

家庭の介護

かつて「家庭の医学」が一家に一冊あったように―― 介護する人、される人、その人たちを支える人、すべてにとって「分かりやすく、探しやすい介護情報」を目指して。

目次

第1部 症状・状況から引く

1. 最近、物忘れが増えてきたと感じたら
2. 入院をしたら
3. 歩行・移動が不安定になってきたと感じたら
4. トイレ・排泄のトラブルが増えてきたら
5. 食事量が減った、飲み込みにくそうにしていたら
6. 一人暮らしで生活が心配になってきたら
7. 退院後、在宅での生活に不安があるとき

第2部 制度の基礎知識

1. なぜ、介護保険制度が始まったのか？
2. 介護保険とは何か/誰が使えるのか
3. 要介護認定って何？
4. ケアプランとは何か、誰が作るのか
5. 自己負担の仕組み
6. 地域包括支援センターの役割
7. 地域連携室って、実は何をしてくれるところ？
8. 退院前カンファレンスとは

第3部 セルフケアプラン・セルフケアマネジメントの手引き

1. ケアマネジャーは何を考えて計画を立てているのか
2. 「本人がどう暮らしたいか」を家族で言葉にしてみる
3. 介護の困りごとを記録する、たった3つのポイント

第4部 ステージ別ガイド

1. 気づいたとき
2. 在宅で支えるとき
3. 施設を検討するとき
4. 看取り

第5部 実例集(BanSowだより連動)

1. 遅刻が増えた社員の相談から見てきたこと
2. 「相談しても解決しない」と思っていた家族が変わった瞬間

第1部 症状・状況から引く

最近、物忘れが増えてきたと感じたら

「最近、母が同じことを何度も聞いてくる」「約束をよく忘れるようになった」——そんな変化に気づいたとき、多くのご家族は不安を感じながらも、どこに相談すればいいのか分からず、時間だけが過ぎてしまいます。

まず知っておいていただきたいのは、**物忘れ=認知症とは限らない**ということです。加齢による自然な変化のこともあれば、体調や環境の変化が影響していることもあります。大切なのは、慌てて判断することではなく、「何が」「いつから」「どのくらいの頻度で」起きているかを記録しておくことです。

まず、家庭でできること

1. 気になる出来事をメモに残す(日時・状況・本人の様子)
2. 生活リズム(睡眠・食事・服薬)に変化がないか確認する
3. 本人の気持ちも聞いてみる(「不安」「困っている」と感じているか)

このメモは、後で医師やケアマネジャーに相談するときにとっても役立ちます。

次に、相談先を知っておく

物忘れが気になり始めたら、いきなり病院ではなく、お住まいの地域の**地域包括支援センター**に相談するのも一つの方法です。介護保険を使うかどうかにかかわらず、生活全体の相談に無料で応じてくれます。

もし「介護保険サービスを使うかもしれない」という段階であれば、要介護認定の申請という選択肢もあります。認定を受けると、ケアプランに基づいたサービス(訪問介護、デイサービスなど)を利用できるようになります。

ご本人・ご家族が主役であること

ケアプランは専門職だけが作るものではありません。「本人がどう暮らしたいか」「家族としてどこまで支えられるか」を言葉にしていくことが、実はセルフケアマネジメントの第一歩です。

入院をしたら

「ある日突然、家族が入院した」——そんなとき、多くの方はまず病状への不安でいっぱいになり、退院後の生活のことまで考える余裕はなかなか持てません。しかし実は、**入院している間こそ、退院後の暮らしを準備する大切な期間**なのです。

なぜ、入院中から考え始めるとよいのか

入院期間は、思っているより短いことがほとんどです。「退院できます」と病院から急に言われて、住まいの環境を整えたり、必要なサービスを探したりする時間が足りず、慌ててしまうご家族は少なくありません。

入院が決まったら、まず考えたい3つのこと

1. **退院後、どこで、どんな暮らしをしたいか** 自宅に戻るのか、それとも施設を検討するのか。ご本人の希望と、ご家族が支えられる範囲の両方を、早い段階ですり合わせておくとう安心です。
2. **すでにケアマネジャーがいるか、いないか** すでに担当のケアマネジャーがいる場合は、入院した早い段階で連絡を入れておきましょう。まだいない場合は、病院の医療相談員(医療ソーシャルワーカー)や地域包括支援センターに相談することで、退院に向けた支援につないでもらえます。
3. **退院前カンファレンスがあるかどうかを病院に確認する** すべての入院で必ず開かれるわけではないため、「開いてもらえますか」とこちらから聞いてみることも大切です。

