

## ○診療に関する個人情報の保護規程運用本院細則

(平成 19 年 10 月 19 日制定)

改正 平成 23 年 5 月 31 日

平成 23 年 12 月 6 日

平成 26 年 10 月 7 日細則第 1410 号の 1 令和元年 12 月 3 日細則第 1912 号の 18

第 1 条 本細則は、診療に関する個人情報の保護規程(以下「保護規程」という。)第 9 条第 5 項の規定にもとづき、診療に関する個人情報の保護に関し必要な事項を定める。

第 2 条 本細則は、東京女子医科大学病院(以下「本院」という。)における責任体制の明確化を図り、具体的な取組みを進めることにより、診療個人情報保護のための院内体制を確立することを目的とする。

第 3 条 本細則は、以下の各号に掲げる項目について定めるものとする。

- (1) 診療個人情報のセキュリティ対策に関すること。
- (2) 診療個人情報の漏洩等に伴う報告および連絡体制と事故後の対応に関すること。
- (3) 診療個人情報保護担当事務局に関すること。

2 前項に規定する実務を担うため、診療個人情報管理責任者(以下「管理責任者」という。)のもとに診療個人情報担当事務局(以下「事務局」という。)をおく。

3 事務局は、保護規程第 11 条第 3 項および第 4 項に規定する業務を行い、適宜、医療情報運用実務者会議への報告および提案等を行うものとする。

第 4 条 管理責任者の下に各部署に診療個人情報責任者(以下「責任者」という。)を配置する。

2 責任者の職務は、以下の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 部署内における診療個人情報保護の周知徹底(患者情報の匿名化等)
- (2) 部署内で発生した診療個人情報漏洩事故への対応
- (3) 部署内の担当者への教育(法律、院内規程および運用細則の周知等)
- (4) 部署内の診療個人情報の管理
- (5) 部署内の診療個人情報を院外に持ち出す場合の、持出者、日時、利用目的、内容、暗号化等ならびにセキュリティの設定の確認およびその記録の保管にすること。

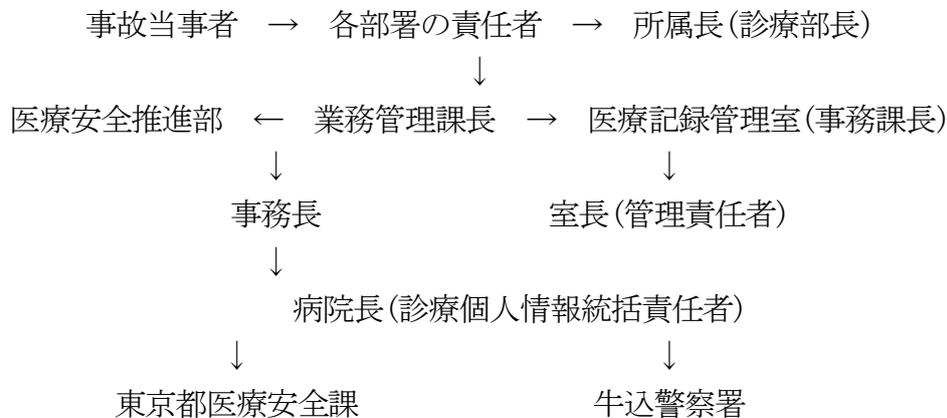
第 5 条 診療個人情報を取り扱う本人は、以下の各号に掲げる事項を実施するものとする。

- (1) 診療個人情報が入力されたパソコンは必ずパスワード設定をすること。この場合において、個人所有のノートパソコン等についても同様とする。また、セキュリティワイヤーを使用するか、鍵のかかる場所に保管する等盗難防止に努めること。また、離席時に診療個人情報を表示したまま放置しないこと。
- (2) 診療個人情報が入力された USB メモリー等の電子媒体(以下「電子媒体」という。)については、必ず患者情報の匿名化を行うこと。また、鍵のかかる場所に保管する等盗難防止に努めること。

- (3) 診療個人情報の院外持ち出しは、原則禁止とすること。ただし、学会等で使用するためにやむを得ずデータを持ち出す場合は、責任者の承諾を得ること。
  - (4) データに対して暗号化またはアクセスパスワードを設定すること。
  - (5) 持ち出した情報をネットワークに接続し、または他の外部媒体に接続する場合は、コンピュータウィルス対策ソフトの導入、パーソナルファイヤーウォールを用いる等して情報端末が情報漏洩、改ざん等の対象にならないよう対策すること。
  - (6) 責任者は前各号における内容が遵守されているか、部署内の管理および監督を行い、医療記録管理室に報告を行うこと。
- 2 診療個人情報が入力されたパソコンおよび電子媒体を廃棄する本人は、その取扱いには十分注意し、以下の各号に掲げる方法により適切に廃棄するものとする。
- (1) ハードディスクおよび電子媒体については、物理的に破壊すること。
  - (2) 必要に応じて病院情報システム室にあるハードディスク破壊用機器を利用すること。

