

米国のアシステッド・リビング

：その概要と我が国の高齢者施設への示唆

北 村 育 子
牧 洋 子
石 井 京 子
野 村 和 子

はじめに

アメリカにおいて、健康上問題を抱えている高齢者のための施設の歴史は、1965年のメディケアとメディケイドの創設とともにあると言ってよい⁽¹⁾。低所得者のための長期ケアの整備を州政府やその下の地方行政機関が行った場合に連邦政府から補助金が交付されることとなり、これ以後、boarding home や home for the aged などさまざまな名称で呼ばれた施設が次々と看護や介護を提供する施設に転換され、その数は飛躍的に増えた。これらの施設は、結果として生活施設というより、医療施設としての色合いの濃いものとなったが、看護・介護施設として認可されるためには、一定の職員配置基準を充足しなければならないため、それができない場合には従来の低所得者向け施設にとどまらざるを得ず、また、看護・介護施設となるという選択を行わない施設もないわけではなかった。

部屋と食事の提供を中心とする高齢者向け施設は、第二次世界大戦以前から存在していたが、アシステッド・リビング (AL) は、それらに代わって1980年代半ばから作られるようになり、同時期から文献にも登場するようになった。そして1990年代になるとその数を増やし、また呼称についても、高齢者向け施設に付与されてきたさまざまな名称と同列のものとして捉えられるようになった。その後ALは、家庭的な環境で自立と自律を最大限尊重した支援サービスを提供する施設として認知されるようになり、それとともにサービス内容や料金も多様化し、現在では広く「サービス付住宅」として捉えられている。また、ALへの需要を高めた理由は、それが小規模で比較的低価格であるために、国土の広い米国においてその隅々にまで開設することが可能であり、入居のために大金を準備する必要のないところにあった。ただし、高額か低廉かは一概には言えず、この点については後に述べるとおりである。そして、1990年代半ば以後、高齢者の増加に伴ってALは有望な市場として注目され、今日では、住居と食事、生活支援程度の介護

だけでなく、重度者にも対応できる介護や看護を提供するALも増え、食事と住居のみを提供する当初のスタイルの施設は少なくなっている。

このような状況をふまえ、今回、サンフランシスコ地区にある4か所の高齢者用施設を訪ね、その実情を学ぶ機会を得た。本稿は、その内容を報告するものである。

施設の概要

訪問した施設の概要は、以下のとおりである。

オークデールハイツ Oakdale Heights San Leandro

設置主体は営利企業であり、8つの州で自立者用を含む21か所（2500室）を運営している。今回訪問したのはそのうちの1か所で、我が国の介護保険制度で言えば要支援～要介護3程度と思われる人々が生活していた。建物は、周囲の建物と同程度の大きさでそう目立つものではなかったものの、正面2階部分の壁面に施設名が表記されており、また訪問した際には入居者募集のためであろうか、施設名の入った横幕が掲げてあり、一般の住居やアパートとは異なる様相を呈していた。

居室には、ワンルームのステューディオ、寝室が独立しているタイプ、そして寝室が2部屋あるタイプがあり、広さも設備も十分であった。3度の食事、掃除、洗濯、シーツ交換、レクリエーションの機会の提供、24時間の職員配置、など基本的なサービスの他、見守り、食事や移動の介助、外出支援、投薬管理、そして利用者のニーズと希望によって重度者に対する介護・看護、ターミナルケア、なども提供される。

サンライズ Sunrise of Oakland Hills

設置主体は、アメリカのみならずカナダ、イギリス、ドイツにおいて440施設を運営し、5万2千人の利用者を抱える営利企業である。今回訪問した施設は前庭が広く、正面玄関からかなり離れた道路沿いに企業名が表示されていたものの、周辺環境にうまく調和していた。提供されるサービスの種類は、オークデールハイツとほぼ同等のものであったが、ここには相当数の認知症の人々が入居しており、そのケアが行われていた。認知症の利用者とそうでない利用者とは場所を分けてケアされているらしく、訪問の際、認知症の入居者が集められ食事の介助が行われていた。その場面だけを捉えると、我が国の特別養護老人ホームの風景と変わるところはなかった。しかし、施設の玄関で若年性アルツハイマー病の男性利用者が犬の散歩から帰ってきたところに遭遇したが、介助者はおらず、彼の能力が適切に評価され、自立が最大限に確保されていると感じられた。

