

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業者

| | |
|---------|-------------------|
| 事業者の名称 | 合同会社 居宅介護支援事業所さねり |
| 法人 所在地 | 西原町字小橋川 188-1 |
| 法 人 種 別 | 合同会社 |
| 代表者 氏名 | 大城 伸吾 |
| 電 話 番 号 | 098-800-1861 |

2. 運営の目的と方針

要介護状態にある利用者に対し適切な居宅介護支援サービスを提供することを目的とします。その運営に際しては、利用者の居宅を訪問し、要介護者の有する能力や提供を受けている指定居宅サービス、また、そのおかれている環境等の課題分析を通じて、自立した日常生活を営むことが出来るように「居宅サービス計画」等の作成及び変更をします。

また、関係市町村や地域包括支援センター及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携及び連絡調整を行い、サービス担当者会議等の開催を通じて実施状況の把握に努めます。

3. 概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

| | |
|----------|----------------------|
| 事 業 所 名 | 居宅介護支援事業所さねり |
| 所 在 地 | 沖縄県中頭郡西原町字小橋川 101 番地 |
| 介護保険指定番号 | 4 7 7 2 7 0 0 2 5 0 |
| サービス提供地域 | 西原町 与那原町 中城村 他 |

(2) 当法人のあわせて実施する事業

| 種 類 | 事 業 者 名 | 事 業 者 指 定 番 号 |
|---------|-----------|---------------------|
| 地域密着型通所 | デイサービスさねり | 4 7 9 2 7 0 0 0 4 1 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(3) 職員体制

| 従 業 員 の 職 種 | 業 務 内 容 | 人 数 |
|-------------|-------------------|-------|
| 管理者 | 事業所の運営及び業務全般の管理 | 1 人以上 |
| 主任介護支援専門員 | 居宅介護支援サービス等に係わる業務 | 1 人以上 |
| 介護支援専門員 | 居宅介護支援サービス等に係わる業務 | 1 人以上 |

(4) 勤務体制

| | |
|----------------|--|
| 平 日 (月)～(金) | 午前 8 時 30 分～午後 17 時 30 分 原則として、土・日・祝祭日及び年末年始を除く |
| 緊急連絡先 | 担当介護支援専門員緊急連絡先にて |

(5) 居宅介護支援サービスの実施概要

| 事 項 | 備 考 |
|-------------|--|
| 課題分析の方法 | 沖縄県版アセスメントツールを使用し、厚生省の標準課題項目に準じて最低月 1 回は利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行う |
| 研 修 の 参 加 | 現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加 |
| 担 当 者 の 変 更 | 担当の介護支援専門員の変更を希望する方は対応可能 |

4. 利用者からの相談または苦情に対応する窓口

(1) 当事業所相談窓口

| | |
|-------|---------------------|
| 相談窓口 | 居宅介護支援事業所・デイサービスさねり |
| 担 当 者 | 代表 大城伸吾 |
| 電話番号 | 098-800-1861 |
| 対応時間 | 平日 8 時 30～17 時 15 |

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行う対応方針等

苦情があった場合は直ちに連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、担当者及びサービス事業者から事情を確認します。また、管理者が必要と判断した場合は、管理者等を含み検討会議を実施し、検討の結果及び具体的な回答を直ちに苦情主訴者に伝え、納得がいくような理解を求めます。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

サービス事業者よりの対応状況も正確に確認するとともに、その苦情の真の原因を突き止め、よりよいサービスが提供されるよう、十分な話し合い等を実施します。また、定期的にサービス事業者を訪問し、円滑な対応が図れるようにします。

(4) 苦情申立機関が下記のとおり設置されております。

外部苦情相談窓口

| | | |
|----------------------------|---------|--------------|
| 沖縄県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口 | 電話 番号 | 098-860-9026 |
| | ファックス番号 | |
| 沖縄県福祉サービス運営適正委員会 | 電話 番号 | 098-882-5704 |
| | ファックス番号 | |
| 沖縄県介護保険広域連合「計画推進課係」 | 電話 番号 | 098-911-7501 |
| | ファックス番号 | |
| 南部福祉事務所「地域福祉班」 | 電話 番号 | 098-889-6364 |
| 西原町役場「介護支援課」 | 電話 番号 | 098-945-4791 |
| 与那原町役場「福祉課」 | 電話 番号 | 098-945-1525 |
| 中城村役場「福祉課」 | 電話 番号 | 098-895-1738 |

