

# アメリカにおける 長期介護をめぐる動向 PACEを中心に

アメリカでは、政府は原則として個人の生活に干渉しないという自己責任の精神に加え、州の権限が強いことが、社会保障制度に大きく影響している。

日本のような国民皆保険制度が存在せず、公的な医療保障制度としては65歳以上を対象にしたメディケア (Medicare) と、低所得者を対象とした医療扶助制度であるメディケイド (Medicaid) がカバーするという仕組みになっている。そのため、高齢者介護サービスは、民間部門 (特に営利企業) の果たす役割が大きく、州政府が中心となって政策運営を行っているのが特徴だ。

そこでJETRO ニューヨーク 厚生部長の西平賢哉氏とeコンサルポ 代表取締役COOの西村由美子氏に、アメリカの介護保険の現状と動きについて解説をお願いした。



## アメリカの高齢者介護の現状と 介護版マネージドケア

執筆：西平 賢哉

JETRO ニューヨーク 厚生部長

### ■ はじめに

ご存知のとおり、アメリカは高齢者介護に関して公的な介護保障制度は存在しない。医療に関しても公的な医療保障制度は高齢者や障害者、困窮者を対象とするものに限られている。このような事情から、アメリカにおいて公的に保障される介護サービスは、医療の範疇に入る一部のサービスが限定された公的な医療保障制度 (メディケア) から提供される場合に限られ、家族介護や自己負担といった私的な負担のウエートが日本以上に高いのが現状である。

本稿では、アメリカの高齢者介護の概要と新しい動きをご紹介しますこととしたい。

### ■ 介護サービスの提供体制

アメリカの在宅サービスは、訪問看護、訪問リハビリテーションといった医学的ケアから食事等の介助、家事援助、給食サービスなど、地域によって多様なサービスが存在している。また、平均在院日数が短いアメリカでは、介護サービスのほか、在宅においても医療を提供する事業者も多い。

在宅サービスの提供事業者は、後述のメディケア、メディケイドの給付範囲に関する制度改正に応じて増減をしている。各州がメディケイドを中心に施設サービスの費用を抑制するために在宅サービスへの転換を促した経緯もあり、1980年代から90年代前半に急増したが、97年のメディケアの制度改正により報酬の支払方式が見直されたことによって、一転、事業者数は減少し、同制度によるサービス受給者数も減少してきている。

施設サービスとしては、入所する要介護者に対して、医療、看護、リハビリテーション、身体介護等のサービスを提供するナーシングホームが存在する。このナーシングホームにおいては、通常、①専門的なケア (skilled care)、②通常のケア (intermediate care)、③補助的なケア (custodial care) の3種類のサービスが提供される。

ナーシングホームは、後述のようにその費用の多くがメディケイドによって負担されている。このため、各州はメディケイドの費用の抑制のためにナーシングホームの新規参入に関して厳しい規制を行っている。

これら在宅サービスと施設サービスの中間的な形態として、地域居住施設と呼ばれる施設で生活し、各種のサービスを受けている場合もある。



## 西平 賢哉 *Kenya Nishihira*

1974年生まれ。東京大学法学部卒業。97年厚生省(当時)入省。99年年金局運用指導課企画係長、政策統括官付社会保障担当参事官室政策第2係長、保険局総務課企画調査係長、保険局保険課課長補佐、医政局経済課課長補佐などを経て2006年8月より現職。

### ■ 介護費用

アメリカにおいては、公的に介護費用を保障する制度が存在しないため、介護サービスを利用した場合の費用負担関係も複雑である。すなわち、医療の範疇に入るサービスを利用した場合には、医療保障としてメディケアの公的医療保障制度からの給付が行われるが、同制度の給付上限を上回る場合や、そもそも医療の範疇に入らないサービスについては、基本的に公的な保障がなされないこととなる。

