

目次

開催挨拶

開会挨拶

講演 1

「医療情報連携の推進にあたっての留意点」

一般社団法人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 地域医療システム委員会 委員長 田中 智康氏

地域医療再生基金の経過と地域医療連携情報システムの導入事例の拡大（国の流れ）

地域医療連携情報システム導入に際して留意すべき医療情報分野の各種ガイドラインと最新の情報

地域医療連携情報システムの導入に際して留意すべき医療情報分野の標準規格

地域医療情報連携推進協議会などを設立するにあたって留意すべき事項

質疑応答

講演 2

「医療個人情報保護法の必要性と課題 - 連結可能匿名化措置導入に向けて」

新潟大学法科大学院 実務法学研究科 教授 鈴木 正朝氏

情報流通と法的規律と個人情報保護法

個人情報保護法制の全体構造と概要

現在の立法現場で議論されていること（問題点）

イノベーション促進の条件

超高齢化社会における医療イノベーション

個人情報の保護と利用のための統治機構について

閉会の挨拶

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

研究課題：遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究

（課題番号：H 25-医療-指定-049）

第 1 回班会議 講演会：新しい医療情報連携の実現に向けて

講演会録

日時：平成 25 年 6 月 7 日（金）18：30 - 20：30

場所：ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウィング

出席：小川、岩動、田中、鈴木、佐藤、江原、藤野、長谷川、小山（敬称略）その他

小山

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業であります。遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究、今年度第 1 回班会議を開かせていただきます。今回は講演会「新しい医療情報連携の実現に向けて」と題しまして、準備させていただきました。開会にあたりまして、研究代表者であります岩手医科大学学長・理事長、小川彰よりご挨拶させていただきます。

開会の挨拶

小川

大変お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。この厚生労働科学研究費補助金による事業も 2 年目を迎えております。昨年は実証実験として、いわゆる ICT を利用した遠隔医療というのはどちらかというと「遠隔医療支援」であって、なかなか「遠隔医療」にならないというところからどうにか脱皮して、実際の医療ができる形にしたいということで、昨年 1 年間努力をして、実証実験を繰り返し、その結果、非常に安全に診療ができるということまでこぎ着けたわけでございます。この研究費のもとになっておりますのが、3.11。岩手県におきましては広い県土、そして過疎地であること、そして医師不足の非常に厳しい地域であること、さらに加えて、3.11 の被災ということがございまして、従来の医療シ

ステムをただ元に戻すだけでは岩手の医療は再建しないということで、新しい岩手医療モデルということを提唱してきたわけでございます。これが一昨年、県の復興基本計画の中にほとんど盛り込まれまして、ICT を使って包括医療、在宅医療のところまで、病院医療ばかりでなく、あるいは診療所医療ばかりでなく、在宅医療までを含めた包括医療システムを構築していくという大きな目標をもって進めてきたわけでございます。やっと実証実験が終わりまして、新しい岩手県医療情報連携推進協議会が実際立ち上がることになりまして、これを元に岩手の新しい医療モデルを確立していこうというところまでやってきたわけでございます。

岩手医科大学におきましては、この 4 月に災害時地域医療支援教育センターという大きな建物が一棟建ちまして、その中に全県のサーバーが入るところができておりますし、様々ハード面では進んでいることは確かでございます。ただ問題は、建物があって、機械があって、ハードがあって、それが連動しているというだけでは駄目でありまして、やはりそれをどうやって人間が使いこなすか、というところに最終的には行きつくわけでございます。そういう意味では、今日お集まりの皆様方の英知を結集して、日本のモデルになるような、新しい ICT を使った新しい医療モデルの確立に努力をしていただきたいと思います。

今までは、皆様との現場の問題点等を抽出して議論してまいりましたけれども、本日はお二人の先生方に非常に高い立場から、医療情報連携の推進にあたっての注意点、あるいは個人情報保護法との絡みという、これからクリアしていかなければならない非常に大事なポイントについてご議論いただきますので、どうぞよろしくお話ししたいと思います。

そして、なるべく早く協議会がスムーズに軌道に乗って、現実的な ICT を使った新しい岩手新医療モデルが、本当の意味で動き出すことをご期待申し上げまして、開会の挨拶に代えさせていただきます。

小山

それでは、座長を岩手県医師会副会長の岩動先生お願いします。

岩動

岩手県医師会の岩動でございます。早速ですが、講演 1 に入りたいと存じます。講師の田中智康先生は東京のお生まれで、千葉商科大学を 1991 年にご卒業になっておられます。2004 年 8 月に株式会社 NTT 入社。ビジネスイノベーション本部ライフサイエンスビジネスユニット、バイオサイエンス担当を経まして、ライフサポート事業本部ヘルスケアビジネスユニット、医療情報ネットワーク担当医療連携グループに在職していらっしゃいます。2008 年にはテレケアワーキンググループのチーフ、2011 年には同地域医療システム委員会の委員長を現在も続けていらっしゃいます。2013 年には同医療福祉情報連携技術ワーキンググループ長など、多彩な活動をしていらっしゃいます。先生、どうぞよろしくお話しを申し上げます。

講演 1

「医療情報連携の推進にあたっての留意点」

一般社団法人

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

地域医療システム委員会委員長

田中 智康先生

本日は非常に貴重なお時間をいただきまして有り難うございます。先ほどご紹介いただきまして、こんな時によくお話になるのは過分なご紹介なんて言葉がありますが、私はその過分という言葉はあまりふさわしい言葉ではないです。付け加えますと、今日はスクリーンにありますとおり、JAHIS(保健医療福祉情報システム工業会)という団体になりますが、保健福祉システム部会、地域医療システム委員会の委員長として、時間を頂戴している立場になりますので、公の立場でお話をしていきたいと思っております。

今日のお話の流れですが、1 つ目、医療情報連携を推進するにあたって、現在の国の流れがどのようになっているのか、その状況を踏まえてみましょう。2 つ目、国内の医療連携を進めるにあたって様々なガイドラインが出ております。これについて、今回特に注意した点として、時系列に整理してみるということと、最新の情報に触れてみましょう、ということを整理しています。そして 3 つ目、標準規格。必ず必要な話で、私も先生に沢山の経歴を出した中に、ビジネスユニットという私が所属する企業のアルファベットを BU と書いたわけですが、これを先生、なかなか読みにくい状態にさせてしまったというのは、私の責任なのですが、この BU というのは、企業などではビジネスユニットと普通に読んでしまうのですが、このことそのものが様々な人たちが共通に会話する時に重要なことですね。私もそういう点で今、大事なことだと再認識しながら、今進めています。

そして 4 つ目、タイトルが注意点となっておりますが、私としては留意点と少し柔らかい形で地域医療連携の協議会を作るにあたって当然のことながら IT だけでできるわけではなく、人の力、繋がりが重要であるということを含めながら、しかし、それにあたって事前に何を考慮しておく必要

があるかということをお話します。お手元の資料ですが、ハンドアウト版というものと、投射版と書いてありますが、若干変わっております。やはり、必要だと思ってどうしても削れなかったものをハンドアウト版、これから投射するものについては投射版という形で少し短くしています。それでも、時間的に厳しいかもしれませんが、淡々と進めさせていただきたいと思っています。

他に、遠隔医療の指針というものと、Q&A、ごく最近出ております医療介護連携のガイドラインを付けさせていただきます。厚みがありますので、簡単なものだけ添えさせていただきます。公的なものでダウンロードできるものですが、そういう資料だということをお話させていただきます。

最初に、団体のお話をしなければならないので、これはごく軽く流させていただきます。後ほど読んでください。この団体は、349社の会社が集まって様々な検討をしております。古くは診療報酬の改定の時に、皆さん、緑本というものがあありますが、あの中の内容というのは日本語で書かれております。あれをIT的な解釈として運用するためには非常に時間がかかるものですが、これをベンダーが集まって、いち早く診療報酬後請求の申請ができるようにしようということから始まりまして、現在はさまざまな標準化に取り組んでおります。政府へ政策への協力もやっておりますので、今日こういうお話に参画させていただいたのかなと思っております。そして組織のことを簡単に触れさせていただきますが、部会というもので構成されていて、私は保健福祉システム部会の地域医療システム委員会というもので、その下にいくつかのワーキングがありますが、こういったものを兼任しながらやっております。だいたい250人くらいの委員会で、月1回開催しまして、だいたい50名くらいが毎回集まります。そこでは、新たな地域連携で調剤の連携をどうしたらいいか、同意の仕方として包括同意をどのように進め

るか、こうしたことをベンダー各社が集まって、なるべく有効活用、他の事例をうまく使っているというようなことを話しております。ということで、この後のお話が出ます。先ほどお話したとおり、4つの視点でお話をさせていただきます。

5月24日に、安倍政権から新たな情報通信戦略というものが公表されました。今パブリックコメント中です。ですから、これがすべてそのままというわけではないのですが、その中の3つの柱の中に健康関連のお話が出てきます。健康で安心して快適に生活できる、世界一安全で災害に強い社会と。助かる命を助ける、ということが確かキャッチフレーズで、国会で安倍総理がおっしゃっていたと思うのですが、とても大事なことです。資料をご覧くださいとあり、「医療・介護・健康情報を医療機関の他、遠隔医療、在宅医療・介護や生活支援サービスを含む多様な主体が共有・連携する仕組みを構築し、効果的・効率的な医療・介護等を提供する体制を整備する」と書いてございます。まさに、これからこちらでお話していくことと合致したことを、国そのものも考えているということに触れてから始めたいと思います。

