

A Report of Inspection of Senior Housing in Australia by Foundation for Senior Citizens' Housing

2012.12.1(Sat) – 12.8(Sat)

Yumi Yamanaka

【オーストラリアの基礎知識】文中の\$は訪問当時 1Au\$=85 円（ただし両替 Rate は 95.13 円）



後人口はかなり増加が予測されている。

持ち家率は 70–80%で高齢になるほど高く（90%）、日本と同じような環境。とはいって、「買ったら終の棲家」ではなく、ライフスタイルに合わせて移り住みを行う。「貧富の差」がかなり話題に上るも、持ち家か持家でないか、が老後の生活に大きく影響する。住宅はずっと値上がりする環境（今のところ）なので、早期の住宅取得がその後の人生を決める。貧富の差は、学歴・職業によるものが大きい。たとえば 20 代後半でも大卒、金融関係勤務だと 800–900 万円（日本円で）の年収が可能。小売店のスーパー勤務だと一生その生活から抜けられない。逆に移民でコツコツと働き住宅に投資し、不動産を 3, 4 件持つことにより裕福になる人も多い。不動産会社による住宅提供もあるにはあるが、個人での持家を貸すというケースが非常に多い。

年金は、保険ではなく税金。老齢年金（Aged pension）は誰でも受けられる年金（日本の年金改革でいわれている最低年金の感覚／生活保護の要素がある）が基本であり、あとは退職年金基金（Superannuation／積立）があり、収入に応じて異なる。老齢年金受給者は 65.4%、退職年金受給者は 14.4%、その他年金が 21.6%。65–74 歳の収入は、2 週間（AU は 2 週間単位のカウントが多い）世帯 668\$、1 人 451\$。

気候は日本と逆。11~2 月が夏。日本との時差東豪州で 1 時間（サマータイムは 2 時間／訪問時）
<今回訪問の 2 都市の特徴>

タスマニア（TAS） 人口 50 万人、州都ホバートは 20 万人、かなり田舎ののんびりムード

シドニー（NSW） 人口 400 万人（中心地は 200 万人） 東京レベルの大都会

タスマニアは、玄関にカギを掛けなくてもよい治安レベル。シドニーも治安はかなりいいが、夜間などは注意したほうがいい。

正式名称は「Commonwealth of Australia」で、オーストラリア連邦。連邦立憲君主国家で、イギリス連邦加盟国、英連邦王国の 1 国。

最大の都市は「シドニー」ながら、首都はキャンベラ。世界で 6 番目に面積が大きい国。政府は、女王：エリザベス二世

総督、首相（ギラード首相）という関係があり、日本では、ギラード氏が馴染み深いが、現地では総督への関心が高い。通貨にもエリザベス二世の図柄が多く、風習や文化もやはりイギリスにちなんだものが多い。人口は 2130 万人。高齢者人口は、270 万人で高齢化率は 13%と日本の半分ながら、介護現場の危機感は非常に大きい。

州が 6 つに分かれており、今回は、タスマニア州（TAS）、とシドニーのあるニューサウスウェールズ州（NSW）で観察。積極的に移民受け入れ施策を行っており、今

●日本との比較

	Australia	Japan
人口	約 2300 万人	約 1 億 2 千万人
面積	約 768.7 万 k m ²	約 37.8 万 k m ²
高齢化率	13%	26%
平均寿命 (05-10)	M79.12 歳／F83.75 歳	M79.25 歳／F86.06 歳
出生率(05-10)	1.93	1.32
1 人 GDP (2011)	66,371 \$	45,870 \$
所得税	15～45%	10～40%
消費税	10%	5%
医療費	自己負担あり (ナシのケースもある)	自己負担あり
介護サービス	自己負担あり (ナシのケースもある) 介護保険はナシ (作る予定もない)	自己負担あり (介護保険)

●Australia の政策

介護保険はない (作る予定もない)。介護と住宅は別扱い。

滞在中、誰からも聞かれたのは (施設運営者や大学の先生はもちろん、バスドライバーさんや地元の方々皆) 政治の悪さ。数年ごとに政権も変わるので、新しい政党は新しいことをやりたがり「〇〇をする」というが、結局調査だけに莫大なお金をつぎ込み何も変わらない (税金も然り)。本当はもっと税金をとらないと様々な政策 (特に高齢者) は行き詰るのに、国民は増税に非常に拒否感があるので、政治家は選挙のためにきれいごとしか言わない。政治に対する信頼感はない様子。

国 (連邦)・州・自治体と 3 行政に分かれる (日本の国と都道府県・市町村と同じような感じ) が、それぞれの施策に対し、どこが助成しているかかなりの関心度が高い。

●住宅制度

民間賃貸住宅は 172 万世帯 (21%)。CRA (Commonwealth Rent Assistance → 使用頻度の高い言葉) を受けているのが 110.5 万世帯。連邦家賃補助のことで、民間賃貸の 64%が受けている。高齢者のほとんどは (賃貸の場合) 受けているのではないか (年齢に関係なく受けられる制度)。Private rent assistance は、州もしくは自治体による家賃補助。住むところの確保くらいは、国で世話をするのが当然という感覚がある。国は、国民に対し、非常に Wellbeing を考えている (考えてはいる)。

州営住宅、市営住宅などは、CRA は使えない。NPO の運営する高齢者住宅などは、CRA が使えるケースが多い。(介護施設も高齢者住宅も、基本は NPO などが行っており、民間というときの意味は NPO を指す様子)

●GP (general practitioner) 家庭医のこと

公的医療保障制度 + 民間保険 混合診療

公的病院が 6 割、私立病院が 4 割。1 人当たりの医師数は日本・アメリカより多い。平均在院日数は、公立で 6.5 日、私立で 5.4 日。

GP 制度が一般的。介護施設や高齢者住宅に住み替えしても、よほど遠くない限り、担当の GP が診る。施設の医師というのはいない (必要な人には紹介するが)。

●介護制度 (非常にややこしくて、何度も聞いても十分に理解しきれていない可能性あり)

HACC (Home and Community Care Program) 日本でいう在宅介護サービス。自宅で利用するケースと、高齢者住宅 (介護施設以外) で利用するケースがある (日本のサ高住に近いイメージ)。日本でいう要支援～要介護 2 くらいのイメージ。重度の在宅ケアには、EACH や EACHD,CACP などもあるらしいが、あまり話には出なかった (出るには出たが)。

高齢者住宅 (施設) は、High care と Low care に 2 分される。日本のイメージだと重い介護が Low というイメージだけど「介護度」が高いか低いかの判断で、High(重介護)、Low(軽介護) という認識。いずれも居室は 1 ルーム+バスルームの日本でいう介護型 (20 m²前後) だが、Low の場合は、認知症はほとんどない様子。High は認知症も併発が多い。なお、認知症グループホームは存在しないので、High care の施設の一部に認知症専門のユニットを作っているという状況 (認知症ユニットは見せてもらえないところがほとんど)。

日本でいう自立型（Independent）は、低価格の住宅から高価格（日本でいう入居金数千万円など）のゴージャスな有料老人ホームのようなものまで幅広い。このあたりの仕組みも非常にややこしくわかりづらい。

入居金に該当する Bond は、Low care や Independent で発生することが多いが、規制により入居者の数%はそういう対象外（支払えない所得層）も入れないといけないことになっている（ということは、高齢期は貧乏なほうがトクということか？　だいぶ前に読んだイギリスの制度も同じようなことが書いていたような）。ただし、この Bond は、償却が上限 25%までと決まっており、5%ずつ 5 年にわたって償却する。残額は、どの時点で退居しても返金（というより売却に近いか）。債券や株式という言い方はしていないので、特殊な意味の Bond だと思うが、売り買いが可能（ただし個人での売買はできず、事業者が行う）。よって、今の AU の住宅事情だと確実に値上がりし値下がることはないらしい。

介護型施設（High care および Low care）の場合は、月額費用に基本サービス費と食費などが入っており、原則年金額の 85%を事業者に支払う。もし他に所得（不動産や株式等の定期的所得）があつても、それは自分のもので良い。あくまでも年金のみから。

事業者の収入としては、この月額費用と、ケアに関する部分の行政からの補助金のみなので、運営は非常に厳しい。結果的に NPO（ほとんどがキリスト教系）が主体となり、寄附金や Bond の運営費でまかなわれる。AU は、公定歩合が 3%半ば台だが、預金は 6%程度らしく、事業者は Bond で集めたお金を投資し、利回りで収益にしている部分も。また、Bond を次の施設の建築費などにあてる。行政は一切建築費の補助は出さない。

※介護度とサービスのイメージ

	施設介護	在宅介護	Bond
High	High ～	EACH	取れない
		EACHD	
Low	Low	CACP	取れる
		HACC	
Independent	—	—	取れる

※施設に関してはほとんどが NPO 運営。住宅は、州営、市営などがある

施設に関しては、転用（Purpose built）が多く、新築は非常に少ない（今回新築も視察）。

施設入居は、Low 31.5%, High 68.5% といわれ、どこの施設に行っても Low で入所した人がどんどん悪くなり、High になってしまったという話が聞かれた。もともと Low の施設だったのに、現実的に High になったというところも多かった。

●介護の認定

ACATs（医療系のアセスメントチーム）が、行う。ほとんど病院の付属のようなイメージ。ACATs が、個々人に必要なサービスを評価・決定。3ヶ月ごとのアセスメント。介護そのものだけでなく、配食、移送、なども含む。

地域包括センター的なものは、まだモデルケース。2011 年の政策「Caring for Older Australians」では、地域の Gateway に一元化という方針。高齢者本人が、資格（認定）を得たのち、ダイレクトに事業者にアクセスできるというもの。連邦による施設や在宅（代替）の供給コントロール廃止（市場の強化）。

●全体的な印象

各国同じで、施設から住宅への流れが見られる。AU では、Community Housing ということを推進しており、サ高住に近い感覚か。過度なサービスはついていない。運営者によるが、軽い安否確認程度。アパート形式より一戸建てやタウンハウス形式がほとんど。プライバシーの確保が重要な様子。その中で相互サポートをせよ、というスタンスか。

<視察行程のレポート>

●12月2日（日）シドニー経由タスマニア 11:30頃着。比較的スムースに進む。前日までシドニーもタスマニアも34~39°Cの暑さだったのに、到着時のホバートは18°Cくらいで寒くて全員東京の格好のまま。



タスマニア上空（水と空気が世界一キレイらしい）



ワイナリーのシニア集団（誕生日）



Barrington Lodge 文化遺産の建物部分



認知症棟の庭。これくらいの堀はきっと脱走されると思うが…

到着後、コーディネーターの方のワイナリーに行き、そのレストランで昼食。これには感動。美しい風景と美味しいワインと美味な食事（コーディネーターの計らいで白味噌を使った料理など和風に仕上げたアントレ！）

奥の席でシニアの団体（30人くらい）が誕生日パーティを。ステキな風景であった。

●12月3日（月）

【Barrington Lodge】

Original built 1850

Aged care facility 2006

77室、平均滞在32ヶ月、月額費用（平均）1548\$

Bond（平均）161,266\$、職員84名+Chaplain

プレゼンターがPCもデータももっていないことが判明し、急きよ視察を先にすることに。視察以外にもここのホールをレクチャーホールとして借りているので、2日間ここに通うことになる。

Salvation Army（十字軍：社会的弱者のための国際的キリスト教組織：日本にも規模は小さいが病院やホスピスなどがある）

現在77名の入居者で、High LowいずれもCareをしている。使命としては、お金がない、家族がいないなどの社会的弱者向け（全員がそうというわけではないが）。1991年に高齢者施設として発足した（それまでは、男性のシェルターとして使われていた）。ターミナルにも対応しているので、ここで入居者は亡くなる。タワーロードは文化遺産で1900年代最初の建物。通常クスリは、ナースステーションで看護師が管理しているが、緊急にすぐスタッフがかけつけて処置できるように、各ドアの横の表札にクスリ（喘息など）を入れている。全て個室でバス（シャワー）トイレ付。

2年前に増築した棟は、認知症専門ケアの棟にする予定だが、まだ適応者がいない（入居者はいる）。認知症フロアにしたときは、メ



大きい方のダイニングルーム

イン棟との境のドアを鍵で管理する（拘束という考えはない様子）。外部に出られるドアをつけ、自由に中庭は散策できるようにした。庭には植栽があるが、食べても大丈夫なもの（ベリー系など）ばかり植えている。

認知症棟は、廊下と居室はリノリウムにした。失禁対策（ただし滑りやすくなるというデメリットがあるとのこと）。→ いまひとつ認知症ケアには遅れている感が否めない（どの施設でも）

ナースステーションの書類管理は、政府としてはデータベース化を指導しているが、ここはまだそれほど強く言われていないので、紙ベース。結果的にこのほうが効率が良いとのこと。



美容師は満員「写真撮ってもいいわよ！」と明るい。奥がPTルーム

Dining room は大小 2 つあり、大は介護度の高い人が多く、小は自立度が高い人。施設側で決めているわけではないが、大のほうに職員が多いので現実的にそうなる。シェフは、ホバートの大きなホテルで働いていたので、味は美味しい（確かに美味しい）。

理美容室（視察中 4 人も利用！ どこの施設でも美容室は常に繁盛）、PT ルームなどもある。理学療法士が施術。廊下やロビーにおいているソファやチェアは、元入居者の寄付もある（家族は引き取りたがらない）。椅子は全部ファブリックに見えて防水加工されたもの。



スマoking エリアは厳しく管理されている（政府から）。防火エプロンをつけて外で吸わなくてはいけない。（10-16 時の間に限定）。3ヶ月ごとにアセスメントがあり、1人で吸わせてもいいか、スタッフがつくかなど決める。法律で決められているので非常に管理が厳しい・

○入居者の N さんにインタビュー

入居して 3 年目、ご主人をなくして 6 年目、1 人娘はいるが、ひとり暮らしが限界になった（視力がかなりダメになっている）。クレアモントに住んでいたが、ここにきてよかった。仲間もできたり安心できる。Bed は施設が用意したが、あの家具は全部自分で持ち込み。



介護施設で書は珍しく、建築家に聞くとスカイブルーだし僕は好きだ！ってそんなんいいの？



見えないけど全て防水加工（AUの会社らしい）



居室ドアの横に表札Box.中には緊急時の薬などが保管、下にあるカードは移動介助方法



Darren Mathewson CEO,Aged & Community Service Tasmania

高齢者ケアに関するコストはうなぎのぼりに高くなっているし、国民からの要求や期待も増加している。もちろん質に関することも考えねばならないが、この分野の熟練職員が十分ではない。これからは2施設が統合するなどの施策をとらなくてはならないだろう。職員不足はかなり深刻。

高齢者ケアとは弱者・障がい者のこと、と思われがちだが、この20-30年の間で高齢者の資産保有高が高くなっている。国としては、もっと料金や税金を払うということには、いまだ躊躇している（今の政権・次の政権がどう対応するか関心をもっている）。

