

ドの高齢者ケアシステムの特徴がある（笹谷、2005）。

親族介護支援は“包括的な概念”で、そこには被介護者に提供されるサービス、「親族介護者」に支払われる介護報酬や休暇、親族介護者をサポートするサービスが含まれ、それらは介護・サービス計画に規定されることになっている。介護報酬は、介護の拘束度や介護度によって決められる。介護報酬は最低額で月額 300 ユーロ（2007 年 1 月から 310.44 ユーロ）で介護的に重度な遷移期に関しては、もし親族介護者が短期的に仕事を離れなければならない場合には、最低で月額 600 ユーロ（同じく 620.28 ユーロ）となっている。「親族介護者」は、24 時間拘束される介護を行なう場合には、月々最低 3 日間の休日（法定休日）を得る権利を有している。ここで言う「親族介護者」とは、高齢者、障害者あるいは疾病者の介護や世話を、自宅で行う親族または被介護者と親しい者で、自治体と「親族介護契約」を結んでいる者である。

「親族介護者」となるための資格は以下の 6 点を満たすことが必要である。

①被介護者の低下した活動能力、疾病、障害またはその他の相当の理由のために介護またはその他の世話を必要とする場合で、かつ、②被介護者の親族または被介護者に近い人が、必要なサービスを受けながら介護や世話を引き受ける用意がある場合で、かつ、③親族介護者の健康や活動能力が親族介護の遂行上の要求に適合する場合で、かつ、④親族介護が、その他の社会・保健医療のサービスと一緒にあって被介護者のウェルネス、健康、安全の観点から十分である場合で、かつ、⑤被介護者の住居が健康上やその他の状況から見て、そこで与えられる介護に適合する場合で、かつ、⑥支援の認定が被介護者の利益に沿ったものと査定される場合、である。

親族介護支援サービスを受ける場合は、自治体に被介護者が申請書を提出し、ソーシャルワーカー等が家庭訪問をし、被介護者および親族介護者の健康や活能力を査定し、認定を行う。

公的な親族介護支援サービスを受けている「親族介護者」は、2005 年時点で 29000 人であった。これらの「親族介護者」の状況を、STAKES が行った調査から見てゆくこととする（「社会サービスとしての親族介護－1994～2006 年における親族介護支援とその変化に関する調査」2007. 1990 年代の中旬より 4 年間ごとに調査されている。回答者は各自治体の責任者である。回答率は 88%であった）

(3) 親族介護調査の結果－親族介護の現状（2006 年 4 月現在の状況）

（被介護者のプロフィール）

親族介護にて介護されている被介護者は 21 784 名であった。被介護者の数は 2002 年に較べておよそ 3 000 名ほど、すなわち 15 %ほど増加している。被介護者のうち女性が 46%、男性が 54%であった。被介護者のうち 75～84 歳の割合が最も高く（29 %）、およ

そ 1/5 が 18～64 歳で (22 %)、85 歳以上は 17%であった。利用者の要介護度はかなり高く、親族介護支援にて介護される被介護者のほぼ半数が、継続的で多量な介護や世話を必要とし、1/3 が 24 時間の介護や世話を必要としている。

(親族介護者のプロフィール)

親族介護者の 3/4 が女性であった。親族介護者のおよそ半数が被介護者の配偶者であり、1/5 が被介護者の子供または親であった。その他の親族または被介護者の近い者は親族介護者の 10 %を占めるに過ぎない。配偶者が親族介護者である割合は、1994 年時点のおよそ 1/3 から、2006 年にはおよそ半数までに増えている。親族介護者の半数以上が労働年齢にあるが、これよりも高齢の親族介護者の割合は継続的に増えている。親族介護者のうち半数以上が年金退職者であり、およそ 1/5 がフルタイム勤労者であった。2002 年時点に比較して、状況は、年金生活をしている親族介護者の割合が増加している。

(介護報酬)

2005 年に支払われた介護報酬の総額は 7290 万ユーロであり、一人当たりの平均 416.32 ユーロであった。調査に参加した地方自治体の親族介護支援の介護報酬は一般的には、月額 300～599 ユーロの間にある (表 5)。

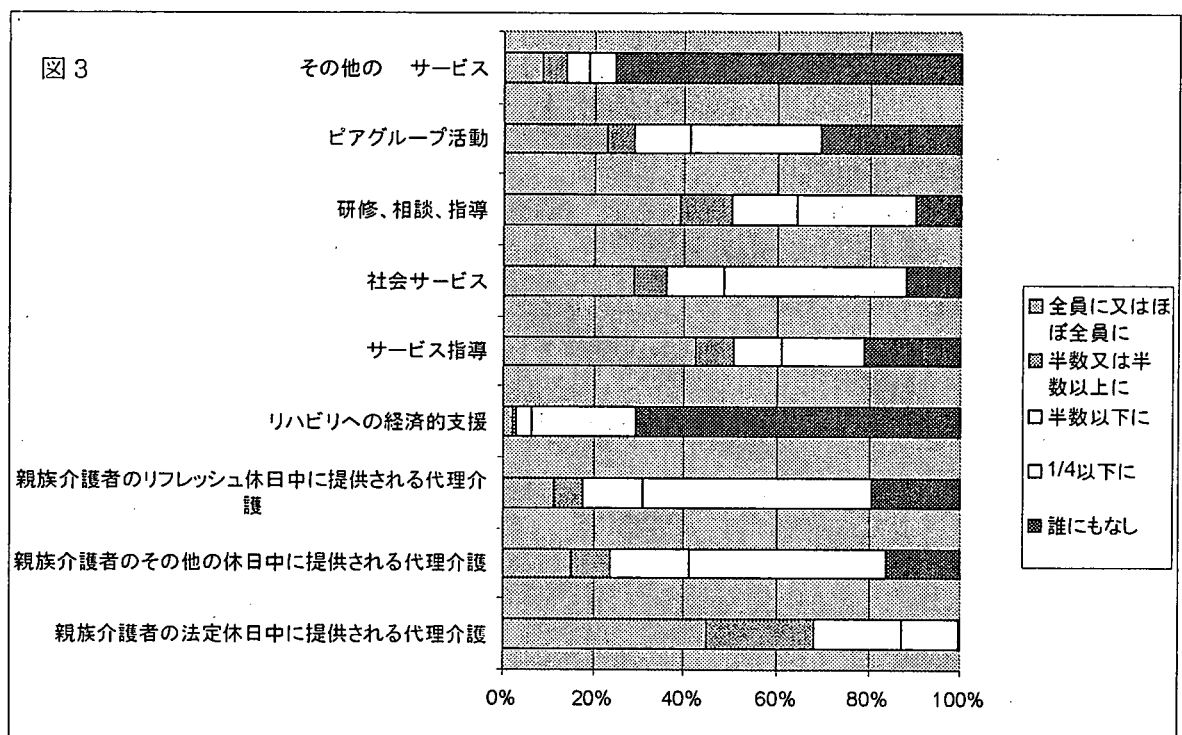
表 5. 地方自治体における親族介護支援の介護報酬 (ユーロ、件)

