

第5回情報通信技術（IT）の利活用に関する制度整備検討会 議事要旨

1. 日時 平成27年12月1日（火） 10:00～12:00

2. 場所 中央合同庁舎第4号館 共用1208特別会議室

3. 議題

- (1) 開会
- (2) 関係者、関係省庁からのヒアリング
- (3) 意見交換
- (4) 閉会

4. 配布資料

- 【資料1-1】吉原 博幸様 ご提出資料
- 【資料1-2】公益社団法人日本医師会様 ご提出資料
- 【資料1-3】内閣官房 健康・医療戦略室 ご提出資料
- 【資料1-4】松岡構成員 ご提出資料
- 【資料1-5】根本構成員 ご提出資料
- 【資料1-6】(参考) 一般社団法人日本経済団体連合会様 ご提言資料
- 【参考資料】第5回 情報通信技術（IT）の利活用に関する制度整備検討会 名簿

5. 出席者

- (構成員) 安念主査、中島構成員、根本構成員、原構成員、松岡構成員、松本構成員、森構成員、矢作構成員、
- (関係者) 公益社団法人 日本医師会 常任理事 石川 広巳氏
宮崎大学 病院長 吉原 博幸氏、
- (関係省庁) 厚生労働省 生活衛生・食品安全部生活衛生課 渡邊課長補佐
政策統括官付情報政策担当参事官室 佐々木参事官
国土交通省観光庁 観光産業課 谷口課長補佐
総務省情報通信国際戦略局情報通信政策課 西潟統括補佐
経済産業省商務情報政策局情報経済課 佐野課長
内閣官房 健康・医療戦略室 藤本次長
- (事務局) 遠藤政府CIO、
内閣官房情報通信技術（IT）総合戦略室

○安念主査 おはようございます。

ただいまから、第5回「情報通信技術（IT）の利活用に関する制度整備検討会」を開催いたします。

本日は、前回から引き続き、仮称でございますが、代理機関、その創設に関して、関係者の皆様や、関係省庁からヒアリングを行います。

その後、これまでの検討会での議論を踏まえ、ITの利活用に関する制度整備全般について、一般財団法人日本消費者協会理事長の松岡様、一般社団法人日本経済団体連合会常務理事の根本様から御意見を伺う予定でございます。

きょうは、構成員は、みなさん出席です。

それでは、本日の資料の確認を事務局からお願いいたします。

○犬童参事官 （資料確認）

○安念主査 それでは、議事次第の（2）関係者及び関係省庁からのヒアリングに入らせていただきます。

本日は、宮崎大学医学部附属病院の吉原様、公益社団法人日本医師会の石川様、内閣官房健康・医療戦略室の藤本様、本検討会構成員の松岡様及び根本様からそれぞれ15分程度御説明いただきまして、その後、おのおの5分程度、簡潔に質疑応答をいたしたいと思えます。

また、全ての御説明及び質疑応答が終了後、改めて全体の質疑応答・意見交換をさせていただきますと存じます。

それでは、早速でございますが、宮崎大学医学部附属病院の吉原先生からお願いいたします。

○吉原病院長 おはようございます。宮崎大学の吉原でございます。

資料をごらんいただきたく思います。こちらにスライドもあります。

まず、医療情報の利活用ということで、非常にたくさんのデータが存在はするわけですが、それを効率的に運用できていないという問題がございます。

医療情報の利活用によって、新しい医療技術の開発、科学的な発見、それから、医薬品などを中心とした開発、それから、治療方法の選定とか、個別化医療の実現などが期待されるわけですが、これを今まで20年ほどやってきたわけですが、なかなか拡大はしない。そのために、いろんな資金が必要になってくるわけですが、ほとんど大学のボランティアでやってきたという状況があります。

今後は、医療情報の利活用を経済的に持続させる必要がありますので、その中から、対価を得て、全体として、それが回っていくような仕組みというのが必要だと考えております。

このスライドは、今回、AMEDから支援を受けた私たちのプロジェクト、10月から始まったわけですが、これの全体図でございます。

まず、下半分のところ、ここは従来やってきたEHRと呼ばれるものであります。病院とか診療所、医療関係のいろんな施設からデータを実名でデータセンターに集めます。ここには、参加する患者さんのアカウントがあります。例えて言うと、銀行の口座のようなものです。

そこに、今、データがたくさん集まっているわけですが、全体のストーリーとしては、それをさらに匿名化したり、患者さんの同意を得て、記名で二次利用するというスキームを考えておりますが、まだ、そこまでは至っていないというのが現状です。

今回、AMEDに提案したのは、まず、これを世界標準のデータ構造にアップグレードしましょうということが1点。それから、これをいわゆるクラウド型の運用にしていって、非常に地域ごとにばらばらだったものを、機能的に、それを提供していき、運用コストをうんと下げようと、恐らく10分の1以下になると思うのですが、そういうことをやりましょうということです。

そうすることによって、今でもやっているわけですが、共同診療や生活者、患者さんに対する診療データのフィードバックをすることによって健康意識の増進とか、最終的には、医療費の有効な活用につながっていくわけで、そういうことをやろうとしております。

これをしっかりとふやしていった後、2、3年後を考えておりますが、匿名化した別の二次利用団体に対して渡す。匿名化をこちら、あるいはもっとオーソリティーがやるかどうかはまだ議論の余地があると思うのですが、そこが、例えば、大学とか製薬企業などのいろいろな要求に応じて、検索をして、統計資料を返す。その利用料をいただいて、全体として回していくということを考えております。

記名データを利用するというのは、ちょっとぴんとこないところがあるかもしれませんが、例えば、患者さんは、自分で自分のカルテを見てもわからない場合があります。ですので、いわゆるセカンド・オピニオン的なコンシェルジュ的なサービスを欲しております。ですので、例えば、病院とか、関連の企業などと契約をして、私のデータは記名のまま移して、もちろんこれは有料になりますけれども、そして、直接いろいろな情報を渡すと、評価をしたり、関連の情報を渡したりということもあります。これは、将来大きくなっていくのではないかと考えております。

それで、利用するサイド、例えば、製薬会社とか大学なのですが、ついこの間、アンケートをやりましたが、やはり、非常に医療情報が充実すれば、さらに活用したいという、非常にニーズが高いということがわかっております。

それで、薬品のライフサイクルから見た利用のニーズなのですが、研究、開発、診療活用、育薬などのいろんなところで、実にさまざまなニーズがございます。

例えば、研究などに関しては、今、一番製薬会社との情報共有と申しますか、統計情報

の共有という意味では、非常に高いニーズを実感しております。

それを実現するためのキーポイントは、やはり、多様な仕様の分析が可能であるということです。例えば、電子カルテに100のデータがあったとして、それをうんとサマライズして集めるという考え方もあるのですが、実際は、ユースケースによっては、ほとんどもとの資料に戻らなければいけないことがたくさんあります。なので、私たちがEHRに集めるデータの種類というのは、可能な限り広く、細かく集めたいと考えています。それで、多様なニーズに、非常に豊富なデータから対応していくということです。

それから、データのトレーサビリティの確保です。これは、非常に重要で、生まれてから死ぬまでに、いろいろな医療機関にかかったり、学校の健診、職場健診とか、いろいろなところで、自分の健康データ、病気のデータを残すわけですが、今のところ、それが全部分断されてしまっているわけです。

それをちゃんと、この人はこの人ということを一生涯追いつけられるような、何かしらのキーが必要だということです。既に存在する複数のソースがたくさんございますけれども、トレーサビリティの問題なども含めて、それが不可能になっていくことを解決したい。

それから、EHRに集める症例ですが、これは、数もさることながら、例えば、急性期病院、慢性期、それから地域も含めて、日本全体を代表できるようなデータベースにする必要がございます。ここも非常に重要なポイントだと思います。

代表性の確保をするということでたくさんの病院を集める。それからトレーサビリティを確保して、そして、多様な仕様の分析を実現可能とするために、なるだけ幅の広いデータを集める。それから、ほかの既に存在するデータをNDBとかいろいろございますけれども、そういうふうなものとの横方向の連携を図る。そして、きちんとしたトレーサビリティを確保すると、これは、医療IDなどにかかわってくる問題であります。

そのためには、まず、代表性を非常にたくさん集めなければいけないのですが、オプトイン、すなわち手挙げ方式で集めた場合というのは、大体世界の常識として、全体の5%ぐらいしか集まりません。これは、もう確実です。

したがって、オプトアウト方式にして、デフォルトとしては全部集めます。ただし、嫌な人は手を挙げて抜けてくださいということです。諸外国では、100%これでやっております。

それから、トレーサビリティを確保するためのIDが必要です。何かしらの符号が必要になってきます。

それから、他のソースのデータベースの情報を代理機関が扱えるような法的な整備も必要ですし、医療情報活用代理機関は、詳細な情報を取得することが必要です。先ほど言いましたように、幅の広いデータが、ローデータに近いものが必要だということです。

今後の展開、計画なのですが、生まれてから死ぬまでの情報がございしますが、例えば、出生、死亡情報などは自治体が持っている。あと、健康なときのデータというのは健診センターがありまして、軽度の疾病の場合は診療所、重度が病院という感じになって

いるわけですがけれども、まずは、病院診療所からのデータを、私たちは集めようとしておりまして、それを順次拡大していくということと、エリア展開というのは、地域をなるべく広く集めたい。

あと、システムをキーとした転換というのは、これは、電子カルテのベンダーが比較的有限個に限られていますので、そちら側との技術的な連携をするということです。データを取り出す仕組みなどを、なるべく安い価格で展開するということです。

例えば、現在、コンタクト中の団体ですがけれども、関西の広域連合は、14の施設、阪大、京大、循環器病センターなどが含まれておりますけれども、そういうところ。

あと、国立大学のバックアップデータを二次利用しようということが、病院長会議で既に決まっておりますので、そちらとの連携。

それから、CISAといいますのは、国立13大学病院が10年以上前から匿名情報を既に集めておりまして、この団体との連携をしていくということも考えております。

ほかのソース、ナショナルデータベースとか、がん登録、副作用データベースなどなどと一緒にやっていくということでございます。

法的な課題と必要な措置なのでありますがけれども、オプトアウトの収集を可能とするような法的な措置が必要だろうということと、代理機関が詳細な情報を取得することが必要です。

それから、他のデータベースの情報を代理機関が扱えるような法整備が必要。それと、情報を突合するための追跡用のIDが必要だということでもあります。

以上です。最後のページは、以上のことをまとめてございます。

どうもありがとうございました。

○安念主査 どうもありがとうございました。

それでは、とりあえずの質疑応答をしたいと思います。どうぞ、どなたからでも御発言をいただければと存じます。

○松本構成員 東京医療センターの松本です。こういう EHR というのは非常にコストがかかるということは、どこの施設でも理解しているのですが、先生が10分の1といったところでの一番のキーは、どこにあるのか教えていただけますか。

○吉原病院長 コストを下げるという意味でのということですね。それは、まず、共同利用して、いわゆるマスの効果といいますか、例えば、個別に数テラバイト程度のものを10個運用する場合と、それから、一カ所に集めてサービスとして別々に運用する場合とでは、すぐそれぐらいの差が出てくるということです。

あと、データセンターを選ぶということ。もう一つは、キーテクノロジーをなるべくオープンソース系のものを使うということですね。このあたりだと思います。

○松本構成員 私なりに意識をすれば、それは、幾つかの EHR のメーカーがあるわけですが、何かやるたびに、必ず5年ごとに更新をすれば、スクラップ・アンド・ビルドという事で非常に高額なものですから、それをシステム、例えば、Windows のところとように更新するようにすれば、もっと安価になるかとか、そういう意味ですか。

○吉原病院長 そうです。ですから、今まで宮崎、熊本、京都、東京都、ばらばらに同じものを動かしていたのですね。それぞれのデータセンターがございます。5年ごとにシステム、ハードウェアの更新もしないといけないということになりますけれども、クラウドサービスにしてみると、それぞれのプロジェクトというのは、サービスを買うだけになります。

○松本構成員 そういう意味では、法的整備をしてもらいたいとか、そういう意味でしょうか。

○吉原病院長 そうですね。

○安念主査 ほかにどなたかいらっしゃいますか。
どうぞ。

○根本構成員 参加の機関が全部公的な機関に限られていればよろしいのですが、民間の機関が入ったときのデータの取り扱いが全く違うはずなのです。そちらは、どのように取り扱っておられるかということを端的にお伺いしたいのですが。

