

令和 7 年 5 月 8 日

北海道薬剤師会北見支部 様
北海道看護協会北網支部 様
北海道訪問看護ステーション連絡協議会北見地区 様
北見地域介護支援専門員連絡協議会 様
北見市地域包括支援センター連絡協議会 様
各医療機関 退院支援担当者様
北海道理学療法士会道東支部 様
北海道作業療法士会網走支部 様
北海道言語聴覚士会北網支部 様
北海道栄養士会オホーツク支部 様
北海道歯科衛生士会オホーツク支部 様

北見市保健福祉部 地域包括ケア推進担当主幹
北見市医療・介護連携支援センター長

令和 7 年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業
第 3 回 適切なケアマネジメント手法セミナーのご案内

平素より当市の在宅医療・介護連携推進事業について、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて当市では令和 7 年度の当該事業として「適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業」を実施予定です。本事業は医療系専門職の助言によりケアマネジャーのケアプラン支援を通じ、要介護者の重度化予防に資する取り組みです。これまでは北海道理学療法士会道東支部のご協力をいただき実施しておりました。本年度より当市が主催する高齢者支援ネットワーク会議の医療・介護連携推進部会を構成する団体の皆様に広くご協力をいただきたいと思います。お忙しいところ恐縮ですが、貴団体の会員の皆様へ周知いただくとともに、本事業へのご参画を検討頂きたく存じます。つきましては下記にて本事業の説明会を兼ねた「第 3 回 適切なケアマネジメント手法セミナー」へのご出席を賜りたくご案内申し上げます。

記

日時：令和 7 年 6 月 11 日(水) 18:30～20:00

場所：北見市役所 5 階 505 会議室(オンライン参加も可能)

内容：別添「第 3 回 適切なケアマネジメント手法セミナー実施要項」を参照ください

資料：令和 7 年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業 実施要項

令和 7 年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業 相談手順書

お問い合わせ

北見市医療・介護連携支援センター 担当：関

医療法人社団高翔会 北星記念病院内 電話 0157-51-1244

Email kitami.medicare@nouge.gr.jp

第3回 適切なケアマネジメント 手法セミナー

参加対象：以下の多職種の連携推進に役立つセミナーです

医療系職種

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師・退院支援看護師、
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、
歯科衛生士

介護・福祉系職種

介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士など

行政職など

地域支援事業(生活支援体制、認知症推進事業、在宅医療介
護連携推進事業)の担当者の方

ねらい

「適切なケアマネジメント手法」とは、要介護高齢者本人と家族等の生活の継続を支えるために、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見に基づき、想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント/モニタリングの項目を整理したものです。**ケアマネジャーのみならず、退院支援やサービス担当者会議などの場面で、多職種間で患者や利用者の課題や支援内容を検討する際の共通言語として活用できます。**多くの方に本手法をご理解いただくとともに、**本セミナーは令和7年度のケアプラン支援助言団体の募集を行います。**当該事業への参加を検討されている各団体担当者の方は是非ご出席ください。

日時・場所

日時：令和7年6月11日(水) 18:30～20:00

場所：北見市役所5階 505会議室(オンライン参加も可能)

内容

1. **令和7年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業の説明(10分)**
 - 北見市医療・介護連携支援センター 関 建久
2. **事業参画団体へ向けたメッセージ(10分×2)**
 - 北海道理学療法士会 道東支部 北見地区幹事 米田 将基さん(南部地区地域包括支援センター)
 - 北海道薬剤師会北見支部 理事 大川原 貴志さん(津別病院 薬局長)
3. **適切なケアマネジメント手法と本手法を活用した多職種連携(40分)**

令和6年度の自立支援型地域ケア個別会議で取り上げた事例を用いて多職種連携を理解します

 - 講師：(株)日本総合研究所 創発戦略センター エグゼクティブマネジャー 齊木 大さん
 - 事例提供：北見地域介護支援専門員連絡協議会からの介護支援専門員の方

申し込み

主催

下記のURLかQRコードより申し込み(Googleフォーム)

<https://forms.gle/zwTqZFbnHvzxYiYz6>

締め切り：令和7年6月9日(月) 参加費は無料です

北見市、北見市医療・介護連携支援センター



適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業とは

日常生活動作(ADL)等が低下している要介護事例に対し、適切なケアマネジメント手法を通じ医療専門職より助言(北まるnetグループセッションを活用予定)を行いケアプランへ反映し、心身機能の改善を図り、介護の重度化を防ぐ取り組みです。

