

申請方法等について

令和 6 年 2 月 1 5 日



ふくいみまもりSNSの参加機関募集要項

ふくいみまもりSNSとは

医療介護の連携の質を上げることを目的に、ICTを活用して、医療介護に関わる多職種間の情報共有を進め、連携を深めるためにふくいメディカルネット上に新たに構築をした患者・家族参加型「医療・介護連携専用ネットワーク」です。

セキュリティへの対応

完全非公開型のコミュニケーションツールです。暗号化通信を施し、きめ細かいアクセスコントロールをすることでセキュリティを考慮し、構築しています。

募集機関・施設

県内の医療機関や保険薬局、訪問看護ステーションや居宅介護事業所等 等

参加可能な職種

施設管理者が必要と認めた施設内の方

一次募集期間

令和6年2月15日（木）から3月31日（日）まで

※一次募集期間、令和6年3月31日までにお申込みの場合（必着）は、**半年間の利用料は無料**となります。当年の10月以降より利用料に示した内容となります。

※一次機関の募集期間後も随時申込を受け付けています。

利用料

◇医科医療機関・歯科医療機関、保険薬局

1施設あたり月1千円（税抜）

◇訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等のサービス事業所

1施設あたり月500円（税抜）

◇患者・家族、ヘルパー、民生委員 無料

※年間一括払い

※利用料は利用者単位ではなく、施設単位となります。

※ふくいメディカルネット（医療連携）に既に参加されている場合は本機能に対しての費用負担はありません。

ふくいみまもりSNSの利用料金（早見表）

	医療連携 (ふくいメディカルネット)	SNS連携 (ふくいみまもりSNS)	料金
①医療機関 (医科、歯科)、薬局	○	○	3000円/月
②医療機関 (医科、歯科)、薬局	○	-	3000円/月
③医療機関 (医科、歯科)、薬局	-	○	1000円/月
④その他の事業所 (訪問看護ST、居宅介護支援事業所)	○	○	1000円/月
⑤その他の事業所 (訪問看護ST、居宅介護支援事業所)	○	-	1000円/月
⑥その他の事業所 (訪問看護ST、居宅介護支援事業所等)	-	○	500円/月
⑦患者・家族、ヘルパー、民生委員	-	○	無料

(税抜)

※様式5は既に患者さんを中心としたチームの作成が可能な場合のみ提出してください。

※既にメディカルネットに参加済みの機関においても、様式1と様式2につきまして、ご提出をお願いします。

(エル)

ホームページ：

<https://www.fukui.med.or.jp/fukuimedical-net/sns/>

※様式 1、2、(5) はメール (返信先: fmic.sys@gmail.com) にてご提出願います。メールアドレス間違い防止のため極力ワープロ打ちにてご提出をお願いします。



ホーム
機能概要
基本操作方法
各種様式・各種様式等
FAQ
お問い合わせ

各種様式

申請時に必要な書類(早見表)

提出の目的	提出様式									
	様式1 利用申込書 (事業所用)	様式2 利用に係る協約又は組織誓約書	様式3 変更申請書	様式4 業務情報保持に関する誓約書	様式5 (別) 個人情報取扱同意書	様式6 利用解除申込書 (事業所用)	様式7 同意書取寄せ	様式8 チーム登録申請書 (事業所用)	その他 [PDF]管理台帳	備考
様式1 利用申込書 (事業所用)	●	▲	-	-	-	-	-	-	-	
様式2 利用に係る協約又は組織誓約書	●	▲	-	-	-	-	-	-	-	
様式3 変更申請書	-	-	●	-	-	-	-	-	-	
様式4 業務情報保持に関する誓約書	■	■	-	●	-	-	-	-	-	
様式5 (別) 個人情報取扱同意書	▲	▲	-	-	●	-	-	-	-	
様式6 利用解除申込書 (事業所用)	-	-	-	-	-	●	-	-	-	
様式7 同意書取寄せ	-	-	-	-	-	-	●	-	-	
様式8 チーム登録申請書 (事業所用)	-	-	●	-	-	-	-	●	-	
その他 [PDF]管理台帳	-	-	●	●	●	-	-	-	●	

※実運用までに様式の順番は変更する場合があります。
 ※●は作成、■は必要であれば、▲は必要への説明・同意
 (※図をクリックすると拡大します)

運用に関する様式について

利用申請や同意書等の様式となります

【様式1】「ふくいみまもりSNS」 利用申込書 <PDF>

【様式2】「ふくいみまもりSNS」利用に係る協約又は組織誓約書 <PDF>

【様式3】「ふくいみまもりSNS」 変更申請書 <PDF>

【様式4】業務情報保持に関する誓約書 <PDF>

【様式5】「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用説明書・同意書 <PDF>

【様式6】「ふくいみまもりSNS」 利用解除申込書 <PDF>

【様式7】「ふくいみまもりSNS」 同意書取寄せ <PDF>

【様式8】「ふくいみまもりSNS」 チーム登録申請書 <PDF>

【その他】「ふくいみまもりSNS」 管理台帳 <PDF>

各種様式

- ・「ふくいみまもりSNS」 利用申込書 業所用) (様式1)
- ・「ふくいみまもりSNS」 利用に係る 又は組織誓約書 (様式2)
- ・「ふくいみまもりSNS」 変更申請書 業所用) (様式3)
- ・「ふくいみまもりSNS」 業務情報保 に関する誓約書 (様式4)
- ・「ふくいみまもりSNS」における個人 報使用説明書・同意書 (様式5)
- ・「ふくいみまもりSNS」 利用解除申 書 (事業所用) (様式6)
- ・「ふくいみまもりSNS」 同意撤回書 式7)
- ・「ふくいみまもりSNS」 チーム登録 請書 (事業所用) (様式8)
- ・「ふくいみまもりSNS」 管理台帳

- ・「ふくいみまもりSNS」 利用申込書（事業所用）（様式1）
- ・「ふくいみまもりSNS」 利用に係る施設又は組織誓約書（様式2）
- ・「ふくいみまもりSNS」 変更申請書（事業所用）（様式3）
- ・「ふくいみまもりSNS」 業務情報保持に関する誓約書（様式4）
- ・「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用説明書・同意書（様式5）
- ・「ふくいみまもりSNS」 利用解除申込書（事業所用）（様式6）
- ・「ふくいみまもりSNS」 同意撤回書（様式7）
- ・「ふくいみまもりSNS」 チーム登録申請書（事業所用）（様式8）
- ・「ふくいみまもりSNS」 管理台帳

POINT

・管理画面ログイン用メールアドレスは施設内管理者が管理画面にログインする際に使用します。またメンバー登録の案内ならびにクライアント証明書が最初に送付されます。

(注) 本アドレスは利用者として登録することはできません。

(例) 管理者名: 福井 太郎
管理画面メールアドレス

××××@▼▼.com

利用者名: 福井 太郎
利用者用アドレス

○○○○@▼▼.com

(注) 本アドレスの変更は原則禁止となります

・VPN申請数とは、WEB会議の際にセキュリティ向上を目的にVPNを使用します。

※1 機関原則2 個となります。WEB会議を使用しない場合は空欄で結構です。

施設内
管理者



事務局

別紙様式 1

ふくいみまもりSNS 利用申込書 (事業所用)

ふくい医療情報連携システム運営協議会事務局 御中

本事業所において、ふくいみまもりSNSを利用した情報共有を行いたいの、連携守秘誓約書 (別紙様式 2) を添えて、登録申請書のとおり申し込みます。

20 年 月 日

事業所コード (10 桁)	1	8							
施設名									
施設の種類	<input type="checkbox"/> 医科医療機関 <input type="checkbox"/> 歯科医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 ST <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()								
施設住所	〒 ー ー 福井県								
連絡先	電話番号: FAX:								
代表者名									
SNS 施設内 管理者名	(フリガナ)								
管理画面ログイン 用メールアドレス	@ <small>※本アドレス宛にメンバー登録の案内ならびにクライアント証明書が送付されます。SNS 利用者としての本アドレスを指定することはできません。別のアドレスにて利用者の追加登録をお願いします。</small>								
職種									
VPN 申請数	個 <small>※VPN は WEB 会議の際にセキュリティ向上を目的に使用します。 ※1 機関原則 2 個となります。必要ない場合には申請は空欄で結構です。</small>								
ふくいメディカル ネットに参加 されていますか	<input type="checkbox"/> 既に参加している <input type="checkbox"/> 参加していない⇒ふくいみまもり SNS 単体にて参加を希望する								

(事務局取扱欄)

□届出受理日 : 年 月 日 (郵送・FAX・その他)