さて、再生基金の予算の話があると思いますが、こちらでもそうした予算の中で今後も検討を進めていくと思います。このお話ですが、地域医療連携というのは、どんなふうに進んできたかということをお話すると、資料中にピンクを経産省予算、グレーを厚労省予算、グリーンを総務省予算と、ちょっと分かりにくいですが分けております。古くは経産省の予算で、各地の地域連携をやりました。実証事業で、ところによっては新聞報道で止まってしまっているなんて言い方もよくありますが、その後、総務省の予算で、1億単位の予算で付いた地域連携が広まりました。そして平成21年度の補正予算をはじめ、大きいものでいうと10億を超えるもの、小さいもので2億程度の地域医療連携が全国で2次医療圏、3

次医療圏の大きさに進んできております。大事なことをここで触れておきますが、経産、総務の予算は実証事業ですね。実験です、悪い言い方をすると。そういうことだと私は思っております。ところが、地域医療再生基金というのは、保健医療計画を再生するために、足りないところを補てん、是正するための予算として動いていますから、これから現実のものとして提供していく地域連携であるところが、予算の種別として違うところです。この後、地域連携推進協議会のお話になるかもしれませんが、持続的な医療連携を今後も継続していかなくてはならない、実証事業1年でおしまいだよ、ということは絶対言えないことだということ、肝に銘じてやっていかなくてはならないということに触れたいと思います。資料では予算がどのように重なっているかという、重なり具合を示したもので飛ばさせていただきます。次の資料は平成21年度、22年度の補正予算の時に何を題材にしていたのかということをおさらいでつけていたのでこれも飛ばします。次の資料、平成23年度の補正予算、岩手県を含む東北3県に付与されている予算のところ、大事なところなので、基本方針として「患者の状態に応じて切れ目なく効率的にサービスを提供するため、急性期から慢性期に至るまでの医療機関の機能分化と医療機能の集約・連携等により、平均在院日数の減少と在宅医療・介護への移行につながる地域医療提供体制の再構築を推進する」ということが書かれております。これもおさらいのためにつけております。では、平成21年度・22年度、東北3県を除いた予算がどんなふうに割り振りされているか少し触れておきたいと思います。次の資料です。医療連携。在宅医療は少し小さめですが、非常に多いですね。救急も多いですけれども、非常に多いです。またもう一つ大事なことですが、去年の11月末ぐらいの数字ですが、左側が予算化しているもの、実行しているものが右。つまり去年の11月の段階であまり予算の執行が進んでい

ないということが一目瞭然です。従って今年度、予算が次々に執行されていくという状態にあるということが今のステータスです。しかし振り返ってみると、もう一つ、別の観点からいうと、これはJAHISが平成22年、再生基金が動き始めた頃に地域連携というのはどういうふうにあるのかということをもとめて、JAHIS自体が私以外の組織なのですが、公的に出した資料です。こんなふうに地域連携があるということを皆さんにお知らせした資料です。今はどうかというと、こんな感じですが、これでも足りないという話もあります。医師会さんが全国の地域連携を調べておりまして、もっと多いという話なのですが、私自身がすべての情報をホームページに当たりまして、RFPが出ているものを全部確認した情報で、毎日リプレースしています。5月7日までの状況がこの資料だということを書かせていただきます。つまり、先ほどの状況から予算執行があまりなされていない状態でもこのような状態になっていると。赤は再生基金で認められているもの、青はその他なのですが、このような状況です。ここまででお話したいのは、様々な医療情報ガイドラインというのがあって、皆さん、本当に面倒くさい話だな、協議会で進めるのに面倒くさい、こんな難しい話は嫌だと思ってしまうことがあるかもしれないのですが、どの地域もこうした協議会で様々な方々が問題を通じ合っていて、事実、このような形で進めているということがあります。おそらく、岩手県という地理的な条件が他の県に当てはまらない可能性はあるのですが、それでも多くの先生方が頭を悩ませて突き合せてきた事例が各所にありますので、こういったものにあたりながら、時間を少しでも稼ぎながら、岩手県下として特に注意すべきことを念頭に、検討していくことが必要なのではないかと思います。

次はガイドラインのお話です。資料に、厚労、経産、総務のガイドラインを全部焼いてみたらこのような厚さになってしまいます。そして、3省

庁のガイドラインをどんなふうに星取表をつけるかということもあり、なかなか難しい問題です。これについて、時系列で取り上げてみたいと思います。

その前にどんなガイドラインがあるかということ、最初は厚生労働省のガイドライン第 4.1 版とされているものです。そして経産省のガイドライン、これも比較的、近々に出ていますが名称変更して、今こうしたタイトルになっています。そして総務省のガイドラインがございまして。こういったものは協議会を立ち上げていく時には、やはり構築していくベンダーとしては、当然のことながら理解していく必要があるのですが、やはり何らかの形でこんなものがあるのか、そこにはどんなことが要点になっているのかという理解が必要だと。そして最後に、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ガイドラインが最近、更新されて、非常に大事な内容が記載されておりますのでご紹介したいと思います。

さてガイドラインですが、時系列で整理されたものがないので、今回このように整理してみました。平成 17 年第 1 版が出まして、そのあと段々と平成 25 年まで進んできています。平成 20 年に外部保存が容認になって、それ以降、経産、総務も様々な観点でガイドラインを出してきたというような時系列の流れがあります。そして、平成 20 年以降も、特に細かくこちらに分けてみました。先ほどの厚労省のガイドラインに対して、経産省で「医療情報を受託管理する情報処理事業向けガイドライン」、その次に厚労省が「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4 版」と修正すると、今度は総務省から「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」が出ました。そして、最後の状態は、平成 22 年度あたり、厚労省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.1 版」、総務省「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライ

ン第 1.1 版」(厚労省のガイドライン第 4.1 版が公表されたことに伴い改訂) 経産省「医療情報を受託管理する情報処理事業における安全管理ガイドライン(改称)」(その他省庁のガイドラインとの整合性の確保。呼称変更を実施)となっており、だんだんと外部保存から民間委託、そしてクラウドへと話が変わっています。民間委託のところでは経産省で企業が受託した時のガイドラインを提示しております。そして、クラウドにする時に通信というものがありますから、総務省を入れた時の考え方をガイドラインで出しております。それが今、層化といいますが、和の集合体といった方がいいのかそんな形になっております。

では、今はどういう状況かといいますと、これはすごくデリケートな話なので言葉で補足しますが、共通番号制度としては 5 月 24 日に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律関連法案」が成立していますけれども、医療分野ではずっと医療等 ID というものが検討されてきております。実は、この医療等 ID を実施するかは、すごくいろいろな話が聞かれております。

それと同時に個人情報保護法の中で、医療分野について主管大臣が提示することができるわけですが、これについて今までガイドライン程度になってきたわけですが、これについて、個別法を作ろうという話が出ています。これができるとうらやまになっていきます平成 22 年以降のガイドラインが改訂になる恐れがあります。もともと国の話の中で直します、ということが宣言されているので、そういうことも考えていかなければいけないということです。ちなみに平成 25 年厚労省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.X 版」の検討と書いてありますが、この 5 月に調剤済処方箋と処方録について外部保存が認められた、という通知が自治体に出しております。これらと秘密分散という技術、タブレット端末と

いう新たなツールを検討するために、今年度ガイドラインが修正されるという考え方になっております。この話は、後でもう一度触れたいと思います。次は飛ばします。次の資料では、経産省の文書の中にこれまでのガイドラインで何が定められたかという整理がされております。これはとても大事なことで、民間の人間が勝手に決めるよりも国で整理してもらった方がいい話です。例えば平成 20 年 3 月のガイドラインの改定で医療情報を外部保存することが認められたという理解から医療情報受託ガイドラインを策定したこと等が書いてありますし、最終版では仮想化環境という IT 技術を駆使したのも可能だということが記載されておりますので、お時間のある時に読んでみてください。

そして、次の資料は厚労省、経産省、総務省のガイドラインがお互いにどう見あっているのかを簡単に整理したものです。個人情報保護法を取り上げると、医療分野で医療等情報個別法が検討中であるということも触れさせていただいております。

そのような中で、先ほどの 3 つのガイドラインの他に「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ドライン」において、これは古いガイドラインで、4 月 1 日に Q&A の改訂版が出ております。地域連携の委員会で議論しているというお話をしましたが、正確には地域医療連携で電子的に診療情報を共有することは、どんな法律に基づいて可能なのかということが明らかになっていないのが実のところ。それに対して、IT ベンダーとしてどう解釈してよいかずっと悩んできました。皆で考えてきましたし、昨年度の事業ですが、今年 5 月第 1 週に経産省から実証事業の報告がありまして、その中でもこの問題について法的な解釈を試みた資料がありますが、興味のある方は私までご連絡くださればお話いたします。

