

各書類の説明

◇いちき串木野市医療・介護ネットワーク運用ポリシー

いちき串木野市では、在宅医療・介護連携推進の一環として医療職や介護職等が連携を密にするため、いちき串木野市医療・介護ネットワークを構築することとし、そのツールとしてエンブレース(株)が提供する MCS（メディカルケアステーション）を採用しています。

本運用ポリシーは、いちき串木野市医師会がいちき串木野市医療・介護ネットワークを利用する上でのセキュリティに関するポリシーをまとめられたものを、事業主体である市が利用するものです。

「いちき串木野市医療・介護ネットワーク(MCS)」利用上の注意事項を含みます。

◇メディカルケアステーション（MCS）利用申込書（様式 1）

必要事項をご記入のうえ、いちき串木野市在宅医療・介護連携推進室にご提出ください。メールアドレス記入欄につきましては、現在ご使用中のメールアドレスでの登録も可能です。必ずメールアドレスの記入をお願いいたします。

施設→いちき串木野市在宅医療・介護連携推進室
(いちき串木野市役所 長寿介護課内)

◇いちき串木野市医療・介護ネットワーク利用に係る連携守秘誓約書（様式 2）

いちき串木野市医療・介護ネットワークを利用する事業所が、いちき串木野市在宅医療・介護連携推進室宛に提出する守秘誓約書です。事業管理者が、記名、捺印後、いちき串木野市在宅医療・介護連携推進室へ提出します。

施設→いちき串木野市在宅医療・介護連携推進室

◇業務情報保持に関する誓約書（様式 3）

いちき串木野市医療・介護ネットワークを利用する事業管理者が、所属する従業員と取り交わす誓約書です。

施設職員→施設管理者

◇在宅医療における個人情報使用同意書（様式 4）

いちき串木野市医療・介護ネットワークを利用する事業所が、患者さんや家族と取り交わす患者同意書です。

患者さん→施設

メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

いちき串木野市長 様

本事業所において、メディカルケアステーションを利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

令和 年 月 日

事業所名： _____

事業所住所： 〒 _____

事業所電話番号： _____

管理者氏名： _____ 印

記

利用者名簿

職 種	氏 名	性別	メールアドレス（必須）

※ 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。

メディカルケアステーション（MC S）利用に係る連携守秘誓約書

いちき串木野市長 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、「いちき串木野市医療・介護ネットワーク運用ポリシー」（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 _____ 印 _____

業務情報保持に関する誓約書

事業所名 _____

管理者 _____ 殿

(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 _____ 印 _____

在宅医療における個人情報使用同意書

～いちき串木野市医療・介護ネットワーク～

患者の円滑な在宅での療養（医療）を実現するためには、患者をとりまく家族、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。そのため適切な連携を行うにあたって下記の事項をご了承いただきますようお願い申し上げます。

記

- 1) 在宅医療は、医師による継続的な診療が必要であるにもかかわらず、外来受診が困難であるときに行うことができます。
- 2) 在宅医療は、医療環境が整った病院等で検査及び治療等を集中的に受けることよりも、家族のサポートのもとで住み慣れた自宅で安心して療養を継続することを重視して行われるものです。そのため、患者が在宅での療養（医療）を希望されているのはもちろんのこと、患者をとりまく家族においても意思の統一が図られている必要があります。
- 3) 在宅医療は、病院診療に比べて十分ではない事項（例えば以下の事項）があります。
 - ① 訪問（往診）に時間を要すること
 - ② 検査内容及び診療内容が限られており、かつ検査結果が出るまでに時間を要すること
 - ③ 衛生面や医療設備等について万全ではない部分があること
- 4) 在宅医療の開始にあたっては、これまでの担当医からの同意を得ており、診療情報提供書（紹介状）を入手する必要があります。なお、診療情報提供書とは今までの診療経緯や薬の情報（使用禁忌の薬も含む。）等、患者の重要な情報が記載されているものです。
- 5) 在宅医療の継続にあたっては、患者及び家族と在宅主治医との間に確かな信頼関係を築くことが必要となります。
- 6) 容態の変化や療養環境の変化を把握するため原則として月一回以上の定期的な訪問診療を受ける必要があります。
- 7) 円滑な自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養（医療）をサポートする他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者その他の関係者と連携を図る目的で、医療従事者や介護従事者その他の関係者が適切と認める通信手段を用いて診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。
- 8) 在宅医療期間中に患者から取得する個人情報の利用目的は、裏面に記載のとおりです。

以上

（西暦） 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>

氏 名	(印)
住 所	

<家族>

氏 名	(印)
住 所	

患者の個人情報の利用目的

1 当施設での利用

- (1) 患者に提供する医療サービス
- (2) 医療保険事務
- (3) 入退院等の病棟管理（もし必要があれば）
- (4) 会計・経理
- (5) 医療事故等の報告
- (6) 患者への医療サービスの向上
- (7) 当施設での医療実習への協力
- (8) 医療の質の向上を目的とした当施設での症例研究
- (9) その他患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) その他患者への医療提供に関する利用
- (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

以上