□SNS利用登録日: 年 月 日

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /

様式の記入のポイント

別紙様式 2

「ふくいみまもりSNS」利用に係る施設又は組織誓約書

ふくい医療情報連携システム運営協議会事務局 御中

私は、「ふくいみまもりSNS」（以下、「SNS」と略）を利用する施設又は組織の長として、法令及び「ふくいみまもりSNS運用ポリシー」を遵守して、「SNS」が適正に利用されるように、従事者、ICTシステム、機器及びデータ等を厳重に管理することで、個人情報漏洩及び利用目的外使用を防止するとともに、「SNS」を利用して連携する他の施設又は組織に迷惑がかからないように務めることを誓約します。

また、「SNS」の利用に関して、協議会の注意や指導に従うことを誓約します。

20 年 月 日

施設又は組織名	
施設又は組織 所在地	
管理者氏名	
管理者の役職	

POINT

- ・利用に関する誓約書となります。様式1とセットでのご提出をお願いします。

施設内
管理者



事務局

様式の記入のポイント

別紙様式 3

ふくいみまもり SNS 変更申請書（事業所用）

ふくい医療情報連携システム運営協議会事務局 御中
(FAX 0776-21-6641)

ふくい医療情報連携システム協議会への申請内容に変更が生じたので、変更申請致します。

申込日：20 年 月 日

施設名	
施設の種別	<input type="checkbox"/> 医科医療機関 <input type="checkbox"/> 歯科医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 ST <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他
施設住所	〒 ー 福井県
連絡先	電話番号： FAX：
申請者	(部署・役職) (氏 名)

変更内容（※該当項目のみ記入してください。）

	変更前	変更後
事業所コード (10桁)		
施設名		
代表者名		
SNS施設内管理者		
施設の住所	〒	〒
電話番号		
FAX番号		
管理画面ログイン 用メールアドレス		
変更理由		

（事務局取扱欄）

☐ 変更届出受理日： 年 月 日（郵送・FAX・その他）

事務局受付済 日付 /	事務局責任者 日付 /	協議会公印 日付 /
----------------	----------------	---------------

POINT

- ・様式1に基づき申請された内容から変更があった場合は、本様式を用いて提出願います。

施設内
管理者



事務局

別紙様式 4

業務情報保持に関する誓約書

事業所名：

管理者：

殿

（業務情報保持の誓約）

第1条私は、貴事業所の業務の従業者として、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。）及び貴事業所内の諸規定（就業規則、マニュアル等を含みます。）を遵守するとともに、以下の情報（以下、「業務情報」といいます。）の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

①患者、患者の家族及び貴事業所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その他貴事業所内で知り得た情報（患者、患者の家族及び貴事業所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、それ以外の貴事業所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。）

（情報の管理等）

第2条

1 私は、貴事業所の業務に関連して取得する情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。）を貴事業所の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ものとします。

2 私は、貴事業所から貸与を受けた機器（携帯電話、タブレット端末機器、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません。）

以外の機器を業務で使用する場合には、必ず貴事業所の書面による許可を得るものとし、許可を得た機器以外の機器に情報を保存しないものとします。

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、貴事業所のシステムにアクセスする際に、与えられたアクセス権限を超えた操作を行った、不正な手段を用いてアクセスを行ったりしないものとします。

（利用目的外での使用の禁止）

第3条私は、当該情報を貴事業所が定める目的以外で利用しないものとし、かつ患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。

（退職後の業務情報保持の誓約）

第4条私は、貴事業所を退職した後も、業務情報の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

20 年 月 日

住所

氏名

POINT

・施設又は組織の長は、SNSを利用する従事者と個人情報保護に関する誓約書を交わすとともに、SNS管理者及び利用者に対して定期的に教育を行うこと。なお、**既に個人情報保護に関する誓約書を取り交わしている場合は、省略できる**ものとする。

従事者誓約書の記載内容のポイントは以下のとおりである。

1) 従事者は、就業規則やマニュアルなどの諸規定を遵守し、患者等の個人情報のみならず、事業所内で知り得た業務に関連する一切の情報を許可なく漏えいしてはならない。

2) 退職後も知り得た情報を漏えいしない。

3) IT 機器について、適切な取扱い及び管理を行う。

4) 事業者が定めた利用目的外での使用を禁止する。

5) 患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。

利用者



施設内
管理者

別紙様式 5

「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用概要説明書（患者・患者関係者用）

（使用の目的）

1 患者さんの生活をより良くするために、ITを活用した連絡手段である「ふくいみまもりSNS」（以下、「SNS」と略）を使って、患者さんの医療・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、介護支援専門員、デイサービス、ヘルパー等）の間で、患者さんの状態又は医療・介護・福祉の情報をやりとりし、連携を深めることを目的とします。

（使用するITを活用した連絡手段）

2 「SNS」では、多施設・多職種の間で、パソコンやスマートフォンなどを、インターネットで安全につないで、患者さんの情報をやりとりするための連絡手段として、医療介護専用に開発され、情報漏洩に対する安全性が高く、しっかりした管理ができる完全非公開型・医療介護専用SNS（富士通Japan株式会社）を使用します。

（使用にあたっての条件）

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、情報提供の際は関係者以外には決して漏らさないよう細心の注意を払います。「SNS」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。患者さん及びその家族に利用料金がかかることは一切ありません。

（情報交換の内容について）

- 4 情報交換の内容については、以下のとおりです。
- ・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、「SNS」について、以下の権利があります。
- ・ある特定の情報のやりとりを拒否する
 - ・患者さんに関する「SNS」の利用の削除を求める

（問い合わせ先）

- 6 SNSに関するお問い合わせは、下記の事務局までご連絡願います。
- 〒910-0001 福井県福井市大願寺3-4-10 福井県医師会館4階（福井県医師会内）
ふくいメディカルネット事務局
TEL 0776-24-0387
FAX 0776-21-6641
Mail fmic.sys@gmail.com

POINT

・SNSにおいて、患者の個人情報をやりとりする場合は、主治医又は主治医の指示を受けた多職種が、患者もしくはその家族へ説明書を用いて説明する際に使用してください。

施設の
利用者



患者・家族

様式の記入のポイント

「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用同意書

20 年 月 日

私は、「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用に関する事項について説明を受け、いずれも同意します。また、私ならびに家族についても利用者として参加することにも合わせて同意します。

<患者> ※利用者として参加する場合はメールアドレスの記載をお願いします。

フリガナ：
氏 名：
住 所：
生年月日 西暦 年 月 日 性別 ☐男性 ☐女性
メールアドレス： @
姓 氏：

<家族①（主）> ※利用者として参加する場合のみ記載をお願いします。

フリガナ：
氏 名：
住 所：
生年月日 西暦 年 月 日 性別 ☐男性 ☐女性
メールアドレス： @
姓 氏：

<家族②（副）> ※利用者として参加する場合のみ記載をお願いします。

フリガナ：
氏 名：
住 所：
生年月日 西暦 年 月 日 性別 ☐男性 ☐女性
メールアドレス： @
姓 氏：

※本様式への記入については、正確を期する為、本ホームページよりファイルをダウンロードの上、ワープロ打ちにてご提出をお願いいたします。

施設にて記入ください。――

※以下に記入する。

「事業所」を記入してください。

施設住所： 事業所名：	施設住所： 事業所名：
施設住所： 事業所名：	施設住所： 事業所名：
施設住所： 事業所名：	施設住所： 事業所名：

※コピーを一部患者さん もしくは ご家族にお渡しください。

送信先：SNS事務局 (faiic_gya@gmail.com)

POINT

・説明書を用いて、「同意書」を取得後、保管し、そのコピーを患者もしくはその家族に渡してください。なお、同意書の情報を基に施設に対し患者さんを紐づけをするための作業を実施することから事務局にもメール等にてご送付願います。

※本様式への記入については、正確を期する為、ワープロ打ちにてご提出をお願いいたします。

コピーを渡す

施設



患者・家族

紐づけ作業依頼

施設



事務局

別紙様式6

ふくいみまもりSNS 利用解除申込書(事業所用)

ふくい医療情報連携システム運営協議会事務局 御中

ふくいみまもりSNSの利用の解除を申請します。

申請日	年 月 日		
事業所コード (10桁)			
施設名			
郵便番号	〒 ー		
所在地	福井県		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		

(事務局取扱欄)

□解除届出受理日 : 年 月 日 (郵送・FAX・その他)

□SNS解除日 : 年 月 日

事務局受付済 日付 /	事務局責任者 日付 /	協議会公印 日付 /
----------------	----------------	---------------

