様式第４号（第６条関係）

**在宅生活を支えるための個人情報使用同意書**

**（使用の目的）**

１　患者又は利用者の医療・介護・福祉に関わる施設及び職種（病院・診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護支援専門員、デイサービス、訪問介護等）の間で、患者又は利用者の状態や医療・介護・福祉の情報を共有し、連携を深めることによって、患者又は利用者へのサポートの質の向上と充実を図り、患者又は利用者の在宅生活を支えることを目的とします。

**（インターネット等での情報共有）**

２　患者又は利用者をサポートする多施設・多職種の間で、患者又は利用者の情報をやり取りするための連絡手段として、エンブレース株式会社が提供する非公開型医療介護専用ＳＮＳ「メディカルケアステーション（以下、ＭＣＳという。）」を用いて、診療情報等を含む個人情報を共有します。

ＭＣＳは、パソコンやスマートフォンなどを使用し、インターネットにより通信する医療介護専用のコミュニケーションシステムで、以下のような特徴があります。

・　医療介護従事者の円滑な連携を図るため、医療介護専用に開発されたシステムです。

・　情報漏洩に対する安全性が高く、セキュリティ、アクセス制御、管理体系が整った非公開型のシステムです。

・　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。

**（使用にあたっての条件）**

３　患者又は利用者の個人情報は、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。ＭＣＳで扱う個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。患者又は利用者及びその家族（後見人を含む。以下、家族等という。）に利用料金がかかることは一切ありません。

**（情報共有の内容）**

４　共有される情報については、以下のとおり。

患者又は利用者の氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名、治療や検査の内容（薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果など）、日々の患者又は利用者の状態（褥瘡などの体の写真やビデオを含む）、関係する医療・介護・福祉施設の情報、その他の医療・介護・福祉に付随する情報。

**（患者又は利用者及びその家族等が有する権利）**

５　この同意書に署名する患者又は利用者及びその家族等は、ＭＣＳによる情報共有について、以下の権利があります。

① ある特定の情報のやり取りを拒否する権利

② 患者又は利用者に関するＭＣＳの利用の停止又はデータの消去を求める権利

**（個人情報使用同意書に関する問い合わせ先）**

６　この個人情報使用同意書に関する問い合わせは、説明・同意書取得者までご連絡願います。

**（ＭＣＳに関する問い合わせ先）**

７　ＭＣＳに関する問い合わせは、下記までご連絡願います。

奥州市在宅医療介護連携拠点

〒023-8501 岩手県奥州市水沢大手町一丁目１番地（奥州市役所内）

ＴＥＬ：０１９７－３４－２９０６ / ＦＡＸ：０１９７－５１－２３７３

　　　　年　　　月　　　日

**私は、在宅生活を支えるための個人情報使用に関する事項について説明を受け、いずれも同意します。**

＜患者又は利用者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 住　　所 | 奥州市 |
| 電話番号 |  |

＜家族等１＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ㊞ | 続柄 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

＜家族等２＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ㊞ | 続柄 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

＜説明・同意書取得者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 電話番号 |  |

原本は連携元事業所が保管し、写しを患者又は利用者が保管する。（※かかりつけ医が関与する場合は、かかりつけ医も写しを保管する）

患者又は利用者

連携元事業所