

オーストラリアのケアラー（介護者）支援

木下 康仁

■ 要約

オーストラリアは1997年の高齢者ケア構造改革においてケアラー支援を施設ケア、在宅ケアと並ぶ重点課題とし、ケアラー支援に本格的に着手した。その後、その成果を踏まえ2010年のケアラー貢献認識法の制定、翌年からの全国ケアラー戦略へと政策基盤を明確にしつつ、対象となるケアラーの拡大や支援内容の拡充を進めている。ケアラー支援は連邦政府が担う高齢者領域に加え、州政府が行ってきた障害者領域など既存の支援プログラムを包括する政策枠組みに発展し、慢性疾患患者の場合や親の問題のために家庭でケアラー役割を担っている子どもたちまでを含む、柔軟なケアラー定義を特徴とする。主力であるレスパイト・サービスを提供するケアラー・レスパイト・センターと、情報提供、相談、カウンセリングなどの支援を提供するケアリンク・センターがサービス担当エリアごとに設置され、全国をカバーする体制となっている。支援の実態と課題はメルボルンにおける事例分析により明らかにした。

■ キーワード

全国ケアラー戦略、レスパイト・サービス、金銭給付、ヤング・ケアラー、入札

I はじめに

公的なサービスに対して家族などによるケアをインフォーマルケアと呼ぶが、ケアラー（carer：介護者）とはインフォーマルケアを担う人々のことであり、ケアラー支援とはそうした人々へのさまざまな公的サポートのことを指す。そして、ケアラーへの支援は、公的支援の対象である要ケア者をターゲットとする制度本体において副次的な位置づけとなるのであるが、それをどこまで拡充強化していくかが重要な課題になってきている。本体の制度は福祉国家としての共通性をもちながらも、その国特有の課題への取り組みによって改革の軌跡が特徴づけられ、ケアラー支援の展開もその影響を受けることになる。オーストラリアも例外ではない。

オーストラリアのケアラー支援の政策と実践は近年拡充されており、連邦政府から地方自治体、地域社会までをカバーする全国ネットワークによる体系性と、ケアラーに関する柔軟で包括的な規定、民間団体が大きな役割を果たす福祉多元主義的展開などにおいて、世界的にみて一つのモデルを提示していると評価できる。

II ケアラー支援の政策化の流れ

オーストラリアの社会保障制度の基本的性格は、社会保険方式主体の日本とは異なり、イギリスやスウェーデンのように租税方式による普遍主義的タイプである。しかし、福祉制度改革により1990年代中ごろ以降、高齢者ケア領域では所得審査や資産審査が積極的に導入されて選別主義的性格がみられるようになっている。

オーストラリアは、北部準州を含め7つの州で構成される連邦国家である。連邦政府よりも州が先に成立していたという歴史的経緯があり、社会福祉領域における州の役割は相対的に大きいのが特徴である。これは本稿のテーマに関しても言えることで、高齢者関係は連邦政府、障害者関係は州政府という伝統的分担がみられる。しかし、ケアラー支援の拡充は要ケア者が高齢者であるとか障害者であるとかを越えて展開してきており、連邦政府と州政府の分担を含め現状の複雑な制度を横断する、独自の位置づけになりつつある。

ケアラー支援の施策化は高齢者ケアをめぐるオーストラリア特有の課題への対処として形作られてきた。1960年代から1970年代にかけて民間営利事業者の参入を奨励する形でナーシングホームを拡充したことが基点となって、以後、施設部門の支出抑制が政策課題となり1980年代初めの労働党政権時代から種々の改革を余儀なくされ、1990年代の保守連立政権下での新自由主義的改革を経ていくという展開になっている。これが言わば中心的文脈であり、ケアラー支援もそれとの関係で理解しなくてはならない¹⁾。例えば、オーストラリアの特徴として広く知られている専門家チームによるアセスメント方式²⁾ (Aged Care Assessment Team, ACAT) ^{エイキャット}は施設入所の適正化を目的に、そして、連邦政府が6割財政負担を行い州が実施主体の地域在宅ケア制度HACC (Home and Community Care) の創設は1985年改革において導入されたものである³⁾。また、1990年代に入って導入された複合的ニーズの要ケア高齢者を対象とするパッケージ・プログラムは地域在宅ケアを目的とするユニークなものであるが、政策的な狙いは施設入所代替策としてである⁴⁾。

節目となる大きな改革は、1985年の高齢者ケア改革戦略 (Aged Care Reform Strategy) に始まり、1997年の高齢者ケア構造改革 (Aged Care Structural Reform) へと続く。ケアラー支援が明

確な形で位置づけられたのは1997年改革で、その後2010年に制定された「ケアラー貢献認識法 (Carer Recognition Act)」に基づき2011年に全国ケアラー戦略 (National Carer Strategy, NCS) が政策枠組みとして提示されさらに強化されるという展開で現在に至っている⁵⁾。

ケアラー支援が主要政策となるのは、1997年の高齢者ケア法 (Aged Care Act 1997) に基づく高齢者ケア構造改革においてであった。連邦政府によるこの改革は、施設ケア、在宅ケア、そしてケアラー支援の3本の柱で構成され、ケアラー支援が施設、在宅と並列される画期的な位置づけとなる。構造改革の中心は、従来のナーシングホームとホステルを高ケア、低ケアと位置づけ施設体系を一元化し分断されていたサービスのシームレス化を目指したことと、老朽化した施設の水準向上を目的に施設認証制度を導入し補助金制度を連動させた点にあった。施設利用者の負担の増加も導入された。これに加え、地域在宅ケアの推進とケアラー支援が改革の柱とされたのである。前者では、1992年から開始された施設入所代替策であるパッケージ・プログラムの拡充、後者では、ケアラー支援の中心的サービスであるレスパイト (respite: 介護者一時休息) プログラムを重点的に提供するためのマネジメント機関を地域エリアごとに配備し全国をカバーする体制をとった。

施設ケア、在宅ケアと並びケアラー支援が同列で位置づけられた背景には、当時において障害者や高齢者が受けているケア全体の約74%を家族、友人、近隣住民などのインフォーマルなケアラーが担っているという現実があり、在宅ケアを継続的に支えるためにはケアラーの支援が重要性を増しているという認識があった (木下、2007)。