○吉原病院長 現在の状態ですか、それともこれから。

○根本構成員 現在とこれからと両方教えていただければと思います。

○吉原病院長 地域によりますけれども、民間機関も実は入っています。非常に小さい、例えば、開業の先生であるとか、なので、そういう意味では、私も法律に余り詳しいほうではないのですが、医療機関におけるレギュレーションしている法律が違うというのは知っております。

ただ、そこについては、今のところは、アップロードするときの制約とか何かというのは、特に考えていない。

それは、なぜかという、今のところ、こちらしか運用していないのです。ここは全て実名です。考え方としては、しかもオプトインでやっていますので、この患者さんが申し込んできて口座をつくって、そこに病院、診療所などのデータのコピーを提供していると

ということなのです。なので、余りそういう意味でのデリケートな話は存在しないということなのです。

ただ、今後は、そうはいかなくなってくるということで、やはり法律的な問題をクリアする必要があると考えています。

○安念主査 ほかにいかがですか。

どうぞ。

○矢作構成員 大変貴重なお話をありがとうございました。

2つほど、お伺いしたいのですが、1つは、今、根本様からも挙がった内容だと思うのですが、やはり、情報を扱うに当たって、我々はどうしても医療情報というと、丸ごと全体的話になってしまっていると思うのですけれども、情報には必ず種別や、レイヤーがあると思うのです。どこまでの情報をどの二次利用機関に渡していいかというところの定義ですとか、サービスの中身についてというのは、どうやってお考えになられているのでしょうか。まさに、これも現在と今後という部分になってくると思うのですが、ここは、多分、先ほど、単独の民間で使っている情報と、それから、医療機関あるいは研究所ですとか、それから、創薬まで、かなり GCP 準拠でやっているようなところという意味では、情報の扱い方が全然違うと思うのです。

ですから、そういった分は、どうコントロールされておられるのかなと、あるいはどういうふうにしてコントロールされていくのかなというお考えがあるか、ぜひ教えていただきたいということが、まず、第1点です。

○吉原病院長 1つずつ行きましょう。まず、情報のコントロールというのは、今、我々はこちらのサイドでやっているのですけれども、閲覧権という考え方になっています。

例えば、病院からアップロードされる文章の種類というのは、恐らく14、15種類あります。もっとあるかもしれませんが、例えば、基本情報とか、病名とか、それ1つずつの個別の文章になりますけれども、その文章ごとに、例えば、私は京大にいましたけれども、京大病院からアップロードする病名に関しては、関係する医療機関は閲覧権があるけれども、患者さん自身は閲覧できないとか、そういうコントロールを個別にしています。それは、XMLの技術があるからできます。

もう一つの点は、それをどう二次利用するかということだと思いますけれども、これについては、現状の二次利用の仕方を見ますと、これは、ほぼ全部なのです。ただ、それは、大体大学とか、大学をまたがったプロジェクトに閉じた話になっているわけです。

ですので、現実から余り乖離した運用をしても、使われないという話になってしまうので、そのところは、できるだけ現状に沿って、なおかつ、例えば機微情報であるとか、特に経過情報などにいろいろと書かれたりしていることがありますので、そのところは

伏せるとか、そういうことは、これから検討していき、皆さんが納得できる範囲での二次利用にしていく必要があると思います。

2つ目をお願いします。

○矢作構成員 ありがとうございます。

2点目ですが、恐らく、今の御意見から、やはり法整備だとか、考えていったときに、単に全部医療情報ですとか、データですとかという表現をしないほうがいいという示唆をいただいたと思うので、これは、非常に実際に医療を携わる人間でないと、なかなかわからないと思うのです。なので、非常にこの会は大事だと私は思っておりまして、大変貴重な御意見をありがとうございました。

もう一点が、オプトイン、オプトアウトの話がよく出てくるのですけれども、今回のいろいろな検討会でも、例えば、シェアリングエコノミーのいろんな話も事前にあったのです。

済みません、先生も大先輩になられるようなお立場ですけれども、今の若手の方々、要するに、20代、30代は、多分、情報の扱い方とかというのは、全然違うと思うのです。彼らが20年、30年後になって、私、小児科医なので、当然、大人になってこういった情報を扱うという世界になって、当然その段階で法整備は変えていかないといけないのかもしれませんが、そう簡単に変えられないというようなことも含めて、やはり、医療というのは、決して個人だけではなくて、家族というキーワードも出てくると思うのです。

といった場合に、情報の全てがオプトイン、オプトアウトというキーワードで全部片づけられるのではなくて、やはり、そういったことも考えていかないといけないのかなど。要するに、扱う世代によって変わってきます。まさに、先生が書かれたように、我々も小児科医として学校でとられるデータだとか、いろんな部分がぐちゃぐちゃになっているような状況を何とかしたいという思いはあるわけですけれども、そうすると、扱う方々、70代の方の情報に対しての感覚知と、今の20代の感覚知というのは全く違うのですね。

という意味では、情報の扱い方、その個人が自分の持っている情報をどうしたいかというのは、多分感覚が全然違う。

そこで、ぜひ伺いたいのは、そのかなり大きな幅のあるその部分に関して、まさに、別に医療情報に限らずですけれども、御自身の情報、特に医療上扱うであろう情報についての個人の、まさに、我々受診されたときの情報というのは、どこが、一番その情報をコントロールあるいは意思決定をすべきところなのだろうというのは、常に議論としてあると思うので、改めてこの辺を先生の御意見を伺いたいと思います。

○吉原病院長 物すごく難しい質問なのですけれども。

○矢作構成員 済みません、でも、すごくここが鍵の気がしております。

○吉原病院長 例えば、これはアプリケーション側の問題なのですが、例えば、この電子カルテで、この患者さんが来ましたと。この患者さんに個別の患者に対して見せる、見せないとか、しかも文章の種類まで含めて、これをやるのは、臨床をやっていたらわかりでしょうが、まず無理です。ですので、一応、診療科ごとに決めているのです。それを患者さんが受け取るわけですが、今まで患者さん、15年間やってきて、患者さんから寄せられたクレームというのは、大体3つありまして、1つは、退院したときの退院サマリーが2週間以内に書かれていないという指摘、これは結構あります。

それから、診療科によって、例えば、産婦人科は、トラブルサマなところなので、すごい秘匿をしているわけです。一方、循環器内科か、ほかのところではちゃんと結果が見えると、産婦人科にかかって、こっちに行った人が、何だ、見えていないかといって文句が来ることになります。

基本的には、患者さんは全部見たいのです。病名も含めて全部見たいのです。宮崎、熊本では、病名を全部見せていました。ところが、余りにも病名がたくさんついているので、どれが本命かわからないという問題があって、京大では、それはやめておこうという話になったのです。

あと、世代間の問題ですが、結構、実はお年寄りも使われているのです。京大とか宮崎での患者さんの年代別の度数分布があります。大体40代から70代ぐらいが一番多いのですが、ほぼそれと同じ割合でユーザーがいます。

ですから、恐らく、その世代の中の、オプトインですから、多分5%ぐらいは見たいと思っていて、余り違わないのではないかという印象を私は持っているわけです。

しかも講習会などをやると、お年寄りほど熱心に来ます。しかも、携帯かと思ったらパソコンでちゃんと見ている、そのほうが見やすいらしいのです。

ですから、余りそこは気にしなくてもいいのではないかなという気がします。

○矢作構成員 ありがとうございます。

実は、そこが鍵だと考えていたのは、恐らく、医療における見えない情報が、私は一番重要だと思っていて、つまり、20代、30代の30年後の病気は、20代、30代にいろんな出来事あって、要するにデータが蓄積されていないものが恐らくいっぱいあって、という意味では、まさに意識していないのですね。

ところが、小児科など、子供のことになる、かなりがっちりやっているのです。でも、御自身のことになると、実は全然そこにデータがなかったりして、まさに無関心だったりして、いわゆる生活習慣もそうでしょうけれども、恐らく必要とされるようなデータ、そこは全ていいとは思っていないのですが、というようところも、どうやって集めてくるかといったときに、全部個人が意思決定していくことになっていってしまうと、なかなか難しくなってしまうし、日本の場合、国民皆保険なので、欧米の保険のシステムから

考えた場合は、医療情報というのは、誰のものかというキーワードになったら、当然、個人と保険者のものと、これは明確になっています。

ところが、日本だと、どうしてもこれが、そこが外れていて、まさに先生がおっしゃるように、今までボランティア的に研究所だとか、研究機関が一生懸命データを集めたりして、元来、基盤は国がやるべきではないかと思っていたものですから、今回の法整備ですとか、解釈、理解という部分について、恐らくここの議論も非常に大事だと思って伺わせていただきました。

ありがとうございます。

○吉原病院長 膨大なデータについては、やはり、こちら側が効いてくると思いますね、記名系のサービスというのが。

○安念主査 わかりました。ありがとうございました。また、後ほど総括的な議論をさせていただきたいと思います。

吉原様、どうもありがとうございました。

それでは、続いて、公益社団法人日本医師会常任理事の石川先生より、お願いいたします。

○石川常任理事 どうもありがとうございます。

私は、医療の現場にまだ携わっておりますので、現場に近いところ、それから、国民に近いところで、この医療・介護のICT戦略ということをお話していきたいと思っております。

私は、医療のITということに16年携わっておりまして、ずっとキーワードは医療情報連携でございます。

昨年の医療・介護総合確保法で、地域医療構想と地域包括ケアシステム、この2つが、私どもにとっては車の両輪だということでやっております。

以前よりある、医師不足・医師の偏在・診療科の偏在、そして、医療・医学の高度化・細分化に加えて、国民、患者さんからも、かなり医師に要求するものが、非常に多くなってきているといった背景の中では、医療情報連携の充実を有効な解決方法として考えるしかないわけです。

さらに、ICT環境が発展している中では、可能であれば、医療連携のICT化を追求していきたいと考えております。

それでは、現在の日本医師会のICT戦略について、お話をさせていただきます。まず、最初に医療・介護情報連携の振り返らせていただきます。今までの日本では、医療連携に関する取り組みは進んできましたが、うまくいっているところと、うまくいっていないところ、さまざまあるわけです。今まで調査した中では260ぐらいありまして、今、稼働しているのは4分の1、3分の1、それ以下といった想像もできないぐらい少ない状況になっており

ます。

そして、推奨例や推奨できない例を私たちは提示しております。

それから、医療・介護情報ICT化の共通基盤を私どもがつくっており、レセコンの事業、HPKI認証局、それに加えてかかりつけ連携手帳というのをやっております。

本日は、その次の医療等IDとHPKI、かかりつけ連携手帳について、手短にお話しさせていただきたいと思います。

医療・介護情報ビッグデータについては、さまざまところで議論されている委員から出ておりますが、私どもの利活用、NDB、KDB、DPCデータ等の利活用については、基本的には、個人情報保護が非常に強い立場を持っておりまして、そういう立場から発言することが多くなっております。

まず、個人番号、マイナンバーを医療の現場で利用すべきではないと考えております。

マイナンバー法では、個人番号カードの券面に個人番号を記載し、明示するというふうにされており、券面の個人番号を安易に利用することは禁止されております。

しかし、医療現場のようにさまざまな人間が入り乱れるところであること、そして、個人の名前と顔写真、そして、番号が個人番号カードに明示されている限り、漏洩やほかへの利用を確実に阻止することは難しいと判断いたしました。

したがって、医療現場で個人番号カードを利用する環境を容易に構築してはならないという立場から、昨年11月19日に声明を出し、いろんなところで発言をさせていただいております。

そういう点では、医療等の分野で、私たちは、別の番号を用意するほうが良いということ、昨年の秋あるいはその前からずっと言い続けております。そして、マイナンバーとは異なる医療等IDの必要性ということで、複数の施設、多職種がかかわる地域医療・介護連携などで共通の番号があれば効率的であるということも言い続けております。

