

令和 8 年度
東京都医療 D X 推進協議会
第 1 回電子カルテ・医療連携部会
会 議 録

令和 8 年 6 月 5 日
東京都保健医療局

(午後 7時15分 開会)

○医療DX推進担当課長 それでは、引き続き部会をやります。部会につきましても、要綱の規定に基づきまして公開となっておりますので、その点よろしくをお願いします。

また、今年度から部会につきましても新しい委員がいらっしゃいますので、そこをご紹介させていただきます。

アイリス株式会社代表取締役社長の沖山委員、東京都保健医療局企画部長の犬飼委員が今回から委員にご就任いただいています。また、協議会の小林会長も本日引き続きご参加いただいています。

次に、委員の先生方の出席状況でございますけれども、本日は、高尾委員と野村委員よりご欠席の連絡をいただいています。また、小泉委員、玉城委員、柳橋委員はウェブ参加をいただいています。

それでは、時間も押しています。これからの進行を部会長にお願いいたします。

○中村部会長 ありがとうございます。

それでは、電子カルテ医療連携部会としての議事に入ります。

新たな医療情報連携基盤の構築について、事務局から説明をお願いいたします。

○医療DX推進担当課長 それでは、私から説明させていただきます。

スライド3です。

本資料は、本年3月に実施しました令和7年度第2回の親会の資料の抜粋になります。今回、親会と両方委員をお願いしている方もいらっしゃいますけれども、部会だけの先生もいますので簡単にご説明させていただきます。

本部会では、これまで電子カルテを活用した医療連携についてご意見をいただくところですが、今年度から新たな医療情報連携基盤の構築について検討を行うため、今年度この資料にあります基盤の構築についてご議論をいただきたいと考えております。

リード文の1つ目でございますけれども、国の電子カルテ情報共有サービスで共有可能な3文書6情報に加えまして、検査画像などの医療連携の推進ですとか、患者満足度向上につながる医療情報について、電子カルテを導入した医療機関同士で連携、共有をしたいと考えています。

また、リード文の2つ目でございますが、患者さんも検査画像などの医療情報を閲覧できるとともに医療機関への診療予約ですとか、患者さんへのプッシュ機能通知等のサービスを提供できる環境を整備しまして、患者さんや家族の利便性を向上させたいというふうに考えております。

右側にスケジュールがありますけれども、今年度は現状の調査、協議会での検討、要件定義としていまして、令和9年度から実現に向けた環境整備ですとか準備、運用と考えていまして、詳細なスケジュールは次の資料でご説明いたします。

次のページです。

こちらの資料は、今年度まずこういった基盤の構築に当たり調査を実施するというこ

とで、こちらにご意見をいただきたいと考えています。調査の目的ですけれども、先行事例ですとか課題等に関する調査でございまして、調査の時期は7～9月を予定しています。調査の対象は、国ですとか他国、他の道府県、地域ネットワークの事業者や医療機関等と考えています。①は国の調査というところで、全国医療情報プラットフォームですとか関連する情報連携基盤について調査をしたいと考えています。

右から2番目に主な調査内容（想定）とありますけれども、一番上のシステム・技術面の仕様ですとか、3つ目、既存の地域ネットワークとのすみ分け、また課題ですとか、あとは情報の二次利用、情報の利活用についても調査をしたいなと思っています。その右に活用の方向性がありますが、都で構築する基盤では国のプラットフォームとの接続を考えていますので、連携ですとか接続の設計に活用したいと考えています。

②が他国の動向調査です。先進的な医療情報連携基盤を調査し、実際の流れですとか最新技術の活用事例を調査したいと考えています。

右から2番目、具体的な調査内容ですけれども、上から2番目の右ですね。医療情報の連携方式、ファサード型、レポジトリ型等とありますけれども、医療機関が保有する情報を参照するのか、それとも新たな基盤にデータを蓄積させるのか、そういったところから調査をしていきたいと思っています。その他に、下から3番目の同意取得、名寄せ、二次利用ですとか、あと収支構造、あとは一番下の最新のA I ですとかセキュリティー技術なども調査したいと考えております。

右の活用の方向性ですけれども、最新技術の検討ですとか、連携方式ごとのメリットですとかデメリットの整理、行政政策への活用などを考えています。

次のページをお願いします。

③が他県等の動向調査です。他県における地域医療連携ネットワーク、またその1個下、グループ内の連携を含む医療機関個別の状況についても調査をしたいと思っています。把握したい主な事項としましては、状況や課題の他、連携実績が多いネットワークの特徴なんかも把握できればなと考えています。

調査内容ですけれども、上から3番目にある活用シーン、これは前回もご意見をいただきました。あとは活用実績、また他国でもありますけども同意の取得、それから名寄せの流れ、A I などの最新技術の活用の他、下から2番目にありますマイナポータルなどの国との連携ですとか、あとは法律や制度面等からの制約等について調べたいと思っています。

また、活用の方向性ですけれども、上から3番目、今回、連携実績が多いネットワークについて調査しますので、そういったネットワークで使われている、医療機関ですとか患者さんのニーズのある機能ですとか、また利用者が利用しやすいユーザーインターフェースですとかデザインについても調べたいと思っています。

