

個人情報保護に関する院内規則

1.基本理念

1.目的

この規則は、当院が入手した患者とその関係者（以下「患者等」という）の個人情報を適切に取り扱い、その保護を図ることを目的とする。

2.守秘義務

すべての職員は、当院の職員として、職務上知り得た個人の情報を、正当な事由なく第三者に漏らしてはならない。当院退職後も同様とする。

すべての職員は、この義務を順守することを書面(A)によって誓約しなくてはならない。

2.用語の定義

1.用語の定義

本規則で使用する定義は下記のとおりである。

(1) 個人情報

患者等（死亡患者も含む）の個人を特定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、それらにもとづいて医療従事者がなした診断・判断、評価・観察等までも含む。

(2) 診療記録等

診療の過程で患者の具体的状況、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。

(3) 個人情報の匿名化

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、他の情報と容易に照合することができ、特定の個人を識別することができてはいけない。）

(4) 職員

当院の業務に従事する者で、正規職員のほか、嘱託、派遣、臨時等の職員を含む。また業務委託契約を締結する事業者に雇用され当院の業務に従事するものについても、

別段の定めがない限り、当院の職員に準じて扱うものとする。

(5) 個人情報保護管理責任者

個人情報保護に関する具体的な取組みを推進する責任者で、個人情報保護委員会の委員長もかね、当院では院長がつとめる。

3. 個人情報の取得

1. 利用目的の通知

患者から個人情報を取得する場合には、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。通知方法については、院内掲示（B）、入院案内や受付における説明文書（C）の交付等により行う。

2. 利用の同意

3-1で通知した利用目的は、診療の申込み時、入院時に本人によって同意されたものとみなす。

3. 利用目的の変更

いったん特定した利用目的を変更する場合には、前項の手順にしたがって、あらかじめ患者に利用目的の変更を通知（D）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こえることのないように留意する。

4. 診療記録の取扱いと保管

1. 紙媒体により保存されている診療記録等

(1) 保管の際の注意義務

診療記録等の保管については、毎日の業務終了時に保管場所に収納し、滅失、毀損、盗難等の防止に十分注意するものとする。

(2) 利用時の注意義務

患者の診療中や事務作業中など、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の外部者等の目に触れないように配慮しなくてはならない。

(3) 修正

いったん記録した診療記録等を、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印を押印することとする。この方法によらずに診療記録等を書き改めた場合には、改ざんしたものとみなされるがあるので、十分留意するものとする。

(4) 院外持出し禁止

診療記録等は、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、病院長の許可を得ることとし、返却後にも確認を得なくてはならない。病院長は、所管する診療記録等の院外持ち出し及び返却に関して、日時、利用者、持ち出しの目的を記録し、5年間保存する。

(5) 破棄

法定保存年限又は、病院所定の保存年限を経過した診療記録等を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。

2.電磁的に保存されている診療記録等

(1) コンピュータ情報のセキュリティ確保

診療情報等をコンピュータにより保存している部署では、コンピュータの利用実態等に応じて、情報へのアクセス制限等を適宜実施するものとする。また、通信回線等を経由しての情報流出、外部からの不正侵入等の被害を未然に防ぐよう、厳重な措置を講じるものとする。特に、職員以外の者が立入る場所または、その近くにおいてコンピュータ上の診療記録等を利用する際には、モニターに表示された画面を通じて患者の個人情報本人以外の外部の者の目に触れることがないように留意しなくてはならない。

(2) データバックアップの取扱い

コンピュータに格納された診療記録等は、機械的な故障等により情報が減失や見読不能となることのないよう、各部署において適宜バックアップの装置を講じるものとする。

(3) データのコピー利用の禁止

コンピュータ内の診療記録等の全部又は、一部を院外での利用のために、他のコンピュータ又は、記録媒体に複写することは、原則として禁止する。
ただし、職務遂行止むを得ない場合には、病院長の許可、管理のもとに行うことができ

るものとする。

(4) データーのプリントアウト

コンピューター等に電磁的に保存された個人情報をプリントアウトした場合には、紙媒体の診療記録と同等に厳重な扱いをしなければならない。

(5) 紙媒体記録に関する規定の準用

電磁的に保存されている診療記録等の取扱いについては、前4-1-(1)ないし4-1(5)規定の趣旨も準用する。

3.診療及び診療報酬請求事務以外での診療記録等の利用

(1) 目的外利用の禁止

個人情報保護法の定める利用目的の制限の例外に該当する場合を除き、あらかじめ患者本人の同意を得ないで前3-1で特定した利用目的の達成に必要な範囲を超えて、患者の個人情報を取り扱ってはならない。

(2) 匿名化による利用

患者の診療記録等に含まれる情報を、診療及び診療報酬請求事務以外の場面で利用する場合には、その利用目的を達しうる範囲で、可能な限り匿名化しなければならない。

5.個人情報の第三者への提供

1.患者本人の同意にもとづく第三者提供

患者の個人情報を第三者に提供する場合には、前3-1に基づいてあらかじめ通知している場合を除き、原則として本人の同意を得なくてはならない。個人情報保護法に基づく第三者であっても、第三者提供をするか否かを病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。

