

図3 勉強会の開催頻度

4.2 患者安全確保のための職員対象の研修会や勉強会は年何回開催されていますか？

病床数	認定病院		未受審病院	
	施設数	勉強会回数	施設数	勉強会回数
～49床	8	5.25	8	4.0
50～99床	50	3.6	15	3.6
100～149床	38	4.1	19	3.1
150床～	40	4.1	26	2.4

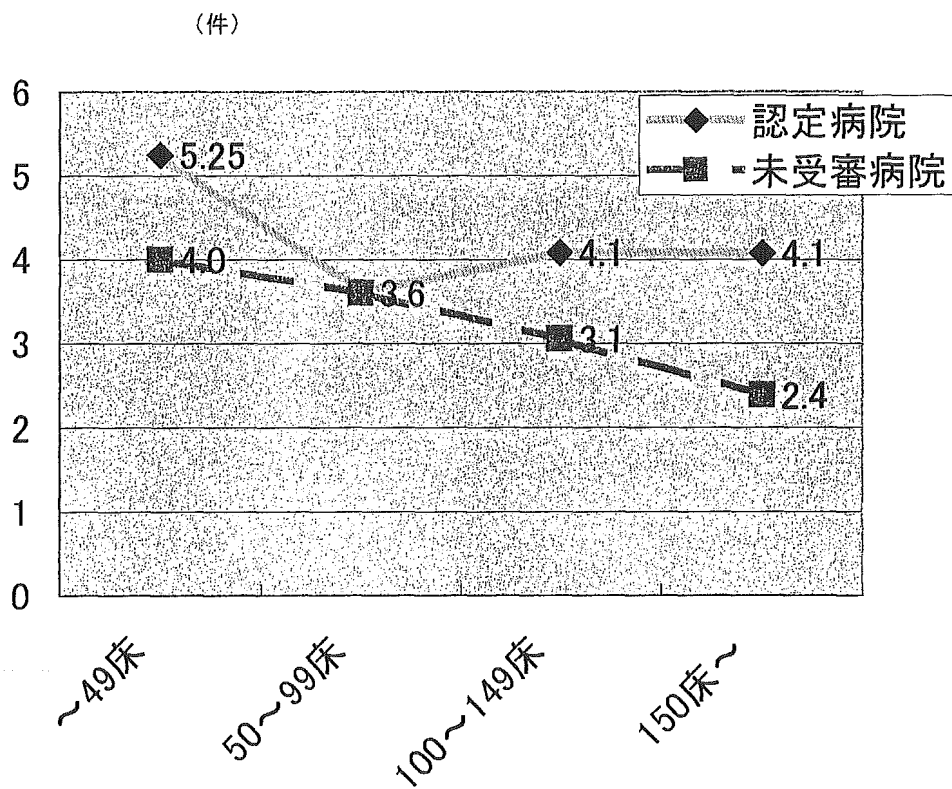
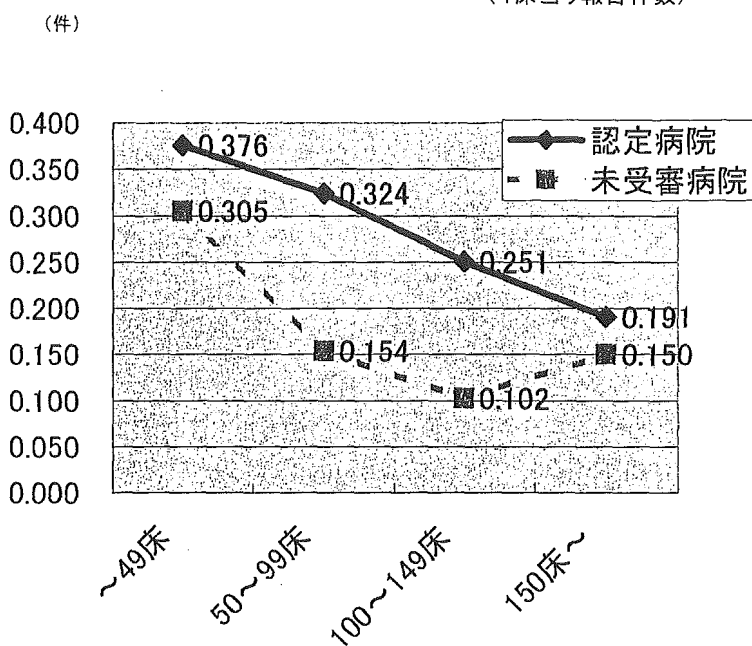