このため、例えばナーシングホームに入居する場合のメディケアからの給付を例にとれば、ナーシングホームにおいて専門的ケア (skilled care) を必要とする状態 (=医療の範疇に入るサービスを受ける)、かつ、入居期間がメディケアの給付期間である100日間以下についてのみ対象となり、これらの要件を満たさない場合には自己負担を余儀なくされる。ナーシングホームの入居者は、施設の性格から入居期間が長期にわたるケースが多く、このようなメディケアからの給付では不十分なことが多いと推察される。在宅サービスにおいても、専門的介護等の医療の範疇に入るサービス (=在宅医療サービス) を受ける場合にはメディケアから給付が行われるが、家事援助や食事宅配サービスなどの医療に該当しないサービスは給付の対象外となり、自己負担での利用となる。

このような自己負担による介護サービスの利用は、利用者にとっては過重な経済的負担となり、資産を取り崩してしまう場合がある。その場合には、低所得者に対して医療を保障するメディケイドの対象者となり、同制度からの給付を受けることとなる。メディケイドは、元来、低所得者に対して基本的な医療サービスを保障することを目的とする制度であるが、現在では介護サービスの分野では最大の費用負担者となっている。特に長期の入居が必要だが、メディケアからの給付期間等に制限があるナーシングホームについては、その費用の公的負担の大部分はメディケイドによるものである。

しかしながら、メディケイドは低所得者を対象とした制度であるため、受給には、ミーンズテスト (所得や資産の調査) を受けることが必要であり、また、原則として給付額のすべてを介護サービスに充当することが必要である。

このようなメディケア、メディケイド以外の制度による公的な費用負担としては、地域を基盤とする在宅サービスに対

して補助が行われている場合もあるが、規模としては小さい。

さらに広義の自己負担の範疇に入るものであるが、民間介護保険も税制上の所得控除の創設や契約内容のガイドラインの策定などの取り組みにより次第に契約件数が増えてきている。その一方、公的保障を肩代わりして介護保障の中心的な役割をすぐに担えるものとはなっていない。

### ■ 介護サービス事業者に対する監督

メディケア、メディケイドの受給者に対してサービスを提供した事業者が、これらの制度から償還を受けるためには、日本の医療保険制度における保険医療機関の指定と同様に指定を受け、定期的な更新を受けることが必要であり、この指定や更新にあたって監査を受けることとなる。

また、入居者が提供されているサービスの質をチェックし、その問題を解決することを目的とする介護オンブズマン制度が各州に設けられている。このオンブズマン制度は、州全体の統括、地域の担当、各施設の担当と三層構造となっており、法律に基づき施設への立ち入りや入居者への面談といった権限が付与されている。しかしながら、オンブズマンの実際の活動内容は、入居者や施設のスタッフと日常的に接し、築いた信頼関係をもとに入居者と施設との橋渡しの役割が多いとも聞かれる。

### ■ 問題点と新しい動き

以上がアメリカの高齢者介護の概要であるが、アメリカにおける最大の問題点は、要介護高齢者の多くが介護サービスだけでなく医療を必要とする場合が多いにもかかわらず、サービスの提供体制や費用負担の面で縦割りになっていること、公的給付の対象となるサービスが限定的であることが挙げられる。このような問題点に対して、80年代以降に医療の分野において普及してきたマネージドケアの手法を介護の分野にも導入して、要介護高齢者に包括的で効率的なサービス提供を目指す動きが出てきている (介護版マネージドケア)。

具体的には、メディケアやメディケイドが、介護版マネージドケアの提供主体に対してあらかじめ定額の報酬を前払いし、当該運営主体は要介護高齢者が必要とするサービスを包括的に提供するケアプランを作成し、報酬を財源としてサービスを自ら、または委託して要介護高



## On LokからPACEへ アメリカの草の根が生んだ 要介護高齢者ケア・プログラム

執筆：西村 由美子

株式会社Eコンサルボ 代表取締役COO

齢者に提供するというものである。このような取り組みにおいては、メディケアでは通常は給付対象とならない生活支援的なサービスの提供が可能となるとともに、運営主体が一元化されていることから、サービス間の連携がスムーズとなる。さらに運営主体は限られた財源の中で効率的なサービス提供に努めることが期待できる。

