

## 愛媛大学医学部附属病院地域医療連携ネットワークシステム運用管理要項

平成31年3月22日  
制 定

(趣旨)

第1条 この要項は、愛媛大学医学部附属病院医療情報システム運用管理規程（以下「医療情報システム管理規程」という。）第9条の3第2項に基づき、診療情報の共有及び診療の効率化を図るため、地域医療連携ネットワークシステム（以下「HiME ネット」という。）の管理及び適正な運用に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要項において「HiME ネット」とは、愛媛大学医学部附属病院（以下「病院」という。）及び病院が認めた別表に掲げる地域の診療所等からなる参加機関（以下「参加機関」という。）の医師及び医療従事者が、患者の同意のもと、インターネット接続が可能な機器により病院の電子カルテ情報を閲覧することができるシステムをいう。

(システム管理者)

第3条 病院に、HiME ネットを管理するため、システム管理者を置き、病院の総合診療サポートセンター長をもって充てる。

(利用者)

第4条 HiME ネットは、病院及び参加機関の管理責任者が認めた医師及び医療従事者であって、利用申請を行った者（以下「利用者」という。）が利用することができる。

(利用の停止)

第5条 システム管理者は、利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、利用を停止とすることができる。

- (1) 異動、退職、施設の閉鎖等の理由により利用が不要となった場合
- (2) 利用者本人の申出により HiME ネットの利用者削除申請を行った場合
- (3) 本要項で禁止する行為が利用者に認められた場合

(接続機器及び環境)

第6条 HiME ネット利用者は、次の各号に掲げる環境整備を行い、かつ維持しなければならない。

- (1) パソコンやタブレット型端末等のインターネット接続が可能な機器及びインターネットに接続するための通信回線の設置を行う。
- (2) Microsoft Edge 等の Web ブラウザのインストールを行う。
- (3) ウイルス対策ソフトのインストール及びウイルス定義ファイルの最新化を行う。
- (4) OS はサポート対象のものとし、脆弱性に対応するためのアップデートを行い、常にセキュリティ対策環境を最新に保つ。
- (5) ファイル交換ソフトをインストール及び使用しない。

(利用の申請)

第7条 HiME ネットの利用を希望する者は、地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 利用者登録・端末接続申請書 (様式1) (以下「登録申請書」という。) 及び利用者誓約書 (様式2) を病院長に提出しなければならない。

2 医師以外の医療従事者が利用を希望する場合は、登録申請書及び利用者誓約書にその者が所属する参加機関の管理責任者の署名を要する。

(利用者登録及び管理)

第8条 病院の HiME ネットを担当する職員 (以下「担当職員」という。) は、前条により提出のあった登録申請書及び利用者誓約書を確認した上で利用者の登録を行い、利用者 ID 及びパスワードを作成し、管理する。

2 担当職員は、利用申請のあった参加機関へ、第6条に規定する環境整備が行われていることを確認した上で利用者が実際に操作する端末に接続設定作業の支援を行い、利用者 ID 及びパスワードを利用者に通知する。

3 利用者は、取得した利用者 ID 及びパスワードを第三者に漏えいしないように厳重に管理するとともに、定期的にパスワードの変更を行う等の措置を講じなければならない。

4 参加機関は、利用者が前項の措置を講じなかったために生じた事故や障害に対し、責任を負わなければならない。

(利用者登録の削除)

第9条 利用者は、異動、退職、施設の閉鎖等の理由により HiME ネットの利用が不要となった場合は、地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 利用者削除申請書 (様式3) を病院長に提出しなければならない。

2 担当職員は、前項により提出のあった利用者の利用者登録を削除しなければならない。

(患者情報)

第10条 HiME ネットは、参加機関から病院に紹介があった患者、病院から参加機関に逆紹介を行った患者及び参加機関をかかりつけとする病院に受診歴がある患者 (参加機関が調剤薬局の場合は、病院からの有効な処方せんを持参した患者をいう。) のうち、同意を得られた者の診療情報 (以下「患者情報」という。) を扱う。

2 前項の患者情報は、病院の電子カルテシステムに記録されている患者の患者基本情報、処方・注射歴、検体検査、病名、食事、退院サマリ、診療録、画像情報等とする。ただし、紹介又は逆紹介がない場合は、診療録を閲覧することができない。

3 利用者は、患者情報の閲覧のみすることができる。

4 過去の患者情報の閲覧は、患者毎の閲覧開始日から原則1年前までとし、最終閲覧日から2年が経過した患者情報は削除する。

(患者の同意及び撤回)

第11条 利用者は、患者に HiME ネットの利用に関して書面を用いて説明を行い、地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 利用に係る同意書 (様式4) (以下「同

