

○福田介護保険データ分析室長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第4回健康・医療・介護情報利活用検討会「介護情報利活用ワーキンググループ」を開催いたします。

構成員の皆様には、お忙しい中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

本日は、ウェブ会議にて開催させていただきます。

本日の出欠状況でございますが、全ての構成員に御参加いただいております。

また、本日はヒアリングのため、東京大学名誉教授 森田朗参考人に御参加いただいております。

それでは、これより議事に入りますので、頭撮りはこれまでとさせていただきます。

今回のワーキンググループは、傍聴希望者向けにYouTubeでライブ配信しております。本ワーキンググループでは、録音・録画を禁止させていただきますので、傍聴されている方はくれぐれも御注意ください。

なお、構成員の皆様方、御発言される際には、Zoomの「手を挙げるボタン」をクリックし、主査の指名を受けてから、マイクのミュートを解除していただき、御発言のほどよろしくお願いたします。なお、御発言終了後は、再度マイクをミュートにさせていただきますよう、よろしくお願いたします。

以後は荒井主査に議事進行をお願いしたいと思います。それでは、荒井主査、よろしくお願いたします。

○荒井主査 荒井でございます。本日はどうぞよろしくお願いたします。

それでは、事務局からまず資料の確認等をお願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 それでは、資料の確認をさせていただきます。

資料1「共有すべき介護情報に係る検討について」。

資料2「今後の議論の進め方について」。

資料3「山本構成員提出資料」。

資料4「森田参考人提出資料」。

資料5「介護情報の共有に係る同意取得及び個人情報保護について」。

ほか、参考資料として開催要綱を配付しております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。まず議事の1「共有すべき介護情報に係る検討について」、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。資料1「共有すべき介護情報に係る検討について」を御説明させていただきます。

こちらの資料1は、前回の御議論をまとめさせていただいた資料となっております。

2 ページ目を御覧ください。前回の主なご意見をまとめさせていただきました。

共有すべき範囲につきましては、基本的に幅広く必要な関係者に共有すべきであった御意見や、サービス提供者と利用者、また、介護事業所同士や、医療機関と介護事業所のように共有する主体別に検討してはどうかといった御意見をいただきました。

さらに、検討に際して留意すべき事項として、利用者の自己評価や今後の改善につながる情報を優先的に共有すべきといった御意見や、新たな対象に共有されることで、本来記載すべき情報の内容が影響されることのないようにすべき、また、利用者には分かりやすい形で共有すべきといった御意見をいただいております。

3 ページ目を御覧ください。こちらは、ただいま御紹介をさせていただきました主な御意見を事務局でまとめさせていただいたものとなっております。内容としましては先ほどと同様でございますので読み上げは割愛させていただきますが、このような方針で検討を進めてはどうかとしてございます。

4 ページ目を御覧ください。こちらは、前回もお示ししておりました介護現場で活用される利用者に関する主な情報の表となっております。前回いただいた御指摘を踏まえ、ケアプランの部分の記載を修正させていただいておりますので、改めて御提示させていただきます。

資料1に関する説明は以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

事務局より、前回の議論につきまして御説明をいただきました。

具体的な御議論はこれからですので次に進みたいと思っておりますけれども、もし確認事項等ございましたら委員の先生方から御指摘をいただければと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

高橋構成員、お願いします。

○高橋構成員 高橋です。よろしくお願いします。

3 ページ目の一番上の黒丸なのですが、ちょっと確認なのですが、「必要とされる関係者に共有し」という共有する情報をどこに置くのかという共有場所は、国なのか自治体なのか、あるいはITベンダー、個々というところもあると思いますが、その共有場所ともう一つ、利用者自身も閲覧できるということは、その見る先というのはどこを想定しているのか。

例えば、今日の介護保険部会では介護保険被保険者証がマイナンバーカードに搭載されるということをお聞きしたのですが、例えば、オン資確認のマイナポータル、あるいは民間ベンダーのつくっているPHRとかその辺りははっきりしなくてもこれから議論に進むに当たっては問題ないのかどうかということでもちょっと質問させていただきました。

以上です。

○荒井主査 これはこれからの議論になるかと思っておりますけれども、事務局から何かお答えはありますでしょうか。どうぞ。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

この情報共有の仕組みが今後どうなっていくかというところについて詳細な御提示というのがこれまで十分できない中で御議論いただいております。資料2でも少し御説明させていただければと思いますけれども、これまで出させていただきました全国医療情報共有の基盤の整備ですとかそういったものと併せて、今、高橋構成員からいただいたようなところについて御提示できるのかなと思ってございます。今後検討が必要とされる課題、資料2でお示ししますけれども、その中でも少し御説明になるかと思っておりますので、併せて御議論の中で御覧いただければと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、よろしいでしょうか。

続きまして、議事の2「今後の議論の進め方について」に進みたいと思っておりますので、まず事務局より御説明をお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。資料2「今後の議論の進め方について」を説明させていただきます。

2ページ目を御覧ください。こちらには、本ワーキンググループで今後検討が必要と考える課題を記載しております。

太字の③から⑤の箇所が、今回のワーキンググループで取り扱う課題となっております。

3ページ目を御覧ください。今後の進め方についてということで、3点記載させていただいております。

1点目、共有する情報の範囲や標準化について、現場で使用されている様式の実態や課題を調査研究事業等で整理し、ワーキンググループの議論も踏まえ、実現可能性の高い対応案を検討することとしてはどうか。

2点目、同意の取得や個人情報の保護について、有識者へのヒアリングや議論を踏まえて課題を整理し、調査研究事業等を踏まえ検討することとしてはどうか。

3点目、技術的課題や安全管理措置等について、調査研究事業等において課題整理を行い、検討することとしてはどうか。その際、まずは一次利用を進めていく観点から検討することとしてはどうかとさせていただきます。

4ページ目を御覧ください。こちらが、本日のワーキンググループの進め方でございます。

1点目にありますように、有識者へのヒアリングも踏まえ、同意取得や個人情報の保護に関してどのような課題が考えられるか御議論いただければと思います。

また、2点目のように、本日の御議論を踏まえまして、調査研究事業等で整理を進めていきたいと考えております。

5ページ目を御覧ください。こちらは、スケジュールを図にしたものとなっております。

す。

先ほど御説明させていただきましたように、ワーキンググループでの議論を踏まえ、令和5年度調査研究事業等において現状や課題を整理し、ワーキンググループでの議論の取りまとめに向けて検討を進めていく予定でございます。

資料2の説明は以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

先ほどの高橋構成員の御質問は、第5回目と第8回目に行うという理解でよろしいですか。そのような形ですね。

それでは、ただいまの事務局からの御説明につきまして、御質問や、進め方について御意見がある方は、挙手ボタンをクリックして、挙手をお願いいたします。よろしいでしょうか。

田宮構成員、お願いします。

○田宮構成員 ありがとうございます。

今の御説明いただいたところのパワーポイントの3ページの3ポツ目です。介護情報の共有に係る技術的課題のところ、調査研究事業において整理を行った上その後、まずは一次利用を進めていく観点からというのはどういう意味でしょうか。

○荒井主査 事務局、お願いします。

○事務局 事務局でございます。

こちらのまず一次利用を進めていくということに関してでございますけれども、利用者の方や介護事業所、自治体といった現場での情報共有をまずは進めていくといったところから課題整理等を行っていくという趣旨で書かせていただいております。ただ、必ずしもその二次利用を妨げるというものではございませんので、まずは現場での情報共有を進めていきたいという趣旨でございます。

○田宮構成員 そうですね。私もまさに伺ったのはそこで、二次利用というののもやはり入れて、大事なことではあるかなと思っております。現場のレベルを上げるためにもほかの比較とか相対的に全体の中の位置づけとかそういうところで重要にはなってくるので、まず一次利用からというのはそれでいいと思うのですけれども、二次利用を妨げないという、その二次利用の議論を全く後回しというのもちょっとどうかなと懸念があったので発言させていただきました。今おっしゃったようにそれを妨げるものではなくということであればよろしいかと思えます。ありがとうございます。

○荒井主査 他の御質問、コメントはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、議事の3「ヒアリング」に進めたいと思えます。まずは、山本構成員から御説明をお願いいたします。

○山本構成員 ありがとうございます。

画面は御覧になれますでしょうか。

○荒井主査 見えております。

○山本構成員 「介護情報の利活用における同意のあり方」ということで、比較的原則的なお話をさせていただければと思っております。

医療・介護・医学とは、当然ながらその情報の公益利用というのが非常に大事で、今、田宮先生がおっしゃった二次利用に属するものだと思いますけれども、それも非常に大事なのですが、一方で利用者、患者等の権利保護もおろそかにしてはいけないもので、一般には法令遵守が最優先なのですが、法令だけではなくて倫理、あるいは最近では特にソーシャルネットワーキングサービスでの批判といったものも、一旦炎上してしまうと大きな問題になっていきますので、そういったことも十分考えてやらなければいけないということで、エシカル、リーガル、ソーシャルでELSIという概念で整理がされています。

とはいいいながらも、やはり法令遵守が一番大事なわけで、日本の場合は2005年に個人情報保護法制が施行されましたけれども、様々な課題があるというのが法律施行前から言われていて、2005年の時点ではここに書かれているような6つの問題点がございました。

その中でも、やはり使いにくいというのが大きな問題でありまして、その上の5つは情報の保護法制の在り方自体に問題があり、最後の1つは個人情報保護法というスキームの問題でありまして、同意がかなり重視されているということです。これは同意ベースである以上は、その情報を収集した人を規制するしかないというところがあって、そうではなくて出口、つまりどうやって使うかに議論を進めていくべきだというのが、最近、非常に活発に議論されております。

