

ISSN 2186-8611

Working Paper Series

No.12

新井 光吉

CCRC と PACE の統合による高齢者包括ケア

平成 28 年 3 月 3 日

Faculty of Economics

Saitama University, Japan

埼玉大学 経済学部

はじめに

第1章 在宅・地域密着型サービス

第2章 高齢者住宅

第3章 CCRC の実態

第4章 CCRC と PACE の統合

むすび

はじめに

現在の深刻な高齢化は先進諸国に共通の社会問題となっている。それはベビーブーム世代が2011年以降に相次いで65歳（2021年以降は75歳）に達しているアメリカでも例外ではない。実際、アメリカも高齢化率が2013年には14.1%（4,470万人）に達し、高齢社会に突入している。¹このため高齢者向けにシニア住宅や医療介護の問題がアメリカ社会でも大きな話題を集めている。アメリカの高齢者（2012年4,310万人）は約15%（650万人）が要介護者と推定されており、そのうちの約150万人が施設介護（8割がナーシングホーム入所）、約500万人が在宅介護（約9割が家族等による介護）を受けていからだ。²しかも高齢者は年間160万人（2012～2013年）ずつ増えているので、要介護者も毎年約24万人（高齢者の増加数×0.15）ものペースで増加すると見込まれているからである。

周知のように高齢者は加齢と共に心身機能を低下させるが、その進行状況は個人差も大きく一律ではない。このため介護付住宅や医療介護は高齢者の個別的なニーズに応じて提供される必要がある。こうした必要性の中から現れたのがCCRC（Continuing Care Retirement Community, 継続的ケア付高齢者コミュニティ）であり、高齢入居者の心身機能の変化に即して住居や医療介護を組み合わせる自立型・支援型・介護型の住宅を提供している。CCRCの入居者はまず自立型住宅（Independent living, IL）で限定的な支援を受けながら自立した生活を送り、自己管理能力を失った時点で同じ敷地内のAL（Assisted Living, 支援型住宅）やNH（Nursing Home, 介護型住宅）に移って身辺介護や医療看護などの手厚いサービスを受けることになる。これは高齢者が転居する時に被る最大のリスクであるトランスファーショック（環境変化に伴う精神的・経済的ダメージ）を避けられるという大きな利点を持っていた。

しかしCCRCはその費用の高さから入居者が富裕層に限られ、市場を狭めることにもなっていた。しかもCCRCはもともと住宅価格の動向によって大きく左右された傾向がつかつ

¹ Administration on Aging, “A Profile of Older Americans: 2014,” U.S. Department of Health and Human Services, p.1. アメリカの高齢化率は2014年には14.31%に上昇。

² 拙稿「アメリカの介護者支援」『DIO』No.294, 2014年6月, p.8.

たので（新規入居者は自宅売却を入居資金に充当）、近年の住宅不況がその市場に深刻な影響を及ぼしていた。そのためターゲットを低所得層にまで広げて収入を安定させようと試みる CCRC も現れてきた。その戦略の 1 つが PACE（Program of All-Inclusive Care for the Elderly, 高齢者包括ケアプログラム）を統合して高齢者包括ケアモデルを構築しようと模索する動きであった。³この統合モデルは①加入者の 9 割以上が貧困老人、②利用料を公費から確保（貧困老人のためメディケア・メディケイドの二重受給者）、③包括ケアによる費用抑制と QOL 向上、という PACE の 3 つのメリットを生かせば、CCRC の市場拡大と費用の抑制を達成できると期待されているからである。

そこで、本稿は CCRC と PACE の統合による切れ目のない高齢者包括ケアモデルがどのように機能しているのかを、実際に統合を試みている CCRC の実態調査に基づいて分析した上で、その成果と限界を明らかにし、実行可能な改良モデルを考えて見たいと思う。PACE はこれまでメディケア・メディケイドの二重受給者を対象とした地域密着型包括ケアモデルを構築し、その普及を図ってきた。確かに PACE 加入者は 2015 年 6 月時点でも 4 万人弱にすぎないが、全米には加入資格要件を満たす高齢者が 300 万人（1999 年時点）もいると見られ、発展の余地も大きい。⁴CCRC と PACE がそれぞれ得意とするケア付住宅と包括ケアの利点を相互に発揮し合えば、より大きな相乗効果も生むこともそれほど困難なことではない。

なお、先行研究は PACE については管見の限りでは、拙稿以外に新しいものがほとんど存在しない。⁵また CCRC に関してはアカデミックな研究が少なく、英文研究を除けば松井、坂川の論文が数少ない実証研究といえよう。⁶英文研究では、Paul A. Gordon, *Developing Retirement Facilities*, 1988 がやや古い研究ではあるが、アメリカでは現在でも CCRC の

³ Daniel H. Gray, “The Synergies of a Program of All-Inclusive Care for the Elderly and the Continuing Care Retirement Community,” CDS, pp. 1-4 <http://www.consulting-cds.com/wp-content/uploads/2012/04/The-Synergies-of-PACE-and-the-Continuing-Care-Retirement-Community-White-Paper-October-2011.pdf#search=Continuum+Development+Services%2C+The+Synergies+of+a+Program+of+All+Inclusive+Care+for+the+Elderly+and+the+Continuing+Care+Retirement+Community>’=2015/9/5 閲覧。LeadinAge, “PACE: A Natural Extension of the CCRC Mission,” <http://www.leadingage.org/Article.aspx?id=7723>=2015/9/5 閲覧。2010 年前後から CCRC と PACE の全国組織が盛んにこの統合モデルの導入を推進している（NPA & LeadingAge, Program of All-Inclusive Care for the Elderly: An important addition to Your CCRC, Webinar: 66130329, Nov. 2, 2011）。

⁴ U.S. Senate Commission on Long-Term Care, *Report to The Congress*, GPO, September 30, 2013, p. 17.

⁵ 拙稿「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—」『海外社会保障研究』Autumn 2013, No. 184, 30-41 頁；同『日欧米の包括ケア』ミネルヴァ書房、2011 年、第 2 章。PACE の研究史については同書 91 頁に整理してある。

⁶ 松井孝太「米国における継続的ケア付高齢者コミュニティ（CCRC）の現状と課題」『杏林 CCRC 研究所紀要』2004 年度、18-35 頁、坂川奈央「米国高齢者施設の査察報告第一報」『東北大医保健学科紀要』第 22 巻第 2 号、2013 年、51-60 頁。

基本文献とされている。Connie J. Evanshwick, *The Continuum of Long-Term Care*, 2001 は、CCRC に関してはそれほど詳しく取り上げていないが、PACE を含む「ケアの継続」に関する詳細な分析が参考になる。とはいえ、CCRC と PACE の統合による包括ケアモデルというテーマに関する研究は現在までのところほぼ皆無で、業界団体などが細々とプレゼンテーションを行っているにすぎない。

もちろん、アメリカの介護状況は NH ケア中心という姿を大きく変化させてはいないが、高齢者の自宅生活願望や連邦・州政府の在宅ケア重視を反映して、徐々に在宅・地域密着型サービスが増加傾向を示している。そこで、次の第 1 章では、まずこのサービス範疇に分類される PACE とデイサービスについて見ておこう。

第 1 章 在宅・地域密着型サービス

2012 年現在、アメリカには約 58,500 の認可有料介護サービス事業者が存在し、約 800 万人にサービスを提供していた。業態別では、デイサービスが 4,800 ヶ所、在宅介護機関が 12,200 ヶ所、ホスピスが 3,700 ヶ所、NH が 15,500 ヶ所、AL が 22,200 ヶ所、存在していた。また 1 日平均 (2012 年) の利用者はデイサービスが 27 万人、NH が 138 万人、AL が 71 万人、ホスピスが 124 万人、となっていた。なお、その他に 472 万人が在宅介護機関を利用者していたのである。⁷

[1]PACE

(1) デイセンターと多職種チーム

PACE は 2015 年 6 月現在、33 州で約 4 万人の加入者に包括ケアを提供していた。2008 年の 29 州、1.7 万人 (61 プログラム)、2013 年 3 月の 31 州、2.6 万人 (92 プログラム)、と比べても PACE は着実な発展を遂げており、その活動が政策当局からも注目されている。⁸

ところで、PACE は 1971 年にオンロック高齢者サービス (On Lok Senior Services) がサンフランシスコで始めたプログラムの複製であると見なされている。オンロックは 1971 年にサンフランシスコのチャイナタウン・ノースビーチ地区において要介護老人を対象にデイケア中心の在宅サービスを提供し、長く自宅に留まれるような支援を始めた非営利団体であった。「安楽」を意味する広東語のオンロックは、連邦政府から実証実験補助を交付され、近隣の要介護老人に自宅で暮らし続けるという選択肢を提供するためにイギリスのデイホスピタルをモデルとしてデイヘルスセンターを開設した。こうしてデイヘルスセンターは脆弱な高齢者に地域密着型サービスを提供する PACE プログラムの中心的な要素とな

⁷ Lauren Harris-Kojetin, et al., *Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview*, National Center for Health Statistics, 2013, pp.2-8.

⁸ 2015 年 7 月 1 日の NPA の CEO である Shawn Bloom へのインタビューによる。Administration for Community Living, “Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE),” p.2.

ったのである。⁹

オンロックの革新性はPACEが普遍的なモデルとなって全米各地に普及するようなプログラムを作り上げた点にある。オンロックは1972年に最初のセンターを開設し、1979年には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を提供できることを実証した。この実績が評価され、オンロックは1983年にメディケアとメディケイドの特例措置としてその加入者への給付金をプールして利用することを認められた。その結果、オンロックはその両者から加入者1人当たり月極め定額払（人頭払）方式で給付金を受け取り、加入者が必要とするケアのすべてを提供することになったのである。

こうして1985年以降には、オンロックに追随した包括ケアプログラムの実験が全米で試みられることになった。これらの目覚ましい実験結果を受けて1986年には実証実験法が制定され、1990年には最初のPACEモデル組織が活動を始めた。連邦議会も1995年、オンロックに対して認可した特例措置を無期限に延長し、オンロックに追随して実証事業に乗り出すことを追加10団体に認めた。またPACE団体数が増加したため、1994年には全国組織の全米PACE協会(National PACE Association, NPA)が結成された。このNPAのロビー活動や実証事業の成功が評価されて、PACEは1997年均衡予算法(Balanced Budget Act of 1997)によって恒久的なケア提供事業者（メディケアの恒久的提供事業者と州営メディケイドの選択的提供事業者）としての地位を獲得するができた。

PACEは均衡予算法によってメディケイドの償還対象となり、その財務状況を安定させることもできた。但し、同法は給付額が無制限に膨張しないように加入要件を次のように厳格に定義していた。即ち、PACEプログラムの加入資格は「年齢55歳以上で看護施設入所レベルのケアを必要とし、またそのサービス地域に住み、さらにその契約の下で課される他の資格要件も満たすこと」とされた。こうして同法はメディケア・メディケイドの支払方法を1965年の制度導入以降で最も大幅に変更した。その支払の基準と方法は病院、NH、在宅介護機関、リハビリ病院、介護施設、医師、医療プラン(Health Maintenance Organization, HMO)などによって異なることになった。しかしこの変更は段階的に実施されたものの、連続したケアに対する柔軟な支払いが損なわれる可能性もあると指摘された。¹⁰

ともあれ、このようにしてPACEは虚弱高齢者対象のデイサービス・センターという性格のオンロックから包括的な健康管理プログラムへと進化を遂げることになった。今日、PACEはアメリカで唯一の真に切れ目のない連続的なケアを提供するプログラムであるといわれている。実際、すべてのPACEモデルは質の高いデイケアサービスを基盤としながら、次の4つのケア統合メカニズムを有している。即ち、それは①多職種チームによるケアマネジメント、②洗練された情報システム、③統合された管理構造、④人頭払いのメディケア・

⁹ 拙著『日欧米の包括ケア』ミネルヴァ書房、2011年、113-114頁。デイサービスが包括的サービス提供の中心的な役割を果し、急性期及び長期ケアサービス（施設入所と地域密着サービス）の両方のリスクを引き受けていた(Connie J. Evashwick, *The Continuum of Long-Term Care*, 2nd Edition, 2001, p. 236)。

¹⁰ *Ibid.*, p. 236.

メディケイド財源、の4つである。¹¹

PACE のユニークさは類似の高齢者ケアプログラムである S/HMO (Social Health Maintenance Organizations) と比較すると分かりやすい。S/HMO は飽くまでも仲介ケアモデルにすぎないが、PACE は包括的なケアを提供しており、統合ケアモデルと呼ばれている。仲介モデルはケースマネージャーがサービスを購入し、その利用を管理するにすぎないが、一方の統合モデルは多職種チームがプライマリーケアを含むケアの大部分を計画・調整・提供していた。しかも後者は病院や NH など他の組織によって提供されるケアに対しても、多職種チームが注意深くモニタリングや管理を行っていた。そのため例えばオンロックの加入者は平均在院日数(1990年)がサンフランシスコ市内に住む他のメディケア受給者(9日)より2.8日も短かった。これはPACEが虚弱高齢者(長期入院の恐れが高い人々)のみを加入者としていたにもかかわらず生じた差異であった。これはPACEが統合モデルの特徴である厳格なケア管理を行ってコストを低く抑制した結果である。¹²

(2) 目的と機能

前述のように PACE は高度看護施設(Skilled Nursing Facilities, SNF)ケア資格を認定された要介護者を対象に急性期、慢性期、介護を統合して効果的な「単一の切れ目のないケアシステム」を提供することを目標としていた。PACE は予防やリハビリが慢性疾患を予防・回復・維持させ、様々な疾病の合併症を回避・抑制できれば自立した生活期間を延ばせるという考え方に基づいて活動していた。そのためプライマリーケア、ソーシャルワーク、リハビリを含むケアサービスが PACE デイセンター、自宅、病院や NH において提供されている。もちろん PACE は送迎、食事及び身辺介護のような地域に密着した介護サービスと共に専門的・付随的な医療サービスも包括して提供していた。

PACE は要介護老人ができるだけ長く自宅で健康を保ちながら暮らし、尊厳や生活の質を維持できることを最も重視していた。そのため PACE はケア提供に際して多職種チームが加入者のニーズを評価し、その人に合ったケアを提供・管理・調整している。PACE は加入者に提供する包括ケアサービスに対してメディケアとメディケイドから月極めで定額払いを受け、加入者に生じる全リスクを引き受けた。これらを通じて PACE は医療費の抑制と加入者の QOL 向上に大きな効果を上げてきたのである。

既に述べたように PACE の加入資格は 55 歳以上で、当該 PACE サービス圏内に住み、SNF ケア資格を認められた者とされている(均衡予算法で全米一律に適用)。加入希望者は申請時に総合的な評価を受けるためにまず2日間にわたり PACE センターに通わなければならない。このようなプロセスを経て PACE 加入者となった者の平均的プロフィールは以下のようなものであった。平均年齢は 80 歳であるが、85 歳以上の者も約 30%を占めていた。また 3 つの日常生活動作(Activities for Daily Living, ADL) 障害を持ちながらも自立して暮

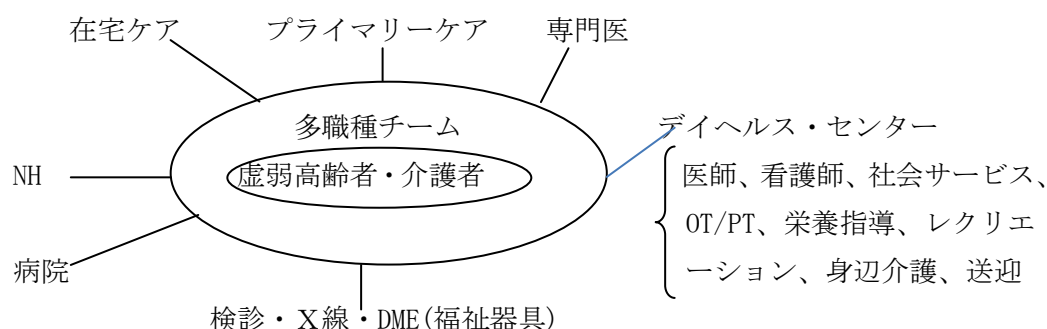
¹¹ *Ibid.*, p. 112.

¹² *Ibid.*, p. 236.

らしていたが、2/3 は認知症や鬱病を患っていた。人種別加入比率は白人が 45%、黒人が 26%、ヒスパニックが 15%、アジア太平洋系が 12%、その他が 2%となっており、白人の比率が人口比から見てやや低かった。¹³

PACE は第 1 図のように①プライマリーケア、②在宅ケア、③NH、④病院、⑤検診、X 線、調剤、福祉器具、⑥専門医、⑦デイヘルスケア(看護、社会サービス、OT/PT、言語、栄養、レクリエーション、身辺介護、移送)、などからなる包括ケアを加入者に提供している。PACE の独特な点は多職種チームが加入者への包括ケアに関して全責任を負っているという点にある。この多職種チームは①プライマリーケア医、臨床看護師(Nurse Practitioner, NP)、医療助手(Physician Assistants, PA)、②看護師(正看護、准看護師)、③ソーシャルワーカー、④OT/PT、⑤レクリエーション・セラピスト、アクティビティ・コーディネーター、⑥在宅ケア・コーディネーター、⑦管理栄養士、⑧センターマネジャー、⑨運転手と高齢者介助者、などのメンバーから構成されていた。PACE は 1 サイトに 1 チームが配置され、75~100 人の加入者のケアに責任を持っているが、1 チームが 150 人以上の加入者を担当しているケースもある。

第 1 図 PACE の包括ケアモデル



(資料) 前掲拙著、115 頁。

PACE は①プライマリーケア、②多職種チームの会議、③治療、④レクリエーション、⑤健康増進療法、⑥社交、⑦身辺介護、⑧食事、などを提供できる十分なスペースと適切な設備を備えたセンターの運営を法律で義務づけられている。PACE センターは一律ではなく様々であったが、少なくとも①1 日 100 人程の加入者にサービスを提供する 1.2 万平方フィートの場所の確保、②週 7 日 24 時間利用可能であること(但し主に平日の午前 8 時~午後 5 時まで営業)、③1 階部分に開設、④舗道の縁石にバン降車口の設置、⑤スタッフの確保(営業開始時スタッフ約 40 名)、⑥バンの駐車スペース 8 台分、⑦中央入口に加えサービス用入口の設置、⑧トイレ、シャワー、洗濯室、診察、治療、歯科、リハビリ、キッチンエリア用のスペース内配管設備、⑨利便な地区の選定、など多くの条件も満たさなければならなかった。

¹³ 前掲拙著、115 頁。

(3) PACE の運営財源

PACE はメディケア、メディケイド、加入者の三者が支払った資金をプールして利用するという点では前述の S/HMO と類似している。しかし PACE には次のような重要な相違点があった。PACE は特に NH (SNF) 入所資格者を加入対象としており、メディケイドが財源として最も重要な役割を果たしていた。それゆえメディケイドの受給資格がない者はメディケイドで負担されるべき費用相当額を私費で支払わなければならなかった。オンロックでの経験によれば、加入者は短期間に資産を使い果たしてメディケイドの所得制限額を下回り、ようやくその受給資格者となっている。一方、ほとんどの高齢者はメディケアの受給資格者であったので、メディケア・メディケイドのいずれの資格も持たない 100% 自己負担の者は全体の僅か 1% にも満たなかった。¹⁴

メディケアは PACE に対して第 2 図のようにメディケア・パート C (メディケア・アドバンテージ・プラン、2003 年のメディケア近代化法実施以前はメディケア+チョイス・プログラム)¹⁵に基づいて他のマネジドケア組織 (HMO 等) と同様の方法で支払っている。実際のメディケア人頭払額は PACE 加入者の虚弱度も勘案して調整され、しかもその額は比較可能な PACE 非加入者の保険数理コストよりも低く設定されている。言い換えれば、PACE は同様に虚弱な人々にケアを提供している他のプログラムよりも効率的 (低コスト) であることが求められているのである。確かに実証実験はそれが可能であることを示していたが、PACE 以外のケアプログラムが効率性を高めてキャッチアップしてくれば、PACE も次第に財政的な圧迫を受けることにもなる。

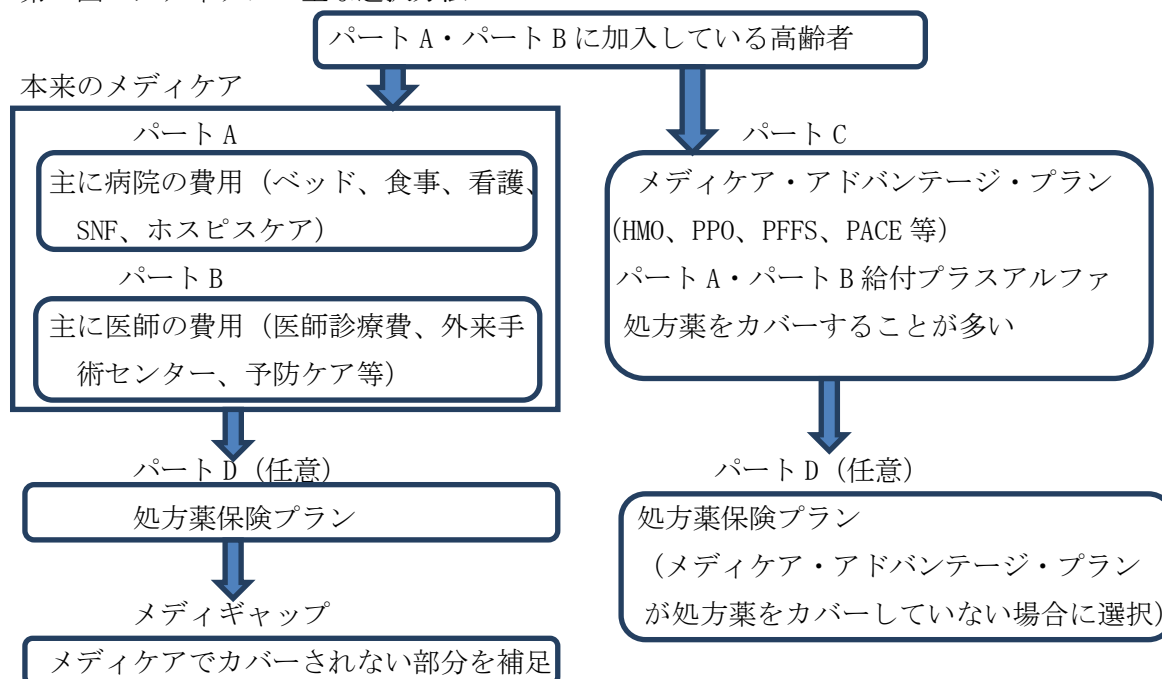
PACE はプライマリーケアと長期ケアを含むあらゆる種類の地域密着型サービスを提供している。これに対して支払側、特にメディケアとメディケイドは種類の異なったサービスに対して支払を行っている。均衡予算法もサービスの給付範囲を以下のように限定していた。第 1 に、支払の原資に関係なく、PACE 事業者は金額、期間、範囲について何の制限も設けることなく均衡予算法第 XVIII 章及び第 XIX 章でカバーされているサービスすべてを免責額、自己負担、あるいは一部自己負担を求めずに提供しなければならなかった。第 2 に、サービスは加入者が 1 日 24 時間、年 365 日、利用できるようにし、急性期と長期ケアサービスを統合した包括ケアを多職種チームによって提供しなければならなかった。第 3 に、PACE 事業者は利用対象サービスのうち自ら提供できないものについては提携先等からの提供を手配しなければならない。第 4 に、PACE プログラムの契約は質の保証と改善に関する書面計画と書面保護規定 (患者の権利・苦情・不服申立手続規定を含む) を必ず盛り込まなければならなかったのである。¹⁶

¹⁴ Evashwick, *op. cit.*, p. 237.

¹⁵ 関ふ佐子「メディケア・アドバンテージにみる社会保険と私保険併存の模索」『横浜国際経済法学』第 18 巻第 3 号、2010 年 3 月、123-125 頁、中川秀空「アメリカの高齢者医療制度の現状と課題」『レファレンス』2011 年 2 月号、8-15 頁。

¹⁶ *Ibid.*, pp.238-239.

