

加速化する超高齢社会に現実的に対応すべき
介護保険制度の再定義の必要性；介護体制の
“量から質”への思考転換と介護保険制度の健
全性と維持の為の関係（機関）者による共生と
連携の充実化を即す制度の主要な柱の再定義
の必然性

空野暉尚

2008年2月

序文

2000年に介護保険制度が施行されてから、8年近くを経過しており、当該制度はタンニングポイントに直面している。2005年の当該制度の見直しも現在と将来の当該制度の健全な内容ある改正が、特に、財政抑制政策により期待した内容に反し未完成のままに終わり、基本的には当該制度の将来への健全な維持の構築にも疑問が投げ駆られている。団塊世代の高齢社会入り、社会保障政策推進に係わる財政抑制、介護職員の未定着率の拡大とこの分野からの離反、地域格差の課題、特に、人員配置の課題と介護職員の未定着拡大が施設経営、運営に係わる財務体質に大きな影響を及ぼしている。

人員配置基準にたいする政策思考も、“数による介護思考”に偏りすぎており、介護職員の不足の拡大を検証すれば、“質を重視した介護体制”への政策思考の転換が求められる。米国、カナダの関係行政府は、既に、数から質への介護体制の構築を重視して、臨床的な検証を経て、適正な職員の配置基準はどうあるべきか、又、配置基準と相関関係にある介護職員の質の向上に係わる教育やその為の助成制度を構築している。以下、米国連邦政府関係行政府、米国連邦議会関係委員会、州政府関係行政府、カナダ国アルバタール州政府関係行政府の政策のキーポイントを参考として検証、紹介することにより、日本における介護制度の歪が浮き彫りにされるなか、当該制度の改善への参考となると思われる。

この論文で触れられている米国、カナダに於ける通称、“Nursing Homes 又は、特に、Skilled Nursing Homes”と称される施設は、日本での特別養護老人ホームや老人保健施設の性格と目的とは相当違い、むしろ、相当の医療行為が伴う医療、介護施設であると定義されており、日本に於ける療養型施設よりもはるかに医療行為がケアの部分で占めるので、人員配置の必要性も州又は州の郡等の行政機関が指導する配置基準も医療機関並みの施設が多く設立されており、人員配置基準のガイドラインがなされていることを認識して日本での特養施設等との比較にあたっては、医療行為の占める割合が相当大きいこと、又、重度のアルツハイマー及び他の疾患を抱えている入居者を対象とした医療行為を伴う施設と定義してあり、この見地からも日本での特養及び老健との単純な比較は整合性を欠くことになるので、本論文が取り上げる人員配置の（数）の課題についても、この点を考慮して論文に触れられている特殊の人員配置ガイドラインについて認識することの必要性を指摘しておく。但し、人員配置は基本的に日本のように厳格に法制度上定めていない。

健全なる介護保険制度の運営と、それを支える介護サービス提供事業者、地域社会のボランティア、施設入居者の家族が行政と共に、“共生と連帯の理念と行動”を基に時代と地域のニーズに対応する仕組みと関係者の意識の一体化の構築とその安定化が変遷していく超高齢社会で不可欠である。下記に述べる米国、カナダにおける“量から質への思考転換”から、我々が学ぶこともあると考える。介護保険制度は、時代の変遷にともない更なる改正を余儀なくされていく運命にあり、社会、経済構造の変遷に伴い経済活動就労人口の変遷も、介護サービス提供事業にも大きな影響をおよぼしており、他の山積する課題の中でも、今、最も深刻である介護職員に係わる人員配置基準とそれと関連ある介護職員の教育、ボランティアの組織化等による介護体制構築の為の共生と連帯の理念と行動がどのように重要な役割をはたすことが出来るかについて触れてみる。

I. 米国連邦政府、各州における適性人員配置基準とその見直しに関する最近の動向

1. 米国連邦政府と州政府が定めた職員人員配置基準は、幾つかの州を除いて基本的には、配置基準は明確に定義されていない。基本的な考えは、人員配置として定義された数でなく、施設利用者の介護の結果を基に判断すべきとの立場を強調している（“Adequate Staffing” is determined by patient outcome）。即ち、配置基準に関する考えかたは、連邦政府と大多数の州政府は、利用者が適切な介護を受けているか否かの判断は、行政府の監査により施設による介護体制の内容が利用者に適切になされているか否かの監査結果により判断され、その最低基準として施設での介護体制においては、施設は 24 時間適切な介護体制が構築されおり、利用者が適切な介護をうけているか否かが基本的な基準となる。この基準を連邦政府とアリゾナ州政府の基本的な基準を下記に示す。

A. 米国連邦政府関係行政府の基本的施策：

- * ライセンスを取得した看護師、公認看護助手が 1 日、24 時間、利用者の介護の為に適切に配置されていること
- * 施設はとこづれ、潰瘍、極度の体重減、脱水状態、不衛生状態、着替え、排便、排尿、食事介助等に係わる事項に対応する状態が恒常的に、又、悪化した整備体制の状態でなく、正常な状態が維持できていること
- * 施設は恒常的に利用者およびその家族よりの問い合わせにたいして、利用者に対する介護体制が健全な状態であることが説明責任として果たすことができること。例として、食事介助、ナースコールへの敏速な対応等が適切に行われていること

B. アリゾナ州政府関係行政府の基本的施策

アリゾナ州は前述の米国連邦政府関係行政府の基本的施策に追加事項として下記の施策を適用している

- * 看護長 1 名がフルタイムとして常勤すること。看護長はレジスタード看護師 [正看護師] であること。
- * 施設が 60 床以上である場合は、看護長はレジスタード看護師として直

接的に利用者の介護に従事する必要はない（看護長は 4 年生大学以上で専門科目の単位を専攻取得し学位を取得した人）。

- * 少なくとも、施設運営においては、一名のライセンスド看護師が週 7 日、24 時間、利用者に対応する体制を整備すること。このライセンスド看護師一人は 64 人以上の利用者を介護対象者としてはならない

米国では各州により職員配置基準が異なり、又、州の郡の単位でも職員配置基準が、独自の配置基準を構築しているところもあり、施設との協議を経て適正とされる配置基準を協定して履行するケースもある。最も厳しい職員配置基準は、利用者がメジケイド制度により施設に入所している場合が多く、スキールド ナーシング ホームの入居者で相当の医療行為を必要とする例として、アリゾナ州 Yavapai 郡での人員配置基準（重度のアルツハイマーの入居者で嚴重な隔離棟形態が必要であり、その為の看護、介護の人員配置を定めた様式）を参考資料〈A〉として添付したので参照されたい。この基準はアリゾナ州政府関係行政機関が定めた基準より相当厳しく、パイロット事業の一環として、Yavapai 郡の行政当局と施設運営者が協議に基づき、一種のパイロット ケースとして相当な内容の医療行為を伴う介護施設として厳しい人員配置を設定しての施設運営に適用したが、現場での運営事情と隔たりがあることが指摘され、現在、改善される方向にある。当該施設は インテンシブなスキールド ナーシング ホームで、定員は 90 人で、入居者の状態が非常に不安定なため嚴重な隔離型様式を構築しているアルツハイマー棟では、勧告されている配置基準は 2.7 人で、他のユニットは 2.5 人で対象職員は看護師と看護師補助のみに適用されており、施設においては入居者は多くの重度の疾患を抱えている状態のケースである。（制度上も相当の医療行為を適用すると定義されており、日本の老健や特養施設との比較研究に関しては人員配置の上で必ずしも整合性があるか否かについては、制度上の違いから更なる検証が必要である）。

II. 米国連邦議会上下院関係委員会による介護施設における適正人員配置基準設定提案への流れ

米国連邦政府レベルでの介護施設での適切な職員人員配置基準の提言に関しては、1987 年総括的予算調整法（通称 OBRA '87 と証されている法律）

が成立した頃より介護施設での職員と利用者間の適正人員配置はどうあるべきかの議論が、専門家、利用者側、介護サービス事業者並びに行政関係者を含めて議論が本格的に始まる。利用者側の主張は、“利用者に対する直接介護に従事する職員の数が介護の質に影響する”とし、基本的に介護職員の増数が介護質を高めるとの単純な思考をもとに最低人員配置基準の改善をもとめた。他方、施設経営、運営者協議会は、介護職員の減少（需給と供給の関係）、介護施設に入居している利用者の各々の健康、介護必要度合いの課題、特に、利用者の介護度の施設における比率の問題、それへの対応、又、連邦政府、州政府よりの介護報酬の適切な還付の課題の検証を抜きにしては、単純に職員配置の適正化を“職員の増数が解決する”との考えかたで考察するのは単純すぎるとした。

米国連邦議会上下院関係委員会は、米国連邦政府行政の1行政機関である Health Care Financing Administration (HCFA；社会保障制度関係の適切な財政、歳入、歳出に係わる政策、監査機能を担当) に対し、外部有識者、専門家を公聴会に招き、報告書の提出を求めた。米国の法律では、米国連邦政府は米国連邦議会上下院関係委員会を通じ米国連邦議会上下院に介護施設での人員配置基準の設定及び改正については、当該議会に報告する義務が課せられており、2000年にHCFAが連邦議会上下院に提出した公聴会での陳述書を下記に概要として記した。

- * Report To Congress; Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes (Volume I of III, Chapter 1-6, Summer 2000 (ナーシングホームに於ける適正な最低職員配置基準について；米国連邦議会上下院に提出)

この報告書は、1部及び2部から構成されており、1部では、職員配置と介護の質と介護の成果についての因果関係が存在するか否かの課題。2部では (ア) 最低人員配置に係わるコストと介護の質の向上に係わる相関関係、 (イ) データの検証を総合的視点から検証し、連邦政府、州政府が定め又提言する人員配置基準の根拠を検証し適切と思われるケースを細部に亘り検証する、 (ウ) 上記の (ア) 及び (イ) 以外の方法で最低人員配置基準がどうあるべきかを検証する、 (エ) 上記の (2) 部の報告書で1部で報告されている因果関係の信憑性を検証する、 (オ) 介護職員の定着化に関する課題を検証し、特にサテファイド (認定された) 看護師の定着率の改善案を検証する。これらの検証を基に最低の人員配置に係わる政策はどのように

して検証、決定すべきかを判断するための複合的要因を整理するとの目的で本報告書は作成された。

この報告書は、施設における利用者の健康状態に係わる事項として栄養、脱水、床ずれ、虐待等の課題についても検証され、同様の内容の報告書は **US General Accounting Office** 及び **the Office of Inspector General** も作成している。又、州政府レベルにおいても施設設立許認可行政としての立場から人員配置基準設定の根拠が検証され報告書として作成された。

この報告書の作成にあたり、**HCFA** は〈3〉の基本的な検証方法を採用した。

- * まず、人員配置に関する研究資料や論文を検証したが、その検証結果は“人員配置数と介護の成果”については直接的、又、第一次的な因果関係はないとの結論が指摘されている。検証した論文及び文献では、直接的な相関関係を立証する内容の文献はみあたらなかった。
- * **Empirical Determination of Relationship Between Staffing and Quality**（経験的考察方法）を基に人員配置と介護成果を“**Multivariate analysis**”（多様項目検証方法）をもとに、人員配置と介護結果に関し因果関係があるか否かを検証した。
- * 検証の結果、利用者に係わる医療行為の為の入院、**ADL**の改善、床ずれの問題、体重の減少、利用者の清潔（衛生管理）の課題等が人員配置数と介護の質に直接に因果関係があるかを検証した。

又、“**Time-motion Approach to Setting Nurse Staffing Standard**（どのくらいの時間を利用者に対して費やすかを介護職の方々がその行動パターンをどのように効率的な責務を成し遂げているかを検証する方法）で、人員配置と介護結果の因果関係をも検証した。この検証方法においては、〈3〉の手法を採用した。

- * (1) **The US Army Workload System for Nursing**（米国連邦政府国防省において採用されているナースの人員配置の一例）、(2) **William Thomas’s “Management Minutes system”** (3) **HCF**の独自の人員配置に係わる研究結果〈1995－1997〉を用いて検証を行った。この結果は、ナース エイドが果たす役割の内容によっては、介護の質の向上が見られると指摘している。

最後に、この報告書は、ナース エイドが〈5〉の職責上の事項で毎日履行

しなければならぬ項目を検証した。即ち、ベッドに於ける利用者の体位の調整、汗などによる下着の着替えの頻度、トイレの為の介助、身体状態の増強の為のエキササイズ、食事の介助ならびに ADL 検証の対象利用者は、介護レベルの異なる人々を選択して行われた。

前記の“経験的検証方法”とは別に HCFA は幾つかの政治的課題についても検証を行い、人員配置を考察するにあたり、下記に示す事項を検証した。

- * (1) Hartford Institute Conference (学際的シンクタンクで、人員配置の適切性を提言) が与える影響に関する検証、(2) 最低人員配置基準の改正は、現在の人員配置基準の上限数が定められていない状況を考慮するとき、他の施設にも影響をあたえないか？(3) 最低人員配置の増数は、施設運営の財政状態に影響をあたえるため、コスト削減の導入〈人権費〉を招き、結果的には介護の質の向上に影響をあたえないか？(4) HCFA が提言する最低人員配置基準に係わる監査などに関し、州政府行政部門にとっても施設が最低人員基準を満たしているかを判断する上で、関係書類や資料の監査に多大な時間と労力を費やすことにならないか？(5) HCFA が提言している人員配置基準は大勢として受け入れられか否か？

上記の検証を経て、報告書は下記に示す事実関係を指摘した。

- * 文献、研究論文等の検証結果：

人員配置の増減は、直接的にはナースやナース補助員の介護成果が数との因果関係はないとの結論に達した。

- * 多様項目検証方法による結果：

州政府が臨床的に検証した結果は、施設のユニットでの利用者の健康状態をコントロールした状態で人員配置を行えば、適正人員配置は質の向上に寄与するが、そうでない場合は、質の低下をきたすこともあると指摘している。一般的には、介護の質の高いナースの配置は介護の質の成果は高いと指摘されている。報告書は、介護の質の成果は、施設における利用者の健康レベルをどのように管理してユニット別で管理するかにより介護の質の成果が違ってくると指摘した。然るに、人員配置の課題は職員の増数のみで判断すべきでなく、他の要因、特に、介護の質の適用を考慮して人員

配置基準をきめるべきと指摘している。

* The Time-Motion Studies

上記に触れたナース エイド（看護補助）による（5）の介護項目並びにオプショナルを含めた介護を履行するには最低人員配置基準として、1日、一人当たり 2.9 時間が適切な介護基準であるとの提言に基づき、2.9 時間はオプショナル（規定介護項目以外の介護項目）を含めた介護に必要であるとの条件で検証した。米国におけるナーシング ホームの 92%はこの基準を下回っている。

* 行政府関係機関や政策の視点から検証した結果：

Hartford Institute Conference が提案した人員配置基準についても検証を行った。その結果は、一日、一人の入居者あたり 4.55 時間の介護では、多くの施設が大きな運営上の影響を受けるとの事実関係を確認した。調査の結果によると、全米の施設の 11%が 1998 年の時点で、一日あたり一人に費やす時間として 4.55 時間の介護時間を費やしているにすぎなかった。HCFA は適正人員配置基準に係わる州の基準を検証し、(1) 人員配置基準が定められていない州、(2) 基準が比較的柔軟性のある制度を定めている州、(3) かなり厳しい基準を定めている州を対象に検証した。検証結果は、厳しい基準を適用している州に於いては、施設での人員配置の職員の増数はみられたが、増数と介護の質との因果関係は明確に立証できなかった。

* 検証の結論：

適切な人員配置基準は施設での利用者への介護の質を向上させることは疑いないが、下記に示す結果は、検証の対象となった州の検証から下記に本報告書の結論を記す。

- ・ 多様項目検証方法に基づいての検証では、施設に入居している利用者の健康状態〈介護レベル〉が同一の状態での入居者を特定のユニットに入所させることない状態で検証した場合も含めて、配置人員が費やす 2.0 時間（1 日一人当たりの介護時間）であれば介護の質に影響は与えない。
- ・ 適切な人員配置として、レジスタード ナース（RN と LPN（公認準

看護師)をあわせて)は、0.45 時間を RN (レジスタード ナース)、公認準看護師の場合には 1.0 時間が適切な基準である。

- Time-Motion を基に検証した結果では、RN がオプション介護も含めての介護の適切な基準は (5つの介護項目を満たす為には) 2.9 時間としている。もし、このような配置基準が適用されると施設運営に大きな影響がでると指摘している。

* 今後の検証と課題 :

HCFA の報告書は、幾つかの検証方法により検証した結果、最低職員配置基準の設定は、各州における基準並びに適正配置基準に関する提言は更なる検証がいろいろの角度からなされることが必要であるとし、連邦議会上下院関係委員会に提出した報告書では、明確な配置基準の設定は今後の更なる検証を経て提言すべきと結論づけた。

報告書の〈2〉部では、体験的〈経験的〉考察方法で〈1〉部で指摘された事項を更に検証し、配置基準はどうあるべきかに関しては、いろいろな要因を検証すべきであるとし、配置基準からくる施設運営のコスト、又、現実的な視点からの配置基準はどうあるべきかを検証している。第一に、〈1〉部で取り上げられた〈5〉の介護項目を更に深く検証し、その為に更なる州での現状を分析、検証することとした。又、この分析、検証では、施設での入居者の健康状態、介護レベルの組み合わせがどのような配置基準が必要になるかの検証も行った。又、米国内の施設を選択し、現場での介護状況を介護職員の就労状況と利用者の状態がどのように配置基準を決める上で現場での検証を行った。これと関連して、施設における職員の定着率の問題、職員の教育の課題、経営、運営者の施設運営の質の問題等で、これらが、介護の質にどのような影響を与えるかも検証した。

更に、配置基準に伴う施設運営の財務影響の検証をおこなった。これにより、介護サービス提供事業者の運営健全化がどのように維持されるかも検証した。又、介護に従事する人々の収入の課題も検討した。仮に、賃金の上昇率が介護の質の向上に直接的に寄与するか否かも検証した。現実的にどのくらいの賃金体系が妥当かの課題も検証し、ナース及びナース エイドの雇用に寄与する問題も検証した。

* 米国 37 州に於ける職員配置に係わる基本的な人員配置に係わる思考

- ・ 利用者に対する介護に費やす時間を基礎にした州

カリフォルニア、コロラド、コネティカット、デラウェア、フロリダ、ジョージア、アイダホ、イリノイ、インディアナ、アイオワ、カンザス、ルイジアナ、メリーランド、マサチューセッツ、ミシガン、ミネソタ、ミシシッピ、モンタナ、ネバダ、ニュー ジャージー、ノースカロライナ、ペンシルベニア、テネシー、テキサス、ワシントン、ウェスト バージニア、ウィスコンシン、ワイオミング

- ・ 利用者数に対比しての人員配置を基本とした州

アーカンソー、カンザス、ルイジアナ、メイン、ミシガン、オハイオ、オクラホマ、オレゴン、サウスカロライナ、テキサス、ウェスト バージニア

Ⅲ. 米国連邦議会上院高齢者特別委員会における“ナーシング ホームの人員配置基準に係わる各界専門家の証言概要”。2000年7月27日。

- * Ms. Nancy-Ann DeParle, Administrator Health Care Financing Administration (米国連邦政府健康財務庁、デパール長官)

我々の検証では、人員配置と介護職の質のレベルと介護の質は関係があると指摘し、統計的な検証を基に人員配置と介護の質の課題を検証した。検証では施設においてレジスタード ナースが利用者一人にたいして一日 12 分、他のライセンスの資格を得ているスタッフの合計人員が 45 分以下、又、ナーシング エイドが 2 時間以下の介護しかしていない場合は、施設では何らかの問題が生じていることが解った。この検証からは、人員配置に係わる増員が好ましいとの所見もある。

然しながら、冒頭で述べた検証結果は更なる深い洞察と検証が必要である。然るに検証方法は下記に示す要因を十分に整理、検証することが必要である。

- ・ 最低人員配置基準の設定に関しては、施設での入居者がどのような健

康状態で、どのように同居しているかを定義する必要と、一人ひとりの入居者の疾患状態が如何であるか、又、どのような介護、医療処置が必要になっているかを定義して、検証すべきと考える。

- ・ 指摘されたように (3) の州のみでなく、更に多くの州での検証が必要である。
- ・ 検証した結果を、施設のタイプ、運営の質、職員の介護レベルの質が同一なのか、それとも差があるのかにより検証結果も大きく変わるとの認識が大事である。
- ・ 施設での最低人員配置基準の設置が、介護サービス事業者の運営にどのようなコスト増を及ぼし、施設経営、運営を困難化させないかの検証も重要である。

我々は、本庁のホームページに、どの施設がどのような介護レベルの職員がいるか、又、どのように運営されているかの情報を開示、掲載し、入居希望者とその家族、介護職員にも他施設との比較が解る情報を提供している。

- * ナーシング ホームに於ける最低人員配置基準の設定に関する歴史的な流れについて理解することが必要である。
- * HCFA 報告書〈2〉部

米国連邦議会上下院 “高齢者特別委員会” は、2000年7月27日に公聴会を開催し、報告書2007年7月27日の公聴会において、報告書2部作成の重要な部分として各界の専門家〈行政、学界、職業的専門団体の代表〉より配置基準設定に係わる意見と提言を証人を召喚して尋問した。

- (1) Ms Nancy—Ann Deparle (ナンシー アン デパール) 米国連邦政府ヘルス ケア ファイナンス庁、庁官の証言の概要：

検証は、いろいろな前提条件を基になされなければならないが、施設での人員配置、特に、レジスタード看護師が利用者にたいして1日一人当たりの介護時間が12分以下になると介護の成果に大きな影響を与える因果関係は明らかだと指摘した。又、介護に従事するライセンスを取得した職員が一人当たり45分を下回ると影響を及ぼすと指摘し、ナーシング エイドが費やす利用者一人あたりの時間が2時間以下の場合、何らかの影響を

及ぼすと指摘している。然しながら、この検証は未だ更なる検証が必要であるとした。

FHCA としては、下記の検証事項をさらに多様な検証方法で行うべきであるとしている。

以下、主な検証項目を下記に列挙した。

- ・ 施設での利用者の健康、介護状態が考慮されてユニットに入居されているかを検証した上での、人員配置基準の適切性を検証すべきである。
- ・ 適正人員配置の検証を更に多くの州にも拡大し、臨床的な情報を得る。
- ・ 施設に入所している利用者を選択し、個人的な問題等を含めた現場での検証を行う。
- ・ 提言されている人員配置が、施設運営にどのような影響を及ぼすかの検証の必要性。

デパール長官は、米国連邦政府が過去において、この人員配置を含めた施設運営に関する政策を展開してたかに触れ、それを参考に今後の政策がどうあるべきかを指摘した。

* 歴史的流れ：

FHCA は介護が適切になされているかを、検証し、改善もふくめて州政府に勧告、提言する役割をはたしており、この立場から今までの連邦政府関係行政府が展開してきた歴史を参考の為に述べている。

- ・ 2000年時点で、米国では約1.6ミリオンの高齢者及び身体障害者が、全米の16,500に及ぶナーシングホームで介護を受けていた。介護にかかる費用の大半はメジケイド制度によりカバーされており、メジケア制度でも約10%の高齢者が当該制度からの費用負担で介護を受けてきている。連邦政府は、これらの制度下で費用の還付を受ける施設に関し州政府が適切な監督と監査をするための予算を計上している。
- ・ 1995年、クリントン政権はナーシングホーム改革を推進し、施設の適正な介護整備と運営に関し今まで以上に厳しい政策を打ち出した。更に、適正介護を履行している施設とそうでない施設の差別化を断行した。その施策は下記に示した如き具体的な内容であった。

- + 施設監査の結果をふまえて、施設の役割と目的の定義を具体的に規定した。
- + 各州での不適切な施設の情報公開を断行した。
- + 州政府に対し、施設監査に係わる教育と訓練を断行し、監査の強化を図る為に介護の質の指標を作成し履行するよう州政府に勧告した。基本的な項目である利用者の投棄に係わる職員の対応、即ち、床づれを防ぐ対応、脱水症状への対応、体重の管理、虐待の問題等の適切な対応。
- + 大手チェーンにて運営している施設母体の財務状況と介護内容の均一性の検証。
- + 利用者の家族よりの苦情等に対する適切な対応。
- + ナーシング ホーム経営、運営者の現場の声を政策に反映するために、連邦政府関係行政府に州政府の監査の正当性を再審査する制度の導入。

HCFA は、クリントン政権時代の政策の是非を受けて、その後の高齢社会の変遷に現実的に対処すべき政策として、ナーシング ホームに於ける入居者に係わる人員配置を“介護の質”を重要視し監査の場合もその視点から思考の転換をはかった。具体的には介護サービス事業者、外部の専門家、利用者が参画して建設的な介護の質の向上にとりくむ体制を構築してきている。

HCFA は優良なナーシング ホームの選択が利用者にとり安易に理解できるように、各ナーシング ホームにその施設の介護体制がどのようになされているかの情報の掲載を義務付ける為に、施設では何人のレジスタード ナースやナーシング エイドがどのような資格と経験をもっているかを情報公開するように勧告している。又、その施設を利用している利用者の数とどのような状態の利用者が入居しているかの情報公開も勧告している。この情報公開は、施設が過去に監査にて指摘された項目と改善された項目も掲載し、施設の介護体制が州及び連邦政府関係行政府が提言又は定める基準と対比してどのレベルにあるかも掲載するよう指導している。(施設の格づけ)。

* 提言している最低人員配置基準は：

- ・ レジスタード ナースが一利用者 1 人あたりに費やす 1 日の時間は、12～27 分。

- ・ ライセンスを取得した介護職員全員での利用者 1 人あたりに費やす 1 日の時間は 45 分から 1 時間。
- ・ ナーシング エイド〈介護職員〉は、2 時間。

HCFA は、幾つかの検証方法の基、提案されている最低人員配置基準を満たしている施設がどのぐらいかにも言及しており、全米に於いては、ナーシング エイドについては 45%の施設が提案されている最低人員配置基準を下回り、23%の施設がライセンスを取得した専門職員が下回っている。レジスタード ナースに関しては、31%が提案基準を下回っていると指摘した。HCFA はこれらの検証は未だ十分な検証の結果とはいえないとの前提にたち、下記に掲げる調査、検証を引き続き行うと証言してる。

- ・ 介護の質と人員配置との因果関係の検証の必要性。
- ・ 臨床検証した結果を、他の要因が与えている検証も必要とし、施設での職員の定着率、職員の教育、訓練の課題、施設経営、運営に関する管理職の質の課題。
- ・ 人員配置基準を定めるには、利用者の健康状態やその他の病的疾患者がどのように、同じユニットで混在的に入所しているかをケース スタディーで多様な組み合わせを検証することが必要である。

人員配置基準の設定は、介護サービス事業者の経営、運営にどのような影響がでるかの経営、経済的視点からも分析、検証することが必要であるとし、今後、連邦上下院関係委員会との更なる協力を通じ適切な人員配置基準が介護の質の向上に寄与することを望んでいるとの言葉で証言をしめくくっている。又、米国連邦政府関係行政府は、この人員配置基準に関して、過去の経緯を委員会にて証言内容の重要な部分として述べた。以下その歴史的な流れの概略を記す。

- * 米国では、1.6 ミリオンの高齢者並びに障害者が 16,500 のナーシング ホームに入居しており、その多くはメジケイド制度により介護を受けており、メジケア制度下により介護を受けている高齢者は 10%のコスト負担の助成を受けている。連邦政府は予算を計上しナーシング ホームの監査をおこなっている。1995 年には、クリントン大統領はナーシング ホームに係わるきつい規定を確立し、更に、1998 年には各州政府にナーシング ホーム

の監査を強化させるに至る。これをうけ、HCFA は下記に示す行動を取った。

- ・ 監査に基づき、当該施設が連邦政府が定めるナーシング ホーム運営に係わるガイドラインを満たしていない場合は、その施設が提供できる介護内容を再定義する。
- ・ ガイドラインを満たさない施設については、施設名を公開する。
- ・ 州政府に対して、ガイドラインとして、投薬、とこづれの予防、脱水状態、体重減、老人虐待等を重視して州政府を指導してきている。
- ・ 事前通告なしのナーシング ホームへの調査、監査を州政府に勧告する。
- ・ チェン的な経営をしているナーシング ホームがガイドラインを満たさない場合は本社部門の責任を調査、監査する。
- ・ 連邦政府の方針は州政府に対して、ナーシング ホームがガイドラインに抵触した場合に、一定の改善期間をあたえ再度、監査する。
- ・ ナーシング ホームと両者間で起きた問題が民事訴訟に発展するケースを踏まえて、明確なガイドラインを確立し、極力ナーシング ホーム運営者と利用者間の信頼性を構築する環境をつくる。
- ・ ナーシング ホームの職員に対する処遇の向上を則すために、州政府に職員に対する相談の窓口を設ける。
- ・ 連邦政府としては州政府に対して、ナーシング ホームの運営状態に関し、監査時に各施設での職員の質を検証し、職員の質が施設にどのような影響をあたえているかを検証するよう指導している。

施設運営の向上の為に連邦政府は、下記の指導、活動をおこなっている。

- ・ 連邦政府所管行政府のホームページを通じて、入居者の健康状態の向上と維持に関し情報を提供している。
- ・ 10州を選択して、そこでのナーシング ホームをモニターしつつ、とこづれ、脱水状態等に係わる介護対応を検証し、その原因と改善を現場検証を基に情報公開をしている。
- ・ ナーシング ホームの運営責任者、介護分野の専門家、行政関係者、利用者が一緒に参画する委員会を構成して、ナーシング ホームの健全な運営と利用者の満足度を高めるための研究会を構築している。

そのほかに、連邦政府関係行政府は、ナーシング ホームの運営の健全化

と利用者の希望を吸収し、適切に運営されているナーシング ホームを情報公開し利用者の選択範囲を拡大する為、インターネットを通じて適切な運営をしているナーシング ホームについて情報公開を強化している。

又、ナーシング ホーム運営の実態と利用者の選択範囲の拡大を目的に、各ナーシング ホームに、その施設で配置されている職業的専門家の内容と人数（ライセンスド看護師、ライセンスド プラクテカル看護師（準看護師）、ナーシング エイド（介護職員）を明記させ掲載させている。特に、下記の事項については、ナーシング ホームの格づけともなる事項を掲載するよう義務づけている。

- ・ ナーシング ホームの経営者名
- ・ ナーシング ホームが過去の監査で指摘された事項
- ・ 連邦政府関連行政のガイドラインに沿い、当該ナーシング ホームが全米及び州でどのレベルの介護体制が維持されているかを掲載させている。

* 最低人員配置の必要性の課題はどう対応すべきか？

HCFA 行政府は、“現行では、連邦政府による人員配置基準はなく、レジスタード看護師が一日 8 時間ナーシング ホームにて職責を履行することと、プラクテカル ライセンスド看護師が一日 24 時間体制で職責を履行できる体制の構築のみが定められている状態である。米国連邦議会は 1992 年までに、最低人員配置基準に関する提言をだすことになっていた。この為に HCFA は外部機関に依頼し 1,786 箇所のナーシング ホームの運営実態を検証する。この検証にあたっては、介護の専門家、長期介護専門家、ナーシング ホーム運営の経済的視点からの分析を必要とする為にエコノミストも検証チームに参画した。更に、検証にあたり、ナーシング ホーム経営者の代表、介護職員の代表、介護職員組合の代表、利用者代表及びその家族が検証に参画した。検証は、特に、多角的要因の分析を通じて病院への転移となる疾病、体重の減少、とこづれ、その他の病気等の増幅と人員配置基準との関係を定めるかを更に検討、検証すべきである”とした。特に、重要なことは検証手法に関し、ナーシング ホームでの入居者の病状、ユニットで同居する入居者の個人差等を十分に検証することも欠かせない検証であると指摘している。

