病院の生成 AI 活用 2026：中規模病院はどの文書から始めるか

病床 100〜500 床の病院の実施判断支援（2026 年版）

AI 担当くん AI リサーチ Skill　Output: 2026-10-01

本レポートは生成 AI による調査出力です。重要な情報は出典で確認してください。

依頼内容（再掲）

【Issue】
2024 年 4 月に医師の時間外労働の上限規制が始まり、病院の経営も厳しいなかで、病院の生成 AI 活用はどこまで進んでいるのか。公的統計で病院について何が分かり、何が分からないのか。病院が公式に公表した発表では、どの文書・業務に何が使われ、どんな効果が、どんな測り方で公表されているのか。病床 100〜500 床規模の病院は、どの文書から始め、何を決めればよいのか。

【So What（意思決定軸）】
本調査の結果は、病床 100〜500 床規模の病院の経営者・事務長・DX 担当が、最初に取り組む文書・業務と、ルール・体制・投資を決める順番を判断するために用いる。診断・治療への AI の使い方は扱わない。

【調査対象期間】
制度・統計は 2026 年 9 月 30 日時点で公表されている最新版。病院の発表は 2023 年〜2026 年 9 月 30 日に公表されたもの。

【情報ソース】
手元の 2 つの台帳（src/00_ledger_stats.md＝公的資料・業界団体の資料、src/00_ledger_hospitals.md＝病院の公式発表 14 病院と病床数）を正本とし、台帳にある数字と原文だけを使う。新しい Web 調査と新しい数字の追加は行わない。台帳で「図のみ・要画像確認」とされた数字（M3 の約 4 割、K2 の 73.8%、電子カルテ普及推移のグラフ）は使わない。ベンダー単独の発表（src/co/excluded_vendor_only/）は使わない。

【調査スコープ】
第一に、病院の人手と時間とお金の制約（医師の時間外上限の A・B・C 水準と勤務間インターバル等、タスク・シフト／シェア、赤字病院の割合〈調査主体ごとに分ける〉、人手不足）を整理する。第二に、病院の AI 活用について公的統計で分かることと分からないことを整理する（厚労科研アンケートは生成 AI 限定ではない医療 AI 製品の利用率であること、総務省 通信利用動向調査は医療・福祉の単独区分が無く IoT・AI 等であること、電子カルテ普及率の病床規模別）。第三に、生成 AI を使うときのルール（個人情報保護委員会の注意喚起、厚労省 医療情報システムの安全管理ガイドライン第 7.0 版 Q&A の Q18、HAIP のガイドライン第 2 版〈参照する版が古いことを注記〉）を整理する。第四に、14 病院の公式発表から、文書・業務、使ったもの、公表された効果、人の確認を原文どおりに整理し、効果の数字を測り方で分ける（実測・検証、アンケートからの換算、利用者の回答、導入前の時間のみ、数字の公表なし）。第五に、東京都「医療機関における AI 技術活用促進事業」の成果報告書（自己報告）を、目標と実績の差も含めて整理し、事業の要件（200 床未満、補助率、基準額）を示す。第六に、病床 100〜500 床の病院が採れる進め方 3 案を比較し、最終章で実施判断を支援する。

【アウトプット要件】
詳細レポートのみ。制約の整理表、統計で分かること／分からないことの表、ルールの整理表、病院の発表の一覧表（病床数つき）、効果の数字の測り方の分類表、東京都事

業の成果の表、進め方 3 案の比較表を必ず含むこと。最終章は「実施判断支援」として、文書・業務別の Go/No-Go、判断の前提、初動 3 か月のアクション、主要論点 3 つで締めくくる。

【引用・数値ルール】
各数字は調査の主体・年・対象・n とセットで書く。n が無い場合は「n 記載なし」。赤字病院の割合は、日本病院会等の調査と厚労省の医療経済実態調査を混ぜない。病床数は病院概要ページの原文の値と、その時点の注記（京都大学・東北大学・愛媛大学は古い資料）を付ける。効果の数字は原文の限定語（「実証」「先行実施した 5 つの病棟」「一部の診療科の医師 10 名」「アンケートによる導入前後比較で算出」「想定」）を残す。病院を否定的に評価せず、順位づけをしない。特定の AI 製品を推奨しない。診断・治療についての助言はしない。推定は「推定」と明記する。

目次

0. エグゼクティブサマリー
    0.1 本レポートの読み方
1. 病院の人手と時間とお金の制約
    1.1 制約の整理表
    1.2 赤字病院の割合（調査主体ごとに分ける）
    1.3 人手不足
    1.4 要諦
2. 公的統計で分かることと分からないこと
    2.1 分かることと分からないことの表
    2.2 厚労科研アンケートの読み方
    2.3 電子カルテの普及率と国の目標
    2.4 要諦
3. 生成 AI を使うときのルール
    3.1 ルールの整理表
    3.2 版の違いと、読み合わせの注意
    3.3 文書づくりで確認する点
    3.4 要諦
4. 14 病院の公式発表
    4.1 病院の発表の一覧（病床数つき）
    4.2 公表された効果と人の確認
    4.3 効果の数字の測り方の分類
    4.4 病床 100〜500 床の 6 病院
    4.5 要諦
5. 東京都 AI 技術活用促進事業の成果
    5.1 事業の要件
    5.2 令和 6 年度の成果報告書 4 件
    5.3 赤羽東口病院の目標と実績
    5.4 読み方
    5.5 要諦
6. 病床 100〜500 床の病院が採れる進め方 3 案
    6.1 3 案の比較
    6.2 公開事例の規模の幅
    6.3 案ごとの前提

6.4 要諦
7. 実施判断支援
7.1 文書・業務別の Go/No-Go
7.2 判断の前提
7.3 初動 3 か月のアクション
7.4 主要論点 3 つ
7.5 監視すべきリスク要因
7.6 要諦

本レポートは AI 担当くん の AI リサーチ Skill（https://ai-tantou.sun-spark.jp/research-skill）で作成しました。数字は各出典の公開資料（照合日 2026 年 10 月 1 日）に基づきます。新しい Web 調査は行わず、手元の二つの台帳（公的資料・業界団体の資料と、病院の公式発表 14 病院）に記録した原文だけを使っています。診断・治療への AI の使い方は扱いません。

0. エグゼクティブサマリー

本レポートは、病床 100〜500 床規模の病院の経営者・事務長・DX 担当が、最初に取り組む文書・業務と、ルール・体制・投資を決める順番を判断するための材料である。2024 年 4 月から、医師の時間外・休日労働に上限規制が適用された。上限は、A 水準が年 960 時間、連携 B・B・C 水準が年 1,860 時間である[0-1]。病院の経営も厳しい。日本病院会等の調査では、2024 年度に医業利益が赤字の病院は 74.6%（全病院 n=1,498）だった[0-2]。厚労省の医療経済実態調査では、病院類型別の分析で全体の 67.2%（施設数 914）である[0-3]。調査主体が違うため、二つの数字は混ぜない。

最初に、分かっていないことを書く。病院の生成 AI 利用率を規模別に示した公的統計は、照合した範囲では見つからなかった。最も近いのは、厚労科研の医療 AI 導入状況アンケート（2024 年 1〜4 月、有効 949 施設）である。ただし、これは生成 AI 限定ではなく医療 AI 製品の利用率で、音声入力（主に電子カルテ）が 6.1%（n=625）、AI 問診・病名候補提案が 6.5%（n=858）、薬歴・退院サマリ作成が 0.3%（n=632）である[0-4]。病床規模別の表は 400 床で分けており、100〜500 床という区分の値はない。総務省の通信利用動向調査（令和 7 年）は、医療・福祉の単独区分がなく、生成 AI の設問もない[0-5]。つまり、中規模病院の生成 AI 利用の実態を代表する数字は、公的統計には見つからなかった。

一方、病院の公式発表は多い。本レポートは、14 病院の発表について、文書・業務、使ったもの、公表された効果、人の確認に分けて整理した。14 病院のうち 12 病院は、退院サマリ・看護サマリー・紹介状（診療情報提供書）などの作成支援に当たる。病床 100〜500 床に入るのは、長野市民病院（400 床）、相澤病院（456 床）、橋本市民病院（300 床）、織田病院（131 床）、済生会二日市病院（260 床）、焼津市立総合病院（423 床）の 6 病院である。この 6 病院のうち、時間の数字を原文が示すのは、長野市民病院と相澤病院の 2 病院だけである。

効果の数字は、測り方が違う。相澤病院は、先行実施した 5 つの病棟での検証で、看護サマリーの作成時間が平均約 17 分から約 6 分になったと書く[0-6]。長野市民病院は、アンケートによる導入前後比較で算出した削減時間に、各アシスタントの実行回数を乗算して換算し、年間 5,472 時間とした[0-7]。藤田医科大学病院は、医師 170 名のアンケートで、使用している医師の 92%が「時間短縮、業務改善につながった」と答えたと書く[0-8]。慶應義塾大学病院は、導入前の作成時間（平均約 1〜2 時間）だけを書く[0-9]。効果の数字が読めない発表も多い。これは事実として書くにとどめ、評価はしない。

東京都の「医療機関における AI 技術活用促進事業」の成果報告書は、病院の自己報告である。赤羽東口病院の報告書は、目標削減時間の合計 219.7 時間に対し、実績 60.03 時間（達成率 27.32%）と書く[0-10]。森山脳神経センター病院の報告書は、導入期間中

に残業時間の明確な削減傾向は見られなかったと書く[0-11]。この事業の対象は、都内の 200 床未満の病院と有床診療所である[0-12]。

生成 AI を使うときのルールは、三つの資料にまたがる。個人情報保護委員会は、本人の同意なしに個人データを含むプロンプトを入力し、応答出力以外の目的で取り扱われる場合は、個人情報保護法の規定に違反する可能性があると注意喚起した[0-13]。厚労省の安全管理ガイドライン第 7.0 版の Q&A は、Q18 で、入力情報が「AI の学習等のために保存されないこと」が契約等で担保されていれば、国内法の適用を受けていることは必須ではないと答える[0-14]。HAIP のガイドライン第 2 版は、参照するガイドラインが古い版（厚労省第 6.0 版など）である[0-15]。

