

# メルボルンにおける在宅ケアと高齢者施設ケア

東 清巳、永田千鶴、木子莉瑛

## Community Care and Residential Care for the Elderly in Melbourne

Kiyomi Higashi, Chizuru Nagata, Rie Kigo

**Abstract** : Both Japan and Australia have been promoting a transition from residential care to home care for the elderly. In Japan, however, the elderly have no choice but to be relocated whereas aging-in-place has been achieved in Australia. What does contribute to this difference?

To learn how nursing care continues from health care institutions to community to promote home care in Australia as well as to assess the current situation of residential care, we toured and attended lectures at a visiting care service provided by an acute-phase hospital in Melbourne, a community care service agency, and a residential care institution for the elderly.

As a result, it was revealed that there was a disparity in the amount of the public assistance allocated to the health care and welfare systems and home care between Japan and Australia, and this fact was indicated to have caused the difference of care in the elderly between two countries.

**Key words** : Community Care, Aging Care, Hospital in the Home, Residential Care

### I. はじめに

高齢期をどこで生活するかについては、日本と同様に高齢化が進行しているオーストラリアにおいても様々な問題を伴っている。しかしオーストラリアの高齢者ケアには、Aging in Place (高齢期になっても、住み慣れた地域・場所で暮らす<sup>1)</sup>) という基本理念があり、日本のように病態やADLが変化するたびにRelocationを繰り返すことはなく、ひとつとて年をとっていくことが、QOLを損なうことなく、平安な老後を送るために重要とされている。オーストラリアでは、基本的に子どもとは同居しないという生活形態のため、老後も夫婦二人暮らし、あるいは配偶者と

死別した後は、独り暮らしという家族形態が通常である。しかし高齢化率の上昇に伴い、老化や疾病、障害のため生活の場として選択されていたナースィングホームが不足し始め、1985年に、高齢者の在宅ケアプログラムである地域・在宅サービス事業 Home and Community Care Program、通称：ハック (以下、HACCという) が策定され、現在に至っている。

我々は、「高齢終末期がん患者と家族の在宅ケア介入モデルの開発に関する研究」の一環として、2007年1月、オーストラリア連邦ヴィクトリア州の高齢者ケアの現状を視察する機会を得た。高負担・高福祉のもとで高齢者ケアが行われている北欧に代表される国々や、民間自由競争と自助原則

に依拠しているアメリカ合衆国のような国々ではなく、「中負担・中福祉」<sup>2)3)</sup> といった両者の長所を取り入れ、日本とケアシステムが類似しているといわれるオーストラリアで、Relocationでなく、Aging in Placeがなぜ可能なのかを明らかにしたいと考えた。

メルボルンのアルフレッド病院における Hospital in the Home (以下、HITHという) についての講義ならびに、Royal District Nursing Service (以下、RDNSという) およびモナッシュ市の高齢者ケア施設である Monash Gareden の2施設の見学をとおして得られた情報に先行研究を加味して報告する。

## II. メルボルンにおける高齢者ケアの実態

### 1. 急性期訪問看護システム

#### 1) オーストラリアにおける保健医療福祉制度

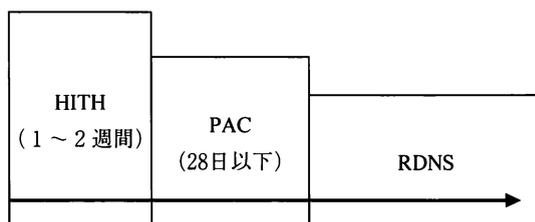
オーストラリアの医療制度<sup>4)5)</sup> は、「メディケア」と呼ばれる連邦政府による所得の1.5%を徴収した財源が、日本の国民皆保険制度の役割をしている。医療機関は日本とは逆に公立病院が多く民間病院が少ない。また公立病院が保健医療福祉を統合した地域の拠点として機能しており<sup>6)</sup>、医療機関の中で、健診や肥満予防といった生活習慣病への対応、感染症対策や環境衛生といった公衆衛生活動も実施されており、予防志向の医療が発達している。すなわち予防からリハビリテーション、あるいは看取りまで一貫して国民の健康に責任を負っているという医療機関の性格から、関わるスタッフには医療の継続、あるいは保健福祉との統合への認識が根づいている。

また病院は一般外来を行わず、入院にも General Practitioner (以下、GPという) の紹介が必要である。すなわち日本のように医療機関へのアクセスが容易でないため、GPの役割は大きく、それは高齢者ケアにおいても同様である。

