

で行われてきた近年の政策を次の4つに分類している（IOM 2001）。①OBRA87（ナーシングホーム改革法）による規制の実施、②MDSによる入居者の臨床情報の標準化、③臨床ガイドライン（老年科の患者に共通した問題、例えば失禁、問題行動、うつ、痛み等について、エビデンスに基づいた現場での対応マニュアル）の開発、④質の改善システム（産業界で発達した質の改善システムを導入し、消費者主義・職員の組織化とケアプロセスの検討、マネジメントの指導等をおこなう）。しかしながら、これらの手法によっても、ナーシングホームのケアの質の問題が十分に解決されているとはいえない。なぜか。

まず第一に、OBRA87は、前述したように、具体的な職員配置の要件や規制の実効性に問題がみられた。次に、同様に臨床ガイドラインにも、その（推奨される）処置や介護をおこなうために必要な人員数およびコストはほとんど明記されていなかった（Schnelle et al., 1998）。また、施設において、臨床ガイドラインは定期的、効果的に実施されてはならず、直接ケアを提供する職員にも広く知られていないことが報告されている（IOM 2001）。ガイドラインは、指示的（prescriptive）に記載されており、実際に運用するにあたっては、職員（主に看護助手）は具体的な実践方法を計画化する必要があるが、それは、通常の過剰な業務にさらに著しい負担をかけるだけでなく、そのために必要な専門家の助言もえられにくかった（*ibid.*）。

質の改善システムについては、事業者団体（AHCA; American Health Care Association, AAHSA; American Association for Homes and Services for the Aging）や第三者評価機関であるJCAHO（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization）が様々なアプローチを開発している。しかし、これらのアプローチの実践にあたっては、次のような問題があった。ひとつには、ナーシングホームの質の改善に関する報告は、事例研究にとどまるものが多く、手法の限界から、介入の効果を科学的に立証することは困難であった。例えば、質改善のための介入の効果を抑制群と比較したところ、逆の結果を生むこともあった。また、介入研究の中で、研究スタッフによりケア（失禁ケア）が実施された期間のみ、入居者の状態に改善がみられたが、現場の職員だけでは同様なケアを継続できない場合もあった。人手不足であり、熟練した職員がいない施設では、たとえ入居者のアウトカムの改善が期待できるようなケアのプロセスが理解されていても、それを実施・継続するための資源が不足したのである。

最後に、臨床的な情報収集（アセスメント）の標準化を目的として導入されたMDSは、近年施設監査の際の「質の指標」として活用されるようになったが、その測定結果がケアの質の良さを示すとは、必ずしもいえない。Porellら（1998）の研究によると、マサチューセッツ州のナーシングホームの中で9つの質の指標を3年間モニターしたところ、結果の差は安定したものではなかった。また、Karonら（1999）の研究によると、指標は短期間しか安定したものではないという。また、高齢者である入居者の状態は変わりやすく、

常時正確な情報が収集されるような情報管理のシステムが必要であるが、そのようなシステムは確立されていない。

さらに、質の指標が長期ケアの一部の面しか反映しておらず、質を測定するには不十分であるとする意見もある。Kane (2003) は、MDSによる質の指標は、医療面・安全面を強調した臨床的アウトカムやプロセスの側面のみを扱っており、ケアの質にとって重要な要素である社会的アウトカムが欠落していると指摘している。社会的アウトカムとは、入居者の生活の満足度、自律やコントロールができるという意識、入居者と職員との関係性の質などである。これらの入居者のQOLの側面は、ナーシングホームでは今まで重視されてきてこなかった。例えば、看護助手の研修の内容も、臨床的な情報の理解やケアのスキルにとどまり、コミュニケーションや問題解決等、入居者の社会的アウトカムを改善するような研修はなされていない。

以上のように、連邦政府によるケアの質に関する政策は、看護助手等の介護に係る人的資源の量の改善（配置の増員）にも、労働力の質の改善（適切な教育訓練の義務化や組織マネジメントの改善）に直接結びつくものではなかったため、十分な効果を挙げてこなかったと考えられる。

（４）介護労働の人的資源管理に関わる実践的取り組み

1) 州・コミュニティレベルでの質のイニシアティブ

1999年のNorth Carolina Division of Facility Servicesによる全国調査の報告によると、48州の中で42州が準専門職の採用とその定着・維持が主要な政策課題としている。また、少なくとも13州がこれらの問題の調査や解決策の検討のために、州に長期ケア委員会を設置している。90年代後半から、多くの州およびコミュニティレベルで各種のイニシアティブが展開されてきたが、これらは主に、介護労働者の離職（turnover）率抑制と定着（retention）率の向上を目的としている。

これらの州のイニシアティブは、主に以下の3つに分類される（GAO 2001）。

- ① 賃金および給付の改善を目的としたもの
- ② 教育訓練やキャリア開発を目的としたもの
- ③ 労働者の職場環境、職務スキルの向上、ソーシャルサポート等の働きかけにより、労働者に対する支援やエンパワメントの供与を目的としたもの

①は、介護労働者への直接賃金（wage pass-through）または補足賃金（wage supplement）と呼ばれるもので、公費からの償還の一定の率または額を労働者に対する賃金の上乗せとして、給付するものである。2000年の時点で、26の州がこれに類した制度を採用し、看護助手に給付を行っている。また、North Carolina Division of Facility Servicesの調査によると、直接賃金（wage pass-through）を実施している12州のうち、4州が離職抑制

や定着に効果があったと回答している。

②の教育訓練やキャリア開発の機会の付与の取り組みは、州レベルだけでなく、供給者レベルでも行われている。看護助手に対する教育訓練の内容としては、痴呆高齢者の問題行動やコミュニケーション、失禁やじょくそうへの対応等が多い。一方、キャリア開発の手法としては、より長く在職した職員に訓練の機会や賃金の引き上げ、他のインセンティブを提供する「キャリア・ラダー」の取り組みがある。「キャリア・ラダー」の取り組みの中では、「質のイニシアティブ」の一環として、2000年マサチューセッツ州で導入された Extended Care Career Ladders Initiatives (ECCLI) が有名である。ECCLIの実践に対する質的手法による評価研究 (Wilson et al. 2002) は、この取り組みの成果を分析している。

