

2 アメリカのロングタームケア政策と介護労働者に関わる研究の動向

(1) はじめに

いかに要介護を減らすか、そして誰が介護を担うのかといった介護にかかわる財源の問題と労働力の確保の問題は、高齢化社会に共通の重要な問題である。米国では、介護労働者の不足を背景に、介護労働の安定した供給と確保が重要な課題として浮かび上がっている。

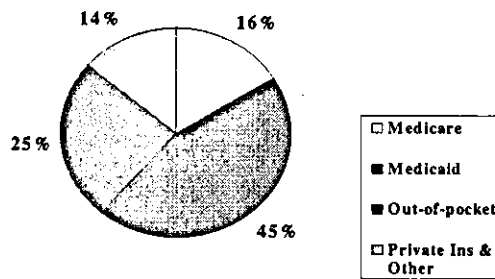
介護労働者の数と質を規定するものには様々な要因がある。マクロの要素としては、医療・ロングタームケア政策、社会的な介護職に対するイメージ、全国および地域の労働市場の状況、労働政策、福祉政策、移民政策が挙げられる。また、介護施設や在宅介護サービスなどの組織レベルの要因としては、組織構造、賃金、組織内の文化や人間関係、雰囲気、教育、仕事の体制などが影響する。日米の介護労働についてこれまでの研究や実践を踏まえて議論するにあたっては、ロングタームケアの政策やシステムの違いを理解する必要がある。政策によって介護サービスの財源の安定性とサービスに支払われる対価が規定され、介護に携わる人の賃金や労働条件が左右される。そこで、アメリカのロングタームケアのシステムについて、特に財源を中心に概要を示した上で、米国の介護労働市場の状況と、近年の介護労働者に関わる研究の動向をレビューする。

(2) 米国のロングタームケアシステム

1) 多様な財源と統合の困難さ

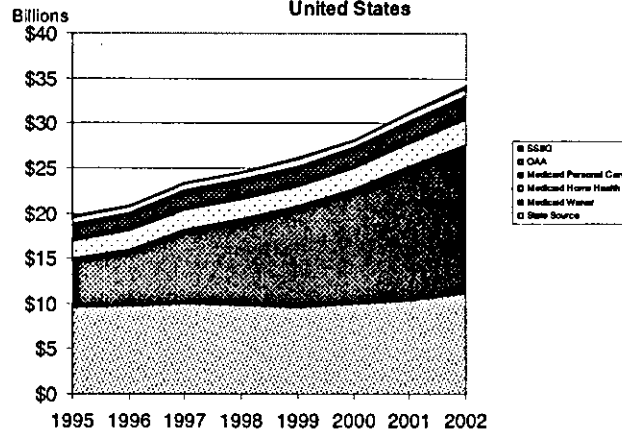
米国のロングタームケアの財源としては、メディケイドが45%、自費が25%、メディケアが16%、その他の財源が14%となっている(Levit et al., 2003.)。連邦政府のプログラムであるメディケアは、65歳以上の高齢者がほぼ全員加入している医療保険であるが、そのロングタームケアの支払い対象は、医療的に必要な比較的短期的な、施設ケア(たとえば退院後の回復期)、在宅ケア(退院後の回復期、または医療的看護が必要な一部の人への介護)のみをカバーし、いわゆる長期にわたる介護には支給がない。一方、州と連邦政府の貧困者対象の共同プログラムであるメディケイドの役割が大きく、ナーシングホームの費用の約半分を、また公的財源で支払われている在宅・コミュニティのプログラム80%以上を支払っている。連邦政府からは、最低限の基準が示されるだけで、州が適用資格についても、提供するプログラムについても多くの決定権を持っているため、高齢者介護、特に在宅プログラムについては州によって政策が大きく異なる。

US LTC Expenditures 2001 \$132 billion

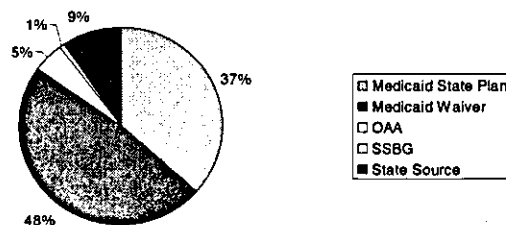


Source: Levit et al 2003

HCBS Expenditures By Funding Source United States



HCBS Expenditures by Funding Source: US Profile 1996



在宅、コミュニティーベースのプログラム〔Home and Community-based Services (HCBS)〕は、障害のある高齢者が地域で生活することを支援するナーシングホームに代わるロングタームケアサービスの形態であるが、日常生活の介助 (Personal care)、通所サービス (adult-day care)、栄養・食事、移送などのサービスがある。HCBSは、メディ

ケイドのほかに、州独自の財源、Older Americans Act (OAA), Social Services Block Grant (Title XX) の財源が使われている。財源比率はメディケイドが圧倒的に多いが(図表は全米平均値)、その割合は州により大きく異なりバラツキがみられる。メディケイドの支払いの対象になるのは、ホームケアや personal care などを含むいわゆる State Plan のほかに、HCBS Waiver プログラムがある。これはOBRA1981によって作られたプログラムで、メディケイドの一部の規定を免除(Waive)することによって、施設入所を回避するために医療の伴わないHCBS (personal care, 住宅改築、ケースマネジメントなど)を州が提供できるようにしたものである。メディケイドは、州の支払った費用と同等(州によってはそれ以上)の費用が連邦政府から支払われるので、州にとってはHCBSを拡大するにあたってメディケイドを使う経済的インセンティブがある。上の図は、HCBSの支出(全米平均)を財源ごとに時系列的にみたものであるが、年々メディケイドのHCBS Waiver プログラムの比率が高くなっていることがわかる。

2) 州によるロングタームケアシステムのばらつき

さて、米国では上記のように州がロングタームケアの政策を動かす原動力となっているわけだが、その結果州によって在宅コミュニティーサービスへの取り組みが大きく異なる。その州によるばらつきを、高齢者一人当たりのHCBSに投入される費用(HCBSの主な4つの財源からの費用を足し合わせたものを65歳以下の人口で割ったもの)とロングタームケアの総費用に占めるHCBSの割合の二つの指標を使って見てみよう。HCBSの費用が高く、またその割合が高いほど、HCBSに取り組んでいるといえるだろう。またHCBSの割合が低い州は、ロングタームケアが施設に偏っていることを示す。1996年の数字を見てみると、HCBS費用ではニューヨークが群を抜いて高で1,000ドル強、次に300ドルから500ドルの州が10州ほど続き、テネシーが30ドルとなっている。また、ロングタームケアの総費用に占めるHCBSの割合は、オレゴンの45%から、テネシーの3%とばらつきがある。

