

朝霞地区 MCS 運用ポリシー

一般社団法人朝霞地区医師会地域包括ケア支援室

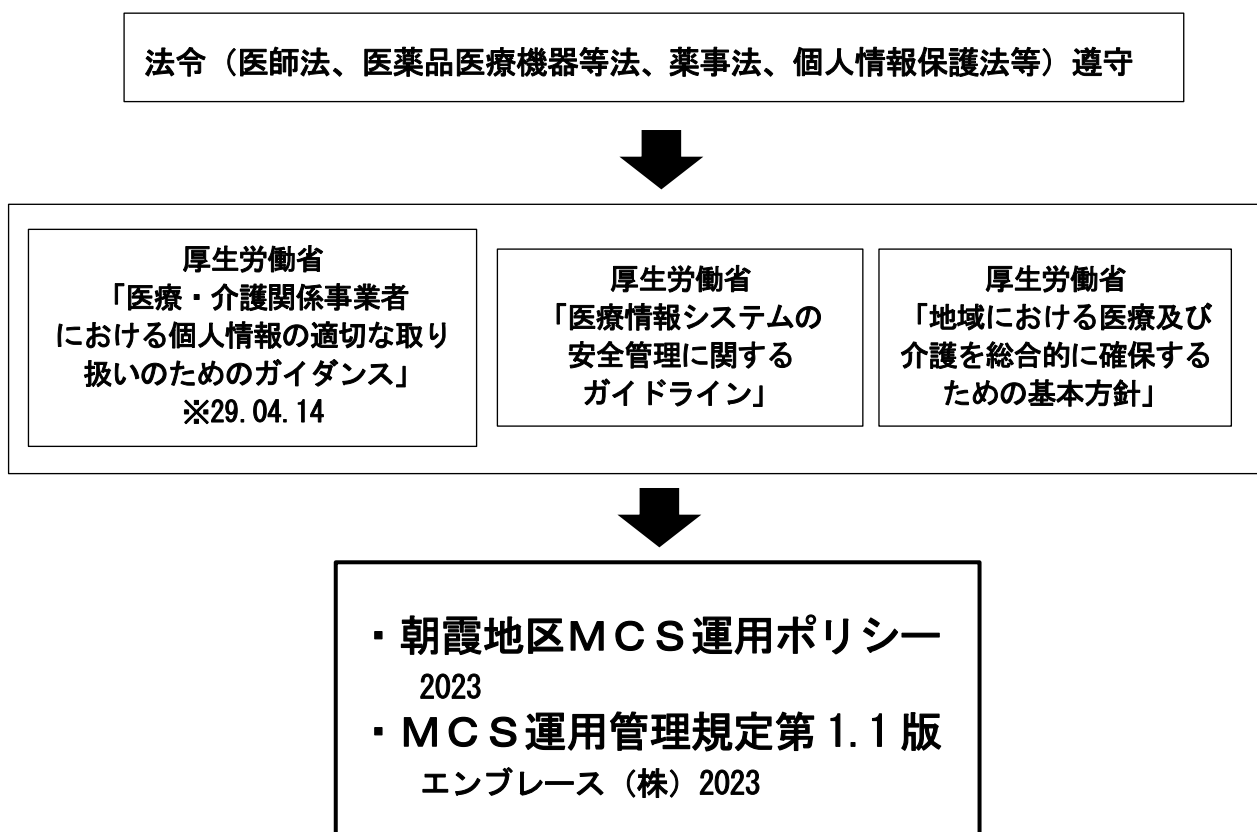
朝霞地区 MCS運用ポリシー

はじめに

医療介護の現場では、「医師法、医薬品医療機器等法、薬事法、個人情報保護法」に関する法律などの法令遵守はもちろん、厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」や「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」など、これらのガイドラインに則って、システムの適正な運用を行っていく必要がある。

本運用ポリシーは、エンブレース（株）が提供する医療介護専用のコミュニケーションシステム「メディカルケアステーション」（以下、MCS）を利用するにあたって各種法令の遵守、ガイドライン等を考慮しながら最適な個人情報管理、運用ができるように作成されているエンブレース（株）作成の「MCS運用管理規定」第1.1版と朝霞地区MCS運用ポリシーを併用し、MCSの利用について医療・介護に携わる事業所及び従業者が正しく活用できるよう作成したものである。

本運用ポリシーは、MCS V2.14の機能をベースに記載されており、法令や厚生労働省等の各種ガイドラインの改訂やMCSの機能強化などに伴って必要に応じて改訂される場合がある。



(目的)

第1条 この運用ポリシーは、朝霞地区医師会とエンブレース（株）が、サービス提供に関する契約を締結した完全非公開型医療介護専用SNS「メディカルケアステーション」（以下、MCS）の取り扱い及び管理に関する事項を定め、在宅医療の充実に向けた多職種連携の為のコミュニケーションツールとしてMCSを適正に活用することを目的とする。

(対象)

第2条 この運用ポリシーは、MCSを活用する利用者全員に適用される。

(運用ルール)

第3条 利用者は別に定める「朝霞地区MCS運用ルール」に基づき、利用するものとする。

(事務局)

第4条 朝霞地区内でMCSを活用するための事務局は、一般社団法人朝霞地区医師会地域包括ケア支援室に置く。

2 事務局は、医療・介護に携わる事業所及び従事者が正しく活用できるようMCSについて以下の業務を所掌する。

- (1) 利用者の登録（運用ポリシー配布、申込書・誓約同意書の受付、保管）及び退会に関すること。
- (2) MCS利用者に対して運用ポリシーの周知を図るための研修を行うこと。

(利用者)

第5条 朝霞地区内の医療・介護業務に従事する者。

(法令及びガイドライン)

第6条 MCSの利用者は医師法、医薬品医療機器等法、薬事法、個人情報保護法等の各種法令を遵守するため、以下を十分理解したうえで、MCSを活用する。

- ・「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）

(災害時連絡手段としての活用)

第7条 災害時には、人の生命の保護を優先する観点から、MCSを災害時連絡手段として利用する為に、各事業所の管理台帳に記載していない端末の使用を認める。

(その他)

第8条 その他、この規程の実施に関し必要な事項がある場合は、別に定めることができる。

附則 第1条 この規程は2017年1月1日から施行する。

第2条 この規程は2023年10月12日から施行する。

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。

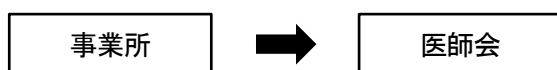
（退職後の連携情報保持の誓約）

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製したり、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。

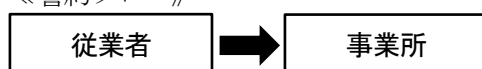
（退職後の連携情報保持の誓約）

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 ()

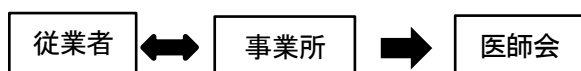
管理者氏名 _____ 印

利用者

No.	登録日	(ふりがな) 氏名	職種
	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		

