

個人情報保護に関する院内規程

医療法人社団愛和会

南千住病院

1 基本理念

1-1 院内規則の目的

当院の全職員は、この「院内規程」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 他の院内規程との関係

当院における患者の個人情報の取り扱いに際しては、この院内規程のほか、当院の「診療記録等開示指針・開示規程」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、前段に掲げた規定のほか、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」も参照にするものとする。

1-3 守秘義務

当院の全職員は、その職種の如何を問わず、当院の従業員として、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。当院を辞職した後においても同様とする。

当院の全職員は、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11参照）

2 用語の定義

2-1 用語の定義

この「院内規程」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従事者がなした診断・判断、評価・観察等までをも含む。

(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および記録された書面、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、検査成績表、エックス線写真、看護記録、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識別できる場合には、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、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、その写し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、書式1による院内掲示および外来初診受付において書式2による説明文書を交付することをもって代えることができる。（「別紙1」参照）

3-2 利用目的の変更

前項の手順にしたが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および書式4参照）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 診療記録等の取り扱いと保管

4-1 個人情報の正確性の確保

個人情報管理責任者は、個人情報を利用目的に応じ必要な範囲内において、

正確かつ最新の状態で管理しなければならない。診療情報に関する管理は、診療録の運用管理規程に定める。

4-2 個人情報の適正処理

患者・利用者・関係者から、個人情報の開示、当該情報の訂正、追加、削除、利用停止等の希望を受けた場合は、各部署責任者が窓口となり、個人情報管理責任者は、速やかに処理しなければならない。

(1) 紙媒体により保存されている診療記録等

4-3 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、改竄等の防止に十分留意するものとする。

4-4 診療記録等の利用時の注意

診療記録等を業務に利用する際には、滅失、毀損、盗難、改竄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。

4-5 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、もとの記録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。

4-6 診療記録等の院外持ち出しの禁止

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年間保管することとする。

4-7 診療記録等の破棄

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破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、院長はその記録の取り扱いについて、速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等

4-8 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。

4-9 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や保管は各部署の責任者の管理のもとに厳重に行うものとする。

4-10 データの複写利用の禁止

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とする。ただし、業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。

4-11 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。利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破棄しなくてはならない。

4-12 紙媒体記録に関する規定の準用

電磁的な保存がされている診療記録等の取り扱いについては、〔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。

(3) 診療および請求事務以外での診療記録等の利用

4-13 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。

4-14 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。

5 個人情報の第三者への提供

5-1 患者本人の同意にもとづく第三者提供

患者の個人情報を第三者に提供する際には、〔3-1〕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、提供に際して原則的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、報告義務等にもとづく場合

主な事例として「別表2」を参照。ただし、これらの場合にも、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や関係機関等に連絡、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であり、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。

6 個人情報の本人への開示と訂正

6-1 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、書式5の書面にもと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、「診療記録等開示規定」第8条にて定める開示審査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10日以内に、書式6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。

6-2 診療記録等の開示を拒みうる場合

「診療記録等開示指針」3-8による場合とする。

6-3 診療記録等の開示を求めうる者

「診療記録等開示指針」3-4による者とする。

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、書式7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、主治医、記録作成者、その所属長らを含む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、書式8-1または書式8-2の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〕の規定にもと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〕の規定にもとづいて診療記録等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、新しい記録の挿入を明示し、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、書式9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、書式10-1または書式10-2の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。

7 苦情・相談等への対応

7-1 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、院長より命を受けた担当者が窓口となり、必要に応じて院長より命を受けた個人情報管理責任者が対応する。

7-2 個人情報保護に関する委員会

〔7-1〕による対応が困難な事例については、院長直轄の「情報管理委員会 個人情報保護部会」で対応を協議するものとする。本委員会の開催は、年1回とするほか、必要に応じて院長より命を受けた個人情報管理責任者（本委員会委員長）が召集するものとする。

7-3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

〔7-1〕により受け付けた患者等からの苦情・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。

8 安全管理措置

8-1 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、滅失又は毀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。

8-2 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。

8-3 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。

8-4 物理的安全管理措置

8-4-1 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。

8-4-2 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。

8-4-3 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記載された書類等を移送する場合を含む。）

8-4-4 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とする。

- 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。

8-5 技術的安全管理措置

8-5-1 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。

8-5-2 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。

8-5-3 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

8-5-4 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

8-6 当院が講ずるべき安全管理措置等

8-6-1 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。

8-6-2 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

8-6-3 事務取扱担当者の監督

事務取扱責任者は、個人情報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。

8-6-4 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。

8-6-5 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。

8-6-6 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。

8-6-7 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。

9 職員への教育・研修

9-1 職員への教育・研修

職員に対して、個人情報保護に関する教育・研修を少なくとも年1回実施し、周知・徹底に努めることとする。

10 雑則

10-1 院内規程の見直し

この「院内規程」は、制定後少なくとも2年毎に一回見直すものとする。

10-2 制定日及び施行日

制定日：平成17年3月25日

施行日：平成17年4月1日

- 第1回改訂：平成18年7月1日
- 第2回改訂：平成22年4月1日
- 第3回改訂：平成23年10月1日
- 第4回改訂：平成28年7月1日
- 第5回改訂：平成28年11月21日
- 第6回改訂：平成29年10月2日
- 第7回改訂：令和5年11月1日

