

厚生労働科学研究費補助金
(政策科学総合研究事業 (臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業))
令和7年度分担研究報告書

生成 AI を利用した文書作成業務に関するインタビュー調査

研究分担者 阪口 博政 金沢大学人間社会研究域経済学経営学系
研究代表者 荒井 耕 一橋大学大学院経営管理研究科
研究分担者 平木 秀輔 関西学院大学経営戦略研究科
研究分担者 齊藤 健一 京都大学大学院 医学研究科

研究要旨

本研究は、生成 AI を利用した文書作成業務に関して、先進病院における運用実態やコスト・効果を確認することを目的とした。2025 年 10 月～2026 年 2 月に 3 病院（うち 1 病院は開発会社・2 診療科）に対してインタビュー調査として実施した。

運用実態に関して、生成 AI が電子カルテ内で作動するものと、電子カルテ外で作動するものの 2 つのケースが見られた。対象となる文書は、診断書・紹介状・退院時サマリ・看護記録・症状詳記などである。職種においては、医師・看護師が中心であるものの、医事課職員・リハビリ部門職員なども利用している。精度に関しては、一定レベルでは担保されているものの、内容確認・修正は必要な状況であり、その状況を前提として運用されていた。

コストに関しては、生成 AI システムの導入・運用そのものの費用は一定レベルで収まるものの、サーバーやセキュリティを含むネットワーク構築にかかるコスト、関連デバイス (iPhone/iPad など) に要するコストをどのように考えるかで異なるものとなっている。また効果に関しては、業務時間短縮効果は発揮するものと考えられ、そのうえで派生する効果 (業務の質向上など) をも勘案した導入意思決定とするかや、関連する懸念事項への対策を踏まえる必要もあると考えられた。

A. 研究目的

病院における業務効率化や DX 拡大の文脈において、生成 AI を利用した文書作成の業務が注目され実用化され始めている。とはいえ、その普及はいまだ十分ではなく、実証実験や試行を経て、徐々にシステムが正式にリリースされてきた段階に留まっている。そのため、導入への意思決定に当たっての基本情報となる運用実態 (対象者・利用範囲など) やコスト・効果といった費用対成果について、

横断的な視点では十分に把握されていない。

そこで本研究では、生成 AI を利用した文書作成業務に関して、先進病院における運用実態やコスト・効果を確認するために実施した。

B. 研究方法

2025 年 10 月～2026 年 2 月にかけて、3 病院 (A～C 病院) に対するインタビュー調査として実施した (表 1)。対象病院に関しては、

導入に関する对外報告がされている病院へ機縁法や紹介者を通じて依頼した。なおA病院に関しては、(後述の通り)病院全体で利用できるシステムであるものの、共同開発から始まったこともあり診療科単位での実装となっているため、開発会社と2診療科(A1・A2診療科)への聞き取りとして行っている。

質問事項については、生成AIを利用した文書作成に関する、運用実態(概況・導入経緯・運用)と、コスト(導入段階・運用段階)並びに効果(業務時間短縮効果・その他の効果)である。

なおコストに関しては、病院からは具体的な数値等の情報が提供された場合もあるものの、一般的な商慣行を鑑みて構成内訳などの項目の記載等に留めている。

(倫理面への配慮)

本研究に当たっては、個人に関する情報を収集していない。

C. 研究結果

3病院の生成AIを利用した文書作成に関する、運用実態(概況・導入経緯・運用)とコスト(導入段階・運用段階)並びに効果(業務時間短縮効果・その他の効果)は表2の通りである。以下、病院ごとに特徴的な点をまとめる。

(1) A病院

運用実態として、電子カルテ付随システムとして利用可能なものとなっている。2023年から電子カルテデータの利用促進に関して開発会社とA2診療科で議論を始め、有用性

の観点から文書作成への利用を中心に共同開発を始め、2024年にリリースされ同病院でも正式に実装された。全診療科に案内されているが、診療科間で温度差があり利用している診療科としていない診療科がある。A1診療科では半数程度の医師が紹介状作成をメインに診断書作成にも利用している。A2診療科では、若手医師だと7-8割が退院時サマリ・紹介状作成に利用している。