一番下です。今後のスケジュール。

9月まで調査を行った後に、10月には調査の結果をまとめる予定です。その調査の結

果を基に基本構想案を策定しまして、再度この部会でご意見をいただく予定です。その後、基本構想案を基に要件定義と事業者選定に進みながら、年度末にはこの協議会の親会の意見を踏まえて基本構想を策定したいと考えています。

要件定義につきましては、今年度から来年度以降も進めていきまして、この部会も来年度も必要に応じて開催してご意見をいただく予定です。令和9年度中には一部機能からプロトタイプで構築をしていきまして、出来上がった機能から順次運用をしていくことを考えています。

私からの説明は以上です。

○中村部会長 ありがとうございます。

調査の実施のスケジュールというものを示されまして、非常に限られた時間での調査ということでございます。そして7月～9月までの実施で、これを基に基本構想を策定すると。多方面にわたるわけですが、これについてどのように進めたらよいかご意見をいただきたいと思いますが、まず、ご質問がありましたらお願いいたします。

お願いします。

○林委員 説明ありがとうございます。

新たな医療情報連携基盤というこの最初のところですが、これは先ほど畑中委員のほうからご説明のあった、そのことをおっしゃっているのでしょうか。

○医療DX推進担当課長 畑中理事から先ほど親会で説明があったものでございます。われわれ、今回、今映っている資料につきましては、だいぶ限られたご紹介しかできませんので、例えば先ほど畑中委員からお話のあった、こういう機能があったほうがいいのかですとか、いろいろご意見をいただきながら、より患者さんや医療機関の方々が便利になるような、そういった基盤にしていければと考えております。

○林委員 今回、診療報酬改定が6月からあって、本当に厚労省が頑張っていたいて、医療機関に対してはいろんな意味での加点が付いたりして、今それに対して対応しているところですが、そういった中で、例えば電子的に連携するときの要件の一つに、電子カルテ情報共有サービス化がされてなかったら、いわゆる地域連携システムというのがそれに該当しますよということで、情報の共有のものとしては同じようなところに入れていただいたと思います。

そういうこともあって、東京総合医療ネットワークにしても、1週間に多いときは50件ぐらいの医療機関からの入会申し込みがあります。メール稟議（りんぎ）でいいですかと問い合わせが止まらないぐらいです。ですから、今の時点でそういう問い合わせをいただくというのは、今電子カルテを持っていらっしゃる医療機関、開業の先生からも今問い合わせが来て、入会して、そういった加点を今回得られるようにしようということなので、例えばこの先、診療所、クリニックの先生方に導入をするときも、こういったことができるようになる、こういった加点が取れるようになるというだけで、だいぶ変わってくるのかなというのが1つと。

あと、こういう形でどんどんと今拡張してきているところで、国がやろうとしていることと、今ある地域医療連携システムでできることと、また新たに連携基盤をどう作るっていうことになる、この意義っていうのがどこにあるのかなっていうのと、もしこれを作ったとしても、場合によっては2年間、診療報酬改定上はそれとして請求の根拠にはならない可能性が出ますよね。ですので、そうすると、選択肢としてはどちらかを選択するっていうことになります。そのときにはこれから作るものが不利になる可能性があるのと、もしこれがいわゆる地域連携システムですっていうことであれば、また今あるものとのすみ分けとかどうするかっていうことが必要になってくるなと思って、非常にいいアイデアですけれども、どういう位置付けになるのかというのが、まだちょっと聞いただけでは分かりにくかったなと思った次第です。

○医療DX推進担当課長 ありがとうございます。

私どもも、やはりこういった基盤を作るときに、国のほうで作っている電子カルテ情報共有サービスをはじめとしたプラットフォームですとか、あとは既存で今動いている東京総合医療ネットワークの地域のネットワークの先生方から、いろいろ基盤が複数あって、どれに入っているかわからないですとか、全部入らなくちゃいけないとか、そうすると本当に真逆の方向といいますか、不便になってしまいますので、ぜひ一体的に使いやすいものにしていきたいということで、いろいろ委員の先生の意見を聞きながら検討してまいりたいと考えております。

○林委員 ぜひよろしくお願いいたします。

あと、ネットワークの調査だと、厚労省が5月29日に出した資料があるので、それも参考にできるんじゃないかなと思うので、ぜひ活用されたらと思いますが。

○中村部会長 ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。

小林委員。

○小林（俊）委員 JAHISの小林でございます。ご説明ありがとうございます。

この画像の共有プラットフォームに関しましては、確かに全国医療情報プラットフォームでは扱ってはいないということで、その代わり地域医療連携が担っているという部分もありますので、そうすると東京都がそれをやったときに、その位置付けをどうするかですとか、あと私がちょっと厚労省にいろいろ聞いたところによると、全国医療情報プラットフォームの検査情報の将来的な構想として、画像も扱うことの検討もしているという話も聞いておりますし、東京都が結局二重投資みたいな形にならないように調査をするという点では非常に私も賛成でございますので、そのあたりの含めまして、ぜひ調査をやっていただければと思います。

