

個人情報保護規定

一般財団法人 天誠会 武蔵境病院

個人情報保護委員会

初版：平成21年2月1日

改訂：平成24年2月1日

改訂：平成24年7月1日

改訂：平成27年5月1日

改訂：平成29年9月1日

改訂：令和3年11月1日

武蔵境病院個人情報保護規定

第1章 総則

(目的)

第1条 この規定は、武蔵境病院個人情報保護方針に基づいて当院が取り扱う個人情報の適切な保護のための基本規定である。本規定に基づき「個人情報保護計画」を策定し、実施、評価、改善を行うとともに、当院職員はこの規定に従って個人情報を保護していかなければならない。

(本規定の対象)

第2条 この規定は、当院が保有する個人情報を対象とする。

(定義)

第3条 この規定において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 個人情報

生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む）をいう。

個人情報を以下に例示する。

診療録、処方箋、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、調剤録等の診療記録。検査等の目的で、患者から採取された血液等の検体の情報。提供したサービス内容等の記録。

職員（研修医、各部門実習生を含む）に関する情報（採用時の履歴書、職員検診記録等）。ただし、医療においては死者の情報も個人情報保護の対象とすることが求められており、当院では個人情報と同様に取り扱う。

(2) 個人情報データベース

特定の個人情報を一定の規則（例えば、五十音順、生年月日順など）に従って整理・分類し、特定の個人情報を容易に検索することができるよう、目次、索引、符号等を付し、他人によつても容易に検索可能な状態においているものをいう。紙媒体、電子媒体の如何を問わない。

(3) 個人データ

「個人情報データベース等」を構成する個人情報をいう。検査結果については、診療録等と同様に検索可能な状態として保存されることから、個人データに該当する。診療録等の診療記録や介護関係記録については、媒体の如何にかかわらず個人データに該当する。

(4) 保有個人データ

個人データのうち、個人情報取扱事業者が、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を行うことのできる権限を有するものをいう。ただし、①その存否が明らかになることにより、公益その他の利益が害されるもの、②6ヶ月以内に消去する（更新することは除く）ものは除く。

(5) 個人情報管理責任者

個人情報保護計画の策定、実施、評価、改善等の個人情報保護のための業務について、統括的責

任と権限を有する者をいう。

(6) 預託

当院以外の者にデータ処理等の委託のために当院が保有する個人情報を預けること。

第2章 個人情報の収集

(収集の原則)

第4条 個人情報の収集は、収集目的（第7条に記載）を明確に定め、その目的の達成に必要な限度において行わなければならない。

- 2 新しい目的で個人情報を収集するときは、担当者は個人情報管理責任者に届け出なければならない。
- 3 前項の届け出を受けた個人情報管理責任者は、速やかに院長の承諾を得なければならない。承諾後、新しい目的での個人情報の収集が可能となる。

(収集方法の制限)

第5条 個人情報の収集は、適法、かつ公正な手段（第8条に記載）によって行わなければならない。

- 2 新しい方法又は間接的に個人情報を収集するときは、担当者は個人情報管理責任者に届け出なければならない。
- 3 前項の届け出を受けた個人情報管理責任者は、速やかに院長の承諾を得なければならない。承諾後新しい目的での個人情報の収集が可能となる。

(特定の個人情報の収集の禁止)

第6条 次に示す内容を含む個人情報の収集、利用又は提供を行ってはならない

- 1) 門地、本籍地（所在都道府県に関する情報を除く）、犯罪歴、その他社会的差別の原因となる事項
- 2) 思想、信条及び宗教に関する事項
- 3) 上記1) および2) は疾病と関連する場合に限定し利用、収集できる
- 4) 勤労者の団結権、団体交渉及びその他団体行動の行為に関する事項
- 5) 集団示威行為への参加、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

(個人情報を収集する目的)

第7条 患者・利用者・関係者から個人情報を取得する目的は、患者・利用者・関係者に対する医療・介護の提供、医療保険事務、入退院等の病棟管理等、病院運営に必要な事項などで利用することである。

職員に付いての個人情報収集の目的は雇用管理のためである。

通常の業務で想定される個人情報の利用目的（別表）はインターネットホームページ、ポスターの掲示、パンフレットの配布、説明会の実施等にて広報する。

(個人情報を収集する方法)

