

徳島大学病院個人情報保護マニュアル

Privacy Protection Manual

令和元年12月11日

徳島大学病院個人情報保護委員会策定

令和6年12月17日改訂

目次

第1節	徳島大学病院における個人情報保護体制	… 1ページ
第2節	個人情報のリスク評価と適正な管理・取扱い	… 11ページ
第3節	個人情報保護に係る法律・ガイドライン一覧	… 15ページ
第4節	緊急時の対応	… 18ページ
第5節	個人情報保護に関する教育	… 21ページ
第6節	個人情報保護に関する内部監査	… 24ページ
第7節	予防処置及び是正処置	… 28ページ

附属書一覧

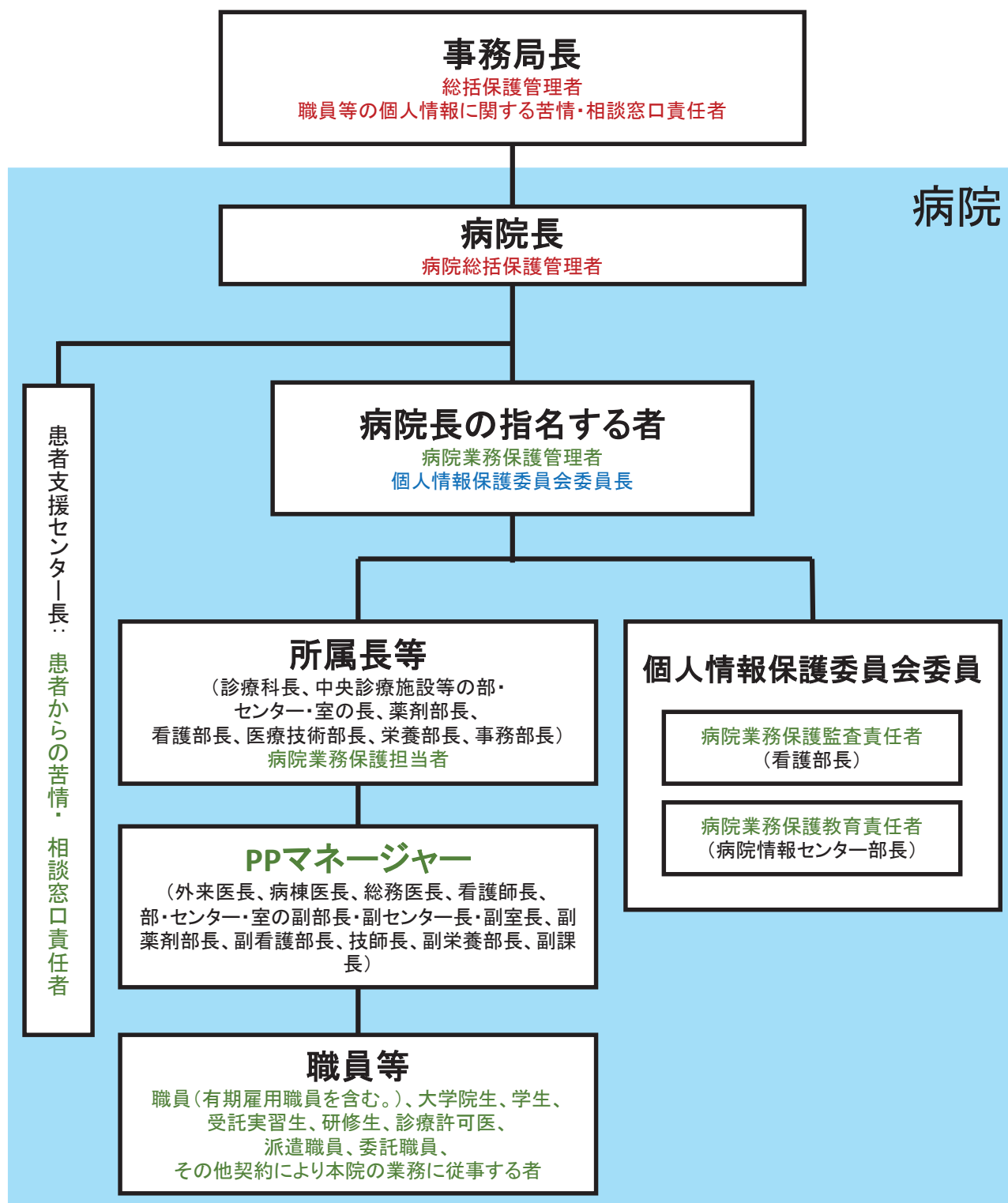
様式1	個人情報管理表
様式2	個人情報管理台帳
様式3	搬送伝票
様式4	個人情報搬送依頼一覧表
様式5	個人情報保護教育年度計画書
様式6	個人情報保護教育計画書
様式7	個人情報保護教育実施報告書
様式8	個人情報保護内部監査年度計画書
様式9	個人情報保護内部監査計画書
様式10	個人情報保護内部監査基本チェックリスト
様式11	個人情報保護内部監査通知書
様式12	個人情報保護内部監査報告書
様式13	個人情報保護内部監査実施報告書
様式14	入退管理記録
様式15	是正処置実施記録
図表1	徳島大学病院個人情報保護体制図
図表2	個人情報取扱方法の分類表
図表3	個人情報搬送依頼手順
図表4	個人情報搬送依頼の注意点
図表5	個人情報のメッセージ搬送方法
図表6	個人情報の評価とリスク分析の例
図表7	リスク低減のための対応表
図表8	個人情報関連事件、事故発生時の連絡体制
図表9	個人情報漏洩状況調査項目表
図表10	徳島大学病院施設入退管理図

第1節 徳島大学病院における個人情報保護体制

目次

- 1 徳島大学病院個人情報保護体制図(図表1)
- 2 保護担当者
- 3 プライバシープロテクションマネージャー(PP マネージャー)

徳島大学病院個人情報保護体制図



関係規則

徳島大学保有個人情報の保護に関する規則

徳島大学病院保有個人情報の保護に関する規則

徳島大学病院個人情報保護委員会規則

病院業務保護担当者

所属	職 名
循環器内科	科長
呼吸器・膠原病内科	科長
消化器内科	科長
腎臓内科	科長
内分泌・代謝内科	科長
血液内科	科長
脳神経内科	科長
心臓血管外科	科長
食道・乳腺甲状腺外科	科長
呼吸器外科	科長
泌尿器科	科長
消化器・移植外科	科長
小児外科・小児内視鏡外科	科長
眼科	科長
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	科長
整形外科	科長
皮膚科	科長
形成外科・美容外科	科長
脳神経外科	科長
麻酔科	科長
精神科神経科	科長
心身症科	科長
小児科	科長
産科婦人科	科長
放射線診断科	科長
放射線治療科	科長
救急集中治療科	科長
病理診断科	科長
むし歯科	科長
歯周病科	科長
そしゃく科	科長
かみあわせ補綴科	科長
歯科放射線科	科長
矯正歯科	科長
小児歯科	科長
口腔内科	科長
口腔外科	科長
歯科麻酔科	科長
検査部	部長
手術部	部長
放射線部	部長
救急集中治療部	部長
リハビリテーション部	部長
視能訓練部	部長
輸血・細胞治療部	部長
病理部	部長
安全管理部	部長
感染制御部	部長
総合歯科診療部	部長

