

個人情報の保護に関する院内規程

(目 的)

第 1 条 職員は、この院内規程及び「個人情報の保護に関する法律」並びに「同施行令」、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき、患者さんとその関係者（以下、「患者等」という。）に関する個人情報を適切に取り扱い、患者等から信頼される医療機関であるよう、たゆまぬ努力を続けていくものとする。

(1)診療情報を提供する場合は、厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」等を参照するものとする。

(2)職員は、職種の如何を問わず、業務上知り得た患者の個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしてはならない。退職した後においても同様とする。

(定 義)

第 2 条 この規程でいう、用語の定義は、以下のとおりとする。

(1)個人情報

生存する患者等の個人を特定することができる情報のすべて。氏名、生年月日、住所等の基本的な情報から、既往症、診療の内容、受けた処置の内容、検査結果、それらに基づいて医療従事者がなした診断・判断、評価・観察等まで全て含む。

(2)診療記録等

診療の過程で患者の身体状況、症状、治療等について作成または収集された書面、画像等の一切。当院で取り扱う代表的な記録としては以下のとおり。診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績、エックス線写真、助産録、看護記録、紹介状、処方箋の控えなど。

(3)匿名化

個人情報の一部を削除または加工することにより、特定の個人を識別できない状態にすること。匿名化された情報は個人情報としては扱われない。ただし、その情報を主として利用する者が、他の情報と照合することによって容易に特定の個人を識別できる場合には、未だ匿名化は不十分である。

(4)職員

当院の業務に従事する者で、正職員のほか、嘱託職員、派遣職員、パート職員等のすべての非常勤職員を含む。当院と業務委託契約を締結する事業者には雇用され、当院から委託された業務に従事する者については、委託先事業者においてこの「院内規程」に準じた取扱いを定め、管理するものとする。

(5)開示

患者本人または別に定める関係者に対して、これらの者が当院の保有する患者人に関する情報を自ら確認するために、患者本人等からの請求に応じて、情報の内容を書面で示すこと。書面として記録されている情報を開示する場合には、その写しを交付することとする。

(個人情報取得と利用目的の通知)

第 3 条 職員は、患者から個人情報を取得する際には、その情報の利用目的、当該情報を第三者に提供する場合について、あらかじめ、患者に通知しなければならない。ただし、初診時に通常の診療の範囲内での利用目的、第三者提供の内容を通知する場合には、院内掲示及び外来初診受付において交付する説明文書等を交付することにより代えるものとする。

(1)前項の規定により取得した情報の利用目的を変更する場合には、改めて患者に利用目的の変更内容を通知し、または院内掲示等により公表するものとする。ただし、利用目的を変更する場合には、変更前の利用目的と相当の関連性を有すると認められる範囲を超えてはならない。

(診療録等の取扱)

第 4 条 職員は、診療録等の保管については、毎日の業務終了時に所定の保管場所に収納し、滅失、毀損、盗難等の防止に十分留意するものとする。

(1)職員は、診療記録等を業務に利用する際には、滅失、毀損、盗難等の防止に十分注意するとともに、記録の内容が他の患者など部外者の目に触れないよう配慮するものとする。又診療録等は原則として、院外へ持ち出してはならない。ただし、職務遂行上やむを得ず持ち出す場合には、所属長の許可を得ることし、返却後も所属長の確認を得なくてはならない。

(2)一度作成した診療録等を、後日書き改める場合には、もとの記載が判別できるように二重線で抹消し、訂正箇所に日付及び訂正者印を押印するものとする。この方法によらず診療録等を書き改めた場合には、改竄したものとみなされることがあるので、十分留意するものとする。

(3)法定保存年限又は、当院所定の保存年限を経過した診療録等は廃棄処分するものとする。廃棄処分する場合には、裁断又は溶解処理を確実に実施するものとする。又、業者等に廃棄処分を委託する場合には、裁断又は溶解処理を確実に実施した最終処分場等の判別できる証明書の交付を受けるものとする。

(診療録等の電磁的に保存の取扱)

第 5 条 診療録等をコンピュータを用いて保存している部署では、情報へのアクセス制限等

を適宜実施するものとする。又、通信回線等を経由しての情報漏出、外部からの不正侵入等を未然に防ぐよう、厳重な措置を講ずるものとする。

(1) コンピュータ内の診療録等の記録を院外での利用のために、他のコンピュータ又は記録媒体等に複写することは、原則として禁止する。ただし、職務遂行上やむを得ない場合には、所属長の許可、管理のもとに行うことができるものとする。その場合において、複写した情報の利用が完了したときは、速やかに当該複写情報を記録媒体等から消去するものとする。

(2) コンピュータ等に電磁的に保存された個人情報を実アウトした場合には、紙媒体の診療記録等と同等に厳重な取り扱いをしなければならない。使用目的を終えたプリントアウト紙片は、裁断又は溶解処理など、他の者が見読不可能な状態にして速やかに廃棄しなければならない。

(診療録等の診療及び請求事務以外での利用)

第 6 条 職員は、法律の定める利用目的の制限の例外に該当する場合を除き、予め患者本人の同意を得ないで、特定した利用目的の達成に必要な範囲を越えて、患者の個人情報を取り扱ってはならない。

(匿名化による利用)