セントポールタワー St. Paul Towers

この施設は、非営利のエピスコパルホーム財団によって設立されたリタイアメントコミュニティである。高額所得者を対象とした有料老人ホームとして、オークランドの中心部に近い所にある。建物は23階建て、一階の入口には受付があるのみだが、二階のラウンジに飲み物や軽食が用意

され、天井の高い広大な食堂のテーブルには陶器の皿やグラスがセットされていた。居室部分は廊下の両側に部屋が並ぶ構造になっており、心身機能に応じた対応を効率的に行うため、skilled nursingを提供するフロアと、それを必要としない人々の生活空間とが設けられていた。介護・看護を必要とする利用者のためのフロアが病院仕様となっていることを除くと、全体がホテルに近い環境であった。オークデールハイツとサンライズが典型的なALであるのに対して、セントポールタワーは、我が国にも各地に開設されるようになった高級有料老人ホームである。提供される支援サービスは、オークデールハイツやサンライズと基本的に同様であるが、入居時の居室を退所するまで使うことができるわけではなく、伴侶と死別したり、介護度が上がったりした場合には、別の居室や介護専用のフロアに移らなければならない。

施設規模については、オークデールハイツとサンライズが低層の建物で定員が70~100名であるのに比べると、セントポールタワーはかなりの大規模施設である。そして、前二者が、何らかの支援を必要とする状態になって入居することを前提とする施設であるのに対して、後者には自立した高齢者でなければ入居することができない。これら条件の相違により、施設内の雰囲気は、前者と後者でかなり異なるものとなっていた。

なお、今回の研修を実施した背景となる終末期ケアに関しては、いずれの施設においても、重度介護ならびに終末期に対応することのできる一応の条件が整えられていた。

こころ Kokoro Assisted Living

セントポールタワーのマーケティング責任者から、サンフランシスコ市内に日系人を対象とするALが最近誕生したとの情報を得た。早速訪ねてみたところ、休日で責任者がいないため出直してほしいと言われたが、帰国を控えていることを説明した結果、レクリエーションその他利用者の社交や活動の支援を担当するディレクターの案内により、施設内を見学することができた。施設として使われている建物は、1895年にユダヤ教会として建設され、その後仏教寺院が引き継ぎ、寺として使用されていたが、日系人の強制収容によって打ち捨てられ、以来、そのままになっていた。それを、AL施設とするために改修したものである。現在は、元の入口付近が待合に、また吹き抜けの礼拝堂が食堂となっており、伝統的な重厚感のある建物をうまく利用しつつ、心地よい空間が作り出されていた。運営は、JAFA (Japanese-American Religious Federation Assisted Living Facility, Inc.) という非営利団体が行っており、居室は54室で、食事も毎食、洋食と和食を選択することができる。その他提供されるサービスの種類は、オークデールハイツやサンライズなど他のALと同様である。スタッフは日系に限られないが、働いているうちに習得したものであろうか、片言の日本語が使われていた。ただし、利用者スタッフの基本的なコミュニケーションは英語で行われているようであった。

アシステッドリビング (AL) とは

ALは原則として、長期間継続的な支援を必要とするものの、常時医療を必要とするわけでは

ない人々のための施設である。ALには、ナーシングホームとして認可されない、すべての高齢者向け集団居住施設が含まれる。よってALには、定まった定義がない⁽²⁾。各州が一応の設置基準を設けているが、多様な形態を創り出すことが可能で、資力があまりない高齢者にも手の届く施設を開設できる一方で、質の低いサービスが利用者との契約という名の下に容認され、高齢者の生活を脅かす恐れもあり、利用者にとってもソーシャルワーカーや訪問看護師など援助者にとっても、提供されるサービスの質を比較・判断することが難しい。上院の委員会によって設置されたワーキンググループが2003年に作成したガイドライン⁽³⁾では、ALは、「アセスメントとサービス計画にもとづく介護とサービスの調整その他生活全体のマネジメントを提供する施設」と定義され、サービスには、24時間体制の職員配置、介護その他の支援、一定の医療、レクリエーション活動、食事、掃除、洗濯、移送、などが含まれている。このガイドラインでは、特段の希望がなければ居室は原則として個室であること、職員配置、認知症ケアなど特別のケア、医療、防火・避難体制、などに関して2段階以上のレベルを設けて利用者が選択できるようにすることが望ましいとされた。ただしこれらの要件は、ガイドライン策定に携わった全員の総意というわけでは決してなく、要件すべてを支持した委員はごく一部であった。個室要件に対しても、利用者の選択肢を狭めるという理由で好ましくないとする異論があり、一人ひとりに合った個別のケアを提供することや、利用者の自律を最大限確保することなども、それらが、実践標準というよりも到達目標であるという理由で、ALに不可欠であるかどうか疑問が提起された。結局のところ現在に至っても、ALを統一的に定義し、設置基準を定めることはできていない。