以上でございます。

○中村部会長 次、山口委員、お願いします。

○山口委員 調査を行われるということなので、実際に動いています地域医療連携ネットワークのところ、先ほど親会のところで畑中委員がご発表されましたが、やはり患者の

満足度が低いと意味がないと思います。したがって、地域医療連携ネットワーク、既に動いているところで、患者満足度ということの確認をされているのかどうか。もしされているとしたら、どういう機能が患者満足度が高いのかっていうこともぜひ調査していただければと思いました。

以上です。

○中村部会長 ありがとうございます。

その他、いかがでしょうか。調査の仕方、項目、今の段階で入れておくことが重要かと思いますが。

オンラインのほうはいかがでしょう。

畑中委員、お願いします。

○畑中委員 先ほど、今も見ていただいているこのポンチ絵から想像を膨らませて、かつ国の動向も今お話ありましたけれども、3文書6情報とは言わず4文書、5文書と増えていくことも議論されていますし、一方で容量が大きい画像を政府のネットワークで流すというのは、かなり役所のほうも抵抗というか、その費用対効果は何ぞやというところの議論も実際あります。厚労省の中で私も議論してありますので。やはり私、今回、健診とか保健の分野から患者さん自身がデータを持てる、健康な状態からだんだん変わっていかれる中でのデータが持てるですとか、人間ドックでせっかく撮ったデータをしっかり利活用するとか、そういう形でいわゆる保健診療の分野はかなり国のプラットフォームは投資をしてくると思いますし、メニューが増えていくと思いますので、個人的には地域医療連携ネットワークというこれまでいろんな各地でされていたものっていうのは、国のプラットフォームのほうでそれなりに情報を標準化された形で共有するっていうのが増えてくると思います。健診情報も含めてですけれども、増えていくと思うので、そういった国の動向とかを踏まえてどれくらい膨らませていくのか。電子カルテ情報共有サービスとも、しっかりと連携しながら、逆に最後に残されたと言ったら変ですけど、健診などは自由診療ですし、人間ドックは自由診療ですし、電子カルテ情報共有サービスは、まだ健診のところと人間ドックみたいところはスコープに入っていないので、そもそもマイナンバーカードの保険証を使うわけではないですから、そういったことも含めてしっかり情報収集をしながらスコープを決めていくことが大事なのかなと思っております。

先ほどの資料はあくまで私からのご提案というか、こういうスコープで考えたら国といきなりバッティングしないですよとか、保健情報とつなぐという新しい局面を作れるのではないかとこのところでご提案でございました。

○中村部会長 ありがとうございます。

土屋委員、お願いします。

○土屋委員 調査方法の確認ですが、他国の動向とか地域の確認ということ調査をされるということですが、ベンダーによっても様々なデータの出し方がありまして、全

国医療情報プラットフォームに対する取り組み方というのが、おそらくいろいろあると思います。そのようなものと、新たな連携情報基盤へのデータをどう出していくかというのは、ベンダーごとに今の段階でも温度差を感じるので、ベンダー側へ調査をするのでしょうか。

○医療DX推進担当課長 ベンダーに対して今回、調査をするというところでは考えておりませんが、例えば地域のネットワークの中でこういった技術を持ったベンダーさんのものを使っているよとか、ある意味間接的にやっている、その中でもし最新の技術を使っているベンダーさんのものを使っているところがあれば、もしくはこれから考えているところがあれば、間接的にはなりますが、ベンダーさんのところも情報収集できるのかなと思っています。

○中村部会長 ありがとうございます。

では、片山委員、お願いします。

○片山委員 先ほどの協議会と連続していて途中参加でよく全体を把握していないんですが、この医療情報連携基盤システムというのは、例えば3文書6情報とかをみんなで共有する、そういう巨大なアプリを作り、それをみんなで共有するというイメージですね。ここに書いてある要件定義とか、事業者選定とか、アジャイルというのを読み解きますと。

私も、自分の感覚では、去年まではこういうことは結構現実的かなっていう意識がありましたが、私のところは自分で電子カルテを作っていますので、自由に取れるのですが、いわゆるローカルLLMといってクラウドに出ない生成AIの機械にそこに落とすと、今1人でやり始めて4～5カ月ですけども、例えばこれを3文書6情報の形で出せっていう着地点までの約8割まで来ています。

そういう意味から言うと、いわゆるベンダーを入れて何億円もかけて、しかもこれ令和10年度以降あるいは11年、12年、数年後のことを考えると、いわゆる古典的な作り方っていうのがもはや時代遅れになり、そういうローカルAIで、例えば私のところと豊島病院さんでこんな情報が欲しいです伝えて、勝手にAIエージェントがつないで欲しいのを出すのが、もう来年にはほぼ現実的になると思います。そういう意味では、古典的なやり方をするのか、あるいは次世代のやり方をするのかについても調査するということが、巨大なものを作るけども使われなかったみたいな危険もありますので、そこも調査に加えていただけるといいかなと思いました。

○中村部会長 ありがとうございます。

それでは、多方面からご意見いただきましたけれども、調査に取りあえず入っていただくというところでよろしくお願ひしたいと思います。

それでは次に、今も少し話題に出ましたAIですけども、この進み方を踏まえながら検討する必要があります。沖山委員から資料を用意していただいています。説明お願いいたします。