5. 事故発生時の対応

事業者の過誤及び過失の有無に関らず、サービス提供の過程において発生した利用者の身体的又は精神的に通常と異なる状態でサービス提供事業者から連絡があった場合は、下記のとおり対応を致します。

①事故発生時の報告

事故により利用者の状態に影響する可能性がある場合は、速やかに市町村（保険者）に報告します。

②処理経過及び再発防止策の報告

①の事故報告を行った場合は、処理経過、事故発生の原因及び再発防止策を策定し市町村（保険者）に報告します。なお、軽微な事故であってもその事故についての検証を行い、再発防止に努めます。

6. 緊急時の対応方法

事業者はサービス事業者から緊急の連絡があった場合には、予め確認している連絡先及び医療機関に連絡を行い指示に従います。

7. 主治の医師及び医療機関等との連絡

事業者は利用者の主治の医師及び関係医療機関との間において、利用者の疾患に関する情報

について必要に応じ連絡をとらせていただきます。そのことで利用者の疾患に対する対応を円滑に行うことを目的とします。この目的を果たすために、以下の対応をお願いいたします。

- ①利用者の不測の入院時に備え、担当の居宅介護支援事業者が医療機関に伝わるよう、入院時に持参する医療保険証またはお薬手帳等に、当事業所名及び担当の介護支援専門員がわかるよう、名刺を張り付ける等の対応をお願いいたします。
- ②また、入院時には、ご本人またはご家族から、当事業所名及び担当介護支援専門員の名称を伝えていただきますようお願いいたします。

8. 他機関との各種会議等

- ①利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「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」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を行います。
- ②利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施します。

9. 秘密の保持

- ①事業者は、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ②事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。
- ③事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

10. 利用者自身によるサービスの選択と同意

- ①利用者自身がサービスを選択することを基本に支援しサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者または家族に対して提供するものとします。
 - ・指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利用者に対して、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事が出来ること、利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。
 - ・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のみによる居宅サービス計画原案を提示することはいたしません。
 - ・居宅サービス計画等の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、指定居宅サービス等の担当者からなる、サービス担当者会議の招集ややむをえない場合には照会等により、当該居宅サービス計画等の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求め、利用者及び当該サービス担当者との合意を図ります。

- ②医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと主治の医師等が判断した場合、利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得ながら、通常よりも頻回に居宅訪問（モニタリング）をさせていただき、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施します。その際に把握した利用者の心身の状態を記録し、主治の医師やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供することで、その時々状態に即したサービス内容の調整等を行います。

1 1. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 2. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね 6 月に 1 回以上開催します。その結果を、介護支援専門員に周知徹底します。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 3. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

- ①事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとします）を定期的開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ②事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

1 4. 暴言・暴力・ハラスメントについて

暴言・暴力・ハラスメントに対するために次に掲げる措置を講じます。

- ① 暴言・暴力・ハラスメントに対し組織・地域での適切な対応を図ります。
- ② 職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施し

ています。

- ③ 暴言・暴力・ハラスメント行為が利用者やその家族から、職員にあった場合には契約を解除するだけでなく、法的なそちとともに損害賠償を求めることがあります。

【具体的な暴言・暴力・ハラスメントの例】

- 暴力又は乱暴な言動 殴る・蹴る・物を投げつける・刃物に向ける・怒鳴る・奇声や大声を発するなど
- 不必要に体を触る・手を握る・腕を引っ張り抱きしめる・卑猥な言動をするなど
- 過大な要求・理不尽な要求・職員や他者の個人情報を求める・ストーカー行為 など

当事業者は、居宅介護支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を説明しました。
この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名・押印の上、各自1通を保有するものとします。

但し、利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、

ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を可能とします。

イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能とします。

令和 年 月 日

居宅介護支援サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名 居宅介護支援事業所さねり

所在地 沖縄県中頭郡西原町字小橋川101番地

管理者 大城 めぐみ

説明者

令和 年 月 日

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人

住所 _____

氏名 _____

(続柄)

