

ISSN 2186-8611

# Working Paper Series

No.13

新井 光吉

CCRC（継続的ケア付高齢者コミュニティ）  
の最新モデル CCAH

平成 28 年 10 月 10 日

Faculty of Economics

Saitama University, Japan

埼玉大学 経済学部



はじめに

現在、ベビーブーマーの高齢化が深刻な問題となっているアメリカでは、高齢者の多様な介護ニーズに対応可能な CCRC（継続的ケア付高齢者コミュニティ）に注目が集まっている。CCRC は高齢入居者の心身機能の変化に即して住まいや医療介護を組み合わせながら自立型・支援型・介護型の住宅を継続的に提供するので、転居時に高齢者が被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）を回避できるからである。この CCRC の実態については、2016 年 3 月に筆者が発表した論文、「CCRC と PACE の統合による高齢者包括ケア」に譲ることにして<sup>1</sup>、本稿ではその執筆時に気づきながらも十分に検討する余裕がなかった CCAH（Continuing Care At Home, 在宅 CCRC）の実態に絞って分析を進めることにしたい。そこで、本稿は CCRC の最新モデルとされる 6 件の CCAH を事例として取り上げ、その歴史と構造・機能を考察し、どのような特徴が包括的で継続的ケアを手頃な費用で高齢者に提供できるように保証しているのか、を検討することにする。

CCAH は CCRC から派生したもので、「壁のない CCRC（Continuing Care Retirement Community without walls）」の別名でも呼ばれ、高齢者の自宅で CCRC の伝統的なサービスや支援を提供しながら在宅生活の継続を可能にしている。<sup>2</sup>CCAH プログラムの累積数は 1990 年 1 件、1998 年 2 件、2003 年 5 件、2004 年 6 件、2009 年 7 件、2010 年 9 件、2011 年 13 件、2014 年末 20 件と漸増し、2016 年半ば時点で 29 件に達している。このように必ずしも順調な発展を遂げてきたとはいえず、しかも CCAH のほとんどが東海岸か中西部に立地しているという地域特性も見られた。<sup>3</sup>

これらの CCAH プログラムはそれぞれが独自のサービスも提供しているが、その一方では基本的な類似性を持っている。それゆえこの類似性を踏まえれば、CCAH プログラムは伝統的な CCRC への入居を避けて暮らしている高齢者に A タイプの CCRC と同様のサービスを提供する終身介護付会員制プログラムであるといえよう。<sup>4</sup>CCAH 加入者は入会金と月額利用料の支払いと引き換えに、健康状態が悪化しても自立を維持しながら自宅で暮らし続けられるように配慮された包括的介護サービス・パッケージの提供を約束されている。とはいえ、

---

<sup>1</sup> 拙稿「CCRC と PACE の統合による高齢者包括ケア—継続ケア付シニア住宅と地域密着型ケアの融合—」Working Paper Series No. 12, 2016 年 3 月 3 日、埼玉大学経済学部。

<sup>2</sup> Nichole Dube, “Continuing Care Retirement Community “At Home Programs”,” OLR Research Report, February 21, 2008.

<https://www.cga.ct.gov/2008/rpt/2008-R-0110.htm>=2016/04/08 閲覧。

<sup>3</sup> Lisa McCracken, “Continuing At Home: A Growing Trend,” Ziegler Z-News, [http://www.ziegler.com/uploadedFiles/Insights/Z-News/zNews\\_Consolidated\\_05192014.pdf](http://www.ziegler.com/uploadedFiles/Insights/Z-News/zNews_Consolidated_05192014.pdf)=2016/05/06 閲覧。

<sup>4</sup> Sarah Spellman and Scott Townsley, “Continuing Care at Home: Evolution, Innovation, and Opportunity,” p. 1. ClintonLarsonAllen, 2012, [www.cliftonlarsonallen.com](http://www.cliftonlarsonallen.com)=2016/04/03 閲覧。

CCAH への加入はまず厳格な審査の合格が必須とされ、支援不要な者や変性疾患診断（アルツハイマーやパーキンソン病等）のない者のみが認められた。

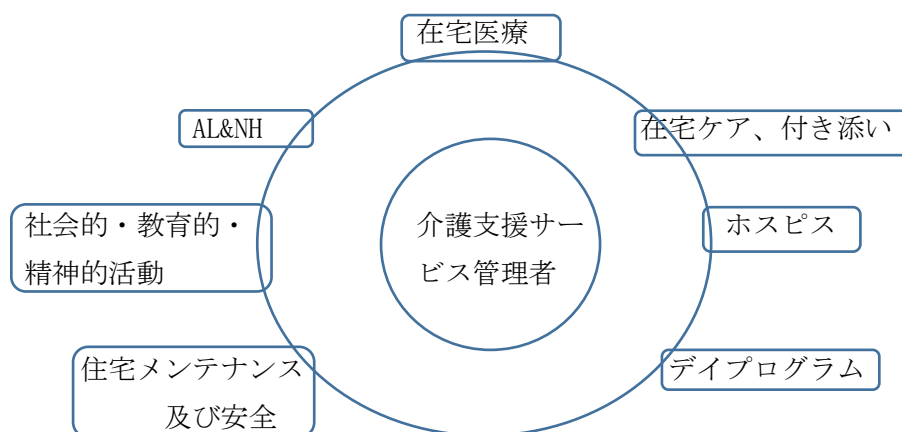
なお、CCAH に関する研究は極めて少なく、S・スペルマンと K・ブロードの論文を除けば、米国高齢者住宅業界団体や CCAH 団体の調査分析などしか存在していない。<sup>5</sup>このため本稿もこれらの団体の公表資料等に多くを依存せざるを得なかった。

## 第1章 CCAH の概念、歴史、特徴

### [1] CCAH の概念

CCAH は継続的在宅ケア（Continuing Care at Home, 在宅 CCRC）のことを指すが、終身在宅ケア（Life Care at Home）、壁のない CCRC（CCRC without walls）などの名でも呼ばれることもある。CCAH は基本的に加入者の自宅でサービスを提供するが、CCRC の施設なども利用しながら次のような事実上のキャンパスを形成している。

第1図 CCAH の事実上のキャンパス



(資料) Sarah L. Spellman, “12-C Continuing Care at Home: Assessing Feasibility,” April 23, 2012. [www.crcactuaries.com/PeakLCAH](http://www.crcactuaries.com/PeakLCAH)

前述のように CCAH は伝統的な CCRC とは異なった環境で暮らすことを選んだ高齢者に A タイプの CCRC 契約と同様のサービスを提供する終身介護付き会員制プログラムという特徴を持っている。<sup>6</sup> この CCAH プログラムは以下のような特徴を持っている。第1は包括的なサービスの提供である。入居一時金と月額利用料を負担すれば、加入者は包括的な介護・支

<sup>5</sup> Sarah Spellman and Kathryn Broad, “Continuing care at Home,” *Senior Housing and Care Journal*, Vol. 22 No. 1, 2014. なお、業界団体の中では LeadingAge の出版物が参考になる。特に参考になる文献としては Stephen J. Maag, “CCRCs without Walls: Care Models of the Future,” *LeadingAge*, February, 2012、などが上げられる。

<sup>6</sup> GERALYN MAGAN, “Everything You Wanted to Know about Continuing Care at Home,” *LeadingAge*, December 17, 2012.

[http://www.leadingage.org/Continuing\\_Care\\_at\\_Home\\_Evolution\\_Innovation\\_and\\_Opportunity.aspx](http://www.leadingage.org/Continuing_Care_at_Home_Evolution_Innovation_and_Opportunity.aspx)=2016/07/07 閲覧。

援サービス・パッケージを利用できる。このパッケージは加入者の要介護度が高まっても、自宅で自立して暮らせるように考え抜かれていた。

第2は加入者が CCRC のキャンパスを利用できる点である。加入者は食事、健康や社交 (social activities) などのためにキャンパス内の快適な施設・設備を自由に利用することができた。ほとんどの CCAH が加入者間の交流を促すためにキャンパス内で広範な社交プログラムを提供している。

第3は介護支援サービス管理の重視である。CCAH は加入者と直接接する介護支援サービス管理者 (Care Coordinator, CC) を配置している。CC は定期的に担当加入者の健康や身体機能の状態を評価し、必要なサービスを勧告し、それらのサービスを加入者のために準備・管理する。

第4は料金の設定方法である。健全な保険数理原則に基づく料金設定は CCAH プログラムが成功裡に運営されるためには不可欠な条件である。そのため料金設定は保険リスクのバッファとして5~15%のマージンを含める方式を採用していた。

第5は CCRC にとっての経済的利益である。CCAH プログラムはスポンサーである CCRC のキャンパスや入居者にとっても経済的に利益となる。まず CCAH プログラムは CCRC と共用するサービスの管理費を分担することができるからである。また CCAH 加入者がメディケア・パート A を使ってナーシングホームに短期リハビリ入所し、あるいは在宅介護やデイケアのような付随的なサービスを利用する機会も増加するからである。

周知のように全米退職者協会 (American Association of Retired Person, AARP) の調査はほとんどのアメリカの高齢者が年を取っても自宅や地域で暮らし続けたいと望んでいると報告している。しかし彼らはそれを叶える上で必要な2つの重要な選択肢を残念ながら持っていなかった。1つは必要な介護サービスの費用をどのように負担するのかという点であり、もう1つはどのような事業者に支援・介護を求めたらよいかという点である。<sup>7</sup>

CCAH こそはこれら両方の問題に対応できる選択肢であるといえる。CCAH の加入者はまだ健康な状態にある間に加入し(既に病気や障害があれば加入不可能)、将来必要となる介護給付と引き換えに料金(入居一時金と月額・年額利用料)を負担する。その結果、介護支援サービス管理、非医療在宅ケア、緊急応答システム、デイケア、メディケア・サービスの管理などを含むサービス・パッケージの給付を約束され、高齢者加入者は長く自宅に留まることができる。もちろん、必要になれば支援型住宅 (Assisted Living, AL) やナーシングホーム (Nursing Home, NH) に入居して支援や介護を受けることもプランに含まれている。もし加入者の健康状態が変化すれば、CCAH の介護支援サービス管理者が必要なサービスを用意し、加入時に選択したプランに基づき1日の限度額または生涯の限度額まで給付を提供

---

<sup>7</sup> Carol Barbour, "Evolution of the Continuing Care at home Business Model," LeadingAge, Nov. 11, 2013, [http://www.leadingage.org/Evolution\\_of\\_the\\_Continuing\\_Care\\_at\\_Home\\_Business\\_Model/](http://www.leadingage.org/Evolution_of_the_Continuing_Care_at_Home_Business_Model/)=2016/4/4 閲覧。

してもらえるのである。<sup>8</sup>

## [2] CCAH の歴史

### (1) CCAH の起源

CCAH モデルはフィラデルフィア地域で活動するフレンズ教会 (Society of Friends) などのクエーカー教徒の間で CCRC と同様の手頃な医療介護サービスを提供する団体を望む声に押されて誕生した。これは FRC 管理会社 (クエーカー教徒がグウィネズ郡区で運営する Foulkeways の子会社、東海岸で最初の CCRC) とブランダイス大学が 5,200 万ドル以上の助成金を交付されて CCAH のビジネスモデルとして発展させたものである。<sup>9</sup>

こうして全米最初の CCAH プランがジーンズ病院、クエーカー地区住民病院 (フィラデルフィア市北東部)、及び Foulkeways (同市郊外のグウィネズ郡区) の共同事業として 1985 年に誕生した。次いで 1987 年にこの事業はペンシルヴェニア保険省から「壁のない CCRC (CCRC without walls)」として認可を受けた。実際に 1990 年に業務を開始した時、この共同事業は独立の非営利組織となり、その名称も Friends Life Care at Home (FLCAH, 後の 2009 年に Friends Life Care, FLC と短縮。以後は FLC で統一して使用) に改められた。しかし初期の FLC のサービス地域は半径 5 マイルの狭い範囲内に限定されていた。

この最初の CCAH プランは CCRC にも共通する多くの重要な特徴を持っていた。即ち、①かなりの前払い入金と継続的な月額利用料に依存する料金設定、②加入者のケアに対して終身で支給する金額に上限を設けないプラン、③在宅ケアサービスに加えてナーシングホームや支援型住宅を含む包括ケア、④最少年齢 60 歳以上で最高年齢には制限なしの加入年齢、⑤加入資格要件としての経済力審査と健康診断、などの点である。

### (2) 介護保険との競合と B タイプの登場

当初、FLC は独自のニッチ市場 (在宅ケア) を対象に事業を開始した。その頃、保険会社は主にナーシングホーム費用を支給する介護保険契約しか提供していなかったからである。しかし 1980 年代に登場した第二世代の介護保険は在宅ケアのニーズを認め、その費用を償還する限定的な条項を契約に盛り込むようになった。とはいえ、CCAH とは異なり、効率的な運営に不可欠な介護支援サービス管理が全く考慮されていなかった。その後 1990 年代末になると介護保険は在宅介護、デイケア、施設介護を含めたあらゆる種類の給付を認めるようになった。フリーダイヤルを利用した介護支援サービス管理まで追加する保険会社が出てきたのもこの頃のことである。

---

<sup>8</sup> Debra Wood, “Continuing Care at Home: A Conversation with Lynne Giacobbe,” LeadingAge, November 11, 2013.