一般的な検証では、ナーシングホームにおけるナースエイド（介護職員）が入居者一人当たり一日に費やす時間が2時間以下、又、レジスタードナース及びプラクテカルナース（LPN）が一日一人当たりの入居者に45分、レジスタードナースのみの場合は一人当たり12分の時間を費やさないと、ナーシングホームの健全な運営には支障をきたすと指摘した。又、最も健全な体制として考えられているのは、入居に対して一日、1時間、レジスタードナースが費やす時間は27分としている。

この人員配置基準に関する提言に関連して下記の事項を考慮することが必要であると指摘している：

- ・ 各州のナーシングホームを検証し、特に、介護に携わる人々の専門、職業的レベルを検証することが不可欠である。
- ・ 施設における介護職員の定着率、教育、研修内容の検証、施設運営者の経営力量と質の十分な検証なくしては、分析、検証の正しい結果が得られない。
- ・ 施設での入居者の病状、介護レベル、疾患に係わる処置時間等も入居者の混在の状態での分析、検証では、正確な必要な人員配置基準に関する人員と介護の質の正確な因果関係を立証することは困難であるとしている。
- ・ 人員配置基準の適正化が科学、臨床、経営的な視点から分析、検証すべきであるとしている。

* 結論：

ナーシングホームでの介護の質の問題は、人員配置基準とは無関係ではないが、更なる分析と検証を多様項目の分析、検証により正確な適正とされる人員配置基準の為の提言をしていくつもりであるとして、結論としては、人員配置基準は連邦政府関連行政では、先の課題とした。

(2) Andrew Kamer, MD

Professor of Geriatric Medicine,

Research Director , Center on Aging

University of Colorado Health Science Center

（米国コロラド大学ヘルス科学センター、アンドリュー カマー教授
高齢者センター研究所長兼老人医学専攻教授）の証言

教授は米国連邦議会上院高齢者特別委員会にて証言。その概略を下記に述べる。

- * 一般的には、人員配置基準と介護の質との関係は相関関係があるという論理が受入れられているが、正確な立証は困難をきたしている。まず、(1) 各ナーシング ホームに於ける介護手法の多様性が存在すること、(2) ナーシング ホームに於ける介護に携わる職員の質の問題、(3) 介護を受けている入居者各々の健康問題、どのような病気でどのような医療的な治療を受けているか、(4) 入居者が同じ介護レベル同士でユニットにいるか等により、人員配置基準の適正化を論じる必要がある。

現在までの分析、臨床的検証を基に下記の意見を述べる：

- ・ 職員の人員配置が低い場合は、リスク増はある。
- ・ 然し、上記の人員配置の低さも、入居者の健康、病気、治療、介護の内容により様々な人員配置の基準となる根拠が得られる。
- ・ 勿論、多くの職員がいることは、リスクを削減させるにはプラスである。

上記の指摘事項を詳しく解説する前に、どのような分析、検証方法を使ったかを述べる。

- ・ 全米 1800 箇所のナーシング ホームを検証し (3 州)、職員配置のデータについては、**Medical Cost Report** (ナーシング ホームで、どのぐらいの医療経費が費やされているかのデータベース) を活用して、適正人員配置基準以下のナーシング ホームでは、どのような問題がおきているかを分析、検証した。
- ・ その結果、下記に述べることが判明した。
 - (1) 人員配置よりも、介護に従事する質 (レベル)、特に、レジスタード看護師、ライセンスを取得している公認準看護師、公認資格を受けた看護師の補助員の質とレベルが鍵をにぎっていると判断した。
 - (2) 適切な処置により、入居者が避けられる肺炎、尿感染症、化膿症の併発のケースは施設でのこれらの専門職の質とレベルで、各々の施設で大きな差があることが判明した。

- (3) 又、骨髄関連質患、心臓疾患、脱水症状態等も各施設で大きな差がみられた。
- (4) 通常の介護、介助についても、例として、とこづれ、着替えが出来なくなる状態、ベッドからの立ち上がり、トイレの使用、入居者による介護職員に対する抵抗感情等、通常に適切なケアがなされていれば防げることが介護の質とレベルの問題で入居者の健康状態を悪化させている。
- (5) 介護職員が入居者にたいして、日々の衛生管理、食事の介助、体重の測定等の日常的な基礎的ケアがなされていないと施設の健全性は維持しがたくなる。
- (6) 結論的には介護専門職のレベルと質及び基本的な職務履行の不徹底が問題を大きくしており、“質の問題である”と判断した。

人員配置基準の設定に関しては、(1) 入居者の健康状態、病気の状態を考慮して一律的な人員配置数にもとづかないことが重要である、(2) 例として、入居者が肺炎に係りやすい状態や誤飲の可能性がある入居者が多い場合は、当然、職員が費やす時間が多くなるので、人員増が余儀なくされる。しかるに、入居者の状態を基本にして人員配置基準を決めるべきである、(3) 例として、入居者の健康状態や病気への対処がよくなされているナーシングホームでは、複雑な介護の必要性は最低限におさえられ、ライセンスを取得した介護職員が入居者一人に一日あたり40分の介護時間で運営ができ、病院入院も入居者の2%に留まっている、施設でライセンスを得た介護職員が入居者に40分以下の時間しかついやしてしいない31%のナーシングホームでは入居者の病院への入院が増えている。ナーシングホームで入居者の健康状態が管理され複雑な疾患を入居させていない施設で、入居者に対して一日48分の介護時間をすいやしている施設では、入院率は6%であった。検証を通じて指摘できることは、入居者の健康状態、介護レベルの内容がそれほど重度でなければ、職員が費やす時間は入居者一人当たり40分で適切であり、ある程度専門的な介護が必要な入居者のいる施設では、48分が適切であり、入居者が重度の場合は60分の時間が適切である。ナーシングホームで軽度の入居者の場合はライセンスド看護師が費やす時間は入居者一人あたり18分であり、最も重度の入居者で専門的な医療、介護を必要とする場合は、35分を入居者に費やしている。

人員配置基準の提言に関し、我々は施設の医療、介護の内容別に整理し、どのぐらいの介護時間が適切であるかを検証したが、これは非常に容易な

分析、検証ではなかった。結論的には入居者の健康状態、疾患の状態、特別の医療行為を必要とする同じ状態にある入居者を同じユニットで分析、検証する必要がある、単に重度という一般的な仕分けで最低人員の配置基準の適切性の因果関係を立証することには問題があると指摘した。

米国での一般的なナーシングホームでは、提言されている人員配置数を満たしていない施設は54%に及んでおり。提言されている人員の配置基準を満たす場合にはナースエイドの入居者一人当たりについて96分の時間を費やす必要が生じる。レジスタード看護師については施設の31%が人数増が必要とされる。我々は人員配置増の改善が直接に介護の質の結果につながるかを検証した結果、その因果関係を明確に立証することはできなかった。

しかるに、最低人員配置基準を米国連邦政府が法律として設定することは、これらの分析、検証からは妥当でないとの結論に達した。又、職員の人員増が介護の質を向上させるとの直接的な因果関係の立証はできなかった。更なる検証には、入居者の健康状態、医療、介護の内容、どのような病気をもつ入居者が同じ条件下での検証なしでは、正確なデータをえることは困難との結論に達した。又、介護職員の専門的な質とレベルを検証する必要性と介護職員が施設でどのぐらいの定着率になっているかも重要な検証の為の要因であり、職員の教育、研修内容が適切になされ専門的な質を高めているかの検証も必要であると指摘した。しかるに、最低人員配置基準は新しいデザインを設計する必要があるとしている。

- (3) Dr. John F. Schnelle, Borun Center for Gerontological Research, Los Angeles Jewish Home for the Aging, UCLA School of Medicine, Los Angeles, California (米国ホラン老人研究センター；ロスアンジェルスユダヤ高齢者ホーム兼カリフォルニア大学ロスアンジェルス校医学部、ジョン F. シュネール教授)

我々はナーシングホームの改善と健全化のために人員配置基準の適正数を検証するために、比較的簡単な検証手法を用いて下記に示す検証をおこなった。

- ・ 着替え、トイレに自立で出来ない入居者を対象とした。

- ・ 潰瘍の原因を防ぐとされるベッドに於ける入居者の体の位置変え、
- ・ 食事介助が必要とされる入居者。
- ・ 予防介護を必要とする入居者。
- ・ その他の疾患を抱えている入居者であるが、あるていど自立できる人。

我々の分析、検証方法は、上記（5）に関する研究文献を徹底的に分析、検証した。以下にその検証手法と結論を述べる。

- ・ 臨床的に立証された文献を分析、検証した結果、介護の手法が介護に質の向上をたかめていることが判明した。又、その結果、レジスタード看護師の質とレベルが専門的に向上していることが判明した。
- ・ これを踏まえて、ナース エイドの質とレベルを向上させる相乗効果が認められ、介護に要する時間が効率的に費やされていることが判明した。
- ・ これにより、我々は幾つかの介護デザインを設計した。
 - (1) デザインの検証により、介護職員が一人の入居者から他の入居者の職務を継続するときの時間が適切になされているかを検証した。(2) 職員の休憩時間がシフト上どのようにスケジュール化されているかを検証した。
 - (3) 入居者の職務時間帯にどのような体制で介助しているかをモニターし、効率性がいかされているかを検証した。(4) 又、介護職員が突発的に入居者にたいする対応が生じた時の職員の行動機動性を検証した。これを基に我々は職員のスケジュールと機動性を時間的行動学より検証し、余裕のあるスケジュールをまず第一のパターンとしてスケジュール以外に起こる対応がどれほどスケジュールに影響をおよぼすかのシミュレーションを作成した。

〈2〉最も効率的なスケジュールのデザインについては、ナース エイドが朝の7時から午後の3時までが一番時間を費やすとの仮定で検証し、一人のナース エイドが5人から6人の入居者に対応することが一番多く、午後3時から11時までは、7人のナース エイドが対応しているケースが多く、午後11時から翌日朝までの時間帯では、26人の入居者にたいし一人のナース エイドが対応していることが判明した。我々のシミュレーションもこの人員配置が最も効率的なパターンであると立証した。勿論、このスケジュールと人員配置数は、入居者に特別なカスタマイズされた介護体制

でないことを付け加えておく。この場合には、職員の何人かは、午前 6 時から 10 時の間に 4～5 時間の職務を追加することも必要であるとの前提でシミュレーションをした。検証の結果、ナース エイドと入居者との割合では、殆どの施設では午前 7 時から午後 3 時までは、ナース エイド一人が入居者 8～10 人に対応している実績が出ている。又、上記に掲げた (4) の必要介護項目が全て履行されているとはかぎらないことを付け加えておく。

勿論、介護職員の数の増加の必要性はみとめられるが、下記に示す事項を考慮しての人員配置の適切な基準が作成されるべきと考える。

- ・ 最低人員配置基準の設定については、施設現場の内容を把握し、どのように入居者がどのような健康状態と医療、介護を必要としているかを把握し、同じ状態でユニットに居住しているか、又、医療と介護を提供する上で入居者間に差が存在するか否かを検証したうえでの人員配置基準の策定がなされるべきである。又、特定の入居者に特定の医療、介護行為がなされているか否かも考慮しないと適正な人員配置の適正化を立証することに無理がある。これらの臨床的な検証なしには、ナーシング ホームの質の向上の均衡化された結果は達成し難い。介護に従事する職員のレベルと質の向上が無い限り、施設でのナーシング エイドが一人当たりの入居者に費やす時間は 2 時間としなければならないともいえる。

米国連邦議会上下院関連委員会は、全米各地においても公聴会を開催し、州政府関係行政府、高齢者介護に係わる専門家、介護事業者の団体、利用者の団体、学識経験者等の参画を求めて、適正な人員配置基準の連邦政府の政策の施策の具現化の為に分析、検証をパイロット プロジェクトを含めて適正基準の作成にむけて努力しているが、現時点では、米国連邦政府は法的な最低人員配置基準を定めておらず、メジケイド適用者のいる施設には、ガイドラインとしての規定を勧告しているが、州政府にその具体的な内容は任せている。高齢者人口の急増とナーシング ホームが経営的に成り立つ運営ができる環境づくりに、職員の教育、研修等に助成金の交付を含めて、介護職員の質とレベルの向上の為に“数から質”への思想の転換を試みている。この件については、後ほど触れる。

IV. 米国連邦政府関係行政府によるナーシング ホーム運営に係わる政策の最近の動向

- 〈1〉 HCFA 及び米国連邦議会上下院のナーシング ホーム改善を審議する関係連委員会による議会及び全米での公聴会や州政府との協議を継続しながら、米国連邦政府健康・福祉省は、2005年にナーシング ホームに関する人員配置基準並びに職員の教育、研修の為に補助政策等を含めた総合的な政策提言内容を公示する。特に、メジケイド、メジケア制度下で介護を受ける高齢者の数が増加するにあたり、米国連邦政府健康・福祉省は“指針”を公にし、法制度の確立に向けて動き出す。

健康・福祉省は 2004 年 2 月に、“Medicare and Medicaid Programs: Requirements for Long-Term Care Facilities; Nursing Services; Posting of Nurse; Staffing Information”（メジケア、メジケイド、ナーシング サービス、ナース職員の開示、介護職員配置に関する情報）の情報を施設にて情報開示することとした指導を通達提案をする。更に、ナーシング ホームにおいては、下記の事項を厳守する旨通達を出すことを提案した。

- ・ ナーシング ホームにおいては、一日の介護職員の勤務体制に関しフルタイムと同じ勤務時間が満たされているとして勤務するレジスタード看護師、ライセンスド プラクティカル看護師、ライセンスド ボケイショナル ナース、認証を取得したナースの補助員に係わる内容の情報の提示。（入居者に直接介護に従事する職員）
- ・ 介護を受ける入居者の介護レベル、内容の情報の提示。
- ・ 上記〈1〉～〈3〉をナーシング ホームに於ける適切な場所に提示する。
- ・ 利用者及びその家族より、更に詳しい問い合わせがあれば、それに対応する責任。
- ・ 提案では、上記事項は州政府の法律との整合性を保ちながら施策すると提案する。

- 〈2〉 2001 年より施策されていた、ナーシング ホームにおける介護の質の向上に係わる数々のプログラムを更に向上させる為に、ナーシング ホーム運営者にたいして最近の運営に係わる新しいノウハウや専門家による研究結果をも含めた情報の提供等の充実化をはかる。さらに介護職員の為にインターネットを通じ教育と研修のプログラムを提供していく。

更に、州政府に対しナーシング ホームに於ける職員の定着率や入居者への介護の為の余分な時間が費やされる理由等を連邦政府関係行政府にデータとしてあげさせ、適正人員配置設定の為の参考としてきた。

米国連邦政府関係行政府の指導では、スキールド ナーシング ホーム又はナーシング ホームにおいては、一日にレジスタード看護師（公認正看護師）一人で、勤務時間は 8 時間、週 7 日とし（州により勤務時間の定めも違うので、定義としては、施設はレジスタード看護師を週 7 日常時配置するとしている）、他のレベルの看護師が 24 時間体制で介護に対処する体制をとることは指導されているが、連邦政府法律第 483. 30（c）及び 483. 30（d）の特人員配置に関する特別条項を適用されれば、その人員配置は柔軟性のある適切人員配置で運営することがみとめられている。米国連邦政府保健・福祉省の長官は連邦議会にたいして、1998 年に法制化された **The Omnibus Budget Reconciliation Act** により米国連邦議会にたいしてメジケア、メジケイドの適用を受けているナーシング ホームでの入居者に係わる介護職の人員配置と利用者との比率の適正化はどうあるべきかの報告と提言をする義務が課せられている。

既に、前述の米国連邦議会上院高齢者特別委員会での証人尋問でも記したように、この報告書の目的は最低人員配置基準の設定と介護の質に因果関係があるか否かを分析、検証し、どのような適正な人員配置が適当であるかを判断することであり、結論として、更なる分析と検証が法制化に必要であるとの結論に達しており、現在も法制化はなされていない。この報告書を生かして、連邦政府はナーシング ホームに前述した施設での介護職員に関する情報開示と提示を求めることにより利用者のナーシング ホームの選択の機会を拡大していく政策を取っている。

米国連邦政府保健・福祉省は、2005 年 10 月に公示したガイドラインとしての提言、又、米国連邦議会上院高齢者特別委員会での公聴会での証言、その後、各州政府との協議並びに長期介護に係わる専門家、ナーシング ホーム経営団体、介護専門家の協会、利用者とその家族等を含めた、数々の協議や地方での公聴会を通じて、人員配置に関する世間の意見と提言の聞き取り活動を継続していく。下記に主な意見、提言を列挙した。

- * CHFA が提言したナーシング ホームでの介護に携わる職員の職責及び内容や利用者からの問い合わせに対応する件に関しては、多くの団体、行政、

サービス事業者より、その効果を疑問視する声があり、職員に多重な労力をかけることになり、むしろ、他の情報公開の手法を考えるべきであるとの意見が大勢を占めた。

- * 又、施設に対して職員の専門を掲示する件については、利用者にとり理解がしがたいので、別の手法による情報公開が必要とされる。理由は、入居者の健康状態の完全な公開が必要となる所以との理由である。
- * 職員の人員配置よりも、ナーシング ホームでは職員がどのような専門教育や研修をうけているかの情報の方が利用者にとってもナーシング ホームの選択に効果的である。
- * 単に介護職員の人員配置や職責を利用者に情報として開示するよりも、ナーシング ホームがどのような介護体制で医療分野との提携も含めて対処できる体制が構築されているかの情報の開示の方が利用者にとり好ましい。
- * 職員に人員配置に関する情報の開示は、専門職に内容の説明、入居者別にたいする介護手法など、各々のナーシング ホームが現場で得た臨床結果に基づいて改善しており、この内容を完全な内容で定期的に情報として開示をすることは、職員の労力に負担をかけ、事務処理に相当の時間を費やされると指摘し、むしろ入居者の対応にそのエネルギーを費やすことの方が重要である。
- * CMS (Center for Medicare and Medicaid Service; メジケア、メジケイド サービスセンター) が指示するナーシング ホーム運営での種々の報告、資料様式は介護現場での実態にそぐわない内容の様式である。その理由は、職員のシフトは職員の定着率の変化、それによる多様なシフトをしくことが必要であり、ある場合は〈2〉、〈4〉シフトで対応することも必要になるからであり、一律的な報告書様式は現実性がない。
- * 職員の配置シフトとスケジュールは夜中の一時が最初のシフトとすべきである。
- * 行政府機関よりの、通達文章の内容がいろいろな解釈が出来るような内容が多いので、明確に定義すべきである。
- * そのほかに、CMS に対する事務処理に関する複雑性が指摘されたが、上記の多々の指摘や提言に対して、米国連邦政府保健・福祉省は、基本的に最低のルールを守る限り、各ナーシング ホームが各々の特徴と体験を生かして健全なナーシング ホームの運営に従事することが出来るガイドライン及び法制度の確立を急ぐとの見解をしめした。(Federal Register, Vol. 70, No 20B)

人員配置に係わる件については、米国連邦政府保健・福祉省は米国連邦議

会上下院での公聴会における証言、各州での公聴会、諸々の専門団体との協議の結果、現時点での最低人員配置設定に関する連邦政府による法制化は、未だ、十分な因果関係等を含めた分析と検証がなされておらず、更なる検証を継続していくとの結論に達する。特に特記事項として、連邦政府は下記に掲げる項目に配慮すべきとしている：

- * ナーシング ホームがその運営が継続的にできる経済限界効用を重視すること。これにより、介護の質の向上が図られる。
- * 非営利団体、中小規模のナーシング ホームに対する特例条項の検討の必要性。
- * ナーシング ホームの経営状態の適切な把握に基づき、ルールの改善に資することの重要性。

このように米国連邦政府保健・福祉省並びに関係行政府機関は、最低人員配置基準の適正化を確立する為に、多様な角度からの分析、検証を継続してゆく。米国連邦政府関係行政部門は、適正人員配置の基準づくりの作業活動として、州政府、利用者団体、介護サービス事業者団体協会、その他学識経験者よりの基準作りに係わる提言、意見を求めていく。

まず、米国において、最も権威のあるナーシング ホーム改革に取り組んできている **National Citizen's Coalition for Nursing Home Reform**（全米ナーシング ホーム改革国民連合協会）が、1998年に最も具体的な基準案を作成する。この基準案は、後の米国連邦政府関係行政府、米国連邦議会関係委員会、州政府行政機関等が、その後の人員配置基準作成の為の一つのモデルとされていく。下記にその概要を示す。

- * **Proposed Minimum Staffing Standard For Nursing Homes**（ナーシング ホームに於ける適正最低人員配置基準に関する提案）は1998年協会加盟の会員の投票により下記の内容での提案を決議する。

“然るに、我々会員は、ナーシング ホームに於ける介護の質の向上の為に、適切な人員の配置が必要であると認識する。

然るに、介護の質の向上の為に介護職員及び看護師の果たす役割は正確に定義すべきである。

これに基づき、ナーシング ホームでの入居者は週7日、一日、24時間の介護が必要である。

それ故に、最低適切人員配置基準はどの様に定めるべきかの問題は、最高適切人員配置の定義とは違うことを明確にし、現実的に現場に配属された介護職員のレベルはナーシングホームの入居者に適切にして質の高い介護を提供できる質の高い介護であるべきと認識すべきである。

然るに、下記に示す適正人員配置基準案が米国連邦政府及び各州政府の最低適正人員配置基準作成の為の行動指針として、参考となり寄与することをここに宣言する。

アドミニストレーション スタンダード
(ナーシングホームに於ける幹部職員)

- 十 4年生大学より学士号を取得し正看護師の資格を得たものが看護師長としての職責にフルタイムの条件で配属されていること。
パートタイムで配属され正看護師で副看護師長の職責として勤務する場合は、ナーシングホームでベッドの入居者が100人以上の施設で無ければいけない。(この場合には副看護師長はMDSコーディネーターを兼務しても良い)。
パートタイム勤務での正看護師の配属を行い、できれば、この職責を担う職員は、老人学、壮年学に精通していることが肝要である(ベッド数が100以上の施設)。
フルタイム勤務で正看護師の資格を取得している職員で、スーパーバイザーの職責を、週7日、一日24時間の体制を維持すること。

ダイレクト ケアー スタッフィング スタンダード
(直接に入居者の看護、介護に従事する職員の基準)

- 十 適正最低人員配置基準は下記の如きとすべし(正看護師、登録看護師、公認準看護師、公認看護助手、看護助手)：

デイ シフト；一日一人で、8時間勤務で(5)人の入居者に対して看護、介護を職責上の資格で行う。(時間にすると、入居者一人当たり1.60時間)。

イブニング シフト；一日一人で、8時間勤務で(10)人の入居者に対

する看護、介護を職責上の資格で行う。(時間にすると、入居者一人当たり 0.80 時間)。

ナイト シフト；一日一人で、8 時間勤務で (15) 人に対する入居者の看護、介護を職責上の資格で行う。(時間にすると、一人当たり 0.53 時間)。

- + 最低の配置看護、介護職員 (正看護師、公認準看護師) は、直接看護、投薬、ユニットごとでの看護、介護に係わる計画、コオデイネイション及び介護助手及びスタッフにたいする指示を行う責務を担う。

デイ シフト；一日一人当たり、8 時間勤務で (15) 人の入居者に対する看護、介護を行う。(時間にすると 0.53 時間)。

イブニング シフト；一日一人で、8 時間勤務で (20) の入居者に対する看護、介護を行う。(時間にすると一人当たり 0.53 時間)。

ナイト シフト；一日一人で、8 時間勤務で (30) の入居者に対する看護、介護を行う。(時間にすると一人当たり 0.27 時間)。「複数の職員の配置は入居者の健康状態、加療の問題等を考慮したシフトが各施設での入居者の違いに左右される」。

- + 最低直接看護、介護時間は、一日、4.13 時間とする。
- + 上記の最低人員配置基準時間は、全ての入居者に適用すべきである。(但し、ナーシング ホームの規模が 30 ベッド以下の場合には、管理職職員が直接の看護、介護をしてもよい。)
- + 介護及び訪問介護を併設するスキルド ナーシング ホーム及びナーシング ホームにおいては、正看護師、看護師助手の人員数は適正人員とみなされる人員配置をする。
- + ナーシング ホームに於ける入居者の看護、介護レベルが重度化した場合には、職員の人員配置はそれに対応する人数を配置すべきである。参考例として、1995～1997 年の間に米国の研究機関である Resource Utilization Groups が検証したナーシング ホームでの看護、介護が一人当たりの入居者が一日 6.2 時間を越えた場合には、人員配置はそれに対応すべきとの見解を参考とする。

Mealtimes Nursing Staff (入居者の食事時間のときの人員配置)

- ＋ 入居者の食事時間の時は、特別にスタッフの配置に考慮をすること。
下記に掲げる人員配置を提言する。

入居者が食事時に完全な介助を必要とする場合は、フルタイムの介護助手が入居者（2～3人）を担当するよう人員配置をする。ある程度の介助で入居者に対応できる場合は、介護助手が（2～4人以上）の入居者に対応する人員配置をする（入居者の介助の必要度合いと介助できる適正な介護人員を配置する）。

入居者には出来るだけ自立的に食事を勧めることが必要であるが、この場合には、スタッフが費やす時間は、介助するよりも多くの時間がかかることが立証されており、もし、食事の介助が必要な場合は、職責上、公認看護助手がその任にあたることとし、登録看護師の指導のもとに介助しなければならない。

Education and Training (教育と研修訓練)

- ＋ 公認看護師及び公認準看護師で、慢性疾患、身体障害者に対応する職務に従事する職員は、その専門教育を通信講座を含めて、老人学等の専門教育を2年間に30時間以上の教育と研修を受ける義務を負う。

Nurse Practitioner (看護上の専門職員の配属)

- ＋ ナーシング ホームは、パートタイムの老人学及び壮年学、又、老人臨床看護専門家を配置することが好ましい。[ナーシング ホームが100以上のベッド数がある場合はフルタイムの当該専門家の配置が好ましい]。

Disclosure: Public Rights to Staffing Levels

(情報公開；施設における看護、介護職員のレベルを
利用者に開示する為の情報公開制度)

- ・ 長期介護、看護サービスを提供する施設は、施設のユニットごと、又施設の適切な場所に、入居者の介護と看護に直接対応する公認及び公認されていない職員の数と、その日の勤務シフトを掲載すること。又、勤務職員と入居者との人員配置数を掲載し、何人が公認の看護、介護専門職で何人の入居者が何人の公認の看護、介護専門職員に対応されているかを掲載すること。この情報公開の掲載の様式は施設の許認可行政機関が定めた様式により情報を掲載すること。
- ・ この人員配置数は、最も新しい内容のものを掲載すること。
- ・ 当該情報開示は、施設の最も適切な場所で利用者、その家族及び潜在入居希望者の目につきやすい場所に掲載すること。
- ・ 当該情報開示掲載と同様に施設許認可行政政府が定めた最低適切人員配置基準も掲載すること。
- ・ この情報掲載版には、勤務人員数とその内容を上記に触れた内容を活字体（48 フォント）で明記すること。又、その日の勤務シフトを掲載すること。

上記のように、米国連邦政府は幅広い分野の団体、専門家に適正人員配置基準に係わる提言を求めていく。州政府も各々の団体や専門家との協議や検証を通じて、適正人員配置基準の作成の為に継続的な活動を展開していく。米国連邦政府関係行政政府及び米国連邦議会関係委員会は、適正人員配置基準の作成については、職員の教育、訓練、又、施設運営の経営的視点からの考察も必要であるとの数々の公聴会の証人の発言を深く受け止め、時間をかけて法制化すべきとの立場をとっていく。下記に米国州政府の中でも適正人員配置基準の法制化には、介護職等の労働条件、教育、訓練、並びに職員の定着率の課題を抜きにしては、適正人員配置基準は決めるべきでないとの見解をしめしていく。下記にノースカロライナ州政府による、“介護職員の定着率と介護専門職員の離職が及ぼす影響”を考察しての適正人員配置基準法制化の課題について記す。

- (3) ノースカロライナ州政府による適正配置基準を定める為の要因、特にナース、介護職員に係わる看護、介護施設における未定着率等雇用問題及び教育、研修、賃金問題等を他の産業分野との比較を基にした検証内容と提言

米国連邦政府関係行政府省は、米国連邦議会関係委員会、州政府、その他諸団体及び学識経験者及び市民団体に対して適性人員配置設定に係わる上記に触れた要因の分析と検証に着手する。以下その報告書の概要を記す。

* 諸要因の分析と検証の必要性；

高齢者の為の看護、介護の質の向上と提供は、“現場にて職務に従事する看護師、ケアギバー等の質のレベルと意欲にあるとの認識を強調し、州政府が多様な助成制度の適用が必要であるとし、その履行が看護、介護の全てを左右するとし、州政府は米国連邦政府が1999年に産業別労働人口の変遷予測で2000～2007年には、この分野に従事する労働人口は、全ての産業の中でトップ10になると予測した”ことに触れ、如何にこの分野での労働人口が必要であるかを指摘した。然るに、州政府は、ナーシングホーム、アシステッドリビング及び在宅介護の分野に従事する労働人口の伸び率の減少、施設における介護職員の定着率の悪化は産業界での雇用状況に大きく左右されていると指摘し、2000年の就労労働人口の統計を引き合いにして、全米での失業率（全産業として）は約4.3%で2000代まで推移しているが、ノースカロライナ州での失業率は、2.7%で推移しきており、看護、介護分野で従事してきている就労人口の看護、介護分野からの離反が顕著にみられるようになる。

州政府は、この状態を改善する為に、2000年代の初期には、年度予算として（補助金、助成金を含めて）、\$1.4ビリオンを予算計上し、ナーシングホーム、精神障害高齢者、在宅介護、メジケイド適用高齢者、アダルトケアサービス等の充実化のために財政上の強化を展開した。ノースカロライナ州では、高齢化率の加速化に対応する為に2011年及び団塊世代の高齢社会入りまでに、更に介護に従事する必要労働人口は21,000人が必要であるとした。州政府の調査では、介護施設の殆どが介護職員の不足に直面していると指摘した。介護職員の離職の原因は下記の如くであると指摘した。

- ・ 低賃金と福利厚生制度の不十分性

- ・ この分野における職責上の昇格が他の産業と比較して乏しい
- ・ 肉体的に重労働である
- ・ 介護職員の現場での体験が施設運営にあまり生かされない
- ・ 社会的に職業として十分に評価を受けていない
- ・ 学校及び研修時の時の就労状況に関する認識と現場での現実とのギャップ感
- ・ 他の産業分野の平均賃金との賃金比較で平均 65%である（ちなみに、ノースカロライナでの最低賃金は、米国連邦政府が定める最低賃金、一時間当たり \$ 6.15 であり、福利厚生は別扱い）。

* 州政府による調査、検証報告書作成の目的

- ・ 介護職員の不足、職責からの離反の原因の検証
- ・ 他の産業分野との賃金条件（雇用条件）等について分析、検証し改善策を議論する
- ・ 介護職員の為の賃金改正の適正賃金を検証する
- ・ 州政府による介護職員に対する直接の補助金制度等の可能性の検証
- ・ 訪問在宅介護に従事する介護職員に対する助成制度の可能性の検証
- ・ 介護に従事する人々に対する助成制度の検討（定着率の向上の為）