第6条 事故当事者は、個人情報保護の重要性にかんがみ、事故後、速やかに当該部署の責任者に報告するものとする。

- 2 前項の事故当事者は、情報の漏洩にいたった詳細な顛末書を病院長宛に作成し、速やかに業務管理課に提出するものとする。
- 3 診療個人情報の漏洩等が発生した場合の報告ルートは、以下のとおりとする。



- 4 管理責任者は、事故発生後、可及的速やかに以下の各号に掲げる関係者を招集し、対応策を協議する。
  - (1) 病院長(診療個人情報統括責任者)
  - (2) 医療安全・医療対話部門担当副院長
  - (3) 事務長
  - (4) 業務管理課長
  - (5) 当該診療科の責任者
  - (6) その他管理責任者が必要と認めた者

5 診療個人情報の漏洩対象である当該患者への対応および担当部署は、以下の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 電話による患者本人への事情説明 当該診療科
- (2) 患者への謝罪文の郵送 業務管理課および医療記録管理室
- (3) 東京都医療安全課への事故報告 業務管理課
- (4) 医療情報運用部会および医療情報管理委員会への報告 管理責任者
- (5) 再発防止策の立案 事務局

第7条 事務局担当者は、管理責任者のもと個人情報の保護に関する法律に係わる院内の様々な事柄に関してすべからく対応し、当該法律および規程の遵守に努めるものとする。

2 前項に規定する具体的な職務は、以下の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 診療個人情報保護計画の策定
- (2) 職員等への教育研修の実施
- (3) 院内における診療個人情報の管理および監督
- (4) 診療個人情報の漏洩対策の策定
- (5) その他管理責任者が必要と判断するもの

3 事務局は、以下の各号に掲げる者をもって構成する。なお、事務局担当者は、原則として医療情報運用実務者会議の構成員とする。

- (1) 医療記録管理室長(管理責任者)
- (2) 医療記録管理室事務課長
- (3) 業務管理課長
- (4) 医療安全推進部事務課長
- (5) 病院情報システム室の責任者
- (6) 管理責任者が必要と判断した各部署の責任者
- (7) 医療記録管理室担当者

4 事務局会議は、管理責任者が招集し、議長の任を負う。

5 事務局会議は、企画立案された案件等については、医療情報運用実務者会議に上申する。

第8条 保護規程第5条に規定する利用目的以外の理由による診療個人情報の利用は、以下の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 各診療科等で実施される患者の予後調査(の実施)
- (2) 臨床研究目的等に伴う電子カルテシステムおよび医事システムからの患者データ(病名等)の二次利用
- (3) その他必要なこと。

2 予後調査を実施する診療科は、医療記録管理室に所定の届出書を提出するものとする。

3 臨床研究等の目的により、診療個人情報(患者データ)を電子カルテシステム等からの抽出を必要とする場合は、本院においては医療記録管理室へ申請書を提出するものとする。

4 管理責任者の決裁後、医療記録管理室から病院情報システム室へ作業依頼を行う。

第9条 診療個人情報を含む書類のFAXでの取扱いは、以下の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 診療個人情報が含まれる書類は、FAXを使用せず、郵便を利用することが望ましいこと。ただし、緊急時には、この限りではない。
- (2) 相手先番号の復唱確認および複数名での確認を心掛けること。
- (3) 可能な限り個人が特定される氏名、年齢、住所等をマスキングすること。
- (4) 定常業務で院内・関連施設等の限定された場所への送信は、FAX番号の登録機能で行うこと。

第10条 診療個人情報の漏洩等事故の当事者およびその責任者に対しては、職員就業規則、嘱託職員就業規則、臨時職員就業規則、短時間勤務就業規則、臨床研修医就業規則、嘱託医師就業規則、医療練士研修生就業規則に定める懲戒の手續きに則り、適切かつ相応の処分を行う。

附 則(平成23年12月6日)

- 1 本細則は、平成23年12月6日から施行する。
- 2 第6条第4項5号に定める当該診療科とは、診療個人情報が漏洩したと推定される患者が受診中または過去に受診した診療科とする。

附 則(平成26年10月7日細則第1410号の1)

- 1 本細則は、平成26年10月7日から施行する。
- 2 第6条第4項5号に定める当該診療科とは、診療個人情報が漏洩したと推定される患者が受診中または過去に受診した診療科とする。

附 則(令和元年12月3日細則第1912号の18)

- 1 本細則は、令和元年12月3日から施行する。
- 2 第6条第4項5号に定める当該診療科とは、診療個人情報が漏洩したと推定される患者が受診中または過去に受診した診療科とする。