様式10

NDBデータ等の措置兼管理状況報告書

西暦20XX年XX月XX日

最新版の様式1[(1)様式1表紙]の「(1)-1手続担当者」欄から転記ください。

厚生労働大臣　殿

厚生労働大臣個人名の記載は不要です。

手続担当者　所属機関名 　学校法人NDB大学

氏名　　　　　提供　太郎

　匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）の利用に関するガイドライン等の規程に基づき利用していたNDBデータ等について、

（1）利用が終了し、データ提供時に利用した媒体内のNDBデータ及びコンピュータ等に複写したNDBデータ、中間生成物及び最終生成物のデータを下記のとおりすべて消去したことを証明します。

（2）利用期間の延長により、NDBデータ等の利用期間が2年を超えたため、その管理状況を下記のとおり検査しましたことを報告いたします。

※該当項目の□を■にして当様式を提出すること。

※利用期間が2年を超えていない場合、（１）のみ■とすること。

記

様式1[(4)研究計画](4)-1記載の「研究の名称」を記載ください。

1　承諾番号

|  |
| --- |
| XXXX |

具体的方法やソフトウェア名を記入ください。なお、ごみ箱への移動やフォーマットによる削除は認められません。

また、消去を実施した証明書（消去時のスクリーンショット等）を本様式に添付してください。

2　研究名称

|  |
| --- |
| ●●●に関する地域特性と医療費の関連調査 |

3　措置兼管理状況の報告

（1）NDBデータ等の措置の報告

|  |  |
| --- | --- |
| 消去年月日 | 西暦2024年12月15日 |
| 消去方法 | データ消去ソフトウェア「★★★（ver.2）」を利用し消去。 |
| 取扱区域  （利用場所・保管場所） | 学校法人NDB大学●●キャンパスNDB解析室 |

複数の取扱区域を設定した場合は、様式1[(4)研究計画] (4)-11記載の取扱区域ごとに欄を作成いただいた上で報告してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 消去年月日 | 西暦2024年12月15日 |
| 消去方法 | データ保存媒体を物理的に破壊し消去。 |
| 取扱区域  （利用場所・保管場所） | ●●県保健局医療介護連携政策課NDB解析専用室 |

* 消去方法には、具体的方法や使用したソフトウェア名を記入すること。運用管理規程（別添2）に記載されている消去方法と異なる方法を用いる場合、その理由や経緯の詳細を記載すること。
* 本様式に加え、消去した証明書（消去時のスクリーンショット等でも可）を必ず同封すること。
* CD-R/DVD 媒体でデータの提供を受けた場合、利用終了時に必ず媒体を窓口に返却すること。機微情報が含まれているため書留相当の方法で送付すること。
* 複数の利用場所・保管場所を設定した場合は、場所ごとに報告書を作成し提出すること。

検査場所及び検査項目は厚生労働省の指示に従い設定してください。

（2）NDBデータ等の管理状況の報告

|  |  |
| --- | --- |
| 検査年月日 | 西暦2024年12月15日 |
| 検査実施者 | 提供 太郎 |
| 検査場所 | 学校法人NDB大学●●キャンパスNDB解析室  ●●県保健局医療介護連携政策課NDB解析専用室 |
| 検査状況 | 取扱者の範囲は適正か。  　管理方法は適正か。  その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※検査した項目の□を■にして当様式を提出すること。 |
| 検査結果  (所見) | 問題なし。 |

備考

１　承諾番号については承諾通知書を参照し記入すること。

２　研究名称については申出書（様式1）の通り記載すること。

３　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。