

御記入のうえ、原本を御提出ください。

## メディカルケアステーション（MCS）利用申込書（記載例）

東海村長殿

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 5 年 9 月 1 日

事業所名： 東海村 福祉部 総合相談支援課

事業所住所： 東海村村松2005番地

事業所電話番号： 029-287-2525

管理者氏名： 村松 太郎

村松

記

MCSに登録する職員を記入してください。  
登録1人につき1メールアドレスが必要になります。

利用者名簿

職種	氏名	性別	メールアドレス
サービス事業 管理者	村松 太郎	男	t-muramatsu@vill.tokai.ibaraki.jp
計画相談員	白方 花子	女	h-shirakata@vill.tokai.ibaraki.jp
児童支援員(兼 請求事務)	豊岡 次郎	男	j-toyooka@vill.tokai.ibaraki.jp
児童支援員	照沼 咲美	女	j-toyooka@vill.tokai.ibaraki.jp

サービス事業管理者、計画相談員、国保連請求事務担当者については、「職種」欄にその旨を明記してください。

※ 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。

上記記載の利用者は全員、MCS の利用規約に同意していることを前提とします。

### 【提出先】

東海村 福祉部 総合相談支援課 障がい福祉担当  
〒319-1112  
茨城県那珂郡東海村村松 2005  
TEL 029-287-2525 AX 029-282-3538  
E-mail soudanshien@vill.tokai.ibaraki.jp

御記入のうえ、原本を御提出ください。

## 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

東海村長 殿

### 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、「東海村在宅医療介護ネットワークメディカルケアステーション運用ポリシー」（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 利用者、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みます。）
- ② その他連携業務内で知り得た情報（利用者、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、利用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 5 年 9 月 1 日

事業所名 東海村 福祉部 総合相談支援課

事業所所在地 東海村村松2005番地

管理者氏名 村松 太郎

村  
松

御記入のうえ、**写し**を御提出ください。

## 業務情報保持に関する誓約書

事業所  
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 利用者、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みます。）
- ② その他貴事業所内で知り得た情報（利用者、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、利用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 5 年 9 月 1 日

住所 東海村村松2005番地

氏名 白方 花子

白方

今回は提出不要です。

(MCS 内で対象者個人ごとのグループを作成する際に、御提出をお願いします。)

<別紙様式 4 >

## 在宅医療介護連携システム利用における個人情報使用同意書(甲・乙)

### 1. 使用の目的

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）をサポートする医療関係者（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）や福祉関係者（ケアマネージャー、デイサービス、訪問ヘルパー等）が、在宅で療養を受ける方の病状の変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、その質の向上と充実を図ることを目的とします。

### 2. 通信手段を用いた情報共有

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、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャーや介護関係者が連携を図る目的で、適切と認める通信手段（電話・ファクシミリ・メディカルケアステーション（MCS）\*を含む）を用い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。

\*メディカルケアステーション（MCS）は、医療介護専用のインターネットを用いたコミュニケーションシステムで、以下のような特長があり、必要に応じて利用する場合があります。

- ・ 医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用開発されたシステムです。
- ・ 医療介護ならではのセキュリティ、アクセス制御、管理体系が整った完全非公開型のシステムです。
- ・ 災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

### 3. 使用にあたっての条件

個人情報の共有は、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決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

在宅医療介護連携システムで管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

### 4. 利用者が有する権利

利用者及びその家族は、当施設の保有する個人データについて以下の権利を有しております。

- ① 当該データの利用目的の通知を求める権利
- ② 当該データの開示を求める権利及び第三者提供の停止を求める権利
- ③ 当該データに誤りがある場合にその内容の訂正、追加又は削除を求める権利
- ④ 当該データの利用の停止又は消去を求める権利

令和 6 年 12 月 1 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。

<利用者または代理人>

グループ作成の対象となる方から署名をもらってください。

氏名 東海 一郎

住所 東海村東海三丁目7番1号

<説明者>

事業所名 東海村 福祉部 総合相談支援課

氏名 白方 花子

本業についての説明者を記入してください。