このような介護版マネージドケアは新たな取り組みとして多くの試みがなされている。代表的なものとしては、メディケアの正式なプログラムになったカリフォルニア州サンフランシスコで開始されたPACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly／非営利の民間団体が運営) や、Social HMO (Social Health Maintenance Organization／HMOが運営)、アリゾナ州のALTCS (Arizona Long Term Care System／自治体、HMO等が運営) が挙げられる。

### ■ PACE：高齢者のための包括的ケア・プログラム

PACE (ベイス) は「Program of All-inclusive Care for the Elderly (高齢者のための包括的ケア・プログラム)」の略称で、慢性疾患や心身の障害があって継続的な治療・療養を必要とするために在宅でのケアが困難で、施設や長期療養型医療機関への入所・入院が必要であると州政府によって認定された高齢者に対し、そのように認定された後に、なお在宅で療養生活を続けることを可能にさせるような、極めて包括的ケアを提供するプログラムである。

PACEは政府主導の政策ではなく、1970年代から草の根で展開されてきたNPOのプログラムが標準化され、連邦政府・州政府の承認を得て全国展開されているもので、背景には「ひとは、年をとっても心身に不自由を抱えても、可能な限り最期まで住み慣れた地域の住み慣れた家に暮らし、そこで人生を終えるのがよい」という確固とした思想がある。

PACEへの参加資格は、①55歳以上で、②州政府が定める介護施設入所の認定基準を満たしており(在宅ケアでの療養生活は困難と認定されており)、③PACEがサービスを提供できる地域に居住していて、④PACEへの参加が本人または第三者の健康や安全を脅かさないこと、と定められている。PACEのサービスのユーザーは、患者 (Patient) ではなく、参加メンバー (Participant) と呼ばれるので、本稿でもそのように呼ぶことにする。

PACEはマネージドケアである。参加メンバーは月ぎめの定額料金を支払えば、あとは必要に応じていつでも必要なだけのサービスを受けることができる。自己負担もなく、利用制限もなく、支払いに免責や上限が設けられることもない。

PACEはマネージドケアでも最も規制の厳しいスタッフ・モデルのHMO (Health Maintenance Organization) である。サービスの必要性のアセスメントからサービスへのアクセスまでがPACEによって、具体的には医療は医師によって、その他のサービスはケース・マネジャーによって判断され、決定される。また、PACEのメンバーはPACE内の医師や専門職、提携の医療機関や施設を使用するものとされ、PACEの費用でPACE外のサービスを受けることはできない。

PACEと認定されている事業体は全米に43グループある。メディケイドとメディケアの両方から特例支払いの認定を



### 西村 由美子 Yumiko Nishimura

1951年生まれ。お茶の水女子大学大学院人間文化研究科博士課程修了。同大学助手を経て91年より2004年までスタンフォード大学アジア太平洋研究所で医療問題の国際比較研究プロジェクトのプロジェクト・リーダーを務める。

2004年、シリコンバレーにAugust Networks, Inc.を起業。2006年に株式会社eコンセルボを設立して現在に至る。著書に『アメリカ医療の悩み—どこに問題があるか』(サイマル出版会)などがある。

得ている事業体はPACE、メディケイドだけの特例支払い認定を得て(まだ)メディケアの認定のとれていない事業体はPre-PACEと呼んで区別されている。Pre-PACEは今後メディケアから認可を得てPACEに移行することが前提で、Pre-PACEとしては固定されない。両者の違いは、医療サービス供給機関としての特例認定を得られているか否かである。

#### ■ PACEの包括医療

PACEの施設(デイケア・センターなど)には、常駐のプライマリケア医が診断・治療にあたる総合外来クリニックに加えて、循環器内科、眼科、整形外科など、高齢者が日常的に必要な専門医のクリニック、ならびに歯科医師のクリニックがあり、薬剤師が常駐する薬局や、管理栄養士による食事指導、PT・OTによるリハビリもそろっている。

