オンラインモニタリング実施同意書

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の示す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したモニタリングを行うことについて同意します。

＜実施条件＞

- 少なくとも２月に１回はご利用者様の居宅を訪問しての面接を行うこと
- オンラインモニタリングの実施に関して、主治医及び関係サービス事業所の同意を得ていること
- 画面越しで確認が困難な情報は各サービス事業所の担当者からの情報提供により補完すること
- 心身の状況及び家族状況・住環境・サービスの利用状況に関して大きな変化がないこと

＜実施環境＞

オンラインモニタリングに使用するサービス・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。

なお、オンラインモニタリングの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。

- 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扱いのためのガイダンス」
- 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」

年　　月　　日

【ご利用者】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【代 理 人】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行理由: