

メリカ人法（OAA: Older Americans Act）にもとづく在宅・地域中心の福祉サービスからなる²。高齢者・障害者を対象にした医療保険制度であるメディケア(Medicare: 1965~)は、急性期医療及びその後の一定期間に必要となる介護サービス費用を部分的にカバーするが、非医療的な身体介護・家事援助サービスの費用はほとんどカバーしない。資産を使い果たし自己負担できなくなった場合や低所得者の場合は、資産調査を伴う医療・介護扶助のメディケイド（Medicaid）により、施設や地域在宅での身体介護等の介護サービスについても費用がカバーされる。高齢アメリカ人法によるサービスは、低所得者やエスニックマイノリティを対象とする在宅地域サービスが中心である。介護ニーズに対応する公的制度は選別的・残余的であり、公的制度の対象外となる人々については、介護サービス費用は、私費による負担が基本である。

公的保障についての合意の不在

公的な介護保障の充実拡大を求める声は一定程度存在し、政策イシューにはなるが、公的保障についての政府・連邦議会レベルでの同意はなかなか得られない状況である。1990代前半には、クリントン政権の国民皆医療保険構想の中で在宅介護サービスも保障対象に含まれていたが、構想は実現せず現在にいたっている。とはいえ、1980年代以降、公的な介護関連費用が増加するなか、政策としては積極的な介護保障よりもむしろ施設・在宅の両面での費用抑制策がとられている。最初は、看護施設（ナーシングホーム）の費用抑制を目的として在宅サービスの推進が目指されたが、在宅サービス事業者の増大のもと、1997年成立の均等予算法（Balance Budget Act）では、在宅サービスについてもサービスの償還額が厳しく押さえ込まれるなど、在宅サービス自体も抑制基調におかれた。介護関連支出が増加するなか、2004年には、アメリカ議会予算局（CBO）が、介護に対応する財政的問題をまとめた報告書『高齢者の長期ケアに関する財政（Financing Long-Term Care for the Elderly）』（Congressional Budget Office, April 2004）を公表し、メディケア・メディケイド財政からの介護への支出の諸問題を整理するとともに、家族・地域の役割の重要性があらためて指摘されている³。

本人と家族による自己責任・自己負担の強調

厚生省ウェブサイトのトップページからAging欄に進むと、いくつかの項目が並んでいるが、「データ・統計」に先立って、最初に掲載されているのが「caregivers」という項目である（細目は、「A-Z Topics for Caregivers」「Resources for Caregivers」「Guide for Caregivers」「Support Programs for Caregivers」など）。こうしたことから、高齢者ケアにおいて親族

² 「1 アメリカの高齢者と高齢者福祉の概要」 『世界の社会福祉年鑑 2001』 pp.305-7。

³ 「1 長期介護の財政問題」（アメリカ合衆国） 『世界の社会福祉年鑑 2004』 pp.166-7。

等介護者を第一の介護資源とみなす姿勢があらわれている⁴。また、上述の厚生省のウェブサイト、“The National Clearinghouse for Long-Term Care Information”（全国介護情報センター）では、高齢者自身およびその家族が将来的な介護ニーズへ備えるのに役立つ情報や資源（リソース）を提供している。ウェブサイトの構成は大きく「介護の理解」「介護への備え」「介護の費用」からなっている。ウェブサイトの冒頭では、「何故、備えなくてはならないのか？」という見出しのもと、メディケアや民間の健康保険では直接的介護（パーソナルケア）といった長期ケアにおいて一番必要となるサービスの多くがカバーされていない点を指摘し、その上で、将来的に必要となる介護・ケアを入手するための個々人の備えが強調されている⁵。

近年の連邦レベルでの介護に関する法制化

1993年のクリントン政権による全国医療保障法（National Health Security Act）の成立失敗後の、連邦レベルでの介護法制をめぐる動きとしては、以下がある。

- ・ 2000年：介護保障法（Long-Term Care Security Act）により、連邦政府職員が民間の介護保険を団体レートで購入できるようになった。

- ・ 2007年：民間介護保険を購入した高齢者が保険料を税控除できるようになった。

これらは、民間市場ベースで費用負担のリスクを軽減しようとする個人に対し、税控除等の公的な支援を行う動きである。こうした制度展開からも、高齢者の自己責任、民間市場およびインフォーマルな資源を通じた対処という、介護に対する連邦政府の基本的スタンスがうかがえる。

（3）介護支出の内訳

介護支出の内訳は、親族等による介護で不払いのものを除いた場合では、以下の通りである（図1は合計、図2は施設サービス、在宅・地域サービス別）。

介護支出の中で最大のシェアを果たすのが、連邦政府と州政府の共同プログラムである医療・介護扶助（メディケイド）で、支出の約半分を占める。しかし、メディケイドがカバーするのは、資産を使い果たし自己負担できなくなった場合や低所得者で、資産要件と身体機能要件を満たした場合に限られている。次に大きいのはメディケアで、支出の5分の1を占める。メディケアは、低所得者に限らない高齢者・障害者を対象にした連邦政府の医療保険制度だが、急性期医療及びその後の一定期間に必要となる介護サービスを部分的にカバーしているが、介護ニーズの大部分・中心的部分は満たされない。

とはいえ、在宅保健の進展にともない、医療に関連する部分での看護・介護サービスの需要も高まり、地域・在宅サービスではメディケアからの支出がもっとも多くなっている。

⁴ <http://www.hhs.gov/aging/index.html#hhs> (12Feb,2008)

⁵ http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/index.aspx (12Feb,2008)

