

## アメリカの介護者支援

—PACEによる地域包括ケア拡大の可能性—

新井 光吉

### ■ 要約

アメリカでは医療の範疇に入る介護（メディケア）と貧困者対象の介護（メディケイド）を除けば、介護サービスは家族介護と自己負担によって賄われている。メディケア・メディケイドの介護給付は施設ケアを重視してきたが、1980年代以降の財政逼迫に伴い在宅ケア重視へと転換しつつある。そうした中で重度要介護者のみを集めながら包括ケアによって在宅生活の継続を可能にし、費用抑制とQOL維持を両立させてきたPACE（Program of All-inclusive Care for the Elderly）が大きな注目を集めている。PACEはその特性のゆえに急速な拡大の壁に突き当たっていたが、最近、①農村への拡大、②CCRC（Continuing Care Retirement Community, 終身介護退職者コミュニティ）との統合、などの戦略によってそれを乗り越え、加入者を大幅に増加させている。もしこれが順調に成功し、地域包括ケアが中所得層老人までも包摂できれば、多くの要介護者と家族介護者が地域で充実した支援を受けながら暮らせる日がやってくる期待されるのである。

### ■ キーワード

地域包括ケア、オンロック、PACE、CCRC

### I はじめに

アメリカも2011年以降ベビーブーマーが次々と65歳以上に達し、高齢化が深刻な問題となっている。高齢化率は2011年の13.3%（65歳以上人口4,140万人）から2040年には20%を超えるものと予想される。特に85歳以上の虚弱な老人が増加し、その介護が大きな課題となっている。<sup>1)</sup>

その要介護者のケアはアメリカでも在宅と施設で行われている。地域で暮らす要介護者は2010年に約1,000万人に達していたが、その51%が高齢者であった。残りの49%は非高齢者であったが、ここでは詳しく触れないでおく。なお、ナーシングホーム（Nursing Home, NH）では、高齢者が入居者の85%を占めている。一方、地域で暮らす要

介護者は92%が無償の介護を受け、13%のみが有償の介護（無償・有償の重複あり）を受けていた。というのも、地域で暮らす要介護者は無償で介護をしてくれる配偶者、家族、他の親類縁者と同居していることが多く、その9割がADL（Activities of Daily Living, 日常生活動作）の主要な介助者として家族、親類縁者、友人やボランティアに頼っていたからである。また在宅有償介護は主にメディケイドかメディケアで、NH介護はメディケイドと自己負担で費用が賄われている。しかしNHは在宅介護の5倍もの費用がかかるので、施設から在宅への転換ができれば、費用の大幅な節約が可能となる。実際、PACE（Program of All-inclusive Care for the Elderly, 高齢者包括ケアプログラム）はNHケア受給資格者のみを集めながら包括ケアによって在宅生活の継続を可能にし、費

用抑制とQOL維持を両立させてきた。

そこで、本稿はまずアメリカの要介護者と介護者を支援する制度とその実態を明らかにし、次にケアの質を維持しながら費用を節約しようと努めてきた地域包括ケアの展開について考察する。特に優れた高齢者包括ケアとされるPACEが発展の壁を乗り越え、より多くの要介護者と家族を支援できる展望を示している点についても言及したい。<sup>2)</sup>

## II アメリカの要介護者支援

### 1. 高齢者支援の施策

2010年にアメリカの要介護老人508万人（全高齢者の13%）は131万人が施設に入居し、378万人が地域で暮らしていた。<sup>3)</sup> その介護費用3,420億ドルはメディケイドが最大の41%を負担し、以下はメディケア急性期後ケア20%、自己負担15%、民間保険7%、その他17%となっていた。とはいえ、メディケイド（2010年3,891億ドル）は介護に32%（在宅医療・身体介護14%、NH13%、他4%）しか支出せず、64%を急性期ケアに充当していた。しかもメディケイドは貧困者向けの医療保険であり、貧困基準以上の収入や資産があれば対象外とされた。メディケアの介護給付も退院後の医療に準ずるケアに限定され、給付期間も短期に制限されていた。

アメリカ高齢者法（Older Americans Act, OAA）も60歳以上の高齢者とその家族に対する介護サービスの提供を規定しているが、予算規模が2012年度でも僅か19.13億ドルにすぎず、財源不足を免れなかった。1965年アメリカ高齢者法は、連邦政府が補助金を交付する高齢者サービスの種類を決定し、州や郡が各団体への資金配分と監督を行い、委託契約先NPO等が実際のサービスを提供すると規定していた。その後、同法は数回の改正を経て今日に至っておりアメリカにおける高齢者福

祉の実現に大きな役割を果たしてきた。特に2000年改正は連邦政府が全国家族介護者支援プログラム（National Family Caregiver Support Program）を創設し、介護支援を開始する契機となったのである。<sup>4)</sup> 介護者支援プログラムは介護の現物給付（レスパイト等）、直接的及び間接的現金給付、介護者就労支援、などを規定している。このうち間接的現金給付は介護施設や介護サービスの利用費に相当する金額を家族介護者の税額から控除するプログラムで、就労中の介護者が対象となる。また1993年家族医療休暇法（Family and Medical Leave Act）は介護者の就労支援策を導入したが、「介護は無給休暇を利用して行うもの」という風潮を助長し、介護者の有給休暇取得を却って減少させることになったといわれる。

アメリカでも1980年代以降、財政逼迫のため施設入所から在宅介護を重視する政策への転換が始まった。1990年アメリカ障害者法（Americans with Disabilities Act）や1999年の最高裁判決（要介護者の在宅介護希望尊重）も州に在宅介護の充実を義務づけることになったが、州の介護関連支出は依然として施設偏重から脱却できていない。