メンバーがPACE外の医療機関での検査や治療を必要とする場合には、PACEが責任を持って医療機関や医師を紹介し、検査・手術・入院を手配する。参加メンバーの入院中はPACEの担当看護師や医師が(たいてい毎日)入院先にメンバーを見舞って病状を観察し、治療や介護をモニターする。ナーシングホームもPACEが手配する。フォローアップなどのための通院にはPACEの専属ドライバーが送迎する。つまり、PACE外での治療についても、経費だけでなく、介助から質的管理までPACEが全面的に面倒をみる。

PACEにはリハビリテーション施設・設備があり、専任のPT・OT・レクリエーション担当などが常駐している。急性疾患の回復期リハビリだけでなく、慢性疾患あるいはQOLの維持のために必要な日常リハビリも行われている。

緊急事態にはPACEが救急搬送サービスを行うので、急な発作が心配というメンバーも、そうしたメンバーを抱える家族も安心して在宅が続けられる。しかもPACEなら救急搬送を頼む相手は既往症から常用の薬までの個人情報把握しているPACEの専門家であり、搬送される先はその専門家が責任を持って紹介してくれる提携医療機関だ。こんなに安心なことはない。

ちなみに、アメリカでは救急車は有料で、しかも高額のサービスである。使用料金は搬送の距離や患者の状態によるが、市内の病院に搬送されても最低500~1,000ドルくらいは請求される。PACEが医療機関への救急搬送サービスをわざわざメニューに特記している背景には、アメリカ

カのこのような事情もある。

以上より明らかなのは、PACEは高齢者「介護」プログラムにとどまらない、非常に手厚い「包括医療サービス」であるということだ。アメリカでは、通常の医療保険は急性期「医療」の後の療養期間の保障が極めて薄いうえ、症状が固定してそれ以上の回復の見込みがないと見なされると、そこから先の保障は受けられない。しかしPACEでは「回復」だけではなく「維持」のためのリハビリも受けられるし、症状が固定してからも、終末期までの医療・介護の保障がある。その意味では通常の医療保険よりもはるかに手厚い。

#### ■ デイケア・センター

PACEの在宅支援サービスの中心はデイケア・センターだ。ここには外来クリニック、薬局、リハビリ・センターがそろっていて、ワンストップで日常必要なあらゆる医療サービスが受けられる。だが、PACEは単なる医療機関ではない。

PACEにはなんでも相談できる常駐のソーシャル・ワーカーがいる。厨房には管理栄養士と調理師がいて、毎日温かい給食が供される。特別なダイエットが必要なメンバーには特別メニューが用意される。医療上の必要性だけでなく好みも配慮され、またメンバーの出身地の各国料理も供される。

レクリエーション・ルームでは仲間とトランプや麻雀などのゲームに興じたり、レクリエーション・コーディネーターが率いるグループ活動に参加できる。しかし、もちろん何もしないで日がな一日ひなたぼっこをしていてもかまわない。

PACEは参加メンバーに一律の活動を強いることがない。デイケア・センターに毎日来てもいいし、来たい時だけ、あるいは来る必要がある時(例えば診察)だけ来てもかまわない。デイケア・センターに来て、グループ活動に参加するもしないも自由である。実際、月に1、2回しかセンターに来ないメンバーもいれば、1年365日通ってくるメンバーもいる。平均すると週に3日程度の利用が最も多い。デイケア・センターへの送迎はPACEの専属ドライバーが担当する。

メンバーの自宅に訪問するヘルパーの仕事は、メンバーのニーズに応じて、また、同居家族の状況に応じてさま



PACEのホームページ  
<http://www.npaonline.org>

ざまである。朝出向いて起床、洗面、着替えを手伝い、朝食を介助してデイケア・センターに出かける準備を手伝う場合もあれば、お昼時に給食を持って訪問し、食事を介助しながら話し相手になる場合もある。夜の訪問ではシャワーや着替えを手伝い、トイレを介助して就寝まで見届ける。訪問はメンバーの必要に応じて、日に1度のこともあれば、朝昼晩と訪問することもある。