高次歯科診療部	部長
周産母子センター	部長
病院情報センター	部長
総合臨床研究センター	部長
総合診療部	部長
患者支援センター	センター長
細胞治療センター	センター長
内視鏡センター	センター長
超音波センター	センター長
高次脳センター	センター長
卒後臨床研修センター	センター長
光線力学的治療センター	センター長
医療支援センター	センター長
脳卒中センター	センター長
高度画像診断センター	センター長
口腔管理センター	センター長
がん診療連携センター	センター長
物流センター	センター長
ME管理センター	センター長
アンチエイジング医療センター	センター長
パーキンソン病・ジストニア治療研究センター	センター長
高次脳機能障害支援センター	センター長
キャリア形成支援センター	センター長
糖尿病対策センター	センター長
徳島県地域医療支援センター	センター長
口腔インプラントセンター	センター長
クリニカルアナトミー教育・研究センター	センター長
てんかんセンター	センター長
国際医療センター	センター長
クリニカルパスセンター	センター長
総合スポーツ医学センター	センター長
口唇口蓋裂センター	センター長
周術期管理センター	センター長
看護師特定行為研修センター	センター長
総合アレルギーセンター	センター長
再生医療細胞調整センター	センター長
総合腎臓病センター	センター長
下肢救済・創傷治療センター	センター長
脳卒中・心臓病等総合支援センター	センター長
痛みセンター	センター長
ゲノム医療センター	センター長
技工室	室長
歯科衛生室	室長
子と親のこころ診療・学習障害センター	センター長
褥瘡対策室	室長
人工透析室	室長
排尿ケア管理室	室長
地域産婦人科診療部	部長
ER・災害医療診療部	部長
地域外科診療部	部長
地域脳神経外科診療部	部長
麻酔科診療部	部長

地域小児科診療部	部長
高度先進整形外科診療部	部長
薬剤部	部長
看護部	部長
医療技術部	部長
栄養部	部長
事務部	部長

プライバシープロテクションマネージャー(PP マネージャー)

所属	職名	
循環器内科	外来医長、病棟医長、総務医長	
呼吸器・膠原病内科	外来医長、病棟医長、総務医長	
消化器内科	外来医長、病棟医長、総務医長	
腎臓内科	外来医長、病棟医長、総務医長	
内分泌・代謝内科	外来医長、病棟医長、総務医長	
血液内科	外来医長、病棟医長、総務医長	
脳神経内科	外来医長、病棟医長、総務医長	
心臓血管外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
食道・乳腺甲状腺外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
呼吸器外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
泌尿器科	外来医長、病棟医長、総務医長	
消化器・移植外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
小児外科・小児内視鏡外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
眼科	外来医長、病棟医長、総務医長	
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
整形外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
皮膚科	外来医長、病棟医長、総務医長	
形成外科・美容外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
脳神経外科	外来医長、病棟医長、総務医長	
麻酔科	外来医長、病棟医長、総務医長	
精神科神経科	外来医長、病棟医長、総務医長	
心身症科	外来医長、病棟医長、総務医長	
小児科	外来医長、病棟医長、総務医長	
産科婦人科	外来医長、病棟医長、総務医長	
放射線診断科	外来医長、病棟医長、総務医長	
放射線治療科	外来医長、病棟医長、総務医長	
救急集中治療科	総務医長	
病理診断科	副診療科長	
むし菌科	外来医長、総務医長	主任歯科衛生士
歯周病科	外来医長、総務医長	主任歯科衛生士
そしゃく科	外来医長、総務医長	主任歯科衛生士
かみあわせ補綴科	外来医長、総務医長	主任歯科衛生士
歯科放射線科	外来医長、総務医長	
矯正歯科	外来医長、総務医長	

小児歯科	外来医長、総務医長			
口腔内科	外来医長、病棟医長、総務医長			
口腔外科	外来医長、病棟医長、総務医長			
歯科麻酔科	外来医長、総務医長			
検査部	副部長		主任臨床検査技師	
手術部	副部長		看護師長	
放射線部	副部長(医)	副 部 長 (歯)	看護師長	技師長
救急集中治療部	総務医長			
リハビリテーション部	副部長		リハビリテーション部門 技師長	
視能訓練部	副部長		リハビリテーション部門 技師長(視能訓練士)	
輸血・細胞治療部	副部長			
病理部	副部長			
安全管理部	副部長			
感染制御部	副部長			
総合歯科診療部	副部長		主任歯科衛生士	
高次歯科診療部	副部長		主任歯科衛生士	
周産母子センター	副部長			
病院情報センター	副部長			
総合臨床研究センター	副部長		看護師長	
総合診療部	副部長			
患者支援センター	副センター長		看護師長	
細胞治療センター	副センター長			
内視鏡センター	副センター長		看護師長 または責任者	
超音波センター	副センター長			
高次脳センター	副センター長			
卒後臨床研修センター	副センター長 (医)		副センター長 (歯)	
光線力学的治療センター	副センター長			
医療支援センター	副センター長			
脳卒中センター	副センター長			
高度画像診断センター	副センター長			
口腔管理センター	副センター長			
がん診療連携センター	副センター長		看護師長	

物流センター	副センター長	看護師長 または責任者
ME管理センター	副センター長	臨床工学技術部門 部門長
アンチエイジング医療センター	副センター長	看護師長 または責任者
キャリア形成支援センター	副センター長	看護師長 または責任者
糖尿病対策センター	センター長	
徳島県地域医療支援センター	副センター長	
口腔インプラントセンター	副センター長	
看護師特定行為研修センター	副センター長	看護師長
ゲノム医療センター	副センター長	
技工室	副室長	歯科医療技術部門部門長 (歯科技工士)
歯科衛生室	副室長	
子と親のこころ診療・学習障害センター	副センター長	看護師長
褥瘡対策室	副室長	看護師長 または責任者
人工透析室	副室長	
薬剤部	副部長	
看護部	副部長	
栄養部	副部長	
総務課	副課長	
経営企画課	副課長	
経理調達課	副課長	
医事課	副課長	
東病棟2階	看護師長	
東病棟3階	看護師長	
東病棟3階(GCU)	看護師長	
東病棟3階(NICU)	看護師長	
東病棟3階(MFICU)	看護師長	
東病棟4階(ICU)	看護師長	
東病棟4階(HCU)	看護師長	
東病棟4階(SCU)	看護師長	
東病棟5階	看護師長	
東病棟6階	看護師長	
東病棟7階	看護師長	

