

おおさき地区医介連ネットワークシステム
MCS運用ルール

一般社団法人 大崎市医師会
おおさき地区医介連ネットワーク運営委員会

令和 8年 4月 1日改正版

はじめに

(1) 目的

この運用ルールは「おおさき地区医介連ネットワークシステムMCS運用ポリシー」に定めるもののほか、利用上のルール及び事務手続を定め、システムの適正な利用に資することを目的とする。

*この運用ルールは、おおさき地区医介連ネットワークMCS運用ポリシー（平成30年4月1日施行）第6条の規定に基づくものである。

(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等を示す。

- 1 利用申込及び退会に関すること
- 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「おおさき地区医介連ネットワーク運営委員会」で見直すものとする。

1 利用申込及び退会に関すること

(1) 利用申込

① 手続きの方法

新たに「おおさき地区医介連ネットワークシステム」を利用する者は、事務局である「大崎市在宅医療・介護連携支援センター」に連絡の上、運用ポリシー並びに運用ルールの説明を受け、その内容に同意した上で「おおさき地区医介連ネットワークシステム利用申込書および誓約同意書（別紙様式1）」を提出すること。

② 標準処理期間

利用の可否は利用申込書受理後、概ね2週間以内に決定する。ただし、年末年始やゴールデンウィーク等の連休、その他特別な事情がある場合にはこの限りではない。

③ 利用の可否の通知

事務局は利用の可否を決定した場合、速やかに申込者に対して「おおさき地区医介連ネットワークシステム利用承認（不承認）連絡書（別紙様式2）」を送付する。利用が承認された場合には併せてID及びパスワードを交付する。

(2) 退会

利用者は運用ポリシーに規定する利用者としての資格を喪失した場合には、速やかに退会の意向を事務局に伝え「おおさき地区医介連ネットワークシステム退会届（別紙様式3）」を提出すること。

(3) 事務局の連絡先

名称	大崎市在宅医療・介護連携支援センター
住所	〒989-6136 大崎市古川穂波6丁目30-35
電話番号	0229-25-5376（会議等で不在の場合には、留守番電話となります。）
FAX番号	0229-25-5378
Eメール	shien17@vesta.ocn.ne.jp
開設日	月曜日～金曜日（年末年始及び祝祭日を除く。） 午前9時～午後5時

2 全利用者に共通すること

(1) ID・パスワードの管理

以下の事項により、常に適正な管理を行うものとする。

- ① ID・パスワードは、メモに残したりせず、細心の注意を払って各利用者が責任を持って管理すること。自分で忘れてしまわぬよう、やむを得ずメモを作成する場合は、それが他人に見られることのないよう、肌身離さず持ち歩くなど、厳重に保管をするよう心がけること。
- ② 個人のIDは共有しないこと。異動、退職等の場合においては管理者においてスタッフ解除や退会の確認を行う等、必要な措置を講じること。
- ③ パスワードは他人に推測されにくく、ツールなどの機械的な処理で割り出しにくいものとする。

ア 安全なパスワードの作成条件としては、下記(ア)から(オ)を心がける。

- (ア) 名前などの個人情報からは推測できないこと
- (イ) 英単語などをそのまま使用していないこと
- (ウ) アルファベットと数字が混在していること
- (エ) 適切な長さの文字列であること
- (オ) 類推しやすい並び方やその安易な組合せにしないこと

イ パスワードを複数のサービスで使い回さない(定期的な変更は不要)。

- ④ 利用が終わったら必ずログアウトすること。
- ⑤ パソコンでシステムを利用している場合には、離席時にも必ずログアウトすること。
- ⑥ 利用する全ての端末には必ずパスワードロックをかけること。

* これまでは、パスワードの定期的な変更が推奨されていましたが、2017年に、米国国立標準技術研究所(NIST)からガイドラインとして、サービスを提供する側がパスワードの定期的な変更を要求すべきではない旨が示されたところ(※1)。また、日本においても、内閣サイバーセキュリティセンター(NISC)から、パスワードを定期変更する必要はなく、流出時に速やかに変更する旨が示されています(※2)。

(※1) NIST SP800-63B(電子的認証に関するガイドライン)