この問題点に関しまして、合計4つの改正が行われております。

そのうち1つは特別法の制定なのですけれども、その4つの改正によりまして大分是正はされてきております。保護へ偏っているという点については、仮名加工情報の概念が導入されたり、あるいは次世代医療基盤法が作られています。

それから、情報を取得する主体の帰属によって扱いが違うという点が、最後の令和3年の改正によって、少なくとも医療情報や学術情報に関してはかなり統一されてきています。

それから、個人情報の定義が曖昧で、つまり匿名化がについて、個人に迷惑をかけないという状態の定義がしにくい点に関しましては、定義が大分精緻化されてきているということがございます。

次に、実効性のある悪用防止ができていないということに関しては、罰則が強化されて随分と改善はしてきております。

海外との制度の整合性も、個人情報保護委員会が設置されて随分改善されてきました。

それから、同意偏重の入り口規制に関してはまだ不十分で、次世代医療基盤法は一部ではありますが、出口の制御にかかってはいるものの、やはり個情法の特別法として制定されたということで、個人情報保護法全体のスキームから完全に外れるということにはなっていないということがございます。

そして、要配慮個人情報が入り込んで、ここに特別に配慮を要する個人情報ということで、その一番上に書いてある人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪被害を受けた事実及び

前科・前歴と、それから、政令に更に追加されまして、病歴の言葉をどう解釈するかもあるのですけれども、それとは別に、ほとんどの医療情報あるいは健診情報が要配慮情報に指定されたこと。この要配慮情報に指定されますと、同意を得ない取得が禁止され、第三者に提供するときに明意に同意を得なければならない、つまりオプトアウトでの同意が使えないという点が規定されました。これは人種、信条や社会的身分とか犯罪被害を受けた事実、前科・前歴等はこれでほぼうまくいくと思うのですけれども、医療情報、健診情報、病歴の場合は、公益性との兼ね合いでスムーズにいかないおそれがあるということで、次世代医療基盤法が作られたのです。

この要配慮個人情報と介護情報の関係なのですけれども、一応いわゆる純粋な介護情報は要配慮情報には入っていないのですが、これは「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関するQ&Aというのが個人情報委で出されていますが、その中で、このA2-4ですね。そこに、介護関係記録に記載された病歴がここには含まれると。当然ながら、医師の診断書とか意見書にはこれが含まれてきますので、介護情報も一部要配慮個人情報を扱うということになると思います。

こういったものを使っていくときに、先ほどの事務局の方針でもありましたように、まずは一次利用を考えていて、一次利用に属すると思われる、一部に二次利用が入っていますけれども、この1と3ですね。

取得時に通知した利用目的での本人の介護サービスのための利用というのは、これは基本的には同意は不要ですけれども、要配慮情報が含まれている場合は取得時に同意が要ることになります。

それから、法令に基づく二次利用は、同意は不要であります。

それから、介護サービスを提供するためには必須ですけれども、本人の介護に直接関係しない情報。こういった情報もたくさんあり、利用もたくさんあるわけですが、現状これも同意が必要ということになっております。

それから、取得時に通知した利用目的外なのですけれども、本人の介護サービス実施のための利用があります。本人のための利用なのですが、やはり目的外利用になりますので同意が必要になると。

それから、法令に基づかない公益的な二次利用、学術利用等が入りますけれども、これは当然ながら同意が要ると。

それから、その他の二次利用も当然ながら同意が要ることになります。

同意とは何なのだ？というのは、個人情報保護法を見ると、この一番新しい令和3年改正の個人情報保護法では、第4章、第5章の法文の中に同意という文言がございます。

これの中身を詳しく見ると、全てではないのですが、とりあえず「同意」について明確に必要とされている「同意」があると。

それから、「同意」の詳細なのですけれども、これは法律・規則、ガイドライン・ガイダンスにもきちんと定義はされていません。

ただし、オプトアウトによる同意、これは通知をした上で拒否されなければ同意したとみなすという同意の取り方なのですけれども、これは要配慮情報の第三者提供では禁止されていますとされ、それ以外は規定がない。

それから、介護情報の場合は特にですが、御本人が同意できないということが非常に多いので、代諾つまり代理の人が承諾をする、同意をするというこの問題が結構大きな問題になるだろうと思います。

個人情報保護法制は、法律があって施行令があって、規則があって共通のガイドラインがあって、そして分野別のガイダンスがあるということになっています。

それと、特別法として次世代医療基盤法があるということになっております。

この分野別のガイダンス、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンスというのが、いわゆる法律をブレイクダウンして医療・介護の現場の方々にとっての個人情報の適切な取扱いのための指針になるわけでございます。

ここで、医療の場合なのですけれども、黙示の同意というのが定義されています。黙示の同意というのは、通知をしておいて、つまり第三者提供をする、あるいはそういったことをあらかじめ通知をした上で、あるいは公表した上で御本人が拒否されないという場合は同意を得たというふうに考えるという考え方であります。医療の場合は、患者さんが医療を受けるということは、我が国の場合、どの医療機関を受けるかは患者さんの自由ですから、医療を受けるということを御判断された時点で医療に必須の利用に関しては既に情報の利用も同意が得られていると考えたらよいという大きな考えであります。

これがこのガイダンスでは例示がされておまして、(ア) (イ) (ウ) (エ) とある4つの場合はこの黙示の同意を使ってもよいということになっています。

(ア) が、患者さんへの医療の提供のため、他の医療機関との連携を図ること。これは、要するに紹介状を書いたりといったことです。

(イ) は、医療の提供のために、外部の医師等の意見・助言を求めること。これはコンサルテーションであります。

(ウ) は、紹介状を持ってこられた患者さんの情報を、紹介状を作成した医療機関に照会をすると。この場合は当然ながらその先ではもう患者さんがいらっしやらないので改めて同意なんて取れないわけですけれども、これは医療に必須の利用であるから黙示の同意でよいとなっています。

5番目が、家族等への病状の説明を行うこと。最近ほとんど御本人にもちゃんと伝えられているのですけれども、中には状況によっては御本人に全てのことがお話しできない場合がありますが、そうはいえ、家族等への病状の説明、それも説明しないで医療を行うと、これはちゃんとした情報提供を行っていないというふうに判断されますので必須のことです。ありますから、これも黙示の同意でいいと。

これ以外は黙示の同意で使っていいとは書いていないのです。

したがって、介護の現場のほとんどの利用に関しては、今はガイダンス上では黙示の同

意で使っているとは書いていない。悪いとも書いていないのですけれども、いいとも書いていないということです。これは黙示の同意ではなくて、きちんとその都度説明をして同意を得るのが最も妥当な方法になって、これを、もし本当に全ての情報でやると、今議論をしているようなこの介護情報の共有の中で全て同意を取らなくてはならないということになってきて、非常に煩雑な手続が生じてきます。

ただ、先ほど申しましたように、やはり介護も当然ながら情報を利活用して介護していかないと科学的介護にならないわけですし、そういう意味では介護サービスに必須の利用、あるいは情報提供というのは当然ながら存在して、考え方からすれば黙示の同意でいいのだらうというふうに類推ができるのですけれども、残念ながら現状のガイダンスには書いていない。介護での情報提供があまり問題にならなかった時代につくられたものをベースにして改訂されてきたことがあるのだと思いますけれども、やはり本当はきちんと書いたほうがいいのではないかと、現場で混乱がない形できちんと運用するほうがいいのではないかと今、私は考えております。

ですから、これはほぼまとめなのですから、医療現場における煩雑な同意取得の問題は黙示の同意の明確化でかなり対応されています。

その一方で介護情報に関する記述はほとんどないと。

介護サービスの利用者も当然、介護の利用者が自由に選択するものですから、選択することによって、当然伴う情報の利活用は原則として同意が得られるとすべきではないかと。ここはやはり明確にしておく必要があります。

もう一つ、介護だけの問題ではありませんけれども、介護の場合にしばしば問題になる「代諾」の問題でありまして、代諾者の適格性というのを、今は全く共通の基準がない状態で、現場で判断をしているのだらうと思いますが、これもやはり一定の基準を設けておくことが必要ではないかと思えます。そうしないと、後であの人に聞いてもらっては困るみたいなことが出てきたときに、すっきりとした解決にできない。やはり一定の基準をきちんと設けておいて、その基準に従って代諾者というのを選定していくほうがいいのではないかと。こういったことをこれから、介護情報の共有の問題だけではなくて介護サービス全体の問題として、これをきちんとこのガイダンス等で決めていくことが必要になるのだらうと思えます。

それから、森田先生がこのお話をされると思いますが、同意というのは本当にオールマイティーなのかというのは、特に医療・介護情報の場合は微妙な問題がございます。

特に医療はそうですけれども、患者と医療従事者の間では明確な知識格差があって、説明したことを本当に患者さんが全て理解できるのかということ、必ずしもといいますか、多くの場合、多分そうではない。そうすると、「分かりました」というその同意の表現というのは、理解をして同意をしたというのではなくて、説明した人を信頼しているという意味の表現であって、本当の意味での同意とは言えないのではないかと。そうすると、個人情報では同意を得たら使っているわけですから、一方で、同意は重要なのですが、同意を

したとしても本人の権利を侵すような利用はしてはいけないということを明確にしておかないと、これはむしろ積極的に使うということに対して抵抗を持つ人が増えてしまうのではないかという危惧がございます。

