

## 第2回 PHR ガイドライン策定会議（医療専門部会） 議事録

日時：2020年11月12日（木）12:00～14:00

場所：各自（Web会議）

### 【出席者】（敬称略、★部会長）

#### <一般社団法人 PHR 普及推進協議会>

産業医科大学 産業生態科学研究所 作業関連疾患予防学	大神 明 ★
京都大学 環境安全保健機構 健康管理部門/健康科学センター	石見 拓
佐賀大学医学部 救急医学講座	阪本 雄一郎
株式会社ヘルステック研究所	阿部 達也

#### <専門委員/部会員>

公益社団法人 日本医師会	長島 公之
一般社団法人 京都府医師会	松田 義和
京都大学 環境安全保健機構 健康管理部門/健康科学センター	小林 大介
同上	島本 大也
同上	立山 由紀子 <small>（事務局兼務）</small>
合同会社 beyondS	高橋 翼

#### <事務局>

一般社団法人 PHR 普及推進協議会	河内 文子
--------------------	-------

#### <オブザーバー>

経済産業省	飯村 企画官
同上	山田 専門官
同上	高木 係員
株式会社 NTT データ経営研究所 社会基盤事業本部 ライフ・バリュー・クリエイションユニット ヘルスケアグループ	米澤 麻子
株式会社シード・プランニング リサーチ&コンサルティング部	渡辺 直樹
日本医師会総合政策研究機構	吉田 澄人

欠席：伊藤委員

計 17 名

---

### 【議題】

#### 1. 国の PHR ガイドライン策定の方針について

- ・ （石見理事）国の PHR ガイドライン策定状況の共有。
  - ✓ 10月29日に国の民間利活用作業班が再開された。石見理事および長島委員も構成委員の一人として参加した。
  - ✓ 国で策定するガイドラインを、本ガイドラインが補強するという形で連動していきたい。

- ✓ ガイドラインの対象については、国の検討会では「健診等情報を扱う」ことが明確となった。

## 2. 各専門部会での検討内容・論点の共有について

### ・ 本ガイドライン（指針）の対象について（修正案の確認）

- ・ （大神理事）前回の議論を受けて、事務局で修正した本ガイドラインの対象範囲のスライドを紹介。

<前回からの変更>

- ✓ PHR データの中に、「産業保健の情報」「医療機関・検診機関等で記録された情報以外の情報」を含めた。
  - ✓ 「マイナポータルにつながる健診等情報を扱う PHR サービス」と「検診等情報以外のみを扱う PHR サービス」を区別した。
  - ✓ 「診療契約のもとでのサービス提供」と「診療契約以外でのサービス提供」を区別した。
- ・ （石見理事）補足として、国の検討会で「国民自らが積極的に活用すべき健診等情報」について議論が進んでいるので、国が先行して、マイナポータルで吐き出すための「健診等情報を扱う PHR ガイドライン」を作成すると理解している。その中で、健診等情報に含まれない「ライフログ等」についての議論は後になるので、我々の作成する指針（業界自主ガイドライン）については、「国の定める大方針の中で追記が必要な個所があれば詳細を検討する」「健診等情報に含まれないライフログについては我々が先行して議論をする」といった棲み分けにすると分かりやすいと考えている。

<議論>

- ・ （長島委員）全般的な意見として、業界団体ができるには時間がかかると思うので、まず各民間事業者の自己チェックのルールづくりが必要となる。ここで作成する指針が、「民間事業者が自己チェックをする際の指標となるもの」あるいは「本協議会がその支援をすることができるもの」になると初期の段階から貢献できるのではないか。そのためには、「各事業者が扱うデータ」および「誰から・どんな情報を・どういう形で、どんな同意で取得し・どのように保管して・どのように利用するのか」ということを整理して、事業者ごとに自らがやることをチェック・整理でき、各項目に関する基本的な考え方や方針を提示できるものが望ましい。その自己チェックで分からないことがあった際に、協議会が支援または相談の窓口となるのが良いのではないかと。そこから業界団体としても育っていくのではないかと。そういった自己チェックの目安となるような指針を目指すという実用的なものになると思う。
- ・ （大神理事）本日後半の議論の核心になるものと思われるので、それを反映して議論していきたい。

- ・ **各専門部会における議論の要点・論点および今後の進め方**

- ・ (大神理事) 他の部会との進行状況ともあいまって、各部会で挙げられている論点を項目ごとにまとめた。この後、指針の具体的な雛形を提示する際に、すでに出ている論点を中心に詰めていきたい。  
⇒ 特に異議なし

