6　介護サービス

【重要語句】	
□ フォーマルサービス	□ 施設サービス
□ インフォーマルサービス	□ 特定施設入居者生活介護
□ 介護サービス計画（ケアプラン）	□ 福祉用具
□ ケアマネジメント	□ 住宅改修
□ サービス担当者会議	□ 短期入所サービス（ショートステイ）
□ インテーク	□ 介護老人福祉施設
□ アセスメント	□ 介護老人保健施設
□ モニタリング	□ 介護医療院
□ ジェノグラム	□ ユニット
□ エコマップ	□ 地域密着型サービス
□ 居宅サービス	

ここでは、介護を必要とする人に対する介護サービスについて説明します。

ア　介護サービスの概要（ケアプラン、ケアマネジメントの流れとしくみ）

介護サービスは、介護保険に基づくフォーマルサービスとインフォーマルサービスの２種類に大きく分けられます。

	内容	サービスの提供者
フォーマルサービス	介護保険サービスなど法律や制度に基づいて提供されるサービス。サービスの利用方法がルール化されている。	行政、社会福祉法人、企業、NPO など。
インフォーマルサービス	制度や法に基づかないサービス フォーマルサービスではできないような細やかな対応も可能。	家族、近隣住民、地域社会、ボランティアなど。

⑴　ケアプラン

介護保険サービス支給の前に、あらかじめ介護サービス計画（ケアプラン）を作成して保険者である市町村に提出することが必要です。ケアプランの作成は、契約した介護支援専門員（ケアマネジャー）が本人と家族の希望を反映させて決定します。利用者自らケアプランを作成することも可能です。

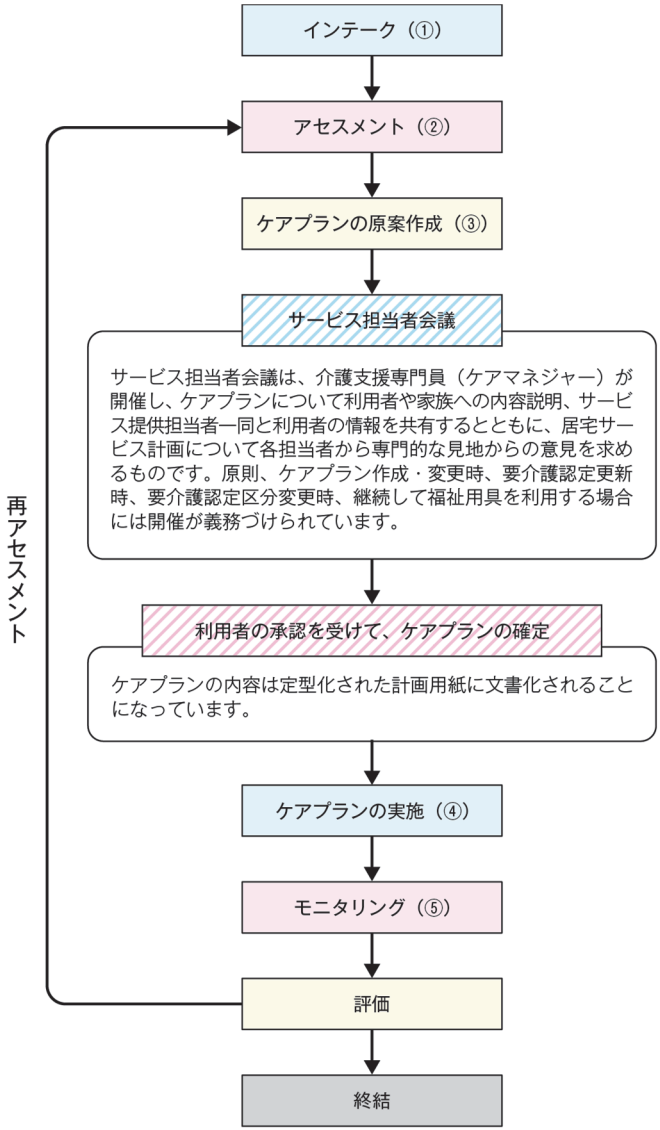
ケアプランは、以下の３つに分けられます。

居宅サービス計画	居宅介護支援事業者のケアマネジャーが在宅の要介護者に対して作成する。
介護予防サービス計画	地域包括支援センターの担当者が在宅の要支援者に対して作成する。
施設サービス計画	介護保険施設のケアマネジャーが施設入所者に対して作成する。

