実習受入に係る様式等について

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
介護支援専門員研修新カリキュラムワーキングチーム

【参考１】様式一覧及び文書の流れ

様式	名称	文書の流れ	備考
第１号	登録申請書	事業所→人材	
第２号	登録決定通知書	人材→事業所	
【契約書】の取り交わし（主に法人同士で行う）			
第３号	実習受入依頼書	人材→事業所	
第３号－１	実習受入機関承諾書	事業所→人材	
第３号－２	実習指導者 ※主任介護支援専門員	事業所→人材	各場面へ同行・指導する介護支援専門員等の提出は不要です。
第３号－３	実習指導者 ※認定看護師など。	事業所→人材	
【実習の実施】概ね３日間程度【参考３】			
第４号	実習報告書（事業所用）	事業所→人材	実習指導者ごと
第４号－１様式「実習内容報告書（指導者用）」 ※「実習内容報告書（実習生用）」の写しを添付すること。 ※実習指導料を証する書類（領収書等）の写しを添付すること。 ※実績証明書の発行が必要な場合は、第５号様式を添付すること。 【実習終了後、概ね２週間以内に提出をお願いします。】			
第５号	実績証明書	事業所→人材→事業所	必要な場合 【参考２】
第６号	変更登録申請書	事業所→人材	変更の都度
第７号	登録取下（受入休止）届	事業所→人材	取下げ（休止）時

【参考３】

実習期間・日数・総時間数について
「介護支援専門員養成研修における実習受入に関する指針」（厚生労働省）

４　実習受け入れ事業所に求められる準備と実習の展開方法
（４）実習の実施（同行訪問を通じた指導、記録の作成支援等）
① 基本的な考え方
・実習の実施においては、**実際のケアマネジメント業務の現場**（高齢者の生活の場）に入り、一連のケアマネジメントプロセスを体験するとともに、高齢者の**多様な生活**の実態を知る。
・実習中は、現場でしか得られない情報の収集や受講者自身が感じることの収集に注力するとともに、後に適切な振り返りを行えるよう、**記録の作成**が重要である。
・なお、実施要綱では**実習期間は「３日程度」**と示されているが、これは連続する３日間で実施しなければならないということではなく、例えば半日や数時間程度の訪問を複数の日にまたがって実施し、結果として合計の実習時間数が３日程度相当になればよい。

５）実習後の振り返り、受講者へのフィードバック
①　基本的な考え方
・実習で学んだことを具体化するために、**実習後の振り返り**は必須である。特に、受講者がすぐには言葉にできないが気づいたこと、感じたことに着目し、これを**言語化する**ことが重要である。
・一事業所で複数の受講生の実習を受け入れた場合には、複数の受講生をまとめて実習後の振り返りを実施することを基本とする。これは他の受講者が経験した実習での学びも共有することで学習効果を高めることが期待できる。

② 必ず実施すべきこと（振り返りの時間の確保）

・実習を通じて感じたことや気づいたことを振り返るとともに、**当初設定した学習のねらいに対してどのような成果があったかを評価する時間を確保**する。受講者がうまく言語化しにくいことを少しずつ具体化するプロセスこそが重要であるため、利用者との面談と同じように、落ち着いて面談できるような環境と時間の確保が必要である。

・実習指導者は、**学習課題の具体化に向けた支援**を行う。ここでは受講者の習熟度の判断ではなく、実務研修後期課程での学習効果が高まるよう、その受講者自らが**今後さらに 学んでいくべきこと**を具体化することが重要であることから、振り返りで確認した内容を踏まえて、受講者が自ら具体化できるよう適切に支援することが必要であり、その支援したポイントについて研修記録シートに記載する。

（一事業所で複数の受講者を受け入れている場合）他の受講者の学びの共有

・一事業所で複数の受講者を受け入れている場合は、前述２項の取り組みを複数の受講者について共同でまとめて実施する。実習指導者からのフィードバックも受講者一人ひとりではなく、まとめて実施することにより、他の受講者の学習内容も共有することでより幅広い視点で振り返りが行えることから、具体的には各受講者の研修記録シートを共有し、実習で得たことを共有する。

図表 7 実習スケジュールの組み立て方（イメージ）例２（一部修正）

	09:00-	10:30-	13:00-	14:30-	16:00-	17:30-
1 日目	事業所でｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ インテーク説明(重要事項説明・契約)		訪問（同行者Ａ）	訪問（同行者Ａ）	振り返り	
2 日目			担当者会議	振り返り		
3 日目		訪問（同行者Ｂ）	振り返り			
4 日目					訪問（同行者Ｃ）	振り返り
5 日目				担当者会議	振り返り	
6 日目	ケア会議	振り返り				
7 日目		担当者会議	振り返り			
8 日目			訪問（同行者Ｄ）	給付管理業務		振り返り

