

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

宮崎 理枝

はじめに

- 1 介添手当の制度的概要と支給実態
- 2 介添手当の成立過程と展開－「障害」に関する定義の推移
- 3 介添手当の問題点と制度改革の動向

おわりに

はじめに

イタリアでは、社会的保護（*protezione sociale*）⁽¹⁾ 支出全体の7割近く（67.6%）を社会保険制度（*previdenza*）⁽²⁾ が占めるのに対し、社会的援助（*assistenza sociale*）⁽³⁾ は8.1%に留まっている（2005年）⁽⁴⁾。福祉国家としてのイタリアは、「ビスマルク型」の体制⁽⁵⁾ とされる。

1990年代中葉から今日までの10年間に、イタリアを取り巻く社会、経済事情は大きく変容した。それは具体的に、高齢人口の増加と労働人口の減少、労働市場改革と非典型雇用の増加、ライフサイクルや家族形態の変容とこれに伴う家族の福祉資源の縮小等である。結果として、イタリアの福

(1) 社会的保護（*social protection, protezione sociale*）とは欧州連合が提唱した社会保障の範囲で、医療、傷病、障害、老齢、遺族、家族、児童、失業、住宅等に関する領域が含まれる（庄司洋子他編『福祉社会事典』弘文堂、1999年、660頁）。

(2) “*previdenza*”とは、保険料負担に応じて社会的給付が行われる年金等を主とする生活保障のための社会保険の領域を指す。社会的保護、いわゆる社会保障の領域は、社会保険制度(*previdenza*)、保健・医療制度(*sanità*)、社会的援助(*assistenza*)の3領域によって構成される（政府中央統計局（ISTAT）の定義による）。

(3) “*assistenza*”とは経済資源の不足やその他の困難な状況に対して、一般税を財源とした社会的給付を行う領域（政府中央統計局（ISTAT）の定義による）。

(4) Istat, *Annuario Statistico Italiano 2006*, 2006, p.133. (www.istat.it/dati/catalogo/20061109_00/contenuti.html)

(5) M. Ferrera, *Le politiche sociali*, Il Mulino, 2006, pp.69-76；C. Gori eds., *La riforma dei servizi sociali in Italia- L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, 2006（以下Gori（2006a）と略）、pp.216.

社体制は揺らぎつつあり、実際この10年間は「改革のシーズン (la stagione di riforma)」と称され、体制再編の議論が生じ、数々の年金、医療、福祉改革が実行されてきた⁽⁶⁾。

こうした改革の潮流のなかで、「数年前までは看過されてきたものの今日では最重要課題」⁽⁷⁾となっているのが、ケア労働の資源 (risorse) に関してである。一連の社会・経済事情の変化は、一方で従来、家族が中心となって提供してきたケア労働への人的資源を縮小し、他方で要介護高齢者とそのケアニーズを増加させ続けている。その結果、公的主体と家族の双方で、ケアに対する経済的・人的資源が決定的に不足している。

そうしたなか、とりわけ深刻な人的資源の不足は、1990年代半ばから主として脆弱な環境に置かれた移民労働者によって代替、補完されるようになってきている⁽⁸⁾。彼らの労働力は闇市場や非正規 (non regolare/ irregolare)⁽⁹⁾ の市場において調達される傾向が極めて強く、このことは狭義の福祉領域の発展のみならず、イタリアの経済・社会的発展をも阻害しかねないと懸念されている。さらに、「最大の福祉義務を家族に割り当てる」⁽¹⁰⁾、すなわち人的資源の調達を要介護者本人や家族に依存する、現金給付主流の社会的援助制度のあり方そのものが、こうした問題のある労働力の調達を促しているともいえる。現金給付制度をめぐる一連の問題を象徴するのが、1980年に障害者施策の領域で創設された介添手当 (Indennità di accompagnamento) の制度である。

介添手当は本来、恒常的に介添を必要とする最重度の障害者を対象とした現金給付制度である。ところが、イタリアには全国レベルで現物給付を行うような高齢者介護施策がないこともあり、要介護高齢者による介添手当の受給件数は1980年代から急増してきた。その結果、今日の介添手当制度は「要介護者支援の社会政策における最重要施策」⁽¹¹⁾ となり、介添手当に対峙することなくして、イタリアの介護問題は解決しないといわれるまでになった⁽¹²⁾。にもかかわらず現地の先行研究では、この受給件数急増の実態や社会背景とその制度的要因との相関性について、十分な考察が行われてこなかった。

本稿では介添手当制度をとりあげ、高齢者介護施策としての現金給付制度の意義と問題点を念頭に置きつつ、この制度の規模が拡大する状況とその背景について吟味する。具体的には第1章で、

(6) M. Ferrera, *op.cit.*, p.269.

(7) M. Pellegrino, “Prendersi cura: un dono di tempo”, *Sociologia e politiche sociali*, vol.8, 2005, p.189.

(8) 一例として、2002年の通称ボッシ＝フィーニ法では、こうした市場からの「正規化」申請が家事・介護領域の移民労働者のみで36万件に上った。イタリアの高齢者介護領域における移民労働者の位置づけに関しては、次を参照のこと。宮崎理枝「高齢者介護領域における外国人の非正規労働と<正規化>施策」『大原社会問題研究所雑誌』2005年；同「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』2006年。

(9) ここでの非正規労働者とは、一般労働者以外のパートタイム労働者等を指すのではなく、合法的な労働関係を持たずに就労を行う労働者を指す。

(10) G. エスピン＝アンデルセン著、渡辺雅男、渡部景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎』桜井書店、2000年、78頁。

(11) C.Gori eds., *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, il Mulino, 2006 (以下Gori (2006b) と略), p.287, 308.

(12) *Ibid.*, p.296.