3) 州の政策とシステムのばらつきが個々の高齢者の生活にどのような影響を与えるか

上記のようにロングタームケアの政策システムが州によって大きく違っているが、それがどのように個々の高齢者に影響するだろうか。この疑問に答える研究は驚くほど少ない。そこで筆者は現在、National Institutes of Health (National Institute on Aging) の助成を受けて州の政策の違い(主にHCBSへのコミットメント)が個人のロングタームケア利用と生活の質にどう影響するかの研究を進めている。州の財源別目的別費用や地域のロングタームケア関連の資源の経年的データをさまざまなソースから集め、それを代表性のある経年的高齢者の個人レベルのデータとつき合わせている。財源も州のロングターム

ケアのシステム組織とも多様で州レベルのデータを一貫して収集することが難しいことに加え、全国規模の個人データから居住地についての情報を得ることが大変難しいこともあり、個人レベルと州レベルとのデータをつきあわせたロングタームケア研究はいままで稀であった。

本研究ではまず、州のHCBSへの取り組みが、障害を持つ高齢者の介護利用に与える影響を用いて調べた (Muramatsu and Campbell, 2002)。介護利用のパターンとしては、介護サービスのみの利用、家族介護のみの利用、介護サービスと家族介護の両方を利用、介護不利用、とが考えられる。Multilevel 解析の結果、HCBSにコミットしている州に住んでいる障害を持つ高齢者は介護サービスを利用する確率が高く、また全く介護を受けない確率が低く、特に障害の重い高齢者ほど州の影響が大きかった。この結果から州のHCBSへの取り組みが実際に高齢者の介護状況に反映されていることがわかった。また、HCBSへのコミットメントの高い州に住んでいると、家族介護と介護サービスとの併用の確率が増えるために、全体として家族から介護を受ける確率が上がることもわかった。すなわち、公的介護サービスは家族サービスに取って代わるものではなく、逆に補うものだという見解と一致する研究結果が出た。これは、介護サービスを増やすと家族介護が崩れるのではないかという危惧が、米国の現在の状況には当てはまらないことを示す重要な結果である。

また、州のHCBSへの取り組みが、実際に高齢者の施設入所のリスクの減少につながっているか、という問題を現在 Event history analysis で解析している。今までの結果によると、HCBSへ費用をつぎ込んでいる州に住んでいる高齢者は、ナーシングホームに入所するリスクは低くなっている。今後、州のシステムの違いがQOLの他の側面にどのような影響を与えるかも調べることにしている。

4) 州の共通の課題

以上、米国のロングタームケアの改革の原動力は州にあること、州によって政策、システムが大きく異なり高齢者の介護状況や入所のリスクを左右することを示した。それぞれの州は独自の課題を抱えているが、ここでは米国のどの州にも共通する課題がある。第一に、財源の問題である。州財政が厳しい上に、他の財源確保も難しい。民間保険の利用はあまり伸びておらず、メディケイドの支払い削減はコスト削減に効果的であるが、支払いをこれ以上削減すると質の問題が生じてしまう。サービス提供組織の面では、施設から在宅へ重点を移そうとする動きがあるが、ナーシングホーム業界の政治力などさまざまな障害がある。その中で州は、消費者の選択権を増加させる試み (Cash and counseling など) やケアつき住宅 (Assisted living) の充実を進めたり、急性期とロングタームケアの統合などのさまざまな実験的試みを行っている。サービスの質は、特にナーシングホームで引

き続き問題となっており、在宅ではモニターが難しく、どのように把握するかが課題である。そして、後述のように、介護職の確保は全国的な大きな課題として注目されている。米国のロングタームケアについて概観すると、州によりさまざまな財源の複雑さ、それにかかわる規制が、ロングタームケアを調査する上でも、また問題点を把握する上でも大きな妨げになっている。それぞれの財源にはサービスについてもさまざまな規定があり、それが提供システムの多様化につながり、サービスごとの連携・統合が難しい。日本の介護保険のような高齢者全体が対象となる社会保険システムがなく、公的介護サービスは主に貧困者を対象にしたメディケイドなどのプログラムによって支えられている。財源の確保が難しく、介護職に携わる人々の賃金や福利厚生は低い、と指摘できる。介護職に携わる人の業務内容も、労働条件も、州のシステムによって違ってくる。特に財源が多様化している在宅やコミュニティーベースのプログラムは、介護労働の把握が大変難しい。

(3) 米国の介護労働者の動向、政策、研究

1) 介護労働者とは

介護労働者は、介護産業の核となる業務の担い手であり、介護提供組織の重要な人的資源である。そして家族援助のない高齢者にとって介護労働者は、社会との接点になるものであり、介護だけではなく心理的サポートの役割も果たす。家族以外の介護者の役割は日米において増加しており、米国において、ナーシングホームの職員数は、自動車会社と鉄鋼会社の従業員数を足した者を超える規模にあることなど、介護労働者は高齢社会において非常に重要な職種となっている。

介護労働者について、米国では、long-term care paraprofessionals, direct care workers, frontline long-term care workers という語があまり区別なく使われている。米国労働省の定義では nurse's aides, orderlies, attendants, home health aides, personal/home care aides がこれらの中に含まれる。介護労働者は、自宅、グループホーム、デイケアサービス、Assisted living (居住施設)、ナーシングホームなどさまざまな場でヘルスケアサービス、日常生活援助 (personal care)、家事援助、ホームマネジメント業務などを行い、日本のホームヘルパーおよびケアワーカーにあたる。他の専門職 (看護職、PT、OT、言語療法士、医師) も直接的介護を提供するが、こうした専門職は国家資格が必要な上、業務独占であるという点で介護労働者と異なる。一方、介護職は一定の短期間の訓練は必要なものの、長期的な教育計画がなくても、ほかの職種にいた人を介護者にすることができる、という柔軟性があり、専門職の議論と分けて考える必要がある。ちなみに米国では看護職も不足しており、新規志願者が少なく看護学校への入学者が減っており、職種としての高齢化が懸念されている。しかし、介護労働者と比較した場合、看護の給与所得は 467 万円程度 (2000 年) であり、独立して生計するのに支障のない水準であること、職務独占

の専門職であるのに対し、介護労働職は給与水準が低く、職務独占ではなく、介護労働市場は柔軟であるため、介護労働職不足は、看護師不足の問題とは分けて論じる必要がある。日本ではOT、PTなどの職種が不足しているが、ここでは介護労働者に焦点を当てる。

米国における介護労働者の特徴としては、低賃金であること、未熟練労働であること、主に中年女性、マイノリティー、外国人が多いこと、教育レベルが低いこと、年金等のFringe benefitsがほとんどがないこと、労働組合の組織率が低いこと(12%、主に公的、および非営利部門に集中)、傷害が多い職業で、炭鉱業、製造業よりも傷害率が多いこと(傷害・疾病による労働損失 100人中17件)、などがあげられる。