※同行者は実習指導者でなくてもよい。
※複数名を同日に日程調整してもよい。
※各日に、事前の実習目標を設定し、事後の振り返り時間を確保すること。
※再掲（実習時間について）
例えば半日や数時間程度の訪問を複数の日にまたがって実施し、結果として合計の実習時間数が３日程度相当になればよい。

介護支援専門員実務研修　実習指導計画書　作成例

実習生氏名　　様

①実習予定

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
5月7日					オリエンテーション	給付管理			振り返り	
5月13日		本日の確認	インテーク①	アセスメント①	モニタリング①	アセスメント②	モニタリング②		振り返り	
5月16日		本日の確認	アセスメント③	モニタリング③	アセスメント④⑤	モニタリング④	モニタリング⑤		振り返り	
5月22日		本日の確認	アセスメント	ケアプラン作成③	担当者会議③		実習全体の振り返り			

②実習内容

	利用者	使用帳票類	留意事項
オリエンテーション		□実習費（事業所の定める額）□領収書 □誓約書 □注意事項	受講生が持参する事前準備シートを活用して、今後の実習計画及び内容を確認していく。
インテーク	①	□相談受付シート □初回面談シート □重要事項説明書 □契約書 □個人情報提供同意書 □ケアマネジメント依頼届出書 □資料提供に係る申出書 □被保険者証 □緊急連絡先確認票 □介護保険者証等預り書 □その他書類（　　）	A脳血管 B認知症 C筋骨格及び廃用 D内臓 E看取り Fその他（　　）
アセスメント	①②③④⑤	□相談カルテ □情報収集・アセスメントシート □生活史シート □認定調査表 □負担割合証 □給付制限 □社会資源情報（パンフレット・情報公表） □課題整理総括表 □その他書類（　　）	A脳血管 B認知症 C筋骨格及び廃用 D内臓 E看取り Fその他（　　）
ケアプラン作成	③	□ケアプラン原案 □情報連絡票 □利用票・別表 □提供表・別表 □ケアプラン本案 □その他書類（　　）	A脳血管 B認知症 C筋骨格及び廃用 D内臓 E看取り Fその他（　　）
担当者会議	③	□サービス担当者会議の要点 □日程調整 □開催依頼書 □ケアプランの交付（利用者・事業所）□主治医連絡票 □個別サービス計画書 □その他書類（　　）	A脳血管 B認知症 C筋骨格及び廃用 D内臓 E看取り Fその他（　　）
モニタリング	①②③④⑤	□モニタリング表 □サービスのモニタリング表 □評価表 □サービスの評価表 □入院時情報提供書 □退院・退所情報記録書 □個別援助計画書 □その他書類（　　）	A脳血管 B認知症 C筋骨格及び廃用 D内臓 E看取り Fその他（　　）
給付管理		□実績 □提供表 □介護給付費明細書 □給付管理表 □その他書類（　　）	

※様式については別に掲載しています。

【見 本】

図表 7　実習生スケジュール（例）　　作成年月日　　年　月　日

		○月　△日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	備　考
	担当者	主任あ、CMさ							
	実習生氏名	実習Ａ：愛知花子 実習Ｂ：介護太郎							
午前	9:00	主任あ： インテーク（契約・重要事項説明）：実習ＡＢ							
	10:00								
	11:00								
	12:00	昼食							
午後	13:00								
	14:00	ＣＭさ： モニタリング同行（協力者Ａ宅）： 実習ＡＢ							
	15:00								
	16:00	主任あ：振返り： 実習ＡＢ							
	17:00								
	18:00								

※略号　オリ：オリエンテーション
イン：インテーク（契約・重要事項説明）
アセ：アセスメント
ケア：ケアプラン作成
サ担：サービス担当者会議
モニ：モニタリング
給付：給付管理業務

法人
主任あ
ＣＭか
ＣＭさ
ＣＭた

実習Ａ
実習Ｂ
実習Ｃ
実習Ｄ

第３号様式（人材→受入事業所）

愛 社 協 第　　号
平成　　年　　月　　日

様

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
事務局長　　磯　貝　　俊　夫

愛知県介護支援専門員実務研修　実習受入依頼書

介護支援専門員実務研修実習を下記のとおり受入れていただきたく依頼します。

実習生	フリガナ	
	氏　　名	
	受講生No.	
	住　　所	（郵便番号　　－　　）
	電話番号	
	生年月日	１．昭和 ２．平成　　年　　月　　日　（　　歳）
実習期間		年　　月　　日～　　年　　月　　日の内、概ね3日間 ※受講者の、前期日程終了の翌日から後期日程開始日の前日まで
実習内容について		実習マニュアルに添付の「ケアマネジメント各プロセスの実習内容について」による。
備　　考		[基礎資格]
研修実施機関（担当者名）		連絡先

※ 依頼後の実習期間の変更については、受入事業所と実習生とで調整する。

第3号様式「実習受入依頼書」が人材センターより受講生ごとでお手元に届いていることを確認ください。

第３号－１様式（受入事業所→人材）

実 習 受 入 機 関 承 諾 書　　No.

