## 末永く、安心してご利用いただくために、お客様の疑問にお答えします

### 加除式書籍とは？

◆法改正や最新事例の追加等によって「台本（原本）」の内容に改正・増補等が生じた場合、その都度発行する「追録」（有料）と不要な頁を差し替えることで、内容を補正・更新できる形態の書籍です。

＝＝＝＝＝＝＝ここが魅力＝＝＝＝＝＝＝

●何年経っても情報の‘確かさ’と‘鮮度’を保ち続けることができる！

●追録の迅速なお届けにより、法改正や増補を見落とすことなく、常に最新内容で利用できる！

●法改正の度に買い換える必要がないため、長期的なご利用にあたっては費用負担が少なく経済的！

### 追録は購入しなければならないの？

◆常に最新内容でご利用いただけるよう、台本のご購入以降に発行される追録（有料）のご購読もお願いしています。

◆追録は、お客様からお届けの停止（購読中止）のご連絡をいただくまでは継続してお届けいたします。

◆ご利用条件については、商品ごとの「利用規約（規程）」でご案内しています。

◆年間追録代、発行回数等については下記フリーダイヤルまでお問い合わせください。

### 申し込み方法は？　支払いは？

◆お申し込み方法は以下からお選びください。

■下記**フリーダイヤル**にてお申し込みください。

■**弊社ホームページ**

※ホームページでは、新刊をはじめ各商品の詳しい情報をお届けしています。また、フリーワードやジャンル別等商品検索機能もご活用いただけます。

■本カタログと併せてお届けした**申込書**にご記入の上、弊社宛にお申し込みください。

■お客様の地域を担当する**弊社社員**にお申し込みください。

◆お申し込みをいただいた後、商品（台本）をお届けいたします。

◆お支払い方法（一括払い・分割払い等）やお支払いの時期については、同封の申込書に記載しています。ご不明な点は下記フリーダイヤルまでお問い合せください。

### 購入後のメンテナンスは？

◆追録の差し替え作業は、無料で行います。弊社社員が直接お伺いし、迅速・正確かつ丁寧に加除作業を行います。

◆その他、書籍のページが欠落した、バインダーが壊れた等の不都合が生じた場合も、お気軽に下記フリーダイヤルまでご連絡ください。

**商品に関するご照会・お申し込み・追録差し換えのご依頼は**

**TEL 0120−203−694**
**FAX 0120−302−640**

※お客様の地域を担当する弊社社員へご連絡いただくか、フリーダイヤルをご利用ください。
※フリーダイヤル（TEL）の受付時間は土・日・祝日を除く9：00 ～ 17：30です。
※FAXは24時間受け付けておりますので、併せてご利用ください。

**ホームページからのお申し込みは**

第一法規　検索

**http://www.daiichihoki.co.jp**

※クレジットカードでもお支払いいただけます。
※追録（有料）は、請求書でのお支払いとなります。

DAI-ICHI HOKI
第一法規 株式会社
本社
東京都港区南青山2-11-17 〒107-8560

担　当

R100 古紙配合率100%再生紙を使用　PRINTED WITH SOY INK

〈600990〉　[1305]
ケアマネジメント（600999）2015.6 SE

介護保険制度の中核を担う
ケアマネジャーのために豊富な事例を満載!!

# ケアマネジメント実践事例集

編　著　ケアマネジメント実務研究会
村川 浩一（大阪河﨑リハビリテーション大学教授・日本社会事業大学客員教授）
鎌田ケイ子（特定非営利活動法人全国高齢者ケア協会理事長）
遠藤 英俊（国立長寿医療研究センター内科総合診療部長）
濵田 和則（社会福祉法人晋栄福祉会理事長）

## 本書の特色

1 介護予防ケアプラン作成にあたって参考となる「地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント」や各種「介護予防プログラム」の解説、および「認知症高齢者のケアの進め方」等、今後重要となる新たなテーマを収録しました。