③の労働者への支援の中で、労働環境への働きかけとしては、看護助手の職務の再設計（より責任を委譲し、ケアプランやその実施に積極的に関与させる）がある。あるいは、州政府の補助金による IOWA Caregivers Training Initiative では、保育や移動等の家族に対する支援的なサービスを提供している。また、職務スキルやソーシャルサポートの働きかけとしては、他職種によるチームワークでのコミュニケーションや、ピア・メンター制度がある。

このような介護労働力に対する支援や能力開発の個々の要素に焦点を当てたものだけでなく、複数の要素を盛り込んだ包括的な労働力開発プログラムもみられる。ただし、これらの取り組みは、評価研究が行われていないことが多く、効果を示す科学的な実証研究は少ない。

近年、供給者レベルが主体となった質改善のための取り組みも増えつつある。包括的な取り組みの主なものとして、Nursing Home Pioneers（現在は Pioneer Network in Long-term Care に改称）の ‘Culture Change’（組織文化変革）イニシアティブや Wellspring モデルが挙げられる。これらに共通することは、看護助手等の直接ケアワーカーの臨床的な知識や技術的なスキルの向上と、組織マネジメントの介入行動を統合し、離職率の減少と介護労働の質の改善を狙っていることである。以下に、その二つの代表的な事例を報告する。

2) 介護労働力に関わる包括的な取り組みの事例

ア) Pioneer Network の ‘Culture Change’ ; Eden Alternative

Pioneer Network は、長期ケアの実践にあたり、同じ価値目標を共有する供給者のゆるやかな集合体である。価値目標とは、心身のニーズと同様にスピリチュアルなニーズにも応えること、業務の前に人を優先すること、入居者や職員をかけがえのない人間として扱うこと、入居者が扱われるのと同様に職員も扱われること、入居者と一緒に意思決定を行うこと、リスクがあることを通常の生活の一部として捉えることである (Fagan et al. 1997)。

Pioneer Network の中で最も主流の試みが、Eden Alternative（もうひとつのエデンの

園)である。Eden Alternativeの活動は、中島(2003)による『こうすれば施設ケアが変わるーエデン・オルタナティブの挑戦』の中で詳しく報告されているが、1991年にThomas医師によってニューヨーク州のナーシングホームで設立され、アメリカ国内で250のナーシングホームが実践に参加し、またカナダ、ヨーロッパ、オセアニア諸国にも普及しているモデルである(中島2003)。Eden Alternativeのモデルは、ナーシングホームに蔓延している「退屈」「孤独」「無力感」を、地域社会と同様な、生き生きとした生活空間であるコミュニティを施設内に作り上げることによって、なくそうとする試みである。ここでは、入居者は、植物・ペット・子供・家族(施設職員ら)に囲まれ、ペットをケアする等の個別の役割をもち、物理的環境も自宅に近い工夫をおこなっている。

Eden Alternativeの実践は、次のような特徴をもつ(Kane 2001, Kane 2003)。①看護助手へのエンパワメントとユニバーサル・ワーカー(多様な業務をおこなうことができる介護職員)としての養成、②ヒエラルキー的な管理の廃止、③小グループ単位の居住空間への変更(いわゆる「ユニットケア」であるが、ユニットとは呼ばず、コミュニティ、世帯、近隣(neighborhood)、クラスター等と呼ばれる)、④ルーティーンの厳格なルールを廃し、入居者と職員の自然な関係性を作り上げること、⑤入居者の定期会合等の入居者のガバナンスや意思決定を重視すること、⑥ターミナルケアでは、入居者・家族・職員らを対象とする広範囲の支援を行うことである。

Kaneは、これらの組織文化変革の個々の手法を賛同しつつも、入居者のQOLにどのような影響をもたらすかについて、事前に検証することなしに実施される傾向があると指摘している(Kane 2003)。これら多くの組織文化変革のイニシアティブでは、むしろQOL等の指標の測定は好まない傾向があるため、科学的な評価研究は少なく、QOLの効果の立証が難しい(*ibid.*)。

2) Wellspringモデル

後者のWellspringモデルは、臨床的なケアの質の改革と組織文化の変革の二つを中核とした質改善活動である。Wellspringとは、Wisconsin州東部の11の独立型ナーシングホームが当初マネジド・ケアでのグループ購入や市場開拓のために1994年に設立したグループ(Alliance)の名称であるが、マネジド・ケアの方は実現せず、むしろ各施設における質改善を促進する共同の取り組みの方が1998年に実施された。経営側が継続的な質改善に強くコミットし、また、その活動の核には、看護助手が多職種ケアチームの主要なメンバーであり、看護助手に対し、労働者や入居者のQOLに影響するような意思決定を委譲する(入居者のケアの質を向上できるという信念をもつようエンパワメントする)ことが特徴である(Stone 2001)。

具体的には、Wellspringグループで老年学専門看護師を雇用し、その看護師が臨床面・マネジメント面の訓練モジュールを作成するとともに、施設の経営側と看護職員らの連携

役となる。職員は集中的な訓練を通して、全ての職員が多様な臨床モジュール（失禁アセスメントと対応、身体的アセスメント、皮膚ケア、回復期ケア等）に沿ってチームで働くことを学ぶとともに、看護コーディネーターと看護助手が臨床データを収集し、グループ内の他の施設と比較し、介入の成否を分析する。