本レポートは、〈最初の一枚〉で、どの文書から始めるかを読む。最初の一枚とは、病院が最初に生成 AI で下書きを作る文書のことである。選ぶ目安は三つで、型がある（書式や項目が決まっている）、元がある（電子カルテなどの元データから作れる）、確認者がいる（最終確認する人が決まっている）である。この呼び名は本レポートの整理であり、公的資料や各病院の用語ではない。発表の中に、この三点の根拠は見える。慶應義塾大学病院は、作成した文章を担当医師が必ず確認・修正すると書く[0-16]。長野市民病院は、電子カルテと生成 AI を直接連携させた[0-7]。赤羽東口病院は、電子カルテと AI アプリの間で手動のコピー＆ペーストが生じるという課題を書く[0-10]。

本レポートの提案は、次のとおりである（判断は第 7 章）。退院サマリと看護サマリーの下書きは、〈最初の一枚〉の三条件を組みやすい文書として先に置く。紹介状と診療情報提供書は、その次に、診療科ごとの違いを見ながら進める。議事録、病状説明の録音要約、AI 問診は、対象と同意の取り方を決めて小さく始める。効果の数字が公表されている病院は限られるため、導入前の所要時間を自院で測ってから始める。

0.1 本レポートの読み方

病院を評価しない。順位づけもしない。特定の AI 製品は推奨しない。製品名は、各発表に書かれた事実として載せる。数字は、調査の主体・年・対象・n とセットで書く（n の記載がないものは「n 記載なし」）。赤字病院の割合は、日本病院会等の調査と厚労省の医療経済実態調査を別の行に分ける。病床数は、病院概要ページの原文の値を使い、古い資料には時点を付ける。「病床 100〜500 床」は、レポート上の便宜的な区分である。効果は、原文の限定語（「実証」「先行実施した 5 つの病棟」「一部の診療科の医師 10 名」「アンケートによる導入前後比較で算出」「想定」）を残す。「推定」「本レポートの判断」と書いた箇所は、公開資料に書かれた事実ではなく、事実から導いた見方である。診断・治療についての助言はしない。

1. 病院の人手と時間とお金の制約

病院の生成 AI 活用は、医師の労働時間の上限、赤字の広がり、人手不足の三つの制約の中で考える必要がある。制約は、制度と統計に数字で公表されている。

1.1 制約の整理表

項目	内容	主体・年・対象	読むときの注意
医師の時間外・休	A 水準は年 960 時	厚生労働省医事課	連携 B・B は 2035

日労働の上限	間。連携 B・B・C-1・C-2 水準は年 1,860 時間。いずれも月 100 時間未満（例外あり）[1-1]	の資料、2024 年 4 月適用、令和 5 年 9 月 15 日の資料	年度末を目標に終了、と図表にある
面接指導	月 100 時間以上見込みの医師に、水準にかかわらず実施[1-1]	同じ資料	面接指導の対象は、水準で分かれない
勤務間インターバル等	始業から 24 時間以内に 9 時間の連続した休息時間（15 時間の連続勤務時間制限）を基本とする。宿日直許可のない宿日直では、始業から 46 時間以内に 18 時間（28 時間の連続勤務時間制限）[1-2]	厚生労働省、医師の働き方改革の推進に関する検討会の資料（令和 3 年 8 月・9 月）	義務の対象は B・連携 B・C 水準。A 水準は努力義務。C-1 水準の臨床研修医は別の扱い
タスク・シフト/シェア	「各種書類の下書き・仮作成」が、職種に関わりなく特に推進するものの一つ（職種ごとの専門性に応じて実施）[1-3]	厚生労働省、タスク・シフト/シェアの推進に関する検討会の資料。日付は資料内で要確認	職種間のシフトの整理であり、AI の規定ではない
医師への業務集中	患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当している、との現状認識[1-1]	同じ資料（令和 5 年 9 月 15 日）	国の資料に書かれた認識。各病院の実態の数字ではない

1.2 赤字病院の割合（調査主体ごとに分ける）

赤字病院の割合は、調査主体によって数字が違う。対象、指標、集計時点が違うため、次の二つの表を混ぜない。

調査主体	指標	数字	対象・n
日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会	医業利益が赤字の病院の割合	2023 年度 70.8%から 2024 年度 74.6%（+3.8 ポイント）	全病院 n=1,498。回答 1,730 病院（回答率 33.6%）、有効回

（2025 年度病院経営定期調査 概要版）		[1-4]	答 1,629 病院
同上	経常利益が赤字の病院の割合	2023 年度 52.1%から 2024 年度 65.0%（+12.9 ポイント）[1-4]	同上
同上	100 床あたりの医業利益（平均）	100 床あたりの医業利益（平均）は −15,828 万円（2023 年度）から−18,043 万円（2024 年度）[1-4]	同上
同上	ベースアップ評価料の届出と賃上げ（2025 年度）	届出は 93.9%の病院、賃上げの実施は 90.2%[1-4]	同上
調査主体	**指標**	**数字**	**対象・n**
厚生労働省（第 25 回医療経済実態調査、病院類型別の分析）	医業利益が赤字の病院の割合（全体）	2023 年度 66.2%から 2024 年度 67.2%[1-5]	全体の施設数 914
同上	医業利益が赤字の病院の割合（一般病院）	2023 年度 72.9%から 2024 年度 72.7%[1-5]	一般病院の施設数 528
厚生労働省（同調査の概要）	一般病院の 1 施設あたり損益差額	前々年度▲266,442 千円から前年度▲267,236 千円。医業収益と介護収益の合計に対する割合は▲7.5%から▲7.3%[1-6]	施設数 732、平均病床数 172 から 171。病院の有効回答は 1,167（回答率 50.2%）で、特定機能病院・歯科大学病院・こども病院を含まない

日本病院会等の 74.6%と、厚労省の 67.2%（一般病院は 72.7%）は、別の調査の数字である。差を埋めようとせず、どちらも「赤字の病院が過半数」という点で読む。この読み方は本レポートの整理である。

1.3 人手不足

厚労省の労働経済動向調査（令和 8 年 5 月）は、産業別に見ると「建設業」「医療，福祉」「運輸業，郵便業」などで人手不足感が高いとする[1-7]。正社員等労働者の過不足判断 D.I.（「不足」から「過剰」を引いた値）は、医療，福祉で、令和 7 年 11 月が不足 61・過剰 3・D.I.58、令和 8 年 2 月が不足 59・過剰 3・D.I.56、令和 8 年 5 月が不足 60・

過剰 3・D.I.57 である[1-7]。令和 8 年 5 月の調査産業計は、不足 49・過剰 2・D.I.47 である[1-7]。調査の対象は、30 人以上の常用労働者を雇用する全国の民営事業所で、有効回答は 3,174 事業所（回答率 54.9%）である[1-7]。「医療，福祉」は病院に限らない。病院だけの人手不足の公的な数字は、照合した範囲では取れていない。

看護職員の就業者数は、増加を続け、2023 年（令和 5 年）には 174.6 万人となった[1-8]。就業者が増えていても、事業所の不足感は高い水準にある。二つの数字は、母集団が違う別の統計である。

1.4 要諦

1. 医師の上限は、A 水準が年 960 時間、連携 B・B・C 水準が年 1,860 時間。上限の中で働き方を変える必要がある。

2. 赤字病院の割合は、日本病院会等が 74.6%、厚労省が 67.2%（一般病院 72.7%）。調査主体が違い、混ぜない。

3. 「医療，福祉」の人手不足感は高いが、病院に限った数字ではない。

2. 公的統計で分かることと分からないこと

公的統計で、病院の生成 AI 利用率を規模別に読むことはできない。ただし、近い統計はあり、読める範囲と読めない範囲がある。

2.1 分かることと分からないことの表

資料	分かること	分からないこと	主体・年・対象・n
厚労科研 医療 AI 導入状況アンケート（全体）	医療 AI 製品群別の施設の利用率。音声入力（主に電子カルテ）6.1%（n=625）、AI 問診・病名候補提案 6.5%（n=858）、翻訳 26.4%（n=872）、ケアプラン・リハ計画 0.1%（n=862）、薬歴・退院サマリ作成 0.3%（n=632）[2-1]	生成 AI の利用率（設問は製品群別で、生成 AI という区分はない）。表 7 は病院と診療所を合わせた集計で、病院だけの値ではない	厚生労働科学研究、令和 6 年度報告。2024 年 1〜4 月、有効 949 施設（病院 578・診療所 371）
同上（病床規模別、表 10）	400 床以上、400 床未満の病院、診療所の比較。翻訳は 78.1%（n=64）、29.5%（n=465）、12.5%（n=343）。	100〜500 床の区分の値。400 床以上の n は 61〜65 と小さい	同上

	音声入力は 19.0%（n=63）、6.4%（n=328）、2.1%（n=234）。AI 問診・病名候補提案は 15.4%（n=65）、4.6%（n=454）、7.4%（n=339）[2-1]		
同上（公的・民間別、表 8）	翻訳は公的病院 52.9%（n=138）、民間病院 21.4%（n=734）。音声入力は 8.4%（n=119）、5.5%（n=506）。AI 問診・病名候補提案は 8.6%（n=139）、6.1%（n=719）[2-1]	差が偶然かどうかは、報告書の p 値で読む（翻訳 0.000、音声入力 0.253、AI 問診・病名候補提案 0.288）	同上
総務省 通信利用動向調査（企業編）	「IoT や AI などのシステムやサービス」を導入している企業の割合。調査産業計で、令和 6 年 18.4%（n=2,330）、令和 7 年 27.3%（n=2,489）[2-2][2-3]	医療・福祉の単独区分、病院の数字、生成 AI（設問なし）。「医療、福祉」は「サービス業、その他」に含まれる（令和 6 年 11.2%、n=355。令和 7 年 23.2%、n=380）。この数字は病院の数字ではない	総務省。常用雇用者 100 人以上の企業が対象。令和 6 年は 2024 年 8 月末、令和 7 年は 2025 年 8 月末の時点
厚労省 医療施設調査（電子カルテ）	令和 5 年の普及率。一般病院 65.6%（4,638／7,065）、400 床以上 93.7%（609／650）、200〜399 床 79.2%（956／1,207）、200 床未満 59.0%（3,073／5,208）、一般診療	100〜500 床の区分の値。生成 AI との連携ができるかどうか	厚生労働省 医療施設調査、令和 5 年。精神科・結核病床のみの病院を除く一般病院

