

第2章 オーストラリア・ニューサウスウェールズ州における脳損傷者への支援

当委員会では、2010年度の研究活動として、諸外国における高次脳機能障害者支援と成年後見制度について調査を行い、わが国の運用・制度の改善に資する情報の収集・提供をするため、オーストラリア・ニューサウスウェールズ州（NSW）の視察を行った。概要は以下のとおりである。

〔日程〕2011年2月11日(金)～15日(火)

〔視察先〕①身上監護局（NSW Public Guardian Office）、②ロイヤルリハビリテーションセンター（Royal Rehabilitation Centre）、③スパスティックセンター（The Spastic Centre）、④脳損傷者協会（Brain Injury Association）、⑤後見審判所（NSW Guardianship Tribunal）、⑥リバプール病院（Liverpool Hospital）



〔参加委員〕井上直樹、遠藤慶子、大輪典子、佐藤彰一、名川勝、長谷川秀夫

1 NSW 公的後見局の役割と身上監護

1 はじめに—身上監護と財産管理の分離した成年後見

オーストラリアでは、成年後見の基本的なしくみとして、身上監護と財産管理とに分かれて組み立てられている（基本的な制度の紹介は、菅富美枝「オーストラリアの成年後見制度」実践成年後見20号118頁以下参照）。

それでは、なぜオーストラリアの成年後見制度が、身上監護と財産管理に分離して運用されているのか。そのようなしくみできちんとした権利擁護ができているのか、不思議だった。その答えが、今回の視察で解消されたわけではない。しかし、彼らの運用に「迷いが無い」という神髄に触れ、目を見張る思いがしたのは事実である。その神髄こそが、オーストラリア成年後見制度の秘密であるともいえる。

ニューサウスウェールズ州（オーストラリア東部中央の州。州都はシドニー。以下、「NSW」という）にダイブして、その身上監護制度への取組みを詳細にたどることで、わが国が抱える制度の課題が見えてくる。今回のNSWへの視察には、今後のわが国における課題の解消に向け、多くのヒントを得ることができた。南半球の夏の日差しの中で、シャワーのように浴びてきた言葉やニュアンスを、できる限りお伝えする。

2 身上監護局 (NSW Public Guardian Office : NSWPGO)

身上監護局は、NSW 州政府の司法省 (Justice & Attorney General) に属している一部局である。人的な規模は、思ったほどではなく、人材の多くを財産管理局 (The NSW Trustee & Guardian : やはり司法省に属する部局で、州政府が公的な財産管理人としての判断能力不十分者の財産管理を行っている) から出向させている (このような、身上監護と財産管理の互いの業務が混じり合う人材交流も不思議に感じるが、その点は説明をさせていただいた職員の方のコメントから察することができるので、後ほど紹介したい)。

身上監護局の目的は、16歳以上の州市民で、意思決定 (decision-making) できない方 (認知症患者、知的障害者、脳外傷者、精神障害者等) への「人権擁護」である。具体的には、身上監護局が「後見人たる国家」として、国が身上監護後見人に就任し、本人に代理して、限定された (limited) 意思決定をすることにある。この「限定された (limited)」という意味は、後見人たる国家が本人に代理して行う意思決定の範囲と、後見人としての任期について妥当する。

ところで、「国 (家) が後見人になる」というのは、違和感があるかもしれない。当初は財産管理のみの後見 (Trustee) だったが、人権擁護の原則から派生し、身上監護を重視する後見 (Guardianship) の制度へ進化したという印象である。

3 身上監護局の意思決定とその方針

身上監護局が代理する意思決定として、以下のものが限定列挙されている。

- ① 主に在宅者へのヘルスケア
- ② 医療 (医科・歯科) 同意
- ③ 居所指定
- ④ 行政サービスの選択

このように見ると「本人の生活の質」全般を常時に管理する傾向があるように感じられるかもしれないが、実際は、これらの中から、本人や本人を囲む市民からの「具体的なニーズ」が、後見審判所 (The Guardianship Tribunal) や身上監護局に持ち込まれることで、身上監護審判の手続 (ここではパネルメンバーが総合的に本人のニーズを見極めているようだ) が開始、その具体的なニーズに応じて代理の意思決定権が与えられることになる。ちなみに、その手続は職権進行主義である。またアウトリーチではない。

興味深いのは、身上監護後見人の医療同意権に関する意思決定を、親族・家族のそれに優先させていることである。この意思決定の結果は、免責される。つまり、国家賠償にならない。

身上監護局の業務のポイントは、④「行政サービスの選択の代理」にあるという。いわば、行政につなげる中継ぎである。当然、身上監護局のメンバーが本人に関与する期間は短くなる。法定任期は原則6カ月で、短ければ短いほど権利侵害性が低いと考えているようだ。長くても1年で更新される。必要 (ニーズ) が発生すれば、そこでまた身上監護局を関与させればよい、という限定的な運用方針が根底にある。ここには、「個々のニーズに対応する」という考え方がみられる。この考え方は、視察中、「(成年後見の利用は) 最後の手段 : Last Resort」と共に、繰り返し耳にした概念である。

ケースによっては、身上監護局自身が身上監護後見の終了申立てを審判所にすることもある(年間約500件)。身上監護の終了を促すのは、公権力による身上監護は「一時的に (limited) 利用する制度」いう考えが根底にあるためである。見直し (review) による終結も盛んに行われており、成年後見を最後の手段として位置づけたうえで、LRA (Less Restrictive Alternative: より制限的でない他の手段) の原則の実践が徹底されている。LRA 原則の徹底という姿勢がこの国の最も重要な秘訣であるようだ。

なお、身上監護後見が終了しても、財産管理は、親族のプライベートマネジャーや公的財産管理局、または任意後見人 (EPA) などが間断なく管理するので、問題はない。

4 最後の手段 (Last Resort)

身上監護局が果たすガーディアンシップは、「最後の手段 (Last Resort)」として機能しており、他の手段 (alternative) を優先的に適用させるものとされている。本人に代理する意思決定を「権利侵害」と捉え、これを可能な限り回避するための考え方である。この結果、身上監護局の運用は、(わが国のように本人を丸ごと抱えるのではない) 軽い制度となっている。「他の手段」には、親族・家族・友人が選任される身上監護後見人 (Private Guardian) も含まれる。