民主党政権のときから、マイナンバーを検討しているときに、私どもは、効率的であると主張する立場は崩しておりません。

しかし、遺伝子情報なども含む機微性の高い、医療記録が一生名寄せできる可能性がある、漏洩してしまった場合は取り返しがつかないという問題点があります。

差別のみが問題ではなく、単に誰にも知られたくない、思い出したくない情報もあるということから、マイナンバーではなく、医療等分野のIDが必要ということでもあります。

また、医療情報は、集積し、分析するなど、研究などで公益的な活用をすることはできると、ここも推進しなければいけないという立場も堅持しております。

これは、昨年の12月でありますけれども、オンライン資格確認でのカードの運用をイメージしております。個人番号カードで医療機関の資格確認をするということで、私どもの議論している研究会でまとめられたものでございます。

このところで、昨年の秋に、個人番号カードの裏面には、マイナンバーが明示されているわけですが、マイナンバーを黒く塗ってはいけない、テープを張ってはいけない、カー

ドケースに入れてもいけないという話もあったのですけれども、この段階では、既にカードケースで裏面を見えなくしようとしております。これは、我々が強い要望を出して、こういうようになったものと考えております。

さらに、裏面のマイナンバーについては、正面から見ないと数字が読み取れないような形式になるよう総務省のほうで検討していただいております。

以上を踏まえて、これで資格確認をするということが可能だということを確認しております。

そして、私たちは、このマイナンバーの基盤を利用した医療分野の番号を、こうつくったらいいのではないかと考えております。我々の医療保険分野に振られる番号を使って、医療IDあるいは保険IDを生成するということでもあります。保険IDは、現行の保険証に印字し、必要があれば2次元バーコードなども貼付します。医療IDも、見えるか見えない番号にするかについては、今後の検討です。まだ、保険証にこだわっております。

医療IDの考え方については、目的別に複数のIDを付与できる仕組み、それから、本人の希望に応じて情報をコントロール可能な仕組み、情報の突合も可能な仕組みでございます。そして、法整備が必要ではないかということが、結論として出されます。細かくは、後でお読みください。

それで、これは、最近つくったポンチ絵でございます。地域医療連携IDを利用した連携システムであり、この医療圏を超えた連携をするときの番号を使ったシステムでございます。

患者さんが、医療機関Aに受診するときに必要なものは、保険証あるいは個人番号カード、プラス診察券であります。これは、お間違えのないようにしていただきたいのですけれども、これだけとか、個人番号カードだけで医療機関の受診をするということは、基本的には不可能であり、診察券は絶対に必要です。なぜならば、医療機関Aの中では、診察券の番号で動いているからです。

それで、この患者さんが別の病院に移動した場合、別の病院で、新たな診察券番号を使って受診するのですけれども、このときに、患者さんが、医療機関Aにおいて、さらに地域連携用のIDをつくってもらうことによって、医療とIDの発番・管理プラットフォームのところで、マイナンバーのシステムを使ったキーIDというものが、存在します。これは、悉皆性がある、唯一無二性があります。この中から地域医療連携用IDというのをつくっていただいて、これが、結局、ずっとこの連携の中では、有効になります。

さて、先ほども健診だとか、ライフサイクルにおけるいろいろな受診の形態が、吉原先生のところでもありましたけれども、私たちは、この健診事業が、日本の中で、乳幼児、学校、そして事業所、特定健診、後期高齢者健診をされているところで、生涯保健事業として一貫通貫で管理できないかということを考えています。

これに関しても、要するに、この番号で、国民に赤ちゃんのときから、この番号を使って管理していくということです。

これは、保健事業用の番号ということで、先ほどの管理プラットフォームで、キーIDという唯一無二性のあるIDからつくるということで考えております。

ここに医療等IDの原則と基本的な考え方、私どもが一生懸命考えた内容が書いてありますので、見ていただきたいと思っておりますけれども、この医療等IDが唯一無二性と悉皆性を担保するマイナンバーと、実際の医療現場で使われる、あるいは健診現場で使われるIDというのは、Key-IDというものからつくられるということでございます。この辺は、また、詳しく見ておいていただきたいと思っております。

さて、もう一つの私どもがやっております、医師資格証、HPKIでございます。これは、既に2,000枚配られておりますけれども、1つは、身分証明書として医師資格をきちんと担保する。それから、非接触カードとして、研修会や講習会のときに、出欠を分単位で管理できるということでもあります。

これから、生涯教育制度や認定医あるいは専門医、そういったものの受講履歴等ができます。

それから、ITでの活用では、署名と認証ということで活用できております。

まずは、これはスマートフォンで読み取ることができますので、簡単に資格確認ができるということになります。

そして、電子判子、電子署名、我々の書いた紹介状に電子印鑑を押すことができる。それから、何よりもログインのところで医師資格を確認するというところでございます。

既に主治医の意見書というのが、これが1件書きますと、5,000円程度のお金が入るわけなのですけれども、電子印鑑を使って、医師会は現実に運用しております。

それから、島根県まめネットというネットワークでは、電子紹介状で電子署名を使っているという実例でございます。

さらに、これから行われます電子処方箋システムの中では、必ず医師の判子、薬剤師の電子判子が必要になりますので、こういったところにも、HPKIが今後使われていくだろうということでもあります。

あと、出欠管理アプリケーション、こういったところで分単位の管理ができるということでもあります。

この医師資格証は、医師免許証原本を必ず確認してつくっておりますので、にせものはありません。

さて、最後にかかりつけ連携手帳を御紹介します。

三師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会と日本医師会が考えたものでございます。アナログ的に医療・介護情報を連携する手帳でございます。

昨年の6月に発表いたしました。

全ての地域で連携のメリットを享受していただきたいということで、これを考えたわけでございます。

かかりつけ医、かかりつけ薬局、かかりつけ歯科医、かかりつけケアマネージャー、か

かりつけ訪問看護師、全ての方が患者単位の簡便な手帳をつくると、世の中には、こういうものがいろんな形でありますけれども、私たちは、こういう1つの形で、日本で通用するようなものということで考えました。

この1つは、お薬手帳としてラベルを張ったりします。しかし、これはどんどんやりますと、どんどん厚くなってきますので、そこは工夫をしております。

歯科医は、歯式という十を書いて、右上8本、右下8本、左上8本、左下8本、これを数字で表現することができます。こういったものを連携の中に入れます。

そして、これは、レセコンや歯科のレセコン、それから、薬局のレセコン、そういったところから出るラベルでございます。こういうものを貼ってすることもできるということです。

つまりは、この情報共有、どんどん進んでいけば、ラベルからの対応で、今はアナログですけれども、いずれは、IT化した電子的なプラットフォームという形でできる。つまり、PHRという形で提案できるのではないかと考えた手帳でございます。

以上でございます。どうもありがとうございました。

○安念主査 どうもありがとうございました。

それでは、とりあえずの質疑をしたいと思います。どなたからでも結構です。

どうぞ。

○松岡構成員 コードのお話の最後のところの、かかりつけ連携手帳のお話ですけれども、これは、もう現実に発行されているのでしょうか。

○石川常任理事 もう既に地域包括ケアシステムの中で使われているところもあります。

○松岡構成員 発行元は、どこになるのですか。

○石川常任理事 これは、私どものホームページで、印刷版にするようなものがどんどん出ていまして、勝手に印刷していただきたいというような形で提案しております。

○松岡構成員 すると、本人がつくるという感じですか。

○石川常任理事 本人がではなくて、例えば、医療機関なり、そういうお配りするところですよ。

○松岡構成員 わかりました。

○安念主査 どうぞ。

○根本構成員 簡単なところから、3ページのところで、個人番号は使えないという御主張で承ったのですけれども、そうすると、医療機関というのは、今、検討している代理機関には不適合だという御主張でしょうかというところを、まず、端的にお伺いしたいと思います。

それから、資格証のお話が出ていましたけれども、普及がなかなか進んでいないという現実をお示しいただいたのですが、その原因について、どういう分析をなされているのでしょうか。以上の2点を教えていただけたらと思います。

○石川常任理事 済みません、医療機関というのが個人番号の代理機関であるかどうかですか。

○根本構成員 要するに、3ページの2つ目のポツの「個人の名前と顔写真、そして、番号が明示されている限り、漏洩や他への利用を確実に阻止することは難しい」とありますが、これは医療機関の中のお話だと思うのですが、こういうことが起こるといことであると、代理機関としては、非常に困る事態になる。

○石川常任理事 マイナンバーの代理機関でございましょうか。

○根本構成員 マイナンバーではありません。今ここで検討している個人情報を取り扱う代理機関ということでございます。

○石川常任理事 医療機関のいろんなところに、いろんな職種がございますので、今のは例えば、医療機関全体を代理機関とお考えになっている御発言でしょうか。

○根本構成員 全体をとるか、医療機関では、こういうことが起こるといこととでございましたので、機関としての、法人としての医療機関は不適合だという御主張にも聞こえてしまうので、そこはいかがなのでしょうかといこととでございませう。

○石川常任理事 済みません、大変誤解しておりました。

個人番号カードは、これは、11月の段階では、裏面に個人番号カードが明示されているようなことであって、そういう中で、マイナンバーカードを医療機関の中で使ってもらいたいというふうな要求があった中で出てきたことではございませう。

医療機関の中で、マイナンバーカードをちらちらするといことは、その個人とマイナンバーが結びつく可能性があります。

それから、医療機関の中でも、すぐにマイナンバーと医療情報が結びつかないというふうな方策をとったにしても、医療情報とマイナンバーカードが、その医療機関の中に入った場合には、容易に結びつく可能性が高いということを表現しております。

ですから、これは、我々の秘匿義務だとか、そういったものとはちょっと違う内容でございます。

○安念主査 これは、結構本質的な問題だと思うのです。医療 ID というものが必要だということであるならば、ひょっとすると、エクイバレントなものは、ほかの分野でもやはり必要だという議論が出てきて、そうすると、今、根本さんがおっしゃったように、さて、その代理機関というものが、何をキーコンセプトにして構成すればいいのかという問題になってきますね。

これは、恐らく、医師会さんだけの問題ではなくて、非常にレンジの広い問題なので、ちょっと全体でじっくり議論する必要がありそうですね。

どうもありがとうございました。

では、また全体のディスカッションに御参加いただくことといたしまして、どうもありがとうございました。

それでは、石川先生にお願いしましたので、内閣官房健康・医療戦略室次長の藤本様よりお願いいたします。

○藤本次長 ただいま御紹介いただきました、内閣官房の健康・医療戦略室の藤本でございます。

最初の紙にございますように、我々、健康・医療戦略推進本部の事務方をやっております。ここでは、一番右側にございますけれども、日本医療研究開発機構という臨床研究をしっかりとやっていくためのファンディング・エージェンシーを新しくつくって、ここで一貫してやっていこうということでございますけれども、これをマネージしていくと同時に、幾つかの重要なデータに関しては、協議会なりタスクフォースをつくって、先生方と一緒に実際に物事を動かしていこうという組織でございます。

この冒頭でございます、次世代医療ICT協議会、きょうは、ここでの議論の内容について御紹介させていただきたいと思っております。ここでは、医療分野における代理機関ということも議論しております。

先ほど議論がありましたけれども、我々、医療においては、医療の条件にあった代理機関を設けるべきだと、ここでは議論しております。

大きなテーマは、2つございまして、下側の絵にございますように、目的が①と②とございますけれども、目的の②は、医療現場は、今後どんどん機械がデジタル化していくので、いろいろな医療機器がどんどんインテリジェントになっていくと思っております。こういうものが、ちゃんと連動して動いていく、病院が1つの賢い、ある意味では、ロボットとい

いますか、病気を治すためのロボット、発見するためのロボット、技術的な方向としては、そういうものになっていくと考えています。そうしますと、いろんなデジタルデータが、そこで生じてきます。それをより賢くしていくためには、そのデータをきちんと集めて、それをきちんとフィードバックしていく、あるいはそのデータを長期的な病気の推移などを見るために役立つような、そういうデータをきちんと集めて、ちゃんと匿名化するなり、きちんとしたルールのもとで、それを活用していく仕組みと両方なければいけないだろうということで、現場のためのインテリジェント化はどうあるべきかというのが目的の②でございます。

それで、目的の①が、きょうの大きなテーマになっています、代理機関も含め、それをどう集めて使っていく仕組みをどうするのかというのが大きなテーマになっております。

実際、どういう情報を集められるというか、対象になるのかということですが、これは、左から右まで、医療の受付から始まって、予後、それから、生活に戻る部分を含めて、どういう情報が生じるかというのを模式的に書いてございます。

