

個人情報保護に関する院内規則

医療法人社団 美誠会
板橋宮本病院

1. 基本理念
 - 1-1 院内規則の目的
 - 1-2 他の院内規則等との関係
 - 1-3 守秘義務
2. 用語の定義
 - 2-1 用語の定義
3. 利用目的の特定・制限
 - 3-1 利用目的の特定
 - 3-2 利用目的による制限
4. 利用目的の通知・公表
 - 4-1 利用目的の通知・公表
 - 4-2 利用目的の変更・公表
5. 適正な取得
 - 5-1 個人情報の取得
 - 5-2 要配慮個人情報の取得
 - 5-3 取得に当たっての留意事項
6. データ内容の正確性の確保
7. 安全管理措置
 - 7-1 組織的安全管理措置・人的安全管理措置
 - 7-2 事務取扱責任者の責務
 - 7-3 事務取扱担当者の監督
 - 7-4 事務取扱担当者への責務
 - 7-5 教育・研修
 - 7-6 情報漏えい事案等への対応
 - 7-7 情報漏えい事案等の報告
 - 7-8 監査
 - 7-9 取扱い状況の確認並びに安全管理措置の見直し
8. 物的安全管理措置
 - 8-1 個人情報等を取り扱う区域の管理
 - 8-2 機器及び電子媒体等の盗難等の防止
 - 8-3 電子媒体等を持ち出す場合の漏えい等の防止
 - 8-4 廃棄・削除段階における物的安全管理措置
9. 技術的安全管理措置
 - 9-1 アクセス制御
 - 9-2 アクセス者の識別と認証
 - 9-3 外部からの不正アクセス等の防止
 - 9-4 情報漏えい等の防止

10. 委託先の監督
 - 10-1 監督義務
 - 10-2 業務を委託する場合の留意事項
11. 個人情報の第三者への提供
 - 11-1 患者本人の同意にもとづく第三者提供
 - 11-2 患者本人の同意を必要としない第三者提供
12. 個人情報の本人への開示と訂正
 - 12-1 個人情報保護の理念にもとづく開示請求
 - 12-2 診療記録等の開示を拒みうる場合
 - 12-3 診療記録等の開示を求めうる者
 - 12-4 代理人からの請求に対する開示
 - 12-5 内容の訂正・追加・削除請求
 - 12-6 診療記録等の訂正等を拒みうる場合
 - 12-7 訂正等の方法
 - 12-8 利用停止等の請求
 - 12-9 「診療情報の提供に関する指針」にもとづく開示
13. 診療記録等の取り扱い保管
 - (1) 紙媒体により保存されている診療記録等
 - 13-1 診療記録等の保管の際の注意
 - 13-2 診療記録等の利用時の注意
 - 13-3 診療記録等の修正
 - 13-4 診療記録等の院外持ち出しの禁止
 - 13-5 診療記録等の廃棄
 - (2) 電磁的に保存されている診療記録等
 - 13-6 コンピュータ情報のセキュリティの確保
 - 13-7 データバックアップの取り扱い
 - 13-8 データのコピー利用の禁止
 - 13-9 データのプリントアウト
 - 13-10 紙媒体記録に関する規定の準用
 - 13-11 パソコン等の廃棄
 - (3) 診療および請求事務以外での診療記録等の利用
 - 13-12 目的外利用の禁止
 - 13-13 匿名化による利用
14. 苦情・相談等への対応
 - 14-1 苦情・相談等への対応
 - 14-2 個人情報保護に関する検討委員会
 - 14-3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介
15. 雑則

- 15-1 施行日
- 15-2 改訂日
- 15-3 院内規則の見直し

様式集

- 書式1 当院における個人情報利用目的（院内掲示）
- 書式2（表） 利用目的に関するリーフレット（配布用）
（裏） 利用目的に関するリーフレット
- 書式3 個人情報の利用目的の変更（追加）通知
- 書式4 個人情報の利用目的変更（追加）諾否通知書
- 書式5 個人情報に関する開示請求書
- 書式6-1 個人情報の開示請求回答書（諾）
6-2 個人情報の開示請求回答書（否）
- 書式7 個人情報に関する訂正・追加・削除請求書
- 書式8-1 個人情報の訂正・追加・削除請求回答書（諾）
8-2 個人情報の訂正・追加・削除請求回答書（否）
- 書式9 個人情報に関する利用停止等請求書
- 書式10-1 個人情報の利用停止等請求回答書（諾）
10-2 個人情報の利用停止等請求回答書（否）
- 書式11 秘密保持に関する誓約書（職員用）
- 書式12 業務委託に際しての個人情報保護に関する確認書
- 別表1 当院における個人情報利用目的
- 別表2 個人情報開示手数料