ALが登場することによって、ナーシングホームに入るほどではない高齢者の幅広いニーズに対応することができるようになった。自立が尊重されるアメリカでは、自分の生活をコントロールできることが、高齢者の自尊心の確保に重要な役割を果たす。家族の負担にならないことを目指し、他者による支援が必要になった場合には、自らの生活を可能な限りコントロールすることを望む。ALは、そのような高齢者にとって、ナーシングホーム入所に至る以前の幅広いニーズに対する選択肢を提供するものとなっている。

ALが目標とするのは、家庭的な環境の下で、利用者のさまざまなニーズに応えることで、自立・自律・尊厳を最大限に確保し、最終的に利用者にとって終の棲家となること、である。一般的にALでは浴室と洗面所の付いた個室が用意され、それまでに使っていた家具を搬入することができる。今回見学した施設のいくつかで、新規の入居希望者のためのモデルルームを見学したが、そこに置かれている家具は展示用のものであり、利用者はベッドを含め、自分の家具を持ち込んで使っていた。また施設によって条件が異なり、認められない場合もあろうが、利用者はカーテンなどを好みのものに変えることもできるようであった。実際、各居室にはそれぞれの利用者の個性が現われており、同じ仕様であるにもかかわらず、画一的な印象はなかった。我が国には、有料老人ホームと高齢者のための公的な入所施設とがあり、ALに近い施設は、介護付の有料老人ホームと、公的な入所施設のなかではケアハウスであろう。入居一時金を必要とするタイプの有料老人ホームでは、居室その他の施設の環境が、一般的な特別養護老人ホームとは比

較にならないほど整っている。ケアハウスでは利用者個人の個性を活かした生活空間を作り出すことも可能であるが、特別養護老人ホームでは個室といえども介護用ベッド、床頭台、私物を収納する棚、などがあらかじめ設置され、白い天井にむき出しの蛍光灯が取り付けられているのが一般的である。病院仕様の空間が利用者やそこを訪れる家族のウェルビーイングを低下させていることについては、一時関心が高まったものの、物理的な環境を変えることは困難である場合が多く、既設のものについては、課題の指摘にとどまっているのが現状である。そもそも家庭は一つひとつ異なるものであり、「家庭的な雰囲気」を定義することは困難であるが、日本の在宅生活に共通するのは、履物を履いて過ごす外と履物を脱いで過ごす内の区別なのではないだろうか。介護が必要になり、車椅子やベッドを使用して排泄の介助が必要になると、限られた人員配置の入所施設では、履物を脱いで過ごす空間を維持・創出することはほぼ不可能である。我が国の介護施設では、欧米の施設に比べて在宅と施設との環境の違いが大きくならざるを得ず、この違いを解消することは容易ではないが、個々の利用者のアセスメントを丁寧に実施することで、生活の質を向上させる取組の必要性を感じた。