2) 米国の介護労働者の不足

米国では、介護労働職は、経済的インセンティブが少ないうえにストレスの多い労働条件の中で、将来のキャリアアップの見込みのないことを背景に、人が集まらない職種となっており、介護労働職の人員不足は深刻な社会問題と認識されている。現在の目下の課題として、かつてないほどの介護労働力の不足の問題が指摘されている。2002年の全国調査では、44州のうち37の州において、介護労働者の採用と、リテンション(職員維持)が、最大関心事項である、との報告があげられている(Stone, 2004)。米国ヘルスケア協会(American Health Care Association: 10,000以上の非営利と営利のassisted living(居住施設)、介護施設、知的障害者対象の事業所、亜急性期サービス提供者が加盟している非営利団体)の報告によれば、ナーシングホームにおける看護助手(Certified Nursing Assistants: CNA)の欠員率は、2001年には11.9%、2002年には8.5%となっている(AHCA 2003, <http://www.ahca.org/news/nr030507.htm>)。年間の介護労働職離職率は、調査によって異なるが45%~100%余と報告されており(Harris-Kojetin, et al., 2004)、高い離職率は、結果として、直接・間接の様々なコストがかかるとの分析が報告されている(Seavey, 2004)。いかに質の高い介護労働者を恒常的に確保するかは、米国の長期的課題である。Hecker(2004)は、2002年から2012年までの間に増加する職種の一つとして、介護労働職をあげており、nurse's aides、orderlies、attendantsは、25%増、home health aidesは48%増、personal/home care aides 40%の増と推測している。

3) 米国における介護労働研究の動向

米国における介護労働力不足は特に1990年後半から危機的なものと認識されるようになり、2001年にはそれまで断片的に行われてきた介護労働者に関する研究の動向がまとめられた(Stone, 2001, Stone&Wiener, 2001)。この時点で、実証的、分析的な研究が非常に少ないことが指摘されている。2004年には、それ以降行われた(または継続中)の研究のレビューが発表されている(Harris-Kojetin, et al. 2004)。介護労働者の特徴および

労働条件(賃金、福利厚生)などを全国的な代表性の高いデータ(Current Population Survey, Bureau of Labor Statisticsの統計、国勢調査など)を利用した研究から、介護者のプロフィールと、その変化が明らかになってきている。また、介護者の離職、安定性に関連する地域や組織の特性を定性的(ケーススタディーなど)、数量的に分析する研究が行われてきた。このような研究は、主にナーシングホームが対象となっている(Banazak-Hall など)。在宅の介護従事者は、先述のようにプログラムが多彩で実態がつかみにくく研究が遅れている。こうした研究が継続される一方、最近ではサービス提供者や州により、さまざまな介入が行われ、その評価結果が出始めている。

4) 介護労働者不足測定の概念

何をもって介護労働者不足というか、その概念としては、離職率(Turnover rates)がよく使われている。離職率の測定方法としては、統計手法や研究により異なるが、代表的なものとしては年間の新規雇用者数を年間のスタッフの平均(常勤、非常勤)で除すものや、退職者数を在職者数で除す(voluntary、involuntary)ものなどがあげられる。コアとなる人材の安定性は組織運営に不可欠であるが、ある程度の人材の回転が必要な場合もあり離職率が高いことが必ずしも悪いとはいえないので、離職率の解釈の仕方には注意が必要である。あるポジションについての空席率(Vacancies)、職員定着率(Retention)も測定指標として使われる。

5) 介護労働者の質と数の確保に影響を与える要因

介護労働者の質および数の確保する上でどのような要素が重要なのだろうか。Stone & Wiener, 2001による総合的にレビューをもとにその要素を挙げてみよう。まず、介護職の持つイメージは大きな要素である。米国の介護職に対しては、低賃金の割に重労働、というイメージが定着している。また、介護労働職の労働力は、地域経済の影響を受けることも指摘できる。先行研究では、ある地域で経済状況がよくなると、より賃金の高い分野に労働力が流出し、その地域の介護労働職の不足が大きくなるといった報告がなされている(Stone & Wiener 2001; Banaszak-Holl & Hines 1996)。また、ロングタームケア政策の影響を受ける。特にメディケア、メディケイドの支払い方式や額は、賃金に大きく影響する。その他、さまざまな制度や法律(例:研修の義務付けとしてOBRA87、州のNurse Practice Acts:職務委譲の範囲規定など)の影響も受ける。また、Program designの面では、全国的な統一されているメディケアによって支払われるプログラムには厳密に規定があるが、HCBSでは州が大きな裁量を持つ。例えば、近年採用する州が増加している消費者志向のプログラムでは、消費者が介護者を選ぶことができ、家族を介護者とすることもできる。これによって介護労働者のプールが広がる。

さらに、連邦政府のさまざまな政策が介護労働者の人材プールの規模に影響を与える。労働政策としては、連邦政府は、低所得者や失業者を対象とした職業訓練に 80 億ドルを投入しており、その一部がロングタームケアの職業訓練にも適用されている。また、職業安全保健局 (Occupational Safety and Health Administration) の介護労働者の傷害対策は職場環境の向上に影響を与え、介護従事者の確保に寄与することが考えられる。また、福祉政策としては、Temporary Assistance for Needy Families や、1997 に始まった Welfare to Work Program は、福祉受給者の自活を促すために就職援助を促進しており、介護職も就職先の一つと考えられる。現在米国の移民の 40% が単純労働職かサービス労働につく (Fix and Passel, 1994) という背景から、移民政策も影響を与えると考えられる。

この他、介護労働者の質と数の確保に影響を与える要因には、組織レベル要因として、組織構造、賃金などの要因、組織哲学、価値観、人間関係などの社会要因、建物構造、雰囲気などの要因、技術的要因 (ジョブデザイン、教育訓練、情報提供など) もあげられる。こうした要素の研究は主にナーシングホームで行われている。

6) 労働者確保対策

介護労働者を確保するため、様々な対策が行われている。州の対策例としては、Wage-pass through (メディケイドの資金を使った賃金上乘せ) 政策、worker fringe benefits (保険、移動時間支払い) 政策、昇進・キャリアアップルートの作成、研修義務の強化、福祉受給者、高齢者、若年層などを新たな労働者として開拓すること、公的機関の設置により、自費支払いのサービス受給者、提供者のさまざまな問題に援助を与えることなど、あげることができる。また、組織による実験的試みも見受けられる。Pioneer homes、Well-Spring Model、キャリアラダー、チームの活用などが挙げられるが、ナーシングホームで行われているこのような試みについては次節で述べる。介護労働者組織-労働組合でも、健康保険の導入など、様々な対策が見られる。ほかにも私的な基金から援助されたデモンストレーションプログラム (Better Jobs Better Care initiative など) や、労働省による CNS への実験的キャリア策などが見受けられる。こうしたさまざまな実験的試みの効果については、今後評価の検討が必要とされる。