第2図 メディケアの主な選択方法



(資料) 中川前掲、8頁の図1に基づき若干修正。

(3) 成果 (オンロック)

では、PACE は要高度看護ケアの認定を受けた高齢者に包括ケアを提供して、実際の施設入所をどの程度まで回避し、在宅生活の長期継続を可能にしているのだろうか。そこで、オンロックのケースを取り上げ、その成果を見ておこう。オンロックの加入者はほとんどが深刻な疾病を抱えた虚弱高齢者であった。彼らは2008年5月時点で、高血圧が72%、認知症が52%、糖尿病と鬱病が31%、心臓機能障害が21%、など様々な疾患に対して高い罹患率を示しており、1人当たり平均罹病数も14疾患に達していた。

にもかかわらずオンロックは多数の様々な疾患を抱えた高齢者を加入者としながら、彼らのほとんどをNHに入所させることなく在宅生活の継続を保証してきた。例えば、オンロックは2008年時点でセンターを10カ所所有していたが、そのうちサンノゼを除く9つのセンターの運営実績から次のことが明らかになっている。全体平均では、加入者の居住場所はコミュニティ(自宅)が50%を占め、これにケアホーム20%、高齢者住宅15%、信仰団体施設9%が続き、SNFは僅か6%にすぎなかった。オンロックの加入要件がSNF入所資格認定者であったことを思い起こせば、実際のSNF入所率が僅か6%に止まっていることは画期的な出来事といわなければならない。¹⁷

このようにオンロックは包括ケアによって要介護老人の在宅生活の継続を可能にし、SNF入所率を大幅に抑制しているといつてよい。その結果、加入者がどんな健康状態に陥って

¹⁷ 前掲拙著、125-126頁。

も、一切の追加負担を求めることなくケアリスクのすべてを引き受けながらも赤字に転落することなく運営することができたのである。とはいえオンロックのセンターの間でもかなりの差が見られた。例えば、ミッションセンターでは SNF 入所がゼロで、自宅(コミュニティ)が 67%にも達している。パウエルセンターでも SNF 入所が僅か 1%にすぎず、自宅(コミュニティ)が 51%を占めていた。フリーモントセンターでも SNF は 2%にすぎず、自宅(コミュニティ)が 27%、信仰団体施設が 66%を占めており、ほとんどの加入者が SNF に入居せずに在宅の生活を続けていたのである。

一方、フィルモアセンターでは SNF 入所が全センターで最高の 12%にも達し、自宅(コミュニティ)は 33%と少なく、PACE の能力が十分に発揮できていない。またモントゴメリーセンターも SNF 入所が 9%を占め、自宅(コミュニティ)は 31%にすぎなかった。ローズセンターも、SNF 入所が 9%に達していたが、自宅(コミュニティ)の比率も 60%とかなり高かった。ジェイドセンターは、SNF 入所が 7%、自宅(コミュニティ)が 54%で、全体の中間的な位置を占めている。

確かにセンター間で SNF 入所率も差がある程度見られたが、全体の入所比率は 6%にすぎず、PACE 全体の平均とされる 7~8%と比べても低かったので、包括ケアの機能を十分に発揮していたといつてよい。次に PACE も多職種チームと共にプログラム基盤として重視してきたデイセンターについて見ておこう。

[2] デイサービス

(1) 定義と歴史

アメリカのデイサービス・センターは NH、在宅介護機関、ホスピス、入居ケアコミュニティなど他の介護提供組織とは異なり、大部分が非営利組織 (NPO) によって運営されている。デイサービスは利用者が日中に集団で必要なサービスを受けながら在宅生活を続けられるように支援する介護代替の手段と見なされている。デイサービスは認知症や身体障害を抱える者がこの通所サービスと通じて NH 入所を遅らせることができると考えられているからだ。しかも地域密着型のデイサービスは他の介護サービスよりも遥かにコストが低かった。とはいえ全米に様々なモデルが存在しているので、デイサービスの厳密な定義は困難である。取り敢えず全米デイサービス協会 (NADSA) の定義に従えば、次の通りである。¹⁸

即ち、「デイサービスは個人のケアプランを通じて機能及び認知障害を患っている成人のニーズに対応するための地域密着型グループ・プログラムである。これらの組織化された包括プログラムは 24 時間ケアよりも少ないが、昼夜を問わず予防的な環境で様々な健康管理、社会的及び関連支援サービスを提供している。またデイセンターは一般に週 5 日、通常の営業時間にプログラムを運営している。夕方や週末にサービスを提供しているプログ

¹⁸ Lisa L. Dwyer et al., “Differences in Adult Day Services Center Participant Characteristics by Center Ownership: United States, 2012,” *NCHS Data Brief*, No. 165, September 2014, p. 101.

ラムもある」というものである。

第1表 アメリカのデイサービス

デイサービス・プログラム数	50州とDCに約5,000
収容能力	約16万人
センター当たり平均登録者数	40人
1日の平均利用者	22人
1日の平均料金	43ドル、30～90ドルの範囲
主要収入源	メディケイド、私費負担、補助金、慈善金
総年支出	9.83億ドル
認可 (Licensing)	34州が認可を与えている
認証 (Certification)	数州でメディケイドにより認証
認定 (Accreditation)	リハビリ施設認定委員会により入手できる

(資料) Evashwick, *op. cit.*, p.102.

デイサービス・プログラムは外来病院（昼間だけ診療する病院）概念、特にイギリスの老人外来病院の影響を受けて発展してきた。また現在のデイサービス・プログラムの先駆はメディケア実証事業として1970年代初めに開始された少数のプログラムが含まれる。

その後、ベビーブーマーの高齢化、脱施設と地域密着型選好の高まり、介護費用を自己負担できる高齢者の増加などの要因が重なって、デイサービス・センターは全米で急増した。センターは1985～1989年に1,200カ所から2,100カ所に増加し、1997年には全50州とDCにおいて4,000カ所以上が活動していた。また2010年には4,600カ所以上となり、利用者数も26万人を超えた。最新のデータによれば、センターは2012年現在4,800カ所、利用者数も27.3万人に達している。¹⁹

センターは1980年代末頃から営利組織が急増し始めるが、1997年時点ではまだ約90%が非営利組織によって運営されていた。しかしその後の営利組織の増加によって、2012年には営利組織がセンター数で40%、利用者数でも47%を占めるようになっている。なお、デイサービスの概要を示しておけば、第1表のようになっている。

(2) 利用者

センターの利用者は年齢別では65歳未満が37%、65～84歳が47%、85歳以上が17%を占めていた。人種別の利用者比率は非ヒスパニック白人が47%、ヒスパニックが20%、非ヒスパニック黒人が17%、その他の非ヒスパニックが16%を占めている。またセンター利

¹⁹ *Ibid.*, p.102; MetLife Mature Market Institute, “The MetLife National Study of Adult Day Services: Providing Support to Individuals and Their Family Caregivers,” October 2010, p.3.

利用者は 55%が利用料の一部あるいは全額をメディケイドに依存していた。疾病との関連では、非営利センターの利用者はアルツハイマー病やその他の認知症、あるいは発達障害と診断された者の割合が高かった。一方、営利センターの利用者は鬱病や深刻な精神病と診断された者の比率が高くなっている。²⁰

もちろんデイサービスは心身機能の低下のために昼間一人では過ごせない人々のみならず、在宅で彼らを世話している介護者（一般に家族）もサービスの対象としている。利用者は第 2 表のように様々な疾病や障害を抱えていたが、自立して ADL を行う能力が制限されているという共通点を持っていた。

第 2 表 デイサービス利用者の特徴（1997 年頃）

利用者数	16 万人
1 日当たり平均利用者数	87,700 人
平均年齢	76 歳
女性の割合	67%
独居	25%
配偶者、成人の子ども、他の家族や友人と同居	75%
認知症	50%
アルツハイマー病や関連した障害	33.3%
週 1 回以上の看護サービスを必要	33.3%
2 つ以上の ADL 介助を必要	59%
3 つ以上の ADL 介助を必要	41%

（資料）Evashwick, *op. cit.*, p.103.

(3) サービス内容

デイサービス・センターでは、多職種の専門職が利用者とその家族の身体的・精神的・社会的ニーズに応じた包括的な健康管理を提供している。²¹ デイサービスはその内容から「社交デイケア (social day care)」と「デイヘルスケア (医療デイケア、adult day health care)」の 2 つのタイプに分類される。その違いは後者では看護ケアと回復・維持リハビリが追加されている点にある。この相違は州のメディケイド償還額にも影響を与える。例えば、カリフォルニアは社交デイケアとデイヘルスケアという 2 つの認可区分を設け、メディケイド (メディカルとして知られる) からの償還を後者のみに限定していた。²²

全米デイサービス協会の『1997 年デイサービス基準ガイドライン』もデイサービスをケ

²⁰ *Ibid.*, p.1-2.

²¹ NADSA, “MetLife National Study 2010,” <http://nadsa.org/research/metlife-national-study-2010/>=2015/10/25

²² Evashwick, *op. cit.*, p.104.

アレベルに基づき次の3タイプに区分している。即ち、第1の「中心的サービス」は全プログラムで共通して提供されているサービスである。サービスの内容は健康評価とケアプラン作成、ADL 介助（摂食、入浴、身繕い、排泄、移動）、健康管理、栄養管理、社交サービス、治療活動、送迎、及び緊急ケアを含むが、看護サービスを含まず、正看護師をセンターに配置する必要もない。第2の「強化サービス」は「中心的サービス」に加え、適度な基準に基づく回復・支援・リハビリサービス、健康評価と心理社会的支援サービスの紹介、機能維持のための理学・作業・言語療法などを含んでいる。第3の「集中サービス」は「強化サービス」に加え、不安定な病状に必要となる集中看護サービス、回復あるいはリハビリ・レベルの治療、集中的な社会心理的支援サービス、必要に応じた特別支援サービスなどを含んでいた。²³

このように健康管理やリハビリを含むデイサービスは、慢性疾患（心臓病、肺疾患など）や身体・神経機能低下（脳卒中、関節炎、パーキンソン病など）を患う利用者にとっては大変有益なサービスであった。特に急性発作から回復して退院した直後の利用者は「集中サービス」において提供されるデイサービスから多大な恩恵を享受している。また「中心的サービス」あるいは「社交デイケア」は身体活動能力を持ちながらもアルツハイマー病やその他の認知障害を患っている人々にとっては最適なモデルといえる。²⁴

さらに深刻な慢性疾患を抱える者は健康状態の日常的なモニタリングや必要時のケアを担う准看護師が配置されている「デイヘルスケア」あるいは「医療デイケア（medical day care）」プログラムが有効である。このモデルでは正看護師が服薬管理、健康教育、栄養相談と共に、血圧、体重、血糖値の定期的チェックを含む利用者の健康状態モニタリングを行っているからである。看護師は利用者のプライマリーケア医や家族介護者とも定期的に連絡を取っている。このような看護ケアに加えて回復期・維持期リハビリを提供しているデイサービス・プログラムもある。リハビリ治療は理学・作業・言語療法も含んでおり、利用者の機能回復・維持を支援し、利用者のNH入所の可能性を抑制している。²⁵

デイセンターはふつう週5日間（月曜日～金曜日）営業しているが、週末や夕方も開いているセンターも少数ながら存在する。なお、センターは入会時に利用者の個別的なニーズに基づいてケアプランを作成し、定期的に見直している。

(4) スポンサーと財源

ところで、1997年の調査によれば、他組織の付属となっているセンター（2012年時点では全体の41%）は41%がNH、27%がシニアセンター、25%が病院、7%が在宅介護機関の一部門となっていた。²⁶特に病院などの医療組織は医療サービスを含むデイサービス・プロ

²³ *Ibid.*, pp. 104-105.

²⁴ Evashwick, *op. cit.*, pp. 105-106.

²⁵ Evashwick, *op. cit.*, p. 107.

²⁶ Dwyer et al., *op. cit.*, p. 1.

グラムを保持しようという意向が強かった。というのも、このプログラムが医療組織の使命と密接に関連していると思われていたからである。このプログラムは病院治療の延長と考えられ、ケア提供の連続性を確保する包括ケアを実現するものと考えられていた。しかも「医療デイケア」センターは病院やNHにとって馴染の深いメディケイドから償還が行われていたからである。

一方、「中心的サービス」のみを提供するデイセンターは専ら私費と寄付や補助金によって費用が賄われていた。デイサービスの利用料負担(中央値)は1人1日当たり69ドル(2015年)であった。そこで、他のプログラムと比較(年間利用料の中央値、2015年)して見ると、NHが年91,250ドル、在宅介護助手が年45,760ドルであったのに対して、デイサービスは僅か年17,940ドル(毎週5日利用)にすぎず、費用がかなり安かった。²⁷

デイセンターの収入源はメディケイド(29.3%)と現金払い料金(23.2%)が中心で、全体の52.5%を占めていた。メディケアがデイケアを介護サービスと見なして支払対象外にしているのに対して、メディケイドは「医療デイケア」を支払の対象としている。このためメディケイドの在宅・地域密着型ケア支出は1995～2011年に108億ドルから534億ドルに増加し、メディケイドの長期ケア支出に占める割合も20%から45%に上昇している。²⁸しかしメディケイドも支払の対象外にしているデイサービス・プログラムは利用者や家族の利用料負担に依存せざるを得なかった。大部分の貧困者や貧困近傍の利用者はデイサービス利用料の全額を支払う余裕がないので、一部分を寄付などの助成金に頼っている場合も多いという。

第2章高齢者住宅

[1] 高齢者住宅の種類と歴史

高齢者住宅は長期ケアにとっても重要な基盤となっている。住宅環境が虚弱高齢者の自立能力の維持に影響を及ぼすばかりでなく、住宅のレイアウトや機能も介護者の介護能力に影響を与えるからである。貧弱な住宅環境は心身機能のリスクを持った人が健康問題を悪化させて入院を含む様々な医療サービスを必要ならしめる原因となるからだ。

アメリカで住宅と長期ケアの関係が注目される始めたのは20世紀に入って以降のことである。1920年代には多くのモデル・アパートが財団の提供する資金で建設され、ソーシャルワーカーの手で管理され、栄養学や家事に関する教育支援も提供された。次いで大恐慌期から第二次大戦直後期には改革主義者たちが住宅と付随サービスという考えを公営住宅政策に持ち込もうとした。しかし民間部門との競争を懸念する反発が強かったので、政府出資の公営住宅は生活を快適にする施設をほとんど設けらるることができなかった。その結

²⁷ Erica L. Reaves and Mary B. Musumeci, “Medicaid and Long-Term Services and Supports: A primer,” The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, December 2015, p. 3.

²⁸ U. S. Senate Commission on Long-Term Care, *op. cit.*, p. 16.

果、コミュニティ施設は著しく限定され、社会サービスやコミュニティ・サービス向けの住宅予算も縮小された。また管理者の役割も建物の管理と家賃徴収などに限定されていた。そのため 1950 年代末に高齢者が公営住宅への入居を認められるようになった頃には、公営住宅は活動的で元気な高齢者が入居する所として確立されていた。緊急呼び出しのような高齢者用の特別な機能も若干は付いていたが、それ以外のサービスは公営住宅には全く存在していなかった。

高齢者・障害者向けの特別住宅の法的規定は 1959 年の改正国民住宅法 (National Housing Act) 第 202 条によってようやく導入された。しかし入居者は当初、収入要件が公営住宅より少し高く設定されており、中所得層を主なターゲットとしていた。というのも、この制度の推進者は第 202 条住宅が貧困層の多い NH や老人住宅になってしまうことを恐れていたからである。²⁹

その結果、第 202 条住宅プロジェクトは歩行が可能な自立した高齢者向けにも建設されることになった。この住宅には事故を予防するための機能 (緊急呼び出しボタンや掴み棒) が設置され、サービスや共同活動のスペースも認められた。しかし食事のようなサービスは保証されておらず、居住者か支援者がそれらの費用を負担しなければならなかった。監督官庁の連邦住宅都市開発省 (HUD) も従来の「レンガとセメントで出来た建物」という思考から脱却できておらず、州の独自プログラムも HUD の考えに追随していた。³⁰

民間住宅 (一戸建てやアパート) もまた自立して生活できる人向けのものだった。このため虚弱高齢者が最後まで住み続けられるように配慮された住宅は依然としてほとんど存在していなかった。民間アパートも公営住宅と同様にサービス用のスペースがほとんどなく、入居者が必要とするサービスに対応できる訓練を受けたマネージャーも雇っていなかったのである。

しかし 1970 年代に入ると、高齢者や障害者が住み慣れた場所で暮らし続けられるように支援するべきだという考え方が強まってきた。それまでは人々が虚弱になると共にある住宅環境から別の住宅環境へと転居するのが当然と考えられていた。実際、公営住宅、一戸建て住宅、民間アパート等に入居していた人々は後期高齢者になると、住み慣れた場所で暮らし続けたいという希望とは裏腹に NH や食事ケア付高齢者ホームのような施設への転居を余儀なくされていた。だが、今日では常識となっていることだが、虚弱高齢者が要支援・介護状態になっても転居する必要はないという考え方が次第に広まってきたのである。介護を必要とする高齢者も、手頃な地域密着型サービスを利用できさえすれば、自宅やアパートを含む様々な住宅環境の下でも容易に暮らし続けられるからである。

現在、アメリカで住み慣れた環境での生活の継続を支えているのは高齢者住宅であるが、それは次の 5 つのタイプに大別されている。第 1 の IL (Independent Living, 自立型住宅) はプライバシーを重視しながら一体型のコミュニティを希望する活動的な高齢者に最適の

²⁹ Evashwick, *op. cit.*, p. 116.

³⁰ *Ibid.*, p. 116.

施設とされる。大部分は入居者が長く自立して暮らせるように設計されたキッチン付ステューデオ（ワンルーム）か複数寝室のアパートからなる。第 2 の CCRC (Continuing Care Retirement Community, 継続的ケア付高齢者コミュニティ) は 1 つの敷地（キャンパス）内に IL から NH までを配置し、継続的なケアを望む者にとっては最適な施設であった。CCRC は最も自立度の高い人向けのステューデオか複数寝室のアパートと、もっと介護度の高い入所者向けの個室・相部屋を備えている。第 3 の AL (Assisted Living, 支援型住宅) はある程度の介護と管理を必要とするが、高度看護ケアの必要がない者にとって最適な施設となっている。第 4 の食事ケア付施設 (Board and Care Facilities, BCF) は心身障害のために自立した生活を送れないが、常時の高度看護ケアを必要としない者にとって最適な施設である。この種の施設は共用レストランを備えた団地の個室と準個室が一般的である。第 5 の SNF (Skilled Nursing Facilities, 高度看護施設) は NH とも呼ばれ、常時 (24 時間) のモニタリングや医療を必要とする疾病や精神病を患う者に最適な施設とされる。SNF 入所者の大部分は準個室に住み、1 日 3 回の食事が提供されている。³¹そこで、次にこれら的高齢者住宅がどのように機能しているのかを見ておこう。

[2] 自立型住宅 (IL)

アメリカでは、高齢者の 77% が自宅を所有していた (1990 年代末)。住宅所有率は加齢と共に低下するが、85 歳以上の高齢者でも 67% が依然として自宅に住んでいた。³²また公営住宅には平均年齢 75 歳の高齢者が 100 万人以上も暮らしており、居住者の大部分は女性、貧困者、独居老人などからなっていた。それ以外は前述の 5 つのタイプの高齢者住宅で暮らしていたのである。

その中で IL は一般に 55 歳以上の健康な高齢者向けの住宅施設とされている。IL はアパートスタイルの住宅から独立した住宅まで様々ものがある。入居者が自立して暮らせる間は、大部分の IL がアメニティ、アクティビティや生活サービスなどを提供している。敷地内のレクリエーションセンターやクラブハウスは友人仲間と連絡を取り合い、芸術や工芸、休日の集まり、継続的な教育授業、映画鑑賞会などのコミュニティ活動に参加する機会を入居者に提供するために使用されている。また IL は水泳プール、フィットネス・センター、テニスコート、ゴルフコースなどの施設も備えていた。それ以外に IL で提供されるサービスには敷地内のスパ、美容・理容サロン、1 日 3 回の食事、基本的な家事・洗濯サービスなどが含まれる。

IL は ADL 介助が不要かほとんど必要のない高齢者を入居対象としているので、大部分の IL が医療・看護スタッフを全く配置していない。一般住宅と同じように、支援の必要が生

³¹ Meagan Kemston, “Nursing Home, Assisted Living, or Independent Living?,” <https://www.caring.com/articles/residential-care-options-comparison>=2015/9/21

³² Evashwick, *op. cit.*, p. 116.

じた時には、在宅ヘルパーを別途雇うことになっている。³³

もちろん IL には以下のように多くの異なったタイプの施設がある。第 1 は低所得層向け、あるいは補助金付の高齢者住宅である。アメリカでは、HUD が低所得高齢者のために補助金の交付を通じて高齢者住宅を提供している。第 2 は高齢者アパートあるいは健康管理施設付住宅である。これらは一般に入居を 55 歳以上の高齢者に限定した住宅団地で、家賃にレクリエーションプログラム、送迎サービス、食事（共用食堂）などのコミュニティ・サービスが含まれている。第 3 は退職者ホームあるいは退職者コミュニティと呼ばれるもので、入居資格が 55 歳あるいは 62 歳以上に制限された住宅団地である。これらの住宅団地には一世帯住宅、二世帯住宅、移動住宅、タウンハウス（連棟式低層集合住宅）、あるいはコンドミニアム（マンション）など多様な形式の住宅が含まれている。もしこれらの住宅を購入すれば、屋外のメンテナンス、レクリエーションセンター、クラブハウスなどのサービスは月額利用料に含まれていた。

第 4 は CCRC である。入居時には本人も配偶者も比較的健康であっても、将来的には深刻な健康問題が懸念されるならば、CCRC への入居が賢明な選択肢とされる。CCRC は同じ敷地内で IL から NH までの連続したケアを提供している。入居者が ADL 介助を必要とするようになれば、同じ敷地内で IL から AL や SNF に移ることができる。CCRC の利点はトランスファーショックを最初の入居時に経験するだけで済ますことができ、長く自立した生活を安心して送れることにある。だが、CCRC は IL に止まらず、AL や NH の施設も含むので、後で別途詳しく説明したい。

IL と他の高齢者住宅との大きな違いは提供される ADL 介助のレベルにある。摂食、身繕い及び排泄などに 24 時間の介助、あるいは日常的な医療支援が必要な場合には、AL や NH に転居した方がむしろ入居者の QOL も高まると考えられるのである。

[3] 支援型住宅 (AL, BCF)

1980 年代以降、多くの支援型住宅が増加してきた。これらには①食事ケア付高齢者ホーム (BCF)、②AL (生活介護付高齢者住宅)、③CCRC、が含まれる。これら支援型住宅で暮らす高齢者は 1990 年頃において 100~200 万人と推定された (BCH と AL が 50~100 万人、CCRC が 35~45 万人、それ以外が 25 万人)。³⁴そこで次に、これらのうち CCRC を除き、BCF と AL について詳しく見ておこう。

(1) BCF

BCF は自立しては暮らせないが、NH で提供されるような常時の管理も必要としない高齢

³³ “Independent Living for Seniors: choosing a Retirement Home or Retirement Facility,”
<http://www.helpguide.org/articles/senior-housing/independent-living-for-seniors.htm>=2015/9/23

³⁴ Evashwick, *op. cit.*, pp. 118-119.

者を対象にケアを提供している。BCF は規模の大きい AL において利用できるものと同じサービスを高齢者に提供しているが、その内容は部屋、食事（共用食堂）、家事サービス（洗濯、掃除）、最低限の身辺介助、時折の服薬管理、などからなる。BCF は州政府の認可と規制を受ける建前になっているが、小規模なもの多くは無認可で州の強制力も弱く、高齢者と精神病患者（非施設収容）を対象に、しばしば一緒にサービスを行っていた。優良な施設もない訳ではないが、標準以下の建物に障害者と高齢者を一緒に収容し、熟練した職員をほとんど雇っていないような BCF も少なくないといわれる。

BCF は 1990 年代初めに全米で 3 万以上の施設が存在し、NH 施設の 2 倍にも達していた。しかし規模が小さかったので（普通 5~20 人）、BCF の入所者は NH の 1/4（約 40 万人）にすぎなかった。BCF の高齢入所者の多くは居住施設とケアの利用料支払のために補足的保障所得（SSI）に上乗せされた金額を州政府から給付されている。いずれにせよ BCF は住宅と施設の中間的な性格のものであり、入所者は相部屋への入居を求められる。³⁵

(2) AL

AL (personal care home, 身辺介護ホームも含む) などの支援型住宅は自立しては暮らせないが、NH などの高度看護も必要としない人に住居と支援サービスを提供している。AL は連邦政府の規制がなく、州の規制も様々なので、州ごとの違いが大きい。³⁶AL は 1990 年代に高齢者住宅市場において最も急成長を遂げた分野でもある。AL は専門職によって管理された支援・看護サービスを集合住宅施設において提供している。もちろん AL は予定外の支援ニーズにも対応できる能力を持ち、入所者の身体的・精神的な自立を最大限に生かすように運営されている。費用は 1998 年時点で月額 383~6,150 ドルで、平均額では 2,206 ドルであった。現在も AL は連邦政府の資金に全く依存していないので、入所者がケアサービスの費用を全額自己負担している。しかし低所得入居者の費用負担に補足的保障所得（SSI）やメディケイドを活用し、メディケイドの規則免除による償還（人頭払い）を行っている州もある。³⁷

1. 入居者の特徴

AL の入居者は自分で移動はできるが、2~3 の ADL 介助を必要とする 87 歳の女性というのが典型的なイメージである。しかもこの高齢女性は 10 大慢性病のうち 2~3 の疾病を抱

³⁵ *Ibid.*, p.119; Barbara Resnick, “Board-and Care Facilities,” Merck Manuals <https://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/provision-of-care-to-the-elderly/board-and-care-facilities=2016/2/10> 閲覧。

³⁶ Eunice Park-Lee et al., “Residential Care Facilities: A key Sector in the Spectrum of Long-term Care Providers in the United States,” NCHS Data Brief, No. 78, December 2011, pp. 1-8.

