

## 高齢者ケア評価チームを中心としたオーストラリアの高齢者ケアの概観と医療との連携の現状

瀬間 あずさ

### ■ 要約

豪州では日本に比べると高齢者人口の伸びは極めて緩慢であるが、高齢者ケア対策は大きな課題の一つとされている。連邦政府は1985年から高齢者ケア改革（Aged Care Reform Strategy）に着手し、地域ケア重視の政策を展開している。同時期に設定された高齢者ケア評価チーム（Aged Care Assessment Teams）を中心に、何らかの弊害を抱えながらも高齢者ができる限り住み慣れた家や地域で暮らせるように、高齢者個人とその家族のニーズを評価し、情報、助言、援助が提供されている。その中には、ケアマネジメント手法を用いた地域高齢者ケアパッケージ（Community Aged Care Packages：CACPs 通称キャップス）、長期在宅高齢者ケアプログラム（Extended Aged Care at Home：EACH 通称イーチ）などが含まれ、重度の要介護高齢者も継続して在宅で暮らせる制度が整えられている。介護を必要とする高齢者にとって、医療サービスとの連携は必要不可欠であるが、これまで高齢者ケアと医療サービスの連携は、急性期後のサービスが体系的に展開されておらず不十分であった。特に公費病院では、高齢者の平均在院日数が延長し、その結果、ほかの入院希望者の利用をさまたげる状態が生じている。高齢者は“bed blockers”または“access block”と称され、この問題に対し、従来の医療モデルにとらわれず、急性期・回復期・慢性期へと切れ目のない医療の構築に向け、現在さまざまな方策が検討されている。

### ■ キーワード

オーストラリア、高齢者ケア評価チーム、高齢者ケアと医療との連携

## I はじめに

オーストラリアは日本と比べると高齢者人口の伸びは極めて緩慢であるが、高齢者対策は大きな課題の一つとされている。2006年の統計によれば、65歳以上の高齢者は270万人で総人口に占める比率は13%。2035年には620万人で23%の推計値が示されている。

連邦政府は、1985年から高齢者ケア改革（Aged Care Reform Strategy）に着手し、高齢者ケアにおいて、施設ケアから在宅中心へと移行させ、地域ケア重視へと大きな転換をとげた。同時期に高齢者ケア評価チーム（Aged Care Assessment Team：ACAT 通称エイキャット）が設定され、何らかの弊害を抱えながらも高齢者ができる限り住み慣

れた家や地域で暮らせるように、高齢者個人のニーズを評価し、情報、助言、援助が提供されている。またACATは高齢者ケア施設入所判定を決める門番役も担っている。地域ケア重視への政策により、より複雑なニーズがある高齢者でも継続して在宅で暮らせるようさまざまなプログラムが展開されている。

介護を必要とする高齢者にとって、医療サービスとの連携は必要不可欠であるが、高齢者ケアと医療との連携はこれまで十分ではなく、急性期後のサービスが体系的に展開されておらず、この問題に対して、現在さまざまな方策が検討されている。

本稿では、①オーストラリアの医療制度の概観、②高齢者ケアの中心的役割を果たしているACAT、

施設ケア・地域ケアを含む高齢者ケアの概要、認知症専門施設に関する諸問題、最後に③医療と高齢者ケアの連携の現状について報告する。

## Ⅱ オーストラリアの医療制度

オーストラリアの医療制度はすべての医療へのアクセスを可能にするための普遍的なメディケア（国民皆保険制度 Medicare）を基本として成り立っている。

メディケアは、1984年に発足した。この制度の運営にかかわる費用はすべて税収入、すなわち、個人所得税に上乗せして課税対象所得に一律1.5%課税されるメディケア税による税収とその他の一般税収によって賄われており、社会保険形式でないことが特徴である。このメディケアの導入で、誰にでも医療ケアを利用できることが保障されている。

オーストラリア国民の平均寿命は、女性83.0歳、男性78.1歳（2006年）と、日本、スイスに次いで長い。これは国民皆保険制度のメディケアの恩恵にあずかっているとんでも過言ではないであろう。メディケア給付は連邦政府が担当し、公費病院の管理運営は州政府が行っているが、連邦政府は州政府の公費病院経営に対して財政援助を行っている。したがって連邦政府は、州政府に対し、その財源の使い方により大きな説明責任を求めている。メディケア制度により公費病院の費用は全額公費負担となり自己負担は一切ない。

公費病院が60～70%を占めるオーストラリアでは、医療保健サービスの主役は上記したように公的サービス部門である。そのため、医療保健サービスを提供するにあたり、管轄区域を明瞭にし、その区域の市民の健康に責任をもつ保健サービス地区（Area Health Services）という取り組みが定着している。

## Ⅲ オーストラリアの高齢者ケア

### 1. 高齢者ケア評価チーム

1984年の高齢者ケア改革の策定と同時に導入されたのがACATである。ACATは自宅での生活を続けたいと思っている人、施設入所希望者の身体的、医学的、心理学的、社会的ニーズを総合的かつ正確に把握し、アセスメントし、情報、助言、援助を提供する医療専門職のチームである。メンバーは連邦政府によって委託され、医師、看護師、ソーシャルワーカー（以下、SW）、作業療法士（以下、OT）、理学療法士（以下、PT）などによって構成されている。ACATの役割の中心は、評価によって最適なニーズの組み合わせを見つけ出し、その情報を利用者に提示することにある。また、ACATは、政府の補助金で運営されているローケア施設（通称ホステル：自宅で自立した生活は困難だが看護・介護は不要である高齢者が入居。食事・洗濯・掃除など家事サービスが提供される。日本のケアハウスに相当）とハイケア施設（通称ナーシングホーム：要介護状態の高齢者に対し、24時間態勢で看護・介護の専門職員がケアを提供する。日本の特別養護老人ホームに相当）の入居判定と地域ケアサービスの利用判定についての権限を持ち、ゲイトキーパー的な役割も担い、高齢者の不必要な施設入居を減少させ、在宅でより長く生活できるよう支援している。全国に126チームが配置され、そのうちニューサウスウェールズ州（以下、NSW州と略）には55チームがある。2004/05年度統計によると、合計17万6877件の評価が行われた。評価の依頼があり、評価が行われるまでに平均8日間の待ち時間があるが、緊急度の高いクライアントから優先的に評価され、90%のクライアントは47日以内に評価が行われている。2004/05年度の評価対象者内訳は、在宅で暮らしている人のうち54%が引き続き在宅での生活を奨励され、4分の1がローケア施設の入居、19%がハイ

ケア施設の入居を勧められている。ローケア施設入居者の評価では、79%がハイケア施設入居を奨励されている。

## 2. 具体的な評価の過程

評価の過程は、「Aged Care Assessment program Operational Guidelines 2002」にその詳細が明記されている。1) 初期クライアント評価とニーズの明確化、2) ケアプランの立案、3) ケアプランの一環としての効果的な照会、4) ケアプランの実施、5) ケアプランの再検討という過程を踏む。評価は評価担当者、評価を受ける人、その家族・介護者または、その人にとって重要な人・代弁者・サービス提供団体間で行われ、専門家による相談・観察・交渉・リエイゾンといった一連の過程を含んでいる。また評価には診断も含まれている。ほとんどの場合、この過程は、家庭医(General Practitioner: 通称 GP)、専門医、ほかの ACAT メンバーがかかわり、GP などに連絡をする場合には、必ず本人の承諾を確認し、進めなければならない。初期評価において、クライアントニーズに対して、最も適切な技能と経験のある ACAT のメンバーの一人がケースコーディネーターとして選択され、初期評価は、クライアントが暮らしている住居で行われるのが望ましいとされている。照会は誰からも受け入れており、本人が直接依頼することも可能である。照会を受けた内容は「Intake and Referral Form」に記入され、優先度に基づいて介入が開始される。介入の優先度は「48時間以内」「3日から14日以内」「14日以上」と3つに区分され、転倒・虐待などのクライアントの安全に対する危険因子が高い場合、危機的状況と判断され即介入が行われる。

