

医療法人社団三医会 個人情報保護規定

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」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」にもとづき、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。

1-2 他の院内規則等との関係

当院における患者の個人情報の取り扱いに際しては、この院内規則のほか、当院の「診療情報開示要領」も適用されるものとする。

診療情報の提供について疑義がある場合には前段に、挙げた規定のほか、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」も参照するものとする。

1-3 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。

すべての職員は、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11参照）

2 用語の定義

2-1 用語の定義

この「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

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。

個人識別符号が含まれるもの。

（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む）

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、評価・観察等までをも含む。

(2) 要配慮個人情報

本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして 政令で定める記述等が含まれる個人情報をいう。

(3) 特定個人情報

個人番号をその内容に含む個人情報をいう。

(4) 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、助産録、看護記録、紹介状、処方せんの控えなど。

(5) 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。

(6) 統括管理責任者

個人情報保護計画の策定、実施、評価、改善等の個人情報保護のための業務について、統括的責任と権限を有する者をいう。

(7) 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、臨時職員等を含む。

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「院内規則」に準じた取り扱いを定め、管理するものとする。

(8) 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。

3 個人情報の取得

3-1 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、書式1による院内掲示および外来初診受付において書式2による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」参照）。

3-2 利用目的の変更

前項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（書式3および書式4参照）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。

4 診療記録等の取り扱いと保管

(1) 紙媒体により保存されている診療記録等

4-1 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。

4-2 診療記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。

4-3 診療記録等の修正

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、訂正箇所に日付およ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。

4-4 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なくてはならない。

所属長は、所管する診療記録等の院外持ち出しおよび返却に関して、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。

4-5 診療記録等の廃棄

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。

また、当院で保管中の診察記録等につき、安全かつ継続的な保管が困難な特別の事由が生じた場合には、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記録等

4-6 コンピュータ情報のセキュリティの確保

診療記録等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。

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の個人情報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。

4-7 データバックアップの取り扱い

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または見読不能となることのないよう、各部署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および記録媒体の取り扱い、保管は、各部署管理責任者の管理のもとに厳重に取り扱うものとする。

4-8 データのコピ利用の禁止

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、所属長の許可、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、複写した情報の利用が完了したときは、速やかに当該複写情報を記録媒体等から消去するものとする。

4-9 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くてはならない。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くてはならない。

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記録等の取り扱いについては【4-1】ないし【4-5】の規定の趣旨も参酌して準用するものとする。

4-11 設備に関する安全管理措置

4-11-①業務履行場所

個人情報を取扱う「業務履行場所」の退出時、当該「業務履行場所」は必ず施錠するものとする。

4-11-②個人情報の保管

個人情報が記載または収録された媒体等を保管する場合は、施錠可能な保管場所へ保管すること。

4-11-③鍵の管理

上記①～②に係わる鍵の管理は、当該部署の部署管理責任者が適切に管理・保管すること。

(3) 診療および請求事務以外での診療記録等の利用

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得ないで【3-1】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り扱ってはならない。

4-12 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、【3-1】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。

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。

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、当院が保有する自白の個人情報について、書式5の書面にもとづいて開示を請求することができる。

病院長は、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、開示請求を受けた時から原則として10日以内に、書式6-1または書式6-2の書面により、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。

6-2 診療記録等の開示を拒みうる場合

【6-1】の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、病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 診療記録等の開示を求めうる者

当院の規定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

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、書式7の書面により訂正・追加・削除(以下、訂正等)というべき旨を申し出ることができる。

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、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、書式8-1または書式8-2の書面により請求者に対して回答するものとする。

6-6 診療記録等の訂正等を拒みうる場合

【6-5】の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

【6-5】および【6-6】の規定にもとづいて診療記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の個人情報利用の停止、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、書式9の書面によりその旨を申し出ることができる。

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、請求を受けた時から原則として1週間以内に、書式10-1または書式10-2の書面により請求者に対し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』にもとづく開示

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「診療情報の提供に関する規定」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。

7点検・監査

7-1点検

個人情報の取扱状況の点検を行うための点検責任者(部署管理責任者)が、定期的に取り扱・管理状況が不適切な取扱が無い点検を行う。

7-2監査

7-1点検で行われる点検状況ならびに個人情報の取扱が当院の個人情報保護規定に従い適切に行われているか、当該部署以外の部署管理責任者が定期的に監査を行い、その結果を個人情報保護委員会へ報告し改善すべき項目に関しては速やかに改善方法を検討し指導するものとする。

8教育

8-1採用時教育

新規採用時に個人情報の教育を行う。

8-2既存従業者

既存従業者に対して、年一回個人情報保護教育・訓練を行う。

9 苦情・相談等への対応

9-1 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「個人情報相談窓口」で対応するものとする。

9-2 個人情報保護委員会

【9-1】による対応が困難な事例については、病院長直轄の「個人情報保護委員会」で対応を協議するものとする。本検討委員会の開催は、年4回(4月、7月、10月、1月)を定例とするほか、必要に応じて病院長が招集するものとする。

