

★メディカルケアステーション(MCS)登録マニュアル

各用紙の説明

1.本紙(メディカルケアステーション(MCS)登録マニュアル)

→ 利用登録までの手順となります。

2.メディカルケアステーション(MCS)運用ポリシー

→ MCS利用に関する注意点等が定められております。確認をお願いします。

3.利用登録申込書(様式1)

→ **記入方法は図1を参照** 記入後は津久見中央病院 医事課 矢野宛までFAXをお願いします。

4.利用に係る連携守秘契約書(様式2)

→ **記入方法は図2を参照** 記入後は津久見中央病院 医事課 矢野宛までFAXをお願いします。

5.業務情報保持に関する誓約書(様式3)

→ 詳細は本登録の説明の際直接ご説明させていただきます。

6.【患者】個人情報使用同意書(様式4)

→ 詳細は本登録の説明の際直接ご説明させていただきます。

図1

メディカルケアステーション(MCS)利用登録申込書

津久見市在宅医療・介護連携推進事業推進会議
津久見市役所長寿支援課
津久見市医師会(事務局) 御中

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

年 月 日

事業所名: _____

管理者氏名: _____ (※MCS管理者として登録)

新規登録者(スタッフ)名簿

氏名	職種	メールアドレス

※一つのメールアドレスで複数のスタッフの共有はセキュリティ上認められません。
※別紙様式2 (MCS利用に係る連携守秘契約書)と一緒に提出してください。

【提出先】
津久見市医師会立津久見中央病院
津久見市在宅医療・介護連携推進事業事務局
TEL: 0972-82-1123 FAX: 0972-82-8411

①申し込みの日付
②事業署名
③事業所の管理者
を記載してください。

①氏名
②職種
③メールアドレス
を記載してください。
上に記入した管理者もMCSを使用する場合はこちらも記入をお願いします。

利用登録申込書(様式1)

MCS使用登録が事務局で必要となります。記入していただいたメールアドレス宛に、登録手続きのメールをお送りさせていただきます。

★メディカルケアステーション(MCS)登録マニュアル

図2

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

津久見市在宅医療・介護連携推進事業推進会議
津久見市役所長寿支援課
津久見市医師会（事務局） 御中

第1条 G(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、「津久見市在宅医療・介護連携推進事業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）、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みます）。
- ② その他連携業務内で知り得た情報（患者（利用者）、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 G(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 (利用目的以外での使用禁止)

私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、患者（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 G(退任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、損害を賠償します。

年 月 日

事業所名:

事業所所在地:

管理者氏名:

連携守秘契約書(様式2)

連携守秘契約書は事業所で1枚提出が必要となります。管理者の方に代表で記入後提出をお願いします。

- ① 申し込みの日付
- ② 事業署名
- ③ 事業所所在地
- ④ 管理者氏名

を記載してください。

～ ご記入後の流れ ～

- 1.利用登録申込書(様式1)
- 2.連携守秘契約書(様式2)

上記2枚の用紙記入後、添付してある送付書と共にFAXをお願いします。

FAX受診後、事務局にて登録手続きをおこないます。
お手続き完了後、本登録のご案内を記入していただいたメールアドレスにお送りします。
本登録以降のお手続きは、直接担当者がお伺いして説明させていただきます。
訪問日の調整を管理者の方にお電話させていただきますのでご協力お願い致します。

何か不明な点ございましたら下記お問い合わせ先にご連絡いただきますようお願い申し上げます。

津久見市医師会立津久見中央病院
津久見市在宅医療・介護連携推進事業事務局 担当 矢野・中村
TEL:0972-82-1123
FAX:0972-82-8411

FAX 送信票

津久見市医師会立津久見中央病院
津久見市在宅医療・介護連携推進事業事務局
FAX : 0972-82-8411
担当 矢野 御中

送信日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
送信枚数 : _____ 枚 (当紙含む)

件名 : メディカルケアステーション (MCS) 利用登録申請書について

添付書類

- メディカルケアステーション (MCS) 利用登録申込書
- メディカルケアステーション (MCS) 利用に係る連携守秘契約書

備考

発信元 : _____