

令和7年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

高齢者の円滑な在宅生活復帰支援、効果的な地域包括ケアの推進  
及び医療関係職の働き方改革を目的とした生成AIを用いた

退院時指導書普及モデル調査研究事業

報告書

学校法人 藤田学園

令和8年3月

## 目次

	頁
要旨	1
調査研究の概要	3
1. 背景と課題	3
2. 調査研究の目的	3
3. 事業概要	4
(1) 事業実施体制	
(2) 事業の進捗	
(3) 事業の各分野の取組み、達成状況及び課題の概略	
4. 事業結果	9
(1) 退院時指導書の作成・交付の手順	
(2) 生成 AI の活用で大きく変わった退院時指導	
(3) 令和 7 年度事業の結果、8 年度に残された課題	
(4) 退院時指導書の有用性等に係る調査結果	
事業の成果	13

## 要旨

本事業では、高齢者の円滑な在宅生活復帰の支援、効果的な地域包括ケアの推進及び医療関係職の働き方改革を目的として、生成 AI を活用した退院時指導書の作成・交付モデルの構築とその有効性の検証を行った。

高齢者が退院後に自宅で生活を再開するに際しては、医療環境から生活環境への移行に伴い、食事、服薬、運動、生活リズム等について新たな生活習慣を再構築する必要がある。しかし、従来の退院指導は主治医や看護師による口頭での説明に依存し、その内容は必ずしも患者本人や家族に十分共有・定着していなかった。また、退院療養計画書における「退院後の治療上の留意点」は簡潔な記載にとどまり、患者の生活習慣や家族状況等を踏まえた個別性の高い支援には限界があった。加えて、看護師が指導内容を文書化する際には、記憶や膨大な記録の参照に依存しており、業務負担の観点からも個別性の高い文書交付は十分に行われていなかった。

このため本事業では、電子カルテ上の看護記録等を基に、生成 AI が患者ごとの病状、治療経過、生活習慣、家族背景等を踏まえ、退院後の生活に必要な具体的助言を抽出・整理した退院時指導書の原案を作成し、看護師の加筆修正及び主治医の確認を経て患者に交付する仕組みを構築した。これにより、医療職は文書作成負担を軽減しつつ、患者への説明や意思疎通により多くの時間を充てることが可能となる仕組みを実装した。藤田医科大学では令和 7 年 3 月より生成 AI を活用した退院時サマリーの他の医療機関等への提供を開始しており、本事業はその基盤を活用している。

令和 7 年度は、再入院頻度が高く生活習慣管理の影響が大きい心不全患者を対象を限定し、システム開発及び院内運用の整備を実施した。院内では退院療養計画書の様式変更を行い、生成 AI による指導書を組み込む形での運用体制を確立し、令和 7 年 12 月より実運用を開始した。具体的には、退院前に生成 AI に指導書案の作成を指示し、看護師が内容確認・修正を行い、主治医の承認を経て患者に説明・交付するプロセスを標準化した。これにより、患者の病状や治療経過のみならず、生活習慣や家族状況、再発予防に資する具体的行動に関する助言を文書として提供することが可能となり、個別性の高い退院時指導の標準的提供が生成 AI の活用により実現可能であることが確認された。

令和 7 年 12 月の運用開始後、生成 AI の案文が一般的内容にとどまる場合には、看護師が加筆修正を行い、生成 AI への指示内容の改善を重ね、原案精度の向上を継続的に図っている。この過程を通じ、看護記録において退院後の在宅生活復帰を見据えた情報を意識的に記録する必要があるとの認識が高まり、実務の質的向上につながる意識変容が生じている。

本事業の核心は、高齢者が退院後に自宅で新たな生活習慣を再構築することを支援する点にある。生成 AI により作成された指導書は、患者の実生活に即した具体的かつ実行可能な助言を含み、患者本人のみならず家族とも共有されることで、退院後の生活環境における支援の質を高める。この仕組みは、生活習慣の安定化を通じて疾病の再増悪を防ぎ、再入院抑止に資する支援モデルとして機能することが示された。

さらに、患者及び看護師双方を対象としたアンケート調査では、在宅生活への有用性について肯定的評価が多く得られた。一方で、文書の分量と可読性のバランス、文字サイズ、生成 AI による作成時間、特に長期入院患者への対応、A4 一枚に収めるための編集負担等、実務上の課題も明らかとなった。

