

者を直接対象として、そのニーズを充足するサービスの提供を求めている。サービスに含まれるのは、以下の5つである。

- ・ 情報提供：利用可能なサービスの情報提供
- ・ アクセス支援：介護者が支援サービスへのアクセスを得るための支援
- ・ 個別カウンセリング、支援グループの組織化、介護者の訓練
- ・ レスパイト・ケア
- ・ 補足的サービス（限定的だが、介護者が提供する介護の補充）

対象者は、60歳以上の者を介護する家族介護者か、18歳以下の子の祖父母や親族介護者（孫の唯一の保育者となる祖父母や、知的障害や発達障害のある子の唯一の介護者となる祖父母も含む）、となっている。特に、社会的経済的なニーズをもつ者（特に、低所得、マイノリティの者）、知的障害や発達障害のあるものをケアする高齢者を、優先的に対象とすることが州に求められている。

施行後も、その効果はあまり大きくないとの指摘もある。要因として、予算規模が大きい、職員の意識転換が進まない、危機的状況の前段階で介護者にリーチアウトすることが困難、といった点が指摘されている²⁹。ただし、予算額は増加傾向にある（2001年度1億2500万ドル、2002年度1億4150万ドル、2003年度1億5520万ドル）³⁰。

（3）家族介護者に対する現金給付

家族介護に対する金銭保障的な施策として、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。これらは、メディケイド・ウェイバープログラムと州の独自財源を組み合わせる場合が多い。こうした施策は近年、直接的に家族介護への金銭保障自体を目的とするのではなく、主に「消費者主導ケア」（Consumer-directed care）の一環として、Cash and Counseling プログラム等の具体策を通じて行われている。

具体的に「消費者主導ケア」とは、高齢者や障害者に自己決定権限を付与する形態のケアであり、ニーズのアセスメント、サービス内容・方法、サービス提供者の採用から解雇に至る管理権限等が、高齢者・障害者自身に与えられる（但し、高齢者・障害者自身に直接現金は付与されず、また、配偶者は給付対象から除外される）。

1999～2003年には、厚生省計画評価担当次官補室（Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation：ASPE）とロバートウッドジョンソン財団が3州を対象に、モデル事業「Cash and Counseling project（金銭給付およびカウンセリングプロジェクト）」を実施した。この事業の概要は、以下の通り³¹。

- ・ 専門職のアセスメントにより在宅で家族を含む介護者を雇用・監督するのに使用でき

²⁹ Hooyman & Kiyak (2007:401-2)

³⁰ http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/caregiver/overview/overview_caregiver.asp
(12Feb,2008)

³¹ Hooyman & Kiyak (2007:741)

る一定金額の手当が決定される（月額 400～1400 ドル）。この金額は、通常のサービス事業者を利用した際の費用と同程度とされる。

- ・高齢者・障害者は手当額の範囲内で家族や友人を含めた介護者を雇用し、何に対してどのようなサービスを利用するかを決定する。
- ・州は自己決定や事務処理に関する相談者（counselor ないし consultant）を設置し、彼／彼女らが相談者を利用できる体制を整える。

モデル事業は、第2期事業が2004年から3年間実施され、第1期対象州の事業継続に加え、12州が追加され、合計15州で実施された。

メディケイド・メディケアサービス庁においても、2002年に「自立プラス事業（the 2002 Independence Plus）」を立ち上げ、そのなかに「消費者主導ケア」を位置づけて以降、メディケイドの「在宅地域サービス使途変更（Waiver）プログラム」にCash and Counselingを含めることを認め（2005年）、さらには2005年包括財政調整法において、州の正規のメディケイド事業のオプションにCash and Counselingを含めるようになった³²。

このように、公的介護の分野では、施設ケア、既存の在宅・施設サービスモデルに替わる新しいサービスモデルのひとつとして消費者主導ケアが注目され、具体的にはCash and Counselingという形態の事業が複数の州で採用・試行されている。このプログラムの家族介護者への効果については、モデル事業の評価結果によれば、現金給付を通じた家族介護への金銭的保障のみならず、介護に対する満足、介護に対する自信、人生に対する満足、健康の面でも、プラスの効果が認められている³³。このことから、Cash and Counselingという形態のプログラムの拡大は、家族介護者への間接的支援策の拡大という側面も持ち合わせている。

³² Mahoney, K.J., N.W. Fishman, P. Doty, and M.R. Squillace. The future of Cash and Counseling: the Framers' View. *Health Service Research*, 42(1), February 2007 Part II:550-566.

³³ Kemper, P., Commentary: social experimentation at its best: the Cash and Counseling Demonstration and its implications. *Health Service Research*, 42(1), February 2007 Part II:577-586.

7. 介護サービス従事者の概要（業務内容、需給状況、プロフィール）

直接的な介護に従事する代表的な職としては、身体・居宅ケア助手（Personal and Home Care Aides）、看護助手（Nursing Aides）、在宅保健助手（Home Health Aides）がある。以下では、まず、連邦労働省労働統計局が公開している「2006-07年版 職業概要ハンドブック」の職業分類（「身体・在宅ケア助手（Personal and Home Care Aides）」「看護助手、看護兵および付添人（Nursing Aides, orderlies and attendants）」「在宅保健助手（Home Health Aides）」）にもとづき、各職種の業務内容と訓練資格（教育訓練、免許・証明書、他の資格要件、昇進）について整理した上で³⁴、雇用状況や従事者のプロフィールを示す。

（1）業務と訓練資格

①身体・在宅ケア助手（Personal and Home Care Aides）

業務内容

家事支援者、介護人、同伴者、付添などとも呼ばれる。家事や日常的な身体介護のサービスを提供する。利用者宅の掃除、洗濯、ベッドリネンの交換などを行う。食事(含、特別食)の献立の計画、料理用の買い物、調理なども行う場合がある。また、起床、トイレ・入浴、衣服の着脱、整髪等の介助をしたり、受診やその他の用事への付添をしたりすることもある。身体・在宅ケア助手は、利用者に指示や心理的支援も提供する。家族や利用者に、栄養や清潔、家事等について助言する場合もあれば、単に利用者が話すのを聞くだけという場合もある。

