

オーストラリアの高齢者福祉政策

小川 富之

- 1 はじめに
- 2 高齢者福祉の二つの潮流とオーストラリアの選択
- 3 オーストラリアの高齢者福祉改革
 - (1) ハック・プログラム＝地域在宅ケア制度の誕生
 - (2) ホステルおよびナーシング・ホーム
 - (3) コミュニティー・オプション・プロジェクト (COP: Community Options Projects) およびコミュニティ高齢者ケア・パッケージ (CACP: Community Aged Care Package)
 - (4) 高齢者医療評価サービス (エーキャス (ACAS))
- 4 おわりに——今後の展望として

1 はじめに

オーストラリア⁽¹⁾を訪れるたびにいつも、高齢者がとても穏やかで、幸せそうに暮らしているという印象を受けていた。2001年に、西オーストラリア州にしばらく滞在した際に出会った80歳くらいの女性にその理由を尋ねてみた。その人は、それまでずっと生活してきた自分の家に一人で暮らしており、これから先も施設入所は考えていないということであった。確かに、高齢者の人口に比べて、施設の数はかなり充実していにもかかわらず、多くの人が自宅でそれまでどおりの生活をしているようである⁽²⁾。日本とずいぶん違うという印象

を受けたので、その理由を尋ねたところ、いろいろ話してくれたが、とても印象に残ったのは、首につけている大きなペンダントがその鍵を握っているということであった。これは、バイタル・コールシステム (Vital Call System)⁽³⁾と呼ばれ、高齢者が急病になったり、事故にあったりしたときに、このペンダントについている赤いボタンを押すと、救急センターに通報が届くようになっているのだそうだ⁽⁴⁾。これは一つの例であるが、高齢者自身の人権を尊重し、自立を促すオーストラリアの高齢者福祉政策を象徴しているようである。

オーストラリアは、「ゆりかごから墓場まで」といわれたイギリス型の福祉を原則としては受け継いでいる。しかし、ナーシング・ホームの建設をすすめるという、施設充実による対応では財政負担が重くなり、また、それまで暮らしていたところで自立した生活を継続できることが本当の意味での人間の尊厳にも合致するとの考え方から、「ハック・プログラム (HACC=Home And Community Care Program)」と呼ばれるコミュニティー・ケア・システム、在宅ケア制度への転換を試みた⁽⁵⁾。理念としては、従来はホステルやナーシング・ホームといった入所型介護施設でしかうけられなかった介護サービスを、自宅で受けることを目指すもので、1985年に導入され、現在まで改良を加えながら発展させてきている⁽⁶⁾。また、それを支えるものとして、ボランティア活動が地域福祉発展の大きな柱と考え、各種ボランティア団体に対して法人格を与え、州および連邦政府が補助金を出すなどの方法で活動の支援を行っている⁽⁷⁾。

また、第二の人生と呼ばれる老後の生活をより充実したものとするため、生涯学習の場として、ユー・スリー・エイ (U3A=University of 3rd Age Education) の制度が作られたり⁽⁸⁾、リタイア後の生活を楽しみ、生きがいを見つけるために、ロータリー・クラブによってプロバス・クラブ (PROBUS Club)⁽⁹⁾などが作られている。

地域のコミュニティー・センターでは熟年向きの新聞を創刊したり、高齢者の介護をしている人たちに精神的支援を行う意味で、さまざまなカウンセリングが実施され、痴呆症に関する勉強会や、ボランティア活動に対する専門的な講習会等が実施されている。

高齢化社会が進む中、このようなオーストラリアの取り組みは、同じ問題を

かかえる日本にとっても大いに参考になると考える⁽¹⁰⁾。

2001年8月、西オーストラリア州の州都パース市にある、オーストラリア連邦高齢者福祉省 (Ministry for Aged Care) の州事務所を訪問する機会があった。州事務所は、市内中心部の商業ビルの中にあり、誰もが気軽に訪れることができそうだという印象を受けた。そこで、約2時間にわたり職員の方から説明を受け、たくさんの資料をいただいた。それらを元に、日本でこれまでに発表されている、オーストラリアの高齢者福祉に関するの文献等を参考にしながら、オーストラリアの高齢者福祉政策の概要を紹介する。

