

在宅医療・介護連携のための 情報共有システム利用手引書

桜川市高齢福祉課

令和4年7月

目 次

	はじめに	P 1
1	情報共有システム利用の登録	P 2
2	情報共有システム利用登録事項の変更	P 3
3	情報共有システム利用登録の削除	P 3
4	情報共有システム患者(利用者)部屋の作成	P 4
5	情報共有システム患者(利用者)部屋利用者の追加・削除	P 5
6	情報共有システム利用申請等に係る申請書類一覧	P 6
	申請様式	P 7

～ はじめに ～

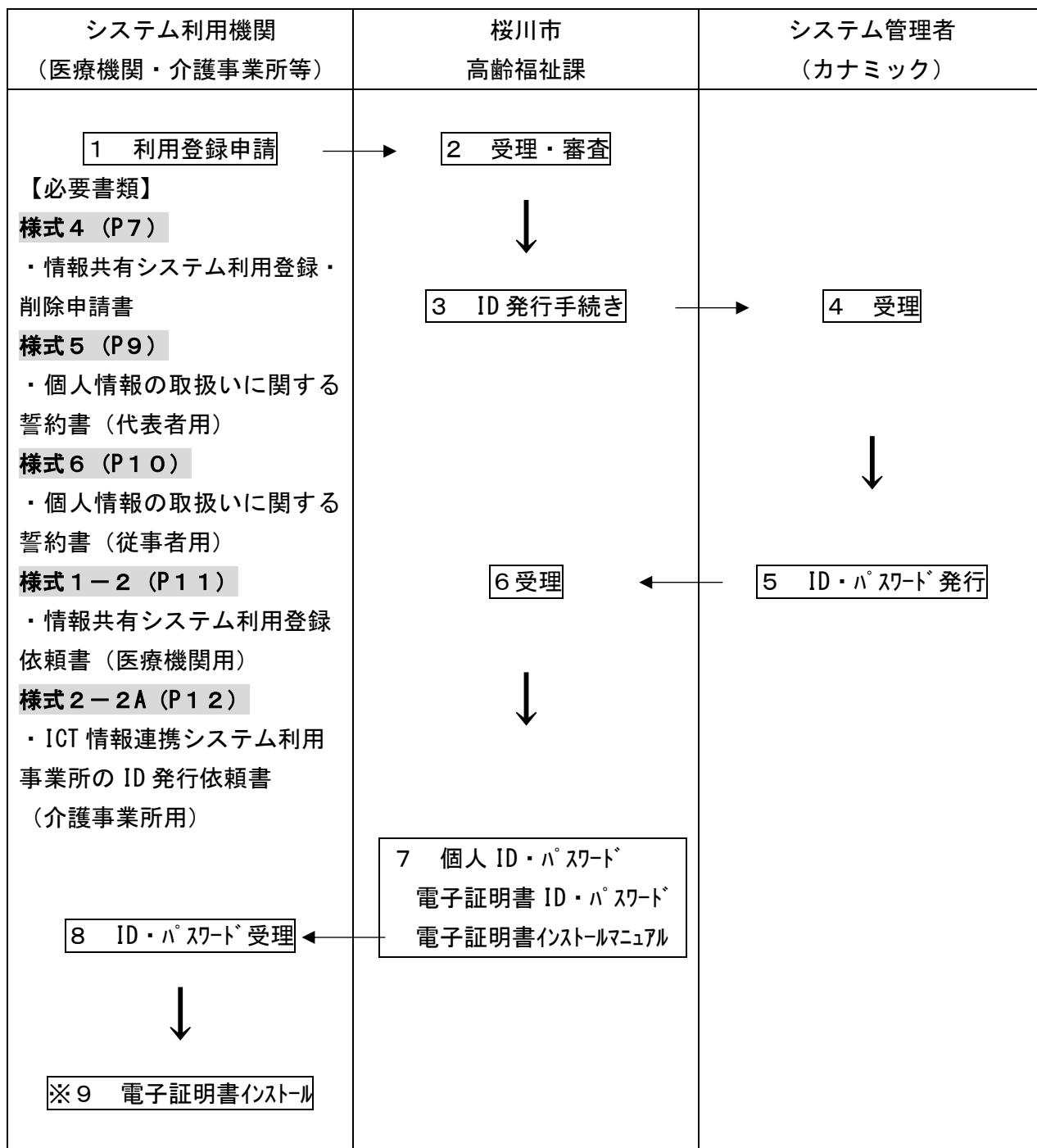
今後さらに、急激に進む高齢化に伴い、ひとり暮らしの高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれる中、医療や介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごしていけるように、医療従事者と介護従事者が互いに連携を図り、患者(利用者)や家族に寄り添った医療・介護を提供していくことが求められます。