財産管理人 (Trustee や Private Financial Manager など) も身上監護へ向けた義務を免除されているわけではなく、後見審判所との関係で人権擁護の精神に基づく行動は求められており、結局、NSW では、財産管理・身上監護双方の制度では互いに調和しているといえる。むしろ、後見人としての職務の負担を分散・軽減しているともいえる。

5 身上監護には高度なスキルが求められる

身上監護局の女性職員は、「財産管理 (financial management) は親族・友人などを含め誰でもできる。それに比べて、身上監護 (Guardianship) は人権擁護活動であって、財産管理とは異なり高度なスキルが必要だ。財産管理人が当然にできるものではない」と述べていた。非常に印象的な発言である。

Guardianship 制度は、歴史的には財産管理より後に導入された。2つの権能を分離させている理由は、より人権に配慮した結果、最善の利益の選択や、利益相反のケースにおける判断にあたって、適切性を担保するためだという。

なお、具体的な利益相反ケースでは、後見審判所が判断にあたることとなるようだ。

6 まとめ

わが国では、成年後見は、本人を丸ごと抱えた家族的な視点で運用されるべきであり、後見業務とは無期限で一生続くものだと思える傾向がある。これは、そのような思考を前提として制度が設計されているからであろう。身上監護と財産管理は表裏一体が当然と考えるのも、成年後見人に両権限が一体となって付与されている制度のあり方によると思われる。

しかし、判断能力のない人の財産管理に重点を置く時代が過ぎ、一人ひとりの幸福をめざす社会においては、わが国の成年後見制度では、後見人にとっても本人にとっても重すぎると感じることもある。また、医療同意権や居所指定権がないとされているなど、肝心のかゆいところに手

が届かない側面もある。

Last Resort、Less Restrictive Alternative といった原理や、個別のニーズに応じた制限的 (limited) 支援という NSW の基本的な考え方とあわせ、身上監護と財産管理を分離して考えてみると、後見人・本人の双方にとって分業により「気が楽に」なるのではないかと感じるが、いかがだろう。たとえば、医療同意の必要が生じた事案において、医療に関する同意権のみを付与された身上監護人（任期6カ月）を選任することで、本人、現場の成年後見人はどれだけ救われることか。

成年後見制度に関する考え方を根本から立て直す必要が出てくるし、日本という国の風土や日本人の国民性になじむかどうかは検討する必要があるが、このような原理等を認識したうえで、よりよい制度のあり方を探る必要はあろう。NSW からの示唆は、たいへん興味深いものであった。

(長谷川 秀夫)

2 NSW 脳損傷者協会 (the Brain Injury Association of NSW)

1 はじめに

ニューサウスウェールズ州脳損傷者協会（以下、「BIA NSW」という〈<http://www.biansw.org.au/>〉）からは、スタッフとして Nicole Lucas 氏と Michelle Baldacchino 氏をお招きした。Lucas 氏はプログラム担当マネージャー兼アドボカシー担当であり、Baldacchino 氏は情報・照会担当マネージャー兼介助者向け教育担当の役割を担っていた。BIA NSW には CEO のほか、スタッフが数名おり、他にケースマネジメント担当、調査担当、講演・研修担当、メンタープログラム担当などがある（兼担）。当日は我々の逗留するホテルの会議室を会場として、ヒアリングさせていただいた。

2 基本情報

BIA NSW は州の外傷性脳損傷者本人とその家族、支援者等の組織である。オーストラリア全体としては Brain Injury Australia (BIA) があり、また他州には日本との交流経験もある Synapse (クイーンズランド州の BIA) をはじめとする州組織がある。

資料によれば、NSW には11万3000人の日常生活に困難を来す外傷性脳損傷者がおり、これは人口の約1.6%に当たるといふ。

BIA NSW の活動は、オーストラリア連邦の家族・住宅・コミュニティサービス・先住民省 (Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs; FaHCSIA)、並びに NSW 州ヒューマンサービス省の高齢者・障害者・在宅ケア局 (Ageing, Disability and Home Care; ADHC) の資金援助を受けている。また、交通事故当局 (Motor Accidents Authority; MAA) が2007年に創設した Lifetime Care and Support Scheme

(LTCS) が事故補償と支援に大きくかかわっている (後述)。

3 BIA NSW が提供するサービス

BIA NSW が提供するサービスは以下のとおりである。

① アドボカシー

individual advocacy として、脳損傷者の生活に際してサービス利用の改善、苦情などトラブル解決の支援、会議への随行、行政や病院などとの交渉支援などを行う。本人に寄り添う (standing beside) 支援を基本とする。決定の代理を行うものではない。また system advocacy として行政等に対する制度改善要求なども行う。

② 情報提供・照会

会員等からの問合せに対する情報提供、諸資料、ニュースレター、ホームページ、並びに他機関照会などを行う。

③ ケースマネジメント

困難なニーズを持つ外傷性脳損傷者に対するケースマネジメントを、多機関連携のもとに行う。

④ 当事者の講演開催

交通事故被害者を中心とするボランティアメンバーが、地域に対して自らの体験を語ることで、事故や障害に対する理解を広げる。

⑤ 介護者ネットワークとメンタープログラム

家族が事故に遭って間もないメンバーと、外傷性脳損傷者の介護経験を持つ家族などがペアとなり、ピア・メンタリング (Peer Mentoring) を行う。またネットワークを作る。

⑥ 研修

講演、セミナー、ワークショップなどを多様な方法により開催する。テーマとしては、外傷性脳損傷の基礎理解、強度行動障害者の支援方法、介護者のストレス対処法などを取り上げている。

4 ヒアリング結果

我々が事前に用意した質問事項に対して回答するとともに、関連事項を説明するという形でプレゼンテーションが行われ、その後に質疑応答を行った。

プレゼンテーションにおけるポイントの1つにあがったのは、交通事故による外傷性脳損傷者に対する制度の充実と、それと比較して非外傷性などの脳損傷者に対する支援の不十分さである。すなわち、交通事故による外傷性脳損傷者は、賠償保険により経済的な補償を受け、私費によりサービスを購入確保するとともに、Lifetime Care and Support Scheme (LTCS) という包括的支援制度を利用できる (後述)。しかし、そうでない人は結果として低所得者となってしまうとともに、このスキームを利用できないため、全般的な制度利用にとどまる。両者には実に大きな開きがあるように感じられたが、しかし日本の現状は、この非外傷性などの脳損傷者に対する支援レベルと類似しているのではないかと指摘があった。

