

診療に関する個人情報の取扱い規定

医療法人社団博翔会
五香病院

1 総 則

1-1 本方針の目的

五香病院（以下、「当院」という）は、患者、受診者等（以下、「患者」という）の診療に関する個人情報の保護に努め、それらの個人情報の適切な収集、管理、利用が図られるための基準として、本指針を制定する。

1-2 「診療情報の提供に関する指針」と関係

本指針の適用を受ける当院では、診療に関する個人情報の開示に際しては、日本医師会「診療情報の提供に関する指針」ならびに厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」も適用されるものとする。

1-3 厚生労働省ガイドライン等の遵守

本指針の運用に関しては、個人情報保護法、関係法令等の規定に従うほか、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」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等、関連するガイドライン、指針等も遵守するものとする。

1-4 用語定義

本指針で用いる主な用語の定義は、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出来る情報のすべて。

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、それらに基づいて医療従事者がなした診断・評価・観察等までをも含む。

(2) 診療記録等

診療の過程で患者の身体状況、症状、治療等についての作成または収集された書面、画像等の一切。

診療記録、手術記録、麻酔記録、各検査記録、検査成績、エックス線写真、助産録、看護記録、紹介状、処方箋の控え等を含む。

(3) 従事者

当院の業務に従事するすべての者。役員、正職員のほか、派遣職員、嘱託職員、パート職員などを含み、雇用形態や職種を問わない。

(4) 開示

患者本人または別に定める代理人からの求めに応じて、当院が保有する当該患者に関する個人情報の内容を請求者に対して書面で示すこと。

書面または画像として記録されている情報を開示する場合には、原則としてそのコピーを交付する。

1-5 守秘義務

当院の業務に従事する者は、その職種の如何を問わず、従事者として業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。

1-6 委託先の監督

1 当院は、自己が所有する個人情報の処理の全部または一部を他の者に委託する場合には、その個人情報が安全に取り扱われるよう、必要かつ適切な監督をしなくては行けない。

2 個人情報の取得

2-1 利用目的の通知

当院は、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内での利用目的、第三者提供の内容を通知する場合には、「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」に準じた掲示物を院内の見やすい場所に掲示することで代えることができる。

2-2 利用目的の変更

当院は、前項によりいったん特定し本人に通知した利用目的を後に変更する場合には、変更後の利用目的を患者に対して通知し、または院内に掲示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に留意しなくてはならない。

3 診療記録等の取扱いと保管、利用

(1) 紙媒体により保存されている診療記録等

3-1 診療記録等の保管

当院は、診療記録等を適切かつ安全に管理するため、毎日の業務終了後に、診療記録等が所定の保管場所に収納されるよう従業者に徹底するなど、滅失・毀損・盗難等を防止するに足る適切な処置を講じなくてはならない。

3-2 診療記録等の利用

当院は、患者の診療は事務作業などのために、従業者が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配慮するとともに、記録の内容が他の患者などを含む外部者等の目に触れることのないよう適切な処置を講じなくてはならない。

3-3 診療記録等の修正

当院は、いったん作成した診療記録を後から書き改める場合には、もとの記載を判別しうよう二重線で抹消し、修正箇所に日付および修正者の陰を押印するなど、修正事実が客観的に明らかとなるよう、適切な処置を講じなくてはならない。

3-4 診療記録等の院外持ち出し禁止

当院は、従業者が患者の診療記録等を院外に持ち出すことを原則として禁止するものとする。ただし、従業者が職務遂行上やむを得ず持ち出す必要がある場合には、該当従事者は特別に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要するなど、厳重な管理を徹底するものとする。

当院は、診療記録等の院外への持ち出しおよび返却について、日時・利用者・持ち出しの目的等を記録し、一定期間保管する処置を講ずることが望ましい。

3-5 目的外利用の禁止

当院では、以下の各号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【2-1】で特定した利用目的の達成に必要な範囲を超えて、診療録等の個人情報を取り扱ってはならない。

- 1) 法令に基づく場合
- 2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- 3) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意をえることが困難であるとき。
- 4) 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより該当事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

3-6 匿名化による利用

当院は、診療録等に含まれる情報を個人識別の必要のない目的で利用する場合には、その利用目的を達成しうる範囲で、可能な限り匿名化するものとする。

3-7 診療記録等の廃棄

当院は、診療記録等を法定の保存年限または、それ以上の独自に定めた保存年限を経過して、廃棄処分する場合には、裁断または溶解など、情報の復元が不可能となる方法を用いて、確実に処理しなくてはならない。

保管する診療記録等につき、安全かつ継続的な保管を困難とする特別の事由が生じた場合には、当院の管理者またはその職務代行者は、該当診療記録等の取扱いについて、すみやかに所管の保健所等と協議するものとする。