サービスの内容

ALには、原則として24時間体制で職員が配置されており、介助や介護、投薬管理を含む療養のためのサービス、そして食事、洗濯、居室の清掃などのサービスが提供される。各施設のパンフレットを見るとそれらは、利用者ごとに時間や回数を決めて実施されるものと不定期のものに分けて説明されている。定期的実施されるサービスとして、入浴介助、外出支援、看護の計画や実施、投薬管理、レクリエーション活動などが、不定期のものとして、トイレへの誘導や介助、移動・移乗の介助、失禁への最小限の対応、突発的な看護、などが挙げられているが、この分類による定期的なサービスがすべて、基本的な利用料金に含まれているわけではない。ALの主たるサービスは部屋の提供であり、居室のタイプによって料金が異なるが、そこに食事・洗濯・清掃・レクリエーション活動、建物の維持管理、などが含まれているのが一般的である。よって、介助や介護が必要になると、そのための料金が加算される。また、より高度な看護や医療は、ALの基本的サービスに含まれていないのが普通である。先にも述べたが、ALに関しては、我が国の介護保険制度のようにすべての施設に共通のサービス基準や報酬の設定は行われていないため、そのサービスを一律に理解することはできない。

基本的なサービスとして2食しか提供しない施設、介助といっても見守り程度のものしか行っていない施設から、重度介護に対応できる施設まで多種多様であり、提供されないサービスを外部サービスとして利用することのできない施設もあり、提供されるサービスとされないサービスの種類の詳細も施設ごとに異なる⁽⁴⁾。たとえば、食事介助は行われても、おむつ交換には応じてくれないということも考えられるが、そのような施設で常時おむつが必要となった場合、我が国同様、それに外部サービスで対応することはかなり難しいと思われる。その場合には、退所してナー

シングホームに移ることになり、ALを退所することになった人の約8割が、ALにおいて提供されるサービスだけでは心身機能の低下に対応することができないことを理由として挙げている⁽⁵⁾。しかし、その人の人生において施設から施設への移動が何回も生じることは決して望ましいことではない。同敷地内でALとナーシングホームの両方を運営している施設の職員から、心身機能の低下によりALでは生活の質が保てないような状態になっているにもかかわらず、本人がナーシングホームへの移住を頑なに拒否する例が多いという話を聞いたことがある。高齢者にとってナーシングホームへの入所は自立と自尊心の喪失に直接的につながるものとして捉えられているのであろう。なるべく多くの人にとってALが終の棲家になるよう、重度者への対応としてskilled nursingを提供するALもあるが、それを認めていない州も多い。

ゲームや趣味の活動を行う機会は、いずれの施設においても積極的に提供されていた。オークデールハイツでは、音楽に合わせた体操、ビンゴゲーム、映画の上映、屋外での自然観察、リサイクルのグループ、読書会、合唱、環境について学ばせ、などが実施され、サンライズでは、体操、映画、ビンゴに加え、マージャン、ドミノ、陶芸、絵画などのクラブが作られていた。またオークデールハイツでは、レクリエーションを兼ねた認知機能維持の活動に遭遇した。施設のホールに利用者が集い、「連想ゲーム」のような活動がボランティアの指導者によって行われていた。参加している利用者の認知機能レベルはさまざまであり、活動の性格上、失語症や文章形成力を失った認知症の人はいなかったが、指導者の専門性はかなり高く、その場に輪になって座っている20名ほどの利用者全員を率いることができていた。介護保険の人員配置では最小限の介護サービスを提供するだけで精一杯となる我が国の施設では、レクリエーションやリハビリテーションのために専門的な指導者を確保することが困難であり、モデルとなるような活動に遭遇することは少ないが、この活動に短時間ではあるが参加することで、社会貢献活動が徐々に低調になってきていると言われる⁽⁶⁾なか、アメリカ社会においてその確かな基盤がなお消えていないことが伺えた。

多様なALのなかから入居の選択を行うにあたっては、登録看護師(RN)の配置と個室の割合が一応の目安となる。今回訪問した施設のなかにも、二人部屋を設けているところがあったが、基本的には個室を中心として構成されていた。NCAL(National Center for Assisted Living)の調査⁽⁷⁾によると、全国的にみれば、一部屋2人を限度としている州が多いものの、首都ワシントンを含め8つの州が4人を最大としている。その他、古い施設については4人部屋を認めている州や、3人を最大としている州があり、人数を定めていない州も7つあった。RNが常勤で配置され、個室の割合が高いほど充実したサービス提供を期待できるが、費用もその分、高額とならざるを得ない。今回訪問したALにおいてはいずれも、RNの常勤配置はなかった。

