

イタリアの高齢者福祉

小島 晴 洋

I. はじめに

イタリアも先進諸国の例にもれず、高齢化が進行している。1991年の65歳以上人口比率は15.3%であるが、ISTAT（中央統計局）の推計によると、2020年には22.8%になると予想されており（表1）、高齢化の速度も早い。出生率が世界で最低レベルに属しながらなお低下を続けていることを考えると（1993年の合計特殊出生率推計値：1.21）、従来の予測をはるかに超えて、21世紀には世界でもトップクラスの超高齢社会が現出する可能性が議論されている。

イタリアの高齢者福祉について、いままでわ

が国で論じられることは少なかった。強力なカトリック教会の影響のものと宗教団体による活発な慈善的活動と、労働組合等を中心とした協同組合やボランティア活動、そしてなお残る家族の絆、このようなイメージで捉えられることが多かった。これらは一面の真理ではあるが、高齢化の進展、社会や家庭の変化等にともない、政府、地方自治体等の公的部門に対する国民の期待が高まり、公的サービスによる対応を迫られているという事態は、イタリアとても例外ではない。

そこで本稿では、イタリアの高齢者福祉について、まず、その現状を静態として捉え、分かりやすく記述することとした。次いで、政府の取り組みを中心とした最近の動向と、今後の課題について述べることとした。

表1 65歳以上人口比率の推移

1951	年	8.2	%
1961		9.6	
1971		11.3	
1981		13.2	
1991		15.3	
(推計)	2000	17.5	
	2008	19.7	
	2020	22.8	

出典：1951～81；ISTAT, *Compendio Statistico Italiano 1990*
 1991；ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 1994*
 2000～2020；ISTAT, *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione. Note e Relazioni, n. 4, 1989*

II. イタリアの高齢者福祉の現状

1. 高齢者対策の枠組み

(1) 高齢者対策の類型

イタリア憲法は、32条において、「共和国は、健康を、個人の基本的権利および共同体の利益として、守り、貧困者には、無償の治療を保障する。」と規定し、また、38条において、「労働の能力をもたず、生活に必要な手段を奪われたすべての市民は、社会的な扶養と援助を受ける権利を有する。」と規定している。前者に基づき、

保健医療の領域においては、全国的な制度として国民保健サービスが制度化され(1978年法833号),その中で高齢者に対する保健医療サービスも位置づけられ実施されているが、後者のうちの高齢者に対する福祉サービスを全国的に規律する枠組み立法は、国法レベルではいまだに存在しない。

この分野についての規律は、現在各州の立法に委ねられており、厳密に言えば各州それぞれ異なる。しかし、基本的な部分についての共通性はみられ、大筋で類型化することは可能である。福祉サービスに限定せず、広く高齢者を対象とする対策を整理すると以下のとおりとなる¹⁾。

- ・ 経済的援助 (所得保障) ……社会年金等
- ・ 援助サービス ……
 - 保健医療サービス
 - 福祉サービス
 - 施設サービス
 - 在宅サービス
- ・ 生きがい等対策 ……ソーシャルセンター、老人大学、余暇対策等

経済的援助 (所得保障) は、文字どおり高齢者の経済的ニーズに対して金銭による給付を行うものであるが、継続的な給付としては社会年金制度 (Pensione sociale)、臨時的・一時的な給付としては臨時経済援助制度 (Assistenza economica straordinaria) がある。このうち、社会年金制度は全国的な制度として国法により規律されているが (1969年法153号)、臨時経済援助制度は各州の立法により規律されている²⁾。

援助サービスは、自立に何らかの障害のある高齢者の生活を維持するために、現物給付としてサービス等を行うものであり、本稿は特にこ

の分野について述べることを主目的としている。これは、国民保健サービス制度から保健医療サービスの一環として行われるものと、それ以外の福祉サービスとして行われるものに大別されるが³⁾、その区分・連携等について現在さまざまな議論が行われている。また、保健医療、福祉の両者とも、高齢者を施設に入居させるサービスと在宅の高齢者を支援するサービスの両者の形態がある。

生きがい等対策は、現役生活から引退し孤独に陥りがちな高齢者が、社会的疎外から心身の衰退を招来することを防止することを目的に、自由時間の有意義な利用と社会化を援助しようとするものである。具体的には、①ソーシャル・センター (Centro sociale または Centro diurno。高齢者に主に交友や娯楽の機会を提供する施設) の設置運営、②老人大学 (Università per la terza età。原意は「第三の年代のための大学」) の開講、③夏季等のバカンス機会の提供 (宿泊施設、企画旅行等)、④公共交通機関の割引や無料化、などの対策が行われている。

(2) 高齢者対策の対象者

高齢者対策にかかる国の基本立法がないこともあり、上記のような各種対策が対象とする高齢者の範囲は、必ずしも一義的ではない。対象者は、それぞれの制度により、個別に定められている。年齢による対象者の限定はしていないが事実上高齢者による利用が主となっているもの (ソーシャル・センター、老人大学、臨時経済援助等) もある。

1992年に策定された国の「高齢者健康保障計画 (Progetto-obiettivo per la tutela della salute degli anziani)」(詳しくは後述)、およびそれを引き継いだ全国保健医療計画の中では、65歳以上を対象とすることが明示されており、

国民保健サービス制度の中では65歳以上の高齢者を対象として特別な対策を行うという方向は、ほぼ固まっていると考えられる⁴⁾。また、社会年金制度の受給対象者は、従来から65歳以上である（それを引き継いだ社会手当制度も同じ）。

その他の各種福祉サービス等の対象者は、それぞれの制度により、すなわちそれぞれの制度を規定する州の立法等により定められている。基準としては、年齢、労働能力、健康状態、経済状態、社会的ないし家庭の状態（孤独、遺棄等）等が通常用いられている⁵⁾。

