

ふくいみまもり SNS 運用ポリシーの新旧対照表

改定後	現行
<p>(利用の対象者)</p> <p>第8条</p> <p>1) 福井県内の地域包括ケアに関する施設・組織^(※)に属する者。</p> <p>2) 1) 福井県内のシステム利用者(以下、利用者と略)は地域包括ケアを行う上で関わりがある福井県外の地域包括ケアに関する施設・組織に属する者。</p> <p>3) 患者・家族ならびに患者・家族が推薦する者。</p> <p>(※) 組織とは、福井県医師会、福井県歯科医師会、福井県薬剤師会、福井県訪問看護ステーション連絡協議会、福井県介護支援専門員協会等の組織とする。</p>	<p>(利用の対象者)</p> <p>第8条</p> <p>1) 福井県内の地域包括ケアに関する施設・組織^(※)に属する者。</p> <p>2) 1) 福井県内の利用者が地域包括ケアを行う上で関わりがある福井県外の地域包括ケアに関する施設・組織に属する者。</p> <p>3) 患者・家族ならびに患者・家族が推薦する者。</p> <p>(※) 組織とは、福井県医師会、福井県歯科医師会、福井県薬剤師会、福井県訪問看護ステーション連絡協議会、福井県介護支援専門員協会等の組織とする。</p>
<p>(利用申込・利用解除申込)</p> <p>第12条</p> <p>1) ～4) は略</p>	<p>(利用申込・利用解除申込)</p> <p>第12条</p> <p>1) 新たにSNSを利用する施設又は組織は、SNS事務局に対して「利用申込書(事業所用)」及び「施設又は組織誓約書」を提出し、利用施設及び施設内管理者の登録を行う。</p> <p>(利用申込書(事業所用)・・・別紙様式1、施設又は組織誓約書・・・別紙様式2)</p> <p>2) 既に利用施設として登録済みの施設又は組織が、従事者の追加登録や削除を行う場合は、施設又は組織の管理者が行う。</p>

改定後	現行
<p>5) 既存のチームへの新たな参加を希望する施設又は組織は、SNS事務局に対して「チーム登録申請書」の提出を行う。<u>（チームへの参加申請書（事業所用）・・・別紙様式8）</u></p>	<p>3) 利用者は、SNSの操作マニュアル等をしっかり熟読し、本ポリシーを理解し、遵守し利用すること。</p> <p>4) SNSを利用を解除を希望する施設又は組織は、SNS事務局に対して「利用解除申込書（事業所用）」の提出を行う。（利用解除申込書・・・別紙様式6）</p> <p>5) 既存のチームへの新たな参加を希望する施設又は組織は、SNS事務局に対して「チーム登録申請書」の提出を行う。<u>（チーム登録申請書（事業所用）・・・別紙様式8）</u></p>
<p>（SNS施設内管理者の責務）</p> <p>第14条</p> <p>1) 略</p> <p>2) 以下の業務を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ SNSの様式の内容に基づき管理台帳を作成し、利用者を管理する ・ SNSへの利用者登録ならびに削除。※利用者の削除処理については事業所を退職された日を以って実施する。 ・ SNSの患者情報、個人情報等のセキュリティ管理全般 ・ SNSで利用するIT 機器管理 ・ SNSの利用者ID管理およびVPNのIDの管理 ・ 個々の利用端末への証明書発行ならびにVPNの発行 	<p>（SNS施設内管理者の責務）</p> <p>第14条</p> <p>1) SNS施設内管理者は、従事者が、本運用ポリシー、法令、ガイドライン等に従い、適正に使用するように管理運用を行う。</p> <p>2) 以下の業務を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ SNSの様式の内容に基づき管理台帳を作成し、利用者を管理する ・ SNSへの利用者登録ならびに削除。※利用者の削除処理については事業所を退職された日を以って実施する。 ・ SNSの患者情報、個人情報等のセキュリティ管理全般 ・ SNSで利用するIT 機器管理 ・ SNSの利用者ID管理およびVPNのIDの管理 ・ 個々の利用端末への証明書発行ならびにVPNの発行