⑵　ケアマネジメント

ケアマネジメントとは、地域において複数のニーズをもった利用者や家族に対し、適切な社会資源を組み合わせたり、調整したりして、援助計画を立てる技術をいいます。

◆ケアマネジメントの過程



①　インテーク

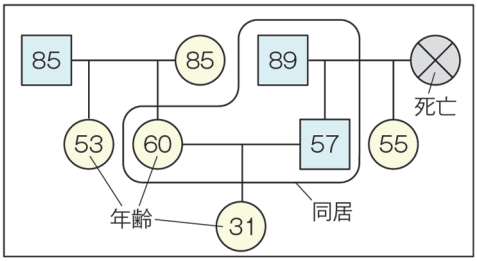
相談援助の最初の段階をインテークといいます。通常、インテークは受理面接と呼ばれ、クライエントの基本情報の収集、問題の明確化、機関の提供するサービスや援助者の役割などを説明し、援助を受けるかどうかの意思確認を行います。

②　アセスメント

収集した情報から問題状況を整理し、多面的に分析した総合的な事前評価をアセスメントといいます。生育歴、精神面・身体面の把握、住環境、家族関係、経済状況などの生活全般の情報、家族、関係者、組織、コミュニティ等からも総合的に行われます。

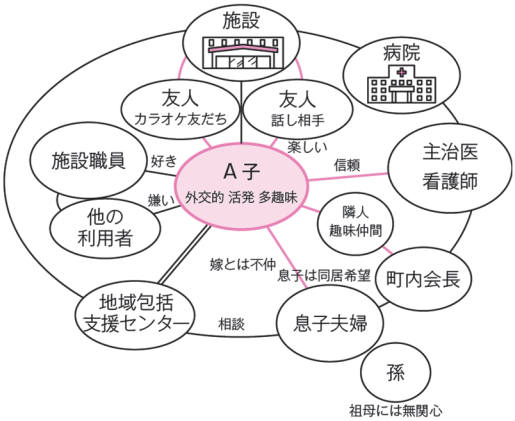
ⅰ．ジェノグラム

ジェノグラムは世代関係図と訳されます。三世代以上の家族構成と家族関係を１つの図中に示したもので、サービス利用対象者と家族の状況の把握に用いられます。ジェノグラムは、年齢を書き込んだ□（男性）と○（女性）、死亡を×などと記号化して同居を破線で示し、問題となっている人物は二重線などで描画します。



ⅱ．エコマップ

エコマップは社会関係地図と訳されます。対象となる世帯を中心に、取り囲む社会資源や関係者とのつながりを図式化したもので、援助の重要人物となるキーパーソンの把握にも活用されます。



③　ケアプランの作成

アセスメントで実施されたクライエントの包括的な機能的アセスメント結果に基づいて、目標を設定します。目標の実現のために援助の具体的な方法を選定し、援助計画の策定を行うプロセスをケアプランの作成といいます。

・作成過程には利用者や家族が参加することが必要です。
・ケアプランは特定期間が設定され、永続的なものではありません。
・フォーマルなサービスとインフォーマルなサポートが含まれます。
・利用者や家族の負担額に配慮します。

④　ケアプランの実施

ケアプランに基づくサービスの実施をさします。ケアプランの作成で設定されたターゲットとゴールに向かって具体的に行動するプロセスをさします。

⑤　モニタリング

モニタリングとは経過観察のことで、援助の一定の区切りごとに行う中間評価を意味します。目的に向かって計画が適切に進行しているかどうかを点検し、援助効果が得られていない場合は、目標の修正や援助計画の再構築を行います。