



独立行政法人
地域医療機能推進機構

医療安全管理指針

2017年8月改訂

目次

第 1	趣旨	・・・ P. 1
第 2	医療安全管理のための基本的考え方	・・・ P. 1
第 3	用語の定義	・・・ P. 1
	Ⅰ 医療安全に係る指針・マニュアル	
	Ⅱ 事象の定義及び概念	
第 4	医療安全管理体制の整備	・・・ P. 2
	Ⅰ 医療安全管理責任者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、 医療機器安全管理責任者、医療安全推進担当者の配置	
	Ⅱ 医療安全管理室の設置	
	Ⅲ 医療に係る安全管理のための委員会	
	Ⅳ 報告体制の整備	
第 5	医療安全管理のための職員研修	・・・ P. 6
第 6	重大なアクシデント等発生時の具体的対応	・・・ P. 6
	Ⅰ 初動体制	
	Ⅱ 患者家族への対応	
	Ⅲ 事実経過の記録	
	Ⅳ 臨時医療安全管理委員会の招集	
	Ⅴ 当事者及び関係者（職員）への対応	
	Ⅵ 関係機関への報告	
第 7	公表	・・・ P. 7
第 8	患者相談窓口の設置	・・・ P. 7
第 9	医療安全管理指針の閲覧	・・・ P. 7
別紙	インシデント・アクシデントの患者影響度分類	・・・ P. 8

独立行政法人地域医療機能推進機構

医療安全管理指針

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び事故発生時の対応等についての基本方針を示すものである。これに基づき適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

JCHOの各病院（付属施設を含む）は、JCHOの基本理念に基づき、患者の尊厳と安全を確保し、質の高い医療を提供することが求められる。

安全な医療の提供は、個人レベルのみならず組織レベルでの事故防止対策の実施により達成される。このため、医療安全管理体制を確立するための医療安全管理指針及び医療安全管理マニュアル（以下「マニュアル」という。）を作成し、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

第3 用語の定義

I 医療安全に係る指針・マニュアル

1. 独立行政法人医療機能推進機構医療安全管理指針（以下「JCHO医療安全管理指針」という。）医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、及び医療有害事象対応等の医療安全管理のための基本方針を示したもので、JCHO 医療安全管理指針（本部作成）に基づき作成する。病院医療安全管理指針は、医療安全管理委員会において策定及び改定されるものとする。
2. 独立行政法人医療機能推進機構医療安全管理マニュアル（以下「病院医療安全管理マニュアル」という。）

医療安全管理のための事故の未然防止策、発生時の対応等を具体的に記載したもの。病院医療安全管理マニュアルは、病院内の関係者の協議のもとに作成され医療安全管理委員会で承認を受け、概ね年1回の点検、見直しを行うものとする。

II 事象（インシデント・アクシデント）の定義及び概念

1. インシデント（ヒヤリ・ハット）

インシデントとは、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたりした事例を指し、実際には患者へ傷害を及ぼすことはほとんどなかったが、医療有害事象へ発展する可能性を有していた潜在的事例をいう。

具体的には、行うべき医療行為がなされなかった又は、不適切な医療行為が、(1)患者へは実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの傷害が予測された事象、(2)患者へは実施されたが、結果として患者へ傷害を及ぼすには至らなかった不適切な事象、又は(3)結果として比較的軽微な傷害を及ぼした事象を指

す。

なお、患者だけでなく、訪問者や職員に、傷害の発生又はその可能性があったと考えられる事象も含む。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、0～3aが対象となる。

2. アクシデント（医療有害事象、医療事故）

アクシデントとは、防止可能なものか、過失によるものかにかかわらず、医療の過程において、不適切な医療行為（必要な医療行為がなされなかった場合を含む。）がなされ、結果として患者へ傷害を生じ、その経過が影響を与えた事象をいう。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、3b～5が対象となる。

※ 医療事故調査制度における医療事故の定義は、本定義とは異なることに留意のこと。

参考）医療事故調査制度における医療事故の定義（医療法第6条の10）

当該病院等に勤務する職員が提供した医療に起因し、又は起因すると

疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの

3. 医療過誤

過失によって発生したインシデント・アクシデントをいう。

過失とは、それを回避する義務（予見性と回避可能性）を果たさなかったことをいう。

※別紙）インシデント・アクシデントの患者影響度分類

第4 医療安全管理体制の整備

以下の事項を基本として、病院内における医療安全管理体制の確立に努める。

I 医療安全管理責任者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療安全推進担当者の配置

医療安全管理の推進のため、院長は、医療安全管理責任者（副院長）を任命すると共に、医療安全管理責任者の下に、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を置き、さらに院内の各部門に、医療安全推進担当者を配置する。

1. 医療安全管理責任者

医療安全管理責任者は、医療安全の総括的な責任を担う者とし、副院長がつとめる。

2. 医療安全管理者

医療安全管理者は、医療安全管理に係る実務を担当し、医療安全を推進する。

- (1) 医療安全管理者は、所定の医療安全管理者養成の研修を終了した医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療安全管理者は、医療安全管理責任者の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携、協同し、医療安全管理室の業務を行う。
- (3) 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下について主要な役割

を担う。

- 1) 医療安全管理に関する企画、立案及び評価
- 2) 定期的な院内巡回による各部門における医療安全対策の実施状況の把握と分析、及び医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策の推進
- 3) 各部門における医療安全推進担当者への支援
- 4) 医療安全対策の体制確保のための各部門との協議
- 5) 医療安全対策に係る職員研修を年2回以上実施
- 6) 相談窓口等の担当者との密接な連携のうへで、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制の支援

3. 医薬品安全管理責任者

医薬品安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う。

- (1) 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び見直し
- (2) 職員に対して、医薬品の安全使用のための研修の実施
- (3) 医薬品の業務手順に基づく業務の実施の管理
- (4) 医薬品の安全使用のために必要な情報を収集し、医薬品の安全確保のための方策の実施

4. 医療機器安全管理責任者の設置

医療機器安全管理責任者は、院長の指示の下に、次の掲げる業務を行う。

- (1) 職員に対する医療機器の安全使用のための研修
- (2) 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検
- (3) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、及びその他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

5. 医療安全推進担当者

医療安全管理の推進に資するため各部門に医療安全推進担当者を置く。

- (1) 医療安全推進担当者は、各部門、診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を置く。
- (2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。
 - 1) 各部門におけるインシデント・アクシデントの原因、防止方法や医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - 2) 各部門における医療安全管理に関する意識の向上
 - 3) インシデント・アクシデントレポートの分析及びその報告書の作成
 - 4) 医療安全管理委員会において決定した再発防止策及び安全対策の各部門への周知徹底、その他医療安全管理委員会及び医療安全管理室との連絡、協議
 - 5) 職員に対するインシデント・アクシデント報告の積極的な提出の励行
 - 6) その他、医療安全管理に関する事項の実施

II 医療安全管理室の設置

1. 医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に病院の安全管理を担うため、医療安全管理室を設置する。

2. 医療安全管理室は、医療安全管理者と他院長が必要と認めた職員（診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門を配置する）で構成される。
3. 医療安全管理室の業務は以下のとおりとする
 - (1) 各部門における医療安全対策に関すること
 - 1) 各部門における医療安全確保のための業務改善計画書の作成
 - 2) 1) に基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録
 - (2) 医療安全に係る以下の活動の記録に関すること
 - 1) 医療安全管理委員会との連携状況
 - 2) 院内研修の実績
 - 3) 患者等の相談件数及び相談内容、患者相談窓口と連携し、相談対応する（随時、患者相談窓口からの依頼を受ける）
 - 4) 相談後の取り扱い
 - 5) その他の医療安全管理者の活動実績
 - (3) 医療安全対策に係る取組みの評価等に関すること
医療安全管理委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全推進担当者等が参加する医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスの週1回程度の開催
 - (4) 医療安全に関する日常活動に関すること
 - 1) 医療安全に関する情報収集及び調査（定期的な院内の巡回・点検、指針、マニュアルの遵守状況の点検）等
 - 2) 医療事故防止マニュアルの作成、点検及び見直しの提言等
 - 3) インシデント・アクシデント報告書の収集、分析、保管と分析結果等の現場へのフィードバックと具体的な改善策の提案、推進とその評価
 - 4) 医療安全に関する最新情報の収集と職員への周知（他病院における警鐘事例の把握等）
 - 5) 医療安全に関する職員への啓発、広報
 - 6) 医療安全に関する教育研修の企画、実施
 - 7) JCHO 地区事務所及び本部への報告、連携
 - 8) 医療安全管理に係る連絡調整
 - (5) アクシデント発生時の支援等に関すること
 - 1) 診療録や看護記録等の記載、インシデント・アクシデント報告書の作成についての支援
 - 2) 重大なアクシデント等発生時の患者や家族への説明など、対応状況についての確認と支援（患者及び家族、弁護士、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長、事務長のほか、それぞれの部門の管理責任者が主として行う）
 - 3) 医療安全管理委員会委員長の招集指示を受け、事案の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を開催
 - 4) 原因究明がされていることの確認と指導
 - 5) インシデント・アクシデント報告書の保管
 - 6) 秘匿性に関する指導と支援

- (6) 医療安全管理委員会の資料と議事録の作成と保存、並びにその他委員会の庶務にかんすること
 - (7) その他、医療安全対策の推進に関すること
4. 医療安全管理室の下に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

III 医療安全管理委員会

1. 医療に係る安全管理のために医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
2. 委員会は、副院長、各診療部長、薬剤科長、総看護師長（または総看護師長が代理として任命した者）、事務長、医療安全管理者、及び各部門の安全管理のための責任者等をもって構成することを原則とする。
3. 委員会の委員長は、医療安全管理責任者とする。
4. 委員長がその任務を遂行できない場合は、他の副院長又は副委員長がその職務を代行する。
5. 委員会は、以下の業務を行うものとする。
 - (1) 病院医療安全管理指針の策定及び改定
病院医療安全管理指針には、以下の基本的考え方や方針を含む。
 - 1) 医療機関における医療安全管理
 - 2) 委員会その他の当該病院等の組織
 - 3) 職員に対する医療に係る安全管理のための研修
 - 4) 病院における事故報告書等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策
 - 5) 重大なアクシデント等発生時の対応
 - 6) 職員と患者との間の情報の共有（患者等に対する当該指針の閲覧を含む）
 - 7) 患者からの相談への対応
 - 8) その他医療安全推進のために必要な事項
 - (2) 院内において重大な問題その他委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における当該事例の発生原因の分析、再発防止策の検討、立案、実施及び職員への周知
 - (3) (2) の改善のための方策の実施状況の調査及び必要に応じた再発防止策の見直し
 - (4) 院内のインシデント・アクシデント防止活動及び医療安全に関する職員研修の企画、立案
 - (5) その他、医療安全の確保に関する事項
6. 委員会の開催及び活動の記録
 - (1) 委員会の開催は、概ね月 1 回とするほか、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
 - (2) 委員会の検討結果は、院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
7. 委員会の議事録は、総務企画課が管理する。

IV 報告体制の整備

1. 報告に係る基本的な考え方

医療安全に係る報告体制は、WHOのドラフトガイドラインにおける「学習を目的としたシステム」に準じたもので、責任追及を目的とするものではなく、原因究明と再発防止を図ることにより、医療安全の推進を目的としたものである。

したがって、報告書は病院における医療安全推進のために用いられ、報告することによる個人への懲罰等は伴わないものとする。

2. 院内の報告手順と対応

インシデント・アクシデントが発生した場合、当事者又は関係者は、可及的速やかに上司に報告する。報告を受けた上司は、医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告する。必要に応じて、速やかに院長に報告する。それ以外の事案については定期的に報告する。

報告体制について職員に示す。(別紙：事故発生時対応マニュアル参照)

3. 院内における報告の方法

報告は、電子カルテ内のインシデント報告システム(以下セーフマスター)により行う。

ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後、速やかにセーフマスターによる報告を行う。なお、セーフマスターへの入力、報告は、原則として発生の直接の原因となった当事者又は発見者が行うが、不可能な場合には関係者が代わって行う。さらに、院長は、病院における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保する。

報告書は再発防止に役立てるものであり、これをもって懲罰の対象や理由となるものではない。

4. 地区事務所・本部への報告

地区事務所・本部への報告は、原則として医療安全管理者が行う。

5. インシデント・アクシデント報告書の保管

インシデント報告書については、原則として報告日の翌年4月1日を起点に1年以上、アクシデント報告書については5年以上保存するものとする。

第5 医療安全管理のための職員研修

病院全体に共通する医療安全管理の推進のための基本的な考え方及び具体的な方策について、職員に周知徹底を図るため、院内研修を年2回以上開催する。必要に応じ臨時に開催する。研修の企画、立案、実施は委員会及び医療安全管理室が行う。

第6 重大なアクシデント等発生時の対応

重大なアクシデント等とは、別紙の患者影響度分類におけるレベル4、5及びそれに準ずる重篤度・緊急度が高いと判断された事例をいい、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす必要がある。

I 初動体制

1. 救命を第一とした体制を整え、対応にあたる。
2. 夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告し対応する。

II 患者及び家族への対応

患者に対しては、治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、その経緯について、明らかになっている事実を逐次説明する。

III 事実経過の記録

医師、看護師等は、患者の状況、処置、患者及び家族への説明内容等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。

IV 臨時医療安全管理委員会の招集

院長は、直ちに臨時医療安全管理委員会を招集し内容を審議する。臨時医療安全管理委員会には、従来の委員の他、総看護師長も出席する。

V 当事者及び関係者（職員）への対応

1. 個人の責任を追及することなく組織としての問題点を検討する。
2. 当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。

VI 関係機関への報告

可及的速やかに関係機関へ報告する。

1. JCHO 地区事務所、本部への報告

関東地区事務所へ電話又はメールで報告する。

2. 医療事故調査・支援センターへの報告

医療事故調査制度の対象事案と判断した場合、遺族へ説明した上で、医療事故調査・支援センターへ報告する。

第7 公表

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他の医療機関での同様の事故を防止するために役立てることを目的として、JCHO 本部（専門的知識をもつ者が常駐）に相談の上、必要と判断した場合、事案等を患者及び家族等の同意を得て社会に公表する。

