

## 【個人情報保護について】

大腿骨近位部骨折地域連携パス北九州標準モデル事務局（以下、事務局）は、連携パス協議会の運営ならびに利用された連携パスのデータ管理と統計解析を中心に行っています。利用された連携シートは、事務局にすべて郵送され、事務局ですべて匿名化しデータベース化しています。個人情報保護に十分留意し、入力済みの連携シートはシュレッダー処理をして廃棄します。

氏名を記載した連携シートを事務局へ送付することに同意が得られなかった例について問い合わせがありました。事例は、氏名、生年月日の個人情報を明記されたことに起因したものであります。そのため、個人情報保護の観点から、事務局内で個人情報をより遵守したデータ管理方法を検討しました。

### ◆今後の対策

個人情報保護を目的として、事務局で氏名や生年月日の記載に代わる手段を検討いたしました。今後、連携シートに名前の明記を希望されない場合、名前は記入せずイニシャル・生年月のみを記入することと決定しました（下記参照）。

上記に関して、今後、産業医科大学倫理委員会にて承認を受けております。

事務局でも、個人情報管理には十分配慮して参りますので、今後とも御協力の程宜しくお願い申し上げます。

⑧ 急性期病院用連携シート（大腿骨近位部骨折地域連携パス 北九州モデルver.1）

|     |      |       |                                                                                                                                                                              |     |   |                                     |    |   |   |      |   |  |
|-----|------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-------------------------------------|----|---|---|------|---|--|
| MSW | 基本情報 | 氏名    |                                                                                                                                                                              | 性別  | 男 | 女                                   | 年齢 |   | 歳 | 病院名  |   |  |
|     |      | イニシャル |                                                                                                                                                                              | 生年月 |   | ←名前の記入をご希望されない場合は、イニシャル及び生年月をご記入下さい |    |   |   |      |   |  |
|     |      | 担当医   |                                                                                                                                                                              | 看護師 |   | MSW                                 |    |   |   |      |   |  |
|     |      | PT    |                                                                                                                                                                              | OT  |   | ST                                  |    |   |   |      |   |  |
|     |      | 入院日   | 年                                                                                                                                                                            | 月   | 日 | 退院日                                 | 年  | 月 | 日 | 在院期間 | 日 |  |
|     |      | 転院先   | <input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院         病院名( ) |     |   |                                     |    |   |   |      |   |  |
|     |      | 介護保険  | <input type="checkbox"/> 有 介護度( ) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中( 年 月 日) ※キーパーソン( )                                                                |     |   |                                     |    |   |   |      |   |  |



氏名は記入せず、イニシャルおよび生年月を記載する

⑧ 急性期病院用連携シート（大腿骨近位部骨折地域連携パス 北九州モデルver.1）

|     |      |       |                                                                                                                                                                              |     |   |                                     |    |   |   |      |   |  |
|-----|------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-------------------------------------|----|---|---|------|---|--|
| MSW | 基本情報 | 氏名    |                                                                                                                                                                              | 性別  | 男 | 女                                   | 年齢 |   | 歳 | 病院名  |   |  |
|     |      | イニシャル |                                                                                                                                                                              | 生年月 |   | ←名前の記入をご希望されない場合は、イニシャル及び生年月をご記入下さい |    |   |   |      |   |  |
|     |      | 担当医   |                                                                                                                                                                              | 看護師 |   | MSW                                 |    |   |   |      |   |  |
|     |      | PT    |                                                                                                                                                                              | OT  |   | ST                                  |    |   |   |      |   |  |
|     |      | 入院日   | 年                                                                                                                                                                            | 月   | 日 | 退院日                                 | 年  | 月 | 日 | 在院期間 | 日 |  |
|     |      | 転院先   | <input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院         病院名( ) |     |   |                                     |    |   |   |      |   |  |
|     |      | 介護保険  | <input type="checkbox"/> 有 介護度( ) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中( 年 月 日) ※キーパーソン( )                                                                |     |   |                                     |    |   |   |      |   |  |