第2章 オーストラリア・ニューサウスウェールズ州における脳損傷者への支援

(1) 賠償保険による補償を受け、経済的に余裕がある場合

民間の支援サービスを個人で購入し利用する。住居なども個別に確保する。また Lifetime Care and Support Scheme (LTCS) によるサービスを利用する。

具体的な生活の例としては、Cerebral Palsy Alliance でヒアリングを行った当事者の状況がわかりやすい。

(2) 賠償保険による補償を受けられないため、Lifetime Care and Support Scheme (LTCS) を利用できず、低所得である場合

オーストラリア連邦政府や州の提供する住居を利用する。あるいは、補助を利用してアパートを借りる。公的グループホームは待機者が大変多い。どうしてもみつからなければ高齢者施設を利用せざるを得ない。

これらに家族が関与するかどうかは、経済状態や障害の状態など諸条件によるため一概にはいえないが、経済的な余裕がある場合、主たる介護者はサービス提供者となり、家族は家族としての一般的なかかわりの中で本人と付き合いようになると思われる。ただし、認知障害や強度行動障害などのマネジメントが不十分で、家族が混乱・疲弊する場合は、生活を共にすることが難しくなるようである。

また、ヒアリングによれば、利用できるサービスがない場合は、家族が主たる介護者とならざるを得ないが、これには、低所得者層とした家庭がもっぱら該当するようである。現在はこのような家族の高齢化が進み、今後の支援体制が課題となっているとの説明もあった。

BIA NSW のケースマネジメントスタッフなどが主としてかかわるのは、このようなニーズのある人たちであると、質疑応答で説明がされていた。

5 Lifetime Care and Support Scheme (LTCS)

2006年交通事故法 (Motor Accidents (Lifetime Care and Support) Act 2006) を根拠として創設された支援スキーム (枠組み) である。交通事故により、一定以上の傷害 (脊髄損傷、脳機能障害、上下肢欠損、熱傷、永続的視覚障害など) を被った場合、以下のようなサービスを受ける。リハビリテーションは期限を定めて行われるが、その後の福祉的サービスは、ニーズに応じて継続される。

- ① 医療 (歯科・薬剤を含む)
- ② リハビリテーション
- ③ 救急移送
- ④ レスパイトケア
- ⑤ アテンダントケア (個々のニーズに合わせた介助者)
- ⑥ 家事支援
- ⑦ 義肢、補装具、補助具等
- ⑧ 教育・職業上の訓練
- ⑨ 住居・施設等の改修

今後、このスキームのあり方について、さらに調査を進めることが必要と思われる。

6 ケースマネジメント

BIA NSW は、病院（急性期、準急性期）を退院した後に支援にかかわる。賠償請求や各種評価など諸手続が進んでいるケースもあれば、そうでないケースもある。後見審判所 Guardianship Tribunal は彼らに対して財産管理人 financial manager の選任を求める場合がある。ただし後見人 guardian の選任を tribunal が求めることは稀である。

本人の意向、地域生活上のニーズ、住居改修、社会参加上のニーズ、家族とのかかわり、認知障害並びに強度行動障害などの課題への対応などの諸要素を勘案して、ケースマネジメントが進められる。親は、事故直後などでは、特に打ちのめされていることが多いので、そちらへの配慮も必要である。たとえば認知障害や強度行動障害が強い場合は、家族が慣れていないことも重なり、困惑する。

個々のニーズに応じて計画を作成し、支援を実施するが、可能な条件が整えば支援から手を離すようにする。そして、またニーズが高まってきたら再びかかわる。このようにして、適切な距離を持つことをケースマネジメント時に心がけているという。

7 最後に

各種資料を携えて来てくださった Lucas 氏、Baldacchino 氏であったが、与えられた時間が不十分であったことが残念に感じられた。その中で限られた情報ではあったが、このような専従スタッフが分化された業務に取り組み、ご本人と家族等に対して精力的にかかわっていることには強い印象を受けた。彼らの献身的な説明に感謝する。また彼らが利用する社会資源の違い、特に Lifetime Care and Support Scheme (LTCS) については、さらに調査を進め、我が国での活用可能性なども含めて検討すべきと考える。

(名川 勝)

3 ロイヤルリハビリテーションセンター

1 概要

「ロイヤルリハビリテーションセンター (Royal Rehabilitation Centre) では外に出てリハビリすることを大事にしている」。

出迎えてくれた Jim TOWERS 氏の第一声である。

ロイヤルリハビリセンターは、独立した法人で、主に州からの財源で運営されている。その他、自賠責保険、損害保険、労災年金、民間の医療保険等からの財源があるとのことであった。

ロイヤルリハビリテーションセンターは、北シドニーの保険サービスエリアに位置している。非常に専門化している身体リハビリテーション施設であり、脳損傷リハビリの拠点病院である。ニューサウスウェールズ州には脳損傷リハビリの拠点病院は3カ所あり、総合病院には高齢者リハユニットがおかれている。

ロイヤルリハビリセンターにおけるリハビリの提供は、16歳から65歳までの、脊髄損傷、高齢

第2章 オーストラリア・ニューサウスウェールズ州における脳損傷者への支援

者、若年脳卒中の方、慢性障害、やけど、外傷性脳損傷者のユニットで構成されている。高次脳機能障害の方は、外傷性脳損傷ユニットに入院する。

右の写真は、脳損傷ユニットの壁に貼られた、昨年事故にあって入院した方の写真と体験談について説明している Jim 氏である。脳損傷ユニットの長い廊下の両サイドに、たくさんの方の写真と体験談が貼り出されていた。Jim 氏は、患者が自分のことを語ることで、患者本人のみならず、今のクライアントにやる気を起こさせる意味でも重要であると説明された。個人情報保護に敏感な日本では困難かもしれないが、このような形でのピアカウンセリングはとても重要なことではないかと考えさせられた。