そのため、桜川市では、医療・介護従事者が患者(利用者)の支援に必要な情報を素早く共有し、在宅での生活を支援して行く為に情報共有システムを導入することとしました。

本手引書は、この情報共有システムを適切に利用できるように必要な事項を定めたものです。

1 情報共有システム利用の登録

システム利用機関より、必要書類をご提出いただき、以下の手順で登録を行います。



※情報共有システムを利用するためには、システム利用機関で使用するパソコン等に電子証明書をインストールする必要があります。電子証明書インストールマニュアルに従って、インストールいただき、完了後に利用開始となります。

※パソコン等の入替及び故障により、パソコン等が変わる場合は、再度、電子証明書のインストールが必要となります。その際は、高齢福祉課までお問合せください。

2 情報共有システム利用登録事項の変更

システム利用機関の登録事項（名称、番号、所在地、管理者等）に変更が生じた場合、システム利用機関より、必要書類をご提出いただき、以下の手順で変更を行います。

システム利用機関 (医療機関・介護事業所等)	桜川市 高齢福祉課	システム管理者 (カナミック)
<p style="text-align: center;">1 変更申請</p> <p>【必要書類】</p> <p>様式 7 (P13)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有システム登録事項変更申請書 <p>様式 1-2 (P11)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有システム利用登録依頼書（医療機関用） <p>様式 2-2A (P12)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICT 情報連携システム利用事業所の ID 発行依頼書（介護事業所用） 	<p>2 受理</p> <p>↓</p> <p>3 変更手続き</p>	<p>4 受理・変更</p>

3 情報共有システム利用登録の削除

システム利用機関の職員が、退職・異動等に伴い、システムの利用が不要になった場合は、システム利用機関より、必要書類をご提出いただき、以下の手順で削除を行います。

システム利用機関 (医療機関・介護事業所等)	桜川市 高齢福祉課	システム管理者 (カナミック)
<p style="text-align: center;">1 削除申請</p> <p>【必要書類】</p> <p>様式 4 (P7)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有システム利用登録・削除申請書 <p>様式 3 (P14)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報連携システム ID 停止依頼書 	<p>2 受理</p> <p>↓</p> <p>3 利用停止・削除手続き</p>	<p>4 受理・削除</p>