介護はアメリカでも要介護者ができるだけ機能を維持できるようにADLと手段的日常生活動作（IADL）の支援を中心に行われている。特に住宅環境は要介護者の機能障害や生活の質を左右するものとして重視されている。介護は施設ケアと在宅ケアに区分されるが、施設ケアもNHと、アシステッドリビング（Assisted Living, AL, 中間所得層対象）、介護施設（Care Home, 低所得者対象の住宅型及び家族型）、セクション202住宅（連邦政府管理の低所得高齢者専用）、終身介護退職者コミュニティ（Continuing Care Retirement Community, CCRC, NPO運営）などの介助付き住宅（Supportive Housing）に二分される。また在宅ケアはデイケア、在宅看護・身体介護、家事支援、配食、移送、ホスピス・緩和ケアなどのサービス

を含んでいる。<sup>5)</sup>

## 2. 施設ケア

### (1) NH

アメリカではNHが施設ケアの中心を占める。NHは2009年には15,884施設、入所可能ベッド数167万床が存在していた。NHの財源は9割がメディケイド（70%）とメディケア（20%）から賄われている。そのため州・地方政府の管轄下にある介助付き住宅とは異なり、NHはメディケア・メディケイドから償還を得るために連邦政府の規制に服している。<sup>6)</sup>

NHは日本の特養と療養病床を合わせたような医療介護施設で、医療・看護・リハビリから介助（食事・入浴・排泄等）に至るサービスを24時間体制で提供している。しかしNHは実際には極めて僅かな看護ケアしか提供しておらず、NH入居者の15～70%が居住型介護で十分に生活できるといわれる。<sup>7)</sup>

NHは一般に高度看護施設（Skilled Nursing Facilities, SNF）、中間介護施設（Intermediate Care Facilities）、保護型介護施設（Custodial Care Facilities）の3つに区分される。SNFは回復期の患者に看護やリハビリ、栄養補給、注射などの医療サービスも提供している。また中間介護施設は入居者の9割以上が65歳以上の高齢者で、一定の日数制限内で入居費の一部がメディケアから支払われる。NH入居者は2009年に330万人に達したが、このうち85%（281万人）が65歳以上の高齢者（高齢人口の7.1%）であった。しかしNHはベッド利用率が83.0%と低位で、減少傾向が続いている。しかもNHは営利団体が68%を占め、90%がメディケアとメディケイドから二重の認可を受けていた。NHの年間入居費用（2012年）は個室が9.1万ドル、2人部屋が8.1万ドルとかなり高く、ALの2倍以上、在宅介護の4倍にも達する。このため長期入居に伴って費用を負担できなくなる者が続出

し、入居者の半数近くが1年以内に退去を余儀なくされるという。<sup>8)</sup>

NHは部屋と食事、看護ケア、服薬管理、身体介護（入浴、着脱衣、食事、移動、排泄などADL介助）、社交及びレクリエーションなどのサービスを提供している。ある調査によれば、NHは9%がデイサービスを実施しており、その74%が地域住民と入居者の双方にサービスを提供していた。またNHは入居者の56%に認知症ケア（アルツハイマー病その他）を提供していたが、その80%が追加料金を課していなかったのである。<sup>9)</sup>

### (2) AL

ALはNHと在宅ケアの中間に位置する施設である。ALはNHのように24時間体制の介護を必要としないが、自立して生活できない要介護者に対して身体介護や服薬管理、基本的な生活支援（食事・洗濯・掃除等）を提供する介助付き住宅である。入居者の大部分は費用を私費か民間介護保険で支払っているが、多くの州が近年メディケイド特例によって低所得者に費用を支給するようになった。またALは16%がCCRCの一部門となっている。しかしALは明確な定義がなく、旧来の介護施設に目新しい名前を貼り付けただけの施設もあるといわれる。

月平均料金はサービス数によって変化するが、2012年時点で基本2,751ドル、標準3,486ドル、包括3,789ドルとなっていた。基本サービスに含まれない項目は月平均で入浴介助が181ドル、着脱衣介助が236ドル、他の身体介護が504ドル、服薬介助が347ドルの追加費用を請求される。AL入居者（2009年）は平均年齢86.9歳で、女性が73.6%を占めていた。平均年収は27,260ドル、平均資産（家を含む）も431,020ドルと比較的高く、ALが中所得層以上向けの施設といわれる所以である。<sup>10)</sup>

AL入居者は70%が直前まで自宅やアパートに住み、9%がNHから移って来る。AL入居者の転

居先は59%がNHで、以下は他のAL11%、自宅9%、療養病院7%、親類の家5%、独居4%、ホスピス2%、その他4%となっているが、入居者の33%はALで死亡する。

米国保健福祉省の報告（2007年）によれば、ALは全米で3.8万カ所に設置され、入居者も97.5万人に達する。このうち貧困なメディケイド受給のAL入居者は僅か13%（2009年）にすぎなかった。<sup>11)</sup>

### (3) CCRC

CCRCは高齢期前の40～50代から移り住める「高齢者が安心して暮らせる街・住まい」として1960年代以降に全米で開発・分譲が進められてきた。CCRCは米国高齢者施設区分の自立高齢者住宅（Independent Living, IL）、AL、NH、認知症介護住宅（Memory Support）の機能を1カ所に集約した施設とされる。CCRCに入居する高齢者は同一敷地内で加齢に伴って進行する身体状況に応じて必要なサービスを受容できた。高齢者は退職後に年金以外に収入源がなくなる上加齢と共に身体機能が低下するので、施設を移る度に高額な入居保証金を支払わないで済むCCRCのような施設を歓迎していた。

