

ディジェ自治県のみは、行政単位として州に相当するといえ、独立性が高く、地理的、歴史的、文化的にも県境及び国境を接するゲルマン圏との関係や影響が強い地域である。

アルト・アディジェ（ボルツァーノ）自治県の人口は、482,650人で、イタリアの全人口 5,921 万人のわずか 8%程度を占めるにすぎない²⁶。しかし、経済的には豊かな地域であり、EU圏の地域別の一人あたりの域内総生産の5分位の分布を見ると、最も高い階層にあり(図表3)、イタリア国内の州別にみる平均世帯収入も高い²⁷。また、県レベルで独自の先取的な政策展開を行う地域としても知られ、本章冒頭で触れた州別にみた 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、全国 1 位のヴァッレダオスタ州に次ぎ、650.0 ユーロとなっている²⁸。

アルト・アディジェ（ボルツァーノ）自治県では、他の州とは異なり、比較的人口の多いボルツァーノ市のようなコムーネでは単独に、そして小規模のコムーネでは複数の連合体を形成して、県に配分された予算をコムーネに集中させ、コムーネを実施主体として社会サービスを提供している。

要介護高齢者に対するサービス(図表4)は、申請主義であり、サービスを必要とする全ての住民が対象であるが、受給権を持つのは県内に 5 年以上在住する者とされる²⁹。在住するコムーネを細分した地区の地区社会・保健管理局(Distretto socio-sanitario)にて相談、申請し、要介護状態の審査を受け、その結果に応じて受給サービスが選択される。

要介護者（障害者、高齢者）は、加齢に起因するものであるのか否かに関わらず、まず要介護状態の審査を受ける。かかりつけ医（medico di base）を中心として、特別な専門教育を受けた看護師、社会サービス専門のワーカーによって構成された評価チームは、申請者の生活の場（自宅や施設）を訪問し、その要介護状態を 3 段階に分類する。

この評価は、医師の診断、詳細な面接、現状受けているすべての介護屋援助の質と量を吟味して行われ、評価チームによる要介護度の結果をうけて、各地区に設置された地区社会・保健管理局（Distretto socio-sanitario）にて、支給されるサービスが考慮される。介護度の判定結果や受給サービスに不服がある場合は、それぞれ地区社会・保健管理局と不服申し立て委員会に申し立てを行うことができる。受給サービスの費用の本人負担は、利用するサービスの種類と本人及び家族の状況に応じて設定される³⁰。

²⁶ Istituto provinciale di statistica (ASTAT), *Manuale demografico della provincia di Bolzano 2006*, 2006, p.16. 外務省ホームページ

(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/italy/data.html>)。

²⁷ 2004 年の従属労働者の年間所得のメディアンは、イタリアでは 33,240 ユーロ、このうちアルト・アディジェ（ボルツァーノ）自治県では 35,545 ユーロ (Istat, *Reddito e condizioni di vita nel 2005*, 2007. (http://www.istat.it/dati/dataset/20070719_01/)).

²⁸ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2006), *op. cit.*, p.24.

²⁹ Provincia Autonoma di Bolzano, *Interventi per la non autosufficienza*, 2008, p.9.

³⁰ 介護ホームにおける 1 日、ひとり当たりの平均的経費は 117.7 ユーロで、利用者の最大負担額は 49 ユーロ(2006 年) また、在宅援助サービスの費用は、サービスの種類のほかに、要介護

現状では、把握されている要介護者全てに対して対応されているものの、これには、入所型施設の待機者や、必要とされるとみられる介護サービスを全て受給しない者をも含まれているということである³¹。イタリア中北部を中心に、公的ケアと親族を中心とする無償の私的ケアでは充足されていない介護ニーズは、移民労働者による私的領域での有償ケアが補完することは一般的となっている。援助士のような移民家事／介護労働者に対する公的な教育システムの設置は、そうした既存の無償私的ケアの質の向上に配慮した施策であるといえる。

要介護高齢者に対する直接的な公的な対人サービスの従事者は、医療専門職である医師、看護師の他、社会一援助士、社会一保健士等の専門職の資格をもつ者が挙げられる。また資格職ではない援助士は主として移民労働者を対象とする職種であり、全体の介護供給のなかでは重要な役割を占め、介護関連の現金給付はその雇用に用いられる可能性が高いが、公的な介護者ではない。その他、高齢者緊急サービスや高齢者食堂、介護ホームや入院療養施設などの公的な施設や介護関連の業務に携わるボランティアなどがある(図表5)。

ボルツァーノ県において、主たる公的な介護従事者となっている社会一援助士、社会一保健士の現在の実質的な職員数、平均年齢及び平均勤続年数はそれぞれ、社会一援助士が274.3人、29.5歳で2.7年、社会一保健士が356人、37.2歳で2.2年である。これに対して、ボルツァーノ県に所属する実質的な社会サービス従事者は4712.4人、直接的、間接的な職種を含めて全てで77の職種にわたるが、その平均年齢は39.1歳、平均勤続年数は7.2年である。また、看護師の場合はそれぞれ291.3人、38.3歳、7.2年である³²。社会一援助士と社会一保健士の間では、平均年齢に比較的大きな開きがあるが、両者の平均勤続年数はいずれも3年以内にとどまっている。これは、全体及び医療専門職である看護師と比較してもかなり短いことがわかる。この他、社会一援助士、社会一保健士、そして援助士の教育・育成制度と確保策に準じた費用の援助策に関しては次節で言及する。

全体として、ボルツァーノ県の介護サービス供給システムは、他の社会サービス全般と同様に、他地域と比較しても非常に充実した機能を有しているとみられる。そうしたなか、2008年度からは、要介護者のサービスの利用は、収入状況、要介護度や供給可能な家族支援の状況を踏まえて、全て現金で支給されることになる。サービス利用者は、これを用いて、受給可能なサービスを選択する。こうした方式では、要介護者のサービス受給の全体

者とその家族構成員の収入状況によって異なる。一時間あたりの費用の最低額は0.5ユーロ、最高額は15.9ユーロである。

対象となる収入が、必要もしくは最低収入(*reddito fabbisogno/minimo*)に満たない場合は、無料でサービスを利用することができる。(Ibid.p.17 およびボルツァーノ自治州ホームページより)。

³¹ 2007年10月の宮崎による現地での職員へのヒアリングによる。

³² Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006, 2007*, pp.79-80.