「生産性委員会報告」というものが提出された（委員会は経済やシステムを見直す機関）。高齢者ケアに関しては国が供給をコントロールしている。医療においては、どこでもユニバーサルケアとして、同じケアを受けられるが、介護に関しては「まずは」というレベルで、どこでも同じケアではない。高齢者ケアはアセスメント（番人・門番）があるので、ここを通過しても提供されるのはセットメニューである。自分で必要なサービスを選べる仕組みではない。レストランに行っても同じ料理を出されるというのと同じ。好みを選べない。もうひとつの特徴は、高齢者ケアは国の規制が2番目に厳しい。1番目は鉱山採掘。国が財源、供給、内容や質に関してコントロールしているので、こんな規制の多い中で、どのようにビジネスとして運営できるかは疑問である。

いろいろなプログラムが存在するが、できたりなくなったり、継続性のあるケアがない。利用者もどんなプログラムがあって、使えるのかわかつていないので、利用者にとって使いづらい制度である。ケアの料金に関しても国がコントロールするのだが、医療に関しては物価に連動する（医療物価は物価指数に対して8%上がる）が、介護に関してはほんの1~2%しか上がらない。この国では、社会的弱者が様々な料金を払うことを減免されており、住居費が国から出る。わずか50-70%しかカバーされていない。

1日 28\$ だが、実際にはその差額は事業者がカバーしなくてはいけない。

また、地方や遠隔地の高齢者施設は、遠くにあり小規模ということで、経済的に困難な状況である。遠隔地や地方のサービスが十分でないことへの不満があるが、タスマニアに関しては 58%は大都市以外なので、地方にも支援はいっている。

州が運営している介護サービスは HACC。州のサービスに関しては 5\$ を払う。国のはうがよりよいサービスが受けられるが 20\$ になってしまう。さらに良いサービスがあっても、利用者はお金を払うのがイヤと思うので、州管轄のサービスにとどまっている人が多い。不十分をとるかお金を払うか。

現行のサービスの問題点は、高齢者にリハビリさせる・社会復帰させるというメリットが全くない。高齢者にたくさんお金が使われているのに、どんどん悪化している。事業者が要介護高齢者を改善させれば経済的にメリットがあるという観点がない。現行では、終末期や緩和期へのサービスが要求されている。

財源が不足しているため、職員への給与が低く、職員不足につながっている、給与は安く仕事はきつく、規制があるのが問題。そのような強いメッセージが生産性委員会から報告されている。医療と介護の不完全な共有があり、高齢者部門はセカンドという位置づけにされている。報告書には、ある病院は、高齢者にとって最悪の施設であり、閉鎖すべきであるとの内容もある。

高齢者をなるべく入院させない、プライマリ医療ケアが重要である。

このようなことから、包括的計画が作られた。大変興味深いものであり、ケアと住居を別にするという提案。住居費に関しては、高齢になるからといって住居費を払わないという理由はない。払い続けるべきだ。この計画の中では、自立とウェルネス、病気を予防するという事が取り組まれている。今まででは病気になってから対処するという形だった。重要な要点は、利用者がサービスを選ぶことができ、利用者が必要なときに使えること。今まででは利用するには、待機者リストにのっていなければならなかつた。

もうひとつの内容としては、Gateway system。包括している施設・設備があって、高齢者がそこにいければ、住居、ケアのことが一括してわかるようなもの（日本でいう地域包括センター？）。利用者がこれらのサービスの費用を自己負担するということ。そのためには、その人の資産の評価（持家も）が必要であること。オーストラリアの高齢者の一般層は、所得はあまりない。自分の家に投資しているので家や土地が相当な資産になっている。

ケアのコストが高くなることを懸念し、その人が一生に支払うべきケアのコストの上限を決めている。オーストラリア高齢者ケア委員会というのが独立した機関。この機関が従業員の給与を決めるというのも新しい取り組み。委員会は、色々な料金を定め、質も決める、規制も決めるが、国の機関から独立しているので、大変前向きなことだと思っている。生産性委員会報告書によると、「よりよい一生、よりよい質」を求められるよう、IT化を促進し、医療と障害に関してもさらによりよくするようにとの内容がある。

○Government Response

しかし、国がその報告書をとりいれたとは思えない。消費者がケアを選択できるという点は取りいれているが、州でしていたものも、連邦で行うようにということ。在宅において、もっと広範囲にケアを提供し、これから 10 年間にわたってしていくということなので、今即時に行われることではない。

認知症へのケアに財源をとっていく。住居に対する費用は、利用者が払わなければいけない金額が増えていくという懸念がある。社会的弱者に払われる補助金は、現在 1 人あたり 32 ドル（→2014 年には 52 ドルという予測（自己負担ではなく国の負担）。国としては Gateway の理念は理解しているが、物理的なものがあるわけではない。HP などで情報提供する Site 上の Gateway になっているだけ。

高齢者ケアに関する財政局、国の独立機関となっているが、国が決定したものは独立したものではなくなっている。施設サービス、地域負担は自己負担だが Safety net がある。労働に対する財源は、国からは何億\$ というものがある。今まででは使用用途がはっきりしていなかったが、労働力にはこれだけにこれくらい使いなさいと言われたにすぎない

新しい予算には、36 億～37 億\$ 出すといいながら、結果的にはほんの 5 億\$ しか与えられなかった。マイナス面はいくつかあるけど、これから持続可能な向上と言うのは見られる。（レジュメの p15）

施設ケア、住み替え費用に関するものには、料金設定局（国の機関）があるが、いろいろな業界が入るので、

全く國の人間だけで決めるわけではない。今まで自己負担があったが、自己負担に関してはよりよい仕組みが出されている。労働力に関する焦点も十分にとりいれられていると感じられる。在宅ケア、医療との接続が多くなった、よくなつた。

10年間計画だけど、5年で見直し。いろいろな業界から意見を取り入れる。

このような話の中にもギャップがあつて、特に施設ケアにおける居住費はもっと規制緩和がされてもいいと思う。私たちはこのコスト、ケアに関しては独立した調査が必要だと思う。総合的な資産テストでは、今まで自分の持家といつては資産対象ではなかつた。また、介護の労働力に対する財源は十分でない。病院で働いている職員と競合できる給与であつてほしい。国のはうはまだ供給をコントロールしている。私たちはユニバーサルに資格が受けられるようにとお願いしている。質に関して苦情などを言える独立した機関が必要と考える。もっとも大きなギャップがあるのは、国としてはボランティア（無償の提供）への認識がない。これから高齢者の住宅に関することも認識していない。

○Risks to providers

この件については深く話せないが、現金（Liquidity）に関するここと、競合に関することの問題がある。

施設入居者は一時金で払えるし、賃貸としても払える。定期的（賃貸）で払うと運営側は財政的な問題が発生する。（Bondがないということ？）

○Housing for Older Australians

非常にいろいろな高齢者のための住宅がある。各州によって特徴が異なつてゐる。

QueenslandはRetirement Villageが多い

TAS Independent Livingが多い

豪州の問題は、高齢者の住宅関係は州政府の規制、高齢者のケアは連邦政府の規制。

Accommodation と言う場合は、高齢者の施設のこと、Housingといつては一般の人も住める家を対象としている。施設といつては、いろいろな規制があるので、Housingの方が自由がきき将来がある。ある州においては Retirement は不動産を購入し管理費を支払うという考え方。Housing と言う形で住む、住むだけでケアはない。Independent は高齢者施設と連携しており、同じ敷地内にケアがあるという形。同じ敷地内で適切なケアが提供されるということ。

Community Housing は、新しい概念。55歳以上を対象。焦点は健康で Wellbeing、送迎サービスも提供している。年齢層別に異なる階に住んでいて、共有で使えるスペースもある。サテライトは、10~20というユニットで幹線路にあり、医者などに行くのに便利、普通の生活の中にブレンドしている。

TASにおいて、ホームレス、賃貸が非常に安いという特徴がある。サテライト（いろんなところ）であるが、対象者？？？（山中注：聞き取れない）

※AUでは、ホームレスとは日本の意味と異なり、単に「家がない」というだけの意味や、あえて自主的に家を放棄した人のことを言い、路上生活者や物乞いなどのニュアンスではない。

高齢者は自分の持家に長く住んできているので、改修してそこに住むということも提供しなくてはいけない。自分の家で生活するときも孤立しないように生活できるということ。

これからAUの傾向は、施設と言うより Community Housing を多くしていく。AUの高齢者に対してはもっと前向きな指針を作ろうということ。高齢者の経済的・社会的貢献を認めないといけない。高齢者はもっと美しく年を重ねるというイメージであるし、与えられるというより自分達が進んで選べるような社会になるといふと思う。このような改革について話をするには、消費者、業者、関係者が意見を出し合つたということで大きな成果だったと思う（レジュメ p22）。高齢者のケアに携わる団体。住宅関係も入っている。（別頁参照）すべての組織の使命書。共通の点は、ともかく急性期から高齢者のケアに関しては継続したケアが提供されるべきであるということが一つのミッション。

○Questions & Answers

- Q ホームレスや低所得者に提供するのはどこ？ 自治体？ 国？
A AUには多くの非営利団体があるので、これらの団体が提供
国は住宅から徐々に手を引いている。非営利がホームレス、低賃金住宅にかかっている。
AU全体は、非営利団体が住宅・介護に関わっているのが60%。営利企業が40%
TASは、社会的弱者の地域で、90%が非営利（営利団体の施設は3つくらい）
NPOには、州（国）からの補助金がある。

Q TASでの施設のポジショニング

- A この地域はホームケアが拡大されており、近辺においては、施設ケア、ハウジング、ホームケアが提供されている、ファームの補修なども提供されている。
(今回の視察先の特徴?)

●ランチタイム



入居者のランチ2種からチョイス

シェフはホバートの一流ホテル出身
確かに見た目も味も Very good!



我々のランチは特別ビュッフェ。美味
しそう



さらにおやつに手作りケーキ各種…

●Lecture 「Aging in Place」

By Prof. Keith Jacobs University of Tasmania



Placeは、日本でも同じことであろう。

Aging in Place = その場所で最期まで暮らすこと

現在、一番困っているのは低所得高齢者。施設ケアに関してはその予算は1年間で69億ドル。豪州政府は、色々な分野で多くの規制をしている。現場で働く人や事業主は大変混乱して困っている。このような中で質のいいケアをするには、事業主が不足分を補うしかない。Retirement Village、サービス付きアパート、サポート付Accommodation (Accommodationは豪州では介護施設の意味合いの様子)など。Housingにおける医療ケアを提供できていない。豪州の高齢者は自分の家でケアを受けたいと思っている。Aging in

この概念は、自宅を移動せずに生活し、ニーズに合わせてサービスを受けながら自立して生活すること。
70歳以上の1000人に対し113の率でサービスを提供できるものを考えている。

国としてはなるべく地域の人に関わってもらって実行したい。この地域の人というのは市民でなく地域のNPO法人ということ。Philosophyが必要で、消費者がサービスを選択する、自分で選ぶということ。たくさんの政策があったが、この10年で大きな問題があると気付いてきた。国、大学などが見直しをしている。消費者自身がケアをチョイスできるということは、消費者に負担を担ってもらうということ。そしてケアを選べるようにする。これによりケアサービスの市場を開発することができる。

しかし、このような理念を実行するのは難しい。70歳以上で働く人は、2008年 5.6 : 1 2028年 3.1 : 1になる。豪州としては、高齢者ケアを提供するためにどのように財源を満たしていくか、税金で対応していかねばならないという問題がある。高齢者施設で働く職員の確保、定着が大変難しい状況である。この分野および医療の現場では給与が異なる。豪州にとって大きな問題は、医療に高額な費用が必要。高齢者ケアに使われるべきものが医療費にまわっていく。高齢者ケアは医療の中に取り込んでいかなくてはならない（日本と逆行でいいのか？）。

一番大きな問題を抱えているのは低所得者たち。自分の家を持っていないので、一生公営住宅、賃貸住宅に住んでいる。低所得者は、現在最悪の状態、自分達には資産がないので高齢になった場合、全て国が提供するものに依存しなくてはならない。

豪州は、低所得者層への問題を認識しながらも対象にした財源は、さらに少なくなっている。低所得者には、所得にあたるような財源を提供しており、それにより住宅を購入できるようにしようとしている（？）。

しかし、現場の人間、事業主はこのような政府の対応は不十分と考える。豪州政府は、国民に持ち家を奨励してきた。現在持ち家率 70%。高齢者で賃貸に住んでいる人は大変心配。豪州は財源的に住宅とケアサービスを別にしている。このような業界の人たち（住宅業界？）は、高齢者が国から受ける年金額が増えることを望んでいる。ほとんどがホステル（AUでいうホステルの意味は、部屋のみでバストイレなどついていない間借りのようなニュアンス）や、あまりよくない賃貸住宅である。高齢者で資産のない人、所得の低い人は大変大きな問題を抱えている。資産がないということは自由な選択ができない。

2番目の問題は、高齢者ケアと住宅を統合していないという現状。この国における民間の事業主は、このようなニーズに十分に対応できていない。AUでは、2層になっているといえる。資産の豊かな人で高齢者ケアを十分に受けられる場合と、資産が十分でなくケアが十分に受けられない。この問題はもっと悪化する。高齢者人口が増えていき、住宅の供給数が非常に少ない。シドニーの住宅価格は、（収入に対する高さ）世界で2番目に高い（第1位は香港）。国は他の問題がもっと多いので、だんだん高齢者ケアの問題は端のほうにいってしまうのではないかと懸念している。政策の中では分離されている。国民はこの概念をよく理解していない。大変大きな問題になっていくのではないか。個人的に、解決する方法は税金を増やして労働人口を増やすことだと思う。しかし、この意見は人気がない。

Questions & Answers

Q 低所得者の生活する場が少ないという話があったが、所得のある人は Bond（高齢者施設に入居するための入居金債券みたいなもの）を払って Low や Independent に入り、所得の低い人は自宅で我慢して、ギリギリになって High に入るのか？

A 低所得者は、ほとんどを国に依存しなくてはいけないが、国からの提供は不十分。国としては自宅でなるべくいるように、家族が世話をしろ、という感じ。ギリギリは High に行く。資産のある人はいつでも選択ができる。

Q 選択肢があることがいいという理解か？ 在宅にいることがいいという観念ではないのか？

A 在宅で生活していても医療に関して十分提供できていない。十分な医療を求めるのであれば、介護と統合された形でないと無理だと思う（？？）

Q Commnitiy housing（以下、CH）は、元々は住宅業者が提供していたが、これからは Care 事業者が提供していくのか？

A CH は、政府がもっと増やしていきたいという意向で財源を増やしている。CH を作る団体がいる。住宅業界であり、同盟と言う形をとっているところもあるかも。現状は需要が供給を超えていて、大きな GAP がある。十分な供給がない。これから 10~20 年大きな問題になるだろう。