助言団体ご応募のお願い

これまでの北海道理学療法士会 道東支部に加え、北見市高齢者支援ネットワーク会議 医療・介護連携推進部会を構成する8つの医療系団体(以下参照)へ参加協力をお願いする予定です。(別添要項をご参照ください)

1 北海道薬剤師会北見支部	2 北海道作業療法士会網走支部
3 北海道看護協会北網支部	4 北海道言語聴覚士会北網支部
5 北海道訪問看護ステーション連絡協議会北見地区	6 北海道栄養士会オホーツク支部
7 北海道理学療法士会道東支部(参画済)	8 北海道歯科衛生士会オホーツク支部

第3回 適切なケアマネジメント手法セミナー実施要項

2025.5.8

北見市医療・介護連携支援センター

1. 目的

令和7年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業を開催するにあたり、当該事業の説明と事業で活用する適切なケアマネジメント手法を関係職種が理解することを目的として開催します。

なお、本セミナーにて、令和7年度のケアプラン支援助言団体の募集を行います。当該事業への参加を検討されている各団体担当者の方は必ずご出席ください。

2. 対象

1) 北見地域介護支援専門員連絡協議会の会員、北見市地域包括支援センター連絡協議会

2) 北見市高齢者等支援ネットワーク会議 医療・介護連携推進部会を構成する医療系職能団体の会員

1	北海道薬剤師会北見支部	2	北海道作業療法士会網走支部
3	北海道看護協会北網支部	4	北海道言語聴覚士会北網支部
5	北海道訪問看護ステーション連絡協議会北見地区	6	北海道栄養士会オホーツク支部
7	北海道理学療法士会道東支部 (参画済)	8	北海道歯科衛生士会オホーツク支部

3) 医療・介護機関や行政機関等で興味のある方

3. 日時・場所

1) 日時：令和7年6月11日(水) 18:30～20:00

2) 場所：北見市役所5階505会議室(オンライン参加も可能)

4. 内容

1) 令和7年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業説明会(10分)

北見市医療・介護連携支援センター 関 建久

2) 事業参画団体へ向けたメッセージ(各10分)

① 北海道理学療法士会 道東支部北見地区幹事 米田 将基さん(北見市南部地区地域包括支援センター)

② 北海道薬剤師会北見支部 理事 大川原 貴志さん(津別病院 薬局長)

3) 適切なケアマネジメント手法と本手法を活用した多職種連携(40分)

(株)日本総合研究所 創発戦略センター エグゼクティブマネジャー 斎木 大さん

5. 主催：北見市、北見市医療・介護連携支援センター

6. 申し込み

1) 申し込み：以下のURLかQRコードより申し込み(Google フォーム)

<https://forms.gle/zwTqZFbnHvzxYiYz6>

2) 締め切り：令和7年6月4日(水) 参加費は無料です



7. その他

1) 適切なケアマネジメント手法を詳しく知りたい方は以下をご覧ください。

[「適切なケアマネジメント手法」の手引きと解説動画](#)(日本総合研究所ホームページ)

[適切なケアマネジメント手法の手引き vol.3](#)

2) お問い合わせ：北見市医療・介護連携支援センター Email kitami.medicare@nouge.gr.jp

令和 7 年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業 実施要項

令和 7 年 5 月 8 日

北見市保健福祉部 地域包括ケア推進担当主幹

北見市医療・介護連携支援センター

1. 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業とは

- 1) 日常生活動作(ADL)等が低下している要介護事例に対し、適切なケアマネジメント手法を通じ医療専門職より助言を行い、ケアプランへ反映するとともに心身機能改善を図り、介護の重度化を防ぐ取り組みです。

2. 経過

- 1) 北見市が令和 5 年度に実施した「全要介護者の介護認定更新時における区分変化率(改善・不変・悪化)の推移」において当該年度に更新申請を行った 4,614 名のうち、悪化者数は 2,179 名で悪化率は 47.1% となり、前年度より 3.1 ポイント悪化しました。
- 2) このうち要支援者(要支援 1、2)の悪化率は 59.5%で、令和元年度比で 17.0 ポイント増加しています。
- 3) 地域包括ケア「見える化」システム(厚生労働省)を用いた、[医療経済研究機構による北見市の調整済み認定率](#)は 2018 年から 2022 年にかけて微減しています。2018 年(18.6%)→2022 年(17.6%)
- 4) しかし今後減少が見込まれる医療・介護資源の影響で医療・介護難民を生まないためには、介護対象者数の減少、悪化率の低減が求められます。
- 5) この課題解決に対し当センターでは、令和 4 年度より理学療法士会等の協力を得て[医療専門職がケアマネジャーに立案するケアプランに対する助言の取り組み](#)を行っていますが活用するケアマネジャーは一部です。
- 6) 北見市が主催する[自立支援型地域ケア個別会議](#)では多職種による適切なケアマネジメント手法を活用した助言を実施しています。扱い数は年 18 事例であり、悪化率を低減させるには量的に充分とはいえません。
- 7) そこで令和 7 年度はケアマネジャーが相談しやすく、業務負担の少ない方法で実施することとしました。

