サルビー見守りネット説明書・同意書

当機関（施設）は、在宅療養・介護をされている方の情報を共有することで、より質の高い療養・介護生活をしていただくことを目的に、サルビー見守りネットに参加しています。

以下の主旨を、よくご理解いただいた上で、ご同意ください。

１．ネットワークの目的

このネットワークは、プライバシー保護を厳重に図りながら、直接支援に関わる安城市及び近隣市における医療関係機関及び介護サービス事業者等の医療・介護・福祉サービス提供者間をネットワーク接続して療養者の情報を共有し、多職種連携することによって、より良い支援を提供するものです。

２．個人情報の安全確保

このネットワークでは、あなたの個人情報を守る為に、次のような対策を講じています。

（１）医療機関・介護事業所等の参加機関において、あなたの同意をいただいた上でネットワークによる情報共有を開始します。

（２）このネットワークは、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいて、外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。

３．ネットワークによる情報共有の取りやめ

このネットワークによる情報共有を取りやめたくなった場合には、いつでも中止する事ができます。

なお、申し出により情報共有を取りやめた場合又は転出・死亡した場合は、あなたの情報は削除されますが、サービス向上を目指すために、匿名（個人を特定できない状態）化した上で、統計データとして使用させていただくことがあります。

４．その他

このネットワークでの情報共有による支援は、あなたの自由な意思によります。このネットワークについて地域包括支援センター等から説明を受け、目的、意義、安全性確保等に納得された方のみ情報共有による支援をさせていただいております。

もし、同意されなかった場合や途中で取りやめた場合でも、今後の診療や介護サービス等に何ら不利益を被ることはありません。

■ 同意欄

私は、安城市医療・介護・福祉ネットワーク「サルビー見守りネット」の主旨や内容を理解した上で、当ネットワークによる情報共有に同意します。

令和　　年　　月　　日

本人ご署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ご本人が、同意困難な場合は下記をご記入ください。

（ご本人名）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご家族など署名）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄）：＿＿＿＿＿＿

---------- 以下は、説明者記入欄（関係機関使用欄）です。----------

■ 説明者の所属・氏名記載欄

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ 主治医（かかりつけ医）への確認欄

☐ 主治医（かかりつけ医）に、本療養者をサルビー見守りネットを利用し支援することについて、確認しました。

【 確認した医療機関・主治医名：　　】

※☐にチェックし、【　】内に必要事項を記入してください。

※原則として、主治医（かかりつけ医）は、支援グループの構成員に加えるようにしてください。

※説明者は、本同意書を１部コピーして、ご本人様へお渡しください。

※同意書は、事務局まで提出してください。

＊ お問い合せ先 ＊ （同意書提出先）

〒４４６－８５０１　愛知県安城市桜町１８番２３号
安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会
事務局　安城市福祉部高齢福祉課地域支援係
電話：（０５６６）７１－２２６４　　ＦＡＸ：（０５６６）７４－６７８９