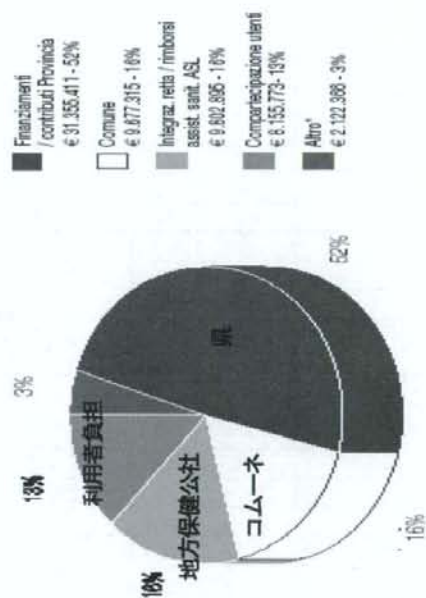
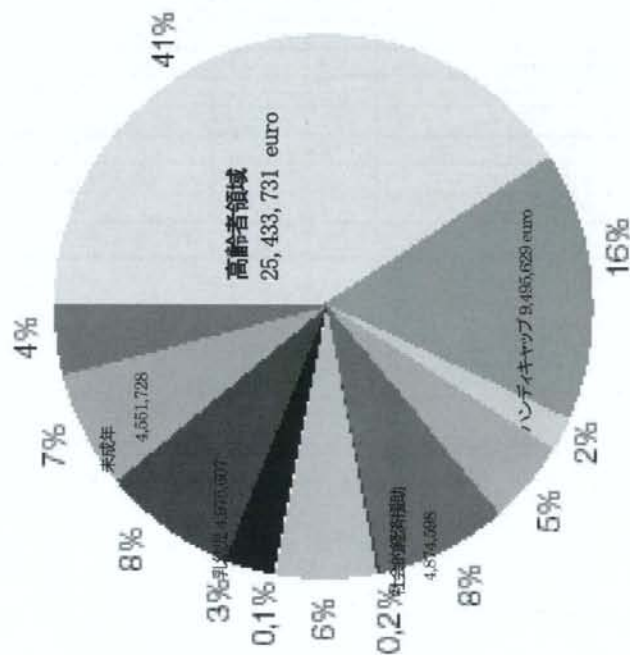


高齢者領域全体の直接経費 = 入所型施設(介護ホーム、入院(療養)領域 + それ以外の領域

25,433,731euro = 20,258,935 euro + 5,174,796 euro



1 イタリア北部、トレンティーノ=アールト=アディジェ自治州の属する。同自治州は面積13606km²、人口962,464(2004)、389のコミュニティーがあり、人口の73%がイタリア語、26.28%がドイツ語、0.71%がラテン語を用いている。

2 Istituto provinciale di statistica (ASTAT), *Manuale demografico della provincia di Bolzano 2006*, 2006, p.18.

3 Istituto provinciale di statistica (ASTAT), *Manuale demografico della provincia di Bolzano 2006*, 2006, p.16.

4 外務省ホームページ (<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/italy/data.html>)

5 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.123.

6 Istituto provinciale di statistica (ASTAT), *Manuale demografico della provincia di Bolzano 2006*, 2006, pp.32-33.

7 Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), *LA TUTELA DEI RISCHI DI NON AUTOSUFFICIENZA FISICA NELLE PERSONE DI ETÀ AVANZATA*, 2002, p.7.

8 Istituto provinciale di statistica (ASTAT), *Manuale demografico della provincia di Bolzano 2006*, 2006, p.26.

9 Istituto provinciale di statistica (ASTAT), *Manuale demografico della provincia di Bolzano 2006*, 2006, p.24.

10 Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, *LA TUTELA DEI RISCHI DI NON AUTOSUFFICIENZA FISICA NELLE PERSONE DI ETÀ AVANZATA*, 2002, pp.8-9.