的な状況の把握がより困難になると見られ、利用者が安価なサービスを求めて、私的な領域で有償サービスを選択したり、本人の介護ニーズが満たされないまま、家族に支給された現金が渡されたりすることが懸念されている³³。

4. 公的セクターにおける介護者の育成策——アルト・アディジェ（ボルツァーノ）自治県の事例——

アルト・アディジェ（ボルツァーノ）自治県では、社会的専門職（le professioni sociali）の従事者の養成施設として、県内にふたつの県立の専門学校を設置している。高齢者介護に関連する社会的専門職の種別としては、社会—援助領域（socio-assistenziali）と社会—保健領域（socio-sanitari）、そして家庭での介護（cura familiare）に分類されている。いずれの養成課程も学費は全額県が負担する。

社会—援助領域（socio-assistenziali）の専門職の職務は、個人や家族の介添、援助、ケアを、単独でもしくは他の社会サービスや医療サービスの従事者とともに従事することにある。このなかには、サービスの質の保証や評価のための、管理や組織に関する業務や文書作成の業務、医師による治療や服薬の処方指示が正確に実施されているかについての見守り、医療および看護従事者の指示を保健サービスの従事者が実施する際の補助等も含まれる。

社会—援助領域（socio-assistenziali）の専門職の資格取得には、次のような条件をみたすことが必要となる。3年間で合計3750時間、うち2500時間の社会文化、制度、法律、社会—心理学、保健—衛生、技術—実践領域の理論と、1250時間の実習の履修コースを修了すること。履修要件は満16歳以上、すなわち高等教育の2年次を修了していること、もしくは当該年中に満18歳になり、かつ中学の卒業資格を有していることである。履修申請に際しては、対人サービスを提供する施設における4週間の実習証明を提出することとなっている。履修コースの修了後には、筆記、実技、口頭諮問による試験を受け合格者には資格が与えられる。

当該領域の履修コースでは、履修者に対して、次のような費用の援助策が講じられている。

- ・ 県からの払い戻しによる、実習期間中の交通費と食費の全額負担と、ポケットマネー（Taschengeld）の支給
- ・ 通学距離が2キロ以上の者に対する交通費の減額
- ・ 収入と家族の状況に応じた奨学金の支給
- ・ 居住地が遠方であり、通学のために寄宿舎で生活する者に対する奨学金の増額

次に、社会—保健領域（socio-sanitario）の専門職であるが、その職務は、病院や利用

³³ 2007年10月の宮崎による現地での職員へのヒアリングによる。

者の在宅にて、社会—援助領域、社会—保健領域、そして入所型、半入所型の各種の複合的なサービスにおいて、保健領域のサービスを担当することにある。具体的には、要介護者や寝たきりの者を中心とし、終末期の患者等も含めた人々の日常生活における、サービス利用者の清潔、衛生環境のケアや衛生、保健領域での対人援助を行う。この他、サービス利用者のニーズの査定や、サービス受給がもたらす効果や悪影響等のサービスの質と量の評価、利用者とその家族とのコミュニケーションの円滑化のための助言等も行う。

社会—保健領域 (socio-sanitario) の専門職の資格取得には、次のような条件をみたすことが必要となる。1年間で、合計 1115 時間、うち 665 時間の理論 (領域は社会—援助領域と同じ) と、450 時間の実習の履修コースを修了する必要がある。履修の要件は、満 17 歳以上で中学の卒業資格を有していなければならない。履修コースの修了後には、筆記、実技、口頭諮問による試験を受け合格者には資格が与えられる。履修者に対する費用の援助策については、社会—援助領域と同一である。

また、家庭での介護者 (l'operatore/trice di cura familiare) は、高齢者の介護と援助に従事する者であり、しばしば、高齢者の住居にて生活をともにしながら、介護や援助を必要とする高齢者と直接的かつ継続的に接して、その日常生活や衛生面でのニーズに応じて常時職務に従事する。

前述のふたつの職種とは異なり、この家庭での介護者は資格職ではない。履修コースとしては、合計 600 時間、うち言語、文化、制度、法律、保健—衛生、対人関係、介護実践技術の領域に関して 450 時間の理論、そして 150 時間の実習が用意される。また移民労働者を対象としていることから、履修の要件としては、正規の滞在許可証と、中学卒業資格、十分なイタリア語の能力が挙げられる。コースの履修中と終了時に 2 回の面接が行われ、この際の審査によって修了証明書が授与される。

5. 私的領域における介護者の確保策——ミラノ市の事例——

2006 年ごろから、地方自治体の最小単位であるコムーネでは、「介護者窓口 (Sportello badanti)」が次々と設置されている。この「介護者窓口」とは、移民女性がその大部分を占める、私的領域の有償介護者 (badanti) の求職と、要介護高齢者を擁していて、介護者を必要とする家庭の求人のマッチングを行う窓口である。窓口では、介護者と要介護者のいる家族の双方の職業経験や能力、ニーズ等具体的な細目にわたり面接を行い、データベースを作成し、マッチングの作業を行っている。この作業は、一般的にはコムーネからの委託業務として外部団体が行う傾向が強く、地域によって有償か無償の別があり、介護労働者の紹介を受ける家庭に対して、有償での紹介サービスを行う場合もある。

また私的領域の有償介護者については、とくに資格が必要ではない。また、労働契約上の基本的な分類においては、原則として家事労働者として就労する。このため、家庭内での対人援助を中心とする介添者 (badanti) と、家事労働を中心とする家族協力者 (colf)

に大きく二分することができ、経験や職種により賃金ランクの規定が設けられているが、実際にはチャイルドケアや対人的な家事労働との厳密な区別が行われておらず、具体的な職務は、使用者との交渉で決定され、就労内容や職業経験に応じて、賃金のランクが設定される³⁴。