	所 55.0%[2-4]		

2.2 厚労科研アンケートの読み方

アンケートの設問は、製品群別である。Q7 は「（主に電子カルテの）音声入力装置・アプリ」、Q5 は「（主に電子カルテの）病名候補提案、AI 問診ツール」である[2-1]。報告書の要旨は、翻訳と転倒検知・見守りを除き、医療機関専用の医療 AI 製品の導入は 0〜6.6%と低率であったとし、ケアプラン・リハ計画と薬歴・退院サマリ作成の製品は 1%未満で、生成 AI 等を利用した製品の活用が期待された、と書く[2-1]。このアンケートの時点（2024 年 1〜4 月）は、14 病院の発表の多くより前である。14 病院のうち 9 病院の発表（事業実施）は、2025 年以降である（第 4 章）。

回答施設の病床規模（表 1）は、100〜149 床が 93、150〜199 床が 82、200〜299 床が 72、300〜399 床が 38、400〜499 床が 28 で、合計 313 施設である（合計は本レポートの計算）[2-1]。100〜500 床の施設は回答に含まれるが、病床規模別の利用率の表は 400 床で分けており、この区分の値は出ていない。

導入しない理由の行（表 7 の課題の行）は、次のとおりである。音声入力（Q7、n=625）では、「現状で運営できている・困っていない」が 54.6%、「費用（本品部分）」が 24.1%、「費用（インフラや外部機器との接続部分）」が 21.5%、「製品に出会う場がない」が 17.2%、「試しに使ってみる機会がない」が 13.0%である[2-1]。薬歴・退院サマリ作成（Q11、n=632）では、「困っていない」が 51.7%、「製品に出会う場がない」が 26.8%、「試しに使ってみる機会がない」が 16.1%である[2-1]。報告書は、「現状で運用できている」という認識が最も多いことから、将来の労働力不足への考慮がされていない、またはする余裕がない可能性が示唆された、と書く[2-1]。

2.3 電子カルテの普及率と国の目標

電子カルテの普及率は、令和 2 年から令和 5 年に、一般病院で 57.2%から 65.6%、400 床以上で 91.2%から 93.7%、200〜399 床で 74.8%から 79.2%、200 床未満で 48.8%から 59.0%となった[2-4]。国の目標は、法律と工程表と戦略の三つに書かれている。地域医療介護総合確保法の規定では、政府は令和 12 年 12 月 31 日までに電子カルテの普及率が約 100%となることを達成するよう、情報の電子化を実現しなければならない[2-5]。医療 DX の工程表（令和 5 年 6 月 2 日）は、遅くとも 2030 年には概ねすべての医療機関で電子カルテの導入を目指すとする[2-5]。日本成長戦略（2026 年 7 月 21 日）は、2028 年度までに、電子カルテ未導入の 200 床以上の病院（療養病床等が中心の病院を除く）で普及率 100%を目指すとする[2-5]。

病院の発表では、文書の下書きが、電子カルテの記録を元にする例が多い（第 4 章）。普及率は、元データの入口がある病院の割合の目安になる。ただし、電子カルテがあることと、生成 AI と連携できることは別である。この読み方は本レポートの整理である。

2.4 要諦

1. 病院の生成 AI 利用率を規模別に出した公的統計は、照合した範囲では見つからなかった。

2. 厚労科研の数字は、生成 AI 限定ではなく医療 AI 製品の利用率。表 7 は病院と診療所を合わせた集計である。

3. 総務省の調査は医療・福祉の単独区分がなく、生成 AI の設問もない。病院の数字として読まない。

4. 電子カルテの普及率は病床規模別に読めるが、100〜500 床の区分はない。

3. 生成 AI を使うときのルール

生成 AI に診療記録を入力して文書の下書きを作る場合、個人情報保護法と医療情報の安全管理の両方が関わる。ルールは三つの資料に分かれ、版の古さにも注意が要る。

3.1 ルールの整理表

資料	内容	主体・版・日付	読むときの注意
注意喚起	個人情報を含むプロンプトを入力する場合は、特定された利用目的の達成に必要な範囲内であることを十分に確認する。あらかじめ本人の同意なしに個人データを含むプロンプトを入力し、応答出力以外の目的で取り扱われる場合は、個人情報保護法の規定に違反する可能性がある。そのため、事業者が機械学習に利用しないこと等を十分に確認する[3-1]	個人情報保護委員会、令和 5 年 6 月 2 日	医療に限らない、個人情報取扱事業者への注意点
厚労省 安全管理ガイドライン 第 7.0 版 Q&A（Q18）	生成 AI サービスのプロンプトとして医療情報を入力する場合、入力情報が「AI の学習等のために保存されないこと」が契約等で担保されていれば、サーバが国内	厚生労働省、第 7.0 版の Q&A、令和 8 年 9 月	生成 AI の直接の記述は、この Q&A の Q18 のみ

	法の適用を受けていることは必須ではない。担保がない場合は、企画管理編 7 章の遵守事項⑤（国内法の適用を受けることの確認）が働く[3-2]		
厚労省 安全管理ガイドライン 第 7.0 版（本体）	令和 8 年 6 月に第 6.0 版（令和 5 年 5 月）から改定。クラウドを導入する医療機関の増加を踏まえ、保守委託機関編を新設し、クラウドサービスの積極的な活用を推進する旨を追記した[3-3]	厚生労働省、通知、令和 8 年 6 月 29 日	本レポートの照合では、概説編・経営管理編・企画管理編・システム運用編に、生成 AI を扱った記述は見当たらなかった[3-4]
HAIP 生成 AI 利用ガイドライン 第 2 版	医療情報を取り扱う生成 AI は、3 省 2 ガイドラインに則ったサービスを選ぶ。入力データが再学習に利用される設定で本人の同意なしに個人情報を入力すると、第三者提供に抵触する場合がある。組織では、セキュリティの確保、再学習されない設定、（医学的判断に使う場合は）薬事承認等を観点に選定し、利用ルールと研修を置く。ドキュメントワーク支援では、生成 AI で作成した医療文書は、医師が最終確認を行った後	HAIP、第 2 版、2025 年 7 月 11 日	参照する版が古い。厚労省の第 6.0 版（2023 年 5 月）と、経産省・総務省の第 2.0 版（2025 年 3 月）を参照している

	に発行する[3-5]		
経産省・総務省 提供事業者ガイドライン 第 2.0 版	本文に、生成 AI を扱った記述は見当たらない（本レポートの照合）[3-6]	経済産業省・総務省、令和 7 年 3 月 28 日	事業者向けのガイドライン

3.2 版の違いと、読み合わせの注意

HAIP の第 2 版は、入出力データを保存するサーバが国内法の適用を受ける場所に設置されていると、3 省 2 ガイドラインの要件として書く[3-5]。その参照先は、厚労省の第 6.0 版である[3-5]。第 7.0 版の Q&A の Q18 は、保存されないことが契約等で担保されている場合は、国内法の適用が必須ではないと答える[3-2]。二つの記述の関係について、本レポートは判断しない。確認の手順として、自院が使う生成 AI サービスについて、入力情報の保存と学習への利用がどう扱われるか、契約等でどう担保されるかを書面で確かめる、という整理にとどめる。この整理は本レポートのものである。

一般の個人情報保護法上の注意（本人の同意と第三者提供）は、Q18 とは別の系統で残る[3-1]。第 7.0 版の Q&A の回答は、国内法の適用の要否についてのものであり、本人の同意の要否を答えるものではない（本レポートの読み）[3-2]。

3.3 文書づくりで確認する点

確認する点	根拠	決める人（本レポートの整理）
入力した情報が、AI の学習等に使われない設定・契約か	HAIP（再学習されない設定）[3-5]、Q18（保存されないことの担保）[3-2]、個人情報保護委員会（機械学習に利用しないことの確認）[3-1]	経営層、情報システム担当
サーバの所在と、国内法の適用	HAIP[3-5]、Q18[3-2]	情報システム担当、契約の担当
外部の生成 AI との接続のネットワーク	HAIP は、TLS1.3 以上とクライアント認証、IP-VPN、IPsec-IKE 等のセキュアなネットワークを挙げる[3-5]	情報システム担当
利用ルールと研修	HAIP（ルールの規定と運用、職員向け研修）[3-5]	経営層、現場の責任者
作成した医療文書の最終確認者	HAIP（医師が最終確認を行った後に発行）[3-5]	医師。看護サマリーの確認者は、院内で決める
医学的判断への利用	HAIP（医学的判断に利用	本レポートの対象外

	する場合は、薬事承認等）[3-5]	

3.4 要諦

1. 診療記録を入力する前に、学習への利用と保存の扱いは、契約等で確認する。

2. 第 7.0 版 Q&A の Q18 は、条件付きで国内法の適用を必須としない。担保がなければ、企画管理編 7 章の遵守事項⑤が働く。

3. HAIP 第 2 版は、参照する版が古い。使うときは、厚労省の第 7.0 版（令和 8 年 6 月）と読み合わせる。

4. 生成 AI で作った医療文書は、医師が最終確認してから発行する（HAIP）。

4. 14 病院の公式発表

14 病院の公式発表について、文書・業務、使ったもの、公表された効果、人の確認に分けて整理した。効果の数字は、測り方で分けないと比べられない。

4.1 病院の発表の一覧（病床数つき）

病床数は、各病院の概要ページ等の原文の値である。京都大学・東北大学・愛媛大学は、古い資料の値である。「病床 100〜500 床」に入るかどうかは、本レポートの便宜的な区分である。