[http://www.leadingage.org/Continuing\\_Care\\_at\\_Home\\_A\\_Conversation\\_with\\_Lynne\\_Giacobbe/](http://www.leadingage.org/Continuing_Care_at_Home_A_Conversation_with_Lynne_Giacobbe/)=2016/07/05 閲覧。

<sup>9</sup> Life Care at Home, “The Evolution of Continuing Care at Home (CCA),” <http://lifecareathomepartners.com/Evolution>=2016/04/10 閲覧。

一方、CCAH は 1990～1999 年の 10 年間に CCRC の A タイプ類似プラン（A タイプ CCAH）の市場を順調に発展させた。<sup>10</sup> FLC の加入者数（死亡や脱会などを差し引いた正味の人数）は営業開始後 3 年時に 300 人に達し、10 年後の純加入者数は 1,500 人に達している。その後も加入者数は増加して、2013 年 11 月時点では約 2,400 人となっている。

しかし A タイプ CCAH の人気は 2000 年代初頭頃までに急速に失速し、FLC の新規加者入数は年平均 132 人（1990 年代は年平均 167 人）に減少した。この減少傾向は介護保険商品の改善と利便性の増大と密接に関係していた。というのも、介護保険は CCAH のように高額の前払い入居一時金を必要としていない点に大きな魅力があったからである。

このように CCAH の市場環境自体は悪化したが、1990 年代末頃からフィラデルフィア地域以外でも CCAH モデルに関心を示す団体が現れ始めた。例えば、1998 年には CCRC 付属の全米で 2 番目の CCAH がニュージャージー州南部で設立されている。また 2002～2004 年には 3 つの CCAH がオハイオ州オベリン市、ペンシルヴェニア州ピッツバーグ市、テネシー州チャタヌーガ市で設けられたが、これらはすべて CCRC や他の医療組織の付属施設であった。一方、独立系の CCAH は 2003 年にボルチモア（メリーランド州）・ワシントン DC 境界地域で初めて登場している。とはいえ、これら初期の CCAH はすべて巨額の前払い入居一時金（平均約 4.5～5 万ドル）を設けており、FLC の特徴である A タイプ CCRC の重要な要素を踏襲していた。しかし、これらの CCAH はほとんど例外なく採算を維持するのに必要な最低限の加入者数を確保することさえ苦勞していた。実際、大部分の CCAH は加入者が 50 人未満で、2 つの組織のみが 200 人を超える規模に達していた。

こうした A タイプ CCAH の危機に直面して、FLC は 2003 年にもっと魅力的なプランを発展させるために調査を開始した。その結果として登場したのが新しい B タイプ CCAH である。この B タイプは次のような前提に基づいて従来の A タイプに修正を加えていた。即ち、① 65 歳以上の高齢者の 70%は何らかの介護を必要とする、②1 年以上の介護を必要とする可能性が高い、③介護受給期間は女性の 85%が平均 4.2 年、男性の 77%が平均 2.9 年である、④アメリカ国民は意思決定の際に多くの選択肢を求める、⑤介護保険は 50 代から購入する加入者をターゲットとしている、⑥介護保険は介護費用の支払問題に対応するが、どこで介護を受けるかというもう 1 つの重要な問題には無関心である、⑦A タイプ CCAH モデルはかなり大きな保険数理原則上のリスクを抱えている、などの点である。<sup>11</sup>

その結果、第 2 世代の B タイプ CCAH モデルは以下のような重要な特徴を持つことになった。即ち、①加入者は入会後の最初の 5 年間にわたって入会一時金を支払うという選択肢を与えられ、結果として加入時にはかなり低い年額料金（年平均約 3,000 ドル）が設定され、②プランが加入者の生涯にわたり支払う金額に関して 1 日当たり及び生涯の上限を決め、③加入資格を最少年齢 50 歳、最高年齢 81 歳に定める、などの点であった。

この B タイプ CCAH は未だ発展の途上にあり、現在活動中の B タイプ CCAH は FLC 以外に

<sup>10</sup> CCRC の契約タイプについては前掲拙稿 23-26 頁を参照。

<sup>11</sup> Wood, *op. cit.*

存在しない。Bタイプへの変更後、FLCの新規加入者は年平均250人にまで増加し、2000年代初頭の約2倍、開業当初10年間のそれよりも50%も多くなった。しかも、加入時の平均年齢はBタイプ・モデル導入前の70歳代後半から60歳代半ばまで低下し、それだけ健康な加入者を多く集めることができたのである。次いでFLCは2006年までにベビーブーム世代に介護サービスを提供するための準備を始めた。前述のように2009年にはその名称をFLCに短縮し、加入者の介護的保護重視から健康な加齢を支援するために他組織との積極的な提携を重視する方向へと運営スタンスを変えている。

### [3] CCAHの特徴

#### (1) CCAHモデルの拡大

現在、CCAHプログラムは他のいくつかの州へと拡大している。このプログラムは、高齢者が自宅に留まって暮らし続けられるように支援しながら、CCRCの伝統的なサービスや給付を高齢者宅で提供している。加入者は入会金と月額利用料を負担して、①介護支援サービス管理(care coordination)、②定期住宅保守管理、③在宅介護看護サービス、④送迎、⑤食事、⑥社交及びウェルネスプログラム、などを含む広範な在宅サービスを利用する。またCCAHプログラムは加入者ごとに個別のケアプランを作成して管理しているので、一般にCCRCキャンパスに転居するよりも遥かに費用が安い。

現在、CCAHが存在するのはニュージャージー、ペンシルヴェニア、オハイオ、テネシー及びメリーランドの5州にすぎない。現在、カリフォルニア州ではCCAHプログラムを認可する法律が検討されている。もちろん、CCRC及びCCAHプログラムに対する規制は州によってかなり異なっている。オハイオ州とテネシー州はまったく規制を設けてないが、ニュージャージー州とペンシルヴェニア州はCCAHプログラムに対して州政府機関の認可を受けるよう義務づけている。またメリーランドはCCAHプログラムを規制する法律を特に制定している唯一の州であった。とはいえ、州はCCAHプログラムの長所や課題について全く無関心でほとんど情報を持っていないといわれる。<sup>12</sup>

#### (2) CCRCとCCAHの違い

CCRCは終身の「連続したケア」を高齢入居者に提供する施設であり、入居者は年を取ってからも同じ場所に留まれるように同一キャンパス内で全てのサービスが提供される。そのため入居者は①住宅、②看護ケア、③その他、のサービスと引き換えに10万ドル以上の入居一時金と1,000～3,000ドルの月額利用料を負担しなければならない。それゆえCCRCへの入居を望む者はかなりの個人資産を持っていなければならない。彼らは自宅を売却してその入居資金を調達する場合も多い。<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Nicole Dube, "Continuing Care Retirement Community 'At Home' Programs," *ORL Research Report*, February 21, 2008.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 2



高齢者は入居後まず自立型住宅 (Independent Living, IL) アパートで自立した生活を送り、その後心身の虚弱が進めばアパートで支援サービスを受けるか、支援型住宅 (Assisted Living, AL) に移る。CCRC は最終的に 24 時間のケアを必要とする入居者のために敷地内に小規模なナーシングホーム (Nursing Home, NH) を所有するか、または近隣の NH と契約している。CCRC は給食も提供し、レジャーやレクリエーション・プログラム用の共同スペースを持ち、家事、洗濯、送迎などのサービスも提供している。<sup>14</sup>

これに対して前述のようにいくつかの州では伝統的な CCRC の手頃な代替手段として CCAH プログラムが実施されている。このプログラムは人々が年を取っても自宅に留まれるようにし、CCRC が提供する伝統的な医療看護や身辺介護サービスを同じように提供している。もちろん、CCAH プログラムの構造は州によって異なるが、大部分のプログラムは加入者が将来必要な介護サービスを利用するために入居一時金と月額利用料を負担する終身介護プラン (A タイプ) を提供している。一方、CCAH は必要時に介護を提供する義務を果たすために将来の費用を正確に予測し、料金や割増金を活用しなければならなかった。また新規加入希望者は加入資格として年齢要件を満たし、しばらくは健康で要支援状態に陥るリスクがないことが立証しなければならなかった。それゆえ大部分の CCAH プログラムは既存の変性疾患 (degenerative diseases) を持つ者の加入を拒否している。

CCAH は前述のような在宅サービスによって加入者ができるだけ長く自宅に留まれるように支援することを目的としているが、ほとんどの CCAH はもし必要になれば、看護または支援施設ケアも提供する。これらのサービスは直接、または外注の事業者を通じて提供される。CCAH プログラムは高齢者が個別のケアプランを提供されるように配慮されており、CCRC 入居よりも費用が安かった。大部分の CCAH プログラムは米国内国歳入法 (UAC 26) 第 501 条 C 項 (3) の非営利組織 (課税免除) であり、介護保険としてではなく CCRC として認可を受けていた。<sup>15</sup>そこで、次に 6 件の事例を取り上げ、CCAH の実態、機能、成果と課題などを検討することにしよう。

### (3) CCAH の特徴

CCAH は①終身ケア契約、②アクセスの容易さ (1 ヶ所で全サービスを提供、一揃いのサービスをパッケージで提供)、③介護支援サービス管理、④仮想コミュニティ (社交機会や支援ネットワーク)、⑤特別な市場ターゲット (健康で自立した生活を送る高齢者に限定、私費負担層を対象とするが低所得層にも手を差し伸べる、自宅に留まりながら CCRC が提供する安心も希望する高齢者層)、などの特徴を持っていた。<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Dube, *op. cit.*, pp. 2-3.

<sup>15</sup> Dube, *op. cit.*, p. 3.

<sup>16</sup> Sarah L. Spellman, "12-C. Continuing Care at Home: Assessing Feasibility Peak Leadership Summit," pp. 12-13, April 23-25, 2012, CalifonLarsonAllen <http://www.ccractuarie.com/PeakLCAH.pdf#search=%27CCA%2C+Longwood+at+Home%27=2016/4/15>



そこで、もし CCRC が CCAH プログラムを付設すれば、①人事や経理・情報システムなどの間接部門を1つの組織へ集約することによる業務の効率化とコスト削減、②支援型住宅・ナーシングホームの利用・入居増加、③メディケア A（短期リハビリ入所）適用のナーシングホーム利用・入居の増加、④場所やアメニティの利用による使用料収入増加、⑤自立型住宅への転居増加、などの利益が得られると考えられる。<sup>17</sup>

とはいえ、料金設定や契約内容に関して、CCAH は①自己の意思決定と給付上限の追加、②平均入会金 14,000～56,000 ドル（数年にわたる支払いも認める）、③平均月額利用料 200～500 ドル、④多様な料金プラン（在宅・施設ケアの 100%補償、将来のサービスに対する自己負担、在宅ケアのみ補償、介護保険の保険金加算、限られた終身給付、加入料金の返済）、などの点で CCRC とは異なっている。<sup>18</sup>

もちろん、CCAH の中にも様々なタイプがある。確かに CCAH は①将来の心身悪化時に必要なサービスとしての終身介護の保証、②非営利組織、③保険数理原則に立脚、④介護支援サービス管理、⑤サービス・パッケージ、⑥1カ所で全サービスを提供、など共通点が見られる。しかし規模、スポンサー、サービス・パッケージの内容、サービス提供者（職員か外注か）、利益や料金の設定、財務リスク、CCRC キャンパス内のアメニティ利用、ポータビリティ、開業認可、地理的範囲、法人格、会計方法、などの点ではかなり違いがある。<sup>19</sup>

## 第2章 事例で見る CCAH の実態

### [1] FLC (Friends Life Care, 当初 Friends Life Care at Home , FLCAH)

FLC はアメリカで最初の CCAH であり、まず 1990 年に CCAH の第 1 世代である A タイプ、次いで 2003 年に第 2 世代である B タイプを導入するなど、アメリカの CCRC の歴史そのものといってもよい存在であり、それゆえに既に CCRC の歴史を述べる過程で触れてきたので、ここでは重複を避けて簡単に紹介するに止めたい。

前述のように FLC は高齢加入者に在宅介護、身辺介護、施設介護を提供する非営利のクエーカー教徒系組織であった。FLC は 1985 年にアメリカで最初の CCAH として設立され、現在、フィラデルフィア市近郊に本部を置き、ペンシルヴェニア州東部とデラウェア州で事業を展開している。<sup>20</sup>

FLC が高齢者に提供しているのは介護保険商品に類似した「手頃な終身介護プラン」である。とはいえ、FLC は介護保険とは異なり、直接または契約事業者を通じてサービスを提供している。それゆえ FLC プログラムは不確実な将来の医療介護費用のリスクを引き受ける伝統的な A タイプ CCRC 契約に類似していた。しかも FLC は加入者が州外に旅行または転居した場合でもサービスを滞在先で受けることができたのである。<sup>21</sup>

<sup>17</sup> *Ibid.* p. 6.