ミラノ市では、2006年からミラノ市役所の福祉関連庁舎内の一角をパーテーションで仕切った「介護者窓口 (sportello badanti)」が設置されている。2007年10月現在、5名の職員が職務にあっている。「介護者窓口 (sportello badanti)」に関しては、市のホームページ上で紹介されている。窓口での職務内容は、上記の内容のほかに、電話での問い合わせや面接時における労働者、使用者双方に対する雇用契約や費用等に関する情報提供なども含まれる。

使用者側、労働者側とも、それぞれ雇用と就労の意思が明確な場合、職員との3、40分～1時間程度の個別面接が行われる。使用者側と労働者側についてはそれぞれ所定の質問表があり、面接ではこれにのっとり、要介護者とその家族、そして労働者の属性やそれぞれの賃金、労働時間、労働内容等をはじめとした双方の状況、条件、希望の詳細が明らかにされる³⁵。

「介護者窓口 (sportello badanti)」の職員は、面接を通じて使用者となる家族と大部分が移民女性である労働者の質問票を完成させ、求人、求職者リストからマッチングを行い、双方の紹介を行う。紹介後は、二者間でコンタクトがとられる。使用者はしばしば就労の場となる家庭にて労働者との面接を行う。これによって、実際の生活環境や被介護者となる高齢者の状況を直接労働者側が把握できる³⁶。

ミラノ市で使用されている質問票は、この介護者窓口の職員が作成したものである。労働者用の質問票は全7ページ、使用者用は全5ページ程度で、非常に具体的である³⁷。労働者の質問票には、戸籍関連、現住所と生活及び家族の状況、滞在証等のデータなど基本的な属性のほかに、学歴、言語およびコンピューターの能力、運転免許の取得状況、職業経験の項目がある。なかでも、入国の経緯や入国後の生活職業経験、家事・介護関連の職業経験に関しては非常に詳細にチェックされ、これと本人の希望する介護の種類、時間、期間、賃金等の就労条件をもとに、当該領域の職能が判断される。

また、使用者の質問票は、申請者となる家族と要介護者の基本的属性のほか、要介護者

³⁴ 2007年10月の宮崎によるミラノ、トレント、ボルツァーノにおける現地調査では、いずれも「介護者窓口」は委託業務の形態で行われており、仲介手数料は有償（トレント）、無償（ミラノ、ボルツァーノ）とまちまちであった。

³⁵ 労働者と使用者に対しては、質問票に本人が記入する場合と、職員が面接を通じて、対象者の言説を再構成し、面接後に質問票に記入する場合がある（2007年10月7日における職員へのヒアリングによる）。

³⁶ 2007年10月の現地での職員へのヒアリングによる。

³⁷ トレント市、ボルツァーノ市の同様のマッチングの業務に用いられていた質問表は、1～3枚程度であり、これらと比較すると、非常に詳細な質問票である。

の生活、健康と心身の自立、性格や性質、余暇活動、住宅環境の状況に加え、希望される介護と支払い可能な賃金の上限、要介護者の介護者に対する希望等の項目で構成される。またこれをもとに、使用者となる家庭が必要とされる、基本給に各種の手当、社会保険料等を加算した年間支出と月額が算定される。

この介護者窓口における、介護労働上の課題として担当者から挙げられたのは、使用者となる家庭が負担するコストの問題である。電話での問い合わせの時点で、経済負担や労働環境に関して遵守すべき各種の制約についての情報提供を受けた少なからぬ使用者側の家庭が、労働者の紹介を躊躇することがあるという³⁸。

イタリアでは正規の雇用契約が結ばれない非正規労働 (*lavoro non-regolare*) が広まっており、家庭内で従事されている介護労働領域においても同様である。こうした労働形態においては、労働者を保護する各種の社会保険料が支払われていないため、介護者窓口を通じて労働者の紹介を受け、正規の労働契約を結ぶ場合には、使用者となる家庭の経済負担は非正規雇用と比較して約 1.5 倍増加するといわれる³⁹。闇市場での非正規労働 (*lavoro non-regolare*) の拡大を抑止するためにも、正規労働への転換を促すためには家庭の負担を援助する施策が必要であると考えられる。

また私的な領域における有償ケアの質の向上と、これを中心的に担う移民労働者の社会的包摂という観点に基づき、地方レベルではさまざまな取り組みが展開されている。一例として、エミリア・ロマーニャ州では、2002 年のボッシ=フィーニ法による家事・介護労働者の正規化施策が実施されたころから（この正規化施策に対して 27,662 件の申請があり、このうちの 82%にあたる 22,712 件について、申請が認められ、滞在契約が結ばれた）、地方レベルでは移民家事・介護労働者に対する援助、支援、教育活動が独自に展開されるようになっていく。

エミリア=ロマーニャ州では、2004 年 3 月、こうした移民労働者向けのパンフレット「適格な在宅ケア労働のための手引き (*Gli opuscoli in lingua - Strumenti per qualificare il lavoro di cura a domicilio*)」が作成された。これは、移民労働者が、イタリア人家庭で介護労働に従事する際の基礎的知識や情報を簡潔にまとめたものであり、正規化が認められた外国人労働者の出身国の上位 10 カ国を参考に、イタリア語、ロシア語、ポーランド語、英語、アラビア語、ルーマニア語、フランス語、スペイン語、アルバニア語版の全 9 ヶ国語が用意されている (図表 6)。

パンフレットは、1・高齢者との人間関係、2・環境及び対人の衛生と安全、3・食物：食べ物の準備と摂取、4・移動における高齢者への援助、5・認知症のある高齢者への援

³⁸ 2007 年 10 月の現地での職員へのヒアリングによる。

³⁹ 宮崎理枝「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』2005 年を参照。

助、6・サービス網のオリエンテーションの6つの章で構成され、それぞれの章は十数ページから成っている。作成には、社会的援助や介護に関する行政担当者、看護師、ソーシャルワーカー、専門の保健・ケアワーカー、整形外科医、リハビリ療法士、心理学者、機会均等委員会のコーディネーターと言語—文化領域の専門家などの専門家が関与した。

