

【1. 試験センターとは】

- ・主催する公益財団法人社会福祉振興・試験センターは、社会福祉事業に関する調査研究・啓発宣伝活動を通じて、民間社会福祉事業の推進を図ることを目的として設立された。
- ・「社会福祉士及び介護福祉士法」及び「精神保健福祉士法」により、3 福祉士の指定試験機関並びに指定登録機関として、国家試験の実施と資格の登録事務を行なうなど、積極的に諸事業を展開している。
- ・海外研修の目的は海外の施設サービス及び在宅サービスの内容、方法、技術等を実地に研修・調査し、民間社会福祉施設等における処遇及び施設運営等の向上に資するとしている。

【2. オーストラリアあれこれ】

- ・ヨーロッパの移民たちが入ってくる前に住んでいたオーストラリアの先住民であるアボリジニと呼ばれる人々がいた。
- ・1770年にジェームス・クックという人がオーストラリア東岸を発見し地図に記し、イギリスの土地とし「ニュー・サウス・ウェールズ」と名付けた。ヨーロッパ人の入植は、1788年にイギリスがオーストラリア東部を植民地としたことが始まりで、増えすぎた囚人を植民地へ移して減らす目的だった。彼らが最初に入植したこの場所が後にシドニー（今のロックス地区周辺を中心としたポートジャクソン湾）として発展していった。
- ・主な産業は、広大な土地を利用した畜産業が盛んで、降水量の少ない内陸部では乾燥に強い羊、やや降水量がある北東部では主に牛が放牧されている。食肉に加工されたのち、多くが日本へ輸出される。農作物でもっとも生産が盛んなのは小麦である。
- ・植物、哺乳類、爬虫類、カエルの80パーセント以上はオーストラリアの固有種で、他の場所では見られないものである。コアラ、カンガルー、ウオンバット、カモノハシ、タスマニアンデビルなど。
- ・時差は日本より1時間早い（州により違う。サマータイムあり）。
- ・四季があり季節が逆である。
- ・母国語は英語であるがオージーイングリッシュといい、少し発音が違う。
- ・通貨はオーストラリアドル（1ドル80円ぐらい、100円計算でいい）。
- ・食べ物はイギリスと同じフィッシュアンドチップスやステーキ（しょっぱい）。
- ・人口 約2418万人（日本はオーストラリアの5.3倍）
- ・国土面積 768万2300km²（日本の20倍）
- ・人口密度＝人口÷面積 日本335.86人/km² オーストラリア3.10人/km²
- ・高齢者人口約15%（日本約22%）
- ・平均寿命 女性：84.3歳、男性：80.1歳
（日本 女性：87.05歳、男性：80.79歳）

- ・出生率 1.8 (日本1.46)
- ・死因 虚血性心疾患、脳卒中、アルツハイマー病認知症、肺がん、皮膚がん
- ・宗教 キリスト教が多い

【3. 年金】

- ・老齢年金 (公的年金)

65.5歳～、

掛け金なし。働かなかった人にも年金あり。

財源は一般所得税、年収5万ドル以上の方は47%税金がかかる。

ベーシックで\$797.90/2w (単身)、\$1203.00/2w (カップル)

- ・退職年金 (私的年金)

雇用者が被雇用者の給与の9%を掛け金として算出。

【4. 医療保険】

- ・メディケア (公的医療保険)

連邦政府の予算で賄っている。個人負担は所得の1.5% (医療税)

州立病院は無料で治療が受けられる。

- ・民間医療保険

年間20万円ぐらいかかる。高収入の方は民間医療保険に入るように政府から奨励されている。加入率は約43%。

なぜ無料で受けられるのに民間医療保険があるのか。回転が早くすぐに診てもらえる。州立は混んでいて重篤な人を優先してしまう。在宅ケアが充実している。

【5. 高齢者ケアの資金】

・政府予算104億ドル。連邦政府が中心で介護保険はない。入居者のレベルによって施設に入るお金が変わってくる。

- ・ユーザーペイの導入→払える部分は払ってください。

【6. ACAT (エーキャット)】

高齢者ケアシステム (在宅高齢者介護度判定チーム)。連邦政府の下の州の保険地区に属する公務員。

専門家チーム (専門医、専門看護師、PT、OT、SWなど) で構成され、ケースに合わせて対応できる人が訪問にいき、持ち帰りチーム全員でアセスメントをする。

ホームパッケージ、施設入居を許可する権利がある。

【7. 高齢者ケア改革 (在宅ケア)】

- ・コモンウェルス・ホーム・サポート・プログラム (CHSP)