○沖山委員 沖山でございます。よろしくお願いいたします。

指定の15分でご紹介をさせていただきます。

手短に自己紹介をさせていただきますと、私は現在週末のみ臨床をしていますが、もともとは渋谷区の日赤医療センターで救命救急をしておりました。その後、東京都下の島しょ部である南鳥島等で離島医療に従事をしておりました。10年来AIの研究開発をしています。

前半では、今のAI技術がどこまで来ているかというご紹介と、後半では各国や国内外の事例をご紹介させていただきます。

今、米国では生成AIがもう臨床現場に入ってきていて、すなわち論文の段階ではなくて、保健、臨床現場で日常的に使われているような事態になっています。こちらのOpen Evidenceという会社は、2022年に創業したばかりの会社ですが、米国医師国家試験で満点を取った初めてのAIと報道されています。医師国家試験で満点を取る人間ってというのは、ほとんどあるいは過去に1人もいないと思いますけれども、単純な知識比べ、情報量比べで言えばAIは人間を当然に上回ってきています。

そしてこれは論文だけではなくて、全米の中で80万人の医師、100万人中80万人がこのアカウントを作成していて、そして毎日使う割合が50%を超えているという調査もございます。50%といいますと、米国でも当然年配でなかなかこういうものは苦手という先生もいるわけですから、若手、中堅の中でいうとほぼ全員が使っているような感覚に近いと思います。

また、昔からこういう未来志向型のベンチャーが新しいものを出して話題になるということは度々繰り返してはいましたけれども、このOpen Evidenceが比較的きちんとやっていると評価されている背景には、さまざまなステークホルダーときちんと握手をしながらやってきているというところもあると聞いています。Mayo Clinicのプラットフォームから出発をし、そしてトップジャーナルである『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン』やJAMA誌と協定を結んで正式に論文を有料で学習をさせているというような製品です。

米国では、OpenAI社がニューヨークタイムズから訴訟をされたというニュースもありまして、勝手にわれわれの著作権を無視して学習してくれるなというニュースもありましたけど、それとは反対で、ちゃんと対価を払って契約をして学習をさせているというところが違った点かと思います。

このようなものを踏まえまして、社会変革の速度と規制ガイドラインの不整合というふうにタイトルさせていただきましたけれども、チャートが非常に細かいですので、私口頭でご説明申し上げます。

一つ一つの紫やオレンジやグリーンのドットが、最新版のChatGPTだったり、1世代前だったり、あるいはGoogleのGeminiだったり、こういったものをプロットしています。縦軸が100%マックスの正確性です。

AIに解かせている試験は、医療ではなくて汎用の試験ですけれども、大体博士

課程卒業の P h . D . の人が、その人の専門領域で 70 点くらいが取れる難易度であると、こういう問題集です。

たった 3 年前の時点では、まだコイントスと同じようなランダムゲッシングだったのが、あれよあれよとたった 2 年で高校生、大学生、博士課程のレベルを 1 年前に超えまして、今では大学の教授先生や、これはもちろん領域は選びますけれども、ノーベル賞受賞者にも比肩するというふうに報道されることが出てまいりました。

また、ムーアの法則は半導体チップの成績、非常に集積回路の密度が上がっていくという法則で有名ですが、A I 版ムーアの法則と呼ばれる法則もございます。これは世界で中立的とされている N P O の E p o c h A I という団体があります。これは A I の進化や過去の統計データを合わせて解析をし、公開している団体です。

彼らによると、A I の計算コストは毎年 1 % に減じていると。これは 1 % 減っているという意味ではなくて、毎年 100 分の 1 になっていて、2 年で 1 万分の 1、3 年で 100 万分の 1 近く安くなっているという意味でして、これは未来予測ではなくて過去 3 年間の実績値になっています。

あまり皆さまの実感とはマッチしないかもしれませんが、私自身も A I に支払う金額が毎年増えていますけれども、この図表が前提としているのは、同じ賢さの A I を提供するのであれば、以前の 100 分の 1 のコストで提供できるようになっているというような趣旨でございます。

ここからは海外の事例、特に医療に特化した事例を中心に紹介させていただきます。

A I が診断まがいといいますか、診断類似行為もできうというところをご想像の及ぶところかと思いますが、米国では A I が診断だけではなくて処方箋を切り始めたという事例が今年に入って散見されるようになりました。こちらは、米国ユタ州法下でのサンドボックスプログラムになりますが、いわゆるリフィル処方箋において医師や薬剤師が全く入らずに、A I 面談だけで A I が処方箋を切ってよいとするような、少なくとも米国では歴史上で初めての出来事でした。

リフィル処方箋といいましても、アメリカは日本よりもだいぶ裁量が広いので、例えば患者さんがこれは A I と話しているわけですが、「先生」と。「前回処方していただいた痛み止め、あまり私効きませんでした。変えてください」と言うと、A I が「分析中です」と。「あなたのバックグラウンドプロファイルからはまだ安全域があるので、それでは倍量処方をしますね」というジャッジも A I がしてよいということです。倍量に処方を変更するときに、事前に全く薬剤師は見えていないし、全く医師もノータッチで、そのまま G O が出されているというような事例です。

