

個人情報保護方針

当院は患者さまに良い医療を受けていただけるよう日々努力を重ねております。患者さまの個人情報につきましても、個人の権利を尊重し、適切に保護し管理することが、非常に重要であると考えております。そのため当院では、個人情報保護管理規程及び以下の個人情報保護方針を定め、確実な履行に努めます。

1.個人情報の収集について

当院が患者さまの個人情報を収集する場合、診療・看護及び患者さまの医療にかかわる範囲で行います。個人情報の収集にあたっては、あらかじめその収集、利用目的をお知らせし、ご了解を得た上で実施致します。ウェブサイトで個人情報を必要とする場合も同様に致します。

2.利用目的について

当院では、患者さまの個人情報については下記の目的に利用し、その取扱いには万全の体制で取り組んでおります。なお、疑義等がございましたら、『相談窓口(個人情報担当)』までお問い合わせ下さい。

下記の利用目的のうち、同意しがたい事項がある場合には、その旨を『相談窓口(個人情報担当)』までお申し出ください。お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。また、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できます。

1)院内での利用

1. 患者さまへ提供する医療サービスのため
2. 医療保険事務のため
3. 入退院等の病棟管理のため
4. 会計・経理のため
5. 医療事故等の報告のため
6. 患者さまへの医療サービス向上のため
7. 院内医療実習への協力のため
8. 医療の質の向上を目的とした院内症例研究のため
9. 検診結果、診療案内、リコールの通知等送付のため
10. 外来等での氏名の呼出、緊急時における館内放送での氏名の呼出、入院時における病室入口への氏名掲示、輸液バッグ等への氏名掲示のため
11. その他患者さまに係る管理運営業務に利用します

2)院外への情報提供として

1. 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との連携のため
2. 他の医療機関等からの照会に対する回答のため
3. 患者さまの診療等のために外部医師等の意見・助言を求める場合
4. 検体検査業務等の業務委託のため
5. ご家族等への病状説明のため
6. 医療保険事務のうち、審査支払機関へのレセプトの提出のため
7. 審査支払機関又は保険者からの照会に対する回答のため
8. 事業者等からの委託を受けた健康診断で、事業者にその結果を通知する場合
9. 医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門の団体や保険会社等への相談又は届出のため
10. その他、患者さまへの医療保険事務に利用します

3)その他の利用

1. 医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料としての利用
2. 外部監査機関への情報提供のため

3.個人情報の利用及び提供について

当院は、患者さまの個人情報の利用につきましては、以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて使用いたしません。

- 患者さまの了解を得た場合
- 個人を識別あるいは特定できない状態に加工して利用する場合 ※注1
- 法令等により提供を要求された場合

当院は、法令の定める場合等を除き、患者さまの許可なく、その情報を第三者に提供いたしません。
※注2

4.個人情報の適正管理

当院は、患者さまの個人情報について、正確かつ最新の状態に保ち、患者さまの個人情報の漏洩、紛失、破壊、改ざん又は患者さまの個人情報への不正なアクセスを防止することに努めます。

5.個人情報の確認・修正・開示等の手続きについて

当院の個人情報について患者さまが開示等を求められた場合には、遅滞なく内容を確認し適切に対応いたします。又、内容が事実でない等の理由で訂正を求められた場合も、調査し適切に対応いたします。

利用目的の通知、開示、訂正・追加・削除、利用の停止・消去、第三者への提供停止を希望される場合は、当院所定の用紙にご記入の上、『相談窓口(個人情報担当)』にお申し出ください。