4 月 1 日のガイドラインの中にこのような記載がされました。医療機関と薬局の間で患者の薬剤服用歴などの情報交換は可能かということに関して、可能だということ、これも大事な話として調剤薬局では可能になったことが初めて分かったわけです。もう一つ、病診連携の一環として、紹介を受けた患者の診療情報や検査結果等を情報提供していいのかということがあったのですが、これは「他の医療機関との連携を図ること」に該当するということで元のガイドラインにそういった記載があります。よって、それに該当するので情報提供は可能だと。さらに情報提供の方法に関して、「通信回線による電子送信等様々な法が考えられますが、いずれの場合も安全管理措置の徹底が必要です」との記載があったのは初めてです。いろいろ調べてみましたが、他にありません。これを以て、本当にあなた方は大丈夫なの？といった時に初めて、住民、県民、国民に説明できると思った事例です。これも、JAHIS の委員会で議論しているものの一つです。

次に、岩手において、どうしても切っても切れないお話をしておきたいと思います。遠隔医療分野の制度はいろいろありますが、実は容認していく中で少しずつ少しずつ進んできたということがあります。ここでも時系列で整理してみました。平成 8 年の開原班から始まり、厚生科研で研究した後にそのテーマに沿って何らかの形で、若干国の制度が緩和されてきております。さらに、次の資料が直近ですけれども、やはり厚生科研の研究の後に若干書き換わり、そして震災の結果、一部開放された時期もあり、今に至っております。最後、平成 23 年 3 月 31 日に遠隔医療学会が遠隔医療の指針を出しており、直近の資料として今日も添付資料にあります。今日も厚生科研のお話としてやっているわけですけれども、こうして厚生科研の研究が何らかの形で一つの意見となっていて、それで今までの通知が是正、緩和されてきており、これは非常に重要な視点だと考えておりま

す。先生方のご努力、あるいは関連する企業さん方で話をしていく結果、よりよいものになっていくであろうことは過去の事例から見ても一つ言えることではないかと思えます。

そして、標準規格。これは本当に軽く触れたいと思っております。保健医療情報分野の標準規格として認めるべき規格について、ということで厚生労働省の文書にあります。その中で、様々なものが規定されております。地域医療連携や医療安全に資するものとしてこういった標準規格を入れるよう、知事宛に通知が出ております。その中に、「地域診療情報連携推進事業や地域医療再生基金等に代表される各種補助事業等や諸施策において、引き続き、厚生労働省標準規格の実装を前提とし、関係省庁、関係団体とも連携の上で、厚生労働省標準規格の一層の普及啓発を図るべきである」との記載があります。

同じ言葉で話す、ということによって連携できるということを考えていかななくてはいけないという話です。その中において、SS-MIX 標準化ストレージというものがあまして、ここに HIS に代表される医療情報システムのデータを一度出して、連携していこうという話です。この話は飛ばしまして、これもまた時系列でお話いたします。私の経歴は、建築業から電気業に移り、IT に移り、すべて病院関係の仕事をしてきたわけですが、平成 17 年の時点では既に医療をやっていたわけです。すごく印象的でこの話をずっと拾ってきたのですが、平成 17 年の時点では SS-MIX は何のためだったのかと申しますと、病院情報のリプレースにあたって、電子カルテの入れ替えでデータが移行できない、どうしたらいいのかということからスタートしました。その時に、データベースに移そうと思うとこれまたソフトウェアにコストがかかる。そこで、マイクロソフトのウィンドウズの中のディレクトリ構造にうまく移すことで、病院のデータをうまく移行しようではないかということが最初のきっかけでした。今聞

くと違うという方がいらっしゃるかもしれませんが、私は少なくとも、そういうふうに話をしていたので会議に参加してそういう目的でした。平成 18 年以降、国の指針になってみたりするのですが、平成 24 年あたりから、それまでは病院の中のデータ移行のため、そして診療情報提供書を出す時に、CD に書くためにあるディレクトリという考え方だったのですが、それが、地域連携のためのリポジトリという解釈になってきます。リポジトリをウィキペディアで調べると、貯蔵庫という言葉になります。IT 企業の方は簡単にリポジトリとおっしゃるので、なんのことがわからないと思われる方もいらっしゃるのですが簡単に医療情報の貯蔵庫だと思っていただければいいのかもしれないと思います。この地域連携をするために、お互い連携するための標準規格を適用した貯蔵庫をお互いに持って、その中で連携しようというニーズがあります。そして平成 24 年から 25 年に関しては、バックアップのためと変わってきております。災害があった時に、病院の情報システムが壊れたとしても大丈夫なようにということです。そういう意味合いです。

次は飛ばしまして、これは国の予算の資料になります。医療情報連携・保全基盤推進事業で、今年も若干、名前は変わってついておりますが、同じ予算の事業です。これを見た通り、災害対策として、離れた場所に医療情報のバックアップが有効であるとされており、特に東日本大震災では、それまでの診療データが失われ、適切な医療の継続が困難になった例が多くみられたことから、診療情報の保全がこれまで以上に重要視されていると示され、またデータを外部に別途保存するため、非常時のデータ参照に用いることが可能とのことで、こちらでもそんな考えをされてらっしゃるとお伺いしています。では、そこに何をを使うかというと SS-MIX で、「病院・診療所への補助」、「中核的病院など安全な地域に設置」と両方にそのことが書いてあります。

こんなふうに厚生労働省の予算のスキームからしても、こんなふうに考え方が変わってきている。ただ、病院内のリポジトリから地域連携のためのリポジトリへ変わってきているところで、とても大事なことがあります。電子カルテと地域連携、直接繋ぐというのはとても怖い話です。これを直接お話すると、どんな先生方も嫌だと言われると思います。ではどんなことが必要かということ、1回SS-MIXストレージに入って、何らかのゲートウェイサーバー、情報をやりとりしてあげるためのパソコンみたいなものを置いて、データセンターにあげる。その観点として大事なことを書いております。

資料では、左側に医療機関を受診している患者Xの集団があります。これは病院の目的のために患者情報があります。右側のYは地域連携において同意している患者たちの群の情報があります。これら情報のあり方ですが、病院内の目的内利用がそのまま地域連携のデータセンターにあがってしまうことがいいのかどうかということは、包括同意をするかしないか様々な観点があって、例えばデータ転送用のゲートウェイサーバーには病院を受診しているXという中から地域連携の同意を得ているYだけを取り出して、センターにあげる。このゲートウェイサーバーの管理主体は地域医療連携の推進協議会であるとか、こういったくくりが、整理上必要だと。こういう透明性はとても重要で、お話ししないと患者さんは不安であるとか、医師会の診療所の先生方もいらっしゃいますが、その先生方も不安であると思ったりします。ですから、こういった考え方はとても大事だったりします。

一息と書いておりますが、これは私昔バイクで岩手を一周した時に龍泉洞に行ったことがあるのですが、それで一息にちょうどよいと思って写真を付けましたが。

いろいろなところで地域医療再生基金の経過があり、こういうところでいろいろなことが検討

されている。そうした話をここで共有させていただいております。こういった話は先ほどもお話しさせていただきましたが、そういった英知を元に検討されたものを是非活用していくべきだと思います。そしてお気づきのとおり、国内の環境、予算の動向、社会制度、実を言うとガイドラインも変わってきますし、技術も変わってきますし、経産省のガイドラインも仮想化技術の為に変わるというのは大胆ですよ。こうした技術によっても変わる。常にダイナミックに、環境側が変わっているということ、協議会としても理解していかななくてはならないと。そこはベンダーが解釈するところなので、ITベンダーがその言葉を理解してやっていけばいいと思うのですが、こんな状態だということ、ちゃんとベンダーの首に鈴をつけるということも協議会の務めかだと思います。こうしたことを共有して、次に進みたいと思います。

最後は、留意することを書かせていただきます。いろんな企業が困っていらっしゃるので、私がJAHISの委員長という立場で今、留意事項を整理しているところです。その中の資料を抜粋してきております。実は教育事業というものがあって、毎年新入社員にも、このお話を説明している中の一部とだけ思っていたらと思います。ここに、概ねこのような話をということが書いてあります。この時点で、すでに抜粋ですが、運営主体設置について、地域医療連携情報システムの機能と効果と負担などについて整理、運用主体と保管主体の整理、地域医療連携情報システムの形態について、同意について、共有情報の範囲、アクセス権の設定について、診療情報共有にあたっての整理、標準規格の採用について、セキュリティについての検討と。は先ほどお話ししたのでいいかと思えます。運営主体の設置について、と沢山書いてありますが、こんなことを検討しなくてはいけないということを書いてあります。これは、多くの人数をかけて皆さん