ケアラー支援を目的に、レスパイト・サービスのマネジメントを主に行うケアラー・レスパイト・センター (Carer Respite Centre) と、一般住民への意識啓発や情報提供、ケアラーへのカウン

セリングなどを行うケアラー資源センター（Carer Resource Centre）が設置された。レスパイト・センターはサービスエリアごとに設置され、ケアラー資源センターは各州に一つ拠点がおかれ首都キャンベラに全国代表組織、Carers Australiaがおかれた。

オーストラリアの特徴は人口特性に基づき全国をサービスエリアに区分してネットワーク化している点で、ビクトリア州を例に挙げると州全体を9つのエリアに分け、人口の多いメトロポリタン・メルボルンは東西南北に区分されている（図4を参照）。ケアラー・レスパイト・センターは9つのそれぞれのエリアに一か所設置されている。図中の丸数字は当該エリアにおかれているアセスメントチーム（ACAT）数である。

なお、連邦政府は1999年から住民に対してケアサービス全般について効果的に情報提供を行なうべくケアリンク・センター（Carelink Centre）を全国的に設置し始めた。ケアに関して住民は共通の無料電話を利用して全国どこからでも問合せができる体制が整備された。その後、ケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターは併設形態の形をとり、2010年時点で全国に54か所設置されている。

II 2011年全国ケアラー戦略（National Carer Strategy 2011、NCS）の意義

ケアラー支援は連邦政府主導により高齢者ケア領域で整備、拡充されてきたのであるが、一方で障害者ケア領域でのケアラー支援は州政府のサービスの枠内で対応されてきた。こうした状況を受けケアラー支援の総合的政策化を目的とする全国ケアラー貢献認識枠組み（National Care Recognition Framework）が2009年に提示される。そこから、2010年のケアラー貢献認識法（Carer Recognition Act）が制定され、さらに、2011年に

は全国ケアラー戦略（NCS, 2011）が打ち出された。この戦略は、既に進行中の障害者やその家族を対象とする政策枠組み（National Disability Strategy）を補完するものとされている。すなわち、ケアラーをケア対象者別ではなく横断的視点にたち、ケアラーをケアラーとして独立して位置づける方向に一般化を狙っていると言える。したがって、ケアラーの概念も大きく拡張され、地域在宅において日常生活の維持に困難を抱える住民をインフォーマルな立場で支援、ケアしている人たちがケアラーという一つの概念で包括されることとなった。

したがって、ケアラーとは、高齢者、障害者の場合だけでなく、精神疾患のある人、慢性疾患患者、薬物依存症の人、病院から退院する患者、終末期患者など、抱える問題はさまざまであるが独力では日常生活の維持が困難な人々をインフォーマルな立場でケアしている人々とされる。近年社会的に大きな関心を集めているのは、こうした中に親が問題を抱えているために家事を行い、また幼いきょうだいのケアを担っている子どもたちの存在であり、ケアラーとして「発見」され支援の対象とされるようになった。ヤング・ケアラーと呼ばれるこうした子どもたちの存在は、ケアラーとその支援の必要性を強調する上で象徴的テーマになってきている。

なお、ヤング・ケアラーの公式な年齢定義は25歳未満である。後述のようにオーストラリア統計局はケアラー全体の中で主ケアラーの定義要件を15歳以上としている。社会的関心を集めているのは就学中の子どもたちが中心で、問題の発見が課題とされ教師など学校関係者との協働が重視されている。

このように全国ケアラー戦略（NCS）は、ケアラー支援を横断的な一般的政策課題の方向へと大きく転換しようとするものと解釈でき、詳しくは事例をもとに後述するが、連邦政府と州政府の分

担、社会福祉と保健医療の制度的区分、対象者別の省庁部局の縦割り制度の現実的状况下で、横断的にケアラー支援を行うことであり、この構造は実際のサービス・レベルにおいて大きな負荷要因となっている。なぜなら、施設利用・在宅・デイなどの形態の異なるレスパイト・サービスの個別提供マネジメント、住民からの相談への対応と情報提供、カウンセリングなどの実際の支援サービスは、高齢者ケア構造改革で設置されたケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターが担い手となり、機能拡充により対応しているのだが、これらのセンターは連邦政府、州政府の関連部局からいくつもの補助事業を入札により個別に受託し、その後は補助事業ごとのさまざま規定に縛られながら運営をしなくてはならないからである。入札準備は地域のセンター・レベルではなく母体となる法人や団体が行うが、センターはサービス提供を厳密な予算管理のもとで実施しなくてはならない状況にある。

言うまでもなく、1997年からの高齢者ケア構造改革におけるケアラー支援の実績がこうした拡大を可能としたといえる。加えて、早期の退院を進めざるを得ない医療制度の問題、中でも民間健康保険制度が選択肢として導入されているがその多くは退院後の支援サービスが不十分なため退院支援の段階からレスパイト・サービスへの依存傾向が強まっているといった問題もある。

インフォーマルな立場であるケアラーを公的に支援する根拠は、ケアラーの行為自体を尊いものとして評価することと、彼らのおかげで本来であれば公的負担になっているはずの財政面への貢献の評価であり、法律や政策枠組みにある「recognition」には両方の意味が込められている。