在宅保健ケア事業者においては、正看護師（registered nurse）、物理療法士またはソーシャルワーカーが、身体・在宅ケア助手に特定の業務を割り当て、監督する。身体・在宅ケア助手は、利用者の状態や変化、実施サービスについて記録をつけ、利用者に状況変化があればスーパーバイザーないしケースマネジャーに報告する。主な協働相手は、正看護師やリハビリ担当等の保健ケア専門職である。

訓練資格など（教育訓練、免許・証明書、他の資格要件、昇進）

州により雇用の要件は異なる。雇用主が提供するOJT（on-the-job training）のみが要件とされる場合もあれば、コミュニティ・カレッジや職業訓練校、高齢者ケアプログラム、在宅保健ケア事業者などが提供する正規の研修の受講が要件とされる場合もある。

教育訓練・・・ほとんどの場合、就業中に短期間のOJTを受ける。また、健康でなくてはならず、州で義務付けている結核等の疾病検査などの健康診断が課せられる場合もある。犯罪歴や債務、運転事故歴の確認などが、雇用の際に必要となる場合もある。

³⁴ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition*, 'Personal and Home Care Aides' and 'Nursing, Psychiatric, and Home Health Aides' on the Internet at <http://www.bls.gov/oco/ocos173.htm>, and <http://www.bls.gov/oco/ocos165.htm> (visited February 20, 2008).

認証・・・全国在宅ケア・ホスピス協議会（The National Association for Home Care and Hospice：NAHC）が、全国的な認証制度を提供している。認証はNAHCが設定しており、75時間の講義受講、17つの技能コンピテンシーに関する正看護師の観察と証明、筆記試験の合格で得られる。認証は、その個人が業界の求める業務基準に達していることを自発的に示すもの、という位置づけである。

②看護助手（Nursing Aides）

業務内容

認定看護助手（certified nursing assistants: CNA）、老人看護助手、無免許介助者、看護・医療職の指導監督下で直接的介護や日常的業務を実施する病院助手、などとも言われる。多面的に利用者のケアを行うため、具体的な業務内容は多様である。食事、衣服の着脱、排便の介助はよく行う。また、利用者の支援要請への対応、マッサージの実施、配膳、ベッドメイキング、室内清掃なども実施する。利用者の体温、脈拍、呼吸状態、血圧等の測定を任される場合もある。また、起床・歩行介助、診療・検査室への付添、スキンケアの提供をする場合もある。医療機器の準備、診療手続きの補助など、他の医療職の手伝いをすることもある。また、利用者の身体的、精神的、感情的な状態を把握し、変化があれば看護医療スタッフに報告する。

看護ケア施設に雇用されている看護助手は、往々にして利用者の主介護者であり、利用者にもっとも頻繁に接触する。

訓練資格など（教育訓練、免許・証明書、他の資格要件、昇進）

高卒資格または同等の教育程度が必要とされる場合が多い。（在宅保健助手を含め、）具体的な資格要件は、州法や雇用場所等により異なる。

教育訓練・・・看護助手の訓練課程は、高校や職業技能センターで提供されており、看護ケア施設やコミュニティ・カレッジで提供されている場合もある。訓練課程が扱う範囲は、身体構造、栄養、解剖学と生理学、感染制御、コミュニケーション・スキル、施設入所者の権利である。排便や食事等の介助といった身体介護の技能も教えられる。病院が看護助手を雇用する場合、看護助手や在宅保健助手としての経験を求める場合もある。

免許・資格・・・看護ケア施設ではたらく看護助手には、連邦政府の定めた要件があり、州が認可した最低75時間の訓練の修了と、幅広い分野でのコンピテンシー・テストの合格が求められる。このプログラムの修了者は、認定看護助手（CNA）として、州の看護助手登録制度で登録される。

③在宅保健助手 (Home Health Aides)

業務内容

在宅保健助手は、保健医療施設に入所するかわりに在宅で生活をする高齢者や障害者を支援をする。看護スタッフや医療スタッフの指導のもとで、服薬管理などの保健医療関連のサービスを提供する看護助手と同様、在宅保健助手は、患者の脈拍、体温、呼吸状態などのチェックや、処方された簡単な運動の補助、さらには起着床や入浴、衣服の着脱や整容の介助も行う（身体・在宅ケア助手 Personal and home care aides は、主に家事や日常的な介護を行う）。また、ガーゼ交換やマッサージ・スキンケア、歩行補助器具や義肢の利用の介助をすることもしばしばである。経験のある在宅保健助手は、訓練を積んで、呼吸補助具などの医療装具の介助をする場合もある。

在宅保健ケア事業者においては、通常、正看護師、物理療法士またはソーシャルワーカーが、在宅保健助手に特定の業務を割り当て、監督する。在宅保健助手は、利用者の状態や変化、実施サービスについて記録をつけ、利用者に状況変化があればスーパーバイザーないしケースマネジャーに報告する。

訓練資格など（教育訓練、免許・証明書、他の資格要件、昇進）

在宅保健助手は、一般的には高卒資格が要求されない。OJT で、正看護師、准看護師 (licensed practical nurses) または経験豊富な助手から訓練を受ける。また、患者自身が、自身が好む業務のやり方を提示する場合もある。必要とされる業務を遂行できるかの確認のために、コンピテンシー評価が要求される場合もある。新規に雇用した助手に対して初任者向け教室で指示を行う雇用主もいれば、免許をもった看護師や経験のある助手によるインフォーマルな OJT に委ねる雇用主もいる。

免許・資格・・・連邦政府は、メディケアから償還を受ける事業者の元で働く在宅保健助手について、指針を定めている。連邦法では、在宅保健助手が幅広い分野でのコンピテンシー・テストに合格することを要件として定めている。在宅保健助手は、このテストの前に訓練を受ける場合もある。さらに、在宅保健助手について、全国在宅ケア・ホスピス協議会が独自の認証制度を実施している。州によっては、在宅保健助手に免許制を課しているところもある。

(2) 雇用推計

「2006-07 年版 職業概要ハンドブック」に掲載されている雇用推計・賃金は以下の通りである。2006 年から 10 年の雇用の伸びは、全職種合計では 10.4% であるのに対し、直接介護職は 35% と高い伸びを示している。中でも、地域・在宅系のサービスに携わる在宅保健助手や身体・在宅ケア助手については、約 50% 近い大幅な伸びを示している。この背景には、高齢化の進展や、病院・専門的看護施設ケアを抑制し在宅・地域ケアを推進する政策動向に伴い、地域・在宅での介護サービス需要が拡大することがある。それに加えて、

