

海外 世界のケアワーカー：5ヶ国調査

論文 &

問題と方策 (後)

レポート

Sophie Korczyk

訳 岡安喜三郎(協同総研専務理事)

この調査はアメリカのAARP(旧称全米退職者協会)のAARP公共政策研究所がおこなったもので、デンマーク、フランス、オランダ、カナダ、オーストラリア5カ国のケアワーカーをめぐる状況を考察したものである。AARPでは以下のように、このレポートを紹介している。

「この調査で分かったことは、介護関連の労働者は、アメリカを含めたこれらの国々で多くの同じような特徴を共有していることであった。たとえば、圧倒的多数のケアワーカーは女性であり、45歳以上である。5カ国すべての国では、給与、時間、研修、またサービス提供におけるケアワーカーの役割等に関する問題に直面している。適切な給与は労働能力を向上させる出発点であるが、本調査は、他の要素も重要であることを示唆している。

- * 多くのケアワーカーは、補償されない時間(たとえばケアプランニングとか利用者間移動)に就労している。これがこの人たちの時間当たり実所得を減少させている。
- * ケアワーカーの多くが欲しているのは、パートタイムや不規則な時間の仕事ではなく、妥当な賃金や様々な保障のあるフルタイムの仕事である。
- * ケアワーカーの研修、とりわけ在宅ケアを提供する人たちの研修は、特別の施設ではなく地域で生きるために複雑なニーズを持った多くの人たちに対応する医療先遣隊としてますます重要になってきている。研修はまた、仕事のステップアップのために必要である。このことが労働者をケアの職に引き留めておくことになる。
- * ケアワーカーの最先端の役割は、サービス提供場面において認知される必要がある。よりよい給与が支払われ、よりよく訓練された労働力はよりよいケアを提供するであろう。これが労働力政策の究極の目標であるべきである。」

AARPに許可をいただき、前号に引き続いて全文を紹介する。

はじめに

方法論

調査対象の労働者
 調査する国の選択
 情報源
 データの比較可能性
 このレポートに含まれない問題

背景

人口構造
 介護のニーズ、予測、ケアシステム
 調査対象国における介護労働力

国別描写

デンマーク

(以上、前号(No.151)収録pp.38-49、以下本号)

フランス

オランダ

カナダ

オーストラリア

結論

参照

表(前号収録 pp.50-53)

フランス

フランスの社会政策は、ほとんどのヨーロッパ諸国と同様、高齢者の在宅維持にできる限りの力を入れている(Bresse and Dutheil 2003)。フランスのこの動向は比較的他の国より早く始まったと思われる。それは「ラロック報告書」として知られる1962年高齢者問題研究委員会報告書に遡る(Lamura 2003)。

サービス提供

フランスの高齢者ケアサービス提供システムには興味深い特徴がある。フランスは、おそらくEUのいかなる国よりも、医療と福祉のサービスシステムの間には厳格な境界線を置いている(Lamura 2003)。1980年代から、介護サービスの発展は、低熟練者たちに

働く場をつくる雇用政策を反映してきた(Bresse and Dutheil 2003, Dherbey, Pitaud, and Vercauteren 1996)。しかしながら、他の多くの国と同様にフランスも、未研修労働者の就職参入の増加と、サービスの質の向上のための従事者資格要件の強化との間の妥協・調整に直面している。

高齢者の医療対福祉サービス。フランスは世界で最良の医療システムを持っている国と認知されてきた。⁽¹⁶⁾ 支払いは惜しみなく償還され、患者は医療機関を選ぶ際に幅広い選択権を持っており、健康管理に配分される諸資源は国際基準で見て広範囲である(Imai, Jacobzone, and Lenain 2000)。原則的には政府によって、また民間保険業者から提供される補助的手段を通じて資金が手当てされ、万人適用の医療システムが提供される。ほとんどのサービスには自己負担分が賦課されるが、認定された年金・手当受給者や長期療養者はその支払いが免除され

る。在宅ナースングケア・サービスは全面的に医療システムから支弁される (European Union 2002)。

対照的に、在宅ヘルプやナースングホームケアのような社会福祉サービスは、資産テスト方式である。すなわち、適格性は利用者の所得に基づく (European Union 2003)。在宅扶助は、60歳以上の人々が在宅維持を可能にするための日常活動を援助する。援助を必要とする人たちは、「自立手当」(APA: *allocation personnalisée d'autonomie*)¹⁷⁾の支給資格によって在宅ケアサービスを利用する。APAは、医療と社会福祉とのチームによって評価される個人のニーズに基づき、また受給者個人の資産に基づく。在宅扶助の自己負担は年金の極めて低い受給者には適用させない。APAの資格を得た人は、障害度に応じて週3時間から15時間の援助を受けられる (Bresse and Dutheil 2003)。完全に導入されたあかつきには、60歳以上の個人の約6.4パーセントに達すると期待される。その約3分の2が在宅である。⁽¹⁸⁾

雇用対サービス。フランスのケア手当の政策は特徴的で、高齢者へのサービス提供(および他の家族のサービス)が、仕事の提供、とりわけ長期失業の減少とリンクしている (Dherbey et al. 1996, Jenson and Jacobzone 2000)。APAおよび前制度の手当(保護特別手当: SPD)は、傷つきやすい人たちのニーズへの対応、および仕事起しの2つが意図された。フランスの在宅ケア手当受給者は、決してケア手当を使わなければならないのではない(しかも、そうしてきた

ことを証明できる)。もし誰かが手当を使って家族(配偶者やパートナー以外)からのケアを購入する場合、その家族はこのケア提供で働かないなら、失業状態でなければならない。

APAは、相対的に新しく、労働市場への影響の価値判断はこの調査ではきちんと出せない。しかしながら、以前の手当形態に基づく価値判断は、この第一義的目的である雇用の拡大とケア配備の正規化の目的は達成したと示唆する (Jenson and Jacobzone 2000)。以前の手当の受給者(異なった適格判断基準および他の必要性)は、1対2の割合で、家族よりも外の介護者の方を雇う傾向が強かった。

仕事の源泉としてのケアワーカーを処遇することと、それを必要なサービスを提供するために使うこととは、軋轢の必要のないゴールである。しかしながら、ある観測者たちは、フランスの高齢者ケア政策立案における仕事面の強調が軋轢を生みだしてしまつたと信じている (Dherbey et al. 1996)。もし長期失業者(もしくは無業者)たちのニーズに見合った計画を立案するならば、その結果は、他に何の選択肢も持たない人たちのために確保された雇用分野の創造となるはずであろう。そのような計画は仕事を生み出すことができるかも知れないが、實際上、仕事の進路や上方移動を提供しない最下層階級の仕事になってしまう。

その反対に、もしサービス利用者のニーズに焦点を当てるならば、強調点は計画の

雇用効果から、妥当な専門的技能の開発、および質を吟味し向上させる手段に移行する。フランスのシステムはケアの質よりも雇用の創出の方を強調してきたと信じている観測者たちがいる。

労働環境

労働組合加入。民間分野労働者の約10パーセントが組合に組織されているが、団体労働協約は従事者が労働組合の組合員であろうとなかろうと、ほとんどの従事者に適用される（U.S. Department of State 2003b）。結果として、民間分野の労働者の90パーセント超が、全国、地方レベルで交渉された団体労働協約によって守られている（U.S. Department of State 2003c）。

在宅ケアワーカーを代表するのはADESSA連合会で、2002年に、在宅扶助者（aide à domicile）と家族扶助者（aides familiales）を代表する2つの組合が合併して形成された（Fédération ADESSA 2003）。この連合会は25,600人の組合員を擁し、在宅医療扶助者から医師や施設長までの専門家を代表している。

オランダやデンマークのように、高齢者や障害者に関連する問題で、労働組合は積極的に政策的役割を担っている。たとえば、「5番目の危険要素」—依存—をフランスの社会保障システムに追加させるために活動した（他の危険要素は、病気、労災、高齢、家族問題の4つ）。

しかしながら、給与や労働環境に関する

労働組合の影響力は計測が困難である。さまざまな法律、特に家族雇用（emplois familiaux）という仕事の範疇を導入した1991年法は、個々の労働者が民間や政府機関を通じて働くのではなく、利用者との個人契約で簡単に働けるようにした。これらの仕組みによって1980年代から1990年代初頭にかけて、かなりの数の仕事が増加した（Christopherson 1997）。しかし、これら多くの自己雇用労働者は在宅ケア提供者ではなく、家庭内（奉公人）労働者として勘定され、在宅ケア分野労働力活力の理解を複雑にしている。