コストに関しては、導入コストとしては①(生成AIシステム導入)初期費用、②サーバー費用、③電子カルテ側接続費用、④ネットワーク設定費用となっている。講習会(20分程度)の動画(PDF資料付)を配信して誰でも確認できるようにはなっており、これに加えてA1診療科では研修医向けのオリエンテーションで触れる程度ではあるが案内し、A2診療科では診療科内で様子を見ながら個別に若手医師に紹介している。また作業内容を指示するプロンプト作成に当たっては、A1診療科では5種類のものを2時間程度で作成しており、A2診療科では3-4種類のテンプレートとif構文を共同開発段階で2時間×2-3回の打ち合わせで検証した。運用に関しては月額利用料が発生するが、プロンプトに関してはブラッシュアップ(A1診療科:合計5-6時間程度)が行われた程度である。ただ、生成AIそのものの能力が向上することもあり、同一プロンプトでも出力内容が変化することがあるため、A2診療科では修正し続けるプロセスは残ると考えていた。

効果に関して、業務時間短縮効果としては、A1診療科では紹介状作成時間が半減した(10-20分→5-10分)。A2診療科では実験¹

¹ 実験であるため、実態とは異なり詳細を把握していない(担当していない)患者を対象としてはいる。なお実験では、作成時間に加えて、作成文書の質を医学的正確性、言語、

簡潔性、ハルシネーション有無、臨床使用での妥当性、危害の可能性の観点で評価していた。

を行い、作成時間に関して退院時サマリは短くなり、紹介状については大きな変化はなかった。文書の精度に関しては、A1 診療科での評価では、検査数値の単位までも正確になり、経過が単純なものはほとんど修正の必要がないレベルまで精度は保たれていると評価している（ただし経過が長いものに関して重要なイベントの書き漏らしなどは確認している）。それ以外にも、A2 診療科での同実験では質の向上も示唆された。つまり、作成労力が減った分は他に焦点が当てられ、ダブルチェックをしている環境となることでミスや思い違いが減っている。留意点としては、そもそもの電子カルテに記載されている内容の差があり、この点での標準化は重要である。また研修医は紹介状の質のチェックができるのかという問題もあり、文書作成能力の育成は課題だと感じていた。

なお生成 AI であることで、文書作成以外にも AI に関わる機能が利用されている。同システムは翻訳機能があることでの多言語での紹介状作成が可能であり、ほかにも OCR 機能として受領した紹介状の読み取りなどにも利用されていた。

(2) B 病院

運用実態として、2 社の生成 AI システムが利用可能となっている。先発システムとしては 2024 年前半に共同開発として始まり、電子カルテと同じ仮想システム上で動くもので、汎用 AI として利用している（文書作成としては電子カルテ内での後発システムがうまく表現できない際に指示を修正するなどして利用されている）。後発システムとしては、2024 年後半に共同開発して 2025 年に正式リリースされたもので、電子カルテ上で動いており、カルテ内より情報収集して文書作成として利用されている。文書作成に関

しては、医師 60 名、看護師 300 名が主たる対象で、（程度はあるものの）80-90%以上は利用している。主として、退院時サマリ・看護記録の作成であり、これ以外に 2025 年夏に医事課での症状詳記原案作成の利用が始まり、2025 年秋に医師事務作業補助者による紹介状作成でも利用が始まった。

コストに関しては、先発システムに関しては専用回線を引き、後発システムに関しては電子カルテオプションであるためサービス利用料を支払ったが、それ以外はすでに構築されていた仮想システム上にあるため特別の関連コストは生じていない。人的リソースに関しては、全職員向けに注意事項等のメールで周知を図り、看護部はそれとは別に研修会（1 時間×300 人）を実施した。さらに看護部では年配の看護師に関しては、1 時間×10 人の特別研修を実施している。プロンプトに関しては、共同開発であったことから、開発会社に組んでもらっていた。