介添手当制度の概要と高齢者、障害者施策におけるその制度的位置付けを整理し、この制度の肥大化の実態とその要因を探る。第2章では、介添手当の成立過程と、その後の関連立法における「障害」の定義の推移とその社会的背景について考察する。そして第3章では、介添手当の支給上の問題点と、制度改革の動向について吟味する。

1 介添手当の制度的概要と支給実態

(1) 給付要件, 手続き, 給付額

現行の介添手当制度は、1980年2月11日法律18号「全面的な障害を持つ市民（民間）的障害者に対する介添手当（*Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*）」によって制定された。ちなみにこの「市民（民間）的障害者（*invalidi civili*）」には、軍隊における任務や公務、労働災害に起因する障害者は含まれない。またそれ以外の聴覚障害や視覚障害が含まれない場合もある。

この1980年法律18号は全4条から成る比較的簡潔な法律である。第1条で手当の適用対象となる者の「障害」、第2条で支給要件となる諸障害の具体的な定義の一覧の策定命令、第3条は受給申請に必要とされる障害認定のプロセス、手続きと効力、そして第4条では財源等について規定された。現行の介添手当制度は、この法律の規定に、その後発布された法律による改正が加えられたものとなっている。

現行の介添手当の給付要件は、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、第二にイタリアに居住するイタリア人市民、もしくは滞在証を所持する外国人であることにある⁽¹³⁾。また、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要件とする⁽¹⁴⁾。ただ、必ずしもこの2点を同時に満たす必要はないという公的見解は度々示されており、一例を挙げると「(中略) 知的能力の主たる行使に関連する活動について、労働の従事を許容する」(1987年2月11日保健省通達第3条) ことから、全面的障害は知的労働の従事を妨げるものではないという見解がある⁽¹⁵⁾。

また、受給手続きは申請主義の形式をとる。受給希望者はまず、市民（民間）的障害の認定を受けなければならない。この障害認定の申請を精査するのが、地方保健公社（*Azienda Sanitaria Locale*）内に設置された専門家の委員会である。当事者には申請後3か月以内にこの委員会の呼び出しがあり、これが不可能な場合は、当人の自宅もしくは施設等に訪問を受ける。障害度が判断、証明されると、県認証委員会（*La Commissione di Verifica*）がこれを認証する⁽¹⁶⁾。介添手当の受

(13) *Ibid.*, p.22.

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

(15) *Ibid.*, pp.89-91.

(16) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *op.cit.*, pp.19, 74-6.

給申請は、当事者の居住地の地方保健公社が管轄し、障害認定の結果によって、介添手当ならびに税制優遇措置、保健、社会、就労における各種のサービス受給権を認める。

給付は全国社会保険公社（INPS）が管轄する。給付額は、1980年法律18号の第1条の規定に始まり、その後1988年11月21日法律508号第2条や、1990年10月11日法律289号第4条等にて給付額の改正が重ねて行われてきた。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条に示されており、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⁽¹⁷⁾。介添手当は、「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る」⁽¹⁸⁾制度であり、所得制限やミーンズテストは課せられず、支給額は一律である。

以上を小括すると、1980年の法律18号によって導入された介添手当が「要介護者にとっての最も重要な施策」となった制度的要因として次の3点を想定できる。第1に、この制度の障害規定は、疾病や事故等に起因する「障害」の先天性や後天性の如何を問わず、加齢による高齢者の要介護状態を除外しない点（この障害の規定に関しては第2章で検証する）。第2に、一般的にイタリアの社会的援助領域の現金給付制度には、所得制限をはじめとする受給制限があるのに対して、介添手当は障害の要件さえ満たせば受給権を得られ、手当の用途は受給者の裁量に完全に委ねられる点。そして第3に、受給権の決定は地方レベル、手当の支給は国レベルで実施されているため、給付件数の管理や抑制のための両者の連携が困難な点である。では、この介添手当は、要介護高齢者ならびに障害者に対する現金給付施策においていかなる位置付けにあるのか。

(2) 制度的位置付け－高齢者介護施策と障害者施策

本稿冒頭で触れたように、イタリアの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⁽¹⁹⁾。加えて1970年代以降、当該領域の現物給付制度は、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が地域によって大きく異なる点は、介添手当の制度的位置付けを考慮する上で念頭に置かなくてはならない。

まず、高齢者介護関連の諸制度と主な基本的介護サービスの体系をみてみよう（表1）。当該領域における介添手当は、制度的な位置付けは唯一の国レベルの普遍的制度として位置づけられる。これに対して、介添手当以外の現金給付制度としては、介護給付（*assegno di cura*）制度があるが、地方自治体の最小単位であるコムーネごとに設置、実施されているため、その支給額や普及率は実際のケアニーズを満たす水準にあるとはいえない。この介護給付の支給額は、最も先進的な政策展開を進めてきたエミリア＝ロマーニャ州やトレント自治県でそれぞれ216.9～464.9ユーロ（約3.43～7.35万円）、155.0～1084.7ユーロ（約2.45～17.14万円）であり⁽²⁰⁾、必ずしも低額とはいえないも

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

(18) Legge 11 febbraio 1980, n. 18, art.1.

(19) 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。

(20) C. Ranci eds. *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, carocci, 2001, p.110.

の、通常は所得制限や要介護度による支給額の段階化、さらに介添手当との併用時の大幅な減額や、支給対象者の属性や給付金の用途の制限を設定するコムーネが多い。そもそも普及率に問題があり、1990年代末の調査では、介護給付制度を設置するコムーネはイタリア全体で42%、南部に至っては12%に留まった⁽²¹⁾。

(表1) 高齢者介護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
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

出所：A. Lussu & B. Rovai, *L'operatore socio-sanitario nei servizi sociali*, carocci, 2006, pp.121-32; F. Franzoni & M. Anconelli, *La rete dei servizi alla persona*, carocci, 2006, pp.105-6; P. Ferrario, *Politica dei servizi sociali*, carocci, 2004, pp.488-9; Gori (2006b), pp.14-7. 以上3点を参考に宮崎が作成。

また、支出規模の面では、国内総生産 (GDP) に占める対長期ケア (LTC) 支出の比率が1.56%であり、このうち介添手当のみで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%を占める (2004年) (表2)。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ことがわかる (45.7%)。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。

次に、障害者施策における介添手当の制度的位置付けをみてみよう。障害者に対する現金給付制度としては、障害の種別、程度、制度の種別に分類することができる。障害の種別としては、市民 (民間) 的障害、視覚障害、聴覚障害 (聾啞)、障害の程度としては、全面的 (totale) か部分的 (parziale) か、また制度の種別としては、主として年金か手当か、拠出型の保険方式か無拠出型の税方式か、加えて受給要件としての所得制限の有無の別に分類することができる。これらに倣うと介添手当は、市民 (民間) 的障害 (invalidi civili), 全面的な障害 (invalidi totali), そして手当で無拠出型の税方式によるものであり、所得制限なしに該当する。

(21) 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, *op.cit.*, p.86.を参照。

(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ー地方レベルで支給される社会ー援助サービス	0.14%	0.11%
全体	1.56%	1.05%

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

Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, 2006, p.94.