(3) 高齢者対策の組織および予算

イタリアでは、憲法117条により保健医療、福祉等の分野は州の管轄とされ、1970年代には、その原則に従い、大幅な分権化が進められた（1972年1月15日大統領令9号、1977年7月24日大統領令616号等）。その結果、福祉行政分野については、国の権限が指導・調整、国際関係の規律、助成促進事業、予算の確保と配分等に限定され、原則として州が規制、計画、調整、各市町村への予算の配分等すべての権限を有し、その立法で必要な定めを行うこととなった。そのため、老人福祉施設の分類や定義、必要人員・設備等の基準も、また、専門資格職の類型や資格取得基準等も、各州の立法によって規定され、各州により違いがある。事業実施主体は、原則として市町村(Comune)とされたが、各市町村が具体的にどのように事業を行うか（直営か、委託か、補助か、それらのミックスか、等）については、各州の規制は異なるようである⁶⁾。

保健医療の分野では、1978年の国民保健サービス制度の導入により、各USL(地域保健単位)が高齢者を含め地域住民の保健医療サービスを実施する主体とされた。1992～94年の医療改革

においては、USLの公企業化、州の権限と独立性の強化等が行われたが、各USLがサービスの供給主体となっている基本構造は維持されている⁷⁾。

これに対して、社会年金制度は全国一律の制度として、INPS(全国社会保険公社)⁸⁾が所管し運営を行っている（それを引き継いだ社会手当制度も同じ）。

以上を整理すれば、国、州、市町村およびUSLの権限は、主に次のようになる。

- ①国の権限：福祉分野の指導調整、各州への予算配分等。国民保健サービス制度における全国計画の策定、各州への予算配分等。INPSを通じた社会年金(社会手当)の給付。
- ②州の権限：福祉分野および国民保健サービス制度における立法による規制、計画の策定、各市町村への予算配分等。
- ③市町村の権限：福祉分野のサービスや給付の実施。
- ④USLの権限：国民保健サービス制度に基づく高齢者に対する保健医療サービスの実施。

イタリアの市町村は財政基盤が弱く、福祉分野のサービスや給付を行うための経費は、ほとんど国や州から配分される費用によっている。各州は、国から配分される費用を各市町村に配分するとともに、独自財源からの配分も行っている。従来は州の財政基盤も強いものではなかったが、1992年法421号による地方財政改革によって、現在州の財政基盤の強化が進められている。

社会保障関係の給付やサービスに係る費用を表2に示した。このうち、高齢者対策関係のみを特掲したデータは集計されていないようであるが、国民保健サービス制度から給付される援助サービスは表中の「保健医療」の金額に、福

表2 イタリアの社会保障関係給付費の推移

(単位: 10億リラ, %)

	1987	1990	1991	1992	1993年
保健医療	50,035 (—)	73,916 (18.7)	83,266 (12.6)	86,682 (4.1)	86,951 (0.3)
社会保険	144,636 (—)	200,413 (13.1)	222,217 (10.9)	251,808 (13.3)	263,606 (4.7)
福祉	18,647 (—)	25,435 (10.5)	26,982 (6.1)	29,175 (8.1)	32,070 (9.9)
うち社会年金	2,452 (—)	3,190 (14.7)	3,227 (1.2)	3,522 (9.1)	3,574 (1.5)
うち援助サービス	3,189 (—)	4,051 (8.9)	4,574 (12.9)	4,693 (2.6)	4,820 (2.7)
計	213,326 (—)	299,764 (14.2)	332,465 (10.9)	367,665 (10.6)	382,627 (4.1)

注: 1. 1993年は暫定値である。

2. ()内は、対前年伸び率である。

出典: 1987年は、ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 1991* Tavola 3.43, 3.45。1990~93年は、同 1994 Tavola 3.44, 3.46。

社分野から給付される援助サービスは「援助サービス」に含まれる⁹⁾。1993年の「福祉」の給付費用の対GDP比は2.1%、「援助サービス」は0.3%であり、国際的にみても高水準とはいえない。対前年伸び率にも目立った変化はみられず、費用面からみる限り、イタリアの高齢者福祉が最近顕著な進展をしている様子は、特にみられないようである。

なお、入手されたラツィオ州の資料によると、福祉サービスのために国から配分された経費は、1994年で472億32百万リラであり、それが各市町村に配分された。これに対して、州の独自財源から各市町村に配分された経費は、70億リラ（高齢者関係43億36百万リラ、障害者関係26億64百万リラ）にとどまっている。このデータからみる限り、現実には財源は大幅に国に依存しているようである。

2. 民間団体

イタリア憲法は38条に「私的な援助は自由である。」と規定しており、実際、高齢者関係に限らず、民間団体は各種の援助活動を活発に実施している。営利を目的とする、いわゆる福祉サービス産業的なものはほとんどなく、活動しているのは主に、各種の非営利民間団体や教会・宗教団体等である（「社会的民間活動 (Privato sociale)」と総称されることが多い）。これらに属するものとしては、①「保護協会 (Patronato)」、②社団 (Associazione)、③「社会的協同組合 (Cooperativa sociale)」、④ボランティア団体 (Volontariato) などがある。

「保護協会」は、主に労働組合、同業組合等を基盤として組織され、年金や各種公的給付受給に関する法的な相談・助言等を行っている。年金受給者の組合組織や、福祉従事者団体等でもこの種のサービスを実施している。

これに対して、社団や「社会的協同組合」は、むしろ主に在宅サービス等の事業を実際に行っているものであり、地域組織を基盤とするもの、赤十字を基盤とするもの、カリタス等の宗教団体を基盤とするもの等さまざまである。これらの行うサービスは、営利を目的とするものではないが、基本的には経済原理に従って行われる「事業」であり、利用者からは契約関係に基づき然るべき料金を徴収している。市町村と契約することにより、市町村の公的援助サービスの実施主体となっている団体も多い。