2 脳損傷リハビリ

脳損傷リハビリテーションサービスは、脳損傷コミュニティリハビリテーションチーム (BICRT) と、16床の入院患者のユニットで構成されている。脳損傷リハビリサービスの支援プログラムは、機能性と独立性を可能な限り回復することを促進することと同時に、自己決定を促進し、生活の質を高めることを目的としている。そのために、すべての活動（治療）は可能な限り家庭的な環境に近い形で行われ、社会復帰を早めるためにも、家族にリハビリに積極的に参加してもらっているとのことだった。病室は、個室、2人部屋、4人部屋があったが、ゲットアップを基本に、食事はダイニングルームでというように、ほとんどの方がアクティブに行動されていた。実際、入院患者が自室で寝たきりになっていたり、パジャマ姿でいたりするということではなかった。

はじめに、ジムエリアと温水プールエリアを見学した。ジムエリアの装置は非常にシンプルなものが中心だった。次頁写真左は、スロープを上がって歩行訓練をする装置である。体をつりさげて、左右の足で歩くことができ、PT (Physical Therapist) が足の動きを訓練する。パソコンが設置されていて、訓練内容がオンラインで記録されるようになっており、どこの端末からでも情報を確認できるようになっているとのことであった。屋外には、段差や石畳等、つまずきやすい実際の環境を作った歩行訓練場も設備されていた (次頁写真右)。また、プールでは5人の方がエアロビクス体操をしており、プールサイドには3人の見学者がいた。室温は35度、水温32度に設定されており、室温と水温を高くして、利用者の可動性を上げるようにしているとの説明があった。

脳損傷ユニットに到着すると、シニア・ソーシャルワーカーの Sheree WILTON 氏と臨床神経心理士の Joe HANNA 氏の2人の専門職が、プレゼンテーションのためスタンバイされていた。はじめに、Sheree 氏から、ロイヤルリハビリテーションセンターのリハビリ提供の状況について説明を受けた。リハビリの特徴は、全人的リハビリ、総合的リハビリを行っていることで、総合的リハビリにより、疾病だけではなく、生活面や判断能力のリハビリを行っている。そこでソーシャルワーカーの役割は、心理社会テストや、入所される前の社会的役割、生活状態を探

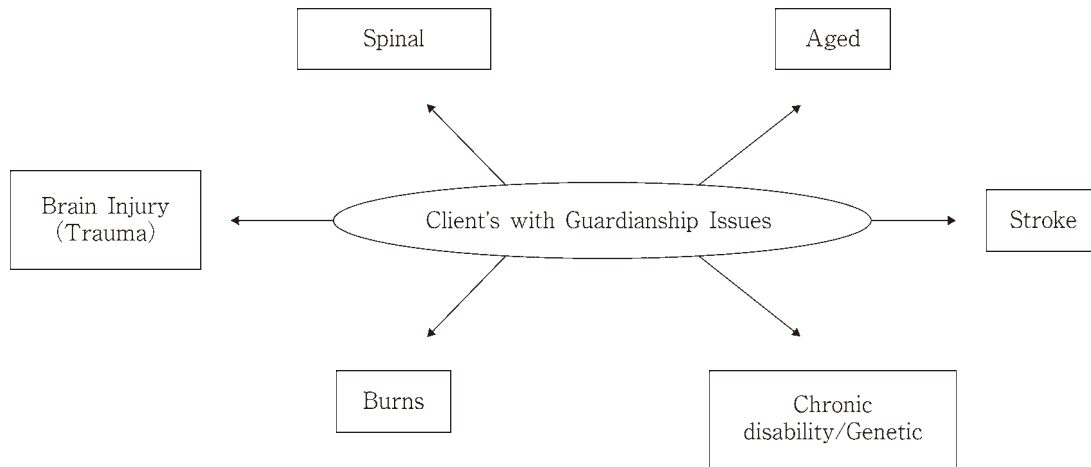


るためのアセスメントを行うこと、そして、チームワーク（チームプレイ）でコメディカルチームと一緒に動き、マネジメントすることであるという。それが、クライアントの自立を尊重し、すべての能力を引き出して、充実した人生を送ることにつながっていると考えているとのことであった。

次に、Joe 氏からの説明がなされた。臨床神経心理士は思考能力をアセスメントする。各種テストを行っていき、変化がみられているかを、6カ月、12カ月目に再評価する。注意力や学習能力、高次能力では計画能力や遂行能力、事故後に行動の変化があったかをチェックするという。臨床神経心理士としては本人の強い能力と、どういうところが弱いかを見極めて、思考能力から、個人がどのようなリハビリをしないといけないかを見極めていく。そこで、家族が後見審判所に申立てをするような場合に、リハビリのときのレポートとして、サイコソーシャルの結果を提出している。ロイヤルリハビリテーションセンターは、亜急性期のリハビリ病院であるため、クライアントの意思決定能力については、医師ではなく、法律家、家族、ソーシャルワーカー等による各種のレポートによって本人にどのような意思決定能力が欠けているかの判断が求められ、誰からみても明らかに意思決定能力がないという場合にのみ医師が医療的アセスメントの診断書を出すということだった。医師の診断書・鑑定書が重視されている日本では、チームワークという発想に欠けているのではないかと考えさせられた。

意思決定能力の法的なコンセプトは、情報を理解する能力と、下された結果を受け入れられるかであるという。意思決定能力を審査する手法は、能力があるかないかの判断の原則である、①情報が理解できるか、②意思決定の結果がわかるか、③その結果が自分にとってどうであるか理解できるか、④意思決定について誰かに伝えることができるか、という4つの項目から判断しているという。これは、ジェネラルコンセプトだと説明があった。イギリスの Mental Capacity Act における考え方と同様なものであった。また、後見審判所に出すか出さないかの原則については、フローチャートが用意されていた（図1・図2参照）。すべては、基本的な決定のガイドラインである Capacity Toolkit Fact sheet が指針となっているという。