(http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Norme-e-do/Spesa-soci/ATTIVITA~/Presentazione3.doc_cvt.asp)

市民（民間）的障害を対象とした現金給付制度としては、介添手当のほかに、「市民（民間）的障害年金（pensione di invalidità civile）」、「月額援助手当（Assegno mensile di assistenza）」、「通所・通学手当（Indennità di frequenza）」がある。このうち、「月額援助手当」と「通所・通学手当」はいずれも部分的障害を対象とし、受給要件として所得制限がある。

これに対して、市民（民間）的障害年金は、障害度100%の全面的な市民（民間）的障害者（invalidi civili totali）のみを対象としているという点で、介添手当と受給要件が一致し、両者の併給が可能である。ただ、市民（民間）的障害年金と介添手当は、いずれも一方の受給権が他方の受給要件となることはなく、前者では、市民（民間）的障害に対する他の現金給付制度との併給は不可だが、後者ではこれが可能である。また、市民（民間）的障害年金には、18～65歳という年齢制限、ならびに年間収入が13,973.26ユーロ未満（約220.78万円）という所得制限があるが、介添手当には年齢制限と所得制限のいずれもない。

結果として、介添手当の受給者数は、市民（民間）的障害年金の受給者数を大きく上回っている。2003年の介添手当の受給者は1,493,717人、これに対して市民（民間）的障害年金の受給者数は864,200人であった。また、介添手当を受給し、市民（民間）的障害年金を受給しない者が1,086,909人であるのに対して、双方を併給するものは406,808人に留まった⁽²²⁾。

このように介添手当は、高齢者介護施策と障害者施策の双方において、ほぼ唯一の全国一律で所得制限のない普遍的な制度であり、両領域の利用者と支出額の規模は突出するとみられる。では、この制度の規模はいかに拡大していったのか。

(3) 介添手当の制度的規模の拡大とその背景

介添手当に対する年間支給総額は、2002年75億ユーロ、2003年83億ユーロ、2004年90億ユーロであった⁽²³⁾。1985年から1995年の10年間では、支出総額は14.09億旧リラから77.37億旧リラへと、5.5倍に増加し（表3）、1980－2000年初頭の約20年間に13倍に拡大したといわれる⁽²⁴⁾。

また、介添手当の受給件数は、制度創設当時から1990年代の半ばまで継続的に増加し、その後小

⁽²²⁾ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali- II parte, sezione I*, 2006, pp.53-60.

⁽²³⁾ Gori (2006b), p.291.

⁽²⁴⁾ E. Pavolini, op. cit., p.68.

康状態に入り、21世紀に入り近年再び増加傾向がみられる⁽²⁵⁾。この10年間の受給件数の推移は、1996年86.95万件、2001年97.9万件、2003年（1月1日時点）114.8万件、2004年（12月31日時点）130万件以上である⁽²⁶⁾。

（表3）社会的援助的介入に対する公的支出額と対GDP比率の推移（支出額の単位は100万旧リラ）

	1985年	%	1990年	%	1992年	%	1995年	%
社会的援助への介入	44,016	100.0	56,699	100.0	59,136	100.0	62,868	100.0
GDPに対する比率 (%)	5.4		4.3		3.9		3.5	
低所得支援	35,365	80.3	39,451	69.6	39,678	70.2	38,979	62.0
ハンディキャップの保護	6,263	14.2	13,493	23.8	15,081	23.8	18,892	30.1
市民（民間）的障害者への年金	3,734	8.5	9,724	17.2	10,872	17.2	14,481	23.0
-このうち介添手当	1,409	3.2	4,877	8.6	5,795	9.8	7,737	12.3
視覚障害者年金と聾啞者年金	694	1.6	1,256	2.2	1,436	2.2	1,724	2.7
戦争年金	1,835	4.2	2,514	4.4	2,773	4.4	2,687	4.3
個別的介入（社会的援助）	2,388	5.4	3,754	6.6	4,377	6.6	4,997	7.9

出所：Commissione per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997, p.96

(<http://www.edscuola.it/archivio/handicap/onofri.pdf>) から一部抜粋。また介添手当の対GDP比率は宮崎が付加。

これら一連の増加傾向を牽引しているのが高齢者である。まず支給総額でみると、前述の（表2）から換算すると、支出全体の73.8%が65歳以上の高齢者に対するもので占められていることがわかる（2004年）。次に受給件数でみても、1996年の総受給件数の70%が60歳以上、2001年では全体の68%が65歳以上である⁽²⁷⁾。さらに2004年には、全受給者の72.4%が65歳以上であり、このうち70-79歳の年齢層の受給者は全体の19.3%、80歳以上では43.3%を占めた。これに対して、20歳未満ではわずか4.5%に留まっている（表4）。

（表4）2004年の介添手当の年齢層別受給者数と比率※

年齢層	≤14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69		70-79	80≤	全体
							60-64	65-70			
受給者数※※	38,170	24,265	62,587	82,434	80,697	90,367	59,546	75,832	264,625	595,234	1,373,772
全受給者数に対する比率	2.7(%)	1.8	4.6	6.0	5.9	6.6	4.3	5.5	19.3	43.3	100.0
							9.8				

※ 本表は出所の文献における「要介護者への基金と介添手当の受給者（2004年）」の表を参考に、宮崎がこの表の一部を抜粋し作成した。この表の年齢別受給者数は、2001年の年齢別受給者数のデータをもとに2004年のデータを再構成したものである。比率はこれをもとに宮崎が算出。

※※ 受給者数の合計は、各年齢層の総数と完全には一致しない。

出所：C.Gori eds., La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti, il Mulino, 2006, p.116.

