

同意説明書

1. 事業参加・公開の同意

私は、「しまね医療情報ネットワーク」に接続している医療機関等で医療サービスを受けたときは、そこで発生した診療情報を、島根県医療情報ネットワークを利用して、「連携カルテ」に登録し、一元的に収集・管理することに同意します。

「しまね医療情報ネットワーク」は、島根県地域医療支援会議が定めた島根県医療情報ネットワーク基本要綱に基づいて提供される、許可された医療関係機関のみが利用可能なネットワークです。

この文章は、「しまね医療情報ネットワーク」により医療機関を結び、複数の医療機関に分散したあなたの診療情報を、「連携カルテ」としてまとめて管理し、それを診断等の際に活用することについて同意を求めるものです。

この同意により、あなたの診療情報を保有する参加機関はあなたの診療情報を連携カルテに登録します（あなたがこの同意をしたことを知らないために連携カルテにあなたの診療情報が登録されていないことがあります。）。

連携カルテを活用することで、医療機関で診断や調剤を行うときに、他の病気はないか、どんな治療を受けているかなど、他の医療機関で受診した状況を把握することが可能となり、正確な診断や安全な治療に大きく役立ちます。

※連携カルテで一元的に収集・管理する情報

連携カルテで扱う情報は、次の①、②の双方に当てはまる情報です。

- ① しまね医療情報ネットワークに接続している医療機関等であなたの同意後に発生した情報及び同意前から管理している情報
- ② 診療、調剤、検査、健診など医療サービスに係る診療情報・健診情報及びあなた個人を特定するための情報（以下「診療情報等」といいます。）



2. 閲覧同意

私に対する医療サービスを目的として、下記「参加機関」の医療従事者が閲覧することに同意します。

連携カルテは、原則としてあなたが閲覧を許可した医療機関しか閲覧することはできません。この文章は他の医療機関から連携カルテに登録された診療情報を、[]内に記載した医療機関に閲覧させることについての同意を求める文章です。

「5. 例外的な閲覧に関する同意」の場合を除いては、閲覧が可能な者は医療従事者、つまり医師・歯科医師・薬剤師など、医療サービスに直接関わる者にシステム上限定しています。

なお、閲覧可能な情報は連携カルテに登録された全ての情報となり、特定の病院や特定の診療科の診療情報について閲覧を制限することはできませんのでご承知ください。

3. 例外的な閲覧に関する同意

以下の例外的な閲覧についても同意します。

(1) 個人の特定・紐付のためにあなたの個人情報を参照する場合において、あなたの氏名、住所、性別、生年月日、電話番号を、全ての参加機関で、システム利用権限を有する者が閲覧すること

(2) あなたが、意識不明になるなど意思表示ができない場合であって、生命または身体を保護するために緊急に医療上の処理が必要な場合において、(1)において閲覧可能な情報に加え、過去医療サービスを受けた参加機関名とその期間、病歴、アレルギー情報、検査情報、処方・調剤歴、その他緊急処置に必要となる情報を、緊急処置に従事する医師が閲覧すること

(3) システム管理上やむを得ない場合においてシステム管理者がデータ閲覧すること

この文章は、あなたが閲覧同意を与えた医療機関の医療従事者以外が例外的にあなたに関する情報を閲覧するケースについて、同意を得ようとするものです。

ケース1：個人の特定を行う場合

各医療機関の情報を一元的に管理するためには、医療機関毎に管理している「あなた」が同一人物であると確認する必要があります。A医療機関で100番の人とB医療機関で200番の人が同一であるかどうかを「氏名、住所、性別、生年月日、電話番号」を用いて確認します。

しまね医療情報ネットワークに接続した全ての医療機関において、この連携カルテシステムを利用する権限を持つ者は、確認のためにあなたの情報を参照する可能性がありますので、その範囲での閲覧に関して同意を求めるものです。

ケース2：緊急の場合

あなたがA医療機関に同意書を提出した後、B医療機関で情報を見ようとするときには、そこでも同意書（閲覧の同意）の提出が必要です。しかし、例えば意識を失い救急搬送された場合など、あなた自身が同意の意思表示をすることができない場合にあなたの診療情報を見ることができないのでは、逆にあなたの利益を損ないます。

そのため、そうした状況では、あなたが既に同意書を提出した医療機関の診療情報を、同意書を出していない医療機関において、緊急処置に従事する医師に限って閲覧することについて、あらかじめ同意を求めるものです。

ケース3：システム管理上必要な場合

このシステムを管理するうえで、やむを得ない場合においては、システム管理者があなたの診療情報を含むデータを閲覧することについて同意を求めるものです。なお、システム管理を行う者には十分な守秘義務を課し情報管理を徹底しています。

4. 個人情報保護方針について

このシステムを運営するNPO法人しまね医療情報ネットワーク協会の個人情報保護方針、安全管理規程等は、協会ホームページよりご確認いただけます。

NPO 法人しまね医療情報ネットワーク協会 ホームページ

<http://www.shimane-inet.jp>

5. 同意を取り消したい場合

既にご提出の同意書について、その同意を取り消したい場合には、取り消し申し出書に必要事項を記載のうえ、下記までお送りください。なお、取り消しの手続きが完了するまでの間は、既に提出された同意書を有効なものとして取り扱います。

<取り消し申し出書の送付先>

〒693-0023 出雲市塩冶有原町 2-19-3

NPO法人 しまね医療情報ネットワーク協会 事務局 あて

※取り消し申し出書様式の入手方法

①下記のホームページから入手

NPO 法人しまね医療情報ネットワーク協会 ホームページ
<http://www.shimane-inet.jp>

②事務局あてに送付を依頼

上記「取り消し申出書の送付先」あてに、文書で送付を依頼ください。
文書には、「取り消し申出書様式送付依頼」の記載のほか、「送付先」を忘れずに
記載のうえ、返信用切手を同封してください。

6. 其他のご相談窓口

NPO法人 しまね医療情報ネットワーク 事務局
電話0853-22-8058
(平日 9:00~17:00 の受付)

NPO 法人しまね医療情報ネットワーク協会
島根県地域医療支援会議 IT 専門部会 2012年9月10日決定版