

府病成第 3923-2 号
平成29年3月23日

大阪府個人情報保護審議会
会長 野田崇 様

地方独立行政法人大阪府立病
種矯健心臓
理 事 長 遠 山 正
信山病院長
権理美

地域診療情報連携システムの規定整備について (報告)

平成29年2月15日付け大個審30号で適当と答申をいただきました地域
診療情報連携システムについて、付帯事項により規定整備の状況の報告を求め
られておりましたので、別紙のとおり報告します。

担当
大阪府立成人病センター
新病院整備グループ 門脇・塚村
06-69872-1181 (2425)

大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程 新旧対照表

新	旧
<p>大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程</p> <p>1 基本理念</p> <p>1-1 目的</p> <p>この規程は、大阪府個人情報保護条例（以下「条例」という。）に基づき、大阪府立成人病センター（以下「センター」という。）における患者とその関係者（以下「患者等」という。）に関する個人情報の取扱いについて必要な事項を定め、個人情報取扱事務の適正な執行を図ることを目的とする。大阪府立成人病センターに従事するすべての者（当法人の職員就業規則第2条第1項から5項に記載された職員、センターにおいて従事する請負労働者・派遣労働者・団体職員、実習生・研修生・ボランティア等をいう。以下「職員等」という。）は、「大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程」（以下「センター内規程」という。）や条例等に基づき、患者等に関する個人情報を適切に取り扱うものとする。</p>	<p>大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程</p> <p>1 基本理念</p> <p>1-1 目的</p> <p>大阪府立成人病センター（以下「センター」という。）の全職員は、この「大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程」（以下「センター内規程」という。）、「大阪府個人情報保護条例」および「カルテ等の診療情報提供に関する基準」に基づき、また、「個人情報保護に関する法律」、「同施行令」および厚生労働省作成の「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ドライン」の趣旨を遵守し、患者さんとその関係者（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。</p> <p>1-2 他のセンター内規等との関係</p> <p>センターにおける患者の個人情報の取り扱いに際しては、このセンター内規程のほか、「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会設立要領」も適用されるものとする。</p> <p>診療情報の提供について疑義がある場合には、前段に挙げた規定のほか、日本医師会作成の「診療情報の提供に関する指針」並びに厚生労働省作成の「診療情報の提供等に関する指針」も参照するものとする。</p> <p>1-3 守秘義務</p> <p>すべての職員は、その職種の如何を問わず、センターの従業者として、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。センターを退職した後においても同様とする。</p> <p>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）。</p>
<p>1-2 守秘義務</p> <p>職員等は、従事した際に知り得た患者等の個人情報等を、正当な事由なく第三者に漏らしてはならない。また、従事しなくなった後においても同様とする。</p>	<p>1-3 守秘義務</p> <p>すべての職員は、その職種の如何を問わず、センターの従業者として、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。センターを退職した後においても同様とする。</p> <p>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）。</p>

<p>2 用語の定義</p> <p>2-1 用語の定義</p> <p>この規程で使う用語の定義は、条例で定めるもののほか以下のとおりとする。</p> <p>(1) 個人情報 個人に関する情報であつて、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいう。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・観察等までも含む患者等の個人を特定することができる情報すべてをいう。</p> <p>(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、画像等一切をいう。 センターで取り扱う代表的な記録として、診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績、エックス線写真、看護記録、紹介状、処方せんの控えなどがある。</p> <p>(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をいう。(以下略)</p>	<p>2 用語の定義</p> <p>2-1 用語の定義</p> <p>この「センター内規程」で使う用語の定義は、以下のとおりとする。</p> <p>(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・観察等までも含む。</p> <p>(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、画像等一切。 センター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、エックス線写真、看護記録、紹介状、処方せんの控えなど。</p> <p>(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。(以下略)</p> <p>(4) 職員 職員とはセンターの業務に従事する正職員のほか、センターに勤務する職員(非常勤職員等)を含む。 センターと業務委託契約を締結する事業者に雇用されセンター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「センター内規則」に準じた取り扱いを定め、管理するものとする。</p> <p>(5) 開示 患者本人または別に定める関係者が、センターの保有する患者本人に関する情報を、自ら確認するため、患者本人等からの請求に応じて、情報の内容を閲覧させ、要約した書面を交付す</p>
--	--

<p>3 個人情報の収集</p> <p>3-1 利用目的の通知</p> <p>職員等は、患者等から個人情報を収集する際には、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、あらかじめ患者等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による院内掲示をもって代えることができる。</p>	<p>ること、および書面（診療録等）として記録されている情報のコピーを交付すること。</p> <p>3 個人情報の取得</p> <p>3-1 利用目的の通知</p> <p>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（「別表1」参照）。</p>
<p>3-2 利用目的の変更</p> <p>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知り、または院内掲示等により公表しなくてはならない。</p>	<p>3-2 利用目的の変更</p> <p>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知り（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。</p>
<p>4 診療記録等の取り扱い</p> <p>【紙媒体により保存されている診療記録等】</p> <p>4-1 診療記録等の保存の注意</p> <p>診療記録等の保存については、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。</p>	<p>4 診療記録等の取り扱いと保管</p> <p>(1) 紙媒体により保存されている診療記録等</p> <p>4-1 診療記録等の保管の注意</p> <p>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。</p>
<p>(略)</p> <p>【電磁媒体により保存されている診療記録等】</p> <p>4-3 診療記録等の保存及びセキュリティの確保</p> <p>診療記録等をコンピューター、サーバー、USBなど（以下、これらを総称して「電磁媒体」という。）に保存している部署では、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や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。</p>	<p>(略)</p> <p>4-3 診療記録等の修正</p> <p>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、もとの記載が判別できるように二重線で抹消し、訂正箇所の日付および訂正者印を押し印するものとする。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。</p>

上記に定めるもののほか、電磁媒体により保存されている診療記録等に係る取扱いは「大阪府立成人病センター病院情報システムの運用管理規程」に定めるところによるものとする。

【紙媒体、電磁媒体共通】

4-4 診療記録等の修正及び廃棄
保存年限を超過したことなどにより診療記録等を廃棄する場合には、紙の裁断や溶解、電磁媒体の破壊など物理的に復元不可能は方法により行うものとする。

上記に定めるもののほか、診療記録等の修正などについては「大阪府立成人病センター診療記録データベース」の定めるところによるものとする。

4-4 診療記録等の院外持ち出し禁止
診療記録等は原則として院外へ持ち出ししてはならない。

4-5 診療記録等の廃棄
法定保存年限または、センター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、センター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、病院長はその記録類の取り扱いについて、すみやかにセンター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

4-6 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）。

4-7 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、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。

<p>5 診療および請求事務以外での診療記録等の利用</p> <p>5-1 目的外利用の禁止 職員等は、条例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越えて、患者の個人情報を取り扱ってはならない。</p> <p>5-2 匿名化による利用 (略)</p>	<p>4-8 データのコピー利用の禁止 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する。ただし、階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。</p> <p>4-9 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や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くてはならない。</p> <p>4-10 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。</p> <p>(3) 診療および請求事務以外での診療記録等の利用</p> <p>4-11 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越えて、患者の個人情報を取り扱ってはならない。</p> <p>4-12 匿名化による利用 (略)</p> <p>(4) 教育・研修および研究における診療記録等の利用</p> <p>4-13 教育・研修および研究における診療記録等の利用の周知について 教育・研修および研究のために院内規定に従い個人情報を利用する旨をあらかじめ院内に掲示する。患者等から不同意、留保の意思表示</p>
---	---

<p>6 教育・研修および研究における診療記録等の利用</p> <p>6-1 教育・研修を受ける際の注意</p> <p>職員等のうち教育・研修を目的とし、許可を得てセンターへの受け入れを承認され、教育・研修のためセンターの診療記録等を扱う者は、教育・研修開始時にこの義務を遵守することを書面にて誓約しなければならない。</p>	<p>があれば規定に従いその意思に従った取り扱いをしなければならない。</p> <p>4-14 教育・研修を受ける際の注意</p> <p>センター従事者以外の者で教育・研修を目的とし、許可を得てセンターへの受け入れを承認され、教育・研修のためセンターの診療記録等を扱う者はセンター従事者と同様に本規定の指示に従わねばならない。また、教育・研修開始時のこの義務を遵守することを書面にて誓約しなければならない</p>
<p>6-2 研究における診療記録の取り扱いについて</p> <p>研究のために診療記録等を取り扱う者は別に定める「臨床研究に関する倫理指針」（平成20年7月31日全部改正）および「疫学研究に対する倫理指針」（平成25年4月1日一部改正）を遵守しなければならない。</p>	<p>4-15 研究における診療記録の取り扱いについて</p> <p>研究のために診療記録等を取り扱う者は別に定める「臨床研究に関する倫理指針」（平成16年12月28日全部改定）および「疫学研究に対する倫理指針」（平成16年12月28日全部改定）を遵守しなければならない。</p>
<p>6-3 研究における診療記録を取り扱う際の注意</p> <p>診療記録等を研究目的で利用する際には、その研究内容について院内倫理審査委員会の審査を経て総長の許可を得なければならない。併せて研究内容を患者に説明の上、文書にて同意文書（IC）をあらかじめ得なければならない。なおがん登録業務などあらかじめ別に定められた業務はそれぞれの取り扱い規定に従うものとする。</p>	<p>4-16 研究における診療記録を取り扱う際のアらかじめの注意</p> <p>診療記録等を研究目的で利用するに際しては、その研究内容は院内倫理審査委員会の審査を経て総長の許可を得なければならない。併せて研究内容を患者に説明の上、文書にて同意文書（IC）をあらかじめ得なければならない。なおがん登録業務などあらかじめ別に定められた業務はそれぞれの取り扱い規定に従う。</p>
<p>6-4 研究における診療記録を取り扱う際の注意（略）</p> <p>6-5 教育・研修および研究を目的とした発表の際の注意</p> <p>センター内外での教育・研修・研究発表目的でのセミナー・講義・講演・学会発表で診療記録等を用いる場合には、匿名化の上、本規程を遵守した形で行なわなければならない。教育・研修・研究発表目的で複写物、著作物を作成する場合も同様である。</p>	<p>4-17 研究における診療記録を取り扱う際の注意（略）</p> <p>4-18 教育・研修および研究を目的とした発表の際の注意</p> <p>院内外での教育・研修・研究発表目的でのセミナー・講義・講演・学会発表で診療記録等を用いる場合には、匿名化の上、本規則を遵守した形で行なわねばならない。教育・研修・研究発表目的で複写物、著作物を作成する場合も同様である。</p>
<p>7 個人情報の第三者への提供</p>	<p>5 個人情報の第三者への提供</p>

<p>7-1 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。(略)</p> <p>7-2 患者本人の同意を必要としない第三者提供 【7-1】の規定にかかわらず、以下の場合には条例第8条第2項の規定により、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。</p> <p>(1) 法令上の届け出義務、報告義務等にもとづく場合。 (主な事例は別表1のとおり)ただし、これらの場合においても、可能な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。(略)</p>	<p>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。(略)</p> <p>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。</p> <p>(1) 法令上の届け出義務、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。(略)</p> <p>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 センターの患者は、センターが保有する自己の個人情報について、「大阪府個人情報保護条例」、「カルテ等の診療情報提供に関する基準」に基づき開示を請求することができる。 病院長は、患者から自己の個人情報の開示を求められた場合には、「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会設立要領」に基づき診療情報提供審査会に諮問を行った上で、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14日以内に、請求者に回答するものとする。</p> <p>6-2 診療記録等の開示を拒みうる場合 【6-1】の規定にもとづく協議において、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、病院長は開示を拒むことができるものとする。 (1) 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) センターの業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合</p>
--	--