入院中にケアマネジャーに相談できること

- 退院後に使えるような介護保険サービスの情報収集
- 自宅の環境を整えるための福祉用具・住宅改修の相談
- 退院前カンファレンスへの同席、病院との連携
- 家族だけで抱え込まないための、今後の体制づくり

入院は、ご本人にとってもご家族にとっても大きな出来事です。だからこそ、「退院してから考える」のではなく、「入院しているときから、少しずつ準備

を始める」ことが、安心できる在宅生活への一番の近道になります。

歩行・移動が不安定になってきたと感じたら

「最近、つまずくことが増えた」「歩くスピードがゆっくりになった」――そんな変化は、家族が最初に気づく合図であることが多くあります。

まず知っておきたいこと

歩行の不安定さには、筋力の低下、関節の痛み、バランス感覚の変化、視力の変化など、さまざまな要因が関わっています。「年のせい」と決めつけず、原因を確かめることが大切です。

家庭でできること

- 転倒しやすい場所(段差、滑りやすい床、暗い廊下)を確認する
- 手すりや杖など、支えになるものの必要性を考える
- 「いつから」「どんな場面で」不安定さを感じるか記録する

相談先

かかりつけ医への相談に加え、要介護認定を受けていれば、福祉用具(歩行器、手すりなど)のレンタルや、住宅改修が介護保険の対象になることがあります。訪問リハビリも、歩行機能の維持・改善に役立ちます。

転倒は「防げるもの」という視点を

一度転倒すると、骨折や入院をきっかけに生活機能が大きく低下することがあります。「まだ大丈夫」ではなく、気になった時点で環境を整え、専門職に相談することが、その後の暮らしを守ることにつながります。

トイレ・排泄のトラブルが増えてきたら

排泄に関する悩みは、本人にとってもご家族にとっても、なかなか人に相談しづらいテーマです。しかし、早めに知識を持っておくことで、負担を大きく減らせる分野でもあります。

よくある変化

- トイレが間に合わない(失禁)
- トイレの場所や使い方が分かりにくくなる
- 夜間、何度もトイレに起きる
- 便秘や下痢を繰り返す

家庭でできること

- トイレまでの動線を整える(夜間の照明、手すりの設置など)
- 排泄のパターンを記録し、時間を見計らって声をかける
- 水分・食事の量やタイミングを見直す

専門職に相談できること

排泄のトラブルは、体の状態や環境、認知機能など複数の要因が絡み合っていることが多く、自己判断だけで対応するのは難しい分野です。ケアマネジャーに伝えることで、福祉用具(ポータブルトイレなど)や訪問介護の活用など、具体的な対応策と一緒に考えることができます。

「恥ずかしいこと」ではない

排泄のケアは、本人の尊厳に関わるデリケートな領域です。だからこそ一人で抱え込まず、早めに専門職に相談することが、本人の自尊心を守ることにもつながります。

食事量が減った、飲み込みにくそうにしていたら

「最近、食べる量が減った」「食事中にむせることが増えた」――こうした変化は、栄養状態だけでなく、命に関わる誤嚥(ごえん)のリスクにもつながるた

め、早めの気づきが重要です。

気をつけたいサイン

- 食事にかかる時間が長くなった
- 食事中や食後に、よくむせる・咳き込む
- 特定の食品(汁物、パサパサしたものなど)を避けるようになった
- 体重が減ってきた

家庭でできる工夫

- 食事の姿勢を整える(やや前かがみで、あごを引いた姿勢が安全とされています)
- 食べ物の形態を見直す(刻む、とろみをつけるなど)
- 一口の量を少なめにし、急かさずゆっくり食べてもらう

相談先

飲み込みにくさ(嚥下機能の低下)が疑われる場合は、まずかかりつけ医や歯科医に相談を。管理栄養士や言語聴覚士による専門的な評価・指導を受けられることもあります。

誤嚥は、命に関わることもある

誤嚥による肺炎は、高齢者の入院・重症化の大きな要因の一つです。「最近、食が細くなったな」と感じたら、様子見だけで済ませず、早めに専門職の目を通しておくことをおすすめします。