4 情報共有システム患者(利用者)部屋の作成

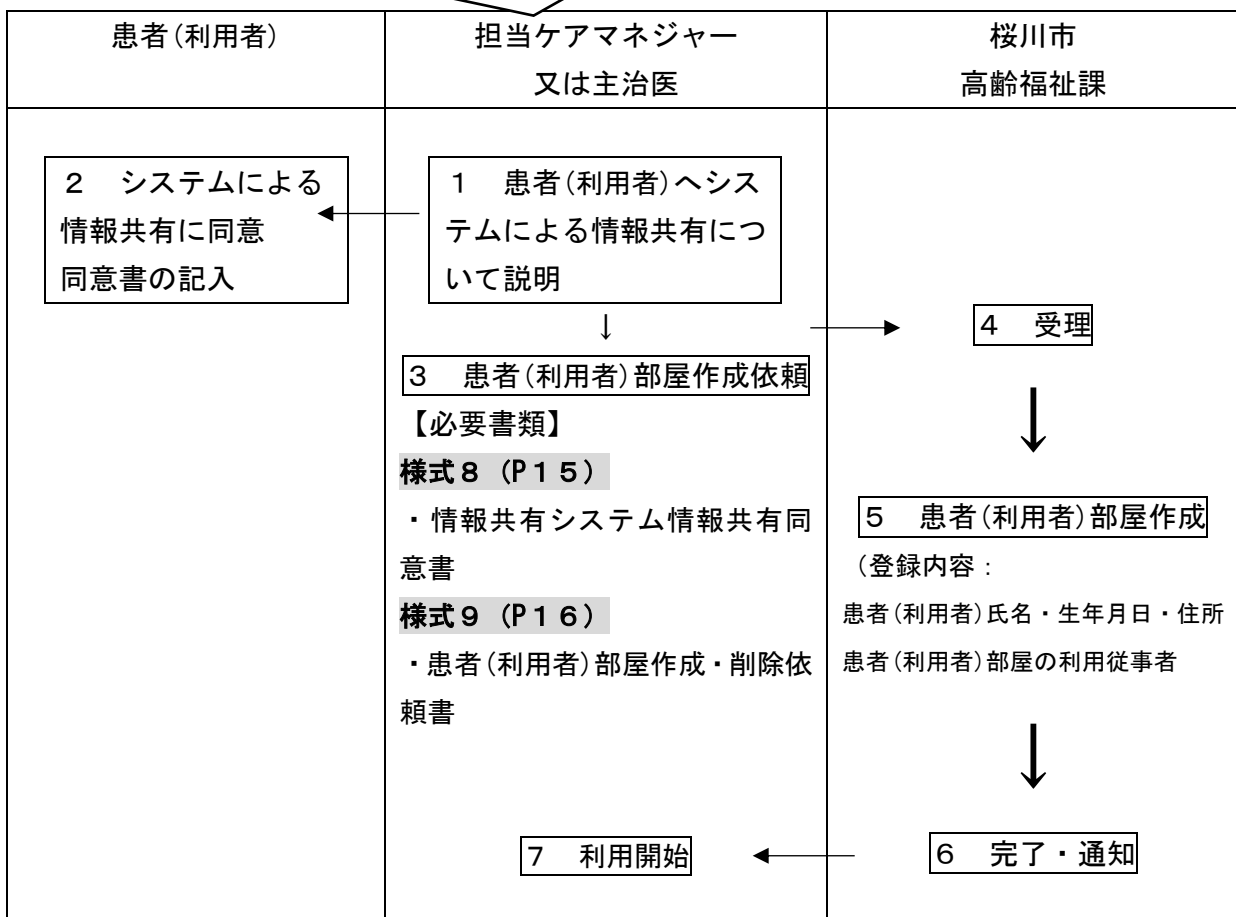
情報共有したい患者(利用者)がいる場合、事前に担当のケアマネジャー又は主治医が患者(利用者)に対し、システム利用の概要を説明し、システム上で情報共有することに同意を得た上で必要書類をご提出いただき、以下の手順で患者(利用者)部屋作成を行います。

※ 患者(利用者)の条件

以下のいずれかに該当するもの

- ① 桜川市の介護保険被保険者で事業対象者・要支援・要介護認定を受けている者
- ② 桜川市に居住実態があり、医療及び介護サービスを利用している者
- ③ その他、市が必要と認める者

- 1 既に患者部屋が在るかの確認は市高齢福祉課へお問合せ下さい。
- 3 原則、担当ケアマネジャーが依頼書を作成し、ケアマネジャーが関わっていない方のみ、主治医が依頼書を作成して下さい。



5 情報共有システム患者(利用者)部屋利用者の追加・削除

患者(利用者)部屋の利用者(医療・介護従事者)の追加・削除又は部屋削除を行う場合、担当のケアマネジャー又は主治医より、必要書類をご提出いただき、以下の手順で追加・削除を行います。