それから、介護の場合、直接はあまり関係しませんが、遺伝する情報の場合は、いわゆる本人の同意というのは実はあまり意味がなくて、実際にそのことによって差別を受ける可能性があるのは本人の血縁者といいますか、御子息とかあるいは両親とかになるわけですが、この人たちは個人情報法のスキームでは第三者になってしまっていて、そもそも何の権利もないという存在になりますので、こういったことも考えると、やはり同意だけでその物事を図るのではなくて、一つは、どうしても必須の利用に関してはやはり黙示の同意。本人は、その全ての場合を網羅できるわけではないので、特殊な場合はやはり本人に拒否権を認めることは必要だと思いますけれども、それ以外はあまり煩雑な手続きで同意を取ることをしなくても使えるようにしなくてはいけないということと、一方で、仮に同意があったとしても同意を免罪符として何でも使っていていい、というものではないので、そうではあったとしても、本人の権利をしっかりと守っていかなければならないという原則は明確にした上で、介護情報の利活用を進めるべきではないかと思っております。

簡単ですけれども、私からの意見は以上でございます。御清聴どうもありがとうございました。

○荒井主査 ありがとうございます。

ただいまの山本構成員からの御説明につきまして、御質問や御意見がある方は、挙手ボタンでお願いしたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

では、久留構成員、お願いします。

○久留構成員 ありがとうございます。

聞こえておりますでしょうか。

○荒井主査 聞こえております。

○久留構成員 ありがとうございます。

今、山本先生のほうから御説明いただきまして、介護事業者の立場から申し上げますと、本当に現場では相当悩みながら運営しているというのが実情でございます。特に個人情報保護法の改正の中、これまでの歴史と、それから、指定基準ですね。これが連動して改正されてきたかという点、実は必ずしもそうはなっていないで、結局、それから、介護保険指定基準においては利用者及び家族と書いてあるのです。したがって、当事者である利用者以外に家族への配慮というのを求められていまして、ここが結構現場では大変でして、通常お世話をされている家族とそうではない家族も広範囲に存在しますので、個人情報の取扱いについて事業者は間に挟まって相当大変な状況があるということがありますので、今回、山本先生の御説明を伺ってまさにそのとおりだと思っておりますので、こういったところを踏まえて御議論が進めばいいなと思っておりますのでございます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

今のことに関して山本構成員から何かありますか。

○山本構成員 いや、特にございません。やはり現場は困っているのだなというのがよく分かることかなと。

○荒井主査 そうですね。

野尻構成員、お願いいたします。

○野尻構成員 デイ・ケア協会の野尻です。

今のお話を聞いていて、本当に現場はこれでいいのかなと思いました。現在のLIFEデータに関して、今お話になったルールが細かく守られているのか疑問に思うところもあります。これからLIFEのフィードバックが本格的に始まっていきますが、個人情報の管理に関わる整理はどう考えるべきか不安なところもあります。何かサジェスションがありましたらお願いします。

○山本構成員 その細かいところをどうされているかは、私は知らないのですけれども、当然、それなりに配慮しつつ運用を決めていっているものと思います。やはり個人情報保護はもちろん大事なのですが、最も大事なことはいい介護ができることが最も大事なわけで、それをおろそかにしてしまったら全く本末転倒ですので、そういう面で、やはり利用者さんのために何が一番いいのかという観点から考えていくべきで、一方で、間違っても本人に極端な権利侵害を起こさないということを基本に考えていけばいいのだろうと思います。それは、今は様々なところでそれはある意味ジレンマに悩みながら検討されているところだろうと思いますので、もしも現場のほうから意見がありましたら、ぜひ上げていただければと思います。

○野尻構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 そのほかにいかがでしょうか。

では、能本構成員、お願いします。

○能本構成員 山本先生、ありがとうございます。

先ほどガイダンスの中に介護が含まれていないというお話、御説明があったのですけれども、恐らく推測するに、今、医療の現場で行われている同意というのは患者さんが痛みとかつらい思いの中でそこで同意をしないと治療に進まないという差し迫った現状があるのではないかと。そうすると、どれぐらい理解したかどうかよりも、まずここで「はい」と言うことが先決になっている可能性があるのかなと思いました。

ただ、介護の現場ですと、そこまで切迫性がなくても、やはり医療よりもかなり生活に根差した情報を扱っているというのが介護かと思いますので、より個人情報の重みといたしますか重要性が増してくるのではないかとというふうに私は感じております。

そういった中で、先生、御助言といたしますか教えていただきたいのは、今のこの同意のシステムのままこのような利活用が進むと、今度は電子化、オンライン化ですのであつという間に拡散がされてしまうという状況が差し迫っている中で、この同意の在り方、取得

の仕方というのはもう一度見直すべきなのではないでしょうか。その辺のところをちょっと教えていただければと思います。

○山本構成員 ありがとうございます。

同意の仕方はやはり私は常に見直すべきだと思っていて、一方で、同意というか説明が不十分というのもやはりこれは困ったことだと思うのです。その一方で、同意さえ取ればいいというのもやはり問題で、おっしゃるとおり、医療に比べると介護情報のほうが生活の情報がたくさん入ってきますので、むしろプライバシーに機微な情報が多いと思うのです。そういう意味で十分検討していかなければならない。

ただ一方で、余りにも同意に偏重し過ぎますとかえって不安を与えることになり、ほとんどの個人情報を扱う、ちゃんとした扱う事業者さんというのは介護も医療も変わらず個人の権利を侵害しようなんて思ってもないわけですね。ですから、そういう意味では、基本的には大きな間違いは起きないと思うのですけれども、一方で、先ほどおっしゃったようにこれが電子化された場合に不注意で拡散してしまうとかになると、これは非常に大きな問題になりますので、こういった情報の利活用が進むに当たって常に検討を進めていくべきだろうとは思っています。

ありがとうございました。

○荒井主査 それでは、田宮構成員、お願いします。

○田宮構成員 山本先生、非常に整理されて、難しいところを分かりやすく御説明ありがとうございました。

2点コメントといいますか、一つは、先ほど家族のことが出ていましたけれども、やはり介護の場合は本人の同意が非常に難しい状況の中、家族をやはり慎重に位置づける必要があると思います。それから、介護の場合、医療と違ってケアマネという存在がありますよね。このケアマネは非常に重要な役割を果たしていますので、ケアマネはちょっと家族とも違うし、でも、第三者ではなくて第一次、本人に近いところにいる存在ということで、ケアマネは別の議論が必要なのかなと思っております。

それから、もう一点ですけれども、先ほどから一次利用、二次利用という言葉が出ていて、同意の在り方も先生にすごく分かりやすく整理をしていただいたのですが、その一次利用にどこまでが入るかという、先生もグレーで曖昧なところもあるとおっしゃいましたけれども、その通りと思います。

例えば、業者、グループ企業が、介護の業者などたくさんいっぱい持っているところもあります。そういうところが、利用者をまとめてどういう介護をしているところがいいだろうとか分析するような、そういうのは一次でもあり二次でもありというか、それから、市町村も介護保険を運用している側でいろいろ分析することがあると思うのです。なので、本当に研究者の分析のためのものというのともまた別に当事者がいろいろ分析するというスキームも非常にこの場合あり得るので、そこも整理が必要かなと2点思いました。

ただ、先生が本当に最後におっしゃってくださった、こういう情報はとにかくよい介護

のために利用するというお言葉が非常に心強く響きまして、そのためにいろいろな仕組みをみんなでこういうところで相談して行って、目指すはそこであると。現場の方もより負担がなくよい介護が提供できるように、情報情報といって負担が大きくなってよい介護ができないのでは本末転倒ですので、現場の御負担も、今、すごく現場が大変だということをもたまたここで伺いましたけれども、先生がおっしゃったような方向でぜひ皆さんで議論できればと思いました。

ありがとうございます。

○山本構成員 大変参考になる御意見をありがとうございました。

オペレーショナルな利用というのが医療でもあるのですけれども、その情報はその医療機関が最適に運用されるために使うものであって、介護の場合は特にそうで、様々な介護事業で1つのグループをつくっている場合に、患者さんをどういうメニューで対応していくのがいいのかみたいなことというのは、二次利用というよりは私は一次利用に近いオペレーショナルな利用だと思うのです。こういうのというのはやはり特に介護の場合は非常に特徴的な利用ですので、こういうのをあまり一次、二次と分けずに、その分類をして議論をしていくのいいのだろうと私個人的には思っております。

○田宮構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 では、江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

丁寧に分かりやすい御説明をありがとうございました。

2点質問があるので教えていただきたいと思います。

1点目は、医療と介護のサービス提供の際は、特に介護サービスは契約という行為から始まります。そういった意味で、医療と介護の個人情報の取扱いについては、契約のあるなしで何か差異があるかどうか、あれば教えていただきたいのが1点目です。

2点目は、代諾者の適格性で、もし先生の御見識があれば教えていただきたいと思っています。現場でも、例えば、人生の最終段階のガイドラインでも、本人が意識を表示できないときに御本人の意思を推定する者は家族等としておりますけれども、そこで研修会などでは、家族等と利害関係がないとか家族との的確性も医療・ケアチームが一定程度判断するというプロセスも入っているのですけれども、その辺り、家族によってもいろいろ御意見が異なることも間々ありますので。あるいはACPでいざというときの意思の代理決定者を決めていけばそれが、ちょっと古いものですがなかなか定かではないと思うのですけれども、先生のそこら辺の御見解があれば教えていただきたいのが2点目でございます。

すみませんが、以上お願いいたします。

○山本構成員 ありがとうございます。

契約の有無に関して言いますと、今の、あくまでも個人情報保護法の考え方としては、契約の有無は多分無関係で、全く同じように扱うのだろうと思います。医療の場合はどちらかというと、被告と弁護士の関係のような委任契約、準委任契約というふうに言われて

いまして、介護の場合はどちらかというそれよりは相対契約に近いのだらうと思いますけれども、少なくとも個人情報の取扱いに関してはあまり影響がないというふうに考えております。

