

在宅医療・介護連携

情報共有システム利用の手引き

令和5年 1月

水戸市高齢福祉課 地域支援センター

目次

システム利用の流れ	システム利用登録時	P2
	患者（利用者）受入時・システム利用停止時	P3
各種様式について		P4
セキュリティ強化に関する取組み		P5
部屋の開設方法		P6
部屋の参加と部屋の終了		P7
導入に係る必要な設備及び費用負担		P8
水戸市在宅医療・介護連携情報共有システム利用に係る規定		P17
水戸市在宅医療・介護連携情報共有システム利用に関する誓約事項		P18

〇はじめに

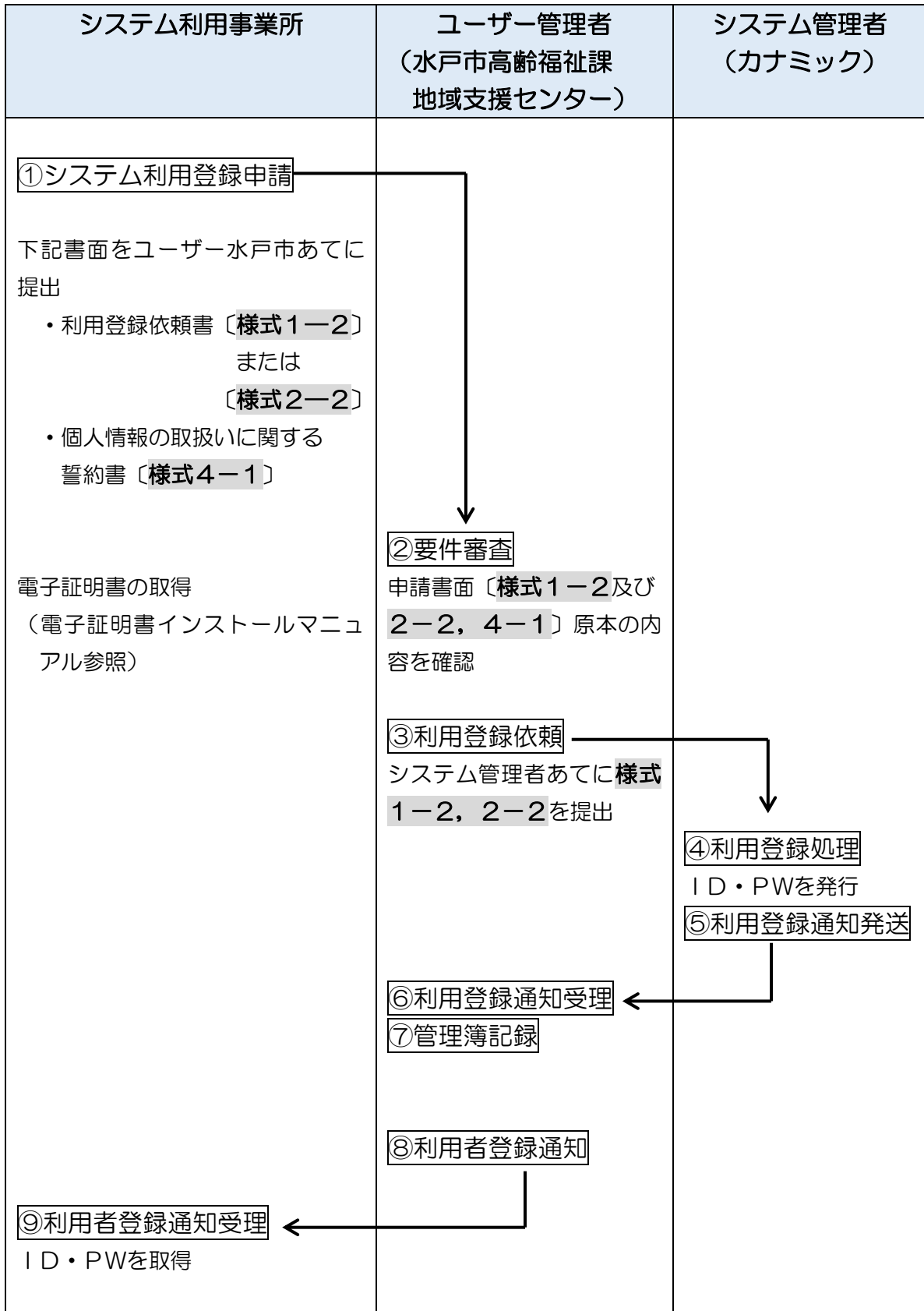
今後、医療と介護の両方のニーズをあわせ持つ慢性疾患または認知症等の高齢者の増加が見込まれており、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしが続けられるよう、住民のニーズに適切に対応した医療・介護提供体制の構築が課題となっています。