第 7 条 患者の診療録等に含まれる情報を、診療及び診療報酬請求事務以外に利用する場合には、その利用目的を達しうる範囲内で可能な限り匿名化しなければならない。

(個人情報の第三者への提供)

第 8 条 患者の個人情報を第三者に提供する際には、第三条第 1 項の規定によるものの他は、原則として本人の同意を得るものとする。

(1) 法令に基づく第三者提供であっても、第三者提供をするか否かを当院が任意に判断しうる場合には、提供に際して原則として本人の同意を得るものとする。

(本人の同意を必要としない第三者への提供)

第 9 条 前条の規定にかかわらず、以下の場合は、個人情報の保護に関する法律第 23 条の規定により、本人の同意を得ることなく第三者へ提供することができる。

(1) 法令上の届出義務、報告義務等にもとづく場合

(2) 意識不明又は判断能力に疑いがある患者につき、治療上の必要性から病状等を家族、関係機関等に連絡、照会等をする場合

(3) 地域がん登録事業への情報提供、児童虐待事例についての関係機関への情報提供など、公衆衛生の向上又は児童の保護のために必要性があり、かつ本人の同意を取得することが困難な場合

- (4)その他法令に基づいて国、地方公共団体等の機関に協力するために個人の情報が
必要であり、かつ本人の同意を取得することにより、当該目的の達成に支障を及
ぼす恐れがある場合

(個人情報の本人への開示)

第10条 当院の患者は、当院が保有する自己の個人情報について、所定の書式により開示を
請求することができる。

- (1)院長は、前項の規定による患者から、自己の個人情報の開示の請求があった場合
は、主治医、記録作成者、その所属長らを含む検討委員会において協議のうえ、
開示請求に応じるか否かを決定し、所定の書式により回答するものとする。開示
を拒む場合には、その理由も付して請求者に回答するものとする。
- (2)院長は、患者からの個人情報の開示の求めが以下のいずれかの事由に該当すると
判断された場合には開示を拒むことができるものとする。
- ①本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場
合
 - ②当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
 - ③開示することが法令に違反する場合

(個人情報の開示を求めうる者)

第11条 当院の規定にもとづいて患者の個人情報の開示を請求しうる者は、以下のとおりと
する。

- (1)患者本人
- (2)患者の法定代理人
- (3)患者の診療録等の開示請求をすることについて患者本人から委任を受けた代理
人

なお代理人など、患者本人以外の者からの開示請求に応ずる場合には、開示する記
録の内容、範囲、請求者と患者本人との関係等につき、患者本人に対して確認を行
うものとする。

(内容の訂正・追加・削除の請求)

第12条 当院の患者が、当院の保有する、患者本人に関する情報に事実でない内容を発見し
た場合には所定の書式により訂正・追加・削除（以下、「訂正等」という。）すべき
旨を申出ることができる。

- (1)院長は、訂正等の請求を受けた際には、主治医、記録作成者、その所属長らを含
む検討委員会にて協議のうえ、訂正等の請求に応じるか否かを決定し、訂正等の
請求を受けた時から原則として3週間以内に、書面により請求者に対して回答す

るものとする。

(1)院長は、患者からの個人情報の訂正等の求めが、以下のいずれかの事由に該当すると判断された場合には、その訂正等を拒むことができるものとする。

- ①当該情報の利用目的からみて訂正等が必要でない場合
- ②当該情報に誤りがあるとの指摘が正しくない場合
- ③訂正等の対象が事実でなく評価に関する情報である場合
- ④対象となる情報について当院には訂正等の権限がない場合

(利用停止の請求)

第13条 患者が、当院が保有する当該患者の個人情報の利用停止、第三者提供の停止、又は消去（以下、「利用停止等」という。）を希望する場合は、所定の書式によりその旨を申出ることができる。

(1) 院長は、前項の規定による患者から申出があった場合は、主治医、記録作成者、その所属長らを含む検討委員会にて協議のうえ、利用停止等に応じるか否かを決定し、所定の書式により申出者に回答するものとする。

(苦情・相談等への対応)

第14条 個人情報の取り扱い等に関する患者等からの苦情・相談等は「受付あるいは医療相談」で対応するものとする。

(1)前項による対応が困難な事例については、院長に報告するものとする。院長は直轄の個人情報保護に関する検討委員会で、対応を協議するものとする。又、患者の意向を聞きつつ必要に応じて医師会の「診療に関する相談窓口」及び行政の「患者相談窓口」等を紹介することとする。

(個人情報保護対策委員会)

第16条 病院の個人情報の保護にかかる重要事項を審議するため、個人情報保護対策委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(1)委員会は、次の各号に掲げる事項について審議する。

- ①個人情報の保護に関する全病院的な施策に関する事項
- ②個人情報の有効利用のためのデータベース化等に関する事項
- ③個人からの開示請求及び訂正請求に関する事項
- ④その他管理者から個人情報の収集、利用、提供に関し付議された事項

(2)委員会の委員は、各管理者及び委員会の指名するものとし、その委員長は事務長とする。委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、その意見を求めることができる。

(3)委員長は、委員会の審議状況について、随時、理事長に報告するものとする。

(4)委員会の事務は、総務課が行う。

附則 この規程は、必要に応じて見直すものとする。

平成17年 4月 1日から実施する。

平成18年 4月 1日に改訂する。

平成26年11月 1日に改定する。

医療法人財団 俊陽会 古川病院