個人契約者は、民間や政府機関が提供する公式の仕事よりも少ない稼ぎになる傾向があり（後述の給与の論議参照）。また、個人契約者には仕事のステップアップの道が提供されない。低い給与は、稼ぎを増やし、仕事の移動を進め、自分たちのケアの質を向上させることができる研修のような、従業員に対する動機付けも限定されたものにしてしまう。それ故に、家族雇用の手当と効用は公式なケアの仕事を増加させたかも知れないが、それらはまた、より安定した雇用関係ではなく、本来的に不安定な個人サービス契約によって管理されるケアの仕事の割合を増加させたのかもしれないのである。

時間。フルタイム就労は週35時間から39時間の範囲である。典型的なパートタイムの働く時間は、半日より短い（チャート1：前号参照）。オランダやカナダとは異なり、フランスではこの分野の従事者の労働時間数増加刺激策は存在しない。むしろ、政府の政

策は、失業者を減らす手段として、一般には労働時間数の削減を奨励してきたし、使用者は税金誘導を受け、幼い子供の両親のためにパートタイムの仕事を創り出している。法律によって、ほとんどの使用者は、失業者を減少させる手段として、2000年もしくは2002年1月1日までに週35時間へのシフトが要求された(Trumbull 2001)。

研修。フランスのケアワーカーたちは大きく2つのグループに分割されてきた。一つは身を立てる道を切り開くために必要な公式の研修を受けるグループに、他は本質的に技能を持たず、仕事のステップアップがほとんど見込めないグループに(Christopherson 1997)。フランスの在宅扶助分野の研修の進展は、複雑な専門的な要請の高まるサービスとしての在宅扶助と、雇用計画としての在宅扶助との緊張関係を反映してきた。

2002年まで、在宅扶助はCAFAD(在宅扶助機能適性資格)として知られる国家免許によって資格が与えられていた。研究者たちは資格認定がサービスの質の向上に貢献しているかどうか疑問を持っていた(Dherbey et al. 1996)。免許は強制ではなかったし、採用中に取得していた。一般には指定された分野に従事する時に必要だった。しかしながら、研修費は政府によって支弁され、比較的少ない財政でこの研修を賄ったので、在宅扶助の従事者への資格認定は30年間続いた(Dherbey et al. 1996)。

さらに複雑化しているのは、研修プログラムが、それを最も必要とする人たちに狙

いを定めるのが難しいということである。オーストラリアやフランスからの証言は、技能のない人たちよりも、既に技能の高い人たちの方が研修プログラムに参加する傾向にあることを示唆している(Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 1995)。

2002年、CAFADに代わってdiplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale(文字通り、社会生活支援者国家免許)が導入された。この免許・専門職の定義は現在3つの職種を含んでいる。在宅扶助者(aide à domicile)、家事扶助者(aide ménagère)、家族・生活支援者(auxiliaire familiale et de vie)の3つである。資格はボランティアおよび雇用ベースである。追加された資金は、家族・生活支援者養成に当てられてきた。しかし、新しい資格および資格所有者供給のための拡張資金の影響を計測するには早すぎる。「従事経験に基づいた資格認定」⁽¹⁹⁾はもう一つの選択肢になるであろうが、それを可能にするための実施計画案は今まで開示されていない。

新規採用。アメリカ合衆国とは異なり、フランスの女性の失業率は男性より高く、また失業者全体の過半数を女性が占めている(Bazen, undated)にもかかわらず、施設や在宅ケアの新規採用は困難なのである。それは高齢者相手の労働価値が高くないことに起因している(Crumley 2003)。

APA(「自立手当」)制度は高齢者支援のために3倍の資金を使い、フルタイム換算で20,000人に達する需要を作り上げた(European Union 2002)。現在の在宅ケアの雇

用を全体で85,000人(フルタイム換算38,000人)とすれば、これは約50パーセントの増加を意味することになる。

給とおよび諸手当。給与は団体交渉で設定されるが、地域ごと、また労働者が個人契約なのか提供機関経由なのかによって異なる。在宅扶助者を雇う年金受給者は、使用者義務に当てはまるすべての要件に従う一方で、これらの労働者に支払う給与に関する雇用保険料使用者負担分の減額という恩恵を受ける。個人契約—年金受給者が雇用者である—は、最低賃金かそのあたりを支払う傾向になる。一方、提供機関を通じた在宅ケアの仕事は、50パーセント以上高い支払いとなる(Government of France 2003から著者が算出)。しかしながら、最低賃金は、労働者と家族の生計のまずまずの水準を提供していると判断されており、生計費指数(消費者物価指数に相当)がパーセンテージで2ポイント上昇する度に見直される(U.S. Department of State 2003c)。

オランダ

オランダは1960年代に福祉国家の建設を始めたが、それからわずか20年後に縮小となった(van Ewijk et al. 2002b)。ケア分野の成長は、予算抑制と新しい民営化の取り組みのための重要な標的であった。

第二次世界大戦後の15年間、国の政策は老人に高齢者ホームへの移動を促すものであった(van Ewijk et al. 2002)。この政策は全国的に深刻な家不足を緩和する方法と見られていた。ホームは家族サイズとの関係

では必需品も少なく小さかった。かくして、それぞれの村では高齢者ホームを持った。似たような政策は障害者にも適用された。

現在、国の政策は(他のヨーロッパ諸国のように)施設ケアの代わりに在宅ケアを用い、特別なホームの代わりに特別のナーシングホームを用い、病院ケアの代わりにナーシングホームを用いている。施設にいる65歳以上の高齢者の割合は、1975年の11パーセントから2000年には8パーセントに下降した(Escobedo, Fernandez, and Moreno 2002)。同時期には、高齢者百人当たり施設ケアのベッド数は、34から18に減少した(van Ewijk et al. 2002)。これらの変化は、在宅でのケア提供、すなわち「本来の場所で年をとる」という社会政策の進展を反映している。

現在の政策はまた、障害者・高齢者ケアの報酬を家族に支払うことによって、さらに人々が、自分の両親やパートナーその他親族のケアの時間をつくれるようにする休暇政策を定めることによって、公的ケア要望の減少を試みている。最後に、現物サービス提供から離れ、「ケアのための金」計画に向かう政策がある。個人や介護人向けケア給付金は、新しい市場の創造、およびサービスや提供者の需要側からの選択肢の増加が期待されている(Wiener, Tilly, and Cuellar 2003)。

サービス提供

オランダとデンマークの高齢者ケアシステムは、医療と福祉サービスが密接に統合

されて提供されている点でいくつかの類似点を持っている。デンマークに比べて在宅ケアを受ける高齢者の割合が少ないにも関わらず、デンマークのように、オランダは高齢者向けの施設ケアや、他のタイプの施設ケアサービスの主な提供者であった（表2：前号参照）。

データ収集と解釈に問題はあるが、オランダケア福祉研究所は、2002年段階で、ナーシングホームの待機者リストは30,000人以上、在宅ケア待ちが26,000人、精神障碍の施設入所待ちは6,000人であると予測している（van Ewijk 2002）⁽²⁰⁾。待機者リストは、社会資源の不足に用いる有効な方法なのかどうか、また、社会的ニーズおよび緊急ニーズに合わない合図なのかどうか、これらの問題について、いくつか論争が進行中である。

オランダのケア労働力の一つの問題点（決してオランダ特有の問題ではない）は、ケアワーク領域毎に機会と需要が異なるということである。ナーシングホームのように施設で提供されるケアには、より専門的な技能が必要とされるであろう。なぜなら、入所者は往々にしてより虚弱であり、より突っ込んだケアが必要となるからである（Christpherson 1997）。一方で、在宅ケアには、孤立し、固有の用具もない中での労働という特有のプレッシャーがかかる。ケア提供が福祉機関というよりむしろ、より広く民間会社、個人の領域になるに従い、ケア利用者たちとその家族は、一緒にサービス・パッケージを整え、ますます最良の提供者を探す「消費者」になっていく（van Ewijk et

al. 2002b）。

労働環境

労働組合加入。オランダのケアワーカーは分野毎に組織化されている。たとえば、障害者をケアする労働者は、施設の高齢者をケアする人たちとは別個に交渉を行う。労働組合はオランダの労働人口の30パーセントを代表するが、ケアワーカーを代表する労働組合は、単に労働組合員だけではなく、全分野の代理として強力な経済的専門的役割を果たす。団体労働協約は、労働組合員であろうとなかろうと、すべてのケアワーカーに適用される（Moss and Cameron 2002）。