11 Fondazione Cessar, *Long term care in Italia*, pp.21-8. http://www.fondazionecessar.it/publicatbx_usersguidel/ITC.pdf; Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Ispettorato Generale per la Spesa Sociale, *LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO - AGGIORNAMENTO 2006*, pp.82-3.

12 Provincia Autonoma di Bolzano, *Interventi per la non autosufficienza*, 2008, p.15.

13 Istat, *Rapporto Annuale 2005/2006*, (http://www.istat.it/dati/catalogo/200606524_00tavole/850.xls).

14 外務省ホームページ (<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/italy/data.html>)

15 内閣府ホームページ (<http://www.mofa.go.jp/ohou/syuzai/siryou/238.htm>)

16 税理厚生他業「世界の福祉年間2006」旬報社、2006、p.534

17 Istat, *Reddito e condizioni di vita nel 2003*, 2007. (http://www.istat.it/dati/dataset/20070719_01/).

18 Cfr. 宮崎理枝「福祉改革法(2000年11月8日法律328号)とイタリア高齢者福祉サービスの可能性と問題点」『社会福祉研究』2002年

19 「家族は、子供の誕生、失業、疾病等、ライフサイクルにおける重要な変化や、(援助を必要とするような)重大な出来事の時、保護システムとして機能することで、強力な社会的緩衝(una potente ammortizzatore sociale)として存在してきたし、これからも続ける」であり、さら「膨大な個人の集まりではなく、ネットワークが、リスク時の援助手段を共通に管理するための基盤となる(種(Innogo)なのである。すなわち家族の役割は、福祉において中心的存在(Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Libro Bianco sul Welfare proposto per una società dinamica e solidale*, Roma, 2003, p.14); 宮崎理枝「動

向-イタリアの福祉白書2003年」『海外社会保険研究』第146号、73-79頁、2004年

20 動向-イタリアの福祉白書2003年『海外社会保険研究』第146号、73-79頁、2004年

21 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.134.

22 宮崎理枝「福祉改革法(2000年11月8日法律328号)とイタリア高齢者福祉サービスの可能性と問題点」『社会福祉研究』2002年

23 Cfr. 宮崎理枝「福祉改革法(2000年11月8日法律328号)とイタリア高齢者福祉サービスの可能性と問題点」『社会福祉研究』2002年

24 Cfr. R. Magagnoli, *I servizi socio-assistenziali*, curvca, 2001.

25 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *op. cit.*, 2006, p.59.

26 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.194.

27 ボルツァーノ自治体ホームページより

28 CNEL, *op.cit.*, pp.10-14.

29 Ripartizione Politiche Sociali, *Statistiche Sociali 2006*, 2006, p.40.

30 CNEL, *op.cit.*, p.15.

31 Provincia Autonoma di Bolzano, *Interventi per la non autosufficienza*, 2008, p.9.

32 *Ibid.*, p.17.

33 エミリア=ロマーニャ州ホームページより参照可能

(http://www.emiliaromagnasociale.it/vern/emiliaromagnasociale/home/autonomia/sociali/demenze/opuscoli_multilingue.htm)

34 県立社会的専門職業学校(PB) (Scuola provinciale per le professioni sociali) ホームページ (<http://www.sociale-einmucchi.fpbz.it/it/default.htm>)

35 *Ibid.*

36 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.17.

37 Ripartizione Politiche Sociali, *Statistiche Sociali 2006*, 2006, p.81.

38 Provincia Autonoma di Bolzano, *Formazione continua 2008 primavera*, 2008, pp.77-85.

39 *Ibid.*

40 家事援助者(事案上介護労働者を含む)の使用者の労働組合である「家族援助者の使用者の全国労働組合 “ASSINDATOCFL” (Associazione Sindacale Nazionale Datori di lavoro di Collaboratori Familiari)」のミラノ支部長パトリック・ソルチーニ氏に対する団体の概要と活動内容に関する聞き取り調査による。

41 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, pp.26-8.