その他の連邦プログラムとしては、高齢アメリカ人法や退役軍人省が費用を出しているものが代表的だが、対象集団や条件がエスニックマイノリティや低所得層に絞られる傾向にある。

自己負担および民間保険からの支出は、全支出の4分の1を占める。雇用主の拠出や個人負担からなる健康保険（HMO やマネージドケア）は、メディケアの一般ルールと同じで、介護のなかでカバーされるのは専門的・短期間の医療が必要なケアのみに限られている。結局、介護の必要な人々は、自分の収入や資産からケア費用を部分的ないし全部負担することになる。近年では、介護サービスをカバーする個人負担の選択肢が増加している（民間介護保険、リバースモーゲージ、その他のオプションなど）。

図 1 介護支出の内訳⁶ (インフォーマル・不払い分のケアを算入しない場合)

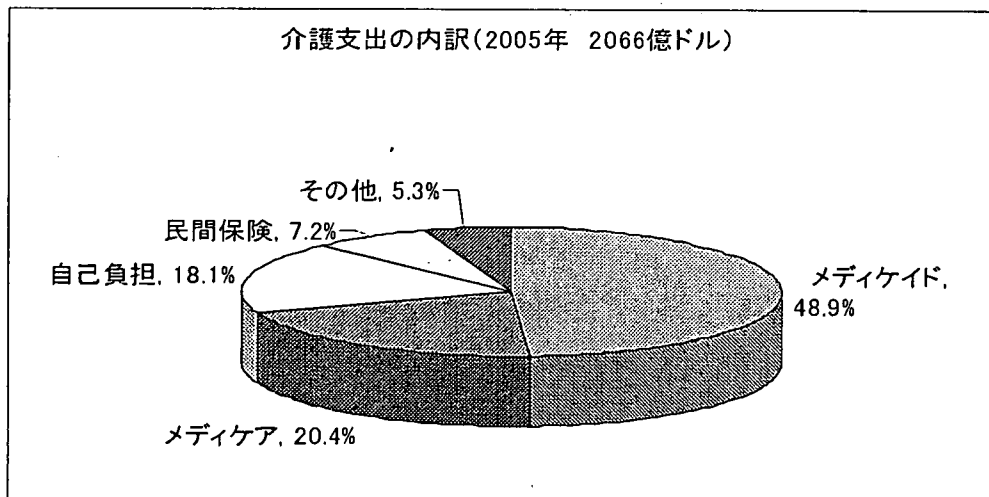


図 2 介護支出の内訳 (施設、在宅・地域別、2004年)⁷

	メディケイド/その他公的支出	メディケア	自己負担	その他民間
施設ケア (*) 1152 億ドル	46.9%	13.9%	27.7%	11.5%
地域在宅サービス (**) 432 億ドル	36.3%	38.0%	11.3%	14.4%

* 「施設ケア」に含まれるもの・・・ナーシングホーム、リハビリ施設、(急性期と慢性期の) 中間施設。

** 「地域在宅サービス」に含まれるもの・・・在宅保健・身体介護・Waiver プログラム (後述)・その他在宅地域サービス。民間保険や完全私費で提供される介護付居住施設のケアは含まれていない。

⁶ ウェブサイト“The National Clearinghouse for Long-Term Care information” 内、National Spending on Long-Term Care より。
http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Paying_LTC/Costs_Of_Care/Costs_Of_Care.aspx (12Feb,2008)

⁷ 'Estimated Cost of LTC, by Payer Source, United States, 2004' in *Long Term Care: Facts and Figures*. by Charlene Harrington, Janis O'Meara, Theodore Tsoukalas and Terence Ng. March 2007, California Health Care Foundation. 原典は C. Smith, C. Cowan, S. Heffler, A. Catlin, and the National Health Accounts Team. *Health Affairs*. 25(1):186 - 196, 2006.
<http://www.chcf.org/documents/hospitals/LTCFactFigures07.pdf> (25Feb,2008)

(4) 介護サービスの種類と費用

代表的な介護サービスの一覧、サービス利用に伴う料金の目安、公的制度による費用カバーの関係について、以下に、簡単に示す。

サービスの種類

代表的な介護サービスについて、在宅・地域系のサービスの一覧は図3、施設系サービスの一覧は図4に整理している⁸。

図3 在宅・地域系サービス概要

名称	概要
成人デイサービス	認知・機能障害のある成人、日中の社会的交流や居場所が必要な成人向けの日中サービス。多様な健康、社会的、その他の支援サービスを提供。
ケースマネジャー ／老人医療ケアマネジャー	看護師やソーシャルワーカー等の保健医療専門職による、介護サービスの調整管理、ケアプラン作成、介護ニーズのモニタリング等を通じた支援。
緊急対応システム	電子モニターによる医療その他の緊急事態への自動的応答システム。
友愛訪問、同席サービス	虚弱や独居の人に継続的に2～3時間の短時間訪問を行う。主にボランティアが担う。
在宅保健ケア (home health care)、 在宅ケア (home care)	在宅保健ケア：特定の症状に応じて医師から指示された看護や理学その他の治療などの専門的・短期的サービスが含まれることが多い。在宅ケア：ほとんどの場合、入浴や着脱といった身体ケアに限定されることが多く、食事の準備や家事の支援などの家事サービス (homemaker services) が含まれることもしばしばある。
家事サービス	食事や日常的な整理整頓といった一般的な家事活動のほか、床・窓の清掃や雪かきといった重い家事を支援する。
食事プログラム	家庭への配食サービス、地域のさまざまな場所で提供される会食サービスがある。
レスパイト・ケア	家族介護者に、介護責任からの一時的な休息を与える。在宅、成人デイケアセンター、ナーシングホーム等、提供場所は多様。
高齢者 (シニア) センター	栄養、娯楽、社会的教養的サービス、必要なケアやサービスを見つけるための包括的な情報提供や紹介など。
移送サービス	医療機関受診やショッピングセンターの送迎、多様な地域のサービスや資源へのアクセスを助ける。