〈図1〉 Overview of RRCS client population



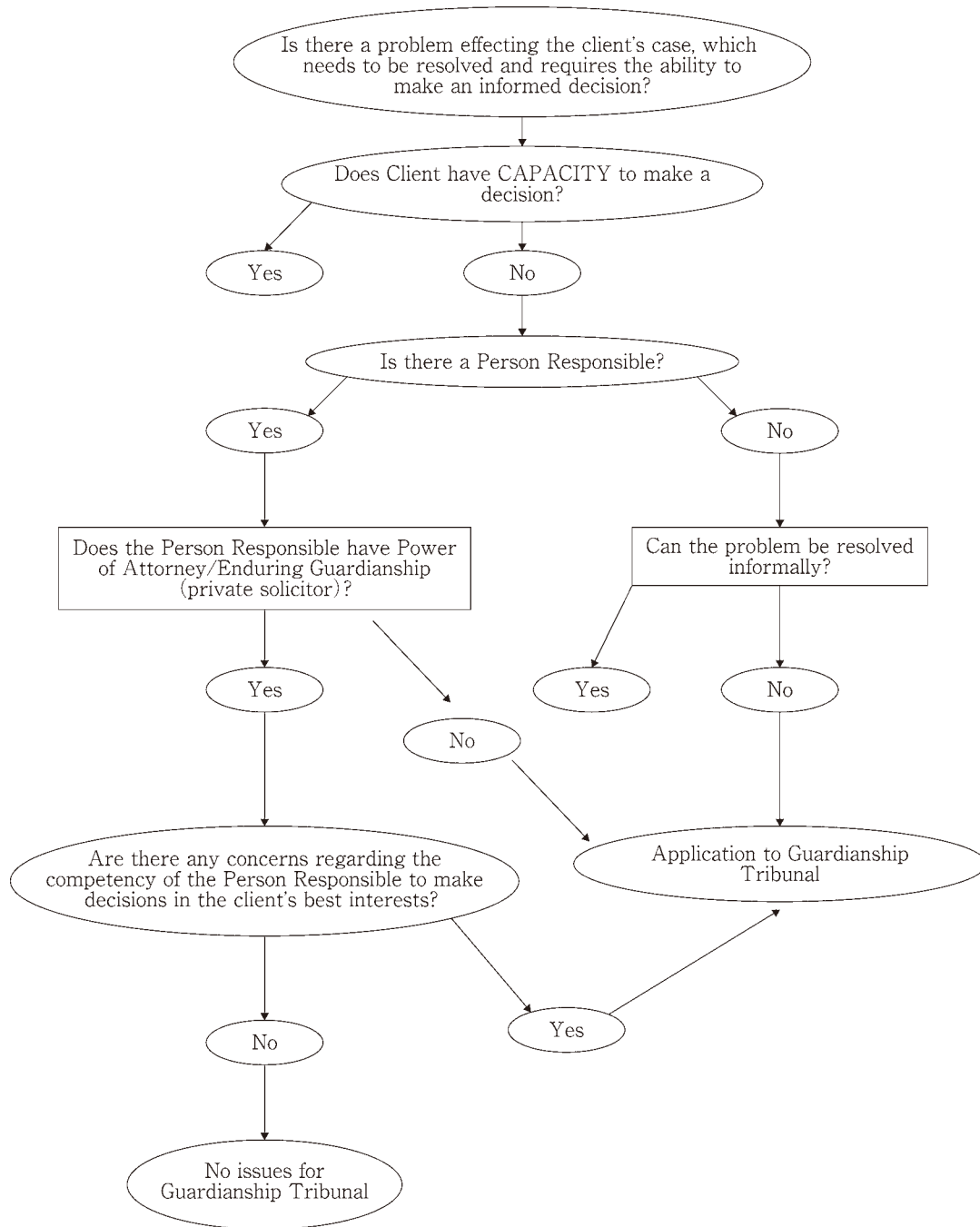
3 後見審判所とのかかわりと意思決定能力の判断

後見審判所とのかかわりについては、意思決定能力確認のためのチャートを示し、チャートの手順に沿って行っているという説明だった。まずは、チームメンバーと一緒に、本人に決定すべき事項としてどういったものがあるかを探る。たとえば、在宅復帰のための住居、公共サービスへのアクセス、財政、医療同意などのほか、もちろんネグレクトや虐待の問題も見なければならぬ。そして、いろいろな決定事項がある場合は、その決定事項に対する意思決定能力があることを確認する。そして、その一つひとつの決定事項ごとに、意思決定能力がないと判断された場合に、責任を負うべき人がいるかどうかを確認する。親族や身内で解決できない場合や、任意代理人 (Power of Attorney)、任意後見人 (Enduring Guardianship) または私的弁護士 (private solicitor) がいない場合に、後見審判所に申立てをする。そして、任意代理人、任意後見人または私的弁護士がいる場合でも、その人たちでは本人の最善の利益を判断するに足りないと考えられる場合にも、後見審判所に申立てをするという。

ソーシャルワーカーが申立てをする場合は、既往歴、既往症、入院歴、社会的、家族、居住環境、服薬情報などのほか、ドラッグ・アルコール問題を記述する。認知症状がある場合は、医師、看護師、コメディカルスタッフの臨床神経心理士や作業療法士等のリハビリチームや法律家、家族から本人状態を確認し、ソーシャルレポートとして申立書に添えて申立てをする。ソーシャルレポートには、欠けている能力がある場合には欠けていることを示し、その事項についてサポートが必要であることを具体的に記述する。また、レポートには、後見人としてどのような人を推薦する (ふさわしくないということも) ということにも言及するという説明だった。意思決定能力を確認するということは、常に、現時点でどのような決定事項をしなくてはならないか、他にどのような方法があるかを探る。

後見審判所の利用は last resort (最後の砦) であるといわれる。そこに行き着くまでには、本人がどのような道をたどってきたか、他に方法がないかを考えるという経過を経ていく。それゆえ、後見の利用は、必要性ではなく唯一性であるということだと話された。レポートには、後見人としてどのような人を推薦する (ふさわしくないということも) ということにも言及するとい

〈図2〉 Application to Guardianship Tribunal



う説明だった。

ちょうど訪問した日に、ソーシャルワーカーが後見審判所に申立てに行っているといわれた。

4 総合的なリハビリ

以上のように、ロイヤルリハビリテーションセンターでは、医療モデルと社会モデルの視点を専門的に採り入れ、権利擁護の視点からも、本人の意思決定能力と後見制度に積極的にかかわっているということが確認された。そして、コメディカル領域の専門性とモチベーションの高さが