42 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.73

43 2007年10月のボルツァーノ社会サービス公社の責任者に対する団体の概要と活動内容に関する聞き取り調査による。

44 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.79.

45 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, pp.122-5.

46 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.125.

47 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, pp.125-9.

48 デイケアセンターで働く要請されるサービスが、足のケアサービス(pedicure)である。(Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.127.)

49 Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.129.

50 これが100%でない要因のひとつは、利用者が集中する時期のためのため(Azienda Servizi Sociali di Bolzano, *Bilancio Sociale 2006*, 2007, p.131.)

アメリカにおける介護者の確保育成策

研究分担者 森川 美絵 国立保健医療科学院 福祉サービス部研究員

（平成19年度～平成20年度実施）

研究要旨

アメリカ合衆国は、福祉国家の類型において、一般的には「市場型」と分類されている。本研究では、介護分野に限定した供給バランスおよび介護制度の体系の把握とともに、親族介護者（インフォーマルな介護者）への支援と、サービス従事者の確保育成という二つの側面から介護者の確保育成策の位置付け及び実施状況を把握した。

アメリカ合衆国における公的介護は「残余的」な類型であり、介護・ケアを入手するための個人々の備えが政策としても強調され、介護費用の60%を不払いインフォーマル労働が占めているなど、インフォーマル部門が大きな役割・負担を負っている。

こうしたインフォーマル部門の介護者に対して、運用段階での適用範囲の限定性等の課題もあるが、親族および医療休暇法（FMLA）や全国家族介護者支援プログラム（NFCSP）といった普遍主義的な公的支援が進められている。また、医療・介護扶助（メディケイド）を財源とする在宅介護サービスのプログラムでは、消費者による直接雇用の対象にインフォーマル介護者が含まれる「消費者主導モデル」が普及しつつあり、貧困低所得層の介護者については、介護労働に対する報酬（賃金や健康保険等給付）や基礎的教育訓練機会の保障といった保護支援が拡大される政策的傾向としても、読み取れる。

直接介護従事者の育成は、「確保定着」という政策目標の一部であり、「専門資格」の創設・標準化は、連邦政府の政策アジェンダにはあがっていない。介護従事者の「確保定着」については、新たな層からのワーカー確保、効果的な教育訓練、業務条件の改善、報酬・給付・昇進機会の改善といった政策課題に、連邦レベルや民間財団から大規模な補助金が支出され、それらの資金を背景に各種のモデル事業が州やローカルレベルで展開されている。確保定着での一定の効果を挙げているものとして、キャリアラダーの整備（報酬増・高い職階や看護職への上昇ルートとリンクした研修プログラムの整備）、コミュニティでの集団交渉や健康保険給付保障等による賃金・給付の改善などが、あった。また、直接的な対応策とあわせ、コミュニティレベルでの組織・行政とのパートナーシップ形成等の基盤整備の重要性も示唆された。

A. 研究目的

福祉国家の類型において、一般的に「市場型」と分類されるアメリカ合衆国について、介護分野での供給バランスの特徴を確認し、現在のアメリカ合衆国における介護制度の体系を把握する。次に、その制度体系の中での介護者の確保育成策の位置付け及び実施状況

を、親族介護者への支援、サービス従事者の確保育成という二つの側面から把握する。さらに、具体的な施策・事例検討等を通じて、日本への示唆を整理する。

B. 研究方法

文献調査、アメリカ合衆国の関連分野の研

究者からの助言・資料提供、介護関係機関の実務者からの助言・資料提供を通じ、アメリカ合衆国における介護者の確保育成に関する動向を把握した。なお、事例としては、カリフォルニア州の在学介護事業（IHSS）をとりあげ、ロサンゼルス郡、サンフランシスコ郡・市地域における介護者の確保育成状況を把握した。ヒアリング先（19年度含）は以下の通り。