一人暮らしで生活が心配になってきたら

離れて暮らす親が一人暮らしをしている場合、「大丈夫だろうか」という不安を抱えているご家族は少なくありません。

心配になるきっかけ

- 電話での会話がかみ合わなくなってきた
- 冷蔵庫の中に同じものが増えている、賞味期限切れの食品がある
- 訪ねたときに、家の中が以前より散らかっている
- 郵便物や請求書の処理が滞っている

まず、離れていてもできること

- 電話や訪問の頻度を、無理のない範囲で少しずつ増やす
- 近所付き合いの状況を、本人から聞いてみる
- 冷蔵庫や部屋の様子など、生活の”手がかり”に目を向ける

一人で抱え込まず、地域とつながる

地域包括支援センターは、本人がまだ介護保険を使っていなくても、「一人暮らしで心配」という相談だけでも受け付けてくれます。見守りサービス、配食サービス、緊急通報システムなど、介護保険外にも活用できる地域の資源は多くあります。

「何かあってから」ではなく、「何かある前」に

一人暮らしの心配は、はっきりした困りごとが起きる前から始めておくことが大切です。早めに地域とつながりを持っておくことで、いざというときの対応もスムーズになります。

退院後、在宅での生活に不安があるとき

「入院をしたら」「地域連携室」「退院前カンファレンス」――ここまでの準備を経て、いよいよ在宅での生活が始まります。しかし、いざ自宅に戻ってみると、「思っていたより大変だった」と感じるご家族が少なくありません。

退院直後は「うまくいかなくて当たり前」

病院という、専門職が24時間見守ってくれる環境から、家庭という日常に戻ることは、想像以上に大きな変化です。「うまくできない自分」を責める必要はありません。

在宅生活が始まったら、確認しておきたいこと

- 1. **ケアプラン通りに生活が回っているか** 違和感があれば、我慢せずケアマネジャーに伝えましょう。ケアプランは、生活に合わせて見直していくものです。
- 2. **家族が一人で抱え込んでいないか** 訪問介護、デイサービス、ショートステイなど、利用できるサービスを積極的に活用することは、決して「手を抜くこと」ではありません。
- 3. **ちょっとした変化を見逃さない** 気になる変化はメモに残しておく、相談がスムーズになります。

困ったときは、誰に相談すればいいか

- ケアプランの内容について → 担当のケアマネジャー
- 体調の変化について → かかりつけ医
- 生活全般の悩み → 地域包括支援センター

「これくらいで相談していいのだろうか」と遠慮する必要はありません。小さな違和感のうちに相談することが、大きな負担を防ぐことにつながります。

第2部 制度の基礎知識

なぜ、介護保険制度が始まったのか？

介護保険制度は、2000年に始まりました。「保険」という名前がついているものの、健康保険とは仕組みが少し異なります。なぜこの制度が生まれたのか、その背景を知るとは、制度をより深く理解し、安心して使うための第一歩になります。

介護保険ができる前、介護はどうなっていたか

かつて、介護は「家族が担うもの」という考え方が一般的でした。特に、家の中で介護を担うのは女性(妻や嫁)というケースが多く、介護のために仕事を辞めざるを得ない、心身ともに疲れ果ててしまうといった問題が、社会の中で見過ごされがちでした。

また、当時の高齢者福祉サービスは「措置制度」と呼ばれる仕組みで、行政がサービスの内容や事業者を決めていました。利用者自身がサービスを選ぶことはできませんでした。

「介護の社会化」という考え方

「介護を家族だけの問題にせず、社会全体で支え合う仕組みをつくろう」――これが「介護の社会化」と呼ばれる考え方です。介護保険制度は、40歳以上の人が保険料を納め、必要になったときに、誰もが同じ手続きでサービスを利用できる仕組みとして設計されました。「措置から契約へ」という言葉で表されるように、利用者自身がサービスを選び、事業者と契約する形に変わったのです。

制度が目指したこと

- 家族だけに介護の負担を背負わせない
- 誰もが同じ基準でサービスを利用できるようにする
- 利用者自身がサービスを選べるようにする
- 介護が必要になっても、その人らしい生活を続けられるようにする