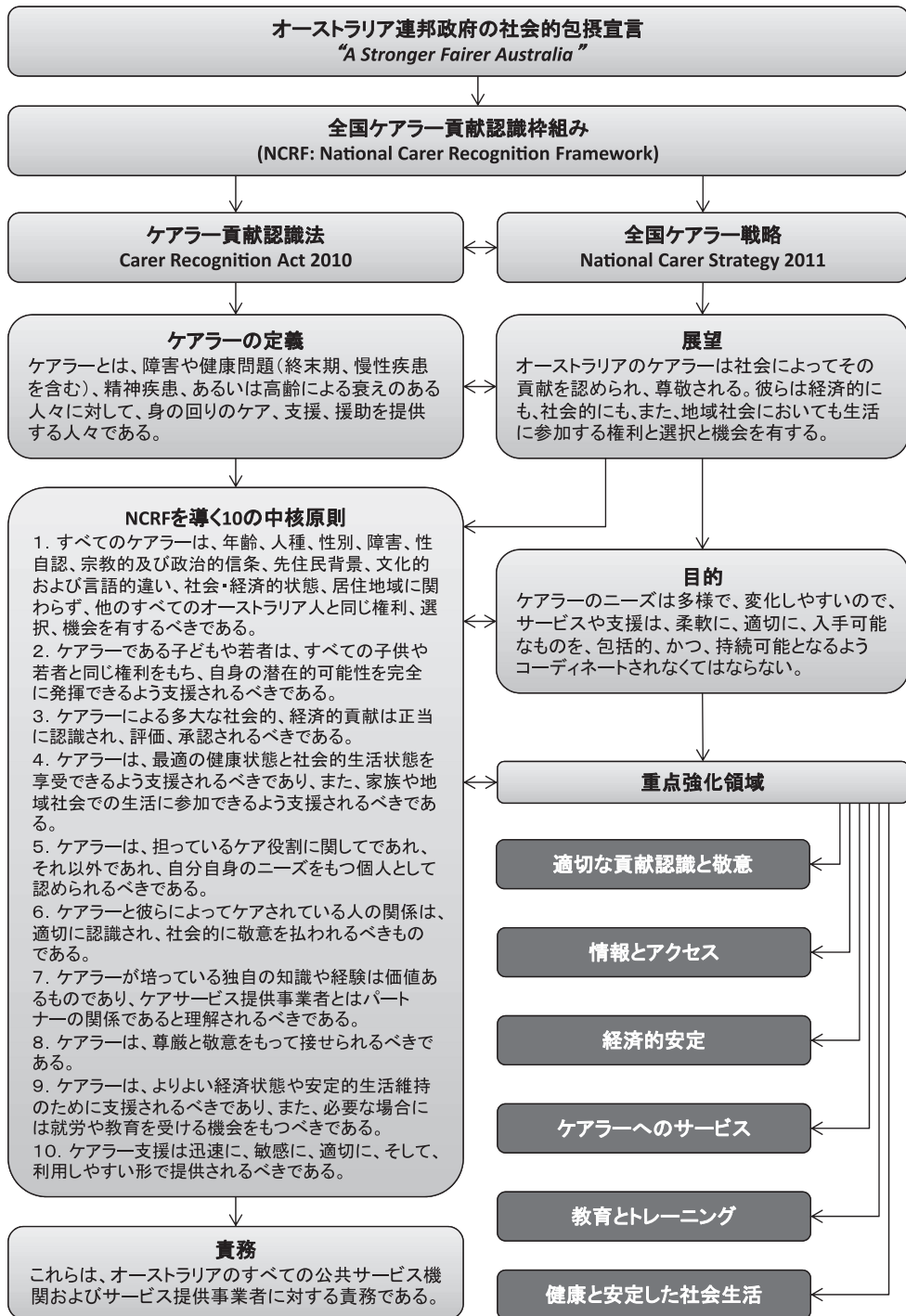
Ⅲ ケアラー貢献認識法と 全国ケアラー戦略の関係

図1は、「より堅固で、公平なオーストラリアへ」と題された連邦政府における社会的包摂宣言で、このもとに全国ケアラー貢献認識枠組みが設定され、それを踏まえて2010年のケアラー貢献認識法（左側）と全国ケアラー戦略（NCS、右側）が位置づけられている。矢印は相互の関係を示している。ケアラー支援の具体策は、ケアラーの貢献認識と敬意の表明、情報とアクセス、経済的安定、ケアラーへのサービス、教育とトレーニング、健康と安定した社会生活の6領域が重点強化領域として挙げられている。

この図でまず注目すべきは、2010年のケアラー貢献認識法の内容である。この法律はケアラーについての基本的な考えを明記したもので、オーストラリアのすべての公共サービス機関およびサービス提供事業者に対してその遵守が責務とされる。しかし、法的義務にはなっていない。考慮義務はあっても法的強制力までではなく、この点はイギリスなどのこの種の法律においても同様である。

この法律におけるケアラーの定義は、「障害や健康問題（終末期や慢性疾患を含む）、精神疾患、あるいは、高齢による衰えのある人々に対して、身の回りのケア、支援support、援助assistanceを提供する人々である」とされている。ケアラーは、職業的ケア者や教育課程での実習生を除くといった細かな外的条件で定義されているが、要点はインフォーマルな立場であることで、提供している実際のケアや支援や援助の程度は問題とされない。また、その範囲も直接の家族員だけでなく友人、親族、近隣居住者、あるいは、障害等のある子どもをケアしている祖父母や里親も含まれる。

ケアラーの定義はこの法律とは別に、連邦政府



出典： Australian Government National Carer Strategy, Commonwealth of Australia, p.13, 2011

図1 全国ケアラー支援枠組み

や州政府が先行実施している支援サービスにおいても受給条件などとの関連で規定されているが、この法律によってそれらが無効とされるのではない。しかし、他のいかなる法律や規則もこの法律の範囲を制限したり狭めたりすることはできない。要するにどういうことかという、ケアラー貢献認識法の定義がもっとも包括的であり、ケア、支援、援助を受ける対象を要ケア高齢者から子どものケアまで一挙に拡大し、また、その提供者を直接の家族から社会関係にある者まで広げている。