第8条 患者・利用者・関係者から個人情報を取得する方法は以下である

- 1) 本人の申告および提供

- 2) 直接の問診または面談
- 3) 患者家族、知人、目撃者、救急隊員、関係者等からの提供
- 4) 他の医療機関、介護施設等からの紹介状等による提供
- 5) 15歳未満の方の個人情報については、診療に関して必要な事項以外は原則として保護者等から提供をうける。
- 6) その他の場合は、本人、もしくは家族の（意識不明、認知症等で判断できない時）同意をえて収集する。

第3章 個人情報の利用

（利用範囲の制限）

第9条

- 1 個人情報の利用は、原則として収集目的の範囲内で、具体的な業務に応じ権限を与えられた者が、業務の遂行上必要な限りにおいて行う。
- 2 個人情報管理責任者の承諾を得ないで、個人情報の目的外利用、第三者への提供・預託、通常の利用場所からの持ち出し、外部への送信等の個人情報の漏えい行為をしてはならない。
- 3 当院職員、派遣職員、委託外注職員および関係者は、業務上知り得た個人情報の内容をみだりに第三者に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。その業務に係る職を退いた後も、同様とする。

（利用目的の範囲）

第10条 個人情報は、通常の業務で想定される個人情報の利用目的（別表）および、通常の業務以外として次の1）号から9）号について使用する。

- 1) 患者・利用者・関係者が同意した医療業務（医療・介護保険事務を含む）
- 2) 患者・利用者・関係者が当事者である契約の準備又は履行のために必要な場合（他の医療機関、介護保険事業者との連携）
- 3) 当院が従うべき法的義務の履行のために必要な場合（外部監査等）
- 4) 患者・利用者・関係者の生命、健康、財産等の重大な利益を保護するために必要な場合
- 5) 裁判所および令状に基づく権限の行使による開示請求等があった場合
- 6) 家族等への病状説明
- 7) 学生実習
- 8) 病院内における症例研究等
- 9) 医師賠償責任保険に関する保険会社等への相談、届け出

（目的範囲外利用の措置）

第11条 収集目的の範囲を超えて個人情報の利用を行う場合は、患者・利用者・関係者本人の同意を必要とする。

（個人情報利用目的の通知・公表に関する留意事項）

第12条

ア 公表方法

院内掲示及びホームページへの掲載により、広く公表する。

イ 同意に関する掲示事項

第三者への情報提供に関する患者からの黙示の同意を判断するために、院内掲示及びホームページには以下三項目を記載する。

- ア) 患者は、利用目的の中で同意しがたいものがある場合には、その事項について、あらかじめ本人の明確な同意を得よう病院に求めることができること。
- イ) 患者が、ア) の意思表示を行わない場合は、公表された利用目的について患者の同意が得られたものとする。
- ウ) 同意及び保留は、その後、患者からの申し出により、いつでも変更することが可能であること。

ウ 患者への配慮

- ア) 初来院の患者等に対しては、受付時において個人情報の利用目的に関する院内掲示についての注意を促すこと。
- イ) 患者等の希望がある場合、詳細の説明や当該内容を記載した書面の交付を行うこと。

(個人情報利用目的の変更)

第13条 定められた利用目的を変更・追加する必要がある場合には、別紙「個人情報利用目的変更申請」様式に理由を添えて個人情報保護委員会に申請し合議する。合議の上、利用目的が変更・追加された場合には、速やかに院内掲示およびホームページの利用目的を変更し、変更した旨についても院内掲示およびホームページ掲載により広く公表する。

(個人情報の入出力、保管等)

第14条 個人情報の病院医療情報システムへの入力・出力、診療情報提供書等のスキャナーでの電子カルテ等への取り込み、管理については「武蔵境病院電子カルテマニュアル」に定める。

第4章 個人情報の適正管理

(個人情報の正確性の確保)

第15条

- 1 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。
- 2 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、個人情報管理責任者が窓口となり、すみやかに処理しなければならない。

(個人情報の安全性の確保)

第16条

ア 安全管理処置

当病院職員は、当病院で取り扱う個人データの安全管理のため、「個人情報を取り扱う情報システムの安全管理規定」に従い、厳重に個人データを取り扱わなければならない。また各部署責任者は、部下の個人データ取り扱いについて管理監督する。