非常に衝撃的でしたけれども、その 3 カ月後に、こちらはユタ州の医師会から即刻このような処置は中止せよというふうに行政に対して申し入れがあったと報道されています。

米国では、非常にユタ州の商務省は、こちらはちゃんと法令にのっとってやっているの、その勧告は受け入れないという形で、その後も A I によるリフィル処方箋発行を続け

ているというふうに聞いております。また、このAIを提供しているD o c t r o n i c社は、今年内に十数州でこのような実証実験ができるかもしれないというふうに代表のCEOが言っています。

次の事例になります。

事例2、C h a t G P T H e a l t hやC h a t G P T f o r f o r H e a l t h c a r eというものも出ていて、患者さんは自分でC h a t G P Tに医療相談ができ、病院のドクターは病院の電子カルテ情報を自由自在に使いながらC h a t G P Tに相談ができると。

こちらは恐らく本邦では非常に実現のハードルが高いといいますが、難しいのは、患者さんが使うC h a t G P T H e a l t hのほうでして、これはC h a t G P Tに一般論で医療相談をするだけではなくて、患者の電子カルテを見ているC h a t G P Tが答えてくれます。「私の肺炎の治療はどうしたらいいですか」って言ったときに、「一般論はこのペニシリンですけれども、あなたの場合この薬剤アレルギーがあつて、過去の入院歴にはこういう経過がありましたのでちょっと特殊なこつちを推奨します」というのをC h a t G P Tが言います。これは背景にC h a t G P Tが病院と契約をして電子カルテ情報を主治医の許諾の下で見せている、データを連結させているというような事情があります。

事例3です。

このようにAIは進歩するものですので、従前は日本も米国も欧州も、薬機法相当の法律で、医療機器は治験をやって承認されたもののみを使ってくださいというふうにしてきております。ただ、JAMAではこのような適応的、アダプティブといいますが、連続的に進化するAIで、かつ、ある病気だけではなくて全般的に、ジェネラルパーパスで使われるAIは、もはや治験のような枠組みでは評価できないのではないかと。むしろ、医師法に近いような第3の、AI医師法じゃないですけれども、そういうものを使って新しい規制の在り方を検討すべきではないかということが、真面目に権威ある文献で議論をされまして、米国のHHS、厚労省相当の組織の中にも、O f f i c e o f C l i n i c a l A I O v e r s i g h tという部門が設立されております。

詳細なご説明は割愛しますが、先ほどのC h a t G P Tと似たような事例がG o o g l eからも出ておりまして、こちらは本年のゴールデンウィーク直前の出来事でした。

1点、C h a t G P Tに足すとすれば、このG o o g l eの事例は、1つ新しいのがオンライン診療をAIがするという点、それに近い機能を提供している点にあります。テキストのチャットだけではなくて、AIがあなたの姿をビデオカメラ上で見て、「右肩が痛いんですね」と。「それでは、右肩を徐々に上げてみてください」、「はい、そこで止めてください」みたいなことをAIが言うんですね。「そのくらいですか。50度のところで痛みが出るんですね」っていうのを、私の姿をAIはカメラ越しに見ながら、目で判断をして、そして次のクエスチョンを重ねてくると。もはや文字のやりとりだけではなくて、ビ

ジュアルなやりとりもA Iはできるようになってきているというような事例です。

報道事例としては最後になりますが、米国ではなんとA I医師が提訴されるというようなことも先月行われまして。C h a r a c t e r . a iという会社があります。こちらはたくさんのA Iエージェント、A Iボットが勝手に日々自動で生まれるようなシステムを提供していて、そして、こうして生まれたA Iは自らに名前を付けたり人格の設定をして、私は本屋さんとか、私はお医者さんと名乗っているA Iもいるわけですね。その中で、A Iであることを隠して、実際の精神科コンサルテーションを5万回してしまっていたA Iエージェントがいたということで、このC h a r a c t e r . a i社はペンシルバニア州知事から訴訟を受けています。

これは、同社は管理者責任として訴えられて当然だと思うと同時に、この同社のC E Oは「これは私たちが作ったわけじゃなくて、勝手に生まれたA Iが勝手に医師を名乗って、勝手に偽の免許番号を申し出ている、そこまで責任取れない」というような弁明をしている。法的にどうかという話とは別に、このような事象が起きる時代であるという意味で情報提供をさせていただきました。

また、最後5分間でデモンストレーションという形で、お手元の資料は静止画なのですが、会場にいらっしゃる先生方は前の画面でデモンストレーションをさせていただけたらと思います。

幾つか、非常に文字が小さくて恐縮ですが、私が全部デモのために作ったサイトにして、これは別に商用化する予定もないですし、していません。ただ、こういうことが今できるというデモンストレーションになります。

例えば、これは架空の先生、D r . K e n t a r o S a t oが、今働き方改革ですの、勤務中の時間と自己研さん時間というのをこのように付け替えます。自己研さん時間、勤務時間、それから病院のカルテと連動していますので、例えばカテーテル治療を行ったとか、学会に参加したとか、こういうことが、この先生は循環器の専門医ですので、専門医の更新単位とひも付いて、われわれ専門医は非常に大変です。今回こんなことをやりましたとか、その証明のために症例レポートを書いて、恐らく誰も読まないんですけども、証跡づくりのための書類作業なんかがヘッジされる。業務時間が効率化されるというような趣旨です。

