資料１

南那須地区広域行政事務組合立那須南病院における患者様の個人情報の保護に関する院内規則

（目的）

第１条　南那須地区広域行政事務組合立那須南病院の非常勤職員等を含む職員（以下「職員」という。）が患者様の個人情報について、「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」に基づき、患者様及びその関係者（以下「患者等」という。）の個人情報を適正に取扱い、より信頼される医療機関となることを目的とする。

（他の院内規則・規程等との関係）

第２条　南那須地区広域事務組合立那須南病院（以下「病院」という。）における個人情報の取扱いに関しては、この院内規則の他、病院の「個人情報の保護に関する規程」（以下「個人情報保護規程」という。）、「診療情報の提供に関する規程」も含まれるものとする。

（守秘義務）

第３条　全ての職員は、職種を問わず病院の職員として、職務上知り得た患者等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。病院を退職した後においても同様とする。

２　全ての職員は、前項の義務を遵守することを書面（書式 11）により誓約しなければならない。

（用語の定義）

第４条　この規則における用語の定義は、次の各号のとおりとする。

一　「個人情報」とは、生存する患者等の個人を特定することができる情報の全てをいう。氏名、生年月日、住所等の基本的情報はもとより、既往症、診療内容、処置内容、検査結果等に基づく診断、判断、評価・観察等に関する情報等をいう。

二　「診療記録等」とは、診療の過程で作成又は収集された書面、画像等一切の記録をいう。代表的な診療記録としては、診療録、手術記録、麻酔記録、検査記録、検査結果票、Ｘ線等画像記録、看護記録、紹介状・処方箋の控え等がある。

三　「匿名化」とは、個人情報の一部を削除又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をいう。匿名化された情報は、個人情報として扱わなくとも良いが、他の情報との照合により容易に特定の個人を識別できる場合は個人情報として扱わなければならない。

四　「職員」とは、病院の業務に従事する者で、正職員の他、非常勤職員、派遣職員、委託職員を含むものとする。

五　「開示」とは、患者本人又は別に定める関係者の請求に応じて、病院が保有する

患者本人に関する情報を書面で示すことをいう。記録の写しの交付を求められた場合は、交付するものとする。

（利用目的の通知）

第５条　患者等に対する通知は、病院での利用目的、第三者への提供等について、院内掲示（書式１）する他、説明文書（書式２・別記）を交付することをもって代えることとする。

（利用目的の変更、追加）

第６条　前条の利用目的を変更又は追加する場合は、院内掲示により公表する他、当該患者本人に利用目的の変更・追加通知（書式３）を行い、諾否通知書（書式 4）により同意を確認しなければならない。

（診療記録等の保管）

第７条　診療記録の保管については、施錠設備のある所定の場所に収納し、滅失、毀損盗難等の防止に努めるものとする。

（診療記録利用時の注意）

第８条　診療記録を利用する際は、滅失、毀損、盗難等の防止に十分留意するとともに記録内容が他の患者や部外者などの目に触れないようにしなければならない。

（診療記録等の修正方法）

第９条　作成した診療記録等を修正する場合は、もとの記載内容が判別できるよう二重線で抹消し、修正箇所に日付及び訂正者印を押印するものとする。他の方法は、改ざんとみなされることがあるので十分留意するものとする。

（診療記録等の院外持出し禁止）

第 10 条　診療記録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、返却後には、所属長の確認を得るものとする。

２　所属長は、所管する診療記録等の院外持出し及び返却に関して、日時、利用者、目的等を記録（書式 12）し５年間保存するものとする。

３　前項の記録は、個人情報保護規程に定める「個人情報保護管理者」（病院長）に報告しなければならない。

（診療記録等の廃棄）

第 11 条　病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は、焼却、裁断、

溶解等を確実に実施するものとする。

２　病院長は、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、当該診療記録類の取扱いについて、所管する保健所と協議するものとする。

（コンピューター情報のセキュリティ確保）

第 12 条　診療記録をコンピューターに保存している部門は、利用実態に応じたパスワードによるアクセス制限等を適宜実施するものとする。

２　職員以外が立ち入る場所又は付近において、コンピューター上の診療記録を利用するときは、モニターの画面等から診療記録を本人以外の者の目に触れないよう留意しなければならない。

（コンピューターのバックアップデータの取扱い）

第 13 条　診療記録等の滅失を防止するため、部門において適宜バックアップの措置を講じるものとする。

２　バックアップファイル及び記録媒体については、部門において施錠の設備があるところに保管する等厳重に取扱わなければならない。

（コンピューターデータのコピー禁止）

第 14 条　診療記録等の全部又は一部を院外で利用するために、他の記録媒体に複写することは、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持ち出す場合には、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。

２　前項の情報の利用が完了したときは、速やかに当該情報を記録媒体から消去するものとする。

３　所属長は、所管する診療記録等の複写に関して、日時、利用者、目的等を記録（書式 12）し、５年間保存するものとする。

（コンピューターデータのプリントアウト）

第 15 条　コンピューターに保存された個人情報をプリンとアウトした場合は、紙媒体の診療記録と同等の取扱いをしなければならない。使用目的が終了した場合は、他の者が判読不能な状態にして、速やかに廃棄しなければならない。