³⁷ Evashwick, *op. cit.*, p.120. 1999 年初頭では 25 州が規則を設け、3 州が検討中であった。

えている。入所者の年齢構成（2010年）を見ると、85歳以上が54%、75～84歳が27%、65～74歳が9%、65歳未満が11%という比率になっており、85歳以上が半分を超えていた。性別構成は女性が74%、男性が26%で、3：1の割合であった。ALの入居者は全米で73.5万人に達し、入居者の38%が3つ以上のADL介助を必要としていた。要介助率は入浴72%、身繕い52%、排泄36%、送迎25%、摂食22%、調理87%、服薬81%となっており、調理、服薬、入浴では高率となっていたが、排泄、送迎、摂食などではそれほど高くなかった。³⁸

また10大慢性疾患の罹患率は高血圧57%、アルツハイマー病及び他の認知症42%、心臓病34%、うつ病28%、関節炎27%、骨粗鬆症21%、糖尿病17%、慢性閉塞性肺疾患(COPD)及び関連疾患15%、ガン11%、脳卒中11%、となっており、高血圧やアルツハイマー病・認知症、次いで心臓病の比率は高いが、それ以外はまだ極端に高い訳ではない。

ALには様々な環境的背景を持った入居者が転入して来る。70%は自宅やアパート、9%は看護施設、9%は退職者・自立型住宅コミュニティ、7%は家族住宅、5%は別のALやグループホーム、からの転入である。反対にALからの転出は59%がNHに移り、33%が死亡し、残りが自宅に戻るか他の場所に転居している。そのためALの入居期間（中央値）は2年未満の約22カ月であった。³⁹

2. サービス内容

2010年現在、ALは97.2万人の収容能力を持つ3.1万施設が存在していた。⁴⁰規模別のAL施設はベッド数4～10床の小規模施設が50%、11～25床の中規模施設が16%、26～100床大規模施設が28%、100床以上の超大規模施設が7%を占めていた。しかし施設数では圧倒的な小規模ALは入居者数では全体の僅か10%を占めるにすぎなかった。

ALの利用料は地理的な立地とサービスの種類によって様々である。中央値で見ると、個室（1寝室）の月額利用料は3,500ドルであった。AL施設は一括サービスに対して、半数が段階料金方式(tiered-pricing)、24%が包括料金方式、17%が出来高払料金方式、をそれぞれ採用していた。

またサービス内容を見ると、ALは①24時間モニタリング、②共同食堂で1日3回の食事と間食、③身辺介護サービス（摂食、入浴、身繕い、排泄などの介助）、健康管理、服薬管理、社会サービス、認知症障害者のモニタリング、社交や信仰活動、送迎、洗濯・繊維製品供給、掃除とメンテナンス、など広範なサービスを提供していた。OT/PTのサービス提供は施設規模が大きくなるに従って増加するが、高度看護の提供は施設規模による違いが見

³⁸ National Center for Assisted Living, “Residential Profile,” <http://www.ahcancal.org/ncal/resources/Pages/ResidentProfile.aspx>=2015/9/28 確認。

³⁹ Christine Caffrey et al., “Residents Living in Residential Care Facilities: United States, 2010,” *The National Center for Health Statistics Data Brief No. 91*, p. 5.

⁴⁰ National Center for Assisted Living, “Assisted Living Community Profile,” <http://www.ahcancal.org/ncal/resources/pages/alfacilityprofile.aspx>=2015/9/25

られなかった。

ところで、AL は 82%が民間営利施設で、残りの 18%が民間非営利施設か公営施設（州・市・地方政府所有）となっていた。小規模 AL はむしろ大規模 AL よりも営利施設の比率が高い（91%）。AL 施設の 38%は他の組織の系列に属しており、AL の規模が大きくなればなるほど系列組織の割合が高くなっている。

既に述べたように AL は主に私費負担の入居者にサービスを提供していたが、近年はメディケイドに依存する入居者の比率が増加している。AL 施設の 43%が利用料の一部ないし全部をメディケイドで賄っている入居者を少なくとも 1 人以上受け入れていた。また入居者の 19%が AL から受給するサービスの少なくとも一部をメディケイドで支払っていたのである。AL 入居者のメディケイド依存率は年齢別では 65 歳以下が 56%、65～74 歳が 39%、75～84 歳が 16%、85 歳以上が 10%となっており、むしろ高齢になるほど依存率が低下している（理由は不明）。⁴¹

[4] NH (SNF, 介護型住宅施設)

(1) NH の種類と入所者の特徴

アメリカでも家族介護に頼れない高齢者が多く、施設介護の中心である NH（日本の特養と療養病院を合わせたような施設）に対するニーズが依然として高い。介護施設では、身辺介護、社会サービス、医療サービスなど広範囲の長期ケアが享受できるからである。そのため NH（メディケア・メディケイド償還プログラム認可）は増え続けて 1997 年に約 1.8 万施設のピークに達した後、2012 年の 15,652 施設まで漸減傾向を示している。近年の減少は長期ケア財源の 40%を賄うメディケイドが 1995～2011 年に在宅・地域密着型ケア支出の比率を 20%から 45%（施設ケア支出は 80%から 55%に減少）にまで高めていることから明らかかなように在宅ケア重視の政策が徐々に浸透してきたことを反映していた。⁴²高齢者の多くが自宅や IL 施設に留まるようになり、最近 10 年間、NH に入所する老人が着実に減少する一方で、短期の看護ケアを受ける人の数が激増しているからである。

ところで、NH は高度看護施設 (Skilled Nursing Facilities, SNF)、中間介護施設 (Intermediate care Facilities, ICF)、保護型介護施設 (Custodial Care Facilities, CCF)、の 3 つのタイプがある。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。ICF は入所者の 9 割以上が 65 歳以上の高齢者であり、メディケアが一定の日数制限内で入所費用を保障している。ICF は心身虚弱のために自己管理できない者に保護型ケアを提供する施設であり、医療施設とは見なされないため、メディケアの償還を受けられず、もっぱらメディケイドから償還を受けていた。また ICF は看護部長と

⁴¹ Caffrey et al., *op. cit.*, p. 2.

⁴² Kaiser Commission on Key Facts, “The Medicaid Program at a Glance,” September 2012, p. 3; do., “The Medicaid and Long-Term Care Services and Support,” June 2012, p. 1. 2011 年にはメディケイドの 32%が長期ケア支出に充当されていた。

して正看護師 1 名と 1 日 8 時間以上勤務する准看護師 1 名を配置することが連邦法で義務づけられていた。さらに CCF は心身の制約のため自己管理をできない者に 4 人以上の相部屋を提供する施設で、サービスは無資格の職員が提供している。

NH は部屋と食事、看護ケア、服薬管理、身辺介護、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%がデイサービスも実施しており、その 74%が地域住民と入居者の双方に門戸を開放しているという。また NH は入居者の 56%に対して認知症(アルツハイマー病その他)ケアを提供しており、その約 80%が入居者に特別料金を求めているなかった。

規模別(ベッド数)を見ると、NH は 2003~2012 年に大規模施設(100~199 床)のみが 3%増加し、超大規模施設(200 床以上)は 11%減、中型施設(55~99 床)も 3%減、小規模施設(49 床以下)も 22%減となっており、特に小規模施設と超大規模施設の減少幅が大きかった。また所有形態別(2012 年)では、営利組織が 69%、非営利組織が 25%、政府所有が 6%、をそれぞれ占めており、大きな変化は見られなかった。さらに認可タイプ別(2012 年)では、メディケイド・メディケア二重認可が 92%とほとんどを占め、メディケア認可のみは 5%、メディケイドのみも 3%にすぎなかった。入所率は近年の在宅重視の傾向を反映して 2003~2012 年に 85.6%から 83.0%まで漸減しており、2012 年の入所者数は 138 万人(65 歳以上の老人は 120 万人)に止まっている。⁴³

次に入所者の特徴を見ておくと、女性が 66.8%、75 歳以上が 69.8%(85 歳以上 42.7%)、非ヒスパニック系白人が 78.7%を占めていた。また ADL 障害を 4 つ以上持つ者の比率も 61.9%(ADL 障害 5 つは 23.3%)に達している。さらに認知障害の罹患率は重度 37.7%、中度 25.7%、軽度以下 36.6%であり、中度以上の認知症入所者が 2/3 を占めている。⁴⁴

すべての NH は高度看護ケアや ADL 介助を行い、ほとんどの NH が施設内外で歯科・精神衛生などのサービスを提供していた。また多くの NH は回復期ケア、認知症ケア、苦痛管理、緩和ケアなどの追加的なサービスも提供している。NH 入所者は平均すると正看護師からの 1.4 時間を含めて 1 日当たり 3.7 時間分の看護ケアを受けているとされる。だが、実際には NH は遥かに少ない看護ケアしか提供しておらず、NH 入所者の 15~70%が AL でも十分に暮らせると主張する有力な研究もある。このため現在では、AL が医療モデルの NH よりも高齢者の QOL を重視した望ましい施設であるとして再評価されつつある。

2. NH 費用

2012 年現在、120 万人の高齢者が NH に入居しているが、その 70%が利用料負担をメディケイドに依存していた。これは彼らの多くが資産を使い果たして貧困者に転落していることを意味している。NH の年平均利用料(2012 年)は個室が 90,520 ドル(1 日 248 ドル)、

⁴³ Center for Medicare and Medicaid Services, *Nursing Home Data Compendium 2013 Edition*, U.S. Department of Health and Human Resources, pp.12-15.

⁴⁴ *Ibid.*, pp.168-170.

準個室が 81,030 ドル（1 日 222 ドル）と甚だ高価だったからである。しかも NH 利用料は年率 4% のペースで上昇し、65 歳に達するベビーブーム世代も毎日 1 万人以上の規模で増えているので、メディケイド支出は今後かなりスピードで膨張すると予想される。⁴⁵

2012 年時点で NH の平均入所期間は 2 年強の 835 日だといわれる。75～85 歳の高齢入所者の約 1 割が 5 年以上も NH に入所を続ける一方で、約 3 割の入所者はメディケアでカバーされた最長期間の 100 日以内に退所している。大きな手術や退院後に続く回復期 NH 療養は一般に短期であり、基本的にメディケアで賄えるからである。⁴⁶

ところで、アメリカの高齢者は NH 費用（介護費用）をメディケアだけでは賄えないこと知らない者が多い。民間介護保険も慢性疾患を抱える高齢者が介護費用を賄うには甚だ心もとない。だが、多くの高齢者が NH ケアの費用を 1 年も賄えない程の資産しか持っていないといわれる。しかもメディケイドを所管する州政府は常にメディケイドの償還率を引き下げて長期ケア支出を抑制したいという誘惑に駆られていた。

高齢者はほとんどがメディケアの受給者であったが、貧困層も多く、20% がメディケアとメディケイドを併給していた。しかもメディケアは退院後のリハビリ費用のみを支払対象としており、長期ケアをカバーしていなかった。治療の必要があつて 3 日以上入院した場合にのみ、メディケアは認可 SNF において退院直後の 100 日間まで短期回復期療養の費用を支払うことになっている。その結果、メディケイドが NH ケア費用（1996 年）の 47.8% を負担しており、私費負担（31.4%）、メディケア（11.4%）、民間医療保険（5.2%）、他の政府資金（2.3%）、他の民間資金（1.9%）と比べ、甚だ大きな役割を担っていた。⁴⁷ なお、NH はメディケア・メディケイドから償還を得ているために連邦政府の規制を受けており、州・地方政府の管轄下にあつて統一性がない AL とは明らかに異なっている。

[5] CCRC

(1) CCRC の定義

CCRC は連邦ではなく州の監督下にあるため、全国一律の定義が困難である。そこで、本稿は GAO (U.S. Government Accountability Office, 米国会計検査院) の説明を参考に次のように定義して議論を進めていきたい。即ち、「CCRC は同じ敷地内で IL、AL、NH、MS (Memory Support) を含む住宅とケアの選択肢を高齢者に提供する施設」である。⁴⁸ 退職後の高齢者

⁴⁵ “The high cost of nursing home care,” Face the Facts USA, George Washington University, December 20, 2012.

<http://www.facethefactsusa.org/facts/high-cost-nursing-home-care>=2015/4/3 閲覧。

⁴⁶ Emily Mullin, “How to pay for Nursing Home Costs,” Feb. 26, 2013

<http://health.usnews.com/health-news/best-nursing-homes/articles/2013/02/26/how-to-pay-for-nursing-home-costs>=2016/2/2 閲覧。

⁴⁷ Evashwick, *op. cit.*, p. 52.

⁴⁸ GAO, *Older Americans: Continuing Care Retirement Communities Can Provide Benefits, but Not Without Some Risk*, Report to the Chairman, Special Committee on Aging, U.S. Senate, June 210, pp. 1-4.

は年金以外に収入源のない者も多く、健康状態の悪化に応じて何度も高額な入居一時金を支払って他の施設に移ることが難しい。このため最初に入所一時金を払えば、追加負担なしに敷地内の施設間を容易に移動できる CCRC は、経済的な不安に怯える高齢者から大いにかから歓迎された。CCRC は長い自立したライフスタイルだけでなく、年を取って要介護状態になっても追加負担なしに必要なケアを受けられるという安心を保証してくれたからである。

CCRC は 100 年以上も前に、自宅や資産を引き渡した高齢者に介護を提供する宗教団体や友愛組合にその起源を遡ることができる。CCRC は 2009 年 7 月現在、全米に 1,861 施設あり、その 8 割が非営利団体によって運営されていた。特に 1990 年以降、CCRC 業界は急速な成長を遂げ、様々な住居とケアの選択肢と様々な支払方法の選択肢を持つ CCRC が出現するに至っている。CCRC は州政府によって監督されており、州の規制は 1970～1980 年代の CCRC の大量破産時代を経て財務監査や利用者保護を中心に強化されてきた。現在、州政府は①CCRC 事業者の認可、②財務状態の監督、③利用者への情報提供と保護、を目的とする規制を設けている。一方、合衆国保健福祉省（DHHS）は CCRC の一部門である NH（メディケア・メディケイドの償還対象施設）のみを監督し、特にケアの質と入所者の安全を監視していた。⁴⁹

ところで、CCRC の入居希望者は入居時には心身ともに完全に健康であることが要求された。もちろん入居者はいったん転入してしまえば、たとえ心身の機能が悪化しても同じ敷地内に留まり、必要なサービスを受けられたので、従前通りに住み慣れた生活環境で暮らし続けることができる。もちろん、それと引き換えに入居者は入居一時金と月額利用料の支払を求められる。入居一時金は 1990 年代末時点で 2～10 万ドル（平均で 4 万ドル）、月額利用料は 800～2,000 ドルの水準であった。またそれに加えて入居者はメディケアのパート A とパート B の受給資格者であることも要求される。さらに将来に生じる介護費の負担を軽減するために、長期ケア保険への加入を求められる場合もある。このように CCRC は主に富裕層にとっての手頃な選択肢となっていたといえる。⁵⁰

高齢者が CCRC を選ぶ理由は質の高い看護ケアと身辺介護のサービスが保証されている点にある。それ以外に考慮されている理由は医療サービス、食事、建物のメンテナンス、家事サービス及び文化・社交活動の便宜、などが受けられる点である。しかしこれらのサービスは CCRC がほとんどを自前で提供している場合もあるが、外部組織との契約によって提供している場合も多かったのである。

(2) 歴史と現状

さて、現在、活動している CCRC の中にはかつての NH から発展したもの（「転用型」）があり、依然として多くの看護ベッドを所有していた。しかし最初から CCRC として設立（「専

⁴⁹ *Ibid.*, pp. 3-4; Jane E. Zarem ed., “Today’s Continuing Care Retirement Community (CCRC),” American Seniors Housing Association, July, 2010, p. 4.

⁵⁰ Evashwick, *op. cit.*, p. 121.

用型) されたものは、比較的多くの IL を配置するように設計されていた。というのも CCRC は IL が最も大きな収益源になっていたからである。⁵¹

CCRC は 1960 年代以降、サービスの対象を都市と農村、高所得層と中所得層、健康な者と病弱な者へと幅を広げて着実な成長を遂げてきた。特に 1970 年代～1980 年代初頭の第一次発展期には、高齢者を引き付ける新しいタイプの契約が次々と開発され、「専用型 CCRC」ブームが出現した。しかし「専用型 CCRC」の発展は 1980 年代に新しい産業全般に共通する不慣れた融資手続きや開発業者の経験不足などによって沈滞期に陥った。そのため 1980 年代半ばには経営効率を重視する営利組織が CCRC に参入するに至り、第二次発展期を迎えた。とはいえ、2009 年時点でも CCRC の 82% は宗教団体関連の非営利組織が占めていた。特に 1990～2000 年代半ばまでの時期は、銀行や機関投資家からの資金提供によって財務体質が強化され、CCRC の新規開業も年間 10～20 施設のペースを維持したのである⁵²

だが、2008 年のリーマンショック以降、CCRC は新規建設の激減、住宅市場の沈滞、経済不況などの厳しい逆風に直面している。CCRC は 2009 年現在、48 州と DC において約 1,900 施設が存在する。中でも CCRC の立地件数が多いのはペンシルヴェニア、オハイオ、カリフォルニア、イリノイ、フロリダ、テキサス、カンザス、インディアナ、アイオワ、及びノースカロライナ(件数の多い順)などの州であった。現在活動中の CCRC は大部分が「専用型」で、ほぼ半数が宗教団体組織によって占められ、それ以外は大学、ヘルスシステム、軍隊、友愛組織などがスポンサーとなっていた。このうち宗教団体系 CCRC の宗派別内訳はルター派が 21% と最も多く、以下はメソジストが 18%、プレスビテリアンが 14%、ローマカトリックが 13%、などとなっている。

なお、典型的な CCRC は総戸数 300 未満であるが、約 1/3 は 300 戸以上で、8% のみが 500 戸以上の大規模施設であった。CCRC は現在、都市から郊外、田舎に至るまで全米各地に普及している。

(3) サービス契約のタイプ

CCRC の新規入居者は入居金契約、賃貸契約、購入契約(比較的稀なケース)に基づいて、まず IL (アパートかコテージ) に入居する。「入居一時金型 CCRC」は 1960～1970 年代の第一次ブーム期に入居者が介護度の高い施設に移っても、ほとんど追加料金を要求されないサービス・パッケージとして導入された。その後は CCRC の発展と共に、以下のような 6 つの契約タイプが入居者を勧誘する魅力的なサービス選択肢として追加されていった。⁵³

⁵¹ Zarem ed., *op. cit.*, p. 4.

⁵² Zarem ed., *op. cit.*, pp. 5-6.

⁵³ *Ibid.*, pp. 7-8 ; GAO, *op. cit.*, pp. 5-6 ; CARF-CCAC, “Consumer Guide to Understanding Financial performance and Reporting in CCRCs,” 2013, p. 3 ; Gregory T. Zebolsky, “An introduction to continuing care retirement communities,” Milliman Insight, 28 July 2014, <http://us.milliman.com/insight/2014/An-introduction-to-continuing-care-retiremen>

第1のAタイプは「終身(集中)介護付契約(Life Care (extensive) contract)」と呼ばれ、入居者は入所一時金と月額利用料を支払うが、後者は敷地内でILからALやNHに移っても引き上げられなかった(物価上昇分を除く)。入所一時金は死亡や契約終了に伴って払い戻される。将来の医療介護費用は基本的に入所一時金や月額利用料によって前払いされている。

第2のBタイプは「修正終身介護付契約(Modified Life Care Contract)」と呼ばれ、入居者は入所一時金と、介護度の高い施設に移った場合には引き上げられる月額利用料を支払う。実際の例では、将来必要となる介護を割引料金で提供する契約、日数限定で追加料金なしに介護を提供する契約、あるいはそれら組み合わせた契約など複数のパターンが含まれている。

第3のCタイプは「出来高払い契約(Fee-for-service Contract)」と呼ばれ、入居者は入所一時金と、介護度の上昇に合わせて引き上げられる月額利用料を支払う。入居者は基本的に必要なケア費用の全額を支払う。従って、将来に必要な医療介護費用の前払いはない。

第4のDタイプは1990年代に登場した「レンタル契約(Rental Contract)」と呼ばれる新しいもので、入所一時金も将来に必要な医療介護費用の前払もない。その代り介護度の上昇に伴って月額利用料金が引き上げられる。このタイプの契約は比較的少なく、一般的には敷地内の特定の住宅が空いたまま埋まらない状況を改善するために利用される。

第5のEタイプは「所有権持分モデル(Equity model)」と呼ばれ、入居者が入所一時金を支払う代わりに住宅を購入し、CCRCの会員資格あるいは所有権持分を獲得する。死亡や契約終了の際は、入居者の住宅や会員資格が新しい入居者に売却される。このタイプの契約は前述の入所一時金タイプA、B、Cほど一般的ではなく、主に民間営利団体のCCRCによって提供されている。将来に必要な医療介護費用は月額利用料による前払いか、医療介護料として別途徴収されている。

第6の「慈善ケア(benevolence care)」は金銭援助を受けるに相応しいか、あるいは資金を使い果たした入居者を支援することがその組織の使命や目的に適うと見なしているCCRCにおいて提供されている。

なお、CCRC入居者は大部分がまずILに入居するが、最初からALやNHに入所する者もあり、その場合はふつう入所一時金が徴収されない。⁵⁴CCRCの65~75%は入所一時金を含む契約を提供しており、その大多数が入所一時金の払戻を盛り込んでいる。払戻入所一時金契約は伝統的な通減率(時間と共に返却額が減少)、一部返却、全額返却の3種類に大別される。最後に、前述の契約タイプ別料金を例示すれば第3表のようになる。終身介護付契約(タイプA・B)では、入居者はIL、AL、NH(SNF)のいずれの住居で暮らしても同一の月額料金を支払えばよかった。

t-communities/=2015/8/5

⁵⁴ Zarem ed., *op. cit.*, p.8

第3表 CCRC の契約タイプ別入居一時金及び月額利用料（2009年、単位：ドル）

	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ	Dタイプ
入居一時金	160,000 ～ 600,000	80,000～750,000	100,000～500,000	1,800～30,000
IL（月額料金）	2,500～5,400	1,500～2,500	1,300～4,300	900～2,700
AL（月額料金）	2,500～5,400	1,500～2,500	3,700～5,800	4,700～6,500
NH（月額料金）	2,500～5,400	1,500～2,500	8,100～10,000	8,100～10,700

（資料）GAP, *op. cit.*, p. 7.

(4) 施設サービスと入居者の特徴

CCRC は同じ敷地内で自立型・支援型・介護型の住宅施設と必要な医療介護サービスを組み合わせて提供している。まず、自立型住宅（IL）にはコテージ、タウンハウス（マンション）、集合住宅（cluster home）、あるいは低・中・高層アパートなどの種類がある。食事、掃除、洗濯、修繕及びメンテナンスは送迎、プール・体育館利用、その他の娯楽活動などのアメニティと共に月額利用料に含まれていた。この入居者は健康で自立した生活をしており、ADL 介助もほとんど必要としていない。

支援付住宅(AL)はまだ一定レベルの自立を維持しているが、ある程度の ADL 介助も必要とする虚弱者向けの簡素なステューディオ（ワンルーム）あるいはキッチン付アパートである。AL 入居者は通常、身辺介護と共に、食事・掃除・送迎サービス、及び緊急支援を受けている。なお、社交・レクリエーション活動や食事は自由参加となっている。

また多くの CCRC は敷地内の NH(メディケア認可 SNF)で 24 時間体制の看護サービスを提供している。住居設備（バスルーム・家具付き）は個室か相部屋で、リハビリサービスは入所者の自立を最大限に回復させるための支援を提供している。これら以外にも CCRC は専用の認知症支援ケアや在宅・地域密着型ケアを提供している。⁵⁵

では、どのような人がこうした CCRC に入居するのか。入居希望者は転入時には健康で活動的であるが、やがて加齢と共に ADL 介助や看護ケアを必要とするようになるだろうと考えた。そのため彼らは自宅を売却し、老人仲間と一緒に暮らせる安全な CCRC を選択したのである。幸いにも彼らは CCRC 入居に必要な十分なお金を持っていたからである。

そこで、アメリカ高齢者住宅協会 (America Seniors Housing Association, ASHA) の調査「自立者住宅報告 2009 年」(Independent Living Report, 2009)を参考にして、CCRC 入居者の特徴を明らかにしておこう。⁵⁶まず契約タイプ別の入居者平均年齢は A～D タイプ（入所一時金）CCRC では 81 歳、レンタル CCRC では 80.2 歳、と前者の方が若干年配である。また婚姻状況は配偶者死別者が 54%、既婚者が 35%、離婚者が 6%、未婚者が 4%、別居が 1%、

⁵⁵ *Ibid.*, p. 11.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 12-15.