社団は、民法12条以下に規定されるいわゆる公益法人の範疇に属するものであり（「人格なき社団」も存在する）、その事業が保健医療・福祉サービスや高齢者の生きがい対策等に係るものと位置づけられる。一方「社会的協同組合」は、元来は民法2511条以下に規定される協同組合の範疇に属するものであるが、特に社会的な目的に係る協同組合について、民法を補足する特別法が1991年に制定された（法381号）。この法律においては、「社会的協同組合」を、「人間性の増進と市民の社会的統合において共同体の一般的利益を追求する目的をもち、①保健医療・福祉および教育サービス事業、または②障害者、薬物常習者等の社会的弱者に労働の機会を提供するための各種の事業を実施するもの」とし（1条）、登録等の各種の規制、税制上の優遇措置等を定めている。

ボランティア団体については、従来各州の立法によってそれぞれ規制が行われていたが、1991年に至り国のボランティア基本法が制定された（法266号）。その内容は、主に、営利目的の禁止、定款の必要的記載事項、登録等の規制のほか、税制上の優遇措置、監督機関の設置などである。法律上ボランティアの定義は定めら

れておらず、団体の法的形態についても統一はしていない。そのため、形態や活動実態は立法化以前と同様さまざまであり、高齢者の生きがい対策から在宅ターミナル・ケアまで、また、会員同士の相互扶助的なものから対外的活動を行うものまで、多岐にわたる。一般には、公的な援助サービスに「代わる」ものというよりむしろ「補完する」ものと考えられ、また、サービスが無料で提供され、実費の償還のみを受けするのが通常である点において、協同組合等の事業とは異なるものと考えられている。

3. 高齢者福祉施設

(1) 施設の種類

高齢者を入居させ、生活の場を提供する福祉分野の施設については、その規制は州の管轄であり、全国統一的な分類や基準は存在しない。しかし、基本的な共通性はみられ、施設の種類の、以下のように分類するのが一般的である。

- ①共同住宅 (Comunità alloggio)：自立可能な高齢者を対象とする小規模な施設（10～20人）。居住の機能を提供することが主体であり、保健医療・福祉のサービス機能は、付属している場合も付属していない場合もある。付属していない場合には、地域のサービス機能を利用する。
- ②宿泊ホーム (Casa albergo)：自立可能な高齢者を対象とし、主に夫婦で生活をするためのホテル型の客室から構成されている施設。簡易キッチンや浴室は、各室にある場合と、共同の場合がある。保健医療・福祉のサービス機能については、共同住宅の場合とほぼ同様である。
- ③休養ホーム (Casa di riposo)：主に自立可能な高齢者を対象とする中規模な施設（50～60

人)。居住の機能とともに、ある程度の生活援助機能を有している（福祉サービス職員は、入居者20人に対し1人程度）。保健医療サービスについては、通常地域のサービス機能を利用する。イタリアではもっとも一般的な施設である。

- ④ 保護ホーム (Casa protetta, Residenza protetta)：要介護（自立不可能）の高齢者を対象とする中・大規模な施設（40～80人）。居住の機能とともに、保健医療・福祉のサービス機能を有する。福祉サービス職員の数は休養ホームより多く（入居者10人に対し1人程度）、さらに、通常、看護婦が常駐する。その他、医師、リハビリテーション技術者等が、必要に応じ常勤ないし派遣される。

施設規模、設備、面積、サービス従事者の種類・数等については、各州がそれぞれ基準を設けており、その内容にはある程度の幅がある。また、施設の分類も、例えばラツィオ州では「保護ホーム」が、シチリア州では「休養ホーム」がそれぞれ定められてない等、各州により異なることがある。そのため、厳密には各州の規定をそれぞれ参照する必要がある。

施設の設置・運営主体は公私さまざまであり、民間施設の一部は、市町村との契約により市町村の公的援助サービスの実施主体となっている。このような契約民間施設や公的施設は、一般に低所得者を対象としている。入所は原則として利用者と施設との契約方式であり、利用料金は施設ごとに異なるが、一般に利用者負担である。所得に応じて市町村からの補助が行われる場合もある¹⁰⁾。

これらの福祉分野の施設のほか、イタリアにおいても医療施設（病院）が高齢者に対する施設サービスの一翼を担っている。病床の種類で

みると、老年医学専門病床数は8,290（全病床数の2.1%）、長期療養病床数は12,697（同じく3.3%）となっており、平均在院日数はそれぞれ19日および68日である（1992年¹¹⁾）。

(2) 現 状

表3および表4に、施設の種類の施設数、ベッド数等を示した。表4は、高齢者のみを対象とする施設のみを集計したものであるので、合計は表3とは一致しない。表3から、要介護高齢者を対象とする「保護ホーム」については、IPAB⁶⁾や市町村等公的な施設が多く、その他の自立可能な高齢者を対象とする施設については民間のものが多い傾向がみとれる。また、表4からは、要介護高齢者を対象とする施設のほうが、1床当たりの従業者数が多い傾向がみとれる。

表4において、全国では2,563施設、152,387床であるが、イタリア社会に特徴的な南北格差がここにもみられ、施設は北部に偏在している。北部には施設数の65.6%、ベッド数の73.2%が集中しており、これに対して南部には、施設数の17.5%、ベッド数の12.6%が存在するにすぎない。65歳以上高齢者数に対するベッド数の割合も、北部の2.68%に対し南部は0.73%にすぎず、北部の3分の1にも達しない（全国平均1.78%¹²⁾）。

表5は入居者数であるが、高齢になるほど、また男女別では女性のほうが入居者が多いという、普遍的傾向がイタリアでも観察される。施設と同様の南北格差がここでもみられ、高齢者人口10万対の入居率は、全国1467.8に対し、北部2289.6、中部948.0、南部536.5となっている¹³⁾。

イタリアにおいても、施設ケアよりもなるべく在宅でという考えから、脱施設化が進められ

表3 運営主体別福祉施設数(1990年)

