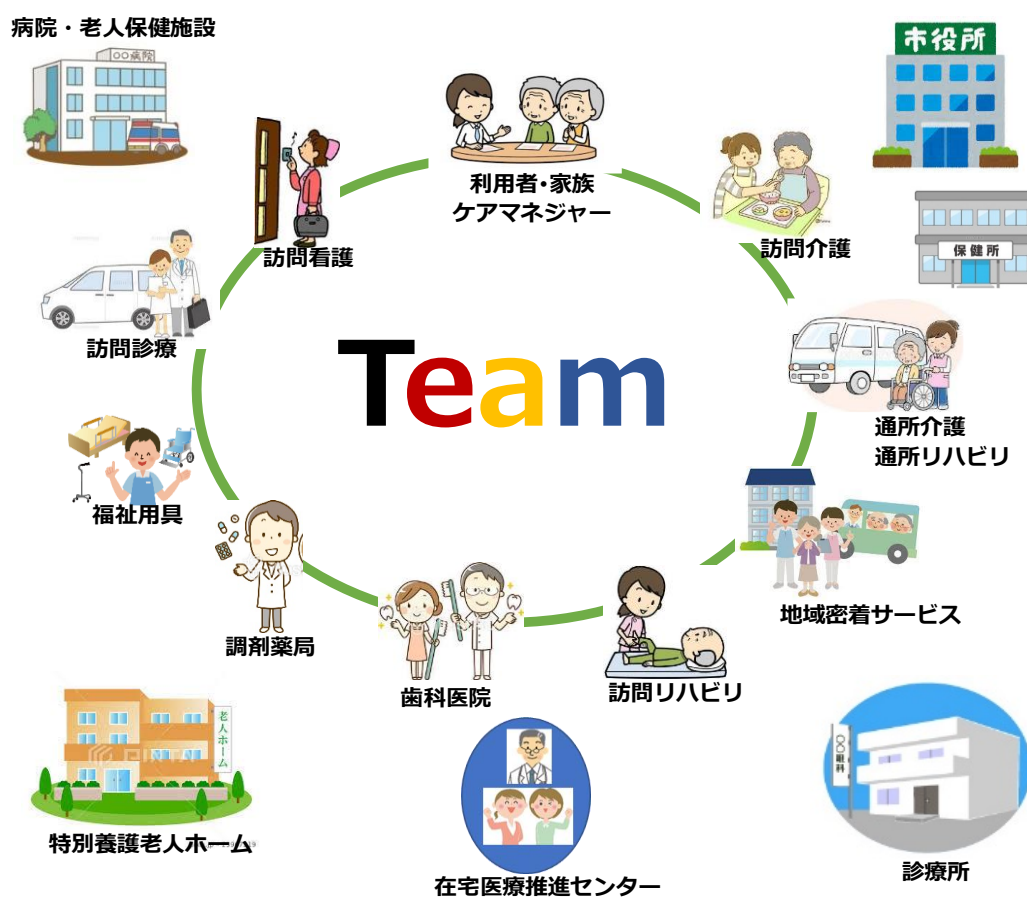


医療・介護等 多職種連携情報共有システム

うおぬま・米ねっと「Team」 魚沼市運用マニュアル



2023 年 11 月 改訂

魚沼地域「うおぬま・米ねっと」運営推進会議

目 次

1	Team を利用するにあたって	1
2	Team 利用に係るセキュリティポリシー	1
3	事業所等の利用登録手続き	2
4	Team 操作職員の登録・変更手続き	2
5	「うおぬま・米ねっと」住民の加入促進	3
6	「うおぬま・米ねっと」加入申込書の記入注意事項等	3
7	医療システム(ID-Link)及びTeam の紐付けについて	4
8	その他の届出書類	4
9	Team 連携依頼書及びTeam 連携変更依頼書	5
10	各事業所の参照範囲	6
11	基本情報に添付するフェイスシート	7
12	フェイスシートの更新	7
13	新着通知と経過観察の活用	7
14	書類一覧機能の活用	8
15	別表 1 Team 参照範囲	9
16	各種様式	10～
17	魚沼地域「うおぬま・米ねっと」運営推進会議委員名簿	21
18	うおぬま・米ねっとシステム運用 問い合わせ先	22

うおぬま・米ねっと



※3 省 3 ガイドライン

厚生労働省：「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 版」

(2017 年 5 月)

総 務 省：「クラウドサービス事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関する
ガイドライン第 1 版」

(2018 年 7 月)

経済産業省：「医療情報を受託管理する情報処理事業における安全管理ガイドライン」

(2012 年 10 月)

1 Team を利用するにあたって

Team は、一人の加入者に対して、医師や歯科医師・薬剤師・訪問看護師・居宅介護支援専門員・介護職員・管理栄養士等の多職種が連携して、加入者の医療や介護サービスを円滑に提供するための情報共有システムです。