第8 患者相談窓口の設置

院内に、患者及び家族並びに利用者からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等の様々な相談に対応する窓口を設置する。

相談窓口対応者は、医療安全管理者と密な連携を図り、医療安全に係る患者及びその家族等の相談に適切に応じる体制を整備する。

第9 病院医療安全管理指針の閲覧

病院医療安全管理指針は、病院のホームページに掲載する。

この指針は、平成 21 年 9 月 1 日から施行する
組織に関する基本方針を追加 平成 23 年 12 月 1 日一部改正
医療安全管理者を専従と明記 平成 24 年 4 月 1 日一部改正
インシデントアクションレポートを追加 平成 24 年 12 月 1 日一部改正
全社連指針に基づく対応、医薬品・医療機器安全管理者の当て職を明記 平成 25 年 1 月 1 日
一部改正
平成 26 年 4 月 1 日一部改正
平成 27 年 11 月 1 日全面改
JCHO 医療安全管理指針に準じ平成 28 年 8 月作成
臨時医療安全管理会議招集者に総看護師長を追加平成 29 年 7 月改訂
JCHO 本部指針改訂に伴い平成 29 年 8 月改訂

インシデント・アクシデントの患者影響度分類

	影響 レベル	傷害の 継続性	傷害の 程度	内容
インシデント	0			エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
	1	なし	実害なし	何らかの影響を及ぼした可能性はあるが、実害はなかった
	2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（バイタルサインの軽度変化、観察の強化、安全確認の検査などの必要性は生じた）
	3	3 a	一過性	中程度
3 b		一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
アクシデント	4	永続的	軽度 ～高度	永続的な障害や後遺症が残存（有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合、伴う場合の両者を含む）
	5	死亡		死亡（現疾患の自然経過によるものを除く）

平成26年4月1日規程第54号

独立行政法人地域医療機能推進機構の保有する個人情報の保護に関する規程

目次

- 第1章 総則（第1条－第9条）
 - 第2章 個人情報の取得（第10条－第14条）
 - 第3章 保有個人情報の取り扱い（第15条－第23条）
 - 第4章 情報システムにおける安全の確保等（第24条－第38条）
 - 第5章 情報システム室等の安全管理（第39条・第40条）
 - 第6章 保有個人情報の提供及び業務の委託等（第41条－第43条）
 - 第7章 個人情報ファイル簿の作成等（第44条－第46条）
 - 第8章 監査及び点検の実施等（第47条－第53条）
- 附則

第1章 総則

（目的）

第1条 この規程は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「機構」という。）において個人情報の利用が拡大していることにかんがみ、機構における個人情報の取扱いに関する基本的事項を定めることにより、機構の事務及び事業の適正かつ円滑な運営を図りつつ、個人の権利利益を保護することを目的とする。

2 機構における個人情報の取扱いについては、法令に定めるもののほか、この規程に定めるところによる。

（定義）

第2条 この規程において、次の各号に掲げる用語の意義については、それぞれ各号に定めるところによる。

- 一 個人情報 生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）

をいう。

- 二 保有個人情報 機構の役員及び職員（派遣労働者を含む。以下「役職員」という。）が職務上作成し、又は取得した個人情報であって、役職員が組織的に利用するものとして、機構が保有しているものをいう。ただし、独立行政法人地域医療機能推進機構文書管理規程（平成26年規程第4号。以下「文書管理規程」という。）第2条第1号に規定する文書（以下「法人文書」という。）に記録されているものに限る。
- 三 個人情報ファイル 保有個人情報を含む情報の集合物であって、次に掲げるものをいう。
 - イ 一定の事務の目的を達成するために特定の保有個人情報を電子計算機を用いて検索することができるように体系的に構成したもの
 - ロ イに掲げるもののほか、一定の事務の目的を達成するために氏名、生年月日、その他の記述等により特定の保有個人情報を容易に検索することができるように体系的に構成したもの
- 四 本人 個人情報によって識別される特定の個人
- 五 要配慮個人情報 本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報をいう。

（総括保護管理者）

第3条 機構に総括保護管理者を置くこととし、管理担当理事をもって充てる。

2 総括保護管理者は、機構における保有個人情報の管理に関する事務を総括する。

（保護管理者）

第4条 本部、各地区事務所及び各病院（以下「各病院等」という。）に保護管理者を置くこととし、それぞれ総務部長、地区担当理事及び院長をもって充てる。

2 保護管理者は、各病院等における保有個人情報の管理に関する事務をつかさどる。

（保護担当者）

第5条 文書管理規程第2条第6号に規定する課に保護担当者を置くこととし、同号の課長をもって充てる。

- 2 保護担当者は、保護管理者を補佐し、各病院等における保有個人情報の管理に関する事務を担当する。

(監査責任者)

第6条 本部に監査責任者を置くこととし、内部監査担当部長をもって充てる。

- 2 監査責任者は、機構における保有個人情報の管理の状況について監査する任に当たる。

(個人情報管理委員会)

第7条 総括保護管理者は、機構における保有個人情報の管理に係る重要事項の決定、連絡調整等を行うため必要があると認めるときは、個人情報管理委員会（以下「委員会」という。）を設け、定期又は随時に開催するものとする。

- 2 委員会の議長は、総括保護管理者とする。
- 3 委員会の委員は、役員並びに本部の部長及び課長のうち総括保護管理者が必要と認める者とする。
- 4 委員会の庶務は、本部総務部において行う。
- 5 前各項に規定するほか、委員会に関し必要な事項は、総括保護管理者が別に定める。
- 6 第1項から第3項まで及び第5項の規定は、各地区事務所及び各病院に関して準用する。この場合において、第1項中「機構」とあるのは「各病院等」と、同項から第3項まで及び第5項中「総括保護管理者」とあるのは「保護管理者」と、第3項中「役員並びに本部の部長及び課長」とあるのは「各病院等の職員」と読み替えるものとする。

(役職員の責務)

第8条 役職員は、関連する法令、この規程その他の規程等の定め並びに総括保護管理者、保護管理者及び保護担当者の指示に従い、保有個人情報を取り扱わなければならない。

- 2 役職員は、業務として個人情報の保有を新たに開始しようとするときは、第44条第1項第3号から第6号までに掲げる事項及び当該個人情報の管理方法について、あらかじめ保護担当者を通じて保護管理者の承認を得なければならない。ただし、緊急の必要があり、あらかじめ承認を得ることができない場合を除く。

前項ただし書に該当する場合は、事後に保護担当者を通じて保護管理者に届け出なければならない。

前2項の規定は、第2項の規定により承認を得た事項を変更する場合に準用する。

(教育研修)

第9条 総括保護管理者及び保護管理者は、保有個人情報の取扱いに従事する役職員に対し、保有個人情報の取扱いについて理解を深め、個人情報の保護に関する意識の高揚を図るための啓発その他必要な教育研修を行うものとする。

2 総括保護管理者及び保護管理者は、保有個人情報を取り扱う情報システムの管理に関する事務に従事する職員に対し、保有個人情報の適切な管理のために、情報システムの管理、運用及びセキュリティ対策に関して必要な教育研修を行うものとする。

3 総括保護管理者は、保護管理者及び保護担当者に対し、課室等の現場における保有個人情報の適切な管理のための教育研修を実施する。

4 保護管理者は、当該各病院等の職員に対し、保有個人情報の適切な管理のための教育研修を定期的実施するものとする。

5 保護管理者は、当該各病院等の職員に対し、保有個人情報の適切な管理のために、総括保護管理者の実施する教育研修への参加の機会を付与する等の必要な措置を講ずるものとする。

第2章 個人情報の取得

(個人情報の保有の制限等)

第10条 役職員は、業務として個人情報を保有するに当たっては、法令の定める業務を遂行するため必要な場合に限り、かつ、その利用の目的をできる限り特定しなければならない。

2 役職員は、前項の規定により特定された利用の目的（以下「利用目的」という。）の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を保有してはならない。

3 役職員は、利用目的を変更する場合には、変更前の利用目的と相当の関連性を有すると合理的に認められる範囲を超えて行ってはならない。

(適正な取得)

第11条 役職員は、偽りその他不正の手段により個人情報を取得してはならない。

(利用目的の明示)

第12条 役職員は、本人から直接書面（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によって

は認識することができない方式で作られる記録（以下「電磁的記録」という。）を含む。）に記録された当該本人の個人情報を取得するときは、次に掲げる場合を除き、あらかじめ、本人に対し、その利用目的を明示しなければならない。

- 一 人の生命、身体又は財産の保護のために緊急に必要があるとき。
- 二 利用目的を本人に明示することにより、本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがあるとき。
- 三 利用目的を本人に明示することにより、国の機関、独立行政法人等、地方公共団体又は地方独立行政法人が行う事務又は事業の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。
- 四 取得の状況からみて利用目的が明らかであると認められるとき。

（目的以外の利用及び提供の制限）

第13条 役職員は、法令に基づく場合を除き、利用目的以外の目的のために保有個人情報を利用し、又は提供してはならない。

2 前項の規定にかかわらず、役職員は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、利用目的以外の目的のために保有個人情報を利用し、又は提供することができるものとする。ただし、保有個人情報を利用目的以外の目的のために利用し、又は提供することによって、本人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあるとき、この限りでない。

- 一 本人の同意があるとき、又は本人に提供するとき。
- 二 機構が法令の定める業務の遂行に必要な限度で保有個人情報を内部で利用する場合であって、当該保有個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。
- 三 行政機関（行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号。以下「行政機関個人情報保護法」という）第2条第1項に規定する行政機関をいう。以下同じ。）、他の独立行政法人等、地方公共団体又は地方独立行政法人に保有個人情報を提供する場合において、保有個人情報の提供を受ける者が、法令の定める事務又は業務の遂行に必要な限度で提供に係る個人情報を利用し、かつ、当該個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。
- 四 前3号に掲げる場合のほか、専ら統計の作成又は学術研究の目的のために保有個人情報を提供するとき、本人以外の者に提供することが明らかに本人の利益になるとき、その他保有個人情報を提供することについて特別の理由のあるとき。

3 保護管理者は、個人の権利利益を保護するため特に必要があると認めるときは、保有個人情報の利用目的以外の目的のための内部における利用を特定の役職員に限るものとする。

(保有個人情報の提供を受ける者に対する措置要求)

第14条 保護管理者は、前条第2項第3号又は第4号の規定に基づき、保有個人情報を提供する場合において、必要があると認めるときは、保有個人情報の提供を受ける者に対し、提供に係る個人情報について、その利用の目的若しくは方法の制限その他必要な制限を付し、又はその漏えいの防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講ずることを求めるものとする。

第3章 保有個人情報の取扱い

(正確性の確保)

第15条 役職員は、利用目的の達成に必要な範囲内で、保有個人情報が過去又は現在の事実と合致するよう努めなければならない。

(安全確保の措置)

第16条 役職員は、保有個人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の保有個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

(従事者の義務)

第17条 個人情報の取扱いに従事する役職員又は役職員であった者は、その業務に関して知り得た個人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

(アクセス制限)

第18条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、当該保有する個人情報にアクセスする権限（以下「アクセス権限」という。）を有する職員とその権限の内容を、当該職員が業務を行う上で必要最小限の範囲に限るものとする。

2 アクセス権限を有しない職員は、保有個人情報にアクセスしてはならない。

3 職員は、アクセス権限を有する場合であっても、業務上の目的以外の目的で保有個人情報にアクセスしてはならない。

(複製等の制限)

第19条 保護管理者は保有個人情報の複製、送信、保有個人情報が記録されている媒体の外部への送付又は持出し等の業務について、当該保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、当該業務を行うことができる場合を限定するものとする。

2 職員は、前項の業務を行うときは、保護管理者の指示に従い、当該保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて必要最小限の範囲においてこれらを行うとともに、漏えい等が行われないように取扱いに注意するものとする。

(誤りの訂正等)

第20条 職員は、保有個人情報の内容に誤り等を発見した場合には、保護管理者の指示に従い、訂正等を行うものとする。

(媒体の管理等)

第21条 職員は、保護管理者の指示に従い、保有個人情報が記録されている媒体を定められた場所に保管するとともに、必要があると認めるときは、耐火金庫等への保管、施錠等を行うものとする。

(廃棄等)

第22条 職員は、保有個人情報又は保有個人情報が記録されている媒体（端末及びサーバに内蔵されているものを含む。）が不要となった場合には、保護管理者の指示に従い、当該保有個人情報の復元又は判読が不可能な方法により当該情報の消去又は当該媒体の廃棄を行うものとする。

(保有個人情報の取扱状況の記録)

第23条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、台帳等を整備して、当該保有個人情報の利用及び保管等の取扱いの状況について記録するものとする。

第4章 情報システムにおける安全の確保等

(アクセス制御)

第24条 保護管理者は保有個人情報（情報システムで取り扱うものに限る。以下この章（第31条を除く。）において同じ。）の秘匿性等その内容に応じてパスワード等（パスワード、ICカード、生体情報等をいう。以下同じ。）を設定する等のアクセス制御のために必要な措置を講ずるものとする。この場合の措置内容は第18条により設定した必要最小限のアクセス権限を具体化するものとする。

- 2 保護管理者は、前項の措置を講ずる場合には、パスワード等の管理に関する定め（その定期又は随時の見直しを含む。）、パスワード等の読取防止等を行うために必要な措置を講ずるものとする。

(アクセス記録)

第25条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、当該保有個人情報へのアクセス状況を記録し、その記録（以下「アクセス記録」という。）を一定の期間保存し、及びアクセス記録を定期的に分析するために必要な措置を講ずるものとする。

- 2 保護管理者は、アクセス記録の改ざん、窃取又は不正な消去の防止のために必要な措置を講ずるものとする。

(アクセス状況の監視)

第26条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、当該保有個人情報への不適切なアクセスの監視のため、一定数以上の保有個人情報がダウンロードされた場合に警告表示がなされる機能の設定、当該機能の定期的確認等の必要な措置を講ずるものとする。

(管理者権限の設定)

