

オーストラリアにおける老人長期ケア

前田 信雄

(国立公衆衛生院社会保障室長)

〔要約〕

筆者は、豪日交流基金の一般奨励研究補助を得て、1987年5月、2週間にわたり、ニューサウスウェルズ州を初めて訪問した。老人長期ケアの研究をテーマに、ニューサウスウェルズ大学保健管理学部教授ジェームズ・ローソン教授との共同研究を行った。

オーストラリアの老人人口は、今は8%ほどしかないが、次の世紀には、日本と同様にその割合は急増するものとみられる。現在、老人らが慢性疾患にかかり、長期の看護や介護を必要とすると、民間立が主であるナーシングホームに入所することが多い。その費用のほとんどは、連邦が負担している。急増するナーシングホーム費用の解決策として、1980年代に入り、オーストラリアは、地域老人ケア政策と障害老人らも一緒に入れるホステル（老人集合住宅）の拡大政策を採択した。

地域老人ケアは、自治体レベルで、地域病院を拠点にして提供される。ホームヘルパーと看護婦、ソーシャルワーカーらが、地域の家庭医と連携したチームケアを展開している。デイケアや往診、訪問ケアの実情から、わが国が教訓とすべきことが多い。

1. はじめに

私は、豪日基金の一般奨励研究の補助を受けて、1987年5月、2週間主にニューサウスウェルズ大学において調査研究をすることができた。この調査研究から知られた日豪両国の老人長期ケアの共通点と相違点と

を、はじめに要約的に記すと、次の通りである。

共通点としては、両国とも、高齢者の長期入所施設によるケアが限界に当面していることであった。豪日共に、現在はまだ高齢社会の段階に至ってはいない。しかし、障害老人のケアつまりナーシングホームへ

の国からの支払い額は増加の一途を辿っている。オーストラリアにおける1972年/73年のナーシングホームへの支払い額は、9千600万ドル（オーストラリア）だったが、1984/85年には、9兆9千600ドルへと急増した。日本においても、特別養護老人ホームと老人病院への入所・入院の費用は増える一方である。

ところで、オーストラリアのナーシングホーム入居者のうち、20パーセントは必ずしも入所を必要とする人ではなかったと言われる (*Nursing Homes and Hostel Review* 1986, p.125)。日本においては確かなデータはないが、老人病院の入院患者のかなりは、病院医療の対象でない人だとみられている。診療として為すべきことは終わったが、在宅ケア継続の諸条件がないために、退院ができない。日本の病院の平均在院日数は、世界で最も長期な日数（約40日）になった。それと全く対照的に、世界で最も短い病院平均在院日数（約8日）の国、オーストラリアにおいては、このような病院への不必要入院は稀であろう。その代わりに、ナーシングホームへの不必要長期入所が広まった。日本においても、在宅ケアへの援助態勢があれば、退所可能な特別養護老人ホーム入居者は少なくない。

ニューサウスウェルズ州では、在宅ケアの条件づくりのために、病院を拠点にした総合的な地域サービスを展開している。国のレベルでは、1984/85年の新規予算により、在宅地域ケア事業 (*The Home and Community Care Program*, HACC と略称) を新たに施行することとなった。ナーシン

グホームの定員を少なくし、在宅ケア充足の政策選択をした。いわばケアつき集合住宅とも言うべきホステルの大幅な建設という大胆な政策選択をした。その政策実施のためにも、在宅地域ケア事業を広めることになった。

オーストラリアの民間の小規模ナーシングホームには、デイケアや訪問事業などの地域的な事業は殆ど付設されていない。日本においても、1983年の老人保健法によりつくられた老人病院には、この種の地域サービスはほんの少ししかない。在宅障害老人とその家族を支援する事業はない。