複雑ではないケアで、ACATは出ない。地域アセスメントサービス (RAS) がやる。

家事援助など。掃除機、はたき、ほこり掃除などができなくなる。身体的に大変なのでサービスを

利用し、初期から在宅での生活を継続させる。日本ではそのサービスを介護保険から切ろうとしている。

また、ホーム・ケア・パッケージのお金を介護ケアで全部使って家事援助に回せない場合はCHSPを利用する場合がある。

- ・ホーム・ケア・パッケージ

複雑なケア。ACATによるアセスメントが必要。レベル1から4まであり金額が変わってくる。老齢年金の17.5%を個人負担。所得の多い人はインカムテスト（資産テスト）をする。ユーザーペイ（払える人は払って）。

- ・コンシューマー・ダイレクテッド・ケア（CDC）

利用者にお金が入るのでどのように使うか、利用者が決める。ひとりひとりの能力を維持する為に自分が主体で何がいくらするかプランを立てる。長期で在宅ケアできる。

- ・突然のサービス変更は可能か？→必ず連絡が必要で許可がいるが可能。たとえばシャワーの日であったが天気がいいので外出したいなど。コーディネーターへかけた電話ですぐに判断し返事をもたらえる。日本ではケアプランにあるサービスしか提供できない。

- ・各家庭にコミュニケーションブックがあるので、その日にあった不安要素などを記入し、次に入るヘルパーとコミュニケーションをとれる。不安なことはコーディネーターへ伝える。オープンコミュニケーションで間違いや失敗を隠さない。

- ・在宅介護は1対1なので信用がいる。認知症の人の家に毎日行っても毎日初めましてのような感じであるが、自分が来たことを次に引き継いでいく。

- ・日本ではヘルパーが少なくサービスが使えないこともある。オーストラリアでも足りない。やりくりする方法は他の事業所から短期間かりてくるぐらい。契約は出来高のところもあれば最初に何時間分と給料が支払われるところもある。

- ・認知症の人の家で薬の管理が最も重要。鍵のかかる棚に入れる。ウェブスターパック（専用容器に日にちと飲む時間別に分けていれてあるもの。薬剤師が作る。服用したかどうかすぐにわかるので重複して飲むことを防げる）を利用し、正しい時間に正しい量を飲んでもらう。



日本での有料老人ホームのような施設



キッチン完備

【8. 高齢者ケア改革（施設ケア）】

- ・2014年7月からハイケア（レベル3・4）とローケア（レベル1・2）を統合した。ミックスにする政府のポリシー。理由は政府のお金問題で、将来ハイケアが増える予想であるため政府のお金続かなくなるため。ユーザーペイも上げていく。現在は分けてケアしているが、近い将来ロー

ケアのユニットにハイケアが入るなど起こりうる。入居待ちを減らすためであるが、基本的なケアは変えない。

- ・施設入居にはACATの査定と許可が必要。アコモデーション・ペイメント（入居一時金）を、払える人は払う（平均32万ドル）+日割介護料を払う。日割介護料は、年金受給者は年金のみ（老齢年金の85%）、それ以外に収入がある人は1日当たり資産額によって支払う（最高70ドル）。アコモデーション・ペイメントは退所時や亡くなったときに返金される。

- ・運営費は連邦政府からの補助金（ACFI）が一人当たり1日約214ドルある。あとは、アコモデーション・ペイメントを運用し利子を活用する。利用者は利子のつかない貯金をしているようなもの。



