

薩摩川内市医療介護情報ネットワーク



参加の手引き

かごネットにご登録をお考えの方は
次ページからの説明をお読みください

かごネットへのご登録は かんたん3ステップです

① 同意書を読み、必要事項を記入します



② 必要書類をかごネット参加施設へ持参します
・記入した同意書
・身分証明書コピー
(医療保険証・運転免許証・マイナンバーカード)

※かごネット参加施設は、かごネット公式ホームページで確認可能です



ご登録には
1週間～10日程度かかります

③ 次回受診時、
施設から「かごネットカード」をお受け取りください

かごネット参加施設（病院・診療所・薬局など）を
受診する際はかごネットカードをご提示ください。

かごネットってなに？

薩摩川内市内の病院・診療所・薬局・介護事業所をつなぐ、地域で患者さんを見守るためのネットワークです。

これまで各施設でそれぞれ管理されていた医療や介護の情報を、本人の同意のもとにインターネット上で共有することで、これまでに受けた診断や治療、服用中のお薬の情報が相互に確認できるため、よりの確で安全な処置につながります。

登録するとどんなメリットがあるの？

例えば、次のような場合に役立ちます。

- ・ 普段通院している医療機関とは別の医療機関にかかる際に、アレルギーなどの基本情報や、受けている治療、服薬の内容をかごネットでみてもらうことができます。
- ・ 病院から退院してかかりつけ医に戻るとき、入院中の経過や検査結果などを確認してもらうことができます。
- ・ 事故や急病など、意識のない状態で救急搬送されたときも、いち早く救急退院や搬送先病院にこれまでの治療内容や服薬状況をみてもらえるので、適切な処置につながります。
- ・ 他の診療所や薬局でもらったお薬を確認してもらうことで、飲み合わせの悪いお薬や重複した処方を確認してもらうことができます。

治療の内容や飲んでいるお薬を覚えていなかったり、もしものときに自分で伝えられる状況でなくても、自分のことがちゃんとわかってくれるのは安心ね。



参加同意の確認事項

以下は次ページからの同意書の内容をわかりやすく抜粋・記載したものです。まずはこちらをご確認ください。同意の際は、必ず同意書の内容をご確認ください。

- 一般社団法人鹿児島地域医療介護ネットワークに対して、参加施設が記録している自身の医療介護情報を提供することに同意します。
- 提供された医療介護情報を、かごネット上で参加施設に提供されることに同意します。
- 提供された情報は、カードの提示によって閲覧許可された施設が見ることができます。ただし、緊急搬送時などはカードの提示がなくても閲覧されることがあります。
- 取得される個人情報、同意書の裏面に記載されている項目です。
(現時点では取得されないものも含みます)
 - ・ アレルギー、禁忌、感染症など
 - ・ 病歴、治療内容、検査データ、投薬歴など
 - ・ 退院時サマリなどの文書
 - ・ 介護施設が共有するケア記録など
- 同意書裏面の利用目的に同意します。(以下、一部抜粋)
 - ・ よりよい診療やサービス提供のため。
 - ・ 緊急時の救命や診療の継続のため。
 - ・ システムのより良い活用に向けた開発と円滑な運営管理のため。
 - ・ 個人を特定しない統計情報、匿名加工情報の作成・利用のため。
- 同意はいつでも撤回することができます。

【通常版】かごネット 個人情報の取扱いに関する同意書

私は、地域医療情報ネットワーク「かごネット」にて提供される医療介護情報連携システム（以下「本連携システム」といいます。）の利用に伴い、以下の事項を確認の上、同意します。

1. 一般社団法人鹿児島地域医療介護ネットワーク（以下「当法人」といいます。）は、裏面記載の「本連携システムの登録施設」（将来本連携システムに登録する施設を含みます。以下も同様とします。）より、これら各施設に記録された、裏面記載の「取得する個人情報」の各項目に該当する同意者（私）の個人情報（以下「患者情報」といいます。）の提供を受けます。
 2. 当法人は、裏面記載の「本連携システムの登録施設」から提供を受けた患者情報を、法令上認められた例外（※1）を除いて、その他の本連携システム登録施設に対し、当該本システム登録施設に対する同意者（私）のかごネット専用ICカードの提示を条件に提供します（※2）。
 3. 当法人、本連携システム登録施設は、裏面記載の「利用目的」に基づき、患者情報を利用します。
- ※1 救急時や災害時等の緊急時等を指します。この場合、かごネット専用ICカードの提示なく情報を提供する場合があります。
- ※2 かごネット専用ICカードの提示を受けた本連携システム登録施設において、かごネット専用ICカードの提示を受けた日から100日間患者情報の閲覧・利用が可能となります。