ただ、ケアラーを柔軟かつ包括的に定義することはこの法律以前からの特徴である（木下、2007）。例えば、公的統計を所管するオーストラリア統計局（ABS）は1998年全国調査では「主ケアラー（primary carer）」と「中心的ケアラー（principal carer）」の二つの概念を使用しており、両者の大きな違いはケアラーの年齢であった。後者は、前者のなかでケアラーの年齢が15歳以上とされた。しかし、それ以降「主ケアラー」のみが用いられることになるが、現在までケアラーに関する公式な、統一的定義はない。2009年に統計局（ABS）が実施した障害者と高齢者のケアラーに関する調査では、ケアラーは「年齢に関わらず、障害のある人、長期の困難状態にある人、あるいは、60歳以上の高齢者に対して、援助や見守りの形でインフォーマルな支援を提供している人であり、この支援は継続的ないしは少なくとも6か月は継続する場合でなくてはならない」と定義されている。そして、ケアラーの中で15歳以上の人たちをとくに「主ケアラー」と限定している。ケアを受けている人の障害の程度については、統計局は、日常的な基本行為であるコミュニケーション、移動、セルフケアのうち、一つかそれ以上に障害がある場合としている（AIHW, 2011, 207）。障害の程度、6か月という期間は定義要件として一貫している。

ケアラー貢献認識法に基づく基本原則として10項目挙げられている。ケアラーが果たしている貢献を正当に認識し、その行為に敬意を表すことを明示したうえで、ケアラーをケア役割から位置づけるのではなく、他のすべての人々と同様の権利が保証され、その人固有の社会生活と人生を歩む存在とされている。ケアラーの行為は当事者間の日常生活の延長において必要に迫られる形で行われる傾向があるため、文化的、社会的に当然視され、関心は過重負担とその軽減に注がれてきた。しかし、この10原則は過重かどうかの相対的な問題としてではなく、つまり、ケアラーの行為自体を問う以前に、ケアラーという存在への認識を多面的に提示しているのである。基本原則のレベルではあるが、この意味は、同じ支援サービスであってもその根拠と目的がケアラーの負担軽減ではなく、何のための負担軽減かを目的としているということである。

図1の右側の全国ケアラー戦略はケアラー貢献認識法を具体的に実行するためのもので、展望と目的から関連付けられた重点6領域が掲げられている。それぞれについて施策化の方向が2項目挙げられ、各項目について連邦政府が現在実施中のものと今後実施予定のものが具体的に示され、予算額も含まれているものもある。以下がその要点である。

第一重点領域の貢献認識と敬意の表明に関しては、ケアラーの果たしている役割の重要性と個人としての権利について社会的理解と認識を深めることと、ケアラーが公的ケアサービスにおいてパートナーとしてかかわることを保証することの2点が施策化の方向として明示されている。予算として社会的理解と認識の強化に関しては2010年度より二年間にわたり160万豪ドルの支出が計画されている。

第二重点領域である情報とアクセスでは、施策化の方向としてケアラーが最新にして必要な情報

にアクセスできるよう、地域におけるケアラー支援の中核組織であるケアリンク・センターとケアラー・レスパイト・センターの情報提供機能を強化すること、また、ヤング・ケアラーに対してはヤング・ケアラー・レスパイトと情報サービスのプログラムの活用が具体的に示されている。

第三に、経済的安定では、賃労働への参加を検討しやすいよう支援することで向こう4年間にケアラー補助（Carer Supplement）として290万豪ドルの支出予定であること、および、所得補償制度であるケアラー報酬（Carer Payment）、ケアラー手当（Carer Allowance）、ケアラー補助、障害児援助報酬、ケアラー調整報酬に毎年度、50億豪ドルの支給予定であることや、各制度の増額が提示されている。

四番目の重点領域であるケアラーへのサービスに関しては、ケアラーの個別事情に対応したサービス提供の施策化を進め、例えば高齢者のケアラーに対してはレスパイト用に向こう4年間で9億8900万豪ドルの支出、障害者のケアラーにはレスパイト用小規模施設の整備を含めレスパイト全体として6000万豪ドル、精神保健関係のレスパイトに向こう2年間で1億9700万豪ドル、自閉症児と家族に2億2000万豪ドル、等々。また、今後の政策立案、プログラム策定、サービス提供の基礎となるデータ整備も施策化の方向とされている。

第五重点領域である教育とトレーニングでは、ケアラーが関連技術と知識を修得できるようその機会の提供と、就学中のケアラーが教育を継続して受けられたためにさまざまなトレーニングの機会に参加できるようにすることである。ヤング・ケアラーが中等教育や職業訓練を中退せず完了できるよう、また、すでに中退している場合は復学に向けて、学校や教師、教育委員会などの理解と協働の必要性が指摘されている。

最後のケアラーの健康と安定した社会生活に関しては、ケアラーが身体的健康、情緒的安定を保

ち、自身の社会生活を維持するためにストレス管理や対処方法を身につけられるよう支援することが施策化の方向とされる。

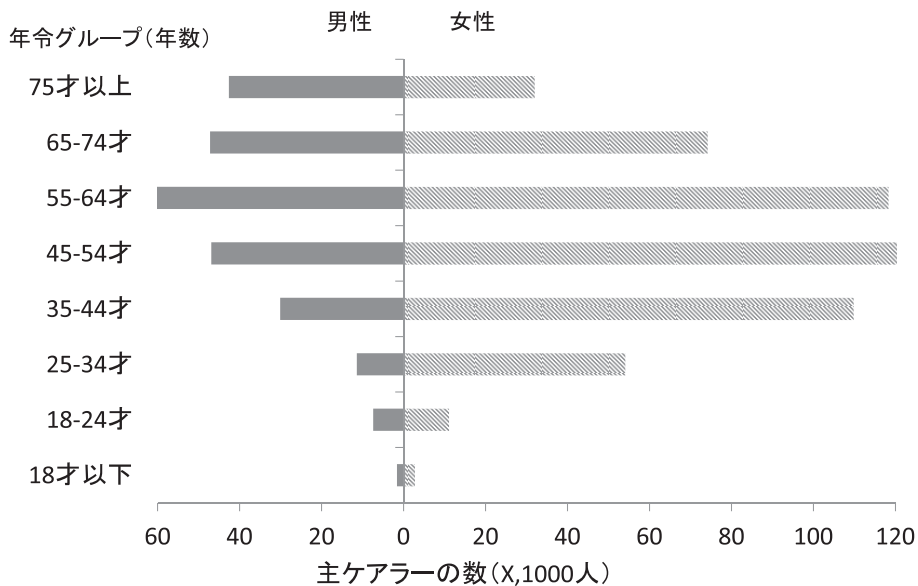
IV ケアラーの現状⁶⁾

オーストラリア政府によると、2009年時点で400万人（総人口の18.5%）は何らかの障害をもち、このうち130万人（同5.8%）は日常的な基本行為に著しい制約をおっている（AIHW,2011,130）。また、65歳以上の人口は300万人（総人口の13%）を超え、このうち、20%、60万人強が障害により日常的な基本行為に著しい制約を受けている（AIHW,2011,172）。