イ 物理的安全管理措置

- ア) サーバ室は施錠管理すること。
- イ) 情報システム端末は固定化（ノートパソコンをワイヤー等で固定する）すること。
- ウ) 病棟における面会者等の入退館管理を徹底すること。
- エ) 各端末のUSB接続部をキャップで覆うこと（相対リスク軽減措置）。

ウ 技術的安全管理措置

- ア) 情報システム端末には、IDおよびパスワードを設定すること。
- イ) 情報システム端末へのアクセスを終了・中断する場合には、必ずログアウトすること。
- ウ) 情報システム端末へのアクセス記録を保管管理すること（システム管理者）。
- エ) 外部との接続を要する情報システムにはウイルス対策ソフトおよびファイアウォールを導入すること。
- オ) 業務上やむを得ずUSBメモリを使用する場合、セキュリティ機能付のUSBメモリを使用すること。

エ 情報漏えい時（外部流出時）の対応

- ア) 漏えいが発覚した又はその懸念が生じたの報告ルートは下記の通りとする（夜間休日問わず）。
知覚者 → 各職場の上長（夜間休日は病棟リーダー看護師） → 院長と医療安全管理者
- イ) 報告を受けた院長及び医療安全管理者は、即刻臨時緊急の医療安全委員会兼個人情報保護委員会を招集し、迅速な調査による状況把握をして下記の各項目について、必要な措置を講じる。
 - ①認定個人情報保護団体である公益社団法人全日本病院協会を経由してのPPC（個人情報保護委員会）への報告と指示受領。
 - ②東京都医療安全課への報告と指示受領。
 - ③被害者への説明と謝罪の実施。損害賠償等が必要な場合は誠実に対応する。
 - ④二次被害の防止に向けた諸対策の実行
 - ・被害の拡大防止のための必要な措置の実行
 - ・事実関係の調査及び原因究明
 - ・影響範囲の特定
 - ・再発防止策の検討と実施
 - ・影響を受ける可能性のある本人への説明等
 - ・事実関係及び再発防止策等の公表の必要な措置

（個人情報の委託処理等に関する措置）

第17条

- 1 情報処理や作業を第三者に委託するために、個人情報を第三者に預託する場合には、委託担当者は事前に個人情報管理責任者に届け出なければならない。
- 2 個人情報管理責任者は、以下の各号の措置を講じ、院長の承諾を得てから基本契約を締結しなければならない。次の事項を入れた基本契約書案を作成すること。
 - ① 守秘義務の存在、取り扱うことのできる者の範囲に関する事項

- ② 預託先における個人情報の秘密保持方法、管理方法についての事項
 - ③ 預託先の個人情報の取扱担当者に対する個人情報保護のための教育・訓練に関する事項
 - ④ 契約終了時の個人情報の返却及び消去に関する事項
 - ⑤ 個人情報が漏えい、その他事故の場合の措置、責任分担についての事項
 - ⑥ 再委託に関する事項
 - ⑦ 当院からの監査の受け入れについての事項
- 4 個別契約に基づき個人情報を預託先に提供するときは、担当者は前項③の事項を記した書面を預託先に交付して、注意を促さなければならない。
 - 5 委託中、担当者は、預託先が当社との契約を遵守しているかどうかを確認し、万一、契約に抵触する事項を発見したときは、その旨を個人情報管理責任者に通知しなければならない。
 - 6 前項の通知を受けた個人情報管理責任者は、直ちに院長と協議して個人情報の預託先に対して必要な措置を講じなければならない。
 - 7 個人情報管理責任者は、年に一度以上、個人情報の預託先責任者と面接し、必要に応じて預託先の情報処理を把握あるいは視察し、監査しなければならない。
 - 8 個人情報管理責任者は、本条に基づき作成された基本契約、個別契約、監査報告書、通知書等の文書（電磁的記録を含む）を当該個人情報の預託先との個別契約終了後7年間保存しなければならない。

（個人情報の第三者への提供）

第18条

ア 原則として、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。本人の同意については、原則として文書にて確認する（書式は問わない）。

例)

- ア) 生命保険加入や損害保険金の支払いの審査のための民間会社からの照会
- イ) 休職中の社員の職場復帰の見込みに関する職場の上司等からの問い合わせ
- ウ) 児童・生徒に関する学校の教職員等からの問い合わせ
- エ) マーケティング等を目的とする会社等からの患者を紹介してほしい旨の依頼