(4) 日米における介護労働問題の比較

能力と質の高い介護労働者の安定した供給と確保は、高齢化の進む日米両国で重要な問題である。根本的な問題は共通であり互いの経験から学ぶことは多いと考えられるが、社会経済環境の違いから両国の置かれている状況は異なり、その相違点を理解することが必要である。筆者は、日米の介護労働者についてのこれまでの研究と現状について調査するために 2005 年 1 月 5 日から 19 日まで長寿科学振興財団の招聘を受けて日本に滞在する機

会を与えられた。その間、国立保険医療科学院にて日米の文献検索、日本の研究者との研究会と討論、介護施設2施設とその関連・提携在宅サービス組織への訪問・聞き取り調査、厚生労働省政策担当者へのインタビュー等を行った。その結果、以下のような考察を得た。第一に、介護不足の深刻な米国と異なり、日本では全体として介護労働者が不足しているとは考えられていない。介護保険が始まってから、サービスの供給、介護者数ともに順調に増加し全体としては需要を満たしているようである。むしろ、介護職（特に常勤職）を目指す人にとって就職難となっている。福祉人材センター・バンク「平成15年度福祉分野の求人・求職動向」のデータ (http://www.fukushi-work.jp/research/nenji_1.pdf) によると、ヘルパーを除く介護職では、職業安定所のH15年度び有効求人倍率は0.34倍、充足率は24.9%と求職者にとって就職が難しい状況である。一方、ホームヘルパーでは、有効求人倍率(0.6倍)、充足率(14.1%)とともに低く、求職も求人もが就職に結びつかないという、求職者にとっても求人者にとっても厳しい状況であり、ミスマッチ状態が起こっている。ちなみに、他職種も含めた有効求人倍率は平成15年平均で0.69倍であるから、ホームヘルパーを除く介護職では、求職者数が求人数を上回っている度合いが、全職種の平均よりも高く、介護職に人気があることを示している (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/ippan/2003/12/>)。また、介護労働安定センター2003年の調査では、離職率については、非常勤職員では32.2%となっているが、常勤職員では16.8%となっており、常勤職員の安定が伺える。また、おおよそ60%近くのサービス提供組織が、介護労働力は充足している、と感じていると報告されている。

本研究における訪問調査においても、介護保険施設では、共通して介護労働職の採用や職員定着率は問題となっておらず、離職率は非常に低かった。介護労働者の質と同様、提供するケアは専門的であり、核となるスタッフが、長期に渡って継続勤務していた。農村部における在宅サービスのホームヘルパーについては、1人の枠の募集に対して100人の応募があった、とのケースも報告を受けた。今回の訪問調査は、マネジメントの質について高い評判を受けている施設に対してであったので、多少差し引いてみる必要があるが、日本におけるこのような事例は、米国における介護労働者不足と比較し、介護労働職が魅力的な職種になりうることを示しており、充足に寄与している要因を分析することが重要であるといえよう。

日米の介護職の相違点として、介護職に携わる人の特徴が日米でかなり異なることもあげられる。介護労働従事者のプロフィールをみると、日米ともに介護労働従事者の大半が中高年層の女性となっていることは同じであるが、日本では米国と比べて、主婦層が介護者に占める割合が多く、学歴が高い。介護労働者のプロフィールは、サービス提供者や提供するサービスによって大きく異なるので、もう少し詳しく見てみよう。日本の介護者の年齢構成は、20代と40代に二分されている。施設においては、特に介護老人福

社施設や介護老人保健施設では、40%が20代であって、介護職専門養成校（専門学校、大学等）を卒業し、そのまま就職をする傾向が見られる。一方、在宅サービスに関する職員は40代と50代が中心となっており、これは、主婦層が介護労働職として在宅介護サービス事業者に雇用されている傾向を示している。統計では、在宅介護サービスの介護労働職員のうち14%が、60歳以上であるとの報告がでている（介護労働安定センター、2003）。また、学歴では、2年制大学、職業学校卒業生の割合が最も高く50%近くをしめ、4年生の大学卒業者も12%を占める。高校卒以下は39%（米国では65%）で高校を卒業していない人は4%未満（米国では3割近く）である（介護労働安定センター、2003）。米国では、ナーシングホームエイドとホームケアエイドで働く介護労働職の40%以上が独身である一方で、日本では、ホームヘルパーの70%が既婚者である（Yamada & Sekiya, 2003）。一方、米国では、介護職に従事しているのが、不均衡なまでにマイノリティや、低い社会経済的身分とされる人に偏っている。おおよそ50%がヒスパニック以外の白人であるのに対して、30%がアフリカ系アメリカ人、6-7%をヒスパニック系が占めている。ホームケアエイドの23.3%、ナーシングホームエイドの13.3%が外国生まれもしくは、外国籍のものである（Montgomery, et al., 2004）。

以上の状況を見ると、日本では介護保険に伴う介護需要が増加に対応して、介護労働者の全体数の確保の点では成功したといえるだろう。これには政策および日本の経済状況が寄与していると思われる。そして、日本での介護労働の問題点は量の確保から質の確保へと移っている。政策担当者へのヒアリング調査においても、問題の焦点を介護労働者の数の確保というよりは、介護労働者の質の改善にあてているのは明らかであった。しかしながら、日本に残された問題がある。例えば、介護の需要と供給のミスマッチが一部の地域、職種や事業所（例えば高齢化が急速に進んでいる過疎地など、都市部のホームヘルパーなど）にあることが報告されている。このようなミスマッチがなぜ起こり、どうしたら是正できるのかという問題を解明することは、介護を必要と高齢者のサービスへのアクセスの確保のためにも、介護サービス提供者および介護労働者にとっても重要である。

（5）おわりに

以上みてきたように、日米における介護労働者を比較すると、介護職の構成員や直面している問題が異なるといえる。また、介護を取り巻く政治・社会・経済的環境および医療福祉政策も異なる。日本は、介護労働者の数の確保の点では大きな進歩を示し、焦点は数から質の確保へと移ってきている。しかしながら、数の確保の問題でも上記のようにミスマッチの問題など残る問題も多い。今後、組織の特性（マネジメントの特徴、経営主体、事業所規模、設立からの年数など業界における経験、組織形態など）が介護労働の数と質の問題に果たす役割を明らかにしていくことは重要である。その際、地域の特性（経済状況

や労働市場、需要の特徴)、介護労働者の特性(能力、求める仕事の時間帯や形態)を考慮に入れ、組織の特性との関連を調べることも大切である。

米国で見受けられる労働力不足への国、州、組織レベルでの対策、離職率や定着率に関する研究の中で、介護労働者への権限委譲、看護師と看護助手間の職種間の垣根をなくすことによるマネジメント効果が指摘されている。この点について、本年度日本で聞き取り調査を行った施設における成功事例に共通してみられる手法であることは、指摘しなければならない。米国においても、この分野の研究は始まったばかりであるが、この数年の間に大きく進展してきている。日米に共通してみられる手法を分析することによって、介護労働者の質と量の確保に適したマネジメント原則の開発に寄与することができるものと思われる。データに基づいた科学的な研究が望まれる。