2 介護保険制度におけるケアマネジメントの役割やアセスメントの方法等、ケアマネジメントに係わる重要事項を解説しています。

3 事例編では、アセスメントからケアプランの作成、モニタリング、リアセスメント、評価まで、ケアマネジメントの流れに沿って、実践事例を紹介。全国から収集した優れた事例が実務をサポートします。

4 認知症、権利擁護、ターミナルケア、リスクマネジメントなど、現場の重要な課題に対するケアプラン事例を豊富に収録しています。




**B5判・加除式書籍・全1巻**
**定価　本体10,000円＋税**

DAI-ICHI HOKI

ケアマネジメント実践事例集

# 認知症や支援困難など様々なケースのケアプランを具体的な事例で紹介！よりよいケアマネジメントを実現します！

## 推薦のことば

2000年から実施された介護保険制度が着実に発展を遂げるなか、地域においては介護支援専門員の活躍とあいまって多様なサービスが展開しており、また私ども認知症の人のグループホームも各地で大きな役割を果たしております。

2005年の介護保険法改正により2006年4月からは、制度の持続的・安定的発展を具体化する予防重視型の制度改革が進行しております。新・予防給付の趣旨を体現する地域包括支援センターや介護予防サービス等が発足し、さらに認知症の人のグループホームを含む地域密着型サービスも開始されたところであります。各地域においては、利用者一人ひとりのニーズに対応した各種サービスの展開とともに、それらサービスの質が鋭く問われているところであります。

さて、『ケアマネジメント実践事例集』は刊行当時より注目を集めておりましたが、介護保険制度改革の趣旨をふまえて、このたび新しい視点から編集されると伺っております。本年はドイツのアルツハイマー博士によるアルツハイマー病の診断から100周年にあたりますが、高齢期のみならず若年性の場合を含む認知症の人びとに対し利用者本位のケアマネジメントを具体化し、各種サービスの適切な調整が図られるとともに、認知症の人びとの権利擁護、さらに虐待防止の取り組みが大切なものとなっております。様々な課題をかかえる中で、『ケアマネジメント実践事例集』が関係者の知恵とチームケアの結晶として、総合的かつ改革的な視点に立って編集・刊行されることにより、各地の取り組みの中で効果的に活用されることを願って止みません。

2006年7月

全国認知症グループホーム協会
代表理事　木川田　典彌

※このほかに、**全国老人保健施設協会 名誉会長 山口　昇先生**および、**全国在宅介護支援センター協議会 初代会長 岩田　克夫先生**からもご推薦をいただいております。

## 例えば　こんな場面でお役に立ちます!

- ケアマネジメントの基本的な知識を習得したい
- 実際にケアプランを作成する際の留意事項を確認したい
- アセスメントツールの記入例を参考にしたい
- 介護予防ケアプランの具体的な事例を知りたい
- 在宅におけるケアプランの具体的な事例を知りたい
- 施設におけるケアプランの具体的な事例を知りたい
- 居住施設におけるケアプランの具体的な事例を知りたい

## 内容構成（抜粋）

### 第1編　ケアマネジメントの基本


1　介護保険制度とケアマネジメントの意義
1-2　介護保険サービスと地域医療の連携
2　ケアマネジメントと介護支援専門員の役割
2-2　ケアマネジメントの理解と正しいケアプランの作成
2-3　介護支援専門員の課題と研修体系
3　地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント
3-2　介護予防ケアマネジメントの展開
3-3　地域ケア会議とケアマネジメントの質の向上
4　ケアマネジメントに生かす「目標指向的介護」
4-2　自立支援と介護サービス従事者の役割
5　地域における在宅医療ならびにケアと介護支援専門員の役割
5-2　介護支援専門員と医療介護連携
5-3　介護職員の医療行為―看護職員と介護職員の協働
5-4　在宅における看取り
5-5　栄養ケア・マネジメントと介護サービス
6　精神疾患とケアマネジメント―統合失調症とうつ病―
6-2　認知症高齢者のケアの進め方
7　高齢者虐待防止とケアマネジメント
8　権利擁護―地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）、成年後見制度―


