

個人情報保護規定

医療法人社団叡宥会

安田病院

目 次

- 1.基本理念
- 2.用語の定義
- 3.個人情報の取得
- 4.診療記録等の取扱いと保管
- 5.個人情報の第三者への提供
- 6.個人情報の本人への開示と訂正
- 7.個人情報保護委員会
- 8.個人情報漏洩時の対応
- 9.苦情、相談等への対応

1.基本理念

1-1 院内規則の目的

安田病院の全職員は、この「個人情報規程」および「個人情報の保護に関する法律」「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。

1-2 守秘義務

全ての職員は、その職種の如何を問わず、当院の従事者として、職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。当院を退職した後においても同様とする。全ての職員は、この義務を遵守することを書面によって誓約しなくてはならない。（入職時提出書類：「個人情報保護に関する誓約書」）

2.用語の定義

2-1 用語の定義

この「院内規則」で使う用語の定義は、以下の通りとする。

(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・観察等までを含む。

(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、各種検査記録、検査成績、エックス線写真看護記録、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認識できる場合には、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、非常勤職員を含む。当院の業務委託契約を締結する事業者に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、委託先業者においてもこの「院内規則」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、これらのものが当院の保有する患者本人に関する情報を自ら確認するために、患者本人等から請求に応じて、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、そのコピーを交付すること。

3.個人情報の取得

3-1 利用目的の通知

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、患者に通知しなくてはならない。ただし、初診時に通常の診療の範囲での利用目的、第三者提供の内容を通知する場合には、院内掲示による説明文書を設置することをもって代えることができる。

3-2 利用目的の変更

前段の手段に従っていったん特定した利用目的を後に変更する場合には、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しなくてはならない。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ることのないよう留意しなくてはならない。

4.診療記録等の取扱いと保管

1) 紙媒体により保存されている診療記録

4-1 診療記録等の保管の際の注意

診療記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。

4-2 診療記録等の利用時の注意

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留意するとともに、記録の内容が他の患者など部外者等の目に触れないよう配慮しなくてはならない。

4-3 診療記録の破棄

法定保存年限または、当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、裁断または溶解処理を確実に実施するものとする。また、当院で保管中の診療記録につき、安全かつ断続的な保管が困難な特別な事由が生じた場合には、院長はその記録類の取扱いについて、速やかに当院を所管する保健所と協議するものとする。

2) 電磁的に保存されている診療記録等

4-4 コンピュータ情報のセキュリティの確保

診療記録等をコンピュータを用いて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、通信回線等を經由して情報漏出、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、職員以外の者が立ち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のないように留意しなくてはならない。

4-5 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滅失したり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措置を講じるものとする。またバックアップファイル及び記録媒体の取扱い、保管は、各部署の責任者の管理のもとに厳重に取扱うものとする。

4-6 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等に複写することは原則として禁止する。但し、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には、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。

4-7 データのプリントアウト

コンピュータ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取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。

4-8 紙媒体記録に関する規定の準用

電磁的な保存がなされている診療記録等の取扱いについては【4-1】ないし【4-3】の規定の趣旨も参酌して準用するものとする。

3) 診療及び請求事務以外での診療記録等の利用

4-9 目的外利用の禁止

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、あらかじめ患者本人の同意を得ないで【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扱ってはならない。

4-10 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内で、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

5-1 患者本人の同意に基づく第三者提供

患者の個人情報を第三者に提供する際には【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ければならない。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。

5-2 患者本人の同意を必要としない第三者提供

【5-1】の規定に関わらず以下の場合には、個人情報に関する法律第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、報告義務等に基づく場合にも、出来る限り第三者提供の事実を患者等に告知しておくことが望ましい。

- 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、照合等をする場合。
- 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情報の提供が必要であり、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。

※第三者提供に関しては【医師・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】に基づき事例ごとの判断が必要である。

6.個人情報の本人への開示と訂正

6-1 開示対象となる診療録等

当院において、外来又は入院診療中の患者に関わる診療録を対象とする。なお、医師法に基づく保存期間の5年を経過した記録は対象外とする。

6-2 開示請求対象者

- 1.患者本人（成人で判断能力ある場合に限る）
- 2.患者が未成年である場合は、その法定代理人。ただし、満15歳以上の未成年者の場合には、疾病の内容によっては、本人のみの請求を認めることができるものとする。
- 3.患者本人から代理権を与えられた親族
- 4.患者が成人であっても判断能力に疑義がある場合には、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者。
- 5.遺族（生存する個人の権利利益を侵害する恐れのある場合、診療情報の提供に関する規定に準じて）

6-3 開示の方法

- 1.開示請求書により、開示請求のあった場合には、院長は主治医等から意見を聴取し、開示方法（開示の可否、方法等）を決定する。
- 2.外来または入院診療中に患者本人から口頭で診療提供の請求があった場合には、口頭により情報提供をする。診療記録等閲覧および一部記録のコピー交付の場合は、開示請求書により請求する。開示方法は院長と主治医で決める。

6-4 開示依頼の受付

1.開示判断の期間

原則として14日以内に判断する。ただし、期間内に判断ができない場合は、その期間を延長することができるものとする。

2.開示の決定方法

- 1) 医事課責任者は、ただちに主治医に診療録等の開示請求があった旨を連絡すると共に、開示請求のあった診療録を準備するものとする。
- 2) 医事課責任者と主治医は診療録等に記載してある内容等を確認し、関係者から意見を聴取して次の事項を調整する。
 - ・ 開示の是非
 - ・ 部分開示または不開示の場合はその理由
 - ・ 開示の日時、場所
 - ・ 開示に要する費用 など
- 3) 医事課責任者は上記調整結果を「個人情報開示決定通知書」により院長に報告するものとする。
- 4) 「個人情報開示決定通知書」の内容をもとに院長が決定する。
- 5) 院長が必要と認める時は、主治医等から意見を聴取できるものとする。
- 6) 院長の決定がなされたときは、医事課責任者が主治医に決定結果を報告するものとする。

