

Medical Care STATION (メディカルケアステーション)

施設→推進センター事務局

第11条 様式1

西都市西児湯在宅医療介護情報連携システム (MCS) 利用申込書兼登録申請書

西都市西児湯地域包括ケア推進センター 御中

本事業所においてMCSを利用した情報共有を行いたいので、別添、登録申請書のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

事業所住所：〒 _____

ふりがな
事業所名 _____

管理者氏名 _____

全スタッフ数： _____ 施設の種類： _____

申請者： _____ 役職： _____

TEL： _____ FAX： _____

下記の【登録者】は、実際にMCS利用に携わる方々をご記入ください。

※登録には、個別のメールアドレスが必要です。(ログインの不具合等、利用に関する案内が届くため、Yahooメール、Gmail等のサブアドレスでの登録を推奨します)

※【管理者】欄には、MCSに登録する際、管理者権限(新規スタッフ招待、患者登録、グループ作成等の権限)を設定する方に○印を記載してください。(1施設に1名以上設定可)

登録者名簿 メールアドレスは数字の0には0と表記ください。英文字数文字が分かるよう。

	氏名	職種	メールアドレス	管理者
1				
2				
3				
4				
5				

※ 複数のスタッフでのメールアドレスの共有はセキュリティ上認められません。

※ 欄が不足する場合は、コピー等でご対応願います。

Medical Care STATION (メディカルケアステーション)

施設→医師会長兼推進センター長

第11条 様式2

西都市西児湯在宅医療介護情報連携システム (MCS) 利用に係る連携守秘誓約書

西都市西児湯医師会長兼西都市西児湯地域包括推進センター長 松本 英裕 様

第1条 (連携情報保持の誓約)

私は、メディカルケアステーションを利用する事業所の管理者として、メディカルケアステーションを利用する従事者が法令 (法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます) を遵守するとともに、「西都市西児湯在宅医療介護情報連携 ICT 運用規程」 (以下、「運用ポリシー」という。) に基づき、以下の情報 (以下、「連携情報」といいます。) の一切を許可なく開示、漏えい又は使用しないよう管理することを誓約します。

- ① 患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報 (氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます。)
- ② その他連携業務内で知り得た情報 (患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の連携業務内における情報も含みます。)
- ③ その他業務に関連して知り得た情報 (業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません。)

第2条 (連携情報の管理等)

1. 私は、従事者が連携情報 (紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。) を使用するにあたって、連携情報を許可なく複製したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないように注意します。
2. 私は、機器 (携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません) を業務で使用する場合には、運用ポリシーに基づき機器の管理を行います。また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。
3. 私は、従事者に対して個人情報保護やIT機器のセキュリティについて定期的に教育を実施します。

第3条 (利用目的外での使用の禁止)

私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、かつ患者その他の第三者のプライバシーその他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

第4条 (退職後の業務情報保持の誓約)

私は、連携を離脱した後も、業務情報の一切を、許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

第5条 (損害賠償)

私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、誠意をもって協議致します。

令和 年 月 日

事業所名

事業所所在地

管理者氏名

Medical Care STATION (メディカルケアステーション)

施設職員→施設管理者

第14条 様式3

業務情報保持に関する誓約書

事業所名 _____

管理者 _____ 様

(業務情報保持の誓約)

第1条 私は、貴事業所の業務の従業者として、法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます。）及び貴事業所内の諸規定（就業規則、マニュアル等を含みます。）を遵守するとともに、以下の情報（以下、「業務情報」といいます。）の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

- ① 患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます。）
- ② その他貴事業所内で知り得た情報（患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の貴事業所内における情報も含みます。）
- ③ その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません。）

(情報の管理等)

第2条

1. 私は、貴事業所の業務に関連して取得する情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。）を貴事業所の許可なく複製したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないものとします。
2. 私は、貴事業所から貸与を受けた機器（携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません。）以外の機器を業務で使用する場合には、必ず貴事業所の書面による許可を得るものとし、許可を得た機器以外の機器に情報を保存しないものとします。
また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。
3. 私は、貴事業所のシステムにアクセスする際に、与えられたアクセス権限を超えた操作を行ったり、不正な手段を用いてアクセスを行ったりしないものとします。

(利用目的外での使用の禁止)