クラス	クラス別の平均値 ユーロ	地方自治体 (数)	親族介護者 (件)
300 ユーロ未満	197.13	74	482
300～599 ユーロ	381.55	362	18 420
600～899 ユーロ	651.53	160	2 116
900～1 299 ユーロ	1 074.54	30	261
1 300 ユーロ以上	1 361.01	8	83

介護報酬の費用は、2003 年から 2005 年にかけておよそ 700 万ユーロ、11 %の増加を示している。責任担当官によれば、2006 年用の介護報酬用に 8490 万ユーロが予算として計上しており、これが実施されるとかなりの増加となる見込みである。2005 年から 2006 年にかけての増加率は 16%と想定されているので、実際にはもっと多くの費用がかかると思われる。しかし、もし、親族介護が行なわれない場合には、およそ 11 600 名が施設ケアを受けることになっていたと判断され、その場合の費用は、自治体のナーシングホームでの平均的経費が 1 ケア人日あたり 126 ユーロであるので、およそ 5 億 3 300 万ユーロに上る。このことから考えれば、親族介護支援の施設介護のコストの代替効果は極めて高いことになる。

(親族介護支援に含まれるサービスの利用)

地方自治体の親族介護支援の担当責任官に、2006年4月30日時点で有効な親族介護契約やその添付書類としての介護・サービス計画書によれば、どのようなサービスがどの程度の割合で親族介護者に提供されたかの推定を依頼した。回答者のほぼ半数は、親族介護者全員に法定休日期間中は被介護者に代理介護を準備する形で、法定の休日を確保できると推定している。同様におよそ半数は、親族介護者全員に相談、指導、サービス指導を提供できると推定している。その他の親族介護者を対象としたサービスの提供にかんしてはバラツキが大きく、例えば、リハビリへの参加のための経済的支援は僅かしか提供されていない(図3)。



親族介護者の法定休暇期間中の被介護者の代理介護は、大部分がナーシングホーム、ヘルスセンター病床部門、特別ケア圏の施設またはリハビリセンターなどでの短期施設入所として提供されている(利用者のうち41%へ)。およそ1/5の利用者には、代理介護は、親戚、隣人またはボランティアの助けて、あるいはケアつき住宅への短期入所として提供されている。あまり一般的ではない代理介護形態は、自宅での休暇代理サービス(5%)、家庭保育休暇(4%)、在宅介護(4%)の利用であった。

推定によれば、42%(n=6872)が法定休暇を利用していない。休暇の拒否の最大の理由は、親族介護者が被介護者を他人の介護の手に委ねることを好まないことや、被介護者が親族介護以外の介護を拒否することにあるという。親族介護者は代理介護を他の親族に依頼する傾向がある。

回答した地方自治体のうち半数以上が親族介護者に対して法定休暇以外の介護休暇（56 %、n=197）や1日以下のリフレッシュ休暇を提供している（63 %、n=224）。ただし、以前の調査では、代理休暇を取るためのショートステイのベッド数の不足や取りたいときに空いていない、などの不満が述べられていた。

最後に、調査の結果から、今後の改善方向として以下の3点があげられている。

- ① 被介護者と親族介護者の人生の質の向上—リフレッシュメント・サービスやリハビリ・サービスなどの多様なサービスを開発して、親族介護者の身体的、情緒的、社会的活動能力を維持・推進するために、自治体や市民団体や教区などのいろいろな方面との協同体制を計る。—代理介護に関して、法定休暇の利用が進むように被介護者の自宅で行なえる目的に沿った代替案を計画する。
- ② 広汎な活動能力やリソースの査定を親族介護者にも被介護者にも行い、介護・サービス計画に乗っ取った必要な支援が正しくターゲットに届くようにする。
- ③ 親族介護の開発をサービス構造の緊密な部分として捉え、親族介護支援のカバレッジの拡大を含めて長期的に捉える。

7. まとめ—フィンランドにおける介護サービス従事者の確保と課題—

ラヒホイタヤという広範な領域のケアサービスを行える柔軟な資格を創出したこと自体が、介護サービス従事者確保のための戦略であった。しかし、これらの資格保有者は、必ずしも高齢者ケアの領域で働くとは限らない。従って、今後、拡大する高齢者のケアサービスの需要に対し、いかにラヒホイタヤを育成・確保するのか、という課題と同時に、いかにその中から高齢者ケアの領域で働く人々を確保するのが課題となる。

フィンランドには、ラヒホイタヤの訓練校は現在8校あり、その殆どが自治体あるいは自治体連合によって運営されている。地域ごとの養成人数は労働市場の需給関係をもとに、基本的に教育省が定める。

第1節で見たように、現在自治体の再編成が行われており、その中で、基礎訓練校（ラヒホイタヤ訓練校ばかりではないが）の設置基準は最低人口規模が5万人と定められたので、今後学校数やそれぞれの定員数が変化する可能性もある。

学生数は2005年単年度で、新卒入学者5159人、成人学生1200人の計7359人であった（教育省）。各学校によって若干異なるが、年代的に2種類の学生が存在する。平均すれば「若い学生」が60-65%、「成人学生」が35-40%である。「若い学生」とは、16歳—20歳くらい、基礎学校卒業生あるいは高校卒業生であり、「成人学生」とは、大体30歳以上の人々であり、ラヒホイタヤの資格をまだ取っていないケアワーカーや介護とは無関係な職種からケアワークに興味があって入学した人々である。今後の高齢者ケアワーカー

一の養成・確保にとって、この2種類の学生の存在が重要である。

「若い学生」は「成人学生」に比べ中退者の割合も高く、高齢者ケアに興味を持たない。「彼らには高齢者ケアは無理」と断言する関係者もいる。経験不足のために仕事がハードに感じるからである。特にヘルスケア領域は医師—看護師等の伝統的階層関係があり、それも若者が好まない理由の一つである。それに比べ、「成人学生」は高齢者ケアに関心があり、とりわけ他の職種から入学する学生は、賃金は前職より下がってもケアの仕事にやりがいを持っている、と言われている。このような「成人学生」の割合が増加しつつある。

現在、ケアサービス従事者の不足はトータルとしては大きな社会問題とはなっていない。これまで述べたように極めて計画的な養成を行ってきているからであり、養成校の学生の定員割れも現在のところなく、入学希望者も微増しているようである。ある学校関係者は「もう少し多くても構わないが、不足ではない」と表現している。政府の政策文書では、医師不足が指摘されているが、これも現在進められている高等職業訓練教育（ポリテクニク）の改革により医師の業務の一部の看護師への委譲という形の解決が計画されている。同じ北欧のスウェーデンのように、ケアワーカーの不足が急を要する政府の課題として提起されてはいない。