と 2/3 が独居老人であった。さらに学歴別では、大卒の比率が全米老人の 20%と比べて、A～D タイプ CCRC で 57%、レンタル CCRC で 32%、といずれも高かった。これは CCRC 入居者（特に A～D タイプ）には富裕層が多いことを反映したものである。例えば、年収 5 万ドル以上の入居者は A～D タイプ CCRC では 63%を占めていたが、レンタル CCRC では 38%にすぎなかったからである。

CCRC 入居者は①高価な入居料を負担できる経済力と身体的健康、②厳格な審査（自立した生活が可能で健康な認知能力）、③高い社会経済的地位、などが求められるため、高所得層が多くなる傾向にあった。また CCRC 入居者の入居時年齢は 65～95 歳に及ぶが、最近 20 年間の平均年齢は 70 歳代半ばから 80 歳代前半にまで高まっている。現在、平均年齢は 80～83 歳であるが、10 年以上の歴史を持つ CCRC では 85～87 歳と更に 4～5 歳高くなっている。最後に入居者の平均余命は入居後 10～12 年であるが、CCRC での入居期間の 70～80%を IL、10～20%を AL、10～20%(10～24 ケ月)を NH (SNF) で暮らしているという。⁵⁷

(5)長所と短所

ところで、CCRC は医療介護費の抑制や入居者の QOL 向上にどのような影響を及ぼすだろうか。このような課題を明らかにするためにビナム (Bynum) らは 4 つの CCRC における 2 つの異なったプライマリーケア・モデルを比較している。⁵⁸第 1 のモデル (1 つの CCRC) では医師 1 名と 2 名の非常勤臨床看護師 (NP) がそのサイト専任で診療を行い、サイト内のあらゆる状況に対応し、勤務時間外の対応もすべて行っていた。第 2 のモデル (3 つの CCRC) ではプライマリーケア医が施設内の診療時間を限定し、個人開業医として外部での診療に他の時間を費やし、勤務時間外の呼出にはサイトで診療していない医師を含む診療メンバー全員で対応していた。その結果、第 1 モデルの入居者は入院や救急科受診が第 2 モデルの入居者よりも 2～3 倍少ないことが分かった。病院で死亡した者も、第 1 モデルの入居者は他の 3 つのサイトの 15%、全国の 27%と比較して僅か 5%にすぎなかった。これらの知見から、医療が CCRC に緊密に統合されていれば、医療費の抑制（と同時に入居者の QOL 向上）が可能になると見てよい。

しかし、CCRC 入居には当然にリスクが伴う。実際、月額利用料の急騰が CCRC 入居者の共通関心事となっている。ルツ・H・ウォルシュ全米 CCRC 会長によれば、彼女が入居する CCRC の月額料金は 2005～2012 年の 7 年間に 60%（年率 8.6%）上昇していた。退職教育者で年金生活でもある彼女は今後、月額利用料を払い続けられなくなる程に上昇していると懸念を表明している。月額利用料は IL で暮らし続けても年率最低 4～6%で上昇し、AL や SNF に移れば更に急上昇すると覚悟しなければならなかった。⁵⁹CCRC は資金を使い果たした入居

⁵⁷ Zebolsky, *op. cit.*

⁵⁸ Julie P. W. Bynum et al., “Fewer Hospitalization Result When Primary Care Is Highly Integrated Into A Continuing Care Retirement Community,” *Health affairs*, Vol. 30 No. 5(2011), pp.977-979.

⁵⁹ Eleanor Laise, “Risk and Rewards of Moving to a CCRC,” Kiplinger, January 2013.

者を支援するために「慈善基金」を設けているが、「期間と資格要件」が不透明で、敷地内の高齢者が急増すればたちまち資金が枯渇してしまう恐れもあった。

このような短所もあるが、CCRC はアメリカの高齢者にとって老後生活の重要な選択肢となっており、医療介護費の抑制と QOL 向上にも貢献できる可能性がある。そこで、次章では CCRC の活動を実態調査に基づいて分析し、CCRC と PACE の統合による高齢者包括ケアの可能性を考察することにした。

第 3 章 CCRC の実態

[1] オルブライト・ケアサービス (Albright Care Services, ACS)

ACS は現在、非営利法人としてペンシルヴェニア州サスケハナ・バレー全域で高齢者に住宅とケアサービスを提供している。ACS は統一メソジスト教会サスケハナ協議会と連携しながらリバーウッズ・バレー高齢者住宅コミュニティ (ルイスバーグ市)、ノルマディ・リッジ高齢者住宅コミュニティ (ヨーク市)、LIEF (Living Independence for the Elderly, ウィリアムズポート市、ランカスター市、レバノン市) を所有・運営している。なお、LIEF は全米では PACE として知られているプログラムのペンシルヴェニア版である。また ACS はワトソントウンでは HUD (米国住宅都市開発省) 認可住宅団地ワーリアー・ラン館 (Warrior Run Manor) を運営している。⁶⁰そこで、次にまず私が 2014 年 10 月に訪問したリバーウッズ・キャンパスから紹介しておこう。

(1) リバーウッズ高齢者住宅コミュニティ (RiverWoods Senior Living Community)

1. 入居者の生活

ここは非営利の宗教的奉仕活動に基づく高齢者コミュニティで、リバービュー・マナー、庭園コテージ、リッジクレスト・コート、看護ケアセンターなどが配置されている。リバーウッズは国道 15 号とリバー・ロードの交差点沿いにあり、エヴァンジェリカル市民病院横のハイウェイを越えて、ルイスバーグの歴史的な繁華街と同様に診療所 (medical office) が集まった地区から数分の利便な場所に立地している。ここでは自立型住宅 (IL) コテージに 65 人、自立型住宅アパートに 78 人、ナーシング・ケアセンターに 161 人が入居しており、65 人の入居者が身辺介護 (AL) を利用している。医長が 1 名勤務し、入居者の健康管理を行っている。⁶¹

リバーウッズの敷地(キャンパス、第 3 図)内では、自立型住宅、身辺介護、高度看護ケア及び短期リハビリを含め充実した継続的なケアが提供されている。入居者は 24 時間待機

<http://www.kiplinger.com/article/retirement/T037-C000-S000-risks-and-rewards-of-moving-to-a-ccrc.html>=2015/9/8 閲覧。

⁶⁰ “RiverWoods Senior Living Community: A Ministry of Albright Care Services,” Pamphlet, p. 16.

⁶¹ Albright LIFE Lebanon, “Albright LIFE (Living Independently For Elders), Ministry of Albright Care Services,” Pamphlet.

の看護師やメンテナンス・サービスによって安全安心な生活スタイルを享受している。また入居者は入居時に私物と共に小さなペットを持ち込むことができた。⁶²

リバーウッズの入居者は多くのアクティビティを利用でき、その内容リストは絶えず増え続けている。温水室内プールは水中エアロビクス授業と共にリラックスした水泳を楽しむ機会を提供している。またフィットネス・センターやフィットネス・クラスでの運動も、屋外生き生きコースの利用と同様に人気が高い。リバーウッズの健康増進活動の指導者は入居者の如何なるニーズにも合ったプログラムでも作成してくれるという。多くの入居者が「工房 35」で提供されるコンピュータ、調理、ステンドグラス、カゴ編、切り紙細工、その他の芸術クラスを楽しんでいた。しかもこれらのクラスで作られた作品はギフトショップで売られ、あるいは敷地内の飾りとして使われていた。入居者の中には近くのバックウェル大学の生涯学習プログラムで授業を主催している者もいる。

第3図 リバーウッズ・キャンパスの施設配置図



(資料) オルブライト・ケアサービスの提供資料

この入居者は様々な個人的・職業的な背景を持っており、多くの居住者が授業で教え、

⁶² “RiverWoods Senior Living Community: A Ministry of Albright Care Services,” Pamphlet,, pp. 2-3.

博物館を案内し、給食宅配サービス・プログラムで働き、あるいはリバーウッズの諮問委員会や入居者協議会の委員を務めるなど、その専門知識を提供していた。

またリバーウッズの附属施設課は看護ケアセンター（スタッフは附属施設のボランティア）とリッジレストの中庭カフェでギフトショップを運営している。木工品ショップは旧孤児院宿舍の地下にあり、入居者は特別注文品やギフトショップで販売される作品を作っている。販売収益はリバーウッズ附属施設課の収入となり、入居者のために使われる。

食事サービスはリッジレスト・レストランと中庭カフェが入居者と一般来客向けに週7日間営業されている。レストランは様々なおいしい前菜、主要料理とデザートを備えたフルコース・メニューを提供していた。カフェでは低カロリーの食べ物と自家製スープが提供されていた。私的なパーティにもプライベートな利用にも食堂を使うことができ、出前サービスも利用することができた。

これらレストランやカフェ、木工品ショップ以外の文化施設としては、美容院・理髪店、送迎サービス、パソコン利用、出前サービス、フィットネス・センター/フィットネス・クラス、図書館、生涯学習クラス利用、散歩道・生き生きコース設備、室内温水プール、マッサージなどがあった。

3. ケアサービス

リバーウッズでは、入居者はできるだけ長く安全に自立して暮らせるように継続的なケアが提供されていた。またオプションとして追加料金を払えば、在宅看護サービス、服薬管理支援、食事準備、身辺介護、家事、洗濯、特別なメンテナンス・掃除サービス、話し相手の介護 (companion care)、敷地外活動や買い物の付き添い、スケジュール外の活動の送迎、などを含む広範囲な支援が提供される。

特にリバーウッズでは、スピリチュアル・ケアプログラムが入居者全員とスタッフに提供されており、宗教団体が運営する施設であることを思い起こさせる。スタッフの一員である牧師は聖書研究、日曜学校授業、教育プログラム、週1回の礼拝式を主催していた。平日の祈禱も敷地内の有線TV局で放映され、入居者が視聴できるようになっている。⁶³

キャンパス内の家族保健医療センターには医師が勤務し、高齢者の健康維持や診療に当たっていた。また敷地内に付設されたオルブライト薬局（第4図）は入居者のために処方薬を調剤し、店頭販売薬を低価格で提供している。ここの薬剤師は入居者が抱くどんな疑問にも答えられるように準備していた。また薬剤の誤嚥を防止するためにプラスチック製の特別な薬容器が利用者別に設けられ、配達されていた。もし在庫のない薬があれば、翌日受取で注文を受け付けてもらえた。別の薬局を利用していた場合でも、オルブライト薬局にその処方箋を移管することができた。

第4図 キャンパス内の薬局

⁶³ *Ibid.*, p. 6.



筆者撮影

リバーウッズでは、医療専門職チームが入居者の個別的なニーズに合わせて、できるだけ速やかなリハビリを重視したケアプランを作成し、各人のペースで休息と回復を繰り返しながら安全なリハビリに取り組めるように援助している。また入居者が入院した場合には、退院プランナーが早い段階から在宅や他のケア施設に戻れるように支援する。リバーウッズの入居者は作業・理学・言語・嚥下障害などの各種療法を利用することもできた。短期リハビリで利用できるサービスは①家具付きの快適な部屋、②レクリエーション区域、③TV、④介護ナースング・ユニットから切り離された食堂、などが含まれ、入所中も安心して療養できた。⁶⁴

4. IL（自立型住宅）

リバーウッズは IL 施設としてリッジレスト・コートアパート（3階建て）と庭園コテージ（平屋で4戸単位）という2つの選択肢を入居者に提供している。このリバーウッズでは、活動的な高齢者が健康に暮し、何の不安もなく快適な生活を楽しめるように多くのアメニティが用意されていた。入居者は一時入居金と月額利用料を支払えば、予防保守サービスやランド管理、フィットネス・ルーム、会員制プール、社交イベント企画、食事、専門スタッフの支援、などのサービスを享受できた。もはや入居者は芝生刈り、落ち葉集め、雪かきなどの心配をしなくて生活できたのである。⁶⁵

まずリッジレスト・コートは広さ700～1,200平方フィートの3階建てのアパート団地で、64世帯の入居が可能であった。アパートは退職者の生活ニーズに応じられる十分な設備が整っていた。このアパート団地に隣接して共用スペース棟（Commons）が設けており、そこでは月額利用料に含まれる大部分サービス（食事等を含む）が提供され、入居者はわ

⁶⁴ *Ibid.*, p. 7.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 8.

ざわざ外出する必要もなかった。リッジレスト・コートは第 3 表のように入居一時金返還プランと住宅タイプの組み合わせによって料金が異なっていた。入居一時金は 14.1～51.9 万ドル、また月額利用料は 1 人当たりで 1,165～1,379 ドル、2 人当たりでは 1,465～1,679 ドル、であった。この料金設定は日本の都市部の介護付有料老人ホームと比べても決して高いとはいえない水準といえる。

月額利用料は①毎月の 1 人当たり食事代、②電話を除く全光熱水道料金、③入居者の個人管理に属する暖房とエアコン、④24 時間の緊急サポート、⑤室内外のメンテナンスとグラウンド管理、⑥定期送迎、などのサービスを含んでいた。このアパートの特徴は①床一面を覆う絨毯、②有線ケーブル TV、③最新設備、④24 時間監視の煙探知機と消火散水装置システム、⑤窓用ブラインド、⑥中庭かバルコニー、⑦身体障害者用バスルーム、⑧追加料金で利用可能な電話とインターネット、などの設備や備品が整っている点である。

次に庭園コテージ (第 5 図) は認知症に罹患した入居者向けの住宅であり、各区 (全体で 14 区) に 4 戸が配置され、全部で 56 戸が平屋造りで並んでいる。各コテージは広さ約 1,000 平方フィートの快適な居住空間となっており、全戸が 2 つの寝室と 1 と 1/2 の浴室、フルキッチン、リビング・食堂を備えていた。コテージはリッジレスト共有スペース棟 (Commons) に簡単に歩いていける距離にあり、入居者はその場所で利用できるアメニティやサービス (月額料金に含まれる) の提供を受けている。月額利用料は入居者一律に 1,193 ドルであった。一方、入居一時金は伝統的プランで 58,000 ドル (7 年間で返還金償却)、50%返還プランで 84,000 ドル (入居一時金の 50%返還)、90%返還プランで 131,000 ドル (入居一時金の 50%返還)、と返金の条件に基づいて異なっていた。⁶⁶

第 5 図 庭園コテージ



筆者撮影

⁶⁶ RiverWoods, “Independent Living: Garden Cottages 2014 Rates,”

なお、月額利用料には①リッジレストのレストランやコートヤードのカフェで利用可能な月当たり2枚の食券、②入居者個人の管理に属する暖房とエアコン、③24時間緊急サポート、④室内外のメンテナンスとランド管理、⑤敷地外定期送迎の利用、⑤敷地内外のプログラムや社会活動、⑥財産税納付・上下水道料・ごみ収集料、⑦フィットネス・センター&フィットネス・クラス、⑧木工場・美術スタジオ・温水プール・図書館・散歩道の利用、などのサービスが含まれており、これはリッジレスト・コートにおけるサービスとほぼ同様であった。

第3表 リッジレスト・アパートの料金 (IL, 2014年) (単位: ドル)

伝統的プラン (7年で返還金償却)

	伝統的1寝室	居間付1寝室	伝統的2寝室	豪華な2寝室
入居一時金	141,000	169,000	188,000	242,000
1人月額	1,165	1,250	1,318	1,379
2人月額	1,465	1,550	1,618	1,679

50%返還プラン (入居一時金の最低50%返還保証)

	伝統的1寝室	居間付1寝室	伝統的2寝室	豪華な2寝室
入居一時金	205,000	246,000	273,000	351,500
1人月額	1,165	1,250	1,318	1,379
2人月額	1,465	1,550	1,618	1,679

90%返還プラン (入居一時金の90%返還保証)

	伝統的1寝室	居間付1寝室	伝統的2寝室	豪華な2寝室
入居一時金	302,000	363,500	403,000	519,000
1人月額	1,165	1,250	1,318	1,379
2人月額	1,465	1,550	1,618	1,679

(資料) RiverWoods, "Independent Living: RidgeCrest Apartments 2014 Rates,"

5. リバービュー・マナー (AL) の身辺介護

リバービュー・マナー (Riverview Manor) は1部屋あるいは2部屋のアパートからなる平屋建ての集合住宅である。入居者は24時間利用可能な緊急サービスの支援によって完全に自立した生活を送っている。また入居者はキャンパス内のすべてのアメニティやサービスを利用できる。例えば、彼らはリッジレスト・レストランやカントリーヤード・カフェで食事を取り、特別なダイエットの必要に合わせてメニューを選択できる。リッジレスト・レストランを越えたところの便利な場所にある創造芸術室で多くの活動が行われて

いた。また入居者は近くの洗濯エリアを自由に利用でき、スタッフに洗濯を依頼することもできる。すべてのアパートは簡易台所と専用浴室を備え、支援を得るために緊急呼び出しシステムを利用できた。入居者は自分の部屋に家具を備え付け、部屋、食事やサービスに対して1日単位で料金を支払っている。2014年の1日料金は1寝室アパートで94ドル、2寝室アパートで136ドルであった。⁶⁷

リバービュー・マナーは身辺介護を必要としているが、その以外には自立して生活できる入居者向けの住居オプションである。その身辺介護は3つのケアレベルに応じた支援が提供されている。即ち、レベルⅠは服薬介助か入浴介助と1日3回の食事、レベルⅡは服薬介助と入浴介助の両者、及び1日3回の食事、レベルⅢは2時間の健診、服薬介助、入浴介助、ADL介助、家事全般、リネン及び洗濯サービス、などのサービスが提供される。なお、2014年時点での1日当たり利用料金はレベルⅠでは準個室73ドル、個室105ドル、2寝室148ドル（1人当たり）であった。またレベルⅡではそれぞれ81ドル、112ドル、163ドル、レベルⅢでは104ドル、142ドル、212ドル、という料金体系になっていた。レベルⅡはレベルⅠの1.1倍、レベルⅢはレベルⅠの1.4倍ほどになっているが、これは上記のようにレベルⅢの支援内容が他のレベルと比べて明らかに充実していたからである。

6. 看護ケアセンター (NH, SNF)

リバーウッズ看護ケアセンター(NH)は入所者に24時間体制の看護ケアを提供している。そのスタッフには正看護師、准看護師、看護助手及び家庭コーディネーター (Household coordinator) などが含まれている。また福祉 (社会サービス) スタッフが入所者の精神的・社会的ニーズに対応した支援を行い、牧師も精神的なケアを提供している。さらにレクリエーション助手は音楽の催し物、講演会、討論、合唱、パーティ、コーヒー親睦会、工作、調理、及び運動プログラムなどの活動を入所者のために運営している。その他に食事、洗濯及びメンテナンスなどのサービスを提供する多くのスタッフもいた。

各ユニットは看護部長やNH管理者の下で正看護師と家庭コーディネーターによって運営され、入居者はそれぞれ個別的なケアプランを提供されている。ユニットの1つはアルツハイマーや認知症を患った入所者向けのものとなっており、安全な環境の下で24時間体制の見守りが提供されていた。この看護ケアセンターはメディケア・メディケイド償還の対象施設として認可を受けていた。⁶⁸ベッド数は2014年現在164床で、廊下で連結されながらも軽度・重度・認知症ごとに棟が分かれた建物配置になっている。特に認知症棟は入所者が勝手に外に抜け出さないように入出口が厳重に管理されていた。また重症入所者棟は軽度入所者棟と比べてさすがに若干悪臭のようなものが漂い、廊下などもややうす汚れた感じが否めなかった。とはいえ、全体的には周囲を小奇麗な庭に囲まれ、事前に想像して

⁶⁷ “RiverWoods Senior Living Community: A Ministry of Albright Care Services,” Pamphlet, p. 12.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 14.

いたNHよりも遥かに清潔であると感じた。

さて、センターの1日当たり入所料は準個室で282ドル(年102,930ドル)、個室で311ドル(年113,930ドル)とILの7倍以上、ALの3倍以上の使用料となっている。また短期リハビリは個室のみの提供で、1日当たり425ドルであった。さらにアルツハイマー病・認知症ケア付の利用料は準個室で282ドル、個室で311ドルとなっており、同センターの他の入所者と同じ料金であった。このようにリバーウッズのNH利用料金は全国平均(中央値は年91,250ドル)と比べてもかなり割高であることが分かる。⁶⁹次にノルマンディ・リッジについて紹介しておこう。

(2)ノルマンディ・リッジ

1. 入居者の居住環境

ウェスト・マンチェスター郡(ペンシルヴェニア州)の風光明媚な40エーカーのキャンパスに立地するノルマンディ・リッジは入居者に田舎の静けさとショッピング、レストラン、文化活動といった利便な生活環境を提供している。入居者は様々なアメニティやプログラムによって充実した老後生活を送れるように居住スタイルを選択することができた。ノルマンディ・リッジは将来、入居者の介護ニーズが高まっても敷地内から退去せずに必要な連続したケアを享受できるように保証していた。⁷⁰ここでは、自立型住宅(IL)コテージに80人、自立型住宅(IL)アパートに91人、NHケアセンターに61人が入居し、45人の入居者が身辺介護(AL)を利用している。敷地内にはリバーウッズと同様に医長が1名勤務し、内科及び老人病の診療に当たっていた。⁷¹

この入居者はキャンパス内で催される多くの活動を利用でき、その活動数も年々増え続けていた。例えば、室内温水プールでの水中エアロビクス授業やリラックス水泳、フィットネス・センターやフィットネス授業、ボーリング、ダーツ・リーグ、音楽練習、スクラブル(単語を作って得点を競うボードゲーム)グループ、創作文章グループ、メンズクラブ、聖書研究、映画・音楽鑑賞、様々な旅行、など盛りだくさんの活動があった。入居者は提携先のペンシルヴェニア州立大学ヨーク校の生涯学習授業に参加することもできた。

またキャンパス内には木工場が設けられており、小さな巣箱からウィンザーチェア(背の高い木製いす)のような大きなものまで製作できる道具がストックされていた。入居者は誰でもこの木工場を利用でき、その作品の一部は資金集めのイベントで販売するために寄贈され、売り上げ代金が入居者の福利のために使われている。

さらにレストランやカフェが入居者や一般来客のために週7日間営業していた。レストランは様々な前菜、主菜、デザートからなるメニュー、カフェは軽食や自家製スープを提

⁶⁹ Reaves and Musmerici, *op. cit.*, p. 3.

⁷⁰ “Normandie Ridge Senior Living Community: A Ministry of Albright Care Services,” Pamphlet, p. 2.

⁷¹ Albright LIFE Lebanon, “Albright LIFE(Living Independently For Elders), Ministry of Albright Care Services,” Pamphlet.

供していた。私的なパーティには個室が予約でき、給食サービスも利用できた。

このように敷地内にはフルコースのレストランやカフェ、美容院、パソコン施設、フィットネス・センター&フィットネス授業、室内温水プール、木工場、送迎サービス、給食サービス、図書館、散歩ルート、マッサージ療法、銀行サービスなどアメニティが充実していたのである。

2. 保健及び支援サービス

キャンパス内の家族保健センターは高齢者の医療ニーズに応じたサービスを提供している。IL（自立型住宅）の入居者はセンターの医長を自分のかかりつけの医者として選んでいる。ここでも入居者とスタッフ向けに「心の豊かさプログラム」（牧師による聖書研究、教育プログラム、礼拝など）が提供されていた。このようにノルマンディ・リッジも入居者が安全にできるだけ長く自立を維持できるように継続的ケアを提供している。また入居者は追加料金を払えば、在宅看護、服薬管理、食事の準備、身辺介護、室内掃除、洗濯、特別なメンテナンスや清掃、話し相手、キャンパス外の活動や買い物の付き添い、個人的外出の送迎、などを含む支援サービスを利用できる。さらにキャンパス内のオルブライト薬局は入居者に処方薬調剤と店頭販売薬を低価格で提供していた。⁷²ここでも医療専門チームが入居者の個別的なニーズに合わせたケアを担当していた。

3. IL

ノルマンディ・リッジは敷地内にマンチェスターコート・アパートと庭園コテージという2つのIL施設を配置し、まだ活動的で自立した生活を送れる入居者を受け入れていた。入居者は入居一時金と月額利用料を支払うが、その中には予防保守サービスやランド管理、フィットネス・ルーム、会員制プール、社交イベント企画、食事の機会、専門スタッフの支援などが含まれていた。

この庭園コテージは69区画からなり、各区画に6世帯の住居が配置されていた。コテージはフルキッチン（1ベッドルームや大きめのステューディオに設けられている台所で電化製品付き）、リビング・食堂、1~2の寝室、及び1と1/2の浴室、などの間取りで広さ710~1,600平方フィートの快適な居住空間となっていた。しかし目隠しの付いたポーチ、覆いの付いたテラス、サンポーチ（ガラス張りのベランダ）、天窗などは特注によってのみ利用できた。コテージはマンチェスター共用スペース棟にまで簡単に歩け、その場所で利用できるアメニティやサービスは月額利用料に含まれていた。一方、電気、電話、インターネット、ケーブルTV及びガスなどの料金は入居者が自己負担しなければならなかった。入居者は任意で1人当たり月額200ドルを負担すれば、食事プランも利用することができる。

庭園コテージの入居一時金は第4表のように寝室の数や駐車場・サンポーチの有無に

⁷² *Ibid.*, pp. 4-5.