<sup>18</sup> *Ibid.* p. 8.

<sup>19</sup> *Ibid.* p. 7.

<sup>20</sup> Dube, *op. cit.*, p. 4.

<sup>21</sup> Dube, *op. cit.*, p. 4.

現在、FLC の加入資格は年齢が 40～81 歳、健康で自立した生活を送れることを条件としている。<sup>22</sup>入会后、加入者は次の 2 つのプランのうちいずれかを自由に選ぶ権利を与えられている。即ち、①自宅で提供されるサービスの費用のみを負担する在宅ケア限定プランと、②在宅サービスと必要時の支援・ナーシングホームケアの両費用を負担する終身ケアプラン、である。実際の FLC プランの費用は個人によって異なり、加入者の年齢、プランのタイプ、加入期間、選択された給付水準などを含む諸条件に依存している。なお、加入者は料金を月額または年額のいずれかで支払うことができた。

入会后は必要なサービスを調整・監視する介護支援サービス管理者が各加入者に配置される。提供されるサービスは在宅介護助手、在宅看護サービス、緊急応答サービス、栄養サポート、デイケア、定期在宅安否確認、必要時の施設ケアなどが含まれる。サービスは FLC の出来高払いケアマネジメント事業者（子会社）を通じて直接または契約先事業者を通じて提供される。しかし FLC ネットワーク外のナーシングホームや支援付施設を選んだ加入者は、1 日のプラン給付額を超える超過料金を自己負担しなければならない。なお、FLC の加入者は 2013 年に 1,750 人、2015 年に 2,452 人（2 州の合計）と順調に増えていた。<sup>23</sup>

## [2] LAH (Longwood at Home)

### (1) 歴史

次に同じペンシルヴェニア州のピッツバーグ市を中心に CCAH を展開している LAH を取り上げる。LAH はスポンサーであるプレスビテリアン高齢者ケア (Presbyterian Senior Care, PSC) の付属施設である。PSC は 1928 年に非営利の宗教奉仕団体であるプレスビテリアン高齢者協会として誕生し、その後ペンシルヴェニア西部の高齢者住宅及び介護事業者として活動してきた。現在、PSC は 3 つの主要キャンパス (Longwood at Oakmont, Oakmont, Washington) と 51 の付属施設を通じて様々な環境で暮らす高齢者に複数レベルのケアと支援を提供している。また PSC は以下のようなプログラムも提供していた。即ち、①AL (オークモント市ウェストミンスター・プライスと Longwood at Oakmont (LA0))、②ウッドサイド・プレイスのアルツハイマー及び関連認知症患者向けプログラム、③複数サイトの自立型住宅アパート、低所得高齢者助成金、④障害者向け支援付賃貸住宅、⑤中所得高齢者向けコンドミニアム、⑥オークモント市ウィローズと LA0 のアナ医療センターの亜急性期高度看護及び中間看護施設、ホスピスと緩和ケア、⑦CCRC (=LA0)、⑧オークモント市ウェスト

---

<sup>22</sup> Balwant N. Dixint, “Continuing Care at Home (CCA) Programs: An alternative to Long Term Care insurance,” Pittsburgh Patrika, April 12, 2015.

<http://www.pittsburghpatrika.com/2015/04/continuing-care-at-home-ccah-programs-an-alternative-to-long-term-care-insurance/>=2016/07/14 閲覧。

<sup>23</sup> CliftonLarsonAllen, “Presentation Slides: 2016 CCAH Conference - Subcontract or Own, Friends Life Care Partners,” Continuing Care at Home National Conference, May 12, 2016

<http://www.claconnect.com/Health-Care/2016-CCA-H-National-Conference.aspx>=2016/06/16 閲覧。

ミンスター・プレイスの CCRC で自立型住宅 (PSC オークモント・キャンパス)、⑨LAH を通じた自宅での終身在宅ケア及び支援、などである。<sup>24</sup>

PSC の主力施設はオークモント・プレスビテリアン・ホーム (現ウエストミンスター・プレイス) が 1950 年、またワシントン・プレスビテリアン・ホーム (現サウスミンスター・プレイス) が 1960 年に開設されている。その後 1979 年の組織再評価によって、PSC は他のすべての信仰を持つ高齢者に門戸を開放し、地域全体の高齢者介護ニーズの増大に対応するケア提供システムを構築することになった。今日では、PSC はペンシルヴェニア州西部で年間 6000 人以上の高齢者に奉仕する施設やサービスを運営している。<sup>25</sup>

PSC が提供するサービスは①デイサービス、LIFE(他州では PACE)、②認知症ケア、③CCRC (LAO)、④在宅地域密着型サービス、⑤看護ケア及びリハビリサービス、⑥身辺介護、⑦高齢者住宅コミュニティ等の高齢者住宅、⑧ホスピス、緩和ケア、などが含まれる。このうち CCAH である LAH は FLC (ペンシルヴェニア州) や CAH (Cadbury at Home、ニュージャージー州) などの先駆的モデルを参考にして、PSC から設立資金 150 万ドルの融資を受けて、2002 年に PSC の非営利関連会社として設立された。<sup>26</sup>

このように LAH は 2003 年 6 月に開業し、60 歳以上の健康なアレゲニー、ビーバー、ワシントン及びウエストモーランドの 4 郡の住民を加入者として受け入れた。LAH の加入者は 2008 年に 150 人、2013 年に 315 人と着実に増加している。LAH は介護保険よりも費用効率の良い代替商品として、加入者が自宅の快適な環境で年を取れるように生活やケアの質を高めるサービスを提供しているからである。

LAH は伝統的な CCRC のように自宅から転居する必要もなく、自宅に留まりたいという願望を叶えるために加入者の自宅に CCRC のサービスを届けているのである。実際に LAH の加入者は 2013 年に 315 人のうち 10 人のみ (僅か 3%) が自宅から看護ケア・身辺介護を受けるため恒久的に CCRC へ転居したにすぎない。つまり LAH は加入者が可能な限り長く自宅に留まれるようにするという点では大きな成果を上げている。また病院に入院した LAH 加入者はその僅か 4%のみが再入院しているが、これは全米メディケア受給者の平均 34%と比べても極めて低かった。これらの成果は個別的な介護支援サービス管理と迅速な介入がニーズに応じて加入者に提供されてきたことの結果であったといえる。<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> Presbyterian Senior Care, “Mission Agencies,” [http://www.pghpresbytery.org/mission\\_agencies/miss\\_files/presbySeniorCare.htm](http://www.pghpresbytery.org/mission_agencies/miss_files/presbySeniorCare.htm)=2016/07/06 閲覧

<sup>25</sup> LeadingAge, “12-C. Continuing Care at Home: Assessing Feasibility,” Peak Leadership Summit, April 23, 2012, p.1. <http://www.ccrcaetuarries.com/PeakLCAH.pdf#search=%27CCA%2C+Longwood+at+Home%27=2016/4/15>; Presbyterian Senior Care, “Mission Agencies,” [http://www.pghpresbytery.org/mission\\_agencies/miss\\_files/presbySeniorCare.htm](http://www.pghpresbytery.org/mission_agencies/miss_files/presbySeniorCare.htm)=2016/07/06 閲覧

<sup>26</sup> *Ibid.* p. 2.

<sup>27</sup> “Longwood at Home Celebrates 10th Anniversary,” Pittsburgh Healthcare Report, June 25, 2013.

## (2) LAH の実態

現在、LAH は PSC の附属組織の中ではペンシルヴェニア西部における唯一の CCAH で、健康状態が悪化しても自宅か施設でサービスを受給できる終身ケア（A タイプ契約）を保証しており、2011 年時点の加入者は 227 人であった（加入者数は 2003 年 21 人、2006 年 100 人、2010 年 208 人）。<sup>28</sup>

2011 年の LAH の費用は管理費 332,194 ドル、ケアマネジメント 1,222,984 ドル（全体の 64%）、マーケティング 356,700 ドル、計 1,911,878 ドルであり、一方、収入が 2,107,653 ドル（入居者サービス利用料 2,090,227 ドル、投資収入 17,426 ドル）であったので、195,775 ドルの黒字となっている。このうちケアマネジメント費用は私費負担施設 55%、高度看護施設（SNF）11%、支援型住宅（AL1）2%、給与及び諸給付 18%、送迎 1%、ライフライン 3%、などの内訳となっている。<sup>29</sup>

スタッフは医師、介護支援サービス管理者、高齢者住宅の専門家、加入調整者、マーケティング助手、医療部長、理事会など構成されている。LAH は自前のサービス提供以外に SNF、身辺介護施設、認知症専門施設、デイケア、私費利用業者など多くの外部事業者と提携をしていた。加入者宅で提供されるサービスは①看護、②在宅介護助手、③家事代行・付き添い、④住み込みサービス、⑤緊急応答システム、⑥食事、⑦デイサービス、⑧送迎、⑨2 年ごとの住宅診断、⑩加入 1 年後の旅行先等でのサービス利用、などが含まれる。その以外のサービスは①身辺介護、②看護センター、③認知症ケア、④紹介サービス、⑤社交・教育・ウェルネス活動、などであった。また CCAH モデルで中心的役割を果たす介護支援サービス管理者は①定期訪問、②継続的会話、③週 7 日 24 時間オンコール、④加入者やその家族との親交、⑤ケアプランの作成、⑥介護支援サービスの管理、⑦加入者の個人代理人、などの重要な業務を担っていた。<sup>30</sup>

ところで、LAH は 2011 年に①加入者 13 人が LAO（PSC の CCRC）に転居し、②加入者 42 人が高度看護施設に入居（加入者の 14%）し、③加入者 9 人が身辺介護を認められ、また④ 2012 年第 1 四半期に 33,525 ドルを PSC の私費払い施設である在宅高齢者ケア（Senior Care

---

<http://www.pittsburghhealthcarereport.com/longwood-at-home-celebrates-10th-anniversary/=2016/04/24> 閲覧; Pittsburgh healthcare Report, “Longwood at Home celebrates 10th Anniversary,” June 25, 2013.

<http://www.pittsburghhealthcarereport.com/longwood-at-home-celebrates-10th-anniversary/=2016/07/14> 閲覧。

<sup>28</sup> LeadingAge, *op. cit.* p. 8.

<sup>29</sup> LeadingAge, *op. cit.* pp. 9-10.

<sup>30</sup> Presbyterian Senior Care and Longwood at Home, “12-C. Continuing Care at Home: Assessing Feasibility,” pp.12-13, April 23, 2012, CaliftonLarsonAllen

<http://www.ccractuarries.com/PeakLCAH.pdf#search=%27CCA%2C+Longwood+at+Home%27=2016/04/16> 閲覧; Dube, *op. cit.*, p. 5. LAH は FLC と同様にペンシルヴェニア保険省から認可と監督を受けている（継続的ケア事業者登録公開法, Continuing Care Provider Registration and Disclosure Act）。



at Home) に支払う、などの利用を通じて PSC の利益にも好影響を及ぼしていた。<sup>31</sup>

### (3) LAH のプラン内容

LAH の加入者は補償範囲 (coverage) の異なる 6 つのオプション (私費負担が必要な場合もある) から 1 つを選択することになっている。加入者は入会時の年齢に基づく入居一時金と選択したプランに基づく月額利用料を負担する。LAH は加入者が自宅に長く留まれるようにサービスを加入者宅で提供しているが、必要時には施設ケアの提供も行っている。そのためナーシングホームケアの提供に備えて LAH は市内ロングウッドにある PSC 関連会社と契約をしていた。このように介護保険とは違って、LAH の加入者は必要時には可能な限り速やかに終身の介護サービスを受けられるようになっていた。

第 1 表 LAH の入会金と月額利用料

プラン	入会金 (ドル)	月額利用料 (ドル)
プラチナ (90%払戻)	53,534~147,160	584
ゴールド	31,490~86,565	584
シルバー	27,857~76,576	537
ブロンズ	15,521~43,434	304
スターリング	17,320~47,611	584
ゴールドプラス (1 年償却)	18,891~51,939	584

(資料) LeadingAge, *op. cit.*, p.17.