Q CH は、Independent Living と何が違うのか？

A CH は、慈善団体（NPO）が運営、社会事前事業を提供、適切に提供している。レンタルアシスト（CRA のこと）の対象になるかどうか、CH や ID の呼び名はみんないい加減に使っている。ID と呼んでいても基本的には CH。CH は、レンタルアシストもあるが、事業者にも国から補助が出ている。

※ACHA (Aged Care Programs to Assist Community) が個人に出ている補助金

先生いわく「不公平感ということ」

豪州人は、良いシステムは求めるが、税金を払うのはいや。政治家も自分が選ばれたいので増税しない。現実と期待との間に大きなギャップがある。先生はイギリス出身、イギリスでは、高齢者の対象を 67 歳に上げ、税金や年金支給年齢も上げたが国民からは人気はない。豪州ではまだ問題に明確に対応していない。ほかの国に対して AU は経済状況が良い、移民が増えているなどが原因。豪州は資源があり恵まれているので、対応できている。

●Lecture 「The Salvation Army」 By Stuart ※Salvation Army = SA に略



非政府団体である大きな組織（Australia でも TAS でも）ドラッグ、アルコール問題、社会問題、子どもや家族への問題に対応する。1 年間で予算は、TAS 州で 2000 万 \$.。このようなプログラムは、国または州からの助成金で運営されている。200 万 + というのは、我々の募金活動・資金活動によってつくられた資金。TAS の 43% の人は主要な収入を国に頼っている。かなり社会的に不利な人が多い。自分の生活を送るのに収入の 95% というの絶対必要なもの（生活必需品）で消えていく。ちょっとした不慮の事故により医療費が出たり、子どもの教育費で予期しない出費があったり、ほんの些細な出費が出ることで、生活の均衡が保てなくなる。

SA はそのような個人を支援するのであって、即時のニーズに対応する支援、そしてその後安定するように支援する（金銭的、物理的、社会的、精神的支援）。SA は必要であればどこでも誰でも助ける。この施設は SA の中でも社会的に不利な人、経済的に困った人（高齢者）の支援。Financial Asset

豪州では、たとえ資産があったり Bond があっても施設に入所するのは大変。財政的に恵まれていても難しいが、SA は弱者・経済的不利者に対しサービスを提供する。自分の住んでいるところで自分のケアができなくなった、ホームレスになるリスク、ホームレスである、といった人にケアを提供する。社会的責任であると考えている。このようなことをするために、政府機関、地域の人とつながり財源を作っていく。

この施設の運営に関しては、財政的にうまくやっていかないといけない。まずは運営費、建物の維持を優先ということが、これからも必要。SA は NPO。もし利益が上がったとしても、全て運営費になる、あまたとしてもサービスに投資される。組織にとっては、施設運営はチャレンジ。専門家の雇用や運用、規制が大きい。高齢者に対し最高のサービスを Aging in place で提供しなくてはいけない。十分な財源が必要。政府の財源をできるだけ使い、寄付をもらう（ロータリークラブ？1 万ドル寄付してくれた）。SA は大変この施設を誇りに思っている。投資もしたし時間もかけ、職員の教育を行ってきた。国の規制を順守するための時間も要した。

●Lecture 「Architecture」 By Scott



わってくれば建物も変えていかないといけない。

(建築会社の社長)

現在のこの建物は、ほとんどが 10 年前に作られたもの。それまでは 10 人の男性社会的弱者のための家だった。このプロジェクトに関して SA がクライアントになったわけだが、一番重要なことは、ここに入所する人が「自分の家である」と思えること。入所者 10 人が住み続けながら、建築・改築を行ったのが困難だった。新しい建築ができて住み移り、元の建物を壊した。2003 年に 60 床、すぐに満床。17 床が 2007~2009 年に追加された。健康的に過ごせるということが大切なので、さまざまところで自然を取り入れ、色も考慮した。SA は経験が深いので、意見を取り入れながら建築的見地から進めた。この関係はまだ継続しており、入居者ニーズが変わっ

Questions & Answers

Q 高齢者住宅を建てるにあたりの特別な行政の基準はあるか？

A 連邦政府、高齢者住宅の基準、廊下幅、ベッド大きさ、お風呂の大きさなどの基準がある。改築なのでチャレンジ項目があった。1840 年に作られた左の建物（文化遺産）を維持しながら後の建物を作らないといけない。スペースとして使えるものが少なくなる。ここに住んでいる人が住んでいるままで改築するためには、6 つの段階に分けてしなくてはいけなかった。何かを壊すためにオペレーションが必要。

Q 健康的な建築のための色使いは？

A 色を変えることでメモリーさせるもの。落ち着き明るい色なども使う（Calm）。他の高齢者施設や一般的な建築にもかかわっていたので、この建物はユニーク。他に行くところがない人が行く施設である。政府が要望するものよりもレベルを上げた。廊下幅も政府基準より広くしている、道路を歩くような感じだろう。

Q 施設では黄色は良く見るが青を高齢者施設で見るのは初めて、AU にとって意味や何か特殊な事情あるか？

A Yellow & Blue の色は特徴ある。一般的にはグリーンや土色などが多いが、青は Blue sky のイメージであり、Happy Color。たくさんある廊下を認識できるように珍しい青を使っている。人によってはキレイな人がいるかもしれないけど、それでも私は OK だ。

●Lecture By Key Chaplain (牧師)



この分野で 29 年。Southern states Australia (7 州のうちのキンバーラ、Queensland などがあるところ以外) 教会の牧師として、Phillipine のミッショナリーで 3 年いた。教会の牧師、BL の牧師でもある。ここの入居者 77 人、職員 85 名。日曜の朝、教会サービスを提供し、牧師としての業務以外に、チャーチアクティビティを 3 回、パストラルケアを職員や家族に提供している。パストラルケアは業務の中で多面的なもの。この 2 日間で 14 名のパストラルケアの申請を受けた。パストラルケアとは、いろんな話をする、健康面などでも。職員 2 名は身体的に大変だ、仕事で疲れているということで話をしに来た。

SAは国際的な動きを行っている。イワンジエルコアームというもののひとつ。ユニバーサルな基督教会である。メッセージは聖書に基づいている。神の愛を伝えていくことが業務。SAが創立されたのは、1865年に東ロンドンで、125ヶ国にある。世界の拠点本部はロンドン。TASには15の教会がある。アルコール、ドラッグの乱用によるプログラムもある。日本では、人口に対してSAが非常に少ない。1895年にSAが日本にできている。いろいろなビジネスを運営している。59のSA教会がある。施設が20あり、病院が2ヶ所（東京、ブース記念病院、キヨセ病院）。日本は2840人の教会メンバーがいる。AUには2.2万人。

●Lecture By Barrington Lodge Director・Nurse Clare Jurasovic>

施設長になって10ヶ月。この施設に入所してもらう際、最初は必ず誰かと一緒に来てもらう。手製のクロス（ベッドカバー）、足のケアセット、デンタルケアに関するものをプレゼントしている。自分らしく自分の部屋にするように、お好きなものをお持ちくださいと言っている。絵、椅子など。新しい入居者に対応するためには、もう1人の看護師が対応する。入居者が住み始めてから、1ヶ月、6週間後などに、本人、職員、家族、医師などとミーティングを持つ。入居者の考え方やコメントをもらい、さらにスタッフがその人のケアを向上できるようにする。最初に入った部屋にずっと住み続ける、部屋を変わることはない。結果HighとLowは混ざっている。これをAging in placeと呼んでいる。

（Attached Paper 入居者の権利と責任）

入居者の責任と言う部分は小さいけれど、ある。入居者同士がお互いに尊重すること、自分の住んでいる環境を衛生にするということ、職員に対して嫌がらせをしないこと。など。
入居者に楽しんでもらうために、遠足もする。あと少しの余命を楽しんでもらうために（？）アルパカに乗ったり、鮭池（Salmon ponds）に鮭を釣りに行っている。

【職員】について

各部門に1人ずつの看護師（2名）がいる、この上に1人の看護師。AMに9名のケア職員、6名は8時間勤務、3名は6時間勤務。入居者は移動性のある人が多いので、職員は見守りが必要。レジャー、ライフスタイル、メンテナンス、洗濯、チャップラン、などなどの担当がいる。15名の貴重なボランティアがいる。ボランティアは入居者とのアクティビティを行う。

Questions & Answers

Q 看護師以外に資格者がいる？

A ここで働いている介護職は、認定3をもっている（日常生活介護をすることができる資格）

Care worker → Short course (Activity)

認定2、3が中心。4が一番高いが、3を持っていれば十分（基本は2から始まっている 1はアンケートに答える程度の低いレベル）

●Lecture 「認知症のための特別なデザイン」By Ms Andrea Price（看護師）

精神科看護師、特に認知症ケア専門。日本に2回行ったことがある。認知症ケアの教育をしてきた。

認知症ケアは、建築の際に適したものを作ることでとても楽になる。脳に変化が起こるということは、その人が見える環境が変わってくる。ちょっとした工夫で認知症・高齢者の暮らしが楽になる。認知症の見当識、ナビゲーションが変わってくる。今どこにいてどこに行ったらいいか、がわかるようになる。視覚的なもの、モノと自分との空間関係、集中力・注意力、言語力・理解力・自己表現をすることへの影響。雑音があると認知症には情報をうまく取りいれられない。認知症をナビゲートするためには、簡単なサイン・明確なサインの絵が役に立つ。この人たちには、最低の情報で十分である。コントラストが大切。

黄色や白の地に黒の文字が一番見やすい。

認知症は天井に顔を向けて歩かない、下の目線のところにサインを置かなくてはいけない。(レジュメ 1 頁目の下 2 つ例) 認知症の失禁は、トイレが見つからないから。良く見えるように、目印がはっきりわかるようにすることが大切。洋服ダンスをかき乱すことが好きな人もいる。困るようなものは、壁と同じ色にする。よく出す、乱してもいいものは違う色にする。認知症は物事を順序立ててできないので、その人が順番にできるようにしてあげる(洋服は着る順番通りにするなど)。引き出しにも絵と文字で何が入っているか示す(レジュメ 2 頁 の右真中)。戸棚もガラス張りにする。カーペットに柄があると、何か落ちているのではないかと思って拾おうとする。違う部屋や床は継続性のあるもの。平面でも違う色にすると、大股で歩こうとし、転倒しやすくなる。壁と廊下を同じ色にすると、逆に床だと思ってそのまま歩こうとし、ぶつかり怪我する可能性がある。

トイレの場合も壁床を同じにしているとコントラストがないので危ない。やさしい明るさが大切。より明るい光が必要だが、まぶしいもの、反射するものは避けないといけない(レジュメ 3 頁左上写真 上 2 つは良い例、下は病院のベッドで外が見えるので夜と昼の違いがよくわかる: 3 頁右上非常に混乱しやすい柄、花と思って取ろうとする、座るところと思えない、座るところにラグや単純な色を置くとわかりやすい)。3 頁左真中は避けたい例。3 頁右、ダウンライトが床に反射、窓からの光が廊下にも混乱のもと、カーテンが風で動くと誰かいると怖がる。3 頁左下は、クロスが白、食器も白、大変見にくい。3 頁右下は見やすい。テーブル系の違う色、コントラストのある家具は混乱が少なくてすむ。自分達が選ぶようなステキなインテリアデザインじゃないかもしれないけど。

どんな絵を飾るべきか

- ・簡単なもの
- ・影やコントラストに配慮
- ・絵を飾る高さ(オーストラリア人の場合床から 1.2m に額の下がくるようにする)

感覚的な環境

感覚を刺激するものはとてもいいこと(触る、見る、聴く、匂う、味わう)

●12月3日(月) PM 観察

Presbyterian Care Tasmania River View Lodge



昨年新築されたナーシングホーム
(High ~ Low) の入居者(47室)

今のシニア世代は子どもの頃、暖炉があったので、施設にも暖炉(もどき)が随所にあり、これが点いていないと怒りだす人も多い。ダイニング&リビングは、誰もが(来訪者も)自由にお茶などを飲める仕組み。食事も予約すれば OK。(表示パネルは、移民の国らしく多くの外国語で表示されている)



◇入居者 H さんのお部屋

IT のプロ? HP を作ったり、毎週施設のチャペルで映画の上映会をしてくれたりする。

(DVD などもたくさん保有) 居室はたぶん 20 m² 強の 1 ルームに広めのバスルーム(シャワーとトイレ)、小さいミニキッチン。小奇麗に使われている。壁掛け薄型 TV、PC など IT 系若者のお部屋みたい。

今はどこの施設も High ばかりで Low はもう入ることができない。終末期の緩和ケア対象が多い。自宅で転倒→入院→自宅に帰れない(家族が戻さない) → High で施設入所という流れが多い。施設は



自分で選ぶことはなく(High の場合)、家族や他者が選び決める。ホバートの近くの住民だけでなく、家族がこちらにいて呼ぶことは多い。本土(AU)からやTASの地方などからも入居者はいる。動物の持ち込みは歓迎(?どれくらいか不明、犬・猫レベル?)。チャペルと映画シアターが一緒の部屋(宗教の話には突っ込んでいない)



ランチがメイン(どこもそう、USA、EUも同様)で2種から選べる。4週間ごとにメニューが変り、管理栄養士がメニュー作成。Dinnerはライト、スープとサンドイッチくらい。ここの中庭から少し向こうの小学校にも食事を提供。シェフが2人いるからできる付加価値サービス。ADARDS(アルツハイマー&精神障害の略:最初Othersと思って通訳の方に、これは隠語か?と聞くと意味がわからていなくて、あらためて聞いてくれてやっとわかる:強度の認知症患者の棟:タスマニアでは他では絶対受け入れられないほどの重度の認知症の収容)は、ディナーの時間が16:30~。「早すぎないか?」には、この時間が不穏になるので、食事で気を紛らわす、らしい。欧州では考えられない作戦か(AUは、ある意味、EUや日本よりビハインドなのか?)

手洗い(衛生管理)は徹底していて、各居室の2~3部屋ごとに、手洗い洗面があり、職員は「ヒマがなかつた」と言い訳できない環境にしている(このあたりの管理はかなり厳しい)。これまでの一番の驚きは、ペーパー排泄処理!尿瓶や洗面器などがペーパー。これに用を足したら固形化する粉を入れてそのまま専用のディスポーザーにポイッ!そしたらそのまま下水に流せる!画期的。このコストは?の問い合わせには、案内の看護師がよくわからないといいつつ、1万ドル(95万円?)くらいか。それでも「感染症リスクの排除にはスゴイ効果で、費用対効果はかなりよい」とのこと。看護師、介護業界で23年目とのことだが、当時は洗面器で排泄物を洗っていた。こうなってきたのはこの4、5年。もう絶対戻ることはない、ありえない。オムツに関しては今Developingで、そのうち同じことになると思うとのこと。



ペーパー排泄専用ディス
ポーザー



ペーパー尿瓶と洗面器!