基づいて 83,375～172,500 ドルの負担となっていた。月額利用料は 1 人当たり 725～1,800 ドル、2 人では 905～1,980 ドルであった。月額利用料はリバーウッズのコテージ (1 人) が一律 1,379 ドルであったのに対して、ノルマンディのそれでは部屋の質に応じて多様な料金体系になっており、選択肢が幅広くなっている。なお、この月額利用料にはリバーウッズの庭園コテージで提供されているものと同様のサービスの料金が含まれている。⁷³

第 4 表庭園コテージの料金 (IL, 2014 年) (単位: ドル)

	入居一時金	同サンポート付き	1 人月額	2 人月額
1 寝室	83,375	-	725	905
2 寝室	109,940	124,940	956	1,136
豪華な 2 寝室	125,500	-	1,100	1,280
駐車場付豪華な 2 寝室	136,500	151,500	1,100	1,280
3 寝室	172,500	-	1,800	1,980

(資料) NormandieRidge, “Independent Living: Garden Cottage 2014 Rates,”

5 年で入居金返還償却、ただし他の返還オプションも利用可能。

4. マンチェスターコート及び共用スペース棟

マンチェスターコートは広さ 710～2,000 平方フィートのアパート 75 世帯を収容する 4 階建て住宅団地である。この団地に隣接して共用スペース棟があり、その場所において月額利用料でカバーされたサービスの大部分が提供されていた。そのためマンチェスターコートの入居者はわざわざ外出する必要もなくこれらのサービスを利用することができた。

第 5 表マンチェスターコート・アパートの料金 (IL, 2014 年) (単位: ドル)

	入居一時金	1 人月額	2 人月額
伝統的 I 寝室	99,400	1,112	1,412
居間付 1 寝室	119,840	1,158	1,458
豪華な I 寝室/伝統的 2 寝室	134,400	1,260	1,560
居間付 2 寝室	155,120	1,408	1,708
標準的 2 寝室	165,200	1,480	1,708
豪華な 2 寝室	182,000	1,600	1,900
豪華な居間付 2 寝室	279,020	2,293	2,593

(資料) Normandie Ridge, “Independent Living: Manchester Court Apartment

2014 Rates,” 5 年で入居金返還償却、ただし他の返還オプションも利用可能。

⁷³ *Ibid.*, pp. 6-8.

入居者の負担（2014年）は第5表のように部屋のタイプによって変わるが、入居一時金は99,400～279,020ドル、月額利用料は1人では1,112～2,293ドル、2人では1,412～2,593ドルとなっていた。なお、月額利用料には庭園コテージで提供されているものとほぼ同様のサービスが含まれている。⁷⁴

5. ALとNH

AL（身辺介護付）は支援を必要とするが、それ以外の点では自立して生活できる入居者向けの住宅オプションである。支援プランは入居者の個別的なニーズに合ったサービスを提供できるように作成されている。身辺介護センター（AL）は専用浴室を持つ個室と準個室の2種類を提供している。入居者は身辺介護センターに立地する「グローブ」で食事を楽しみ、時々、パトリオット・カフェやコングレッションナル・ルーム・レストランでの食事を選ぶこともできる。また多くのアクティビティが便利な場所に立地する植物園（arboretum）活動室において催されている。入居者は簡単に使える洗濯場を利用するか、あるいはスタッフに洗濯を依頼することもできた。この入居希望者は申込時に金融資産の正確な申告書を提出し、自己資金が利用できる限り費用全額を負担することを求められる。

一方、ノルマンディ・リッジ・ナーシング・ケアセンター（NH）は入所者に24時間体制のケアを提供していた。看護スタッフには正看護師、准看護師、及び近隣コーディネーター（neighborhood coordinator）などが含まれる。福祉（social service）スタッフは入所者の精神的及び社会的ニーズに応じた援助を行い、スタッフの牧師は精神的なケアや支援を提供している。近隣コーディネーターは音楽の催し、講演、討論、合唱、パーティ、コーヒー親睦会、工作、調理、運動プログラムなどを含む日常活動の運営に当たる。加えて多くの支援スタッフが食物、洗濯、メンテナンス、などを提供していた。センター内の各区域（neighborhood）は看護部長やNH管理者の下に正看護師と近隣コーディネーターによって管理されている。

(3) オルブライト LIFE

ACSはランカスター、レバノン、ウィリアムズポートに3つのLIFE（ペンシルヴェニア版PACE）サイトを所有している。他のPACEと同様に各サイトには多職種チームが1チームずつ配置されていた。しかしこれら3つのサイトと高齢者住宅CCRCとの間には関連がなく、CCRCとLIFE（PACE）の統合（協働）モデルを考える上ではあまり参考にはならなかった。そこで、これらのLIFEサイトについては簡単に触れるに留めたい。

LIFE加入者の90%はメディケア・メディケイドの二重受給者であったが、7%はメディケアの受給資格しかなかったので月額3,500ドルもの自己負担を強いられていた。また3%は全額私費負担で、その費用は5,000ドルにも達していた。とはいえLIFEは加入者の90～92%が在宅での生活を継続しており、入院や入所が8～10%に抑えられている、という成

⁷⁴ *Ibid.*, p. 9.

果を上げていた。⁷⁵

LIFE ランカスターは加入者が 78 人（2014 年、定員 140 人）で 3 つのサイトの中では最大となっており⁷⁶、医長が多職種チームにも加わってプライマリーケアを担当していた。急性期ケアや補助的ケアは提携しているランカスター総合病院が主な受け入れ先となっていた。ここの加入者は黒人の比率が 10%と低いのが人種的な特徴であった。

また LIFE レバノン是最も新しいプログラムで、加入者も 42 人（2014 年、定員 78～90 人）と小規模であった。⁷⁷そのためもあって、ここの医長はランカスターの医長が兼任していた。急性期ケア及び補助的ケアは提携しているグッド・サマリタン病院が主な受け入れ先となっている。医長は老人医学の専門認定医で、LIFE センターで診療を行っている。多職種チームが加入者の健康状態を日常的に評価し、その医療記録は完全に電子化されていた。LIFE センターでは食事も提供されており、月 350 食に上っている。加入者のうち 37 人の年齢別内訳を見ると、86～90 歳が 6 人、81～85 歳が 10 人、76～80 歳が 6 人、71～75 歳が 4 人、66～70 歳が 5 人、61～65 歳が 6 人となっており、81 歳以上が 43%も占めていた。

LIFE ライカミング(ウィリアムズポート市)は加入者が 75 人（2014 年、定員 90 人）で 2 番目の規模のサイトである。⁷⁸サスケハナ医療システムの医師が医長としてこのセンターで診療を行っている。この提携もあって急性期ケアや補助的ケアはサスケハナ医療システムに受け入れてもらっていた。また常勤の PT が勤務し、看護師も週 7 日 24 時間待機している。このライカミングでは月 700 食以上の食事が加入者に提供されていた。さらにこのサイトの加入者の特徴は黒人が 50%以上を占めることである。

[2] ニューコートランド高齢者サービス (NewCourtland Senior Services, NSS)

(1) 施設の概要

1. 立地

ニューコートランド高齢者サービス (NSS) はフィラデルフィア (ペンシルヴェニア州) で激増する高齢者に①在宅・地域密着型サービス、②手頃な高齢者住宅、③高度看護ケア、などを提供していた (第 6 図)。現在、ニューコートランドは 600 人の職員を雇用し、年間 5,000 人以上の高齢者にサービスを提供している。そのためニューコートランドは NH180 床、LIFE センター 2 ヲ所 (2015 年 12 月に 3 番目のセンターを開設)、高齢者センター 5 ヲ所、高齢者住宅 5 棟 (建設中の 1 棟を含む)、などの施設を所有していた。⁷⁹

まずニューコートランドの在宅・地域密着型サービス (第 7 図) は 55 歳以上の高齢者に包括的なケアを提供している LIFE (Living Independently for Elders) と高齢者センター (Senior Centers)、の 2 つがある。また高齢者住宅は自立型住宅のステューディオ (120

⁷⁵ 2014 年 10 月 13 日の調査の際の S・スミス CEO への質疑に対する回答。

⁷⁶ 同上。

⁷⁷ 同上。

⁷⁸ 同上。

⁷⁹ NewCourtland Inc., <http://www.newcourtland.org/germantown-home=2015/11/20> 閲覧。

戸以上)や1寝室付アパートを含め、次の3つの住宅オプションを用意している。1つ目は、認知症罹患入居者が主たる介護者である家族の支援を受けながら安心安全な自宅同様の環境で暮らせるように構想された2寝室付コテージである。2つ目は、NH退所者に提供されるフィラデルフィアで最初の住宅団地であるニューコートランド・スクエアである。3つ目は、2つ目と同じようにNHを退所して地域に戻る高齢者にステューディオや1寝室付アパートを提供しているセンテニアル・スクエアであった。なお、高度看護ケア施設(NH)もジャーマントウン・ホームに立地している。

第6図 ニューコートランド高齢者サービス(ジャーマントウン)



筆者撮影

第7図 地域密着型サービス施設



筆者撮影

2, 歴史

ニューコートランドは現在、西アレゲニー街にある 5.5 エーカーのシャツ工場跡地で高齢者約 200 人を対象に LIFE センターを運営している。この敷地には LIFE 以外にも高齢者住宅が建てられていた。しかしニューコートランドの中心的な活動はマウント・エアリー（フィラデルフィア北西部）のジャーマンタウン街に立地しているジャーマンタウン高齢者コミュニティ（CCRC）である。この場所はもともと寡婦や孤児用のルター派ホームであり、後に看護施設（NH）であるジャーマンタウン・ホームに転用された。だが、このホームが 1990 年代半ばに負債まみれに陥ったため、ニューコートランドがその経営を引き継いで改善に乗り出すことになったのである。その際にニューコートランドは施設入所の考え方から訣別し、高齢者に住宅を提供しながら自立した生活の継続を可能にするような支援に転換することにしたのである。

マウント・エアリー（ジャーマンタウン）のサイトは 13.5 エーカーの敷地を持ち、その場所で広範なサービスを行っている。敷地内の LIFE センターはニューコートランドの入居者 60 人と周辺地域高齢住民 70 人に包括的なケアサービスを提供していた。LIFE センター（オフィスと宿泊施設からなる後付けの建物）は芸術プロジェクトやゲーム、ウェルネスセンターやプライマリーケア診療所、美容院、宗教サービス、悲しみの相談、などの活動も行っている。

第 8 図 ジャーマンタウン・ホーム入口



筆写撮影

ジャーマンタウン・ホーム（第 8 図）は現在、180 床の NH になっており、24 時間体制で高度看護ケアが提供されている。看護ケアから離脱し、再び地域に戻る者は、移行期間中には助成金補助住宅（HUD 住宅）であるニューコートランド・スクエア（26 ユニット）で

リハビリを受けることもできるようになっている。⁸⁰

定員 60 戸のニューコートランド・アパート (IL) は入居資格が 62 歳以上とされており、LIFE センターでアクティビティ、映画・演劇の鑑賞、地方ツアー参加のための日帰り旅行、などの娯楽機会を提供しながら、自立した生活が継続できるように支援している。配偶者の片方がアルツハイマー病や認知症を患った場合に備えて、カップル用コテージと呼ばれる住区画も設けられていた。そこはカップルが一緒に住み続けられるような構造になっており、住込みの世話人用の部屋までも用意されている。

3. フィラデルフィア高齢者センター (Philadelphia Senior Center, PSC)

ニューコートランド・ネットワークのメンバーでもある PSC は 1949 年の開業以来、何千人もの高齢者の豊かな老後生活を支援してきた。現在、5 カ所の PSC 支部が無料ないし低料金で広範なサービスを毎年 2,000 人以上の高齢者 (55 歳以上) に提供していた。そのサービス内容には 3 度の食事と栄養サービス、レクリエーションや旅行、教育やカウンセリングサービス、ボランティアの機会、情報及び資料紹介、などが含まれていた。⁸¹

(2) ニューコートランド LIFE (NLIFE)

ニューコートランド LIFE (NLIFE) は高齢者が長く自立して暮らすのに必要な医療や支援サービスを提供している。LIFE は既に実績のある包括ケアモデルを活用して、加入者が自分の望むままに自宅あるいは近隣で暮らせるように僅かな負担、あるいは全くの自己負担なしに、ほとんどすべてのケアを提供している。

NLIFE センターで提供されるサービスは、デイサービス (月曜日～金曜日、午前 8:30～午後 4:30)、受診予約と併せてセンター通所の往復送迎、3 度の食事と栄養サービス、プライマリーケア、処方薬の服薬介助、歯科・眼科・聴力・足治療、宅配食、在宅介護、OT・PT・ST、などが含まれる。また加入の資格は全米の PACE (LIFE) と同一で、①年齢 55 歳以上、②州の NH ケア認定を受けた上で加入時に自宅で安全に暮らせる者、③LIFE のサービス地域に居住する者、とされている。⁸²

NLIFE センターは私が調査した 2015 年 6 月時点では、ジャーマンタウン街 (ジャーマンタウン高齢者コミュニティ) とアレゲニー街の 2 カ所にあったが、2015 年 12 月に 3 番目のセンターが州の認可を待ってローズヴェルト・プラザに開設される予定になっていた。このうちジャーマン街の NLIFE センターは高齢者 130 人 (ニューコートランド・キャンパス内の入居者 60 人と周辺地域住民 70 人) に対して 1 つの多職種チームが包括的なケアサービスを提供している。この LIFE サイトでは、高齢者に住宅を提供すると共にその入居者に

⁸⁰ Alan Jaffe, "NewCourtland turns to community for input on EPPI site," East Falls, April 15, 2015 <http://www.newsworkers.org=2015/11/15> 閲覧。

⁸¹ Philadelphia Senior Center, Pamphlet.

⁸² NewCourtland LIFE, Pamphlet.

対して包括的なケアも提供するという PACE (LIFE) と CCRC の統合が実現されており、入院や施設入所の抑制という目覚ましい成果も上げている。⁸³その意味で PACE と CCRC の統合モデルの 1 つの成功事例といつてよい。

これもこの事例の特徴といえるが、NLIFE の加入者は全員が低所得層であり、同時にメディケア・メディケイドの二重受給資格者でもあったので、私費負担をしている者が皆無であった。⁸⁴NLIFE のパンフレットにも、低収入で資格のある加入者に対して LIFE は無料でサービスを提供すると明記されている。このため NLIFE には入会金も自己負担もなく、月額利用料も年会費も全く存在しない。⁸⁵もちろん、これは慈善活動を目的とする非営利組織という長年の歴史的使命の現れもいえるが、メディケア・メディケイドの二重受給者を加入者にしていけば、費用が公費で賄われるので経営的にはむしろ安定するという側面もあるかも知れない。もちろん許可されていないサービスや LIFE プログラム契約外のサービス(ただし緊急サービスは除く)を利用する時には、加入者はその費用を全額自己負担しなければならなかった。

(3) 高齢者住宅

ジャーマンタウン・アパート (IL) は 62 歳以上の高齢者を対象とする 1 寝室付ユニットで、60 世帯が入居可能になっている。このアパートは住み慣れた場所で暮らし続けたい (Aging in Place) と望む高齢者のニーズと願望を叶える住環境を保証することができた。それを実現するアメニティとして①追加負担なしに利用可能な光熱水道費、②NLIFE を含む支援サービスの利用、③24 時間の安全や緊急呼出室の利用、④集中空調及び暖房、⑤全キッチン用品、⑥床一面を覆うカーペット、⑦ゴミ処理、⑧電話、TV ケーブル、インターネット・サービスを備えたアパート、⑨屋内大規模活動室で催される組織的アクティビティ、⑩広々とした安全な庭園中庭、⑪ゆったりとした構内駐車場、などが整備されていた。

もう 1 ヶ所のクリブデン・アパート (総戸数 62 戸) も 62 歳以上の高齢者を入居対象としており、1 寝室付のアパートが市内北西部の美しい敷地内に建てられている。クリブデン・アパートは安全で手頃な自立型住宅 (IL) を提供し、住み慣れた場所で暮らし続けたいと希望する高齢者のニーズと願望を叶えている。またそのためのアメニティは上記のジャーマンタウン・アパートとほとんど同じだが、⑨がない代わりに「買い物の利便や送迎による高齢者に優しいコミュニティ」という項目が含まれていた。⁸⁶

次にジャーマンタウン・コテージは 18 歳以上の障害者、特に認知障害者を対象に 2 寝室付コテージ 18 戸を敷地内に配置しており、同居の家族や介護者からの支援によって彼らの在宅生活が可能になっている。しかもニューコートランド・ネットワークが適切なケ

⁸³ 2015 年 6 月 29 日にジャーマン街のジャーマンタウン高齢者コミュニティを訪問した時の質疑の際の回答。

⁸⁴ 同上。

⁸⁵ NewCourtland LIFE Program, Pamphlet.

⁸⁶ The Apartments at Cliveden, Pamphlet.

アが確実に実施されているか、モニタリングを行っている。そのためのアメニティはジャーマンタウン・アパートに含まれている②と⑨がない代わりに、認知障害者という特性を反映した項目「塀に囲まれたコミュニティに立地」が含まれていた。⁸⁷

ニューコートランド・スクエア（AL、第9図）は2階建ての26戸（最新リフォームのステューディオと1寝室付アパート）からなり、NHを退所して地域に戻る予定の55歳以上の高齢者に手頃で安全な住まいを提供している。ニューコートランド・スクエアはマウント・エアリー歴史地区（ジャーマンタウン街）の美しい敷地内に立地しており、入居者はNLIFE（加入が利用の条件）を含む多くの支援サービスを利用できる。なお、アメニティには①入居者の月収の30%に上限を設けた家賃、②追加負担なしに利用できる光熱水道、③塀に囲まれたコミュニティで24時間のメンテナンスと安全サービス、④遠隔モニタリング技術、⑤全キッチン用品、⑥個別管理の暖房・空調、⑦インターネット及びTVケーブル接続端子の利用、⑧専用中庭及びバルコニー、⑨コミュニティールーム、⑩無料洗濯設備、⑪専用駐車場、⑫団体アクティビティ、⑬車椅子の利用、などが含まれていた。

第9図 ニューコートランド・スクエア（AL）



筆写撮影

同様にセンチニアル・スクエア（AL）もNHを退所して地域に戻る予定の60歳以上の高齢者を対象に11戸のスチューディオとアパートを提供していた。センチニアル・スクエアも便利なジャーマンタウン街に立地し、入居者はNLIFE（加入が利用の条件）を含む多くの支援サービスを利用できた。アメニティにはニューコートランド・スクエアと比べて④遠隔モニタリング技術、⑧専用中庭及びバルコニー、⑨コミュニティールーム、⑫組織的活動、などが含まれていなかった。

⁸⁷ The Cttages at Germantown Senior Community, Pamphlet.

(4)NLIFE の遠隔監視技術と経費抑制

1. 在宅ケアと監視技術の結合

NLIFE と高齢者住宅の連携は遠隔監視がプログラムの費用を如何に低減させ、利用者の自立を促すものであるかを実証した。ニューコートランドが活用している技術と支援サービスは、利用者がその安全と低コストを両立させながら NH から退所して地域に戻ることを可能にしているからである。例えば、伝統的な NH 入所者 33 人を遠隔監視技術配備の支援付住宅 (AL) に転居させられれば、年 180 万ドルを節約できることが判明した。⁸⁸

NLIFE は 2008 年 12 月に NH 退所者 30 人をニューコートランド・スクウェア (AL) に初めて受け入れた。転入後に彼らが従前のような 24 時間対応の介護なしでも生活できるかどうかを評価するために NLIFE の多職種チームとニューコートランド住宅部門の職員が協働して 90 日間の移行過程を管理するためのチームを組織した。一方、これらの転入者たちは身体機能最大化療法、服薬訓練、金銭管理訓練、在宅体調遠隔監視機器の使用法を教える技術訓練、を含めて個別的な集中的訓練を受けた。

こうして職員を加入者の部屋に派遣する代わりに、「Healthsense eNeighbor®システム」を装備した NHT (NewCourtland Healthcare Technologies, ニューコートランド体調管理技術) が室内の加入者の健康状態を遠隔操作で監視することになった。そして敷地内に配置されている職員が加入者かシステムのいずれかによって鳴らされた警報に適切に反応できるような体制を整備したのである。このシステムは住居周辺に設置されたセンサー、特殊なものでは生体計測器、服薬払出装置や各アパートのチェックイン・ボタンなどを含んでいた。もし何らかの問題や説明できない変化が生じたならば、監視センターが原因を調べるために加入者に連絡する。この住宅タイプ、LIFE 及び監視技術による支援サービスによって、ニューコートランド・スクウェアは入居者にあまり費用を掛けずに、自立と高い QOL を保証することができたのである。もちろん、監視技術だけではなく LIFE (PACE) の役割についても忘れてはならない。

2. 利点

このシステムは第 6 表のように経費を節約し、NH 入所に代わる安い選択肢を州や連邦政府にも提供できる。しかも在宅ケアワーカーは職員配置やケア時間が減るので、加入者の QOL を高めるためのケアにもっと集中できるようになったのである。

ある成人した娘と自宅で同居する LIFE 加入者の母親は、絶えず夜中に家から飛び出して徘徊を繰り返していた。親娘共に地域で暮らし続けることを望んでいたが、心配した娘はソーシャルワーカーに母親を NH に入所させたいと相談した。LIFE チームはその母親を評価

⁸⁸ Laurie M. Orlov, “Courtland Healthcare Technologies: The Power to Age in Place,” *Aging in Place Technology Watch*, p. 1.

<http://www.newcourtland.org/images/stories/PDF/CourtlandHTWhitePaper.pdf=2015/11/22> 閲覧。

した後に、母親を金の掛かる NH に入所させず安全に自宅で暮らせるようにするため「eNeighbor®システム」を試してみる気があるかどうか、を娘さんに尋ねた。その同意を得て実験に着手し、NHT は現在まで首尾よく彼女の母親を安全に保ち、過去 2 年間、地域で娘と一緒に暮らし続けられることを可能にしてきた。その結果、第 7 表のように年間 71,025 ドルもの費用が節約されたのである。

第 6 表 ニューコートランド・スクエア監視技術付住宅と費用節約

ユニット/ 部屋数 (戸)	年技術費用 (ドル)	年在宅ケア費 用 (ドル)	年総費用 (ドル)	ナーシングホー ム費用 (ドル)	年間節約額 (ドル)
26	39,000	249,600	288,600	2,135,250	1,846,650

(資料) Orlov, *op. cit.*, p. 3.

第 7 表 監視技術を活用して自宅で暮らす LIFE 加入者と費用節約

ユニット/ 部屋数 (戸)	年技術費用 (ドル)	年在宅ケア費 用 (ドル)	年総費用 (ドル)	ナーシングホー ム費用 (ドル)	年間節約額 (ドル)
1	1,500	9,600	11,100	82,125	71,025

(資料) Orlov, *op. cit.*, p. 4.

このように LIFE は監視技術の活用によって加入者が NH 入所よりも安価に自立して暮らせることを明らかにしてきた。このシステムは入院発生率を減らし、必要な介護職員の配置を減らすことができたからである。また監視センサーシステムは一人暮らしで、転倒のリスクの高い加入者に対してもセーフティネットとして役立っている。センサーシステムは時間と共に臨床的問題を暗示する行動パターンの変化を見抜く手助けとなっているからである。例えば、加入者の 1 人が夜に一度起きるという通常のパターンとは違って頻繁に起きていたとする。そこで LIFE の看護師が彼に連絡を取ると、彼が気管支炎を悪化させ、肺炎を起こしているのを発見した、というような出来事があった。看護師はすぐに彼に抗生物質を投与し、その結果 ER 受診やその後の入院を回避することができたのである。⁸⁹

他の例では、センサーシステムが栄養問題を確認 (台所での調理作業の欠如から発見) し、転倒後に長時間横たわっている (何の動きも見られない時は職員に情報が送られる) のを回避するなど、医療問題を暗示する他の行動の変化に注意を喚起するのに役立っている。このような監視技術が導入されれば、加入者 1 人当たり僅か月 100 ドル程度の費用で ER や入院を回避できるので、何倍もの利益となって戻ってくると考えられる。

[3] ローレット (Loretto) と PACE CNY

ローレットは 1926 年にローマカトリック教会のシラキユース教区によって北米最初の高

⁸⁹ *Ibid.*, p. 5.

