

在宅医療・介護連携のための
情報共有システム「さくらネット」
利用手引書

第3版

桜川市高齢福祉課

令和6年12月改訂

目 次

| | |
|----------------------|-----|
| はじめに | P1 |
| 1 利用の登録(初回) | P2 |
| 2 利用機関の登録事項の変更 | P2 |
| 3 利用登録の削除(退職・異動等) | P3 |
| 4 患者(利用者)部屋の作成(初回) | P3 |
| 5 患者(利用者)部屋参加者の追加・削除 | P4 |
| 6 患者(利用者)部屋の終了 | P4 |
| 7 利用申請等に係る申請書類一覧 | P5 |
| 申請様式 | P6 |
| 8 情報共有システム利用規定 | P17 |

～ はじめに ～

今後さらなる高齢化の進展に伴い、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暮らし続けられるよう、医療・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・介護サービス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円滑に共有できるよう情報共有システムを導入し、「さくらネット」として運用をしています。本手引書は、「さくらネット」を適切に利用できるよう必要な事項を定めたものです。

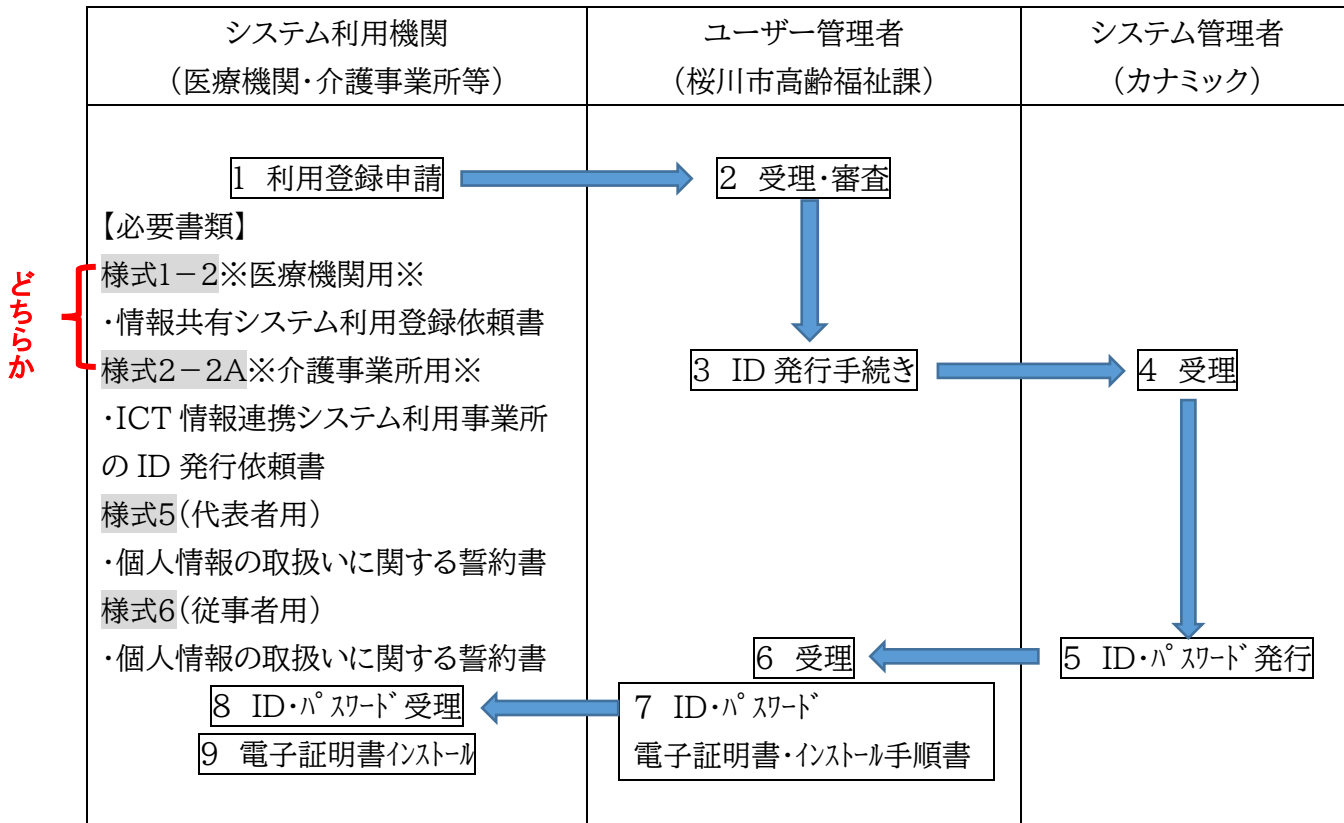
○情報共有システム「さくらネット」は、(株)カナミックネットワークが提供するカナミッククラウドサービス「TRITRUS」を使用しています。