本モデルは、看護師の業務効率化と患者支援の質の向上を同時に実現し得る実践的手法であり、医療提供体制の質的向上に資する新たな標準となる可能性を有する。今後は、対象疾患の拡大、プロンプト設計の高度化による内容精度の向上、退院後の生活状況や再入院率等を含むアウトカム評価手法の確立を藤田医科大学病院で進めるとともに、他の生成 AI 基盤を有する医療機関等への普及及び地域包括ケアシステムとの連携強化を進めることが重要であると考えられる。

本事業により、退院時指導における個別化と標準化を両立する実装モデルを提示し、我が国の高齢者医療・ケアにおける新たな標準の方向性を示した。すなわち、退院時指導の文書化により患者の自律性を高め、円滑な在宅での生活習慣の再構築を通じて再入院の抑止に資するものである。

## 調査研究の概要

### 1. 背景と課題

社会の高齢化が世界で最も進んでいる我が国においては、患者の退院は、治療を受け、治療し、医療から完全に解放されるような事例は減ってきており、現実には、治療を受け、一定の回復を見つつも、その後にリハビリテーションが必要となり、また、生活習慣の改善により、再発・増悪を予防する必要がある事例が増えてきている。特に高齢者が病院から退院して自宅に戻るに際して、退院時に看護師等から退院後の円滑な在宅生活を送るための指導がなされ、また、家族に共有されることが重要となる。

入院からの退院に際しては、病院の医師・看護師は患者に対し、退院後の注意事項を伝えてきているが、看護師をはじめとする医療スタッフの繁忙により、文書の形式での各患者の個別内容に踏み込んだ指導は一般的ではない。

これまでも退院時には、「退院療養計画書」が交付され、入浴、服薬等の共通事項の簡単な記載がなされ、必要に応じ、定番の疾病ごとの資料を渡しているのが実態であった。

在宅での生活には、患者と同居し、世話をする家族の役割が重要だが、現時点での患者への指導内容の家族への共有は、患者本人の記憶と説明が中心となっている。

このように、退院時の説明が簡単なものになりがちな一方、病院に残されるデータは、患者の入院中に看護師が気付いた生活習慣や家族の支援などについて、看護記録・電子カルテに記載され、蓄積されているのが実情である。看護師の説明はその蓄積が活用されず、記憶に依拠した説明が中心にとどまってきた。本事業では、

- (1) 入院中の記録は、医師・看護師等が観察した内容で重要であり、また、発症前と退院後では、患者の身体的、心理的状況に変化が起きることに注目した。入院時に病院の医師、看護師等が気付いた内容を振り返り、要約して患者に伝達することは、円滑な退院後の生活習慣の再構築に重要と考えた。また、
- (2) 看護師等が、一人ひとりの入院患者について、看護記録等を振り返ることには限界がある。生成 AI を活用して、効率的に要点を抽出できるのであれば、その内容を看護師等が確認し、主治医の確認を経て患者に交付することで、看護師等の記録を振り返る業務負担を軽減しながら、患者への丁寧な説明により多くの時間を用いて、効果的な退院時指導が可能になると考えた。

幸い、藤田医科大学では、令和7年3月以降、順次、電子カルテの内容を抽出して退院時サマリーの形で、転院先医療機関等に患者情報を共有する基盤が整備されてきた。

こうした基盤を活用することで、患者の退院時指導ができればと考えた。

### 2. 調査研究の目的

病院から退院する高齢者等の患者・家族に対して、電子カルテの看護記録を生成 AI を用いて退院時指導書を作成し、平明な言葉で、退院後の自宅療養上の注意点を文書で提供するモデル開発を行い、実践する。

患者・家族に対する入院中の患者情報の還元を行いつつ、患者情報の抽出に係る看護師の負担軽減を実現する。

### 3. 事業概要

#### (1) 事業進捗体制

令和7年6月の内示後、補助金交付申請を終えた8月より、以下の学内体制で月2回開催の定期会議を設置し、総合的な取り組みを進行することとした。

- 地域共生社会推進センター（令和7年4月設置。全体進行管理）
- 保健衛生学部（高齢者が理解しやすい平易な退院時指導書の開発・標準化の支援とその評価）
- 病院看護部（生成AI作成の指導書案を高齢者等向けに適切な内容となるよう開発・標準化の上、病院内で確認し、提供）
- デジタル戦略部/医療情報システム部（電子カルテから生成AIで作成するシステムを開発・改善・標準化）
- 大学事務局（研究管理、補助金対応等）