しかし、高齢者ケアの領域は「若者」には不人気という一般的傾向がある中で、今後、高齢者ケアのサービス需要の高まり、2010年後のこの領域の退職者の増加ということから考えると、ケアワーカーの不足も予想されるが、その対策として関係者（政策担当者や教育関係者、現場）が期待しているのは、①「成人学生」の増加、②他の領域からケア労働への移動、③男性ケアワーカーの養成などである。しかし、政策目標として明文化されてはいない。

一方で、むしろ奨励されているのは、大学や研究者との協力によって、就労環境の改善や個々のケアワーカーの資質向上あるいは就労意欲を高めるためのプロジェクト活動である。これも、健康問題等による早期退職を予防し、高齢者のケア領域からの労働者の流出を防ぐ重要な課題である。

上記の課題はジェンダーの問題と重なっている。ラヒホイタヤの97-8%が女性である。ケアワークは現在「女性職」であるが、ラヒホイタヤとして、社会保健医療サービスの多様な職種に共通する基礎的力量を有する資格をもつことは、ケアサービスの領域内の異なった職場・仕事への異動をスムーズにし、女性の長い労働人生にとってプラスとして評価されている（笹谷・2005a）。つまり、ラヒホイタヤの養成・確保は介護サービス従事者の問題でもあり同時に女性労働者の就労継続の問題とも重なっている。その中で、いくつかの疑問や批判も生じている。先述したように、高齢者ケアサービス従事者として中高年の女性労働をより積極的に位置づけようとする関係者の発言も見られた。これはケアの「脱ジェンダー化」という男女平等の課題とどのように関わるのであろうか。また、その広範

な教育ゆえに、保健医療分野では「中途半端」と評価される傾向が現在でもあり、とりわけ医療現場で働くラヒホイタヤは階層序列では低い立場におかれる状況とあわせて、その職業的アイデンティティに悩む実態も報告されている (Sipra,2005)。北欧諸国における、ケア＝女性という社会的評価と現実の労働配置をどのように評価するのかは、残された課題である。

参考文献

Kirsi Markkanen, Social Security in Finland 2006.1.13

Ministry of Labour, 1997. Occupational and Career opportunities of women in female dominated occupation (in Finland), Helsinki

Ministry of Social Affairs and Health, 2005 Trends in Social Protection in Finland in 2004

Sipra Wrede and Lea Henriksson, 2005. The Changing Terms of Welfare Service Work: Finish Home care in Transition. H.M.Dahl and T.R.Eriksen eds, *Dilemmas of Care in Nordic Welfare State*, Ashgate, 62-79

Stakes. Care and Services for Older People 2005

Szebehely, M. (eds), 2005, *Aldreomsorgsforskning i Norden: En Kunskapsöversikt*, Nordic Council

フィンランド社会・保健省、1992、「サービス構造に関する作業部会の報告書」（要約 河田訳）

フィンランド社会・保健省、2005、「社会分野の技能、労働力および教育の必要性に関する予測プロジェクト：中間報告」（河田抄訳）

フィンランド法令集、937「親族介護支援法」

フィンランド教育庁、2001、『社会・保健・医療分野の基礎資格』（学習指導要領）

深沢和子、2003、『福祉国家とジェンダー・ポリティックス』東信堂

OECD, 1998=2002、「女性優位職業の将来—OECD加盟国の現状」（内海彰子訳）カネカリサ
ーチアソシエイツ

笹谷春美、2005a、「フィンランドにおけるケアワーカー養成教育の改革—新たな専門資格
「ラヒホイタヤ」の誕生—」平成14-16年度科学研究費補助金基盤研究（C）報告書（代表
笹谷春美）『ケアワーカーの養成過程におけるジェンダー課題』

笹谷春美、2005b、「高齢者介護における家族の位置—家族介護者視点からの「介護の社会
化」分析—」『家族社会学研究』第16巻2号、36-46

STAKES, 2007、「社会サービスとしての親族介護—1994～2006年における親族介護支援とそ
の変化に関する調査：要約」（河田舜二訳）

高橋睦子、1999、「フィンランド福祉国家と女性労働」『大原社会問題研究所雑誌』No. 485:
16-31

資料 「ラヒホイタヤ教育の専門課程：高齢者ケア専門課程の科目の内容と目標」（フィンランド「学習指導要綱」（2001）から

高齢者ワークの倫理と社会的位置

学習の目標としては学生が高齢者一人一人の人生の遍歴を尊重し、その人間としての多面的な姿（生物的、物理的、心理的、経験的及び、社会的な全体像）を考慮することを学ぶ。学習においては、高齢者の家族、近隣共同体、介護共同体を考慮して、その社会参画を促せるように働きかけることを学ぶ。また、いかに異なった文化において、どのように高齢者への接し方が違うかを学び、この知識を実際の多文化的な作業環境において生かせるようにする。また、学生が「老いること」に係わる自分の考え方や態度や価値観を他人に伝達することができるようにするとともに、高齢者の立場になって仕事ができる訓練をおこなう。さらに、高齢者ワークを職業として尊重し、ケアワーカーの倫理的な原則の意味を自分の職業選択に際しても、また一般的に高齢者ワークに従事する際にも理解しているように努める。

学生は高齢者ワークの歴史や現状を理解し、現在、何が高齢者の問題となっているかを把握するとともに、仕事をより良く進展していくなかで何が将来的な課題になるであろうかを考察する。また、仕事を進めるなかで、高齢化に関する人口動態的、社会的な変動や高齢化の進行の持つ意味を考察できるようにする。また、高齢者ワークを規定する看護、介護サービスシステムに沿って仕事を進めて行くことができるようにするとともに、自らが看護・介護サービス連環のスムーズな稼働を促進できるようにすることを学ぶ。第3セクターとの協同作業やネットワークのなかで仕事をすることも併せて学ぶ。

学生は品質管理の考え方を活用し、一般的な品質改良方法を身に付け、自らの看護、介護サービスの開発などに役立てることができるようにする。また、「継続性ある成長」の原理を理解し、ケア用品、消費財などのライフサイクル分析的な考え方でこれらの品物を選択できるようにする。

高齢者への接し方

学習の目標としては、学生が高齢者一人一人の自己決定権を尊重し、高齢者自身や近縁者にケアワークや、リハビリに関する選択や決定に参加してもらうようにする。彼はまた、高齢者に残され、保持されている能力をサポートするとともに、ケアワーカーとしての自分の能力、気力に応じて、人間や人生に対する肯定的な態度で相手に接することを学ぶ。そして高齢者がより良い、意味深い余生を生きてゆく可能性を拡大してあげるようにする。