利用者と利用料

従来型の部屋と食事のみを提供するような施設、多床室を備え見守り程度の介助を行うAL、

ナーシングホームなどの利用者は、人種的・民族的に多様であるかもしれないが、個室割合が高く、終末期や認知症に対応できる AL の利用者は概ね白人であると言われている。実際今回の研修中、アフリカ系の利用者に会うことはなかった。これは主として、経済的な理由によるものと考えられる。国土の広いアメリカでは、我が国の生活支援ハウスのような施設が必要な場合も少なくないと思われ、また実際、地域の事情に応じてかなり低価格の AL を作ることも可能であるはずだが、今回訪問した施設の室料は相当高いものであった。そこに、介護その他の料金が加算されていく。サンライズの例を挙げると、ワンルームタイプの部屋の一人一日の利用料が 140 ドル以上となっており、寝室が独立しているタイプでは 165 ドル以上、寝室が二部屋あるタイプでは 189 ドル以上、という設定であった。そして、介助の必要度に応じて、一人一日 30～66 ドルが加算される。サンライズには認知症専用の区画もあり、そちらの利用料は、ワンルームタイプで 160 ドル、介助の必要度に応じて 41～77 ドルと、認知症ケアの行われぬ区画の居室よりも高くなっている。また、排泄の介助やおむつが必要になった場合には、その程度に応じて一人一日 3～15 ドル、投薬管理については同じく 12～17 ドルが別途必要となる。

AL の費用はナーシングホームと異なり、原則としてメディケアやメディギャップその他のメディケア関連諸制度によってカバーされない。個人加入の私的な長期介護保険を利用することは可能であるが、会計検査院が 2002 年に実施した調査によると、このような保険に加入しているのは、65 歳以上の高齢者の一割にも満たない⁽⁹⁾。連邦政府の SSI (Supplemental Security Income) を利用できる場合があり、各州も SSI を補充する制度を設けているが、SSI は基本的に低所得者を対象とした制度であり、メディケイドやフードスタンプについても同様である。SSI で施設の部屋代と食費、また場合によっては介護費用についても助成できるようにしている州は多いが、その額は AL の費用を十分にカバーできないことが多い。メディケイドに関しては、さらに細かい制限が設けられている。まず、メディケイドでさまざまな生活支援サービスの費用を賄うことはできるものの、部屋代や食費は対象とされない。また、多くの州では AL の利用者がメディケイドの適用を受けるためには、ナーシングホーム入所レベルの心身機能であることを条件づけており、カリフォルニア州もこの条件を採用しているが、AL の利用者の多くはこの条件を充足しない。これは、限られた財源をまずはナーシングホーム入所者に配分しなければならないという州の財政支出の優先基準によるものである。そして、ミーンズテストによって受給の決定が行われるメディケイドには、低所得であるからといって申請義務はなく、州によって受給者の数が極端に異なる。このような事情もあってか、とりわけ個室割合が高く入居費用も高い AL の管理者は、その利用に積極的ではないようである。多くの AL 利用者の経済的状况もまた、低所得かつ資産が極めて限られるというメディケイドの条件を満たすものではない。彼らの所得水準は、メディケイドを受給するには高すぎ、AL 利用料のすべてを賄うには低すぎるのである。よって AL の利用者は、比較的低価格とはいえ全額自己負担するとなると相当高額となる利用料を支払うために、住宅等の資産を処分し、貯蓄を引き出し、家族からの経済的支援を受ける。限られた自己資金で選択できる道は、AL にとどまって不十分なサービスに甘んじるか、AL を退

所してより低価格の、したがってサービス水準もプライバシーの確保も十分ではない施設に移ることである。ただし、多くの州は、施設ケアよりも在宅ケアの方が少ない財政負担で済むため、全体としてはメディケイドの支出を増やす傾向にある。

比較的高額の所得層を対象とした施設の利用者が白人で占められているもう一つの理由として、今回の訪問施設のような所では、白人を選別して入居させる施設側の意図のあることが考えられる。ALは一般的に小規模であり、ナーシングホームのように心身機能の低下した人々を主たる利用者とする施設とは異なり、比較的自立度の高い利用者の割合が高いことから、多様な人種・民族的背景を持つ利用者を受入れるよりも利用者の同質性を保った方が、サービスの提供や施設内コミュニティの構築がはるかに容易である。このような理由が、こころのような日系を対象としたAL開設の契機ともなっているかもしれない。ただしその一方で、宗教の違いについては比較的寛容な印象を受けた。