施設の種類の	IPAB		公的(市町村等)		民間		計	
	施設数	ベッド数	施設数	ベッド数	施設数	ベッド数	施設数	ベッド数
共同住宅 (Comunità alloggio)	27	529	242	2,018	337	5,018	606	7,565
宿泊ホーム (Casa albergo)	23	2,482	45	2,177	58	2,626	126	7,285
休養ホーム (Casa di riposo)	808	66,729	470	27,948	1,072	49,810	2,350	144,487
保護ホーム (Casa protetta)	78	6,525	110	4,348	89	5,404	277	16,277
計	936	76,265	867	36,491	1,556	62,858	3,359	175,614

注：これらの施設は一般には高齢者を対象とするが、一部には対象者を高齢者に限定しないものを含んでいる。

出典：ISTAT, 1993, *Statistiche della previdenza, della sanità e dell'assistenza Sociale (anni 1990, 1991)*, Tavola 5.9.

表4 高齢者福祉施設の施設数, ベッド数, 従業者数(1990年)

	施設数	ベッド数	従業者数				計
			常勤			非常勤	
			管理監督	直接サービス	保健医療他		
要介護老人を対象とする施設	193	13,490	346	4,712	1,643	1,254	7,955
自立可能な老人を対象とする施設	1,038	37,869	1,028	6,625	1,085	2,737	11,475
両者を対象とする施設	1,332	101,028	2,547	27,843	5,805	7,368	43,563
計	2,563	152,387	3,921	39,180	8,533	11,359	62,993

出典：ISTAT, 1993, *Statistiche della previdenza, della sanità e dell'assistenza sociale (anni 1990, 1991)*, Tavola 5.14.

ているが、施設ケアの供給絶対量は不足しており、死亡による以外はベッドに空きが出ることはほとんどない。また、ニーズに応じた施設の体系化もようやく始まったばかりであり、限られた資源の中での施設の体系的整備が、今後の大きな課題である。

4. 在宅福祉サービス

1970年代頃から、高齢者が元来の家庭と社会的環境の中で生活することを可能にすべきであ

表5 福祉施設に入居している高齢者数(1990年)

	60~64歳	65~74歳	75歳以上	計
男	5,032 (322.3)	11,417 (545.0)	32,365 (2,397.2)	48,814 (975.0)
女	7,541 (426.2)	20,492 (753.3)	97,643 (4,081.7)	125,676 (1,826.2)
計	12,573 (377.5)	31,909 (662.7)	130,008 (3,474.0)	174,490 (1,467.8)

注：カッコ内は、同年齢層の高齢者人口10万対の入居率である。

出典：ISTAT, 1993, *Alcuni Aspetti Demografici e sociali degli Anziani in Italia*, Tavola 3.5.

るという理念と、財政的な理由から、脱施設化が進められてきた。在宅福祉サービスは、そのような文脈の中で、各州がそれぞれの立法により施策を実施してきており、やはり全国統一的な規制はなされていない¹⁴⁾。

対象者は、各州の定めた基本的な基準に従い、各市町村が、高齢者の年齢、心身の状態、所得、家庭環境等を判断材料として選定しているが、一般に、要介護で低所得の高齢者が対象となっていることが多く、サービスの利用は無料である。実施主体は原則として市町村であるが、USLが保健医療サービスとあわせて実施している場合もある。市町村は、社会的協同組合等の非営利民間団体にその事業を委託していることが多い¹⁵⁾。

サービスの内容は、通常、家事援助、清掃、入浴等の介助、食事の世話、寝具の交換、服薬の世話などであるが、近年はそれらに加えて、リハビリテーション援助、理容・美容サービス、社会化の援助なども行われている。

サービスに従事する専門職は、①「社会援助者 (Assistente sociale)」, ②「在宅援助者 (Assistente domiciliare)」, ③看護婦 (人), ④理学療法士などであるが、これらのうち福祉分野における専門職は前2者である。専門職についても、福祉分野においては一般に全国統一的な資格は制定されておらず、業務内容、養成課程等については各州が必要な規定を設けている¹⁶⁾。通常、ニーズの評価やサービスのコーディネート等を行うものが「社会援助者」であり、いわゆる「ホームヘルパー」ないし「ケアワーカー」として実際のサービス業務に従事しているのが「在宅援助者」である。

在宅援助の基盤としての住宅については、①高齢者用住宅の建設促進、②家賃補助、③高齢

者等の公共住宅への優先入居、④高齢者の居住する住宅の維持・改造の助成などの対策が、国、州の両方のレベルで実施されている¹⁷⁾。

近年の傾向として、在宅サービス自体の充実とともに、日本のデイサービスセンターのように、リハビリテーション、食事、レクリエーション等の機能を有する昼間の通所型利用施設を整備して、在宅援助の基盤を強化しようとする試みもみられる。例えばエミリア・ロマーニャ州においては、「昼間援助センター (Centro diurno assistenziale)」と称し、要介護高齢者およびその家族を援助するものとして、サービス従事者、看護婦、リハビリテーション技術者等の人員基準や、施設基準等を定めている。整備は、生きがい対策中心の従来のソーシャルセンターの拡充や、休養ホーム等への併設などによって行われている。

III. イタリアの高齢者対策の近年の動向

1. 近年の動向とその背景

70年代の分権化により、州や市町村主体で進められてきた高齢者対策であるが、近年政府による全国レベルでの取り組みが活発になっている¹⁸⁾。本節では、最近政府の策定した2つの全国計画を中心に、近年の動向を紹介する。

1980年代から国際的にも高齢者問題に関する関心が高まり、1982年にはウィーンで開催された国連の世界会議において「高齢者問題世界行動計画」が採択され、また1986年には欧州議会において「高齢者の状況を改善するための行動についての決議」が行われた。このような国際的な潮流は、イタリアにも大きな衝撃を与えた。イタリアにおいては、その頃、出生率の低下と

表6 高齢者の自立度

(単位:%)

