

# 個人情報保護に関する規程

## 第1章 基本理念

### (目的)

第1条 当院の全職員は、この「個人情報保護に関する規程(以下、「規程」という)」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」(以下、「ガイドライン」という。)に基づき、患者およびその関係者(以下、「患者等」という)並びに職員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。

### (他の規則等との関係)

第2条 当院における患者の個人情報の取扱いに際しては、この規程のほか、当院の「情報開示委員会規定」も適用されるものとする。

### (守秘義務)

第3条 1. 全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および職員の個人情報を、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。

2. 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ければならない。

## 第2章 用語の定義

### (用語の定義)

第4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職員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、既往歴、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

診察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、看護記録、紹介状、調剤録、処方箋、退院した患者の入院期間中の症状経過の要約、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。

また、特定の患者・利用者の症例や事例を学会で発表したり、学会誌で報告したりする場合等は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化されることが考えられるが、症状や事例により十分な匿名化が困難な場合は、本人の同意を得なければならない。

#### (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、臨時職員を含む。当院と業務委託契約を締結する事業者により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、そのコピーを交付することとする。

### 第3章 個人情報の取得

#### (利用目的の通知)

第5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、別添1・2の院内掲示および受付での交付をもって代えることとする。

#### (利用目的の変更)

第6条 前条の手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越えることのないよう留意しなければならない。

### 第4章 診療録等の取扱いと保管

#### 第1節 紙媒体により保存されている診療記録等

#### (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。

#### (利用時の注意)

第8条 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。

#### (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末梢し、訂正箇所に日付および訂正者印を押印するものとする。また電磁的に保

存する場合は改正履歴を残すものとする。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。

(廃棄)

- 第10条
1. 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。
  2. 当院で診療記録等につき、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、すみやかに当院を所管する保健所と協議するものとする。

(安全管理措置)

- 第11条
1. 個人データの漏洩等の事故が発生した場合、若しくは発生の可能性が高いと判断した場合、又は個人データの取り扱いに関する規定等に違反している事実が生じた場合、若しくは兆候が高いと判断した場合、発見者は部署責任者に報告し、各部署責任者は院長に報告する。
  2. 個人情報の漏洩等の問題が発生した場合には、二次被害の防止、類似事案の発生回避等の観点から、個人情報の保護に配慮しつつ可能な限り事実関係を公表するとともに、都道府県の所管課へ速やかに報告する。

## 第2節 電磁的に保存されている診療記録等

(セキュリティの確保)

- 第12条
1. 情報システム課では、コンピューターの利用実態等に応じて、情報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の情報漏出や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. 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電子カルテ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が本人以外の外部の者の目に触れることのないよう留意しなくてはならない。

(データバックアップの取扱い)

- 第13条
- 電磁的に保存されている診療記録等は、機械的な故障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、情報システム課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、医療情報システム安全管理責任者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
- 電磁的に保存されている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、職務遂行上やむを得ない場合には、倫理委員会の許可のもと情報システム課において複写を行うことができるものとする。その場合において、患者の個人情報を有する複写については専用USBを利用して貸し出しを行ない、複写した情報の利用が完了したときは、USBを速やかに情報システム課に返却し、情報システム課は当該複写情報を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ければならない。

(紙媒体記録に関する規定の準用)

第16条 電磁的な保存が成されている診療記録等の取扱いについては第7条ないし第11条の規程の主旨も参酌して準用するものとする。

### 第3節 診療および請求事務以外での診療記録等の利用

(目的外利用の禁止)

第17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、あらかじめ患者本人の同意を得ないで第5条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。

(匿名化による利用)

第18条 患者の診療記録等に含まれる情報を、診療およ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、可能な限り匿名化をしなければならない。

## 第5章 個人情報の第三者への提供

(患者本人の同意に基づく第三者提供)

第19条 1. 患者の個人情報を第三者に提供する際には第5条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ければならない。  
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。

(患者本人の同意を必要としない第三者提供)

第20条 前条にかかわらず以下の場合には、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) 法令上の届け出義務、報告義務等にもとづくもの

主な事例としてガイドラインの別表3参照。ただし、これらの場合にも、出来る限り第三者提供の事実を患者に告知しておくことが望ましい。

(2) 意識不明または判断能力の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、公衆衛生の向上または児童の保護のために必要性があり、かつ本人の同意を得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おそれがある場合

## 第6章 個人情報の本人への開示と訂正

(個人情報保護の理念に基づく開示請求)

第21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、書面にもとづいて開示を請求することができる。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情報開示委員会において協議の上、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10日以内に、書面により、開示を拒む場合はその理由も付して、請求者に回答するものとする。

(開示を拒みうる場合)

第22条 前条の規程にもとづく協議において、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、院長は開示を拒むことができる。

- (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恐れがある場合
- (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

(開示を求めうる者)

第23条 当院の規程にもとづいて患者の診療記録等の開示を請求しうる者は、以下の通りとする。

- (1) 患者本人
- (2) 患者の法定代理人
- (3) 患者の診療記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
- (4) 当院で認めた特例

(代理人請求)

第24条 代理人など、患者本人以外の者から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につき、患者本人に対して確認のための説明を行うものとする。

(内容の訂正等)

第25条 1. 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、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。

2. 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情報開示委員会にて協議の上、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、書面により請求者に対して回答するものとする。

(訂正等を拒みうる場合)

第26条 前条の規程にもと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。

- (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

(訂正等の方法)

第27条 前条および前々条の規程にもとづいて診療記録等の訂正を行う場合には、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箇所に注記しておくものとする。また電磁的に保存する場合は改正履歴を残すものとする。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。

(利用停止等の請求)

第28条 1. 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。

2. 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情報開示委員会にて協議の上、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、書面により請求者に対して回答するものとする。

(「診療情報の提供に関する指針」に基づく開示)

第29条 患者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、当院の「診療情報提供に関する規則」および日本医師会「診療情報の提供に関する指針」にもとづいて対応するものとする。

## 第7章 苦情・相談等への対応

(苦情・相談等への対応)

第30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「患者サポート窓口」で対応するものとする。

(委員会)

第31条 前条による対応が困難な事例については、院長直轄の「個人情報保護委員会」で対応を協議するものとする。本委員会の開催は年1回を定例とするほか、必要に応じて院長が招集するものとする。

(外部の苦情・相談受付窓口)

第32条 第30条により受け付けた患者からの苦情・相談等については、院長の指示にもとづき、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」および、行政の「患者相談窓口」等を紹介することとする。

## 第8章 雑則

(規程の見直し)

第33条 この規程は、制定後少なくとも2年ごとに見直すものとする。

(附則) この規程は2005年6月1日より施行する。

2007年7月1日 改訂

2009年4月1日 改訂

2011年4月1日 見直し

2013年4月1日 見直し

2015年4月1日 見直し

2016年10月1日 改訂

2018年6月1日 改訂

2020年6月1日 見直し

2022年6月1日 見直し

2023年4月1日 見直し

2024年4月1日 見直し

2025年4月1日 改訂