### 【様式３】アドバイザー・受講者同意書

初任介護支援専門員ＯＪＴ研修同意文書（アドバイザー及び受講者の方用）

１　目的

地域における人材育成の観点から、一定の実務を経験した介護支援専門員（受講者）に対し、主任介護支援専門員（アドバイザー）による実習型研修を実施することにより、相互研鑽を通じて、介護支援専門員の実務能力の向上及び主任介護支援専門員の指導力の向上を図ることを目的としています。

２　研修内容

（１）受講者

実施地区のケアマネ業務始業後５年未満の初任介護支援専門員　　　　全道市町村２５名以内

（２）アドバイザー

実施地区の市町村、介護支援専門員団体より推薦された等の主任護支援専門員

全道市町村２５名以内

（３）実施対象地区　　道内全市町村

（４）アドバイザー事前研修（８月１８日）ハイブリッド形式（集合ｏｒオンライン）

対象者：アドバイザー

内　容：スーパービジョンに関する研修をオンラインで実施

（５）初日全体研修 （８月２７日）ペアでのオンライン研修

対象者：アドバイザー及び受講者

　　　内　容：研修の説明、講義、アドバイザーと受講者ペアによるアセスメント確認演習等をオンラインで実施

（６）同行型OJTの実施（各地区ペアごとに実施）４パターンの実習の実施（８月～１１月）

ア　受講者が開催するサービス担当者会議にアドバイザーが同行するケース

イ　アドバイザーが開催するサービス担当者会議に受講者が同行するケース

ウ　受講者のモニタリングにアドバイザーが同行するケース

エ　アドバイザーのモニタリングに受講者が同行するケース

及び、それぞれの事前準備及び振り返りと助言

（７）アドバイザーフォローアップ研修（１０月３日）ハイブリッド形式（集合ｏｒオンライン）

対象者：アドバイザー

内　容：これまでの学びを講義・演習方式で振り返る

（８）最終日全体研修（１月１５日、２０日）オンライン研修

対象者：アドバイザー、受講者

内　容：ア　受講者とアドバイザーによるプレゼンテーション

　　　　イ　研修全体の振り返りをオンラインで実施

　　　　ウ　修了証書の授与（郵送）

３　実施期間　　令和７年３月３１日まで

４　個人情報保護への対応

あなたのお名前、所属先住所、電話番号等の個人情報は、郵送物の郵送等、本研修の実施のために必要な範囲で使用いたしますが、それ以外の目的には使用いたしません。

また、研修中、アドバイザーまたは受講者の方が担当する利用者宅に同行訪問をする場合等、当該利用者の個人情報に接する可能性がありますが、そこで知り得た情報について口外しないことをお約束いただきます。

なお、アドバイザーには、本研修体験を社会資源として活用していく目的で、アドバイザー登録について任意でお伺いし、フォローアップ研修の案内、当該市町村及び近隣市町村等からのアドバイザー派遣要請、介護支援専門員に関する講師要請のために活用させていただきます。

５　研修に用いる事例の個人情報保護と終了後の廃棄の方法について

研修に用いる事例については、別途、利用者もしくは家族の同意を得て使用し、本研修が終了した際には、シュレッダーをかける等、各自で適切に廃棄処理をお願いいたします。

また、本研修で知り得た個人情報については、介護支援専門員の求められる守秘義務に基づき保護されるものとします。

６　費用負担

　本研修にかかる経費については、下記の経費について支弁いたします。

なお、宿泊費は該当者のみ支弁いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| アドバイザー | ①アドバイザー事前研修、アドバイザーフォローアップ研修にかかる集合研修に参加する場所までの交通費②初日全体研修にかかるオンライン研修に参加する場所までの交通費、謝金③個別同行実習にかかる交通費、謝金④最終日全体研修にかかる謝金 |

７　運営事務局（北海道委託事業）

一般社団法人北海道介護支援専門員協会

事務所所在地　　札幌市中央区北3条西7丁目1番地 第1水産ビル4階

TEL.011-596-0392　FAX.011-596-0394

８　同意

当事業所は、本研修の趣旨を理解し、下記の職員が初任介護支援専門員ＯＪＴ研修の

（　アドバイザー　・　受講者　）として参加することに同意します。

事業所名：

管理者名：

日付：（西暦）　　　　　　年　　　　　月　　　　日

私は、本研修の趣旨を理解し、初任介護支援専門員ＯＪＴ研修の（　アドバイザー　・　受講者　）として参加することに同意します。また、本研修を通じて知り得た利用者等に関する情報は、本研修以外での使用、公表をしないことを約束します。研修後に行う最終報告会に提出する資料等にも、個人が特定されるようなことは記載しません。

ご氏名：

ご所属：

日付：（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　　日

９　アドバイザー登録の承諾（アドバイザーのみ）

　私はアドバイザー研修終了者の登録について承諾いたします。

ご氏名：

ご所属：