(※2) <https://www.nisc.go.jp/security-site/handbook/index.html>

(2) システムを使用する機器のセキュリティ対策

以下の事項により、常に適正な管理を行うこと。

- ① 起動時にパスワードを設定すること。設定に当たっては推定されやすいパスワードを避けること。
- ② 情報機器には、ファイル交換ソフト(Winny等)や定められている以外のアプリケーションをインストールしないこと。
- ③ 適切なウイルス対策ソフトをインストールしておくこと。
- ④ ブラウザはIDやパスワードを記憶する設定にしておかないこと。
- ⑤ 個人の利用者にあつては緊急回線停止サービス、事業所の利用者にあつてはリモートワイプサービスや端末管理・利用者管理サービス(MDM)を必要に応じて検討すること。

なお、①～⑤の適正なセキュリティ管理を怠った場合における損害に関して、大崎市医師会は一切の責任を負わないものとする。

* 緊急回線停止サービス…スマートフォンなどの紛失・盗難の際、電話回線を一時的に止めることができるサービス

* リモートワイプサービス…スマートフォンなどの紛失・盗難の際、データ消去と回線停止ができるサービス

* 端末管理・利用者管理サービス…端末及びユーザーの管理、紛失時の遠隔ロックや初期化ができるサービス

(3) 利用上の注意事項

利用者は以下の事項を遵守すること。

- ① 情報の書き込みに関して入力情報が正しい事を確認した上で掲載すること。
- ② 与えられたアクセス権限を越えた操作を行わないこと。

- ③ 使用する機器が紛失もしくは盗難等にあった場合、不正アクセス並びにシステムの異常を発見した場合には速やかに所属事業所の管理者に連絡するとともに、速やかに事務局に報告すること。

(4) グループの作成

利用者は職種の制限なく、連携に向けてコミュニケーションを目的としたグループ（以下「自由グループ」という。）を作成することが出来る。

(5) 掲載内容

利用者は自由グループ内外で情報交換・交流を目的とした内容（活動内容、研修やイベントのお知らせなど）を掲載できるが、この自由グループ利用において患者の個人情報を扱うことは厳禁とする。長文の投稿は避け簡潔で分かりやすい文面での投稿を心がける。また、専門用語の多用も避けること。

(6) 利用時間

利用者は、自由グループへの投稿はできるだけ日中とし、原則下記の時間内の使用を心がけること。なお、自由グループ以外の投稿についてはこの限りではない。

*利用時間 午前8時30分～午後5時30分

(7) 使用方法

利用者は、株式会社コラボスクエア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。

3 患者情報を共有する場合のルール

(1) 患者グループ管理者および連携責任者

患者の情報共有を行う場合の連携責任者は原則主治医とする。ただし、主治医が利用者となっていない場合はこの限りではない。患者情報を行うグループ（以下「患者グループ」という。）を作成した者は「患者グループ管理者」となる。患者グループ管理者は連携責任者または主治医の指示を受けた利用者とする。

(2) 患者の同意

連携責任者または患者グループ管理者はシステムで情報共有を行う前に患者もしくは患者が認める意思決定代理者に取り扱う情報並びに共有するメンバーについて説明し、「おおさき地区医介連ネットワークシステムを使用する際の個人情報使用同意書（別紙様式4）」またはこれに準ずる同意書を取り交わし、患者と連携責任者の双方でこれを保管すること。

(3) 連携責任者の業務

連携責任者は以下の業務を行う。

- ① 個人情報使用同意書の取り交わし及び保管
- ② その他患者に係る各種調整等

(4) 患者グループ管理者の業務

患者グループ管理者は以下の業務を行うこととする。

- ① 個人情報使用同意書の取り交わし及び保管
- ② 患者グループの作成および削除等の管理
- ③ 患者にかかわる在宅医療・介護連携に必要な事業所へのグループへの参加招待及び参加者削除等の管理

(5) 連携する利用者の責務

患者情報について連携している利用者は患者情報が正しく取り扱われるよう以下の事項により常に適正な管理を行うこと。

- ① 利用者は運用ポリシー及び運用ルールを熟読し、各種法令並びにガイドライン等を遵守すること。
- ② 患者情報を許可なく複製したり、外部に持ち出したりすることがないように徹底すること。また、患者情報に関わる写真やデータなどは業務上不要となった時点で速やかに消去すること。
- ③ 個人所有の端末を業務で使用する場合には紛失や盗難時の情報漏洩リスクを常に考慮し、パスワードロックなどの対策を徹底すること。
- ④ ID及びパスワードの管理を徹底すること。
- ⑤ アクセスできる端末を決定しその環境を維持すること。
- ⑥ 担当しなくなった患者について「アーカイブ機能」を使って速やかにアーカイブすること。
- ⑦ 利用者が上記①～⑥の規定に違反した場合は、利用者の所属する事業所の規定に基づき損害賠償の責を負うものとする。