3. 目的

- 1) 多職種からのケアプランに対する助言を通じ、要介護認定者の重度化率の低減を目指します。
- 2) 助言に際しては[適切なケアマネジメント手法](#)を用い、本手法の普及と活用拡大を図ります。
- 3) 令和 7 年度は協力団体を従来の北海道理学療法士会道東支部に加え、他団体からも募集し、多様なケアマネジャーからの多種多様な相談に相談に対する助言に対応します。

4. 方法

- 1) ケアマネジャーの相談及び助言は「[北まる net](#) グループセッション」における掲示板機能を用いて行います。
- 2) 助言団体はこれまでの北海道理学療法士会 道東支部に加え、北見市高齢者支援ネットワーク会議 医療・介護連携推進部会を構成する 8 つの医療系団体(以下参照)へ協力を求めます。

1 [北海道薬剤師会北見支部](#)

2 [北海道作業療法士会網走支部](#)

3 [北海道看護協会北網支部](#)

4 [北海道言語聴覚士会北網支部](#)

5 [北海道訪問看護ステーション連絡協議会北見地区](#)

6 [北海道栄養士会オホーツク支部](#)

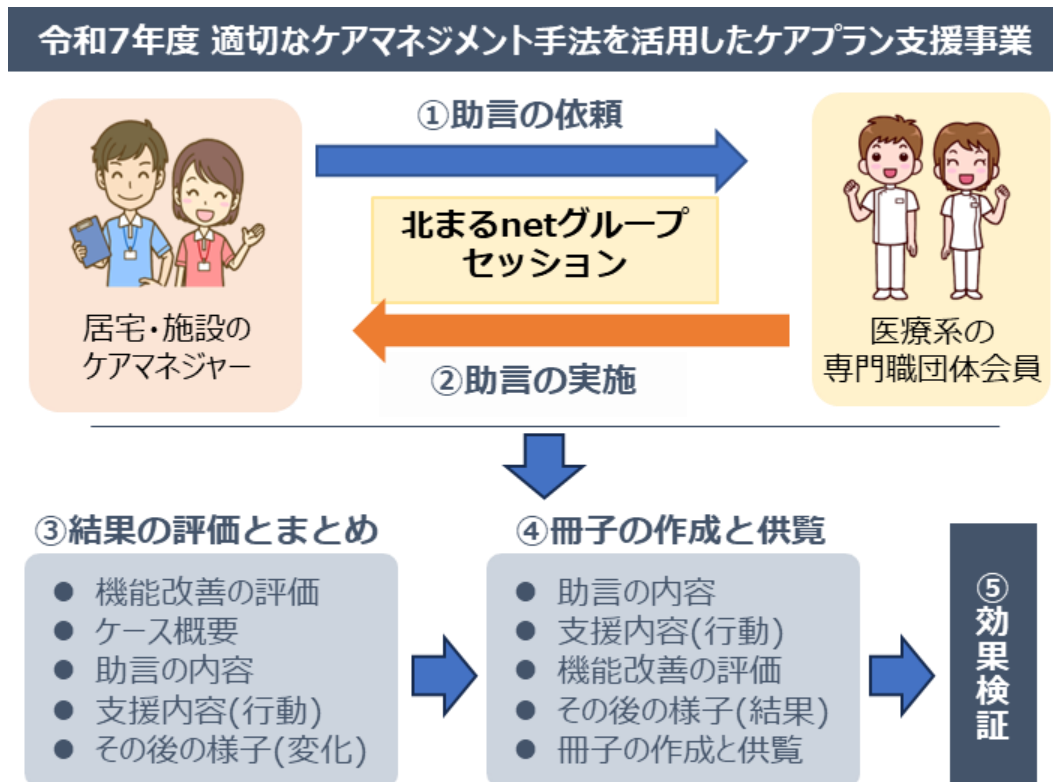
7 [北海道理学療法士会道東支部](#)(参画済)

