

口演 | 医師・医療/ケアマネジメント

■ 2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 ■ 第6会場 (海峡メッセ下関 8F 804会議室)

## [O-MB02] 医師・医療2/ケアマネジメント

座長：内藤 アツ子 (介護老人保健施設原)

16:00 ~ 16:08

[27-O-MB02-01]

『老健で薬を減らし、眠剤を無くそう！』  
—きっといい事あるかも?—

山梨県 ○小澤 真寿美, 今井 捷史, 杉田 完爾 (介護老人保健施設ノイエス)

16:08 ~ 16:16

[27-O-MB02-02]

介護老人保健施設での服薬簡素化実施について

東京都 ○森山 周平<sup>1</sup>, 日下部 光司<sup>1</sup>, 石田 千尋<sup>1</sup>, 河内 裕子<sup>1</sup>, 鈴木 保宏<sup>1</sup>, 岩田 紗弓<sup>2</sup> (1.大森平和の里, 2. 牧田リハビリテーション病院)

16:16 ~ 16:24

[27-O-MB02-03]

一緒に見つけるあなたらしい暮らし

静岡県 ○酒井 美樹 (介護老人保健施設西山ウエルケア)

16:24 ~ 16:32

[27-O-MB02-04]

ケアマネジメント体制の強化

~ケアがつながるチームの力~

群馬県 ○下藤 初代, 閑 裕樹, 猪瀬 佳子, 須藤 一樹, 高橋 真紀, 高玉 真光 (群馬老人保健センター陽光苑)

16:32 ~ 16:40

[27-O-MB02-05]

人生会議でアセスメント

~ターミナルケアのニーズをキャッチ~

大阪府 ○山本 一哉 (松原徳洲苑)

16:40 ~ 16:48

[27-O-MB02-06]

生成AIを活用したケアプランの原案作成に関する研究

埼玉県 ○小林 勝和, 橋本 昌幸 (大宮ナーシング・ピア)

口演 | 医師・医療/ケアマネジメント

2025年11月27日(木) 16:00～17:00 第6会場 (海峡メッセ下関 8F 804会議室)

**[O-MB02] 医師・医療2/ケアマネジメント**

座長：内藤 アツ子 (介護老人保健施設原)

16:00～16:08

**[27-O-MB02-01] 『老健で薬を減らし、眠剤を無くそう！』**

ーきっといい事あるかも？ー

山梨県 ○小澤 真寿美, 今井 捷史, 杉田 完爾 (介護老人保健施設ノイエス)

**はじめに**

老健の入所予定者は、入所前に複数の医療機関から複数薬剤を投与されている場合が多いが、自宅における服薬アドヒアランスは決して高くはない。入所後は服薬が徹底され、半数以上の入居者が10種類を超える薬剤を全て服用することになるが、このポリファーマシーは、服用する入所者、服用を手助けする看護師・介護士の重荷になるだけでなく、複数薬剤の相互作用による臓器障害のリスクを増大させ、薬剤購入費用の増大が老健の経営を圧迫する。

また、老健の入所者の大多数は眠剤を処方され、午前中はぼんやりしている傾向があり、転倒・骨折のリスク要因になっていることが指摘されている。

ノイエスでは、令和5年4月からポリファーマシー改善計画、10月から眠剤ゼロ計画を開始し、令和6年度中にほぼ達成されたので報告する。

**方法****1. ポリファーマシー改善計画**

薬剤購入費用や投与薬剤数の多い順番に入所者10人程を毎月ピックアップし、施設長、薬剤師、看護師長の三者が入所者の既往歴と現病に関する協議を行いながら、減薬・中止の可否と安価な同効薬剤・ジェネリック薬剤への変更を順次行なった。

**2. 眠剤投与ゼロ計画**

眠剤投与を原則中止とし、眠剤を強く要求する入所者には偽薬（ミンティア）を手渡した。

**結果****1. ポリファーマシーの改善**

投与薬剤数は1年後に平均5種類程度に減少し、入所者と看護師・介護士の負担が大きく軽減した。内服薬剤の年間入費が1年後に約2/3に、2年後には約1/3に減少した。原因不明を含む病院への転送が、令和4年度の23件から、令和5年度の21件を経て、令和6年度は12件に減少した。