今、あらためてこの考え方を知る意味

「家族だけで何とかしなければ」という思いを抱えるご家族は、今も少なくありません。しかし、介護保険制度そのものが「介護を家族だけの問題にしない」という考え方のもとに作られていることを知ると、サービスを利用することへの心理的なハードルが、少し下がるのではないのでしょうか。

介護保険とは何か/誰が使えるのか

介護保険の仕組み

40歳以上の方が保険料を納め、介護が必要になったときに、費用の一部を負担するだけでサービスを利用できる仕組みです。財源は、保険料と税金(公費)で半分ずつまかなわれています。

誰が使えるのか

- **65歳以上の方(第1号被保険者):**原因を問わず、要介護・要支援と認定されればサービスを利用できます
- **40～64歳の方(第2号被保険者):**末期がん、関節リウマチなど、加齢に伴う特定の病気(特定疾病)が原因で要介護・要支援となった場合に利用できます

利用できるサービスの種類

自宅で利用する「居宅サービス」(訪問介護、デイサービスなど)、施設に入所して利用する「施設サービス」、地域密着型のサービスなどがあります。要介護度によって、利用できる量の上限が定められています。

まず知っておいてほしいこと

介護保険は「使われるのを待つ制度」ではなく、「必要になったときに、自分から手続きをして使う制度」です。まずは要介護認定の申請から始まります。

要介護認定って何?申請から結果が出るまでの流れ

要介護認定とは

どのくらいの介護が必要な状態かを、市区町村が判定する仕組みです。判定は「要支援1・2」「要介護1～5」の7段階、または「非該当(自立)」に分かれます。

申請から結果が出るまでの流れ

- 1. **申請する** — お住まいの市区町村の窓口、または地域包括支援センターで申請できます
- 2. **認定調査を受ける** — 調査員が訪問し、聞き取りを行います。あわせて主治医が意見書を作成します
- 3. **審査・判定が行われる** — 一次判定(コンピュータ)、二次判定(審査会)を経て要介護度が決まります
- 4. **結果が通知される** — 目安として1か月程度かかります

認定調査で気をつけたいこと

ご本人が「頑張ればできる」と実際より元気に振る舞ってしまうことがよくあります。普段の様子をありのまま伝えるため、ご家族が同席し、気になる出来事をメモしておいて伝えることをおすすめします。

申請は早めがおすすめ

「まだ大丈夫」と様子を見ているうちに、状態が変化することもあります。迷ったときは、まず地域包括支援センターに相談してみるのも一つの方法です。

ケアプランとは何か、誰が作るのか

ケアプランとは

要介護認定を受けた方が、どのような介護サービスを、どのくらいの頻度で利用するかをまとめた計画書です。正式には「居宅サービス計画書」と呼ばれます。

誰が作るのか

- **要介護1～5の方:**居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成します
- **要支援1・2の方:**地域包括支援センターが中心となって作成します

ケアプランができるまで

- 1. アセスメント(本人・家族からの聞き取り)
- 2. ケアプラン原案の作成
- 3. サービス担当者会議による調整
- 4. 本人・家族の同意、確定
- 5. 定期的な見直し(モニタリング)

費用はかかるのか

ケアプランの作成そのものには、自己負担はありません。全額が介護保険から給付されます。

大切なのは「言われたプラン」ではなく「一緒に作るプラン」

「こう暮らしたい」という本人の思い、「ここまでなら支えられる」という家族の状況を伝えることで、より実情に合った計画になっていきます。

自己負担の仕組み

基本の負担割合

サービス費用のうち、**原則1割**が自己負担です。一定以上の所得がある方は2割、特に所得が高い方は3割となります。

利用できる金額には上限がある

要介護度ごとに、1か月に利用できるサービスの上限額(区分支給限度基準額)が定められています。上限を超えた分は全額自己負担になります。

負担が大きくなりすぎないための仕組み

- **高額介護サービス費:**1か月の自己負担額が一定の上限を超えた場合、超えた分が払い戻される制度
- **高額医療・高額介護合算療養費制度:**医療費と介護費の自己負担を合算し、一定額を超えた分が払い戻される制度