(3) 開示することが法令に違反する場合
(4) 対象となる情報が大阪府個人情報保護審議会により非開示とされた場合

6-3 診療記録等の開示を求めうる者
センターの規定にもとづいて患者の診療記録等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) 患者の法定代理人
- (3) 大阪府個人情報保護条例により申請を認められる者

6-4 内容の訂正・追加・削除請求
センターの患者が、センターの保有する、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 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。

病院長は、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大阪府立成人病センター診療情報提供審査会に諮問のうえ、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 または書式 の書面により請求者に対して回答するものとする。

6-5 診療記録等の訂正等を拒みうる場合

【6-4】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、病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センターには訂正等の権限がない場合

6-6 訂正等の方法

【6-4】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。また、【6-5】の規定にもとづいて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。

6-7 利用停止等の請求

患者が、センター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、書式の書面によりその旨を申し出ることができるとする。

病院長は、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大阪府立成人病センター診療情報提供審査会に諮問のうえ、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 — または書式 — の書面により請求者に対して回答するものとする。

6-8 「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、センターの「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、各受付あるいは「患者総合相談室」で対応するものとする。

7-2 個人情報保護に関する大阪府立成人病センター診療情報提供審査会について

【7-1】による対応が困難な事例については、病院長は「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会」に諮問するものとする。本委員会の開催は必要に応じて副病院長が招集するものとする。

7-3 外部の苦情・相談受付窓口の紹介

8 苦情・相談等への対応

8-1 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、各受付あるいは「患者総合相談室」で対応するものとする。

8-2 個人情報保護に関する大阪府立成人病センター診療情報提供審査会について

【8-1】による対応が困難な事例については、総長は「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会」に諮問するものとする。本委員会の開催は必要に応じて副病院長が招集するものとする。

<p>附 則 「大阪府立成人病センターにおける個人情報 の保護に関する規程」は、平成 17 年 4 月 1 日 より施行する。</p> <p>附 則 「大阪府立成人病センターにおける個人情報 の保護に関する規程」は、平成 29 年 3 月 9 日 より施行する。</p>	<p>【7-1】により受け付けた患者からの苦情・ 相談等については、病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、府（保健所 等）及び市町村等の「患者相談窓口」を紹介す ることとする。</p> <p>附則 「大阪府立成人病センターにおける個人情報 の保護に関する規程」は、平成 17 年 4 月 1 日 より施行する。</p>
---	--

大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程

1 基本理念

1-1 目的

この規程は、大阪府個人情報保護条例（以下「条例」という。）に基づき、大阪府立成人病センター（以下「センター」という。）における患者とその関係者（以下「患者等」という。）に関する個人情報の取扱いについて必要な事項を定め、個人情報取扱事務の適正な執行を図ることを目的とする。大阪府立成人病センターに従事するすべての者（当法人の職員就業規則第2条第1項から5項に記載された職員、センターにおいて従事する請負労働者・派遣労働者・団体職員、実習生・研修生・ボランティア等という。以下「職員等」という。）は、「大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程」（以下「センター内規程」という。）や条例等に基づき、患者等に関する個人情報を適切に取り扱うものとする。

1-2 守秘義務

職員等は、従事した際に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。また、従事しなくなった後においても同様とする。

2 用語の定義

2-1 用語の定義

この規程で使う用語の定義は、条例で定めるもののほか以下のとおりとする。

(1) 個人情報

個人に関する情報であつて、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいう。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・観察等までも含む患者等の個人を特定することができる情報のすべてをいう。

(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、画像等の一切をいう。センターで取り扱う代表的な記録として、診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績、エックス線写真、看護記録、紹介状、処方せん の控えなどがある。

(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をいう。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。

3 個人情報の収集

3-1 利用目的の通知

職員等は、患者等から個人情報を収集する際には、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、あらかじめ患者等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による院内掲示をもって代えることができる。

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し、または院内掲示等により公表しなくてはならない。

4 診療記録等の取り扱い

【紙媒体により保存されている診療記録等】

4-1 診療記録等の保存の際の注意

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

4-2 診療記録等の利用時の注意

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。

【電磁媒体により保存されている診療記録等】

4-3 診療記録等の保存及びセキュリティの確保

診療記録等をコンピューター、サーバー、USBなど（以下、これらを総称して「電磁媒体」という。）に保存している部署では、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や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。

上記に定めるもののほか、電磁媒体により保存されている診療記録等に係る取扱いは「大阪府立成人病センター病院情報システムの運用管理規程」に定めるところによるものとする。

【紙媒体、電磁媒体共通】

4-4 診療記録等の修正及び廃棄

保存年限を超過したことなどにより診療記録等を廃棄する場合には、紙の裁断や溶解、電磁媒体の破壊など物理的に復元不可能は方法により行うものとする。

上記に定めるもののほか、診療記録等の修正などについては「大阪府立成人病センター診療録記載マニュアル」の定めるところによるものとする。

5 診療および請求事務以外での診療記録等の利用

5-1 目的外利用の禁止

職員等は、条例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越えて、患者の個人情報を取り扱ってはならない。

5-2 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。

6 教育・研修および研究における診療記録等の利用

6-1 教育・研修を受ける際の注意

職員等のうち教育・研修を目的とし、許可を得てセンターへの受け入れを承認され、教育・研修のためセンターの診療記録等を扱う者は、教育・研修開始時にこの義務を遵守することを書面にて誓約しなければならない。

6-2 研究における診療記録の取り扱いについて

研究のために診療記録等を取り扱う者は別に定める「臨床研究に関する倫理指針」(平成20年7月31日全部改正)および「疫学研究に対する倫理指針」(平成25年4月1日一部改正)を遵守しなければならない。

6-3 研究における診療記録を取り扱う際の注意

診療記録等を研究目的で利用する際には、その研究内容について院内倫理審査委員会の審査を経て総長の許可を得なければならない。併せて研究内容を患者に説明の上、文書にて同意文書(IC)をあらかじめ得なければならない。なおがん登録業務などあらかじめ別に定められた業務はそれぞれの取り扱い規定に従うものとする。

6-4 研究における診療記録を取り扱う際の注意

教育・研修および研究を目的とした診療記録等およびその複写物、記憶媒体の院外持ち出しは原則として禁止する。

6-5 教育・研修および研究を目的とした発表の際の注意

センター内外での教育・研修・研究発表目的でのセミナー・講義・講演・学会発表で診療記録等を用いる場合には、匿名化の上、本規程を遵守した形で行なわなければならない。教育・研修・研究発表目的で複写物、著作物を作成する場合も同様である。

7 個人情報の第三者への提供

7-1 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、第三者提供するか否かをセンター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。

7-2 患者本人の同意を必要としない第三者提供

[7-1]の規定にかかわらず、以下の場合には条例第8条第2項の規定により、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、報告義務等にもとづく場合。(主な事例は別表1のとおり)

ただし、これらの場合においても、可能な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

8 苦情・相談等への対応

8-1 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、各受付あるいは「患者総合相談室」で対応するものとする。

8-2 個人情報保護に関する大阪府立成人病センター診療情報提供審査会について

〔8-1〕による対応が困難な事例については、総長は「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会」に諮問するものとする。本委員会の開催は必要に応じて副病院長が召集するものとする。

附 則

「大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程」は、平成17年4月1日より施行する。

附 則

「大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程」は、平成29年3月9日より施行する。

成人病センターは患者さんの個人情報保護に
全力で取り組んでいます。
また、個人情報を下記の目的に利用し、
その取り扱いには細心の注意を払っています。

総 長

個人情報の利用目的

- ◎ 医療提供
センターでの医療サービスの提供
他の病院、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との連携
他の医療機関等からの照会への回答
患者さんの診療のため、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
患者さんへの医療提供に関する利用
- ◎ 診療費請求のための事務
センターでの医療・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
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
- ◎ 当センターの管理運営業務
会計・経理
医療事故等の報告
当該患者さんの医療サービスの向上
入退院等の病棟管理
その他、センターの管理運営業務に関する利用
- ◎ 企業等から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
- ◎ センター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たセンター内での症例研究
- ◎ 外部監査機関への情報提供

付 記

- 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事項がある場合には、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いただきます。
- 3 これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

法令上、医療機関等（医療従事者を含む）が行うべき義務として明記されているもの

- 法令上、医療機関等（医療従事者を含む）が行うべき義務として明記されているもの
- ・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販売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（医薬品医療機器等法第68条の22第4項）
- ・医師、薬剤師等の医薬関係者による、医薬品製造販売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（医薬品医療機器等法第68条の2第2項）
- ・医師、薬剤師等の医薬関係者が行う厚生労働大臣への医薬品等の副作用・感染症等報告（医薬品医療機器等法第68条の10第2項）
- ・医師等による特定医療機器の製造販売承認取得者等への当該特定医療機器利用者に関する情報の提供（医薬品医療機器等法第68条の5第2項）
- ・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（医薬品医療機器等法第80条の2第6項）
- ・処方せんに疑わしい点があった場合における、薬剤師による医師等への疑義照会（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）
- ・家庭事業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費担当規則第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費担当規則第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費担当規則第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（心身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等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等に係る定期的病状報告（精神保健福祉法第38条の2）
- ・ 指定医療機関による都道府県・市町村への被保護者に係る病状報告（生活保護法第50条、指定医療機関医療担当規程第7条、第10条）

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（平成28年12月1日改正版）」
別表3より抜粋

大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程

1 基本理念

1-1 目的

大阪府立成人病センター（以下「センター」という。）の全職員は、この「大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程」（以下「センター内規程」という。）、「大阪府個人情報保護条例」および「カルテ等の診療情報提供に関する基準」に基づき、また、「個人情報の保護に関する法律」、「同施行令」および厚生労働省作成の「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ドライン」の趣旨を遵守し、患者さんとその関係者（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 他のセンター内規等との関係

センターにおける患者の個人情報の取り扱いに際しては、このセンター内規程のほか、「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会設立要領」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、前段に挙げた規定のほか、日本医師会作成の「診療情報の提供に関する指針」並びに厚生労働省作成の「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、センターの従業員として、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。センターを退職した後においても同様とする。

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「センター内規程」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または収集された書面、画像等の一切。

センター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、エックス線写真、看護記録、紹介状、処方せん控えなど。

(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

職員とはセンターの業務に従事する正職員のほか、センターに勤務する職員(非常勤職員等)を含む。

センターと業務委託契約を締結する事業者には雇用されセンター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「センター内規則」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が、センターの保有する患者本人に関する情報を、自ら確認するため、患者本人等からの請求に応じて、情報の内容を閲覧させ、要約した書面を交付すること、および書面(診療録等)として記録されている情報のコピーを交付すること。

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(「別表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

(1) 紙媒体により保存されている診療記録等

4-1 診療記録等の保管の注意

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、盗難等の防止に十分留意するものとする。

4-2 診療記録等の利用時の注意

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。

4-3 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、もとの記載が判別できるように二重線で抹消し、訂正箇所の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。

4-4 診療記録等の院外持ち出し禁止

診療記録等は原則として院外へ持ち出してはならない。

4-5 診療記録等の廃棄

法定保存年限または、センター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、センター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、病院長はその記録類の取り扱いについて、すみやかにセンター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

4-6 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依りて、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が必要な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。

4-7 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、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。

4-8 データのコピー利用の禁止

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する。ただし、階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。

4-9 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データ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ければならぬ。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くてはならない。

4-10 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の診療記録等の利用

4-11 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【3-11】で特定した利用目的の達成に必要な範囲を越えて、患者の個人情報を取り扱ってはならない。