また、今のS a t o先生を雇用している病院経営者から、管理者モードでログインをすると、例えばこの病院で働いている医師のうち、過重労働に陥っている可能性がある医師はこのようにいますと。S a t o先生は非常にハイリスクと書かれていて、なぜだろうと思うと、自院では140時間しか働いていないにもかかわらず、他院で67時間働いているということが、こういうプラットフォームが連携されれば、恐らく東京都にも報告されているようなデータを合わせ分析することで解析ができるわけになります。そうしたら、S a t o医師は働き過ぎなので、じゃ、シフトを変更しましょうですとか、さまざまな処置が行われることになります。

また、こちらは架空の病院名、実在しない病院名、ダミーデータですけれども、港区を例に取らせていただきましたが、例えば救急科の医師の需給はどうかというところで今84%と出ています。救急医が足りないようです。こういうデータを基に分析させれば、じゃ、適正配置をするためにはどうやってbalancingすればいいのか。なるほど、ここの医師がこっちに移動すると80から88%まで改善したようだそうですとか、こういったこともできるようになります。

残り短い時間ではございますが、先ほど前半で出てきた医療DX東京並び、マップでどのような機能が掲載されたらいいかというところもありましたけれども、例えばこのような自然言語検索も例かと思います。

こちらはオープンソースのデータを基に、都下の病院をプロットしています。「私は今頭痛がしますが何科ですか。今、品川駅にいます。近くの病院を紹介して」というふうに打ちました。後ろ側はいわゆる汎用のAIで動いていますけれども、そうすると幾つかの病院がレコメンドされてAIが解釈をしています。「頭痛でしたら神経内科がよろしいかと思います。品川駅周辺の病院を地図に表示しました」と。

このように、患者さんは必ずしも病院選択について判断できる医学的情報を持たれているとも限りませんので、頭痛は神経内科だとか、形成外科と整形外科の区別も一般的には難しいですので、そういったところの案内は日本語でのチャットがよからうと思います。

最後の事例です。

こちら、本当にシンプルなデモアプリですけれども、AIシフト提案ということで、先生方から病院に対してシフトの希望が出ています。緑のところは確定していて、黄色いところを管理医師は埋めたいですと。このようにしたときに、まず、もう希望が来ているわけですから、適用するボタンを押すと自動でソートしてくれるっていうのはご想像のとおりだと思いますけれども。こうやって見てみると、田中太郎先生がここで3連勤になっていますので、ちょっとこれは申し訳ないと。5日は田中先生じゃない人にしようとして、このようにまた適用すると、田中先生は3連勤が避けられたというようなものになります。

幾つかのデモンストレーションをさせていただきましたが、医療機関マップとこの当直シフトは病院でデータをストレージする必要がありません。皆さまももしかしたら民間アプリで調整さんというようなものを使った経験があられるかもしれませんが、あれは別に何か、もちろん個人名は個人情報ですけれども、コンフィデンシャルな情報ではなくて、民間が民間のデータベースで動いているのを勝手に他のユーザーが使っているというデザインになります。そのようなものであれば、こういうAIシフト表も作れますし、データは誰が管理するのか、病院はデータ管理ができるようなそんなエンジニアはいないというようなところにもソリューションになり得ると思いますし。私は全体を通じて一番申し上げたいのが、私はエンジニアではないのですが、生成AI技術を使うことで、

半年前にはこのようなアプリを1週間あれば作れるようになりました。それが、この半年間の間に、私は動いていないのですが、技術が動いたので、今では20分で同じアプリが作れるようになりました。

私はたまたま最前線といいますか、そういう情報に触れることが多い場にいますので、それができるだけかもしれませんが、これを恐らく先ほど片山委員がおっしゃったように、1年後にはもっと多くの人ができるようになっていると思いますし、2年後にはという議論もあると思いますので、何かの参考になればと思いまして情報提供をさせていただきました。

以上です。

○中村部会長 どうもありがとうございました。大変興味深いお話で、米国の日々日々アップ・トゥ・デートでさらにさまざまな方へのお話、また具体的なデモも見せていただきました。ご質問がありましたらばお願いいたします。

山口委員、お願いします。

○山口委員 ありがとうございます。

アメリカで、診察をして処方もしているというお話があって、過去のデータはA Iが読んでいるかもしれませんが、やはり診察のときに不可欠なのが検査だと思います。どのような検査が必要か、検査の実行というのはA Iではどのように行われているのでしょうか。

○沖山委員 ありがとうございます。

先ほどの事例に限って言いますと、検査はできないような取り扱いになっています。あくまでも、1回処方された処方箋を同じか類似の内容でお代わりするときのみA Iが認められているという事例です。