6.問い合わせ窓口

当院の個人情報保護方針に関してのご質問や患者さまの個人情報のお問い合わせ、苦情等は、下記の窓口でお受けいたします

『相談窓口(個人情報担当)』

又、下記にても相談が受けられます。

東京都福祉保健局医療安全課「患者の声相談窓口」

TEL 03-5320-4435

多摩小平保健所「患者の声相談窓口」

TEL 042-450-3222

東京都医師会「診療に関する相談窓口」

TEL 03-3294-8821

7.法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善

当院は、個人情報保護に関する日本の法令、その他の規範を遵守するとともに、上記の各項目の見直しを適宜行い、個人情報保護の仕組みの継続的な改善を図ります。

医療法人財団 織本病院
院長 藤木達雄

※注1 単に個人の名前等の情報のみを消し去ることで匿名化するのではなく、あらゆる方法をもってしても情報主体を特定できない状態にされていること。

※注2 第三者とは、情報主体及び受領者(事業者)以外をいい、本来の利用目的に該当しない又は、情報主体よりその個人情報の利用の同意を得られていない団体又は個人を指す。

■ この方針は、患者さまのみならず、当院の職員及び当院と関係のあるすべての個人情報についても上記と同様に取り扱います。

個人情報保護管理規程

第1章 総則

(目的)

第1条

本規程は、当院内の個人情報の適法かつ適正な取り扱いに関する体制・基本ルールを策定し、院内で保有する情報の漏洩を防ぎ、情報管理に関する当院としての社会的責任を果たすことを目的とする。

(用語の定義)

第2条

本規程で使用する用語は以下のとおりとする。

(1) 個人情報

生存する「個人に関する情報」であって、特定の個人を識別することができるもの、又は他の情報と容易に照合が出来、それにより特定の個人を識別することができるものをいう。

「個人に関する情報」は、氏名、性別、生年月日等個人を識別する情報に限られず、個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表す全ての情報であり、評価情報、公刊物等によって公にされている情報や、映像、音声も含まれ、暗号化されているかどうかを問わない。

なお、死者に関する情報が、同時に、遺族等の生存する個人に関する情報である場合には、当該生存する個人に関する情報となる。

また、「生存する個人」は日本国民に限られず、外国人も含まれるが、法人その他の団体は「個人」に該当しないため、法人などの団体に関する情報は含まれない。

(2) 個人データ

当院が管理する個人情報をいう。

(3) 保有個人データ

当院が、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用停止、消去及び第三者への提供のすべてを行うことが出来る権限を有する「個人データ」をいう。但し、以下に該当するものは除く。

①当該個人データの存否が明らかになることにより、本人又は第三者の生命、身体及び財産に危害が及ぶ恐れがあるもの。

②当該個人データの存否が明らかになることにより、違法又は不法な行為を助長し、又は誘発する恐れのあるもの。

③当該個人データの存否が明らかになることにより、国の安全が害される恐れ、他国もしくは国際機関との信頼関係が損なわれる恐れ又は他国若しくは国際機関との交渉上不利益を被る恐れのあるもの。

④当該個人データの存否が明らかになることにより、犯罪の予防、鎮圧又は捜査その他の公共安全と秩序の維持に支障が及ぶ恐れのあるもの。

(5) 本人

当院が保有する個人情報で識別される「個人」をいう。

(6) 利用目的

一連の個人情報の取扱いにより達成しようとする目的をいう。

(7) 個人情報の取扱い

個人情報の取得、整理、分類、照合、処理、複製、委託、第三者提供、その他一切の利用、保有及び個人情報の廃棄、消去、破壊をいう。

(8) 本人の同意

本人の個人情報が、当院によって明示された取扱い方法で取り扱われることを承諾する旨の当該本人の意思表示をいう。

同意しがたい旨の申し出がない場合も、本人の同意を得ているものとして取り扱えるものとする。

(9) 明示

本人に対し明確に示すことをいい、本人の同意を要しない。

本人に提示した診療申込書、アンケート用紙、又は本人が閲覧できる掲示物・冊子等に明記すること、情報ネットワーク上においては当院ホームページ上に表示すること等をいう。

(10) 通知

直接知らしめることをいう。

(11) 公表

広く一般に自己の意思を知らしめること(不特定多数の人々が知ることが出来るように発表すること)をいう。

(12) 本人が容易に知り得る状態

本人が知ろうとすれば、時間的にも、その手段においても、容易に知ることが出来る状態に置くことをいう。

(13) 本人が知り得る状態

相談窓口、問い合わせ窓口を設ける等、本人の求めに応じて遅滞なく回答を行うこと等、本人が知ろうとすれば、知ることが出来る状態に置くことをいう。

(適用)