東病棟8階	看護師長
西病棟2階	看護師長
西病棟3階	看護師長
西病棟4階	看護師長
西病棟5階	看護師長
西病棟6階	看護師長
西病棟7階	看護師長
西病棟8階	看護師長
西病棟9階	看護師長
西病棟10階	看護師長
内科外来	看護師長または責任者
外科外来、心臓血管外科外来	看護師長または責任者
泌尿器科外来	看護師長または責任者
眼科外来	看護師長または責任者
耳鼻咽喉科外来	看護師長または責任者
整形外科・麻酔科外来	看護師長または責任者
形成外科外来	看護師長または責任者
皮膚科外来	看護師長または責任者
脳神経外科外来	看護師長または責任者
精神科神経科外来	看護師長または責任者
小児科外来	看護師長または責任者
産科婦人科外来	看護師長または責任者
放射線・内視鏡	看護師長または責任者
歯科・高次歯科外来	主任歯科衛生士または責任者
矯正歯科外来	外来医長または責任者
小児歯科外来	主任歯科衛生士または責任者
口腔外科・口腔内科・歯科麻酔科外来	看護師長または責任者

※各担当の責務

【病院業務保護管理者】

本院における診療等の病院業務にかかわる保有個人情報（以下「保有個人情報」という。）の管理に関する事務を行い、保有個人情報の適切な管理とその徹底に努める。

【病院業務保護担当者】

病院保護管理者を補佐し、保有個人情報の適切な管理に努める。

【プライバシープロテクションマネージャー（PP マネージャー）】

保有個人情報の運用が適切に行われるよう管理を行うとともに、以下の業務の実務担当者となる。なお、総務医長にあっては、徳島大学大学院医歯薬学研究部医学域及び歯学域の臨床系分野（医局）において実務担当者となる。

（1）教育訓練

教育訓練の受講について、部署内において、周知・徹底を行う。

（2）内部監査

内部監査員となり、指示された監査方法に従い、現場での確認、ヒアリング、相互チェック等を行う。

(3) セキュリティエリアの管理

新たに施設の管理レベルが変更になる場合に、「徳島大学病院施設入退管理図(図表10)」を用いて管理レベルの変更箇所と変更理由を病院業務保護管理者に報告する。

(4) 個人情報の棚卸し

各部署の個人情報管理台帳について、年に1回、棚卸しを行う。(3月に依頼。)

(5) インシデント対応

各部署における個人情報に関する事故の管理責任を負うものとし、状況調査、原因究明及び復旧管理を行う。

関連文書

徳島大学病院個人情報保護体制図(図表1)

第2節 個人情報リスク評価と適正な管理・取扱い

目次

- 1 目的
- 2 個人情報の特定手順
 - 2-1 特定の時期及び頻度
 - 2-2 個人情報の洗い出し(各部署)
- 3 個人情報の取扱い
 - 3-1 個人情報取扱方法の分類
 - 3-2 個人情報の搬送
- 4 個人情報の評価とリスク分析
 - 4-1 重要度の評価
 - 4-2 機密性、完全性、可用性の評価
 - 4-3 脅威の評価
 - 4-4 脆弱性の評価
 - 4-5 リスクの評価と対応
 - 4-6 保管施設のリスク評価
 - 4-7 管理レベルの決定
 - 4-8 残存リスクと残存リスクへの対応

1 目的

この項目は、本院における既存の個人情報の特定と業務内容に応じた個人情報の適正な管理等について定めるものである。

2 個人情報の特定手順

2-1 特定の時期及び頻度

病院業務保護管理者は、徳島大学病院における個人情報の取扱要領に従い、本院が保有する個人情報の管理等の状況を明らかにするために、年1回3月に全部署で、保有個人情報の棚卸しを行い、個人情報保護委員会において結果を報告する。

2-2 個人情報の洗い出し(各部署)

病院業務保護担当者は、所属部署の保有個人情報にどのようなものがあるのか「個人情報管理票(様式1)」及び「個人情報管理台帳(様式2)」を用いた以下の手順で整理する。

- 1)各部署における保有個人情報を「個人情報管理台帳(様式2)」に記録し、保管する。
- 2)患者から新たな個人情報を取得する場合や取り扱いに変更がある場合は「個人情報管理表(様式1)」に記入し、病院業務保護管理者へ提出する。
- 3)毎年3月に実施する保有個人情報の棚卸し時に、「個人情報管理台帳(様式2)」を提出し、保有する個人情報について病院業務保護管理者へ報告する。

3 個人情報の取扱い

3-1 個人情報取扱方法の分類

本院における個人情報の取扱方法は「個人情報取扱方法の分類表(図表2)」を参考とする。「個人情報取扱方法の分類表(図表2)」は、本院の個人情報をその種類や取扱方法に基づいて分類したものである。

なお、各個人情報の保存期間の見直しは、法人文書に規定されているものは事務局法人運営部総務課において、診療録については本院診療録管理委員会において、それ以外のものについては当該個人情報取扱部署において実施するものとする。

3-2 個人情報の搬送

個人情報は、個人情報搬送依頼手順(図表3)、個人情報搬送依頼の注意点(図表4)及び個人情報のメッセンジャー搬送方法(図表5)に準じて搬送する。その際、搬送伝票(様式3)を記載し、個人情報搬送依頼一覧表(様式4)で管理する。

4 個人情報の評価とリスク分析

4-1 重要度の評価

2-2で洗い出した個人情報には、4-2機密性、完全性、可用性の評価、4-3脅威の評価、4-4脆弱性の評価を情報の重要度評価として、守るべき個人情報のランク分けを行い4-5のリスク値を適用する。事故発生時には、このリスク値を踏まえて対応を行うものとする。事故発生時の具体的な対応については、「第4節 緊急時の対応」に定める。

4-2 機密性、完全性、可用性の評価

「個人情報管理台帳(様式2)」に記載した個人情報について、以下に示す機密性、完全性、可用性の観点から評価し、一番高い評価をその個人情報の価値とする。

1)機密性

資産価値	クラス	説 明
1	公開	病院外の第三者を含む利用・提供
2	病院外秘	病院内の関係者のみの利用・提供

3	部外秘	特定の関係者又は部署のみの利用・提供
---	-----	--------------------

2)完全性

資産価値	クラス	説 明
1	低	内容を変更された場合、業務への影響は小さい
2	中	内容を変更された場合、業務への影響は大きい
3	高	内容を変更された場合、業務への影響は深刻かつ重大

3)可用性

資産価値	クラス	説 明
1	低	1日のシステム停止は許容される
2	中	業務時間内の利用は保証する 1時間のシステム停止は許容される
3	高	1年365日24時間のうち99.9%以上利用できることを保証する 1分間未満のシステム停止が許容される

4-3 脅威の評価

発生頻度、発生時の影響度について評価し、高い方をその個人情報に対する脅威のレベルとする。

1)発生頻度

レベル	説 明
1	発生する可能性は低い(数回／年)
2	発生する可能性は中程度(数回／月)
3	発生する可能性は高い(数回／週)

2)発生時の影響度

レベル	説 明
1	顕在化した場合、業務への影響はあまり問題にはならない
2	顕在化した場合、業務への影響が問題になる
3	顕在化した場合、業務への影響は深刻あるいは重大な危機に陥る