**2. 眠剤投与ゼロの達成**

眠剤投与を原則中止とした当初は、不眠を訴え、眠剤を要求する入所者が多数存在したが、多くは偽薬が著効した。半年後には、不眠を訴える入所者がほとんどいなくなり、眠剤ゼロを達成できた。朝食の摂取時間が短縮するなど、午前を中心にADLが活発化した。転落・転倒の件数の減少傾向は認められなかったが、骨折は、令和4/5年度の5/4件から令和6年度は1件まで減少した。

**まとめ**

ポリファーマシーの改善・解消は老健に課された重要な責務の一つであり、様々なプラス効果をもたらす。眠剤を長期間投与されてきた入所者においても眠剤の中止は可能である。

口演 | 医師・医療/ケアマネジメント

2025年11月27日(木) 16:00~17:00 第6会場 (海峡メッセ下関 8F 804会議室)

## 【O-MB02】医師・医療2/ケアマネジメント

座長：内藤 アツ子 (介護老人保健施設原)

16:08~16:16

## 【27-O-MB02-02】介護老人保健施設での服薬簡素化実施について

東京都 ○森山 周平<sup>1</sup>, 日下部 光司<sup>1</sup>, 石田 千尋<sup>1</sup>, 河内 裕子<sup>1</sup>, 鈴木 保宏<sup>1</sup>, 岩田 紗弓<sup>2</sup> (1.大森平和の里, 2.牧田リハビリテーション病院)

【目的】2024年5月日本老年薬学会の高齢者施設の服薬簡素化提言を受け当法人、介護老人保健施設「大森平和の里」で実施することでどのような結果が生じるか検討した。

【方法】当法人、介護老人保健施設「大森平和の里」は入所100床であり同一法人牧田リハビリテーション病院より薬剤師が非常勤として週2回出向している。

2024年5月に日本老年薬学会からの「高齢者施設の服薬簡素化提言」である「服薬回数を減らすことには多くのメリットがある」、「服薬は昼1回に：昼にまとめられる場合は積極的に検討する」を受け、薬剤師が起点となり事前アンケートの実施、服薬簡素化提案を行い医師看護師介護士で提案内容を精査しそれぞれの職種の立場から意見を出し合い実施につなげた。

アンケートは、3回実施した。1) 2024年9月医師、看護師、介護士、相談員を対象とした服薬に関して、2) 11月利用者様を対象とした服薬に関して、3) 2025年4月看護師、介護士を対象とした服薬簡素化後の業務軽減に関しての内容で、服薬について興味関心と服薬簡素化の評価を行った。

また服薬簡素化の対象期間は、2024年12月時点の服薬内容で2025年1月に服薬内容を精査し、2025年2月に実施した。

【結果・考察】服薬についてのアンケート内容は医療従事者と利用者様双方に他者の服薬数が多いと感じることがあるかや服薬回数を減らしたらよいと思うかなどで、医療従事者だけではなく利用者様も関心があることが確認された。処方内容変更提案件数は30件で変更になったのは9件で内訳は用法変更7件(分2朝夕を分1昼、分1朝or夕を分1昼へ)、内服一部中止が1件、アレンドロン酸35mg服用曜日変更が1件であった。アレンドロン酸35mgは起床時に服用する骨粗鬆症治療薬であるが服薬忘れがある事例があり曜日を統一した。

変更不可事例はいくつかあるがもっとも多かったのは利用者様のこだわりであった。それは下剤の服用を複数回から1回へ変更することで排便状況変化に対する不安や長年服用している用法からの変更拒否である。他はバイタルなどの状態が安定していないなどであった。

処方内容変更につながったのは9件と入所床100に対して10%程度しか実行できなかったが看護師・介護士より1件でも服薬関連の業務負担が減ることで身体的・心理的因子が軽減されたとしても感謝された。また同一法人内のため職員同士の隔たりがなく議論をすすめることができ多職種連携の活性化につながった。

取り組みにあたって不十分な対応として日本老年薬学会がリリースしている高齢者施設の服薬簡素化フローチャートに沿って行えなかったところがあった。それは利用者様への説明が後手となってしまったことである。利用者様への変更説明は薬剤師より行う予定であったが処方変更反映させる前におためしで用法変更をおこなったため十分説明されず利用者様から何故と意見があがってしまった。