POINT

- ・ふくいみまもりSNSの利用の解除を事業所として申請する場合に使用してください。施設内利用者の解除は施設内管理者にてメンテナンス画面より解除作業を実施してください。その場合は、利用者管理台帳を用いて管理をお願いします。
- ・事業所として解除すると過去に記入された記事の内容を参照することはできなくなります。

施設内
管理者

事務局

利用者の解除

利用者

施設内
管理者

別紙様式7

ふくいみまもりSNS同意撤回書

私は、「ふくいみまもりSNS」における個人情報のやり取りについて同意を撤回します。

〈サービス事業所記載欄〉

サービス事業所名：_____

住 所：_____

〈患者さん記載欄〉

20__年__月__日

フリガナ
患者氏名：_____ 男・女

生年月日：(西暦)____年__月__日

住 所：_____

(代理人記載の場合：代理人氏名_____ 続柄：_____)

撤回の理由：

※ 同意撤回をする場合にはかかりつけ医に提出してください。

(設定解除依頼を受けたサービス事業所記載欄)

担当者名：_____ 印

TEL：(____)____-____

※設定解除を受付けた場合には、右の「設定解除依頼日」に日付を記入し、捺印した上で、かかりつけ医から事務局へFAX（0776-21-6641）にてお送りください。

設定解除依頼日

令和__年__月__日

POINT

・ 患者・家族から、SNSの内容の完全削除の希望があった場合は、かかりつけ医等より本様式を用いて事務局に削除の依頼の際に使用します。

患者・家族



施設内
管理者



事務局

別紙様式 8

チーム登録申請書（事業所用）

本事業所において、ふくいみまもりSNSを利用し、既に作成済みのチームに追加で参加し、情報共有を行いたいのでチーム登録申請書のとおり申し込みます。

※本SNSに新規で参加する場合は別紙様式1ならびに別紙様式2を添えて、提出願います。

〈患者名〉

フリガナ：	
氏 名：	
住 所：	
生年月日： 西暦 年 月 日	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

〈事業所情報〉

事業所コード (10桁)	1	8							
施設名									
施設の種別	<input type="checkbox"/> 医科医療機関 <input type="checkbox"/> 歯科医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()								
施設住所	〒 ー ー 福井県								
連絡先	電話番号： () ー F A X : () ー								
SNS 施設内 管理者名									
代表 メールアドレス	<small>当患者の姓・名等の連絡の際に使用いたします。〔管理画面ログイン用メールアドレスと同等にしてください〕</small> @								

(事務局取扱欄)

□届出受理日 : 年 月 日 (郵送 ・ F A X ・ その他)

□チーム登録日 : 年 月 日

事務局受付済み	事務局責任者	協議会公印
目付 /	目付 /	目付 /

22

POINT

- ・既に存在しているチームへの新たな参加を希望する施設又は組織については、「チーム登録申請書」を事務局まで申請してください。
- ・様式8の申請の段階で、新規での参加を希望する場合は、様式1と様式2も一緒に提出してください。

施設内
管理者

事務局

様式の記入のポイント

ふくいみまもりSNS管理台帳（施設名： _____ ）

NO	氏名	所属	職種	登録メールアドレス (SNSのID)	生年月日 (西暦)	性別	利用開始日	登録削除日	個人で管理されている端末 ですか	利用端末（主に使用するものについて）				ポリシー・操作マ ニュアルを熟んだ かどうか	誓約書の 取得日
										種類	利用回線の種類	有線ネットワークの接続の有無	ワイヤレスネットワークの接続の有無		
〈例〉	福井 太郎	医師会病院	医師	****@**.com	1990/1/1	男性	2024/1/1		はい	android端末	ドコモ	有	有	有	2024/1/1
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

POINT

施設内の利用者の状況を台帳にて管理願います。本様式は施設内で管理してください。
 ※なお、災害時には、人の生命の保護を優先する観点から、「SNS」を災害時連絡手段として利用するために、各施設の管理台帳に記載していない端末の使用を特別に許可されます。

提出様式の早見表

		提出様式								
		新規登録	患者・家族登録がSNSに参加する場合	事業所が新たにチームに参加する場合	自施設の利用者の変更	自施設の利用者を新たにチームに追加	自施設の施設内管理者等の変更	家族の追加	患者より同意撤回の依頼	事業所としての利用解除
提出の流れ		施設⇒事務局	施設⇒事務局	施設⇒事務局	施設	施設	施設⇒事務局	家族⇒施設⇒事務局	家族⇒施設⇒事務局	施設⇒事務局
様式 1	利用申込書（事業所用）	●		▲	—	—				
様式 2	利用に係る施設又は組織誓約書	●		▲	—	—				
様式 3	変更申請書				—	—	●			
様式 4	業務情報保持に関する誓約書	■		■	—	—				
様式 5	個人情報使用概要説明書（患者・患者関係者用）、個人情報使用同意書	▲	●		—	—		●		
様式 6	利用解除申込書（事業所用）				—	—				●
様式 7	同意撤回書				—	—			●	
様式 8	チーム登録申請書（事業所用）			●	—	—				
その他	SNS管理台帳			●	●	●				

※●は作成、■は必要であれば、▲は患者への説明・同意

令和6年2月15日

- ・ふくいみまもりSNSに関する説明会の開催
- ・ふくいみまもりSNSの参加機関募集開始

令和6年3月中旬～

- ・施設内管理者宛てにメールにて管理画面への仮登録完了通知を発送
- ・施設内管理者は、本登録作業、証明書のインストール等を実施
- ・施設内管理者は、施設内の利用者の追加登録を実施する

令和6年3月下旬～

- ・利用者の追加登録等が完了次第、利用を開始
- ・患者同意を取得し、チームにて運用を順次開始

令和6年4月1日 ふくいみまもりSNSの運用開始

令和6年3月31日まで にお申込みください。

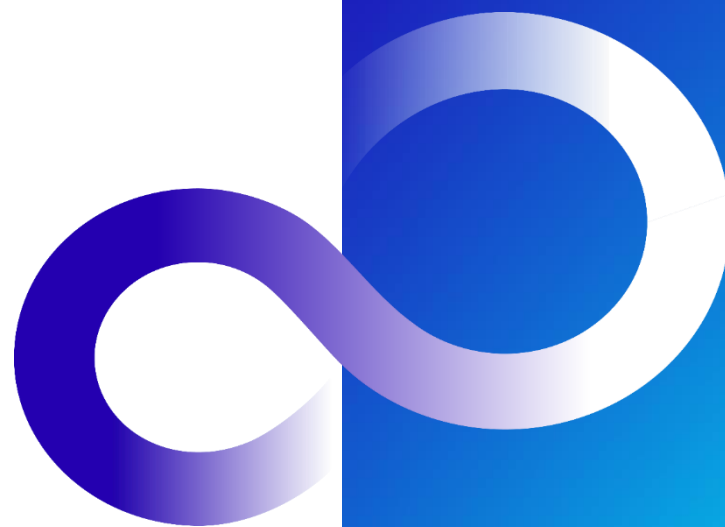
令和6年4～9月分の利用料金は無料となります。まずは多くの機関・施設の方にご利用いただき、多職種連携有効なツールの一つとして発展していきたいと考えています。