CCAH の加入者は将来必要となる介護ニーズに備えた払戻可能なプランに加入する。第 1 表のように LAH のプラチナ・プランは CCRC の入居一時金に充てられる入会金の 90%払戻プランを提供している。この払戻は LAH 加入者が CCRC への転居を決断する際に大きな安心感を与えていた。LAH 加入者はプラチナ・プランから在宅ケアのみのブロンズ・プランに切り替えることもできる。ブロンズは CCRC に転居するにしても、できる限り長く自立型住宅(IL)に留まるために介護と支援サービスが必要だと考える LAH 加入者にとって理想的なプランといえる。この場合にも介護支援サービス管理者が引き続きケアを監視し、ニーズを評価することになる。

LAH 加入者は LAO (グループ内の CCRC) のアメニティも享受することができる。2016 年現在、LAH の加入者 63 人がフィットネスセンター、室内温水プール、年 6 回の食事、年 1 回の外泊、講義シリーズ・バス旅行、終身介護付プランコミュニティ回報の毎週受領、などのアメニティを LAO キャンパスで利用している。<sup>32</sup>

<sup>31</sup> LeadingAge, *op. cit.*, p.20

<sup>32</sup> CliftonLarsonAllen, “Presentation Slides: 2016 CCAH Conference Discussion Café: Integrating a Continuing Care at Home Community,” May 13, 2016

2014年11月時点で、LAHはアレゲニー、ビーバー、バトラー、ワシントン及びウェストモーランドの5郡において加入者約270人にサービスを提供していた。月額利用料は300～625ドルであり、介護支援サービス管理者と加入者の緊密な人間関係に基づいてサービスが調整されている。介護支援サービス管理者はあまり過保護に世話を焼くことなくあくまでも加入者のニーズに基づいて支援手続きを円滑に進めていた。<sup>33</sup>

そこで、以下でLAHの特徴をまとめておこう。第1はサービスとケアの多様な選択肢があることである。加入者は入会一時金と安い月額利用料を負担し、自宅で継続的なサービスを受け取ることができた。しかも料金の一部（普通約85%）は医療費に充てられるので、連邦税額控除の対象になる。第2は介護支援サービス管理と継続的なケアが提供されていることである。LAHの加入者は介護支援サービス管理者を配置され、必要などのようなサービスも調整してもらえた。緊急時には介護支援サービス管理者が1日24時間週7日、対応してくれる。体調急変時には、LAHはコンパニオン（住み込みの話し相手）・家事代行サービスから認定在宅介護士・在宅介護助手サービス及び住み込み支援に至るまで様々なケア選択肢を加入者のために調整しながら提供している。

第3は住宅診断の実施である。加入後最初の1年目とその後は隔年ごとに、LAHは加入者宅の安全と機能診断を行い、改善を勧告する有資格住宅診断士を派遣している。第4は送迎サービスである。LAHは加入者が必要とする外来手続きや入院の往復に送迎サービスを提供している。第5は補償範囲である。LAHは健康な60歳以上の高齢者に6つのレベルの補償範囲を用意している。これにより加入者はニーズが変化した時に、終身の充実し手頃なケアとサービスを受けられ、介護支援サービス管理者に支援されながら自宅で長く自立して暮らしを続けられるのである。第6は加入者がメディケアA&B保険に加え、メディケア補足保険（メディギャップ保険）か、メディケア・アドバンテージ保険（両者とも民間保険会社が提供）への加入を求められることである。

第7はペンシルヴェニア西部の5つの郡の住民であることが入会の条件とされていることである。第8は移動可能性（portability）が認められていることである。もちろん、内外を問わずサービス地域（5つの郡）外に旅行し滞在する場合も、LAH加入後1年以上が経過していれば、加入者は追加負担なしに同様のサービスを受けられた。第9は介護保険の加入者もLAH加入を認めていることである。もし保険契約者が介護保険の補償基準（即ち、90日間2つ以上のADL遂行不能、または重度の認知障害）を満たすならば、その保険契約はLAHに対する割増料金の支払いに充てることができる。LAHは加入者に介護支援サービス管理や待機期間なしの即座の対応（心身機能の疾患や1つ以上のADL遂行不能等の場合）を

---

<http://www.claconnect.com/Health-Care/2016-CCaH-National-Conference.aspx>  
=2016/06/16 閲覧。

<sup>33</sup> Longwood at Home, “Aging in Place: Seniors remodel to meet changing needs and remain in their homes,” November 16, 2014. <http://www.post-gazette.com/healthypgh/2014/11/16/Aging-in-place-Seniors-elderly-remodel-to-meet-changing-needs-and-remain-in-their-homes-1/stories/201411160225>=2016/07/14 閲覧。

行っており、介護保険会社が提供していないサービスも実施している。<sup>34</sup>

### [3] ABLAH (Alexian Brothers Live at Homes)

#### (1) ABHS (Alexian Brothers Health System) の仕組み

アレキシアブラザーズ修道会 (Congregation of Alexian Brothers, CAB) は800年の歴史を持つカトリック在家信徒団体であり、病人、貧困者、死に行く者の世話をし、奉仕対象のすべての人々の身体的・心理的・霊的・社会的健全と幸福を促進することを使命としている。CABはテネシー州では高齢者ケアに重点を置いた取り組みを行っているが、他の州ではアレキシアブラザーズ医療組織 (Alexian Brothers Health System, ABHS) が運営するエイズ患者用ホスピス、婦人小児科医療施設、精神保健施設などを所有している。その後2012年にABHSはセントルイス市 (ミズーリ州) を拠点とする米国最大手の非営利カトリック系医療組織であるアセンション・ヘルス (Ascension Health, AH) と統合を果たしている。なお、その全体の組織図は第2図のようになっている。

このうちアレキシアブラザーズ (AB) はチャタヌーガ市 (テネシー州) に拠点を置き、①PACE、②自立型住宅 (IL)・支援型住宅 (AL)・リハビリ施設 (SNF) を運営するシグナルマウンテン・キャンパスのアレキシアンヴィレジ (=CCRC)、③自立型住宅 (IL) 用のアレキシアングローブ、④認知症患者用のアレキシアブラザーズ・バレー・レジデンス、などを所有していた。<sup>35</sup>特にABCS (Alexian Brothers Community Service) は高齢者の在宅ケアやデイケア、老人専門医療を含むサービスを通じてハミルトン郡 (テネシー州) の虚弱高齢者に医療介護を提供する地域密着型プログラム、を展開している。特にその附属施設のPACEは加入者がナーシングホームに入所せずに自宅や地域に留まれるように包括的な医療介護や社会サービスを提供していた。1998年開業のこのPACEはアレキシアブラザーズ (AB) とテネシー州 TennCare (テネシー州メディケイドプログラム) 局が共同スポンサーとなっているユニークな事業であった。<sup>36</sup>

高齢者がいったんプログラムの加入者となれば、ABCSが必要な全ての医療介護サービスを調整してくれる。そのサービスの大部分はカンバーランド街に設けられたデイヘルスケアセンターで提供されており、加入者は自宅、家族関係、ライフスタイルをそのまま維持することができた。全ての加入者は医師、看護師、メディカル・ソーシャルワーカー

---

<sup>34</sup> Balwant N. Dixint, “Continuing Care at Home (CCAH) Programs: An alternative to Long Term Care insurance,” Pittsburgh Patrika, April 12, 2015.

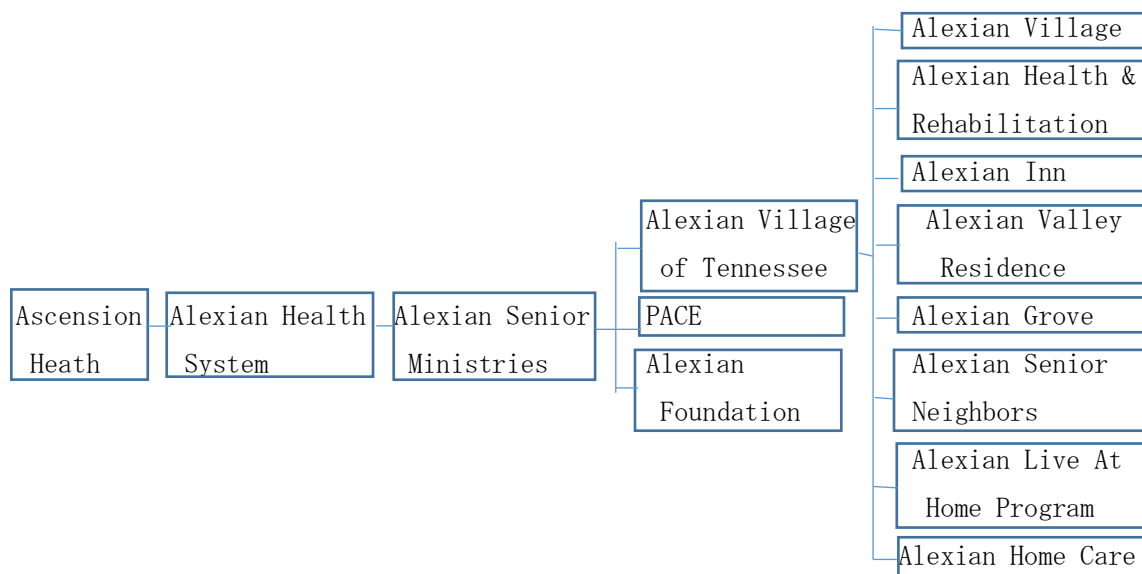
<http://www.pittsburghpatrika.com/2015/04/continuing-care-at-home-ccah-programs-an-alternative-to-long-term-care-insurance/>=2016/07/14 閲覧。

<sup>35</sup> Steve Johnson, “Innovative PACE program aims to keep seniors out of nursing homes,” *Times Free Press*, Nov. 16, 2015.

<sup>36</sup> Alexian Brothers senior Ministries, “Alexian Brothers PACE is a Community-based alternative to Nursing home Care,”

<http://www.alexianbrothers.net/www/docs/109/adult-day-care-chattanooga-hamilton-county.html>=2016/04/10 閲覧。

第2図 アレクシアンブラザーズの組織図



(資料) Nancy Woods, “The Live At Program - CCRC@Home Operators Conference 2013,”

(MSW)、在宅介護助手、送迎担当者、リハビリ療法士、栄養士などからなる多職種チームによって予防を重視した自分専用のケアプランを作成してもらえる。また加入者は絶えず健康問題を最小限に保つために経過を観察され、大惨事に至るのを回避されているのである。

ABCS のサービス内容には看護、社会サービス、理学・作業・レクリエーション療法、カウンセリング、食事、在宅ケア、送迎、必要時のナーシングホームケアや入院治療、などが含まれていた。この ABCS プログラムも高齢者包括ケアで名高い PACE をそのモデルとしている。なお、ABCS は 1998 年 10 月に開設され、1999 年 1 月から本格的に開業している。

## (2) ABLAH (Alexian Brothers Live At Homes)

ABLAH はテネシー州チャタヌーガ市南東部に立地する AB 附属の CCAH 施設である。ABLAH は高齢者が施設入居に代えて自宅で暮らしながら年を取れる選択肢を持てるように配慮されており、そのために加入者が第 2 表のような 4 つのレベルから 1 つを選択できるようになっている。<sup>37</sup>

レベル I 「ウェルネス」は作業療法士による毎年の総合健康評価と自宅の安全評価などを含んでいる。例えば、もし構造的な変更（洗濯機や乾燥機を 1 階に移動など）が自宅の安全評価において助言された場合、スタッフが加入者に評判の良い業者を紹介する。また他にダンス、映画、夕食会、散歩グループを含む社交、知的・身体的活動なども含まれる。

レベル II 「介入」は受診予約、薬局、食料品店、銀行などの必要不可欠なサービスと、掃

<sup>37</sup> Michael Peltier, “Continuing Care at home,” *Nursing Home Magazine*, March 2007, pp. 51-52.



除、リネンの交換、掃除機がけ、ごみ捨てなどの家事支援に送迎が含まれている。それ以外ではスムーズな投薬や栄養ニーズへの取り組みなどのサービスもある。

レベルⅢ「支援」は入浴、身繕い、食事、排泄、排泄抑制能力、移動などの介助を含め、加入者宅で身辺介護サービスを提供する。レベルⅢのサービスは支援型住宅（AL）におけるそれと同等レベルだという。このレベルは何らかの認知的・肉体的な衰えが現れ始め、1つ以上の ADL 介助を必要とする加入者が支援対象となる。またレベルⅢには看護助手の訪問と共にレベルⅠとⅡの全サービスが含まれる。人工股関節置換術を行った者へのサービスも対象となるが、その場合は術後回復時にレベルⅠに復帰することも多い。さらにデイセンター通所と医師、ソーシャルワーカー、管理栄養士、PT、神経心理士、薬剤師による総合老年医学評価などもサービスに含まれ、加入者はペンダント式またはブレスレット式の非常呼出し装置を提供される。

レベルⅣ「介護」は最も集中的なケアレベルで、ABPACE（Alexian Brothers PACE）も活用して永続的なナーシングホーム入所を防止しようとしている。レベルⅣには送迎、看護助手、介護支援サービス管理者の頻繁な訪問、また時にはホスピスを含む他組織との提携によって首尾よく自宅に留まっている多くの加入者がいる。もちろん、加入者が自宅での生活を継続できなくなれば、追加費用負担なしに AB の施設に転居できる。

第2表 ABLAH（Alexian Brothers Live At Home）プログラムのケアレベル

レベルⅠ ウェルネス	①ウェルネスと健康改善を重視、②基準健康評価、③栄養、運動、治療に関するカウンセリングと教育、④住宅メンテナンス・修繕のため信頼できる事業者の紹介
レベルⅡ 介入	①レベルⅠの全サービス、②特別なニーズに対応する介護支援サービス管理者とスタッフの支援拡大、③運転や調理のような日常的仕事の支援、④軽い家庭の雑用支援
レベルⅢ 支援	①レベルⅠとⅡの全サービス、②ABLCAH スタッフからの集中的なケアマネジメント、③食事、入浴、身繕い、家事の在宅支援
レベルⅣ 介護	①自宅とアレキサン施設での集中的な日常的支援・サービス、②送迎、③追加負担なしの PACE 加入、④PACE オプションを選択した場合、追加負担なしに処方薬の投薬、⑤PACE オプション選択の場合、自己負担なしに医療、入院治療、リハビリ、⑥アレキサン施設転居の選択肢を提供

（資料）Dube, *op. cit.*, pp. 8-9.