結果説明は事後となってしまったが利用者様から服薬回数が減ってよかったという報告があり大きな不満つながることはなかった。

2025年7月より新規利用者様を対象に薬剤師が初回面談を開始した。入所時に服薬に関する問題点をより早期に把握し、多職種と今まで以上に連携を図り、服薬簡素化提言を推進していった

い。その結果、利用者様への適正な薬物療法、医療従事者の業務効率改善が向上すると考える。

口演 | 医師・医療/ケアマネジメント

■ 2025年11月27日(木) 16:00～17:00 ■ 第6会場（海峡メッセ下関 8F 804会議室）

## [O-MB02] 医師・医療2/ケアマネジメント

座長：内藤 アツ子（介護老人保健施設原）

16:16～16:24

## [27-O-MB02-03] 一緒に見つけるあなたらしい暮らし

静岡県 ○酒井 美樹（介護老人保健施設西山ウエルケア）

（はじめに）

介護老人保健施設西山ウエルケアは、静岡県初の介護老人保健施設として1989年に開設した。入所定員148名。短期入所の利用も行っている。西山ウエルケアは加算型から在宅強化型の取得を目指している。家に戻りたいという本人や家族の想いを聞き、当施設職員や他事業所とともに家に戻るための検討を行った。事例を通して家に戻るための支援が適切であったか、適切なケアマネジメント手法を用いて見落とししていた部分がなかったか確認し、本人らしく暮らすために必要なことは何か考えることが出来たので報告する。

（事例紹介）

A様76歳男性要介護4。妻と2人暮らし。2024.10仕事中に意識障害と左片麻痺を認め、救急搬送。心原性脳塞栓症と診断を受けた。2024.11リハビリ専門病院に転院。リハビリテーションで左片麻痺は中程度まで改善したが、端座位保持は介助が必要で実用的な歩行の獲得はできなかった。家の前の段差が13段あり、屋内も段差があり、施設での生活を検討。本人は家に戻りたいと希望したが、戻れないと知り意気消沈した。リハビリも消極的になってしまったため、老健ではゆっくりリハビリテーションを継続してほしいと本人家族から希望があった。老健から特養への入所に向け、今の状態を維持することを目的に2025.2.27西山ウエルケアに入所。HDS-R17点。ティルト機能付きリクライニング車いすを使用し、20分ほどの座位保持で尾てい骨部に痛みが生じてしまう状況。仰臥位から右側臥位への寝返りはベッド柵を持って自身で可能。起き上がることは困難。立位保持は掴まって30秒程度可能な状態であった。2025.5.19入所して3か月がたつ頃、妻に意向確認をすると「家に戻ることをずっと考えていて、今も家に戻りたいと思っている。夫に私のご飯を食べさせてあげたいの」と話があった。本人も「家に戻りたい」と希望があり、家に戻ることを検討した。在宅生活では、1)家の前に段差が13段あること、2)本人が寝たきり状態で常に介助が必要だが介助者は妻しかいないこと、また、妻から「家に戻ったら毎日デイケアに行き、毎週ショートステイを1泊2日で利用したい。朝食と夕食は私が作った物を食べてもらいたい」と希望があり、1)2)の状態ですべての希望が実現できるか、対策を考えた。1)については、階段昇降用リフトを検討。着脱式の車いすを使用し、介護者が押して階段を上り下りするため、ウエルケアにデモを福祉用具事業所に持ってきてもらい確認した。しかし家のコーナーでは幅が足りず、使用できないことが判明した。家の構造上、車いす用電動昇降機が適切と工務店の意見があり設置することとなった。2)については、本人が寝たきり状態のため、介護方法を指導する必要があった。妻の面会を利用し、介護職員やリハビリテーション職員から指導してもらうこととした。その中で移乗サポートロボット Hug を使用した方が、本人や妻の負担軽減になるとリハビリテーション職員より話があった。妻に移乗介助の指導をしていく中、スライディングボードが一番移乗しやすいことが分かり、スライディングボードを使用することとなった。3)については、デイケア、ショートステイを組み合わせ、毎日の利用を希望しているため、居宅ケアマネやデイケア、ショートステイ、福祉用具や介護タクシー等他事業所と退所後のサービス利用について確認をした。区分支給限度基準額が大幅に超えてしまうことが分かり、妻の予定を確認し、本当に毎日の利用が必要なのか、福祉用具はどのようなものが必要なのか、本人と妻を含め検討した。また、適切なケアマネジメント手法を用いて、聞いていなかった