高い離職率など労働市場の特性により、直接介護職の雇用機会は非常によい (excellent) と評価されている。但し、時間当たり賃金 (2006年5月中央値) は、全職種平均が 14.61 ドルなのに対し、看護助手 10.67 ドル、在宅保健助手 9.34 ドル、身体・在宅ケア助手 8.54 ドルと、かなり低い。

図 12 直接介護職員の雇用推計、賃金

職業分類	雇用概況		収入 \$/時間 (中央値)	
	雇用数 2006年	雇用推計 2016年	2006年5月	2002年(*)
看護助手ほか (Nursing Aides, orderlies and attendants)	1,447,000	1,711,000 (+18%)	US\$10.67 111.3%	US\$9.59 100%
在宅保健助手 (Home Health Aides)	787,000	1,171,000 (+49%)	US\$9.34 107.4%	US\$8.70 100%
身体・在宅ケア助手 (Personal and home care aides)	767,000	1,156,000 (+51%)	US\$8.54 109.3%	US\$7.81 100%
直接介護職員合計 (3分類合計)	3,001,000	4,038,000 (+ 35%)	US\$9.85(**) 113.2%	US\$8.70 100%
全職種合計(***)	150,620,000	166,220,000 (+10.4%)	US\$14.61	

※Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition* より引用。但し、(*)(**)(***)については以下参照。

(*) Paraprofessional Healthcare Institute and the North Carolina Department of Health and Human Services' Office of Long Term Care (2004). *RESULTS OF THE 2003 NATIONAL SURVEY OF STATE INITIATIVES ON THE LONG-TERM CARE DIRECT-CARE WORKFORCE*, p.4.

(**) 中央値 (重み付け済) Median Hourly Wages(Dollars/hour) in
http://www.directcareclearinghouse.org/s_state_pfv.jsp?res_id=52 (21Feb, 2008)

(***) 雇用推計は、Lynn Shniper and Arlene Dohm, "Occupational employment projections to 2016," *Monthly Labor Review*, November 2007. Table 1. Employment by major occupational group, 2006 and projected 2016. 時間当たり賃金 (中央値) は、Median Hourly Wages(Dollars/hour) in
http://www.directcareclearinghouse.org/s_state_pfv.jsp?res_id=52 (21Feb, 2008).

(3) 直接介護職員のプロフィール

直接介護職員の属性や労働状況について、全国的なセンサスやサーベイを活用して検討した近年の研究論文としては、1997-1999年のデータを活用したもの(Yamada 2002)、2000年のセンサス・マイクロデータを用いたもの(Montgomery et.al. 2005)がある。以下は、直近の研究(後者)の結果を整理したものである。

図13は、介護職員の基本的な属性を示している。ナーシングホームで直接介護にあたる者(Nursing Home Aide)、在宅ケアで直接介護にあたるもの(Home Care Aide)をみると、平均年齢は在宅ケアの職員で46歳と、ナーシングホームの職員の38歳より高めである。両者とも9割以上が女性だが、結婚しているものは4割強、離別や非婚が多い。白人(ヒスパニック除く)以外の従事者が、施設で45%、在宅で5割程度である。自宅で英語以外の言語を使用する割合が在宅介護職員で4分の1以上、市民権をもつものも4分の3にとどまるなど、マイノリティが占める割合が高い。教育程度は高卒未満が施設介護で4分の1以上、在宅介護では3割以上となっている。

図14は、介護職員の労働状況(1999年時点)である。ナーシングホーム(施設介護)では通年フルタイムが半数弱だが、在宅ケアの場合は3分の2がパートか年間の部分的な雇用となっている。従事先では、営利企業がナーシングホームで4分の3以上、在宅で6割以上と、高い割合である。在宅介護の場合は自営が16.8%と一定割合いる。就労時間は、通年フルタイムで42~46時間、一時期・パートタイムでは30時間前後である。時間当たり賃金は一時期・パートのほうが高くなっているが、年間収入は就労時間数を反映して、一時期・パートでは1万ドル強にとどまり、貧困レベル未満の割合も約4分の1である。また、通年フルタイムの場合の年間収入は、施設2万ドル、在宅2万2千ドルであり、高い水準とはいえない。

図 13 直接介護職員（1999年従事者）の基本属性

	病院助手 (Hospital Aide)	ナーシングホーム助手 (Nursing Home Aide)	在宅ケア助手 (Home Care Aide)
年齢(%)			
25歳以下	16.2	21.8	8.4
35-44歳	25.5	24.2	24.4
45-54歳	19.7	17.0	22.7
55-64歳	10.9	9.6	17.7
65歳以上	3.6	3.2	9.8
平均年齢	40.5	38.0	46.2
性別 女性(%)	81.2	91.3	91.8
人種(%)			
白人	48.4	55.6	50.3
アフリカ系	33.0	30.4	26.4
ヒスパニック	10.7	7.8	15.9
その他	7.9	6.2	7.5
自宅使用言語(%)			
英語のみ	80.5	84.6	74.5
その他	19.5	15.4	25.5
市民権(%)			
市民（現地生）	81.5	85.5	75.1
非 U.S.市民	7.7	7.2	12.5
婚姻(%)			
結婚	46.2	42.7	44.2
未亡人	4.5	4.4	9.6
離別	19.3	20.7	24.6
非婚	30.1	32.0	21.6

	病院助手 (Hospital Aide)	ナーシングホーム助手 (Nursing Home Aide)	在宅ケア助手 (Home Care Aide)
教育(%)			
高卒未満	17.6	26.3	30.9
高卒	35.4	41.3	34.7
カレッジ入学	38.7	28.6	27.8
それ以上	8.3	3.8	6.6

※Rhonda J.V. Montgomery et. al. (2005) . A profile of home care workers from the 2000 census: How it changes what we know, *The Gerontologist*, 45, 593-600. Table2. より編集。