居室の様子



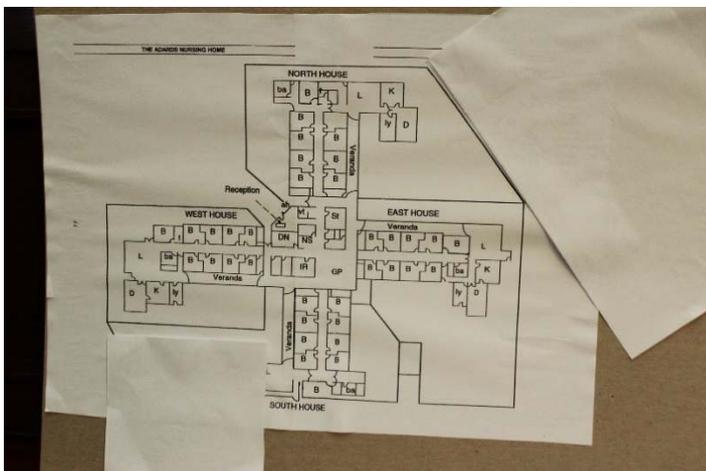
各部屋にミニキッチンとトイレ、シャワー付き

【9. 施設ケアの種類】

- ・一般虚弱性高齢者（ローケアとハイケアの統合）
- ・認知症対応型スペシャルケア（ローケアとハイケアの統合）

行動障害があり一般棟だとお互いに困る。脳神経科のDrも入り、建築の時点から認知症に特化した施設をつくる。スタッフ教育もする。アクティビティの充実。

- ・エキストラサービス（お金を持っている人。ハード面の要望など）



認知症対応型施設の見取り図

（ユニットに分かれて戸で仕切られている。真ん中はナースステーション）

【10. 地域密着（エイジングプレイス）】

・慣れ親しんだ地域で生活していく。誰でもかかりつけ医（G P）がいて、施設に入居してもG Pが往診に来る。社会の一員。在宅でサービスを受け生活を続けたいと思う人が多い。コミュニティーの一部に施設があるので、住んでいる地域の施設に入りたいと思う人が多い。

・同居する人はいない。独立しそれぞれ住むのが基本なので老々介護の問題もあるが、在宅ケアが充実しているので、共倒れになることはない。



施設を出てすぐ外の様子



施設の中の様子（入口に看板があるので、一見、施設だとわからない）

【11. デイサービスについて】

家族のレスパイト目的が多い（ショートステイも同様）。

外出活動が多い。ピクニック、バーベキュー、カフェに行くなど、一般社会とのつながりを持つ。

1年かけて大きな作品を作っていた。

曜日によって利用者を決めているところもある（月曜日は認知症軽度、火曜日は重度など）。



1年かけて作成したタペストリー



利用者の作品

【12. 移行期ケア】

病院ではないが、退院後、自宅に戻る前に12週間預かる。この間に今後の方針を決めていく。医師（G P）が来て薬の管理や見直しをしていく。必要であれば専門医や高齢者医療専門医も来る。

【13. 緩和ケアについて】

日本では末期がんのイメージだが、オーストラリアではどなたでも死期の近い人に楽に過ごしてもらおう。終末期の症状の緩和、痛みのコントロールをする。エイジングインプレイス（看取りまで移動しない）。人によっては痛みが消えて元の部屋に戻ることもある。一位が家で死にたい、二位が慣れた施設、病院で死ぬのは嫌だという人が多い。正看、D r、P Tなど緩和ケア専門のスタッフが

来て、水分バランスや栄養、薬の調節などを行なう。施設のスタッフに指導も行なう。緩和棟は設備が特別ではない。酸素ボンベ等は常備しない。

【14. 認知症についての考え】

・認知症は病気ではない、障がいではない、精神科でもない、老化の一部である。治療はない。診断は高齢者専門医が行なうが、アルツハイマー型やレビー小体型などの診断はしない。MRIをして調べる意味がない、家族が望まない。薬の処方 は初期のみ専門医から出されるが、あとはGPから。ただし必要があれば処方する。薬ではなくアクティビティを充実する。認知症になったあとの生活、自己決定、自己責任は認知症になる前や診断直後に決めているので、日本のように家族が施設入居を決めることはあまりない。認知症だから決められないという見方をしない。

・施設入居の時の契約書は、人それぞれ内容が違い30ページにも及ぶことがある。その中に、転んでもいいので歩きたい等、事故が起きても構わないことなどが記入してある。

・ケアの中核はアクティビティで、子どもの認知能力を反転させると老人の認知能力と当てはまる。グループで良いか個別でないといけないかなど、子どもの遊びをアクティビティに取り込むといい。例えば、集団アクティビティが可能であれば4～5歳児の遊びを取り入れ、個別アクティビティが可能であれば2～3歳児の遊びを取り入れる。