改定後	現行
<p>・ SNS に関わるトラブル等への事務局への連絡</p> <p>・ 施設内管理者の変更がある場合は、別紙様式 3 に基づき事務局への連絡を行う（変更申請書（事業所用）・・・別紙様式 3）</p> <p>・ 申請時に登録された「管理画面ログイン用メールアドレス」について変更はしないこと。</p> <p><追加></p> <p><u>・ 介護施設の場合は、施設内管理者の権限として、チームの作成を行うことができる。なお、部会にて了承を得た個別の施設においても同様の対応とする。</u></p>	<p>・ SNS に関わるトラブル等への事務局への連絡</p> <p>・ 施設内管理者の変更がある場合は、別紙様式 3 に基づき事務局への連絡を行う（変更申請書（事業所用）・・・別紙様式 3）</p> <p>・ 申請時に登録された「管理画面ログイン用メールアドレス」について変更はしないこと。</p>
<p>(SNSの管理：在宅患者メモ)</p> <p>第16条</p> <p>1) ～ 6) 略</p>	<p>(SNSの管理：在宅患者メモ)</p> <p>第16条</p> <p>1) SNSでは、一人一人の患者に関して、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を行う。</p> <p>2) SNSの管理（設置、参加する多職種の登録・削除など）は、かかりつけ医又はかかりつけ医の指示を受けた多職種が行う。</p> <p>3) SNSに、全ての患者を登録する必要はない。SNSにて情報連携を行いたい患者のみとする。</p> <p>4) 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多職種のみを参加させる。</p> <p>5) SNSには、患者・家族が希望すれば参加ができる。</p> <p>6) ファイル共有（写真、動画、音声データ）の登録し、連携を行うこともできる。</p>

改定後	現行
<p>7) 患者・家族から、SNSへの<u>同意撤回</u>の希望があった場合は、かかりつけ医等より別紙様式7を用いて事務局に依頼を行う。(同意撤回書・・・別紙様式7)。</p> <p><追加> <u>また、チーム内の解除のみとし、記事内容は削除しないものとする。なお、介護施設にて作成したチームの場合には、介護施設宛に同意撤回依頼を提出し、自施設内のチームから解除処理を行うことができる。</u></p> <p>8)～9) 略</p>	<p>7) 患者・家族から、SNSの内容の<u>完全削除</u>の希望があった場合は、かかりつけ医等より別紙様式7を用いて事務局に削除の依頼を行う。(同意撤回書・・・別紙様式7)</p> <p>8) SNSの具体的な使い方に関しては、施設内管理者を中心に、参加者の間で、事前に、取り決めをしておくことが望ましい。</p> <p>9) 患者・家族から、SNSの記事の一部の削除または編集の依頼が利用者にあった場合は、SNS施設内管理者に相談の上、記事の一部削除または編集を行う。</p>
<p>(SNSの管理：テーマ機能)</p> <p>第18条</p> <p>1) テーマごとにグループを作成し、地域の多職種間の情報交換・交流を行う。</p> <p>2) テーマ機能では、患者の個人情報は扱わない。</p> <p>3) テーマ機能の管理（設置、参加者の登録・削除など）は、職種の制限なく、自由に行うことができる。</p> <p>4) テーマ機能の管理者は、そのグループの趣旨・使い方などを、参加者に伝える。</p> <p>5) テーマ機能の管理者は、グループを、運用ポリシー、法令、公</p>	<p>(SNSの管理：テーマ機能)</p> <p>第18条</p> <p>1) テーマごとにグループを作成し、地域の多職種間の情報交換・交流を行う。</p> <p>2) テーマ機能では、患者の個人情報は扱わない。</p> <p>3) テーマ機能の管理（設置、参加者の登録・削除など）は、職種の制限なく、自由に行うことができる。</p> <p>4) テーマ機能の管理者は、そのグループの趣旨・使い方などを、参加者に伝える。</p> <p>5) テーマ機能の管理者は、グループを、運用ポリシー、法令、公</p>