2 高齢者福祉の二つの潮流とオーストラリアの選択

高齢者福祉政策に関し、世界には大きく分けて、高負担・高福祉型とセルフ・ディフェンス型の国が存在する。現在、日本の社会福祉に使われている経費は、国民総所得の0.7パーセント程度だといわれている。前者の例として挙げられるスウェーデンの社会福祉に使われている経費を見ると、およそ6パーセントで、日本の約10倍近い割合の経費となっている⁽¹¹⁾。今の日本がこのような北欧型の高負担・高福祉をとり入れることは、非常に難しいと思われる。一方、セルフ・ディフェンス型のアメリカ合衆国では、高度の医療を提供する医療制度は存在しているが、医療費は非常に高く、任意の医療保険に加入していない者にとっては、非常に深刻な問題があり、国民皆保険制度の確立が求められているところである⁽¹²⁾。この方向性も、現在の日本での採用は難しいと思われる。

注目すべきは、オーストラリアで、この国は、北欧の「高負担・高福祉型」とアメリカ合衆国型の「セルフ・ディフェンス型」のちょうど中間の「中負担・中福祉型」といえる。オーストラリアの社会福祉の基本方針は、個々人の自立を原則とする最低保障で、その財源は税金による一般財源でまかない、この社会保障で不足する部分は民間のサービスを利用するという考え方である⁽¹³⁾。

今日、「福祉にはお金がかかる」というのが、福祉先進諸国共通の悩みになっているが、このオーストラリアの目指す方向は非常に興味深いと思われる。以

下、その高齢者福祉政策の重要なポイントについてまとめてみる。

3 オーストラリアの高齢者福祉改革

オーストラリアも、他の先進国と同様に少子高齢化の問題を抱えている⁽¹⁴⁾。ただ、オーストラリアの場合は、第二次世界大戦後から、移民を積極的に受け入れており、その中でも若年移民を優先していたことから、他の先進国に比べて人口増加率が高く、高齢化も緩やかであった⁽¹⁵⁾。現在、オーストラリアは、マルチ・カルチャリズム⁽¹⁶⁾の政策をとっており、アジアを始め、アフリカや南米からも移民や難民を受け入れている⁽¹⁷⁾。これらの国からの移民者は、従来の英語系オーストラリア人に比べて出生率が高いので、高齢化も少し抑えられているようである。しかし、他の国々に比べて、ゆるやかではあるが、65歳以上人口が12パーセントを超え、高齢化社会から高齢社会への移行期にあるといえる⁽¹⁸⁾。

現在、世界の福祉先進国の取り組みは、在宅介護を中心とする地域介護＝コミュニティ・ケアが主流となってきたが、その契機となったのは、実はオーストラリアであるといわれている⁽¹⁹⁾。オーストラリアも1980年代、世界で福祉の危機が叫ばれていた時代に、経済優先で福祉の切り捨てをしなくては行けないかというジレンマに立たされていた。しかし、ホークおよびキーティングという2代にわたる労働党政権で、「福祉をとるか、経済をとるか」という二者択一ではなくて、福祉の切り下げをせずに、財政負担を軽減することを目指した。これが、オーストラリア型の「中負担・中福祉」である。この理念を実現するために、1985年に、在宅介護を中心とするハック・プログラムと呼ばれるコミュニティ・ケア制度が創設された。これは、1991年に採択された「高齢者のための国連原則（自立 (Independence)・参加 (Participation)・ケア (Care)・自己実現 (Self-Fulfilment)・尊厳 (Dignity)）」を先取りする形で、「福祉には金がかかる」という問題に挑戦するものであった。

オーストラリアの社会福祉の基本理念は「自立を原則とした最低保障・財源は税金による一般財源・国による社会保障で不足する部分は民間のサービスを

利用」という考え方で、それに、政府が資金的援助をするというものである⁽²⁰⁾。

オーストラリアの社会福祉制度としては、まず、医療費の全額を政府が負担するメディケア⁽²¹⁾がある。ただ、公立病院であれば、メディケア・カードを持っていれば、薬代を除いて全く無料で医療が受けられるが、民間病院・医院の場合には、原則として15パーセントを本人が支払い、後で領収書を提示して、メディケア・センターで還付を受けることになる⁽²²⁾。

これとあわせて、ハック・プログラムによる地域在宅ケア制度、ホステルやナーシングホームといった入居型介護施設、高齢者のための地域ケア・パッケージ、日本の介護認定に相当するエーキャット・チーム (Aged Care Assessment Teams) による高齢者介護評価サービス、NPOやボランティア活動といったものが基本システムとなっている。

高齢者等を対象とした福祉政策の財源は、連邦政府と州政府が分担して拠出する。権限を与えられた各自治体は、この財源を元に、営利企業や非営利団体 (NPO) が運営する福祉事業やボランティア活動などをバランスよく配分しながら、それぞれの地域にあった方法で高齢者福祉サービスを提供している。このオーストラリアの高齢者福祉サービスの主なものについて紹介する。