8 [北海道歯科衛生士会オホーツク支部](#)

- 3) 助言の具体的方法、手順については別に定めます。(令和 7 年度 適切なケアマネジメント手法を活用した

ケアプラン支援事業 相談手順書を参照)

5. 実施主体
 - 1) 北見市
 - 2) 北見市医療・介護連携支援センター
6. 協力団体
 - 1) 北見市地域包括支援センター連絡協議会
 - 2) 北見地域介護支援専門員連絡協議会
 - 3) その他、医療・介護連携推進部会に参加を希望した8つの医療系職能団体(予定)
7. 費用
 - 1) 本事業に関わる費用(助言に対する報酬や相談にかかる負担等)はありません。
8. 事業のスケジュール
 - 1) 5月上旬：事業要項の決定、医療・介護連携推進部会に参加する8つの医療系団体への参画依頼。
 - 2) 6月11日：事業説明会(ケアマネジャー、医療系団体)及び、適切なケアマネジメント手法セミナー(同日開催予定)の開催。
 - 3) 7月初旬：事業開始。
 - 4) 12月中旬：事業終了、関係者に対するアンケート調査実施。
 - 5) 1月中旬：事業評価と事業報告会の開催、次年度事業に向けた検討。
9. 事業の概観図(参考)



本手順書は「令和 7 年度適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業」における相談、助言の手順を示したものです。多くの関係者が本事業を活用し、介護の重度化予防に役立つことを願います。

1. 北まる net の登録(皆様へ)

1) 北まる net の登録をしていない方は登録を行います。

- [北見市医療福祉情報連携協議会](#)へアクセスし、「利用申請書・利用者届け出」をダウンロードします。
- 「[グループセッションに参加するには](#)」を参照してください。
- 「北まる net 利用者届」に必要事項を記入し、協議会事務局(北見医師会)へ[メール](#)します。
メールアドレス keiri.kma@flute.ocn.ne.jp
- 協会事務局より北まる net の ID・パスワード、北まる net グループセッションの ID・パスワードを受け知ります。

2) 北まる net グループセッションへログインできるか確認する。

- [北まる net グループセッションの紹介](#)を参照してログインしてください
https://kitamaru.net/slide/gs_intro/#0
- [北まる net](#) を開く

2. 相談申し込み(ケアマネジャーの方へ)

- 1) 相談者(ケアマネジャー)は事務局(北見市医療・介護連携支援センター)へ事業所名、職種、氏名、電話、メールアドレスを記載し送信します。(これが申し込みです)
- 2) メールタイトルは「令和 7 年度 適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業」としてください。
- 3) 事務局より申し込み受付の返信をメールします。その際、北まる net グループセッション「掲示板」のスレッド名をお知らせします。(このスレッドに相談を投稿します)
- 4) スレッド名は「R7 ケアプラン支援No.★」となります。(★は事務局が付与します)
 - スレッドとは、特定の話題に関する投稿の集合体のことです。主に SNS やフォーラムで使用され、特定の話題(今回は相談ケースごとのスレッドになります)に関する投稿の集合体を指します。例えば、あるユーザーが投稿した質問や意見に対し、他のユーザーが返信をすることで一つの流れが生まれます。

3. 相談の登録(ケアマネジャーの方へ)

- 1) 相談者(ケアマネジャー)は北まる net グループセッション「掲示板」を開き、指定されたスレッド名に初回相談内容を登録します。グループセッション「掲示板」は令和 7 年 5 月に開設予定です。
- 2) 初回相談内容は以下を記載します。
 - 事例概要(年齢、性別、要介護度、世帯構成、相談と関連する主病名、利用サービスと回数)
 - 相談したいこと(聞きたい職種を特定してもよし)
 - 相談したいことに対する適切なケアマネジメント手法の基本ケア項目または疾患別ケア番号と項目名を

記載します(3 つまで)。

「[適切なケアマネジメント手法](#)」の手引きと解説動画」(日本総合研究所ホームページ参照のこと)

- その他(ご自由に記載ください)
- 記載の参考として[令和 6 年度自立支援型地域ケア個別会議事例集](#)をご活用ください。

3) 事務局で初回相談内容の登録を確認後、登録した医療専門職へ相談開始メールを送信します。

4. 相談の開始(皆様へ)

1) 医療専門職の皆様は、事務局(北見市医療・介護連携支援センター)より初回相談内容の登録メールが届いたら、北まる net グループセッションの「掲示板」を開き、指定されたスレッド名を開きます。(以下例)

