

個人情報保護に関する院内規則

医療法人財団 中島記念会 大森山王病院

平成17年4月1日施行

令和7年4月1日更新

(1) 基本理念

1-1 院内規則の目的

当院の全職員は、この「院内規則」「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り扱いのためのガイドライン」にもとづき、患者とその関係者(以下「患者等」)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、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、業務上知り得た患者個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしてはならない。また、当院退職後においても同様とする。尚、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。(書式10)

1-3 個人情報保護責任者

個人情報保護責任者を置き、病院長をもってこれに充てる。また病院長は必要な場合、個人情報保護責任者を別に指名することができる。個人情報保護に関する取扱い及び管理に関し必要な事項を審議するため、病院長のもとに個人情報保護委員会を置くこと。その他、この規程の実施に関し必要な事項がある場合については、個人情報保護委員会の審議を経て、病院長がこれを定めること。

(2) 用語の定義

2-1 用語の定義

「院内規則」で使う用語の定義は、以下のとおりとする。

① 個人情報

患者等の個人を特定することができる情報すべて。氏名、生年月日、住所等の基本的な情報から、既往歴、診療内容処置内容、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・観察等まで含む。

② 診療録等

診療の過程で患者の身体的状況、症状、治療等について作成された書面、画像等の一切。当院で代表的な診療録等としては以下のとおり。
診療録、検査記録、医療画像、看護記録、紹介状、処方箋等。

③ 匿名化

個人情報の一部を削除又は加工することで、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、個人情報として扱われない。但し、他の情報と照合することで容易に個人を識別できる場合は、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、臨時職員を含む。又、当院と業務委託契約を締結する従事者に雇用され、当院から委託された業務に従事するものについては、委託先事業者においてこの「院内規則」に準じた取り扱いを定め、管理するものとする。

⑤ 開示

患者本人等からの請求に応じて、患者本人に関する情報を書面で示すこと。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。

(3) 個人情報の取得

3-1 利用目的の通知と同意

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、患者に通知して同意を得なくてはならない。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、

書面による院内掲示または説明文書を交付することをもって代えることができる。(別表 1)

3-2 利用目的の変更

一旦特定した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、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がないように留意するものとする。(書式 2・ 3)

3-3 利用目的の患者意見

利用目的に対して、患者の意見は常に変更可能とする。患者から利用目的に対する不都合の申し出があった際は、意見に沿うような対応を通知して同意を得なければならない。

3-4 適正な取得

個人情報取得する場合は、適正かつ公正な手段によって行うものとする。

3-5 正確性の確保等

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とともに、利用する必要はなくなったときは、当該個人データを遅滞なく消去するよう努めるものとする。

(4) 診療録等の取り扱いと保管

〈1〉紙媒体により保管されている診療録等

4-1 診療録等の保管の際の注意

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、盗難等の防止に十分留意するものとする。

4-2 診療録等の利用時の注意

患者の診療中や事務作業中など、診療録を業務に利用する際には、滅失、盗難等の防止に十分留意するとともに、記録の内容が部外者の目に触れないよう配慮しなくてはならない。

4-3 診療録等の修正

一旦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、訂正個所に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、改竄とみなされる場合もあるので十分留意するものとする。

4-4 診療録等の院外持ち出し禁止

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とし、返却後にも所属長の確認を得るものとする。

4-5 診療録等の廃棄

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、院内で保管中の診療録等について、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、院長はその診療録等の扱いについて、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。

〈2〉電磁的に保存されている診療録等

4-6 コンピューター情報のセキュリティの確保

診療録等をコンピューターを用いて保存している部署では、コンピューターの利用実態等に応じて、情報へのアクセス制限等を実施する。

また、通信回路等を経由して情報漏れ、外出部からの不正侵入等の被害を未然に防ぐよう、厳重な措置を講ずるものとする。

特に職員以外の者が立ち入る際には、モニターに表示された画面を通じて個人情報外部の者の目に触れないよう留意するものとする。

4-7 データバックアップの取り扱い

コンピューターに格納された診療録等は、機械的な故障等により情報が滅失したりしないよう、各部署において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の取り扱い、保管は各部署の責任者の管理のもと厳重に取り扱うものとする。

4-8 データコピー利用の禁止

コンピューター内の診療録等のデータを、院外での利用のために、他のコンピューターや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、管理のもとに行なうことができるものとする。その場合において、情報の利用が完了したときは、速やかにデータを消去するものとする。

4-9 データのプリントアウト

電磁的に保存された個人情報を実際印刷した場合には、紙媒体の診療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、溶解処理等で破棄しなければならない。

4-10 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録等の取り扱いについては、4-1、4-5 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録等の利用

4-11 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えない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。

4-12 匿名化による利用

患者の診療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際には、あらかじめ通知を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、提供に関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、報告義務にもとづく場合