- ・ **リファレンスアーキテクチャーについて**

- ・ (高橋部会員) 前回の議論を受けて作成したリファレンスアーキテクチャーについて説明。

<議論>

- ・ (大神理事) データの全体の流れの中で、同意取得について、「どこまでを個別で取るか」「どこまでを包括同意としていいのか」についての検討が必要ではないか。
- ・ (長島委員) 仲介者の考え方について、自治体が自ら住民に対して行う健康増進事業については自治体がすべて決めて、代行・委託として一部を行う場合には「仲介者」と言えるのか。基本的にはすべて自治体が行うことなので、本来の「仲介」と「自治体が行うことの委託を受けて行う場合」は違うと思うが、その点の整理はどうなっているのか。
- ・ (高橋部会員) 自治体の場合は契約というものではないので、本来は整理して考えるべきだが、経産省の「ヘルスケアサービスガイドラインのあり方」の中の「仲介者」には、自治体が含まれているので、本図は区別せずに記載している。医療機関や保険者が PHR サービス事業者になり得るケースもあるので、自治体も「個人と直接契約のある PHR 事業者」に含めるべきであると思う。
- ・ (長島委員) 自治体が PHR を使った健康増進サービスを行う場合は、自治体そのものが PHR サービスを行って、その一部を民間 PHR 事業者へ委託するケースの場合は、考え方を考えるべきではないかと思う。
- ・ (高橋部会員) 図の方は修正して、改めて共有したい。
- ・ (日医総研 吉田様) アーキテクチャーについては、「どういったプレイヤーが PHR サービスに関わるか」についての整理の第一歩として、全体像を示すのは良いと思う。仲介者について、健診部分がメインの取り組みと考えているかと思うので、まずは実施主体を置くのが良いのではないか。「自治体・保険者・企業」は実施主体となり、「医療機関」は実施主体が委託を受けて健診を実施する立場になるので、この場合は、「自治体の実施主体の場合の関係図」「保険者が実施主体の場合の関係図」「企業が実施主体の場合の関係図」というように実施主体別の関係図で整理していくとわかりやすくなるかと思う。全体図としては、仲介者よりも「実施主体」をおいて記載する方がよいかと思う。
- ・ (大神理事) 今の意見に賛同する。データの流れが途中で分かれて、また合流することになるので、仲介者のところをいくつかのパターンに分けられるとよい。

- ・ (高橋部会員) 健診の実施主体という意味で議論いただいたと思うが、主に健診情報の契約やデータの流れの観点で整理すべきという理解でよいか。
- ・ (長島委員) まずは、「誰が PHR サービスを提供するのか」で分ける必要があると思う。PHR サービスの初期の段階では、「自治体が提供する場合」「企業(保険者)が提供する場合」のツールとして民間 PHR 事業者へ委託するということが主体になると思う。なおかつ、健診を実施するのも「自治体」「保険者」なので、いくつか個別の図を作って整理する方が実用的であると思う。
- ・ (日医総研 吉田様) PHR サービス事業者を起点に置くのだから、データ提供元(大元のデータが作られるところ)と、データを握っているところ(実施主体)を整理するとわかりやすくなる。医療機関はデータが作られるところとなる。そうすると、ステークホルダー関係図も複雑になるかもしれないが、データの提出元のイメージを明確にできるとよい。
- ・ (松田委員) 仲介者という意味が分かりにくい。サービス提供事業者と実施主体の中で「事業者の信頼性を担保する形なのか」あるいは「単なる事業の中での仲介者ということなのか」。個人の契約ということからも、「適切な判断ができる個人」と「サービスの状況全てを把握できない個人向けの仲介者の場合」のどちらを指しているのか？
- ・ (高橋部会員) 図は、PHR サービスを誰が提供するかという視点では整理しきれていない。「個人-仲介者の契約関係」と「PHR サービス事業者-仲介者の契約関係」があると思うが、仲介者は契約が絡む場合を想定して記載している。
- ・ (長島委員) 「単純な仲介の場合」と「医療機関が主体として行い、ツールとして仲介者に委託する場合」は分けた方がよい。パターン毎にいくつかの図を作った方がわかりやすいのではないか。
- ・ (松田委員) PHR サービスによって契約や信頼性の担保は変わってくるので、サービス毎にバリエーションがあって然るべきではないかと思う。
- ・ (大神理事) 利用目的ごとに図を分けるとよい。データそのものを保持するサーバは PHR 事業者が持っているはず。自治体や医療機関などはサーバを持たず、実際のデータは PHR サービス事業者が持っている。「どこにデータが溜まるか」等、利用ステージに応じて流れを考えるといいのではないか。
- ・ (松田委員) 患者と医療機関という形で考えると、顔の見える関係で信頼性が担保された中での PHR サービスとなるが、新たなサービスが出てきた際には、その事業者が信頼に足るものかは利用者には分かりにくい。そのような事業者を利用したい時に何らかの提案・助言や信頼性を担保する仕組み・機関があると安心して利用できるのではないか。その場合、「仲介者にあたるのか」それとも「事業主体となるのか」が分かりにくい。
- ・ (高橋部会員) この点については、ヘルスケアサービスガイドライン等のあり方から抜粋した用語である。
- ・ (経産省 高木様) ヘルスケアサービスガイドライン等のあり方の中での「仲介者」は、契約の状況ではなく、仲介者が個人の目的にあった(求めている)サービスを、多数のサービスから選択して紹介する役割として位置づけている。