効果に関して、業務時間短縮効果としては、先発システムでの検証では看護記録の作成時間が 1 件当たり約 12 分→約 7 分となり、時間外での記録業務作業時間も半減している。またこれ以外の取り組みもあり、看護部門全体の年間残業時間は 2/3 へと減っている。精度自体は、現在の後発システムではほぼ修正なく利用できるレベルであり、電子カルテ内でもあるため転記などの必要もない。これ以外にも作業に関する心理的負荷は減っており（アンケート調査による点数尺度化による測定）、時間ができると患者に寄り添う時間が増え身体拘束必要な患者の割合が減少している。

文書作成以外の利用としては、各種議事録は音声録音のうで自動作成しており、職員間以外でも IC・患者指導・地域連携の打ち合わせでも利用している。またこれに加え、CT

画像撮影の患者レポートのチェック漏れ防止にも取り組んでいる。

(3) C 病院

運用実態として、電子カルテとは別システムとして、院内イントラ上で起動させるシステムとなっている。契機として、まず 2024 年度に院内の業務変革プロジェクトがスタートし、院内での種々のオペレーション見直しの機運が高まっていた。また生成 AI を利用して症状詳記のドラフト作成を検討した。この 2 つの流れが組み合わさる形で、2025 年から生成 AI による文書作成が医師部門にて、そして看護部門（トライアル病棟での試行を経て全病棟へ展開）や他部署にでも利用するようになっていった。現在では、医師・看護師・PT・医療事務・MSW（地域連携）において使用され、一部の医師を除く該当部門職員のほぼ全員が利用している。主として医師／医療事務による症状詳記（ドラフト）作成、看護師による退院時サマリ作成、PT による訪問リハビリテーション実施記録などで利用されている。具体的には、イントラ上で生成 AI を起動させたのちに電子カルテを開き、電子カルテから文書作成に利用しうる関連情報をエクセル上に抽出する作業を行い、抽出データを生成 AI に張り付けて該当文書を作成するというステップで運用されている。

コストに関しては、初期費用としての（生成 AI だけに留まらない）VPN 構築・セキュリティ対策、ネットワーク機器購入代金、iPhone/iPad 購入費用（150 台/400 人）が挙げられる。またプロンプト作成に当たっては、最初の症状詳記に関して半年（月 3 時間×1 週間×6 か月）程度を要してノウハウを掴み、その後他業務へ展開した。部署への利用拡大に当たっては、例えば看護部では各部署でコアとなる 2-3 人へ説明し（15 分×2 回程度）、そこか

ら部署全体（15 分×2-3 回×5 部署）へと展開した。運用に当たっては、生成 AI の利用料（基本料金＋一定量に対する従量課金制：ただし基本料金分で賄えているので事実上の定額制）が発生し、かつ VPN 利用料と情報処理システム保守料が発生する。なお今後に関して、iPhone/iPad を 100 台程度追加することも検討している。

効果に関して、業務時間短縮効果としては、看護記録の作成に関しては 1 件当たり 34 分→13.6 分となった。症状詳記に関しては、以前は最初から医師が 40 分程度かけて作成していたが、現在は医事課によるドラフト作成から医師が修正を施すのみとなっている。これに伴い、医事課からの依頼（督促）のしやすさが大幅に軽減され心理的安全性は増し、チームで作業するという意識が生まれている。また看護記録においても作成作業が標準化されることで質が担保され（新人などは先輩職員が確認する体制を取っている）、介護施設等への紹介状では継続してもらいたいケアなどが必ず記載されるなど、文書の質自体も向上していると感じている。