病院	病床数（原文）	発表（主体・日付）	文書・業務	使ったもの
赤羽東口病院	73 床（一般 45 床・療養 28 床）[4-1]	東京都が公表した事業成果報告書（令和 6 年度分）。事業実施は令和 7 年 1 月 15 日〜3 月 31 日	カルテ記載、退院サマリ・看護サマリ、紹介状、患者向け説明記録、議事録	ユビーメディカルナビ生成 AI。電子カルテの情報を手動でコピー＆ペーストして入力
長野市民病院	400 床[4-2]	病院単独、2026 年 3 月 9 日	紹介状（診療情報提供書）や退院サマリなどの下書き、過去カルテの一括要約、情報収集、患者説明やカンファレンスの音声文字起こしと記録作成	プライベートクラウド上の生成 AI エンジンと電子カルテの直接連携。生成 AI アシスタント 50 以上

相澤病院	全 456 床[4-3]	病院単独、2026 年 2 月 10 日	退院サマリー、看護サマリー（効果の数字は看護サマリー）[4-4]	電子カルテと連動した生成 AI 活用プラットフォーム（2025 年 10 月本格運用）。電子カルテベンダーと共同検証。モデル名の記載なし
藤田医科大学病院	1,376 床（一般 1,325 床・精神 51 床）[4-5]	学校法人藤田学園、2025 年 5 月 27 日	退院時サマリー。看護サマリー、診断書に拡大[4-6]	電子カルテの診療記録を基に LLM が要約。FIXER と共同開発
東北大学病院	医療法承認病床数 1,160 床（沿革の 2019 年 9 月の記載。古い資料）[4-7]	NEC・東北大学病院・橋本市民病院の共同発表、2023 年 12 月 13 日	紹介状や退院サマリなどに記載する要約文章[4-8]	NEC の医療テキスト分析 AI と LLM
橋本市民病院	一般病床 300 床（HCU6 床含む）[4-9]	同上	同上	電子カルテの匿名化した情報をクラウド上の LLM に連携。個人情報を学習させないよう配慮
慶應義塾大学病院	950 床[4-10]	アルサーガパートナーズが配信、病院名を併記、2025 年 6 月 17 日。発表主体は要確認	退院サマリ（5 診療科）、看護サマリ[4-11]	電子カルテから患者データを読み込んで要約。閉じたネットワーク内で構築
織田病院	131 床（急性期一般入院基本料 2 が 103 床、地域包括ケア病棟入院料 1 が 28 床）[4-	織田病院・オプティム・シーエスアイの共同発表、2024 年 3 月 29 日	入退院時看護サマリーの要約文の自動生成[4-13]	オンプレミスの LLM と電子カルテの連携（試験的な導入）

	12]			
済生会二日市病院	一般病床 260 床（一般 252 床・HCU8 床）、透析用ベッド 40 床[4-14]	済生会の公式ニュース、2025 年 7 月 22 日	退院時看護サマリー。診療情報提供書の作成も課題に挙げる[4-15]	病院向けオンプレミス生成 AI 搭載サービス。2025 年 5 月 15 日に正式稼働
兵庫医科大学病院	922 床（一般 886 床・精神 36 床）[4-16]	病院単独、2025 年 6 月 12 日掲載	患者への病状説明の録音、文字起こし、約 1,000 字への要約、電子カルテへの記録[4-17]	音声認識と生成 AI の診療支援ツール。要約は 2 次元バーコードで電子カルテ端末に転送
焼津市立総合病院	423 床[4-18]	病院単独、2025 年 12 月 15 日	記載なし。電子カルテ連携機能のトライアル運用を開始する予定[4-19]	電子カルテの開発元が開発した生成 AI 連携機能
JCHO 大阪病院	許可病床 505 床（一般病床）[4-20]	病院・富士通 Japan・フォーティエンスコンサルティングの共同発表、2026 年 2 月 19 日	退院サマリ作成（年間退院サマリ約 1 万 6,000 件）、看護申し送り。診療領域外では議事録作成と職員向け RAG チャットボット[4-21]	富士通 Japan の生成 AI サービス、日本マイクロソフトの生成 AI プラットフォーム。2026 年 6 月の運用開始に向けた発表
京都大学医学部附属病院	1,121 床（病院の概要 2019、2019 年 4 月 1 日現在。古い資料）[4-22]	病院単独（フィッティングクラウドとの共同研究）、2024 年 6 月 3 日	退院時サマリ、診療情報提供書の文章生成[4-23]	CocktailAI。DocuMaker に組み込む形で公開
愛媛大学医学部附属病院	644 床（概要 2022。古い資料）[4-24]	病院単独、情報公開文書、2024 年 8 月 29 日	退院サマリー、紹介状の下書き（実証実験の計画）[4-25]	文書管理システム DocuMaker に生成 AI 機能を組み込む

14 病院のうち 12 病院は、退院サマリ・看護サマリー・紹介状（診療情報提供書）などの作成支援に当たる。例外は、病状説明の録音要約（兵庫医科大学病院）と、文書の種類の記載がない発表（焼津市立総合病院）である。電子カルテと連携させた形が多い。赤羽東口病院は手動のコピー＆ペースト、兵庫医科大学病院は 2 次元バーコードでの転送である。

4.2 公表された効果と人の確認

病院	公表された効果（原文の限定語つき）	人の確認・ルール
赤羽東口病院	現状の 1 件あたりの時間から、カルテ記載は 10 分から 5 分、サマリ作成は 30〜60 分から 15〜45 分、紹介状作成は 15 分から 5 分、患者向け説明記録は 20 分から 10 分、議事録は 30 分から 10 分。利用は月 350〜400 件程度[4-1]	報告書に確認手順の記載は確認できず
長野市民病院	年間 5,472 時間（月平均約 456 時間、常勤職員約 3 名分）。回答者の約 98%が「効率向上」または「質向上」を実感[4-2]	診療情報の安全性に配慮、との記載。医師確認の記載は確認できず
相澤病院	看護サマリーの作成時間を平均約 17 分から約 6 分（64.0%削減）。先行実施した 5 つの病棟での検証。月間 1,000 名を超える退院患者の約 8 割で AI を活用[4-4]	確認できず
藤田医科大学病院	2025 年 3 月のアンケート（医師 170 名、複数回答あり）で、使用している医師の 92%が「時間短縮、業務改善につながった」、81%が「満足」。導入後 3 カ月の累計短縮時間は約 1,000 時間（算出法の記載なし）。「10〜15 分」は導入前の所要時間[4-6]	生成された文章は医師が調整できる。下書きは自由に修正できる
東北大学病院	一部の診療科の医師 10 名の実証で、要約文章の作成	引用元の電子カルテの記載を関連付けて表示し、医師

	時間が、新規に作成する場合と比べて平均 47%削減[4-8]	がエビデンスを確認できる
橋本市民病院	確認できず。実証期間は 2023 年 10 月〜2024 年 3 月（予定）との記載のみ[4-8]	個人情報を学習させないよう配慮
慶應義塾大学病院	導入前は、退院サマリの作成に 1 人分で平均約 1〜2 時間。導入後の削減の数字は確認できず[4-11]	担当医師が必ず内容を確認・修正し、診療記録として保存する。ハイライトされたキーワードを元データと照合[4-26]
織田病院	確認できず（この共同発表に数字なし）[4-13]	患者の個人情報を含む LLM の取扱いで、高いレベルのセキュリティを実現、との記載
済生会二日市病院	12 日以上の入院患者の退院時看護サマリー作成で、その 84%を同サービスが支援し、関連業務コストを 36%削減[4-15]	確認できず
兵庫医科大学病院	バーコード変換から記録までにかかる時間は 1 分ほど。時間削減の実数は確認できず（期待される効果は見込み）[4-17]	確認できず
焼津市立総合病院	確認できず（トライアル開始前）[4-19]	確認できず
JCHO 大阪病院	確認できず（運用開始前）[4-21]	データや出力結果の取扱いの運用ルールを整備。院内推進リーダー（DX アンバサダー）を置く
京都大学医学部附属病院	眼科退院時の診療情報提供書の作成で、生成された文章の 56%が「そのままで利用可能」「微修正のみで利用可能」、36%が「記載追加のみで利用可能」。92%の文書で医師の文書作成タスクが大幅に軽減。時間の数字は確認できず[4-23]	生成文と診療録を対比して表示し、医師が根拠を確認できる

愛媛大学医学部附属病院	確認できず（研究計画。評価項目に文書作成の所要時間等）[4-25]	生成された文章を医療従事者が評価する

人の確認の記載が原文にあるのは、藤田医科大学病院、東北大学病院、慶應義塾大学病院、京都大学医学部附属病院の 4 病院である。愛媛大学医学部附属病院は、研究として医療従事者が評価する。「確認できず」は、記載が原文にないという意味であり、確認をしていないという意味ではない。

4.3 効果の数字の測り方の分類

測り方	該当する発表	原文の数字	読み方
実測・検証	相澤病院、東北大学病院、賛育会病院（第 5 章）	相澤病院は先行実施した 5 つの病棟での検証で、看護サマリー約 17 分から約 6 分。東北大学病院は一部の診療科の医師 10 名の実証で平均 47%削減。賛育会病院は各 15 のサンプルの計測	検証の範囲（病棟、医師の数、サンプル）が限られる。他の病院や他の文書に当てはまるとは、発表からは言えない
換算・試算（アンケートからの換算を含む）	長野市民病院、赤羽東口病院、森山脳神経センター病院、松原アーバンクリニック（第 5 章）	長野市民病院は年間 5,472 時間（アンケートによる導入前後比較で算出した削減時間に、各アシスタントの実行回数を乗算し換算）。赤羽東口病院と森山脳神経センター病院は、1 件あたりの分数に件数を掛けた試算。松原アーバンクリニックは想定の 325 時間	長野市民病院の対象は、積極的に活用している職員 111 名。換算値は、実測の合計ではない
利用者の回答	藤田医科大学病院、長野市民病院	藤田医科大学病院は、使用している医師の 92%が「時間短縮、業務改善につながった」（医師 170 名のア	時間の実測ではなく、実感や満足の回答である

