

個人情報の保護に関する規程

那 須 北 病 院

(目 的)

第1条 この規程は、医療法人社団萌彰会那須北病院（以下当院という。）が保有する個人情報
の適正な取り扱いの確保に関し、必要な事項を定めることにより、患者個人の権利
利益の保護を図ることを目的とする。

(責 務)

第2条 当院は、個人情報の保護の重要性を認識するとともに、個人情報の取り扱いに当た
っては、「個人情報の保護に関する法律」、「同施行令」及び厚生労働者が策定した「医
療・介護関係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」の趣
旨に則り、個人情報の保護に関し必要な措置を講ずるものとする。

(定 義)

第3条 この規程において、個人情報及び個人情報に係わる文書とは、次の各号に定めると
ころによる。

(1) 個人情報

「診療録（カルテ）」をはじめとした諸記録、診療申込書や健康保険証等、生存す
る個人に関する情報であつて、氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を
鑑別することが出来るものをいう。

(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。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、看護
記録、各種日誌、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績、紹介状、処方箋
の控えなど。

(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
を認識できる場合には、未だ匿名化は不十分である。

(4) 職 員

当院の業務に従事する者で、正職員のほか、非常勤職員、嘱託職員、臨時職員を含
む。当院の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も本規程に準じた取り扱いを定め

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、これらのもの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。

(個人情報の取得)

第4条 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での利用目的、第三者提供の内容を通知する場合には、その旨の院内掲示および説明文書を設置することをもって代えることができる。

2 前項の手段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に留意しなくてはならない。

(利用目的と範囲)

第5条 当院は、次の各号の目的に添った範囲内について、業務上必要な範囲に限り利用し、各号の目的以外に利用してはならない。

(1) 患者への医療の提供に必要な利用目的

- ①当院が行う患者に提供する医療サービス、介護サービス
- ②当院が行う審査支払い機関への保険請求事務（レセプトの提出、支払い機関又は保険者からの照会への回答）
- ③厚生労働者や都道府県など関係行政機関等による法令に基づく照会、届出、調査検査、実地指導
- ④当院が行う患者に係る管理業務のうち、「会計・経理」「病棟管理」「医療事故の報告」「当該患者のサービス向上」等
- ⑤他の医療機関等（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
- ⑥他の医療機関等からの照会への回答
- ⑦診療等にあたり、外部の医師等の助言・意見を求める場合
- ⑧検体検査業務及び入院時食事療養の提供に係る業務委託
- ⑨家族等への病状説明
- ⑩成人病検診、老人検診等の案内
- ⑪診療体制の変更など患者の診療に関する案内

⑫事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等への結果通知

⑬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等

(2) 上記以外であって医療機関として必要な利用目的

①当院が行う管理運営業務のうち、「医療・介護サービスや業務の維持改善のため基礎資料」「当院の内部において行われる学生の実習への協力」「当院の内部において行われる症例研究」

②住所や氏名の匿名化、顔写真のマスキングを行い、個人が特定できないように配慮した上での学会等への発表

③医療機関の管理運営業務のうち、「外部監査機関への情報提供」

(3) 当院の管理運営上必要な役職員に係る個人情報の利用目的

(紙媒体により保存されている診療記録等)

第6条 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。

2 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。

3 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につき、安全かつ断続的な保管が困難な特別な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。

(コンピュータ情報のセキュリティの確保)

第7条 診療記録等をコンピュータで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時実施するものとする。また、通信回線等を経由して情報流出、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に留意しなくてはならない。

2 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流出したり見読不能となることのないよう、各部署において適時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。

- 3 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、複写した情報の利用が完了した時には、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 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様に厳重な取り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しなければならない。
- 5 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、前項の主旨も参酌して準用するものとする。

(目的外利用の禁止)

第8条 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ずに、第4条で特定した利用目的の達成に必要な範囲を超えて、患者の個人情報を扱ってはならない。

(匿名化による利用)

第9条 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。

(患者本人の同意に基づく第三者提供)

第10条 患者の個人情報を第三者に提供する際には、第4条に基づいて、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ければならない。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 前項に関わらず、以下の場合には、個人情報も関する法律第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
 - (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、照会等を行う場合
 - (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