費用面で不安があるときは

まずはケアマネジャーや地域包括支援センターに相談してみてください。負担を抑えながら必要なサービスを組み合わせる方法を、一緒に考えることができます。

地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターとは

お住まいの地域ごとに設置されている、高齢者の暮らしを支えるための総合相談窓口です。保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーといった専門職が配置されています。

何をしてくれるのか

- **総合相談:**介護、健康、認知症、生活全般に関する相談を、介護保険を使っているかどうかにかかわらず受け付けています
- **要支援の方のケアプラン作成**
- **権利擁護:**成年後見制度の活用支援、高齢者虐待への対応など
- **地域のネットワークづくり**

いつ相談すればいいか

「まだ介護保険を使うほどではないけれど、少し心配」という段階でも相談できます。

- 親の物忘れが気になり始めたとき
- 一人暮らしの生活が心配になってきたとき
- 介護保険サービスを使うべきか迷っているとき
- 家族の介護に疲れを感じているとき

「入り口」としての役割

地域包括支援センターは、いわば介護に関するあらゆる相談の「入り口」です。「どこに相談すればいいかわからない」というときは、まずここに連絡してみることをおすすめします。

地域連携室って、実は何をしてくれるところ？

地域連携室とは、どんなところか

病院の中にある部署で、医療ソーシャルワーカー(MSW)や看護師などの専門職が在籍しています。病院と、退院後に関わる地域のさまざまな窓口をつなぐ役割を持っています。

何をしてくれるのか

- 退院後の生活について、本人・家族と一緒に考える
- 必要な介護サービスや福祉用具の情報を整理する
- 転院や施設入所を検討する場合の情報提供・調整
- 退院前カンファレンスの調整・開催
- 経済的な不安に関する相談窓口の案内

いつ、どうやって相談すればいいか

実際には入院して間もない段階から相談できます。病棟の看護師に「地域連携室に相談したいのですが」と伝えれば、たいていはつないでもらえます。

地域包括支援センターとの違い

	地域連携室	地域包括支援センター
場所	病院の中	地域(お住まいの市区町村ごと)
主な役割	入院中～退院時の調整	在宅生活全般の相談・支援
関わる期間	入院中が中心	退院後も継続して関われる

入院中は地域連携室、退院後の暮らしは地域包括支援センターと、バトンがつながっていくイメージです。

退院前カンファレンスとは

退院前カンファレンスとは

退院後の生活を見据えて、病院・ご本人・ご家族・退院後に関わる専門職(ケアマネジャーなど)が集まり、情報を共有し、今後の支援方針を話し合う場です。

誰が参加するのか

- ご本人・ご家族
- 主治医、病棟看護師
- 地域連携室の担当者
- リハビリ担当者(必要に応じて)
- 退院後を担当するケアマネジャー
- 地域包括支援センターの職員(必要に応じて)

当日の大まかな流れ

1. 病状や入院中の経過についての説明
2. リハビリの状況や、今後の見通しの共有
3. 退院後の生活で気をつけたい点の説明
4. ご本人・ご家族の希望や不安の共有
5. 今後の支援体制の確認

家族はどう関わればいいのか

- 自宅の環境(階段や段差、トイレ・お風呂の状況)
- 日中、誰がどのくらい付き添えるか
- ご本人が普段、何を大切に暮らしてきたか
- 分からないこと、不安なことは遠慮せずその場で質問する

カンファレンス後、次につながること

ここで共有された内容をもとに、ケアマネジャーが具体的なケアプランを作成していきます。退院前カンファレンスは、いわば「**これからの暮らしの出発点**」です。

第3部 セルフケアプラン・セルフケアマネジメントの手引き

ケアマネジャーは何を考えて計画を立てているのか

まず、「困りごと」ではなく「暮らし方」から考える

ケアマネジャーは、「何ができないか」だけを見ているわけではありません。大切にしているのは、「この方はどんな暮らしを望んでいるのか」という視点です。

ケアマネジャーが考えている4つのステップ

1. **アセスメント(状況の把握)** — 心身の状態だけでなく、生活歴、価値観、家族関係、住環境など、暮らし全体を丁寧に聞き取ります
2. **課題の整理** — 「本当に解決すべきことは何か」を整理します
3. **目標とサービスの組み立て** — どのサービスを、どのくらいの頻度で組み合わせるかを考えます
4. **モニタリング(見直し)** — 実際の生活の様子を見ながら、継続的に確認し、必要に応じて見直します