4-12 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。

(4) 教育・研修および研究における診療記録等の利用

4-13 教育・研修および研究における診療記録等の利用の周知について

教育・研修および研究のために院内規定に従い個人情報を利用する旨をあらかじめ院内に掲示する。患者等から不同意、留保の意思表示があれば規定に従いその意思に従った取り扱いをしなければならない。

4-14 教育・研修を受ける際の注意

センター従事者以外の者で教育・研修を目的とし、許可を得てセンターへの受け入れを承認され、教育・研修のためセンターの診療記録等を扱う者はセンター従事者と同様に本規定の指示に従わねばならない。また、教育・研修開始時のこの義務を遵守することを書面にて誓約しなければならない。

4-15 研究における診療記録の取り扱いについて

研究のために診療記録等を取り扱う者は別に定める「臨床研究に関する倫理指針」(平成16年12月28日全部改定)および「疫学研究に対する倫理指針」(平成16年12月28日全部改定)を遵守しなければならない。

4-16 研究における診療記録を取り扱う際のあらかじめの注意

診療記録等を研究目的で利用するに際しては、その研究内容は院内倫理審査委員会の審査を経て総長の許可を得なければならない。併せて研究内容を患者に説明の上、文書にて同意文書(1C)をあらかじめ得なければならない。なおがん登録業務などあらかじめ別に定められた業務はそれぞれの取り扱い規定に従う。

4-17 研究における診療記録を取り扱う際の注意

教育・研修および研究を目的とした診療記録等およびその複写物、記憶媒体の院外持ち出しは原則として禁止する。

4-18 教育・研修および研究を目的とした発表の際の注意

院内外での教育・研修・研究発表目的でのセミナー・講義・講演・学会発表で診療記録等を用いる場合には、匿名化の上、本規則を遵守した形で行なわねばならない。教育・研修・研究発表目的で複写物、著作物を作成する場合も同様である。

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センター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。

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) 法令上の届け出義務、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、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

センターの患者は、センターが保有する自己の個人情報について、「大阪府個人情報保護条例」、「カルテ等の診療情報提供に関する基準」に基づき開示を請求することができる。

病院長は、患者から自己の個人情報の開示を求められた場合には、「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会設立要領」に基づき診療情報提供審査会に諮問を行った上で、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14日以内に、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

【6-1】の規定にもとづく協議において、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、病院長は開示を拒むことができるものとする。

- (1) 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) センターの業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- (3) 開示することが法令に違反する場合
- (4) 対象となる情報が大阪府個人情報保護審議会により非開示とされた場合

6-3 診療記録等の開示を求めうる者

センターの規定にもとづいて患者の診療記録等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) 患者の法定代理人
- (3) 大阪府個人情報保護条例により申請を認められる者

6-4 内容の訂正・追加・削除請求

センターの患者が、センターの保有する、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 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。

病院長は、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大阪府立成人病センター診療情報提供審査会に諮問のうえ、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 または書式 の書面により請求者に対して回答するものとする。

6-5 診療記録等の訂正等を拒みうる場合

【6-4】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、病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センターには訂正等の権限がない場合

6-6 訂正等の方法

【6-4】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。また、【6-5】の規定にもとづいて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。

6-7 利用停止等の請求

患者が、センター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、書式の書面によりその旨を申し出ることができる。

病院長は、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大阪府立成人病センター診療情報提供審査会に諮問のうえ、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 — または書式 — の書面により請求者に対して回答するものとする。

6-8 「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、センターの「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、各受付あるいは「患者総合相談室」で対応するものとする。

7-2 個人情報保護に関する大阪府立成人病センター診療情報提供審査会について

【7-1】による対応が困難な事例については、病院長は「大阪府立成人病センター診療情報提供審査会」に諮問するものとする。本委員会の開催は必要に応じて副病院長が招集するものとする。

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からの苦情・相談等については、病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、府（保健所等）及び市町村等の「患者相談窓口」を紹介することとする。

附則

「大阪府立成人病センターにおける個人情報の保護に関する規程」は、平成17年4月1日より施行する。

第1条(目的)

この規程は、「地方独立行政法人大阪府立病院機構個人情報取扱及び管理に関する規程」に基づき、大阪府立成人病センター（以下「当センター」という。）において、法令に保存義務が規定されている診療録及び診療諸記録等（以下「医療情報」という。）の電子媒体による通信・保存のために使用される機器、ソフトウェア及び運用に必要な仕組み全般（以下「病院情報システム」という。）について、その取扱い及び管理に関する事項を定め、当センターにおいて、医療情報を適正に保存するとともに、適正に利用することに資することを目的とする。

第2条(病院情報システムに関する理念)

- 1 病院情報システムにかかわる当センター職員は、医療情報の電子媒体による通信・保存が、自己責任の原則に基づいて行われることを認識し、医療情報の「保存性、見読性、真正性」を確保するため、協力して環境を整え、適正な運営に努めなければならない。
- 2 病院情報システムにかかわる当センター職員は、医療情報の利用にあたり、患者の個人情報保護されるよう注意しなければならない。
- 3 患者の個人情報以外でも、病院情報システムで扱う重要情報については十分な注意を払って管理・運用しなければならない。

第3条(病院情報システムの機能要件)

病院情報システムは、次の機能を備えるものとする。

- (1) 情報にアクセスしようとするものの識別と認証
- (2) 情報の機密度に応じた利用者のアクセス権限の設定と不正なアクセスの排除
- (3) 利用者が入力した情報についての確定操作
- (4) 利用者が確定操作を行った情報の正確な通信・保存
- (5) 確定情報の通信・保存に際し、その日時及び実施者等の関連情報を記録すること
- (6) 管理上または診療上の必要がある場合、確定情報の速やかな出力
- (7) 複数の機器や媒体に記録されている情報の所在の一元的な管理
- (8) 情報の利用範囲、更新履歴、機密度等に応じた管理区分の設定と管理情報の整理
- (9) 記録情報のバックアップ作成

第4条(電子保存する情報の範囲)

当センターにおいて、電子保存する医療情報の範囲については、IT戦略検討委員会にて大綱を決定し、細目は診療委員会にて決定するものとする。

第5条(管理組織)

- 1 当センターに病院情報システム管理者（以下「システム管理者」という。）を置き、病院長をもってこれに充てる。
- 2 病院情報システムを円滑に運用するため、病院情報システムに関する運用責任者（以下「運用責任者」という。）を置き、医療情報部長をもってこれに充てる。
- 3 病院情報システムに関する取扱い及び管理に関し必要な事項は、IT戦略検討委員会にて審議する。

第6条(システム管理者の責務)

システム管理者は、運用責任者の補佐を得て、以下の責務を負う。

- (1) 病院情報システムに用いる機器及びソフトウェアを導入するにあたり、システムの機能を確認し、これらの機能が「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に示される各項目に適合するよう留意すること
- (2) 病院情報システムの機能要件に挙げられている機能が支障なく運用される環境を整備すること
- (3) 保存義務のある情報として電子保存された医療情報の安全性を確保し、常に利用可能な状態に置いておくこと
- (4) 機器やソフトウェアに変更があった場合においても電子保存された情報が継続的に使用できるように維持すること
- (5) 病院情報システムを利用する職員等（以下「利用者」という。）の登録を管理し、そのアクセス権限を規定し、不正な利用を防止すること
- (6) 病院情報システムを正しく利用させるため、マニュアルの整備を行い、利用者の研修を行うこと
- (7) 利用者からの問合せ、苦情等を受け付ける窓口を設けること

第7条(利用者の責務)

利用者は、以下の責務を負う。

- (1) 自身の認証番号やパスワードを管理し、これを他者に利用させないこと
- (2) 病院情報システムの情報の参照や入力（以下「アクセス」という。）に際して、認証番号やパスワードによってシステムに利用者自身を認識させること
- (3) 作業終了あるいは離席する際は、必ずログアウト操作を行うこと
- (4) 病院情報システムへの情報入力に際しては、確定操作（入力情報が正しいことを確認する操作）を行って、入力情報に対する責任を明示すること
- (5) 代行入力の場合は、入力権限を持つ者が最終的に確定操作を行い、入力情報に対する責任を明示すること
- (6) 与えられたアクセス権限を越えた操作を行わないこと
- (7) 参照した情報を目的外に利用しないこと
- (8) 患者のプライバシーを侵害しないこと
- (9) システムの異常や不正なアクセスを発見した場合、速やかに運用責任者に連絡し、その指示に従うこと
- (10) 運用責任者の許可なくソフトウェアのインストール及び機器のネットワーク接続を行わないこと
- (11) 研究目的等で、病院情報システム内の医療情報を利用する場合、別に定めている「診療情報利用申請書」により行うこと

第8条(利用者の識別及び認証)

- 1 本人認証、識別を行うため、利用者に認証番号、パスワードを発行する。
- 2 利用者は、パスワードを他者に推測されないように管理しなくてはならない。

第9条(機器の管理)

- 1 病院情報システムの記憶媒体等を含むサーバ等主要機器は、独立した医療情報部の管理区域に設置する。
- 2 管理区域の出入り口は常時施錠し、運用責任者がその入退室を管理する。
- 3 管理区域には無水消火装置、漏電防止装置、無停電電源装置等を備える。
- 4 設備機器は定期的に点検を行う。
- 5 各部門に設置され、病院情報システムに接続されているサーバ、パソコンその他機器の管理は、各部門責任者が行い、運用管理者へ報告を行う。

第10条(記憶媒体の保護)

- 1 記憶媒体は、記憶された情報が保護されるよう別の媒体にも補助的に記録する。
- 2 品質の劣化が予想される記憶媒体は、あらかじめ別の媒体に複写する。

第11条(ソフトウェアの管理)

- 1 運用責任者は、病院情報システムで使用されるソフトウェアを、使用前に審査を行い、情報の安全性に支障がないことを確認する。
- 2 運用責任者は、ネットワークや可搬型媒体によって情報を受け取る機器について、必要に応じてこれを限定する。
- 3 運用責任者は、定期的にソフトウェアのウイルスチェックを行い、感染の防止に努める。

第12条(ネットワークの管理)

- 1 運用責任者は、定期的にご利用履歴やネットワーク負荷等进行检查し、通信環境の効率的な運用を維持するとともに、不正に利用された形跡がないかを確認する。
- 2 運用責任者はネットワークの不正な利用を発見した場合には、直ちにその原因を追究し対策を実施する。
- 3 ネットワークに接続する機器類は、ウイルスをチェックし、かつ駆除できるソフトウェアをインストールされている機器類に限って接続を許可する。

第13条(事故対策)

システム管理者は、緊急時及び災害時の連絡、復旧体制並びに回復手順を定め、非常時においても参照できるように媒体に保存し管理する。

第14条(業務委託)

病院情報システムの保守契約業務を委託する場合には、個人情報保護、守秘義務の観点から業務が適正かつ安全に行われていることを確認しなければならない。

第15条(監査)

- 1 システム管理者は、年1回、監査法人等により病院情報システムの監査を実施させるものとする。
- 2 前項の外部監査の他、内部監査責任者として、総務人事グループマネージャーをあたて、内部監査を年1回以上行う。
- 3 前々項および前項の監査で指摘を受けた事項は、速やかに改善するものとする。

第16条(その他)

