

地域包括ケアの実現に向けた階層的ケアの可能性

高齢化社会に向けた 米国からの示唆

——コミュニティケアモデルと
地域包括ケアモデルを参考に
A-Lab (池野文昭、池端大輔、木村将之)

はじめに

本稿では、高齢化社会に対する課題意識が高まり、在宅での生活を促進するコミュニティケアおよび地域包括ケアに関する取り組みが進む米国での施策をもとに、日本にとって参考となる地域包括ケアの仕組みを検討したい。

高齢化社会という観点では、日本がグローバルでの先進国となっている。2015年に27%であった全人口に占める65歳以上の高齢者の割合は、2050年に40%近くに到達するとされる。また、17年の社会保障給付は120兆円を超え、かつてない高水準となっており、財政圧迫が喫緊の課題となっている。

このような状況の中、厚生労働省は「団塊の世代が75歳以上となる25年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することを見込み、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、地域包括ケアシステムの構築を推進」することに より、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることにより、

介護支出、医療支出の削減を目指すしている。

一方、米国でも高齢化社会の進展が大きな課題となっている。米国では、30年に65歳以上の高齢化の人口が7500万人程度に到達し、現在の1.5倍超に膨れ上がり、高齢者一人当たりに対する現役世代の割合が、現在の約4名程度から30年には2.8名となることが予想されている。米国の高齢化の進展具合は、日本より状況が良いようにも見えるが、高額な医療費、介護費なども相まって深刻な状況となっている。

米国では、高齢者および障害者を対象とする Medicare、低所得者を対象とする Medicaid

- 1 厚生労働省「地域包括ケアシステムの実現に向けて」を参考に編集 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaijo/kaijo_koureisha/chiiki-hokutsu/
- 2 PRB Analysis of data from the US Census Bureau <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2016/01/aging-us-population-bulletin-1.pdf>
- 3 2012年時点では、現役世代2.4名が高齢者1名を支える状況となっている。

PRBによる介護施設入居初期の一部カバーを除き、ほとんどの介護支出が自己負担となる。社会保障制度、介護保険制度が充実しており、介護に関しては原則1割負担で、最大3割の負担となる日本とは状況が大きく異なる。米国での介護施設への入居には、保守的に見て年間約\$60000の支出が求められるというデータもある。このような状況の中、米国でも高齢者の介護、医療支出負担軽減を目指し、在宅を中心とした生活を可能にする施策や地域包括ケアのモデルが多くみられる。

II 在宅を支える地域での取り組み「Village モデル」

1 Village モデルの概要
Village モデルは、在宅での生活を希望する住民を支える地域ネットワークの仕組みで、2002年ボストンのピコンビル村から始まり、現在は全米・

オーストラリアで約300超の地域に広がっている。各Village は、NPOのボード委員会がガバナンスし、ボランティアと有給のスタッフで運営され、在宅での生活を希望する地域住民にさまざまなサービスを提供している。コミュニティイベントを開催し、家にもりがちな高齢者の孤独を解消しつつ、交通手段の提供、家の修理サービス、ハンダーへの共同発注などの実用的なサービスを提供している。サービスの質を保つために、Village 内ではサービスマスターがサービスマスターを通して、サービスマスターの品質を担保する工夫もされている。これらのサービスによりVillage は、在宅での生活を希望する住民を地域でサポートすることが出来る。

Village モデルでは、各Village の運営者をサポートするVillage とVillage を結びネットワークが構築されており、各運営者は年間\$1500～\$5000の加盟料を払うことで、ネットワークで形成されたノウハウやネットワークへのアクセス、Village 立ち上げの支援サービスを受けることができる。ま

た、Village の参加者は一般的なには数百ドルを支払うことで、各Village で実施される具体的なサポートを受けることが可能になる。

2 Village モデルの効果

Village モデルの影響を調査した研究結果によると、社会的参加や生活の質の向上に関して、参加者から以下のようなポジティブなフィードバックが寄せられている。

社会的参加に関しては、社会とのつながりを感じた(56%)、Village の中で頼れる人を見つけた(56%)などのポジティブな結果が見られ、長期(5年以上)の参加者においてはエンゲージメントスコアが3倍になる

4 Fee Structures and Pricing Models in Assisted Living and Alzheimer's Care <https://www.payingforseniorcare.com/assisted-living/pricing-models.html>

5 https://www.vrnetwork.org/content.aspx?page_id=1905&club_id=691012

9 Impact of the Village Model: Result of a National Survey, Journal of Gerontological Social Work 2017, vol.60, Routledge

「A-Lab」は、スタンフォード大循環器科主任研究員で、日本初の医療機器ベンチャーキャピタルを創業した池野文昭氏、SOMPO Digital Lab,Inc.CEOの池端大輔氏、デロイト トーマツベンチャーサポート執行役員の木村将之氏、そして AGING2.0共同創業者の Stephen Johnson 氏ら4人のシリコンバレー在住の有志からなる。超高齢化社会を迎えた日本を海外から考える、シンクタンクのブレインストーミングの会である。



池野氏



池端氏



木村氏



Johnson 氏



図1 Villageモデルの概要

この結果も得られている。生活の質の向上に関しては、Villageが提供するサービスのうち、移動困難な高齢者への病院や買い物や送迎を行う交通手段の提供、コミュニティとして集中購買によるDiscount、テクノロジーの支援を含む情報へのアクセスに関して特にポジティブな反応が見られる。47%のメンバーのQuality of Life指数が上昇し、高齢弱者(一人暮らし、低学歴)のメンバーの