押印については、保険者の確認の上事業所で判断

別紙 1

利用料金及び居宅介護支援費

居宅介護支援費Ⅰ

| | | | |
|-----------|---|-----------|----------|
| 居宅介護支援（ⅰ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 未満である場合又は 40 以上である場合において、40 未満の部分 | 要介護 1・2 | 1,076 単位 |
| | | 要介護 3・4・5 | 1,398 単位 |
| 居宅介護支援（ⅱ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 以上である場合において、40 以上 60 未満の部分 | 要介護 1・2 | 539 単位 |
| | | 要介護 3・4・5 | 698 単位 |
| 居宅介護支援（ⅲ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 40 以上である場合において、60 以上の部分 | 要介護 1・2 | 323 単位 |
| | | 要介護 3・4・5 | 418 単位 |

居宅介護支援費Ⅱ

| | | | |
|-----------|---|-----------|----------|
| 居宅介護支援（ⅰ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 45 未満である場合又は 45 以上である場合において、45 未満の部分 | 要介護 1・2 | 1,076 単位 |
| | | 要介護 3・4・5 | 1,398 単位 |
| 居宅介護支援（ⅱ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 45 以上である場合において、45 以上 60 未満の部分 | 要介護 1・2 | 522 単位 |
| | | 要介護 3・4・5 | 677 単位 |
| 居宅介護支援（ⅲ） | 介護支援専門員 1 人あたりの取扱件数が 45 以上である場合において、60 以上の部分 | 要介護 1・2 | 313 単位 |
| | | 要介護 3・4・5 | 406 単位 |

利用料金及び居宅介護支援費[減算]

| | | |
|-----------|--|-----------------|
| 特定事業所集中減算 | <p>正当な理由なく特定の事業所に 80%以上集中等</p> <p>(指定訪問介護・指定通所介護・指定地域密着型通所介護・指定福祉用具貸与)</p> | 1 月につき 200 単位減算 |
| 運営基準減算 | <p>適正な居宅介護支援が提供できていない場合</p> <p>運営基準減算が 2 月以上継続している場合算定できない</p> | 基本単位数の 50%に減算 |

特定事業所加算

| 算定要件 | | 加算 (Ⅰ) (505 単位) | 加算 (Ⅱ) (407 単位) | 加算 (Ⅲ) (309 単位) | 加算 (A) (100 単位) |
|------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ① | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を1名以上配置していること | | ○ | ○ | ○ |
| ② | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員2名以上配置していること | ○ | | | |
| ③ | 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること | ○ | ○ | | |
| ④ | 常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること | | | ○ | |
| ⑤ | 常勤かつ専従の介護支援専門員を1名以上、専従の介護支援専門員を常勤換算で1名以上配置していること（非常勤は他事業所との兼務可） | | | | ○ |
| ⑤ | 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達事項等を目的とした会議を定期的を開催すること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑥ | 24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること | ○ | ○ | ○ | ○ (連携でも可) |
| ⑦ | 算定日が属する月の利用者総数のうち要介護3～要介護5である者が4割以上であること | ○ | × | × | × |
| ⑧ | 介護支援専門員に対し計画的に研修を実施していること | ○ | ○ | ○ | ○ (連携でも可) |
| ⑨ | 地域包括支援センターから支援から支援困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供していること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑩ | 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援や知識等に関する事例検討会、研修会等に参加していること | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑪ | 特定事業所集中減算の適用を受けていないこと | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑫ | 介護支援専門員1人あたりの利用者の平均件数が45名未満（居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は50名未満であること） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑬ | 介護支援専門員実務研修における科目等に協力または協力体制を確保していること | ○ | ○ | ○ | ○ (連携でも可) |
| ⑭ | 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等実施していること | ○ | ○ | ○ | ○ (連携でも可) |
| ⑮ | 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービス含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること | ○ | ○ | ○ | ○ |

*①②利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない。

*③④利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えない。

特定事業所医療介護連携加算 125 単位

| 算定要件 | |
|------|---|
| ① | 前々年度の3月から前年度の2月迄の間、退院退所加算の算定における病院及び介護保険施設との連携の回数の合計が35回以上であること |
| ② | 前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること |
| ③ | 特定事業所加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかを算定していること |