4-4 脆弱性の評価

個人情報の価値に対して、「個人情報管理台帳(様式2)」に基づく適正な管理措置等の対策状況を判断し、考えられる脆弱性を判断する。

レベル	説 明
1	適切な対策が講じられていて安全である
2	対応策の追加等により改善の余地がある
3	全く対応策が講じられておらず脆弱である

4-5 リスクの評価と対応

価値設定した個人情報について、リスク値を算出し「リスク低減のための対応表(図表7)」を基に対応する。

リスク値 = 個人情報の価値 × 脅威 × 脆弱性
算出したリスク値は「個人情報の評価とリスク分析の例(図表6)」に整理する。

4-6 保管施設のリスク評価

個人情報を保管している施設のリスクレベルを下記のとおり定義し、必要な場合は個人情報保護委員会で適切な管理方法等について審議を行う。

病院業務保護管理者は、施設のリスクの状況を把握するために、個人情報が管理されている施設の点検を行い、施設の施錠方法を把握することができる。

1) 入退管理状況(入退出者の点検と退出時の施錠確認の状況)

リスク レベル	説 明
1	監視カメラ有り、退出点検ができている
2	監視カメラ有り、退出点検ができていない
3	監視カメラ無し、退出点検ができている
4	監視カメラ無し、退出点検ができていない

2) 物理的処置(各施設において、部屋の管理は、生体認証、カード認証、テンキー、鍵等の施錠方法により対応する)

リスク レベル	説 明
1	生体認証で対応している
2	カード認証で対応している
3	テンキーで対応している
4	鍵の施錠で対応している
5	鍵の施錠無し

4-7 管理レベルの決定

病院業務保護担当者は、個人情報の重要度に適合した管理レベルを設定する。脆弱性の評価のレベルを1にすることを目的として、「リスク低減のための対応表(図表7)」を参考に対策を行う。具体的な内容については「第7節 予防処置及び是正処置」に定める。

4-8 残存リスクと残存リスクへの対応

病院業務保護管理者は、必要に応じて個人情報保護委員会を開催し、「リスク低減のための対応表(図表7)」の見直しを行い、残存リスクと残存リスクへの対応を検討する。

関連文書

個人情報管理票(様式1)
個人情報管理台帳(様式2)
搬送伝票(様式3)
個人情報搬送依頼一覧表(様式4)
個人情報取扱方法の分類表(図表2)
個人情報搬送依頼手順(図表3)
個人情報搬送の注意点(図表4)
個人情報のメッセンジャー搬送方法(図表5)
個人情報の評価とリスク分析の例(図表6)
リスク低減のための対応表(図表7)

第3節 個人情報保護に係る法律・ガイドライン一覧

目次

- 1 目的
- 2 法令、国が定める指針その他の規範一覧

1 目的

この項目では、徳島大学病院(以下「本院」という。)が準拠すべき法令、国が定める指針やガイドラインを特定する。

2 法令、国が定める指針その他の規範一覧

1) 主な法令

個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日法律第57号/令和5年11月29日改正)
行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年5月30日/令和6年6月21日改正)
医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律(平成29年5月12日法律第28号/令和6年4月1日改正)
医師法(昭和23年7月30日法律第201号/令和6年4月1日改正)
歯科医師法(昭和23年7月30日法律第202号/令和6年4月1日改正)
保健師助産師看護師法(昭和23年7月30日法律第203号/令和4年6月17日改正)
歯科衛生士法(昭和23年7月30日法律第204号/令和4年6月17日改正)
医療法(昭和23年7月30日法律第205号/令和6年6月14日改正)
診療放射線技師法(昭和26年6月11日法律第226号/令和4年6月17日改正)
歯科技工士法(昭和30年8月16日法律第168号/令和4年6月17日改正)
臨床検査技師等に関する法律(昭和33年4月23日法律第76号/令和4年6月17日改正)
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年8月10日法律第145号/令和6年4月1日改正)
薬剤師法(昭和35年8月10日法律第146号/令和5年1月1日改正)
理学療法士及び作業療法士法(昭和40年6月29日法律第137号/令和4年6月17日改正)
視能訓練士法(昭和46年5月20日法律第64号/令和4年6月17日改正)
臨床工学技士法(昭和62年6月2日法律第60号/令和4年6月17日改正)
義肢装具士法(昭和62年6月2日法律第61号/令和4年6月17日改正)
救急救命士法(平成3年4月23日法律第36号/令和4年6月17日改正)
精神保健福祉士法(平成9年12月19日法律第131号/令和6年5月27日改正)
言語聴覚士法(平成9年12月19日法律第132号/令和4年6月17日改正)

2) ガイドライン

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 6.0 版(平成17年3月31日/令和5年5月改定)
医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン(令和2年8月/令和5年7月7日改定)
国立大学附属病院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17年2月18日)
特定個人情報の適正な取扱いに関するガイドライン(行政機関等編)(平成26年12月18日/令和6年5月改正)
個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(通則編)(平成28年11月/令和5年12月改正)
個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(外国にある第三者への提供編)(平成28年11月/令和5年12月改正)
個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(第三者提供時の確認・記録義務編)(平成28年11月/令和5年12月改正)
個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(仮名加工情報・匿名加工情報編)(平成28年11月/令和5年12月改正)
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(平成29年4

月14日/令和6年3月改正)

3) 指針・倫理指針・倫理綱領

診療情報の提供等に関する指針(平成15年9月12日/令和5年1月25日改正)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(令和3年3月23日/令和5年3月27日改正)
遺伝子治療等臨床研究に関する指針(平成14年3月27日/令和5年3月27日改正)
看護職の倫理綱領(平成15年/令和3年3月改正)
看護記録に関する指針(平成30年5月18日)
全日本病院協会における個人情報保護指針(平成18年5月/令和4年12月改訂)
独立行政法人等の保有する個人情報の適切な管理のための措置に関する指針(平成16年9月14日/平成30年10月22日改正)

4) 条例

個人情報の保護に関する法律施行条例(令和5年4月1日徳島県条例第55号)

5) 雇用管理

雇用管理分野における個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項(平成16年10月29日/令和5年10月27日改正)
--

6) 徳島大学及び徳島大学病院における規則等

【徳島大学規則集】

<http://srb.legal-square.com/HAS-Shohin/page/SJLogin.jsf>

【病院規則集】

<http://gakunai.tokushima-u.ac.jp/univ-only/gakubukisoku/cgi/upload.cgi?mura=byouin>

徳島大学個人情報の保護に関する規則(平成17年3月2日第135号/令和5年3月2日改正)
徳島大学病院保有個人情報の保護に関する規則(平成17年3月18日/令和4年3月31日改正)
徳島大学病院における個人情報保護方針(平成17年7月1日/令和2年4月1日改正)
徳島大学病院における個人情報の取扱要領(令和2年3月19日/令和4年3月31日改正)
徳島大学情報セキュリティポリシー(平成16年11月1日/令和4年7月28日改正)
国立大学法人徳島大学職員就業規則(平成16年4月1日規則第7号/令和6年3月11日改正)
国立大学法人徳島大学職員懲戒規則(平成16年4月1日規則第26号/令和5年12月27日改正)
徳島大学法人文書管理規則(平成23年3月25日規則第74号/令和6年10月1日改正)
徳島大学情報公開取扱規則(平成27年12月1日規則第25号/令和6年10月1日改正)
徳島大学情報公開に関する開示・不開示の審査基準(平成13年1月19日規則第1592号/令和4年3月31日改正)
徳島大学の保有する個人情報の開示決定等に係る審査基準(平成17年4月1日施行/令和5年3月2日改正)
徳島大学個人情報開示等取扱規則(平成27年12月1日規則第26号/令和6年10月1日改正)
徳島大学における特定個人情報等取扱規則(平成27年12月1日規則第24号/令和6年10月1日改正)
徳島大学における特定個人情報等の取扱いの基本方針(平成27年12月1日/令和6年10月1日改正)