図4 インシデント・アクシデントレポートの報告・分析件数

6.3 インシデント・アクシデントレポートは毎月平均で何件ぐらいの報告がありますか？

(1床当り報告件数)

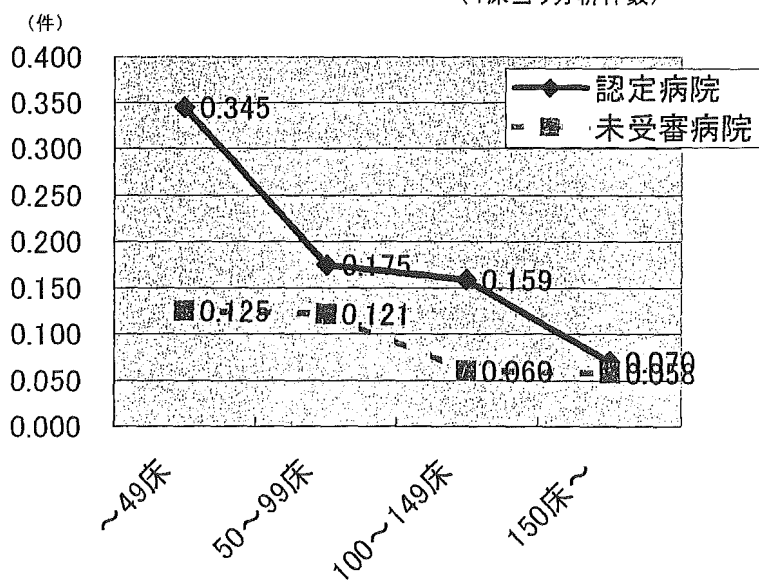
病床数	認定病院	未受審病院
～49床	0.376	0.305
50～99床	0.324	0.154
100～149床	0.251	0.102
150床～	0.191	0.150



6.5 インシデント・アクシデントレポートを毎月平均で何件ぐらいの分析を行っていますか？

(1床当り分析件数)

病床数	認定病院	未受審病院
～49床	0.345	0.125
50～99床	0.175	0.121
100～149床	0.159	0.060
150床～	0.070	0.058

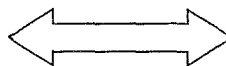


資料1 貴院における医療事故防止への取組みに関するアンケート

(財)日本医療機能評価機構

病院名	
病院代表者	
所在地	
病院種類	1 国公立 2 医療法人 3 個人 4 その他()
病床数	床
病院認定	1 日本医療機能評価機構 2 ISO(9000/14000) 3 その他()
平均在院日数	平均 日
ご記入者名	(役職)

5 極めて適切に行われている (極めて適切な形で存在する)
 4 適切に行われている (適切な形で存在する)
 3 普通 (中間)
 2 適切さにやや欠ける (存在するが適切さに欠ける)
 1 適切でない (存在しない・行われていない)



左表の基準を目安として、下欄に○を記入願います。又、件数等は実数を記入願います。

1 患者安全確保に関する方針・指針

- 1.1 患者安全に関する内容が明文化され患者・家族に周知されていますか？
 患者権利(情報入手、自己決定、プライバシー確保など)に関する患者・家族向け文書、入院説明書
- 1.2 患者安全に関する方針が職員に周知されていますか？
 患者権利と職業倫理に関する文書化と周知、終末期医療や宗教など個別の倫理側面を検討する機会

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2 患者の安全確保のための組織体制

- 2.1 患者の安全確保のための活動体制と責任体制は明確ですか？
 組織図、役割・権限・責任体制、組織的対策を検討する機会、委員会等の開催状況、議事録
- 2.2 患者の安全確保に関する体制が実働し、取組みは浸透していますか？
 院長、各部局長、医師の患者安全確保の活動、コミュニケーションの促進、必要に応じた人的・物的資源の供給、方針や対策の周知
- 2.3 医師が積極的に患者の安全確保に取り組んでいますか？
 方針・手順の遵守、インシデント・アクシデントレポートの提出
- 2.4 貴院の組織風土の中に患者の安全確保のための体制が定着していますか？
 貴院の組織風土、患者安全確保に関わる職員の意識レベルは？

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順

- 3.1 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が文書化され、適宜改定されていますか？
 担当者の活動、インシデントやアクシデントの報告、問題点の対策立案についての手順の明文化と必要に応じた更新。利用状況確認
- 3.2 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が、職員に周知されていますか？