	自立	時々介助が必要	継続的に介助が必要	無回答	計 (千人)
60~69歳	82.1	11.5	5.1	1.3	6,144
70~79歳	72.5	17.4	8.7	1.4	3,296
80歳以上	51.1	24.8	23.3	0.8	1,572
(再掲) 60歳以上	74.8	15.2	8.7	1.3	11,012

出典: ISTAT, 1993, *Alcuni aspetti demografici e sociali degli anziani in Italia*, Tavola 3.1

それに伴う将来の高齢化の進行が明確に認識されはじめていた。家庭や社会の変化についての情報や、老年医学知識の蓄積も進行し、1980年代後半から、国の政策レベルでも高齢者対策が次第に明確に姿を現すようになった。

高齢者の身体的な状態や介護ニーズについても、近年調査が進み、その実態が明らかになってきている。1989~90年のISTAT調査では、自立度についてのデータが得られている。それによると、80歳以上でも、半数以上(51.1%)が「自立している」と答えているが、「継続的に介助が必要」とする者も約4分の1に達する。60歳以上で継続的に介助が必要な者は、約95万人と推計される(表6)。

また、1990年に同じくISTATによって行われた調査では、具体的な障害の態様別の高齢者の割合が得られているが、60歳以上で、①自宅からの外出ができない者は6.9%(うち、寝たきり1.3%)、②衣類着脱、食事等の日常生活に重度の困難がある者9.8%、③歩行、階段昇降等の移動に重度の困難がある者8.7%、④会話や知人の識別等コミュニケーションに重度の困難がある者2.7%などとなっている(表7)。男女別では、一般に、障害のある率は女性のほうが高い。寝たきり(Confinamento a letto)の高齢者の推計数は、14万3千人となっている¹⁹⁾。

表7 高齢者の障害の状況

(単位:%)

障害の状態	年 齢			計
	60~64	65~74	75以上	
障 害				
有	6.5	10.6	33.8	16.5
無	93.5	89.4	66.2	83.5
自宅からの外出				
不 可 (うち寝たきり)	2.1 (0.6)	3.9 (0.8)	15.5 (2.6)	6.9 (1.3)
可	97.9	96.1	84.5	93.1
日常生活の困難度				
重 度	2.3	5.0	23.6	9.8
なしまたは軽度	97.7	95.0	76.4	90.2
移動の困難度				
重 度	3.7	5.9	17.1	8.7
なしまたは軽度	96.3	94.1	82.9	91.3
コミュニケーションの困難度				
重 度	0.7	1.4	6.4	2.7
なしまたは軽度	99.3	98.6	93.6	97.3

出典: ISTAT, 1994, *La Condizione degli Anziani*, Tavola 2.13, 2.16.

政府による高齢者対策は、主に国民保健サービスの側から計画が策定されてきた。まず、1985年法595号では、エイズ等と並んで、老人医療の重点目標や病床数の基準等が定められた。次いで1988年法67号では、病院近代化、老人施設等のために、3年間で30兆リラの国庫補助が定められた。そして、1992年に至り、高齢者のみを対象とし、保健医療・福祉に総合的かつ体系的に取り組む政府の方針を明らかにした「高齢者健康保障計画」が策定された。

2. 高齢者健康保障計画の概要

(1) 趣旨・目的等

高齢者健康保障計画は、国民保健サービス制度に基づく全国保健医療計画の一部として、1992年1月30日に国会で承認された、1992~94

年の3年計画である。

本計画中に盛り込まれた内容は、高齢者の保健医療・福祉に関し、全国民に平等なアクセスを保障するために、各州の施策の統一化に向けた国の指導方針としての意味を有する。そして計画の目的は、施策の効率的な実施と、そのための財源の確保である。

対象者は、65歳以上の高齢者であるが、特に75歳以上を高リスクグループとして注意を喚起している(1990年で、人口の約6.3%、360万人)。そして、自立者には予防、要介護者には援助というように、それぞれの健康状態に応じたクオリティー・オブ・ライフ(QOL)を実現するために、①予防、②治療、③リハビリテーション、④対策の総合調整・最適化の4段階の施策を実施することを基本的戦略として挙げている。

(2) サービス組織化の考え方

本計画では、施策を、まず①「施設外サービス (Servizi non residenziali)」, ②「準施設サービス (Servizi semiresidenziali)」, ③「施設サービス (Servizi residenziali)」に3分類し、それぞれについて「基本保健医療・福祉サービス (Servizi socio-sanitari “di base”)」と「専門的保健医療・福祉サービス (Servizi socio-sanitari “di tipo specialistico”)」の2段階があるとし、実施すべきものとして次の9サービスメニューを掲げている。

- ① 高齢者のニーズを評価し、必要なサービスを判定する評価組織「高齢者健康評価機関 (Unità di valutazione geriatrica)」の導入
- ② 病院の老年医学専門部門の強化
- ③ 専門職の研修充実
- ④ 専門職の養成課程の見直し
- ⑤ 保健医療・福祉の総合的在宅サービス「総

合在宅援助 (Assistenza domiciliare integrata)」の実施

- ⑥ 居住環境の改善
- ⑦ ボランティアとの連携の促進
- ⑧ 地域における社会参加の促進
- ⑨ サービスの評価・審査機構の活性化

そして、計画では、特に重点をおく施策として、これらのうちの①「高齢者健康評価機関」および⑤「総合在宅援助」を、そして1988年法67号および1989年の首相府令で導入が定められた「高齢者保健福祉施設 (Residenza sanitaria assistenziale)」を掲げている。

高齢者健康評価機関は、専門医、看護婦(人)、社会援助者の3専門職から成り、個別の高齢者のニーズを評価して、それぞれにもっとも適したサービスを判定する組織である。各地域において、保健医療部門と福祉部門の調整を行うとともに、各地域のサービス資源(施設、在宅等)を効率的に利用することを目的としている。また、総合在宅援助は、看護婦(人)、在宅援助者、リハビリテーション技術者から成るチームが、高齢者の状態にあわせた保健医療・福祉のサービスを総合的に実施するものである。保健医療と福祉の両分野を一体化させた点において、従来からの在宅援助サービスと異なる。