近年、オーストラリアでも高齢化の進行に伴い高齢者医療・ケア、あるいは福祉にかかる費用が

高騰しており、それを抑えるために在宅ケアへの移行が強力に図られ、在院日数が短縮している<sup>7)</sup>。病院から在宅ケアへの移行に重要な役割を果たしているのが、HITH という急性期訪問看護システムである。高齢者であっても急性期のみ医療機関で治療を受け(早い患者ではわずか1日で退院していくことも多いという)、その後 HITH、Past Acute Care (以下、PACという)、在宅看護、あるいは施設ケアへと移行し、それらは Aged Care Assessment Team<sup>14)</sup> (以下、ACATという) によって支援される。

急性期訪問看護システムとは、急性期から急性期を脱するまでのケア提供システムであるが、下の図のように HITH が1～2週間ケアを行い、急性期を過ぎれば、PAC が発症後約1か月までケアをする。その後、RDNS といった在宅ケアに引き継がれるという流れである。



#### 2) アルフレッド大学病院におけるHITH

ベッド数350床を有しているアルフレッド大学病院は、家庭内病院「Hospital in The Home」を病院理念の一つとして掲げている。つまり、急性期にある患者は入院の形態をとりながら、在宅でケアを受ける。このように高齢者、高度医療技術を要する患者及び慢性疾患患者が病院内のケアから病院外でのケアへ移ることによって、長期入院から最短1日、最長でも数日で退院という形がとれるため、入院日数の短縮ができ、場合によっては外来で手術をし、在宅でケアを受けることもできる。このプログラムは1995年に開始され、現在ヴィクトリア州では42のホームサービスステーションにまで発展した。訪問対象者は在宅療養者だけでなく、ナーシングホームやホステルの入居

者であったり、職場に行き行ってケアすることもある。このシステムは市民病院、私立病院でも実施されていた。

急性期訪問看護のメリットとして、患者は入院の形態をとっているが、入院ベッド使用料650ドル/日を必要とせず、在宅ケアにかかる費用は病院側が負担するため、患者にとっては入院より安価であり、病院にとっては在院日数減や不必要な入院を防ぐことができる。また、地域にしながら急性期ケアへのアクセスが容易であり、継続ケアも可能であるため、患者の満足度が高く、家族も病院に通うという負担がなくなる。さらに、院内感染が予防でき、コスト効率が良いなどがあげられる。但し、在宅ケア適用となる患者の条件として、患者の状態が医学的に安定していること、院内感染症に罹患していないこと、家族あるいは病状をチェックしてくれる友人がいること、さらにすぐ連絡がとれるよう電話があるほうがよいということであった。

問題点としては、家族がおらず安全でないかと判断された場合は利用できない。また、通常家族には医学的知識がないため、もし患者の状態が急激に悪化したらという家族の不安が完全に解消されることはない。そのため、家族にもケアに対しての心構えや、対処の仕方の講習を行い、状態を判断できるようにした後、HITHを適応している<sup>8)</sup>。

病院内にある急性期訪問看護チームには、ナースマネージャー(師長)、クリニカルコーディネーター3～4人、ロードスタッフがいる。クリニカルケアコーディネーターが待機し、オンコール体制をとっている。訪問看護師1名が10名の患者を受け持ち、患者1名あたり30分から1時間のケアを行う。病院から20～30kmまでを訪問範囲とし、必要時には患者に病院に来てもらい、処置をすることもある。勤務形態は7日/週で、8:00～16:30と12:00～20:30である。クリニカルコーディネーター、看護師が患者、家族、医師と一緒に包括的ケアプランを立て、HITH Common Dyagnosis / Treatments プロトコールにそっ

てケアしていく。急性期を脱した後の治療はGPに依頼する。このようなHITHの看護師を希望する者は多いが、2～3年の臨床経験が必要であるという。

急性期訪問看護の対象者は高齢者に限らず、急性期患者や重症者も多く、様々な診断名をもつ患者を対象としている。たとえば、深部静脈血栓症、蜂窩織炎、多発性硬化症、嚢胞性繊維症などである。具体的なケア内容としてプレドニゾロンの注射、創傷ケア、ドレインチューブ管理、尿カテーテル管理、在宅化学療法、経管栄養管理、熱傷ケア、心臓疾患のケアを行っているが、生活の援助、Personal care は行わず、必要な場合は Community health Centers (州政府が運営) が対応し、Community health Centers がホームヘルパーや Personal Care Attendant (以下、PCA という) の派遣を依頼していた。

