

「オーストラリアの高齢者福祉」

広島経済大学・助教授

小川富之

1. はじめに

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ます。しかし、ナーシング・ホームを建設したりする施設充実による財政負担が重くなり、また、それまで暮らしていた場所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 Comunity Care Program)」と呼ばれるコミュニティー・ケア・システム・在宅ケアへの転換を試みました。理念としては、従来ナーシング・ホームでしか受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ます。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ます。

一般に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)の制度が作られたり、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)などが作られています。

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ます。

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のではないのでしょうか。

2. 高齢者福祉の2つの潮流とオーストラリアの選択

・西欧型福祉 高負担・高福祉

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ます。例えば、福祉国家といわれている北欧のスウェーデンではおよそ6パーセントで、日本の約10倍近い経費となっています。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、非常に難しいと思います。

・アメリカ型福祉 セルフディフェンス

アメリカでは、高度の医療を受けることができる医療制度は存在していますが、医療費は非常に高く、医療保険に加入していない者にとっては、非常に深刻な問題で、国民皆保険制度の確立が求められています。

・オーストラリア型 中負担・中福祉

オーストラリアは、北欧型の「高負担・高福祉」とアメリカ型の「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」といえます。オーストラリアの社会福祉は、自立を原則とした最低保障で、財源は税金による一般財源でまかない、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するという方針がとられています。

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ますが、このオーストラリアの制度は、今後の日本の福祉を考える上でも、参考になると思います。

3. オーストラリアの高齢者福祉改革

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ていますが、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ます。

世界で、福祉の危機が叫ばれていた時代、経済優先で福祉の切り捨てかというジレンマに立たされましたがこの1980年代に、オーストラリアはホーク、キーティングという労働党政権で、「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ました。新たな、オーストラリア型の「中負担・中福祉」の確立となったわけです。1985年に、在宅介護を中心とするコミュニティ・ケア（HACC）と呼ばれる制度が創設されました。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した。

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とし、財源は税金による一般財源で賄い、国による社会保障で不足する場合は、民間のサービスを利用する」という考え方です。これは、「自立して生活することが、生活の質を高める唯一の方法であり、自立して生活できればお金はかからない」というアメリカ合衆国の「ヘルシー・ピープル計画」と同じ路線に立つものだといえます。

オーストラリアの社会福祉制度は、メディケア、ハック制度による地域在宅ケア・プログラム、ホステルやナーシングホームの施設と高齢者のための地域ケア・パッカー

ジ、エーキャット・チームによる高齢者介護評価サービス、NPOやボランティア活動、が基本システムとなっています。

「高齢者は限りなく長く自宅に住むことができる」ことが自立で、「社会の一員として直接影響を及ぼすような政策の決定に積極的に参加し、若年世代と自己の経験と知識を分かち合うべきである」ことが参加、「家族および共同体の介護と保護を共有できる」ことがケアととらえられ、「いかなる場所に住み、あるいはいかなる状態であろうとも、自己の尊厳、信念、要求、プライバシーおよび自己の介護と生活の質を決定する権利に対する尊重を含む基本的人権や自由を享受することができる」というのが基本理念とされています。

高齢者等を対象とした福祉政策の財源は、連邦政府60に対し州政府40という割合で拠出されています。この財源を元に、権限を与えられた自治体が主体となって、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導入し、それぞれの地域にあった福祉サービスを提供しています。以下、簡単に主要制度の概要をまとめてみます。

・ハック制度制度 = 地域在宅ケア・プログラムの誕生

オーストラリアでは、1975年ころから老人人口が急激に増加、一気に10%を突破してましたが、当時は、介護が必要になった高齢者は希望すれば入所型施設のナーシング・ホームやホステルに入所することができました。その結果、著しく入所型介護施設が不足するようになり、ナーシング・ホームやホステルの施設建設ラッシュが起きました。当然、莫大な補助金支給が必要となり深刻な財政難に陥ります。

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り、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」高齢者の意思を最優先することになり、施設中心型の介護サービスから、経済効率の良い住宅ケアを中心とする制度に移行することになりました。これが1985年施行のハック制度の創設です。

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」の二点でしたが、さらに、「地域間格差をなくすこと」にもなりました。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りましたが、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、地域格差が必然的に改善されることになりました。

また、この制度に高齢者医療評価サービス、エーキャス(ACAS)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ました。

サービス提供は地方自治体(コミュニティー)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います。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ます。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、訪問看護、給食宅配、輸送、デイケア・サービス、リハビリの順になっています。