第4節 緊急時の対応

目次

- 1 目的
- 2 責任と権限
- 3 緊急事態のレベルと対応
- 4 緊急時連絡網
- 5 緊急時対応手順
 - 1) 実態の把握と緊急連絡
 - 2) 応急処置
 - 3) 本人及び関係者への通知
 - 4) 二次災害の防止及び公表
 - 5) 関係機関に報告
 - 6) 事故原因及び本人への謝罪
 - 7) 再発防止策の検討、実施
 - 8) 懲戒・処罰
 - 9) 監査
 - 10) 教育・啓発

1 目的

この項目は、徳島大学病院(以下「本院」という。)での個人情報保護の緊急時における手順を定め、被害を最小限に抑えることを目的とする。

2 責任と権限

1) 病院業務保護管理者

本院における個人情報の事故の状況調査、原因究明、復旧管理及び関係者への報告等の責任及び権限を持つ。

2) 病院業務保護担当者

自らの管理する部署における個人情報に関する事故の管理責任を負うものとし、状況調査、原因究明及び復旧管理の指示を行う。

3) PP マネージャー

自らの管理する部署における個人情報に関する事故の管理責任を負うものとし、状況調査、原因究明及び復旧管理を行う。

3 緊急事態のレベルと対応

緊急事態は事故の内容により下記のとおり分類し、それぞれ適切な対応を図る。

【緊急レベル3】患者・利用者に影響を及ぼす恐れのある事案：当該漏えい、滅失又はき損が発生した個人情報の内容を本人に速やかに通知する。二次被害の防止を行い、事実関係、発生原因及び対応策を検討する。

【緊急レベル2】組織の存続・社会的信用失墜につながる重大な規則違反や大規模な漏洩事案：二次被害の防止を行い、事実関係、発生原因及び対応策を検討する。

【緊急レベル1】一部の規則・規定違反、院外事案：原因究明を行い、再発防止対策を講じる。

【緊急レベル0】外部に影響のないヒューマンエラー等の軽微な事案：病院運営会議等で事実関係を報告し、注意喚起する。

4 緊急時連絡網

事故が発生した時点で責任者に連絡がつかず対応が遅れるということは絶対に避けなければならない。このため、緊急時連絡網は、平日、休日・夜間に分け、「個人情報関連事件、事故発生時の連絡体制(図表8)」に整備する。

5 緊急時対応手順

個人情報に関する事故が発生した場合、その状況に応じて病院業務保護管理者は、緊急レベルを判断し以下の手順に沿い適切に対応を講じる。

1) 実態の把握及び緊急連絡

事故の発見者または当事者は、「個人情報関連事件、事故発生時の連絡体制(図表8)」を参考にただちに報告を行う。病院業務保護担当者は、PP マネージャーに「個人情報漏洩状況調査項目表(図表9)」の項目を参考として、実態の把握等詳細な情報の取得を行うよう指示する。PP マネージャーが配置されていない部署においては、病院業務保護担当者自らが行う。事故発生部署より報告を受けた個人情報保護委員会は、緊急レベル1以上の事故において必要があると認めるときに、当事者への聴取を行うことができるものとする。当事者聴取に同席する者は、必要に応じて委員長が指名することとする。

2) 応急措置

病院業務保護管理者は、その責任が本院にある場合、事故の影響範囲拡大防止のための応急措置を講じる。

3) 本人及び関係者への通知

事故状況について、本人及び関係者へ通知する。

4) 二次災害の防止及び公表

緊急レベル2以上の事故が発生した場合、二次災害の防止策を取り、類似事案の発生回避等の観点から事実関係をマスコミ発表について検討し、場所、時間、発表者、同席者を決定す

る。

5) 関係機関に報告

緊急レベル2以上の事故が発生した場合、事故の状況について、病院総括保護管理者より、総括保護管理者へ報告し、総括保護管理者の判断を以て個人情報保護委員会、文部科学省、総務省、厚生労働省及び徳島県へ報告する。

6) 事故原因及び本人への謝罪

緊急レベル2以上の事故が発生した場合、病院業務保護管理者は、個人情報保護委員会を開催する。事故発生部署の病院業務保護担当者は、事実確認の結果を個人情報保護委員会で報告し、個人情報保護委員会では、事故発生箇所の特定及び影響範囲の確認、原因分析を行い、責任の所在を明確にする。原因が不明の場合、当面の対応策、本格対応策とその時期を協議し、結果を病院総括保護管理者及び関係箇所に通知する。

原因が本院である場合、影響範囲拡大防止策及び本人への影響度及び対処方法について検討するとともに、本人へ謝罪を行う。

7) 再発防止策の検討、実施

病院業務保護管理者は、再発防止策の必要性を判断し、必要な場合、個人情報保護委員会を開催し、事故の再発防止策を検討する。その後、関係各所に命じ再発防止策を実施する。

8) 懲戒・処罰

緊急レベル2以上の事故が発生した場合、病院業務保護管理者は、当事者が徳島大学教職員の場合は、国立大学法人徳島大学職員懲戒規則に基づき対応する。当事者が委託業者や派遣職員の場合は、個人情報保護委員会において処罰の内容を検討する。

9) 監査

必要な場合は、監査を実施し、策定した再発防止策が問題なく機能しているか確認する。

10) 教育・啓発

緊急レベル1以上の事故が発生した場合で、当事者の所属部署において事故発生時の対応について取り決めのない場合は、反省文の提出等を行わせることができるものとする。また、院内への周知、啓発及び教育訓練実施の必要性について検討する。

関連文書

個人情報関連事件、事故発生時の連絡体制(図表8)

個人情報漏洩状況調査項目表(図表9)

第5節 個人情報保護に関する教育

目次

- 1 目的
- 2 責任と権限
 - 2-1 病院業務保護管理者
 - 2-2 病院業務保護教育責任者
 - 2-3 病院業務保護教育担当者
- 3 計画
 - 3-1 立案時期
 - 3-2 立案内容
 - 3-3 教育訓練計画の作成
- 4 教育テキスト
- 5 教育の通知
- 6 教育の実施
 - 6-1 通知
 - 6-2 教育の方法
 - 6-3 教育テキスト
 - 6-4 欠席者のフォロー
- 7 教育の記録
- 8 教育効果の測定
- 9 教育の外部委託