学生は、高齢者の身体的、心理的疾患やその治療方法の知識を身に付けるとともに、それを実際の作業のなかで応用することができる。彼はまた、痴呆性患者や脳損傷者や精神性老人病患者をケアできるとともに、これらの患者グループが高齢者ワークにどのような課題を突きつけてくるかも合わせて理解する。彼はまた仕事において「古い」がどのように他人との付き合い、社会的な役割、行動・態度、記憶能力、学習能力、そして精神的な活動能力へ影響を与えるかに注意を払うことができ、高齢者が「古い」に順応してゆけるようにサポートを行う。また、知覚能力の変化に注意を払ったり、それが精神的な豊かさや精神衛生に、あるいは行動力にどのように影響するかにも注意を払うことができ、高齢者やその近縁者がそうした事態に対処してゆけるようサポートをする。また、「古い」をもたらすその他の変化、例えば睡眠や不眠のいろいろの症状、原因を理解し、それを高齢者に話すことができるようにする。

学生はまた、高齢者が受ける不当な扱いや引きこもりの原因を承知し、そうした事態を避けられるようにする。

学生は高齢者の飲酒等習慣性服用に関して評価を行うことができ、どれが危険を伴う使用ケースか的確な判断を下せるようにする。彼はまた、習慣性服用の治療に際して高齢者やその近縁者をサポートし、指導できるようにする。また、アグレッシブな態度を示す高齢者やその近縁者に適切に対応できるようにする。そして暴力的な場面でも冷静さを失わず、必要に応じて自らに助けを呼ぶこともできるようにする。

個人重視の高齢者ワーク

学習の目標としては、学生が高齢者の看護と介護の必要性を判断できるとともに、一人一人の高齢者の個人的な行動パターンや習慣に注意を払うことができる。作業グループにおいては担当高齢者の必要性をベースにした看護、介護計画の策定やそのメンテナンスに参加する。彼はまたその計画を評価することができるとともに、必要ならば作業グループと協同してそれを変更することができる。彼はまた、決められた計画や約束ごとに沿って高齢者やその近縁者と一緒に仕事を進めることができる。

学生は高齢者ワークの中心的な看護、介護手法についての応用判断ができ、それを一層進展させることができる。彼はまたその仕事を通して、高齢者の生活に意味と尊厳をもたらすよう働きかける。彼はまた、年とともに高齢者の皮膚が変化し、皮膚の手入れについてのアドバイスができる。彼は口腔の周辺における老いの影響を理解し、高齢者の歯磨きや口腔衛生保持のアドバイスができる。彼は高齢者用に強化型のペディキュアを施すことができる。彼は高齢者の尿意等の抑制推進を図るとともに、尿失禁等などの問題において高齢者を助ける。彼は、性が年齢とともにどのように変化するかを理解し、高齢者

の性をその個人のアイデンティティ、あるいは個性として尊重する。

彼はその高齢者の専任ケアワーカーとして努めることができる。

学生は高齢者の日常生活の雑事や家事の独立した遂行能力を指導、評価することができる。

学生は住環境や生活圏が高齢者の活動能力や生活の質に影響を及ぼすか判断でき、当該高齢者の必要性や状況を考慮しつつ、その生活環境の住みやすさや安全性（電気、火災上の安全性など）を計り、かつ推進できるようにする。

学生は高齢者の栄養的状況の判断ができ、高齢者の食事習慣において指導をすることができる。特別食に関する知識を応用できるとともに、高齢者の必要性や美的感覚を考慮しながら食事を準備したり、食品を取り扱うことができる。彼は高齢者の水分バランスや不均衡をフォローし、その観察を記入や、音声にて記録することができる。

学生は高齢者が一般的に使用する薬やその効用について理解し、その効果や副作用を観察することができる。彼はまた高齢者の薬品使用を観察し、必要に応じて他の作業グループのメンバーにそれを伝達することができる。彼は高齢者やその近縁者に必要な薬の使用に付いてアドバイスしたり、勇気付けたりする。

学生は異なった作業環境や作業グループのなかで終末ケアの計画と実施に参画する。彼はまた危機的な事態において、精神的な、あるいは敬虔なサポートをその高齢者やその近縁者に対して与えることができる。

学生は作業グループの一員として親族介護者の仕事をサポートできる。

学生は他の学生を指導したり、さらに正式な指導者としての訓練への意欲をもつ。

学生は高齢者ワークの健康上の危険や弊害(身体的、心理的、社会的、物理的、化学的、生物学的な作業環境要因)を排除することができる。また、高齢者ワークのエルゴノミーにのっとった作業原則や患者の移送に際する正しい起し方などができる。

学生は自分の能力の可能性と限界を承知し、作業指導を利用し、生涯教育の原則にのっとり、さらに継続的に自己訓練、開発してゆく意欲をもつ。また、自分の職業技能を客観的に監督、評価したり、高齢者ワークを批判的に評価できるとともに、新しい作業方式

を個人として、グループとして生み出してゆく努力をする。彼は創造的かつ協調的な作業態度を保持し、高齢者ワークの質を評価し、その改善をはかることができる。彼は自分の職業技能に、自らの個人生活や労働能力の維持に責任を持つとともに、さらに作業共同体の一員としての責任を持ち、仕事を継続して行く意欲の維持し、仕事からくるストレスやバーンアウトに対処できる自分流の方策を模索する。

▲ 以上の中心的内容は老人性の看護とソーシャル・サービス・ワークである。

学習の目標としては、学生が高齢者ワークにおけるリハビリ・サービスを理解し、作業グループの一員として高齢者のリハビリの必要性を判断するとともに、与えられた処方に沿ったリハビリ計画の策定に参加することができるようにする。彼は多職種にわたるリハビリ協同作業を理解し、自らの分野でそれに参加する。

学生は高齢者を活性化へ向けてやる気を起させたり、励ましたりする。彼はまた、運動が高齢者の遂行能力や、気分や、社会的な相互影響へ肯定的な影響を与えることを理解し、なるべく運動を行うように仕向ける。彼は高齢者が支持・運動器官（訳注：骨格、間接、筋肉を指す）の疾病に罹らないように努力する気を起させることができる。また、補助器具の使用をアドバイスすることもできる。

学生は高齢者や作業グループと協同して、毎日がより意味深く過ごせることができるための計画をつくり、実行し、さらにそれを評価できるようにする。彼は絵画的表現や手工芸のいろいろの方法を使えるように訓練を行うとともに、音楽の持つ意味を理解し音楽を高齢者ワークの中でセラピー的に使うことをも学ぶ。彼は記憶セラピーを使うことができるようにし、重度の高齢者にも遊びを準備できる。彼は会話をサポートしたり、それにとって代わるような伝達手段（訳注：英語で AAC、Augmentative and Alternative Communication と呼ばれているもの）を使うことができる。