下側にあります、水色の四角の中に入っている項目は、これは、いわゆるレセプト情報を中心として、今でも集められて、かつ標準規格で電子化されている部分です。

この特色は、診療報酬の支払いの請求に使っていますので、何をしたかという情報が主になっていますので、結果としてどうなったかということに関しては、そこから推測していくことはもちろんできますけれども、多くの場合、直接的な結果、例えば、検査の結果がどうだったかとか、そういうことが入っていません。それが、上側の赤系統の四角にございますけれども、例えば、真ん中の検査の部分ですと、検査の結果、数字であらわせるものは、もう標準が存在していますので、その標準をきちんと使っていくことで、使うということは、実際に、現場にそれを組み込んでいくので、それなりのコストはかかりますけれども、そういうことさえやれば、一応、集めて分析をすることが可能になっています。

その周辺にあります、薄いピンクのところですが、これは、レポート情報ということで、例えば、私が、医療機関にかかったときの主訴のようなもの、そういうものはレポート的に電子カルテに入っていますけれども、これは、必ずしもコンピュータは可読ではないので、ぱっと集めて、情報がどういうのがあるのかとか、分析するにはどうするかというのは、技術的な進歩も必要ですし、どうやるのか、どこまでやるのかということの議論も必要だと思います。

ですから、3段階ありまして、水色の部分は、既に集められる状態にあるし、集めているものもあります。

それから、赤いところも集められる可能性が非常に高く、一部の研究では、当然、これを使っていると、ピンクのところに関しては、今後の技術の発展を待たなければいけない。

例えば、自動支援システムみたいなように、最初から問診をコンピュータの中で、タブ

レットでボタンを押していくようにしていくと、最初からコンピュータが可読の状態に入りますので、そういう技術が出てきていますので、そういうものによって大分変わってくる部分があると思います。

実際、それで、何が変わるのかということですが、この上のほうを見ていただければと思いますけれども、現在、一番左ですが、これは、レセプト情報という、先ほど申し上げたように、水色の部分の情報が集まっていますけれども、これは、基本的には診療として何をしたかというインプットの情報です。これが、例えば、国というか、中央に集まってくるのは、事後的に、約1カ月後に来るわけです。これは、支払請求をして、こういうことになっているのですけれども、あと、経時的には集められるようになっています。

先ほど申し上げた、赤とピンクのところが集まるようになってくると、そのインプット情報に加えて、いわゆるアウトカム情報が手に入るようになるのではないだろうか。つまり、医療として、何をしたらどうなったかということのマクロに把握していく可能性が非常に高くなると。

これは、研究を進めていく上で、非常に重要な情報になると我々は思っています。

それから、それがリアルタイムに即時的に手に入るようになると、例えば、インフルエンザが、どこでどういうふうにはやっているのかということ、もっと先制的に見ていくことができ、今、人数がふえると学校が閉鎖になっていますけれども、それをあらかじめ学校を閉鎖するとか、そういう行政が実現する可能性があります。

これは、こういう集められる仕組みができたときに、誰が、それをどういうふうにするのかと、そのためのコストを誰が負担するかによって、今、私が申し上げた目的のどれが実現するのかというのは変わってくると思います。

これから、私がお話しするのは、主に、まず、最初に、すぐに先ほど吉原先生が言われていたように、お金が回り始めて、こういうシステムの維持が最初に可能になってくる部分というのは、やはり研究ではないだろうかと思っています。

下に緑と青と黄色がありますけれども、緑が、今、申し上げた医療資源の偏在みたいなものを、例えば、専門医がいないところでもアウトカムデータがやりとりできれば、当然、適格なアドバイスをリアルタイムで行うことができるようになりますし、科学的な根拠に基づく、どの治療が有効なのかということがわかるようになってくるということと、疾病の発生に即応した先制的な行政ができる可能性がある。地域の医療ですね。できる可能性があるという、緑の医療サービスと、医療そのものですね。行政がどう変わるかと。

ブルーのところ、研究の部分で、臨床研究ですとか、それから、効果的な治療方法を見出していく、こういう大きな目標が達成できる道具が手に入るということだと思います。

それを具体的にどうやるのかというのは、これは、資料は、次世代医療ICT基盤協議会で議論する際に使った資料なので、これは、まだ、半年ぐらい前の資料なので、非常に粗く書いてありますけれども、コンセプトは、各病院に、ベンダーが違う電子カルテがありますけれども、そこから集めて、ちゃんと比べる、あるいは総合的に情報が行き来できるよ

うにすることを、まず、技術的に可能にするような存在があって、その存在が、その情報を匿名化した上で、あるいは分析結果、統計的な処理をした結果だけを必要とする研究者なり、機関に渡していくということで、そこの部分については、対価をもらおうと。それが、その病院のシステムのコストも含めて、幾ばくかの代金をきちんと維持をしていくような方向に使っていくことができないだろうか、これを我々は代理機関と呼んでいます。

いわゆる代理機関という名前が出てきたのは、個人から情報を預かってというコンセプトを表現しているわけですがけれども、必ずしもそれだけではなく、もうちょっと違った匿名化をすることを前提に集めるとか、そういう幾つかの業務のパターンがあると思いますので、今、我々、これは情報を集めて、使う者という言い方をしています。代理機関というのは、当然、その範囲に入っていると考えています。

一番左側にございますのは、やはり、国がレセプトも含めて集めて、データベースをつくり始めている部分もありますので、そういうものに関しては、それもきちんと使っていくようにしようということで、それと、こういう代理機関が中心になって集めるもの、これは、先ほどの吉原先生のイメージに近いところをございますけれども、そういう存在が、こういう国のデータベースと連携しながらうまく連動して、世の中に付加価値を出していくというシステムができないかというのが、先生方に御議論いただいて、かつ、いろいろ具体的な方向性について御指導いただいている内容であります。

当然、全体をカバーする司令塔のような機能ができないといけないのではないだろうかという疑問もありますけれども、そこは、どちらが先かということはあると思いますけれども、まずは、実際にそういう事業なりが動き出すということが大事ではないかと思えます。

これが、今、お話ししたような議論を踏まえて、今年6月の日本再興戦略の中の、医療の部分に入った部分ですがけれども、まず、1. が、マイナンバー制度の基盤を利用して医療分野に使う医療等番号、IDで、先ほど、石川先生がおっしゃっていたものを入れるというのを閣議決定しております。

2番目は、標準化を一層進めていこうということです。やはり、目的がないと標準化は進みませんので、先ほどの代理機関がやる事業みたいなものが、どんどん起こってくると、そういう標準化のためのコストもそこで賄えますので、非常にいいことではないかと思えます。

3番目が、いつごろ、どんなタイミングで、どんなデータが手に入るようになるのかと。つまり、先ほどの代理機関のようなことで、運用していく可能性があるのかということ、1つプログラマ的に見させてくれというのが閣議決定の宿題でありまして、それが、次世代医療ICT基盤協議会で作るということになっております。

それは、当然、どんどんアップデートしていくものだと思いますので、最初に全部が決まるわけではないと思いますが。

4番目が、ここは1行しか書いていないのですが、代理機関も含めて、そういう

情報を利活用するハブになるような存在を検討してくださいということが書かれております。

これは、少し見にくいと思いますが、下側が医療機関の中に存在しているデータの種類だと思っていただければと思います。健診データ、レセプトデータから始まって、検体検査ですとか、処方だとか、いろいろデータがあるわけですが、下に行けば行くほど、先ほど申し上げたピンクの部分、構造化されていないデータになっていくということで、わざと点線で書いてあります。

これをどこまで利用するのかということですが、上のほうが目的でありまして、医療行政とか、行政サービスの一番左側が保健行政ですが、保健行政が上のほうのレセプトデータというのを使うということで集めているということが始まっています。

3番目は、これは、厚労省とPMDA、医薬品医療機器総合開発機構が、副作用を調べようということで、データベースをつくり始めていますけれども、これが、アウトカムデータ、先ほどの赤いところまで集めようということで、頑張っておられるということです。

それで、集めると、どういうことが起こるかという、集めるための仕組みというのが、技術的な仕組みですが、機能するかどうかというのは、これを初めて国の事業として真剣に取り組んでいるところで、相当苦労されながらもノウハウが非常にたまってきて、きれいに比べられるようなデータの集め方ができるようになってきていますので、これは、非常にレファレンスとして、そこで集めるノウハウだとか、例えば、各社の幾つかのベンダーの電子カルテの間に入るようなソフトがあるわけですが、それを、日本は幸いにベンダーの数がそれほど多くないので、一とおりでできてしまうわけです。それを配ることによって、日本中から集められることになる。そういうきっかけにもなる事業と我々は思っていますので、こういうものをうまく接続しながら使っていこうということで、これは、厚生労働省以外に、文部科学省にもまたがるところもありますので、内閣官房で、今、厚生労働省などと議論しながら進めさせていただいているところです。

そういうものをちょっと模式的に書いたのが、まず、左側の、いわゆるレセプト系の部分です。真ん中の、次のブルーの部分は、今、申し上げたPMDAがやろうとしている検体検査ぐらいまでをカバーするアウトカムデータを集めて比べられるようにしましょうと、事業に共通の部分を持っている人たちに横串を通せないかということです。そうすれば、非常に効率よくもできますし、ノウハウをお互いに融通し合うことで、コストも安く抑えることができます。

赤いのは、学会がやっているデータベース事業ですので、こことも連携を図るということで、どんな連携が図れるのかということ、今、調査を始めております。

次の薄いブルーのところは、吉原先生のプロジェクト、AMEDで支援が始まっているものですが、これは、最初に特定の目的が、例えば、保健行政のためとか、持たずに、現場の電子カルテの情報を、まず、集めていこうではないかというものです。それを集めることを確実にした上で二次利用も図っていくということで、二次利用は行政が使う場合

もあれば、研究が使う場合もあれば、地域医療に使う場合もあれば、先ほど先生がおっしゃったようなPHRみたいな事業に使う可能性もあるということを広域でやっていただく、そういう存在が出てくるでしょう。

最後の緑色の部分は、さらにもっと深く、例えば、問診データから構造化されたデータとして入ってくるような、医療現場で生じているデータをなるべくリアルに把握できるような、そういう新しい技術とともにデータを集めるような事業、こういう幾つかのタイプの事業が大きく起こっていくことで、おおむね日本の医療機関をカバーしていけるのではないかと、我々は考えています。

そうやったときに、データをどうやって集めるかという手法論ですけれども、ここからは、健康・医療戦略室として、先生方のお話を聞きながら、こういうことではないかと、今、整理をしている資料でございますけれども、3つございます。一番右側が強制で集めると、つまり、法律をつくって、がん登録のように、皆、情報を出しなさいということです。これは、1つやり方としてはあります。

ただ、強制である以上、項目が、そんなに任意に変えられては困るので、項目が非常に限られる可能性が非常に高いということと、一度決めると、それを変えるのは非常に難しいということで、これが、やはり、薄く広くというのが、一般的な表現の仕方なのかなと。

反対に、一番左側は、オプトインという本人同意を対面でとっていくようなやり方だと、どんな深い情報も、本人がいいというのであれば、集めることができますし、記名で扱うこともできるということで、これは深く、狭くという表現をさせていただいています。

今、日本には、この2つがあります。例えば、人口の少ない国ですと、基本的に強制で集めることにしておくのだけれども、オプトアウトで嫌な人は外してくださいという運用している国もあると聞いております。

抜けているのは、真ん中の部分で、それなりに幅広く、それなりに深く集めると、これは、匿名でいいと、ここをどうするかという議論です。

この3種類は、先ほど、石川先生の話にあった、医療等IDで精密に患者の自己情報コントロール権をコントロールできるようなテクノロジーがないことを前提に書いていますけれども、ただ、大きく分けると、この3つではないかなと思います。

この真ん中の部分の点線をどうするのかということが非常に重要で、これは、匿名でやるのが前提だと思います。

これが、最後のスライドで、左側が改正個人情報保護法がスタートしたときにどういう世界になるのかということ、ルールの上で書いた紙ですけれども、まず、真ん中にありますように、自分の医療情報をオプトイン、本人同意さえあれば、医療機関から第三者に渡すことは、もちろん可能です。

もう一つは、医療機関が匿名化をしてしまうと、本人同意なしに外へ出すことが可能です。これは、法律上、そういうルールになっています。そういうことを実際にやるかどうかは別にしても、そういうルールになっています。

