ウトレヒトにある民間非営利団体が一般住宅を借り上げて運営する小規模グループホームは、車椅子対応の6人分の個室と、リビング・ダイニングルームの共同スペースを備えており、認知症高齢者だけでなく身体障害者も居住している。そこには、掃除や料理など家事援助のみを行う職員が日中1名配置されているほか、建物の1階には在宅医療・介護ステーションとして、看護・介護の専門職員が交替で24時間常駐している。〔2006年の現地調査より〕
- 7) Boer (2006) pp.144-145
- 8) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn Sports (2005) pp.22-23
- 9) Ex=Gorter=Janssen (2003) pp.11-12
- 10) Boer (2006) p.155
- 11) Boer (2006) pp.147-148
- 12) EUの補助金により実施されている医療・介護サービスの統合に関する研究プロジェクトとして、例えば“CARMEN”（The Care and Management of Services for Older People in Europe Network : 2001-2004）と名づけられた調査研究ネットワークは、ヨーロッパ11カ国を対象として、高齢者に対するケアとマネジメントに関する調査を行っている〔Banks (2004)〕。また、“PROCARE”（Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons）は、ヨーロッパの9カ国を対象に、高齢者に関する統合的な医療と福祉サービスのあり方について調査を実施している。詳しくは、Ex=Gorter=

Janssenya (2003) や、Billings=Lechsenring (2005) などを参照されたい。

- 13) Pommer=Woittiez=Stevens (2007) pp.13-14, p. 25
14) Boer (2006) p.152

参考文献

- Banks, Penny (2004), *Policy Framework for Integrated Care for Older People*, (Working paper) King's Fund, London
- Billings, Jenny and Kai Leichsenring(eds.) (2005), *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons*, Ashgate, Hants
- Boer, Alice,de(ed.) (2006), Sociaal en Cultureel Planbureau (2006), *Rapportage ouderen 2006*, (Report on the Elderly 2006, English version) SCP, Den Haag
- Ex, Carine=Klaas Gorter=Uschi Janssen (2003), *Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands*, (Procure : National Report in the Netherlands), The Verwey-Jonker Institute, Utrecht
- Heineke, Daan, Roelf van der Veen, and Nora Komalijnslijper (2005), *A Guide to Chain Cooperation in the Social Support Act(Wmo)*, SGBO, Den Haag
- Kerkhof, Leo, van de (1996), Historical Development of Welfare Policy in the Netherlands, in *EUROSOCIAL*, 58/1996, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sports (2005), *Primary Health Care in the Netherlands*, VWS, Den Haag
- Pommer, Evert=Isolde Woittiez=John Stevens (2007), *Comparing Care*, SCP Den Haag
- Smith, Randall (2003), *European Perspectives on Community Care*, School for Policy Studies Working Paper Series Paper Number 2, School for Policy Studies, Bristol
- Struijs, Alies (2006), *Informal Care*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer
- Tjadens, Frits, Annemiek Goris, Pim de Graafm Ted Kraakman, and Ben Slijkhuis (2005), *Long-term care in other countries -Lessons for the Netherlands ?*, NIZW, Utrecht
- Wiener, Joshua, M=Jane Tilly=Alison Evans Cuellar (2003), *Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany*, (working paper) AARP, Washington
- 廣瀬真理子 (1997) 「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
- 廣瀬真理子 (1998) 「オランダの高齢者福祉サービスにおける『民間』の役割」『海外社会保障情報』第122号 国立社会保障・人口問題研究所
- 廣瀬真理子 (2005) 「オランダ」『高齢者の住まいと福祉に係る各国の取組事例等の調査研究事業』(財)高齢者住宅財団
- ホームページ
- CIZ (2008), *Zorg Nodig?* <http://www.ciz.nl>
(ひろせ・まりこ 東海大学教授)