で検討していくものですが、他の地域でもしっかりやっているといるので、岩手県下の英知を集めればしっかりできることではないかと思っています。

こういった協議会の中では、IT システムにどんな機能を備えていくかということをしっかり議論していく必要があるので、以下に書いてあることを検討しなくてはなりません。中に、委託契約元の組織として等、いろいろなことが書いてありますが、あとに回しましょう。最後にBCP(事業継続性)とありますが、災害時にどうやって事業継続していくかといった問題です。運営主体の設置ですが、これは地域によって自治体が入るケース、保健所、在宅医療連携などを含めた地域包括支援センター、薬剤師会、口腔ケアも重要なので歯科医師会が入るケース、いろいろな広がり地域ごとに見せております。これは地域によって、調剤薬局が入る例入らない例、いろんなものがあります。ただし大事なことは、小さく生んで大きく育てるということです。様々な人が入って、あれもこれも欲しいとってどんどん大きくなると、持続的という観点からいうと、大きなシステムを長く維持するのは難しく、軽く作ってみんなの要望に応えながら少しずつ大きくしていく、という観点が非常に重要だと思っております。そして、もう一つ。地域連携で必ず言われることですので、地域医療連携について、私も医療情報学会員ですが、学会に出て話を聞きますと、地域連携は良いかというアンケートを何人か取りました。良いという方が何%いますということで、今日も実証事業があって、4月、5月にいろいろな報告書が出ておりますけれども、やはりアウトカム、エビデンスを提示していく必要があります。これができていないせいで診療報酬の加算ができないなど、あるいは通知書を改訂していくという原動力になりにくいわけです。ですから、協議会をやっていく時に、この視点が大事だということに触れておきたいと思います。そして、その下

の資料に組織団体のあり方についてありますが、ここで少し触れておきたいことは、任意団体というところが多いです。任意団体とはどんなものかという学校のPTAに似たようなもので、PTAも会長になった方が自分の通帳が何かにみんなから集めたお金を保管しておいて郵便局などに入れておくのですが、これは責任の問題で、なかなか難しい話です。ですから、なんらかの法人格をもって進める必要があります。先ほどガイドラインの話をしました、経済産業省のガイドラインに医療情報の委託を受ける事業者と書いてありましたが、委託をする必要があるということは、責任ある法人として委託する必要がある、誰が責任者かわからないと委託のしようもないということがあります。NPOなのか、未を言えば公益法人がよいのかもかもしれませんが、そうした観点が重要です。つい最近の様々なガイドラインや成果報告などを見ると、そのページにはみんな、そのことが書かれております。興味のある方は是非ご覧になってください。

そして、運営主体を設置した後、事務局機能は当然必要です。多くの先生方が同じ時間に集まっていたための整理、また協議会の下には本当の長の方が集まってくるわけですから、全部が全部ここに持ってくるわけにはいかない。ですから例えば、作業部会というような構成を持ち、その下にITを検討するワーキングを持つ。その下に例えば、お薬とか臨床検査情報とか放射線系の画像、動画等、それに特化したものがあれば小ワーキングをする。段階的な組織体制を作って、そこにメンバーを当てはめて、必要なものを上位に送って合議していくということが必要です。

そして、運営主体を中心に進めるスパイラルと資料に書いてありますが、まず透明性の確保。参加者、住民への説明、医療機関などへの説明責任、医療機関の方々(診療所の方々等)、不安に思われるの方々に対して、どんな利益があるのか明確にする。ちなみに不利益なことも話す必要

があると私は思っております。参加者の増大。同意というものをとっていく以上、同意が進まないと診療所が集まらない。診療所が集まないと患者も集まらないという、ニワトリかたまごかというような話なのですが、これは両方とても大事なことです。これで人数が集まると、アウトカム・エビデンスに繋がっていきます。患者動態みたいな統計的なものから、いろいろなそれ以上のアウトカムみたいなものを、参画する先生などを求めながら提示していくということはとても大事です。そして、課題の解決や提起。場合によってはインセンティブの要求を行政に対して行っていくというようなことも必要です。私も何度か JAHIS の立場で厚労省を訪問して、地域連携の加算みたいなものについて意見を具申しに行ったことがあるのですが、みんなバラバラに来るからいつになっても必要と思っても付けられませんという言い方を私はされました。こうしたものもエビデンスをつけていけば、連携パスに何百点などというのではなく、地域連携全体に付ければ、先ほどの持続的な地域連携が可能になってくるのではないかと考えております。そういう意味で、エビデンス・アウトカムを出していくということが大事かと思っております。

次に、診療連携の必要性について考え方を共有するというので、これは全部読んでいくと大変ですが、様々な医療機関で様々な情報をやり取りしていると、とてもいろいろな紙を連携しなくてはならないので、一つにまとめて説明しております。その後においている資料がとても大事です。これは医療機関のメリット、医療者のメリット、住民のメリットと簡単に整理したもので、これがすべてではありません。これはこの説明のために簡単に整理したものです。地域連携毎にメリットもデメリットも書くということをやっております。それをしないと、後で何のメリットでやったのかということで言い合いになることも実はありまして、その時に、そもそもどうい

るに目標をもってこの事業を始めたのか、協議会は何の為にあるのかということに立ち戻る時に、最初にこういったものを整理する必要があることをお伝えします。

その内容を整理したものが、同意をとる時の説明書にも使えますし、協議会を法人化する時の定款などにも使えます。最初のこの整理が、みんなの心の軸を決めていくことになると思っていますので、とても大事ではないかといつも思っています。

もう一つ、運営主体と保管主体。これは経産省の事業で、先般 5 月 1 日に報告されておりますけれども、運営主体と保管主体の考え方です。これはどちらかのデータセンターに保存するといった時に、その運営を協議会がするかといえばそうではない。委託する必要があります。そうすると、運営の主体と保管の主体というのを整理して、委託の関係を明確にする必要があるということをお簡単にまとめたものです。経産省の報告は、秋田大学の近藤先生が中心となって、非常に良い報告をしているので、興味のある方は資料を是非ご覧ください。ここではこういった整理が必要だということだけ触れたいと思っています。共同利用の観点ですが、23 条第 4 項の、第 3 者提供の中の例外という考え方で地域連携を進めるのが望ましいであろうということで経産省の実証事業で得られた成果の報告内容です。現在は、これに相当するようなコメントは厚労省からなくて、唯一先ほどのガイドライン、Q&A の中に見られるという以外、この考え方はないです。協議会として何をもってやっているのかということを確認するために、どこにどんなことが書いてある、それを元にやっているということが大事かと思、この整理をここでさせていただいております。

データの管理方式ですが、集中管理、分散管理、ハイブリット管理と、災害時にセンターにあった方がいいかもしれない、しかし、センターにあると、今の回線事情からいったらスピードがそれほど損なわれませんが、手元にあった方がいい情報

もあるといった考え方で、どんな風に方式を決めていくかという観点が必要です。次の資料、同意のあり方です。先ほど共同利用という考え方がありますが、いくつかの文章を見ますと、病院の中に参画病院の病院名を書きおいて、「ホームページを記載して随時参画する医療機関が増えた時にここに書いてあるのでご覧になってください」ということでうまく逃げていけるという解決の仕方が経産省の報告書に書いてありますが、こうして同意をしているが、どんな医療機関が参画しているか説明責任が必要ですが、同意の過程でそういうことを整理する必要があるということと、同意の取得方法。オプトアウト、院内掲示で嫌だという方だけ抜くのか、同意をした患者だけを入れていくのか、紹介状を書いて欲しいと依頼した方は基本、地域連携に入れていくのか、そういう考え方がありますがけれども、それを合議して協議会として決めたということが必要かと思えます。ここでは同意の方法を強く書いてあります。ちなみに、地域によっては包括の同意をしながら、どの医療機関を連携させるかということで2回目の同意をとっているところがあります。簡単な包括同意をとって、後から個別同意をとる方法もあります。なぜかというと、精神とか産科とか連携したくない情報もあります。この患者さんが包括同意したからといって、どんな診療科のどんな情報も見せてもいいかということ、それはまた違っただろうという考え方を持つ地域もあります。こうしたことも含めると、とても検討が難しいということに触れてあります。そして、同意の撤回の受付方法です。個人情報保護法的に言えば、同意を撤回してそれを削除しろといえれば元のデータを削除しなくてはならないわけですが、その書面をどこでどんなふうにやっていくかという話ですが、個別の病院でシステムの紐付けして、同意の削除ということをそれぞれの医療機関でやっていいのかということ、どうルール化していくかという問題もあります。同意の方法も

さることながら、同意の撤回があった時にどんな技術、運営主体が協議会とした時に事務局の手間がかからない方法は何か、郵送費用として切手代がかからない方法はなにかということをしかり考えなくては、これだけでいっぱいいっぱいになってしまう。持続的な地域連携が難しくなるケースもあるので、何でもないのでとても大事な話だと思っています。以降の資料は、個別同意の話など今お話ししたことが書いてあります。そして、ハンドアウトにはもっと細かい同意のフローがありますので、興味のある方はご覧ください。

そして同意の取得ですが、これはID連携をしなくてはならないという趣旨のことで、同意に伴って紐付けする必要があるということと、オートでやるということもたまにあります。医療過誤になる可能性も否定できないので、これは難しく、どこかでメディカルソーシャルワーカーさんなのか推進協議会の事務局なのか、どなたかが紐付けする必要があるということで、最近も別の方に検診情報を送ってしまったという紐付けの仕方の失敗で、そんなことが起きている例もあるので注意が必要かと思えます。

あとは利用者ごとの情報の範囲です。ちなみに経産省の中では、必須な地域連携の診療情報として、基本情報、処方履歴、検体検査結果、アレルギー情報、既往症、禁忌情報、感染症情報と書いてあります。これが正しいかということは協議会として決めていく必要があり、どんな情報を連携するかということを決めていく必要がある、ということに触れておきたいと思えます。また、その情報を誰がアクセスできるかという整理が必要だということを、資料中程に書いてあります。介護の方と医療の方が、同じ情報に触れることがあってはならないというか、もともとそういう風になっていないと思えます。読んでも理解できない可能性は否定できなくて、そうした話です。もう一つは、統計情報をとる、患者動態をとりたいたいということを協議会の総会の中で議論したいとい