こういうのを念頭に置きながら、先ほどの赤いところをどうするのかと考えたときに、あと、次世代医療ICT基盤協議会の先生方の議論を、実際に事業をやられる、それから、医師会が地域医療をやっていくというときに、どういうことが必要なのかということを整理したのが、課題のポイントでございます。まず、研究調査の内容に応じた範囲だとか、規模のデータがちゃんと手に入ることと、これは、匿名情報で十分だと、ただし連結をしなければいけませんけれども、そうすると、医療施設だとか、保健所だとか、学校だとか、こうしたものが持っている情報を匿名の状態だが、きちんと接続した形で手に入れられる必要があります。

それが②、必要に応じた接続、これは医療において非常に重要な部分で、マスでぼんと手に入った匿名情報でわかるというよりも、やはり時系列で、本人がどこの人かわからなくてもいいけれども、この人がずっと続けてこういうデータだということは、医療技術を進める上で非常に重要な部分です。それが担保されなければいけないということ。

こうしたことをやる以上、研究開発、調査分析を行う人に、いわゆる集めて加工する第三者が渡していくわけですが、それはニーズが、時代に応じて常に変化をするわけで、例えば、機械学習でより賢い医療機器をつくるために必要なデータと、それから、生活習慣病の流れを見ていくために、血糖値を中心に幾つかの項目がほしい場合とかで違うと思いますけれども、それが法律で集めるところと大分違うところなのです。

そういうのをちゃんと念頭に置きながら、先ほど、一応、そういう人からちゃんと分析した結果を渡したら、対価をもらわなければいけないわけですから、それなりの品質のものを渡さなければいけないとすると、そういうものにちゃんとアンテナを張って、かつ医療現場の状況などを見ながら、そういう判断をしていける、マッチングをしながら医療施設からの医療情報をきちんと匿名加工をして、そういう社会的な責任と、責任が明確な人、何か、例えばまずいことをしてしまった場合には、例えば、しっかりと是正命令を出して、それに従わない場合はだめだということをさらに言っていけるような、我々が医療という情報を幾ら匿名化すると言っても、ちゃんと扱える、資格を持っている人に任せなければいけないだろうということで、そういう安心できる仕組みが必要だというのは、この右側の部分で、我々は、これは、いわゆる代理機関という、個人から情報を預かるだけではない、特に医療においては機能が必要だろうということで、ここが医療IDも含めてきちんとマネージをするというか、使っていくということで、より精密なコントロールができるかもしれませんけれども、こういう存在が必要だろうということです。

整理をしますと、社会的に信頼のある者がやる必要がありますということと、医療機関なり、それ以外の組織からも健康・医療情報を集めて、匿名加工にして研究のニーズに的確に答えていく必要があるということと、ちゃんとルールを明確にして、守る、守らないというのを明確に、社会的にコントロールしていくと、そういうことが必要ではないかと考えております。

以上でございます。

○安念主査 どうもありがとうございました。

それでは、とりあえずの質疑応答をいたしたいと思います。

どうぞ。

○中島構成員 さっきの7ページの医療 ID を別途設けるということになったという話、取り組みの概要の1番ですけれども、マイナンバーのインフラを使うというのは、どういう意味かというのをちょっとお伺いしたいです。さっきの議論にもあったのですけれども、窓口の人が直接マイナンバーを見るという話と、それからシステムがマイナンバーと医療 ID を結びつけて持っているという話を2つ分けて考えるべきだと思うのです。

ですから、ふだん、お医者さんとか、窓口の人は、マイナンバーを直接見ないというまではいいのですけれども、その病院のシステムが、自分の患者さんの ID とマイナンバーを結びつける機能を持っているのか、ここに書いてあるのは、それを持つべきかどうか、あるいは持たないというべきなのか、そのあたりはどうなっているのでしょうか。

○藤本次長 持たないということだと思います。必要であれば、厚労省の人がいるので、専門家がいますので、ちょっとお答えいただいたほうがいいかもしれませんが、私が理解しているのは、持たないということで、基盤を使うという意味は、医療等の番号、ID を振り出す根本のところ、マイナンバーの振り出す基盤をうまく使っていくという、そのコストを抑えるということと理解しています。

○中島構成員 システムだけ使うということですか。

○藤本次長 そうです。

○中島構成員 そうすると、これは、私の個人的理解ですけれども、マイナンバーの導入のそもそもの利点は、どこに行っても同じ ID が使えるということだと思うのですけれども、これは、マイナンバーを入れないのに近い。

○藤本次長 基盤の部分では、技術的には、つながっているというのは変ですけれども、そこはあると思います。基盤を二重につくらないという意味では。この閣議決定は、医療分野に対する医療等番号を別に入れていくということです。

○中島構成員 ですから、確認ですけれども、システム上、医療の ID とマイナンバーを結びつける手段はないということですね。

○石川常任理事 医療現場にはない。

○藤本次長 医療現場にはないです。どこかにはある。その基盤を共通にしていますので、技術的には、やろうと思えばできると思います。その必要性があるかどうかということです。

○安念主査 どうぞ。

○佐々木参事官 厚生労働省で、この関係を担当しております、情報担当参事官の佐々木と申します。

きょう、医師会の石川先生のほうからお出しいただいた、資料の6ページをごらんいただいたほうが、先ほどの質問に関しては、イメージに近いお答えができるかと思っております。

まず、マイナンバーそのものは、医療現場では使いません。ですが、このマイナンバーの基盤を利用してというのは、マイナンバーで個人を特定するアイデンティファイができますので、そこで、そのシステムで、情報提供ネットワークシステムというマイナンバーのシステムがございます。これを利用して、医療保険者と医療機関を結ぶようなIDを組成いたしまして、そこでマイナンバーそのものではございませんけれども、個人を一意的に特定するアイデンティフィケーションを発生させて、それを保険資格の確認番号としようという方向で考えております。したがって、マイナンバーそのものを使うわけではございませんけれども、マイナンバーのシステムを利用して、一意的に医療保険のアイデンティフィケーションを使うという仕組みを現在検討しているということでございます。

○中島構成員 確認ですけれども、だから、末端ではマイナンバーが見えないのはいいのですけれども、誰かはちゃんと知っているということによろしいですか。

○佐々木参事官 誰かというか、マイナンバーから組成した番号で医療保険の事務が動くようになるということです。

○中島構成員 そういう意味ではなくて、医療と、例えば税金あるいは車を結びつけることが、どこかでは可能だと、理論的には可能だと。

○佐々木参事官 理論的にはですね。

○中島構成員 ということによろしいですか。

○佐々木参事官 はい、理論的には。

○安念主査 それは、発番するときに、マイナンバーのももとの仕組みを使っているということですね。

○佐々木参事官 そういうことです。

○安念主査 発番してしまった以上、その医療 ID を現に使っている人は、個人番号を知る手立てはないような仕組みづくりになるということですね。

○佐々木参事官 そういうことでございます。

○安念主査 なるほどね、どうぞ。

○吉原病院長 ちょっと質問ですけれども、医療の現場、電子カルテを運用する立場からいくと、石川先生の資料の 6 ページ、今、説明のあったページですけれども、医療保険という赤枠の中に保険 ID が生成されていて、その上に医療 ID というのがございますね。これを診療の分野での個人の識別に使おうというストーリーだと思うのですが、電子カルテの中には、例えば、宮崎大学とか京都大学で、ある意味、勝手に振った患者の受診番号があるのです。

このほかに、この医療 ID というのをあわせて管理ができると、非常にスムーズになります。

というのは、ローカルには、ローカルの ID を使って、今までどおりやっておいて、例えば、EHR 側に出すときは、医療 ID を付して出すということ。そういう運用が可能であれば、我々としても非常に現実的だと思っています。

○安念主査 ありがとうございます。そういうことですね。

○佐々木参事官 まさにそういうことで、それも石川先生の提出いただいた資料の 8 ページにイメージがあると思うのですが、この資料上は、診察券番号と書いていますけれども、したがって、各病院では、診察券番号でもって、患者情報を管理していると。ただし、その診察券番号というのは、マイナンバーから派生して、さらに派生した医療 ID から派生して、各病院との診察券番号と連携して、キー ID から派生して各医療機関のデータベースと連結させて、医療機関をまたいだ情報連携が可能になるという意味について医師会のほうで提案されている資料で、イメージできると思います。

○安念主査 わかりました。ありがとうございます。
どうぞ。

○松本構成員 厚労省の佐々木さんにお聞きしたいのですが、言葉の定義を聞きたいのですが、地域医療 ID と、それから医療 ID がありますが、例えば、群馬県の一部では、地域医療 ID が出て、救急とかそういうもので、患者さんの、ほかの施設で撮ったような CT とか MRI も参照できるようになっているのですが、この医療 ID と地域医療保険 ID は、また別のシステムで発行されるのですか。

○安念主査 どうぞ。

○石川常任理事 我々が今まで議論している医療等 ID については、目的別にいろいろと種類がありまして、きょうちょっとお話ししたのは、医療連携用と、例えば、保険事業です。乳児健診、それから、労基法に基づいた健診、そういったものには、また違った医療等 ID が使えるという例をお見せしました。

それで、先生のお話でありましたような、そういう医療連携用には、この人の一意性のある番号を、ID を振りますので、それは、どこにいても、そういうデータが見られるということになります。理論的にはですね。ただ、そういうのを構築するには、非常に時間がかかるとは思いますけれども、一応、そういうことでございます。

○松本構成員 では、要するに、幾つものシステムが重層的に重なっていく。非常に複雑なものにだんだんくなっていくのがいいのか、シンプルな方がいいかと、そういう質問なのですが。

○石川常任理事 それで、6 ページ目の先ほどのところで、医療保険のところで、社会保険診療報酬支払基金と、国民健康保険中央会、ここがもう少し今までにないようなことをやることになると思います。

つまり、さまざまな保険者があったときに、ここでは、1 人に 1 つの保険資格番号を付与するという方向で、今、話が向いていると思います。

そうやって、ここの部分が基本的には、医療等 ID だとか、そういったものを管理する可能性が、今のところあるということです。

その図は、8 ページ目のところで、真ん中に橙色で書いてある医療等 ID 発番管理プラットフォーム、こういう管理機関を置くことによって、そういう番号の整理をしていくということになります。そういうことを考えているということです。

○安念主査 どうぞ。

○矢作構成員 そうしますと、患者さんは、この医療 ID は、今、石川先生がおっしゃった、その1つの ID だけを持っておけば、どこに行っても全ての情報が連携してもらえるとこの感じになっていくという将来構想でしょうか。

○石川常任理事 それには、まず、保険資格用の番号をきちんと持っていないとだめです。あるいはマイナンバーカードを持っていないとだめです。それによって、本人と一意性のある医療連携用の ID が出るということです。それが、発番されるということです。

○安念主査 いやいや、それは、発番の話でしょう、そうではなくて、例えば、私が北海道に行って急におなかが痛くなったときに、何の ID を、患者である私自身が知らなければいけないのか。それとも、私は虎の門病院の診療券を持っているのだけれども、その券面にある患者番号には、実はちゃんと裏側に医療 ID というのもわかることになっていて、北海道の病院に行ってもわかるということなのか。

つまり、結局のところ、いつもかかっている病院の診察券さえ出せば、それでいいという、そういう仕組みになっているのでないと、ちょっと患者としてはやり切れないと、そういう御質問だと思います。

○石川常任理事 それと、今、言っているのは、資格確認用、保険資格用の番号があれば、それはできるということです。それを8番のそういう仕組みを考えているということです。

○安念主査 ちょっとこの話は、大分ディープで、やはり、ドクターオリエンティッドな話になってしまって、果てしがないので、また、全体で議論しましょう。

佐々木さん、何かとりあえずのコメントはありますか。

○佐々木参事官 特にございません。

○安念主査 なかなかディープですね。私は、今、お三方にプレゼンを伺っていて、それぞれのシステムの相互関係がどういうものなのかも、私のような素人にはよくわからないので、また、後ほど議論させていただきたいと思います。

とりあえず、ありがとうございました。その次は、松岡さんをお願いしています。いつもは構成員なのですけれども。

○松岡構成員 私の立場といたしましては、消費者がこういうものをどういう印象を持つかというところだと思います。

シェアリングエコノミーにしても、特に代理機関については、一般の人たちには全くわからない、現実としてよく見えていないものですので、その周辺情報の中でこういうことを考えるということを御説明したいと思います。