⁸ "The National Clearinghouse for Long-Term Care information" より。
http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Understanding_Long_Term_Care/Services/Services.aspx (12Feb,2008)

図 4 施設系サービス概要⁹

名称	概要
成人養護施設 (Adult Foster Care)	成人養護施設では、自身では安全に生活できない、または身体機能上介助が必要な個人や少人数グループに提供される。養護家庭が 24 時間利用可能な食事付宿泊を提供し、服薬管理や日常生活動作の介助をする。この種の施設の許可要件や用語法は州ごとのばらつきが非常に大きい。
食事付ケアホーム (Board and Care Homes)	食事付ケアホーム (居住型ケア施設ないしグループホームと呼ばれる) は、小規模・個人的な施設で、20 名以下の居住者が普通。個室か共用で、入居者は食事やパーソナルケア (直接的介護) を受け、スタッフは 24 時間利用可能。看護や医療の提供は前提とされない。州の許可や用語法は州ごとに大きなばらつきがある。
介助付住宅 (Assistive Living)	コミュニティのなかで住み続けたい人で、身体機能の介助が必要だが、ナーシングホームでうける程のケアは必要のない人を対象にしている。25 名以下の小規模のものから、120 以上のユニット規模のものもある。入居者は個々人のアパートや部屋に住み、コミュニティで提供される支援サービス (食事、身体介助、服薬、掃除洗濯、24 時間セキュリティや緊急対応スタッフ、社会活動プログラム) を利用できる場合も多い。費用もさまざまで、入居者が必要なサービスや施設の提供するアメニティにもよる。施設は全州において規制されているが、要件は州ごとに様々。
継続的ケア退職者コミュニティ (Continuing Care Retirement Communities)	一箇所で、ケアの必要のない人の自立型住宅から、自宅+在宅サービス提供型、介助付住宅、ナーシングホームまで、複数レベルのケアを提供する。料金はコミュニティのタイプによる。月額料金のほか、最初に入居料をとる場合もある (売却時に返還)。
ナーシングホーム	専門的な看護、24 時間監護、日常生活動作の介助、各種リハビリサービス (物理療法、作業療法、会話療法等) を含む多様なサービスを提供する。術後の回復・リハビリのために短期間の看護サービスを求めて入居する場合もあれば、慢性的症状のために継続的ケア・監護が必要で長期滞在している場合もある。家族は在宅での安全確保が難しい場合や 24 時間在宅ケアの費用負担が限界に達した場合に、入所を検討するのが普通。州により非常に強く規制されている。州からの許可を得なくてはならない。

⁹ 一定範囲の介護サービスを提供する多様な施設がある。各施設において利用可能なサービスは、施設の位置する州により規制されることが多い。許可要件 (licensure) や用語法は州ごとにばらつきが大きい。

サービス利用料と公費によるカバー

個人からみた、サービス利用に伴う支払い額は、サービスの量や種類により異なる。地域サービスの利用料は、間接経費と事業費が算定のベースになるが、多様である。施設では、居住費・食費などの基本料の他に追加のサービス費用が取られる場合もあれば、全サービス込の包括料金の場合もある。2007年の平均的費用（1日）は、図5の通り。

サービス種別の、公的プログラムや民間保険による費用カバー、自己負担等の関係は、図6の通り。資産や収入がある場合には、これらの費用は自己負担となる。身体機能の資格要件や低所得者としての資産要件を満たせば、メディケイドからの支払いの可能性が、短期間の専門的治療的ケアを要する場合は、メディケアからの支払いの可能性がある。高齢アメリカ人法にもとづくプログラムからの費用助成を受けられる場合もある。

図 5 サービス平均費用¹⁰（2007年）

ナーシングホーム準個室／日	\$ 181
ナーシングホーム 個室／日	\$ 205
介助付住宅／月(1ベッドルーム)	\$ 2714
在宅保健助手／時間	\$ 25
家事サービス／時間	\$ 17
成人デイケアセンター（Adult Day Health Care Center）／日	\$ 61

¹⁰ ウェブサイト“The National Clearinghouse for Long-Term Care information”内、“Paying for LTC”の説明より。
http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Paying_LTC/Costs_Of_Care/Costs_Of_Care.aspx#Who (12Feb,2008)