一般社団法人鹿児島地域医療介護ネットワーク 殿 年 月 日

本人（同意者）記入欄

※ ふりがな		※ 性別
※ 申込者氏名		男 ・ 女
※ 生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
※ 住所	〒 市・町・村	
※ 電話番号		
代筆者	代筆者による署名は、本人（同意者）による同意の意思が明確であるが、自身による署名が難しい（例：手の震えなど）場合におこなう。	
	・代筆者が本人（同意者）に代わって代筆し、代筆した内容について本人（同意者）に了解を得ました。 ・代筆理由：	
	年 月 日	代筆者氏名
代理人氏名	ふりがな	
	親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 施設管理者 ・ その他（ ）	

本人の署名を原則としますが、難しい場合は、本人（同意者）の了承を得た上で、家族等の代理人の方による署名も可能です。

当法人が、私の患者情報を、裏面記載の本連携システムと連携する、他の地域医療情報ネットワークシステムを運営する法人、及び同システムを提供するサービス提供事業者（将来的に本連携システムと連携する地域医療情報ネットワークシステムを運営する法人、及び同システムを提供するサービス提供事業者を含みます。なお、各法人・事業者の一覧については、かごネットのウェブサイト（ https://kago-net.jp ）をご確認ください）に提供することに同意いただける場合は、右枠の「同意する」にし点を入れてください。	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
---	---

施設記入欄

施設名		TEL	
担当者氏名	（同意書を回収した方の氏名）		
本人確認証	保険証 ・ 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ その他（		
【健康保険】 被保険者証	保険者番号		
	記号	番号	

事務局記入欄

施設患者ID		ICカード番号	
--------	--	---------	--

【取得する個人情報】

- (1) カルテ情報（薬剤・投薬（院外処方分を含む）、病歴、主訴、既往歴、アレルギー、禁忌薬、診療・治療行為、診断情報、検査データ、検査画像データ、処方年月日、バイタル、生活習慣、職業分類、家族既往歴）
- (2) 上記以外の、電子カルテ及び電子カルテに付随する医療機関内システム、介護関連施設の介護システムにて作成された情報（氏名、居住都道府県市町村、住所、性別、生年月日、電話番号、生活習慣、健康保険に係る資格情報（本人・家族区分、加入時期、脱退時期を含む）、医療保険及び介護保険の保険者並びに被保険者を識別する記号・番号、カルテ番号や診察券番号等の各施設で個人を識別する符号、本人の家族の治療介護に関する意向などのプロフィール情報等、入退院情報、患者基本情報、薬剤、病歴、既往歴、診療・治療行為、診断、生体情報、看護、リハビリ、栄養、転倒、転落、血圧、がん登録、死亡診断書、画像診断、要介護（要支援）認定情報、訪問診療記録、訪問看護記録、サービス提供計画、バイタル（体重、体温、血圧、脈拍、血糖、呼吸数、Spo2、水分量、体脂肪、BMI、安静時心拍、睡眠時間）、ADL、食事情報、服薬情報、利用サービス、サービス利用履歴、処置情報、フェイスシート等）
- (3) 退院時要約、検査所見、読影所見、診療情報提供書、ケアプラン等、住民が医療・介護サービスを受ける際に施設の職員によって作成される各種文書に記載された情報等
- (4) レセプト情報（審査支払機関へ提出する診療報酬明細書記載の情報(医科入院、医科外来、DPC、歯科、訪問看護、介護にかかわるもの)等）
- (5) 検査測定結果データ（健康診断、人間ドック、院内検査、外注血液検査、病理検査、眼科検査、歯科検査、検査年月日）

【本連携システム登録施設】

本連携システムに登録し、これを利用する、鹿児島県薩摩川内市内の医療機関、薬局、介護施設その他の事業所を指します（**将来的に本連携システムに登録し、利用する施設を含みます**）。

本連携システム登録施設の一覧は随時更新いたしますので、右記の「かごネット公式ウェブサイト」よりご確認ください。



【本連携システムと連携する、他の地域医療情報ネットワークシステムを運営する法人及び同システムを提供するサービス提供者】

本連携システムと連携する、他の地域医療情報ネットワークシステムを運営する法人及び同システムを提供するサービス提供者の一覧・詳細は随時更新いたしますので、右記「かごネット公式ウェブサイト」よりご確認ください。



【利用目的】

●一般社団法人鹿児島地域医療ネットワーク（当法人）の利用目的

- (1) 本連携システムを介して、医療機関、薬局及び介護施設その他の施設との間でそれぞれの医療と介護の情報を共有し、複数施設や職員が連携してより良い診療やサービスを提供するため
- (2) 災害や救急等の緊急時に、搬送先・受入先施設に医療や介護等の情報を提供し、救命救急や診療の継続に活用するため
- (3) 本連携システムの利用状況を解析し、本連携システムのより良い活用方法の研究開発と、安全かつ円滑な運用管理に役立て
- (4) 当法人の事業を遂行する上で必要な範囲で当法人からのアンケート、通知その他の連絡を行うため
- (5) 本連携システム及び付帯する事業の質の改善および開発のため
- (6) 個人を特定しない統計情報・匿名加工情報の作成・利用のため
- (7) アクセスに付随する情報及び履歴の管理のため
- (8) お問い合わせ・ご相談等への対応のため
- (9) 法令等に基づく届出・報告のため
- (10) 前各号の利用目的の達成に必要な利用のため

