

**サービス事業所との連携に関する
テレビ電話装置等を活用したモニタリング実施に関する同意書**

人材の有効活用及び指定教区サービス事業所等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件の上、テレビ電話装置その他通信機器を活用したモニタリングを可能とすることに同意します。

記

- ・利用者の状態が安定している。
- ・利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができる。
- ・他のサービス事業者との連携により情報を収集する。
- ・主治医、担当者その他の関係者の合意を得ている。
- ・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)はご利用者の居宅を訪問する。

以上

令和 年 月 日

居宅介護支援事業所
かなれ介護支援センター 管理者 殿

私は、上記内容について、説明を受けテレビ電話装置等のモニタリングを行う事に同意します。

《利用者》 住所

氏名 ⑩

《ご家族又は代理人》 住所

氏名 ⑩

(続柄)