第3条

本規程の対象となる情報は、当院で保管するすべての情報を指し、電子データ、印字データの別を問わない。

(個人情報保護方針)

第4条

当院における個人情報の適法かつ適正な取り扱いを確保するため、次の事項を含む個人情報保護方針を定める。

- (1) 個人情報に関する法令を遵守するとともに、適切に個人情報を取り扱う旨の宣言文
- (2) 「個人情報の保護に関する法律」により「公表」すること、「容易に知り得る状態」にすること、又は「本人の知り得る状態」に置くことを義務付けられている下記各号に関する事項
 - ① 第11条により特定した利用目的
 - ② 個人情報の利用、提供に関する事項
 - ③ 本人による個人情報の開示、訂正等、利用停止等の求めに応じる手続きに関する事項
 - ④ 問い合わせ窓口に関する事項
- (3) 個人情報の適正管理に関する事項
- (4) 評価・改善に関する事項

2. 個人情報保護方針は、職員に周知するとともに、ホームページに掲載する等の措置を講じるものとする。

第2章 情報管理体制

(情報管理責任者)

第5条

当院に、個人情報の取扱いに関して総括的な責任を有する情報管理責任者を設置し、院長又は副院長を充てる。

2. 情報管理責任者は、個人情報保護推進委員会を主宰し、当院における安全対策の策定・推進及び情報管理に関する取り組みの推進に関する責任を負う。
3. 情報管理責任者は、上記責任を果たす上で、必要な事項に関する決定権を有する。

(個人情報担当責任者)

第6条

情報管理責任者の下に、個人情報担当責任者を置き、事務長を充てる。

2. 個人情報担当責任者は、個人情報の開示等の手続きに関する責務を負う。
3. 個人情報の漏洩等事故が発生した場合は速やかに調査し、遅滞なく情報管理責任者へ報告するものとする。

(個人情報保護推進委員会)

第7条

当院における個人情報管理に関する意思決定機関として個人情報保護推進委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

2. 委員長は、情報管理責任者とし、委員は、副院長、部長、部課(科)長及び情報管理責任者が指名した者とする。
3. 委員会の事務局は、事務長(個人情報担当責任者)とする。
4. 委員会は、情報管理に関する当院の取組の計画立案、指示、監査を行う。
5. 委員会は、毎月1回開催するものとする。又、必要に応じて臨時に開催できることとする。

(情報教育責任者)

第8条

情報管理責任者の下に、情報教育責任者を置き、定期的に管下の職員を対象とした情報管理に関する教育を行うものとする。

(情報管理者)

第9条

各部課(科)長を所属部門における情報管理者とする。

2. 情報管理者は、委員会の定めた方針に従って、所属部門における情報管理に関する取り組みを推進する責務を負う。
3. 情報管理者は、自らの部署に存在する個人情報の所在、内容、使用者、規模等を把握し、個人情報の適正な取り扱いを維持・管理しなければならない。
4. 情報管理者は、自らの部署において個人情報の漏洩等の事故または違反の発生又はその疑いが生じた場合は、

直ちにその旨を個人情報担当責任者に報告し、指示を求めなければならない。

第3章 運用

第1節 個人情報の取扱いの原則

(管理原則)

第10条

個人情報は、本規程に従い適切に分類・管理し、その重要度に応じて適切に取得、移送、利用、保管、廃棄されなければならない。

(利用目的)

第11条

当院では、個人情報の利用目的を出来る限り特定する。
2.個人情報は、あらかじめ本人の同意を得ずに、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱ってはならない。利用目的の範囲内か否かが不明の場合は、都度、情報管理責任者又は個人情報保護推進委員会に判断を求めなければならない。
3.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て行つてはならず、変更された利用目的は、遅滞なく本人に通知又は公表しなければならない。