本書は、Team を利用するにあたり、魚沼地域「うおぬま・米ねっと」利用促進会議で審議した、魚沼市の独自のルール及び各種手続き、利用上の留意事項等をまとめたものです。

2 Team 利用に係るセキュリティポリシー

Team は、3省3ガイドライン^{*}に示された機能要件を全て満たしており、情報を安全にやり取りすることができます。

しかし、Team をより安全に運用するためには、操作する者が、情報管理に十分注意を払う必要があります。

そのため、Team を操作利用するにあたり次のことについて必ず遵守してください。

- (1) 業務上知り得た加入者、その家族又はその関係者（以下「加入者等」という。）の個人情報については、正当な理由なく開示・口外・提供・漏洩を行ってはならない。また、私自らのために使用してはならない。
- (2) 特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会の個人情報保護に関する規程・規則等を遵守し、協議会が定期的に実施する研修や事例検討会などに積極的に参加し、個人情報保護に関する高い意識を常に保持するものとする。
- (3) 個人情報については、漏洩し、紛失し、又は棄損しないよう確実に管理し、盗難の被害にも遭わないよう最大限の注意を払って取り扱うものとする。
- (4) 個人情報については、たとえ軽微な事案と思われる内容であっても、その漏洩が加入者等に多大な精神的苦痛を与える可能性があることを十分に理解し、その重要性・重大性を認識するものとする。
- (5) やむを得ず Team に係る個人情報に関する資料を事業所外へ持ち出す場合は、必ず事前に事業所の管理者責任者に、いかなる資料を持ち出すのか、何時までに返却するか等を報告した上でその許可を得るものとする。また、事業所へ返却する際には、持ち出した資料等の全てを報告どおりに返却したことの確認を受けるものとする。
- (6) 万が一個人情報漏洩した場合、又はその可能性が疑われるときは、速やかに事業所の管理責任者へ報告し、必要な指示を受けるものとする。

(特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 (以下「協議会」という。)
「個人情報保護に関する誓約書」 抜粋)

3 事業所等の利用登録手続き

医療機関、介護事業所及び協議会は、以下の書類を作成し、登録手続きを行う。

(1) 参加申込書

Team を利用しようとする事業所は、以下の書類を協議会に提出する。

事業所の種類	提出書類
介護事業所	参加申込書 (様式 1)、誓約書 (様式 3)
医療機関	参加申込書 (様式 2)、誓約書 (様式 3)
保険薬局	参加申込書 (様式 2)、誓約書 (様式 3)

(2) 誓約書

Team を操作する職員は、個人情報保護に関する誓約書 (様式 3) を事業所の管理責任者に提出する。管理責任者は誓約書の写しを職員に交付した上で、参加申込書に誓約書を添えて協議会に提出する。

(3) 参加完了通知

協議会は、参加申込書に基づき登録作業を行った後、Team アカウント通知書及び電子証明書を事業所にメールで通知する。通知書にはログインに必要となるパスワード等が記載されているため厳重に保管する。

(4) Team 操作職員に ID 付与

- ① (株) アルムは、事業所に出向き、事業所が指定するパソコンのセキュリティを確保するため、電子証明書をインストールする。
- ② 事業所の管理者責任者は、管理画面初回ログイン ID 及び管理画面初回ログインパスワードを使用して、Team の「職員管理」の職員登録画面で、職員の氏名、ログイン ID 及びパスワード等を登録し、操作職員にログイン ID 及びパスワードを付与する。
- ③ 操作職員は「職員登録」画面の「プロフィール画像」で操作職員の顔写真を登録する。

(5) パソコンの増設や入換の場合

事業所の管理責任者は、事前に協議会に連絡を行う。

4 Team 操作職員の登録・抹消手続

- (1) 新規に Team を操作しようとする職員は、管理責任者に誓約書を提出する。管理責任者は誓約書の写しを職員に交付した上で協議会に送付する。

- (2) 管理責任者は、操作職員を新たに登録する場合には Team の「職員管理」の「職員登録画面」で新たな職員の氏名、ログイン ID 及びパスワード等を登録する。
- (3) 管理責任者は、登録していた職員を抹消する場合には、「職員一覧」の「該当者検索」で該当者を特定して、「編集」の「消除」により登録職員を抹消する。

5 「うおぬま・米ねっと」 住民の加入促進

住民がうおぬま・米ねっとに加入する場合は、「うおぬま・米（まい）ねっと」加入申込書（様式 4）に必要事項を記入の上、協議会に提出する。介護事業所、医療機関及び保険薬局等は当該事業所を利用している利用者に対して、うおぬま・米ねっとへの加入を積極的に促進する。