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4 患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練

- 4.1 患者の安全確保のための病院の取組みに関し、職員教育が計画的に実施されていますか？
 研修ニーズの検討、各職種に対する安全確保の教育の計画、研修の実施と内容、出席状況の確認
- 4.2 患者安全確保のための職員対象の研修会や勉強会は年何回開催されていますか？

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

回数/年

5 患者の安全を確保するための重要な手順の確立

- 5.1 患者・部位・検体・医薬品等の識別(誤認防止)に関する手順は確立していますか？
リストバンド、バーコード、類似医薬品の採用制限、患者のフルネームの声だし確認
- 5.2 情報共有・情報伝達エラー防止に関する手順が確立していますか？
処方オーダーエントリーシステムでの3文字以上の入力・警告画面など、指示変更時の確認方法、術前の情報収集体制、手術・処置等変更の確認体制など
- 5.3 事故のリスクの把握と事前対策に関する手順が確立していますか？
転倒、転落の予防策。ベッド周辺の物品整理と管理。職員の疲労、ストレス、環境、スケジュールリングなどへの配慮
- 5.4 医療行為のプロセスを監査する手順が確立していますか？
化学療法プロトコルの検討。重複投与、相互作用、禁忌薬回避の工夫。処方監査、疑義照会。手術時の針・機器・ガーゼカウントなどの手順の徹底など
- 5.5 患者の反応の観察・モニター、変化等への迅速な処置に関する手順が確立していますか？
治療の副作用の周知、与薬中の状態把握チェックリスト、人工呼吸器装着患者の把握などの手順の徹底など

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

6 患者安全確保要因を究明し改善対策につなげる体制

- 6.1 問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について、職員教育はされていますか？
効果的な分析のための教育資源・機会の供給
- 6.2 病院内のアクシデント・インシデントを収集する体制が整備されていますか？
記録方法・提出手順の周知、報告すべき範囲の設定、報告書の設置・収集体制、システム改善のためという認識の浸透、不利益処分からの保証
- 6.3 インシデント・アクシデントレポートは毎月平均で何件ぐらいの報告がありますか？
- 6.4 患者の安全確保につながる原因究明がなされており、分析後の改善策が明示されていますか？
事故発生の障害を最小限とする環境づくり、分析・改善策立案の実績例
- 6.5 アクシデント・インシデントレポートを毎月平均で何件ぐらいの分析を行っていますか？
- 6.6 改善策の実行とその効果との確認がなされていますか？

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
件位/月				
5	4	3	2	1
件位/月				
5	4	3	2	1

7 外部との連携による患者安全を確保する体制整備

- 7.1 患者の安全の確保に関して知識・情報を収集し活用する体制が整備されていますか？
資料(行政・関係団体・学会・研究機構など)収集の手段、担当者の周知、情報伝達の手順確立

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

8 医療事故発生時の手順の明確化とその周知・徹底

- 8.1 医療事故発生時の対応・説明・報告・記録に関して手順が文書化されており、職員に周知徹底されていますか？
説明に関する院内指針、院内責任者への報告手順、記録に関する手順、主治医不在時の対応

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

9 訴訟等への適切な対応

- 9.1 訴訟等が発生した場合に誠実に対応する体制が整えられていますか？
- 9.2 過去5年間における医療事故発生による示談件数は何件ですか？
- 9.3 過去5年間における医療事故発生により、訴訟となった件数は何件ですか？

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

件/過去5年間				
---------	--	--	--	--

件/過去5年間				
---------	--	--	--	--

10 その他 (ご意見・ご要望等自由にお書き下さい)

病院からの医療事故関連情報の集積に向けた方法の確立と
その分析による効果的な事故防止策の実施に関する研究
— 安全管理情報の集積と活用管理 —

研究協力者* 石川 澄

広島大学医学部附属病院・医療情報部（教授・部長）

研究要旨：（200～400字程度）

医療現場で発生している事故関連情報を確実に集積し、分析することは医療事故を未然に防止するために不可欠である。一方、医療事故に関する情報は患者と関係者のプライバシーに関して医療倫理の観点から高度なセキュリティレベルを保持する必要がある。かかる情報は、医療現場から分析評価および利用の場を一貫して、前記のセキュリティが配慮される必要があり、関係者は情報の利用管理に関する共通の規範を遵守する必要がある。本研究では日本医療機能評価機構「認定病院患者安全推進協議会」における患者安全に関わる情報の利用および管理に関する必要な事項を検討し、運用内規案として提言する。