<引用・参照文献>

- 1 Levit, Katherine; Smith, Cynthia Cowan, Cathy Lazenby, Helen et al. 2003. Trends in U. S. health care spending, 2001. *Health Affairs* 22 (1): 154-164.
- 2 Muramatsu, N. and Campbell, RT. 2002. State Expenditures on Home and Community Based Services and Use of Formal and Informal Personal Assistance: A Multilevel Analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (March). 107-124.
- 3 Stone, R. I. 2004. The direct care workers; the third rail of home care policy. *Annual Review of Public Health*, 25:521-37.).
- 4 Montgomery, R. J. V., Holley, L., Deichert, J., and Kosloski, K. 2004. A Profile of Homecare Workers: New Insights from the 2000 Census. Poster presented at the presented at the 57th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, November 19-23, 2004, Washington D. C.
- 5 Seavey, D. 2004. The Cost of Frontline Turnover in Long-term Care. <http://www.paraprofessional.org/publications/TOCostReport.pdf> (accessed March 25, 2005).
- 6 介護労働安定センター, 2003. 平成 15 年版介護事業所における労働の現状.
- 7 Hecker, D. E. 2004. Occupational employment projections to 2012, <http://www.bls.gov/opub/mlr/2004/02/art5full.pdf> (accessed March 25, 2005).
- 8 Banaszak-Holl, J., and M. A. Hines. 1996. "Factors Associated With Nursing Home Staff Turnover." *The Gerontologist* 36 (4): 512-17.
- 9 Yamada, Y. and Sekiya, M. 2003. Licensing and training requirements for direct care workers in Japan: What can the United States and Japan Learn from Each Other? *Journal of Aging & Social Policy*, 15 (4): 113-129.

3 アメリカのナーシングホームにおける介護労働と質のマネジメント

－看護助手 (Nurse Aid) による介護労働－

(1) はじめに

先進各国において、高齢者ケアが政策課題として認識されてきたのは、1980年代初頭のことである(OECD1996)。人口の高齢化に伴う政策的影響のひとつとして、医療や年金給付の増大とともに、それまで高齢者に提供されていた医療や福祉サービスのなかでのケアは質量ともに不十分であることが意識され、将来的な需要増に対応する新たな介護システムの模索が始められた。それとともに、EU諸国の研究者間でも、介護、特に介護労働者の問題が共通の関心事となり、頻繁に意見交換がおこなわれるようになった(笹谷 2001)。OECDの報告書によれば、OECD加盟国にみられる傾向として「ケアワークの二極化」が指摘されている(OECD1998)。二極化とは、少数の「専門的な介護職」と、大多数の「無資格・低賃金・不安定雇用の介護労働者」との雇用・賃金体系の二分化であり、技能向上の必要性が認識されているにもかかわらず、後者の方が前者に比べ、急増しているという(*ibid.*)。介護労働市場における後者の比率が高くなればなるほど、ケアの質は低下することが懸念され、専門職としての社会的地位の確立も困難であることが予想される。

アメリカの高齢者介護施設であるナーシングホームで、高齢者に対する直接的ケアの90%以上を担っているのは、看護助手である。看護助手は、連邦法により75時間以上の研修が義務付けられているものの、その内容は充分ではなく、専門職として位置づけられていない〔準専門職(paraprofessional)と呼ばれる職種のひとつである〕。つまり、アメリカでは、有資格の専門的介護職が設置されることなく、無資格、低賃金で離職率の高い介護労働者が施設介護の担い手となってきた。その背景として、ひとつは、介護労働自体が専門性を要する労働とみなされてこなかったためであると考えられる。看護助手(Nurse Aid, Nurse Assistant)は、その名前に示されるように、あくまでも看護師の補助的な役割であり、標準的な配置基準の要件もなく、その業務内容も確立されたものではない。もうひとつの要因としては、普遍的な介護保障制度が構築されていないことが挙げられる。高齢者に対する公的医療保険であるメディケアでは、施設ケアについては、退院後のSNF(Skilled Nursing home)での100日までの入所しか給付されず、高齢者介護のニーズに対応したものではない(大西 1998)。実際、ナーシングホームの費用負担をみると、メディケイド(44%)が最も多く、次に自己負担(30%)であり、メディケアは19%しか占めていない(Medical Expenditure Survey Nursing Home Component, 1996)。低所得者に対する医療扶助であるメディケイドは、その歳出の3分の1以上をナーシングホームの入居者のために支出しており、その比率は、メディケアの歳出に占めるナーシングホームの

割合よりも高い。救貧的な性質をもつメディケイド受給者を主な対象とする公的介護の質を挙げることに、ひいては専門職の配置や配置基準の充足は、一般の納税者にかかる負担の増加につながるため、そのコスト負担に係わる社会的合意が困難であったと考えられる。

しかし、移民の流入等により、先進国の中では高齢化が遅れて進んだアメリカにおいても、今後大きな人口構造の変化が起こると予測されている。最初のベビーブーマー世代（1946～64年までの間に出生した7,750万人のコホート）が医療や介護を最も必要とする年代である85歳に達する2030年には、85歳以上人口が2000年の430万人から、890万人と2倍以上になる（GAO 2001）。ところが、同じ30年間に18歳から64歳までの生産年齢人口は16%増、また潜在的に看護助手となる可能性の高い層の20歳から54歳までの女性はわずか9%しか増加しない。つまり、介護を必要とする層の急増に対し、介護を供給する層がほとんど増加しない不均衡が起こる可能性が高い。しかも、現在でも介護労働力の需要は増え続けており、1988年から1998年までの10年間に看護助手（施設・在宅ケアを含む）の雇用は40%増加し、次の1998年から2008年までの10年間にはさらに36%（210万人から290万人に）増加することが見込まれている。このような需要増に対し、IOM（Institute of Medicine）は、2000年の報告書の中で、全国的に至るところで看護助手が不足していることを認めており、看護助手の離職率の高さが、ナーシングホームのケアの質の低下に関連していることが指摘されている（IOM 2000）。

こうした介護労働力の不足とケアの質の問題を背景に、アメリカでは、1980年代後半から、連邦政府によるナーシングホームの質改善のための政策や各州政府やコミュニティ・施設レベルでの取り組みが始められ、またその評価研究も多く公表されている。当初70年代から80年代にかけての介護労働に関する研究では、離職率の高さやケアの質の低下は、介護労働者自身の個人的社会的属性—常習欠勤や低い達成動機など—によるものと推論される傾向にあったが、その後、90年代になって、組織文化やマネジメントの方針が労働者の質や生産性に影響を与えるという研究成果がみられるようになった（Bowers 2001）。介護労働者の問題は、労働者個人の属性に由る個別の問題ではなく、むしろ連邦・州政府の政策および施設のマネジメントがもたらす構造的な問題であるといえる。

