# くぼのやウィメンズホスピタル
# 個人情報保護に関する基本規程

## 第１章　基本理念

第１条（目的）
本規程は、情報化社会の進展及び個人情報保護に関する社会的ニーズの増大にかんがみ、くぼのやウィメンズホスピタル（以下「病院」という。）において収集、利用、保存される患者とその関係者（以下「患者等」という。）の個人情報を「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。）及び厚生労働省の「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。）に基づき適正に取扱い、その保護を図ることを目的とする。

## 第２章　用語の定義

第２条（用語の定義）
本規程で使用する用語の定義は、以下のとおりとする。

（1）患者

病院に入院・通院しているか入院・通院歴のある患者、妊産婦、新生児、或いは健診受診者をいう。

（2）個人情報

患者等（死亡患者を含む）の特定の個人が識別され、又は識別され得るもののうち、病院が業務上取得又は作成した情報のすべてをいう。

（3）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又は収集された書面、画像等のすべてをいう。

（4）匿名化

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。匿名化された情報は、個人情報としては扱われない。

（5）個人情報保護管理責任者

医療における個人情報保護に関し十分な知識を有する者で、個人情報保護に関する具体的な取り組みを推進する責任者をいう。

（6）個人情報保護管理者

各部署において、個人情報保護に関する具体的な取り組みを行う管理者をいう。

## 第 3 章　個人情報の取得

第 3 条　患者から個人情報を取得する場合には、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、あらかじめ患者に公表する。病院内の掲示により行う。

2　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する。

3　個人情報の取得は、適法かつ公正な手段によって行うものとする。

## 第 4 章　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）

第 4 条（保管の際の注意義務）
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に注意するものとする。

第 5 条（利用時の注意義務）
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。

第 6 条（修正）
いったん記録した診療記録等を、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印を押印することとする。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。

第 7 条（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、理事長の許可を得ることとし、返却後にも確認を得なくてはならない。理事長は、

所管する診療記録等の院外持ち出し及び返却に関して、日時、利用者、持ち出しの目的等を記録し、5 年間保存する。

第 8 条（廃棄）
法定保存年限又は、病院所定の保存年限を経過した診療記録等を廃棄処分にする場合には、裁断又は溶解処理を確実に実施するものとする。

## 第 5 章　診療記録等の取扱いと保管（電磁的に保存されている診療記録等）

第 9 条（コンピューター情報のセキュリティ確保）
診療記録等をコンピューターを用いて保存している部署では、コンピューター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。

第 10 条（データーバックアップの取扱い）
コンピューター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や見読不能となることのないよう、適宜バックアップの措置を講じるものとする。

第 11 条（データーのコピー利用の禁止）
コンピューター内の診療記録等の全部又は一部を、院外での利用のために、他のコンピューター又は記録媒体に複写することは、原則として禁止する。ただし、職務遂行上止むを得ない場合には、理事長の許可、管理のもとに行うことができるものとする。

第 12 条（データーのプリントアウト）
コンピューター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。

第 13 条（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等の取扱いについては、前第 4 条、前第 8 条の規定の趣旨も準用する。

## 第 6 章　診療及び診療報酬請求事務以外での診療記録等の利用

第 14 条（目的外利用の禁止）
個人情報保護法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前第 3 条で特定した利用目的の達成に必要な範囲を超えて、患者の個人情報を取扱

ってはならない。

第 15 条（匿名化による利用）
患者の診療記録等に含まれる情報を、診療及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。

## 第 7 章　個人情報の第三者への提供

第 16 条（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場合には、前第 3 条に基づいてあらかじめ公表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。個人情報保護法に基づく第三者であっても、第三者提供をするか否かを病院が任意に判断し得る場合には、提供に際して原則として本人の同意を得るものとする。

第 17 条（患者本人の同意を必要としない第三者提供）
前第 16 条の規定に係らず以下の場合には、個人情報保護法第 27 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。

（2）人の生命、身体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）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って、本人の同意を得ることが困難であるとき。

（4）国の機関若しくは、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って、本人の同意をう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。

## 第 8 章　個人情報の本人への開示、訂正等

第 18 条（開示）
患者は、病院が保有する自己の個人情報について開示を請求することができる。

第 19 条（内容の訂正・追加・削除請求）
患者が、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。患者相談窓口担当者は、訂正等の