A. 研究目的

日本医療機能評価機構「認定病院患者安全推進協議会」（以下、協議会）は医療の質向上と患者安全の推進に取り組む認定病院（以下、会員病院）の立場から、他への病院にも注意を喚起したい警鐘的・教訓的事例を相互に提供し、分析するとともに「患者安全推進ジャーナル」を発刊して成果を公表している。協議会は会員病院から、任意に、「患者安全情報提供書」または「患者安全推進提案書」の形で情報を受け、会員病院の医療安全管理責任者から構成される「実務者部会」が分析し、具体的な防止策とその効果を評価検討する。

これらの情報は当事者のすべてにとって守秘性の高い情報であることから、今後、この過程が恒常的に行われるためには、情報集積、分析、利用過程において、相互の信頼関係を結ぶために、セキュリティを一定の水準で維持する必要がある。

この研究は、協議会における上記の要請に基づき情報利用管理要件を検討し、内規案として提案することを目的とした。

B. 研究方法

会員病院から提供される医療事故関連情報の集積、評価を支援する情報流通過程の分析を行い、本目的への適用に特化した管理要件を研究協力者が主宰する医療情報の活用と倫理に関する研究会を場にワークショップ形式により行った。検討の手順は以下の通りである。

1. 医療事故情報の取り扱いの基本的考え方。
2. 情報倫理に配慮した患者安全の推進に関わる情報の利用および管理に関する規程の検討。
3. 患者安全の推進に関わる情報の利用管理に関する内規案の作成。

C. 研究結果

1. 医療事故情報収集方法の検討

病院（医療事故関連情報の発生源）から患者安全推進協議会に医療事故の情報を収集し分析する過程において、双方が守らなければならないセキュリティ要件と事例の活用手順をまとめた。

（1）情報提供する認定病院における要件

- ① 病院内における本目的の情報流通、管理体制と管理規定を院内に明示し、すべての職員が認識する。
- ② 当該病院の情報管理規定を他の会員病院にも公表し、同水準にあることを確認し合う。
- ③ 情報提供に関わる情報作成過程の管理と提供内容に関する責任者を定める。
- ④ 提供する情報の対象範囲を決定する。
- ⑤ 提供情報を病院外へどのような手段、媒体を用いて伝達するかを決定する。
- ⑥ 情報管理者がどのような内容の情報を、誰が、いつ発信したかを確認し、記録を残す。
- ⑦ 協議会での分析に参加し、その過程の適正性を確認するとともに、結果の妥当性を評価する。
- ⑧ 自らの施設の事例は、分析結果を参考にして対処法を検討、判断し執行に供す。
- ⑨ 他施設の事例は、施設内の安全推進検討会などの事例研究材料に供し、予防策を検討する。

(2) 患者安全推進協議会における要件

提供情報の受信責任者（以下、情報管理者）の明確化する。

提供情報の蓄積管理方法を明確化する。

- ① 情報の分析に当たる専門家（以下、情報分析者）と処理過程の明確化する。
- ② 分析結果の情報提供病院への還元処理過程を明確化する。
- ③ 上記の情報流通過程の管理責任者と職務（以下、情報管理者）を明確化する。
- ④ 上記の情報流通過程に関する監査機構（以下、情報監査者と情報管理委員会）を協議会に設置する。
- ⑤ 上記の各項を規定として明確にする。
- ⑥ 会員病院と協議会が会員契約時に上記を

確認する。

- ⑦ 協議会での分析結果の公表の是非と表示方法、形態を実効と倫理面から逐次、多角的に検討する。
- ⑧ 上記の過程と効果を情報管理委員会は監査する。

(3) 情報集積形態の明示

情報の伝達方法にはオフラインで媒体を用いる場合の以下の要件を考慮する必要がある。

- ① 送付されてきた媒体が当該病院で作成された媒体であることを担保できるよう確認する。
- ② 媒体の管理が煩雑になる可能性があるため、集積媒体のファイル構造を単純にする。
- ③ 媒体を介するコンピュータウイルスに対する対策をとる。
- ④ 媒体が紛失あるいは破損した場合の復旧策を明示し、会員病院にその保証契約を行う。