う話もありますが、協議会としてどこまで統計情報を2次利用として扱っていいかということも毎回問題になる話です。統計情報をどんなふうに誰がどんなアクセス権で、どうやって設定していくかという議論が必要だということで、情報とそれを参照する人の整理が必要だという資料があります。そして、アクセス権について触れておきたいと思います。皆さん、アクセス権とかIDという話をよく聞かれると思いますが、これはデジタルアイデンティティという言葉と、アイデンティティファイアという言葉がありますが、IDの話をした時に、こんな考え方ということをお話します。まず、私が田中さんであるということを知別するという手順があります。これはIDパスワードなのか生体認証なのかということがあります。そして、その次、それが本当に本人であるかということは、費用の問題もあるのでいろいろ考えていかななくてはならない話です。HPKIのように、国が今後行おうと思っているようなことに照会して、確かにあなたですということを確認するという手順もあるかもしれません。そして、認可。その情報にアクセスしてよい、あなたはこの情報に触れてもよいという認可、そして初めて医療者が診療情報に触れ、介護の方はADLにしか触られないなど、手順を決めていくということが必要で、これら3つの手順があってアクセスしているという認識がずれると、話が困難になってくるので、ここで整理しております。

そして、セキュリティの話ですが、院内の情報というのは、自動車の教習所の中で、隣に教官が乗って教習所の中を走っているような状況です。地域連携とは何かということ、公道を走ることで公道には公道のルールがあって安全確保が必要で、例えばシートベルトは絶対しなくてはならないなどいろいろあるわけです。こうしてセキュリティに関してのマネジメントの範囲が極めて一気に広がる、この観点について、協議会を構成する皆さんとしては念頭に置いておく必要がありま

す。ITの方々は専門的に行えばいいと思いますが、この観点だけはもっておく、そういうデリケートなことだということですね。それを図示したものが連携中核機関A、医療機関B、診療科B等、いろいろ書いてあります。何となく様々な医療機関だということが書いてあるのですが、これが揃わないと情報が流れてしまいます。もしくは、一番低いレベルで整理するのかということ、そうではなく、どこか譲れない線があるということ、そこに引き上げる必要があるということ、簡単に図示してあります。つまり、様々な医療機関があり、それぞれのポリシーが違います。先ほど個人情報保護法で、それに付帯する様々な行政がつけている法律がありますが、自治体病院全部を入れると、医療の世界では全国で千数百、千六百だったか、それだけ個人情報細分化されており一本化されていない。そのために、一本通した法律を作ろうということが厚労省の考え方ですが、こういう観点が大事です。皆さんで勉強して、どんなセキュリティ対策の実施が必要か、お互いにアクションプランを考えて実行していく。そうした結果、どこかで桶のたがをはめて、これより下にはいかなないようにして水をせき止める必要があるということ、簡単な絵で示しています。

こうしたものを運営主体と保管主体で協力して検討していく必要があり、そしてポリシーを制定していかなければならないということ、ここで触れております。こういった各種団体でこういったことをまとめている本がいくつもありますので、資料で紹介しています。

結語ですが、今後、医療情報連携によって多くの地域で患者のQOL、ADLの改善や維持を掲げているということ、これは地域連携において至上命題であること、岩手県下において地理的な特徴から、他の地域より一層距離と時間についてICTをもって克服する遠隔診療の要素をもった取り組みが重要視されること、そこに専門医の偏在をICTで支援することによって、県下において医療

を均てん化する要素があること、これがそのまま患者のベネフィットに繋がるということだと考えます。

演題の中でも時間の流れを示しましたが、遠隔診療については、ガイドラインがエビデンスによって段々と提供の範囲が広がってきた経緯があります。こうした努力があるということですから、岩手県下において、今回の事業でもエビデンスを積み上げて、例えば「岩手 study」というような形で還元していくことでこの岩手県だけでなく、広い地域、これは国レベルであったりすると思いますが、そういうところで遠隔診療の世界で幅出しをして、それはつまりは患者、県民の利益に繋がるのではないかと、そんな有益なフィールドになるのではないかと考えています。JAHIS としてお手伝いできることがあれば、ぜひご連絡ください。下の資料に例があります。こんな形でエビデンスを拾ってみるのはどうですか、ということが書いてあります。

これで私の演題を終わらせていただきたいと思います。有り難うございました。

- 質疑応答 -

岩動

田中先生どうも有り難うございました。非常に広範にわたる内容であります。田中先生、今までのいろんなところで医療連携システムを拝見しておりまして、ほとんどが小さな地域の医療連携、病診連携である、例えば「あじさいねっと」であるとかそういうものがありますが、小川先生が目指しているのは広大な岩手県という大きな広い領域をこうすることで結びたいということですが、そうすると踏み越えるべきハードルというのは非常に多くなってきますよね。例えば、われわれが情報伝達する時にメールで行いたいという時に、メールを持っていない先生方が沢山いるとすると、それが一つの手段ではなく、二つ三つ、fax、電話、郵送等、全部一緒にやらなくては隔々まで伝わらないというような、いろんなことがあ

ると思いますけれども、そういう難しさというものをこの医療連携システムは含んでいるのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

田中

一つの県の中で IT の拡がりは一均一ではないので、おっしゃる通りだと思います。一方で、岡山県あるいは島根県等、他の県では、3 次医療圏、22 年度の補正予算は 3 次医療圏の予算がついておりますので、全県連携に取り組んでいる場所は既にあり、スタートもしております。そうした事例の中で、fax とか紙とか、様々なデジタル化する範囲の差ですね、どんな風に埋めているかということはいろんなところの知恵をいろいろ調べてみるということとはとても大事だと思います。おそらく、できない部分もあると思いますが、今の時点でやれることはある程度あって、そこに他の地域には何らかの答えはあるのかもしれないですね。

岩動

先生有り難うございました。

小山

田中先生、有り難うございました。休憩を挟ませていただきたいと思います。

岩動

『医療個人情報保護法の必要性と課題 - 連結可能匿名化措置導入に向けて』と題して鈴木正朝先生でいらっしゃいます。先生は、1962 年に北上市出身でありまして黒沢尻北高校のご出身でいらっしゃいます。現在、新潟大学法科大学院実務法学研究科の教授でいらっしゃいまして、出身大学は中央大学の修士課程を修了なさっておりますし、情報セキュリティ大学院大学の博士課程を修了していらっしゃいますので、法学修士そして情報学博士ということでもいらっしゃいます。先生は、兵庫大学、山口大学、筑波技術大学、京都女子大学、メディア教育開発センターなどの非常勤講師あるいは客員教授などを務めていらっしゃいます。いろいろな分野で活躍してらっしゃい

まして、多数の学会にも所属していらっしゃいます。それでは、先生どうぞよろしくお願い申し上げます。

講演 2

『医療個人情報保護法の必要性と課題 連結可能匿名化措置導入に向けて』

新潟大学法科大学院 実務法学研究科
教授 鈴木 正朝先生

新潟大学から参りました鈴木と申します。

マイナンバー制度ができましたが、マイナンバー制度を作る仕事を手伝っておりまして、厚労省では社会保障分野サブワーキンググループの構成員をやっております。昨年6月まで医療情報保護法案の検討をしておりました。6月でいったん中間報告を出してピタッと止まってしまうと、社会保障審議会の下に特別部会を作って、法案整備だといったところの人選で止まって、今般、丸1年になります。当時は民主党がつぶれそうだったので、民主党の段階で審議会を作ると後で面倒だから止まっているのかと理解しておりましたが、自民党政権になっても動きが止まったままです。大幅な人事で、厚労省の関係者が一掃されてしまい、今現在、医療等情報保護法がどういう状況であるのか、皆目見当がつかないという状況にあります。もう一つ考えていたことは、彼らはマイナンバー法案成立を待っているのかと思っておりました。ところが、5月24日成立してからも特に動きが見られないということで、どうなるかと思っているところであります。

医療連携のお話をいたしますと、実は個人情報保護法ばかりが際立って議論されておりますが、法律屋から見ると大した問題ではないと。一番重要なのは刑事規制です。民事でも医療過誤訴訟等、いろいろありますように医療契約においては守秘義務、不法行為においてはプライバシー侵害。最後に行政規制として一番ぬるい個人情報保護法があるということであります。これは別に医療に限ったことではなくて、例えばここに交通事故