## 2. 在宅ケアの実態

### 1) Royal District Nursing Service の概要

Royal District Nursing Service (写真1) は、1885年に開始され、120年の歴史をもつオーストラリア屈指の在宅ケアサービス機関である。1885年当時、メルボルンの街は衛生状態が悪いうえ、医療機関もなく、修道院や自宅で医療が行われていたという。開設当初は1名の訪問看護師による活動であったが、現在は1000名の訪問看護師が年間3万人のクライアントと契約を結び、120万回



写真1 RDNSの正面玄関

の訪問看護を行っている。

小児から高齢者、一般的な疾患からHIV/AIDSや糖尿病、創傷ケア、急性期やPACの状態にあり、特殊な医療処置を必要とする人々、すなわちあらゆるライフステージ、あらゆる健康問題を持つ人々を対象に在宅看護を展開している。このことはRDNSを紹介している小冊子「All about us」の中に記されている「The only requirements are that you have a genuine nursing need and that we have the services available to meet」という一文からも明らかである。すなわち、対象者に真に必要な看護ニーズがあり、RDNSはそれに見合うサービスを提供することができる。それ以外のことは何も必要としないということである。このようにRDNSは、様々な人々を対象に在宅看護を実践しているが、実際在宅ケアサービスを提供している対象者の多くは高齢者であり、7割が高齢者で占められているという。また全体に占める割合は3%と少ないが、Palliative Careも含まれており、疼痛管理、心理的サポート、病院との連携、MSWへの相談、利用者宅に泊り込んでのレスパイトケア、グリーフケア等が行われていた。

RDNSでは、在宅で安全で安楽なケアを受けることがベストであるという理念のもと、思いやりと共感、尊厳をもってレベルの高いケアを提供している。また家族と共にケアし、家族もケアの対象であると考えている。HITHと同様、自宅だけでなく、学校や職場、高齢者施設に向いてケアすることもある。24時間、365日のケア体制で、州都メルボルンの他、2、3の都市をカバーしており、オーストラリアのどの在宅ケアサービスよりも高い専門性を持って、看護を実践していた。

RDNSのサービスを受けるためには、クライアント本人もしくは家族が直接申し込むか、GP、いわゆるかかりつけ医からの紹介、病院やヘルスケアサービス機関の紹介など、いくつかの方法があり、サービスへのアクセスは容易である。ちなみに利用者の紹介元としては、GPが30%、病院

が50%である。RDNSはメルボルンのHead Centerを中心に、22ヶ所のサテライトを持っている。

RDNSは非営利団体であり、HACCプログラムの理念に沿って運営されている。したがって、財政面は80%が連邦政府からの補助金で運営され、残りは地域住民による寄付金とクライアントの負担金等で賄われている。日本と同様、自己負担はあるが応能負担であり、高齢者と障害者は免除される。

## 2) 医療機関との連携

RDNSと医療機関との連携において、非常に興味深かったことは、RDNSに勤務する看護師は病院の看護師としての役割も担っているということである。すなわち、公的病院の80%にはRDNSの看護師がリエゾンナースとして常駐し、入院患者の身体面、心理面のアセスメントを行い、患者の自宅があるエリアのRDNSのケアスタッフと連携をとるとともに、ACATとも調整を行ない、在宅ケアへの橋渡しをしている。在宅ケアにおいて介護が必要な場合は、市役所と連携をとり、ヘルパーの派遣を依頼することもある。また、医師は日本の訪問看護ステーションと同じく勤務しておらず、診断や投薬等のオーダーは全て、入院していた医療機関やGPが行っている。

## 3) 訪問看護師としての専門性と専門性を維持するための支援

ケアプランはACATと連携をとりながら、主として、RDNSのアセスメントナースが立案する。アセスメントナースは認証(Australian Frame Work)制が取られており、認証はモナッシュ大学と連携して行なわれ、2~3年毎に更新するという厳しいものである。もし認証が受けられない時は、サービス提供ができない仕組みになっている。

RDNSの看護師には高い専門性が求められており、新人教育も独自のプログラムで行われている。毎年14~16名の新人看護師が採用されるが、例え

ばフィジカルアセスメントのスキルアップのために1週間、医療機関での教育を受けることが義務づけられている。このトレーニングにも「公的補助金」が投入されている。また多民族国家のオーストラリアでは、多くの民族（140の異文化がある）に対応できるようトレーニングが科せられる。英語で対応できない民族のケアを実施する場合、通訳を介することもあるが、多くの文化に対応できるような教育プログラムが組まれている。しかし研修システムが充実しているとはいえ、全ての看護師が多岐にわたる技術に習熟しているわけではなく、困難なケアを実践しなければならないような場合は、クリニカルナースコンサルトの仕組みがあり、助言を求めることができるようになっていた。

