別紙　–　５

実習協力者一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 実習協力者氏名※　必ず、実習承諾書・実習誓約書を取り交わして下さい |  | 実習協力者氏名 |
| １ | 模擬ケアプラン作成協力者 |  |
| ２ | 見学・観察実習協力者 |  |
| ３ | 見学・観察実習協力者 |  |
| ４ | 見学・観察実習協力者 |  |
| ５ | 見学・観察実習協力者 |  |
| ６ | 見学・観察実習協力者 |  |

　この用紙を秋田県社会福祉協議会へFAXしてください。

急遽実習協力者の方が変更になった場合も、必ず実習承諾書・実習誓約書を取り交わしてから実習に入られるようお願いします。その場合も、この用紙を使って御連絡くださるよう併せてお願いします。

**FAX番号　　　０１８－８６４－２８４０**

（お間違えのないよう注意してください）

＊模擬ケアプラン作成実習協力者の対象者環境設定の統一について

（在宅の要介護認定相当の方）

［１］介護保険の被保険者であり、かつ、要介護認定（要介護1～5）を受けている人

○第２号被保険者でも要介護認定を受けている人ならば対象とする

○要介護認定を受けていなくても、明らかに要介護状態にある人を対象とすることができます。

［２］居宅での生活をしている人

（現に住居に住んでいて、居宅サービスを利用することが可能な人を対象にします。）

○居宅サービスであっても、認知症対応型共同生活介護や特定施設入居者生活介護の利用者は避けてください。

○入院中の方についても、居宅での生活状況の確認が困難であることや入院中の負担を考えて、実習協力者の対象とはなりません。

＊見学・観察実習の協力者

○多様な要介護高齢者の多様な生活状態の把握の観点から、在宅及び施設のどちらでもよろしいです。