		ンケート）。長野市民病院は、回答者の約 98%が「効率向上」または「質向上」を実感	
導入前の時間のみ	慶應義塾大学病院、藤田医科大学病院（「10〜15 分」）	慶應義塾大学病院は 1 人分で平均約 1〜2 時間。藤田医科大学病院は 1 件あたり 10〜15 分	導入前の所要時間であり、導入後の削減の数字ではない。慶應義塾大学病院は、発表主体が要確認
数字の公表なし	橋本市民病院、織田病院、焼津市立総合病院、JCHO 大阪病院、愛媛大学医学部附属病院	確認できず。開始前、実証中、研究計画の発表が含まれる	開始前の発表は、後の結果の発表が台帳にない
測り方の記載なし、または効果の種類が違う（上の五つに入らない行）	済生会二日市病院、兵庫医科大学病院、京都大学医学部附属病院、藤田医科大学病院（約 1,000 時間）	二日市は、看護サマリー作成の 84%を支援し、関連業務コストを 36%削減。兵庫は、バーコード変換から記録まで 1 分ほど。京都大学は、生成文の 56%・36%・92%の分類。藤田は、導入後 3 カ月の累計短縮時間が約 1,000 時間	測り方が原文にないか、時間の削減ではない。他の行と同じ物差しで比べない

4.4 病床 100〜500 床の 6 病院

病床 100〜500 床に入るのは、長野市民病院（400 床）、相澤病院（456 床）、橋本市民病院（300 床）、織田病院（131 床）、済生会二日市病院（260 床）、焼津市立総合病院（423 床）の 6 病院である。JCHO 大阪病院（505 床）は 500 床をわずかに超える。

6 病院のうち、文書の種類が書かれているのは 5 病院で、いずれも退院サマリ・看護サマリー・紹介状（診療情報提供書）などである。時間の数字を原文が示すのは、長野市民病院（換算の年間 5,472 時間）と相澤病院（検証の約 17 分から約 6 分）の 2 病院である。済生会二日市病院は、84%と 36%を書くが、測り方の記載がない。橋本市民病院、織田病院、焼津市立総合病院は、数字が読めない。第 5 章の東京都事業にも、149 床（森山脳神経センター病院）と 199 床（賛育会病院）の病院がある。

4.5 要諦

1. 14 病院のうち 12 病院は、退院サマリ・看護サマリー・紹介状などの作成支援である。

2. 効果の数字は、検証、換算、利用者の回答、導入前の時間のみ、数字の公表なし、に分かれる。同じ物差しで比べない。

3. 病床 100〜500 床の 6 病院のうち、時間の数字を原文が示すのは長野市民病院と相澤病院の 2 病院である。

4. 人の確認の記載が原文にあるのは 4 病院。記載がないことは、確認がないことを意味しない。

5. 東京都 AI 技術活用促進事業の成果

東京都の事業は、200 床未満の病院と有床診療所を対象に、AI 導入の費用を補助する。令和 6 年度分の成果報告書が 4 件公表されており、報告書は病院の自己報告である。

5.1 事業の要件

項目	内容	注意
目的	医療従事者の業務負担を軽減し、専門業務に注力可能な環境を整備するとともに、患者の待ち時間の短縮等、医療の質・患者サービスを向上させる[5-1]	令和 8 年度の事業のページ（2026 年 6 月 10 日更新）
補助対象者	東京都内の 200 床未満の病院の開設者、または有床診療所の開設者。国、地方公共団体、独立行政法人等と、本補助金の交付を受けたことがある医療機関は対象外（2 か年の事業計画で 2 か年目に申請する 200 床未満の病院を除く）[5-1]	病床 100〜500 床のうち、200 床以上は対象外
対象経費	AI 問診、電子カルテ等への AI 音声自動入力、AI 通訳機など多言語対応、その他 AI 技術を活用したシステム等の導入費用。関連するライセンス料、電子機器、電子カルテ等との連携の改修、コンサルティングを含む[5-1]	要綱は、AI 医療機器や勤怠管理に係るもの、維持・管理に係るもの、既に導入したシステム等の更新を支援対象外とする[5-2]

基準額・補助率	基準額は 10,000 千円（コンサルティングを実施する場合は 20,000 千円）。補助率は 1/2[5-1]	対象経費の支出予定額と基準額の小さい方に補助率を掛けた額が補助金額[5-3]
補助条件	事業の効果検証のため、AI 導入効果の報告など東京都から依頼があれば協力する。補助事業の完了後、補助を行った事業者や導入事例等を東京都のホームページで公表する[5-3]	成果報告書が公表される理由
申請期限	第 1 回は令和 8 年 6 月 30 日、第 2 回は令和 8 年 9 月 30 日。j グランツで提出[5-1]	このページに書かれた期限は 2 回で、いずれも本レポートの作成日（2026 年 10 月 1 日）より前
実績	令和 6 年度の補助事業者は 10 件[5-4]。令和 7 年度は 18 件の名簿のみで、事例の成果報告書は 2026 年 10 月 1 日時点でページ上に見つからない[5-5]	事例公表ページは、令和 6 年度の活用事例を一部公表（病院 3、診療所 1）[5-6]

5.2 令和 6 年度の成果報告書 4 件

医療機関	病床・職員・事業経費・期間	使ったもの	公表された効果	限定語・課題
赤羽東口病院	73 床、職員 180 名、事業経費 17,541 千円、令和 7 年 1 月 15 日〜3 月 31 日[5-7]	生成 AI サービスとコンサルティング	1 件あたりの時間は、カルテ記載 10 分から 5 分など（第 4 章の表）。月ごとの削減時間合計 60.03 時間。要件定義は院内実施の総工数 120 時間がコンサルタント実施で 40 時間、導入業務は 300 時間が 178 時間	目標との差あり（5.3）。電子カルテ上のシステムではなく、AI アプリと電子カルテの間で手動のコピー＆ペーストが生じる。プロンプトの出し方が難しい

森山脳神経センター病院	149 床（一般 43 床・療養 106 床）、職員 300 名、事業経費 9,775 千円、令和 6 年 12 月 1 日〜令和 7 年 3 月 31 日[5-8]	電子カルテへの AI 音声自動入力（150ID のライセンス、スマートフォン 100 台、専用サーバ）、AI 通訳機、AI 議事録作成	記録作成は、従来 1 件 7〜10 分が、音声入力で 2〜6 分程度に短縮される事例が多く報告された。議事録作成は、従来 1 件 30 分〜1 時間程度が、10〜15 分程度で修正・共有できる。月ごとの記録件数（概算）は、2024 年 12 月 20 件、2025 年 1 月 90 件、2 月 119 件、3 月 171 件	試算は最小時間ベース（記録 7 分から 2 分、議事録 30 分から 10 分）。残業時間は、導入期間中に明確な削減傾向は見られず、現状維持
賛育会病院	199 床、職員 409.7 人、事業経費 11,553 千円、令和 7 年 1 月 1 日〜3 月 31 日（導入開始日は 3 月 31 日）[5-9]	AI 問診とコンサルティング	導入前（サンプル 15）は、患者の紙問診の記入が平均 11 分、医師の転記が平均 8 分。導入後（サンプル 15）は、患者の AI 問診の記入が平均 6〜7 分、医師の転記が平均 0 分	導入時は、操作方法等で職員が患者に対応する時間が微増。9 割程度で AI 問診を実施するが、来院前に入力するケースは多くない。高齢者は紙問診より時間がかかる場合がある。日本語のみ対応で、ローマ字入力に非対応
松原アーバンクリニック（有床診療所）	病床 3、職員 45、事業経費 1,650 千円、令和 7 年 1 月 6 日〜3 月 31 日[5-10]	オンコール電話の自動文字起こしと、診療録の下書きの自動生成	想定の短縮効果は、合計およそ 325 時間程度。電話 1 回線を日中に実装し、電話	325 時間は想定（見込み）で、期間の記載はない。算式の日数（営業 22 日、30

			対応後の診療録作成時間を 1 件あたり 15〜20 分削減	日、休日 8 日）から 1 か月分と推定。病院ではなく診療所

東京都の報告書で、生成 AI を扱うのは赤羽東口病院だけである。森山脳神経センター病院は音声入力、賛育会病院は AI 問診、松原アーバンクリニックはオンコール支援である。

5.3 赤羽東口病院の目標と実績

報告書は、目標削減時間と実削減時間について、業務別に並べている。実削減時間は、1 件あたりの削減分数に月の件数を掛けた値である（例は、カルテ記載で 5 分×200 件=16.7 時間）。

業務	目標削減時間（時間）	実削減時間（時間）	達成率
カルテ記載	160	16.7	10.44%
サマリ作成	11.5	25	217.39%
紹介状作成	25	5	20.00%
患者向け説明記録作成	16.7	3.33	19.94%
議事録作成	6.5	10	153.85%
合計	219.7	60.03	27.32%

サマリ作成と議事録作成は目標を上回り、カルテ記載、紹介状作成、患者向け説明記録作成は目標を下回った。合計の達成率は 27.32%である。利用件数は月に 350〜400 件程度で、内訳は、カルテ記述 200 件、サマリ作成 100 件、紹介状作成 30 件、患者向け説明記録 20 件、議事録 30 件である[5-7]。報告書は、コンサルタントによるプロンプトとワークフローの支援がなければ導入はできなかった、と書く[5-7]。