#### 4) 高齢者在宅ケアの課題

RDNSが市民権を得てきた背景として、120年間に亘って市民に役に立つ高い看護技術を持った看護師が、連邦政府による手厚い支援（連邦政府はHACCプログラムの80%である8億ドルをRDNSに投入しており、退役軍人省予算の11%は訪問看護の費用として予算化されている）のもと、利用者の経済状態に関係なくEquality Careを提供してきたことがある。ただし最近ではHACCプログラムの課題も指摘され始めている。HACCプログラムは前述してきたように1985年に策定された在宅ケア推進のためのプログラムで、在宅ケアに不可欠な多くのサービスを提供している。その内容は、「ホームヘルプ/身辺ケア、住宅修繕/住宅改造、食事サービス、コミュニティ休息サービス（社会的デイケア）移送、コミュニティ・パラメディカルサービス、コミュニティ・看護（身辺ケアを含む）、アセスメントまたは送致、サービス担当者を利用者の教育研修、情報と調整サービス、その他連邦と州の大臣が合意したサービス」<sup>9)</sup>と広範なサービスが含まれている。この法律がサービス提供者や利用者の教育研修までカバーしているというのは、2000年に施行された日本の介護保

険制度との決定的な違いである。

しかし、オーストラリアにおいても、高齢化の進行のため、高齢者ケアに係る費用が高騰し、そのため所得税が上がってきており、公的医療システム「メディケア」だけに頼らず、私的保険への加入が推奨され始めている。

### 3. 高齢者施設ケア

#### 1) オーストラリア高齢者施設ケアの背景

オーストラリアは、1970年代までに世界最大級のナーシングホーム供給国となったが、1982年の「マックレイ報告 In a Home or at Home」により、ナーシングホームの認可凍結とコミュニティケアの促進が勧告された<sup>10)</sup>。そして、政府による高齢者ケアの方針としての施設ケアから在宅ケアへの転換は、1985年の「高齢者ケア改革戦略 (Aged Care Reform Strategy)」に基づくHACC法の制定により確立された。その後、オーストラリアの高齢者施設ケアは、1997年の「高齢者ケア構造改革 (Aged care Structural Reform)」以降、対象者の要介護レベルが軽度のホステルと、要介護レベルが重度のナーシングホームが統合され、residential aged careとなり、low care施設とhigh care施設に分類された。しかし、現在もホステルとナーシングホームの呼称が使われる場合が多い。高齢者施設には、市が運営管理するもの、民間営利事業者（多くは大企業）が運営管理するものと、病院に隣接して運営管理されるものの、大きく3つがある。われわれが見学・説明を受けたMonash GardenはMonash市が運営管理する高齢者ケア施設であった。

#### 2) Monash Gardenの概要

今回見学したMonash Garden（写真2、3）は、ヴィクトリア州メルボルン、モナッシュ市が運営管理するものである。全部で210床あり、Burwood, Mulgrave, Oakleighの3地域で5つの施設が運営されている。この5つの施設は、以下のように分類される。

## (1) Monash Garden(Mulgrave)

ナーシングホーム 47床

ホステル 50床

## (2) Elizabeth Garden(Burwood)

ナーシングホーム 38床

ホステル 30床

## (3) Clarinda(Oakleigh)

ホステル 45床

low care 施設の実態として、基本的に Aging in Place の方針で対応しており、入居者が重度化しても、low care 施設から high care 施設へ移ることはない。入居者の大部分がその施設で最期を迎えることを希望し、施設側も当然の如く終末期ケアを実施し、看取っている<sup>11)</sup>。そのため、low care施設入居者のレベルは年々重度化しており、ケアの実施状況は、high care 施設との差がなくなりつつある。

入居の費用については、年金受給者は年金の85%を負担するか、資産から負担する。入居者のレベルは、RCS(Residential Classification Scale)により8段階に区分され、その区分に応じて政府から補助金が支給される。すなわち、重度(レベル1~4)な入居者ほど高い補助金が得られる。支給された補助金のうち94%は人件費となる。また、Monash GardenはMonash市により運営管理されているため、職員への教育研修や施設の整備などに関し、市のサービスを利用することができ、恵まれた運営環境にあるとの説明があった。