(25) Gori (2006a), p.88.

(26) 1996年と2001年についてはE.Pavolini, op.cit., p.68; 2003年についてはGori (2006a), p.88; 2004年についてはGori (2006b), p.52.を参照。

(27) *Ibid.*, p.68.

加えて、高齢者人口に対する介添手当受給者の比率も上昇しており、2001-05年に5.5%-7.7%に増加した。これを年齢層別にみると、年齢の上昇に伴い受給比率も高くなり、2005年には80歳以上の年齢層では20.4%、すなわち同年齢層の5人に1人が介添手当の受給者であり、突出して高くなっている⁽²⁸⁾。このように、介添手当の受給者の年齢分布が高齢の年齢層に極度に集中することは、この受給者が一般的に想定されるような「障害者」ではないことを示唆している。実際、高齢になると、加齢に伴って心身機能が低下し、生活上の自立度が低下していく傾向が強い。年齢層別にみた、日常生活動作能力(ADL)に部分的あるいは全面的な制限がある者の同年齢層に対する比率は、年齢層の上昇に伴い高くなり、65-69歳でおよそ1割であるが、80歳以上では6割を超える(表5)。

以上を踏まえると、年齢層が高くなると、介添手当の受給率も高くなる要因は、概ね加齢に従い心身機能が低下することによるものと推察できよう。またイタリアは、高齢化の進む先進国のなかでも、わが国と並んで高齢化率の最も高い国であり、2005年には両国ともに19.7%である⁽²⁹⁾。高齢化率は1950年代から今日まで上昇し続けており、今後約半世紀にわたり着実に進展するとみられる。言うまでもなく、こうした高齢人口の増加は介添手当の規模の拡大を促す主因となっている。

(表5) 高齢者人口に対する年齢層別にみた支援の必要な比率(2001-02年)

年齢層	1つ以上のADLに重大な制限を 持つ在宅高齢者※	施設入居率※	人口に対する全面的にADLが 制限される高齢者の比率※
65-69	10.2	0.8	10.9
70-74	16.6	1.1	17.5
75-84	31.5	2.2	33.0
85+	62.9	7.3	65.9
全体	24.3	2.1	25.9

出所：C.Gori eds., *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, il Mulino, 2006, p.298.

※各項目の全体の値は各年齢層の平均とは異なる。

2 介添手当の成立過程と展開 - 「障害」に関する定義の推移

本章では、1970年代と80年代を中心とする介添手当に関連する制度的な発展過程に焦点をあてつつ、前章で吟味した要介護高齢者による介添手当の受給件数の継続的な増加の制度的要因の所在を探る。具体的には、介添手当制度をめぐる3立法における「障害」の定義と、その変遷について考察する。

(1) 介添手当の源流

介添手当の施策の起源は1960年代末に遡る。1968年3月28日法律406号「全国市民(民間)的視覚障害者団体(Opera nazionale ciechi civili)から全面的な援助を受けた視覚障害者への介添手当

⁽²⁸⁾ *Ibid.*, p.293.

⁽²⁹⁾ United Nations, *The World Population Prospects- The 2006 Revision Population Database*, 2007. (<http://esa.un.org/unpp/>)

の認可のための規定」において初めて、重度障害者への継続的な援助に対する手当の支給がもりこまれた。支給対象となったのは、イタリア市民もしくは滞在証明を所持する外国人で、「全盲（ciechi assoluti）」の視覚障害者であり、所得及び年齢による制限はなかった⁽³⁰⁾。

この後、1970年代に入り、1971年3月30日法律118号「1971年1月30日法律命令30号の変更、及び市民（民間）的な身体障害者と障害者のための新規定（*Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*）」において、「市民（民間）的障害者（*invalidi civili*）」の定義が具体化された。それによれば、市民（民間）的障害者とは、まず、「他の諸法律で規定されるところの、聾啞者や視覚障害者も含めた、戦争、労働、公的任務による障害者」と区別され、さらに次のように定義された。

「本法では、身体障害者（*mutilati*）と市民（民間）的障害者とは、進行性のものも含め、先天的もしくは後天的な障害を持つ者を指し、その障害には、進行性、器官的、あるいは代謝不全の性質を持つ知的障害による精神的不安定、また感覚器官の欠陥がもたらす精神的な機能不全によって、就労能力が恒常的に3分の1を下回らない程度に縮小された状態にあるか、あるいは18歳未満であれば、各年齢に応じた課題と機能を持続的に果たすことができない者も含まれる」（2条）。

また、障害年金（*Pensione di inabilità*）の受給要件としては、保健医療機関による完全に就労能力がないことの証明が挙げられている（12条）⁽³¹⁾。このように法律118号における障害の定義の特徴は、第1に心身の諸機能を制限する「障害」に関して、医学的見地から具体的に規定された点。第2に18歳以上の者に関しては、障害に起因する就労能力の部分的制限が加えられた点の2点にあるといえる。これら同法における一連の障害規定は、介添手当法となる1980年2月11日法律18号のそれにおける根幹に位置付けられることとなる。

（2）介添手当制度の創設と展開

現行の介添手当制度は、1968年3月28日法律406号と1971年3月30日法律118号の主要部分を参考に、1980年2月11日法律18号「全面的な障害を持つ市民（民間）的障害者に対する介添手当」によって制定された。この1980年法律18号は全4条から成り、このうち1、2条は障害の定義に関わる規定であった。

この1980年法律18号において、介添手当の支給対象とされたのは、「1971年3月30日法律118号第2条及び12条、（中略）同法第7条とこれに続く条項で規定された、介添者（*accompagnatore*）の恒常的な介添なくしては歩行不能な状態にあること、あるいは日常生活動作を遂行できる状態にはないため継続的な介助（*aiuto*）の必要があることが確認された、心身の疾患により全面的な障害（*invalidi totali*）を有する市民（民間）的障害者（*invalidi civili*）と身体障害者（*mutilati*）」（第1条）

⁽³⁰⁾ Legge 28 marzo 1968, n. 406, art. 1. および要件については、以下のwebページを参照。

（<http://www.handylex.org/schede/ccindennita.shtml>）ちなみに当時の月額支給額は、10,000旧リラであり、2007年現在では710.32ユーロである。

⁽³¹⁾ Legge 30 marzo 1971, n.118, artt. 2, 12.