以上のようにケアの質は介護労働力の質に大きく依存するものであり、介護労働力の質は、連邦・州による政策や規制の枠組みと、施設のマネジメントから大きな影響を受けると考えられる。本章は、こうした視点から、アメリカのナーシングホームにおける介護労働の主な担い手である看護助手に焦点をあて、ナーシングホームの（看護助手による）介護労働の現状と介護労働力を向上するためのマネジメントの構成要素を明らかにすることを目的とする。まず、看護助手の属性および賃金、労働条件、研修要件等から、介護労働の現状を概括する。次に、配置基準の規定およびナーシングホームの質改善のための連邦政府の施策の概要やその課題について整理する。さらに、州政府レベルもしくは供給者レ

ベルでの質改善のための取り組みを紹介し、最後に、介護労働力とマネジメントに関わる研究成果から、示唆される点を整理する。

(2) ナーシングホームにおける介護労働

1) 介護労働者の属性と労働環境

ア) ナーシングホームの種類および入居者

アメリカのナーシングホームには、Skilled Care (24時間の専門的看護・リハビリ) をおこなう SNF (Skilled Nursing Facilities) と、より介護度の低い高齢者を対象とし、Intermediate Care [医師の指示または登録看護師 (RN, Registered Nurse) の監督下でおこなわれるケア] をおこなう INF (Intermediate Nursing Facilities) とがある。メディケアが償還対象とするのは SNF のみであり、給付期間にも制限がある [退院後の入所 100 日間以内のみ給付、かつ 21 日目以降は一部自己負担 (一日あたり 105 ドル)。入所 101 日目以降、費用は全額自己負担となり、およそ年間 5～6 万ドルかかるといわれている]。

なお、医療扶助のメディケイドは、SNF と INF の双方の施設を対象としており、給付の範囲は州によっても差があるものの、身の回りの世話等が含まれ、概してメディケアよりも広範囲である。しかし、メディケイドから償還される補助額が低いことが、メディケイド受給者対象のナーシングホームにおける職員配置の増員を困難にさせている要因になっている (IOM 2001)。全米 17,000 のナーシングホームを対象とした調査 (1997 年) によれば、メディケアのみ対象が 4.7%、メディケイドのみ対象が 13.6%、メディケア・メディケイドの両方を対象とした施設が 77.7%、両方の指定を受けていない施設が 4.1% となっている (IOM 2001)。

1996 年の統計によれば、全米で 16,840 のナーシングホームが存在し、計 180 万床が用意され、うち約 13% (73,400 床) が痴呆 (アルツハイマー症) 高齢者用の特別病棟である (Stone & Weiner 2001)。運営主体でみれば、66% が営利、28% が非営利、6% が公立であり (1999 年)、営利主体は、80 年代後半期に 2 倍に伸びている。実際に入居している 142 万 5 千人を調べた調査 (Medical Expenditures Panel Survey, 1996) によれば、平均年齢は 84.6 歳、女性が 74% と多く、白人 90%・黒人 7.9%・その他 2.2% の人種構成になっている (IOM 2001)。入居者の状態像は、48% が痴呆、83% が介護度が高い (一日 3～4 回以上、入浴・食事・排泄・整容・移動・移乗等で介護が必要)、また 14% が介護度軽い (一日 1～2 回の上記活動の介護) と報告されている。

イ) 介護労働者の属性

BLS (U. S. Bureau of Labor Statistics, 2000) の報告によれば、1998 年ナーシングホームに勤務している看護助手は 75 万人であり、在宅ケアワーカーの人数 (746,000 人)

にほぼ匹敵している。直接ケアワーカー（direct care worker、施設の看護助手および在宅の home health aids 等も含む）は、一般の労働市場に比べ、非白人、配偶者なく（未婚・離婚）、子どもを養育している比率が高い（GAO 2001）。1998年から2000年にかけての国勢調査（Current Population Survey）によれば、ナーシングホームに勤務している看護助手の91%が女性である。平均年齢は37歳であり、最も多い層は25～34歳が27%、次いで35～44歳が25%である。人種構成は、白人（非ヒスパニック系）が57%、黒人（非ヒスパニック系）が32%、ヒスパニック系が11%である（GAO 2001）。18歳未満の子どもを養育している母親は56%と多く、配偶者をもたず子育てをしているシングルマザーは32%である。また、ナーシングホームの看護助手の学歴で最も多いのは、高等学校（50%）であり、次に、短大・大学等（27%）、中学以下（23%）である。

ウ) 看護助手の資格・研修要件

1987年の連邦法「ナーシングホーム改革法」（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987の1章のNursing Home Reform Actを指し、以下OBRA87とする）は、メディケア・メディケイドの指定を受けるナーシングホームに対し、職員の配置や研修の要件を義務づけた。そのひとつとして、4ヶ月以上常勤で雇用される看護助手には、研修と登録が義務化された（虐待・窃盗等犯罪歴の確認のため）。看護助手は、75時間の研修（うち16時間は看護職員の監督下の実習）を受け、4ヶ月の試用雇用期間中に能力審査（competency test）をパスすることが求められる（パスすれば、CNA, Certified Nursing Assistantsとして認定される）。さらに、継続研修として、1年につき12時間の施設内での研修を受け、少なくとも年1回業績評価を受ける義務がある。ただし、継続研修の内容は規定されておらず、各施設が実施しているのかどうか、また具体的にどのように実施しているのかという記録は存在しない。

その上で、約3分の1の州（2000年時点）は、連邦法規定の75時間より多い時間数を州の研修の要件としており、特にカリフォルニア州は150時間と2倍の時間を設定している。しかし、訓練の質は施設や州によって著しく異なっている。一部の州は、看護助手の訓練や能力審査の基準を設けているが、最小限の基準のみであり、しかも厳密に実施されていない。（一部の施設では、ナーシングホームでのOJTはほとんどなく、施設外のコミュニティ・カレッジや成人教育プログラムによって訓練を代用しているという報告がある）。

エ) 看護助手の賃金・年収および給付

看護助手等の直接ケアワーカーは概して、他の職種に比べると、医療保険に加入しておらず、貧困線以下のレベルで生活し、フード・スタンプやメディケイドのような公的扶助を受けている割合が高い（GAO 2001）。ナーシングホームの看護助手の中で、収入が貧困線以下の労働者は18%であり、医療保険に加入していない割合は25%、メディケイド適

