

ETIC 2.0 医療AX論考 01

医療AXは誰のための 効率化になるのか

時間・人員・ケアへの配分を問う



図1 効率化で生じた余力の使い道を考える説明用イラスト。AI支援制作の架空の場面であり、実在の患者・施設や、実証された効果・配分割合を示すものではない。

Daiki Morimoto / Unknown Lab

ORCID: 0009-0009-6444-750X

2026-10-06 / Version 1.0

未査読・著者確認済み・独立レビュー未実施

DOI: 10.5281/zenodo.23189103

CC BY 4.0

本稿の位置づけ

2026年10月6日公開の未査読論考。公開原著・公的資料を用いた論点限定の論考であり、系統的レビューではない。著者確認・公開承認済み。独立した専門レビューは未実施。ETIC 2.0の設計案による臨床効果は未検証であり、個別の診療・雇用・算定判断を指示するものではない。AI支援による調査・執筆・図版制作を含む。

30秒で読む

AIは一部の記録作業と疲弊を減らし得る。しかし、短縮された作業時間が、早い退勤、欠員への対応、診療量の増加、人件費の抑制のどこへ向かうかは、別の問いである。

日本には、ICT等の活用と負担・安全に関する条件を満たした病棟で、看護要員の配置基準を柔軟化する制度がある。これは少ない配置で運営する経路の存在を示すが、解雇の実績や全国的な雇用減を示すものではない。

ETIC 2.0から問うべきなのは、効率化を楽観または悲観することより、患者・家族・職員・施設の間で仕事、権限、利益、負担がどう移ったかである。この見方が既存の評価に何を加えるかも、検証対象である。

本稿は総論である。医師、看護師、介護職、リハビリ職の違いは、対になる論考「医療AXで、職種の仕事はどう変わるか」で扱う。

1. 作業が短くなることと、仕事が終わること

記録を早く書けるようになって、空いた時間に別の仕事が入れば、退勤時刻は変わらない。逆に、勤務時間が変わらなくても、仕事の切迫感が弱まり、必要な説明に時間を使えるなら、改善はあり得る。同じ「効率化」という言葉の下に、異なる成果が含まれている。

本稿では医療AXを、AIを用いた医療の業務・組織の変革として扱う。ただし、参照する制度はAIに限らず、情報通信技術（ICT）、センサー、情報共有機器などを含む。一般ICTの制度や見守り機器の研究から、生成AI単独の効果を推定しない。

また、記録時間、電子カルテ作業時間、総勤務時間、人員数は異なる指標である。人員数にも、在籍者数、常勤換算人数、特定の時間帯に実際に働く人数という違いがある。一つの指標の減少だけでは、他の指標の変化は分からない。

区別する対象	確かめること	その指標だけでは言えないこと
特定作業の時間	記録や移動に何分かったか	総勤務時間が減ったか
労働と負担	勤務・残業・休憩・疲弊がどう変わったか	必要なケアを維持したか
配置と雇用	常勤換算人数、欠員、採用、離職はどう変わったか	解雇が起きたか、技術が原因か
ケアと生活	安全、説明、回復、本人の生活上の参加はどう変わったか	変化がAIだけの因果効果か

2. 負担軽減を支持する結果と、その限界

Afsharらは、米国の一つの医療システムで、外来診療を担う医師・高度実践職66人を対象に、24週間の段階導入型無作為試験を行った。会話から記録案を作るAI支援により、8時間換算の記録時間は0.36時間、約22分短くなり、仕事への疲弊・対人離脱の尺度も改善した。AIを導入しても負担はまったく軽くない、という強い命題はこの結果と整合しない。[1]

ただし、仕事上の充実感は、二つの主要評価に設定した有意水準を満たさなかった。時間外電子カルテ作業の減少も、日別観測値の上位3%を除く感度分析では統計的に明確でなかった。自発的に利用を希望した少数の外来臨床職による試験であり、日本の病棟の総勤務時間や必要人員を調べた試験ではない。[1]