協議会への提出はメールでも可能 E-mail : iryoutaisaku@soleil.ocn.ne.jp

- (1) 各事業所の新規利用者については、うおぬま・米ねっと加入の有無を確認し未加入の場合は加入を依頼する。

加入申込書の提出に支援が必要な場合は、介護支援専門員等の支援者が健康保険証・介護保険証等で本人確認を行い、提出代行を行う。提出する場合は、受付窓口の受付機関名を必ず記入する（他の様式 5、6、7、9 も同様）。提出先は、協議会の他、魚沼市健康増進課地域医療係とする。
- (2) 各事業所において、Team の利用者一覧の「連携」欄が「許可」となっていない（空欄となっている）場合は、うおぬま・米ねっとへの加入を依頼する。
- (3) 「米ねっとカード」の提示について

Team で調剤や検査の情報を共有するには、加入者が医療機関及び保険薬局に米ねっとカードを提示する必要があるため、医療機関及び保険薬局は、加入者に米ねっとカードの提示を依頼する。

6 「うおぬま・米ねっと」 加入申込書の記入注意事項等

- (1) 特別養護老人ホーム等の入居施設に入居している場合、住所欄には施設住所及び施設名称を記入する。
- (2) 米ねっとカードの送付先が申込者の住所と異なる場合は、カード送付先欄に送付先住所を記入する。

(3) 「うおぬま・米（まい）ねっと」加入申込書裏面の病院又は診療所の診察券番号欄は、かかりつけの医療機関がある場合は必ず記入する。医療連携システム（ID-Link）は、診察券番号（患者番号）とつなぐ（紐付けする）ことで情報が共有される。

(4) 介護施設の記入欄

- ① 介護施設欄に記入することにより、利用者に対する多職種が連携する処遇チームが設定されるため、利用している介護施設名を必ず記入する。
- ② 項目がない場合は、「その他」欄に記入する。

(5) 薬局欄の記入（介護サービスを利用している場合のみ記入）

Team で調剤情報を閲覧するためには、加入者と薬局の紐付けが必要となるため、薬局欄は必ず記入する。

7 医療連携システム（ID-Link）及び Team の紐付けについて

Team で調剤や検査の情報を共有するには、ID-Link 上で加入者の米ねっと ID と医療機関及び保険薬局の患者 ID を紐付ける必要がある。

(1) 「うおぬま・米（まい）ねっと」加入申込書に記載した医療機関は、協議会が ID-Link に紐付ける。申込書提出後、新たに診療を受ける医療機関を紐付けるためには、加入者が医療機関に米ねっとカードを提示する必要がある。

(2) 保険薬局を ID-Link に紐付けるためには、加入者が保険薬局に米ねっとカードを提示する必要がある。

(3) 「うおぬま・米（まい）ねっと」加入申込書に記載した介護施設等及び保険薬局は、協議会が Team に紐付ける。（「Team 連携依頼書及び連携変更依頼書の使用例」参照）

8 その他の届出書類

(1) 「うおぬま・米（まい）ねっと」内容変更届出書

「うおぬま・米（まい）ねっと」加入申込書の表面に変更があった場合は、「うおぬま・米（まい）ねっと」内容変更届出書（様式 5）を協議会に提出する。

(2) 「うおぬま・米（まい）ねっとカード」再交付申請書

米ねっとカードを紛失した場合は、「うおぬま・米ねっとカード」再交付申請書（様式 6）を協議会に提出する。

(3) 「うおぬま・米（まい）ねっと」利用中止申請書

うおぬま・米ねっとの利用を中止する場合、「うおぬま・米（まい）ねっと」利用中止申請書（様式7）を協議会に提出する。

なお、介護保険を利用しておらず加入者等が死亡又は転出しようとする場合にも、家族等が「うおぬま・米（まい）ねっと」利用中止申請書（様式7）を協議会に提出する。

9 Team 連携・変更依頼書

Team で多職種が連携する場合及び介護事業所の追加または変更があった場合は、Team 連携・変更依頼書（様式8）を協議会に提出することにより処遇チームを登録する。

以下、Team 連携・変更依頼書の使用例等を示す。

(1) Team 連携・変更依頼書の使用例

- ① 介護サービスを利用している住民が、新規にうおぬま・米ねっと加入申し込みを行った場合
 - ・加入者が、米ねっと加入申込書の裏面に関係する事業所を記載し、協議会に提出することにより処遇チームが登録されるため、Team 連携依頼書は不要。
- ② 介護サービスを利用していなかった加入者が、新たに介護サービスを利用することになった場合
 - ・介護支援専門員または介護保険サービス事業所等の担当は、関係する介護保険サービス事業所等を記載した Team 連携・変更依頼書（様式8）を協議会に提出する。
- ③ 介護サービスを利用している加入者が、新たな介護サービス等を利用することになった場合
 - ・介護支援専門員または介護保険サービス事業所等の担当は、新たな介護保険サービス事業所等を記載した Team 連携・変更依頼書（様式8）を協議会に提出する。
- ④ 在宅で介護サービスを利用していた加入者が、特別養護老人ホームに入居した場合
 - ・加入者に関係する在宅介護事業所等は、加入者の「基本情報」の「表示／非表示」欄を非表示とし、特別養護老人ホームの相談員又は介護支援専門員は、Team 連携・変更依頼書（様式8）を記載して協議会に提出する。
- ⑤ 介護サービスを利用している加入者が死亡又は転出した場合
 - ・介護支援専門員または介護保険サービス事業所等の担当は、Team 連携・変更依頼書（様式8）を協議会に提出する。