しかしながら、ケアワーカーを雇用し、もしくはケアサービスのために償還する政府・地方自治体・保険会社は、ケアで使われる総支出、もしくは労働組合交渉の結果に見合った償還率を必ずしも増加させていない（Ewijk et al. 2002b）。結果として、大きく支払いが増加すれば、資金供給される仕事数を減少させる可能性がある。

労働組合はまた研修にも役割を果たしている。社会パートナー（2つの主要労働組合および使用者団体）は、プロとして仕事を開始するのに必要な能力と資格を明確に定めることが期待されている。この情報は中等教育・高等教育の職業学校のカリキュラム開発に適用される。

時間。オランダのケアワーカーは圧倒的に、半日勤務の週労働平均時間に満たないパートタイム労働者である（チャート1）。した

がって、一つの政策方針は既存の従事者により長い労働時間を提供することである (van Ewijk et al. 2002a)。フルタイム労働をより多く提供すれば、仕事はより魅力のあるものにでき、長期勤続へと改善できる。

研修。オランダでは、使用者主催の研修が重要である。5人以上を雇用している民間使用者の約半数は、ある種の研修を行っている (van Leeuwen 1999)。しかしながら、オランダのケアワーカーはパートタイムの割合が高いので、研修の成果が複雑になる。使用者はOJT(オンザジョブ・トレーニング)にほとんどの金を使い、パートタイマーよりフルタイマーの研修を好む (van Leeuwen 1999)。パートタイム労働者の研修で一つ問題なのはスケジュール問題で、これがOJTを邪魔している。オランダの労働力でパートタイム労働者の割合が高いということは、多くの労働者には研修機会がないということの意味するのである。

新規採用。デンマークやオランダが、高齢者ケアの運用やケア労働力で似たような接近方法を探ってきたにもかかわらず、似たような結果にはなっていない。オランダのケア労働力は、(子供と高齢者を含む)ケアを必要とする人口に関連したデンマークのケア労働力に比べ、フルタイム換算で約35パーセント小さい (van Ewijk 2002a に基づいて算出)。同様に、デンマークのケア労働力は健全な増加率を見せている一方で、オランダの1995年から2000年の間では、ケアワーカーの欠員が年率17パーセントで増加した (van Ewijk 2002a)。

労働力のより有効な活用の促進を助け、その結果として労働力不足を多少とも解消させるために、2000年、オランダ政府はケアワーカーの新しい職種を導入した。「ケア助手」という職種は、研修をほとんど必要とせず、OJTを行い、より複雑でない状況下で役目を果たし家庭内の仕事に責任を持つ資格を従事者に与える。この戦略は「職の下方分化」と呼ばれる。より低い資格を持つスタッフに、より単純な仕事を残すことによって、この戦略は、より高い研修を受けた労働者に特別の仕事のための時間を与えるのだとする。しかしながら研究者たちは、この取り組み方法が技能のない労働者に多くの新しい仕事を創り出したかどうか確信していないのである (van Ewijk et al. 2002c)。

アメリカなどの多くの国は、政府の老齢年金受給年齢を引き上げる過程にある。他の国でもこの変更が論争中である (Gillion et al. 2000)。ケア労働力は既により高齢の労働者を惹きつけているので、オランダのアナリストは以下のような希望を持っている。すなわち、労働者の年金受給年齢の引き上げはケアワーカーの供給を増やすことになるであろうと (van Ewijk 2002)。

給とおよび諸手当。パートタイム労働者が優勢であるにもかかわらず、オランダのケアワーカーの稼ぎは、全体の全国平均に匹敵する (Moss and Cameron 2002)。ケアワーカー及びパートタイム労働双方が他の労働より低い給与の傾向であると仮定すれば、この同等性は相対的に強い経済的地位の証拠である。

カナダ

カナダは、介護政策の基礎として、在宅ケアにますます焦点を合わせている。

- カナダの医療の将来に関する検討委員会最終報告（2002年）は、カナダの全国的な医療システムの全面的な変更を提案したが、その中で在宅ケアを「次期最重点サービス」として記述している。⁽²¹⁾
- 政府主催の在宅ケア労働力の多面的な研究は、職業のさまざまな側面を考察した（Canadian Home Care Human Resource Study 2002, 2003）。研究は、数ある中でとりわけ、300もの出版物の文献見直し、60もの重要情報提供者とのインタビュー、そしてこの研究のために実施したいくつかの調査等を基にして、全体で437ページとなる報告書に至った。この研究は、本レポートで考察しているすべての国に共通する、すばらしい問題提起の文書を提供している。⁽²²⁾
- 2003年2月5日、カナダの連邦および各州の首相は、短期急性病在宅ケア（急性地域精神医療を含む）および終末期ケアのための無控除担保方式を含む全国医療プランの改革に合意した。

サービス提供

カナダの在宅ケアは3つの機能を持つと考えられている。それは(1) 障害者の自立生活

能力の維持、(2) 施設収容を必要としない障害者のニーズへの対処、(3) 急性病のケア施設を必要としない人たちのニーズへの対処である（Canadian Home Care Human Resources Study 2002）。現在、公的に投入される医療費用の5パーセントと見込まれる額が在宅ケアに注ぎ込まれている（Coyte and McKeever 2001）。病院がその患者を「早期退院によって、病気がより重くなる（"quicker and sicker"）」（アメリカでは珍しくない告発）形で放出するので、在宅ケアの急性病ケアの側面はますます重要になって来る。

在宅ケアに支払われる額の7、8割は、在宅扶助者、在宅医療扶助者、個人ケアワーカー、在宅医療付添人としても知られる在宅支援労働者によって提供されていると見込まれる（Canadian Association for Community Care 1995）。

在宅ケアサービスは、州の監督下で支弁され運営されている。連邦政府は退役軍人向けのようなプログラムに支弁している（Canadian Home Care Human Resources Study 2002, 2003）。

州の監督は結果として、行政分野および行政・民間混合分野の双方において、在宅ケアの取り組み方法の多様性をもたらしている。たとえば、すべての管轄区域では、アセスメント、ケースマネジメント、ナーシングケア、適格者への在宅支援のような一定の基礎的なサービスはカバーされている（Canadian Institute for Health Information 2001）。いくつかの州では、追加給付（さまざまな治療法）が、公共資金で在宅ケアプログラムに

提供されているし、他の州では基礎セットを超えるサービスが民間や保険を通じて有料で提供されている。

利用者のニーズが広がってきたにも拘わらず、予算が窮屈になってきてしまった。予算削減の結果、待機者リストが浮かび上がってきた。在宅ケアに関する圧力は先ず、支援サービスにおいて感じられてきた。多くの観察者は、それを傷つきやすい高齢者の自立の維持が危機であると認識している。

労働環境

施設介護の労働環境は悪いが、在宅ケアの労働環境はなお悪いかも知れない。在宅ケアワーカーは、安全への不安を引きずりながら、多くの場合一人で、夜遅く、離れた地域で働く。職場が利用者宅なので、空気の質、火災の危険度、清潔さ等の最小限の職場安全水準にも見合っていないであろう (Canadian Association for Community Care 1996)。暴力や言葉の虐待は心配事だろうし、飲料水やトイレ・浴室のような基礎的なアメニティは提供されないかも知れない。これらの状況はカナダ特有のものではない。もっとたくさん描写できるであろう (たとえば、van Ewijk et al. 参照のこと)。

労働組合加入。労働組合は在宅ケア問題の認識を広めることに取り組み、研修問題や労働環境に注意を向けてきた (Canadian Home Care Human Resource Study 2003)。労働組合の規定はまた、事務所に顔も出さずただ義務だけ果たしている労働者たちへの使用者の訓練を容易にすることもできる。