この規程に定めるもののほか必要な事項は、IT戦略検討委員会にてこれを定める。

附則

1 この規程は、平成23年2月1日から施行する

附則

1 この規程は、平成26年12月1日から施行する

附則

1 この規程は、平成28年4月1日から施行する

診療録記載マニュアル

2016年3月

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪府立成人病センター

1. 診療録の定義

診療録とは、法律上(医師法第 24 条)医師が作成を義務づけられている記録をいい、これは狭義の診療録と考えられる。

他方、診療記録とは、診療録、処方箋、手術記録、看護記録、検査所見記録、X線写真、紹介状、退院した患者に係る入院中の診療経過の要約、その他診療の過程で患者の身体状況、病状、治療などについて作成、記録又は保存された書類、画像などの記録をいい、広義の診療録と考えられている。

2. 診療録の価値

病院管理学の創始者といわれる Dr. Malcolm Thomas MacEachern は 6 項目を挙げている。

- 1) 患者にとっての価値: チーム医療、患者自身の治療・診療情報の提供・開示のため。
 - 2) 病院にとっての価値: 診療機能の評価、医療資源の活用のため。
 - 3) 医師にとっての価値: 医学生教育や、医師の卒後教育において貴重な資料となるため。
 - 4) 法的防衛上の価値: 医療過誤などの訴訟において証拠となるため。
 - 5) 公衆衛生上の価値: 行政上の調査、統計に際して、収集、作成されるものがあり、公衆衛生の向上のため。
 - 6) 医学研究上の価値: 医療従事者の教育・資料として活用され医療水準の向上のため、EBM 実践 のため。
- といわれているが、日本では国民皆保険制度の維持に不可欠なため、次の価値が加えられる。
- 7) 医療保険上の価値: 医療保険上給付内容を特定するための資料として必要であり、診療報酬請求のための証拠になる。

3. 診療録に関する法律について

1) 医師については、診療録の記載事項については、次の法令で義務付けられている。

(1) 医師法施行規則第 23 条

- ・ 診療を受けたものの住所、氏名、性別及び年齢
- ・ 病名及び主要症状
- ・ 治療方針(処方及び処置)
- ・ 診療の年月日

(2) 保険医療機関・保険医療負担当規則第 22 条

- ・ 受診者に関する情報(氏名、生年月日、性別、職業など)
- ・ 保険情報(保険の種類、保険者番号、保険者、資格取得年月日、事業者名、公費番号など)
- ・ 傷病名、診療開始・終了年月日、転帰など
- ・ 症状(病歴、原因、主要症状、経過など)

- ・ 診療行為(処方、手術、処置など)
 - ・ 診療の点数など(種別、点数、負担金徴収額など)
 - ・ 食事療養算定額など
- 他に、第23条によると、処方箋を交付する場合は、様式2号またはこれに準ずる様式の処方箋に必要な項目を記載しなければならない。

2) 診療に関する諸記録の保存期間について (注)但し、当センターは独自の保存期間を決めている。

(1) 診療録

診療完結日から5年間(医師法第24条、保険医療機関・保険医療養担当規則第9条)

(2) 診療に関する諸記録

病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、検査所見記録、X線写真、入院外来患者数の記録などをいう。

2年間: 医療法施行規則第20条10

3年間: 保険医療機関・保険医療養担当規則第9条

(3) 特定機能病院の診療に関する諸記録

病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、看護記録、検査所見記録、X線写真、紹介状及び退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約をいう。

2年間: 医療法施行規則第22条3

(4) 特定生物由来製品に関する記録

使用日から起算して20年間

4. 診療報酬請求の根拠となる記載事項について

厚生労働大臣が定める告示3基本診療料の施設基準等と診療報酬点数表から、記載事項が決められており、記載事項を必ず実施しなければならない。

5. 診療録の記載の実態

以上のことから、診療録は公的な記録であり、診療経過と医学的判断の根拠、療養担当規則の療養の給付にかかる医療の法律的根拠となるため、事実を正確かつ客観的に記載(原則として電子カルテに記録すること)をいう。以下同じ)しなければならない。

更に、遅滞、遺漏なく診療録を記載する必要がある。当センターでの診療録の記載の仕方を述べていく。

1) 電子カルテのログイン・ログアウト

電子カルテ改ざん防止のため、各自責任を持ち、IDとパスワードを管理すること。
仕事中は勤態カードも必ず携帯すること。

(1) ログイン

① 勤態カードで、IDとパスワードの登録画面を開ける。

② 自分のIDとパスワードを登録し、グループウェアにログインする。

- ③ゲルマニウムエアの掲示板にあるお知らせは、必ず目を通す。
 - ④MegaOaKHRをクリックする。
- (2)ログアウト
- ①患者のカルテ画面は、診察終了する。
 - ②電子カルテ使用終了時は、MegaOaKHRのログアウトをクリックする。
 - ③シングルサインオンも閉じる。
 - ④ゲルマニウムエアもログアウトをクリックする。

2)患者一覧

(1)入院患者一覧

入院患者一覧には、背景色がショックピンク色になっている場合がある。バスのステツプ適 応が残り2 日以降からなる。バス適応予定の患者は、×が表示されていて、ステツプ適応することにより☆マークに変わる。患者名の左側には、未受け指示があれば、●表示がされ、看護師に知らせる手段になっている。右側には、バス適応名称が表示されている。

医師は、受持ち患者のみの表示も可能である。

(2)外来患者一覧

患者が再来受付機を通ると、外来患者一覧には、到着時間と受付番号が表示され、背景色が変わる。当日の検査の進行状況や併科診察の有無の情報もある。診察が開始され終了したら、時間の記載もされ、背景色はピンクに変わる。

(3)ID 入力

患者を探す場合、IDを入力する方法と患者名で検索する方法がある。

3)カルテ画面

(1)入院もしくは外来患者一覧で該当の患者名をダブルクリックするか、患者IDを入力しEnter を押すとカルテ画面が開く。画面上側には患者情報が表示されている。人形の絵にマウスを持っていくと医療安全確保情報が表示される。

(2)医師・生理検査技師はオーダー画面とカルテ画面が開き、看護師は検温表が開き、その他の職種(生理検査技師以外)はオーダー画面が開く。

(3)画面上側にあるタブで、オーダー、カルテ、付箋、検温表画面に切り替えは可能である。画面左側にあるタブで、カルテ記載、オーダー、必要時指示、検査結果参照、患者基本に関するアイコンに切り替えが可能である。

(4)カルテの左画面は、記事入力の内容や定型文書やスキャナ取込み、PACSやクライオからの画像送信情報、右側はオーダー内容と看護師の入院時データベースが表示される。

4)記事入力

カルテ画面に登録するツールである。外来・入院両方の記録を登録し閲覧できるようになってお

り、医師・看護師・その他の職種の記録も閲覧でき、情報共有が可能な画面である。

(1)方法

- ①カルテ記載の記事入力をクリックする。
- ②医師や看護師は、SOAPの入力画面が開く。随時自分でFREEとSOAPを切り替えは可能である。
- ③タイトルは、医師は診察記事、看護師は看護記録、その他の職種は部門記録というタイトルが自動で付与される。タイトル変更画面があり、自分で必要時選択することやテキストで入力することも可能である。
- ④タイトルは、できるだけ院内共通のものを選択する。テキストで入力する場合は、誰もがイメージできるようなタイトルにすること。
- ⑤各診療科や看護部、部門などで作られたテンプレートを使用して記載する。この場合、自動で タイトルが変わるようになっているものもある。
- ⑥日時は、画面を開いて入力する時点の日時が表示される。その時点より以前の記録を書く場合は、日時を変更することは可能である。
- ⑦記事に絵や図が必要であれば、シエーヌを利用して入力する。必要時画像も貼りつけることは可能である。
- ⑧お気に入りには、よく使用するシエーヌやテンプレートを収納することが可能である。よく使用するシエーヌやテンプレートを選択し、右クリックしてお気に入りをクリックする。但し、お気に入りに入れていないテンプレートが修正されて、配信されても上書きがされないため、配信後に自分で入れ替えをしなければならぬ。
- ⑨自分のよく使う文があれば、お気に入りの画面で右クリックし、コメントの作成、長文であれば拡張・コメントの作成をクリックして作成し保存することができる。フォルダも作成することができる。
- ⑩診療科単位で定型文も作成し、先に登録しておくこともでき、使用することは可能である。
- ⑪カルテ記載が終了したら確定をクリックし、診察内容確認画面で内容を確認後間違いがなければ登録する、もしくは診察終了する。
一時終了のクリックもあるが、外来当日に外来患者が来院する前に一時終了すると、他の医療従事者が既に患者が来院しているように思い、混同するときもある。さらに一時終了してしまうと、未来院に戻すことはできないため、予習のときは診察内容確認画面で内容を確認後、項目を選択し間違いがなければ登録する。診察終了のクリックも一時終了のクリックと同じ動きをするため注意が必要である。
- ⑫カルテ画面の上で、右クリックすると引用や修正のアイコンが表示される。原本を消去せず引用して追記などしたい場合は、引用のアイコンをクリックする。原本を消去して修正や追加したい場合は修正のアイコンをクリックする。

(2) 一般の記事記録

原則としてPOMR(問題志向型診療記録)で記載する。

POMRとは、Problem Oriented Medical Record の略であり、P O システム

(ProblemOriented System)で書かれた診療記録を指す。POシステムは患者の持っている医療上の問題点に焦点をあわせて解決を目指すシステムである。

POMRの作成

- ①基礎データー主訴、患者の生活像、現病歴、既往歴、理学所見、検査データ等のこと。
- ②問題リストー基礎データを基に、患者の問題点を箇条書きにし、番号をつけて記録する。
本で言えば目次に当たる。

③初期計画一個々の問題点に対して、診断上必要な諸作業計画(Dx:Diagnostic Plan)及び治療上の計画(Tx:Therapeutic Plan)、患者とその家族への教育計画(Ex:Educational Plan)を立てる。

- ④経過記録一個々の問題点ごとに、その状況を診療録に記載する。

(A)叙述的記録

日々の記録に、問題点ごとにSOAPの4項目に整理した記載をする。

S(Subjective):患者が直接提供する主観的情報

O(Objective):医師や看護師が取り出す客観的情報

A(Assessment):医師や看護師の判断

P(Plan):患者の判断、治療方針、患者への教育

(B)フローシート

患者の経過中に現れる種々のデータや所見などが、一見してわかるような一覧表。

(3)医師診察記録

入院の場合

①入院時記録

医師は、入院時にタイトルを入院時記録に変更し、家族歴・既往歴・主訴・入院目的・現病歴・入院時現症を入力する。予習などで事前に入力している場合は、入院日に内容を確認し間違いが無ければ、修正をクワック診察した日時に変更し登録する。

- ②安定している患者には1日1回記録する。
- ③重症患者や急変した患者など刻々と変化する場合には日付以外に経時的に時刻を記載する。

④患者の主要症状(病名)と共に治療方針や治療計画を記載する。

⑤検査結果による治療方針や治療計画の変更を記載する。記載者以外の誰が見ても診療・治療内容及びその妥当性が理解できるように、患者の症状、所見、治療計画、検査結果などを簡潔で明瞭に記載すること。できれば、POMRの記載が望まれる。

⑥手術日・手術名を記載する。必要時、手術記録の記載もする。

⑦処方内容については、薬剤は薬価基準に記載されている名称を用い、指示ならびに処方薬剤の用量・用法を正確に記載する。また、処方内容を変更した場合はその旨を記載する。