（倫理面への配慮）

調査は、個人情報等に関連しない。なお、関係機関へのヒアリングは、目的、ヒアリング趣旨ないし事項を事前にメールにて送付し、ヒアリング当日にあらためて、収集データの公開報告等を含めて説明し、了解をえた上で実施した。

C. 研究結果

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や医療・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・在宅の両面で費用抑制・効率を重視した政策が志向されている。

② 介護事業について、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 Family and Medical Leave Act（FMLA）（1993）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。就労している介護者の割合が多いなか、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、施策の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いう意義がある。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。

④ また、医療・介護扶助（メディケイド）を財源とする在宅介護サービスのプログラムでは、消費者による直接雇用の対象にインフォーマル介護者が含まれる「消費者主導モデル」が普及しつつあり、貧困低所得層の介護者については、介護労働に対する報酬（賃金や健康保険等給付）や基礎的教育訓練機会の保障といった保護支援が拡大される政策的傾向としても、読み取れる。

⑤ 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、主たる直接介護従事者である看護助手については、州が独自に定めている場合も多い。ナーシングホームの看護助手は、連邦規則による75時間の研修とコンピテンシー・テストが認定の要件である。有資格看護師のスーパービジョンのもと、一定条件下での医療的な行為の実施も州により許可されている（委譲業務に関する訓練・実施経験、業務規定への記載、スーパービジョンの確保が要件）。在宅サービスでは、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・

在宅ケア助手については、連邦レベルでの要件はなく、州および各サービスプログラムごとに要件は多様である。介護従事者は、中年・有色・非結婚世帯の女性が主力であり、市民権未獲得者・高卒未満の低学歴者も比較的多い。賃金レベルは時給換算で全職種の3分の2程度、パートタイム従事者の割合も多く、貧困線以下の収入で暮らす従事者が4分の1程度いる。

⑥ 介護職としての就業機会は良好だが、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。90年代末から、介護ニーズが増大する一方で、離職率の高さ等により十分なサービスが供給できない「ケアギャップ」状況が問題化され、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も提出されている。

⑦ 「確保定着」にむけた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。こうした課題への対策として、連邦行政、大統領府、その他民間財団からの大規模な補助金が、各種の研究や取り組みに対して流れるようになり、それらの資金を背景に各種のモデ

ル事業が州やローカルレベルで展開されている。任用要件としての基礎訓練の充実、キャリアラダーの整備（賃金のアップ・高い職階や看護職への上昇ルートとリンクした研修プログラムの整備）、賃金・給付向上に関する各種の取り組みなどが着目される。報酬・給付向上に関して、州やローカルレベルで採用されている代表的な戦略には、

「wage pass-through 制度（直接介護職員という特定グループの人件費や関連支出に用途を限定した、議会承認による特別支出の制度化）」、「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」、「集団交渉」、「生活賃金の法令化と最低賃金引き上げ」、従事者に対する「健康保険の適用」などがある。

⑧ 労働組合との集団交渉や、健康保険の適用にかかわる給付充実という戦略の成果として介護者の賃金・給付水準をかなり高め、結果として人材不足を解決している事例（サンフランシスコ市・郡）からは、介護者の賃金・給付水準の改善を促す背景的な要因として、以下の点が重要であった。

ア. コミュニティにおいて当事者と介護者それぞれを組織化・その声を集約し、それぞれに対する保護支援を展開するコミュニティ組織が、行政と個人の中間的な位置に存在していること。イ. 介護者の労働条件について、個々の「利用者・介護者」や「事業者・介護従事者」間ではなく、これらの

コミュニティ組織同士やそれらと行政との間で交渉・決定する機会・仕組みが整備されていること。ウ. それらの組織同士およびそれらと行政との関係が、「よりよいコミュニティでの生活・ケア」という共通理念のもとでパートナーシップに発展すること（そうしたパートナーシップを作り出す機会が地域にあること）。