具体的には、1年間を通じて、順次担当者の変更等があったので、令和7年8月5日の第1回定期会議並びに令和8年3月30日第16回（最終）定期会議の参加者名簿を添付する。大学の研究・事務の教職員、病院の看護部の看護師、学園のシステム推進の代表が月2回、定期的に集まることで、各部門の業務の進め方を互いに学びながら、円滑な協力体制を構築することができたと自負している。

令和7年8月5日 第1回定期会議		
【参加者】		
①	<u>地域共生社会推進センター</u>	堀江教授 桂華助教
②	<u>保健衛生学部</u>	竹原教授 玉置助教
③	<u>病院看護部</u>	河合看護科長
④	<u>デジタル戦略部</u>	山田部長 中田係長 多田さん
⑤	<u>大学事務局</u>	久保田局長
	学事部	山本課長 西村さん
	研究支援部	及部部長 近藤課長 平沼さん

令和8年3月30日 第16回定期会議		
【参加者】		
①	<u>地域共生社会推進センター</u>	堀江教授 桂華助教 藤田課長 遠藤さん
②	<u>保健衛生学部</u>	玉置助教
③	<u>病院看護部</u>	河合看護科長 吉田病棟副主任
④	<u>デジタル戦略部/医療情報システム部</u>	山田部長 中田係長 多田さん
⑤	<u>大学事務局</u>	久保田局長
	学事部	小山係長
	研究支援部	及部部長 近藤課長 久野さん

## (2) 事業の進捗

調査研究事業のプロセスのうち、主要なものを以下に整理する。

- 令和7年3月31日 国庫補助協議（応募）提出
- 6月13日 国庫補助協議の採択決定通知の連絡
- 6月19日 藤田医科大学地域共生社会推進センターのホームページ上に  
老人保健健康増進等事業に採択されたことを伝える  
「地域共生 UPDATE!」掲載 (<https://www.fujita-hu.ac.jp/vsfo8q00000022zt-att/a1750308736293.pdf>)
- 6月25日 学内関係者国庫補助交付申請前打合せ
- 6月30日 国庫補助事業の交付申請提出
- 8月5日 第1回定期会議（以後、令和8年3月まで毎月2回、合計16回開催）  
【この当時の主な協議事項】
  - ・ システム設計を事業者 FIXER へ発注(9月22日契約、9月25日発注)
  - ・ 高齢者に平易で、個別具体性の高い退院時指導書の標準化
  - ・ 生成 AI 活用の退院時指導書交付を行う診療科・病棟の検討
  - ・ 調査事業の質問内容打合せと学内倫理審査の準備
- 9月17日 東海北陸厚生局地域包括ケア推進本部に出席、本事業について説明
- 10月6日 厚生労働省より、国庫補助金の交付決定通知あり。  
【この当時の主な協議事項】
  - ・ 再入院リスクの高い「心不全」を先行させて交付対象とする決定
  - ・ 藤田医科大学病院内における本事業の運用開始に向けての合意形成
  - ・ 退院時指導書を受ける患者と看護師に対するアンケート内容準備
- 11月28日 研究実施のための学内倫理審査申請
- 12月1日 大学病院の院長・副院長会議で「退院療養計画書の様式改定」了承
- 12月3日 「心不全」での入院患者の退院時指導書交付開始  
【この当時の主な協議事項】
  - ・ 退院後の行動変容を促す書面による指導内容検討と生成 AI への指示
  - ・ 実際に交付した退院時指導書例を見ながら改善について意見交換
- 12月12日 厚生労働省に「進捗状況報告」を提出。東海北陸厚生局長に対し説明
- 令和8年1月10日 「日本成人病（生活習慣病）学会総会」に参加、  
特に、診療ガイドラインの改定等について最新の学術情報を収集  
【この当時の主な協議事項】
  - ・ 令和7年度の事業のまとめと8年度への構想検討
  - ・ 特に、退院時指導書交付対象の疾患を拡大するシステム設計を検討
- 2月19日 藤田医科大学医学研究倫理審査委員会より研究実施の許可
- 3月4日 東海北陸厚生局地域包括ケア推進本部に出席、本事業について説明  
【この当時の主な協議事項】
  - ・ 令和7年度事業の課題整理と8年度の事業の設計検討
  - ・ AI 活用退院時指導書に関するアンケート調査結果の分析

