

国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会 民間利活用作業班（第2回）

議事概要

令和2年2月19日

C I V I 日本橋N403AB

■出席者*敬称略

（構成員）

石見 拓 京都大学 環境安全保健機構 健康科学センター 教授
落合 孝文 渥美坂井法律事務所 弁護士
鹿妻 洋之 (一社) 保健医療福祉情報システム工業会
保健福祉システム部会 健康支援システム委員会 委員長
北岡 有喜 (独) 国立病院機構京都医療センター 医療情報部 部長
北村 亮太 健康長寿産業連合会
長島 公之 (公社) 日本医師会 常任理事
中山 健夫 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻
健康情報学分野 教授
光城 元博 (一社) 電子情報技術産業協会 ヘルスケア IT 研究会 副主査
山本 隆一 (一財) 医療情報システム開発センター 理事長 【主査】

（オブザーバー）

内閣官房 情報通信技術（IT）総合戦略室
内閣官房 番号制度担当室
内閣官房 健康・医療戦略室
文部科学省 初等中等教育局健康教育・食育課

（事務局）

総務省 情報流通行政局情報流通振興課情報流通高度化推進室
経済産業省 商務・サービスグループヘルスケア産業課
厚生労働省 健康局健康課
株式会社野村総合研究所

■議事内容

○ 本日はお忙しいところお集まりいただき、ありがとうございます。それでは早速、議事に入りたいと思います。まず事務局から、資料3、民間PHR事業者のユースケース及び資料4、民間PHRサービスに関する論点について（たたき台）について、ご説明をいただきます。

（事務局より、資料3及び資料4の説明）

○ ありがとうございました。まず資料3のユースケースに関するご説明と資料4の1ページ目から5ページ目までに関してこれをまとめてご議論したいと思いますので、このあたりに関してご意見、ご質問がありましたらよろしくお願いをいたします。

○ 民間事業者側から見ると、PHRサービス事業者とみなされることのメリット・デメリットは何かと考えると、おそらくメリットはこのユースケースの2、3あたりで、自治体、保険者や医療機関がそのサービスを選択する場合の判断基準になるということだろうと思います。一方、無料でアプリを提供している事業者は、そのようなメリットはなく、コントロールされるだけということになります。すると、そのような企業はそもそも参画してこないという可能性がかなり高いのではないかと思います。そういう場合に、どういう形でそういった企業に加わってもらうか、あるいはそういった企業が参画するメリット、あるいは逆に縛り口をどうするかという発想が必要になるかと思います。

それから、健康情報に関しては、全ての情報を標準化するかそういうのは無理なので、やはりミニマムデータセットのような発想で最低限の範囲はある程度相互運用性を保ち、それ以外のところは可能な限りという発想で、できるだけ標準化あるいは相互運用を可能にしましょうといった取り組みがいいのではないかと思います。

それから、現実的には、ユースケース2の自治体とか保険者が中心になると思うので、ここではセキュリティなり、同意の取り方を、ある程度しっかり決めていったほうがいいのではないかと思います。

二次活用のところはなかなかかなり難しいので、ここはしっかり時間をかけていくために検討の工程を示すと良いと思います。二次活用に関しては、例えば健診等の情報出す側が実はそこまで想定しておらず、マイナポータルに出すところまではセキュリティや同意のことを考えているが、民間の事業者等が特に二次活用とするところまでは検討対象

として考えていないようなところがあります。そのところもある程度最初に考えておいて頂く必要があると思います。後になって全部同意を取り直すということになると仕組みとしては非常に大変なので、そのところは考えとしてはきちんとここで整理しておいて、それを踏まえたデータの提出や同意の取り方を今のうちから想定していただく必要があるのではないかと考えています。

それから、大きな考え方としては、最低限これはやってはいけないといったような大きな方針に関しては、やはり国のほうでガイドラインを作る必要があると思います。国が大筋を決めた後、具体的な内容は将来的に民間事業者の協会なりを作っていて、そこでしっかり検討するという形が良いと思います。ただし、実際にそういった取り組みを進めるには医療関係者が加わらないといいものがないと思うので、医療関係者が一緒に参画してそういったものを作っていくことが良いと考えます。そういった組織がPHRサービス事業者の認証や評価をする機関へ移行していくという形で、基本的には国と民間団体とそれを評価する者、という体制が良いと思います。