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関しては、この院内規則のほか、当院の「診療情報の提供に関する規定」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他、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洩らしてはならない。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）

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、以下の通りとする。

(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事業者がなした診断・判断、評価・観察等までも含む。

(2) 個人識別符号

当該情報単体から特定の個人を識別できるものとして令に定められた文字、番号、記号その他の符号をいう。

(3) 要配慮個人情報

不当な差別や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法第2条第3項、令第2条及び規則第5条で定める記述等が含ま

れる個人情報をいう。

(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通り。

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) 職員

当院の業務に従事する者で、正社員のほか、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。

(7) 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. 利用目的の特定・制限

3-1 利用目的の特定

個人情報を取り扱うに当たっては、その利用の目的をできる限りとくしていなければならない。また、利用目的を変更する場合には、変更前の利用目的と関連性を有すると合理的に認められる範囲を超えて行ってはならない。

3-2 利用目的による制限

原則、あらかじめ本人の同意を得ないで、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。

4. 利用目的の通知・公表

4-1 利用目的の通知・公表

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、院内掲示および外来初診受付において説明文書を交付することをもって代えることができる。

4-2 利用目的の変更・公表

前項の手順に従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）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。

5. 適正な取得

5-1 個人情報の取得

偽りその他不正な手段により個人情報を取得してはならない。

5-2 要配慮個人情報の取得

原則、あらかじめ本人の同意を得ないで、要配慮個人情報を取得してはならない

5-3 取得に当たっての留意事項

診療等のために必要な過去の受診歴等については、真に必要な範囲について、本人から直接取得するほか、第三者提供について本人の同意を得た者から取得すること。ただし、本人以外の家族等から取得することが診療上やむを得ない場合はこの限りではない。

6. データ内容の正確性の確保

適切な医療サービスを提供するという利用目的の達成に必要な範囲内において、個人データを正確かつ最新の内容に保つよう努めなければならない。

7. 安全管理措置

7-1 組織的安全管理措置・人的安全管理措置

組織体制

- 1 当院は事務所を個人情報等を管理する責任部署とする。
- 2 当院は事務長を事務取扱責任者とする。
- 3 事務取扱担当者は事務長以外の経理・総務・医事課の職員を事務取扱担当者とする。

7-2 事務取扱責任者の責務

- 1 事務取扱責任者は、本規程に定められた事項を理解し、遵守するとともに、事務取扱担当者にこれを理解させ、遵守させるための教育訓練、安全対策の実施並びに周知徹底等の措置を実施する責任を負う。
- 2 事務取扱責任者は、次の業務を所管する。
 - ① 本規程及び委託先の選定基準の承認及び周知
 - ② 個人情報等の安全管理に関する教育・研修の企画
 - ③ その他当院全体における個人情報等の安全管理に関すること
 - ④ 個人情報等の利用申請の承認及び記録等の管理
 - ⑤ 管理区域及び取扱区域の設定
 - ⑥ 個人情報等の取扱区分及び権限についての設定及び変更の管理
 - ⑦ 個人情報等の取扱状況の把握
 - ⑧ 委託先における個人情報等の取扱状況等の監督
 - ⑨ 個人情報等の安全管理に関する教育・研修の実施
 - ⑩ その他当院における個人情報等の安全管理に関すること

7-3 事務取扱担当者の監督

事務取扱責任者は、個人情報等が本規程に基づき適正に取り扱われるよう、事務取扱担当者に対して必要かつ適切な監督を行うものとする。

7-4 事務取扱担当者の責務

- 1 事務取扱担当者は、個人情報等の「取得」、「保管」、「利用」、「提供」、「開示、訂正、利用停止」、「廃棄」又は委託処理等、個人情報等を取扱う業務に従事する際、個人情報保護法並びにその他の関連法令、本規程及びその他の院内規定並びに事務取扱責任者の指示した事項に従い、個人情報等の保護に十分な注意を払ってその業務を行うものとする。
- 2 事務取扱担当者は、個人情報等の漏えい等、個人情報保護法又はその他の関連法令、本規程又はその他の院内規定に違反している事実は兆候を把握した場合、速やかに事務取扱責任者に報告するものとする。