在宅において、患者（利用者）情報を多職種がスムーズに共有するために、水戸市は、ICT※を活用し在宅医療・介護の連携を推進していきます。

※（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」を使用しています。

システム利用の流れ

【システム利用登録時等】



※システム利用登録の手続きや運用についての問合せは水戸市高齢福祉課地域支援センターへお願いします。患者（利用者）の状態に合わせた医療・介護関係者間の調整等について支援が必要な場合は、水戸市在宅医療・介護連携支援センターにご相談ください。（問合せ先はP18参照）

【患者（利用者）受入時】

システム利用事業所	ユーザー管理者 (水戸市高齢福祉課 地域支援センター)	システム管理者 (カナミック)
<p>⑪患者（利用者）部屋作成申請</p> <p>下記書面をユーザー管理者あて提出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有システム情報共有同意書〔様式5〕 ・患者（利用者）部屋作成依頼書〔様式6〕 <p>⑰システム利用開始</p>	<p>⑫患者（利用者）部屋作成</p> <p>⑬部屋ごとの利用者登録</p> <p>⑭利用者の閲覧権限設定</p> <p>⑮ケアレポート標題設定</p> <p>依頼書面（様式5, 6複写）を保管</p> <p>⑯患者（利用者）部屋作成完了通知</p>	

【システム利用停止時】

システム利用事業所	ユーザー管理者 (水戸市高齢福祉課 地域支援センター)	システム管理者 (カナミック)
<p>⑱システム利用停止申請</p> <p>下記書面をユーザー管理者あて提出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報連携システム ID 停止依頼書〔様式3〕 	<p>⑲利用停止依頼</p> <p>システム管理者あてに〔様式3〕を提出</p>	<p>⑳停止登録処理 IDの停止</p>

【各種様式について】

各種様式は水戸市ホームページの在宅医療・介護連携推進事業からダウンロード出来ます。

用途	提出書類
事業所情報登録	様式1-2 (医療機関用) 様式2-2B (サービス事業所) 2-2C (ケアマネジャー)
個人情報の取り扱いに関する誓約	様式4-1
ID 停止	様式3
情報共有の同意	様式5
患者(利用者) 部屋の作成	様式6