2. 情報倫理に配慮した医療事故情報の取り扱いの基本的考え方

(1) 医療事故情報の取り扱い、維持管理するための人的組織の整備

協議会に情報管理者、情報分析者を設置し、責任範囲、担務を文書化する。医療事故情報提供者である会員病院との個別の契約関係にあることが望ましい。

協議会内に、情報監査者を置き、医療事故情報に関するアクセス履歴などから不適当な取り扱いの有無に関して、定期監査を行う。

(2) コンピュータシステムの維持管理

情報システム的には以下の要件を満たすこと必要である。

- ① コンピュータシステムの設置場所を他の部屋から完全に分離する。
- ② ファイヤウォールなどを利用したインターネットワークから物理的、論理的に分離をする。
- ③ 医療事故情報等のファイルに対するアクセスログを取得し、かつ当該のログファイルが分離されたコンピュータに格納されることが望ましい。
- ④ 協議会内ではアクセスログは情報管理者のみアクセス可能でなければならない。
- ⑤ 情報管理者に事前に申請登録した者のみ、患者安全情報提供書、および患者安全推進提案書に記載された情報を格納したコンピュータへのアクセス制限をかける。

3. 運用規程の検討

患者の安全性推進のため事例分析が有効になされ本課題が定着するためには、当事者が相互に情報の利用管理の規定を認識し、実行されることが不可欠である。

研究協力者らは、本課題に必要な規定を創案し提案するものである（資料：日本病医療機能評価機構「認定病院患者安全推進協議会」における患者安全の推進に関わる情報の利用管理に関する内規（案）、以下、協議会情報利用管理内規（案））。

D. 考察

患者安全情報または患者安全推進提案書は会員病院にとって守秘性が高い。

提供情報の運用に当たっては、誰が、いつ、何を送致し、何を授受し、どのような方法で協議会関係者の間で分析評価され、公表されるのかを当事者間で相互に認識されていることが不可欠である。

本研究では医療事故情報の収集・蓄積・分析過程におけるセキュリティに対する基本的な要件をまとめ、その集約を協議会情報利用管理内規案に

示した。

運用規程案の構造の骨子は、

1. 患者安全の推進に関わる情報分析の趣旨
2. 情報利用の目的
3. 対象とする情報範囲
4. 情報に関わる立場
5. 責任体制
6. 情報のコントロール権
7. 提供情報の匿名性の担保
8. 提供情報に対するアクセス権
9. 分析情報のアクセス権
10. 情報の分析責任
11. 協議会の安全推進業務に関わる情報システムの利用者資格
12. 情報利用者の申請手続き
13. 情報利用者の承認・変更手続き
14. 情報利用の制限
15. 情報分析者と情報利用者の遵守事項
16. 守秘義務
17. 利用情報と協議会システムの監査機構
18. 規則違反への対応を盛り込んだ。

この規定案を基に、適正に提供情報が管理され、利用されていることを、協議会に参加する病院は認識することにより、継続的な分析活動が可能になると考えられる。

分析情報の開示に当たっては、一次利用（情報提供病院への開示）と二次利用（他の病院への開示）は明確に分離することを規定している。

現在のところは協議会内部での開示にとどめているが、将来は外部への啓発の意味から開示は必要であり、その際の開示のあり方をさらに検討すべきである。

情報公開法は行政機関の情報公開を規定して物である。本機構は行政機関ではなく、この法律に基づく提供情報および分析情報の公開義務はないと研究者は解している。

E. 結論

日本医療評価機構「認定病院患者安全推進協議会」における患者安全の推進に関わる情報の利用管理に関する要件についてまとめた。

この研究で収集する警鐘的・教訓的事例は数万事例となることは考えにくいですが、その一例ごとが当事者にとって守秘性の高い情報である。情報利用の目的、管理責任を明確にするとともに、遵守事項が破られた際の対応策を明示した。本内規案

を基に、協議会参加の会員病院間の信頼関係が確保され有効な分析がなされることが期待される。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