※情報共有システム「さくらネット」を利用するための準備※

- ・システム利用機関の業務に使用するスマートフォン、タブレットもしくはパソコン(私用の個人端末は利用できません)
- ・市から送付する「電子証明書」のインストール(電子証明書インストール手順書参照)
- ・パソコン等の入替や故障、電子証明書の利用期限などにより、再度、電子証明書のインストールが必要になる場合があります。その際は、高齢福祉課までお問合せください。

1 利用の登録(初回)

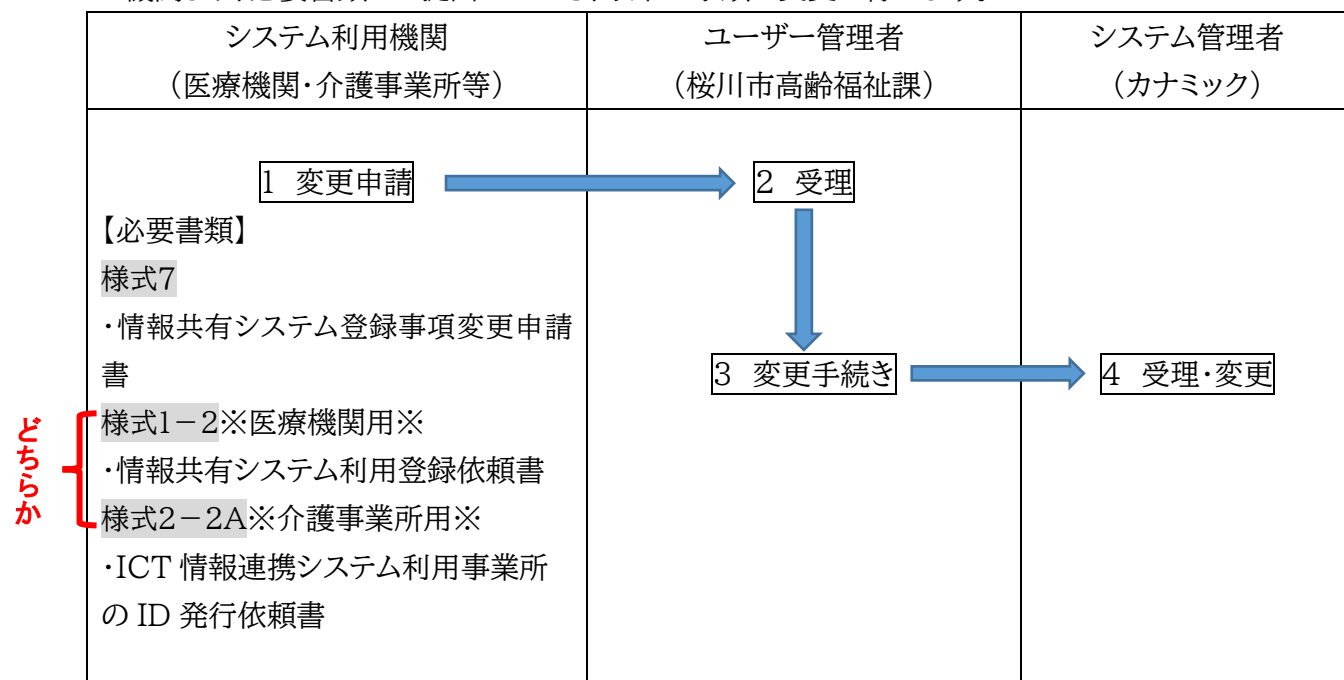
システム利用機関より、必要書類をご提出いただき、以下の手順で登録を行います。



* 同一法人内における異動であれば、申請による所属変更のみでIDの引継ぎができます。退職し、別の勤務先へ再就職する場合は、ID停止後、新たな勤務先でIDを発行する必要があります。