○ 機能を3つに分けていただいたのは非常にありがたいことで、それぞれ議論がしやすくなったと考えております。

第三者提供の同意取得に関しましては、今、第三者提供に関する記述が（同意確認画面の）スクロールした一番底のほうにありますので、それは前に持ってくる方が良いかと思えます。この点については、統一ルールがあったほうが良いと考えております。

また、一番気になっておりますのが、リコメンド機能のところですが、この機能を深く話し始めると、いわゆる医療機器該当性の問題がどうしてもセットで出てまいります。開発プロセスのリスクマネジメントであればヘルスソフトウェアに関するJIS規格82304ができましたので、これに従って下さい、という話で済むかと思えます。一方、問題は、資料3のほうでアプリの機能といった場合、この有効性・安全性を議論するのは薬機法の話になりますので、明らかに本作業班のスコープからずれると思います。

○ 二次利用の関連ですが、例えば次世代医療基盤法や情報銀行の話が、PHRに絡むのかなと思いついて見ますが、それらの動向がよくわかってないところがあります。そういった検討との関係について、お聞きできればと思いました。

【事務局】 この情報は誰が使うのかというところからいくと、明らかに医療関係者です。デイリーに取れる患者の情報を一番欲しい人はかかりつけ医に決まっているわけです。その先生方としては、生データもらっても困るから、ちょっと加工してほしいというところか

ら多分この議論始まっていると思います。とすると、かかりつけ医の先生方が欲しがっているような加工されたデータが世の中に出回ることが、このPHRというビジネスがうまく成長する一番のポイントかなと思います。

同意がなくても使える情報の活用の枠組みとして次世代基盤法が出てきた。ただし、この最大の問題は、匿名で出さなければいけない。おそらく基盤法との関係は、匿名データではない情報を第三者提供するようなニーズが出てきたときに、法律で手当てをするのか、難しくともひたすら同意を取りに行くのか、それに見合うようなサービスは何なのかという、多分そういう整理になってくるかなという感じがしています。

情報銀行の関係からすると、資料4に関係し、図の中で一旦集めた人と利用する人が分かれているので、このように分けると、一旦集めた人が情報銀行になります。ただ集めた人自体もサービスを提供するのに近くなってくるので、ここはまず一体だと、情報銀行という議論よりも、まずはスタートの段階として、もらった人がサービスを開始する。そこにお医者さんを絡めてサービスを返すというのがあって、それがだんだん機能分化をしてきたときに、集めているとかセキュリティのところはちゃんとしてほしいよねというところから独立すると、情報銀行的なものになってきます。

【事務局】 情報銀行ですけれども、今は要配慮情報、つまり医療の部分は情報銀行の認定の対象から除かれております。今回のこのPHRサービスの検討会はまさしく民間PHRサービスという視点で整理をさせていただくということになっております。情報銀行につきましては、基本的には、情報銀行の場で議論すべき話だというふうにご理解いただけたらと思います。

○ 結局もとへ戻ってユースケースという形でいきますと、私たちは診療している立場ですから、PHRの一番のユースケースは電子問診票だと思っています。

自分がバックグラウンドで何か疾患を持っているといっても、それをちゃんと説明できる人は一般の方々ほとんどおられないわけです。そのときに、電子問診票としてPHRの情報が都合よくまとめられていて、提示することができる。これは電子問診票という言い方もできますが、災害時の緊急安全手帳にもなり得ます。私はどんなお薬を飲んでいました、私はこういうバックグラウンド情報があります、といった内容が提示できることがPHRのまず一番大事なユースケースであって、今回残念ながらそれが盛り込まれてなかったので、私としてはちょっと残念だなと思っています。