多くの施設の方の参加をお待ちしております。

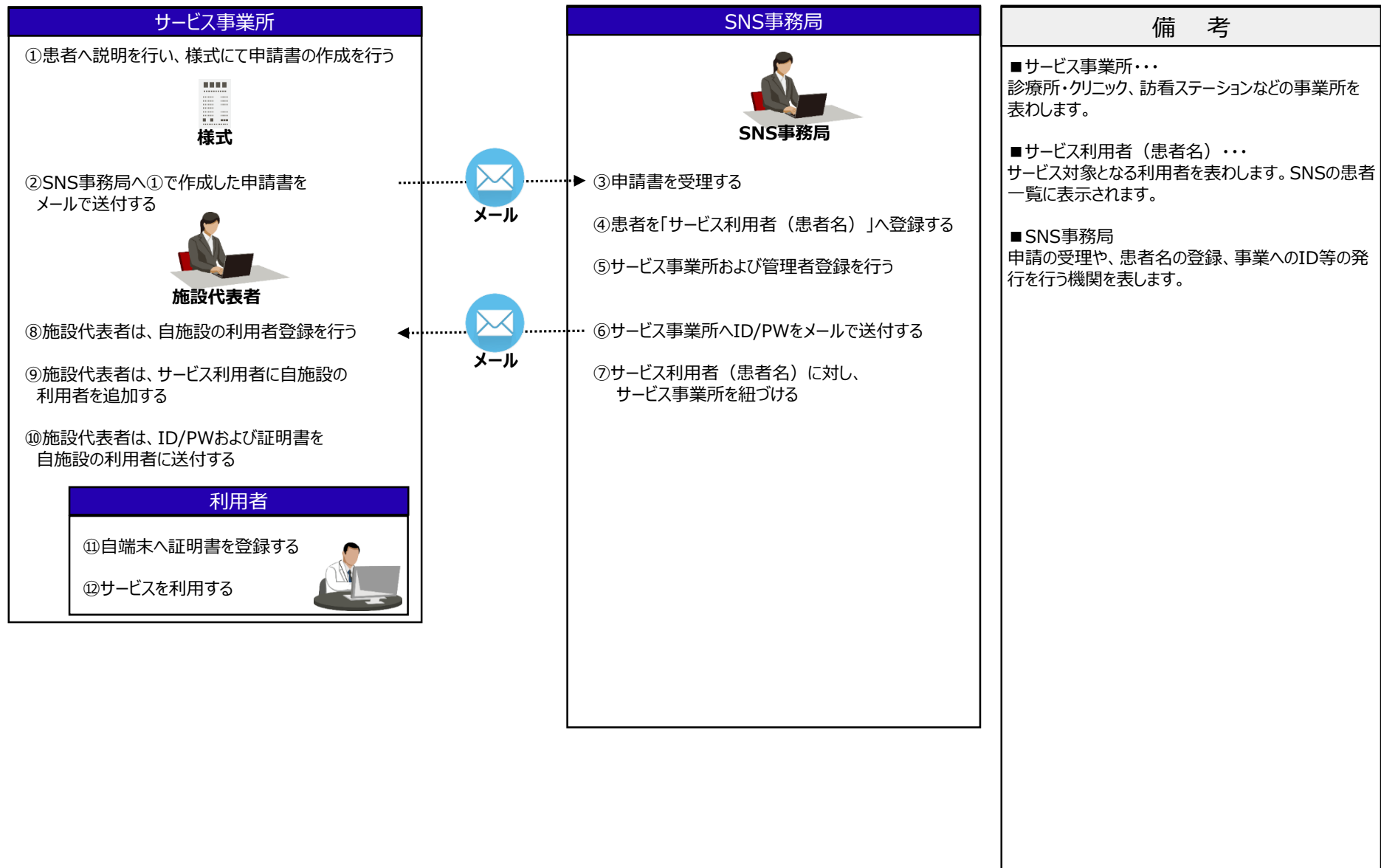
※本SNSは、ふくいメディカルネットに参加をしていない場合においても 「ふくいみまもりSNS」単体での参加も可能となります。