⑧処置内容を記載する。

⑨指導管理実施を記載する。下記に一部例示する。

・肺血栓栓症予防管理料

医師は、患者に説明後、テンプレートを使用し、危険因子とリスク度を記載し、登録する。

・悪性腫瘍特異物質治療管理料

医師は、悪性腫瘍であるとしてに確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

⑩医師は、看護師に対する口頭指示(TEL連絡での指示)をした場合、その後速やかに記載する。

⑪パス適応患者には、毎日(土日祝日であれば休み明けに)クリティカルインディケータの評価を行う。

外来の場合

①初診時記録

医師は、カルテに外来初診時にタイトルを初診時記録に変更し、家族歴・既往歴・主訴・初診目的・現病歴・現症を入力する。

②外来診察の予習の記録

医師は、外来診察以前に予習をして記録しても構わない。が、当日には、記録の引用もしくは修正をし、実際に患者診察時に説明した内容を追記する必要がある。もしも、患者が来院しなければ、未来院であることを記事に残さなければならない。なお、修正の場合は「日付指定」を変更する必要がある。

③外来診察が自費診療の場合、保険指定を自費に変更し記載しなければならない。

その他は、入院の場合の③～⑩に準じて記載する

5)文書入力

患者に渡す書類(計画書関係や説明同意書や問診表など)や、患者の経過フローシートの記載、外科系の手術記録などを作成し登録するツールである。

(1)方法

①カルテ記載の文書入力をクリックする。

②文書選択画面の文書一覧が表示される。そこから使用するタイトルをダブルクリックし、該当する文書を開く。

③患者にあわせた内容の文書に変更し、確定をクリックし登録する。印刷する場合は、確定印刷をクリックし登録する。

④文書を作成後、内容の修正や追加を行う場合は、文書一覧の作成文書一覧から該当文書を選択 後に右クリックし、改版をクリックして登録画面を開き、内容の修正や追加を行い登録する。

⑤よく使用する文書は、お気に入りに入りに収納することは可能である。該当文書を選択し、右クリックし、お気に入りをクリックする。

⑥パス適応患者では、ステップ適応時に文書もパスに登録されていなければ未入力で作成される。

ユーザーの画面から作成することは可能である。

⑦画像生理データをすると、検査に必要な説明同意書や問診表や検査注意事項が自動的に紐付き作成されるため、内容を確認し確定印刷する。

⑧文書作成が終了後確定もしくはは確定印刷をクリックし、診察内容確認画面で内容を確認後間違いがなければ登録する、もしくはは診察終了する。

一時終了のクリックもあるが、外来当日に外来患者が来院する前に一時終了すると、他の医療従事者が既に患者が来院しているように思い、混同するときもある。さらに一時終了にしてしまうと、未入院に戻すことはできないため、予習のときは診察内容確認画面で内容を確認後、項目を選択し間違いがなければ登録する。診察終了のクリックも一時終了のクリックと同じ動きをするため注意が必要である。

(2)入院診療計画書(クニカルパス入院診療計画書も含む)

①入院時に、医師が入院診療計画書を、パス適応患者にはクニカルパス入院診療計画書を文書入力で作成する。

②医師は、病棟(病室名)、病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容ならびに、その日程、その他入院に対し必要な事項を登録する。署名もしくは記名押印を行う。

③医師は、特別な栄養管理の必要性の有無のチェックを行う。基本は、「有」にチェックされているが、診療科で不要と判断したクニカルパス入院診療計画書は、「無」にチェックされている。「有」にチェックされている場合は栄養管理計画書を作成しなければならないが、「有」→「無」にチェックされている場合は、カルテに変更した根拠を記載しなければならない。初めから「無」にチェックされている場合は、栄養管理計画書を作成しなくてよい。

④看護師は、医師と共同作成する。署名もしくは記名をする。

⑤医師は、患者もしくはは家族に入院診療計画書の内容を説明した後、署名をしてもらう。

⑥患者が署名を終えたら、医師又は看護師が、患者へ患者控を渡す。病院用は、入院ファイルに保管する。

⑦救急で搬入されて短時間後に死亡した場合や、入院してきた患者の体調が不良で治療に臨まず入院当日に退院した場合など、入院診療計画の策定、説明ができなかった場合などは、カルテにその理由を記載する。

⑧医師は、病名などの説明が理解できない患者については、その家族に説明し、説明に用いた患者控を家族に交付すると共に、病院用を入院ファイルに保管する。

⑨入院時の治療上の必要性から、患者に対し病名について情報提供しがたい場合には、可能な範囲で情報提供を行いその旨をカルテに記載する。

(3)栄養管理計画書

①入院時に医師は、入院診療計画書(クニカルパス入院診療計画書も含む)の特別な栄養管理の必要性の有無のチェックを行う。基本は、「有」にチェックされているが、診療科で不要と判断したクニカルパス入院診療計画書は、「無」にチェックされている。「有」

にチェックされている場合は栄養管理計画書を文書入力で漏れなく入力する。

②看護師は、身長と体重が入院時の値か確認し、違う場合は看護師は、医師が作成した文書を改版で画面を開けて、登録しなおす。

③「退院時及び終了時の総合的評価」は退院時に医師が評価し入力する。退院後 7 日目に、管理 栄養士で確認し、評価できていない場合は、管理栄養士が評価、入力し管理栄養士名の欄に記名を行う。もしも、医師がすでに評価していた場合は、カルテに確認したことを記載する。

(4)説明・同意文書

①患者に渡す詳細な説明文書と、患者控の説明・同意文書と、病院用の説明・同意文書を文書入力で作成する。患者に渡す詳細な説明文書に追加したい内容は、できるだけ電子カルテ上で作成する。もしも用紙を出力後、手書きで患者に渡す詳細な説明文書に追加した場合は、それをコピーし、コピーを患者に渡し、原本を入院ファイルに保管する。

②説明した医師の署名もしくは記名押印、説明した日付や内容を記載する。内容が規定の用紙以外であれば必ず添付する。規定の用紙を使用するときには、ID を押すことなど決まっている欄は漏れなく記載する。

③患者や家族に十分に説明後、用紙をすべて渡し、同意年月日の記載と署名(と捺印)をしてもらうことを説明する。

④患者や家族から用紙を受け取った場合、患者や家族には詳細な説明文書と患者控の説明・同意文書を渡し、病院用の説明・同意文書は入院ファイルに挟む。もしも、2枚綴りの複写式の同意文書の場合は、1枚目(原本)を入院ファイルに挟み、2枚目を患者に渡す。

(5)病状説明(治療方法も含む)

①病状説明用紙でなくとも、説明を受けた人、説明者の氏名を記載する。

②説明した内容を病状説明用紙もしくはカルテに記載する。もしくは他の様式を添付する。

③患者やその家族に説明した場合は、説明者、日時、相手方、説明内容、質問事項及び回答内容などは、必ずカルテまたは規定の病状説明用紙に記載するか、ワープロ記載の用紙を添付すること。終了時は、説明を受けた人に署名をしてもらい、控えがあれば患者へ渡す。

(6)代理意思決定者指定用紙

①医師は、手術などの説明時に、患者から代理意思決定者が指名された場合に、説明後用紙を渡し記載してもらう。

②患者氏名と住所、代理意思決定者の氏名と続柄と住所と電話番号を記載してもらう。

③用紙を受け取った医療者は、必ず用紙提出者欄に記載されているか確認する。

用紙提出者欄の「②ご親族」または「③その他」にチェックしていれば、医療者は患者自身に同意の有無を確認し、該当する項目に丸をつけてからサインをする。

6) 検温表(詳細は、看護記録基準を参照)

看護師が記載するツールである。

(1)入院時データベース

①入院時に看護師が、新規作成をクリックして、入院時データベースを選択する。あるいは、過去の入院時データベースを参照して作成する場合は、過去の入院時データベースを選択し、新規作成をクリックして、入院時データベースを選択する。

②入力画面が開き、生活歴(生活行動)・服薬管理行動・持参薬の有無・アレルギーの有無を入力(記載)し、登録する。

③新規で作成後、入院中に新たなアレルギーが判明したり、内容の変更や修正をする場合は、その項目を選択し、入力し登録する。

(2)ケア予定

①バス適応患者の場合は、医師がスタッフ適応したら、ケア予定が立案される。ケア予定が立案 されていても、それで内容が不足していた場合は追加して立案する。

②バス適応でない患者の場合は、ケア予定を立案する。

③退院時はケア予定を終了させ、登録する。

(3)ケア実施

①看護ケア、バイタルサイン測定、症状観察、シーツ交換、食事量の確認などを行ったらその都度、登録する。

(4)プロブレムリスト

①必要時、看護問題の立案、修正、解決をする。

②看護師は、毎日、看護問題の評価を行い、カルテに入力する。(バス適応患者で問題がなければ対象外。)

③退院時は看護計画を評価し、終了させ、登録する。

(5)熱型表

①手術を行った場合、イベントの欄に、手術名と手術日を登録する。術後患者には術後日数が表示される。但し、一度登録すると、次の手術までの術後日数が永久に表示される。もしも、次の手術が行われたら、その時点から数え始めることになる。

(6)患者状態

①転倒転落アセスメントスコアをテンプレートで入院時と、治療や手術などで状態が変わったときに評価し記事に入力する。患者状態にも登録する。

②転倒転落アセスメントスコア説明同意書を作成し、十分に説明後患者にサインをしてもらう。

③自立度評価表を入院時と、治療や手術などで状態が変わったときもしくは月に1度評価し、患者状態に登録する。

④自立度評価表でランクB・C以上は褥瘡対策診療計画書を文書入力で作成する。既に褥瘡ができている場合は、褥瘡フローシートを継続して記載し、観察・ケアしていく。

7)パス適応

(1)入院日が決まったら、医師はパス対象患者には、基準日を入院日にしてパス適用する。

(2)入院前日もしくは当日に、ステツプ適用を医師は行う。その後も随時ステツプ適用を医師は行う。

(3)但し、ステツプ単位の入院日数が不足すれば、1日延長を使用してその日数分を増やし、オータ貼り付けを行う。その中に、不要なオータがあれば削除してから貼りつける。看護ケアについては、看護師にて処理を行う。

(4)入院日数が多ければ、1日短縮を使用しその日数分を削除する。ステツプ適用前であれば、ステツプごと削除することも可能。

(5)パス適応しても、患者個人に対して必要時指示や指示コメントや処方や注射オータが不足していれば追加する。

(6)患者に薬剤禁忌があれば、必要時指示が適切であるか確認し、適切な指示に変更する。

(7)治療方針が変更された場合、適応中のパスを中止する。必要であれば新しいパスを適応する。

(8)パス適応ができない場合は、必要時指示や指示コメントをオータする。

(9)患者が退院する場合は、退院日以降にパスは終了させる。

※退院日以前に退院日が決定したため、退院日を入力して終了にすると、必要時指示が使用できなくなるため、退院日以降にパスは終了させる。

8)必要時指示

(1)必要時一覧もしくはオーバービューからオータする。

※オーバービューで、パス適応中に新しく必要時指示を出す場合や変更する場合は、パス名称の画面の上で右クリックし、パス切り替えをしステツプ一覧を表示させないと必要時編集画面が開けず指示を出せない。

(2)項目として必要時処方や必要時注射がある。
熱発時や嘔吐時など、注射や処方などの薬剤で必要時に症状を緩和や治癒させる指示を出すときに使用する。

(3)看護師は、薬剤アレルギーの有無を確認後、必要時に実施し、日付・時間を入力する。

(4)医師は、患者に薬剤アレルギーの有無を確認し、オータする。

(5)不要な指示は日付を入力して終了させる。

(6)退院時には自動的に指示は削除される。

9) 指示コメント

(1) 指示コメントオーダーもしくはオーバービューからオーダーする。

※コメント編集は、開始日が指示を出した当日に固定されている。そのため新規の指示を出す場合はこの画面を使用する。但し、医師が指示を出して看護師が ToDo で指示受けを完了している場合でも、コメント編集はできてしまう。看護師が指示受けを完了させた指示を、医師がコメント編集し上書きしても、看護師の ToDo には指示が飛ばないため、次の終了&流用を使用する。