それから、代諾の問題は、先生、これは本当に難しく、もちろん医療もそうなのですが、介護の場合も本当にその主たる介護者である御親族の方なのか、全く無関係な方なのかというのは時によってはかなり判別が難しいです。一方で、御家族ではない方が本当に親身になってそのお世話をしていることもあって、御本人もその人を信頼しているという場合もあると思うのです。そうするとき一体誰を代諾者にしたらいいのかというのは、やはりその個別の事情はかなり大きくて、その血縁関係とかそういう距離とかの問題で決めるというのは難しいところが多分あるのだらうと思うのです。

したがって、そういう意味ではなくて、いわゆる被介護者といいますか利用者といいますか、そういう人にとってどういう人であれば代諾していいのかという状況を比較的明確にしておいたほうがいいのかとは私は思っているのですけれども、これも本当にたくさんの現場を見たわけではないので、むしろ現場の方たちを入れてしっかり議論ができればと思っております。

すみません、あまり的確なお答えではないかもしれませんが以上です。ありがとうございました。

○江澤構成員 御丁寧にありがとうございます。現場の認知症の方とかいろいろ悩ましいことが多いので、また引き続き御指導よろしく願いいたします。ありがとうございました。

○荒井主査 ほかはいかがでしょうか。

先ほど議論がありましたように、最終的には現場のほうで個人個人に最適の介護が提供されるというのが目的であるということは皆さんの合意かと思えますし、医療と介護で若干これまでの経緯が違うということで、医療の現場では（ア）（イ）（ウ）（エ）と明確にその黙示の取決めがあるのですけれども、残念ながら介護の現場ではそういう取決めが現状ではなされていないということで、これについては今後解決しなければいけない問題ではないかと思いますが、山本構成員が書いていただいておりますように、保護は非常に重要であります。これは誰が見ても間違いないわけですけれども、それが理由でせっかくのデータが活用されずに眠っている状況は決してよくないと思いますので、そこをしっかりとバランスを取りながら進めることができればと思っております。各構成員の思いというのは大体共通しているかなと考えておりますので、御質問もないようですので、次に進めさせていただきたいと思えます。

山本構成員、ありがとうございました。

続きまして、森田参考人から御説明をお願いいたしたいと思えます。それでは、森田参考人、よろしく願いいたします。

○森田参考人 森田でございます。このような機会を与えていただきましてありがとうございます。

ざいます。資料を使って説明させていただきます。

私自身は介護の専門家ではございませんし、医療、情報の専門家でもないのですけれども、いろいろな関係で医療関係の情報の利活用推進の観点から、厚労省の会議等に参加するとともに、そのほかのところで研究もしてまいりました。

特に、最近でいいますと、医療情報の利活用をさらに推進すべきではないかという観点から、若干、現実には比べますと過激と申し上げてもいいのかもしれませんが、進んだ提言もさせていただいているところでございます。

申し上げたいことは、スライドの1頁に書きましたように、基本的にこういうことになります。医療と介護で特に区別をしていないといいたいまいしょうか、介護情報について固有の事情については必ずしも把握しておりませんので、医療と類推するような形で考えを御説明させていただきたいと思っております。いずれにいたしましても、医療データにしましても介護データにしましても、人類が入手した非常に貴重な資源であると思っております。これを利活用することによって、医療に関して言いますと質の高い治療であるとか新しい治療方法の発見、介護にしましてもより進んだ形での介護が実現できると思っております。

そのためには、個々の介護あるいは診療についてのデータを蓄積するとともに、それをビッグデータとして活用することによって、一般的な傾向であるとか科学的な知見に結びつけていくということが重要であると思っております。

先進国ではこういう動きが、特に北欧諸国を含むヨーロッパが多いと思っておりますけれども、かなり進んでおります。そして、特にコロナ禍以降、急速にこれが進み始めました。

そして、これは位置付としては医療なのですけれども、EUにおきましては昨年、2022年の5月にEHDS（ヨーロッパ・ヘルス・データ・スペース）という、EUの域内において共通した医療データの基盤をつくりそれを利活用していくという構想が発表されております。それを見てみますと、我が国と違いますのは、ここではまさにヘルスであって、治療とか介護だけではない。健康な人も含めた意味での健康データを蓄積し、そして、ヘルスケアを行っていくと。その意味でいいますと、医療と介護の区別は必ずしもされていないところだと思います。

さらにもう一言申し上げますと、ヨーロッパの場合には日本と違って、日本の場合には患者さんとか、介護の場合は利用者という言い方をしますけれども、ヨーロッパの場合にはいわゆるナチュラル・パーソンということで健康な人も含めた自然人が対象になっているということに注意する必要があると思っております。

我が国のほうは、今、山本先生からのお話にもございましたけれども、個人情報ということが最初に頭に浮かんで来るせいか、そうしたデータを利活用してよりよいサービスをしていく、よりよい研究をしていくという発想が乏しいのではないかと。そのためには、私自身は、これから申し上げますけれども、少し大胆に制度の見直しも考えていく必要があるのではないかと考えているところでございます。

ヨーロッパもそうですけれども医療のほうでも言われておりますのは、その出生、より

正確に言いますと、母親が妊娠した段階から死亡までの健康データというものを蓄積していく。それを利活用することによって、もちろん医療もそうですし介護が必要になった場合の介護のための一つのリソースとしてそういうデータが活用できるような体制を国としてつくっていくということが必要ではないかということです。

そして、そこでの考え方といいますのは、一次利用、二次利用と、先ほどから少し御議論がございましたけれども、これはヨーロッパの場合もそうですが、基本的な考え方としては、患者あるいは介護の利用者ですね。その人たちの介護のため、治療のために使う場合を一次利用と通常は呼んでおります。それ以外の目的、行政上の目的、公衆衛生の目的であるとか研究であるとか、医薬品、その他医療機器、あるいは介護サービスの在り方もそうですけれども、そうしたものの研究開発に使う場合が二次利用という使い方をしていると思います。

したがって、一次利用と二次利用といいますのは、基にするデータというの是一次利用のときに生成されたデータということになりますけれども、利用者も利用目的もかなり違っている、しかし、それが密接に結びついている。そうした形での情報の体系というものをしっかりと理解していくことが必要ではないかと思っております。

個人情報がいかに機微性の高い情報であるかということにつきましては、先ほどの山本先生のお話がありましたのでそれ以上繰り返しません。

我が国の医療情報に関してはどうなのかといいますと、それなりに医療機器であるとかデータの蓄積もあるわけですが、今回、ヨーロッパのEHDSの考え方を見てみますと、そのデータの利用についてのグランドデザインといいたし、医療情報、介護情報というものをどのように使うかということについて、体系的な考え方、ベースになるものが必ずしもないように思います。

したがって、個人情報の問題にすごくこだわったり、あるいは地域医療介護ネットワークをどうするかという議論に収れんしたり、さらに言いますと、研究のための次世代医療基盤法の二次利用だけに集中した議論というものが展開されているような気がいたしております。

その原因といいますのは、今も申し上げましたようにグランドデザインといいたし、基本となるような体系的な考え方というのがベースにないことが第一。

もう一つは、実際にこれを動かす場合の問題としては、今日はここでしか触れませんが、利活用のためのシステム、標準化、そうしたものについて遅れているということ。

3番目が、個人情報保護制度の存在ということが言えるのではないかと思います。

私どもはそうした観点を検討しまして、少しといいますかかなりかもしれませんけれども、大胆な形で医療情報についてはこういうふうに変えてはどうですかと、制度をこういうふうに変えるべきではないですかと。これはもちろん場合によっては法改正にも結びつくものだと思いますし、それがなければ実質的にきちんとした形での制度はできないのかかもしれませんけれども、それを提案しております。

その内容というのはどういうことかといいますと、「同意」と「匿名化」ということが日本の場合には非常に強く意識されているわけですが、「同意」というのは一体何のためにするのか。先ほど山本先生のお話もございましたけれども、やはりそれによって個人の権利を守る、そのための一つの道具ではないかと思えます。個人情報保護法ではその意味で非常に同意が重視されておりますけれども、必ずしも同意だけが個人の権利、プライバシーを守るためのツールではありません。公衆衛生のためであるとか、あるいは生命財産を守るためであるとか、あるいは別に法律上の規制がある場合であるとか、そのような場合には同意がなくてもデータを利用することができるということが定められております。ただ、その定め方が非常に抽象的であるために実際にはなかなか適用されない。ガイドラインもそれなりに出てはいますが、必ずしも明確ではない。その結果、多くの場合やはり同意が必要なのであろうという形で同意を求められることが多いようです。

ここでは結論から言いますと、少なくとも一次利用の場合、最初に情報を集める場合には同意は必ずしも必要でないのではないかとということが申し上げたいことの一点です。

では、個人のプライバシーとか人権をどうやって守るかというときに、先ほども入り口規制から出口規制というお話がございましたけれども、データを集めて御本人のために使うわけですが、その使うときにきちんとした管理を行うという仕組みにしてはどうか。これはアクセスのコントロールをきちんとやるということになります。その場合も、今申し上げましたように、個々の御本人の健康であるとか介護のために使う場合、医療とか介護のために使う一次利用の場合と二次利用の場合とはやはりきちんと分けて考えるべきであると思えます。

一次利用の場合には、これの情報の形としてはまさに個人情報になります。個人の名前がそのまま出る顕名データと言われるものになります。しかし、これは御本人のケアのためにはその情報がなければならぬ。しかも正確な情報がなければならぬわけです。

結論から申し上げますと、御本人の医療ないし介護に従事する方は、同意なしにその情報にアクセスできる。その代わりに、医療・介護など、御本人のために一生懸命そのデータを使って最善を尽くしていただくということを条件にする。その場合には、その情報を使うことに関して、あるいは守秘義務についてかなり厳しいルールをつくっておくということが必要になると思えます。