イ 本人の同意の確認および同意の取り消しについて

第三者への個人データ提供に関する本人の同意は、原則として文書にて確認する（申請日、提供先、提供目的、本人の署名および捺印を確認する。書式は問わない。）。

同意の取り消しについても原則として文書での申請を求める。ただし、緊急の場合である場合には口頭を持って暫定的に同意を取り消すとともに、その後速やかに文書にて取り消しについての確認を行う。

ウ 第三者提供の例外

次に掲げる場合については、本人の同意を得る必要はない。

例)

- ア) 法令に基づく場合（例：医療法に基づく立ち入り検査、児童虐待に関わる通告）
- イ) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ること

が困難であるとき。

(例：意識不明の患者の病状な高度の認知障害がある高齢者の病状を家族等に説明する場合)

ウ) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要な場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

エ) 国の機関も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、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすことがあるとき。

(例：承認統計調査など)

エ 「第三者」に該当しない場合

ア) 他の事業者等への情報提供であるが、第三者に該当しない場合の具体例

① 検査等の業務を委託する場合

② 外部監査機関への情報提供

③ 個人データを特定の者との間で共同して利用するとして、あらかじめ本人に通知等している場合

(例：当院と訪問看護ステーションが共同で医療サービスを提供する場合などあらかじめ個人データを特定の者との間で共同して利用することが予定されている場合、①共同して利用される個人データの項目、②共同利用者の範囲(個別列挙されているか、本人から見てその範囲が明確となるように特定されている必要がある)、③利用するものの利用目的、④当該個人データの管理について責任を有する者の氏名または名称をあらかじめ本人に通知する。ただし、①②は変更することはできず、③④については変更が生じた場合には本人に通知もしくは容易に知りえる状態におかなければならない。)

イ) 同一事業者内における診療情報であり、第三者に該当しない場合の具体例

① 病院内の他の診療科との連携など、事業者内部における情報交換

② 同一事業者が解説する複数の施設間における情報交換

第5章 自己情報に関する情報主体からの諸請求に対する対応

(保有個人データの開示)

第19条

ア 原則

本人から、当該本人の当院が保有する個人データの開示を求められたときは、本人に対し、「個人情報開示請求書」に必要事項を記入、署名、捺印を請求・受理し、個人情報保護委員会において開示範囲について合議し速やかに当該保有個人データを開示する。

イ 例外

ア) 開示することにより、次のいずれかにかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができる。

① 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合

- ② 当院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 他の法令に違反することとなる場合
- イ) 全部または一部非公開の決定をしたときは、個人情報管理責任者は本人に対し、遅滞なく、その旨を通知しなければならない、その理由を説明する。
また、理由の説明に当たっては文書により示すことを基本とし、苦情の対応を行う体制についても合わせて説明する。

ウ 留意事項

他の法令の規定により、保有個人データの開示について定めがある場合には、当該法令の規定によるものとする。

エ 遺族に対する診療情報の提供

患者が死亡した際には、担当医もしくは院長は遅滞なく、遺族に対して死亡に至るまでの診療経過、死亡原因等についての診療情報を提供すること。

- (注) 死者の情報は個人情報保護の適応対象とならないが、遺族から死亡した患者の診経過等が照会された場合、患者の生前の意思、名誉等を十分に考慮しつつ、特段の配慮をしなければならない。また、診療情報の開示を求め得る者の範囲は、患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む。）とする。

(保有個人データの訂正等)

第20条

ア 原則

ア) 本人から、当院が保有する当該本人の個人データの内容が事実ではないという理由によって保有個人データの内容の訂正、追加又は削除（以下「訂正等」という。）を求められた場合、内容の訂正等に関して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を除き、利用目的の達成に必要な範囲内において、遅滞なく必要な調査を行い、その結果に基づき、保有個人データの訂正等を行わなければならない。保有個人データの訂正等を行う場合、当該本人は「保有個人情報訂正・利用停止・追加・削除・消去請求書」に必要事項を記入し、当院個人情報管理責任者は受理後決済を行う。

イ) 保有個人データの内容の全部若しくは一部について訂正を行ったとき、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、「保有個人情報訂正・利用停止・追加・削除・消去通知書」をもって通知する。