「困難事例」ほど、この視点が試される

対応が難しいと言われるケースほど、表面的な困りごとの奥にある本人の思いや、家族の事情が複雑に絡み合っています。粘り強く向き合い、何度も対話を重ねることで、本当に必要な支援が見えてきます。

この考え方を、家族にも役立ててほしい

セルフケアマネジメントとは、「本人がどう暮らしたいか」「そのために今、何が課題なのか」を、家族自身が意識して考える視点を持つことです。

「本人がどう暮らしたいか」を家族で言葉にしてみる

なぜ、言葉にすることが大切なのか

本人の希望は、聞かなければ分からないものです。本人自身も、言葉にして初めて自分の思いに気づくということもあります。

書き出してみたい5つの問い

1. **今、大切にしていることは何ですか?**(例:毎朝の散歩を続けたい、庭の花の手入れをしたい)
2. **できれば続けたいこと、やめたくないことは何ですか?**(例:自分で着替えをする、近所の人と話す)
3. **不安に感じていることは何ですか?**(例:一人で外出するのが怖い、転んでしまうのが心配)
4. **誰に、どこまで頼りたいですか?**(例:家族には食事の準備だけお願いしたい)
5. **もし今より体が不自由になったら、どう暮らしたいですか?**

書き出すときのポイント

- 一度で完璧にまとめようとしなくて大丈夫です
- 本人の言葉をそのまま書き留めることを大切にしてください
- 答えが出ない問いがあっても構いません。「まだ分からない」も、大切な答えの一つです

書いたものは、どう使えばいいか

このメモは、ケアマネジャーに相談する際にそのまま持っていくことができます。時間が経つと本人の気持ちも変化していくため、折に触れて見返し、更新していくことをおすすめします。

セルフケアマネジメントの第一歩は、ここから

専門的な知識がなくても、「本人がどう暮らしたいか」を家族で言葉にすることは、今日からでも始められます。

介護の困りごとを記録する、たった3つのポイント

なぜ記録が大切なのか

医師やケアマネジャーは、日常のすべての瞬間を見ているわけではありません。ご家族が日々の様子を記録しておくことで、専門職はより正確な判断ができます。

記録したい3つのポイント

- 1. 「いつ」起きたか — 日付と、できれば時間帯も
- 2. 「どんな状況で」起きたか — 食事の前後か、外出時か、疲れているときかなど
- 3. 「本人はどう感じていたか」 — 不安そうだったか、痛みを訴えていたか

記録は、特別なものでなくていい

ノートやスマートフォンのメモで十分です。「今日は昼食後、少しむせていた」といった、短い一言で構いません。

記録は、家族の安心にもつながる

記録を続けることは、専門職への情報提供だけでなく、「自分たちは、ちゃんと見てきた」という家族自身の安心にもつながります。

第4部 ステージ別ガイド

気づいたとき

「あれ、いつもと違う」——多くの場合、介護は本人よりも先に、家族のこうした違和感から始まります。

このステージで大切なこと

- 変化を「年のせい」と決めつけず、記録に残しておく(→「介護の困りごとを記録する、たった3つのポイント」)
- 複数の視点(医療・生活・本人の気持ち)から様子を見る
- 「まだ相談するほどでは」とためらわず、早めに地域包括支援センターに触れておく(→「地域包括支援センターの役割」)

このステージで参照したい記事

物忘れ/歩行の不安定さ/トイレ・排泄/食事・嚥下/一人暮らしの不安(第1部)

このステージのゴール

「相談していいのかわからない」状態から抜け出し、頼れる窓口とのつながりを一つ持つこと。

在宅で支えるとき

要介護認定を受け、サービスを利用しながら在宅生活を送る、最も長く続くステージです。

このステージで大切なこと

- ケアプランは「与えられるもの」ではなく「一緒に作り、育てていくもの」と捉える(→「ケアプランとは何か」)
- 「本人がどう暮らしたいか」を、家族の中で言葉にしておく
- 家族だけで抱え込まず、サービスを積極的に活用する
- 制度の基本(誰が使えるか、費用はどのくらいか)を押さえておく