在宅医療サービス労働者で労働組合に加入しているのは約43パーセントである (チャート1)。全体との比較を見ると、一般市民の労働力全体 (軍隊等を除く：訳者注) の29.5パーセントが労働組合に加入している (U.S. Department of State 2003d)。労働組合の組織率は、州によっても、使用者によってもバラバラである。⁽²³⁾ プリティッシュ・コロンビアでは、在宅ケア機関所属の91パーセントが組合員である (British Columbia Association of Community Care 1997)。ケベックの組織率も高い。1990年代後半、政府・自治体に雇用されていた在宅ケアワーカーの約3分の2が労働組合に加入していた—民間機関に雇用されていた在宅ケアワーカーの約2倍の組織率である (Keefe 1999)。

時間。在宅ケアの労働時間の考察は最も困難なものの一つであろう。基準労働時間は州毎に定められているが、すべての州で、週労働時間が40時間もしくは48時間を超えるまでの残業代は払わなくとも良い (U.S. Department of State 2003d)。在宅ケアワーカーの3分の2は、週31時間以上と政府統計で定義されたフルタイムで働いている。

無給労働時間は実際に存在しうる。最前線の労働者は、もし、利用者のケア職務を完全にするための十分な時間が正当に認められないとしたら、自分たちは無給時間を働いているし、計画づくりや準備時間の約90パーセントは概して支払われていない、と報告している (Canadian Home Care Human Resource Study 2003)。ここに特有なのは分割勤務である。このために、労働者は6時間

から8時間の有給労働時間を溜めるためには12時間から14時間拘束されることになる(Health Canada 1999)。

在宅ケアのもう一つの無給時間発生の源は、利用者から他の利用者への移動に費やす時間である。これは一般的に使用者機関から補償されないし、時間当たりの平均報酬額の低下を助長するものである。この分を補償することは、在宅ケアワーカーの不足を救済する手助けになるかも知れない。特に、利用者宅間の移動時間がしっかりかかる点在した農山漁村地域において言えそうである(Canadian Home Care Human Resource Study 2003)。

研修。通常、研修は政府機関と提供機関との契約において要件とはならない。研修を行う時には、一般的に営利機関は除外される。労働者が公的研修を探す際に生じるかも知れない一つの問題は、コミュニティ・カレッジの課程が、在宅ケアと施設ケア双方向けであることにある。一旦研修を受けると、労働者は多くの場合、より安心で一般的によりよい給与の仕事の方、すなわち施設ケアでの仕事を選択してしまう(Health Canada 1999)。

研修は低賃金労働者にとっては極端に高価なものかも知れない。その多くは研修費用の余裕も仕事から離れる時間的余裕もない。研修への多少の政府財政援助は可能なのだが、それは多くの場合、広範囲な経験を持っているかも知れない未熟練スタッフの研修を除外する。

アメリカ合衆国と同様、カナダは他文化社会である。先住民コミュニティにおいて必要だけれども対処されていないものは、第二言語としての英語による研修である。

新規採用と勤続。在宅ケアワーカーをめぐる労働移動率に関する包括的なデータは有効でなく、臨時や短期のスタッフの比率が高いために、意味がない。州ベースで見ると、在宅ケア機関における年間労働移動率は、56パーセントの高さである(Canadian Home Care Human Resource Study 2002)。2001年、在宅ケア従事者の16パーセントが、就労期間1年未満であった(チャート1)。

労働移動率を減少させるために、多くの機関はフルタイムや永続的パートタイムとして明示される仕事、および労働時間を保証する仕事の割合を増やしている。

給与及び諸手当。2001年、在宅ケアワーカー(看護師、登録看護助手、看護補助、家事援助者、その他含む)は時間当たり16.11カナダドル、または週当たり515.21カナダドル稼ぐ(Canadian Home Care Human Resource Study 2003)。在宅ケアの職種別平均時間給与は、低い方が在宅サービス労働者の12.7カナダドル、高い方が登録看護婦の24.38カナダドルである。

在宅支援労働者に支払われる給与は、州毎に大きなばらつきがあり、州と州との比較でも、時間経過で変わってしまう。1990年代末には、給与はブリティッシュ・コロンビアが最高だったが、2001年には平均給与はオンタリオがブリティッシュ・コロンビア

よりも10パーセント程高かった (Canadian Home Care Human Resources Study 2003)。

ニューファンドランドでは、対照的に、新人労働者は最低賃金しかもらえない。最低賃金は州や準州によって設定され、不規則な間隔で上昇する。2004年初頭、最低賃金は5.90カナダドルから8.50カナダドルまでの幅があった (Government of Saskatchewan 2004)。アメリカでは、家族の中で一人だけが働き、最低賃金しか稼がなかったら、その家族は貧困線を下回っていると判断される (U.S. Department of State 2003d)。

オンタリオでは、在宅ケアは「地域ケア利用センター (CCAC)」を通じて統合・調整されている。CCACと契約している在宅支援機関の労働者たちは保護された最低賃金であるが、年金、病気、休暇のような諸手当を受けるのは少人数である。使用者は諸手当給付を避けるために、往々にして臨時雇い、短期雇用の従業員を雇い入れる。稼ぎが低いためにケアワーカーは、カナダ年金プランの負担分も低い額を収納することになる。

オーストラリア

オーストラリアはある点ではカナダやアメリカによく似ている。3ヶ国すべてが英語を話す国⁽²⁴⁾であるし、移民がかなり多く、文化的に多様な人口構成である。

サービス提供

すべてのオーストラリア人は介護サービスを受ける資格を持っている。しかしながら、

個人が受けるサービスは、必要性や、所得、資産に左右される。加えて、ホステル施設 (アメリカのケア付き住宅 (assisted living)) によく似ている。日本のケアハウスに相当 (訳者注) のための資金には、入居者が支払う資金負担分や施設への入居費などの必要資金が含まれる (Howe 2000)。

高齢者ケア改革戦略、これは1980年代から1990年代初めに発展し今でもオーストラリア高齢者ケア政策の基準であるが、この戦略の下、天秤は施設ケアから離れて在宅・地域ケアに傾いてきた。ほとんどの利用者に対する介護システムの鍵は高齢者ケア判定プログラム (ACAP) である。この下で高齢者ケア判定チーム (ACAT) が虚弱になった高齢者に助言を行い、さまざまなサービスに対する適性を判断する (Commonwealth Department of Health and Ageing 2002)。

ACATは利用者を(必要度にしたがって低いレベルから高いレベルまでの)施設ケアか、地域高齢者ケアパッケージ (CACP) か、在宅・地域ケア (HACC) プログラムにまわす。CACPは、高齢者ケア住宅入居資格とは別の必要性のある虚弱な高齢者にねらいを定めコーディネートされた地域ケアパッケージである。政府の目標は高齢者千人当たり12のパッケージを提供することにある (Howe 2000)。連邦政府は施設ケアとCACPを提供する。一方、HACCプログラムは、財政と運営に地域が大きく参加する連邦と州のジョイント・プログラムである。ACATは施設ケアよりも地域サービスの方に多くの利用者をまわしている (Howe 2000)。施設ケア料金

は、所得テストと資産テストによる。一方、在宅・地域ケアの受益者の自己負担分は、所得テストに基づく。

二つの介護者手当も、在宅ケア向け財政支援を提供する (Jenson and Jacobzone 2000) :

- 介護者手当 (carer allowance) は、少額給付 (フルタイムの週平均所得の約 5 パーセント相当) であり、資産テストはない。これは在宅の長期ナーシングケア (日本の特別養護老人ホームに相当: 訳者注) が必要な人を支援する家族に支払うこともできる。
- 介護者補償 (carer payment) は、より高い依存度の人々の日常ケアに責任を持つ誰かに支払われるものであるが、資産テストがある。これは、ケアの責任・必要性のために、就労が継続できない人たちに補償するよう意図され、受給者は週 20 時間以上の有給またはボランティア労働に従事しないこととする。⁽²⁵⁾ 介護者補償は老齢年金割合で支払われ (フルタイムの週平均所得の約 25 パーセント) 介護者が老齢年金受給資格年齢 (男性 65 歳、女性 62 歳: 2002 年) に達したとき、それに切り替わる。

二つの手当は利用者の環境に応じて支払われるべきものである。

サービスはすべてのオーストラリア人が困ったときに普通に利用可能であるが、一方で3分の1を超える提供機関が待機者リス

トを報告した。団体によっては、待機者リストの維持管理によってではなく、個々の利用者へのサービス低下もしくは一定期間の被紹介者の拒否によって、需要を管理することがあるので、待機者リストのこの広範囲な拡がりさえも、サービスの限界を控えめに述べているのかも知れない。とはいえ、サービスの限界はスタッフ不足の結果よりも、資金不足の結果の方が大きいと信じられている。