Stoneら（2002）は、I F A S、Wisconsin-Madison 大学、Texas A & M大学らの研究グループによる、Wellspringモデルに対する現場調査、面接、フォーカスグループ、参与観察および比較研究デザインらの方法を活用した包括的な評価研究をおこなった。その結果、以下のような取り組みの成果が明らかになった（*ibid.*）。

- ① 看護助手を含めた職員の離職率の低下
- ② 資源は増加せずに、制御群よりも低いコストを達成
- ③ 連邦の施設監査における業績の改善
- ④ 職員の介護の対処能力の改善（じょくそうや失禁問題に早期に対応し、予防的な手段をとる）
- ⑤ MDS の質の指標の臨床的アウトカム of 改善は不明確

また、質的研究の結果からは、入所者のQOLの増進と入所者・職員間の関係性の向上が報告されている。

さらに、Stoneら（2002）は、Wellspringモデルやこれに類した組織文化変革イニシアティブの実施が成功し、持続するためには以下の条件が必要である（*ibid.*）と結論づけている。

- ① 組織文化変革のイニシアティブの方針は、管理面・運営面・マネジメント面での構造と関連づけられる必要がある
- ② 担当看護師は、看護助手と協働し、メンターすることに責任をもつ
- ③ Wellspring グループのような上部構造は、各施設の取り組みが遂行し、施設内外での質の改善を促進するのに重要な役割を果たす
- ④ 管理側職員の十分なコミットメントが必要であり、訓練モジュールのツールだけでは組織文化変革を成し遂げられない

このように、ナーシングホームの組織文化改革に係わる革新的な実践例から、介護労働力に対する適切なマネジメントの要件を抽出しようとする試みが始められている。

（5）介護労働の人的資源管理に関わる研究の動向

1）介護労働力研究の焦点とその推移

看護助手の高い離職率を問題関心として、アメリカの介護労働者の業務に関する研究は、1980年代後半から現在に至るまで、離職および定着に関わる要因の分析を主たるテーマとしてきた。また、適切な配置基準の法的要件がないことから、職員配置の多寡とケアの質

(入所者の健康状態のアウトカム)との関連についての実証的な研究も、1980年代末から1990年代にかけて多くみられる。適切なケアが提供されているかどうかを、入居者ひとりあたりに最低限の看護助手数が配置されているかどうかで判断することは、政府の関心でもあった。しかし、IOMが2001年に公表した報告書‘Improving the Quality in Long-term Care’では、「長期ケアの質は、ケアを提供する労働力の成果(performance)に主に因っている」として、ケアの質の向上には、介護労働力の質の向上が不可欠であるという認識を明確に示している。それまでのIOM報告書が職員の最低配置基準の達成を主に強調していたのに対し、この報告書では、配置基準の量的確保だけでは、ケアの質や入居者のQOLの質の達成に十分ではないとし、「労働力の向上」を9つの質向上のための原則のひとつとして挙げた。具体的には、教育訓練、スーパービジョン、労働環境、価値や姿勢、職員の職務満足度と離職率、給与と給付、マネジメント、組織能力等の要因がケアの質に影響すると報告書は指摘している。

以下は、アメリカの介護労働力研究に関するレビューをもとに、看護助手の離職および定着に関わる要因の分析をおこなった研究の中から、介護労働力の質を上げる(介護労働者の業績・成果を上げる)ために必要な職務や組織の特性を抽出した研究成果を報告する。

2) 介護労働力の質向上のための職務設計・組織環境の要件

ア) 裁量権(autonomy)および責任の付与、権限の委譲

介護労働研究史の中では比較的早期の80年代に、職務満足度の調査研究において、組織のマネジメントに関する要素、例えば、介護労働者の裁量権や「人との対応」スキルに優れた上司(supervisor)が高い職務満足度の主要な要因であった(Waxman et al. 1984, Tellis-Nayak et al. 1988)。Brannonら(1988)は、看護助手の業務研究において、必要とされるスキルの多様性、業務の明確さと意義、裁量権、(上司からの)フィードバック等の基準から評価した際、職務設計に改善すべき点がかかなり多いことを見出した。特に、管理者が看護助手の裁量権を高める方法について知らないことが明らかとなった。

Bowersらが、離職率が120%~145%のナーシングホームで勤務している看護助手に質的面接調査を行ったところ、新人の看護助手は、オリエンテーション時に多くの情報を与えられるものの、同時に発生する複数の要求にどう対応するかについての指示をほとんど与えられていないということが明らかになった(Bowers and Becker 1992)。早く離職するか、長く定着するかの違いは、これら複数の同時に発生するニーズに効果的に対応できる能力とそれができるような裁量権が与えられていることであるという結果が示された。

イ) 看護助手の意思決定への参加、チームでの問題解決、コミュニケーションの活性化

Banazak-Hall111とHinesら(1996)は、10州の都市部の254施設の看護助手の離職の関連要因を検討した。半年間の離職率は32%であったが、離職率に最も関連する要因は、地

域の経済状況であった（好景気で、低賃金労働者市場の競争が激しい地域では、転職しやすいために離職率が高い）。しかし、より重要な結果は、上司（看護職）が看護助手のケアに関する助言を受け入れ、ケアプランを話し合うことのみにより、離職率はそうでない施設より3分の1低い結果となったことである。さらに、ケアプラン会議に看護助手が参加した際は、離職率がそうでない施設より、50%低い結果となった。看護助手がケアプラン作成過程に参加し、その意見が尊重されることは、入居者のケアに対する責任と裁量権を与え、それが定着に関連していることが示された。この研究成果から、管理側と介護労働者との間の公式なコミュニケーション手段の確立や、チームでの問題解決の重要性が示唆される（Stone 2001）。

また、ルイジアナ州のナーシングホームの看護助手を対象とした1996年の調査では、離職率と総合的な職務満足度の両者に非常に関連するものとして、専門職としての成長、業務に関連した意思決定への参画、スーパービジョン、管理者側と労働者とのコミュニケーション等の要因があることが明らかになった（Parsons et al. 2003）。