それも余り時間がなくて練られていない話ですので、いろいろ修正していただきたいと思います。

シェアリングエコノミーのお話のほうからで、現実にはマッチング・プラットフォームをどう考えるかということになると思いますが、1つは、消費者が考えると、すぐ規制的な話になっていくのですが、やはり、プラットフォーマーの資格要件、資格といっても、そんなシビアなという意味ではなく、ある要件を兼ね備えるということが必要とするでしょうし、やはり、登録ぐらいはしておいていただかないと、という気がします。

というのは、似たような宅地建物取引業だとか、旅行業だとか、旅館業務もそうですけれども、かなりシビアな資格、国の資格を持っている必要があったりしますので、ある程度のことは要件として必要ではないでしょうか。

特に消費者の人はクレジット番号も個人情報も提供するわけですから、やはり、それなりの安心できる体制というのが必要だと思います。

トラブルが起こったときに、特にインターネット上で消費者は接するわけですから、存在しているか、いないかわからない業者だということになるのも困るので、やはり登録制というものも必要なのではないかと思います。

それから、前にプラットフォームをやっていらっしゃる人たちの話を聞いていますと、業種によって随分違うのではないかという感じがしました。例えば、民泊と食事と車と同じシェアリングでも注意すべき点、消費者が保証してほしい点というのはちょっとずつ違っていますので、それなりの業種ごとのガイドラインみたいなものも、できれば自主的にでも、用意していただきたい。

それから、インターネット上で取引をすることになりますので、プラットフォーム自体のシステムというのが安全であるということ、インターネット上のシステムが安全であるということです。

それから、使いやすいということが、こういうものを広げる意味では大事なことで、検索しやすい、内容がわかりやすいとか、手続きが簡単、一般的なものよりは安価であるというようなこと、これは当然思考されていくと思うのですが、そういうことが大事だと思います。

それから、紹介する物件とかサービス自体が安全であるということも大事なことで、消費者が大いに利用したくなるという要素になると思います。

前回もいろいろお話がありましたけれども、防犯とか防災とか衛生というようなものの、ある程度の担保というのはプラットフォーマーのほうでホストをチェックする、この守るのはホストのほうでしょうけれども、プラットフォーマーの人たちもチェックするということが必要ではないかと思います。

重なりますが、紹介する物件の補償ができる、損害保険のような補償もありますけれども、そういうことだけではなく、上の項の防犯、防災などの体制についての保証をプラットフォームがするということが大事なことでないでしょうか。

それから、今、トラブルが盛んに言われています、ホームシェアリングについては、ホストが、やはり直接お客さんと接するというのも大事な要素で、鍵の授受に際して備品の使い方、特に外人の方とか、日本人でもそうですけれども、よそのうちへ行くと、電子レンジとか洗濯機とか、使い方がわからないというのもありますから、そういうものの説明と、それから、ごみの出し方のルールがあるとか、その地域のいろいろなルールについて伝えるということも大事なことで、相互に人柄の確認をしてトラブルを防ぐことができるのではないかと。これは、私、自分の経験でも、地域の、例えば、見どころみたいなものも紹介してもらいましたし、実はガイドブックではわからなかったお祭りがあったとか、そういう楽しいこともいっぱい紹介してもらいましたので、本当の民泊の精神みたいなものでいくのであれば、直接ホストとゲストが接することが必要なのではないかと気がいたしました。

直接ホストがお客さんに接するというのを必要条件につけるかどうかということが大事なことでないでしょうか。

代理機関についてというのは、非常に壮大で、きょうのお話を聞いていると、私の手にどんどん負えなくなってくるのですが、こういう陰の機関ですね、代理機関というのは、どうもお話を聞いていると、やはり、完全に陰の機関になるわけで、消費者という言葉が適切かどうかわかりませんが、利用者が不安に感じることも多くあるのではないかと思います。

ですから、このことについては十分な広報活動というのが大事です。ここに、私は書いていないのですが、一番大事ではないかなと思いました。

どの程度の個人情報、どこでどのように利用されているのかというのがわからないことが、一番不安になり、自分の情報を出したくないという気持ちになりますから、こういうことの説明というのが大事だと思います。

それから、どのような人たちが利用するのかと、匿名加工された後でもそうなのですが、どういう人たち、医療機関というのはわかりやすいのですが、それ以外の業種で利用するとしたら、それはどうなのか。

Suicaの事件で一番不満が爆発したのは、企業のお金もうけにだけ利用されたと、自分の情報はただで、Suicaのほうは情報を売ったということで、すごく大きな不満があったわけですから、情報提供者はどんなメリットがあるかわからないけれども、企業は、それで収益を上げたというようなことになると、なかなか情報を出したがるということになってくると思います。

個人情報保護法の改正に当たって、ビッグデータの問題など、消費者団体としては理解しにくいことがたくさんあったのですが、やはり医療と防災に利用できるというストーリー

一が一番納得しやすいというか、一番わかりやすかったので、大きな反対を生まないでかわれたということがあります。やはり、自分個人、または社会にどのようなリターンがあるのか、恩恵があるのかということをも十分説明していただいて、情報の利用、個人情報利用という、データの利用をできるようにしていただきたいと思います。

それから、代理機関というのが、いろいろなタイプが出てくるようですし、医療機関などは、壮大過ぎて手に負えないのですけれども、やはり、認証制度のような第三者チェック機関、または、医療のデータなどは特にそうかもしれませんが、国の関与というのが絶対に必要で、信頼性の高い制度を構築していただきたいと思います。

以上です。

○安念主査 どうもありがとうございました。

ちょっといいですか、私、規制改革会議で民泊を担当していますが、だんだん評判が悪くなってきて、特にごみ出しですね。つらつら考えるのですが、ごみを分別するというのは、ほとんど日本独特の文化というか、ひな祭りとか、社員旅行とか、多分、日本にしかないという、そういうカルチャーになってしまって、それはそれで別にももちろん悪いことではないのだけれども、少なくとも外国の観光客にやってくれというのは、ほぼ無理であろうと、私は思うのです。だからといって、そこら中に捨てて、近隣の人に迷惑をかけていいと、そういうことには全然ならないので、誰かがやらなければいけない。

○松岡構成員 でも、国際的に見ても、瓶、缶、ペットボトルというのは分けていますね。ですから、そのほかは、やはり本当はホストの人が最終的にはチェックするという形になる必要があるわけですね。

○安念主査 そうすると、ほぼほぼ自宅か、それにかなり近い居住の形態のあいているスペースを貸すというのでないと、どこか現実的ではないですね。遠くにいて見回りするなどということは、できはしないし、と、誰かを雇って見回りをされると言ったら、それは信頼性があるかどうか、なかなか難しいところがありますね。

○松岡構成員 そうですね、ただ、海外の民泊の場合も、最終的には、ホストの人がチェックして、お掃除屋さんに頼むとか言っている人たちを見ましたけれども、そういう形をとっているのも、やはり、それはホストの責任だと思います。

○安念主査 ありがとうございます。

済みません、ちょっと私だけ質問させてもらって悪いのだけれども、時間もありますので、私の質問だけで終わりにさせていただいて、次は全体の討議で、松岡さんと根本さんの話は、個々の論点というよりは、全体の思想にかかわることですので、全体の討議の中

で生かさせていただきたいと思います。

根本さん、お願いします。

○根本構成員 資料の1-6は、あくまで参考でございますので、1-5に沿って考え方の御説明だけさせていただきます。問題意識のところは、特に説明の必要はないかと思えます。

経済界にとっては、データ利活用の巧拙が国際競争力にもろに響くという時代を迎えていますので、とにかく利活用をさせていただく環境整備が必要だということを考えているわけでございます。

ただ、残念ながらマイナンバー法、改正個人情報保護法等々、いわゆる保護的な色彩が極めて強くなってしまったのではないかという印象を持っておりまして、利活用に向けたことも考えていく必要があるというのを改めて訴えさせていただきたいということでございます。

その利活用を進めるために、今回の代理機関について検討を行うということについては、非常に意味があるというふうに思っております。さまざまな観点、検討項目があろうかと思えますが、それもまた後ほど申し上げます。

とにかく、データを基本使ってはいけないというような雰囲気醸成されている部分がございますので、それをとにかく払拭したいというのが思いでございます。

その際、何度か私は発言しておりますが、とにかく公の持っているデータと、民間が持っているデータの取り扱い規則が根本から違っているところが最大のネックになっているところもございまして、そこを乗り越えられるようなスキームにしていきたいというのが、私どもの考え方でございます。

(3)には、既に政府のほうからお示しいただいたスキームというのは、こういうことなのかなと、私が勝手に思ったことを書かせていただいております。①から⑦まででございます。これは、後ほど、ごらんおきいただければと思います。

1-5の裏面をご覧ください。ここで何を整理しなければいけないかということで、中間報告までに全部やれということではないのですけれども、当然のことながら、安全・安心を確保しなければいけないということは、私どもも当然、第一に来るものだと思っております。

個人情報を取り扱う機関が守るべきルール等々は、もうある程度定まってきたわけでございますが、恐らく代理機関というのは、それに上乗せした形のもものが求められてくるのだろうと理解をしております。でなければ、取り扱い機関がそのまま代理機関になってしまいますので、その際には、どういう取り扱い規則にするのか、セキュリティーレベルをどうするのか、データを実際に取り扱う方をどういうふうに判読するのか、それから、取り扱う場所あるいは設備、これは構造要件だったり、性能要件だったりすると思えますけれども、そういうものを一つ一つ全部定めていかないと、松岡さんのほうからいろいろ

御指摘もございましたけれども、安心・安全を担保していくことはなかなか難しく、これは専門的な検討が必要になろうかなと思っております。

さらに、後でも出てきますけれども、内外で、既に幾つか似たようなデータを取り扱う機関というのがありますので、日本人のデータを取り扱うものにつきましては、現行の個人情報保護法でもありますけれども、域外適用をちゃんとしないとだめではないかと考えております。

繰り返しになりますが、こういう代理機関を公の機関のみにしますということになりますと、さまざま混乱が生じるおそれがありますので、安心・安全を確保する規則等々を守るところであれば、全ての機関に代理機関としての資格を認めるということにしていけないとまずいのではないかと考えております。

現状、多数のデータを保有しているところについてはどうするかということを考えていかなければいけません、一定の規則を守れば、それで代理機関になり得ますよと、現在、データを保有しているところも代理機関になり得るよというような制度設計をしていくべきではないかと考えております。

同意の取り方、③でございますけれども、こちらはブロードコンセント・プラス・コンファームということでやっておりました。オプトアウト、オプトインのお話も出ておりましたけれども、個人情報保護法の検討のときにも出てまいりましたが、オプトアウトとオプトインについて、先ほどのお三方の資料を見ると、恐らく微妙にオプトアウト、オプトインの言葉遣いが違っておまして、ここもきちんと定めておかないと難しい問題を後で生じさせてしまうということになりはしないかという懸念を持っております。

コンファーム、しかも二次利用者に行くときのコンファームをどうするかとか、そういう問題も出てこようかと思えます。

あと、直接データの提供者に対するインセンティブ措置というのは、どういうふうを考えるのか。あるいはディスインセンティブ措置なのかもしれません。データを提供しないと、サービスを受けられませんよというのは、一般的なサービス産業ではよくある話でございます。医療では、ここはなかなか難しいところがあるというのは承知しておりますが、一般的には、そういうことになるのではないかと考えております。

それから、データの利活用のためには、標準化、構造化、何度も出てきているとおりでございますけれども、でも、それを誰がやるのですかということでございます。

全部ベンダーさんにお任せするのでしょうかということ、きっとあり得ないお話でございますので、そこをきちんとやっておかないといけないと思えます。

そのデータの質の問題ですが、これもクオリティをどういうふうを保つか、さらには、出てまいりましたけれども、コスト負担を誰がどういう形ですのかというのをやらなければいけない。恐らくサービス提供した側で、サービス対価として得るという形になるのだらうと思えますが、これは、恐らくデータを得る全ての者が負担するという形にならざるを得ないだらうと考えております。

それから、データの利活用のところで常に問題になります社会的なコンセンサスの欠如という部分がございます。利活用が豊かな社会を形成していくのだと、データドリブンソサエティーなのだということについては、経済的に容易に理解できる場所なのですから、なかなかこれが実感していただけないというところがございます。自分がやらなくてもという意識を持ってしまわれる方がいらっしゃるのも事実でございます、そういう方々、つまり、フリーライダーをどうやって防止するかということも必要だろうと思っております。