CCRCは敷地内に映画館やプール、カフェなどを設置し、リゾートホテルのような豪華なものもある。もちろん、入居費用はサービスの充実度や立地によって大きな差があり、例えば2011年時点では入会金（保証金）は100,000～1,000,000ドル、月別経費も3,000～5,000ドル（2004年）に及ぶ。CCRCは2011年に全米に約2,000カ所が設置され、入居者も60万人以上に上り、その大部分が自立して暮らしていた。<sup>12)</sup>しかしCCRCは①一般入居施設に比べて費用が高く入居時の資産調査も厳しく、②施設の中ですべてが充足するために高齢者のみが暮らす地域となって周辺地域との繋がりがなく活気に乏しい等の欠点も指摘されている。

### 3. 在宅ケア

在宅介護事業者は認可権限を持つ州の規制に従うが、メディケイド認定事業者は全米一律の連邦規制を受けている。在宅ケアは多くが専門職補助者の提供する非医療ケアであるが、認定専門職（看護師、療法士、在宅医療助手等）のみが提供する高度ケアも含んでいる。もちろん、その中心部分には在宅医療助手、家政婦、付添婦などの職種が担っている。在宅医療助手はADL介助を必要とする要介護者の自宅でケアを提供し、生活支援（料理、買い物、洗濯等）も行っている。家政婦や付添婦は家事、食事準備、送迎、付き添いなどのサービスを提供するが、入浴や着脱衣などのADL介助の訓練を受けていない。<sup>13)</sup>

デイサービスは認知症患者や障害者に集団的支援環境で医療、社交、療法活動を提供している。デイセンターの71%は独立組織であったが、11%はNH、8%はAL、6%はNHとALの双方、と組織的に一体化していた。センターは3つのタイプに区分されるが、共通のサービスとして社交活動（参加者相互交流）、医療関連（服薬管理、体重・血圧・糖尿病の観察）、送迎、食事と間食（特別食を含む）、身体介護（トイレ、着脱衣等）、療法活動（運動と精神的交流）などを提供している。

センターは30年以上の歴史を持ち、全米に5,000カ所以上が設置され、26万人以上の利用者とその家族を支援していた。しかしデイサービスは州の監督下にあり、州ごとの差が大きい。センターの4分の3以上が月曜日から金曜日まで、7%が土曜日も、また11%が週7日間開いている。センターの63%は送迎を行い、その半分以上が無料で実施していた（有料の場合は片道平均10ドル弱）。1日平均の利用料金は医療保健モデルが79ドルで、医療保健モデルと社会的モデルの組み合わせ（71ドル）や社会的モデル（63ドル）よりも高かった。

アメリカでも介護の多くは家族や友人による無償ケアによって担われている。2010年に要介護者

表1 アメリカのインフォーマル介護者  
(単位：%)

	全年齢	50～55歳	56～59歳	60歳～
男性	34	29	37	35
女性	66	71	63	65
就労	57	73	68	39
非就労	43	27	32	61
身体介護	24	23	23	26
金銭支援	25	24	26	24

(資料) MetLife Mature Market Institute, *op. cit.*, p.7

1,000万人は840万人(高齢者378万人)が地域で、160万人(同131万人)が看護ケア施設(nursing care facilities)や中間型ケア施設でフォーマル及びインフォーマルな介護を受けていた。<sup>14)</sup> インフォーマルな介護者は無償介護を提供する家族、友人、隣人や教会関係者などの人々である。その特徴は表1のように女性が66%を占め、57%が就労し、金銭支援(25%)と身体介護(24%)が中心的な支援内容となっていた。

もちろん、アメリカでも高齢者介護が家族介護者にとって重い負担となっている。しかも公的介護保障制度が存在しないアメリカでは、自己負担の増加と同時にメディケイドやメディケア等の公費負担も激増している。特にメディケイド支出の膨張を背景に州は急性期ケアと介護を統合する地域包括ケアに大きな期待を寄せるようになった。<sup>15)</sup> またメディケイド加入者の17%(支出額30～35%)がメディケア・メディケイドの二重受給資格者であることから、州も連邦も包括ケアによってケアの質を維持しながら医療介護費を抑制しようと努めているNPO団体などに特例措置を認める支援を始めた。そのようなNPO団体のうち特に重要な意義を持っているのが次に紹介するPACEであった。

### III PACEの地域包括ケア

#### 1. PACEの活動

PACEはSNFケアの必要な要介護者のみを加入

者に集めながら包括ケアによってそのほとんどに在宅生活を保障している。PACEは加入者に対して保険者とケア提供者の双方を兼ね、加入後の全医療費を支払う義務を負っているが、この二重の役割が連邦や州から人頭払いされる資金をプールして使う際の柔軟性を生み出していた。しかもPACEは予防を含む包括ケアによって症状の悪化を防ぎ入院を減らしてコストを抑制している。

PACEの原型は1971年にサンフランシスコ市チャイナタウンで誕生したオンロック(On Lok)といわれる。オンロックは要介護老人にデイセンターでサービスを提供しながら在宅生活の継続を保障するために始められたNPOであった。広東語で「安楽」を意味するオンロックは連邦政府から実証事業の資金を交付され、イギリスのデイ・ホスピタルをモデルとして1972年にデイセンターを開設した。<sup>16)</sup> オンロックは1979年にメディケア財源を使って4年間の実証事業に取り組み、効率的で質の高い高齢者ケアが提供できることを立証した。この実績に基づいてオンロックは1983年にメディケア・メディケイドの特例措置としてその受給者の人頭払い給付をプールして運用することを認められ、ケアに関する全リスクを引き受けることになった。