* 分析、検証の手法

- ・ 全米 50 州において実践されている多様な制度の分析と検証
- ・ この分析、検証を行うにあたり、各州のメジケイド制度認定機関、各州の福祉関係機関に連絡し、どのような行政的な措置及び制度を構築したかを分析、検証
- ・ 各州政府から得た情報を分析し、特に、失業率の推移（産業別）、賃金値上げの推移を分析、検証しノースカロライナ州ができる介護職員の定着率の向上の為の施策の可能性の検証

* 48 州より収集した情報からみる各州の主な動向

- 1) 48 州の内 42 州が、介護職員の離職、未定着は看護、介護政策に重大な障害をおよぼしているとし、
 - ・ 失業率又は雇用率の観点からみると、例として、ミネソタ州は全米でも最も低い失業率の推移をみせているが、介護職員の不足は重大であ

るとしており、失業率が最も高いウェストバージニア州でも介護職員の不足は深刻であると指摘している

- ・ 42 州中 33 州では、すでに介護職不足と定着率の改善の為の政策を施策しており、3 州は検討中

2) 介護職員の不足解消と定着率の改善の為に、公共行政政策として“Pass Through パススルー”という制度を構築している。この制度は、看護、介護の質と向上及び介護職員の定着に取り組んでいる施設には、助成金として、介護職員に直接に助成追加金「賃金の加算」を交付している（福利厚生も含む）

- ・ 16 州では、既にこのパススルー制度の考え方を基に各州（16 州）では、施策している
- ・ 多くの州では、この制度を基に介護サービス事業者介護職員の雇用確保のための補助金の交付をしている
- ・ 最近では、アイオワ州がこの制度の導入を検討している

各州よりの介護職員の不足及び離職の原因は、いろいろな要因があるが、最も顕著にその原因と因果関係を鮮明にしているのは、他産業の景気動向であり、失業率の低さであると指摘している。然し、この見解に対して、学者及び老人学の専門家は、一番大きな原因、特に、将来の介護職員の不足の可能性を検証するとき、それは、“加速化されている高齢社会が原因であることを認識すべき”と指摘している。米国コーネル大学のカールピルマー教授兼所長（コーネル大学老人学研究所）は、“社会学者として、私は「危機的状態」と言う表現はめったに使うべきでないとしているが、この先の 10 年後には、我々は介護現場に従事する介護職員の問題は誠に深刻な課題となると言える”と強い警告をならしている。

ノースカロライナ州政府による分析、検証は更に詳細な項目にもふれている。

- ・ 全米で“パススルー制度の導入を具体的に決めた 16 州の内、10 州では、現場で介護に従事する介護職員に別の賃金助成交付金として、時間当たりと一日当たり介護従事手当としての基準で助成額を支給している。最低は \$ 0.50 から 2.10（時間当たり）と、一日としては \$ 4.93 の固定介護支給費として支払われている（州により異なる）。この制度を適用している州は：

アーカンソー、ロードアイランド、コロラド、南カロライナ、マサチューセッツ、テキサス、ミズーリ、バージニア、オレゴン、ワシントン等の各州である。

- 16州の内6の州では介護サービス提供事業者に対し助成金を交付し、その内の何%を賃金として支給する目的助成交付金制度を導入している。ミネソタ州では、助成交付金を大幅に増額し、その助成交付金の40%は介護職員の賃金として給付することになっている。ミズーリ州では法令で、助成交付金の73%を現場介護職員の為の追加賃金加算とするよう定めている。

* 看護、介護に従事する人々及び施設への助成の主な内容の動向

- パススルー制度を導入している州で、9州では、在宅介護訪問介護職員にのみ適用している。4州では施設現場で直接的に入居者の介護に従事している職員にのみ適用している。3州は訪問在宅介護と施設での介護に従事する職員両方に適用している。パススルーの適用に関しては、多くの州が施設で直接に介護に従事している介護職員に提供する傾向が増えている。下記にパススルー制度を各州がどのような条件で提供しているかを示した。

訪問在宅介護のみに適用	介護施設のみに適用	訪問在宅介護と施設介護
コロラド	アーカンソー	ミネソタ
イリノイ	メイン	モンタナ
マサチューセッツ	ミシガン	バージニア
ミズーリ	カリフォルニア	
オレゴン		
ロードアイランド		
サウスカロライナ		
テキサス		
ワシントン		

一方、最低賃金法（米国連邦政府法令）よりも高い額の最低賃金法を施行している州は7州に及び、時間当たり\$10.00と定めている州と、連邦政府が定めた最低賃金より時間あたり\$1.35高い賃金が設定されており、オ

レゴン州では、\$ 6.50 である（時間当たり、福利厚生は別）。然しながら、多くの州の行政府では、看護、介護職員の賃金に関しては、介護に従事する就労人口の安定的な確保の為に抜本的な制度の見直しと導入が必要であるとの見解を示しているのが現状である。然しながら、パス スルー制度は各州においてその運用方法に違いがあり、統一的な制度の確立は全米では未だ確立されていない。ミズーリ州では、特に、メジケイド制度適用施設での補助金交付金に関しては、介護に直接従事する介護職員以外に流用した場合には、ペナルティーの対象としている。

3) Enhancement Incentives (パス スルー制度の充実化の為にイニシアティブ)

- ・ パス スルー制度の充実化による介護職員の定着化と離職防止の為に策として、介護サービス提供事業者と介護に従事する職員に対してどのような施策を講じるべきかを真剣に検討しており、例として、ロードアイランド州は、補助金制度を施設が有効的に活用するために、介護に直接従事している介護職員の賃金加算として、一時間当たり \$ 1.50（1ドル 50セント）を支給すると共に、施設に対して介護の質の向上の為に、助成金を交付し、下記に掲げる項目分野での介護施設における介護の質の向上として、それらの分野で助成金の効果的な活用の促進を目的とした。

ア) 人員配置に係わるシフトの効率的な改善策への取り組み

イ) 施設入居者による介護の質に満足できる施設運営の向上

ウ) 入居者の疾患状態を配慮しての施設での対応と改善

エ) 施設運営の全般的な向上による施設に関する世間の評価を解りやすくする

オ) 介護職員が意欲的になる職場の環境づくり

上記の項目の達成結果を評価して、州政府は介護職員の賃金補助の為に一時間あたり \$ 0.50 から \$ 2.00 を補助金加算をしている。

4) The Higher Reimbursement Rates for Shift Differentials (介護人員配置シフトの向上の為に補助金としての増額)

- ・ ロードアイランド州と同様に、ニュージャージー州も補助金として介護サービス事業者にたいして補助金として還元している。その補助金

は訪問在宅介護で、夜間、週末、休日に介護に従事した場合に適用される。州政府は、このような方法により、介護職員の就労人口を増加させる要因となるとした。

5) **Transportation Reimbursement** (交通費手当て；訪問在宅介護職員にたいする訪問にかかる交通費)

- ・ ワシントン州では訪問在宅介護職員が一つの訪問から次の訪問介護に要する時間を勤務時間として加算支給を行う法令を施行した (Windshield time と称される制度で、フロリダでも同じ制度を導入している)。

6) **Nurse Aid Training** (看護師助手の為の教育、研修)

- ・ 看護、介護助手の質の向上と職責への定着率と意欲の向上の為に、ミシシーピー、デラウェア、メイン州は看護、介護助手の職責履行の向上の為に各々の職責内容に沿う教育と研修を充実化するために、州政府が補助金を交付している。バージニア州では州政府が専門家による教育、研修を年間、今までの 30 時間から 120 時間にし、介護職員の職責上の意欲と介護レベルの向上を推進している。

7) **Training Former Welfare Receipts** (生活保護を受けている人々を介護職として雇用する為の制度の導入)

- ・ 多くの州では、生活保護受給対象者が自立できる職業を持つことの一環として、これらの人々を看護、介護助手として介護分野での就労人口の増加を施策している。この為に教育、研修プログラムを予算化しており (施設での介護職員)、訪問在宅介護職員にもこの制度を広げているのがニュージャージー州である。

8) **Training of Volunteer Population** (ボランティア強化の為の研修、訓練)

- ・ 看護、介護に従事する人々の就労人口の増加と定着率の確立の為に、生活保護者を含め介護の分野で教育と研修を通じて就労人口の増加と介護職員の質の向上を目指す州が多様な政策を施策している。この対象となる人々は定年退職した人々の再雇用、学生、地域のボランティア

ア グループ、高齢者で未だ元気に働ける人々の雇用等の定着化を目的に州政府は予算を計上して教育、研修、訓練に力をいれており、米国での地域社会におけるこれらの人々が果たしている介護分野での役割が米国での介護サービスの地域社会での連帯感を高めている。メイン州での長期介護向上協議会は、州政府の支援の基、介護職員の職責内容を多様化させることによりボランティア、学生、高齢者が出来る介護サービスの分担化を促進した。

9) Pilot Programs (パイロット プログラム)

- ・ 介護職員の就労人口の増加、定着率の向上の為に、ウィスコンシン、アイオワ、オクラホマ州政府は補助金を交付し、介護職員の雇用と定着化の向上に介護サービス事業提供者に支援策を講じている。最も効果率的で継続的な介護職員の健全な定着化と意欲の向上の為にどのような仕組みが一番良いかのパイロット プログラムを通じて、介護職員の定着化率の向上の為に政策を構築し施策している。

10) Overall Labor Shortage Area (介護サービス職員不足に係わる基本的な見解；短期、長期視点からの見解)

- ・ 他の州と違い、フロリダ州政府は、介護職員の不足と定着率の低下は、経済構造の変遷に左右されるとの指摘は、短期、中期的にはそのような要因があるが、長期的な視点からは、高齢社会加速と拡大化が現実的なものになっている現在、長期的な政策として行政府は介護職員が定着し、介護サービス提供事業者の介護サービス運営が健全になされ、増え続ける高齢者人口の介護を付託される事業者の経営健全化を支える政策を講じる必要があると指摘している。

11) Working Group/Task Forces/Data Collection (改善の為にウオーキング グループ、タスク フォース、詳しいデータの検証)

- ・ 介護職員の定着化、介護サービス レベルの向上、介護職員の勤務意欲等に関し、各州政府は適正人員配置が単に“数”の論理で介護サービスの質の向上が図られるという思考よりも、総合的な政策の弾力性ある施策が必要であり、多様な視点からの分析、検証が求められるとしている。

ノースカロライナ州では、適正人員配置や介護職員の定着化による介護サービス体制の健全な構築の為に、介護職員の質の向上と世論による介護職員の職業的な評価の向上と定着化の為に、介護職員の専門知識等を継続的に向上させていく為に、年間、最低 75 時間の教育と研修並びに看護師、介護助手（1 レベル）の資格を得る為の試験を受ける為に教育と研修を課している。又、生活保護者の自立と介護分野での就労人口の増員の為に寄与できる政策を展開している。

前述の如く、ノースカロライナ州も含め、下記の州がタスク フォースを構築している；

アリゾナ、ロードアイランド、ミネソタ、フロリダ、ネブラスカ、メイン、ネバダ、オクラホマ、ペンシルベニア、ミズーリ。

又、ノースカロライナ州では、在宅介護で家族が介護に従事する人々にもこのタスク フォースとの連帯関係等も必要であるとし、上記の各州も同じく連帯強化の構築が必要であるとしている。

* ノースカロライナ州政府は、その分析、検証に基づく、適正人員配置に係わる他の重要な要因である介護職員の就労人口の拡大、定着率の向上、介護職員の為の教育、研修、介護サービス事業提供者に対する総合的な支援政策が如何に介護サービス事業の健全化に寄与するかを示している。各州における政策の分析や検証を基に下記に掲げる結論づけをした。

- ・ 好景気が及ぼす失業率低下が介護分野での就労人口の非定着化の加速化は短期的な観点からみると、その原因は否定しきれないが、根本的な解決策は景気の動向に左右されない制度の確立が重要であり、既に、各州が取り組んでいる多様なソフト面での介護体制を財源的な仕組みの強化で政策として施策しなければ、加速されつつある高齢社会に対応することは困難であり、健全な介護整備は、社会保障及び公共政策としての観点から健全な制度を構築することが必要であり、介護職員に対する教育、研修、賃金の改善に関する州政府の支援及び地域社会との連帯の強化が不可欠である。
- ・ 介護職員の雇用の拡大と定着化の向上に関しては、他の産業分野にたいして州政府が助成措置を講じてきたように、介護サービスの分野にも同じ政策を講じなければ、他の産業分野における生産性の向上にも

影響を及ぼす。何故ならば、高齢者の為の介護に若年層が、他の産業分野で定着的に就労する条件も、いずれ困難になり、州の経済、景気に悪影響を及ぼし、州の歳入にも大きな影響をもたらし、消費動向も減速してゆき、真の社会福祉制度の確立と維持が困難になるという長期的な視点から、州政府は介護就労人口の拡大にあらゆる政策をもつて対処すべきであるとしている。この見地から介護サービス提供事業者は、自らの協会が何をなすべきかを具体的に検証し州政府と、どの様に連帯を強化できるかを話し合い提言していくべきであるとしている。

ノースカロライナ州政府は、現在、介護サービス事業者及び介護職に従事している人々に非営利財団である **Kate B. Reynolds Charitable Trust**（介護、福祉の向上を強化する為の基金財団）以外に下記に掲げる支援策を講じてきている。

- 1) パートタイムを含めた介護サービスに従事する人々に、福利厚生等の利便性を与える為に、保険会社と介護サービス事業提供者が州政府と共にこの福利厚生制度に関しパートナーとなり、この福利厚生制度を導入することにより雇用の拡大を目指し、事業者の負担をも減らす。
- 2) 州政府介護施設整備担当局部は介護職員雇用の拡大の為に、子供を託児できる保険制度を採用する。これにより介護就労人口の拡大を目指す。この為に州政府関係局部は、一般の潜在雇用者にも手紙などで情報を提供している。
- 3) 州政府はメジケイド適用の介護を受けている人々の介護報酬に対して、介護サービス事業者が経済のインフレイ指数を介護報酬に加算できる制度を導入し、介護サービス事業者が介護職員の賃金の引き上げを事業者に負担を負わせない制度を導入している。勿論、州政府はこのインフレイ指数の上昇を補う効果が介護職員の定着率に寄与しているか否かの調査は行う。
- 4) 介護サービス事業者にたいし、“パススルー制度”とインフレイション指数上昇による介護職員の賃金引き上げを併合して履行することによる雇用確保の向上（施設、訪問在宅介護、アダルトケアにも適用）。

ノースカロライナ政府の検証は、更に、分析と検証結果を基に下記に掲げる政策を展開する取り組みを提言している。

- ・ 景気動向によるインフレイション指数上昇に伴う介護職の賃金上昇に

ついでに制度設計の分析と考察を徹底的に行い、制度の信頼性を確立すること。

- ・ パススルー制度の導入には、その効果が介護職員の質の向上と定着率に寄与しているか否かの立証が必要である。
- ・ パススルー制度の導入にあたり、地域格差を検討、考慮することが必要である。

長期介護政策に関し、ノースカロライナ州政府関係局は、州民の税が如何に効率的に活用されるべきかの観点から下記の指摘事項の検証を提言している。

- 1) 訪問在宅介護に関する介護報酬は州ではどの地域も一律とする。(メジケイド適用介護受益者とパーソナルケアサービス受益者。)
- 2) 介護レベルの違いの介護受益者にたいする介護報酬を検討することと、介護職員の資格による賃金の定義。
- 3) 介護サービス事業提供者よりの介護コスト請求内容の適切性の検証の必要性。
- 4) 特に訪問在宅介護に関しては間接費の検証が困難な場合があるので、介護コストを基本として請求制度を採用する。これにより、州政府は税による介護報酬の透明性が担保できる。
- 5) 訪問在宅介護及びライセンスを取得した小規模ショートステイ施設における介護報酬に関しては、メジケイド適用介護受益者に適用される介護サービスの内容とその介護報酬の基準により介護サービス提供事業者に介護報酬を支払う。

ノースカロライナ州政府関係局は、メジケイド適用介護受益者とパーソナル訪問在宅介護に関し、対象年齢を65歳以上とし、メジケイド適用者の拡大をはかり、メジケイド制度による介護整備を展開すべきとしている。時間当たりの介護報酬は平均\$18.00~24.00としている。施設運営事業者は前に触れた介護、福祉基金よりの助成金交付を含め介護事業運営に支障が無い支援策も講じている。

ノースカロライナ州政府は、適正人員配置基準の設定は、既に述べてきたように介護サービスに従事する就労人口の拡大、教育、研修の充実化の為の補助金交付制度、インフレイション指数に基づく介護職員の賃金加算、パススルー制度の導入、州政府、保険会社、介護サービス事業提供者に

よるパートナーシップ制度の確立による福利厚生制度の確立による介護就労人口の雇用の拡大等、又、総合的な社会、福祉政策を通じ長期介護の為の制度づくりを構築すべきとの見解で全米の主な州の政策を分析、検証し、高齢社会に対応する介護サービス就労人口の拡大と定着率の安定化を促進し、適正人員配置基準もこれらの総合的な要因を踏まえて決めるべきとの結論をだしている。この報告書の作成には、ノースカロライナ高齢者介護施設整備関係局部、米国デューク大学長期介護研究所研究グループ等により、全米の各州の担当局部よりの政策に関する情報、データ等又看護、介護分野での団体、専門家等よりの提言や助言及び文献を基に作成された報告書は、米国連邦政府保健・福祉省もその内容の充実を評価しており、適正人員配置基準の作成は、既に、この報告書で記されたように単純に“数の理論”で介護の質の向上が達成されるのではなく、適正人員配置基準と介護の質の向上の因果関係は多様な要因を分析、検証してその適正性が検証できるとしており、米国連邦政府も、この意味で適正人員配置基準の設定に非常に慎重であり、米国では各州ごとに州政府が介護施設及び介護サービスの内容に基づいて適正人員配置基準を定めている。下記に全米の主な州の適正人員配置基準の概要を記す。

V. Nursing Home Staffing Standards in State Statues and Regulation (米国 50 州のうち主な州におけるナーシング ホームに於ける適正人員配置基準に関する政令、規定；ワシントン DC は連邦政府管轄の特別デストリクト)

1) アーカンソー

- ・ 人員配置基準：規制なし（メジケアは別の規定を適用）
- ・ ライセンスを取得したスタッフの配置：施設で入居者が 1～70 人で入居者の介護状態が混在の場合には；
- * 正看護師一名、一日勤務で週 40 時間
- * 公認準看護師一名、週 7 日、勤務は朝、昼、夕方、深夜

- ・ 施設入居者が 70 人以上の場合：
- * 看護長一名、正看護師一名（週 40 時間）、一名の交代用正看護師（週 16 時間）、公認準看護師（週 7 日、56 時間）、公認準看護師一名（週 7 日、56 時間、夜勤）。

- ・ 施設入居者が 105～210 人の場合：

- * 正看護師一名を追加する（週 40 時間、日勤）、公認準看護師一名を追加配置（週 7 日、56 時間）。
- ・ 施設入居者が 111～155 人の場合：
- * 公認準看護師一名を追加配置する（週 7 日、56 時間で夕方勤務）。
- ・ 施設入居者が 111～155 人の場合：
- * 公認準看護師一名を追加する（週 56 時間の夜間勤務）。

看護師助手（ナーシングエイド及び公認看護助手）は、スキールド ナーシングホームで入居者の介護状態がレベル（I）の場合は州政府の規定に基づく。

- * ケアギバー；「直接に介護に従事する介護職員の最低配置基準は無い」

2) アラスカ

- ・ 最低配置基準については、明確な規定は無く、“適正な人員配置”をするとの表現で、下記のライセンス又は公認資格を得た専門職を配置するとしている。
- * 公認、登録看護師（Registered Nurse, Licensed Practical Nurse）の配置について：
- ・ 施設入居者が 1～60 の場合：
- * 正看護師一名（週 7 日）、正看護師一名（週 5 日、夕方から夜）、公認準看護師一名（正看護師が勤務していない時は、公認準看護師が全勤務シフトにおいて職責を履行する）。
- ・ 施設入居者が 60 名以上の場合：
- * 正看護師 2 名（週 7 日）、正看護師一名（週 7 日、夜勤）。
- ・ 直接介護に従事する介護職員の人員については、規定は無い。

アラスカ州では、特例条項として、介護施設が病院と併設又は同じ建物にある場合は、正看護師、公認準看護師等の専門職員に関する最低人員配置基準は：

- * 正看護師一名（週 7 日）で、病院に正看護師が勤務していることを条

件とし、公認準看護師が昼夜勤務し、施設の入居者が加療を必要とされるとき、それに対応できる体制が整備されていることとする。施設の入居者が14人以下の場合には、病院の公認準看護師が看護職務を履行でき、夜間勤務で配置されていることが特例条項としての適用を受ける。

(註) 米国連邦政府の人員配置に係わるガイドラインは、正看護師一名で、一日8時間、週7日勤務。3勤務シフトである場合は、正看護師一名と公認準看護師1名が夕方、夜間のシフトに対応する。介護長一名は、週5日職責を履行することとし、施設入居者が60人以下の場合には介護長は、他の介護士の職務を兼務してもよいとしている。施設の入居者が100以上の場合には、正看護師は入居者一人当たり、“.30 hours”の看護ができる体制を求めている。

3) アラバマ

- ・ 適正人員配置基準：
- * ライセンスを取得した看護師及び他の看護、介護専門職員を十分な内容での人員配置を整備する、勤務体制は24時間としている。

- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）：
- * 看護長一名、正看護師一名（週7日、8時間勤務）。施設入居者が1～60人の場合は、看護長は正看護師が行う職務を兼務してもよい。

- ・ 正看護師及び公認準看護師スタッフの配置について：
- * 最低人員配置は無い。
- ・ 直接に介護に従事する職員の人員配置基準：
- * 最低人員配置基準は規定されていない。

(註) 米国連邦政府のガイドラインよりは、正看護師の配置数は低い。

4) アリゾナ

- ・ 適正配置基準：
- * 看護、介護レベルを査定された人々看護、介護サービスを履行するに適切な人員配置と規定されているのみ。

- ・ ライセンスを取得したスタッフの人員配置（正看護師、公認準看護師）：
 - * 施設での入居者が 1～59 名の場合は、介護長一名。介護長は正介護士の職責を兼務できる。一勤務シフトあたり、入居者が 64 名以下の場合には正看護師が一勤務シフトあたり一名勤務することとする。
 - ・ 介護士アシスタント（介護助手、公認介護助手）の配置：
 - * 最低配置基準は規定されていない。
 - ・ 直接介護に従事する介護職員の人員配置：
 - * 最低人員配置基準の規定は無い。
- （註）アリゾナ州の場合、州政府の法令（AHCCS）により、メジケイド適用者の対応を義務付けている。

5) カリフォルニア

- ・ 適正配置人員基準：
- * スキールド ナーシングホーム及びナーシング ホームにおいては、施設は入居者に、一日、最低、3.2 時間の看護、介護を提供できる配置と定めている。
- ・ ライセンスを取得した看護、介護職員の人員配置：
- * 1～59 床の看護、介護内容の指定を受けている場合には、正看護師一名、公認準看護師一名で一日、24 時間の配置。
- * 60 床の看護、介護内容の指定を受けている場合には、介護長一名（一日フルタイムの勤務体制であること。この職責は、公認準看護師を代理とすることは禁じている。更に、公認準看護師の配置で 24 時間勤務体制を規定している。
- * 100 床以上の看護、介護内容の指定を受けている場合には、正看護師一名で公認準看護師はこの職責を代理することを禁じている。
- ・ 看護師のアシスタントに関する最低人員配置基準：
- * 最低人員配置基準は定めていない。
- ・ 看護、介護に直接従事する職員の人員配置基準：
- * 入居者一人当たり、3.2 時間の看護、介護を提供すること。介護長、公認準看護師が費やした時間は、3.2 時間に含まれない。[1999 年以前]。

カリフォルニア州では、1999 年に上記に触れた介護長、公認準看護師が果たした時間は、3.2 時間に含まれると改正し、49 床以上の施設の場合には、ライセンスを取得したスタッフの追加配置は求めている。50 床以上の場

合には、正看護師一名と公認準看護師一名（週 7 日、フルタイム勤務）を追加配置。

看護、介護中間レベルに位置付けされる施設では、1～99床の場合には、正看護師一名、公認準看護師一名（週 7 日、フルタイム勤務）。100床以上の場合には、正看護師一名〔フルタイム勤務、入居者一人当たりの看護、介護に費やす時間は 1.1 時間〕。中間看護、介護レベル施設で特別の医療看護が必要な場合には、一人当たりで費やす時間は 0.7 時間とするが、特別の医療看護に費やした時間はカウントされないとした。身体及び精神障害者に対する看護、介護は一人当たり一日 2.7 時間としている。

6) コロラド

- ・ 適正人員配置基準：
- * 適正な人員のスタッフが入居者が必用とすることに対応する人員。
- ・ ライセンスを取得したスタッフの配置（正看護師、公認準看護師）：
- * 看護長一名（フルタイム勤務、週 40 時間）、正看護師一名（週 7 日、24 時間体制）、ライセンスを取得した看護師一名（一つ一つの介護ユニットに勤務体制を敷く）。
- ・ 看護師助手の人員配置（NA, CNA）、公認看護助手など：
- * 最低人員配置の規定はない。
- ・ 看護、介護に直接に従事する職員の人員配置基準：
- * 施設での入居者ベッドが 1～60 の場合は、入居者一人当たり一日、2.0 時間の看護、介護の体制。60 以上の場合は、2.0 であるが、介護長、施設運営のコーディネーターが関与した時間はカウントされない。

最近の改正で、メジケイド適用者には、看護、介護が一日、2.0 時間とした。

7) コネチカット

- ・ 適正人員配置基準：
- * 適正な看護師及び看護師助手が週 7 日、24 時間体制で配置されていることと定義。
- ・ ライセンスを取得した職員の配置（正看護師、公認準看護師）
- * 正看護師一名〔週 7 日〕、正看護師一名及び公認準看護師（フロアごとに配置、週 7 日、24 時間体制で、「朝 7 時～午後 9 時」のシフトでは

入居者に。47時間の看護、介護、夜「9時～翌朝7時」までは。17時間の看護、介護を課している。施設のベッド数が61～120の場合には、看護長はその配置人員以外とし、120床以上の場合には、看護長助手も配置人員以外としている。

- ・ 看護師助手に関する配置基準：
- * 最低基準は定めていない。
- ・ 直接介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 朝昼シフトは、1.4時間。夜間は0.5時間で、入居者数が61～120の場合には、看護長が費やした時間は除く。120床の場合には、看護長の看護助手の時間はカウントされない。

最近の改正では、所謂、慢性疾患を抱える入居者及び病気から回復期に移行するための看護、介護を受けている入居者については、新たな基準を定めており、そのための人員配置基準は、正看護師一名（ライセンスを取得した職員を含む）が週7日、24時間体制の配置とし、朝昼（7時～9時）までのシフトで、0.23時間の看護、介護をさだめており、夜間（9時～翌朝7時）は0.8時間「一人当たりの入居者にたいして」を定めている。

施設のベッド数が61～120の場合は、夜間勤務の介護長は勤務しなくてもよいとしているが、この州の配置基準は全米でも連邦政府のガイドラインよりも、人員配置基準を大幅に配置するよう定めている。

8) ワシントン DC

- ・ 適正人員配置基準：
- * 週7日、24時間の勤務体制で入居者に適切な看護、介護体制が出来ることと定義している。
- ・ ライセンスを取得したスタッフの人員配置基準：
- * 正看護師一名で看護長としての職責をフルタイムで履行する。
正看護師で週7日24時間勤務体制を含め管理する職責者を配置。
施設でのベッド数が1～20の場合には、看護長はレギュラー勤務シフトでスーパーバイザーの職責をも兼務してもよい。正看護師又は公認準看護師一名は施設の規模によるが、各フロアに一名ずつ配置する。
正看護師は、この場合に看護師の長を兼務することも出来る。
- ・ 看護師助手の配置：
- * 最低人員配置基準は規定されていない。

- ・ 直接に介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 2名の介護職員が各々のユニットに配置（週7日、24時間）。施設での指定看護、介護ベッドが30以上の場合には、上記の基準が適用され、看護長及びスーパーバイザーが費やした時間「入居者にたいして」はカウントされない。

ワシントン DC においては、その後度々の改正があり、2000年には、改正案として正看護師の増数を議論しており、一例として、各々のフロアに正看護師又は公認準看護師を配置するよう基準の改正を検討している。

9) デラウェア

- ・ 適正人員配置基準：
- * 入居者が必要とする看護、介護に対応する体制の整備と定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフの人員配置基準（正看護師、公認準看護師）：
- * 正看護師又は専門教育を受けた臨床看護師一名が看護長として配置。パートタイムとしての正看護師一名と正看護師又は公認準看護師一名がスーパーバイザーの職責を担う為の配置（週7日、24時間体制に対応）。施設内に教育担当の責任者を配置し、その勤務時間は入居者及び職員の人数により定める。2001年よりは、基準を改正し、上記の追加として、正看護師、公認準看護師の入居者に対する看護、介護時間は平均値で、昼は1.2時間、夕方は1.25時間、夜間は1.40時間と定めた。
- ・ 看護師助手（公認看護助手等）の人員配置基準：
- * 昼は入居者との比率は、1対9、夕方は1対10、夜間は1対22人と規定。
- ・ 看護、介護に直接従事しているスタッフの人員配置基準は、看護長及び施設運営の事務等に従事している職員を除いて、2001年には、入居者一人当たり、3.0、2002年には、3.28、2003年には、3.67と配置基準が厳しくなっていたが、施設運営の健全化を求める声が反映され、今まで直接に介護に従事していなかったスタッフ（看護副長、公認準看護師、及びスーパーバイザーの職責を担うスーパーバイザーの正看護師も直接介護に従事できると改正した。特に、施設ベッド数が1～15床の場合には、看護長、看護スーパーバイザー、副看護長が直接介護職員の職責兼務できることに改正した。

10) フロリダ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特別な規制なし「定義なし」
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師で看護長の職責をフルタイムで担うもの一名で、施設のベッド数が 121 以上の場合には、看護副長「正看護師」一名を追加配置する。又、一シフトに正看護師又は公認準看護師一名を配置する。これらの看護、介護に関与する時間は、入居者一人当たり「24 時間体制で」0.6 時間。
- ・ 正看護師アシスタントスタッフ（看護師助手及び公認看護師助手）の配置：
- * 公認看護助手が、24 時間体制において入居者一人当たり 1.7 時間を対応する体制。
- ・ 直接に介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 規定なし。

11) ジョージア

- ・ 適正人員配置基準：
- * 十分なナーシング スタッフが 24 時間対応できる体制。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の配置基準：
- * 正看護師一名（フルタイム）及び正看護師又は公認準看護師一名（週 7 日 24 時間体制）で、看護、介護スタッフと入居者に対する看護、介護が 1 対 7 の体制。
- ・ 正看護師助手（公認準看護師）の配置：
- * 規制なし。
- ・ 直接に介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 介護に直接に従事する介護スタッフに関する基準：
- * 入居者一人当たり一日、2.0 時間。
- ・ メジケイド適用入居者に関するスタッフの配置基準：
- * 入居者一人に対して、一日、2.5 時間。

ジョージア州政府は 2000 年代から知事及び行政府が施設での入居者の事故の増加を配慮してスタッフの増員を含めた改正を議会に提案、審議してきているが、州議会関係委員会は、行政府の提案の根拠が薄いとして政令化されていない。

12) ハワイ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 入居者に対応できる適正な人員とその職務履行の質を維持できる体制。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師一名（週 7 日でフルタイム勤務、24 時間体制）。
- ・ 正看護師助手（公認看護師助手）の人員配置：
- * 規定無し「最低基準」。
- ・ 介護に直接従事するスタッフ
- * 最低人員配置基準無し。