た情報や、見落としているところがないか確認した。すると、望む生活・暮らしの意向の把握、将来の生活の見通しを立てることの支援、一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることへの支援、将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援を見落としていたことが分かった。見落としていた部分が多く情報が不足していたため、課題が次々と出始め、予定していた日に退所することが出来なくなってしまった。

(まとめ)

A様のように、脳塞栓症を発症し、家に戻れないと判断される方は多く、本人も家族も家で暮らすことを諦めざるを得ない。しかし、どんな状態であっても家に戻りたいと思うことはごく自然なことで、突然突きつけられる家に戻れないという事実は、本人も家族も生きていく意味を見失ってしまうと思われる。A様は現時点では在宅復帰できておらず、調整している段階である。適切なケアマネジメント手法を使用することで、見落としていると感じた情報を聞き出し、言葉では表されない本人や家族の態度やしぐさを見て、自分なりに仮説を立てることで見落としていたものが見えてくるかもしれない。利用者には今までの人生があり、夫婦での思い出や生活習慣がある。妻の「家に戻りたいとずっと思っていた。私が作ったご飯を食べさせてあげたいの」という言葉にはどういう思いがあるのか。利用者や家族の生活歴、夫婦関係等を知らなければ、どうして家に戻りたいのか、家に戻って何がしたいのか、今後の人生はどうしていきたいのか本人や本人を取り巻く環境を知らなければ、想像することは出来ない。このことに気づいていなければ、私は勝手にリスクのみを想像をし、家に戻ることはできないと判断していたかもしれない。また、多職種が考える課題を聞き、多職種からの視点をもらいながら情報を集めることで、想定される支援をより深く考えることが出来ると思う。今回の事例では情報が極端に不足していたと感じている。また、多職種との連携も不足していたと感じている。今後は、総合的に利用者を把握し、必要な視点、想定される支援を想像し整理した上で本人らしい暮らしが出来るよう本人や家族と一緒に考え、多職種の意見を聞きながら支援していきたいと思う。

口演 | 医師・医療/ケアマネジメント

2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 第6会場 (海峡メッセ下関 8F 804会議室)

**[O-MB02] 医師・医療2/ケアマネジメント**

座長：内藤 アツ子 (介護老人保健施設原)

16:24 ~ 16:32

**[27-O-MB02-04] ケアマネジメント体制の強化**

~ケアがつながるチームの力~

群馬県 ○下藤 初代, 関 裕樹, 猪瀬 佳子, 須藤 一樹, 高橋 真紀, 高玉 真光 (群馬老人保健センター陽光苑)

**はじめに**

当施設では、利用者一人ひとりの「その人らしい暮らし」を支えるケアの実現に向けて、ケアプランをサービス提供の原点と位置づけている。

平成23年4月にR4システムを導入し、入所の目的や自立支援の目標を明確にする仕組みを整えた。

施設の兼務ケアマネが中心となり、多職種と連携しながらケアプランの作成と運用を行う体制を構築してきた。

**背景と目的**

看護・介護職員が各利用者の担当を持ちケアプランの骨子を作成している。

平成26年11月には、ケアマネ資格を持たない10年以上の中堅職員を対象に「ケアプラン推進員」に任命した。これは、利用者に最も近い立場にある職員が入所から退所後の生活までを見据えた視点で支援に関わることの重要性に着目した取組である。

推進員は、担当グループ内の職員にケアプランの骨子を作成するための指導を行っている。さらに、令和5年11月には、専任のケアマネ科長を配置した「ケアマネ科」を新設。兼務ケアマネや推進員の統括を通じ、ケアマネジメントの体制強化とケアプランの実効性向上を図る組織体制の整備が目的であった。

**取組の概要と成果****1) カンファレンスの定着と開催要領の導入**

週2回午後開催していたカンファレンスは、時間帯を午前に変更した。介護職員をはじめとする多職種が参加しやすくなり出席率が向上した。さらにカンファレンスの目的や進行手順を文章化して「開催要領」として整備し、ケアマネによる進行の統一化を図った。