ウ) 看護助手と管理職（看護師）との良い関係性、看護助手が尊重され、その職務が評価される組織文化・構造

介護労働者の定着を決定する重要な要因は、その上司との人間関係であるという研究成果がある。Bowersら（2003）は、看護助手が離職または定着を決める重要な要因として、労働者のエンパワメント、労働者と上司との相互信頼、入居者と接する時間、ケアに関する意思決定への協働・参加、作業の組織化を挙げている。この研究においては、以前から離職率に関する主要な原因とみなされている職員配置水準や欠勤の方針に対する不満、オリエンテーションや訓練の内容、低い報酬等の要因も示された。しかし、これらだけでなく、このような組織の方針や実践が、看護助手に対し、過小評価されるという認識を与えることが、むしろ離職に導くことを明らかにした。

Jervis（2002）は、ナーシングホームには、看護職の上司が部下である看護助手に指示するというヒエラルキー的な組織構造があること、看護職の上司の中では、看護助手の離職は個人的な問題や家族の機能不全、職務に対する責任感の不足の結果であると認識する者が多く、組織的な要因や管理側によるミス・マネジメントの結果であると指摘する者はまれであったことを報告した。上司の側は、事務量の多さと、それに伴う入居者や直接ケアワーカーと接する時間の不足を苦情として挙げた。一方、看護助手は、上司に比べて多い身体労働の過酷さと上司（看護師）との葛藤のある人間関係を苦情として挙げている。

また、カリフォルニア州の長期ケア施設の看護助手と管理者を対象とした調査では、看護助手は、上司から認められ尊重されていないことであることに対する苦情を、担当看護師は、自らは臨床家であるため、マネジメント・スキルは不要であるという認識を表明し、両者間の期待や認識のギャップが明らかになった（Harahan et al. 2003）。

エ) 適切な教育訓練、キャリア・能力開発の必要性

看護助手は、現状の研修内容よりも、より研修や能力開発をおこなう必要性について認識しており、特に、痴呆、うつ、攻撃性をもつ入所者の管理や効果的なコミュニケーションについての研修を必要としているという (Mercer et al. 1993)。

また、Noelker と Ejaz (2001) によると、1990 年代初頭と 1990 年代末の 2 回に実施した、新規に訓練を受ける看護助手を対象とした調査で、初期訓練が不適切であるという意見ともに、入居者を観察するという業務の重要性を上司が認識していないとする看護助手の比率が、1990 年代末に急増していることを示した。

オ) 総合的なマネジメント方針

Eaton (2001) は、膨大な時間にわたる施設での面接と観察から、看護職員の離職率を低下させ、定着率の向上をもたらす環境を作るための以下の 5 つのマネジメント方針を明らかにした。

- ① 高い質のリーダーシップとマネジメント
- ② 職員、特に直接ケアワーカーを尊重し評価すること
- ③ 金銭的報酬および非金銭的報酬も含めた積極的な人材戦略を実践すること
- ④ 職員を継続して雇用し、職員間の関係性を高めるような業務組織とケア実践を作り上げること
- ⑤ 質の高いケアを実践するのに十分な職員配置を行うこと

Eaton は、これらを実践するにあたって、マネジャー側の意識変革、特に現場のケア職員と直接的にコンタクトすることの重要性を強調している。

Harahan ら (2003) は、カリフォルニア州の長期ケア施設を対象とした、CAHSA (California Association of Homes and Services for the Aging) と I F A S (Institute for the Future of Aging Services) の調査から、成功を収めている労働環境の特性を明らかにした。

具体的には、以下の 7 つの戦略に集約される。

- ① 看護助手や看護師が意思決定し問題解決を行う役割であるという、マネジメント側からの明確な期待
- ② 問題が特定された後のタイムリーなフィードバック
- ③ 信頼に基づき、しつぺ返しはせず、問題をフォローアップする、皆に公平な (open-door) マネジメント・ポリシー
- ④ CNA (認証看護助手) と看護師の業務の境界をあいまいにし、共同で責任を分担し、相互に尊重し評価しあう関係性の構築
- ⑤ メンターやロールモデルを通して、必要なスキルを伝える管理手法
- ⑥ 施設が支援するキャリア開発の機会

⑦ 強いリーダーシップをもち、話しやすく入居者ケアに深く関わる看護師長 (DON, Director of Nursing) の存在

これらの戦略の離職率低下や質の改善に対する成果は、未だ体系的な評価は行われていないが、戦略が採用された施設は、そうでない施設と比較して離職の問題が少ないことが報告されている。

2) Eaton による組織マネジメント類型と質のモデル

ア) 介護労働力と組織マネジメントに関する研究

労働力のマネジメント（人的資源管理）は、組織の経営戦略に一致して決定されるべきものであるが (McKenna 1995)、介護労働力の問題をナーシングホームのマネジメント戦略や組織文化・組織構造と関連づけて分析した研究は少なく、これらがケアの質へどのような影響を及ぼすかについて探求したものは極めて少ない。1990年代に、ナーシングホームにおいて、TQMの導入による効果が多少みられたとする研究がいくつか発表されているが、その組織構造等は具体的に説明されていない (Brannon et al. 1992, Brannon and Zinn 1995, Zinn et al. 1995)。また、マネジメント手法の一つである SMWTs (self-managed work teams) (いわゆるQC活動) の導入の効果や機能するための条件について検討した定性的な研究がある (Yeatts, D., Seward R. R., 2000, Yeatts D. E. et al. 2004)。しかし、組織の包括的なマネジメント戦略と介護労働者の人的資源管理を関連づけて分析している研究は極めて少ない。その例外として、Eaton (2000) による定性的な研究成果を以下に概括する。