齢者用教区ホームとして設立された。そして 1976 年にローレットは益々増加する高齢者のニーズに対応するために再構築された。ローレットは民間の慈善的非営利組織に転換した後、そのサービスを拡大し、ブリントン街に 33 エーカーのキャンパスを開発した。現在、ローレットはオノダガ郡とカユガ郡で 22 の特別プログラムを展開し、7,000 人以上の加入者とその家族に住宅と医療介護サービスを提供しており、この地域での役割が益々高まっている。⁹⁰特別プログラムの 1 つである PACE CNY はローレットの独立非営利法人で、1926 年以來、障害者や慢性病者に介護サービスを提供してきた。PACE CNY はそのサービスがなければ NH に入所するしかない者に包括的なケアとサービスを提供することによって在宅生活の継続を可能にしていた。

(1) PACE CNY

1. 立地

PACE CNY はオノダガ郡の居住者に包括ケアを提供している革新的なプログラムである。PACE CNY はローレットが提供している 22 の特別プログラムの 1 つであり、1997 年に実証実験のために設立された。PACE CNY はもしそれが存在していなければ、NH に入居するしかない高齢者に在宅で包括的な医療介護・社会サービスを提供している。加入者の 97% はメディケア・メディケイドの人頭払いによって PACE CNY の利用料を賄い、自己負担を全くしていなかった。⁹¹ PACE CNY の多職種チームはプライマリーケア医や臨床看護師からソーシャルワーカーや栄養士に至る専門職によって構成され、加入者の自宅やデイヘルスセンター、必要があれば病院や介護施設においてもサービスを提供する。多職種チームの医師や看護師のオンコールでの医療保障は 1 日 24 時間、週 7 日、年 365 日にわたって利用できるようになっている。

2015 年 6 月、PACE CNY はシラキュース東部に新たなサイトであるマコーリフセンターを開業した。キャリアー・サークル近くのクリーク・サークル・ドライブに立地しており、広さ 3.8 万平方フィートの新センターは加入者のニーズや要望に配慮しながら注意深く設計されていた。アメニティとしては入浴場の床暖房、融雪歩道システム、周囲を囲い込まれた広々とした屋外テラス・エリア、などが整備されている。

2. 加入資格と脱会

PACE CNY の加入資格は年齢 55 歳以上、オノダガ郡の住民、多職種チームによって評価され、オノダガ郡ニューヨーク連絡資源センター (Resource Center) によって看護施設レベルのケアを受ける資格があると認定されること、の 3 つであった。これらの加入資格や基準条件は PACE CNY に加入するためには必ず満たされなければならなかった。加えて次の

⁹⁰ Loretto Home Page, “Loretto,” <http://www.lorettocny.org/=2015/11/8> 閲覧。

⁹¹ 2015 年 9 月 10 日に PACE CNY を訪問し、上級 VC のアブレンシア女史とプログラム部長バトン女史への質問に対する回答に基づく。

ような加入条件も満たす必要があった。即ち、①加入時に PACE CNY のサポート・サービスによってコミュニティで安全に居住できると判定され、②メディケア・メディケイドの受給資格を有するか、加入契約で定められた私費負担額を支払うことに同意し、③PACE の介護サービスを 120 日以上必要とすること、の 3 つである。

しかも PACE CNY の加入者であり続けるためには、加入の資格基準と毎年の資格更新をクリアしなければならなかった。一方、加入者はいつでも理由がなくとも PACE CNY から自由に脱会することができた。なお、加入者はプライマリーケア医や専門医のサービスを含め、すべての必要な医療を受ける権利があった。しかし加入者は契約で認められていないサービスや、PACE プログラム契約外のサービス費用(救急サービスを除く)に関しては全額を自己負担しなければならなかった。⁹²

3. 多職種チームの役割

PACE モデルでは多職種チームがケアを管理・統合・提供する中心的な役割を担っている。このチーム・メンバーは加入者のニーズを評価してケアプランを作り、そのケアの大部分をチームで提供し、ケアの内容と加入者の状態変化を観察しながら必要な場合にはケアプランの変更などの調整を行った。ケアは在宅、デイセンター、NH や病院などの様々な環境の下で提供されている。またこのチームは少なくとも半年に 1 回、加入者全員に対して健康状態の再評価を行う。さらに多職種チームは毎日、朝の始業時間直後に会議を開き、加入者の 24 時間以内の状態変化を検討し、ケアプランの再調整が必要か否かを話し合っている。このようにチームは加入者の状態をモニタリングしながら継続的なケアプランを作成しているのである。

第 10 図 Sally Coyne Center PACE CNY (Malta Lane)

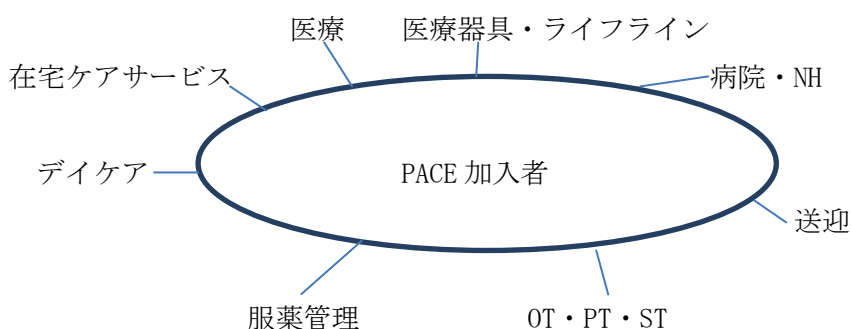


PACE CNY 資料

⁹² Loretto Home Page, “Loretto,” <http://www.lorettocny.org/=2015/11/8> 閲覧。

ところで、PACE CNY には 3 つの多職種チームがあり、このうちの 2 チームは新しいセンター（マコーリフ）、1 チームは古いサリー・コイン・センター（第 10 図）に配置されていた。PACE CNY では 1 チームが約 150 人の加入者を担当しており、一般的な PACE の加入者担当数である 1 チーム 100 人よりもかなり多かった。PACE CNY は 2014 年現在、569 人の加入者を抱えていたが、そのうち 40 人が NH に転居し、24 時間体制の看護を受けていた。アブレンシア女史（上級 VC）の説明では、平均 10% 程度の加入者が NH に移るそうであるが、上記の数字に基づいて計算すると 7% くらいになり、PACE の全国平均より若干低い程度になる。なお、サリー・コイン・センターの PACE CNY チームはローレットの高齢者住宅マルタ・ハウス&マナー（定員各 49 人、合計 98 人、2014 現在の入居者 93 人）の入居者のうち 8 割前後（74 人前後）を加入者として受け入れていたが、そのうち NH に移る者は多くて 1～2% にすぎず、ゼロの時期もあるとのことであった。このセンターでは高齢者住宅と高齢者包括ケアの統合、つまり CCRC と PACE CNY の協働がある程度まで実現しており、NH 入所を上手く抑制し、医療介護費の抑制と QOL の向上に成果と上げていたといえる。⁹³

第 11 図 PACE CNY 加入者と多職種チームの関係



（資料）PACE CNY

PACE CNY の在宅ケアでは、看護師や在宅医療助手のケアとサービスが提供されている。また夕方や週末には医師や看護師が必ずセンターに待機していたので、加入者は 1 日 24 時間のケアを保証されていた。さらに医療的な措置が必要な時には、在宅訪問医療が行われている。在宅医療助手は主に入浴、身繕い、服薬確認などの介助を行っている。それ以外の在宅ケアサービスとしては宅配食やライフライン（命綱）などが含まれる。このように多職種チームは看護ケア、在宅医療、身辺介護、リハビリ療法 (PT, OT, ST)、栄養相談、MSW (Medical Social Worker)、軽い清掃、宅配食、ライフライン緊急呼び出しシステム、看護師・医師 24 時間待機、終末期ケア、レスパイトケアなどの広範なサービスを加入者に提供していた。しかも PACE CNY は自宅、アパート、高齢者住宅を含めて地域の様々な場所に出向いてサービスを提供していたのである。

⁹³ 2015 年 9 月 10 日に PACE CNY を訪問し、上級 VC のアブレンシア女史とプログラム部長バトン女史への質問に対する回答に基づく。

リハビリのチームには PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語療法士）が含まれている。このチームは安全な歩行、移動及び排泄などの能力を再び回復・維持させ、ADL（入浴、身繕いなど）を自力で行えるように入居者と協働している。PACE CNY チーム（第 11 図）は加入者の健康状態を再評価しながら在宅医療の必需品、設備、器具などを提供している。またチームは失禁予防、転倒防止、創傷ケアにも関与していた。アクアセラピー（フィットネスとリハビリの中間形態）、マッサージ療法、ロービジョン（通常の眼科治療では視力、視野、色覚といった視機能の低下が回復せず、日常生活に困難を抱えている人への支援）グループ参加、などを含むプログラムもある。さらにリハビリサービスはデイセンター、自宅、あるいは SNF や病院においても提供されていた。⁹⁴

4. デイケア

デイセンターで行われるアクティビティはデイケアマネージャーによって調整されていた。またレクリエーション療法士はビンゴ、トランプ、ダンス、音楽、運動講習、調理、ゲーム、裁縫、編み物、コンピュータ講習などの活動を提供するために月間行事カレンダーを作成している。ショッピングセンター、レストラン及びニューヨーク州フェア、湖畔の灯台、ロチェスターのライラック祭りなどへの野外旅行も時々企画されている。

デイセンターの周辺介護エリアは特別な介護ニーズを持っている人のためにジェットバス、シャワーやウォークイン・シャワーが備えられている。またデイセンターにおける活動を支援するために在宅医療助手が配置されていた。追加料金を払えば、加入者は美容院も利用できた。さらに管理栄養士が適切な治療食や栄養サプリメントを紹介し、栄養療法の指導も行っている。栄養士は加入者の個別的なニーズに合わせてデイセンターで体重、食事摂取量、調整メニューなどをモニタリングしていた。このようにデイセンターはレクリエーション療法、野外活動、給食、栄養相談、送迎、ソーシャルワーク・サービス、介護助手サービス、精神的相談、シャワー浴（助手の支援付き）、ジェットバス（助手の支援付き）、障害者用浴室、リハビリサービス、など多様なサービスを提供していたのである。⁹⁵

(2) 実態調査

1. ローレットの活動状況（2014 年）

ローレットは 2014 年現在、22 のプログラムを通じて約 7,000 人の高齢者とその家族にケア付住宅と医療介護サービスを提供していた。とはいえローレットがサービスを提供している人々の 20% は虚弱高齢者ではなかった。またローレットは現在でも 1,100 床の NH (SNF) を所有している（元来 NH 組織）が、その入所者の 80% がメディケイドの受給者であった。さらにローレットは 1,100 戸の高齢者住宅に 1,164 人の高齢者を受け入れている。⁹⁶

⁹⁴ Loretto Home Page, “Loretto,” <http://www.lorettocny.org/>=2015/11/8 閲覧。

⁹⁵ Loretto Home Page, “Loretto,” <http://www.lorettocny.org/>=2015/11/8 閲覧。

⁹⁶ Loretto, “2014 Annual Report,” p. 2.

そのローレットの高齢者住宅は第8表のようになっている。高齢者住宅(IL、AL、2014年)の入居者1,164人のうち、504人がIL(但しノッチングムの入居者全員がIL入居者ではない可能性もある)、660人がALに入居していると推定される。従って、ローレットの高齢者住宅入居者は自立型が43%、支援型が57%の比率となっており、自立型の比率が極めて低くなっている。CCRCは一般にILが重要な収益源(健康で自立しており医療介護費が掛からない)と考えられているので、その収益構造がどうなっているのか気になる。後述のAMV(Asbury Methodist Village, CCRC)におけるILとALの比率が2014年現在9:1になっている(なお、IL:AL:NH=7:1:2)ことを考えれば、ローレットの特徴は明らかである。1つの説明要因はローレットがもともと大規模なNH施設であり、歴史的遺産と使命を引き摺っているという点である。なお、NH(SNF)を含めたローレットのIL:AL:NHの比率は17:22:61となっており、要介護と要支援の入居者比率が異常に高くなっている。

第8表ローレットの高齢者住宅、2014年

施設名	入所者数	タイプ
バーナルディン	216	AL
バークリー・ランディング	116	AL
コミュニティ・レジデンス	32	IL(精神障害)
フォレスト・ビュー・アット・フェイエット	21	IL(PACE)
ヘリテージ	120	AL(前NH)(認知症)
ハイランド・ハウス	13	IL(PACE)
マルタ・ハウス&マナー	93(定員98)	IL(HUD)PACE
ノッチングム	303	IL(Cottage, AL, NH)
オブライエン・ロード・アパートメント	42	IL
セジウィク・ハイツ	208	AL
計	1,164	

(資料)Loretto, “2014 Annual Report,” p. 3.

次にAL居住者の中でPACEに加入しているのはハイランド・ハウス、フォレスト・ビュー・アットフェイエット、マルタ・ハウス&マナーの入居者であるが、その全員ではなく支援を必要とする者のみが加入している。マルタ・ハウス&マナーでは入居者の8割近く(70人以上)が加入しており、その結果、NH転居に至った入居者は僅か1~2%にすぎないという。PACE CNY加入者の全体ではNH転居率は10%以下だそうだが、現在のNH転居者が40人なので、PACEの加入者数で割ると7%程度となりPACE全体の平均よりも若干低い。いずれにせよローレットでは、高齢者住宅(CCRC)とPACEの統合がかなり実現しており(4つの高齢者住宅とPACEの協働)、医療介護費の抑制とQOLの向上を達成して両部門に相乗効果をもたらしていたといえる。

2. 高齢者住宅

そこで、次にローレットの各高齢者住宅の特徴を簡単に見ておこう。まず、バーナルディンはまるで一幅の絵画のように美しい環境の中に立地する広々としたアパートが自慢の高齢者向け住宅団地である。バーナルディンはシラキューズ市の近隣地域にも溶け込み、転居の必要もなく1つの場所で優雅に年を取れる安心感を入居者に与えるALプログラムを提供している。入居者は以下のような質の高いケアと設備を利用できる。即ち、1日3度の栄養価の高い食事、洗濯と掃除、服薬管理、入浴監督と身繕い介助、医療受診予約と送迎、包括的なアクティビティ・レクリエーションプログラム、1日24時間の看護ケア利用、カウンセリング・紹介・ソーシャルワーク・サービス、緊急応答システム、プライマリケアサービスの調整、安全チェック、食事やアクティビティの情報や案内、などである。

スタッフに関しては、バーナルディンは管理職、正看護師、ケースマネージャー、准看護師、認定在宅介護助手、食堂・レクリエーション・掃除・メンテナンス職員、などが配置されていた。住居設備はワンルームか寝室1つのアパートで、施設内での精神的サービス、近隣スタイルの食堂、大きな共同居間、小規模な共同ラウンジ、屋外中庭エリア、正面玄関のセントロ（中央）バス停、敷地内美容院、などが整備されていた。⁹⁷

またバックレー・ランディングはニューヨーク州保健省が認可・規制しているALプログラムを運営している。ここの入居者もバーナルディンと同様に質の高いケアや設備を享受できる。バックレーでは、現在の住まいに住み続けたいと望む高齢者を支援するために必要なだけのケアが提供されている。そのため入居者の身辺介護や服薬管理を支援するスタッフが24時間駐在していた。

さらにコミュニティ・レジデンスは3つの住宅からなり、全部で26人が入居者している。3つの住宅のうち2つはシラキューズ市内、1つはボールドウィンズヴィル村に立地している。これらの住宅は基本的には自立型（IL）であるが、主に精神障害を持つ成人を対象としていたので、それに対応した支援が提供されている。

フォレスト・ビュー・アット・フェイエットはシラキューズ市のイースト・フェイエット通りに立地するローレットの新しい住宅施設である。フォレストは手頃で便利な上に快適な環境の下で高齢者に自立型住宅（IL）を提供している。ここの入居者は聖ジョセフ病院医療センターと提携しているPACE CNY（ローレット傘下）から支援サービスを受けていた（第9表）。フォレストは個室か相部屋、家具付きコミュニティルーム、洗濯設備、共有エリアの掃除、1日3度の食事、セキュリティ・システム及びケーブルTV利用や専用電話接続、などの設備を提供している。ハイランド・ハウスも美しいビクトリア王朝風のIL施設で、入居者はやはりPACE CNYに加入しながら自立した生活を継続している。

次のヘリテージは特にアルツハイマー病や他の認知症を患う人を支援するために設けられたニューヨーク州中央部における最初のAI施設である。ヘリテージはローレットの本部キャンパスに立地し、1926年に建造された歴史的建物であり、もともとはNH用施設であっ

⁹⁷Loretto, “2014 Annual Report,”

た。1992 年以降、ヘリテージは温もりのある自宅にいるような雰囲気の下でアルツハイマーや認知症を患う成人に AL プログラムを提供しするために改装された。

マルタ・ハウス&マナーはローレットが所有し、クリストファー・コミュニティ社（カトリック慈善会住宅部門）が運営する住託施設である。これら 2 つの住宅はシラキュース北部のサリー・コイン PACE CNY センターに隣接して建設され、低所得の虚弱高齢者に IL を提供している（HUD の低所得者用補助住宅）。2 つの建物のそれぞれに 49 戸のワンベッドルームのアパートが設けられ、ローレットのソーシャルワーカーが入居者の個別的なニーズに合わせてコミュニティ・サービスを調整している。

そしてノッチングムはコテージから IL アパート、AL アパート、SNF まで多岐にわたる住居の選択が可能な高齢者住宅施設である（第 10 表）。医療サービス、ショッピング、レストランなどが近くの便利な場所に立地し、これら複数の住宅選択肢入居者が移りたいと思った時に自由に出たり入ったり移動できる非常に柔軟な仕組みになっていた。

最後に新築の 40 戸からなるオブライエン・ロード・アパートメントは、オノンダガ郡北西部の虚弱な高齢者のニーズに対応するため経営代理人のクリストファー・コミュニティとのパートナーシップで開発された。入居者は費用を自己負担すれば、PACE CNY のサービスを受けることもできた。セジウィク・ハイツもシラキュースの歴史的なセジウィク地区の中心地に立地し、要支援の高齢者に支援型住居（AL）を提供していた。

3. NH (SNF)

次に SNF について見ておこう。「聖アントニウス」コモンズ(Commons)はマーシー医療リハビリセンターとカユガ郡 NH という長い歴史を持つ 2 つの組織の長所を統合した 300 床の SNF (2014 年の利用者 341 人) である (第 9 表)。これら 2 つの組織が統合された結果、カユガ郡高度看護リハビリセンターの入院者は質の高い患者最優先のケアを一カ所でまとめて享受できるようになった。ここでは長期高度看護ケア、OT・PT・ST を含む短期リハビリ、ソーシャルワーク及び臨床栄養サービスなどが効率よく提供されている。

またローレット医療リハビリセンターは 13 階建てのカニンガムビルディングに 487 床の長期ケア用 SNF と 96 床の短期入院型リハビリプログラムを備えており、ニューヨーク州中央部最大の施設といわれる。ここの入所患者の医療ニーズは多職種チームが対応している。

さらにガーデングローブ・コテージは 18 エーカーの土地に建設された 12 棟の建物に 156 人の高齢者（各棟 13 人）が入居している。このコテージは中庭や庭園を持つ屋外スペース、バスルーム付個室、対面型キッチンや食堂も備えている。これは伝統的な NH を自宅にいるような環境に代えようという全米で定着しつつある考え方を採用しており、小規模なコミュニティが作り出されていた。入居者はここでは自分の選択を支援してもらい、伝統的 NH の決まりきった慣例から解放されていた。クローズ病院、ローレット及び聖ジョセフ病院ヘルスセンターがニューヨーク州中央部で導入したこの革新的なケアモデルは、3 棟の住宅を短期リハビリ用、9 棟を長期高度看護用に充当している。しかもこれらの住宅で

も伝統的 SNF や入所型リハビリセンターのそれと同レベルのケアを受けられたのである。⁹⁸

第9表高度看護、2014年

センター等	入所者数
ローレット医療リハビリセンター	1,707
ノッチングム医療センター	94
「聖アントニウス」コモンズ(Commons)	341
郡庁舎コモンズ(Commons)	346
計	2,488

(資料)Loretto, “2014 Annual Report,”

3. その他のサービス

ローレットは第10表のような在宅・地域密着型サービスを提供しているが、サービスの大部分を占める PACE CNY については既に述べたので、これ以上は立ち入らない。またマコーリフセンターでも第11表のように特別な医療サービスが提供されていた。外来診療なので件数は4,976件に上っているが、やはりここではこれ以上詳しく説明しない。

第10表在宅・地域密着型ケアサービス、2014年

プログラム	受給者数
早朝メディカル・デイ・プログラム「勇敢」	112
早朝メディカル・デイ・プログラム「聖アントニウス」	49
PACE CNY	569
計	757

(資料)Loretto, “2014 Annual Report,”

第11表特別な医療サービス(マコーリフセンター)、2014年

診療科	受診数
歯科	2,428
足病治療	2,357
眼科	191
計	4,976

(資料)Loretto, “2014 Annual Report,”

第4章 CCRC と PACE の統合

⁹⁸ Loretto, “2014 Annual Report,”

[1] CCRC と PACE の協働

(1) 「CCRC 密着型 PACE」の理想と現実

NPA (PACE の全国組織、National PACE Association) の CEO、S・ブルームは長年にわたり PACE と CCRC の統合の利点を唱えてきた。2008 年のリーマンショック以前からの不動産価格下落などによって経営環境が悪化した CCRC 業界と、老人の包括ケアで高い評価を受けながらも成長のやや鈍い PACE が同じ高齢者サービス事業者という共通の基盤に立って相互の長所を生かしながら助け合えろと考えた上でのことである。というのも、この両組織はそれぞれ高齢者へのケア付住宅提供と包括ケア提供という 2 つの領域で長年にわたり目覚ましい実績を残してきたからである。

特に CCRC は慢性的な経済的沈滞、住宅不況、メディケア・パート A の高度看護償還率の引下げ予測、州メディケイド支払の減額、投資環境の悪化、慈善寄付の減少などの困難な問題に直面していた。そこで、CCRC 業界もサービス対象の高齢者層を現在の 2% から高齢者全体に拡大しようと模索し始めたのである。既に多くの CCRC がより広範なコミュニティ住民に対して在宅・地域密着型サービスを拡大する戦略を検討している。⁹⁹一方、PACE も加入者を第 12 表のように高所得で自己負担が可能な要介護老人にも拡大したいと考えていた。

第 12 表 ケアの継続

身体機能状態	高所得層	中所得層	低所得層
自立	高齢者コミュニティ、在宅終身介護	賃貸高齢者コミュニティ、中・低所得税額控除財源住宅	手頃な住宅
要支援	在宅ケア、デイケア、AL	在宅ケア、デイケア、AL	在宅ケア、デイケア
要介護	自己負担 PACE、在宅ケア、ナーシングホーム	資産消尽後に PACE、在宅ケア、ナーシングホーム入所で資産消尽	PACE、在宅ケア、ナーシングホーム

(資料) LeadinAge and NPA, *op. cit.*

しかし CCRC と PACE の統合は「CCRC 密着型 PACE」を目指しながらも、実際にはほとんどが「CCRC 付属型 PACE」に留まっている。「CCRC 密着型 PACE」は CCRC と PACE の有機的な統合に基づく包括ケアの提供によって CCRC 入居者が NH に移るのを極力抑制することを目指している。例えば、PACE は A・B タイプとは異なって入所一時金に医療介護サービスが含まれていない C タイプ (出来高契約払) の CCRC においても導入可能である。C タイプの CCRC は入所一時金と月額利用料の様々な組み合わせを入居者に提供できるからである。事例を参考にすれば、①アレキサン・ブラザーズ・シグナル・マウンテン CCRC が実施している

⁹⁹ LeadinAge and NPA, “Program of All-Inclusive Care for the Elderly: An important addition to your CCRC,” Webinar 266130329, November 2, 2011.