### 第2編　ケアマネジメント方法論


1　ケアマネジメントの展開
2　アセスメントと課題分析の方法
アセスメントツール各論
　MDS−HC2.0
　日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（通称日本訪問看護財団方式）
　フローチャート方式
　認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式
　介護予防アセスメントシート
　新全老健版ケアマネジメントシステム「R4 システム」（全国老人保健施設協会方式）


### 第3編　地域包括支援センターと介護予防マネジメント


1　地域包括支援センターの展開
　自治体の取り組み状況
　　大津市における取り組み（準備）状況
2　介護予防プログラム
　マシンを使った運動器の機能向上プログラム
　運動器の機能向上プログラム――筋力向上
　介護予防としての栄養改善
　口腔機能向上――口腔ケア

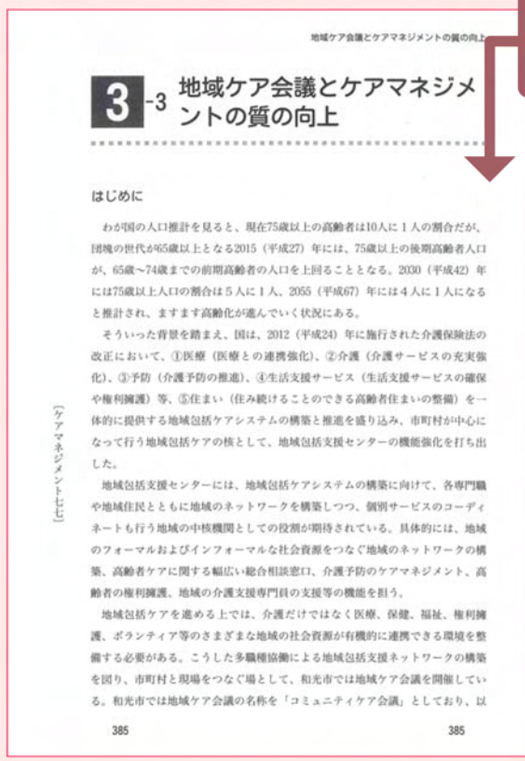

### 第4編　解決課題別ケアプラン・事例検討編


第1章　介護予防ケアプラン
第1節　状態像別ケアプラン
・転倒をきっかけに生活支援サービスを利用して自立を取り戻した百歳高齢者の事例
第2章　在宅におけるケアプラン
第1節　状態像別ケアプラン
●介護予防・生活支援
・近隣の住民の協力を基本に、配食サービス・介護サービスなどで在宅生活を維持
●認知症・問題行動
・認知症夫婦に関する住民の訴えから地域包括支援センター・介護関係者が介入して住民の不安を軽減し、新たな支え合い構築に取り組む
第2節　よりよいケアプランの作成
●苦情への対応
・利用者や家族の苦情への対応をていねいに行い、認知症の周辺症状を改善し在宅生活継続を図る
第3節　人材・資源の活用
●医療サービス連携
・左片麻痺で糖尿病の若年要介護者に地域連携パス・在宅パスを活用し、医療機関と介護支援専門員の連携を図る
●24時間サービスの活用
・24時間の見守りと随時対応の体制によって、本人の望む在宅生活を継続させている事例
第4節　家族問題
●放置・虐待
・虐待の早期発見・早期対応により家族介護者の気づきをうながし、信頼関係の構築で問題解決した事例
第5節　権利擁護関連
・医療・介護・権利擁護など多職種の協働支援により認知症高齢女性と夫の地域生活を実現
第3章　施設におけるケアプラン
第1節　状態像別ケアプラン
●ターミナルケア（看取り）
・住み慣れた場所での最期―家族の希望に添った看取り介護計画の作成―
●リスクマネジメント（身体拘束・事故防止）
・抑制のない自由な環境のなかで事故防止に努め、ADLの向上と本人らしさを取り戻すケアを提供
第4節　運営・管理
●看護と介護の連携
・医療が欠かせない状態のなかで看護師と介護職が連携し、特別養護老人ホームでの生活を支えた事例
第4章　居住施設におけるケアプラン
第1節　状態像別ケアプラン
●日常生活支援（食事・排泄ほか）
・住宅型有料老人ホーム入居者の認知機能と日常生活動作の低下を防いで、楽しみがある生活実現をめざす
第2節　よりよいケアプランの作成
●モニタリング・ケアプランの修正
・認知症高齢女性の不眠のさまざまな要因を考え、寄り添うケアを模索