＜参考資料＞

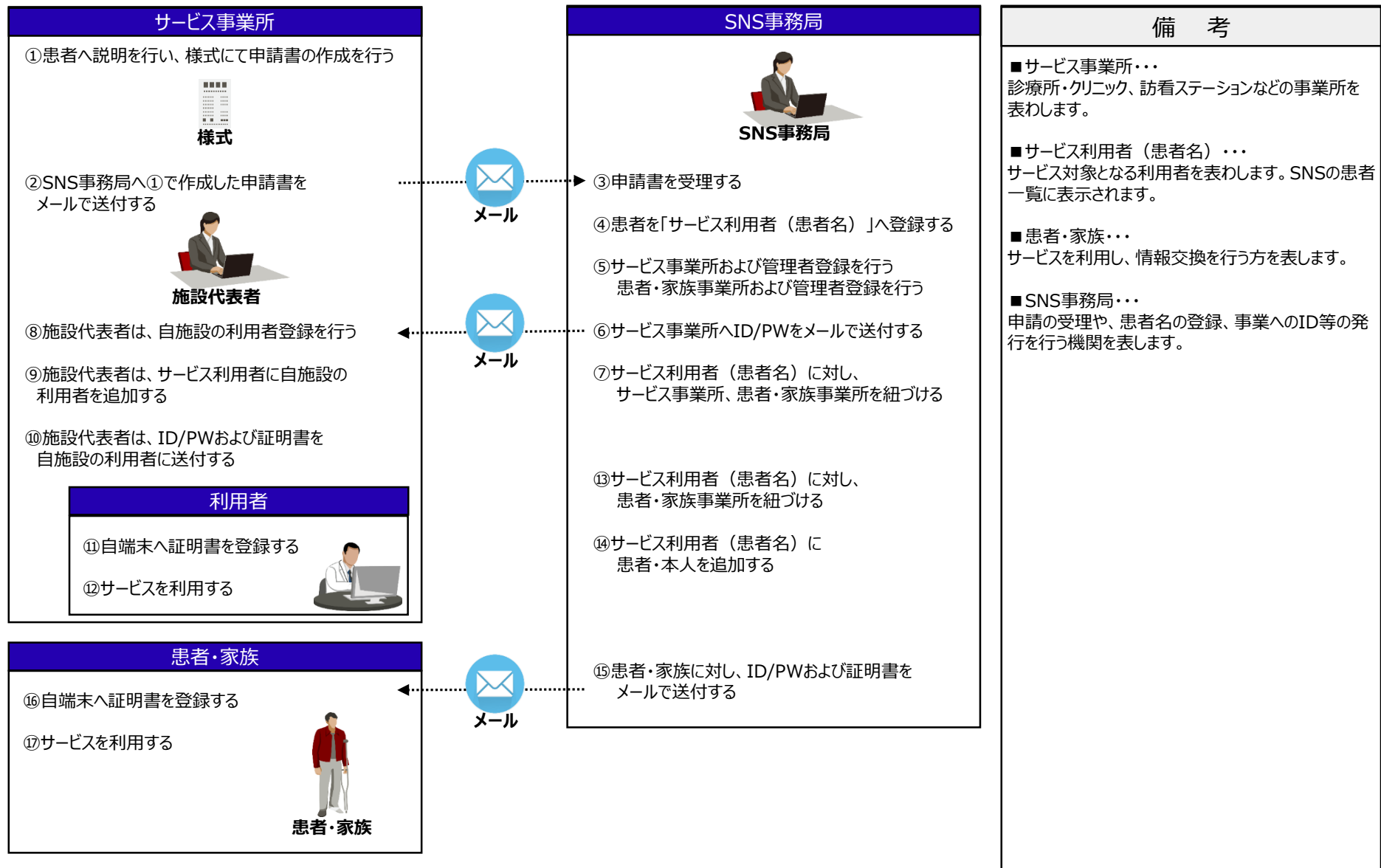
【ふくいみまもりSNS 運用フロー



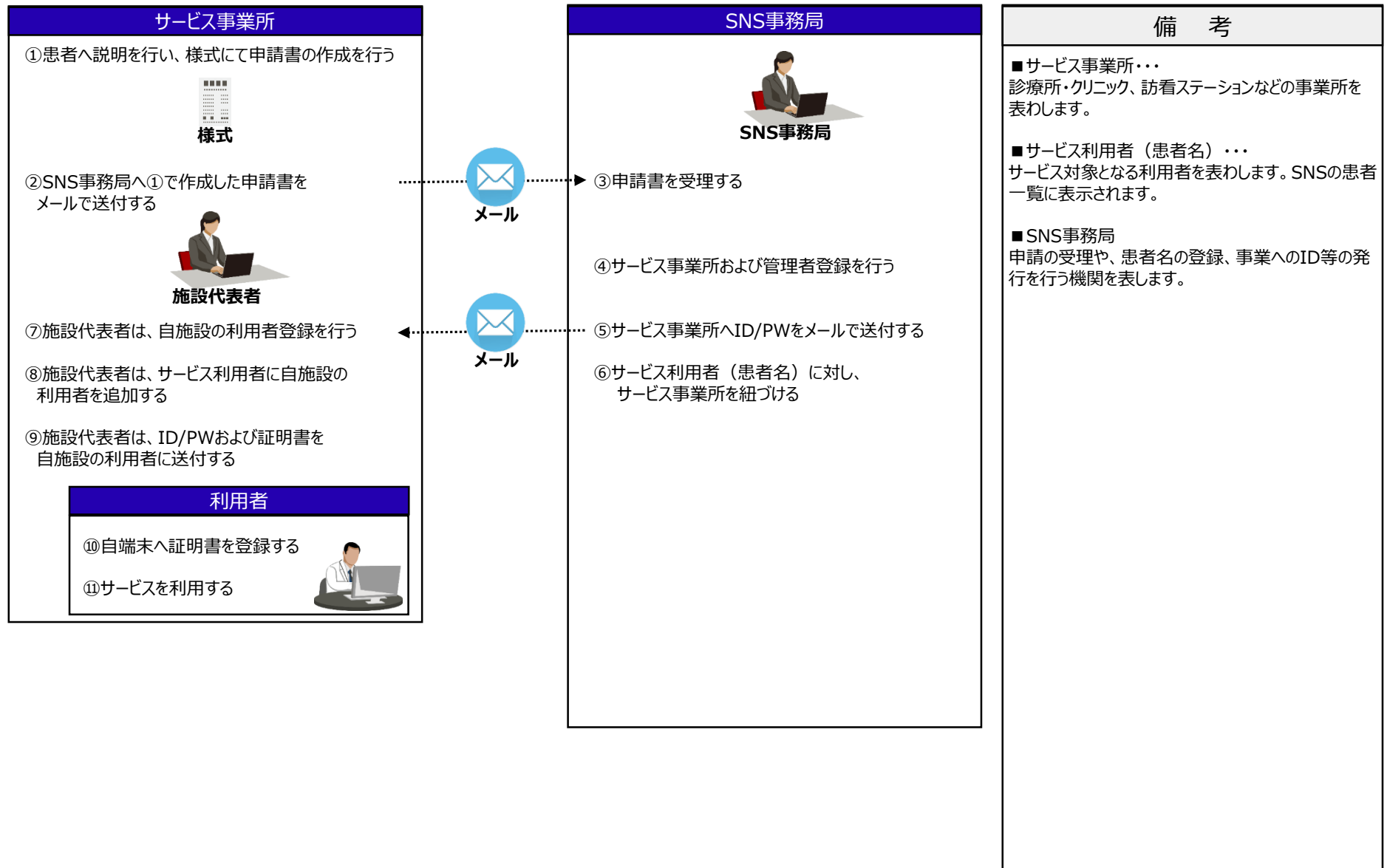
①運用フロー 新規作成（家族なしのケース）



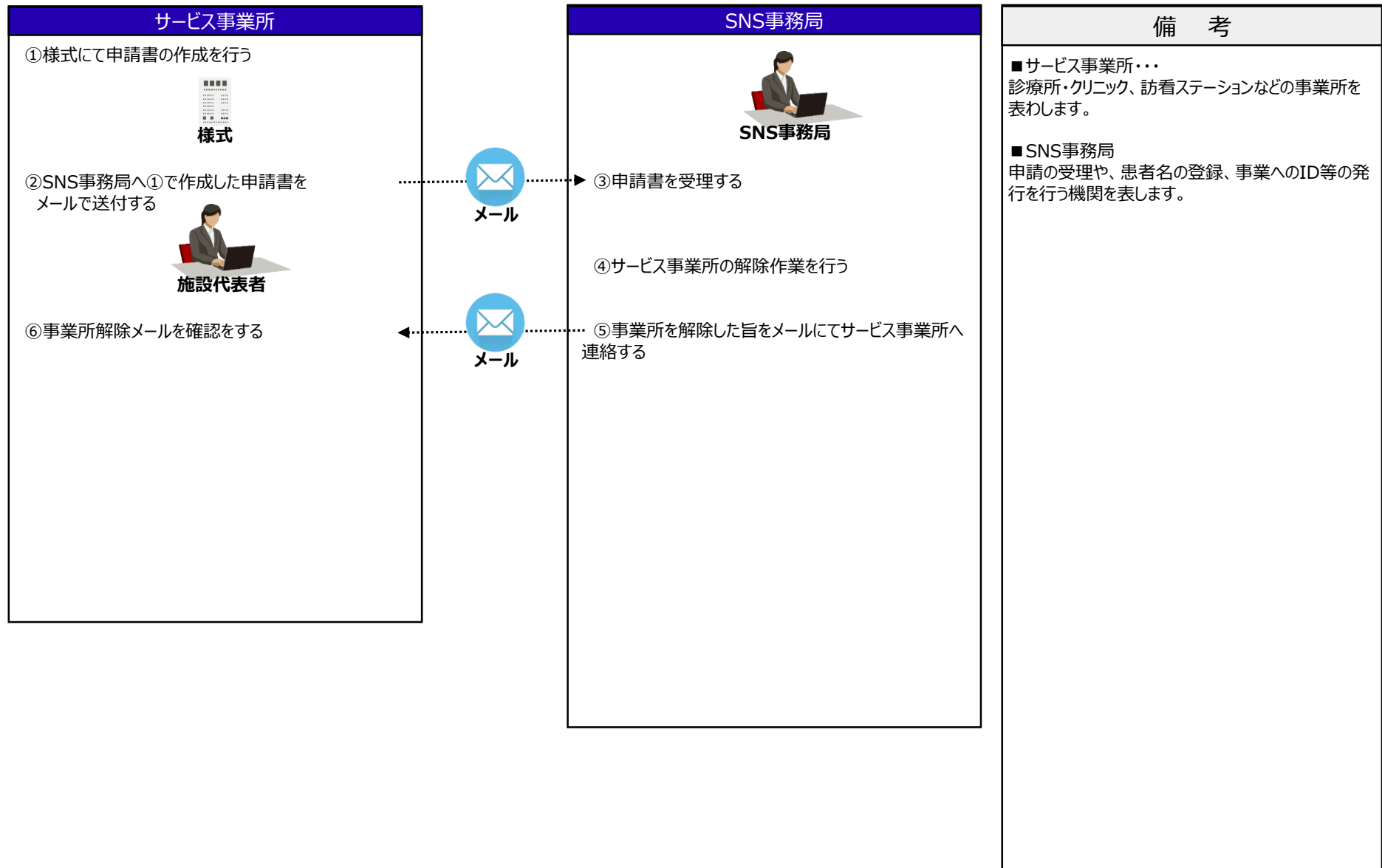