- ・介護支援専門員または介護保険サービス事業所等の担当は、加入者が死亡した場合は、基本情報の死亡処理欄に死亡年月日を記入して非表示処理を行う。加入者が転出した場合は、基本情報の特記事項欄に「〇年〇月〇日転出」と記載して非表示処理を行う。

(2) 特定の施設を情報連携から除外したい場合

加入者が、特定の施設を情報連携から除外したいときは、加入者は「うおぬま・米（まい）ねっと」共有除外施設申請書（様式9）を協議会に提出する。

(3) 協議会への届出方法

Team 連携・変更依頼書（様式8）は、魚沼市健康増進課地域医療係へ提出するか、直接メールにより協議会に提出する。

E-mail : iryoutaisaku@soleil.ocn.ne.jp

10 各事業所の参照範囲

各事業所が、Team において参照できる範囲は別表1のとおりとする。

(1) 該当施設について

① 介護保険事業所とは

別表1のNo.5介護保険事業所とは、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・短期入所生活介護事業所・通所介護事業所・訪問入浴事業所・訪問介護事業所・居宅介護支援事業所・通所リハビリテーション事業所・訪問リハビリテーション事業所・地域包括支援センター・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・地域密着型特定施設入居者生活介護をいう。

② その他の介護保険事業所とは

別表1のNo.8その他の介護保険事業所等とは、福祉用具貸与・販売事業所など、上記に掲げた事業所以外の事業所をいう。

(2) 閲覧について

① 基本情報について

基本情報については、事業所ごとの管理とする。ただし、フェイスシートを貼り付けた添付ファイルなど「青い帯」の付いた項目については、処遇チーム内でお互いに閲覧が可能である。

② 臨床検査情報について

臨床検査情報は、検査会社の検査項目及び住民健診検査項目のうち、特定健診に準ずる検査項目に限られる。

11 基本情報に添付するフェイスシート

(1) フェイスシートの貼り付け

基本情報を完成するためには、病名や既往歴などの情報を基本情報に入力する必要がある。しかし、介護事業所等は自事業所のフェイスシートがあることから、そのフェイスシート（個人票）をPDF化して、Team の基本情報の「添付ファイル」に貼り付けることにより二重入力を省くこととする。

(2) 添付ファイルの名称

添付ファイルの名称は、「(西暦) 〇年〇月〇日フェイスシート」とする。

(3) 添付ファイルの履歴

添付ファイルの履歴は3個となっているため、それを超えた場合は最も古いファイルを削除したうえで新たなフェイスシートの貼り付けを行う。

12 フェイスシートの更新

既存のフェイスシートをPDF化して Team の基本情報に貼り付けることによって、Team のフェイスシートを作成することとなるため、既存のフェイスシートが更新された場合、必ず Team のフェイスシートも更新する必要がある。

(1) フェイスシート更新ルール

ケアプランの見直し作業が行われる時期に必ず Team のフェイスシートの更新を行う。また、これに限らず重要な変更があった場合は更新する。

(2) フェイスシート更新の担当者

- ・ 特別養護老人ホームは、施設相談員あるいは介護支援専門員
- ・ 居宅（サ高住を含む）は、居宅介護支援専門員
- ・ グループホーム・小規模多機能は、サービス計画作成担当者
- ・ 地域包括支援センターは、担当者
- ・ 介護保険対象外の患者は、訪問看護師等

13 新着通知と経過観察の活用

「新着通知」は、Team のトップ画面にあり、重要な情報を関係する職種に通知するシステムとなっている。「新着通知」は、「経過観察」画面の「送り登録」に書き込むことによって関係者に通知される。

(1) 申送り登録のルール

- ① 医師に必ず確認してほしい事柄は、患者の状況的には安定していても、申送り登録を行う際、経過観察画面の「状況」で【異常あり】を選択する。その結果トップ画面の「新着通知」に表示される。
- ② 医師以外の関係者間で確認を要する事柄は、経過観察画面の「状況」で【変化あり】を選択する。その結果トップ画面の「新着通知」に表示される。