第27条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、情報システムの管理者権限の特権を不正に窃取された際の被害の最小化及び内部からの不正操作等の防止のため、当該特権を最小限とする等の必要な措置を講ずるものとする。

(外部からの不正アクセスの防止)

第28条 保護管理者は、保有個人情報を取り扱う情報システムへの外部からの不正アクセスを防止するため、ファイアウォールの設定による経路制御等の必要な措置を講ずる

ものとする。

(不正プログラムによる漏えい等の防止)

第29条 保護管理者は、不正プログラムによる保有個人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止のため、ソフトウェアに関する公開された脆弱性の解消、把握された不正プログラムの感染防止等に必要な措置（導入したソフトウェアを常に最新の状態に保つことを含む。）を講ずるものとする。

(情報システムにおける保有個人情報の処理)

第30条 役職員は保有個人情報について、一時的に加工等の処理を行うために複製等を行う場合には、その対象を必要最小限に限り、処理終了後は不要となった情報を速やかに消去するものとする。

2 保護管理者は前項の保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、随時、消去等の実施を重点的に確認するものとする。

(暗号化)

第31条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、その暗号化のために必要な措置を講ずるものとする。

2 役職員は、その処理する保有個人情報について、当該保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、適切に暗号化（適切なパスワードの選択、パスワードの漏えい防止の措置等を含む。）を行うものとする。

(入力情報の照合等)

第32条 職員は、情報システムで取り扱う保有個人情報の重要度に応じて、入力原票と入力内容との照合、処理前後の当該保有個人情報の内容の確認、既存の保有個人情報との照合等を行うものとする。

(バックアップ)

第33条 保護管理者は、保有個人情報の重要度に応じて、バックアップを作成し、分散保管するために必要な措置を講ずるものとする。

(情報システム設計書等の管理)

第34条 保護管理者は、保有個人情報に係る情報システムの設計書、構成図等の文書について外部に知られることがないように、その保管、複製、廃棄等について必要な措置を講ずるものとする。

(端末の限定)

第35条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、その処理を行う端末を限定するために必要な措置を講ずるものとする。

(端末の盗難防止等)

第36条 保護管理者は、端末の盗難又は紛失の防止のため、端末の固定、執務室の施錠等の必要な措置を講ずるものとする。

2 職員は、保護管理者が必要があると認めるときを除き、端末を外部へ持ち出し、又は外部から持ち込んではならない。

3 職員は、前項の規定に基づき、端末を外部へ持ち出したときは、紛失による漏えい等が行われないよう取扱いに注意するものとする。

(第三者の閲覧防止)

第37条 職員は、端末の使用に当たっては、保有個人情報が第三者に閲覧されることがないように、使用状況に応じて情報システムからログオフを行うことを徹底する等の必要な措置を講ずるものとする。

(記録機能を有する機器・媒体の接続制限)

第38条 保護管理者は、保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、当該保有個人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止のため、スマートフォン、USBメモリ等の記録機能を有する機器・媒体の情報システム端末等への接続の制限（当該機器の更新への対応を含む。）等の必要な措置を講ずるものとする。

第5章 情報システム室等の安全管理

(入退管理)

第39条 保護管理者は、保有個人情報を取り扱う基幹的なサーバ等の機器を設置する室その他の区域（以下「情報システム室等」という。）に立ち入る権限を有する者を定めるとともに、用件の確認、入退の記録、部外者についての識別化、部外者が立ち入る場合の職員の立会い又は監視設備による監視、外部電磁的記録媒体等の持込み、利用及び持ち出しの制限又は検査等の措置を講ずるものとする。

2 保有個人情報を記録する媒体を保管するための施設を設けている場合においても、必要があると認めるときは、前項と同様の措置を講ずるものとする。

3 保護管理者は、必要があると認めるときは、情報システム室等の出入口の特定化による入退の管理の容易化、所在表示の制限等の措置を講ずるものとする。

4 保護管理者は、情報システム室等及び保管施設の入退の管理について、必要があると認めるときは、立入りに係る認証機能を設定し、及びパスワード等の管理に関する定めを整備（その定期又は随時の見直しを含む。）、パスワード等の読取防止等を行うために必要な措置を講ずるものとする。

（情報システム室等の管理）

第40条 保護管理者は、外部からの不正な侵入に備え、情報システム室等に施錠装置、警報装置、監視設備の設置等の措置を講ずるものとする。

2 保護管理者は、災害等に備え、情報システム室等に、耐震、防火、防煙、防水等の必要な措置を講ずるとともに、サーバ等の機器の予備電源の確保、配線の損傷防止等の措置を講ずるものとする。

第6章 保有個人情報の提供及び業務の委託等

（保有個人情報の提供）

第41条 保護管理者は、法第9条第2項第3号及び第4号の規定に基づき行政機関及び独立行政法人等以外の者に保有個人情報を提供する場合には、原則として、提供先における利用目的、利用する業務の根拠法令、利用する記録範囲及び記録項目、利用形態等について書面を取り交わすものとする。

2 保護管理者は、法第9条第2項第3号及び第4号の規定に基づき行政機関及び独立行政法人等以外の者に保有個人情報を提供する場合には、安全確保の措置を要求するとともに、必要があると認めるときは、提供前又は随時に実地の調査等を行い措置状況を確認

し、その結果を記録するとともに、改善要求等の措置を講ずるものとする。

- 3 保護管理者は、法第9条第2項第3号の規定に基づき行政機関又は独立行政法人等に保有個人情報を提供する場合において、必要があると認めるときは、前2項に規定する措置を講ずるものとする。

(業務の委託等)

第42条 保有個人情報の取扱いに係る業務を外部に委託する場合には、個人情報の適切な管理を行う能力を有しない者を選定することがないように、必要な措置を講ずる。また、契約書に、次に掲げる事項を明記するとともに、委託先における責任者及び業務従事者の管理及び実施体制、個人情報の管理の状況についての検査に関する事項等の必要な事項について書面で確認するものとする。

- (1) 個人情報に関する秘密保持、目的外利用の禁止等の義務
 - (2) 再委託の制限又は事前承認等再委託に係る条件に関する事項
 - (3) 個人情報の複製等の制限に関する事項
 - (4) 個人情報の漏えい等の事案の発生時における対応に関する事項
 - (5) 委託終了時における個人情報の消去及び媒体の返却に関する事項
 - (6) 違反した場合における契約解除、損害賠償責任その他必要な事項
- 2 保有個人情報の取扱いに係る業務を外部に委託する場合には、委託する保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、委託先における個人情報の管理の状況について、年1回以上の定期的検査等により確認するものとする。
 - 3 委託先において、保有個人情報の取扱いに係る業務が再委託される場合には、委託先に第1項の措置を講じさせるとともに、再委託される業務に係る保有個人情報の秘匿性等その内容に応じて、委託先を通じて又は委託元自らが前項の措置を実施する。保有個人情報の取扱いに係る業務について再委託先が再々委託を行う場合以降も同様とするものとする。

第43条 保有個人情報の取扱いに係る業務を派遣労働者によって行わせる場合には、労働者派遣契約書に秘密保持義務等個人情報の取扱いに関する事項を明記するとともに、労働者派遣契約が、保有個人情報の適切な取扱を行うことに配慮されたものとする。

第7章 個人情報ファイル簿の作成等

(個人情報ファイル簿の作成及び公表)

第44条 保護管理者は、当該各病院等で保有している個人情報ファイルについて、それぞれ次に掲げる事項を記載した帳簿（以下「個人情報ファイル簿」という。）を作成し、総括保護管理者に送付するとともに、当該各病院等において公表しなければならない。

- 一 個人情報ファイルの名称
- 二 機構の名称及び個人情報ファイルが利用に供される事務をつかさどる組織の名称
- 三 個人情報ファイルの利用目的
- 四 個人情報ファイルに記録される項目（以下「記録項目」という。）及び本人（他の個人の氏名、生年月日その他の記述等によらないで検索し得る者に限る。以下同じ。）として個人情報ファイルに記録される個人の範囲（以下「記録範囲」という。）
- 五 個人情報ファイルに記録される個人情報（以下「記録情報」という。）の収集方法
- 六 記録情報を機構以外の者に経常的に提供する場合には、その提供先
- 七 独立行政法人地域医療機能推進機構の保有する個人情報の開示等の手続に関する規程（平成26年規程第58号。以下「開示等規程」という。）第5条第1項、第15条第1項又は第21条第1項の規定による請求を受理する組織の名称及び所在地
- 八 訂正請求又は利用停止請求に関し、他の法令の規定により特別の手続が定められているときは、その旨
- 九 第2条第3号イに係る個人情報ファイル又は同号ロに係る個人情報ファイルの別
- 十 第2条第3号イに係る個人情報ファイルについて、次項第10号に規定する個人情報ファイルがあるときは、その旨
- 十一 記録情報に要配慮個人情報が含まれるときは、その旨

2 前項の規定は、次に掲げる個人情報ファイルについては、適用しない。

- 一 役職員又は役職員であった者に係る個人情報ファイルであって、専らその人事、給与若しくは福利厚生に関する事項又はこれらに準ずる事項を記録するもの（機構が行う職員の採用試験に関する個人情報ファイルを含む。）
- 二 専ら試験的な電子計算機処理の用に供するための個人情報ファイル
- 三 前項の規定による公表に係る個人情報ファイルに記録されている記録情報の全部又は一部を記録した個人情報ファイルであって、その利用目的、記録項目及び記録範囲が当該公表に係るこれらの事項の範囲内のもの
- 四 1年以内に消去することとなる記録情報のみを記録する個人情報ファイル

- 五 資料その他の物品若しくは金銭の送付又は業務上必要な連絡のために利用する記録情報を記録した個人情報ファイルであって、送付又は連絡の相手方の氏名、住所その他の送付又は連絡に必要な事項のみを記録するもの
 - 六 役職員が学術研究の用に供するためその発意に基づき作成し、又は取得する個人情報ファイルであって、記録情報を専ら当該学術研究の目的のために利用するもの
 - 七 本人の数が千人に満たない個人情報ファイル
 - 八 次のいずれかに該当する者に係る個人情報ファイルであって、専らその人事、給与若しくは福利厚生に関する事項又はこれらに準ずる事項を記録するもの（イに掲げる者の採用のための試験に関する個人情報ファイルを含む。）
 - イ 行政機関が雇い入れる者であって国以外のもののために労務に服するもの
 - ロ イに掲げる者であった者
 - ハ 第1号に規定する者又はイ若しくはロに掲げる者の被扶養者又は遺族
 - 九 第1号に規定する者及び前号イからハまでに掲げる者を併せて記録する個人情報ファイルであって、専らその人事、給与若しくは福利厚生に関する事項又はこれらに準ずる事項を記録するもの
 - 十 第2条第3号ロに係る個人情報ファイルで、その利用目的及び記録範囲が前項の規定による公表に係る第2条第3号イに係る個人情報ファイルの利用目的及び記録範囲の範囲内であるもの
- 3 第1項の規定にかかわらず、保護管理者は、記録項目の一部若しくは同項第5号若しくは第6号に掲げる事項を個人情報ファイル簿に記載し、又は個人情報ファイルを個人情報ファイル簿に掲載することにより、利用目的に係る事務又は事業の性質上、当該事務又は事業の適正な遂行に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときは、その記録項目の一部若しくは事項を記載せず、又はその個人情報ファイルを個人情報ファイル簿に掲載しないことができる。
- 4 保護管理者は、個人情報ファイル（第2項各号に掲げるもの及び第3項の規定により個人情報ファイル簿に掲載しないものを除く。以下同じ。）を保有するに至ったときは、直ちに、個人情報ファイル簿を作成しなければならない。
- 5 個人情報ファイル簿は、機構が保有している個人情報ファイルを通じて一の帳簿とし、本部の個人情報保護窓口に備えて置き一般の閲覧に供するとともに、機構のホームページに掲載して公表するものとする。
- 6 保護管理者は、個人情報ファイル簿に記載すべき事項に変更があったときは、直ちに、

当該個人情報ファイル簿を修正しなければならない。

- 7 保護管理者は、個人情報ファイル簿に掲載した個人情報ファイルの保有をやめたとき、又はその個人情報ファイルが第2項第7号に該当するに至ったときは、遅滞なく、当該個人情報ファイルについての記載を削除しなければならない。
- 8 保護管理者は、前2項の規定により個人情報ファイル簿を修正又は削除した場合、その旨を総括保護管理者に報告しなければならない。

(保有個人情報ファイル管理簿の作成)

第45条 保護管理者は、保有個人情報を含む文書ファイルについて、それぞれ次に掲げる事項を記載した帳簿を作成するものとする。

- 一 保有個人情報を含む文書ファイルの名称、当該文書ファイルを利用する事務を所掌する課室等の名称並びに当該文書ファイルの管理責任者、記録媒体の種別及び保管場所
- 二 保有個人情報の利用目的
- 三 保有個人情報の記録項目及び記録範囲
- 四 記録情報の収集方法
- 五 当該文書ファイルに関して講じている安全管理措置
- 六 記録情報を機構以外の者に経常的に提供する場合には、その提供先
- 七 当該文書ファイルを廃棄する際の廃棄方法
- 八 その他必要と認められる事項

(開示、訂正及び利用停止)

第46条 機構に対し機構の保有する自己を本人とする保有個人情報の開示、訂正又は利用停止を請求する手続、当該手続を受けて機構が行う手続等については、開示等規程の定めるところによる。

第8章 監査及び点検の実施等

(安全確保上の問題への対応)