なお文書作成の精度としては 70-80%と感じている。電子カルテに入力されているそもそもの情報の限界もあり、これ以上の精度を追求するよりは修正作業と併用するスタイルで運用することを想定している。

D. 考察

(1) 運用に関する実態

運用に関して、電子カルテ内で作動するものと、電子カルテ外で作動するものの 2 つのケースが見られた。対象となる文書は、診断書・紹介状・退院時サマリ・看護記録・症状詳記などである。職種においては、医師・看護師が中心であるものの、医事課職員・リハビリ部門職員なども利用している。精度に関しては、一定レ

ベルでは担保されているものの、内容確認・修正は必要な状況であり、その状況を前提として運用されていた。

具体的に見ていくと、電子カルテ内・外での挙動に関して、前者については電子カルテ内の所定の箇所に自動的に格納され、後者についてはコピー＆ペーストといった一定の作業が必要になっていた。この点は、(後述とも関連するが)電子カルテ内での利用とする場合には(電子カルテメーカーでの開発システムの選択といった)実装するシステムの制約や、電子カルテとの接続費用が発生することとなる。電子カルテ外での利用とする場合には必ず転記するといった操作が余分に加わるが、該当するB病院先発システム・C病院とも負荷を感じている様子は窺えなかった。

対象となる文書に関しては、診断書・紹介状・退院時サマリ・看護記録・症状詳記などであるが、プロンプトを作成することで多様な文書作成を可能としていた。例えば同じ紹介状であっても、文字数の目安(A1診療科:300字・500字など)や送付先(C病院:医療機関向け・非医療機関(介護施設など)向け)といった設定を施すことで、より望ましい内容とする工夫で適合させていた。

文書の精度については、内容確認・修正の必要があるということは前提として認識されており、そのうえで確認や修正作業のみで済む・集中できるという点が評価されていた。この精度は生成AIの能力の問題だけでなく「電子カルテに入力されている情報の質」(C病院)もあるという認識で、A2診療科での実験通り、生成AIによる作成と臨床医によるレビューや修正を組み合わせることで、とくに臨床使用での妥当性向上やハルシネーション対策になることでも評価されていた。

(2)コスト・効果に関する現状

コストに関しては、生成AIシステムの導入・運用そのものの費用は一定レベルで収まるものの、サーバーやセキュリティを含むネットワーク構築にかかるコスト、関連デバイス(iPhone/iPadなど)に要するコストをどのように考えるかで異なるものとなっている。また効果に関しては、業務時間短縮効果は発揮するものと考えられ、そのうえで派生する効果をも勘案した導入意思決定とするかや、関連する懸念事項への対策を踏まえる必要もあると考えられた。

コストに関して整理すると、A・C病院での環境が示す通り、生成AI導入に限らないものの、ネットワーク構築・セキュリティ対策に関するコストは必要となり、場合によってはサーバーなどを新たに用意しなければならない。そのうえで、電子カルテ内外での利用に伴う接続費用なども考慮すべきものともなっている。加えて、大きく左右するのがプロンプトの作成である。基本的には生成AIは誰でも利用できるものであるが、調査病院では特定の(一定の)開発担当者といえるべき人物がプロンプトを作成していた。このことにより、想定しているアウトプットの質を評価し、かつアウトプットを導くための作成のコツを習得することで、生成AIによる作業内容を担保すると同時に発展的なプロンプト作成・新たな作業に対するプロンプト作成の短時間化をもたらすものとなっていた。運用に当たっては、特別な対応は必要なく、生成AIの利用料を支払うものとなっている。とはいえ、その費用は過大とはなっていない模様で、業務時間短縮等への費用対効果として十分に満足している様子は窺えた。なお、B病院においては年配のスタッフに対しては特別な講習を加えていた。これにより「新たな取組みをする」といったことへの心理的ハードルを下げ、さらに効果を実感させることで前向