・家庭的な雰囲気の問題行動はなくなるという考え。どの施設も部屋から庭が見える、庭に出られる、鶏がいる、など、オーストラリアならではとなっている。

・老年性精神疾患専門棟がある。攻撃的な人もいる。かつてあった精神病院から入所してくる人が多く、認知症ではない。元々はアルコール依存症やドラッグ、統合失調症など。

・認知症ではない人は言語表現ができるため、ポジティブな対応し勇気づける。絶対にきちんとお世話するので安心してと言葉かけし、人間関係、信頼づくりをしっかり行なう。スタッフの異動をあまりしないようにする。



芝生の庭



中庭にある鳥小屋と椅子

【15. 認知症状の緩和、対応】

- ・視覚が弱くなり白い皿が見にくくなれば色のついた皿を使う。
- ・フィドルフマフは、クッションやひざ掛けなど色々なものをつけて手むずりをする。
- ・ウエイトブランケットは、少し重たく掛けると落ち着く。
- ・赤ちゃんの人形をベビーカーに乗せる。女性は抱くことが多いが、男性はベビーカーを押すことが多い。



フィドルフマフ



ウエイトブランケット



ベビーカー

- ・庭には砂場があり砂いじりができる。感覚を残せる。
- ・キッチンからは食事の匂いがして家庭的に思う（実際は科学的に証明されていない。また、衛生的に厳しく経済的に難しいのでセントラルキッチンから一括で運ばれサーブするのみとなっているところが多い）。
- ・夜勤中の職員はガウンを着ており、目を覚ました入居者が職員を見ても、夜だとわかるので安心する。
- ・庭に動かない車がおいてあり洗車したりできる。また、昔、身に着けたことで男性入居者が女性入居者の手を引き車の助手席を開け女性を乗せてドアを閉め、自分は運転席に座るレディーファーストが残っていることもあった。



ガウン



庭に置いてある車

- ・認知症の人は一つの事しか考えられないのでポジティブな事を伝える。
- ・庭の真ん中に柵を作り、扉をつけて鍵も掛かるようにした。手前の庭が自分の庭で 2 番目の庭が外だと思い、外に出られたと勘違いする。
- ・半分ドアは鍵が掛かる。向こう側に職員の姿が見えるのでドアだとは思わない。



扉の内側に、入居者が触っては困るようなものを保管している。

- ・壁の戸や居室の戸で開けては困るところにはカモフラージュの戸にする。壁と同じ素材の戸やデザインの中に戸が入っており、観音開きの戸でも片方は壁と同じにして鍵を掛けられるようにすると、元々戸がないと思って、開けようとする事もない。



居室にあるクローゼット
(向かって右は壁と同色)



廊下にある職員トイレの戸
(どこに戸があるかわかります?)



壁画の中に戸がある

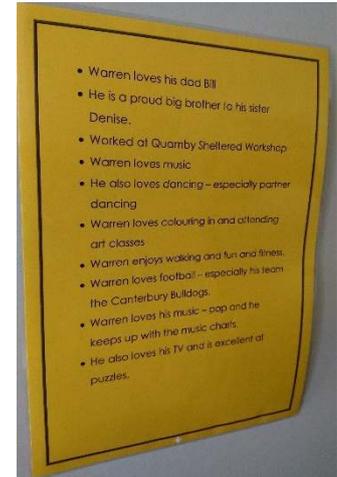
- ・バスストップと椅子がある。日暮れ症候群の人が座って過ごす。
- ・居室の戸に自分の写真や自分の事が書いてある。もっと知ってほしい、もっと知りたいと思う。写真は若いころの写真がよい。
- ・入居者ひとりひとりをよく知る。最低3つのことは知り、不穏時はその中から対応する。