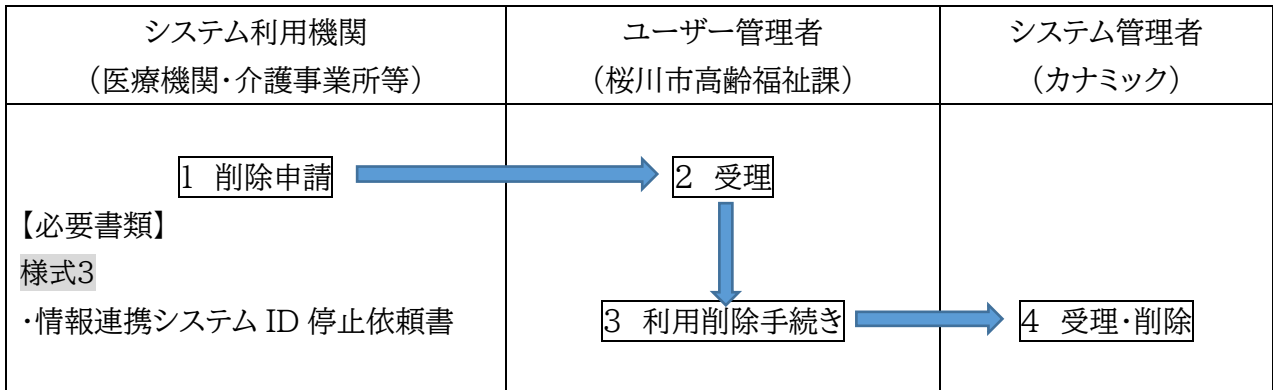
2 利用機関の登録事項の変更

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。



3 利用登録の削除(退職・異動等)

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。



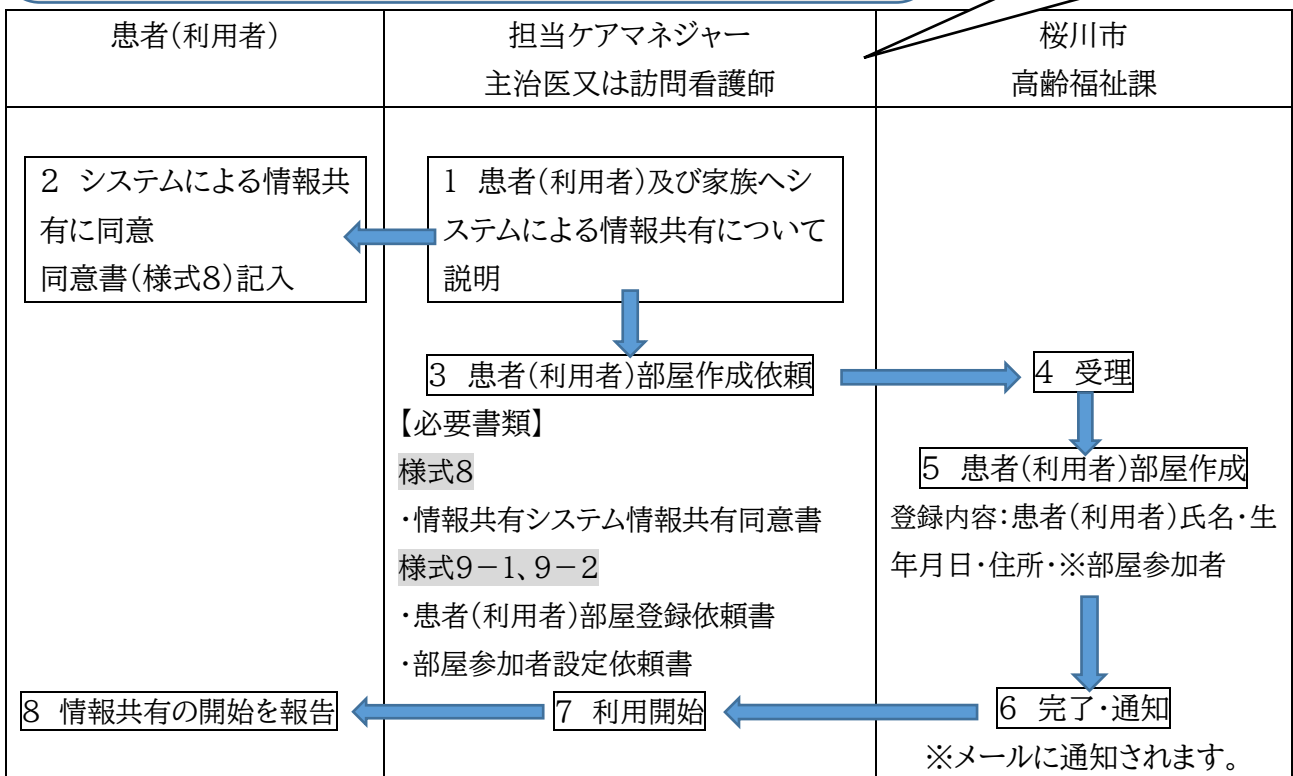
4 患者(利用者)部屋の作成(初回)