## 3) 施設入居のプロセスとGP

施設への入居は、1985年の改革までは、利用者と施設側で直接決められていたが、施設入所の増加による財政負担を抑制するために、その必要性の判断を政府のアセスメント機関であるACATが行うことになった<sup>12)</sup>。ACATは、施設入居の必要性とともに、入居が必要と判断された場合の、high care施設、あるいはlow care施設への入居の区別を判断する。しかし、ACATによる評価を受けても、サービスを受けるか否かは高齢者ある

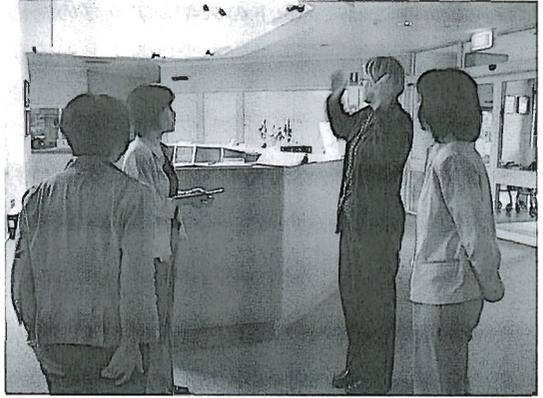


写真2 モナッシュガーデンで概要の説明を受ける



写真3 モナッシュガーデンの居室

いは家族が決定しており、自己決定が尊重されている<sup>13)</sup>。ACATは医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士などの専門職により構成され、施設入居に関するアセスメントは、ソーシャルワーカーが中心となって行う。一方、在宅ケアに関するアセスメントは、看護師が中心となって行っている。アセスメントのツールには施設用と在宅用があり、その手法も異なる。

施設入居の手続きとして、まず、GPに本人および家族が申し出、GPがその人の状況をアセスメントする。GPが施設入居の必要性を判断した場合、その地域を担当するACATに連絡し、ACATがその人の自宅に出向いて、主に行動面、認知面、失禁の有無などをアセスメントする。施設入居の必要性が判断されると、通常6~8箇所の施設入居待機者リストに入ることになり、入居ま

での期間は、平均9～11ヶ月である。そのため、緊急時には病院へ入院することもある。アセスメントの有効期限は1年間であるため、待機期間が長い場合は、毎年アセスメントを実施し、更新される。

よって、施設入居者全てにGPがおり、入居中に医学的な問題が起こった場合には、個別のGPに連絡し、指示を受ける。GPが施設から遠隔地にある場合には、施設がGPを紹介し、入居後、80%の利用者が、Monash Garden近くのGPに変更している。すなわち、施設専属の医師は存在しないため、Monash Gardenの入居者97名の医学的管理を、数名のGPが行っていることになる。

医師との連携については、オーストラリアにおいては比較的良く図られており、看護師が主導権を持つ場合が多い。一つの事例として、胸部感染症を発症した入居者についてGPに連絡したところ、GPは吸引を指示したが、家族が拒否したため、看護師がその意向を伝えて調整し、年齢に応じたケアを行う方針となったことが説明された。高齢終末期には、侵襲が大きいと判断された吸引などのケアは、積極的には行われないうのである。

#### 4) 高齢者施設におけるケアの質

1997年に成立した「高齢者ケア法(Aged Care Act)」に基づくAccreditation Standardsという、施設の認証、および監査基準について説明を受けた。Aged Care ActのChapter 4 Quality of careは、(1) Responsibilities of approved providers(認可ケア提供事業者の責任)、(2) Accreditation Standards(認可基準)、(3) Residential Care Standards(施設ケア基準)、(4) Community Care Standards(地域ケア基準)、(5) Flexible Care Standards(その他の高齢者ケア基準)により構成されている<sup>15)</sup>。

Accreditation Standardsには、Standard 1; 「調整、人事、運営管理(Management systems, staffing and organizational development)」(職員の教育・資質の向上、苦情への対応、人事

管理、情報システムなど)、Standard 2; 「心身の健康と日常生活上のケア(Health and personal care)」(クリニカルケア、看護ケア、服薬マネジメント、疼痛緩和、終末期ケア、栄養・失禁・皮膚のケアなど)、Standard 3; 「その人の尊厳を守るケア(Resident lifestyle)」(精神的援助、信仰、自立支援、プライバシーの尊重、文化、娯楽など)、Standard 4; 「環境と安全管理(Physical environment and safe Systems)」(環境整備、安全管理、感染管理、衛生面の管理など)の4領域、44項目の基準がある。ケア提供事業者は、このAccreditation Standardsにより評価を受け認証される。認証は、The Aged Care Standards and Accreditation Agencyという政府とは独立した評価機関により行われ、この認証を受けないと、政府の補助を受けられない仕組みとなっている。