(2) 電子媒体により保管されている診療記録等

3-8 コンピュータ情報セキュリティの確保

当院は、診療記録等をコンピュータを用いて保存する場合には、原則として ID やパスワードのよる認証およびアクセス制限を実施するなどデータの盗難・滅失・毀損等の防止のためコンピュータの利用実態の応じた適切な安全管理処置を講ずるものとする。また、

通信回線等を経由しての情報流出、外部からの不正侵入等についても被害を防ぐための厳重な措置を講ずるものとする。

3-9 コンピュータ操作時における注意

当院は、従業者以外の者が立ち入る場所、またはその近くにおいて従業者がコンピュータ上の診療記録等を利用する際には、ディスプレイ画面等を通じて患者の個人情報外部者の目に触れることのないよう適切な措置を講ずるものとする。

3-10 データバックアップの取扱

当院は、コンピュータに格納された診療記録等について、機械的な故障等により情報が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じておくものとする。また、バックアップファイルおよび記録媒体の取扱い、保管については、各部署に責任者を配置して管理させるなど、厳重に取扱うものとする。

3-11 データ複製の禁止

当院は、前項に基づきバックアップを作成する場合を除いて、コンピュータ等に格納された診療記録等の全部または一部を従業者が他のコンピュータ（私物を含む）または記録媒体等に複写することを業務、研究目的を問わず原則として禁止するものとする。ただし、職務遂行上やむを得ずデータを複製する場合には、あらかじめ定めた手順に従い、厳重な管理のもとに許可することができるものとする。

3-12 データの印刷

当院は、コンピュータ等に電子的に保管された診療記録等を印字した紙片の管理、保存、廃棄等については、紙媒体の診療記録等と同様に厳重な取扱いをするものとする。

3-13 紙媒体記録に関する規定の準用

電子的に保管されている診療記録等の取扱いについては、【3-1】ないし【3-7】の規定の趣旨も参酌して準用するものとする。

4 個人情報の第三者への提供

4-1 患者本人の同意に基づく第三者提供

当院は、患者の個人情報を第三者に提供する際には【2-1】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。

下記のような場合は、本人の同意の必要があり、同意書の提出が必要である。

1) 民間保険会社からの照会

患者が民間の生命保険に加入しようとする場合、生命保険会社から患者の健康状態等について照会があった場合、患者の同意を得ずに患者の現在の健康状態や既往歴等を回答してはならない。

交通事故によるけがの治療を行っている患者に関して、保険会社から損害保険金の支払いの審査のために必要であるとして症状に関する照会があった場合、患

者の同意を得ずに患者の症状等を回答してはならない。

2) 職場からの照会

職場の上司等から、社員の病状に関する問合せや、休職中の社員の職場復帰の見込みに関する問合せがあった場合、患者の同意を得ずに患者の病状や回復の見込み等を回答してはならない。

3) 学校からの照会

学校の教職員等から、児童・生徒の健康状態に関する問合せや、休学中の児童・生徒の復学の見込みに関する問合せがあった場合、患者の同意を得ずに患者の健康状態や回復の見込み等を回答してはならない。

4) マーケティング等を目的とする会社等からの照会

健康食品の販売を目的とする会社から、高血圧の患者の存在の有無について照会された場合や要件に該当する患者を紹介して欲しい旨の依頼があった場合、患者の同意を得ずに患者の有無や該当する患者の氏名・住所等を回答してはならない。

4-2 患者本人の同意を必要としない第三者提供

当院は、前項の規定にかかわらず以下の場合には、本人の同意を得ることなく個人情報を第三者へ提供することができる。

1) 法令に基づく場合

2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

3) 公衆衛生の向上又は、児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって本人の同意を得ることが困難であるとき

4) その他、法令にもとづいて国、地方公共団体に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

4-3 第三者提供の停止請求

当院は、患者本人（患者本人の代理人を含む。以下同じ）から、自己の診療情報が、前二項の規定に反して本人の同意なく第三者に提供されているという理由により、第三者提供の停止を求められた場合には、院内の会議で協議のうえ、これに応ずるか否かを決定し、原則として第三者提供停止の請求を受けた時から二週間以内に請求者に対して書面で回答するものとする。

5 個人情報の本人への開示と訂正。利用停止等

5-1 個人情報保護の理念に基づく開示

当院は、自己が保有する患者の個人情報について、患者またはその正当な代理人から開示の求めを受けた場合には、あらかじめ定めた手続きにしたがいすみやかに開示の可否を検討し、開示しない場合はその結果を書面にて回答するものとする。