○ 本当に有効活用するには、やっぱりかかりつけ医等の医療専門職と一緒に使っていく

ということが大切で、その際に使いやすいようにしていただく、また、その後のフィードバックがしやすいような形にさせていただくということ必要と思っております。

それから、リコメンドに関しては、これは個別的なリコメンドではなくて、一般的リコメンドをしていただく。これは別にPHRに限らず、対面でもパンフレットとして渡すのも同じことですので、そういった生活習慣に関するお勧めというのは、PHRに限らず、例えば国なり学会なりが主導的にこういう場合にはこういうようなお勧めをしましょうというのをしっかり作っていただいて、それに従ったものを提供する。あくまでも一般的なお勧めであり、個別的なことに 대해서는 かかりつけ医の先生にご相談ください、ということのリコメンドしていただくというのがいいのではないかと考えております。

○ 自分は、一番わかりやすいユースケース、なおかつ広げるべきユースケースとして、かかりつけ医なり医師が活用する形もやりつつ、それだけではやっぱりカバーし切れないエリアも広げていくというのが、本作業班のミッションでもあると思うので、そこを両方併記して行って、医師がかかわる、あるいは医療者がかかわるところでやり切れない部分をどう広げるかと考えるべきだと思います。やっばいいけないことを明確にして、あるいは途中で検証できるようにして行って、医師がかかわる部分以外のところにも広げるという両輪なのかなというふうに感じました。

○ ユースケースの2と3のところですが、保険者や自治体が活用するというのが、まさに病気になる前のところが現時点では一番大きな要素になるのではないかと考えています。

実際は自治体と保険者がやっても、既に疾患を持っているという人もどんどんふえてくるので、そのときには、最初から保険者だけでやろうとするのではなく、そういう場合はしっかり医師会等と協力していただいて、かかりつけ医ともすぐ連携できるような体制で最初からこのシステムを作っていただくというふうにしていただくと、シームレスにつながっていくと思っています。

○ 全体的な方針は国が決めて、細かいところを民間で議論していくというのは、切り分け方としてすごく妥当だなと思いました。

第三者提供の同意の関係については、個人だけでなく、個人の家族とか、もしくは個人側から医療者であったり自治体に提供するときも含めて第三者提供だというふうに個人情報保護法としては整理をしないといけないというふうになると思います。医療者や自治体と連携する際に同意を事前にとれるような枠組みを準備しておかないといけないと思います。

○ セキュリティの水準というのをどの程度高度なものにするのかというのは国レベルの議論で定めるものであって、細かい部分とか技術変化があったときの変更や、例えば海外でこういう事故があったのでこういうことは気をつけないということでアップデートしたりするというのを、自主規制団体に任せるといふことなのかなと思います。

○ セキュリティと同意の取り方はセットで考えるべきだと思います。データの種類とサービスの提供の内容によって同意の取り方も当然変わってくるので、そこは一緒に国がしっかり基本方針は決めなければいけないのではないかと思います。

○ PHRの本質を考えると、健康なときから病気になったときまで継続して使われるもので、そこに入っている情報が医療で使われる情報なのか、そうでないのかというのは、かなり状況に左右される。したがって、連続的に変わるもので、あるところから急にセキュリティが上がるというようなことは難しいと思っています。

同意の問題も、診察室で患者さんに一生懸命説明をして同意をいただくというのと、まだ病気でない人に健康情報の同意を求めるといふのは、これはかなりレベルの違う説明がされている。つまり、本当に利用者がわかって同意をするのか、あるいは、あんまりわからないけれども、まあいいかと同意をするのかといふのは実は本当は大きな違いがあります。同意はもちろん大事ですが、同意があるから良いという訳ではないという点を、例えば業界指針等でしっかり決めていただくと、安心感が随分高くなると思います。

○ 同意があれば何でもやっていい訳ではないということと、もう一つは、データの種類、要は発生源の問題で、発生源が違ふと、その扱い方が当然変わらなければいけないだろうと。

あと、特に発生源が、マイナポータルに行くところまでは例えば同意あるいは同意なしでもできると考えている節があるのですが、それが例えばAPI連携などで第三者提供にある意味直結する可能性がある。その場合には、その考え方自体を変えなければいけないということになってくるので、特に発生源に関してそこを多分整理してあげないと、例えば学校健診にしても事業主健診にしても、最初のところで個人から同意を取る必要があるのだろうかとか、取るならどういふ同意を取らなければいけないのかといふところがおそらく整理できていない。そこを考えずにマイナポータルに出すところまでのところで全部決めてしまうと、もう一回全部やり直しますということになってしまうと大変なので、そこをこの考え方は整理しておかないと後が大変ではないかと考えています。