※実際の商品内容とは一部異なる場合がございます。

## 内容見本（縮小）

「地域ケア会議」「介護保険サービスと地域医療の連携」などの制度改正に対応したケアマネジメントの質の向上についてわかりやすく解説しています。



地域ケア会議とケアマネジメントの質の向上

3-3 地域ケア会議とケアマネジメントの質の向上

はじめに

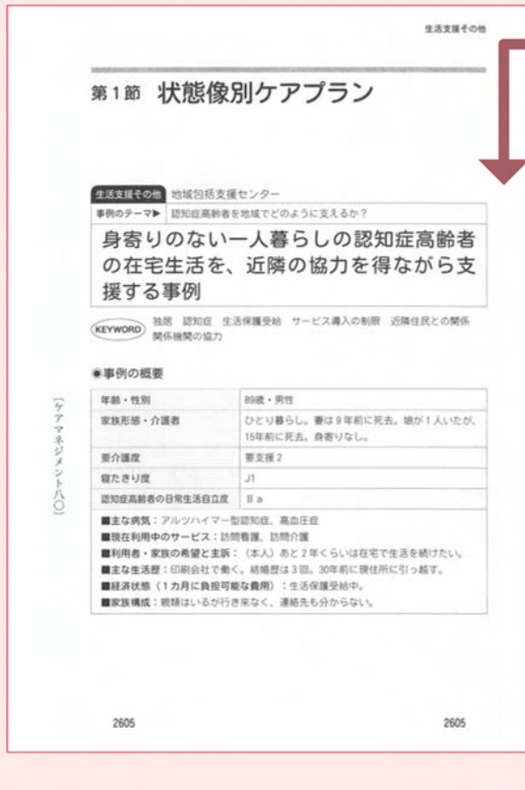
わが国の人口推計を見ると、現在75歳以上の高齢者は10人に１人の割合だが、団塊の世代が65歳以上となる2015（平成27）年には、75歳以上の後期高齢者人口が、65歳～74歳までの前期高齢者の人口を上回ることとなる。2030（平成42）年には75歳以上人口の割合は５人に１人、2055（平成67）年には４人に１人になると推計され、ますます高齢化が進んでいく状況にある。

そういった背景を踏まえ、国は、2012（平成24）年に施行された介護保険法の改正において、①医療（医療との連携強化）、②介護（介護サービスの充実強化）、③予防（介護予防の推進）、④生活支援サービス（生活支援サービスの確保や権利擁護）等、⑤住まい（住み続けることのできる高齢者住まいの整備）を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築と推進を盛り込み、市町村が中心になって行う地域包括ケアの核として、地域包括支援センターの機能強化を打ち出した。

地域包括支援センターには、地域包括ケアシステムの構築に向けて、各専門職や地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートも行う地域の中核機関としての役割が期待されている。具体的には、地域のフォーマルおよびインフォーマルな社会資源をつなぐ地域のネットワークの構築、高齢者ケアに関する幅広い総合相談窓口、介護予防のケアマネジメント、高齢者の権利擁護、地域の介護支援専門員の支援等の機能を担う。

地域包括ケアを進める上では、介護だけではなく医療、保健、福祉、権利擁護、ボランティア等のさまざまな地域の社会資源が有機的に連携できる環境を整備する必要がある。こうした多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築を図り、市町村と現場をつなぐ場として、和光市では地域ケア会議を開催している。和光市では地域ケア会議の名称を「コミュニティケア会議」としており、以