ハワイ州の場合、中間的なレベルの介護度のナーシング ホームにおける基準は、正看護師一名は（フルタイム）、と公認準看護師一名が投薬が必要な入居者がいる場合に適用している。連邦政府のガイドラインを大幅に下回る基準である。

13) アイオワ

- ・ 適切な人員配置基準：
- * 特に規定無し。
- ・ ライセンスを取得したスタッフに関する配置基準（正看護師、公認準看護師）：
- * 正看護師一名と公認準看護師一名（ヘルス サービス スーパーバイザーとしての職責）の配置で、施設のベッド数が 1～40 の場合には、公認準看護師は、看護師としての職責も履行してもよい。ベッド数が 1～74 の場合には、公認準看護師の資格をもつスタッフがスーパーバイザーの職務からはなれることが出来ない場合には、施設は正看護師一名を週 4 時間追加勤務体制をとること。ベッド数が 75 以上の場合には、スーパーバイザーは正看護師でなければならない。又、公認準看護師一名を追加すること（週 7 日、24 時間体制に対応）。

- ・ 正看護師助手の配置：
- * 特に規定無し。
- ・ 直接介護に従事するスタッフの勤務は、週 7 日、一日、一人当たり 2.0 時間。このうち、20%の時間は正看護師及び公認準看護師による看護、介護が必要。少なくとも 2 名の介護職員が施設で 24 時間介護体制が履行できること。
- ・ 介護に直接従事するスタッフの配置基準：
- * 施設入居者が 1～59 の場合には、一日の対応時間は一人当たり 2.4 時間。介護長は除くがスーパーバイザーとしての職責としての看護師は対応できる。

14) アイダホ

- ・ 適正人員配置：
- * 定義無し。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の配置：
- * 正看護師で介護長の職責を担う、一名（週 5 日）昼のみ。スーパーバイザーとしての職責として公認準看護師一名。ベッド数が 1～59 の施設では、看護長はスーパーバイザーとしての主任看護師の職責を兼務できる。正看護師一名。60～88 床の場合は、正看護師一名で朝、昼と夕方～夜の勤務体制（この場合には合計 2 名がフルタイムとして登録）。夜間には公認準看護師一名を配置（週 7 日）。90 床以上の場合には、正看護師一名が 24 時間体制で配置（シフトは「3」交代）。
- ・ 正看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 介護に直接従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者一人当たり、2.5 時間。但し、朝昼は 40%、夕方は 25%、夜間は 15%の時間の配分で配置対応する。このうち 20%は公認準看護師が対応してもよい。看護長の対応時間は除き、各ユニットには 24 時間一名のスタッフが常勤すること。

アイオワ州では、中間看護、介護レベル者を対象とした施設では、看護師一名（週 5 日、フルタイム）が勤務。公認準看護師が週 7 日、24 時間、主任看護師としての職責で勤務。介護長及び公認準看護師の対応時間も含め居住者に対する対応時間は一人当たり 1.8 時間。施設での入居者の看護、介護度のレベルの査定が変更した場合には、行政当局の許可を受け、人員

の増、削減ができる。

15) イリノイ

- ・ 適正人員配置基準：
- * スタッフが入居者に対応できる体制をとると定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師で看護長としての職責一名及び公認準看護師一名（看護師主任）としての職責で配置。正看護師及び公認準看護師一名が朝昼勤務（一日 8 時間、週 7 日）。公認準看護師一名は各フロアに配置（週 7 日、24 時間体制）。
- ・ 正看護師助手の配置基準
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 介護に直接従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者一人当たり、2.5 時間で朝昼時間帯は 2.5 時間の 40%、夕方は 25%、夜間は 15%の配分とする。看護長の対応時間はカウントされない。又、各ユニットには一名のスタッフが週 7 日 24 時間体制で常勤すること。

イリノイ州は人員配置基準の改正のため、下記の基準を提案している。

看護長、介護職、及びライセンスを取得したスタッフを含む改正は、看護長及び介護職の入居者との対比で 1 対 15 人（朝昼）、1 対 1.25（夕方）、1 対 1.35（夜間）の看護、介護を基準としている。看護、介護レベルが中度の入居者にたいしては、未だ具体的な改正案が提出されていない。

16) インディアナ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 最大にして実践可能な対応を入居者にできる体制と定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の配置基準：
- * 看護師長一名（フルタイム）及び正看護師一名（週 7 日、8 時間）、公認準看護師一名が一シフトごとに従事すること。ベッド数が 1～60 の場合には、看護長は看護師主任としての職責を兼務でき、公認準看護師一名も配置する。一日、0.5 時間とし看護長の対応時間はカウントされない。

- ・ 正看護師助手の配置：
- * 最低人員配置基準は無い。
- ・ 介護に直接従事する介護職の人員配置基準：
- * 特別の規定は無い。

インディアナ州では、スキールド ナーシングホーム及びナーシング ホームの名称を“Comprehensive Care Facility”と称し、医療、介護を一体化した整備づくりに取り組んでおり、看護、介護の効率的にして有効な加療、介護体制を構築している。

17) カンザス

- ・ 適正人員配置基準：
- * 適正なスタッフによる最大の看護、介護体制と定義している。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護長一名（フルタイム）。公認準看護師一名（週 7 日、24 時間体制）と各ユニットごとに正看護師一名を朝、昼のシフト時に配置し、正看護師と公認準看護師が一名ずつ配置（週 7 日、24 時間体制）。
- ・ 介護に直接に従事するスタッフの人員配置基準：
入居者一人当たり平均 2.0 時間。平均時間は 1.85 時間。
ベッド数が 60 以上の施設では、入居者に対して 1.30 時間。2 名の看護師が常に勤務していること。

18) ケンタッキー

- ・ 適正人員配置基準：
- * 正看護師、公認準看護師及び看護師助手の勤務体制が整備され入居者に対応できることと定義している。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師で看護長の職責を履行できる人一名（フルタイムで朝、昼勤務）。
もし、看護長が施設運営上の職責が多忙とみなされた場合には、正看護ツフの全てを統括する職責を担う為に配置すること（週 7 日、24 時間体制）。

- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 最低人員配置基準は無い。
- ・ 介護に直接従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低人員配置基準は無い。

19) ルイジアナ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 正看護師、公認看護師等が看護、介護に十分な体制を構築する基準と定義：
- ・ ライセンスを取得したスタッフの人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護長一名、(フルタイム)、但し、看護長が施設運営に時間を費やす時間が相当ある場合には、正看護師一名を看護長補佐として配置 (フルタイム)。正看護師又は公認準看護師が看護主任を兼務できる。
バット数が1～60の場合には、看護長は看護主任としての職責を兼務。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低配置基準は無い。
- ・ 介護に直接従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者一人当たり15時間の看護、介護。
メジケイド適用者に対する対応時間は一人当たり一日、2.6時間。

20) マサチューセッツ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 適切、充実した看護、介護サービスが24時間提供できる人員配置基準：
- ・ ライセンスを取得したスタッフ (正看護師、公認準介護士) の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護長一名 (週40時間、フルタイム) の配置で朝昼勤務で多様なユニットにて職責を履行する。一名の正看護師がフルタイムでスーパーバイザーの職責を同じ施設で (2) ユニットの対応責任を担う。看護長は (1) ユニットの場合は、スーパーバイザーの職責を兼務できる。正看護師又は公認準看護師一名 (週7日、24時間体制) で介護士主任の職責を担う。
- ・ 看護師の助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

- ・ 直接介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者一人あたりに 2.6 時間の対応（看護、介護レベルⅠ）。この内、0.6 時間はライセンスを取得したスタッフに対応する。2.0 時間の対応（看護、介護レベルⅡ）で、そのうち 0.6 時間はライセンスを取得したスタッフに対応する。但し、看護長はカウントされない。

21) メリーランド

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特別の規定無し。
- ・ ライセンスを取得したスタッフの人員配置基準：
- * 介護長一名（フルタイム）
入居者が 2～99 人の場合には、正看護師一名（フルタイム）。100～199 人の場合には、正看護師一名（フルタイム）。100～199 人の場合は、正看護師二名（フルタイム）。200～299 人の場合は、正看護師三名（フルタイム）。300 以上の場合には、正看護師四名（フルタイム）。
- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 最低人員配置基準は無い。
- ・ 看護、介護に直接に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者に対して、一日、一人当たり 2.0 時間（週 7 日）の対応をする。この為に正看護師、公認準看護師その他サポートスタッフが従事し、これらのスタッフが費やす時間の 50%は病棟にて職責を履行すること。

メリーランド州では、ナーシング ホームは“総合ケア施設”と称し、総合ケア施設の内容の充実化を図り、この施設では、正看護師一名（24 時間体制、週 7 日）の配置の他に、正看護師一名及びサポートスタッフが入居者の状態に対応する為に配置することとしており、看護、介護中度レベルの入居者に対応スル施設でも、看護長一名と正看護師一名及び必要なサポートスタッフによる看護、介護体制を構築する為の改正を最近行い、更なる改正案が検討されている。

22) メイン

- ・ 適正人員配置基準：
- * 定義、規定は無い。

- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師一名の配置又は待機体制（24 時間体制）。看護長一名、及び正看護師、又は、公認準看護師一名が看護主任としての責務を履行（週 7 日、一日 8 時間）。ベッド数が 20+ の場合には、介護長は介護主任を兼務できる。ベッド数 100, 150, 200 の場合には、公認準看護師一名ずつを 50 人の入居者に対応する為配置する。100+ の場合には、入居者 100 人の場合には、正看護師一名を追加配置する。又、正看護師又は公認準看護師一名を夜間 8 時間勤務として配置。ベッド数 70 の場合で、多様な看護、介護サービスを提供する場合は、正看護師又は公認準看護師を配置すること。
ベッド数 100+ の場合は、看護師の一名は正看護師を配置すること。夜間の場合には、正看護師又は公認看護師一名を配置すること。ベッド数 100+ の場合には、正看護師一名を夜間に配置すること。
- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 最低人員配置基準は無い。
- ・ 看護、介護に直接従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者に対して、朝昼は 1 対 5、夕方は 1 対 10、夜間は 1 対 18。この為のスタッフは正看護師、公認準看護師、公認看護助手を含む。

23) ミシガン

- ・ 適正人員配置基準：
- * 24 時間ナーシング及び必要なケア サービスを入居者に対してできること。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 看護師長一名（フルタイム）及び正看護師、公認看護師一名。
- ・ 看護師助手の人員配置（看護師助手、公認看護助手）。
- * 最低人員配置基準無い。
- ・ 看護、介護に直接従事するスタッフの人員配置基：
- * 入居者に対し一日、2.25 時間、又は、スタッフが入居者に対応する一人当たりの時間は、朝昼は 1 対 8、夕方は 1 対 1.2、夜間は 1 対 1.5 とし、どちらの体制でもよい。ベッド数が 30 以上の場合には、看護師長はカウントしない。

24) ミネソタ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 適切、十分な人員にて対応できる体制。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師で看護師長一名（フルタイムで少なくとも 36 時間勤務）、正看護師及び公認準看護師一名（週 7 日）。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低基準は無い。
- ・ 直接看護、介護に従事する人員配置基準：
- * 少なくとも適当な職責の職員一名が常住。

25) ミズーリ

- ・ 適正人員配置基準：
- * ナーシング ケアー及び他の適切な看護、介護で入居者の福祉に寄与する体制を構築する。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 看護師長一名及び正看護師（朝昼）一名、正看護師又は公認準看護師一名の配置で、夕方及び夜間勤務。もし公認準看護師が夜勤の場合には、正看護師が緊急時の為の待機体制をとる。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置は無い。
- ・ 直接入居者の看護、介護に従事するスタッフ（公認看護助手）の人員配置基準：
- * 最低基準は無い。

ミズーリ州では看護、介護度レベル中度の入居者を対象とする場合は、看護師長一名、正看護師、公認準看護師一名。公認準看護師が看護師長の職責にある場合には、正看護師はコンサルタントとしての職責で週 4 時間の勤務時間を履行する。

又、公認準看護師一名が朝昼に勤務、もう一名の公認準看護師は自宅待機体制をとるとしている。

26) ミシシッピー

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特に定義無し。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格での看護師長一名（フルタイム朝昼勤務、週 40 時間勤務）。
ベッドが 1～60 の場合には、看護師長は看護師主任を兼務してもよい。180 以上の場合には、看護師長補佐一名を配置する。看護師長補佐（正看護師）一名を（週 7 日朝日勤務として）追加配置する。又、正看護師、公認準看護師一名ずつ朝昼、夕方のシフトに配置し、正看護師又は公認準看護師を看護主任としての職責で夜間各フロアに投薬及び看護、介護に必要なサービスに対応する為に配置する。看護師長は投薬、看護の職責には対応しない。
- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 最低人員配置基準は無い。
- ・ 入居者に直接従事するスタッフの配置基準：
- * 入居者一人当たり、一日、2.8 時間の対応をする。

27) モンタナ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特別な定義無し。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師一名（週 7 日、8 時間勤務）。
ベッド数が 41 以上の場合には、正看護師で看護師長としての職責として一名（フルタイム勤務）及び公認準看護師一名（週 7 日、24 時間体制）。ベッド数が 76 以上の場合には、正看護師一名が朝昼、勤務。ベッド数 75 以上場合には、正看護師一名、公認準看護師一名が夕方勤務。ベッド数 87 以上の場合には、正看護師一名。公認準看護師一名は夜勤勤務。
- ・ 看護師助手（公認看護師助手）に関する人員配置基準：
- * 看護師助手が 4 時間朝昼に入居者 5 人に対応（ベッド数が 9 以上の場合）。

- ・ ベッド数が 96～100+ の場合には、看護師助手が全体で、に入居者に対して 56 時間の対応。ベッド数が 16+ の場合には、夕方シフトでは 4 時間の対応。ベッド数 96～100 の場合には 40 時間（スタッフ全員で）の対応。ベッド数が 21+ の場合には、夕方シフトで 4 時間の対応。ベッド数が 86～100 の場合で夜間のシフトは、24 時間（スタッフ全員で）の対応。
- ・ 看護、介護に直接従事するスタッフの人員配置基準：
特に規定無し。

モンタナ州では、最近の一部改正で下記の配置基準を定めている。

- * ベッド数が 41+ の場合には、公認準看護師一名を追加配置する（朝昼シフト）。
ベッド数 4～50 の場合には、公認準看護師一名を追加配置（夕方シフト）。
ベッド数 51～75 の場合には、正看護師一名を追加配置（夕方シフト）。
ベッド数 4～70 の場合には、公認準看護師一名を追加配置（夜間シフト）。
ベッド数 71～80 の場合には、正看護師一名を追加配置（夜間シフト）。

モンタナ州は人口も少なく、都市以外に小規模施設を開設しているケースが多く、ベッド数も小さい規模の施設が散在しているため、勤務シフトも弾力的に改正をしているとされる。

28) ノースカロライナ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 看護、介護アセスメントの内容に沿うケア プランニングとスーパービジョンを履行できる体制と定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師で看護師長一名（フルタイム）。ベッドの稼働率が 1～59 の場合には、看護師長は看護師主任を兼務できる。正看護師一名（週 7 日、8 時間勤務）。
公認準看護師一名（週 7 日、24 時間体制）及び公認準公認看護師一名（週 7 日、24 時間体制）。
- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 特に規定無し。

- ・ 看護、介護に直接に従事するスタッフの人員配置基準：
- * ライセンスを取得したスタッフで、ベッド数が 60 以上の場合には看護師長はカウントしない人員配置で入居者一人当たり 2.1 時間。又、一般事務職、教育担当が費やす時間はカウントされない。施設の建物が何階もあるところでは、入居者に対応する為、各フロアごとにスタッフ一名が配置され、週 7 日、24 時間体制とする。

29) ノースダコダ

- ・ 適正人員配置基準：
- * スタッフ（正看護師、公認準看護師等）は 24 時間入居者に対応できる体制を維持すると定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師で看護師長の職責として一名。正看護師一名（週 7 日、一日 8 時間勤務）及び公認準看護師一名が看護師主任として配置（週 7 日、24 時間体制）。
- ・ 看護師助手（公認看護師助手）。
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 看護、介護に直接に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

30) ネブラスカ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特に定義無し。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を看護師長一名。正看護師一名（週 7 日、8 時間）。公認準看護師で看護主任の職責で一名（週 7 日、24 時間体制）。正看護師又は公認準看護師一名が看護主任の職責を担う（週 7 日、24 時間体制）。入居者が 1～59 ベッド数で 59 人で施設が稼働の場合は、看護師長は看護師主任を兼務してもよい。
- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に直接看護、介護するスタッフの人員配置基準：

- * 最低人員配置基準無し。

ネブラスカ州では、人員配置基準の改正については、行政府及び州議会の関係委員会、諮問委員会にて改正案が（通達も含め）議論、審議されている時には、その論議、審議の経過の透明性を公にするため、州政府は、その経緯を州政府のホームページにその論議、審議過程を一週間ごとに掲載することになっている。

31) ニューハンプシャー

- ・ 適正人員配置基準：
- * 入居者にたいする適切な手当をとする為と定義している。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師一名及び正看護師一名（週 7 日、一日 8 時間）。又、公認準看護師一名（週 7 日、24 時間勤務体制）。
- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 特に最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に直接に看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

32) ニュージャージー

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特別の定義無し。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護長一名（フルタイム）。ベッド数 150+（看護、介護の内容がライセンス認可を得ている）の場合は看護師長補佐（正看護師）一名を追加のこと。正看護師一名（朝昼シフト）。正看護師一名（夕方、夜間勤務で自宅待機）。ベッド数が 150+の場合には、正看護師一名は常に施設に常勤のこと。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 制定人員配置無し。
- ・ 入居者に直接看護、介護するスタッフの人員配置基準：
- 看護師長が費やす時間をカウントなしで、入居者一人当たり 2.5 時間。

但し、2.5 時間のうち 20%は、公認準看護師又は正看護師が対応すること。更に、入居者の状態により必要な加療、介護をすること。

ニュージャージー州では、人員配置基準の改正案として、下記に掲げるスタッフ対入居者の比率改正を提案している。

- * 朝シフト：公認看護婦助手（1 対 5）、公認準看護師（1 対 15）。
午後シフト：公認看護助手（1 対 8）、公認準看護師（1 対 25）。
夕方～夜間シフト：公認看護助手（1 対 12）、公認準看護師（1 対 36）。

33) ニューメキシコ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 具体的に必要とする看護、介護内容を提供できる体制の構築と定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格をもつ看護師長一名（フルタイム）。看護師長は看護師主任を兼務できる。公認準看護師一名を主任看護師の職責として配置（週 7 日、24 時間体制）。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低配置基準無し。
- ・ 入居者に直接対応するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者一人にたいして、一日、平均 2.5 時間。朝昼：1 対 7、夕方、1 対 10、夜間、1 対 12。この比率には看護長、看護長補佐及び施設内の特別なユニットの責任者による対応をも含む。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に直接、看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 一日、平均一人当たり 25 時間。例として、スタッフと入居者の比率は、朝昼：1 対 7、夕方、1 対 10、夜間、1 対 12 人。必要に応じて介護長、介護長補佐、特別ユニットの責任者の対応も含む。少なくともナーシング スタッフの一名は施設に常在すること。
- ・ メジケイド適用者にたいする基準：
- * 正看護師、公認準看護師一名（週 7 日、24 時間体制、一日 8 時間勤務）の配置。

34) ネバダ

- ・ 適正人員配置基準：
- * ナーシング ケアーを提供し、入居者の福祉に寄与すると定義。
- ・ ライセンス資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護師長一名（週 7 日、勤務時間 8 時間）。入居者が 1～60 人稼動の場合、看護師主任を兼務できる。公認準看護師一名が各フロアごとに看護師主任として配置する。
- ・ 看護師助手（公認看護師助手）の配置基準：
- * 最低配置基準無し。
- ・ 入居者に直接看護、介護に直接従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低基準はなし。

35) ニューヨーク

- ・ 適正人員配置基準：
- * ナーシング サービス及び関係サービスを 24 時間体制で入居者に対応する。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護師長一名（フルタイム勤務）。正看護師一名（週 7 日、8 時間勤務）。ベッドが 1～60 の場合は、看護師長は看護主任を兼務。公認準看護師は看護師主任の職責で各フロアに勤務。
- ・ 看護師助手（公認看護師助手）の配置基準：
- * 最低人員基準はなし。
- ・ 直接入居者に対応する人員配置基準：
- * 最低人員配置基準はなし。

36) オハイオ

- ・ 適正人員配置基準：
- * スタッフの追加を含め、適切なサービスの提供を 24 時間体制で提供できる体制と定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：

- * 入居者が 1～10 人の場合には、正看護師一名（勤務シフト 8 時間、午前 6 時～午後 5 時）。正看護師一名は夕方、夜間の緊急勤務の為、自宅待機。
- 11～25 人の場合には、正看護師一名が（午前 6 時～夜中 12 時までの体制をとる）。26～50 人の場合には、正看護師一名（フルタイム）。
- 51～75 人の場合は、公認準看護師二名と正看護師一名が朝 6 時～午後 5 時までの勤務体制。
- 76～100 人の場合には、公認準看護師二名と正看護師一名が 24 時間体制で勤務。正看護師の勤務は少なくとも午前 6 時～午後 5 時勤務とする。100 人以上の場合には、正看護師一名を追加配置し、週 7 日、24 時間体制をとる。又、入居者が 50 人増えるごとに、正看護師又は公認準看護師一名を追加配置する。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者にたいして直接に看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 24 人の入居者の場合には、週 7 日、24 時間勤務で、スタッフと入居者との対応人員数は 1 対 15 で、正看護師を含めて週 40 時間勤務で一名は常勤体制とし、1 対 4 体制をとる。施設が総合看護、介護施設である場合で入居者が特別の加療又は介護を必要とする場合には、正看護師一名が週 7 日、24 時間体制をとる。

37) オクラホマ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特別の定義無し。
- ・ ライセンス資格を取得したスタッフ（正看護師，公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師又は公認準看護師一名（週 7 日、8 時間勤務）。もし、公認準看護師が看護師長の職責を履行する場合には、正看護師一名を週 8 時間コンサルタントの職責で勤務すること。正看護師又は公認準看護師一名が 24 時間体制に対応できること。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低基準無し。
- ・ 入居者に対して直接看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 2002 年より改正で、スタッフと入居者との対応基準は、朝昼：1 対 6、

夕方：1対8、夜間：1対15。又は、入居者一人当たり一日、3.06時間で、アクティビティー等に従事するスタッフが費やす時間はカウントされない。

オクラホマ州政府は現在、人員配置基準の適切性を確立する為に各界よりの専門家により構成されたタスク フォースを結成し、基準の適正性、妥当性を検証中。

38) オレゴン

- ・ 適正人員配置基準：
- * 24時間体制で入居者のニーズに対応できることと定義。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師は入居者一人に対し週に一時間の対応をすること。施設のベッド数が41以上の場合には、施設運営に専従する正看護師を除いて正看護師の資格をももつ看護師長一名と正看護師又は公認準看護師一名が週7日、24時間体制で対応し、正看護師一名は朝7時～夜11時までの勤務体制をとること。ベッド数が1～60の場合には、看護師長は看護主任の職責を兼務してもよい。
- ・ 看護師助手（公認看護助手）の配置基準：
- * 入居者に対するスタッフとの比率は；朝7時～午後3時；1対10、午後、夜、午後3時～11時；1対15、夜間、夜11時～翌朝7時；1対25人。
- ・ 入居者に直接、看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 2名のナーシング スタッフが常勤していること。

39) ペンシルベニア

- ・ 適正人員配置基準：
- * 入居者のニーズに対応できる24時間体制を構築すること。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 一施設に看護長一名。看護師主任（週7日、24時間体制）。入居者が1～59の場合には、正看護師一名が朝昼、夕方シフトに勤務。公認準看護師一名。公認準看護師が看護師主任の職責にある場合は、正看護師

一名は自宅待機とする。

入居者が 60～150 の場合には、正看護師一名（週日、24 時間体制）。

151～250 の場合には、正看護師一名と準看護師一名（週 7 日、24 時間体制）。151～500 の場合には、正看護師二名（週 7 日、24 時間体制）。

- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者にたいして直接に看護、介護従事するスタッフ
- * 入居者に対する看護、介護はライフ サポートの資格を得ているスタッフ一名が週 7 日、24 時間体制をとる。

40) ロードアイランド

- ・ 適正人員配置基準：
- * 常に入居者のニーズに対応できることと定義。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置：
- * 正看護師の資格を得ている看護師長一名（フルタイム）及び週 7 日、24 時間体制で対応すること。施設での入居者が 1～29 人の場合には看護師長は看護主任の職責を兼務できる。
- ・ 看護師助手（公認看護助手）の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者にたいして直接に看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 公認ライセンスを取得したライフ サポート専門職一名（週 7 日、24 時間体制で対応）。

41) サウスカロライナ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特に定義無し。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護師長一名（フルタイム）。
ベッド数が 1～22 の場合には、介護長の他にライセンスの資格を得た看護師一名は、各ナース ステーションに常勤のこと。ベッド数が 45 以上の場合は、公認準看護師二名が各シフトごとにナース ステーシ

ョンに勤務していること。

- ・ 看護師助手（公認看護助手）の人員配置基準：
- * シフト（1）；午前7時～午後3時；1対9（スタッフと入居者との看護、介護の対比）、シフト（2）；午後3時～夜11時；1対13、シフト（3）；夜11時～翌朝7時；1対22。
- ・ 入居者に直接看護、介護に従事するスタッフの最低人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

42) サウスダコダ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 入居者に対して適切なケアを提供することと定義。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 看護師長一名及び正看護師一名、公認準看護師一名が看護師主任を兼務する（週7日、24時間体制）。入居者が1～59人の場合には、看護師長は看護師主任を兼務してもよい。又、正看護師と公認準看護師の勤務比率は看護、介護が適切に行われるように配置すべきである（専門的知識と看護、介護の技術が適切になされる能力を有する人材を配置すること）。
- ・ 看護師助手（公認看護助手）の配置基準：
- * 最低基準はなし。
- ・ 入居者に直接に看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

43) テネシー

- ・ 適正人員配置基準：
- * 適切な人員配置による入居者に対するサービスの提供と定義。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を得ている看護師長一名。正看護師一名と公認準看護師一名が週7日、24時間体制で、入居者一人当たり一日、0.4時間の対応。
- ・ 看護師助手（公認看護助手）の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

- ・ 入居者にたいして直接の看護、介護を提供する人員配置基準：
- * 入居者一人当たり、一日 2.0 時間の対応。この内、ライセンスの資格を得ているスタッフが 0.4 時間対応すること。

44) テキサス

- ・ 適切人員配置基準：
- * 24 時間体制で入居者に対応できる体制と定義。
- ・ ライセンスの資格を得ているスタッフ（正看護師、公認準介護士）の人員配置基準：
- * 正看護師で看護師長一名（週 7 日、40 時間）。入居者 1～50 人の場合には、看護師長は看護師主任の職責を兼務できる。正看護師一名（週 7 日、8 時間勤務、公認準看護師一名は週 7 日、24 時間体制で入居者一人当たりライセンスの資格を得ているスタッフが 0.4 時間対応すること。又は、ライセンスの資格を得ている看護師が 24 時間内に 1 対 20 人での対応をすること。然し、看護師長または施設運営専従看護師の時間はカウントされない。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低基準無し。
- ・ 入居者に対し直接看護、介護に従事するスタッフの配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

45) ユタ

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特に定義無し。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を得ている看護師長一名（ベッド数が 17 以上の場合）及び正看護師一名（週 7 日、8 時間勤務）、各シフトごとに公認準看護師一名が看護師主任の職責を担うこともできる。看護師長は看護師主任の職責は兼務できない。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に直接看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

ユタ州では、施設での入居者の看護、介護レベルが中度の場合には、ベッド数が17以上の場合には、公認看護師一名、週7日、24時間体制で対応。正看護師一名又は公認準看護師一名がスーパーバイザーの職責で看護師長代理の職責を担うことができる。但し、その場合には正看護師でコンサルタントの職責にある正看護師と常に指示を含め看護、介護が適切になされるよう職責を果たすことが求められる。

46) バージニア

- ・ 適正人員配置基準：
- * 施設において専門家より看護、介護を受ける内容が認定されたニーズに沿ったサービスを提供することと定義。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を得ている看護師長一名（フルタイム、週5日勤務）。ベッド数1～59の場合には、看護師長はナーシング スーパーバイザーの職責を兼務してもよい。公認準介護士一名がナーシング スーパーバイザーの職責を担うこともできる。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に直接看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 資格をえている看護師及び公認看護助手が週7日、全てのシフトに勤務すること。但し、最低人員配置基準無し。

47) バーモント

- ・ 適正人員配置基準：
- * 看護、介護サービスを提供し入居者の福祉に寄与すると定義。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格をもつ看護師長一名。施設の入居者数が1～59の場合には看護師長は看護師主任の責務を兼務してもよい。正看護師一名（週7日、8時間勤務）。正看護師又は公認準看護師一名が介護士主任として（週7日、24時間看護、介護）。
- ・ 看護師助手（公認看護助手）の人員配置基準：
- * 24時間看護、介護体制でナーシング サービスを提供する。但し、最

低人員配置基準無し。

- ・ 直接に入居者にたいして看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。

48) ワシントン

- ・ 適正人員配置基準：
- * 十分なサービス提供による入居者の為の福祉に寄与すると定義。
- ・ ライセンスを取得したスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護師長一名。正看護師と公認準看護師一名ずつが各シフトごとに専従。正看護師は週 7 日、16 時間ケアを直接に監督する責務を担う。正看護師か公認準看護師が週 7 日、一日の勤務が 8 時間勤務とし、看護、介護のスーパーバイザーの職責を担う。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に対して直接、看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最低配置基準無し。

ワシントン州では、最近の改正後、“直接に監督する”という表現をなくした。

49) ウィスコンシン

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特に定義無し。
- ・ ライセンスの資格を得たスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護師長一名（フルタイムでデイ勤務）。入居者が 1～59 人の場合には、看護師長は看護師主任を兼務できる。然し、介護主任位一名は常に（全てのシフトで）職責を履行すること。入居者が 60～74 人の場合には、看護師長一名と正看護師で看護師主任の職責を履行すること。入居者が 100 人以上の場合には、看護師長一名と正看護師が週 7 日、24 時間体制で対応すること。
- ・ 看護師助手の人員配置基準：

- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に対し直接に看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 最も重度の入居者を看護、介護するスキールド ナーシングホームでは、看護、介護するスタッフと入居者の対応時間は一人当たり一日、3.25 時間で、正看護師、公認準看護師が一人当たり 0.65 時間を対応時間とする。スキールド ナーシングホームでは、一人当たり 2.5 時間で正看護師又は公認準看護師が 0.5 時の対応時間をとること。少なくとも施設では、常時、一名のナーシング スタッフが職務を担う体制にあること。

50) ウェスト バージニア

- ・ 適正人員配置基準：
- * 特に定義無し。
- ・ ライセンスの資格を得ているスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格を持つ看護師長一名で、勤務時間は週 5 日、8 時間でフルタイム勤務)。正看護師又は公認準介护士一名は、各シフトごとに各フロアに看護師主任の職責を担うこと。
- ・ 看護師助手の配置基準：
- * 最低人員配置基準無し。
- ・ 入居者に直接に看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者一人当たり、一日、2.0 時間の対応をすること。但し、この 2.0 時間の内、0.4 時間はライセンスの資格を得ているスタッフが対応すること。1.6 時間は看護助手が対応する。施設のバット数が 60 以上の場合には、看護師長の看護、介護はカウントされない。