(1) ハック・プログラム＝地域在宅ケア制度の誕生

オーストラリアにおける高齢者や障害者に対する在宅ケア・サービスは、ハック・プログラム (HACC=Home And Community Care Program) と略称される在宅・地域ケア制度で、連邦政府と州政府が協力して推進することになっている⁽²³⁾。

オーストラリアでは、1975年ころから高齢者人口が急激に増加し、一気に10%を突破したが、当時は、介護が必要になった高齢者は希望すれば入所型介護施設であるナーシング・ホームやホステルに制限なく容易に入所することができた。その結果、著しくこの入所型介護施設が不足するようになり、ナーシング・ホームやホステルといった施設の建設ラッシュとなった。当然、莫大な補助金支給が必要となり連邦や州は深刻な財政難に陥った。

このことがきっかけで、少子高齢社会に備えた恒久的かつ抜本的な高齢者ケ

アのあり方が政府や関係者の間で本格的に検討されることになった。結論として、「住み慣れた家や地域から離れて暮らしたくない」という高齢者の意思を最優先することになり、従来の施設中心型の介護サービスから、経済効率の良い在宅ケアを中心とする制度に移行することになった⁽²⁴⁾。そこで創設されたのが、この1985年のハック・プログラムである。

このハック・プログラムの主要な目的は、地域をベースにした高齢者への支援・介助サービスを実現することであり、それに要する費用は連邦政府と州政府とで合同して負担する。制度全体は、連邦政府のコントロールのもとで、州政府 (State) と属領 (Territory) 政府が、責任をもって運営することになっている⁽²⁵⁾。

このハック・プログラムにもとづいて提供されるサービスとしては、ホーム・ヘルプサービス⁽²⁶⁾、訪問看護、家屋修理および家屋改造⁽²⁷⁾、給食サービス⁽²⁸⁾、介護者支援サービス⁽²⁹⁾、輸送サービス⁽³⁰⁾、訪問看護・緊急医療サービス、ボランティアを含めた福祉サービス提供者に対する教育・訓練サービスなどである。

サービス提供は地方自治体 (コミュニティ) が中心で、医師や看護婦などのメディカル・スタッフ、理学・作業療法士や技師などのコメディカル・スタッフ、民間事業、非営利事業、ボランティアなど、さまざまな団体がサービス提供者となっており、これらの団体に対して、連邦政府および州政府は補助金を給付するという方法をとっている。実際の利用状況は、ホームヘルプが全体の三分の二を占め、以下、訪問看護、給食サービス、輸送、介護者支援サービスの順になっている⁽³¹⁾。

(2) ホステルおよびナーシング・ホーム

オーストラリアの施設介護の歴史は、1954年のAged Person Home Actにさかのぼる。この法律により、連邦政府が直接に入居型高齢者介護施設サービスにかかわることとなったのである。その後、1974年に大きく改正され現在に至っている。

オーストラリアの入居型高齢者介護施設であるホステルとナーシング・ホー

ムは、家庭ではないが、高齢者の住居の一つとして考えられている。

ホステルはナーシング・ホームとはかなり性格が異なり、一般に60歳以上の高齢者を対象にした住居の一形態で、身の回りのことは自分自身である程度出来るロー・ケア（軽度）高齢者のための施設である。原則として部屋は、個室、シャワー、トイレ付きで、家具は自分のものを持ち込むことができ、可能なかぎり自宅の生活環境に近いものを目指している。ここでは、施設内の居室に居住し、3食の食事と必要なケア・サービスが提供される⁽³²⁾。ホステルの種類は、200人以上を収容する大規模なものから10名程度の小さなものまでさまざまである。

ホステルの利用は、利用者と施設との契約⁽³³⁾に基づいて行われる。利用者は、契約により施設利用条件を明確化し、権利擁護がはかられている。施設利用者は自分たちの利益を代表するために利用者協議会を組織している⁽³⁴⁾。

ホステルへの入所手続きに関しては、地域の医師、地域保健婦または連邦高齢者福祉省の州事務所から入所申請フォームを受け取り、その用紙に利用者の必要としているケアの内容や入居の理由等を詳しく記入して、連邦高齢者福祉省に送付する。それを連邦政府の医務担当官、高齢者医療評価チーム「エーキャット」が審査し、入所についての決定がなされる。ホステルなどの施設ケアが必要ないと考えられる場合には、地域ケア・サービスにその申請者の申請書類を送付し、地域在宅ケアでの給付措置がとられることになる。