●様式1-2, 様式2-2B, 様式2-2C

事業所としてシステム利用する場合に提出。医療機関は様式1-2, サービス事業所は様式2-2B, ケアマネジャーは様式2-2Cを提出する。

採用・異動等がありID登録が必要になった際はその都度提出する。

●様式4-1

「水戸市在宅医療・介護連携情報共有システム利用に関する誓約事項」を確認し、法人内及び事業所内でシステム利用の許可を得たのち、申請してください。

●様式3

異動・退職等でIDを削除する際に提出する。

●様式5

情報共有システムについて説明し、患者(利用者)もしくは家族の同意を得て提出する。

●様式6

患者(利用者)情報を登録するために提出する。

患者(利用者)毎に「部屋」を作成し、部屋に関係者を招待することで情報共有が可能となる。

＊＊書類の提出先＊＊

Eメールを利用できない場合は、郵送または窓口へ提出

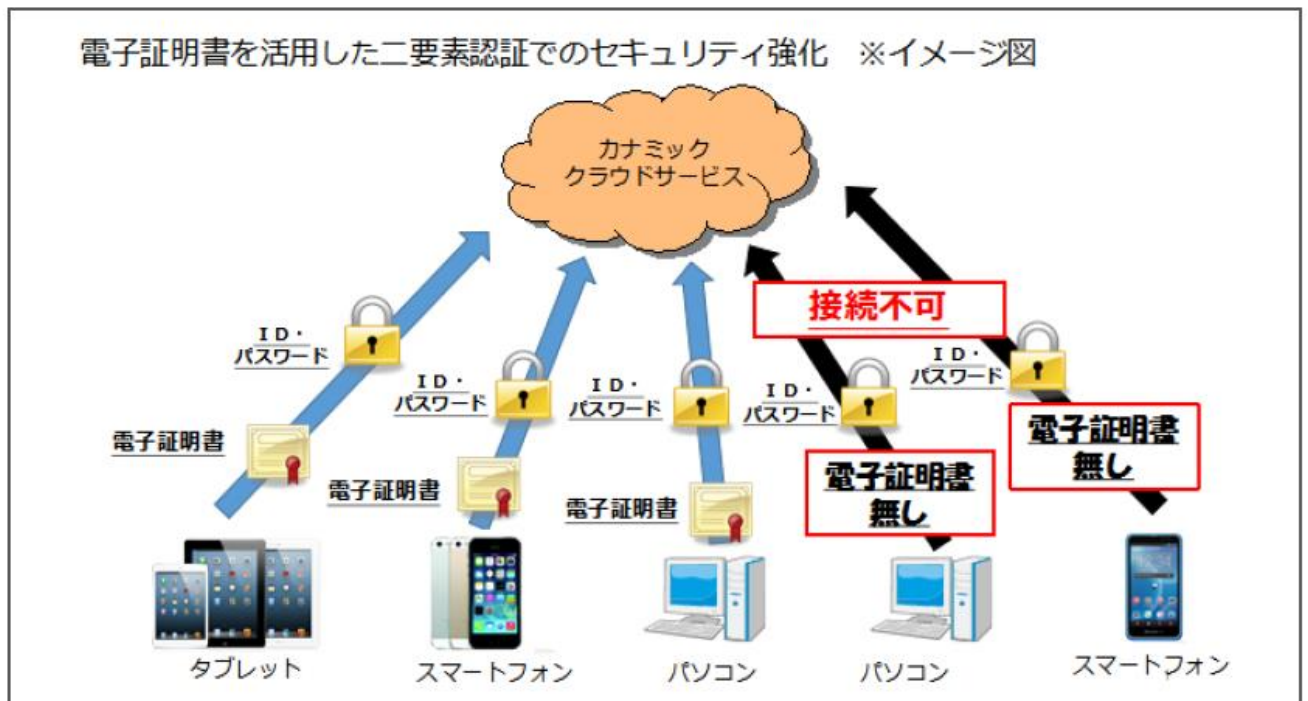
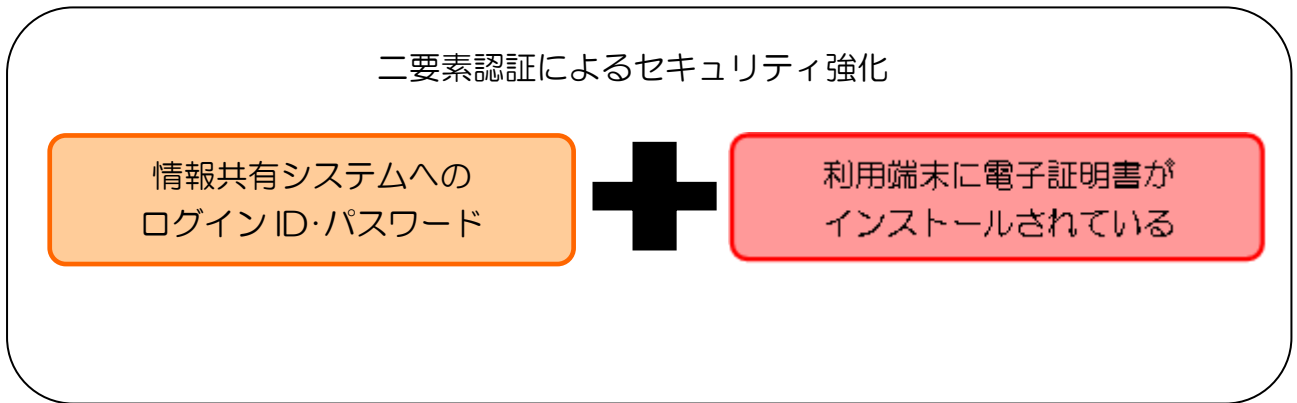
Mail : tiikisien@city.mito.lg.jp