（紙媒体記録に関する取扱いの準用）

第 16 条　コンピューターに保存された診療記録等の取扱いは、第７条から第 11 条の規定の趣旨も参酌の上準用するものとする。

（目的外利用の禁止）

第 17 条　職員は、法に定める利用目的の制限の例外に該当する場合を除き、あらかじめ本人の同意を得ないで第５条で特定し、通知した利用目的の達成に必要な範囲を越えて利

用してはならない。

（匿名化による利用）

第 18 条　職員は、診療記録等を診療及び診療報酬請求事務以外に利用する場合、利用目的を達しうる範囲内で、可能な限り匿名化するよう努めなければならない。

（本人の同意を必要としない第三者提供）

第 19 条　第 18 条の規定にかかわらず次の各号の場合には、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に提供することができる。

一　法令上の届出義務、報告義務等に基づく場合（主な事例は別表２のとおり）。ただし、これらの場合でもできる限り、提供の事実を本人に告知するよう努めることとする

二　意識不明、判断能力に疑いがある場合で、治療上の必要性に鑑み、家族、関係機関等に連絡、照会する場合。

三　地域がん登録事業への情報提供、児童虐待事例の関係機関への情報提供等公衆衛生の向上、児童保護のために必要があり、かつ本人の同意を得ることが困難な場合。

四　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、かつ本人の同意を得ることにより、当該目的の達成に支障を及ぼす恐れがある場合。

（開示請求）

第 20 条　次の各号に該当する者は、病院が保有する当該個人情報について開示請求書（書式５）に基づき開示請求することができる。

一　本人

二　本人の法定代理人

三　本人から委任を受けた代理人

（開示請求に対する回答）

第 21 条　病院長は、前条の請求があった場合には、個人情報保護規程に定める個人情報保護委員会に主治医、記録作成者、所属長等との協議及び諾否を諮問し、その結果に基づき、原則として 10 日以内に請求者に書面（書式６－１又は書式６－２）により回答しなければならない。開示を拒む場合には、その理由を付して回答するものとする。

（開示請求に対する拒否該当事項）

第 22 条　前条の規定に基づく開示請求が次の各号に該当する場合は、開示を拒否できるものとする。

一　本人又は第三者の生命、身体又は財産その他の権利利益を害するおそれがある場合

二　病院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがある場合

三　開示することが法令に違反する場合

（内容の訂正・追加・削除等の請求）

第 23 条　患者等は、病院が保有する当該個人情報について、事実でない内容を発見した場合の内容の訂正・追加・削除等（以下「訂正等」という。）を訂正・追加・削除等請求書（書式７）に基づき請求することができる。

（内容の訂正等の請求に対する回答）

第 24 条　病院長は、前条の請求があった場合には、個人情報保護規程に定める個人情報保護委員会に主治医、記録作成者、所属長等との協議及び諾否を諮問し、その結果に基づき、原則として３週間以内に請求者に書面（書式８－１又は書式８－２）により回答しなければならない。拒む場合には、その理由を付して回答するものとする。

（内容の訂正等の請求に対する拒否該当事項）

第 25 条　訂正等の請求が次の各号に該当する場合は、訂正等を拒否できるものとする。

一　当該情報の利用目的から訂正等が必要ない場合

二　当該情報に誤りがあるという指摘が正しくない場合

三　訂正等の請求対象が事実でなく、評価に関する情報の場合

四　対象となる情報について、病院に訂正等の権限がない場合

（訂正等の方法）

第 26 条　第９条の診療記録の修正方法に準じ、記載内容が判別できるよう二重線で抹消し、新しく挿入する情報を明示するとともに訂正箇所に日付・事由を付記しておくものとする。請求に応じなかった場合においても、請求の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 27 条　患者等は、病院が保有する当該個人情報について、利用の停止、第三者提供の停止又は消去（以下「利用停止等」という。）を利用停止等請求書（書式９）に基づき請求することができる。

（利用停止等の請求に対する回答）

第 28 条　病院長は、前条の請求があった場合には、個人情報保護規程に定める個人情報保護委員会に主治医、記録作成者、所属長等との協議及び諾否を諮問し、その結果に基づき、原則として１週間以内に請求者に書面（書式 10－１又は書式 10－２）により回答しなければならない。拒む場合には、その理由を付して回答するものとする。

（利用停止等の請求に対する拒否該当事項）

第 29 条　利用停止等の請求が次の各号に該当する場合は、利用停止等を拒否できるものと

する。
一　法令に違反する場合
二　人の生命、身体又は財産の保護ために必要である場合
三　業務遂行上必要と認めたとき又はその他の場合において正当な理由があると認められる場合

（本人以外の請求者の場合の確認等）
第 30 条　開示請求、内容の訂正・追加・削除等の請求、利用停止等の請求が代理人等、本人以外からの場合には、請求の内容、範囲、本人との関係等を本人に確認するものとする。
２　本人が意識不明、判断能力に疑いがある場合は、家族、親権者等に請求の内容、範囲、本人との関係等を確認するものとする。

（相談窓口の設置）
第 31 条　患者等からの相談等に対処するため「患者様等相談窓口」を設置する。

（外部相談窓口の紹介）
第 32 条　前条の相談を受付した場合、病院長の指示に基づき、患者等の意見を尊重しつつ、必要に応じて医師会の「診療に関する相談窓口」等外部の相談窓口を紹介することとする。

（その他）
第 33 条　この規則に定めるものの他、必要な事項は病院長が別に定める。

附　則

この規則は、平成１７年　４月　１日から施行する。