1	事業所等名称	
2	介護保険事業所番号	2 3
3	登録事業所番号	1 6
4	主たる事務所の所在地	〒　　－
5	連　絡　先	電話番号（　　）　　－ FAX番号（　　）　　－
6	連絡担当者名	
7	その他特記事項	

介護支援専門員実務研修の実習受入機関として、実習生を受け入れ、実習指導することを承諾します。

年　　月　　日

事業所等名称

事業所等の長　　印

受講生No.	氏名	実施期間	延べ日数
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日

※「印」は法人印でなくても構いません。様式３号-2での「職印」と同一でも構いません。
※「実習受入機関承諾書」および「実習指導者」は実習の開始日までに郵送してください。

人材センターより送られてくる登録決定通知書（第２号様式）に記載されています。

ご確認ください

第３号－２様式（受入事業所→人材）

実習指導者

フリガナ	（姓）			（名）						印
氏　名										
生年月日	１．昭和 ２．平成			年			月			日
介護支援専門員登録番号										
主任介護支援専門員（更新）研修修了日	平成			年			月			日
保有する法定資格等（該当項目に○を付けてください）	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師				
	准看護師	理学療法士	作業療法士	社会福祉士	介護福祉士	視能訓練士				
	義肢装具士	歯科衛生士	言語聴覚士	あん摩マッサージ指圧師	はり師					
	きゅう師	柔道整復師	※栄養士	精神保健福祉士	ホームヘルパー2級					
	その他：									
自宅住所	〒 フリガナ									
連絡先電話番号	自宅：			日中の連絡先：						
勤務先名称										

※ 「実習指導者」１人に付き１枚作成すること。
※ 栄養士には管理栄養士を含む

上記の者が、当事業所で介護支援専門員実務研修の実習等において指導することを証明します。
【以下事業所証明欄】

事業所名　　職印

介護保険事業所番号	2	3					
登録事業所番号	1	6					

主任介護支援専門員
更新研修修了者は
その修了日です。

実習生1名につき
実習指導者は1名になります。

実習生が複数で実習指導者が別々の場合は、実習指導者ごとの作成となります。

第４号様式（受入事業所→人材）

年　月　日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
事　務　局　長　　様

登録事業所番号
所在地
事業所名称
管理者氏名

愛知県介護支援専門員実務研修　実習報告書

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。

受講生No.	氏名	実施期間	延べ日数
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
		年　月　日～ 年　月　日迄	日
実習指導者 氏　名			

※「実習指導者」ごとに作成すること

	報告書類チェックリスト
	第４号－１様式「実習内容報告書（指導者用）」
	第５号様式（実績証明書の発行が必要な場合）
	「実習内容報告書（実習生用）」の写し
	実習指導料を証する書類（領収書等）の写し

実習報告の際には、この第4号様式の他、左記表に示す4種類の報告書類が必要になります。

特に「実習内容報告書（実習生用）」と「実習指導料を証する書類（領収書等）」については原本が実習生に渡るので写しをとっておく必要があります。

送付先
〒461-0011
名古屋市東区白壁一丁目５０番地
社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
福祉人材センター
実習担当者 宛

第4号－1様式

実習内容報告書（実習指導者用）　1／4

受講生番号　　登録事業所番号

実習生氏名

ご指導いただきました実習生について、ご回答ください。

【評価尺度】4：十分できている　3：ある程度できている　2：一部課題がある　1：課題がある

	基本姿勢（実習生について）	評価	実習指導者よりコメント
1	服装・身だしなみ		
	言葉づかい・コミュニケーション		
	守秘義務		
	実習に取り組む姿勢		

2 全体評価（この実習生について）

3 受入事業所としての検討課題

4 次年度以降の実習に向けての改善要望など

実習施設名	事業所管理者	印
包括・特定事業所加算（Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　無）	担当主任介護支援専門員（実習指導者）	印

