

オーストラリアの高齢者ケア

—訪問看護に焦点をあてて—

Aged care in Australia

— Focusing on visiting nursing —

鶴田 来美^{*1}

Kurumi Tsuruta^{*1}

I. はじめに

世界一の長寿国であるわが国は、長寿を誇りとするならば「その人らしく生活できる環境づくり」、 「住みやすい地域づくり」についてもっと取り組まなければならない。

医療費の高騰による健康保険財政の危機が叫ばれ、入院にかかる費用を削減しようという動きが始まった。2000年からは介護保険制度が実施され、医療保険制度と介護保険制度のもと病院・診療所、訪問看護ステーションが在宅療養者を支えている。現在約5,300ヶ所の訪問看護ステーションが訪問看護を行っており¹⁾、わが国において、訪問看護ステーションは在宅療養を支える重要な資源の一つである。訪問看護は看護職が主体となってケアサービスを提供できるとともに、ケアサービスを事業化できる環境にある反面、専門職としての資質の向上、安定した事業経営が重要な課題でもある。

今回、高齢者ケアの先進国であるといわれているオーストラリア研修の機会を与えていただき、看護大学、高齢者ケアの施設、ホスピス、訪問看護施設等を見学した。その人らしく生き生きと生活をしている高齢者宅を訪問する中で、わが国でも今後検討すべき課題があると感じた。本稿では、高齢者ケアの中の訪問看護を中心に報告をする。

II. オーストラリアの概況<表1>

日本とオーストラリアはともに島国ではあるが、面積はオーストラリアが日本の約20倍であるのに

対し、人口は日本の約7分の1、人口密度の高いわが国からみるとその広大な大地、おおらかで受け入れのよい人間性は魅力的であり、退職後の日本人夫婦がオーストラリアでのんびりと過ごすことを選択するのも納得である。

高齢者についてみると、老年人口割合はオーストラリアが12%であるのに対し、日本は既に18%、およそ20年遅れでオーストラリアは高齢社会を迎える。人口の高齢化そして医療費の高騰に対し、オーストラリア連邦政府は1980年半ばに、施設ケアから在宅ケアへの転換策としてHome and Community Care (HACC)を整備するとともに、ACAT (Aged care Assessment Team)を設置した。ACATを定義すると「自宅で生活

表1 日本とオーストラリアの概況比較

| 概況 | 日本 | オーストラリア |
|-----------------------------|-----------------|---------------------|
| 人口 (万人) | 12,729 | 1,897* (1999) |
| 面積 (1,000/Km ²) | 377 | 7,682* |
| 人口密度 (人/Km ²) | 338 | 2.4 |
| 老年人口 (%) | 18 | 12* (2000) |
| 平均寿命 男 | 78.07 (2001) | 76.6 (1998-2000) |
| 女 | 84.93 (2001) | 82.0 (1998-2000) |

注：()は作成基礎期間を示す。

出典：国民衛生の動向49(9)、厚生統計協会、2002

*は、資料「A comparison of aged care in Australia and Japan, DECEMBER 2000」から引用

^{*1} 宮崎医科大学医学部看護学科 地域看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

継続を望んでいる高齢者や、ホステル、ナーシングホームへの入居を考えている高齢者に対して、評価・情報提供、助言し、そして援助を提供する「医療専門家チーム」ということになる²⁾。オーストラリアの高齢者は自立の意識を持ち、障害を持って自分の家でという考えが根強く、自分の人生に自分自身で責任を持つという態度が自然に身についていると言われている。その高齢者を在宅で支援する医療福祉サービスがシステム化され、その中で様々な専門職がチームを組み、高齢者ケアを展開している。

私が研修を行った施設は、オーストラリアの中でも第3番目の大都市であるブリスベン市近郊の Australian Catholic University, Aged Care Queensland Institute, Mount Olivet Community Health Service, Gold Coast Hospice, St Luke's Serviceである。

Ⅲ. 訪問看護従事者の資格

1. オーストラリア

オーストラリアの看護教育は、専門学校での3年教育が主流であったが、看護師不足、病院での労働条件、看護教育制度などの諸問題を解決しようとする看護師の組織的な活動が大きく貢献し、1993年にすべての看護師養成所が統廃合し看護大学に切り替わった。ただし、修業年限は3年である。オーストラリアの各州には Nurses Resistration Board (NRB: 看護登録機関) が設置され、看護関連の法律に基づき、看護に携わる人材の登録が行われている。また州レベルのNRBを総括する機関として、ANCI (Australian Nursing Council Inc) があり、国内の看護水準、登録制度の監視を行っている。