385　385



生活支援その他

第1節　状態像別ケアプラン

生活支援その他　地域包括支援センター

事例のテーマ▶　認知症高齢者を地域でどのように支えるか？

身寄りのない一人暮らしの認知症高齢者の在宅生活を、近隣の協力を得ながら支援する事例

KEYWORD　独居　認知症　生活保護受給　サービス導入の制限　近隣住民との関係　関係機関の協力

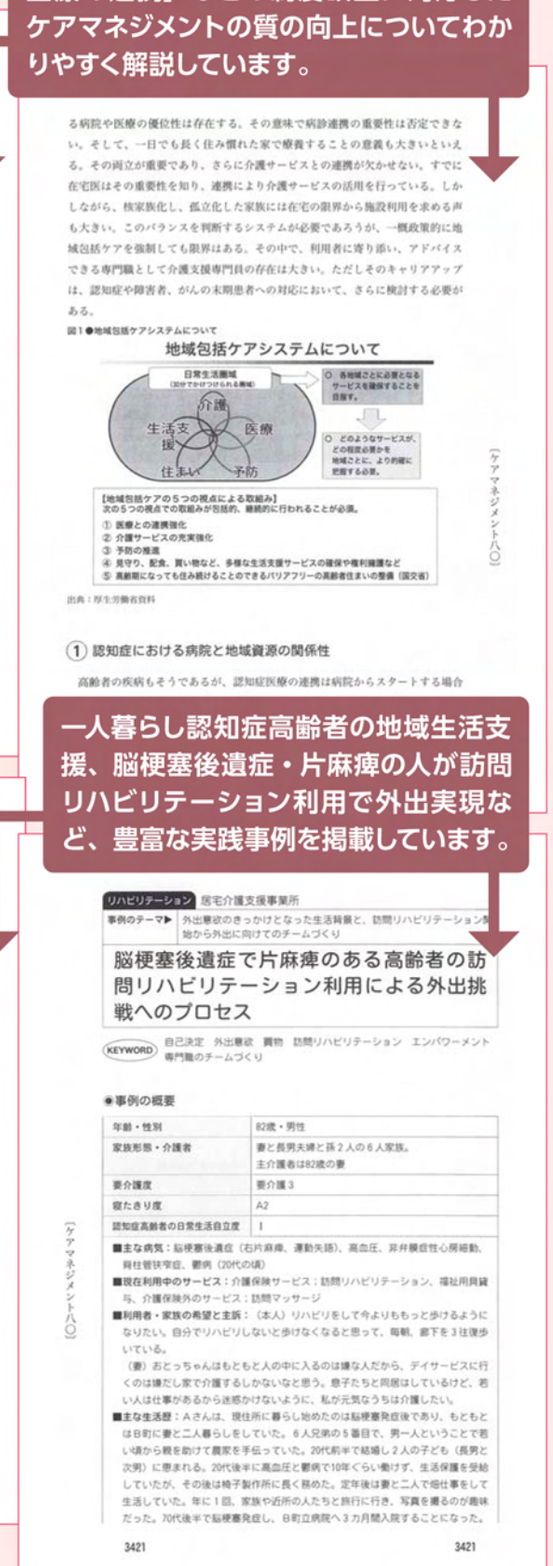
◉事例の概要

| | |
|---|---|
| 年齢・性別 | 80歳・男性 |
| 家族形態・介護者 | ひとり暮らし。妻は９年前に死去。娘が１人いたが、15年前に死去。身寄りなし。 |
| 要介護度 | 要支援２ |
| 寝たきり度 | J1 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | Ⅱａ |