理解された。

脳損傷エリアは、

第1期：回復期のリハビリ

第2期：コミュニティへの復帰をめざした日常生活のリハビリ（左写真：リビング、台所がありパソコン等設置し自宅同様に過ごせるエリア）

第3期：在宅でのリハビリ、アウトリーチによる支援と見守り

と、3段階でのリハビリテーションが行われている。

る。

さらにもう一つ、Cセクションというものが設けられており、行動障害など地域社会になかなか受け入れられず、家族では対応ができないようなときの神経行動学的リハビリテーションにより、コミュニティにふさわしい生き方を学ぶところが用意されている。この行動リハビリテーションは若い方が、高齢者施設（ナーシングホーム）に入所しなくてもいいように、外来でも提供されている。ニューサウスウェールズには、共同住宅・グループホームが30カ所あり、コミュニティで生きていくことを支援するということが行われている。ロイヤルリハビリセンターが主眼としているのは、家、コミュニティに戻ることであった。そこでは、多文化のスタッフにより、多文化にあわせたサービスと、いろいろな言語でのサービスの提供がされ、まさにオーストラリアというニーズにあわせた支援が行われていた。

（大輪 典子）

4 リバプール病院脳損傷リハビリテーションユニット

1 はじめに

ニューサウスウェールズ州（NSW）は、気候は温帯地域に属し、オーストラリアの他の地域と比べて四季（日本とは逆の季節になる）がはっきりしている。州都のシドニーは1788年にヨーロッパ人が最初に入植したオーストラリア発祥の地で国内最大の都市でもある。オーストラリア総人口の約3分の1がニューサウスウェールズ州で生活し、またその3分の2以上が州都のシドニーに集中している。

今回訪問したリバプール病院（LIVERPOOL HOSPITAL）は、NSW 中東部シドニーの南西30kmに位置する。

2 新しいリバプール病院の建設

まず最初に案内されたのは、9月に完成予定の病院内部であった。新しい病院システムの見学である。建設途中ではあったが、建設完了のところからどんどん診療を開始しているのに驚かされた。病院内は小さなクリニックの集まりといった感じであった。コンピューター式の待合シス

テムで今後は無人受付となるという。

新しい病院では白衣は着ずに、正看護師は濃いブルーと准看護師は薄いブルーといったように職種によってユニフォームの色が異なる。今後はウェブサイトで色を紹介予定だという。色とりどりのユニフォームであるが患者にとってはわかりやすいと思われた。

病院内は広いので廊下の両脇には椅子が多く配置されていた。日本の長椅子のようなものでなくゆっくり休める空間であった。

臨床のエリアには、各科ごとに処置室や検査が可能となっていて、簡単な処置ができるので、手術室に行かなくてもよいという。診察室にドアが2つあり、医者用と患者用がありクリニックごとにエリアが分かれていた。どの科も基本的な設備は同じである。日本と異なると思われたのは理学療法士の部屋があり、そこでは石膏作成などが行われていた。また手を診るクリニックと足の専門家クリニックがあった。

また未完成であったが、ペインクリニックでは明るい感じで患者がうつにならないようにとの配慮としているという。どの診察室にも鏡が多く、患者が自分の姿勢のチェックができるようにしている。

他の階には手術室だけがかたまっているエリアがある。ここでは全身麻酔の手術を行い、部分麻酔だけで済む処置は上記で紹介した各クリニックで行う。

廊下は二手に分かれており、「清潔」なものを移動するときに利用する廊下と、処置したときに使用した器具等を運ぶ「不潔」廊下がある。それと同様に患者用廊下とスタッフ用廊下もある。

クリニックの回転を早めるためにそれぞれ処置が終わると待機する部屋がある。泌尿器科用の診察室はトイレ付きとなっていて、検査をやすくしているという。切断クリニックもあり、脳損傷患者等の利用もあるので歩きにくいことを配慮して受付から距離が短い場所となっていた。ドクターは処置が終わるとレポートを書くが、専用の場所がおかれている。これは看護師等のスタッフも同じように、レポートを書ける場所があった。

点滴エリアでは輸血や各種の点滴を行っていた。ここは看護師によって管理されている。日帰りの治療となるので入院とは異なるという意味で診療室にはベッド設備はない。

新しい病院システムの説明では“benefit”という言葉が頻繁に使われていた。効率化がうまくいくと今までの4倍の患者を診ることができる予定だという。病院システムを、「ワンセッション」・「ワンサービス」を基本とし、「病院の効率性」を追求していた。

3 脳損傷リハビリテーションユニット

近代的な病院の正面玄関を出て進んでいくと、低層のレンガ造りの脳損傷リハビリテーションユニット（THE BRAIN INJURY REHABILITATION UNIT）が見えてきた。

中に入ると右側が在宅のセッションで左側に病棟があった。リハビリユニットは1995年10月にオープンした。全体の見学しながら、説明を聞いた。



第2章 オーストラリア・ニューサウスウェールズ州における脳損傷者への支援

入院棟は16床で入院平均日数は58日～60日で交通事故での入院が多いという。男性が多く、年齢層は16～65歳となっている。病棟には混乱を避けたり、患者に安定してもらうためにロックがかかっていた。2人部屋が5室、残りが個室となっていた。全室トイレ・シャワー付きで、見学时はほぼ満室となっていた。ベッドの稼働率は95～100%だという。

リハビリテーションセンターの建物は、リハビリのためにデザインされている。コ・メディカル（PT、OT等）のコミュニティーチームがあり、それぞれのセラピーによるセッションがあった。

4 リバプール病院の脳損傷プログラム

NSWでは、2007年に登録のあった患者1169人のうち、981人（84%）が外傷性脳損傷（TBI）であった。中でも交通事故を起因としたTBIは46%で半数に近かった。男性が824人（75%）で4分の3の割合となっている。TBIの95%がこのプログラムを活用している。

〈チャート1〉は、オーストラリアNSWで行われている一般的な事故が起きた時からの患者の動きである。急性期病院からの退院時に矢印が左右に別れる。重症ケースは入院患者として左側となり、重症でなく家族等のサポートがある場合は右側となる。真中には「移行的生活プログラム」があり左右の両方にかかわる。その後には在宅地域ケアプログラムと障害サポートシステムに移行する。