どこの施設でも必ず3居室ごとくらいに設置
されているリフター。法律で規制らしい

入浴、アシstedバスを見せてもらったけど、日本と大違い。ただの浴槽。オージーはシャワーのみの習慣。50年前は週に1回(日曜だけ)お風呂に入る習慣があったらしいが、今はもうシニア世代でもシャワーで定着。医療はホームドクター(GP)制。施設に入っても今までのホームドクターが往診。70名に対し、20人くらいドクターがいる。薬局は基本1つだがこだわりのある人が2名今いる。管理が徹底。

看護師さんいわく、薬多すぎ(医者が出し過ぎ、特に心臓病の薬が多い)もっと減らせるはず。

介護職もクスリ管理が可能（IT化でチェックすれば）。法律で、リフトをしてはいけない（介護職員が持ち上げてはいけない）。よって器具を使い、リフトではなく原則スリング（吊り上げる）。トランシスファーとして使う。23年前は持ち上げていた。時代がかわった。

入居の認定について施設は関われない（国が決める）。料金は複雑な審査があり施設は関わらない。国民年金の85%を施設に支払う場合もある。Care Providerに入る金額は、同じ（所得に関係なく介護度によって決まる？）。部屋をオープンの利用者多いが、国民性？ Communityの意識が強いので、Open。
事業者としては、理念に基づいてケアニーズのある人に提供したいと思っている（実際は国が決めるけど）



手洗いポスターが随所に、デザインがわかり
やすくかわいいものが多い

●12月3日（月）19:30～22:00 Welcomeパーティ

明後日の施設のCEO Susan Parr、明日のレクチャーJed Donoghue、今日のClare、ホバート副市長などが参加。かなりの大宴会に。



Hobart副市長 大そう視察団をお気に召した
らしく、急きょ市庁舎へ招かれる



300gのメインサーロインステーキ
全部たいらげる

●12月4日(火)

Lecture By Dr. Jed Donoghue (The Salvation Army Housing and Homeless Service State Manager)
「The Community Aged Care Package」



2010年6月から1年で65歳以上が97,000人増えた。Baby boomersの影響がAUにもある。1950~60年代生まれ。彼らに対する住宅施策が今後必要である。逆ピラミッドになっていく。緊急用施設が非常に少なく、CHも全体的にみると少ない(収容可能が4万戸程度)。たぶんこれから5年でCHは2倍になると思う。州営(公営)が40万戸(住宅市場の5%を占めるのみ)

タスマニアは小さい州だが、緊急ハウジングは300戸しかない。3つのタイプがあり、伝統的なシェルター(集合的スタイル)、クラスター(自立しているユニットがひとつの通りにあるタイプ)、広範囲に広がっていて、ひとつの通りに1戸ずつバラバラとあるタイプ。Homelessは10万人(昨年のAUにおいて)。Homelessとは、3段階あって、Primaryは路上で寝ている人、Secondaryは車で寝る人達など(緊急シェルターと言う位置づけ)、Thirdはどこかに寝泊まりしているけど安心な環境でなく、いつ追い出されるかわからない状況の人。職員が最も大切なことは、彼らと信頼関係を築くということ。一度人間関係・信頼がもてると、移行に関するコスト(居住施設への移行ということ)が非常に安くすむ。Homelessになるのは、何かがあったことによる結果である。その結果を招いた原因が何かを探査し、その原因に対する対策を作っていく。

CH組織はVery diverse Organization(多様な組織)がある。AUは大きい組織でも3,000戸程度、イギリスにおける大きな組織は80,000戸ある。イギリスにおいては、CHは伝統があり根付いたもの。AUではまだ小さく発達していない。小さなコミュニティ組織は住宅に限らず、他のサービスも提供している。Homelessへのサポートやリハビリなどの機能を持ち合わせる。CHに入居できる条件は、所得によって決められる。最も大切な有資格は、Commonwealth Health Care Card(連邦の健康保険証??)がいるが、これはかなりの低所得者。なぜかというと、持っていると連邦政府からの援助がなされるから。このようなCHは、長期間にわたる賃借期間であり、Homelessにとっては安心して生活できるところである。補助金がかなり出ている。市場価格に比べると75%程度は補助金でカバーされている。通常このような家賃と言うのは、一家の所得の25%~30%となっている。民間や持ち家の場合は、住宅支出は収入の40%が普通。Bond(頭金)を払わなければならない。1週間の家賃の4倍程度。

Bondとは入居金というより日本でいう敷金の意味と株券の意味を兼ね合わせているようなものか?
戻るお金だが、その時の市場価格による。原則25%(1年で5%を5年間)を償却して、残額が事業者によって販売(転売)され、本人に戻る(なので、値下がりも値上がりもありえる/今のところほぼ値上がりで推移)
Bondは、これを管理する独立する機関がある。CH、公営などは家が良い状態なら戻ってくる。問題があれば簡易裁判所に話がいく。

公営住宅は5%程度(20年前は8%程度)。減っている理由はいくつかあり、貧しい人に住宅を提供するのは、国の役割ではないと考えていることもある。公営住宅は、コミュニティ住宅というものに変わってきている(地域で提供と言う意味か?)。コミュニティ住宅のほうがフレキシビリティがあり、ニーズに対応できる。
AU全体としては、40万戸あるがTASにおいては11500戸。英国ではWalesを含めると、社会的ハウジング(公営住宅)は20%。英国では、数十万の住宅をNPOに委託した。グラスゴー自治体では80,000戸をNPOに委託。TASでは500戸だけ移管(勇敢ではないので...)。

CHは公営住宅より少し高くなる。CHは収入の30%程度か。

(CH Community Housing 公営住宅 Social Housing)

CHへの補助は事業者に払われるが、公営は市民に直接払われる。連邦政府は税金を集めるので現金をもっている。州は物件(住宅)を持っている。州が物件をNGOに移管すると10人が助成を受けられる(?)。CRA(Commonwealth Rent Assistance)はAUでは住んでいる人に直接行く。歴史的には住宅施策は英国と似

ている（米国とは違う）。AUにおける住宅は22%が民間の賃貸住宅。（通常契約は1年間）頭金のBONDは1000\$以上。通常の民間住宅を提供しているのは、個人的な投資が多い。個人が買った家を個人に貸す。AUは持家主義。AUの夢は、自分の家をもつこと。1/4エーカーで3つのベッドルーム、郊外というのがスタンダードな夢。AUの心理を理解したいときは、映画（Castle）を見よ。

高齢者は住宅ローンを終わっている人が多い。全体で30%になる。AU高齢者は相当の資産を持っている。しかし退職後は所得がないので、自分の持家に住み続けることが難しい。従ってこの5年間でリバースモーゲージが人気になっている。家は通常15～25年ローンを組んで買う。リバースモーゲージは、銀行に15～30年かけて売るということ（子どもにはひどい話だと思うとのこと）。

（リバースモーゲージが成り立つのは、中古住宅の市場流通ゆえ：今の家に住み続けることも、小さい家に住み替えるために現金を得るという方法もある。リバースモーゲージより、自分の家を売るほうが人気は高いが）

連邦政府としては、できるだけ自宅で生活できるように支援したいと考えてはいる。

サポートサービスは、いろいろある。CACP（Community Aged Care Packages）。

実際自宅に行ってサービスする。ショッピング同行、医者同行、料理をする、など（家事支援？）。これがないと施設に入らざるを得ないので、施設に入るとコストが非常に高くなる。国は、高齢者のことを大切に考えているが、お金をあまり使いたくない。自宅で暮らすほうが幸せだし、国にとっても安く済むので、誰にとってもいい方法。

ACHA（高齢者の家に行くサービスでなく、Homelessになることを避けるための予防的サービス）

Providerが財源を得るための方法。

連邦政府は、年次資金提供（Annual Funding rounds 1年ごとに提供する）

入札の形をとる。通常かなり簡単な記入でよい（これはジョークで、非常に面倒な書類を揃える）。しかし、どのようにうまく記入できるか次第。助成金が得られたら、国がほしいもの（Applyが通ったら）は年次報告書、監査報告書、住民の満足度を証明するものを提出しなくてはいけない。

DOHA Department of Health and Aging Applyの省庁。

Conclusion

いろいろな住宅サポートがあるけど、自分の住宅に住み続けたいという要望が強いだろう。

高齢者でサービスを受けることを拒否する人もいる（プライドが高いから）。

AUでは若い人はそういう問題がない（なんでももらうものはもらっとく・笑）

Questions & Answers

Q リバースモーゲージは、銀行も行政もやっているか？

A 実は私は知らない。でもたぶん銀行だろう。AUは4大銀行があり、収益率が高い。マイクロファイナンスでも利益を上げる。AUでは銀行でお金を借りるということに関し、全く問題ない

Q リバースモーゲージは、田舎エリア（住宅価値の低いところ）でも可能なのか？

A 運が良ければ（笑）

Q 住宅の流通や査定について

A TASの最近の住宅を買う人は、シドニー・メルボルンの人たちが多くなっている（TAS人より高く買うらしい）

●12月4日(火) SAの運営するCommunity Housing



ほとんど1LDKのタウンハウス（2戸1つ）



突然お伺いした女性のお家。キレイな部屋

低所得者層（もっとも低所得向け）のHouse。固まっている場所、点在している場所などいろいろ。1LDKなどが多い様子。パブリックな庭には庭師が入る。各戸にもプライベートな庭があり自分で好きなようにできる。案内してくれた方は、メンテナンスや安全管理（通常2人で行っている）。



危機感のない（？）救急車と思ったら、
Ambulanceの意味合いが少し違うらしい

基本的には入居者は60歳以上が対象。タウンハウス的な一戸建て。お互いは知り合いだけどプライベートは干渉しすぎない。

見守りサービスなどはパブリックではやっていない。お互いが支援しあっている。Positive Aging. Johnは、長く住んでいてこのあたりのことをよく知っている。運営側にも報告してくれる。

Ambulance (St Jones Ambulance) の車が止っていたので聞いてみると、ここでは救急車と言う意味だけではない（救急車は有料でかなり高いので普通は呼ばない）。First Aid やたまたま立ち寄って話を聞くなどのこともする。ここ（SAが運営する）のHousingは、60～70人の待機者がいる。

●Campbell Townに移動する間、バス運転手さんのお話し（高齢の低所得者向け公営住宅のことについて）
高齢化の問題ではなく、住宅そのものが足りない。住んでいる人がキレイに使わないので、ダメージの問題が大きい。長く住んでいる人が途中で買うことができるシステムがあるようだ（CRAではなく別の方法）。街中にも今は公営住宅を作っている。お金のある人もない人も混合して住める形のもの。土地の安いヘンピなどころに低所得者だけを集めて作るというのではなく、公平に作ろうという様子。現在街中に2つできたところ。Community Houseと言う名称は、一般の人にはメジャーじゃない。Independent Livingは一般的になじみがある。Independentに住んで、必要になればそこからCareのある大型施設に移り住むというのが、一般的になってきた（認知してきた）。順繰りに状況に応じて住み替えていくという考え方になじんできた。



●12月4日(火) Campbell Town Health & Community Service

Ms Patsy Burges Manager/Director of nursing
Campbell Town Health & Community service Department
of health and human service

1) Campbell Town の地理的状況

タスマニアの南の大都市ホバートと北の大都市ローンセストンのほぼ間（ホバートから約 100 kmの位置）にある昔の宿場町。人口は 3 千人程度と小規模ながら、施設がサービスをカバーする範囲は、半径約 1 時間程度と広範囲に及ぶ。

2) センターの提供する機能

1885 年に病院として創立され、2001 年に MPS (Multi Purpose Service) としてスタート。



建物の構造としては、いくつかのウイングに分かれている。

● *[Webster Wing]*

コミュニティスペースとしての機能を兼ね備えた Room が配置されている。

- ・少し広めのホール
- ・地域住民がクラフトアートなどのサークル活動拠点として使えるコミュニティルーム
- ・医療関係者のカンファレンスルーム
- ・家族や子どものためのルーム
- ・ソーシャルワークや健康相談に使えるルーム
- ・キッチン など



● *[Heritage Building]*

歴史的な古い建物も活用し、おもに医学的治療に使っている。

- ・足治療（糖尿病疾患などによる）
- ・理学療法
- ・歯科 など

● *[North Wing]*

スタッフや医療設備が中心に集められたスペース。

- ・救急救命処置室（救急車が直接接続できる）
- ・ナースステーション
- ・スタッフルーム
- ・クリニック（外部医師によるプライベート医療）など

Campbell Town には、総合病院などではなく、医療施設としては、このセンターにある機能のみとなり、重度な医療処置は、ローセストン（車で 40~45 分 / 70 km）まで搬送することになる。しかし、救急車はかなり高度な機能を搭載しており、救急救命処置や初期の対応ができる状況である。



クリニックは、一般開業医によるものだが、平日 9:00～17:00（ランチタイムを除く）、土日は、各 1 時間ずつオープンしているので、基本的に毎日受診することが可能。訪問日は、「赤ちゃんの発達をチェックする日」

● 「West Wing」 & 「South Wing」

居住スペースなどが配置されたエリア。

- ・ High & Low care の居室（20 室）
- ・ レスパイトケア、緩和ケア（6 室）
- ・ センサリールーム（メンタルな落ち着き）
- ・ 中庭でガーデニング
- ・ ペットのネコ（アニマルセラピーの役割も）



センサリールームは、他の施設でも見られたが、精神的に落ち着かせるための部屋で、薄暗く癒し系の展示物などが飾られている。また水の音を小さく流すなど、五感に鎮静する作用を与えている様子。

緩和ケアは、原則ガン患者の終末期対応だが、ほとんどが肺がんと大腸がん。さらにタスマニアの特徴として黒色腫も多い。

緩和ケアの 1 室の横には、ファミリールームがあり、キッチン、ダイニングテーブル、ソファなどちょっとしたリビングスペースとなっており、最期のときと一緒に過ごせるようにしている。



中庭では、家庭菜園を行っており、入居者（男性）が、近所の小学生に週 1 回、レクチャーなどをしている。

3) センターの概要



さまざまな財源（医療、介護、住宅、コミュニティなど）をセンター1ヶ所に集め、さまざまなサービスを提供。日本でいうところの地域包括センターに近いかかもしれないが、対象は高齢者だけでなく、老若男女、貧富の差などの関係なく提供されている。地域の人々のニーズに対し、有線的に提供できるようにしているが、基本的な考え方は、住民の Wellbeing と Health を向上させるためのもの。

Social determinants of health という言葉がよく聞かれたが、その人の社会的文化的背景などを考慮した上で、健康を決定していくというニュアンスだろうか（WHO の定義：The social determinants of health are the conditions in which people are

born, grow, live, work and age, including the health system. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities - the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.）