Rotensteinらの観察研究は、米国5医療機関の外来臨床職8,581人を対象とし、AI記録支援の導入者1,809人と非導入者の変化を比較した。差の差分析では、予約された患者対応8時間当たりの電子カルテ作業が13.4分減り、週の診療件

数は0.49件増えることと関連した。一方、予定勤務時間外などの電子カルテ作業には有意な変化がなかった。[2]

後者は導入を無作為に割り付けた研究ではなく、導入選択や施設の運用の影響が残る。診療件数の増加から、経営側が節約時間をすべて回収したとは言えない。それでも、作業時間の短縮と、職員が使える自由時間を同一視できないことは明確である。

3. 少ない人員配置につながる制度経路はある

2026年度診療報酬改定では、対象病棟が見守り、記録、職員間の情報共有に有用なICT等を組織的に活用し、適切な看護体制を確保した場合に、看護職員・看護補助者の数等が基準から1割以内減少しても、所定の入院料を算定できる仕組みが示されている。技術活用を配置基準の柔軟化につなぐ制度上の経路である。[3]

この仕組みは無条件ではない。導入病棟の常勤看護要員の1人1月当たり超過勤務時間が平均10時間以下であり、非常勤を含めても導入前より増加傾向にないことを求める。業務量・時間・負担等を年1回程度評価し、院内周知と衛生委員会等による確認を行う条件もある。対象は急性期一般入院料等の指定された病棟であり、全病院一律の1割削減でも、作業療法士の配置削減規定でもない。[3]

制度が認めるのは算定上の取り扱いである。実際に誰を何人減らしたか、その理由が技術導入だったかは別に調べる必要がある。解雇、退職者の不補充、採用難による欠員、病床閉鎖を避けるための再配置は、人数が少ないという外形だけでは区別できない。

したがって、効率化の利益が人員・費用の圧縮へ向かうという仮説には制度上の実現可能性がある。しかし、制度の存在を、その帰結が必ず起きるという予測へ置き換えることはできない。

4. 経営圧力と、病院退出の原因を分ける

第25回医療経済実態調査の概要では、一般病院732施設の集計で、前年度の医業・介護収益に対する損益差額率が-7.3%であった。ここでいう前年度は、2024年4月から2025年3月末までに終了した事業年度である。集計は医業・介護収益に占める介護収益が2%未満の病院で、特定機能病院等を含まない。全病院を無条件に代表する単純平均として扱ってはならない。[4]

また、この医業収益には補助金が含まれない。補助金を含む他の収益、借入、資産、資金繰りを調べずに、この損益差額率から倒産や資金ショートを推定することはできない。経営改善を迫る圧力を示す資料ではあるが、赤字と倒産は異なる事象である。

2025年医療施設調査では、10月1日時点で活動中の病院は8,001施設であり、前年より59施設少なかった。これは休止中・1年以上休診中を除いた施設数の前年差であり、59件の倒産を意味しない。AI導入の遅れによる退出を識別した統計でもない。[5]

経営難から効率化への圧力が強まることは考えられる。しかし、非効率が低品質を生み、低品質な病院が市場から退出するという連鎖は、これらの資料だけでは実証されない。地域に必要な不採算機能を担う病院と、改善可能な非効率を抱える病院を、損益だけで同列に扱うこともできない。

5. 政策の理念と、利益の配分を結ぶ

政策に安全や質の理念がないという批判は正確でない。2026年9月9日の厚生労働省ヘルスケアAX資料は、業務効率化とともに勤務環境改善、離職防止、医療安全、導入支援を扱う。介護についても、ケアの質を高める生産性向上を重視している。[6]

一方、同資料13～17頁に含まれる事業の予算額は、2027年度、令和9年度の概算要求である。確定予算や実施済みの効果ではない。これに対し、医療情報化推進方針は2026年9月30日告示、10月1日適用の方針である。要求段階の事業、適用済みの方針、実際の現場成果は、日付と法的・行政的な位置づけを分けて読む必要がある。[7]