7-5 教育・研修

- 1 事務取扱責任者は、本規程に定められた事項を理解し、遵守するとともに、事務取扱担当者に本規程を遵守させるための教育訓練を企画・運営する責任を負う。
- 2 事務取扱担当者は、事務取扱責任者が主催する本規程を遵守させるための教育を受けなければならない。研修の内及びスケジュールは、事業年度毎に事務取扱責任者が定める。年に1回以上開催するものとする。

7-6 情報漏えい事案等への対応

- 1 事務取扱責任者は、個人情報等の漏えい、滅失又は毀損による事故（以下「漏えい事案等」という）が発生したことを知った場合又はその可能性が高いと判断した場合は、本規程に基づき、適切に対処するものとする。
- 2 事務取扱責任者は、理事長及び法人における法令遵守責任者（以下「法令遵守責任者」）と連携して漏えい事案等に対応する。
- 3 事務取扱責任者は、漏えい事案等が発生したと判断した場合は、その旨及び事実関係の調査結果を理事長に報告し、当該漏えい事案等の対象となった情報主体に対して、事実関係の通知、誠意の表明、原因関係の説明等を速やかに行うものとする。
- 4 事務取扱責任者は、漏えい事案等が発生した場合、行政に対して必要な報告を速やかに行う。
- 5 事務取扱責任者は、漏えい事案等が発生したと判断した場合は、情報漏えい等が発生した原因究明、影響範囲の特定を行い、再発防止に向けた対策を講じるものとする。
- 6 事務取扱責任者は、漏えい事案等が発生したと判断した場合は、その事実を本人に通知するとともに、必要に応じて公表する。
- 7 事務取扱責任者は、他社における漏えい事故等を踏まえ、類似事例の再発防止のために必要な措置の検討を行うものとする。
- 8 事務取扱責任者は、漏えい事案等への対応状況の記録を適宜分析するものとする。

7-7 情報漏えい事案等の報告

個人情報漏洩の事実が確認された時は、個人情報保護に関する検討委員会を通じて所定の書式（個人情報漏洩事故発生報告）にて志村警察署（03-3966-0110）、東京都福祉保健局 医療政策部 医療安全課（03-5320-4432）まで即時報告する事とする。

また、行政の「個人情報保護委員会」に報告も行う。

報告は「個人情報保護委員会」サイト内の「申請・手続・報告」より行う。

重大な事案については専用ダイヤル（03-6457-9685）に一報を行う。

また、対応手順については「情報漏洩 対応手順」を参照の事。

7-8 監査

法令遵守責任者は法人の特定個人情報等の適切な取扱いその他法令及び本規則の遵守状況について検証し、その改善を事務取扱責任者である者に促す。

7-9 取扱状況の確認並びに安全管理措置の見直し

- 1 事務取扱責任者は、定期的又は臨時に個人情報等の運用状況の記録及び個人情報ファイルの取扱状況の確認を実施しなければならない。
- 2 事務取扱責任者は、前項の確認の結果及び前条の監査の結果に基づき、安全管理措置の評価、見直し及び改善に取り組むものとする。

8. 物理的安全管理措置

8-1 個人情報等を取り扱う区域の管理

当院は管理区域及び取扱区域を明確にし、それぞれの区域に対して、次の各号に従い以下の措置を講じる。

① 管理区域

管理区域へ持ち込む機器及び電子媒体等の制限を行うものとする。

② 取扱区域

可能な限りは壁又は間仕切り等の設置をしたり、事務取扱担当者以外の者の往来が少ない場所への座席配置や、後ろから覗き見される可能性が低い場所への座席配置等をするなど座席配置を工夫するものとする。