イ) Eaton の研究の概要

Eaton (2000) は、ナーシングホームにおいて、常に高い質のケアを提供するためには、マネジメント方針と第一線職員（看護助手）の組織化が重要な役割を果たすという前提に立ち、人的資源管理、業務組織、ケアの質の3つの変数間の関連を検討した。まず、産業界の‘high performer’（高い成果を継続的に達成する個人・組織）の概念を利用し、ナーシングホームおよび人的資源のマネジメントを3つの類型、すなわち①伝統的な質の低い（低賃金・低コスト・低スキルの）サービス提供モデル、②質の高いサービス提供モデル、③コミュニティ再生のパラダイム革新モデルに分類した。そして業務組織や人的資源管理の実践内容がどのようにケアの質に変換されるのかについてモデルを示すとともに、革新的なマネジメント方針と、それと結びついた人的資源管理の一連の手法が、質の高いアウトカムを生み出すことを示した。

対象は、カリフォルニア州の14の施設とペンシルバニア州の6つの施設とし、直接観察、関係者への面接、精査的な事例研究法等の質的な研究方法により、第一線職員（看護助手）の組織化が入居者のアウトカムの質にどのように結びついているか、また、最も重要な媒

介要因・環境要因は何かについて検討した。

表2. 看護助手の労働環境とナーシングホームの業務組織の類型

分類	伝統的	半熟練、半自主的	
	①質の低いサービス	②質の高いサービス	③再生コミュニティ型
看護助手によるサービス、提供、質への関与	歓迎されない、認めない	歓迎される、体系的に求められる	「コミュニティ」の業務構造に組み込まれる
情報の共有	少しあるいは全くない	大部分共有される	実質的に全て共有される
時間・動作調査	行われぬが、法的に最低限の職員配置	行われぬが、作業は完了できる	行われぬが、職員は患者に完全に責任をもてる
上司によるスーパービジョン、コントロール	業務に対してのみ；公式な手続きの遵守	アウトカムに対して；業務を行うのに援助する	コーディネーション；入所者の選択
労働者に対する仮定	X理論	Y理論	コミュニティの構成員
日勤の職員1人あたりケアを行う入居者数	職員1人対入居者10人以上	職員1人対入居者7～9人	職員1人対入居者5～7人
看護助手の平均賃金（時間給）	5.50ドル以上	7.00ドル以上	6.50ドル以上
離職率（年間）	80%	30-80%	20-40%
看護助手のキャリア・パス	少しあるいは全くない	看護助手主任（Senior）；奨学金	職種間のクロス研修；進化的
運営主体	営利、メディケイド主流家族営業小規模施設	非営利もしくはチェーン経営の洗練された営利	非営利、宗教系、洗練された営利
労働環境	ほとんどが組合なし	ほとんど組合化	混合
コスト構造	低い～平均	平均～高い	平均～高い
ケア方針	医療-身の回りの世話	医療-リハビリ	再生

業務・ケア組織、看護助手に対する人的資源管理に関して、調査対象施設を3類型に分類したものが表2である。調査対象施設の70%が①伝統的な質の低いモデルに、また20%が②の質の高いモデルに、残り1割が③のコミュニティ再生モデルに分類された。①のモデルは、ほとんどが営利の運営主体で、メディケイド受給者が主である。離職率は高く、採用の手続きは十分に配慮されておらず、看護助手はマネジャーから信頼されず、看護助手に対する訓練や情報提供は不十分であった。ケア提供の際には効率性が優先され、看護助手が仕事を終わられない場合、上司に常にスピードアップを求められていた。入居者に対しては、医療ケアは不十分であり、衣食住等に関する選択肢はなく、入居者のアウトカムを示す毎年の監査では、繰り返し「質の欠陥」が報告されていた。しかし、これらの施設は、政府の規制の面でも（公費の償還払いは質に関連していない）、市場の面でも（ベッド稼働率は満床に近い）、何ら制裁を受けておらず、質向上へのインセンティブもみられない。

②の質の高いサービス提供型は、主に非営利、宗教系列のチェーンに属している。営利であっても私費払い入居者が多く、メディケイド受給者は少ない。看護助手の労働条件、人的資源管理、ケアのアウトカムの面で、①の施設とは全く異なっている。

最も特徴的なのは、人員配置が不足していないことであり、看護助手の欠勤には代替者が勤務した。看護助手は、チームまたは「ケアの組」‘care pairs’単位で働き、業務の身体的・情緒的側面で互いに支援されていた。賃金は初任給が高く、給付等の保障面も用意され、離職率は平均よりずっと低い。また、全ての職員に老年科の訓練がなされ、情報共有が広範になされ、よりチームワークとケアの継続性がみられた。入居者のアウトカムについては、監査での「質の欠陥」数は、①の質の低い施設群よりも少数であった。施設全体では、臭気のなさ、入居者の活動レベルの高さ、入居者と看護助手との交流の多さが明らかにみられた。

第三の類型である③「コミュニティ再生型」は、①②とは質的に異なる。一つの事例に止まるものでなく、詳細な定義が困難であるが、ケアの全く新しいパラダイムを象徴している。それは、老化を衰退期とする支配的な考え方、従来の「ナーシングホームらしい」施設の規範に異を唱えるものである。Eaton は、③の類型の2つの事例（前述の Eden Alternative および Sisters of Province/Mt. St. Vincent）を挙げ、両者に共通する特徴を説明している（*ibid.*）。