一方、総人口の12%にあたる260万人が障害のある人あるいは高齢の人のケアラーである。このうち約29.7%にあたる771,000人が主ケアラーである。図2は主ケアラーを性別、年齢区分別に表したもののだが、全体の三分の二が女性、年齢では65歳以上が25%を占め、15歳から24歳の年齢層も3%となっている。

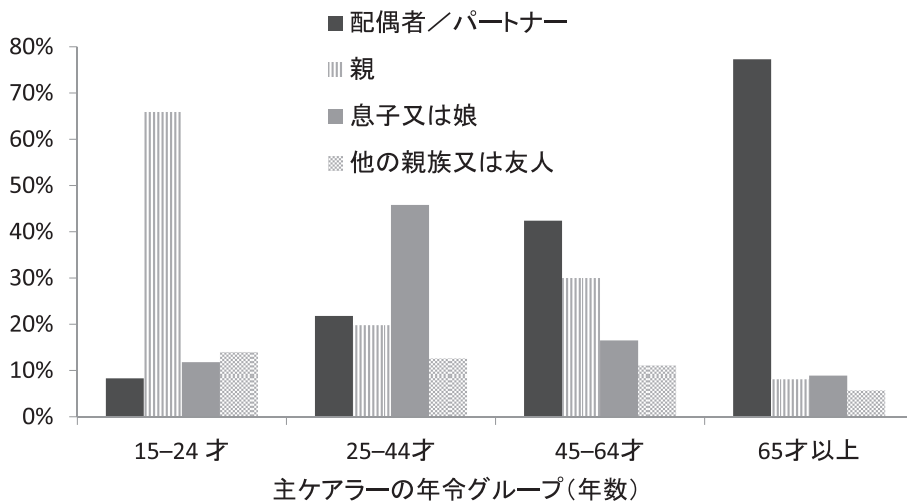
また、ケアを受けている人との関係を、配偶者/パートナー、親、息子あるいは娘、その他の親族あるいは友人の4点から主ケアラーの年齢集団別にグラフにしたものが図3である。

特徴を見ると、15歳から24歳の集団では息子・娘が親をケアしているパターンが61%である。25歳から44歳では親が子供をケアしているパターンが多い（45%）。45歳から64歳になると配偶者/パートナーが42%と最も多く、次いで親のケア、次に息子・娘のケアの順になっており、この年齢層が人数的にも最も多く、ライフステージ的に配偶者、親、子どものすべてが対象となっている点が特徴的である。一方、65歳以上のグループでは、圧倒的多数の77%が配偶者/パートナーをケアしている。なお、65歳以上の主ケアラー（195,900人）のうち約7%が成人子をケアしているが、これは



出典：AIHW.2011,211

図2 年齢・性別による主ケアラーの推定数、2009



出典：AIHW.2011,212 (ただし、原典では「息子または娘」と「親」は逆になっていると判断されるため、訂正して表記した。)

図3 主ケアラーの年齢からみた、要ケア者に対する主ケアラーの関係性、2009 (%)

障害のある子どもを長期間ケアしているためでケアラーである親の高齢化が進んでいる。

ヤング・ケアラーに関しては、2009年時点で25歳未満のケアラーは304,800人であったが、このうちの8%が主ケアラーであった。ヤング・ケアラーはひとり親家庭の場合が多く、ケアの期間も長期にわたる傾向が指摘されている。同時に、ヤング・ケアラーは依然として隠れた存在で、統計上の数は実態を反映していないとされている。

ケアの負担を時間数で見ると、主ケアラーの53%が週に少なくとも20時間以上で、40時間以上が35%もいる。また、主ケアラーの三分の一は少なくとも10年間ケアを担っている。

V ケアラーへの金銭補助制度

ケアラーに直接金銭を支給する制度は従来ケアラー報酬（Carer Payment：以前はケアラー年金、Carer Pensionと呼ばれていた）と、ケアラー手当（Carer Allowance）の二種類であったが、現在はこれに障害のある子どもをケアしている場合の障害児支援報酬（Child Disability Assistance Payment）と、ケアラー補助（Carer Supplement）が加算支給として導入されているから、全部で4種類となっている。ただ、主力はケアラー報酬とケアラー手当である。

ケアラー報酬は、ケアを担っているために安定的な就労が困難であったり、著しく制約を受ける状態にあるケアラーのなかで16歳以上の人に支給されるもので、資産調査の対象である。受給者は自動的に年金受給者割引カードももらえ、一部の保健医療サービスや医薬品などを含め広範囲の割引特典を受けることができる。ケアラー報酬として、2009年度実績で連邦政府は23億豪ドルを支出している。

ケアラー報酬は成人の場合と子どもの場合に分けられており、前者では、ケアされている人が成

人障害アセスメント・ツールを用いたアセスメントを受け、日常生活動作に著しい障害のあることを認定されなくてはならない。ケアラー報酬の受給者は2010年時点において約17万人で、その92%は成人をケアしている人たちである。さらにその中の半数は配偶者／パートナーをケアしている。

支給額は高齢者年金に連動しており（木下、2007）、2013年度では単身者で二週間⁷⁾当たり733.70豪ドル、夫婦の場合、入院や施設入所などのため別居ひとり生活であれば553.10豪ドル／二週間、二人一緒の生活で1106.20豪ドル／同である。

次にケアラー手当であるが、16歳以下の子どもをケアしている場合、115.40豪ドル／二週間、16歳以上の場合115.40豪ドル／同であり、この手当には資産調査は必要なく、非課税である。