(2) 写真の貼り付け

経過観察の投稿者は、投稿者の顔写真を貼り付ける。

(3) 看取りの状態の場合

医師が看取りの状態と指示を出した場合、訪問看護師は経過観察の申送り登録に看取りの状態であること記載する。

14 書類一覧機能の活用

居宅介護支援専門員は居宅サービス計画を、PDFにして「書類一覧」に掲載することにより、関係する職種と情報共有を図る。

また、入院時情報提供書、訪問看護計画書等は、必要に応じて「書類一覧」に掲示する。

No.	該当施設	情報管理 責任者	操作者 想定職種	基本情報 ※3	病名 ※4	処方・調剤 情報※5	臨床検査 情報※6	介護情報 ※7	説 明
1	協議会 （システム管理者）	理事長	事務局	○	※4	○	○	○	すべての操作が行えます。
2	病院（連携室等） 診療所	病院長 院長	医師 薬剤師 看護師	▲	※4	○	○	○	自施設とグループ設定した介護サービス利用者の 情報を参照できます。
3	保険薬局	管理薬剤師 施設長等	薬剤師	▲	※4	○	○	○	自施設とグループ設定した介護サービス利用者の 情報を参照できます。
4	訪問看護	施設長	看護師	▲	※4	○	○	○	自施設とグループ設定した介護サービス利用者の 情報を参照できます。
5	介護保険事業所 ※8	施設長	医師・看護師 ケアマネ・ヘルパー	▲	※4	○	○	○	自施設とグループ設定した介護サービス利用者の 情報を参照できます。
6	自治体	首長等	保健師	○	※4	○	○	○	各自治体とグループ設定した介護サービス利用者の 情報を参照できます。
7	消防本部 （救急隊）	首長等	救急隊員	○	※4	○	○	○	登録されているすべての米ねっと加入者の情報を 参照できます。
8	その他の介護保 険事業所等※9	施設長等	福祉用具等	▲	※4	×	×	○	自施設とグループ設定した介護サービス利用者の 情報を参照できます。

◇「○」は可 「▲」は一部可 「×」は不可

※1：各地域（医師会単位）で協議の上、協議会のルールを逸脱しない範囲で設定可能。

※2：米ねっとに加入している介護サービス利用者を軸にした連携間でのみ参照可能。（関係者をグループ設定しなければ参照できない。）

※3：基本情報については施設毎の管理。ただし、青い帯の付いた情報については、連携して閲覧が可能。そのため▲表示とする。

※4：米ねっと加入申込書に記載されていた場合の病名に限り参照可能。また、介護情報等から得られる場合もある。医療連携システム（ID-Link）からは病名は自動取得されない。

※5：投薬の情報。処置等で利用した薬剤情報は除く。

※6：特定健診での検査項目およびそれぞれに準ずる一般的な検査項目に限る。腫瘍マーカーや遺伝子検査などは除く。

※7：Teamで共有可として指定した情報（ケア記録等）。具体的には、バイタル・写真・経過観察・スケジュール・訪問看護記録・任意ファイル 等。

※8：介護保険事業所とは、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・短期入所生活介護事業所・通所介護事業所・訪問入浴事業所・居宅介護支援事業所・訪問介護事業所・通所リハビリテーション事業所・訪問リハビリテーション事業所・地域包括支援センター・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・地域密着型特定施設入居者生活介護をいう。

※9：その他の介護保険事業所とは、福祉用具貸与・販売事業所など※8で掲げた事業所以外の事業所をいう。

各種様式

- 様式1 参加申込書（介護事業所用）
- 様式2 参加申込書
- 様式3 個人情報保護に関する誓約書
- 様式4 加入申込書
- 様式5 内容変更届出書
- 様式6 うおぬま・米ねっとカード再交付申請書
- 様式7 利用中止申請書
- 様式8 T e a m連携・変更依頼書
- 様式9 共有除外施設申請書

「うおぬま・米（まい）ねっと」参加申込書（介護事業所用）

特定非営利活動法人

魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 宛て

特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約に同意し、下記のとおり申し込みます。

また、米ねっと事務局によるID-Linkへの代理申込みについても同意致します。

申 込 区 分	新規 ・ 変更 ・ 中止		申込日	年	月	日
住 所	〒	市・町		番地		
ふ り が な						
施 設 名						
電 話 番 号				FAX番号		
代 表 者 名	職名	氏名				⑧
ふ り が な						
法 人 名						
法 人 住 所	〒	市・町		番地		
施 設 種 類	☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 地域包括支援センター ☐ 訪問看護事業所（希望タブレット台数_____台） ☐ 訪問介護事業所 ☐ 訪問入浴介護事業所 ☐ 通所介護事業所 ☐ 小規模多機能型居宅介護事業所 ☐ 短期入所生活介護事業所 ☐ 福祉用具貸与事業所 ☐ 入居施設 （ ☐ 特養 ☐ 地密老福 ☐ 老健 ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ） ☐ その他（ _____ ） ※タブレット数はご希望に添えない場合があります。					
担 当 者 名						
電 話 番 号				FAX番号		
メー ル ア ド レ ス						
特 記 事 項						

..... 【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。

理事長	事務局長	処理者	処理日		受付日	
			FAX	/ /	FAX	/ /
			原本	/ /	原本	/ /

また、米ねっと事務局によるID-Linkへの代理申込みについても同意致します。

申 込 区 分	新規 ・ 変更 ・ 中止		申込日	年	月	日
住 所	〒	市・町 番地				
ふ り が な				医療機関コード		
施 設 名 ※						
電 話 番 号			FAX番号			
代 表 者 名	職名		氏名 (印)			
ふ り が な						
表 示 名						
施 設 種 類	☐ 病院（一般病床数_____床/他（_____） _____床） ☐ 有床診療所（_____床） ☐ 無床診療所 ☐ 歯科診療所 ☐ 調剤薬局 ☐ 自治体 ☐ 研究機関 ☐ その他（ _____ ）					
ネットワーク 担 当 部 署			担当者名			
メールアドレス			電話：	FAX：		
特 記 事 項						

☐ 介護連携システム(Team)についても導入を希望する（希望する場合、チェックを入れてください）

.....【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。.....