未発表。

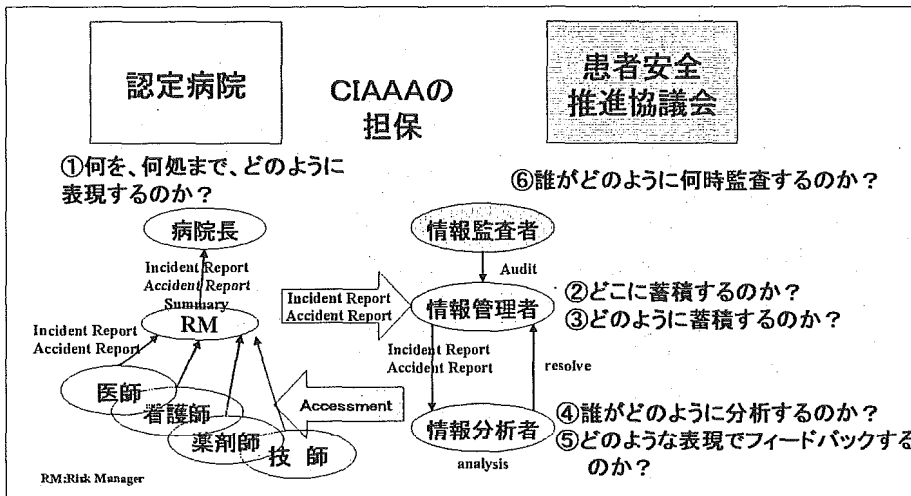


図1 患者安全情報の流通に関する検討すべき視野

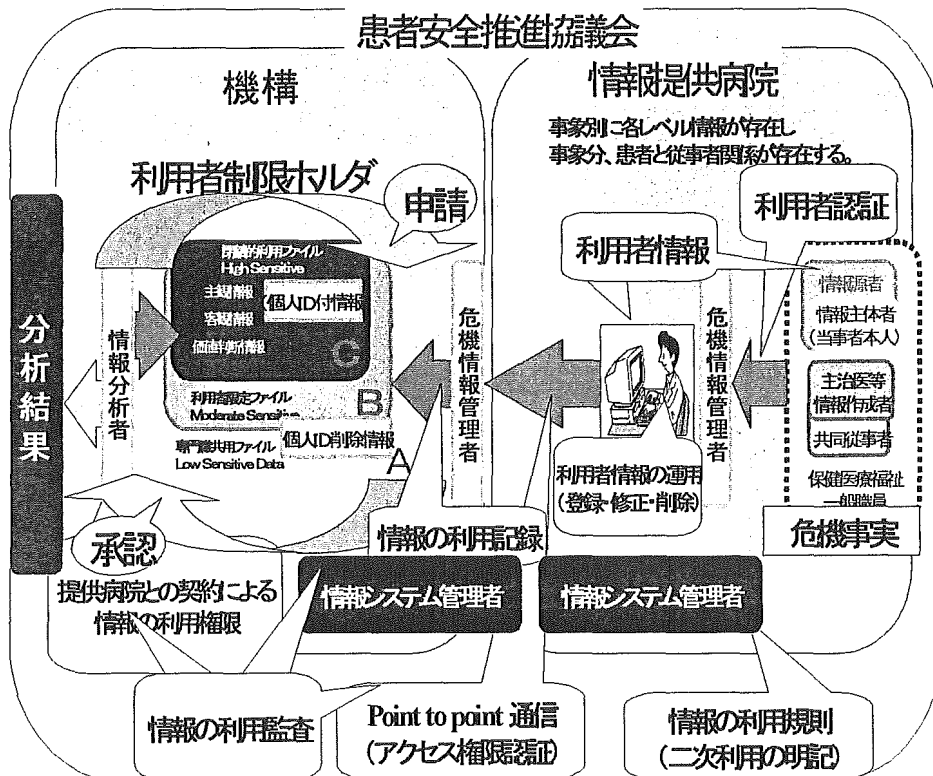


図2 患者安全情報の利用のセキュリティ管理のフレームワーク

日本病院機能評価機構「認定病院患者安全推進協議会」における
患者安全の推進に関わる情報の利用管理に関する内規（案）

（趣旨）

第1条 この内規は、日本病院機能評価機構「認定病院安全推進協議会」（以下「協議会」）に参加する認定病院（会員病院）における患者安全の推進に関わる情報（患者安全情報等）の利用および管理に関し、必要な事項を定めるものとする。

（情報利用の目的）

第2条 患者安全情報の利用は、協議会における情報の安全かつ円滑な運営を図り、会員病院の立場から他の病院にも注意を喚起したい警鐘的・教訓的事例を相互に提供し、わが国の医療の質と患者の安全性の向上に資することを目的とする。

（対象情報）

第3条 会員病院から任意に提出された患者情報安全提供書および患者安全推進情報提供書に記載された以下の情報を対象とする。

- (1) 患者安全情報：会員病院において経験した医療事故事例および警鐘的事例に関する情報。
- (2) 患者安全推進提案情報：会員病院において経験した有効な事故防止策・予防策に関する情報。