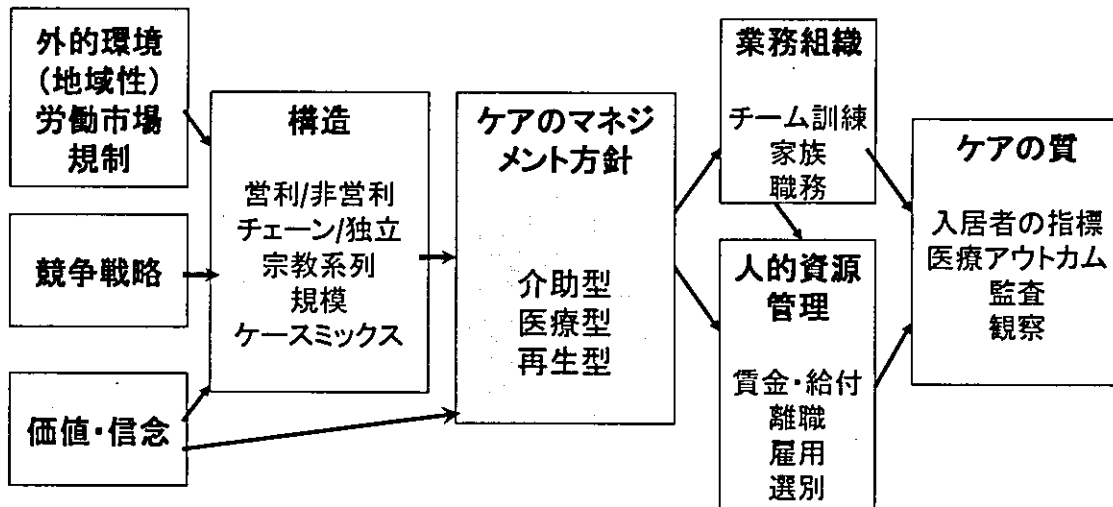
二つの革新的な事例で共通することは、第一に、入居者のアウトカムの改善がみられることである。死亡率・疾病罹患率の減少、処方薬の削減（特に向精神薬や鎮静剤等）が報告されている。また、入居者の活動レベルが50%ほど増加し、社会的交流の程度が二倍になったことが、準実験デザインによる研究によって明らかにされている。第二に、チームの編成と労働者のクロス訓練（職種間に共通した訓練内容）が、②の「質の高いモデル」

よりも優れて広範に行われている。看護助手は入居者ケアの第一の責任者であり、そのような認識が労働者の業績や入居者のアウトカムを向上させている。第三に、効果を測定する際、ナーシングホームの領域では、インプット指標やアウトプット指標を用いることが多いが、「コミュニティ再生型」では、プロセスや入居者のアウトカム指標をより重視していることである。

以上の三類型の分析により、ナーシングホームの質を構成するモデルの構築に際し、次の三点が示唆される (*ibid.*)。第一に、モデルの鍵となるのは、ケアの生産に対するイデオロギーまたは文化の重要性である。これは、高齢入居者の身体的機能や状態が衰退するという従来の思考から、入居者の成長・再生を促進できるという思考への転換が、従来とは異なるケアのプロセスを生むということである。第二に、労働力の高い質や技術と、入居者のQOLの向上が密接に関連していることは明らかであるが、それは生産性という指標にはなじまない。Hochschild (1983) が指摘したようにケアは「情緒的労働」であり、業務の内容は関係性を前提としている。それゆえに、看護助手の労働の重要な部分は、現在の監査基準や償還払いのシステムの中では「見えない労働」(Eaton 2000) となっているが、今後、関係性の質やQOL等の社会的側面や側面を考慮し、これらを評価の基準に組み入れる必要がある (Stone et al. 2003, Kane 2003)。第三に、職種間の多層に渡る (multi-level) チームの設置が高い業績達成に不可欠であることである。チーム編成は、モラルを改善しコストを低減させるだけでなく、労働者間の情報や技術の伝達における役割が大きい。これらの条件を通して、Eaton は、ナーシングホームのマネジメント、人的資源管理とケアの質との関係性について、図1に示したモデルを提案した。

このモデルの要点は、ケアのマネジメント方針が中核として存在し、それが実際の業務の組織化や、人的資源管理を決定し、ひいては、それらが共同で質の高いケアを生み出すということである。モデルの汎用性と個々の要素の具体化については、実証研究による検証が必要であることをEaton自身は認めているが、マネジメントの方針と人的資源管理、ケアの質の要素を簡略なモデルで示したことは、ナーシングホームの領域でのマネジメント研究が希少ななかで、貴重な成果であると考えられる。

図1. ナーシングホームの質のモデル



Eaton, 2000 pp.610 Figure2 より引用

(4) おわりに

以上に述べてきたように、看護助手の高い離職率とそれがもたらす人手不足、および適切な職員配置基準に関する法的要件の不備に対する関心から、アメリカの介護労働者の業務に関する研究は、1980年代後半から現在に至るまで、離職および定着に関わる要因の分析や、職員配置の多寡とケアの質（入所者の健康状態のアウトカム）との関連の検討を主眼としてきた。近年は、ケアの質を改善するためには、適切な配置水準の確保とともに、介護労働力の質の向上とそれを支える組織環境が不可欠であるという認識が広まりつつある。組織マネジメントの一環としての、介護労働者の能力と成果を最大限に高める人的資源管理手法の発達は今後の大きな課題であり、先駆的な定性的な研究もみられるが、これらに関する実証的な研究はまだ緒についたばかりである。

アメリカの介護労働市場は、量の問題（介護労働者の不足）と質の問題（介護労働力の質とそれがもたらすケアの質の低下）を既に経験しており、問題の根底にある要因の検討および、問題に対処するための実践的な取り組みが蓄積されてきている。こうした隣国の経験は、近い将来わが国にも生じると予測される介護労働力需要の増加に伴う、介護労働力の質をいかに維持し、向上していくかという問題について、貴重な示唆を与えるものと考えられる。