理事長	事務局長	処理者	処理日		受付日	
			FAX	/ /	FAX	/ /
			原本	/ /	原本	/ /

特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会
理事長 鈴木 榮一様

私は、魚沼地域医療介護連携ネットワークシステムの利用について在職中のみならず退職後においても、下記の事項を固く遵守することを誓約します。

記

- ・業務上知り得た加入者、その家族又はその関係者（以下加入者等という。）の個人情報については、正当な理由なく開示、口外、提供、漏えいしません。また、私自らのために使用することは一切ありません。
- ・特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会の個人情報保護に関する規程・規則等を遵守し、協議会が定期的に実施する研修や事例検討会などに積極的に参加し、個人情報保護に関する高い意識を常に保持します。
- ・個人情報については、漏えいし、紛失し、又は毀損しないよう確実に管理し、盗難等の被害にも遭わないよう最大限の注意を払って取り扱います。
- ・個人情報については、たとえ軽微な事案と思われる内容であっても、その漏えいが加入者等に多大な精神的苦痛を与え、場合によっては経済的不利益その他の損害が生じる可能性があることを十分に理解し、その重要性・重大性を認識しています。
- ・やむを得ず個人情報に関する資料を事業所外へ持ち出す場合は、必ず事前に事業所の管理責任者へ、どのような資料を持ち出すか、いつまでに返却するか等を報告した上でその許可を得ます。また、事業所へ返却する際には、持ち出した資料等の全てを報告どおりに返却したことの検査・確認を受けます。
- ・万が一個人情報漏えいした場合、又はその可能性が疑われるときは、速やかに事業所の管理責任者へ報告し、必要な指示を受けます。

以上

【誓約者（利用者）署名欄】

年 月 日

現住所：

氏 名： _____ 印

所 属： _____

注：誓約者は必ず自署してください。また、事業者は受付後この写しを誓約者に交付してください。

「うおぬま・米(まい)ねっと」 加入申込書

様式 4

(申込先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

私は魚沼地域医療介護連携ネットワークに関する目的及び利用方法などを理解し、「特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約」等に同意したうえで加入を申込みます。

太枠内を記入してください		申込日		令和	年	月	日		
フリガナ							性別	男 ・ 女	
加入者氏名									
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 生								
住 所	〒 - 十日町市・魚沼市・南魚沼市・湯沢町・津南町								
電 話 番 号	() -						※電話番号は市外局番からご記入下さい ※携帯電話可		
緊急時連絡先 (救急搬送時)	フリガナ					続柄			
	連絡先氏名								
	電 話 番 号	() -							
代理記入者 (加入者以外の方が記入する場合)	代理人氏名					続柄			
	電 話 番 号	() -							
							※携帯電話可		

※健診情報の共有に同意しない場合は、所定の書類を提出してください。

カード送付先が上記住所と異なる場合に記載してください。	
〒	-

アレルギー	なし ・ あり ()
注 意 事 項 そ の 他	

裏面もあります ➡

……………【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい……………

受付窓口	受付機関名	受付者				免・保・旅・力・診・身 他 ()
事 務 局	米ねっとID	受付	点検	承認	交付	年 月 日

病院の診察券番号（患者番号）を記入してください。

病 院 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号	病 院 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号
十 日 町 病 院		魚 沼 基 幹 病 院	
松 代 病 院		南 魚 沼 市 民 病 院 ゆきぐに大和病院	
小 出 病 院			
ほ ん だ 病 院		齋 藤 記 念 病 院	
湯 沢 病 院		五 日 町 病 院	
津 南 病 院			

診療所の診察券番号（患者番号）を記入してください。

診 療 所 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号	診 療 所 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号

※ 山口医院については、（袋町）か（下条）を記入してください。

介護事業所等を利用されている方は記入してください。

居 宅 介 護 支 援 事 業 所	
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	
訪 問 介 護 支 援 事 業 所	
訪 問 入 浴 介 護 事 業 所	
デ イ サ ー ビ ス	
シ ョ ー ト ス テ イ	
包 括 支 援 セ ン タ ー	
福 祉 用 具 事 業 所	
入 居 施 設 （特別養護老人ホーム等）	
上 記 以 外 の 事 業 所	
利 用 し て い る 薬 局	