PACEは参加メンバーと同居する家族に介護を強くない。メンバーの参加を決める際にケースワーカーは家族にも丹念なヒアリングをし、本人と家族が確実にできることだけを前提に支援プランを立てるので、同居家族がいてもほとんど独居のような扱いを受けることも可能である。

だからPACEのホームページには「PACEのおかげで仕事を辞めなくて母の介護ができました。仕事を辞めなければならないかもしれないと思って将来の経済的不安でいっぱいでしたから、本当にありがたかった……。また、仕事を続けられたことが、つらい介護のさなかにどれだけ生きがいと慰めに、ストレス発散になったかわかりません……。ありがとう」というような感謝の言葉がたくさん寄せられている。

## ■ チーム・ケア

PACEの基本は、参加メンバー1人につづつつくられるチームである。ケアを担当するあらゆる職種のスタッフ——ケース・マネジャー、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、PTやOTなどのリハビリ・スタッフ、レクリエーション担当者、ドライバー、ヘルパー、ソーシャル・ワーカー、そして事務まで、すべての担当者で構成される。

ケア・チームは毎日定時ミーティングを開いて情報を交換・共有する。医師は全スタッフに病状を説明する。各スタッフはそれぞれの観察に基づいて意見を述べる。チームには職種によるヒエラルキーはなく、全員がそれぞれプロとして対等に発言し、議論する。ドライバーが送迎の際の観察でメンバーの日常動作の変化に気付いて報告するとリハビリ・メニューが見直され、ヘルパーの意見が栄養士のメニューづくりに反映されるなど、会議の成果は職際を超えて波及する。

PACEの、医療から介護まで文字通りシームレスなサービスは、まさにこの職種の壁を取り払った職際チームの

存在によって実現され、支えられている。

## ■ マネージドケア

PACEはマネージドケアである。まずサービスの面で、予防医療・健康維持、増進事業から手術や入院などの急性期ケア、さらには予後の療養からその後のメンテナンスまでのすべてをPACEが一括して管理するマネージドケア方式である。

支払い方式もマネージドケア方式で、参加メンバーは一定額の月額料金を支払えば自己負担なしにあらゆるサービスを受けられ、追加の支払いはいっさい要求されない。

PACEへの参加料金は地域によっても、運営団体によっても異なっているので、一律には論じられないが、PACEの全米平均月額料金はおよそ3,000~4,000ドルである。

月額4,000ドルを私費で支払い続けられる高齢者はアメリカでもごく少ない。PACEの参加メンバーはなおさらである。では、誰が支払っているのか？ 実は、大半は公費——メディケアとメディケイドである。

「高齢者介護に関して公的な介護保障制度は存在しない(西平/p.10)」と悪評高いアメリカで、PACEが連邦政府および州政府相手にいかに粘り強い交渉を繰り返したか、どれだけ実証データを積み上げて説得したか、紙幅の都合で詳述できないことが残念である。

PACEの説得のロジックは極めて単純明快だった。「まずは自力で資金調達して活動を始め、毎年、每期、PACEの参加メンバー1人当たりの平均コストを算出し、同時期の連邦政府および州政府のメディケアおよびメディケイドの国民1人当たり平均支出額と丹念に比較した」のだ。これによって「PACEのほうが安いことを実証」し、ついに政府の平均支出額分だけを定額で受け取るという特例支払い措置を勝ちとったのである。

これによってPACEの参加メンバーの大半にはメディケアとメディケイドの両方が適用され、自己負担なしにPACEのケアを受けられるようになった。

では、メディケイドの適用を受けられない経済水準にある高齢者がPACEに参加するにはどうすればよいのか？ 簡単なのは私費でメディケイド相当分の経費を負担することである。私費で払えない場合にはソーシャル・ワーカーに相談し、一緒に打開策を考える。



On Lokのホームページ  
<http://www.onlok.org>

## ■ 全米PACE協会：PACEの質の保証

PACEの普及とサービスの質の保証を目指し、PACE事業者の認定事業を行っているのが全米PACE協会 (National Pace Association) である。

