

個人情報の保護に関する規程

(目的)

第1条

医療法人せいざん青山病院の全職員は、個人情報の保護に関する法律（以下、「法」という）、同施行令、厚生労働省の医療・会議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（以下、「ガイドライン」という）にもとづき、患者様及びその関係者に関する個人情報を適切に取り扱い、患者等及びその関係者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。

(守秘義務)

第2条

すべての職員は、その職種の如何を問わず、当院の従業者として、職務上知り得た患者等の個人情報を、正当な理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。

(用語の定義)

第3条

この規程で使う用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 個人情報

生存する患者等及びその関係者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、それらにもとづいて医療従事者がなした診断・判断・観察等までをも含む。

(2) 診療記録等

診療の過程で患者等の身体状況、症状、治療等について作成または収集された、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、看護記録、紹介状、処方せんの控等の書面、画像等の一切。

(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、特定の個人の識別できない状態にすること。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、臨時職員、実習生等を含む。また、当院と業務委託契約を締結する事業者については個人情報保護に関する事項を確認し、当該事業所から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「個人情報の保護に関する院内規程」に準じた取り扱いを定め、管理するものとする。

(5) 開示

患者等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等本人に関する情報を自ら確認するために、患者等本人からの請求に応じて、情報の内容を閲覧、または、複写物の提供によるものとする。

(個人情報取得)

第4条

個人情報を取得する場合は、偽りその他不正の手段により取得してはならない。また取得した個人情報については、その利用目的の達成に必要な範囲において、個人データを正確かつ最新の内容に保つように務めるものとする。

(1) 本人以外の家族等から取得することが診療上止むを得ない場合はこの限りではない。

(2) 第三者提供により個人情報を取得した時、当該情報の内容に疑義が生じた場合は本人又は情報の提供を行った者に確認を取る等、情報の正確性、最新性を確保するものとする。

(利用目的の通知)

第5条

職員は、患者等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、患者等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説明文書を院内掲示とすることをもって代えることができる。

(利用目的の変更)

第6条

前条の順にしたが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、改めて患者等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。

(診療記録等の保管の際の注意)

第7条

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。

(診療記録等の利用時の注意)

第8条

患者等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等など部外者等の目に触れないよう配慮しなければならない。

(診療記録等の修正)

第9条

いったん作成した診療記録等を、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、訂正箇所の日付及び訂正者印を押印するものとする。この方法によらずに診療記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。

(診療記録等の院外持ち出し禁止)

第10条

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し、返却後も病院長の確認を得なくてはならない。

2 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、持ち出しの目的等を記録し、5年間保存することとする。

(診療記録等の廃棄)

第11条

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、裁断または溶解処置を確実に実施するものとする。

2 当院で保管中の診療記録等につき、安全かつ継続的な保管が困難な特別な事情生じた場合には、病院長はその記録類の取り扱いについて、すみやかに当院を所管する行政機関と協議するものとする。

(コンピュータ情報のセキュリティの確保)

第12条

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、通信回線等を経由して情報漏出、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。

2 職員以外の者が立ち入る場合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等の個人情報本人以外の外部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。

(データバックアップの取り扱い)

第13条

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の滅失や見読不能となることのないよう、適宜バックアップの措置を講ずるものとする。また、バックアップファイルおよび記録媒体の取り扱い、保管は、病院長の管理のもとに厳重に取り扱うものとする。

(データのコピー利用の禁止)

第14条

コンピュータ内の診療記録等の全部または一部を、院外での利用のために、他のコンピュータまた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、業務上やむを得

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。その場合において、複製した情報の利用が完了したときは、速やかに当該複製情報を記録媒体等から消去するものとする。

(データのプリントアウト)

第 15 条

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り扱いをしなければならない。

2 使用目的を終えたプリントアウト紙片は、裁断または溶解処理など、他の者が見読不可能な状態にして速やかに廃棄しなくてはならない。

(教育訓練)

第 16 条

個人情報の保護と活用を両立させる為に、継続的に職員に対する院内外研修を行う。

(端末の盗難防止等)

第 17 条

(1) 病院長は、端末の盗難または紛失の防止のため、事務室等の施錠や入退室管理等、必要な措置を講じる。

(2) 職員等は、病院長が必要があると認める場合を除き、機器端末の外部持ち出し、または外部から持ち込んではならない。

(目的外利用の禁止)

第 18 条

職員は、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第 5 条の規定で特定した利用目的の達成に必要な範囲を超えて、患者等の個人情報を取り扱ってはならない。

第 19 条

患者等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。

(患者等本人の同意にもとづく第三者提供)

第 20 条

患者等の個人情報を第三者に提供する際には第 4 条の規定にもと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。

2 法令にもと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。

(患者等本人の同意を必要としない第三者提供)

第 21 条

前条の規定にかかわ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) 法令上の届け出義務、報告義務等にもとづく場合
- (2) 意識不明または判断能力に疑いがある患者等につき、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、公衆衛生の向上のため必要性があり、かつ本人の同意を取得することが困難な場合
- (4) その他、法令にもとづいて国、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
(業務委託)