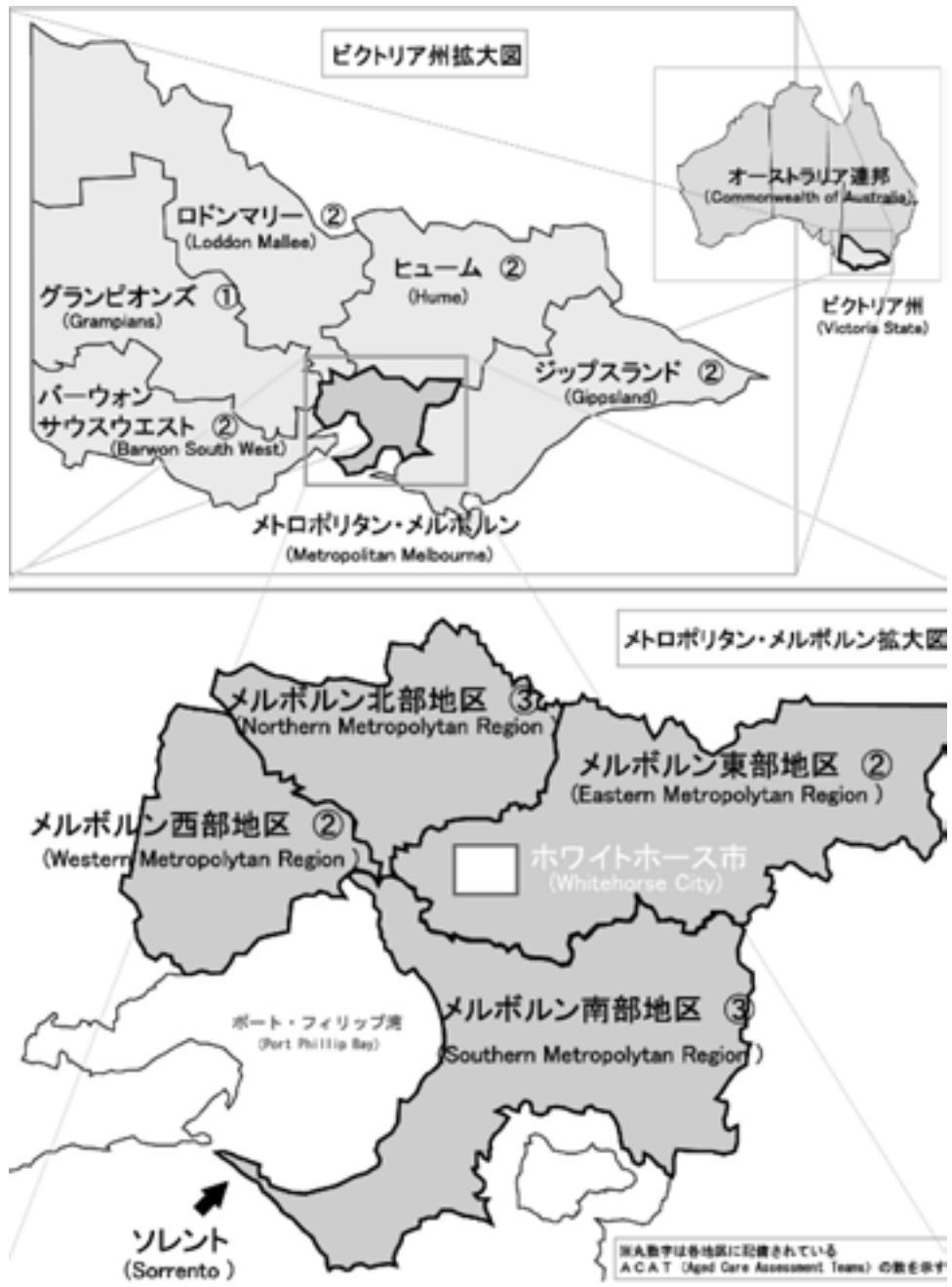
障害児支援報酬は16歳以下の子供のケアをしているケアラー手当受給者に対して、年額1000豪ドルを一括支給するもので、セラピー代や必要な物品の購入を支援するものである。

ケアラー補助は2009年度から導入され、ケアラー手当、ケアラー報酬等の受給者をさらに支援するために年額600豪ドルを一括支給するものである。補助の補助という性格のものである。

VI 地域のケアラー支援の現状と課題

ーメトロポリタン・メルボルンー

次に、実際のケアラー支援のサービスについて、メルボルンを例に説明する。図4のように、ビクトリア州は9つのサービスエリアに区分され、そのうちの4エリアはメトロポリタン・メルボルンである。東西南北に分かれているが、それぞれにケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターがセットで配置されている。本稿ではこのうち南地区を中心に取り上げ、東地区、西地区



出典：木下康仁 2007『改革進むオーストラリアの高齢者ケア』東信堂

図4 メルボルンのサービスエリア区分

の情報を加える⁸⁾。これらのセンターは同じ事業を受託していても規模が異なったり、異なる事業を受託していることも一般的で、さらには、例えば施設レスパイト用のベッド数確保で独自の方式を用いている場合のように多様である。

南地区のセンター（正式名称Commonwealth Respite and Carelink Centre, Southern Region）は、ケアラー支援活動だけでなく同じ敷地内に高ケア施設（ナーシングホーム）と低ケア施設（ホステル）、それに認知症専用施設があり、病院経営を主体とする同一法人の一部となっている。1988年にケアラー支援のパイロット・プロジェクトとしてビクトリア州の補助で高齢者ケアの枠組みで開始されたが、その先駆的センターのひとつとして活動が始まる。12年前4名のスタッフでスタートしたが、現在ではレスパイトとケアリンクの両センターで94名の体制である。当初はケアラー・レスパイト・センターのみで始まったが、2005年からケアリンク・センター事業も受託し統合的サービス体制となる。なお、南地区は担当エリアが広いだけでなく、低所得者が多い地域、障害者が多い地域、障害のあるひとり親家庭も多いなど複雑な地域特性を抱えていることもあり、エリア内に4つの支所をおいている。