第2節 個人情報の取得

(適正な取得)

第12条

個人情報は、偽りその他不正の手段により取得してはならない。

(特定の個人情報の取得の禁止)

第13条

原則として、下記の各号に示す内容を含む個人情報は、これを取得し、又は第三者に提供してはならない。但し、業務上必要であり、かつ、本人に対し当該情報の利用目的及びその必要性等について適切な情報を明示した上で明確に本人の同意を得た場合、又は法令に特別の規定がある場合、あるいは司法手続き上、必要不可欠な場合はこの限りでない。

- (1) 思想、信条及び信教に関する事項
- (2) 人種、民族、犯罪歴その他社会的差別の原因となる事項
- (3) 勤労者の団結権の行使、団体交渉及びその他団体行動に関する事項
- (4) 集団示威行為(デモ等)への参加、国又は地方公共団体に対する請願権の行使及びその他の政治的権利の行使に関する事項
- (5) その他情報管理責任者の定める事項

(本人から直接個人情報を取得する際の措置)

第14条

診療申込書・入院申込書・アンケート・契約書等、書面(電子メール、当院ホームページへの記入等電磁的方法も含む)により本人から直接個人情報を取得する場合は、本人に対してあらかじめ利用目的を明示しなければならない。但し、下記各号に該当する場合はこの限りでない。

- (1) 人の生命、身体又は財産その他の権利利益を保護するために必要な場合
- (2) 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) 国又は地方公共団体の法令に定める事務の遂行に支障を及ぼす恐れのある場合
- (4) 取得の状況に照らし、利用目的が明らかであると認められる場合

(間接的に個人情報を取得する際の措置)

第15条

本人以外の第三者から個人情報を取得する場合は、当該個人情報が当該第三者において適法、適正に取得されたものでなければならない。かつ、当該第三者において、当院への個人情報の提供につき、適法な措置が講じられていなければならない。

第3節 個人情報の管理

(個人データの正確性の確保)

第16条

個人データは、利用目的の達成に必要な範囲内において、正確かつ最新の内容に保つよう努めなければならない。

(安全管理・情報管理措置)

第17条

委員会は、当院における個人情報管理に関し、取り扱う個人情報の漏洩、滅失又は毀損の防止その他安全管理のために、取扱い規則の策定、セキュリティ対策の実践等、人的、物理的、技術的に適切な措置を講ずるものとする。

第18条

職員は、就職時に本規程及びその他情報管理に関する規則を遵守する旨の誓約書(退職後も情報を開示しない旨を含む)を病院に提出すると同時に、これらを遵守しなければならない。

第19条

各所属部門においては、下記各号に従って適切に個人情報を取り扱わなければならない。

- (1)各所属部門において保管する個人情報を含む文書(磁気媒体を含む)は、適切な場所への保管、パスワード管理等により、散逸、紛失、漏洩の防止に努めなければならない。
- (2)情報機器は適切に管理し、正式な利用権限のない者には使用させてはならない。
- (3)個人情報を含む文書であって、保管の必要のないものは、速やかに廃棄しなければならない。
- (4)個人情報を含む文書の廃棄は、シュレッダー裁断、焼却、溶解等により完全に抹消しなければならない。
なお、廃棄を外部業者に委託する場合は、外部業者が確実に廃棄したことを確認するものとする。
- (5)個人情報を含む文書を他部門に伝達する際は、適切な方法・手段によることとし、必要な範囲を超えて控えを残さないよう扱うものとする。
- (6)個人情報を含む文書は、みだりに複写してはならない。
- (7)その他個人情報の取扱いについて必要な事項は、委員会より定めるものとする。

(職員の監督)

第20条

情報管理責任者は、職員が個人データを取り扱うにあたり、必要かつ適切な監督を行わなければならない。

2.情報管理者は、自らの部門に所属する職員に対し、個人データの取扱いに関して必要かつ適切な監督を行わなければならない。

(教育)