ホステルへの入居は契約によるので、各利用者が自由に選択できるようになっている。このホステル選択については、政府の指針が示されている。その内容としては、例えば、建物の建築、職員、対象利用者、コミュニティー・グループ、居室の形態、食事のサービス、医師、薬局、運営理念、管理運営主体、諸経費、宗教的慣行、利用者の権利等について厳しくチェックされるようになってきている。これは、ホステルが高齢者の生活の場であり、高齢者福祉制度の重要な役割を担っているという考え方によるものである。

ホステルは、連邦政府および州政府から補助金を受けており、これらのホステルは、入居者で財政的に困窮しているものからは、その老齢年金の85パーセント以上は徴収できないとされ、入所者の20パーセントはこのような人を受け

入れなければならないとされている。

これに対して、ナーシング・ホームは、24時間ケアを必要とするハイ・ケア（重度）高齢者のための施設で、看護婦が常駐して医師の往診を受けながら生活をする施設である。部屋のタイプも四人部屋、二人部屋、個室とさまざま、デイ・ラウンジ、アクティビティー・ルームやダイニング・ルームを備えている。入居者は自立の困難な高齢者で日常的なケア・サービスや家事援助を必要とする高齢者および看護ケアを必要とする高齢者で、このような人たちに対して必要とされる継続的で高度のケア・サービスが提供される。入居者の内の約6～7割が痴呆老人で、重度の痴呆老人のための専用ユニットを併設している施設も多くある。

このようにオーストラリアの入所型高齢者介護施設は、ホステルとナーシング・ホームの二種類で、それぞれの介護の必要はレベルが異なっている。高齢者の自立やコストの面でも、できればホステルのほうが望ましく、政府では十カ年計画をたて、できるだけホステルの比率を上げるよう努め、現在ではその比率を40対60にする目標をほぼ達成している⁽³⁵⁾。また、最近では、これらのナーシング・ホームやホステルの運営の民営化がんでいる⁽³⁶⁾。

(3) コミュニティー・オプション・プロジェクト (COP: Community Options Projects) およびコミュニティー高齢者ケア・パッケージ (CACP: Community Aged Care Package)

高齢者の在宅での自立した生活を支援するという目的で、1989年に新しくコミュニティー・オプション・プロジェクトが導入された。これは、高齢者に最もふさわしいケア・プランを作成することにより、必ずしも入所型高齢者介護施設に入らなくても、必要な介護サービスを在宅で受けられるようにするための制度である。

さらに、1992年には、在宅での介護を、さらに促進するために、コミュニティー高齢者ケア・パッケージが導入された。この制度により、高齢者が生活してきた自宅での生活の継続をより容易にするために、一定の予算内で福祉用具の購入、調達ができるようになった。これらの制度を活用することにより、

従来はホステルのような入所型高齢者介護施設でしか受けられなかったサービスを在宅の状態⁽³⁷⁾で受けられるようになった。

(4) 高齢者医療評価サービス (エーキャス (ACAS))

この制度は、高齢者に最もふさわしいサービス提供を認定するためのもので、日本の介護保険制度⁽³⁸⁾の要介護認定にあたるものである。在宅で提供されるサービスの内容や入所型高齢者介護施設におけるサービスの内容を、高齢者個々人の必要度⁽³⁹⁾に応じて評価するものである。

この高齢者医療評価サービスは、高齢者医療評価チーム「エーキャット」(Aged Care Assessment Teams)⁽⁴⁰⁾が本人および家族にとって、在宅、コミュニティー・ケア・パッケージ、ホステル、ナーシング・ホームのいずれのサービスを受けるのが最適かを評価・指導し、相談に応じる制度で、必要な人に必要な介護を提供することを具体化するのに重要な役割を担っている。ハック・プログラムに基づき入所型高齢者介護施設を利用する人はすべてこの評価を受けることが義務づけられている⁽⁴¹⁾。

高齢者医療評価チーム (エーキャット (ACAT)) の構成員は、老年科医師、看護婦 (士) とソーシャル・ワーカーなど医療関係の職員で構成されている⁽⁴²⁾。

評価は、高齢者自身、その家族、ホーム・ドクター、カウンセラーなどのコミュニティー・ワーカー、友人などの申請または通報で、いつでも無料で受けることができる。一見すると、日本のケア・マネージャーの仕事と類似しているが、高齢者サービスに関係するさまざまな人々で構成されるチーム編成になっており、高齢者に対する情報提供、アドバイスが基本で、最終的には高齢者や家族が決定権限を持っているというところが特徴といえる。ここでも、オーストラリアの目指す、高齢者の自立と尊厳といった理念⁽⁴³⁾がよく現れていると思われる。周知のように日本の介護保険制度における要介護認定に関しては、多くの問題点が指摘されており⁽⁴³⁾、比較的うまくうまく機能し、高齢者の多くに好意的に受け入れられている。このオーストラリアの制度については、今後注目する必要があると思われる。

4 おわりに——今後の展望として

周知のように、日本では、在宅介護の充実を目指して2000年4月から介護保険制度がスタートした。しかし、現実には、介護サービスの提供が従来の措置から契約へと変更されたこともあり、施設依存がますます高くなり、高齢者福祉施設の待機人数の増加が大きな問題となっている。在宅介護に比べて施設介護はコストが高く、保険制度を採っているため財源が不足する傾向にあり、今後さらに保険料が上がるのが予測される。施設依存の大きな理由としては、いわゆる高齢者の先行き不安⁽⁴⁴⁾があげられている。つまり、現時点では在宅でも何とか生活が可能であるが、年齢とともに体力および判断力が低下したときに、果たして、今の制度で在宅での生活が続けられるかどうかという不安である。

日本においても、高齢者は、できればそれまで生活してきた場所で将来も継続して暮らしたい望んでいるが、実情は必ずしもその希望を実現できていないといえる。

オーストラリアの、首にかけたペンダント (バイタル・コール・システム) に象徴されるような、在宅で、施設と同じサービス・安全が得られるというのはまさに画期的であるように思われる。日本では、介護保険制度導入2年経過の2002年4月から、制度の見直しが可能となったが、高齢者の自立と尊厳を理念として、中負担・中福祉を目指すオーストラリアからは学ぶ点は多いと思われる。今後の、オーストラリアの高齢者福祉政策についてもさらに注目していきたい。

- (1) オーストラリアは、周知のように日本のほぼ真南に位置し、大陸全体が一つの国で、最近では日本人の旅行者に大変人気の高い国である。人口約1900万人あまりで、1778年に、イギリスの流刑植民地として入植が始まり、1901年にイギリスから独立した。現在もブリティッシュ・コモンウェルスの一員で、ニュー・サウス・ウェールズ州、タスマニア州、ビクトリア州、クィーンズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州、ノーザン・テリトリーおよびキャンベラのある首都特別地域からなる連邦国家である。
- (2) 1990年ころのデータでも、ナーシングホームやホステルにいる高齢者はわずか6パーセント程度であると指摘されている。オーストラリアの高齢者福祉についての日本語の文献は限られているが、佐藤進『世界の高齢者福祉政策—今日明日の日本をみつめて [新訂版]』(—

粒社, 1992年) 第8章「オーストラリアの高齢者福祉サービス」は参考になる。

- (3) この制度は、高齢者が入所型介護施設にいるのと同じ安心感を在宅で得られるという画期的なものといえる。一人暮らしの高齢者が自宅やその周辺で急病や事故にあった場合、首に掛けたペンダントの赤いボタンを押すと、緊急センターに通報され、必要に応じて誰かが助けに来てくれるというものである。この、高齢者をサポートするバイタルコール・システムに関して詳しくは、福原忠昭・朝川澄一『明日が見える介護－オーストラリアの福祉システム』(日経新聞社, 2000年) 78頁以下を参照。
- (4) まさに在宅で生活しながら、施設にいるのと同じ安心感を高齢者に与えるもので、画期的な試みである。日本の介護保険は、在宅での介護サービスの充実を目指しながら、現在は施設依存度を増し、施設入所待ちが最低でも2年とか3年とかいわれる状況にある。これは、介護度が高くなった際の在宅での緊急時の対応に対する先行き不安から、当面の必要性がなくても、医療、看護および介護の充実した施設入所を希望する心理的要因が多いと思われる。この点に関しては、拙稿「少子高齢社会を考える(5)『長寿社会の法整備－介護保険について(下)－』」『広島人』65巻(財団法人 広島地域社会研究センター) 25頁参照。
- (5) 2000年4月発行の, "The National Strategy for an Ageing Australia World Class Care Discussion Paper" The Hon. Bronwyn Bishop MP Minister for Aged Care, p.18. によると、オーストラリア全体で、70歳以上の人の20パーセントの人が連邦政府による介護サービスの提供を受けている。その内訳は、8パーセントが施設入所で、12パーセントが、ハック・プログラム等の在宅でのサービス提供を受けているとのことである。
- (6) 在宅での介護サービスをより充実させるために、毎年、高齢者福祉省では、「Excellence」という賞を設けており、在宅介護サービスの向上に努めた施設、個人等に応募を呼びかけている。
- (7) オーストラリアの現時点での福祉政策の方向については, "The National Strategy for an Ageing Australia Background Paper" The Hon. Bronwyn Bishop MP Minister for Aged Care, April 1999. の中でさまざまな視点から検討され、結論として、オーストラリアの目指すところとしては「高齢者が人生を楽しく過ごせるようにすること」であると述べられている。
- (8) 2000年9月発行の, "The National Strategy for an Ageing Australia Attitude, Lifestyle & Community Support Discussion Paper" The Hon. Bronwyn Bishop MP Minister for Aged Care, p.25. によると、オーストラリア全体で、130のU3Aがあると指摘されている。詳しくは、pp.24-26 'Life Learning and Older Australians' を参照のこと。
- (9) レクリエーションについて、詳しくは、Ibid. pp.32-35 'Tourism, Recreation and Leisure' を参照のこと。
- (10) 実は、オーストラリアと日本は、高齢者問題の背景に似た部分が多い。たとえば、いずれの国も、平均寿命が、男70代後半、女80代前半で、高齢化率も10パーセント前半である。詳しくは、オーストラリアの高齢者問題の基礎資料である, "The National Strategy for an Ageing Australia Background Paper" The Hon. Bronwyn Bishop MP Minister for Aged Care pp.7-11. を参照。
- (11) スウェーデンに関しては、比較的多くの文献があるが、例えば、佐藤進(前掲注2) 第3章「スウェーデンの社会福祉行政と高齢者福祉」等を参照のこと。