加算について

| | | |
|---------------------|--|--------|
| 初 回 加 算 | 新規として取り扱われる計画を作成した場合 | 300 単位 |
| 入院時情報連携加算（Ⅰ） | 病院又は診療所に入院してから3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 | 250 単位 |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ） | 病院又は診療所に入院してから4日以上7日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 | 200 単位 |
| イ）退院・退所加算（Ⅰ）イ | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により一回受けていること | 450 単位 |
| ロ）退院・退所加算（Ⅰ）ロ | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けていること | 600 単位 |
| ハ）退院・退所加算（Ⅱ）イ | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により二回受けていること | 600 単位 |
| ニ）退院・退所加算（Ⅱ）ロ | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回はカンファレンスによること | 750 単位 |
| ホ）退院・退所加算（Ⅲ） | 病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回はカンファレンスによること | 900 単位 |
| 通院時情報連携加算 | 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合 | 50 単位 |
| ターミナル ケアマネジメント加算 | 在宅で死亡した利用者に対して終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者宅の居宅を訪問し、心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者を提供した場合算定 | 400 単位 |
| 緊急時等 居宅カンファレンス加算 | 病院又は診療所の求めにより当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合 | 200 単位 |

別紙 2

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は以下のとおりです。

- ①前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

| | |
|-----------|----|
| 訪問介護 | ●% |
| 通所介護 | ●% |
| 地域密着型通所介護 | ●% |
| 福祉用具貸与 | ●% |

- ②前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

| | | | |
|-----------|----------|----------|----------|
| 訪問介護 | 〇〇事業所 ●% | □□事業所 ●% | △△事業所 ●% |
| 通所介護 | △△事業所 ●% | ××事業所 ●% | 〇〇事業所 ●% |
| 地域密着型通所介護 | □□事業所 ●% | △△事業所 ●% | ××事業所 ●% |
| 福祉用具貸与 | ××事業所 ●% | 〇〇事業所 ●% | □□事業所 ●% |

申請代行委任状

利用者及びその家族は、次に定める条件にあって、必要最低限の範囲内で要介護認定等の申請代行を希望します。

1. 申請代行の理由

利用者及びその家族等が申請書を提出することが困難な場合であって申請代行を依頼された場合

2. 申請代行する書類等の範囲

- ・ 要介護認定更新・変更申請書
- ・ その他()

3. 申請代行を行なう期間

- (1) 居宅介護支援契約の契約締結の日から、利用者の要介護認定または要支援認定（以下「要介護認定等」といいます）の有効期間満了日
- (2) 契約満了日の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新される

令和 年 月 日

事 業 者

利 用 者 _____

代 理 人 _____

押印については、保険者の確認の上事業所で判断

個人情報使用同意書

私（利用者及び利用者の家族）の個人情報については、
次の記載するところにより事業所が必要最小の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

- 1) 居宅支援業務および居宅介護予防支援業務の遂行
- 2) 各サービス担当者および主治医との情報共有
- 3) 当事業所内でのカンファレンス・ミーティング
- 4) 関連学会、研修会での匿名下での発表
- 5) サービス担当者会議での情報共有
- 6) その他公官庁等法律法令上の照会

2. 使用する期間

居宅介護支援契約書による契約期間と同じ取り扱いとなります。

居宅介護支援事業所 さねり 様

年 月 日

住 所 _____

本人氏名 _____

署名代行者住所 _____

署名代行者氏名 _____ 続柄（ ） _____

署名代行理由

- 1 内容が理解できないため
- 2 障害等により字が書けないため

その他（ ）

サービス事業所選定についての同意書

- ・私は、担当居宅介護支援専門員が居宅サービス計画書を作成する経緯において、複数のサービス事業所の紹介を受け、検討し、選定しました。
- ・私は、居宅サービス計画書に位置づけられたサービス事業所の選定について、介護支援専門員より勧められた場合、その事業所の事業概要について説明を受け、理解し、同意しました。
- ・私は、居宅サービス計画書に位置づけられたサービス事業所利用開始後に、何らかの理由で支障が出た場合、変更できることを担当居宅介護支援専門員より説明を受け、理解し、同意しました。

説明者

居宅介護支援事業所さねり（介護支援専門員）

大城 めぐみ

同意日

年 月 日

| | | |
|-----|-----|-------|
| 利用者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| 代筆者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | 続柄() |

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 _____