

## 「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」参加説明書

ゆめはまちゃん医療・介護ネットワークは、地域での医療・福祉関係機関がコンピューターなどの情報技術を活用した電子連絡帳システムにより情報共有を図り、患者(サービス利用者)様に関わる医師や介護事業者を始めとした多職種関係者が支援チームを組むことによって、より連携の取れた効果的・効率的な医療・介護等を推進し、患者(サービス利用者)様とその地域生活を支援するものです。

### 個人情報取扱同意書

患者(サービス利用者)様の個人情報の利用については、以下のとおり取り扱いをいたします。

#### 1. ネットワークの目的

このネットワークは、患者(サービス利用者)様のプライバシー保護を厳重に図りながら診療・介護情報の一部を、ネットワークに参加する医療機関、介護施設、薬局、訪問看護ステーション、在宅サービス提供者間を結ぶネットワークで共有し、診療・検査や日々のケアなどから得られた多くのデータを元に治療法等を検討し、質の高い安全な診療・介護の提供を可能にすることを目的としています。

#### 2. 個人情報の安全確保

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た記述で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. ネットワークの利用開始・利用中止

ネットワークの利用にあたっては、かかりつけ医(主治医)や、担当のケアマネジャー、ネットワーク参加施設等において、必ず、患者(サービス利用者)様の同意をいただいたうえで利用を開始します。

また、ネットワークの利用を中止したい場合は、いつでも中止することができます。その場合には、いつでも患者(サービス利用者)様のかかりつけ医(主治医)や、担当のケアマネジャー等に申し出てください。

ネットワークを利用されなかった場合や途中で利用を中止した場合でも、今後の診療に何ら不利益を被る事はありません。

なお、多職種によるチームケアを受けていらっしゃる場合は、所属施設が異なるスタッフも支援チームの一員とし、支援チーム内は情報共有ネットワークの対象とさせていただきます。

説明者: \_\_\_\_\_ (医療機関・施設等名: \_\_\_\_\_)

によりゆめはまちゃん医療・介護ネットワークの電子連絡帳に関する説明を受けました。また、電子連絡帳を利用して患者(サービス利用者)様の情報を関係多職種間で共有することに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者(サービス利用者)署名 \_\_\_\_\_

※ご本人が未成年又は自筆困難な場合

ご本人氏名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)