NSW 州シドニー北部にあるホーンズビー・クーリング ACAT は、総人口約 25 万 7000 人、70 歳以上の人口 2 万 8475 人の地区を担当し、医師・看護師・SW・PT・OT など 18.5 名(常勤換算)のメ

ンバー構成となっている。2006 年 7 月から 2007 年 6 月まで合計 2385 件の依頼を受け、月平均 200 件の評価を行なっている。この地区内では、ハイケア療養床数は 1494 床、ロウケア療養床数は 1587 床、地域プログラムの地域高齢者ケアパッケージ(Community Aged Care Packages: CACPs 通称 キャップス)は約 500 人、長期在宅高齢者ケア(Extended Aged Care at Home: EACH 通称 イーチ)は約 60 人、認知症専門長期在宅高齢者ケア(Dementia Extended Aged Care at Home: EACH-D 通称 イーチディー)は 40 人に対してケアマネジメントを導入したプログラムが提供されている。

Bruen (2005) は、「オーストラリアにおける高齢者ケア、その過去・現在・未来」という論文の中で、オーストラリア高齢者ケア制度における ACAT についての位置づけを明確にしている。あえて手を加えずその論文内容の一部を以下引用する。

*『高齢者ケア評価チーム (ACAT) に対する連邦と州政府の歳出額は、年間 1 億豪ドルと推定される。ACAT は、年間予算 60 億ドルに上る高齢者ケアプログラムの優れたコスト効果を達成し、プログラムの健全性を維持するためのセーフガード機能を果たし続けている。政府補助金給付対象者の適格性を判定し、高齢者ケアプログラム全体の歳出レベルを決定する唯一の機関として ACAT は、その重責に加え、増大し続ける介護需要への対応も迫られていることから、ACAT のプログラムは大幅な拡充を迫られている。』*

ACAT には、現在よりも迅速な対応能力が求められている。精神保健分野で既に効果が認められている「危機的状況への介入モデル」は、高齢者ケア介入プログラムで最大限の効果を出していく有益な手段を提供している。危機的状況に際し、直ちに支援が提供されれば、同じような危機的状

況に再び遭遇することがあっても、本人は前回よりもきちんとした対応ができるからである。

ACATの成功を支えている要因のひとつに、ACATが本人の必要とする一連のサービスを評価するだけでなく、そのサービスが受けられるように手配をしている点が挙げられる。高齢者やその家族にとって、必要とするサービスを評価してもらっても、実際にサービスにつないでもらえなければ、評価自体は大した支援にはならない。ACATは、本人がサービスを受けられるまで見届ける。この役割の拡大によって、サービス利用者側の抱いていた高齢者ケアの制度は複雑で利用しにくいという不満も大幅に解消された。

稀に連邦政府と州政府の責任分担に関する政治的な苦情が出ることはあっても、ACATプログラムは連邦と州の両政府が関与し、非常に良い協力関係が成立している分野である。政府官僚は、連邦と州政府が関与するプログラムを「雑然としてまとまりのない」と受け取る傾向にあり、政治家は、プログラムに行き届かない点があるように見える場合、必ず相手方の政府を非難する口実として利用する。しかし、高齢者ケア分野では、連邦と州共同2大プログラムである高齢者ケア評価(Aged Care Assessment)と在宅/地域ケア(Home and Community Care)プログラムは、連邦と州のリソースを生かしつつ、一方の政府のみが補助金を出している重要なサービスも利用できるように連携しながら、オーストラリア社会によく貢献しているといえる。病院、地域保健サービス、高齢者ケア施設、連邦政府の補助金で運営されている地域ケアサービス等と連携してサービスを提供できるACATの能力は、決定的に重要であり、他の機関によるこの役割の代行は不可能である。

しかし、ACATの制度には改善の余地が多々ある。訓練の充実、適格者の判定基準の明確化、高齢者の治療に関して病院の方針に左右されない

中立性の強化、サービス事業者とのより良い連携が求められている。これはACATにさらなる改善が必要ということであり、決してACATに代わる機関の創設を意味するものではない。』

(翻訳 by 中塚美紗子)

Bruenが指摘しているように、ACATは、オーストラリア高齢者ケアにおいて中心的役割を担っているといえよう。

オーストラリアでは高齢者に対して幅広いサービスと援助が提供されている。高齢者ケア制度において、虚弱な障害のある高齢者とその介護者両者にサービスが提供されており、サービスの主な財源は、連邦政府によって給付されている。サービス形態としては、地域ケアと施設ケアという2つの構造上異なるサービスが提供されている。

### 3. 施設ケア

施設ケアは主に連邦政府が財源の拠出と統制を図り、実際のケアの提供は非政府組織である非営利・営利の高齢者ケア提供団体が行なっている。

従来ナーシングホームおよびホステルの2類型に分かれていたが、1997年10月より、公的補助金の算定基礎となる施設入居者分類基準(Residential Classification Scale: RCS)が統一化されている。この背景には政府が、1997年高齢者ケア改革により「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える」(Ageing in Place)というコンセプトを導入した結果による。

介護依存度が一番重いのが入居者分類基準の1にあたる。ナーシングホームでは介護依存度レベル1から4ぐらいまでの入居者がおり、ホステルではレベル5から8ぐらいまでの入居者が暮らしている。

### 4. 地域ケア

オーストラリア連邦政府は、1985年高齢者ケア改革より、施設中心から在宅中心への政策の転換

をすすめ、従来の在宅関連の法律を『在宅及び地域ケア法』(Home and Community Care Act: HACC 通称ハック)に統合、在宅支援サービスへの強力な投入を行った。

