

表 5 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%				
5 非常に強い	18%	40%	26%	42%	32%

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

(2) 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中断時の雇用保障(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。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、利用者による親族の直接雇用(雇用分の介護者への支払い)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・介護時、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(「介護者の支援(アメリカ合衆国)」『世界の社会福祉年鑑 2001』)。

但し、適用対象の限定性や無給のために実質的な取得者(カバー率)が限定されているといった課題もある。適用対象の限定性については、事業規模50人以上の事業者での制度対象としているため、就業者の5割程度しかカバーされないこと、適用対象となる「家族」の定義が、配偶者、孫、こどもに限られており、同居パートナーや近隣・友人介護者は対象外となるなど、拡大家族の多いエスニックマイノリティや、核家族モデル以外での生活を営む家族に不利といった課題もある(Pandya et al. 2006; Family Caregiver Allianceでの聞き取り2008年9月)。また、休暇取得期間中の経済保障がない中で生計を維持することが困難なため、実際の取得に至らない人も多い。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、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、他州で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(Hooyman & Kiyak 2007:401-2)。2005年には、連邦議会で、週給の55%までを保障するというFMLAの改正案が提出されたが、通過はしなかった。

② 全国家族介護者支援プログラム (NFCSP) (2000年)

全国介護者支援プログラム(NFCSP)(2000年)は、連邦政府による初の普遍主義的な介護者向けプログラムの法定化である。プログラムの根拠法は、高齢アメリカ人法であり、全州が地域高齢者福祉機関(Area Agency on Aging)やコミュニティサービス事業者と協働

しながら、介護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。インフォーマルケアが介護において中心的な位置を果たしていること、そうしたインフォーマルケアを維持するには、何らかの公的な支えが必要であることが、連邦政府の政策上、明確に認知されたといえる。

サービスに含まれるのは、以下である。

- 情報提供・アクセス支援：利用可能なサービスの情報提供
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）

プログラムの財政責任は連邦レベルにあり、70歳以上人口のシェアにもとづき補助金が算定され、各州に割り振られる。運用責任は州（州＋郡）レベルにあることから、運用方法は州ごとに異なる。また、所得制限のない普遍主義的なプログラムではあるが、利用資格、優先の設定などはある。具体的には、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60歳以上の高齢者（特に、低所得、マイノリティの者）、認知症高齢者を介護するもの、知的障害や発達障害のあるものをケアする高齢者等を、優先的に対象とすることが州に求められている。

NFCSPの法定化以前も、独自の介護者支援策を実施している州もある一方、法定化直前の時点で介護者支援が未実施である州も18州あった（Family Caregiver Allianceでの聞き取り2008年9月）。法定化後は、介護者支援は全州で実施されることとなり、法定化は施策の全国標準化の役割を果たしている。2005年度の全国調査によれば、プログラムのサービス実績、利用者数、利用者属性は、以下の表6、表7の通り。サービスを利用した介護者からのプログラムの評価は、比較的高い（Beauchamp & Trebino 2007）。

施行後の課題としては、財政面においては、予算規模が大きくないことがあげられる。予算額は開始後、増加傾向にあったものの（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）¹³、その後頭打ちである。介護支出の全体からみれば、施策の規模は非常に小さいことから、介護者全体への支援効果はごく限られているといえる。また、運営面の課題としては、介護者を「支援対象」とみなすサービス提供主体側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

13 http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/caregiver/overview/overview_caregiver.asp（アクセス日12Feb.2008）

いった運営上の課題が指摘されている(Hooyman & Kiyak 2007:401-2)。また、介護者支援事業を実際に担当しているFamily Caregiver Allianceでの聞き取りでは、全国の家族からの介護相談では、「私が介護する場合、支払ってもらえるのでしょうか」という質問を受けることが度々あるという。介護者が公的事业での費用償還の対象となり自身が提供した介護の対価を受け取れる機会は、次節で触れるように、カリフォルニア州のIHSS事業や、他州でのCash and Counseling 事業など、ごく限られている。その場合でも、公的な介護サービスプログラムの対象は低所得層に限られているので、実際に公的プログラムを通じて介護労働への対価・手当を受けられる介護者は、介護者全体の中ではごく一部にとどまる。