利用者の心身機能の状態については、在宅サービスの利用者よりも機能低下が大きく、ナーシングホームの利用者よりも健康で自立度が高い。また、利用者のお大半は女性で、平均年齢は80歳代半ばと言われている。認知機能についてはよくわからないが、比較的サービスの整ったALにおいては、その約6割の施設で認知症の人々を対象としたケアが提供されているとのことである。

ALの選択にあたって

アメリカの高齢者もまた、できる限り自宅で暮らすことを望む傾向が強いと言われるが、子どもが親と同居することが一般的ではなく、自立を重んじる文化が背景にあるため、何らかの支援を受けながら自律を保つことのできるALには、大きな需要がある。しかしながら、比較的低価格とはいえ、全額を自己負担しなければならないため、介護・看護サービスが整い、終の棲家としての条件を備えたALに入居しようとするれば、その費用は高額である。これに対して、連邦住宅都市開発省（HUD）は、非営利で低所得者用住宅を提供する組織が、その一部をALに転換する場合に補助金を交付し、より低価格のALが提供されることを目指している⁽⁹⁾。この場合、そのALが州政府その他の地方行政組織によって定められている設置基準に合致し、正式に認可されていることが補助金交付の条件となっている。またALの設置者は、利用者がメディケイドやSSI、またAAA（Area Agency on Aging）などを通して直接・間接にサービスを受けることができるように援助しなければならない。HUDは、開設者に対する直接的な補助金交付の他にも、資金の借入れを容易にするよう、償還期間を開設者の事情に応じて設定することができるようにしている。しかし、補助金の額にもよるが、これらの措置のみによって、低所得者も入居できるほどにALの価格を下げることは困難である。このため、州によってはHUDの補助を受けて開設された部屋と食事のみを提供する高齢者用居住施設がALのような介護等のサービスを提供することを、モデルケースとして認めている例があり、連邦政府もこれを支援している。

ALとしてサービスを提供するためには、州の施設設備基準を充足するために大規模な改修工事が必要となり、これによって入居費用が高くならざるを得ないが、従来の施設をそのまま利用することで、入居費用を抑えることができる。

我が国の高齢者施策においても在宅介護が奨励されているが、アメリカにおいてもナーシングホームからの退所プログラムが実施されている。このプログラムは州に設置され、そのスタッフがナーシングホームを訪問し、利用者に面接を行って、入所以来状態が改善していないかどうか、ナーシングホーム以外にその人に対応できる施設はないか、在宅復帰はできないか、などを評価し、退所の可能性があればその後の生活条件を整えるためにその人を支援する。ナーシングホームの入所者が既に自宅を処分してしまっている場合には、アパートを借りるために必要な保証金などが、当該プログラムによって支払われる。ALの利用者に対しても、同様の支援が必要であるろう。

サービスの質の確保については、州の設置基準を充たすことをはじめ、事業者自体による利用者とその家族に対する情報提供、事業者団体による取組みなどが行われているが、ALではナーシングホームと異なり、介護の必要な利用者と自立度の高い利用者とが共同生活を営んでいることで、利用者の目が評価として働いていると思われる。また、看護や理学療法・作業療法など、ALでは提供されないサービスを担う専門職者や家族・後見人などの出入りもあり、閉鎖的にはなり難い環境にある。さらに、州によってはOlder Americans Actにもとづき、オンブズマンによる代弁と問題解決が実施されている⁽¹⁰⁾。ただし、今回訪問した三つのALにおいてさえ、パンフレット上はほぼ同様のサービスが提供されることになっているものの、サンライズでは認知症のケアが充実しており、ここでは日本文化に配慮されているなどそれぞれに特徴があり、入居施設を選択することは容易ではない。オークデールハイツとサンライズを例にとると、パンフレット上では両施設に違いはほとんどないが、実際に訪れてみると利用者の好みによって選択は分かれるであろう。理由を簡単に特定することはできないが、両者の違いは、施設管理者の資質と姿勢によるところが大きいと感じられた。各州政府は、施設が公開すべき情報を明文化しており、貸借対照表なども容易に手に入るが、適切な施設を選択して高齢者の権利を確保するためには、訪問看護師やソーシャルワーカーなど、適切な助言を行う第三者による支援の仕組みが必要である。