きに取り組んでもらえるよう配慮していた。

効果に関しては、主たる目的は業務時間短縮効果である。A1 診療科での体感だけでなく、B・C 病院では実際に計測して効果が確認されている。数病院の状況であるため定量的な判断はしにくいものの、概ね作業時間が半減していると推認できる。これに加え、A2 診療科にあるよう新規に作成するのではなく、確認・修正作業のみへ移行することによっての質の向上が指摘されており、文書が完成して以降（文書を提出して以降）のミスが発覚した場合のフォローアップの時間も減少していることが推察された。こうした点が、B 病院での残業時間短縮や身体拘束患者の減少にも繋がっていると推量できる。さらにこれ以外にも、C 病院にある通り作成内容の標準化や記載内容の充実にも結びついており、（本研究では直接的な評価は行っていないものの）間接的に患者のケアの向上に関連する可能性も示唆される。ただし留意すべきこととして、作成された内容の質を適切に判断できるかということが挙げられた。C 病院でのコメントの通り生成 AI による完全な文書作成は困難であると考えられ、A 病院（A2 診療科）での実験の通り内容確認・修正作業があることで機能を発揮するといえる。そのためとくに新任スタッフの文書作成能力（質の判断能力）の向上は不可欠であり、C 病院では先輩看護師による確認体制が取られており、B 病院においても別取り組みで文書作成能力の向上を図るというコメントがあった。

E. 結論

本研究は、生成 AI を利用した文書作成業務に関して、先進病院における運用実態やコスト・効果を確認することを目的とした。2025 年 10 月～2026 年 2 月に 3 病院（うち 1 病院は開発会社・2 診療科）に対してインタビュー調査として実施した。

運用実態に関して、生成 AI が電子カルテ内で作動するものと、電子カルテ外で作動するものの 2 つのケースが見られた。対象となる文書は、診断書・紹介状・退院時サマリ・看護記録・症状詳記などである。職種においては、医師・看護師が中心であるものの、医事課職員・リハビリ部門職員なども利用している。精度に関しては、一定レベルでは担保されているものの、内容確認・修正は必要な状況であり、その状況を前提として運用されていた。

コストに関しては、生成 AI システムの導入・運用そのものの費用は一定レベルで収まるものの、サーバーやセキュリティを含むネットワーク構築にかかるコスト、関連デバイス（iPhone/iPad など）に要するコストをどのように考えるかで異なるものとなっている。また効果に関しては、業務時間短縮効果は発揮するものと考えられ、そのうえで派生する効果（業務の質向上など）をも勘案した導入意思決定とするかや、関連する懸念事項への対策を踏まえる必要もあると考えられた。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表
該当無し
2. 学会発表
該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

表 1 インタビュー実施記録

病院		日 時		インタビュー
A病院	事業会社	2025年10月10日	10:00-11:00	代表取締役、営業部部长
	A1診療科	2025年12月8日	13:00-13:45	外来医長
	A2診療科	2025年1月6日	10:00-11:00	医局長
B病院		2025年11月6日	13:00-14:00	事務部部长、看護部副部长、看護部副部长
C病院		2026年2月10日	13:00-14:25	病院長、DX推進室部長、システム課主任、他2名