意書」という。)により同意を得なければならない。

- 2 前項の同意書により患者から同意を得た利用者は、当該患者情報を閲覧することができる。ただし、総合病院等の診療科が複数ある医療機関においては、当該機関の利用者全員が閲覧することができる。
- 3 患者が18歳未満の場合は、原則として、同意書の代理者記載欄に親権者の署名を要する。
- 4 意思能力に疑義のある18歳以上の患者については、同意書の代理者記載欄に患者の世話をしている親族、親族に準ずる代理人(以下「親族等」という。)又は成年後見人の署名を要する。
- 5 意思能力に疑義がなく、障害等により自筆が困難な場合は、同意書の代理者記載欄に親族等の署名を要する。
- 6 患者、親族等から地域医療連携ネットワークシステム(HiME ネット)への同意撤回届(様式5)(以下「同意撤回届」という。)の提出があった場合は、直ちに閲覧を停止する手続きを行わなければならない。
- 7 同意書又は同意撤回届の提出を受けた利用者は、担当職員にその写しを送付する。
- 8 提出を受けた同意書及び同意撤回届の原本については、病院又は提出を受けた機関において、診療録と併せて保管する。

(閲覧の設定)

第12条 同意書又はその写しを受領した担当職員は、速やかに患者情報の閲覧設定を行う。

- 2 同意撤回届又はその写しを受領した担当職員は、速やかに患者情報を削除する。
- 3 利用者は、患者の病気の治癒、死亡等で患者情報を閲覧する必要がなくなった場合は、地域医療連携ネットワークシステム(HiME ネット)登録患者削除申請書(様式6)(以下「登録患者削除申請書」という。)を病院長に提出する。
- 4 登録患者削除申請書を受領した担当職員は、速やかに患者情報を削除する。

(システム管理及びセキュリティ)

第13条 HiME ネットで利用するネットワークは、インターネット上で安全にデータのやり取りが行え、仮想的な専用回線で相互の機器が直結され通信するものとする。

- 2 HiME ネットサーバは、外部に公開するために病院情報ネットワークから隔離した内部のネットワークに設置し、ファイアウォールを用いて不要な通信を遮断するものとする。
- 3 担当職員は、HiME ネットへのアクセス履歴及び使用状況の確認を行うことができる。
- 4 HiME ネットの運用管理において病院医療情報システムに起因するトラブルが発生した場合は、医療情報部が対応を行う。

(個人情報保護の遵守)

第14条 HiME ネットを利用する際は、次の各号に掲げるガイドライン等を遵守しなけ

ればならない。

(1) 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ダンス（平成29年4月14日厚生労働省通知，同年5月30日適用）

(2) 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（厚生労働省，平成29年5月）

（利用者の責任）

第15条 利用者の故意，重過失又は過失により，個人情報に係る患者個人の権利や利益が侵害されたことが明白な場合は，利用者はそれにより生じた損害を賠償する責任を負うものとする。

（運用の停止）

第16条 システム管理者は，次の各号に掲げる場合において，HiME ネットの運用の一部又は全部を停止又は制限することができる。

(1) HiME ネットに障害が発生した場合

(2) HiME ネットを構成する機器等の増設又は交換を行う場合

(3) サーバの保守メンテナンス等のために再起動を行う場合

(4) 管理上の理由により必要と認められる場合

（雑則）

第17条 この要項に定めるもののほか，HiME ネットの管理及び運用に関し必要な事項は，別に定める。

附 則

この要項は，平成31年3月22日から施行する。

附 則

この要項は，令和2年11月12日から施行する。

附 則

この要項は，令和3年6月1日から施行する。

附 則

この要項は，令和4年7月29日から施行する。

別 表 愛媛大学医学部附属病院が認めた地域の診療所等（第2条関係）

診療所
病 院
調剤薬局
訪問看護ステーション

(様式 1)

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 利用者登録・端末接続申請書

申請日	(西暦) 20 年 月 日		
施設名			
申請者氏名	(フリガナ)		
生年月日/性別	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性	
職種	医師(D)・看護師(N)・MSW(M)・薬剤師(P)・事務職員(J) 理学療法士等(R)・その他 ( )		
申請者が医師以外の医療従事者の場合、管理責任者の署名			
住所	〒 -		
連絡先 (電話番号)		FAX 番号	
メールアドレス			
使用端末台数	台	端末の OS	
使用インターネット回線		※EMA ネット	加入 未加入 不明
備考 (連絡事項等あれば記入)			

※EMA ネットの加入状況については、病院・診療所の場合にご回答ください。

—— 【これより下は愛媛大学医学部附属病院 地域連携担当部署記載欄です】 ——

受付日	利用者登録日
20 年 月 日	20 年 月 日

確認印

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454  
愛媛大学医学部附属病院  
総合診療サポートセンター 地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット)  
担当  
089-964-5111 (代表) 内線 2362  
FAX : 089-960-5995

(様式 2)