・浴室には床暖がある。脱衣室と浴室の温度差があると、そこに壁があると勘違いし入ろうとしない。温度差をなくしている。



上：庭に本物のバスストップを持ってきて置いてある。

右：壁に描いてあるバスストップの横にベンチが置いてある。



居室の戸に、その人の事が細かく書いて貼ってある。

【16. 離職者問題】

- ・日本では人材不足、介護士不足問題、教育が不十分、介護士離職率日本：17.7%（採用率22.7%）、産業全体離職率12.4%（採用率12.6%）オーストラリアでも介護士不足は問題である。
- ・ライフスタイルの確立、自分で調べて自分で決める。幼児頃から教えられ、失敗をしても自分の意志なので被害者意識がない。そのため、夜勤のある仕事はしたくない、自分のライフスタイルと合わないから、また学歴社会であり学位のある仕事に就きたいと思う。お給料も介護はスーパーのレジと同じぐらい。社会的地位が低いわけではないが、日本と違い国家資格がない。専門職ではないという理由などから、なり手が少ない。
- ・職業訓練校でトレーニングしてから仕事に就く。
- ・スタッフは無犯罪証明書と住居が近い事イメージがあり、仕事も大変なので成り手がいない。
- ・学生ビザで2年勤務できるので、それをつないでいる施設もある。
- ・スタッフを集めるために採用後は職場に馴染めるように工夫している。口コミもあり、いい仕事をする職場には人が集まる。

【17. 職員教育、中堅職員の役割、レベル技術向上】

- ・働きやすい環境を作るようにメンバーを指導。いい仕事をしてくれたら休みがもらえるとか、NPOの施設ならスタッフの税金を払う率を下げてもらおうとか。
- ・施設内研修ではトレーニングプログラムがある。毎月内容を変えて行なう。例えば感染予防、虐待、緩和ケア、看取りケアなど。感染や腰痛予防は職業訓練校で習っているので、振り返り程度で行なう。

- ・勤務時間を利用し、コンピューターを使用した自己学習を行なう。
- ・経験のある職員と1対1でしっかりと学習する。
- ・オンラインで認知症を学ぶ無料のコースがある。認知症の理解、ケアの理解に繋がる。
- ・入居者、利用者との信頼関係を築くことでお互いに安心して生活ができる。関係を築くにはその人を知ること。スタッフ同士の信頼関係も大切に話を聞くこと。
- ・モチベーションを保つために。チームケア、チームプレーヤーとして、チームで輝けるようにしている。施設長や副施設長はいつでも現場の話を聞いてくれ、本部ミーティングに上げてくれている。お互いの価値を認め合っている。
- ・今、やらなくてはいけないことを優先する。事務仕事は待てるが入居者は待ってくれない。
- ・思いやり、尊敬、共感の気持ちをもつ。

【18. 入居者に対する職員の割合（国の基準）、シフトについて】

オーストラリアに基準はなかった。

シフトは（7～15）（15～23）（23～6）が多い。

8時間勤務者、6.5時間勤務者、いろいろ。

10～15名を介護者2名、看護師1名、アクティビティ1名

夜間は2ユニットを1名

日中は入居者5人に職員1人ぐらい。

【19. ボランティアの割合】

ボランティアは国民性。退職後に自分の健康を保ちほかの人の役に立てるといいから。

外部からプロの人を呼ぶことも多い。毎週曜日を決めて、音楽奏者やエンターテイナー。ミュージックセラピーでは、集団ではなく個別に対応している。アートセラピーやアロマセラピー、マッサージなどもある。

プレーアップセラピーでは孤立化を防ぐために、ピエロや音楽などで一緒に笑える関係性を作る。

役者やパフォーマーなどが行なう。色々なセラピーは治療の意味もある。

コーヒーショップ、入居者の買い物、話し相手、勇気づけなどのボランティアもいる。

【20. アクティビティ】

毎日日替わりで行なう。専門の職員がいるところが多い。集団で行なうものもあるが、個別に個人に合ったものを行なう。

- ・バスで外出、買い物、アフターヌーンティー、ミサ、バースデーパーティー、マニキュア、フラワーアレンジメント、ポップ作り、ビーズアクセサリー、ペットなど。

- ・ひとりひとりの好みの音楽をiPodに入れてヘッドフォンで聴くこともある。認知症で侵される最後は音なので、みんなで一緒に歌を歌うより最後は好みを聴いた方がよい。

- ・クイズ。軽度、重度、認知症、どの方も参加され、正解するとギフトカードがもらえて、たまるとコーヒーなどがプレゼントされる。問題は、スイスの通貨は？フラン。太平洋とインド洋に囲まれた国は？アフリカ。月に上陸した人は何人？12人。マクドナルドが多い国は？中国。など、分