「うおぬま・米(まい)ねっと」内容変更届出書

様式5

(申請先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

私は、うおぬま・米ねっとに加入していますが、申込内容が変更になりましたので、下記のとおり届けます。

【届出者記載欄】		届出日	年 月 日		
(フリガナ)					
加入者氏名	(氏)	(名)	性別	男 ・ 女	
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 生				
住 所	〒 - 県 市・町・村				
電 話 番 号	()		※市外局番からご記入下さい 携帯電話でも可		
うおぬま米ねっと I D 番 号			※右詰でご記入下さい		
変 更 内 容	変 更 前		変 更 後		

代 理 記 入 者 (加入者以外の方が 記入する場合)	代 理 人 名	(名字)	(名前)	(続柄)
	電 話 番 号	() ※携帯電話可		

..... 【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。

受付窓口	受付機関名	受付者	免・保・旅・力・診 身・他 ()
事 務 局	ID	受付 点検 承認 -	年 月 日

No. -

「うおぬま・米(まい)ねっとカード」再交付申請書 様式 6

(申請先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

下記のとおり、うおぬま・米ねっとカードの再交付を申請します。

【加入者記載欄】				申請日		年		月		日		
(フリガナ)												
加入者氏名		(氏)				(名)				性別 男・女		
生年月日		大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生										
住所		〒 - 市・町・村										
電話番号		()						※市外局番からご記入下さい ※携帯電話でも可				
うおぬま米ねっと ID番号										※不明な場合は、 空欄にして下さい		
再発行の理由		再発行の理由に該当する□に✓を付けて下さい。										
		☐		紛失								
		☐		破損 ※破損の場合は、カードを添付して下さい。								
		☐		その 他 ()								

代理記入者 (加入者以外の方が 記入する場合)	代理人氏名	(名字)	(名前)	(続柄)
	電話番号	() ※携帯電話可		

カード送付先が上記住所と異なる場合に記載してください。

〒 -

…………… 【以下受付窓口・事務局処理欄】 申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。 ……………

受付窓口	受付機関名							受付者				免・保・旅・力・診・身 他 ()			
事務局	ID							受付	点検	承認	交付	年 月 日			

No. -

「うおぬま・米(まい)ねっと」中止申請書

様式 7

(申請先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

私は、うおぬま・米ねっとに加入していましたが、下記理由により中止を申請します。

※米ねっとカードの返却を併せてお願いいたします。

【加入者記載欄】		申請日	年		月		日	
(フリガナ)								
加入者氏名	(氏)	(名)			性別		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年		月		日生	
住所	〒 - ・町・村							
電話番号	()		※市外局番からご記入下さい ※携帯電話でも可					
うおぬま米ねっと ID番号								カード添付 ☐ 添付 ☐ 紛失 ☐ その他
中止する理由	☐	自己都合						
	☐	同意者の死亡						
	☐	その他()						

代理記入者 (加入者以外の方が 記入する場合)	代理人名	(名字)	(名前)	(続柄)
	電話番号	() ※携帯電話可		

…………… 【以下受付窓口・事務局処理欄】 申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。 ……………

受付窓口	受付機関名		受付者		免・保・旅・力・診・身 他()						
事務局	ID				受付	点検	承認	-	年	月	日

No. -

Team 連携・変更依頼書

様式 8

NPO 法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 様

在宅医療・介護に関する多職種連携のため、以下の登録・変更作業をお願いします。

申請年月日	令和 年 月 日
申請事業所名	
担当者名	電話番号

加入者名	性別	男・女	生年月日
住所	ID ※		

※ 米ねっと ID、地域患者 ID、どちらかをわかる場合に記載

中止（理由：転出・その他 _____）				
死亡（令和 年 月 日 死亡）				
◆連携先の追加・変更				
診療所		診察券番号		追加・削除
病院		診察券番号		追加・削除
薬局				追加・削除
居宅介護支援事業所				追加・削除
包括支援センター				追加・削除
訪問看護ステーション				追加・削除
訪問介護事業所				追加・削除
訪問入浴介護事業所				追加・削除
デイサービス				追加・削除
ショートステイ				追加・削除
福祉用具事業所				追加・削除
小規模多機能・看多機				追加・削除
グループホーム				追加・削除
特別養護老人ホーム				追加・削除
その他				追加・削除 追加・削除 追加・削除

「うおぬま・米(まい)ねっと」共有除外施設 申請書 様式 9

(申請先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

私は、うおぬま・米ねっとに加入していますが、特定の施設においては、
情報連携から除外したいので申請します。

【加入者記載欄】				申請日		年		月		日	
(フリガナ)											
加入者氏名				(氏)		(名)		性別		男・女	
生年月日				大正・昭和・平成・令和		年		月		日生	
住 所				〒		-				市・町・村	
電話番号				()		※市外局番からご記入下さい 携帯電話でも可					
うおぬま米ねっと ID 番号										利用申込と同時に申請する場合は、 米ねっとIDの記載は不要です。	
共有除外 対象施設名											

※新規施設がうおぬま・米ねっとに参加した場合、原則共有除外設定とはなりません。
※特定の診療科、職種、従事者等を指定することはできません。施設名を含む、診療所、職種、従事者等
が指定された場合、その施設全体を共有除外対象とします。

代理記入者 (加入者以外の方が 記入する場合)	代理人 氏 名			(続柄)
	電話番号	()		※携帯電話可

..... 【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。
...