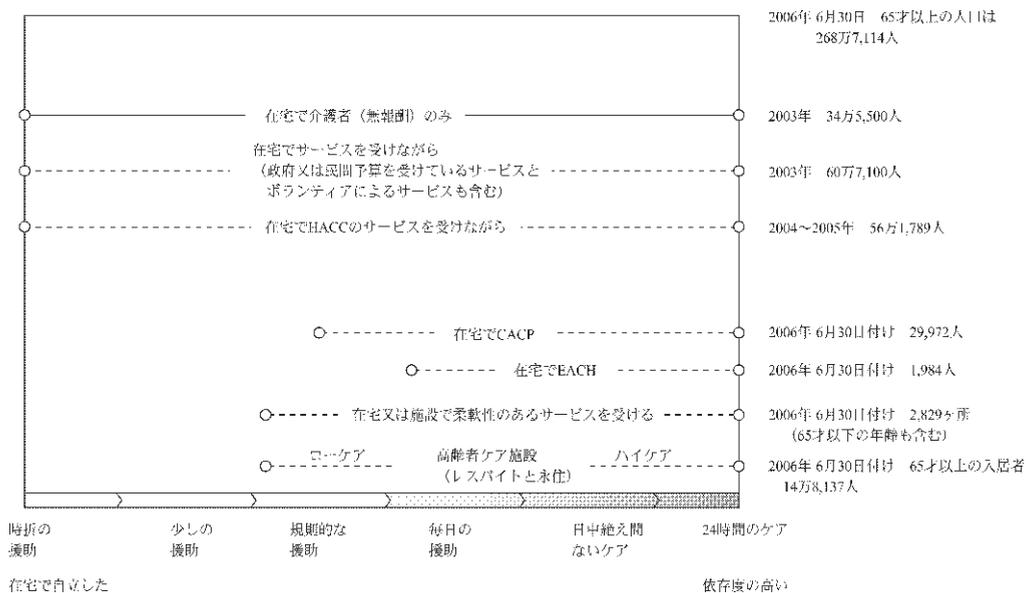
図1は高齢者の為に提供されているケアについてまとめたものである。

在宅で一人または家族などの介護者(無報酬)と生活している高齢者、在宅で何らかのサービスを受けながら暮らしている高齢者、更に在宅でHACCのサービスを受けながら生活している高齢者は、2004/05年度には約56万人となっている。HACCの財源で提供されているサービス(表1参照)は、一般家事、配食サービス、訪問看護、交通手段、家屋の維持、デイケア、社会的支援、パーソナルケア、カウンセリング、補助具の貸し出し、家屋の改造、レスパイトケア、リネンの貸し出しなど、サービスの種類、内容とも充実しており、高齢者が可能な限り自立した生活を続けられるように多彩なプログラムが積極的に展開されている。

その費用は、ほぼ租税で賄われている。財政負担は連邦政府6割に対し、州政府4割となっている。全国で約3250の組織がHACCの財源のもとにさまざまなサービスを提供している。

介護依存度が悪化しても、いかに在宅で支援していくかが大きな課題とされ、さまざまなプログラムが地域で展開されている。要介護度の高い高齢者は、単発のサービスだけでなく、複数のサービスを同時に利用しなければならず、その際ケアマネジメントが必要となる。こうしたクライアントに対し、最初に導入されたプログラムがコミュニティオプションプログラム(Community Option Program COP: 地域生活維持事業)である。このプログラムは1987年に試験プログラムとして全国175箇所で開催され、成功を収め、その後全国規模で展開されている。

COP機関は、利用者に最もふさわしいサービス・パッケージを案出し(ケアプラン作成)、予算内での購入、調達まで義務づけられている。しかも、



注：入手可能なデータにより期間が異なっている。  
 出典：Australia's welfare 2007 より引用 翻訳一部修正

図1 高齢者の為のケア取り決めの幅

表1 豪州の高齢者サービスの概要

		提供主体	サービス内容	利用認定の有無	自己負担	職員の資格要件など
在宅支援サービス (ハック)	ホームヘルプ	公的財源による非営利組織、ボランティアおよび自治体が提供(営利組織の関与は少ない)	清掃、料理、洗濯、アイロンがけ、買い物など	なし	地域・提供団体によって多種多様。 ほとんどの場合、数豪ドル程度である	なし
	訪問看護		看護サービス 身体のケア含む	看護師		看護サービスは、 看護師が提供
	配食サービス		食事の配送	なし		なし
	デイケア		さまざまなレクリエーション	なし		なし
	コミュニティーオプションプロジェクト(COP)		幅広い範囲の在宅サービスをコーディネートし、手配	なし	応能負担	規定はないが、看護師、SWなどが望ましいとされている
	コミュニティー高齢者ケアパッケージ(CACP)	公的財源による非営利組織(自治体・営利組織の関与は少ない)	ホステルレベルのケアを在宅で提供	ACATが認定	自己負担の上限金額が定められている(最高額は週に\$35まで)	コーディネーターレベルは、SW・OT・看護師など
	長期在宅高齢者ケア(EACH)		ナーシングホームレベルのケアを在宅で提供	ACATが認定		コーディネーターレベルは看護師
施設サービス	ナーシングホーム	民間の営利、非営利団体および州政府、市町村	24時間体制で看護・介護の専門スタッフがケアを提供する	ACATが認定	入居料 & 利用料金	1つの勤務時間帯に必ず看護師を一人配置
	ホステル	民間非営利団体が主だが、近年営利団体の参入が認められる。州および市町村立あり	給食、洗濯、掃除などの家事サービスが提供される	ACATが認定	資産に応じた入居一時金 & 利用料金	マネジャーレベルは看護師。その他は介護スタッフ
	ショートステイ(レスパイトケア)	ナーシングホーム。ホステルなどが提供	主に介護家族の休息のため、短期的に施設ケアを提供	ACATが認定	利用施設による	利用施設による

出所：川口「豪の高齢者アセスメントチームの役割」日経ヘルスケア 1996年1月号より引用・一部修正

サービスの調達に関して、連邦の在宅支援サービス(HACC サービス)の枠にとらわれなくていい、という点が特色である。COP 機関の設置主体は、州政府、市町村、非営利組織などさまざまである。

スタッフは、まず全体を統括するマネジャーがいる。その下に、ケースマネジメントを行うコーディネーターがいる。職種は、看護、SW、OTなどの専門家になることが多い。各コーディネーターはそれぞれのクライアントを受け持ち、クライアントがホームヘルパーや訪問看護を必要とすると、ヘルパーや訪問看護を派遣している機関に連絡し、ケアの依頼の契約をする仲介方式をとっている。

COP より更に進んだ形態のプログラムであるCACPs は1992年より導入され、ホステルレベルのケアを在宅で提供しようとするもので、高齢者ケア施設の不足している地域などに、積極的に展開されている。

ケアコーディネーターが任命され、複雑なケアニーズのあるクライアントに対し、パーソナルケア・一般的な家事の援助・社会支援・食事準備の手伝い・レスパイトケア・リハビリテーション支援・家屋の維持・配食サービス・リネン類サービ

ス・交通輸送手段支援が含まれる。図2で示すようにCACPs プログラムは増加傾向が続き、開始当時の1992年には235パッケージが提供され、2006年6月時点では、3万5383のパッケージが全国で提供されている(Older Australian at glance : 4<sup>th</sup> edition, 2007 : 126)。

また、要介護度の高い利用者を対象にしたEACHと呼ばれるプログラムも展開されている。このプログラムを受けないと特別養護老人ホームに入居しなければならない高齢者のためのプログラムである。

このプログラムは2000年に全国10箇所ですべて300人の利用者に対し試験的に実施、その成功により、2002年より正式なプログラムとされ、2006年6月時点で、全国で2131人の対象者がこのプログラムを利用している。利用者の76%が非独居者であり、家族などからインフォーマルなケアが提供されている。2005/06年度の1年間にこのサービスを何らかの理由で取りやめにした高齢者の統計(図3参照)をみると、30%の高齢者がこのサービスを3ヶ月未満受け、75%の高齢者は1年未満サービスを利用している。

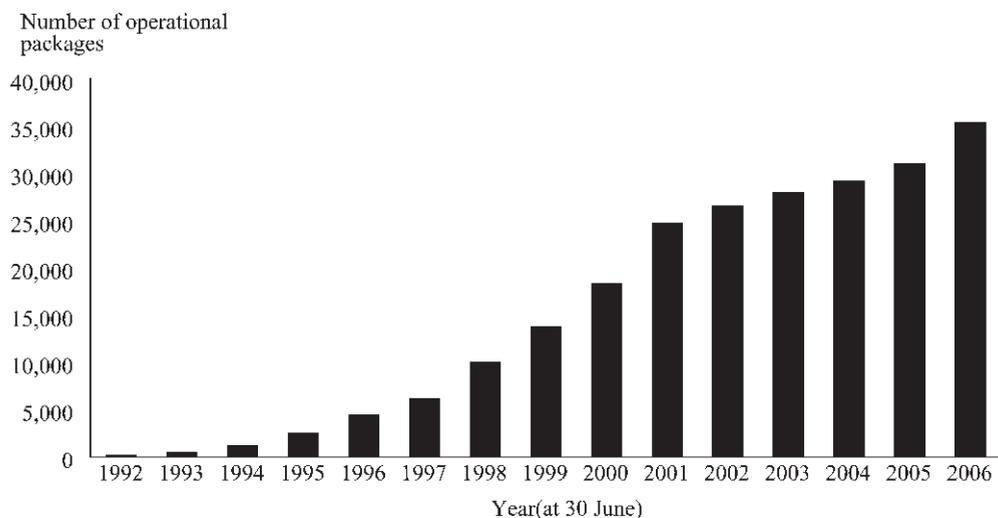


図2 Number of Community Aged Care Packages, 1992-2006.

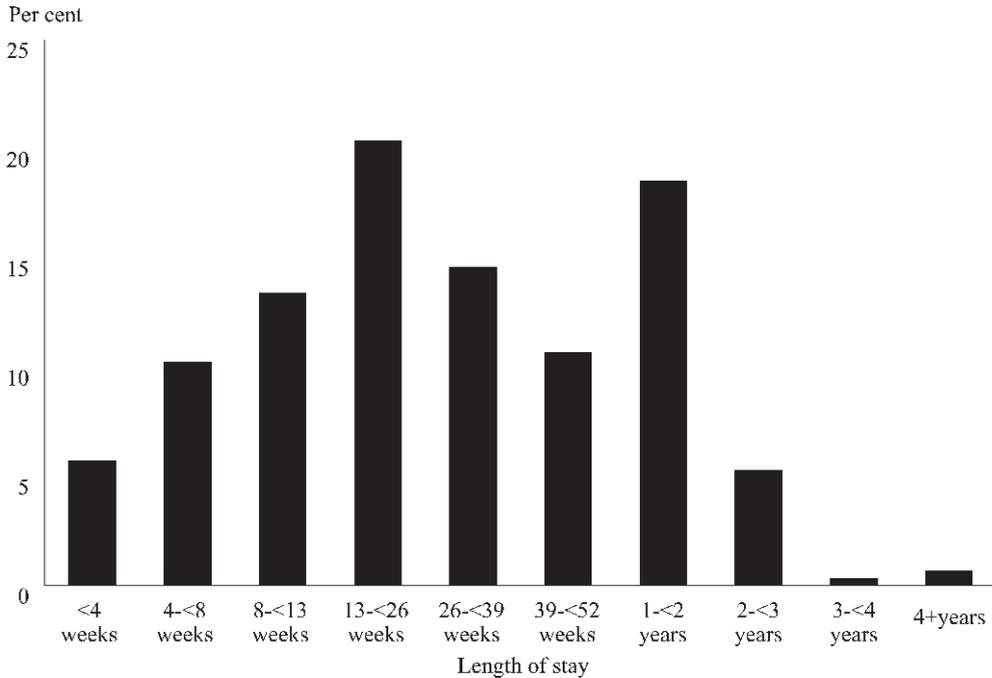


図3 Length of time on EACH package, separations 2005-06

具体的には、一人の高齢者に対し週に18～22時間のタイラーメイドのサービスを提供するもので、その中には、臨床ケア・身の回りの世話・食事の準備・コンティネンス管理・レジャー活動に参加するためのアシスタント・精神的な支援・各種療法・家屋の安全と改造の援助などが含まれる(Older Australian at glance : 4<sup>th</sup> edition, 2007 : 129)。

2006年より特に行動障害の著しいクライアントを対象にしたEACH-Dが開始されている。このようなさまざまなプログラムが主に民間非営利団体・自治体など多様な主体により提供されており、連邦政府と州政府の共同事業として補助が行われている。

連邦政府は2007年までに70歳以上の人口1000人に対し、108人分の施設ケアと地域ケアパッケージを配置するよう目標値を掲げている。その内訳は40人分のハイケア療養床、48人分のローケア療養床、20人分の地域ケアパッケージとなっている。

これらの数字は、オーストラリア全土における高齢者人口の増加を考慮し、高齢者のニーズにあったバランスのとれたサービスが提供できるよう計画されている。

高齢者人口の増加が予想され、新たな地域ケアプログラム投入の必要な地域に関して、連邦政府はAged Care Approval Roundという形で競争入札制度を取り入れている。

入札を勝ち取った高齢者ケア提供団体が、新規地域ケアプログラムの実際の運営を行う形となる。高齢者ケア提供団体が事業の拡大を図っていくためには、この競争入札を獲得していくことが必須条件となる。

#### 5. 施設ケア、特に認知症専門施設に関する諸問題

認知症は高齢者ケアにおいて大きな課題である。2002年には16万2000人が認知症と診断され、こ

これは人口の0.8%にあたる(Access Economic, 2003 : 31)。

2050年には、認知症者は、人口の2.3%にあたる58万人、約3倍に増加すると予想されている。オーストラリアでは認知症の人々の生活環境は、ここ20年大きく改善がみられ、大型の精神病院での収容から認知症専門ローケア施設にみられているような家庭的で小規模な生活環境で暮らすことができるようになった。しかし、ローケア施設の入居者の54%、ハイケア施設の入居者の90%は認知症を有しているにもかかわらず、全体の施設ケア療養病床(14万4100床)のうち認知症専門療養病床の割合は6%であり、ほとんどの認知症者は一般のハイケア・ローケア施設で暮らしている現状である。

なぜ、オーストラリアでは認知症専門施設が増加しないのか？ それは認知症専門施設建設の資金繰りが難しいということで、認知症専門施設よりも通常のローケア施設を建設せざる終えない状況があるからである。

資金繰り困難な理由のまず第一として、1997年の高齢者ケア改革後、連邦政府は高齢者ケア施設建設費(Capital costs)の助成金拠出をしなくなり、高齢者ケア提供団体が、直接建設資金の調達をしなければならなくなったからである。歩行可能な認知症専門施設には、少なくとも一人の入居者に対し、トイレ・バス付きの個室55平方メートルの空間が必要で、それに加えてダイニングルーム、ラウンジ、台所、廊下を含む22平方メートルの共同空間が必要となる。この専門施設の建設費は、一人につき12万豪ドル(1200万円)必要となり、1000万豪ドル(約10億円)かかる認知症専門ローケア施設建設資金を、高齢者ケア提供団体は自分たちで捻出しなければならず、認知症専門ローケア施設が必要でも資金繰りが難しいということで、普通のローケア施設を建設する傾向にある。