〒310-8610 水戸市中央1-4-1 水戸市高齢福祉課あて

セキュリティ強化に関する取組み

●二要素認証

詳細な個人情報を扱うため、二要素認証によりセキュリティを強化しています。



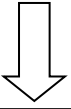
●招待制

情報共有システムは患者（利用者）毎に「部屋」を作成し、その「部屋」は招待された関係者のみ閲覧・入力することができます。

部屋の参加と部屋の終了

●参加の流れ

担当者の変更やサービスの追加があり部屋に参加したい



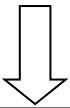
水戸市高齢福祉課 地域支援センターに招待を依頼

部屋名，参加事業所，参加者名をお伝えください。

※システム利用登録申請をしていない参加者を，部屋に招待したい場合は，この手引きの2ページのフローに従って，各自でシステムの利用登録申請していただくよう，説明してください。

●部屋の終了

在宅サービスの終了（利用者死亡，施設入所など）



部屋を終了する旨を部屋の連絡帳に投稿

水戸市で投稿確認後，部屋を終了します。

導入に係る必要な設備及び費用負担

●設備

システムを利用するためのパソコンまたはタブレット端末等は、システム利用事業所が準備をしてください。

システム利用に係る動作環境は以下のとおりです。

① OS（オペレーティングシステム）

パソコン・タブレット端末等で下記のOSがご利用になれます。

- Microsoft Windows（推奨）
- Mac OS（基本動作確認済み）
- Linux（無料OSのため機種により不具合あり）
- Android（無料OSのため機種により不具合あり）
- iOS（推奨）

② ウェブブラウザについて

パソコン・タブレット端末等で下記のウェブブラウザがご利用になれます。

- Microsoft Edge
- Safari（基本動作確認済み）
- Chrome（基本動作確認済み）
- Androidブラウザ
（無料OSのため機種により不具合あり）

●費用負担

システムの利用料は管理者である水戸市が負担するため、システム利用事業所の負担はありません。

インターネットの回線使用料及びインターネット環境を維持するための費用は、システム利用事業所の負担となります。

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・部署名	水戸市地域包括支援センター
担当者名	情報共有システム管理責任者
連絡先	TEL:029-232-9110 FAX:029-232-9
ID 送付先住所	茨城県水戸市中央1丁目4-1

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****
西暦 年 月 日

■システムに登録する以下の情報をご記入ください。

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

※ 個人事業主の場合、法人名に医療機関名等をご記入ください。

医療機関等情報	(フリガナ) 医療機関名等	
	住 所	〒
	電話番号	
	ID/PW を受けとる住所:①上記と同じ ②その他()	
システムの利用に関する連絡に使用するメールアドレス:		

No.	(フリガナ) システム利用者情報	職種	No.	(フリガナ) システム利用者情報	職種
1	(フリガナ)	医師 看護師 その他	4	(フリガナ)	医師 看護師 その他
	(氏 名)			(氏 名)	
2	(フリガナ)	医師 看護師 その他	5	(フリガナ)	医師 看護師 その他
	(氏 名)			(氏 名)	
3	(フリガナ)	医師 看護師 その他	6	(フリガナ)	医師 看護師 その他
	(氏 名)			(氏 名)	

備考

Ver.20130322

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 2-2B

サービス事業所用 連携ID・PW発行依頼書(PKI 認証)

依頼者情報(地域包括支援センター情報)

地域包括支援センター名	水戸市地域包括支援センター
担当者名	情報共有システム管理責任者
連絡先電話番号	TEL:029-232-9110 FAX:029-232-9112

*****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

法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	
	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	<input type="checkbox"/> 訪問介護、 <input type="checkbox"/> 訪問入浴、 <input type="checkbox"/> 訪問看護、 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ、 <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"/> 通所リハビリ、 <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"/> 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"/> 小規模多機能、 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能、 <input type="checkbox"/> グループホーム、 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設、 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、 <input type="checkbox"/> その他サービス()
	ID/PWを受けとる住所:①上記と同じ ②その他()	
	システムの利用に関する連絡に使用するメールアドレス:	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	No.	(フリガナ) システム利用者氏名
1	(フリガナ) (氏名)	3	(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)	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