学生は中心的な作業療法やリハビリテーションの原則を理解し、それを高齢者ワークにおいて指示に従って応用することができる。彼は個人、あるいは小グループを指導し、必要ならば単独で指導が行えるようにする。彼は高齢者の作業グループを指導することができ、高齢者とグループの間の相互影響や、社会的なコンタクトが増えることを促すよう働きかけるとともに、グループ・ダイナミズムの原理を理解している。

▲ 以上の中心的内容は日常生活をより豊かにしてゆくことにある。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」

分担研究報告書

イタリアにおける介護者の確保育成策

分担研究者 宮崎理枝 大月短期大学 助教

（平成19年度）

研究要旨

イタリアの事例は、国レベルの介護制度が整備されておらず、家族以外の主たる介護供給主体が、公的領域にはない点が、日本をはじめ、ドイツ、フィンランドの国々とは大きく異なる点である。近年、地方レベルでの介護供給関連施策への取り組みは多様化している。そのなかでの介護者の確保育成策に関する政策展開の多くは、現存の私的な介護供給の適正化や質の向上に重点をおいている。具体的には、移民を中心とする私的な領域の有償介護労働者の労働環境および、提供される介護の質の向上を目的とする施策である。

イタリアは少子高齢化の進展や、従来介護を担ってきた女性を取り巻く社会状況の面で、わが国と共通性が極めて高い。介護供給をめぐる確保育成策の面ではわが国とは大きく異なる施策の方向性が伺えるが、近年、福祉領域で地方への権限委譲が進められているわが国にとって、イタリアが抱える問題点と、先進的な地域の事例の双方を把握することは、わが国の将来的な介護者の確保育成策を検討していく上で、大いに参考になる点を含んでいるといえる。

A. 研究目的

まず、現在のイタリアにおける介護制度の体系を把握する。次に、その制度体系の中で介護者の確保育成策の位置付け及び実施状況を把握する。以上は、来年度に実施される予定である、我が国及びドイツ、フィンランド、アメリカの事例との比較研究に際しての、南欧型イタリアの特徴を明確にすることを目的とする。

B. 研究方法

文献調査を通じてイタリアの介護制度の体系を整理した。また、イタリア現地の行政及び関連団体の専門家との意見交換などを通じて、地方レベルでの介護施策の動向を把握した。

（倫理面への配慮）

個人情報等に関連しないため不要。

C. 研究結果

この検討を通じて、次のことが明らかとなった。

- ① イタリアの福祉供給は、現物よりも現金給付を主流としているといえ、介護に関してもその傾向が強い。この背景には、福祉（介護）供給とその責任は最終的に家族にあるという補完主義や家族主義の理念があるとみられる。
- ② こうした理念の下で、女性の社会進出や 90 年代以降の高齢化の急激な進展により、イタリアでは家族を主とする介護供

給に限界が生じつつあり、移民労働者による私的領域における有償介護労働が普及している。

③ イタリアには国レベルの公的介護制度はなく、要介護度や介護サービスの種類に関して全国共通の厳密な基準や定義が存在しない。介護供給は立法から実施レベルまで州以下の地方レベルで展開されている。

④ 介護者の確保育成策も地方レベルで展開されており、国の共通基準がほぼ存在しないといってよく、州やそれ以下の地方自治体における取り組みの状況は異なっている。加えて、南部問題もあり、国内の南北間を中心として、地域間格差が著しい。

⑤ 福祉に多様な主体が関与することを促進するという理念(2000年法律328号)に基づき、近年の介護者の確保・育成策としては、公的な介護の領域に並び、私的な領域のケアをめぐる支援策が充実しつつある。

⑥ また介護者に対する公的な確保、育成、支援策に関与する主体として、自治体に並び、非営利団体や、労働組合など、多様な主体等多くの主体が挙げられる。

⑦ アルトアディジェ(ボルツァーノ)自治県の介護者の育成策としては、県立の社会的専門職の養成校があり、介護を中心的に担う社会-援助士、社会-保健士の資格取得のためのコースが設置されている。

また、全学費及び通学期間の諸費用の一部を県が助成する。同校では、この二つの資格職に加えて、援助士のコースがある。これは、非専門職の介護労働の質の向上を目的としており、外国人労働者を対象とするものである。コースには、言語や文化関連の履修も含まれる。

⑧ ミラノ市で展開される介護者の確保策のひとつとして、「介護者窓口」がある。これは、ミラノ市が行う事業であり、介護者を必要とする家庭の求人と、移民労働者を主とする介護労働者の求職のマッチングを行っている。窓口は求人、求職双方のケースを受け付け、面接を行い、詳細なデータベースを作成し、双方の希望に即した求人・求職先を紹介する。こうしたマッチングの事業は、この1~2年で、各自治体によって多様な展開がみられる。

D. 考察

イタリアでは実際の介護供給に関連する制度が地方レベルで展開されている。このため、地域間格差が著しいという問題がある。他方で、地域によっては、公私双方の領域で、領域横断的に、積極的な取り組みが展開されている。私的領域での有償介護従事者の確保・支援策は、その代表例である。

また、公的領域における介護者の育成策として、学費や必要経費を県が負担するアルトアディジェ(ボルツァーノ)県のような事例

もある。しかし、同県では2007年度から大々的な制度改革が実施され、介護供給形態をめぐっては要介護者への全面的な現金給付に切り換わる。結果として、公的部門の供給責任が縮小する見込みである。

今後の課題としては、こうした私的なケアの支援策が、公的なケアの従事者の確保育成策とどのような関係を有するのか、また将来的には、両者がいかなる方向性を有しつつ、施策を展開していくのかを見極める必要がある。

E. 結論

イタリアの事例は、国レベルの介護制度が整備されておらず、家族以外の主たる介護供給主体が、公的領域にはない点が、日本をはじめ、ドイツ、フィンランドの国々とは大きく異なる点であるとみられる。

イタリアでは、地方分権化が進められるなかで、制度的に分断される傾向が強い保健と福祉領域の統合、全国レベルでの福祉サービスの共通水準の設定、要介護者への施策の充実が課題となっている。

その一方で、地方レベルでの取り組みは一層多様化している。現況での介護者の確保育成策に関する政策展開の多くは、現存の私的な介護供給の適正化や質の向上に重点をおいている。具体的には、移民を中心とする私的な領域の有償介護労働者の労働環境および、提供される介護の質の向上を目的とする施策

