

朝倉医師会病院 個人情報保護方針

(目的)

当院は、当院が取り扱う個人情報を適切に管理し、患者の権利・利益を保護するために、以下の方針を定める。本方針は、「個人情報の保護に関する法律」「同施行令」「医療・介護系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」に基づき策定したものであり、当院職員は、これに従い個人情報を保護しなければならない。

1-1 本方針の対象

この方針は、当院が保有する患者の個人情報を対象とする。

1-2 他の院内規則との関係

この個人情報保護方針は、当院の診療情報に関する諸規則にも適用される。

診療情報の提供について疑義がある場合には、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。

2 用語の定義

2-1 用語の定義

この「個人情報保護方針」で使う用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 個人情報 (改正個人情報保護法 第2条第1項)

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・観察等までをも含む。

(個人情報を以下に例示する)

診療録・処方箋・手術記録・看護記録・検査所見記録・放射線写真・紹介状・診療要約・剤録等の診療記録・検査目的で患者から採取された血液などの検体の情報・介護サービス提供にかかる計画・提供したサービスなどの記録・個人情報データベース等。

(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、画像等の一切。(個人情報例示参照)

(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、未だ匿名化は不十分である。

(4) 要配慮個人情報 (改正個人情報保護法 第2条第3項)

本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪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、その扱いに特に配慮を要するもの。

(5) 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、パート職員、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「院内規定」に準じた取扱いを定め、管理するものとする。

(6) 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 利用目的の収集

(1) 収集の原則

個人情報の収集は、当院内での利用目的を明確にし、その目的達成に必要な限度においてのみ行わなければならない。

(2) 個人情報の利用目的

朝倉医師会病院における個人情報の利用目的

① 病院内での利用

- ・患者に提供する医療サービス
- ・医療保険事務
- ・入退院等の病棟管理

- ・会計、経理
 - ・個人名での呼び出し及び病棟での個人名の表示
 - ・院内医療実習
 - ・院内症例研究
 - ・その他、患者に係る管理運営業務
- ② 院外への情報提供としての利用
- ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
 - ・他の医療機関からの照合への回答
 - ・外部の医療関係者の意見、助言の依頼
 - ・検体検査業務等の委託
 - ・患者、家族等への病状説明
 - ・保険事務委託
 - ・審査支払機関又は保険者レセプトの提出
 - ・審査支払期間又は保険者からの照合への回答
 - ・事業者等からの委託を受けた健康診断結果の通知
 - ・医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出
 - ・その他、保険医療事務に関する利用
- ③ その他の利用
- ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・学術研究の目的での利用
 - ・外部監査機関への情報提供

(3) 収集方法の制限

個人情報の収集は、適法かつ公正な手段で行わなければならない。なお、要配慮個人情報の取得は、原則として本人の同意が必要となる。

3-2 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、院内掲示等をもって代えることができる。

3-3 利用目的の変更

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 診療記録等の取扱いと保管

<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、元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。

<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

(医療情報システム運用管理規程 第6条第11項、第7条、第12条第3～10項、第15条、第16条明記)

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扱い

(医療情報システム運用管理規程 第19条明記)

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。

4-8 データのコピー利用の禁止

(医療情報システム運用管理規程 第12条第9～10項明記)

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、部門システム管理者の許可、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

(医療情報システム規程 第7条に明記)

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

(医療情報システム運用規程 第12条明記)

電磁的な保存がなされている診療記録等の取扱いについては【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。

<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

個人情報の利用については、あらかじめ患者本人の同意を得ることなく【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。
ただし、以下の法律の定める利用目的については、これを適用しない。

- (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であつて、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つて本人の同意を得ることが困難であるとき。
- (4) 国の機関も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つて、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

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。
い。

4-13 学術研究等の目的での利用

学術研究等の目的で個人情報を取り扱う場合は、医学分野の関連指針（人を対象とする
医学系研究に関する倫理指針、遺伝子治験等臨床研究に関する指針、ヒトゲノム・遺
伝子解析研究に関する倫理指針）に基づき、個人情報の匿名化、画像のマスキング等
を行い、朝倉医師会病院倫理委員会の承認を得るものとする。

5 個人情報の第三者への提供

5-1 患者本人の同意に基づく第三者への提供

患者の個人情報を第三者に提供する際には、【3-1】に基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
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) 法令上の届出義務、報告義務等に基づく場合。
ただし、これらの場合にも、でき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。
- (5) 死者の情報は、患者・利用者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重しつつ提供を行う。

6 個人情報の本人への開示と訂正

6-1 診療記録開示請求の手続き

当院の患者は、当院が保有する自己の個人情報について、「診療情報開示に関する指針」(別紙1)のもと、診療録開示の請求ができる。

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、副院長、主治医、看護部長、事務部長に開示可否の確認を得る。開示することに問題がある場合は、病院執行部会で協議を行い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、書面により請求者に回答するものとする。

6-2 診療記録の開示を拒みうる場合

【6-1】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、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 診察記録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。(別紙1)