第47条 保有個人情報の漏えい等安全確保の上で問題となる事案又は問題となる事案の発生のおそれを認識した場合に、その事案等認識した役職員は、直ちに当該保有個人情報

を管理する保護管理者に報告しなければならない。この場合において、職員は、時間を要する事実確認を行う前にまずは保護管理者に報告するものとする。

- 2 前項の報告を受けた保護管理者は、被害の拡大防止又は復旧等のために必要な措置を速やかに講じなければならない。ただし、外部からの不正アクセスや不正プログラムの感染が疑われる当該端末の LAN ケーブルを抜くなど、被害拡大防止のため直ちに行い得る措置については直ちに行う（役職員に行わせることを含む。）ものとする。
- 3 第 1 項の報告を受けた保護管理者は、直ちに総括保護管理者に報告し、その後事案の発生した経緯、被害状況等を調査し、判明次第追加して報告するものとする。
- 4 総括保護管理者は、前項の報告を受けた場合には、事案の内容等に応じて、当該事案の内容、経緯、被害状況等を理事長に速やかに報告するものとする。
- 5 総括保護管理者は、事案の内容等に応じて、事案の内容、経緯、被害状況等について、厚生労働省に対し、速やかに情報提供を行う。
- 6 保護管理者は、事案の発生した原因を分析し、再発防止のために必要な措置を講じるものとする。
- 7 保護管理者は、総括保護管理者と協議の上、事案の内容、影響等に応じて、事実関係及び再発防止策の公表、当該事案に係る保有個人情報の本人への連絡の対応等の措置を講じるものとする。

（監査）

第 48 条 監査責任者は、保有個人情報の適切な管理を検証するため、本規定に係る措置の状況について、定期に及び必要に応じ随時に監査（外部監査を含む。以下同じ。）を行い、その結果を総括保護管理者に報告するものとする。

（点検）

第 49 条 保護管理者は、各課室等における保有個人情報の記録媒体、処理経路、保管方法等について定期に及び必要に応じ随時に点検を行い、必要があると認めるときは、その結果を総括保護管理者へ報告するものとする。

（評価及び見直し）

第 50 条 総括保護管理者及び保護管理者は、保有個人情報の適切な管理のための措置について、監査又は点検の結果等を踏まえ、実効性等の観点から保有個人情報の記録媒体、

処理経路、保管方法等を評価し、必要があると認めるときは、役職員への教育研修の実施及び業務改善等を行うものとする。

(苦情処理)

第51条 保護管理者は、個人情報の取扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めるものとする。

(個人情報保護窓口)

第52条 各病院等に個人情報の保護及び開示等に関する窓口として個人情報保護窓口を設置するものとする。

2 本部の個人情報保護窓口は、独立行政法人地域医療機能推進機構情報公開手続規程(平成26年規程第55号)第15条に規定する情報公開窓口が兼ねるものとする。ただし、総括保護管理者が別に定める場合は、この限りでない。

(厚生労働省との連携)

第53条 機構は、厚生労働省と緊密に連携して、保有する個人情報の適切な管理を行う。

附 則

(施行期日)

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則(平成27年規定第11号)

(施行期日)

この規程は、平成27年3月20日から施行する。

附 則(平成27年規定第50号)

(施行期日)

この規程は、平成27年12月1日から施行する。

附 則(平成28年規定第3号)

(施行期日)

この規程は、平成28年2月1日から施行する。

附 則（平成28年規定第24号）

（施行期日）

この規程は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年規定第34号）

（施行期日）

この規程は、平成28年10月17日から施行する。

附 則（平成29年規程第55号）

（施行期日）

この規程は、平成29年5月30日から施行する。

保有個人情報開示請求書

平成〇年〇月〇日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL (_____) _____

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第13条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

--

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに〇印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <実施の希望日> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
イ 写しの送付を希望する。

3 手数料

手数料 (1件300円)	銀行振込で支払った場合は、ここに証明する書類を貼ってください。	(請求受付印)
-----------------	---------------------------------	---------

4 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
イ 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ 請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
ウ 本人の状況等（法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。） (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 (ふりがな) _____ (イ) 本人の氏名 _____ (ウ) 本人の住所又は居所 _____
エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

<様式1（裏面）>

（説明）

1 「氏名」、「住所又は居所」

本人の氏名及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人による開示請求の場合には、法定代理人の氏名、住所又は居所、電話番号を記載してください。

2 「開示を請求する保有個人情報」

開示を請求する保有個人情報が記録されている法人文書や個人情報ファイルの名称など、開示請求する保有個人情報を特定できるような情報を具体的に記載してください。

3 「求める開示の実施方法等」

開示を受ける場合の開示の実施の方法（事務所における開示の実施の方法、事務所における開示を希望する場合の希望日又は写しの送付）について、希望がありましたら記載してください。なお、希望する方法に対応できない場合があります。

開示の実施の方法等については、開示決定後に提出していただく「保有個人情報開示実施申出書」により、別途申し出ることもできます。

4 手数料の納付について

保有個人情報の開示を請求する場合には、保有個人情報が記録されている法人文書1件について300円を納付する必要があります。銀行振込の方法により300円分を納付した場合は、保有個人情報開示請求書の所定の位置に証明する書類を貼って提出してください。

なお、2の内容によって手数料の額が決まることとなりますので、2の補正により手数料の追加納付等をお願いする場合があります。

5 本人確認書類等

（1） 窓口来所による開示請求の場合

窓口に来所して開示請求をする場合、本人確認のため、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律施行令第9条に規定されている運転免許証、健康保険の被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カード等の住所・氏名が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、開示請求窓口事前に相談してください。

（2） 送付による開示請求の場合

保有個人情報開示請求書を送付して保有個人情報の開示請求をする場合には、（1）の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票の写し又は外国人登録原票の写しを提出してください。

（3） 法定代理人による開示請求の場合

「本人の状況等」欄は、法定代理人による開示請求の場合にのみ記載してください。必要な記載事項は、保有個人情報の本人の状況、氏名、本人の住所又は居所です。

法定代理人が開示請求をする場合には、法定代理人自身に係る（1）に掲げる書類又は（2）に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限り）を提出してください。

<様式2> 保有個人情報開示請求書の補正について（依頼）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（開示請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報開示請求書の補正について（依頼）

平成 年 月 日付けの保有個人情報開示請求書（第 号、写しを同封しています。）について、下記のとおり要件に不備な部分がありますので、下記のとおり補正されるよう依頼します。

なお、下記4の期限までに補正がなされない場合には、補正の意思がないものとして扱わせていただきます。

記

1 補正の対象となる事項

手数料が納付されていないか、又は納付額が不足しています。

要納付額： 円

開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人）であることが確認できません。

保有個人情報開示請求書の記載に、次のような不備があります。

2 補正の方法

（1）手数料が納付されていないか、又は納付額が不足している場合
円を下記3の提出先に納付してください。

（2）開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人）であることが確認できない場合
以下に掲げる書類のいずれかを提示し、又は提出してください。

保有個人情報開示請求書に記載されている開示請求をする者の氏名及び住所又は居所と同一の氏名及び住所又は居所が記載されている運転免許証、健康保険の被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カードその他法律又はこれに基づく命令の規定により交付された書類であって、当該開示請求をする者が本人であることを確認するに足りるもの。

なお、送付する場合は、上の書類のいずれかを複写機により複写したもの及びその者の住民票の写し又は外国人登録原票の写し（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

法定代理人については、戸籍謄本その他その資格を証明する書類（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

(3) 記載事項に不備がある場合

同封の保有個人情報開示請求書の写しを訂正の上、3の提出先に送付し、又は持参してください。

3 補正に必要な文書等の提出先

4 補正に必要な文書等の提出等の期限

平成 年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示をする旨の決定について (通知)

平成 年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)第18条第1項の規定に基づき、下記のとおり、開示することに決定したので通知します。

記

1 開示する保有個人情報 (全部開示 ・ 部分開示)

--

2 不開示とした部分とその理由

--

※ 部分開示とした決定に不服がある場合は、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

3 開示する保有個人情報の利用目的

--

4 開示の実施の方法等(裏面(又は同封)の説明事項をお読みください。)

(1) 開示の実施の方法等
(2) 事務所における開示を実施することができる日時、場所 期間: ○月○日から○月○日まで(土・日曜、祝祭日を除く。) 時間: 場所:
(3) 写しの送付を希望する場合の準備日数、送付に要する費用(見込み額)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構○○課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式3（裏面）>

（説明）

1 「開示の実施の方法等」

開示の実施の方法等については、この通知書を受け取った日から30日以内に、同封した「保有個人情報開示実施申出書」により開示の実施の申出を行ってください。

開示の実施の方法は、通知書の4（1）「開示の実施の方法等」に記載されている方法から自由に選択できます。

事務所における開示の実施を選択される場合は、通知書の4（2）「事務所における開示を実施することができる日時、場所」に記載されている日時から、希望の日時を選択してください。記載された日時に都合がよいものがない場合は、「本件連絡先」に記載した担当まで連絡してください。なお、開示の実施の準備を行う必要がありますので、「保有個人情報開示実施申出書」は開示を受ける希望日の●日前には当方に届くように提出願います。

また、写しの送付を希望される場合は、「保有個人情報開示実施申出書」によりその旨を申し出てください。なお、この場合は、別途、送付に要する費用負担が必要となります。

2 不開示部分に係る審査請求及び取消訴訟

開示しないこととされた部分について、不服がある場合には、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対し審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分取消しの訴えを提起することができます。

3 開示の実施について

- （1）事務所における開示の実施を選択され、その旨「保有個人情報開示実施申出書」により申し出られた場合は、開示を受ける当日、事務所に来られる際に、本通知書をお持ちください。
- （2）写しの送付を希望された場合は、保有個人情報開示実施申出書に併せて、お知らせした送付に要する費用を通知書の4（3）「送付に要する費用」に記載されている方法で送付してください。

4 本件連絡先

開示の実施方法等、審査請求の方法等についてご不明な点がございましたら、本欄に記載した担当までお問い合わせください。

<様式4> 開示をしない旨の決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示をしない旨の決定について (通知)

平成〇年〇月〇日付けで開示請求のありました保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)第18条第2項の規定により、下記のとおり全部を開示しないことに決定したので通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示をしないこととした理由	

この決定に不服があるときは、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式5> 開示決定等期限延長通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

開示決定等の期限の延長について (通知)

平成 年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第19条第2項の規定により、下記のとおり開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
延長後の期限	平成 年 月 日
延長の理由	

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式6> 開示決定等期限特例延長通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報開示決定等の期限の特例規定の適用について (通知)

平成 年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)第20条の規定により、下記のとおり開示決定の期限を延長したので通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
法第20条の規定(開示決定等の期限の特例)を適用することとした理由	
残りの保有個人情報について開示決定等をする期限	(平成〇年〇月〇日までに可能な部分について開示決定等を行い、残りの部分については、次に掲載する期限までに開示決定する予定です。) 平成〇年〇月〇日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式7> 行政機関の長又は他の独立行政法人等への開示請求事案移送書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(行政機関の長又は他の独立行政法人等) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示請求に係る事案の移送について

平成 年 月 日付けで請求のあった保有個人情報の開示請求に係る事案について、独立行政法人の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第22条第1項（又は第21条第1項）の規定により、下記のとおり移送します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求者氏名等	氏 名： 住所又は居所： 連絡先： (法定代理人による開示請求の場合 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 本人の氏名 _____ 本人の住所又は居所 _____)
添付資料等	・ 開示請求書 ・ 移送前に行った行為の概要記録 ・ ・
備考	(複数の他の行政機関の長、独立行政法人等に移送する場合には、その旨)

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式8> 開示請求者への開示請求事案移送通知書（行政機関の長又は他の独立行政法人等）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（開示請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報開示請求に係る事案の移送について（通知）

平成 年 月 日付けで請求のあった保有個人情報の開示請求に係る事案については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第22条第1項（又は第21条第1項）の規定により、下記のとおり移送したので通知します。

なお、保有個人情報の開示決定等は、下記の移送先の行政機関（又は独立行政法人等）において行われます。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
移送をした日	平成 年 月 日
移送の理由	
移送先の行政機関の長（又は独立行政法人等）	（行政機関の長又は独立行政法人等） （連絡先） 部局課室名： 担当者名： 所在地： 電話番号：

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
（担当者名）（内線： ）
電 話：
F A X：
e-mail：

文 書 番 号
平成 年 月 日

（第三者利害関係人） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示請求に関する意見について（照会）

（あなた、貴社等）に関する情報が含まれている保有個人情報について、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第13条第1項の規定による開示請求があり、当該保有個人情報について開示決定を行う際の参考とするため、同法第23条第1項の規定に基づき、ご意見を伺うこととしました。

つきましては、お手数ですが、当該保有個人情報を開示することにつき御意見があるときは、同封した「保有個人情報の開示に関する意見書」を提出していただきますようお願いいたします。

なお、提出期限までに意見書の提出がない場合には、特に御意見がないものとして取り扱わせていただきます。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求の年月日	平成 年 月 日
開示請求に係る保有個人情報に含まれている（あなた、貴社等）に関する情報の内容	
意見書の提出先	（課室名） （連絡先）
意見書の提出期限	平成 年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
（担当者名）（内線： ）

電 話：

F A X：

e-mail：

保有個人情報の開示決定等に関する意見書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名又は名称

(法人その他の団体にあつては、その団体の代表者名)

住所又は居所

(法人その他の団体にあつては、その主たる事務所の所在地)

平成 年 月 日付けで照会のあつた保有個人情報の開示について、下記のとおり意見を提出します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示に関してのご意見	<input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がない。 <input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がある。 (1) 支障(不利益)がある部分 (2) 支障(不利益)の具体的理由
連絡先	

<様式10>

(説明)

1 「開示に関してのご意見」

保有個人情報を開示されることについて「支障がない」場合、「支障がある」場合のいずれか該当する口にレ点を記入してください。

また、「支障がある」を選択された場合には、(1)支障がある部分、(2)支障の具体的な理由について記載してください。

2 「連絡先」

本意見書の内容について、内容の確認等をする場合がありますので、確実に連絡が取れる電話番号等を記載してください。

3 本件連絡先

本件の記載方法、内容等について不明な点がありましたら、次の連絡先に連絡してください。

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電話:

FAX:

e-mail:

(土、日曜、祝祭日を除く9:30~17:00)

文 書 番 号
平成 年 月 日

（第三者利害関係人） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示請求に関する意見について（照会）

（あなた、貴社等）に関する情報が含まれている保有個人情報について、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 1 5 年法律第 5 9 号）第 1 3 条第 1 項の規定による開示請求がありました。当該保有個人情報について開示決定を行う際の参考とするため、同法第 2 3 条第 2 項の規定に基づき、ご意見を伺うこととしました。