受付窓口	受付機関名							受付者				免・保・旅・力・診・身 他 ()	
事務局	ID							受付	点検	承認	-	年 月 日	

No. -

魚沼地域「うおぬま・米ねっと」運営推進会議委員

■委員名簿

役 職	氏 名	所 属 機 関
会 長	中 島 拓	小千谷市魚沼市医師会（中島脳外科内科医院）
副会長	鈴 木 勝 彦	特別養護老人ホーム美雪園
委 員	茂 市 一 平	魚沼薬剤師会（みどり薬局）
〃	布 施 克 也	魚沼市医療公社（魚沼市立小出病院）
〃	大 平 妙 子	魚沼市社会福祉協議会
〃	青 木 晶 子	在宅介護支援センター湯之谷
〃	下 村 真 由 美	まちなかや居宅介護支援事業所
〃	高 橋 功	新潟県魚沼地域振興局健康福祉部
〃	高 野 美 奈 子	新潟県魚沼地域振興局健康福祉部 地域保健課
〃	北 島 正 子	在宅医療推進センター
〃	中 村 由 美 子	在宅医療推進センター
〃	小 島 勉	魚沼市役所市民福祉部
〃	戸 田 千 穂 子	魚沼市役所市民福祉部 介護福祉課
〃	岡 部 忍	魚沼市役所市民福祉部 健康増進課

■アドバイザー

役 職	氏 名	所 属 機 関
事務部長	星 喜 春	魚沼市医療公社
	秋 山 翼	〃 医事係
	星 敦 子	〃 総合コーディネーター

■アドバイザー

役 職	氏 名	所 属 機 関
	佐 野 裕	(株)アルム コンサルティング部

NPO 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 事務局																	
住所：〒949-7302 南魚沼市浦佐4132番地 魚沼基幹病院内 電話：025-788-0485 FAX：025-788-0508 メール：iryoutaisaku@soleil.ocn.ne.jp URL: http://uonuma-mynet.org/																	
「Team」に関するお問合せ																	
●操作方法についてのお問い合わせは、Team 管理画面 （ログイン後、右上の「使い方」押下） お問い合わせフォームから登録 不具合などのお問い合わせはこちら TEL：03-4634-2650 ※ 平日10:00～18:00 （祝日、年末年始を除く） ※ 請求運動などに関してはレセプトシステムの会社にもお問い合わせください。 お問い合わせフォーム	お問い合わせフォーム <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">事業所名</td> <td>魚沼市</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">職員名</td> <td>アルム デモ</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">電話番号</td> <td> 025-792-1000 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">お問い合わせの種別</td> <td> 選択してください </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">お問い合わせの内容</td> <td> 選択してください </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">メールアドレス</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">件名</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">お問い合わせ内容の詳細</td> <td> </td> </tr> </table> ※ お問い合わせは、原則として営業時間内の対応とさせていただきます。 ※ メールの返信がない場合、ご入力いただいたメールアドレスに誤りがないかご確認ください。 ※ お返事を差し上げるまでお時間をいただく場合があります。 キャンセル 送信	事業所名	魚沼市	職員名	アルム デモ	電話番号	025-792-1000	お問い合わせの種別	選択してください	お問い合わせの内容	選択してください	メールアドレス		件名		お問い合わせ内容の詳細	
事業所名	魚沼市																
職員名	アルム デモ																
電話番号	025-792-1000																
お問い合わせの種別	選択してください																
お問い合わせの内容	選択してください																
メールアドレス																	
件名																	
お問い合わせ内容の詳細																	
「ID-Link」に関するお問合せ																	
●ID-Link サポートセンター 電話：0138-22-7227(サポート専用) メール：support@mykarte.com（サポート専用） 平日 9:00～12:00、13:00～17:00（土日、祝日、年末年始を除く）																	

うおぬま・米ねっと「Team」魚沼市運用マニュアルについてのお問い合わせ

魚沼地域「うおぬま・米ねっと」利用促進会議実行委員会事務局

魚沼市市民福祉部健康増進課 TEL 025-792-9763

魚沼市市民福祉部介護福祉課 TEL 025-792-9755

在宅医療推進センター TEL 025-793-7305

医療・介護等 多職種連携情報共有システム
うおぬま・米ねっと「Team」
魚沼市運用マニュアル

初版	2020 年 6 月
改訂	2021 年 11 月
	2023 年 11 月
編集	魚沼地域「うおぬま・米ねっと」運営推進会議