他方、二次利用の場合には、誰のデータであるかということは必ずしも必要ではありません。Aという人の情報であってもいいわけです。そういうことになりますと、ますますその同意というものは必要ないのではないかと。ただし、そのAという人が特定されるような形でデータが使われる場合にはこれは注意を要すると思えます。これは、直接的にはまたその利用者ないし患者さんの利益に結びつくものではないわけですので、その意味でいいますと、御本人が使ってほしくないという気持ちも、本人の治療であるとか介護のための場合よりも少ないのかもしれないかもしれません。ただし、その場合にはどういう形で具体的に権利

が侵害されるリスクが発生するのか。その辺りのことをきちんとチェックする必要があるのではないかと考えております。

特に介護の場合は、医療もそうだと思いますが、やはり一定の条件を満たしている場合には、プッシュ型かもしれませんが、行政の側からまずオファーをする。そして、どうしても御本人がそういうサービスが不要であるという場合にはオプトアウト、要するに不要という意思表示によって、サービスを提供しないという選択もあり得るかもしれませんが。多少余計なお節介かもしれませんが、そうした形での働きかけをすることが、御本人のためにも、この国全体としても望ましいのではないかと考えております。

ここでは最後の点になりますけれども、利活用の規制を行う場合には、やはり誰がその預かったデータがきちんと使われているかということについて管理をするのか。また、その使い方について許認可をすとかチェックをするのか。そのための機関というものが非常に重要になってくると思います。この仕組み自体は、大体ヨーロッパのEHDSの法律の中で描かれているところをごさいます、これは大部の条文ですしほかの法令とも関わりますので、現在、私のほうで一生懸命勉強しているところですが、それなりによく考えられた仕組みであると思います。

本日は、「同意」について話すということですので、最後といたしましょうか、ここで「同意」について私自身の考えを述べさせていただきますと、先ほども申し上げましたように、御本人が使っていていいというその同意は、御本人の権利を守るために重要な手段でありますけれども、必ずしも十分な手段であるとは思いません。申し上げるまでもなく、認知症の高齢者の方であるとか、あるいは医療の場合もそうですけれども、意識がなくて救急にいられたという場合もあるわけですし、また、小さなお子さんの場合もある。そうした方に対して同意を求めるということが御本人のためになるのかどうか、これは疑わしいところだと思います。

また、経済学でいうところの情報の非対称性ということになりますけれども、医療や介護は高度に専門的な情報、中身を持っておりますので、それについてきちんと本人に同意の意味を理解してもらって、そして同意を取ることが果たして可能なかどうか。どこまで可能なのか。我々自身が実際の問題としてスマホとかパソコンでアプリケーションをダウンロードしたときに同意が必要ですが、そこに書いてある同意文書を精密に読んで、そしてそれについて理解をし、さらに疑義をただして、最終的に納得して同意をすることは、こう申し上げては何ですが、それほど多くないのではないかと考えております。そうした形で、自分の生命であるとかまさにその生活に関わるようなことについて同意を求めるといふことの意義自体を問い直す必要があると考えております。

さらに、介護の場合は先ほどから出ておりますけれども、代諾の問題です。これは御本人が判断できなくなったときに近くにいらっしゃる家族、配偶者であるとか子供が御本人のために一番判断できるであろうと。そういう前提で行われるわけですが、独り暮らしの方もいらっしゃるれば、必ずしも家族ではなくても同居されているような方もいらっ

しゃる。そうした方の同意を認めるのか認めないのか。そういう問題を考えていきますと、代諾という方法についてもこれは御本人の権利を守る上で万全な策とは考えられないのではないかと。

そのように考えてきますと、必ずしも同意を重視する必要はないのではないかと。同意を得るために現場の医師であるとか介護の現場の方が大変多くの労力を使っている、苦勞されている。この話はよく聞きますし、医療現場におきましては、先ほどのガイドラインにあったような形で黙示の同意というフィクションが使われておりますけれども、現実には同意を得ているかどうかということになりますと、実際にはなかなか難しいところがあると聞いております。

そのように考えますと、同意を得られればいいのかもありませんけれども、現場で得たほうがいいのか不要なのかという議論をしているということ自体も、ある意味でコストがかかりますので、そういう観点からも同意がなくてもいいのではないかと。

そうしますと次は、同意なくしてどうやってその御本人の権利を守るかということになります。これにつきましては先ほど申し上げましたように、そのデータを誰が何のために使うのかということ。それと、特にデジタルデータの場合には当然ですけれども、そのデータへのアクセスログをしっかりと管理することによって、利用といたしましうか、その個人を守ることが可能であると思っておりますし、欧州を見ておられますと、国によってはそれ一本でやっているところもあるように思います。そうした形で情報を使っていくことが御本人のためにも、また、社会のためにもなるのではないかと。そこでは当然ですけれども、誰が使うかというデータの使用者と何のために使うのか。御本人のために使うということについて明確に証明できない場合には重い責任を問われるという仕組み、それを考えておく必要があると思っております。

繰り返しになりますけれども、一次利用に関して言いますと、同意をなくしていいのではないかと。ただし、ここで御本人がそれを使うということについて嫌だという場合には、それをどこまで認めるかというのは、これは少し議論のあるところであり。私自身は認めなくてもいいのではないかと。思わないでもないのですけれども、やはり明確な意思がある場合にはデータの利用は駄目というやり方もあるかと思っております。

ただ、その情報自体を削除するというについては私は反対です。むしろ北欧諸国で行われておりますけれども、そのデータへのほかの人のアクセスを制限するという形がよいのではないかと。思っております。

と。言いますのは、医療の場合は特にそうですけれども、将来また別の病気になったような折に、かつての治療情報がこれからの治療に有益であるという可能性もある。そのときに封印を解くことによってまたその情報を利用できますし、その情報が存在することによって完全に匿名化をするか、要するに本人が分からないような形にすることによって、いわゆる二次利用のほうは可能になると考えられるということ。です。

本日は、二次利用の話はあまり必要ないのかもしれませんけれども、二次利用につつま

してはそこに書きましたように、誰が何のために、そして、どういう加工形態の情報を利用するのかということについて、詳細なルールを決めておく必要があると思っております。

それによってですけれども、実際にどれくらいその個人情報が漏えいすることになってその人のリスクが発生するのか。それについてシミュレーションといたしましょうか、考えた上でその制限の範囲といたしましょうか、裏返して言いますと利用の可能性というものを検討していくべきではないかと思っております。

どうも個人情報保護の議論を聞いておられますと、例えば、交通事故でいいますと、自動車走ると必ず事故が起こって必ず死者が出る、だから車を走らせるべきではないという類の、そういうロジックの議論のように聞こえてくるのですけれども、必ずしもそうではないだろうと。やはり情報を活用することによって御本人のためにもなるし社会のためにもなる。しかし、どうしても発生するリスクというものは、まさに比例原則で最小必要限の規制によってコントロールしていくべきではないかと思っております。

私が申し上げたいことは大体以上でございますが、最後に、山本先生もおっしゃいましたが、今、現場では厚労省の解釈もありまして黙示の同意ということが言われております。私自身は必ずしも法律を専門とする者ではないのですけれども、行政を研究の対象としていた人間から言いますと、あれは法的な概念としてはかなり問題があると思います。黙示の同意であったことにして、どうしても嫌なときだけノーと言えるという、それでも同意があったというフィクション、論理構成にしますと、ほかの場合でもいろいろなところで本来同意が必要とする場合も不要だという解釈が可能になりかねないということです。私が聞いているところでは、阪神大震災のときにやむを得ずああいう考え方が出て、その後、東北の大震災のときにかなりあのやり方で救われた方がいらっしゃったのは間違いありません。けれども、それは非常事態のときに使うべきであって、それを日常化した場合にはまさに同意という考え方、方法自体が無意味なものになってしまうのではないかと思います。

申し上げたいことは以上でございますが、その後、仮名加工データの話もございしますが、これは省略いたします。

また、ヨーロッパのEHDSにつきましてもこういうものだと書いてありますが、これはEHDSの最初の説明文にあるところですが、この考え方といたしますのは、情報を活用することによって個々のEUの域内に住んでいる人に最善の医療を提供するためにはこうした仕組みが必要である。さらにパンデミックの場合に、二次利用が中心になりますけれども、こういう仕組みを拡充することが非常に有効であるという考え方に立ってつくられたということとして、我が国の場合、医療情報もそうですし介護情報もそうですけれども、やはり何のためにこれはあるのか。何が一番その御本人、患者さん、利用者のためになるのか。その視点から制度をもう一度見直す必要があるのではないかと考えているところです。

現実にはなかなかそう簡単に制度改正が実現するか分かりませんが、やはりこういう方向で制度というものを整備していきませんか、特に二次利用の範囲におきましては

世界的な協調といいたまいますか、共同研究とかそうしたものに相当日本の場合不利な状態になるということも最後に申し添えておきたいと思えます。

以上でございます。ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ただいまの森田参考人からの御説明につきまして、御質問や御意見がある方は、挙手ボタンでお願いしたいと思いますけれどもいかがでしょうか。

では、小玉構成員からお願いいたします。

○小玉構成員 座長、ありがとうございます。

森田先生、大変新しい、EHDSとヨーロッパの仕組みと併せて今後の医療、介護データの扱い方がどうあるべきかというとても進んだお考えをお示しいただきましてありがとうございます。

先ほどの山本先生からのプレゼンでもあったのですけれども、オペレーションを最終的にどうするかという考え方が本当に大事なと思えます。今、法律的ないろいろな用語を示していただきました。黙示の同意でありますとか、また、オプトアウトもこれは大事なと思えますけれども、そういったものと併せてですね、先生、やはり新しい情報管理とか情報の拡散を防ぐべく組織の話もされましたが、新しい法律といいたまいますか個人情報保護が独り歩きしているようなところもあって、なかなか医療・介護では使いにくいというところがあるのですが、そういったものを含めて、EHDSでありますとか健康などきのナチュラルパーソンからの対応という、やはり自分の健康データで、あと年月がたったときに医療データ、介護データを付け加えるという考え方なので、それを基本的にどういう情報を保護して必要なデータを必要なサービスに結びつけるかという考え方の法律というものがどうか、先生のお考えを教えてくださいたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