6. おわりに——今後の介護者の確保育成策の展望——

イタリアにおける介護施策は、地方レベルでの実施上の多様な展開に加えて、施策の類型にも統一性が見られない。また、国レベルの、要介護者への施策と実施状況に関する情報とデータの把握は非常に困難な状況にある。結果として、ここまでみてきたように、実際には地域的に先進的、先取的な政策展開が行われている地域があり、また家族以外の有償労働者による実質的な介護供給が介護需要の少なからぬ部分を占めているとみられるにもかかわらず、イタリアは家族以外の福祉の担い手が極めて限定的な「南欧型福祉国家」であるという画一的な印象が、現状にも増して強調されているように思われる。

現状の地域間格差、現金給付主流の国の施策を鑑みると、将来的には、イタリアにおける介護者の確保育成策は、地域間での多様性や格差が一層拡大していくと予見される。また今後の高齢人口の増加と要介護高齢者の増加や女性の社会進出に伴うケアニーズの増加は、公的なケアの質と量の確保に並び、すでに普及している移民労働者による介護労働を主とした、私的領域におけるケアの確保と支援策を通じて、補完される傾向が強いとみられる。その結果として、全国レベルで均等な水準で専門介護を提供するという公的介護制度の創設の実現は、いっそう遠のいているようにも見受けられる。

本年度は、より先進的な介護施策に取り組むイタリア北部の地域に焦点を当てて、その介護者の確保育成策について調査研究を行ってきた。結果として、イタリアの介護者の確保育成策については、公的なケアの専門職の従事者と私的領域におけるケア労働者の確保育成策に大きく二分しうることが明らかになった。このうち後者の施策については、近年地方レベルで積極的に着手されつつある領域であり、今後の多様な展開とその政策効果の状況の把握が必要になるだろう。

加えて、次年度の課題としては、イタリア国内の大きな地域間格差を十分に念頭に置きつつ、公私双方の領域における確保育成策について、前者の教育制度と施設、及び後者の実施主体とその内容の把握に焦点を当て、より多くの地域について調査し、比較していく必要があると考えられる。また、2007年11月16日には要介護者 (non-autosufficienti) に関する法案が提出されており、その動向と今後の展開を把握することも重要であろう。

参考文献

- Banchero, A., (2005) , *Programmare i servizi sociali e socio-sanitari*, Il Mulino.
- Commissione per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale. (1997) .
(<http://www.edscuola.it/archivio/handicap/onofri.pdf>)
- Gazzetta Ufficiale N. 92 del 20 Aprile 2006, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Decreto 5 aprile 2006, art.2.
- Gori, C. eds., (2006) , *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino.
- Ledda, G., & Bruno, M., eds., (1999) , *La nuova invalidità civile*, Buffetti editore.
- Lussu, A. & B.Rovai, (2006) *L'operatore socio-sanitario nei servizi sociali*, Carocci
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2006) , *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali- II parte, sezione II.*
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2006) , *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali- II parte, sezione I.*
- OECDホームページ (www.oecd.org/dataoecd/52/31/38123085.xls)
- Ragioneria Generale dello Stato (Ministero dell'economia e delle Finanze) , (2006) , *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario.*
- Ranci, C. eds., (2001) *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa*, Franco Angeli.
- イエク・B・F・フッテン、アダ・ケルクストラ著、(1999) 西澤秀夫監訳『ヨーロッパの在宅ケア』筒井書房
- 国立社会保障・人口問題研究所(2003)『人口統計資料集 2003』
- 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
- (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
- (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
- (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
- (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

(図表 1) 高齢者福祉サービス関連の諸制度と主な基本サービスの概要

給付形態		制度/施設	サービスの種類	実施主体
現金		介添手当(indennità di accompagnamento)		国
		介護手当 (assegno di cura)		コムーネ
		バウチャー制		コムーネ(ごく一部のみ)
現物	居住型サービス (servizi residenziali)	要介護者向け: 保健援助施設 (residenza sanitaria assistenziale) 一般者向け: 老人ホーム (casa di riposo), 宿泊ホーム(case albergo), コミュニティ・ホーム(comunità alloggio)	社会-保健サービス 社会-援助サービス	州/地方保健公社 (ASL) コムーネ
	半居住型サービス (servizi semiresidenziali)	デイケアセンター(のサービス)(centro diurni) 社会-援助サービスセンター (centro servizi socio-assistenziali)		州/コムーネ
	非居住型 (servizi non residenziali) / 地域サービス	総合的在宅援助 (assistenza domiciliare integrata), かかりつけ医の往診 (ambulatorio del medico di base), 障害予防サービス, 社会局と社会サービス	保健サービス、社会-保健的サービス、社会的在宅援助サービス	州/コムーネ
	上記以外のサービス		高齢者の社会生活支援(孤立回避や社会参加等)	公的主体と私的主体