改定後	現行
<p>序良俗に反しないように、適正に管理する。</p> <p><追加></p> <p><u>6) テーマの作成・削除は事務局において行うものとする。</u></p> <p><u>7) テーマ機能のテーマの作成を依頼する場合は、事務局宛に様式9を用いて申請をする。</u></p> <p><u>8) テーマ機能のグループを解除する場合には、事務局宛に様式10を用いて申請をする。</u></p> <p><u>9) 事務局はテーマ機能の解除申請に基づきグループは解除する。</u></p>	<p>序良俗に反しないように、適正に管理する。</p>
<p>(患者の同意取得)</p> <p>第20条</p> <p>(略)</p> <p><追加></p> <p><u>また、介護施設にてチームを作成する場合は、同意書を取得後、自</u></p>	<p>(患者の同意取得)</p> <p>第20条 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他職種が、患者もしくはその家族へ説明書を用いて説明し、「同意書」を取得し、保管するとともに、そのコピーを、患者もしくはその家族に渡す。(患者説明書・同意書・・・別紙様式5)</p> <p>なお、第19条の2)の場合は、患者・家族を含めた情報交換を行う場合は、メールアドレスの情報は必須となる。</p> <p>例外として、主治医以外の他職種(訪問看護師、ケアマネージャー)が、患者もしくはその家族から「同意書」を取得した上で、患者の個人情報を他の職種とやりとりすることも可能とする。なお、早い段階で主治医もチームに参加できるように目指すこと。</p>

改定後	現行
<p><u>施設にて患者登録を行うことができる。なお、チームを作成する場合は、事業所の紐づけ作業は慎重に行うこととする。なお、部会にて了承を得た個別の施設においても同様の対応とする。</u></p>	
<p>(新) (ふくいメディカルネットとの連携)</p> <p>第27条 ふくいみまもりSNSでの記事内容をふくいメディカルネット上にSNSメモとして連携させることができる。なお、その連携方法は以下のとおりとする。</p> <p>1) 第20条に基づき、別紙様式5を用いて患者の同意を得、必要に応じてかかりつけ医より後方支援病院（情報開示医療機関）の連携室へFAXにて依頼をすることでSNS連携処理を実施することができる。連携作業を実施する場合は、患者氏名、生年月日、性別等を確認のうえ作業を実施すること。</p> <p>2) SNS連携は、後方支援病院（情報開示医療機関）の連携室の職員とする。</p> <p>3) 後方支援病院（情報開示医療機関）は、SNSのチームに属さない場合でも連携後は、参照権限が付与された職種に限り情報を得ることができる。</p> <p>4) 情報を参照した場合は、患者のプライバシーを配慮すること。</p> <p>5) SNS連携解除を行う場合は、連携室においてその処理を行うことができる。</p>	

改定後	現行
<p>(その他)</p> <p><u>第28条</u> その他、この規程の実施に関し必要な事項がある場合は、施設又は組織がこれを別に定めることができる。</p>	<p>(その他)</p> <p><u>第27条</u> その他、この規程の実施に関し必要な事項がある場合は、施設又は組織がこれを別に定めることができる。</p>
<p>附則</p> <p>第1条～第3条 (略)</p> <p><u>第4条 この規程は令和8年4月21日にて一部改定する。</u></p>	<p>附則</p> <p>第1条 この規程は令和6年4月1日から施行する。</p> <p>第2条 この規程は令和7年2月6日にて一部改定する。</p> <p>第3条 この規程は令和7年7月22日にて一部改定する。</p>

改定後	現行
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">別 表</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">別 表</div>
<p><規程等一式></p>	<p><規程等一式></p>
<p>「ふくいみまもり SNS」 運用ポリシー</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 利用上の留意事項</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 利用申込書（様式 1）</p> <p>「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）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 変更申請書（様式 3）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 業務情報保持に関する誓約書（様式 4）</p> <p>「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）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 利用解除申込書（様式 6）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 同意撤回書（様式 7）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 <u>チームへの参加申請書（事業所用）</u> （様式 8）</p> <p><u>新規「ふくいみまもり SNS」 テーマ登録申請書（様式 9）</u></p> <p><u>新規「ふくいみまもり SNS」 テーマ解除申請書（様式 10）</u></p> <p>「ふくいみまもり SNS」 管理台帳</p>	<p>「ふくいみまもり SNS」 運用ポリシー</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 利用上の留意事項</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 利用申込書（様式 1）</p> <p>「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）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 変更申請書（様式 3）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 業務情報保持に関する誓約書（様式 4）</p> <p>「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）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 利用解除申込書（様式 6）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 同意撤回書（様式 7）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 チーム登録申請書（様式 8）</p> <p>「ふくいみまもり SNS」 管理台帳</p>