51) ワイオミング

- ・ 適正人員配置基準：
- * 十分な人員によるトータルなニーズに対応することと定義。
- ・ ライセンスの資格を得ているスタッフ（正看護師、公認準看護師）の人員配置基準：
- * 正看護師の資格をもつ看護長一名。正看護師又は公認準看護師が週 7 日、日勤で看護師主任の職責を担うこととし、各々のナーシング ステーションに公認準介护士が看護師主任の職責を担うこと。

- ・ 看護師助手の人員配置基準：
- * 最低人員配置基準なし。
- ・ 入居者に直接、看護、介護に従事するスタッフの人員配置基準：
- * 入居者一人当たり一日、2.25時間の対応（週7日、24時間体制）。

前述で記した各州の人員配置基準は各州が各々のガイドライン及び基準で施設運営に多様な政策を展開施策している。基本的には配置基準に関して、米国連邦政府も多くの州政府はそのガイドラインと定義は具体的に表現されていない。人員配置基準の定義は、多くの州政府が施設で入居者が十分な看護、介護を受けているかを行政の監査により介護体制が十分に確立されているか否かが基本的な人員配置基準に係わる行政の方針として施策されている。

一例として、連邦政府とアリゾナ州の人員配置基準の重要な事項に関する比較を下記に示したのをみても解るように州政府の方が基準の設定には少々厳しいが、全体的に人員配置基準（全米各州）を検証するとき、大差はそれほど無い。

「米国連邦政府」：(1) ライセンスの資格を得ている看護師及び公認看護師助手は、施設の入居者の状態を24時間体制で対応すること。(2) 施設においては、入居者が慢性的疾患や恒常的にとこづれ、胃潰瘍、体重の激減、脱水症状、着替えと歩行の障害、施設の衛生状況、トイレットへの対応、食事に係わる対応が健全であること(3) 入居者の家族より常にケアに関し不満、苦情が絶えない状態等の不健全な施設運営がなされていないこと。

「アリゾナ州政府」：米国連邦政府のガイドラインに追加条項として、下記の人員配置をガイドラインとして定めている。(1) 正看護師の資格を得ている看護師長一名を配置する。(2) 施設の入居者が60人以上の場合には、看護師長は通常的に、正看護師又は公認準看護師が職責として果たす任務につくことはできない。(3) 少なくとも、ライセンスを得た看護師が週7日、一日、24時間体制の配置基準を維持すること。又、この任にある看護師は65以上の入居者を対応してはいけない。

アリゾナ州では、施設入居者の状態により看護、介護の内容を履行するにあたり、人員配置基準を郡行政府に権限を委譲している場合があり、郡行政府と施設との協議で入居者の状態を調べ、“Request for Proposal, 郡行

政当局との協議に基づいた人員配置基準”を施策している郡もある。通常、この場合には4年間の取り決めであり、施設入居者の状態の変化により、再協議を行い新たな配置基準を結定している。このような協議を得ての人員配置基準がどうなっているかについての資料を参考として添付した（資料：Aを参考）。

「ライセンスの資格を得ている正看護師、公認看護師及び職責と看護師助手の資格得る為の定義」

看護、介護に従事するライセンスの資格を得ているスタッフの職責内容及びライセンスを取得する為には州政府が連邦政府関係行政省庁のガイドラインに沿い、その職責を州政府が定義し、職責を履行するための資格（ライセンスの取得及び更新制度）を下記にその内容を参考の為に記す。正看護師、公認準看護師、公認看護師助手はナーシングホームでの看護、介護の職責の中核的職責を担う為、医療、看護、介護分野における知識、技術の進歩に対応できる為、多くの州政府は継続的に教育（更なる単位の取得を義務付けている州が多い）と訓練を課している。

ライセンスの資格をはじめ、その資格を取得した専門職の職責を担う人々の人員配置基準は米国連邦政府及び州政府が法令化した“米国高齢者基本法”の理念と精神に基づいて基準の設定及び改正をおこなってきている。

- + 看護師長の職責は各州により定義が違うが、連邦政府関係省庁の規定では、正看護師の資格を得たもので、施設での看護師を統括する。
- + 正看護師の資格の定義は、各州により違うが、資格取得は大学2年間での単位で取得、3年の大学での単位を取得し卒業証書、4年生大学の単位を取得卒業したもの、更に大学院での単位取得、卒業と各州での資格定義は異なっているが、その資格は各州が決めている。州の定める試験に合格することが条件である。
- + 公認準看護師は定められた大学で必要単位「1年間」取得後、州が定める試験に合格し定められた資格を取得する。
- + 看護師助手（NA）は、75時間の教育、訓練を受けた後、定められた資格試験に合格した場合には公認看護師助手の資格を得る。

（註）米国のスキールドナーシングホーム及びナーシングホームの95%は、メジケア及びメジケイド指定の施設のライセンスを受けて

おり、州により違うが、メジケア及びメジケイド制度適用者のために施設への入居を一定のベッド数を指定して入居を受入れている。

米国各州における“適正人員配置基準”は、州により異なるが、施設での人員配置基準は、スタッフの“数より質”を重視し、ナーシングホームでの職責の要となる正看護師、公認準看護師、看護師公認助手の配置に重点を置き、直接に入居者の看護、介護に従事するスタッフの“最低人員配置基準”については、殆どの州はその最低人員配置基準を定めていない。又、入居者に対する直接の対応については、大別して、入居者の看護、介護に関し、費やす時間を基準とするところと、看護、介護スタッフと入居者との対比で定めている方法を採用している。又、施設の運営とスタッフの効率化を目的に、人員配置基準に関し、施設のベッド数を基準に人員配置基準を定めるより、実際に入居者が居住している数「実際の稼働人数」に基づき人員配置を定めており、施設が小規模で入居者が少ない場合には看護師長又は公認準看護師が看護主任の職責を兼務する等、人件費の効率化にも配慮している。

既に、前章で触れたように、米国連邦政府及びそれぞれの州政府は施設での人員配置基準に関しては、スタッフの職務上に必要な知識と技術の向上が、入居者の看護、介護の適切な成果につながるのとこととで、“行政府よりの監査”の場合にも施設での入居者が適切な看護、介護が提供されているかを判断の基準としており、日本のように人員数に縛られた基準ではない。米国連邦政府、州政府はスタッフの職責上の質の向上のために、教育、研修、訓練の為に、相当の助成金の交付をしており、介護職員の定着率の安定化を図っている。

VI. 米国に於ける看護、介護サービス事業提供者の為の協会の活動（人員配置基準及び看護、介護報酬の改善等に関する改善、提言案等）の最近の動向

スキールド ナーシング ホーム、ナーシング ホーム等の施設の経営、運営事業者が如何に高齢者のケアが適切になされ、その重要な職責を果たすそれぞれの専門職が誇りを持ちながら各々の職責を果たすには、米国連邦政府関係行政機関、米国連邦議会上下院、州議会、州政府の関係局部、地方自治体（米国では主に、具体的な政策の推進と展開は州政府関係局部及びその郡の単位で高齢者に係わる政策、プログラム等が施策されている）、

高齢者の課題に造詣の深い多くの専門家、学者、市民団体と共に、全米各地ではケア サービス事業に従事している非営利、営利団体の責務の履行が健全になされる為に、施設での適正人員配置基準等の課題も含めて、ケア サービス事業提供者は、看護、介護の質の向上と職員の社会的地位の向上と、何よりも高齢社会での高齢者の看護、介護制度の健全にして時代の要請に対応できるため、これらの理念と目的の為に米国連邦議会、米国行政府、州議会、州政府、市民団体及び専門家等に対しケア サービス提供事業者は多くの団体に加盟し、これらの協会では立法府、行政府における政策立案の過程等における論議、審議に関し、ケア サービス提供事業者の理念、思考、現実的な政策代案を含め、連邦、州議会の議員の法案に係わる賛否の動向も含め、健全な法律や法令化がなされるよう活動をしている。

全米でも最も有能にして影響力を持つ団体の一つが、ワシントン DC に本部を置き主な州にも拠点を持つ、アメリカン ヘルス ケアー アソシエーションであり、下記にその協会の理念、目的と主なる活動を紹介し、如何に、この協会がケア サービス事業提供者とそのサービスを受ける高齢者にたいし恩恵をもたらしているか、又、米国連邦議会、米国連邦関係行政府、州議会、州政府関係局部が立案する法律、法令に関し改正を求め、特に、施設入居者、施設通所者、ケアーギバー（日本で称されている介護職員等の職員）の職責の質の向上と安定した雇用環境の構築等の為、そして、ケア サービス提供事業者の経営、運営が健全に展開、維持されるための法律、法令、ガイドラインの適正化を求め活動している。

1) アメリカン ヘルス ケアー アソシエーション

当該協会は全米最大にして最も政策立案に影響を持つ協会であり、全米における 10,000 以上ものケア サービス提供事業者が加盟している団体であり、加盟事業者にケア サービスを提供している人口は約 150～160 万人（アシステッド リビングやインデペンデント リビング等は別の組織として当該協会が加盟施設と共に施設運営の向上に努めているので、150～160 万人はスキルド ナーシング ホームとナーシング ホームを対象としている）の高齢者の看護、介護に従事している。協会は米国連邦議会、米国連邦行政府、州議会、州政府当局との連帯を通じて、公共政策の一環である社会保障、特に、高齢社会の課題、ケア サービス提供事業者の質の向上と経営、運営の健全化を目的に、協会には“高齢者に関する課題に対

する提言、法律立案、法律改正に係わる研究を全米各地の事業者及び専門家の参画を得た“シンクタンク”をもち、福祉、介護の公共行政に幅広い活動と影響力を行使している。

1949年の協会の第2回年次総会において、協会は下記の理念を採択し、その活動を柱として、その後の協会の活動を全米の主な州に拠点を広げ、ケア サービス提供事業者の健全な運営基盤の構築に向け行政当局、特に、米国連邦議会関係委員会、米国連邦政府関係省庁、州議会、州政府関係局部に対し法律、法令等についてロビー活動を展開していく。

協会の理念と活動は；

- * 協会加盟ケア サービス提供事業者が提供する看護、介護の質の向上と職員の質と職責の充実化を図り、施設経営の健全化に即した法律、法令の立案を目指す。
- * 立法府、行政府が看護、介護に従事する職員の社会的な地位と雇用の充実性を担保する政策を履行することに関し影響力を行使する。
- * 施設経営、運営に係わる教育、研修、シンポジウム等を通じ、施設経営、運営の基盤を強化し、高齢者に対する質の高い看護、介護を提供する環境を構築する。

立法府、行政府への立法、法令内容の適正、現実化をはかるため、協会は米国連邦議会上下院の関係委員会の公聴会に証人として、度々出席し協会は法律の立案及び改正に関し意見、提案をしており、最近では、当該協会の前理事長である、**Mary Ousley** 女史が、米国連邦議会上院高齢者特別委員会において証人として“ナーシング ホーム法の現状と改正の課題について”について証言している（2007年5月2日）。以下その証言内容を記す；

「“上院高齢者特別委員会委員長、**Senator Kohl** 並びに副委員長、**Senator Smith** 並びに各委員殿、本日、この公聴会に出席の機会を頂き光栄に存じます。私はこの機会に我々の職業的な視点から、ナーシング ホームに係わる成功事例と残されている課題について解決し、高齢者の福祉と介護の健全化に寄与すべきとの主旨で発言をします。

私の名前は **Mary Ousley** と申します。私は当協会の前理事長の要職にあり、

我々の協会は全米において、約 11,000 の長期介護に従事している施設が加盟しており、職員数は約 150～160 万人に及び諸々の職責を履行する為に常に看護、介護の高い質の提供の為に知識と技術の向上に努力しています。

私は 30 年以上に及び、看護、介護の分野に従事しており、正看護師、公認ナースিংホーム施設管理者としての資格の基、施設経営にも経営責任者として関与してまいりました。この体験から、私は施設での現場に精通していると自負しております。又、私は行政府においても、メジケア、メジケイドサービスの行政機関、ヘルスファイナンスアドミニストレーション (HCFA) の政府機関においてもいろいろな要職に就き、ナースিংホームに係わる公共行政についても体験を得ています。このような私の職責の体験から言えることは、質の高い看護、介護を提供できる体制、環境は立法府、行政府、高齢者がケアサービス提供事業者と緊密な協力と連帯を構築することが、高齢者の福祉と質の高い看護、介護に寄与することができるかと断言してよいと自負しております。

まず初めに、私は CMS、HCFA は Omnibus Budget Reconciliation Act in 1987 (OBRA '87) 法の成立に長年尽力し、この法律はナースিংホームの健全な運営による高齢者にたいする質あるケアサービスの提供を目的としたものであることを指摘しておきたいと考えます。これらの行政機関は我々の意見、提言、懸念に耳を傾けていただきたいと思っています。私は立法府、行政府が長期看護、介護のサービスを提供している我々と協力しながら法律を成立することが、我々業界のケアサービスに依存している高齢者にとっても不可欠であると断言できます。

委員長殿、我々業界は過去 20 年の間にナースিংホームの充実化の為に大なる努力と尽力を果たしてまいりました。然しながら、現在の法律、法令は必ずしも現在のナースিংホームの経営、運営に適応していなと指摘しておきます。我々はこの未解決な問題、課題を直視し改善する必要があります。これらの問題、課題にたいして我々は来るべき団塊の世代の高齢社会入りから生じる複雑性が予測される今日、我々業界は施設経営、運営が財務的にもこの長期看護、介護サービスを継続するための安定性を確保することが不可欠であり、法律、法令の適正化は避けて通れない現実であると主張します。施設経営、運営に対する立法府、行政府がこの事態を的確に認識し、質の高いケアサービスの構築にも欠かせないことを力説したい。この課題にたいして、前、米国連邦政府保健・福祉省長官、Tommy

Thompson, 前、米国行政府 CMS 長官、Dr. Mark McClellan, 現在の CMS 長官代理である Leslie Norwalk は業界紙にケア サービスの健全性の必要性を説いています。”

Ms. Norwalk 言わく ;

“ナーシング ホーム経営者は看護、介護の質の向上について、この業界は先駆者的役割と指導力を発揮してきている。病院、医師、在宅看護、薬局、又、施設での看護、介護に従事する業界は我々と共に重要な協議をしてきており、その中でもナーシング ホーム業界は常に質の向上に熱心であり、ボランティアの組織化や社会における信頼性の確立の為にリーダーシップを發揮してきている。昨年、協会はアメリカに於けるナーシング ホームの健全性と優秀性をさらに高める為に、2001 年から展開、推進してきたミッションを強化する運動を展開している。この運動内容にはナーシング ホームの経営、運営の安定化の為に外部機関とも協力し、施設経営の財務体質に係わる適正な報酬が必要であると” と力説しています。

更に長官代理は、“ナーシング ホームに於ける質の向上の為の手法として、長期介護はどうあるべきかを公に発表し、その為の支援はどうあるべきか、又、改善点の検証等を含め介護技術の向上、高齢者にたいし温かい態度で対応し、全ての高齢者がサービスを受けられるよう努めている。CMS (Center for Medicare and Medicaid Services ; 米国連邦政府メジケア・メジケイド サービス庁) はナーシング ホーム業界と共に協力し施設運営の健全化と安定化の為に一緒に協力していくことを念願している。” と結んでいる。

委員長並びに委員各位が、我々が使命としている長期介護に関し、又、今、直面している課題や我々が継続的に提言している重要な課題についてお互いに理解し協力していく認識をもたれることと、それを成功理に成し遂げる為に、我々と共にその目標の達成に努めていかれることに深く感激しております。

私は、委員長、副委員長並びに当委員会各委員が過去何年に亘り、ナーシング ホームの運営に係わる規制の見直しと改正を我々が信じる思考と理念に基づいた改正にたいして、いろいろな調査、分析、検証を通じ、施設運営許認可事項及び施設運営に係わる重要な課題にたいし、お互いが非建

設的な敵対関係ではなくパートナーとして一緒に協力していく行動を示されていることを心から賞賛するものであります。

Long Term Care Quality and Modernization Act of 2006{S 3 815}（長期介護の質と現代化を展開する法律）は、我々が主張し続けてきている“パートナーシップ文化”の完全履行を進める為の重要なステップであり、我々はこの法案の趣旨に賛同するものであるが、後程、私の証言の中で幾つか指摘したい点があることを申し上げておきます。

20年前の1987年に法律として成立した、**Omnibus Budget Reconciliation Act in 1987** {OBRA '87} に関しては我々ナーシング ホーム業界にとり過去からの障害を取り除き、高齢者の看護、介護に新しい風を吹き込ませました。米国連邦議会はその法案の成立にあたり、その理念として、全ての高齢者に適切な看護、介護を提供すべきであることを義務づけました。この法案は長期介護に新たな政策を反映させ、新しい道筋をつけました。

この法律は、統一的な最近のデータにより高齢者がナーシング ホームで看護、介護を受ける道筋であり、革新的な法律であります。この法律の成立により各施設に看護、介護に関する裁量権を与え、高齢者に対する対応を独自の手法により介護の質の向上を促すことができるようになりました。この施設に与えられた裁量権は、他の保健、医療分野ではそれほど自由ではありません。我々業界は、この法案の成立を高く評価しております。然しながら、この法律の理念としたことが、必ずしも施設における裁量権が完全にゆだねられているかは論議の余地があります。

その事実は、施設運営に係わる行政当局の施設監査において、当該法律の理念と目的から逸脱した監査がなされる為です。監査は往々にして、当該法律の理念と目的である施設での看護、介護の満足度を基本に施設経営、運営が成されているか否かが監査の目的であるべきで、我々業界も改善すべきところは改善し、現行法律の改正に向け努力していく所存であり、改善の充実化に関しては、2022～2047年間の間で本格的な取り組みを完結する決意です。

我々業界は、技術進歩の恩恵も含め、介護職員の質の向上も飛躍的に向上していると確信しています。看護、介護に関する規制等についても関係当局は時代のニーズに即した内容で規制関係事項にも取り組むべきであると

考えます。行政指導を含めて高齢者が如何に満足する介護サービスを提供できるかの法的な適用が必要であると考えます。

委員長殿、今、私が触れた事柄について話しを進めたいと思います。

- * United States Government Accountability Office (GA) が公表したナーシング ホーム報告書 (2007 年 3 月) に関するコメント。

我々は GAO が公表したナーシング ホームに関する報告書に懸念を抱いています。全米の施設の中には、必ずしも我々が望む内容での看護、介護サービスを提供していないところが少々ありますが、我々は常に改善を求め、施設は直ぐに改善をしています。我々は常にサービスを受けている高齢者を第一に業界の健全化に努力しています。然るに、我々業界は米国連邦議会、行政府と共に施設での質の向上に向け一緒に協議し、よい方向に向かうよう活動をしてきています。

我々業界は、施設の健全化を図る為にシステムを構築し、問題があるとみられる施設については、敏速に対応し、その結果を公表しています。所謂、透明性の確立です。我々協会と加盟業者は常に CMS と連絡を密にして施設での課題に直ぐ対処するような体制を構築しています。言うまでもなく、米国連邦行政府とも密な連絡を常にとり、問題の改善に対処してきています。

GOA の報告書では、CMS は問題を抱える施設にたいする指導が甘いとの指摘がありますが、事実は違います。ここ数年、問題や課題を抱えていると指摘されている施設の数は驚異的な数字で減少しているのが事実です。

GOA が 2003 年に公表した報告書では、歴史的にも又施設での介護の内容に問題をかかえているとされる施設は、GOA が調査した 2002 度末までの 18 ヶ月間の間に 30% も軽減したと指摘しており、GOA が調査した方法がどのような手法でなされたかは議論の余地がある。この二分法の論議で指摘されることは、施設での不適切の監査や調査の手法と施設での高齢者に対する質の向上がなされていることに関し十分な検証が成されているか否かの十分な監査が問題の核心である。

米国連邦政府関係行政府と業界が一緒に、Nursing Home Quality

Initiative (NHOI) と称されるイニシアティブ プログラムでナーシングホームの健全性を構築する為の効率的な共同プログラムでも、又、過去数年に及ぶナーシングホームの健全性の構築を充実化する取り組みでも、業界加盟の殆どの施設は効果的な成果をもたらしていると断言できる。事実、NHOI の報告書でも、ナーシングホームの経営、運営は重要な分野で健全性を維持しているとしている。

我々と米国連邦政府関係行政府と業界による共同調査は、施設の健全性と介護の質の向上を目指す為の法令コンプライアンスであり、それが共同プログラムに参画できる条件である。然しながら、この協同プログラムも施設経営、運営に係わる許認可事項、監査の対象事項が直接に看護、質の向上に関係が直接的に関係のない事項等に力点がしめされており、看護、介護を受ける高齢者が受けるサービスがどのような成果をあげているか否かについては未だ我々の主張とは隔たりがある。我々は施設での看護、介護が如何に質が高く高齢者のニーズを満たしているかに監査及び調査の焦点を当てるべきであると主張し続けてきている。

* GAO が提言する行動指標：

GAO は報告書の中でいくつかの提言をしている。我々協会と加盟事業者は、幾つかの点では賛成するが、他の幾つかの点では、看護、介護提供事業者にとり、必ずしも賛同できないばかりか、最も重要なポイントであるサービスを受ける高齢者の利益にも寄与しないと考える。

+ GAO の提言：

CMS はその行政機能として、ナーシングホームで監査の結果、不適切な状態であると指摘され、ペナルティーを課せられることが決っている施設の場合には、CMS のホームページにて施設名と罰則の内容を公表すること。

+ 協会の見解と主張：

我々は CMS がそのホームページに不適切と指摘された施設名とペナルティーの内容を掲載、公表することについては、ペナルティーの内容が実際に正確に検証されたか否か、又、正確にこの情報がサービスを受けようとする利用者に正確且つ又適正に理解できる内容で公表されるか否かについ

て懸念する。GAO の提言は、CMS の機能にたいして不信感を抱く指摘をしている立場からすると、CMS がそのホームページにペナルティーが課せられた内容と施設名を公表、掲載すべしとするのは、自己矛盾である。

+ GAO の提言：

CMS は、自身が決めた規制を更に拡大し、規制の強化を図り適正的でないと指摘された施設に対し厳しい処置を講じるべきと提案。特に、スペシャル フォカス ファシリテーター（施設運営に課題があると認定された施設）への提言と主張：

+ 協会の見解と主張：

CMS が改善要請にも係わらず施設の経営、運営を行うときは、CMS がとる施策には賛成するが、その検証の根拠とその透明性に疑問を抱くものであり、特に、どの様な基準で施設運営許認可の取り消しをしたかを鮮明にすることが重要であると考え。即ち、検証による監査結果がどのように成されたか、又、どの様な手続きにもとづいて成されたかが立証することが大事であり、不適切であるとの定義の明確化が必要である。当協会は、質向上に関し、改善委員会と共に問題があると指摘された施設の改善の為に一緒に努力、協力することには賛成であり、我々協会と CMS との協力関係はいろいろな面で高齢者のケア サービスの向上に寄与していることは事実である。

* GAO の提言と主張：

CMS は、施設が不適切な経営、運営をして害をもたらした場合には、行政措置のシステムを構築し、入居者が蒙る被害に関し民事法に基づいて、施設に賠償責任を課すべきであるとし、そのための法案を検討すべきであると提言：

* 協会の見解と主張：

我々は、今までにも、このような件に関しては、法律に基づいて対処すべきとの立場を貫いてきました。仮に州政府当局が施設の不適切からくる賠償責任があると指摘されても、州政府当局が指摘する事項に一貫性がない

とか、又、指摘そのものが不合理性がある場合には、あくまでも法律に沿った問題の法的視点から解決すべきであり、罰金も法廷が下す判決に基づいて支払うべきであるとの主張である。然るに、当協会は、GAOの提言と主張は受入れることは出来ない。

* GAOの提言と主張：

CMSは一貫した政策で、2006年にCMSが定めた施設運営に関するガイドラインを履行すべきであると主張：

* 協会の見解と主張：

施設の不適切な運営が指摘された場合には、その不適性が何であるかを具体的に検証し、各々の施設に運営上の裁量権が与えられていることから、ケースバイケースで施設の運営内容を調査、分析、検証することが重要であり、一律的なガイドラインで対応すべきとのGAOの見解には反対である。CMSが定めたガイドラインは、所謂、法令遵守に係わる具体的な内容には触れていない。

・ 結論とまとめ：

振り返ってみる時、利用者の為の看護、介護、その成果と満足度、行政当局、ケアサービス提供事業者による透明性、看護、介護に係わる新しいケアへの取り組み等、我々と立法府、行政府、専門家、利用者、地域社会との連帯等、改善、進歩を成し遂げてきていることは、我々にいろいろな恩恵をもたらしてきている。具体的に下記に主な成果を掲げてみる。

* ナーシングホームの質を向上するイニシアティブ (NHHI) は、5年前からCMSが採択した行動指針として下記事項は注目に値する；

- + 高齢者が直面している身体、肉体的な苦痛に対する医療、心理療法の進歩
- + 施設入居者にたいする拘束手法の減少
- + 施設入居者が直面している心理的なデプレッション、
- + 施設入居者にたいするとこづれに係わる対処

- * 施設入居者及びその家族が施設でのケアに関しての満足度により施設が提供するケア サービスが施設職員の質を評価する基準として認められてきていること、又、第三者機関である“**My Inner View**”により施設でのケア サービスの評価では、全米の施設でのケア サービスについて入居者及びその家族の 83%が満足度を示した、近々発表される報告書では更なる向上の成果が明らかになるでしょう。

然しながら、我々協会は現在取り組んでいる諸々の課題に関し、その改善を防ぐ支障に幾つかの懸念を抱いている。以下に具体的にこれらについて触れてみる；

- * 第一に、行政関係機関の監査担当局部の監査担当者、調査委員は施設現場での介護について、現場で介護職が毎日、直面している問題、課題について全然理解していない。虚弱、精神的に苦痛を感じている高齢者にたいするケアが如何に大変かについて認識と理解及び知識がない担当者が多い。

監査当局担当者及び調査委員は、施設で従事している介護職員が直面している問題を直視し、監査担当者並びに調査委員は、現場での介護職員が置かれている状態を理解し、介護職員が如何に施設現場で高齢者に対するケア サービスを履行する為に理解度を深め、介護職員の立場で施設での監査、調査をすべきである。そもそも、監査、調査の目的は施設運営の向上と健全な維持を強化する為に行う行為であり、介護職員を弾圧するのが目的ではないはずである。

The Quality Indicator Survey (QIS)、即ち、施設でのケア サービスの向上の為の指針と行動を現在、パイロット プロジェクトとして取り組んでいるところであり、この目的とするところは監査、調査に関し客観的な視点から行うべきであり、不備と指摘された事項についても、その調査が透明性を強化すべきである。この透明性ある調査方法、調査過程の記録とその結果の公表は透明性があるものではなくてはならない。このシステムを健全な方法で履行することにより施設の職員にとっても、このシステムのメリットが理解できると考える。このパイロット プロジェクトは、現在、9州にて試行されており全ての施設に適用するのには数年先と思われる。この間に、監査当局の監査担当委員及び調査委員は施設運営が如何になされているかの知識と認識を得るために、一定期間、施設の現場で現場職員と一緒にケア サービスに従事し施設運営と介護職員が抱える諸々の問題、

課題を理解し監査時に適切な監査が成されることを目的としている。

第二として、**The Nurse Aid Training and Competency Evaluation Programs**（看護師助手の為の訓練と職業的能力の評価に関するプログラム）は、この職責が履行できるように施設内における訓練が許可されていない施設に関するプログラムであり、現行の規定では多くの州が、2年間の教育と訓練が正式に認可された教育機関で受けると定められており、施設がこれに違反した場合には、施設が適切な許可を得て訓練する権利も2年間認めないのと、罰金\$5,000以上及び介護報酬支払いの停止及び立ち入り調査、監査がなされる状態にある。即ち、施設がケア サービスを提供するにその適正性（**Substandard quality of care [SQC]**）に欠くと判断された場合であり、このシステムによる施設運営の為の健全化は不適切な施設運営者を業界から無くすことには、それなりの効力があるが、このシステムによる調査、監査が往々にして、施設での入居者の為の看護、介護や介護職員の職務に直接関係のない項目を取り上げ罰の対象とすることがあり、このシステムの健全化の為に改善が必要である。我々協会は、看護師助手の教育と訓練が充分でないとの理由のみで、今述べたような罰を課すのは不合理であると考えます。もし、このシステムが基本的な基準として、施設で看護師助手の教育と訓練を施設の現場で、その施設が教育、訓練する教育機関でないとの理由で罰を課したり介護報酬の支払いを停止する行為は、介護がどうあるべきかの本当の理解ができていない。ベストの教育は現場で看護師助手の実践的な教育と訓練が最も重要であり、質の向上につながり、施設入居者の看護、介護に資すると考える。

更に、強調したいのは、先に指摘しました2年間の施設での教育と訓練の停止命令は不合理である。一例として、指摘された問題が一日で改善されたとしても、施設での教育と訓練の機会を剥奪する行為は不合理である。

更なる事例を紹介します。**SQC** システムでは、施設で入居者や介護職員が職責に従事する場所以外で、環境的に問題があるとの理由で施設内での教育や訓練が2年間停止されるのは、高齢者の看護、介護に直接関係のないことがらに摩り替えた調査、監査であり、看護、介護の健全化に反すると考える。

第三に、個人が既存の施設で問題が指摘されているとされる施設を購入する件に関しいろいろな障害があり、この障害は除去することが求められる。

例として、問題が指摘されている施設が閉鎖しており、又、閉鎖直前の状態にある場合に、これらの既存の施設の購入に際し、新たに購入した個人なり団体が問題を指摘されていた施設に課している罰則を新規購入者がその経営を引き継いだ時には、罰則はそのまま継承して課すべきではない。この場合の規則としては、新規購入者又は団体が既存の施設と何らかの関係がない場合に適用すべきであり、これにより、(1) 既に施設に入居している高齢者が他の施設に移転し、精神的な苦痛に直面することを避けることが出来る、(2) 問題を抱える施設を新規購入者又は団体が施設の改善を進め入居者に健全なケア サービスを提供できる道がひらかれることは不良施設の除去と改善にもつながる。

第四に、我々協会と業界は米国連邦議会にたいし、2007年にも指摘されている施設での看護、介護に従事する介護職員の雇用について注視することを申し上げたい。この問題、課題は **The Nurse Reinvestment Act** (看護師や看護師助手に係わる雇用上の規則等を定めた法律) の内容のみならず、移民制度の改正、又、雇用の変化に伴う看護、介護職員に対する教育、訓練に関し議会及び行政府が一層の支援をすることが必要である。特に、介護職員に対する介護の質の向上の為に国の財務的な支援の充実化が雇用の安定的な確保に不可欠とされる。簡単に問題点を指摘すれば、施設は今、介護職員(正看護師、公認準看護師も含め)の雇用と定着率の問題に危機感を持ち対処している。この問題の打開には、大学に於ける看護学部の増部も含め看護師が多く、看護、介護の分野に供給されるよう努めるべきである。海外からの移民として看護師及び介護職員が施設でもっと容易に働けるように移民法の改正は不可欠である。同時に米国に於ける看護師、介護職員の雇用の増大を増やす政策が必要である。我々協会及び業界は看護師や看護師助手の雇用に関し、医療分野との競争に巻き込まれている現状を改善する必要がある。

然るに、私は委員会委員長初め委員各位にたいし、このような問題と課題に速やかに対応する政策を履行していただくことを強く御願いたい。言うまでも無く、雇用の安定化は国内のみならず外国よりの看護師、介護職員の施設での雇用の充実化に真剣に取り組むべきである。