第3条 私は、当該情報を貴事業所が定める目的以外で利用しないものとし、かつ患者その他の第三者のプライバシーその他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

(退職後の業務情報保持の誓約)

第4条 私は、貴事業所を退職した後も、業務情報の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

(損害賠償)

第5条 私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、貴事業所が被った一切の損害を賠償することを誓約します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (自署)

Medical Care STATION (メディカルケアステーション)

施設→患者さん

第15条

在宅医療介護情報システム(MCS)における個人情報使用同意書：説明

(使用目的)

1. 患者さんの生活をより良くすることを目的として、ICTを活用して在宅医療介護情報連携システム(MCS)を用いて、患者さんに関わる施設及び職種(病院・診療所・歯科・訪問看護ステーション、ケアマネジャー、デイサービス、ヘルパー等)間で、患者さんの状態や医療・介護・福祉の情報をやりとりし、連携を深めます。

(使用するITを活用した連絡手段)

2. 「メディカルケアステーション」(株式会社日本エンブレース提供)を用います。多施設・多職種の間で、パソコンやスマートフォンなどを用いて、より安全で効果的に情報をやり取りするために開発された医療用ソフトウェアです。

(使用に当たっての条件)

3. 患者さんの個人情報のやりとりは、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には漏れることの無いよう細心の注意を払います。また個人情報保護法に基づき適切に管理します。

患者さん及びその家族に利用料金がかかることは一切ありません。

(やり取りされる情報について)

4. 取り扱う情報は以下の通りです。

患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名、治療や検査の内容(薬剤、処置内容、血液検査や画像検査の結果など)、日々の患者さんの状態(褥瘡などの身体の写真やビデオを含む)、関係する医療・介護・福祉施設の情報、その他、医療・介護・福祉に対する付随する情報

(患者さんが有する権利)

5. 患者さんは以下の権利を保有します。
 - ・いつでも本システムの利用の停止または情報の削除を求めることができます。
 - ・特定の情報について共有(やりとり)を拒否することができます。

(問い合わせ先)

本システムに関する問い合わせは、下記の事務局までご連絡願います。

〒881-0033 宮崎県西都市大字妻1536
西都市西児湯医師会 西都市西児湯地域包括ケア推進センター
電話0983-43-1687 FAX0983-41-1201

以上

Medical Care STATION (メディカルケアステーション)

患者さん→施設

第15条 様式4

在宅医療における個人情報使用同意書

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、在宅医療介護連携システムにおける個人情報使用に関する事項について説明を受け、いずれも同意します。

<患者>

氏名 _____

住所 _____

<家族1>

氏名 _____

住所 _____

<家族2>

氏名 _____

住所 _____

<説明同意取得者記入欄>

事業所名 _____

住所 _____

氏名及び職種 _____

患者の個人情報の利用目的

1 当施設での利用

- (1) 患者や利用者に提供するサービス
- (2) 医療保険事務
- (3) 入退院等の病棟・施設管理情報
- (4) 会計・経理
- (5) 医療事故等の報告
- (6) 患者・利用者への提供するサービスの向上
- (7) 当該施設での医療・介護・福祉実習への協力
- (8) 医療・介護・福祉における質の向上を目的とした多施設での症例研究
- (9) その他患者・利用者に係る管理運営業務

2 当施設外への情報提供としての利用

- (1) ※他の病院、診療所、助産院、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者等との連携
- (2) 他の医療機関等からの照会への回答
- (3) 患者・利用者の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- (4) 検体検査業務等の業務委託及びその他の業務委託
- (5) 家族等への病状説明
- (6) その他患者へ医療・介護・福祉の提供に関する利用
- (7) 保険事務の委託
- (8) 審査支払機関へのレセプトの提供
- (9) 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- (10) その他医療・介護・労災保険・公費負担医療等に関する診療費請求のための利用及びその照会に対する回答
- (11) 事業者等から委託を受けた健康診断に係る事業者等へのその結果通知
- (12) 医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門の団体及び保険会社等への相談又は届出等
- (13) その他患者への医療保険事務に関する利用
- (14) 患者個人を識別あるいは特定できない状態にした上での症例研究、発表及び教育

3 その他の利用

- (1) 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- (2) 外部監査機関への情報提供