（用語の定義）

第4条 この内規における用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 機関：会員病院と協議会の分析および評価の遂行に係わる全ての組織機関をいう。
- (2) 情報提供者：協議会に情報を提供する会員病院の長および安全管理責任者をいう。
- (3) 協議会システム：協議会の安全推進業務に係わる情報システムをいう。
- (4) 提供情報：会員病院から提供された個別の安全情報をいう。
- (5) 分析情報：提供情報に基づき協議会により分析された情報をいう。
- (6) 情報の処理管理：提供情報の収集、蓄積、分析情報の作成（分析、結果の記録・更新）および蓄積ならびに利用開示にかかわる情報処理の過程の管理をいう。
- (7) 分析情報の利用：協議会システムを介して分析情報を検索・参照し利用することをいう。
 - イ 一次利用：会員病院において患者に対する安全性確保のために直接必要となる分析情報の利用
 - ロ 二次利用：会員病院以外の機関等における分析情報の利用
- (8) 協議会システムに関わる者を次のように区分する。
 - イ 提供情報責任者 会員病院において安全性の推進に関わる病院情報を提供する責任者をいう。
 - ロ 情報分析者 協議会における分析に関して専門的知識技能を元に病院情報を集め、思考評価・判定した情報を提供する者をいう。
 - ハ 情報利用者 本条イ、ロが提供した情報の正当な利用目的を有し、正当な手続きに基づき

利用する者をいう。

ニ 情報管理者 本条イ、ロが提供した情報の収集・処理・蓄積・伝達・利用過程を運営管理に責任を持つ者をいう。

ホ 情報監査者 本条イ、ロ、ハ、ニが関わる情報の流通の適切性を監査する者をいう。

(責任体制)

第5条 協議会システム及び協議会システムに蓄積された会員病院から提出された情報の保護、管理及び維持のため、協議会に情報管理者を置く。

- 2 情報管理者は協議会から指名される。
- 3 協議会システムの運営管理に関する協議会情報管理委員会（以下、委員会）を置く。
- 4 委員会は情報管理者を長とし、協議会システムの円滑な利用に関する課題の検討、運用の監査を行う。
- 5 委員会の構成は協議会の互選による。

(情報のコントロール権)

第5条 情報提供者及び情報分析者は、次の各号に掲げる権利を有するものとする。

- (1) 自ら提供した情報の内容を知る権利
- (2) 自ら提供した情報の誤った情報に対して訂正を求める権利
- (3) 自ら提供した情報の流過程及び利用状況を知る権利
- (4) 自ら提供した情報の流通及び利用を拒否する権利

(提供情報の匿名性の担保)

第6条 提供情報には個人名および機関名（個別情報）は原則的に含まないものとする。

- (1) 提供情報の分析に不可欠な場合には、情報提供者の責任において情報管理者に開示することができる。
- (2) 情報管理者は個別情報を管理し、以後の分析、開示過程において匿名性を担保する。
(但し 当該情報を提供した会員病院の情報管理者に対してはその限りではない。)

(提供情報のアクセス権)

第7条 提供病院が特定される情報に関するアクセスは次の各号に定める制限を受けるものとする。

- (1) 情報提供者は、自らの情報に自由アクセスできるものとする。
- (2) 情報分析者は、自らの職務権限により担当する情報提供者に係わる情報のみアクセスできるものとする。
- (3) 情報利用者は、次に定める情報の利用制限を受けるものとする。
 - ・ 一次利用の場合は、情報提供した会員病院の安全管理に必要となる分析情報のみとし、情報提供者は情報管理者に届け出なければならない。
 - ・ 二次利用の場合は、協議会内の分析評価に限定し、別に定める方法によって情報提供者の了承を得るとともに、情報管理者に許可を得なければならない。
- (4) 情報管理者は、業務上必要な場合は全ての提供情報にアクセスできるものとする。

(分析情報のアクセス権)

第8条 情報利用者は、病院情報のうち集合情報に関するアクセスについて、次の各号に定める制限を受けるものとする。

- ・ 一次利用の場合は、協議会会員病院において自らの病院の安全管理に直接必要となる情報のみとする。
- ・ 二次利用の場合は、協議会内の分析評価に限定し、別に定める方法により情報管理者に許可を得なければならない。

(情報の分析責任)