表2 運用実態・コスト・効果・その他

	A病院 国立大学法人 500床以上	B病院 社会医療法人 300-499床	C病院 医療法人 100-299床
概況	電子カルテ付随システム	2社の生成AIシステムを導入 1社が電子カルテと同等の仮想システム上 (先発：実証実験から)、1社がカルテ内 (後発：カルテオプション)。 2024年前半に先発システムの共同開発が 始まり、2024年後半に後発システムの共 同開発-2025年に正式リリースで導入さ れた。	独立した生成AIシステム
契機	2023年からの共同開発を経て、2024年に 正式リリース。		病院の業務改善プロジェクトが先行し、そ の流れのなかで症状詳記の下書き作成の自 動化を検討し、対象が拡大していった。
運用実態	電子カルテに追加された付随機能として各 科に案内。	職種・部署問わず全員が利用可能。	看護部に関してはトライアル病棟を設け て、その後に病院全体に拡大していった。 医師・看護師・PT・医療事務・MSW(地 域連携)が利用可能で、一部の医師を除き 対象職種のほぼ全員が利用している。
運用	A1診療科(半数程度が使用と推測)：診 断書、紹介状(メイン)	文書作成としては、医師60人、看護師300 人が主たる対象。80-90%ぐらいは、退院 時サマリ・看護記録作成に利用。	症状詳記(下書き)作成、看護師の退院時 サマリ、PTの記録などで利用。
	A2診療科(若手スタッフだと7-8割が利 用：退院時サマリ・紹介状作成)。	医事課による症状詳記原案作成、医師事務 作業補助者による紹介状作成も始まる。	電子カルテから情報を抽出して生成AIシス テムに貼付け、作業後に生成AIに貼付けな おす。
導入	初期費用、サーバー費用、カルテ側接続費 用、ネットワーク設定費用 講習会(20分程度)	先発システムは専用回線を引いた。後発シ ステムに関してはカルテの基本機能外(オ プション)。	(AI利用に限らないが)VPN構築・セキュ リティ対策100万円。ネットワーク機器・ iPhone/iPad(150/400人)
コスト	A1：プロンプト作成2時間程度。	導入に当たっては、AI利用に関する注意事 項を案内(メール)。看護部は、それ以外 に使い方の講習(1時間×300人)と年配 者向け講習(1時間×10人)。	プロンプト作成として、初発業務に3時間 ×6回。その後はコツをつかみ徐々に展 開。
運用	月額利用料。複数システムで利用すると積 算される価格体系。 A1新規者への案内として、10人程度×5 分。	後発システムに関してはカルテの基本機能 外(オプション)。	AIとして月額利用料。VPN利用に月額利用 料、ネットワークの年間保守料。今後は端 末を100台くらい追加するかもしれない。 部門展開に当たり、各部署に2-3人に2回× 15分、そこから部署内に15分×2-3回。
業務時間短縮	A1：作成が長くかかるケースでは時間半 減(20分超→10分程度) A2：実験を行い、退院時サマリは短く、 紹介状は時間は変わらない。ただし質は確 実によくなっている(ダブルチェックの状 態になる)。	先発システムで12.2分→7.05分/件 時間外記録業務は(月間・1人当たり) 34.8分→17.8分へ。それ以外の取り組みを 含め、看護部全体の年間残業時間は14,805 時間→9,908時間へ。	(退院時サマリ作成：看護師)34分→13.6 分/件。月300人くらい発生。 (症状詳記：医師→医療事務(下書き)) 医師40分→(医療事務にて下書き作成のう えでの)修正のみ。
効果	翻訳機能があり活用している。 研修医は質のチェックができない。	心理的負荷は3.7→2.7/10段階へ 医療の質の側面から、患者に寄り添う時間 が増え、身体拘束患者割合が6.6→3.3→1% 台へ。	心理的安全性(職種間)。症状詳記の督促 に関する抵抗が減った(下書きがあるので 依頼しやすい)。 作業が標準化された(新人の作業は先輩職 員が確認する体制)。紹介状では継続して もらいたいケアが記載されている。 チームで作業をしているという感覚になっ ている。
その他	OCRの読み取りにも利用(1件5-10分→瞬 時+手直し) 年配の医師はカルテへの記載がそもそも十 分ではない。	CT画像撮影患者のレポートにおける見直 し防止に関して利用中(RPAよりも抽出が 用意)。 会議議事録は自動作成。IC、患者指導、地 域連携打合せでも利用。 病棟看護師の勤務管理についても別シス テム(生成AI利用)を利用中。大幅に時間削 減。	精度としては、70-80%程度。入力情報の 限界があるので、これ以上の精度は難しい と考えている。