1985年にはオンロックの事業を全米に拡大する研究が始まり、1986年実証事業法の制定を契機に1990年には最初のPACEモデル団体が活動を開始した。連邦議会も1995年にオンロックに対する特例措置を無期限に延長し、追加10団体の実証事業も承認した。1994年には全国組織である全米PACE協会(National PACE Association)が結成され、実証事業の成果に基づく陳情活動の結果、PACEは1997年均衡財政法によって恒久的なケア提供者としての地位を確立した。とはいえ、PACEは2013年3月現在、30州で91団体が2.6万人の加入者を確保するに止まっていた。<sup>17)</sup>

PACEの加入資格は55歳以上で、当該PACEサー

ビス圏内に居住し、SNFケア受給資格を認められた者とされている。PACE加入者の平均像は年齢80歳で、ADL障害を3つ持ちながらも自立した生活を送り、3分の2が認知症やうつ病を患っていた。人種別加入者は白人45%、黒人26%、ヒスパニック15%、アジア太平洋系12%などの構成となっていた。<sup>18)</sup>

PACEはプライマリケア、多職種チーム会議、治療、レクリエーション、健康増進療法、社交、身体介護、食事などを提供できる十分なスペースと設備を備えたセンターの運営を義務づけられている。このためPACEセンターは1日約100人にサービスを提供する1.2万平方フィートのスペース、週7日24時間利用（平日午前8時～午後5時営業）、1階での開設、舗道縁石側にバンの昇降口設置、スタッフ確保（営業開始時40名）、バン用駐車場（8台分）、表入口に加えサービス用入口の設置、トイレ、シャワー、洗濯室、診察・治療・歯科・リハビリ室、キッチン周辺用配管設備、便利な地区の選定、などの条件を満たさなければならなかった。<sup>19)</sup>

## 2. オンロック

### (1) 地域包括ケア

オンロックはサンノゼやフリーモントを含め9つの建物に10のセンター（サイト）を所有している。本部ビルにはジェイド（加入者140人）とローズ（同100人）の2つのサイトが入居し、2つの多職種チームが活動をしていた。多職種チームは必ずプライマリケア医やNP（Nurse Practitioner, 臨床看護師）を含み、ジェイドには医師3名とNP1名、ローズには医師2名が配置されていた。NPはPACEではプライマリケア医とほぼ同じ職務を果たしている。

オンロックの加入者は2009年時点で1,030人、平均年齢も84歳（2008年）を超えていた。加入者の居住場所はSNF7%、ケアホーム25%、自立（自

宅、高齢者住宅）68%となっており、SNFケア資格の認定が加入要件となっていながら、その9割以上が地域で暮らし続けていた。オンロックが要介護加入者の入院やSNF入居をできるだけ回避し、どんな健康状態に陥ろうとも追加負担をなしに全ケアリスクを引き受けていたからである。

加入者の平均像は年収が約1.4万ドルで、8つの疾患を抱え、服薬が必要で、ADL障害も2～3つ持っていた。しかも加入者は63%が認知症を患い、人生の最後の4年間ほどをオンロックで過ごして死亡する。オンロックは高齢者の間で人気が高く、脱会率も極めて低い。人種別の加入者はアジア系65%、ヒスパニック4分の1弱、白人10～14%となっており、中国系加入者が多い。利用料金はメディケアとメディケイドの二重受給者（全体の93%）は無料であるが、メディケアのみの受給者は月額4,200ドルの自己負担を求められる。オンロックの収入はメディカル（Medi-Cal, カリフォルニア州メディケイド）が65%、メディケアが33%を占め、私費は僅か2%にすぎなかった。<sup>20)</sup>

ところで、オンロックはオンロック・ライフウェイズ（On Lok Lifeways）、30番街老人センター、オンロック・ハウジング、オンロック世代間交流プログラムなどの関連NPOを通じて要介護老人のニーズに対応した医療、住宅、世代間交流などのサービスを提供していた。またオンロックはプライマリケア、専門医ケア、日常的予防医療ケア（聴覚、歯科、検眼、足病治療）、リハビリ（理学、作業、言語）・レクリエーション療法、デイセンター、在宅医療、身体介護、ソーシャル・サービス、栄養管理と宅配食、送迎・緊急搬送、処方薬、入院、NH入居など必要な全てのサービスを提供し、要介護老人の自立を支援している。30番街老人センターは市内ミッション地区の高齢者とその家族に二文化交流・二カ国語プログラム、オンロック・ハウジングも住宅難の市内高齢者に住居、を提供していた。

デイセンターは加入者が地域で暮らし新しい友人を作りながら適切な医療サービスも受けられるように10カ所に設置されていた。センターは検診室や治療室を備えたクリニックを持ち、リハビリ施設では自立機能の回復・維持を支援している。またセンターは様々な娯楽を楽しめる集会所にもなっており、社交や魅力的な活動の機会が提供されていた。例えば、野球ゲーム観戦や博物館鑑賞などの催しや集団遠足と共に美術教室、文化活動、チェスやトランプゲームなどの様々なレクリエーション活動も提供されている。栄養士の指示に基づく昼食サービスも提供され、加入者は社会生活に触れる機会と健康的な特別食を共に享受していた。<sup>21)</sup>