である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

「要介護高齢者と障害者領域の現金給付制度－イタリアにおける介添手当て制度の事例から」『大原社会問題研究所雑誌』no.592, 2008年

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第三章 イタリアにおける介護者の確保育成策

宮崎 理枝

1. はじめに——国際比較にみるイタリアの介護供給類型の位置付け——

本研究におけるドイツ、スウェーデン、アメリカ、イタリアの国際比較の前提として、イタリアは家族主義型として位置付けられている。福祉の家族責任が強い家族主義型に該当するイタリアでは、介護供給において公的部門・公的部門ともに小さいと類型化される。介護システムにおける公私のバランスに着目すると、歴史的にはカトリック教会の補完性の原理も根強く、「私」的領域の役割の重要性は政策的理念と現状の双方で明らかである¹。また、実際に公的支出に占める社会的援助領域の規模は小さく、そのなかでも現金給付が主流である²。これは、福祉をめぐる家族責任が強く、福祉ニーズを満たすその供給責任が、最終的には家族にあることを示唆するものである。

イタリアの高齢化率は2005年に16.6%であり³、30%代に達するのが2033年であり、平均寿命は男性が78.2歳、女性が83.7歳⁴である。2050年には、65歳以上の人口比率が、男性で32.4%、女性では38%に上り、これはわが国の男性31.2%、女性39.7%に近似する

¹ 政策理念としては旧労働社会政策省が2003年に出した、「イタリアの福祉白書」に次のような言及がある。「家族は、子供の誕生、失業、疾病等、ライフサイクルにおける重要な変化や、（援助を必要とするような）重大な出来事の発生時に、保護システムとして機能することで、強力な社会的緩衝（un potente ammortizzatore sociale）として存在してきたし、これからもし続ける」のであり、さらに「単なる個人の集まりではなく、親族ネットワークが、（リスク時の）援助手段を共通に管理するための基盤となる〈場(luogo)〉なのである。すなわち家族の役割は、福祉において中心的な存在」である（Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Libro Bianco sul Welfare proposte per una società dinamica e solidale*, Roma, 2003, p.14.）；宮崎理枝「動向—イタリアの福祉白書2003年」『海外社会保障研究』第146号、73-79頁、2004年。

また同上の出典から、現状に関する言及は次のとおり。「親族、知人、隣人のネットワークから提供される助力は、全体の94%に相当し、そこではあらゆる年齢層が助力の提供と享受を相互的に行なっている。なかでも、親子間のそれは、私的領域においても根本的な役割を担っており、年間で30億時間に換算される助力のうち、家族外からボランティアに提供されるのはそのわずか5%にすぎない」（宮崎理枝「動向—イタリアの福祉白書2003年」『海外社会保障研究』第146号、73-79頁、2004年）。

² 国レベルでの現物給付が行われないのは、社会サービスや医療サービスが地方の管轄で行われるという制度的要因による。

³ アルト・アディジェ（ボルツァーノ）県では高齢化率は16.6%、75歳以上の比率が7.7%、80歳以上の比率は4.3%（2005）（Istituto provinciale di statistica (ASTAT), *Manuale demografico della provincia di Bolzano 2006*, 2006, pp.32-33.）。

⁴ アルト・アディジェ（ボルツァーノ）県の平均寿命は、男性78.2歳、女性83.7歳、イタリア全国平均は男性77.6歳、女性83.2歳である（2005）。

きわめて高い比率である⁵。イタリアは我が国と並び 21 世紀半ばまで世界でも際立つ高齢社会となる⁶。また、ベビーブーム世代の長寿化と先進国中最低レベルの出生率⁷、女性の社会進出や家族形成をめぐる変容は、介護や所得保障、そして家族内での相互援助などの高齢者のウェルビーイング（福祉）を支える重要なファクターについて、あらゆる側面で今後極めて厳しい状況に陥ることを予見しているといえよう。

加えて、イタリアでは、社会的領域の現物給付については 1970 年代以降、基本的に州以下の地方レベルに移管されており、制度の整備や普及水準は地域によって大きく異なる。憲法第 V 部の改革によって、社会的領域で大いに加速した地方分権化の潮流は、地域間での政策策定や実施状況を一層多様化させると同時に、市民が受給可能なサービスの質と量の格差を拡大させている。

実際、州ごとの社会的援助に対する予算額や、そのうち高齢者の領域にどれだけを分配しているのかという点については、州ごとに大きく異なる。例えば、州別にみた 2003 年のコムーネによる住民 1 人あたりの高齢者領域への支出額では、イタリア平均が 119.0 ユーロなのに対して、最高がヴァッレダオスタ州の 805.8 ユーロ、最低はカラブリアの 19.1 ユーロと著しい格差が生じている⁸。一部の州、県、コムーネの地方公共団体のホームページ上では、実にきめ細かな高齢者向けの各種サービスが紹介され、サービスに関する問い合わせの無料通話サービスを提供するような自治体（ミラノ、ボローニャ市等）もある。これに対して、これまで国レベルで地方の施策を包括的に把握しようとする動きは必ずしも活発ではない。

このように、イタリアの介護施策の特徴としては、国レベルでの施策や共通の介護供給基準が設定されていないこと、地方レベルで管轄される介護の現物給付施策が十分に整備されていないこと、加えて前述のとおり現金給付主流であることを挙げることができる。こうした特長は、1990 年代後半以降、専門的知識や経験を持たない低賃金の移民による介護労働を急速に普及させる要因となってきたといえよう⁹。

現状では、国内の家事・介護労働者の合計がおおよそ 105 万人と推定されるのに対して 80.1 万人、すなわち全体の 76.1% を占めるとも、あるいは 80% に匹敵するともいわれる。これは、家事・介護労働市場で、非正規が正規の雇用をはるかに上回っていることを示してお

⁵ OECD ホームページ (www.oecd.org/dataoecd/52/31/38123085.xls)

⁶ 国立社会保障・人口問題研究所 (2003) 『人口統計資料集 2003』 39 頁。

⁷ 2005 年の出生率はアルト・アディジェ（ボルツァーノ）県で 1.57、イタリア全国平均で 1.34

(Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), LA TUTELA DEI RISCHI DI NON AUTOSUFFICIENZA FISICA NELLE PERSONE DI ETÀ AVANZATA, 2002, p.7.)。

⁸ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2006), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali - II parte, sezione II*, p.24.