図 14 直接介護職員 (1999 年従事者) の雇用状況

	合計			通年フルタイム			一時期・パート		
	病院 助手	ナーシ ングホ ーム助 手	在宅ケ ア助手	病院 助手	ナーシ ングホ ーム助 手	在宅 ケア 助手	病院 助手	ナーシ ングホ ーム助 手	在宅 ケア 助手
雇用形態(%)									
通年フルタイム	52.4	48.3	34.3						
一時期・パート	47.6	51.7	65.7						
従事先(%)									
営利企業	63.4	76.9	61.7						
非営利企業	19.0	13.4	8.2						
行政機関	17.4	9.3	12.4						
自営	0.0	0.3	16.8						
不払家内従事者	0.1	0.1	0.9						
就労時間 (時間)									
年平均	44.0	42.5	40.7	51.8	51.8	51.8	35.3	33.7	34.9
週平均	37.0	37.2	37.0	41.8	42.0	46.0	31.8	32.6	29.0
収入 (平均)									
時間当り(\$)	14.44	11.46	13.38	11.79	9.50	9.51	17.36	13.29	15.39
年間(\$)	19,922	15,751	14,369	25,294	20,430	22,002	14,007	11,380	10,803
貧困レベル未満	11.4	16.4	19.3	3.5	6.8	8.7	19.9	25.3	24.9

※Rhonda J.V. Montgomery et. al. (2005) Table3.より編集。

8. 介護サービス従事者の確保育成策

(1) 連邦レベルでの政策的関心

前節で指摘したように、直接介護職への雇用機会は非常に良好ではあるが、その背景には、介護サービスニーズの増加のみならず、離職率の高いことがある。介護ニーズが増大する一方の状況で、離職率の高さ等により十分なサービスが供給できない状況は、「ケアギャップ」として問題視されていた。

特に 2000 年以降、直接介護職員の不足という問題への政策的関心は、連邦政府内で高まってきており、介護労働力に焦点をあてた報告書が提出されたり、対策のための補助金が大規模に措置されたりしてきている。また、多くの州でも、1990 年代末以降、介護人材の不足を深刻な問題として認識している。

2000 年以降に出された介護労働力に関する連邦政府レベルの主な報告書としては、以下がある³⁵。

①2001 年 5 月 会計検査院「会計検査院証言－看護労働力：看護師・看護助手の確保定着への関心の高まり」(*GAO testimony: Nursing workforce: Recruitment and retention of nurses and nurse aides is a growing concern. Scanlon, William J. May 2001. General Accounting Office.*)・・・会計検査院(GAO)が議会への証言として提出した報告書。現状や今後の看護・介護職員配置問題に関して包括的に分析している。報告書には、看護・介護労働力の不足分の算定、属性データ、労働に及ぼす重要な要因(賃金・労働条件・人口構造の変化)の分析、人材不足を訴える州の戦略といった資料が含まれている。

②2003 年 5 月 厚生省および労働省「ベビーブーム世代の高齢化に伴う介護従事者の将来的供給」(*The future supply of long-term care workers in relation to the aging baby boom generation. Department of Health and Human Services and Department of Labor. May 2003.*)・・・報告書によれば、ベビーブーム世代の高齢化に伴う介護ニーズを満たすには、2050 年までに 570 万～650 万人の介護に従事する看護師、看護助手、在宅保健助手、身体介護職が必要とされている。多様な介護場面において質の高い直接介護職員を確保するための、連邦レベルでの広汎な諸施策のリストが掲載されている。ワーカーの確保定着に関しては、1. 新たな層からのワーカー確保、2. 効果的な初期および継続的教育訓練の実施、3. 労働時間、事務作業、敬意、安全という観点からの業務条件の改善、4. 報酬、給付、昇進機会の改善、という 4 つの課題が示されている。

③2004 年 2 月 厚生省、医療資源事業庁 (*Health Resources and Services Administration: HRSA*) 医療専門職局「看護助手、在宅保健助手および関連保健医療職種－全国および地方における労働力の不足と関連データの必要性」(*Nursing aides, home*

³⁵ 報告書の概要については、以下のサイトの掲載内容を参考にした。
http://www.directcareclearinghouse.org/s_state_det5.jsp?res_id=52&action=null
(22Feb,2008)

health aides, and related health care occupations: National and local workforce shortages and associated data needs. National Center for Health Workforce Analyses, Bureau of Health Professions, Health Resources and Services Administration (HRSA). February 2004.

Department of Health and Human Services.) . . . 直接ケアワーカーの不足拡大についての報告書。認定看護助手 (certified nursing assistants : CNAs) や在宅保健助手に対する需要が記録的に伸びている一方で、その供給が減少していることを指摘している。不足改善の兆しがなく、「確保・募集 (recruitment) 」ではなく「定着 (retention) 」の問題であり、低報酬、専門職としての向上機会の少なさ、その他の要因にもとづく高い離職率が問題であることを指摘している。さらに、人材不足の構図を正確に捉えることの困難を、既存のデータ入手源におけるデータ制約の問題 (項目の不在、定義のばらつき、大雑把すぎる分類項目など) と関わらせて指摘している。

④2006年12月 厚生省監査局「メディケイド適用の身体介護従事者に対する州の要件」 (*States' requirements for Medicaid-funded personal care service attendants.* Pattison, Brian T., et al., December 2006, Office of Inspector General, Department of Health and Human Services.) . . . 身体介護従事者に対して州が課している要件と、州の監督方針について検討した報告書。身体介護従事者の要件が全国で301個、内容も非常に多様であることが明らかにされた。最も共通的な要件として、素性調査 (background checks)、訓練、年齢、指導 (supervision)、健康状態、教育の6つが指摘されている。しかし、各事項について、州ごとに要件の内容が異なっている。また、見直し (review) の頻度と範囲も多様である。報告書では、要件をモニタリングしやすくして質保証の向上を図るという点から、要件の標準化の必要性に言及している。

これらの報告書をみると、連邦および州政府の政策レベルにおける基本的な問題認識が「人材不足」であることを反映し、政策課題の中心は「人材の確保定着」に置かれている。「育成」については、「ケアの質保証」という文脈で論じられるほか、「確保定着」を実現する手段としての有効性という観点から言及されることも多く、「確保定着」と「育成」は、独立した課題として明確に区分されてはいないようである。