野が広く難しい問題もある。

【21. 介護ロボット、福祉用具】

・リフト使用が義務付けられている。マニュアルハンドリング（手で）という意味。

物、人すべて。物を移す、人を移す。10年以上前にオーストラリアの病院から始まった。今は在宅まで浸透している。労災とのからみあり。

介護者がリフトを使わず離床し腰を痛めるとする。日本ではやり方が悪いと言われるが、オーストラリアでは腰の治療にかかるリハビリ代、治療代、休暇中のお給料、代理の職員のお給料がかかり、雇用者に負担がかかる。責任をとってこれらのお金を払うより、そもそも腰を痛めない制度にした。NOリフトポリシー。リフトは時間がかかる？ノー。慣れば早い。職員の背中、入居者の安全が守られる。使用しないとペナルティーがかせら課せられる。PT、看護師、OTのアセスメントで二人介助か一人介助か3週間で決める。ケアプランに入れる。



左：体重を自分で支えられる人用。立てる人。歩けないが立てる人。例えば脳梗塞で半身まひの人など。両手か片手のどちらかでグリップを握れる人。ベッドから椅子、椅子からシャワーチェアなどに使用。座ってから、体を前に倒しやさしくシートを取る。摩擦が起きないようにする。

右：体重を自分で支えられない人用。スリング。大きさは大中小とあり個人に合わせて使用している。

両方使用禁止の人はスライドシートを使用。PTが決める。

倒れて床に寝転がってしまった人も手で起こすことを禁止されているためリフトを使用する。

リフト本体に使用方法、注意事項をつけている。どの職員でも使用できるように。

バッテリーは毎日充電する。



基本姿勢
腰痛予防のため、
必ず行なう。
足を前後に開き、
膝を曲げて腰を
落とす。



使用方法、注意事項
各リフトにある。

リフト操作 立位用



① ベルトを付ける



② リフト操作



③ ゆっくりと上げる



④ 椅子を外す



⑤ 座り換える椅子を入れ



⑥ リフト操作する



⑦ ゆっくりと下ろす

リフト操作 立位不可用



① シートを入れる



② 左右均等にする



③ リフトへ取り付ける



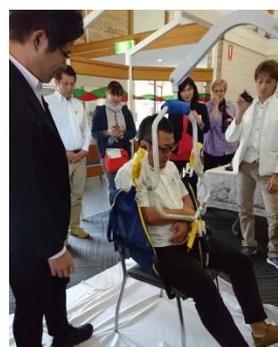
④ ゆっくりと上げる



⑤ 支えながら上げる



⑥ 椅子をセットする



⑦ リフトを下ろす



⑧ シートを外す

左：カクーンマットレス：センターがへこんでいるのでベッドから落ちにくい。
ベッド柵がない。

右：ウオーターチェアー：ジェルが入っておりとても乗り心地がいい。褥瘡にならない。
角度が調節できる。軽くて押しやすい。



- ・押し車の人が多い。どんどん歩かせて座りっぱなしにしない（P T指導）。
- ・車いすは移動のみ使用。車いすにずっと座らせておくのはNG。居間のような場所には大きなゆったりとしたソファが、どの施設にもあった。
- ・センサーも使用している。センサーマットやビームクロスなど。
- ・畳文化ではないので床に寝る事はしない。超低床ベッドを使用する。

【22. 高齢者虐待について】

施設での虐待はない。自宅での虐待は増えている。施設の場合、事実が浮かび上がると補助金がストップしてしまう。

【23. 災害時訓練】

乾燥しており山火事も多い。トレーニングの中に防災訓練もあり。

【24. 感染症対策】

個人でアルコール消毒を持ち歩いている。スタッフの手洗いはマネージャーがチェックしている。マスク、予防衣は意味がないので使用しない（エビデンスで証明されていない）。土足の生活は国民性で、感染症の対応ではない。インフルエンザは蔓延しないように注意している。職員はH I V、肝炎は陰性。