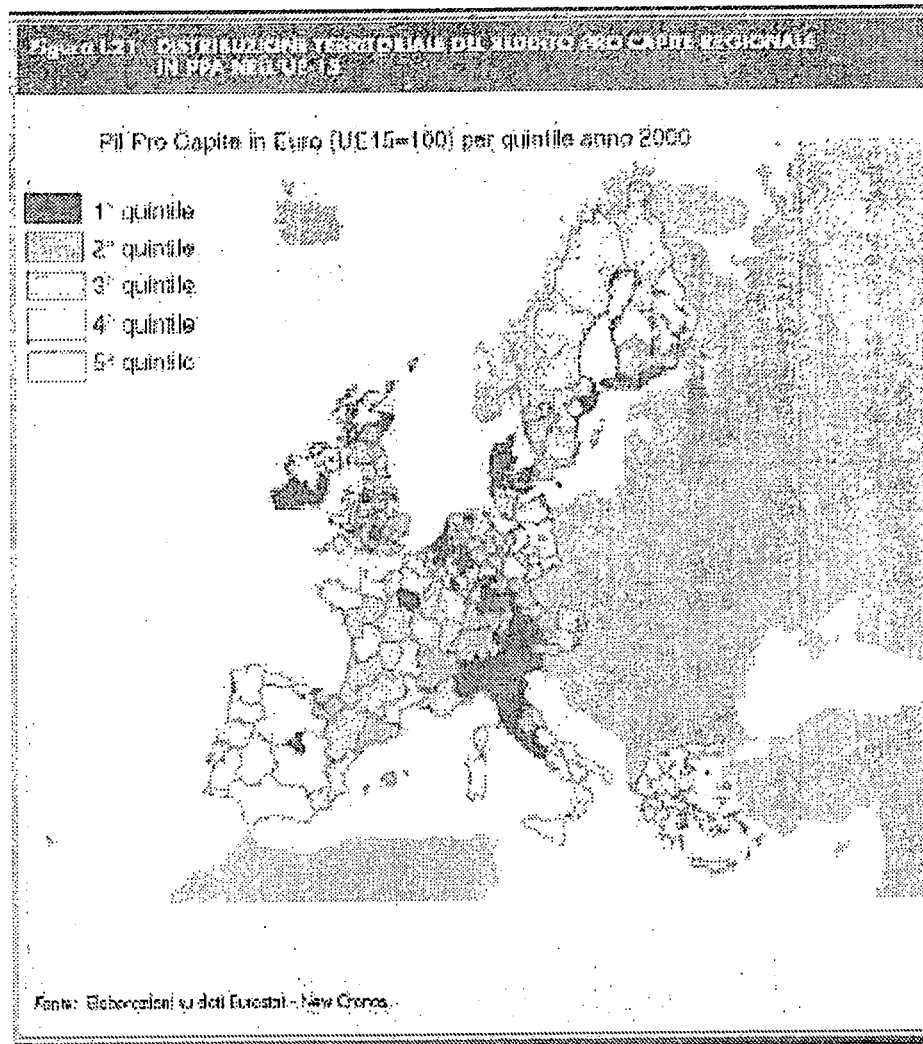
出所: Lussu, A. & Rovai, B., (2006) , *L'operatore socio-sanitario nei servizi sociali*, Roma, Carocci, pp.121-32; Franzoni, F. & Anconelli, M., (2006), *La rete dei servizi alla persona*, Roma, Carocci, pp.105-6; Ferrario, P., (2004), *Politica dei servizi sociali*, Roma, Carocci, pp.488-9; Gori, C. eds., (2006) , *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino, pp.14-7.の3点を主として参考に宮崎が作成。

(図表 2) 長期ケア (LTC) の対国内総生産 (GDP) 支出比率 (2004 年)

	GDP に占める比率 左のうち 65 歳以上 が占める比率	
保健・医療領域の長期ケア	0,77%	0,45%
介添手当	0,65%	0,48%
上記以外の長期ケア-地方レベルで支給される社会-援助サービス	0,14%	0,11%
全体	1,56%	1,05%

出所: Ragioneria Generale dello Stato (Ministero dell'economia e delle Finanze) ,

(図表 3) EU 域内の地域別にみたひとり当たりの国内総生産状況 (2000 年)



出所 : Istat, *Gli indicatori regionali per la valutazione delle politiche di sviluppo*, p.1.

(www.istat.it/istat/eventi/territorio/Fantozzi-Prisco.pdf)

(図表4) アルト・アディジェ (ボルツァーノ) 市の高齢者向けサービス

サービス	サービスの内容	利用者関連データ	備考
<p>社会的サービス (socio - pedagogico) 介護サービスとしての重 要性一中</p>	<p>高齢者が最初に社会サービスにアクセスする際には、いかなるサービスを受けられるのかをボルツァーノ市の 5 つの地区に駐在する社会教育担当者 (operatori socio-pedagogico) を通じて吟味される。</p>	<p>年間利用者数 1356 人 (2006 年) 前年と比較して 6.6% の増加。</p>	
<p>高齢者緊急サービス (servizio emergenza anziani) 介護サービスとしての重 要性一中</p>	<p>社会的サービスを経ずして、無料電話などを通じて要請され、提供されるサービス。 付き添い、傾聴、社会化、余暇などための要請である場合には、当該活動を行うボランティア団体などが担当。また、社会教育的サービスを受けなければならない場合には、地区で担当。</p>	<p>年間利用者数 366 人うち、239 人は新規 (2006 年) ボランティア団体 16 ボランティア 170 総活動時間 12.100</p>	
<p>在宅援助サービス (servizi di assistenza domiciliare) 介護サービスとしての重 要性一高</p>	<p>在宅援助サービスは、自立機能を一時的、あるいは恒常的に失ったものへの支援であり、そうした人々が、施設入所を回避し、自宅もしくはデイケアセンターにおいてより満足度の高いクオリティ・オブ・ライフを確保されるためのサービス。 サービスは、家事援助、対人衛生サービス、社会・老年医学的活動などである。</p>	<p>サービスは全ての年齢層に提供されるが、全ユーザーの 90.5% は 65 歳以上の高齢者であり、6.4% は 60-64 歳、それ以外の年齢層 (0-59) は 3.1%。 高齢者の年間利用者数は 3,250 人 (2006 年)。 世帯構成は、この利用者の 64.4% は、単独世帯の高齢者であり、24.9% は子なしで配偶者もしくはパートナーと同居する高齢者のみの世帯である。 利用者の健康/自立状態は、全体の 48.3% に、特別な疾患はないものの、加齢による衰弱や自立の制限が見られる。 13.8% は、急性疾患の患者、末期患者、障害者といった、特別な健康状態にある。 残る 37.9% は、心身の状態に疾患や、制限はみられない。 利用された在宅サービスの内訳は、利用者の 65.9% が対人の衛生サービス、24.3% が家事援助サービス その他 9.8% は付き添いやその他の多様な活動</p>	<p>利用者の年齢層、地区別、利用者の心身の自立の状況に関する表あり。</p>
		<p>2006 年には、在宅サービスの提供時間は合計 39,520 時間。</p>	

