

# 朝霞地区 MCS 運用ルール

一般社団法人朝霞地区医師会地域包括ケア支援室

# 目次

	頁
はじめに	
1 目的	1
2 構成	1
3 その他	1
1) 利用開始申込み及び利用終了申込みに関すること	
(1) 利用開始申込み	1
(2) 利用終了申込み	1
(3) 事務局の連絡先	1
2) 全利用者に共通すること	
(1) ID・パスワード管理	1
(2) IT機器のセキュリティ対策	2
(3) 利用上の注意事項	2
(4) グループの作成	2
(5) 使用方法	2
3) 患者情報を共有する場合のルール	
(1) 連携元事業所について	3
(2) 患者同意	3
(3) MCSの管理 患者グループ	3
(4) 患者グループ管理者の設置	3
(5) 患者グループ管理者の責務	3
別紙様式1：メディカルケアステーション（MCS）利用に係る連携守秘誓約書	
別紙様式2：メディカルケアステーション（MCS）利用に係る連携情報保持に関する誓約書	
別紙様式3：誓約同意書	
別紙様式4：在宅医療における個人情報使用同意書	

## はじめに

### 1 目的

この運用ルールは、朝霞地区 MCS 運用ポリシーに定めるもののほか MCS 利用上のルール及び事務手続きを定め、システムの適正な利用に資することを目的とする。

### 2 構成

この運用ルールでは、以下の内容に分けて利用上のルールを示す。

- 1) 利用開始申込み及び利用終了申込みに関すること
- 2) 全利用者に共通すること
- 3) 患者情報を共有する場合のルール

### 3 その他

この運用ルールは、必要に応じて見直すものとする。

## 1) 利用開始申込み及び利用終了申込みに関すること

### (1) 利用開始申込み

新たにMCSを利用する事業所は、事務局である朝霞地区医師会地域包括ケア支援室に連絡の上、事務局から送付された運用ポリシー並びに運用ルールを確認し、その内容に同意した上で「メディカルケアステーション（MCS）利用に係る誓約同意書（別紙様式3）」を提出する。

### (2) 利用終了申込み

利用者は、朝霞地区MCS運用ポリシーの利用者としての資格を喪失した場合に「誓約同意書（別紙様式3）」に資格喪失日を記載し、速やかに事務局（朝霞地区医師会地域包括ケア支援室）に提出し、退会の手続きを行う。

### (3) 事務局の連絡先

名 称 (一社)朝霞地区医師会地域包括ケア支援室  
住 所 〒351-0104 和光市南 1-23-1  
電話番号 048-465-6575  
E-mail kyoten@asakamed.com

## 2) 全利用者に共通すること

### (1) ID・パスワード管理

MCSのID及びパスワードについては、以下の事項により管理することを推奨する。

- ①パスワードはメモを残したりせず、人目にふれないように細心の注意を払いMCS利用者個人が管理し他者と共有しない。
- ②個人のIDを共有しない。
- ③パスワードは、英数混合8文字以上とし、定期的（最長で2か月に1回）に変更する。

(2) IT機器のセキュリティ対策

IT機器のセキュリティ対策については、「MCS運用管理規定」第1.1版（エンブレース（株）2023年4月18日改定、）2-2. 技術的対策、2-3. 物理的対策に準ずる。

(3) 利用上の注意事項

利用者は、以下の事項を遵守する。

- ①与えられたアクセス権限を越えた操作を行わない。
- ②使用する機器が紛失した場合には、速やかに所属事業所の管理者に連絡する。

(4) グループの作成

MCS利用者は、コミュニケーションを目的とした次のグループを作成することができる。

**(患者リスト)**

- ①多職種間の情報交換を行う。
- ②患者の個人情報を扱う。
- ③3) 患者情報を共有する場合のルールに準ずる。

**(グループ)**

- ①多職種間の情報交換・交流を行う。
- ②患者の個人情報は扱わない。
- ③グループの設置、利用者の登録・削除などは、職種の制限なく、自由に行うことができる。