終了&流用は、今まで使用してきた指示内容を変更する場合に使用する。まず終了日を入力し指示内容を変更する。看護師の ToDo に指示が飛ばず。

終了は、今まで使用してきた指示で終了させる場合に使用する。看護師の ToDo に指示が飛ばず。

(2) 医師は、入院時に安静度や排泄、食事などの患者の日常生活行動レベルの指示をだす。必要時指示だけでは詳細なことが伝えられない、酸素投与量や尿量指示、心電図モニター指示などに使用する。

(3) 医師は、指示コメントは原則として 16 時までに入力する。時間外(16 時～翌日 9 時・休日)の指示は必ず直接看護師にその旨を伝える。また、緊急を要する指示は速やかに指示コメントを入力するとともに、タイムラゲが発生しないよう、直接看護師に伝える。

(4) 看護師は、入院中の指示などの疑義照会の場合に医師宛に使用する。

(5) 不要な指示は、日付を入力して終了させる。

(6) 退院時には自動的に指示は削除される。

10) 入院患者の指示受け

(1) 患者 ToDo(病棟 ToDo)

① 医師が、スレッド適応をした場合や、必要時指示オーダーをした場合、指示コメントオーダーをした場合、注射オーダーをした場合、処方オーダーをした場合、画像生理オーダーをした場合、病理オーダーをした場合に指示が通知される。

② 指示の内容を確認後、間違いが無ければ、指示受け画面で承認する。

(2) 医師 ToDo

① 看護師や薬剤師、病棟クランクから指示を実施したことが通知されてくる。

② 処方は全て自動で通知されてくる。

③ 臨床研修医が、カルテ記録を行えば、指導医に通知される。

④ 指示の内容を確認後、間違いが無ければ、指示受け画面で承認する。

11) 患者基本

(1) アレルギーに関する記載

① 初診時に医師は、患者が記載したアレルギー歴自己申告票の内容を患者に確認し、

禁止薬剤、食物アレルギー、アレルギー体質、ペースメーカーや人工内耳などの注意事項を電子カルテの患者基本に入力し、アレルギー自己申告票の入力者の欄にサインする。

②入院中や外来診察時に、新たなアレルギーが判明した場合は、速やかに電子カルテの患者基本に入力する。

(2)緊急連絡先

①患者または患者の家族に、入院予約時に用紙を渡し、患者氏名、緊急時連絡先になる方の氏名、続柄、電話番号など記載してもらう。

②記載した用紙は、入院時に入院受付で受け取り、社会保障・連絡先情報を入力する。

(3)難聴などの障害情報の入力も、必要時医師や看護師が行う。

12)薬歴管理

(1)処方

①医師は処方データをオード後、薬局で実施済になり会計済になった後、処方薬の減量をする場合、オード画面で薬歴修正を行う。その際、理由などを処方箋コメントに必ず入力する。

②薬歴修正すると同時に医師は指示コメントオードで、内容を看護師に知らせる。

(2)注射

①注射箋で薬剤の確認を行い、使用した薬剤には署名する。

②注射箋の使用しなかった薬剤には×や中止などの記載をする。

③看護師は、薬剤の投与前にPDAもしくはノートパソコンのバーコードリーダーで、輸液認証を行い実績入力し投薬する。

④特定生物由来製剤を使用する患者の注射箋に、使用したロットNo.のシールを貼る。番号の登録も行う。

(3)輸血

①輸血を行う際には、看護師と医師は、輸血と血液製剤供給書をダブルチェックし、間違いがなければ医師が署名する。

②使用すれば血液製剤供給書の使用欄に○、返却すれば返却欄に○をする。各部署で決められた記録用紙(例えば、麻酔経過表など)があれば、使用時にはロットNo.のシールを貼り、使用日時を記載した後、施行開始した医師又は看護師は署名する。

③看護師は、輸血の投与前にPDAもしくはノートパソコンのバーコードリーダーで、輸血認証を行い実績入力し投与する。

(4)麻薬

①麻薬使用患者には、麻薬を投薬した際には、麻薬処方箋の施用記録を記載する。処方されている麻薬が終了すれば、薬剤師にてチェックを行う。

②麻薬を硬膜外用としてミキシング後、使用中で中止した際の残りの麻薬を返却する

場合は、医師は硬膜外塩酸モルヒネ注施用録を記載する。

(5)持参薬

- ①定時入院の持参薬の場合、患者が入院受付を終了後、薬局に行く。
- ②薬剤師が患者から持参薬を受け取り、未実施でオーダー入力する。そのあと、医師が確認後承認する（まれに、緊急時や夜間の入院の場合は、医師が入力する場合もある）。
- ③持参薬鑑別書は、病棟に薬剤と共にあげる。

13)手術に関連した記録

- (1)主治医もしくは担当医により手術準備表を記載する。パス適応患者は対象外。
- (2)主治医もしくは担当医により手術記録(手術所見やサージカルレポートのこと。)を記載する。診療科によっては文書入力でもしくは記事入力で記載する。あるいは、診療科専用のフォーマットに記載する。
- (3)麻酔医師は、麻酔前後回診記録をカルテに記載する。
- (4)麻酔医師は、麻酔経過表を記載する。
- (5)手術室看護師は、手術室看護記録を文書入力で記載する。
- (6)ICU看護師は、ICU経過表を記載する。
- (7)医師は、ICU入室中はICU術後指示箋を記載する。
- (8)ICU入室期間が長期間になり病棟へ戻る場合は、ICU看護師は退室サマリを記載する。
- (9)病棟から直接ICU入室する場合は、病棟看護師は転入サマリを記載する。

14)検査に関連した記録

- (1)内視鏡室看護師は、内視鏡室看護記録を記載する。
- (2)内視鏡検査医・術医は、内視鏡報告書を作成する。
- (3)気管支鏡検査医は、クワイオにて気管支鏡検査報告書を作成し、カルテに送信する。
- (4)膀胱鏡検査医は、文書入力で泌尿器科内視鏡検査を作成する。
- (5)カテーテル検査室看護師は、カテーテル看護記録を記載する。心臓カテーテル検査・治療やペースメーカーについては、検査・治療医が専用の様式に記載する。
- (6)MR室・CT室看護師は、カルテにテンプレートを使用し入力する。検査担当医は、テンプレートを使用し、造影剤の使用の有無、検査中の状況など記載する。検査担当医は、検査結果報告書を作成する。
- (7)RI室看護師は、RI看護記録を記載する。RI検査医は、検査報告書を作成する。
- (8)画像検査・検体検査・病理検査・生理検査部門では、受付や実施をすると、自動で進捗情報がカルテ右側に表示される。
- (9)画像検査(CT・MR・RI以外)・検体検査・病理検査・生理検査(内視鏡以外)に関わる検査室は、検査報告書を作成する。

15)他科受診もしくは外来受診に関連した記録

- (1) 医師は、他科依頼・看護外来依頼・ペインクリニック外来依頼・禁煙外来依頼を文書入力で作成する。放射線治療依頼のみテンプレートでカルテに入力する。受診依頼は、必ず電話連絡する。
- (2) 他科受診・ペインクリニック外来・禁煙外来を受診した場合は、カルテに担当した医師は診察内容を記載する。
- (3) 看護外来を受診した場合は、担当した看護師はカルテに記載する。
- (4) ペインクリニック外来で治療をした場合、担当医師・看護師ともに専用治療記録用紙に記載する。

16) リハビリに関連した記録

- (1) 医師は、リハビリテーション処方箋・計画書を記載する。患者に説明し、署名してもらう。
- (2) リハビリ前診察をする医師は、カルテにタイトルをリハビリ前診察として記載する。
- (3) リハビリ時は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士はカルテにタイトルをリハビリセッション記録として記載する。
- (4) リハビリ室専用記録用紙は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が文書入力で記載する。

17) 服薬指導に関連した記録

- (1) 医師は、服薬指導オータで薬剤師に依頼する。パス適応患者には、処方オータで薬剤師に依頼する。
- (2) 薬剤師は、指導内容をテンプレートを使用しカルテに入力する。診療報酬上は次のとおり定められている。

① 薬剤管理指導料

薬剤師は、医師の同意を得て薬剤管理記録に基づき、直接服薬指導(服薬に関する注意及び効果、副作用などに関する状況把握を含む)を行った場合は、日々の記録に「薬剤管理指導」と記載する。また、患者ごとに作成する薬剤管理指導記録に、患者氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容(重複投薬、配分配合禁忌などに関する確認などを含む)、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導などの実施日、記録の作成日及びその他の事項を記載する。

② 麻薬管理指導加算

薬剤師は、薬剤管理指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、麻薬の服用に関する注意事項などに関し、必要な指導を行い、薬剤管理指導記録に、少なくとも麻薬に係る薬学的管理の内容、麻薬にかかる患者への指導及び患者からの相談事項、その他麻薬に係る事項について記載する。

③ 退院時服薬指導加算

薬剤師は、薬剤管理指導料を算定している患者の退院時に、当該患者又はその家族などに薬剤管理指導記録に基づいて退院後の居室における薬剤の服用などに関する

必要な指導を行うと共に、指導内容、薬剤情報、退院後の外来診療に基づく投薬又は保険薬局での調剤に必要な情報を文書で提供した場合に、退院時に算定する。退院時の指導内容を薬剤管理指導記録に記載すると共に、患者に交付した文書の写しを薬剤管理指導記録に添付する方法で保存する。

18) 栄養療法に関連した記録

- (1) 医師は、集団指導依頼の場合、栄養指導オードで依頼する。
- (2) 医師から個別指導依頼が電話であった場合、管理栄養士と栄養指導医が栄養指導オードに登録する。
- (3) 管理栄養士は指導内容をテンプレートを使用しカルテに入力するとともに、文書入力の栄養指導記録用紙も作成する。
- (4) NSTチームへの依頼は、チーム登録で行う。

19) 電子カルテに電子情報として残すことが不可能で公文書として紙媒体しか残らない記録の保管電子カルテスキャナ取り込み基準・患者ファイル(入院・外来)への保管基準を参照すること。

6. 傷病名の記載

- (1) 初診時から必ず記載すること。病名オードに登録すること。
- (2) 病名で主病名の場合は、登録すること。
- (3) 病名については ICD10 に準拠して記載すること。
- (4) 疑い病名は診断がついた時点で確定病名に変更すること。
- (5)

7. 記載上の留意事項

1) 電子カルテ記載や紙媒体記載の共通注意事項

- (1) 診療を行った都度記載すること。紙媒体の場合は、必ず署名又は捺印すること。
- (2) 同一の患者を複数の医師が診察した場合であっても、実際に診療した医師がその都度記載すること。紙媒体の場合は、署名または捺印し、責任の所在を明確にすること。
- (3) 日付は正確に忘れずに記載すること。また、必要に応じて時刻を記載すること。
- (4) 診療録は公的な記録であり、臨床的に必要でないことは記載しないこと。
- (5) 略語は原則として使用しない。やむを得ず使用する場合はそれぞれの学会が定めるものもしくは当センターの略語集のものを使用すること。
- (6) チェック方式の場合は、必要な項目はすべて記入すること。
- (7) 正しい表現で記載すること。例)左右の記載間違いをしないこと等
- (8) 誤字・脱字に気をつけること。