(開示対象となる診療録等)

第 11 条 当院において、外来または入院診療中の患者にかかる診療録で、平成 17 年 3 月 1 日以降の診療に関する記録を対象とする（ただし、平成 17 年 3 月 1 日以前から当院において、同一疾患で継続診療中の場合は、平成 17 年 3 月 1 日以前も記録の対象とする）なお、医師法に基づく保存期間の 5 年を経過した記録は対象外とする。

(開示対象請求者)

第 12 条 当院の患者個人情報の開示対象請求者を以下の者とする。

- (1) 患者本人（成人で判断能力ある場合に限る）
- (2) 患者が未成年である場合は、その法定代理人
ただし、満 15 歳以上の未成年の場合には、疾病の内容によっては、本人のみの請求を認めることができるものとする
- (3) 患者本人から代代理権を与えられた親族
- (4) 患者が成人であっても判断能力に疑義がある場合には、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる縁故者
- (5) 遺族（生存する個人の権利利益を侵害する恐れのある場合、診療情報の提供に関する規定に準じて）

(開示の方法)

第 13 条 当院へ開示請求の申込みがあった場合には、病院長は、主治医等から意見を聴取し、開示方法（開示の可否、方法等）を決定する。

2 外来または入院診療中に、患者本人から口頭で診療提供の請求があった場合には、口頭により情報提供を行う。診療記録等閲覧及び一部記録のコピー交付の場合の開示方法は主治医が決定する。

3 院長または主治医の決定する開示方針の範囲は、以下のとおりとする。

| 事項 | 院長 | | 主治医 | |
|---------------------|----|-----|-----|-----|
| | 閲覧 | コピー | 閲覧 | コピー |
| 診療録（要約書の交付を含む） | ○ | ○ | ○ | × |
| 各種検査成績表 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| X線写真等（MR・CT・超音波を含む） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| その他（請求内容により要検討） | ○ | ○ | ○ | × |

(開示依頼の相談窓口と受け)

第 14 条 当院に、患者及び診療録等の開示申請者に対する診療情報の提供、診療録等の開示に関する相談窓口を医療事務課とし、入院部門や外来部門等、申込みがあった全ての部署より依頼を受け、主治医と患者間の信頼関係の確保に努めるものとする。

- 2 患者本人から開示申込みがあった際には、身分証明書（運転免許証、健康保険の被保険者証等）を提示願い、患者本人であることを確認する。
- 3 法定代理人等から開示請求申込みがあった際には、患者本人より法定代理人等であることを確認すると共に、併せて、戸籍謄本、健康保険の被保険者証等の書類で法定代理人等であることを確認するものとする。
- 4 開示請求対象者のうち、法定代理人以外の者が開示請求する場合には、患者本人の委任状の提出を求めるものとする。
- 5 開示決定がなされた場合の閲覧希望日等を確認するものとする。
- 6 開示請求は直ちに医療事務課に連絡するものとする。

(開示の決定方法)

第 15 条 開示判断の期間は、原則として 1 4 日以内に行うこととする。ただし、期間内に判断が出来ない場合は、その期間を延長することが出来るものとする。

- 2 医療事務課の職員は、直ちに主治医に診療録等の開示請求があった旨を報告すると共に開示請求のあった診療録を準備するものとする。
- 3 主治医は、診療録等に記載してある内容等を確認し、関係者から意見を聴取して以下の事項を調整する。
 - ①開示の是非
 - ②部分開示または不開示の場合はその理由
 - ③開示の日、場所
 - ④開示立会者
- 4 主治医は上記 3 の調整結果を医療事務課に報告するものとする。
- 5 医療事務課は、主治医が調整した内容を元に院長の決定を受ける。
- 6 院長が必要と認めるときは、主治医等から意見を聴取できるものとする。
- 7 院長の決定がなされたときは、医療事務課は主治医に決定結果を報告するものとする。
- 8 他の医療機関において作成された紹介状、証明書等は開示の対象外とする。
- 9 診療録等の開示または不開示の決定がされた場合は、医療事務課は速やかに開示請求者に対し書面により決定内容を通知するものとする。

(開示の方法等)