図 6 料金の負担・公的制度によるカバー（サービス別）¹¹

	メディケア	民間の Medigap 保険	メディケイド	自己負担
ナーシング ホーム	入院から専門看護施設 (Skilled Nursing Facility) に 移行した場合、最初の 20 日 間は全額保障。専門的看護 ケアが必要な場合、21～100 日目までは 1 日 \$128 の自己 負担で制度から支払い。	メディケアの 要件を満たし ていれば、1 日 \$128 の自己 負担部分をカ バーする。	メディケイド指 定ナーシングホ ームであれば、 資産要件・身体 機能要件を満た せば、支払って くれる。	直接介護か見守りケア のみが必要、ないし、直 前に入院していない場 合、メディケアやメディ ケイドの事業者指定を 受けていない施設を選 んだ場合。
介助付住宅 施設	適用なし	適用なし	州によってはケ ア関連費用のカ バーあるが、居 住費・食費のカ バーはなし。	メディケイドが利用可 能で、メディケイドの適 用対象に含まれている 場合を除き、自己負担。
継続的ケア 退職者コミ ュニティ	適用なし	適用なし	適用なし	自己負担
成人デイサ ービス	適用なし	適用なし	適用の有無は州 により異なる。 資産・身体機能 要件あり。	メディケイドが利用可 能で、メディケイドの適 用対象に含まれている 場合を除き、自己負担。
在宅保健ケ ア	医師の指導にもとづきメデ ィケア指定事業者から提供 される、必要最低限・一時 的な専門的看護、在宅保健 助手のサービス、リハビリ に限定。日々の身体介護や 家事援助のみでは適用な し。	適用なし	適用あり。ただ し、リハビリ等 のサービスを制 限する措置がと られる場合もあ る（州による）。	メディケイドが利用可 能で、メディケイドの適 用対象に含まれている 場合を除き、身体介護や 家事援助は自己負担。

¹¹ ウェブサイト“The National Clearinghouse for Long-Term Care information”内、“Who Pays for Long-Term Care?”の説明より。
http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Paying_LTC/Costs_Of_Care/Costs_Of_Care.aspx#Who (12Feb,2008)

3. 公的介護制度の概要と政府（中央政府、地方政府）の役割

（1）高齢アメリカ人法にもとづくサービス

高齢アメリカ人法にもとづく高齢者と介護者への在宅地域サービスは、厚生省内に設置された高齢化対策局（AoA：Administration on Aging）が管轄している。AoAは、在宅地域サービスの政策開発、計画、サービス提供に責任をもち、56の州の高齢対策部門、全国にある655の高齢化対策地域事務所（Area Agencies on Aging）、240弱の少数民族団体を代表する出先機関、その他多数のサービス事業者やケアセンター、ボランティア等からなるネットワークを形成している¹²。

AoAの2009財政年度予算要求額（2008年2月時点）は、13億8100万ドルである。内訳（概数）は、①州・地域サービス12億6200万ドル（在宅地域サービス3億5100万ドル、地域型栄養サービス4億1000万ドル、配食サービス1億9300万ドル、栄養サービス・意欲促進プログラム1億5300万ドル、家族介護者支援1億5300万ドル）、②ネイティブアメリカン向けサービス3300万ドル、③弱者保護（介護オンブズマン、虐待防止）2100万ドル、④新規試行的プログラム3300万ドル、⑤ネットワーク支援1300万ドル、⑥運営経費1900万ドルとなっている。新規試行的プログラムにおける近年の中心となつてくみは、高齢障害支援センター（Aging and Disability Resource Centers）の設置である。このセンターは、非営利団体のネットワークを基盤にした介護に関する一元的相談・サービス調整窓口を目指しており、44州が設置している。

高齢アメリカ人法に規定されたプログラムについては、連邦政府による連邦予算からの財政支援が、州政府や地域事務所に行われる。各地域事務所では、重点的なプログラムや対象者の設定、サービス提供計画などの複数年地域計画を策定している。連邦レベルでは、プログラム実施のガイドライン（サービス指導のガイドラインも含め）と補助金の配分、州機関および各地域事務所は地域計画の策定と、計画にもとづく具体的なプログラム・サービスの実施（地域内事業者とのサービス契約と事業所の監査等）を行う。同法のプログラムには、高齢者の権利擁護プログラムとして、長期ケア施設のオンブズマンも実施されており（有給職員約1000人、ボランティア約14,000人により実施）¹³、ケア施設の質に対する規制的役割も果たしている。

（2）メディケア、メディケイド

両プログラムについては、連邦厚生省内の機関であるメディケア・メディケイドサービス庁（the Centers for Medicare & Medicaid Services: CMS）が管轄している。

メディケアは社会保険方式で運営されているが、一般財源も投入されている。保険は4

¹² <http://www.aoa.gov/prof/agingnet/agingnet.asp> (25Feb,2008)

¹³ http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/elder_rights/LTCombudsman/lte_ombudsman.asp (25Feb,2008)

つのパートからなりつつ。パート A (病院保険) は、病院、ナーシングホーム、ホスピスなど施設に対する支払いに関するものであり、パート B (補足的医療保険) は、医師サービス、在宅保健サービス、パート A に含まれない医療上必要なサービスをカバーするもの、パート C はマネジドケアにかかわるプログラム、パート D は院外処方の薬剤費の支払いに関する保険 (2003 年法制化、2005 年より本格導入) である。

パート A は、2.9% の社会保障税 (労使折半) を財源として賦課方式で運営され、本人または配偶者が 65 歳までに 10 年以上の社会保障税を支払うことで加入資格がえられる (65 歳以上の保険料無し)。高齢者人口の 99% をカバーする。パート B と D は、任意加入である。パート B は、毎月の保険料 (2008 年の標準金額は \$96.4¹⁴) と一般財源からの投入で運営されており、高齢者人口の 97% をカバーしている¹⁵。