2) 紙記載の注意事項

電子カルテに電子情報として残すことが不可能なもの、公文書として紙媒体しか残らないもの

が該当する。

- (1) 記載は、インクまたはボールペンを用いること。
- (2) 誰にでも読むことができる字で記載すること。字の濃さは薄すぎないこと。
- (3) 罫線のある用紙に記載する場合は、行間は空けずに、空白は線でつぶすか、「余白 1 行」と記載する。
- (4) 用紙を貼り付ける場合(シールも含む)は、記載者欄に署名(捺印)をし、責任者を明確にすること。用紙を貼り付ける場合、保存時に破損や紛失しないような貼り方をする。記載されている上に新たな用紙を貼ることは禁止する。

3) 紙記載の訂正方法

- (1) 記載された事項を訂正する場合は、訂正箇所二本線を引き、下の記載事項が見えるようにしておくこと。
- (2) 訂正箇所を塗りつぶしたり、修正液などで修正してはいけない。
- (3) 訂正する場合は、訂正箇所、訂正した者(署名または捺印)を必ず明示すること。後日に訂正した場合は、必要に応じて訂正理由、訂正した日時も記載すること。また、追加記載が必要となった場合には、日時を明記した上、「追記」とし、該当する記載箇所ではなく、末尾に記載すること。

8. 退院時サマリについて

診療記録管理加算の要件では、全診療科の全入院患者に退院時サマリを記載しなければならないことになっている。

1) 退院が決まれば、速やかに MEDBANK を使用して入力する。遅くとも、退院後 2 週間以内に入力し完成させる。

2) 内容は漏れないように、正確に入力する。

(1) 輸血の有無

同種輸血だけでなく、自己血輸血を行った場合も「有」にする。

(2) 化学療法の有無

化学療法とは、抗がん剤の内服治療、点滴治療を行えば「有」になる。TACEは、「有」になる。

温熱化学療法又は温熱療法で抗がん剤を使用しても「有」になる。

(3) 放射線療法の有無

放射線治療を行った場合は「有」になる。小線源留置術は、「有」になる。

(4) ホルモン療法

腫瘍に対するホルモン剤投与療法意味する。例えば、前立腺癌・乳癌などに対する性ホルモン抑制作用を有する薬剤投与や白血病に対する副腎皮質ステロイド剤投与を含む。

(5) クリニカルパスの有無

クリニカルパスを使用した場合は「有」にする。但し、クリニカルパス入院診療計画書を使

用したが、その日のうちに患者の都合や状態で退院した場合は「無J」になる。

(6)麻薬の有無

麻薬を一時的(手術時などに)使用した場合でも、継続使用している場合でも「有J」になる。

(7)剖検の有無

死亡後解剖した場合は、「有J」になる。

(8)手術の有無

手術「有J」にチェックする名称	手術「無J」にチェックする名称
手術室で行われている治療目的の手術 試験的開腹術	手術室で行われていても検査目的の手術 いわゆる生検術
IVH・CVCポート留置術	IVH・CVCポート抜去術
内視鏡室で行われている内視鏡的治療 (EMR・ESD・EST・ERBD・ENBD・ステント留置術・食道グジーなど)	
RFA	PEIT
TACE・TAE	TAI
PTCD	PTC
尿管ステント留置術と抜去術	
PCI(PTCA・RA・ステント留置術)	
ペースメーカー植え込み術やバツチリ交換術	
PBSCT(末梢血幹細胞移植術)	PBSCH(末梢血幹細胞採取術)
	放射線治療の小線源留置術

(9)転帰の妥当性

転帰は、入院時と退院時とを比較した結果によって判断する。

・治癒:退院時に退院後に外来通院の必要がまったくなく、又はそれに準ずると判断されたもの。

・軽快:疾患に対して治療を行い改善がみられたもの。

・寛解:血液疾患などで根治療法を試みたが、再発の恐れはあるが、一旦治癒したと考えられたもの。

・不変:当該疾患に対して、治療行為を施したが、改善が見られなかったもの。検査入院は、適用しない。

・増悪:治療行為を施したが、改善が見られず悪化したもの。

・検査終了

・転院

・死亡

・その他:正常分娩、自己退院など本来の医療の結果以外の理由で退院したもの。

(10)病名は入院時と違っていないか確認する。

例)入院時は胆管がん疑いだったが、胆管がんが確定したのに変更をしていない。

上記の場合は、病名のタグをクリックし、選択できる病名はないか確認し、なければ病

名オータダ呼び出しをクリックし、新規で登録しなおしたり、転帰を変更したりする。

(11)主病名には、必ずチエツクする。

(12)合併症、併存症は、属性という項目で選択する。

(13)手術を行った場合は、手術名の入力をする。手術場で行った場合は、手術のタブをクリックすると、オータダ側からの情報が表示されているので選択する。内視鏡治療の場合は、画像・生理のタブをクリックするとオータダ側からの情報が表示されているので選択する。

(14)治療・検査のタブをクリックすると、各医局ごとの科セットから必要時選択できるようになっている。

(15)病理のタブをクリックし、**病理取込**をクリックすると、今までに受けた病理組織診断の結果が、全てオータダ側からの情報として表示されている。必要な結果を選択して**OK**をクリックすると取り込むことができる。

(16)TNM分類をサマリの中に入力していれば問題ない。が、他の方法としては、

①**病理入力**をクリックすれば、病理組織診断の結果に併せた、組織学的、または pathological TNM 分類を入力する。

②クリニカル TNM 分類は、TNM 分類のタブをクリックし、**経過テンプレート**をクリックし、**調査部**を選択するとクリニカル TNM 分類のテンプレートが出てくるので、**OK**をクリックすると入力できる状態になる。それから具体的に入力する。

(17)主訴を入力する。

(18)既往歴・家族歴を入力する。

(19)主要検査所見・入院時治療を入力する。

(20)今後の方針を入力する。

(21)病状説明を入力する。

※(15)～(19)の入力は、医師が入力しやすいようにアレンジすることは可能。

(22)処方・検査結果は必要時入力する。

(23)看護師は、看護の継続課題を入力する。死亡退院の患者は入力しなくてよい。
看護の継続の有無を登録する。外来予約日が分かれば登録する。

(24)担当医が入力し記録済をチエツクしたら、主治医が必ず監査してから承認をする。

地方独立行政法人大阪府立病院機構 個人情報取扱及び管理に関する規程

(趣旨)

第1条 この規程は、大阪府個人情報保護条例（平成8年大阪府条例第2号。以下「条例」という。）第58条の規定に基づき、地方独立行政法人大阪府立病院機構（以下「法人」という。）における個人情報の取扱いに関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規程の用語の意義は、条例及び大阪府個人情報保護条例施行規則（平成8年大阪府規則第83号。以下「規則」という。）の定めるところによる。

(個人情報取扱事務総括者等の設置)

- 第3条 個人情報取扱事務の適正な執行を図るため、本部の事務局に個人情報取扱事務総括者（以下「総括者」という。）、各病院に病院個人情報取扱事務総括者（以下「病院総括者」という。）を置く。
- 2 総括者の事務を補助させるため、本部の事務局に個人情報取扱事務補助者（以下「補助者」という。）を置く。
- 3 病院総括者の事務を補助させるため、各病院に病院個人情報取扱事務補助者（以下「病院補助者」という。）を置く。
- 4 病院内各部門（地方独立行政法人大阪府立病院機構組織規程第13条第8項に規定する部局等及び診療科等。以下「各部門」という。）における個人情報取扱事務の適正な執行を図るため、各部門に個人情報取扱事務主任者（以下「主任者」という。）を置く。
- 5 総括者は本部事務局長の職にある者、補助者は本部の事務局のマネージャーの職にある者をもって充てる。
- 6 病院総括者は総長、院長、副院長若しくは事務局長の職にある者の中から総長又は院長が指名することとし、病院補助者は事務局の総務・人事グループリーダーの職にある者、主任者は各部門の長をもって充てる。

(総括者等の事務)

第4条 総括者及び補助者は、次に掲げる事務（次条に規定する病院総括者及び病院補助者の事務に属するものを除く。）を行う。

- 一 法人における個人情報の管理に関する事務を総括すること。
- 二 本部の事務局における個人情報の収集及び利用・提供の事務の総括に関すること。
- 三 本部の事務局における個人情報の適正管理に関すること。
- 四 本部の事務局における個人情報保護研修の実施に関すること。

(病院総括者等の事務)

第5条 病院総括者及び病院補助者は、次に掲げる事務を行う。

- 一 各病院における個人情報の収集及び利用・提供の事務の総括に関すること。
- 二 各病院における個人情報の適正管理に関すること。

三 各病院における個人情報保護研修の実施に関すること。

2 病院総括者は、前項の事務を行うに当たって、疑義等が生じた場合は、総括者と協議するものとする。

(個人情報の取扱いにおける協議)

第6条 本部の事務局又は各病院において、個人情報の取扱いに関して疑義がある場合は、第3条第1項から第4項まで規定する者に協議するものとする。なお、必要に応じ、大阪府知事と協議するものとする。

(個人情報取扱事務登録簿)

第7条 本部の事務局及び各病院において、個人情報取扱事務を開始しようとするときは、条例第6条に基づき、規則第3条に定める個人情報取扱事務登録簿(以下「登録簿」という。)に登録しなければならない。登録した事項を変更しようとするときも、同様とする。

2 本部の事務局及び各病院において、登録した個人情報取扱事務を廃止したときは、遅滞なく、当該個人情報取扱事務に係る登録を登録簿から抹消しなければならない。

3 登録簿の作成及び修正については、大阪府の個人情報取扱事務登録簿作成要領(平成8年9月30日制定)によるものとし、各病院において登録簿の作成又は修正を行ったときは、登録簿の写しを添付し、総括者に届けなければならない。個人情報取扱事務を廃止したときは、その旨を総括者に届けなければならない。

(収集の制限)

第8条 個人情報を収集するときは、地方独立行政法人大阪府立病院機構の業務(地方独立行政法人大阪府立病院機構定款第18条に定める業務をいう。)を遂行する目的のため必要な場合に限り、あらかじめ個人情報を取り扱う目的を具体的に明らかにし、当該目的の達成のために必要な範囲内で収集しなければならない。

(個人情報の利用及び提供の制限)

第9条 個人情報取扱事務の目的以外に個人情報を、法人において利用し、又は法人以外のものに提供してはならない。ただし、条例第8条第1項ただし書の規定により、個人情報取扱事務の目的以外に利用し、又は提供する場合は、その目的達成のため必要最小限の範囲の情報に限定するものとする。

2 前項ただし書の規定により、カルテ等の診療情報を提供する場合の取扱いについては、別に定める。

(適正管理等)

第10条 個人情報取扱事務の担当職員(以下「担当職員」という。)は、その事務において収集した個人情報の適切な管理のため、行政文書で個人情報が記録されたもの(以下「法人文書」という。)については、必ず定められた保管庫等で保管しなければならない。とりわけ、条例第7条第5項各号に規定する個人情報(セクシテイク情報)が記録された法人文書については特に厳重に保管するものとする。

2 個人情報が記録された法人文書を本部の事務局又は各病院の外部に持ち出して

はならない。ただし、業務遂行上、やむを得ず外部に持ち出す必要がある場合については、あらかじめ、本部の事務局にあっては補助者、各病院にあっては主任者の承認を得るものとする。

3 総長又は院長は、個人情報記録された法人文書について、病院内における取扱場所、取扱手続、取り扱うことができる職員その他の適切な管理に必要な事項を別に定めることができる。

4 各病院において、電子化された個人情報を取り扱う場合は、必ず指定された電子計算機を使用するものとする。この場合において、総長又は院長は、当該電子計算機の使用、管理に必要な事項を別に定めなければならない。