おわりに

国立社会保障・人口問題研究所は、2025年に我が国の高齢者単独世帯が全世帯の14%に達すると推計している。これによって、介護サービスに対するニーズは増加するが、ケアハウスや有料老人ホームへの入所は、支援が必要となった場合に生活の質を保つための方法の一つである。現在特別養護老人ホームに入所している年代の高齢者とは異なり、団塊の世代の人々は子世代との同居や、同居による介護を望まないことが多く、また自らの要望を率直に伝えると言われてい

る。この世代が退職時期を迎えた現在、高齢者が互いに助け合って生活するグループリビングや有料老人ホームへの関心は高い。この背景には、高齢者の生活が介護サービスの提供システムに関わらず継続されるものであるにもかかわらず、要支援・要介護状態に至るまでと、看取りに代表される介護と医療の両方が必要となる時期とに柔軟に対応することができないという実情がある。

今回の研修は、平成18～20年度文部科学省助成（基盤研究（C）（一般））「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの看護師と介護福祉士の協働システムの構築」ならびに平成19～21年度文部科学省助成（基盤研究（C）（一般））「介護老人福祉施設での終末期ケア行動に看取り介護加算が及ぼす効果と今後の課題」の一環として実施したものであり、その目的は、我が国の特別養護老人ホームにおいて利用者の看取り介護が実践されるなか、今後、名実共に終の棲家として機能するために必要な条件を整えるために必要な要件は何かを探ることであった。特別養護老人ホームの看取りの現状を踏まえると、ナーシングホームではなくALを中心とする施設を対象としたことで、より有用な情報を得ることができた。アメリカには介護保険のような制度がないため、利用者のニーズに柔軟に対応することができる反面、入院日数が厳しく制限されることもあり、看取りの条件を整備しなければ高齢者ニーズの重要な部分への対応を欠くことになると考えられる。残念ながら、その詳細な過程について学ぶことはできなかったが、ALの実情を知ること、入居費用の確保や認知症など心身機能に大きな変化が生じた場合の支援のあり方、とりわけ生命・身体・財産などに関する高齢者の権利擁護と、心身の状態に応じた適切な生活条件を整えるための援助とが、施設の形態を問わず、また看取り介護を含むあらゆる側面で重要であることを確認することができた。今回の研修で得られた情報は、特別養護老人ホームを対象に別途実施した調査結果を検討するうえでも貴重な資料として活用されるであろう。

（謝辞）

最後に、今回の研修ではサンフランシスコ地区において訪問看護に従事するS. Weeks氏に、コーディネーターとしての労をとっていただき、氏の協力により、有益な情報と幅広い知識とを得ることが可能となりました。ここに感謝いたします。

注

- (1) Wilson, K.B. (2007). Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present. *Gerontologist*, 47, Special Issue III, 8-22.
- (2) Zimmerman, S. & Sloane, P.D. (2007). Definition and classification of assisted living. *Gerontologist*, 47, Special Issue III, 33-39.
- (3) Assisted Living Workgroup (2003). Assuring quality in assisted living: Guidelines for federal and state policy, state regulation, and operations. Washington, DC: Author.
- (4) Hawes, C., Phillips, C.D., & Rose, M. (2000). High service or high privacy assisted living facilities, their residents and staff: Results from a national survey.
- (5) Phillips, C.D., Hawes, C., Spry, K., & Rose, M. (2000). Residents leaving assisted living: Descriptive and analytic results from a national survey. Report for U.S. Department of Health and

Human Services and AARP.

- (6) R.D. パットナム著, 柴内康文訳 (2006) 『孤独なボウリング : 米国コミュニティの崩壊と再生』 柏書房.
- (7) NCAL (2006). Assisted living state regulatory review 2006.
- (8) GAO (2002). Long-term care: Aging baby boom generation will increase demand and burden on federal and state budgets (GAO-02-544T).
- (9) HUD (2001). Assisted living conversion program for eligible multifamily housing projects. Federal Register 66 (38).
- (10) English, B.L. (2001). Assisted living: Background and issues. Washington DC: Congressional Research Service.