協会はPACE事業者の認定、サービス内容の標準化、サービスの質の評価方法・評価基準の検討、さらには各地のPACEから収集したデータを用いたベンチマーク解析などを行っている。

## ■ On Lok=安楽

PACEがサンフランシスコを基盤とする「On Lok」から生まれたことはよく知られている。だが、ホームページを見ると「On LokはPACEです」と謙虚に書かれていてほほえましい。

On Lokは「安楽」の中国語読みを英語で表記したものである。On Lok=安楽という名前は「最期まで安心して楽しい人生をまっとうしてほしい！」という事業の創設者の願いがこめられたもので、中国語が使われたのは、On Lokが中国からの移民一世の多く暮らす地域で始まったからである。

On Lokは現在サンフランシスコとフリーモントで事業を展開している。On Lokにはウェイティング・リストがなく、希望者は必ずすぐにメンバーになれるように工夫されている。だが、PACEの基準を満たす高齢者は参加者のおよそ2倍程度潜在していると推定されている。

メンバーの平均年齢は80代後半で、サービス受給期間は平均約4年である。メンバーの大半は6つ以上の診断名がついた慢性病患者で、要介護度が高く、8割以上が入浴介助を、半数が歩行介助を、やはり半数がトイレの介助を必要としている。6割以上が1人では着脱や身づくろいできないし、1人でもなんとか食事の支度や買い物ができるメンバーは全体の1割にも満たない。それにもかかわらず、約4割が独居である。人種構成は60%以上がアジア・太平洋諸島の出身者、約15%が白人、約10%がヒスパニックである。

メンバーの所得水準は低く、4人に3人はなにがしかの生活保護を受けており、On Lokのメンバーの80%以上はメデイケアおよびメデイケイド両方から特例給付を得ている。つまりメデイケイドの対象者だということである。メデイケアのみの特例受給を受けている者が10%あまり

で、完全に私費で支払っているメンバーは3~4%である。

On Lokの広報担当者によれば「メンバーは皆なんとかして『必要なお金は払いたい』と真摯に思っているんです。ズルしようとする人などいません。だから、私たちもできるだけ柔軟に、入りたい人は皆、参加できるよう努力しています」とのこと。さらに、にこっとして「本人が本当に参加したがっている場合には、計画的に上手にスPENDダウン(破産)して、そのままメデイケアとメデイケイドの受給資格者になれるようにアドバイスしたりもします」と続ける。

「希望者を全員入れて大丈夫なんですか」と聞くと、「メンバーは高齢ですから待てないし、一定の期間内には必ず入れ代わりますから」という答え。お互いによほどの信頼関係がなければ、こんないい方はできないだろうと驚かされる。

筆者が日本の見学者の方々とOn Lokを訪問すると必ず出る質問は「万一何かあったらだれが責任をとるのか？」であった。具体的には「要介護で施設に入れと言われてる人を1人で寝かせておいて、夜中に亡くなったらどうするの?」とか、「デイケアに来なくてもよいと思ったら家にいる時間に責任が持てないでしょう。ヘルパーさんの訪問と訪問の間に1人でいて何かあったらどうするの?」などである。

初めは「緊急用にポケベルを持たせています」とか、「困ったらホットラインに電話してもらうことになっています」と答えていたケース・マネジャーが、「発作が急で電話できなかったら?」「ポケベルに手が届かなかったら?」とそれでも食い下がる質問者に向かって、こういった。

「そんな風に亡くなるのは本望なんじゃないでしょうか? 最後まで自宅にいたいと望んで、その通りになったのですから。私たちは『在宅は無理ですよ』といわれた人を、それでも在宅でケアしています。リスクがあることはお互いに承知のうえで彼らの希望に沿っているのです。ケアを受けている人も当然 at their own risk で参加しています。だから、感謝こそすれ、後悔したり、恨んだりはいらないと思います」。

困難を乗り越えてPACEを創り上げたOn Lokの人々のこの自信は、まさに、メンバーとの信頼感に裏づけられてこそのものだったのではないだろうか。