### (3) 事業の各分野の取組み、達成状況及び課題の概略

#### ① 地域共生社会推進センター（令和7年4月設置。全体進行管理）

地域共生社会推進センターは、2点に重点を置き考察を重ね、全体管理を行った。

第一は、事業が目的、すなわち、高齢者等の患者が円滑に在宅生活に復帰・定着できるようにするとの目的と乖離が生じないように、関係者間で協議を進めることができた。

第二は、プロジェクトの進行管理。6月に国庫補助採択の内示を受けてから10か月足らずでまとめる必要があり、また、

- システム設計の発注
- 患者に伝えるべき内容が簡潔にまとめられる退院時指導書の検討
- 調査研究の学内倫理審査の円滑な受審
- 病院組織全体としての退院時指導書実施への合意形成

などの推進に努めた。このため、月に2回の定期会議のいずれの回も新たな論点が提示され、会議の緊張を欠かすことなく各分野からの貢献を集約することができた。

#### ② 保健衛生学部（高齢者が理解しやすい平易な退院時指導書の開発・標準化の支援とその評価）

保健衛生学部は、効果的な退院時指導書の開発と、アンケート調査の設計について、調査研究事業責任者と協議しながら、検討を進め、病院看護部とも緊密な連携を取りながら、進捗を図った。言うまでもないが、担当教員に病院看護への深い知識経験が備わっていることから、病院、病院看護部が運用に移しやすい案を考え、提案して、運用開始につなげた。

第一に、効果的な退院時指導書の開発については、当初は、退院後に役立つ情報として電子カルテ・看護記録にあるデータからの集約を想定していたが、検討を進めるうちに、

- 心不全患者一般に共通した重要な医療上の助言
- 各患者の個別性に着目して必要となる医療上の助言（血液をさらさらにする薬の服薬患者の場合の出血しないようにとの注意等）
- 当該患者の生活習慣や同居家族の支援などの個別事情を踏まえた生活上の助言

これら大括り3種類の助言が簡潔な形で交付されると円滑な在宅生活復帰に相当との結論を得ることができた。

第二に、結果検証のためのアンケート調査については、退院時指導書の交付を受ける患者と、作成して説明する看護師の双方に実施するように企画し、いずれも肯定的な反応が多かった。しかしながら、反省としては、大学全体の研究力強化の方針により研究数が増大しており、倫理審査に想定外の3か月近い期間を要し、調査期間、調査件数が限られた。次回は、研究の倫理審査申請を早め、調査の充実を図る必要があると考えている。

今回の事業結果については、外部への説明等の広報を積極的に行う考えだが、調査結果の論文発表は、翌年度により多くの客体数の蓄積を得て行うことを考えている。

③ 病院看護部（生成 AI 作成の指導書案を高齢者等向けに適切な内容となるよう開発・標準化の上、院内で確認し、提供）

病院看護部では、患者本位の医療の新たな展開をもたらす本調査研究事業に対し、事業の国庫補助内示から半年足らずで病院の「退院療養計画書」の様式変更を行い、心不全退院患者に退院時指導書の交付を実装できた。その実現に向けて、病院全体の合意形成と、退院時指導書の交付を行う病棟での実施体制の整備に努めた。

第一に、病院全体として、患者の退院後の円滑な在宅生活復帰・定着、さらには、再入院の防止がなされるよう、院長・副院長会議等の所要の手続きを経て、退院療養計画書の様式改正を行った。令和7年度は退院時指導書の交付は、心不全のみとなったが、令和8年度に、対象診療科、病棟が拡大された場合には、「藤田医科大学病院からの退院には、わかりやすくきめ細かい指導書が交付される」ことが標準化されることになるので、この手続きが迅速になされ、実施できたことは極めて意義深い。

第二に、病棟での実施体制として、今回の生成 AI を活用した退院時指導書の作成を通じて、病棟看護師にとって、退院後まで見すえた看護記録の記入が必要であること、また、看護記録の中でも、生成 AI が抽出しやすいように記載することが重要であるとの認識が深まったと考えている。さらには、生成 AI を活用した退院時指導書の案の確認自体が、看護師にとっての技能向上の機会になると看護部では受け止めている。この成果は、生成 AI の活用の有無にかかわらず、今後の患者の退院後の助言指導の重要性を明らかにしたと考えている。