実習内容報告書（実習指導者用）　2／4

受講生番号

②インテーク　③アセスメント　④ケアプラン　⑤サービス担当者会議　⑥モニタリング

		使用した場面	事例概要
実習で使用した事例	記入例	②	事例[illegible]を間近に控え、介護者が不安を抱える事例 例[illegible]さん（77歳）、要介護2、妻（76歳）と2人暮らし。脳梗塞、高血圧 ADL[illegible]下肢麻痺、杖歩行は不安定ながら可能、入院中
	事例1		
	A・B・C D・E・F		
	事例2		
	A・B・C D・E・F		
	事例3		
	A・B・C D・E・F		
	事例4		
	A・B・C D・E・F		
	事例5		
	A・B・C D・E・F		

【参考】受講生が後期研修で学ぶ事例（テキスト第15章）
A　脳血管疾患に関する事例
B　認知症に関する事例
C　筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例
D　内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例
E　看取りに関する事例
F　その他の事例

この事例分類は、この後の実習内容報告書（実習指導者用）３／４と４／４の実習場面欄で〇を付します

実習内容報告書（実習指導者用）　3／4　受講生番号

【評価尺度】指導者としての実施状況について、自己評価を記入してください。

4：十分できた　3：ある程度できた　2：一部課題が残った　1：できなかった

No.	実習場面（同行・説明）どちらかに○	指導日時・場所・実習指導者の指導状況と自己評価内容		指導者としての自己評価
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
記入例	（例）インテーク（同行・説明） 使用事例 ①・B・C D・E・F	H29/6/1 14:00~16:00 事業所内	利用者のカルテを見ながらインテークの経緯・状況について説明した。指導のポイントに留意し、実習生に確認つつ説明を行なった。 実習日誌で確認するとおおむね理解していることが確認できた。	3
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
①	事務所オリエンテーション（説明）			
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
②	インテーク【契約及び重要事項説明】（同行・説明） 使用事例 A・B・C D・E・F			
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
③	アセスメント（同行・説明） 使用事例 A・B・C D・E・F			

※事例が複数にわたる等、記入枠が足りない場合は、表を拡張してください。
※第4号様式に添付してください。

実習内容報告書（実習指導者用）　4／4　受講生番号

【評価尺度】指導者としての実施状況について、自己評価を記入してください。

4：十分できた　3：ある程度できた　2：一部課題が残った　1：できなかった

No.	実習場面（同行・説明）どちらかに○	指導日時・場所・実習指導者の指導状況と自己評価内容		指導者としての自己評価
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
④	ケアプラン作成（説明） 使用事例 A・B・C D・E・F			
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
⑤	サービス担当者会議（同行・説明） 使用事例 A・B・C D・E・F			
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
⑥	モニタリング（同行） 使用事例 A・B・C D・E・F			
		指導日時・場所	実習指導者の指導状況と自己評価内容	
⑦	給付管理業務（説明）			

※事例が複数にわたる等、記入枠が足りない場合は、表を拡張してください。
※第4号様式に添付してください。

第５号様式（受入事業所→人材→受入事業所）

実績証明書

個人に関する事項（本人が記入すること）

フリガナ	（姓）	（名）	印
氏　名			
生年月日	1．昭和 2．平成	年　月　日	
介護支援専門員登録番号			
主任介護支援専門員研修修了日		年　月　日	
自宅住所	〒 フリガナ		
連絡先電話番号	自宅：	日中の連絡先：	
勤務先名称			

【以下証明欄】

上記の者が、介護支援専門員実務研修の実習等において指導した実績があることを証明します。

年　月　日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
事務局長

※この証明書は主任更新研修の個別要件の一つとして更新研修の申請時に使用できます。
なお、本会からの証明書の返送が未着である場合には、第４号（写）、第４号－１様式（写）、「実習内容報告書（実習生用）（写）」を申請先へ第５号様式とともに添付してください。

実習受け入れで主任更新研修の個別要件として申請を行う場合は、愛知県社会福祉協議会の印の押されたこの第5号様式「実習証明書」の写しだけを研修申込時に添付すれば足ります。
主任更新研修申込を行う時点で愛知県社会福祉協議会の印の押されたものがない場合は、この第5様式に加え第4号、第4号-1様式（写）、「実習内容報告書（実習生用）（写）」を添付して申し込みを行い実績証明書が届き次第写しを申込先へ提出してください。

送付先
〒461-0011
名古屋市東区白壁一丁目５０番地
社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
福祉人材センター
実習担当者 宛