当院における個人情報の利用目的

◎医療の提供

- 当院での医療サービスの提供
- 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等との連携
- 他の医療機関や調剤薬局等からの照会への回答
- 患者様の診療のために外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ご家族等への病状説明
- その他、患者様への医療提供に関する利用

◎診療費請求のための事務

- 当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
- 審査支払機関へのレセプトの提出
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

◎当院の管理運営業務

- 会計・経理、当院運営のための統計資料
- 医療事故等の報告
- 当該患者様の医療サービスの向上
- 入退院等の病棟管理
- その他、当院の管理運営業務に関する利用

◎企業等からの委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

◎医師賠償責任保険などに係る、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

◎医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

◎当院内にて行われる医療実習への協力

◎医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

◎行政機関等への報告義務、外部監査機関等への情報提供

書式 1 (裏面)

1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたいものがある場合には、
その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせて頂きます。
3. これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等することが可能です。

患者様の個人情報の保護について

当院では、患者様に安心して医療を受けていただくために、安全な医療をご提供するとともに、患者様の個人情報の取り扱いにも、万全の体制にて取り組んでおります。

★ 個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報を別記（裏面）の目的で利用させていただくことがございます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者様からの同意をいただくこととしておりますので、ご安心ください。

★ 個人情報の開示・訂正・利用停止等について

当院では、患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても、「個人情報の保護に関する法律」の規定に遵って進めております。

- ◎ 当院では、取り違え等防止による安全確保のため、患者様を実名にお呼びいたします。
- ◎ 当院では、個人情報保護の観点により、入院中における患者様のお名前は、お部屋の外に表示いたしません。
- ◎ 当院では不審者侵入防止による安全確保のため、面会者様には1階にて受付（面会簿に記載していただいた上、バッジ着用）をして頂きます。
- ◎ 当院では、患者様の利便性を考慮し、特別な制限がない場合は、電話等による在院等のお問い合わせに対しお答えいたします。また、面会者様についても特別な権限がない場合は、お部屋にお通しいたします。

取り扱い内容に同意できない場合や手続きの詳細のほか、ご不明な点等につきましては、当院受付窓口までお気軽にお尋ねください。

病院長

書式 2 (裏面)

貴院における私の個人情報の取り扱いについては、この用紙の内容のとおり承諾いたします。

年 月 日

患者本人 (自署)

殿

当院が保有する貴殿に関する
個人情報の利用目的の変更（追加）について

当院が保有する貴殿にかかわる個人情報については、かねてより院内掲示などを通じてご通知した利用目的に沿って、適切に取り扱っているところでありますが、今般、下記のとおり利用目的を変更（追加）する必要が生じました。

つきましては、貴殿の個人情報の利用目的の変更（追加）に対する諾否を「利用目的変更（追加）諾否通知書」にご記入のうえ、当院までご提出いただけますようお願い申し上げます。

利用目的変更の
項目・範囲

新たに追加する
利用目的の内容

年 月 日
医療法人社団愛和会南千住病院
院 長 蒲 谷 堯

担当医 _____ 科 _____ 印

個人情報利用目的変更（追加）諾否通知書

医療法人社団愛和会南千住病院
院長 蒲谷 堯 殿

私は、貴院が保有する私にかかわる個人情報の利用目的につき、下記のとおり変更（追加）する旨の通知を受け取りました。

利用目的変更の
項目・範囲

新たに追加する
利用目的の内容

上記の利用目的の変更（追加）につき、私は下記のとおり回答いたします。

利用目的の変更（追加）に （ 同意します ・ 同意しません ）

備考

年 月 日

患者本人（自署）

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

医療法人社団愛和会南千住病院

院長 蒲谷 堯 殿

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のとおり訂正・追加・削除（以下、訂正等）していただくよう請求いたします。

訂正等を求める患者	フリガナ	
	患者氏名	
	生年月日	
	住 所	
訂正等を希望する内容等	訂正等希望箇所を特定する記録文書名、日付	具体的な訂正等の内容 ※ 訂正請求は客観的事実に関する記録に限る

訂正等請求者 氏 名 _____
生年月日 _____
住 所 _____
電話番号 _____
患者との関係 _____

(本人委任状)
私は、上記のとおり (請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等の訂正等請求に関する一切を委任いたします。
患者名 (自署) _____

殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の訂正・追加・削除について

貴殿から訂正・追加・削除請求書が提出されておりました標記の件につきましては、下記のとおり訂正・追加・削除（以下、削除等）することと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

訂正等の内容

なお、訂正等の内容を確認される場合には、あらかじめ当院にご連絡のうえ、当院受付窓口までお越しいただけますようお願いいたします。

また、訂正等の箇所の複写をご希望の場合には、実費として金 _____ 円を申し受けますので、あらかじめご了承のうえ、ご来院時に現金にてお支払いいただけますようよろしくお願い申し上げます。

年 月 日

医療法人社団愛和会南千住病院

院長 蒲谷 堯

担当医 _____ 科 _____ 印

殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の訂正・追加・削除について

貴殿から訂正・追加・削除（以下、訂正等）の請求書が提出されておりました標記の件につきましては、誠に遺憾ながら、下記のとおりご希望にそいかねることと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

訂正等請求
の内容

- 理由
- 当該情報の利用目的からみて訂正等が必要でないため
 - 当該情報に誤りがあるとの指摘が正しくないため
 - 訂正等の対象が事実でなく評価に関する情報であるため
 - 対象となる情報について当院には訂正の権限がないため
 - その他

なお、この件についてご不明な点等ございましたら、当院受付窓口までお尋ねください。

年 月 日

医療法人社団愛和会南千住病院

院長 蒲谷 堯

担当医 _____ 科 _____ 印

個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

医療法人社団愛和会南千住病院
院長 蒲谷 堯 殿

私は、貴院が保有する個人情報について、利用停止、第三者提供の停止または、消去（以下、利用停止等）をしていただくよう請求いたします。

利用停止等を求める患者	フリガナ	
	患者氏名	
	生年月日	
	住 所	
利用停止等を希望する内容等	利用停止等請求の対象となる記録文書名、日付	利用停止等請求の内容 ※ どのような目的への利用停止等を希望するのか
利用停止等請求の理由	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報不正な手段によって取得された <input type="checkbox"/> その他：	

利用停止等請求者 氏 名 _____
生年月日 _____
住 所 _____
電話番号 _____
患者との関係 _____

(本人委任状)
私は、上記のとおり (請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等の訂正等請求に関する一切を委任いたします。
患者本人 (自署) _____

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の利用停止等請求について

貴殿から利用停止等の請求書が提出されておりました標記の
件につきましては、下記のとおり利用停止等の措置を講じまし
たので、ご通知申し上げます。

利用停止等の
対象記録

利用停止等の内容

年 月 日
医療法人社団愛和会南千住病院
院 長 蒲 谷 堯

担当医 _____ 科 _____ 印

殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の利用停止等請求について

貴殿から利用停止等の請求書が提出されておりました標記の件につきましては、誠に遺憾ながら、下記のとおりご希望にそいかなることと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

利用停止等の
請求の内容

利用停止等の措置をとらない理由

- 利用目的の逸脱等は認められないため
- 当該個人情報の取得に際して、不正は認められなかったため
- その他

なお、この件についてご不明な点等ございましたら、当院受付窓口までお尋ねください。

年 月 日
医療法人社団愛和会南千住病院
院長 蒲谷 堯

担当医 _____ 科 _____ 印

患者の個人情報の保護に関する 誓約書

医療法人社団愛和会
理事長 蒲谷 堯 殿

私は、医療法人社団愛和会の従業者として、患者の個人情報の保護に関する院内規定を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在職中はもちろん、退職後においても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すことは一切いたしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