深刻な障碍と何とか付き合ってきた人たちは、すべて潜在的にHACCサービスの適格者であると考えられるが、2000年には、この範疇の虚弱な高齢者のわずか推定3人に1人しかカバーされていない (Howe 2000)。しかしながら、最近のデータでは、公式・非公式のケアを通じて、いずれにせよ部分的にでも在宅ケアの不足を感じているのは、対象グループの高齢者のわずか3人に1人である。⁽²⁶⁾ HACCサービスの適用範囲を見るもう一つの方法は、潜在利用者と呼ばれる、少なくとも65歳で、基礎的活動に深刻で甚大な制約を持っている人たちの内の実際の利用者の率である。この基準を用いると、HACCサービスは2001年 - 2002年で、対象人口の81.4パーセントに達した (Australian Institute of Health and Welfare 2003a)。

労働環境

労働組合加入。オーストラリア人労働者の約4人に1人が労働組合に所属している (U.S. Department of State 2003e)。介護労働者に対しては数多くの労働組合が代表している。労働組合は、介護財源、労働環境の改善とと

もに、フルタイム、パートタイム、臨時雇いの従事員間の公正な処遇などの運動を進めている。

時間。職種をまたがる労働時間や労働環境に関する包括的なデータは、高齢者ケア環境の労働者のデータにいくぶん欠落があるため、集めるのが困難である（Wheeler 2002）。全国データは、高齢者および障害者の介護者として働く人の64.5パーセントが、パートタイム、すなわち週35時間未満⁽²⁷⁾の労働をしていることを示している（チャート1）。

ビクトリア州（オーストラリア全人口の4分の1を占める）の159の在宅ケア供給機関の調査の確認では、直接の在宅ケアワーカーは圧倒的に臨時のパートタイム従事者である（Angley and Newman 2002）。回答した団体の内の85パーセントは、フルタイムの職を全く提供していなかった。パートタイム・スタッフの労働は週15時間から24時間の間という傾向である。ビクトリア調査のなかのいくつかの団体は、職業上の健康と安全要件を基礎として、従業員在宅ケアの遂行に許可する時間数を15時間から25時間に明確に制限している（Angley and Newman 2002）。

調査ではまた、パートタイムや臨時の労働者の多くは、フルタイムで長期の雇用を望んでいることが判明した。とりわけ、最低労働時間保証は、若年労働者や男性労働者をこの分野に惹きつける潜在力を持っていると考えられる。

研修。ケアワーカーはAQF（オーストラリア資格認定制度）の下で資格を得ることになる。AQFとは学校、職業教育・研修機関、高等教育機関で提供される13の国家資格の統合されたシステムである。職業教育・研修機関には終了証書4つ（certificate から ）と、ディプロマ、高級ディプロマが含まれる。からの修了証書は、後期中等教育卒業証書に相当するが⁽²⁸⁾、一部は高等教育分野で発行される。RPL（事前学習認定）は労働者に、経験をもって公式研修に代えることを承認する。

使用者は多くの場合研修に援助をするが、援助は在宅ケア提供機関によって大きなばらつきがある。あるところは全く援助せず、一方他では、料金を払うだけでなく研修に出席する時間も有給で保証している（Angley and Newman 2002）。修了証書は在宅ケアワーカーのための基礎的な資格であるが、このための研修は、修了証書（地域サービス労働者のための資格）とかディプロマ⁽²⁹⁾のための研修よりも、サポートされ易い（Angley and Newman 2002）。中には、第二言語の学習やコンピュータ技術の習得を含む研修をサポートする使用者も存在する。しかしながら、いくつかの団体は、適切な資格を取得していない労働者の採用に消極的である（Angley and Newman 2002）。

連邦政府はケアワーカーのための研修プログラムに資金を提供しているが、近年その関与を拡大してきた。政府の財政的支援は、労働力計画から支弁できる。この計画には重要資格のない人たち、または資格を格

上げたい人たちのための技能習得、訓練が含まれる。州資金による研修も、登録研修組織で可能である (Angley and Newman 2002)。2003年5月連邦政府は、2,120万オーストラリアドルの支出を見込んで、国中の「生活能力の落ちた」高齢者の小さなケアホームに働くスタッフの研修に関する4ヶ年計画を発表した (Global Action on Aging 2003)。

新規採用と勤続期間。高齢者ケア分野の適切な職員配置は、医療従事者や看護職員、そして準専門職労働者などを含めて、今なお進行中の問題である (Myer Foundation 2002)。ケアワーカーの新規採用もまた、オーストラリアの文化状況の中で複雑である。オーストラリア人は伝統的に、家庭内扶助と見なされる職業を蔑視してきたのである (Cant 2002; Howe undated)。

在宅ケア職員の年間労働移動率は20から30パーセントと報告されているが、研究者たちはこれらの推計値は低いと見ている (Angley and Newman 2002)。雇用にあたって資格を要する種類への職員配置で最大の問題が起きるために、新規採用についての関心は高いと報告されている。

採用コストを下げ勤続期間を延ばすために、いくつかの在宅ケア団体は具体的な仕事の空きよりも、情報セッション (活動紹介・情報提供のための会合) を宣伝している (Angley and Newman 2002)。これらのセッションでは、高齢者や障害者相手の仕事の性質についての細かい正確な情報を提供する。ある団体は、セッション後に申込手続き

をした人たちは、仕事の性質や参画の機会についてよりよい情報を得ているので、情報セッションに参加した従事者の中では勤続期間が長くなったと報告している。

施設ケアと地域ケアの両方を提供する非営利目的団体であるビクトリア・ロイヤル・フリーマソンズ・ホーム (The Royal Freemason's Homes of Victoria Ltd.) には詳細な採用手続方法がある。新規応募者は情報セッションに出席し、地域ケアワーカーと一緒に巡回に送り出され、仕事を細かく観察する。このホーム職員の年間労働移動率4パーセントというのには、採用に熱心なさまざまな配慮が反映していると考えられる。

少なくとも一つ以上の研究において、失業ないし不完全雇用⁽³⁰⁾のオーストラリア人、とりわけ高齢の労働者がケア分野で働く意思があるかどうかを探ることが試みられた。この調査では、40歳以上に焦点を定めると、介護分野で働くことには高い率で否定的な態度であることが分かった。労働者は自分自身の研修に金を払いたくないので、介護を研修したいという高齢労働者の意思の割合を増加させるには、行政の財政援助の増加を必要とすると、結果は示唆している。

給与および諸手当。政府の諸法規および連邦・州の産業関連委員会の決定は、週労働40時間以内、有給休暇、病気休暇、その他の諸手当を規定している。給与や労働時間、労働環境などの最低基準は、一連の「アワード (法定基準)」もしくは産業別基本契約によって設定されている。個々の職業のさまざまな最低賃金額は、全労働者の80パーセント

をカバーしている。最低賃金は、労働者とその家族のまともな生活水準を提供するとなっている(U.S. Department of State 2003e)。

企業レベル、産業レベルで交渉した契約の結果、ほとんどの労働者は最低賃金を上回る賃金を受け取っている。高齢者ケアの分野で明らかになった問題(上記時間の項参照)は、給与の分析にも拡張できる。しかし、使える全国情報は限定されている。2002年、フルタイムの個人ケア・看護助手は平均週当たり631.40オーストラリアドルを受け取った。これはその年の最低週賃金より50パーセント高い(U.S. Department of State 2003e およびチャート1を基礎に著者が算出)⁽³¹⁾。しかしながら在宅ケアワーカーが利用者間の移動に費やす時間は多くの場合償われることなく、労働時間当たりの実報酬は減少する(Angley and Newman 2002)。加えて、臨時の在宅ケアワーカーは多くの場合、利用者間の移動のために、いくらかの補償があるあるとは言え、自分の車の所有が求められる。

ケアワーカーは諸手当で重大なギャップに直面している。フランスには、ケア手当によって支払われる家族ケアワーカーも他のケアワーカーと同様退職年金を得るシステムがあるが、それとは異なり、オーストラリアでは、ケア手当で支払われる家族ケアワーカーは退職年金を得ることはない。たとえば、支払いが所得の限界を超えてとしても、そのような年金を受けられる資格は別な方法で獲得することになる。

