

## 福岡県介護支援専門員実務研修実習実施要領

### (趣旨)

第1条 この要領は、介護支援専門員実務研修（以下「実務研修」という。）実施事業者（以下「研修実施者」という。）、実務研修における実習受入協力事業者（以下「受入事業者」という。）及び介護支援専門員実務研修受講者（以下「実習生」という。）が、実習にあたり遵守すべき事項を定めるものとする。

### (実習期間)

第2条 実習期間は、概ね3日間とする。

### (実習場所)

第3条 実習場所は、原則として実務研修における実習受入協力事業所（以下「受入協力事業所」という。）及び実習指導者との同行訪問で訪れる受入事業所の利用者（以下「利用者」という。）の自宅等とし、受入協力事業者が選定するものとする。

### (実習の内容)

第4条 実習場所において、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。

### (連携と協力)

第5条 研修実施者と受入事業者は、実習の実施に当たって、緊密に連携協力し、実習が円滑に実施できるよう努めるものとする。

### (事故の責任)

第6条 第4条に規定する実習において、実習生の故意又は過失により、受入事業者又は第三者に損害を与えた場合は、実習生がその損害賠償の責任を負うものとする。

### (緊急時の対応)

第7条 実習生は、受入事業者に対し、あらかじめ緊急時における連絡先を伝えておくものとする。

2 実習中に事故等が発生した場合は、実習生は、受入事業者に対し、速やかに連絡するものとする。

ただし、やむを得ない事情により、実習生が直ちに受入事業者に連絡することが困難な場合は、当該事故等の対応後、速やかに受入事業者に連絡するものとする。

### (利用者への説明と同意等)

第8条 受入事業者は、利用者に対して、実習の目的や内容、期間等についての説明を適切に行

い、あらかじめ同意を得るものとする。

2 受入事業者は、利用者の権利を侵害しないよう、適切な配慮を行うものとする。

(実習生に係る受入事業者の義務等)

第9条 受入事業者は、実習生に関する個人情報について守秘義務を負うものとする。

2 受入事業者は、実習生の権利を侵害しないよう適切な配慮を行うものとする。

(実習受入協力事業所登録申請書の提出)

第10条 前条の受入協力事業所の登録を受けようとする事業者（以下「受入事業者」という。）は、様式第2号「福岡県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録申請書」により、あらかじめ知事に申請するものとする。

2 知事は、受入事業者が特定事業所加算の取得要件を満たしていると認められる場合、受入協力事業所の登録を行い、その旨を受入事業者に通知するものとする。

3 受入事業者は、登録決定した内容に変更が生じた場合、速やかに様式第3号「福岡県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更届出書」を知事に届け出るものとする。

4 受入事業者は、特定事業所加算を廃止しようとするときは、その届出に第2項の決定通知を添付しなければならない。

(実習生の義務)

第11条 実習生は、実習開始の日に、別紙3「福岡県介護支援専門員実務研修実習同意書」を研修実施者及び受入事業者に提出するものとする。

2 実習生は、実習期間中に知り得た事実について、実習期間中はもとより、実習修了後においても、守秘義務を負うものとする。

3 実習期間中の実習日及び実習時間は、受入事業所の職員の勤務日及び勤務時間、実習内容等を勘案し、受入事業所における実習指導者と実習生で協議して定めるものとする。

(実習の評価)

第12条 受入事業者は、実習生が修了した実習に関して、別紙4「福岡県介護支援専門員実務研修実習報告書兼評価書」により評価を行うこととする。

2 実習の評価は、受入事業所の実習指導者が行うものとする。

(その他)

第13条 その他実習にあたり必要な事項は、研修実施者、受入事業者及び実習生の協議の上、決定することとする。

附 則

この要領は、平成28年8月2日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年11月7日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年12月25日から施行する。

別紙 1

年 月 日

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課長 殿

所在地  
事業者名  
代表者職・氏名

福岡県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり申請します。

記

フリガナ				
事業所名称				
事業所番号				
事業所所在地	(郵便番号 - )			
連絡先	電話番号		F A X 番号	
管理者氏名	フリガナ			
	氏名			
特定事業所加算取得(予定)年月日	年 月 日			
特定事業所加算の有無	I・II・III・申請中			
主任介護支援専門員の数	人	実習受入可能な人数	人	
備考				

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課長 殿

所在地  
事業者名  
代表者職・氏名

## 福岡県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更届出書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録を受けた内容について、下記のとおり変更となりましたので届け出ます。

## 記

登録を受けた介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所				
事業所名称				
事業所番号				
連絡先	電話番号		F A X 番号	
変更事項 ※変更箇所のみ記入してください。				
事業所名称				
事業所所在地	(郵便番号      -      )			
管理者氏名	フリガナ			
	氏 名			
備考				

(実習を行う居宅介護支援事業所) 殿

実習生氏名  
実務研修受講番号  
電話番号

## 福岡県介護支援専門員実務研修実習同意書

実習期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)
<p>介護支援専門員実務研修の実習を受講するにあたって、下記の事項に同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 実習期間中は、受入事業所の就業規則等を遵守します。</li><li>2. 実習期間中は、受入事業所の実習担当者、福岡県及び研修実施者である福岡県介護支援専門員協会並びに福岡県社会福祉協議会の各担当者の指示に従うものとします。</li><li>3. 実習期間中の通勤費、食費その他実習に要する費用は、自己負担とします。</li><li>4. 実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に漏洩しません。</li><li>5. 実地研修中に故意又は過失により、利用者等に損害を与えた場合は、その損害賠償の責任を負うものとします。</li><li>6. やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず受入事業所、福岡県及び福岡県介護支援専門員協会並びに福岡県社会福祉協議会の担当者へ連絡します。</li><li>7. 上記について、遵守出来なかった場合、研修中止等となっても異議申し立てはしません。</li></ol> <p>年 月 日</p> <p>実習生氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span> 署名又は記名押印</p>	

(指定研修実施機関) 殿

(実習受入事業所)

所在地

事業所名称

代表者氏名

福岡県介護支援専門員実務研修実習報告書兼評価書

介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

実 習 生	フリガナ			
	氏 名			
	実務研修 受講番号			
	住 所	(郵便番号 - )		
	電話番号			
	生年月日	年	月	日 ( 歳)
実習期間	年	月	日～ 年 月 日 ( 日間)	
利用者への実習を行う ことの説明と同意	口頭により同意取得 ・ 書面により同意取得			
実 習 指 導 者	氏 名		連絡先	
	介護支援専門員登録番号 (8桁)			

※「福岡県介護支援専門員実務研修見学実習記録用紙」を添付してください。