ABLAH はチャタヌーガ市に居住する 55 歳以上の高齢者に終身ケア契約を提供している。この CCAH は 2002 年に設立され、その年の加入者は 40 人であった。加入者は入会時の年齢と契約内容に基づいて入会金と月額利用料を負担する。この料金は加入者が将来必要とするナーシングホーム費用の 75%までの額を支給する財源にも充てられる。このプログラム

は加入者が選択すれば、PACE 加入の私費負担分も支給する。なお、テネシー州は CCRC や CCAH プログラムを規制していないが、支援型住宅（AL）施設や在宅医療機関事業のように CCRC や CCAH の個別部門ごとにそれぞれを認可・規制する政策を採用している。<sup>38</sup>

ABLAH の加入者は 2006 年末 226 人、2013 年 205 人、2015 年 230 人、と 230 人前後で頭打ち傾向にある。<sup>39</sup>また、加入者の特徴（2013 年）は既婚者が 53%を占め、平均年齢が 77 歳、最少年齢が 56 歳、最高年齢が 102 歳で、既婚者の比率がやや低かった。2006 年と 2013 年の運営実績を比較すると、次のような特徴が見られた。2006 年には加入者の 18%が定期的サービスを受けており、最近 1 ヶ月間に提供されたサービスは①55 往復の搬送、②214 時間の在宅ケア、③ライフライン一式 2 セット、④支援型住宅（AL）入居者 1 人、⑤アレキサン・ヘルス&リハビリセンター入所者ゼロ、⑥介護支援サービス管理者対加入者の比率が 1 : 1.02、であった。

一方、2013 年では加入者の 42%（2006 年の 2.3 倍）が定期的サービスを受けていた。最近 1 ヶ月間に提供されたサービスは①59 往復の搬送、②968 時間の在宅ケア、③ライフライン一式 32 セット、④支援型住宅（AL）入居者 1 人、⑤アレキサン・ヘルス&リハビリセンター入所者 5 人、⑥介護支援サービス管理者対加入者の比率は 1 : 1.02 で変化なし、であった。<sup>40</sup>2013 年の加入者は 2006 年よりも若干減少していたが、医療介護サービスは加入者の高齢化（虚弱化）を反映しているのか、全般的にかなり増加しており、経営的に健全ではなく、何らかの対策が必要とされていたと考えられる。

PACE プログラムとの接続はその既存インフラを共用できるので、ABLAH にとっても利益となる。例えば、PACE が医師、送迎、在宅ケアチームなどのスタッフを抱えているので、多くのスタッフを増員する必要がないし、また PACE のバンが既に地域で送迎サービスを行っていたので、多くのバンを買い足す必要もなかったからである。

ところで、チャタヌーガ市の ABLAH が長期的に成功を収めるためには次の 5 年間（～2020 年）に規模を 2 倍（加入者 500 人）以上に拡大する必要があるといわれる。現在の加入者の大部分が次の 15 年間もプログラムに留まっている間に、加入者が 500 人規模準に達しなければ、そして介護ニーズがごく初期段階にある多くの新規加入者が入って来なければ、ABLAH はサービス費用をカバーするために苦勞することになると予想されたからである。<sup>41</sup>

### (3) ABPACE

要介護状態になった高齢者の選択肢は在宅ケアか、ナーシングホームか、その両方の併用

---

<sup>38</sup> Dube, *op. cit.*, pp. 7-9; Irving Levin Associates, “Senior Living Business: “At-Home” Programs Help Seniors Age In Place-Cadbury, Alexian Brothers Program Are Two Successful prototypes,” <http://www.levinassociates.com/1006s1bhead2=2016/02/28> 閲覧。

<sup>39</sup> *Ibid.* p. 51; Woods, *op. cit.*; Johnson, *op. cit.*

<sup>40</sup> Woods, *op. cit.*

<sup>41</sup> Irving Levin Associates, *op. cit.*

に限られている。しかしナーシングホームの費用は非常に高価で、テネシー州では年平均約 5.5 万ドル（2015 年 Genworth Financial のデータ）といわれる。PACE は高齢者が自宅に長く留まれるように配慮された代替的アプローチであり、昼間にデイセンターで医療やアクティビティが提供されている。チャタヌーガ市の ABPACE はテネシー州で唯一の PACE プログラム（ABPACE は 2016 年 4 月までミズーリ州セントルイス市にも存在）である。ABPACE の 30 台の白い昇降機付バンがエルランジャー病院の 4 ブロック東の三丁目に立地する PACE センターに毎日約 180 人の高齢者を搬送するために朝 6 時からハミルトン郡中を走り回っているという。<sup>42</sup>

加入者は PACE の包括医療（薬局、歯科サービス、眼鏡、補聴器、履物類）に大きな魅力を感じていた。というのも、全てのサービスが 1 ヶ所で提供されるので、加入者も家族も様々な医療施設を複数受診する煩わしさから開放されていたからである。ケアプランも各加入者のニーズに合わせて作成されている。ABPACE は現在のところ入会待機中の者がいないが、加入は決して容易ではなかった。というのも、各州は独自の看護ケア資格基準を設けているが、特にテネシー州の基準は厳格であったからである。加入希望者はまず PACE の看護師による評価を受けた後に、州の厳しい審査を受けてその最終認定をもらわなければならなかった。その審査ルールは必ずしも明確ではないが、基本的には加入希望者が自分で食べられるか、トイレに行けるか、車椅子から椅子やベッドに移動できるか、服薬を管理できるか、十分な意思能力を持っているか、などについて評価が下される。つまり資格要件は毎日、日常生活を送るために実質的な支援が不可欠である、と認定される必要があった。

ABPACE の加入者はほとんど全員がメディケイド受給資格を持っている。メディケイドの受給資格は資産が 2,000 ドル以下で、社会保障その他の年金からの月収が 2,199 ドル以下でなければならないものの、自宅や自動車の所有は認められていた。また、ナーシングホーム入所のメディケイド受給者は毎月の社会保障小切手のほとんど全部を施設に引き渡さなければならなかったが、PACE 加入者は自宅で暮らし続ける資金が必要であるという理由で、小切手を自分で保有することができた。<sup>43</sup> ABPACE は 2016 年半ばに 275 人の高齢者にサービスを提供していたが、加入者を 325 人まで受け入れる余裕があったという。<sup>44</sup>

もちろん、少数の PACE 加入者は私費で費用を負担していた。この私費負担者の月額料金は 3,627 ドルに達するが、それでも一般のナーシングホーム費用よりかなり安かった。チャタヌーガ市では、ナーシングホームの利用料は 2015 年時点で 1 日当たり平均 160 ドル、月額 4,800 ドル（Genworth Financial の調査）で、PACE より 47% も高かった。<sup>45</sup>

ところで、州・連邦の保険担当者や議員たちは高齢者のナーシングホーム入所をできるだ

---

<sup>42</sup> Johnson, *op. cit.*

<sup>43</sup> *Ibid.*

<sup>44</sup> Christina Reuille, “Alexian Brothers PACE Providing Geriatric Medicine in Hamilton County,” June 13, 2016. <http://www.wdef.com/2016/06/13/geriatric-medicine-hamilton-county/>=2016/09/10 閲覧

<sup>45</sup> Johnson, *op. cit.*

け遅らせる PACE 類似のプログラムを奨励して医療費の膨張を抑制しようと試みている。例えば、テネシー州が提供している CHOICES プログラムは PACE と同一基準でナーシングホームケアの受給資格を認定された加入者に在宅ケアとデイケアを提供しているが、医療や送迎が含まれていない。多くの民間事業所も在宅ケアに参入し、そのワーカーが入浴や調理の介助のために毎日または毎週数時間、在宅訪問をしているが、やはり医療的な処置が含まれていない。そうした中で何人かの臨床看護師（NP）が在宅ケアの提供を始め、医療的な処置も行っている。しかし、これらの訪問も ABPACE の活動とは違って家族介護者を介護から解放してフルタイムでの就労を可能するところまではいっていなかった。<sup>46</sup>

もちろん、PACE にも問題がない訳ではない。PACE は、最も虚弱な要介護者のみを受け入れ、彼らが貯金を使い尽すか、月額 3,600 ドル以上を自己負担する能力を持っているか、そのいずれかでなければ加入させることができなかつたからである。もちろん、加入資格のある者にとっては、明らかに PACE は救い主となっていた。

#### (4) ABPACE（セントルイス市）の閉鎖

そうした中で ABPACE にとって衝撃的な事件が起こった。チャタヌーガ市の PACE は依然として安定した評価を得ていたが、セントルイス市（ミズーリ州）の PACE が不正を告発され、加入者の登録停止処分を受けることになったからである。米国 CMS (Center for Medicare & Medicaid Services) が 2015 年 11 月 17 日付の公式文書で、都合の良い患者のみを選んで運営しているセントルイス市の ABPACE に加入登録の停止を命じた。<sup>47</sup> これまで CMS と州機関はプライマリーケア、社会サービス、栄養相談、その他のサービスを提供するために ABPACE を含む民間団体と提携し、それと引き換えにこれらの団体に人頭払い資金を交付し優遇してきたからである。

この件で CMS は ABPACE が犯した次の 8 つの違反を詳細に指摘した。即ち、第 1 は PACE でカバーされている筈の医療的に必要な項目やサービスが加入者に提供されていなかった。第 2 は各加入者の完全で正確な診療記録が保存されていない。第 3 は診療記録に記載された全項目の信頼性が確保されていない。第 4 は適切な苦情処理手続きを整備せず、苦情処理手続きに関する文書化された情報を加入者に提供しなかった。第 5 は不服申し立て手続きに関する文書化された情報が加入者と家族に提供されていなかった。第 6 は加入者のケアニーズ・レベルを評価せず、加入拒否に関する不服申し立ての権利も保障せず、加入者に代替的なサービスも紹介せず、加入認否の書類も適切に保存していなかった。第 7 は加入者のデータや記録の不正使用に対する保護措置が取られていなかった。最後に、PACE 加入者の健康と安全を脅かす明確な問題が即時に是正されなかった。

確かに告発内容をみると、このように酷い運営を行うような PACE が本当に存在したのか、

---

<sup>46</sup> Reuille, *op. cit.*

<sup>47</sup> Samantha Liss, “Ascebtion to close Alexian Brothers senior health program,” *St. Louis Post-Dispatch*, march 3, 2016;



と唾然とする。費用を抑えながら加入者の QOL を高め、長い自宅生活を支えることに PACE 本来の意義があった筈である。この事件はその信頼を根幹から崩壊させかねない事態といえる。ABPACE が苦しい財務状況を考えて、複雑な医療問題を抱え費用の掛かりそうな高齢者を忌避して比較的障害の軽い高齢者を受け入れるという「サクランボ摘み」の誘惑に負けてしまった事情も分からぬではない。しかし、理念として掲げる宗教的な使命感を忘れ、経営優先の運営に走れば、理想として語られてきた PACE、CAAH、CCRC への信頼は粉々に打ち砕かれてしまうだろう。何故このような事態になってしまったのか、という真摯な検証が必要とされている。

ABPACE (セントルイス市) は 2015 年 11 月 1 日現在、169 人の加入者を抱えていた。また、AB は指摘された前述の違反問題を解決するために CMS に是正措置案を提出して生き残りを図った。<sup>48</sup>しかし結局 2016 年 3 月 2 日、本部のアセンション・ヘルス (AH) は運営上の欠陥を理由に 2016 年 4 月 30 日をもってセントルイス市の ABPACE を閉鎖すると決定した。ABPACE はミズーリ州で唯一の PACE プログラムであり、閉鎖によって約 200 人の高齢者が影響を被ることになると予想されている。<sup>49</sup>