ウ) 訂正等を行わない旨の通知する場合は、個人情報管理責任者はその理由を文書にて説明すること。苦情に対しての対応についても併せて説明すること。

イ 例外

次の場合については、訂正を行う必要がない。

ア) 利用目的から見て訂正等が必要でない場合

イ) 誤りであるが指摘が正しくない場合

ウ) 訂正等の対象が事実ではなく評価に関する情報である場合

(保有個人データの利用停止等、第三者への提供の停止)

第21条

ア 原則

ア) 利用停止・消去

- ① 本人から、当院が保有する当該本人の個人データが、利用目的の制限に移管して取り扱われているという理由又は不正な手段によって取得されたものである理由によって、当該保有個人データの利用停止または消去（以下、「利用停止等」という。）を求められた場合であって、その求めに理由があることが判明したときは、違反を是正するために必要な限度で、遅滞なく、当該保有個人データの利用停止等を行う。
- ② 当該本人は、当該保有個人データの利用停止等を申し立てる場合には、「保有個人情報訂正・利用停止・追加・削除・消去請求書」に必要事項を記入の上、当院個人情報管理責任者に提出する。個人情報管理責任者は受理後、遅滞なく速やかに決済し必要な措置を講ずる。また、利用停止等への措置について、本人に対し、遅滞なく、その旨を通知する。
- ③ 訂正等を行わない旨の通知する場合は、個人情報管理責任者はその理由を文書にて説明すること。苦情に対しての対応についても併せて説明すること。

イ) 第三者への提供の停止

上記ア) の「利用停止・消去」、「利用停止等」を「第三者への提供の停止」と読み替えた者と同

イ 例外

次の場合、利用停止等及び第三者への提供の停止を行う必要はない。

- ア) 多額の費用を要する場合など利用停止等及び第三者への提供の停止を行うことが困難な場合であって、本人の権利利益を保護するため必要なこれに変わるべき措置をとる場合
- イ) 手続き違反等の指摘が正しくない場合

(開示等の手続及び手数料)

第22条

ア 受付方法

- ア) 開示等の求めの申出先：当院事務相談窓口
- イ) 提出する書面：当院所定書面「個人情報開示申請書」
- ウ) 提出先：「個人情報管理責任者」宛
- エ) 開示等の求めをする者が本人又はその代理人であることの確認の方法
本人を証明する書類の提示を求める（当該本人に了解をもらい一部コピーを当院で保管する）。
- 例) **自動車運転免許書、パスポート、住民基本台帳カード**など公的機関が発行する本人の写真入りの書類を確認する。

オ) 手数料の徴収方法：開示個人データを渡す際に事務会計窓口で徴収する。

イ 請求権者

開示等の求めは、次に掲げる者によって行うことができる。

- ア) 本人
- イ) 未成年又は成年被後見人の法定代理人

- ウ) 開示等の求めをすることにつき本人が委任した代理人
- ウ 手数料
 - 開示一件につき、手数料を3,000円(消費税別)と定める。また、コピーなどについては、一頁につき、別途20円(消費税別)と定める。

(理由の説明、苦情対応)