を入れてみますと、交通事故を起こすと、当然ながら刑事事件で交通刑務所に入るかどうか、業務上過失致死傷罪の問題が出てまいりますし、任意保険に入っておりますように、万が一相手方が亡くなると数千万円の損害賠償等の問題が出てまいります。あともう一つは、行政規制として免停になる等の問題が起きてきます。ですから、刑事、民事、行政規制の3点で常に様々な事象が法的問題の議論がされているということで、情報を動かすという場合には、この3方向から検証を入れます。さらに、カルテ等の場合には著作権等の問題も幾分出てくる可能性があるということで、円がもう一つ増えるかもしれない。これは非常にデータ流通の障害であるというのは、早計な判断でありまして、普通のことです。すべての問題は、3方向4方向から法務の問題として淡々と処理していくというだけの話です。ですから、専門家を雇いなさいということになるわけです。中でも、個人情報とプライバシーの権利、文学とかエッセー、日常生活だと個人情報とプライバシーの権利は同義語です。同じ意味として使い分けをするわけですが、法的には定義が違いまして概念整理は資料のようになります。経産省はプライバシーの権利に属する情報の中に個人情報を入れたりしていますが、明確に間違いです。概念は、共通部分とそれぞれの独自領域があるという円が正しい理解です。またこのように理解しないと、今日のこれから法律を作ろうということの立法政策の問題点が明らかになりません。なぜなら、プライバシーというのは、個人に関する情報をみだりに第三者に開示または公表されない自由ということになりますし、個人情報は法律がありまして、特定個人の識別情報だということになります。実は独自領域があるということはどういうことかということ、特定個人が識別されなくてもプライバシーインパクトがあるという、ここの領域の説明がよくわからないですね、皆さん。こんな領域があるのかと。鈴木正朝だとわからないの

に、鈴木正朝のプライバシーを侵害している情報というものがあるのかと。本人の名前がさらされるからプライバシー侵害があるだろうということなのですが、実はここに分類されるものが識別子であります。識別子は氏名等、住所等が何もわからない、数字とアルファベットの配列ですが、ここに区分されるものについて、使い方によってはその当人のプライバシーを侵害することがあるわけですね。だから、マイナンバー法を作ったわけです。マイナンバーだけでも、本人に問題が発生するという由々しき問題が起きるということで刑事罰を付けたり、第三者機関を戦後初作ったり、大がかりな仕組みを作りました。従いまして、この存在があるということに自覚するということがこれから非常に重要になってくる。カルテでも番号管理する、患者でもこれから番号管理するということですから、その番号が氏名と離れて本人確認情報と離れても、なおかつその番号単体を何故保護しなければならないかという非常にシンプルな問題について解答ができなかったら、日々の仕事もできなくなるのではないかと、システムなど組めないということだろうと思います。資料では「個人情報」と「プライバシーに係る情報」の二つの円は、多重の円にしておりますが、これは意味があります。「プライバシーに係る権利」は裁判で使う概念です。民法の民事規制で使う概念です。「個人情報」は行政規制で使う場合、要するに厚労省が使う場合です。「プライバシーに係る権利」は裁判所が使う概念で、こちらは不法行為法という法律で使います。「個人情報」は個人情報保護法で使いますが、実は判例ですから明確に線が引けません。いくら最高裁の判例が出ていても、やはりもわっとしています。ところが一方、制定法ですからピシッと解釈がなされているであろうと誰しもが思うのですが、実は我が国の個人情報保護法制は非常に不完全です。例えば、個人情報保護法は非常にロジカルではないです。現に、皆さんが県内の弁護士に依頼して

も、明確に答えがでないはずで。リーガルなエンジンを使って推論できないわけですから。全部行政裁量なため、「役所に聞け」と言われます。全国2万人の弁護士が、今まで勉強してきたリーガルな脳みそを使って推論によって答えを導き出せない状況になっております。従って、20数分野40ガイドラインができております。すべてきめの問題ですから、きめていかななくてはならないので、ルールは過剰になります。理論的であれば、推論ができればルールはよりシンプルな方向に向かいます。セオリーがないため、きめの問題としてサブルールがどんどん太っていきます。途中参入の方は到底わからないと思います。先ほどガイドラインの紹介がありましたけれども、木を見て森を見ず、になるべくしてなる仕組みになっております。日本の個人情報保護法がどうなっているかという、1章、3章が基本法部分とありますが、全体にアンブレラ化しています。誰も見ないような条文ばかりです。4章、6章が非常に重要で、4章が義務規定ですから、皆この4章ばかり見えています。6章が罰則ですから罰則が怖くて4章をしっかりと見ているという、これが民間部門の一般法で、民間の個人医院が個人情報保護法を見ます。ご存じのように、行政機関の保有する個人情報保護法があります。独立行政法人用の個人情報保護法があり、それから地方公共団体による条例があります。大きく4本柱で立っているようにみえるのですが、実はさらに最悪なことに条例は一つではないです。47都道府県に1740いくつかの市区町村があって日本に多数の法律、条例があります。私は、「個人情報保護法2000個問題」として数年前から問題提起し、3.11を契機にガラッと変わって厚労省の審議会で発表した時は、医療等個人情報保護法が必要な論拠の一つとして、最近認知されてまいりました。例えば3.11で何が起きたかと言えば、厚労省は行政機関個人情報保護法が適用されます。監督官庁は総務省です。国立がん研究センターは2005年、独立行政法人

化しましたので厚労省の一組織として行政機関法を受けていたものが、独立行政法人の個人情報保護法になり、監督官庁は総務省です。岩手県立の病院は県の個人情報保護法が適用され、監督官庁は岩手県、同様に市立病院は市、陸前高田市は3.11 その当日に機能を失ったわけです。こういう状況化で医療カルテの動きが止まってしまった。厚労省は何をやっているのか、非常事態により支援するよう、すぐ通達出せないものかということになります。厚労省が権限を持っているのは個人医院だけです。2000 個に国内は分割されています。3.11 を契機に、国もこういった体制について問題があることを認知するようになりました。いかに減災するかという問題が突きつけられているわけです。従いまして、広域災害をどうするか、日本は毎年のように河川が氾濫し、火山、地震の問題が中小規模で起きている。3.11 はまさに大規模に起きたということですが、実は日本にとっては毎年のことです。必ず市町村をまたぎ、そこに自衛隊と消防と警察とボランティアと医師と歯科医師と皆入ってきます。その時に、監督官庁は、2000 個全部は出ませんが常に 10、20 出てくるわけです。監督官庁の先途が多くなるシステムになっています。私は法律を作ることが貢献度が高く、意味があると思っております。これは簡単なことで、医療個人情報保護法一つ作れば厚労省に一元的に権限が集中します。ちゃんと責任もってきっちり意思決定すれば、われわれは一か所だけ見て仕事ができるようになります。地域連携もやがては市区町村、県も跨ぐ。大規模になると、おそらく県単位の広域連合という問題が今後起きてきます。たぶん四国だと 4 県、広域連合でやると思います。国立大学も連携を模索しています。従いまして、こういった問題も医療個人情報保護法一つ作るだけで解消できるのではというお話をしています。

本当は一般法もすべて直さなければ、県立病院の医師は県職員ですし、市立病院の医師は市職員

という身分を有していますから、医療情報としてくり出したとしても人事データベースは依然 2000 個問題が残ってしまいます。ですから、医療等情報をどう切り分けるかということはいざ各論で考えていきますと、結構悩ましいと。今現在、立法の現場でどういう議論が進んでいるかということ、地域連携からいったん離れますが、立法政策の現場で皆が懸念していること、要するに医療イノベーションも医療関連法制も皆、これをベースにもって議論しています。一つは、流出が加速する国内個人情報という問題です。日本から米国、中国、韓国等に、ここ数年で我々の個人情報がものすごい勢いで外に出ています。例えば、皆さんフェイスブック、ツイッターをやっているかわかりませんが、多くの方がやっています。ふと気が付くと、全部データが海外にあります。何故か。ネットビジネスにおいて日本企業が全部敗退したからです。富士通も NEC、NTT データ、nifty も含め、so-net だろうがなんだろうが、かつて活躍した方々が全部敗退してしまっただけです。実は、1995 年の阪神淡路大震災の時に、ネット企業の支援は nifty が中心でした。3.11 の時支援してくれたのはグーグルとアマゾンです。全部外資です。例えば、ネットビジネスで敗退するとどうなるか、法的にどうなるか、主要事業者はグーグル、フェイスブック、ツイッターです。適用法はどうなるか。彼らが勝ち抜いた企業ですから、彼らの国や彼らが好きなアイルランド法などを指定してきます。そういうことで、自分の都合のいいところを指定できるのは主要事業者の特権です。自分の好きなところを指定します。裁判管轄の米国カリフォルニア州サンタクララ郡に所在する州裁判所、または連邦裁判所と書いてあります。われわれ消費者が何か不服があって訴えようと思うと、盛岡地裁、東京地裁ではなく、ちょっとカリフォルニアまで来いと言われる。これが、当たり前で使っているデータがこうなっている。日本法の適用が困難な事例も具体的に出てきました。

何故か。まさにクラウドという言葉がでてきたポイントは、かつてはレスポンスタイムの関係もあって、日本でサービス提供するには日本にセンターを置きました。いくら、光が地球7周半するからと言っても、どこかでボトルネックがあって、現実の世界では遅延しました。