結果として、会議の質は向上し、利用者のニーズを多角的に捉える話し合いが可能となった。

**2) ケアマネ運営会議新設**

ケアマネの知識やスキル向上を目的としたケアマネ運営会議を設置。加算や制度の動向を含めケアマネ同士でケアプランの考え方や表現の統一、施設・地域を取り巻く環境に関する情報共有を行い、支援の一貫性が高まった。

**3) ケアマネ業務の役割分担と会議の体制整備**

ケアマネ業務・推進員の業務効率化と責任の明確化を目的に、「ケアマネ分掌業務」「ケアプラン推進員役割分担」を策定した。

また、各加算に係る会議の主催などを各ケアマネに役割を与え分担した。ケアプランの変更が必要な場合にはカンファレンスを開催し、ケアプランの内容を見直す体制も整えた。これにより、変更内容が速やかにサービスに反映される運用が定着しつつある。

**4) 多職種参加型「ケア方向性会議」新設**

月1回、利用者の在宅復帰に向けたリハビリの進捗、退所後の生活環境整備、訪問指導の時期や内容について、多職種で具体的な話し合いを行っている。

会議に参加できなかった職員には、議事録や介護ソフトを用いて情報共有を行い、職員全体で

利用者の方向性を共有する仕組みを構築した。

#### 5) LIFE評価項目を意識した「利用者アセスメントシート」導入

当苑では、評価ツールとして、ICFに基づく、R4システム「ICFステージングシート」を活用している。

今回、LIFE評価項目を意識した当苑独自の「利用者アセスメントシート」を作成し導入した。これにより、入所時からケアプラン見直しの時点における状態変化を比較でき、利用者の状態像を多職種で共通の認識とすることが可能となった。

アセスメントは、ケアの振り返りや見直しにも活用され、質の高いサービスの提供につながっている。

こうした一連の取組によって、会議が形だけでなく実のある会議となり、職種を超えた「つながり」を育みながら、利用者一人ひとりに応じた在宅復帰支援が実現しつつある。

ケアマネはその中核としてリーダーシップを発揮し業務にあたっており、職員間の連携や意思疎通が自然と生まれるようになった。特に若い職員によっては、他職種の視点に触れながら、自身の役割を理解し深める学びの場ともなっており、人材育成という側面でも一定の成果が上がっている。

#### 考察

今回の取組を通じて、ケアマネジメントの質を高めるには、「共通の目標」「共通のツール」「共通の対話の場」という3つの柱が重要であることが明らかになった。

多職種はそれぞれの専門性を活かしながら、利用者一人ひとりの生活の全体像を捉え、支援の方向性を揃えるには、共通の土台が必要であった。

ICFステージングやLIFE評価項目といった共通言語を活用することで、利用者の状態や変化を客観的に捉えやすくなり、支援の見直しや方針決定がスムーズに行えている点は大きな成果である。

また、会議体制の整備によって、ケアマネが多職種連携の調整役として機能することで、支援方針の統一が図れた。会議の目的を共有し、進行方法を標準化したことで、会議そのものが、「話し合うための場」から「ケアを前に進める場」へと変化している。職員同士の対話の質が高まり、それぞれの利用者の生活に主体的に関わる意識も育まれてきた。こうしたことでチームケアとして支援の方向性に統一感が出てきた。

さらに、在宅復帰支援という老健の役割を見据えたうえでも、今回の会議体制と評価ツールの連動は有効であった。リハビリの進捗、退所後の生活設計、訪問支援の調整など具体的に話合ができる場があることで、施設ケアと在宅生活の接続が現実的かつ具体的なものとなった。今後は、以上の取組を施設内にとどめず、地域関係者や居宅サービ事業所、家族とも共有し連携強化して行く必要がある。職員一人ひとりが自分の役割を理解し、相互に尊重し合いながらつながる支援を続けていくことが、今後の課題であり、可能性でもある。

#### まとめ

会議体制の整備と評価ツールの活用により、ケアマネジメントの質が向上し、多職種連携による在宅復帰支援が強化された。

ケアマネが中心となることで、チームの方向性が統一され、実効性ある支援体制が構築された。今後も地域と連携しながら、質の高い支援を継続していきたい。

口演 | 医師・医療/ケアマネジメント

■ 2025年11月27日(木) 16:00～17:00 ■ 第6会場 (海峡メッセ下関 8F 804会議室)

## [O-MB02] 医師・医療2/ケアマネジメント

座長：内藤 アツ子 (介護老人保健施設原)