(2) 介護職・介護労働力の確保定着に向けた政府の取り組み

上記報告にみられる政策認識のもと、介護職・介護労働力の確保定着に向けた全国的な広がりをもつ取り組みが、連邦行政、大統領府により行われつつある。また、政府・財団等からの大規模な補助金が、「介護労働問題」の研究や取り組みに対して流れるようになり、そうした資金にもとづく研究プロジェクト (実践をまきこんだモデル事業や研究・情報センターの運営など) も、進められている。以下では、連邦政府レベルの取り組みの概要を示し、次節 (3) で、それ以外の民間財団等のレベルでの全国的な取り組みの概要を示す

厚生省メディケア・メディケイドサービス庁 (CMS)

①「真の選択にむけたシステム改革」補助金 (Real Choice Systems Change (RCSC)

Grant)・・・介護システム向上のために寄与している州および州の団体、計 20 箇所に補助金を交付。受領団体は、直接ケア職員の確保定着 (recruitment and retention) の改善にむけた取り組みを、少なくともひとつは行っている。補助金にもとづき直接介護労働力の向上のための取り組みを行っている州は、アラスカ州、アーカンソー州、ジョージア州、ケンタッキー州、メイン州、メリーランド州、モンタナ州、ネバダ州、ニューハンプシャー州、ニュージャージー州、オレゴン州、ヴァーモント州。

②2006 年 全国直接サービス労働人材センター (National Direct Service Workforce

Resource Center) の設置・・・一層拡大する直接介護従事者不足への対応として、直接介護人材の確保定着の改善にむけた試みを支援するために CMS が設置した。直接介護サービス労働力・人材に関する情報とリソースを提供している。

厚生省計画評価担当次官補室

(Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation : ASPE)

ASPE が補助金交付している直接介護労働力の向上に関する取り組みは以下の通り。

- ①全国看護助手調査 National Nursing Assistant Survey・・・ナーシングホームの看護助手のキャリアに人々を引き込む要因、業務満足・定着意欲を引き出す要因を探るために、2004 年全国ナーシングホーム調査において、付属調査として初めて認定看護助手 (Certified Nursing Assistants) 調査を実施し、賃金、労働条件、職場の認識、仕事の責任、スーパービジョンの役割等を調べる。
- ②在宅保健助手調査の設計 Home Health Aide Survey Design・・・在宅ケア助手労働力の規模と特徴に関するデータ収集の調査とデザインを発展させることを目的とする。在宅保健助手調査のデザインは、全国ナーシングホーム調査の付属調査であるとして認定看護助手調査を当てはめたものである。
- ③在宅保健助手のパートナーシップ評価 Home Health Aide Partnership Evaluation・・・サービス事業者「the Visiting Service of New York」が実施した、「在宅保健助手との協働」プロジェクトの事業評価プロジェクトでは、ケアチームの一員としての在宅保健助手の役割を高める試みが行われ、結果として、ニーズにより効果

³⁶ 以下の取り組み概要は、カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校をベースに開設された PAS(Center for Personal Assistance Services) のウェブサイト <http://www.pascenter.org> 内で参照した。

http://www.pascenter.org/frames/pas_frame.php?site=http%3A%2F%2Fwww.directcareclearinghouse.org%2Findex.jsp (22Feb,2008)

的にマッチングした患者サービス、患者のセルフケア・マネジメントの向上、ケアの継続性、在宅看護助手と患者やスタッフの満足度の向上が得られた。評価事業では、在宅看護助手の協働が、患者のアウトカムや従業員文化、組織文化に及ぼした影響を測定する。

④現場スーパーバイザー調査 **Frontline Supervisor Survey**・・・現場のスーパーバイザー調査の目的は、労働力開発の試みに参加する現場スーパーバイザーの経験や視点について、政策担当者の理解を促すことにある。約130のナーシングホーム、介助付住宅施設、在宅保健事業者、成人向け通所事業者を対象に、スーパーバイザー調査が実施される。これは、*the Better Jobs, Better Care* モデル事業の一環である。

⑤TANF 受給者の介護従事者としての適合性 **Suitability of TANF Recipients as Long-Term Care Workers**・・・抽出した州での調査データおよび事例の分析により、介護分野の潜在労働力としての TANF 受給者の特性と技能、TANF 受給者を介護分野の雇用と結びつけようとした事業から得られた教訓、受給者が介護分野の業務につながるのを促進または阻害するような労働力開発システムや *welfare-to-work* 政策実践のあり方に関して検討される。

⑥直接介護従事者の確保定着に関する全国シンポジウムの開催 **Follow-up Activities: The National Symposium on the Recruitment & Retention of Direct Care Workers**・・・2004年の春に開催。シンポジウムの意図は以下の通り。1. これまでに得られた教訓の政策担当者等との共有、2. シンポジウム後の成功例やギャップ把握のための会議招集の地固め、3. 革新的なパートナーシップ活動の提示、4. 直接介護労働力の向上にむけた州や地域での取り組みを通じて得られる、民間セクターが利用可能なりソースの提示、5. 質の高い介護労働力の確保に関する政策寄与的な研究やモデル事業の機会の提示。

大統領の提唱にもとづく取り組み

①直接サービスの地域労働力向上のモデル事業 **the Demonstration to Improve the Direct Service Community Workforce**・・・ブッシュ大統領の大統領令(13217)として、2001年に出示された「新たな自由への取り組み *New Freedom Initiative*」一障害や長期疾患のある全ての人々がコミュニティで暮らす上での障害(*barriers*)を取り除くための取り組みの一環として実施されたもの。2003年度は、計600万ドルに及ぶ補助金(140万ドル3箇所、68万ドル2箇所)が、直接介護労働力の確保・定着のための戦略を検証するプログラム、対象を絞った人材募集プログラム、ウェブ登録制度等などにあてられた³⁷。2004年度には、今後3年間の試行期間に、補助金受領者が直接介護

³⁷ それぞれ140万ドルの補助金交付先は、ニューメキシコ州医療部、メイン州知事医療政策財政室、ノースカロライナ州サービス事業者 *Pathways for the Future*、の3者である。68万

職員に健康保険を提供するとして、州ないし関係機関・事業者の3者に140万ドルずつの補助金が交付された³⁸。また、教材、サービス従事者の研修、助言プログラム（mentorship programs）等の開発として、2者にそれぞれ68万ドルの補助金が交付された。