⁽³²⁾ である。

また、明確な障害の種別や程度の区別を行うべく、「同法施行後3か月以内に、(中略)保健省は独自の命令にて、1971年3月30日法律118号で示されたところの障害と疾病によりもたらされた障害の程度を明示した一覧表を策定する」(2条)とされ、1980年7月25日の省令では障害の程度が百分率で表示され、最重度の100~91%の区分に始まり、10パーセントごとに全10段階に区分され、さらに器官別の障害項目が示された⁽³³⁾。従って、1980年法律18号における障害規定の主要部分は、1971年の法律118号のそれに準じるものであったといえる。

ただ、この1980年法律18号の障害に関する規定は、1971年法律118号や1968年法律406号(視覚障害者への介添手当)等の従来の規定とは次の3点において異なっていたといえる。第1に、医学用語ではなく平易な表現によって、「全面的な障害」の程度について具体的に規定された点。第2に、恒常的な援助を行う「介添者(accompagnatore)」について規定された点。そして第3に、客観的且つ具体的な障害の段階化を決定した点である。

さらに、1984年の7月26日法律392号「全面的な障害を有する市民(民間)的障害者に対する介添手当に関する1980年2月11日法律18号の第1条の法的に有効な解釈」の第1条冒頭では、介添手当制度は「全面的障害を持つ、歩行不能(non deambulanti)あるいは非自立的な(non-autosufficienti)市民(民間)的障害者のために創設された(以下略)」⁽³⁴⁾とされ、1960年代以降の障害者に対する経済給付に関する諸立法のなかで、初めて「非自立的/要介護(non-autosufficienti)」という用語が用いられた。これは高齢者の要介護状態を表す最も一般的な表現である。

その後、1988年11月21日法律508号「市民(民間)的障害者、市民(民間)的視覚障害者、聾啞者に対する経済援助に関する補足的規定」では、従来個別に規定されていた諸障害に対する経済給付の要件や支給額について包括的に規定された。同法の第1条で規定された介添手当の障害程度に関する全6項の支給要件のうち、第1, 2, 4項の内容は従来と同様であった。これに対して、次の第3項と第5項の内容は、社会サービスにおける措置制度から選択主義への一般的な潮流を受け、新たに補足されたものであった。

第1条3項-本法によって規定された保健的要件(i requisiti sanitari)は有効のままとして、介添手当は就業活動の展開と両立しないものではなく、また上述の要件となる心身の(保健的)状態の立証は、満65歳を過ぎてから生じたものであったとしても認定される。

第1条5項-当事者にとってより有利な措置を選択する権限の余地は残される。

(3) 介添手当制度をめぐる諸立法の「障害」規定とその背景

イタリアにおける障害者施策には、障害の領域別に組織された障害者団体の権利獲得運動や、強

⁽³²⁾ Legge 11 febbraio 1980, n. 18, art.1.(Gazzetta Ufficiale del 14 febbraio 1980, n. 44)

⁽³³⁾ Decreto Ministeriale 25 luglio 1980 pubblicato nella Gazz. Uff. 14 ottobre 1980, n. 282.

⁽³⁴⁾ Legge 26 luglio 1984, n.392, art.1一部抜粋。

力なロビー活動とともに発展してきたという歴史的経緯がある⁽³⁵⁾。とりわけ1960年代から1970年代初頭にかけては、障害の種別ごとに施策が林立し、その細分化が進んだ⁽³⁶⁾。この時期に相次いで導入された各領域の障害者への経済給付施策の関連立法には、障害を客観的に規定する具体的な給付対象と要件が盛り込まれていたとはいえなかった⁽³⁷⁾。これに対して1971年の法律118号では、聾啞と視覚障害以外の障害に関する医学的な規定や、経済給付（ここでは障害年金）の受給要件としての就労能力の状態に関して比較的具体的に規定された。さらに、1980年の法律18号における介添手当制度では、「全面的障害」とそれに対する「介添」に関して具体的な定義づけが行われた。

この1980年の法律18号を分水嶺として、経済給付の対象としての「障害」の概念の基準点は、心身における各種の機能不全の状態や、それに起因する就業能力の喪失状態に関する医学的診断から、日常生活動作能力（ADL）の状態へと重点が移行されていったとみられる。このことは、この法律で「介添者」に初めて言及されたことにも示唆される。

さらに1988年の法律508号では、「介添手当は（中略）満65歳を過ぎてから生じたものであっても認定」されると明記され、加齢に伴う心身機能の障害を給付対象として認めた。他の先進国と同様にイタリアの高齢化が1960年代以降漸進し続け、1990年代以降に急激に加速したことを踏まえると⁽³⁸⁾、これには明確な意図があったといえよう。それは、年齢制限こそないものの、本来は未成年と成人の「障害者」のための施策であった介添手当⁽³⁹⁾に、高齢者介護施策としての役割をも加えることである。このことを踏まえると、1990年代以降の要介護高齢者による介添手当受給者数の増加という事態は、必ずしも「予見されないもの」⁽⁴⁰⁾であったとはいえない。むしろ、介添手当はその創設時から、国レベルでの介護制度が不在であるという状況下での、高齢者介護施策の重要な代替策として位置付けられていたとみることも可能であろう。

3 介添手当の問題点と制度改革の動向

(1) 介添手当の支給上の問題点

介添手当制度の肥大化は、現金給付施策の偏重と、不十分な介護の現物給付施策が重要な制度的一因であり、従来の社会保障制度改革のなかでも問題視されてきた⁽⁴¹⁾。ただ、著しい高齢化の進展に鑑みれば、要介護高齢者による受給件数の増加自体は、介添手当制度の目的から乖離しているとはいえず、むしろ受給実態にみられる以下のような偏向の方が問題であろう。

第一に、地域間格差の問題がある。介添手当の受給手続きに必要な障害認定は州の管轄となって

⁽³⁵⁾ E. Pavolini, *op. cit.*, p.68.