④ デジタル戦略部/ 医療情報システム部（電子カルテから生成 AI で作成するシステムを開発・改善・標準化）

システム開発について。藤田医科大学では、患者が他の医療機関・介護事業所等に転院等する際に交付する「退院時サマリー作成支援システム」について、令和7年3月から生成 AI を活用して作成する運用を開始しており、精神科等を除く31診療科で運用を行っていて、医療 DX で全国に先駆け取り組んでいる。

本調査研究事業では、上記「退院時サマリー作成支援システム」のシステム基盤を活用することで、患者に対して交付する退院時指導書も比較的容易に、各診療科で実用化ができると考えた。

実際には、転院先向け「退院時サマリー」と患者・家族向け「退院時サマリー」には、電子カルテを参照するところは共通しているが、次の違いが明確になってきた。転院先には、治療と患者の状態を記載すれば伝わる場所、患者に対しては、

- 当該病気に係る一般的な医療上の注意事項のほか
- 生活習慣の改善を勧め、行動変容を促す助言が含まれるべきこと
- 医療の専門家でない患者、また、退院後に世話をする家族の支援も想定して平易な言葉で、かつ、簡潔に伝える必要があること

定期会議でこうした違いを共有し、システム開発に反映させるため、当初想定よりも時間がかかったが、デジタル推進部・医療情報システム部が、システムと病院、委託先のシステム開発会社との調整を丁寧に行い、注意深く設計を行った。

令和8年度以降については、初年度の令和7年度のように、一疾患への対応に1年を費やすようでは、生成AIを活用した退院時指導書の実用化と他の病院への普及は困難と考えている。このため、システム開発にあたり、各疾患の特性に配慮しつつ、生成AIの活用が向かない一部の疾患を除いて、汎用的に活用できるシステム開発を行うことが必要と考えている。生成AIの活用が向かない疾患は、現時点では、

- 入院日数が極めて短く患者の個別性をAIで抽出する意味が乏しい疾患  
(白内障1泊手術等)
- 個別性が高く、また、治療と治癒の関係性が多様な疾患  
(精神・神経疾患、いわゆる難病等)
- 入院日数が極めて長く、退院時に患者・家族に1枚程度の指導書を提供する意味合いが乏しい疾患

などを想定している。これら以外の疾患に汎用的に活用できるシステム開発を志向できればと考えている。

⑤ 大学事務局（研究管理等）

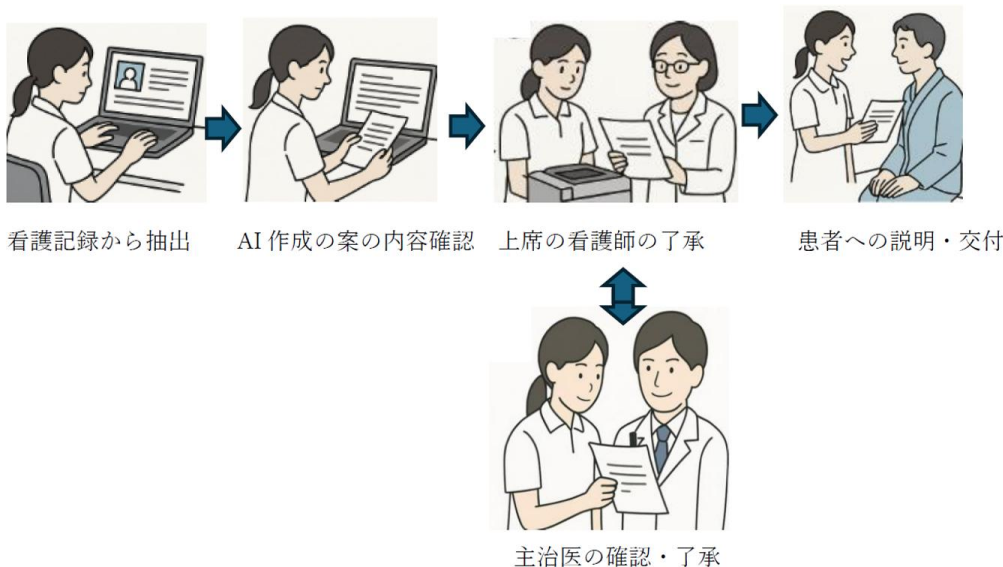
大学事務局は、研究支援部と学事部学事課が大学事務局の中心となり、事務局全体としての協力支援体制を敷いて、本調査研究事業の推進に貢献した。その中には、計画書の作成、必要となる予算・人員の算出と確保、研究倫理審査の円滑な進行を促す対応、予算の計画的かつ適正な執行の支援などがあり、教員、病院看護部勤務の看護師に対する格段の協力と事業の取りまとめを行った。