用が 10%、年金非加入者が 75%、フード・スタンプ受給率が 14%である。ナーシングホームの看護助手の時間給は、州によって大きなばらつきがみられるものの（最低 6.53 ドル～最高 11.63 ドル）、1999 年での平均は 8.29 ドルである。これは、全ての労働者の平均時間給の 54%にしかすぎず、しかも病院の看護助手の 8.94 ドル、在宅ケア機関のケアワーカーの 8.67 ドルよりも低い。一人当たり平均所得（年収）は、ナーシングホームの常勤・フルタイムの看護助手で約 19,400 ドル（中央値約 17,000 ドル）であり、全労働者の平均の 49%である。また、ナーシングホームの看護助手の世帯あたり平均年収は、約 34,000 ドル（中央値約 27,700 ドル）であり、全労働者の世帯あたり平均年収のおよそ 60%である。しかも、年収が 10,000 ドル未満の世帯が 12%あり、30,000 ドル未満の世帯が 54%と半数以上を占めている。

BLS の統計によれば、看護助手は、一般の労働者よりも平均的に賃金が低だけでなく、雇用主による医療や年金給付等の保障も少ない（GAO 2001）。医療保険や病気休暇等の給付は、フルタイムの常勤職のみに適用されることが多く、また、事業者負担の保険料が高い場合に、雇用者が給付から外す場合もよくみられる（Wilner and Wyatt 1998）。こうした低い賃金や保障の不備が看護助手の高い離職率の一因であると指摘する研究もある（GAO 2001）。

また、1998 年のノース・キャロライナ州の老年学研究所（Institute on Aging）の雇用データの分析によると、同州で看護助手として訓練を受けたもののかなりの人数が他業種（医療・看護・介護以外）に転職しているが、現在でも看護助手として働いている者の方が、以前看護助手であった者よりも賃金が低く、雇用が不安定であるという。

このような低い賃金と給付の要因として、メディケア、メディケイドの公的資金から還付される率が低いこと、またその結果として私費払いの患者に収入の多くを依存していること、多くの供給者が利益を最大化しようとする営利的な動機をもっていること、組合等の組織化が困難であること等がある（Burbridge 1993, Close et al. 1994, Feldman, 1998）。なお、組合の組織率は低く、事業所全体の 12%にとどまっており、それも主に非営利または公立のナーシングホームに多い（Eaton 2000）。

オ) 労働環境と離職率

看護助手の業務は、身体的な負担が多く、以下のような労働環境の劣悪さが、離職に影響しているとみる研究もある（GAO 2001）。ナーシングホームは最も事故率の高い職場のひとつであり、1999 年の統計では、100 人に 13 人（建設業で 100 人に 8 人）の労働者が職場内で事故に遭っている。ナーシングホームの介護労働者の損傷・疾病による時間の損失は、石炭労働者、工場労働者のそれよりも多い（SEIU 1995）。また、高い離職率とそれがもたらす恒常的な人手不足から、看護助手は高いストレスや不満をもつ可能性がある（Stone & Weiner 2001）。労働者一人当たりの受け持ち入居者数が多いため、入居者

ひとりひとりのケアに十分な時間を割くことができない。このような労働負荷の高さと不満の強さから、看護助手は入居者に身体的・心理的な虐待を行いやすい、あるいは十分にケアを受けていない入居者から虐待を受けやすいと指摘されている（PHI 2000）。さらに、新人の看護職員は、人手不足から、上司によるOJT（職場内訓練）や同僚のサポートが得られにくい環境にある。

こうしたなかで、多くの供給者は、看護助手の離職率の高さと採用の問題を抱えている。ナーシングホームの看護助手の離職率は、40%から100%以上と、報告によって幅広い数値を示している。1998年のAHCAによる12のチェーン型ナーシングホームを対象とした調査では、看護助手の離職率は94%であった。ペンシルバニア州の全ての長期ケア供給者を対象にした調査では、約70%が採用または定着の問題について困難に直面しており、35%は非常に困難であるという（Leon et al. 2001）。この離職による新規採用者の訓練費用は、ペンシルバニア州の全ての供給者全体で、年間少なくとも350万ドル（2000年当時）に推計されるという（*ibid.*）。1人のナーシングホームの看護助手の離職のコストは（労働者によっても差があるものの）、募集・採用、訓練、マネジメントの増加、生産性の低下等も考慮にいれると、平均して月給の4倍程度に推計されるという報告がある（Pillemer 1996）。

（3）連邦政府による職員配置に関する規定と質のイニシアティブ政策

1) OBRA87による職員配置に関する規定

連邦政府が定めたナーシングホームのケアの質に関する法規定としては、まず、OBRA87を挙げることができる。同法は、議会上院勧告（1986）、GAOの1987年報告書の「多くのナーシングホームが入居者の健康や安全を保障する最低要件を満たしておらず、水準以下のレベルで運営している」との報告および、IOM「ナーシングホーム規制に関する委員会」の勧告（1986）らを受けて、メディケア・メディケイド償還指定を受けるナーシングホームの規制〔指定（certification）・審査（survey）・制裁〕プロセスの義務化を図ったものである。

これにより、各施設はメディケア・メディケイドの所轄庁であるHCFA（Health Care Finance Administration；2001年よりCMS, Centers for Medicare & Medicaid Servicesに改編）が定める指定条件を満たすことが求められるようになった。実際は、HCFAと契約した州の医療部局が施設を審査（survey）し、審査の結果、条件に合致していれば指定を受けることができる。さらに、各州が実施する、全てのナーシングホーム（メディケア・メディケイド指定以外も含む）に対する許認可（licensing）の規定は、この連邦の指定条件を基本にし、さらに条件を上乗せしている州もある。

このOBRA87において、メディケア・メディケイド指定のナーシングホームには、①

有資格看護師 (licensed nurse) の常時 24 時間配置、②登録看護師 (Registered Nurse) の 1 日 8 時間以上の配置、③登録看護師の資格をもつ看護師長 (Director of Nursing, DON) の配置 (②と同一人物でもよい)、④看護助手に対する 75 時間以上の研修と登録の義務化 (前述) 等の職員配備の条件が義務づけられた。しかしながら、各職種の職員の配置基準 (staff level ; 職種毎の職員の入居者に対する比率で、入居者一人当たりに対する時間数で示す) に関しての規定はない。同法には、「入所者の身体的・精神的・心理社会的ウェル・ビーイングの『可能な限り、最も高いレベル』を維持するために必要な看護および関連サービスを供給できるだけの『十分な職員』を配置すること」とあり、具体的な入居者と職員の比率が明記されていない。また、登録看護師の配置水準 (上記②・③) は、施設規模や入居者の介護度によって調整されるわけではない。さらに、HCFA (現CMS) の審査・指定の際に、上記の配置基準に関する監査やそのデータが正しいかどうかのモニタリングはおこなわれていない。