ケアリンク・センターの活動は、住民からの相談対応と情報提供である。全国統一の無料電話番号が利用され、住民はどこからでもこの番号にかけることができる。ただし、レスパイトやそれ以外のサービスが受けられるのは居住しているサービスエリア内に限定される。他州、他のエリアからの電話の場合、全国54ヶ所のうち該当するエリアのセンターに転送される。あらゆる質問、問い合わせに一つの電話番号で対応するシステムになっているので、住民には便利である。南地区全体で月平均約1,200通の電話がある。受付時間は通常は9時から17時だが、緊急にレスパイトが必要な場合は24時間受け付けている。電話対応にはソ

ーシャルワーカー、カウンセラー、心理学専攻スタッフの3名が当たっており、このうちの二人は修士課程を修了している。電話での内容は多岐にわたり深刻な場合もあるので、最初の受付段階で的確な状況把握と担当部門への連絡が重要となるだけでなく、ストレス状態にある人へのカウンセリング対応も行われている。レスパイト・サービスの必要性は、短期（通常3か月から6か月）か、あるいは緊急かどうかで判断される。3か月に一度はすべての電話相談をチェックしている。ケアリンク・センター部門で年間50万豪ドルの補助事業である。

電話だけでなく、ウェブサイトを一般ケアラーと障害者のケアラーに分けて二つ開いており、最近ではウェブでの問い合わせも増えている。

障害者のケアラーでは継続してレスパイトを受けられる場合があるが、高齢者ではケアラーは年間63日分が上限とされ、利用時の自己負担はある。

レスパイトの相談は家族からがほぼ半分、残りは地域開業医であるGP、アセスメントを担当するACAT、サービス提供をしている事業者、高齢者や障害者のケアマネジメントの担当者、そして増加傾向にあるのが退院予定者についての病院からの連絡である。つまり、当事者以外は、ケアラーの状態についての情報を得る立場にある専門職や、ケアラーの有無を確認したい医療機関などからの連絡である。ヤング・ケアラーの場合には学校からの連絡だけでなく在宅サービスの事業者が入っていれば問題に気付いた事業者からの連絡がくる。

ケアラー・レスパイト・センターは、担当別に高齢者チーム、認知症チーム、障害者チームに分かれている。レスパイトの判断にあたっては個別訪問と面接によるアセスメントを行っている。補助金は、認知症を含め高齢者関係は保健・高齢省、家族などはFa^{ファクシア}CHSIA省(家族・コミュニティ・住宅・先住民関係：Family, Housing, Community Service

and Ingenious Affairs)、精神保健関係、障害者関係の部局などから出ており、それぞれに入札により個別に獲得していくことになる。各補助事業は事務経費とサービス経費からなるが、基本は一人当たり定額に人数枠をかけたものが事業規模になり、大小いろいろである。東地区のセンターでは12本の受託事業で運営している。センターの事業規模は受託事業の合計となるから、応募可能な募集があれば年度の途中であっても入札に参加することになる。契約期間は3年間でその都度公開入札となるが、継続となる場合がほとんどで事業者が変更となるのは例外的である。メルボルンでは東エリアで入札の結果、現在のキリスト教法人であるUniting Churchが落札している。これは、ケアリンクにせよケアラー・レスパイトにせよ担当エリアの住民・利用者情報、関連事業者情報などについて広範囲に相当詳しい情報や知識が必要となるからで、3年間の実績があればかなりの蓄積となる。したがって、よほどのことがない限り継続性が期待されるからである。

レスパイト・センターが行うのはケアラーのニーズに応じてサービスを購入するマネジメントだけで実際のサービスを独自に提供するわけではない。したがって、施設利用のためのベッド確保から在宅レスパイト (in-house respite)、日中だけのデイ・レスパイト、あるいは日中の一定時間だけの対応など、多様な事業者を確保していなくてはならない。南区のこのセンターはエリア全体でケア施設に常時30床を認知症対応、夫婦同時利用可能など発生する事情に対応できるよう数だけでなくタイプ別に準備している。一方、西地区のセンターはその都度施設と交渉するスタイルでベッドの常時確保はしていない。それぞれの利用者実績とコストの兼ね合いで対応は分かれる。

施設レスパイトに比べ在宅になると個別事情への対応となるからさまざまな事業者を確保しておかなければならない。南エリア全体を担当するこ

のセンターでは、500以上のサービス事業者と契約している。この背景には、一部の障害者の場合を除きレスパイト・サービスが継続保障されるのではなくこのタイプはon-going caseと呼ばれる、ほとんどは3か月から6か月、あるいは、それよりも短期間であることと、計画的利用だけでなく緊急時対応－こちらはepisodic caseと呼ばれる－が増加しているという事情がある。もっともケアを受けている人の状態は変化するからレスパイト・サービスの必要性も一定ではなく、期間の設定に当たってはサービス開始時点での問題が改善されるまでの時間的長さが考慮される。認知症であれば6か月で大きな変化があるかもしれないし、障害児では就学開始の時期あるいは学校が休みの時期などにケアラーの必要性が集中しやすいし、また、高齢者ではデイサービスが休止される12月にレスパイトの希望が集中する。施設入所待機中に状態が悪化しその結果ケアラーが消耗することもあり、短期レスパイトを繰り返すなどの緊急的対応となる場合もある。一方、レスパイトではないが死別悲嘆のカウンセリングなどのように必要な時期がはっきりしているものもある。

次の例は、ケアラー支援の必要性が突発的に生じた場合である。ケアリンク・センターにエリア内の病院の医療相談室から電話が入り、救急車で搬送された高齢男性によると自分は自宅で認知症の妻の介護をしていたので妻が家に一人残された状態なのでセンターから様子をみに行ってもらいたいという連絡があった。男性は3日ほど入院予定なので、この間在宅レスパイトか施設レスパイトが必要となる。しかもたまたま金曜の午後だったため派遣できる人の確保がむずかしいというタイミングであっても、センターは対応しなくてはならない。自分のセンターで対応できなければ近接の他のセンターで対応してもらう。