社会福祉アクセスが上昇したと回答している。29%の人がVillageのメンバーシップの結果として、在宅を促進する機能が高まったと感じていると報告している。

3 Villageモデルの適用可能性

Villageモデルの効能は、運営者ネットワークであるVillage to VillageのネットワークとVillageにより参加者が享受する具体的ベネフィットにあ

る。Village to Villageのネットワークに加盟することにより、参加者は各Villageの成功および運営ノウハウを学び、自らの地域でのVillage運営のポイントを得ることが出来る。Villageの運営により、地域住民は、社会とのつながりを強化することが出来る上に、交通手段の充実や集中購買による経済的メリットなど実用的なメリットを享受することが出来るようになる。

高齢者および在宅での生活にとって最大の課題は、社会からの孤独や孤立感であるといわれる。Villageモデルでは、\$150~\$500の年間加盟料という低コストで、Villageの運営者およびVillageへの参加者を社会からの孤独や孤立感から開放することができるといふ点で大きなメリットがある。

社会からの孤独という観点では、日本も地域ごとに関係性が薄れてきたが、近年都市部を中心に、つながりが希薄になり、関係性が薄れていることが指摘される。日本の都市部を中心に生活の質の向上および孤独からの解放の観点で、Villageモデルは大いに参考になると考える。

III 地域包括ケアの仕組み「PACEモデル」

1 PACEモデルの概要

PACEモデルは、在宅を中心とした予防に重点を置く地域包括ケアモデルである。PACEモデルは、1970年代に、サンフランシスコのチャイニーズアメリカンのコミュニティから生まれ、現在は連邦政府が管轄している高齢者および障害者向け公的医療保険制度であるMedicareのもとでMedicaidを財源として運用される。

PACEモデルでは、地域にPACEセンターと呼ばれる予防に重点を置く参加者が定期的に訪問するケア施設が設置される。参加者が在宅を中心に、PACEセンターに通いながらより良い老後を過ごせるようにデザインされた歴史を持つ。PACEセンターの数は全米で260カ所、参加者は500000名超となっており、年々増加している。

Disciplinary Teamという分野横断の専門家チームが常駐し、対象者に対して、予防、栄養に関するアドバイス、プライマリケアなどの初期段階の幅広いサービスを提供する。Inter Disciplinary Teamは、理学療法士、看護師、作業療法士、栄養士、神経科医など多分野の専門家10名程度で構成される。多分野の専門家がデスクを並べて診療し、また、必要に応じて即座に連携することにより、従来

PACEの加入要件は、州が施設での介護が必要と判定した55歳以上の高齢者である。PACEモデルの加入者は、地域に設置されるPACEセンターに定期的に通う。PACEモデルの加入者は、施設での要介護認定を受けているにも関わらず、PACEモデル参加者の7%しか介護施設での生活を行っておらず、大部分は在宅を中心とした生活を行っている。このことからPACEモデルがいかに在宅での生活を促進する効果があるかが分かる。

2 PACEモデルの特徴

PACEでは、地域での在宅を中心とした効果的、効率的なケアを行うために、さまざまな工夫がなされている。

- ・Capitation Paymentによる効率意識した運営
- ・PACEモデルでは、導入した地域の州政府がMedicareおよびMedicaidの管理者であるCMS (Center for Medicare & Medicaid Services) および運営者たる民間事業者の3者間で運営に関する契約が行われる。契約では、対象者の人数に応じて、Medicare、Medicaidを財源にいくらの資金が拠出されるかが決

定される。同方式は参加者の人数および期間に応じて運営者の予算額が確定されるCapitation Paymentの一種である。参加対象者数に対して予算が決定される方式を採用することにより、運営者が、予防ケアおよび医療の合計費用を抑制するインセンティブを持つ。これにより、運営者は、全体のバランスを考え、予防を重視した効率的、効果的なケアを行うようになる。

・対象者数の限定

PACEセンターでは、対象

8 プログラム参加者の人数および期間に応じて運営者の予算額が確定される仕組み。運営者は、医療の質とコスト、予防と治療のバランスに考慮しながら、最適なコスト構造となるように調整するインセンティブを持つ。治療内容に応じて請求を行う必要があるが、事務コストが削減できる点もメリットとして挙げられる。一方デメリットとしては、運営者となるべく簡単な医療行為を行うことが挙げられるが、これらに対しては別途サービス評価の指標などを用いて、コントロールする方式が用いられている。

参考
How Healthcare Capitation Payment Systems Work, July 06, 2019, very well health The search for low-cost integrated healthcare, NHS European Office

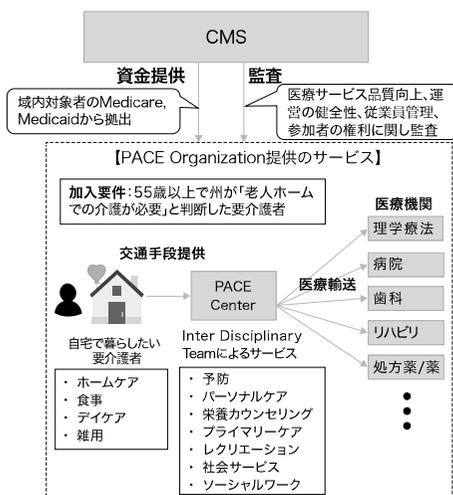


図2 PACEモデルの概要

