

西予市立西予市民病院
個人情報保護に関する院内規則

- 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
 - 1-4 罰則
- 2 用語の定義
 - 2-1 用語の定義
- 3 利用目的の特定等
 - 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
 - 4-1 利用目的の通知
 - 4-2 利用目的の変更
- 5 個人情報の適正な取得
- 6 個人データ内容の正確性の確保
- 7 安全管理措置
 - 7-1 安全管理措置
 - 7-2 従業員の監督
 - 7-3 委託先の監督
 - 7-4 物理的安全管理措置
 - 7-4-1 個人情報を取り扱う区域の管理
 - 7-4-2 機器及び電子媒体等の盗難等の防止
 - 7-4-3 電子媒体等を持ち出す場合の漏えい等の防止
 - 7-4-4 廃棄・削除段階における物理的安全管理措置
 - 7-5 技術的安全管理措置
 - 7-5-1 アクセス制御
 - 7-5-2 アクセス者の識別と認証
 - 7-5-3 外部からの不正アクセス等の防止
 - 7-5-4 情報漏えい等の防止
 - 7-6 当院が講ずるべき安全管理措置等
 - 7-6-1 組織的安全管理措置・人的安全管理措置
 - 7-6-2 事務取扱責任者の責務

- 7-6-3 事務取扱担当者の監督
- 7-6-4 事務取扱担当者の責務
- 7-6-5 教育・研修
- 7-6-6 情報漏えい事案等への対応
- 7-6-7 取扱状況の確認並びに安全管理措置の見直し

8 診療記録の取り扱いと保管

8-1 紙媒体により保存されている診療記録

- 8-1-1 診療記録の保管の際の注意
- 8-1-2 診療記録の利用時の注意
- 8-1-3 診療記録の修正
- 8-1-4 診療記録の院外持ち出し禁止
- 8-1-5 診療記録の廃棄
- 8-1-6 個人情報に関する事故発生時の対応

8-2 電磁的に保存されている診療記録

- 8-2-1 コンピュータ情報のセキュリティの確保
- 8-2-2 データバックアップの取り扱い
- 8-2-3 データのコピー利用の禁止
- 8-2-4 データのプリントアウト
- 8-2-5 紙媒体記録に関する規定の準用
- 8-2-6 パソコン等の廃棄

8-3 診療および請求事務以外での診療記録の利用

- 8-3-1 目的外利用の禁止
- 8-3-2 匿名化による利用

9 個人情報の第三者への提供

- 9-1 患者本人の同意に基づく第三者提供
- 9-2 患者本人の同意を必要としない第三者提供

10 個人情報の本人への開示と訂正

- 10-1 個人情報保護の理念に基づく開示請求
- 10-2 診療記録の開示を拒みうる場合
- 10-3 診療記録の開示を求めうる者
- 10-4 患者本人以外の者からの請求に対する開示
- 10-5 内容の訂正・追加・削除請求
- 10-6 診療記録の訂正等を拒みうる場合
- 10-7 訂正等の方法
- 10-8 利用停止等の請求
- 10-9 「診療情報の提供に関する指針」に基づく開示

11 苦情・相談等への対応

- 11-1 苦情・相談等への対応

11-2 個人情報保護に関する検討委員会

11-3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

12 雑則

12-2 院内規則の見直し

1 基本理念

1-1 院内規則の目的

西予市立西予市民病院（以下「当院」という。）のすべての職員は、この「院内規則」および「個人情報の保護に関する法律」（以下「個人情報保護法」という。）、「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ダンス」（以下「ガイダンス」という。）に基づき、患者とその関係者（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「診療記録管理規定」および「西予市立西予市民病院の診療情報の提供及び開示に関する規程」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、前段に挙げた規程のほか、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（様式第1号）によって誓約しなくてはならない。

1-4 罰則

当院は、本規則に違反した職員に対して、「西予市民病院正職員就業規則」及び「西予市民病院臨時職員就業規則」に基づき懲戒処分等を行うことがある。

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。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・観察等までも含む。