第9条 第4条第8項に規定するものは、自らの職務責任に基づいて常に情報の真正性を確保するものとする。

(情報の利用責任)

第10条 第4条第8項に規定するものは、病院情報及び分析情報の利用、利用者の個人的蓄積、他の機関への転送に責任を持つ。

- 2 情報管理者は、前項の総括的責任を負うものとする。
- 3 情報提供病院の長は、本条1項の規程について所属する病院における情報管理の総括責任を負うものとする。

(協議会システム利用者の資格)

第11条 協議会システムを利用できる者（以下「システム利用者」という。）は、本協議会の業務に従事する、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 協議会において情報分析を委託した者
- (2) 提供情報と分析情報の事務処理に当たる日本病院機能評価機構の職員
- (3) その他、情報管理者が適当と認めた者

(利用の申請)

第12条 協議会システムを利用しようとする者は、病院情報協議会システム利用申請書（以下「申請書」という。）を情報管理者に提出し、利用申請を行うものとする。

(利用の承認)

第13条 情報管理責任者は、前条の申請が本規定の目的に沿うと判断するときは、これを承認するものとする。

(利用者の変更等)

第14条 利用者は、申請書の記載事項に変更が生じたとき又は協議会システムの利用を終了し、若しくは中止したときは、申請書を速やかに情報管理者に提出しなければならない。

(利用の制限)

第 15 条 情報管理者は、利用者ごとに、利用者が利用可能な提供情報および分析情報の範囲を判断するものとする。

(他のシステムとの接続条件)

第 16 条 協議会システムに接続しようとする機関は、協議会システムと同等以上の安全性を有するものとする。

2 情報提供病院の病院情報システムに双方向で接続しようとする他の情報システムは、当該の協議会の会員病院と同等以上の安全性を有するものとする。

(遵守事項)

第 17 条 協議会の情報分析者および情報利用者は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 第 2 条に規定する目的以外のために協議会システムを利用してはならない。
- (2) 個人認証情報を自ら管理し、他人に利用させてはならない。
- (3) 協議会システムに蓄積された病院情報の維持に努めるとともに改変してはならない。
- (4) 新たな情報を協議会システムに受け入れる場合は、情報管理者の指定する方式によるものとする。
- (5) 提供情報を個人媒体又は協議会システム以外の情報協議会システムにダウンロードする場合は、情報管理者の指定する方式によるものとする。
- (6) 情報管理者の許可なく協議会システム環境を改変してはならない。

(守秘義務)

第 18 条 第 4 条第 8 項ロおよびハに該当する者は、協議会システムに蓄積された全てのデータに対して守秘義務を負い、かつ、全てのデータに関して、提供病院のプライバシーを侵害してはならない。

(協議会システム利用の監査)

第 19 条 情報監査者は、協議会システムの利用状況に対する監査責任を負うものとする。

- 2 情報監査者は、協議会情報管理委員会を主宰し協議会システムおよびそれによって取り扱われる情報が適切に運用されていることを監査しなければならない。
- 3 協議会情報管理委員会は会員病院に監査結果を報告しなければならない。
- 4 情報提供病院の長は協議会システムの利用状況、及び自らの提供情報の流通に対する監査を随時行うことが出来る。

(利用の承認の取消し)

第 20 条 第 4 条第 8 項ロおよびハに該当する者がこの内規に違反し、又は協議会の情報運営に重大な支障を生じさせたとき又はその恐れがあるときは、情報管理者はその者の利用を停止又は利用の承認を取り消すこ

とができる。

(損害賠償)

第 21 条 第 3 条第 2 項 ロ, ハ, ニに該当する者は, 故意又は重大な過失により協議会情報システムを損傷したときは, その損害に相当する費用を賠償しなければならない。

(守秘義務の違反に対する賠償責任)

第 22 条 第 4 条第 8 項 ロ, ハ, ニに該当する者が, 故意に他者の情報を入手し漏洩した場合には, 当該事件において損害を受けた当事者に対してその損害に相当する賠償の責任を負う。

2 第 4 条第 8 項のハ, ニに該当する者が不当に情報を入手し, 又は漏洩した場合は, 当該事件において損害を受けた当事者に対してその損害に相当する賠償の責任を負う。

(雑則)

第 22 条 この内規に定めるもののほか, 協議会システムの利用に関し必要な事項は, 協議会情報管理委員会の議を経て, 情報管理者が別に定める。

附 則

この内規は, 平成XX年XX月XX日から施行する。