- ・ (高橋部会員) 個人-仲介者間で「契約関係がある場合」も「ない場合」も含めて仲介者としているという認識でよいか。
- ・ (経産省 高木様) そうである。
- ・ (石見理事) 今の議論を踏まえて、図を整理していきたい。いずれにしても、主だったプレイヤーを整理しながら、ガイドラインに落とし込んでいければと思う。

### 3. 本ガイドライン (指針) 構成および進め方について

- ・ (立山部会員) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を参考にして、今までの全体の基本骨格の構成を組み替えた「PHR 自主ガイドライン (指針) の項目修正案」について説明。

<主な点>

- ✓ 「来年2月までに事業報告が必要であること」および「オンライン診療の指針が参考になるという助言」から、報告書に記載する項目を絞り込んだ。
  - ✓ 内容は全体の基本骨格から大きく変わっていないが、項目の順番等を組み替えている。
  - ✓ 具体的適用として「最低限遵守する事項」「推奨する事項」を考え方とともに示し、さらに「適切な例」「不適切な例」を具体的に示しているオンライン診療の指針を参考に、実用的な記載となるよう構成を修正した。
- ・ (石見理事) 章立ての中の「PHRを取り巻く環境～基本理念」までは、各部会での議論を踏まえて事務局でまとめる。「本指針の具体的運用」について、長島委員からご提案があったようなチェックリストを作る等の具体的事例を書き出すような形で進めたいと考えている。なお、今後の用語の使い方として、「国が作るガイドライン」と「業界自主ガイドライン」のどちらも「ガイドライン」という言葉になっているので、我々が作成するものは「指針」という言葉を使用し、国がまとめるガイドラインとは区別したい。最終的には経産省とも相談の上で、どういう言葉で提示するかを検討する。
- ・ (大神理事) 我々が作るガイドラインを「指針という名称で進める件」および、「具体的適用をしっかりと決めていく件」についていかがか。
- ・ (松田委員) 指針がよいと思われる。「ガイドライン」というと、それに準拠してさえいればグレーゾーン含めて担保がされるようなイメージになってしまうので、安心してPHRサービスを使っていただくためには「指針」の用語の方がよいのではないか。
- ・ (石見理事) 「指針」と「ガイドライン」の違いは明確ではないが、国での議論と区別するという点で、「指針」という用語を使っていくことは問題ないか。最終成果物の表現の仕方については国の進捗を踏まえて相談したい。

- ・（経産省 山田様）名称については今のところ国側でも固まっているものではないので良いかと思う。
- ・（石見理事）事業としては「業界自主ガイドライン策定事業」なので「ガイドライン」という名称を使う必要があるのか。
- ・（経産省 高木様）事業に関しては、もともと「ガイドライン等」であり「認証制度」といった名前を使っている団体もあるので問題ない。

