

# 高齢者薬物治療認定薬剤師制度研修プログラムにおける症例報告へのご理解とご協力のお願い

この研修プログラムでは、「ポリファーマシー等の不適切処方マネジメントできる高い臨床能力を持つ薬剤師の育成」を目指し、認定要件の一つとして、症例報告書の提出を課しております。症例報告書は、参加する薬剤師および研修制度の研修の効果进行を測ることを主目的とし、個人が特定できる事項（個人情報）は記載しないこと、薬学研究や研修会での症例報告等の目的以外の利用は行わないことを「症例報告における個人情報保護に関する指針」に定めております。

貴薬局の責任者様には研修参加に対してのご理解とご協力を頂きたくお願い申し上げます。また、薬局をご利用の患者様には別にご用意しておりますポスター及び同意書等を利用し、薬剤師の薬学的管理能力の向上のため、ご理解とご協力を頂きますよう何卒宜しくお願い申し上げます。

## 症例報告における個人情報保護に関する指針

医療を実施するにあたって患者のプライバシー保護は薬剤師をはじめ医療従事者に求められる重要な責務である。一方、薬学研究や自己研鑽の場である研修会において症例報告がなされることも多く、薬学・医療の進歩に貢献してきており、国民の健康、福祉の向上に重要な役割を果たしている。症例報告においても、医療を実践する場合と同様に特定の患者の疾患や治療内容に関する情報が記載されるため、プライバシー保護に配慮し、患者が特定されないよう留意しなければならない。

以下は上記のような認識の下、外科関連学会協議会における症例報告等の個人情報に関する指針を基に採択した、本制度の症例報告における個人情報保護の指針となる。

1. 患者個人の特定可能な氏名、入院番号、イニシャルまたは「呼び名」は記載しない。
2. 患者の住所は記載しない。
3. 日付は、臨床経過を知る上で必要となることが多いので、個人を特定できないよう記載事項に配慮したうえで年月までを記載する。また、日数の経過が症例報告の中で重要な情報となる場合には、第何病日と記載を行う。
4. 患者の家族に関する情報を記載する場合には、家系および親の職業も含めて、患者を特定することのできないよう、十分に配慮する。
5. 他の情報と診療科名を照合することにより患者が特定され得る場合、診療科名は記載しない。  
利用中の医療機関施設名ならびに所在地を記載しない。
6. 臨床検査データは数値等の結果のみを記載し、症例の特定につながる検査番号等は記載しない。
7. 写真は利用しない。
8. 以上の配慮をしても個人が特定化される可能性のある場合は、発表に関する同意を患者自身（または遺族か代理人、小児では保護者）から得るか、倫理委員会の承認を得る。

なお、研究目的で学会及び論文等により発表を行う場合には、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイドライン」<sup>1)</sup> 第1章 総則、第2 用語の定義7の項に示された「症例報告」に当てはまらないため、倫理審査委員会の承認を受けることとする。

[引用]

- 1) 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイドライン より抜粋
- 7 傷病の予防、診断又は治療を専ら目的とする医療は、「研究」に該当しない。医療従事者が、そうした医療で自ら行ったものにおける患者の転帰や予後等について、例えば
  - 以後の医療における参考とするため、診療録を見返し、又は退院患者をフォローアップする等して検討する。
  - 他の医療従事者への情報共有を図るため、所属する機関内の症例検討会、機関外の医療従事者同士の勉強会や関係学会、医療従事者向け専門誌等で個別の症例を報告する。(いわゆる症例報告)
  - 既存の医学的知見等について患者その他一般の理解の普及を図るため、出版物・広報物等に掲載する。
  - 医療機関として、自らの施設における医療評価のため、一定期間内の診療実績（受診者数、処置数、治療成績等）を集計し、所属する医療従事者等に供覧し、又は事業報告等に掲載する。
  - 自らの施設において提供される医療の質の確保（標準的な診療が提供されていることの確認、院内感染や医療事故の防止、検査の精度管理等）のため、施設内のデータを集積・検討する。

等、研究目的でない医療の一環とみなすことができる場合には、「研究」に該当しないものと判断してよい。

一般社団法人薬局共創未来人財育成機構  
代表理事 浅山 亨

〒100-6610 東京都千代田区丸の内1丁目9番2号10階  
電話：03-6838-2837 Fax：03-3216-5555

# 同意書（施設用）

一般社団法人薬局共創未来人財育成機構 宛

当施設は、高齢者薬物治療認定薬剤師制度における課題である症例報告書の提出に関して、「症例報告における個人情報保護に関する指針」に基づき、「研修参加者が当施設の患者情報を使用することに同意の上、協力します。

平成 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

施設住所： 〒

\_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_（自署）

# 同意書

私は、薬学研究や薬剤師の能力向上のための症例報告において、薬剤服用歴に記載された情報を個人が特定できないよう匿名化したうえで利用することに、担当薬剤師より説明を受けましたので、同意いたします。

## [ 必須確認事項 ]

チェック欄 (※ すべての項目について説明を受けたことを確認するため、口にチェックを付けて下さい。)

(✓)

- 症例報告の目的について
- 症例報告における個人情報保護に関する指針
- 症例の利用範囲について
- この報告が研修会や学会等で公表される場合でも、あなたの身分が明らかになることはありません
- 同意事項について変更および取り消しの希望があった場合には、速やかに対応致します

## [ 同意事項 ]

チェック欄 (※ 同意する項目について、当てはまるもの全ての口にチェックを付けて下さい。)

(✓)

- 症例報告の内容に関して個人が特定できないよう加工の上、「症例報告」として研修会や学会等で発表することに同意します。
- 症例報告の内容に関して個人が特定できないよう加工の上、薬剤師等の自己研鑽のためのテキストに使用することに同意します。
- 薬剤師の能力向上のため、症例報告については同意しますが、研修会や学会等で「症例」について公表する事には同意しません。但し、統計解析等を用いた研究において情報を利用することには同意します。
- 薬剤師の能力向上のため、症例報告については同意しますが、研修会や学会等で「症例」について公表する事には同意しません。また、統計解析等を用いた研究において情報を利用することにも同意しません。

同意日：平成 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ □自署 □代署

(代諾者氏名(自署)： \_\_\_\_\_ 本人との続柄： \_\_\_\_\_)

私は、上記患者様に、個人情報の使用にあたり上記の内容を十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

所属： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

※ この同意書は、個人の情報が記載されているため、薬剤管理指導を行う施設において個人情報に配慮して保管するものとします。