⁹ Commissione per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997, pp.87-112. (<http://www.edscuola.it/archivio/handicap/onofri.pdf>)

り、その比がほぼ3対1になるという研究結果もある¹⁰。実際、2002年の通称ボッシ＝フイーニ法の正規化では、30万人を超える家族援助者(事実上介護労働者も含む)の非合法的な滞在、労働状況が初めて顕在化し、これを契機に移民介護労働者の置かれた労働環境や合法的な雇用契約のない就労が問題となってきた¹¹。さらに、次節で言及する唯一の国レベルの介護(支援)制度ともいえる、介添手当のあり方が、介護労働供給を私的且つ市場の領域に委ねる傾向を強めてきた¹²。一連の状況を受けて近年では、地方レベルで、移民労働者を対象とした、介護労働に関する情報提供や研修制度を実施している自治体も少なくない¹³。

以上を踏まえ、本章では次の2節でイタリアの高齢者介護施策の体系と概要について概観する。3節では、本年度の研究課題のひとつであった、99項目の共通調査項目の調査結果を概観する。4節と5節では、地方レベルの介護者育成策と確保策を紹介する。4節では、アルト＝アディジェ自治県における社会的専門職のうち、主として高齢者介護に関与する、社会一援助士 (operatore socio-assistenziali)、援助士 (assistenti)、社会一保健士 (operatore socio-sanitari) について概要をまとめる。5節では介護者の確保策として、移民労働者が大半を占める私的な領域における介護労働者の求人と求職のマッチングをめぐる公的な業務について説明する。最後に5節では考察と来年度の課題をまとめる。

2. イタリアにおける高齢者介護施策と介護者の現状

イタリア福祉政策上で待ち望まれたといわれる2000年の法律328号「福祉基本法」において、高齢者福祉に関する言及は限定的であった。このうち、サービス憲章(13条)と要介護高齢者の在宅サービス支援(15条)は、他のEU諸国と比較しても大きく後退するといわれるイタリア国内の高齢者在宅介護サービス¹⁴の平均的な普及拡大を目指す基本方針

¹⁰ Giuliana Costa, *op. cit.*, p.159; Cristiano Gori e Barbara Da Roit, "Emersione e regolazione dell'assistenza privata a pagamento" in Cristiano Gori eds., *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, pp.284-285.

¹¹ 宮崎理枝(2005)「介護領域における外国人の非正規労働と<正規化>施策について」『大原社会問題研究所雑誌』第554号、43—58頁、同(2006)「イタリアにおける移民労働者と家事・介護労働—2002年の正規化施策以降の展開」『社会政策学会誌』第15号 231—250頁を参照。

¹² 宮崎理枝(2008)「要介護高齢者と障害者領域の現金給付制度—イタリアにおける介添手当制度の事例から—」『大原社会問題研究所雑誌』第592号掲載決定を参照。

¹³ 自治体では独自に、家事・介護労働者窓口 (spoltello badanti/colf) の設置や、外国人介護労働者への介護情報や技術に関する知識や情報提供、教育プログラムを準備している。また、ミラノ市の介護者窓口については、本章次節を参照。

¹⁴ 他のヨーロッパ諸国と比較したさいの、イタリアの高齢者在宅介護の平均的水準や統一制度の後進性に関しては、イェク・B・F・フッテン、アダ・ケルクストラ著、西澤秀夫監訳『ヨーロッパの在宅ケア』筒井書房、1999年；宮崎理枝(2002)「イタリア、エミリア・ロマーニャ州の高齢者在宅介護制度の現状」『人間・環境学』第11号、113—125頁を参照されたい。

として重要であった。しかし、全 30 条のこの基本法では、唯一第 15 条、「要介護高齢者のための在宅支援」のみが「高齢者」をその題目に掲げるに留まった¹⁵。また全体としては、要介護者へのサポートは家族を中心として展開されることが確認された¹⁶。

現行の介護を中心とする高齢者福祉サービスを、給付形態、制度／施設、サービスの種類、実施主体ごとに類型化すると概ね次のとおりとなる（図表 1）。まず、現金給付に関しては、保険方式のものや所得保障を目的とするものを除くと、介添手当と介護給付が高齢者福祉サービスに該当する。このうち前者は要介護者全体に対する国レベルの制度であり、後者は要介護高齢者の介護を対象としてコムーネレベルで設置、支給される制度である。

次に、現物給付としては、入所型（施設、半施設型）と在宅型（非施設型）のサービスがあり、前者では保健領域のサービスも提供されるため、州と地方保健公社（ASL）を実施主体に、後者では主として州及びコムーネが実施主体となる。経済労働国家評議会（CNEL）の報告書では、要介護高齢者に対する 7 種のサービスを挙げ¹⁷、このうちのひとつに家族を挙げ、家族は「（中略）優先的／特権的な存在」としている。こうした言及は、家族主義型の介護供給類型を象徴するものであろう。

要介護高齢者を対象とするサービスにおいて、唯一国レベルの制度である介添手当制度

¹⁵ 宮崎理枝（2002）「福祉改革法（2000 年 11 月 8 日法律 328 号）とイタリア高齢者福祉サービスの可能性と問題点」『社会福祉研究』第 86 号、101-07 頁。

¹⁶ 国レベルでは、2000 年の福祉サービスに関する法律 1.328/2000 の第 15 条「要介護高齢者の在宅サービス支援」で、以下のように、要介護高齢者の家庭的環境や在宅での生活の維持の重視が明記されている。社会連帯庁は、保健省と機会均等庁との協力のもとに制定する規定をもって、要介護高齢者に対する在宅援助サービスを通して自立を促進するとともに、その家族の支援を行う。（第 1 項）

第 3 項-第 1 項の国家予算は、家庭的環境の中に生活していけること、自立的生活の促進といった同法律の指針に沿い、公-私的部門の協力によって提供される社会福祉サービスに対して投入される。（第 3 項）

¹⁷ 経済労働国家評議会（CNEL）の報告書で挙げられた、要介護高齢者に対する 7 種の介入（サービス）とは、

- ① 病院における援助（社会的入院を含む）
- ② 介護ホームにおける援助
- ③ 保健-援助施設（Residenza Sanitaria Assistenziale）における援助-1988 年法律 64 号によると、RSA は、在宅では介護不可能な要介護高齢者に対する、統合的社会-保健サービスが提供される入所型施設
- ④ 保護施設（Residenze protette）-歴史的に RSA に先立ち設置された施設で、入所対象者は RSA と同様。社会-保健、社会-援助、看護、継続的リハビリの諸サービスが提供される。
- ⑤ デイセンター（Centri diurni）-1979 年の保健計画草案では、入院を必要としない病後の療養者や障害者に対して、保健サービスを中心として提供する施設であった。近年では、認知機能に問題を抱える高齢者に対するサービスと介入を提供する傾向が強い。
- ⑥ 統合的在宅援助（Assistenza Domiciliare Integrata）-家庭的、社会的環境の維持、入院の縮減、社会的、保健的サービスの提供が在宅で展開、社会的領域と保健的領域のサービスの統合、両領域における多様な専門性の寄与を目的とする。
- ⑦ 家族-補完性の原則に基づき、家族は要介護者のためのケア活動と援助において、特別な存在（sede privilegiata）