**(つながり)**

- ①1対1のメッセージのやりとりを行う。
- ②患者の個人情報を扱う場合は、情報漏洩に対し十分な配慮を行う。

(5) 使用方法

- ①利用者は、エンブレース（株）が作成する、最新の医療介護専用 SNS メディカルケアステーション（MCS）「MCSご利用ガイド」に基づき使用する。
- ②（MCS管理者の設置）  
事業所管理者は、許可されている従事者だけが必要な情報にアクセスできる環境を維持するために、MCS管理者を設置し、MCSの管理運用を行う。MCS管理者は、事業所ごとに必ず1名以上設置する。
- ③（従事者への教育と誓約）  
事業所管理者は、MCSを利用する従事者と守秘義務に関する誓約書を交わす  
なお、既に守秘義務に関する誓約書を取り交わしている場合は、省略できるものとする。また、事業所管理者は、MCS管理者及び利用者に対して定期的に教育を行う。  
・「**メディカルケアステーション（MCS）利用に係る連携情報保持に関する誓約書**」別紙様式2
- ④（MCS管理者の責務）  
MCS管理者はMCSの適正な利用がされるように、以下の業務を行う。

- ・各グループへ招待された利用者の承認及び利用者解除
- ・事業所内従事者登録及び削除
- ・MCSで利用するIT機器の管理
- ・MCSのIDの管理
- ・運用上の問題が発生した場合、事務局へ報告

### 3) 患者情報を共有する場合のルール

#### (1) 連携元事業所について

患者の情報共有を行う場合は、当該患者の支援に主に携わる事業所が「連携元事業所」となり、患者情報の管理及び一般のMCS利用者の管理を行う。

(連携元事業所の責務)

連携元事業所は、以下の業務を行う。

- ・MCSのグループ登録及び削除管理
- ・MCSの各グループへの利用者の招待及び解除

#### (2) 患者同意

連携元事業所は、MCSで情報共有を行うにあたって、患者もしくはその家族と「在宅医療における個人情報使用同意書」を交わし、双方が所持するものとする。

- ・「在宅医療における個人情報使用同意書」別紙様式4

#### (3) MCSの管理 患者グループ

MCS患者グループについては、以下の事項による活用を推奨する。

- ①患者グループでは、一人一人の患者に関して多職種協働を行う上で必要な患者の個人情報を含む多職種間のコミュニケーションを行う。
- ②個人情報を共有する場合は、「了解」ボタンの確認や、電話連絡を併用し、間違いや漏れのないように注意する。
- ③患者グループ内で共有した情報（画像、ファイル等）のMCS以外での利用は、原則として禁止する。
- ④画像の撮影、掲載については、患者からその都度同意を得る。

#### (4) 患者グループ管理者の設置

患者グループについては、「MCS管理者の責務」に付随し、上記事項の管理を必要とするために、関係者で協議の上、患者グループ管理者を決定し、1名以上置く。

#### (5) 患者グループ管理者の責務

患者グループ管理者は、適切な活用をする為に以下の管理を行う。

- ・MCSの患者情報、個人情報等の管理全般
- ・MCSで運用上の問題が発生した場合、事務局へ報告
- ・患者の支援が終了した場合は、管理者が適切な時期に、患者グループを保管者リストとへ移動する。
- ・患者・家族から患者グループの内容の完全削除の申し出あった場合は、エンブレース（株）に削除を依頼する。

## メディカルケアステーション（MCS）利用に係る連携守秘誓約書

一般社団法人朝霞地区医師会  
会長 滝澤 義和 殿

### （連携情報保持の誓約）

**第1条** 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む。）を遵守するとともに、「一般社団法人朝霞地区医師会 MCS運用ポリシー」（以下、「運用ポリシー」という。）に基づき、次の①から③の情報（以下、「連携情報」という。）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（利用者）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む。）
- 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む。）
- 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むがこれに限られない。）

### （連携情報の管理等）

#### 第2条

私は、従事者が連携情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含む。）を使用するにあたって、連携情報を許可なく複写したり、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監督・指導します。

- 2 私は、機器（携帯電話、ノートパソコンを含むがこれらに限られない。）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。