従って、日本でサービスする時には日本にセンターがありました。日本の主権の中にありました。ところが今は、米国グーグル社が米国国内で米国法人が米国からダイレクトにサービスをしています。何故、米国に住む米国人が他国の裁判所の決定に従わなくてはならないのでしょうか。形式論でいえばそのとおりです。実質は違います。日本で広告として何百億円も稼いでいるではないか、日本法の適用を受けないとは何事かというのが実質論ですが、形式的にはそうですねという憎々しい状況に置かれています。これもすべて日本の産業力が低下したがゆえに起きている結果です。消費者保護と産業振興とは決して対立関係にはないです。これからは、産業で負けると人権保障も何も、他国に委ねられることとなります。事実上、実質的な利用者保護はどこがやっているかということ、米国です。主要事業者主体の約款とサービス仕様に依存します。ハードの仕様にも依存します。そこを提供して、その設計の主導権を握っている企業がプライバシーの実質保護をしています。実は iPhone、位置情報をしょっちゅうとられています。携帯もそうです。減災のための必要なデータを使わなくてはならない、生命身体を維持するために使う情報は使わなければならない、使えるようにするというのも重要な仕事です。それが立法政策になってまいります。iPhone の位置情報は、それでもビジネスに使われることは論外です。生命身体と震災対応とビジネスのフェーズはやはり次元が異なります。お金儲けですから。プライバシーと保護利益とのバランスを考えると、本人の自己決定に委ねられなくてはならないということは大きくなってきます。

でも、それを守っているのは日本法制かということと違います。アップルの OS に依存しています。設定画面で位置情報を出すか出さないかの選択肢を設計してビルトインしてくれている、実装してくれています。だから、日本の消費者は守られています。ただ、これからは中国にも流出します。ゲノムなどは人権保障があまりなく、法規制が緩いのでデータを集め放題です。チャイナマネーもあります。全世界に優秀な人材が散っています。たぶん、中国でゲノム解析、ゲノム創薬はより進捗するのではないかと。同じ憲法思想をもっているアメリカ、欧州にいく分には実は大きな人権侵害のインパクトはないのですが、それ以外の別な価値観の国に今後データが行きますと、非常に由々しき問題が出てくるだろうということを懸念していますが、これは数年来において実現するリアリティある話だと思っています。それゆえにどうかしなくてはという話になっています。近年、急速に日本政府及び日本法制度の役割と影響力が低下しているということは、ここ4、5年で日本が初めて体験することだろうと思っています。ここに法律家が十分に機能していないと。しかし、私は少し楽観しているところがありました。自治体情報と医療情報は非常に重要ですから、国内にセンターを置くよう法規制すれば、それでその問題は解決するだろうと。医師会も含めて、誰も反対しないだろうと。医療情報は重要であるから、国内のセンターで処理することを義務づけるということで解決だと考えました。ガラパゴス誘導政策です。ただ、その帰結するところはどうかということ、その政策は維持できないということがわかってきました。何故かということ、日本はこの安倍政権下で医療イノベーションと言っています。医療イノベーションを一つの大きな軸にしています。何故かということ、半導体産業、自動車産業、かつての繊維産業のように日本はどんどん他国に引き渡していきました。より高付加価値な産業に移行して、高度成長というか成長を続けてきた

わけです。しかし、ここにきて人口減少社会になりましたから、より一層高付加価値な産業を作らなくては、税収はやせ細り、医療費を賄う財源は完全に枯渇します。従いまして、医療イノベーションの政策は必ず実現しなくてはならないということになります。われわれの目標は、数兆円産業でなければ財政を健全化するパワーがないのです。これを当たり前に設計しようという中で、最右翼にある政策が医療イノベーションです。となりますと、他国から日本のセンターにゲノムを集めなくてはならないのです。ゲノム創薬しなくてはならないのです。医療イノベーションがゲノム創薬だけではないのですが、何故ゲノムかというと、ゲノムを集めると各国でハレーションが起きるからです。一番重要だと思っている、それを他国に持って行かれるという時に各国の政府の態度が硬化します。日本だけ出さない、他国からはとる。こういう政策が他国に承認されるわけがないですね。従いまして、日本は開国せざるを得ないです。鎖国政策は不可能です。医療情報は、国境を跨ぎます。某学会の医療系学会から相談を受けましたが、医療情報を海外と交換することについて相談していました。研究材料として皆で集まってデータを豊富にするという非常に科学的なところに特化した価値判断でした。やはり、法制度もあるので、全方位で考えていただかないといけないという話をしました。放っておくといろんなところでデータは越境し始めます。地域連携していると思っていれば、やがてそれはいろんな創薬に係わる様々なビックデータの一部になり、皆さんが集めたデータがまたさらにどこかで連携が始まると思います。イノベーション促進の条件は何かといいますと、まず一つは企業の資金力です。ところが、今気になっているのは、創薬ビジネスするといっても、プレイヤーがないということ。国際順位が何位なのかと。主役がないという話です。また、最先端技術開発力です。医学部が 80 施設あっていいのかという話が既に出

ております。それどころか、国立大学が 89 施設あっていいのかと。実際は予算を選択、集中して、経営だと当たり前に行っています。例を挙げると、エストニアは 160 万の小国でさいたま市一つ分しかありません。従って国立大学、大学病院も一つだけです。そこでのゲノムのメジャーなジャーナルに掲載されているゲノム関連論文の数は、日本の 80 大学の総数より多いとされています。中身についてはわかりませんが、単純に数の比較だけで、何故そのような差が起きてくるか、それは医療レベルの違いではないそうです。潤沢に実験ができるゲノムの総量の違いだとおっしゃる先生がおります。もう一つは、個人情報の集積力です。拠点を集中し、研究予算は増やすが拠点、人材は集中する、そこで最先端の技術開発をする、個人情報の集積力も高める。日本法は、実は先進各国で個人情報保護法制は最低のレベルだと言われています。韓国、マレーシアにも負けております。優劣は何を基準に話しているのかというと、消費者本人、患者保護のレベルが極めて低い法制度です。低い法制度のところはどうして他国が情報を引き渡すでしょうか。EU は個人データ保護指令というものを持っていて、EU 域内の保護水準より低下している国々にデータを引き渡す場合には、コミッショナーはそれを止めることができる権限を持たなければならないと定めています。従いまして、EU から日本に個人データを引き渡す、先ほど事業継続のお話を田中先生もおっしゃっていましたが、個人データに関して事業継続がありません。EU はいつでも日本に対する個人データの提供を止めることができます。どうして、日本にデータセンターを置けるでしょうか。医療情報ではありませんが、例えばトヨタはカーナビを使って自動車の IT 化、ビックデータビジネスを考えています。トヨタは世界中に工場を持っていますから、すべての工場立地箇所の法制度を熟知しています。電力が安く、人材が豊富で、安全な土地がどこかもわかっています。デー

タセンターの最適地としてトヨタが日本を選択するであろうかと考えると、日本企業ですら逃げるのではないか、それは事業継続という意味からの日本の法制度では危ないからです。従いまして、私は、個人情報保護法の改正を主張しております。イノベーションしたいとしたならば、規制を強化すべきと。規制強化と規制緩和両面あって、それは個別の政策ごとにどういう組み合わせがいいかは、国際状況の中で見極めて組み立てなければならぬわけです。規制緩和でデータ流通をよくしようということが、テーマの匿名化です。ある一定の条件を備えた匿名化情報であれば、本人の同意なく自由に活用させてほしいという部分は重厚な法制度で一部認めて、データの巡りをよくしましょうと。一方で、消費者保護。先ほど、田中先生が同意の撤回という話をされておりましたが、現行法制にはないです。しかし、同意の撤回はあるべきです。医療現場ですから、同意の撤回という問題がおそらくおのずと出てきたのだと思いますが、個人情報保護法制ではいったん同意をとってしまえば、未来永劫使い放題ということもできます。しかし、それはプライバシー権侵害ということで、不法行為の範囲で穴を塞ぐということの解釈をしたりして凌いでおりますが、医療はさすがに不真面目なことはできないので比較的硬めに行っております。硬すぎるところもあるくらいで、データ流通を委縮させております。ところが、ビジネスの世界では横行しています。そのビジネスが EU や米国で通用するかというと、袋叩きになります。そういうことをやっているようでは、何がイノベーションかという話になるわけです。具体的な事例でいうと例えばですが、排ガス規制とそっくりです。世界的に環境問題について意識が高まっている時に、日本は世界最高水準の排ガス規制を導入しました。その時、トヨタ、日産がロビー活動でそれを撤廃させようとしたかと言えばそうではなく、乗り越えました。燃費も向上し、価格も下げたことで初めて国際競争

力を手にしたわけですが、データ産業においては個人情報の集積力というのは消費者保護の強化です。これが環境問題、自動車産業における排ガス規制とほぼパラであります。JEIDA と呼ばれるコンピュータメーカー等が入る団体は、自らそれが必要だという意見書を提出しました。経団連の主要メンバーですけれども、規制される事業者側が消費者保護の規制を強化してほしいと提案しました。彼らはヨーロッパで仕事をしていますから、日本の規制だと日本国内にデータを持ってこられなくなるということを肌身で感じているため、ああいった意見書になったと思います。産業振興と、消費者保護は対立関係にはないです。協調点を探らなくてはならないということになります。これは、医療データも同じです。

