

個人情報管理規程

独立行政法人地域医療機能推進機構若狭高浜病院

1 基本理念

(1) 院内規程の目的

当院の全職員は、この「院内規程」及び「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。

(2) 守秘義務

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 用語の定義

(1) 用語の定義

この「院内規程」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、それらに基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（両者とも電子データ含む）等の一切。

当院で取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、助産録、看護記録、紹介状、処方箋の控

えなど。(電子データも含む)

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、匿名化したとは言わない。

④ 職員

当院の業務に従事する者で、常勤職員のほか、非常勤職員、嘱託職員、派遣職員、臨時職員等、全てとする。

当院と業務委託契約を締結する事業者には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「院内規程」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。電子データの場合は出力したものを交付する。

3 個人情報の取得

(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、初診時に通常の診察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、院内掲示をもって代えることができる。

(2) 利用目的の変更

上記(1)の手順に従って一旦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知らし、または院内掲示等により公表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等

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、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。

② 診療記録等の利用時の注意

患者の診察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するものとする。

③ 診療記録等の修正

一旦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。

④ 診療記録等の院外持ち出し禁止

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、例外として職務遂行上やむを得ず持ち出す場合には、院長の許可を得ることとする。

⑤ 診療記録等の廃棄

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) 電子カルテに保存されている診療記録等

① 電子カルテ仕様の三原則（真正性、見読性、保存性）は常に遵守し、コンピュータ情報のセキュリティの確保診療記録等を電子媒体で保存する場合は、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とアクセスログを登録し確認出来るようにする。

また、通信回線等を経由しての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 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、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。

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、医務局長の許可、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や診療記録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

① 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特定した利用目的の達成に必要な範囲を越えて、患者の個人情報を取扱ってはならない。

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

うる範囲内で、可能な限り匿名化するものとする。

5 個人情報 の 第三者 への 提供

(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、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。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。

(2) 患者本人の同意を必要としない第三者提供

個人情報の保護に関する法律第23条の規定により、以下の場合には、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、報告義務等に基づく場合
- 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

6 個人情報 の 本人 への 開示 と 訂正

(1) 個人情報保護の理念に基づく開示請求

当院の患者は、当院が保有する自己の個人情報について、書面に基づいて開示を請求することができる。

患者から自己の個人情報の開示を求められた場合には、地

域医療連携・相談室運営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10日以内に、書面により請求者に回答するものとする。

(2) 診療記録等の開示を拒みうる場合

上記(1)の規定に基づく協議において、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、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恐れがある場合
- ③ 開示することが法令に違反する場合

(3) 診療記録等の開示を求めうる者

当院の規定に基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) 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じる場合には、開示する記録の内容、範囲、請求者と患者本人との関係等につき、患者本人に対して確認のための説明を行うものとする。

(5) 内容の訂正・追加・削除請求

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。

患者から訂正等の請求を受けた際には、委員会において協議のうえ、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) 診療記録等の訂正等を拒みうる場合

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、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

(7) 訂正等の方法

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。電子カルテの記載についても同様。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。

(8) 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。患者から利用停止等の請求を受けた際には委員会において協議のうえ、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。

7 苦情・相談等への対応

(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、原則として地域医療連携相談室で対応するものとする。

8 個人情報 の 漏えい等 の 報告

(1) 報告の義務化

個人情報 の 漏えい等が発生し、個人の権利利益を害するおそれが大きい場合は、委員会への報告及び本人への通知を義務化する。

(2) 漏えい等の類型は以下のとおりとする。

- ① 要配慮個人情報の漏えい等
- ② 財産的被害のおそれがある漏えい等
- ③ 不正の目的によるおそれがある漏えい等
- ④ 1,000 件を超える漏えい等

(3) 漏えい等の報告期限

報告期限は速報と確報の二段階で行うこととする。

- ① 速報：報告対象の事態を知ってから「速やかに」
概ね 3～5 日以内
- ② 確報：報告対象の事態を知ってから 30 日以内
(不正の目的によるおそれがある場合 60 日以内)

9 個人情報管理委員会の設置

個人情報 の 取扱いに関し、患者の権利や利益に十分な配慮がなされているか等を審査するとともに、具体的な対策を講じ、方針の決定を行うために、個人情報管理委員会を設置するものとする。

10 懲戒

(1) 職員が、法令及びこの院内規程に違反したときは、情状に応じてこれを懲戒するものとする。

(2) 懲戒処分の種類及び懲戒の手続等については、当院の就業
規程（第八章懲戒）に準じて行うものとする。

11 雑則

この「院内規程」は、制定後少なくとも2年毎に一回見直すものとする。

附則

この規程は平成16年4月1日平成17年4月1日から施行する

平成19年4月改訂無し

平成21年4月改訂無し

平成23年4月改訂無し

平成25年6月一部改訂 電子カルテ導入による内容変更

平成26年4月一部改訂 JCHO本部規程に準拠

平成28年3月一部改訂

平成30年9月改訂無し

令和元年4月改訂無し

令和2年4月改訂無し

令和4年6月一部改訂

令和7年4月一部改訂