プログラム（チャート2）は、オーストラリアNSWと連携してリバプール病院脳損傷リハビリテーションユニットでの流れを示している。縦軸には急性期から亜急性期、そして慢性期に至る長期間の在宅生活を視野に入れていることがわかる。

リバプール病院TBIのリハビリテーションサービスには5つの側面がある。①他職種からなるチームによってサービスが提供される入院患者用16ベッドでのプログラム、②地域内の別の場所にあり、退院後に一時的に入所するための休息プログラム、③他職種からなるコミュニティー（地域支援）チームのプログラム、④ヘッド2ワークという名称の職業訓練プログラム、⑤リバプール郊外にある一軒家で退院時に一時的な生活移行訓練プログラムである。

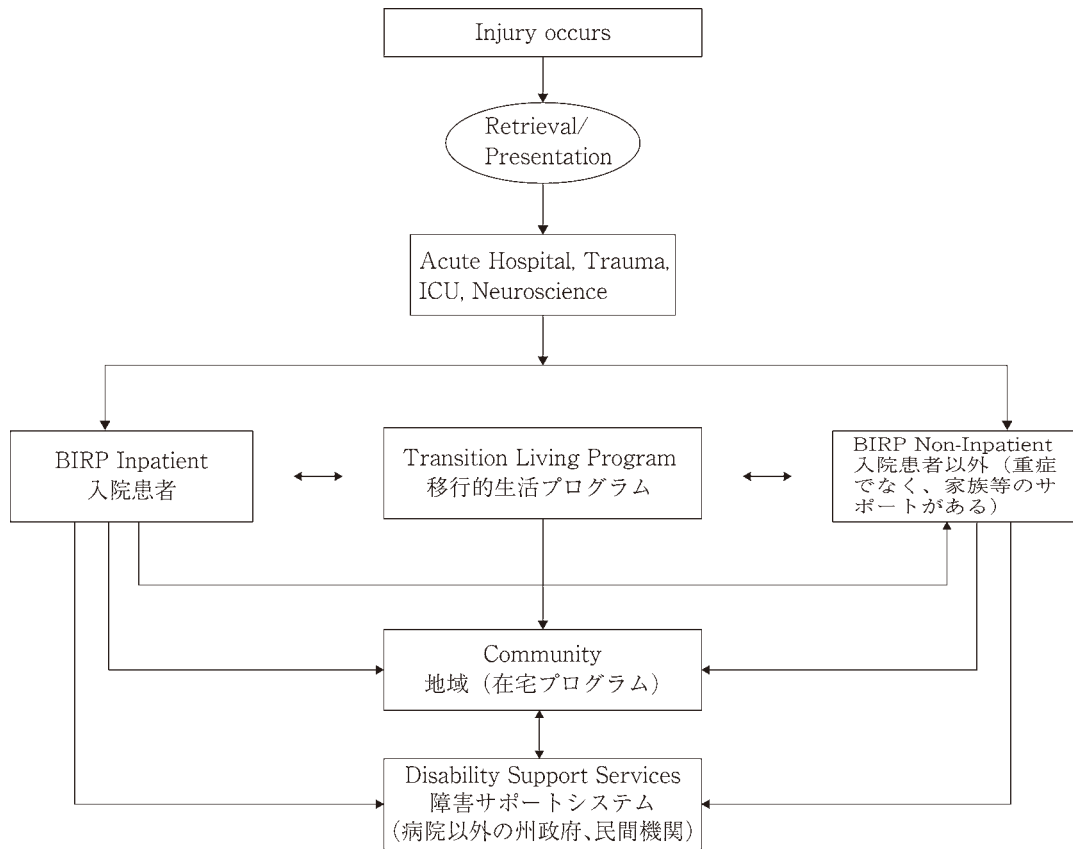
ここでは14歳から64歳までの人を対象としている。14歳より若い人は小児科、65歳以上は高齢者サービスを利用する。入院期間の平均日数33日（1～429日）で、事故当時の年齢の平均は30歳となっていた。重症の割合は3段階あり、大変重症が半数以上（51.7%）となっている。

リバプール病院での脳損傷リハビリユニットでは民家のような小さい単位の環境を活用して、移行的生活プログラムを行っている。

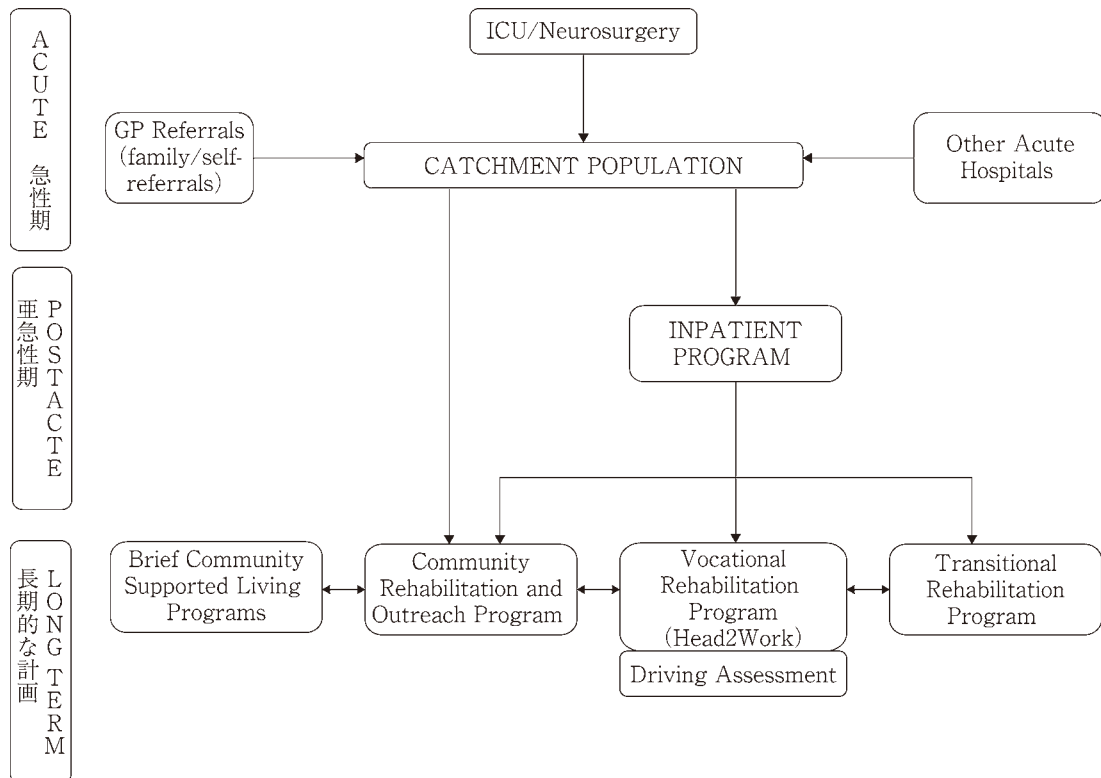
ここでは職業リハビリテーションとして「ヘッド2ワーク（HEAD 2 WORK）」という名称の職業訓練プログラムを、3名の作業療法士、1名の職業インストラクター、1名のリハビリテーションのカウンセラーがチームを組んで行う。具体的には社会復帰に向けた社会移行サービスと一時的な休息サービスそして社会支援サービスをトータルで行っている。2009年には103人の患者がこの訓練を行った結果、事故前の会社に戻ることができた患者は34%、他の会社に就職できたものが32%、新しい訓練で職を見つけた者が34%であった。