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、主治医又は訪問看護師が患者(利用者)及び家族にシステムの概要を説明し、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

- 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、医療又は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

既に患者部屋があるかの確認は、市高齢福祉課へお問合せ下さい。

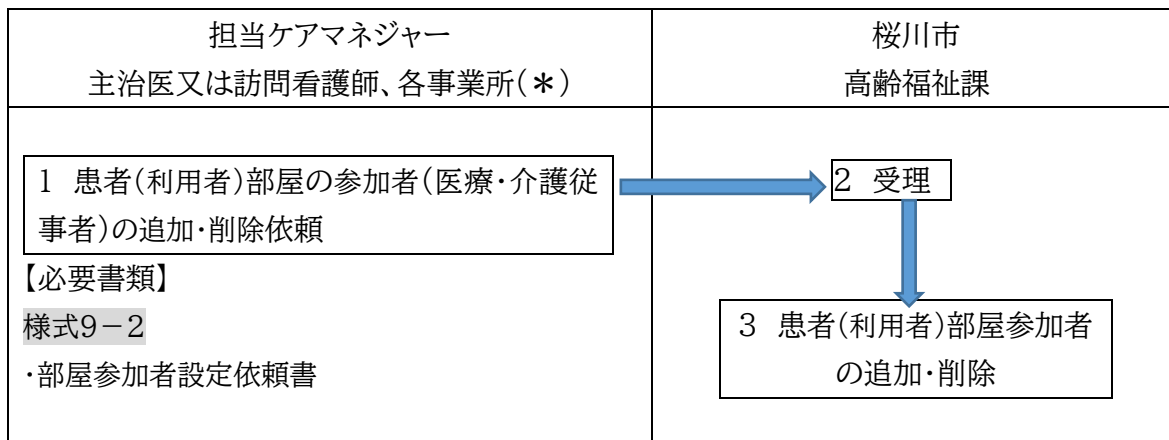


*適切に情報共有がなされているかの確認のため、各機関・事業所のシステム運用責任者(様式1-2、2-2A 提出時に登録されます。様式7で変更可。本書 P.18利用規定参照)は、必ず参加とします。

*システム運用責任者は、部屋への参加者リストを部屋作成の申請者へ提出してください。

5 患者(利用者)部屋参加者の追加・削除

患者(利用者)部屋の参加者(医療・介護従事者)の追加・削除を行う場合、担当のケアマネジャー、主治医又は訪問看護師より、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。