⁽³⁶⁾ Gori(2006a), p.84.

⁽³⁷⁾ R. Maggian, *I servizi socio-assistenziali*, carocci, 2001, p.88.

⁽³⁸⁾ 内閣府『平成15年 高齢社会白書』2004年, 8頁。

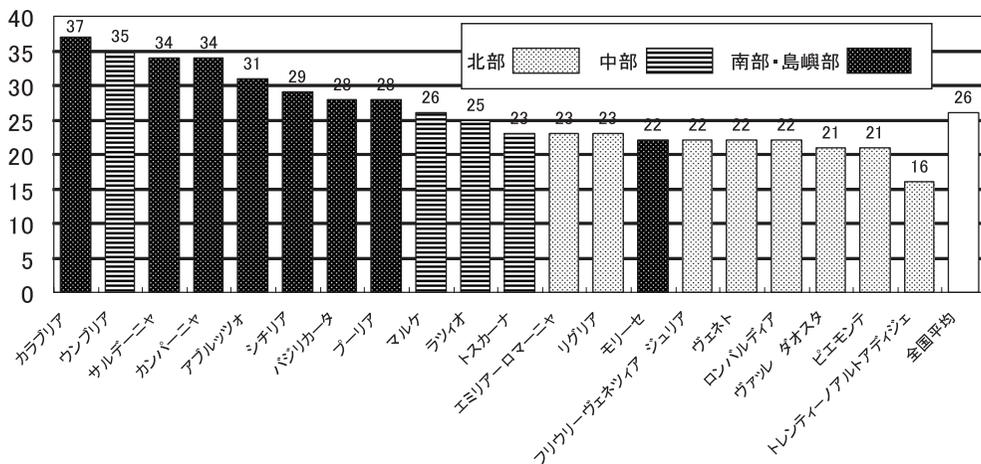
⁽³⁹⁾ E. Pavolini, *op. cit.*, p.67; Gori (2006a), p.88.

⁽⁴⁰⁾ E. Pavolini, *op. cit.*, p.68.

⁽⁴¹⁾ Commissione per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997, pp.87-112. (<http://www.edscuola.it/archivio/handicap/onofri.pdf>)

おり、その判断基準と方法は一律ではない⁽⁴²⁾。実際、2003年の州別にみた住民1000人あたりの介添手当の受給件数では、全国平均が26/1000人であるのに対して、最高が南部のカラブリア州の37/1000人、最低が北部のトレンティーノ・アルトアディジェ自治州の16/1000人であり、このふたつの州の差は2.3倍に及ぶ(図1)⁽⁴³⁾。地域により高齢化率の差があることを踏まえても、この受給率の差に及ぶものではなく、そこには明らかに、州や地域によって障害認定上の格差があることが窺える。この受給率の不均衡は、介護手当制度の有無、介護手当制度の給付水準と介添手当との併用の制限といった要介護高齢者に対する地方レベルでの政策展開やその実施状況における地域間格差⁽⁴⁴⁾、そしてこうした公的セクターに加えて、私的セクター、非営利セクター等の多様な主体による総合的な高齢者介護ニーズの充足度の地域間格差によってもたらされているとみられる。また、社会政策全般において、消極的、後進的な傾向が強い南部と、それとは対照的な北部との間には、比較的顕著な地域間格差があることが窺える(図1)。

(図1) 州別・地域別にみた住民1000人あたりの介添手当受給者数(2003年)



出所：Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali- II parte, sezione I, 2006, p.62. 地域別の分類は宮崎が作成。

第二に、本来の介添手当の受給要件を満たさない不適正な支給という問題もある。北部のロンバルディア州で実施された調査によれば、1.1%という僅かな比率ではあるが、日常生活動作能力(ADL)に全く支障のない高齢者に対して、本来「全面的な障害を有する障害者」のための介添手当が支給されていた。また日常生活動作能力(ADL)に「幾分支障がある」と「1-2の動作が出来ない」という、完全な自立喪失状態とはいえない高齢者も介添手当を受給している(在宅では9.3%、施設では37.7%) (表6)。このように、介添手当の支給要件の「全面的な障害を有する」と

(42) M. Ferrera, *op.cit.*, p.63.

(43) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *op.cit.*, 2006, p.62.

(44) E. Pavolini, *op.cit.*, 2004, p.64.

は大きく乖離した障害度への支給実態があることがわかる。

第三には、障害とは無関係の受給者の属性による受給率の格差の問題がある。在宅高齢者と比較すると、施設入所の高齢者の受給比率は著しく高い。施設入所者は在宅者に対して、「ADLに幾分支障がある」のレベルでは受給比率10倍に近く、全体でみても7倍近く高い（表6）。無論、この格差は施設入所者が、重度の要介護状態にある可能性が高いことによるものである一方、本人、家族、地域の人的、経済的な介護資源の調達能力の限界も否定できない。施設入所者に対する介助や援助は基本的に施設職員によって提供されるので、受給された介添手当は、介添を行う援助者への直接的な経済的給付としてよりはむしろ、施設入所費用の補助をはじめとする本人あるいは家族への間接的な経済的援助の意味合いが強いと見える。

（表6）要介護の度合別にみた、在宅及び施設（保健—援助型施設 RSA）における高齢者の介添手当受給者数・比率（2000年、ロンバルディア州における調査）

	在宅		施設	
	介添手当の受給比率	受給者数	介添手当の受給比率	受給者数
ADLに全く支障がない	1.1	1,281	0.0	4
ADLに幾分支障がある	2.3	1,082	21.4	14
1-2のADLの動作ができない	7.0	287	16.7	24
3以上のADLの動作ができない	40.6	229	49.2	63
平均比率／合計	5.3	2,879	36.2	105

出所：C.Gori eds., La riforma dell' assistenza ai non autosufficienti, il Mulino, 2006, p.299.

