**滋賀県医療介護情報連携ネットワークへの参加にあたっての説明書**

1. 滋賀県医療介護情報連携ネットワーク（愛称：びわ湖あさがおネット）とは

* 「びわ湖あさがおネット」とは、病院・診療所・薬局や、在宅医療・介護に携わる機関・施設・事業所の間で、患者さまの診療情報・介護情報・療養情報を共有するとともに、将来は情報を活用して、医療の研究や施策の推進等に役立てるための仕組みです。

1. 患者さまにメリットがあります

* 「びわ湖あさがおネット」を通して、患者さまの診療情報・介護情報・療養情報を共有することにより、転院や入院、あるいは退院後の通院や在宅での介護・療養などの場面において、切れ目のない質の高い医療・介護サービスを受けることができます。
* また、重複したお薬の処方を防いだり、重複した検査を防いだりすることによって、医療費の負担軽減にもつながります。
* さらに、医療情報を分析・評価することにより、研究等による医療の発展や医療施策の推進を図ることができます。

1. 患者さまの費用負担について

* 「びわ湖あさがおネット」への登録および利用にかかる費用をご負担いただくことはありません。
* ただし、「びわ湖あさがおネット」の参加機関が、「びわ湖あさがおネット」を通して診療情報・介護情報・療養情報を提供・閲覧する場合に、従来からご負担いただいておりました診療情報提供料加算の対象となることがあります。
* 一般診療・介護サービスにかかる費用は、通常通り自己負担が発生します。

1. 患者さまの個人情報の取り扱い

* 患者さまの診療情報・介護情報・療養情報は、各参加機関で原本が保管されるとともに、災害時や参加機関のシステム故障時等にも医療・介護サービスが引き続き提供できるようにバックアップを行います。また、患者さまの個人情報のうち、氏名・性別・生年月日・郵便番号・住所・電話番号・保険者番号・被保険者証記号・被保険者証番号・介護保険保険者番号・介護保険被保険者証番号および受診年月日・受診医療機関名・受診医療機関の患者ID・処方年月日・処方薬局名・処方薬局の患者IDについては、診療情報・介護情報・療養情報の管理や名寄せのために必要ですので、各参加機関から委託により、「びわ湖あさがおネット」のデータセンター（国内）にお預かりし、保存されます。
* 診療情報・介護情報・療養情報を閲覧することができるのは、参加機関のうち、患者さまが実際に受診ないし医療・介護サービスを受けられている機関・施設・事業所および医療・保健にかかる行政機関等（予定を含む）に限られます。加えて、参加機関に所属する医療従事者・介護従事者の各職種に応じて、見ることができる患者さまの診療情報・介護情報・療養情報の範囲が決まっており、その範囲に従ってのみ各情報を閲覧することができるようになっています。
* ただし、救急搬送時で同意を得られない場合は、後に患者さまの同意を得ることを条件に、診療情報・介護情報・療養情報を見る場合があります。また、患者さまの受診歴(受診・処方年月日および受診医療機関・処方薬局名のみ)につきましては、指定(同意)した機関・施設でなくても検索が可能となっておりますので、ご理解くださいますよう、お願いします。
* なお、本医療・介護サービスを切れ目なく受けることができるための情報共有の仕組み以外にも、個人情報保護法にのっとった情報の利活用（行政目的、あるいは各種法令等に基づく登録や利用）を行う可能性はありますので、予めご了承ください。
* 「びわ湖あさがおネット」の参加機関については、ホームページに掲載しております。また、参加機関によって、共有可能な情報が異なりますので、詳細はホームページにてご確認ください。
* 「びわ湖あさがおネット」では、専用の回線、あるいは暗号化によってセキュリティが担保されたインターネットを利用して診療情報・介護情報・療養情報を共有するため、外部からの不正な侵入を防ぐことができます。

1. 免責事項

* 「びわ湖あさがおネット」に関する設備の保守のため、びわ湖あさがおネットが一時的に停止することがあります。停止の予定については、びわ湖あさがおネット参加機関に別途周知致します。
* 参加施設の脱退や設定状況等により、同意をいただいてもすぐに情報連携できない場合があります。