・ホステル・ナーシングホーム改革

オーストラリアの入所型の高齢者介護施設は、ホステルとナーシング・ホームの二種類で、それぞれの介護レベルが異なります。

ホステルは身の回りのことは自分自身で出来るロー・ケア(軽度)高齢者のための施設で、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、可能な限り自宅の生活環境に近いものになっています。

一方、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することができます。部屋のタイプも四人部屋、二人部屋、個室とさまざまで、デイ・ラウンジ、アクティビティー・ルームやダイニング・ルームを備えています。入居者の6、7割が痴ほう老人で、重度痴ほう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ります。

コスト面から見ると、ナーシング・ホームはホステルに比べ約2、3倍のコストがかかります。そこで、高齢者自身の自立と自活を促進させるハック制度の狙いから、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、比率を40対60にする目標をほぼ達成しています。現在はさらにコスト効率を高めることを目指してナーシング・ホーム、ホステル、そして1992年に導入された「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、努力しています。

ナーシング・ホーム、ホステルの運営は民営化が進み、ナーシング・ホームの約8割、ホステルの9割強が非営利法人を含む民間企業となっています。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・ケアに占める割合が、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ます。

・コミュニティー・オプション・プロジェクト・コミュニティー高齢者ケア・パッケージ

ハック、地域在宅ケア・サービスの支援強化策として、利用者に最もふさわしい介護プランを作成し、施設に入らなくても必要な介護サービスを在宅で受けるための、コミュニ

ティー・オプション・プロジェクト制度が1989年に導入されました。さらに1992年には、在宅介護を強化するために、一定の予算内で福祉用具の購入、調達などを提供できるようにした「コミュニティ高齢者ケア・パッケージ」を追加導入しました。これらの制度により従来はホステルでしか受けられなかったサービスが在宅で受けられるようになりました。

地域高齢者ケア・パッケージにかかる費用は、受ける内容は個々の必要度により異なりますが、週におよそ160~250ドル程度となっています。本人の負担は年金の17.5%以内で、その差額は連邦政府からの補助金で賄われます。ただし、高所得高齢者は収入に見合った負担が要求され、また、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ありません。

・バイタル・コール・システム

この制度は在宅で、施設にいるのと同じ安心が得られるという画期的なものです。一人暮らしの高齢者や障害者が自宅で急病や事故にあった場合、首に掛けたペンダントの赤ボタンを押すと、緊急センターに通報が届き、緊急センターと会話ができるというものです。声を出せない状況でも緊急スタッフが異状に気付いて、あらかじめ登録してある緊急連絡先に通報することで、だれかが駆け付けてくれる安心システムとなっています。緊急連絡先は近くのホームドクターや肉親、友人など3人を登録し、さらに、センターから再確認の電話が必ずかかる二重チェックシステムとなっています。このシステムは、ハック制度の補助金で民間会社が運営しています。このバイタルコールはすべてシドニーにあるセンターで一元化され、二重チェックで安心できるシステムといえます。

・高齢者ケア・アセスメントと介護プランの作成・高齢者医療評価サービス、エーキャス(A C A S)

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)が本人および家族にとって、在宅、コミュニティ・ケア・パッケージ、ホステル、ナーシング・ホームのいずれで介護を受けるのが最適かを評価指導し、相談に応じるシステムで日本の介護保険の要介護認定にあたるものです。この制度は、必要な人に必要な介護を提供することを具体化する重要な役割を担っています。ハック制度に基づき介護施設に入居する人はすべてこのチームの評価を受けることが義務づけられています。

高齢者医療評価チーム・エーキャット(A C A T)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ます。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、前記三人に作業療法士や理

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が加わるなど、柔軟に構成員が追加されます。

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ます。

アセスメント・サービスは、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ます。

4. おわりに 今後の展望として

日本では、在宅介護の充実を目指して2000年4月に介護保険制度が導入されましたが、現実には、施設介護依存が高く高齢者福祉施設の待機人数の多さが大きな問題となっています。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の不足する傾向にあり、今後さらに保険料が上がることが予測されます。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が上げられています。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す。高齢者も、できればそれまで生活してきた場所で継続して暮らしたいというのが望みですが、残念ながら、日本の実情は必ずしもその希望を実現できていないといえます。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・安全が受けられるというのは、まさに画期的であるように思えます。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りましたが、オーストラリアからは大いに学ぶところがあるように思います。