5-2 診療記録等の開示を拒みうる場合

当院は、【5-1】の規定に基づく検討において、患者から個人情報開示の求めが以下のいずれかの事由に該当すると判断した場合には開示を拒む事が出来る。

- 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おそれがある場合
- 2) 当院の業務の適正な実施に著しく支障を及ぼすおそれがある場合
- 3) 開示することが他の法令に違反する場合

5-3 診療記録等の開示を求める者

当院は、下記の者から患者本人の診療記録等の開示を求められた場合には、原則としてこれに応ずるものとする。

- 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託を受けた代理人
- ※ 本人及びその代理人の確認方法（運転免許証・パスポート・保険証等の一つ又は複数をもって確認する）

5-4 代理人からの請求に対する開示

当院は、代理人などの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等につき患者本人に対して確認するものとする。

5-5 内容の訂正・追加・削除請求

当院は、患者本人（患者本人の代理人を含む。以下同じ）から、自己の診療記録等に含まれる個人情報について、内容が事実と異なることを理由として、訂正・追加・削除（以下、「訂正等」という）を求められた場合には、院内の会議で協議のうえこれに応ずるか否かを決定し速やかに請求者に対して書面で回答するものとする。

5-6 診療記録等の訂正を拒みうる場合

当院は、【5-5】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場合には、訂正等を拒むことが出来る。

- 1) 該当情報の理由目的からみて訂正等が必要でない場合
- 2) 該当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

5-7 訂正等の方法

当院は、【5-5】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該当箇所を二重線等で抹消し新しい記載の挿入を明示し、あわせて訂正等をおこなった日時、事由等を付記しておくものとする。【5-6】の規

定にもとづいて、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。

5-8 利用停止等の請求

当院は、あらかじめ定められた利用目的の範囲を超えて取り扱われている理由、または不正な手段で取得されたという理由によって、該当患者からの個人情報利用停止または消去（以下「利用停止」という）を求められた場合は、院内の会議で協議のうえ、利用停止等の求めに応じるか否かを決定し、すみやかに書面により請求者に回答するものとする。

5-9 「診療情報の提供に関する指針」に基づく開示

当院は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「診療情報提供に関する指針」等に基いて対応するものとする。

6 診療情報提供委員会の設置

6-1 委員会の設置

五香病院は、4（個人情報の第三者への提供）、5（個人情報の本人への開示と訂正、利用停止等）に関する事項を審議するため、院内に診療情報委員会を設置するものとする。そして、診療情報提供委員会は、「個人情報保護に関する委員会」内にて運営をおこなうこととする。

6-2 委員会構成組織

委員会は、副院長、事務長、看護部長、その他、院長が指名するものにより組織する。

6-3 委員の資格等

委員会は、申出資格の適否、診療情報提供の可否、提供の範囲等について調査し意見を述べるものとする。

7 費用の負担

7-1 費用の負担

診療情報の提供に際し、規定により写しの交付を受ける者は該当写しの作成に要する費用を負担しなければならない。

7-2 費用に関する額

- ・前項の写しの作成に要する費用は、実費相当額とし、用紙1枚につき20円/税込とする。
- ・フィルム類の写しの作成に要する費用は、実費相当額とし、CD・DVD等の電子媒体

1枚につき1100円/税込とする。

8 苦情・相談への対応

8-1 窓口機能の設置

当院は、診療情報の提供を含む個人情報の取扱い全般について、患者が苦情・相談を申し出ることのできる窓口機能を備え受付体制について患者に周知しなくてはならない。医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第9条の23第3号の規定に基づき、患者相談窓口（以下「窓口」という。）を置く。

8-2 窓口機能の目的

窓口は、病院における患者等の医療の安全に関する苦情・相談に迅速に対応することを目的とする。

8-3 検討委員会の設置

当院は、患者から受け付けた苦情・相談が、窓口における対応だけでは解決困難な場合には、別途、安全対策管理委員会において審議するなど、解決に向けて誠意ある対応をするよう努めなくてはならない。

8-4 責任者及び担当者

苦情処理の責任主体を明確にするため、院内に苦情処理統括責任者を置く。
苦情処理統括責任者は、病院長から指名され担当とする。

8-5 設置場所・受付時間

設置場所・受付時間に関しては、患者相談窓口規程に準ずる。

8-6 医師会・行政の相談窓口との連携

当院は、患者から受け付けた苦情・相談が院内での対応によってはきわめて解決困難であると判断した場合には、患者に対して所在地を所管する都道府県医師会または郡市区医師会の「診療に関する相談窓口」、行政が設置する相談窓口等を案内し、もしくは当院自ら相談するものとする。