## 利 用 者 誓 約 書

地域医療連携ネットワークシステム（以下「HiME ネット」という。）を利用するにあたり、以下の事項を厳守することを誓約いたします。

### 記

1. 利用にあたり、地域医療連携ネットワークシステム(HiME ネット)利用マニュアルを遵守します。
2. 個人情報 は適切に取り扱い、情報漏えい等により個人の権利・利益が侵害されないよう注意を払います。個人情報に係る患者個人の権利・利益を侵害した場合は、故意、重過失、過失等その原因及び責任の所在によっては、刑事責任の追及や損害賠償の請求を受けても異議はありません。
3. HiME ネットのシステム管理者から、HiME ネットの使用方法や保管状況等の事項に関する照会を受けた場合は対応します。
4. 地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程に違反する行為を行った場合は、システム管理者からの利用資格停止措置を受けることがあることを承諾します。

(西暦) 20 年 月 日

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

施 設 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※1 管理責任者名 \_\_\_\_\_

※1 利用者が医師以外の医療従事者の場合には署名してください。

(様式 3)

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 利用者削除申請書

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) の利用が不要となりましたので、診療情報閲覧システムの利用者削除を申請します。

申請日	(西暦) 20 年 月 日
施設名	
申請者氏名	(フリガナ) .....
生年月日	年 月 日
利用者 ID	
削除申請理由	異動 ・ 退職 ・ 施設閉鎖 ・ その他 ( )
備考 (連絡事項等あれば記入)	

—— 【これより下は愛媛大学医学部附属病院 地域連携担当部署記載欄です】 ——

利用者削除日	担当者名
20 年 月 日	

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454

愛媛大学医学部附属病院

総合診療サポートセンター

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 担当

089-964-5111 (代表) 内線 2362

FAX : 089-960-5995

(様式4)

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 利用に係る同意書

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

私は、地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) について、説明及び文書の交付を受け、これについての利用目的・方法について理解しました。このシステムを通じて、愛媛大学医学部附属病院における診療情報が、下記の利用者に関連されることに同意します。

同意者 (患者) 記入欄			
同意日	(西暦) 20 年 月 日		
同意者 (患者) 氏名	(フリガナ)		
	-----		
生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
※1 代理者記載欄	代理者氏名	続柄	
診察券番号 (分かる場合)	愛媛大学医学部附属病院の診察券番号 :		
施設 (利用者) 記入欄 (この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください。)			
施設名			
利用者名	(フリガナ)		
	-----		
連絡先			
説明者 (利用者と異なる場合に記載)	説明者名 :		

※1 同意者 (患者) 本人 (18 歳以上の意思能力がある者) の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意が困難な場合は、親族又は親族に準ずる代理人による同意取得も可能です。その場合、代理者記載欄へ署名をお願いします。なお、18 歳未満の場合は、代理者記載欄に親権者の署名をお願いします。

・総合病院などの診療科が複数ある医療機関では利用者申請している全ての医師が閲覧可能となります。

----- 【これより下は愛媛大学医学部附属病院 地域連携担当部署記載欄です】 -----

設定日	担当者名
20 年 月 日	

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454  
愛媛大学医学部附属病院  
総合診療サポートセンター 地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 担当  
089-964-5111 (代表) 内線 2362  
FAX : 089-960-5995

(様式5)

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) への同意撤回届

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

私は、地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) について、説明及び文書の交付を受け、本サービスの利用について同意しておりましたが、撤回します。

同意撤回者 (患者) 記入欄				
同意撤回日	(西暦) 20 年 月 日			
同意者 (患者) 氏名	(フリガナ)			
	-----			
生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
※1 代理者記載欄	代理者氏名		続柄	
同意撤回理由				
施設 (利用者) 記入欄 (同意取得時に記載してください。)				
施設名				
利用者名	(フリガナ)			
	-----			
連絡先				
説明者 (利用者と異なる場合に記載)	説明者名 :			

※1 同意撤回者 (患者) 本人 (18 歳以上の意思能力がある者) の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意撤回が困難な場合は、親族又は親族に準ずる代理人による同意撤回も可能です。その場合、代理者記載欄へ署名をお願いします。なお、18 歳未満の場合は、代理者記載欄に親権者の署名をお願いします。

----- 【これより下は愛媛大学医学部附属病院 地域連携担当部署記載欄です】 -----

設定解除日	担当者名
20 年 月 日	

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454  
愛媛大学医学部附属病院  
総合診療サポートセンター 地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 担当  
089-964-5111 (代表) 内線 2362  
FAX : 089-960-5995

(様式6)

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 登録患者削除申請書

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

施設名	
利用者 ID	
利用者名	

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) における下記の患者情報について、閲覧が不要となりましたので、登録患者の削除を申請します。

	患者氏名	性別	生年月日	削除理由
1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ( )
2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ( )
3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ( )
4	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ( )
5	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ( )

※記載後の削除申請書は FAX か郵送、もしくは、本システムのメールにてお送りください。

※患者からの同意撤回による場合は、様式5同意撤回届を使用してください。

——— 【これより下は愛媛大学医学部附属病院 地域連携担当部署記載欄です】 ———

登録患者削除日	担当者名
20 年 月 日	

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454  
愛媛大学医学部附属病院  
総合診療サポートセンター 地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 担当  
089-964-5111 (代表) 内線 2362  
FAX : 089-960-5995