<引用・参照文献>

1. Bowers, B., 2001, Organizational Change and Workforce Development in Long-Term Care (Paper prepared for Technical Expert Panel Meeting, Washington DC) .
2. Eaton, S. C., 2000, Beyond 'Unloving Care': Linking Human Resource Management and Patient Care Quality in Nursing Home, J. of Human Resource Management, 11 (3) , 591-616.
3. GAO (General Accounting Office) , 2001, Nursing Workforce: Recruitment and Retention of Nurses and Nurse Aids is a Growing Concern.
4. HHS (U. S. Dep. of Health and Human Services) , Assistance Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-term Care Policy (DALTCP) , 2004, Recent Findings on Frontline Long-term Care Workers: A Research Synthesis 1999-2003.
5. 伊原和人, 2004, 第3章「アメリカの高齢者介護」, 住居広士編『新版アメリカ社会保障の光と影－マネジド・ケアから介護とNPOまで－』大学教育出版.
6. Kane, 2001, Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together, Gerontology, 41 (3) , 293-304.
7. Kane, 2003, The Quality of Quality Measurement in U.S. Nursing Home, Gerontology, 43 (Special Issue II) , 37-46.
8. McKenna E. & Beech N., 1995, The Essence of Human Resource Management Pearson Education, Essex (=2000, 伊藤健市・田中和雄・監訳『ヒューマン・リソース・マネジメント－経営戦略・企業文化・組織構造からのアプローチ』税務経理協会.)
9. 中島有希, 2003, 『こうすれば施設ケアが変わる－エデン・オルタナティブの挑戦－』筒井書房.
10. OECD, 1996, Caring For Frail Elderly People; Policies in Evolution.
11. OECD, 1998, The Future of Female-Dominated Occupation. (=2002, 内海彰子訳『女性優位職業の将来: OECD加盟国の現状』カネカリサーチアソシエイツ.)
12. 大西秀典, 1998, 第8章「アメリカの高齢者介護体制」, 足立正樹編『各国の介護保障』法律文化社.
13. 斎藤義彦, 2004, 『(MINERVA福祉ライブラリー66) アメリカ・おきざりにされる高齢者福祉－貧困・虐待・安楽死－』ミネルヴァ書房.
14. 笹谷春美, 2001, 「ケアワークのジェンダー・パースペクティブ」, 女性労働研究, 39号, 59-67.
15. Stone R. I., 2001, Research on Frontline Workers in Long-term Care, Generations, spring, 25 (1) , 49-57.

16. Stone R. I., Wiener J.M., 2001, Who Will Care For Us? : Addressing the Long-term care Workforce Crisis. IFAS (Institute for the Future of Aging Services) , The Robertwood Johnson Foundation, The Urban Institute.
17. Stone R. I., Dawson S.L., Harahan M, 2003, Why Workforce Development Should be Part of the Long-term Care Quality Debate, IFAS (Institute for the Future of Aging Services) .
18. Wunderlich, G. S. Kohler P.O. (edit.) (Committee on Improving Quality in Long-term Care, Division of Health Care Services, Institute of Medicine) , 2001, Improving the Quality of Long-term Care, National Academy Press.

第3章 介護労働に関する研究の動向

1 はじめに

介護労働という用語は新しい用語である。介護市場が形成され、介護が労働対価として通用するようになるまで、わが国では長い間介護は家族介護が主流であった。わが国の家父長制度における家族介護には労働という意識はなく、当然無報酬であった。まれにお手伝いさん、家政婦さんと呼ばれる人が介護を行うことはあっただろうが、専門職とはいえず、一般的ではなかった。介護が社会的労働の一つとして認められるようになるのは、家庭奉仕員派遣事業に始まるのではないかと考える。家庭奉仕員派遣事業は、昭和33年頃から一部都道府県で都道府県単独事業として実施されていたが、昭和37年には要保護階層を対象に国庫補助事業として制度化され、昭和38年の老人福祉法制定時に同法に規定される制度となった。しかし、当初はあくまでも要保護階層を対象としたものであり、一般的な制度とはいえなかった。昭和57年に、低所得世帯を対象に無料で提供されてきた同制度を、従来の低所得世帯への無料派遣を行いながら、所得税課税世帯の寝たきり老人への有料派遣が実施されるようになり、一般化した。その後平成元年度に、①事業の委託先として、特別養護老人ホーム及び在宅介護サービスガイドラインの内容を満たす民間事業者を追加、②派遣対象の要件について、「その家族が老人の介護を行えない状況にある場合」とされていたものを「老人またはその家族が老人の介護サービス（広義の介護サービスであり、家事援助サービスを含む）を必要とする場合」と要件を緩和、③訪問介護員（ホームヘルパー）の業務内容のうち、身体の介護に関する業務を明確化、④市町村の高齢者サービス調整チームとの関係の明確化、という制度の改善が行われた。同時に、訪問介護事業に要する費用の負担割合を国3分の1、都道府県3分の1、市町村3分の1から、ショートステイ及びデイサービスと同様の国2分の1、都道府県4分の1、市町村4分の1へと国の負担を引き上げ、市町村の負担を軽減するとともに、訪問介護員（ホームヘルパー）の手当額については、特に介護を中心とした業務を行う場合に大幅に増額された。その後、ゴールドプラン、新ゴールドプランにおいて、高齢社会における重要なマンパワーとして位置づけられるようになり、大幅な増員が図られ、ホームヘルパーを中心とする介護労働市場が形成されていくのである。

介護労働という概念自体が新しいものである上に、介護労働研究についてはその問題の捉え方は多岐に渡っており、社会政策的、福祉的、経済的観点など、様々な切り口から論じられている。そこで、介護労働に関する先行研究の動向を通して、新たな研究課題を検討することを目的に、介護サービス研究会を実施した（平成17年1月4日～7日）。研究会では、介護労働問題について、異なる視点で研究を行っている3名の方を講師として招

き、介護労働に関する先行研究分析、今後の課題等について意見交換を行った。以下は、研究会における発表内容と配付資料を基に要旨としてまとめたものである。

2 日米の介護労働の特徴と介護労働研究の動向

東日本国際大学福祉環境学部
山田嘉子氏発表要旨

(1) 日米における介護労働の共通点・相違点

①高齢化に伴う介護マンパワー確保の課題

日米共に、高齢化に伴う介護マンパワーの確保は課題となっている。また介護労働従事者は、女性が多くを占めている点、低賃金で、福利厚生が未整備である傾向が共通してみられる。特に米国の場合、医療保険の未整備の傾向がみられる。