1 目的

この項目は、職員等へ個人情報の保護に関する教育を実施する上での基本となる事項を定める。

2 責任と権限

2-1 病院業務保護管理者

病院業務保護教育責任者を指名し、病院職員等を対象とした個人情報保護に関する教育計画の策定と実施を指示する。

2-2 病院業務保護教育責任者

個人情報の保護に関する教育に係る事項を主管する。新職員に対する教育の実施責任を持つ。また、各研修会等の実施担当者として病院業務保護教育担当者を指名する。

2-3 病院業務保護教育担当者

病院業務保護教育責任者が指名し、病院職員等へ個人情報の保護に関する教育を実施する。

3 計画

3-1 立案時期

教育は、病院業務保護教育責任者が年度初めに本院全体の「個人情報保護教育年度計画書(様式5)」として立案し、個人情報保護委員会で審議を行い、病院総括保護管理者の承認を得る。

3-2 立案内容

計画立案は、実施目的、実施時期、実施場所、対象者、実施方法、講師、教育テキスト及び費用等可能な限り明確にしておく。

3-3 教育訓練計画の作成

病院業務保護教育責任者は、「個人情報保護教育年度計画書(様式5)」を基に「個人情報保護教育計画書(様式6)」を作成し、個人情報保護委員会で審議を行い、病院総括保護管理者の承認を得る。ただし、事故発生にかかる緊急の教育が必要な場合等には、「個人情報保護教育年度計画書(様式5)」によらず「個人情報保護教育計画書(様式6)」を作成することができる。

4 教育テキスト

教育に使用するテキストは、以下の事項を含む内容とする。

- 1) 個人情報保護の重要性及び利点
- 2) 個人情報保護の役割及び責任
- 3) 個人情報の保護に関する法令や規則等に違反した際に予想される結果

5 教育の通知

- 1) 全体教育については、病院業務保護教育責任者が、事前に病院業務保護担当者へ開催案内を通知するものとする。
- 2) 病院業務保護教育責任者が、特定の部署における教育が必要と判断した場合は、当該部署の病院業務保護担当者に命じ、部署内へ開催の周知を行う。

6 教育の実施

教育の実施は、以下の事項を含む内容とする。

- 1) 新規採用職員等に対する教育については、勤務開始後の新入職員教育時に実施する。
- 2) 職員等に対する全体教育は、本院の教育体系に織り込んで年1回定期的に実施する。

なお、個人情報の保護に関連する法律の制定・改定時は必要に応じて実施することとする。

6-1 通知

教育の通知は、書面配布、オールメール等を利用し職員等に周知する。

6-2 教育の方法

教育の実施方法については、集合教育やeラーニング等による個別学習とする。

6-3 教育テキスト

全体教育については、当該教育の担当として指名された病院業務保護教育担当者が準備する。

6-4 欠席者のフォロー

集合教育の場合、欠席者については、別途集合教育を開催するか、eラーニング等による個別研修により受講する機会を与えるものとする。

7 教育の記録

1) 全体教育を実施した病院業務保護教育責任者は、「個人情報保護教育実施報告書(様式7)」として実施日時、実施場所、実施内容、講師、研修方法、参加者、及び教育テキスト等を記録し、病院総括保護責任者に報告する。

8 教育効果の測定

受講者の理解度把握のため、アンケートや理解度チェックテスト等を実施し、次回教育へ反映することとする。

9 教育の外部委託

病院業務保護教育責任者は、教育を外部に委託することができる。

関連文書

個人情報保護教育年度計画書(様式5)

個人情報保護教育計画書(様式6)

個人情報保護教育実施報告書(様式7)

第6節 個人情報保護に関する内部監査

目次

- 1 目的
- 2 責任と権限
- 3 監査
- 4 内部監査手順
 - 4-1 内部監査員の任命
 - 4-2 内部監査年度計画の作成
 - 4-3 内部監査計画の作成
 - 4-4 内部監査の準備
 - 4-5 内部監査の実施
 - 4-6 内部監査実施報告書の作成と結果報告
- 5 内部監査員の権限及び被監査部署の協力
 - 5-1 内部監査員の権限
 - 5-2 被監査部署の協力
- 6 他の監査との関係
- 7 倫理
- 8 委託

1 目的

この項目は、徳島大学病院において、個人情報適切に運用されていることを監査するための基本事項を定め、監査の実施による個人情報保護対策の向上を図ることを目的とする。

2 責任と権限

病院業務保護監査責任者の責任と権限を以下のとおり定める。

- 1) 内部監査を、定期的(年1回)、及び必要に応じ実施する。
- 2) 「個人情報保護内部監査年度計画書(様式8)」及び「個人情報保護内部監査計画書(様式9)」を作成し、病院総括保護管理者への報告を行う。
- 3) 内部監査員を任命する。
- 4) 「個人情報保護内部監査報告書(様式12)」を承認する。
- 5) 「個人情報保護内部監査実施報告書(様式13)」を作成し、内部監査結果を病院総括保護管理者へ報告する。

3 監査

病院総括保護管理者は、公平、かつ、客観的な立場にある病院業務保護監査責任者を指名し、監査の実施及び報告を行う責任及び権限を他の責任にかかわりなく与え、業務を行わせることとする。

病院業務保護監査責任者は、監査を指揮し、「個人情報保護内部監査実施報告書(様式13)」を作成し、病院総括保護管理者に報告する。内部監査員の選定及び監査の実施においては、監査の客観性及び公平性に留意する。

4 内部監査手順

4-1 内部監査員の任命

- 1) 病院業務保護監査責任者は、個人情報保護について正しい理解があり、公平性のある監査が行えると認める者から、内部監査員を任命する。
- 2) 内部監査員の任命においては、監査の客観性及び公平性に留意する。
- 3) 監査の方法が相互チェックである場合、各該当部署の PP マネージャーが内部監査員となる。相互チェックを行う内部監査員については、病院業務保護監査責任者が教育を行う。

4-2 内部監査年度計画の作成

- 1) 病院業務保護監査責任者は、年度始めに当該年度の「個人情報保護内部監査年度計画書(様式8)」を作成する。
- 2) 「個人情報保護内部監査年度計画書(様式8)」は、本院の特性及び法規の改正、並びにこれまでの内部監査結果を考慮し、以下の項目を含む計画とし、個人情報保護委員会で審議を行い、病院総括保護管理者の承認を得る。
 - ・監査目的
 - ・監査テーマ
 - ・監査対象
 - ・監査体制
 - ・監査スケジュール

4-3 内部監査計画の作成

- 1) 病院業務保護監査責任者は、「個人情報保護内部監査年度計画書(様式8)」を基に以下の項目を含む「個人情報保護内部監査計画書(様式9)」を作成し、個人情報保護委員会で審議を行い、病院総括保護管理者に報告し、承認を得る。
但し、病院業務保護監査責任者が緊急に内部監査の実施の必要性があると判断した場合は、この限りでない。

- ・監査目的
- ・監査テーマ
- ・監査対象(詳細)
- ・監査体制(詳細)
- ・監査スケジュール(詳細)
- ・個人情報保護内部監査基本チェックリスト(様式10)

2) 病院業務保護監査責任者は、「個人情報保護内部監査計画書(様式9)」を基に「個人情報保護内部監査通知書(様式11)」を作成し、被監査部署のPPマネージャーに通知する。