○ ここで話しているPHRといふのは、もう一旦本人に返して、オーナーは本人であると

いう前提での話をしていたほうがいいのかと考えています。第三者提供についても、一旦本人に帰属して、本人が同意をしている。あるいは、閲覧だとかの機能についても、それに対して本人が一旦同意をしているということについてまず議論をしていたほうがいいのかと思います。

○ PHRの本質からいって、本人に一旦返していますから、基本的には本人がコントロール権を持つ情報だということですね。ただ、管理になると少し違ってくるとは思います。

○ 例えばマイナポータル等から一回自分でダウンロードされて、それを提供する場合は、そこで完全に個人のコントロールがきいているからいいと思います。例えばAPI連携なんかをするといったときに、そののところでよくわからぬまま全部流れていくのではないかという心配を、特に発生源のほうの例えば事業主健診等でやる場合に、各企業のほうでそれを出すということになると、マイナポータルに出すのはご本人のところだからいいけれども、それが場合によってはよくわからぬまま、API連携みたいな形ですぐ流れていくということになると、そこはちょっと不安だというふうにお考えになるので、そののところが整理してあげないといけないと思います。

【内閣官房】 マイナポータルを通じた情報提供は、その都度同意を取る仕組みであり、自動的に情報が行くということはシステム上ありません。それは既に公表されております。ガイドラインと利用規約にも明確に書かれております。

○ そののところはきちんと本人が確実にコントロールできるというのをもう少し具体的な資料を示して、そこで、そこも含めて同意の取り方とかいうことを各ワーキンググループ等で決めておかないといけないと思います。

【内閣官房】 内閣府のマイナポータルのホームページにAPIの利用のガイドラインとか規約とかは公表しております。その中にもセキュリティの話も書いてあります。人の体制をちゃんときちんと決めていたりとか、あとは、インターネットも使うものですから、そういうところのセキュリティもきちんと記載しております。

先ほどの関係でいうと、ダウンロードしたものをアップロードするのと、APIも基本的に本人が自分で決めて行っているというところについては一緒です。

それと、特定健診データについてはマイナポータルで見られるだけではなくて、マイナンバーカードで受診した方については医師だけですけれども、医師に直接それが閲覧できるようになっています。薬剤情報もわかりますので、その人がもう既に服薬中の方であって医療にかかっている方なのか、それとも特定保健指導にかかっている方なのかとか、そういう

のはデータで見ればわかりますので、そうしたことは直接、医師に提供するというやり方も、別途特定健診と薬剤情報については用意されています。

○ その次は8ページの相互運用性。これ、相互運用性というと、英語で言うとインターオペラビリティですよ。実はインターオペラビリティというのは相当厳しい標準化といえますか、相互運用性って日本語で言ったら何か変に聞こえますけれども、標準化で、ポータビリティという言葉が別にあるってポータビリティのほうが割と緩いですね。相互運用性は大事だけれども、PHR事業者によって扱う情報種が違う。したがって、事業者間に移動した場合に、元の事業者が使っている情報を次の事業者が全て扱えるわけではないということもあり得るわけですね。そのときにどうするのかということまで考えるのが、実はポータビリティの範囲ですね。

○ 基本的にこのPHRはこれからどんどん広がってくるものだと思うので、その中ではやっぱり全体に決めることはなるべくミニマムにというコンセプトが重要なんじゃないかなというふうに思いました。

その上で、ミニマムの中で、おそらく国と、あとは民間団体が理想的には育てば、そこで作るルールという2段階があるというコンセンサスを得た上で、国はミニマム中のミニマムを決めて、プラスアルファのミニマムというか、それを民間団体が決めることでだんだん育てていくというようなイメージを共有できたらいいのではないかと思います。

国が定めるべきミニマムのミニマムというかは、まさに今の使える情報、今の時点で特に医学的に使える情報もしくは使うべき情報というようなことは定めておいて、そこから先はポータビリティとか緩やかに、極端に言うと、流通性がなくても可能性を信じてどこかの会社が集めているだけでもいいかもしれないので、そういうような構成もありじゃないかなと思いました。