②大統領の高成長職業訓練のとりくみ The President's High Growth Job Training

Initiative・・・12の産業分野において、公的な労働力システム、事業・産業、教育訓練機関のパートナーシップの発展と経済発展を目指すもの。国民が良い職業につくために必要なコンピテンシー獲得へのアクセスを最大限に広げることを通じ、労働力問題への処方箋を協働で作り出すことが目指されている。労働省の雇用訓練庁

（Employment & Training Administration ; ETA）の管轄である。ヘルスケアも該当産業とされ、計2400万ドル以上の補助金が支出された。非営利の研究機関 the Paraprofessional Healthcare Institute（「専門補助ヘルスケア研究所」）が100万ドル近い補助金を受け、直接介護職員の確保定着に関連する多層的な労働問題に焦点をあてた事業を実施している。研究所の取り組みとしては、1. 人材募集・実務研修キャリア向上モデルの開発、2. 現場スーパーバイザーのためのコーチング法の開発、3. 問題解決型研修カリキュラムの開発、4. 効果的な専門補助労働力の向上にむけたガイドブック、カリキュラム、教育マニュアルの公刊、5. 全国的な変革をもたらすような「信頼にもとづく医療システム」との戦略的な関連付け、などである。

（3）民間部門での取り組み～財団補助金等にもとづく取り組み

介護労働力に関する研究や取り組みに対しては、近年、民間の財団からも多額の助成金・補助金が支出されている。

- ①「よりよい仕事、よりよいケア」プロジェクト **Better Jobs Better Care**³⁹・・・アトランティック・フィランソロピーとロバートウッドジョンソン財団からの補助金による、4年間で1550万ドルの研究・モデル事業のプロジェクトである。目的は、直接介護職員の高い欠員率・離職率を引き下げるための変革を介護の政策と実践にもたし、介護労働の質向上に貢献することである。補助金によるモデル事業先として5つの州ベースの連合体（行政・事業者等）が選ばれている⁴⁰。

ルの補助金交付先は、デラウェア大学、the Volunteers of America, Inc（全国規模の地域対人サービスを提供する非営利組織）。

³⁸ 140万ドルの補助金交付先は、バージニア州医療補助サービス部、ワシントン州の機関である「在宅ケアの質認証機関」、インディアナ州の非営利サービス事業者Bridges, Inc.である。68万ドルの補助金交付先は、アーカンソー州福祉部、ケンタッキー州のサービス事業者Seven Counties Services, Inc.である。

³⁹ プロジェクトのウェブサイトは、www.bjbc.org である。

⁴⁰ アイオワ州、ノースカロライナ州、ペンシルバニア州、オレゴン州、ヴァーモント州

- ② 営利ナーシングホームにおける文化変革の評価事業 **Evaluation of Culture Change in For-Profit Nursing Homes: Business Innovation at Beverly Enterprises** … ナーシングホーム産業において「文化変革」という呼び名で知られる 10 年にわたる草の根の運動は、ナーシングホームのあり方を根本的にかえつつある。コモンウェルス財団の補助金による評価事業では、合衆国最大の営利チェーン Beverly Enterprises により運営されているナーシングホームで実施された、文化変革の新たな取り組みに焦点をあてている。文化変革による変化を把握し、ユニット、施設、事業体レベルでの改善の促進/阻害要因を明らかにする。質的な変革が企業の事業利益も促進するという証拠を通じて、ナーシングホームの 3 分の 2 を占める営利施設への絶大な波及効果が見込まれることが期待されている。
- ③ 労働組合 SEIU 健康保険プロジェクト **SEIU Home Care Workers Health Insurance Project**⁴¹ … The Service Employees International Union (SEIU) サービス従事者国際労働組合は、低賃金・パートタイム、中高年女性を中心となる直接ケア職員の健康保険加入に関して、優れた実績を積み重ねてきた。ロバートウッドジョンソン財団の補助金をうけ、SEIU はこれまでの取り組みを分析し、在宅ケア労働における高い無保険者の割合を引き下げるための、労働組合や他組織の取り組みモデルの開発を手がけている。
- ④ 介助サービスセンターの設立 **The Center for Personal Assistance Services**⁴² … カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校をベースに開設されたセンター。以下のようなテーマで、介助サービス (personal assistance services) に関する研究、訓練、情報共有、技術支援を行っている。1. フォーマルおよびインフォーマルな介助、介護者支援、介助技術 (assistive technology) の相互関連、2. 在宅・地域における介助サービスに関する政策、プログラム、阻害要因、新たなモデル、3. 介助サービス労働の開発、確保・定着、給付、4. フォーマルおよびインフォーマルな介助サービスの職場 (労働環境) モデル。

41 ウェブサイトは www.seiu.org

42 ウェブサイトは www.pascenter.org

(4) 全国レベルでの研究調査報告書

介護職・介護者の確保育成をはじめとする州の介護労働力関連施策の全国的動向について、近年では複数の調査が実施されてきている⁴³。概要は以下の通り。

①2005年『直接介護労働力に関する州の取り組みに関する2005年全国調査結果』*Results of the 2005 National Survey of State Initiatives on the Long-term Care Direct-care*

Workforce. by The National Clearinghouse on the Direct Care Workforce and The Direct Care Workers Association of North Carolina, September 2005. . . . 介護労働力の確保育成に対する州政府ごとの取り組み状況は、ノースカロライナ州保健対人サービス部と研究機関が、1999年より定期的に全国調査を行い報告書を刊行している⁴⁴。最新の2005年調査は、ノースカロライナ州直接介護従事者協会と研究機関との共同実施となっている(回答38/50州76%⁴⁵)。調査で、直接介護職員の不足(vacancy)が深刻な労働力問題であると回答した州は、29(全回答州の4分の3)であった。

②2006年AARP Public Policy Institute報告書『良質なケアのための支払い：直接介護従事者への賃金・給付改善にむけた州レベルおよびローカルな戦略』*Paying for quality care: State and local strategies for improving wages and benefits for personal care*

assistants. by Seavey, Dorie and Vera Salter メディケイド適用の介護サービスを提供する直接介護従事者への賃金・給付改善にむけた州・地域の取り組みとしてメジャーな7つの取り組みについて紹介し、その長所、短所を分析している。7つの取り組みとは、「wage pass-through制度(直接介護職員という特定グループに限定した、議会承認による特別支出の制度化⁴⁶)」、「事業者の業績目標とリンクした償還率の引き上げ」「償還レートの更新(updated reimbursement rates)」、「州のメディケイド機関との法定闘争」、「集団交渉」、「生活賃金の法令化(ordinances)と最低賃金引き上げ」、「健康保険適用の取り組み」。

⁴³ 以下のURLを参照(フルテキストも閲覧可能)。

http://www.pascenter.org/frames/pas_frame.php?site=http%3A%2F%2Fwww.directcareclearinghouse.org%2Findex.jsp (22Feb,2008)

⁴⁴ 以前の調査を含め、以下のサイトで閲覧できる。 www.directcareclearinghouse.org.