9 漏えい等の安全確保上の問題への対応

9-1 事案の報告及び再発防止処置

院内において個人情報が漏洩した場合は直ちに当該部署の個人情報担当者へ報告しなければならない。

報告を受けた個人情報担当者は、速やかに個人情報管理責任者へ報告しなければならない。個人情報管理責任者は事実関係を把握した後、別に定める個人情報保護推進委員会内の緊急連絡網（夜間・休日・緊急連絡体制）により、全個人情報担当者へ報告しなければならない（夜間、休日を含む）。

個人情報管理責任者は二次被害防止対策のため、全個人情報担当者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。

個人情報管理責任者は漏洩した個人情報の種類、情報量、内容により、市役所、保健所、県庁、厚生労働省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。また、記者会見を執り行うかについては、理事長、専務を含めた個人情報保護推進委員会を臨時で開催し「可能な限り事実関係を公表する」こととする。

再発防止対策の構築のため、所属長は、被害の拡大防止又は復旧等のために必要な措置を講じ、事案の発生した経緯・被害状況等を調査し、個人情報管理責任者（以後、管理責任者という）に報告しなければならない。また、特に重大と認める事案が発生した場合には直ちに病院長に当該事案の内容等について報告しなければならない。

管理責任者は、事案の発生した原因を分析し、再発防止のために必要な措置を講じなければならない。

9-2 行政等への公表等手順について

病院長は、事案の内容や影響等に応じて事実関係及び再発防止策の公表、該当事案に係る本人への対応等の措置を講じなければならない。

保有個人情報の漏えい等安全確保の上で問題となる事案が発生した場合は、二次被害防止、類似事案の発生回避等の観点から、個人情報保護に配慮しつつ、可能な限り事実関係を公表するとともに、都道府県の所管課等に速やかに報告を行う。

報告内容は、漏えい等の事案が生じた年月日、事案の概要（経過）、漏えいがあった個人データの種類・件数・媒体、被害者への対応状況、二次被害の状況（可能性）、再発防止策等を報告する。

9-3 緊急時の対応等

1) 緊急対応事項発生時の報告

個人情報の不適正な取扱いまたは漏えい等の問題が発生した場合、取扱者・発見者は業務責任者(所属長)に報告しなければならない。

2) 業務責任者(所属長)は、個人情報の不適正な取扱いまたは漏えい等の問題の報告があったときには個人情報保護担当者に報告しなければならない。 必要に応じ（別紙「夜間・休日緊急連絡体制」）各責任者に連絡をする。

3) 個人情報保護管理者は、必要に応じ緊急対応策を取る為に以下の措置をとる。

- ・個人情報委員会に危機管理本部を設置する。
- ・危機管理本部は、危機発生時に病院長が本部長として危機管理業務にあたる。
- ・危機管理本部は、個人情報にかかる漏えい事故等の緊急対応(以下、「緊急対応業務」という)に関して院長を補佐する。
- ・緊急時には、情報の収集と伝達を迅速に行い、遅延なく意思決定と指揮命令を実施しなければならない。危機管理本部は、個人情報にかかる漏えい事故等の緊急対応(以下、「緊急対応業務」という)に関して院長を補佐する。

1 0 雑則

1 0-1 教育研修

管理責任者は、保有個人情報の取扱いに従事する職員に対し、保有個人情報の取扱いについて理解を深め、個人情報の保護に関する意識の高揚を図るための啓発その他の必要な教育研修を行うものとする。

1 0-2 指導監督

病院長は、保有個人情報の適切な管理について必要があると認めるときには、管理責任者に対して保有個人情報の状況について報告を求め、又は監査を行うことができる。

1 0-3 点検

管理責任者は、必要の応じ自ら管理責任者を有する保有個人情報の記録媒体、処理経路、保管方法等について点検を行い、必要があると認めるときはその結果を病院長に報告するものとする。

1 0-4 評価及び見直し

管理責任者は、保有個人情報の適切な管理のため、前条の点検結果等を踏まえ、実効性等の観点から保有個人情報の記録媒体、処理経路、保管方法等を評価し、必要があると認めるときは、職員への教育研修の実施及び業務改善等を行うものとする。

1. この指針は、制定の日から1年を超えない範囲において別の定める日から施行する。
2. この指針は、施行日以後に医療機関が保管し、又は取扱い個人情報および診療既得等について適用する。ただし【5-8】(利用停止等の請求)の規定は、施行以後に利用目的が特定され、又は取得された個人情報、診療記録等について適用する。
3. 五香病院は、この指針を医療提供ならびに個人情報保護をとりまく社会環境の変化に適切に対応させるため、定期的にその内容を見直す。ただし、必要があるときには何時でも適宜、検討することができる。

附則

この指針は、平成19年 1月 1日から施行する。

附則

この指針は、平成19年 6月 1日に改定

附則

この指針は、平成28年 8月 1日に改定

附則

この指針は、令和 5年 4月 1日に改定