担当ケアマネジャー 又は主治医	桜川市 高齢福祉課	システム管理者 (カナミック)
<div data-bbox="172 548 566 739" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1 患者(利用者)部屋の利用者(医療・介護従事者)の追加・削除及び患者部屋削除依頼</p> </div> <p data-bbox="183 795 343 828">【必要書類】</p> <p data-bbox="167 840 383 873">様式8 (P15)</p> <p data-bbox="167 884 566 1064">※新規医療機関・介護事業所の部屋利用者(医療・介護従事者)を追加する場合、様式8と様式9を提出願います。</p> <p data-bbox="167 1075 383 1108">様式9 (P16)</p> <ul data-bbox="175 1120 566 1209" style="list-style-type: none"> ・患者(利用者)部屋作成・削除依頼書 	<div data-bbox="734 548 885 593" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>2 受理</p> </div> <div data-bbox="774 627 805 705" style="text-align: center;"> <p>↓</p> </div> <div data-bbox="598 739 989 840" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>3 患者(利用者)部屋の追加・削除</p> </div>	

6 情報共有システム利用申請等に係る申請書類一覧

申請様式		処理内容	システム登録【医療機関】	システム登録【介護事業所】	システム登録事項変更【医療機関】	システム登録事項変更【介護事業所】	システム利用削除	患者部屋作成	患者部屋追加・削除
1	情報共有システム利用登録・削除申請書（様式 4） P7		○	○			○		
2	個人情報の取扱いに関する誓約書（様式 5） P9		○	○					
3	個人情報の取扱いに関する誓約書（様式 6） P10		○	○					
4	カナミックネットワーク会員専用様式 情報共有システム利用登録依頼書（様式 1 - 2） P11		○		○				
5	カナミックネットワーク会員専用様式 ICT 情報連携システム利用事業所の ID 発行依頼書 （様式 2 - 2A） P12			○		○			
6	情報共有システム登録事項変更申請書（様式 7） P13				○	○			
7	カナミックネットワーク会員専用様式 情報連携システム ID 停止依頼書（様式 3） P14						○		
8	情報共有システム情報共有同意書（様式 8） P15							○	●
9	患者（利用者）部屋作成・削除依頼書（様式 9） P16							○	○

※申請に必要な書類を該当欄「○」で確認いただき、漏れがないよう提出願います。

※新規医療機関・介護事業所の部屋利用者（医療・介護従事者）を追加する場合、様式 8 と様式 9 を提出願います。

情報共有システム利用登録・削除申請書

年 月 日

桜川市長 様

情報共有システムの利用について、裏面の誓約事項を遵守することに同意し、次のとおり申請します。

申請者 (法人又は個人)		代表者名			
登 録 事 項	登録機関名称				
	※登録機関 種別	1. 病院 2. 診療所 3. 訪問看護ステーション 4. 薬局 5. 地域包括 6. 居宅介護支援 7. 訪問介護 8. 訪問入浴 9. 訪問リハビリ 10. 通所介護 11. 通所リハビリ 12. 短期入所 13. 福祉用具貸与・販売 14. 介護老人福祉施設 15. 介護老人保健施設 16. 特定施設 17. 認知症対応型共同生活介護 18. 小規模多機能居宅介護 19. その他 ()			
	医療機関 番号				
	介護事業所 番号				
	所在地	〒 茨城県			
	電話番号		FAX		
	E m a i l				
	管理者名		運用責任者名		
シ ス テ ム 利 用 者	※区 分	氏 名	職 種	※システム利用機器	※電子証明書
	登録・削除	(か) (な)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未
	登録・削除	(か) (な)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未
	登録・削除	(か) (な)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未
	登録・削除	(か) (な)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未
	登録・削除	(か) (な)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未
	登録・削除	(か) (な)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未