ただし、この場合においても、できるかぎ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意識不明また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、関係医療機関等に連絡、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であり、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。

(6)個人情報の本人への開示と訂正

6-1 個人情報保護の理念にもとづく開示請求

当院の患者は、当院が保有する自己の個人情報について、書式 4 の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、所属長らを含む運営委員会にて協議のうえ開示請求に応じるか否かを決定する。なお、開示請求を受けた時から原則として 10 日以内に請求者に書式 5-1・2 にて回答するものとする。

6-2 診療録等の開示を拒みうる場合

規定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ものとする。

- ①本人又は第三者の生命、身体、財産その他権利利益を害するおそれがある場合。
- ②当院の業務に適切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。

6-3 診療録等の開示を求めうる場合

当院規定にもとづいて、患者の診療録等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。

6-4 代理人からの請求に対する開示

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、請求者と患者本人の関係につき、患者本人に対して確認のための説明をおこなうものとする。

6-5 内容の訂正、追加、削除請求

当院の患者が、当院が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、訂正、追加、削除(以下「訂正等」)すべき旨を書式 6 にて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、所属長らを含む運営委員会にて協議のうえ、訂正等に応ずるか否かを決定し、訂正等の請求を受けた時から原則として 3 週間以内に、請求者に対して書式 7-1・2 にて回答するものとする。

6-6 診療録等の訂正等を拒みうる場合

規定にもとづく患者からの個人情報の訂正等の求めが、以下の場合の事由に該当すると判断された場合は、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

6-7 訂正等の方法

規定にもとづいて診療録等の訂正等をおこなう場合には、訂正前の記載が判読できるよう当該箇所を二重線等で末梢し、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。請求等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。

6-8 利用停止等の請求

患者が、当院が保有する当該患者も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」)を希望する場合には、その旨を書式 8 にて申し出ることができる。院長は、利用停止等も請求を受けた際には主治医、記録作成者、所属長らを含む運営委員会にて協議

のうえ利用停止等の請求に応ずるか否かを決定し、請求を受けた時から原則として 1 週間以内に、請求者に対して書式 9-1・2 にて回答するものとする。

6-9「診療情報の提供に関する指針」

患者から診療録等の開示請求が、医師、医療機関と患者等との信頼関係の構築、疾患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」にもとづいて対応するものとする。

(7) 苦情・相談等への対応

7-1 苦情・相談等への対応

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」にて対応するものとする。

7-2 個人情報に関する検討

受付での対応が困難な事例については、院長直轄の運営委員会で対応を協議するものとする。

7-3 外部の苦情・相談窓口の紹介

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、行政の「患者相談窓口」等を紹介する。

(8) 漏洩・紛失・毀損事故発生時の対応

8-1 当該事象発生時の報告・通知

発見または連絡を受けたものは、直ちに個人情報保護責任者へ報告をおこなうこと。個人情報保護責任者は、すみやかに臨時会議を招集し、事故について状況・原因を把握し対策する。
当該事象発生を受けた本人に対してすみやかに通知を行い、被害拡大防止策を講じる。

8-2 当該事象発生時の対応

(別表 2.3)に準じて東京都保健医療局医療安全課、個人情報保護委員会(内閣府)へ報告・連絡を行うとともに、サイバー攻撃の疑いがある場合、厚生労働省、大森警察へ報告・連絡を行う。医療情報システムベンダ及びサービス事業所へ報告し協力要請を仰ぐ。

8-3 当該事象の再発防止

事実関係の調査、影響が及ぶ範囲の特定をおこない、被害拡大防止につとめる。
二次被害が生じないよう復旧は慎重に行い、関係機関及び当該事象発生を受けた本人に対して事実関係と再発防止措置の公表を検討する。

(9) 委託先に対する監督

9-1 委託先の選定

病院業務の一部を委託業者へ依頼することができる。その際、業者の個人情報保護体制や作業体制が確保されているか十分に選定を行うものとする。

9-2 委託契約の締結

委託業者との契約は、在任中の個人情報保護はもちろんだが、離任後の個人情報についても守られる契約を締結しなければならない。
また、目的外の利用を禁じ、再委託を行う際には、当院に対して申告し、再委託先に委託先と同等の監督と調査をおこなえるようにすることとする。

9-3 委託先における事故発生時の報告

委託先における事故発生時は、ただちに委託元の個人情報保護責任者へ報告すること。個人情報保護責任者は責任を明確化するとともに、(別表 2.3)に準じ報告・対策を講じること。

(10)教育研修の実施

10-1 職員に対して、個人情報保護に関する教育研修を少なくとも年1回実施し、周知徹底に努めることとする。

(11)雑則

11-1 院内規則の見直し

この「院内規則」は、制定後少なくとも2年毎に一度見直すものとする。

平成17年4月1日 施行
令和4年4月1日 更新
令和6年4月1日 更新
令和7年4月1日 更新