30番街老人センターは年間5,000人以上の高齢者にサービスを提供する市内最大の多目的老人センターとなっている。同センターは高齢者が健康で自立しながら長く地域で暮らせるように援助していた。参加者は平均年齢が78歳で、ラテン系が67%を占め、55%が年収1万ドル未満で、要介護者が半数を占めていた。同センターは週6日間開かれ、健康増進、生涯学習、美術工芸、市民講座、芸術やダンス、団体旅行などが特に人気の高い活動プログラムとなっていた。<sup>22)</sup> また世代間交流プ

ログラムは1971年の活動開始以来、加入者と近隣の保育所や小学校の児童を結びつける地域活動として続けられてきた。

オンロック加入者(2008年5月)は72%が高血圧、52%が認知症、31%が糖尿病とうつ病、21%が心臓機能障害を患っていたが、そのほとんどが自宅で生活を続けていた。表2はサンノゼを除く9サイトのオンロック加入者の住居を示したもののだが、加入者全体の居住場所はコミュニティ(自宅)が50%を占め、以下ケアホーム20%、高齢者住宅15%、宗教団体施設9%が続き、SNFは僅か6%にすぎなかった。もちろん、サイト間でも差がある。例えば、ミッションはSNFがゼロで、自宅(コミュニティ)の比率が67%に達している。パウエルもSNFが1%で、自宅(コミュニティ)が51%、オンロック住宅が47%を占めていた。一方、フィルモアはSNFが全体で最高の12%にも達し、自宅(コミュニティ)が33%と少ない。恐らく高齢者を支える地域の力が不足しているのではないだろうか。

## (2) 要介護者及び介護者への支援の実態

まず要介護加入者Wのケースを見ておこう。糖尿病、骨粗しょう症、失禁、認知症など複数の疾患を抱えた女性加入者Wは一人暮らしで、単独で

表2 センター別のオンロック加入者の住居、2008年

(単位：%)

サイト	SNF	ケアホーム	高齢者住宅	宗教団体	コミュニティ
30番街	8	35	0	0	59
フリーモント	2	5	0	66	27
フィルモア	12	39	0	16	33
ゲイリー	8	31	0	8	53
ジェイド	7	19	20	0	54
ミッション	0	33	0	0	67
モントゴメリー	9	8	52	0	31
パウエル	1	1	47	0	51
ローズ	9	17	14	0	60
合計	6	20	15	9	50

(資料) Brickson, *op. cit.*, p.12 SNFは高度看護施設。高齢者住宅の入居者はすべてオンロック・ハウジング提供の住宅に居住。

は入浴、調理、買い物、服薬ができなかった。Wは入院中にSNF入居に代わる選択肢としてオンロックを紹介された。以後オンロック雇用医が従来のかかりつけ医に代わってWのプライマリケア医となった。<sup>23)</sup> Wは週4日、オンロックのデイセンターにライトバンで送迎され、昼食、服薬、血糖値検査、シャワー浴などのサービスを受け、運動やレクリエーション活動にも参加した。また最低月1回はデイセンターで医師の診察を受けた。センターは歯科医、検眼士、足病専門医による診察日も設けていた。必要の際にはWはオンロックと契約している専門医に送られ、診察や治療を受けることもできた。センター医は3ヵ月ごとにWの包括的な健康評価を行い、多職種チームが毎日、ケア会議を開いて話し合った。保健師は買い物や調理をしてWの自宅で食事の用意をした。このようなオンロックのデイセンターと多職種チームによる包括的サービスがWのSNF入居を回避し在宅生活の継続を可能にしていたのである。

次に家族介護者支援を含むケースを見ておこう。Kはチャイナタウンで独居生活を送る中国系老人であった。Kは脳卒中の後遺症で左目失明と左半身麻痺に陥り、89歳になった時に娘Qの勧めでオンロックに加入した。高血圧と心不全の合併症に苦しみ、認知症が悪化し、足腰も弱まって転倒の恐れが生じ、自宅に閉じ籠るようになったからである。オンロック加入後も、Kがそのケア方針や食事を拒んだので、ソーシャルワーカーがKの家族の信頼を得ながらカウンセリングに多くの時間を費やし、次第に心を開かせていった。やがてKは転倒や酷い認知症のために独居生活が困難となり、デイセンター上層階にある2人部屋の監視付き住宅に入居した。Kは歩行器も使えず車椅子生活となったが、ソーシャルワーカーを深く信頼し、年金小切手の管理を任せるまでになった。Kは末期症状から食事も治療も全て拒絶するようになり、2ヵ月間の緩和ケア後に90歳で安らかに

永眠した。その間ソーシャルワーカーがKとその家族に温かい助言と支援を行い、多職種チームも快適に過ごせるようにチェックを続けた。Kの家族は絶えず最新の病状を知らされ、頻繁に見舞うよう励まされ、Kの傍らで多くの時間を過ごすことができた。Kは人生の最後まで自分の望む通りに暮らし、家族もKがオンロックで最後までQOLを維持することができたことに感謝をしたという。<sup>24)</sup>

### 3. 他のPACE団体

高齢者自立センター（Center for Elders Independence, CEI）はPACE、在宅ケアサービス、老年科クリニックの3つの部門を持っている。CEIは本部をオークランド市のダウンタウンに置き、4つのサイトを運営していた。創業時には黒人が加入者の8割以上を占めたが、近年は半数にまで低下し、白人（20%）やアジア系（17%）の比率が高まっている。加入者は438人（2009年）で、4つの多職種チームが4つのサイトでケアを提供していた。CEIもプライマリケア、専門医ケア、リハビリ、栄養指導、在宅ケア、ケースマネジメント、デイセンター、送迎を包括して24時間体制のケアを提供している。加入者は平均年齢が78歳で、7～8つの慢性疾患を持ち、女性が62%を占めていた。<sup>25)</sup>