つきましては、当該保有個人情報を開示することにつき御意見があるときは、同封した「保有個人情報の開示に関する意見書」を提出していただきますようお願いいたします。

なお、提出期限までに意見書の提出がない場合には、特に御意見がないものとして取り扱わせていただきます。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求の年月日	平成 年 月 日
法第 2 3 条第 2 項第 1 号又は第 2 号の規定の適用区分及びその理由	適用区分 <input type="checkbox"/> 第 1 号、 <input type="checkbox"/> 第 2 号 (適用理由)
開示請求に係る保有個人情報に含まれている（あなた、貴社等）に関する情報の内容	
意見書の提出先	(課室名) (連絡先)
意見書の提出期限	平成 年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式12> 開示決定通知を行った旨の反対意見提出者への通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(反対意見書を提出した第三者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

反対意見書に係る保有個人情報の開示決定について (通知)

(あなた、貴社等) から平成 年 月 日付けで「保有個人情報の開示決定等に係る意見書」の提出がありました保有個人情報については、下記のとおり開示決定しましたので、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第59号) 第23条第3項の規定により通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示することとした理由	
開示決定をした日	平成 年 月 日
開示を実施する日	平成 年 月 日

この決定に不服があるときは、行政不服審査法 (平成26年法律第68号) の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます (なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法 (昭和37年法律第139号) の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます (なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

保有個人情報の開示の実施方法等申出書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL () _____

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第24条第3項の規定に基づき、下記のとおり申出をします。

記

1 保有個人情報開示決定通知書の番号等

文書番号：

日 付：

2 求める開示の実施方法

開示請求に係る保有個人情報の名称等	種類・量	実施の方法	
		(1) 閲覧	①全部 ②一部 ()
		(2) 複写したものの交付	①全部 ②一部 ()
		(3) その他 ()	①全部 ②一部 ()

3 開示の実施を希望する日

平成 年 月 日 午前・午後

4 「写しの送付」の希望の有無

〔 有 : 同封する郵便切手等の額 円
無 〕

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

保有個人情報訂正請求書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL (_____) _____

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第28条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	平成 年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： _____ 日付： _____ 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等 _____
訂正請求の趣旨及び理由	(趣旨) (理由)

1 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
2 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ 請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
3 本人の状況等 (法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。) ア 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (_____ 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 (ふりがな) イ 本人の氏名 _____ ウ 本人の住所又は居所 _____
4 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

<様式14（裏面）>

（説明）

1 「氏名」「住所又は居所」

本人の氏名及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により訂正決定通知等を行うこととなりますので、正確に記入してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人による訂正請求の場合には、法定代理人の氏名、住所又は居所、電話番号を記載してください。

2 「訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

3①～③に掲げる保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の名称を記載してください。なお、本法により保有個人情報の訂正請求ができるのは次に掲げるものです。

- ① 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報（法第27条第1項第1号）
- ② 法第22条第1項の規定により事案が移送された場合において、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）第21条第3項に規定する開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報（法第27条第1項第2号）
- ③ 開示決定に係る保有個人情報であって、法第25条第1項の他の法令の規定により開示を受けたもの（法第27条第1項第3号）

4. 「訂正請求の趣旨及び理由」

（1） 訂正請求の趣旨

どのような訂正を求めるかについて簡潔に記載してください。

（2） 訂正請求の理由

訂正請求の趣旨を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、本欄に記載しきれない場合には、本欄を参考に別葉に記載し、本請求書に添付して提出してください。

5. 訂正請求の期限について

訂正請求は、法第27条第3項の規定により、保有個人情報の開示を受けた日から90日以内にしなければならないこととなっています。

6. 本人確認書類等

（1） 窓口来所による訂正請求の場合

窓口に来所して訂正請求をする場合、本人確認のため、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律施行令（平成15年政令第549号）第14条が規定する運転免許証、健康保険の被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カード等の住所・氏名が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、訂正請求窓口事前に相談してください。

（2） 送付による訂正請求の場合

保有個人情報訂正請求書を送付して保有個人情報の訂正請求をする場合には、（１）の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票の写し又は外国人登録原票の写しを提出してください。

（３） 法定代理人による訂正請求の場合

「本人の状況等」欄は、法定代理人による訂正請求の場合に記載してください。必要な記載事項は、保有個人情報の本人の状況、氏名、本人の住所又は居所です。

法定代理人が訂正請求をする場合には、法定代理人自身に係る（１）に掲げる書類又は（２）に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類（ただし、訂正請求の前３０日以内に作成されたものに限り。）を提出してください。

<様式15> 保有個人情報訂正請求書の補正について（依頼）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（訂正請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正請求書の補正について（依頼）

平成 年 月 日付けの保有個人情報訂正請求書（第 号、写しを同封しています。）について、下記のとおり要件に不備な部分がありますので、下記のとおり補正されるよう依頼します。

なお、下記4の期限までに補正がなされない場合には、補正の意思がないものとして扱わせていただきます。

記

1 補正の対象となる事項

- 開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人）であることが確認できません。
- 保有個人情報訂正請求書の記載に、次のような不備があります。

2 補正の方法

- （1）開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人）であることが確認できない場合
以下に掲げる書類のいずれかを提示し、又は提出してください。

保有個人情報開示請求書に記載されている開示請求をする者の氏名及び住所又は居所と同一の氏名及び住所又は居所が記載されている運転免許証、健康保険の被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カードその他法律又はこれに基づく命令の規定により交付された書類であって、当該開示請求をする者が本人であることを確認するに足りるもの

なお、送付する場合は、上の書類のいずれかを複写機により複写したもの及びその者の住民票の写し又は外国人登録原票の写し（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

法定代理人については、戸籍謄本その他その資格を証明する書類（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

- （2）記載事項に不備がある場合

同封の保有個人情報訂正請求書の写しを訂正の上、3の提出先に送付し、又は持参してください。

3 補正に必要な文書等の提出先

4 補正に必要な文書等の提出等の期限
平成 年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線 :)

電 話 :

F A X :

e-mail :

文 書 番 号
平成 年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の訂正をする旨の決定について (通知)

平成 年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第59号) 第30条第1項の規定により、下記のとおり訂正することと決定したので通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正請求の趣旨	
訂正決定をする内容及び理由	(訂正内容) (訂正理由)

この決定に不服があるときは、行政不服審査法 (平成26年法律第68号) の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます (なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法 (昭和37年法律第139号) の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます (なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の訂正をしない旨の決定について (通知)

平成 年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)第30条第2項の規定により、訂正をしない旨の決定をしたので、下記のとおり通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正をしないこととした理由	

この決定に不服があるときは、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式18> 訂正決定等期限延長通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正決定等の期限の延長について (通知)

平成 年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第59号) 第31条第2項の規定により、下記のとおり訂正決定等の期間を延長したので通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
延長後の期限	平成 年 月 日
延長の理由	

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式19> 訂正決定等期限特例延長通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正決定等の期限の特例規定の適用について (通知)

平成 年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)第32条の規定により、下記のとおり訂正決定等の期限を延長したので通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
法第32条の規定(訂正決定等の期限の特例)を適用する理由	
訂正決定等をする期限	平成 年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線 :)
電 話 :
F A X :
e-mail :

＜様式 20＞ 行政機関の長又は他の独立行政法人等への訂正請求事案移送書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(行政機関の長又は独立行政法人等) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正請求に係る事案の移送について

平成 年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第33条第1項（又は第34条第1項）の規定により、下記のとおり移送します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正請求者名等	氏 名： 住所又は居所： 連絡先： (法定代理人による開示請求の場合 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 本人の氏名 _____ 本人の住所又は居所 _____)
添付資料等	・ 訂正請求書 ・ 移送前に行った行為の概要記録 ・ ・
備考	(複数の行政機関の長、他の独立行政法人等に移送する場合には、その旨)

＜本件連絡先＞
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線：)
電 話：
F A X：
e-mail：

<様式 2 1> 訂正請求者への訂正請求事案移送通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正請求に係る事案の移送について (通知)

平成 年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成 1 5 年法律第 5 9 号) 第 3 3 条 1 項 (又は第 3 4 条第 1 項) の規定により、下記のとおり事案を移送したので通知します。

なお、保有個人情報の訂正決定等は、下記の移送先の独立行政法人〇〇〇〇 (又は行政機関) において行われます。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
移送をした日	平成 年 月 日
移送の理由	
移送先の行政機関の長 (又は独立行政法人等)	(行政機関の長又は独立行政法人等) (連絡先) 部局課室名 : 担当者名 : 所在地 : 電話番号 :
備考	

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線 :)
電 話 :
F A X :
e-mail :

(保有個人情報の提供先) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

提供をしている保有個人情報の訂正をする旨の決定について (通知)

(他の行政機関の長) に提供している下記の保有個人情報については、訂正することと決定したので、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第59号) 第35条の規定により通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正請求者の氏名等 保有個人情報の特定 するための情報	(氏名、住所等)
訂正請求の趣旨	
訂正決定をする内容 及び理由	(訂正内容) (訂正理由)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

保有個人情報利用停止請求書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL (_____) _____

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第37条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の利用停止を請求します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	平成 年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等	開示決定通知書の文書番号： _____、日付：○年○月○日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報 _____
請求に係る趣旨及び理由	(趣旨) <input type="checkbox"/> 第1号該当 → <input type="checkbox"/> 利用の停止、 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第2号該当 → 提供の停止 (理由)

1 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
2 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ 請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
3 本人の状況等 (法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。) ア 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (_____ 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 (ふりがな) イ 本人の氏名 _____ ウ 本人の住所又は居所 _____
4 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

<様式 2 3 >

(説明)

1 「氏名」、「住所又は居所」

本人の氏名及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により利用停止決定通知等を行うこととなりますので、正確に記入してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人による開示請求の場合には、法定代理人の氏名、住所又は居所、電話番号を記載してください。

2 「利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

3①～③に掲げる保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の名称等を記載してください。なお、本法により保有個人情報の利用停止訂正請求ができるのは次に掲げるものです。

- ① 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報（法第27条第1項第1号）
- ② 法第22条第1項の規定により事案が移送された場合において、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）第21条第3項に規定する開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報（法第27条第1項第2号）
- ③ 開示決定に係る保有個人情報であって、法第25条第1項の他の法令の規定により開示を受けたもの（法第27条第1項第3号）。

4 「利用停止請求の趣旨及び理由」

(1) 利用停止請求の趣旨

「利用停止請求の趣旨」は、「第1号該当」、「第2号該当」のいずれか該当する□にレ点を記入してください。

ア 「第1号該当」には、第3条第2項の規定（個人情報の保有制限）に違反して保有されているとき、第5条の規定（適正取得）に違反して取得されたものであるとき又は第9条第1項及び第2項の規定（目的外利用制限）に違反して利用されていると考えるときに、□にレ点を記入してください。また、「利用の停止」又は「消去」のいずれかにレ点を記入してください。

イ 「第2号該当」には、第9条第1項及び第2項の規定（目的外提供制限）に違反して他の行政機関等に提供されていると考えるときに、□にレ点を記入してください。

(2) 利用停止請求の理由

「利用停止請求の理由」は、訂正請求の趣旨を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、本欄に記載しきれない場合には、本欄を参考に別葉に記載し、本請求書に添付して提出してください。

5. 利用停止請求の期限について

利用停止請求は、法第36条第3項の規定により、保有個人情報の開示を受けた日から90日

以内にしなければならないこととなっています。

6. 本人確認書類等

(1) 窓口来所による利用停止請求の場合

窓口に来所して利用停止請求をする場合、本人確認のため、独立行政法人等の保有する個人情報保護に関する法律施行令（平成15年政令第549号）第14条に規定する運転免許証、健康保険の被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カード等の住所・氏名が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのかわからない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、利用停止請求窓口事前に相談してください。

(2) 送付による利用停止請求の場合

保有個人情報利用停止請求書を送付して保有個人情報の利用停止請求をする場合には、

(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票の写し又は外国人登録原票の写しを提出してください。

(3) 法定代理人による利用停止請求の場合

「本人の状況等」欄は、法定代理人による利用停止請求の場合に記載してください。必要な記載事項は、保有個人情報の本人の状況、氏名、本人の住所又は居所です。

法定代理人が利用停止請求をする場合には、法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類（ただし、利用停止請求の前30日以内に作成されたものに限り）を提出してください。

<様式24> 保有個人情報利用停止請求書の補正について（依頼）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（利用停止請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報利用停止請求書の補正について（依頼）

平成 年 月 日付けの保有個人情報利用停止請求書（第 号、写しを同封しています。）について、下記のとおり要件に不備な部分がありますので、下記のとおり補正されるよう依頼します。

なお、下記4の期限までに補正がなされない場合には、補正の意思がないものとして扱わせていただきます。

記

1 補正の対象となる事項

- 開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人）であることが確認できません。
- 保有個人情報利用停止請求書の記載に、次のような不備があります。

2 補正の方法

- （1）開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人）であることが確認できない場合
以下に掲げる書類のいずれかを提示し、又は提出してください。

保有個人情報開示請求書に記載されている開示請求をする者の氏名及び住所又は居所と同一の氏名及び住所又は居所が記載されている運転免許証、健康保険の被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カードその他法律又はこれに基づく命令の規定により交付された書類であって、当該開示請求をする者が本人であることを確認するに足りるもの

なお、送付する場合は、上の書類のいずれかを複写機により複写したもの及びその者の住民票の写し又は外国人登録原票の写し（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

法定代理人については、戸籍謄本その他その資格を証明する書類（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

- （2）記載事項に不備がある場合

同封の保有個人情報利用停止請求書の写しを訂正の上、3の提出先に送付し、又は持参してください。

3 補正に必要な文書等の提出先

4 補正に必要な文書等の提出等の期限
平成 年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線 :)

電 話 :

F A X :

e-mail :

文 書 番 号
平成 年 月 日

(利用停止請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の利用停止をする旨の決定について (通知)

