**テレビ電話装置等を活用した**

**サービス担当者会議並びにモニタリング実施に関する同意書**

　指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に示すサービス担当者会議並びにモニタリングを行うに際し、以下の条件下においてテレビ電話装置等を通じたサービス担当者会議並びにモニタリングを行うことについて同意します。

**〔モニタリング実施の条件〕**

|  |  |
| --- | --- |
| （1） | 利用者様の心身の状況が安定していること。 |
| （2） | 利用者様はテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことができること。 |
| （3） | テレビ電話装置等を介してモニタリングで把握できない情報は、サービス担当者からの情報提供により補完すること。 |
| （4） | 上記（1）から（3）については、主治の医師・担当者その他の関係者の同意を得ていること。 |
| （5） | 少なくとも２月に１回（介護予防支援の場合は６月に1回）は利用者様の居宅を訪問すること。 |

**〔実施環境〕**

テレビ電話装置等に用いる接続先情報等は、別途、担当介護支援専門員より案内させていただきます。

**〔遵守事項〕**

テレビ電話装置等を活用したサービス担当者会議並びにモニタリング実施にあたっては、以下のガイドラインを遵守し、個人情報の適切な保護に努めます。

|  |  |
| --- | --- |
| （1） | 個人情報保護委員会・厚生労働省  「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」 |
| （2） | 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」 |

令和　　　年　　　月　　　日

〔居宅介護支援事業所名〕　管理者　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〔利用者〕 | 住所 | 日向市 |
| 氏名 |  |
|  |  |  |
| 〔ご家族または代理人〕 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 続柄 |  |