●本連携システム利用施設の利用目的

- (1) 患者等に提供する医療・介護・調剤・行政等のサービス（以下「本件サービス」といいます。）の実施
- (2) 他の本連携システム利用施設との個人情報の共有及び連携
- (3) 他の本連携システム利用施設からの照会への回答
- (4) 患者の家族等への病状説明、心身の状況説明
- (5) 本件サービスや業務の維持・改善のための情報参照
- (6) 当法人および、本連携システムにかかわるサービス提供者等との連携

【ウェブサイト・個人情報の適切な取扱い指針】

●かごネット公式ウェブサイト <https://kago-net.jp>

●その他の患者情報の取扱いについては、かごネット公式ウェブサイト内に「個人情報の適切な取扱い指針」を掲載しておりますので、そちらをご確認ください。



【利用停止その他のお問い合わせ先】

●患者情報の利用停止、その他のお問い合わせは以下のお問い合わせ先までご連絡ください。
かごネット運営事務局 〒895-0076 鹿児島県薩摩川内市大小路町70-26
TEL:0996-23-4612 Mail : kagonet-office@pcmed.jp

【通常版】かごネット 個人情報の取扱いに関する同意書

私は、地域医療情報ネットワーク「かごネット」にて提供される医療介護情報連携システム（以下「本連携システム」といいます。）の利用に伴い、以下の事項を確認の上、同意します。

- 一般社団法人鹿児島地域医療介護ネットワーク（以下「当法人」といいます。）は、裏面記載の「本連携システムの登録施設」（将来本連携システムに登録する施設を含みます。以下も同様とします。）より、これら各施設に記録された、裏面記載の「取得する個人情報」の各項目に該当する同意者（私）の個人情報（以下「患者情報」といいます。）の提供を受けます。
 - 当法人は、裏面記載の「本連携システムの登録施設」から提供を受けた患者情報を、法令上認められた例外（※1）を除いて、その他の本連携システム登録施設に対し、当該本システム登録施設に対する同意者（私）のかごネット専用ICカードの提示を条件に提供します（※2）。
 - 当法人、本連携システム登録施設は、裏面記載の「利用目的」に基づき、患者情報を利用します。
- ※1 救急時や災害時等の緊急時等を指します。この場合、かごネット専用ICカードの提示なく情報を提供する場合があります。
- ※2 かごネット専用ICカードの提示を受けた本連携システム登録施設において、かごネット専用ICカードの提示を受けた日から100日間患者情報の閲覧・利用が可能となります。

一般社団法人鹿児島地域医療介護ネットワーク 殿

2024 年 1 月 1 日

本人（同意者）記入欄

※ ふりがな	せんだい はなこ		※ 性別
※ 申込者氏名	川内 花子		男 ・ 女
※ 生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 30年 1 月 1 日		
※ 住所	〒 123-4567 薩摩川内市 ○○町 1-1-1		
※ 電話番号	0996-00-0000		
代筆者	代筆者による署名は、本人（同意者）による同意の意思が明確であるが、自身による署名が難しい（例：手の震えなど）場合におこなう。		
	・代筆者が本人（同意者）に代わって代筆し、代筆した内容について本人（同意者）に了解を得ました。 ・代筆理由：		
	年 月 日	代筆者氏名	
代理人氏名	ふりがな		
	親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 施設管理者 ・ その他（ ）		

本人の署名を原則としますが、難しい場合は、本人（同意者）の了承を得た上で、家族等の代理人の方による署名も可能です。

当法人が、私の患者情報を、裏面記載の本連携システムと連携する、他の地域医療情報ネットワークシステムを運営する法人、及び同システムを提供するサービス提供事業者（将来的に本連携システムと連携する地域医療情報ネットワークシステムを運営する法人、及び同システムを提供するサービス提供事業者を含みます。なお、各法人・事業者の一覧については、かごネットのウェブサイト（ https://kago-net.jp ）をご確認ください）に提供することに同意いただける場合は、右枠の「同意する」にし点を入れてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する どちらかにチェック <input type="checkbox"/> 同意しない
---	---

施設記入欄

施設名		TEL	
担当者氏名	（同意書を回収した方の氏名）		
本人確認証	保険証 ・ 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ その他（ ）		
【健康保険】 被保険者証	保険者番号		
	記号	番号	

事務局記入欄

施設患者ID		ICカード番号	
--------	--	---------	--