高齢者保健福祉施設は、国民保健サービス制度内において、保健医療・福祉の両機能を併せ持った、病院とは異なる施設と位置づけられており、その点で従来からの福祉分野における「保護ホーム」とは異なる。日本の老人保健施設に類似した性質を持つものと理解できよう。収容規模は最大60床(人口密集地は120床)であり、20床ごとの運営単位に区分される必要がある。60床ごとに必要な人員基準は、①施設長(医師以外)1名、②看護婦(人)：収容7人に対し1

名、プラス婦長1名(計9名)、③福祉サービス職員：収容4人に対し1名(計15名)、④リハビリテーション技術者：収容20人に対し1名(計3名)などとなっている。その他、バリアフリー等の建築基準、居室の面積基準等が定められている。

(3) 計画の具体的目標

本計画では、要介護高齢者対策と高齢者対策一般に分け、具体的な目標を設定している。

まず、要介護高齢者対策としては、

- ① 高齢者健康評価機関：大学病院等の老年医学専門科、および試験的にいくつかのUSLに設置する。
- ② 総合在宅援助：65歳以上の高齢者の2% (14万人) を対象とすることを目標とし、当面3年間で段階的に2万～2万5千人を実現する。
- ③ デイ・ホスピタル：可能なケースの10%、全入院の5%を対象とすることを目標とし、5年後には年間4万6千件を実現する。
- ④ 高齢者保健福祉施設：65歳以上の高齢者の2% (14万人) を対象とすることを目標とし、3年間で3万床を実現する。そのための民間施設との契約は1万床を目標とし、当面3年後には5千床を実現する。

次いで、高齢者対策一般としては、次の目標が掲げられている。

- ① 高齢者が家庭内で生活を継続するための施策の充実。
- ② 要介護ながら高齢者保健福祉施設に入居できない高齢者の支援。
- ③ 高齢者の社会化を阻害するタイプの援助の見直し、抑制。
- ④ 健康な高齢者のボランティア活動への組み込み、活用。

- ⑤ 施設居住者のQOLを確保するための対策の実施。
- ⑥ 長期施設居住者のための財産管理保護人任命の促進。
- ⑦ 要介護度認定統一基準の策定。
- ⑧ 50歳以上を対象とした健康教育の促進。
- ⑨ 専門職の研修の充実。
- ⑩ 国民保健サービス以外の分野についての常設サービス監視機関の設置。
- ⑪ 高齢者問題研究のための専門家委員会の設置。
- ⑫ 各分野におけるガイドライン作成の促進。

3. 新全国保健医療計画

医療改革後の1994年に策定された新しい全国保健医療計画は、第5章Bを「高齢者の健康保障」とし、その部分で1992年の高齢者健康保障計画を引き継いでいる。新計画の対象期間は、94～96年の3年間である。

新計画は、まず、92年計画と同様、要介護高齢者対策と高齢者対策一般をそれぞれ列挙している。

要介護高齢者対策としては、

- ① 高齢者健康評価機関：病院の老年医学専門科、および試験的にいくつかのUSLに設置する(92年計画と同じ)。
- ② 総合在宅援助：1996年までに65歳以上の在宅要介護高齢者の2%を対象に実施する。
- ③ デイ・ホスピタル：可能なケースの10%を目標とし、試験的・段階的に実施する。
- ④ ソーシャル・センターのリハビリテーション部門を充実する。
- ⑤ 高齢者保健福祉施設に入居できない在宅要介護高齢者の家族の支援のための立法措

置を検討する。

高齢者対策一般としては、次のものが列挙されている。

- ① 要介護度、ニーズ等の統一評価システムの策定。
- ② 家庭内介護支援のための立法措置の検討。
- ③ 施設居住者のQOL確保対策の実施。
- ④ 長期施設居住者のための財産管理保護人任命の促進。
- ⑤ 国民保健サービス以外の分野について、常設サービス監視機関による年1回のレポート作成。

新計画では、さらに、次の3点についての重要性を指摘している。

- ① 専門職の研修に当たっては、高齢者の残存機能を活用するための知識を普及させること。
- ② デイ・ホスピタルまたはソーシャル・センターを通じての在宅療養・リハビリテーションを重点的に実施すること。
- ③ 特に高齢者健康評価機関を通じて、保健医療と福祉の両分野の協力を行うこと。

最後に新計画は、計画実施に当たっては、事業実施および施設整備の両面において、既存の資源の転換を図り、極力費用を抑制することをうたっている。

92年計画と比較すると、新計画は、まず、施設よりも在宅の介護（特に家庭内介護の支援）に重点をおいていることが明瞭である。これは、高齢者保健福祉施設の整備目標が含まれていない点からも読みとることができる。また、設定されている具体的な各数値目標は92年計画以上のものではない。費用抑制が明示されていることからみても、在宅介護充実の姿勢は、もちろ

ん理念としては評価できるが、財政的な配慮が濃い印象は否めない。

IV. 今後の課題

イタリアの高齢者福祉の課題については、それぞれの部分で少しずつ触れてきたが、最後に、施設、予算および連携の3点から整理し、本稿のまとめとしたい。

1. 施設

脱施設化の潮流にあっても、要介護高齢者が今後とも増大していくことから、施設サービスは依然として重要である。しかし現在のイタリアの施設が、そのニーズに十分対応していると考ええる人は少ない。

第1の問題点は、体系化が不十分なことである。かつては「休養ホーム（Casa di riposo）」が高齢者施設の代名詞であり、十分な基準がないままにその中にさまざまなタイプの施設が混在していた。その他の種類の登場はそう古いことではない。規制が各州によってなされるようになって、その内容はさまざまであり、全国統一の基準がないことは既述のとおりである。また、福祉分野の施設以外に、国民保健サービスの側から「高齢者保健福祉施設」という新しいタイプの施設が導入されたことも問題を複雑化させている。