ところで、ケアラーへの個別支援内容は、ニーズだけから決められるのではなく重要なもう一つ

の条件との関係で判断されることになる。予算の執行状況との兼ね合いである。複数の補助事業を受けている中で、ケアマネジメントを担当するスタッフはそれぞれに裁量できる予算額をもっている。例えば、南地区のこのセンターで高齢者のケアラー・サポートであれば年間裁量額は25,000から30,000豪ドルくらいである。しかし、予算超過はセンターの持ち出しになるから絶対避けなくてはならず、担当者レベルでは毎月執行状況を報告、確認している。さらに受託事業別およびセンター全体としての予算管理が定期的に行われ、母体の法人や団体には財務担当責任者がおかれ全体を統括している。

ただ、実際には柔軟な対応も認められており、連邦政府補助額と州政府補助額の総額内での転用的やりくりはある程度認められている。また、レスパイト・センター間での相互協力が必要となるため協議会を設置し担当スタッフのネットワークが形成されている。

Ⅶ ケアラー資源センター (Carers Resource Centre)

この組織は1997年高齢者ケア構造改革で各州に一か所設置され、一般住民へのケアラーについての意識啓発活動やケアラーのセルフヘルプ活動の支援、個別カウンセリング、図書資料の整備を行うコミュニティ組織である。これらに加え、近年ではケアラーの位置づけが横断的になってきたことも受け、ケアラー全体の利益を代表する団体として連邦政府、州政府へのロビー活動が強化されている。選挙の時、予算編成の時期には具体的提言を文書で発表している。ビクトリア州では「ビクトリア州ケアラー協会（Carers Victoria）」という民間団体がその指定を受けている。ケアラー資源センターが導入される以前からケアラー支援の活動をしていた実績をもつ団体である。1994年に

はスタッフが3名であったが、現在ではフルタイム換算で80名の体制になっている。ただ、ビクトリア州ケアラー協会はケアラー資源センターでありながら、メルボルン西地区のケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターの運営も受託しており、この職員数にはセンター関係も含まれている。資源センターがケアラー支援の現業部門も運営するというのは全国的にみても非常にユニークなことで、ここだけと思われる。

当初は高齢者のケアラー支援として始まったが、政策拡大を受けて障害、精神保健、慢性疾患のある人や、緩和ケアやがん患者など、ケアラーの対象範囲も拡大した活動にかわってきている。この点はヒアリングにおいて協調され、責任者レベルでの現在の認識状況をうかがうことができる。

興味深い活動としては、ケアラー向け情報をコンパクトにまとめたもの（ケアラー支援キット）を無料で配布しており、ストレスを癒すカセットテープなども含まれている。これらは16の言語で用意されている。また、サービス提供事業者や行政向け、そして、一般向けの研修や教育活動の一環としてケアラーの経験を広く理解してもらうため“スピーカーズ・バンク（speakers bank：講演者バンク）”を組織し、ケアラー経験終了者だけでなく継続中の人をボランティアとして登録している。100名以上が登録されており、学校や市民団体、宗教団体などから講演の依頼があったときに希望内容に応じて登録者を派遣する。当事者の語りは説得力があり多くの人々の関心を集めるので、テレビ、ラジオ、新聞などマスメディア対応にも力点をおき、話の構成、質問への対応の仕方など事前に資源センターのスタッフが助言し、同行することもある。

Ⅷ まとめ

オーストラリアのケアラー支援の最大の特徴

は、長年にわたるケアラー支援の実績と経験をもとに、現在、ケアラー貢献認識法を基盤に支援サービス提供のためのセンターを地域レベルに配置し、全国規模でネットワーク化しているところにある。高齢者ケア領域から本格着手されたケアラー支援の実績と発展をよりどころに、領域別に行われていた障害者ケアのケアラー支援を組み込み、さらに健康問題を抱える人たちやヤング・ケアラーまでを含む、包括的、一般的な支援のモデルを形成しつつある。ケアラーの概念の柔軟性、包括性はケアラー支援においては必然的と言える。

オーストラリアは地域在宅生活を支える強力な戦力としてケアラーの存在を認め、その支援のアジェンダ化を達成し、本格的実施体制に進んでいる。

文献リスト

AIHW, 2011 Australia's Welfare 2011, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra

Australian Government 2011 National Carer Strategy, Commonwealth of Australia, Canberra

木下康仁 2007 改革進むオーストラリアの高齢者ケア、東信堂

付記：本稿は、科学研究費補助金（基盤研究B、課題番号21330124、2009～2012）「ライフスタイルとしてのケアラー（介護・養育）体験とサポートモデルの提案」（研究代表者・木下康仁）の成果の一部である。

注

- 1) 詳しくは、木下(2007)、とくに第二章を参照のこと。
- 2) やや煩雑になるが、重要な固有名称は英語で理解しておくのが有効であるため本稿では日本語訳名と併記する。
- 3) HACCは高齢者だけでなく若年障害者も対象とするが、現在、連邦政府は州政府が行ってきたHACCの高齢者部門を州から切り離し連邦政府に一元化する政策を進めている。ビクトリア州と西オーストラリア州以外はその方向に進んでいる。(2010年9月8日、ビクトリア州政府でのヒアリングによる)。
- 4) アセスメントの結果、高ケア相当（ナーシングホーム入所相当）と判定された高齢者を対象とする在宅生活サービスパッケージであるEACH（Extended Aged Care at Home）、そのうち認知症者の場合のEACH-D（Dementia）、一方、低ケア相当（ホステル入所相当）と判定された場合のCACP（Community Aged Care Package）などで、ケースマネジメントと定額請負方式（brokerage）で提供され、人気が高く拡充されてきている。それぞれの補助金額は基本的に同レベルの施設入所者と同額である。
- 5) ケアラーの貢献を認める法律は基本的にすべての州で制定されている。なお、連邦政府や他州に先行し西オーストラリア州では2004年に立法化され、1995年のイギリス（UK）に次いで世界で二番目と言われている。
- 6) Chapter 7（Informal carers）、AIHW, 2011を参照。
- 7) 二週間はオーストラリアの一般的な支給期間の単位で、給与、年金、家賃などの適用されている。
- 8) メルボルンにおけるフィールド調査は2009年度と2010年度に実施した。

（きのした・やすひと 立教大学教授）