9-3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

【9-1】により受け付けた患者からの苦情・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。

10 事故

個人情報漏洩事故発生時の報告体制について

別紙「情報漏洩時事故発生 報告体制」フローチャートを参照。

□個人情報漏えい事故発生時対応

【1】 発見・報告におけるポイント

情報漏えい対応においては、事実確認と情報の一元管理が重要です。

情報漏えいを発見したり、外部から連絡を受けたら、口頭ではなく、

以下のような情報共有シートに必要な事項を記入することで、正確な報告を行いましょう。

□報告事項

- ・ 報告者氏名/所属
- ・ 情報漏えい判明日時 (報告日時)
- ・ 情報漏えい発生日時
- ・ 情報漏えい内容
- ・ 想定される原因
- ・ 対応状況
 - ・ 法人内報告済み事項
 - ・ 法人外報告済み事項

【2】 通知・報告・公表等におけるポイント

(1) 情報漏えいに関する公表の考え方

透明性・開示の原則から、発生した情報漏えいについてなるべく早く公表を行うことを考えます。

個人情報が漏えいした場合は、本人にその事実を知らせお詫びするとともに、詐欺や迷惑行為などの被害にあわないよう注意喚起します。また個人情報漏えい以外の場合でも最初に関係者への通知を考えます。個人情報漏えいの被害者や関係者に通知し意向を確認した上で、一般に公表が必要と判断される場合は、ホームページでの掲載、記者発表などを行います。

公表にあたっては、まず報道機関との窓口を一本化し対外的な情報に不整合が生じないようにします。ホームページのトップページまたはトップページからリンクする形で、下に示す公表用資料の内容を掲載します。記者発表を行う場合は報道機関等に FAX で情報を送付します。取材につ

いては電話ではなく、なるべく対面での対応とし、2～3件以上の取材申し込みが来た段階で記者会見の開催を検討します。

取材、記者会見の対応においては記者の背後には多数の読者、視聴者がいることを意識します。公表用資料の他に事実関係を説明する資料を準備し正確な情報が伝わるよう配慮します。記者会見に臨むにあたっては想定問答集を作成するなどして、事前練習を行います。回答できない質問については、その場で無理に回答しようとせず、確認の上追って回答するようにします。

□公表用資料に含むべき項目（例）

- ・序文（発生した情報漏えいに関するお詫び、会社としての姿勢など）
- ・事故発生に関する状況報告
- ・事実経緯
- ・調査方法及び状況
- ・漏えいした情報の内容
- ・事故の被害内容（二次被害の影響含む）
- ・事故原因
- ・当面の対応策
- ・再発防止策
- ・問い合わせ窓口（事故に関する連絡先）

（2）警察への届出

紛失の場合は遺失届を、盗難の場合は盗難の被害届を、下記のような可能性のある場合は、警察へ被害届を行うことを検討します。

- (a) 従業員の内部犯行によって情報が漏えいしてしまった場合（背任、不正競争防止法違反等被疑事件）
- (b) 外部からの侵入等によって情報が漏えいしてしまった場合（不正アクセス禁止法違反被疑事件）
- (c) 漏えい情報に関して不正な金銭等の要求を受けた場合（恐喝・脅迫・強要等被疑事件）

（3）監督官庁への報告

個人情報情報が漏えいしてしまった場合は、業種別の監督官庁に対して報告を行わなければなりません。

① 東京都福祉保健局

〈第一報報告〉
”東京都福祉保健局
医療政策部医療安全課長宛”
TEL03-5320-4432
（報告）FAX03-5388-1442

□監督官庁への報告に含むべき項目（例）

- 事業者名
- 発覚日
- 事故原因
- 漏えいした情報の内容
- 事故の被害内容（二次被害の影響含む）
- 警察届出有無
- 個人への連絡
- 再発防止策

② 個人情報保護委員会

WEB報告

<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/leakAction/>

東京都千代田区霞が関3-2-1

霞が関コモンゲート西館34階

“個人情報保護委員会事務局

個人データ漏えい等報告窓口宛”

個人情報の事故（疑い）届出

速報 3~5 日以内に届出

続報 続報は随時

確定 30 日以内に届出

本人 被害者本人あて通知を行う

11 罰則

当院は、この規定に違反した職員に対して就業規則に基づき懲戒を行うことがある。

12 雑則

12-1 院内規則の見直し

この「院内規則」は、制定後少なくとも2年毎に一回見直すものとする。

(附則)

この規定は、

平成19年4月1日より施行する。

平成19年8月1日改定

平成22年8月1日改定

平成26年10月1日改定

平成29年6月1日改定

平成29年12月1日改定

令和2年10月1日改定

令和4年10月1日改定