- (12) アメリカに関しても、比較的多くの文献があるが、例えば、佐藤進(前掲注2) 第6章「アメリカの社会福祉行政と高齢者福祉」等を参照のこと。
- (13) このオーストラリアの政策についての概要は, "The Australian Health Care System: An Outline" Commonwealth Department of Health and Aged Care, September 2000. の中で明確に宣言されている。
- (14) 社会が豊かになり、生活水準や医療が進歩するとともに、乳幼児死亡率が下がり出生率が低下する傾向にある。オーストラリアも、合計特殊出生率が1972年の2.7から1994年の1.85に減少した。また、平均寿命は延び、1972年には男性68.6歳、女性75.4歳だったものが、1995年には男性75.4歳、女性81.1歳となり、高齢化も進み、65歳以上人口は1993年には11.7パーセントとなっている。
- (15) 1986年から91年までの人口増加率を見てみると、例えば、イギリスでは0.2で、日本は0.4であるのに対して、オーストラリアは1.6と非常に高い。これは、同じ移民受入国アメリカの1と比べても非常に高い比率であるといえる。オーストラリアの高齢化社会の問題については、竹田いさみ・森健編『オーストラリア入門』(東京大学出版会, 1998年) 106-111頁の(4)「高齢化社会」の部分参照のこと。
- (16) オーストラリアの人口は1995年に1800万人を超えたが、そのうち4分の1弱が外国生まれの移民・難民であり、世界中から移住者が来住している。ゆえに、オーストラリア国民のうちで、海外出生者に加え、両親ないしいずれか一方が海外出生者という国民の割合は5人に2人と推定されている。第2次世界大戦直後の人口は約760万人なので、約50年で1000万人以上も増加したことになる。その半分はヨーロッパ系中心の非英語系移住者であり、出身国は多岐にわたることから、国民の7人に1人が非英語系言語を母語としておりとされている多文化社会である。竹田いさみ・森健編(前掲注15) 73-74頁。
- (17) 近年の年間移住者は80年代半ばの10万人を越える数字から比べるとかなり減少し、6～8万人で推移しているが、そのうちの約50パーセントはアジア系である。詳しくは竹田いさみ・森健編(前掲注15) 74頁参照。
- (18) 65歳以上が高齢者とされ、その比率が7パーセント以上14パーセント未満の社会を高齢化社会、14パーセント以上になると高齢社会と呼ばれる。
- (19) 福原忠昭・朝川澄一(前掲注3) 38頁。
- (20) 民間の経費の30パーセントを連邦予算でまかなっているとされる。"The Australian Health Care System: An Outline" Commonwealth Department of Health and Aged Care, September 2000. p.2.
- (21) 国民保険制度は、1975年にウィットラム労働党政権により「メディ・バンク」という名称ではじめて導入され、その後廃止されていた。これが、1984年にホーク労働党政権で再導入され、高齢者の医療負担を軽減することになった。
- (22) 高齢者の医療負担については、入院の際の部屋代等も含めて、このメディケアで、全支出の75パーセントをカバーし、残りの25パーセントは保険等でまかなわれているとのことである。(前掲注5) p.5.
- (23) ハックシステムについては、(前掲注5) の"The National Strategy for an Ageing Australia World Class Care Discussion Paper" The Hon. Bronwyn Bishop MP Minister for

- Aged Care, p.28. 'Home and Community Care' に制度の概要がまとめられている。
- (24) この制度実施の基本理念は「自立と安全の確保・人格の尊厳を図ること」と「経済効率を高めること」の二点である。
- (25) これにより、「地域間格差をなくすこと」にもなった。それまで福祉関連法は、各州ばらばらで、住む地域によってかなりの格差があったが、各州の在宅介護関連法をハック法に一本化することで、連邦政府と各州政府の共同事業として包括的で統一されたサービスが全土に提供されることになり、地域間格差が必然的に改善されることになった。
- (26) このサービスは、洗濯、掃除、料理などの一般的な日常の家事援助を提供するもので、入浴や着衣などの対人サービスも提供される。このサービスの給付は、サービスを提供する人と受益者との契約であり、家庭訪問サービスは、友愛訪問サービスを提供し、必要な場合に、特別なケアの給付も伴う。
- (27) それまで高齢者が暮らしていた自分の住宅の維持、管理、改造などのために必要な援助を与え、高齢者に望ましい住環境を与えるものである。
- (28) 地域センターにより高齢者のための食事の提供をする給食配達サービスで、健康に配慮した特別給食や宗教的・文化的理由による特別給食サービスも提供される。
- (29) レスパイト・ケア (Respite Care) と呼ばれるもので、高齢者を介護している人々のストレスを緩和するためのさまざまなサービスである。在宅介護している高齢者を一時的にあずかるデイ・レスパイト・センターや介護者の相談やカウンセリングを行う介護者レスパイト・センターの活動が効果をあげている。
- (30) タクシーやハイヤーまたはミニバス等を利用しての高齢者移送サービスのことである。
- (31) 詳しくは、福原忠昭・朝川澄一（前掲注3）72-73頁参照。
- (32) サービスの具体的内容としては、衣服の着脱、薬の服用、トイレ介助、三食の給食、リハビリテーションやセラピー治療、急性疾患の際の対応、洗濯、居室掃除などを含んでいる。
- (33) 契約内容としては、例えば、施設利用料、諸費用、健康管理、ホステル利用規則、利用者・施設管理者の義務、外泊・外出の場合の処置、ホステルより提供されるべきサービス内容、苦情処理・紛争処理手続きなどがある。
- (34) 日本でも、2000年4月に介護保険制度が実施されてから、施設利用は契約によることになったので、このオーストラリアのような利用者の利益代表組織は必要と思われる。オーストラリアでは、以前から有料の契約締結を前提にして入居することから、当然その利用者の利益保護が考えられていたようである。
- (35) コスト面からみてもナーシング・ホームはホステルに比べ約2～3倍のコストがかかるといわれている。現在オーストラリアでは、コスト効率をさらに高めることを目指してナーシング・ホーム、ホステル、コミュニティー・ケア・パッケージの比率を40対48対12の割合にする目標を掲げ、その実現に向けて努力している。
- (36) 現在、ナーシング・ホームの約8割、ホステルの9割程度が非営利法人を含む民間企業によって運営されているまた、。政府が補助金を支出する施設ケアと在宅コミュニティー・ケアの割合も、1980年代には11対1であったのが、1990年代に入り5対1となり、21世紀には3対1を超えると予測されている。
- (37) 個人々の必要度によって違いはあるが、この高齢者ケア・パッケージにかかる費用の本

人負担は年金の17.5%以内で、その差額は連邦政府からの補助金で賄われる。ただし、高所得高齢者は収入に見合った負担が要求され、逆に何らかの理由で年金の17.5%の金額が払えない場合でも、その人に必要なケアを削られることはない。福原忠昭・朝川澄一（前掲注3）77頁。

