

平成 29 年度沖縄県主任介護支援専門員フォローアップ研修

[様式 3 :利用者同意書]

地域同行型実地研修 説明同意文書（利用者の方用）

①目的

介護支援専門員が良質なケアマネジメントを地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、実践の中で業務について1～3年程度の介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を目指します。

②研修内容

本研修では、初日および最終日に2日間程度の全体での座学研修を行う他、地域の主任介護支援専門員がアドバイザーとして、研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2日間程度の個別同行実習を実施いたします。

個別同行実習では、受講者およびアドバイザーの介護支援専門員それぞれが、担当する利用者宅(あなたのお宅)への同行訪問等を行うことを予定しており、個別同行実習に先だって、当該利用者に関する居宅サービス計画書(ケアプラン)等の書類を、匿名化した上で共有する予定です。

③期間

全体期間：平成29年12月～1カ月程度

研修期間中に利用者宅(あなたのお宅)に同行する回数：1回ないし2回

④個人情報保護への対応

同行訪問等の場面では、研修のアドバイザーや受講者が、利用者(あなた)の個人情報に接する可能性があります。個別実習を通じて知り得た情報は、本研修以外の目的での利用、公表はしないことを書面にて約束いたします。

⑤その他の倫理的配慮

本研修にご協力いただくことは任意であり、仮に苦痛等を感じた場合にはいつでも協力をとりやめることが可能です。途中で協力をとりやめた場合にも何ら不利益を受けることはありません。

⑥利用者(あなた)の担当居宅介護支援事業所及び介護支援専門員

事業所名: _____

管理者氏名: _____

担当介護支援専門員氏名: _____

⑦個別同行実習時に同行する介護支援専門員

氏名: _____

所属: _____

⑧同意

私は、説明を受けて本研修の趣旨を理解し、個別同行実習での同行訪問等に同意します。

ご氏名: _____

ご本人による署名が難しい場合の代筆者(ご家族)

ご氏名: _____