(6) 患者グループ作成の単位

患者グループ管理者は患者単位でグループを作成すること。情報の混乱・混同等を防ぐため、1つのグループ内に複数の患者情報が混在するような運用はしないこと。

(7) 患者グループの利用ルール

患者グループを利用する際は、下記に留意すること。

- ① 患者グループは一人一人の患者に関して下記（ア）・（イ）に配慮し利用すること。また掲載する内容は地域包括ケアを行う上で必要な患者個人情報を含む多職種間のコミュニケーションが必要な内容とすること。
 - （ア） 患者・家族の体や家族などを撮影する場合はその都度、同意を得ること。
 - （イ） 他の事業所から提供された情報提供書などの文書は、提供元事業所に確認し了解を得た必要な部分のみを掲載すること。その文書の提供元事業所がMCSへの文書の掲載を許可しない方針である場合はそれに従うこと。
- ② 患者グループは必要な患者に対してのみ作成すること。
- ③ 患者グループには当該患者の地域包括ケアに関係しており、信頼関係の確立している利用者のみを参加させる。
- ④ 患者が死亡した場合は患者グループ管理者が適切な時期に保管リストへ移動すること。
- ⑤ 患者・家族から患者グループの使用の中止の希望があった場合は患者グループ管理者は運営会社に削除を依頼すること。
- ⑥ 患者グループの具体的な使い方に関しては、連携責任者を中心に参加者の間で事前に取り決めをしておくこと。

(8) 他の連絡手段との使い分け

利用者はシステムがコミュニケーションツールであることを十分理解し状況に応じて、電話やファクシミリ・面談などの他の連絡手段との使い分けや併用を行うものとし、特に緊急の場合にはシステムに拘わらず、より適切な手段を選択すること。

そ の 他

(1) 施行期日

この運用ルールは、平成30年9月6日から施行する。

令和3年 3月 1日 一部改正

令和4年 8月 17日 一部改正

令和8年 4月 1日 一部改正

(2) 経過措置

この運用ルールの施行の際、現にシステムを利用している者の利用申込並びに患者情報の共有における個人情報使用同意書の取り交わしについては、この運用ルールの規定に基づき行われたものとみなす。



おおさき地区医介連ネットワークシステム利用申込書および誓約同意書

大崎市医師会
会長 佐藤 寛 殿

本事業所において「おおさき地区医介連ネットワークシステムの運用ポリシー及び運用ルール」を遵守し、MCSを利用する事業所及び利用者としての責任を理解の上、利用申し込み及び誓約いたします。

申し込み及び誓約日 令和 年 月 日

事業所名： _____
 郵便番号：〒 _____ 住 所： _____
 電話番号： _____
 申請代表者 氏名： _____ 印

記

- 1 施設の種類の種類 (別表1より選び記入すること) ()
- 2 申込者情報 (職種は別表2より選び記入すること) 用紙が不足の場合複数枚で申請する。

NO	登録日	(ふりがな) 氏 名	職種	MCS ID (登録メールアドレス)	管理者 (該当者に○)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※利用者の登録に関しては、本紙をもっておおさき地区医介連ネットワーク運営委員会が把握できるものとし、事業所管理者の変更や従業者の把握が困難になった場合は、本届け出を再提出するものとする。

【提出先】 〒989-6136
 大崎市古川穂波6丁目30-35
 大崎市在宅医療・介護連携支援センター
 Tel 0229-25-5376
 Fax 0229-25-5378
 E-mail shien17@vesta.ocn.ne.jp

<別表1>

施設の種類

番号	施設名	番号	施設名
1	病院	8	介護老人福祉施設
2	医科診療所	9	介護老人保健施設
3	歯科診療所	10	グループホーム
4	訪問看護ステーション	11	有料老人ホーム
5	調剤薬局	12	その他の介護保険施設
6	地域包括支援センター	13	介護保険サービス事業所
7	居宅介護支援事業所	14	行政