8-2 機器及び電子媒体等の盗難等の防止

法人は管理区域及び取扱区域における特定個人情報等を取扱う機器、電子媒体及び書類等の盗難又は紛失等を防止するためには、次の各号に掲げる措置を講じる。

① 個人情報等を取扱う者は書類等（個人情報が含まれると思われる関連品）を、施錠出来るキャビネット・書庫・金庫等に保管する。

② 個人情報ファイルを取扱う情報システムが機器のみで運用されている場合は、セキュリティワイヤー等により固定する。

8-3 電子媒体等を持ち出す場合の漏えい等の防止

1 当院は個人情報等が記録された電子媒体又は書類等の持出し（個人情報等を、管理区域又は取扱区域の外へ移動させることをいい、事業所内での移動等も含まれる。）は、次に掲げる場合を除き禁止する。なお、「持出し」とは、個人情報等を、管理区域又は取扱区域の外へ移動させることをいい、事業所内での移動等も持出しに該当するものとする。

① 外部委託先に、委託業務を実施する上で必要と認められる範囲内でデータを提供する場合

② 行政機関等への法定調書の提出等、データ又は書類を提出する場合

2 前項により個人情報等が記録された電子媒体又は書類等の持出しを行う場合には、以下の安全策を講じるものとする。ただし、行政機関等に法定調書等をデータで提出するに当たっては、行政機関等が指定する提出方法に従うものとする。

(1) 個人情報等が記録された電子媒体を安全に持ち出す方法

① 持出しデータの暗号化

② 持出しデータのパスワードによる保護

③ 施錠できる搬送容器の使用

(2) 追跡可能な移送手段の利用

① 封緘、目隠しシールの貼付（各事務取扱担当者から他の事務取扱担当者に個人情報等が記載された書類等を移送する場合を含む。）

8-4 廃棄・削除段階における物理的安全管理措置

- 1 個人情報等の廃棄、削除段階における記録媒体等の管理は次のとおりとする。
 - ① 事務取扱担当者は、個人情報等が記録された書類等を廃棄する場合、シュレッダー等による記載内容が復元不能までの裁断、自施設又は外部の焼却場での焼却・溶解等の復元不可能な手段を用いるものとする。
 - ② 事務取扱担当者は、個人情報等が記載された機器及び電子媒体等を廃棄する場合、専用データ削除ソフトウェアの利用又は物理的な破壊等により、復元不可能な手段を用いるものとする。
 - ③ 事務取扱担当者は、容易に復元できない手段を用いるものとする。
 - ④ 個人情報等を取り扱う情報システムにおいては、当該関連する法定調書の法定保存期間経過後に個人情報を削除するよう情報システムを構築するものとする。
 - ⑤ 個人情報号が記載された書類等については、当該関連する法定調書の法定保存期間経過後に廃棄するものとする。
- 2 事務取扱担当者は、個人情報ファイルを削除した場合、又は電子媒体等を廃棄した場合には、削除又は廃棄した記録を保存するものとする。削除・廃棄の記録としては、個人情報ファイルの種類・名称、責任者・取扱部署、削除・廃棄状況を記録するものとし、個人情報自体は含めないものとする。

9. 技術的安全管理措置

9-1 アクセス制御

個人情報等へのアクセス制御は以下のとおりとする。

- ① 個人情報と紐付けてアクセスできる情報の範囲をアクセス制御により限定する。
- ② 個人情報ファイルを取り扱う情報システムを、アクセス制御により限定する。
- ③ ユーザーIDを付与するアクセス権により、個人情報ファイルを取り扱う情報システムを使用できる者を事務取扱担当者に限定する。

9-2 アクセス者の識別と認証

個人情報等を取り扱う情報システムは、ユーザーID、パスワード、磁気・ICカード等の識別方法により、事務取扱担当者が正当なアクセス権を有する者であることを、識別した結果に基づく認証するものとする。

9-3 外部からの不正アクセス等の防止

当院は、以下の各方法により、情報システムを外部からの不正アクセス又は不正ソフトウェアから保護するものとする。

- ① 情報システムと外部ネットワークとの接続箇所に、ファイアウォール等を設置し、不正アクセスを遮断する方法。
- ② 情報システム及び機器にセキュリティ対策ソフトウェア等（ウイルス対策ソフトウェア等）を導入する方法。

- ③ 導入したセキュリティ対策ソフトウェア等により、入出力データにおける不正ソフトウェアの有無を確認する方法。
- ④ 機器やソフトウェア等に標準装備されている自動更新機能等の活用により、ソフトウェア等を最新状態とする方法。
- ⑤ 個人情報ファイルの保管フォルダにアクセス権を設定し不正なアクセスの遮断。