第23条

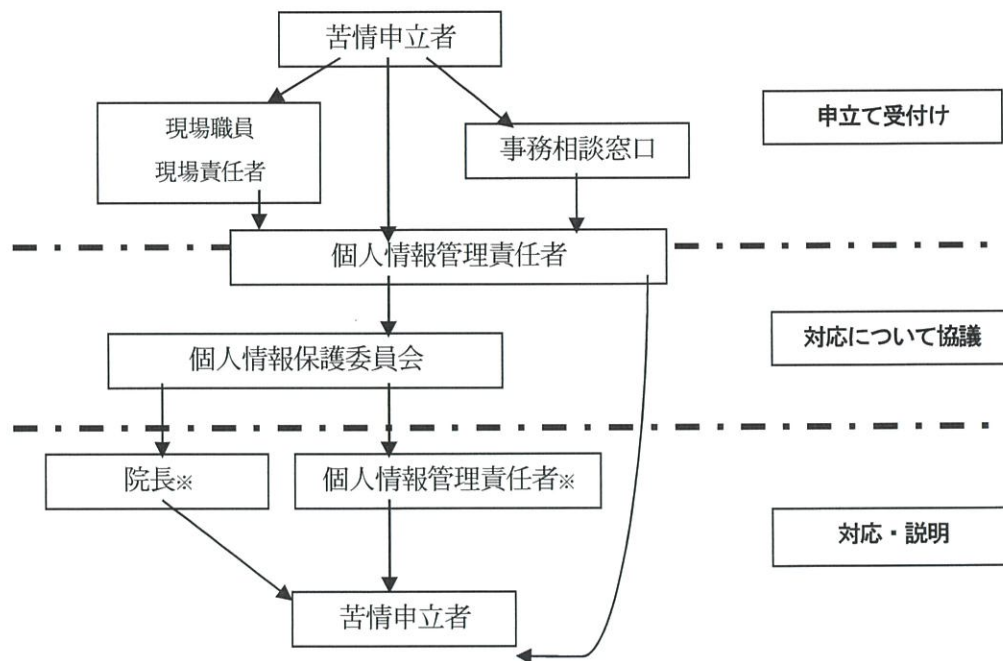
ア 理由説明

保有個人データの利用目的の通知、開示、訂正等、利用停止等について、本人から求められた措置の全部又は一部について、その措置を取らない旨又はその措置を取る旨を本人に通知する場合は、本人に対し、その理由を説明するよう努めなければならない。なお、その際の説明は文書を用いて行う。また、併せて苦情への対応を行う体制についても併せて説明すること。

イ 苦情対応

個人情報管理責任者は個人情報の取扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない。また、対応に不満や不服の申し出がある場合には、武蔵野市医師会、東京都医師会、東京都相談窓口（東京都患者の声相談窓口）などに相談するよう説明する。

(苦情への対応を行う体制)



※原則的に現場責任者も同席すること

第6章 管理組織・体制

(個人情報管理責任者)

第24条

- 1 個人情報管理責任者は、個人情報の保護についての統括的責任と権限を有する責任者であって、別に定める業務を行わなければならない。
- 2 個人情報管理責任者は、各部に1名以上の個人情報管理担当者を選任し、自己に代わり必要な個人情報保護についての業務を行わせ、これを管理・監督しなければならない。

(個人情報保護監査責任者)

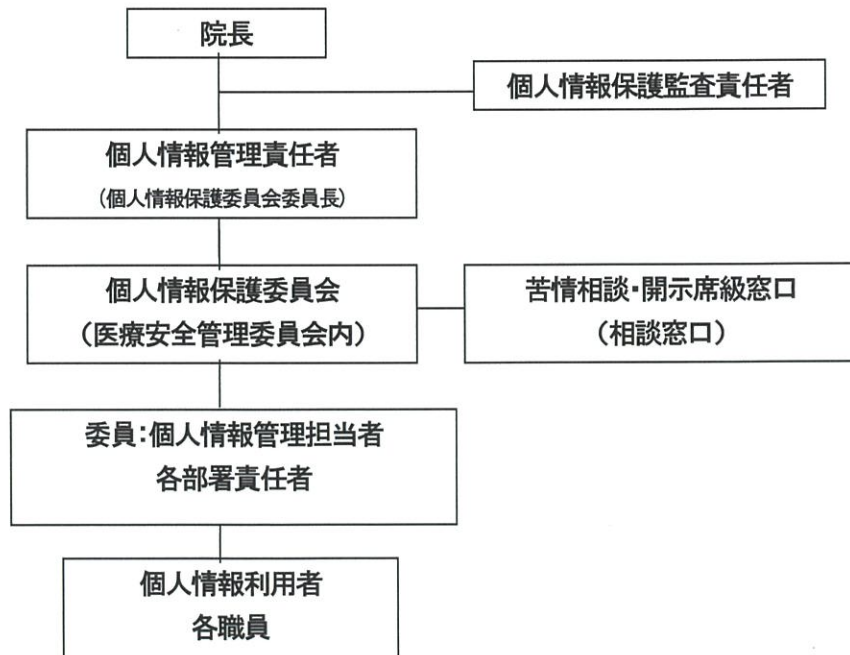
第25条

- 1 個人情報保護監査責任者は、個人情報管理責任者から独立した公平かつ客観的な立場にあり、監査の実施及び報告を行う権限を有し、院長が選任する。ただし、院外の第三者に監査業務を委託することを妨げない。
- 2 個人情報保護監査責任者は、年1回、個人情報保護計画に従い、監査を実施し、監査結果を院長に報告しなければならない。