#### 4. 事業結果 「退院療養計画書」の様式改正による再入院予防を図る退院指導

##### (1) 退院時指導書の作成・交付の手順

令和7年度事業によって、心不全に対象疾病は限定されたが、当初の目的通り、生成AIが電子カルテの看護記録等を読み取り、各患者に即した指導書の案を自動生成し、看護師が内容を確認、適宜、加筆修正して、看護部門の了解、主治医の確認を得て、患者に交付する仕組みが構築できた。

【退院時指導書（退院療養計画書中の「退院後の治療上の留意点」）作成・交付のイメージ】



##### (2) 生成AIの活用で内容が大きく変わった退院時指導

退院時指導書は、藤田医科大学病院が退院患者に交付する「退院療養計画書」の様式を変更して、その記載事項である「退院後の治療上の留意点」に生成AIにより電子カルテ中の看護記録等の情報をもとに作成することになる。

従来の「退院後の治療上の留意点」は、1-2行の簡単な記載となるのが一般的で、

- 「退院おめでとうございます。」
- 「普段通りの生活を送っていただいて構いません。」
- 「規則正しい生活を心がけてください。」
- 「内服治療継続 外来通院継続」

等であった。

新しい「退院後の治療上の留意点」については、

- 入院・治療の経過説明
- 現在の回復状況
- 服薬、食事、日常生活上の注意
- 次回予約を待たずに受診が必要となる目安、等

について、わかりやすく説明し、生活習慣の改善を促す内容となっている。

従前の「退院療養計画書」と退院後に係る文書指導

退 院 療 養 計 画 書	
登録番号 9999999	患者氏名 (署名)
患者氏名 約史の人 (本番履歴 姓)	
生年月日 1995年5月12日	性別 男
病 種 (病 室)	
主治医・担当医	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の治療上の留意点	
退院後の必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他の欄	
<small>注) 退院日は、現時点で予想されるものです。</small>	
2025年4月22日 藤田医科大学病院	
(医師名) _____ 印 (看護長名) _____ 印 ( ) _____ 印	

従前の記載

(1-2行の簡単な記載)

- 「退院おめでとうございます。」
- 「普段通りの生活を送っていただいて構いません。」
- 「規則正しい生活を心がけてください。」
- 「内服治療継続 外来通院継続」

藤田医科大学の「退院療養計画書」の様式改正で実現を図る再入院予防の第一歩

退 院 療 養 計 画 書	
登録番号 9999999	患者氏名 (署名)
患者氏名 約史の人 (本番履歴 姓)	
生年月日 1995年5月12日	性別 男
病 種 (病 室)	
主治医・担当医	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の治療上の留意点	別添資料を参照ください。
退院後の必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他の欄	
<small>注) 退院日は、現時点で予想されるものです。</small>	
2025年4月22日 藤田医科大学病院	
(医師名) _____ 印 (看護長名) _____ 印 ( ) _____ 印	

Aを活用して医療スタッフが準備する記載(新規)

退院療養計画書 (別添)

登録番号 9999999  
患者氏名 約史の人 (本番履歴 姓)  
生年月日 1995年5月12日 性別 男

2025年4月22日  
退院後の治療上の留意点について

- 「〇〇様は、息切れと呼吸困難のため緊急入院され、たこつぼ型心筋症という病気と診断。治療により心臓の機能は回復。
- 現在は、息切れやむくみも改善、日常生活を送れる状態
- 退院後は、お薬をきちんと飲み続け、食事や水分に気をつけること、そして定期的な通院によって再入院を防ぎ、自宅での生活を安心して継続できるよう一緒に取組んで参りましょう。
- お薬：症状が落ち着いても、飲み忘れたり、自己判断で中止すると心臓に負担。薬の効果や飲み方でわからない場合は、医師や薬剤師にお尋ねください。
- 食事：塩分の摂りすぎは、体に水分をため込みやすく、心臓に負担。退院後も塩分を控えて食事を心がけてください。出汁を活かした味つけ、香辛料・レモンを使い、薄味で美味しく食べる工夫。
- 日常生活：無理のない範囲での散歩やラジオ体操は心臓の働きを助けます。重い荷物を持つ、階段を駆けあがるのは心臓の負担をかけ危険
- こんな症状があったら：次回予約を待たず、受診してください。体重が1週間で2kg以上増えたとき。息苦しさや、息切れがひどくなったとき」