第二の理由として、ローケア施設では入居者よ

り入居保証金(Accommodation bond)を徴収し、その利息を建設費の資金繰りにあてている。しかし政府は、入居者のうち年金生活の低所得層(Concessional resident)の入居者をローケア施設全体の40%受け入れるよう奨励している。彼らは、入居保証金を免除されているため、入居保証金が確保できず、資金繰りに困難を生じる。また1997年の高齢者ケア改革で導入された「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える(Ageing in place)」という政策により、要介護度の重度な入居者(施設入居者分類基準の1から4対象者)が入居できるようになった。ローケア施設では、要介護度の重度なクライアントから入居保証金は徴収できないとされている。このため銀行から借り入れた資金の返済に問題が生ずる。

第三の理由としては、高齢者ケア施設では、入居者分類基準(RCS)をもとに入居者それぞれの要介護度に応じて1日あたりの補助金(daily care subsidy)が政府より支払われているが、この要介護度を決定するRCSそのものに問題があり、正当な金額の補助金が支払われていないとされている。この入居者分類基準は、入居者の虚弱度に焦点が当てられており、認知症者と行動障害のある入居者の問題を正当に評価していない。RCSは、もともと、1980年代のナーシングホームの入居者分類基準として立案された入居者分類手段(Resident Classification Instrument: RCI)を基盤として発展してきており、20年前に開発されたRCIの改訂版である現在のRCSと、現在の政府と高齢者ケア提供団体が望む高齢者ケアにはミスマッチがあるとして、この連邦政府の補助金を算出するRCSの再検討の声が高齢者ケア産業から上がり、「高齢者ケア施設における料金体系の見直し(Review of Pricing Arrangements in Residential Aged care)」と題する報告書(通称ホーガン報告書)がまとめられた。

従来、連邦政府は、年金生活の低所得層の入居

者に対して追加補助金 (Additional subsidy) の拠出をしていたが、ホーガン報告書では、政府からの追加補助金の支給対象範囲を、酸素療法・経腸栄養だけでなく、短期的な医療ニーズや認知症による行動障害、緩和ケア、ホームレスの高齢者やオーストラリア先住民などの社会的に不利な立場に置かれた人々の介護ニーズも含め、更に拡大するように推奨している。

このホーガン報告書を基に、更に、2007年には、「オーストラリア国民のための高齢者ケアの将来を保障するパッケージ (Security the Future of Aged Care for Australians package)」と題する政策案が公表された。

この包括的な改革パッケージは、オーストラリア政府から認可を受けた高齢者ケア施設における「施設に対する補助金」と「介護に対する補助金」を明確に区別している。

これに伴い、高齢者ケア施設の料金体系等の変更が本年度から開始される予定である。連邦政府が拠出する高齢者ケア施設入居者に対する介護サービスの1日あたりの補助金を決定する現行のRCSに代わる新しい高齢者ケア補助金支給制度 (Aged Care Funding Instrument : ACFI) は、高齢者ケア施設における入居者の介護ニーズと支援の提供に係る関連コストをより信頼性のある形で反映させることと、1997年のRCSの導入以降に見られる施設入居者の特徴的变化を考慮することを目的として開発された。

サービスを提供する事業者から見た場合、すべての新しい入居者から得る収入は、施設利用のための追加補助金と施設料の合計額であり、一定となる。したがって施設に受け入れる利用者が老齢年金受給者か非受給者かで収入に差が生じるために一部の利用者の受け入れを拒むといった問題が解消される (Australia's Welfare 2007, p.10)。

#### Ⅳ 高齢者ケアと医療の連携の実現にむけて

虚弱な高齢者は、家庭医からACAT、病院から地域ケア、地域ケアから施設ケア、病院から施設ケアとさまざまな職種の医療介護サービスを受ける。この一連の過程での多職種協働連携の実現が急務である。

1990年代中ごろから、さまざまな状況が絡み合っており、急性期ケアと高齢者ケア (長期ケア) 領域を調整する必要性が高まってきた (Howe, 2000 : 127)。

まず、第一に全体の高齢者人口の増加により、65歳以上の人口の病院入院率が上昇し、65歳以上の人口は病院入院の30%をしめ、1日あたりの病床利用率は43%となっている。

二番目に、高齢者ケア (特に施設ケア) 部門において過去10年間施設高齢者ケアの提供は徐々に縮小し、1997年の高齢者ケア改革で更に急激な減少をとげた。施設ケア数の割合は、1996年に70歳以上の人口1000人に対して90.9床であったのが、2001年には82.4床へと減少し、その率は人口1000人に対して7.6床の減少となっている。

その内訳として、ナーシングホームの療養病床数が減少している。また、1997年の高齢者ケア改革で「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える」(Ageing in place) という方針が導入されて以後、ホステルからナーシングホームへの転所が遅延化していることがあげられる (Kroemer et al, 2004)。

三番目に急性期ケア分野の変化として、病院入院日数の減少、日帰り手術、病院の代わりに在宅を基盤としてケアの提供を行うという傾向がみられ、これは他諸国にも共通した傾向でありオーストラリアもこの方向に進んでいる。この変化の背景には、優れた薬剤の開発、麻酔の進歩、より侵襲の少ない外科手術の導入などがあげられる。また自宅での療養を望む人もいるが、最も大きな理由は病院で提供される医療そのものがテクノロジーなどの導入により高額となり、療養のために入院

し続けるには高額になりすぎてしまったことが上げられよう (Draper, 2002)。

前記したように公費病院 (Public Hospital) はオーストラリアにおける医療サービスの中心的役割を果たしている。公費病院の運営は、州政府の交付する補助金の算定方法が、旧来1日1床あたりの支払い方式から、1993年以降、DRG (Diagnosis Related Groups: 診断関連群) による平均的な疾病費用をもとにしたケースミックスによる補助金算定方式を採用する州が生まれ、公費病院の効率化・合理化の見直しが進められ、公費病院の機能の維持と向上が図られている (藤崎・高木、1999: 246)。オーストラリアで使われている分類方式は、オーストラリア版国際疾病分類 (the third edition of the International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision, Australian Modification: ICD-10-AM) である (Australia's health 2006: 365)。このケースミックスの導入により入院期間の短縮を余儀なくされ、公費病院予算の支出が縮減され、急性期ケア病床数は、1980年代半ば以来人口千人あたり4.1%から1996/97年度には2.9%まで落ち込んだ。

こうした背景のなか、高齢者による病院利用の増加がみられ、急性期症状が軽快し退院可能な状況になっても退院後の行き先が決まらず急性期病院の病床をふさいでしまう状況がしばしば生じ、こうした高齢者はほかの入院希望者の利用をさまたげる“bed blockers”または“access block”と呼ばれ、この対応策の立案が大きな課題となったのである。

多くの病院では、地域での急性期後ケアへのアクセスを調整するプロジェクトを立ち上げ、これらはしばしばACATと協働して行なわれた。

Howe (2002) は、急性期ケアと高齢者ケア境界領域における現存している5つの段階の介入策とその流れを分かりやすく図で示している (図4参照)。その内容は1): 病院来院前に早期介入し病院

