

心不全地域連携パスについて

はじめに

地域連携パスとは、良質な医療を安全に途切れることなく提供するための手段として開発された、地域で統一された診療計画表のことです。当院でも、「心不全」に対する地域医療パスを導入しています。急性期医療機関で専門治療を行い、病状が安定しても入院の継続が必要な場合は回復期・療養期医療機関に転院となります。自宅での生活に支障がない患者さんは、病状が安定していればかかりつけ医に紹介となります。病状の悪化が見られれば再度、急性期医療機関で治療を受けることができます。

患者様が中心となり、それを包み込むように地域全体の施設が各々の役割を果たしながら連動していく計画は、これからの社会において必要不可欠な医療システムと考えられます。この心不全地域連携パス運用に際しては、皆様の医療情報を連携する施設間で共有することに、ご同意いただくことが前提となります。

1. 他の医療機関や介護サービス事業者との診療情報の共有

当院が連携する医療機関や介護サービス事業者を利用する際は、施設間で皆様の情報が共有されます。尚、共有される情報には、病名、治療内容、治療期間、リハビリ経過等が含まれます。

2. 同意書の取り扱い

心不全地域連携パスの利用並びに登録、集計にご同意いただいた場合には、これから利用される医療機関や介護サービス事業者においても同意されたものとし、心不全地域連携パスを利用した治療や福祉サービスが継続されます。

3. 個人情報の取り扱い

心不全地域連携パスに基づいて治療や福祉サービスを受けられる際は、連携施設間で、皆様の情報共有が行われます。皆様の情報は、大切な個人情報であるため、施設間での情報提供を含めた管理については、個人情報保護法を遵守し、心不全地域連携パス運用以外の目的には使用いたしません。また、皆様の個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・利用停止等の権利を行使することが可能です。

4. 心不全地域連携パス利用の任意性と、同意後の撤回

心不全地域連携パスの利用においては、皆様の意志が何よりも尊重されます。利用を見合わせたい場合、また同意後、同意を撤回したい場合には、いつでもご遠慮なくお申し出ください。なお、心不全地域連携パス利用への同意の有無は、皆様の利益・不利益とは全く関係がありません。同意しない場合や同意後に撤回された場合、連携施設以外を利用される場合でも、あなたが受けられる治療や福祉サービスの内容は変わりません。

患者さん特有の問題点

(□特になし)

質疑応答

(□特になし)

上記の内容について説明いたしました。

説明した日 西暦 年 月 日

診療科名 _____

説明した人 _____

同席者 _____

1. このたび担当医師から心不全地域連携パスの利用について説明を受け理解しました。

☐同意する ☐同意しない

2. 当科では、学会発表・学術論文作成などのために患者さんの診療情報・画像データなどを用いることがあります。患者さん個人が同定できるような個人情報は公表しません。

☐同意する ☐同意しない

説明を受けた日 西暦 年 月 日

説明を受けた人 _____ 本人・その他（続柄 _____）

同席者 _____

同席者（説明した人・説明を受けた人以外） _____

注※：氏名の欄は本人が自署してください。ただし、未成年者または本人が署名できないときは、保護者または代諾者が自署してください。自署であれば押印は必要ありません。