②運用フロー 新規作成（家族ありのケース）



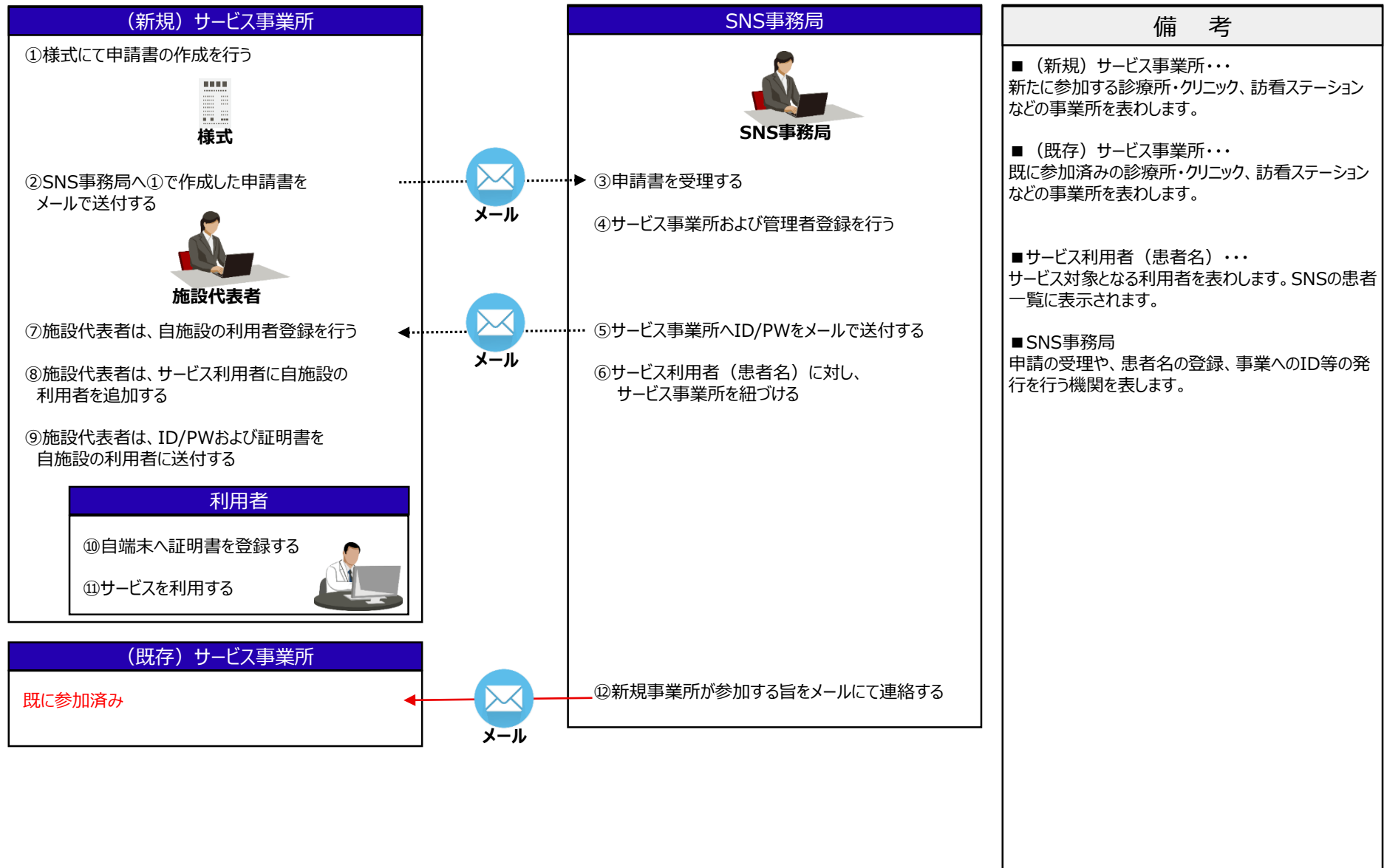
③運用フロー サービス事業所追加



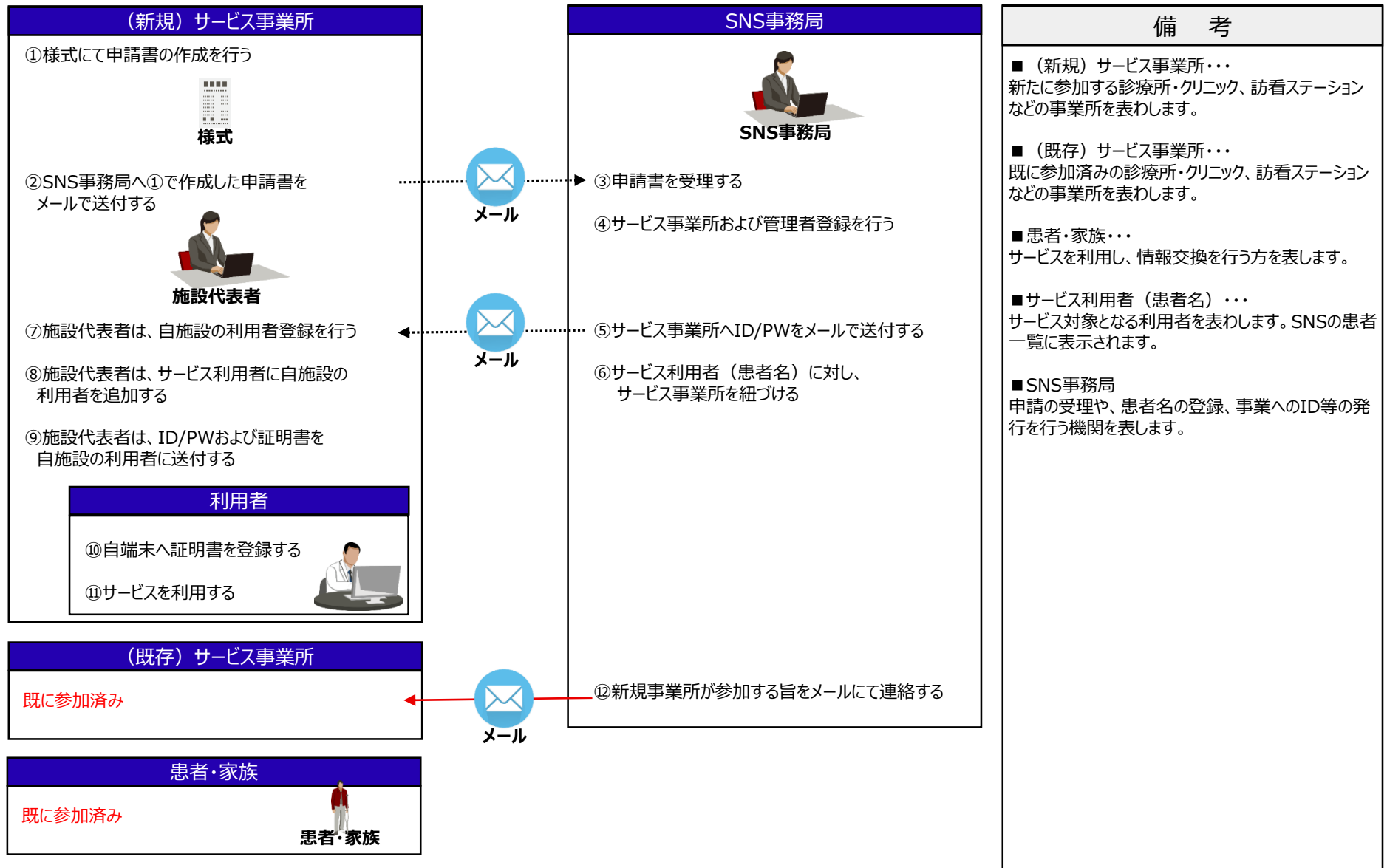
④運用フロー 事業所解除



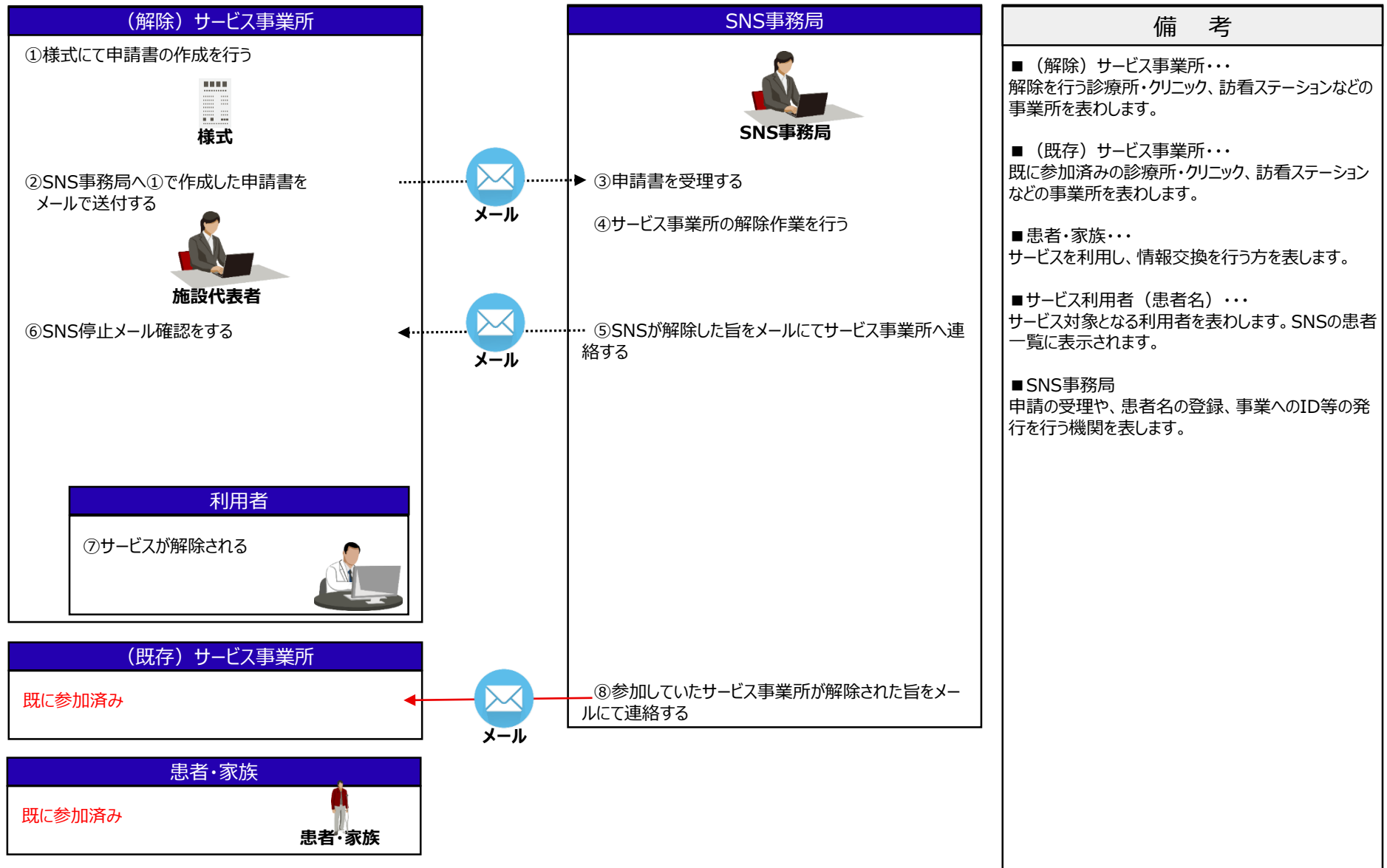