○山口委員 では、初診はないということでしょうか？

○沖山委員 はい、おっしゃるとおりです。

○中村部会長 ありがとうございます。

村上委員、お願いします。

○村上委員 昭和医科大学の村上です。

沖山委員のお話は、実は別の会でも伺っており、面白いなと拝聴しておりました。

今現在、例えば私、指に着けているのが自分のバイタルを測るリングでして、これがスマートフォンに常時リンクされている状態で、それがスマートフォンに上がって、スマートフォン、iPhone、iOSもAndroidも実はスマホの中で他の情報とリンクさせるのは、実はフリーです。今、パーソナルヘルスレコーダーはそういった情報をリンクさせて、個人、私のスマホでしたら私自身のパーソナルヘルスを常時吸収して病院のほうに伝える、そういったこともできるようになってくる、常時病院のほうでこれから受診する患者さんのデータをスマホから吸収して見ることができる。そういったこともできるようになるのかなと考えております。なので、なおさらこういった医療DXというのは、

患者さんの状態を把握するという意味でもすごく大事な技術だと思っておりますので、発展していくといいなと考えている一方で、やはりAnthropicのMythosのような非常に高度なAIが今月中にプレが出てくるといううわさにはなっておりますけど、またそれに対抗するOpenAIの5.6も今月出てくるといううわさで、そういったときに医療情報をどう守ればいいのかというところもすごく問題だと考えておりました。その中で最後の戦いはやはりログの解析なのかなと思っておりますので、このログの解析というとやっぱりクラウドが断トツいい環境なのかなと思いますので、ぜひそういったところも都の各診療所、病院の先生方にお伝えしながらこのアンケートを進めていただけるといいかなと考えましたので、ちょっとコメントをさせていただきたいと思いました。

○中村部会長 ありがとうございます。

大石委員。

○大石委員 非常に面白いお話ありがとうございました。

多分、AIって医療の場合、とても使いようがあると思います。とは言いつつ、法的な観点だとか、もしくは今まで医療をやってこられた方の心情的に言うと、だんだん難くなる段階みたいなのがあつて。先生が最後のほうに見せてくださった、例えばシフトを作るだとかそういうふうなものって、業務系は多分誰も抵抗がなくて、むしろ全ての病院の全ての、これはお医者さんだけでなく看護師さんだとか事務さんだとか技師さんとか、こういうAIを使ってどんどん自分の業務を効率化していく、質を高めるっていうのにどう普及させるのかっていう話だと思います。

一番極端なのが、ペンシルバニア州から訴えられたみたいに、勝手に医者ができちゃって勝手に行動するという、これは駄目でしょうという感じですけど、その間のところが結構難しいなと思っていて、例えばこのAI Evidenceをお医者さんが使って、その結果をお医者さんが責任を持つというのであれば、これは日本でも法的に問題ないじゃないですか。その上の段階が、例えば画像診断の一次読影をAIがして、二次だけを医者がやるという形になってくると、これ、日本では結構厳しいと思います。例えばアメリカ、ヨーロッパ、日本でいうと、どこまで一般的に普及されているのかとか、もしくはどこまで法的にOKなのかみたいな比較表だとかみたいなものって、どこかにあるのか、もしくは先生のほうで作っていただけるとありがたいと思いますが、どうでしょうね。

○沖山委員 ありがとうございます。

次回の会等をめどに作ることは可能かと思います。一般論の範囲で、日米、それから欧州の比較になろうかと思います。日と欧州はそこまで大きな違いはないのですけれども、先日私、非常に衝撃を受けてスクリーンショットを撮ったのが、X（旧Twitter）の投稿ですが、医師がAIを使っていなかったら、それはマルプラクティスであると。つまり、不適切な医療であると。これだけAIが賢いときに、日本の価値観だとAIに聞くのはカンニングだとか、サボりだとか不勉強だという価値観かもしれませんが、AIに聞

かないことこそ怠惰だというような発言も、この方は有名な方ですけど、おっしゃっているのを見受けまして。大石委員のおっしゃるとおり、これ、技術ではなくて規制や社会的コンセンサスが止めているものですので、米国ではこういう圧力でどんどん緩和されてきている背景が間違いなくあろうと感じております。

○大石委員 ありがとうございます。

私、規制改革推進会議の医療・介護ワーキンググループの専門委員をやっていますが、A Iで画像診断をかけると、やはりなかなか通しにくくて、そういう海外の事例とかがあると非常に助かりますので、ぜひまとめていただけるとありがたいです。

○中村部会長 ありがとうございます。

お願いします、村上委員。

○村上委員 今の大石委員のお話を聞いて、一つコメントというかアンケートを採るときにぜひ盛り込んでいただけたらと思ったことがありました。当直表を作るとき、私のところで救急の当直表を作るのを救急の先生と一緒にやっています。一番障壁になるのは、作ったら楽になるはずのそこの方々が、自分の情報をA Iのほうに入れて学習させて環境を作る、実はそこが一番の障壁だと私思っていて、楽になるはずの人が途中の段階で諦めちゃうということがよくあります。なので、そこら辺もA Iが進むとうまいこと吸収してやってくれるのかもしれないですが、今そこまでではないというところもありますし、それが1年後にどれだけ良くなるかは私推測できないんですけど、むしろ変わっていないような気がしています。