入院を防ぐ、2): 病院の救急センターでの介入により入院をさけるか、または入院した患者の入院期間の短縮、3): 病院は患者が退院してからの急性期ケア後のプログラムを手配し、それにより入院期間の短縮を図り、患者の身体機能の改善を図る、4): 患者が退院後の暫定支援プログラムを病院が手配し、それにより入院期間の短縮と患者の身体機能改善を図る、5): 急性期病院に入院しなければならないリスクのある患者に対して亜急性期リハビリテーションサービスを地域で行い、維持を図る。

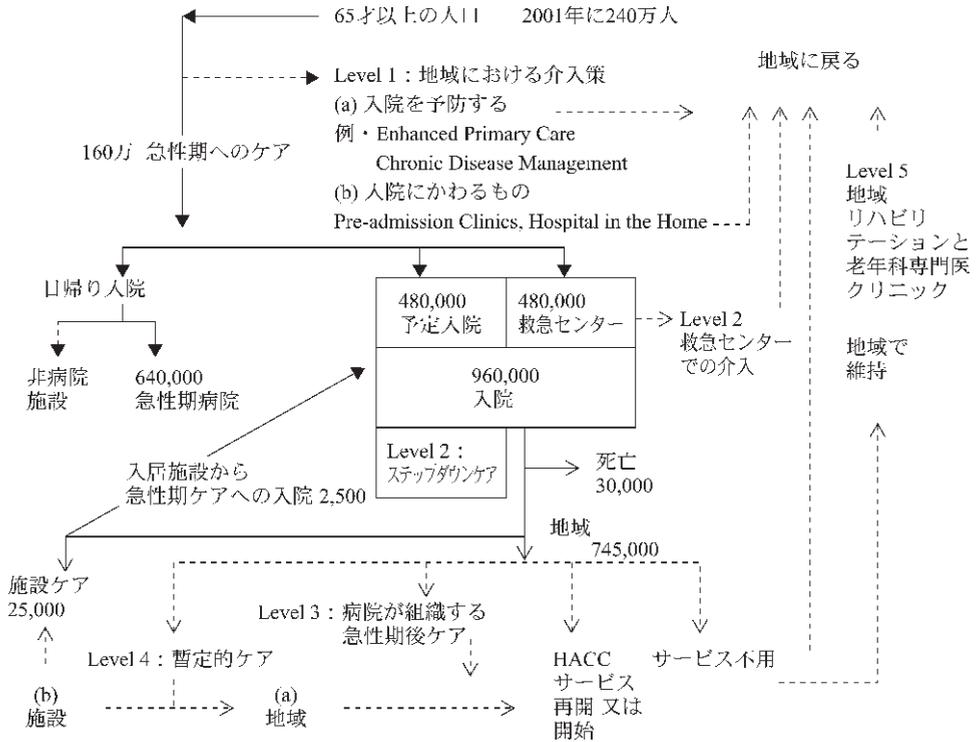
この図を元に、連邦政府と州政府、特にNSW州では、高齢者がほかの入院希望者の利用をさまたげる“access block”に対して、具体的にどのような新プログラムが展開しているか、その概要を述べる。

NSW州はオーストラリアの中で最も人口の多い州であり、2006年のCensusでは人口約654万人、オーストラリア全人口の約3分の1を占めている。(オーストラリア総人口は約1985万人: 2006年)。

NSW州全体には、8つの保健サービス地区があり、そのうち州都シドニー(人口約411万人: 2006年)には4つの保健サービス地区に区分されている。

地域における介入策(レベル1)として、連邦政府はプライマリーケア改善計画(Enhanced Primary Care)プログラムを導入した。慢性疾患をかかえ、多数のニーズがある75歳以上の高齢者を対象として、GP(家庭医)による評価を受け、他医療従事者・サービス提供者とともにケースカンファレンスをもちケアニーズに対するケア計画を立ち上げ対処するという方法である。複雑なニーズを抱えている高齢者に対し、GPがより積極的に関わってもらえるよう経済的誘引を提示したものと見えよう。

具体的な数字としては、シドニー北部のGP5名が共同で運営しているクリニックでは、総患者数



注：1) 異なった情報源を基本としているので図の流れは指標にすぎない。くわしい内容は本文参照。  
 2) 破線で示された部分はデータがない。  
 出典：Howe (2000) 58 頁より引用・翻訳。

図4 急性期ケアと高齢者ケア間の接点における介入レベルとその流れ

1万8704名のうち、70歳以上のクライアントは約18%を占め、年間693名がこのプライマリーケア改善計画プログラムを受けている。

ほかの介入策として Pre-admission clinics があげられ、これは予定手術入院の場合、入院する前にこのクリニックを訪れ、術前検査・処置等を行うものである。これにより予定手術当日に入院となるのが通例となっている。

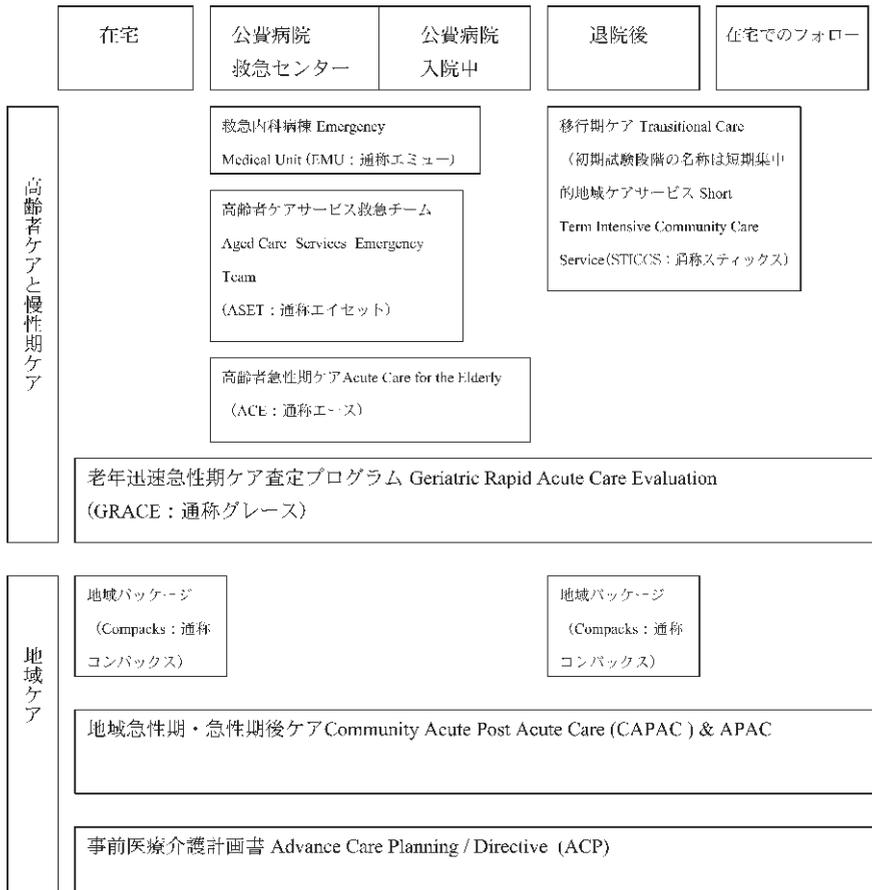
以下 NSW 州シドニー北部地域の公費病院を拠点に展開されている新規プログラムについて詳細を述べる (図5参照)。