医療法人社団愛和会

所 属 _____

氏 名 _____ 印

業務委託に際しての個人情報保護に関する確認書

____年 ____月 ____日

甲 医療法人社団愛和会 理事長 蒲谷 堯 印

乙 _____ 印

第 1 条

乙は、甲より委託を受けた業務（以下、本件業務）の実施に際して知り得た個人情報については、厳重に管理し、正当な理由なく第三者に開示、提供漏洩してはならない。

第 2 条

乙は、前条の義務を履行するために自己の組織内に個人情報の安全管理に関する責任者を定め、十分な安全管理対策を講じなくてはならない。

第 3 条

乙は、本件業務の遂行にあたり、個人情報保護に関する甲の指示に従うものとする。

第 4 条

甲はいつでも乙の個人情報の安全管理の状況について報告を求め、検査することができる。

第 5 条

乙は、本確認書にもとづく安全管理措置の内容を、自己のすべての従業員が在職中、退職後を通じて遵守することを保障するものとする。

第 6 条

乙は、本件業務に関して、自ら保管する個人情報が漏洩したことにより甲に損害が生じた場合には、これを賠償するものとする。

第 7 条

本確認書は、本件業務委託契約の終了後も有効に存続する。

別表1 当院における患者の個人情報の通常の利用目的

患者への医療に直接関係する利用目的	院内での利用	<ul style="list-style-type: none"> ・患者等に提供する医療サービス ・医療保険事務 ・患者に係る管理運営業務 <ul style="list-style-type: none"> 入退院等の病棟管理 会計・経理 医療事故等の内部的報告 当該患者の医療サービスの向上
	院外への情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・患者等に提供する医療サービス <ul style="list-style-type: none"> 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等との連携 他の医療機関等からの照会への回答 患者の診察等に当たり、外部の医師等の意見や助言を求める場合 検体検査業務の委託その他の業務委託 家族等への病状説明 ・医療保険事務 <ul style="list-style-type: none"> 保険事務の委託 審査支払機関へのレセプトの提出 審査支払機関又は保険者からの照会への回答 ・医療事故等の報告 ・企業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企業への診断結果の通知 ・医師賠償責任保険などの係る、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
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等の管理運営業務 <ul style="list-style-type: none"> 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 当院内において行われる医療実習への協力 医療の質の向上を目的として当院内で行われる症例研究 行政機関への報告義務、外部監査機関への情報提供

(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」〔別表2〕をもとに整理)

別表 2 法令上の届出義務、報告義務等にもとづく第三者提供

(5-2 (1) 関係)

- ・ 医師が感染症の患者等を診断した場合における都道府県知事等への届出（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条）
- ・ 特定生物由来製品の製造承認取得者等からの要請に基づき病院等の管理者が行う、当該製品を使用する患者の記録の提供（薬事法第 68 条の 9）
- ・ 医師、薬剤師等の医療関係者による医薬品製造業者等が行う医薬品等の適正使用のために必要な情報収集への協力（薬事法第 77 条の 3）
- ・ 医師、薬剤師等の医療関係者が行う厚生労働大臣へ医薬品等の副作用・感染症等報告（薬事法第 77 条の 4 の 2）
- ・ 医師等による特定医療用具の製造承認取得者等への当該医療用具利用者に係る情報の提供（薬事法第 77 条の 5）
- ・ 自ら治験を行う者が行う厚生労働大臣への治験対象薬物の副作用・感染症報告（薬事法第 80 条の 2）
- ・ 処方箋中に疑わしい点があった場合における、薬剤師による医師への疑義照会（薬剤師法第 24 条）
- ・ 調剤時における、患者又は現に看護に当たっている者に対する薬剤師による情報提供（薬剤師法第 25 条の 2）
- ・ 医師が麻薬中毒者と診断した場合における都道府県知事への届出（麻薬及び向精神薬取締法第 58 条の 2）
- ・ 保険医療機関及び保険薬局が療養の給付等に関して費用を請求しようとする場合における審査支払機関への診療報酬請求書・明細書等の提出等（健康保険法第 76 条等）
- ・ 家庭事情等のため退院が困難であると認められる場合等患者が一定の要件に該当する場合における、保険医療機関による健康保険組合等への通知（保険医療機関及び保険医療療養担当規則第 10 条等）
- ・ 診療した患者の疾病等に関して他の医療機関等から保険医に照会があった場合における対応（保険医療機関及び保険医療療養担当規則第 16 条の 2 等）
- ・ 施設入所者の診療に関して、保険医と介護老人保健施設の医師との間の情報提供（老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費及び特定療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準第 19 条の 4）
- ・ 患者から訪問看護指示書の交付を求められた場合における、当該患者の選定する訪問看護ステーションへの交付及び訪問看護ステーション等からの相談に応じた指導等（保険医療機関及び保険医療療養担当規則第 19 条の 4 等）
- ・ 患者が不正行為により療養の給付を受けた場合等における、保険薬局が行う健康保険組合等への通知（保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第 7 条）
- ・ 医師等による都道府県知事への不妊手術又は人工妊娠中絶の手術結果に係る届出（母体保護法第 25 条）
- ・ 児童虐待を受けたと思われる児童を発見したと者による児童相談所等への通

告（児童虐待の防止等に関する法律第 6 条）

- ・ 要保護児童を発見した者による児童相談所等への通告（児童福祉法第 25 条）
- ・ 指定入院医療機関の管理者が申立てを行った際の裁判所への資料提供等（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）第 25 条）
- ・ 裁判所より鑑定を命じられた精神保健判定医による鑑定結果等の情報提供（医療観察法第 37 条等）
- ・ 指定入院医療機関の管理者による無断退去者に関する情報の警察署長への提供（医療観察法第 99 条）
- ・ 指定通院医療機関の管理者による保護観察所の長に対する通知等（医療観察法第 110 条・第 111 条）
- ・ 精神病院の管理者による都道府県知事等への措置入院者等に係る定期的病状報告（精神保健福祉法第 38 条の 2）

（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」〔別表 3〕より抜粋）