1. 参加される場合には「患者参加同意書」へのご署名をお願いします

* 「びわ湖あさがおネット」に関する説明を受け、目的・意義・安全確保など納得されましたら、「患者参加同意書」にご署名をお願いします。

1. 一時的にあるいは一部参加機関への参加同意をやめたい場合や、完全に参加をやめたい場合においては、「利用停止（削除）申請書」に必要事項を記入してご提出をお願いします

* 「びわ湖あさがおネット」への参加をやめたくなった場合には、いつでも参加をやめることができます。参加をやめる場合には、「利用停止（削除）申請書」に必要事項を記入し、同意書を提出した参加機関にご提出ください。
* 利用停止後、患者さまの情報は、参加機関からは情報提供、参照および記述はできませんが、前述のびわ湖あさがおネットのデータベースに保管されている個人情報については削除致しませんので、再度、参加することが可能な状態となります。
* なお、「びわ湖あさがおネット」のデータベースからも個人情報の削除を希望される場合は、「情報停止（削除）申出書」の情報削除欄に必要事項を記入し下記の事務局へお申し出ください。ただし、その場合は利用停止を申請した参加機関に加えて、情報の利用に同意している他のすべての参加機関に対しても利用停止を申請したものとみなし、そのように手続きを行いますので、予めご了承ください。
* もし、参加されなかった場合や、途中で参加をやめた場合であっても、引き続き医療・介護サービスを利用される上で患者さまに不利益が生じるものではありません。

８.　診療情報・介護情報・療養情報を開示・閲覧している参加機関の確認

* 「びわ湖あさがおネット」をとおして患者さまの診療情報・介護情報・療養情報を共有している機関・施設・事業所・行政機関につきましては、受診施設あるいは支援施設・事業所をとおして協議会事務局へご請求いただければ、確認することが可能です。

※この説明書をお読みになり、説明を聞かれた後、十分に考えてからびわ湖あさがおネットに参加するかどうかを決めてください。また、不明な点があればどんなことでも気軽に質問してください。

お問い合わせ先

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局

〒524-8524　守山市守山5丁目4番30号　県立総合病院内

TEL： 077-582-5071　　　FAX： 077-582-5169

びわ湖あさがおネットホームページ：https://www.biwako-asagao.net/

**様式第8-1号：患者参加同意書（初回のみ受領）**

参加機関名　　　　御中

私は、「びわ湖あさがおネット」に関する説明を受け、説明書に記載の項目１～８に関わる内容に同意しますので、本同意書に記名し提出いたします。

また、現在、以下の参加機関にて医療・介護サービスを利用しているため、私の診療情報・介護

情報・療養情報を共有できるよう作業を依頼します。なお、本同意書の提出後に私が医療・介護サービスを利用している参加機関が追加された場合は、当該参加機関の申出により追加して情報が共有されることに同意いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **情報共有を希望する機能に☑してください→** | | | | **医療** | **在宅** |
| **①** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **②** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **③** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **④** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **⑤** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **⑥** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **⑦** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **⑧** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **⑨** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |
| **⑩** | **参加機関名** | **：** |  | **（患者ID** | **：** | **）** | **□** | **□** |

同意者　氏名： （自署）

（代理者　氏名： 　　続柄： ）

記入日 ：　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　（カナ氏名：　　　　　　　　　　　　　　）　　性別　：　男　・　女

患者住所：（〒　　　　　－　　　　　　　）

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

生年月日：西暦（大正　昭和　平成　　　　）　　　　　年　　　　　月　　　　　日

説明者　氏名： 　　　　　　（自署） 所属：

説明者連絡先（電話番号）： 　（FAX番号）：

* コピー１部を患者さま本人にお渡しし、自機関で同意参加機関に対する情報の開示あるいは閲覧の設定を行った後、同意参加機関へ電子データで情報開示を依頼してください。
* 同意書の原本は、病院の場合は受領参加機関、医科歯科診療所・薬局・介護施設・事業所の場合は協議会事務局で保管するものとします。
* 同意書は初回のみ患者さまより受領することとし、以後において連携先を増やす場合は参加機関で情報の開示・閲覧の設定を行った後、連携先参加機関へ情報開示を依頼してください。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局

〒524-8524　守山市守山5丁目4番30号　県立総合病院内

TEL： 077-582-5071　　　FAX： 077-582-5169　　 メール：　contact@biwako-asagao.ne.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 受領参加機関 | 協議会事務局 |
| 日付　　　／ | 日付　　　／ |

※事務局利用欄

【作業実施記録】