公費病院の救急センターで展開されているレベル2の介入策として、NSW 州では2002年より、州内36箇所の公費病院救急センターに、高齢者ケ

アサービス救急チーム (Aged Care Services Emergency Teams: ASETs) を設置した。これは救急センターを受診する高齢者のケアとマネージメントを向上させる目的で、チームは老年科医、臨床看護コンサルタント、SW や PT といった医療従事者の Multidisciplinary teams (多医療従事者のチーム) で構成され、救急センターの臨床専門職と共同で、救急センターを受診する高齢者のための、専門的なケア、評価、治療を提供するものである。

また、高齢者のケアの質を向上させるだけでなく、高齢者が病院で過ごさなければならない時間を最小限にし、また退院後の再入院を防止するためでもある<sup>1)</sup>。

救急センターだけでなく、病院内の急性期病棟



出典：Australia Resource Centre for Health care Innovations (<http://www.archi.net.au>)

図5 NSW州シドニー北部地域の公費病院を拠点に展開されているさまざまな新規プログラム

でも新たな試みが導入されている。

高齢者は、入院中、転倒・誤薬投薬・感染など Adverse event に遭遇し、廃用症候群に陥りやすい。一日床上安静にすると筋力は5%衰えると推定され、例えば10日間床上安静が続くと、元の状態に回復するまで4ヶ月要するとされている。旧来は、急性期症状が軽快し、その後老年科・リハビリテーション科の専門医にリハビリを依頼する二段階方式であった。その結果、高齢者の在院日数はほかの若い入院患者に比べて長くなった。

こうした背景のもと、ハイリスクを抱えている高齢者に的を絞って、老年科専門医と内科専門医の

二人の主治医がかかわる分担ケアモデル (Shared care model) を導入し、高齢者急性期ケア (Acute Care for Elderly: ACE 通称エース) と呼ばれる病棟が公費病院に設立され、効果を上げている。その目的は、入院中の患者の自立、機能と筋力の維持を図り、入院する前に暮らしていた場所へ退院できるよう支援するもので、その核にある原則は、包括的な老年科評価、継続した歩行改善プログラム、内服薬の見直しである。

エースモデルの取り組みは、1990年代頃より英国、米国で始まり、Palmer (1998) などが提唱したモデルで、彼らは、これまで病院入院中の高齢

者にとって、廃用症候群を避け、機能を改善するというケアモデルは、系統的に確立されていなかったとし、このエースモデルを試験的に実践し、その効果を報告。オーストラリアでは2000年代、ビクトリア州にはじめてエース病棟が設立された。ホーンズビー・クーリングイ公費病院では、エース病棟設立後、さまざまな好結果をもたらしている。その中には、心不全と慢性呼吸器疾患患者の再入院率が12.4%から3%に減少、褥創と転倒の発症率80%減少などが含まれる。また病院の救急センターの“access block”も減少した。このようにエースプロジェクトは成功を収め、現在NSW州の数多くの公費病院にエース病棟の設立が進められている。

レベル3の介入は、急性期ケア後、病院内でフォローアップするのではなく、在宅へ戻り地域サービスを受けながらリハビリテーションを進めるもので、NSW州では地域パッケージ（Community Packages：ComPacks）というプログラムが導入されている。これは地域でサービスの仲介などのケース・マネジメントを行うプログラムで退院後、6週間まで利用可能。自宅で安全に暮らすことができるよう、二つ以上のサービスを必要とするクライアントを対象としている。

またシドニー北部・セントラル保健サービス地区では、通称エイパック（Acute・Post Acute Care：APAC）と呼ばれるプログラムが2000年から導入されている。これは急性期と急性期後ケアを在宅で提供するという試みである。

このサービスを在宅で受けなければ、引き続き入院治療が必要な患者が対象である。例えば、蜂巣しき炎で静脈抗生剤注射が必要な患者、深部静脈血栓で抗凝固剤の服薬をはじめた非安定期の患者、腎盂腎炎、慢性閉塞性呼吸性疾患の患者で頻繁に入退院を繰り返す患者などである。このプログラムは、患者本人、入院中の担当専門医、退院後フォローアップするGPの三者の同意を得なければ

ならない。APACのメンバーは、看護師、PT、OT、薬剤師、看護助手から構成されている。まず最初に、評価担当の看護師が病棟に向いてクライアント評価を行い、このプログラムの対象の有無を判断する。そして上記三者の同意を得られたら、退院となり、APACチームが在宅でフォローアップする形となる。

勤務体制は、日勤7:00～15:30、準夜は13:00～20:30、13:30～21:00、14:30～23:00のうちいずれか。一人のクライアントに対し、1日2回までの訪問が可能となっている。2005/06年度には3000人のクライアントがこのプログラムを利用している<sup>2)</sup>。

2004年、急性期後ケアの一つの試験プログラムとしてシドニー北部・セントラル保健サービス地区と非営利・高齢者ケア提供団体のひとつであるハモンドケアは、病院に入院していた認知症の人々を対象に、短期集中的地域ケアサービスプログラム（Short Term Intensive Community Care Service：STICCS 通称ステックス）を実施した。このプログラムの目的は、急性期病院からナーシングホームへの入居が必要な認知症、または混乱状態にあるお年寄りの病院入院日数の短縮化であった。これまで認知症高齢者が尿路感染症や肺炎などの急性期的な問題が生じて入院した場合、身体能力の低下などにより退院時には病院からナーシングホームへの入居は避けられない状況であった。このような認知症高齢者に対し、退院直後から短期的・集中的なサービスの提供を図り、在宅での生活を継続させていこうとするものである<sup>3)</sup>。

次に、レベル4の暫定的なケアとしてさまざまなプログラムが試験的に導入され成功を収めている。その一つが、老年迅速急性期ケア査定プログラム（Geriatric Rapid Acute Care Evaluation：GRACE 通称グレース）と呼ばれるもので2005年8月からシドニー・北部ホーンズビー・クーリングイ公費病院を中心に、近辺のナーシングホーム・

ホステルの入居者を対象に展開されている<sup>4)</sup>。

グレースプログラムは、2005年から開始され、臨床専門看護師とプロジェクトリーダーが任命された。4ヶ月に一度のミーティングとニュースレターにより病院と施設の職員間のコミュニケーションを円滑化した。グレース・一般開業医部門の看護師（常勤換算すると0.3）が任命され、施設の教育担当者と教育的資源の開発を行なった。

一般開業医リエゾンオフィサーが地域の医師会とのコミュニケーションの促進を図り、施設内で事前医療介護計画書（Advance Care Planning/Directive）の利用を啓蒙した。この事前医療介護計画書は、特に高齢者本人の希望、価値観、信念を大切にした終末期医療計画の事前作成による、備えある終末期を意図している。事前計画書は、本人、または（必要に応じて）代理人、および治療を担当する医療従事者間の明確な共通認識の達成を目的としている。本人に選択肢があるという点が、事前計画書の基本原則となっている。