オーストラリアの地域病院の地域サービスはユニークである。長期ケアを要する老人に対する福祉と医療の総合化ならびに施設ケアと在宅ケアとの統合化に取り組んでいる。この地域病院は、多くは公立病院であり、非営利の民間立ナーシングホームとも緊密な連携をとっている。ホームヘルパー、訪問看護婦、ソーシャルワーカーらとのチームワークによる在宅ケアが組織化されている。病院の老年科医あるいは病院のスタッフを兼ねる家庭医らが、これらチームの中心となっている。この点は、諸外国とりわけ日本の開業医と大きく異なる点である。

2. ニューサウスウェルズ州における老人長期ケアの現状と課題

ニューサウスウェルズ州は、老人地域ケアに根ざした長期ケアシステムづくりを目指している先進的な州である。国レベルで

論 文

の政策的な問題については随時あとで述べることとして、始めに州レベルでの現状から見て行くこととしたい。

1970年代から1980年の初めごろにかけて、つまりごく最近までは、ニューサウスウェルズ州においても、障害老人と痴呆老人が主として受けられるケアは、施設ケアであった。慢性疾患罹患そして依存状態になれば、ナーシングホームか慢性病棟に入所していた。老人らもまた、配偶者や家族の介護に依存するよりも、施設でのスタッフらからみてもらう道を選んだ。

この州にも、1956年頃から、訪問看護の事業はあり、1969年からは、在宅障害老人や一人暮らし老人への給（配）食サービスが実施されていた。これらはいずれも互いに連携なく、ばらばらに実施されていた。1986年には、この問題を解決するために、地域毎に老人サービスのアセスメント事業が発足した。アセスメントチームのなかには、行政上は他部門に属するホームヘルパーも加わり、家庭医、訪問看護婦、理学療法士と作業療法士（OT・PT）、ソーシャルワーカーらが一緒に入ることとなった。

主たるサービスは、在宅医療・看護・介護そして家庭への支援であるが、ニーズに応じて住宅問題や経済問題の解決の為の援助もする。日本のショートステイサービスに似た寝たきり老人一時保護事業も試行されている。

なお、ニューサウスウェルズ保健部においては、ナーシングホームの質の向上に力を入れているが、これは主に看護婦による指導点検という方法によっている。ホーム

でのサービスの質向上は、資質のすぐれたスタッフの採用と研修に尽きるが、オーストラリア全体としても、これ以上の新規ナーシングホームの設立は認めずに、現在働いているスタッフの研修に力を入れていく方針である。

3. ホーンズビー・カリンガイ病院における長期ケアの取り組み

ホーンズビー・カリンガイ病院は地域の公立病院であり、かつての120床から徐々に規模拡大をしてきて、今日では350床を数えるまでになった。1970年代には、地域になるだけ近い所ということで、精神科病棟を併設した。1976年には、リハビリテーション部を設け、在宅障害者と入院患者向けの温水プールも備えている。同じ敷地内に、障害児などの児童ケア施設、ナーシングホームそしてホステル（主に一般老人）がある。

病院と施設からの退院をスムーズにさせるために、このホーンズビー・カリンガイ地域全体をカバーする老人在宅ケア部が設備された。その部門の名称は、ホーンズビー・カリンガイ病院地域保健サービス老年科リハビリテーション部である。地域の行政に属する部門だが、職員は病院と兼務もしくは派遣となっている。建物は病院から離れているが、医師、看護婦、リハビリテーション従事者、ソーシャルワーカーそしてヘルパーらによる地域ケアが多様なニーズに対応して展開されている。

1986年には、この地域ケアの予算は対前

年比30%も増加し、この国の厳しい財政状況のなかでは異例のことであった。このような新機軸を盛り込んだ総合事業を陰ながら支えてきたのは、ニューサウスウェルズの保健当局とりわけ現在ニューサウスウェルズ大学保健管理学部のジム・ローソン教授である。教授は1987年度以前は、州保健部のスタッフであった。