#### [4] CAH (Cadbury At Home)

##### (1) 歴史

CAH は 1998 年に設立されたニュージャージー州で最初の CCAH であり、キャンパス立地型 CCRC が付設したアメリカで最初の CCAH プログラムでもあった。CAH はロバート・ウッド・ジョンソン財団の支援を受け、親会社と理事会メンバーから資金提供を受けて誕生した。1998 年 6 月に「壁のない CCRC」として州地域社会省 (Department of Community Affairs) から認可され、当初はニュージャージー州のみで活動していたが、近年ではデラウェア州南部全域にまで事業を拡大している。なお、ニュージャージー州では、地域社会省が CCRC と CCAH の両団体を監督していた。CCRC は州法で規制されているが、CAAH に関する州法は存在しない。州当局も CCAH が既存の CCRC 法の枠内に収まると考えているようである。

CAH には 2008 年現在、60~99 歳までの 219 人の高齢者が加入している。他の CCAH と同様に、加入者は異なった補償範囲と支払額に基づく複数のプランから 1 つを選び、それに応じて加入一時金と月額利用料を負担している。例えば、「ゴールドプラン」は CAH のサービス全てを利用できるが、「シルバープラン」は低額の入会金及び月額利用料と引き換えに一部のサービスについては自己負担をしなければならなかった。

加入後は直ちに、サービスを調整する介護支援サービス管理者が各加入者に配置される。サービス内容には①介護支援サービス管理、②住宅診断、③毎年の健康診断、④送迎、⑤緊

<sup>48</sup> Vince Brennan, “Alexian Brothers suspended from Medicare program after violations,” *St. Louis Business Journal*, Nov. 24, 2015

<sup>49</sup> National PACE Association, “Ascension Health to Close Alexian Brothers PACE in ST. Louis,” March 7, 2016. <http://www.npaonline.org/news/ascension-health-close-alexian-brothers-pace-st-louis>=2016/09/10 閲覧。

急応答システム、⑥話し相手、⑦食事、⑧在宅介護、⑨ウェルネス及び社交プログラム、⑩必要な場合の施設ケア、などが含まれている。このように CAH は住宅提供を除けば CCRC が提供しているサービスのほとんど全てを同じように提供している。<sup>50</sup>

ところで、カドベリー・アット・チェリーヒル (Cadbury at Cherry Hill, CACH) は 1973 年にクエーカー系の非営利 CCRC として設立され、自立型住宅 140 戸、支援型アパート 66 戸、高度看護施設 120 床を所有していた。1994 年頃から CACH は事業拡大を図ろうとしたが、どうしても十分な広さの敷地面積を確保できず、計画を諦めかけていた。

そうした最中に CCAH 構想を研究するための助成金がロバート・ウッド・ジョンソン財団から数回にわたって交付されたことを契機に、CACH は 1996 年に念願の在宅プログラムを具体化し、CAH の開業に漕ぎ着けることができたのである。CAH は 2006 年時点でニュージャージー州南部において約 200 人の加入者を受け入れ、CCA H 事業を軌道に乗せることができた。CACH はこのプログラムによりキャンパス面積を拡大せずに加加入者を増加させることができた。しかも CAH は流動性を増加させ、ビジネスとしても成功を収めている。

## (2) CAH の運営実態

CAH は「追加負担なしに補償範囲の在宅サービスを 100%提供する完全な終身ケア契約」から「より安価な入会金と月額利用料に基づく一部自己負担または出来高払い契約」まで様々なオプションを提供している。また同じ世帯で同居する 2 人が一緒に加入する場合には割引が適用された。さらにコミュニティとしての一体感を作り出すために、自宅で暮らす加入者も全員が近隣の CCRC 施設 (CACH キャンパス) のアクティビティを利用し、積極的に参加することを奨励されていたのである。

料金に関しては、CAH は広範な市場調査と保険数理計算に基づいて料金を決定していた。CAH は外部事業者と契約してサービスを提供することも多かったので、料金決定の際には他の在宅ケア事業者と共に地域の支援型住宅や高度看護施設における利用者の平均自己負担料金も調査した。CAH の入会一時金は平均約 2.5 万ドルである。新規加入者の年齢が若ければ若いほど、入会金はそれだけ安くなる (介護に陥るリスクが低い)。また月額利用料は一律で月 550 ドルであった。加入希望者の健康状態が料金に影響を与えることはないが、入会の可否が左右された。例えば認知障害などの症状や診断を持つ者は自動的に加入不適合とされる。確かに CAH の入会金と月額利用料は必ずしも低額とはいえないが、フィラデルフィア地域における多くの伝統的な高齢者介護オプションよりも安価であった。他の選択肢は支援型住宅が年 3~4 万ドル、看護ケアが年 5~6 万ドルも要したからである。<sup>51</sup>

次に CAH 入会の選考基準は、CCRC 入居者に対するよりも医療面で遙かに厳格となってい

<sup>50</sup> Dube, *op. cit.*, p.6; Irving Levin Associates, *op. cit.*

<sup>51</sup> *Ibid.*; Mike Madden, "For Seniors who prefer To live At home Cadbury, A Not-for-profit Facility, Has Both A Home-care Plan And A Place For members To Live When Home Care Is No Longer Enough," April 04, 2000. [http://articles.philly.com/2000-04-04/news/25589228\\_1\\_nursing-care-home-health-aides-older-adults](http://articles.philly.com/2000-04-04/news/25589228_1_nursing-care-home-health-aides-older-adults)=2016/04/15

た。逆選択（不健康な者ばかりが加入）と呼ばれる事態を招かぬように入会選考過程においては特に注意が払われていた。健康で活動的な加入者を多く在宅プログラムに加入させる必要があったからである。もちろん、いったん加入者として受け入れられた後には資力を消尽して長生きしても、加入者のケアはCAHの責任であるという方針が貫かれていた。

選考過程では入会に先立って、加入希望者は作業療法士による自宅建物の診断を受けなければならなかった。時には自宅の一部改築がプログラム加入の条件とされる場合もあった。加入後、介護支援サービス管理者との接触頻度が相互の合意で決まる。より若くて活動的な加入者の場合には、接触は3ヵ月ごとで、それ以外は電話連絡のみとなっていた。もちろん、加入者は自分の都合でプールや図書館を利用するため、またはアクティビティに参加するためにCCRCに自由に通うことができる。加入者は介護支援サービス管理者との関係が親密になり、介護ニーズが増大するに伴って接触も毎日のようになっていく。

在宅のCAH加入者も、他の高齢者の誰もが直面するような経済的苦境に関連した不安に遭遇する。彼らにとってせめてもの救いはCAHプログラムに加入するために巨額の入居金を支払う必要がなかったことである。在宅プログラムの入会金はキャンパス入居型CCRCの入居金と比べて遙かに少ないからである。<sup>52</sup>

ところで、高齢者市場は2つの部分からなっている。どんな地域でもキャンパス入居型CCRCの普及率は年齢と収入の面で入居資格のある高齢人口の僅か5%にすぎない。つまりCCRCの重視は別の選択肢を探している高齢人口の最大限95%までを置き去りにすることになる。CACH(=CCRC)がCAHプログラムによって惹き付けようとしているのは取り残された後者のような高齢者たちである。というのも高齢者が在宅サービスからCCRCに乗り換えることは極めて稀だからである。CACHが在宅サービスを始めてから12年間(2010年現在)に在宅プログラムからCCRCに移った加入者は僅か10人ほどにすぎない。これでは支援型住宅(IL)の空き室を満たすには全く不十分であった。<sup>53</sup>

CAHが提供するプランは①ゴールド(100%終身)、②プラチナ(100%終身、90%入居金返却)、③ゴールドプラス(終身、介護保険と連携)、④スターリング(終身、10%私費負担)、⑤スターリング(終身、15%自己負担在宅ケア、30%自己負担AL・SNFケア)、⑥ブロンズ(終身、100%在宅ケア、35%自己負担の住み込みケア、AL・SNFケアなし)、⑦ブロンズ12及びブロンズ24(終身、12ヵ月及び24ヵ月のAL・SNFケア付ブロンズ)、⑧50/50終身(終身、全サービスの50%補償)、の8つがあり、他のCCRCより多様である。

最後に、加入者の特徴を見ると、年齢が56~100歳で、カップルが55%、大卒者が91%、を占めていた。33%が介護保険に加入しており、45万ドルの流動資産(中央値)を持っていた。加入者は2016年現在230人で、開業当初の8年間に27人が死亡、最近10年間では116人が死亡している。またCAHを途中で脱退した者は最初の8年間に30人、最近10年間

<sup>52</sup> Irving Levin Associates, *op. cit.*

<sup>53</sup> Irving Levin Associates, *op. cit.*

では56人となっており、定着率がやや低下している。<sup>54</sup>

## [5] KAH (Kendal At Home)

### (1) KAHの仕組み

KAHは2003年にCAH（ニュージャージー州）をモデルにKAO（Kendal at Oberlin）の付属施設として設立され、オハイオ州で最初のCCAHプログラムとなった。つまりKAHはオベリン市ケンダル大通りのキャンパスを拠点とするCCRCであるKAOがスポンサーとなったCCAHである。オハイオ州はCCRCやCCAHに対して何の認可も規制も行っていない。そこで、KAHはリハビリ・福祉事業者の非営利認定機関であるリハビリ施設認定委員会から認定を受けて発足することになった。KAHは2004年7月から自宅で暮らす高齢者に継続的なケアを提供するために加入登録を開始した。CAHは当初、クリーブランド財団と他のケンダル関連会社から資金を提供されてプログラムを軌道に乗せることができた。というのも、CCAHの採算点は加入者80～85人といわれるが、CAHは2013年時点で約200人（2012年約170人）の加入者を確保することができたからである。<sup>55</sup>

KAHの加入資格は60歳以上で心身共に健康な者とされている。加えて、入会許可には医療審査と資力審査の合格が不可欠だった。他のCCAHプログラムでも同様だが、加入者は入会時の年齢と選択したプランに基づき入会一時金と月額利用料を負担しなければならない。KAHでは、加入者は4つのケアプランから1つを選ぶことになるが、そのうち2つのプランは補償範囲（施設サービス付か否か）の100%を提供し、他の2つのプランは一部自己負担（15%と30%）を求められる。<sup>56</sup>CAHのサービスには①支援、②緊急応答システム、③デイケア、在宅介護、家事・話し相手、セラピー、送迎、④食事、⑤ウェルネス及び社交プログラム、⑥必要時の施設ケア、などが含まれている。

他のCCAHと同様に、加入の資格や選考は極めて厳格に審査されている。KAHは新規加入希望者を全て個別に審査し、過去3～5年間の病歴を詳しく調査し、認知症罹患の有無等の評価を行っている。またKAHは経済力の評価も行い、加入者が生涯にわたり必要な費用を負担できるか否かを慎重に審査していた。さらにKAHは住宅や住環境が今後10年、20年、30年にわたって住み続けながら年を取るのに相応しい状態にあるかどうかも評価している。もちろん、アルツハイマーやパーキンソン病のような進行性衰弱疾患の罹患者は自動的に加入が拒否される。<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> CliftonLarsonAllen, “Presentation Slides: 2016 CCAH Conference Sales Challenges Brekout: Cadbury Senior Lifestyles,” May 13, 2016. <http://www.claconnect.com/Health-Care/2016-CCaH-National-Conference.aspx>=2016/06/16 閲覧

<sup>55</sup> Dube, *op. cit.*, p.7; Debra Wood, “Continuing Care at Home: A Conversation with Lynne Giacobbe,” *LeadingAge*, November 11, 2013, [http://www.leadingage.org/Continuing\\_Care\\_at\\_Home\\_A\\_Conversation\\_with\\_Lynne\\_Giacobbe/](http://www.leadingage.org/Continuing_Care_at_Home_A_Conversation_with_Lynne_Giacobbe/)=2016/06/07 閲覧。

<sup>56</sup> Dube, *op. cit.*, p.7.