どのようなサービスを受けるかは、ACATs（高齢者ケアアセスメントチーム）の評価・認定が必要。この評価により、地域（在宅）ケアを受けるか、施設（High Low）ケアを受けるか、レスパイトか、などが決まる。これらのすべての財源は 400 万 \$. 施設入居者およびレスパイトの利用者は高齢者年金の 85.4% を支払うことになる。また運営者としては、サービス提供の報告が義務付けられており、3 年ごとに事業者としての見直しを確認される。

職員数は、人員としては 70 名（常勤換算 22.5 名）。看護職員やその他いろいろなスキルを持った職員（ホテルやコミュニティ活動の経験者）がいる。MPS の大きなメリットは、スタッフにマルチスキルがあるということで、住民は窓口がひとつですむ。決してうまくいっているというわけではないが、医療・介護などのコミュニケーションが最大限に活かせる。

また、財源はベッド数に対して（人に対してではなく）なので、26 のベッドに対しての財源を、必要に応じて（ベッドが空いていれば）地域のほかのサービス費用にまわすことができる。

<High & Low 居室の入居率は 94%、急性期は 74%>

ボランティアのサポートはなくてはならないもの。配食サービスや移送サービスもボランティアに頼るところが大きい。

●感想

日本のように本来の機能を達成できていない地域包括センターに比べ、まさしく Multiple な機能をもった仕組みと感じる。規制なども多いとのことだが、現在の日本の規制に比べれば、医療とケア、地域サービス、公と民、などが複合的に組み合わせて利用できる仕組みは、学ぶべき点もあったのではないか。

<センターが作成した PR 用の VTR から> 地域の方々からのお話し

① 地域の諮問委員会の委員長 David

MPS はここで統合されたサービスを提供している。このサービスの内容は大変重要で、その人の必要なものを提供する、そして費用対効果が良い。住民がかかわっているサービスである。地域住民がかかわって計画している。この David の立場である諮問委員会の効果 地域住民と個々のセンターはお互いに連携しながら交流をしている。

② おばあちゃんとお孫さん

おばあちゃんは、合法的に後見人として孫の養育にあたっている。孫はブトウ病、四肢脳性マヒなどがあり、筋肉の緊張感がない。ずっと孫の世話をしているが、センターの職員が介護をしているおばあちゃんを助けている。おばあちゃんに 1 週間に数時間だけ自由な時間がとれるようにサポート。時間的には不十分ながらありがたく思っている。

③ Josephine & David (当日参加の方)

男性は多発性硬化症 女性は心疾患、シドニーのキャンベルタウンに住んでいて退職して TAS のキャンベルタウンに移り住んだ。退職して 3 年になり、他の地域に移動しようと考えていたが、ドアを一歩出ただけで全てのサービスがここにはあるので、ここに住むことが素晴らしいと感じている。いつも誰かと話ができる、交通の便利もいい、ここに来れば何でもあるので大変便利で良い。

④ Beverley & Cyril (夫婦)

女性はここに入居、男性は地域の自分の家に住んでいる。女性は何度も脳卒中を起こして、その後施設に入った。もし自宅で生活していると女性の移動をするためには 4, 5 人の人は必要だっただろう。元々魚釣り、射撃が大好き。今でも主人が外出していき、射撃はできないが釣りには一緒に行ける。彼が膝の手術をしたとき退院後、ここの施設でしばらく入居し、訪問しときどき過ごす。

⑤ Annie (71 歳)

Northern middle land 市役所の経営している Community House に 1 人住んでいる（本日の午後、Annie の

ところに訪問)。未亡人、年金受給者。Campbell Town で住むところを見つけるのは大変。特にキレイなところを探すのが大変。運よくこの Community House に住めることができて大変ラッキー。大都市ならエージェントがあるので、まだ見つけるのが大変じゃないかもしないが、ここでは大変。家賃は 2 週間ごとに払い、1 年ごとの更新。家主は市役所。修理をしてほしいというときもすぐ対応してくれる(水道の蛇口の故障など)

⑥ Anne

単身で Community House に住んでいる。

肩の骨折 2 回くらいした、退院して家に戻ってきたときには、いろいろなサービスを受けることがとても助かった。着脱衣も看護師に手伝ってもらわないといけなかった。配食サービスも受けている。今日の午後は理学療法士がくる、Home Help もうけられる。ウツがあるので精神医療チームもきてくれる。短い距離なら運転もできる。長い距離ならコミュニティカーと言うのを使え送迎が可能

⑦ Alan (Volunteer)

送迎サービスや他のこともしてくれている。送迎サービスを行っているが、地域の人、センターの入居者が必要であれば、どこにでも運転していく。脳卒中を起こした人が買い物に行くときにも手伝う。ロッサーデル(ここから遠いところ)まで車で送ったこともある。

⑧ Margo (Volunteer)

ボランティアではあるが、むしろヘルパーと呼んだ方がいいかもしれない。カトリックのサービスが月に 1 回、他のサービスも行われている。緩和ケアを受けている人が、最期まで自宅で過ごしたいというときは、一緒にいてあげることをする。特に夜間 8~12 時間一緒にいることもある。誰かの自宅に行けるように、ボランティアのロスター(?)もおこなっている。薬の管理はできないが。病院で知り合った方も必要であればいく。昔ほど活発じゃないけど今も続けている。

⑨ Jim&Helen Vicky (Dog)

ご主人はパーキンソン病。もう発病して何年になるか忘れるほど長い。彼の面倒を自宅で看ていたが、自分自身が時々休息をとるために、レスパイドでセンターに来ている。自分が身体的に大変になってしまい、自宅で面倒をみることができなくなつた。そして主人のみ入居に至つた。だんだん慣れてきて、周に 2, 3 回は訪問。自宅から 1 時間ほどかかる。ペットのヴィッキーも一緒にときどき。スタッフは大変フレンドリー。社会的なものがある。皆いろいろな形で援助してくれる。ペットもつれて来れるのがよい。馬はまだ飼っていないけど、馬もつれてこれるかも。彼は大変鳥が好き。鶏の写真を入居者に見せる会や、野鳥の会を写真で見せる会などもある。

この物語をつくるためにインタビューをしたけど、知らないこともあり心が動かされた。

◇Center

1885 年に病院として作られた。116 年になる。2001 年に MPS として作られた。このセンターは医療ケアのモデルを使っている。いろいろな財源をひとつのところにもってきて、様々なサービスを提供している。サービス内容とは地域の人が必要といわれたものを提供している。それらのサービス内容を優先的に提供している。ここで提供しているすべてのサービスというのは、消費者(クライアント)のウェルビーイングと健康を向上させるため。プライマリヘルスケアのフレームワーク、健康が社会性を持つものと言う考え方がある。このような病院というのは、医療・高齢化 DOHD(略して) 連邦政府・タスマニアの代表、医療と人間サービス省 2 つの政府の同意によるもの。2012 年にガバナンス委員会というものがタスマニア医療組織。

サービス提供の認定は 3 年サイクルで 4 回(2001 年から 12 年まで)ということで同意している。柔軟な財源モデルということだが、連邦 33%、州 66%、HAC サービスのプログラムと言う財源がある。連邦からの財源は、財源を支配する ACFI と呼ばれるものから決められる 1997 年制定のもの。このような条件というのは、HACC サービスを受けるために、ACATs(高齢者ケアアセスメントチーム)の評価が必要。地域ケアで受けるか、入所、レスパイドと言う選択がきまる。入所となると High か Low か決まる。こちらの内訳は、H18、L6、地域パッケージ 12、これら全ての財源は 400 万 \$。

これらの料金は、入居者、レスパイトの高齢者年金の 85.4%を支払う。

この同意をしたことにより、サービス提供をしている内容について進行状況の報告が要求されている。ヘルスマップと呼ばれるものを行われている。現在のサービス提供というものを 3 年ごとに見直すということ。
これらの内容は、まず地域参加がどうであるか、サービス計画の導入、統合ということ。

州政府ガバナンスがあることに対しての我々(センター側)のチャレンジ事項は、法的にいろいろ要請される。認定ということがある程度のサイクルでくる。一番としては、コミュニティケアの共通基準がある。二番目は全国安全と質の移動サービス基準(10 の基準がある)、この基準が取り入れられたのは 2013 年の 1 月に取り入れられる。Equip の 5 番はこのような認定を受けるためのシステムの名前。急性期ケアの管理、質の維持をするためのローセストン一般病院でとりいれられたもの。なぜかというと、このセンターには医療用の急性期ベッドが 6 つあるから。

MPS の中のチャレンジとは、看護職員たちは入居者の管理をしなくてはいけない、レスパイトの人もいるし、緩和ケア、急性期もいる。いろいろな医療的に違った人がいるので、すべて臨床的な統括があり、準じなくてはいけない。

成功のために欠かせないことは、これらのことがあります。

- ・地域の必要なことが変化していくと、それに応じたものに提供すること
- ・常に向上するということ マネジメントも応じていくということ
- ・リーダーシップ
- ・地域との協働、相談、コミュニケーション、関わり
- ・エンパワーメント、柔軟性、信頼、オープンであること、責任成果
- ・自分が所有しているのだという気持ちを全員がもてるということ
- ・適切なサービスにアクセスできるということ
- ・全てのサービスについての情報があるということ
- ・消費者が自分のケアプランに発言権をもつ
- ・消費者に焦点をあてるということ

これらの事を持続するというチャレンジとは、職員の採用と定着、質と安全。

質の基準を保守すること。全国安全質には医療基準がある。Equip5 を順守。

コミュニティケアの基本的基準 CCCS

急性期の入居者と一般の入居者、両方の管理は大きなチャレンジ
入居者のためにこここの施設の維持管理も大きなチャレンジ

Philosophy

こここの場所を家庭のように作っていくことが大事。エデンと言う理念をもっている。

パーソンセンター施設 (Person Centered Community) であること。

人間、植物を含めて生活すること。

高齢者の生活は 3 つあると認識

- ・さびしい
- ・役に立たない
- ・退屈

動物をコンパニオンとして接することを考えている。

自分が役に立たないという気持ちを、Person Centered Community としてなるべくよいケアを受けら得るような機会を与える。

Conclusion

重要なポイントは、

- ・常に消費者が第一であるということ（自己省察してほしいということ、別の方法がないのか？）
- ・ここで働いているスタッフ、ボランティアは大切、常に尊重すること

Campbell Town の MPS が対象とするのが 3000 人程度。小さいかもしれないが、MPS のモデルはユニークな機会を提供している。高齢者ケアのチャレンジに役立つのではないか。

Questions & Answers

Q サービス提供の端から端までどれくらいの距離か

A ここから半径 1 時間程度の範囲（多くは 30 分の範囲）

Q ここ（Campbell Town）がモデルとして選ばれた理由は？

A このような MPS は、TAS では 3 つある。背景には、地域からこういうものがほしいという要望があったから。

<Staff Q&A>

ビジネスコーディネーター、看護師、コミュニティサービスマネジャー、精神保健担当のカウンセラーソーシャルワーカー

Q 訪問看護について

A 対象は、高齢者の虚弱な人、障害を持っている人、退院後の様子を見なくてはいけない人、慢性疾患の管理が必要な方。VTR の単身者の例：訪問看護週に 3 回、コミュニティサービス週に 2 回、状況が良くなれば少なくなっていく。時間外（夜間など）は、センターに電話してもらったり、センターに来てもらえると対応できる。早朝ケアも対応している。ほかの地域では、夜の訪問看護をしているところがあるが、ここでは対応していない。

Q 人材確保が日本では難しいが、ここではどうか？

A 5 人のうち、1 人は地元、他の 4 人はローンセストン（車で 40-45 分程度）から。元ニュースウェルズ（田舎）だったけど、結婚してローセストン、都会と田舎と両方経験できてよい。高齢者が好きで、ここから 10 km のところに住んでいる（ロス）。やりがいがある。看護師の採用には大変苦労したときがある。看護師はエージェントから来てもらうということもあり、シドニーやメルボルンから来てもらうこともあり大変な経費を使った。この 3 年ほどでようやく良い看護師が採用できるようになった。職員に宿舎を用意している。

Q 送迎・配食システムについて

A 送迎については、職員がボランティアをコーディネイトしている。実際に車を運転する人はボランティア。ここで調理されたもの（調理職員は給与がある）、配達はボランティア、30 分くらいの距離まで。レッドクロスも担当している。昼食のための温かい料理とデザートとスープ（1 回で 2 食分：料理とデザートがランチ、スープが夜？）。これで 9 \$。冷凍の場合は 1 週間分提供できる。ドライバーの申請によるが、1 km につきガソリン代が提供される。料理の価格などを決めるのはレッドクロスが決める。

●12月4日(火) センターが在宅サービスを提供している Housing Inspection



日本の古い文化住宅に近いかも

1) Anna (50代?女性) NPO運営の公営住宅 (1970年築)

Elizabeth Maccoi Home

糖尿病や肩の骨折、ウツなどの症状。

サービスは2種。掃除やベッドシーツ取り換え、洗濯などの家事サービスと、訪問看護などによるシャワー介助、包帯の取り換えなど Personal Care.