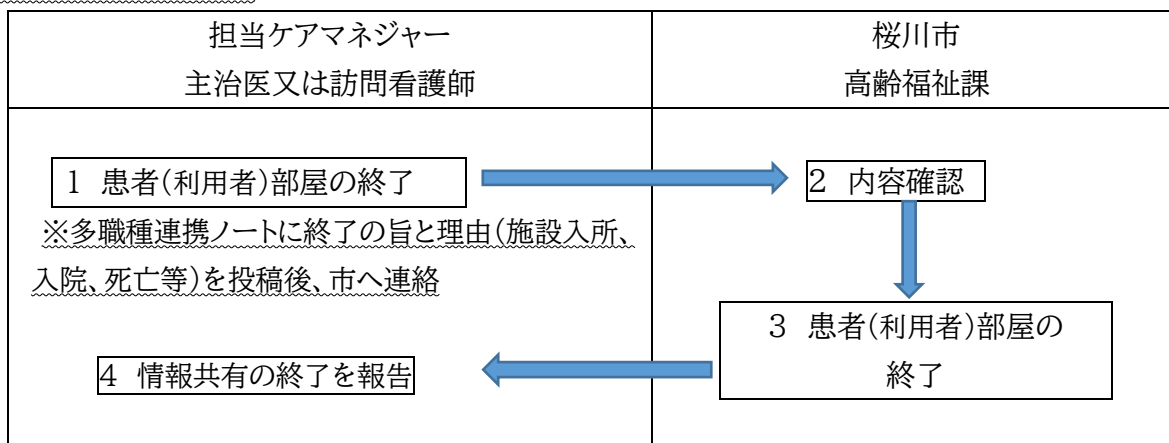


*追加・削除の依頼は、各事業所からの提出も可とします。部屋に途中参加する場合、患者(利用者)及び家族へ説明の上、依頼書をご提出ください。

*異動等による複数の部屋への職員の追加については、患者(利用者)ごとの依頼書は不要です。患者一覧(書式は問わない、患者一覧のスクリーンショットも可)を添付してください。

6 患者(利用者)部屋の終了

患者(利用者)部屋を終了する場合、担当ケアマネジャー、主治医又は訪問看護師からのご連絡(※提出書類不要)により部屋の終了を行います。



7 利用申請等に係る申請書類一覧

| 申請様式 | 申請内容 | 1 利用の登録(初回) | | 2 利用機関の登録事項の変更 | | 3 利用機関の職員の登録を削除 | 4 患者(利用者)の部屋作成 | 5 患者(利用者)部屋に参加者設定 |
|-------------------|--|-------------|-------|----------------|-------|-----------------|----------------|-------------------|
| | | 医療機関 | 介護事業所 | 医療機関 | 介護事業所 | | | |
| 様式1-2 医療機関等用 | 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2-2A 介護事業所等用 | 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3 | 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5 | 個人情報の取扱いに関する誓約書(代表者用) | ○ | ○ | | | | | |
| 様式6 | 個人情報の取扱いに関する誓約書(従事者用) | ○ | ○ | | | | | |
| 様式7 | 情報共有システム登録事項変更申請書 | | | ○ | ○ | | | |
| 様式8 | 情報共有システム情報共有同意書 | | | | | | ○ | |
| 様式9-1 | 患者(利用者)部屋作成依頼書 | | | | | | ○ | |
| 様式9-2 | 患者(利用者)部屋参加者設定依頼書 | | | | | | ○ | ○ |

*申請に必要な書類を該当欄「○」で確認いただき、提出願います。

*申請の方法は、高齢福祉課窓口提出、郵送、メールまたはシステム上メッセージ(高齢福祉課管理宛)への添付、いずれの方法でも可です。

様式集

様式1-2(医療機関等用)

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 | |
| | FAX | |
| | Email | |
| | 管理者名 | 運用責任者名 |

| No. | (フリガナ) システム利用者氏名 | 職種 |
|-----|---------------------|---------------|
| 1 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏名) | |
| 2 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏名) | |
| 3 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏名) | |
| 4 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏名) | |
| 5 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏名) | |

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

202412 改訂 桜川市

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

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。

また、裏面の誓約事項を遵守することに同意し、様式1-2又は様式2-2 Aのとおり申請します。

年 月 日

誓約者

機関名： _____

代表者名： _____

＜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。

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： _____

従事者名： _____

従事者名： _____

様式7(原本 桜川市提出 複写 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 (法人又は個人) | | 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 | その他 | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | |

※該当する No に○をしてください。

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

署名： _____

患者（利用者） （代理人記載の場合）

代理人署名： _____

代理人の続柄： _____

説明者

機関名： _____

氏名： _____

様式9-1(原本) 桜川市提出 複写 申請者保管【患者(利用者)部屋作成時】

患者(利用者)部屋作成依頼書

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。

| | | |
|-----|--------|--|
| 依頼者 | 登録機関名称 | |
| | 氏名 | |

| | | | | | |
|-------------------|--------------------------------|-----------------------------|------|-----|---|
| 患者 (利用者) 情報 | 氏名 | (かな) | 性別 | 男・女 | |
| | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 〒 茨城県 | | | |
| | 電話番号 | | | | |
| | 医療保険 | 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 | 認定なし 事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 | | | | |
| | 居宅介護支援 事業所名 | | 担当者名 | | |

*新規の場合、様式8を添付してください。

*部屋参加者の設定については、様式9-2を添付してください。

*部屋作成完了後、「メール通知」設定先に通知が送信されます。

患者(利用者)部屋参加者設定依頼書

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、患者(利用者)部屋の参加者について、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|------------|--------|----------|----|-------|---|
| ※依頼者 | 登録機関名称 | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| ※患者(利用者)情報 | 氏名 | (かな) | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 〒 茨城県 | | | |
| | 電話番号 | | | | |