ここでのアセスメントはそれぞれのセラピーに結び付けられることにより専門的にかかわることにより問題点がクリアになっている。それが専門職だけのマイクロのサービスにとどまらずその

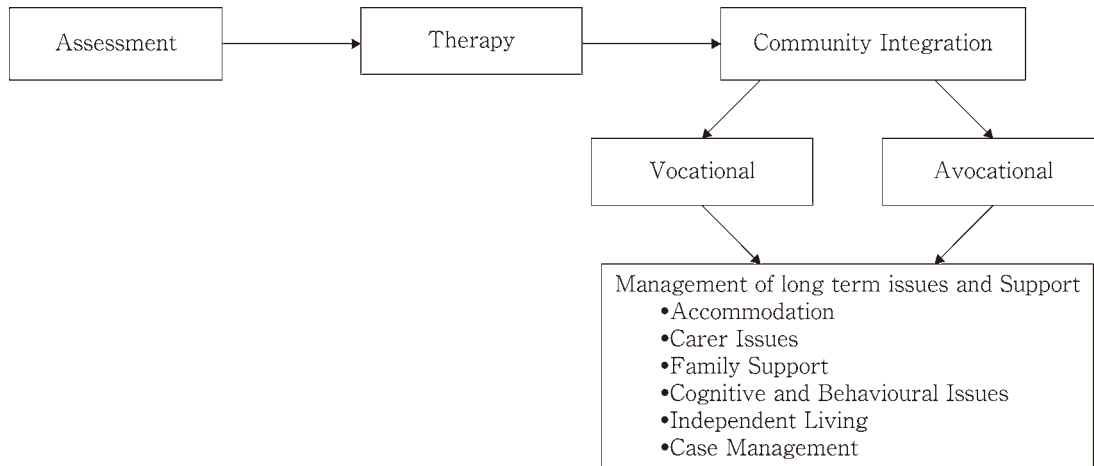
〈チャート1〉 BIRP CONTINUUM OF CARE



〈チャート2〉 BIRU PROGRAMS



〈チャート3〉 COMMUNITY TEAM SERVICES



後に地域での統合的なサービス（Community Integration）、つまりマクロ的な視点に戻っている。また、そこで、能力に応じて職業訓練（Vocational）と非職業的活動（Avocational）のサービスが用意されていた。どの利用者にも長期的なマネジメントとサポート（Management of long term issues and Support）が当人の希望や当人と家族の承認で行われ、本人が参加することに主目的がおかれていたようだ。特に脳損傷リハビリユニットの利用者は若い男性が多いので長い人生の設計の重要になる。

5 リバプール病院と成年後見

脳損傷リハビリユニットで直面している複雑な問題が2つあった。第1は、脳損傷患者は事故から回復期に向かうまでの間昏睡状態にあることも多く、日常生活の中で意思決定ができないこともある。特に、医療問題や住宅ローン・借金等の差し迫った問題には早急に対応していかなければならない。第2の問題は、家族に関することである。本人の医療について家族間で意見が分かれたり、養護者が本人の財産を脅かしたり、虐待が見られたり、介護への介入の拒否等の問題となる。このような場合には後見人の有無のリサーチが必要になる。緊急でない場合は、非公式に任意で後見人をリサーチし、養護者等に働きかけて利用を進めていく。しかし、緊急性があつてすぐに後見人が必要になる場合には、成年後見制度利用に向けて、後見審判所に病院から依頼をしている。

NSW 後見法には、3大決定分野がある。一つ目は居住に関する事、二つ目は財政に関する事、三つ目は医療に関する事である。それを根拠法として医療機関から通知をしていた。通知と同時に意思決定に関しては、本人の希望を第1にし、当人と家族にどのように承認をしてもらい、少しでも意思決定の場面に本人が参加できるように配慮することも大切にしていた。

6 おわりに

リバプール病院では新しい病院経営へのチャレンジとともに脳損傷者に対しては移行的生活プログラムが継続的に行われていた。このリバプール病院の施設見学と病院関係者によるプレゼンテーションを通しての積極的な社会復帰に向けたサービスを提供していくことの重要性を強く感

じた。

それと同時にここでは成年後見制度が高次脳機能障害者の意思決定に関する重要な役割をすることをスタッフが知っていた。またそれをどのように実行していくのかをソーシャルワーカーがリサーチし確実に成年後見に結び付けることにも、病院が大きな役割を果たしていた。この視察で医師または医療機関からの成年後見に関する積極的な取組みが NSW で実際に行われていることを知り、日本の医療機関でも活かせるシステムづくりの検討が急務だと感じた。

リバプール病院の統合的に取組みには、脳損傷リハビリユニットの玄関にあった利用者からのメッセージ“Don't dis my ability”が届いていたように思えた。



Don't dis my ability!

※ dis=disrespect

(遠藤 慶子)