現在まで上述の地域ケアチームを育て、発展させてきたのは、ホーンズビー地域の開業医であるリチャード・ジース医師である。彼は病院のスタッフを実質上兼ね、この病院の発展と地域ケアをつくり上げてきた人である。いずれの国でもみられるように、先進的事業はすぐれた地域のリーダーによって実りをもたらしことが多い。

ジース医師は、最近地域の痴呆老人向けのデイケア事業も押し進めてきている。建物としてはプレハブの小さな建物だが、閉鎖した病院の後に新しくよく整備されたデイケアセンターが建設される予定である。老人長期ケアを地域に向かって総合的に展開するためには、地元の開業医からの発案と専門的助言が大きな役割を果たしている。現在このデイケアは週5回（10時～2時）、対象は25人であるが、かなり重症な記憶障害の患者も利用している。わりと男性が多く、訪問者の私に無反応であったのが印象的である。アルツハイマー性痴呆老人の地域ケアに当たっては、地域の家庭医と専門医の協力は欠かせない。実際にこの種のデイケアにおいてケアにあたるのは、看護婦もしくはヘルパーおよびソーシャルワーカーである。ここでも、保健・医療・福祉の

連携が必須要件となっている。

4. ナーシングホームからホステルへの転換

現在、オーストラリアは、来るべき高齢社会に備えて、実に大胆な実行に歩みだしている。それは、ナーシングホームをやめて、老人の自宅にケアやサービスをもっていくというプランである。老人らの生活の便宜を配慮して、小さな自宅の延長である集合住宅を病院の近くにつくる。看護や介護をするスタッフは、こちらからそのホステルに出向いていく。

このたび訪問したランドウィックとボタニイの二つの行政区の総人口は約20万人。老人が約2万人程度とみられる。そこに17のナーシングホームがある。ホステルは2つ。全国的にみると、オーストラリアのナーシングホームの約40%は私立、非営利のボランタリーのナーシングホームは40%、残りの2割が公立である。このナーシングホームは、殆ど連邦・州の財政から費用の支弁がなされ、その金額は巨額になる一方であった。私立ナーシングホームのなかには、専門職も少なく、そのサービスのレベルの低いホームが少なくない。職員の研修がなされなかったり、資質のよい職員の採用が難しい。特に、市街地にあるホームでは、地域の在宅老人のための利用施設としての機能がない。デイケアや配食サービスをするための敷地上のスペースがない。入居者の生活支援をするためのデイルームや庭や訓練室がない。あっても極めて限られ

論 文

た狭い場所である。

ナーシングホームの多くは、政府からの補助金でもって、入居サービスを提供することだけに専念してきた。地域老人にも開放された施設になることを試行するところが稀であった。

前述のホーンズビイ・カリンガイ病院敷地内のナーシングホームでは、入居者の約3分の2は、自宅かホステルに退所させられる老人たちであるという見通しを立てている。ホステルも自宅も、個室の生活を原則とし、自分の家具を使い、自分の独立した生活が可能である。その場に、医師が往診をし、看護婦が訪問看護をし、ヘルパーの支援があるならば、安心してホームから退所できる老人が大多数である。

オーストラリア政府コミュニティサービス部は、1986年の「*Nursing Homes and Hostels Review*」と題する報告書のなかで、結果的には、ナーシングホーム病床を削減し、その分をホステル定員拡大に向けるべきことを提案している。つまり、1985年現在では、ナーシングホームとホステルの入居者（定員）は70歳以上老人人口の10%の多くに達している。この率は、今後高

齢人口の増加とくに80歳以上老人増加のもとでも最高限度とする方向を提言した。この10%のうち、ナーシングホームのベッド数は70歳以上老人の4%以下にとどめることを打ち出した。したがって、ナーシングホーム入居者は、障害をもち複合的な看護ケアが必要な人にも限定する政策提言がなされた。ナーシングホームに代わって、ホステルの新增設が強く求められ、現実にニューサウスウェルズ州などでは、その方向での施策の実行が進行中である。地域でもしもナーシングホームへのニーズや建設計画があつたとしても、今後増加できる枠は現状の10%増を最高限とする勧告がなされている。表1は、これらの提案と勧告に基づいたナーシングホームとホステルの病床と定員の将来予測である。