※新規登録時は、記入不要です。

| 部屋参加者 | 区分 | 氏名 | 所属機関名称 | システム利用登録 |
|-------|-------|------|--------|----------|
| | 新規・終了 | (かな) | | 済・未・不明 |
| | | | | |
| | 新規・終了 | (かな) | | 済・未・不明 |
| | | | | |
| | 新規・終了 | (かな) | | 済・未・不明 |
| | | | | |
| | 新規・終了 | (かな) | | 済・未・不明 |
| | | | | |
| 新規・終了 | (かな) | | 済・未・不明 | |
| | | | | |
| 新規・終了 | (かな) | | 済・未・不明 | |
| | | | | |

様式9-2(原本) 桜川市提出 (複写) 申請者保管【部屋参加者設定時】

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

8 桜川市在宅医療・介護連携のための情報共有システム利用規定

(1) 対象者

対象者は、次のいずれかに該当するものとする。

- ・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
- ・市に居住実態があり、医療又は介護サービスを利用している者
- ・その他、市が必要と認める者

(2) システム管理者

- ・システム管理者は、システム開発事業者((株)カナミックネットワーク)とする。
- ・システム管理者は、システムの保守及びID・パスワードの発行作業、診療情報等の保存など、個人情報適切に管理できるシステム環境を整備する。
- ・システム管理者は、次の電話窓口にてシステム利用に係るサポートを行う。

サポート担当窓口 電話:050-5306-5209

(3) ユーザー管理者

- ・ユーザー管理者は、市とする。
- ・ユーザー管理者は、システムを利用する医療機関等からの申請にもとづき、次の事項を行う。
 - ①利用者ごとのID・パスワード発行申請の取りまとめ
 - ②治療・ケア情報を入力する患者(利用者)部屋(以下「部屋」という。)の設定・削除作業
 - ③部屋に参加する利用者の登録・削除作業
 - ④ケアレポートのタイトル設定作業
- ・ユーザー管理者は、システム利用にあたってはカナミッククラウドサービス利用規約を遵守する。

(4) システム利用機関の代表者及び運用責任者

- ・システム利用機関の代表者は、その機関の管理者とする。
- ・システム運用責任者は、システム利用機関の代表者が指定した者とする。
- ・システム利用機関の代表者がシステム運用責任者を兼ねることもできる。

(5) ウィルス対策

システム運用責任者は、システムを利用するパソコン等に、セキュリティ対策を行うものとする。また、その維持管理については、各機関において責任を持って実施する。

(6) システム利用端末

システムを利用する端末は、システム利用機関が所有する以下の端末に電子証明書をインストールしたものとする。

- ①パソコン
- ②タブレット
- ③スマートフォン

(7) ユーザーID、パスワードの管理

- ① システム利用者は、ユーザー管理者より付与されたID・パスワードの使用及び管理について、一切の責任を負うものとし、自己のID及びパスワードによりシステム上でなされた一切の行為及びその結果について、利用者が責任を負うものとする。
- ② システム利用者は、付与されたID・パスワードが不明になった場合、速やかにユーザー管理者に報告するものとする。
- ③ ユーザー管理者は、前項の報告を受けた場合、速やかに当該利用者のIDを停止するとともに新たなユーザーIDとパスワードを付与するものとする。

(8) 個人情報の取扱い

個人情報を適切に取り扱うために必要な事項について、「個人情報の適切な取扱い方針」に定めるものとし、これを遵守するものとする。

(9) 禁止事項

- ① コンビニエンスストア等が提供している無料 Wi-Fi への接続
- ② 個人端末(パソコン・タブレット・スマートフォン等)の接続
- ③ USBメモリー等の外部装置・周辺機器への接続及び利用
- ④ 他人のID・パスワードを使用しての記録、閲覧
- ⑤ その他、社会常識・通念を逸脱した行為

(10) システム利用料

- ① システム利用料については、桜川市が全額負担するものとする。
- ② インターネット回線使用料の費用は医療機関等が負担するものとする。

個人情報の適切な取扱い方針

この方針は、在宅における医療・介護業務に携わる医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等が、患者(利用者)の診療に関わる個人情報などの取扱いについてシステムを利用して適切に管理するために必要な事項を定める。