ような入所一時金と月額利用料の組み合わせによる医療介護ニーズ全部の前払い（PACE を含む）、②必要な時だけの PACE サービス利用と料金負担、などの契約が考えられる。2006 年の私費負担による PACE サービス利用料は月平均約 3,074 ドル（NH の月額利用料はこの費用の約 2 倍）で、追加自己負担、控除、あるいは給付制限なしに必要なサービスすべて（急性期、プライマリーケア、リハビリ、処方薬等）を含んでいた。

もちろん、A タイプ（包括契約、長期ケアサービスのすべてが前払いされ、必要になった時に CCRC が提供する責任をもつ終身ケア契約）の CCRC は最も自然に PACE を導入できる。A タイプの入居者は予め費用を前払いしているため、最も効率的に PACE サービスを利用しようとする誘因を持っているからである。

だが、私が行った調査結果によれば、この 2 つの組織の関係は単に CCRC が PACE サイトも所有しているという関係にすぎず、ケア付住宅と包括ケアが密接に連携して機能しているとは考えられなかった。むしろそれは経営多角化の一環とでもいうべき「CCRC 付属型 PACE」のレベルに留まっていた。そのためプレスビテリアン高齢者住宅（Presbyterian Senior Living, ペンシルヴェニア州）のように州の政策が不透明になった途端に逆風と感じ、PACE 導入の数年後にそれをあっさりと売却してしまった CCRC 団体もあった。¹⁰⁰

とはいえ、サービス付住宅はその入居者の約 20%が NH ケアの受給資格者でもあったので、彼らに PACE を売り込める余地が十分にある。CCRC の中には継続的ケア全体にわたるサービスの統合のために医長を雇っているところも多い。医長と臨床看護師は PACE モデルでは不可欠なメンバーとなっており、CCRC が PACE と統合すれば、ケアマネジメントを改善し、包括的なサービスを発展させることも可能である。しかも CCRC は PACE を通じて経済的に恵まれない人々にもサービスを拡大するという本来の使命を果たすことができるのである。

(2) PACE の実績

PACE の特徴は①在宅・地域密着型サービスを提供するデイセンター、②ケア調整やケアマネジメントを行う多職種チーム、③メディケア・メディケイドからの人頭払いと引き換えの包括ケア提供、などの点にある。また PACE の加入要件は①年齢 55 歳以上で、②PACE 組織の営業区域内に住み、③NH レベルのケアを要するという州認定、④加入時に PACE プログラムのサービスにより地域で安全に暮らせること、などの条件を満たす者である。PACE はデイサービスと共に地域密着型のケアプログラムとして、高齢者が自宅や地域に留まり、NH から早期に退所できるように支援する革新的なケアを提供している。¹⁰¹

既に述べたように PACE は高齢者に対する包括ケアを調整するために多職種チームを活用している。チームには医師、看護師、療法士、ソーシャルワーカー、管理栄養士、身辺介

¹⁰⁰ Presbyterian Senior Living の CEO、S. Proctor 氏へのメール・インタビュー（2014 年 6 月）。

¹⁰¹ Shawn Bloom, “Overview: program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE),” NPA. NPA のブルーム CEO 提供の資料。

護助手、及びその他のスタッフが含まれている。その施設にはデイセンター、クリニック、作業・理学療法施設などが設置されている。またサービスは加入者の自宅、必要であれば病院や NH でも提供される。さらに PACE は医療介護サービスのすべてを提供するためメディケア・メディケイド人頭払い金と加入者の自己負担金をプールして利用している。なお、メディケア（パート A とパート B）の人頭払いは PACE 加入者のリスク（及び虚弱度）に基づいて調整され、パート D も入札額に基づいて支払われている。メディケイドの人頭払いも州の長期ケア支出額に基づいて調整されていた。

2011 年に PACE はメディケア・メディケイドから加入者 1 人当たり月額 5,349 ドルを受け取っていたが、そのうちメディケイドが 60%（3,331 ドル）、メディケアが 40%（2,018 ドル）を占めていた（民間資金や加入者自己負担はごく僅か）。この人頭払いと引き換えに PACE はメディケア・メディケイドがカバーするサービスすべてとそれ上回るサービスを提供している。例えば、医療、看護、理学療法、作業療法、レクリエーション療法、食事、栄養相談、ソーシャルワーク、在宅医療介護、入院治療、身辺介護、処方薬、社会サービス、聴覚、歯科、眼科、言語療法、レスパイトケア、SNF・NH ケアなどが含まれる。¹⁰²

もちろん、以下のような PACE の成果も強調しておかなければならない。PACE は加入者の自宅死の割合を上昇させ、加入者・介護者・スタッフの三者の満足度を高めた。また PACE の加入者は入院や恒常的な NH 入所も劇的に減少させた。多職種チームが予防、一次・二次・三次ケアを重視しながら評価、治療計画、治療提供及びモニタリングを継続的に行ってきたからである。

(3) CCRC と PACE の統合

2012 年 4 月、Continuum Development Services（テネシー州シグナル・マウンテン）の社長 D・グレイは CCRC が PACE をその経営戦略に取り込むべき理由を説明した。彼は NH の前理事及び CCRC 役員としてアレクシアン・ブラザーズ・ヘルスシステムに勤務しながらチャタヌーガ（テネシー州）とセントルイス（ミズーリ州）で PACE プログラムを立ち上げてきた。CCRC が PACE 導入を検討すべき理由は両者の間に相乗効果が存在するからだ、と彼は主張する。最も重要なことは CCRC が長年にわたりケアマネジメントを培い、それを得意としている点だという。しかも CCRC は終身介護契約の運用経験によって一定の収入で遣り繰りをし、費用を管理し、公約したサービスを提供するというノウハウを蓄積してきた。このノウハウは PACE にとっても必要なスキルとなる筈だからである。¹⁰³

また CCRC は高齢者の体調や健康な状態についても多くの知識を持っていた。CCRC は高齢者の健康を維持する方法、入院や NH 入所を必要にする心身の悪化を防ぐ方法、効果的なケア移行を管理する方法なども熟知していた。この種の専門知識も PACE にとって有益である。

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ “PACE: A Natural Extension of the CCRC Mission,” *LeadingAge*, Dec 05, 2012. <http://www.leadingage.org/Article.aspx?id=7723=2015/11/22> 閲覧。

もう1つ重要な点は多くの CCRC が PACE を立ち上げるための資金を持っていることである。一方、PACE は不動産も所有しておらず、資金調達が著しく困難だったからである。

PACE 加入者はほぼ全員がメディケイドに依存しているが、CCRC は彼らへの支援を財政的に維持できる、とグレイはいう。また CCRC は PACE を通じてより広い地域住民に奉仕するコミュニティ・サービスセンターに変身し、事業を強化しながらマーケットを拡大することもできるという。CCRC は現状では入居する経済力のない高齢者に対しても手を差し伸べることができるからだ。そうなれば CCRC は約2~3%の富裕層老人だけをターゲットにするのではなく、シニア全体を顧客にすることができる、というのだ。

ところで、グレイがチャタヌーガのアレキシアン・ブラザーズ (Alexian Brothers, AB) に勤務していた時、AB は 650 人の CCRC 入居者の他に、PACE 加入者 325 人と在宅継続ケア (在宅 CCRC) 加入者 250 人に対してもサービスを提供していた。また AB は約 1,500 人の高齢者が高齢者センターでボランティア活動をする際の仲介を行っていた「高齢近隣者 (Senior Neighbors)」プログラムのスポンサーにもなっていた。これらの活動を通じて AB はチャタヌーガで 1 日当たり 3,000 人もの高齢者と接触を持ち、ネットワークを広げてきたのである。恐らく AB は CCRC の運営だけではこれほど多くの高齢者の生活に触れることができなかつたであろう。この例は CCRC が進むべき道 (コミュニティ・サービスセンター) についての1つの重要な示唆を与えてくれる、とグレイはいう。¹⁰⁴

では、低所得高齢者へのサービス拡大は果たして CCRC の財務状態の改善に繋がるのだろうか。グレイは CCRC にとってプラスになると主張する。例えば、多くの CCRC は既に PACE 加入資格を有する低所得老人を受け入れ得る手頃な住宅施設を運営している。それゆえ PACE を所有すれば、そうした入居者により包括的なサービスを提供できるからである。同様にもし CCRC が既に在宅・地域密着型サービスに乗り出しているならば、PACE はそのサービスの拡大にも役立つ。PACE は入居者に医師や送迎のサービスをより利用しやすくすることを含めて在宅・地域密着型サービスの基盤を拡充できるからである。

しかも PACE の設立は加入者 300 人のプログラム 1 件当たりの費用が約 450 万ドルで済む。一方、CCRC の新設は 1 億ドル、NH の新設も 1 ベッド当たり 7.5 万ドル、300 人収容施設で 2,250 万ドル (300 床×7.5 万ドル) もの費用を要する。しかも加入者 300 人の PACE は年 2,100 万ドルの収益を生むので、CCRC や NH と比べれば経済的効率が遥かに高かった。

[2] アズベリー・メソジスト・ヴィリッジ (Asbury Methodist Village, AMV)

次に NPA の S・ブルーム CEO に紹介された大規模 CCRC の AMV について行った調査を紹介しておこう。AMV は PACE と CCRC の連携がまずく、NH (SNF) の入居者が異常に多いので、両者の統合に関する反面教師的な意味で参考になるとアドバイスされた。しかし AMV は実際には PACE を所有しておらず、肩透かしを食らわされたように感じたが、事前に送付しておいた質問票の回答を手渡され、興味深い内容もあったので、紹介しておく。

¹⁰⁴ *Ibid.*

AMV はワシントン DC から 20 マイルの距離にあるゲイザースバーグ市（メリーランド州）の 130 エーカーの敷地（第 12 図）に立地し、緑のオアシスに囲まれた大学キャンパスを思わせる活気のある CCRC であった。AMV は IL、AL、SNF、メモリサポート（認知症患者用）、リハビリサービス、薬局、ヘルスセンター、などのサービスを提供している。このうち IL は第 13 表のように 6 つのアパートで構成されている。入居者の費用負担は 1 寝室付では入居一時金 103,500～271,800 ドル以上、月額利用料 2,070～2,881 ドル以上、また 2 寝室付ではそれぞれ 160,000～322,300 ドル、2,595～2,953 ドルとやや高目で、ターゲットを富裕層に絞っているという説明にも肯けた。¹⁰⁵これは前述のオルブライト（ルイスバーグ）のアパートと比べても 2 倍程の高さである。庭付き住宅は第 14 表のように入居一時金が 485,600～546,400 ドル（日本円で 5,000～6,000 万円以上）と更に高く、中流以下の高齢者にとっては高嶺の花であるかも知れない。

第 13 表 AMV アパートの入居費用（単位：ドル、2015 年 1 月 1 日実施）

アパート名	入居一時金		月額利用料	
	1 寝室	2 寝室	1 寝室	2 寝室
パークビュー・アパート	271,800～	322,300～	2,415～	2,850～
ウォーレス・アパート	256,900～	253,800～	2,881～	2,924～
ダイヤモンド・アパート	141,500～	271,200～	2,234～	2,942～
ムント・アパート	103,500～	198,200	2,070～	2,953～
トロット・アパート	126,900～	160,000～	2,280～	2,595～
エドワード・フィシャー・アパート	103,500～	198,200～	2,070～	2,953～

（資料）AMV 提供資料。

第 14 表 AMV 庭付き住宅の入居費用（単位：ドル、2015 年 1 月 1 日実施）

住宅	入居一時金	月額利用料
ヴィラ（庭付き住宅）	485,600～	1,933～
コートヤード・ホームズ（中庭付き住宅）	546,400～	2,089～

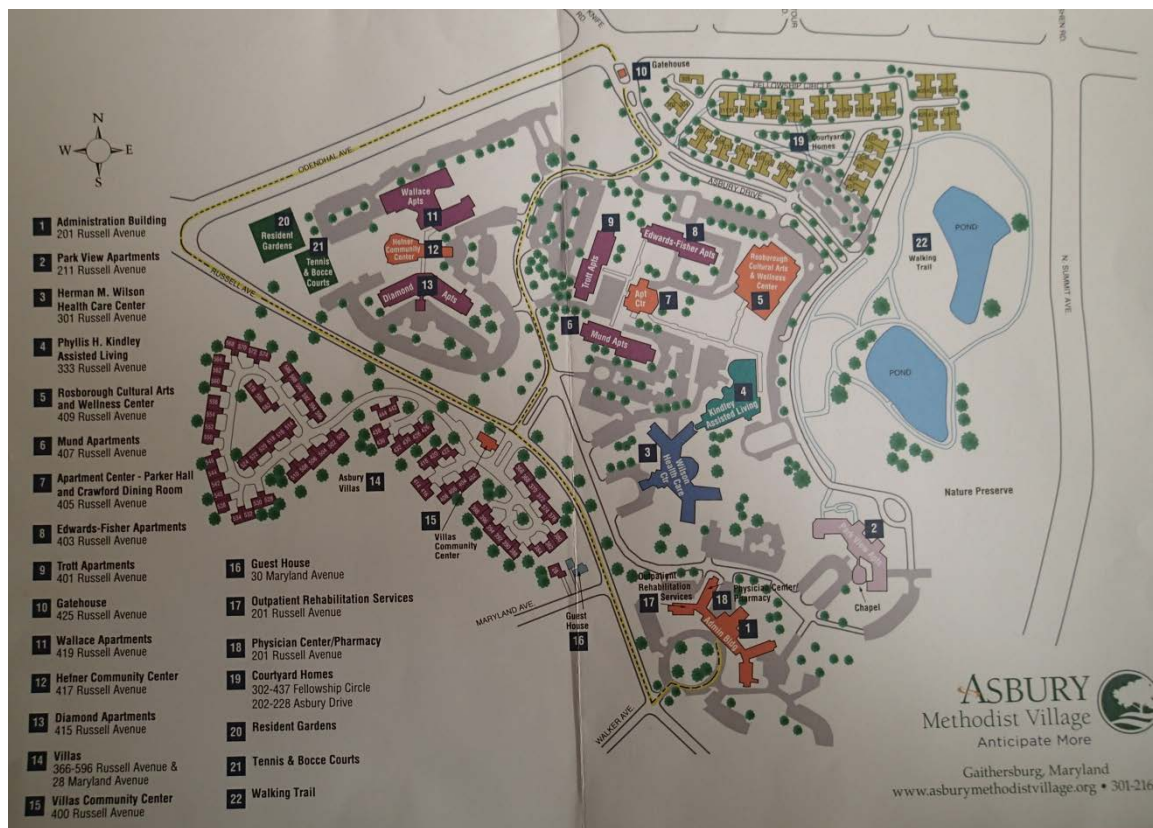
（資料）AMV 提供資料。

AMV の IL アパート入居者が身体機能を低下させて支援を必要とするに至った時には、敷地内のキンドレイ AL に移る。入居者はそこで自分の望む生活を支援してくれる介護チームを利用できた。キンドレイ AL は AMV 入居者と同様に敷地内の入居者でなかった者にも開かれており、入居一時金も不要であった。また入居者は一揃いのイベントやプログラムも利用することができた。なお、キンドレイ AL の入居者は敷地内のどこからでも合図を送って

¹⁰⁵ 2015 年 9 月 15 日に AMV を訪問した際に執行部長モエヒリング氏が「入居者は中高所得層なので、費用のことは問題にならない」と語っていた。

助けを呼べる AMV サラ安全ペンダントを受け取って常に身に付けていた。

第 12 図 AMV のゲイザースバーグ・キャンパス



(資料) AMV 提供資料。

次にウィルソン・ヘルスケアセンター (WHCC) は 24 時間の看護ケア、入院患者、外来リハビリ治療、認知症罹患患者への記憶支援サービスなどを提供している。WHCC でサービスを受けるには AMV の入居者である必要はなく、また入所一時金の支払いも不要であった。

では、AMV の入居者は自立型・支援型・介護型の住宅の間をどのように移動しているのだろうか。そこで、私が 2015 年 9 月の AMV 訪問の際、質問票の回答として得られたデータを次に紹介しておこう。高齢者住宅の自立型・支援型・介護型の許可ベッド数 (2014 年) は第 15 表のようにそれぞれ 66%、13%、22%の比率となっていたが、入居者の比率は 69%、10%、21%、と自立型の比率が更に高まっている。このため実際の入居率はそれぞれ 93.1%、71.3%、84.7%と自立型の入居率が最も高く、支援型が最も低くなっていた。

また第 16 表は入居者が心身機能の低下に伴って各住宅間をどう移動したかを示している。IL 入居中の自立した高齢者は機能の低下により 4.7%が AL、0.5%が SNF に移動している。そして支援を要する AL の入居者は 29.1%が 24 時間体制のケアが受けられる SNF に移動していた。他の年のデータとは比較できないが、もし 2014 年が平均的な傾向を示していると

すれば、AL 転居後は 3 割近い入居者が SNF に移らざるを得ない程の心身機能の低下に見舞われると思われる。CCRC の入居者は支援（ADL 介助）が必要となってから平均 5 年程度で亡くなるといわれるが、日本でもほぼ同様（215 年 11 月の浜松市の日本型 CCRC「エデンの園」での調査）の実態を聞いて、納得が得られた。なお、AMV の IL 入居者のうち 10 人のみが AL や SNF に移らずに他所（大多数が家族に近い場所）に転出したという（2014 年）。CCRC と PACE の統合については前述の事情で成果がなかったが、敷地内の住宅施設間移動について貴重な情報を得られた。

第 15 表 AMV の自立型・支援型・介護型住宅の入居者数

住宅タイプ	入居者数（人）（％）			許可ベッド数
	2012 年	2013 年	2014 年	2014 年
自立型（IL）	827（70）	770（67）	802（69）	861（66）
支援型（AL）	117（10）	135（12）	117（10）	164（13）
介護型（SNF）	242（20）	239（21）	242（21）	285（22）

（資料）2015 年 9 月 15 日の AMV でのヒアリング。

カッコ内は全体に占める各タイプの居住者比率、許可ベッド比率。

第 16 表 AMV 入居者の住宅タイプ間移動

2014 年

IL から AL	38 人（4.7％）
AL から SNF	34 人（29.1％）
IL から SNF	4 人（0.5％）

（資料）第 12 表と同じ。IL→AL+SNF は 5.2％

[3] CCRC の新動向

(1) 「在宅 CCRC（壁のない CCRC）」

1. プログラムの歴史と構造・機能

CCRC は高齢入居者が加齢と共に必要となるサービスを提供しているが、多くの高齢者はその大きな利点を知りながらも、様々な理由で CCRC に入居できなかった。そこで、多くの CCRC は高齢者がこのプログラムからサービスを受け、入居者と同様に健康で幸福なライフスタイルを維持しながら、可能な限り長い在宅生活を送れるように支援する「在宅 CCRC（Continuing Care at Home, CCaH, 壁のない CCRC, CCRC Without Wall）」を発展させようとしている。これは CCRC プログラムを在宅環境に持ち込み、より多くの高齢者にそのライフスタイルを拡大しようとするものであった。

最初の「在宅 CCRC」は 1985 年にフィラデルフィア広域圏で活動を開始したフレンズ・ライフケア（Friends Life Care, FLC）という名の合弁事業組織によって創始されたといわ

れる。その最初の考え方は実績のある CCRC が提供しているのと同様のサービスを自宅で暮らし続けながら享受したいという高齢者の希望を叶えようとしたものである。FLC は設立当初からキャンパス（敷地）外で様々なタイプの「在宅 CCRC」プログラムを拡大してきた。各プログラムはそれぞれに独特なものであったが、すべてが入会一時金と月額利用料の負担に基づいて将来に必要となる医療介護サービスを保証するという共通点を持っていた。成熟した「在宅 CCRC」はプログラムの歴史、市場規模、提供されるプランの費用などに応じて加入者が 200～2,300 人の規模に達していた。¹⁰⁶

在宅 CCRC は伝統的 CCRC と同じく、一般に入会一時金と月額利用料の両方を加入者に求めている。これらの料金収入はケア調整、在宅ケア、送迎、食事、社会的及びウェルネスプログラムを含む在宅サービス・パッケージの費用を賄うために使われる。在宅 CCRC は 2014 年現在、20 弱の事業者が存在しているにすぎないが、これは最近 30 年間に比較的緩慢な成長が続いてきたためである。

それでも「在宅 CCRC」が一応の成功を収めてきた理由は、将来の財務リスクが注意深く管理できるように厳格な契約査定手順が守られてきたからである。実際、「在宅 CCRC」プログラムの契約査定基準は一般の CCRC のそれよりも高くなっている。加入の許可は現在、サービスを必要とせず、近い将来にもサービスを必要としないと見込まれる自立した高齢者だけに認められていた。一般の CCRC でも同様だが、「在宅 CCRC」プログラムは、もし価格設定が加入者の将来のサービス負担をカバーできなくなれば、赤字に転落してしまうからである。

まず、ある人がこのプログラムに加入すれば、その時からケアの調整が始まる。これは介護提供の大部分を負担している家族のストレスを緩和しながら、自宅で暮らす加入者のケアを首尾よく管理するためにも重要であった。「在宅 CCRC」は高齢者が住み慣れた場所で年を取り、長く自宅に留まれるように努めるが、NH 入所が必要になった場合には、このプログラムもある程度の NH ケアを提供している。平均的な CCRC のサービスと同様に、入会一時金と月額利用料に基づく給付限度は CCRC 内の NH か他の契約先 NH の割引料金での利用から、無期限の NH 利用まで様々であった。¹⁰⁷

もちろん「在宅 CCRC」の加入者はできるだけ長く自宅に留まることを望んでいる。そのため「在宅 CCRC」の最も重要な要素は加入者の受入後に直ちに開始されるケア調整であった。しかしこの事前ケア (upfront care) の方針は「在宅 CCRC」が最初の数年間の事業者コストを一般的な CCRC よりも割高にしてしまう原因にもなっていた。「在宅 CCRC」は最初の 1～6 年までは一般 CCRC よりもコストが割高になるが、7 年を超える頃から低くなる。¹⁰⁸ つまり、ケア調整コストは初期段階ではコストを増加させる要因になるが、後年にはコス

¹⁰⁶ Sarah Spellman and Kathryn Broad, “Continuing care at Home,” *Senior Housing and Care Journal*, Vol. 22 no. 1, 2014, p. 113.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 115.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 115.

ト抑制に寄与するという関係を作り出しているのである。

2. プログラムの効果

まず看護ケアの利用は、CCRC よりも「在宅 CCRC」の方が少なかった。医療介護利用率は一般 CCRC では 18~20%であったが、「在宅 CCRC」では 5~7%の経費を計上しているものの、実際にはこれを下回っていた。開業後 10 年のある「在宅 CCRC」は未だ加入者を NH に入所させたことがなかった。だが、「在宅 CCRC」は 5~7%の NH 利用率を盛り込んだ慎重な予算運営を行っていた。その理由の 1 つとして、医療介護が必要になる者の平均年齢が「在宅 CCRC」で 88.1 歳、一般 CCRC では 86.7 歳、と前者の方が 1.4 歳も自立期間が長い（健康な者が多い）という点が考えられる。¹⁰⁹なお、「在宅 CCRC」の加入者が自宅で利用するサービスは基本的に自己負担となっている。

「在宅 CCRC」の入会時の平均年齢は 76 歳で、一般 CCRC の 82 歳よりも 6 歳も若かった。また「在宅 CCRC」の加入者の年収はスポンサーとなっている一般 CCRC のそれとほとんど変わらなかったが、加入者の 10~20%は収入が低く、スポンサーの CCRC には入居するだけの資力がない低所得層であった。¹¹⁰

ところで、「在宅 CCRC」は入居者が自宅で暮らしている間に支払っていたと同じ月額利用料で CCRC の AL や NH を利用できる点を含め正規の A タイプ CCRC 契約に似た構造になっていた。しかし「在宅 CCRC」は加入者の入会一時金が遥かに少なかったので、いざという時のために備えた財源の蓄積が困難であった。そのため彼らに対する入会基準は CCRC キャンパス（敷地）の入居者よりも遥かに厳格なものになったのである。大部分の CCRC が彼らに対して徹底的な集団検診、年齢制限、深刻な健康問題を抱えていないこと、特定疾病の診断を告知されていないこと、などの特別な基準を設けており、換言すれば健康で活動的な高齢者であることの証明を求めていた。加えて加入者は CCRC 入居者と同様の金銭的な審査や医療保険への加入も要求されたのである。

入会一時金は 2~7 万ドルとやや割安で、90%まで返還されケースもある。月額利用料は 250~800 ドルで、これもかなり安かった。もちろん、この料金は年齢や利用するサービスの選択などの変数によって変化する。例えば、上級の契約は入会一時金と月額利用料が高いが、在宅医療介護、AL ケアや NH ケアのようなサービスが 100%利用可能であった。下級の契約は入会一時金や月額利用料が低いが、カバーされるケアの範囲が制限され、例えば 90 日間の費用の 100%と 90 日以後の費用の 50%しかカバーされていなかった。

「在宅 CCRC」の特徴はセットになったサービス・パッケージではなく、慎重に選択されたサービスが提供されている点にある。最も一般的なサービスはケア調整（care coordination=care management）、住宅診断、年 1 回の身体検査、CCRC キャンパスでのアクティビティ参加、ウェルネスプログラム、送迎、コンパニオン・住込み介護、在宅ケア・

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 116.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 117.