(2) 診療記録

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、エックス線画像等画像診断データ、看護記録、紹介状、処方せんの控えなど。

(3) 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い、これに該当するものが含まれる情報は個人情報となる。

具体的にはDNAの塩基配列や被保険者証、高齢受給者証の記号、番号及び保険者番号などが該当する。

(4) 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。

(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、正職員のほか、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 利用目的の特定等

3-1 利用目的の特定

- (1) 個人情報を取り扱うにあたっては、その利用の目的（以下「利用目的」という。）をできる限り特定しなければならない。
- (2) 利用目的を変更する場合にあっては、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

- (1) あらかじめ本人の同意を得ないで、【3-1】の規定により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。
- (2) 合併その他事由により他の個人情報取扱事業者から事業を承継することに伴って個人情報を取得した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前における当該個人情報の利用目的の達成に必要な範囲を超えて、当該個人情報を取り扱ってはならない。
- (3) 前2項の規定は、次の掲げる各号の場合については、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がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ③その他「ガイダンス」の利用目的の特定等の欄に掲げるものの場合

4 利用目的の通知

4-1 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を第三者提供の内容を通知する場合には、説明文書（様式第2号）の院内掲示をもって代えることができる。

4-2 利用目的の変更

前項の手順に従って一旦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（様式第3号および様式第4号）し、または院内掲示等により公表しなくてはならない。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。

ただし、次の各号に掲げる場合については適用しない。

- ①利用目的を本人に通知し、又は公表することにより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利用目的を本人に通知し、又は公表することにより当院の権利又は正当な利益を害するおそれがある場合

③国の機関又は地方公共団体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って、利用目的を本人に通知し、又は公表す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取得の状況からみて利用目的が明らかであると認められる場合

5 個人情報の適正な取得

(1) 個人情報取扱事業者は、偽りその他不正の手段により個人情報を取得してはならない。

(2) 個人情報取扱事業者は、次の各号に掲げる場合を除くほか、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。

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がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

③その他「ガイドンス」の個人情報の適正な取得、個人データ内容の正確性の確保の欄に掲げるものである場合

6 個人データ内容の正確性の確保

個人情報取扱事業者は、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とともに、利用する必要がなくなったときは、当該個人データを遅滞なく消去するように努めなければならない。

7 安全管理措置

7-1 安全管理措置

当院において、その取扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない。

7-2 従業員の監督

当院において、職員に個人データを取り扱わせるにあたっては、当該個人データの安全管理が図られるよう、当該職員に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

7-3 委託先の監督

当院において、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、委託を受けたものに対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

7-4 物理的安全管理措置

7-4-1 個人情報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、以下とおり措置を講ずる。

(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を設置し、事務取扱担当者以外の者の往来が少ない場所へ座席を配置したり、後ろから覗き見される可能性が低い場所へ座席を配置したりするなど座席の配置等を工夫するものとする。

7-4-2 機器及び電子媒体等の盗難等の防止

当院は管理区域及び取扱区域において個人情報を取り扱う機器、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、次の各号に掲げる措置を講じる。

- ①個人情報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、施錠できるキャビネット・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。

7-4-3 電子媒体等を持ち出す場合の漏えい等の防止

(1) 当院は個人情報が記録された電子媒体又は書類等の持出しは、次の各号に掲げる場合を除き禁止する。なお、「持出し」とは、個人情報を管理区域又は取扱区域の外へ移動させることをいい、当院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うえ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、以下の各号に掲げる安全対策より適切な対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場合にあたっては、行政機関等が指示する提出方法に従うものとする。

- 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
- ④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が記載された書類等を移送する場合を含む。）

7-4-4 廃棄・削除段階における物理的安全管理措置

個人情報の廃棄、削除段階における記録媒体等の管理は次の各号のとおりする。

- ①個人情報が記録された書類等を廃棄する場合は、シュレッダー等による記載内容が復元不可能な手段を用いるものとする。
- ②個人情報が記載された機器及び電子媒体等を廃棄する場合は、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個人情報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。
- ④個人情報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。