○森田参考人 私個人的にはそうした形での立法をすべきではないかと思っておりますが、現実の問題といたしましてなかなかそういう新しい法律を作るといのは非常に大変だということも言うまでもありません。

その意味でいいますと、今、私のほうでこうすべきではないかということを考えているところを申し上げますと、やはりどこが山の頂上かということは認識して共有しておく必要があると思えますけれども、当面どこまで登るのかということもきちんと共有してそこを先へ進んでいくという必要があろうかと思えます。頂上につながらない道を進むということは、これはある意味、目的といいたまいますか意味がなくなるという気がいたします。

そのような形で、先ほど申し上げましたけれども、グランドデザインという言い方をしておりますが、それについてしっかりと考えて共有していくことが重要かなと思っておりますし、その一つのモデルになりますのが、やはりヨーロッパで提案されているEHDSの構想ではないかというふうに理解しているところでございます。

よろしいでしょうか。

○小玉構成員 はい。ありがとうございます。

○荒井主査 ほかはいかがでしょうか。

では、田宮構成員、お願いします。

○田宮構成員 森田先生、本当に貴重な御発表、あと、新しいお考えをきちんと示していただいていたありがとうございます。

これは質問というよりはコメントっぽいのですが、先生がおっしゃっていたあの2点ですかね。二次利用で本人がどのぐらいメリットを感じるかを感じてもらうことが必要だとおっしゃっていたあれは本当にそのとおりで、それにはやはりグランドデザインのようなものを示して行って、私も研究者としてそういうことをやらねばとずっと思いつついました。どんなふうに活用できてどんなことがいいのか。さっきのお山の話かもしれないけれども、見えてこないとなかなか。そして、事故ったらどうしよう、死亡したらどうしよう、さっきの車の話みたいな議論になるので、そこは我々研究者とか皆さんとかと一緒にやはりグランドデザインはとても大事だなと思いました。

私、留学生を指導していて思ったのですが、ほかの国、今日、ヨーロッパの例を言ってきましたけれども、チリの留学生だったのですが、国の統計をあっという間に手に入れることができ、日本と余りに違うのでびっくりしたら、国民の税金と国民の労力をかけて取った国のデータ、これは国のデータだったのですが、それを活用するのは国の義務でもあり、そして、国民の権利であって、こういうデータはみんなの宝だという意識がある。むしろそれを活用しないで葬っておくのは罪だということを、留学生がとうとうと私に言ったのです。それで余りにも意識の違いを感じて、今、先生がおっしゃったそのグランドデザインを示しながら国民の理解を得ていくということをやったりやらないといけないと改めて感じました。できることから皆さんと御一緒に進めていければと思いました。

ありがとうございます。

○森田参考人 ありがとうございます。

私もヨーロッパに行きますとそれをよく聞きます。そして、実は北欧諸国の場合にはこの医療情報の利活用の制度がかなり早い段階からできておまして、きちんとした法律に基づいてデータを集めてそれを活用するという仕組みをつくっておりました。その後で、個人情報保護法のモデルになりましたヨーロッパのGDPRという個人情報保護規則ですね。それがつくられたのですが、そのときにヨーロッパに行って聞いた話が非常に印象に残っております。医療であるとか公共性の高い分野はGDPRが対象としている活動と違うのではないかと。GDPRは、彼らのはっきり言ったのは、GAFAのために作られた法律であって、国が持っている本当の公共的な情報についてはきちんとした形でそれを活用していく。今、まさに留学生の方がおっしゃったような方向で考えるべきではないかと思います。

我が国の場合には、そうした医療情報の活用についてのグランドデザインとかどうかは別として、そういう総合的な制度ができる前に個人情報保護法をGDPRに倣って作って

しまったので、それが国の全分野に及ぶという認識が先にできてしまったというのが、今、いろいろな問題を引き起こしているところではないかと思っております、その意味でも医療・介護の分野、あるいは教育もそうかもしれませんけれども、そうした公共的なデータについてはどのような形できちんと集めて安全にそれを活用していくかということをしかりと考えていく必要があるのではないかと考えているところでございます。

ありがとうございました。

○田宮構成員 ありがとうございました。

○荒井主査 ありがとうございました。

今御指摘があったように、お隣の国々に比べてもかなり日本は遅れているというのは皆さんの共通の認識ではないかと思えます。

それでは、久留構成員からお願いします。

○久留構成員 ありがとうございます。

森田先生、本当に貴重な御発表をありがとうございました。

先ほど、山本先生のところでもお話し申し上げましたように、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」と、一応名前の上では医療・介護が並んでいるのですけれども、ほとんど医療が先行して体系がつけられておまして、介護のほうはほとんど扱いがあまり詳しく書いていないというのが本当のところでございます。

森田先生がまさに御指摘のとおりだと思うのですけれども、介護保険の場合には契約に移行して、事業者と利用者が当事者なのですが、実は一方で指定権限、指定基準に伴って都道府県なり市町村が指定権限を持っておりますので、指定基準に伴う指導監査がございまして、個人情報保護については個人情報保護条例もありますので、そういった点からいうと、様々に利用者と事業者の直接的な契約関係以外に個人情報の取扱いについて事業者は様々な指摘を受けるわけです。これについて、先ほど先生から御指摘のあった公的機関の設置は私も必要だと思うのですけれども、この現段階においても結構公的なセクターが事業者に対していろいろ指導がなされるわけですが、こちら辺はやはりその段階では整理をしていくべきというふうに理解してよろしいのでしょうか。

○森田参考人 実は多分、私が言ったような考え方に従って制度が変わってきた場合には、やはりまず一種の監視機関といいましょうか規制機関といいましょうか、どこがその役割を担うのかというのが、医療も含めてですけれども一番大きな問題になると思っております。現在でもいろいろと行われておりますけれども、現在の個人情報保護委員会もそうですが、個人情報がきちんと保護されているかどうかについては管理しますが、どのようにデータが利活用されてその利用者のためになっているかという観点からの規制といいますのはそれほどされていないのではないかと考えております。これは介護の場合は特にそうですけれども、民間事業者の一種のビジネスという側面もあるものですから、そちらのほうについてはもっとやれという形での介入というのはないのかもしれませんが、その辺り

も含めて総合的な仕組みというのを考えていく必要があると思っております。

ただ、日本でこういう仕組みを考えた場合にはそれ自体が非常に複雑なものになって、複数の機関の間でまた権限争いとかそういうことになりかねませんので、そこはできるだけシンプルでしっかりとした形で、データの利用だけではないと思いますけれども、その介護の在り方も含めてですが、いい方向へ誘導するような形での管理をするような、そうした組織というものを考えていく必要があると思っております。

医療のほうはそれなりにいろいろな議論が出始めたところですが、私自身は医療を含めて介護でどういう仕組みがいいのかということについては、今のところアイデアがございませんので、ぜひそれは御検討いただければと思います。

○久留構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 今日介護に関するデータについての議論ですが、今の話は医療・介護を含めた大きなお話の中での議論になるかなと思いますので、まとめて議論が進むようになればと思っておりますが、松田構成員からお願いします。

○松田構成員 松田でございます。

森田先生、本当にありがとうございます。非常に参考になる御発表だったと思います。

医療と介護なのですが、もうこれだけ医療のニーズと介護のニーズが複合化してしまっていると、多分その2つを分けて考えること自体がナンセンスになってきているのだらうと思います。実際に急性期病院に入院する患者さん、例えば、肺炎とか心不全ですと、大体半分の患者さんは既に介護保険を使っている患者さんです。しかも要介護状態であるとやはり予後が悪いという結果が出てきているし、また、介護の現場でも慢性疾患の管理をやらないと急性期イベントが起こって要介護状態が悪くなってくると。そうすると、多分、医療と介護を分けて情報管理をするというやり方自体が現場では合わなくなっているのだらうと思います。特に主治医と言われているかかりつけ医の先生はその両方を診なければいけないわけですし、訪問看護をやっている人たちも両方診なければいけないわけですし、したがって、医療と介護に関しては一体的にやはり情報を見ていくということが大事だらうと思います。

その上で、森田先生の御発表にも関係するのですが、例えば、フランスですと、そもそもこの医療とか介護の情報をほかの個人情報と分けて考えておりません。結局、そのいろいろな経済のこととかも関連しているので、総合的に個人情報を守ってさらに利活用を進める枠組みというのを法的な枠組みとしてCNILという仕組みをつくっています。また、技術的にはデジタル医療庁（ANS）というのをつくって、そこでいろいろな枠組みの情報をつなぐことを、国レベルでやっています。これはほかのヨーロッパの国もそうなのですが、その利活用に関して標準的に制御する仕組みというのを作っています。日本も国レベルでそのような仕組みをつくっていかなければいけないだらうと思います。

例えば、CNILですと法学者も入りますし技術の担当者も入りますし国会議員も入ります。そうやっていろいろな個別案件に関して、森田先生が言われたように個人情報の保護の観

点から、もう一つはそれをどういうふうに利活用するかという観点から複眼的に議論をして方針をつくっていくということをやっています。今、医療と介護と両方でこの情報活用という議論をしているわけですが、この二つを統括するような仕組みというのを考えていかないと、将来的にいろいろなところで齟齬が出てくるのかなと思います。今日、そういう意味でも森田先生の御説明は非常にやはり参考になるとと思いますので、事務局としてはヨーロッパにおける取組なども参考にしてわが国にあった仕組みをつくっていただけたらいいのではないかと思います。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