<p>食堂サービス (Servizio mensa) 介護サービスとしての重 要性一低</p>	<p>食事サービスは、いまだ自立的に活動できる高齢者に対して、食事の時間と食物の摂取を行うために行われる。 市内の食堂は3ヶ所、Don Bosco, Oltrisarco - Aslago, Centro - Piani - Rencioの地区にある。</p>	<p>在宅で提供された給食サービスは、3,322食。 デイケアセンターでは足のケア(pedicure)40のサービスが10,948件、また補助つきの入浴、シャワーが688件提供された。 2006年の年間利用者数は557人。 同年の新規利用者は94人。 同年に提供された総食事数68,105。</p>	
<p>要介護者と部分的要介護者のための(夏季休暇中の)一時的滞在 (Soggiorni climatici per persone parzialmente o non autosufficienti) 介護サービスとしての重 要性一高</p>	<p>要介護者と部分的要介護者のための夏期休暇中の海辺での滞在。 バリアフリーの施設で適切な援助を受けることができる。 2006年はチエゼーナで、5回の滞在ツアーを実行。このうち4回は、60歳以上を対象とし、1回は、35歳以上の精神疾患を有するものを対象。</p>	<p>2006年の60歳以上の年間利用者数は79人。女性58人、男性21人、81歳以上は46人。</p>	
<p>デイケア(滞在)センター (I centri di assistenza diurna) 介護サービスとしての重 要性一高</p>	<p>デイケアセンターは、要介護高齢者とその家族の支援のための半入所型サービスを提供する。センターは、心身の状態が、単独で自宅に留まる状況にない者に対して、日中の受け入れを提供する。このサービスは在宅サービスと施設サービスの中間に位置するものであり、介護ホームや入院、療養のプロセスが早期に進んでしまふことを回避するためのものである。 この他、サービスとして重要なのは、高齢者を援助する家族に対する慰問のサービスである。 ボルツァーノ市にはアルツハイマー疾患者の受け入れを専門とする二つのセンターがある。</p>	<p>2006年のセンターの年間利用者は、60人、カバース率は48%である。 デイケアセンターで最も要請されるサービスが、足のケアサービス(pedicure)である。</p>	
<p>高齢者のための入所施設 (Le strutture residenziali per anziani) 介護サービスとしての重 要性一高</p>	<p>ボルツァーノ市社会サービス公社によって、運営されている施設は、3つの介護ホームと2つの入院療養施設で、ベット数は前者320床、後者は121床、合計441床である。 入所型施設のベット数は増加する傾向にある。介護ホームでは新たに290床のポストを拡張することが見込まれており、これにくわえて、要介護者と部分的要介護者への新たな受け入れ態勢である「保護滞在 l'alloggio</p>	<p>2006年には新たに129人の高齢者が入所した。現状の441床のうち437床が利用されており、利用カバース率は91.4%である。これが100%でない要因のひとつは、利用者が集中する時期のためのベッド確保のため。 入所者の平均年齢は84歳で、性別は77.3%が女</p>	

<p>高齢者クラブ (Club Anziani) 介護サービスとしての重要性一低</p>	<p>protetto] のサービスが計画されている。またこの他に、短期滞在のために12床が用意されている。</p>	<p>性。 437人の入所型施設への入所者のうち、78.9%が重度の要介護状態にある。6.6%が軽度、12.1%が中度の要介護状態。2.3%は自立状態にある。 入所者に占める重度の要介護者の比率は近年増加している。</p>	<p>ボルツァーノ自治州内の市区町村には、約 200 の高齢者クラブがあり、運営は主としてボランティアによって行われている。</p>
<p>高齢者クラブは、高齢者の思想や信条、娯楽、相談等の交換の場である。以下が活動内容。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 交流と交際 ・ 余暇活動、小旅行、パーティーの実施 ・ 健康関連の講演会の開催 ・ 事務、水泳、ダンスなどの身体的活動 ・ ニーズのある状況における援助 ・ 長期休暇時の滞在 			

出所： Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007.

(図表 5) 高齢者向け社会サービス従事者の内訳


施設	ASSB(公社)の従業員	公により委託された第3セクターの従業員	ボランティア	良心的兵役拒否者	研修者	備考
<p>介護ホーム / 入院・療養施設 高齢者デイヘルプセンター (centri assistenza diurna anziani) 在宅援助 緊急高齢者サービス 高齢者食堂</p>	<p>285.3 10 不明 不明 不明</p>	<p>83.3 0 不明 不明 不明</p>	<p>39 3 0 170 22</p>	<p>2 0 0 0 0</p>	<p>70 6 31 0 0</p>	<p>従業員以外については、一般向けデイセンターも含む ボランティアは同伴、付き添いや傾聴などを担当</p>
					<p>479.6 19</p>	

出所： Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, pp.26-8.

(図表6)「適性な在宅ケア労働のための手引き (Gli opuscoli in lingua - Strumenti per qualificare il lavoro di cura a domicilio)」 - 「2・環境及び対人の衛生と安全」編のイタリア語版表紙



 **emiliaromagna**
innovazione naturale

 **Regione Emilia Romagna**
Assessorato alle Politiche Sociali, Immigrazione, Progetto giovani.
Cooperazione internazionale

出所：エミリア＝ロマーニャ州ホームページ

(http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/anziani/demenze/opuscoli_multilingue.htm)

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

アメリカにおける介護者の確保育成策

分担研究者 森川 美絵 国立保健医療科学院 福祉サービス部研究員

（平成 19 年度実施）

研究要旨

アメリカ合衆国は、福祉国家の類型において、一般的には「市場型」と分類されている。本研究では、介護分野に限定した供給バランスおよび介護制度の体系の把握とともに、親族介護者（インフォーマルな介護者）への支援と、サービス従事者の確保育成という二つの側面から介護者の確保育成策の位置付け及び実施状況を把握した。