⑤運用フロー 事業所が途中で参加する場合： 新規事業所（家族なしのケース）



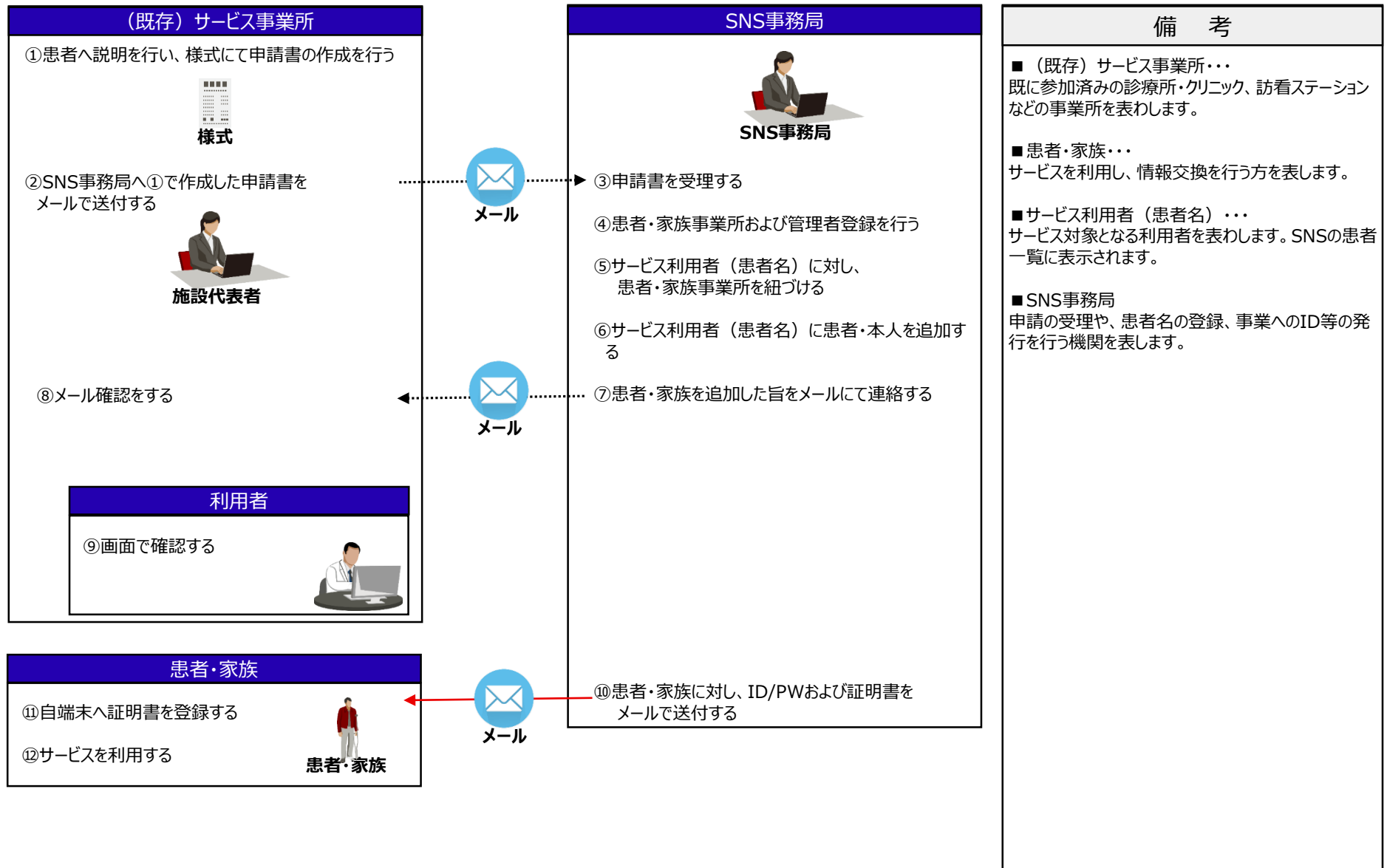
⑥運用フロー 事業所が途中で参加する場合： 新規事業所（家族ありのケース）



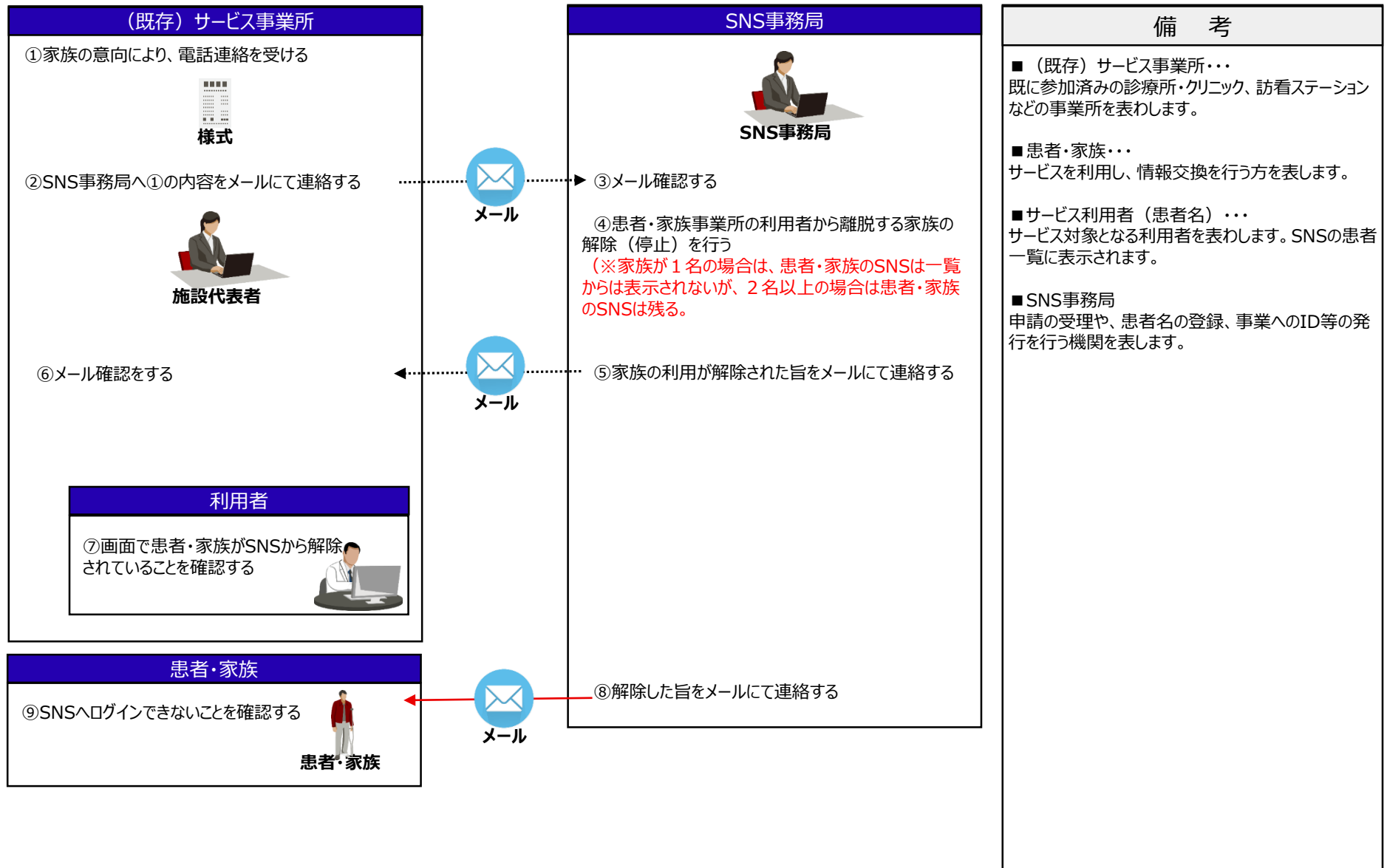
⑦運用フロー 事業所が途中で利用解除をする場合： (家族あり・なしのケース)