表 6 NFCSP の実績・利用者数 (2005 年)

サービス	実績	利用者数	Title III 支出
カウンセリング・サポートグループ・トレーニング	583,790 セッション	157,128 人	\$24,754,411
アクセス支援	988,696 コンタクト	283,461 人	\$38,202,614
レスパイト	7,563,110 時間	69,876 人	\$114,282,396
補足的サービス : 改修、福祉用具、オムツ支給、緊急対応など	971,714 ユニット	40,658 人	\$31,979,561

表 7 NFCSP の利用者属性 (2005 年)

利用者 (親族+友人・近隣)	配偶者 41% (うち女性 66%)
	娘・義理の娘 40%、 息子・義理の息子 10%
	他の親族・友人 10%
	退職者 47%
	就労中 35% (フルタイム 23%、パート 12%)

Beauchamp, J & Trebino, L.(2007). TABLE I.2, FIGURE VI.20 を編集

③ 「消費者主導」モデルの在宅介護サービスにおける介護者への支払い

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・ウェイパ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ない）。

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(Hooyman & Kiyak 2007:741)。

- ・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（もしくは代理人）が、手当額の範囲で、自由に用途を決定する。用途は、家族・友人を含めた介護者の直接雇用のほか、必要なサービス・物品の購入などである（配偶者への支払いを認めるかは、州により違いがある）。高齢者・障害者（もしくは代理人）が、介護者を直接雇用した場合は、雇用主としての責任を果たすための諸手続き（雇用に関する必要書類の整備、サービス状況等の記録、行政への報告等）を行い、郡・州政府が書類をチェックし、適正な給付の執行を確認する。
- ・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 を含めることを認めるようになった(Mahoney et al. 2007)。

このように、公的介護の分野では、施設ケア、既存の在宅・施設サービスに替わる新しい在宅サービスプログラムとして「消費者主導」モデルが目ざされ、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。プログラムは、全国的にはまだ一部の州での採用であり、また、在宅介護サービスの中核をなす形態というよりは、小規模なオプションとして普及しているが、介護者支援という観点からも注目される。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(Kemper 2007; Foster et al. 2007)。

(3) 小括

以上の動向が、日本に示唆する点を指摘する。親族および医療休暇法 (FMLA) については、介護者における就労層の多さを踏まえれば効果的な施策であるが、その対象範囲を含めた実効性が問われている。日本においても、介護休暇制度など既存の介護者支援の制度が、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、情報提供とレスパイトを中心した普遍的サービスであり、小規模ながらも介護者にとって重要な施策となっている。と同時に、プログラムの主眼は、「重度要介護者は施設に入所しないよう、出来る限り介護者による在宅介護を継続させること」となっており、介護者自身の個人としての生活の再建、社会的排除状態からの脱出支援という視点は弱い(「介護者」以外の役割に対する支援が希薄)。日本においても、介護者支援の検討が必要だが、その際に、介護者を「介護者役割」に囲い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。

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。このプログラムは、日本においても、「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かインフォーマル介護者の雇用かを、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、オプションとしての導入が検討されてもよいのではないだろうか。

4 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、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) について整理する。その上で、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

以下の内容は、主に、連邦労働省労働統計局「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)」)の記載にもとづいている¹⁴。

14 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

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。

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。ナーシングホームに

<http://www.bls.gov/oco/ocos165.htm> (visited February 20, 2008).