○森田参考人 ありがとうございます。

すみません、よろしいですか。

○荒井主査 どうぞ。

○森田参考人 松田先生、ありがとうございます。

おっしゃるとおりだと思います。日本の場合、ほかの国もそうですけれども、やはり医療と介護はどちらかという保険制度の違いから別の制度になっていて、そこで集める情報も違っているという切り分けになっていると思いますが、現実にはかなり相互乗り入れといいますか重なっているところがあるわけですし、ここを別々の仕組みでやることの合理性というのは私はあまりないと思っておりますので、本来ならばその保険制度の整合性も高めたほうがいいのかもかもしれませんが、これはもっと大変な話ですので、情報のほうでそういうふうに進めていく必要があると思っております。

それと、フランスのCNILの話もありがとうございます。今聞いているところだと、なかなかその情報が入ってこないのですけれども、実はコロナの後、やはりフランスも含めてですが、ヨーロッパではその情報の利活用と、しかもスピーディーな形での収集活動ができるような、国境を越えてですね。それがEHDSという発想にも結びつくのですけれども、それに対する要請が非常に強くなったと聞いておまして、フランスも随分その辺りでいいますと情報の利活用の在り方が変わってきているとも聞いたものですから、これはまた別の機会がございましたら、松田先生、ぜひ教えていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○荒井主査 ほかはいかがでしょうか。

松田先生は、これは新しい挙手ですか

○松田構成員 はい。新しい話です。

○荒井主査 どうぞ。

○松田構成員 今、森田先生から御指摘があった点はそのとおりでありまして、フランスの場合にはジーニアス (G_nius) という組織をつくっています。これは何かというと、いろいろなヘルスデータの活用を進めるためのベンチャー組織を育てていくということで、国がその窓口を設けています。これがジーニアスです。この窓口にいろいろな提案を企業

がしてきます。それを国の個人情報保護と利活用の方針に合う形で育てるという形で基金がつけられて、スピーディーにそういう利活用を進めるための具体的な仕組みをつくっています。

今、森田先生が言われたように、今回のコロナを契機にイギリスもフランスもドイツもそういう素早く対応できるような仕組みというのを整えつつあります。これに関しては日本は本当に遅れていると思いますので、その動向を見ながらやはり対応していくことが必要ではないかと思えます。

○森田参考人 ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

今回は老健局の会議ではありますけれども、やはり医療を巻き込んで非常に大きな話になるのではないかなと考えております。

森田先生がおっしゃったこの利活用の規制を行う公的機関というのは、これは既存ではなくて新しく設置すべきというお考えでしょうか。

○森田参考人 公的機関は現状のままでは難しいと思いますので、きちんとした形で公的機関を使うならば、改組、組織を編成し直すということが必要であろうかと思えます。ただ、この議論はすぐどこにそれを置くのかという議論になりまして、生々しい話にもなりかねませんのでこれ以上は申し上げませんが、そこはしかるべくきちんと本当に国民のためになるような形でベストなものを皆さんの知恵を出してつくっていただきたいと思っております。

○荒井主査 そうですね。規制だけではなくその利活用を進めるということも同時並行でこういった機関が担うべきという考えでよろしいでしょうか。

○森田参考人 そうですね。もちろん全国的にルールメイキングであるとかきちんとした規制の機関は必要だと思いますけれども、それなりに地方分野でそういう機関も重要と思えます。先ほど、必ずしも同意は必要としないのではないかと申し上げましたが、本人が同意しても、先ほどもありましたが、公開すべきではない、使うべきではないという情報もあると思えますし、本人または代諾をした人がこれは使ってもらっては困ると言ってもやはり公共的な理由でもって、間接的にいえば一次利用の場合にはそれを使ったほうが本人のためになるという場合にはきちんと責任を持って判断するような、そうした権限と能力を持った組織というものが需要ではないかと思っております。

○荒井主査 ありがとうございます。

コロナ禍で多くのお金が使われてきたわけでありましてけれども、今のところ、ヨーロッパのような、こういうデータをすぐに利活用できるような仕組みを構築するような動きは今のところ我が国にはないということは非常に残念かなと思えますが、何とか、どこの部署かは分かりませんが、ぜひともそういう話も進めていただきたいなと思いました。

ありがとうございます。

それでは、次に進みたいと思えます。議事の4「介護情報の共有に係る同意取得及び個

個人情報保護について」に進みたいと思います。それでは、事務局より御説明をお願いいたします。

護について」に進みたいと思います。それでは、事務局より御説明をお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。資料5「介護情報の共有に係る同意取得及び個人情報保護について」を御説明させていただきます。

2 ページ目を御覧ください。

個人情報保護法におきまして、個人情報を取り扱う場合、できる限り利用目的を特定しなければならないとされております。

また、介護事業者が、利用者の個人情報をサービス提供のために利用するという事は、利用者にとって明らかではあるものの、それ以外で利用する場合は、明らかな利用目的とは言えないとされております。

さらに、後ろのスライドで御説明させていただきますが、介護事業者が通常業務で想定される利用目的の例が示されております。

3 ページ目を御覧ください。

利用目的による制限として、あらかじめ本人の同意を得ないで利用目的を超えて個人情報を取り扱ってはならないとされております。ただ、法令に基づく場合や、生命の保護のために必要であって、本人の同意を得ることが困難であるときなど、幾つか除外規定がございます。

4 ページ目は、利用目的による制限に係る個人情報保護法第18条の条文を掲載しております。こちらは御参考といただければと思います。

続いて、5 ページ目を御覧ください。

こちらは、冒頭に申し上げました利用目的について、通常業務で想定される利用目的をガイドランスの中でこのように示されております。

中でも、真ん中の太字のように、他の事業者等へ情報提供を行う事例も示されており、例えば、サービス担当者会議でしたり、照会対応、御家族への説明、審査支払い事務、こういったものがございます。

6 ページ目を御覧ください。こちらは、通常業務で想定される同意が不要な主な事例でございます。

例えば、法に基づき、居宅支援事業所との連携や利用者の病状の急変時の対応、こういったものがございます。

7 ページ目を御覧ください。

要配慮個人情報に該当する情報については、取得する場合に、あらかじめ本人の同意を得なければならないとされております。

要配慮個人情報に該当する情報については、こちらのページの下の部分のガイドランスの下線部にございます。こちらは先ほどの山本構成員の資料にもございましたけれども、介護記録に記載された病歴や調剤情報、健康診断の結果など、こうしたものが挙げられてご

ございます。

8 ページ目でございます。

こちらは、要配慮個人情報の取得に関する個人情報保護法第20条の条文を掲載しておりますので、こちらも併せて御参考といただければと思います。

9 ページ目を御覧ください。同意取得や個人情報保護の観点から検討すべき課題の論点を記載してございます。

1 点目は、必要な個人情報保護への配慮を行いながら、利用者や現場の負担なく共有する方策を検討する必要があるということで、情報の内容に応じた対応や、介護情報基盤を介した共有の場合に、同意のタイミングや内容について検討すべき事項があるか。また、同意の在り方などを挙げさせていただいております。

2 点目には、不適切利用や目的外利用が行われないことを担保するための方策として、介護事業者や自治体等にどのような安全管理措置が求められるか。

続く 3 点目には、介護事業所内で利用できる者の範囲について、規定する必要があるか。また、規定する場合にどのような対応が可能かなどを挙げさせていただいております。

本日は、これまでのヒアリングやこちらの資料も踏まえまして、今後の調査研究事業に向けた論点の整理ができればと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

○荒井主査

ありがとうございました。

ただいまの事務局からの説明と、先ほどのヒアリングの内容も踏まえまして、介護情報の共有に係る同意取得や個人情報保護に関して、どのような論点があるか、構成員の皆様より御意見を頂戴したいと思います。

御意見のある方は、挙手ボタンをクリックして、発言をいただければと思いますけれどもいかがでしょうか。よろしいでしょうか。かなり今日のディスカッションで方向性が見えてきたように思いますが。

久留構成員、お願いいたします。

○久留構成員 すみません、1 点だけ。

9 ページの 1 つ目のポツですけれども、現場の負担なくというのは本当にそのように御配慮いただきたいということなのですが、現在のところ、個人情報保護法にのっとり利用目的を特定し、第三者提供に対して包括的な同意を得ております。というのは、事業者も都度同意を得ることが難しいので、包括的に同意を得ているということでございますので、基本的にはこうした流れをできれば踏襲していただきたい。都度やはり同意を得るのはなかなか大変な状況でございますので、ここら辺のところは御配慮いただければと思います。

以上です。

○荒井主査 今の点について事務局から何かありますでしょうか。

○事務局 事務局でございます。

今いただいた御意見も踏まえまして、少しこちらのほうで今後整理をさせていただきたいと思います。

○荒井主査 よろしく願いいたします。

ほかに御質問、御意見はございますか。

能本構成員、よろしくお願ひします。

○能本構成員 ありがとうございます。

ちょっと各論的な話にもなってしまうかと思うのですが、例えば、冒頭の資料の中で、資料1でしたか。4ページのマトリックスで表になっているところです。認定調査票とか主治医意見書とかそういうのが候補として挙がっておりましたが、本人が同意したとしても、例えば、認定調査票というのは4群といいまして認知症項目ですね。ここは御本人に聞くのと併せて御家族とか支援者に認定調査のときに質問するということが多々ございます。そうなったときに認知症症状で本人が自覚していない、でも、現実的に起きていることを家族が答えたりする。これも個人情報かと思うのですが、本人がいいでしょうと同意したとしても、そこに書かれていることが本人が納得できないようなことももしかすると書かれていることがあるかもしれない。それを公表することによって本人に対する侵襲性ですとか傷つけてしまうみたいなことが起きかねないので、ここは先ほどから議論されているように、本人の同意が得られたから全てここを開示していいかというのは別の議論になるかと思ひます。これが一点です。