(個人情報保護苦情・相談窓口の設置)

第26条 個人情報管理責任者は、個人情報及び個人情報保護計画に関する苦情・相談を「事務科相談窓口」で受け、この連絡先を患者・利用者に告知しなければならない。

組織図



第7章 個人情報管理責任者の職務

(個人情報の特定とリスク調査)

第27条

- 1 個人情報管理責任者は、当院が保有するすべての個人情報を特定し、危機を調査・分析するための手順・方法を確立し、維持しなければならない。
- 2 個人情報管理責任者は、各部ごとに前項の手順に従って各部における個人情報を特定し、個人情報に関する危険要因（個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏えい等）を調査・分析の上、適切な保護措置を講じない場合の影響を認識し、必要な対策を策定し、維持しなければならない。

(法令及びその他の法規範)

第28条 個人情報管理責任者は、個人情報に関する法令及びその他の法規範を特定し、参照できる手順を確立し、維持しなければならない。

(個人情報保護計画の策定)

第29条

- 1 個人情報管理責任者は、個人情報管理担当者の協力を得て個人情報を保護するために必要な個人情報保護計画を年1回立案して文書化し、かつ実施、評価、改善をしなければならない。
- 2 個人情報保護計画には次の事項を入れなければならない。
 - 1) 個人情報の特定と危機対策
 - ① 個人情報を記録したシステム、媒体の特定
 - ② 個人情報に対する危機の識別
 - ③ 危機の調査・分析に基づく対応策の策定、実施、評価、改善
 - 2) 個人情報保護のための責任者、管理担当者、担当者の業務と業務方法
 - ① 個人情報管理責任者
 - ② 個人情報管理担当者
 - ③ 個人情報保護苦情及び相談窓口
 - ④ 個人情報保護監査責任者
 - 3) 研修実施計画
 - ① 個人情報管理担当者、個人情報取扱担当者、苦情及び相談窓口、個人情報保護監査責任者に対する研修実施計画（研修項目、時間割、講師、日程）
 - ② 一般職員に対する研修実施計画（研修項目、時間割、講師、日程）
 - 4) 委託先に対する監査計画及び必要な場合の研修計画
 - ① 監査体制、日程、監査方法、監査報告様式
 - ② 委託先研修実施計画（研修項目、時間割、講師、日程）

(本規定等の見直し)

第30条 個人情報管理責任者は、監査報告書及びその他の経営環境等に照らして、適切な個人情報

の保護を維持するために、少なくとも年1回本規定及び本規定に基づく個人情報保護計画を見直し、院長の承認を得なければならない。

(文書の管理)

第31条 個人情報管理責任者は、この規定に基づき作成される文書（電磁的記録を含む）を管理しなければならない。

(研修実施)

第32条

- 1 個人情報管理責任者は、当院職員その他個人情報の預託先等の関係者に対して、個人情報保護計画に基づき次のような研修を行い、評価しなければならない。
 - 1) 個人情報保護法の内容
 - 2) 個人情報保護方針、本規定の内容
 - 3) 個人情報保護計画の内容と役割分担
 - 4) セキュリティ教育
- 2 個人情報管理責任者は、個人情報管理担当者に対して下記の如く研修を行い、評価しなければならない。
 - 1) 個人情報保護法の内容
 - 2) 個人情報保護方針、本規定の内容と個人情報管理担当者の役割
 - 3) 個人情報保護計画の内容と個人情報管理担当者の役割
 - 4) セキュリティ管理教育
 - 5) 個人情報の預託先の調査と監査
 - 6) 個人情報の漏えい事故等が発生した場合の対応
- 3 個人情報管理責任者は、第1項、前項の研修を効果的に行い、個人情報の重要性を自覚させる手順・方法を確立し維持しなければならない。

第8章 監査

(監査計画)

第29条 個人情報保護監査責任者は、年1回個人情報保護のための監査計画を立案し、院長の承認を得なければならない。監査に関する規定は別に定める。

- 2 監査計画には次の事項を入れなければならない。
 - 1) 監査体制
 - 2) 日程
 - 3) 監査方法
 - 4) 監査報告様式

(監査の実施)