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。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場合もある。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。

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。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(実習 16 時間、講義 59 時間)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、認定資格の更新のためには毎年 12 時間以上の研修を受ける必要がある。

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、さらには起起床や入浴、衣服の着脱や整髪介助も行う（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) 介護施設（ナースিংホーム）における業務分担、医療的行為の制限・委譲

高齢者介護施設の中心的形態、ナースিংホームにおける看護・介護職員の業務分担や、直接介護の大部分を担う看護助手の役割（医療的行為の制限・委譲）について、標準的な市販テキスト（Mosby's Textbook for Long-Term Care Nursing Assistant, 5th edition, 2007）に依拠すると、以下のように整理できる。

① 看護・介護職員の業務分担

ナースিংホームは、施設管理運営の責任者のもと、人材育成、財務、医療、看護、社会サービス、栄養といった各部門から成立している。看護部門は其中でも大部門であり、統括責任者である看護部長、主任看護師のもとに、スタッフが配置される。スタッフは、正看護師のもとに、准看護師、看護助手が配置される（図2参照）。スタッフである正看護師、准看護師、看護助手の業務分担と、看護助手の医療的行為の実施・制限について、以下で表に整理してある（表8、表9）。

図 2 ナーシングホームの基本的組織図

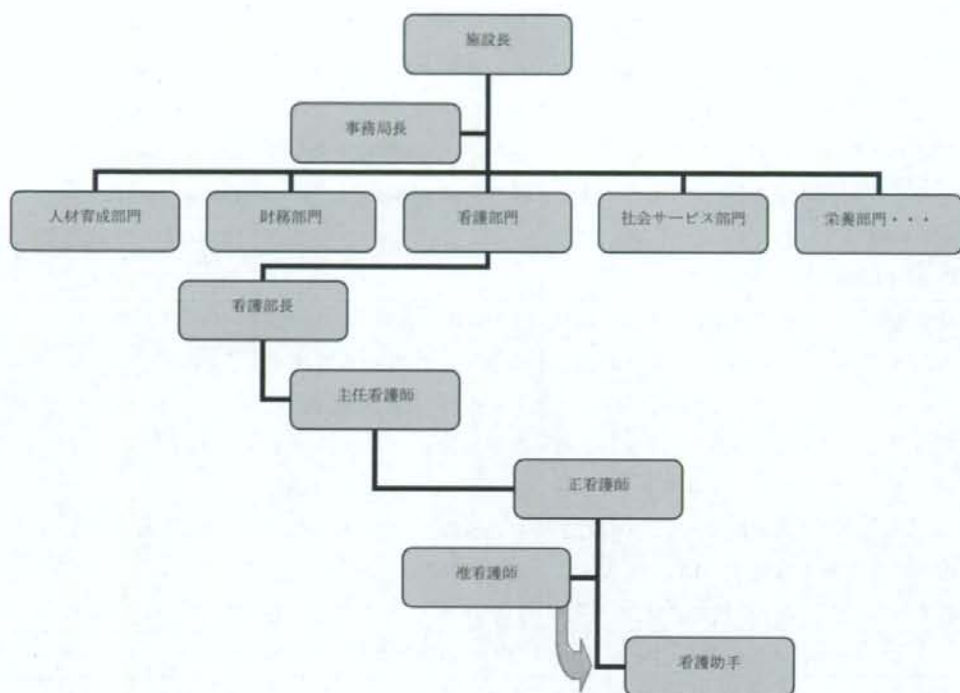


表 8 ナーシングホームの看護・介護職員の業務分担

職種	教育訓練課程、要件	主な業務内容	業務・役割の制限
正看護師 (RNs)	2～4年の教育訓練課程と免許試験合格により州免許取得。教育訓練課程は、コミュニティカレッジ（2年）、病院ベースの認定プログラム（3年）、カレッジまたはユニバーシティ（4年）がある。	アセスメント、看護診断、ケア計画の作成・実施・評価。ケア提供は、看護チームに委譲することもある。また、医師の指示を実行するが、これは准看護師や看護助手に委譲してもよい。	治療や薬剤の処方を行わない。看護師修士または博士課程と一定の臨床経験を経て臨床専門看護師（clinical nurse specialist, nurse practitioners）になれば、一定範囲で診断や処方も実施可。
准看護師 (LPNs)	准看護師は、1年の教育訓練課程と免許試験合格により州免許取得。教育訓練課程は、病院、コミュニティカレッジ、職業訓練校、専門学校などで提供。10ヶ月、18ヶ月、高校での2年コースなどもある。	正看護師の指導のもとで、服薬を含む直接的看護ケアを提供。正看護師、医師、歯科医師のスーパーバイズ（利用者の状態が安定している時は、ほとんど受けず）。複雑対応や急性疾患の利用者をケアする正看護師の補助をする。	