(3) 令和7年度事業の結果、8年度に残された課題

- 令和7年度の指導書交付は、退院日に実施することとしていた。これは、これまでの退院療養計画書の交付の例に倣ったものであるが、退院日当日は慌ただしく、書面の交付に加えて十分な説明ができないとのコメントを受けた。こうしたことから、令和8年度に向けて、退院日前日の、患者も看護師も双方にゆとりのある時間に交付するよう前倒しすることを考えている。

- ② また、令和7年度の実際の交付は、心不全の急性期で入院した病棟から病院外に退院する患者に対して交付した。それは、当該急性期病棟の看護師を対象に説明し、退院療養計画書の運用の変更（退院時指導書）を実施したからである。このため、病院内で、退院準備のために病棟を移った後に退院する患者には、退院時指導書の交付がなされない結果になっている。令和8年度には、対象疾患をできるだけ多くの疾患に拡大する計画なので、その際には、こうした課題も解決できるように考えていく。
- ③ 指導書に盛り込む情報量も課題となった。患者に対する指導の文量は、簡潔かつわかりやすいことが求められる。ところが、生成AIで作成した「退院後の治療上の留意点」がA4で1ページを超えるような場合が出てしまい、手作業での簡素化を必要とした。一方で、1ページに収まるようにプロンプト（指示）を作成し、生成AIにより指導書の長さを調整すると、指導上必要な記載まで削除される事例も見受けられた。重要な内容を残しつつ、読みやすい指導書の改善に向け、引き続き取り組むこととする。
- 併せて、特に高齢者は、老眼等で小さな字が読みにくいと、生成AI指導書に対して、字の大きさの改善を求める意見があった。令和8年度に向け、文量、字の大きさの読みやすさと有用性との両立、そしてそうした指導書の生成のため適当なプロンプト作成指示を検討していく。

#### (4) 退院時指導書の有用性等に係る調査結果

- ① 本事業の効果測定のため、生成AI活用の指導書を受け取った患者と、作成・交付した看護師の双方にアンケート調査を実施した。
- ② 心不全について、藤田医科大学病院での指導書交付の運用が12月3日に開始した後、退院時指導書を作成・交付した患者数は51名（令和8年3月末現在）、そのうちアンケート回答者は、30名となっている。調査研究の倫理審査に時間を要したことなどが影響して、アンケート回答者は交付した患者数と比して少なくなっている。退院時指導書の交付を受けた患者からの回答内容としては、
- 退院時指導書が理解しやすかったか
  - 文字のサイズが読みやすかったか
  - 書かれている内容はわかりやすかったか
  - 退院時指導書の内容と説明と内容が一致していたか
  - 退院時指導書が自宅での療養生活に役立つと思うか
  - 自宅での療養生活に自信が持てたか
  - 家族とも共有したいか
- の質問に対し、いずれも、5段階評価の4点前後と、高評価の回答が得られた。
- ③ 一方で、退院時指導書を作成・交付した看護師への調査に対して得られた回答は8名（1名は回答に同意せず。）にとどまった。初年度は指導書交付を心不全に集中して実施したため、対象となる看護師数が限定された。加えて、研究実施に係る倫理審査に時間を要したため、未回答の看護師が5名いる状況での集計となった。以上を踏まえ、回答のあった8名について見ると、

- 指導書作成の所要時間は、3-5分未満が4名、5-10分未満が4名で、比較的短いことが確認できた。生成AIを利用せず看護記録を参照して同等の指導書を作成する場合と比較すれば格段の業務改善になることが示唆された。
- 作成した指導書への満足 約75%
- 患者の個別性の反映 約75%
- 患者の退院後の療養生活に役立つと考えるか 約87.5%
- 今後も生成AIを活用した退院時指導書を渡していきたいか 約62.5%

といった内容であった。

一方で、看護師からの個別意見としては、

- 作成開始を患者退院日より前にして欲しい（生成AI準備が間に合わない場合あり。）
- 指導内容をA4で1枚に収めるのに苦勞する
- 文字サイズを読みやすく大きくすると良い。