第 22 条

- (1) 業務委託を行う場合は、委託契約において、当院が定める安全管理措置の内容を契約に盛り込み、委託先の義務とする。
- (2) 委託先が再委託を行っている場合は、再委託先の業者が個人情報を適切に取扱っていることが確認できるよう契約において配慮する。
- (3) 契約に盛り込んだ安全管理措置が適切に行われていることを定期的に確認する。
(個人情報保護の理念にもとづく開示請求)

第 23 条

当院の患者等は、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。

2 病院長は、患者等から事故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、開示請求を受けたときから原則として 14 日以内に、所定の書式により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。

(全部または一部を不開示とすることができる場合)

第 24 条

患者等からの個人情報の開示請求に対し、当該個人情報の全部又は一部を不開示とする決定ができる場合は、次の各号に掲げる事由のいずれかに該当する場合とする。

(1) 次に該当する診療記録

ア 患者等本人が事理弁識能力を欠く場合（ただし、法定代理人その他法令上正当な権限又は正当な代理権限を有する者が請求した場合を除く）

イ 患者等本人の心身の状況を損なうおそれがある場合

ウ 医療従事者と患者等本人との信頼関係を損なうおそれがある場合

エ 患者等本人又は第三者の利益を害するおそれがある場合

オ 当院の適正な執行に著しい支障を及ぼすおそれがある場合

カ 開示することが法令に違反する場合

(2) 第三者から得た情報で当該第三者の同意を得られない診療情報

- (3) 患者等本人以外の診療情報
(開示請求のできる本人以外の者)

第 25 条

第 23 条第 1 項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる者は、患者等の個人情報の開示を請求することができる。

- (1) 患者等の法定代理人
- (2) 患者等の個人情報の開示を請求することについて、患者等が委任した者
- (3) 死亡した者の個人情報については、次に掲げる者

ア 当該死亡した者の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情のあった者を含む。）

イ 当該死亡した者の子及び父母

ウ 当該死亡した者の二親等内の血族又は一親等の姻族である者（ア及びイに掲げる者がいないとき又は所在が判明しないときに限る。）

（代理人からの請求に対する開示）

第 26 条

前条各号に掲げる者がした個人情報の開示請求に対して開示を決定する場合には、開示する記録の内容、範囲、請求者と患者等本人との関係等について、患者等本人に確認をしなければならない。

（内容の訂正・追加・削除請求）

第 27 条

当院の患者等が、当院の保有する、患者等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）すべき旨を申し出ることができる。

2 病院長は、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ときから原則として 3 週間以内に書面より請求者に対し回答するものとする。

（診療記録等の訂正等を拒みうる場合）

第 28 条

前条第 2 項の規定にもとづく患者等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、病院長は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は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

（訂正等の方法）

第 29 条

前 2 条の規定にもとづいて診療記録等の訂正等を行う場合には、訂正等の前の記録が判読できるように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。また、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。

(利用停止等の請求)

第 30 条

患者等が、本院が保有する当該患者等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、所定の書式によりその旨を申し出ることができる。

2 病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、その所属長らを含む検討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、請求を受けたときから原則として 1 週間以内に所定の書式により請求者に対し回答するものとする。

(診療情報の提供等に関する指針にもとづく開示)

第 31 条

患者等からの診療記録等の開示請求が、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、厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」にもとづいて対応するものとする。

(苦情・相談等への対応)

第 32 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「患者相談窓口」で対応するものとする。

(個人情報保護に関する検討委員会)

第 33 条

前条の規定による対応が困難な事例については、「個人情報保護に関する検討委員会」（以下、委員会）で対応を協議するものとし、委員長は病院長とする。委員会は、必要に応じて病院長が招集するものとする。

(外部の苦情・相談受付窓口の紹介)

第 34 条

第 32 条の規定により受け付けた患者等からの苦情・相談等については、病院長の指示にもとづき、患者等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」および、行政の「患者相談窓口」等を紹介することとする。

(個人情報漏洩時の対応)

第 35 条

本院において個人情報が漏洩した場合は直ちに当該部署の所属長へ報告しなければならない。

2 報告を受けた所属長は速やかに事務長へ報告しなければならない。

- 3 事務長は事実関係を把握した後、別に定める当院の緊急連絡網により、病院長及び各所属長へ報告しなければならない。(夜間、休日を含む)
- 4 病院長は二次被害防止対策の為、委員会を招集し漏洩発生の実事確認、漏洩情報の収集にあたらせなければならない。
- 5 病院長は漏洩した個人情報の種類、情報量、内容により呉市役所、呉保健所など関係する行政機関へ速やかに報告しなければならない。
- 6 病院長は、記者会見を執り行うかについては、委員会を臨時で開催し決定することとする。
- 7 病院長は委員会を招集し、各所属長に対し情報漏洩の再発防止のため、個人情報の把握及び管理をさせなければならない。

附則

この規程は R5 年 10 月 1 日より施行する

医療法人 せいざん 青山病院