⁴⁵ 1999年の調査以降の回収率は、1999年42/48州88%、2002年37/43州86%、2003年35/44州79.5%である。*Results of the 2003 National Survey of State Initiatives on the Long-term Care Direct-care Workforce.* by the Paraprofessional Healthcare Institute and the North Carolina Department of Health and Human Services' Office of Long Term Care, March 2004, p.5.

⁴⁶ 同報告書内の定義より。Seavey, Dorie and Vera Salter(2006).*Paying for quality care: State and local strategies for improving wages and benefits for personal care assistants*, AARP Public Policy Institute, p.5.

9. まとめと考察

これまでの内容を整理する。

- ① アメリカには公的で一元的な介護保障制度は存在しない。公的制度としては、医療保険制度メディケアと医療・介護扶助メディケイドがあるが、費用・サービスの供給に関する公的制度の役割は残余的であり、インフォーマル資源・家族資源への依存度が高く、個人および家族の介護の負担が非常に重い。他方で、市場を通じた個人の自助努力による問題解決に対しては、一定の公的支援が進められつつある（民間市場のサービス・保険購入への税控除など）。但し、公的な介護関連費用も増加を続けており、政策としては積極的な介護保障よりもむしろ施設・在宅の両面で費用の抑制・効率を重視した政策が志向されている。
- ② 介護事業で、メディケイド・メディケアの償還を受けるためには、連邦の法や規制の要件に合致し事業者指定を受けること、また、各州での事業実施にあたっては、州法及び州規則の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。しかし、州により、メディケイド・メディケアがカバーするサービスの内容も、許可要件・従事者要件の内容も多様である。
- ③ 家族介護支援としては、親族および医療休暇法（FMLA）（1993年）と全国家族介護者支援プログラム（NFCSP）（2000年）が二本柱となっている。介護者のうち、就労しているものの割合が多いなか、前者は雇用と結びついた休暇（所得保障）制度だが、適用者の範囲の限定性が課題となっている。後者は、高齢アメリカ人法において初めて、施策直接的な対象として家族介護者を含めた点で、インフォーマルケアの公共政策上の認知として意義がある。但し、予算規模や運営上の課題により、その効果は限定的である。また、メディケイドでは、介護提供者である親族への手当が認められているが、近年では直接的な家族介護への金銭保障が目的というよりも、「消費者主導ケア」理念にもとづくプログラム（Cash and Counseling等）の一部として具体化されている。
- ④ 介護サービス従事者に関して、施設サービスでは、ナーシングホームについては連邦の最低基準がある。最低配置水準は、看護長と看護師についてのみ設定されており、看護助手についてはなく、州が独自に定めている場合も多い。直接介護職員（看護助手）は、連邦規則による75時間の研修とコンピテンシー・テストが要件として課され、認定看護助手として州に登録される。在宅サービスでは、訪問リハビリや訪問看護などの専門的看護の従事者については、免許・登録制度がある。しかし、在宅保健助手については、メディケアからの償還をうける要件として連邦政府のガイドラインによるコンピテンシー・テストがあり、民間団体による認定制度もある

が、登録は必須ではない(但し、州によっては免許制度を取り入れたところもある)。また、身体介護・家事援助サービス従事者については、連邦レベルでの要件はなく、研修を要件とする州、要件のない州と多様である(民間団体レベルでは、75時間研修とコンピテンシー・テストからなる認証制度がある)。

- ⑤ 介護職への雇用機会は非常に良好ではあるが、その背景には、介護サービスニーズの増加のみならず、離職率の高さがある。介護ニーズが増大する一方のなか、離職率の高さ等により十分なサービスが供給できない状況は、「ケアギャップ」として問題視されていた。特に2000年以降、直接介護職員の不足という問題への政策的関心は、連邦政府内で高まってきており、介護労働力に焦点をあてた報告書が提出されたり、対策のための補助金が大規模に措置されたりしてきている。ワーカーの確保定着に関する政策課題として政府が指摘しているのは、1. 新たな層からのワーカー確保、2. 効果的な初期および継続的教育訓練の実施、3. 労働時間、事務作業、敬意、安全という観点からの業務条件の改善、4. 報酬、給付、昇進機会の改善、といったものである。
- ⑥ 2000年以降、介護職・介護労働力の確保定着に向けた取り組みが、連邦行政、大統領府、その他財団や事業者団体・労働団体等により行われている。また、政府・財団等からの大規模な補助金が、「介護労働問題」の研究や取り組みに対して流れるようになり、そうした資金にもとづく研究プロジェクト(実践をまきこんだモデル事業や研究・情報センターの運営など)も進められている。

以上にもとづき、アメリカ合衆国の介護供給バランスの特徴、介護者の確保育成策を、主に親族介護者(インフォーマルな介護者)への支援、サービス従事者の確保育成という二つの側面から考察する。

アメリカ合衆国における公的な介護制度は、対象者の選別性や一元的な制度の不在、ニーズのカバーされる範囲・程度がかなり限定的であるという点で、「公的介護制度が残余的」な類型といえる。その結果、インフォーマル資源・家族資源への依存度が高く、家族の介護負担は非常に重くなっている。他方で、市場を通じた自助努力での問題解決に対する公的支援が一定程度進められており(民間市場のサービス・保険購入への税控除など)、介護ニーズの充足においても「市場型」への志向がうかがえる。