研究結果からは、アメリカ合衆国における公的介護は「残余的」な類型である一方、介護サービス費用に占める公的部門の割合が比較的高く、介護サービス事業に公的部門が及ぼす影響力は比較的大きいこともうかがえた。介護従事者の確保育成については、連邦および州政府の政策レベルにおける基本的な問題認識が「人材不足」であることを反映し、政策課題の中心は「人材の確保定着」に置かれていた。興味深い論点としては、新たなケアモデルの展開（「消費者主導」モデルとしての cash and counseling プログラムなど）と介護者の確保育成との関連、介護者の確保育成に関する連邦政府と地方政府（州政府等）との協働・役割分担、行政と民間部門や事業者との協働・役割分担、といった事項が抽出された。

A. 研究目的

福祉国家の類型において、一般的に「市場型」と分類されるアメリカ合衆国について、介護分野での供給バランスの特徴を確認し、現在のアメリカ合衆国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の介護者の確保育成策の位置付け及び実施状況を、親族介護者への支援、サービス従事者の確保育成という二つの側面から把握する（以上が、今年度の主目的である）。

さらに、介護確保育成策と供給類型との対応関係を検討して、我が国及びドイツ、フィンランド、イタリアの事例との比較研究に際しての、アメリカ合衆国の特徴を明確にしつ

つ、より具体的な事例検討等を通じて、日本への示唆を整理する（以上は、次年度の主要目的である）。

B. 研究方法

文献調査、アメリカ合衆国の関連分野の研究者からの助言・資料提供、介護関係機関の実務者からの助言・資料提供を通じ、アメリカ合衆国における介護者の確保育成に関する動向を把握した。

（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

① アメリカには公的で一元的な介護保障制度は存在しない。公的制度としては、医療保険制度メディケアや医療・介護扶助メディケイドがあるが、費用・サービスの供給に関する公的制度の役割は残余的であり、インフォーマル資源・家族資源への依存度が高く、個人および家族の介護の負担が非常に重い。他方で、市場を通じた個人の自助努力による問題解決に対しては、一定の公的支援が進められつつある（民間市場のサービス・保険購入への税控除など）。但し、公的な介護関連費用も増加を続けており、政策としては積極的な介護保障よりもむしろ施設・在宅の両面で費用の抑制・効率を重視した政策が志向されている。

② 介護事業について、メディケイド・メディケアの償還を受けるためには、連邦の法や規制の要件に合致し事業者指定を受けること、また、各州での事業実施にあたっては、州法及び州規則の要件に合致し州による許可（licensure）を受けることが義務付けられることが多い。また、個々のサービス従事者についても、特定の業務を行うものについては免許または登録制度が設けられている。しかし、州により、メディケイド・メディケアがカバーするサービスの内容も、許可要件・従事者要件の内容も多様である。

③ 家族介護支援としては、親族および

医療休暇法 Family and Medical Leave Act

(FMLA) (1993)と全国家族介護者支援プログラム National Family Caregiver Support Program (NFCSP) (2000年)が二本柱となっている。介護者のうち、就労しているものの割合が多いなか、前者は雇用と結びついた休暇（所得保障）制度だが、適用者の範囲の限定性が課題となっている。後者は、高齢アメリカ人法において初めて、施策直接的な対象として家族介護者を含めた点で、インフォーマルケアの公共政策上の認知として意義がある。但し、予算規模や運営上の課題により、その効果は限定的である。また、メディケイドのプログラムでは、介護提供者である親族への手当が認められている。但し、これらは、直接的に家族介護への金銭保障自体を目的とするのではなく、近年では主に「消費者主導ケア」(Consumer-directed care)の一環として、Cash and Counseling プログラム等の具体策を通じて行われている。

④ 介護サービス従事者に関して、施設サービスでは、ナーシングホームについては連邦の最低基準がある。最低配置水準は、看護長と看護師についてのみ設定されており、看護助手についてはなく、州が独自に定めている場合も多い。直接介護職員（看護助手）は、連邦規則による75時間の研修とコンピテンシー・テストが要件として課され、認定看護助手として州に登録される。

在宅サービスでは、訪問リハビリや訪問看護などの専門的看護の従事者については、免許・登録制度がある。しかし、在宅保健助手については、メディケアからの償還をうける要件として連邦政府のガイドラインによるコンピテンシー・テストがあり、民間団体による認定制度もあるが、登録は必須ではない（但し、州によっては免許制度を取り入れたところもある）。また、身体介護・家事援助サービス従事者については、連邦レベルでの要件はなく、研修を要件とする州、要件のない州と多様である（民間団体レベルでは、75時間研修とコンピテンシー・テストからなる認証制度がある）。

⑤ 介護職への雇用機会は非常に良好ではあるが、その背景には、介護サービスニーズの増加のみならず、離職率の高さがある。介護ニーズが増大する一方で、離職率の高さ等により十分なサービスが供給できない状況は、「ケアギャップ」として問題視されていた。特に2000年以降、直接介護職員の不足という問題への政策的関心は、連邦政府内で高まってきており、介護労働力に焦点をあてた報告書が提出されたり、対策のための補助金が大規模に措置されたりしてきている。ワーカーの確保定着に関する政策課題として政府が指摘しているのは、1. 新たな層からのワーカー確保、2. 効果的な初期および継続的教育訓練の実施、3. 労働時間、事務作業、敬意、安全とい

う観点からの業務条件の改善、4. 報酬、給付、昇進機会の改善、といったものである。

⑥ 2000年以降、介護職・介護労働力の確保定着に向けた取り組みが、連邦行政、大統領府、その他財団や事業者団体・労働団体等により行われている。また、政府・財団等からの大規模な補助金が、「介護労働問題」の研究や取り組みに対して流れるようになり、そうした資金にもとづく研究プロジェクト（実践をまきこんだモデル事業や研究・情報センターの運営など）も、進められている。

D. 考察

以上にもとづき、アメリカ合衆国の介護供給バランスの特徴、介護者の確保育成策を、主に親族介護者（インフォーマルな介護者）への支援、サービス従事者の確保育成という二つの側面から考察する。

アメリカ合衆国における公的な介護制度は、対象者の選別性や一元的な制度の不在、ニーズのカバーされる範囲・程度がかなり限定的であるという点で、「公的介護制度が残余的」な類型といえる。その結果、インフォーマル資源・家族資源への依存度が高く、家族の介護負担は非常に重くなっている。他方で、市場を通じた個人の自助努力による問題解決に対する公的支援が進められており（民間市場のサービス・保険購入への税控除など）、介護

