情報共有同意書

（１）この同意書は、あなたが介護サービスを利用しながら

**ご自宅で安心して暮らしていただけるよう、支援する**

**こと**を目的にしたものです。

（２）**担当ケアマネジャー**とお住いの地域を担当する**民生委員**が、あなたの在宅生活を支援する中で**必要がある場合に連絡をとりあい、あなたの情報を共有**します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【情報提供同意欄】  　□　担当地区民生委員あて  　□　居宅介護支援事業所あて（事業所名：　　　　　　　　　　　　　）  　『情報共有同意書』に関する内容について説明を受け、在宅生活を  支援するために必要な私の情報を、担当民生委員とケアマネジャー  の間で共有されることに同意します。  令和　　年　　月　　日  本人氏名：　　　　　　　　　　　　　　（代筆可）  ※代理人が本人氏名を代筆した場合は以下に代理人の情報を記入   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 代理人 | 住　所 |  | | | | 氏　名 |  | 本人との関係 |  | | 電話番号 |  | | |   ○ |

《本件に関するお問い合わせ先》



中川区役所福祉課 地域包括ケア推進担当

〒４５４－８５０１　中川区高畑１－２２３

電 話：０５２－３６３－４４１５

ＦＡＸ：０５２－３５２－７８２４  
《対象者の情報》

（中川区公式キャラクター　ナッピー）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | □ 大正　□ 昭和  　　 年　 　月　 　日生 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

上記情報の記入者

|  |  |
| --- | --- |
| □　担当地区民生委員 | 氏　　名：  電話番号： |
| □　居宅介護支援事業所 | 事業所名：  電話番号：  担 当 者： |

**情報共有同意書使用ガイドライン**

１　対象者

この情報共有同意書（以下「同意書」といいます。）の対象は、中川区在住の65歳以上　のひとり暮らしの方及び75歳以上で構成された世帯の方とします。

２　目　的

この同意書は、あなたがご自宅で安心して暮らしていただけるよう、お住いの地域を担当する民生委員（以下「民生委員」といいます。）とあなたの担当ケアマネジャー（以下「ケアマネジャー」といいます。）とが、必要がある場合に連絡をとりあい情報を共有し合いながら支援することを目的にしたものです。

３　同意書の取扱い

（１）同意書は、ケアマネジャーまたは民生委員が、ご本人（あなた）または代理人に対して同意を得ます。

（２）同意書は、原則ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所（以下「事業所」といいます。）が保管しますが、必要に応じて、民生委員が写しを保管する場合があります。

４　共有する情報の範囲

　　　　この同意書に基づいて共有する情報は、あなたの介護サービスの利用状況、サービスの利用先及びご家族の連絡先などの個人情報のうち、ケアマネジャーと民生委員が、あなたの在宅生活を支援する中で必要な情報とします。

５　秘密保持

事業所及び民生委員が、この同意書に基づいて知った情報を漏らすことはありません。

　　６　緊急時等の対応

緊急時や災害時などの安否確認や生命、財産の保護のために必要である場合は、区役所、消防署、警察署など関係機関及び地域関係者が連絡を取り合い、必要な情報を提供し安否確認など対応を行います。