- ・医療・介護多職種連携(コミュニティ)機能を利用することが可能です。
- ・ICT情報連携: 居宅とサービス事業所間におけるケアプランデータ連携機能です。
1事業所で管理者様や請求ご担当者 1~2名程度のご登録をお願い致します。
- ・用紙記入後、「地域包括支援センター様」にご返送下さい。
- ・ID/PWは、カナミックネットワークより地域包括支援センターへ発送させていただきます。

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 2-2C

委託先居宅支援事業所およびケアマネジャー登録用紙(PKI 認証/ICT 連携)

依頼者情報(地域包括支援センター情報)

地域包括支援センター名	水戸市地域包括支援センター
担当者名	情報共有システム管理責任者
連絡先電話番号	TEL:029-232-9110 FAX:029-232-9112

*****委託先居宅支援事業所用 連携 ID 発行先情報*****
ご記入日: 西暦 年 月 日

■システムに登録する以下の情報をご記入ください。

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

事業所名 :	
事業所番号:	
事業所住所:	
事業所電話番号:	
ID/PW を受けとる住所 : ①上記と同じ ②その他()	
システムの利用に関する連絡に使用するメールアドレス:	

※ 地域包括支援センターから返信を受ける住所等をご記載ください。

No.	(フリガナ) ケアマネジャー氏名	支援専門員番号
1	(フリガナ)	
	(氏 名)	介護支援専門員番号(8桁):
2	(フリガナ)	
	(氏 名)	介護支援専門員番号(8桁):
3	(フリガナ)	
	(氏 名)	介護支援専門員番号(8桁):

- ・委託先居宅支援事業所のケアマネジャーとして、カナミックネットワークのシステムでご利用者の提供票・提供票別表、計画表等の作成が可能です。
 - ・医療・介護多職種連携(コミュニティ)機能を利用することが可能です。
 - ・ICT 情報連携(居宅とサービス事業所間におけるデータ連携機能)の利用が可能です。
- ※用紙記入後は、「地域包括支援センター様」に返送下さい。

備考

カナミック使用欄

- 事業所登録 ケアマネジャー登録 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 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

ご事業所名	水戸市地域包括支援センター
ご担当者名	情報共有システム管理責任者
ご連絡先	TEL:029-232-9110 FAX:029-232-9112

*****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	
	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

水戸市 様

私は、当事業所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。

令和 年 月 日

誓約者

事業所名: _____

代表者名: _____

個人情報取扱いに関する誓約書

事業所名: _____

代表者名: _____ 様

私は当事業所の従業者として、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、個人情報を適正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。

令和 年 月 日

誓約者

事業所名: _____

従業者名: _____

従業者名: _____

従業者名: _____

従業者名: _____

従業者名: _____

従業者名: _____

情報共有システム情報共有同意書

(システム利用同意取得事業所の代表者)

様

私は「水戸市の運営する情報共有システム」に関する説明を受け、その目的およ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水戸市との間で共有されることにも同意します。

患者（利用者）記載欄			
同意年月日	令和	年	月 日
患者（利用者）氏名 【自 署】	(フリガナ)		
	(氏 名)		男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
代理人記載の場合	代理人氏名(自署)		続柄
介護保険番号			

※ 確実な患者(利用者)本人の確認のために、介護保険番号を記載してください。

システム同意取得事業所記載欄	
説明者 【自 署】	(事業所名)
	(氏 名)
連携医療機関・介護 事業所名	

◎原本は説明し、同意を得た事業所が保管するものとします。

コピー1部を患者(利用者)様本人へお渡しし、システムのユーザー管理者には、コピーと「様式6 患者(利用者)部屋作成依頼書」とともに提出してください。

【患者(利用者)受入れ時】

患者(利用者)部屋作成依頼書

水戸市 様

令和 年 月 日

個人情報 of 適切な取扱い方針を準拠し、在宅医療・介護に関する情報共有システムにおける患者(利用者)部屋の作成を希望しますので下記のとおり申請します。

◎申請者

事業所名	
代表者名	
システム運用責任者名	
電話番号	

◎作成依頼内容

部屋情報	患者(利用者)氏名	(フリガナ) (氏 名)	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号			
	介護保険	(認定) なし 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (番号)		
利用設定	部屋利用者			
	医療機関・事業所名	利用者氏名	職種	