には、次のような給付要件がある。第一に障害度が 100%、すなわち「全面的な障害 (totalmente inabili/ invalidi totali)」を有することにあり¹⁸、この「全面的な障害」とは、1) いかなる労働活動にも従事することが不可能な最重度の障害があること、2) 日常生活行動を自立的に行うことが不可能なため、介助者の恒常的な援助が必要であるか、それなくしては歩行が不可能であることを指す¹⁹。給付の管轄は全国社会保険公社 (INPS) が行い、2006 年の介添手当の支給額は、財政・経済省の 2006 年 4 月 5 日通達第 2 条のとおり、狭義の市民 (民間) 的障害に対しては、月額 450.78 ユーロ (約 7.12 万円。1 ユーロ=158 円、以下同レートで換算) で年間 12 か月分が支給される²⁰。

介添手当は本来「障害者」のための施策であった。しかし、その低くはない支給額や、「障害のみを理由として国家の全面的な責務のもとで実施され」²¹、年齢及び所得制限が課せられず、支給額が一律という特徴が、人口の高齢化に伴い増加する要介護高齢者による利用の普及を促した。今日、「要介護者支援の社会政策における最重要施策」²²と言われるまでになり、長期ケアへの支出額の GDP 比でも、その突出した大きさが伺える。

イタリアの国内総生産 (GDP) に占める対長期ケア (LTC) 支出の比率が 1.56% であるのに対し、介添手当は 0.65% を占める。これを 65 歳以上の高齢者を対象にみると、前者では 1.05%、後者では 0.48% である (2004 年)。従って、長期ケア全般に占める介添手当への支出総額の比率は 4 割以上 (41.6%) を占め、65 歳以上についてみると、この比率はさらに高くなる (45.7%) (図表 2)。このように、介添手当は単独の制度として、長期ケアに関する諸制度のなかでは突出した給付額を占めており、なかでも高齢者介護領域においてはさらにその重要性が高まるといえる。これに対して介護手当は、地方レベルの介護に対する現金給付制度であるが、その普及率は低く、1990 年代末の調査で、介護給付制度を設置する自治体はイタリア全体で 42%、南部に至っては 12% に留まっている²³。

また公的な介護の現物給付については、施設、在宅サービスともに、具体的な全国共通の基準が設けられておらず、その普及率や利用率、提供されるサービスの水準は地域間で大きく異なっている。対人的な介護サービスは、通常、要介護者 (non-autosufficienti 直訳すると非-自立者) 全般を対象としており、障害の先天-後天の事由や加齢による介護

¹⁸ Banchemo, A., (2005), *Programmare i servizi sociali e socio-sanitari*, Il Mulino, p.22.

¹⁹ Ledda, G., & Bruno, M., eds., (1999), *La nuova invalidità civile*, Roma, Buffetti editore, p.89.

²⁰ Gazzetta Ufficiale N. 92 del 20 Aprile 2006, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Decreto 5 aprile 2006, art.2.

²¹ Legge 11 febbraio 1980, n. 18, art.1.

²² C.Gori eds., (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino, p.287, 308.

²³ C. Ranci eds. *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa*, Franco Angeli, 2001, p.239; 2004 年の受給者数については Ragioneria Generale dello Stato (Ministero dell'economia e delle Finanze), (2006) *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, p.86. を参照。

状態等を区別せずにサービスが提供されることが一般的である。この場合には、領域的にみると、医療を中心とする保健分野とそれ以外の社会一援助的分野に二分することができよう。このうち専門職としては、前者で医師や看護師、後者では、社会一援助士、社会一保健士等を挙げることができる²⁴。ただ、後者の基準は全国統一される状況にはなく、現状では、要介護状態に関しても、その度合いを測るための全国共通基準が存在しない²⁵。

3. 共通調査項目の調査結果の概要——アルト・アディジェ（ボルツァーノ）自治県を中心に——

イタリアにおける介護施策の体系はすでに述べたとおりである。本研究プロジェクトにおける共通調査項目は、国際比較を目的とするものである。このため、公的な介護領域において国レベルの施策が現金給付制度の一部をカバーしているに過ぎないイタリアにおいては、介護に関する国レベルの調査研究がほとんどなく、調査項目に対する国レベルでのデータ収集が困難であった。またこうしたデータの不足を補完するために、各調査項目において、調査主体や対象が異なるデータを用いることは、地域間格差が大きいイタリアにあっては、かえってその特徴の全体像の把握を妨げるものとみられた。従って、本年度の共通調査項目の作成にあたっては、基本的にトレンティーノ＝アルト・アディジェ自治県をトレンティーノ自治県とともに構成し、その北部に位置するアルト・アディジェ（ボルツァーノ）自治県及びボルツァーノ市（コムーネ）の事例を中心に調査した。

トレンティーノ＝アルト・アディジェ自治県はイタリア最北部に位置する。イタリアは全 20 の州で構成されており、地方の行政単位としては州、県、コムーネがあり、コムーネは最小単位である。このうち、イタリア最北部に位置するトレンティーノ＝アルト・ア

²⁴ A.Lussu & B.Rovai, *L'operatore socio-sanitario nei servizi sociali*, Carocci, 2006, p.41.

²⁵ 国レベルの介護制度がなく、「要介護者」の定義や基準が存在しない。国レベルでの初の福祉サービスの枠組み法となった 2000 年の法律 328 号においても、要介護状態に関しての規準は明記されなかった。

ただ、近年、イタリアにおけるこの基準と定義に関して考察されるようになってきている。例えば、Il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) は、2002 年に発表された要介護状態に関する報告書によると、6 歳以上の障害者（器官障害、身体機能の障害、視聴覚、言語障害、個人的孤立一室内、ベット、いすなどで恒常的に生活することを余儀なくされる）が、その人口の 5%（約 270 万人）。

また、2005 年の Ragioneria generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario* では、将来的なイタリアにおける長期ケア（Long term care）への公的支出の予測を行っているが、この際には、（1）OECD の分類基準にのっとった医療支出、（2）介添手当への支出、（3）地方レベルの社会一援助領域のサービスへの支出を総合したものとされている。

さらに、地方レベルでは次のような定義がある。

- ・ 75 歳以上の高齢者（Emilia-Romagna 州）、80 歳以上の高齢者（Umbria 州）
- ・ 市民的障害年金（pensione di invalidità civile）と／もしくは介添手当（indennità di accompagnamento）の受給者（Trento / Bolzano 自治州, Umbria 州）。

ボルツァーノ県では、要介護状態とは、要介護者への援助に関する法律に基づき、日常生活を送るにあたって、他人の援助を 1 日 2 時間以上受けなければならない者をさす。