CEIの収入（2008-2009年度）はメディケア（64%）とメディケイド（33%）からの人頭払いが97%を占めていた（寄付1%、雑収入2%）。CEIはコストを抑えるために運営費（管理費その他9.9%、給与3.8%）を抑制し、82%をケア費に充当してきた。CEIは加入者の施設入居や入院にも全面的な責任を持ち、継続的なリハビリや運動、良質な栄養、社交機会（見学旅行、文化芸術学習）、薬剤管理、クリニックによるフォローアップなど健康維持に努めている。

CEIは「金持ちは退職者コミュニティに金を払って入居でき、低所得層もメディカルとメディケアでPACEが提供する包括ケアを享受できる」が、

そうした手段を持たない中所得層老人にも手頃な費用で加入できる新たなPACEモデルを考えていた。もしそれが軌道に乗れば、PACEは中所得層という大きな市場を獲得して大きく飛躍できる可能性もある。

次にシアトル（ワシントン州）のプロビデンス高齢者プレイス（Providence ElderPlace, PEP）の活動を紹介する。<sup>26)</sup> 1995年にシアトル市に開業したPEPは1998年にPACE実証事業に参加し、2002年には恒久的なPACE団体として認定された。加入者は2010年3月現在363人で、4つの多職種チーム（1チームは他の3チームより小規模）がサービスを提供していた。このうち3チーム（小チームを含む）が本部、1チームが西部地区に配属されていた。小チームはPACEセンターに通所していない加入者にサービスを提供（「在宅PACE」プログラム）している。このチームはSNFに継続的に入居している加入者（約6.3%）に対してもサービスを提供していた。

加入者は平均年齢が78.1歳で、女性が3分の2を占めていた。97%が低所得のメディケイド受給者であったが、メディケアとの二重受給資格者は96%に止まっていた（自己負担4%）。受給資格がメディケアのみの加入者は月額3,500ドル、メディケア・メディケイドのいずれの受給資格も持たない者は月額4,000ドルの自己負担を求められた。人種別の加入者は白人69.6%、黒人17.7%、アジア太平洋系8.3%、ヒスパニック2.7%となっており、白人の比率が高いのが大きな特徴である。

PEPはプライマリケア、専門医ケア、入院、SNF入居、理学・作業・言語療法、ソーシャルワーク・サービス、栄養サービス、歯科治療、聴力、足治療、検眼、在宅ケア、住宅提供（必要な場合）、デイセンター、福祉器具供与、送迎、などCMS（Centers for Medicare and Medicaid Services, メディケア・メディケイド庁）が要求する全サービスを提供している。PEPセンターには1日平均60～

80人が送迎で通所しており、午前10時頃から午後2時半頃までセンターで過ごしている。通所回数は最多で週4日だが、加入者の16%がセンター通所を忌避し、小チームによる在宅ケアを受けていた。

センターは2階建ての建物の1階にあり、検査室4室、診察室1室からなるクリニックが付属していた。加入者の40%が精神障害（うつ病など）を抱えているため、精神障害者用の部屋が設置され、静かな雰囲気や心を落ち着けられるように内部にリビングが設けられていた。認知症も加入者の半数を超えていたが、SNF入居率は僅か6%にすぎなかった。建物の2階はPEPと他の団体の2組織が運営するALになっており、その入居者の一部もPEPセンターに通所している。

#### IV PACEと地域包括ケアの飛躍の可能性

##### 1. PACEの課題と新展開

PACE加入者は着実に増加しているが、2013年3月現在、2.6万人にすぎない。<sup>27)</sup> SNF入居老人は280万人に上るといわれるが、なぜPACEは多くの要介護老人を加入者に出来ないのか。それはPACEの特質（医師選択権の欠如、自己負担、デイセンター通所）が要介護老人に敬遠され、PACEの発展を妨げていたからである。PACE加入希望者の多くが入会と引き換えにかかりつけ医の変更を迫られるのを忌避する。<sup>28)</sup> またメディケア受給資格のみの加入者は法外な自己負担を強いられるので、中所得層老人はPACEを敬遠する。さらにPACEが重視するデイセンター通所も老人にとって煩わしかった。しかもPACEが加入者を増加させる上で必要な施設・職員・財源の確保も大きな壁となっていた。

とはいえ、PACEは介護の財源調達や供給不足に対する1つの解決策を示していた。まずPACEは分断されたケアを統合し、包括ケアを実現してきた。またPACEは加入者の多様なニーズに対し

てサービスを調整する多職種チームの手法が有益なことを実証してきた。さらにPACEは加入者の入院日数をメディケア平均より2.7日も短縮し、処方薬の使用をSNF入居者よりも1人当たり1.1品目減らし、医療費の削減に成果を上げている。しかもPACEはSNFケア資格を認定された要介護老人のみを加入者としながら、実際の入居者を僅か6～7%に抑え、ほとんどの加入者に在宅生活の継続を保障してきた。アメリカの高齢者も在宅死を望む者が多いが、自宅やホスピスでの死亡率は僅か20%にすぎない。しかしPACE加入者は在宅死が45%を超え、希望する終末期ケアを享受していたのである。<sup>29)</sup>

PACEの課題に関しても新たな打開策が打ち出されている。2010年にオンロックは新たな発展を求めて従来あまり重視して来なかった州内農村地域へのPACE拡大を模索し始めた。都市と比べて農村地域の高齢者はより不健康な状態に置かれ、不可欠なケアサービスさえも利用できない状態にあった。オンロックはバイエリア都市部で高齢者が自宅で快適な生活を継続できるように質の高い医療と社会サービスを提供してきたが、今やそれを劣悪なサービスしか受けられない農村地域の高齢者にも拡大しようとしているのである。<sup>30)</sup>