5.4 読み方

東京都の 4 件は、病院が報告した数字であり、第三者の検証ではない。三つの点に注意して読む。第一に、削減時間は、1 件あたりの分数に件数を掛けた試算で、最小値ベースのものがある。第二に、目標と実績に差がある業務（赤羽東口病院）、残業時間に明確な削減傾向が見られなかった導入（森山脳神経センター病院）、導入時に職員対応時間が微増した導入（賛育会病院）が、原文のまま書かれている。第三に、4 件のうち生成 AI を扱うのは 1 件である。

これらは、病院の取組への評価ではない。報告書が、うまくいった点と、うまくいかなかった点を両方書いていることは、中規模病院が自院の導入を考えるときの材料になる。事業経費は、4 件で、9,775 千円から 17,541 千円（病院 3 件）と 1,650 千円（診療所 1 件）の幅がある。事業経費にコンサルティングが含まれるかどうかは報告書ごとに違い、単純には比べられない。

5.5 要諦

1. 事業の対象は、都内の 200 床未満の病院と有床診療所。基準額 10,000 千円（コンサルティング実施は 20,000 千円）、補助率 1/2。

2. 令和 8 年度の申請期限（第 1 回 6 月 30 日、第 2 回 9 月 30 日）は、このページの記載では、いずれも 2026 年 10 月 1 日より前である。

3. 成果報告書は自己報告。赤羽東口病院は目標 219.7 時間に対し実績 60.03 時間（達成率 27.32%）。

4. 4 件のうち、生成 AI を扱うのは赤羽東口病院の 1 件。他は音声入力、AI 問診、オンコール支援である。

6. 病床 100〜500 床の病院が採れる進め方 3 案

進め方は、三つの案に整理する。この案は、公開事例から見える型を本レポートが整理したものであり、特定の製品や病院の方法を推奨するものではない。

6.1 3 案の比較

案	内容	公開事例で近いもの	〈最初の一枚〉の三条件（型・元・確認者）	注意点
A 診療領域の外から始める	議事録作成や、職員向けの規程の検索など、診療記録を入力しない業務から使い始める	JCHO 大阪病院（2024 年 11 月から、診療領域を除く議事録作成と RAG チャットボット）[6-1]。赤羽東口病院と森山脳神経センター病院の議事録[6-2][6-3]	型：△（議事録は書式が緩い）、元：○（会議の音声やメモ）、確認者：○	患者に関する会議（多職種カンファレンス等）は患者情報を含み得る。公表された効果は、自己報告の試算（赤羽東口病院の議事録は 30 分から 10 分）
B 電子カルテの記録から文書の下書きを作る	退院サマリ、看護サマリー、紹介状（診療情報提供書）の下書きを電子カルテの記録を元に作る	長野市民病院、相澤病院、藤田医科大学病院、東北大学病院、慶應義塾大学病院、織田病院、済生会二日市病院、京都大学医学部	型：◎（書式が決まっている）、元：◎（電子カルテの記録）、確認者：○（医師の最終確認が前提）	電子カルテとの連携、診療科ごとの項目の違い、医療情報を入力するためのルールが前提。効果の測り方が病院ごとに違

		附属病院		う
C 入口の業務から始める	AI 問診、音声入力、病状説明の録音要約など、記録を作る手前の業務から使い始める	賛育会病院（AI 問診）、森山脳神経センター病院（音声入力）、兵庫医科大学病院（病状説明の録音要約）[6-4][6-3][6-5]	型：○（問診の項目は決められる）、元：△（患者の入力や音声が元）、確認者：○	患者の操作の負担（高齢者、日本語のみ）、録音の同意、残業時間に削減傾向が見られなかった例がある

記号は、◎が組みやすい、○が条件付きで組める、△が追加の準備が要る、である。記号は本レポートの判断（推定）であり、各病院の評価ではない。三つの案は、排他ではない。案 B を中心にして、案 A を並行して試す、という組み合わせも考えられる。

6.2 公開事例の規模の幅

参考として、発表に書かれた利用の規模を並べる。並びは順位ではない。長野市民病院は、生成 AI アシスタントを 50 以上構築し、積極的に活用している職員 111 名を対象に効果を測った[6-6]。相澤病院は、月間 1,000 名を超える退院患者の約 8 割で AI を活用し、先行実施した 5 つの病棟で検証した[6-7]。藤田医科大学病院は、2025 年 2 月に 6 診療科で先行運用を始め、3 月に 31 診療科へ広げた[6-8]。慶應義塾大学病院は、5 診療科から始めた[6-9]。いずれも各病院の規模に応じた数字であり、中規模病院が目指す水準を示すものではない。

6.3 案ごとの前提

案 A の前提は、入力してよい情報の線引きである。議事録でも、患者に関する会議は患者情報を含み得るため、HAIP が医療情報を取り扱う生成 AI に求める選び方が関わる（本レポートの判断）[6-10]。案 B の前提は、元データの入口と確認者である。赤羽東口病院は、AI アプリと電子カルテの間の手動のコピー＆ペーストを課題に書く[6-2]。慶應義塾大学病院は、診療科によってサマリで重視される項目が異なるため、プロンプトを診療科ごとにカスタマイズできるようにしたと書く[6-9]。案 C の前提は、患者や職員の操作の負担と同意である。賛育会病院は、高齢者が紙問診より時間がかかる場合があると書く[6-4]。

6.4 要諦

1. 案 B は、〈最初の一枚〉の型と元を最も組みやすい。ただし、電子カルテとの連携と、医療情報を入力するルールが前提になる。

2. 案 A は診療記録を使わずに始められる。ただし、患者に関する会議の扱いを決める必要がある。

3. 案 C は入口の業務だが、患者の操作や同意の負担があり、公表された効果にも限定語が多い。

7. 実施判断支援

この章は、第 1 章〜第 6 章の事実から導いた、本レポートの提案である。公開資料に書かれた事実とは区別して読む。判断の軸は、〈最初の一枚〉（型がある、元がある、確認者がいる）である。

7.1 文書・業務別の Go/No-Go

文書・業務	判断	Go の条件	No-Go になる場合
退院サマリ・看護サマリーの下書き	条件付き Go（最初の一枚の候補）	最終確認者を決める（HAIP は、医師が最終確認を行った後に発行）[7-1]。入力情報が学習等に使われないことを契約等で確認する[7-2]。導入前の所要時間を数件測る[7-3]	元データの入口が決まらず、手動のコピー＆ペーストの件数が多い[7-4]。確認者が決まらない
紹介状・診療情報提供書の下書き	条件付き Go（退院サマリの次）	診療科ごとの項目の違いを確認する[7-5]。退院サマリで確認者と測り方が固まってから進める	診療科ごとの違いを決めないまま、全科に開く
議事録作成	小さく始める	対象にする会議を決め、患者に関する会議の扱い（入力してよい情報）を決める[7-1]	患者情報を含む会議の扱いが決まっていない
病状説明の録音要約・音声入力	小さく始める	録音の同意の取り方を決める。少数の部署で、記録にかかる時間を前後で測る[7-6]	同意の取り方が決まらない。時間を測らず、残業時間の変化だけを見る
AI 問診	小さく始める	患者の操作の負担（高齢者、外国籍の患者）への対応を決める[7-7]	日本語のみ対応のまま、外国籍の患者への対応が決まらない
診断・治療の支援	本レポートの対象外	医学的判断に使う場合は薬事承認等が必要（HAIP）[7-1]	本レポートは判断しない

7.2 判断の前提

前提は五つある。第一に、病院の生成 AI 利用率を規模別に示した公的統計は、照合した範囲では見つからない。第二に、効果の数字は測り方が違い、病床 100〜500 床の 6 病院のうち、時間の数字を原文が示すのは長野市民病院と相澤病院の 2 病院である。第三に、東京都の事例は自己報告で、目標との差や、削減傾向が見られなかった例も書かれている。第四に、ルールは、第 7.0 版 Q&A の Q18 が条件付きで、HAIP 第 2 版は古い版を参照している。第五に、東京都の補助事業は、都内の 200 床未満が対象で、令和 8 年度の申請期限は 2 回とも本レポートの作成日より前である。これらは、自院の数字を自院で測る必要がある理由になる。

7.3 初動 3 か月のアクション

期間	アクション
1 か月目	最初の一枚にする文書は、退院サマリか看護サマリーのどちらか 1 つに絞る。最終確認者を決める。入力情報の保存と学習への利用を契約等で確認する[7-2]。導入前の作成時間を数件測る（賛育会病院は、導入前後に各 15 件のサンプルを計測した[7-7]）
2 か月目	少数の病棟か診療科で先行実施する（相澤病院は先行実施した 5 つの病棟で検証した[7-3]）。電子カルテの記録を元データにできるか、ベンダーと確認する。利用ルールと研修を置く[7-1]
3 か月目	導入前と同じ測り方で、作成時間を比べる。続ける、広げる、止める、を決める。東京都内の 200 床未満の病院は、次の公募の有無を東京都のページで確認する[7-8]

7.4 主要論点 3 つ

論点 1 は、最初の一枚を何にするか、である。推奨は、退院サマリか看護サマリーの下書きから始めることである。根拠は、14 病院のうち 12 病院が、退院サマリ・看護サマリー・紹介状などの作成支援であり[7-3]、書式が決まり、電子カルテの記録を元にでき、医師が確認する前提が HAIP に書かれていることである[7-1]。ただし、病床 100〜500 床の病院のうち、時間の数字を原文が示すのは 2 病院だけであり、他の文書や他の病院に同じ効果が出るとは言えない。

論点 2 は、効果の数字をどう扱うか、である。推奨は、公表された数字（約 17 分から約 6 分、年間 5,472 時間、92%など）を目標値にせず、導入前の所要時間を自院で測って判断することである。根拠は、これらが検証、換算、利用者の回答と、測り方が違うこと[7-9][7-10]、赤羽東口病院の報告書で、目標 219.7 時間に対し実績 60.03 時間と差が出たことである[7-4]。