メディケイドは、要扶養児童のいる低所得者世帯、低所得の子どもおよび妊婦、SSI 受給者、低所得の高齢・障害者などを対象とする¹⁶。運営主体は州であり、連邦制度のガイドラインに沿って、ある程度の裁量を加えて加入要件 (所得・資産の上限、傷病・障害の程度に関する基準等) を設定することができる。連邦政府の補助金を受け取るには、加入対象者に含まれるカテゴリーやプログラム等、連邦政府のガイドラインにしたがって、一定の基本内容を含まなくてはならないが、その上で任意裁量が認められている。1997 年の財政均等法 (BBA) により、障害者については、メディケイドの加入資格に満たない場合であっても、連邦貧困基準の 250% 以下であれば、州が定める保険料を支払うことにより加入が認められるようになった (Medicaid Buy-In メディケイド購買制度)。メディケイド費用は増加を続けており、費用増大への対応が社会保障制度の大きな問題とされている。2005 年に策定された財政赤字削減法 (DRA 法: 2006 年 3 月適用) では、メディケイドから今後 10 年間で 261 億ドルの支出削減がとめられ、そこでは自己負担の増加と給付内容の縮小での対応も含まれている。法では、州政府がメディケイドの保険料および自己負担を公式貧困線より所得が高い加入者に課すことを認めている (自己負担率の上限は、公式貧困線の 1-1.5 倍では 1 割、1.5 倍以上の人は 2 割¹⁷)。大部分の州において、メディケイドは州予算の 15% 程度を占める大規模プログラムであるが、資格要件、サービス内容 (タイプ・量・範囲・期間)、費用還付率は、州ごとに大きく異なる。

メディケイドでカバーする介護サービスとして、専門的看護ケア (Skilled Nursing Care) と在宅保健ケアは、連邦レベルの規制でメディケイドでの提供が州に義務付けられている

¹⁴

http://questions.medicare.gov/cgi-bin/medicare.cfg/php/enduser/std_adp.php?p_faqid=1980
(25Feb,2008)

¹⁵ Nancy R. Hooyman & H. Asuman Kiyak (2007). *Social Gerontology: a Multidisciplinary Perspective, 8th edition*, Allyn & Bacon, p.727.

¹⁶ 以下のメディケイド概要の説明は、『世界の社会福祉年鑑』2001 年版、2004 年版、2006 年版の「アメリカ合衆国」の記載内容を参照している。

¹⁷ 財政赤字削減法の概要については、『世界の社会福祉年鑑』2006 年版、p.246。

が、在宅での身体介護（パーソナルケア）と地域サービスはオプションである。非医療的な在宅ケアについては、「身体介護サービス給付」と、「在宅地域サービス使途変更（Waiver）プログラム¹⁸」という二つのオプションがある。全州において少なくともオプションのうち一つは提供されている¹⁹。

Waiver プログラムは、伝統的に「医療的」とみなされてこなかった、在宅生活に必要な7つのコアサービスを、メディケイドの予算から支出することができるプログラムである。コアサービスとしては、ケースマネジメント、家事、在宅保健補助、身体介護、成人向デイケア、リハビリ、レスパイト・ケアがある。このほか、プログラムには連邦政府から「費用効果が見込める」と認定されたサービスも追加できる。対象者は、低所得であり、ナーシングホームの入所要件にかなうものである。ナーシングホームのベッド数の削減と合わせて幅広く Waiver プログラムを実施している州（ワシントン州、オレゴン州）、急性期ケアやナーシングホームと連動した効果的なマネジメントを実施し介護費用の抑制に成功した州（アリゾナ州、ウィスコンシン州）などがある。

（3）介護サービス事業者への規制・監督

介護サービス事業者に対する規制は、基本的に各州がそれぞれ担当し、規制対象となる事業者の範囲から規制内容まで幅広く州に一任されている。

①連邦レベルでの規制・監督²⁰

事業者が、メディケア・メディケイドの受給資格者にサービス提供し、その費用償還を受けるためには、連邦法・規則に定められた指定条件に合致し、メディケア・メディケイドサービス庁の指定（certification）を受けねばならない。実際には、メディケア・メディケイドサービス庁と契約した州の医療部局が監査（survey）を行い、指定条件をクリアしていれば指定が与えられる。指定事業者は1~3年ごと（期間は監査結果等を反映して決まる）に監査を受けて再指定を受ける。事業者に苦情がよされた場合などは、これとは別に監査が実施される。

②州レベルでの規制・監督

介護事業者が事業を開始するためには、州法及び州規則の一定要件に合致し、州による許可（licensure）を受けることが義務付けられていることが多い。また、個々のサービス従事者についても、特定の業務を行うものについては免許または登録制度が設けられている。

¹⁸ Hooyman & Kiyak (2007:739-40)

¹⁹ Hooyman & Kiyak (2007:739)

²⁰ 連邦レベル、州レベルの規制に関する記述は、伊原和人「アメリカ」『世界の介護事情』中央法規 2002年、pp.196-201 に負っている。

施設に関して、ナーシングホームについては、州ごとに許可制度が設けられ、メディケア・メディケイドの指定とは無関係に全施設に適用される。基準はメディケア・メディケイドの連邦レベルの指定基準をベースとしつつも、独自に強い規制をかけている州もある（看護助手の研修は、連邦規則では75時間だが、それ以上の時間を課すなど）。州の規制に合致しているかは、州の監査で確認される。ケア付住宅など多様化する居住型施設については、全州に規制はあるが許可要件が様々であったり（ケア付住宅）、州により許可の有無を含めて要件が多様であったりする。

在宅サービスについては、医学的・専門的なケア提供事業者（訪問リハビリ、訪問看護など）の場合、ほとんどの州で許可制度が設けられている。但し、在宅の身体介護・家事援助サービスについては、サービス事業者に対する許可制度も、サービス従事者の免許・登録制度も、設けられていない場合が多い。