（受付印）

年　月　日

第６号様式（受入事業所→人材）

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
事　務　局　長　　様

所在地
事業所名称
管理者氏名

愛知県介護支援専門員実務研修　実習受入協力事業所変更登録申請書

年　月　日付け（番号）で決定のあった標記登録について、下記のとおり変更したいので、必要書類を添えて申請します。

記

	項目	内容
（現在の登録内容をご記入ください。）	法人名称	
	介護保険事業所番号	2　3
	登録事業所No.	1　6
	事業所名称	
	管理者氏名	
	住所	（〒　－　）
	連絡先	電話番号　　FAX 番号
	主任介護支援専門員の数	人
変更内容	変更期日	年　月　日
	変更項目 ※該当の項目にチェックを入れてください。	法人名　電話番号 介護保険事業所番号　FAX 番号 事業所名　主任介護支援専門員の数 管理者　その他 住所
	変更後内容	

第７号様式（受入事業所→人材）

（受付印）

年　月　日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
事　務　局　長　様

所在地
事業所名称
管理者氏名

愛知県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取下（受入休止）届

年　月　日付け（番号）で承認のあった標記登録について、下記のとおり取下げ（休止）したく届出します。

記

	項目	内　容
（登録時の内容をご記入ください。）	法人名称	
	介護保険事業所番号	2 3
	登録事業所No.	1 6
	事業所名称	
	管理者氏名	
	住所	（〒　－　）
	連絡先	電話番号　　FAX番号
	担当者名	
内　容	取下げ又は休止の理由	

受講生は、実習②（見学・観察実習）について、
後期の研修開始時に下記の書類をそろえます

作　成　・　提　出　書　類	持参	提出	
	本人控え（作成書類の原本）	講師提出用（コピー）	事務局提出用（コピー）
【実習②表紙】 ケアマネジメントの基礎技術に関する実習 実習②ケアマネジメントプロセスの見学実習 実習記録	１部	１部	１部
① 実習②実習内容報告書（実習生用）	１部	１部	１部
② 実習【総合】報告書	１部	１部	１部
③ 実習②実習日誌 ※場面ごと、または実習日ごとに作成すること	１部	１部	１部

後期研修初日に必要となるため、実習最終日には必要事項を記載の上、確実に実習生へお渡しください。事務の都合上、最終日にお渡しすることが困難な場合は、後期研修初日までに受講生に渡るようにお願いいたします

実習②介護支援専門員実務研修　実習同意書（参考）

年　月　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

愛知県介護支援専門員実務研修　実習同意書

実習事業所	
実習期間	年　月　日～　年　月　日（　日間）
実習内容	「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」 ・実習②（見学・観察実習）

介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、下記の事項に同意します。

1．実習期間中は、受入事業所の就業規則等を遵守します。

2．実習期間中は、受入事業所の実習担当者並びに愛知県社会福祉協議会（研修実施機関）の各担当者の指示に従います。

3．実習期間中の交通費、食費その他実習に要する費用は、自己負担とします。

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。

5．実地研修中に過失等により、実習協力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。

6．やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず愛知県社会福祉協議会の担当者、受入事業所へ連絡します。

年　月　日

受講生住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受講生番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受講生氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　２通作成し、１通は実習事業所に提出し、１通は受講生が保管してください。

※　事務局への提出は不要です。

※　受入事業所によっては、この様式を使用しないことがありますので、事前に受入事業所に確認してください。

○実習②　事前準備シート

グループ番号・発表順	グループ　　番目
受講生番号	
受講生氏名	

＊このシートは、実習受入事業所との事前打ち合わせ、またはオリエンテーション時に活用するものです。また、実務研修9日目のグループワークで使用しますので、コピーを一部グループ担当講師に提出してください。第7章で学んだことを踏まえて、目標を記入してください。

○見学実習の目標（実習生として事前に考え、受け入れ事業所に伝えたいこと）

実習場面	具体的に学びたいこと、目標（可能な範囲で希望・要望したいこと）
インテーク	
アセスメント	
ケアプラン作成	
サービス担当者会議	
モニタリング	
給付管理業務	

＊介護の必要な高齢者の多様な生活状況を知るとともに、ケアマネジャーのケアマネジメントプロセスにおける支援の実際と必要な業務の見学と説明を受けます。後期に講義・演習では、A脳血管疾患の事例、B認知症の事例、C筋骨格系疾患及び廃用症候群の事例、D内臓の機能不全の事例、E看取りの事例について学びますので、受入事業所の可能な範囲内で複数の事例を見学できると効果的です。

○自己紹介

＊例）これまでの実務経験や職歴、保持資格、学歴、実習受け入れ事業所に事前に伝えておくと、効果的な実習になると考えられることなど。
（障がいや病気など、配慮が必要なことがあれば、口頭などでお伝えください。秘密にしたい情報などは、記載する必要はありません。）