7-5 技術的安全管理措置

7-5-1 アクセス制御

個人情報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IDに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が使用できる者を限定する。

7-5-2 アクセス者の識別と認証

個人情報を取り扱う情報システムは、ユーザID、パスワード、磁気・ICカード等の識別方法により、アクセス者が正当なアクセス権を有する者であることを識別し、その結果に基づき認証を行うものとする。

7-5-3 外部からの不正アクセス等の防止

当院は、次に掲げる各号により、個人情報を取り扱う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個人情報を取り扱う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個人情報を取り扱う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、入出力データから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、不正なアクセスを遮断する方法

7-5-4 情報漏えい等の防止

当院は、個人情報をインターネット等により外部に送信する場合、次に掲げる各号より適切な対策を講じ、通信経路における情報漏えい等及び個人情報を取り扱う情報システムに保存されている個人情報の情報漏えい等を防止するものとする。

- ①通信経路の暗号化
- ②データの暗号化又はパスワードによる保護
- ③セキュリティ対策ソフト等による不正操作の予防

7-6 当院が講ずるべき安全管理措置等

7-6-1 組織的安全管理措置・人的安全管理措置

(1) 組織体制

組織的安全管理措置及び人的安全管理措置を行う組織は、以下の各号のとおり構成する。

- ①事務局を個人情報の管理を行う責任部署とする。
- ②事務長を事務取扱責任者とする。
- ③事務長以外の事務局の職員を事務取扱担当者とする。

7-6-2 事務取扱責任者の責務

(1) 事務取扱責任者は、本規則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、次の各号の業務を所管する。

- ①本規則の整備、公表
- ②個人情報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の安全管理に関すること
- ④個人情報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個人情報の取扱状況の把握
- ⑧委託先の選定基準の承認及び周知、委託先における個人情報の取扱状況等の監督
- ⑨個人情報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の安全管理に関すること

7-6-3 事務取扱担当者の監督

事務取扱責任者は、個人情報が本規則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。

7-6-4 事務取扱担当者の責務

(1) 事務取扱担当者は、個人情報の「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、個人情報を取り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係法令、本規則及びその他の院内規則並びに事務取扱責任者の指示した事項に従い、個人情報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、個人情報の漏えい等、個人情報保護法又はその他の関連法令、本規則又はその他の院内規則に違反している事実や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。

7-6-5 教育・研修

- (1) 事務取扱責任者は、本規則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則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則を遵守させるための教育を受けなければならない。研修の内容及びスケジュールは、事業年度ごとに事務取扱責任者が定める。なお、年に1回以上開催するものとする。

7-6-6 情報漏えい事案等への対応

- (1) 事務取扱責任者は、個人情報の漏えい、滅失又はき損による事故（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、本規則に基づき、適切に対処するものとする。
- (2) 事務取扱責任者は、当院院長及び当院開設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、その旨及び調査結果を当院院長に報告し、当該漏えい事案等の対象となった情報主体に対して、事実関係を通知、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、当局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を分析し、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、他者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。

7-6-7 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 診療記録の取り扱いと保管

8-1 紙媒体により保存されている診療記録

紙媒体により保存されている診療記録の取り扱いについては、別途「診療記録管理規定」に定めるもののほか、以下のとおりとする。

8-1-1 診療記録の保管の際の注意

診療記録の保管については、毎日の業務終了時に所定の保管場所に収納し、滅失、き損、盗難等の防止に十分留意するものとする。

8-1-2 診療記録の利用時の注意

患者の診療中や事務作業中など、診療記録を業務に利用する際には、滅失、き損、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。

8-1-3 診療記録の修正

いったん作成した診療記録を、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、訂正箇所に日付及び訂正者のサインを記入するものとする。この方法によらずに診療記録を書き改めた場合には、改ざん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。

8-1-4 診療記録の院外持ち出し禁止

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。

8-1-5 診療記録の廃棄

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を廃棄処分する場合には、裁断、焼却、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。