### （利用目的外での使用の禁止）

**第3条** 私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、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致しません。

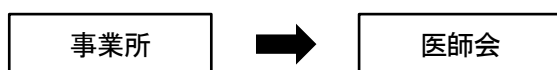
### （退職後の連携情報保持の誓約）

**第4条** 私は、連携を離脱した後も、連携情報の一切を、許可なく開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

### （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、誠意をもって損害賠償の責を負います。

《誓約フロー》



## メディカルケアステーション（MCS）利用に係る 連携情報保持に関する誓約書

（事業所名称）  
管理者（氏名） 殿

### （連携情報保持の誓約）

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む。）及び貴事業所内の諸規定（就業規則、マニュアル等を含む。）を遵守するとともに、次の①から③の情報（以下、「連携情報」という。）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（利用者）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む。）
- 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、並びにこれらの関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む。）
- 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むがこれに限られない。）

### （連携情報の管理等）

第2条

私は、取得した情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含む。）を貴事業所の許可なく複写したり、外部に持ち出したり、送信しません。

2 私は、貴事業所以外の機器（携帯電話、パソコン、タブレット等の情報端末）を業務で使用する場合には、必ず書面による許可を得るものとし、それ以外は使用しません。

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、不正な手段を用いたり、与えられた権限を越えたアクセスはしません。

### （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、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致しません。

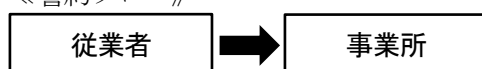
### （退職後の連携情報保持の誓約）

第4条 私は、貴事業所を退職した後も、連携情報の一切を、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、一切の損害を賠償することを誓約します。

《誓約フロー》



## 誓約同意書

私は、「メディカルケアステーション（MCS）利用に係る連携守秘誓約書」、「メディカルケアステーション（MCS）利用に係る連携情報保持に関する誓約書」に基づき、「一般社団法人朝霞地区医師会 MCS運用ポリシー」と各種関連ガイドラインを遵守し、MCSを利用する施設、MCS利用者としての責任を理解の上、誓約致します。

誓約日：令和            年            月            日

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

TEL                    (            )            /            FAX                    (            )

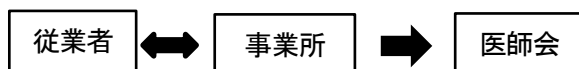
管理者氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 利用者

No.	登録日	(ふりがな) 氏名	職種	印 <small>登録時のみ</small>
	解除日 (資格喪失日)		メールアドレス	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※利用者の登録・解除に関しては、本紙をもって医師会が把握できるものとし、事業所管理者の変更や従業員の把握が困難になった場合は、本届出を再提出するものとする。

《提出フロー》



提出先 (原本を下記住所宛にお送りください)  
 朝霞地区医師会地域包括ケア支援室  
 〒351-0104 埼玉県和光市南1-23-1  
 和光市総合福祉会館2階  
 電話 048(465)6575



## 在宅医療における個人情報使用同意書

患者（利用者）様の円滑な在宅での療養（医療）を実現するためには、患者様をとりまくご家族様、医療従事者、介護従事者、その他の関係者が適切に連携していく必要があります。そのため、下記の事項をご了承いただいた上で、署名・押印をお願いします。

### 記

- 1 在宅医療を行うにあたっては、担当医を含め医療・介護関係者間での情報共有・連携が必要です。共有する情報には、今までの診療経過や薬の情報等を含み、患者様の重要な情報を使用させていただきます。
- 2 円滑なご自宅での療養生活を継続していただくために、医療・介護及びその他の関係者が適切と認める通信手段にて、患者様に係る個人情報を共有・提供させていただきます。
- 3 その他必要な情報については、適宜患者様、ご家族様の同意の上、使用します。

以上

令和 年 月 日

私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。

### <患者様>

氏 名		㊟
住 所		

### <ご家族様>

氏 名	㊟	続 柄
住 所		

患者本人は、身体の状態等により署名等ができないため、患者本人の意思を確認のうえ、私が代筆しました。

### <署名代筆者>

氏 名	㊟	続 柄
住 所		