また、男女間の受給件数に著しい格差がみられる。2003年の介添手当の受給者は1,493,717人であったが、このうち男性545,590人に対して、女性948,127人で、女性の受給者は男性の1.74倍に上った⁽⁴⁵⁾。このことの主因は女性の平均寿命の長さ⁽⁴⁶⁾にあるとみられるが、これに加え配偶者が年長であり、夫との死別後に経済的、社会的基盤が脆弱になる期間が長いこと、男性と比較して継続的な就業経験に乏しく、被用者に対する拠出型の給付制度にはなじみにくいこと等、女性特有の事情の影響も看過できないだろう。

以上のような、要介護高齢者による介添手当の受給実態にみられる偏向は、本来の受給要件が必ずしも公正且つ適正に判断されていないことを浮き彫りにする。なかでも現状の要介護高齢者の受給目的は、本来の支給目的とは異なり、年齢的な観点から就労能力が考慮されない点に鑑みても、本人ならびに家族に対する部分的な所得保障としての意味合いが強ことが示唆されるのである。

（2）介添手当改革の展開

介添手当改革に関連した主たる展開としては、1990年代末のオノフリ委員会と2000年の福祉サービス改革を挙げることができる。本稿冒頭で触れた「改革のシーズン」において、抜本的な介添手当改革の必要性に最初に言及したのは、1990年代末の第1次プロディ政権（1996-98年）のもとで招集された「社会的支出に関するマクロ経済的な適合性に関する委員会（Commissione per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale）」、通称「オノフリ委員会（Commissione

(45) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *op. cit.*, 2006, p.59.

Onofri)⁽⁴⁷⁾」であった。

このオノフリ委員会は1997年2月末に、社会的保護領域を主たる対象とする公的支出に関する報告書を発表した⁽⁴⁸⁾。この報告書の基本姿勢は、現状の社会的保護領域への支出水準は維持しつつ、具体的な諸領域への分配のあり方を再編するというものであった。各種の現金給付制度、とりわけ1970年代末からの「障害者」の領域に顕著であった。各種制度の細分化と乱立、各制度間の整合性の欠落に対しては見直しが打ち出された。加えて保健・医療領域への支出削減と、社会的リスクに対する緩衝装置としての政策、アクティブな労働政策、そして（社会的）援助政策への支出拡大が目指された。再編の柱ともいえるのが二つの包括的な制度創設の提案であり、第1に普遍的な最低所得保障制度、第2に包括的な介護制度であった⁽⁴⁹⁾。

この包括的な介護制度創設の提案は、ケアをめぐる人的資源の調達を全面的に家族に依存する従来型のケアシステムのあり方を再考するものであり、ケア領域における家族責任と公的責任の大々的な再配分を意図していたといえる。また、要介護高齢者による受給件数の増加が制度肥大化の一因ともなった、現金給付主流の障害者施策に対する再編策としても位置付けられた。

包括的な介護制度創設の構想では、大幅な財源確保の必要を見込み、「ケアサービスと金銭給付の受給に対する、全市民の参加の可能性への保障機能を有した要介護者のための基金」が設置され、介添手当の財源はこの基金に吸収されることとなっていた。また介添手当改革としては、給付金の文字通り「介添」への合目的的な利用促進に向けて、バウチャー制の導入にも関心が寄せられていた⁽⁵⁰⁾。

一連の介護をめぐる提言を継承し、実現に向けて制度化したのが、2000年11月8日法律328号⁽⁵¹⁾によって展開された福祉サービス改革である。第1条の1項「一般原則と目的」では、「イタリア共和国は共和国憲法第2, 3, 38条に準じて、個人と家族に対する総括的システムを保障し、QOL, 機会均等, 無差別, 市民権を保障するための介入を促進し、不適正な所得や、社会的困難と自立喪失の状態がもたらす、個人ならびに家族の障害と困窮の状況について、これを予防、除外あるいは縮減する」⁽⁵²⁾とされ、全市民への社会サービスの受給権の保障、イタリア国内の南北を隔てる地域間格差の是正や、州ならびに地域計画の策定、社会サービスの実効性と効率性の向上などが打ち

(46) 2005年の平均寿命は男性77.8歳、女性83.4歳である。(http://www.istat.it/dati/catalogo/20070523_00/tavole/920.xls)

(47) オノフリとは、同委員会の議長を務めた経済学者パオロ・オノフリに由来する。

(48) この報告書はそれぞれ作成者が異なる「最終報告」、「イタリアの社会支出」、「援助に対する支出」、「保健・医療制度に関するオープン・クエスチョン」、「年金支出の傾向」の6つの報告書を統合したものであり、次のwebページ (http://www.edscuola.it/archivio/handicap/onofri.pdf) で閲覧可能。

(49) Gori(2006a), pp.217-18.

(50) *Ibid.*, p.24.

(51) 2000年法律328号の正式名称は、「社会的な関与とサービスの統括的システム実現のための枠組み法 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)」である。

(52) Legge 328/2000, art.1, comma 1.

出された⁽⁵³⁾。また、一連の計画実行のために、「社会政策のための国家基金（Fondo nazionale per le politiche sociali）」が設置された（20条）⁽⁵⁴⁾。

（3）介添手当改革の停滞とその背景

2000年の福祉サービス改革は、包括的介護制度新設へのプロセスの一環としては、オノフリ委員会の提言から大きく後退するものであった。具体的には次の5点においてである。第1に、包括的介護制度の新設に関する具体的な言及が一切行われなかった点、第2に、要介護高齢者に対する在宅支援は、計画と実施が州や地域等の地方に委ねられており、包括的介護制度の設置に向けた国の関与が一層縮小されているとみられる点（15条）、第3に、設立された基金は社会政策全般に対するもので（15条）、オノフリ委員会で言及されたケアに限定するものではない点。第4に、その基金の規模は同法第1条に掲げられた社会サービスが実行可能な水準ではなく、各州に対する配分は人口等の単純なマクロレベルでの統計データを基準に行われ、地域固有の社会、経済、地理的事情によって異なるケアニーズの正確な把握を妨げかねない点。第5には、要介護者に対するケア責任について、家族が最も優先的に負うべきであるとの言及が強化された点（16条）。