看護大学卒業後は修士、博士といったコースの他に、病院単位で行っている Post Registration Courseがあり、これらを受講し資格を得ることにより給料も高くなるシステムがとられている。

私が研修中に訪問看護で同行したリン (R.N) さんは、病院での臨床経験 (ICU等) を積んだ後 community nurse のプログラムを受講し訪問看護に従事していた。看護師は十分に臨床経験を積

んだそのキャリアの延長線上で知識や技術を補充し、訪問看護に従事している。このことにより、給料はICUに勤務していたときよりも高額であった。

2. 日本

訪問看護師の養成については、1982年の「老人保健法」の制定以来、各自治体、看護協会、訪問看護振興財団、民間の訪問看護事業所、在宅医療関連サービス業者などで積極的に研修が行われるようになった。また、1997年の看護教育カリキュラムの改正においては、「在宅看護論」が新たに看護の専門科目に位置づけられた。現在では、最初から訪問看護師を希望して看護大学へ入学する学生も多くみられる。訪問看護に従事するにあたっては、訪問看護師養成研修等の受講がすすめられているが、訪問看護事業所の看護職員において訪問看護師養成研修の受講者は全体の42.4%³⁾ というのが現状である。

Ⅳ. St. Luke's Nursing Serviceにおける訪問看護

私が研修を行ったSt. Luke's Nursing Serviceでは、看護師はブリスベンを数個のブロックに分け訪問看護を行う、いわゆる地域担当制をとっていた。1日の訪問は看護師1人あたり平均8~14件で、移動距離にしておよそ40~50Kmということであった。移動手段は乗用車で、利用者同士の家の距離は5Km前後、オーストラリアはどこも道幅、敷地が広く、駐車場所に困ることはなかった。

私は、看護師リンさんの訪問に同行させていただくことができた。その日のスケジュールは朝8時から夕方までに15件を訪問する予定となっていた。この数字に驚き、訪問看護の妨げにならないようにと午前だけ同行したのだが、昼までに予定通り7件の訪問を終了し、午後はリンさん1人が8件の訪問を続行した。15件という数字は、私には信じがたいものであった。というのは、わが国では、訪問1回あたりの滞在時間は、介護保険法利用者57.8分、健康保険法利用者63.1分という報

告⁴⁾にもあるように、この計算からして1日あたり1人の訪問看護師の訪問件数は5～6件という数字になるからだ。オーストラリアでも当初は1日5～6件という状況だったという。しかし、訪問看護師とその他の職種との役割を明確にし、それぞれがそれぞれの機能を活かすことを重視したことにより、効率よく訪問看護師の役割が果たせるようになった。午前中に訪問した7件について、利用者の状況と実施したケアサービスの内容を整理してみたが(表2)、効率という面は評価に値するものであった。効率をよくするための要因が他職種との連携の他にどこにあるかについて、十分なディスカッションを行ってこなかったが、1件目の訪問から日本とオーストラリアとは居住形態・環境の違いを感じていたので、その点を検討してみた。

まず、当然ではあるが、日本は和式、オーストラリアは洋式の生活である。靴を脱いで座敷にあ

がる日本の生活様式は、人の出入りに時間を要するものだと実感した。また、近年日本ではバリアフリーを意識した住環境が整備されつつあるが、まだまだ充分とはいえず、これに敷地面積の狭さが重なり、人が何かをするにあたって時間を要するようになった。

次に、居住形態の違いが考えられる。もしかしたらこれが最も大きな違いかもしれない。石井の報告によると、日本では訪問看護利用者の同居家族構成は、「子どものいる世帯」が57.9%、「夫婦のみ」が21.8%であり、訪問看護利用者の半数以上が受けている看護の内容のなかに、「家族の介護指導」(51.7%)が含まれている。

図1に日本とオーストラリアの65歳以上高齢者の居住形態のデータを示したが、日本では家族と同居が、オーストラリアでは独居あるいは夫婦のみの世帯が多いことが一目瞭然である。さらに80歳以上に限定してみると、オーストラリアでは独