第 16 条 医療事務課は、開示請求者が来院した時点において、運転免許証等により本人で

あることの確認を行う。

- 2 開示の方法は、「閲覧」を原則とする。ただし、「コピー」の交付請求があった場合には、コピーが交付できるものとする。
- 3 立会者は原則として主治医とし、開示申請者から請求があった場合には、必要に応じて補足説明を行うものとする。ただし、主治医の立会困難な場合には、当該診療科の医師が立ち会うものとする。
- 4 医療事務課は主治医の補足説明および「コピー」の交付を希望する開示請求者に対して、補足説明に係わる費用の負担について、同意を得るものとする。
- 5 医療事務課は開示請求者から「コピー」の交付依頼を受けた場合には、開示請求者に対し、「コピー」交付予定日を説明するものとする。
- 6 開示が終了したときは、主治医等は院長に終了の報告を行う。

(開示しないことができる場合)

第 17 条 日本医師会制定の「診療情報の提供に関する指針」に定めるところにより、以下に該当する場合には、診療録等を開示しないものとする。

- (1) 対象となる診療情報の提供、診療録等の開示が、第三者の利益を害する恐れがある場合
- (2) 紹介状に含まれる情報等、第三者から得た情報であって、かつ、開示について当該第三者の了解が得られない場合
- (3) 開示請求者への診療情報提供により、家族、医療従事者及びその他の第三者が、当該患者の攻撃の対象となる可能性の高い場合
- (4) 診療報酬の提供、診療録等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある場合
- (5) 悪性腫瘍、精神疾患、遺伝性疾患等の患者で、症状や治療内容について十分な説明をしたいとしても、患者本人に心理的影響を与え治療効果等に悪影響を及ぼすと考えられる場合
- (6) その他、診療情報の提供、診療録等の開示を不適切とする相当な事由がある場合

(内容の訂正、追加、削除請求)

第 18 条 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、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。

- 2 院長は、訂正等の請求を受けた際には、主治医、記録作成者、その所属長により協議のうえ、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。

(診療記録等の訂正等を拒みうる場合)

第 19 条 前 18 条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。

- (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

(訂正等の方法)

第 20 条 前 18 条の規定に基づき、診療記録等の訂正等を行う場合には、訂正前の記載内容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。

- 2 前 19 条の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。

(利用停止等の請求)

第 21 条 患者が、当院が保有する当該患者の個人情報の利用停止、第三者提供の訂正、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。

- 2 院長は、利用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。

(「診療情報の提供に関する指針」に基づく開示)

第 22 条 患者からの診療情報等の開示請求が、医師及び医療機関と患者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、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。

(個人情報保護委員会について)

第 23 条 当院の個人情報の保護に係る重要事項を審議するため、医療安全管理委員会が個人情報保護委員会（以下、「委員会」という）を兼ねて運営を行う。

(委員会の審議事項)

第 24 条 委員会において、以下について審議を行う。

- (1) 個人情報の保護に関する全病的な施策に関する事項
- (2) 個人情報の有効利用のためのデータベース化等に関する事項

(3) 個人からの開示請求及び訂正請求に関する事項

(4) その他、個人情報保護関連の情報収集、利用、提供に関し付議された事項

(個人情報漏えい時の報告体制)

第25条 個人情報の紛失及び院外への漏えいが発覚した場合は、各所属長へ報告する。

2 漏えいの報告を受けた各所属長は、個人情報委員会及び院長へ報告を行う。

(個人情報漏えい事の対応)

第26条 早急に臨時の個人情報保護委員会を開催し、紛失または漏えいした個人情報を特定し、内容の重要性の確認及び対応策、二次被害防止策を検討する。

2 個人情報保護委員会が終了後、個人情報の本人へ情報を紛失または漏えいした内容を報告する。

3 個人情報の漏えい等が発生した場合、所管の保健所等、関係行政機関に対して速やかに報告する。

(苦情、相談等への対応)

第27条 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、医療事務課で対応し、院長から指示がある場合は総務課が協力することとする。

付 則

本規程は、平成17年9月20日より制定し効力を有す。

平成18年 5月 1日改定

平成22年10月 1日改定

平成29年 6月 1日改定

平成30年 6月 1日改定

令和 4年 4月12日改定

令和5年11月1日病院名変更に伴う改定