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行うものとする。

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。

院長は、訂正等の請求を受けた際には、主治医、記録作成者、所属長へ確認を行い病院執行部会で協議のうえ、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。

6-6 診療記録等の訂正等を拒みうる場合

【6-5】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。

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、所属長が参加し、病院執行部会で協議のうえ、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。

6-9 「診療情報の提供に関する指針」に基づく開示

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

「診療情報開示に関する指針」および日本医師会「診療情報の提供に関する指針」に基づいて対応するものとする。

7 個人情報保護方針の周知

「個人情報に関する当院の基本方針」の策定

- (1) 個人情報の収集に関する事項
- (2) 個人情報の適正管理に関する事項
- (3) 個人情報の確認・修正等に関する事項
- (4) 法令等の順守と個人情報保護の仕組みの改善について

7-1 個人情報保護方針の周知・教育

委員会および病院管理者は、策定した「個人情報に関する当院の基本方針」を、職員へ周知し、継続的かつ定期的に教育を行う。

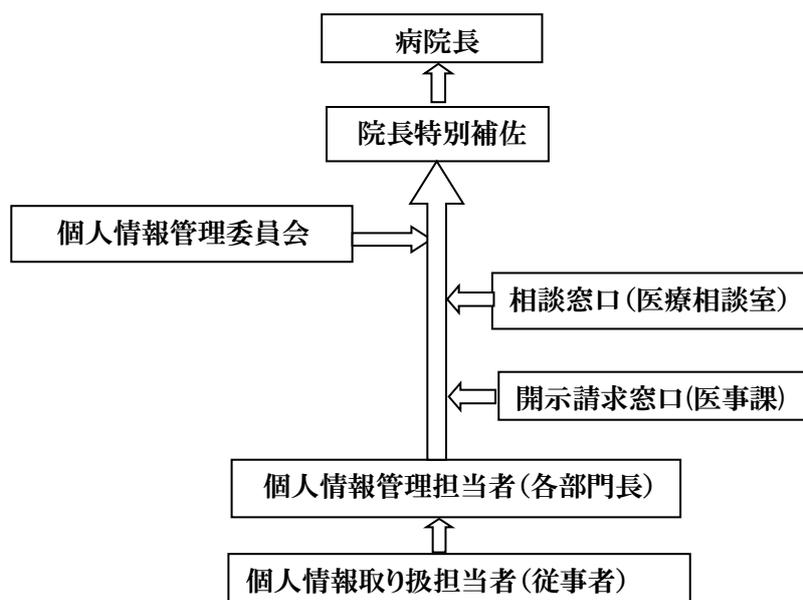
7-2 個人情報保護方針の公開

「個人情報に関する当院の基本方針」等の一般への公開は、朝倉医師会病院ホームページおよび施設内掲示などによる。

8 苦情・相談等への対応

8-1 苦情・相談等への対応

個人情報の取扱いに関する患者等からの苦情・相談等は、総合案内あるいは受付窓口で対応するものとする。



8-2 個人情報保護に関する検討について

【8-1】による対応が困難な事例については、病院執行部会で対応を協議するものとする。本委員会の開催は、必要に応じて院長が召集するものとする。

8-3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

【8-1】により受け付けた患者からの苦情・相談等については、院長の指示に基づき、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。

9 ホームページ運用に関する個人情報保護

朝倉医師会病院でのウェブサイトでは、利用者のプライバシーを尊重し、利用者の個人情報を大切に保護する法令を遵守し、「ホームページ運用管理規程」に基づき運用する。

10 安全管理上の問題への対応

10-1 事案の報告及び再発防止措置

保有個人情報の漏えい等安全管理の上で問題となる事案又は問題となる事案の発生のおそれを認識した場合に、その事案等を認識した職員等は、直ちに当該保有個人情報を管理する個人情報管理担当者へ報告するものとする。

個人情報管理担当者は、事案の発生した経緯、被害状況等を調査し、院長特別補佐及び病院長に報告する。ただし、特に重大と認める事案が発生した場合は、直ちに院長特別補佐及び病院長へ報告する。

10-2 法に基づく報告及び通知

漏えい等が生じた場合であって法の規定による委員会への報告及び本人への通知を要する場合は、前条と並行して速やかに所定の手続きを行うとともに、委員会による事案の把握等に協力するものとする。

10-3 公表等

法の規定による委員会の報告及び本人への通知を要しない場合であっても、事案の内容、影響等に応じて、事実関係及び再発防止策の公表、当該事案に係る保有個人情報の本人への連絡等の措置を講じるものとする。

11 雑則

11-1 院内規則の見直し

この「院内規則」は、必要に応じ適宜見直すものとする。

附 則

(施行期日)

この施行規則は、平成20年4月1日から施行する。

平成22年4月1日 改訂

平成24年4月1日 改訂

平成25年12月1日 改訂

平成26年5月1日 改訂

令和4年3月1日 改訂

令和5年5月31日改訂