神学論争になりますが、データは誰のものですかということでございます。こちら、医療のデータは、今日、幾つか議論になりましたし、最後に出てきますけれども、いわゆるスマートメーターのデータというのは、誰のものですかということにもなっております。都度、コンファーム、同意を得ていくという仕組みというのは、IoTの世界では不可能になってまいりますので、それをどのように決着させておくかということでございます。

それから、社会的には、やはりセキュリティー面でのリスクをゼロにすることは不可能ということ、わかっていたいたうえで、そのリスクを極小化するためにデータの取り扱い者側と提供側両方でいろいろな努力をしていくのですという社会的なコンセンサスをぜひ形成したい。あとは、マイナンバー基盤は活用していこうということと、医療以外の分野として、大きいのはスマートメーター系の話と、ITS系の話ではないかと思っております。

あと、3ページ目、シェアリングエコノミーの論点につきましては、簡単でございますが、政策の方向性としては、余り規制をかけないことのほうが良いというスタンスでございます。私どもは、市場の失敗よりも政府の失敗のほうが大きいという立場でございますので、そういう意見を申し上げさせていただきたいと思っております。

議論の対象でございますけれども、サービスを実際に提供される方は、1回目の御議論のときに、やはり業法関係のところでも検討されますということございました。したがって、サービスを提供する方が全部業法にかからしめるということになりますと、プラットフォームに規制をかける必要があるかという議論になってこようかと思っております。業法対象にしない方がサービスを提供する、というようなケースが出てくるのであれば、やはりプラットフォームの責任というのは出てくるのだろうと思っております。

それから、現時点で、既にサービスの提供をされている方が内外に多数おられます。そういう方々に後づけで、規制を本当にやりますかという論点もあろうかと思っております。実行上、そういうことはなかなか難しい、とりわけ日本というか、ない方々が結構いらっしゃいますので、その方々に幾ら域外適用だと言っても、実効性がないのではないかとということでございます。

あと、プラットフォーム事業者は、個人情報を取り扱うことになりますので、その規律は当然守るのですねという確認が1つ。

さらに、プラットフォームは、事業者として考えていますが、ソフトウェア上だけで

個人と個人が取引しているところは、これは規制の対象外ですねと、要するに自己責任の世界ですねという確認だけ書かせていただいております。

私からは、以上でございます。

○安念主査 ありがとうございます。

松岡さん、根本さんのプレゼンは、全体の考え方にかかわることですので、根本さんへの質疑応答も含めて、全体討議に、このままなだれ込みたいと思いますので、どうぞ、よろしく願いいたします。

どうぞ、どなたからでも結構です。

○森構成員 ありがとうございます。

今の根本さんのお話で、1つお聞きして、1つ意見を申し上げようと思いますが、資料1-5の代理機関のほう、裏側です。2の整理すべき点のところ、(1)代理機関の要件で、③同意の取り方で、ブロードコンセント・プラス・コンファームとする場合とありますが、このブロードコンセントとコンファームということが、どういうことなのか、御説明をいただけたらと思います。

私の意見ですけれども、それは、シェアリングエコノミーのほうでして、やはり、根本さんの資料1-5のシェアリングエコノミーの論点のところ、「3. プラットフォーム事業者への考え方」のところの最初の項目です。「業法対象のサービス提供者のみを仲介する限り、新規の規制は不要」、これは、全くそのとおりだなと思います。賛成です。

むしろ、そこで、この検討会で議論したほうがいいのは、新規の規制が不要であるということに加えて、業法対象のサービス提供者を仲介するものも、また、業法の規制を受けるのか、もちろん、法律に仲介業者として規制を受けると書かれていれば、それは、その仲介業としての規制を受けるわけですけれども、そうではない場合、業法対象のサービス提供者を仲介する者が、単に仲介しかしていないけれども、当然に業法の適用対象となるかということは、実務上は、結構問題になることですので、もしかすると、これは分野によるから、そんな横断的に検討できないということになるのかもしれませんが、それは、課題ではないかと思っております。

以上です。

○安念主査 どうぞ。

○根本構成員 2. の(1)「③ 同意の取り方」のところは、医療機関のところを、どうしても頭の中に思い浮かべたのですが、まず、最初に代理機関にデータを預けて使うことに関する同意は当然とっておく。ただし、データを使う段になったら、データの種類がさまざまあるので、恐らくデータ種類ごとに、これはいいですねと、都度、確認をしておか

ないといけないのではないかと思ったので、ブロードコンセント・アンド・コンファーム
ということを書かせていただいております。

○森構成員 ありがとうございます。

○安念主査 根本さんが前からおっしゃっていることだったと私は記憶しているのですけれども、今まではずっとオプトイン、オプトアウトという二元主義で議論してきたのだけれども、それで全てを切り分けるのは、やはり、難しいのではないかと、そういう発想ですかね。

○根本構成員 はい。先ほど申し上げましたけれども、私、伺っていて、オプトイン、オプトアウトという用語の定義も実は、余り合意がないというところを心配しております。

加えて、例えばということですが、DNA データについて、本人同意だけで、本
当にオープンにしていいのかということすら出てくるのだらうと思います。

ですから、この人は、何月何日に風邪を引いていましたぐらいだったら、まあいいかもしれませんが、この人の DNA データはといったときには、やはりレベル感が相当違うので、
コンセント・アンド・コンファームという形のほうが良いのではないかとということをご
ざいます。

○安念主査 わかりました。ありがとうございます。

どうぞ。

○矢作構成員 今回の根本さんの御意見、非常に貴重だと、臨床医として思います。何でもかんでもデータだとか、そういった単語で、整理すべきではないと思っていまして、これは、例えば、インフォームド・コンセントを1つとっても、やはり、日本は、最初は非常に大変だったと思うのです。

何を申し上げたいかと言いますと、結局、日本の患者さんは、健康医療教育がちゃんと
なされていないので、ある意味、主治医の先生にお任せしたいということが、非常に多い
と思うのです。

そういう意味で、その主治医の先生が非常にしっかりとしたマインドセットを持ってい
れば、その情報をどう倫理的に、道徳的にまともに使うか、こんなのは簡単なことな
のですけれども、当然、ここの部分はできているかといった場合には、当然、そこも抜けてい
るのですね。全部患者さん自身に委ねてしまって、それで全てのデータの取り扱いが決ま
ってってしまうというのは、非常に危険ですし、では、一方で、それを見ているドクタ
ーが決めていく、これも非常に危険ですし、では、これを病院が全部やるか、これも非常
に危険。

これは、個人的な意見なので、実は厚生労働省の皆さんにもお伺いしたいのですけれども、多分、これから、国を選んだりとか、プラットフォーム、これはシェアリングエコノミーのときにもちょっと意見をしたのですけれども、考えたときに、日本という国は、いざ何かがあったときには、安全・安心できる、そういった情報プラットフォームの上に、我々は生きていて、特に何か登録だとか、何かややこしいことをしなくても、いつでもこの生命は保障してくれるのだという、要するに世界最先端、第一線というのが、もしかしたら20年後には控えているのではないかといった、仮にそういうビジョンがあったとするならば、今、どうやってこういった情報を整理あるいは整備していくか、あるいは、そういった基盤を厚生労働省が主体となってやっていくのか、あるいは、これは、要するに全部民間に任せるのだ、丸投げなのだというような、そういったメンタリティー的部分とか、別に言質をとりたいたいわけではなくて、皆さん、個人的でも構いません。御意見をいただければと思います。

○安念主査 どなたかおありですか、佐々木さん、いかがですか。

○佐々木参事官 オブザーバーという立場での発言なのですが、御質問については、当然のことながら国も一定のルールづくりですとか、そういうことには、当然関与しないといけないと思っていて、国が直接患者情報を持つかどうかは別として、そういうルールづくりというところでは、当然、厚生労働省も一役所として、主体的に関与する必要があると考えております。

○矢作構成員 そうしますと、比較的、そういったものが幅広く有益に利活用できる環境を構築していくという方向については、みんな同じ向きを向いているのかなという認識を持ったのですけれども、そういうことでいいですかね。

○佐々木参事官 そういうことで結構です。

○矢作構成員 そうしますと、今度は、石川先生にお伺いしたいのですけれども、例えば、データだとか、情報だとか漏洩しないというのは、多分あり得ないと思うのですね。どこかで、何か起きてしまうと思うのですけれども、その場合に、石川先生は、この御専門で、いろんなところで御発言いただいていると思うのですけれども、どうすれば、こういったことを乗り越えられるとお考えでしょうか。

要するに、技術的には、絶対に不可能なので、それをどのような、多分、幾つかポイントはあっていると思うのですけれども、患者さんなり国民が、ここまでだったら安心していいのかなですとか、多分いろんな部分があると思うのですけれども、石川先生のこれまでの御経験の中で、どうやったら、こういったところを乗り越えるというのは、それは、

法整備の問題なのか、補償の額の問題なのか、いろんな部分があると思うのです。そういう部分を少し御教示いただければと思います。

○石川常任理事 私は、38年ぐらい医者をやっています、大きく変わったことは、例えば、がんの告知であり、以前から比べると、とても様変わりしています。今は、ほとんどの病院で、あなたはがんということをさらっと言っています。昔は、途中経過の中では、家族だとか、支える方を十分用意してから告知しましょうという、非常に丁寧なやり方があったのですけれども、今は、そういうことを余り考えないで、患者本人が行っても、さらっと言ってしまって、あとは、1人公園で、どうしたらいいかというような感じで落ち込んでいるというふうな時代になっているのですね。

こういうふうに、私たちは、やはり、人間対人間でやっていますから、例えば、自分たちの情報が漏洩したとか、そういったときにどうするのかといたら、やはり、周りでどうやって支えるのかということを経験的な罰則以外にも必要なものだと考えています。そのときに、医療従事者がどういう態度をとるのか、家族がどういう態度をとるのか、そんなところを経験値として積み上げていくことが一番大事だと考えております。

しかし、なかなかこれは難しく、私も昨日も、あるお薬手帳のことでやったのですけれども、メーカーは、クラウドに上げていて、そこが漏洩したら、一切責任をとりませんというふうなことがさらっと約款に書いてあるのです。

これは違うだろうというように思うわけなのです。要するに、漏洩については最大限の努力をするということくらい書けよと、これは我々の思いなのです。しかし、インターネットは、ここにも書いてありますけれども、絶対にリスクはゼロにはできないと言うわけです。だとしたら、それは1つでも書くとか、こういうことが社会のあらゆるところで、これからのビッグデータの時代、そういう思いやりみたいなものは必要だと、1行書くということを言いたいですね。

それと、最後はやはり、人間の連帯みたいなものが必要だろうと思っています。

○安念主査 どうぞ。

○吉原病院長 実際に、EHR データセンターを運用して15年になるわけですがけれども、何が脅威かというと、2つあって、1つ、最大の脅威は、データセンターの中でデータが大量にとられるということですね。時々そういうことが起こっています。

その原因というのは、基本的に全部人なのです。なので、そこまで取り扱える人を極力少なくするというのが1つでやってきて、幸いにして事故は起こっておりません。

もう一つは、患者さんが自分のIDとパスワードなどを、それから認証キーなどを不用意に扱って抜かれるという話があるのですけれども、これは、ある意味、患者さんの自己責任だと思っていますので、事業者側から見た場合は、前者のほうだと思います。

もう一つは、では、それをどう防ぐかという問題なのですけれども、1つは、例えば、技術的な話になりますけれども、データベース全てを暗号化しておくとか、それから、暗号化しないまでもとり出して、その構成を知らない人には、全く暗号にしか見えないというような扱い方をするやり方です。そういう扱い方を実はしております、そうすれば、ゼロではないのですが、今のところ、そういうアクシデントはゼロということです。

だから、石川先生もおっしゃいましたように、最大限の努力をして、理論的にはゼロではないけれども、事実上、そのレベルまで行けるといことだろうと、私たちは思っています。

○安念主査 どうぞ。

○矢作構成員 吉原先生、まさに、今のお話でさらにお伺いしたいのですけれども、例えば、この代理機関という制度というのは、吉原先生が取り組まれているようなところは非常に重要なものになってくるのではないかと考えておまして、まさに、例えば、今のところゼロであっても、何かあったらといったときに、それなりの補償をしないとけないというようなことが、万が一あったときに、これを全部、その事業主体がやるというのは、正直どうなのかと思うことがあるのです。