5 担当職員は、電子計算機による個人情報の取扱いに係るパスワード及びＩＤカードを厳重に管理しなければならない。

6 補助者、病院補助者及び主任者は、第1項から前項までに規定する内容が適切に実施されているかどうかを点検し、個人情報が適切に管理されるような措置を講ずるものとする。

(委託等に伴う措置等)

第 11 条 個人情報取扱事務を外部の者に委託する場合は、条例又は規則に定めるもののほか、大阪府の個人情報取扱事務委託基準によるものとする。

2 個人情報取扱事務を派遣労働者によって行わせる場合は、補助者、病院補助者及び主任者は、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が明記されるような措置を講ずるものとする。

(事案の報告及び再発防止措置)

第 12 条 個人情報の漏えい、滅失又はき損その他の保有情報の安全確保の上で問題となる事案が発生した場合は、その事実を知った担当職員は、速やかに補助者(各病院にあっては病院補助者及び主任者)に報告しなければならない。

2 前項の報告を受けた補助者、病院補助者又は主任者は、被害の拡大防止又は復旧等のために必要な措置を講じるとともに、事案の発生した経緯、被害状況等を調査し、総括者(各病院にあっては病院総括者)に報告するものとする。ただし、特に重大と認める事案が発生した場合は、直ちに当該事案の内容について報告するものとする。この場合において、各病院にあっては病院総括者を通じて、総括者に報告するものとする。

3 総括者及び病院総括者は、前項ただし書の報告を受けた場合は、当該報告に係る事案の内容、経緯、被害状況等を理事長に速やかに報告する。

4 補助者、病院補助者及び主任者は、事案の発生した原因を分析し、再発防止のために必要な措置を講じるとともに、事案の内容、影響等に応じて、事実関係及び再発防止策の公表、当該事案に係る本人への対応等の措置を講じなければならない。

(研修の実施)

第 13 条 各病院補助者は、必要に応じて、病院内で個人情報を取扱う業務を担当する職員に対し個人情報保護に関する研修を実施するものとする。

2 補助者は、必要に応じて、本部の事務局で個人情報を取扱う業務を担当する職員に対し個人情報保護に関する研修を実施するとともに、各病院補助者が前項の研修を実施するにあたって必要な助言等を行うものとする。

(その他)

第 14 条 この規程に定めるもののほか、法人が取り扱う個人情報に関する条例の施行に関し必要な事項については、知事が取扱う個人情報の例による。

附 則

この規程は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

地方独立行政法人大阪府立病院機構
カルテ等の診療情報の提供に関する規程

制定	平成18年	4月	1日	規程第35号
改正	平成18年	6月	30日	規程第43号
改正	平成20年	8月	6日	規程第90号
改正	平成27年	3月	25日	規程第252号

(趣旨)

第1条 この基準は、医療法(昭和23年法律第205号)第1条の4第2項に定めるインフォームド・コンセントの理念を尊重しつつ、大阪府個人情報保護条例(平成8年条例第2号。以下「条例」という。)第8条の規定に基づき、地方独立行政法人大阪府立病院機構(以下「法人」という。)がカルテその他患者の診療に関する情報の提供を適切に行うための統一的な取扱いを定めるものとする。

(提供する情報の範囲)

第2条 法人がこの基準に基づき提供する情報の範囲は、条例第2条第4号に規定する行政文書のうち、カルテ、看護記録、処方内容、検査記録、エックス線写真等画像記録、検査結果報告書等法人が診療を目的として患者の身体状況又は病状について作成又は取得したもの(以下「診療情報」という。)とする。

(情報提供の申出を行うことができる者の範囲)

第3条 診療情報の提供について申出を行うことができる者(以下「申出者」という。)は、原則として患者本人とする。ただし、以下の者については、申出者となることができる。

- 一 成年被後見人の法定代理人、被保佐人及び被補助人の法定代理人であって診療契約に関する法定代理権を付与されている者
 - 二 未成年者の法定代理人
 - 三 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人
 - 四 当該患者の親族又はそれに準ずる者で、当該患者の同意を得た者
 - 五 患者本人が合理的な判断をなし得ない場合において、実質的に患者の世話をしていると認められる当該患者の親族又はそれに準ずる者
 - 六 患者本人が死亡した場合において、実質的に患者の世話をしていたと認められる当該患者の遺族
- 2 前項第二号に掲げる者が同項の申出を行う場合で、患者本人が満15歳以上であるときは、当該患者本人の同意を必要とするものとする。

(情報提供の手続)

第4条 情報提供の手続は、以下のとおりとする。ただし、日常の診療活動において診療情報を示しながら、病状を説明する場合等はこの限りでない。

- 一 申出者は、別に定める「カルテ等の診療情報提供申出書(様式1)」(以下「申出書」という。)を提出しなければならない。この場合において、申出書の受付と申出者の確認は、病院の事務局において行う。
- 二 院長又は病院長(以下「院長等」という。)は、申出書を受理した日から起算して15日以内に提供の可否等について決定し、申出者に対して「カルテ等の

診療情報の提供決定通知書(様式2)」により遅滞なく通知する。ただし、上記に定める期間内に決定することができないことにつき正当な理由があるときは、15日を限度としてその期間を延長することができる。この場合、速やかに当該延長の理由を申出者に通知するものとする。

- 三 院長等は、診療情報の提供の可否等を決定する場合は、第6条に規定する院内審査会の意見をあらかじめ聴くものとする。ただし、診療情報を提供することについて特に問題がないと院長等が判断したときは、この限りでない。
- 四 診療情報の提供は、カルテ等の閲覧及び口頭による説明若しくはカルテ等の写しの交付又は「診療情報説明書(様式3)」の交付によるものとする。
- 五 診療情報の提供は、院長等が指定する場所において、職員の立会いのもとに行い、原則として主治医又は診療科部長がその記載内容について説明するものとする。
- 2 前条第1項第5号及び第6号に規定する者から診療情報の提供の申出があった場合には、条例第8条第1項第9号の規定により、大阪府個人情報保護審議会(以下「審議会」という。)の意見を聴かなければならない。ただし、あらかじめ審議会の意見を聴いて、別に定める場合は、この限りでない。
- 3 前項の規定により審議会の意見を聴く場合は、第1項第2号の規定は適用しない。

(情報提供の可否決定)

- 第5条 院長等は、情報提供の申出があった診療情報が、次に掲げる場合に該当するおそれのあるときは、院内審査会で審査した上、提供の可否を決定するものとする。
 - 一 治療効果への悪影響が懸念されるとき
(条例第14条第1項第4号に該当)
 - 二 第三者から得た情報で、当該第三者の了解を得られないとき
(条例第13条第1号、第14条第1項第2・4号に該当)
 - 三 患者本人や関係者の権利利益を損なう恐れがあるとき
(条例第13条第1号、第14条第1項第4・6号に該当)
 - 四 未成年者又は成年被後見人の法定代理人が申出者となる場合で、診療情報を提供することが患者本人の利益に反すると危惧されるとき
(条例第13条第1号、第14条第1項第7号に該当)
 - 五 前各号に掲げるもののほか、院長等が提供の可否を慎重に判断する必要があると認めるとき

(院内審査会の設置)

- 第6条 診療情報の提供が円滑かつ適切に行われるよう、法人が設置し、運営する病院に審査会(以下「院内審査会」という。)を置く。
- 2 院内審査会は、診療情報の提供の申出に関し、申出者の適否、診療情報の範囲について審査し、院長等に対して診療情報の提供の可否等について意見具申する。

(情報提供に必要な費用の徴収)

- 第7条 診療情報の提供に要する費用の徴収については、次のとおりとする。
 - 一 閲覧及び口頭による説明は無料とする。

- 二 写しの交付を受ける者は、別表一の項及び二の項に定める区分における必要枚数に応じた費用の合計額を負担しなければならない。
- 三 説明書の交付を受ける者は、「地方独立行政法人大阪府立病院機構診療料等に関する規程」に定める費用を負担しなければならない。

附 則

(施行期日)

- 1 この規程は平成18年4月1日から施行する。
(経過措置)

- 2 この規程施行の際現にカルテ等の診療情報提供に関する基準により提出のあった申請の取扱については、この規程により申請があったものとみなす。

附 則

この規程は平成18年7月1日から施行する。

附 則

この規程は平成20年8月6日から施行する。

附 則

この規程は平成27年4月1日から施行する。

別表 (第7条関係)

項	区	分		費用の額
		単色刷り	多色刷り	
一	複写式機の場合	単色刷り	1枚につき	10円
		多色刷り	1枚につき	30円
二	電子媒体の場合 (CD、DVD)	文書等の記録	1枚につき	140円
		画像等の記録	1枚につき	1,000円

備考

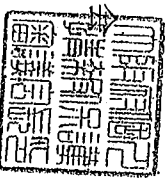
- 1 用紙の両面に印刷された写しを作成する場合には、片面を一枚とする。
- 2 複写機による作成については、原則としてA3版までの大きさの用紙を用いることとし、これを超える大きさの規格の用紙を用いた場合については、A3版による用紙を用いた場合の枚数に換算して写しの枚数を計算するものとする。
- 3 文書等をスキャナーで読み取って電子媒体に複写した場合でも単色刷りを用いた場合の枚数で計算するものとする。

大 個 審 3 0 号
(答 申 第 2 9 9 号)
平成 2 9 年 2 月 1 5 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

理事長 遠山 正彌 様

大阪府個人情報保護審議
会 長 野田 崇



個人情報の取扱いに関する意見について (答 申)

平成 2 9 年 1 月 5 日付け府病成第 3 9 2 3 号で諮問のありました「地域診療情報連携システム」に係る大阪府個人情報保護条例第 8 条第 4 項に規定する通信回線により結合された電子計算機を用いた個人情報の実施機関以外への提供禁止に対する例外事項については、審議の結果、下記事項に留意して、個人情報の保護に万全の措置を講じることが前提に、諮問の内容を適当なものと認めましたので、答申します。

記

- 1 患者等の個人情報の電子計算機処理を行うにあたり、これらの情報の漏えい、滅失及び損傷の防止等適切な管理のため、新たなセキュリティ技術の導入に努める等必要な措置を講じるなど、ネットワーク技術の進歩も踏まえ、地域診療情報連携システム（以下「本システム」という。）における個人情報の安全確保に万全を期すること。
- 2 本システムにアクセスできる職員等を必要最小限の者に限定するとともに、ID及びパスワードについては、第三者供与の禁止を徹底し、厳格に運用すること。
- 3 本システムの接続先である地域医療機関におけるセキュリティについて、地域医療機関においても、本システムにアクセスできる登録医が必要最小限の者に限定されることを確保するよう、地域医療機関への周知を徹底するとともに、地域医療機関に対し、安全確保について万全を期するよう注意喚起を十分に行うこと。
- 4 本システムの運用に当たっては、実施機関もしくは地域医療機関が患者本人から同意を取得することを徹底し、本人から同意を得ることが困難な場合は、法定代理人又は任意後見人から同意を取得することを徹底すること。特に、地域医療機関により閲覧される情報の範囲について、患者又は当該代理人にわかりやすい説明を徹底すること。
- 5 本システムの運用開始に当たり、「大阪府立成人病センターにおける個

個人情報の保護に関する規程」等について、実態に即した整備を行い、厳格に運用すること。

6 今後、地域医療機関の医師又は歯科医師以外に本システムの利用者を拡大する場合は、あらかじめ本審議会に諮問すること。

7 本システムの運用開始前に、上記5の規定整備の状況について、本審議会への報告を行うこと。また、本システムの運用開始後、おおむね1年後を目処に、上記3の啓発等の取組みも含め、運用状況について、本審議会への報告を行うこと。