

年 月 日

各事業所
各健康保険組合
健康診断担当者 殿

公益財団法人富山県健康づくり財団
富山県健康増進センター
所長 白田和生

健康診断結果の取り扱いについて（照会）

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、富山県健康増進センターをご利用いただきありがとうございます。

さて、公益財団法人富山県健康づくり財団では、個人情報保護に関する法令を遵守し、個人情報の取り扱いに厳重な注意を払って、適切に管理をしているところです。

つきましては、当センターが実施する健康診断には「労働安全衛生法・学校保健法等に基づく検診項目」及び「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診項目」以外の項目も含まれている場合があることから、健康診断結果等の取り扱いについては、下記のとおりといたしますのでお知らせします。

記

- ① 健康診断結果は原則、受診者ご本人のみにお渡しします。
- ② 事業主様又は医療保険者様が、利用目的を明示して職員様（受診者）から事前に同意を得ている場合に限り、健康診断結果をお渡しします。

なお、健康診断結果をご希望される場合は、（別紙 1）に必要事項をご記入のうえ捺印いただき、ご郵送くださいますようお願いいたします。

【お願い】

健康診断結果の送付をご希望される場合は、別添資料 1 及び 2 を参考にして職員様より同意を得るようお願いいたします。なお、今後新規に採用される方にも同様の対応をお願いいたします。

ご質問等がございましたら、下記担当までお問い合わせ下さい。

担当

情報システム課

TEL : (076) 429-7575 (内線 260)

FAX : (076) 429-7146

(別紙 1)

年 月 日

富山県健康増進センター
所長 白田和生 へ

事業所名

代表者名

印

健康診断結果の提供について（依頼）

弊社では、職員の健康管理及び労働基準監督署に提出する報告書の作成等のため、貴センターの様式で健康診断結果を提供していただきたくよろしくお願いいたします。

なお、個人の健康診断結果を貴センターから取得することについて、弊社職員から同意を得ていることを申し添えます。

また、今後新規に採用される方にも同様の対応といたします。

厚生労働省保険局

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」 P121

④受領方法における注意点

現在、労働安全衛生法では、事業主に健診結果データが集まり、事業主から労働者や医療保険者に渡す制度となっている。しかし、事業主の発送事務等の負担と迅速なデータ授受等効率性を考えた場合、事業主を介さず健診機関から労働者や医療保険者に直送する流れが合理的であるが、このような方法を採用する場合は、できる限り事業主・医療保険者・健診機関の3者間での取り決めの締結が必要である（それが困難な場合は、少なくとも事業主と健診機関との間の委託契約の仕様においてその旨の明記が必要）。

⑤個人情報の取扱い

事業主等他の法令に基づく健診の実施責任者が医療保険者に健診結果データを提供することについては、高齢者の医療の確保に関する法律第27条にて事業者等実施責任者に対する提供義務を明記していることから、個人情報保護の観点から事業主等実施責任者が責任を問われることはない。

但し、労働安全衛生法の健診項目には特定健康診査の健診項目以外にも含まれることから、医療保険者が特定健康診査の項目以外の項目のデータを受領し閲覧することができる場合（健診機関あるいは事業主が特定健康診査の項目のみ切り出して医療保険者に提供するのではなく労働安全衛生法に基づく健診結果をそのまま提供する場合）は、法定項目以外の項目を見ることとなるため、事前に労働者の了解が必要であることに注意が必要である。

以上を踏まえ、特定健康診査の項目のみを提供する場合において実施責任者と受診者との信頼関係を損ねることのないように細心の注意を払う場合や、事業主健診の結果をそのまま提供（事業主等の負担軽減の観点から少なからずありうると考えられる）する場合は、受診者への受診案内や受診会場の掲示等において医療保険者への提供について明記し黙示による同意を得る、あるいは本人から承諾書を取る等の措置を講じておくことが考えられる。

見 本

〇 〇株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇 様

健康診断等結果報告書についての同意書

私は、〇〇株式会社が締結する契約に基づき、富山県健康増進センターで受診する総合健診・生活習慣病予防健診・特定健診等の健診結果について、富山県健康増進センターから〇〇株式会社が取得することに同意します。

(利用目的の範囲)

1. 労働基準監督署に提出する報告書作成のために使用すること。
2. 健康管理（保健指導・二次検査の勧め等）に使用すること。
3. 「高齢者医療確保法」に基づく医療保険者への結果提供に使用すること。
4. その他（具体的理由 _____）

年 月 日

氏名

Ⓜ

* 自署・捺印してください