

# 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	掲載ページ
第1号	登録申請書	事業所→人材		P. 61
第2号	登録決定通知書	人材→事業所		P. 62
【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		P. 63
第3号-1	実習受入機関承諾書	事業所→人材		P. 64
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。	P. 65
第3号-3	実習指導者 ※認定看護師など。	事業所→人材		P. 66
【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	P. 67
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。】				P. 68 ~70
第5号	実績証明書	事業所→人材→事業所	必要な場合 【参考2】	P. 71
第6号	変更登録申請書	事業所→人材	変更の都度	P. 72
第7号	登録取下（受入休止）届	事業所→人材	取下げ（休止）時	P. 73

### 【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を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 インタビュー説明(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。



様

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会  
事務局長

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.	
	居 住 市区町村	市・区・町・村
	電話番号	電話番号： 携帯電話： ※実習生への実習先通知は、 <u>4月上旬</u> の予定です。その後、実習生から各事業所へ電話連絡をするよう周知しています。それまでは、実習生への連絡をしないでいただきますようお願いいたします。
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してください。

※ 通知日以降に受講生自身が研修日の日程変更を行った場合、実習期間が一致しないことがあります。

**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してください。**

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										
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所等名称</p> <p style="text-align: center;">事業所等の長 印</p>											

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。

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

※「印」は法人・代表者印でなくても結構です。様式3号-2・3号-3の「印」と同一でも差し支えありません。  
 ※「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。



実習指導者

フリガナ	(姓)						(名)
氏名							
生年月日	1. 昭和 年 月 日						
	2. 平成						
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	令和 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	介護業務従事者		
	その他:						
勤務先所在地	〒 フリガナ						
勤務先名称							
連絡先電話番号	勤務先:		日中の連絡先:				

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  
者ごとに作成してください。

※ 栄養士には管理栄養士を含む  
(\*「実習指導者」1人につき1枚作成すること。)

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。 年 月 日

【以下事業所証明欄】

事業所名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

介護保険事業所番号	2	3					
登録事業所番号	1	6					

※「印」は法人・代表者印でなくても結構です。  
3号-1・3号-2が同じ印でも差し支えありません。

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

写しを  
取っておく

実習報告の際には、この第4号様式の外、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

受講生番号

登録事業所番号

(「16」で始まる7桁の番号を記載して下さい)

受講生氏名

ご指導いただきました受講生について、ご回答ください。

1	基本姿勢(実習生について)	実習指導者よりコメント
	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		

実習生について  
記載してください。

貴事業所について  
記載してください。

実習施設名

事業所管理者

包括・特定事業所加算(I II III A 無)

担当主任介護支援専門員  
(実習指導者)

### 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)
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	令和	年 月 日
連絡先電話番号	事業所：	日中の連絡先：
事業所名		
事業所所在地		
実習受入 実施期間	令和	年 月 日から令和 年 月 日まで

【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証明します。

令和 年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会  
事務局長



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せん。  
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（写）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1部	事務局 提出用 コピー1部
【実習②（見学実習）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. 実習②実習内容報告書（実習生用）	○	○	○
2. 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	○	×	×

実習生氏名 愛知 花子

受講生番号 123456

1	基本姿勢	心がけたこと	
	服装・身だしなみ	実習を行うのにふさわしい服装、また派手すぎず動きやすい服装を意識しました。	
	言葉づかい・コミュニケーション	初対面の方には、特に大きな明るい声で挨拶しました。御礼の言葉は、必ず行いました。	
	守秘義務	実習先が地元なので知り合いの方もみえました。情報交換の線引きに気をつけました。	
	実習に取り組む姿勢	私は、他の方よりも知識、経験が浅いので、とにかく教科書を読み予習復習しました。	
2	実習場面	指導日時・場所	※指導者からのコメントを 実習生が記載してください
①	インテーク (同行 説明)	RO/O/O 10:20-10:40 事業所内	耳で聞くだけの説明と目で見ながらの説明は、どれだけ理解度が違うのかということがよくわかりました。また、相手方に分かりやすくはつきりと説明できる人になりたいと思いました。
	事例記号 A・B・C D・E・F・G	RO/O/O 15:00-18:00 利用者宅及び事務所	
②	アセスメント (同行 説明)	RO/O/O 10:40-11:00 事業所内	訪問前に認定情報など目を通し、必要な情報をケアマネ自身が考える作業も大切に、短い時間を有効に使う必要もあります。
	事例記号 A・B・C D・E・F・G	RO/O/O 15:00-18:00 事業所内 利用者宅	
③	ケアプラン作成 (説明)	RO/O/O 11:00-11:20 事業所内	居宅サービス計画に用いられるのは7種です。その人の望む暮らしをどのような方法で達していくのか、何を目標していくのか等、きちんと予測できるようになって計画作成したいです。
	事例記号 A・B・C D・E・F・G		
④	サービス担当者会議 (同行 説明)	RO/O/O 11:20-11:40 事業所内	和やかな雰囲気を作り上げた中から、本題へと上手に切り替えができる人になりたいです。また、質問の中には、これからの生活変化の予測も含まれることがわかりました。
	事例記号 A・B・C D・E・F・G	RO/O/O 9:00-12:00 利用者宅	日頃の関係づくりもとても大切です。事業所間での信頼関係も大切になってください。