○ 介入のために情報を一時的に受け取って処理する方々と、PHRをメインにやっていて、おまけ的に介入、アドバイスをやる方は、データの考え方が本質的に違うので、そこは分けていただきたいと思います。

○ ユースケースとして、保険者等あるいは自治体を使う場合はやはり継続性が極めて重要になるので、利用するサービス事業者がかわってもきちんと継続できるとか、あるいはいろいろな自治体がそれを使うのであれば、引っ越してもそれが使えるとかというような、空間的・時間的な継続性という意味での相互運用性というのが、特に自治体、保険者あるいは医療機関で使う場合にも、そういう意味での運用性というのが重要ではないかと思います。

○ 相互運用性だとか、乗りかえがやっぱり一番イメージしやすいと思いますが、今日のお話だと、PHRというのはアプリ、プラス、デバイスということで、多分1人の人間が複数のPHRを同時に動かすという形が当然想定されると。だから、同時に複数使用のとき、複数併用のときの相互運用性ということもイメージしておいたほうがいいかなと思いました。

○ 昨年度までAMEDで研究されていたPHRの中で、6臨床学会で集まって作っているミニマムデータセットというのが今それぞれの学会のホームページで同じものが公表されています。あれは、生活習慣病に関してこの4つの学会がこれだけでいいと言っているのが全部合わせて40項目です。検査項目でいうと13項目しかありません。このぐらいだと相互運用性を確保するのも難しくはないと思います。こういった13項目あるいは40項目は風邪を引いてでも入れるというぐらいのことでやっていると、いわゆる生活習慣病のブラックボックスと言われている、突然悪化して最重症化ステージに入ってしまうようなケースの予防につながり、それが本来PHRの意義だと思います。

そういう意味では、ミニマムデータセットを、意識して作り続けていくことが大事だと思います。

【事務局】 PHRの議論を始めるときも相当議論になりました。今現状の着地点というか、進めている部分でいうと、まずは健診にしましょうと言っているのは、健診についてはもう法定項目として項目が全部列挙されていますので、まずはそこをちゃんと標準化して共有できるようにしましょうというのが議論の始まりです。

先生が今ご紹介いただいたミニマムデータセットでいうと、特定健診の項目プラス、少しはみ出る部分があって、その議論というのは、健診というよりは、医療機関でやっている検査をどう共有するかという、EHRの議論と少し連動してくる部分があるので、多分そこはそっちの議論も含めてしっかりと検討しなければいけないと思っています。

というのがまず医療情報というか健診情報の部分で、この場では、ライフログみたいなどころもある程度抜いていくとすると、そこはまだ白紙の状態なので、いろいろとご議論いただいた上で決めていくのかなというふうに認識をしております。

○ 公衆衛生に役立てるという意味では、発熱37.5度とか、これが4日続いたらこういう行動をリコメンドするか、発熱外来を受診しましょうと。そうすると、かなり身近な実際の行動に結びつくし、実は新型感染症対策に非常に役に立つとも思います。

もう一つは、こういう基本的な臨床の情報を集めると、多分AIを使う際のよいデータになる可能性があるのではないかと思うので、そういう国民に利益が還元できるような二次

活用に使えますよというものにしていただけると将来性があるのではないかというふうに思います。

○ ありがとうございます。それでは、相互運用性はこのあたりにして、その次に、安全性・有効性です。ご意見、ご質問がありましたらよろしくお願いします。

○ オンライン診療のガイドラインというのがあって、そこではオンライン診療とオンライン受診勧奨とオンライン健康相談という分類があります。健康相談は全くガイドラインの適用外、受診勧奨は一部適用、オンライン診療はすべて適用ということになっています。それは、要するに、受診勧奨ぐらいからは、医療従事者、特に医師以外はやってはいけないと。健康相談は、医師はやってもいいけれども、医師がやらなくてもいいわけで、医師法の範囲ではないというふうな形で一応分けています。

将来のことを考えると、診療の中にPHRが組み込まれて、つまり、ライフログ機能が組み込まれて、医師の指示に従ってリコmendを出すPHRというのも多分あり得る話です。同じリコmendでも、かかりつけ医を中心とした医療従事者が関与するリコmendと、いわゆる健康相談的なリコmendというのがあり得ると思います。健康相談的なリコmendでやってはいけないことというのをきちんと提示をしてあげないといけないのではないかなと思います。