9-4 情報漏えい等の防止

当院は、個人情報等をインターネット等により外部に送信する場合、通信経路における情報漏えい等及び情報システムに保存されている特定個人情報等の情報漏えい等を防止するものとする。

- ① 通信経路における情報漏えい等の防止策
通信経路の暗号化
- ② 情報システムに保存されている個人情報等の情報漏えい等の防止策
データの暗号化又はパスワードによる保護
- ③ 操作監視システムによる不正の予防。

10. 委託先の監督

10-1 監督義務

個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合は、その取扱いを委託された個人データの安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

10-2 業務を委託する場合の留意事項

- 1 個人情報を適切に取り扱っている事業者を委託先として選定すること。
- 2 契約に個人情報の適切な取扱いに関する内容を盛り込むこと。
(委託期間中のほか、委託終了後の個人データの取扱いも含める)
- 3 受託者が個人情報を適切に取り扱っていることを定期的を確認すること。
- 4 受託者の個人情報の取扱いに疑義が生じた場合には、説明を求め、必要に応じ改善を求める等適切な措置をとること。

11. 個人情報の第三者への提供

11-1 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、【4-1】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。

1 1 - 2 患者本人の同意を必要としない第三者提供

【1 1 - 1】の規定にもかかわらず、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出来る。

- (1) 法令上の届け出義務、報告義務にもとづく場合
主要な事例として「個人情報保護委員会 組織図」を参照。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のある患者につき、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

1 2. 個人情報の本人への開示と訂正

1 2 - 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、書面にもとづいて開示を請求することができる。(書式5)

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14日以内に書面(書式6)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。

1 2 - 2 診療記録等の開示を拒みうる場合

【1 2 - 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、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

1 2 - 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

1 2 - 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行うものとする。

1 2 - 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、書面（書式7）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。

院長は、訂正等の請求を受けた際は、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（書式8）により請求者に対して回答するものとする。

1 2 - 6 診療記録等の訂正等を拒みうる場合

【1 2 - 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と判断された場合には、院長は訂正等を拒むことが出来るものとする。

- (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は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

1 2 - 7 訂正の方法

【1 2 - 5】および【1 2 - 6】の規定にもと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。

1 2 - 8 利用停止の請求

患者が、当院の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）を希望する場合には、書面（書式9）によりその旨を申し出ることができる。

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週間以内に書面（書式10）により請求者に対して回答するものとする。

12-9 「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。

13. 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

13-1 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。

13-2 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。

13-3 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、もとの記載が判別出来るように二重線で抹消し、訂正箇所の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。

13-4 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。

13-5 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、当院で保管中の診療記録等につき、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、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

1 3 - 6 コンピュータ情報のセキュリティの確保

診療記録等を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、厳重な処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。

1 3 - 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したり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、各部署の責任者の管理のもとに厳重に取り扱うものとする。

1 3 - 8 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、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。

1 3 - 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。

1 3 - 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、【1 3 - 1】、【1 3 - 5】、【1 3 - 6】の規定の趣旨も参酌して準用するものとする。

1 3 - 1 1 パソコン等の廃棄

個人情報を記録したパソコン等を廃棄する時は、特別のソフトウェア等を使用して個人情報を消去、あるいは記録媒体を物理的に破壊すること。

(3) 診療および請求事務以外での診療記録等の利用

1 3 - 1 2 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超えて、患者の個人情報を取り扱ってはならない。

1 3 - 1 3 匿名化による利用

患者の診療記録等に含まれる情報を、診察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。

1 4. 苦情・相談等への対応

1 4 - 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」で対応するものとする。(個人情報保護方針)

1 4 - 2 個人情報保護に関する検討委員会

【1 4 - 1】による対応が困難な事例については、院長直轄の「個人情報保護に関する検討委員会」で対応を協議するものとする。本検討委員会の開催は、隔月一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。

1 4 - 3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

【1 4 - 1】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。

『患者の声相談窓口』

東京都福祉保健局医療政策部医療安全課内

TEL 03-5320-4435

15. 雑則

15-1 施行日

この「院内規則」は、2011年11月1日より施行する。

15-2 改訂日

2013年 7月 9日改訂（第2版）

2013年11月28日改訂（第3版）

2019年 9月 1日改訂（第4版）

2020年 2月 1日改訂（第5版）

15-3 院内規則の見直し

この「院内規則」は、制定後少なくとも2年毎に一回見直しするものとする。