

個人情報使用同意書兼重要事項説明書同意書

個人情報を使用する目的

1. 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整において必要な場合
2. 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供
3. 主治医・関係医療機関との連携のための情報提供
 - 使用する事業者の範囲：利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者
 - 使用する期間：契約で定める期間
 - 条件
 - ①個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
 - ②個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

当事業者は、訪問看護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して訪問看護重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者＜事業所名＞ 小川赤十字訪問看護ステーション

＜所 在 地＞ 埼玉県比企郡小川町大字小川 1525 番地

＜管理者名＞ 村山 嘉津子 ＜説明者名＞ _____ 印

私は、訪問看護サービスについて訪問看護重要事項説明書に基づいて、事業者から説明を受けました。また、私（利用者）、及びその家族の個人情報については、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意しました。

年 月 日

利用者＜住 所＞ _____

＜氏 名＞ _____ 印

代理人＜住 所＞ _____

＜氏 名＞ _____ 印

（続柄： _____）

ステーション閉鎖時の体制について

当ステーションは小川赤十字病院に隣接した施設です。小川赤十字病院は小川町地域防災計画において医療拠点に指定されており、災害時には院内に小川町の医療調整本部が設置され、医療救護を一元的に担う予定とされております。赤十字の災害救護活動の役割も担うため、平常時から関係機関と連携を取り、災害時の共同活動に対する備えを行っております。

社会情勢の急激な変化や気候変動による災害、人災、感染症の流行においては、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定いたします。またこれについて、日々必要な研修、定期的な計画の見直し・変更を行っております。サービス提供中に以上のような災害が発生した場合には、当ステーションの定める防災計画および事業継続計画に基づき、利用者の避難等安全を確保するための必要必要かつ適切な措置を講じます。

災害の規模や内容によっては、ステーションを縮小・閉鎖しなければならないことが予想されます。一時的に通常のサービス提供が難しくなる事態が発生した場合においても、利用者の安全を確保し必要なケアを継続すること、平常時の動きを早く取り戻すことを目的とし、他ステーションにサービスの提供をお願いし、ご利用者へのサービス提供が滞る事態を避けるようにしております。

なお他ステーションへサービスを委託する場合は医師の許可を得て行います。また他ステーションに対しては必要最低限の個人情報を開示することとしています。何卒ご理解のほど賜りますようお願い申し上げます。

私は小川赤十字訪問看護ステーション閉鎖時から再開するまでの期間、サービスを他の訪問看護ステーションへ依頼することについて説明を受け、同意いたします。

年 月 日

利用者〈氏 名〉_____

〈代理人〉_____（続柄 _____）

看護学生訪問看護臨地実習受け入れのお願い

小川赤十字訪問看護ステーションは「日本赤十字看護大学」「埼玉県立高等看護学院」「東京都大学」「深谷大里看護専門学校(2年課程通信制)」「女子栄養大学」の学生の臨地実習を受け入れております。

学生は臨地実習を通して卒業までに様々な看護技術を身につけていきます。看護教育にとって重要な臨地実習では以下の基本的な考えで臨んでおります。看護教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

1. 学生が看護を行う場合は、事前に十分かつ理解し易いように説明しご利用者やご家族の同意を得てから行います。
2. 学生が看護を行う場合はご利用者の安全を最優先いたします。学生は事前教育や看護師の指導を受け、実践可能なレベルまで技術を習得してから看護を行います。
3. ご利用者やご家族は学生実習に対し、いつでも教員や看護師に質問や意見をすることができます。
4. ご利用者やご家族は臨地実習に同意した後も、学生の看護に対し拒否することができます。またそれを理由に看護を受ける上での不利益を受けることはありません。
5. 学生や教員は臨地実習上知り得た個人情報には守秘義務を厳守します。この厳守は実習終了後も引き続き継続します。

私は上記のとおり、看護学生が在宅での臨地実習を行うことに関して、説明を受けました。

年 月 日

☐ 同意しない ☐ 女性のみ同意 ☐ 男女とも同意

利用者＜氏 名＞_____

＜代理人＞_____（続柄 _____）