- (38) 日本の介護保険に関しては、非常に多くの文献があるが、例えば拙稿「長寿社会の法整備（その1）－介護保険について（上）」『広島人』64巻（財団法人 広島地域社会研究センター）45頁以下を参照。
- (39) この歴史はかなり古く、1955年にニュー・サウス・ウェールズ州のロイヤル・ニューキャッスル病院がケア・アセスメント・サービスを取り入れたのが最初とされている。その後、高齢者人口が急増し、入所型介護施設の建設ラッシュがおこる1980年代になり本格的に導入されることとなった。その当時は、利用者が希望すれば何の制限もなく施設入所が認められていたため、施設不足を補うために莫大な補助金が支出され、財政を圧迫するようになり、施設入所の必要性や確性を審査する必要性が認識されるようになったためである。詳しくは福原忠昭・朝川澄一（前掲注3）86頁以下参照。
- (40) このチームは、70歳以上の高齢者が2万人居住する地域ごとに全国配置されており、連邦政府の予算が充てられている。詳しくは福原忠昭・朝川澄一（前掲注3）86頁以下参照。
- (41) 1987年に連邦政府のガイドラインが策定され、1989年に予算化され、1996年以降は、入所型介護施設への許可権限が連邦政府から与えられて現在に至っている。この高齢者医療評価サービスを導入することで、不必要なナーシング・ホームやホステルへの入所防止と高齢者の尊厳を守りながら自立を促すことができるようになり、クオリティー・オブ・ライフの向上が図られ、しかもコスト効率も格段に改善されたと評価されている。福原忠昭・朝川澄一（前掲注3）88頁。
- (42) ただし、評価を受ける本人がリハビリを受ける必要があると判断されるケースでは、さらに作業療法士や理学療法士が加わり、痴ほうがあるケースでは痴ほうの専門家加わるなど、柔軟に構成員が追加される。メンバーは連邦政府による任命で、資格試験はなく、日本のケア・マネジャー制度とは大いに異なっている。福原忠昭・朝川澄一（前掲注3）88-89頁。
- (43) 介護保険制度が実施されて、2002年4月で2年が経過し、さまざまな問題点が指摘されている。筆者も、拙稿「長寿社会の法整備（その1）－介護保険について（下）」『広島人』65巻（財団法人 広島地域社会研究センター）25頁以下でこの問題点について整理を試みたので、参照のこと。

執筆者紹介 (執筆順 *は編集委員)

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------|
| *井上 英夫 (いのうえ ひでお) | 金沢大学教授 |
| 鵜沼 憲晴 (うぬま のりはる) | 皇學館大學専任講師 |
| *抱 喜久雄 (かかえ きくお) | 京都薬科大学助教授 |
| *野畑 健太郎 (のはた けんたろう) | 和歌山県立医科大学教授 |
| *吉川 智 (よしかわ さとし) | 国士舘大学教授 |
| 長上 深雪 (おさかみ みゆき) | 龍谷大学教授 |
| 烏野 猛 (からすの たけし) | 滋賀文化短期大学専任講師 |
| *和田 隆夫 (わだ たかお) | 大阪体育大学助教授 |
| 黄 金衛 (ふおん じんうえい) | 中国同済大学助教授 |
| 浅倉 むつ子 (あさくら むつこ) | 東京都立大学教授 |
| *神尾 真知子 (かみお まちこ) | 尚美学園大学教授 |
| 廣瀬 真理子 (ひろせ まりこ) | 東海大学助教授 |
| 田中 裕美子 (たなか ゆみこ) | 下関市立大学専任講師 |
| 本沢 巳代子 (もとざわ みよこ) | 筑波大学教授 |
| 小川 富之 (おがわ とみゆき) | 広島経済大学助教授 |
| 吉田 夏彦 (よしだ なつひこ) | 国士舘大学講師 |
| 和田 美智代 (わだ みちよ) | 華頂短期大学講師 |
| 大杉 麻美 (おおすぎ まみ) | 札幌学院大学助教授 |
| Susanne Gaje (スサヌヌ ガイエ) | スウェーデン議会通商産業委員会書記官 |
| *鯨越 溢弘 (なまzugoshi いつひろ) | 新潟大学教授 |
| 大嶽 浩 (おおたけ ひろし) | 淑徳大学教授 |
| 堀田 みゆき (ほった みゆき) | 東京大学大学院総合文化研究科院生 |
| Gesine Foljanty-Jost (ゲジーネ・フォリヤンティーヨスト) | ハレ・マルティン・ルター大学教授 |

<非売品>

2003年1月13日 初版第1刷発行

古橋エツ子先生還暦記念論文集
21世紀における社会保障とその周辺領域

編者 『古橋エツ子先生還暦
記念論文集』編集委員会

発行者 岡 村 勉

発行所 株式会社 法律文化社

〒603-8053 京都市北区上賀茂岩ヶ垣内町71
電話 075 (791) 7131 FAX 075 (721) 8400
URL: <http://web.kyoto-inet.or.jp/org/houritu/>

©2003『古橋エツ子先生還暦記念論文集』編集委員会

Printed in Japan

装幀 アトリエ・デコ

(株)吉川印刷工業所・(株)酒本製本所