◎ 患者(利用者)部屋の作成後、「メール通知」の設定先に作業完了の通知が送信されます。

■システム利用事業所の責務

- システム利用登録手続きを行いシステム利用者ごとに ID を取得する。
- システム利用者（ID 取得者）の ID の登録変更・削除は速やかに手続きをする。
- 事業所ごとにシステム管理担当者を設置し適切な運営体制を整える。
- 個人データの機密性及び正確性の確保に努める。
- 水戸市在宅医療・介護連携情報共有システムの目的外利用及び部外者に使用させてはならない。
- システムの利用にあたっては「カナミッククラウドサービス利用規約」を遵守すること。

■水戸市の責務

- システム利用者の氏名及び職種、事業所、人数を把握し適切に管理する。
- システム利用者登録（削除）手続きの窓口業務を所掌する。
- システムの利用にあたっては「カナミッククラウドサービス利用規約」を遵守すること。

■システム管理者の責務

- システムの安定かつ効果的な利用が継続的に確保できるように管理する。
- ID 及びパスワードを発行しシステムの適正な利用環境を確保する。
- システム利用方法やサービス利用に関する各種問い合わせに対応する。
- 個人データの機密性や正確性の確保に努める。

水戸市在宅医療・介護連携情報共有システム利用に関する誓約事項

- ① 使用している情報機器の故障、通信障害等が生じた場合は、速やかに水戸市に報告するとともに復旧解決方を講じます。
- ② 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、部外者に利用させることのないように適切に管理します。
- ③ 使用する情報機器及びネットワークは、水戸市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 法人内及び事業所内でシステムの利用の許可を得たうえで利用します。
- ⑤ 厚生労働省が定める「医療・介護関係事業所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」を遵守します。
- ⑥ システムの利用を終了するときは、速やかに水戸市に報告しシステム利用者登録削除の手続きをします。
- ⑦ 個人情報については、あらかじめ承諾を得た関係者と情報共有し、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 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、目的外に利用はしません。
- ⑩ 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 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になることに承諾します。
- ⑫ IDの新規発行・削除、事業所情報の変更等の手続きに関しては、事業所管理者又は事業所が定めるシステム管理者に委任します。

(参考)

令和3年1月医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版 厚生労働省

6.9 情報及び情報機器の持ち出しについて (C.最低限のガイドライン P70)

6.情報機器に対して起動パスワード等を設定すること。設定に当たっては推定しやすいパスワード等の利用を避けるとともに、定期的なパスワードの変更等の対策を実施すること。

6.9 情報及び情報機器の持ち出しについて (C.推奨されるガイドライン P70)

4.ノートパソコン、スマートフォン、タブレット等を持ち出して使用する場合、次に掲げる対策を実施すること。

(1)BYODは原則として行わず、機器の設定の変更は管理者のみが可能とすること。

(※BYODとは、個人の所有する、あるいは個人の管理下にある端末を利用すること。)

(2)紛失、盗難の可能性を十分考慮し、可能な限り端末内に医療情報を置かないこと。

やむを得ず医療情報が端末内に存在する場合や、当該端末を利用すれば容易に医療情報にアクセスできる場合は、一定回数パスワード入力を誤った場合に端末を初期化する等の対策を行うこと。

●リンク集

- 水戸市ホームページ（在宅医療・介護連携推進事業）
<https://www.city.mito.lg.jp/001245/kourei/jigyousha/p018931.html>
- カナミッククラウドサービス利用規約
<https://portal.kanamic.net/tritrus/rule/rule.html>
- 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
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

●問い合わせ先

*システム利用登録の手続きや運用について

水戸市高齢福祉課地域支援センター

所在地：〒310-8610

水戸市中央 1-4-1 水戸市高齢福祉課地域支援センター

Eメール：tiikisien@city.mito.lg.jp

電話：029-232-9110

*患者(利用者)の状態に合わせた医療・介護関係者間の調整等について支援が必要な場合

水戸市在宅医療・介護連携支援センター

所在地：〒310-0913

水戸市見川町 2131-6 水戸市医師会介護保険センターみと内

Eメール：mito-renkei@abelia.ocn.ne.jp

電話：029-255-6620