<sup>57</sup> Wood, *op. cit.*; Dube, *op. cit.*, p.6

入会后、加入者は介護支援サービス管理者を配置されるが、当面、自立して生活ができる間は何か必要なことがある場合にのみ電話で相談する。管理者の方でも加入者が健康で自立している間は、専ら彼らと話し合い、信頼関係を築くことに努めている。しかし集中的な在宅ケアが必要になれば、KAHはメディケアと介護給付を調整し、保険者や診療クリニックとも協力する。加入者は治療、調理や軽い家事の支援などを短期間必要とするが、その後に自立を回復することも多い。KAHの考え方は加入者が病院から帰宅した時や重大な危機が生じた時に多くのサービスを提供し、回復度に応じてケアレベルを徐々に引き下げていくというものであった。

## (2) KAHの運営実態

前述のように加入者の費用負担は年齢と選択したプランに基づいて変化する。KAHのプランと料金の詳細は確認できなかったが、年齢75歳の入会金は平均約5万ドル（キャンパス入居型CCRCの入居金は20～50万ドル）であり、月額利用料は平均約600ドルであった。大部分の加入者はナーシングホームケアを含むKAHの「プラチナ」オプションを選択していた。KAHは開業以来9年間（2004～2012年）に在宅で高度看護ケアを受ける加入者もいたが、ナーシングホームに恒久的に入所した者が1人もいなかったという。<sup>58</sup>

もちろん、KAHは加入者が自宅で暮らし続ける上で必要なケアを提供しているが、最後には自宅からCCRCの高度看護施設や支援型住宅への転居を促す場合もあった。とはいえ、加入者がより高いレベルのケアを必要とするようになって、必ずしもKA0（＝CCRC）に転居する必要性はなかった。KAHは他の地域で加入プランを売り込む前に、全米にオフィスを展開している訪問看護協会（Visiting Nurses Association）のような組織と提携関係を築いており、加入者がどこに転居してもその時に住んでいる地域で在宅サービスを受けられるように準備してきたからである。<sup>59</sup>

KAHの加入者がKA0（スポンサーのCCRC）への転居を望み、資格要件を満たせば、KAH加入者の地位を保有したまま、自分の介護支援サービス管理者との関係を維持できるように修正した契約の下で転居できる。実際、これまで3人のKAH加入者がこのような条件で転居している。また必要なケアの提供に加えて、KAHは個別的に考えられたフィットネス・プランを作成・実行し、加入者が健康と自立を長く維持できるように配慮していた。例えば、理学療法士は転倒リスクを最小化する上で必要な体幹とバランスを強化するために加入者と協力し合っている。さらにKAHはやる気を起こさせるのが得意な話し手をリーダーにして栄養、ウェルネス、健康なライフスタイルの経済的その他の利点を議論する教育イベント、などの開催も行っている。<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> Marilyn Larkin, "CCRCs without walls," *The Journal on Active Aging*, November/December 2012, p. 36.

<sup>59</sup> *Ibid.* p. 39.

<sup>60</sup> *Ibid.* p. 39.



これらのサービスを通じて、KAH は加入者の再入院率を劇的に低下させてきた。実際、過去 10 年間に支援型住宅 (AL) やナーシングホーム (NH) に恒久的に転居するに至った加入者はまだ 1 人もいないといわれる。<sup>61</sup>

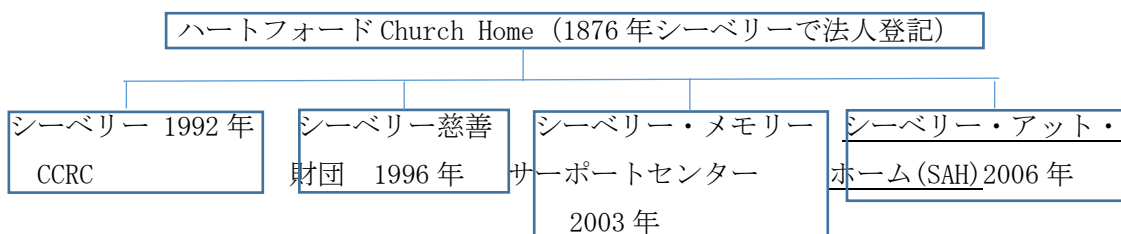
では、KAH はどのような方法で適正なケア水準を確保しているのだろうか。その鍵を握るのが介護支援サービス管理者である。この管理者は選択されたプランが加入者のニーズを適切に満たし、必要に応じて調整されているかどうかを確認している。KAH は介護支援サービス管理者として看護師 2 人と老年学修士学生 (master's-prepared) 1 人を配置していた。管理者は加入者と月最低 1 回、自宅や電話で会話をしている。最近、KAH は加入者が管理者、医師、家族とテレビを通じてスカイプできる新しい技術を導入した。この技術は加入者が他の場所に旅行し、滞在した時にも大変有益であった。彼らがどこへ行っても、この技術を利用して KAH がサービスを適切に管理できるからである。

[6] SAH (Seabury At Home,)

(1) SAH の仕組み

シーベリー (Seabury) は 1992 年に非営利の CCRC として設立された。シーベリーはブルームフィールド市 (コネティカット州) の 66 エーカーのキャンパスに拠点を置く単一サイトの高齢者コミュニティである。<sup>62</sup>そのスポンサーも含めたシーベリー全体の組織図は第 3 図のようになっている。

第 3 図 シーベリーの組織図



(資料) Bernasconi and Klapproth, *op. cit.*, p. 3.

シーベリーは①自立型住宅 (IL) 200 戸、② CCAH (コネティカットで最初)、③伝統的な支援型住宅 (AL) アパート 49 戸、④メモリー・サポート支援型住宅 (AL) ベッド (認知症ケア) 58 床、⑤高度看護ベッド 60 床、⑥入院・外来リハビリ、⑦認可在宅ケア機関、⑧私費払い機関、⑨満足な老後 (Successful Aging) センター、などを運営している。2006 年 11 月にシーベリーはコネティカット州の一般法で SAH (=CCA) を認可するよう社会福祉省に申請したが、2007 年 8 月に却下を申し渡された。その後ようやく CCAH を認可する法律が制定され、

<sup>61</sup> Woods, *op. cit.*

<sup>62</sup> Renee J. Bernasconi and Pamela B. Klapproth, “Seabury At Home,” PEAK Leadership Summit, April 23, 2012.

2008年10月にSAHはコネティカット州で最初の在宅型終身介護付プログラムとして発足することができたのである。<sup>63</sup>

SAHの加入資格は①60歳以上で自立して暮らせ、②パーキンソンやアルツハイマー、または神経疾患や変性疾患に罹患しておらず、③健康及び経済力評価を含めて申請手順を完了し、④サービス地域（半径30マイル）に居住している、などの要件を満たしていることであった。<sup>64</sup>その上で、SAHは加入者に①加入一時金と月額利用料、②各自の選好とニーズに応じた料金や返済金の選択、③加入後しばらくは医療介護を必要とせず健康で自立したライフスタイルを維持できること、を求めている。

これらの手続きを経て加入後は直ちに①年1回の健康評価とライフスタイルプラン、②年に1回の住宅安全診断、③医療サービス管理（医師の訪問診療、外来手術等）、④送迎（入院・外来・退院）、⑤自宅メンテナンス・修繕サービス等の紹介、⑥緊急応答システム（必要時）、⑦シーベリーの最先端健康センター、様々な社交、ウェルネス及び教育活動の利用、などのサービスが提供されることになる。

また加入者は自宅に留まるか、シーベリーのキャンパス（アパート、コテージ、及びヴィラ）に転居するか、の選択ができる。加入者は無償でシーベリーの優先待機リストに名前を登録する権利が与えられる。なお、シーベリーのキャンパスへの入居はSAH入会金の90～100%を充てることができた。

一方、在宅ケアを選択した加入者は健康状態が悪化した時に以下のようなサービスを受けられる。即ち、①在宅看護（高度看護サービス）、②在宅介護助手（身辺介護）、③家政婦・付き添い（雑用サービス）、④住み込みのお手伝い・在宅介護助手、⑤デイケア、⑥宅配食、などであり、現在、シーベリー在宅ケアとシーベリー・ケアがSAHの加入者に対する全てのサービスを提供している。また加入者は施設介護が必要となれば、シーベリーの支援型住宅（AL）、ナーシングホーム（NH）、メモリー・サポートセンター及びその他の施設を利用することができたのである。

## (2) 実態

SAHは2012年現在、ブルームフィールド市で約100人の高齢者に在宅ケアを提供している。他のCCAHCと同様に、SAHも宗教的使命感からCCRCに入居できる経済力がなく、または自宅に留まりたいと希望する地域住民に手頃なケアを提供するために始められた。現在、SAHは加入者に第3表及び第4表のような様々なニーズに対応した柔軟な介護プランと料金からなる選択肢を提供している。<sup>65</sup>

例えば75歳の加入者がゴールドプランを選べば、入会金56,662ドルと月額利用料416ド

<sup>63</sup> *Ibid.* p. 5.

<sup>64</sup> *Ibid.* p. 7.

<sup>65</sup> Larkin, *op. cit.*, p. 19; Seabury At Home, Homepage <http://www.seaburyathome.org/> =2016/09/09 閲覧。

ルを負担するだけでよかった。加入資格を得るには、健康で活動的であり、最低5年間は自立して暮らせることが求められる。とはいえ、いったんSAHへの加入が認められれば、24時間の在宅住み込みサービスやキャンパス内の支援型住宅（AL）・高度看護施設（SNF）・認知症（メモリ）施設への転居という選択肢も含めて、追加負担なしに将来必要となる全ての介護を受給することができた。<sup>66</sup>

第3表 SAHのプラン・オプション

プラチナ	ゴールド	ゴールドプラス	シルバー	スターリング	コッパー
100%補償 (在宅&施設ケア)	100%補償 (在宅&施設ケア)	100%補償(在宅&施設ケア)	70%補償 (在宅&施設ケア)	100%補償(在宅ケアのみ)	50%補償 (在宅ケアのみ)
入居金 90%返却	年2%減価で 入居金返却	年2%減価で入 居金返却&介護 保険	年2%減価 で入居金返 却	年2%減価で 入居金返却	年2%減価 で入居金返 却

(資料) Bernasconi and Klapproth, *op. cit.*, p. 10.

第4表 SAHプランの料金オプション(単位：ドル)

年齢	プラチナ 100%補償	ゴールド 100%補償	ゴールドプラス 100%補償で介護保 険付	シルバー 70%補償	スターリ ング100% 補償(在宅 ケアのみ)	コッパー 50%補償 (在宅ケア のみ)
	入居金 90%返却	年2%減 価で入居 金返却	年2%減価で 入居金返却	年2%減価 で入居金 返却	年2%減価 で入居金 返却	年2%減価 で入居金 返却
60	54,458	36,231	36,231	24,907	9,509	8,639
65	69,829	43,648	43,648	30,115	12,006	9,152
70	87,152	50,269	50,269	34,776	13,963	9,410
75	108,505	56,662	56,662	39,281	15,209	9,371
80	136,187	63,525	63,525	44,100	15,690	9,059
85	175,980	73,290	73,953	50,953	15,709	8,652
月額料金	416	416	104~416	364	300	250

(資料) Bernasconi and Klapproth, *op. cit.*, p. 11.

SAHのサービス給付は加入時から始まり一生涯にわたって続く。特に予防を重視したウェ

<sup>66</sup> Larkin, *op. cit.*, p. 19.

ルネス手法が加入者の自立した生活をできるだけ長く維持するのに役立っている。各加入者は入会后、介護支援サービス管理者（Health Coordinator, HC）を配置され、電話を通じて1日24時間週7日連絡を取れる。このHCが加入者に対する一括窓口（single point of contact）となり医療介護ニーズの全てを満たしてくれる専門スタッフとして機能している。HCが将来必要となるサービスを適切に調整してくれると理解しているので、加入者は安心感を得られる。これは加入者が健康状態を悪化させる遙か以前からHCとの緊密な人間関係を築いていればこそ可能となるのである。<sup>67</sup>

加入者に提供されるサービスの多くはシーベリー付属の認可在宅ケア機関と私費払い家政婦派遣会社によって手配されている。この自前のサービス提供はSAHプログラムの運営費を低く維持し、プログラムを手頃な料金に抑える上でも役立っている。もちろん、SAHにおいても各加入者に配置されたHCが費用の抑制に大きな役割を果たしていた。

しかも、加入者は医療介護ニーズをコネティカット州内のどこでも自由に満たすことができる。とはいえ、加入者がシーベリー以外のCCRC自立型住宅（IL）に転居することを希望した場合には、SAHの入会金をその入居金に充てることはできなかった。<sup>68</sup>

最後に、SAH加入者の人口学的特徴は既婚者64%、女性59%、加入時平均年齢76歳、中央値の加入時年齢73歳、平均年収84,702ドル、資産1,503,607ドル、介護保険加入者46%となっており、高い教育を受け自分で意思決定できる者がほとんどであったという。

### 第3章 CCAHの成果と課題

#### (1) CCAHに消極的な州

多くの州がCCAHプログラムの利点や問題点についてはほとんど無関心で情報も持っていなかった。CCAHに対する州の態度は全く冷淡であるといわれ、その発展にとって大きな阻害要因にもなっている。例えば、コネティカット州は一般法でのSAHの認可を却下し、その発足を2年も遅らせることになった。<sup>69</sup>また財政的な観点から、CCAH（CCRAも）の加入資格を著しく厳格にしてその発展にブレーキを掛けている州もある。CCAHの実績を考えれば、むしろ州はその健全な発展を積極的に支援した方がよいと思われる。

実際、CCAHプログラムは経営的にも成功を収め、施設ケアの必要性も削減してきた。しかもCCAHプログラムは施設を建設する必要がなく、一般に安価に実施することができる。例えば、CAH（オハイオ州）は債務もなく、創業3年目から黒字経営を維持している。

また、CAHとFLC（フレンズ）は共にナーシングホームケアの必要性を大幅に削減するという実績を残している。CAHでは常時、ナーシングホームケアを必要としているのは加入者のうち平均1人か2人にすぎなかった。FLCでも加入者1,750人のうち50人のみ（3%）が施設ケアを必要としているだけだった（2007年のデータ）。保険数理士もこの成果を踏まえ

---

<sup>67</sup> Seabury At Home, Homepage

<sup>68</sup> Larkin, *op. cit.*, p. 19.