<別表2>

職種

番号	職種	番号	職種
1	医師	26	臨床工学士
2	歯科医師	27	はり師
3	歯科衛生士	28	きゅう師
4	薬剤師	29	あん摩マッサージ指圧師
5	看護師	30	柔道整復師
6	准看護師	31	助産師
7	介護支援専門員	32	救急救命士
8	管理栄養士	33	看護助手
9	栄養士	34	施設職員
10	理学療法士	35	歯科助手
11	作業療法士	36	歯科技工士
12	言語聴覚士	37	衛生管理者
13	視能訓練士	38	心理カウンセラー
14	社会福祉士	39	産業カウンセラー
15	精神保健福祉士	40	診療情報管理士
16	介護福祉士	41	医療事務
17	訪問介護員・ヘルパー	42	医師会職員
18	義肢装具士	43	地方自治体職員
19	保健師	44	主任介護支援専門員
20	医療ソーシャルワーカー	45	音楽療法士
21	医療コーディネーター	46	福祉用具専門相談員
22	相談支援専門員	47	生活相談員
23	臨床心理士	48	社会福祉主事
24	診療放射線技師	49	医師事務作業補助
25	臨床検査技師	50	その他

(事務局) 大崎市在宅医療・
介護連携支援センター

事業所保管

<別紙様式2>

おおさき地区医介連ネットワークシステム利用承認（不承認）連絡書

令和 年 月 日

(事業所名)

(申請代表者名)

様

大崎市医師会 会長 佐藤 寛

令和 年 月 日付で申し込みのありました「おおさき地区医介連ネットワークシステム」の利用について、本システムの運用ポリシーの規定に基づき承認（不承認）しましたので連絡します。

本システムは、下記のパスワードを用いてログインし、運用を開始できます。

本システムの運用ポリシー及び運用ルールを遵守し、ご利用下さい。

氏名	性別	MCS ID (登録メールアドレス)	パスワード	管理者 (該当者に○)

※本紙に記載されているパスワードについては、本システムの運用ルール「2全利用者に共通すること」
(1) ID・パスワードの管理に基づき、MCS個人設定から各自パスワードを変更し、適切に管理使用するものとする。

不承認理由

【問合せ先】 〒989-6136

大崎市古川穂波6丁目30-35

大崎市在宅医療・介護連携支援センター

Tel 0229-25-5376

Fax 0229-25-5378

E-mail shien17@vesta.ocn.ne.jp

事業所

(事務局) 大崎市在宅医療・
介護連携支援センター保管

<別紙様式3>

おおさき地区医介連ネットワークシステム退会届

令和 年 月 日

大崎市医師会
会長 佐藤 寛 様

(届出者)

事業所名 _____

氏 名 _____

連絡先電話番号 _____

おおさき地区医介連ネットワークシステムについて、令和 年 月 日付で、下記の通り退会します。

記

【退会理由】

--

【退会する利用者情報】

氏 名	性別	MCS ID (登録メールアドレス)	管理者 (該当者に○)

※本届出日よりおおさき地区医介連ネットワークシステムの利用は中止してください。事務局が本届け出を受理後にメディカルケアステーションに事業所の利用停止について依頼する。

グループ管理者に該当する方が退会する場合は、他メンバーに管理者を交代したのちに、利用停止の処理が可能になります。

【提出先】 〒989-6136

大崎市古川穂波6丁目30-35

大崎市在宅医療・介護連携支援センター

Tel 0229-25-5376

Fax 0229-25-5378

E-mail shien17@vesta.ocn.ne.jp

(患者様あるいは患者御家族用)

おおさき地区医介連ネットワークシステムを使用する際の個人情報使用同意書

(個人情報使用の目的)

1 在宅療養中の患者さんを支えるためには、医療・介護・福祉に関わる施設及び職種（病院・診療所・歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、デイサービス、ヘルパー等）間で患者さんに関する医療介護情報を緊密に情報交換する必要があります。そのため、患者さんにかかわる医療介護福祉関係者は、ICTを活用した連絡手段である「おおさき地区医介連ネットワークシステム」を用いて患者さんの個人情報を交換し、患者さんに必要な医療・介護ケアが一体的に提供されることを目的としています。

(使用するSNS)

2 多施設・多職種の間で患者さんの情報をやりとりするための連絡手段として、医療介護に特化したセキュリティ・アクセス制御、管理体制が整った完全非公開型・医療介護専用SNSであるメディカルケアステーション（株式会社コラボスクエア提供）を使用します。スマートフォン・タブレット・パソコンなどを使用して安全に連携できる医療介護専用開発され情報漏洩に対する安全性が高く、災害時等でも医療介護従事者間での連携がとりやすいように配慮されたシステムです。

(使用するにあたっての条件)

3 患者さんの個人情報のやりとりは、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、関係者以外には情報が決して漏れることのないよう、細心の注意を払います。おおさき地区医介連ネットワークシステムで扱う個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。尚、患者さんやその家族に利用料金が発生することはありません。