※「1.実習②実習日誌」を作成したうえで、この報告書に記載してください。  
 ※「※指導者からのコメント」欄は、実習場面を担当した指導者との振り返り内容を受講生が記入してください。

実習生氏名 愛知 花子

受講生番号 123456

2	実習場面	指導日時・場所	現場でみて感じた事や見聞いたと思った事	※指導者からのコメントを 実習生が記載してください
⑤	モニタリング (同行)	RO/O/O 11:40-13:00 利用者宅	1回/ヶ月のモニタリングであっても、必要に応じて不定期の訪問があるということが、同行することによって分かりました。フットワークの軽いケアマネジャーになりたいです。	毎日変化があると思う てくだい。いつでも 対応できることで安心 や信頼につながって いきます。
	事例記号 A・B・C D・E・F・G	RO/O/O 14:00-16:00 事業所内 RO/O/O 13:00-15:00 利用者宅及び事業所		
⑥	給付管理業務 (説明)	RO/O/O 13:00-15:00 事業所内	実際に利用票に実績を付けてみましたが、1行ずれると大変なことになると分かりました。また、予定になかったものが実績にあがる等注意すべき点がたくさんあることに気づきました。	1ヶ月ごとの利用をみるとその人の暮らしや生活のみならず、生活を支えることもできます。しっかりと行う作業です。

(参考)事例記号(後期研修で学ぶ事例:テキスト第15章)

- A 脳血管疾患のある方のケアマネジメント
- B 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
- C 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
- D 心疾患のある方のケアマネジメント
- E 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
- F 看取りに関する事例
- G 地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント

実習の振り返りの感想

モニタリング、サービス担当者会議と、現場同行の実習を実際に体験して、質問する裏には様々な意図があることがわかりました。特に、これからの利用者の生活変化の予測を考えて行動することができるには、たくさん経験を通して身になると思うので、私ももっと多くの勉強をして利用者の立場で考えられるケアマネジャーになりたいです。

実習指導者からのコメント(この欄のみ実習指導者本人が記載してください。)

いろいろな場面で質問などされ、積極的に実習に取り組む姿勢が伝わってきました。サービス提供事業所のスタッフとして、今後ケアプランの見方や利用者さんの生活を知る大切さも学んでいたと思います。これから広い視野を持ち、いろいろなことを吸収しながら、ケアマネとしての仕事にもトライしていきましょう。お勤めしながらの実習で時間のない中、頑張っていたと思います。

実習施設名 Y事業所 事業所管理者 福祉 一郎 (直筆)  
 担当主任介護支援専門員  
 包括・特定事業所加算(I II III A) 無 (実習指導者) 福祉 太郎 (直筆)

<受講生様へ>  
 ※演習第4日目に提出してください。  
 ※「※指導者からのコメント」欄は、実習場面を担当した指導者との振り返り内容を受講生が記入してください。  
 ※実習場面によっては「指導者」と「実習指導者(担当主任介護支援専門員など)」が一致しない場合もあります。

<実習受入事業所様へ>  
 ※受入事業所は、「実習②実習内容報告書 (コピー)を必ず  
 取り、その写しを第4号様式に添付して;

**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してください。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すようお願いいたします。**

## 実習② 事前準備シート

受講生番号	123456
受講生氏名	愛知 花子

- ・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。実習の目標や見てみたいこと等、目標を記入し、実習受入事業所に提出してください。(持ち込み・郵送・FAX等提出方法は、実習受入事業所に確認してください。)
- ・目標は、前期(特に6章から8章)で学んだことを踏まえ、**演習第3日目までに記入してください。**