<sup>69</sup> Dube, *op. cit.*, p. 11.

て将来のナーシングホームの利用予測を下方修正し、在宅ケアサービスの利用予測を上方修正するほどであったのである。

しかも CCAH は伝統的な CCRC に入居する経済力がなく、政府援助プログラムの受給資格もない「隙間に落ちた高齢者」に対する手頃な選択肢を提供している。CCAH プログラムは加入者が資産を使い尽くすのを避け、介護サービス受給のためにメディケイドに依存するのを防止できるので、州にとってもむしろ利益となる。<sup>70</sup>

## (2) CCAH の課題

CCAH プログラムの課題は、アメリカ国民が高齢化の問題を全く理解しておらず、それが自分たちの身に起こることだとも考えず、年を取った時の介護ニーズを全て政府が支払ってくれると誤解していることにあるという。それゆえ CCAH プログラムを普及させるには利用者が高齢化の現実を正しく理解できるように周知させなければならない。それに加えて CCAH は今後、以下のような問題を解決して行かなければならないと考えられる。

第 1 に、CCAH は介護保険に類似しているが、どの点で優越しているかを明白にしておく必要がある。基本的に介護保険は保険会社に対する支払請求を管理する一方で、CCAH は加入者のケアを管理するといわれる。しかし CCAH プログラムの本質は事業者が規制のない介護保険商品を提供できるようにしたにすぎないと批判されることも多い。確かに大部分の CCAH は介護保険データを利用して商品の価格を決定する介護保険と似た加入募集方法を用いているが、大部分の利用者が CCAH に惹き付けられるのは加入者と「使命に導かれた非営利組織」との間の緊密な信頼関係にある。そこで、この CCAH プログラムが提供する緊密な信頼関係と包括的で柔軟なサービス・パッケージの特長を利用者にもっと訴え、理解させていく必要がある。

第 2 に、CCAH と PACE の結合が非常に困難なことである。この 2 つのモデルは一見似ているように見えるが、加入者の社会経済的背景が大きく異なっており一緒にすることは難しい。もちろん、PACE と CCAH のために介護支援サービス管理機能を統合する機会は、この 2 つのプログラムをより安い費用で管理する必要性から実現の可能性もある。この 2 つの統合はまだ現実のものとはなっていないが、仮に統合が実現した場合でも、そのケアマネジメント方法はそれぞれでかなり違ったものになるだろう。2 つのプログラムは給付パッケージ、加入者の期待や社会経済的背景が全く異なっているからである。<sup>71</sup>

第 3 に、CCAH は現在、公的規制のない介護保険類似商品といわれるが、適切な規制と厳格な保険数理原則の適用が本当に必要なかどうか、を検討しておく必要がある。フロリダ州やメリーランド州は法律や規制によって CCAH を認可しているが、ペンシルヴェニア州や

---

<sup>70</sup> *Ibid.* p. 11.

<sup>71</sup> Sarah Spellman and Scott Townsley, “Continuing Care at Home: Evolution, Innovation, and Opportunity,” pp. 3-4. ClintonLarsonAllen, 2012, [www.clintonlarsenallen.com=2016/04/11](http://www.clintonlarsenallen.com=2016/04/11) 閲覧。



ニュージャージー州は既存の CCRC 規制によって CCAH を継続的ケア事業者として扱っている。また保険数理原則の強化は、厳格な保険数理要件を課していない州で CCRC の破産率が特に高い訳ではなく、また実際に複雑な規制の結果として CCRC (CCAH も) の成長が阻害されている場合もあるので、慎重な検討が必要であろう。

第 4 に、CCAH 加入者は CCRC 入居者と同じ料金でキャンパス内の支援型住宅 (AL) やナーシングホーム (NH) を利用できるのかという点である。CCAH である FLC では 2012 年時点で加入者 2,200 人のうち約 2% が AL や NH に入居しているにすぎず、CCRC 入居者に比べて利用率が著しく低かったが、その一因がこの料金問題にあるかも知れない。

### (3) CCAH のリスクとその影響

多くの伝統的 CCRC が CCAH への参入に意欲を見せる中で、CCRC 入居者が入居金を失う危険にさらされている。保険会社は厳しい認可審査を受けているために破産のリスクが低く、破産した場合でも損失補償によって顧客が保護されている。一方、CCRC の CCAH 設立資金は主に CCRC 入居者の利用料に基づく内部留保と入居一時金から調達されている。本来これらの資金は入居一時金を支払った入居者に対する将来の介護給付のために蓄えて置かれるべきものである。つまり、CCAH プログラムは CCRC 入居者に対する将来の介護給付の約束を反故にしてしまうことになる危険性を孕んでいた。

そこで、アメリカ最初の CCAH である FLC は、1990 年代半ば以降の CCRC 業界の動向を検討しながら、2003 年に給付無制限モデル (A タイプ) から給付制限付モデル (B タイプ) へと転換し、財政リスクの回避を図ろうとしたのである。<sup>72</sup>

ところで、このようにアメリカの介護事業が苦境に陥っている大きな原因は膨大な介護費用に対する国民の無知にあるという。介護費用は加齢と共に増加し、特に 90 歳代後半からは急上昇する。しかも 100 歳までには高齢者のほぼ全員が支援を必要とするようになる。CCRC の入居希望者も将来の介護費用については無知で、給付無制限契約 (A タイプ) の付加価値を過小評価し、入居金が安い給付制限付契約 (B タイプ) を歓迎する傾向がある。このため入居金を下げる代わりに将来の介護給付に制限 (介護リスクの入居者への転嫁) を設けて利益を出そうとする使命感のない CCRC 事業者が良心的 CCRC 事業者よりも優位に立っている。FLC がプログラムを給付無制限契約 (A タイプ) から給付制限付契約 (B タイプ) に転換したのも CCRC 業界全体の潮流を勘案した上でのことだと思われる。<sup>73</sup>

介護保険の経験は類似の CCAH もリスクの高い事業であることを教えている。もちろん、CCAH の主唱者は介護サービスが可能な限り最低限の費用で必要時にのみ提供されるように介護支援サービス管理者がゲートキーパー役を果たしているので、介護保険のようなリス

<sup>72</sup> National Continuing Care Residents Association “Continuing Care at Home: A Cautionary Alert,” pp. 1-2. <http://www.naccra.com/wp-content/uploads/2016/06/CCaH.pdf#search=%27Continuing+Care+at+Home%3A+A+Cautionary+Alert%27=2016/08/10> 閲覧。

<sup>73</sup> *Ibid.* p. 4.

クは生じないと主張する。マネジドケア医療保険におけるゲートキーパー医のそれと同じような役割が期待できるからである。しかし CCAH の高リスク体質は、どれだけの安全割増金があれば健全なプログラムの運営が可能になるか、確実な答えを出してくれない。

#### むすび

これまで検討してきたことを振り返ってみると、CCAH が必ずしもバラ色の高齢者ケアモデルではないことが分かる。しかし急速な高齢化や財政状況を考えれば、CCAH や CCRC のみならず PACE その他も含めてそれぞれの長所を取り入れながら手頃な高齢者包括ケアモデルを構築して洗練化させ、普及させていく以外に方法がない。本稿で取り上げた CCAH の事例は 6 件にすぎないが、現在 (2016 年半ば) 活動中の CCAH が 29 件に止まることを考えれば、本稿ではその 2 割について検討したことになるので、CCAH モデルの実態をある程度明らかにできたと思う。そこで、最後に CCAH モデルが立証してきた成果と課題を再確認しておこう。

『New England Journal of Medicine』誌は 2009 年 4 月、メディケア受給者の 19%以上が退院後 30 日以内、34%が 90 日以内に再入院に至っていると報道した。また 30 日以内の再入院に費やされるメディケア支出が年 150 億ドル以上に達することも報告している。一方、少なくとも 2 つの CCAH プログラムは毎年実施している加入者の再入院追跡調査を踏まえて、そのプログラムが再入院率を劇的に削減する効果をもっていることを明らかにしている。例えば、ピッツバーグ市の LAH (Longwood at Home) では、2011 年に加入者のうち 38 人が全部で 46 回の救急入院をしたが、30 日以内に再入院した者は僅か 2 人 (5%) にすぎなかったのである。しかもこの 2 人は共に最初の入院後 4 ヶ月以内に再入院中の病院で末期疾患の重病で亡くなっている。つまり、余程の重病でもない限り再入院しないで済むような質の高い介護支援サービス管理が提供されていたと考えられる。LAH の介護支援サービス管理者がメディケア認定在宅ケア、私費負担ケア (private duty care)、短期高度看護施設入所、その他のサービス、の紹介を含む退院計画に積極的に関わっていたからである。<sup>74</sup>

別の資料からも、2013 年に入院していた LAH 加入者のうち 90 日以内に再入院した者は僅か 4%にすぎず、メディケア受給者の全米平均である 34%と比べて 1/8 以下であったことが分かる。また、自宅からナーシングホーム等に恒久的に転居する者も 3% (2013 年、加入者 315 人中 10 人) にすぎなかったのである。<sup>75</sup>

オハイオ州の KAH でも 2004 年以降に加入者の入院 140 回のうち、30 日以内に再入院した者は 11%、6 ヶ月以内に再入院した者も 6%弱にすぎなかった。この短期間の再入院を予防する効果は LAH と同様に質の高いケアマネジメントモデルのお陰だという。

再入院に影響を及ぼすのは、加入者が利用できるケアマネージャーの介入や支援サービ

<sup>74</sup> Spellman and Townsley, *op. cit.*, p.6.

<sup>75</sup> “Longwood at Home Celebrates 10th anniversary,” *Pittsburg Health Report*, June 25, 2013.

スである。どんなレベルの自立であっても、加入者がそれを取り戻すためには時宜に適った退院調整とケア提供を行うことが不可欠であるからだ。もし高齢者がほとんど、または全く支援がないままに自宅に帰れば、結局は再入院となってしまうものである。この事は CCAH 介護支援サービス管理モデルの有用性を如実に物語っている。

とはいえ、CCAHA モデルも多くの課題を抱えている。州の無関心な態度や米国民の老後介護費用への無知が CCAH の発展を阻害してきた。また CCAH と PACE が完全に結合されているケースは存在せず、効率よく在宅で包括ケアを実現しながら手頃な費用で提供することの難しさが鮮明になっている。さらに認可保険会社とは異なり、「無認可の介護保険」ともいわれる CCAH は高いリスクを孕んでおり、スポンサーである CCRC の入居者資産（入居金等）を毀損し兼ねない危険性も持っている。しかも CCAH 加入者は CCRC 加入者と全く同じ条件ではキャンパス内の施設を利用できない可能性があるといわれる。

以上にも増して深刻な問題は前述のようにセントルイス市の ABPACE（アレキシアンプラザーズの PACE）がサクランボ摘みなどの不正を告発されて閉鎖に追い込まれた事件である。これは米国 CMS が 2015 年 11 月 17 日付の公式文書で、必要な医療行為やサービスの提供を怠り、複雑な医療問題を抱えて費用の掛かる患者の PACE 加入を拒否（いわゆるサクランボ摘み）する行為を行ってきたとして ABPACE に加入登録の停止を命じた事件である。<sup>76</sup>セントルイス市の ABPACE はミズーリ州唯一の PACE であり、約 200 人の高齢者が加入しているので、介護難民が出現する恐れもある。これは包括ケアを提供する上での苦しい財政状況を背景に経費削減の誘惑に負けて、「重度要介護者を積極的に引き受け包括ケアによって長く自宅で暮らせるようにする」という本来の使命に反する「サクランボ摘み」に手を染めてしまったという裏事情でもあるのかも知れない。しかし、これは包括ケアにより介護費用の抑制と重度要介護者の QOL 向上を可能にする PACE との結びつきを強めて手頃な介護サービスを提供しようという CCAH の戦略（ABPACE の戦略でもあった）をも狂わせることにもなる。結局、セントルイスの ABPACE は本部のアセンションヘルス（AH）の決定により 2016 年 4 月 30 日に閉鎖されることになった。

このように CCAH も当然のことながら長短両面を持っている。しかし高齢者包括ケアは CCAH の長所を生かしなら他の様々なプログラムとも連携して未曾有の高齢化に対応していきけるようなモデルを一步ずつ前進しながら築いて行くしか方法がないと考える。

追記： 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。

---

<sup>76</sup> Liss, *op. cit.*