施設体系化の考え方としては、例えば、①規模、②サービスの密度、③サービスの種類の3要素からの整理などが提示されている²⁰⁾。規模が小さければ、家庭的な人間関係を構築することができる一方、大規模にすることにより、さまざまな専門的な設備やサービスを備えることができるようになる。サービスの密度としては、

1床当たりの福祉サービス職員数等を基準とすることができる。そして、サービスの種類としては、福祉サービス機能以外に、医療機能（慢性疾患対応、急性期対応等）、リハビリテーション機能等のどれを有しているかなどが判断の基準となる。高齢者やその家族は、これらの要素から判断して、ニーズにもっとも適した施設を選択できることになろう。

しかし、現在の各州の規制は、その内容に統一性がないことに加え、類型に当たっての理念も明確ではない。明確な理念に基づき、全国統一的な体系化を行っていく必要は、否定できないものと思われる。

その上さらに、実は、施設不足という第2の問題点がひかえている。現在、高齢者施設はどのタイプもほとんど満床であり、入居者の死亡以外にベッドが回転することはほとんどない²¹⁾。希望しても、高所得者向けの高級な施設以外には、ほとんど入居できないのが実態である。入居者の意に反して強制的に退所させられるケースもあるといわれている。在宅サービス重視も必要であるが、施設の量的整備の重要性も依然として残っているといわざるを得ないものと思われる。その際、地域格差の是正も忘れてはならないだろう。

2. 予 算

援助サービス関係の給付額の推移は表2でみたとおりであるが、福祉分野の州支出額や市町村決算額のデータによっても、目立った伸びはみられていない(表8)。EU通貨統合に向けた厳しい財政運営のもとで、政府予算において福祉分野に従来以上の予算を確保することは容易ではない。

国民保健サービス制度が、曲がりなりに全

国計画を策定し、ある程度の予算を確保しているのは、国法によって全国的な制度として組み立てられていることが功を奏しているものと考えられる。福祉分野でも全国的な枠組み立法を制定することは、その点で有利な材料となり得よう。その際、重要なのは各州と市町村の財政基盤の強化であり、地域の実情にあわせて必要な費用を確保できるようなシステムを構築することが必要である。

3. 連 携

サービスを実施する各主体間の連携の重要性は、在宅介護の支援に重点が置かれればそれだけ増すものと考えられるが、イタリアの場合、連携があまり得意でないのは、こと高齢者対策のみに限らない。この分野での連携の問題点は、①保健医療部門と福祉部門の連携（公的部門内の連携）と、②公的部門と私的部門の連携の2点に整理できる。

第1の保健医療部門と福祉部門の連携の問題点は、両者がまったく別体系の行政として実施されていることに由来する。既述のように、現場における行政も、保健医療はUSLが、福祉は

表8 州の福祉分野支出額（各州合計）

(単位：10億リラ)

	1988	1989	1990	1991	1992年
福祉分野	1,662.3 (-)	1,740.4 (4.7)	1,962.4 (12.8)	2,071.9 (7.7)	2,333.4 (12.7)
支出額計	77,285.1 (-)	86,604.7 (12.1)	97,983.0 (13.1)	113,586.3 (15.9)	117,707.6 (3.6)

注：1. カッコ内は対前年伸び率(%)である。

2. 市町村の福祉経費決算額は、1987年2,877、1988年2,920、1991年4,172である(単位：10億リラ)。経費の範囲は、州のデータと必ずしも一致しない。

出典：ISTAT, *Annuario Statistico Italiano*, Tavola 19.20, 19.24 (各年)。

市町村が、それぞれ実施している。例えば、目下の実務的な議論として、要介護認定の判断基準の統一問題があるが、現在の制度体系のもとでは、①「高齢者健康評価機関」、②障害年金裁定機関、③医療費一部負担（チケット）の免除審査機関、④住宅援助の審査機関等が、それぞれの基準に基づき要介護の認定を行っている。

1992年の医療改革においては、「USLは地方自治体から委任を受けて社会的援助サービスを実施することができる」との規定が設けられたが（1992年委任立法502号3条3項）、これは当事者の一方である国民保健サービス側が、事業受託の門戸が開かれていることを明確にしたものと評価できるが、他方当事者である福祉行政サイドからの取り組みは、各州や市町村に委ねられているままである。福祉部門における枠組み立法や計画の欠如が、ここにも影響していると考えられる。

第2の私的部門との連携であるが、市町村の公的サービスを受託する以外、「社会的民間活動」の独自の活動が公的サービスと連携し、調整されることはあまりないようである。特に、カトリック教会や修道会等が直接行っている活動については、公的部門はほとんど没交渉である。「社会サービスについて、不足しているのは資源そのものではなく、連携と調整である」とするのが行政当局の認識のようであるが、それをそのまま信じることには問題があるとしても、連携の不足自体が各方面の共通認識となりつつあることは事実であり、今後の進展を期待したい。

今後のカギを握るものは、全国的な枠組み立法の動向であるが、現在、政府部内で、その必要性等について検討が行われている。全国的な

枠組み制度が必要としても、それを国民保健サービスと別体系で福祉分野のみの制度として構築し、計画を策定していくか（もちろん連携は必要である）、それとも高齢者対策に着目して、保健医療・福祉を一体化させた制度を構築するか、そのどちらの方向性もまだ見えていない。単に予算の範囲内で行う福祉サービスではなく、憲法38条の権利を実効性あるものとするためにも、議論を早期に決着させ、国法レベルでの枠組み立法を制定することが必要と思われる。