1. システム利用者の承認

システムの利用を希望する者は、あらかじめ必要書類をシステムのユーザー管理者に提出し、システムの利用に関する所定の手続きをしなければならない。

市は、システムのユーザー管理者として、次に掲げる事項を順守し個人情報を適切に管理できる環境にあることを確認しなければならない。

- ・システム利用者が患者(利用者)の医療・介護サービスを担当する者であることの確認
- ・システム利用者は患者(利用者)に関する個人情報の取扱いに関して、漏えいや目的外使用しないという誓約をしたことの確認
- ・医療及び介護サービス関係者が患者(利用者)の個人情報を共有することの取扱いについて、本人或いは家族などから同意を得ていることの確認

2. システムの利用者及びユーザー管理者の責務

システムの利用者及びユーザー管理者は、個人情報取扱事業者として法令、及び「厚生労働省医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等に定める次の各号に関する事項について遵守しなければならない。

(1) 利用目的の特定

システムの利用者は、個人情報を取り扱うにあたっては、その利用目的の範囲について、医療・介護サービスを担当する事業者が通常必要とされる次に掲げる業務に特定しなければならない。

- ・患者(利用者)等に提供する医療・介護サービス
- ・病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・医療機関等への照会、情報提供
- ・家族等への病状及び心身の状況説明
- ・医療・介護に関する知識や技能、質の維持・改善
- ・サービス担当者会議等によるサービス事業者等との連携

(2) 安全及び正確性の確保

システムの利用者及びユーザー管理者は、適正な医療・介護サービスを提供するため必要な範囲において取得した患者(利用者)の個人データを安全及び正確性の確保に必要な次の各号に関する事項を遵守しなければならない。

- ・個人データの漏えい等の問題が発生した場合、又は発生の可能性が高いと判断した場合は、システムのユーザー管理者等に速やかに連絡をし、必要な措置を講じなければならない。
- ・事業者ごとに情報共有システム担当者を設置し、個人情報の適切な取扱いがなされるよう監督しなければならない。
- ・システムを起動(ログイン)する際に使用する利用者ID及びパスワードは、利用を許可された本人以外が使用してはならない。

- ・システムを起動(ログイン)する際に使用するパスワードは、推測されにくい安全なパスワードを、他人の目に触れないよう適切な方法で保管し、複数のサービスで使い回さないこと。
- ・システムに登録されている個人データは、ユーザー管理者の許可なく、無断で他のシステム等に複写してはならない。
- ・システムに関する情報通信ネットワーク及び情報機器等の環境については、ユーザー管理者により情報セキュリティ上の安全性を認められた環境でなければ使用してはならない。

(3)個人データの取扱いに関する本人の同意

システム利用者は、個人データの取扱いに関する本人の同意について、次の事項を遵守しなければならない。

- ・医療関係事業者が、患者に医療サービスを提供するため必要な通常公表している利用目的の範囲において、外部の医療関係事業者に個人データを提供することについては包括的な本人の黙示による同意を得ていると判断することができるが、疾病の内容等によって、あらかじめ本人の明確な同意を得ることが好ましい場合は書面等による本人の同意を得なければならない。
- ・介護関係事業者は、介護保険法に基づく指定基準により、サービス担当者会議等で本人及び家族の個人データを用いる場合は、事業所内の掲示による本人の同意ではなく、あらかじめ文書により本人及び家族の同意を得なければならないと規定されているため準拠しなければならない。

(4)本人からの求めによる保有個人データの開示

医療・介護関係事業者は、本人から、当該本人が識別される保有個人データの開示を求められたときは、本人に対し、書面の交付による方法等により、遅滞なく、当該個人データを開示しなければならない。

なお、システムのユーザー管理者は、開示に必要な個人データの利用状況等をすみやかに医療・介護関係事業者に提供しなければならない。

ただし、個人データを開示することで業務の適正な実施に著しい支障をおよぼす恐れがある場合など法令に定める開示の例外に該当する場合は開示しないことができる。

(5)その他

システムの利用者及びユーザー管理者は、各号に定める事項のほか、個人情報取扱事業者として、「個人情報保護に関する法律」、及び「厚生労働省 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に定める事項を遵守しなければならない。

改訂履歴

| | |
|---------|-----|
| 令和3年9月 | 初版 |
| 令和4年7月 | 第2版 |
| 令和6年12月 | 第3版 |