D. 考察およびE. 結論（日本への示唆）

アメリカ合衆国は、福祉国家類型では「市場型」に分類されている。介護供給については、公的な介護制度における対象者の選別性・一元的制度の不在、ニーズのカバーされる範囲・程度が非常に限定的である点で、「公的介護制度が残余的」な類型である。

個人の自助努力を基本に、それらへの公的補助策が講じられている点や（民間介護サービスや民間介護保険の購入時の税控除など）、要介護高齢者の「消費者」としての選択権を強調する在宅介護プログラムの広がり等、介護ニーズ充足に関しても「市場型」への志向性が垣間見える。

インフォーマル資源・家族資源への依存度、家族の介護負担が非常に重くなっている状況で、「介護を担わざるをえない介護者」への公的支援として、就業者の介護休暇（親族および医療休暇法 FMLA）、介護者自身への対人サービス（全国家族介護者支援プログラム NFCSP）などが、普遍主義的プログラムとし

て法定化されてきている。消費者主導型／
cash and counseling の在宅介護プログラムは、
インフォーマル介護者の直接雇用を通じ、介
護者の労働費用を公的に補償する側面をもつ。

こうした介護者支援の日本への示唆として
は、親族および医療休暇法（FMLA）におい
て、対象範囲を含めた実効性が問われている
ように、日本においても、介護休暇制度が、
介護者の中核的な担い手層（中高年女性）に
もたらす利益といった観点からの検討が必要
であろう。全国介護者支援プログラム

（NFCSP）については、介護者にとって重要
なサービスである一方、介護者の生活再建・
社会的排除状態からの脱出支援という「介護
者」以外の役割に対する支援が希薄である。
日本において介護者支援策を検討する際、介
護者を「介護者役割」に困り込むような施策
に偏らないことへの注意が必要であろう。

また、消費者主導型／cash and counseling
の在宅介護プログラムは、インフォーマル介
護者の介護労働に対する報酬（賃金や健康保
険等給付）や基礎的教育訓練機会の保障とい
った保護支援機能をもっている。このサービ
スマodelは、日本では「マイ・ケアプラン」
の発展的形態、すなわち、介護保険支給額の
範囲内で外部サービスの購入やインフォーマ
ル介護者の雇用を、高齢者（およびその代理
者）が自由に選択できる形態として位置づけ
られる。今後、消費者（当事者）主導と介護
者支援の統合モデルとして、介護保険制度内

での cash and counseling プログラムのオプシ
ョン化が、検討されてもよいのではなかろう
か。

介護従事者の確保育成については、政策の
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はい
ない。介護者の「確保定着」については、新
たな層からのワーカー確保、効果的な教育訓
練、業務条件の改善、報酬・給付・昇進機
会の改善といった政策課題があげられ、連邦
レベルや民間財団から大規模な補助金を背景
に各種のモデル事業が州やローカルレベルで
展開されている。日本でも整備の必要性が指
摘されているキャリアラダーの仕組み（賃金
のアップ・高い職階や看護職への上昇ルート
とリンクした研修プログラムの整備）につい
ては、地域で効果をあげている取り組み事
例もあり、参考となろう。なお、賃金・給
付水準アップを通じた人材確保の成功事例
からは、コミュニティにおいて直接的な賃
金・給付改善策のみならず、以下のような
基盤があることの重要性が示唆された。す
なわち「ア、当事者と介護者それぞれを
組織化・その声を集約し、それぞれに対
する保護支援を展開する組織の育成」「イ、
介護者の労働条件について、コミュニティ
組織同士やそれらと行政との間で交渉・
協議・決定する機会・仕組み」「ウ、コ
ミュニティ組織同士や行政が、より

よいコミュニティでの生活・ケアという共通理念にもとづくパートナーシップを形成できるための機会・仕組み」の整備。日本においてもこうしたコミュニティレベルでの基盤整備を含めた介護者の確保育成が求められるのではないだろうか。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