在宅介護、緊急応答システム、デイケア、食事、紹介サービス、AL ケア、NH ケア、などである。これらのうちで、最も重要なサービスといえるのがケア調整であった。¹¹¹

「在宅 CCRC」で重要なことは包括的ウェルネスプログラムと共に早期からの継続的な健康モニタリングと介入によって可能な限り長く自宅に留まれるように努めている点である。そのため AL や NH などの高レベルのケアに依存する加入者が極めて少なかったのである。

例えば、「在宅ロングウッド (Longwood at Home)」で提供されていたプログラムは以下のようなものだった。ロングウッドは入会一時金が 2~7 万ドル、月額利用料が 200~600 ドルとなっていた。前述の AMV は入居一時金が 103,500~271,800 ドル (1 寝室住居)、月額利用料が 2,070~2,881 ドルであったので、ロングウッドは入居一時金が 1/4~1/5、月額利用料が 1/5~1/4、の水準といえる。もちろんロングウッドは加入者に住居を提供していないので、料金が格安になるのは当然だが、逆に言えば CCRC に転居せずに自宅に住み続けながら CCRC 入居者と同様のサービス (住居提供を除く) を受けるのであれば、この程度の低料金でも加入できることになり、低所得老人層にも門戸が開かれることになるだろう。¹¹²

ロングウッドもケア調整、住宅診断、送迎、在宅看護ケア、在宅ケア助手、コンパニオン・家事代行サービス、住込み支援、緊急応答システム、デイサービス、AL、看護ケア、紹介サービス、社交及びウェルネスプログラム、などかなり包括的な在宅サービスを提供している。

3. 「在宅 CCRC」の事例

「在宅 CCRC」の発展は、このプログラムについての理解不足、2000 年代初頭の CCRC 建設ブーム期の需要欠如、CCRC プロジェクトの縮小を招いた最近の景気後退、などの要因によってかなり緩慢であった。S・マッグによれば、2011 年現在、次の 12 プログラムが「在宅 CCRC」と見なされている。即ち、Kendal at Home (Oberlin, OH)、Cadbury at Home (Cherry Hill, NJ)、Alexian Brothers (Chattanooga, TN)、Security at Home (Bloomfield, CT)、Friends Life Care (Blue Bell, PA)、Longwood at Home (Oakmont, PA)、Seabury at Home (Bloomfield, CT)、Via Christi (Wichita, KS)、Westcott Lakes (Tallahassee, FL)、Shell Point (Ft. Myers, FL)、Evangelical Homes of Michigan (Ann Arbor, MI)、Eskaton (Fair Oaks, CA) の 12 施設であり、現在は約 20 施設まで増加している。¹¹³

これらの中で Kendal, Cadbury, Alexian, Longwood, Friends Life Care は既に何年も活動している組織である。Eskaton と Evangelical Homes は 2011 年頃に設立された新しい

¹¹¹ Stephen J. Maag, “CCRCs without Walls: Care Models of the Future,” *LeadingAge*, February. 2012.

https://www.healthlawyers.org/Events/Programs/Materials/Documents/LTC12/papers/E_E_maag.pdf#search=%27Stephen+J.+Maag%2C+CCRCs+without+Walls%3A+Care+Models+of+the+Future%2C+LeadingAge%27=2015/12/2 閲覧。

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Ibid.*

組織といわれる。「在宅 CCRC」はサービスや料金設定などの点で様々なタイプがあるが、少なくとも伝統的 CCRC サービスを在宅環境に持ち込んでいるという点では共通している。もちろん「在宅 CCRC」は、そのキャンパス内で居宅・地域密着型サービスを展開している CCRC とは区別される。重要な相違点は「在宅 CCRC」プログラムが「終身介護契約という考え方」と「選択された包括的サービス」を高齢者の自宅に持ち込んだことにある。「在宅 CCRC」契約は自宅において健康で幸福なライフスタイルを提供するための包括的な手法であり、単に必要に応じて購入されるといったようなサービスではなかったのである。

「在宅 CCRC」は転居を望まず（高齢者の 9 割近くが自宅に住み続けたいと望んでいる）、あるいは資産がなくて転居できない高齢者を引き付けようとしている。多くの高齢者は平均約 25 万ドルの CCRC 入所一時金と 2,000~4,000 ドルの月額利用料がネックとなって CCRC に入居することができない。しかし遥かに低額な入会一時金と月額利用料からなる「在宅 CCRC」契約であれば、多くの高齢者にも手が届く可能性がある。しかもそこには膨大な潜在的な市場が存在しているのだ。¹¹⁴

(2) 新しい PACE モデル

PACE は急速にはではないが、着実な発展を遂げてきた。そうした中で 2015 年 6 月、CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services、メディケア・メディケイドセンター) は PACE が非営利か営利かの違いによって費用やケアの質に違いがある訳ではないとする研究結果を議会に報告し、営利 PACE スポンサーの業界参入に道を開いた。多くの投資家が既存のデイケアモデルから PACE プログラムへの発展や合弁事業を模索するなど PACE 拡大に向けた関心を寄せ始めているからである。¹¹⁵

PACE 業界も CMS がもっと柔軟な運営を認め、事務負担を減らせるような規則案を発表するのを心待ちにしていた。CMS がコストを高めケアの質改善にも繋がらずに成長の足枷になっていた事務負担費の増加を PACE に強いていたからである。もちろん PACE の中にも他の組織と協力してより広範な人々にケアサービスを提供しようとしている団体もある。一方、CCRC の中にも自宅に留まりたいと望む虚弱高齢者にケアマネジメントやサービスを提供するために他の組織との協力を模索する団体がある。CCRC は私費負担の高齢者に介護の場所を提供するという長年の経験を蓄積しており、同様のサービスを在宅で提供している組織との提携によって大きなメリットを得られるからである。

こうした動きに沿うように 2015 年の PACE 革新法 (PACE Innovation Act, PIA) は CMS が成功している PACE モデルに基づく実証プロジェクトを推進することを承認した。同法は従来、追加的な法的権限が必要であったメディケイド要件の免除権限を CMSIC (CMS Innovation Center) に付与した。この要件には、PACE の加入条件であるサービス受給者の

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ Peter Notarstefano, "A Growth Spurt for P.A.C.E.?", *LeadinAge*, Dec 7, 2015. http://www.leadingage.org/PACE_Growth.aspx=2016/1/6 閲覧。

年齢やNH資格に関する規定が含まれていた。既にCMSは社会保障法第1115条(A)項によってメディケアPACE規定を免除する権限を与えられていたが、メディケイドに関する同様の権限をこの法律によって初めて獲得したのである。この権限の下で、PACEは新しいターゲット(55歳以下の障害者、55歳以上だがNHケアの資格を有していない者、複数の慢性病や障害を持つ者)に対してもサービスを拡大することができるようになった。¹¹⁶

こうした動きを促すように『Gerontologist』誌掲載の研究論文もPACEが長期NH入所期間を短縮する上で社会保障法第1915条(C)項の「在宅・地域密着型免除」プログラムよりも遙かに優れていることを実証した。この研究によれば、「在宅・地域密着型」プログラムからサービスを受けていた者と比較して、PACE加入者は重度認知症の罹患率が55%高く、重度障害率も45%高かったにもかかわらず、長期のNH入所リスクが31%も低かったのである。しかもPACE加入者は白人の比率が低く(36%対62%)、医療を必要とする割合が高い(12%対2%)という不利な条件の下に置かれていたのである。¹¹⁷

というのもPACE加入者はメディケア・メディケイドからの人頭払いをプールした財源に基づいて、「在宅・地域密着型」プログラムの加入者よりも充実した包括的な支援・サービスを享受していたからである。こうしたPACEの実績を背景にして米国保健福祉省(DHHS)もCMSが行った営利PACEの実証プログラムに関する研究を公表し、その拡大を促す政策を是認した。そしてCMSは以後、PACE事業者の申請を審査する際に非営利か営利かといった資格を全く問題にしないと表明したのである。¹¹⁸加入者の筋力や活動能力の低下は営利組織と非営利組織の間で統計的に意味のある相違が見られなかった。また質の尺度を見ても営利組織と非営利組織の間にはやはり統計的に重要な相違がなかった。営利のPACE組織からケアを受けていた加入者も、ALやNHなどの施設の入居者よりも長く自立した生活を続けられることが明らかになったからである。

しかも受給者のリスク要因や地域性などを調整した後では、費用も営利と非営利のPACE組織の間にはほとんど差が見られなかった。それゆえ、もし営利PACEの加入者が非営利PACEに移ったとしても費用の増加は起らないと考えられた。なお、2014年末現在、6つの営利PACE組織が存在していたが、そのすべてがペンシルヴェニア州の老人LIFE社(Senior LIFE Corporation)によって運営されており、加入者もまだ1,088人(全PACE加入者の3%)にすぎなかった。

とはいえ、PACE革新法の成立や営利PACEの実績などによって、営利PACEの参入が容易となり、PACEの発展に拍車が掛かれば、高齢者包括ケアが更に広く普及していくものと期

¹¹⁶ Peter Notarstefano, "President Signs PACE Innovation Act," LeadingAge, Nov 9, 2015, http://www.leadingage.org/PACE_Innovation_Act.aspx=2016/1/6 閲覧。

¹¹⁷ Peter Notarstefano, "Study: PACE Compared to Medicaid Waiver Programs," LeadingAge, Aug 28, 2015. http://www.leadingage.org/PACE_Study_Waiver_Comparison.aspx=2016/1/6 閲覧。

¹¹⁸ Peter Notarstefano, "For-Profit PACE Study Results Published by HHS," LeadingAge, Jun 11, 2015. http://www.leadingage.org/CMS_For_Profit_PACE.aspx=2016/1/6 閲覧。

待される。そして実は、この PACE プログラムの多様化・弾力化こそが、遅々として進まぬ CCRC との有機的な統合を容易にする突破口になるかも知れないのである。PACE の潜在的な加入資格者が 300 万人に達すること思い起こせば、その影響は極めて大きい。本研究の実態調査では、CCRC と PACE の統合は件数自体が少なく、そのほとんどが相互に有機的に連携した「CCRC 密着型 PACE」とはいえず、所詮「CCRC 付属型 PACE」でしかなかった。そうした中でシラキュースのローレット (PACE CNY) とフィラデルフィアのニューコートランド (NLIFE) は「CCRC 密着型 PACE」としてよい事例といえる。いずれにせよ CCRC と PACE の統合を妨げてきた要因の 1 つが硬直的な法律や規制であったことは間違いない。今、それが少しずつ見直されようとしていることを思えば、今後は CCRC と PACE の統合にも明るい展望が開かれると期待されるのである。

[4] 日本への導入

(1) 日本版 CCRC

日本でも馬場園明が日本版 CCRC の構築を提唱している。アメリカのように広大な敷地を確保することが困難な日本では、都市部に CCRC キャンパスを設けて高齢者に連続したケアを提供していくことは著しく困難といえる。そこで、高齢者住宅を中心に生活支援、医療、介護などを提供する複合施設を核として複数の高齢者住宅をネットワークで繋ぐ日本型 CCRC を考えるべきだというのである。そして馬場園は日本型 CCRC を「高齢者が年を経るごとに変わっていくニーズに応じて、継続して同じ場所で自分の意思が尊重された生活ができるように複合施設を核として他の自立型、支援型、介護型の高齢者住宅及び高齢者の自宅とネットワークで結び、地域包括ケアの機能も果たす一連のシステム」とであると定義した上で、第 13 図のような概念図を示している。¹¹⁹

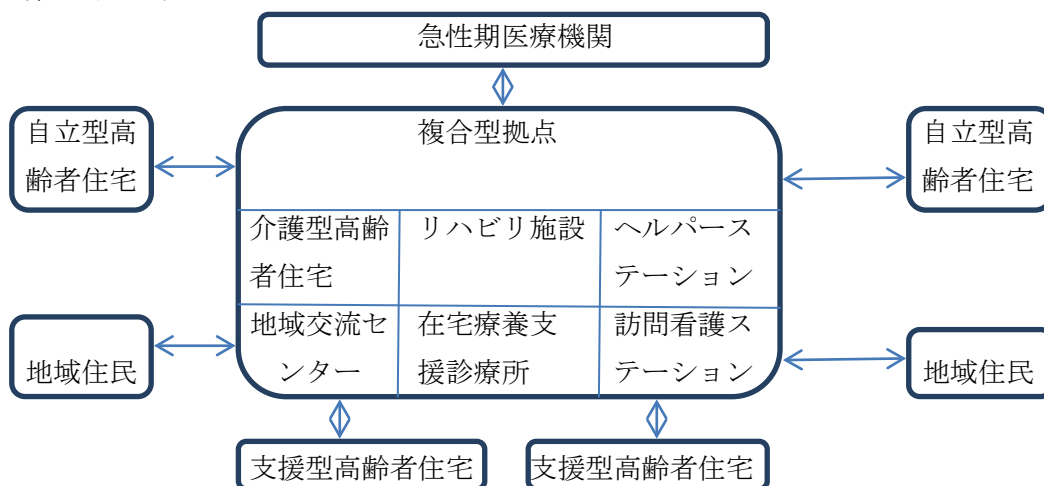
しかし、この CCRC モデルはむしろ理念型であって実際に機能しているものとはいえない。馬場園はモデルに近い事例として鹿児島県始良市の医療法人玉昌会「しあわせの杜・ケアレジデンスおはな」を考えているようだが、その実態を私の調査 (2014 年 2 月) も踏まえて明らかにしておこう。

玉昌会は在宅型有料老人ホームを核とする「在宅支援複合施設」(通所、泊まり、訪問などのサービスを提供) と加治木温泉病院及び地域コミュニティとのネットワークを形成し、切れ目のない医療介護サービスを提供できるシステムを構築しようとしている。この「複合施設」は建物の 1 階に居宅支援事業所、訪問介護・訪問看護ステーション、通所介護施設を併設し、地域交流センター、在宅ケアセンター、浴室なども配置している。2・3 階には入居者の居室、食堂・リビング、共用エリアが置かれていた。この「ネットワーク型 CCRC」を軌道に乗せるために、玉昌会は第 1 段階で高齢者住宅を核とした医療・介護サービスを提供する複合拠点を作り、第 2 段階で在宅支援複合施設を中心に地域住民が地域交流セン

¹¹⁹ 馬場園明「CCRC の概念を応用した日本の高齢者ケア」第 1 回都市部の高齢化対策に関する検討会、資料 7、2013 年 5 月 20 日、21-22 頁。

ターを自由に訪問できる高齢者のネットワークを作り、第 3 段階で高齢者のニーズに合わせた 3 種類の住宅を設け、それらを 24 時間巡回型訪問サービスでケアする、という発展プロセスを考えている。しかし現在はせいぜい第 2 段階に留まっているとあってよい。

第 13 図 日本型 CCRC モデル



(資料) 馬場園前掲、p. 23.

しかも第 3 段階は果たして達成できるのだろうか。アメリカの CCRC のように IL (自立型)・AL (支援型)・NH (介護型) の 3 種類の住宅施設を整備することは用地確保難を考えただけでも難しい。そもそも玉昌会の住宅型有料老人ホームは介護付有料老人ホームよりも軽度の要介護者や自立・要支援状態の高齢者を受け入れており、介護が必要になった場合には外部サービス(訪問介護や通所介護などの在宅サービス)を利用している。また 24 時間巡回型訪問サービスはコスト高や人材不足のために普及が妨げられており、それに依存したモデルがどこまで現実的なのか疑問が拭えない。第 17 表の玉昌会「おはな」の基本料金は手頃な値段といえるが、第 13 図のモデルとの隔たりは大きいように思われる。

第 17 表 「おはな」の基本料金プラン (1 人用タイプ、月額、単位：万円)

保証金	家賃	管理費	光熱費	食費	費用総額
12 (家賃 3 ヶ月分)	4	2.5	1.5	4	12

(資料) 医療法人玉昌会「しあわせの杜ケアレジデンスおはな」p. 6.

保証金は退去時の修繕費や利用料滞納に充当、退去時に差額返却あり。

この料金以外に介護保険・医療費の自己負担額が発生する。

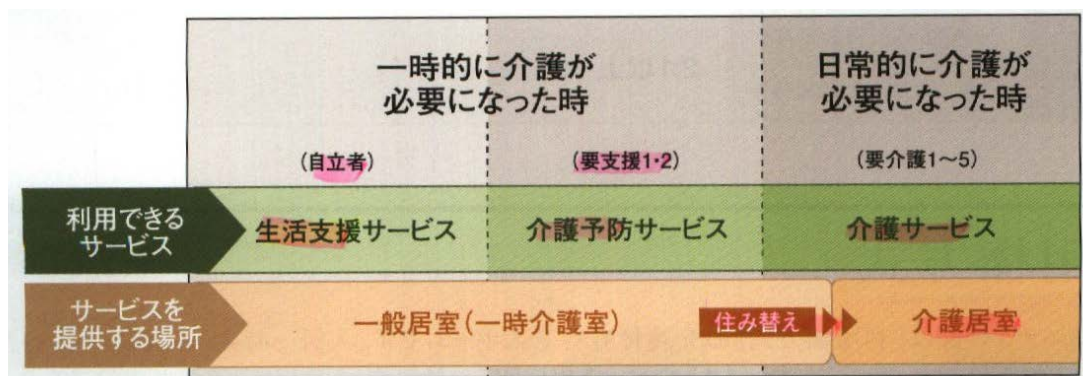
(2) 浜松「エデンの園」

介護付有料老人ホーム「エデンの園」は医療、保健、介護福祉、福祉など 4 つの事業を展開している聖隷福祉事業団の一部門である。「エデンの園」は 1973 年に聖隷の本拠地、

静岡県浜松市で誕生し、宝塚、松山、油壺、浦安、横浜、藤沢へと事業を展開し、ニッセイ聖隷健康福祉財団の共同事業として奈良と松戸で介護付有料老人ホーム、また東京都住宅供給公社から受託した介護付高齢者住宅を八王子で、運営している。

私が 2015 年 11 月に訪問した浜名湖「エデンの園」は園内に協力医療機関の診療所、隣接地に聖隷三方原病院（934 床）が立地し、近隣の多くのクリニックとも密接な連携を図っていた。「エデンの園」では、健康な生活をできるだけ長く続け要介護状態にならないように脳トレ（脳機能向上のためのトレーニング）や転倒予防教室などが開催されている。近隣のフィットネスクラブとも契約（自己負担あり）しており、ジムやプールで体力づくりができる。施設は敷地面積 16,995 m²の土地に延床面積 27,184 m²の 6 棟の建物（4～8 階建）が建っている。収容定員は 519 人、居室は 480 室（一般居室は個室 352 室、介護居室は個室 56 室）で、介護居室が全体の 16%を占めている。

第 14 図 介護付有料老人ホーム「エデンの園」の自立・支援・介護用の居室とケア



(資料) 聖隷福祉事業団「浜名湖エデンの園 GUIDE BOOK」2015 年度、6 頁。

共用施設（ダイケアルーム/一時介護室）は全ての状態にわたり利用可。

「エデンの園」の施設類型は介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）であり、居住の権利形態は利用権方式で、利用料支払は一時金方式であった。また入居条件として入居時の自立が求められていた。この一般型特定施設有料老人ホームにおける介護職員体制は 2 : 1 で、夜間や土日でも看護師が必ず常駐しており、米国流の NH 機能がある程度持っていた。¹²⁰そのこともあって第 14 図のように入居者の自立・支援・介護の状態に合わせた居室とケアのサービスが継続的に提供されており、米国型 CCRC に近い構造と機能を有しているといえる。そのため終身プラン（専用居室・共用利用施設を利用する費用を入居契約時に一括払い）は 1 人入居で 2,108～4,647 万円とかなり高目で、入居者はほとんどが大企業幹部の退職者や医師、弁護士などの富裕層となっていた。

なお「エデンの園」では、入居者は要介護状態になると、平均 5 年で亡くなるそうである。また外部の介護施設へ転居する者もほとんどいないとのことなので、自立（一般居室）

¹²⁰聖隷福祉事業団高齢者公益事業部「エデンの園総合案内」p.14.

と介護居室の比率はほぼ適正なのかも知れない。

むすび

CCRC は、加齢と共に心身の機能を低下させるがその進行状況に大きな個人差が見られる高齢者のニーズに合致した住居や医療介護を提供するために登場した。そのため CCRC は高齢入居者の心身機能の変化に応じて住居と医療介護を組み合わせた自立型・支援型・介護型住宅を提供している。CCRC の入居者はまず IL で限定的な支援を受けながら自立した生活を送り、支援や介護が必要になった時に同じ敷地内の AL や NH に移って身辺介護や医療看護などのサービスを受ける。この連続したサービスによって、高齢者は転居に伴うトランスファーショック（環境変化に伴う精神的・経済的ダメージ）を回避することができたのである。高齢者にとって CCRC の最大のメリットはこの点にあったといつてよい。

だが、CCRC は費用が高かったので、入居者が富裕層に限られ、市場を狭めることになっていた。しかも CCRC は住宅価格の動向に影響されやすかったので、近年の経済停滞や住宅不況が経営に深刻な悪影響を与えていた。このため CCRC の中には低所得層にまで市場を広げて財務の安定を図り始めるものも現れた。そのような低所得層を取り込むための戦略が PACE を統合した高齢者包括ケアモデルの展開であった。PACE は①加入者の 9 割以上が貧困老人、②利用料を公費で確保（加入者のほとんどがメディケア・メディケイドの二重受給者）、③包括ケアにより費用抑制と QOL 向上を実現、などの大きなメリットを有していたので、CCRC はこれらを生かしながら市場拡大と費用抑制を達成できると期待していたからである。加えて全米には PACE 加入資格を持つ高齢者が 300 万人もおり、CCRC を拡大する余地が十分にあると考えられた。

しかし実際には CCRC と PACE がお互いに得意とするケア付住宅と包括ケアの長所を有機的に発揮できてはおらず、大きな相乗効果も生むに至ってもいなかった。筆者の実態調査によれば、そもそも CCRC が PACE を併設している件数自体が少なかった。また併設している場合でも、そのほとんどは相互に有機的な連携が図られた「CCRC 密着型 PACE」とはいえず、むしろ「CCRC 付属型 PACE」とでも呼ぶべきものであり、加入者も CCRC 入居者以外の地域住民がほとんどというケースが多かった。それゆえ実態は CCRC と PACE の統合というより、PACE 事業部門を抱えた CCRC にすぎないといつてよかった。

そした中でローレット（PACE CNY, シラキュース市）とニューコートランド（NLIFE, フィラデルフィア市）は主にキャンパス（敷地）内の入居者を加入者として包括ケアを提供している数少ない「CCRC 密着型 PACE」の事例と考えられる。両組織とも敷地内の NH ケア資格を認められた加入者に包括的なケアを提供し、実際の NH 入所をごく僅かな水準に止め、在宅生活の継続を可能にしていた。もっと綿密に調査をすれば、この 2 つの組織以外にも CCRC と PACE を有機的に統合して医療介護費の抑制と利用者の QOL の向上に成果を上げている組織もあることは否定できない。しかし筆者の勘では、ほとんど存在しないと思う。

このように CCRC と PACE の統合が有機的な「密着型」ではなく「付属型」に止まってい

るのは連邦・州政府の法律や規制にも原因があった。それが今ようやく見直されつつあり、CCRC と PACE の有機的な「密着型」統合が前進する可能性も現れてきた。PACE 革新法の成立や営利 PACE の高い評価などによって、PACE 加入対象者の拡大や営利 PACE の参入も容易になるだろう。その結果、PACE の発展にも拍車が掛かれば、アメリカの高齢者包括ケアも今まで以上に広く普及していくに違いない。そして、この PACE プログラムの多様化・弾力化こそが、遅々として進まぬ CCRC との有機的な統合を容易にする突破口になると見る人も多い。現在の潜在的な PACE 加入資格者だけでも 300 万人に達すると考えられるので、その影響は極めて大きいといえよう。

PACE の法的規制を緩和してその多様化を図れば、本稿で取り上げた「在宅 CCRC」、営利 PACE、デイセンターなどに PACE 機能を持ち込み、メディケア・メディケイド人頭払いという財政的な裏付けも加味していけば、PACE の成長も飛躍的に高まると思われるのである。しかも開業後 10 年を経た「在宅 CCRC」の事例では、未だ 1 人の加入者も NH に入所させたことがないと報告されている。これは予想にすぎないが、この組織は恐らく PACE に匹敵するような包括ケアの仕組みを備えているのではないだろうか。それゆえ PACE プログラムの多様化・弾力化はこのような組織もモデルに包摂することができ、CCRC と PACE の有機的な統合を現状よりも容易にすると思われる。また以上のような新しい動きは日本型 CCRC を構想する上でも大きな示唆を与えてくれるに違いないのである。

* なお、本稿は科学研究費補助金基盤研究 (C) (平成 26~28 年度、課題番号 26380357) に基づく成果の一部である。