第21条

情報教育責任者は、定期的に管下の職員を対象に個人情報の保護及び適正な取り扱いに関する教育を行うものとする。

2.職員に対する個人情報の保護及び適正な取り扱いに関する教育方針は、委員会で決定する。

3.職員は、情報教育責任者が主催し、又は委員会が決定した方針に基づく研修を受けなければならない。

(委託先の監督)

第22条

情報管理者は、個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合(労働者派遣契約又は業務委託等契約により派遣労働者を受け入れる場合を含む)は、その取扱いを委託した個人データの安全管理が図られるよう、委託を受けた者(以下「委託先」という。)に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

2.前項の委託を行う情報管理者は、委託先に対して下記各号の事項を実施しなければならない。

- (1)委託先における個人情報の保護体制が十分であることを確認した上で委託先を選定すること。
- (2)委託先との間で次の事項を含む契約を締結すること。
 - ①個人情報の適法かつ適切な取り扱い(個人データに対する人的、物理的、技術的な安全管理措置を委託先が講じることを含む)
 - ②個人情報に関する秘密保持
 - ③委託した業務以外の個人情報の使用禁止
 - ④個人情報を取り扱う上での安全対策
 - ⑤再委託に関する事項
再委託は原則として禁止し、再委託がやむを得ない場合は事前に書面による当院の同意を要し、委託先が再委託先と連帯して責任を負うことの確認
 - ⑥契約内容が遵守されていることの確認
 - ⑦個人情報に関する事故が生じた際の責任
 - ⑧契約終了時の個人情報の返却及び契約終了後も情報漏洩しない旨の確認
- (3)個人情報の取得を委託する場合は、当院が取得の主体であること並びに当院の指定する利用目的を明示するよう義務付けること

(第三者提供への制限)

第23条

あらかじめ本人の同意を得ないで、個人情報を第三者に提供してはならない。但し、下記各号に該当する場合、本人の同意なく第三者提供ができる。

- (1) 個人情報保護方針に定めた範囲内で第三者提供に利用するとき
 - (2) 人の生命、身体又は財産の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であるとき
 - (3) その他法令に基づく場合
2. 第三者提供する場合、情報管理責任者、監査担当の承認を得ること。
3. 雇用管理に関する個人情報を第三者に提供する場合は、本条第1項第2号及び第3号に該当する場合を除き、下記各号に従わなければならない。
- (1) 提出先において、その従業者に対し、当院が提供した個人情報の取扱いを通じて知り得た個人情報を漏洩してはならず、かつ盗用してはならないこととされていること。
 - (2) 当院が提供した個人情報を提供先が他の第三者に提供する場合には、書面による当院の事前同意を要件とすること。但し、当該再提供が本条第1項に該当する場合を除く。
 - (3) 当院が提供した個人情報の提供先における保有期間を明確化すること。
 - (4) 当院から提供を受ける目的達成後の個人情報の返却又は提供先における破棄又は削除が適切かつ確実に行われること。
 - (5) 提供先における当院が提供した個人情報の複写及び複製(安全管理上必要ばバックアップを除く)を禁止すること。

第4節 開示・変更・利用停止等の請求の対応

(開示)

第24条

当院は、当該本人が識別される保有個人データの開示(保有の有無を含む)請求には、本人のプライバシー保護のため、本人(代理人を含み、以下本条及び次条においては「本人」という。)から「相談窓口(個人情報担当)」に対し、原則として本人確認書類を添付した「診療記録等の開示請求書」により請求があった場合にのみ応じるものとする。