認定看護助手 (CNAs)	OBRAに基づき州が設定した最低75時間の週認定訓練プログラムとコンピテンシー評価が要件。州に登録。	有資格看護職のケアの補助、彼らからのスーパーバイズ。正看護師の専門職的知識・判断を要しない範囲で直接的看護業務（入所者の衛生、安全、快適、栄養、活動、排泄）、移動介助、採尿・採便、見守り、体温・心拍・呼吸・血圧の測定などを実施。医師の診療補助を行う場合もある。	ケア提供内容の決定は有資格看護師が行い、看護助手は行えない。 ※医療的、専門的な看護行為との関連での業務内容の制限については、表9を参照。 州や施設ごとに、看護助手の機能・責任は異なる。

出典) Sorrentino and Gorek(2007), ch.1~ch2.

表 9 ナーシングホームで看護助手が携る看護・医療的行為の制限

制限される業務内容	基本	委任の可否	委任時の留意点等
服薬	経口、腸等への挿入、注射による服薬のほか、皮膚への塗布、眼、耳、鼻への薬の流布・点薬も原則禁止。看護師の業務。	多くの州では、一定の条件下での委譲を許可。	州認可の薬物治療補助の訓練プログラム受講、従事者の業務規定への記載、スーパービジョンの確保が要件。
チューブや物体の身体開口部への挿入や撤去	膀胱、食道、気管、鼻、耳、血流、手術による開口部へのチューブ挿入は原則禁止。	浣腸は実施できる。州により、以下の業務委譲を認めている：カテーテル導尿、経管栄養（鼻チューブ）、注射・経管による栄養摂取実施部位の衣服着脱や針・管の解除（静脈への注や経管での栄養摂取は、有資格看護師が実施）。	委譲される業務内容についての訓練・実施経験があること、従事者の業務規定への記載、スーパービジョンの確保が要件。
酸素吸入	吸入器のスイッチを入れるのは看護師。	器具の準備は実施。	
医師からの口頭・電話による支持	医師からの支持は、看護助手ではなく看護師が受ける。		医師からの連絡時は、看護師が来るまで待つように頼む。
滅菌（清潔）手続き		滅菌（清潔）手続きを行う看護師の補助は可。	
本人や家族への診断、治療・手術計画の告知	医師の仕事である。	医師の言ったことを、明確化することは許可。	
治療・薬の診療・処方	医師の仕事である。		
他人（含・他の看護助手）のスーパーバイズ	看護師の法的責任。侵害は深刻な法的問題となる。		

出典) Sorrentino and Gorek(2007), ch2, Box2-2、ch19~28 の記載内容をもとに編集。

(3) 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(表10)。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。

表10 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%)	\$10.67 111.3%	\$9.59 100%
在宅保健助手 (Home Health Aides)	787,000	1,171,000 (+49%)	\$9.34 107.4%	\$8.70 100%
身体・在宅ケア助手 (Personal and home care aides)	767,000	1,156,000 (+51%)	\$8.54 109.3%	\$7.81 100%
直接介護職員合計 (3分類合計)	3,001,000	4,038,000 (+35%)	\$9.85(**) 113.2%	\$8.70 100%
全職種合計(***)	150,620,000	166,220,000 (+10.4%)	\$14.6	

(出典) Bureau of Labor Statistics, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition*.

