

「ルピナスネット出雲」電子@連絡帳 説明書

当機関は、だれもが住み慣れた地域でいつまでも自分らしい生活を続けていくうえでのより良い支援をするために、医療・介護関係者が密に連携し、情報共有が行えるよう、出雲市の運営する医療介護情報共有ネットワーク「ルピナスネット出雲」電子@連絡帳(以下、電子@連絡帳)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 「ルピナスネット出雲」電子@連絡帳の目的

このネットワークは、個人情報保護を厳重に図りながら、医療機関や介護事業所等の医療・介護関係者が電子@連絡帳を活用し、支援対象者の情報共有を行うことで、多職種連携の効率化・深化を図り、市民により質の高い医療・介護サービス等を提供することを目的としています。



2 個人情報の管理

厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づく運用により、ネットワーク上の個人情報を保護しています。

3 共有する個人情報

- ・氏名、住所、生年月日、性別、連絡先、家族状況などの基本的な情報
 - ・要介護度、サービス利用状況、疾患、身体状況、服薬状況
 - ・在宅療養、生活支援での要望や留意点
 - ・食事摂取状況、排せつ状況、衛生状況、家屋状況 等
- 支援において必要なこれらの情報を電子@連絡帳において使用いたします。

4 個人情報を共有するスタッフ・施設

支援に携わるスタッフ及び施設(病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、高齢者あんしん支援センター、行政等)においてのみ必要な情報共有が行われます。

「電子@連絡帳」を多職種で活用することにより、よりよい支援の提供を目指しているため、他の施設スタッフも支援チームの一員として情報共有ネットワークの対象とさせていただきます。情報共有ネットワークのメンバーを知りたい場合は、担当者までお気軽にお尋ねください。

5 その他

このネットワークについて説明を受け、主旨に納得された方のみご参加いただいています。情報共有の停止を希望される場合は、担当のスタッフまでご連絡ください。

「ルピナスネット出雲」電子@連絡帳 同意書

私は、「ルピナスネット出雲」電子@連絡帳の主旨や内容を理解したうえで、個人情報を提供することに同意します。

____年 ____月 ____日

本人ご署名 _____

連絡先 (_____) _____

※ご本人による署名が難しい場合は代理人の方が下記をご記入ください。

____年 ____月 ____日

(ご本人名) _____

(ご家族等の署名) _____ (続柄) _____

(連絡先) (_____) _____

_____ 以下は、説明者記入欄です。 _____

説明者の所属・氏名

所属 _____ 氏名 _____

※同意書の保管について

- ① 説明者は、同意書の原本をスキャナー等で読み取り、「ルピナスネット出雲」電子@連絡帳にデータをアップロードしてください。
- ② 同意書の原本を1部コピーし、原本を事業所で保管のうえ、コピーをご本人にお渡しください。

【お問い合わせ先】

出雲市 健康福祉部 医療介護連携課(事務局)

TEL :0853-21-6906

FAX :0853-21-6749

Mail:iryoku-kaigo@city.izumo.shimane.jp