○ その意見に賛成で、まさにその大前提があると大分議論が変わる気がします。今のオンラインの健康相談というのは1つの指標というか、そういうようなものについて、そのときに本当に危ないものは何なのか、本当に危ないものについては何らかの、ここで議論すべき危険性に対してやってはいけないことを明確にするということになっていくと思います。

○ オンライン診療の指針では、相談の役割の定義の書き方も、医療者が行っている場合と一般人が行っている場合と書き分けており、同じ類型でも実施してよい幅が若干違うので、それも参考にさせていただくと、最終的に医療機関・医療者の医療側のできることに、それ以外の一般人、一般事業者のできるものの色分けが見えやすくなると思います。

○ 問題があるようなものを全てチェックするのは無理なので、やはりその相談窓口を民間の業界でも作ってもらい、国のほうでも、もしかすると、消費者庁みたいなものなのかもしれないけれども、そういう形できちんと拾って、それを現場に戻していくという仕組みがないと、これ全部確認は不可能なので、そういう仕組みも併用が必要だと思います。

○ 業界団体ではデータカタログを作ったり、サイバーセキュリティ対策を検討しており、その中でも一緒に議論していくと良いと思います。

また、やってはいけないことをわかりやすく明示する必要があると思っています。ニックネーム登録だから個人情報を扱っていませんので、安心して登録してくださいと言っていますが、実際は生年月日と性別入っていて、人口1万人の町でやっているのではほぼ特定されてしまいますような事例もございます。そういった事例を示しながら、やってはいけないことを作っていくところにも我々もある程度知見がございますので、ご協力させていただければというふうに考えております。

○ ありがとうございます。それでは、最後にPHRサービスの普及に資する体制ということで、認定ですね。何か例えば指針を作った後で、優れた事業者認定するのか、あるいは守っている事業者を認定するのか、この辺に関してご意見はございますか。

○ 民間の団体で何らかのルールなりを作るときに、認証とルールづくりを全く別にする大変だと思いますし、最初のところは協力してやるけれども、途中からちゃんと中立的な立場に持っていくというようなのが現実的かなと思っています。

○ 認証前提で議論することには賛成ですけれども、その認証のときに、今もPHRと一言で言ってもかなり幅広い中で、PHR事業者と言っている中のどこにフォーカスをして認証するのかという、幾つかの種類の中の認証すべきポイントを選んで議論して、その上で、国が質を担保すべきところと民間でやり得るところを考えたほうがいいのではないかと思います。

○ バックエンドでやっているベンダーが勝手にやっているだけですというのは許されないものと考えられます。このため、基本的に委託先管理のところまで含めて適切に管理を行っている事業者が認証を取って、かつその事業者は委託先管理をしていますと、こういう仕組みにしていくというのが必要だろうと思います。

もう一つ、リコメンドまでやるかどうかというのはサービスの問題なので、必ずリコメンド機能をやることを前提とした審査までは必要ないと思います。仮に審査する場合でも、リコメンド機能もやるときはそっちの審査も経て、そっちの合格も取ってくださいというふうにしたほうが、認証を取る事業者が参加しやすくなると思います。

○ 認証の主体というのは、これは国、政府が直接やるのではなくて、基本的な方針を決めて、各それぞれの協会・団体がするというようなイメージでよろしいですか。

【事務局】 両方あると思います。ただ、先ほどのシステムセキュリティのほうは民間じゃないほうがよい場合もあり得るかもしれないと思っています。サービスのところ、医療関係のほうは、また少し意見が違うかもしれません。私自身はニュートラルですので、政府が行

う、民間が行う、どちらもあるかと思います。

○ その場合、同じような先行の政府の認証している仕組みというのは、例えばどんなようなものがあるか、私はあんまりよく知らないのですが、何かモデルになるようなものがあるならば教えて頂けますか。