といった結果が得られた。令和7年度は、心不全の対応を行う病棟の限られた看護師に対応を求めたので、試行錯誤での対応が可能になった。しかし、令和8年度に対象疾患を拡大する時までには、以上の課題への対応を済ませておく必要がある。

- ④ 令和7年度の調査は、退院時に患者、看護師の双方からアンケートを取る内容であって、それは、当初予定通り実施された。
- ⑤ しかし、退院時指導書の目的が退院後のより適切な生活習慣の再構築と再入院の防止であることを考慮すると、結果検証も、指導書の在宅生活への効果の把握ができることが理想となる。令和7年度の調査研究では、退院時指導書が交付開始するのが当初予定で10月（現実の開始は12月3日）であり、退院した患者のその後の状況の追跡・把握までは困難と判断した結果、退院時指導書交付時のアンケート調査を行うこととした。
- ⑥ 次年度に向けて、より実質的な効果検証の方法の開発を検討する予定であり、東海北陸厚生局長からも結果検証の充実について指導を受けている。

## 事業の成果

本事業の最大の成果は、従来の退院時指導において構造的に困難であった「個別性の高い指導内容の文書化」を、生成 AI の活用により実装可能な形で実現した点にある。

従来、退院療養計画書における「退院後の治療上の留意点」は、限られた記載スペースの中で、1-2 行程度の簡潔な内容にとどまることが多かった。具体的には、「規則正しい生活を心がけること」「内服継続」といった一般的な助言が中心であり、患者の生活習慣や家族状況等を踏まえた具体的な行動指針が文書として提供されることは限定的であった。

また、退院時の指導は主として口頭説明に依存しており、患者本人の理解や記憶に委ねられる部分が大きく、退院後の生活において実際にどのような行動をとるべきかが十分に定着していないという課題が存在していた。

本事業では、電子カルテに蓄積された看護記録及び診療情報を基に、生成 AI が患者個別の状態を整理し、退院後の生活に必要な具体的助言を抽出・整理した指導書の原案を作成する仕組みを構築した。これにより、患者ごとの生活状況や家族背景を踏まえた具体的な行動指針を文書として提供することが可能となった。

第一に、指導内容の具体性が大きく向上した。

従来一般的な助言に対し、本事業における指導書では、患者の病状、治療経過、生活習慣、家族環境等を踏まえた具体的な行動レベルの助言が提示されるようになった。例えば心不全患者においては、「塩分を控える」といった抽象的表現ではなく、「1 日あたりの塩分摂取量の目安」「食事における具体的工夫」「体重増加時の受診目安」等、日常生活に直結する形で提示されるようになった。

第二に、患者及び家族への情報共有の質が向上した。

指導内容が文書として提供されることで、患者本人のみならず家族とも内容を共有することが可能となり、退院後の生活環境における支援の一体性が高まった。特に高齢者においては、口頭説明のみでは内容の理解・記憶が困難な場合も多く、文書化された情報の意義は大きい。

第三に、看護師の業務の質的变化が認められた。

従来、看護師は膨大な記録を参照しながら指導内容を整理する必要があったが、生成 AI による原案作成により、この作業負担が軽減された。その結果、看護師は文書作成そのものではなく、患者への説明や内容の適切性の確認により多くの時間を充てることが可能となり、業務の質的向上が図られた。

第四に、看護記録の在り方に対する認識の変化が生じた。

生成 AI が看護記録を基に指導書を作成するプロセスを通じて、退院後の生活を見据えた情報を意識的に記録する必要性が現場で共有されるようになった。これにより、看護記録自体の質的向上につながる意識変容が認められた。

以上の成果を踏まえると、本事業は単に文書作成の効率化を図るにとどまらず、退院指導のあり方そのものを転換する実践的モデルを提示したものと位置付けることができる。

すなわち、従来の「口頭中心・一般的助言型」の退院指導から、「文書化・個別具体型」の退院指導への転換を実現し、個別性と標準化の両立を可能とした点に本事業の本質的意義がある。

さらに、本モデルは、患者の生活習慣の安定化を通じて疾病の再増悪を防ぎ、再入院抑止に資する支援として機能し得るものであり、高齢社会における医療提供体制の質的向上に寄与するものである。

以上より、本事業は、退院時指導の質的転換を具体的に実装可能な形で示したものであり、我が国の高齢者医療・ケアにおいて、患者の自律性向上を通じた円滑な生活習慣の定着を促す標準的実践として展開し得る基盤を提示した。