このように職員配置の基準が明記されていないことから、各州、各施設における実際の職員の配置数には大きなばらつきがみられる。施設の指定にあたり、州の医療部局が収集するOSCAR (On-line Survey and Certification Assessment Reporting) のデータ (1998) によれば、全国での平均の配置基準は、入所者 1 日あたりの平均ケア時間で示すと、登録看護師 0.74 時間、有資格看護師 0.69 時間、看護助手 2.09 時間、職員全体で計 3.52 時間であった。さらに施設種別によるばらつきも大きい。病院に付属した施設の平均ケア時間はそうでないものより多く (総ケア時間 2 倍)、メディケア対象のSNFの方がメディケイド対象のINFよりも多く (総ケア時間 2.3 倍)、大規模施設は小規模施設より多い、という特徴が報告されている。

近年の職員配置の傾向として、1990 年代の 10 年間で 10% 程度の職員の増員が報告されている。メディケア・メディケイド指定施設の平均配置基準 (入所者 1 日あたりケア時間の計) は、1991 年から 1998 年にかけて、3.0 から 3.5 時間に増加している。これは、主に登録看護師の増員によるもので、OBRA87 により登録看護師の配置が促進されたためと、②入所者の介護度の重度化とそれに伴う配置の増員の必要性が増したためである (IOM 2000)。しかし、そのおよそ 5 分の 1 が、配置基準 (ケア時間) が 2.7 時間以下と依然低い水準であることが問題視されている (*ibid.*)。

IOM や専門職団体は、具体的な配置基準 (ケア時間) の提案を行い、明確な基準の義務づけを勧告しているが、未だ連邦政府は具体的な要件を規定していない。NCCNHR (National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform) は、最低配置基準として、連邦政府が総看護時間 4.42 時間を指定要件とし、ケースミックスにより調整することを勧告した (1995 年)。IOM は、2000 年までに登録看護師を 24 時間配置するよう勧告した (IOM 1996) が実現されず、同勧告の早期実施とケースミックスにより調整した看護助手の

最低配置基準を設定すべきであると提言している（IOM 2001）。

2) ナーシングホームの質の改善のための連邦政府の政策の動向

ア) ナーシングホームの質に関する政策の経緯

ナーシングホームのケアの質の問題は、OBRA87以降も、何度も議会で取り上げられてきた。1997年、上院の高齢化委員会は、カリフォルニア州のナーシングホームで、不適切なケアによる死亡や疾病が蔓延している報告を受け、調査が始められた。1998年、GAOは、公聴会に提出した報告書の中で、OBRA87の法的な監視や規制は弱く、同州の施設の約3割で入居者の生命が危険にさらされているという調査結果を報告した（GAO 1998）。さらに同年、HCFAは、現行の監査や認証のプロセスに不備を認め、民間団体の認証制度も含めた規制の強化を提言した（HCFA 1998）。これらの報告を受けて、当時の民主党クリントン政権下において、1998年からケアの質の改善のための「ナーシングホーム・イニシアティブ」（Nursing Home Initiative）が開始された。

「ナーシングホーム・イニシアティブ」は、州政府による監査、制裁の強化に特に焦点を置き、州の監査と認証のための連邦政府のメディケア・メディケイド予算が増加された。また、1998年に全米のナーシングホームを対象とした調査で、ケアの質の低下や監査の効力の弱さは、カリフォルニア州だけの問題ではなく、全米に及ぶ問題であることが明らかになった（HCFA 1999）。2000年の議会では、同イニシアティブの評価がなされ、州の監査官の増員等のいくらかの改善はみられたが、イニシアティブの方針の全面的な実施は、共和党ブッシュ政権期の2002年から2003年にかけてへと持ち越された。

イ) ブッシュ政権下の「ナーシングホームの質のイニシアティブ」の概要

ブッシュ政権は、クリントン政権期のイニシアティブを受け継いだ「ナーシングホームの質のイニシアティブ」（Nursing Home Quality Initiative）（以下、「質のイニシアティブ」）を2002年11月に発足させた。「質のイニシアティブ」は、保健福祉サービス省（HHS, Department of Health and Human Services）とHCFAから改称されたCMSの共同による主要な戦略として位置づけられ、以下の4つの質に関する方針を含む。

- ① CMSと州監査局がおこなう監査や規制の枠組みの強化
- ② 消費者に施設のケアの質に関する情報提供
- ③ コミュニティ・ベースの継続的な質改善プログラムの促進
- ④ 州監査局、施設、入所者と家族、職員間のパートナーシップの促進

特徴的であるのは、②の消費者への情報提供として、Nursing Home Compare (www.medicare.gov)という施設のウェブ上での情報開示がおこなわれていることである。このサイトは、既にクリントン政権期から存在したが、2002年11月の「質のイニシアティブ」開始から、各施設の入居者のMDS（Minimum Data Set）のデータに基づいた質の指標を公開している。サイトでは、全米のナーシングホームを地域や種別毎に検索でき、

表1に示す15の指標（Quality Measures）に関する各施設の結果、および職員配置（職種ごとのケア時間）を州平均、全米平均の値と比較することができる。さらに、年1回（12～15ヶ月に1回）の監査の際に指摘された各施設の「質の欠陥」（Quality Care Deficiencies）を確認することができる。「質の欠陥」は、施設が満たさなければならない連邦および各州の規定によるケアの質の要件について、その施設が水準を満たしていないと判断された項目、その程度（4段階）と影響する範囲（対象者の規模：3段階）を示したものである。ケアの質に関する規定の内容は、州によっても多少異なるが、主に施設運営、ケア（医療・看護・介護）、入居者の権利、食事、環境・安全等の項目から構成されている。

表1. 質の指標（Quality Measures）（2004年11月改正版）

慢性期	亜急性期
① ADL（基本的日常生活動作）の低下	①せん妄の症状
② 寝たきり	②痛み
③ うつ症状または不安症候の悪化	③じょくそう
④ 失禁（リスクの低いもの）	
⑤ カテーテル設置	
⑥ 移動能力の低下	
⑦ 痛み	
⑧ 身体拘束	
⑨ じょくそう（高いリスクのもの）	
⑩ じょくそう（低いリスクのもの）	
⑪ 尿路感染症	
⑫ 体重減少	

2004年12月には、保健福祉サービス省およびCMSは、「質のイニシアティブ」開始以上の2年間の成果を公表し、質の指標（入居者のアウトカム）の一部が改善されたと報告した。具体的には、慢性的な痛みを訴える入居者の比率（長期入所の場合38%、短期入所の場合11%減少）および身体拘束の入所者の比率（23%減少）に改善がみられた。

その他にも、「質のイニシアティブ」では、虐待、脱水症状、じょくそう、不適切な投薬の監督強化、苦情対応の情報化、集中的モニタリングを要する特別監督施設の指定とその監査の強化等を実行することで、ナーシングホームで提供されるケアの質を改善しようと試みている。

3) ケアの質の問題に対する政策的対応の課題

IOMは、ナーシングホームがよりよいケアのアウトカムを実現するよう促進する目的