請求を受けた際には、必要に応じて「医療安全対策委員会」にて協議のうえ、訂正等に応じるか否かを決定し、訂正等の請求を受けたときから原則として 3 週間以内に請求者に対して回答するものとする。

第 20 条（訂正等の拒否）
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、理事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。

第 21 条（訂正等の方法）
本規程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。

第 22 条（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、又は消去（以下、「利用停止等」という。）を希望する場合は、その旨を申し出ることができる。患者相談窓口担当者は、利用停止等の請求を受けた際には個人情報保護法第 35 条の規定に即して「医療安全対策委員会」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、所定様式の書面により請求者に回答するものとする。

## 第 9 章　業務の委託等

第 23 条（業務の委託等）
患者の保有個人情報の取扱いにかかわる業務を外部に委託する場合には、個人情報の適切な管理を行う能力を有しないものを選定することがないよう、必要な措置を講ずる。また、契約書に、次に掲げる事項を明記するとともに、委託先における責任者等の管理体制、個人情報の管理の状況についての検査に関する事項等の必要な事項について書面で確認する。

（1）患者の個人情報に関する秘密保持等の義務。

（2）再委託の制限又は条件に関する事項。

（3）個人情報の複製等の制限に関する事項。

（4）個人情報の漏えい等の事案の発生時における対応に関する事項。

（5）委託終了時における個人情報の消去及び媒体の返却に関する事項。

（6）違反した場合における契約解除の措置その他必要な事項。

2　患者の保有個人情報の取扱いに係る業務を派遣労働者によって行わせる場合には、労働者派遣契約書に秘密保持義務等個人情報の取扱いに関する事項を明記する。

## 第 10 章　個人情報保護のための組織体制

第 24 条（個人情報保護管理責任者及び個人情報保護管理者及び個人情報保護管理担当者の選任）

理事長は、病院内の責任体制の明確化を図り、本規程の具体的取り組みを推進するために自らを個人情報保護管理責任者とし、個人情報保護管理者として 2 名、事務長・総務課長を選任する。また、各部署に個人情報保護管理担当者として部署長を選任する。

第 25 条（個人情報保護管理責任者及び個人情報保護管理者の責務）

個人情報保護管理責任者は、本規程に基づき率先して個人情報の適正な管理及び保護の任にあたるとともに、個人情報保護管理者を指導・監督し、本規程を遵守させるための教育訓練、個人情報の安全性確保等の措置を実施する責任を負うものとする。

2　個人情報保護管理者は、本規程及び個人情報保護管理責任者の指示を遵守して個人情報の適正な管理及び保護に努めなければならない。

3　個人情報保護管理担当者は、部署内の職員の規程遵守を徹底する。また部署内で漏洩発生時には速やかに発生状況を確認、原因を分析し個人情報保護管理責任者へ報告する。

第 26 条（苦情・相談等への対応）

個人情報の取扱い等に関する患者等からの苦情・相談等は「個人情報相談窓口」を設置し対応する。理事長は、当該相談窓口責任者として事務長・総務課長を選任する。

第 26 条の 2（非常時の対応）

患者の個人情報の漏洩、紛失、破壊又は改ざん等（以下「漏洩等」という。）が生じたときは、

個人情報取扱者は、直ちに当該患者本人に通知するとともに、個人情報保護管理者を経て理事長・医療安全対策委員会に報告する。理事長・医療安全対策委員会は二次的被害の防止、類似案件の回避、再発防止を指揮する。速やかな対応の為、臨時で医療安全対策委員会の臨時開催を行う。

2　患者個人情報の重大な漏洩等が生じたときは、前項の措置のほか、個人情報保護管理者は理事長・医療安全対策委員会等に報告しなければならない。

## 第 11 章　守秘義務及び罰則

第 27 条（守秘義務等）
病院の業務に従事する全ての職員は、その職種の如何を問わず職務上知りえた個人情報を、正当な理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。

## 第 12 章　雑則

第 28 条（規程の見直し）
本規程は、制定後 2 年毎に個人情報保護管理責任者が見直すこととする。

第 29 条（規程の改廃）
本規程の改廃は、医療安全対策委員会の議を経て理事長が決定する。

附則
本規程は令和 6 年 1 月 6 日から施行する。

本規程は令和 8 年 10 月 7 日から一部改正し施行