■主な病気：アルツハイマー型認知症、高血圧症
■現在利用中のサービス：訪問看護、訪問介護
■利用者・家族の希望と主訴：（本人）あと２年くらいは在宅で生活を続けたい。
■主な生活歴：印刷会社で働く。結婚歴は３回。30年前に現住所に引っ越す。
■経済状態（１カ月に負担可能な費用）：生活保護受給中。
■家族構成：親類はいるが行き来なく、連絡先も分からない。

2605　2605

一人暮らし認知症高齢者の地域生活支援、脳梗塞後遺症・片麻痺の人が訪問リハビリテーション利用で外出実現など、豊富な実践事例を掲載しています。



る病院や医療の優位性は存在する。その意味で病診連携の重要性は否定できない。そして、一日でも長く住み慣れた家で療養することの意義も大きいといえる。その両立が重要であり、さらに介護サービスとの連携が欠かせない。すでに在宅医はその重要性を知り、連携により介護サービスの活用を行っている。しかしながら、核家族化し、孤立化した家族には在宅の限界から施設利用を求める声も大きい。このバランスを判断するシステムが必要であろうが、一概政策的に地域包括ケアを強制しても限界はある。その中で、利用者に寄り添い、アドバイスできる専門職として介護支援専門員の存在は大きい。ただしそのキャリアアップは、認知症や障害者、がんの末期患者への対応において、さらに検討する必要がある。

図1●地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムについて




○ 各地域ごとに必要となるサービスを確保することを目指す。
○ どのようなサービスが、どの程度必要かを地域ごとに、より的確に把握する必要。

【地域包括ケアの５つの視点による取組み】
次の５つの視点での取組みが包括的、継続的に行われることが必要。
① 医療との連携強化
② 介護サービスの充実強化
③ 予防の推進
④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
⑤ 高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備（国交省）

出典：厚生労働省資料

① 認知症における病院と地域資源の関係性

高齢者の疾病もそうであるが、認知症医療の連携は病院からスタートする場合



リハビリテーション　居宅介護支援事業所

事例のテーマ▶　外出意欲のきっかけとなった生活背景と、訪問リハビリテーション開始から外出に向けてのチームづくり

脳梗塞後遺症で片麻痺のある高齢者の訪問リハビリテーション利用による外出挑戦へのプロセス

KEYWORD　自己決定　外出意欲　買物　訪問リハビリテーション　エンパワーメント　専門職のチームづくり

◉事例の概要

| | |
|---|---|
| 年齢・性別 | 82歳・男性 |
| 家族形態・介護者 | 妻と長男夫婦と孫２人の６人家族。<br>主介護者は82歳の妻 |
| 要介護度 | 要介護３ |
| 寝たきり度 | A2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | Ⅰ |

■主な病気：脳梗塞後遺症（右片麻痺、運動失語）、高血圧、非弁膜症性心房細動、脊柱管狭窄症、糖病（20代の頃）
■現在利用中のサービス：介護保険サービス：訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、介護保険外のサービス：訪問マッサージ
■利用者・家族の希望と主訴：（本人）リハビリをして今よりももっと歩けるようになりたい。自分でリハビリしないと歩けなくなると思って、毎朝、庭下を３往復歩いている。
（妻）おとっちゃんはもともと人の中に入るのは嫌な人だから、デイサービスに行くのは嫌だし家で介護するしかないなと思う。息子たちと同居はしているけど、若い人は仕事があるから迷惑かけないように、私が元気なうちは介護したい。
■主な生活歴：Aさんは、現住所に暮らし始めたのは脳梗塞発症後であり、もともとは８町に妻と二人暮らしをしていた。６人兄弟の５番目で、男一人ということで若い頃から親を助けて農家を手伝っていた。20代前半で結婚し２人の子ども（長男と次男）に恵まれる。20代後半に高血圧と糖病で10年ぐらい働けず、生活保護を受給していたが、その後は椅子製作所に長く務めた。定年後は妻と二人で畑仕事をして生活していた。年に１回、家族や近所の人たちと旅行に行き、写真を撮るのが趣味だった。70代後半で脳梗塞発症し、８町立病院へ３カ月間入院することになった。

3421　3421