非家族ケアワーカーも退職年金を得られ

ない場合がある。2003年/2004年の税年度において、使用者は、収入が月450オーストラリアドル未満の被用者対応分の使用者側負担金を、全国退職システム(いわゆる老齢年金保証)に支払う必要がない(Australian Tax Office 2003)。その税年度の最低賃金は、週38時間労働に対して448.40オーストラリアドル(Australian Council of Trade Unions 2003)なので、一使用者に最低賃金で週10時間未満しか働かない人は誰も、使用者側退職負担金の資格が得られない。負担金の所得下限の適用は使用者毎を基本としている。したがって複数の使用者の下でパートタイムの仕事をしている在宅ケアワーカーは、たとえば、全使用者から得る所得の合計が一使用者の場合の基準を上回ったとしても、使用者側退職負担金を全く受けられないかも知れないのである。

結論

ケアワーカーは多くの場合低収入で、パートタイム、臨時の労働者であるという理由で、ケアの仕事は多くの場合「見えない」労働である。在宅ケアワーカーは、専門的な指導、集団的なサポートおよび研修の受けられる在来型の職場を持つことはない。しかしこれらの労働者は利用者から見れば、見えないものではない。本レポートの調査結果は、これらの労働者の経済的・職業的地位の向上がケアの質の向上となるであろうことを示唆している。この結論の節では、調査対象国間の相似点と相違点から導き出される政策的意味を手短かに述べる。

資金。資金不足は、カナダ、オーストラリ

ア、オランダにおいて、不十分な職員配置とサービス不足を招いている。資金の付加は、給与や諸手当、研修に関して、またより多くのキャリアパス（職業・職位の路）を加え、従事者に安定した収入を提供し、若年労働者や男性労働者を惹きつけるための仕事の再構築に関して有益に使われるであろう。

給与と組合。労働組合は一般的には組合員がより高い報酬を得るために活動する。調査対象国の経験は、この関係がケアワーカーにとって重要であることを示唆している。デンマークとオランダの双方には強い組合があり、相対的に高い給与のケアワーカーが存在する。

オランダはケアワーカーの深刻な不足に苦しんでいるが、一方のデンマークでは、不足は余り問題にはなっていない。デンマークの改革はまだ相対的に新しく、限られた経験に基づく理論化は危険である。しかし、デンマークとオランダの経験で一つ異なることは、デンマークは、雇用と、向上心のある職業人に対する収入獲得と仕事の経験獲得の機会提供、および、より高度な研修に努力するだけの価値のあるキャリアパスの構築という、統合化された研修システムを持っていることである。

国の全体的な報酬構造もまた、対ケアワーカー政策に直接的に関連する。ケアワーカーに最低賃金付近が支払われている限りは、最低賃金のあり方それ自体の妥当性が問題となる。フランスやオーストラリアにおける最低賃金は、妥当な生活水準を

提供するに十分であるが、カナダやアメリカはそうではない。

時間。パートタイムもしくは臨時の労働は、確かにある人には好都合である。しかしながら、このような仕事は、将来の従事者、とりわけ多くの国がケアワークに惹きつけたいとする若い労働者からは、概して「良い」仕事だとは思われていない。

一日の就労時間の構造は、とりわけ在宅ケアにおいて困難な問題になりうる。分割勤務の実際はカナダの討議で特に言及した。このような時間は、利用者間の移動が有給でない労働者たちに対して特に懲罰的になりうる。ケアワークはまた、長時間、非標準時間を意味する24時間職員配置が必要とされうる。夜間勤務や変形シフトのような非標準時間勤務は労働者に、睡眠中断から来る健康問題を引き起こす可能性がある（van Ewijk et al. 2002c）。職員として計画づくりの打ち合わせ時間や利用者間の移動時間を有給にすることに取り組む必要がある。

調査対象国の経験では、労働時間保証— 妥当な報酬、適切な諸手当での — を求める従事者にそれを提供することによって、ケア分野の新規採用と勤続期間の問題に取り込める。パートタイム労働に代わるより多くの代替案は、労働者にとっても、ケア分野全体にとっても良いことであろう。ある政策立案者は、パートタイム労働者の労働時間増加は、労働者不足の解決として見ている（たとえば、van Ewijk 2002 参照のこと）。推理を進めて、仕事を魅力的にしより良い給与にしよう、そうすれば既に就労中の労働

者は自分たちの技能を向上させ、より長い時間を働き、既に持っている仕事の経歴をつくるであろう。かくして来るべき不足は解消される。多くの研究者はまた、(短時間を理由とした)限られた就職表明やケアワーカーの高い労働移動率は、ケアの質に、とりわけ高齢者の利用者の精神機能に関して、有害な影響を及ぼすと信じている(たとえば、Angley and Newman 2002; Stone and Wiener 2001 参照のこと)。

研修。本レポートの重要な調査結果は、ケアワーカー研修のために資金提供する使用者や公的セクタに代わる代替案は余りないということである。もし、研修費用が払われず、研修期間中の報酬が保障されないとすると、適切な研修は多くの労働者の手の届かないところにある、とカナダの経験は示唆している。オーストラリアもこの問題に直面している。ケアワークは多くの国で低賃金の分野なので、将来の従事者は資格を得るために自分自身の金を使おうとは思わない。しかし無資格では、雇用障壁や限られたキャリアパスに直面するであろう。加えて、資格が仕事の成果に直接関連する限りにおいて、労働者が研修なしに採用され、採用後も研修を受けないとするなら、ケアの質は悪くなっていくであろう。

デンマークの経験は、ケアワーカーの研修に対する真剣な政策姿勢が効果を生ずることを示しているようである。とりわけ、デンマークにおける過去十年間の改革の本質的特徴は、雇用に関する職業指導や高いレベルの研修の統合にある。

ある調査もまた、直接サービスを行うケアワーカーに対する研修のあり方のモデルや接近方法は見直される必要があるだろうと示唆している。多くの国では、高齢者ケアの分野では熟練を要しない職種に簡単に参入できる道があるが、一旦働けば水平的垂直的な移動は稀となる。言うまでもなく、公的な高等研修の必要な、いわば看護のような、より専門化された職種への参入の道も存在する(Christopherson 1997)。キャリア移動の欠如は、ケアワーカーの中で(たとえばフランスのように)自己雇用が増加する傾向と結びついて、将来の従事者の知覚においても、また事実においても、ケアワークを先の知れた職業にしかなない。在宅ケアは往々にして雇用面で、病院や高齢者向け居住施設、余暇サービス—そこは働き出すのに必要な資格も低い、通常、キャリアパスはよりはっきりしているところ—と競争になるので、キャリア移動の欠如はとりわけ在宅ケアの新規採用の努力に大きく否定的影響を与える可能性がある。

ケアワーカーのキャリアパスを描く一つの選択肢は、資格獲得のための公的研修の場で、職務経験を履修単位に認定することである(Christopherson 1997)。このようなプログラムはオーストラリアで可能になっている。またフランスで、ケアワーカー資格の最近の見直しに関連して、プログラムが計画されている。

技能や経験の認知は、従事者を励まし、彼らの技能を向上させ、技能習得の意味が従事者により見えるようにすることができる。

しかしながら Christopherson (1997) は、ケアワーカーの専門化と少しの研修による労働者への門戸開放との間には、軋轢が存在するかも知れないと指摘している。技能に重きを置かないでいれば、高齢者ケア職業、少なくともより低い地位の職業への参入を増やすことができる。しかし、フランスの経験は、失業者を何の研修もなく労働に従事させることは、ほとんどないし全く上位に移動できない最下層の不安定な仕事を創り出しかねない、ということを示唆している。

サービス提供におけるケアワーカーの役割。最前線のケアワーカーは多くの場合、彼らの利用者(依頼人)と広範囲に接触し利用者ニーズを理解しているにもかかわらず、利用者の医療ケアや在宅ケアチームの構成員とは見なされていない(たとえば、Canadian Home Care Human Resource Study 2002)。結果として、ケアワーカーは多くの場合、ケアプラン作成に参画させてもらえない。サービス提供におけるケアワーカーの役割を認知し向上させることによって、労働者の仕事満足度やケアの質を向上させることができる。

まとめ。すべての調査対象国において、給与、労働時間、研修、そしてサービス提供におけるケアワーカーの役割に関する問題に直面している。本レポートではアメリカのケア労働力に細かい注意を払わなかったが、これらの問題はアメリカにおいて固有の問題であると共に、ケアワーカーの採用・継続の努力面で事を複雑にしていることでもある。