クスリの管理は正看護師が行っている。カウンセリングも受けている。足病療法(糖尿病による)、毎日クリームを足のかかとに塗る(割れる)、関節炎、膝のトラブルなども。

近距離ショッピングは、自分の車を運転して。ローセストンやホバートの大きな病院や専門医に行くときは、コミュニティの送迎サー

ビスを使っている。



2) Annie (71歳 女性) 市役所運営の公営住宅 (Council property)



小奇麗なタウンハウス



金髪の方の方。よく喋る。帰りに高級チョコ Haigh'sのサンタ版をみんなにくれた

日本には8回行ったことがある、親族は横浜に住んでいた(おばさんは日本のパスポートをもっている)。仕事で昔はよくアジアに行った。香港ではFinancialの仕事。まだ元気なのでサービスは受けていない。2つの仕事をしている(近所のお店で週1回、カフェでもアルバイト)。たまたまこの住宅に入れてラッキーだった。週に130\$(1週間?2週間?)の家賃を市役所に払っている。

3) Barbala 州営住宅 Elizabeth Court 3戸の長屋

2ベッドルームの広い部屋。天井が高いので暖房が問題。市役所に言うと、エアコンをつけてくれて問題解決。この住宅は築8年。現在は、移送サービスと訪問リハを利用して



立派なキッチン！



一戸建ての2ベッドルームで広々。ひとり暮らしにここまでいらんのでは

(Break)

通常の住宅は3ベッドルームと2バスルームぐらいが標準。Campbell Townでは22万～25万\$くらいの価格が平均的。AUでは、若者も貧富の差が大きい。大卒金融関係勤務の28-29歳で年収800-900万円。20%くらい。専門職は高い。スーパー勤務は一生貧乏。移民は堅実に持家3戸くらいでお金を作ってきた人も多い。

4) Ross (Campbell Townから10kmのところ)



退院したところなのに「歩いてみるよ」と歩行器で歩かれる91歳お父さん

センターに勤務するJenさんのご両親 お父さん90歳、誕生日(6月)その1週間後から歩けなくなった。入院して訪問日が退院日で、結婚58年の記念日。お母さんカクシヤク。犬はPinger(お孫さんがFingerと言えなくて)。

●Campbell Townで、夜は、スタッフがバーベキューをしてくださる。



手作りの料理いろいろ。マジメにおいしかったです



ワインやビールも飲みながら。居住区や施設内に住んでいる高齢の方も参加。とてもおいしくいただき、語り合い、夜22時頃ホテル着。疲労度大！

●12月5日（水）

Southern Cross Care（以下、SCC） 「Lawrenny Court」 Independent Living （低所得者層向け）
By Bob Rumbold, Residential Enquiries Officer

1) Lawrenny Court の地理的状況

ウェストホバートの利便性のよい閑静な住宅地の中にあり、ホバート市の中心エリアにも2km程度の位置。敷地内はほとんどフラットで、移動もしやすくなっている。

2) Southern Cross Care (SCC)

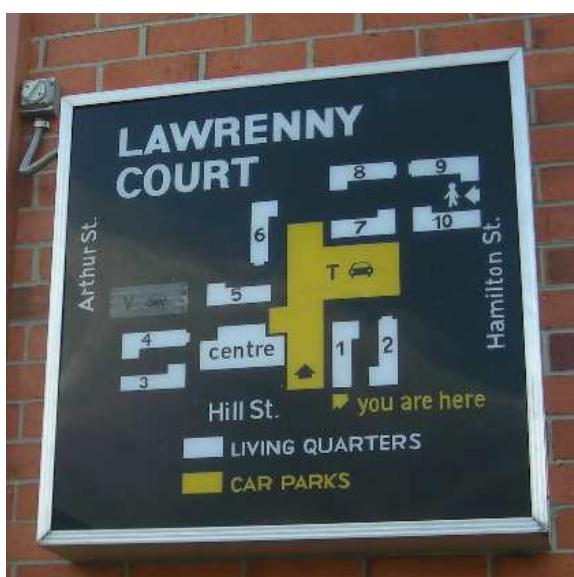


組織は、タスマニアでさまざまな高齢者施設やサービスを展開しており、施設サービスでは1500人の入居者と職員が880名と大規模。今回の観察先「Laurenny Court」は、大規模住宅のひとつで84戸。SCCの事業展開としては、Nursing Homeが7、Retirement Villageが11、地域ケアサービスが500ヶ所。

1969年にローンセストン（タスマニア北部）で、地域の高齢者に施設の必要性をKnights of Southern Cross（侯爵？）が認識したところからスタート。地域の高齢者が地域コミュニティができるだけ活動的に暮らせる住まいを作ろうとした。ホバートでは、1976年に自立型、ホステル、介護室などの複合型を展開し、その後、さらに施設は増えて行った。

The mission statement of Southern Cross Care (Tas.) Inc. is: "*To demonstrate the love of Christ by providing a range of aged care services which meet the needs of people in our Tasmanian community.*"

3) Lawrenny Court の概要



このVillageには、国からの助成金はない。入居者は年金受給者だが、収入は限られた人。家賃は、市場の半分程度で、1週間約100\$～130\$程度。入居者は、国から2週間で100\$の家賃補助（CRA）があるので、実際の家賃負担は160\$/（2週間）程度で済む。州営住宅に住んでいる人は、国の補助対象にはならない。この中には、自室の家賃のほかに共有スペースやアクティビティの参加費用なども含まれる。滞在期間の制限はないので、介護が重度化しなければ、一生住むこともできる。正看護師もいて、相談などのお世話をしている。入居者の多くは、なんらかのケアサービス（訪問介護）を受けている。SCCが提供するケアサービスを利用している人もいれば、他のケアサービスを利用している人も。ケアに関しては政府の助成金があるので、利用者の負担は大きくない。また、介護が重度化すると、SCCのナーシングホームに優先的に入居することができる。

共有スペースのホールは、入居者にいろいろと利用してもらっており、観察訪問日はチャーチサービスが予定されていた。ここでの利用は多く、コンサート、クラフトアート、社交の場などいろいろな活動が行われている。

West Hobartは、とても便利な地域で、ショッピングや医療、交通の便がとても良い。

このVillageは、1970年に建てられたもの。15年前からSCCで管理・運営するようになった。数百万\$をかけてリフォームしている。創設者の理念は「経済的弱者に提供できる建物にすること」



共有スペース
ホール内
外観

待機者は、現在 150 名ほど。タスマニア州政府は、手ごろな住宅を提供しようとしているが、良い場所で作ろうとするので結局高くなる。政府が作るものは、全て高くなってしまう。NPO などに任せたほうがコストパフォーマンスが良いものを作れる。国は、財源を供給しバックアップすることに注力すべきで、運営は民間に任せたほうがよいだろう。Bob は、SCC で全ての Independent Village と Nursing Home の管理をしているが、仮に政府のやり方だと、この Village ひとつだけにマネージャーをつけ、さらに給与は Bob の 2 倍はかかるだろう。

この Village は、Bond 不要で家賃のみで入居可能。ただ、入居者で余裕のある人には、少額でいいのでカーテンなどの設備に支払をしてもらっているが。ホバート市は、アクティビティに助成金をくれている。市税も免除してくれと陳情してはいるのだが…。

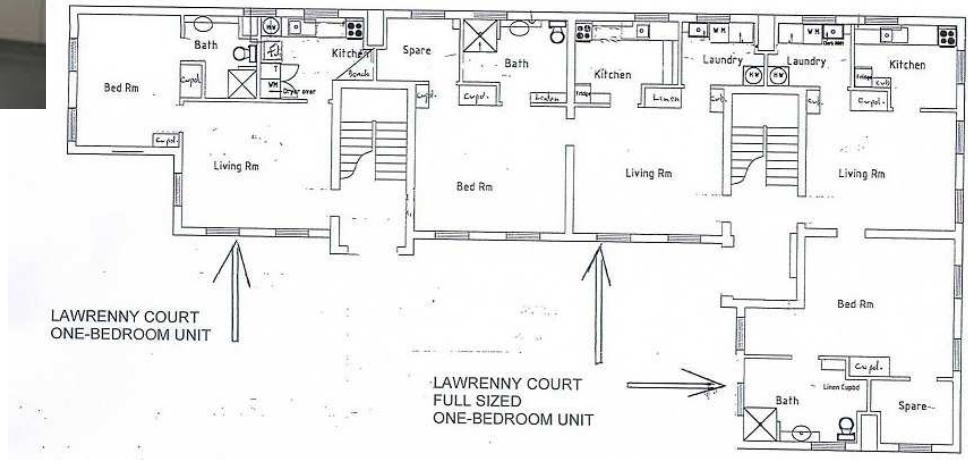
SCC は、富裕層向けの Independent Village (入居金 5000 万円などの) も運営しており、そちらの利益を低所得者層の運営費にまわしているのも事実。お金を払える人には払ってもらえばよい (苦笑)。払ったお金がどこで使われているか、本人が知らなければハッピーなこと。慈善事業者なので、それはあってもよいことだろう。

4) 施設と居室設備



建物は全て 2 階建で階段があり、入居者には困難な造りになっている。コストの関係でエレベータなどの設置はできない。84 戸のうち、10 戸が 1Bed room タイプ (110 \$/週)
2Bed room タイプ (131 \$/週)





●City Hall (副市長のお招きで急きよ)

1860年頃の建物。オーストラリアでは2番目に古い市庁舎（街としても）。

エリザベス二世は2回来られた。先月はチャーレズとカミラが来た。市長室に特別に入れてもらい、市長の隣の部屋では、市長婦人がお客様をもてなす（前の市長の奥さんは日本人、焼津の人だった）。

Grand Ball Roomはダンスもしていた大きなホール（パイプオルガンも）。議場は小さくてびっくり。

●12月5日(水) St.Anne's Davey Street



介護職員の休憩室。ロッカーやシャワールーム、キッチンなど充実、みな明るい～



居室のバスルーム(広い)。世界中で狭いのは日本だけだと思う

どのように文化が変わったか

OLD

- 入居者は言われるまま →
- 職員も指示されるまま →
- 規則とルールに基づくまま →
- Matron(経営者)の考え方次第 →

NEW

- 入居者ニーズにあわせる
- 職員自身も決定する
- 文化がコントロールする
- 全員が参加する経営

職員が運営の設計に関わるようになった(関わらなくてはならなかった)

なぜなら、職員が理解しなくては仕事が進まないから。部屋のサイズやレイアウトは、実際職員たちも、どんな動きが必要かいろいろテストをして決めて行った。ここで暮らすための機能もたくさん開発した。Low careとHigh care、キッチン&ダイニング、スタッフ休養室、衛生管理、事務室、キオスク、チャペル、リネンサービス、保管室やメンテナンス室、庭、駐車場など・・・

Susan(CEO／初日のWelcomeディナーにも出席) 教会系の非営利団体。かなり大きい組織とか(ホバートでは訪れる先がみんな一番大きいというからどれが本当か?)

古いナーシングホームだったものを、そのまま運営しつつ2003年に建てなおした。建築コストは1200万ドル。それまでの建物は7階建で決して介護が必要な高齢者にとって良い環境ではなかった。高齢化率の上昇や、ケアの必要性を考慮して、将来に向けてデザインする必要があった。高まる期待は3つで、

Community、Governance、Employees

経営の変化が必要とされ、新しい高齢者のための条例(ケアの認定)が導入された。建築物にも許認可(審査)が必要になり、2008年までに条例に合うようにしなければならなかった。我々に求められたものは、

- ・新しい戦略
- ・組織の変化(理事会も変わらなくてはならなかった)
- ・職員も近代的な考え方をするために変わらなくてはならず
- ・事業者としても職員に対し考え方を変えねばならなかった
- ・効率的で費用対効果の良いものを作らなくてはいけない

今まで経験したことのないような組織運営の変化をしなくてはならなかった。今まで職員が何かを言いにくい環境であったが、運

営者側としては職員の声・意見を聞かなくてはいけなくなった。サービス、移動、ロケーション、ニーズ、物品のストック、など。古い建物は、入居階数が複数に分かれ、廊下幅も狭く、標準といえるサイズの居室がなくバラバラだった。1ルームに4人という部屋も。複数の建物を繋げており、安全な庭もなく、ダイニングは大きいものがひとつだけ。そこで110人の入居者が食事をとっていた。今回のリニューアルで、すべて個室・バストイレつき、広く風通し良く、明るく、リフターを使う手すりもつけた。居室との間には、リフター機、車椅子などを置くスペースを設け、2階建にしEVで移動できるようにした。

そして、将来何か変化がおきたときに、フレキシブルに対応できるような構造にしておくようにした。

- ・ 16 m^2 ルーム + 4 m^2 の Bath room
- ・ラウンジや 20 m^2 のダイニング、
- ・ユニットごとの 5 m^2 のリフターや車いすを置くスペース、
- ・ユニットごとに 3 m^2 のリネントローリー



中庭で職員による職員のためのイベント。和太鼓！やマッサージ、バーベキューなどまるで休日の風景、すごくOPENな職場

<Inspection>

High care がほとんど (Low から High になってしまったケースが多い)。小さいバルコニーをたくさん作って庭に面して、入居者が楽しめるようにしている。居室には電動ベッド (介護職のため)、TV (壁掛け)、はあらかじめ設置。好きな家具を持ち込めるが、必要な人には椅子も提供。少しだけコネクティングルームもある。1階はほぼ認知症専用、いくつかのユニットに分けるもグループホーム的な考えではない。(一部排泄臭があり) カーペットは特殊な素材。築9年だが一度も取り替えていない。非常に細かい繊維で水だけで綺麗にできる。細かい繊維なので水をしみこませないではじく。壁の色が黄色いのは Susan と看護師が話し合って決めた。明るく樂しくなる色で。(特に心理学的医学的なものはないらしい、AU ども) 中庭で、スタッフによるスタッフのためのアクティビティを開催。和太鼓、BBQ、マッサージなど。なぜかタスマニアは和太鼓ブーム。(勤務時間内で昼間からできるのはすごいかも)

●St.Anne's Verve (ここも St.Anne's の経営／NPO というよりデベロッパーみたいだが)



世界の金融問題のせいで計画通りに進まず。
まだ数件しかできてないので寂しい



今回唯一のPoor Lunch

ホバート市内から車で 20 分程度の結構寂しい宅地開発地域。
戸建のシニア向け住宅ながら、視察メンバーは「ここはどうなんだろうか…」と比較的ネガティブな意見多し。



台でリタイアしている人はそれほどお金がないが、50代なら購入余力もある。Bond ではなく、購入(不動産)の形。28.9万\$. しかし勝手に売り買いできない。基本は St.Ann's が売買を行う。安くなっていたらどうす



戸建の Independent Village 造成地で、まだほとんど作られていない。世界的な金融恐慌でとん挫している部分がある。55歳以上が対象(現在住んでいる6戸の平均は77歳らしい)

コンセプトとしては、60

るのか？ 「安くならない。今が最低価格。」 と言い切る強気！！

1人でも住めるが、カップルもOK。80 m²～くらい。

30年前に政府から1ドルで譲渡。当時や山で何もない状態。(将来、高齢者施設に使うという条件のもとで)。とはいえる水道や電気を引くインフラ整備が高額に。水のリサーチも行い、太陽光パネル利用(小さい?)。全体は120戸の計画だが現在19戸(入居は6戸)。経済状況が悪いので頓挫している。コミュニティの真ん中に、共有スペースがあり、レストラン、理美容室、マッサージなども行う。お酒のライセンスもある。

このあたりの他の競合と比べると5万\$は安い(不動産物件として)はず。

相続の形ではなく、St.Ann'sが対応して、販売額は入居者に戻る(しかしパンフを見ると、販売手数料2.75%、Profitの部分は50/50のシェアと出ているが?シドニー移ってから福祉大学の井上先生と本件議論…(-_-;)。すぐ近くに昔からのナーシングホームがあるので、介護が必要になれば、そこからケアを提供する。自宅で無理になれば、移り住みができる。

(住宅・建築系視察メンバーの方々いわく、建築だけなら1000万円程度でできるレベルか?)