ニーズの充足においても「市場型」への志向がうかがえる。

現在の制度化された介護サービス体系において、公的部門は残余的とはいえ、費用に占める公的部門の割合が高く、公的財源からの費用補助・償還を伴った介護サービスは成長を続けている。サービス事業者に対する公的部門の影響力は大きいといえる。こうしたサービスについて、政府は、費用抑制・効率という視点を重視しつつ、施設ケアから地域・在宅ケアへのシフト、新たなケアモデルの開発などを進めている。新しいモデルのひとつ「消費者主導モデル」では、Cash and counseling という、親族も含めた介護者への手当制度が導入普及され始めている。Cash and counseling プログラムは、家族介護者に対する間接的な支援策という側面も大きいことから、直接的な家族介護支援策に加えて、こうした新たなモデルについても、介護者の確保育成という側面からの意義・課題を掘り下げる必要があるだろう。

介護従事者の確保育成については、連邦および州政府の政策レベルにおける基本的な問題認識が「人材不足」であることを反映し、政策課題の中心は「人材の確保定着」に置かれており、「確保定着」と「育成」は独立した課題として明確に区分されてはいないようである。

介護者の確保育成への政府の取り組みで、サービス従事者に関しては、事業者の指定・

認可や費用償還の要件設定等の規制的役割を通じて実施できる余地も大きい。ただし、こうした規制は、今のところ連邦レベルで統一的に設定するのではなく、州レベルの裁量に任されている。介護者の確保育成に関しても、州（地方政府）に大きな裁量を認める中で、連邦政府（中央政府）がどのような点についてどのような手段で主導的役割を果たすのか、州との協働関係を構築していくのか、着目される。さらに、公的部門が民間部門とのパートナーシップを重視していることは興味深い。政府のみならず、民間財団からの大規模補助金を加えての、各種のモデル事業や評価研究プロジェクトの実施は、民間非営利セクターの財政面での強さや、公私のパートナーシップの重視を反映するものである。また、民間営利事業者が多いなか、介護者の確保育成策においても、民間事業者との役割分担・協働をどのように設定するか、民間事業者に対してどのような実効的な施策を組み立てるか、ということ踏まえた評価事業などが実施されている点は、営利事業者の多い日本にも示唆的な点である。

E. 結論

今年度の研究から、アメリカ合衆国は、「公的介護は残余的」である一方で、介護サービス費用に占める公的部門の割合が比較的高く、介護サービス事業に公的部門が及ぼす影響力は比較的大きいこともうかがえた。また、介

護サービス制度の体系や介護者の状況および確保育成策の動向の整理を通じ、興味深い論点として、新たなケアモデルの展開（「消費者主導」モデルとしての cash and counseling など）と介護者の確保育成との関連、介護者の確保育成に関する連邦政府と地方政府（州政府等）との協働・役割分担、行政と民間部門や事業者との協働・役割分担、などが浮かび上がってきた。

今後の研究課題としては、こうした論点について先進事例の検討を通じた考察を行いたい。その上で、アメリカ合衆国の介護確保育成策と介護供給の特徴を、一般的な福祉国家類型におけるアメリカの位置との対応関係に留意しながら考察し、我が国及びドイツ、フィンランド、イタリアの事例と比較した際の、アメリカ合衆国の特徴を明確にする。その上で、アメリカの事例が日本に示唆する点を整理したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

M. Morikawa, H. Sasatani, et.al., (2007). Preventive Care or Preventing Needs?: Re-balancing Long-Term Care between the Government and Service Users in Japan. (Paper presented at the 4th Annual East Asian Social

Policy research network (EASP) International Conference, 20th-21st October 2007, Tokyo.)

2. 学会発表

M. Morikawa, H. Sasatani, et.al., Preventive Care or Preventing Needs?: Re-balancing Long-Term Care between the Government and Service Users in Japan. *The 4th Annual East Asian Social Policy research network (EASP) International Conference, 20th-21st October 2007, Tokyo.*

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

第四章 アメリカにおける介護者の確保育成策

森川 美絵

1. はじめに

アメリカ合衆国は、福祉国家の類型において、一般的には「市場型」と分類されている。本研究では、「介護分野」に限定して、供給バランスの特徴を確認し、現在のアメリカ合衆国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の介護者の確保育成策の位置付け及び実施状況を、主に親族介護者（インフォーマルな介護者）への支援、サービス従事者の確保育成という二つの側面から把握する。（以上が、今年度の主目的である。）さらに、アメリカ合衆国の介護確保育成策と介護供給の特徴を、一般的な福祉国家類型におけるアメリカの位置との対応関係に留意しながら考察し、我が国及びドイツ、フィンランド、イタリアの事例と比較した際の、アメリカ合衆国の特徴を明確にする。その上で、アメリカの事例が日本に示唆する点を整理する。（以上は、次年度の主目的である。）

2. 介護の確保に関する公私関係

（1）介護の公的定義

連邦厚生省が作成しているウェブサイト “The National Clearinghouse for Long-Term Care Information”（全国介護情報センター）では、long-term care（介護）を以下のように定義している。「介護は、長期間にわたる保健医療や身体ケアのニーズを満たすための多様なサービスと支援です。介護の大部分は、毎入浴、着衣、トイレの使用、起床、失禁の対処、食事などの日常生活動作を実施することの手助けのように、非専門的な（non-skilled）身体ケアの介助です。介護サービスの目的は、あなたの自立やあなたが完全には自立できない場合の残存機能を最大化することの手助けをすることです。」¹

（2）公私バランス

選別主義的・残余的な公的制度

アメリカには公的で一元的な介護保障制度は存在しない。公的介護サービスを提供する主要な制度は、連邦厚生省（HHS: Department of Health and Human Services）による社会保障法にもとづく医療プログラム（メディケアMedicare、メディケイドMedicaid）と高齢ア

1

http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Understanding_Long_Term_Care/Basics/Basics.aspx (12Feb.2008)