委員長殿、私は、上記に指摘した(4)の問題、課題について法律、法令、規則の改正を強く求めるものです。これにより施設に入居している高齢者の福祉と介護の質が向上され高齢者の為に大きな貢献を果たすことを力説

したい。

我々は米国連邦議会関係委員会の委員と一緒に、これらの問題、課題の改善と法律、法令、規則の改正の為に協力していきたいと願っています。委員長、そして全ての連邦議会上下院の議員と共に、高齢者が施設にて質の高い満足なサービスを受ける環境の構築を願い、又、弛まない努力で高齢者の看護、介護に資する為に頑張り続けていきます。我々協会は、**Senator Smith** と **Senator Lincoln**（米国連邦議会上院高齢者特別委委員会委員）が米国連邦議会第 109 議会にて、米国連邦議会と業界が一緒になり施設における看護、介護に係わる問題、課題を改善する取り組み並びに諸々の分野で“パートナーシップの文化”というシステムを法律として成立させられたことに深い敬意を表します。この新たに成立した法律は、施設における看護、介護に関し業界の経営者にたいし施設の更なる向上に向け、設備投資や IT 技術の導入等を含め、定着率を高め、質の高い教育、訓練、研修を提供でき、施設経営の財務体質の強化、リハビリテーション分野における新しい技術や手法の導入、又私が先ほど指摘した施設運営上障害となる非生産的な問題、課題を除去する為に大きな進歩への道筋をつけたと思います。

スミス上院議員並びにリンカン上院議員が立案し成立した法律は、行政よりの規制の視点から見る時、簡潔に述べると（2）の柱に力点が置かれていると言えます。即ち、これらは；

- * 行政当局の監査、調査機関と看護、介護施設が共同して、行政当局の担当者が施設の現場にて介護職員と共に現場で看護、介護がどのように日常、介護職員等により高齢者に提供されているかの知識、認識を深める為に一定期間、現場にて職員と一緒にサービスに従事すること。
- * CMS 当局に対して、看護師助手の教育と訓練が行われるようにすることにより、教育機関で 2 年間の教育と訓練を看護師助手の為に施設運営で問題や課題があると指摘された施設でも、その現場において実践的教育と訓練が出来るにことによるメリットは図り知れないものがあり、不備を指摘された施設でも改善すれば現場での教育と訓練で看護助手が必要とされる資格の為に教育と訓練が受けられることは革期的なことであると考えます。

委員長殿、これらの点に関しては正に、非常に有益な点であり、我々協会も賛同します。更に付け加えれば、米国連邦政府が提案した 2007 年度予算

案には、メジケア及びメジケイド関連予算として \$ 15 ビリオンが予算案からは、はずされていないのは誠に力強く思います。是非、この予算案が可決成立することを希望します。

更に話しをすすめます。我々協会は CMS と何回と無く協議を重ね、我々業界も施設運営の透明性を更にすすめる所存であります。然るに、CMS も我々と同様に透明性を進めて頂きたいと願っています。このことはどうゆう意味なのかについて触れます。

CMS は政策や規制関係の内容を業界に素早く開示、連絡すること。この規制等については明確な定義が必要であること。特に、施設が特定看護、介護施設との指名を受けるにあたり、その基準を明確にし、指名施設とした根拠が何であるかを説明責任として公表し、指名施設が決定されたプロセスとどのような方法で指名施設になったかの説明が必要であること。施設がこの特定施設であると指名された状態から正常な施設運営状態に戻すことの重要性と、この指名施設に係わるプロセスが法的に的確に成されたか否かは、施設運営の健全化にも関係があるからです。

本日、ここに集まった各委員及び関係者は、一同に看護、介護の分野において、高齢者が質と満足するケア サービスを得るために立法、行政府、我々協会とその加盟施設経営者は同じ目的のために議論し、共有する認識を抱いていると思います。進歩をし続けることと欠点を正していくことを同時にしなければなりません。

私が考えるには、そしてこの場で強調してきたことは、看護、介護の為の向上には、継続的な取り組み、ダイナミック性と前進していく企業精神が無くてはなりません。我々協会と加盟施設は、今まで達成してきた功績を自負しておりますが、更なる改革により成し遂げることが未だ残されていることについては、皆さんも同意されるでしょう。

委員長殿、私は長年、長期介護の分野で従事してきた体験から、看護、介護に関する質の向上については、社会的にも大いなる評価を受けてきており、我々がこれからも弛まない姿勢と行動で更なる改善と向上に向けて進んでいくとの決意は評価されていると自負します。我々は一緒に行動し、20 年前に成されていた看護、介護のシステムがどのように更に向上すべきかのシステムと手法を真剣に論議し、行動に移し改善と向上がなされてき

たかを検証してきました。時代は新たな局面を迎えており、これから、更に進歩したシステムと看護、介護の手法がどうあるべきかを検証すべき時代であると思っています。」

上記に掲げた、アメリカンヘルスケア協会、前理事長メリーオスリー女史の米国連邦議会上院高齢者特別委員会公聴会での証言は、業界が直面している問題、課題を具体的に指摘し、法案の立法化への業界と利用者の立場を鮮明にし、法律に反映させる為の明確な提言と要求をも鋭くしている。

言うまでも無く、米国においては各業界の意見や利益を法律と行政に反映させるために、ワシントンDCに本部を置き、主な州に拠点を置く業界が加盟する協会が、所謂、ロビーストとして、米国連邦議会、米国行政府、州議会、州政府、学術分野の専門家及び看護、介護サービスを受けている又受ける高齢者予備軍に業界の提言を、協会が持つシンクタンクで“戦略的政策”を立案し、ロビー活動を展開しており、各州、郡、市においても草の根的な活動を展開してきている。特に、看護、介護サービスを受けている高齢者は金銭的にも行政よりの協力と支援が必要であり、法案を審議、法律として成立させる立法府への影響力を重視し、議員人一人の法案に対する賛成、不賛成の行動を公表して、選挙時にその議員の法案に対する投票実績を公表することで、議員にも大きな影響力をあたえている。主な協会が持つ“シンクタンク”の研究者や政策立案者の構成は幅広い分野の専門家から構成されており、アメリカンヘルスケア協会のシンクタンクは、行政や立法府の専門スタッフより優れているといわれている。

又、協会の戦略は、立法府、行政府との関係で非生産的な“敵対関係”よりも、業界の意向や政策提言を受入れてくれる仕組みを構築し、所謂、“パートナーシップ方式的”なアプローチをとる局面が多く、全体として、多くの提言や提案が法律に反映してきている。

わが国、日本においても、業界が団結し戦略的政策の立案ができるような環境の構築が不可欠であり、公共行政にたいする真剣な取り組みが期待されると指摘されている。

- ・ 「施設介護での職員人員配置基準に係わるアメリカンヘルスケア協会とその加盟施設の意見、提言」

アメリカンヘルスケア協会及び加盟施設の立場：

当協会と加盟施設は、所謂、相対的に選択できるスタッフによる人員配置には賛同する。行政府、施設ケアサービス利用者、消費者団体、施設経営者は共同作業として、相対的に選択できるスタッフ人員配置基準の取り決める為、その理念と具体的な内容の作成作業にたいして、国よりの助成金交付によりナーシングホームでの基準に着手することが必要であると考える。

- (1) 立法府において、当該基準の法案の立法化又は行政の規則による基準の設定は、いかなる内容とそれに係わる財政源がどこから出るかにかかわらず、究極的には看護、介護を受ける高齢者にそのしわ寄せが行くということは明白である。提案されている基準作りに関し、法案の審議として上程される場合を想定した時、提案されている基準内容はメジケアを焦点にした内容であってはならない。メジケア制度適用者が受ける看護、介護は特別な条件にて限定的に定められており、その考えを一般の施設にも適用することは、施設運営に大きな障害をもたらすと考える。メジケア制度適用の場合には施設入所負担金は少なくされており、介護に関しての人員配置数も多いので、施設一般入居者と施設運営者の為の公平性を考える必要がある。
- (2) 州政府は、人員配置基準の設定に関し、メジケイド制度で適用している介護報酬支払方法を適用することが前提である。米国連邦政府行政省庁は法律及び定めた規則に基づき、州政府にたいしてメジケイド適用者を受け入れる施設として指定されている場合には、メジケイド資格者に適用されている介護報酬を施設及び入居者に適用すべきと指示すべきである。CMSはその施策にあたり、州政府がメジケイド指定施設にかかわる施策に関し見落としや一貫性が貫いているか否かを充分警戒して直視することが大事である。又、米国連邦政府は、州政府が施設が看護、介護サービスに必要な間接費用を介護報酬から減額しないよう指示すべきである。
- (3) 当協会は、財政的に完全に支援する方法での相対的に選択できる人員配置基準の設定には賛同する立場である。この基準は施設入居者に対し恩恵をもたらすと信じている。政府、市民団体、看護、介護業界も基準をどうすべきかについては、未だ、完全に理解していなのが現状である。

然し、我々協会が提言している相対的に選択できる人員配置基準について、その基準の作成には、施設入居者の健康の状態、即ち、入居者の病状、質患の内容、看護、介護レベルを基本的に考慮して基準づくりをする必要が大事である。我々協会は今、提言されている基準の取り決めには、政府、消費者団体等と一緒に協力していくことには賛成であり、看護、介護の質の向上に資するものであり、公共政策の重要な一貫して、看護、介護サービスは財政的な裏づけを確立して、看護、介護に従事する職員の質のレベルを向上させ、職員の雇用の拡大ができるように努めることが重要である。

- (4) 当協会は、米国連邦議会、米国連邦政府と共に協力して、全米で看護、介護職員の雇用拡大、教育と訓練、特に、公認看護師助手が長期介護に従事する環境を構築することを提言する。我々は、看護、介護現場の最前線で重要な役割を長期看護、介護の分野で果たす専門職のスタッフの確保が不可欠である。

当協会は、上記に述べた目的を達成するために、下記の具体的な行動をとることを提言する。

- a. メジケイド、メジケア制度は財政的に充実し長期看護、介護システムを確立し専門職員の雇用の拡大を目指すこと。
- b. 財政的支援は、施設及びその団体（協会）に教育、訓練、研修の為に助成金として交付し、長期看護、介護分野に従事する職員の質と意欲を向上すべきである。
- c. 長期看護、介護分野においては、職員となる人々の犯罪的履歴をチェックすることが必要である。
- d. 我々業界は、移民法を改正して、多くの介護職員をうけ入れ長期看護、介護分野でのサービスの強化な基盤を構築すべきである。
- e. 米国連邦議会、米国連邦政府は、長期看護、介護分野に従事する職員の雇用状態をフルタイム勤務とするよう努力すべきである。これにより、雇用の拡大と定着率の安定化が確立される。パートタイム専門職の雇用の拡大は、適切な看護、介護の視点からみると、入居者に対するケアサービスの継続的な健全化を阻害することになる。

- (5) 長期看護、介護分野に充実する施設経営、運営者は、米国連邦議会と共に、専門職員に関するデータベースを構築し、専門職員の職責をモニタ

一し、適切な人員配置基準の設定の為に総合的な要因を検証でくるシステムを通じ、看護、介護の質の向上に資する為に新たなる取り組みをすべきである。現在、CMS が活用しているリサーチ方法で、Phase II と称される人員配置基準に係わる研究、検証、検討がなされているが、このリサーチをも活用し長期看護、介護の向上の為に提案されている人員配置基準を適正なものにすることが重要である。これにより、よりよき看護、介護サービスの向上に寄与することになる。

上記に引用した、アメリカンヘルスケア協会前理事長が米国連邦議会上院高齢者特別委員会の公聴会にて、業界が直面する課題と立法府、行政府が長期看護、介護サービスの健全な発展と施設経営、運営の安定化の為に具体的な提言をしており、協会が果たしてきている重責は米国における高齢者長期介護が新たな時代に直面しつつある時、立法府、行政府にたいし、議会並びに行政府関係省庁が法制化も含めどのようにナーシングホームにとって不可欠な改善と支援策を講じるべきかを促している

- ・ 「アメリカンヘルスケア協会が調査、検証した、2007年6月の最新の各州における施設でのケアサービスに直接従事する人員配置基準（職員が平均的なフルタイムで1施設で勤務としているとの前提で）の現状」

州名：	施設数：	直接介護に従事する職員の のトータル数（1施設あたり 施設介護に従事する時間；週5～7日）：	看護師数：	公認準看護 師：	看護 師 助手：
1. アーカンソー	12	52.3	9.8	7.1	35.5
2. アラスカ	212	78.2	4.4	22.2	51.8
3. アラバマ	218	53.8	2.0	12.9	38.9
4. アリゾナ	123	67.1	5.9	17.8	43.3
5. カリフォルニア	1,172	63.1	6.4	13.2	43.4
6. コロラド	201	53.7	6.7	12.4	34.7
7. コネチカット	230	78.4	9.8	15.3	53.3
8. ワシントン DC	18	1,144	6.7	32.4	75.3
9. デラウェア	38	68.8	9.9	14.9	44.0
10. フロリダ	658	87.5	5.8	20.7	61.0
11. ジョージア	332	63.7	2.5	19.1	42.1
12. ハワイ	36	72.8	11.6	10.1	51.1

13. アイオワ	426	36.9	4.4	6.8	25.8
14. アイダホ	76	46.1	5.1	9.3	31.7
15. イリノイ	757	53.6	7.6	9.8	36.2
16. インディアナ	487	50.7	3.4	14.4	32.9
17. カンザス	333	37.5	3.0	6.8	27.7
18. ケンタッキー	257	57.3	4.5	12.9	39.9
19. ルイジアナ	259	54.3	1.6	15.1	37.6
20. マサチューセッツ	423	70.5	8.3	15.9	46.3
21. メリーランド	215	79.9	7.3	19.9	52.8
22. メイン	106	48.8	7.1	5.6	36.1
23. ミシガン	405	67.0	6.0	14.6	46.4
24. ミネソタ	349	55.5	5.1	12.4	38.0
25. ミズーリ	487	48.7	2.8	10.1	35.8
26. ミシシッピー	183	59.8	4.5	16.2	39.1
27. モンタナ	91	39.3	5.7	6.0	27.6
28. ノースカロライナ	394	63.7	5.5	15.4	42.8
29. ノースダコダ	71	55.8	5.4	8.6	41.8
30. ネブラスカ	216	42.1	4.0	8.5	29.6
31. ニューハンプシャー	73	66.4	9.1	11.8	45.4
32. ニュージャージー	344	85.1	12.2	18.0	54.8
33. ニューメキシコ	70	53.6	5.1	9.3	39.2
34. ネバダ	42	66.4	8.3	16.0	42.1
35. ニューヨーク	608	112.2	13.2	24.9	78.1
36. オハイオ	879	60.8	5.5	15.9	39.4
37. オクラホマ	317	39.8	1.3	9.1	29.3
38. オレゴン	135	42.0	4.3	6.0	31.7
39. ペンシルベニア	78	78.8	9.4	18.5	50.9
40. ロードアイランド	74	60.6	8.8	8.2	43.7
41. サウスカロライナ	148	67.0	4.7	17.4	44.9
42. サウスダコダ	1	32.9	3.8	4.2	24.9
43. テネシー	309	64.7	4.1	18.3	42.4
44. テキサス	1,049	49.6	2.1	12.9	34.6
45. ユタ	86	43.4	5.9	7.9	29.6
46. バージニア	252	69.3	4.6	20.2	44.6
47. バーモント	31	58.9	7.1	13.1	38.7
48. ワシントン	225	61.1	4.6	12.3	41.1

49. ウィスコンシン	375	59.3	8.0	9.4	41.9
50. ウェストバージニア	111	48.1	4.3	12.9	30.9
51. ワイオミング	37	41.6	6.6	6.3	28.7
* 全米施設数 (14,626)	62.6	5.8	5.8	14.3	42.5

(全米における各専門職員の(1)施設あたりに1週間に費やす直接的な看護、介護サービスの時間)

(註) スタッフの職務履行はスタッフがフルタイムで勤務(週35時間)するとの前提で各州での1施設あたりに費やされる直接看護、介護時間を集計、分析した。各州での施設の人員配置(入居者に直接ケアサービスを行う職員が費やす時間)に関して調査した施設は適正な経営、運営をしているところを対象とした。

上記に示した“各州における平均的な(1)施設あたりに直接看護、介護に従事するスタッフの勤務時間”の集計からもみられるように、州により直接看護、介護時間に費やすスタッフの時間には相当の差がみられる。米国では、州政府行政当局が人員配置基準を定めており、又、介護職、看護師助手等高等なライセンスや公認の資格を求められない職種に関しては、施設にその運営上、監督責任を課しており、監査結果はその施設が入居者に適切な看護、介護サービスを提供し、入居者のニーズに沿っているか否かが施設運営の可否を決める基準としている州が多く、この意味で施設運営は弾力的になされる環境が構築されている。然し、全ては“結果責任”が問われるという基本的な考えで行政も対応している州が多い。

- ・ 「アメリカンヘルスケア協会が調査、検証した“全米各州とワシントンDC特別区に於ける、施設における入居者一人当たりに対応するスタッフが費やす時間”についてのデータ」、2007年6月公表。

州名：	入居者一人当たり にスタッフ全員が費 やす直接看護、介護時間 の一日当たりの 合計時間：	正看護師：	公認準看護 師：	看護、介護 助手：
1. アーカンソー	5.3	1.0	0.7	3.6
2. アラスカ	3.9	0.2	1.1	2.6
3. アラバマ	3.6	0.1	0.9	2.6
4. アリゾナ	3.5	0.3	0.9	2.2

5. カリフォルニア	3.7	0.4	0.8	2.6
6. コロラド	3.4	0.4	0.8	2.2
7. コネチカット	3.4	0.4	0.7	2.3
8. ワシントンDC	3.9	0.2	1.1	2.5
9. デラウェア	3.8	0.6	0.8	2.4
10. フロリダ	4.0	0.3	1.0	2.8
11. ジョージア	3.2	0.1	1.0	2.1
12. ハワイ	3.7	0.6	0.5	2.6
13. アイオワ	3.1	0.4	0.6	2.2
14. アイダホ	4.0	0.4	0.8	2.7
15. イリノイ	2.8	0.4	0.5	1.9
16. インディアナ	3.2	0.2	0.9	2.1
17. カンザス	3.3	0.3	0.6	2.4
18. ケンタッキー	3.5	0.3	0.8	2.5
19. ルイジアナ	2.8	0.1	0.8	2.0
20. マサチューセッツ	3.5	0.4	0.8	2.3
21. メリーランド	3.5	0.3	0.9	2.3
22. メイン	4.1	0.6	0.5	3.0
23. ミシガン	3.4	0.3	0.7	2.4
24. ミネソタ	3.4	0.3	0.8	2.3
25. ミズーリ	3.3	0.2	0.7	2.4
26. ミシシッピ	3.6	0.3	1.0	2.3
27. モンタナ	3.4	0.5	0.5	2.4
28. ノースカロライナ	3.4	0.3	0.8	2.3
29. ノースダコダ	3.8	0.4	0.6	2.8
30. ネブラスカ	3.6	0.3	0.7	2.5
31. ニューハンプシャー	3.7	0.5	0.7	2.1
32. ニュージャージー	3.3	0.5	0.7	2.1
33. ニューメキシコ	3.2	0.3	0.6	2.4
34. ネバダ	3.1	0.4	0.8	2.0
35. ニューヨーク	3.3	0.3	0.7	2.2
36. オハイオ	3.3	0.1	0.8	2.4
37. オクラホマ	3.4	0.4	0.8	2.2
38. オレゴン	3.6	0.4	0.5	2.7
39. ペンシルベニア	3.5	0.3	0.9	2.3
40. ロードアイランド	3.1	0.5	0.4	2.2

41. サウスカロライナ	3.5	0.2	0.9	2.1
42. サウスダコダ	2.9	0.3	0.4	2.2
43. テネシー	3.1	0.2	0.9	2.1
44. テキサス	3.1	0.1	0.8	2.2
45. ユタ	3.5	0.5	0.6	2.4
46. バージニア	3.3	0.2	1.0	2.1
47. バーモント	3.4	0.4	0.8	2.2
48. ワシントン	3.7	0.5	0.7	2.5
49. ウィスコンシン	3.4	0.5	0.5	2.4
50. ウェストバージニア	3.2	0.3	0.8	2.0
51. ワイオミング	3.4	0.5	0.5	2.3

* 米国に於ける施設（ナーシング ホーム）に於ける看護、介護スタッフが入居者に対して一日当たりに対応する時間と全体のスタッフが費やした時間のトータル時間の平均時間。

- + スタッフ全員が一日、施設で一人の入居者に費やす時間の合計時間は、3.4 時間
- + 正看護師は、0.3 時間
- + 公認準看護師は 0.4 時間
- + 看護師助手は、2.3 時間

（注：勤務時間は週 35 時間）。

上記の看護、介護スタッフ（正看護師、公認準看護師、看護助手）が施設での入居者に費やす時間の推移（2000～2007）を参考資料（B）として本報告書の資料編に添付した。又、関連資料として、公認された施設のベッド数と入居者の推移、ベッドの稼働率の推移、ADL に係わる推移等の統計資料を添付した。

上記から解るように、米国におけるナーシング ホームの人員配置は、既に述べたように“数から質”への思考に移行しており、基本的に対応時間で質ある看護、介護と施設での入居者に対する適切、満足な結果が求められる環境にある。

時代は大きく一廻りし、新しい社会構造に直面していく。既に高齢社会で

ある今日、更なる高齢社会の加速化が進んでおり、団塊世代と称される人々が高齢社会の仲間入りは、更なる超高齢社会を加速させており、医学の進歩も人間の長寿化を加速化させており、高齢者を支える制度は小児化時代の到来により社会保障制度の維持の先行きは不透明であると専門家は指摘している。高齢者の看護、介護に従事する業界も、今までの看護、介護システムとその運営手法を見直し、経営、運営の健全化を維持するために、米国では業界が一丸となり、立法、行政府、地域社会との連帯を通じ新しいロードマップをつくり、新しい長期看護、介護政策に新しい弾力的な思考を形成し、看護、介護現場で直面する現実を直視、理解させる為に多様な活動を展開し、業界が健全にして安定的な経営、運営ができる体制の確立に多様な戦略的な提言、活動をしてきていることは、既に、触れてきた。今後も協会とその加盟施設が果たす戦略的政策提言は米国での長期介護の未来像に大きなインパクトをもたらすとされている。

VII. 「カナダ国、アルバタール州における人員配置基準に関する最新の改正案の概要」

アルバタール州は、カナダでも最も経済成長を維持している州であり、州政府の歳入も安定しており、オイルサンドが経済成長力の原動力であり、この恵まれた状態で医療、看護、介護の分野でも弾力的、革新的な政策を展開し手厚い社会保障政策を遂行している。

然しながら、アルバタール州政府はいずれ直面する高齢社会を支えるいろいろな制度の構築と、どの様に対応すべきかのブループリントを具体的にする為、行政府、立法府、医療、看護、介護等の分野における専門家を交えての論議、審議をする委員会等を構築している。団塊世代の高齢社会入りが現実化している今日、高齢者の為の看護、介護施設運営に係わる諸々の課題についても検討、検証を重ねている。施設及び在宅介護に従事するスタッフの定着率も課題の一つであり、又、高齢者の看護、介護に関する考え方も従来の介護手法と違う内容が求められるとの判断で、施設の人員配置基準(ガイドラインも含めて)に関しいろいろと臨床的なデータを基に、人員配置基準の一つの案を下記に示した。

「アルバタール州政府が提言するナーシング ホームに於ける人員配置基準の一例；ベッド数 100 床の場合」

- ・ 仮定条件；ベッド数 100 床で一部の個室を除き、大半の部屋はセミ プライベート（複数のベッド数）で、特別な介護を必要とする入居者は入居しないとの前提（スペシャル ユニット等は設置していない）。施設運営の効率化の観点からは、個室数の増加は清掃等の間接介護費につながるとしている。
- ・ 上記の仮定条件に基づいて、全ての施設での管理職は組合が施設運営者と締結した合意書に基づく諸条件等は適用されず、勤務時間は一日、8 時間。他の職員は組合に所属し就労時間は一日、7.5 時間。ユニットケアの場合には、ユニットにて事務的な仕事に従事する時間は直接介護時間（Health Care Aide hours）としてカウントされない。施設運営上の管理事務については IT 等を使用する事務処理は直接介護時間としてカウントされないし、それに従事する職員の時間もカウントされない。IT 等による事務処理は外部委託業務として行ってもよい。

＋ 職員配置について；

(1) アドミニストレーション（施設運営管理職）：

施設長一名（フルタイム勤務）；週 40 時間。

介護長一名（フルタイム勤務）；週 40 時間。

プログラム マネジャー一名（フルタイム勤務）。この職責を担う人は看護師の資格を得ている人又はそうでない人でもよい。もし、この職責を担うプログラム マネジャーが看護師の場合には、看護、介護に従事することもできる。看護長及びプログラム マネジャーも施設長の指示で看護、介護に従事することも出来る。

教育担当一名（週 40 時間、フルタイム勤務）。

リクレーション セラピスト一名（週 40 時間、フルタイム）。

OT 一名（週 40 時間、フルタイム勤務）。

サポート サービス スーパーバイザー 一名（週 40 時間、フルタイム勤務）。

ソーシャル ウォーカー（週 40 時間、パートタイム）。

施設管理部門助手 2 名（週 40 時間）。一名は施設運営に関する必要な事務職を履行する。他の一名は、財務、経理関係を担う。

臨床栄養士一名（パートタイム勤務）。

(2) ケア サービス職員：

正看護師の資格を得ている看護師（年間、1,950 時間、一人当たり）。全員の職務時間は適正人員数で、16,700 時間。

ライセンスを取得した公認準看護師（年間、1,950 時間、一人当たり）。全員の職務時間は適正人員数で、80,824 時間。

ヘルスケア助手（年間、1,950 時間、一人当たり）。全員数の職務時間は適正人員配置数で、80,824 時間。

リハビリテーション助手（年間、1,950 時間、一人当たり）。全員数の職務時間は適正人員数で、6,825 時間。

リクレーション助手（年間、1,950 時間、一人当たり）。全員数の職務時間は適正人員配置数で、2,730 時間。

(3) サポート職員：

食事調理（年間、1,950 時間、一人当たり）。全員数の職務時間は適正人員配置数で、20,887 時間。

ハウスキーピング（年間、1,950 時間、一人当たり）。全員数の職務時間は適正人員配置数で、14,504 時間。

営繕関係の職務（年間、1,950 時間、一人）。

(4) 基本的な職員配置に関する構成：

施設で管理職と定義された職責を遂行する職員は、通常、朝から夕方までの勤務時間とするが、施設運営のニーズにより夜間及びフレクス タイムシフトで勤務することもできる。

- ・ ケアに従事する職員：

* 施設において、正看護師の資格を得ている看護師二名を配置すること。

そのうち一名は夕方及び夜間勤務。施設への入居者の入所時の場合には、正看護師二名が勤務すること。正看護師のローテーションの都合及び他の職員の勤務体制に欠員が出来た場合並びにシフトの変更が必要な場合には、正看護師と公認準看護師各々一名が勤務すること。

- * 公認準看護師二名の配置（朝、昼、夕方）。夜間は勤務無し。
 - * ヘルスケアエイド（介護士助手）の勤務時間は；朝昼は6～7人。夕方は4～5人。夜間は3人。
 - * リハビリテーション助手は月曜～金曜日の勤務。
 - * リクレーション助手の勤務は通常、朝～夕方の勤務。但し、施設運営のスケジュールにより、週のうち夜間勤務も認めるが、午後9時までとする。又、週末の短時間にもスケジュールに組み入れることができる。
 - * 施設でのユニット専従事務職は、通常、週の定時時間の勤務を原則とするが、夕方及び週末、休日にも勤務し施設運営の円滑化の為の事務処理をすることが出来る。
- ・ サポートスタッフの勤務：
- * 食事調理担当のスタッフは、原則的に週7日勤務とし、スタッフは朝食準備後昼食及び夕食準備の為にスタッフ人数の増員をすることとし、準備が終了後はスタッフ数は減らしてもよい。調理担当スタッフの勤務は午後7時迄が適切である。
 - * ハウスキーピング担当スタッフは原則として通常の勤務時間帯（朝8時～5時）とし、施設内の清掃等のためにパートタイムとしての就労者を雇用することも出来る（主に夜間）。定期雇用のスタッフは通常の勤務シフトで、施設内の清掃等に従事する

上記に掲げた職員人員配置基準案は、基本的に一部の管理職の職責を担うスタッフを除いては、スタッフが施設にて各々の職責を履行する基準は各々のスタッフが費やす時間（一人及び全体のスタッフの総時間数）を基に配置基準を決める提案をしている。又、施設運営の効率性を高める為にフレクス タイムの導入、職責の兼務、パートタイム及び外部業務委託等を含め、弾力的な配置基準を提案している。又、州政府は看護、介護施設の運営形態を地域社会との連帯をも含め、施設運営の形態を“提案方式（proposal system）”等を導入し民間活力を活用する思考を具現化しており、看護、介護に従事する人々の教育、研修にも助成金の交付金を等含め施設での職員人材配置もいろいろな要因を総合的に考察、検証して定める

べきとの思考で上記に掲げた“人員配置基準案”も、最初に“職員の人員数”を定めるということではなく、既に、第四、五章でも触れたように諸々の要因を検証し、臨床検証も含めて人員配置基準は主な職責に重点を置いて定めるべきであるとしているのは米国と同じである。介護に従事する人々の知識と技術を研磨する為に教育、研修、訓練に総合的な視点から力をいれており、施設運営の健全化の為に政策の弾力化を進めている。日本に於ける介護保険制度下における職員の人員配置基準の決め方にも参考となると考える。

VIII. 米国における（連邦政府、州政府）アダルト デイ サービス、デイヘルス センターの分野に係わる人員配置基準：

団塊世代の高齢社会入りは、介護サービス事業者にとり、訪問在宅看護を受けている高齢者に地域社会との連帯で、施設への通所にシフトする政策が予防介護を含め、高齢者の自立心を高めるためにも多様なデイサービスが推進されている。このデイサービスについては、25州では各々の州が定めた基準を適用しており、ライセンスの資格を得ていることとし、10州では許可制度に基づいて運営を認めている。又、4州ではライセンスと許可制度を得ることを条件としている。

デイサービス運営のサービスの内容に関しては、各々州により異なるが、一つのプログラムに限定している州、施設が多様なプログラムを提供しても良いとしている州もあり、一例としてメイン州では、アダルトヘルスデイサービスとソーシャルアダルトデイサービスの（2）のプログラムを認めているところもあり、各州の政策はサービスを受ける高齢者のニーズに対応するよう認知症高齢者の為のプログラムも別プログラムとして認めている。夜間におけるプログラムの提供の場合には、特別の申請をし許可をえることとしている。殆どの州では、ライセンスを与える場合の条件として、サービスを受ける高齢者の介護レベルは問わないことにしている。又、アダルトデイサービスの定義は各州により異なり、ある州では、介護とアクティビターの二つを併用してプログラムと定義しているところもあれば、ソーシャルアクティビターと介護を主にしたプログラムを分けている州もある。アダルトデイサービスの主なサービスプログラムは下記に示すカテゴリーが主なものである；

- * ADLに係わる支援
- * 健康維持に関する教育
- * 健康管理の記録作成
- * 介護、介助
- * PT, OT 及びスピーチ セラピー
- * スキールド ナーシング サービス
- * ソシアル サービス
- * 送迎及び買い物の為の交通支援