●Nursing Home



Verve から歩いてすぐのナーシングホーム。110人のレジデント。ダイニングは大3、小10で、それぞれが好きなところで食事できる。小さいグループが好きな人(4人くらい)、大きなスペースが好きな人(40人くらい)。

Lowで最初入居したけど滞在が経過するにつれHighになってきた。Highはほとんどが認知症になっている。AUには、認知症グループホームはない。障がい者GHならあるが。

国は理解していないので、新しい高齢者施設を作ることは難しい(建築という点)。国から原則的に建築補助は出ない(昔から)。なので、自分達のお金で作る。補助が出るお金はケアの部分だけ。業界ストライキもある(国に理解させるため)。

LowはBondで投資できるが、HighはBondをとれないで、投資できない。よって、新しいものをもう作ることは難しいが、Verveが売れたら、再投資(再開発)に使うだろう。

●12月5日(水) 17:00の便でシドニーへ移動

●12月6日(木) Sydney

Independent Living Center NSW



自立支援の設備・機材などの展示・コンサルティング。組織としては30年目。各州に1組織ずつある。お互いが繋がっているわけではない。独立した組織だが国から補助は受けている。障害、高齢者、介護者、サービス提供者にアクセスしやすく、一般の人にも目に留まりやすいということで、この4月に引っ越したばかり。正式なオープンは来週だけど今日は特別に視察OK。Black point(地名:スーダンからの移民が多く、10年前の倍の人口/急激に黒人が多いが貧困地域ではなく郊外の住宅地という感じ)は、大型ショッピングセンターなどもある。国や地域の標準(公的な建物として障がい者のアクセシビリティ)、NSW州として、生活がしやすい建物ガイドラインを昨年作った。それに基づき作ってくれる。



近未来キッチンのような障がい者設計台所



トランスポーテーションがAUはどこも進化。
ホイスト、リフター仕様は標準

アパートで生活するときのような展示(モデルルームをそのまま作った)。ここは展示やコンサルティングのみで、何も買えないし売らない。サプライヤーからの商品やサービスを展示しているだけ。購入は直接



薬局からはこのように朝昼
夜寝る前月~金と薬を入れ
て渡されるそう



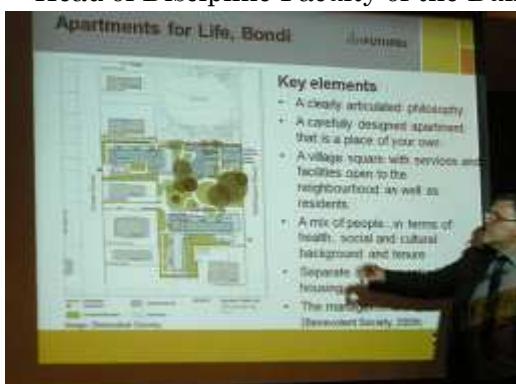
パーキンソン用歩行器。レーザー光線あり

サプライヤーから。AUは、IT化が非常に進んでいるので、展示物は全部HPからリサーチできる。ここでは中立的な立場で説明ができる。モデルルーム仕様のユニバーサル設備は利用者が投資するなら全部自己負担。

全国障害者保険が導入されたら補助もあるだろうが、まだ詳細は決まっていない。来年選挙があるのでそれによる(But, AU人は政治に期待していない、コロコロ政策が変わりながらも実施されないままだと誰も言う)

●12月6日(木) 12:50~ Lecture By prof. Bruce Judd

Head of Discipline Faculty of the Built Environment University of New South Wales



AUの高齢化率 12%→24%に移行中

欧米も含めて Aging in Place という考え方が主流。なぜならそのほうが政府としてもコストが低くなる。しかも、高齢者自身が自宅で過ごしたい。誰にでも好まれる考え。しかしマイナス面ももちろんある。その面は、高齢者の家の中でケアを提供することが大変ということ。Aging in Place は、家族やパートナーに対しても負担を与える。また孤独(寂しく)にもなり、社会から離れてしまう可能性もある。でも国は安くつくからこの方法が好き。AUとしては、Aging in Place をするためにいろいろと施策をしてきている。

HACC のプログラムは、1980 年中ごろからで、基本的なサービスを自宅内で受けるためにはよくできている内容。最近はもっと充実化してきている。政府は家庭内で受けるサービスレベルをもっと高いものにしようとしている。

4つのプログラム

- ・Community option program
- ・Community Aged care package
- ・広範囲における高齢者ケアを自宅で受けるということ（重度に対応）
- ・もっとも最近のものは、Aged care of Dementia

現在は、認知症ケアも自宅で提供している。

世界的に同じだが、Baby boomer の高齢化が課題。Baby boomer の態度は、以前の高齢者とまったく異なり、彼らは高齢者になりたくない、活発に年を重ねていきたいと考えている。旅行をしていつまでも働いてみたい。他の高齢者と一緒に住みたくない人たち。同じ年齢の人と暮らすと自分が年を取ることを自覚してしまうから。（先生も Baby boomer だからわかる）。Baby boomer は問題児である（先生笑）。

問題は、住宅、建造環境（Housing design）。

どんなものがいいのか？ 連邦政府は、もっとも適切でない答となっている。郊外の住宅というのは、裏庭に大きな庭があって 2 階建て。そこからの交通便が非常に悪く、サービスを受けるには不便。このような家は、Aging in Place を受けられる環境ではない。Retirement Village (RV) というものが、Baby boomer にどれくらい適切であるか、ということが問題。我々のリサーチによると、このような RV には集まって住みたくないというのが結果。では、自分の家が適切でないし集合住宅はイヤ、この人たちはどうしたらしいのか？

選択肢は、高齢者が住めるような住宅を多くするということ。という事は、多くの人は今の家を売って、そのような家に移り住むということ。移るという事に対してあまりメリットがない。まず生活に支障を起こしてしまう。自分の友人の近くに住めないかもしれない。引っ越しをすることはコストがかかってしまう。

シドニーでは、住宅費用に 45 万 \$ くらい、引っ越し費用が 3 万～4 万 \$ かかってしまう。

最近では、高齢化と言う考え方を変えるような傾向がある。以前は、高齢者は「活動しなくなる」と考えられていた。高齢になるということは、活発でなくなっていく、社会とのかかわりがなくなっていくと考えられていた。でも今は、高齢になっていくということは、活発で行動的で、健康も向上すると考えられている。これが政策にも関係してきている。

最近の高齢者の傾向は、

- ・自立して生活している
- ・地域の中でみんなと一緒に生活している
- ・友人、家族がいるところで一緒に生活したい
- ・IT を使うことができる
- ・要求が強い（自分にあった住宅を要求）

AU と日本で違うところがきっとあるだろう。

AU の 55 歳以上を見ると、郊外で過ごしており、96.5% が民間の住宅に住み、83% が持家、その 4 分の 3 がローン支払い完了。相当の資産を持ちながら「所得が貧しい」と言う。1 人で住んでいるのに 83% は 3 ベッドルームをもっている。国は、住宅を十分に利用していないということを推測している。私のリサーチによると、国が使っていないと呼ばれている部屋は、本人たちによると使っているとわかった。

※裏側の面を見てみましょう（年齢別の住宅）

AU においては、ほんのわずかの人が年齢別のコミュニティに住んでいる (RV など)、高齢者の 4~5% といわれる。65 歳以上で施設に住んでいる人は 3% のみ。AU における大きな問題は、一般社会に住んでいる人のこと。郊外の大きな土地の一戸建てに住んでいる人（土地の管理）。このような状況があるので、もっと年齢にやさしい家のデザインが必要。Independent Living Center などでは高齢者にやさしい家ということを活発に促進している。この面においては、新しい標準とガイドラインができた。その意味では前に進んできてい

る。2010 年迄は「障害の人がアクセスできるように」という課題はあったが、それは公共の場の事であって普通の家の中に関しては法律がなかった、2010 年に、国が新しい法律を作った。1992 年に障がい者反差別法ができる、それに基づく。多層のアパートは全部フラットに玄関に入れるようアクセスをつけなくてはいけない。建物の中の共同スペースもアクセスできるようにしなくてはいけない。些細なことかもしれないが、この業界には大変な構造変化である。

国がやったことは、色々な業界の人たちや最高レベルの人たちと一緒に全国ユニバーサルデザインガイドライン for Housing を作った。ガイドラインなので義務付けではない。将来の目標ターゲットというのはあるが、保証はされていない。まだこれは最近に始まること。よって、まだ一度も査定をしていないので、どのような家が建てられているかということは把握していない。ただ、適切な方向に向かってはいると思う。

AU では、新築は全ストックの 2%。たとえすべての新築がこの標準とガイドラインを固守したとしても、AU 全体の家に対してはあまり大きな変化はない。大きな問題は既存する家で、高齢者にとって不適切な家をどうするか。この保守、改造には大変なお金がかかる。一般的な家の市場で行っている。

◇Age-Specific Housing Options

いくつかの選択肢というものがある。RV で住むなど。NSW 州においては、シニアと障がい者のための家というものがある。ほとんどが民間の家を対象。55 歳以上のための家を作るようになると民間に促進している。そのような住宅を作る業者に対しては、ゆるい規格を提供している。55 歳以上対象とすると、建物等の人口密度を高くしてもいい、など。

- ・高齢者に適切な場所に作ることができる
- ・公共交通機関に近い
- ・ショッピングに近い

このような建物を作る事業者にはいろいろな特典がある。州政府としては、高齢者に対し手頃な住宅が必要ということを認めている。通常であれば低層でしか建てられないのに、55 歳以上ということだと高層ビルを建てることができる。このような場所には民間の住宅だけでなく、高齢者のためのいろいろな施設というのも作られる。

AU では最近になって多層の高齢者のビルを見るようになった。

建物を作るデベロッパーにとっては、多層であることで経済的メリットがある。シニアリビングの方針は、
・適切な場所であった場合認可される

- ・HACC サービスが受けられる（国からでも自己負担でも OK）

- ・災害の可能性が高い場所は避けないといけない（公害・山火事・洪水 ※AU は山火事・洪水が多い）

高齢者は災害など極端なことは健康にリスクを負いややすい。リスクの高い地域を避けることが大切。

このような住宅を何%かは、手頃な（affordable）価格でないといけないという条件がついている。

営利を目的とした RV の開発は、国の法律があるのでそれを守らなくてはいけない。RV は個人が全部購入するというわけでもない。契約という形。AU ではローンやリース、License。ここに住みたいという人は、前金で多額の費用を支払わなくてはいけない（Bond?）。特定の場所に住むという権利を買う。リースやローンという形もできる。これらの住宅は、平均的な住宅価格より少し安い。平均的な住宅価格が 45 万 \$ とすれば、25~30 万 \$。Village が提供するサービスに対し 1 週間ごとに管理費等を支払わねばならない（月額費用の週版？）。このサービスには多くの苦情が寄せられている。事業主はこの料金をいつでも自由に値上げができるから。戦後の Baby boomer はこのようなビジネスモデルを好きじゃない。100% の所有権をもっていて、サービスに対し自分達が支払うという形が好き。このような RV は、平屋もあれば多層もある（多層か平屋かどうかかーアクセスの理由）。人々は 1 階に住みたい。

◇NPO の RV

営利目的の RV と NPO の RV は全く異なる。慈善団体や宗教団体である。民族的な組織もある。中国系、イタリア系など。NPO の RV も同じ法律で規制されている。財政的な Arrangements はよく似ている。

移動できる Mobile／Manufactured Home

日本には、これはないのでは。キャラバンパークは、ホリデイで行くものだったけど、キャラバンパークで暮らすことはとても安く済むということがわかった（公園で住む？）。場所だけ買えば、安い。そこに家をもっていく？ かなり立派なものに進んで行った。組み立て式でトラックに積んでそこで組み立てる。4万\$～14万\$。結構いい家である。場所は典型的にはすごく狭い。共同で使える設備がある。公共のところは、スイミングプールや図書館なども備わっている。これらが高齢者にはとても人気がある。家のローンが残っていれば、こういうところにいけばローンが不要。余分なお金がてきてホリデイに使える。一般の人にはあまり良くないと思うかもしれないけど、住んでいる人は大変喜んでいる。Caravan Parkは、海岸沿いなど皆が住みたいいい場所が多い。

AUでは、海岸沿いへの希望がすごく多いが、高い。すでにある家を買うか、土地を買って自分の家を持ってきて建てる（移動式のもの）か。Baby boomerがこれを好きなのは、自分達が資産を持てるから。Parkに住んでいて、近隣がイヤになれば、移れる。土地は実際にはその人の所有物ではない。1ヶ月ごとに土地の賃料を払う。出るときには、出るための料金は必要ない。退居費用を払わなくていいのは、多くの人に好評。ライフスタイルと手ごろな価格で人気が高い。

◇低所得者のための生活住宅 Assisted Living Village

介助、介護が必要な人の特別な家。多額の一時金を払えない人のため。1週間ごとに家賃を払う。一般の賃貸と同じ。この料金の中には、基本サービスが含まれているが、よりサービスが必要であれば買うことができる。対象者は低所得者。国民年金を受けていて、**資産があまりない人（→レンタルにいた人、持ち家があるとダメ。持家を売ってしまうと家がなく、その売買金額がギリギリという点などが発生し、それは問題かも）**。コストは、高齢者年金の85%と決まっている。補助を受けている人は100%払う。国民年金は、物価指数に応じて上がっていくので、高齢者にとっては安心できる。これは、民間事業者がやってみたいというモデルではない。NPOがやっている。NPO事業主の使命は社会的弱者を助けるものという意識だから。デザインはかなり質素でリゾート的ではない。

◇Public Housing

公営住宅（年金受給者対象）に住んでいる人は、一般の人が住んでいてそのまま高齢になっているということ。公営住宅のモデルはイギリスやヨーロッパ。政府がもっていて管理する。家賃は住んでいる人が払える金額内ということでかなりの補助が出ている。AUでは、公営住宅が減っている。住んでいる人のニーズがどんどん高くなっていくが、所得は高くなっていない。供給が少なくなっているので政府としては、あまりいい提案ができていない。NSW州では、コミュニティでやってほしい。政府自身がやることから撤退したい。民間が政府のためにやってほしい。どの国も同様に十分な需要に応じられないのではないか。でも低所得者においては、これが最も安心できる住宅形態である（どんどん減っているが）。

◇Community Housing

政府が管理する代わりに、Communityが管理する。ここに入居すると政府から補助金を受けることができる。家賃が安い上に政府からの補助金でまかなえることができる。

◇Rooming Housed、Boarding Housed & Hostels

高齢者にとってもっとも安く住める場所。部屋を借りるだけ、それだけ。もしかしたら手洗いはあるかもしれない。運が良ければちょっとしたキッチンもあるかも。手洗いやキッチンは共同。低所得者で公営住宅に入れないとこ。ときどき、物件所有者は入居者を悪用する。精神疾患などがあれば退去させる。質やケアの問題が発生している。（生保専用の収容アパートみたいなイメージ？）

◇これまでの、AUのおもな居住や移住。

高齢者のための多層住宅はあまりないが、大きな都市では今多層の方向に向かっている。理由は2つ。戦略的な市の計画。電車の駅の近く、バスターミナルの近くには高層ビルが必要。高齢者にとってこのような近くに住むことが良い。私たちも日本が何年も前に学んだことを今やろうとしている。このような高層ビルで適切な場所であれば良い方法。高齢者は保守的で、今まで郊外に住んでいた家に未練があり、市場の中心にある高層の建物に移り住むことに抵抗感がある。私たちがこのような方向に向かっている2つのプロジェクトがある。