2.患者本人の同意を必要としない第三者提供

前5-1の規定に係らず以下の場合には、個人情報保護法第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、報告義務等に基づく場合。

(2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意をえることが困難であるとき。

(3) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であ

って、本人の同意を得ることが困難であるとき。

- (4) 国の機関若しくは、地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意をうることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

6. 個人情報の本人への開示、訂正等

1.開示請求

患者等は当院が保有する自己の個人情報について開示を書式（E）の書面にもとづいて請求することができる。その際、請求者の本人確認書類、代理人等の場合は本人との関係を示す書類（請求資格確認書類）を添付すること。

院長は患者から自己の個人情報の開示を求められた場合には、主治医、記録作成者、その所属長らを含む検討委員会において協議のうえ、開示請求に応じるか否かを決定し、開示請求を受けた時から原則として14日以内に書式（F）により、開示を拒む場合にはその理由も付して書式（G）の書面にて、請求者に回答するものとする。

2.開示の拒否

以下の事由に該当する場合、院長は開示を拒むことができる。

- I. 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。
- II. 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。
- III. 開示することが法令に違反する場合。

3.開示を請求できる者

- I. 患者本人
- II. 未成年者又は成年被後見人の法定代理人
- III. 診療契約に関する代理権を付与されている任意後見人
- IV. 患者本人から委任をうけた代理人
- V. 患者が死亡した場合、患者の配偶者、子、親及びこれに準じる者。

4.開示の方法

書面の交付又は請求を行った患者等が同意した方法による。

5.費用

手数料：10,000円（医師の立会い等：ただし医師の立会いは1時間以内とする）

複写：10円/枚

6.代理人からの請求に対する開示

法定代理人等、開示の求めを行い得る者から開示の求めがあった場合、原則として患者・利用者本人に対し保有個人データの開示を行う旨の説明を行った後、法定代理人等に対して開示をおこなうものとする。

7.内容の訂正・追加・削除請求

患者が、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、書式（J）の書面にもとづいて訂正・追加・削除（以下「訂正等」という）すべき旨を申し出ることができる。

院長は、訂正等の請求を受けた際には、必要に応じて「個人情報保護委員会」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ときから原則として14日以内に書式（L）の書面により回答するものとする。

8.訂正等の拒否

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

- I. 当該情報の利用目的からみて訂正等が必要でない場合。
- II. 当該情報に誤りがあるとの指摘が正しくない場合。
- III. 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。
- IV. 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。

9.訂正等の方法

本規則にも基づいて診療記録等の訂正等を行う場合には、訂正前の記載が判読できるよう当該箇所を二重線等で抹消し、新しい記載の挿入を明示し、併せて訂正等の日時、事由等を付記しておくものとする。訂正等の請求に応じなかった場合においても、請求があった事実を当該部分に注記しておくものとする。

10.利用停止等の請求

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、書式（M）の書面によりその旨を申し出ることができる。

院長は、利用停止等の請求を受けた際には必要に応じて「個人情報保護委員会」にて協議のうえ、利用停止等の請求に応じるか否かを決定し、請求をうけた時から原則として14日以内に、書式（N）の書面により請求者に回答するものとする。

11.利用停止等の拒否

患者からの個人情報の利用停止等も求めが、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、病院長は利用停止等を拒むことができるものとする。

- I. 利用目的の逸脱が認められない場合。
- II. 当該個人情報の取得に際して、不正は認められなかった場合。
- III. その他法令で定める場合。

7. 業務の委託等

1.業務の委託

患者の保有個人情報の取扱いにかかわる業務を外部に委託する場合には、委託契約に当院が定める安全管理措置の内容をもりこみ委託先の義務とする。

2.委託先の監督

受託者（委託先）は、当院の了承を受けることなく個人情報を複写および持出しをしてはならず、当院は業務が適切に行われていることを定期的に確認しなければならない。

8.教育・研修の実施

1.職員教育

個人情報管理責任者は、職員等に対して個人情報保護のための教育・研修をおこなわなければならない。

9.個人情報保護の組織体制

1.個人情報保護管理責任者と個人情報保護委員会

当院における個人情報保護のため、個人情報管理責任者（以下「管理責任者」という）および個人情報保護委員会を設置する。

管理責任者は病院長とし、個人情報保護の適正な実施につき統括する。

個人情報保護委員会は、選出された若干人の委員で構成し、必要に応じて管理責任者が召集し、個人情報保護の適正な運用につき審議する。

2.苦情相談への対応

個人情報に関する患者等からの苦情・相談等は「個人情報相談窓口」を設置し対応する。管理責任者である院長は、相談窓口責任者を選任する。

附 則

本規則は平成17年4月1日から実施する。