上記に示したサービス プログラムに関する人員配置基準は各々の州において異なるが、殆どの州では、サービス プログラムを受ける人数により定めており、職員とサービスを受ける高齢者の対比は（1 対 4 から 1 対 10）と大幅な違いが見られる。全米 50 州での平均は（1 対 7 から 1 対 8）が多い。

一例として、バーモント州では、人員配置基準の定義を“サービスを受ける高齢者に対して十分なスタッフが適切なサービスを提供できる”とし、スタッフ主任一名をフルタイム又はパートタイムで勤務し、直接サービスに従事するスタッフは（1 対 7）の人員配置基準を定めている。サービスを受ける高齢者数が増員した場合には、その基準に沿い対応することになっている。

数多くの州では、人員配置基準は無く、アイダホ州のように、基準の定義は“サービスを受ける高齢者に対し、十分なサービスを提供できるスタッフ”と定義しており、人員数については施設の裁量に委ねている。但し、重度のレベルの高齢者にサービスを提供するときは、施設に適切な対応をするようガイドラインとして指導している。然しながら、“適切な対応の定義”については、殆どの州が定義を明確に表現していない。

- ・ 認知症高齢者に対しての人員配置基準に関しては、最低人員配置を定めており、平均的な人員配置基準は（1 対 4 から 1 対 7）が多い、ある程度自立できる認知症高齢者には（1 対 8）の基準を定めているところが多い。スタッフ以外にボランティア、研修学生等もこの人員配置に組み込まれると定めている州も多い。
- ・ スタッフの主な職責と資格：

人員配置の他に、多くの州がスタッフの職責と資格について定めている。サービスのプログラムを大別した場合に（アダルト デイケアとアダルト デイヘルス サービス）、アダルト デイヘルス サービスの場合には、正看護師一名がフルタイム又はパートタイム、もしくは、コンサルタントの職責として職務に従事するとしている。特に、スキールド ナーシング サービスを対象とした通所者が多い場合には正看護師の常勤を求めている。下記に幾つかの州の事例を記す；

* ルイジアナ：

アダルト デイヘルス サービス；管理職員として施設長又施設長代理、ヘルス サービスの資格を得た専門家又は正看護師か公認準看護師をフルタイム又はパートタイムにて配置し、介護職もスタッフとして配置。

アクティビテーター、ソーシャル サービスのプログラムに関しては、コンサルタント（大学院でソーシャル サービスの修士号を得たもの）、ソーシャル サービス責任者及び代理者。

食事及び栄養関係の責任者には栄養士コンサルタント。

営繕関係では、施設清掃、維持管理スタッフ等の適切な人員を配置と定めている。

* サウスダコダ：

施設において一ヶ月 10 時間の介護を提供し、一般的な介護に関する相談及び定期身体検査を行うと定義している。

* ニュージャージー

正看護師の資格を得ている看護師長一名及び公認準看護師一名が施設で常勤（但し施設のサービスが提供されている日のみ）。

* マサチューセッツ

通所者が施設にいる場合には、正看護師一名が最低一日、4 時間勤務体制をとり、一日、8 時間看護、介護に従事する為、公認準看護師は 8 時間勤務とする。センターは一日、8 時間体制で運営。この内、4 時間は公認準看護師が正看護師の職務を代行してもよい。然し、通所高齢者が 35 人以上の場合には、一日、12 時間体制での看護、介護体制で、そのうち 4 時間は正看護

師が対応する。50 人の場合には、センターの対応時間は 16 時間とし、そのうち 8 時間は正看護師が看護、介護に対応する。

* コロラド

すべてのアダルト デイ サービス センターは、通所者の加療状態のチェック及び投薬に関するスーパービジョンを行い、通所者に一日、2 時間の対応を正看護師又は公認準看護師により履行されること。公認看護師助手は正看護師又は公認準看護師の指導の基、看護、介護をすることができる。

メジケア及びメジケイド適用高齢者に対する通所看護、看護に関しては、各州が連邦政府の規定及びガイドラインに基づいて、各々の基準を定めている。

- ・ アダルト デイヘルス サービス及びアダルト ヘルスケア センターに従事するスタッフの教育、研修について：

各州により教育、研修の内容はスタッフがどの職責に従事するかにより必要とされる教育、研修の内容が異なるが、下記に掲げる内容が一般的である。

* 投薬、看護、介護に関与するスタッフの教育、研修内容；

州政府が定める投薬に従事する資格を得ているもので、更なる追加教育と研修単位を取得する為の教育科目の取得と研修。特に、身体障害者及び盲目の高齢者及び緊急事態に対応する投薬の知識と技術の向上。施設は投薬の為のマニュアルを作成する義務あり。

州により異なるが、教育、研修時間は 40 時間とし、その内容は (1) アダルト ケア サービスのチームとしての職責履行の知識と技術、(2) 通所者に対する個別対応に関する知識と専門的な技術、(3) 食事に関する栄養学の知識 (4) 老人科学に関する知識、(5) 感染性疾患に関する知識、(6) 通所者の健康状態及び加療、看護、介護に係わる記録の作成方法、(7) 衛生環境の維持に関する知識、(8) 手話し方の最低限の知識、(9) 適正な医学知識。

新入職員は就職後 3 ヶ月以内に、最低 18 時間の看護、介護の基礎的及び実践的な知識と研修を受けること。就職後 1 年後には、プログラム作成責任

者及び介護職員は年間12時間の継続教育として科目の単位を取得すること。又、職責により職務の向上の為に専門教育の単位を取得し、資格を維持すること。非常時（火災等）に備える為の研修を施設は行うこと。管理職は各々の職責を履行するために専門科目の教育を受けること。その他、ボランティアを活用している施設では、ボランティアに対し最低必要とされるサービスの知識の研修を課している。

- ・ 認知症高齢者のアダルト デイケア及びアダルト ヘルスケア センターの通所に関する人員配置基準及び教育の徹底化を課している数州の事例：

* ミネソタ

認知症高齢者の通所に関し、州政府は認知症高齢者に直接、看護、介護に従事する職員スーパーバイザー及び職員に対し、教育と研修を課しており、(1) アルツハイマー並びに認知症に関する知識の教育と実践的な研修、(2) ADL に関する知識の向上 (3) 認知症高齢者の行動パターンに関する知識の向上、(4) 認知症高齢者とのコミュニケーション スキールの知識の向上の為に教育と研修。施設は通所希望者及びその家族に対応する職員の専門資格と知識、実践上の実績を情報として開示するよう指導しており、それにより、施設選択に寄与するとしている。

* カリフォルニア

アダルト デイ ヘルスケア センターにおいて認知症高齢者に対応する為に、教育の重要な一環として認知症高齢者が施設の所謂、“囲い”の場所と称されている場所から緊急避難を適切にさせる実践的な行動をスタッフが対応できるようにする訓練を認知症高齢者に対応する必要な知識と専門的な実践的な技術を身につける教育と研修を課している。

* フロリダ

新入職員がアダルト デイ ヘルスケア センターの就労した場合でアルツハイマーや認知症高齢者と直接看護、介護するスタッフは、就労から3ヶ月以内に認知症高齢者と如何にコミュニケーションを充実化する為の教育と研修を課している。

* アイオワ

認知症高齢者に対応するスタッフは、最低8時間の認知症高齢者に対する

サービス プログラムに関して最低 8 時間の教育と研修を就労前又は就労後直ぐに受けなければならないとしており、最低の教育と研修は、(1) アルツハイマー及び認知症高齢者の特長、習性等のパターンを理解すること、(2) アルツハイマー及び認知症高齢者に対する看護、介護は如何に対処すべきかの理念とビジョンを認識する教育と研修、(3) 職員のコミュニケーションの能力の向上、(4) 認知症高齢者の家族や知人とのコミュニケーションの能力の向上、(5) 認知症高齢者の家族に悲しみ、罪の意識、家族の理解と介護に対する支援、(6) 恒常的な家族とのコミュニケーションの充実化、(7) ADL に関する具体的、現実的な検証の必要性、(8) 認知症高齢者の為のケアプランの形式的なプランでなく、各々の現実的な状態を見極めたケアプランの作成、(9) 認知症高齢者のモチベーションを高める手法、(10) 簡潔的なケア手法の導入、(11) 認知症高齢者との理念の共有、(12) スタッフが直面するストレス解消法の積極的なプログラムの導入と自己のケア等、教育科目は多様な項目で構成されており、スタッフの専門知識の向上と職務へのモチベーションを高める為の教育と研修がなされており、特に、管理部門で現場の状況に直接かかわりのない、所謂、机上管理者で施設運営の企画を担当する職員と現場職員の認識と理解の差が施設運営と現場で従事する職員との間に認識と意思疎通が施設運営の効率化に悪影響がないように、管理部門職員の現場での研修を求め教育、研修方針を徹底化させるよう求めている。

上記に述べたように、連邦政府及び各州政府は現場主義を強調しており教育、研修と現場の状況に精通する環境構築が重要であるとの主旨で、人員配置基準の決め方に関し、いろいろな論議、審議の他に現場での臨床検証を専門家だけでなく、現場職員、特に、介護職員の意見、提言を反映すべきであるとし、教育と研修を通じ職員のモチベーションと専門知識を高め、意欲がでる環境の構築が重要であると指摘してきている。

米国連邦政府関係省庁、米国連邦議会関係委員会及び州政府関係局部は外部専門家及び介護サービス事業提供者、看護、介護を受ける入居者、その家族、知人等や学識経験者との共同検証や米国連邦議会関係委員会の公聴会、州政府がおこなってきている公聴会やタウンミーティングの論議、審議、提言等を基に、来るべき超高齢社会での看護、介護に従事する介護スタッフ数の雇用の減少、定着率の課題を踏まえ下記の主な理由を挙げその対策を急ぎ、“数より質”への政策転換が必要であり、そのための職員の専門的な知識と技術の向上が不可欠であると結論づけている。下記に主な課

題と要因を示した；

- * 団塊世代の高齢社会への参入による高齢者の全体人口に於ける比率の変遷
- * 団塊世代の高齢者の看護、介護に関するサービスに対する考え方が個性化する。然るに、質が充実したケアが求められ、介護に従事するスタッフに更なる専門知識が求められる
- * 高齢者人口の増加は、社会保障のための財源政策にも大きな変化をもたらすことが現実化しており、先進諸国も医療、看護、介護に係わる財源手当てには限度が生じると見ている
- * 少子化の進行は、看護、介護の形態を大きく変えることは必然的であり、社会保障政策も大きな改革や変遷を余儀なくされる
- * 社会保障政策分野でも、国の財源（税）から、競争市場原理に移行する動きがいずれ加速化され、医療、看護、介護分野でも過当競争が加速化し、優秀な人材を抱えている施設とそうでない施設の二極化が進行する
- * 医療、看護、介護に従事する法人、企業、団体にも、消費者動向と称される現象が生じ、施設の格付けが出来る
- * 看護、介護に従事する就労者に、更なる専門的知識と資格制度が強化され、施設運営は効率化の為の少数精鋭人員による経営、運営が現実的になり、施設運営は“数による運営から質による運営”と変遷をきたし、“ソフト部門の効率的な活用”が重視されていく
- * 地域におけるボランティアの組織化と地域社会との連帯が不可欠となる
- * 業界の利益を反映するロビースト（業界協会等）がシンクタンクを含め政策研究機関を充実し、立法、行政府に業界の為の利益に資する活動の展開を厳しくしている。具体的には、これらの改革や変遷にどのように対処すべきかを視野に米国では、所謂、各産業分野及び職業分野が強力な“ロビースト”として業界の提言と利益を反映するために、強力な協会を結成し、医療、看護、介護の分野でもシンクタンクを持つ業界の協会が大きな役割をはたしてきており、米国の場合には、看護や介護に関する法案の作成にも強い影響力を行使してきており、米国連邦議会、州議会関係委員会での公聴会等でも証人として業界の利益を堅持する為に、法案の審議状況を把握し、法案に賛成又は反対の立場をとる一人一人の議員の投票動向を協会の会員法人、企業、団体に随時報告し、各議員に書簡をだし業界の意の沿う法案作成と法令化の為に投票するように働きかける活動をしてきており、その活動は激

しくなっている」と専門家及びこの分野での行政、立法府関係者は指摘している。

このような事態に米国連邦議会、州議会、米国連邦政府、州行政府がどのような対策と政策を展開しているかは興味があるところである。

既に、第二、三、四章にて触れたように米国連邦議会関係委員会、米国連邦政府保健・福祉省、その他の政府機関並びに州政府関係当局は、施設における適正人員配置基準はどうあるべきかについて行政府（米国連邦政府及び州政府）の専門家、業界代表の専門家、サービスを受ける高齢者の為の団体並びに地域の支援団体等による“適正人員配置基準に関し”今まで検証された学術文献、現場での分析、臨床検証、並びに現場職員よりの聞きとり調査等を通じ、変遷していく高齢社会で施設において弾力的な手法を奨励、実行してきており、米国連邦議会関係委員会及び米国連邦政府保健・福祉省、米国高齢者庁並びに他の政府行政当局は、人員配置基準に関する法令化には未だ至っておらず、メジケア、メジケイド適用者に対する看護、介護サービスに関する限定的な規定をのぞいては、所謂、ガイドラインとして適正配置基準はどうあるべきかの提案をだしているが、具体的な適正人員配置基準は施設運営の許認可を持つ州政府関係行政府に基準の定め方は委ねており、第 V 章にて記した 50 州とワシントン DC（連邦政府所管による特別区）における適正人員配置基準が各州の裁量で定め運用されている。

施設への通所（アダルト デイケア及びアダルト ヘルスケア センター）に関する適正人員配置基準も各州により基準に大幅な差がみられるが、基本的には主な職責を担うスタッフが費やす時間を基本に基準は定められており、これらの職責を担う職員の資格と看護、介護の質に重点を置き、そのための継続的な教育と研修に力をいれ、施設での高齢者に対する看護、介護度の満足性、適切性から監査では施設運営の良し悪しを判断している。

- ・ モニターリング（通所の為の施設運営に関する監査、指導要綱等）：
モニターリングに関しては、殆どの州が年一回の監査をしており、その時期は施設運営許可が下りた時又は施設運営の更新許可が下りた時に行われている。州政府のうち数州では、事前の通知無く施設の監査を行っているところもある。アラスカ州のみが、施設運営の為のライセンスも必要としなく、監査もしない特別な例である。殆どの州は基

本的に施設による内部監査（外部の専門家を入れた）の報告書を州政府行政担当局に提出することにしており、施設が州政府より補助金、助成金を交付されている場合は州政府行政担当局の監査の対象となる。以下、数種の事例を記す；

- * アリゾナ
施設運営において何ら改善事項が指摘されない場合には、通常の監査、年一回を二年一回としている。
- * フロリダでは、施設での細部に亘る監査を省略し、施設が施設運営をいかに適切に行い、その記録がなされているかに焦点をしぼり監査し、通所者よりの満足度を検証して監査としている。
- * デラウェア
三年に一回の監査。
- * モンタナ
定期的な監査と事前予告ない監査が1～3年間の間に行われ、施設運営が適切に運営されていないと指摘された場合には、監査の結果のペナルティーとして、施設運営は暫定的に1年間の施設運営許可で改善の履行を課している。
- * ネブラスカ
施設運営の25%をランダムに選択し、利用者及びその家族からの不満、苦情に関する上方を基に、問題とされる事項に関し監査している。又、施設での監査が5年間なされていない施設には5年を目処に監査している。
- * ニューハンプシャー
年1回の事前通知なしの監査を行い、通所者に対する適切な対応がなされているかを監査している。又、通所施設での運営を常にモニターリングしている。
- * ミシシッピ
施設運営のサービスのプログラムが適切になされているか否かを年4期ごとにモニターリングの結果についての報告を開示し、施設運営者の自助努力を促すとしている。
- * ミズーリ
少なくとも年2回の監査をしており、その内の1回は事前通告なしの監査としている。

米国連邦政府関係省庁、州政府関係局部の方針は、基本的に施設運営の成果の遂行は、施設による自助努力が重要であるとし、施設運営の適正化が損なわれている事実や懸念がある場合を除いては、通所高齢者の満足度や家族よりのモニターリングを参考にして具体的な監査内容を決めるかを判断材料にしている。適正人員配置基準も、施設運営者が如何に適切なサービスを提供できるかにより、人員配置基準の見直しも含めて監査体制を履行しており、基本的には、施設の履行責任に監査結果を委ねる考えに立脚して施策をおこなっている。

IX. 「介護保険制度下における“最低人員配置基準”の設定に関する根拠とその立証の必要性の論議の経緯；厚生労働省関係局部、社会保障審議会介護保険部会、衆議院及び参議院厚生労働委員会等の審議からみる最低人員配置基準の設定に係わる議論の検証を基に最低人員配置基準の設定に関する根拠と立証と地方自治体の見解」

2000年に施行された介護保険制度の理念と骨子は、社会保障制度の恒久的なシステムとしての維持にあり、少子高齢化時代の到来を視野にいたし、当該制度の維持と介護の質の向上による高齢者にたいする適切な介護サービスの提供を目的とし、その為の財源を単なる“税”からではなく“共有の責任”役割分担（Co-sharing system）という介護保険制度の健全な維持を目指すものであった。然しながら、現実的には、社会保障関係に係わる国の将来の財政状況から介護保険制度の財源は、“保険”と言う名のもとに広い人口層からの介護に必要な財源を確保し“措置から保険”という競争の原理を基に介護の質の向上に必要であるモチベーションを高め、若年層にも理解をもとめられる新制度の導入を意図していたと指摘されている。この理想と現実的な予測思考は、2005年の介護保険の見直しの議論が行われた時に、行政及び介護保険制度創設に係わってきた、政治家、社会保障審議会委員、その他の関係者に対して世論、学者、被介護者、その家族、地方自治体、介護サービス提供事業者達より当該制度についての理念と実際の施策に矛盾と整合性が欠如しているとの指摘がなされ、当該制度の創設時に指摘されていた諸問題が一気に露出したと言われた。

2005年の介護保険制度の見直しは、2000年施行時の内容から幾つかの大きな柱が取り除かれ又取り替えられ、介護報酬の抑制やその後の省令、通達等により、介護内容の形態もハードとソフトの面で大きく変化していく。

特養でのユニット化や個室化が推進され、看護、介護における在宅環境を施設に取り入れるとの思考には、理解できる面もあるが、他面、介護サービス事業提供者である施設運営者の場合には、職員の最低人員配置基準以上の配置も必要となり施設運営に重荷となる現象も数多くでてきており、現場での介護に従事する介護職員の雇用難の問題、定着率の課題等施設運営は厳しい運営状態を強いられているのが現状であり、介護体制の主要な柱の一つである介護職員が果たす役割に関し再定義が必要とされる。

措置の時代から、介護保険制度が導入される過程において、衆参両院厚生労働委員会、社会保障審議会関係部会（介護部会、給費部会等）、又、大臣諮問委員会、その他、当時の厚生省が主催する研究会等に在りて“最低人員配置基準”が如何に定められたかは定かでないと言われている（厚生労働省）。何故、米国等先進諸国において行われている臨床的検証が日本の介護保険制度創設の過程で、最低人員配置基準を定めるにあたり十分な議論と検証がなされなかったことは不可解であり、現在、直面している看護師及び介護職員の雇用状態の不安定化は、これからの高齢者の介護を支える最大の柱を揺るがせるほどの重大な事態であり、適切な人員配置基準とその為の思考の再構築が不可欠であると考え。地方分権が叫ばれる今日、又、介護保険制度も多くの課題を抱えるなか、地方自治体間にも介護の質とサービスに格差が生じつつあり、当該制度の公平性を見地からも地方自治体が介護現場で直面している“人手不足”を解消、改善すべきかについて重大な懸念と危機感を抱いていることが自治体よりのヘアリングからも鮮明である。

このような事態について地方自治体等の行政関係並びに介護保険制度に深く係つてきた関係団体は、職員人員配置基準とそれに関連する諸課題に関しどのような見解を抱いているかについて、下記に示す“質問の主旨と項目”について地方自治体および関係団体の関係者にヘアリングを行い、課題、問題にどのような認識と改善を求めているかを検証した。

{質問の主旨と質問事項}

介護保険制度の施行から 7 年を経た、今日、当初の予測よりも少子高齢化が加速しつあり、団塊世代の高齢社会入りは、所謂、超高齢社会と称される社会の到来が現実化してきています。高齢者人口の増加、産業構造の変化に伴う他産業への転職、介護報酬の見直しによる介護職員の賃金体系の

横ばい、職種としての将来への期待感の薄れ等諸々の要因が介護施設で利用者と日々対応している介護職員の雇用の困難性、介護職員の定着率の悪化、都市圏と地方社会間に見られる格差、そこから由来する長期介護施設運営に係わる財務体質の開き等が顕著になり、高齢者の為の介護施設運営の質と財務体質に大きな影響を及ぼすと指摘されています。

このような状態を改善し、施設運営の健全化の介護職員の向上は、高齢者の長期介護の向上と介護保険制度の健全な維持に不可欠であると指摘されており、施設運営上の人員配置基準の定めかたに関する思考の転換なくしては、長期介護を受ける被受益者である高齢者とケア サービスを提供する関係の均衡が大きく崩れていくと懸念されており、諸外国では、社会保障政策の大きな柱の一つである高齢者の為の長期介護にたいする政策の見直しが行われており、特に、施設運営上の介護職員の責務のありかたについて、“数から質”への配置基準と言う思考が米国を初めカナダ等では実施されており、ナーシングホーム等では、一部の職責を除き介護職員等は人員配置基準は厳密に定めておらず、利用者にたいする対応時間が相対的にどれほど費やされ、その看護、介護の結果の適切性により、施設運営の適切性も認定されています。即ち、施設が結果責任を負託されるとう方式をガイドラインとして行政当局が定めています。

日本では、配置基準や施設の面積、容積等が省令で定められたとおり履行されているか否か、又、米国のように施設の入居者の介護レベル、健康状態、疾患内容を臨床的な視点から分析、検証して（一つのフロアやユニットごとに）配置基準のガイドラインが決められていますが、我が国の介護保険制度下では、適正人員配置基準がどのような根拠で臨床的検証が行われ、介護職員等の人員の介護ニーズの内容（病歴、疾患）等が十分に検証されず、単なる“人員の数”で基準が定められたか否かも不透明であり、又、最も重要である利用者への介護の結果が、どのよに好転していくか等の検証が人員配置基準と介護職員の質との関係でどう成されるべきか否かについても、社会保障審議会の関係部会や衆議院、参議院の厚生労働委員会で審議されたかの議事録を検証しても、人員配置基準の決めかたに十分な議論、審議が成されていたかどうかは立証されていない。

この様な視点から、下記の質問項目のお答えしていただければ幸いです。

1. 現行介護保険制度下における特養、老健施設での人員配置基準の適性

化に関し、現場の第一線で利用者の介護に直接従事している介護職員の雇用問題で、需給関係が不均衡な状態にあり、更に、介護職員の定着率が悪くなりつつあり、高齢者の介護に支障をきたしている現状の改善についての具体的な提案は？

2. 介護保険制度創設時において、適正人員配置基準を定めるにあたり、現場での臨床的検証が成されたか否かも不透明で、所謂、省令による人員配置基準が定められており、その根拠が開示されていない。然るに、施設監査も人員配置数と施設面積が基準を満たしているか否かに焦点が当てられているが、職員の職責上の能力や知識に関しては、殆ど、監査内容では触れられていないのが現状である。仮に、臨床的検査の結果が参考として考慮されたとしても、施設運営の向上と利用者のニーズに対応する上で、利用者の健康状態や疾患状態等も、入居者がその健康状態が同じレベルにある状態で、同じフロアやユニットにいる状態での検証を検証手方として成されることが正しい基準作りのデータには不可欠とされている。然るに、現在の施設におけるユニット化やいろいろな健康状態である入居者の混在的に介護を受けている状態では、適正配置基準のあり方に問題があると指摘されており、この点に関する人員配置基準と被介護受益者との相対関係をどのように考えるかの意見。
3. 介護保険制度下において、2005年の見直しより、国から地方自治体にいろいろな分野で権限の譲渡が成されてきており、施設監査等も含めて自治体行政側の人材育成が重要となると指摘されており、どのような人材育成教育が必要と考えているか？
4. 質問（1）との関連で、介護保険制度の健全な運営による高齢者にたいする介護の質の向上には、現場で介護に直接従事する職員数の就労の安定化が不可欠であるが、少子高齢化が加速するなか、ボランティアが果たす役割が制度の健全な運営と維持に必要とされているが、ボランティアが果たす役割が制度の健全な運営と維持に必要とされているが、ボランティア組織化と教育、研修に地方自治体はどのような施策を行うのか？
5. 先進諸国では、ボランティアが果たす介護に費やす時間を評価して、一定のシステムを作り、市民税の控除の対象としているところもある

が、地方自治体でも独自の政策を展開することが行政上又法的にどの様にすればよいかの検討等を含め、ボランティア数の拡大と質の向上の為の具体的な検討がなされているか否か？

6. 介護保険制度下でも地域格差により、施設への入居者待機の課題が顕著になってきており、特に、特養への入居者待機が増えているが、この課題への自治体として国への提言等を含めた改善案は？
7. 介護分野に就労する若い人々が、教育機関で受講した内容と現場で遭遇する諸々の問題に、相当の格差があると指摘されており、介護保険制度を実質的に所管する地方自治体としての独自の弾力性ある政策の施行が必要と指摘されているが、貴、自治体では、どの様な政策を具現化しているか、又、検討しているか？
8. 最後に、現在の人員配置基準に関する御意見と提言をお聞かせください。

上記に掲げたヘアリングの項目にたいして、自治体及び介護保険制度に係わっている諸団体は、下記の如き見解や意見をのべており、現行の介護保険制度下における人員配置基準に係わる課題と介護職員の雇用と就労の安定化に関する見解と提言からも、この課題は早急に見直す必要があると指摘されている。

* 東京都福祉保健局介護保険課計画係高橋祐巳係長

* 1について、

特別養護老人ホームや老人保健施設における人員配置基準については国が入所者3人に対して1人以上の配置を定めているが、都内の特養の平均配置数は2.4対1となっている。この国との差である0.5人は、労働量に置き換えると常勤換算で約7人の人数になり、各施設においてはサービス提供水準の維持の為、自助努力により確保しているのが現状である。

然しながら、介護報酬については、当然、増配置している分について増額されるわけではないので、結果的に、一人当たりの人件費（収入）が低く抑えられ、結果として低賃金を余儀なくされ、人材の定着や確

保に支障を来たすという悪循環に陥っている。こうしたことから、都では、大都市東京で深刻化する人材不足の解消に向けて、本年 5 月、国に対して「介護保険施設に係わる介護報酬の地域格差等に関する提言」を提出するなど、東京の現状を分析した上で、必要な介護報酬の設定を提案している。

- * 2 について、
特別養護のだけでなく、入所者における中・重度者の増加をはじめ自立支援老人ホームについては、ユニットケアの推進などによるハード的なもや在宅復帰への支援など、介護者の提供するサービスの質と内容ともに変化している。また、小規模な事業者については、スケールメリットが働きにくいこともあり、一層深刻であると考えている。

- * 3 について、
指導監査については、コムスンの例にみられるように、不適切な事業者が後を絶たない状況にあり、こうした事業者に対しては敏速かつ適切に実施することが必要と考えている。しかし、また一方では、こうした法的な指導だけではなく、法人等の事業運営の適正化や透明性を確保するなど、利用者の保護とサービスの質の向上という視点からの指導も必要であると考えている。このため、介護保険改正に伴い区市町村に一部の指導権限が移譲されたこともあり、区市町村の人材育成に協力するとともに、区市町村と連帯しながら行政指導などを適時適切に行えることが必要である。

- * 4・5 について、
団塊世代や元気な高齢者の力を社会の活性化のために利用することは、これからの東京において必要な視点であると考え。ボランティアについてもその一環であり、現に区市町村においては、ボランティアを積極的に活用し、介護保険料を減額するなどの取り組みも始まっている。これらの自治体においては、社会福祉協議会などを活用し、登録から研修、施設への派遣までを実施している例もある。

なお、国においても介護保険の地域支援事業においてこうした取り組みをモデル的に実施しており、今後はこうした取り組みを検証することが今後のボランティアの力を活用した施策展開においても重要であると考えている。

* 6について、
特養への入居者については、都内においても4万人を超えているが、実際に緊急に入所が必要な方については、詳細なデータは持ち合わせていない。しかし、東京のように地価や建設コストが高いことから施設整備については、短期間に待機者を解消するほどの整備を進めることは困難であると考えている。こうしたことから、都では、高齢者が介護や医療が必要となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域ケア体制の確立を進めることとしている。

* 7について、
介護人材については、離職率が2割を超えている現状にかんがみ、現在、人材の確保、養成などについて予算を要求している。

* 8について、
(私見)
現行の3対1配置は、十分なサービスを入所者に提供するには、実態に即してはいないと考える。しかし、国の省令はあくまで「以上」という表記であることから、国に対して提言しても「人員配置については、国はあくまでも最低基準を示したのに過ぎず、各施設が増配置することを禁止するものではない」と答えることは明らかである。

このため、実際に必要なのは配置基準そのものだけではなく、各施設が増配置しているものについて、正しく評価（介護報酬を加算）することが重要であり、こうした点については、国の責任において調査し、介護報酬設定を設定すべきと考える。

東京都の見解でも、国が定めた人員配置基準は現状にそぐわないとし、都としても、国にたいし、適切な人員配置増による高齢者の介護の結果の向上を目指す為に、“介護報酬の加算をすべき”として提案しており、介護職員の雇用の困難性や離職率の問題は介護保険制度そのものの維持に深刻な影響を及ぼすと指摘されている。この意味で、地方自治体、ケアサービス提供事業者は連帯を深め、介護の質の向上と入居者の満足度を高める為に、適切な介護報酬の加算と適正人員配置を施設運営者に介護の結果の責任を負託させると同時に介護報酬加算を見直すよう国に要請すべきであるとの東京都の姿勢は、介護職の離職率の数値が及ぼす影響と適切な人員配置に対する介護報酬の加算に国が現実性を直視すべきであるとしている。民意

を反映した政策が求められている。

東京都内の区も、介護職員の確保に困難を来たしており、東京都が指摘したように人員配置も国が定めた基準を超える増員配置を余儀なくされており、介護報酬の加算をはじめ、弾力ある人員配置に関し国が健全な介護制度の為の助成政策も含め、現在直面している諸々の課題に関し、現実に沿う国の政策の転換を求めていることがヘアリングから伺える。

首都圏が抱える課題、問題は地方では、どのような状況にあるかを検証するとき、基本的には課題、問題の本質には相違がないが、雇用状況の相違、他の業種との賃金格差の微小等から、介護分野での就労状況は大都会と比べ深刻度は都会ほどではないが、基本的な構造体質は同じであり、急速にこの分野での雇用問題は深刻さを増してくると指摘されている。幾つかの地方自治体及び社会福祉協議会並びに介護サービス提供事業者よりのヘアリングでも、この介護職員や看護師に係わる雇用状況の傾向は一貫して懸念されている課題である。

- * 石川県健康福祉部長寿社会課
企画・介護指導グループ
参事 三国秀雄氏

三国参事が、私見として下記に掲げる回答書とヘアリングにより質問に対応した内容について述べる。

1 について、

介護保険施設等の配置基準の適正化について

特別養護老人ホームや老人保健施設における人員配置基準については、国が入所者3人に対して1人以上の配置を定めているが、平成16年度の国の調査では、特養の平均配置数は全国平均2.34対1、石川県では2.51対1となっており、現状では国の配置基準と比べ大きな乖離がみられる。また、雇用状況でも、全国及び石川県において、介護職の有効求人倍率が全産業に比べて高くなっており、離職率も、介護職が全産業を上回っている状況である。国では、このような状況を踏まえ、「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」を改正したところであるが、今後、国において施設経営状況や介護従事者の雇用状況について十分な検証を行い、介護従事者の確保対策を講ずる必要があるのではないかと

