認知症介護実践者研修のアセスメントシートの作成について**（参考例）**

　平成２９年度から、厚生労働省の指導により認知症介護実践研修「実践者研修」の受講科目の中にアセスメントシートの作成が義務づけられました。そのため、ご利用者の認知症ケアの向上を目的に、職員（氏名　　　　　　）が、利用者さん、ご家族さん、職員などから、話等を伺い、アセスメントシートを作成することになります。

誠に恐縮ですが、上記の取り組みの趣旨をご理解の上、シート作成について（　　　　）さんの個人情報提供に同意していただきますようお願いします。

　ご協力いただける場合には、お手数ですが『認知症介護実践者研修のアセスメントシート作成のための協力同意書』にご署名の上、職員にお渡しいただきますようお願いします。

個人情報及び同意書の取扱について

1. ご利用者とご家族の個人情報を徹底して保護します。

個人の氏名・住所等、個人を特定できるような情報は、記号やイニシャルで記入しますので、ご利用者及びご家族の情報がそのまま公表されることはなく、ご迷惑をおかけすることはありません。

1. ご協力いただいた情報は、本研修以外の目的に使用いたしません。

お問い合わせ先

　＜施設・事業所名＞

　＜住所＞

　＜電話番号＞

認知症介護実践研修「実践者研修」

『認知症介護実践者研修のアセスメントシート作成のための協力同意書』（参考例）

ご利用者（氏名　　　　）および、その家族等の個人情報につきまして、以下の通り（取得・使用）することに同意します。

●取得・使用する個人情報の種類

　□ 疾病・診療に関する情報

　□ 要介護認定等情報

　□ その他（　　　　　　　　　　　）

●取得・使用の目的

　認知症介護実践研修「実践者研修」　事例

●使用する者の範囲

　□ 広島市

　□ 公益社団法人 広島市老人福祉施設連盟

●使用する期間

　　研修期間：平成　　年　月　日（　）～　月　日（　）

施設・事業所

　代表　　　　様

　私は、認知症介護実践研修「実践者研修」の認知症介護実践者研修のアセスメントシートの作成について説明を受け、趣旨・内容を理解しましたので、協力することに同意します。

平成　　年　　月　　日

◆ご利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所

（署名代行者）

（ご利用者との関係）

◆ご協力いただくご家族の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　（ご利用者との関係）

（説明者）

印