1985年現在のオーストラリアのナーシングホーム病床数は74,013、ホステルの定員数は34,885である。これが、新勧告によると、1989年までに、ナーシングホームのための病床の新規追加は全国で700床だけ、他方ホステルの方は6,300人の定員増となろう。

表1 オーストラリアにおける70歳以上老人千人対ナーシングホーム病床とホステル定員数—1985年現在と勧告された将来予測

		1985年		1991年		1996年	2006年
		病床 定員	合 計	病床 定員	合 計	(合計)	(合計)
N S W	ナーシングホーム	77.9	107.2	66.3	100.0	58.9	53.8
	ホ ス テ ル	29.3		33.7		41.1	46.2
全 体	ナーシングホーム	69.5	102.3	59.2	100.0	52.6	47.6
	ホ ス テ ル	32.8		40.8		47.4	52.4

5. 在宅コミュニティケアの成立と展開

1984/85年予算において新規の連邦事業となった「在宅地域ケア The Home and Community Care」は、オーストラリアの老人保健医療・福祉の歴史のなかで、もっとも画期的な新しい事業である。施設への収容を中心としてきた今までの老人政策の一大転換を目標とするものであり、欧米や日本など諸外国の最近の政策試行と軌を一にするものである。あるいは、それら各国の動向よりも一層大胆な政策選択といえるかも知れない。

HACCの目的は、障害をもつ成人と老人の生活の質向上を狙いとする。その地域ごとに、真に総合化された地域諸サービスを適切なかたちで提供をする。そのことにより、従来からあった不適切入所をなくす事業である。また、対象者を老人と限らない。それら在宅の対象者のニーズ中心のケア提供の事業である。

HACCは、今までの4つの連邦事業を一本化したものである。この一本化により、ホームケア事業、老人ケア人派遣、老人センター建設、パラメディカルサービス、配食および在宅看護サービスなどが統合化され、連邦事業となった。

連邦政府は、1987/88年までの3ヵ年予算として、HACCに対して総額3億オーストラリアドルを予算化した。

この予算により、新しいコーディネーターが採用可能となった。また、デイケアへの移送、短期保護、介護者研修、施設紹介

・相談事業も手掛けられ、広げられることになった。在宅障害者の継続療養を可能とする条件づくりがHACCの中心的目的であった。

なお、HACC予算はブロック補助金であり、各州ごとの使途については、サービス提供者と利用者の意見を十分に聴取した上で決めるべきものとされた。従来の政府関連予算は余りにも前年度踏襲主義であり、また縦割主義であった。真のニーズとかけ離れた予算使用が多かったことへの厳しい反省の結果、そのような利用者の声を聞き入れた諮問委員会が州ごと地域ごとに設営されることになった。

6. 老人保健事業における地域医師の役割 — 事例を中心に —

このたびの調査研究に当たっては、ホーンズビー・カリンガイ地域サービス部のジープス医師に同行訪問した。そのケースのあらましは次の通りである。

A. [デイホスピタル入院老人の例]

60歳後半とみられるパーキンソン氏病婦人は、夫と娘と同居中だが、痴呆症状がひどく、また尿路感染もあってデイホスピタルに入院した。CTスキャンをとり諸検査の結果、特別の障害はないということになる。

リハビリテーションを受けたことがないので、このデイホスピタルで訓練を受けさせる。その期間も過ぎたので、退院に備えて、

論文

ジープス医師の院内訪問となったわけである。帰宅した後も、デイケアやプールを使える話をする。

B. 〔在宅1人暮らし老人への往診〕

2週間前に夫に死なれた1人暮らしの87歳の老人。子供は死別し、身内としては姪が1人いるだけ。1軒家に訪ねて来るのは、ホームヘルパーとソーシャルワーカーだけである。この日は、ジープス医師の往診だったが、看護職は同行せずに、市のコミュニティー事業部ソーシャルワーカーと同行訪問をした。在宅老人のかかえる問題の多くは、人間関係や経済的なこと、心理的不安や生活の不便である。これら社会経済的な問題解決には、ソーシャルワーカーの役割が最も重要である。これがジープス医師の持論であり、実践からの教訓だった。投薬や診察あるいは狭義の看護は在宅ケアにおいてはほんの少部分を形成するだけ、という意見である。

