

(別紙3)

岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク
岡崎幸田いえやすネットワーク 説明書・同意書

当機関は、医療の質と安全性確保の為に、岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク「岡崎幸田いえやすネットワーク」に参加しています。これは、政府が推進している医療情報の共有化を行い、正確な情報に基づいた高度で安全な医療介護福祉サービスの提供を行うために、下記の関係者が情報を共有し、多職種連携することによってよりよい支援を提供するものです。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、岡崎市医師会、岡崎歯科医師会、岡崎薬剤師会、岡崎市介護サービス事業者連絡協議会、幸田町介護サービス事業者連絡協議会、岡崎市、幸田町等の保健・医療・福祉サービス提供者間をネットワーク接続して対象者の情報を共有し、多職種連携することによってよりよ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様な対策を講じています。

- (1) かかりつけ医及び介護・福祉事業所の参加施設において、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

このネットワークの参加をやめたい場合には、いつでも中止する事ができます。その場合には、いつでもかかりつけ医等に申し出て下さい。なお、申し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、匿名化した上（個人を特定できない状態）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. 最後に

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かかりつけ医等から説明を受け、目的、意義、安全性確保等に納得された方のみご参加いただいています。もし、参加されなかった場合や途中で参加を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事はありません。

なお、すでに多職種によるチーム医療や介護サービスを受けておられる場合は、所属施設が違うスタッフも支援チームの一員とし、情報共有ネットワークの対象とさせていただきます。

私は、岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク「岡崎幸田いえやすネットワーク」の主旨や内容を理解したうえで参加に同意します。

令和 年 月 日

本人ご署名 _____

※ ご本人が未成年又は同意困難な場合
(ご本人名) _____

(ご家族等ご署名) _____ (続柄) _____

【かかりつけ医 医療機関名】 _____

* 名称、連絡先、担当等を記入(ゴム印を押印)

【ケアマネジャー等】 _____

* 名称、連絡先、担当等を記入(ゴム印等可)

説明者 所属 _____ 氏名 _____

(かかりつけ医 ・ ケアマネジャー ・ 訪問看護師 ・)

【お問い合わせ先】

事務局 岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会

電話：0564-23-6774 (岡崎市長寿課内) FAX：0564-23-6520

※取扱機関様へ 本説明書・同意書を1部コピーしてご本人にお渡しください。