4-4 内部監査の準備

- 1) 内部監査員は、被監査部署と監査手順、監査内容、実施日時等を確認し、問題があれば事前に調整し、解決する。
- 2) 内部監査員は、「個人情報保護内部監査基本チェックリスト(様式10)」をもれなく確認し、当該部署の特性に合わせ、監査項目を追加することができる。但し、監査項目を追加する場合は、事前に被監査部署に追加内容を通知する。

4-5 内部監査の実施

- 1) 内部監査員は、「個人情報保護内部監査基本チェックリスト(様式10)」に記載された内容を基に監査する。
- 2) 監査は、PPマネージャーを設置している部署に実施する。
- 3) 監査は、関係法規等に従い、個人情報の運用が適切に行われているか監査する。
- 4) 監査は、現場での確認、ヒアリング、相互チェック等、その都度適切な方法により実施する。内部監査員は自ら所属する部署を監査することはできない。
- 5) 内部監査員は、被監査部署と監査の総評、及び不適合又は推奨事項のある場合は、その証拠について、相互確認し、了解を得る。
- 6) 内部監査員は、監査の結果を「個人情報保護内部監査報告書(様式12)」として作成する。不適合のある場合は、「個人情報保護内部監査報告書(様式12)」に不適合の内容を記載し、病院業務保護監査責任者に提出する。

4-6 個人情報保護内部監査実施報告書の作成と結果報告

- 1) 病院業務保護監査責任者は、個々の「個人情報保護内部監査報告書(様式12)」をもとに、「個人情報保護内部監査実施報告書(様式13)」を作成する。
- 2) 病院業務保護監査責任者は、「個人情報保護内部監査実施報告書(様式13)」をもって、内部監査結果を病院総括保護管理者に報告する。このとき、不適合がある場合は、「第7節 予防処置及び是正処置」に定められた手順に従う。

5 内部監査員の権限及び被監査部署の協力

5-1 内部監査員の権限

- 1) 内部監査員は、「個人情報保護内部監査計画書(様式9)」に基づく監査の実施に当り、被監査部署へ資料の提出を求めることができる。
- 2) 内部監査員は、指摘事項に基づき病院総括保護管理者が被監査部署に是正指示した事項については、その状況の報告を求めることができる。

5-2 被監査部署の協力

- 1) 被監査部署は、「個人情報保護内部監査計画書(様式9)」に基づく監査の実施に当り、内部監査員の資料提出の求めに応じ、有効な監査の実施に協力する必要がある。
- 2) 被監査部署は、病院総括保護管理者の是正指示への対処に当り、内部監査員より是正指

示した事項についての状況報告の求めに応じ、有効な是正処置を講ずる必要がある。

6 他の監査との関係

本監査を実施するに当り、内部監査員及び被監査部署の負荷及び効率面より、他の監査を連係することができる。

7 倫理

内部監査員は、客観的な評価者としての立場を堅持するとともに、職務上の倫理的な規範を自覚し、的確かつ誠実に監査を実践するものとする。

8 委託

病院業務保護監査責任者は、内部監査を外部の監査企業等に委託することができる。

関連文書

- 個人情報保護内部監査年度計画書(様式8)
- 個人情報保護内部監査計画書(様式9)
- 個人情報保護内部監査基本チェックリスト(様式10)
- 個人情報保護内部監査通知書(様式11)
- 個人情報保護内部監査報告書(様式12)
- 個人情報保護内部監査実施報告書(様式13)

第7節 予防処置及び是正処置

目次

1 目的

A予防処置

2 責任と権限

3 セキュリティエリア

3-1 セキュリティエリアの設定

3-2 遵守事項

3-3 手続

4 アクセスログの確認

5 リスク低減のための対応表(図表7)

6 個人情報の具体的な取扱いについて

6-1 個人情報の保有等

6-2 病院情報システムにおける患者情報の閲覧

6-3 口頭・電話対応による個人情報の照会

6-4 個人情報の管理等

6-5 安全確保上の問題への対応

B是正処置

7 不適合

8 責任と権限

9 是正処置

10 実施時期

11 実施手順

1 目的

この規定は、徳島大学病院(以下「本院」という。)での個人情報が適正に管理できるよう、事故予防のための対策、内部監査の結果指摘された不適合事項及び事故発生時の運用見直し事項について定める。

A 予防処置

2 責任と権限

1) 病院総括保護管理者

本院における個人情報にかかる事故予防のための対策の指示の責任及び権限を持つ。

2) 病院業務保護管理者

本院における個人情報にかかる事故予防のための対策の検討を行う。

3) 病院業務保護担当者

自らの管理する部署における個人情報にかかる事故予防のための対策を実施する。

3 セキュリティエリア

3-1 セキュリティエリアの設定

本院の個人情報資産の取扱・保管にかかる事故を未然に防ぐため、入退室管理レベルを次のとおり設定する。

レベル	管理方法	管理区域
3	施錠管理(常時) 及び入退室管理	特に機密と安全性を要求される区域 (サーバールーム等)
2	管理者(非常駐) 施錠管理(不在時)	機密を要する区域 (カルテ保管庫等)
1	管理者(常駐) 施錠管理(不在時)	機密を要する区域 (医局、ナースセンター等)

1) 報告

各部署のPP マネージャーは、新たに施設の管理レベルが変更になる場合に、「徳島大学病院施設入退管理図(図表10)」を用いて管理レベルの変更箇所と変更理由を病院業務保護管理者に報告する。

2) 管理

病院業務保護管理者は、報告された内容について問題がなければ施設の管理レベルの変更箇所を「徳島大学病院施設入退管理図(図表10)」に反映し、管理する。

3-2 遵守事項

1) 職員セキュリティIDカードの着用義務

職員等は、本院においては、所定の職員セキュリティIDカード(以下「IDカード」という。)を常に携帯し、容易に確認できる部位に着用しておかなければならない。

2) 鍵の管理及び施設の解錠・施錠

管理レベル3及び2のエリアについては、常時施錠又は職員不在時施錠するものとし、その鍵は定められた場所に保管し、定められたものが管理する。管理レベル3のエリアの解錠・施錠は、「入退管理記録(様式14)」に記載しなければならない。ただし、機械により入退を管理している場合、解錠、施錠の時間及び氏名のログを記録とする。

なお、管理レベル2のエリアのうちテンキーで入室を管理していないエリアの場合は管理レベル3と同様の扱いとする。

3) 入退記録チェック

管理レベル3のエリアについて、鍵の保管責任者は、定期的に(1回/月)「入退管理記録

(様式14)」の内容を確認し、問題となるケースが見つければ、ただちに状況を確認し、病院業務保護管理者に詳細を報告する。

3-3 手続

入退室管理をするエリアへの職員及び業者等の入退室については、次のとおりとする。

1) 職員

入退室管理レベル3以上の場所へ入室する場合、鍵の管理責任者に申し出て、「入退管理記録(様式14)」に所属、氏名、目的、入室時間を記載し、解錠して入室する。退室する場合、施錠して鍵の管理者に返却し、退室時間を「入退管理記録(様式14)」に記載する。ただし、あらかじめ認められた職員以外は、職員の同行者を必要とし、同行者がいない場合は、鍵の管理者は同行する者を指名するか若しくは自ら同行するものとする。