16:32～16:40

## [27-O-MB02-05] 人生会議でアセスメント

～ターミナルケアのニーズをキャッチ～

大阪府 ○山本 一哉 (松原徳洲苑)

【はじめに】当施設では以前からターミナルケアを提供している。ターミナルケア開始の為の状態説明(以下IC)を施設医師が行い、当施設でのターミナルケアを希望されるご本人やご家族の意向に沿ったケアを提供するのが当施設でのターミナルケア開始までの手続きとなる。対象となるご利用者の日々変化する状態を看護師からご家族に報告しているため、ICの段階で積極的な延命治療を希望されるご本人やご家族は多くはない。しかし、延命治療を選択しないという罪悪感に責められるご家族や、状況を受け入れられずどうすればいいのか結論を出せないままご本人が最期を迎えられ、ご家族として「何もしてあげられなかった」という終末を過ごされた事例も存在した。そこで、近い将来医師から終末期についてのICがあると想定されるご利用者家族に人生会議をケアマネジャーが行うという取り組みを当施設の「看取りの介護委員会」の協力を得て試みたので報告する。人生会議を活用したのは、終末期に近いご利用者とそのご家族のニーズを抽出するには既存のアセスメントツールでは不十分であり、人生会議の記録が終末期のニーズを反映するのに適していると考えたからである。【目的】ご利用者の状態変化からターミナルケア開始までにご家族様に方向性の検討と心の準備をしていただく時間を作り病状説明の際の心の痛みを軽減できる援助を行う。また、人生会議の記録をご利用者及びご家族とともに作成することで、具体的な終末期のニーズをケアプランに反映できるかを検証し、実用化することを目的とした。【方法】日々の申し送りから近い将来ターミナルケアに向けた病状説明が想定されるご利用者様家族に面談を実施し、小規模な人生会議を実施した。【経過】・事例1：A様 享年87歳男性 食事摂取量の激減から改善が見られず、老衰と全身衰弱による終末期にあると施設医師が判断したご利用者様。施設医師からご家族へ病状説明を行い、当施設での看取りを希望されるか胃瘻造設等の治療を受けられ延命を望まれるかをご家族に判断していただくが、ご長男様は看取りを希望され、ご長女様は胃瘻造設や中心静脈栄養等の可能な限りの治療を希望されており、当日は結論に至らなかった。お元気だったころにご本人様は胃瘻造設を拒否されている。4日後、ご家族様と再度面談を行い、ご長女様も看取りについて気持ちを定めつつあるがどうしても思い切りがつかない状態である。その間にもご本人様は衰弱が進んでいた。IC1週間後、施設医師とご家族様の相談の結果、胃瘻造設が可能かどうか病院受診をすることとなる。ご本人は受診さえも拒否されていたがご家族の要望にて当日受診となる。診察の結果、胃瘻造設の対象ではないとの診断で施設に戻られてからご本人の意向もあり、ご長女様もようやくターミナルケアを受け入れるに至ったが、受診の為の移動や検査でご本人様への身体的負担は大きかった。同日ターミナルケアのケアプランを作成しご家族に説明の後ケアの開始となるが、その翌日に永眠される。ターミナルケア開始後1日でのご逝去のため、ご家族はゆっくりと最期の時間をご本人様と過ごしていただくことができなかつた。ご家族は判断に迷いすぎたことを後悔されており、施設としてもかける言葉が見つからなかつた。・事例2：B様 89歳男性 脳幹梗塞を発症後にご入所された当初から、食事摂取量にムラがあり全身状態は芳しくなかつた。食事においては摂食後の嘔吐や意識消失等が見られたり順調に喫食されたりと状態変化を繰り返されていた。施設医師と看護職員を軸としたカンファレンスにおいてご家族へ病状説明と療養の方針の確認を行うため来苑いただく予定となる。ICの約3週間前にご長男様にお越しいただき、小康状態のタイ