論点 3 は、ルールと確認者をいつ決めるか、である。推奨は、導入の前に決めることである。根拠は、Q18 が、保存されないことの契約等での担保を条件にしていること[7-2]、個人情報保護委員会が、本人の同意なしの入力で法違反となる可能性を示していること[7-11]、HAIP が医師の最終確認を求めていることである[7-1]。人の確認の記載が原文にあるのは、14 病院のうち 4 病院である。

7.5 監視すべきリスク要因

- 東京都の令和 7 年度の成果報告書の公表（2026 年 10 月 1 日時点でページ上に見つからない）[7-12]

- JCHO 大阪病院の運用開始（2026 年 6 月の予定）後の発表。台帳には運用開始前の発表のみ[7-13]

- 厚労省の安全管理ガイドライン第 7.0 版と、HAIP の次の版の記述の整合（HAIP 第 2 版は第 6.0 版を参照）[7-1]

- 電子カルテの普及目標（2028 年度までに、未導入の 200 床以上の病院で 100%を目指す）の進み方[7-14]

7.6 要諦

1. 最初は、退院サマリか看護サマリーの下書き。〈最初の一枚〉の型・元・確認者を組みやすい。

2. 紹介状と診療情報提供書は、退院サマリで確認者と測り方が固まってから進める。

3. 公表された効果の数字は目標にせず、導入前の時間を自院で測って判断する。

参考文献

[0-1] 医師の働き方改革（医師の時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置） - 厚生労働省 医政局医事課 (2023-09-15) https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001146152.pdf

[0-2] 2025 年度病院経営定期調査 概要版 - 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会 (2025-11-26) https://ajhc.or.jp/siryo/20251126report.pdf

[0-3] 第 25 回医療経済実態調査 分析（2023 年度・2024 年度 病院類型別の経営状況） - 厚生労働省（中央社会保険医療協議会） (2025-11-26) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001599548.pdf

[0-4] 医療 AI の導入状況に関するアンケート調査（令和 6 年度 厚生労働科学研究 総合研究報告書） - 厚生労働科学研究（竹下康平ほか） (N/A) https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202403005B-sougou_0.pdf

[0-5] 令和 7 年通信利用動向調査報告書（企業編） - 総務省 (2026-05-29) https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/pdf/HR202500_002.pdf

[0-6] 【病院 DX】生成 AI による医療文書作成支援システムを本格導入いたしました - 相澤病院 (2026-02-10) https://aizawahospital.jp/other/20260210/

[0-7] 長野市民病院、生成 AI 活用で年間 5,472 時間の業務効率化を実証 - 地方独立行政法人長野市民病院（PR TIMES） (2026-03-09) https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000002.000179216.html

[0-8] 医師の 92%が業務効率化につながったと回答 生成 AI を活用した「退院時サマリー作成支援システム」が実用化 - 学校法人藤田学園（藤田医科大学） (2025-05-27) https://www.fujita-hu.ac.jp/news/vsfo8q000000286b.html

[0-9] 慶應義塾大学病院とアルサーガパートナーズ、生成 AI を活用した「退院サマリ作成支援 AI」システムを共同開発 - アルサーガパートナーズ・慶應義塾大学病院 (2025-06-17) https://www.arsaga.jp/news/pressrelease-keio-university-hospital-generative-ai-20250617/

[0-10] 事業成果報告書（令和 6 年度分）赤羽東口病院 - 東京都保健医療局（赤羽東口病院の報告書） (N/A) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_akabanehigasiguti

[0-11] 事業成果報告書（令和 6 年度分）森山脳神経センター病院 - 東京都保健医療局（森山脳神経センター病院の報告書） (N/A) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_moriyamanousinkei

[0-12] 令和 8 年度 医療機関における AI 技術活用促進事業 - 東京都保健医療局 (2026-06-10) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/jigyo/ai.html

[0-13] 生成 AI サービスの利用に関する注意喚起等について - 個人情報保護委員会 (2023-06-02) https://www.ppc.go.jp/files/pdf/230602_kouhou_houdou.pdf

[0-14] 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 7.0 版 Q&A - 厚生労働省 (2026-09) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001752355.pdf

[0-15] 医療・ヘルスケア分野における生成 AI 利用ガイドライン（第 2 版） - Healthcare AI Platform Collaborative Innovation Partnership（HAIP） (2025-07-11) https://haip-cip.org/assets/documents/nr_20241002_02.pdf

[0-16] 生成 AI による退院サマリ作成支援（AI ホスピタル） - 慶應義塾大学病院 (N/A) https://www.hosp.keio.ac.jp/about/feature/aihospital/

[1-1] 医師の働き方改革（医師の時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置） - 厚生労働省 医政局医事課 (2023-09-15) https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001146152.pdf

[1-2] 連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制・代償休息等について（医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料） - 厚生労働省 (2021-09-15) https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/information/2021/20220404_02.pdf

[1-3] タスク・シフト・シェアの推進に関する検討会 資料（医師の働き方改革） - 厚生労働省 (N/A)
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000709444.pdf

[1-4] 2025 年度病院経営定期調査 概要版 - 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会 (2025-11-26) https://ajhc.or.jp/siryo/20251126report.pdf

[1-5] 第 25 回医療経済実態調査 分析（2023 年度・2024 年度 病院類型別の経営状況） - 厚生労働省（中央社会保険医療協議会） (2025-11-26) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001599548.pdf

[1-6] 第 25 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告の概要 - 厚生労働省（中央社会保険医療協議会） (2025-11-26) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001599546.pdf

[1-7] 労働経済動向調査（令和 8 年 5 月） - 厚生労働省 (2026-06-23)
https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/keizai/2605/dl/7roudoukeizaidouko.pdf

[1-8] 2040 年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会 資料 5 - 厚生労働省 (2026-04-10)
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001689162.pdf

[2-1] 医療 AI の導入状況に関するアンケート調査（令和 6 年度 厚生労働科学研究 総合研究報告書） - 厚生労働科学研究（竹下康平ほか） (N/A) https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202403005B-sougou_0.pdf

[2-2] 令和 6 年通信利用動向調査報告書（企業編） - 総務省 (2025-05-30)
https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/pdf/HR202400_002.pdf

[2-3] 令和 7 年通信利用動向調査報告書（企業編） - 総務省 (2026-05-29)
https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/pdf/HR202500_002.pdf

[2-4] 電子カルテシステム等の普及状況の推移（医療施設調査） - 厚生労働省 (N/A)
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000938782.pdf

[2-5] 電子カルテ普及計画 - 厚生労働省 政策統括官付 医療情報連携担当参事官室 (2026-09-09)
https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001748251.pdf

[3-1] 生成 AI サービスの利用に関する注意喚起等について - 個人情報保護委員会 (2023-06-02)
https://www.ppc.go.jp/files/pdf/230602_kouhou_houdou.pdf

[3-2] 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 7.0 版 Q&A - 厚生労働省 (2026-09)
https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001752355.pdf

[3-3] 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 7.0 版」の策定について（通知） - 厚生労働省 (2026-06-29) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001716656.pdf

[3-4] 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 7.0 版（概説編） - 厚生労働省 (2026-06)
https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001716290.pdf

[3-5] 医療・ヘルスケア分野における生成 AI 利用ガイドライン（第 2 版） - Healthcare AI Platform Collaborative Innovation Partnership（HAIP） (2025-07-11)
https://haip-cip.org/assets/documents/nr_20241002_02.pdf

[3-6] 医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン 第 2.0 版 - 経済産業省・総務省 (2025-03-28)
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/01gl_20250328.pdf

[4-1] 事業成果報告書（令和 6 年度分）赤羽東口病院 - 東京都保健医療局（赤羽東口病院の報告書） (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_akabanehigasiguti

[4-2] 長野市民病院、生成 AI 活用で年間 5,472 時間の業務効率化を実証 - 地方独立行政法人長野市民病院（PR TIMES） (2026-03-09) https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000002.000179216.html

[4-3] 病院紹介（入院病床数） - 相澤病院 (N/A) https://aizawahospital.jp/information/

[4-4] 【病院 DX】生成 AI による医療文書作成支援システムを本格導入いたしました - 相澤病院 (2026-02-10)
https://aizawahospital.jp/other/20260210/

[4-5] 病院概要（許可病床数） - 藤田医科大学病院 (N/A) https://hospital.fujita-hu.ac.jp/about/outline.html

[4-6] 医師の 92%が業務効率化につながったと回答 生成 AI を活用した「退院時サマリー作成支援システム」が実用化 - 学校法人藤田学園（藤田医科大学） (2025-05-27) https://www.fujita-hu.ac.jp/news/vsfo8q000000286b.html

[4-7] 沿革（医療法承認病床数） - 東北大学病院 (N/A) https://www.hosp.tohoku.ac.jp/outline/003.html

[4-8] NEC、東北大学病院、橋本市民病院、「医師の働き方改革」に向けて、医療現場における LLM 活用の有効性を実証 - NEC・東北大学病院・橋本市民病院 (2023-12-13) https://jpn.nec.com/press/202312/20231213_01.html

[4-9] 病院概要（病床数） - 橋本市民病院 (N/A) https://hashimoto-hsp.jp/hospital/info_top.html

[4-10] 病院概要（病床数） - 慶應義塾大学病院 (N/A) https://www.hosp.keio.ac.jp/about/info/

[4-11] 慶應義塾大学病院とアルサーガパートナーズ、生成 AI を活用した「退院サマリ作成支援 AI」システムを共同開発 - アルサーガパートナーズ・慶應義塾大学病院 (2025-06-17) https://www.arsaga.jp/news/pressrelease-keio-university-hospital-generative-ai-20250617/