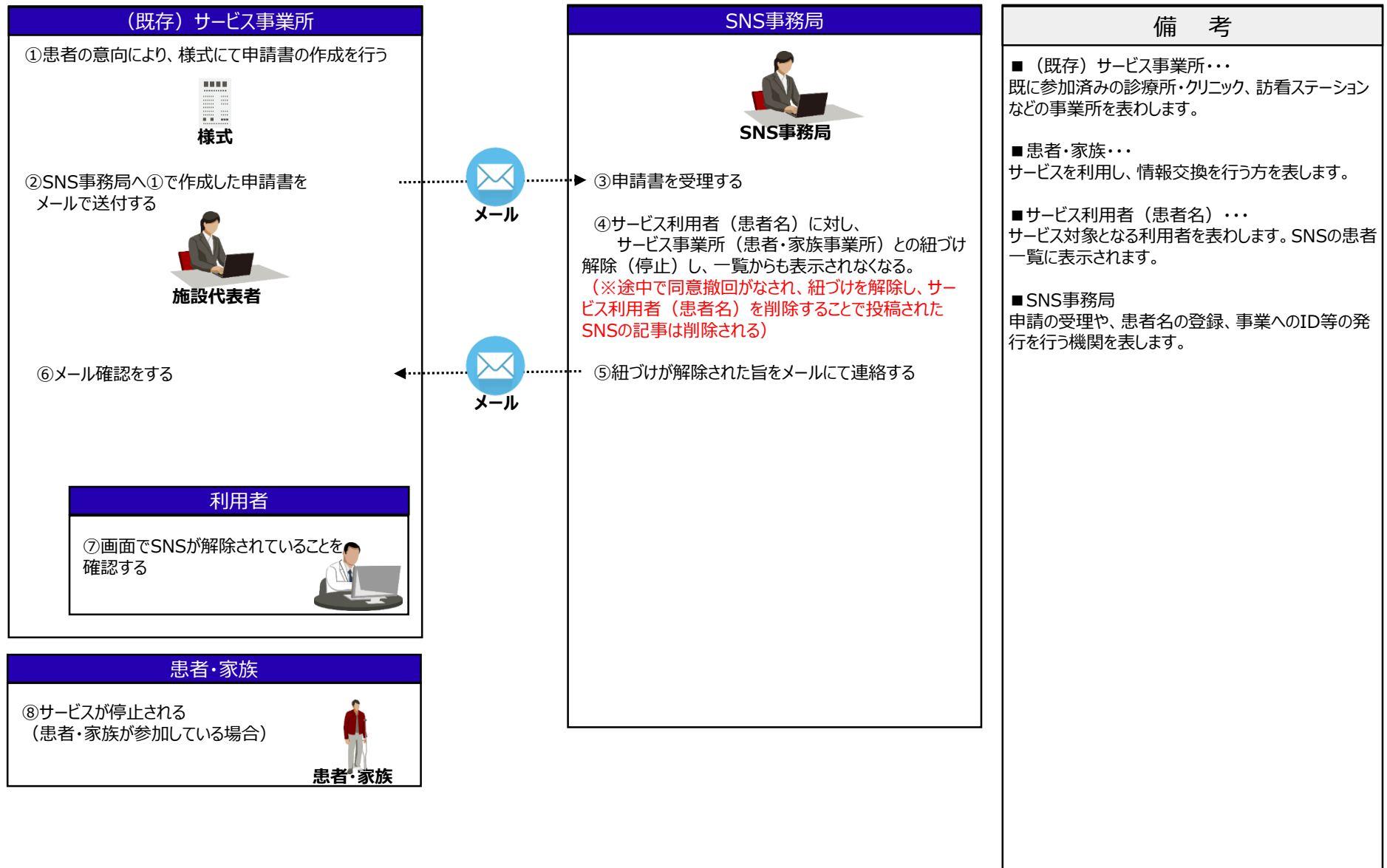
⑧運用フロー 患者家族が途中で参加をする場合 (家族ありのケース)



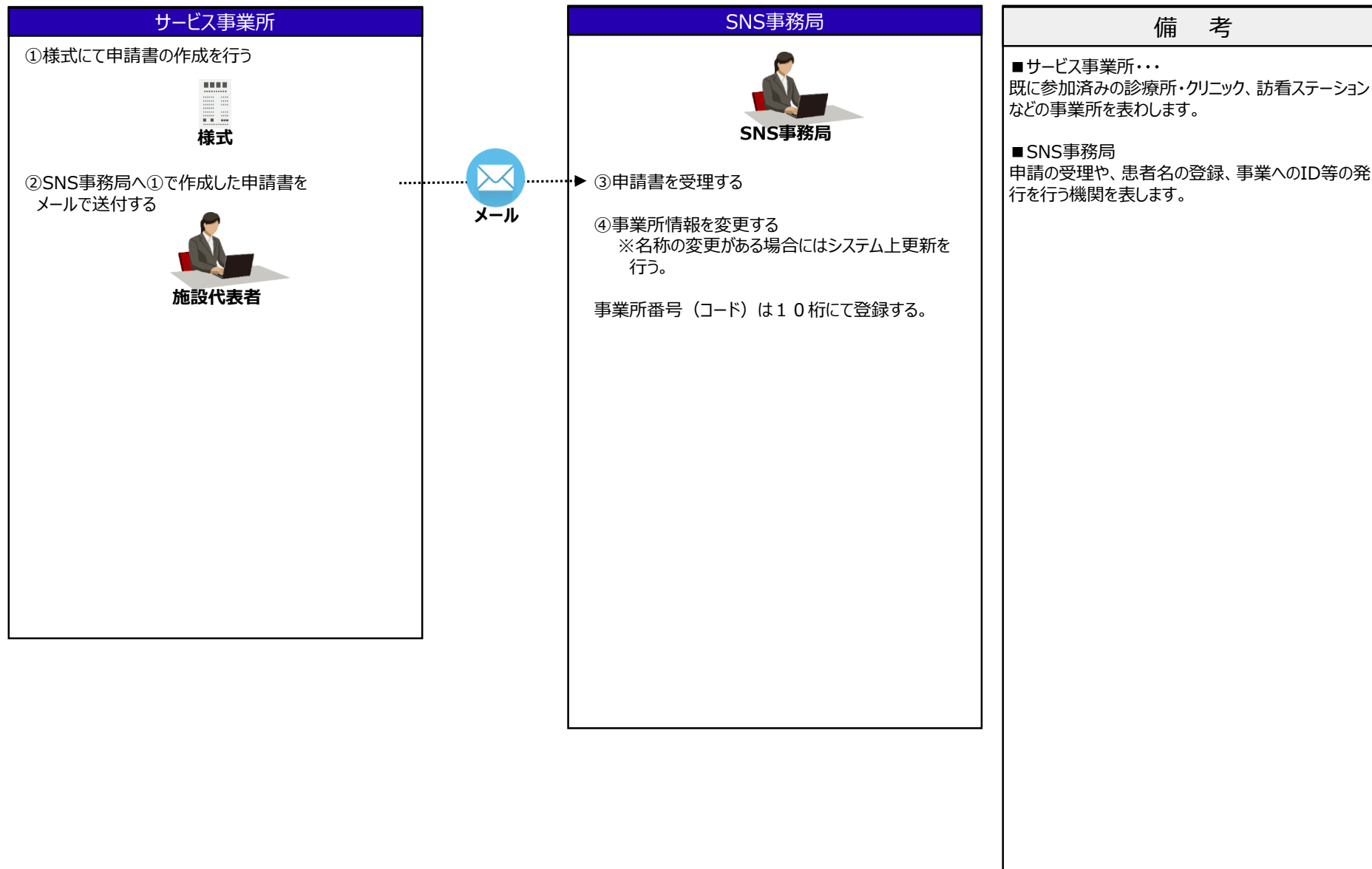
⑨運用フロー 患者家族が途中で離脱を行う場合 (家族ありのケース)



⑩運用フロー 患者家族が途中で同意撤回を行った場合（家族あり・なしのケース）



⑪運用フロー 事業所情報の変更



区分	作業範囲（権限にて）
SNS事務局	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所の登録・編集・削除 ・ 施設内管理者の登録・削除 ・ 証明書発行 ・ VPNの割り振り（0000-9999） ・ 施設内管理者へのメール送信 ・ 患者家族の登録ならびに事業所との紐づけ作業 ・ 患者ごとのチーム紐づけ情報参照 ・ 患者一覧参照 ・ 患者の解約作業（同意撤回の場合） ・ 施設内管理者用のID（指定アドレスの発行）とPASSの発行 ・ 患者・家族事業所の作成（参加する場合）
施設内管理者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設内利用者の追加・削除ならびに証明書の発行、VPNの発行 ・ 施設内利用者と患者の紐づけならびに解除作業 ・ 施設内利用者の管理 ・ SNSの利用ならびにWEB会議の利用
医療・介護関係者 （利用者）	<ul style="list-style-type: none"> ・ スマートデバイスへの証明書のインストールならびにVPNのインストール（※施設内管理者にて実施の場合もあり） ・ SNSの利用ならびにWEB会議の利用 ・ SNSへの利用者自身が投稿した記事の削除・編集 ・ 「Web会議」を含めた予定の作成・編集・削除
患者・家族	<ul style="list-style-type: none"> ・ SNSの利用 ・ 投稿記事への削除依頼や編集依頼 ・ 同意撤回 <p>（※WEB会議使用の際は、医療・介護関係者のデバイスを使用し、同席することを想定）</p>