監査についても、この4分野44項目で評価される。監査は、監査官3人が3日かけて実施し、職員に加えて入居者や家族に話を聞くこともある。監査結果によって、認証の有効期間が1年～3年となる。2～3日前に知らされる正式な監査以外に、失禁や転倒プログラムが機能しているかなど、特定の分野に焦点を絞った抜き打ちのスポット監査が、年1～2回あるために、ケアの質については、常に意識しておく必要がある。

さらに、ケアの質を向上させるために、監査にはラウンド1～3といったレベルがある。監査基準は同じでも、回数を重ねる毎に観点が異なってくる。たとえば、コミュニケーションについて、ラウンド1では書類・手順が整っているか、ラウンド2ではラウンド1の指摘事項が活用され改善すべき点が改善されているか、ラウンド3では利用者や家族の満足度調査の結果を提示し、改善すべき点を話し合う、ことなどが説明された。

監査の結果、施設ケア基準に達しない場合、指導やサポートを受けながらケアをすることもある。それでも改善されない場合は、閉鎖となる。このような取り組みの結果、1997年以降高齢者ケアの

質は改善され、たとえ施設であっても、ある程度の医療ケアはできると説明された。

一方で、ケアの質の低下についての懸念も示された。それは、PCAという12週間で養成される介護職が担うことのできる業務範囲が拡大していることである。PCAは、日本でいう療養上の世話を中心に学び、簡単な応急処置については学習しているものの、解剖・生理学などは学んでいない。high care施設において2006年5月までは、24時間1人の正看護師が勤務していなければならなかったが、その規制が無くなり、投薬についても、看護師監視の下、PCAが実施可能となった。これは、高齢者施設にかかる人件費の削減を目的にしているものである。Monash市は、正看護師を勤務させる方針を変えていないため、従来どおりの体制をとっている。また、Monash Gardenでは、ホステル入居者の60%がハイケアレベルのため、ナーシングホーム、およびホステルともに、正看護師1、准看護師・PCA7名で対応している。正看護師については、ホステルとナーシングホームを兼務しているようである。

その他のスタッフについての説明で、興味深かったのは、Podiatristと呼ばれる、日本でも注目されつつあるフットケア<sup>16)</sup>セラピストである。日本では、フットケアは医療行為ではなく、セラピストといっても国家資格は存在せず、民間の団体が14時間程度で養成している。一方、オーストラリアのPodiatristは大学において3年間のカリキュラムで養成される。オーストラリアでは、医療行為である足の爪切りの実施は、正看護師には認められておらず、Podiatristの業務となっており、Monash Gardenでは、Podiatristが週に1回勤務している。

### Ⅲ. 考 察

オーストラリアにおける高齢化率は、2020年には17%、2051年には24.2%になると推計され<sup>17)</sup>ている。オーストラリアにおいても高齢化の進行

は否めないが、2005年の高齢化率は12.7%と、1990年の日本とほぼ同じであり、17年の開きがある<sup>18)</sup>。

なぜ日本では高齢者のRelocationが起り、オーストラリアではAging in Placeが可能なのか、その理由の一つは、上記のような高齢化率の圧倒的な違いにある。しかし、単に高齢化率の違いのみ原因があるのではなく、両国の高齢者ケアの背景には、決定的な違いがあると考えられた。第一に、保健医療福祉システムの違いである。保健、医療、福祉が別々に発展してきた日本と違い、オーストラリアでは、公立病院が保健医療福祉の拠点として3つの機能を担い、統合された形で発展してきたという経緯がある。第二に在宅ケア推進に対する公的財源の違いである。

以上の視点から、両国の高齢者ケアの違いについて考える。

#### 1) 保健医療福祉システムの違い

前述したように、日本は、保健・医療・福祉が別々に発展してきたために、オーストラリアのHACCと似ている介護保険制度が機能しているにもかかわらず、Aging in Placeが果たせない現状にある。その原因として、まず、介護保険施設であり、社会福祉施設でもある介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)では、医療を提供できないことが挙げられる。そのため、医療スタッフが少ない社会福祉施設では、医療ケアに対応できず後方病院へのRelocationが起こると考えられる。しかし、2006年4月より施行されている新介護保険制度下では、介護老人福祉施設に看取り介護加算が設けられ、施設での看取りが期待される。一方、オーストラリアでは、高齢者の終末期ケアにおいては、GPが施設に出向き医療を行うというシステムがとられているため、Relocationの必要はない。看取りに関しても、クリニカルコーディネーターの訓練を受けたケアスタッフが最期まで関わるため、Aging in Placeが可能になる。