森川美絵 (2008) 「ケアする権利／ケアしない権利」上野千鶴子他編『ケアその思想と実践4 家族のケア 家族へのケア』岩波書店。

M. Morikawa, H. Sasatani, et.al., (2007). Preventive Care or Preventing Needs?: Re-balancing Long-Term Care between the Government and Service Users in Japan. (Paper presented at the 4th Annual East Asian Social Policy research network (EASP) International Conference, 20th-21st October 2007, Tokyo.)

2. 学会発表

M. Morikawa, H. Sasatani, et.al., Preventive Care or Preventing Needs?: Re-balancing Long-Term Care between the Government and Service Users in Japan. *The 4th Annual East Asian Social Policy*

research network (EASP) International Conference, 20th-21st October 2007, Tokyo.

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1 はじめに

アメリカ合衆国は、福祉国家の類型において、一般的には「市場型」と分類されている。本研究では、介護分野に限定して供給バランスの特徴を確認し、介護者の確保育成策の位置付け及び実施状況を、インフォーマル介護者（家族・親族、同居者、隣人・友人等）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把握し、アメリカの事例が日本に示唆する点を整理する。

2 公的な介護制度の概要と政府の役割、介護の公私バランス

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。公的介護サービスを提供する主要な制度は、連邦厚生省（HHS: Department of Health and Human Services）による社会保障法にもとづく医療プログラム（メディケアMedicare、メディケイドMedicaid）と高齢アメリカ人法（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¹。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。以下、各プログラムの詳細、サービス事業運営に対する政府の規制・監督、人員配置基準の概要である。

(1) 公的介護を提供するプログラム

① 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つのパートからなりたつ。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

1 「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』305-7。

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\$96.4²）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（Hooyman & Kiyak 2007:727）。

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³。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もたらされ、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）。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（『世界の社会福祉年鑑』2006年版、p.246）。

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

2

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

3 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。

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」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 (Hooyman & Kiyak 2007:739-40)。

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、在宅生活に必要なとなる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、成人向けケア、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。

② 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 (Administration on Aging: AoA) 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の地域高齢者福祉機関 (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⁴。

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的なとり組みは、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

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

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）、ケア施設の質に対する規制的役割も果たしている⁵。

(2) 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⁵

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。事業者に苦情がよせられた場合などは、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。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。

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・

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

6 連邦および州レベルの規制に関する記述は、伊原（2002）に負っている。

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⁷

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: RN)と准看護師(licensed practical nurses: LPN)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乗せして要件を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。

(3) 近年の連邦レベルでの介護政策動向

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年代前半には、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。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は、以下の通り(表1)。

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

7 以下については、Zhang et al.(2006)を参照した。

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)を発表し、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(『世界の社会福祉年鑑 2004』「アメリカ合衆国」pp.166-7)。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も定められ、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められている。

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中断時の雇用保障を行うもの(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。他に、インフォーマルな介護への直接的な支援策ではないが、州によっては、親族を直接雇用対象の介護者と位置づけて彼らへのメディケイドからの支払いを認め、給付方式(Cash and Counseling方式)を採用しているところもある(Cash and Counseling方式については、後述)。

表1 近年の介護保障関連策

1993年	・クリントン政権 全国医療保障法 不成立 ・親族及び医療休暇法(FMLA)
1997年	・均等予算法(Balance Budget Act) 在宅サービスの償還額が厳しく抑制
2000年	・Long-term Care Security Act 連邦職員が民間介護保険を団体レートで購入可 ・全国家族介護者支援プログラム(NFCSP)開始
2001年	・会計検査院(GAO)報告書 「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」
2004年	アメリカ議会予算局(CBO)報告書『高齢者の長期ケアに関する財政』
2005年	・財政赤字削減法(DRA法 2006年~) メディケイドから今後10年間で261億ドルの支出削減 (自己負担増と給付抑制)
2007年	・民間介護保険の保険料控除に関する税制