GROUPSESSION 田中 隆男 ログアウト

掲示板 [フォーラム一覧]

新着スレッド一覧

- 全社共通フォーラム
- 新商品のアイデア
- 要望・不具合
- ミーティング議事録
- 売上報告
- セミナー報告

フォーラム

フォーラム	最終書き込み日時	メンバー
全社共通フォーラム	2020/07/09(木) 11:01:36	
- 売上報告	2020/03/12(木) 10:58:56	
- 新製品・意見		
- 要望・不具合	2020/03/12(木) 13:07:27	
- 共通情報フォーラム	2020/03/10(火) 14:03:08	
- セミナー報告	2020/03/11(水) 14:53:12	

2) スレッド名は「R7 ケアプラン支援No.★」となります。★は事務局が付与します。

- 初回相談内容の内容を確認してください。(閉じる際は必ずログアウトしてください)
 - 医療専門職の皆様で質問がある場合は簡潔にスレッドにてお尋ねください。
 - ケアマネジャーから回答がありましたら、支援に関するご意見を投稿してください。その際、適切なケアマネジメント手法のケア項目(基本ケア項目・疾患別ケア)も併せてご記載ください。(3 つまで)
- 「[適切なケアマネジメント手法](#)」の手引きと解説動画」(日本総合研究所ホームページ)

3) 相談者(ケアマネジャー)は医療専門職からの助言に対し回答します。

- 医療専門職からの投稿があっても相談者へ通知はありません。一日一回は北まる net を開いてください。(サーバーに負荷がかかりますので、確認後はブラウザを閉じるかログアウトを押して必ずページを閉じるようにしてください)
- 助言の最初の数回は専門職からの質問があります。簡潔にご回答ください。
- 医療専門職の皆様は簡潔で結構ですので、多くの助言をご投稿ください。

5. 助言の終了(ケアマネジャーの方へ)

1) 相談者(ケアマネジャー)は助言がまとまったら、助言により変更・修正した支援内容を記載します。この時点で

助言の受け付けは停止となります。

- 2) 変更した支援内容のまとめを投稿します。(これで一旦休止となります)
- 3) 助言を受けた相談者(ケアマネジャー)は、変更・修正した支援内容を実施します。

6. 支援の結果(ケアマネジャーの方へ)

- 1) 助言を受けた相談者(ケアマネジャー)は、変更・修正した支援内容の約 60 日後に支援結果を相談⇔助言スレッドへ投稿します。以下を参考に記載してください。
 - 実施した支援内容(適切なケアマネジメント手法の基本ケア項目も記載してください)
 - 利用者・家族の変化
 - ケアマネジャーの振り返り

7. 事業の終了

- 助言 (医療専門職⇔ケアマネジャー)のやり取りを事務局(北見市医療・介護連携支援センター)が確認します。
- 今年度事業が終了後に事務局で事例集を作成します(相談者が特定できないよう加工します)。
- 完成は令和 8 年 3 月頃の予定です。(参考)[[令和 6 年度 自立支援型地域ケア個別会議事例集](#)]
- 事例集が出来たら関係者へ供覧します。

8. 助言 (医療専門職⇔ケアマネジャー)のやり取り(例)

やり取りの例を以下にご紹介します。相談や助言の参考としてください。多くの情報を提供する必要はありません。廊下での立ち話程度のやり取りが望まれます。相談者と助言者双方の労力を軽減するためです。

1) 事例 1(例)

R7 ケアプラン支援No.★★		事例タイトル：疾病の再発予防のための自己管理体制の整備
1	事例概要	50 代男性・要支援 2・妻と二人暮らし 主な疾患：脳内出血（左軽度片麻痺）→左軽度片麻痺、高血圧 利用サービス：訪問リハビリテーション（1 回/週:60 分） 生活歴：夫婦で自営業。左麻痺は改善しているが、計算能力、記憶力が低下。
2	相談内容	# 1:疾病管理の理解の支援 血圧、水分量、喫煙本数、食事のバランス等が把握できておらず、疾病の再発リスクがある。生活リズムが不規則である。 # 41:将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 本人や家族がどのような事に注目し、今後の生活を継続する支援を検討したい。
3	質疑	ケースに関する質疑応答が行われます
4	専門職の意見	# 1:疾病管理の理解の支援。 自分の体調を自分で把握できているか、自分で血圧を測って病院で診てもらう。 服薬を継続する事が重要。 # 24:継続的な服薬管理の支援、# 25:体調把握と変化を伝えることの支援。 自分の疾病の理解をする事や安静時の疼痛の緩和を図る処方の検討。 # 41:将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援。