[4-12] 病院概要（病床数） - 織田病院 (N/A) https://www.odahp.com/about/

[4-13] 外部ネットワークへの接続を必要としないセキュアな大規模言語モデル（LLM）「OPTiM AI」を発表 電子カルテと連携し、臨床現場にオンプレミス導入開始 - 織田病院・オプティム・シーエスアイ (2024-03-29) https://www.optim.co.jp/newsdetail/20240329-pressrelease-01

[4-14] 病院概要（病床数） - 済生会二日市病院 (N/A) https://www.saiseikai-futsukaichi.org/about/outline

[4-15] AI 技術を活用し医療現場の負担軽減へ（二日市病院） - 社会福祉法人恩賜財団済生会 (2025-07-22) https://www.saiseikai.or.jp/topics/575411/

[4-16] 病院概要（病床数） - 兵庫医科大学病院 (N/A) https://www.hosp.hyo-med.ac.jp/about/outline/

[4-17] 病状説明を AI が自動要約し電子カルテに記録〜大学病院で全国初の導入〜 - 兵庫医科大学病院 (2025-06-12) https://www.hyo-med.ac.jp/news/3273/

[4-18] 病院概要（病床数） - 焼津市立総合病院 (N/A) https://www.hospital.yaizu.shizuoka.jp/hospital/gaiyou.html

[4-19] 生成 AI を活用した電子カルテ連携機能の開発・当院でのトライアルがプレスリリース掲載 - 焼津市立総合病院 (2025-12-15) https://www.hospital.yaizu.shizuoka.jp/news/medical/20251215.html

[4-20] 施設概要（許可病床数） - JCHO 大阪病院 (N/A) https://osaka.jcho.go.jp/newera/about/rinen/sisetu/

[4-21] 医療現場の働き方改革の実現に向け、大阪病院にて生成ＡＩを安全に利活用する体制構築に向けたプロジェクトを開始 - JCHO 大阪病院・富士通 Japan・フォーティエンスコンサルティング (2026-02-19) https://osaka.jcho.go.jp/osakahospitalgenerativeai_20260219/

[4-22] 病院の概要 2019（区分別病床数 2019 年 4 月 1 日現在） - 京都大学医学部附属病院 (2019-04) https://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/outline/annual/annual_2019_ALL.pdf

[4-23] 生成 AI を活用した医療文書向け文章生成ソリューションを開発 - 京都大学医学部附属病院 (2024-06-03) https://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/press/20240603.html

[4-24] 医学部附属病院概要 2022 - 愛媛大学医学部附属病院 (2022) https://www.m.ehime-u.ac.jp/wp-content/uploads/%E5%8C%BB%E5%AD%A6%E9%83%A8%E9%99%84%E5%B1%9E%E7%97%85%E9%99%A2%E6%A6%82%E8%A6%812022.pdf

[4-25] 生成 AI を利用した医療文書の作成時間削減に関する検証（情報公開文書） - 愛媛大学医学部附属病院 (2024-08-29) https://www.m.ehime-u.ac.jp/wp-content/uploads/seiseiAI.pdf

[4-26] 生成 AI による退院サマリ作成支援（AI ホスピタル） - 慶應義塾大学病院 (N/A) https://www.hosp.keio.ac.jp/about/feature/aihospital/

[5-1] 令和 8 年度 医療機関における AI 技術活用促進事業 - 東京都保健医療局 (2026-06-10) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/jigyo/ai.html

[5-2] 医療機関における AI 技術活用促進事業実施要綱 - 東京都保健医療局 (2024-06-07)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai-zissiyoukou

[5-3] 令和 8 年度医療機関における AI 技術活用促進事業補助金申請の手引き - 東京都保健医療局 (2026-05)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/2026-05-11-103335-847

[5-4] 令和 6 年度医療機関における AI 技術活用促進事業補助事業者名簿 - 東京都保健医療局 (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/r6_aihozyozigyousya

[5-5] 令和 7 年度医療機関における AI 技術活用促進事業補助事業者名簿 - 東京都保健医療局 (2026-06)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/2026-06-08-143923-744

[5-6] 医療機関における AI 技術活用促進事業の活用事例 - 東京都保健医療局 (2026-03-16)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/jigyo/ai_katuyou

[5-7] 事業成果報告書（令和 6 年度分）赤羽東口病院 - 東京都保健医療局（赤羽東口病院の報告書） (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_akabanehigasiguti

[5-8] 事業成果報告書（令和 6 年度分）森山脳神経センター病院 - 東京都保健医療局（森山脳神経センター病院の報告書） (N/A) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_moriyamanousinkei

[5-9] 事業成果報告書（令和 6 年度分）賛育会病院 - 東京都保健医療局（賛育会病院の報告書） (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_sanikukai

[5-10] 事業成果報告書（令和 6 年度分）松原アーバンクリニック - 東京都保健医療局（松原アーバンクリニックの報告書） (N/A) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_matubara

[6-1] 医療現場の働き方改革の実現に向け、大阪病院にて生成ＡＩを安全に利活用する体制構築に向けたプロジェクトを開始 - JCHO 大阪病院・富士通 Japan・フォーティエンスコンサルティング (2026-02-19)
https://osaka.jcho.go.jp/osakahospitalgenerativeai_20260219/

[6-2] 事業成果報告書（令和 6 年度分）赤羽東口病院 - 東京都保健医療局（赤羽東口病院の報告書） (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_akabanehigasiguti

[6-3] 事業成果報告書（令和 6 年度分）森山脳神経センター病院 - 東京都保健医療局（森山脳神経センター病院の報告書） (N/A) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_moriyamanousinkei

[6-4] 事業成果報告書（令和 6 年度分）賛育会病院 - 東京都保健医療局（賛育会病院の報告書） (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_sanikukai

[6-5] 病状説明を AI が自動要約し電子カルテに記録〜大学病院で全国初の導入〜 - 兵庫医科大学病院 (2025-06-12) https://www.hyo-med.ac.jp/news/3273/

[6-6] 長野市民病院、生成 AI 活用で年間 5,472 時間の業務効率化を実証 - 地方独立行政法人長野市民病院（PR TIMES） (2026-03-09) https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000002.000179216.html

[6-7] 【病院 DX】生成 AI による医療文書作成支援システムを本格導入いたしました - 相澤病院 (2026-02-10)
https://aizawahospital.jp/other/20260210/

[6-8] 医師の 92%が業務効率化につながったと回答 生成 AI を活用した「退院時サマリー作成支援システム」が実用化 - 学校法人藤田学園（藤田医科大学） (2025-05-27)
https://www.fujita-hu.ac.jp/news/vsfo8q000000286b.html

[6-9] 慶應義塾大学病院とアルサーガパートナーズ、生成 AI を活用した「退院サマリ作成支援 AI」システムを共同開発 - アルサーガパートナーズ・慶應義塾大学病院 (2025-06-17)
https://www.arsaga.jp/news/pressrelease-keio-university-hospital-generative-ai-20250617/

[6-10] 医療・ヘルスケア分野における生成 AI 利用ガイドライン（第 2 版） - Healthcare AI Platform Collaborative Innovation Partnership（HAIP） (2025-07-11)
https://haip-cip.org/assets/documents/nr_20241002_02.pdf

[7-1] 医療・ヘルスケア分野における生成 AI 利用ガイドライン（第 2 版） - Healthcare AI Platform Collaborative Innovation Partnership（HAIP） (2025-07-11)
https://haip-cip.org/assets/documents/nr_20241002_02.pdf

[7-2] 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 7.0 版 Q&A - 厚生労働省 (2026-09)
https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001752355.pdf

[7-3] 【病院 DX】生成 AI による医療文書作成支援システムを本格導入いたしました - 相澤病院 (2026-02-10)
https://aizawahospital.jp/other/20260210/

[7-4] 事業成果報告書（令和 6 年度分）赤羽東口病院 - 東京都保健医療局（赤羽東口病院の報告書） (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_akabanehigasiguti

[7-5] 慶應義塾大学病院とアルサーガパートナーズ、生成 AI を活用した「退院サマリ作成支援 AI」システムを共同開発 - アルサーガパートナーズ・慶應義塾大学病院 (2025-06-17)
https://www.arsaga.jp/news/pressrelease-keio-university-hospital-generative-ai-20250617/

[7-6] 事業成果報告書（令和 6 年度分）森山脳神経センター病院 - 東京都保健医療局（森山脳神経センター病院の報告書） (N/A) https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_moriyamanousinkei

[7-7] 事業成果報告書（令和 6 年度分）賛育会病院 - 東京都保健医療局（賛育会病院の報告書） (N/A)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/ai_sanikukai

[7-8] 令和 8 年度 医療機関における AI 技術活用促進事業 - 東京都保健医療局 (2026-06-10)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/jigyo/ai.html

[7-9] 長野市民病院、生成 AI 活用で年間 5,472 時間の業務効率化を実証 - 地方独立行政法人長野市民病院（PR TIMES） (2026-03-09) https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000002.000179216.html

[7-10] 医師の 92%が業務効率化につながったと回答 生成 AI を活用した「退院時サマリー作成支援システム」が実用化 - 学校法人藤田学園（藤田医科大学） (2025-05-27)
https://www.fujita-hu.ac.jp/news/vsfo8q000000286b.html

[7-11] 生成 AI サービスの利用に関する注意喚起等について - 個人情報保護委員会 (2023-06-02)
https://www.ppc.go.jp/files/pdf/230602_kouhou_houdou.pdf

[7-12] 令和 7 年度医療機関における AI 技術活用促進事業補助事業者名簿 - 東京都保健医療局 (2026-06)
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/2026-06-08-143923-744

[7-13] 医療現場の働き方改革の実現に向け、大阪病院にて生成ＡＩを安全に利活用する体制構築に向けたプロジェクトを開始 - JCHO 大阪病院・富士通 Japan・フォーティエンスコンサルティング (2026-02-19)
https://osaka.jcho.go.jp/osakahospitalgenerativeai_20260219/

[7-14] 電子カルテ普及計画 - 厚生労働省 政策統括官付 医療情報連携担当参事官室 (2026-09-09)
https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001748251.pdf