2. PACEとCCRCの統合による包括ケアの拡大  
最近、PACEとCCRCの統合が大きな相乗効果を生む、という提案が注目を集めている。現在、CCRCは深刻な経済不況、住宅不況、メディケア・メディケイド償還率の引下げ、投資収益や慈善寄付の縮小など多くの困難に直面し、PACEへの進出に打開策を求めようとしている。CCRCは表3のような経済・身体状況に応じて柔軟に対応できる高齢者向けの多様で連続したサービスを戦略的に展開しようと努めてきた。CCRCは入居する余裕がないか、自宅に留まりたいと望む高齢者にも手を差し伸べる社会的責任があり、現在の高齢者の2%から全高齢者に市場を拡大したいと望んでいた。そこで、CCRCはPACEを取り込み、少ない資本で収入を増加させ、社会的責任を果たしながら市場を拡大したいと熱い期待を抱いている。

しかもCCRCの介助付き住宅は入居者の20%が既にSNFケア受給資格を有していたので、PACE加入の勧誘対象としても有望であり、PACEを併設すれば送迎費用も省くことができた。CCRCは介助付き住宅の開発と運営に経験を積んでおり、PACEにとってもメリットがある。一方、PACEはCCRCがケアマネジメントを改善し、連続した包括的サービスを発展させる基盤ともなり得る。PACEの加入者はメディケア・メディケイドの二

表3 経済・身体状況と連続したケア

経済状況			
	十分な収入	不十分な収入	貧困
身体状況			
自立	退職者コミュニティ 終身在宅介護	賃貸退職コミュニティ 中・低所得税額控除財源住宅	手頃な住宅
要支援	在宅介護 デイケア AL	在宅介護 デイケア AL	在宅介護 デイケア
要介護	私費PACE 在宅介護 NH	資産を消尽してPACE 在宅介護 資産を消尽してNH	PACE 在宅介護 NH

(資料) LeadinAge & National PACE Association.

重受給資格者がほとんどなので、CCRCはそれを取り込むことによって資産を上手く管理しながら中・低所得層にもサービスを拡大することができる。またCCRCも私費払い高齢者にPACEを売り込む経験と専門的知識を持っていた。このようにCCRCが連続したケア系列組織（continuum）内にPACEを所有することは有意義であり、PACE開業に必要な資金（加入者300人のPACEで450万ドル）も無理なく負担できるといわれる。とすれば、両者は介助付き住宅、連続したケア全体のマネジメント、社会的責任、PACE開業資金の調達、共通の非営利と信頼に基づく伝統などによって統合の相乗効果を期待できると考えられる。<sup>31)</sup>

## V むすび

PACEは包括ケアの提供によって要介護老人が長く自宅で暮らすことを可能にし、介護者を含めてそのQOLを維持しながら費用の抑制にも成果を上げてきた。しかし、それを可能にしてきたPACEの特性が逆に急成長の大きな足枷にもなってきた。もちろん、PACEもその克服に努めてきたが、ようやく有望な打開策を見出しつつあるように思われる。

PACEは①農村へのサービス拡大、②CCRCの連続したケア系列組織への参加、によって発展の壁を乗り越えようとしている。PACEとCCRCの結合はNPOという共通の基盤の上に相互の長所を生かし合いながら相乗効果も発揮できる。実際、このような新展開を受けてPACEの加入者は1987年300人、1999年6,000人、2002年1万人、2008年1.6万人、2013年3月2.6万人と増加傾向に拍車がかかっている。また、これらによって地域包括ケアが中所得層老人までも加入者に包摂できれば、多くの要介護者と家族介護者が地域で充実した支援を受けながら暮らせる日がやって来るのではないかと思われるのである。

注

- 1) USDHHS Administration on Aging, *A profile of Older Americans: 2012*, pp. 1-11; USDHHS Center for Disease Control and Prevention, *Health, United States*, 2011, pp. 362-363.
- 2) PACE研究史は拙著『日欧米の包括ケア』ミネルヴァ書房、2011年、pp. 91,145を参照。最近の研究としては西村由美子「On LokからPACEへ—アメリカの草の根が生んだ要介護高齢者ケアプログラム」JETRO、がある。なお、在宅・施設介護に関する研究はクルーム・洋子「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」『海外社会保障研究』No.164、自治体国際化協会「在宅サービスへ移行するアメリカの高齢者福祉～アメリカ高齢者法に基づく高齢者支援体制と非営利団体～」Clair Report No.347、西平賢哉「アメリカの高齢者介護の現状と介護版マネージドケア」JETROなどを参照。
- 3) Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “Medicaid’s Role in Meeting the Long-term Care needs of America’s Senior,” January 2013; do., “The Medicaid Program at a Glance,” March 2013.
- 4) 平山亮「3.アメリカの家族介護者支援：現状と課題」『共同対人援助モデル研究報告書1』、2011年2月 pp. 27-39.
- 5) Office of Management and Budget, *Older Americans 2012: Key Indicators of Well-Being*, 2012, pp. 27-32.
- 6) Amen Hareyen, “Long Term Insurance Association Reports Fewer US Nursing Home Beds,” EmaxHealth, October 26, 2009. <http://www.emaxhealth.com/1/28/34234/long-term-care-insurance-association-reports-fewer-us-nursing-home-beds.html> (2013年5月7日); “Statistics on Nursing Homes and Their Residents,” <http://www.therubins.com/homes/stathome.htm> (2013年5月7日)
- 7) Robyn I. Stone, “Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century,” *Milbank Memorial Fund*, 2000, p.26.
- 8) *Nursing Home Data Compendium 2010 Edition*, pp. i-ii,27; MetLife Mature Market Institute, “Market Survey of Long-Term Care Costs,” November 2012, pp.5-6; USDHHS Centers for Disease Control and Prevention, “National Nursing Home Survey: 2004 Overview,” Series 13, No. 167, June 2009, p.4 入居者は長期居住者と急性期入院後リハビリ療養のための短期滞在者が含まれる。
- 9) MetLife Mature Market Institute, *op. cit.*, pp. 6-7
- 10) *Ibid.*, pp. 8-11
- 11) American Association of Homes and Services for the