老婦人は、首の痛みを常時気にし、サポーターをつけている。しゃがんで何かをすることが難しい。歩行は好きだが、買物はほんのたまにするだけ。隣の家の犬の吠える声がひどくうるさい。庭の草花はきれいにしているが、日中も家の中と庭にすることが多い。夫の死後間もなくのため、とにかく淋しくてたまらない。医師に向かって話したら、その話は止まらない勢いであった。医師は、首の痛みへ指示をし、ホームヘルパーはじめ訪問できる資源のことを若干相談をし、外出もすすめる。

ジープス医師によると、在宅の85歳以上の老人とくに老婦人の65%は、この老婦人のような障害をもち外出を余りしない老人だという。この人たちを、専門職だけでなく、近隣や地域でどのようにインフォーマルに支え援助し話相手になるか、である。

次に、プリンスウェールズ病院（シドニー市）内のランドウィック・ボタニイ老人アセスメント部の老年科医ジョン・ウォード医師との同行往診をしたケースのあらましを記したい。

C. 〔公営住宅1人暮らしの老婦人〕

近くに住む娘からの「痴呆」でないかとの依頼があり、ウォード医師が往診した。ワンベッドに、キッチン・台所の部屋、バス・トイレの三つの部屋の家賃が月68オーストラリアドル、日本円で約7千円と非常に安い公営住宅に1人で住んでから長い。このケースも、ウォード医師の往診が嬉しく、興奮気味に一気に話して、話題があちこちにいき、止まるところを知らないケースであった。

リウマチのために膝が痛い。肥満だが運動はせず、杖歩行である。補助具使用などは一切嫌いである。炊事、買物、掃除は何か自分でできる。買物に週数回出かけるが、そのときにも問題が出てくる。物忘れは日常茶飯事だが、なくなったハンドバッグは実は盗まれたと思い込んで、他人の言うことを聞かない。リウマチの薬を飲むようになってから、特に痴呆状況がひどくなったと娘は言う。感情表現も極端になるか

と思うと、1日ぼんやりしていることもある。孫たちの訪問の後、ひどく淋しがる。

ウォード医師は、簡単な記憶能力のテストをする。オーストラリアの首相の名前や昨日・今日のニュースのことは憶えていないが、テストの全体には一応正しい返事ができた。アルツハイマー病ではない、という暫定的な診断を娘に伝える。

娘といっても50歳代（ケースは76歳）の人で、近いうちに常勤の仕事につく予定なので、母親のところにはすぐは駆けつけられないのが心配だという。近所付き合いもしない母親なので、娘はよく電話をかける。

日中だけ近くのホステルのデイケア利用を医師と娘とですすめるが、頑として嫌だという。ケースはナーシングホームに勤めた経験もある。ホステルやデイケアはナーシングホームと違う、と説明しても、「行くのは嫌」「今さら他人と付き合うのは嫌」と言ってきかない。娘が困って、「本当の理由はお金がかかるのを心配してるの」と聞くと、「それだけでない」という返事。

医師は、本人と娘に対して、3週間だけの短期入所（ナーシングホーム）で少し元気になった老人の例を話してみる。「水泳もリウマチにはいい場合もある」といっても、温浴を以前うけて余り効果なかったことを話して、これも受けつけない。

この日は、結局娘に対して、今物忘れが一時的なものか進行するものか様子を見ましましょう、ということにする。娘さんの都合がいたら、アルツハイマー介護者家族会に顔出してみても、皆さんの様子も聞いて少し勉強してみたら、とすすめる。