平成 年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第59号) 第39条第1項の規定により、下記のとおり、利用停止することに決定したので通知します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
利用停止請求の趣旨	
利用停止決定をする内容及び理由	(利用停止決定の内容) (利用停止の理由)

この決定に不服があるときは、行政不服審査法 (平成26年法律第68号) の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます (なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法 (昭和37年法律第139号) の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます (なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式26> 利用停止をしない旨の決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(利用停止請求者) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の利用停止をしない旨の決定について (通知)

平成 年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第59号) 第39条第2項の規定により、利用停止をしないことに決定をしたので、下記のとおり通知します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
利用停止をしないこととした理由	

この決定に不服があるときは、行政不服審査法 (平成26年法律第68号) の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます (なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)。

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法 (昭和37年法律第139号) の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます (なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。

@<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式27> 利用停止決定等期限延長通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(利用停止請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報利用停止決定等の期限の延長について (通知)

平成 年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第59号) 第40条第2項の規定により、下記のとおり利用停止決定等の期限を延期したので通知します。

記

利用停止請求のあった 保有個人情報の名称等	
延長後の期限	平成 年 月 日
延長の理由	

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式28> 利用停止決定等期限特例延長通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

(利用停止請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報利用停止決定等の期限の特例規定の適用について（通知）

平成 年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第41条の規定により、下記のとおり利用停止決定等の期限を延期したので通知します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
法第41条の規定(利用停止決定等の期限の特例)を適用する理由	
利用停止決定等をする期限	平成 年 月 日

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式29> 諮問書（開示決定等）

諮 問 書

文 書 番 号
平成 年 月 日

情報公開・個人情報保護審査会 御中

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第18条の規定に基づく開示決定等について、別紙のとおり、審査請求があったので、同法第43条第1項の規定により諮問します。

<様式29> 諮問書（開示決定等）（別紙）

（別紙）

1 審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
2 審査請求に係る開示決定等 (開示決定等の種類) <input type="checkbox"/> 開示決定 <input type="checkbox"/> 一部開示決定 (該当不開示条項) <input type="checkbox"/> 不開示決定 (該当不開示条項)	(1) 開示決定等の日付、記号番号 (2) 開示決定等をした者 (3) 開示決定等の概要
3 審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求人 (3) 審査請求の趣旨
4 諮問の理由	
5 参加人等	
6 添付書類等	① 保有個人情報開示請求書（写し） ② 保有個人情報の開示をする旨の決定について（通知）（写し）又は保有個人情報の開示をしないこととした旨の決定について（通知）（写し） ③ 審査請求書（写し） ④ 理由説明書 ⑤ 開示の実施を行った保有個人情報 ⑥ その他参考資料
7 諮問庁担当課、担当者名 電話、住所等	

<様式30> 諮問書（訂正決定等）

諮 問 書

文 書 番 号
平成 年 月 日

情報公開・個人情報保護審査会 御中

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第30条の規定に基づく訂正決定等について、別紙のとおり、審査請求があったので、同法第43条第1項の規定により諮問します。

<様式30> 諮問書（訂正決定等）（別紙）

（別紙）

1 審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
2 審査請求に係る訂正決定等 (訂正決定等の種類) <input type="checkbox"/> 訂正決定 <input type="checkbox"/> 不訂正決定	(1) 訂正決定等の日付、記号番号 (2) 訂正決定等をした者 (3) 訂正決定等の概要
3 審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求人 (3) 審査請求の趣旨
4 諮問の理由	
5 参加人等	
6 添付書類等	① 保有個人情報訂正請求書（写し） ② 保有個人情報の訂正をする旨の決定について（通知）（写し）又は保有個人情報の訂正をしないこととした旨の決定について（通知）（写し） ③ 審査請求書（写し） ④ 理由説明書 ⑤ その他参考資料
7 諮問庁担当課、担当者名 電話、住所等	

<様式 3 1> 諮問書（利用停止決定等）

諮 問 書

文 書 番 号
平成 年 月 日

情報公開・個人情報保護審査会 御中

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 1 5 年法律第 5 9 号）第 3 9 条の規定に基づく利用停止決定等について、別紙のとおり、審査請求があったので、同法第 4 3 条第 1 項の規定により諮問します。

<様式3 1> 諮問書（利用停止決定等）（別紙）

（別紙）

1 審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
2 審査請求に係る利用停止決定等 (利用停止決定等の種類) <input type="checkbox"/> 利用停止決定 <input type="checkbox"/> 不利用停止決定	(1) 利用停止決定等の日付、記号番号 (2) 利用停止決定等をした者 (3) 利用停止決定等の概要
3 審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求人 (3) 審査請求の趣旨
4 諮問の理由	
5 参加人等	
6 添付書類等	① 保有個人情報利用停止請求書（写し） ② 保有個人情報の利用停止をする旨の決定について（通知）（写し） 又は保有個人情報の利用停止をしないこととした旨の決定について（通知）（写し） ③ 審査請求書（写し） ④ 理由説明書 ⑤ その他参考資料
7 諮問庁担当課、担当者名 電話、住所等	

<様式32> 諮問をした旨の通知書（審査請求人等）

情報公開・個人情報保護審査会への諮問について（通知）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（審査請求人等） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

平成 年 月 日付けの独立行政法人地域医療機能推進機構に対する審査請求について、下記のとおり情報公開・個人情報保護審査会に諮問したので、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第43条第2項の規定により通知します。

記

審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求の趣旨
諮問日・諮問番号	平成 年 月 日・平 諮問 号

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
（担当者名）（内線： ）
電 話：
F A X：
e-mail：

JCHO 医療事故調査制度対応マニュアル

【基本的な考え方】

医療事故調査制度の目的は、医療法の「第3章 医療の安全の確保」に位置づけられているとおり、医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うことである。

独立行政法人地域医療機能推進機構においても、その基本的考え方に基づき、医療安全を推進するものである。本マニュアルは、本制度における対応について示す。

I. 医療事故の定義及び判断プロセス

1. 医療事故の定義

本制度の対象となる医療事故は、当該病院に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものとされており、以下に示す2つの状況を満たす死亡又は死産が届出対象に該当する。

	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が予期しなかったもの	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

2. 「医療に起因する（疑いを含む）」死亡又は死産の考え方

「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」を医療事故として管理者が報告する。

①「医療」（下記に示したもの）に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	②①に含まれない死亡又は死産
<ul style="list-style-type: none"> ○ 診察 <ul style="list-style-type: none"> - 徴候、症状に関連するもの ○ 検査等（経過観察を含む） <ul style="list-style-type: none"> - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像検査に関連するもの ○ 治療（経過観察を含む） <ul style="list-style-type: none"> - 投薬・注射（輸血含む）に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術（分娩含む）に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの ○ その他 <p>以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束／身体抑制に関連するもの 	<ul style="list-style-type: none"> 左記以外のもの <具体例> ○ 施設管理に関連するもの <ul style="list-style-type: none"> - 火災等に関連するもの - 地震や落雷等、天災によるもの - その他 ○ 併発症 (提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ○ 原病の進行 ○ 自殺（本人の意図によるもの） ○ その他 - 院内で発生した殺人・傷害致死、等 <p>「医療に起因する（疑いを含む）」死亡又は死産の考え方</p>

3. 「当該死亡または死産を予期しなかったもの」について

当該死亡または死産を予期しなかったものとしては、以下に示す事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。

(1) 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの*

(2) 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの*

※一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。

※患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること。

(3) その他、管理者が当該医療の提供前に当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの

4. 判断プロセス

○本事案における医療事故に該当すると考えられる事案が生じた場合、速やかに緊急の対応を検討するための委員会を開催して当制度の対象となる事案か否かについて議論し、最終的に管理者が判断する。

なお、上記3(3)の場合には、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会からの意見の聴取を行う。

○緊急の対応を検討するための委員会において必要な支援（助言や技術的支援など）を議論した上で決定する。

○判断に困った場合は、まず本部へ相談し、その上で必要に応じて、医療事故調査・支援センターに相談する。

5. 院内における死亡及び死産の確実な把握のための体制の確保

各病院は、院内における死亡及び死産事例が発生したことが管理者に遺漏なく速やかに報告される体制を確保する。

II. 事故発生時の報告（本部及び医療事故調査・支援センター）及び遺族への説明等

1. 報告方法

- ・本部へ電話またはメール
- ・医療事故調査・支援センターへは、書面またはWeb上のシステム

2. 報告事項

○日時/場所/診療科

○医療事故の状況

・疾患名/臨床経過等 ・報告時点で把握している範囲

・調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。

○連絡先

○医療機関名/所在地/管理者の氏名

○患者情報（性別/年齢等）

○調査計画と今後の予定

○その他管理者が必要と認めた情報

3. 報告時期

・本部への報告

原則として、本制度が対象としている医療事故と判断した日（夜間であれば翌日、休日であれば休日明け）に第一報を報告し、報告事項が整い次第、あらためて再度詳細を報告する。

・医療事故調査・支援センターへの報告

報告事項が整い次第、速やかに報告する。なお法令上は、『個別の事案や事情等により、医療事故の判断に要する時間が異なることから具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告とする。

「遅滞なく」とは、正当な理由無く漫然と遅延することは認められないという趣旨であり、当該事案ごとのできる限り速やかに報告することが求められるもの』となっている。

4. 医療事故調査・支援センターへの報告前の遺族への説明

遺族への説明事項

○医療事故の日時、場所、状況

・日時/場所/診療科

・医療事故の状況

疾患名/臨床経過等 報告時点で把握している範囲

調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と説明する。

○制度の概要

○院内事故調査の実施計画

○解剖又は死亡時画像診断（A i）が必要な場合は、その具体的な実施内容の説明と同意取得のための事項

○血液等の検体保存が必要な場合の説明

III. 院内事故調査について

1. 院内事故調査の目的

本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追究するためのものではない。

院内事故調査は、医療事故の調査・検証・分析により事故の原因を明らかにして再発防止を図るために行うものである。

2. 院内事故調査委員会の設置と役割

院内事故調査委員会は、事故直後、速やかに設置し、次に掲げる事項を行う。

（1）調査に関すること

1）調査項目の必要な範囲の選択

2）情報の収集と整理

（2）検証に関すること

（3）分析に関すること

（4）再発防止策に関すること

（5）遺族への対応に関すること

（6）医療事故調査報告書の作成に関すること

（7）その他

3. 院内事故調査委員会の構成

・院長・医療安全管理責任者・医療安全担当者を中心に、事案により追加で参加を求める。

・公正性・公平性・透明性を担保するために利害関係のない第三者2名以上の外部委員の参加が望ましい。

なお、外部委員の参加回数には制限がある場合があるので、あらかじめ外部委員の委員会における役割を明確にしておき、外部委員が出席できる日にその議題を取り扱うこととするなど、効率的に委員会を運営することが望ましい。

・当該医療の提供に係る医療従事者等の参加は委員としてではなく、本人の心理状況を勘案し聞き取り調査の対象として必要に応じ参加の有無を検討する。

・委員の構成や外部委員の推薦については、適宜、本部に相談する。

4. 院内事故調査の対象

対象となる医療行為に直接あるいは間接的に関与した全ての者を対象とする。なお、当該医療の提供に係る医療従事者等を除外しないこと。

5. 調査項目

以下の中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする。なお、調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること。

①診療録その他の診療に関する記録の確認

- ・医療安全管理者が中心となって当該医療の提供に係る医療従事者等から事実確認し、診療録やその他の診療に関する記録（画像、検査結果等）と突合することによって、早期に事故の経時的に経過をまとめる。
- ・誤記入があった場合は、二重線を引くあるいは訂正がわかる形（いわゆる見え消し）とし、「訂正日時」と「記載者氏名」を末尾に記載する。また、重大な事実の記載漏れがあった場合は、「追記」であることが明確にわかるよう「記載日時」と「記載者」を明記する。

②当該医療の提供に係る医療従事者等のヒアリング

- ・ヒアリング結果は内部資料として取り扱い、開示しないこととし(法的強制力がある場合を除く)その旨をヒアリング対象者に伝える。
- ・遺族からのヒアリングが必要な場合があることも考慮する。

③医薬品、医療機器、設備等の確認

④解剖又は死亡時画像診断（A i）については、実施により得られると見込まれる情報の重要性、遺族の同意の有無等を考慮して、その要否を判断する。

※解剖又は死亡時画像診断（A i）実施後に本制度の対象と判断される場合もあり得る。

⑤血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮

6. 院内調査実施上の留意点

- 調査の結果、必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。
- 再発防止は可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意すること。

IV. 調査結果の報告（本部及び医療事故調査・支援センター）及び遺族への説明

1. 報告方法

以下のいずれかの方法で報告する。

- ・書面
- ・Web上のシステム

2. 報告事項

まず報告書の冒頭に、本制度の目的は医療安全の確保であり個人の責任を追及するためのものではないことを記載する。

なお、法令では「報告書は医療事故調査・支援センターへの提出及び遺族への説明を目的としたものであることを記載することは差し支えないが、それ以外の用途に用いる可能性について、あらかじめ当該医療の提供に係る医療従事者等へ教示することが適当である」とされている。

報告内容

- 日時/場所/診療科
- 医療機関名/所在地/連絡先
- 医療機関の管理者の氏名
- 患者情報（性別/年齢等）
- 医療事故調査の項目、手法及び結果
- 調査の概要（調査項目、調査の手法）
- 臨床経過（客観的事実の経過）
- 原因を明らかにするための調査の結果
 - ※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意する。
- 調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策
- 当該医療の提供に係る医療従事者等や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載する。

3. 報告書作成上の留意点

- (1) 当該医療の提供に係る医療従事者等の関係者について匿名化する。
- (2) 医療機関が報告する医療事故調査の結果に院内調査の内部資料は含まない。

4. 調査結果の遺族への説明

(1) 説明方法

口頭（説明内容をカルテに記載）又は書面（報告書又は説明用の資料）若しくはその双方の適切な方法により行う。調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するよう努める。

(2) 説明事項

- ・「IV. 調査結果の報告（本部及び医療事故調査・支援センター）及び遺族への説明」に示された「2. 報告事項」の内容を説明する。
- ・当該医療の提供に係る医療従事者等の関係者については匿名化するが、必要に応じて口頭で補充する等、柔軟に対応することが望ましい。