#### 4. 本ガイドライン（指針）の報告書内容（提言等）について

- ・（立山部会員）最終成果物のイメージが分かるように報告書のフォーマットおよび記載内容のたたき台について説明。
- ・（石見理事）まずは、報告書のまとめ方の方向性についてご意見をいただきたい。この方向性で問題がなければ、医療部会の担当箇所について議論に進めたいと考えている。各部会で担当が重なっている項目については、各部会で意見を出していただき、まとめていく形としたいと考えている。スケジュールがタイトなので、医療の部分のご意見をできる限りいただいて、それを部会員でまとめていき、12月の2週目を目途にたたきを皆様に共有した上で、全体会議に臨みたいと思う。並行して、民間事業者が具体的に扱うサービス/データ/項目や要望等を吸い上げていくことも重要である。この点は民間部会で準備を進めているので、民間事業者の意見も反映させて、さらに内容をブラッシュアップしていくことを検討している。
- ・（大神理事）今の石見理事からのスケジュールや流れの説明についてご意見はないか
- ・（長島委員）全体の構成について異論はない。最後に「セルフチェックシート」のひな形を提示できると実用的で役に立つものになると思うので、検討いただきたい。全般的な議論の踏み台として、国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会（2020年2月開催）で共有された「国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項」の最終ページに「民間事業者におけるPHRの活用及び遵守すべきルールに関する留意事項」がある。そこに、「情報の相互運用性」や「個人情報の適切な管理等」の項目があるので、これを基本として、指針の参考資料として載せるとともに、この内容を踏まえて検討いくのが重要ではないかと思う。

<各項目の検討>

##### PHR サービスの対象

- ・（大神理事）利用目的を列記していくと、それぞれの考え方が明確になるのではないか。例えば、自治体や産業保健は、PHRサービス利用に関する明確な目的があって初めて使われる。自己の健康管理においては、個人でPHRサービスと契約することが主幹となる可能性もある。自治体の既存のサービスと個人の健康管理の連携も重要になってくる。サービスの対象の観点で考えて、本指針の範囲に該当しないサービスというものはあるのか。2次利用、3次利用になるかもしれない

が、購買傾向からの商品をリコメンドするサービスはすでに存在するが、PHR サービスがある健康目的の商品開発に使われることはよいのか。その場合は、本指針の対象外になるのか？

- ・ (石見理事) そのような点は、最低限遵守すべき事項に関連するかもしれない。個人的には、個人の健康や病気の予防に役立つのであれば、PHR サービスを商品開発に使ってもいいのではないかと思う。ただ、商品売るだけで、個人の健康を損ねるようなものであってはならない。そのような原則は改めて謳っておいてもよいと思う。結果として、「個人の健康に資するものであること」と「販売すること」が繋がれば悪いことではないと思うが、それをどう証明(担保)するかは課題である。
- ・ (大神理事) PHR は「本人が本人のために使う」ことが原則だが、「本人のために他者が使う」ことを含むか。
- ・ (石見理事) 本人が納得していれば、他者が使ってもいいと思う。ただ、本人が本当に納得しているのかについては懸念があると思う。本人同意といっても、「本当の意味での同意なのか」という議論もあったかと思う。
- ・ (長島委員) 基本は、本人のために直接使うことが原則になるかと思う。開発等になると直接ではなくなるので、「同意の取り方」「説明の仕方」が変わってくる。目的、使用用途、本人のデータのコントロール権について、しっかり説明した上で同意をとる必要がある。例えば、糖尿病の方に対する「食事・飲食店」や「適した運動を提供するスポーツジム」の紹介は本人に役に立つが、ビジネスにも直結するものなので、目的、用途だけでなく、事業者がそのサービスでマネタイズする旨を含めて、事前に十分な説明と同意が重要になると思う。なので、事業者は、自身のサービス内容やビジネスモデルについて、セルフチェックを行ってもらうためにどのような同意の取得が必要なのかについて、本部会で提案できるといいのでは。
- ・ (大神理事) 倫理指針と同じで、オプトアウトをしっかりと明示しておくことが重要かと思う。本人の同意の範囲を明らかにしておくことが大切である。
- ・ (石見理事) 最低限遵守する事項や推奨される事項を挙げていくと、整理しやすくなるかと思う。
- ・ (大神理事) 産業保健の範囲では、遵守・推奨事項等について提示可能である。
- ・ (阪本理事) 今までの議論通り、本人のために広がっていく形であればよいと思う。糖尿病等の特定の疾患等であればわかりやすいと思う。救急・災害時や非接触で対応可能なものも今後発展性があるのではないかと思う。
- ・ (大神理事) この点は AED の議論の方向性に近いように思う。いざという時には、「本人同意の有無は不確定でも、その情報を使って処置を行うことに承知していただく」ということを、PHR サービス開始時に同意いただくことが、最低限遵守すべき項目になり得るのでは。
- ・ (石見理事) 「医療にかかっているところは医療者に相談する」ということは、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」の両方にかかるかと思う。医療に関わる場所を、医療の範囲外で行うとリスクになることもある。

