

在宅医療における個人情報連携同意書

1 本書の目的

患者(利用者)の円滑な在宅での医療を実現するためには、患者(利用者)の家族、医療従事者、介護従事者、その他の関係者が適切に連携していく必要があります。そのため適切な連携を行うにあたって連携される内容と方法を患者に理解し、同意頂くためのものとなります。

2 個人情報保護の基本方針

個人情報の安全な管理は医療従事者としての社会的責務であると認識し、個人情報保護に関する法令及びその他の規範を遵守し、適切に管理いたします。

3 個人情報保護の概要

東久留米市では患者(利用者)の安全な個人情報の利用のため、連携される情報を「るるめネット」と称して管理しております。

(1) 利用の条件について

「るるめネット」を利用できるのは東久留米市医師会との守秘契約を結んだ事業所、従事者のみとなり、不特定の第三者に個人情報が公開されることはありません。

(2) 情報の連携方法について

患者(利用者)の情報連携を安全に行うため「るるめネット」では連携方法のひとつとして、医療介護専用開発されたシステムの「メディカルケアステーション」(MCS)を使用しています。

- ・ 医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用開発されたシステムです。
- ・ セキュリティ、アクセス制御、管理体系が整った完全非公開型のシステムのため、不特定の第三者から許可の無い個人情報の閲覧を防ぎます。
- ・ 災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

(3) 患者の有する権利について

患者(利用者)及び家族は「るるめネット」において、以下の権利を有しております。

- ・ 個人情報の内容の開示を求める権利
- ・ 誤った個人情報に対しての訂正、追加、または削除を求める権利
- ・ 個人情報の一部、または全ての「るるめネット」での利用停止、及び消去を求める権利

4 連携される個人情報の内容について

「るるめネット」において、連携される個人情報は以下のとおりです。

- ・ 患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号
- ・ 病歴、病名
- ・ 治療や検査の内容(使用している薬剤、処置、血液検査の結果など)
- ・ 日々の状態(褥瘡の画像やリハビリの様子動画などを含む)
- ・ 関係する医療・介護・福祉施設の情報
- ・ その他、医療・介護・福祉に付随する情報

5 個人情報の利用目的について

「るるめネット」における、個人情報の利用目的は「患者の個人情報の利用目的」をご覧ください。

患者の個人情報の利用目的

(1) 当施設での利用

- ・ 患者に提供する医療サービス
- ・ 医療保険事務
- ・ 入退院等の病棟管理(もし必要があれば)
- ・ 会計・経理
- ・ 医療事故等の報告
- ・ 患者への医療サービスの向上
- ・ 当施設での医療実習への協力
- ・ 医療の質の向上を目的とした当施設での症例研究
- ・ その他患者に係る管理運営業務

(2) 関係する医療・介護・福祉施設への情報提供としての利用

- ・ 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者等との連携
- ・ 他の医療機関等からの照会への回答
- ・ 患者の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・ 検体検査業務等の業務委託及びその他の業務委託
- ・ 家族等への病状説明
- ・ その他患者への医療提供に関する利用
- ・ 保険事務の委託
- ・ 審査支払機関へのレセプト(診療報酬請求明細書)の提供
- ・ 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・ その他医療・介護・労災保険・公費負担医療等に関する診療費請求のための利用及びその照会に対する回答
- ・ 事業者等から委託を受けた健康診断に係る事業者等へのその結果通知
- ・ 医師賠償責任保険等に係る専門の団体及び保険会社等への相談又は届出等
- ・ その他患者への医療保険事務に関する利用
- ・ 患者個人を識別あるいは特定できない状態にした上での症例研究、発表及び教育

(3) その他の利用

- ・ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 外部監査機関への情報提供

以上

在宅医療における個人情報連携同意書

西暦 年 月 日

私は、在宅医療における個人情報連携同意書について説明を受け、いずれも同意します。

＜患者＞

氏名： ⑩

住所：

＜患者家族1＞

氏名： ⑩ 続柄：

住所：

＜患者家族2＞

氏名： ⑩ 続柄：

住所：

患者本人は、身体の状態等により署名ができないため、患者本人の意思を確認のうえ、私が代筆しました。（代筆の必要がなければ未記入で可）

＜署名代筆者＞

氏名： ⑩ 続柄：

住所：

＜患者説明・同意書取得＞

事業所名：

氏名： ⑩

本同意書は、2通を作成・記入を頂き、患者と事業所のそれぞれでお持ち頂く様にお願いいたします。