③ スタッフ配置に関する規制²¹

ナーシングホーム改革法（Nursing Home Reform Act）は、1987年包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987）により連邦議会が制定した、ナーシングホームへの規制に関する法である。この法では、ナーシングホームに、個々の入所者の身体的・精神的・心理的なウェルビーイングが最大限に達成ないし維持されるようなサービスおよびスタッフの水準を提供することを要求している。現状で規定されているスタッフ要件は、正看護師（registered nurses (RNs)）と准看護師（licensed practical nurses (LPNs)）の配置数に関する最低基準ものと、看護助手の教育訓練に関する最低基準である。メディケア・メディケイドの指定を受けたナーシングホームのスタッフ配置の最低基準は、看護部長（director of nursing: DON）となる正看護師1名、その他に正看護師1名が1日最低8時間・週7日勤務していること、その他の時間は1名以上の准看護師が勤務していること、看護助手に対する最低75時間の訓練、となっている。法律では、入居者が60人未満の施設については、看護部長が正看護師を兼務してもよいこととなっている。配置要件を有資格看護者（正看護師ないし准看護師）からの看護時間に換算すると、100人定員の施設では1日30時間、入居者1人が1日に受ける時間を単位とした場合は、約0.30HPRD（hours per resident day）となる。この要件では、正看護師、准看護師の配置基準を個別に決めているわけではなく、また、看護助手については何の配置基準も課されていない。「十分なスタッフ」を提供するという連邦レベルの規定があるが、定員規模が50人でも200人でもスタッフ配置要件が基本的には同じであるため、こうした連邦の配置要件の不備を指摘する声もある。州によっては、こうした連邦要件に上乘せして要件を

²¹ Zhang NJ, Unruh L, Liu R, Wan TT. Minimum nurse staffing ratios for nursing homes. *Nursing Economics*. 2006 Mar-Apr;24(2):78-85.

設定しているところもある。例えば、有資格看護師の配置人数や配置時間の要件を高める、看護助手の最低配置基準を設定するといったことは、比較的多くの州で実施されているようである。

(4) 公的供給と家族介護者との関係

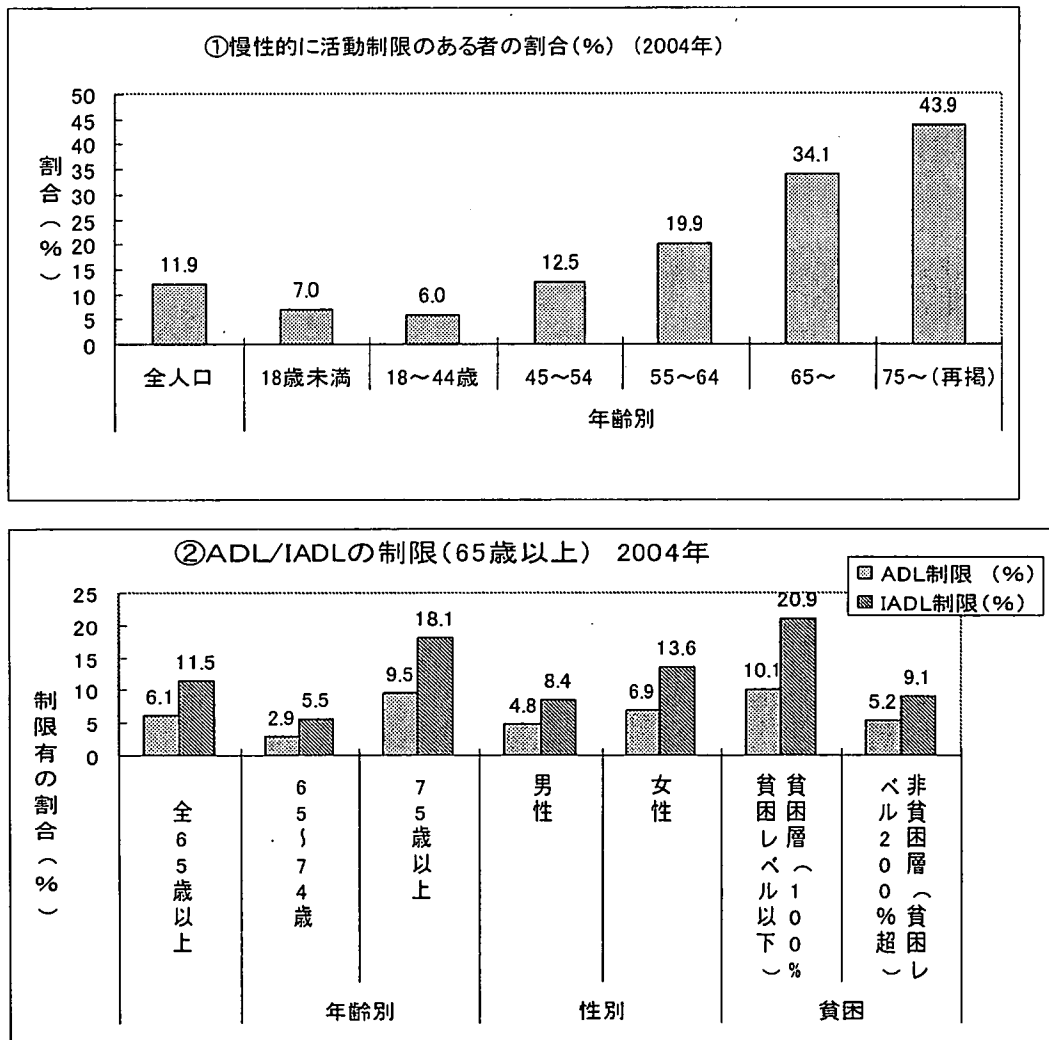
家族介護支援としては、①親族および医療休暇法Family and Medical Leave Act (FMLA) (1993年)と、②全国家族介護者支援プログラムNational Family Caregiver Support Program (NFCSP) (2000年)が二本柱となっている。前者は介護を含めたケアにともなう雇用労働中断への金銭保障を行うもの（親族ケア休暇）であり、後者は介護者をターゲットとした対人サービスである²²。他に、家族介護に対する金銭保障的な施策として、メディケイド・ウェイバーシステムのもとで、州によっては、親族を直接介護提供者として彼らへの支払いを認めていることがある。（家族介護支援策の詳細は、後述。）