2) 業者等

入退室管理レベル3以上の場所へ納入業者等訪問者が入室する場合は、「入退管理記録(様式14)」へ所属(社名)、氏名、時刻、用件(目的)、入室時間の記入を行い入室の許可を得る。また、退室時は、「入退管理記録(様式14)」に退室時刻を記入するものとする。ただし、職員等の同行を要するものとする。

4 アクセスログの確認

病院業務保護管理者は、重要なデータへのアクセスの記録を取得し、定期的に(月1回)にその内容を検証し、問題のないことを確認する。問題がある場合は、速やかに措置を講じる。

5 リスク低減のための対応表(図表7)

病院業務保護管理者は、個人情報にかかる事故を未然に防ぐため、考え得る一般的なリスクに対して予防処置を検討し、「リスク低減のための対応表(図表7)」に整備する。

6 個人情報の具体的な取扱いについて

6-1 個人情報の保有等

個人情報の保有は、業務遂行のために必要な場合に限るものとし、かつ、その利用の目的をできる限り特定し、その目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を保有してはならない。

職員等は、個人情報が記録されている媒体(端末及びサーバに内蔵されているものを含む。以下「情報記録媒体」という。)を定められた場所に保管するとともに、必要があると認めるときは、事務室又は書庫の戸棚、金庫等、その管理が適切に行い得る専用の場所に保管し、施錠等を行わなければならない。私有の情報記録媒体に個人情報を蓄積・保管してはならない。

6-2 病院情報システムにおける患者情報の閲覧

電子カルテを含む病院情報システムに保存されている患者情報(患者基本情報及び診療情報)の閲覧(以下「カルテ閲覧」という。)は、業務遂行のためのみとし、他の目的に閲覧することは原則禁止する。徳島大学病院病院情報システム利用における患者情報の閲覧に関する取扱いについてに従い、不正なカルテ閲覧を避け、患者情報の慎重な取扱いを徹底しなければならない。

6-3 口頭・電話対応による個人情報の照会

- 1) 本人及び職員からの照会については、その場では対応してはならない。連絡先を確認し、その連絡先に本院から折り返し対応するものとする。
- 2) 第三者からの照会については、本人確認ができないことから、照会には対応しないものとする。

6-4 個人情報の管理等

病院情報システム以外の情報記録媒体に保存された個人情報は、秘匿性等その内容に応じて、当該部署が台帳等を整備し、自己点検を行い、責任を持って管理する。

職員等は、個人情報の秘匿性等その内容に応じて、適切に暗号化を行う。

職員等は、当該部署の病院業務保護担当者が必要があると認めるときを除き、個人情報の複製及び送信並びに情報記録媒体を外部へ持ち出し、又は外部から持ち込んではいない。

6-5 安全確保上の問題への対応

個人情報又は情報記録媒体が不要となった場合には、当該個人情報の復元又は判読が不可能な方法により当該情報の消去又は当該媒体の廃棄を行わなければならない。

個人情報の安全確保の上で問題となる事案又は問題となる事案の発生のおそれを認識したときは、直ちに当該個人情報に係る病院業務保護管理者及び病院総括保護管理者に報告するものとする。

B 是正処置

7 不適合

不適合とは、例えば次のように指摘された事項を指し、これを是正処置の対象とする。

- 1) 外部機関からの指摘事項。
- 2) 緊急事態の発生から発覚した不適切な運用。
- 3) 運用の確認から発覚した不適切な運用。
- 4) 監査時に指摘された事項。

8 責任と権限

1) 病院総括保護管理者

本院における不適合に対する原因究明及び改善の指示の責任及び権限を持つ。

2) 病院業務保護管理者

本院における不適合に関する是正処置の検討を行う。

3) 病院業務保護担当者

自らの管理する部署における不適合の原因を特定し、是正処置の検討を行う。

9 是正処置

本院は、不適合に対する是正処置を確実に実施するため、以下のような手順に従う。

- 1) 不適合の内容を確認する。
- 2) 不適合の原因を特定し、是正処置を立案する。
- 3) 期限を定め、立案された処置を実施する。
- 4) 実施された是正処置の結果を記録する。
- 5) 実施された是正処置の有効性をレビューする。

10 実施時期

是正処置の実施時期は次のとおりとする。

- 1) 外部機関から指摘があった時。
- 2) 緊急事態の発生時。
- 3) 運用の見直し時。
- 4) 監査からの不適合の指摘があった時。

11 実施手順

是正・予防処置の立案、実施、記録、有効性レビューは次の手順により実施する。

- 1) 病院総括保護管理者は、病院業務保護管理者または病院業務保護監査責任者から、不適合に対する是正処置・予防処置をとるように求められた場合は、不適合の内容を確認し、病院業務保護管理者及び不適合発生部署の病院業務保護担当者に対して、改善を指示する。「(「是正処置実施記録(様式15)」の発行)
- 2) 不適合発生部署の病院業務保護担当者は、不適合の原因を特定し、是正処置を立案し、実施期限を定めて、病院業務保護管理者に報告する。「(「是正処置実施記録(様式15)」の原因及び立案欄に記載)
- 3) 不適合発生部署の病院業務保護担当者と病院業務保護管理者は、病院総括保護管理者に対して立案された是正処置の承認を求める。病院総括保護管理者はその内容を確認して承認する。
- 4) 不適合発生部署の病院業務保護担当者は、是正処置を実施し、その結果を記録し、病院業務保護監査責任者に完了を報告する。「(「是正処置実施記録(様式15)」の実施報告欄に記載)
- 5) 不適合発生部署の病院業務保護担当者は、病院業務保護管理者または病院業務保護監査責任者に完了を報告するとともに、フォローアップ監査を求める。病院業務保護管理責任者または病院業務保護監査責任者は当該部署の実地検査を行う等、有効性の確認を行う。
- 6) 病院業務保護管理者は、不適合発生部署の病院業務保護担当者から是正処置の完了報告を個人情報保護委員会において報告し、有効性についてレビューを実施する。
- 7) 個人情報保護委員会は、是正処置の有効性についてレビューする。病院業務保護監査責任者は、レビュー結果を受けて報告書を作成し、病院業務保護管理者に提出する。「(「是正処置実施記録(様式15)」の有効性確認欄に記載)
- 8) 病院業務保護管理者は、個人情報保護委員会で審議した結果は、「是正処置実施記録(様式15)」をもって病院総括保護管理者に報告し、是正処置の完了の承認を求める。
- 9) 病院総括保護管理者は、内容を確認し承認する。

関連文書

入退管理記録(様式14)
是正処置実施記録(様式15)
リスク低減のための対応表(図表7)
徳島大学病院施設入退管理図(図表10)

令和元年 1 2 月	策定
令和 2 年 1 月	改訂
令和 2 年 7 月	改訂
令和 2 年 8 月	改訂
令和 3 年 3 月	改訂
令和 4 年 5 月	改訂
令和 6 年 1 2 月	改訂