

(別紙2)

## 碧南市医療介護連携ネットワーク「はなしょうぶネットワーク」

### 参加説明書・同意書

当機関（施設）は、在宅療養及び介護をされている方の情報を共有することで、より質の高い療養及び介護生活をしていただくことを目的に、「はなしょうぶネットワーク」に参加しています。

以下の主旨を良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、直接支援に関わる碧南市及び関係市町村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、介護及び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 参加をやめたいときは

参加を取りやめなくなった場合には、いつでも中止する事ができます。

なお、申出により参加を取りやめた場合又は転居若しくは死亡に伴い参加を取りやめた場合は、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

このネットワークへの参加は、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参加いただいております。もし、参加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、介護サービス等に何ら不利益を被ることはありません。

## ■ 参加同意欄

私は、碧南市医療介護連携ネットワーク「はなしょうぶネットワーク」の主旨や内容を理解した上で、参加に同意します。

令和 年 月 日

### 【療養者本人】

フリガナ		生年月日	T・S・H 年 月 日
氏名			
住所	碧南市		

【代筆者】※療養者本人が同意困難・署名できない場合は、家族等により療養者情報を代筆の上、記入をお願いします。

氏名		続柄	
住所			

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

令和 年 月 日に、  
医療機関 \_\_\_\_\_ 主治医名 \_\_\_\_\_ 様に  
本療養者を「はなしょうぶネットワーク」を利用し支援することについて確認しました。

※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、説明書・同意書を1部コピーして、ご本人様へお渡しください。

※同意書原本は、取得後14日以内に碧南市高齢介護課へ提出してください。

## ★お問い合わせ先（同意書原本提出先）

〒447-8601 愛知県碧南市松本町28番地

碧南市健康推進部高齢介護課地域支援係 電話：（0566）95-9890（直通）