【支援団体として協力を求められた場合の各病院の対応】

本部または各都道府県窓口から支援団体として協力を求められた場合の対応は以下のとおり

- ・各病院が支援団体として協力を求められた場合は、求められた支援内容が対応可能な状況か否かを確認し協力可能な支援内容を回答する。
- ・支援を行った場合は本部に支援の項目を報告する。

以上

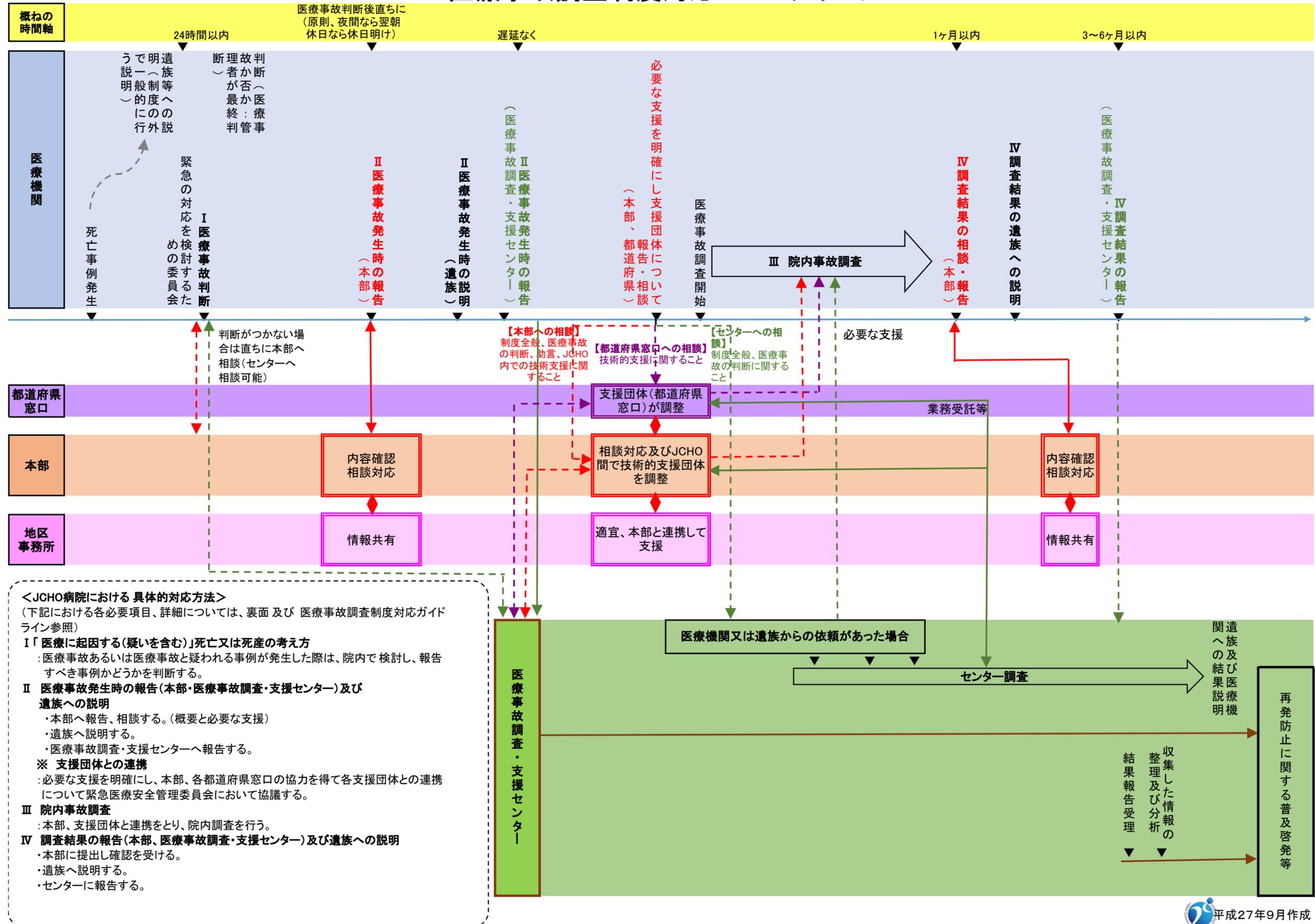
平成 27 年 9 月 作成

平成 28 年 7 月 改訂

※本マニュアルは、医療事故調査制度施行の実施状況等を鑑み、適宜修正を加え改訂するものである。

- 参考）「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行（医療事故調査制度）について」：厚生労働省医政局長
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/150508-1.pdf> （参照 2015-6-22）
- ・「医療法施行規則の一部を改正する省令について」：厚生労働省医政局長
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000128534.pdf> （参照 2016-6-24）
 - ・「医療法施行規則の一部を改正する省令に伴う留意事項等について」：厚生労働省医政局総務課長
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000128534.pdf> （参照 2016-6-24）
 - ・「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」グループ（2015）『院内医療事故調査の指針 第2版 一事故発生時の適切な対応が時系列でわかる』メディカ出版。
 - ・「医療事故調査制度に係る指針」：公益社団法人 全日本病院協会
http://www.aiha.or.jp/voice/pdf/150821_1.pdf#search=%E5%8C%BB%E7%99%82%E4%BA%8B%E6%95%85%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E5%88%B6%E5%BA%A6+%E5%B1%8A%E3%81%91%E5%87%BA+2%E9%80%B1%E9%96%93 （参照 2015-9-10）
 - ・「医療に起因する予せぬ死亡又は死産が発生した際の対応」：公益社団法人 日本看護協会
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2015/iryujiko-1.pdf> （参照 2015-9-15）
 - ・一般社団法人 日本病院会 シンポジウム「医療事故調査制度の施行に向けて～制度の理解と具体的運用～」（2015-7-18）資料

医療事故調査制度対応フローチャート



<JCHO病院における 具体的対応方法>
 (下記における各必要項目、詳細については、裏面及び 医療事故調査制度対応ガイドライン参照)

I 「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方
 :医療事故あるいは医療事故と疑われる事例が発生した際は、院内で検討し、報告すべき事例かどうかを判断する。

II 医療事故発生時の報告(本部・医療事故調査・支援センター)及び遺族への説明
 ・本部へ報告、相談する。(概要と必要な支援)
 ・遺族へ説明する。
 ・医療事故調査・支援センターへ報告する。

※ 支援団体との連携
 :必要な支援を明確にし、本部、各都道府県窓口の協力を得て各支援団体との連携について緊急医療安全管理委員会において協議する。

III 院内事故調査
 :本部、支援団体と連携をとり、院内調査を行う。

IV 調査結果の報告(本部、医療事故調査・支援センター)及び遺族への説明
 ・本部に提出し確認を受ける。
 ・遺族へ説明する。
 ・センターに報告する。

医療事故対応チェック項目 (厚労省通知医発0508第1号平成27年5月8日付医療事故調査制度についての抜粋)

I 「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方	II 医療事故発生時の報告(本部・地区事務所、医療事故調査・支援センター)及び遺族への説明		
<p>医療事故調査制度における医療事故とは、「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」を、医療事故として管理者が報告する。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>①「医療」(下記に示したもの)に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診察 - 徴候、症状に関連するもの ○ 検査等(経過観察を含む) - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像検査に関連するもの ○ 治療(経過観察を含む) - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術(分娩含む)に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの ○ その他 <p>以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束／身体抑制に関連するもの </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>②①に含まれない死亡又は死産</p> <p>左記以外のもの</p> <p><具体例></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設管理に関連するもの - 火災等に関連するもの - 地震や落雷等、天災によるもの - その他 ○ 併発症 (提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ○ 原病の進行 ○ 自殺(本人の意図によるもの) ○ その他 <p>- 院内で発生した殺人・傷害致死、等</p> <p>「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方</p> </td> </tr> </table>	<p>①「医療」(下記に示したもの)に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診察 - 徴候、症状に関連するもの ○ 検査等(経過観察を含む) - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像検査に関連するもの ○ 治療(経過観察を含む) - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術(分娩含む)に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの ○ その他 <p>以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束／身体抑制に関連するもの 	<p>②①に含まれない死亡又は死産</p> <p>左記以外のもの</p> <p><具体例></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設管理に関連するもの - 火災等に関連するもの - 地震や落雷等、天災によるもの - その他 ○ 併発症 (提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ○ 原病の進行 ○ 自殺(本人の意図によるもの) ○ その他 <p>- 院内で発生した殺人・傷害致死、等</p> <p>「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方</p>	<p><報告方法></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本部、地区事務所へは、電話またはメール ・医療事故調査・支援センターへは、書面またはWeb上のシステム <p><報告事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ○日時/場所/診療科 ○医療事故の状況 ・疾患名/臨床経過等 ・報告時点で把握している範囲 ・調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。 ○連絡先 ○医療機関名/所在地/管理者の氏名 ○患者情報(性別/年齢等) ○調査計画と今後の予定 ○その他管理者が必要と認めた情報 <p><報告期限></p> <p>個別の事案や事情等により、医療事故の判断に要する時間が異なることから具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告とする。(経時的な調査実施計画を添える)</p> <p>本部、地区事務所へは速やかに報告する。</p>
<p>①「医療」(下記に示したもの)に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診察 - 徴候、症状に関連するもの ○ 検査等(経過観察を含む) - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像検査に関連するもの ○ 治療(経過観察を含む) - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術(分娩含む)に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの ○ その他 <p>以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束／身体抑制に関連するもの 	<p>②①に含まれない死亡又は死産</p> <p>左記以外のもの</p> <p><具体例></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設管理に関連するもの - 火災等に関連するもの - 地震や落雷等、天災によるもの - その他 ○ 併発症 (提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ○ 原病の進行 ○ 自殺(本人の意図によるもの) ○ その他 <p>- 院内で発生した殺人・傷害致死、等</p> <p>「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方</p>		
<p>※1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。</p> <p>※2 ①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。</p> <p><判断プロセス></p> <ul style="list-style-type: none"> ○管理者が判断するに当たっては、当該医療事故に関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、組織として判断する。 ○管理者が判断に困った場合は、本部、地区事務所及び医療事故調査・支援センター、支援団体に相談する。 ○相談を受けた支援団体は、記録を残す際、秘匿性を担保すること。 	<p><報告方法></p> <ul style="list-style-type: none"> ・書面 または Web上のシステム <p><報告事項></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 報告書冒頭に記載すべき事項 医療事故調査制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないことを記載する。 2. 当該医療従事者への説明 報告書は医療事故調査・支援センターへの提出及び遺族への説明以外の用途に用いる可能性について、あらかじめ説明する。 3. 報告内容 ○日時/場所/診療科 ○医療機関名/所在地/連絡先 ○医療機関の管理者の氏名 ○患者情報(性別/年齢等) ○医療事故調査の項目、手法及び結果 ・調査の概要(調査項目、調査の手法) ・臨床経過(客観的事実の経過) ・原因を明らかにするための調査の結果 ※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意する。 ○調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する。 ○当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載する。 <p><報告書作成上の留意点></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 当該医療従事者等の関係者について匿名化する。 2. 医療機関が報告する医療事故調査の結果に院内調査の内部資料(インシデント・アクシデント報告、インタビュー内容等)は含まない。 		
III 院内事故調査	IV 調査結果の報告(本部、医療事故調査・支援センター)及び遺族への説明		
<p><院内事故調査の目的></p> <ul style="list-style-type: none"> ○本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではない。 ○医療事故調査は医療事故の原因を明らかにするために行うものである。 <p><院内事故調査の対象></p> <p>調査の対象者については当該医療従事者を除外しないこと。</p> <p><調査項目></p> <p>以下の中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする。</p> <p>※調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①診療録その他の診療に関する記録の確認 ②当該医療従事者のヒアリング ③その他の関係者からのヒアリング ④医薬品、医療機器、設備等の確認 ⑤解剖又は死亡時画像診断 ⑥血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮 	<p><説明方法></p> <ul style="list-style-type: none"> 口頭(説明内容をカルテに記載)又は書面(報告書又は説明用の資料)若しくはその双方の適切な方法により行う。 調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するよう努める。 <p><説明事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・左記、調査結果の内容を説明する。 ・現場医療者など関係者については匿名化する。 		

Q & A

Q 1	医療事故調査制度対応マニュアル、医療事故調査対応フローチャートは、どんな位置付けになるのですか？
A 1	医療事故調査マニュアルは、医療安全管理マニュアルの一部にあたります。医療安全管理指針や各種マニュアル等について、整備の必要性は認識しておりますが、本制度については10月施行と時期が迫っていることから先行して本マニュアルを作成しています。
医療事故の判断について	
Q 2	医療事故の判断は「管理者」が行うとなっておりますが、病院長が判断するのでしょうか？
A 2	医療事故の判断のプロセスでは、緊急の対応を検討する委員会等を経ての合議が必要であり、判断は病院組織としてのものとなります。
Q 3	「当該死亡または死産を予期しなかったもの」について、説明や記録はどの程度行っていればよいですか？
A 3	一般的な説明や記録ではなく患者の状態に応じた個別的で具体的な説明が求められます。例えば「術後の縫合不全」に関する説明や記録について「TP：〇mg/dl・アルブミン：〇g/dlと低栄養であるため組織を再生させる能力が普通より低く縫合不全を起こす危険がある」などの説明を行い記録するとよいでしょう。
Q 4	アナフィラキシーやアレルギーによるショックの場合は本制度に係る対象になりますか？
A 4	事案の内容によります。例えば、禁忌薬剤の使用によるショックであれば対象となります。抗生剤等のアナフィラキシーにより急変した場合、救命という観点で医療に起因すると示唆されるような場合は対象となる可能性があります。
Q 5	本制度に係る医療事故の具体例をいくつか挙げて説明してください。
A 5	具体例は、JCHO 医療事故調査制度対応マニュアル I. 医療事故の定義及び判断プロセス 2. 「医療に起因する（疑いを含む）」死亡又は死産の考え方 に示した通りです。判断が難しいことがありますので、事例毎に検討し、本部やセンターと相談して決定していくことが必要です。
Q 6	医療事故の判断に困った場合、本部と医療事故調査・支援センター、支援団体（各都道府県窓口）のどこに相談すればよいのでしょうか？
A 6	医療事故の判断に関する相談窓口は、本部と医療事故調査・支援センターになります。まずは本部にご連絡ください。本部は社会通念や他施設の事例を踏まえた助言ができる場合があります。本部との見解が一致しない場合は医療事故調査・支援センターの意見も参考となります。
Q 7	病院としては本制度の対象ではないと考えている事案で、遺族が説明に対し納得しない場合、医療事故調査制度の対象として届け調査してもよいですか？
A 7	本制度の対象とすることで公正性・公平性・透明性をもって調査できるので、対象として届け制度に沿った調査を行うことは可能です。
Q 8	この制度で届け出なかった場合、罰則はありますか？
A 8	罰則規定はありません。
医師法 2 1 条に係る異状死届け出との関係について	
Q 9	医師法 2 1 条に係る異状死届け出と医療事故調査制度の報告はどのような関係になりますか？
A 9	医師法 2 1 条については、従来通り、各病院で判断して届け出ることになります。
Q 10	医師法 2 1 条による異状死届け出を行った場合、警察による調査と医療事故調査制度のどちらが優先されますか？
A 10	警察の調査が優先される可能性は否めませんが、本制度が成熟していくことで、医療が警察から信頼を獲得し共働できることを目指しています。