介護ニーズの充足において公的部門の果たす役割は残余的とはいえ、費用に占める公的部門の割合が高く、公的財源からの費用補助・償還を伴った介護サービスは成長を続けており、サービス事業者に対する公的部門の影響力は小さくない。こうしたサービスについて、政府は、費用抑制・効率という視点を重視しつつ、施設ケアから地域・在宅ケアへのシフト、新たなケアモデルの開発などを進めている。新しいモデルのひとつ「消費者主導モデル」では、Cash and counseling という、親族も含めた介護者への手当制度が導入普及

され始めている。Cash and counseling プログラムの効果として、家族介護者への間接的支援という側面も見逃せず、こうした新たなモデルについても、介護者の確保育成という側面からの意義・課題を掘り下げる必要があるだろう。

介護従事者の確保育成については、連邦および州政府の政策レベルにおける基本的な問題認識が人材不足であることを反映し、政策課題の中心は「人材の確保定着」に置かれており、「確保定着」と「育成」は独立した課題として明確に区分されていないようである。

介護者の確保育成への政府の取り組みで、サービス従事者に関しては、事業者の指定・認可や費用償還の要件設定等の規制的役割を通じて実施できる余地も大きい。ただし、こうした規制は、連邦レベルで設定されたものが統一的に適用されているわけではなく、州の裁量による追加的な規制も多種多量である。介護者の確保育成の、どのような事項について、どのような手段で、連邦政府（中央政府）が影響力を行使しようとするのか、州との協働関係を構築していくのか、それによりどのような成果／課題が見込まれるのか、地方分権を進めようとしている日本との比較においても、検討を深めるべき課題といえる。

介護者の確保育成に関する公的部門内での役割分担（中央政府－地方政府の関係）に加え、公的部門と民間部門とのパートナーシップに関して、興味深い点が多い。政府のみならず、民間財団からの大規模補助金を活用した各種モデル事業や評価研究プロジェクトの実施は、民間非営利セクターの財政面での強さや、公私のパートナーシップの重視を反映している。また、民間営利事業者が多いなか、介護者の確保育成策においても、民間事業者との役割分担・協働をどのように設定するか、民間事業者に対してどのような実効的な施策を組み立てるか、ということ踏まえた評価事業などが実施されている点は、営利事業者の多い日本にも示唆的な点である。

10. おわりに

今年度の研究から、アメリカ合衆国は、「公的介護は残余的」である一方で、介護サービス費用に占める公的部門の割合が比較的高く、介護サービス事業に公的部門が及ぼす影響力は比較的大きいこともうかがえた。また、介護サービス制度の体系や介護者の状況および確保育成策の動向の整理を通じ、興味深い論点として、新たなケアモデルの展開（「消費者主導」モデルとしての cash and counseling など）と介護者の確保育成との関連、介護者の確保育成に関する連邦政府と地方政府（州など）との協働・役割分担、行政と民間部門や事業者との協働・役割分担、などが浮かび上がってきた。

今後の研究課題としては、こうした論点について先進事例の検討を通じた考察を行いたい。その上で、アメリカ合衆国の介護確保育成策と介護供給の特徴を、一般的な福祉国家類型におけるアメリカの位置との対応関係に留意しながら考察し、我が国及びドイツ、フィンランド、イタリアの事例と比較した際の、アメリカ合衆国の特徴を明確にする。その上で、アメリカの事例が日本に示唆する点を整理したい。

第5章 国際比較の理論枠組みと調査項目の策定

齋藤 暁子

1. はじめに

本研究では、福祉レジーム論に基づいた介護供給の類型から代表的な4カ国を選出し、各事例国における介護サービスの状況や、介護者の位置づけ、確保育成策の現状を明らかにすることで、供給類型ごとのメリット・デメリットがわかるだけでなく、供給類型にまたがる形で展開されている日本型福祉における介護者の確保育成策への提言への示唆がえられると考えている。本章では、研究の目的に即して各国の介護者の概況を把握し、横断的な介護者の確保育成策の国際比較を行うための具体的な調査項目を設定する。

まず、福祉レジーム論に基づく介護供給の類型をもとに本研究の対象国を選定する。次に、ケアワークの国際比較に関する先行研究のレビューから、供給主体別の介護者の確保育成状況に関するこれまでの知見を整理する。最後に、先行研究をふまえて、日本の介護者の状況と課題から、各事例国での国際比較の項目を策定する。

2. 国際比較の対象国の選定

これまで、福祉国家の国際比較では、エスピン・アンデルセン (Andersen 1990=2001 岡沢・宮本訳) の福祉レジーム論の類型が用いられてきた。エスピン・アンデルセンは、福祉国家システムを、脱商品化¹、階層化という二つの指標から、スウェーデンを代表とする北欧型の社会民主主義モデル、ドイツにみられる保守主義モデル、アメリカなどにみられる自由主義モデルの三つに区分した。こうしたモデルは、市場と国家の関係で福祉システムがどのように機能しているのかを比較するのに非常に有用であったが、家族（とくに女性）の不払い労働としてのインフォーマルケアについてのジェンダー視点に基づいた分析が十分でない点 (Sainsbury 1994) や、類型に属さない国家についてどう分析するのかという点が批判された。これらの批判をうけて、「脱家族化」²を指標としていれることで、福祉国家のシステムが、国家（政府）、市場、家族という主要な三つのアクターから構築されていることをさらに明確にし、スペイン・イタリアなどの非常に強い家族主義のみられる国を対象とした家族主義レジーム（南欧型）が登場した (Andersen 1999=2000 渡辺・渡辺訳)。

以上の論点を踏まえて本研究では、各類型に対応する4カ国を事例国として選定した(表1参照)。社会民主主義で北欧型は、近年家族への支援策にも積極的に取り組み、公・私ともに大きな動きがみられるフィンランドを選択した。保守主義型では、日本の介護保険制

¹ 脱商品化とは、「社会政策の効果として、個人（と家族）が市場に依存することなく所得を確保し消費できる」(Andersen 1990=2001 岡沢・宮本訳、iv) 程度を指す。

² 脱家族化とは、「社会政策が女性を自立的に「商品化」し、独自の家計を形成することができる」(Andersen 1999=2000 渡辺・渡辺訳、51) 程度であり、福祉国家や市場からの給付によって、家族の福祉やケアに関する責任が緩和される割合を指す。