- (1) 開示等の請求窓口は、相談窓口(個人情報担当)とする。
 - (2) 診療記録等の開示請求書は、個人情報保護推進委員会で定めるものとする。
 - (3) 本人確認書類は、個人情報保護推進委員会が定めるものとする。但し、開示請求者が本人であることが明らかなる場合には、本人確認書類の提出を求めないことができる。
2. 前項により本人による開示請求であることを確認した場合は、本人に対して書面又は本人が同意した他の方法により、遅滞なく当該保有個人データを開示するものとする。又、開示する書面の様式は、情報管理責任者が定めるものとする。
3. 前項に関わらず、開示することにより下記各号のいずれかに該当する場合は、情報管理責任者の決定により、その全部又は一部を開示しないことができる。
- (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恐れがある場合
 - (2) 患者本人も心身の状況を著しく損なう恐れがある場合
 - (3) 前二号のほか、情報の提供、開示を不相当とする相当な事由が存する場合
 - (4) 法令に違反することとなる場合
4. 前項の定めに基づき保有個人データの全部又は一部を開示しない旨の決定をした場合は、遅滞なく、本人に対し、その旨を通知するものとする。この場合、その理由を説明するよう努めなければならない。
5. 他の法令により、本人のに対し当該本人が識別される保有個人データを開示することとされている場合には、第3項は適用しない。
6. 本人に対し保有個人データを開示する場合には、手数料を請求できるものとする。この手数料は、実費を勘案して、合理的な範囲で個人情報保護推進委員会で定めるものとする。
7. その他詳細については、診療情報を積極的に提供することにより、患者とのより良い信頼関係を構築していくため、診療情報提供マニュアルを策定し、実施することとする。

(訂正等)

第25条

当該本人が識別される保有個人データの訂正、追加又は削除(以下「訂正等」という。)の請求には、本人のプライバシー保護のため、本人から「相談窓口(個人情報担当)」に対し、原則として本人確認書類を添付した「個人情報に関する訂正・追加・削除請求書」により請求があった場合にのみ応じるものとする。

- (1) 開示等の請求窓口は、相談窓口(個人情報担当)とする。
 - (2) 個人情報に関する訂正・追加・削除請求書は、個人情報保護推進委員会で定めるものとする。
 - (3) 本人確認書類は、個人情報保護推進委員会が定めるものとする。但し、開示請求者が本人であることが明らかなる場合には、本人確認書類の提出を求めないことができる。
2. 本人から、当該本人が識別される保有個人データの内容が事実でないという理由によって、当該保有個人データ

の訂正等を求められた場合には、遅滞なく必要な調査を行い、その結果に基づき当該保有個人データの内容の訂正等を行うものとする。但し、以下の場合には訂正等の求めに応じないことができる。

- (1) 利用目的に対し訂正の必要がない場合
 - (2) 指摘された誤りがない場合
 - (3) 他の法令の規定により、特別の手続きが定められている場合
 - (4) 法令等により当院に訂正等の権限がない場合
3. 前2項により、保有個人データの訂正等を行ったとき、又は訂正等を行わない旨の決定をしたときは、本人に対し、遅滞なくその旨(訂正等を行ったときはその内容を含む)を通知するものとする。
4. 第2項但し書きにより訂正等の求めに応じない場合は、その理由を説明するよう努めなければならない。

(利用停止等)

第26条

本人から、当該本人が識別される保有個人データが、第11条第3項(同意のない利用目的外の利用)及び第12条(適正な取得)に違反しているという理由によって、当該保有個人データの利用停止又は消去が求められた場合、及び、第23条(第三者提供の制限)に違反しているという理由によって、当該保有個人データの第三者提供の停止が求められた場合で、その求めに理由があることが判明した場合には、遅滞なく、当該求めに応じて当該措置(以下「利用停止等」という。)を講じなければならない。但し、下記各号の場合には当該措置を講じないことが出来る。

- (1) 違反を是正するために必要な範囲を超えている場合
 - (2) 指摘された違反がなされていない場合
2. 前条第1項及び第3項、第4項は、本条に準用する。但し、同各項における「訂正等」を「利用停止等」に改める。

第5節 苦情等処理

(照会等対応・処理)

第27条

本人からの情報開示・訂正・利用停止等の請求等外部からの照会、並びに苦情等の受付部門として「相談窓口(個人情報担当)」を設置し、責任者を事務長(個人情報担当責任者)とする。