8-1-6 個人情報に関する事故発生時の対応

個人情報漏えいの事実が確認されたときは、診療録開示・個人情報管理委員会を通じて所定の書式にて西予警察署、愛媛県保健福祉部医療対策課まで即時報告するものとする。また、

個人情報保護委員会（国の認定機関）への報告も速やかに行うよう努めるものとする。

8-2 電磁的に保存されている診療記録

8-2-1 コンピュータ情報のセキュリティの確保

診療記録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が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。

8-2-2 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ったりすることのないよう、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。

8-2-3 データのコピー利用の禁止

コンピュータ内の診療記録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製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、別に定める医療情報セキュリティ管理責任者の許可、所属長の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、複製した情報の利用が完了したときは、速やかに当該複製情報を記録媒体等から消去するものとする。

8-2-4 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、焼却、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。

8-2-5 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の取り扱いについては【8-1-1】、【8-1-5】、【8-1-6】の規定の趣旨も参酌して準用するものとする。

8-2-6 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ときは、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ものとする。

8-3 診療および請求事務以外での診療記録の利用

8-3-1 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。

8-3-2 匿名化による利用

患者の診療記録に含まれる情報を、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。

9 個人情報の第三者への提供

9-1 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。

9-2 患者本人の同意を必要としない第三者提供

【9-1】の規定にかかわらず、以下の場合には、個人情報保護法第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、報告義務等に基づく場合

ただし、できるかぎ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を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おそれがある場合

10 個人情報の本人への開示と訂正

10-1 個人情報保護の理念に基づく開示請求

当院の患者は、当院が保有する自己の個人情報について、様式第5号の書面に基づいて

開示を請求することができる。

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、「診療録開示・個人情報管理委員会」において協議のうえ、開示請求に応じるか否かを決定し、開示請求があった日から起算して原則として15日以内に、様式第6号または様式第7号の書面により、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。

10-2 診療記録の開示を拒みうる場合

【10-1】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) 対象となる診療記録の開示が第三者の利益を害するおそれがある場合
- (2) 診療記録の開示が患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがある場合
- (3) 前二号のほか、診療記録の開示を不相当とする相当な事由が存する場合

10-3 診療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) 患者以外の者
 - ア 成年被後見人の法定代理人
 - イ 未成年者の法定代理人（満15歳以上の未成年については、本人の同意を必要とする。）
 - ウ 患者が成年で判断能力に疑義がある場合は、実際に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者
 - エ 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人
 - オ 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者
 - カ 患者が死亡している場合は、その配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（以下「遺族」という。）又は遺族の法定代理人
 - キ 患者本人から代理権を与えられた保険会社及び弁護士

10-4 患者本人以外の者からの請求に対する開示

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。

10-5 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、様式第8号の書面により訂正・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、「診療録開示・個人情報管理委員会」にて協議のうえ、訂正等の請求に応じるか否かを決定し、訂正等の請求があった日から起算して原則と

して15日以内に、様式第9号または様式第10号の書面により請求者に対して回答するものとする。

10-6 診療記録の訂正等を拒みうる場合

【10-5】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

10-7 訂正等の方法

【10-5】および【10-6】の規定に基づいて診療記録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。

10-8 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、様式第11号の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、「診療録開示・個人情報管理委員会」において協議のうえ、利用停止等の請求に応じるか否かを決定し、請求があった日から起算して原則として15日以内に、様式第12号または様式第13号の書面により請求者に対して回答するものとする。

10-9 「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「西予市立西予市民病院の診療情報の提供及び開示に関する規程」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。

11 苦情・相談等への対応

11-1 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、受付あるいは相談窓口で対応するものとする。

11-2 個人情報保護に関する委員会

【11-1】による対応が困難な事例については、院長直轄の「診療録開示・個人情報管理委員会」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。

11-3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

【11-1】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。

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

この規則は、平成26年9月21日から施行する。

この規則は、令和3年10月1日から施行する。

この規則は、令和5年4月1日から施行する。