老年科専門医を目指している医師（Registrar）は老年科評価と一般開業医とのコミュニケーションを担当した。プログラム対象者は、すべてのナースィングホーム・ホステルの入居者とされた。具体的な形式としては、高齢者ケア入居施設の高齢者が急性期症状を呈した場合、一般開業医または、高齢者ケア入居施設職員がグレースプログラムの臨床専門看護師に電話連絡し、その臨床専門看護師は、電話でのトリアージを行なう。その際、照会における基本的な情報（その中には事前医療介護計画書の情報も含む）を収集し、治療のオプションとして、初期症状、疼痛の緩和などが検討され、患者を病院へ転送するかどうかの決定がくだされる。

もし入居者が施設に居残る場合には、通常であれば高齢者入居施設では利用できない病院のサービスを利用可能とした（例えば処置材料の提供やコンサルティングサービスなど）。病院入院が必要

と判断された場合、救急車でホーンズビー・クーリングバイ病院へ輸送し、病院の救急センターのトリアージ看護師と連携を取りながら、できるだけ早く入院の手続きを行うという具合である。

このようにグレースプログラムは、急性期症状を有したナースィングホームとホステルの入居者に対して、電話でのトリアージ、迅速老年科評価、診断、対応を行い最も効果的に急性期の対応と治療が受けられるようにした。このプログラムにより、より多くの高齢者ケア施設入居者は彼らの住居である高齢者ケア施設で暮らし続けることができるようになり、地元の家庭医と高齢者ケア施設は、このプログラムに満足感を示している。平均在院日数は7日間から4.2日間へと減少し、病院における毎月のナースィングホーム入居者総数も平均536人から300人と減少した。グレースプログラム対象者は、病院の救急センターで滞在時間も減少し、救急センターにおける“access block”も減少した<sup>5)</sup>。

## V まとめ

本稿では、オーストラリアの医療制度と高齢者ケア制度の概観を述べ、特に高齢者に必要なサービスを評価、助言、手配するACATの役割について報告し、ACATを中心として高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で暮らせるよう支援するさまざまなプログラムについて述べた。また医療の現場で従来の医療モデルにとらわれず、病院の平均在院日数の短縮化を図り、急性期・回復期・慢性期へと切れ目のない医療の構築に向け、臨床の現場で実践されているさまざまな新しい試みについて述べた。今後より一層、ACAT、家庭医、関連組織間の連携が進んでいくであろう。

### 注

1) もう一つのレベル2の介入策として、救急センター

に並列するステップダウンケアは、それぞれの公費病院でいろいろな名称を使っているが、シドニー北部のホーンズビー・クーリング公費病院では、緊急内科病棟 (Emergency Medical Unit=EMU 通称エミュー病棟) を立ち上げている。この病棟は、48 時間まで入院可能という時間制限を設定し、48 時間内に、多医療従事者のチームが評価し、継続した入院の有無の決定または、退院計画を進める形となっている。

- 2) こうした Acute/Post Acute Care は NSW 州の各地で展開され、名称はさまざまであるが (例えばほかの地域では同様のプログラムを Ambulatory Care : ACC という名称を使っている)、現在 NSW 州保健省はこれらのプログラムを Community Acute/Post Acute Care (CAPAC) と総称し、ひとつの効率的なケアモデルとして打ち出している。このプログラムの導入により、公費病院はより効率的にベッドの利用が可能、アクセスブロックの減少、病院での入院日数の減少、入院による Adverse event の減少、患者と家族の満足度を上げ、適切な Multidisciplinary care の提供と一連のケアにおいて継続され統合されたサービスの提供が可能であると一連の効果を述べている。
- 3) この試験プログラムは成功を収め、2007 年より正式プログラムとして移行期ケアプログラム (Transition Care Program : TCP) として全国展開されるに至っている。これにより急性期病院から高齢者ケア施設への入居を防ぎ、自宅へ戻れるクライアントが大幅に増え、高齢者による不適切な入院延長を減少させることが期待されている。プログラムを利用する為には、高齢者ケア評価チームの査定が必要で、最大 12 週間までという期間の制限がしかれている。
- 4) ホーンズビー・クーリング病院では、ナーシングホームとホステルの入居者の多数の入院が見られた。2003/04 年度の 1 年間に、ナーシングホームとホステルの入居者の入院は 1800 件を越えていた。これらの患者の平均入院日数は、7.96 日であり、1 日を基本とすると、平均 39 床がナーシングホームとホステルの入居者によって利用されていた。またこのグループは全体の入院の 10% を占め、全利用ベッド数の 18% を占めていた。2004 年地元の家庭医に対する調査が行なわれ、彼等は、ナーシングホーム入居者である彼らの患者は、病院に入院するよりも彼らのニーズを良く理解しているスタッフがいる入居施設で医療サービ

スを受けた方が効果的であるという考え方が示唆された。

高齢者ケア入居施設職員への調査でも、可能であればクライアントが暮らす入居施設で医療サービスが提供された方が良いという調査結果がみられた。

- 5) ACE・CAPAC・GRACE などの革新的なプログラムについては Australia Resource Centre for Health care Innovations のホームページ (<http://www.archi.net.au>) に詳細が掲載されているので参考にして頂きたい。

#### 参考・引用文献

- Access Economics (2003) 'The Dementia Epidemic: Economic Impact and Positive Solutions for Australia', The web of Alzheimer's Australia. available on <http://www.alzheimers.org.au>
- Australia Institute of Health and Welfare (2006) *Australia's health 2006*, Cat. no. AUS73. Canberra : AIHW.
- Australia Institute of Health and Welfare (2007) *Australia's welfare 2007*, Cat. no. AUS93. Canberra : AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare (2007), *Older Australia at a glance : 4th edition*, Cat. no. AGE52. Canberra : AIHW.
- Australia Institute of Health and Welfare (2007), *Older Australian in hospital*, Canberra, AIHW Bulletin 53.
- Aged Care Assessment Program Operational Guideline 2002
- Bruen, W. (2005), 'Aged care in Australia : past, present and future', *Australian Journal on Ageing*, Vol.24(3), pp.130-133.
- Draper, M. (2002), 'In Sickness and Health', in *Australian Families : Human Services Respond*, eds Weeks, W. & Quinn, M., 3<sup>rd</sup>, Pearson Education Australia, Sydney, pp.331-342.
- Howe, A. (2000), '高齢者ケア', In 仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 オーストラリア・ニュージーランド』旬報社, pp.108-130.
- Howe, A. (2002), 'Informing policy and service development at the interfaces between acute and aged care', *Australian Health Review*, Vol.25(6), pp.54-63.
- Kroemer, D., Bloor, G., & Fiebig, J. (2004), 'Acute Transition Alliance:rehabilitation at the acute/

- aged care interface', *Australian Health Review*, Vol.28(3), pp.266-274.
- Palmer, RM., Counsell, S., Landefeld, CS. (1998), 'Clinical intervention trials : the ACE unit', *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol.14(4), pp.831-849.
- 瀬間あずさ (2004) 『在宅ケアのコーディネーターは看護職』日本看護協会出版会, コミュニティーケア, Vol.6(1), pp.40-45.
- 仲村優一・阿部志朗・一番ヶ瀬康子編 (2001) 『世界の社会福祉年鑑 2001』旬報社.
- 藤崎清道・高木安雄 (1999) 'オーストラリアの社会保障～医療制度と医療保障', In 小松隆二・塩野谷祐一編 『先進諸国の社会保障 2 ニュージーランド・オーストラリア』東京大学出版会, pp.243-261.
- (せま・あずさ 日豪ヘルスリソース代表)