なので、最初障壁があるかもしれないけど、トライをしていくというのが大事だなというのは、アンケートの中にどこかに入れとくといいのかなと思いました。

以上です。

○中村部会長 ありがとうございました。

大変豊富な議論がございました。本日の議事は以上でございます。

何か最後に一言、片山委員、お願いします。

○片山委員 今度は日精協の立場としてお話をさせてください。

日精協、日本精神科病院協会の会員病院はどうしても電子カルテの導入率が低いです。というのも、精神科の情報体系というのは、あまりに複雑怪奇で構造化させにくい文章なので、そういう意味では今の全ての前提は、電子カルテを入れたらその後どういう展開があるのかということになりますので、その点、精神科のほうには別段のご配慮をいただけたらというふうに思っております。ぜひよろしくお願いします。

次に、日精協じゃない立場で申し上げますと、電子カルテがあって、そのAPIで分けられる、つまりテキストを全部抜き出せるか否かというのは結構決定的なんですね。そういう意味では、調査の中でどの電子カルテはAPIをユーザーに対して開けてくれるのか、あるいは絶対拒否しているのか、その辺の調査が一番大事だと思います。絶対的に拒否しているベンダーさんというのは、補助対象から外すよぐらいに言わないと開けて

くれないと思います。

今、A Iがどうという議論というのは、約2つか3つぐらいの軸に分かれて、1つはクラウドにあるかローカルにあるか。これってクラウドにある限り、それはほぼ何らかの形で染み出ますから、それは世界中納得しないと思いますので、ローカルで何ができるかという、医療に関してはそこが決定的に1つだと思いますし。もう一つは、薬機法ですね。薬機法っていうのは、つまりこれは医療機器であるか否かなんですけども、やはり医師の作業そのもの、診断とか、今処方アドバイスとか、その辺はどう解釈しても今の法文では医療機器であり、医療機器である限り、いわゆる特定臨床研究をやり、次、治験をやり、通しで4年間かかる。最低でも4年間かかると、4年前の技術が今作るということで、時間的には絶対に不可能です。

そういう意味では、電子カルテと医療機器を連携した時点で電子カルテまでもが医療機器になってしまうという。タッチで鬼が次々移るみたいな現象になりますので、どうしてもA Iと電子カルテは離れなければいけない。そうしたら、いわゆるダウンロードしてローカルA Iに来て、それが分析してこうするというのが今の法制度上どうしようもないんですけども、そうなると、もはや電子カルテは何でもいい。極端に言うとPDFでもいい。ですから、A P I開けてくれるかどうかが決定的。

で、恐らく、病院間とのやりとりも、例えばうちは精神科ですけども、身体病院にお願いするとき、必要な情報がまるで違うんですけども、恐らく能力的にはA Iエージェントがそれぞれ会話して、お互いに必要な情報、これを教えてよっていう、そこだけのやりとりを、恐らくもう沖山先生がおっしゃったように来年にはローカルL L Mで普通のアプリでできるようになると思います。

もう一回言います。重要な点は、A P I開けてくれるのがどこか。それは決定的です。で、そこにベンダーさんの良しあしを判定していただけたらと思います。

○中村部会長 ありがとうございます。

畑中委員、お願いします。

○畑中委員 じゃ、1点だけ。

今、東京都でガバメントクラウドであるとか東京クラウドとかを構築するG o v T e c h東京の理事をやっておりますので、クラウドは危険で、オンプレは大丈夫とか、そういうことも、それはかなり神話に近くて。一番危ないのがオンプレでスタンドアローンで動いている、インフラ系のシステムなんかそうですね。水門とかああいうネットワークにつながっていないようなものが一度やられたら、もう助けにいけないので。ほとんどやられて何もできなくなるというところであります。

医療機関もクローズドな環境だといいつつ、かなりU S BでP D F出して、E x c e lで書き出して、紙で打ち出してやっていますし、一度ハックされたら助けにいけないということもありますので、ここは使い分けでリスクに応じた対策をそれぞれしなくてはならない。オンプレが100%悪いわけではないですし、(機微な情報を)学習されないよう

にするという措置でのローカル LLM というのも全然否定するものでもないです。先ほどのデータを病院から抜いて連携する手前で、マッピングですとかデータを加工するところで生成 AI は絶対に使うべきだと思っています。ただ、それをクラウドから手を伸ばすのか、それともローカル LLM で動かすのかっていうのは技術の選定次第だと思いますので、セキュリティと利便性っていうのはバランスを見ながらしっかり選んでいながら、技術の発展に伴ってまたそれに対して手を打っていくっていうのが必要なことなのかなと思います。

以上です。

○中村部会長 ありがとうございます。

本日は、限られた時間でございまして、全ての委員のご意見を伺えませんでしたけれども、オンラインでご参加の委員の先生方々もありがとうございました。

以上で進行を事務局にお戻しいたします。

○医療DX推進担当課長 今日は皆さん、長い時間ありがとうございました。

調査する中で、いろいろ頂いたアイデアをちゃんと取り入れているネットワークですとか、医療機関ですとか、そういうヒントをどんどん取り入れながら、いい基盤の構築にしたいと思いますので、引き続きよろしくお願いします。また、10月の電子カルテ医療連携部会、よろしくお願いいたします。

また、何かございましたら事務局までご連絡をごなんなりといただければと思います。

それでは、以上をもちまして、令和8年度東京都医療DX推進協議会第1回電子カルテ医療連携部会を終了いたします。

本日はお忙しい中、どうもありがとうございました。

(午後 8時11分 閉会)