○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	相談内容を的確に捉えるための質問の仕方や、制度やサービスの分かりやすい伝え方を学びたいです。
アセスメント	利用者のニーズの把握だけでなく、本人とその環境に着目し、ニーズ解決に向けた情報収集や面接技法を学びたいです。
ケアプラン作成	利用者本位の目標設定やサービス選択をするための注意点を学びたいです。
サービス担当者会議	参加メンバーの選択や事前の準備、さまざまな職種からバランスよく意見を聞いてどのようにまとめていくのかを学びたいです。
モニタリング	どのように進行していくのか、サービス実施の評価について意見が分かれたときにどうまとめて行くのか学びたいです。 できれば、新規の利用者さんのモニタリングに同行したいです。
給付管理業務	給付管理業務を行う上での注意点や一連の流れを学びたいです。

※後期の講義・演習を意識して見学ができればと効果的です。(下記参照)

### 後期の講義・演習で学ぶ疾患及び項目

A	脳血管疾患のある方のケアマネジメント
B	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
C	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
D	心疾患のある方のケアマネジメント
E	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
F	看取りに関する事例
G	地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント

### ○自己紹介

- ※これまでの**実務経験**、**職歴**、**保持資格**など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を記入してください。
- ※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。

現職: デイサービス生活相談員

資格: 介護福祉士

私は、介護の仕事を始めて〇年目になります。今までの現場での体験から感じることは、介護保険制度が利用者から見て、まだ分かりにくいのではないかとことです。分かりやすい制度は、利用者の安心につながります。介護を受けながらの生活で安心できるということは必要不可欠です。介護支援専門員実務研修においては、どのような方にも分かりやすい説明が出来るような対人援助職としての技術習得に努めています。今回の見学実習においても同様にテーマを掲げ、かつ相手の立場に立ったケアマネジメントの実践ができるようにしっかりと学んでいきたいと考えています。

### <実習受入事業所様へ>

このシートには受講生様の個人的な情報(○自己紹介欄)が記載されています。お目通しいただきましたら、受講生様ご本人へ返却いただく等、個人情報の取扱いには十分ご注意ください。

実習へ伺うまでの前期研修で実習生自身が見学実習で学びたいと考えたことを記載していますので、この点については、より具体的に指導をお願いいたします。

年 月 日

御中

愛知県介護支援専門員実務研修 実習同意書

**実習受け入れに際して、受講生が実習同意書を持参いたします。**

**この様式は参考書式となりますので、実習受け入れ先事業所で所定の書式がある場合は、そちらをご使用いただき1通を受講生へお渡しください。**

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）
<p>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。</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。</li><li>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。</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、第三者に漏らしません。</li><li>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。</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、必ず愛知県社会福祉協議会の担当者および受入事業所へ連絡します。</li></ol> <p>年 月 日</p> <p>受講生住所 _____</p> <p>受講生番号 _____</p> <p>受講生氏名 _____</p>	

※ 2通作成し、1通は受入事業所に提出し、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。

<p>介護支援専門員実務研修 実習承諾書</p> <p>私は、(受講生) _____さんが、介護支援専門員実務研修の実習として下記の「誓約書」にもとづき、見学することを承諾します。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>実習協力者氏名 _____</p>
<p>介護支援専門員実務研修 実習誓約書</p> <p>私は、介護支援専門員実務研修の実習を(実習協力者) _____さんをお願いするにあたり以下のことをお約束し、また、実習後も誠実に守ることを誓います。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 実習で知った情報は、実習以外の目的には使用いたしません。また、実習以外の場で漏らすことはしません。</li><li>2. 実習報告においても個人名等はいりません。</li><li>3. 実習中はもちろん、実習後においても、あなたに不利益になることはいたしません。</li></ol> <p>以上、お約束いたします。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>受講生氏名 _____</p>

※同行訪問の際に、必要費応じて適宜文言を修正して使用してください。

※事務局への提出は不要です。

**貴事業所のご利用者宅への同行訪問について、ご利用者の承諾を得たうえで実習を行う場合に、適宜文言を修正するなどしてご活用ください。**

**なお、実習協力者とは同行訪問先のご利用者をさしめます。**