- Aging, "Assisted Living Facility Profile," <http://www.ahcancal.org/ncal/resources/pages/alfacilityprofile.aspx> (2013年5月2日)
- 12) Ashlea Ebeling, "Continuing Care Retirement Communities: A Big Investment With Catches," *Forbes*, September 26, 2011. 宇都正哲・岡村篤「高齢社会における新たな居住スタイル—米国におけるカレッジリンク型CCRCの展開—」NRI Publication Management Review, Vol.48, 1頁。
  - 13) MetLife Mature Market Institute, *op. cit.*, p. 12.
  - 14) Thomas Day, "Guide Long Term Care Planning: About Caregiving," National Care Planning Council, May 15, 2013. <http://www.longtermcarelink.net/eldercare/caregiving.htm> (2013年5月9日)
  - 15) Stone, *op. cit.*, p. 21.
  - 16) D. L. Gross, H. Temkin-Greener, S. Kunitz, and D. B. Mukamel, "Growing Pains of Integrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE," *The Milbank Quarterly*, Vol.82, No.2, 2004, p.257.
  - 17) National PACE Association, "PACE in Your Community," March 2013, pp. 3,6. PACE加入者は大都市地域(多数サイト展開団体)で2,992人、平均では295人にすぎなかった。
  - 18) G. Brickson, "Business Planning for PACE Development: PACE Fundamentals 2009," (On Lok Lifeways提供資料) pp.1-2; T. Bodenheimer, "Long-Term Care For Frail Elderly People—The On Lok Model," *The New England Journal of Medicine*, October 21, 1999, pp. 1324-1325; L. R. Gadsby, "PACE-Program of All-inclusive Care for the Elderly," *Age in Action*, Vol.22 No.4, Fall 2007; D. Mechanic, *The Truth About Health Care: Why Reform Is Not Working in America*, Rutgers University Press, 2006, p.105; C. Eng, "On Lok and PACE," April 27, 2009, On Lok Lifeways, p.14.
  - 19) Brickson, *op. cit.*, p.2; J. C. Hansen, "Practical Lessons for Delivering Integrated Service in a Changing Environment: The PACE Model," *Generations*, Summer 1999, pp. 22-23. PACEは1サイトに1チームを配置し、加入者75~100人にケアを提供していた。
  - 20) Gadsby, *op. cit.*, p.1. 前掲拙著, pp. 117-126.
  - 21) *Ibid.*, pp. 5-6.
  - 22) Eng, *op. cit.*, p. 14.
  - 23) Bodenheimer, *op. cit.*, pp. 1325-1326.
  - 24) 前掲拙著, pp. 130-135.
  - 25) *Life Times*, Newsletter of CEI, Fall 2009; CEI, *Annual Report*, Fiscal Year 2008-2009, pp. 4-5. 前掲拙著, pp. 127-130.
  - 26) 前掲拙著, pp. 135-139.
  - 27) LeadingAge & National PACE Association, "Program for All-Inclusive Care for the Elderly: An Important Addition to Your CCRC," Webinar: 266130329, November 2, 2011. <http://www.consulting-cds.com/wp-content/uploads/2012/04/PACE-An-Important-Addition-to-Your-CCRC-Webinar-11-2-2011.pdf#search=Program+of+AllInclusive+Care+for+the+Elderly%3A+An+Important+Addition+to+your+CCRC> (2013年6月2日)
  - 28) ミルウォーキー市のPACEは民間医と契約し引き続き加入者のプライマリケア医となることを認めている (Bodenheimer, *op. cit.*, pp. 1326-1327)。
  - 29) *USA Today*, November 17, 2008; National PACE Association, Who, What and Where is PACE?, 2007; L. Trice, "PACE: A Model for Providing Comprehensive Healthcare for Frail Elders," *Generations*, Fall 2006, pp. 90-92; H. Temkin-Green and D. B. Mukamel, "Predicting Place of Death in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) : Participant versus Program Characteristics," *Journal of American Geriatrics Society*, Vol.1, No.1, January 2002, pp. 125-135.
  - 30) 11の活動中の農村PACEが開業補助金を交付され、2012年1月時点で46~216人の加入者を集めていた (National PACE Association (2013), *op. cit.*, p. 5)。
  - 31) LeadingAge & National PACE Association, *op. cit.*; "PACE: A Natural Extension of the CCRC Mission," *LeadinAge*, Dec.5, 2012. [http://www.leadingage.org/PEAK\\_Leadership\\_Series\\_Dan\\_Gray.aspx](http://www.leadingage.org/PEAK_Leadership_Series_Dan_Gray.aspx) (2013年6月1日) CCRCの1つであるABHSES (Alexian Brothers Health Elder Services) はPACEを取り込んだ結果、1998~2004年に入居者に占める貧困者の比率が7%から30%に上昇している。

(あらい・みつよし 埼玉大学教授)