【様式5の変更】

改定後	現行
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">別紙様式5</div> <p>VER.4 (案)</p> <p style="text-align: center;">「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）</p> <p>(使用の目的)</p> <p>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。</p> <p>(使用するITを活用した連絡手段)</p> <p>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SNS（富士通Japan株式会社）を使用します。</p> <p>(使用にあたっての条件)</p> <p>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、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。</p> <p>(情報交換の内容について)</p> <p>4 情報交換の内容については、以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(患者さんが有する権利)</p> <p>5 患者さんは、「SNS」について、以下の権利があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(後方支援病院との連携)</p> <p>6 在宅医療を受けている患者の情報については、平時より本SNSを活用し、多職種間で共有・連携を行っています。患者の容体が急変した場合などに、かかりつけ医の判断にて後方支援病院（基幹病院・中核病院）へ紹介を行うことがあります。その際にも本SNSを通じて多職種間で共有している情報を後方支援病院へ開示することで、より適切かつ迅速な医療提供につなげる仕組みとなっています。</p> <p>(問い合わせ先)</p> <p>7 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。</p> <p>〒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</p>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">別紙様式5</div> <p>VER.2</p> <p style="text-align: center;">「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）</p> <p>(使用の目的)</p> <p>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。</p> <p>(使用するITを活用した連絡手段)</p> <p>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SNS（富士通Japan株式会社）を使用します。</p> <p>(使用にあたっての条件)</p> <p>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。</p> <p>(情報交換の内容について)</p> <p>4 情報交換の内容については、以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(患者さんが有する権利)</p> <p>5 患者さんは、「SNS」について、以下の権利があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(問い合わせ先)</p> <p>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。</p> <p>〒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</p>

VER.4 (案)

「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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	_____
メールアドレス： @	_____
(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄：)	_____

<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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	_____
メールアドレス： @	_____
続柄：	_____

<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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	_____
メールアドレス： @	_____
続柄：	_____

※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。

裏へ

VER.2

「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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	_____
メールアドレス： @	_____
(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄：)	_____

<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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	_____
メールアドレス： @	_____
続柄：	_____

<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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	_____
メールアドレス： @	_____
続柄：	_____

※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。

裏へ

VER.4 (案)

以下は申請施設にて記入ください。

<説明・同意書取得者>

施設名 _____

氏名 _____

◎主治医以外が、説明・同意書の取得を行った場合、以下に記入する。

<説明・同意書取得を指示した医師>

<医師よりの指示がなく、他職種（訪問看護師・ケアマネジャー）にて説明・同意書を取得した場合>

施設名 _____

氏名 _____

※本SNSを活用し、情報連携を行う施設名（サービス事業所）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：

※緊急的な入院等が必要な場合にて後方支援病院（情報開示医療機関）へ患者情報を共有する際に記載をお願いします。（送付先：情報開示医療機関（一覧参照）へFAXにてお送りください）

貴院に対し、ふくいみまもりSNSを活用した多職種間での情報連携内容について、当該患者様の情報について提供いたしますので、ふくいメディカルネットとの紐づけ作業について依頼いたします。

ふくいみまもりSNSでのチーム名称 _____

後方支援病院（情報開示医療機関）名： _____ 院長 殿

※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。

(エル)

送付先：SNS事務局 (fmic.sys@gmail.com)

※介護施設等にてチームを作成する場合は、事務局へ送付は不要です。

VER.2

以下は申請施設にて記入ください。

<説明・同意書取得者>

施設名 _____

氏名 _____

◎主治医以外が、説明・同意書取得を行った場合、以下に記入する。

<説明・同意書取得を指示した医師>

<医師よりの指示がなく、他職種（訪問看護師・ケアマネジャー）にて説明・同意書取得した場合>

施設名 _____

氏名 _____

※本SNSを活用し、情報連携を行う施設名（サービス事業所）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。

(エル)

送付先：SNS事務局 (fmic.sys@gmail.com)

VER.4 (案)

