

患者様への説明・同意文書

「x x x 多職種ネットワーク事業」へのご協力のお願い

(1) はじめに

在宅にて、患者様の治療及び介護を効果・効率的に実現するためには、患者様ご本人の状況に関する情報を、医療機関だけでなく、関係する看護師やケアマネジャー、ヘルパー等との間で共有化して、一貫性をもって関係者が治療や介護にあたる必要があります。このような情報共有のしくみを、情報システムを活用して効果的に実現するため本事業が企画されています。

あなたの治療や介護に関わる関係者の中で、あなたの状況に関する情報を共有化させていただけないかというお願いです。

(2) 事業の目的

医療と介護が連携し、情報システムの活用等により効果的に情報を共有し、在宅療養患者様を支えるチームをつくるとともに、医療・介護の多職種連携体制の強化を図り、もって、地域における在宅療養の基盤を整備することを目的としています。

(3) 事業の方法

治療及び介護に必要となる患者様の情報を、情報システムに入力し、国の示すガイドラインに則り安全性の確保されたデータセンターに保管します。

医師は、通常の診療行為の中で、その都度情報システムを参照して治療意思決定に必要な患者様の情報を参照しながら治療方針を決定したり、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等へ指示を出したりします。

看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等は、本情報システムを参照して、医師からの指示事項に従って患者様の状況報告や対応を行います。また今回の情報システムは当該医師会（以下、当会という。）が決定した情報システムを活用し、情報システムに蓄積された情報の分析を当会もしくは当会が委託したものが行います。

(4) 事業参加に伴って予想される利益

本事業への参加が直ちにあなたご自身の利益につながるわけではありませんが、本事業を通じて治療・介護のための効果的な連携の仕組みが実現されれば、患者様ご本人のQOL向上、介護者の負担軽減などの効果が期待できます。

(5) 事業参加に伴って予想される不利益とその対策

この事業に参加することに伴う直接的な影響は、あなたの診療のために必要な通常の治療のみで、全て一般の診療の範囲内で行うものですので、本事業を通じてあなたが大きな不利益を被ることはないと考えられます。

もし、本事業により何らかの健康被害が出現した場合には、保険診療にて適切に治療させていただきます。

(6) 個人情報の保護について

この事業は、**地区医師会の理事会で審議され、事業の妥当性ととも患者様の人権の保護の観点からも適切であることが確認され、承認されています。**本事業で活用する情報システムに保存された情報は、当該患者の治療・介護に関わる者、地区医師会の当事業を検証・推進する者のみが閲覧することができます。また、個人情報が外部に漏洩することにより個人のプライバシーが侵害されることがないように当該情報システムは個人情報保護法及び関連するガイドラインに則った運用を行います。

(7) 事業結果の公表について

本事業から得られた結果を論文等で発表させて頂く場合がありますが、個人が特定されるような形で発表に使用することはありません。

(8) 事業から生じる知的財産権の帰属

この事業成果から特許権等が生み出される可能性があります。その場合の特許権はあなたにないことをご了承ください。

(9) 費用負担について

通常の診療のための検査・治療については通常の保険診療内で行わせて頂きますので、あなたの負担が増えることはありません。

(10) 事業への参加に同意しない場合

本事業への参加はあなたの自由意思により決定されるものですので、同意しない場合においても治療内容を含めいかなる不利益を被ることもありません。

(11) 事業参加の任意性と撤回の自由

本事業への参加はあなたの自由意思により決定されるものですので、一旦事業に同意した場合でも、同意撤回書を提出することにより、いつでもこれを撤回できます。途中で辞退された場合でも、治療内容を含めいかなる不利益を被ることもありません。

(12) 事業の実施施設及び問い合わせ先

事業の実施施設

施設名：(クリニック)

住 所：

電 話：

担当者：

事業推進医師会：一般社団法人 x x x 医師会

住 所：

電 話：

代表者：

問い合わせ先：x x x x x 地域包括ケア事務局

住 所：

電 話：

担当者：●●医師会 担当●●

個人情報取扱同意書

一般社団法人 x x x 医師会 殿

件名 x x x x 多職種ネットワーク事業

私は、下記の各項目について担当医師から本事業に関する説明を受けて十分に理解し納得しましたので、本事業に参加することに同意します。

説明事項

- (1) はじめに
- (2) 事業目的
- (3) 事業方法
- (4) 事業参加に伴って予想される利益
- (5) 事業参加に伴って予想される不利益とその対策
- (6) 個人情報の保護
- (7) 事業成果の公表
- (8) 事業から生じる知的財産権の帰属
- (9) 費用負担に関する事項
- (10) 同意しない場合でも不利益を受けないこと。
- (11) 事業参加の任意性と撤回の自由

同意取得日 平成 年 月 日

同意者（本人）署名 _____

住所 _____

電話番号 _____

(本人が署名できない場合については、家族等が代理で署名してください。)

上記患者に対して、私が本事業について説明を行い、了承を得たことを確認します。

説明日 平成 年 月 日

説明者（担当医師等）署名 _____

施設名 _____

連絡先 _____