(4) 介護の公私バランス

① 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⁸。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⁹。

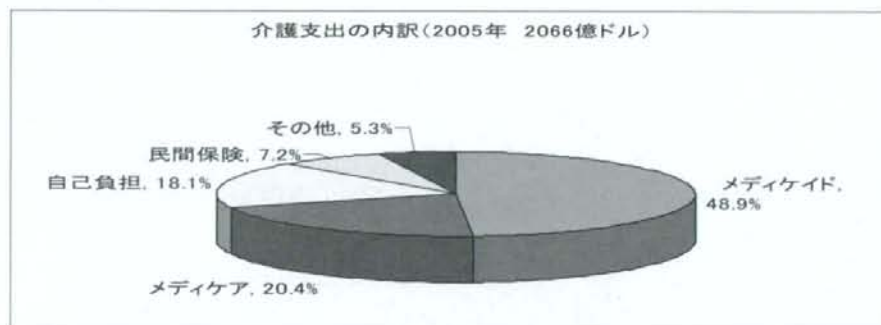
② 介護支出の内訳

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）。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。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。

8 <http://www.hhs.gov/aging/index.html#hhs>（アクセス日 12Feb.2008）

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

図 1 介護支出の内訳¹⁰ (インフォーマル・不払い分のケアを算入しない場合)



③ 「支出」と「不払いインフォーマル労働費用」とのバランス関係

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¹¹。先にみた「介護費用」は、「支出」として計上された分の費用であるが、この他に、膨大な家族・インフォーマルな不払いの介護労働が存在している。支出分と不払い分の費用を合算すれば、2007 年度の介護費用は総額 5000 億ドル強であり、その 60% を不払いインフォーマル労働がまかなっているという実態が浮かび上がる (表 2)。

表 2 介護支出の公私バランス

・インフォーマル部門	3060 億ドル相当 (親族・近隣・友人、不払い分)
	4400 万人 (家族介護者 2880 万人) (連邦政府高齢化対策局 AOA 公表 2007 年)
・介護支出 (2005 年)	2066 億ドル ※介護者支援 1.5 億ドル
◆総規模	約 5126 億ドル (インフォーマル分 約 60% : 支出分 約 40%)

(5) 小括

以上、介護ニーズに対しては、個人・家族の自助 (民間市場およびインフォーマルな資源を通じた対処) を基本とするという政策スタンス、実際のインフォーマル部門の貢献の大きさがうかがえる。それに対応して、税制における保険料控除といった市場での解決の

10 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)

11 AoA 2007 Fact Sheet May2007 http://www.aoa.gov/press/fact/pdf/ss_nfcsp.pdf (アクセス 1Nov,2008)。

支援や、インフォーマル・家族介護者の支援に、少しずつ取り掛かっている段階といえる。また、残余的選別的な公的制度内部においても、総費用の抑制という枠のなかで、メディケイト等での施設ケアより低コストの地域・在宅介護プログラムの開発を進めている。

介護者の確保への政策的関心が2000年前後から出てきているが、こうした一連の政策的動きを踏まえた理解が必要であろう。後述する消費者主導型の現金給付方式 Cash and Counseling は、こうした流れのなかで、低コスト、介護者支援、当事者主権を兼ね備えたものとして着目されてきているプログラムである。

3 家族介護者支援（介護者の状況、介護者支援策）

(1) 介護者の状況

インフォーマルな介護について、家族親族のほかにも、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。

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によれば¹²、介護者のうち女性が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、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(National Alliance for Caregiving and AARP 2004)(表3～表5)。

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

12 http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=439&big_font=true (アクセス日 24Oct,2007)。

響としては、就業中の介護者のうち、遅刻・早退・中絶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。

表3 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

表 4 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