次に、もう一つの介護保険施設であり、医療施設でもある介護老人保健施設では、その設立目的

が、在宅への通過施設とされたため、終末期ケアの実践に意義を見出せずにいるのが現状である。施設自体が医療施設であるため、終末期に高いレベルの医療ケアを望む傾向にあるが、病院より医療スタッフが少ないために対応できず、結果としてRelocationが起これると考えられた。

一方、日本と違って保健医療福祉が統合された公立病院が多いオーストラリアでは、専門職間の連携だけでなく、一つところで医療、福祉の提供が容易であることから、日本のような問題は起こりえず、Aging in Placeを可能にしているのではないかと考えられた。

## 2) 在宅ケアに投入される公的資金の違い

高齢者ケアに係る費用の高騰が懸念されているとはいえ、在宅ケアのために拠出されているオーストラリアの公的資金は日本の比ではなく、オーストラリアにおけるAging in Placeを可能にしている背景には、在宅ケアのための財源が豊富であることが考えられる。たとえば財政面で公的なバックアップがあるオーストラリアに比べて、日本の訪問看護ステーションは、常勤換算で2.5人の看護職員が雇用されていれば開設が認められることや、独立採算制が採用され、しかも診療報酬上適正に評価されているとは言い難い面もあり、財政面での違いは大きい。

また、訪問看護師の専門性の維持・向上のための教育システムにも大きな違いがあった。ハードルの高い教育には、当然厳しさを伴うが、それをクリアしたときの達成感も大きい。そのような教育システムのない日本では、訪問看護ステーションや高齢者ケア施設の看護師の継続教育の実態には厳しいものがあり、人手不足のため研修に参加することさえ容易でない施設もある。それに比べてオーストラリアでは、継続教育や研修に政府が高額な補助金を提供しており、両国間の就業後の教育レベルの違いが窺えた。両国とも、高齢者ケアの場が施設から在宅へ移行していくことは避けられないことであるが、そのために政府が拠出す

る財源の違いは歴然としている。それが高齢者ケアに関わるあらゆる専門職の卒後の研修制度や給与体系に大きく影響していると考えられた。

さらに、両国の看護師の待遇面の差は言うまでもないが、日本では特に働き方、働く場所によって待遇が異なり、それが、在宅ケアに従事する看護師のモチベーションを低下させる一因になっていると思われる。医療制度改革により急性期病院での7:1看護が制度化され、訪問看護師の多くは、急性期病院へと就業場所を移し、休業を余儀なくされた訪問看護ステーションも多いと聞く。これは給与を含めた看護師の待遇が急性期病院に厚く、在宅看護や施設看護に従事している看護師に薄いということが影響している。

一方、オーストラリアの看護師の報酬は、その能力によってGrade 1～Grade 5とランクはあるものの、州の賃金表に基づき、どの施設、どの病院であっても一律であり、アセスメントナースとプリマリナースはGrade 3、リエゾンナースはGrade 4であった。このように、就業場所に関係なく、能力に応じた報酬が支払われれば、より自分の適性に応じた場所で、生き甲斐を持って働き続ける事ができる。もちろん医療に携わる者としての倫理観は必要であるが、労働に見合った対価は保証されるべきである。

以上のように、両国の保健医療福祉システムや在宅ケアに拠出される公的補助金には大きな違いがあった。しかし、退院調整を訪問看護師が行うというシステムは興味深く、在宅看護への継続、地域との連携がむしろ後退しているように思われる日本の現状を考えると、訪問看護師による退院調整は意義があることと考えられた。日本でも2007年度の診療報酬改訂により、「地域連携共同加算」が新設された。これにより訪問看護師の在宅移行介入がすすむよう期待したい。またこれは何より患者・家族の利に合うことである。

## IV. おわりに

わが国でも平成20年度から大学院教育において、在宅看護専門看護師の養成が開始される。病院によっては退院調整看護師が常駐しているところもあるが、施設を超えて退院調整を行い、かつ在宅看護にも関わることができる在宅リエゾン看護師の育成プログラムを考えている大学<sup>19)</sup>もある。これは、われわれがオーストラリアで見聞きしてきた在宅リエゾン看護師と同じものであると考えられる。どのような人材の育成を目指すにせよ、施設ケアから在宅ケアへという流れは変わることはなく、特に高齢者にとって最も住みよい場所は地域であり、自宅であることを考えた時、患者・家族が医療機関から自宅へスムーズに移行できるよう、高い看護実践力と教育、相談、マネジメント、倫理的調整ができる看護職の育成は急務である。