【内閣官房】 最初にご紹介でいただいた次世代医療基盤法、こちらに関しては認定するときの条件の中でセキュリティというところは非常に見ている、もちろんまず書類出すことになるのですが、その書類どおりになっているかどうかという点を実際実地検査で確認されます。実際には書類のとおりになっていなくて、修正を求めたりすることがあり得るわけですし、国が制度に基づいてちゃんとやっていると相当労力はかかる話にはなりますが、そこはガイドラインなどがありますので、参考にすることができます。

○ ほかの例ということで、情報銀行の場合も参考になると思います。あれは内閣官房での議論を踏まえて、総務省、経産省で「情報信託機能の認定に係る指針」を出しています。その指針では民間団体等が情報銀行を行う事業者を認定する際の認定基準について大枠のところまで決めています。情報銀行を行う事業者を認定している民間団体として日本IT団体連盟がありますが、そこでは政府の指針を踏まえてさらに若干プラスしたような内容の個別事業者へのガイドラインとか情報提供元・提供先とのモデル約款も作って、それに基づいて、個別の事業者を認定しています。そのような仕組みが1つあります。

また、業界が別の例では、例えば銀行から口座情報を取るような場合については、口座情報を電子的に直接取得する事業者を金融庁に登録をします。そのときの審査のチェックリストは、全国銀行協会の作ったオープンAPIのあり方検討会の報告書でのセキュリティ、利用者保護の整理を踏まえて、FISCという金融のセキュリティ団体が作ったものを参考にしています。金融庁のほうでも、FISCチェックリストを若干修正した内容のリストに基づいて審査をして登録が認められます。その上で、登録事業者は、情報提供をしてもらう銀行との間で契約をするときに、FISCのチェックリストを参考に、各銀行が作ったチェックリストに基づいて、口座情報を取得しようとする各銀行がさらに審査するという形にしています。これは極めて厳し過ぎるのでそこまでやらないほうがいいと思いますが、似ている場合で国がかかわっていて、かつ民間のほうからもコントロールを及ぼしているというのは、そういうものが著名な例だと思っています。

○ 医療情報系だと、HISPROといたしまして、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会があり、そこでちゃんと評価もしているというようなものがあるので、場合

によっては、そこが業務拡大という考えもなくはないかなと思います。

○ やはり分野ごとに基準が変わらざるを得ないので、まずPHR側は、先ほどのミニマムデータセットというか、必ず受けることが義務化された項目、渡すことが義務化された項目を守る、プラス、セキュリティ関連というのが最低事項になるだろうと思います。もちろんサービスは多分上げになりますので、そこは別途議論していけばよいはずなのですが、実は特定保健指導の事業者団体が存在しないというぐらい基準ができていない。実は民間事業者はたくさんありますけれども、統一団体はないですね。だから、そういう現状を踏まえて考えていかざるを得ないという、少し前のフェーズになるのかもしれない。

問題は、認証をやった場合に、今度は監査機能が伴わないと実効性がほぼ伴いません。自己宣言でやるとかなりいいかげんなものしか出てこないで、ある程度基盤がしっかりしたところがある程度のお金をいただいてやるということにならざるを得ないと思います。その場合は当然ながら、弱い母体のベンチャーさんは入りにくいという問題がセットで生まれますので、そこは産業振興の観点で、別途、経産省サイドのほうから少しご意見がいただければと思う次第です。

○ ミニマムデータセットを必須というふうにお考えかとおもいますが、PHR全体から見ると、健診情報を扱わないPHR事業者がおっても当然ながらいいわけですよ。したがって、ここの普及に資する体制も一応対象を、厚生労働省の親会で検討しているような健診情報を中心として、もう少し上側は広げてよくて、例えば一部でEHRとの連携というのはあり得るでしょうし、少なくとも健診情報以上の情報を扱うPHR事業者と、そういった情報を扱わない事業者とに少し分けてから、認定制度とか考えたほうが多分いいでしょうね。

○ 認証を取得するメリットは保険者なり医療機関が採用するための基準になることだろうと。さらにそれを言うなら、例えば補助金なり基金の対象として、そういう一定の条件を満たした者が対象になるというようになると、大きなメリットになるだろうと思います。

○ もう全体の議論もほとんど終わったと思いますので、これで本日の議論は終わりたいと思います。ほかにご意見ございましたら、どうぞ遠慮なく事務局のほうにお寄せいただくようお願いいたします。

— 了 —