D. [61歳全盲の男性, 脳卒中患者]

大きな住宅に住む上流家庭の患者。まず、ウォード医師往診のことを家族は本人に伝えずに、家族である妻が20分ほど、とうとうと夫の病状や問題を話す。ひどく取り乱した様子でもって、ケースが危機状態にあるような話。かなり恵まれた地位の職に就いていたケースだが、途中失明。しかし、趣味は音楽を聞くことで、杖なしで家中どこでも歩き、外出も大変好きだった。脳卒中後、彼の生活と機能は一変した。片まひとなり、言語障害も少しあるが、歩行は依存し、不眠状態が続き、「死にたい」「死がこわい」を連発する、と妻はいう。すぐに怒るし、泣くし、外出はせず、うつ状態が続く。

ウォード医師の診察は、脳血管障害による老人性痴呆かどうかのテストと一般的問診中心であった。本人は医師の往診が非常に嬉しく、自分の氏名、住所、ウォード医師の名前など正しく答えていた。意外なことに、ウォード医師が「ときどき死にたくなるの?」と問いかけたとき、その返事はノーであった。家族は嘘を言ったわけではないが、家族から聞いた話と実際とはいろいろ異なっていた。食事、排泄も普通にできていた。要するに家族との間の心理的葛藤が大きく、介護に当たる妻ひとりでは大変なので、義理の娘が時々かけつけては手伝っていた。主治医はたまに来て、投薬をしているだけ。ウォード医師からは、「まだ心配でしょうから精神科医師をよこさせましょうか」と家族と本人に助言をす

論文

る。うつ病かどうかの診断も必要と判断したからである。

日本製のすばらしいハイファイステレオと大変な数のレコードとカセットなど、第1級のオーディオ機材にあふれた静かな大邸宅を去るとき、ウォード医師は最後に家族に対してだけ、「あと何か聞きたいこと、

7. おわりに

ジープス医師は、父親の時から同じ地域に開業し、まもなく定年になる高齢の家庭医であり、ウォード医師は、老年医学の研究をうけた病院勤務の経験をもつ若手の臨床医である。このような医師らを中心としたケアチームによって、ナーシングホームからホステルへの政策転換が可能となる。

してほしいことがありますか」とやさしく聞くと、返事は「特にもう何もありません」であった。先ほどまで取り乱していた介護者のきびしい表情が、このときは消え失せていたのが印象的であった。

そしてホステルへの常時の支援情勢がつけられ、そのような保健・医療・福祉サービスの体系化の責任は地方自治体である。その自治体の新しい計画に対して、ケアチームから詳細な注文や意見が出されていた。

オーストラリアは、未曾有の貿易債務をかかえるなかで、来るべき高齢社会の備えを着々と実行している。

付記：この調査研究は、1987年オーストラリア政府の文化財団、豪日交流基金の奨励金により実施されたものである。

文献

1. Marshal W. Raffel and Norma K. Raffel (ed.), *Perspectives on Health Policy : Australia, New Zealand, United States*. John Willey & Sons, 1987
2. Department of Community Services (Australia), *Nursing Homes and Hostels Review*, Australian Government Publishing Service, 1986
3. Elizabeth M. Coombs, *Development of Resource Allocation System for a Community Welfare Organization, Background Papers on Home Care Service of N. S. W. Policy*, 1987
4. Parliament of the Commonwealth of Australia, *In a Home or at Home : accommodation and home care for the aged*, Report from the House of Representatives, Standing Committee on Expenditure, 1982
5. Department of Community Services (Australia), *Cost of Nursing Home and Hostel Care Services*, 1985
6. *ibid*, *Quality, Staffing and Standards : Commonwealth Subsidised Hostels for the Aged Persons*, 1986
7. *ibid*, *Quality, Staffing and Dependency : Non-Government Nursing Homes*, 1986