²² 以下の説明は、Hooyman & Kiyak (2007:401-2) を参照している。

4. 要介護者の状況

社会老年学の教科書では、65歳以上の要介護者（2000年時点）は約1000万人とされている(Hooyman & Kiyak 2007:115)。要介護者の出現割合については、障害の定義が標準化されていないことから、①ADLやIADLの制限、その他、何らかの活動の制限が慢性的にあるもの、②ADLないしIADLに制限のあるもの、の割合が掲載されるのが普通である²³。①慢性的状態に伴い何らかの活動の制限があるものの割合（2004年）は、全人口の11.9%であり、年齢別では、65歳以上人口の34.1%、75歳以上人口の43.9%にのぼる。②慢性的にADL/IADLの制限がある65歳以上の割合は、ADLが6.1%、IADLが11.5%だが、女性、75歳以上、貧困層で、その割合は高くなっている。

図7 要介護者の割合



²³ Health, United States, 2006 by National Center for Health Statics Table58. より編集。

5. 家族等による介護

インフォーマルな介護について、家族親族のほかに、友人、近隣者や知り合いなどを含む場合は「informal caregiving」、家族親族のみの場合は「family caregiving」と表現されるのが通常である。家族ないしインフォーマルな介護者の属性等を示す大規模調査はないため、いくつかの統計情報・調査結果から概況を提示する。

介護者数は、高齢化対策局 (AoA) によれば、2007 年時点のインフォーマル介護者は 4400 万人、その経済価値は年間 3060 億ドル相当とされている²⁴。また、家族介護者は 2880 万人、平均的な介護者像は、46 歳、女性、就労中で年間収入 3 万 5000 ドルとされ²⁵。

図 8 は、全国レベルの非営利団体「家族介護者同盟」(Family Caregiver Alliance) が収集した介護者の基本的な統計情報である²⁶。女性が 59-75%、平均年齢は、20 歳以上要介護者の家族介護者では 43 歳、50 歳以上要介護者の家族介護者では 47 歳、65 歳以上要介護者のインフォーマル介護者では 63 歳である。また、主介護者の要介護高齢者 (65 歳以上) との関係は、子が 41%、配偶者が 23% である。要介護者と同居している場合、主介護者の 62% は配偶者という調査結果も掲載されている。

介護全国同盟 (National Alliance for Caregiving) と全米退職者協会 (AARP) が共同で実施した介護者への電話インタビュー調査 (2003 年、N=1247) では、介護者の年齢分布・学歴・雇用・収入といった属性と、生活・健康に対する介護の影響を尋ねている (*Care Giving in the U.S.*, National Alliance for Caregiving and AARP, 2004) (図 9 ~ 図 11)。

調査結果によれば、介護者の平均年齢は 46 歳、介護者の 59% が就労中であり、48% がフルタイム、11% がパートタイムと、フルタイムの割合が高い。要介護者との関係においては、要介護者が 50 歳以上の場合が 79%、同居が 24%、1 時間未満の近居・同居あわせて 85%、主介護者であるものが 57% である。50 歳以上の要介護者を介護する者に限ると、要介護者が母親である場合が 34%、父親 10%、配偶者 6% である。介護時間は 8 時間以下が約半数だが、同居者に限ると介護時間が 40 時間以上のものが 44% と多くなる。介護に関わることで、友人や家族と過ごす時間の減少や、休暇・趣味・社会活動などの断念といった日常生活への影響があると、4~5 割の介護者が答えている。また、雇用労働への影響としては、就業中の介護者のうち、遅刻・早退・中断といった就業時間の調整をせまられていると回答したものが 6 割弱いた。

²⁴ AoA 2007 Fact Sheet May 2007 http://www.aoa.gov/press/fact/pdf/ss_nfcsp.pdf (1Nov, 2008)。

²⁵ Hooyman and Kiyak (2007:386)

²⁶ http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=439&big_font=true (24Oct, 2007)。

図 8 介護者の基本情報

性別 Female 59-75%

平均年齢	43歳	家族介護者(20歳以上要介護者)
	47歳	家族介護者(50歳以上要介護者)
	63歳	インフォーマル介護者(65歳以上)

インフォーマルケア提供者の割合(エスニシティ別)

白人	21%
アフリカ系アメリカ人	21%
アジア系アメリカ人	18%
ラティノ	16%

「主介護者」の要介護高齢者との関係

要介護高齢者との関係	介護者に占める割合 (要介護者が65歳以上)	介護者に占める割合 (要介護者が50歳以上)
子	41%	44%
配偶者	23%	6%
その他親族	27%	24%
親族以外	8%	14%