それと、先ほど田宮先生がおっしゃっていただいた、私はケアマネジャーですけれども、恐らくケアマネジャーの持っている情報というのは、この世の中、極端に言うと、世の中のあらゆる職種の人の中で個人情報を一番持っているのではないかと思ひています。ここを、例えば、包括的同意で他の支援者に丸ごとパッケージで渡してしまう、これは違うと思ひのです。そこまで許されているとは思ひいません。ですので、職種ごとに伝えるべき、共有すべき情報をきちんと取捨選択して共有ができるようなルールづくり、これが別にちょっと必要になってくるのではないかなと。この辺、例えば、森田先生が先ほどおっしゃった、誰かが確認をする、監督するという仕組みなのか、あるいはこれは個々の職種ごとに倫理としてしっかりと何か新たなルールを設けていくべきことなのか、あるいはその両方なのかという辺りが恐らく今後議論として必要になってくるのではないかと思ひました。

以上でございます。

○荒井主査 今の点は今までも能本構成員から御意見としていただいておりますので、事務局のほうは恐らくそれは把握しておられると思ひますので、全ての情報を開示するという事ではないということになるかと思ひております。

他はいかがでしょうか。

正立構成員、お願いいたします。

○正立構成員 恐れ入ります。

私は前回、なるべく利用者に対しても幅広い情報を提供していただきたいということを申し上げました。ただ、今、能本構成員がおっしゃられたことですね。家族が答えて本人が見る、また医師の指示書の中で、改善の見込みがないような記載を本人が見たときにどう思うかということとは確かにあるのだろうとっております。

だからといって情報を出さなくていいのか。例えば、アセスメントの関係でいいますと、よく利用者から聞く話では、要介護認定の要介護度が下がった、上がったという場合もあるのでしょうかけれども、その理由がよく分からないまま通知だけがあると。もちろん不服申請ができますけれども、そのような齟齬がないように、ある程度客観的なものは、利用者本人なり家族に、どこまでというのがありますが、オープンにしたほうがいいのではないかとということで申し上げました。

それと、今日、いろいろな議論が出ていましたが、利用者サイドから見ますと、医療に関する研究とか創薬とかこういったものにデータを役立たせていただくということは何の異論もないことだと思っております。

ただ一方では、自分の情報の個人特定がどこまでされてしまうのかということ非常に恐れておりますので、匿名化がいいのか仮名化がいいのか、今日も森田先生の資料の中にもありましたけれども、どの程度のリスクがあってどの程度の権利侵害の可能性があるのかということ十分に議論いただければと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 ありがとうございます。

課題の3番目の事業所内で閲覧できる者の範囲についてなのですが、これは現実的にどのように規制していくのかというのがちょっとイメージしにくかったのと、あとは、管理できる範囲を決めることのみならず、この情報を扱う方々への研修といいますか、情報をどのように扱ったらいいのか、基本的な研修、そのような教育体制の整備というのものを併せて御検討いただいたほうがいいのではないかなと感じました。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

教育研修は非常に大事だと思いますし、先ほどのお話にもありましたように、違反した場合のペナルティーということもやはりしっかりと議論をしなければいけないと思っております。

では、齋藤構成員、お願いします。

○齋藤構成員 ありがとうございます。

今の話と少し似ているのかなと思っておりますけれども、本日の先生方のお話を伺って、自分の情報は自分だけのものという考えではないのだという、考え方の転換が求めら

れているのだなということのはしみじみ思った状況なので、国民の意識の醸成という辺りも対策の一つとしてはあるのかなと感じた次第です。

それから、今後検討すべき課題のところでは大きなポツの2つ目になるのですが、森田先生の発表の中にもありましたように、いろいろな方に情報を活用していただく一方で、やはりそのアクセスの規制も同時に考えていかなければいけないのですが、こと介護に至っては本当に多様な方々がケアに参加していますので、やはり守秘義務がちゃんと法令で定められている場合もあれば、個人の道徳観、倫理観のみに任されているという場合もあるので、これから調査研究される際には様々な職種がケアに参入していく中で、知り得た秘密を漏らしてはならないということをしちんと法令で定めているかそうでないかある程度整理をしながら議論を進めていく必要があるのではないかと思います。

さらに、そういった罰則規定等々が整備されていないということでありましたら、やはり教育研修の体制をどういうふうに整備していくのかということも併せて検討する事が重要ではないかと考えております。

ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、赤羽構成員、お願いします。

○赤羽構成員 この論点の1つ目のところに関係するかと思うのですが、幅広い関係者ということの表現がたくさん出てくるのですが、ちょっとこれが漠然としているような印象を受けます。

今まで、資料1の4ページのテーブルの作成主体と保有主体、このテーブルでその議論を埋めていくかどうかというイメージを少し持っていたのですが、今回のお話を聞いていると、新たにほかの職種の方も、あるいはここには市町村というのがありますけれども、都道府県というワードも表の中で出てきたと思いますので、共有対象のテーブルというものも少しあったほうが、今後いろいろ見ていく上で分かりやすいかなという印象を受けました。

それともう一つは、この3つ目の介護事業所等の中での閲覧できる者という場合に少し、例えば、事業所が変わるなどの事例も出てくるかと思えますから、この過去のデータをどの程度別事業所で見られるかという時間という概念も少しあったほうが分かりやすいのではないかなというふうに感じました。

以上となります。

○荒井主査 ありがとうございます。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

9ページの論点に沿って申し上げたいと思います。

まず、今の御意見と同じで、この幅広い関係者というのは漠然として曖昧なので、今後、調査研究事業で煮詰めていく部分ではないかなと思っております。

それから、現在、特定の利用目的が当然提示はしているのだけれども、包括同意という形で、そのサービス提供を行うに当たってはいい意味で運用されていると思います。今後、必要があれば、いろいろな視点から検討が必要になるかもしれないかなと思いました。

2点目は、これは今でも介護事業所では定期的に行われていると思いますが、やはりもし内容が変わるのであれば新たにやはり各事業所において指針の整備、委員会の設置、あるいは研修会の開催等で、やはり職員で共有していろいろな取組を高めていく必要があるのではないかなと思います。よくパソコンのパスワードを定期的に変更とかいろいろなそういう基本的なことがあるわけですけれども、やはり介護事業所はかなり規模も小さく、年齢の高い職員も多くて、全ての介護事業所がいろいろな理想的に取り組んでいるかというところでもない実態もあるので、現在の状況で何ができるのかという視点は重要ではないかなと思います。

それから、最後の介護事業所内で閲覧できる者の範囲は、当然これはサービス提供に関わる者とか、報酬や費用の請求に関する事務職員もいらっしゃるし、要はその方に関わる方が必要だと思いますし、私も今日の前段のヒアリングで出ましたサービスの質を高めるための個人情報の在り方というのは賛成でございます。一方で、あまり無制限に拡大というのはちょっと慎むべきだと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

では次は、小玉構成員からお願いします。

○小玉構成員 ありがとうございます。

介護保険制度で要介護度を決めるときに、その必要な介護サービスの状況を調査してそれに合わせて決められてサービスが提供されます。この9ページの論点のところではいいますと、逆に、先ほど松田先生が、既に介護、医療両方のサービスを受けている人がいて、その人の多分状態像はこういうふうな形で、在宅にいても施設にいても病院にいてもこういう情報が必要だということが、そういった方の状態像を解析することによってサービスがどういうふうなものがあるかということがわかります。そこから必要な共有すべき情報というのはだんだん判断されてくるのではないかなというふうに思いました。

そうすると、逆にこういった状態の方に対してはこういった情報が必要だからそれをみんなでも共有しようといった一つの形ができれば、それに併せて利用者さんでありますとか家族の皆さんであっても同意も得やすいのかなと思いますので、そういった方向でも一つ、情報共有の在り方というのも考えていただければありがたいなと思います。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

柏本構成員、お願いします。

○柏本構成員 柏本です。よろしくお願いします。

ほぼ皆さんと同じような意見なのですけれども、情報を共有するというのはすごく便利

なことでもいいことなのですが、その情報を使う側のほうの責任ということもやはり十分考えていかなければいけないなと思っています。先ほどもたくさん出ています研修体系であったり委員会を設置するであったりとか情報の取扱いをどうするかということは十分検討、議論していかなければいけないところだと思っています。

あと、個人的になのですがけれども、御利用者さんが在宅から施設、施設から在宅みたいに移動されることもあるので、そういった中で生活というのは継続していくものなので、そういった情報も継続して取得できるようなことができれば、もっとその人の生活を支援していく上で役に立つのではないかなと思いました。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

今までの御指摘に関して事務局からまとめてお答えをいただいてもよろしいでしょうか。

○事務局 事務局でございます。

構成員の皆様、大変多くの御意見をありがとうございます。

まとめて回答させていただきますが、特に利用者の方への配慮でしたり、医療側との連携など、そういった御意見をいただきましたので、本日いただいた御意見も踏まえながら、事務局のほうで論点の整理をさせていただければと思います。

○荒井主査 よろしく願いいたします。

それでは、本日の議論はここまでとさせていただきたいと思います。今日のいろいろな、構成員や森田先生のお話を伺って非常により大きな枠の中で考えて、その中で医療と介護の連携という観点からも考えなければいけませんし、介護の特殊性といったものもその細則に入れつつ考えていくべき非常に重要な課題ではないかなというふうに改めて思った次第でございます。

それでは、事務局におかれましては、今日の議論を踏まえた調査研究事業を検討していただきたいと思います。次回の日程につきまして事務局よりお願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

次回の日程は追って、御案内させていただきます。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、本日はこれで閉会します。

構成員の皆様、そして、森田先生、大変ありがとうございました。