※機関種別、区分、システム利用機器、電子証明書の欄は該当する項目に○をしてください。

※電子証明書「未」と選択された方は、ID 交付と同時に電子証明書インストール用 ID を送付します。

＜情報共有システム利用に関する誓約事項＞

1. 事故等により障害が発生し問題が生じた場合は、速やかに桜川市長に報告するとともに復旧解決方を講じます。
2. 情報共有システムの利用に際して使用するID及びパスワードは、事業所内のシステム利用者の利用状況を適正に把握し、部外者に利用されることのないよう適切に管理します。
3. 使用する情報機器及びネットワークは、桜川市長が指定するセキュリティ要件を満たす環境のもとで利用します。
4. 情報共有システムの利用は、登録申請をしたシステム利用機器（端末）のみとします。その端末には電子証明書をインストールし、「電子証明書専用ログイン」を介しての利用とします。
5. 厚生労働省が定める「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ドライン」を遵守します。
6. 情報共有システムの利用を終えるときは、速やかに桜川市長に報告し、システム利用者登録削除の手続きをします。
7. 個人情報等については、あらかじめ承諾を得た関係者と情報を共有し、部外者に個人情報等が漏洩することのないよう適正に管理します。
8. 情報共有システムの利用に際して知り得た個人情報等については、利用が終了した後においても継続して部外者に漏洩することのないよう機密性を保持します。
9. 個人情報等については、目的外に利用は致しません。
10. 情報共有システムに登録する情報は正確な内容を入力することに努めます。
11. 情報共有システム利用に係る規定を遵守し、これに違反のある場合には、利用申請の却下及び利用停止等となることに承諾します。

様式5（システム利用機関 ⇒

原本
複写

 桜川市提出
システム利用機関保管）【システム利用登録時】

個人情報の取扱いに関する誓約書

桜川市長 様

私は、当機関における情報共有システムの利用において、知り得た患者（利用者）及びその家族に関する個人情報については、個人情報の適切な取扱い方針を遵守し、個人情報を適正に管理することを誓約します。

年 月 日

誓約者 機関名： _____
代表者名： _____

様式6 (システム利用機関 ⇒

複写
原本

 桜川市提出
システム利用機関保管)
【システム利用登録時、システム利用者追加時】

個人情報の取扱いに関する誓約書

機関名： _____

代表者名： _____ 様

私は、当機関の従事者として、情報共有システムの利用において、知り得た患者(利用者)及びその家族に関する個人情報については、個人情報の適切な取扱い方針を遵守し、個人情報を適切に管理することを誓約します。

また、在職中及び退職後も第三者に故意又は過失により開示、提供又は漏えいしたり、自ら使用しないことを誓約します。

年 月 日

誓約者

従事者名： _____

従事者名： _____

従事者名： _____

従事者名： _____

従事者名： _____

従事者名： _____

従事者名： _____

様式1-2

情報共有システム利用登録依頼書(PKI 認証)

カナミックネットワーク会員情報

法人名	桜川市
担当者名	高齢福祉課 担当者
連絡先	TEL:0296-73-4511 FAX:0296-75-4690 Email:koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp
住所	茨城県桜川市岩瀬 64 番地 2

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人の場合は法人名の記入、法人もしくは医療機関の代表者印をご捺印ください。

医療 機 関 情 報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
1	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師・その他()
2	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師・その他()
3	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師・その他()
4	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師・その他()
5	(フリガナ) (氏 名)	医師・看護師・その他()

備考

カナミック使用欄

事業所登録 スタッフ登録 PKI 認証 (個人) 利用者コミュニティ: 一般 事業所管理設定

Ver.20130322

様式2-2A

ICT 情報連携システム利用事業所のID発行依頼書(PKI 認証)

依頼者情報

法人名	桜川市
担当者名	高齢福祉課 担当者
連絡先	TEL:0296-73-4511 FAX:0296-75-4690 Email: koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp

*****サービス事業所用 連携 ID 発行先情報*****

ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人名の記入および代表者印をご捺印ください。

法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	印
	主たる住所地	〒
	電話番号	

事業所情報	事業所名	
	事業所番号	電話番号
	事業所住所	
	サービス種類 (予防も含む)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 認知通所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(老健) <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> 地域通所 <input type="checkbox"/> 総合事業サービス(訪問型) <input type="checkbox"/> 総合事業サービス(通所型) <input type="checkbox"/> 上記にないサービス()

No.	(フリガナ) システム利用者情報	No.	(フリガナ) システム利用者情報
1	(フリガナ) (氏名)	4	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
2	(フリガナ) (氏名)	5	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
3	(フリガナ) (氏名)	6	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
ID/PW を受け取る住所			