(連携される情報について)

- 4 連携される情報については、以下のとおりです。
- ・患者さんの氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名
 - ・治療や検査の内容（薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果）
 - ・日々の患者さんの状態（褥瘡などの体の写真やビデオを含む）
 - ・関係する医療・介護・福祉施設の情報
 - ・その他、医療・介護・福祉に付随する情報

(患者さんが有する権利)

- 5 患者さんはおおさき地区医介連ネットワークシステムにおいて使用する、あるいは使用された情報の扱いについて以下の権利があります。
- ・交換された情報の修正あるいは消去を求めること
 - ・ある特定の情報のやりとりを拒否すること
 - ・患者さんに関するおおさき地区医介連ネットワークシステムの利用の停止を求めること

令和 年 月 日

私は、おおさき地区医介連ネットワークシステムを使用する際の個人情報使用同意書について説明を受け、その内容に同意いたします。

<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上、私が代筆しました。

<署名代筆者>

氏名		続柄
住所		

[注：在宅をサポートする家族1名以上を記載することを想定しています。]

※医療機関は本同意書の原本を保有し、患者さんあるいは患者家族は本同意書の複写を保有すること。

(同意書説明者 (本同意書保管先))

事業所名 _____

氏名 _____

(お問い合わせ先)

大崎市医師会「大崎市在宅医療・介護連携支援センター」

〒989-6136 大崎市古川穂波6丁目30-35

TEL:0229-25-5376 FAX:0229-25-5378

患者様

事業所保管

<別紙様式4>

(医療・介護関係者用)

おおさき地区医介連ネットワークシステムを使用する際の個人情報使用同意書

(個人情報使用の目的)

1 在宅療養中の患者さんを支えるためには、医療・介護・福祉に関わる施設及び職種（病院・診療所・歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、デイサービス、ヘルパー等）間で患者さんに関する医療介護情報を緊密に情報交換する必要があります。そのため、患者さんにかかわる医療介護福祉関係者は、ICTを活用した連絡手段である「おおさき地区医介連ネットワークシステム」を用いて患者さんの個人情報を交換し、患者さんに必要な医療・介護ケアが一体的に提供されることを目的としています。

(使用するSNS)

2 多施設・多職種の間で患者さんの情報をやりとりするための連絡手段として、医療介護に特化したセキュリティ・アクセス制御、管理体制が整った完全非公開型・医療介護専用SNSであるメディカルケアステーション（株式会社コラボスクエア提供）を使用します。スマートフォン・タブレット・パソコンなどを使用して安全に連携できる医療介護専用開発され情報漏洩に対する安全性が高く、災害時等でも医療介護従事者間での連携がとりやすいように配慮されたシステムです。

(使用するにあたっての条件)

3 患者さんの個人情報のやりとりは、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、関係者以外には情報が決して漏れることのないよう、細心の注意を払います。おおさき地区医介連ネットワークシステムで扱う個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。尚、患者さんやその家族に利用料金が発生することはありません。

(連携される情報について)

- 4 連携される情報については、以下のとおりです。
- ・患者さんの氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名
 - ・治療や検査の内容（薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果）
 - ・日々の患者さんの状態（褥瘡などの体の写真やビデオを含む）
 - ・関係する医療・介護・福祉施設の情報
 - ・その他、医療・介護・福祉に付随する情報

(患者さんが有する権利)

- 5 患者さんはおおさき地区医介連ネットワークシステムにおいて使用する、あるいは使用された情報の扱いについて以下の権利があります。
- ・交換された情報の修正あるいは消去を求めること
 - ・ある特定の情報のやりとりを拒否すること
 - ・患者さんに関するおおさき地区医介連ネットワークシステムの利用の停止を求めること

令和 年 月 日

私は、おおさき地区医介連ネットワークシステムを使用する際の個人情報使用同意書について説明を受け、その内容に同意いたします。

<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上、私が代筆しました。

<署名代筆者>

氏名		続柄
住所		

[注：在宅をサポートする家族1名以上を記載することを想定しています。]

※医療機関は、本同意書の原本を保有し、患者さんあるいは患者家族は、本同意書の複写を保有すること。

(同意書説明者 (本同意書保管先))

事業所名 _____ 氏名 _____

(お問い合わせ先)

大崎市医師会「大崎市在宅医療・介護連携支援センター」

〒989-6136 大崎市古川穂波6丁目30-35

TEL:0229-25-5376 FAX:0229-25-5378