現金給付制度の再編には言及されたものの、今日まで介添手当改革に具体的な進展は見られない。最大の要因は制度と財政上の問題である。介添手当改革については、制度の部分的再編が、制度、財政の両面で比較的实现可能性が高いとみられている。それは、新たに「障害」レベルを段階化し、それに応じた支給額を設定する改革案である。とはいえ障害レベルの段階化は、現状の「全面的障害」よりも軽度の障害を新たに包括することになるため、結果として支出増加は避けられない。加えて、この部分的再編の改革構想は、低水準に留まる現物サービスの質と量の克服という政策課題に対峙するものではない。これに対して、既存の関連諸制度の再編と改革を含めた包括的介護制度の創設には、27～61億ユーロ⁽⁵⁵⁾、あるいは最初の3年間に毎年約40億ユーロ⁽⁵⁶⁾を要するという試算がある。

包括的な介護制度の創設に向けては、大々的な資金調達という財政上の困難のみならず、現状の国と地方の管轄領域と権限の分散や交錯もまた大きな障壁となっている。具体的には、サービスの現物給付制度は全面的に地方の管轄であるのに対し、現金給付制度は国と地方レベルで管轄が混在し、これらの統括が困難である点、加えて、いわゆる介護（長期ケア）サービスに、管轄領域や責任、監督主体を異にする社会的領域と保健医療的な領域の双方が含まれる点を挙げることができる。

さらに、近年着実に進められている地方分権推進の流れの影響も大きい。2001年の共和国憲法第

⁽⁵³⁾ 2000年328号における高齢者福祉サービスの位置付けに関しては、宮崎理枝「福祉改革法にみる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』85号、2002年101-07頁を参照。

⁽⁵⁴⁾ Legge 328/2000, art.20. また「社会政策基金」設置の源流は、1997年の法律27号の財政法にある（cfr. R. Maggian, *op.cit.*, p.91.）。

⁽⁵⁵⁾ Gori(2006b), p.126.

⁽⁵⁶⁾ Gruppo per la Riforma dell' Assistenza Continuativa, “Riformare l'assistenza ai non autosufficienti in Italia” Tendenze nuove, 6, 2006, pp.482-3.

5章の改革によって、社会サービスの基本水準 (livelli essenziali) の設定以外のあらゆる権限は、州以下の地方に委譲されることとなり、政策策定の法的権限と実施の権限が全面的に地方レベルに委譲されることとなった。このことは福祉サービス改革で定められた、国と地方との協働や、全国レベルで遵守されるべきサービスの本質的な必須水準 (livelli essenziali) の設定という前提を否定しかねないものである。同時に、包括的介護政策の実現に向けて解決されるべき、領域横断的な諸制度の再編を一層困難にする結果となったといえよう⁽⁵⁷⁾。

おわりに

2050年までの今後約半世紀にわたるイタリアの高齢化の進展は、我が国と並んで先進国中最も高いレベルにあり、その推移も近似している。2050年のイタリアにおける65歳以上の人口は全体の32.6% (日本37.7%)、80歳以上では13.3% (日本15.5%) と推計され⁽⁵⁸⁾、両国は、超高齢社会に持続可能な福祉国家体制の模索という共通の政策課題を有しているといえよう。そうしたなか今日のイタリアは、「最大の福祉義務を家族に」という、稼ぎ手の男性典型労働者と、家族責任を負う専業主婦の組み合わせをより有利なものとする社会制度を維持し、「従来型の労働者中心の保険制度に捉われ続けるのか、それとも超高齢社会を見据えた全般的な社会的援助のシステムを構築するのか、という選択の岐路に立たされている」⁽⁵⁹⁾。

1997年のオノフリ委員会以降、介添手当改革には実質的な変化が見られない。ある意味で介添手当制度の肥大化と改革の停滞は、1970年代の社会サービス領域の地方への権限委譲に加え、1980年代末に介添手当制度の「障害」が、高齢者の要介護状態をも含むとされた時点で、既に予測可能な事態であったといえるかもしれない。将来的な介添手当制度の問題は、その肥大化のプロセスが、今後約半世紀にわたって進展しつづける高齢化率、先進国中最低レベルの出生率と女性の就業率、そして巨大且つ不透明な非正規労働市場や移民による労働市場に並存する状況にある。

最近の研究動向から判断する限り、介添手当改革とこれに続く包括的介護制度創設の展望には悲観的な見解がみられる⁽⁶⁰⁾。しかし、近年の要介護高齢者施策についてはその限りではない。2000年前後から今日まで、国の公的機関や地方自治体と協同でのケア政策やケア労働の実態把握に関する実証的な研究活動が積極的に展開されている。地方レベルでは、独自の介護保険制度の創設を模索する動きもある。特に、国レベルでの画期的な動向としては、「要介護者のための基金 (Fondo per i non autosufficienti)」の創設とそれへの予算計上を挙げることができる。

2007年の財政法 (2006年12月27日法律296号) の1264条は、「要介護者のための基金」創設にむけ

(57) Gori(2006a), pp.11-13, 24-25, 32, 44, 56, 125, 252, 263; Gori(2006b), pp.143, 161-62; M. Ferrera, *op.cit.*, pp.274-5.

(58) United Nations, *op. cit.*

(59) Il Sole-24ore, venerdì, 9 Febbraio, 2007.

(60) Gori(2006a), pp. 227-9, 262-5; Gori(2006b), pp.295-6; E. Pavolini, *op.cit.*, 2004, pp.75-6, 85-6, 206-7.

て、2007年に1億ユーロ、2008-09年には、各年2億ユーロを計上した⁽⁶¹⁾。この計上額は、前述の介護制度創設に必要なとされる推計額とは比較にならない微少なものである。しかしこうした新たな動向が、2006年4月の政権交代によって誕生したプロディ政権下で生じたことは意義深い。経済学者でもあるP. プロディこそはまさに、10年前の第1次プロディ内閣時にオノフリ委員会を招集した当人であるからだ。これを踏まえると、将来的に短期間での本格的な政権交代が行われなければ、介添手当の抜本的改革をも必然的に含む、今後の新たな介護政策展開の可能性を否定することはできないだろう。

（みやざき・りえ 大月短期大学専任講師）

(61) Legge 27 dicembre 2006, n. 296. “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)” (<http://www.parlamento.it/leggi/06296l.htm>)