本稿が確認したAX事業説明は、節約した時間や費用を、人員維持、賃金、患者対応、経営改善への割合で配分するかを一律に定めてはいない。ただし、そのことから制度全体に拘束や評価がないと結論してはならない。前節の残業・評価条件や、職種別論考で扱う介護の試行条件は、一定の配慮を制度化している。

問うべきなのは、理念の有無より、その条件が現場で履行され、予定外の負担移転を見つけた際に配分を変えられるかである。政党の参考提言を論じる場合も、政府の決定や告示とは区別する必要がある。本稿の制度上の主張は、公的な改定資料・調査・告示に基づく。

6. ETIC 2.0から、仕事の行き先を追う

ETIC 2.0は、本人に意味のある作業や生活への参加を中心に、人、家族、専門職、技術、制度の関係を捉える設計モデルである。その立場では、記録時間や処理件数の改善だけで医療AXの成否を判定できない。これは評価の立場を示すものであり、ETIC 2.0を使えば臨床効果が高まると実証した主張ではない。[8]

例えば、病院の記録時間が短くなっても、説明が不足し、退院後の調整が家族へ移ったなら、院内の効率化とケア全体の負担軽減は一致しない。これは本稿の仮説的な経路であり、上の研究で実際に生じたと断言するものではない。測定対象を病院内に限ると、その経路自体が見えなくなる。

「人間が最終確認する」という運用も、確認者の氏名だけでは評価できない。再検討する時間、異議を伝える権限、誤りを直す手順、停止後の代替手段がなければ、責任に見合う行動が困難になり得る。ETIC 2.0の変更可能性に関する既存論考を適用するなら、誰が実際に判断や運用を変えられたかを確かめる必要がある。[9]

図1の模型が表すのは、余力の行き先を選ぶ問題である。休息、対話、病棟運営のどれかが常に正しいわけではない。患者の必要、職員の健康、地域の医療提供、施設の持続可能性を同時に考慮し、衝突する場合には判断理由を残すことが求められる。

7. どの観察が仮説を弱めるか

本稿が提案するのは、以下を導入前後で同時に追う評価である。導入しなかった類似施設との比較や、導入後の継続観察を組み合わせ、患者構成、病床数、診療需要、採用状況の変化も考慮する。

評価する領域	記録する内容
職員の時間と雇用	総勤務時間、残業の分布、休憩、常勤換算人数、欠員、採用・退職の理由
患者のケアと生活	直接対応、未実施のケア、事故、再入院、機能回復、本人が重視する生活上の参加
施設外の負担	家族、地域サービス、外部委託先へ移った作業と費用
判断を変える条件	患者・職員の申出、採否と理由、実際の仕様・運用変更、停止と代替の実行
導入を支える仕事	費用、教育、確認、保守、障害対応に必要な時間

効率化の利益が職員の余裕には向かわないという仮説は、比較可能な施設で人員と必要なケアを維持しながら総勤務時間・疲弊が持続的に減れば弱まる。逆に、残業だけが減っても未実施のケアや家族負担が増えていれば、成功とは判定しにくい。平均値に加え、職種、雇用形態、時間帯、支援の難しい患者群ごとの分布が必要である。

ETIC 2.0に基づく評価案にも反証条件が必要である。既存の労務・医療安全・患者経験の評価だけで同じ問題を十分に捉えられるなら、専用様式の追加は不要かもしれない。項目を増やしても重要な負担移転を発見できず、記録負担だけが增えるなら、この案を縮小または撤回すべきである。

結論

現時点の資料に最も整合的なのは、特定作業は軽くなり得るが、その余力は診療、欠員対応、休息、費用削減などへ異なって配分されるという見通しである。これは全国の帰結を予測するモデルではない。どの配分が主流になるか、その速度や長期効果は不明である。