- ・ (松田委員) PHR システムの利用に当たって、多数のサービスが出てくる中で利用者が混乱するというケースが散見されるので、本指針で整理した形で提示できるとよいと思う。類似のサービスが多々ある中で、どのサービスが適切なのかについては、慎重な情報管理を必要とする中で、サービスの競争を促すことも重要かと思うので、「同様のサービスが複数出てきたときの対応」についても触れておくとうまいかと思うがいかがか。既存のサービスがある中で、「新規サービスが追加される場合には何らかのノイエス（新規性）をしっかりと担保する必要があるのか」「営利目的で複数の事業者が参入してくることがよいのか」について少し懸念がある。
- ・ (大神理事) 参入業者に対して、倫理的な面についても配慮するように提示しておくということか。
- ・ (松田委員) 営利目的がないと事業者のビジネスが成り立たないので否定をするつもりはないが、倫理観としては「営利」よりも「個人の健康・福祉」を目的とし、その中で利潤が出るという形がよいと思う。実際は目的と手段が一致していないケースがあるので、この点も触れておいた方がいいのでは。
- ・ (石見理事) このことも「基本的な考え方」に記載できるとよい。これを具体的にどのように促して、遵守していただくかは課題ではあるが。
- ・ (大神理事) 「PHR サービスは、健康情報を含む機微な個人情報であるということ踏まえておくべきである」ということを記載するという理解でよいか。
- ・ (松田委員) あくまでも個人の健康・福祉のためであって、利益追求のためではないことを明確に打ち出されていると、安心して使用できるのではないか。

## リコメンドの方法

- ・ (大神理事) ユースケースについては、すでに実態はいろいろあると思う。例として、禁煙指導は、医療としての禁煙指導以外にも、一般的な禁煙に関するアプリやサービスが存在している。その際に PHR と連動して、健康情報を参照して、禁煙指導を進めるケースが想定できる。安全性・有効性の観点から、その際の指導の根拠をどうしていくのかは難しいと思う。
- ・ (松田委員) 母子保健の現場では、信憑性のないリコメンドが横行している。その中で患者情報が出てくると、「本人と PHR サービスの契約」という点では、本人が意思決定出来ない場合もあるので、一概に本人の同意といっても、本人の意図に反した方向に誘導されるケースがある。なので、リコメンド内容に関しては、かかりつけ医がしっかりとコミットできればいいが、本人が利用する中でリコメンドが進むと健康上の問題が出てくるケースが一般臨床の中でよく見られるので、そのあたりを記載できるとよいのでは。
- ・ (石見理事) 推奨事項として「かかりつけ医への提供」を記載するのはどうか。「かかりつけ医に情報提供してアドバイスをもらいながら使うとよい」ということを推奨するのはいいかと思う。「しなくてはいけない」という形での記載できないが、「してはいけないこと」は別項目として明記できるとよい。

- ・ (松田委員) その点はグレーな部分もある。ある健康食品に対して、体に悪いという証明は出来ないが、経済的負担によって個人の生活への弊害になる場合はある。多くの情報やサービスがある中で、トータルで個人の健康管理に対するアドバイスできるような仕組みを盛り込む必要がある。PHR サービス全体としての「サービスの利用の仕方」が気になる。
- ・ (大神理事) 全体として考えるのであれば、「科学的エビデンスがあるものをPHR サービスとして提供するべきである」というのはあり方の基本になる。「リコメンドの際はエビデンスを明示する姿勢が求められる」ということを記載しておくといいのではないか。
- ・ (石見理事) 「エビデンスがあるものを提供するのが望ましい」、「エビデンスのないものは、エビデンスを作っていくことが望ましい」ということを、基本的な考え方に含めるとよい。
- ・ (大神理事) エビデンスの根拠として、各学会のガイドラインに則ってもらうような形がいいのでは。例えば、糖尿病に対する食事療法や運動療法を推奨する場合、「効果のエビデンスに基づいてPHR サービスを提供する等、適切なサービスを行うことが望ましい」ということを記載するのがいいのではないか。
- ・ (石見理事) 禁煙指導等で、「医療として提供する場合は、医療機器認定されているものを使う」ということは最低限遵守する事項に含めるとよい。
- ・ (大神理事) ダイエットアプリ等を含めると、PHR サービスは、海千山千になる可能性がある。
- ・ (石見理事) 本事業はこの点に一定の水準を設けるために行っている。
- ・ (松田委員) 健康を含めた過剰なサービスは、何らかの規制がある方がよいと個人的には感じている。業界を育てるためのガイドラインという点では、規制することがよいのかは疑問であるが。
- ・ (石見理事) 禁煙指導がよい例になる。禁煙指導を医療として行う場合は、医療機器認定されたものを使うべきである。論点としては、「禁煙指導を医療ではない形で支援するPHR サービスが出てきたときに、どのようにサービスの質を担保するのか」である。ユースケース毎に、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」「望ましい例」を示していけるとよいかと思う。

