

2022 年 月 日

みなさま

〇〇居宅介護支援事業所
管理者 〇〇 〇〇

ケアマネジメントサポートネットワーク 富山
相互連携協定締結のご報告と個人情報保護同意のお願い

いつも当事業所のケアマネジメントサービスをご利用くださりありがとうございます。

さて、首記の件ですが、今春ケアマネジメントを業とする有志がつどい、ケアマネジメントサポートネットワーク富山を設立いたしました。設立の目的は、感染症拡大や自然災害などがあっても地域のケアマネジメントシステムにほころびが生じないよう、みんなでお互いに助け合う関係づくりとしくみづくりを行うことです。当事業所も設立当初から参加し、本年4月1日以降以下の連携活動を行うこととなりました。つきましては、本書裏面の個人情報保護の指針をご確認の上ご同意いただけます場合はご署名もしくは記名押印をお願いいたします。

(1) 軽微なおぎない

学会で県外に出張するなど直ちに事業所にもどって対応できないことを協定参加事業所のケアマネジャー同士でお互いにおぎないます。

(2) 担当の一時交代を伴う助け合い

感染症やケガで入院するなどまとまった期間の業務に支障が出るときには、その間だけ協定参加事業所のケアマネジャー同士でケアマネジメントの担当を一時的に交代して助け合います。

(3) 広域災害支援

大規模な自然災害で被災した事業所がある場合は、被災していない協定参加事業所のケアマネジャーが連絡をとりあって助けます。

(4) 知恵の共有

日頃のケアマネジメント業務においても、協定参加事業所のケアマネジャーがそれぞれに培った知恵を共有し、地域のケアマネジメント全体のレベルアップを図ります。

(5) その他

広域災害に備えた合同の防災訓練や研修などを行います。また、ケアマネジメントの制度や政策について改善点を見つけた場合は関係各機関に対し改善の提案を行います。

(裏面)

ケアマネジメントサポートネットワーク富山
相互連携協定にかかる個人情報保護指針および同意書

(情報を提供する時期)

本書表面のケアマネジメントサポートネットワーク富山の連携活動(1)～(3)を開始するとき

(提供する情報の範囲)

氏名、住所、電話番号、生年月日、障害の有無・種類、既往歴、現病、介護保険認定関連情報、健康保険種別、日常生活動作能力、生活歴、居宅サービス計画書、週間サービス計画表、サービス利用票・別表 その他居宅介護支援に必要な情報

(情報提供先の範囲)

第一提供先 (副ケアマネジャー) 事業所名 □□居宅介護支援事業所
氏 名 □□ □□ 様
所 在 地 富山市□□1234
連 絡 先 090-****-****

第二提供先 ケアマネジメントサポートネットワーク富山加入事業所のケアマネジャーでありかつ上の副ケアマネジャーがケアマネジメントサポートのために情報の提供を要すると認めた者

私は、上の個人情報保護指針に基づき、私個人の情報をケアマネジメントサポートネットワーク富山加入事業所のケアマネジャーへ提供することに同意します。

_____年 _____月 _____日

(ご本人) 住 所 _____

氏 名 _____

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____

_____ (続柄)