【25. その他】

・外国人の採用について。母国で資格を持っていてもオーストラリアの基準に合っているか6ヶ月間トレーニングして見極める。英語圏の人ばかりでもない。

- ・オーストラリアはナースキャップをやめた最初の国。「あなたのためになんでもします」という象徴だが、「私は専門職です」というプライドから、なくした。
- ・正看で認められる医療行為が多く、医師の指示がなくてもできることが多いので、施設に医師はいない。准看では認められない。介護職が強いのは認知症介護のみ。
- ・オープンで階級の無いイメージがあるが、資格社会、階級社会である。学位や修士号を持っていないといけない。
- ・若い男性の自殺率が世界一位。社会からのプレッシャーが大きい。
- ・出産入院日数は、第2子で母子ともに健康であり、家に帰りたい人は出産して6時間後に退院できる。助産師が自宅に通ってくる。
- ・急性期病院の入院日数は平均4日。入院即日に退院計画をする。ICUは1泊5000ドル、一般病棟で2000ドルが政府の負担になるので、すぐに在宅に回す。
- ・労働者の時給は17ドル。介護職も同じぐらい。

【26. 所感】

オーストラリアの施設は、小高い丘の上に建つ緑とマッチしたレンガ造りや、周辺の家々と区別がつかないような造りなど、土地の広さだけではなく、在り方そのものが日本と違う印象であった。明るく緑が多く開放的で、入居者の方はもちろん、寄り添う職員達も楽しそうにしていた。2か所の行政と6か所の施設を視察したが、どこも一日の中で比較的静かな時間であったといえども、お互いに居心地が良いのだろうと感じた。

施設入居には入居一時金が必要で、そのお金の利子分を運用資金にあてて施設運営を行なっている。在宅ケアを希望、推進される一方では、施設入居を希望されるニーズもあることから、建物を増築している施設もあった。そのあたりは、やはり高齢化の波が押し寄せてきているのだろうと感じた。また、政府のポリシーが変更し、レベル1・2（ローケア、日本でいう要介護1・2ぐらい）とレベル3・4（ハイケア、日本でいう要介護3～5）をミックスして終の棲家として過ごせるように進めているが、現時点では移行期のためか、現状はほとんどの施設がミックスになっておらず、どのように重度化する入居者の対応をしているのかわからなかった。南風園の開園当初は重度、軽度とユニットに分かれていたが、現在は空いた居室に次の入居者が入るようになっている。その点を踏まえて参考にしたかったが、現地の職員もミックスにするメリットがよく分からないようで、政府の方針に従うしかないといった様子であった。

私は、介護職員として勤務していたが、長く勤めていると初心を忘れ、ただただ業務に追われ、向上心も薄れていた頃に生活相談員へ異動となった。勉強不足で全く知らない世界に放り出され、仕事に慣れていたのは勘違いだったと恥じた。新しい事を覚える日々の中で海外研修が決まり、自らのスキルアップと、より良い職場環境作りを学ぶ目的で参加した。

出発前に、以前参加した職員から大きな視野で見てきた方がいいとアドバイスされたが、オーストラリアに着いてすぐは自分が働く施設との違いしか見えず、何をもち帰ればいいのか焦っていた。

しかし、一日一日を精一杯吸収しようと過ごすうちに、戸惑いながら異文化に触れ、オーストラリア人の大らかな人柄に心が温かくなり、どこまでも続くブルーマウンテンズの大地に癒された。そして、何よりメンバーに助けられ、私はなんて小さな存在かと気づき、オーストラリアそのものを感じ取ろうと気持ちを固めた。

オーストラリアでは幼いころから自己決定、自己実現、ライフスタイルは自分で決める。そのため起きるリスクもすべて自己責任と教えられている。認知症は病気ではなく老化の一部であり、できないことをサポートしていく。あなたの事をもっと知りたいと信頼関係を築き、個人を尊重したケアは徹底的なアセスメントをすることで実現できている。国民性は違えども学ぶ部分は多く、今後、生活相談員として実践していく、大きな目標を立てることができた。

最後に、日本の施設の様子を紹介するために、行事などの写真を貼ったアルバムを作り、現地の職員にプレゼントした。大変喜んで頂き、なかでも楽しそうにパンケーキを焼いている写真が気に入ったようだった。笑顔は万国共通であること、高齢者福祉に国境はないことを再認識した。

一期一会を大切に研修で得たメンバーとの絆や、二度とできない経験を糧にして、これからの仕事や人生そのものを楽しみたい。

11日間のオーストラリア研修に参加させて頂き、ありがとうございました。

南風園 生活相談員 岡田詩穂



通訳を介しながら、説明を聞きました。



南風園紹介アルバムを見て喜んでくれました。



上を向いて歩こうを歌い、炭坑節をしました。



11日間を共にしたメンバーです。