妥当な給与は労働力向上を築き上げるための出発点である。しかし、調査対象国の経験は、他の要素も重要であることを示唆している。多くのケアワーカーは補償されない時間に就労している(たとえば、ケアプラン作成とか利用者間移動)。このことが彼らの時間当たり実所得を減少させている。多くが希望しているのは、パートタイムや不規則の時間の仕事ではなく、妥当な給与やさまざまな保障のあるフルタイムの仕事である。

医学の進歩は限定された施設ではなく地域で生活する際に複雑なニーズを持つより多くの人たちに対応するので、ケアワーカー、とりわけ在宅ケアを提供するケアワーカーの研修はより重要になってきている。研修—教室で行うにしても、職場で行うにしても—もまた、労働者をこの職種に確保しておく垂直的水平的職歴移動を提供するために必要である。

最後に、ケアワーカーの最前線での役割は、サービス提供において認知される必要がある。より良い給与とより良く訓練された労働力は、より良いケアを提供する。これが労働力政策の究極の目標である。

(注)

- (16) 「World Health Report 2000」の中で、世界保健機構（WHO）は、フランスの医療ケアシステムをすべてのWHO加盟国の中で、医療システム総合成績ランカー番とした。
- (17) APA（自立手当）は2001年7月20日の高齢者保護法に基づいて制定され、2002年1月に実施された。これは、受給者の資産からの回収が可能なような、より厳しい性格を持った以前の特別手当に取って代わったものである。
- (18) 恒常的な付添の必要な人たちには、majoration pour aide constante d'une tierce personne（第三者永続付添補助）が向いている。この手当もしくはAPAのどちらかがナーシングホームもしくは受給者自身の家において使用される。しかし両方一度に受け取ることは許されない。
- (19) 教育の代わりに経験を用いる権利は、フランス労働教育法典において承認されているが、公的な手続きは個々の資格毎に制定されることとしている（Government of France, 2002）。
- (20) 対照的にデンマークでは、いくつかの労働力不足が現れた。しかし、高齢者向けケアプランが不十分なら地方当局は罰に値するであろう。
- (21) 在宅ケアが委員会報告の中でそれ自身の章を得た一方で、報告それ自体および関連して人的資源問題を扱った討論文書の双方とも、介護施設のスタッフには間接的に言及しただけであった（たとえば、

Armstrong and Armstrong 2002, Dallaire and Normand 2002 参照のこと）。

- (22) カナダの研究は、短期ケアおよび長期ケア（介護）の両方を提供する労働者を扱う。それはカナダの在宅ケアプログラムは両方のタイプのケアを提供するからである。介護労働者の分析は、異なった結果および異なった課題を生んだ。
- (23) 州の特徴の議論では、2003年、カナダ人口3,160万人の63パーセントがオンタリオ州（39%）とケベック州（24%）に集中していたことを念頭に置いておくことは有用である。
- (24) もちろん、カナダの公用言語は二言語である。
- (25) しかしながら実際問題として、障害者を単独のもしくは第一義的なケアに当たる人たちは、ほとんどパートタイム労働やボランティアの段取りを維持管理することはできないであろう。
- (26) しかしながら、Anna L. Howe. Dr. Howeからの個人的連絡は、以下のことを指摘している。利用者と介護者双方間でのHACCの大きな人気およびこのプログラムの下で提供されるサービスの多様性のおかげで、「必要性（need）」と「要望（demand）」を区分けすることが困難になったかも知れない。
- (27) これはオーストラリア医療福祉研究所（Australian Institute of Health and Welfare 2003b）で使われているパートタイム労働の定義である。
- (28) この資格は大まかに言ってアメリカの高等学校卒業に相当するが、直接の比較は困難である。たとえば、大学入学にはオー

ストラリアでは6年間の中等教育履修が必要であるが、アメリカでは4年間である。

- (29) 職業上の資格である、いくつかのディプロマは大学の単位が得られる (Australian Qualifications Framework 2002)
- (30) 不完全就業者とは週15時間以内の労働をしながら追加の雇用を探している人のことを言う。
- (31) 出所データはこれらの労働者がどのくらい施設や地域ケアに雇用されているかは表示していない。

参照

- Angley, Philippa, and Belinda Newman. 2002. *Who Will Care? The Recruitment and Retention of Community Care (Aged and Disability) Workers*. Fitzroy, Victoria, Australia: Brotherhood of St. Laurence.
- Armstrong, Pat, and Hugh Armstrong. 2002. "Planning for Care: Approaches to Health Human Resource Policy and Planning." Commission on the Future of Health Care in Canada Discussion Paper No. 28 (October).
- Australian Council of Trade Unions (ACTU). 2003. "ACTU 2004 Minimum Wages Case Fact Sheet." www.actu.asn.au/public/campaigns/minimumwages/minwagesfactsheet.html.
- Australian Institute of Health and Welfare. 2003a. "Australia's Welfare 2003." www.aihw.gov.au/publications/index.cfm
- _____. 2003b. *Health and Community Services Labour Force 2001*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Australian Qualifications Framework. 2002. "Thirteen AQF Qualifications." www.aqf.edu.au/thirteen.htm
- Australian Tax Office. 2003. "Superannuation Guarantee—How To Understand And Meet Your Superannuation Guarantee Obligations (An Employers Guide)." www.ato.gov.au.
- Bazen, Stephen. Undated. "Why Are So Many Women Unemployed in France?" GRAPE, Universite Montesquieu Bordeaux IV. Mimeo.
- Bresse, Sophie, and Nathalie Dutheil. 2003. "Les Beneficiaires des Services D'Aide à Domicile: Des Public Divers." *Dossiers Solidarité et Santé* (January-March): 17–23.
- British Columbia Association for Community Care. 1997. *Home Support Supervisory Workload Report*. Vancouver, BC: British Columbia Association for Community Care.
- Canadian Association for Community Care. 1995. *Canada Home Care Labour Study*. Ottawa: Canadian Association for Community Care.
- _____. 1996. *Health Promotion and the Home Support Worker*. Ottawa: Canadian Association for Community Care.
- Canadian Home Care Human Resources Study. 2002. "Phase I Report. Setting the Stage: What Shapes the Home Care Labour Market?" www.homecarestudy.ca/en/news/docs/final-report.pdf.
- _____. 2003. "Synthesis Report." www.homecarestudy.ca/en/news/docs/EngSynth.pdf.
- Canadian Institute for Health Information. 2001. *Health*

- Care in Canada. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Cant, Rosemary. 2002. "Caring for the Aged in Three Societies." *The International Scope Review* 4 (Winter): 1–21.
- Care Work in Europe. 2000. *Demographic, Social, Employment and Occupational Data*. London: Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Christopherson, Susan. 1997. "Childcare and Elderly Care: What Occupational Opportunities for Women?" Labor Market and Social Policy Occasional Paper No. 27. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Commission on the Future of Health Care in Canada. 2002. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada—Final Report*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Commonwealth Department of Health and Ageing. 2002. *Aged Care in Australia*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Coyte, Peter, and Patricia McKeever. 2001. "Home Care in Canada: Passing the Buck." *Canadian Journal of Nursing Research* 33 (September): 11–25.
- Crumley, Bruce. 2003. "Elder Careless." *Time Europe*. August 25. www.time.com/europe.
- Dallaire, Clemence, and Sonia Normand. 2002. "Changes and a Few Paradoxes: Some Thoughts on the Health System Personnel." Commission on the Future of Health Care in Canada Discussion Paper No. 38 (November).
- Dherbey, Brigitte, Philippe Pitaud, and Richard Vercauteren. 1996. "Emplois et Qualifications Pour les Services Aux Personnes Âgées." In *La Dépendance Des Personnes Âgées: Des Services Aux Personnes Âgées Aux Gisements D'emplois*, edited by Erès. Toulouse: Coll. Pratiques du Champ Social.
- Doty, Pamela. 1990. "Dispelling Some Myths: A Comparison of Long-Term Care Financing in the U.S. and Other Nations." Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Escobedo, Anna, Esther Fernandez, and David Moreno. 2002. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions—WP4 Surveying Demand, Supply and Use of Care—Consolidated Report." Ed. Peter Moss. Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, June.
- European Union. Social Protection Committee. 2002. "Questionnaire on Health and Long-Term Care for the Elderly: France's Contribution." July. http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm.
- _____. 2003. "Social Protection in the EU Member States and the European Economic Area: Situation on January 1 st 2003 and Evolution." http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_en.html.
- Fédération ADESSA. 2003. "Historique." www.federation-adessa.org.
- Gibson, Mary Jo, Steven R. Gregory, and Sheel M. Pandya. 2003. *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute #2003-13.
- Gillion, Colin, John Turner, Clive Bailey, and Denis Latulippe (eds.). 2000. *Social Security Pensions: Development and Reform*. Geneva: International