なぜならば、これはまともに使われていけば、少なくとも、これは、医学の発展ですとか、まさに1人の患者さんの情報から、もしかしたら世界を救う、そういった研究とかに使われているはずで。それは、ある意味、非常にパッションナブルな意見になってしまうのですけれども、そういう思いで動いているようなプロジェクトが、それによって消えてなくなってしまうということは、あってはならないと私は信じているのです。

そういった場合の対応ですとか、あるいは今後、多分出てくる、あるいは考えておかないといけないというようなところで、先生の御意見は、どうやってそういったことの対策としてお考えですか。

○吉原病院長 毎回難しい質問をされるのですが。

○安念主査 教えてよということですね。

○吉原病院長 仕組みとして、セキュリティー、コンフィデンシャルティーに関しては、技術と運用でカバーするのですけれども、万が一のときというのは、それをどう補償していくかというのは、それこそ、例えば、保険とか、そういうことを考えなくてはいけない時代になってきたのかなと思います。特に、今後、データが大量に集積されることになると、まさにそうだと思います。

○安念主査 どうぞ。

○原構成員 東京大学の原です。

代理機関について、これまでの議論をまとめて、質問というよりは意見を申し上げます。

消費者の立場からすると、代理機関を信頼しつつ、自分のデータ利活用の詳細に関して、透明化を要請する。また、必要に応じて第三者への提供の停止を要請できると、これが基本的な考え方だと思っております。

それで、同意の取り方のところにもよるのですが、どのようにして情報が利活用されていくかという内容だけではなくて、そのことを消費者に対してどう伝えていくかという、媒体ではなくて方法の中身がやはり難しいかなと思っております。

きょうの医療情報にしても、やはり、三者三様の図のつくり方や情報のまとめ方があって、それぞれによって理解や解釈が異なってくるところがありました。ですので、実際に代理機関の認証を行っていく上では、消費者に対して各自の情報がどう利活用されるかをこのように示すなどのガイドラインが必要ではないかと思っております。

そうしなければ、消費者からしますと、複雑化した製品やサービスの内容が理解できないという情報の非対称性があるだけではなくて、利活用における情報の非対称性のようなものが生じてしまい、混乱をしてしまうと思った次第です。

○安念主査 はい。いや、そうなのですからけれどもね。

矢作さん、済みません、戻りましょう。

○矢作構成員 実は重なっているところがあったのですけれども、先ほど、松岡構成員もおっしゃっていましたが、自分の情報がどこで使われているかということ、あるいはそれによって戻ってくるときのメリットというのはなかなか見えにくくて、例えば、いろんな情報開示、同意を得るときや説明をするときに、やはり非常に複雑だと思うのです。全て、医療情報ですとか、この情報はとか、10枚にもわたって書いてあっても、それはどうするのかなど。

これは、以前にも、私はお話をさせていただきましたように、これは、例えば、医療者で言えば、医療者サイド、医療機関というのは、結構医者だけではなくて、いろんな方が働いていて、情報の取り扱いにも物すごく差があるのです。

という意味では、やはり、そこは人材育成、教育というところにかなりしっかり入れておかないといけないと思うのです。まだまだ日本人がこういった情報を取り扱おうと、少なくとも日本の学校教育の一方通行の教育をしている中で、情報の中から、何を選別して、どう考えるかという教育がされていない中で、そういったことも考えておかないといけない。

当然、これはあくまでも法整備とか、そういった検討会なので、これはこれとして今や

っていくことは非常に重要なのですけれども、一方で、やはり 10 年後の日本を考えていったときに、この状態がずっと野放しになっている、これは、今度、グローバルで戦うときは話にならないのです。

という意味では、実際に、例えば、私も臨床研究センターでいろんな仕事をする中で、医者教育をするのですけれども、例えば、遺伝子解析をするときの、血の一滴は、どんなダイヤモンドよりも大事なのだという教育をされてきた人間と、それがなされずに、単なるフラットなデータを、ただ目の前にあるから扱っていいという認識になっている人たちの、この重みの差というものを、やはりしっかりと教育の中に、単なるガイドラインではなくて、これは、今すぐはガイドラインしかないのでもいいのですけれども、そういったことも含めて、この話というのはしておかないといけないのではないかという思いがありまして、済みません、先におおむね、原さんのほうから話をいただいたので、一方で、私はそれを少し教育の中にも入れておかないといけないのではないかという意見とコメントをさせていただきました。

○安念主査 ありがとうございます。

どうぞ。

○根本構成員 原先生が御発言になられたところで、どう使われるかの部分については、医療を離れて、ビッグデータ全般について考えると、それを規定してしまうことは、利活用をそこまでしかしてはだめですと言うのに等しくなってしまうので、利活用の範囲というのは、定めるのであれば、これをしてはいけませんと、これはやってはだめですよというネガティブリストぐらいに抑えておくほうが全体経済のためにはいいと思っております。

それから、矢作先生がおっしゃられた教育のところは、私も大賛成でございまして、情報リテラシーを高める、情報の取り扱いについて、やはり相当若い時点から教育をしていくということは、この場の議論ではありませんけれども、ぜひお願いをしたいと思っております。

○安念主査 どうぞ。

○原構成員 すみません、私の発言でよろしくなかったところがありましたので、補足させていただきます。用途を制限するという意図よりも、例えば、今回の健康医療戦略室の資料 1-3 の 11 ページに示していただいたような、収集される情報の質、目的、収集の主体など、説明してほしい幾つかの要件をガイドラインの中に盛り込んで、例えば、新しい利活用の方法が出されたときにも、その項目に沿って、きちんと消費者に説明していただきたいと、そういう意図でガイドラインと申し上げた次第です。

○安念主査 森さん、どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。重複になるかもしれませんが、矢作先生の、先ほどの医療分野での教育というお話がありましたので、その前の漏洩しない情報はないということ等の関係で言えば、それは、皆様、御案内のことかもしれませんが、本当に医療に限った話ではなくて、今だと、漏洩すると、その漏洩機関の扱いというのは押し並べて決まっています、報道も同じであるわけです。

しかし、重要なのは、本当はそうではなくて、どのような安全管理措置をしていたかということと、その原因が何だったかということで、それによって漏洩した人の責任というのは、全く違ってくる。ゼロから百まで違ってくるわけです。こんなのは、およそ全然だめだったねと、こいつらはけしからぬという話から、そうではないケースまであるわけです。だけれども、今はそういうふうには、世の中的には思われていない。世の中が、そういうふうになることが必要で、それで初めて情報漏洩についての正しい評価が出てきますし、さらに言えば、セキュリティの重要性というものも理解されていきますし、そのセキュリティのインセンティブも高まりますし、そういうふうになっていくのかなのかなと思います。

以上です。

○安念主査 どうぞ。

○藤本次長 私、立場的に医療の観点ですけれども、やはり、どの分野の、どういう目的に使うのかということと、本人の同意の取り方というのはリンクしているように思いますので、そこは分けて議論したほうが、分野によって違うので、私は、原先生がおっしゃっているガイドラインが1つの手段かどうかは別にしても、そういう区別をした議論をきちんとすべきだというように思います。

例えば、匿名化された自分の情報が、医療の分野で役に立つのであれば、匿名化された上でやるのであれば、いいですというのは、多分、多く人がそう思うと思うのです。ただ、それをどうコントロールしていくかということとちゃんと見させてもらった上でとか、そういうことをきちんとやるべきだと思うのと、もっと幅広い産業の分野で使っていくという議論とは、ちょっと医療の分野は別に議論をしていただいたほうが、私はいいように思います。

ですから、そういう意味では、医療の分野のオプトアウトというのは、匿名化されたものを研究に使うのだけれども、それでも嫌だということは言えますよということは、必ず担保しておきましょうということ。でも、一個一個同意をとっていると、医療現場は、それでも忙しいので、それこそ大きな全体のコンセンタがあれば、オプトアウトでやってい

きましょうというのが、私がお示した真ん中の部分です。これを安心できる人がコントロールするというのが大事で、それを我々は代理機関と呼びたいので、個人の情報を預けるということではなくて、それをコントロールする人だと思います。

○安念主査 なるほどね。もう大体時間になりました。

松岡さん、どうですかね、我々一般の消費者に同意を求められても、何を言っているのかわからないというのが大体ではないですかね。

どうせ私も早晩がんになるだろうと思うけれども、きつこう言われるのですね。あなたのがんはこうです、病気は何です、組織の型はこうです、がんセンターが出している標準的な治療はこうです、そうすると、5年生存率こうです、抗がん剤の副作用はこうですと、さあ、どうしますか、と。さあ、どうしますかといったってわからないのだから、はいと言うしかないではないですか。

恐らく、代理機関に情報が集まるときの、はいというのも、大体それと変わらないような質のはいなのではないか。

つまり、消費者が言うところの、はいのクオリティーというのかなかなか怪しいもので、何人かの方から御意見があったけれども、はい、いいえで、あなたは、はいと言ったから、あとは全部責任をとってねと、どうもそういうものではないという気がします。

つまり、むしろ、はい、いいえを聞くのは、いわばぎりぎりのところであるべきで、ほとんどの、99.9%の人が、はいと言えるであろうと推定できるようなプラットフォームをつくるというのが大切なのではないかなという気が、今、伺ってしたのです。それが本当にできるかどうかは別問題ですよ。しかし、なかなか消費者に一つ一つの複雑な問題について、はい、いいえを言ってくれといったって、実際には難しかろうなど、私は思うのですけれども、思いませんか。

○松岡構成員 ちょっと同意を求められても。

○安念主査 松岡さんは、おできになるのかもしれませんが。済みません。

遠藤 CIO、最後のお言葉をお願いします。

○遠藤政府 CIO どうもきょうもありがとうございました。

時間もないので、ちょっとできるだけ簡潔にやりたいと思うのですが、2つ、3つありまして、1つは、いろいろキーワードが飛び交っているのですが、先ほどの根本さんの話ではないですけれども、必ずしも定義が、厳密に言うと、一致していない部分がありそうだなと、これは一回整理をしなければいけない。

それから、代表的な例で、例えば、代理機関というのは分野ごとに随分期待されるファンクションが違くと、これも整理をしなければいけないなという気がいたしました。

それから、もう最後にします。個人情報保護法というのは、生きている人のものなのです。私はそう理解しています。死者の分は、個人情報保護の対象にならない。ところが、DNAとか、そういうことになると、生きている家族のところまでさかのぼってしまう可能性があるわけですね。こういうDNAの人は、こういうことになりやすいと。ということは、家族が死者で、そういうデータが残っていると、生きている家族にも、何かそれが個人情報としては、非常に重要な部分が結びつけられてしまうようなことが起こりかねないのではないかという意味で、医療の場合、特に、ひよっとすると個人情報保護の範囲をもう一度よく考えておいたほうがよいような気がするのです。今まで個人情報保護の対象だったのに、死んだ途端に、これはもういいよと、これはないと思うのです。

そんなことで、先ほどのキーワードと言ったのは、それも含めて、よく整理をしてかかっておかないといけないのかなという、ちょっと素人考えだったのですけれども。

もう一つありました。シェアリングエコノミーは、提供側の規範といいますか、ルールと、利用者側のルールというのはあると思うのです。そこも頭に置きながら規制をどういうように緩めていくか、残しておくかということを考えないといけない。

よくあるのは、借りた人がみんな持って行ってしまったと、ヨーロッパでも、どこかの国から来た旅行者がホテルからいなくなったら、ほとんど何も残っていないと、随分きれいに片づけてくれたなど、こういうことが起こるようですので、この辺も提供者側と、それから利用者側というのを忘れないようにして議論をしておく必要がありそうだなと思いました。

きょうは、何しろ、いろんな議論が出たので、非常に、自分で勝手に枠をつくっていたものが、みんな壊れた感じで、大変ありがとうございました。

○安念主査 最後の言葉は、非常に印象的で、私もそうでした。どうもありがとうございました。

本当に、終始活発な御議論をいただきまして、本当にありがとうございました。プレゼンターの皆さん、本当にありがとうございました。

以上で、本日の会合を閉会したいと思います。なお、本日の資料及び議事要旨につきましては、一部を除いてホームページで公表させていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、どうもありがとうございました。