3.他の医療機関等が作成した個人情報の取扱い

他の医療機関において作成された紹介状、証明書等は対象外とする。

4.開示請求に対する決定の通知

診療録等の開示または不開示の決定がされた場合は、医事課責任者は速やかに開示請求者に対し、書面により決定内容を通知するものとする。

6-6 開示の方法等

1.開示前の準備

- ・ 医事課責任者は、開示請求者が来院した時点において、運転免許証等により本人であることを確認するものとする。
- ・ 開示請求者の同意が得られている家族は、開示場所に同席できるものとする。ただし同席できる家族の範囲は、当該患者の父母、配偶者又は子とする。

2.開示の方法

- ・ 開示の方法は「閲覧」を原則とする。ただし「コピー」の交付請求があった場合には、コピーの交付ができるものとする。
- ・ 立会者は原則として主治医とし、開示申請者から請求があった場合には、必要

に応じて補足説明を行うものとする。ただし、主治医の立会が困難な場合には、当該診療科の医師又は院長が立ち会うものとする。

- ・開示には医事課責任者が同席するものとするが、医事課責任者の同席が困難な場合には医事課役職者又は事務長が同席するものとする。
- ・医事課責任者は主治医の補足説明及び「コピー」の交付を希望する開示請求者に対して、補足説明に係る費用の負担について同意を得るものとする。
- ・医事課責任者は、開示申請者から「コピー」の交付依頼を受け取った時は、開示申請者に対し「コピー」交付予定日時を説明するものとする。
- ・医事課責任者は開示終了後、院長に終了した旨を報告するものとする。

6-7 開示に伴う費用等

- ・当院で定める「診療録の開示に関わる料金表」による。

6-8 開示しないことができる場合

「診療情報の提供に関する指針（日本医師会制定）」に定めるところにより、次に該当する場合には、診療録等を開示しないものとする。

- 1.対象となる診療情報の提供、診療録等の開示が、第三者の利益を害する恐れがあるとき。
 - ・紹介状に含まれる情報等、第三者から得た情報であって、かつ、開示について当該第三者の了解が得られない場合。
 - ・開示請求者への診療情報提供により、家族、医療従事者およびその他の第三者が、当該患者の攻撃の対象となる可能性の高い場合。
- 2.診療情報の提供、診療録等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき
 - ・悪性腫瘍、精神疾患、遺伝性疾患等の患者で、症状や治療内容について十分な説明をしたいとしても、患者本人に心理的影響を与え治療効果等に悪影響を及ぼすと考えられる場合。
 - ・前項の他、診療情報の提供、診療記録等の開示を不相当とする相当な事由が存在する時。

6-9 診療情報の提供等に関する相談窓口

当院に、患者および診療録等の開示申請者に対する診療情報の提供、診療録等の開示に関する相談窓口を設置して、主治医と患者間の信頼関係の確保に努めるものとする。

6-10 内容の訂正・追加・削除請求

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、書面により訂正・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、主治医、記録作成者、その所属長により協議のうえ、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。

6-11 診療記録の訂正等を拒みうる場合

前項の規定に基づく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院長は訂正等を拒むことができるものとする。

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

6-12 訂正等の方法

前項の規定に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。

6-13 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、または消去（以下「利用停止等」という）を希望する場合は、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主治医、記録作成者、その所属長らで協議のうえ、利用停止等の請求に応じるか否かを決定し、請求を受けた時から原則として1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。

6-14 「診療情報の提供に関する指針」に基づく開示

患者からの診療情報等の開示請求が、医師・医療機関と患者等との信頼関係の構築、疾病や治療に対する正しい理解の助けとすることを目的としたものである場合には、日本医師会「診療情報の提供に関する指針」に基づいて対応するものとする。

7.個人情報保護委員会

7-1 個人情報保護委員会

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、個人情報保護委員会（以下「委員会」という）を置く。

7-2 個人情報保護委員会の審議事項

- ・個人情報の保護に関する全病院的な施策に関する事項
- ・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
- ・個人からの開示請求及び訂正請求に関する事項
- ・その他、個人情報の収集、利用、提供に関し付議された事項など

7-3 個人情報保護委員会の組織

委員会の委員は、院長、看護部長、事務長、各所属長とし、その委員長は院長とする。委員長は必要があると認める時は、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。

8.個人情報漏洩時の対応

8-1 個人情報漏洩時の報告体制

個人情報の紛失及び院外への漏洩が発覚した場合は、速やかに所属長に報告する。報告を受けた所属長は、個人情報保護委員会に報告する。

8-2 個人情報漏洩時の対応

- ・早急に個人情報保護委員会を開催し、紛失及び漏洩した個人情報を特定し、内容の重要性及び対応策・二次被害防止策を検討する。
- ・個人情報保護委員会終了後、個人情報の本人に紛失及び漏洩した内容報告する。
- ・個人情報の漏洩等が発生した場合は所管の保健所等、関係行政機関に対して速やかに報告する。

9.苦情、相談等への対応

9-1 苦情、相談等への対応

個人情報の取扱い等に関する患者等からの苦情・相談等は受付、あるいは事務部で対応するものとする。

9-2 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

前項により受け付けた患者からの苦情・相談等については、院長の指示に基づき、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。

この規定は、制定後法改正ごとに見直すものとする。

2025 年 4 月 1 日 改定