2. 情報管理責任者及び個人情報担当責任者は、前項の目的を達成するために必要な体制を整備する。
3. 「個人情報担当責任者は、対応に関する体制整備により、これに従い速やかに必要な対応を行うものとする。
4. 個人情報担当責任者は、適宜、情報管理瀬人者及び委員会に苦情の内容を報告するものとする。

第6節 監査

(監査の実施)

第28条

委員会は、監査担当を設置し、当院における個人情報の取扱いが、法令、本規程、その他の規範と合致していることを、適宜監査する。

2. 監査担当は、監査を指揮し、個人情報の取扱いに関する監査結果を委員会に報告するものとする。

(体制の見直し)

第29条

委員会は、前条の監査結果に照らし、必要に応じて個人情報の取扱いに関する安全対策、諸施策を見直し、速やかに改善措置を実施しなければならない。

第4章 その他

(情報機器等の持ち出し)

第30条

情報機器や個人情報等を保存した外部記憶媒体を院外の持ち出してはならない。但し、別に定める「電子保存と情報システムに関する運用管理規程」により許可申請が受理された場合はこの限りでない。

(個人データの漏洩等の事故発生時の報告連絡体制)

第31条

当院における保有個人データの漏洩、又はその発生の可能性が高いと判断される場合、また個人情報の取扱い規程等に違反している事実の発生やその兆候が高いと判断される場合は、速やかに個人情報担当責任者に報告しなければならない。

2. 個人情報担当責任者は、事実関係を調査し、遅滞なく情報管理責任者に報告し、東京都(福祉保健局医療安全課)への報告を含め対応策を決定する。
3. 情報管理責任者は、状況により委員会を開催し、対応策等を検討・決定する。

(違反)

第32条

本規程への違反が明らかになった場合には、病院は就業規則の定めに従い、違反を行った職員に対する懲戒処分を行うものとする。

(細則)

第33条

情報管理責任者は、必要に応じ情報管理に関する細則を制定するものとする。

(改廃)

第34条

本規程の改廃は、委員会の発議によるものとする。

附則

平成17年4月1日 施行

平成21年4月1日 改定

平成28年8月1日 改定

苦情・相談窓口のご案内

当院では患者さま、及びそのご家族からの苦情、ご意見、ご要望等に適切に対応するために下記体制をとっております。

1. 院内体制

| | |
|---------|---------|
| (1) 管理者 | 病院長 |
| (2) 責任者 | 事務長 |
| (3) 担当者 | 個人情報担当者 |

2. 苦情・相談の受付窓口

1Fの相談窓口で個人情報担当者が受付いたします。

また、【ご意見箱】【電子メール】もご利用ください。ご意見箱は正面玄関、各病棟、4F 待合ロビーにあります。メールアドレスはホームページをご覧ください。

3. 対応

個人情報担当者がお受けした苦情等は速やかに責任者、管理者に報告の上、問題点や対応策などを検討いたします。又、その結果は必要に応じ、ご本人にご報告いたします。

4. 公共の【苦情相談窓口】

下記の苦情相談窓口もお気軽に利用できます。

- (1) 東京都福祉保健局医療安全課 「患者の声相談窓口」 ☎03-5320-4435
- (2) 多摩小平保健所 「患者の声相談窓口」 ☎042-450-3222
- (3) 東京都医師会 「診療に関する相談窓口」 ☎03-3294-8821

電子保存と情報システムに関する
運用管理規程

医療法人財団 織本病院

電子保存と情報システムに関する運用管理規程

第1条（目的）

この規程は医療法人財団 織本病院において、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（以下「保存義務のある情報」という。）及びその他の個人情報の電子媒体による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「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、保存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（電子保存に関する理念）

情報システムの管理責任者及び利用者は、電子保存された情報の電子媒体による保存（以下「電子保存」という。）が自己責任の原則に基づいて行われることをよく理解しておかなければならない。

- ② 保存義務のある情報については真正性、見読性、保存性を確保し、かつ、情報が患者の診療や病院の管理運営上必要とされるときに、信頼性のある情報を迅速に提供できるよう、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。
- ③ 情報システムの管理者及び利用者は、電子保存によって患者のプライバシーが侵害されることのないように注意しなければならない。