- Labour Office.
- Global Action on Aging. 2003. "Australia: Extra \$600,000 to Train Aged Care Workers." May 28. www.globalaging.org.
- Government of France. 2003. "Note De Presentation: La Reforme De L'allocation Personnalisee D'autonomie." www.social.gouv.fr/apa/reforme.htm.
- _____. 2002. "Loi De Modernisation Sociale." <http://lexinter.net/Legislation3/validationdesacquis.htm>
- Government of Saskatchewan. 2004. Saskatchewan Labour Ministry. "Current Minimum Wage Levels Across Canada." www.labour.gov.sk.ca/minwage.htm.
- Harwood, Rowan H., and Avan Aihie Sayer. 2002. *Current and Future Long-Term Care Needs*. Geneva: World Health Organization.
- Hecker, Daniel. 2004. "Occupational Employment Projections to 2012." *Monthly Labor Review* 127 (February): 80–105.
- Health Canada. 1999. *Human Resource Issues in Home Care in Canada: A Policy Perspective*. Ottawa: Health Canada. www.hc-sc.gc.ca/homecare/english/hr1.html
- Horrigan, Michael W. 2004. "Employment Projections to 2012: Concepts and Context." *Monthly Labor Review* 127 (February): 3–22.
- Howe, Anna L. 2000. "Rearranging the Compartments: The Financing and Delivery of Care for Australia's Elderly." *Health Affairs* 19 (May/June): 57–71.
- _____. Undated. "Is Consumer-Directed Care a Direction for Australia?" Duplicated.
- Imai, Yukata, Stephane Jacobzone, and Patrick Lenain. 2000. "The Changing Health System in France." Economics Department Working Paper No. 269. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- International Labour Organization. 2004. *Laborsta*. Geneva: International Labour Organization.
- Jensen, Jytte Juul, and Helle Krogh Hansen. 2002a. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions: Surveying Demand, Supply and Use of Care—Denmark." Arhus, June.
- _____. 2002b. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions: WP3 Mapping of Care Services and the Care Workforce—Denmark." Arhus, January.
- Jenson, J., and S. Jacobzone. 2000. "Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers." OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 41. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- Johansson, Stina, and Claire Cameron. 2002. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions: WP5 Review of Literature Since 1990: Job Satisfaction, Quality of Care and Gender Equality—Consolidated Report." Department of Social Welfare, University of Umea, Sweden, and Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, London, October.
- Keefe, Janice M., and Pamela J. Fancey. 1998. "Financial Compensation Versus Community Supports: An Analysis of the Effects on Caregivers and Care Receivers." Bibliography and select annotations prepared for Health Canada, March 31 (duplicated).
- Keefe, Janice. 1999. *Human Resource Issues in Home*

- Care: *Comparative Analysis of Employment Arrangements*. Ottawa: Knowledge and Dissemination, Health Canada.
- Korczyk, Sophie M. 2003. *Women and Individual Social Security Accounts in Chile, the United Kingdom, and Australia*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute #2003-09.
- Lakdawalla, Darius, Dana P. Goldman, and Jay Bhattacharya. 2003. "Counter Point: A Response to the Points by Manton and Williamson." *Medical Care* 41 (January): 28–31.
- Lakdawalla, Darius, Dana P. Goldman, Jay Bhattacharya, Michael D. Hurd, Geoffrey F. Joyce, and Constantijn W.A. Panis. 2003. "Forecasting the Nursing Home Population." *Medical Care* 41 (January): 8–20.
- Lamura, Giovanni. 2003. "Supporting Carers of Older People in Europe: A Comparative Report on Six European Countries." Presented at "Health and Social Services: Partners for a Social Europe," 11th European Social Services Conference, Venice, July 2–4.
- Leeson, George. Undated. "Older People and the Family in Denmark: The Danish Longitudinal Future Study." Oxford, U.K.: Oxford Institute of Ageing.
- Manton, Kenneth G. 2003. "Point: Forecasting the Nursing Home Population." *Medical Care* 41 (January): 21–24.
- Ministry of Social Affairs. 2003. *Social Policy in Denmark*. Copenhagen: Ministry of Social Affairs. www.sm.dk/eng/dansk_socialpolitik/index.html.
- Moss, Peter, and Claire Cameron. 2002. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions—WP6 Care Work and the Care Workforce—Report on Stage One and State-of-the-Art Review." Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, October.
- Myer Foundation. 2002. *2020: A Vision for Aged Care in Australia*. Melbourne: The Myer Foundation.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). 2003. *OECD in Figures—2003 Edition*. Paris: OECD.
- _____. 2002. *OECD Employment Outlook 2002—Statistical Annex*. Paris: OECD.
- _____. 1995. *The OECD Jobs Study: Implementing the Strategy*. Paris: OECD, May.
- Price, Kay, Chris Provis, Sue Stack, Roger Harris, and Pamela Alde. 2002. "Project Overview—What Helps and What Hinders? Identifying Factors That Influence the Provision of an Aged Care Workforce." Adelaide: University of South Australia.
- Smith, Randall. 2003. "European Perspectives on Community Care." University of Bristol School for Policy Studies Working Paper Series Paper Number 2 (March).
- Stone, Robyn I., and Joshua M. Wiener. 2001. *Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, May.
- Trumbull, Gunnar. 2001. "France's 35-Hour Work Week: Flexibility Through Regulation." Brookings Institution Center on the United States and France, U.S.-France Analysis, January. www.brookings.edu.
- U.S. Department of State. 2003a. "Denmark: Country Reports on Human Rights Practices." March 31.

- www.state.gov.
- _____. 2003b. "Background Note: France." February. www.state.gov.
- _____. 2003c. "France: Country Reports on Human Rights Practices." March 31. www.state.gov.
- _____. 2003d. Canada: Country Reports on Human Rights Practices." March 31. www.state.gov.
- _____. 2003e. Australia: Country Reports on Human Rights Practices." March 31. www.state.gov.
- van Ewijk, Hans, Harry Hens, and Gery Lammersen. 2002a. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions—WP3 Mapping of Care Services and the Care Workforce—Consolidated Report." Ed. Peter Moss. Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, April.
- _____. 2002b. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions—WP3 Mapping of Care Services and the Care Workforce—National Report, The Netherlands." Utrecht: Netherlands Institute for Care and Welfare/NIZW, February.
- _____. 2002c. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions—WP5 Review of Literature Since 1990: Job Satisfaction, Quality of Care and Gender Equality—Netherlands." Utrecht: Netherlands Institute for Care and Welfare/NIZW, September.
- van Ewijk, Hans. 2002. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions—WP4 Surveying Demand, Supply and Use of Care—National Report, The Netherlands." Utrecht: Netherlands Institute for Care and Welfare/NIZW, March.
- van Leeuwen, Marko. 1999. "The Costs and Benefits of Lifelong Learning: The Case of The Netherlands." Foundation for Economic Research (SEO), University of Amsterdam, the Netherlands. Paper presented at the European Conference on Educational Research, Lahti, Finland, September 22–25.
- Walker, A., and T. Maltby. 1997. *Ageing Europe*. Buckingham, England: Open University Press.
- Wheeler, Lorraine. 2002. *Resisting the Quick Fix: Workforce Planning to Deliver Services to Older Australians 2020*. Melbourne: The Myer Foundation.
- Wiener, Joshua M., Jane Tilly, and Alison Evans Cuellar. 2003. *Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute #2003-12.
- World Health Organization (WHO). 2003. "Country Profiles." www.who.int/ncd/long_term_care/country_profiles.htm.
- _____. 2000. *World Health Report 2000*. Geneva: WHO.
- _____. 1999. *Home Care Issues at the Approach of the 21 st Century from a World Health Organization Perspective: A Literature Review*. Geneva: WHO.

表 (前号収録 pp.50-53)