※1：後方支援病院（情報開示医療機関）の連携室一覧

- | | |
|--|---|
| ■福井県立病院 地域医療連携推進室
住所 〒910-8526 福井市四ツ井2-9-1
電話 0776-57-2900 F A X 0776-57-2901 | ■福井県済生会病院 地域医療連携室
住所 〒918-8503 福井市和田中町舟橋7-1
電話 0776-28-8521 F A X 0776-28-8525 |
| ■福井循環器病院 地域医療連携室
住所 〒910-0833 福井市新保2-228
電話 0776-54-5761 F A X 0776-54-5977 | ■福井赤十字病院 地域医療連携課
住所 〒918-8501 福井市月見2-4-1
電話 0776-36-4110 F A X 0776-36-0240 |
| ■福井総合病院 地域医療連携室
住所 〒910-8561 福井市江上町59-16-1
電話 0776-59-2502 F A X 0776-59-2532 | ■嶋田病院 地域連携情報サービス室
住所 〒910-0855 福井市西方1-2-11
電話 0776-30-8822 F A X 0776-30-8833 |
| ■福井厚生病院 医療連携センター
住所 〒918-8537 福井市下六条町201
電話 0776-41-8048 F A X 0776-41-3405 | ■春江病院 地域連携室
住所 〒919-0476 坂井市春江町針原第65号7
電話 0776-51-1029 F A X 0776-51-0602 |
| ■坂井市立三国病院 地域医療連携室
住所 〒913-8611 坂井市三国町中央1-2-34
電話 0776-82-5222 F A X 0776-82-7050 | ■木村病院（あわら） 医事課
住所 〒919-0634 あわら市北金津第57号25番地
電話 0776-73-3323 F A X 0776-73-4750 |
| ■福井大学医学部附属病院 地域医療連携部
住所 〒910-1193 永平寺町松岡下合月23-3
電話 0776-61-8451 F A X 0776-61-8150 | ■福井勝山総合病院 地域支援室
住所 〒911-8558 勝山市長山町2-6-21
電話 0779-88-8262 F A X 0779-88-0371 |
| ■越前町国民健康保険織田病院 地域医療連携室
住所 〒916-0215 越前町織田第106号44-1
電話 0778-36-1022 F A X 0778-36-1001 | ■公立丹南病院 地域医療連携室
住所 〒916-8515 鯖江市三六町1-2-31
電話 0778-52-8006 F A X 0778-52-8016 |
| ■木村病院（鯖江） 地域連携室
住所 〒916-0025 鯖江市旭町4-4-9
電話 0778-51-6171 F A X 0778-51-0624 | ■林病院 地域連携室
住所 〒915-8511 越前市府中1-3-5
電話 0778-21-2292 F A X 0778-21-3440 |
| ■市立敦賀病院 地域医療連携室
住所 〒914-8502 敦賀市三島町1-6-60
電話 0770-21-1266 F A X 0770-21-1005 | ■国立病院機構敦賀医療センター 地域医療連携室
住所 〒914-0195 敦賀市桜ヶ丘町33-1
電話 0770-25-1600 F A X 0770-25-0354 |
| ■杉田玄白記念公立小浜病院
地域連携室（紹介患者窓口）
住所 〒917-8567 小浜市大手町2-2
電話 0770-52-0990 F A X 0770-52-1152 | ■若狭高浜病院 地域連携室
住所 〒919-2293 高浜町宮崎87-14-2
電話 0770-72-0880 F A X 0770-72-0822 |