#### 例) 糖尿病患者の場合

- ✓ 最低限遵守する事項：医療の範囲は医師と相談の上で行う
- ✓ 推奨される事項：医療の範囲外は個人が行ってよいが、かかりつけ医に相談しながらサービスを利用することが望ましい。
- ・ (大神理事) 食品の場合は、「特定保健用食品」等のいくつかの基準があり、ある一定の基準を担保されたものであるため、科学的エビデンスのもとに推奨していると理解をしてもいい。PHR サービスにおいても、「最低限の基準を満たしたものをリコメンドすることを推奨する」と記載できるとよいのではないか。
- ・ (松田委員) かかりつけ医の関わり方について強調できるといいのでは。多様なサービスがあるので難しい部分はあるが、かかりつけ医を積極的に利用できると

よい。その際に、「医療側も一般的な健康情報に対する勉強をしていく必要もある」ということも記載できるとよい。

- ・ (大神理事) サービスのあり方にも関わるが、PHR サービスのステークホルダーには「かかりつけ医」も入ってくるので、リコメンドサービスの提供側として、かかりつけ医も含まれることを記載してもよいと思う。
- ・ (松田委員) 本事業の趣旨として、「PHR サービスによって医療機関にかかることなく健康増進ができることを目指すという方向性」という理解でよい場合、「かかりつけ医を積極的に利用する」ことを打ち出すと、受診勧奨にもなり得るかと思うが、この点に関する行政側の考えはどうか。
- ・ (大神理事) 自助・共助ということが関わってくる。共助には地域自治体が含まれる。地域医療におけるかかりつけ医との連携において、かかりつけ医は情報(リコメンド)の発信者の一つになり得る。蓄積された個人のPHR情報を持って、かかりつけ医またはPHR事業者を通じて情報提供(リコメンド)を行う場合もあると考えている。
- ・ (石見理事) 「かかりつけ医が関わらなければいけない」と制限しているわけではない。ゴールは、みんながより健康になって、病気の予防やコントロールができることであるので、「健康に関する疑いや悩みがあれば医療側に相談する」という基本理念で問題ないのでは。「医師が関わらないとサービスを行ってはいけない」という形にしてしまうと、医療にかかれぬ人への制限になってしまうので、記載方法に工夫が必要かと思う。国民・社会がPHRデータを使って健康になるために、医療(かかりつけ医、産業医を含む)が活用されないといけないという方向での記載がよいと思う。
- ・ (大神理事) 医療スタッフ(薬剤師、保健師、看護師、歯科)が、PHRにより携わっても問題ないと思う。
- ・ (松田委員) 医師側と多職種側の齟齬が発生するという点で、多職種のリコメンドが問題になる。一定のサービスの蓋然性が担保できる仕組みがあればいいが、今は各々好きなことを言っている形なので、その点を総合的に提案できるような形でかかりつけ医が関わるということを、医師会としてはこだわりたいと考えている。一定の質の担保という点で、かかりつけ医の関わりを強調していただけるとよい。
- ・ (石見理事) いくつかの具体的なPHRサービスのユースケースをリストアップしておけるとよい。そこに、歯科や多職種連携を含められるとよい。
- ・ (松田委員) 保湿剤や衛生用品において、過剰な販売促進につながっているケースがあり、結果的に過剰な情報の中で、利用者が精神的に病んでしまうこともあるので、サービスが乱立して情報過多になる中で、適切なサービスの選択方法を整理できないと困るのではないかと思う。なので、指針の策定において、質の担保もあるが、PHRサービスの総量についても触れていただいた方がよい。
- ・ (大神理事) マイナポータルでの情報提供にはお薬情報も含まれると思う。薬剤師がマイナポータルを参照して薬のリコメンドをするというPHRサービスも想定