		本人の強い意向が他にあるのではないか？妻が常に話に入っているのならば、一度ケアマネと本人 2 人のみで話す機会を設けるのも有効。 #19:将来の生活の見通しを立てることの支援。 これができなくなったら店の営業は厳しくなるといった事はあるか確認。
5	助言後の取り組み	歯科受診を勧める。 訪問リハ時、動作時の痛みがどの程度強くなるかを話し報告を求めた。 血圧を毎日測って記録し、受診時に医師へ見てもらう事を勧めた。 普段の食事の内容を聞いた。（支援内容をどのように実施したか） 本人と二人で話す機会を設け、本人、妻に今後できなくなると今後の営業に影響する事を確認する。
6	利用者等の変化	血圧は毎日計測し記録しており安定している。 歯科受診は話をして検討中ではあるが未受診。 訪問リハ時、仕事中痛みが出る作業に助言もいただくが痛みが変わる事はない。 時々徒歩で買い物に行く等有酸素運動を意識している。 調理器具の使用困難や、長時間立位ができなくなった時には営業は難しいと判明。
7	ケアマネの気づき	動作時と安静時に痛みの種類が違くと、効果のある薬も変わることが分かった。 歯や日常的な食事での栄養、睡眠、運動などの疾病への関連性が分かり、広い考察や支援のきっかけとなった。

2) 事例 2(例)

R7 ケアプラン支援No.★★		事例タイトル：丁寧な面談により継続的な服薬管理ができた支援
1	事例概要	80 歳代、男性。要介護。 主な疾患:うつ病、前立腺がん、逆流性食道炎、慢性胃炎、膝痛、白内障、高血圧 利用サービス:訪問介護週 1 回、乗降介助 生活歴:会社員。数年前妻が死去。食事作りやパークゴルフなど活動的。温厚で、誰に対しても優しい性格で友人も多い。
2	相談内容	#5:望む生活・暮らしの意向の把握 車が運転できなくなり、精神状態が不安定になってしまうのではないか。 #24:継続的な服薬管理の支援 自己判断で薬をやめてしまっている。医師や薬剤師に相談することを勧めても同意が得られない。最近は認知機能の低下もある。薬の理解や、飲み忘れの心配もあり、体調不良に繋がるリスクが高くなっている。
3	質疑	ケースに関する質疑応答が行われます
4	専門職の意見	#5:望む生活・暮らしの意向の把握 車を手放すメリットデメリット、家族の意向を確認。協力を得られるかどうか、将来の準備に向けての共通認識をもつのはどうか。パークゴルフのみでなく、自宅周囲など外に出る機会の確保、デイケアやデイを検討するタイミングである。 調理・買い物は ADL を保つために有益な事で、本人の強みを大切にしているかどうか。 #24:継続的な服薬管理の支援 疾病の理解や再発予防、必要な薬の精査を医師または薬剤師へ相談。1 日 2 食で

		痩せ気味なので食事の確認、薬の飲み方、肺炎・誤嚥防止・健康維持のための口腔ケアが重要。
5	助言後の取り組み	#5:望む生活・暮らしの意向の把握 車を手放すメリットデメリット、家族の意向を確認した。 #24:継続的な服薬管理の支援 疾病の理解や再発予防、必要な薬の精査を医師または薬剤師へ相談。
6	利用者等の変化	#5:望む生活・暮らしの意向の把握 車を手放す決断をされた。距離がある所へは、家族の送迎、夏は自転車を検討。電動自転車に買い替えようかと意欲的であった。デイスサービスには拒否があった。 #24:継続的な服薬管理の支援 薬局薬剤師へ相談。次回処方箋時に残薬も一緒に持って行き整理した。 薬剤師の訪問は拒否があったが、ご本人より薬局に頼んでみるとの意向が確認できた。
7	ケアマネの気づき	本人も実は薬の多さや、飲み忘れに困っていたと本音をお聞きでき、一緒に解決しようという関心を持ってくれた。現在の支援内容を疑問に思ったり、掘り下げて聴き取りしていかなければならないと痛感した。ケアマネジャーの思い込みが多いことに気づいた。 疾患や困りごと、サービス選択のみに焦点を合わせている事が多かったと反省。限られた時間で書類を作成せねばならぬが、丁寧にアセスメントしなければならないなと感じた。