【様式 8 の変更】

改定後	現行																																																																																																																																																								
<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 2px;">別紙様式 8</div> <h3 style="text-align: center; margin-top: 20px;">チームへの参加申請書（事業所用）</h3> <p style="font-size: small;">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。</p> <p>〈患者名〉</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <small>(フリガナ)</small> 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 </div> <p>〈事業所情報〉</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 15%;">事業所コード (10桁)</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>施設名</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>施設の種別</td> <td colspan="9"> <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 () </td> </tr> <tr> <td>施設住所</td> <td colspan="9">〒 _____ 福井県</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="9">電話番号: () _____ FAX: () _____</td> </tr> <tr> <td>SNS 施設内 管理者名</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>管理画面 ログイン用 メールアドレス</td> <td colspan="9">※患者の紐づけ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様にしてください) _____@_____</td> </tr> </table> <p>(事務局取扱欄) <input type="checkbox"/>届出受理日: _____年 月 日 (郵送・FAX・その他) <input type="checkbox"/>チーム登録日: _____年 月 日</p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事務局受付済み</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事務局責任者</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">協議会公印</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日付 /</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日付 /</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日付 /</td> </tr> </table>	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	〒 _____ 福井県									連絡先	電話番号: () _____ FAX: () _____									SNS 施設内 管理者名										管理画面 ログイン用 メールアドレス	※患者の紐づけ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様にしてください) _____@_____									事務局受付済み	事務局責任者	協議会公印	日付 /	日付 /	日付 /	<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 2px;">別紙様式 8</div> <h3 style="text-align: center; margin-top: 20px;">チーム登録申請書（事業所用）</h3> <p style="font-size: small;">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。</p> <p>〈患者名〉</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <small>(フリガナ)</small> 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 </div> <p>〈事業所情報〉</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 15%;">事業所コード (10桁)</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>施設名</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>施設の種別</td> <td colspan="9"> <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 () </td> </tr> <tr> <td>施設住所</td> <td colspan="9">〒 _____ 福井県</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="9">電話番号: () _____ FAX: () _____</td> </tr> <tr> <td>SNS 施設内 管理者名</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>管理画面 ログイン用 メールアドレス</td> <td colspan="9">※患者の紐づけ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様にしてください) _____@_____</td> </tr> </table> <p>(事務局取扱欄) <input type="checkbox"/>届出受理日: _____年 月 日 (郵送・FAX・その他) <input type="checkbox"/>チーム登録日: _____年 月 日</p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事務局受付済み</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事務局責任者</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">協議会公印</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日付 /</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日付 /</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日付 /</td> </tr> </table>	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	〒 _____ 福井県									連絡先	電話番号: () _____ FAX: () _____									SNS 施設内 管理者名										管理画面 ログイン用 メールアドレス	※患者の紐づけ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様にしてください) _____@_____									事務局受付済み	事務局責任者	協議会公印	日付 /	日付 /	日付 /
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	〒 _____ 福井県																																																																																																																																																								
連絡先	電話番号: () _____ FAX: () _____																																																																																																																																																								
SNS 施設内 管理者名																																																																																																																																																									
管理画面 ログイン用 メールアドレス	※患者の紐づけ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様にしてください) _____@_____																																																																																																																																																								
事務局受付済み	事務局責任者	協議会公印																																																																																																																																																							
日付 /	日付 /	日付 /																																																																																																																																																							
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	〒 _____ 福井県																																																																																																																																																								
連絡先	電話番号: () _____ FAX: () _____																																																																																																																																																								
SNS 施設内 管理者名																																																																																																																																																									
管理画面 ログイン用 メールアドレス	※患者の紐づけ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様にしてください) _____@_____																																																																																																																																																								
事務局受付済み	事務局責任者	協議会公印																																																																																																																																																							
日付 /	日付 /	日付 /																																																																																																																																																							

【様式9の変更】

改定後	現行																																																																	
<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"><新規></p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; display: inline-block;">別紙様式9</div> </div> <h3 style="text-align: center;">テーマ登録申請書（事業所用）</h3> <p style="font-size: 0.8em;">本事業所において、ふくいみまもりSNSを利用し、テーマを作成し、関係機関と連携をいただきたいので登録申請書のとおり申し込みます。</p> <p>〈テーマ名〉</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> テーマ名： _____ </div> <p>〈申請事業所情報〉</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <td style="width: 15%;">事業所コード (10桁)</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">8</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>施設名</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>施設の種別</td> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/> 内科医療機関 <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 (_____) </td> </tr> <tr> <td>施設住所</td> <td colspan="9">〒 _____ 福井県 _____</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="9"> 電話番号： (_____) _____ FAX： (_____) _____ </td> </tr> </table> <p style="font-size: 0.8em;">※テーマにて情報連携を行う施設名（サービス事業所）を記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <td style="width: 50%;">施設住所： _____</td> <td style="width: 50%;">施設住所： _____</td> </tr> <tr> <td>事業所名： _____</td> <td>事業所名： _____</td> </tr> <tr> <td>施設住所： _____</td> <td>施設住所： _____</td> </tr> <tr> <td>事業所名： _____</td> <td>事業所名： _____</td> </tr> <tr> <td>施設住所： _____</td> <td>施設住所： _____</td> </tr> <tr> <td>事業所名： _____</td> <td>事業所名： _____</td> </tr> </table> <p style="font-size: 0.8em;">(事務局取扱欄)</p> <p>□届出受理日： _____年 月 日 (郵送・FAX・その他)</p> <p>□テーマ登録日： _____年 月 日</p> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 事務局受付済 日付 / _____ </td> <td style="width: 33%; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 事務局責任者 日付 / _____ </td> <td style="width: 33%; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 協賛会公印 日付 / _____ </td> </tr> </table>	事業所コード (10桁)	1	8								施設名										施設の種別	<input type="checkbox"/> 内科医療機関 <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	〒 _____ 福井県 _____									連絡先	電話番号： (_____) _____ FAX： (_____) _____									施設住所： _____	施設住所： _____	事業所名： _____	事業所名： _____	施設住所： _____	施設住所： _____	事業所名： _____	事業所名： _____	施設住所： _____	施設住所： _____	事業所名： _____	事業所名： _____	事務局受付済 日付 / _____	事務局責任者 日付 / _____	協賛会公印 日付 / _____	
事業所コード (10桁)	1	8																																																																
施設名																																																																		
施設の種別	<input type="checkbox"/> 内科医療機関 <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	〒 _____ 福井県 _____																																																																	
連絡先	電話番号： (_____) _____ FAX： (_____) _____																																																																	
施設住所： _____	施設住所： _____																																																																	
事業所名： _____	事業所名： _____																																																																	
施設住所： _____	施設住所： _____																																																																	
事業所名： _____	事業所名： _____																																																																	
施設住所： _____	施設住所： _____																																																																	
事業所名： _____	事業所名： _____																																																																	
事務局受付済 日付 / _____	事務局責任者 日付 / _____	協賛会公印 日付 / _____																																																																