ミングで小規模な人生会議を開催した。ご長男様は迷っておられたが、人生会議のパンフレットを用いてご本人様の意向やご家族の気持ちを整理することで、ご本人様が元気だった頃に終末期は何もしないでほしいと希望していたことを話してくださり、ご長男様も「父の知っている人たちに囲まれて終末期を送るのは不安がなくて良い」と今後の療養の望むあり方を話していただいた。その結果施設医師の病状説明においては明確に方針を話すことができ、ご家族様の心の痛みも最小限でターミナルケアを始めることができた。【結果】人生会議を早期に行うことにより、ターミナルケア期をご本人にどう過ごしてもらいたい、どう関わりたいかをご家族が時間をかけて考えることができるようになり、病状説明時においてもターミナルケアをスムーズに受け入れられることができた。包括的自立支援プログラムでは表現しきれない終末期のニーズを把握することでケアプランがご家族やご本人に寄り添ったものとして作ることができた。【考察とまとめ】人生会議は効果があった。ご利用者とご家族の死別というライフイベントの中でもストレス指数の高い場面をご本人・ご家族とともに乗り越える援助ができる手法であり、終末期をどう生きたいかというニーズを抽出することができた。今後の課題として、「どのタイミングで人生会議を開催するという明確な基準設定」や「ターミナルケア以外を希望された場合の柔軟かつ機敏な対応」等が考えられ、今後も継続して看取りの介護委員会とケアマネジャーで取り組んでいく必要がある。

口演 | 医師・医療/ケアマネジメント

2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 第6会場 (海峡メッセ下関 8F 804会議室)

## 【O-MB02】医師・医療2/ケアマネジメント

座長：内藤 アツ子 (介護老人保健施設原)

16:40 ~ 16:48

## 【27-O-MB02-06】生成AIを活用したケアプランの原案作成に関する研究

埼玉県 ○小林 勝和, 橋本 昌幸 (大宮ナーシング・ピア)

## 【はじめに】

令和2年より介護記録システムを導入し、書類作成の効率化を図ってきたが、さらなる業務負担軽減策として生成AIの活用に着目した。生成AIを活用することで、誤字・脱字の修正やケアプラン作成業務の時間短縮が期待できると考えた。そこで本研究では、生成AIを用いてケアプラン原案を作成し、その実用性を検証することとした。

## 【研究の目的】

本研究では、生成AIを用いてケアプラン原案を作成し、以下の点について検証することを目的とする。

- ・誤字・脱字の修正精度は十分か
- ・ケアプラン作成に要する時間が短縮できるか

## 【研究方法】

- ・ケアプラン原案作成の対象は、入所期間3カ月以上施設で生活をしている入所者とした。
- ・無料で利用可能な生成AI3種 (ChatGPT、Copilot、Gemini) を比較し、使用ツールを選定
- ・選定した生成AIを用いて、あらかじめ準備した利用者情報と指示書を入力し、ケアプラン原案を作成
- ・誤字・脱字修正の有無を確認
- ・通常手作業での作成と所要時間を比較

## 【結果】

## 1. 生成AIの選定

3種の生成AIを比較検討した結果、操作の簡便さと即時性を評価し、Microsoft Copilotを使用することとした。CopilotはWindowsOSのPCに標準搭載されており、アカウント登録不要で即時に利用可能であった。

## 2. ケアプラン原案の作成

初期段階では当施設のケアプラン様式と違う形式での出力が見られたが、指示書を変更することで意図に沿った出力が可能となった。作成手順は以下の通りである。

- ・利用者情報(カンファレンス記録とADL表等)を読み込ませる
- ・指示書を入力する
- ・ケアプラン原案を生成する

利用者情報と指示書の入力からケアプラン原案の生成には約5分を要し、その後の微調整に約5分を費やした。

## 3. 誤字・脱字の修正

誤字・脱字の修正精度を確認するため、利用者情報内に意図的に誤記を含めたが、ケアプラン原案生成する際には高精度な誤字や脱字の修正変換が確認できた。意味を損なうような修正ミスはなく、文法的にも整っていた。

#### 4. 作成時間の比較

通常、ケアプラン1件の作成に約20分を要していた。本研究では、生成AIに利用者情報と指示書の入力からケアプラン原案の生成に約5分、微調整に約5分を要し、全体の所要時間は約10分であった。結果として、作成時間は約10分短縮された

##### 【最後に】

本研究では、生成AIの導入によるケアプラン原案作成の効率化と誤字・脱字の修正精度向上について一定の成果が得られた。今後は、より多くの事例を通じて実用性を深めるとともに、ケアの質を損なわない形でAIを活用できる方法を検討していきたい。