第30条 個人情報保護監査責任者は、本規定及び個人情報保護計画が、個人情報保護法の趣旨に合致しているか、また、その運用状況を監査しなければならない。

- 2 個人情報保護監査責任者は、監査を指揮し、監査報告書を作成し、院長に報告しなければ

ならない。

- 3 個人情報管理責任者は、監査報告書を管理し、保管しなければならない。
監査の運用に関しては別に定める。

第9章 廃棄

(個人情報の廃棄)

- 第31条** 個人情報を廃棄する場合は、匿名化もしくは、適切な廃棄物処理業者に廃棄を委託する。
- 2 個人情報を記録したコンピュータを廃棄するときは、特別のソフトウェア等を使用して個人情報を消去し、フロッピー、CD、MO等の記憶媒体は物理的に破壊する。
 - 3 個人情報を記録したコンピュータを他に転用するときは、特別のソフトウェア等を使用して個人情報を消去してから転用する。
 - 4 研修医、実習生等の雇用管理に利用した個人情報についても、同様の処理をする。
 - 5 個人情報の廃棄作業は個人情報取扱担当者が行う。
 - 6 廃棄の基準について、患者・利用者に告知しなければならない。

第10章 罰則

(罰則)

- 第32条** 当院は、本規定に違反した職員に対して就業規則に基づき懲戒を行うことがある。
- 2 懲戒の手続きは職員就業規則に定める。

第11章 規定の改廃

(規定の改廃)

- 第33条** この規定の改廃は、個人情報管理責任者の意見を聞き、管理会議構成員の過半数の賛成で議決し、院長が施行を指示する。

第12章 個人情報保護委員会の設置

(個人情報保護委員会の設置)

- 第34条** 当院は、個人情報保護方針の完遂やこの規定を順守すること等を目的として個人情報保護委員会を設置する。委員会設置詳細は、委員会規定による。

個人情報を取り扱う情報システムの安全管理規定

武蔵境病院 個人情報保護委員会

2009年4月1日 作成

2012年4月1日 改訂

2017年4月1日 改訂

2021年11月1日 改訂

1. (総則)

この規定は、武蔵境病院（以下、当病院という）個人情報を取り扱う情報システムにおける個人情報保護を目的とする。

2. (対象)

当病院が保有する個人情報データベースを含む情報システム全てが対象となる。

例：電子カルテシステム、レセプトコンピュータ、PACS、他医療機関からの診療情報（CD-ROM）等

3. (所轄)

当規定は、当病院個人情報保護委員会にて管理される。

4. (安全管理規定)

当病院の職員（以下、利用者という）は、以下の規定を遵守しなければならない。

① 情報システムへのアクセス

利用者は、当病院より割り当てられたID設定、パスワードによりシステムへアクセスする。また、システム端末での利用を中断・終了する場合には速やかにログアウトしなければならない。

② 情報システムの端末からUSBメモリ等を接続することを禁止する。業務上やむを得ない場合は個人情報保護委員会で審議し認可された場合に限って許可する。この場合、セキュリティ機能付のUSBメモリを使用する。また、情報システム端末については、いかなる理由があろうとも院外に持ち出すことを禁止する。研究目的等で、USBメモリ等に移したデータを院外に持ち出すことも、個人情報保護委員会で審議し認可された場合を除き、禁止とする。

③ 各部署の責任者は、端末の台数を定期的に確認すること。

④ 夜間職員が不在となる部署は就業時に端末が設置してある部屋の施錠をすること。病棟ではナースステーション外に設置している端末は盗難防止のためのワイヤロック等を使用すること。

⑤ 情報機器（各端末）の紛失・盗難が生じた場合には直ちに所属部門長もしくは医療安全管理者に報告すること。医療安全管理者または個人情報保護委員長は速やかに臨時の委員会を開催し対応策を協議し、東京都医療安全課、警視庁武蔵野警察署に

報告し指示を仰ぐ。

- ⑥ 利用者が退職する際には、個人情報管理担当者は速やかに当該利用者の I D およびパスワードを無効とし、当該利用者が電子カルテにアクセスできないようにすること。
- ⑦ 個人情報の廃棄方法は「武蔵境病院個人情報保護規定」に従う。

以上