

医療・介護サービスの提供を目的とした多職種連携のための

個人情報の取扱いについて(説明書)

丸亀市健康福祉部高齢者支援課
地域包括支援センター

丸亀市では、今後急速に進展する高齢化に対応するため、市内関係職能団体(丸亀市医師会、綾歌地区医師会など)と医療と介護の連携の体制整備に取り組んでいるところです。特に、病気や障がいを抱えた方が自宅で過ごすことを支援する地域単位の在宅医療・介護等の体制(厚生労働省は「地域包括ケアシステム」と呼んでいます)を整備するためには、医療機関、介護サービス事業者などの多くの機関(以下、事業者※と省略します)による情報共有と意思疎通が重要になります。

本書面は、丸亀市における医療・介護サービスの円滑な提供のために、丸亀市が医療・介護サービスを利用する市民(以下、利用者と省略します)の意向に基づき事業者の調整を行うにあたり、利用者及び利用者の家族等の個人情報を取得・利用し、必要に応じて事業者に提供することについてご説明し、同意をお願いするものです。

※事業者の例：病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、各種介護サービス事業者(訪問介護、通所介護、等々)、居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)、地域包括支援センターなど

1. 利用者・家族等の個人情報の取得・利用目的

丸亀市は、個人情報保護法及び丸亀市個人情報保護条例の規程を遵守し、丸亀市が利用者の意向に基づき事業者の調整を行うことを目的として、必要な個人情報を取得・利用します。また、丸亀市は、利用者に適切な医療・介護サービスが提供されるよう、病気や障がいの状況など、利用者及び利用者の家族に関する必要な情報を事業者に提供します。

なお、事業者は、個人情報保護法・厚生労働省が定めるガイドライン(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)及び丸亀市個人情報保護条例の規程を遵守し、サービス提供に必要な個人情報を取得・利用しています。各事業者が取得・利用する個人情報については、各事業者から提供される重要事項説明書又は事業所内の掲示物等をご確認ください。

2. その他ご説明事項

○医療介護連携システムの管理

事業者が利用者の心身の状態・変化などを把握し、互いに連携してよりよい医療・介護サービスを提供するために、インターネットを介した医療介護連携システムを用いて必要な情報を共有します。

この医療介護連携システムは、厚生労働省及び総務省が定めるガイドラインの規程を遵守し、利用者及び利用者の家族等の個人情報管理をしています。具体的には、暗号化された通信手段を用い、改ざんや紛失等を防ぐ対策を講じるなどの方策をとっています。

○共有されるおもな情報は下記のものとなります。

- ・利用者氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号
- ・家族氏名、連絡先（電話・FAX等）
- ・病歴、病名、検査情報、使用している薬剤
- ・日々の状態、皮膚病変、褥瘡等の身体画像
- ・紹介元病院、再入院希望病院、医療保険、介護保険に付随する情報

○市による連携内容の確認及び、匿名化した情報のシステムの有効活用・研究等による利用

丸亀市では、本システムをより効果的に活用できるよう、また、適切な連携がなされているかの確認のため、必要時、情報連携の内容等について閲覧を行います。また、医療・介護の関係者を対象に研修・検討会等において、実際のシステム利用例を用い効果的な情報共有のあり方を関係者間で共有することがあります。

これらの取り組みを実施するにあたっては、利用者様及びその家族等の個人を特定できないよう、住所・氏名等を匿名化することにより、個人が特定されることはありません。

○システム利用にあたって、利用者に利用料金がかかることは一切ありません。

○情報提供を許可しない事業者・関係者を指定することができ、同意内容についてはいつでも変更することが可能です。

問い合わせ先：丸亀市健康福祉部高齢者支援課
地域包括支援センター
丸亀市大手町二丁目4番21号
電話0877-24-8933

利用における個人情報使用同意書

私は、下記に記された説明者から、個人情報保護法の定める利用目的についての説明を受け、十分に理解したうえで、丸亀市が私の個人情報をこの目的のために取得・利用し、必要に応じて関係事業者提供することに同意します。

[同意します ・ 同意しません]

情報提供を許可しない事業者、関係者
(事業者名、関係者名 _____)

*いつでも同意を変更することは可能です。

_____年 月 日

① 利用者本人

氏名 _____
住所 _____

② 記名代行者欄 (本人が記名できない場合)

氏名 _____ (本人との関係 _____)
住所 _____

③ 利用者の家族等の代表者

利用者に適切なサービスを提供するために必要となる利用者の家族等の個人情報について、関係事業者提供・共有することに同意します。

氏名 _____ (続柄 _____)
住所 _____

【説明者】

機関・事業所名 _____
氏名 _____