高齢終末期がん患者の在宅ケア推進に向けてどのような介入が可能かを考えるために、わが国と医療福祉事情が似通っていると言われるオーストラリアの在宅ケア・高齢者ケアの視察を行った。オーストラリアで可能なAging in place、特に高齢者の在宅ケアが日本では容易でない背景として、オーストラリアは日本に比べて公立病院数が圧倒的に少なく、在宅ケアを中心にしなければ成り立たない医療システムや、そのために在宅ケアに拠出される公的補助金の違いなど、保健医療制度に根本的な違いがあることを認識させられた。しかし、それだけでなく在宅リエゾン看護師の教育プログラムを早期に準備していく必要性を改めて感じさせられた研修でもあり、その意義は大きかったと考えている。

本稿は、科学研究費補助金の助成を受けて行った研究(萌芽研究「高齢終末期がん患者と家族の在宅ケア介入モデル開発に関する研究、課題番号18659684)の一部である。

## 注

- 1) 平成16年7月30日付け社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」
- 2) 生田清美子：オーストラリア・シドニー郊外住宅地、連携と統合の高齢者ケア、公衆衛生、65(4)、312、2001.
- 3) 倉田あゆ子：オーストラリアの高齢者ケアにおけるサービス提供、日本女子大学紀要家政学部第50号、109-118、2003.
- 4) 厚生省監修：厚生白書、平成12年度版、336-341、ぎょうせい、2000.
- 5) 小松隆二、塩野野雄一編：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、243-261、東京大学出版会、1999.
- 6) 生田清美子：高齢者の生活を大切にするオーストラリア老年科医、神奈川県立衛生短期大学紀要、vol34、26、2001.
- 7) 生田清美子：前掲書2)、313.
- 8) 江角弘道：オーストラリアにおける在宅ケアの現状-HIT H、PAC、HACC制度を中心とする日本との比較一、鳥取県立看護大学紀要、第10巻、85-89、2004.
- 9) 加瀬裕子：オーストラリアの在宅ケアとの比較から、日本在宅ケア学会誌5(1)、15-19、2001.
- 10) 加瀬裕子：前掲論文10)
- 11) 日本の高齢者施設における終末期ケアの実態として、2003年6月に日本看護協会が行った「介護保険施設サービスにおける看護実態調査」結果によれば、入居者及び家族が施設において終末を迎えることを希望した場合の対応として、介護老人福祉施設(会員が勤務する全国の343施設のうち回答のあった118施設)、介護療養型医療施設(会員が勤務し、介護保険適用の療養病床があるとした全国の620施設のうち回答のあった291施設)では「原則として応じる」がそれぞれ71.2%、90.0%、であり、「応じられないことが多い」は21.2%、6.5%、「応じられない」は5.9%、1.0%であった。介護老人保健施設(会員が勤務する全国の808施設のうち回答のあった314施設)では、「原則として応じる」29.6%、「応じられないことが多い」45.2%、「応じられない」22.0%であった。さらに、施設で終末期の希望に応じられない場合の対応としては、3施設とも「原則として病院・診療所へ入院(転院・転棟を含む)をすすめる」が最も多く9割をこえた。(日本看護協会ホームページ <http://www.nurse.or.jp/>、ニュースリリース2003/10/22)
- 12) 副田あけみ：地域ケアにおけるチームアプローチとネットワーク形成—オーストラリア・ホーンズビーACAT(高齢者ケア評価チーム)の事例・その1—、人文学報No.339(社会福祉学19)；37-68、2003.
- 13) 上西洋子：メルボルンにおける老年看護の現状—施設見学とAged Care Assessment Teamsの活動に参加して—、大阪市立大学看護学雑誌第1巻；45-50、2005.
- 14) オーストラリア政府のDepartment of Health and Ageingのホームページによれば、ACATは8つの地域に分かれて設置されている。ビクトリア州には18チームがおかれ、それぞ

れ担当地域が決められている(<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/Home>)

- 15) AGED CARE ACT 1997:Reprinted on November; 198-200, 2004.
- 16) 日本フットケア学会編：フットケア 基礎的知識から専門的技術まで，医学書院，東京，2006.
- 17) 倉田あゆ子，前掲書3)，110.
- 18) 内閣府編纂：平成17年度版高齢社会白書，2005.
- 19) 森下安子，川上理子，野嶋佐由美：在宅リエゾン看護師の機能と育成，高知女子大学紀要，看護学部編，55，87-95，2006.