1つは、ライフプロジェクトのアパート

Benevolent Society Apartment for life project

Bondi,Sydney に土地をもっていた。

原則は人道的。一生住めるということ。そこに住みながら社会参加ができる。

ほとんどの人は自分の最期は、ナーシングホームやホステルで過ごしたくないと思っている。Baby boomer は特にその思いが強い。ほしいものは、安心できる家、場所、利便性の高いところ、良い質のケアが提供されるところ。残念ながらこのプロジェクトは成功をみなかった。苦しい学習だった。

成功しなかった理由は、周りの住民の反対（多層）。低層にしなくてはいけなく、経済的に失敗。新しいことをやろうとしても、人口密度の高い地域では難しい。今は、自分の近くじゃなくて他所ならいいけど。年を取れば自分の近くでやってという我が家。

一番高いので 10 階。その近辺は 1930~40 年に建てられた 3 階建てまでのもの。予定では 1 階にカフェ、お店、Community が使えるもの（地域全体のためのもの）であった。高齢者だけを閉じ込めるのではなく、一般地域の真ん中にもってこようとした。建物の 1 階にいろいろあるので、地域の人々が来れるということ。2 つの道があって、通り抜けができるようになっている。この周りの人にとっては、公園ともいえる。

ビーチに大変近いので（Aussie はみなビーチが大好き）、歩いてでも行ける。低所得者層だけでなく、色々な人に住んでほしいとしていた。ある程度お金を持っている人にも買ってもらえる売り物件だった。いくつかは補助金が出て賃貸もできるもの。いろいろな人に住んでもらえるもの。

現場に管理できる人がいる。管理できる人は個々のニーズを評価できる人。この部屋はユニバーサルデザインということで、終末期も過ごすことができる。AU にとっては、画期的なもの。残念ながら開発されなかった。

140 Apartments in 3 buildings 50% of site open space with public access

Community facilities

60% at market value

30% affordable units at discounted prices

10% rented to low income people

◇Uniting Care

宗教団体の事前団体。「Inspired Care」 Person centered Service Model

地域においては高齢者の数が増えている

長寿化

認知症の発症の増加

文化的な多様性

Baby boomer の志向の変化

高齢者の財政面、期待している面、多様性

To integrate service in communities, preferably around well located community hub which is part of a town center with good access to transport and opportunities

3 つのプロジェクトが今開発されている。NSW 州の海岸沿い。町の真ん中に位置づけられている。

子ども、若者、家族へのサービス、Federal NRAS funding を通じて Affordable なハウジング

Dougherty Apartments（この講義のあと視察に行くところ） 当時はかなり新しいものであった。自治体や州政府、プロバイダーなど共同で作った画期的なものだった。今になってまたそんなものをやりはじめた。このようなことを可能にするには、立案する力、高齢者のパワー、慈善団体などが一緒にできるようになることが必要。皮肉なことに世界の恐慌がこれを可能にすることことができた。将来的にはわからないが、民間の事業団体に依存していくだろう。民間に動機づけをおこなって、実現していくだろう。問題は、民間が行っているリゾートスタイルの住宅は、人口の 5 % の人のみ対象となる。財政的モデルとしては余り人気がない。Baby boomer は、集合的住宅がキレイなので、将来はわからない。

Q Dougherty Apartments のようなものが続かなかったのは？

A 繼続しなかったというより、そのときたまたまひらめきのあった人ができただけのこと
住宅エージェンシーに関わっている人がどれくらい新しいことに取り組めるか次第
および政治家、省庁が取り組めるか。住宅省、Uniting Church、自治体の市役所
Joint government AUは、成功事例を真似しない（マネしたくない）という傾向がある
建物や土地は国政府の所有物、管理はNPOなどがやるというのが多くのモデル
Community housing provider は登録をしなくては運営できない。

●12月6日（木）Dougherty Apartment

1989年開設。自治体、州政府、ケアプロバイダーなどが共同で作ったもの。しかし、連動がなされていない様子。9階建てのビルの中にそれぞれ運営の違うものが入っていて、他は知らない。「州営住宅がやっているものよりウチのほうがいいわ」という感じ。

1FはLow care 1ルームにバストイレ（ここではホステルという言い方をしていたので最低所得者向けにしてはいいと思ったが、昔の言い方らしく本来のホステルではないらしい。呼称はどこの国でも混乱する）

Low care は56名のダイニング。ある程度ユニットっぽくウイングが分かれている。認知症の人が多いユニットもありそちらは見学できず。グループホームとしての機能はないものの、どこも認知症を集めてGHのようにしている様子がみられる。101歳の女性の部屋を見せて頂く。頭もしっかり。

3階のIndependent（2ベッドルーム）の見学。

1ベッドと2ベッドがあり、それぞれ41万\$、52万\$とやはりシドニー価格か。25%（1年～5年目まで年々5.5%を償却）は償却するが6年目以降は残額を返金する。方法としては、購入かローンリース。

管理費は、1Bed590\$、2Bed610\$。管理費に含まれるのは、メンテナンスなどが中心で食事はなし。食事は基本有料でも提供がないが、入院して退院後2週間は無料で食事を提供。下のLow careに食事を提供しているので、上のIndependentに提供する余裕はない。ただし、退院後や、急きょ体調が悪いなどのときは、無料で提供。自立が基本なのでみんな自分で作って食べる。

部屋タイプは、1Bed84室、2Bed19室、3Bed1室。

緊急連絡は、バスルームにボタン、あとはペンダント式。

各階に共有のラウンジがあり、下層に収納庫などがある。

Careが必要になれば1FのLow careに移り住みができるが、その判断はスタッフがそろそろと気づいて家族に相談する。本人は嫌がる傾向。自らもう移りたいという人もいるが。

CACPを受けている人は数人いる。EACHはいない？（知らない）。

緩和ケアをこれからしたいと思っている。ただ、今は夜間はケアワーカーのみで、看護師がいないので難しい。現在ウェイティングは20人程度。ただ、なかなかニーズが合わない。この20人に空き室が出たといつても誰も申し込みない。今は2Bedより1Bedが人気？ 1人で2Bedに入っても2人で1Bedに入ってもOK。

日本人入居者Hさん（88歳）。日本語でいわく「言うことを聞かないといけないのよ」とちょっとと思うような環境ではない様子を。通訳の方の昔の住まいの近所の方。ご主人はAussie、子ども2人のうち1人（娘）はTIMEの記者で世界中出張、息子は日本で仕事している。ご主人が6年前？に亡くなり、ここに入居した。日本人用のホームはないらしく、通訳の日本人女性も将来が心配といわれていた。言葉の問題はないにしても、最後は日本食を食べたり、日本の環境がほしくなる。

●12月7日（金）Alan Walker Village By Wealsely Mission



今回の視察先では、唯一日本の自立型有料老人ホームのイメージに近い施設。

キリスト教系のNPO組織。これでも大型のうちに入る様子。シドニー中心地から30分くらいのところ。

キリスト教系なので、高齢者向け施設以外にもさまざまな活動（リスクのある人—DV家族・財政面など）のための施設も。ヘルpline（電話）を通じて、専門家との予約をとる。

「おじさん・おばさんプログラム」というのは、安定していない子どもがいる家庭に対して行われるもの。養子縁組のような形でケアを提供している。大きなプロジェクトとしては自殺を防ぐものもある。年に1回自殺者への追悼会もしている。2012年はこの組織にとって特別な年であった。

Alan Walker Villageは、3つのIndependentの1つ。

多くの入居者は車の運転をし、パートタイムの仕事をしている。このVillageは、何回かに分かれて建築された。1984年7月14日に、一番最初 Mrs Doris Walkerによって土を掘り起こす記念行事があった。1985年5月18日に、Alan Walker氏が最初の礎石をここに作った。ここの土地は2万m²ある。今年最後か来年最初にまた新しい施設がオープンするので、さらに広くなる。一番小さい1Bed room (36~39 m²)、2Bed (90 m²~)、現在工事中のものは、2Bedか3Bedのもの。これらの大きさは119.5 m²~200 m²。

Alan Walker Villageには、300名の入居者。65%が女性。最高年齢98歳、最も若い年齢62歳。平均がだいたい80歳。一番最初から住んでいた女性（103歳）が施設ケアに移られた。その方は、自分の家族の近くにいたいということと、海風のある環境にいたいということで移り住んだ。平均滞在期間は12年。最初からいる人（27年）も何名かいる。住居費は2週間ごとに支払う 1Bed=226.79 \$ 2Bed=234.44 \$ 今度できる新しいユニットは、290 \$ ~320 \$ /2週間になる予定。

ここの職員数（常勤換算で）21.93人。Independent Livingなので。



入居者たちが自主的に郵便物を仕分けして各戸へ届ける

Flexible support care（キッチンなど生活支援のこと？）という人がいる。パートで働いている（常勤換算で4.3人）バスドライバーがいるが常勤換算すると0.5人（2人いる）。

フルタイムの看護師が2名いるが、Job shareという形をとっている。1人の看護師の仕事を2人が交代で行っている。3名のメンテナンス職員。

高齢者がAlan Walker Villageに移り住む理由は、セキュリティ、安心・安全、ケアプランを求めて。カップルの場合、1名が病気などになると支援してもらえる。予期しないことが起こってしまう（伴侶が亡くなる）ということもおるので、安心を求める。リサーチによると高齢者が恐れることは3つある。寂寥感、退屈であること、何もできなくなること（Helpless）色々なプログラムを提供し、寂しさや役に立たないと言った気持ちをもたないようにしている。

EACH、CACPなどを受けている人もいる。

Independent Livingは、NSW州の統括により規制されている。高齢者ケアは連邦の法律によって規制されている。

Aged careの建物は？？の受賞をした。他にも歴史的なもの、文化遺産として指定を受けている。

医務室は簡単な処置ができる。GP（家庭医）は9名（203戸300人のレジデンント）

GPは、個々の居室を訪問するので、医務室を使うわけではない。



プール活動は毎日終日入っていた。かなり熱心らしい



週3回オープンの売店、コンビニ並みに大きい（入居者が店員）



98歳2人の女性に「He is very cute! Like a girl!」と言われた市村さんと

食堂は通常 25 名程度が利用している（訪問日の朝は、男性のための X'mas ミールがあったので 50 名程度が参加）。通常ランチの量が多いので、余ったものを持ち帰って夕食にもする人が多い。ランチは、15.50 \$. NSW 州の厳しい規定があり、認定を受けたレストラン。しかし外部で調理したものをクックチルドで送ってきてこちらで温めて出す。緊急ガイダンスは廊下などに貼りだされいつでもチェックできるように。

AU 全体のルールとして、赤は火事、青は医療という意味。

郵便物は配達夫のバイクが行けないところは配達できないので、共同で受けて、レジデントがボランティアで仕分けして配っている（新聞も）。売店も入居者が自主的に運営。月水金にオープンしている。プールのアクティビティは活発（31.3°Cにキープ）参加者が多い。

夜間は、2名が必ず寝泊りして緊急対応している。医療サービスを提供するのは有料。退院後 2 週間は、衣類の着脱などの支援サービスは無料、その後は有料になる。ベッドシーツの取り換え、重い荷物の対応は依頼できるが有料。それでも一般民間サービス料金の半額程度。

レジデントが名札を付いているのは、自主的に任せている。入居時運営者側から渡しているが、つける・つけないは本人の自由（でもつけている人が多かった）。図書館は、本だけでなく DVD や CD も。

◇入居者との交流タイム 15 人くらいのレジデントが参加

Lady 2 名、いずれも 98 歳（1 人が 4 ヶ月年下）。入居 27 年。夫と 2 人で入居したが 2 年後に夫が死亡。住み替えの理由は、庭の手入れが厳しくなったから。息子 2 名、孫 4 名、ひ孫 3 名。でも息子一人は 61 歳で亡くなかった。嫁は 2 人ともやさしい。でも、もうそろそろ食事の用意が大変なので、近々できるホステルに移りたいとお願いしている。理由は食事がついているし。だってもう 98 歳よ。

ローンボウリング（芝の上のボーリング）では、意外とみんなはまる。一緒にケーキやお茶をしたり。

◇Inspection of Room



91歳建築家の男性のお部屋。数年前に奥さんを亡くす



JRの人が「かなりお金がかってるキッチン」という

76 m² 2 Bed room Bond 48 万 \$。

Bond は、厚生省の規制があり上限の範囲がある。運営者が範囲内で決める。

Loan License agreement（ローンライセンス協定）は、売るのは事業者（本人が売らない）。1 年に 5%ずつ、5 年で 25% を償却し、あとは全額返金する。退去後の原状復帰は事業者。ここは NPO で、売れる売れないに

関係なく退去時にすぐに 75%を返金。民間の場合は、売れるまで返金しないケースもある。

販売の際には、印税がかかる。48万\$ 物件に対し 1.2万\$ くらい。

91.34 m²モデル 57.5万\$ 周辺の同様の物件（アパートメントスタイル）なら、55~60万\$ するので、割安。一戸建てだと 80~90万\$。（参考までに無料配布の不動産情報冊子をもらってきたら確かにそれくらい。高い！！）

兄弟でも入居は OK。Independent は高所得者向けではあるが、そう限定できない。9%は Bond なしでの入居も受け入れなくてはいけないというルールになっている。財政的に依存している人は、Bond なしで 2週間ごとの家賃だけで住める。（金持ちか貧乏かの両極端？が同じ環境で住めるというのはどうなのか？）



年末開設予定の新館介護棟、大変ゴージャス！



◇新築中の Low care → 豪華すぎ！
入居時は ACAP? が必要。Bond も必要 52-55万\$（ただし 29%は Bond なしの家賃だけの人を受け入れなくてはいけないルール／やはり貧乏と超金持ちの共存？へんな感じ）。

ユニット風（14~15室）ごとにラウンジなど共有スペースを多く配置。自然採光をできるだけいれる（天窓のある部屋が多い）。ネットカフェも作り（2階の吹き抜けのところにガラス張り）、入居者や家族などが自由に使えるようにした。かなりゴージャス。

部屋のドアは、カードキー（ホテル式のタッチで開閉）。Low care なので、自分の部屋は自分で管理したい人が多い。しかもカードキーは非常にコストが安いので、紛失や破損があってもローコストですぐ作れる。ただし、念のため普通の鍵（鍵穴式）も保管している。

Extra service = 余分なサービス（ハイヤー、マッサージ、エステ、など）は別途になるが、毎月の費用としては、年金の 85%を払うということが原則（基本的なサービスは全て入っている、食事三食、パーソナルケア、など）食事はメインメニュー+サイドメニューもある。

年金の 85%というのは、年金所得からだけで仮に他に不動産所得などフロー所得があってもそちらは関係なく自分のお金でよい。建物は国から補助は一切ないので、Bond や自分達（運営者）のお金でつくる。Care に応じて 1日いくらかかるかを申請し、国から補助が出る。高齢者の介護の評価は、ACAT s（病院系の介護認定=評価=団体）がケアの認定。