効率化が人員・費用の圧縮へ向かう可能性は、日本の制度からも検討に値する。一方、負担は減らない、非効率な病院は必ず低品質化して退出する、という結論を固定する証拠はない。ETIC 2.0からの批判は、AIの性能だけを成功と呼ばず、誰の仕事、権限、利益、負担、生活上の結果が変わったかを追うことである。

調査範囲と限界

2026年10月6日までに確認した原著論文と日本の公的資料を、提示された論点に沿って再照合した。系統的な網羅検索、独立した二者選定、個票の再解析、新規の現場調査は行っていない。米国の外来研究を日本の病棟・雇用へ直接一般化できず、概算要求や制度の存在から実際の効果を推定できない。政策・算定条件は改正され得るため、個別適用時には最新の通知等の確認が必要である。

参考文献

- [1] Afshar M, Ryan Baumann M, Resnik F, et al. A Pragmatic Randomized Controlled Trial of Ambient Artificial Intelligence to Improve Health Practitioner Well-Being. NEJM AI. 2025;2(12). doi:10.1056/Aloa2500945. 公開著者版.
<https://doi.org/10.1056/Aloa2500945>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12858090/>
- [2] Rotenstein LS, Holmgren AJ, Thombley R, et al. Changes in Clinician Time Expenditure and Visit Quantity With Adoption of Artificial Intelligence–Powered Scribes: A Multisite Study. JAMA. 2026;335(16):1408-1417. doi:10.1001/jama.2026.2253.
<https://doi.org/10.1001/jama.2026.2253>
- [3] 厚生労働省. 令和8年度診療報酬改定の概要. ICT等の活用による看護業務効率化の推進, p.61. 2026. 改定概要PDF.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001714858.pdf#page=61>
- [4] 中央社会保険医療協議会・厚生労働省. 第25回医療経済実態調査 (医療機関等調査) 報告の概要. 2025年11月26日公表. pp.1-2. 概要PDF.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001599540.pdf>
- [5] 厚生労働省. 令和7 (2025) 年医療施設調査 結果の概要, I 医療施設調査. 印刷p.5 (PDF p.1) . 施設数の集計PDF.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/25/dl/02sisetu07.pdf>
- [6] 厚生労働省. ヘルスケアAXの推進について. 第2回厚生労働省ヘルスケアAX・DX推進本部, 資料3. 2026年9月9日. pp.13-17 (令和9年度概算要求を含む) . 資料PDF.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001747870.pdf>
- [7] 厚生労働省. 医療情報化推進方針. 厚生労働省告示第370号, 2026年9月30日告示・10月1日適用. 告示全文PDF.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001755280.pdf>
- [8] Morimoto D. ETIC 2.0: AI時代の作業療法とケア生態系設計. Unknown Lab. モデル解説.
<https://unknownlab.pages.dev/etic-2-0/>
- [9] Morimoto D. AIに影響されるのに、私たちはAIを変えられないのか. ETIC 2.0 設計・検証ノート01. Unknown Lab. 2026. 記事全文.
<https://unknownlab.pages.dev/articles/ai-modifiability-care/>
- 資料の最終確認日: 2026-10-06。

著者・利益相反・位置づけ

著者: Daiki Morimoto / Unknown Lab。ORCID: 0009-0009-6444-750X。著者はETIC 2.0の提案側に立つため、その追加価値を過大評価する知的利益相反に留意する。生成AIを調査、下書き、引用・書式確認、図版制作に使用した。AIによる確認は独立した学術査読ではない。

本稿はVersion 1.0の公開版である。著者・専門職としての確認と公開承認済み。未査読・独立専門レビュー未実施。DOI: [10.5281/zenodo.23189103](https://doi.org/10.5281/zenodo.23189103)。CC BY 4.0を著者の本文・独自表・生成イラストに適用する。引用元資料の権利は各権利者に帰属する。ETIC 2.0や関連するCCEの設計・数理モデルを、臨床効果の実証として扱わない。

続編: 医療AXで、職種の仕事はどう変わるか。関連論考: AIを訂正・停止できるのは誰か、共創で、本当に何が変わったのか。