第3条（電子保存する情報の範囲）

当病院において電子保存の対象とする情報は以下の通りである。

1. 診療情報
 - ・調剤録
 - ・臨床検査報告
 - ・エックス線写真
 - ・超音波検査画像
 - ・その他の診療記録の内、デジタル化が可能な情報
2. その他の個人情報

第4条（管理組織）

情報システム管理責任者（以下「システム管理責任者」という。）を置き、院長をもってこれに充てる。

- ② 院長は必要な場合、システム管理責任者を別に指名することが出来る。

第5条（システム管理責任者の責務）

システム管理責任者は以下の責務を負う。

1. 電子保存に用いる機器及びソフトウェアを導入するに当たって、システムの機能を確認し、これらの機能が「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の電子媒体による保存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. 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情報(以下「電子保存された情報」という。)の安全性を確保し、常に利用可能な状態に置くこと。
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維持すること。
5. 情報システムを利用する職員(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程し、不正な利用を防止すること。
6. 情報システムを正しく利用させるため、利用者の教育と訓練を行うこと。

第6条 (利用者の責務)

利用者は以下の責務を負う。

1. 自身のパスワードを管理し、これを他者に利用させないこと。
2. 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、パスワード等によって、システムに利用者自身を認識させること。
3. 情報システムへの情報入力に際して、確定操作(入力情報が正しい事を確認する操作)を行って、入力情報に対する責任を明示すること。
4. 与えられたアクセス権限を越えた操作を行わないこと。
5. 参照した情報を、目的外に利用しないこと。
6. 患者のプライバシーを侵害しないこと。

第7条 (システムの機能要件)

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者の識別と認証機能
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を排除する機能
3. 利用者が入力した情報について確定操作を行うことができる機能
4. 利用者が確定操作を行った情報を正確に保存する機能
5. 利用者が確定操作を行った情報の記録及び更新に際し、その日時並びに実施者をこれらの情報に関連づけ記録する機能
6. 管理上又は診療上の必要がある場合、記録されている情報を速やかに出力する機能
7. 情報の利用範囲、更新履歴、機密度等に応じた管理区分を設定できる機能
8. 記録された情報の複製(バックアップ)を作成する機能

第8条 (機器の管理)

情報システムの設置場所には常時施錠しシステム管理者の指示がない限り、他の職員や外部の者が操作できないよう管理する。

- ② 設置機器は定期的に点検を行う。
- ③ 情報システムには、火災、災害等にも対応可能な設備・装置を備える。

第9条（記録媒体の管理）

記録媒体は、記録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録媒体は、あらかじめ別の媒体に複写する。

第10条（ソフトウェアの管理）

システム管理責任者は情報システムで使用されるソフトウェアを、使用の前に審査を行い、情報の安全性に支障がないことを確認する。また、定期的にソフトウェアに異常がないかを検査する。

第11条（マニュアル及び管理記録の整備）

システム管理責任者は情報システムの取扱いについてマニュアルを整備し、利用者周知の上、常に利用可能な状態におく。

- ② システム管理責任者はこの規定に定められた情報システムの管理に関する行為の記録を作成しこれを保存する。

第12条（情報機器等の持出）

情報機器や個人情報等を保存した外部記憶媒体を院外に持出してはならない。ただし、システム管理責任者が必要と認めた場合はこの限りではない。

- ② 院外持出の許可申請は別添1を使用して行う。

第13条（情報機器等の盗難・紛失等事故発生時の報告連絡体制）

システム管理責任者に報告する。システム管理責任者は個人情報保護管理規程第17条に基づき個人情報担当責任者に報告の上対応を図る。

第14条（教育と訓練）

システム管理責任者は職員に対して、情報の安全性とプライバシー保護に関する教育と研修の機会を与える。

第15条（その他）

その他、この規程の実施に関し必要な事項がある場合については、院長がこれを定める。

（附則）

平成20年3月1日 施行

平成23年6月1日 改定