備考

カナミック使用欄

- 事業所登録
 スタッフ登録
 PKI 認証(個人)
 利用者コミュニティ:一般
 ICT 情報連携
 事業所管理設定

様式7 (システム利用機関 ⇒

原本
複写

 桜川市提出
システム利用機関保管)

情報共有システム登録事項変更申請書

年 月 日

桜川市長 様

情報共有システムの利用について、次のとおり変更を申請します。

申請者 <small>(法人又は個人)</small>		代表者名	
登録機関名称			

No ※	変更があった事項	変更の内容	
		変更前	変更後
1	機関の名称		
2	機関の所在地、連絡先		
3	申請者の名称		
4	代表者の氏名		
5	管理者の氏名		
6	運用責任者の氏名		
7	システム利用者の氏名		
8	システム利用機器		
9	その他		
変更年月日		年 月 日	

※該当する No に○をしてください。

様式 3

情報連携システム ID 停止依頼書

カナミックネットワーク会員情報

法人名	桜川市
担当者名	高齢福祉課 担当者
連絡先	TEL:0296-73-4511 FAX:0296-75-4690 Email: koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp

*****情報共有システム ID 停止先情報*****

ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人もしくは医療機関名の記入および代表者印をご捺印ください。

法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種 等 ※介護事業所の場合は事業所名・事業所番号もご記入ください
1	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー ・その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:
2	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー・ ・その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:
3	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー ・その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:

◆情報連携システム ID 停止年月日【西暦 年 月 日】

※上記停止年月日が空欄の場合は、即日の停止といたしますので予めご了承ください。

【ご注意】 ID 停止年月日の翌日より、情報連携システムに参加することができなくなりますが、各コミュニティおよびケアレポートには参加しているように見えるため、各コミュニティおよびケアレポートの参加終了期間を設定してください。

Ver.20130401

様式8 (主治医又はケアマネジャー ⇒ 原本 桜川市提出

複写 主治医又はケアマネジャー保管)【患者(利用者)登録時】

情報共有システム情報共有同意書

桜川市長 様

私は、桜川市の運営する情報共有システムに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の医療・介護に関する情報が、連携する医療機関・介護事業所との間で共有されることに同意します。

また、システムに登録された情報が、システム管理者である桜川市との間で共有されることに併せて同意します。

年 月 日

同意者 患者(利用者)署名： _____
(代理人記載の場合)
代理人署名： _____
患者(利用者)から見た代理人の続柄： _____

説明者 機関名： _____
氏名： _____

患者(利用者)様の情報を共有する機関

No	機関名	No	機関名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

様式9（主治医又はケアマネジャー ⇒**原本**） 桜川市提出

複写 主治医又はケアマネジャー保管【患者（利用者）登録時】

患者（利用者）部屋作成・削除依頼書

年 月 日

桜川市長 様

個人情報の適切な取扱い方針を準拠し、情報共有システムにおける患者（利用者）部屋の作成について、次のとおり申請します。

申請者 (法人又は個人)		代表者名	
登録機関名称			

患者 (利用者)	※区分	新規・終了（終了事由 死亡・入院・入所・転出・その他）		
	氏名	(かな)	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
	所在地	〒 茨城県		
	※医療保険	被保険者番号（ 加入なし・国保・協会健保・組合健保・各種共済・後期高齢		
	※介護保険	被保険者番号（ 認定なし・認定あり（事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5）		
※部屋利用者 (医療・介護従事者)	※区分	氏名	所属機関名称	システム利用登録
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明

※区分、医療保険、介護保険、システム利用登録の欄は該当する項目に○をしてください。

※新規医療機関・介護事業所の部屋利用者（医療・介護従事者）を追加する場合は様式8と様式9を提出願います。

※部屋利用者が多数の場合、裏面へ記載してください。

様式9 (主治医又はケアマネジャー ⇒**原本** 桜川市提出

複写 主治医又はケアマネジャー保管)【患者(利用者)登録時】

※区 分	氏 名	所属機関名称	システム利用登録
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明
新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明

部
屋
利
用
者
(
医
療
・
介
護
従
事
者
)