(*) Paraprofessional Healthcare Institute and the North Carolina Department of Health and Human Services' Office of Long Term Care(2004:4).

(**) 中央値(重み付) http://www.directcareclearinghouse.org/s_state_pfv.jsp?res_id=52 (アクセス日 21Feb, 2008) (***) 雇用推計は Shniper and Dohm(2007), Table 1.

(4) 直接介護職員のプロフィール(属性・労働状況)

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 Yamada (2002)、2000年のセンサス・マイクロデータを用いた Montgomery et al.(2005)がある。以下は、後者の結果を整理したものである。

表 11 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。

表 12 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。

表 11 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	3.3	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(%) (現地生)			
	81.5	85.5	75.1
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

※ Montgomery et al. (2005) Table2. より編集。

表 12 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)									
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)									
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

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

5 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。

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(表13)¹⁵。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。なお、「育成」に関しては、「確保定着」を促すものとして「教育訓練」の充実への言及がなされており、「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ようである。また、介護従事者の資格・要件について、全国的なバラツキが把握されているが、そうした現状をふまえて連邦レベルでの統一的な資格要件の設定や専門資格化にむけた動きはみられない。

以下、上記報告にみられる政策認識のもとで展開されている連邦レベル、州レベルの取り組みについて、労働力の確保定着、専門職の育成、それぞれの観点からみていく。

15 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 (アクセス日 22Feb,2008)

表 13 近年の連邦政府レベルの介護労働力関係の報告書

<p>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 2001)</p>	<p>現状や今後の看護・介護職員配置問題に関する現状・予測に関する報告書。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の概要。</p>
<p>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」(Department of Health and Human Services and Department of Labor 2003)</p>	<p>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推計。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、連邦レベルでの施策リストを掲載。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、の4課題を提示。</p>
<p>医療資源事業庁医療専門職局「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」(National Center for Health Workforce Analyses, Bureau of Health Professions, Health Resources and Services Administration 2004)</p>	<p>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(CNA)や在宅保健助手(HHA)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。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。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(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。</p>
<p>厚生省、労働省総務監査室「メディケイド財源による在宅直接介護サービス従事者に対する州要件」(Department of Health and Human Services and Department of Labor, Office of Inspector General 2006)</p>	<p>メディケイド財源による在宅直接介護サービス従事者(身体・在宅ケア助手)に対する州要件に関する全国調査結果の報告。比較的共通に採用されている要件として、履歴チェック、訓練、年齢、スーパービジョン、健康状態、能力ないし教育の6要件があること、各要件に関する定義・確認の水準が多様であり、プログラムごとの各要件の組み合わせが、極めて多様であることを指摘。</p>

(2) 介護職・介護労働力の確保定着に向けた連邦政府の取り組み

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¹⁶。

① 厚生省メディケア・メディケイドサービス庁 (CMS)

- (7) 「真の選択にむけたシステム改革」補助金 (Real Choice Systems Change 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¹⁷。
- (i) 2006 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。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。

② 厚生省計画評価担当次官補室 (Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation: ASPE) ASPE は、直接介護労働力の向上に関する以下の取り組みにたいして、補助金を交付している。

- (7) 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調査を実施。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査。

16 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 (アクセス日 22Feb2008)

17 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。

- (イ) 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調査デザインの発展を目指す。
- (ウ) 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に関する事業評価プロジェクト。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とりくみ（在宅看護助手の協働）が、サービスの患者ニーズへの効果的なマッチング、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など、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。
- (エ) 現場スーパーバイザー調査 Frontline Supervisor Survey・・・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関する調査。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、調査を実施。
- (オ) TANF 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 政策実践のあり方を検討。

③ 大統領の提唱にもとづく取り組み

- (7) 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年に出された「新たな自由への取り組み New Freedom Initiative」の一環として実施。2003年度は600万ドルの補助金（140万ドル3箇所、68万ドル2箇所）を、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交付¹⁸。2004年度は、直接介護職員への

18 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。68万ド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