結局、いつでも私たちはこの資料ばかりを見ています。高齢者人口の推移です。2005 年の労働者人口（15 歳～64 歳）、2030 年の労働者人口は資料のとおりです。これでどうやって年金と医療保険制度を維持するのでしょうか。この図が原点となっているわけです。それ故に、今現在やらなくてはならないことがあるだろうということで、医療介護制度の在宅医療介護制度にしる、結局、病院の平均入院日数をぐっと縮めて点滴をしたまま帰すようなことをしていて、家族、身寄りもコミュニティもないということになると、独居老人がどれほど亡くなるかということももう決定された未来として、だいたい数式が出ているわけです。これに対して、手当できるのは、今だけではないかと皆が思っています。ちなみに何故ゲノムを取り上げるのかというと、日本人は、医療関係者は別として一般市民を交えて話をするとゲノムと言って初めて哲学します。それゆえゲノムを見ていきますが、慶応大学の富田先生が、12 年 7 月 31 日に全ゲノムを公開しました。生きながら、献体するようで、非常に英雄的で科学技術の進歩のために自分の情報を開示してくれたのだと思いつつ、どこか引っかかるところがありま

した。医療関係者のいる研究会で「子供がいたら影響があるのでは？」と聞きましたら、「影響はあります、ゲノムですから」と。そうしたら、プライバシーの問題ではないと気づきました。プライバシーにはいろいろな定義がありますが、個人の自己決定の問題です。自分が決定できるからこそプライバシーなのです。日記を見せる、手紙を見せる等、自分がいいと言えば法益は侵害しないです。その方が真意からいいと言えば、OKです。これがプライバシーの特徴ですけれども、このゲノムとは、まだ十分に解析されておらず、今後公開すれば分かってしまう。この方の息子、いとこ等だとわかってしまえば、実はその方にもネガティブ情報による影響が広がります。そうすると、富田先生だけでは意思決定できないのではと気づきました。プライバシー権もあるけれども、プライバシー権をはみ出した問題があると。このルールと哲学は誰も何も言っていない。これがプライバシー権だと整理をしたら、富田先生が全部決定できる。富田先生に限らず、私たちが自分のゲノムを公開する、しないの意思決定をもらえることになります。しかし、それによって、困る方が沢山出てくる。これは法制度も法哲学も、何も考えてこなかったことです。ところが、東北大学に800億円、京都大学に数百億円つけると。ゲノム創薬の研究は、今現在、どんどん進捗しています。ルール無きまま、どんどん進捗しています。いいのだろうか。ゲノム創薬、テラーメイド医療の研究開発における「ゲノム（全遺伝子情報）」含む「医療情報」を集積する必要性は誰も否定しない。世界市場を狙うためには世界中の人々のゲノム、医療情報を取得する必要がある。日本がEU域内からゲノムを取得し始めた時にEUのインフォメーションコミッショナー、日本でも第3者機関としてそろそろ出来上がりますが、彼らが黙って見ているだろうか。たかだか、グーグルのストリートビューが入って町や人々の映像をとっただけで、EUはグーグルに対して出ていけと言

いました。町の映像情報ですら、あれほどハレーションが起きたEUの場合から、日本がEUより劣後する法制度でゲノム情報を掴んでもってきたら、何が起こるかは火を見るより明らかではないかと政策担当者に提起しています。ゲノムだけではなく、ビジネスデータ全部に波及するであろう。これは予想というより、当たり前のことではないかと話しています。日本の保護水準の充分性がいよいよ問われる、引き金になるのがゲノムだろうと私は思っています。

それで今の状況がどうかといいますと、憲法があります。統治機構があり、人権があります。プライバシーの権利もありますが、法律屋は一つの価値だけに集中して団子状態ですが、一方に25条の生存権があります。プライバシー権ばかり見ているはだめで、生存権が崩れてしまいます。独居老人を放置することになります。ゲノム創薬も原発同様に、やらなければいいのではと。人類が手を出してはいけない領域に手を出すからしっぺ返しがあるのだ、という観念論をいう方がおりますが。それも一つには文学的にはありだと思えますけれども、日本がゲノム、医療情報のコアに手を出さないと何が起こるかということ、他国で日本人のゲノムを解析し始めます。新薬を作ってもらうために、テラーメイドであればあるほど、データを出さなければ作ってもらえなくなりますから、とにかく国内から出ていく。そうすると、日本の憲法も国内法も適用されなくなる時代が来る。今現在も、フェイスブック、ツイッター、グーグルでも全部、今起きていることです。それが医療データに移行するだけではないかと。予想というより、論理必然的に起きてしまう決定された未来ではないかと。何故手を打たないのかという提起をしているわけですが、立法、司法、行政の中に、今度、マイナンバー法と一緒に政府CIO法というものが内閣官房の向井審議官のチームが作りました。これは、政府CIOはいわば今まで省庁分立で先ほど総務、経産、厚労だと出てき

ましたけれども、一体となるよう皆が望んでいるわけですね。医療情報、医療制度に関して、何故バラバラにやるのかと。グランドデザインを描いて活動すべき、既に時間も資金もない状態にある中で、しっかりマネジメントしようではないかという。すべての先進各国にある政府 CIO がようやく遅ればせながらできた。マイナンバーのチームが仕上げました。格式は事務次官より上です。法律はすごく権限が立派にできました。ここが全体のグランドデザインを描いて電子政府化、医療制度を含めてここにやってもらう必要があります。何故なら、厚労省に閉じてないからです。省に閉じていない問題は、総務、経産、厚労がバラバラに動くのではなく、政府 CIO にやってもらう。政府 CIO の場所を借りて、各省庁が人を出して推進してもらう。厚労省が動かなければ経産、総務が協力して、ここから圧力をかける。とにかくそういう装置にしたい。ただ、一方、アクセルだけではいけないので、情報保護委員会が番号情報保護委員会なのですが、マイナンバー法でできました。この機関が、公正取引委員会と同じような非常に強い権限をもった第 3 者機関としてできました。この機関をブレーキ役としてもらう。それから既存の主務大臣も残すと。政府 CIO、情報保護委員会、主務大臣、ここにも三権分立を作るべきではないかとかねてより提案していました。これでガバナンスが効くような建付けがなければ、個々の政策は何をやっても頓挫するであろうと。この構えがかつては夢物語でしたが、内閣官房の向井チームが作った。これは財政の規律が緩んでいる状況を見て、最終的には呉越でも同じ舟に乗っているわけですから、沈むと皆がわかっているがゆえに、今回は足の引っ張り合いが起きなかったのかと思っています。私もガイドラインをつくっていますが、医療連携基盤も含めて、細々としたガイドラインに依拠するよりも本質的なところから必要なものをしっかり入れる、しっかりと設計し直す、ということが参議院選に勝利し

た安倍政権下での立法政策ではないかと。結構皆頑張っているのですが、私はもう一つ提案しています。医療イノベーションも含めて皆が勝つ気ですが、負けたときの備えも考えようという話をしております。勝ちプランだけでなく、負けたときの撤退プランもセットで政策を作ることが立法政策ではなかるうかと。敗退した時に傷を最小化するための負けに備えた政策をどう立案するのかということが一方で私は必要だと思っており、そちらを私は考えようと思っています。負けにいかにかに備えるか、択一関係ではなくて両方必要と考えますので、両方セットで矛盾なく使える、作れると思っております。以下、いろいろ資料がありますが、実は個人情報保護法制が 10 年経って、ようやく動き出すきっかけを向井審議官チームが入れ込んでくれました。番号利用法の附則 6 条 2 項がキーです。ここに一年内に見直すという条項を入れました。個人情報保護法も 3 年内見直し条項が入っていましたが、今回の 6 条 2 項は 1 年内という条項になっています。これは何を意味するかというと、向井審議官らのチームが「自分たちが実現する」という宣言でもあります。ここに賭けたいと思っているわけです。ここで個人情報保護法をどこまで改正できるか、今日は詳しくお話できませんでしたが、匿名化情報、匿名化処理すれば、医療連携も法制度の邪魔なく動ける部分があるということです。ここを何とか立法化することが 1 年内ですから、12 月までに骨子を決めて法制局を通す、来年の通常国会を目指すということになります。ですから、1 年ということは、実は数か月です。ですから、意外とリアリティのある話で、ここの頑張り具合が、皆さんの医療連携基盤にも来年以降、明確に影響を与えるのではないかと考えています。個人情報保護法制をいかに改正するか、ガイドラインベースではなくて、根本からしっかり議論するということにもっていきたいと思っております。時間にな

りましたので、途中でですが以上とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

岩動

鈴木先生どうも有り難うございました。これで講演 2 を終わります。

小山

鈴木先生、座長の岩動先生、有り難うございました。

閉会のご挨拶を岩手県立宮古病院の院長先生であられます佐藤先生にお願いしたいと思えます。

閉会の挨拶

佐藤

県立宮古病院の佐藤でございます。2 時間にわたった講演会、特に講演 1 の推進に当たった留意点、講演 2 の情報に関する国際的な関係、いわゆる情報戦に負けるのではないかというお話は非常に興味深く聞かせていただきました。今までこの会では、どちらかというと技術的なことが多かったのですが、今回は実験段階から本格的になると法的なことが前面に出てくるということが分かったと思います。これを機に、現在、宮古病院も遠隔医療のことをやっておりますが、今日の話を参考にして、いい形で岩手モデルを作っていければと思います。長い間有り難うございました。そして、お二人の先生方、本当に有り難うございました。

小山

長時間にわたりまして、ご協力ありがとうございました。事務局からですけれども、次回の班会議は 9 月 13 日(金)、ここを会場に行わせていただきます。

それでは、これで第 1 回の班会議を終わらせていただきます。有り難うございました。

以上