変化が起きたとき

在宅生活の途中で入院が必要になることもあります。その場合は「入院をしたら」「地域連携室」「退院前カンファレンス」の一連の流れが道しるべになります。

このステージのゴール

本人・家族・ケアマネジャー・サービス事業所が、それぞれの役割を持ちながら、無理のない体制を築くこと。「完璧な体制」ではなく、「続けられる体制」を目指すことが長続きのコツです。

施設を検討するとき

「そろそろ施設も考えたほうがいいのだろうか」——多くのご家族が、罪悪感を抱きながらこの問いに向き合います。

このステージで大切なこと

- 施設を検討することは、「介護を諦めること」ではなく、「本人にとってより良い環境を選ぶこと」だと捉え直す
- 介護は家族だけで完結させるものではないという前提に立ち返る
- 本人の意向を、可能な限り確認する

相談先

ケアマネジャーは、施設に関する情報提供や相談にも対応しています。特養、老健、有料老人ホームなど、施設ごとに役割や費用が異なるため、専門職と一緒に整理することをおすすめします。

このステージのゴール

「在宅か施設か」を白黒つけることなく、本人らしい暮らしが続けられる環境を、家族が納得しながら選べること。

看取り

介護の最終段階として、多くのご家族が向き合うことになるのが「看取り」です。

このステージで大切なこと

- 「どこで、どのように最期を迎えたいか」について、できれば元気なうちから話し合っておく
- 在宅での看取りを希望する場合、医療・介護の体制(訪問診療、訪問看護など)を早めに整えておく
- 家族自身の心の準備にも、時間が必要であることを理解しておく

支えてくれる存在

看取りの段階では、訪問診療医、訪問看護師など、医療との連携がより重要になります。

このステージで伝えたいこと

看取りは、悲しみだけの時間ではありません。それまでの介護の日々を振り返り、本人と過ごした時間の意味を、家族なりに受け止めていく時間でもあります。

第5部 実例集(BanSowだより連動)

遅刻が増えた社員の相談から見えてきたこと

ある建設会社の人事部長から、「社員が最近、遅刻が増えている。理由を聞くと、祖母の介護をしているらしい」という相談を受けたことがあります。

表面的な問題の奥にあったもの

話を詳しく伺うと、その社員は祖母のケアプランがうまく生活のリズムに合っておらず、毎朝、介護の対応をしてから出社せざるを得ない状況になっていることが分かりました。

セカンドケアマネジャーとして関わったこと

社員本人、そして担当のケアマネジャーと話をする中で、朝の時間帯に訪問介護を組み込む形にケアプランを見直すことになりました。結果として、社員は安心して出社できるようになり、遅刻も解消されました。

この事例から見えてきたこと

- 介護の悩みは、本人が声を上げにくいまま、会社の中で見過ごされがちであること
- ケアプランは「一度作ったら終わり」ではなく、生活の変化に合わせて見直せるものであること
- 会社が「介護をしている社員がいるかもしれない」という前提を持つだけで、早期の相談につながること

「相談しても解決しない」と思っていた家族が変わった瞬間

介護の相談を受ける中で、多くのご家族が口にする言葉があります。「相談しても、どうせ解決しないと思っていました」。

なぜ、そう思うしまうのか

介護の悩みは、本人にしか分からない事情や、家族関係の複雑さが絡み合っていることが多く、「相談自体をためらってしまう方が少なくありません。

あるご家族のケース

長年、一人で母親の介護を担ってきたご家族がいました。「弱音を吐いてはいけない」と思い込み、誰にも相談せずに抱え込んでいた状況でした。あるとき勇気を出して相談して下さったことをきっかけに、利用できるサービスがいくつも見つかり、負担が大きく軽減されました。

その方が話してくれたこと

「相談したところで、何も変わらないと思っていました。でも、話を聞いてもらえただけでも、こんなに気持ち軽くなるとは思いませんでした」

この経験から伝えたいこと

介護の相談は、「解決策をすぐに提示してもらう場」であると同時に、「一人で抱えていた思いを、誰かと共有する場」でもあります。「相談しても仕方ない」と思っているとしたら、それは多くの場合、思い込みです。まずは話してみることで、大きな意味があります。

本冊子は、居宅介護支援事業所での相談・支援の経験をもとに作成しています。個別の状況については、お近くの地域包括支援センターまたは担当のケアマネジャーにご相談ください。