考えている。

2 について、
介護施設のケアについて、

特養の介護については、各施設がそれぞれ工夫を凝らしてケアを行っていると聞いており、入所者の処遇に関する国等の調査報告書も出されている。ユニットケアについては、特養（小規模特養を含む）を中心に計画的な整備に努めているところであり、また、運営に関してはこれまでのところ、問題が生じているとは聞いていない。

3 については、
施設監査について、

施設等の指導監査については、不適切な介護サービスを行わないように、適切な指導や監査に努める必要があり、県や市町との連携を密し、迅速な実施体制を整備することが重要であると考え。また、指導監査等を行うためには市町を含めた担当者の人材育成も大切であり、研修の充実に努めていくこととしている。このほか、事業者に対しては、管理者から介護従事者などの様々な職種を対象とした研修の充実、強化に努めている。

4・5 について、
介護ボランティアについて、

少子高齢化が進展する中で、高齢者が介護ボランティア活動等を通じて、社会参加や地域貢献、また、高齢者が介護ボランティア活動等を通じて、社会参加や地域貢献、また、高齢者自身の健康増進を図る上で重要であると考え。

国の地域支援事業として、東京都稲城市でモデル事業として、ボランティアを積極的に活用し、介護保険料等に充てる取り組みを行っていると聞いており、その動向について注視している。

ボランティア活用については、介護保険制度の中でどのような取り組みが行えるのか更に検討、検証していく必要がある。

6 について、
特養の待機者対策について、

特養への入居者については、待機者の所在、要介護度などの状況を概ね把握しており、それに基づいた特養の計画的な整備を進めている。また、待機対策については、小規模多機能型居宅介護拠点等の地域密着型サービスの充実も効果があると考えており、計画的な整備につとめている。

7 介護人材の育成について、
介護現場における人材育成としては、まず、国の定める施設等の運営基準により事業者自らが職場内研修を行うこととされており、この研修が重要である。
県で、サービス事業者の新任職員を対象とした各種の研修を実施し、人材育成に努めているところである。

8 について、
現在の人員配置基準に関する御意見と提言について、

1のとおり。

上記に掲げた質問にたいする回答から見られるように、また、ヘアリングを通じて感じたことの中で痛切な課題は、やはり、人材教育と介護人材の定着化の強化が今後の施設運営の展開に大きな影響を及ぼすとの懸念は大きく、人員配置に関しては、ヘアリングを行った地方自治体行政機関、社会福祉協議会等も含めて、国が定めた人員配置基準は、国が進めるいろいろな政策を着実に履行してゆくには、現在の人員配置基準は現実からかけ離れているとの指摘は異論がないのが現状で、国が速やかに適切な政策を講じ施策することがもとめられていると指摘している。

介護保険制度に係わる問題の解決と改善の必要性は山積しており、一例として、2005年における介護保険制度改正による地方自治体への介護保険制度運営の権限譲渡がなされ、県と市町村間においても、必ずしも一枚岩的な連帯関係が構築されていないことも、介護保険制度運営の効率化にも大きな影を落としている。

最近の新聞、テレビ等の報道機関が報じているように、介護養成校入学（大

学、短期大学、専門学校、高等学校の専門科)の入学者数(2007年度)は、昨年対比で13%減になり、現在、介護現場で働く介護福祉士は約24万人で、約38万人は資格を持ちながら介護現場をはなれていると指摘されている(東京新聞:2007年12月19日)。このように、介護に従事する若年層の減少化は超高齢社会を支える介護保険制度の根幹を揺るがす重大な要因であり、地方自治体にとっても、介護保険制度の財源面のみでなく、人材供給面での課題を抱えていくことになり、これらの問題に対応する政策が求められている。

既に述べてきたように、介護報酬の抑制、国による必ずしも一貫性のある政策がロードマップとして示されない現状では、高齢者の介護を支える事業者及び介護職員にとり、問題の山積とその未解決と将来への不安が大きいのしかかっているのが現状であり、介護報酬の改善と人員配置基準は、他の課題の中でも、早急に改善すべき課題である。

X. 結語(提言)

介護施設における高齢者の為のケアサービスは介護保険制度に基づく厚生労働省の省令により、最低人員配置基準が決められており、既でに触れたように、当該基準が定められたときの臨床的検証に基づく適正基準の根拠は臨床的にもなされておらず、措置の時代からの流の延長線上として介護保険制度の維持の為の財源的な裏づけとしてのプライマリバランスをある程度考えて、措置の時代よりも厳しくしたというのが事実であると指摘されている。(厚生労働省)

言うまでも無く、制度の構築には、諸々の要因を分析、検討、検証し、将来の予測をたて、又、時代の変遷に対応する為の制度の改正も弾力的に行うことが必要である。この意味で、現行介護保険制度下における最低人員配置基準は、高齢者に対する介護サービスを提供するサービス事業者がその使命と責務を履行していくのには、適正な介護報酬と介護職員の確保及び職員の定着化が施設運営を安定化させ、しいては、質ある介護サービスを高齢者に提供でき、当該介護保険制度の健全な運営に帰することになる。既に言及してきたように、米国を初め先進西洋諸国においては、介護施設における最低人員配置基準は、“数から質”へと、又、“介護体制の弾力性を重んじ”介護職員の配置基準を定めることにしており、介護職員

の教育、研修等に力をいれ質による介護サービスを強化し、所謂、職員配置も効率的且つ又介護成果の結果責任を重んずる精鋭少数介護手法を目指すことが肝要であると指摘されている。以下、適性人員配置基準及び介護保険制度の健全な展開と維持及び高齢者への介護の質の向上と、それを支える介護サービス事業提供者の職員ならびに地域社会と共に協力、支援を差し伸べてきているボランティアの人々等による連帯、協力による地域社会介護の充実化と職員人員配置基準の見直しをも含めた新しい思考を基にした介護体制を構築することが不可欠と考え、総合的な視点から諸外国にてすでになされている新たな介護サービスの弾力的な施策を参考に主な提言を下記に掲げた。

- * 科学、臨床的に立証されていない最低人員配置基準を見直し介護職員の技能、知識、介護サービスに関する使命感等、所謂、“介護職員の質”を優先した内容での介護体制の確立を構築する。
- * 施設における介護サービスに関する運営と介護サービスの人員配置数については、施設運営者の裁量に委ねる。但し、介護サービスの可否の結果責任は施設運営者に帰するシステムとする。
- * 介護職員の質の向上の為に、教育、研修、訓練等の充実化を通じ、高齢者の為の介護サービスの向上を図る。この為に、現行の介護報酬に教育、研修、訓練費等を加算する。これにより、より良き介護サービスが提供でき、高齢者の自立度も向上し、如いては、介護費用の効率的な活用に寄与する。
- * 介護職員の教育、研修、訓練等の認定については、現在、学生等の研修制度指定施設に指定されている施設で、施設職員及び他の施設よりの介護職員の教育、研修、訓練にも活用されることとし、その場合の費用は、指定施設が定める費用に基づく。尚、当該指定施設は、教育、研修、訓練のために必要な現場研修以外の学習の充実化のために、高齢者に係わるリサーチに取り組む施設として、この為に国より研究助成金を受け、高齢者介護サービスの質の向上に質することを目的とする。即ち、“認定研究、教育機関と命名する”。
- * 教育、研修、訓練内容は職責内容に基づいて定め、定められた課程を修了し、認定試験に合格した者には、ライセンスを与える。尚、ライセンスシステムについては、専門家、行政、介護サービス事業提供者、その他、介護保険制度に係わる関係機関と関係者等で構成された介護職員適正認定ライセンス委員会（仮称）を構築し、介護現場に精通している介護サービス提供事業者が認定試験及びライセンスを授与する委員会の指導的役割を担い、当該委員会の執行部として介護職員適正認定ライセンス委員会が権限

を有して運営する。当該委員会が授与するライセンスは、公的なライセンスとして認定されるものとする。尚、当該委員会執行部の代表者は厚生労働省社会保障審議会の人員配置基準等を論議する関係部会の部会委員としての任命を受け、介護職員適正認定ライセンス委員会の運営及び教育、研修、訓練に関し社会保障審議会関係部会に報告及び必要な事項について審議する。

- * 最低人員配置基準の見直しによる施設運営者の介護サービスの成果に結果責任を持つ施設運営を充実化させるためには、関係行政の現場に関する理解が必要であり、施設運営に係わる行政による監査の質をたかめる為に、既に、先進西洋諸国で行われている行政からの監査職員にたいして施設現場での研修を一定期間行うことを義務付ける。これにより、監査内容が適正になされ、施設での介護サービスに関する共生の精神が宿り、介護サービスの健全性と充実化に寄与する。
- * 地域社会との連帯、協力による施設における高齢者の介護サービスはボランティアの参加が不可欠となる時代が既に到来してきており、ボランティアが高齢者の介護に費やした時間を、適正な制度を構築し、費やした一定の時間を金銭に換算し、その額を住民税の控除対象とする制度の導入（具体的なボランティアが費やす時間と職責の内容及び住民税控除対象となる時間はボランティアに課せられた研修の受講結果を参考に定める）。
- * 介護サービス事業の分野での構造改革を進め、規制緩和の推進を通じ、施設運営者の創造力と競争力を養い、質の高い介護サービスと職員のモチベーションを高め、安定した施設運営の基盤を構築し、利用者に施設で安心した、また、充実した人生を送れるための施設選択ができる為に、施設の優劣を国又は業界がランク付けの制度を導入し情報公開する。これにより、利用者に安心感と信頼感を与える。
- * 介護制度の維持と現場での現状を検証するとき、介護報酬の見直しに直ちに取り組み、現実的な内容にすることが、現在、山積する課題や問題の解決や改善につながると断言しても過言ではないと指摘されている。然るに、この事項を早急に審議し適切な介護報酬の見直しを 2009 年以前に、介護保険制度に関与している機関が参画して、介護報酬見直しに係わる全国大会を開催し、見直しの内容に関し優先順位を定める全国のブロック別又は適切な地域範囲を定め、ヘアリング及び検討会を開催し、地域格差の課題等を含めた介護報酬の現実、適正な内容の提案内容の討議、その内容の情報公開を通じて 2009 年の見直しの為の予備見直しの作業に取り組むべきである。（政府、政党の税調査会等及び関係中央行政府も参画し、介護保険制度の財源の安定化の為の税歳入の視点からの論議も公開的に行うべきであ

り、それにより、介護保険制度の持続性の課題が明確になり、サービスの内容の見直しにもぶれのない財源の試算予測が安定化する)。

上記に掲げた提案は、既に、諸外国で実施されており、高齢者介護の分野でも、“構造改革”の推進が必要であり、“規制緩和”を通じ弾力性ある設運営が行われることが、介護サービスを受ける高齢者の福祉、健康維持の向上のみならず介護職員に職責の社会的な意義と職業的な意欲を抱かせることになり、介護職員の社会的位置づけを高め、介護職員の定着化に寄与すると考える。即ち、超高齢社会への移行は必然的に介護保険制度の内容を再定義し将来の高齢者への介護対策は、“一貫性のある政策”を定着化させ、介護に従事する関係者にとり利用者が必要とする介護と利用者が自立心高め生きがいのある高齢期を過ごすことができる環境を構築し、今、懸念されている“看護、介護難民”と称される介護制度の崩壊が現実化しないように十分な対策を構築し、悪循環の到来を更に増幅させないようにすべきであると考え。

健全な介護体制の確立は“共生と連携”の精神と行動により関係者が各々の責任と義務を履行することにより、充実した介護保険制度が維持、発展できる体制を構築することが国民の切望であり、政治家と行政府に課せられた責任は大きく、ひと時も時間の無駄は許されない。

XI. あとがき

高齢者の介護サービスに従事する我々にとり、高齢者が満足できる質の高い介護サービスを受けられる体制を構築し、介護に従事する介護職員もその責務に誇りを持ち社会的にも重要な職務として位置づけされ、高齢者の福祉、介護の為の施設運営、特に、職員人員配置の適正性がどの様に定められているかに関し、米国、カナダ等の諸外国の実情を調査、分析、検証し、我が国における介護保険制度下での人員配置基準の見直しに資する比較検証を行った。この為に米国連邦議会上下院関係委員会、連邦政府保健、福祉省、米国高齢者庁、メジケア・メジケイド関係機関州政府関係局部（ノースカロライナ、アリゾナ、カリフォルニア州等十数州）、アメリカヘルスケア協会等高齢者の看護、介護に従事するプロバイダーの職業的協会等、又、スターングループ、米国国際経済政策財団（米国、カナダ国アルバータ州政府に係わる公文書、その他の資料及びヘアリング等の編集については、片岡氏の支援と協力を得た）、アジア・パシフィック高齢者センター財団による協力と支援及び米国と同様にカナダ、アルバータ州政府等よりの貴重な文献、臨床的データ、並びに多くの専門家からのヘアリングに基づいて、本論文の主旨を“適正人員配置基準”と“施設運営の構造改革による規制緩和の必要性”に絞り諸外国との対比で人員配置基準はどうあるべきかを提言とした。国内では厚生労働省、東京都関係局部を初めとする地方自治体の関係者による人員配置基準及び介護職員の就労定着化についての見解を含めた課題もヘアリングを通じて貴重な意見、見解を得ることができたことに感謝の意を表し、わが国の介護保険制度を支え、制度の健全化と恒久的維持の為に重要な役割を果たしている介護サービス事業提供者が関係機関及び地域社会との連帯でサービスの充実化と介護職員が働く環境の向上に取り組む決意と行動を引き続き履行していくことが、高齢者の介護サービスの充実化に寄与すると考える。

この意味で、行政当局も多様な思考を展開し、山積する介護保険制度の課題について更なる検証を行うことが必要とされる。高齢者人口の拡大の加速化に対応すべき介護職員の雇用問題と職員の知識、技能と意欲の向上に関し、行政は中、長期的なビジョンを具体的な助成政策をもって構築することが、行政に課せられた重要な政策課題であると指摘されている。“質ある人材の確保なくして、健全な介護体制の確立は宿らない”との指摘はもはや無視できない時期をすぎていると言っても過言ではない。介護職員の適正人員配置基準の見直しと、介護職員の教育、研修の為に費用の加算を具

現化すべきであり、又、現行介護保険制度下における介護サービス運用面における膨大なペーパーワークの非効率的な間接費用の無駄を無くし、介護直接費の加算を施策することが有効にして効率的な施設運営に寄与すると考える。介護サービスは地域社会の協力と支援なくしては、真の地域社会における介護体制の構築は困難である。この意味で地域社会でのボランティアの果たす役割は、高齢者と支える就労人口の変遷の視点からも重要な課題として取り組むことが求められる。

時代は大きく一廻りし、我々は超高齢社会にどの様に対処すべきかを行政と同じ土俵に上って山積する課題に取り組むことが必要であり、米国に於いて高齢者基本法に基づく、国民が直接に立法府、行政府にたいし、高齢社会の問題に関し、何を優先とすべきかの政策提言会議とも言われる、“ホワイトハウス高齢者会議”のように、国民直接参加の制度作りの必要性が、今、問われている。福田総理が2007年12月18日に提唱した“社会保障国民会議の設置”が、1月25日の閣議で正式に設置が決定され、座長には吉川洋東京大学院経済学研究科教授が就くことになり、委員には、元政治家、行政、及び民間からの幅広い専門家、学識経験者17人により構成され、「雇用・年金」、「医療、介護、福祉」、「小児化・ワークライフバランス」の3分科会を設けるとされ、1月29日に、“社会保障国民会議”の第一回会議が福田首相の出席のもと開催され、福田首相は会議の冒頭で、“「社会保障国民会議」は、希望と安心が持てる社会保障制度へ転換するために、国民各層の代表にお集まり頂いた”と挨拶し、当該会議は6月には中間報告を出し、2008年の秋までには最終報告を出すこととしており、これにより、どの様な機能と形態を構築させ社会保障政策全般と個別のテーマを過去の教訓をふまえて将来への対応を具現化できるか否かが、今後の日本の高齢社会の真髄を形成する鍵となる。

李野暉尚

理事長

社会福祉法人サンライフ

社会福祉法人サン・ビジョン

XII. 資料篇（政府公文書、インタビュー、学術論文、学術報告書、研究発表報告書、高齢者問題研究機関データベース、海外主要新聞特別記事、聞き取り調査等）

1. US Health Care Financing Administration (HCFA), Washington D.C. USA; “Appropriateness of Minimum Staffing Ratios at Nursing Homes”, 2000 ~2007
2. The United States Senate, Special Committee On Aging; Washigton DC, USA. “Nursing Home Residents: Short-changed by Staff Shortages, Part II.”,2000~
3. US Department of Health and Human Services, Washington DC, USA. “Federal Register/Vol. 70.No.208/Rules and Regulations”. 2005~
4. National Citizens’ Coalition for Nursing Home Reform, Washington DC, USA. “Proposed Minimum Staffing Standards for Nursing Homes”.1998~
5. US Department of Health and Human Services (Center for Medicare & Medicaid Services), Washington DC, USA. “Certification & Compliance for Nursing Homes”. 2006
6. North Carolina Division of Facility Services, State of North Carolina, Raleigh, NC. “ Comparing State Efforts to Address the Recruitment and Retention of Nurse Aide and Other Paraprofessional Aide Workers”. 1999~
7. US Administration on Aging, Washington DC, USA. “Nursing Home Staffing Standard in Statutes and Regulation”.2000~ . Additional follow-up survey is being conducted from time to time.
8. Mountain View Manor (Mrs. Kathy Langford), Yavapai County, Arizona.“ Comparative Analysis on Staffing Regulations between State of Arizona and US Government”. 2007
9. Government of Alberta, Canada, Edmonton, Alberta, Canada. “Staffing Compliment for a 100 nursing home.” 2007
10. US Department of Health and Human Services, Washington DC, USA.” Regulatory Review of Adult Day Serivices: Final Report. Section 1. Overview of Adult Day Services Regulations”.2005
11. US Senate Special Committee On Aging (American Health Care Association), Washington DC, USA. “The Nursing Home Reform Act Turns Twenty: What Has Been Accomplished and What Challenges

- Remain?”, 2007
12. American Health Care Association, Washington DC, USA. “Average Full Time Equivalent Care per Facility by States.” “Average Direct Care Staff Hours Per Patient Day by State”. 2007
 13. American Health Care Association, Washington DC, USA. “Trends In Nursing Feasibility Characteristics.” 2007
 14. US Library of Congress. Washington DC. USA. 2000~2007
 15. US Administration On Aging; Website. Washington DC. USA. 2005~2007
 16. US Administration; E-News. Washington DC. USA. 2005~2007
 17. State of California; Website. Sacramento, California. 2005~2007
 18. The Gerontologist, Washington DC, USA. 2000 ~2007
 19. The Journal of Gerontology, Washington DC, USA. 2000~2007
 20. The National Academy on an Aging Society, Washington DC. USA. 2000~2007
 21. American Cultural Center; Libray. Tokyo, Japan.2007 (New York Times, Washington Post, and other major newspapers in the United States and Canada).
 22. Paula Stern Group, Washington DC. USA. 2007
 23. Office of State of North Carolina, Tokyo, Japan. 2007
 24. American Club Library, Tokyo, Japan. 2007 (Date bases of professional organizations in the United States and other professional papers)
 25. 厚生労働省関係局部
 26. 東京都福祉保険局高齢社会対策部介護保険課
 27. 石川県健康福祉部長寿社会課
 28. 金沢市福祉健康局介護保険課
 29. 全国社会福祉協議会
 30. 国際長寿開発センター
 31. 東京都、神奈川県、埼玉県市町村介護保険担当部署及び東京都区役所
 32. 国会図書館他主要大学研究所、図書館等
 33. その他、福祉、介護に従事している職業協会等よりのヘアリング
 34. その他、厚生労働省、総務省、内閣府、東京都を初めとする地方自治体の関係部署のホームページ及び行政よりの関連資料
 35. 朝日新聞 (2000~2008)
 36. 毎日新聞 (2000~2008)
 37. 東京新聞 (2000~2008)

- 参考資料：A：アリゾナ州 Yavalori County に於ける重度のアルツハイマー高齢入居者（厳重な隔離棟）に適用している人員配置基準様式の一例を資料として添付
- B：正看護師、公認準看護師、看護助手が施設での入居者に費やす時間の推移（2000～2007）。又、関連資料として公認された施設におけるベッド数と入居者の推移、施設におけるベッドの稼働率の推移、入居者の ADL に係わる統計的資料等

資料 (A) :

MOUNTAIN VIEW MANOR Staffing for _____ 2007

COUNTY MINIMUMS: Secured Unit - PPD is 2.7
Long Term Care (all our other beds) - PPD is 2.5.
 (PPD = Per Patient Day)

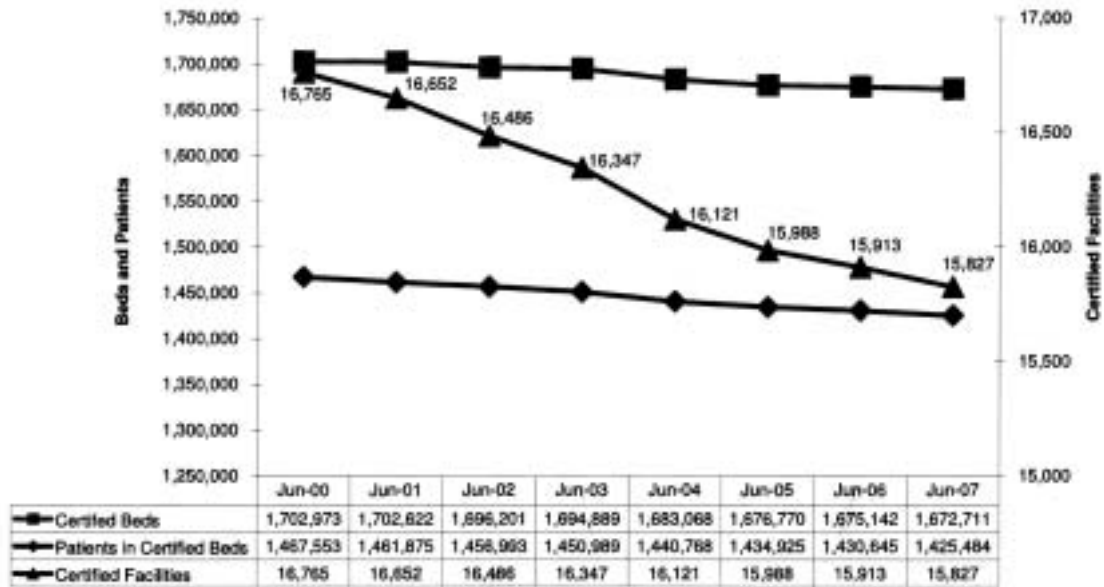
<u>Secured Unit</u>	Days	Evenings	Nights	24 Hour Period/7 days wk	PPD
____ Census	____ Nurses	____ Nurses	____ Nurses	____ Nurses x ____ hrs = ____	(total hours in 24 hour period divided by census)
				____ Nurses x ____ hrs = ____	
				____ Nurses x ____ hrs = ____	
	____ CNAs	____ CNAs	____ CNAs	____ CNAs x ____ hrs = ____	
				____ CNAs x ____ hrs = ____	
				____ CNAs x ____ hrs = ____	
Was registry used? ____ (circle where if yes)				TOTAL HOURS	____

<u>Long Term Care</u>	Days	Evenings	Nights	24 Hour Period/7 days wk	PPD
____ Census	____ Nurses	____ Nurses	____ Nurses	____ Nurses x ____ hrs = ____	(total hours in 24 hour period divided by census)
				____ Nurses x ____ hrs = ____	
				____ Nurses x ____ hrs = ____	
	____ CNAs	____ CNAs	____ CNAs	____ CNAs x ____ hrs = ____	
				____ CNAs x ____ hrs = ____	
				____ CNAs x ____ hrs = ____	
Was registry used? ____ (circle where if yes)				TOTAL HOURS	____

資料 (B)、1 - 4



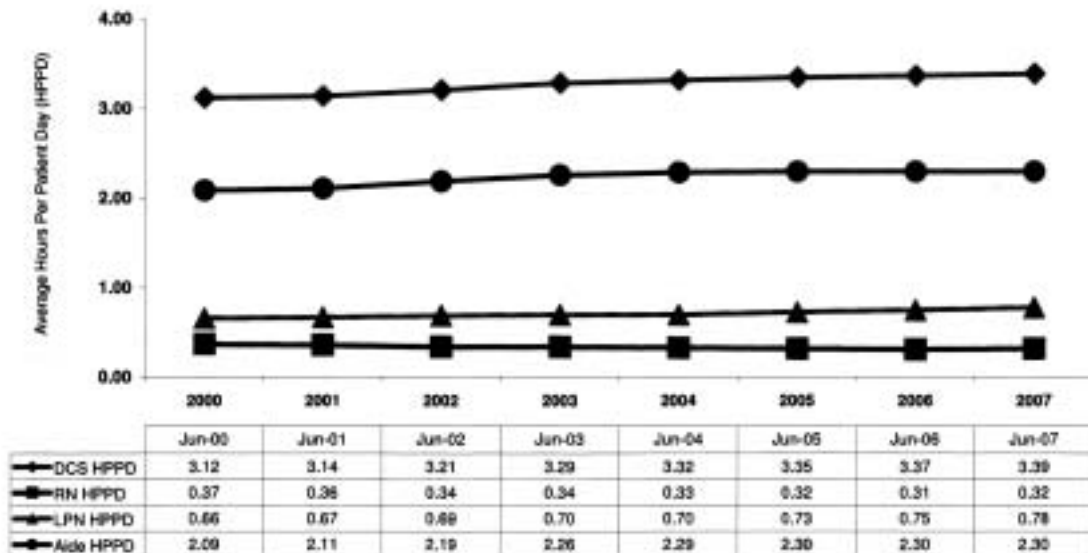
Trend in Certified Nursing Facilities, Beds and Residents



Source: Computed by AHCA R&R department using CMS Nursing Facility OSCAR standard health survey data.
American Health Care Association - Reimbursement and Research Department



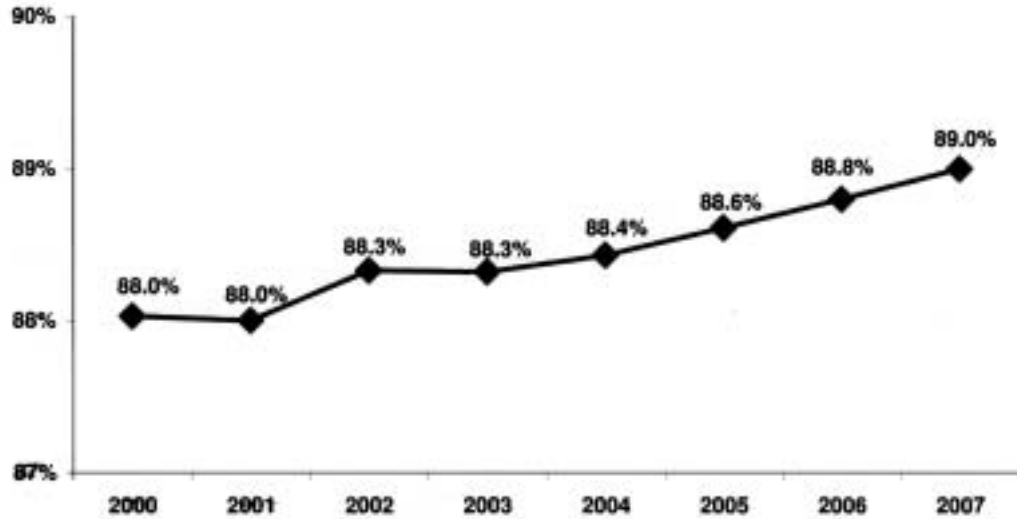
Nursing Facility Average Direct Care Staff Hours Per Patient Day



Note: Staff positions are measured in full-time equivalents, which is based on a 35-hour work week. Aide staff is equal to the sum of certified nurse aides-nurse aides in training-medication aides. Due to invalid or incomplete data, some facilities are eliminated from the staffing analysis.
Source: Computed by AHCA R&R department using CMS Nursing Facility OSCAR standard health survey data (Form 671: F41 - F45).
American Health Care Association - Reimbursement and Research Department



Median Nursing Facility Occupancy Rate for Certified Beds



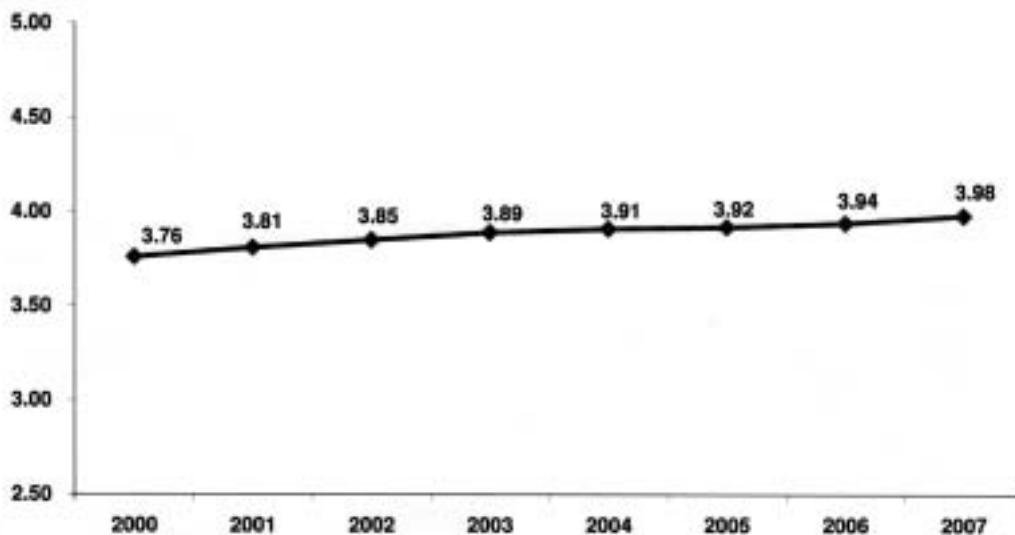
Note: OSCAR surveys reflect data for patients who occupy certified beds. Observations with occupancy less than 0% and greater than 100% were eliminated from this analysis.

Source: Computed by AHCA R&R department using CMS Nursing Facility OSCAR standard health survey data (CMS Forms 671: L18, L37 – L39 and 672:F78). Various years. June.

American Health Care Association - Research and Reimbursement Department



Trend in Resident ADL Dependence



Source: Computed by AHCA R&R department using CMS Nursing Facility OSCAR standard health survey data. Various years. June.
American Health Care Association - Reimbursement and Research Department

編集：奎野暉尚研究所

(愛知県名古屋市東区葵 3-25-23)

編集協力：

社会福祉法人サンライフ

社会福祉社法人サン・ビジョン

米国国際経済政策財団（理事長代行兼
事務局長、片岡佑介）

全米アジア・パシフィック高齢者財団
（CEO,クレイトン S. フォング）

米国連邦政府保健・福祉省

米国連邦議会上下院高齢者関係委員会

米国アリゾナ州政府

スターングループ

米国ヘルスケア協会

米国連邦政府、高齢者庁

カナダ、アルバタ州政府健康・福祉省

米国、ノースカロライナ州政府

東京都、石川県、新潟県、富山、埼玉、
神奈川、秋田、島根、北海道等の自治
体等行政機関

出版：2008年2月