②施設と訪問介護の環境・従事者特性の相違

施設と訪問介護では、環境や労働者の特性が異なることも日米共通している。訪問介護従事者の方が施設介護労働従事者よりも年齢が高く、訪問介護の場合、パートタイム労働者が多い傾向がみられる。

③訪問介護の就労の多様さ

訪問介護については、就労状況が多様であることが共通している。日本では、登録型ホームヘルパー、パートタイム、常勤など就労形態が多様であること、米国では、組織の形態により賃金、福利厚生、職務内容など異なるため、一括りにできない部分がある。訪問介護の場合、スタッフに要求されるもの、スタッフが求めるものも多様であり、この多様性のために、施設と比較して研究の際の絞込みが困難となり、実際に訪問介護の研究が両国において立ち遅れる要因となっている。

(2) 日米の介護労働の相違点

①介護制度と財源

日本では介護保険制度により一本化されているが、米国では、財源が医療保険（メディケア、メディケイド）、州独自のプログラム、自費払い、民間介護保険など様々であり、それにより報酬額も異なる。

②従事者特性

従事者に関し、両国とも女性が多くを占めるが、訪問介護職の婚姻状況については米国では、既婚約4割であるのに対し、日本は7割以上となっている。日本では、家計補助的な就労や所得税の扶養控除の範囲内で就労しているケースが多く見られるため、労働環境や労働条件の改善を考えた場合、日米では働き手として求めるものが異なる可能性がある。

また、従事者の人種に関して、米国では特に大都市で有色人種・移民が多い。この点は、FTAにてフィリピンからの介護労働者の受け入れ問題などが議題に上がっているが、今

後日本でも海外から労働者を受け入れるとなると、日本の状況も変わる可能性もある。

③日本における「登録」制度

登録制度は米国においても存在するが、その割合は少ない。一方、日本では、登録ヘルパー数が圧倒的に多い。登録制度の存在によって、何をもって離職とし、定着とするのか、という問題が出てくる。

④資格取得試験

米国では、州により異なるので一概に言えない。日本では、ヘルパー講習による認定制度、介護福祉士制度がある。米国では、国家資格はなく、75時間前後の講習を受けるとヘルパーとして就労可能となる（Home health aids は実技と筆記（あるいは口答）試験がある）。介護職のキャリアアップについて論じる時に、日米における制度の違いを考慮する必要がある。

⑤「介護職」に対するイメージ・位置づけ

日本では、介護職が看護職とは別個の独立した職種として確立されつつあり、キャリアアップとして、介護福祉士・ケアマネジャーなどの国家資格に進むという道筋が用意されている。一方、米国の Nursing aide は、「看護助手」であり、その中には、将来的に看護職に進むことを希望しているものも多い。日米比較にあたっては、「介護職」のキャリアアップに対する考え方の相違も考慮すべきである。

（3）米国の介護労働研究の動向

米国の介護労働研究については、1990年代から特に「量」の確保の問題が取り上げられ始めた。特に Recruitment と Retention を関心として取りあげているものが多いが、1990年代後半からは、職務満足度や離職との関連要因の解明から、介入研究が多く見られるようになった。ただし既存研究は、施設職員を対象としたものが中心となっており、ホームケアの研究については立ち後れがみられ、インタビューや実態調査の域を出ない質的研究が多い。山田(2002 a, 2002 b)¹では、CPSデータを用いた介護労働者の特性・就業状況の歴史的変化及び、訪問介護従事者の職務満足度・組織コミットメントに関連する要因解明を行ってきた。

現在行われている研究の傾向としては、事業所レベルの介入：賃金や福利厚生の整備、心理的サポート（スタッフのサポートグループなど）、マネジメント体制（チームアプローチ、介護職のカンファレンス参加や意見取り入れなど）、キャリアアップ（介護職のリーダーなど）があげられる。また、州・自治体レベルの介入としては、Wage Pass through（介護職の賃金・福利厚生充当を条件とした州の介護報酬額引き上げ制度、20州前後で実施）、Career ladder（Medication aide、Nursing school 就学に対する補助）などがあげられる。

(4) 日本の介護労働研究の動向（ホームヘルパーを中心として）

日本における介護労働に関する研究は、1990年頃から徐々に調査が始められている。1990年代後半に日本労働研究機構がヘルパー全国調査（属性や就業状況など）を実施している。

日本の介護労働研究は、3つの大きな流れがあるように思われる。①労働環境について（労働時間、賃金面からのアプローチ：介護労働安定センター、東京ケアユニオン、日本労働研究機構）、②ストレス・バーンアウトについて（各研究者）、③介護技術や質について（介護技術に関する評価シートの開発等：ダイヤ高齢社会研究財団）等がみうけられる。一方、米国で関心とされる Recruitment と Retention の問題については、米国ほど話題にはなっていない。その理由の一つには、「介護職」に対する関心度合いが日米では異なり、日本では、介護保険制度導入に伴って、介護職に関する関心が高まったことが指摘できる。施設では、介護職員の「離職意向」などについての研究も始められているが、ホームヘルパーに関しては、問題としてとりあげられていない。背景として、訪問介護の場合、登録ヘルパーが多数いるため、何をもって「離職」とするかが曖昧であること、また訪問介護の急増に伴い、ヘルパーの異動もかなり見られることが指摘できる。

<注釈>

1 Yamada, Y. (2002 a). Profile of home care aides, nursing home aides, and hospital aides: Historical changes and data recommendations. *The Gerontologist*, 42 (2), 199-206.

Yamada, Y. (2002 b). *Recruitment and retention of direct care workers in home care settings*. Albany, NY: University at Albany.