【ふくいみまもりSNS利用上の留意事項】

改定後	現行
<p data-bbox="241 400 965 443">ふくいみまもりSNS（以下「SNS」と略）管理台帳の内容</p> <p data-bbox="241 480 479 512">1) ～ 3) (略)</p> <p data-bbox="241 818 792 850">4) SNS利用者 <u>(システム利用者)</u> のリスト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="241 866 495 898">・ 氏名・所属・職種 <li data-bbox="241 914 674 946">・ SNSのID（登録メールアドレス） <li data-bbox="241 962 327 994">・ 性別 <li data-bbox="241 1010 573 1042">・ 利用開始日、登録削除日 <li data-bbox="241 1058 546 1090">・ 個人端末の利用の有無 <li data-bbox="241 1106 618 1137">・ 利用端末（複数の場合全て） <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="293 1153 741 1185">①種類（PC、タブレット、スマホ） <li data-bbox="293 1201 521 1233">②利用回線の種類 <li data-bbox="293 1249 745 1281">③起動時のパスコードの設定の有無 <li data-bbox="293 1297 745 1329">④ウイルス対策ソフトの導入の有無 	<p data-bbox="1108 400 1832 443">ふくいみまもりSNS（以下「SNS」と略）管理台帳の内容</p> <p data-bbox="1108 480 1944 608">各施設又は組織において、完全非公開型・医療介護専用SNSの利用に関して、下記の内容の台帳を作成し、管理する。（・・・SNS管理台帳を活用する）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1108 624 1563 655">1) 「SNS」の施設内管理者を置く。 <li data-bbox="1108 671 1939 751">2) SNSの施設内管理者は、SNSに登録した者（実際に、スタッフの登録・削除・変更などの作業を行う者） <li data-bbox="1108 767 1704 799">3) SNSの管理権限を付与した者（1施設1名） <li data-bbox="1108 815 1413 847">4) <u>SNS利用者のリスト</u> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1108 863 1361 895">・ 氏名・所属・職種 <li data-bbox="1108 911 1541 943">・ SNSのID（登録メールアドレス） <li data-bbox="1108 959 1193 991">・ 性別 <li data-bbox="1108 1007 1442 1038">・ 利用開始日、登録削除日 <li data-bbox="1108 1054 1415 1086">・ 個人端末の利用の有無 <li data-bbox="1108 1102 1482 1134">・ 利用端末（複数の場合全て） <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1160 1150 1608 1182">①種類（PC、タブレット、スマホ） <li data-bbox="1160 1198 1388 1230">②利用回線の種類 <li data-bbox="1160 1246 1612 1278">③起動時のパスコードの設定の有無

改定後	現行
<ul style="list-style-type: none"> ・ SNS運用ポリシー・ SNSの操作マニュアルを読んだか ・ スタッフ誓約書の取得年月日 <p>5) 略</p> <p><追加></p> <p><u>6) 患者の登録ならびにチーム作成・管理（介護施設ならびに部会にて了承を得た施設のみ）</u></p>	<p>④ウイルス対策ソフトの導入の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ SNS運用ポリシー・ SNSの操作マニュアルを読んだか ・ スタッフ誓約書の取得年月日 <p>5) 施設の利用規程</p>