

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システムの使用のための 個人情報の取扱いに関する同意書

船橋市 健康福祉局 健康・高齢部 地域包括ケア推進課

船橋市では、市民が、高齢になっても、たとえ医療や介護が必要になったとしても、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護などのサービスが自宅等で継続的・一体的に受けられる仕組みである「地域包括ケアシステム」の構築に取り組んでいます。

この書面は、地域包括ケアシステムに欠かせない充実した在宅医療・介護サービスをあなたに提供するため、医療・介護関係者及び船橋市（船橋市役所の医療・介護・福祉政策を所管する組織（現在は健康福祉局）に限定します。以下同じです。）が、「あなたの個人情報をあなた以外の者から収集し、提供すること（以下「共有」といいます。）」について同意をお願いするものです。本書面において同意していただいた後、同意事項を撤回することも可能です。また、同意をいただいた後、本書面は船橋市地域包括ケア推進課へ提出します。

1 個人情報の取扱目的

自宅等で充実した医療・介護サービスを提供するためには、あなたの変化する身体や生活の状況等の情報やあなたへ提供された医療・介護サービスの内容等の情報等について、医療・介護関係者間において的確に共有することが重要です。

そのため、あなたの個人情報のうち、医療・介護サービスを提供するために必要な情報について、「病院」、「診療所」、「歯科診療所」、「薬局」、「訪問看護ステーション」、「地域包括支援センター」、「居宅介護支援事業所その他の介護保険サービスを提供する事業所」等で勤務する医療・介護関係者が、「船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム（以下「情報共有システム」といいます。）」を使用して共有します。

2 個人情報の適切な利用

船橋市及び情報共有システムを使用する医療・介護関係者は、「個人情報の保護に関する法律」、「船橋市個人情報保護条例」及び厚生労働省が定める「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等を順守し、あなたの個人情報を適切に管理し、取り扱います。

3 個人情報のセキュリティ対策

情報共有システムは、バックアップ体制を完備し、情報の紛失・消失を防ぐとともに、コンピューターウイルス等が侵入することを防ぐための対策や情報を暗号化して通信するなど、あなたの個人情報の漏えい、き損、滅失、改ざん及び不正使用等を防止するために必要な措置を講じています。

<必要に応じて共有する主な個人情報（これらの情報のうち、必要に応じて共有します）>

項目	内容	項目	内容
基本情報	氏名 性別 生年月日 住所 電話番号 医療・介護保険情報 要介護認定区分 等	身体・生活	身体能力（歩行力・寝返り 等） 生活能力（衣類の着脱・外出頻度 等）
住宅情報	住居の種別 間取り 居室等の状況 等	認知・精神	生活上の理解・表出力 精神状態 等
家族情報	家族構成 就労状況 役割 介護力 等	社会	社会生活能力（調理の可否・金銭管理 等）
医療情報	病状 病歴 医療処置の管理・実施・指導 かかりつけ医情報 等	温度板	体温 血圧 脈拍 酸素飽和度（spo2）
介護情報	サービス利用状況 利用事業所情報 等	食事・排泄	口腔内状況 食事摂取状況 排泄状況 等
その他	日々の診療・介護記録 服薬情報 介護上の留意点 看取りの意向 成年後見人の有無 等		

【説明者】

氏名	
職種	
連絡先	

私（本人）は、上記についての説明を受け、十分に理解した上で次の事項に同意します。

- ① 複数の医療・介護関係者が、私の個人情報について、情報共有システムを使用することにより共有すること。
- ② 船橋市が、情報共有システムを管理するため、私以外の者から私の個人情報を収集し、複数の医療・介護関係者へ提供すること。

患者情報	(フリガナ)		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号			

患者署名 _____

患者の意思確認欄

私は、 _____ が、上記の事項に同意したことを確認しました。

確認年月日	令和 年 月 日	患者が署名できない理由	
-------	----------	-------------	--

<確認者情報>

住所 _____

氏名 _____ 患者との関係 _____

連絡先 _____

法定代理人署名欄

<法定代理人（親権者 ・ 成年後見人）>

住所 _____

氏名 _____ 患者との続柄 _____

連絡先 _____

家族・親族署名欄

私（家族・親族）は、 _____ の家族・親族の情報が、必要に応じて医療・介護関係者及び船橋市の間において情報共有システムにより共有されることに同意します。

住所 _____

氏名 _____ 患者との続柄 _____

連絡先 _____