注

- 1) これは、私が各文献から独自に整理したものであるが、イタリアにおいても、広く普及している一般的な整理は、いまだ存在していないようである。
- 2) 社会年金制度の概要は、拙稿（小島，1994a）を参照されたい。なお、これは、福祉の性格をはっきりさせるため、1996年から「社会手当（Assegno sociale）」と改められることとなった（1995年法335号3条6項および7項）。臨時経済援助制度は、一般に、高齢者のみを対象とするものではない一種の生活保護的な制度である。
- 3) イタリアの社会保障は、通常、①保健医療（Sanità）、②社会保険または所得保障（Previdenza sociale）、および③社会的援助（Assistenza sociale）に大別される。本稿では、「①保健医療」の範囲に属するものを「保健医療サービス」等と、「③社会的援助」の範囲に属するものを「福祉」、「福祉サービス」等と表現している。詳しくは、拙稿（小島，1994a）を参照されたい。
- 4) 同じく国民保健サービスの範疇に属するが、高齢者に対する薬剤給付の一部負担（「チケット」）の免除対象年齢も、原則65歳以上である。
- 5) 例えば、ラツィオ州法1976年2月3日11号は、11条で「老齢年金受給開始年齢に達した市民を高齢者とする」と規定する。

- 6) 福祉事業、特に福祉施設の設置運営を行う特別の地方公共団体として、「公的福祉援助機構 (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza, IPAB)」が1890年の「クリスピ法」によって設けられ、長期にわたりイタリアの公的福祉を担っていたが、この制度は1988年法833号によって廃止された。ただし、経過的にまだ活動は継続している。
- 7) 詳細については、拙稿(小島, 1994 a)を参照されたい。
- 8) INPSについては、拙稿(小島, 1993)を参照されたい。
- 9) 1985年の費用についての調査機関の推計によると、市町村の福祉分野の経費のうちの約半分が、高齢者関係の費用とされている (Ministero dell'Interno, p. 81)。
- 10) 例えばローマ市の休養ホームは、市営が4、民間が85であるが、市営の施設に入居できるのは、月収85万リラ以下の低所得者だけである。民間施設の利用料は、月額120~190万リラ程度であるが、市からの補助制度もある(日額3.1万リラを限度)(1995年における現地聴取に基づく)。
- 11) ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 1994*, Tavola 3.7.
- 12) ISTAT, *Alcuni aspetti demografici e sociali degli anziani in Italia*, 1993, Tavola 1.4, 3.6.
- 13) Ibid., Tavola 3.5.
- 14) 例えばラツィオ州法1976年11号は、5条で「在宅援助は、高齢者が元来の家庭と社会的環境にとどまることを可能とする保健医療および社会的サービスの総体をいう。在宅援助としては次のものを実施する：①社会援助サービス、②医療および看護援助サービス、③家事および家庭援助サービス、④在宅食事サービス。」と規定する。
- 15) 例えばローマ市では、20ある区(Circoscrizione)がそれぞれ在宅サービス事業を実施している。各区は、毎年入札を行って委託すべき民間団体を選定し、契約する。サービスの対象者も各区がそれぞれの基準に基づいて決定している。
- 16) ただし、全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター 1992, pp. 251-252によると、「社会的援助者」については、1987年大統領令14号等によって、定義等が定められているという。
- 17) 国法としては、1977年法513号、1978年法392号、1982年法94号などがある。
- 18) 政府組織レベルでは、首相府(Presidenza del Consiglio dei Ministri)に社会問題部(Dipartimento per gli Affari Sociali)が、また無任所大臣として社会問題担当大臣(Ministro per gli Affari Sociali)が設置されている。
- 19) その他、イタリアの高齢者の生活実態については、拙稿(小島, 1994 a)が家族関係、健康状態、就労の状況、家計の状況等についてすでに記述しているので、参照されたい。
- 20) *Fondazione Laboratorio per le politiche sociali 1995*, pp. 14-15.
- 21) 平均在院日数は、342.8日である。(ISTAT, op.cit., Tavola 3.6)

参考文献

- Asciutto, M. 1994 *Legislazione sanitaria e socio-assistenziale*, Flaccovio.
- Fondazione Laboratorio per le politiche sociali 1995 *Guida ai servizi per gli anziani, Progetto promosso dalla Fondazione Finney con il patrocinio del Dipartimento per gli affari sociali* (TS).
- ISTAT 1991 *Annuario statistico italiano 1991*.
- ISTAT 1992 *Annuario statistico italiano 1992*.
- ISTAT 1993 *Annuario statistico italiano 1993*.
- ISTAT 1993 *Statistiche della previdenza, della sanità e dell'assistenza sociale (anni 1990, 1991)*.
- ISTAT 1993 *Alcuni aspetti demografici e sociali degli anziani in Italia*.
- ISTAT 1994 *Annuario statistico italiano 1994*.
- ISTAT 1994 *La condizione degli anziani*.
- Istituto cultura aggiornamento e ricerca-Italia 1993 *Residenze per anziani presenti nella regione Lazio*.
- Istituto ricerche studi economici e sociali 1988 *Guida ai servizi per anziani a Roma*, Edizioni lavoro.
- 小島晴洋 1993 「イタリアの年金改革の動向(上)(下)」『ジュリスト』No. 1031-32.

小島晴洋 1994 a 「イタリアの年金と高齢者の生活」『海外社会保障情報』No. 106。

小島晴洋 1994 b 「イタリアの医療保障制度」『海外社会保障情報』No. 109。

Ministero dell'Interno, Direzione generale dei servizi civili 1987 *Servizi socio-assistenziali e sicurezza sociale in Italia.*

Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento per gli affari sociali 1993 *Rel-*

azione sulla condizione dell'anziano.

L'Ufficio Stampa, Relazione Pubbliche ed Informazioni della Regione Lazio (a cura di) 1993 *RL. Regione Lazio 4./5.*

全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター 1992 『老人保健看護福祉マンパワー国際比較研究報告書』

(こじま・せいよう

社会保障研究所主任研究員)