※要介護者と同居している介護者については、主介護者の62%は配偶者、26%は成人子、副介護者の46%は成人子、16%が配偶者とされている。

図 9 介護者の年齢分布・学歴・雇用・収入など（全介護者、人種別）

	全介護者	白人	黒人	ヒスパニック	アジア人
性別					
男性	39%	38%	33%	41%	54%
女性	61%	62	67	59	46
年齢					
18-34	26%	22%	35%	33%	38%
35-49	32	32	36	33	27
50-64	30	31	24	24	27
65-	13	15	5	10	8
中央値	46歳	48歳	41歳	43歳	42歳
学歴					
高校以下	5%	4%	10%	8%	6%
高卒	29	29	29	34	12
カレッジ在学	27	27	27	29	19
技能学校	3	3	3	2	1
カレッジ卒業	22	22	22	22	36
大学院以上	13	14	8	5	25
現在の雇用					
フルタイム	48%	49%	51%	41%	44%
パートタイム	11	11	7	11	8
雇用なし	41	39	41	46	48
世帯収入(単位:千ドル)					
<15	8%	7%	9%	12%	9%
15-30	17	16	20	20	10
30-50	26	25	30	28	17
50-75	18	17	18	21	17
75-100	9	9	6	8	18
100+	15	16	9	9	17
中央値	37,312ドル				

出典) Care Giving in the U.S., National Alliance for Caregiving and AARP, 2004:table5

図 10 要介護者との関係

親族／親族以外	要介護者の年齢		
	50歳+	18-49歳	
親族以外	17%	14	25
親族	83%	85	74

要介護者(回答多い順)			
母親	28%	34	7
祖母	9%	11	*
父親	8%	10	3
姑	7%	8	1
配偶者	6%	6	6
兄弟姉妹	5%	4	20
子	6%	1	27
要介護者の年齢			
18-49歳	20%		
50歳以上	79%		
同別居			
同居	24		
1時間未満	61		
1時間以上	15		
主／副介護者			
主	57%		
副	39%		

出典) Care Giving in the U.S., National Alliance for Caregiving and AARP, 2004:table4,table7

図 11 インフォーマル介護者の生活・健康

介護時間/週(Figure20)

40時間+	17%	同居44%
21-39時間	8%	
9-20時間	23%	
8時間以下	48%	

健康状態(table4)

非常によい	25%
よい	30%
普通	28%
あまりよくない	12%
よくない	5%

介護ストレス(Figure28)

1 それほどでも	27%				
2	17%				
3	20%	女性	男性	認知症有	認知症無
4	16%	40%	26%	42%	32%
5 非常に強い	18%				

日常生活への影響(Figure30)

友人や家族と過ごす時間の減少	51%
休暇・趣味・社会活動の断念	44%

雇用労働への影響(Figure31)

※介護者の59%が就労中(フルタイム48%、パートタイム11%)
 就業中の介護者の62%が、介護が就業に影響していると回答

就業時間調整	57%	(遅刻・早退、中断)
休暇	17%	
フルタイムからパートタイムへ	10%	
就業の断念	6%	

出典) Care Giving in the U.S., National Alliance for Caregiving and AARP, 2004
 N=1247

6. 家族介護者に対する支援

家族介護支援としては、親族および医療休暇法Family and Medical Leave Act (FMLA) (1993 年) と全国家族介護者支援プログラムNational Family Caregiver Support Program (NFCSP) (2000 年) が二本柱となっている。前者が、介護を含めたケアにともなう雇用労働中断への金銭保障(親族ケア休暇)、後者は、介護者をターゲットとした対人サービスである²⁷。他に、家族介護に対する金銭保障的な施策として、メディケイド・ウェイバーシステムのもとで、州によっては、親族を直接介護提供者として彼らへの支払いを認めていることがある。

(1) 親族および医療休暇法 (FMLA) (1993 年)

被用者 50 人以上の事業において、出産・養子時や家族看病時、病気により就労不能時に、最大 12 週までの無給休暇の取得を可能とする法律。休暇中の健康保険と職場復帰が保障される。法制定以前、企業の福利厚生レベルでは、育児に関するプログラムを中心であったものが、従業員による高齢者介護の負担が問題化するのに伴い、高齢者介護に関するプログラムが増えていた。この法律でも、子どもの養育のみならず、高齢者介護を目的とする休業まで労働者に認めている²⁸。

但し、事業者規模の限定により適用者の範囲が限定されていること、拡大家族には適用不可のためエスニックマイノリティが不利といった課題もある。2003 年には、州による有給休暇のパイロットプログラムを促進するため、Family and Medical Leave Extension Act (FMLEA) が制定されたが、継続的な定着には至らない模様である。この法律のもと、カリフォルニア州は 2004 年にいち早く有給休暇を導入し、他の 26 州も何らかの有給休暇制度の導入の議論が議会で行われている。最近では、マサチューセッツ州が、新生児や家族のケアのための休暇時の給与の全額支給(最高 750 ドル/週)・最長 12 週間という、国内でもっとも寛大な休暇制度の制定を検討した。有給休暇制度では、従業員は小額(週 1.5 ~2.5 ドル)の拠出で、休暇後の雇用が保障される。これにより、離職や有給の病気休暇が減ることで、雇用主にとってはむしろ費用の儉約になるとされている。

(2) 全国家族介護者支援プログラム (NFCSP) (2000 年)

高齢アメリカ人法において初めて、州や地域高齢者福祉機関 (Area Agency on Aging) の施策対象に、高齢者だけでなく家族介護者をも含めた。インフォーマルケアがケアにおいて中心的な位置を果たすことについて、公共政策上の認知したものである。

補助金は、70 歳以上人口のシェアにもとづき算定され、各州に割り振られる。プログラムでは、全州が地域高齢者福祉機関やコミュニティサービス事業者と協働しながら、介護

²⁷ 以下の説明は、Hooyman & Kiyak (2007:401-2)を参照している。

²⁸ 「3 介護者の支援 (アメリカ合衆国)」『世界の社会福祉年鑑 2001』p.309.