表2 午前中に訪問看護を実施した利用者の概況

| No | 年齢 | 性別 | 居住形態 | 疾患名 | 実施した看護ケアの内容 | 訪問看護の実施状況 |
|----|-----|----|------|-------------------|----------------------------|-----------|
| 1 | 80代 | 女性 | 独居 | DM | 血糖チェック, 症状観察 | 週2回 |
| 2 | 91歳 | 女性 | 独居 | 大腸癌 | ストマ観察, パウチ交換, 症状観察 | 週1回 |
| 3 | 81歳 | 女性 | 独居 | 大腸癌, DM | 血糖チェック, ストマ観察, パウチ交換, 症状観察 | 週1回 |
| 4 | 70代 | 女性 | 夫と同居 | 転倒による骨折 | シャワー浴介助, 症状観察 | 週2回 |
| 5 | 78歳 | 女性 | 独居 | パーキンソン病, 骨折 | シャワー浴介助, 症状観察 | ? |
| 6 | 94歳 | 女性 | 独居 | ? Palliative Care | ペインコントロールチェック, 症状観察 | 2週間に1回 |
| 7 | 40代 | 男性 | 兄と同居 | DM | 血糖チェック, 症状観察 | 週3回 |

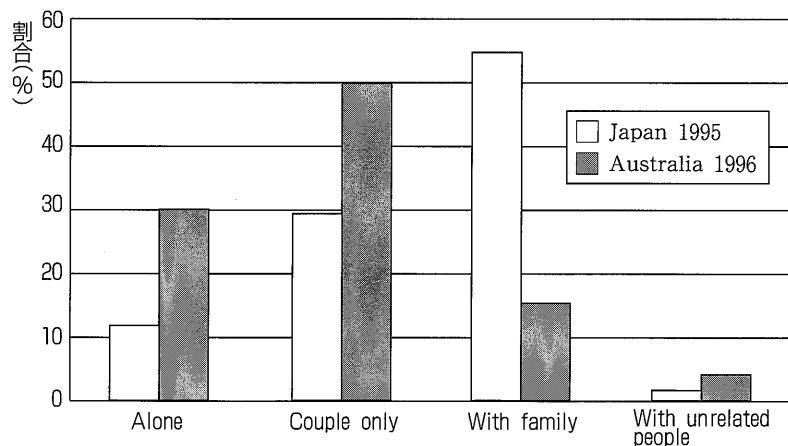


図1 居住形態 (65歳以上)

資料: A comparison of aged care in Australia and Japanから引用

居の割合が15%→46%に増加するのに対し、日本では家族と同居が55%→70%に増加するのである。ともに家族を大事に思う気持ちは同じでも、自分の人生に自分で責任を持ち、子供に頼らず自立した生活を送るというオーストラリアの人々の基本的姿勢とオーストラリアの医療・福祉制度がうまく調和しているように感じた。日本では、まだまだ家族に介護を期待する風習が強く、家族への介護指導及び支援は看護職の重要な役割となっている。介護保険制度がスタートし、徐々に在宅志向の傾向はみられているとはいえ、依然として在宅での生活が可能な状況にあっても施設を希望する者が多い。訪問看護ステーションには、地域の医療系サービスとして、病院等から退院直後の利用者に訪問看護を行い、在宅療養へ円滑に移行できるように支援する役割がある⁵⁾。訪問看護師がその責務を果たすとともに、ケアの質を保証することにより、多くの地域住民が在宅を選択するようになり、わが国でも訪問看護を利用することが当たり前の社会となるであろう。

V. おわりに

高齢者が自分らしく自立した生活を送ることが一体どういうことなのか。それは、訪問看護に同行させていただき、高齢者一人一人の表情から感じ取るものがあつた。高齢者が一人で生活することが決して孤独を意味するものではない。

家族とのつながり、人とのつながり、社会とのつながりを保ちながら、自分で生きているその満足感がオーストラリアで出会った高齢者の表情には満ちあふれていた。

最後になりましたが、このような貴重な研修の機会を与えていただきましたことに感謝致します。

文 献

- 1) 佐藤美穂子：戦後在宅ケアの流れ，COMMUNITY CARE, 4(12), 40, 2002
- 2) 山崎摩耶：オーストラリアの高齢者ケア（後編），COMMUNITY CARE, 4(12), 19, 2002
- 3) 岡谷恵子：訪問看護の人材育成の変遷と課題，看護研究, 35(1), 64, 2002
- 4) 石井やよ江：データにみる介護保険施行後の訪問看護の実態，看護研究, 30, 35(1), 2002
- 5) 佐藤美穂子：介護保険施行後の訪問看護のブランドデザイン，看護研究, 35(1), 78, 2002
- 6) 石井八重子：オーストラリアの看護教育，Quality Nursing, 3(7), 64-71, 1997
- 7) Nursing in The World Editorial Committee編：NURSING IN THE WORLD, 194-200, メヂカルフレンド社, 2000
- 8) 山崎摩耶：オーストラリアの高齢者ケア（前編），COMMUNITY CARE, 4(11), 18-19, 2002
- 9) 厚生省の指標 国民衛生の動向, 49(8), 厚生統計協会, 2002