できる。医師（かかりつけ医を含む）や薬剤師が、それぞれ PHR を用いて行うことが想定できるサービスを整理することが望ましいと思う。

- ・（松田委員）リコメンドの齟齬が起きたこともあると思うが（医師間または医師—多職種間）、様々な形のレコメンドの中にも望ましいレコメンドの形があるはずなので、リコメンドについて多職種で協議する場があるとよいかもしれない。医師は病気を見るのが主だが、PHR は「健康増進」のための使用が主なので、この事業を通じて医師のあり方も変わってくるかと思う。
- ・（経産省 山田様）幅広く議論いただくのがよいかと思う。医療連携もユースケースの一つなので、先生方の意見を反映して提言いただけるとよいと思う。PHR は必ず医療連携するというを前提にしていないので、必ず医療に繋げることで PHR 発展の妨げにならないように、幅広く検討いただけるとよいと思う。

### 医療機関との連携

- ・（大神理事）同じ情報を別のステークホルダーが参照して、各々のサービスを行う際には連携が重要になる。「両立支援（働きながら治療を行う）」は、職場のインダストリアル PHR と EHR の連携としてのわかりやすい例となるかと思う。自治体での健診結果を次にどうつなげるのかについても連携の事例となる。医療機関同士の情報の連携、PHR 事業者を介した PHR 事業者と医療機関の連携等、さまざまな連携が想定できる。
- ・（大神理事）PHR サービスとしての一般的な医学的情報の提供の範囲はどこまでを含むのか。病理の結果等は PHR に含まれるのか。
- ・（石見理事）「どこが PHR サービスの主体か」によるのでは。医療機関が行う PHR サービスであれば問題ないが、民間事業者が医療の範囲外で行うサービスとしては望ましくない。
- ・（松田委員）この点はきちんと明言しておいた方がよいと思う。
- ・（石見理事）医学的情報については、医療範囲外で行う PHR サービスを使う場合は何かしらの制限を記載する方向とする形でよいか。
- ・（松田委員）医療機関との連携として、「多職種の中にかかりつけ医を含めて連携して個人の健康を増進していく」、「医療機関だけでなく福祉を含める」とするのはいかがか。
- ・（石見理事）医療（かかりつけ医）と連携できるサービスもあれば、かかりつけ医が関わることを前提としないサービスもある。両方のサービスが広がるように、必要な時はかかりつけ医が使えるサービスが望ましい等、あまり限定的にならないような表現にできる方がよいと思う。
- ・（大神理事）医療連携にあたっては、どこでも PHR 情報を提供・確認できるように情報の標準化も想定した方がよいと思う。
- ・（松田委員）標準化を進めようとする、サーバを置いてデータの集中管理をする必要があるが、個人に紐づく形で個人データを一元管理するシステムを作る際の様々なリスク等によりうまくいっていない。デジタルデバイスを個人で管理する形が一番望ましいが、紛失の際のバックアップやサーバシステムの議論に陥り

がちである。技術的な部分とシステムは一体なので望ましい形にするには、我々もシステムについて勉強しなければならない。

- ・ (石見理事) 民間事業者の指針として出す場合には、この点については、基本情報として、ポータビリティを確保することを推奨するくらいの形で進められるとよいかと思う。

#### **PHR サービスと体制の質評価**

- ・ (石見理事) 質の評価およびフィードバックとして「セルフチェックシート」について具体的に記載できるとよい。他の箇所は、事務局でまとめた後、メールで共有するので、随時ご意見をいただきたい。

### **5. その他**

#### **スケジュールの確認**

- ・ (大神理事・石見理事) 全体スケジュールについて確認  
第2回全体会議：2020年12月23日 11:00～  
中間報告：11月27日に現時点での報告を提出  
フォーラム：2021年2月11日に開催予定  
2021年2月末で事業完了
- ・ (石見理事) 本日の会議内容を事務局でまとめて配信する。皆様のご意見を寄せていただき、12月1週目を目指して医療部会の報告のたたきを作成する。その後、全体会議の2週間前までに各部会のたたきを共有して、事前に確認いただいた上で、全体会議に臨みたい。全体会議までには、民間事業者の意見もそろってくるので、その内容を共有した上で、1～2月にかけて指針の修正を行っていく。

以上