医療事故発生時の報告について	
Q11	医療事故調査・支援センターへの報告で「遅延なく」とは概ねどの位の時間を考えればよいですか？
A11	事案によって異なりますが、当制度の医療事故に該当するかどうか十分に院内で審議し対象となると判断した段階で速やかにという意味です。省令においては期限を定めていませんが、全日本病院協会による「医療事故調査制度に係る指針」は概ね7日程度と示しています。
Q12	本部に急を要する連絡を取りたいときは、どのようにすればよいですか？
A12	所定の緊急連絡方法で連絡してください。
Q13	本部、医療事故調査・支援センター以外に報告の必要はありますか？
A13	従来の医療事故への対応と同様で、必要に応じて担当所管（都庁、保健所、警察等）に届けてください。なお、担当所管は都道府県により異なりますので確認してください。
院内事故調査について	
Q14	緊急の対応を検討する委員会と院内事故調査委員会はどのように異なりますか？
A14	緊急の対応を検討する委員会は、医療事故調査制度の対象か否かの判断、制度の対象と判断された場合は必要とする支援内容の決定、警察への届け出の判断等を協議する会議です。なお、通常の医療安全管理委員会に必要な人員に準ずる形で開催することも可能です。院内事故調査委員会では、事故の調査、分析、再発防止策を協議します。
Q15	院内事故調査委員会には院長は委員として入ってはいけませんか？
A15	厚生労働省では、この点について院長が委員として入ってはいけないとは明言していません。しかし、院内事故調査委員会は、院長の諮問委員会であることから、院長本人が委員として参加することは避けることが望ましいです。なお、オブザーバーですし、医療事故調査・支援センターに提出するという報告書の位置付けを考慮すると、参加していなかったとしても報告書の最終確認は行う必要があります。
Q16	院内事故調査委員会は何人くらいで、どのようなメンバーがよいですか？
A16	一般に、議事進行や情報伝達の円滑化の観点から6名～10名程度が適切とされています。委員の構成としては、院内からは医療安全管理責任者・医療安全管理担当者・関連領域専門家等、院外からは専門領域専門家やヒューマンエラーなどの知識を持つ専門家・有識者等が考えられますが、事案に応じて検討することになるでしょう。当該医療の提供に係る医療従事者等の関係者については、第三者性の担保がされていないような印象を受ける可能性があり、聞き取り調査の対象として必要に応じ参加を求める程度にとどめることが望ましいとされています。
Q17	院内事故調査は何回位行う必要がありますか？
A17	事案によっても異なりますが、概ね3回程度は行うことが望ましいと思われます。内容としては、1回目は事案の共有、2回目は分析のためのディスカッション、3回目は報告書のまとめ というものが想定されます。委員会前に準備会などを行い、効果的に会議を遂行するようにしましょう。
Q18	外部委員の選択の際、本部に相談してもよいでしょうか？
A18	専門家の派遣については、各都道府県窓口のほうがより詳細に情報を持っていると考えられますが、JCHO 病院間での派遣については本部にご相談ください。
Q19	院内調査委員会メンバーは遺族に承諾を得る必要がありますか？
A19	公正性・公平性・透明性を担保するためには、遺族の了解を得ておくことが望まれます。仮に提案した委員について遺族側から公正性・公平性を欠くと申し出があった場合には、委員の再検討を行うことが望ましいです。

Q20	院内調査委員会を開催するにあたって委員に手続きは必要ですか？
A20	公正性・公平性・透明性を担保するために、委員に当該病院との関係（例：院長と同じ大学出身であるが卒業年度は異なり利害関係などはない）について自己申請として明記してもらう項目を含め、公正・公平な立場で調査を行い、守秘義務を守ることを申請する誓約書を作成し署名して共有するとよいでしょう。 また、報告書に委員として所属や氏名を載せてもよいかを確認しておくことが望まれます。なお、各委員に氏名を載せることを拒否する権利はありますので、その場合、報告書には例えば「大学病院循環器専門医師」などとして記載します。
Q21	調査項目について、カルテを後に削除したり追加したりして記載することは改ざんになりますか？
A21	後に誤った記入がわかった場合は、二重線を引くあるいは訂正がわかる形（いわゆる見え消し）とし、「訂正日時」と「記載者氏名」を末尾に記載してください。また、重要な事実を書き渡らしていた場合、「追記」であること、「記載日時」と「記載者氏名」を明確にした上で追記することは、改ざんにはなりませんので必要な内容を記載してください。
Q22	解剖の判断はどのように行えばよいでしょうか？
A22	今回の制度では、全ての症例に対して必ずしも解剖を実施しなければならないこととなっておらず、管理者が選択する事項になっていますが、事案の死因究明のために有効と判断され、遺族の承諾が得られた場合、実施することが望ましいでしょう。
Q23	A i の判断はどのように行えばよいでしょうか？
A23	今回の制度では全ての症例に対して、必ずしも死亡時画像診断（A i）を実施しなければならないこととなっておらず、管理者が選択する事項になっています。厚生労働省の「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会 報告書（平成23年7月 座長：門田守人）」では、「外因死に関する先行研究においては、頭部の挫滅、心臓破裂、頸椎骨折といった外傷性変化の解剖所見と死亡時画像診断所見との一致率は比較的高い」ことが報告されています。しかし、平成20年度～21年度厚生労働科学研究費補助金「診療行為に関連した死亡の調査分析における解剖を補助する死因究明手法（死後画像）の検証に関する研究」報告書（研究代表者：深山正久）では、「現時点では死亡時画像診断では診断が困難とされている疾患も30%程度ある」と報告されており、その有効性と限界を考慮した上で実施することが望まれます。
Q24	院内でA iを行った場合、料金はどのようになりますか？
A24	医療事故調査制度の対象事案で、病院が必要と判断した場合は、病院負担となります。
Q25	A iの適正料金はどのくらいですか？
A25	現在のところ、定額をお示しすることはできませんが、適宜、情報提供いたします。
Q26	支援団体を決める前に、A iや解剖の実施を含む院内事故調査を行うことはできないのでしょうか？
A26	A iや解剖を行ってから、医療事故調査制度の対象であることが決定されることも考えられます。したがって、支援団体を決める前にA iや解剖を支援団体以外の施設で行われることも想定されます。
Q27	解剖、A iにあたっては、承諾書が必要でしょうか？
A27	解剖については必要ですが、現時点でA iについて書面までは求められていませんが同意を得る必要はあります。
Q28	全ての調査を自院でできるのですが、支援団体の要請はしなくてもよいですか？
A28	対象の事案があった場合は、自院で対応できる状況でも、第三者性の担保の観点から支援団体の協力を得ることが求められています。

Q29 マニュアルⅢ - 5 - ②当該医療の提供に係る医療従事者等のヒアリングにおいて、「法的強制力がある場合」は開示される場合があるという内容がありますが、具体的にどんな場合ですか？

A29 刑事、民事において差し押さえ命令が出された場合を指します。

Q30 本部、各都道府県窓口、医療事故調査・支援センターでの支援の受け方は、どのように異なりますか？

A30 平成27年9月現在、各都道府県における支援団体の窓口や連携の取り方などについては、明確に示されておらず現時点で得られた情報を整理したものを以下に示しました。新たな情報が得られ次第、随時、情報提供してまいります。

- 本部 : 相談と助言、JCHO 施設内の支援の調整を行います。
- 各都道府県窓口 : 主に医師会等の職能団体、日本病院会の病院団体、JCHO 等の病院事業者、学術団体等からの技術的支援の調整を行います。
- 医療事故調査・支援センター : 医療事故調査全般に関する相談、医療事故の判断に関する相談に対応します。

支援の内容		本部	各都道府県窓口	センター
a) 医療事故調査制度全般に関する相談		◎		◎
b) 医療事故の判断に関する相談		◎		◎
c) 調査に関する支援等				
(助言)	① 調査手法に関する事	◎	○ 各都道府県による	
	② 報告書作成に関する事 (医療事故に関する情報の収集・整理、報告書の記載方法等)	◎	○ 各都道府県による	
	③ 院内事故調査委員会の設置・運営に関する事 (委員会の開催など)	◎	○ 各都道府県による	
(技術的支援)	④ 解剖に関する支援 (施設・設備等の提供を含む)	○ JCHO 施設間	◎	
	⑤ 死亡時画像診断の支援 (施設・設備等の提供を含む)	○ JCHO 施設間	◎	
	⑥ 院内調査に関わる専門家の派遣	○ JCHO 施設間	◎	

調査結果の報告について

Q31 報告に「内部資料は含まない」とありますが、「内部資料」とは何ですか？

A31 院内で報告されたインタビューのメモ・インシデントアクシデント報告書・院内事故調査委員会議事録などを指します。これらは、報告書作成のための資料であり、報告書はそれをもとにまとめたものという位置付けになりますので報告書の資料とする必要はありません。

Q32 「報告書は医療事故調査・支援センターへの提出及び遺族への説明以外の用途に用いる可能性」とは何ですか？

A32 報告書が裁判等に使用される可能性がないとは言えません。そのため記載内容や記載方法には十分留意する必要があります。

Q33 報告書をまとめる場合に気を付けることはありますか？

A33 後方的な視点で「～すべきだった」「～を怠った」という表現は不適切です。再発防止や医療安全向上のために「～することが望ましい」等の前向きな表現にするようにしましょう。

その他	
Q34	弁護士、保険会社の役割、相談のタイミングはどのように考えればよいでしょう？
A34	通常の医療事故に関する考え方と同様です。弁護士、保険会社にはなるべく早めに情報共有してください。
Q35	介護老人保健施設や訪問看護ステーションも本制度の対象ですか？
A35	本制度の対象にはなりません。遺族への誠実な対応や原因究明・再発防止策の検討は行いましょう。
Q36	医師法の中に、「医療安全支援センター」と「医療事故調査・支援センター」がありますが、これは同じものですか？
A36	<p>「医療安全支援センター」と「医療事故調査・支援センター」は異なるものです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「医療安全支援センター」は、都道府県、保健所を設置する市及び特別区に「医療相談窓口」や「患者の声相談窓口」等という名称で設置されているものを指します。これは、医療法第6条の13の規定に基づき、患者さん・住民の身近な所で、医療に関する苦情・心配や相談に対応するとともに、医療機関、患者さん・住民に対して、医療安全に関する助言及び情報提供等を行っているものです。業務としては、以下について行います。 <ol style="list-style-type: none"> 1 患者又はその家族からの当該都道府県等の区域内に所在する病院等における医療に関する苦情に対応し、又は相談に応ずるとともに、当該患者若しくはその家族又は当該病院等の管理者に対し、必要に応じ、助言 2 当該都道府県等の区域内に所在する病院等の開設者若しくは管理者若しくは従業者又は患者若しくはその家族若しくは住民に対し、医療の安全の確保に関する必要な情報の提供 3 当該都道府県等の区域内に所在する病院等の管理者又は従業者に対し、医療の安全に関する研修を実施 4 上記3に掲げるもののほか、当該都道府県等の区域内における医療の安全の確保のために必要な支援 ・「医療事故調査・支援センター」は、医療事故調査制度において医療事故の調査及び支援等を行うものを指します。これは、医療法第6条の15第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める団体であり、平成27年8月17日、一般社団法人日本医療安全調査機構が医療事故調査・支援センターとして指定を受け、業務として、次の7つの業務が規定されています。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機関の院内事故調査の報告により収集した情報の整理及び分析。 2. 院内事故調査の報告をした病院等の管理者に対し、情報の整理及び分析の結果の報告。 3. 医療機関の管理者が「医療事故」に該当するものとして医療事故調査・支援センターに報告した事例について、医療機関の管理者又は遺族から調査の依頼があった場合の調査の実施と、その結果に関する医療機関の管理者及び遺族への報告。 4. 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修の開催。 5. 医療事故調査の実施に関する相談への対応及び必要な情報の提供及び支援。 6. 医療事故の再発の防止に関する普及啓発。 7. その他医療の安全の確保を図るために必要な業務の実施。
Q37	支援団体等連絡協議会は何をすることでですか？
A37	<p>医療事故調査に係る支援の体制を構築するために、各都道府県の地域を基本として1か所、また、中央組織として1か所設置されることを目指しているもので、各都道府県支援団体窓口及び日本医師会がその中核を担っています。</p> <p>各都道府県の支援団体連絡協議会は、支援団体登録している病院等の代表により構成され、医療事故に係る判断や調査等の支援に関する標準的な取り扱いについて意見交換を行い、より円滑な制度の運用のため協議する会です。</p>

※ 厚生労働省HP：医療事故調査制度について 2. 医療事故調査制度に関するQ&A（9/28更新）も併せてご参照ください。<<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061201.html>>